

## 心理支援に特化した助産師外来との連携 ——周産期メンタルケア外来（精神科）の経験から——

菊地 紗耶<sup>1)</sup>、小林 奈津子<sup>1)</sup>、本多 奈美<sup>2)</sup>、齋藤 秀光<sup>3)</sup>、  
西郡 秀和<sup>4)</sup>、酒井 由里<sup>4)</sup>、松岡 洋夫<sup>2)</sup>

助産師は周産期メンタルヘルスにおいて重要な役割を担う。国内の多施設研究の結果から、助産師がメンタルヘルスの教育や研修を受けることで、心理的問題を有する妊産婦のスクリーニングやケアを行うことが可能であると明らかになった。産後うつ病をもつ母親は自らケアや治療を求めないことが多く、妊産婦に身近で直接的なケアを提供できる助産師によるメンタルヘルスケアが重要である。そこで当院精神科の周産期メンタルケア外来での精神科医としての経験をもとに、助産師外来との連携についてまとめた。当院の助産師による心理支援は、全例において精神科既往歴や婚姻状態、経済的問題、育児支援の有無などの心理社会的リスク因子を抽出することから始まる。心理的支援や育児支援体制の調整などが必要な妊産婦は、助産師による心理支援外来の利用を勧める。十分経験を積んだ10名程度の助産師が日替わりで心理支援外来を担当し、妊産婦1人に1時間程度の時間を確保し、不安の傾聴・保健指導を行い、ニーズに合わせて、臨床心理士や精神科医、メディカルソーシャルワーカーへ紹介する。多職種ミーティングにて、心理支援外来利用中の妊産婦や、臨床心理士、精神科医がかかわっている妊産婦について、現状の確認と方針の検討、情報共有を行っている。助産師によるメンタルヘルスケアの充実のためには、心理的問題や精神疾患の重症度に応じたケアの役割分担と連携が欠かせない。軽症例には、助産師による質の高いプライマリケアを行い、中等度以上の場合や、軽症であっても判断に迷う場合には、精神科医に気軽に相談や紹介ができるシステムが必要である。周産期メンタルヘルスへの関心が高まるなか、助産師はゲートキーパーかつハブ的役割を担い、さらに軽症例へのケアの提供も期待される。これらの役割をもつ助産師を後方支援するのがわれわれ精神科医の責務となろう。

<索引用語：多職種連携，助産師，周産期メンタルヘルス>

### はじめに

ここ数年、医療保健福祉の各領域において、周産期メンタルヘルスへの関心が高まりをみせている。周産期には、時期によりさまざまな医療保健福祉の職種がかかわるため、妊産婦を切れ目なく支援するには多職種連携が必要不可欠である。助産師は妊産婦に最も身近で直接的なケアを提供できる存在であり、多職種連携のなかで重要な役割

を担っている。

本稿では、当院精神科に平成20年より設置されている周産期メンタルケア専門外来の経験を通して、周産期メンタルヘルスケアにおける助産師の役割、当院に設置されている心理支援に特化した助産師外来の概要と精神科医との連携について報告する。

## I. 国内における周産期メンタルヘルスの動向

はじめに、助産師や精神科医の役割を明らかにするために、国内における周産期メンタルヘルスの動向についてまとめる。

平成4年から「妊産婦をとりまく諸要因と母子の健康に関する総合的研究」<sup>10)</sup>が行われ、産後うつ病のスクリーニングとして広く使用されているエジンバラ産後うつ病質問票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale : EPDS) の日本語版が作成された<sup>13)</sup>。平成10年から「妊産婦および乳幼児のメンタルヘルシステム作りに関する研究」<sup>6)</sup>が行われ、妊産婦の身近な存在である助産師などが産後うつ病の評価や支援を行うことが期待された。平成14年度の産後うつ病の実態調査報告書<sup>4)</sup>によると、産褥婦において、EPDSが9点以上で産後うつ病の疑いがある割合が13.9%であった。この数値は、「健やか親子21」の産後うつ病発症率のベースライン値の参考にされ、その発症率の低下が目標に掲げられるようになり、産後の母親のメンタルヘルスに対する早期評価と介入の重要性が強調されるようになった。

平成17年には第1次「子ども虐待による死亡事例等の検証結果報告」<sup>7)</sup>が発表された。第2次報告<sup>8)</sup>では、心中以外の虐待死の46.0%が0歳であり、背景には望まない妊娠、育児不安などがあり、妊娠期からの支援体制の充実や医療機関と地域保健・福祉機関との連携を強化する必要があると考えられた。

