

特集 妊産褥婦のこころを支えたい——今、精神医療に求められる周産期リエゾン活動——

無床総合病院精神科で行う周産期メンタルケア専門外来

安田 貴昭

近年、妊産婦のメンタルヘルスに関する産科医らの意識は高まってきており、精神科医による産科医療への関与が求められている。その主な担い手になるのは、コンサルテーション・リエゾン精神医学に携わる総合病院精神科である。著者は無床総合病院精神科で周産期メンタルケア専門外来を開設している。妊産婦の外来診療では問診や相談に時間をかける必要があり、予約人数を少なく設定している。専門外来を開くことの意義は、余裕のある診療によって薬物療法を最小限に抑えられること、医療者が専門家としての責任を自覚できること、相談窓口が明確になること、妊産婦のメンタルヘルスに関する経験や知見が蓄積することなどであると考えられる。無床総合病院精神科の弱点は入院適応のある患者を診療できない点である。そのため入院が必要になるような症状の再発や再燃が起こる可能性について評価することが求められ、軽症例や寛解維持例の受診も多い。これらの診療はリエゾンモデルに沿って考えると理解しやすい。精神障害の再発・再燃を予測し、早期から対応するためには、その危険因子の有無や初発時の症状、家族や地域のサポート状況などを確認する。状態が安定しているときの表情や話しぶりを観察しておくことも、症状悪化の早期発見につながる。専門外来では精神科医とリエゾナーズとの協働が有用である。リエゾナーズは他の職種の意見を集約し、専門外来での情報をまた他の職種に伝えることで、精神科医と他の職種との橋渡し役になることができる。リエゾナーズが加わることで専門外来の運用の仕方に幅ができ、診療の質も向上するものと考えられる。

<索引用語：コンサルテーション・リエゾン精神医学，周産期メンタルヘルス，多職種連携>

はじめに

近年、妊産婦のメンタルヘルスへの関心が高まってきている。

日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会が刊行している「産婦人科診療ガイドライン産科編」では2014年版に産褥期の精神障害についての記載が加わり、さらに2017年版には精神障害のリスク評価についての記載が追加された³⁾。日本産婦人科医会は「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル」を2014年に改訂し、「妊産婦のメンタルヘルス体制の構築をめざして」という副題を加え