このような児童虐待、育児不安、産後うつ病の発症率などの検証を受けて、平成19年度から乳児家庭全戸訪問事業が始まった。生後4ヵ月までの乳児のいるすべての家庭を地域母子保健担当者が訪問し、さまざまな不安や悩みを聞き、子育て支援に関する情報提供などを行うとともに、親子の心身の状況や養育環境などの把握や助言を行い、支援が必要な家庭に対しては適切なサービスにつなげることを目的としている。

平成21年の児童福祉法改正により、「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」を「特定妊婦」とし、

妊娠中からの支援体制の重要性が強調された。医療の現場では、数は限られるが各地の大学病院や総合病院の精神科にて周産期メンタルヘルスの専門外来が開設され、産科領域においては、妊娠中からのスクリーニングやケアといった予防的視点に立った多職種連携体制が敷かれるようになった。平成28年には国内の妊産婦自殺に関する実態調査が行われ、東京23区での自殺率は出生10万対8.7であることが報告された<sup>17)</sup>。平成28年の診療報酬改定で、精神疾患を有する妊産婦に対するハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊産婦共同管理料が産科領域で新設された。妊産婦の切れ目ない支援のために、各自治体に「子育て世代包括支援センター」が設置されることになった。平成29年には、産婦人科診療ガイドライン産科編2017<sup>11)</sup>において、産後精神障害への対応のみならず、妊娠中の精神障害のリスク評価についても初めてClinical Questionが設定された。日本周産期メンタルヘルス学会は、日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会の協力を得て、「周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド2017」<sup>12)</sup>を作成し、スクリーニングやその後の対応、薬物療法、多職種連携などの周産期メンタルヘルスに関する網羅的なClinical Questionを設定し解説した。また、一部自治体に限られるが、産後2週間健診費用の公費助成が開始され、産後1ヵ月より早い時期にメンタルヘルスのスクリーニングを行う意義が注目されている。

このように日本における周産期メンタルヘルスの実態把握が行われ、医療や保健行政におけるスクリーニングとケアの体制が整いつつあるといえる。とはいえ、地域や施設によりその体制は異なり、周産期メンタルヘルスケアの充実には多くの課題が残されている。

## II. 助産師によるメンタルヘルスケア

妊産婦は定期的に医療保健機関を受診するため、そのタイミングが介入の好機である。産科医療機関であれば、妊婦健診、産科入院、産後健診であり、小児科医療機関であれば、乳児健診や予

防注射，地域母子保健であれば母子健康手帳交付，新生児訪問である。

助産師はメンタルヘルスに問題のある妊産婦だけでなくすべての妊産婦にかかわる。妊娠初期からの継続的な支援により，妊産婦の精神的不調に気づくことができ，妊産婦の話に耳を傾け，共感的支持的対応を行うことができる。加えて，産後うつ病のリスクとなる心理社会的因子，その他家族関係の把握や育児支援体制の確認などを行う。

新井<sup>1)</sup>は，臨床で実施できる産後うつ病の予防的介入として，スクリーニング，情報提供，保健相談，心理教育を挙げている。チェックシートを用いた心理社会的リスク因子の確認やEPDSを用いたスクリーニングを行うこと，母親学級でメンタルヘルスに関する情報提供を行うことも有用であると思われる。Yamashitaら<sup>19)</sup>は，気分障害や不安障害に関しては訓練された助産師は精神科診断を行うことが可能であると報告している。精神的不調がみられる妊産婦に対し，精神科診断を行い，さらには重症度を判断することで，より適切な医療につなげることができる。

国内外の報告をみると，メンタルヘルスケアのトレーニングを受けた助産師，看護師，ヘルスビジター（日本では保健師にあたる）による産後うつ病の心理社会的介入の有効性が示されており<sup>3,15)</sup>，看護職が治療的役割を担うことも可能である。

助産師が周産期メンタルヘルスケアを学ぶ機会を確保することも課題である。新道ら<sup>16)</sup>は助産師のメンタルヘルスケア能力育成を目的とした卒業教育プログラムを開発し，プログラム前後で知識および対人関係のもち方，カウンセリング能力，自尊感情，アセスメント能力が向上したことを報告している。

### Ⅲ. 東北大学病院における助産師外来の概要と連携体制

助産師外来は，一般的には，心身ともにローリスクの妊産婦を対象に，妊婦健診と保健相談を実施する外来を指す。助産師外来を設置していない

施設でも，産科医による妊婦健診の後，助産師による保健相談を行っている施設は多い<sup>2)</sup>。そのような助産師外来や保健相談が，妊婦の心理状態や育児支援，家族背景などを把握する機会になる。

当院の助産師外来は，心理支援に特化している。当院の助産師による心理支援は，全例において精神科既往歴や婚姻状態，経済的問題，育児支援の有無などの心理社会的リスク因子を抽出することから始まる。心理的支援や育児支援体制の調整などが必要な妊婦は，助産師による心理支援外来の利用を勧める。十分経験を積んだ10名程度の助産師が日替わりで心理支援外来を担当し，妊産婦1人に1時間程度の時間を確保し，不安の傾聴・保健指導を行い，ニーズに合わせ，臨床心理士や精神科医，メディカルソーシャルワーカー（medical social worker：MSW）へ紹介する。妊婦が向精神薬を含む薬物療法を受けている場合には，「薬と授乳のプランシート」を作成し，薬剤師に情報収集を依頼する。助産師は，ゲートキーパー的役割と，主に院内多職種へのつなぎとしてハブ的役割を担っている。地域母子保健の保健師など院外の社会資源との連携は主にMSWが担当するが，出産後産科病棟からの退院時や1ヵ月健診時の状況から，助産師は地域母子保健への連絡票を作成し，必要な場合には早期訪問依頼を行う。連絡票内に情報を簡潔かつ的確にまとめることも，病院と地域母子保健の連携には重要である。月1回の多職種ミーティングでは，心理支援外来利用中の妊産婦や，臨床心理士，精神科医がかかわっている妊産婦について，現状の確認と方針の検討，情報共有を行っている<sup>9)</sup>。

当院助産師外来利用者の概要について述べる。なお，本調査は東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認のもと，実施した。調査は，平成17年8月の開設から平成21年9月までの4年1ヵ月間の利用者数，その背景について後方視的に情報を収集した。

利用者は175名であり，全分娩数の約6.4%に該当する。平均利用回数は $7.2 \pm 3.6$ 回（1～15回）であった。基礎的背景は表に示す通り，平均年齢は

表 助産師外来利用者の基礎的背景

項目	n (%)
年齢	29.1±6.4 歳 (16~43 歳)
10 代	16 (9.1)
初産	123 (70.3)
未婚	45 (25.7)
離婚歴	13 (7.4)
教育歴：中卒	21 (12.0)
就労：主婦	105 (60.0)
経済的不安	37 (21.1)
生保または助産制度利用	17 (9.7)
精神科既往歴	33 (18.9)
うち精神科通院中	23 (13.1)

29.1±6.4 歳(16~43 歳)であり、初産婦が 70.3%、10 代が 9.1%、未婚者が 25.7%、経済的不安を有する者が 21.1%、精神科既往歴を有する者が 18.9%にみられた(表)。相談内容は、妊娠や出産に関する不安、胎児の異常に関する不安のほか、体重管理、夫婦関係や家族関係、経済的不安、兄弟の育児相談と多岐にわたっていた。産後 1 ヶ月の EPDS 得点の平均は、6.5±5.3 点(0~22 点)であり、産後うつ病疑いとされる EPDS が 9 点以上である者は、30.2%にみられた。

利用者の概要を振り返ると、若年、未婚、経済的不安、精神科既往歴の存在、育児支援者の欠如など、産後うつ病のリスク因子をもつ妊婦が対象となっており、院内多職種だけでなく、産後 1 ヶ月健診後は地域多職種で支える必要のある妊婦である。種々のリスク因子を抽出することだけでなく、心理支援、さらに他の必要な支援につなげるという妊婦を取り巻く状況全体を俯瞰して捉えることが要求されている。

#### IV. 心理支援外来に特化した助産師外来の メリット

先に述べた通り、助産師によるメンタルヘルスケアはスクリーニングや共感的支持的対応、情報

提供、保健相談、心理教育である。新井<sup>1)</sup>は助産師の役割として、第一に助産能力、第二にメンタルヘルスケア能力として、精神状態の把握、カウンセリング技術、コミュニケーション技法を高めること、第三にコーディネート能力として、多職種間の役割を調整する技術を身につけることを指摘している。当院の助産師外来を利用している妊産婦は、産後うつ病ハイリスク因子をもつものが多く、それらを把握したうえで多職種間のコーディネート役を担っていくのは至難の業である。心理支援に特化し、チームとして活動し、また定期的なミーティングを開催することで、担当助産師はこれらのメンタルヘルスケア能力やコーディネート能力を培うことができる。当院と同様に助産師を核とした多職種連携を行っている医療施設<sup>14)</sup>においても、助産師はスクリーニング、他職種との情報共有、連携など幅広く活動している。

産婦人科診療ガイドライン産科編 2017<sup>11)</sup>において、妊娠中および産後の精神疾患の検出のために、うつ病や不安障害に関してリスクを評価しておくことが重要とされ、評価法として Whooley の 2 項目質問法<sup>5,18)</sup>や EPDS<sup>13)</sup>によるスクリーニングが紹介されている。精神症状が軽症である場合には、心理支援に慣れた助産師であれば、スクリーニングの後、質の高いプライマリケアが提供できる。また、重症度や緊急度を評価し、必要な場合には精神科医に紹介することができる。

助産師外来を担当するのはベテラン助産師であるが、当業務だけでなく、通常の外来や病棟業務も行うため、心理的問題や精神疾患を有する妊産婦への理解、かかわり方、評価が日々の臨床のなかで他の助産師と共有される。そのことで、助産師全体の心理的援助技術のボトムアップを図ることができると思われる。

#### V. 精神科医が助産師を支援するポイント

第一に、日頃からよくコミュニケーションをとることが重要である。助産師が得ている妊産婦の情報を聞き、精神科医が把握している情報とすり合わせ、相互に補完し合う。精神科医からは妊婦

健診や産科入院中、産後健診の際に、助産師に気をつけてほしいポイントをわかりやすく伝える。具体的には、精神科診断、薬物治療、症状の特徴、治療方針、家族関係などである。助産師が妊産婦のメンタルヘルスに関して抱く疑問についても答える。

それぞれ役割を明らかにすることも重要である。精神科医は、精神症状の評価や治療を中心に、妊娠出産に伴う不安の傾聴や具体的な指導は助産師にサポートしてもらう。

助産師と精神科医がともにかかわっている妊産婦について、互いに理解を深め、必要な支援を行っていくという個別のケースについての連携のみならず、妊産婦のメンタルヘルスの理解や支援について、より一般化することも重要である。助産師自身に、メンタルヘルスケアの技術を身につけてもらい、より自立的にケアを行えるようにこれらのかかわりを通して精神科医は支援していく。

先にも述べたが、助産師に周産期メンタルヘルスの教育を提供することも助産師を支援するポイントである。日々の症例を通して得られる個別的な学びと、周産期メンタルヘルスに関する全般的な知識習得や面接技術の向上といった総論的な学びを織り交ぜることで助産師のメンタルヘルスケア能力が高まると考えられる。

## VI. 助産師外来との連携から感じること

産後、産科入院中に、助産師は助産師外来利用中の産婦について、授乳や声かけ、オムツ交換や沐浴時の様子、睡眠・食事といった生活全般、家族の面会の有無やそのときの関係性まで観察することができる。産婦が赤ちゃんの要求に応じて自ら動けるか、夫の面会時にどのように育児を行っているかなどの情報は今後の育児生活を予測するうえで重要な情報である。重症な精神疾患をもつ妊産婦の場合、育児がどの程度できるかというのは妊娠中には未知な部分も多く、妊娠中からケア会議や定例ミーティングを通して、妊産婦に対する理解を深めることで、産科入院中の丁寧な観察と評価が可能になると考えられる。助産師が観察

する内容から、その後の精神科診療に有用な情報を得ることができる。

## おわりに

周産期メンタルヘルスにおける助産師の役割、当院における心理支援に特化した助産師外来の概要について述べた。実際の現場では、このような「心理支援に特化した助産師外来」という体制でなくとも、助産師外来や保健相談、また日々のかかわりのなかで助産師・看護師による心理支援が行われている。周産期メンタルヘルスの多職種連携の体制の構築において、特にメンタルヘルス専門の助産師を核とした多職種連携は1つの形である。今後、周産期メンタルヘルス領域への関心はさらに広がると予想されるが、精神科医は役割分担や連携、後方支援を通じて、助産師と良いパートナーシップをもつことが不可欠である。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

## 文 献

- 1) 新井陽子：産後うつへの支援における助産師の役割。母性衛生, 50 ; 32-35, 2009
- 2) 新井陽子：周産期メンタルヘルス概論—助産領域—。クロストークから読み解く周産期メンタルヘルス(岡野禎治, 鈴木利人ほか編)。南山堂, 東京, p.20-26, 2016
- 3) Dennis, C. L., Hodnett, E. : Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev. (4) ; CD006116, 2007
- 4) 平成 13~14 年度厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)：産後うつ病の実態調査ならびに予防的介入のためのスタッフの教育研修活動報告書(主任研究者：中野仁雄)。2002
- 5) Howard, L. M., Megnin-Viggars, O., Symington, L., et al. : Antenatal and postnatal mental health : summary of updated NICE guidance. BMJ, 349 ; g7394, 2014
- 6) 厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)：妊産婦および乳幼児のメンタルヘルシステム作りに関する研究総括研究報告書(主任研究者：中野仁雄)。1999
- 7) 厚生労働省：児童虐待による死亡事例等の検証結

果等について，第1次報告，2005

8) 厚生労働省：子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について，第2次報告，2006

9) 松田幸子，桂田かおり，大桐規子：精神支援に特化した助産師外来の実際，妊産婦と赤ちゃんケア，5；38-44，2013

10) 中野仁雄：厚生省心身障害研究「妊産婦をとりまく諸要因と母子の健康に関する総合的研究」平成6年度研究報告書，1995

11) 日本産科婦人科学会，日本産婦人科医会編・監：産婦人科診療ガイドライン産科編2017，日本産科婦人科学会，2017

12) 日本周産期メンタルヘルス学会：周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド2017 ([http://pmhguideline.com/consensus\\_guide.html](http://pmhguideline.com/consensus_guide.html)) (参照2017-10-18)

13) 岡野禎治，村田真理子，増地聡子ほか：日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性，精神科診断学，7；515-533，1996

14) 小澤千恵：多職種協働における助産師の役割，精

神科治療学，32；749-753，2017

15) 佐藤喜根子，佐藤祥子：妊娠期からの継続した心理的支援が周産期女性の不安・抑うつに及ぼす効果，母性衛生，51；215-225，2010

16) 新道幸恵，玉熊和子，田中克枝ほか：助産師のメンタルヘルスケア能力育成を目的とした卒後教育プログラムの開発とその評価に関する研究，母性衛生，43；372-380，2002

17) 竹田 省：妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦，日本産科婦人科学雑誌，68；1814-1822，2016

18) Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., et al.: Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med, 12；439-445, 1997

19) Yamashita, H., Ariyoshi, A., Uchida, H., et al.: Japanese midwives as psychiatric diagnosticians: Application of criteria of DSM-IV mood and anxiety disorders to case vignettes. Psychiatry Clin Neurosci, 61；226-233, 2007

## A Midwife-run Perinatal Mental Health Clinic and Its Cooperation with Clinical Psychiatry

Saya KIKUCHI<sup>1)</sup>, Natsuko KOBAYASHI<sup>1)</sup>, Nami HONDA<sup>2)</sup>, Hidemitsu SAITO<sup>3)</sup>,  
Hidekazu NISHIGORI<sup>4)</sup>, Yuri SAKAI<sup>5)</sup>, Hiroo MATSUOKA<sup>2)</sup>

1) *Department of Psychiatry, Tohoku University Hospital*

2) *Department of Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine*

3) *Midorigaoka Hospital*

4) *Department of Obstetrics and Gynecology, Tohoku University Graduate School of Medicine*

5) *Center for Perinatal Medicine, Tohoku University Hospital*

Midwives play an important role in the perinatal mental health. Mothers with postpartum depression often do not seek care ; however, mental healthcare by midwives, who can provide direct care to pregnant and postpartum women, is important. Based on the results of a domestic multicenter study, it is clear that trained midwives can screen and care for pregnant and postpartum women who have psychological problems. In the current model, psychological support from midwives begins with screening for psychosocial risk factors such as psychiatric history, marital status, economic problems, and lack of childcare support. Pregnant women who need psychological care and help with childcare arrangements are recruited to a midwife-run perinatal mental health clinic. About 10 experienced midwives manage the clinic, listen to pregnant women's anxieties, and provide health guidance during one-hour appointments. At monthly multi-disciplinary meeting, the midwives share information, discuss current psychosocial situations of pregnant women, and decide on care plans. When necessary, the midwives consult clinical psychologists, psychiatrists, and medical social workers. In order to promote such mental healthcare from midwives, it is essential to share care-giving roles and collaborate with psychiatrists, depending on the severity of mental illness. For mild cases, midwives in charge of mental health clinics can provide high-quality primary care. For moderate to severe cases, however, or even mild cases that are difficult for midwives, consultation systems with easy access to psychiatrists should be implemented. As interest in perinatal mental health increases, midwives will play the roles of both gatekeeper and hub, and greater care for mild cases will be expected. As such, it will be the psychiatrists' responsibility to offer background support to midwives in these roles.

<Authors' abstract>

<**Keywords** : multi-disciplinary approach, midwife, perinatal mental health >

---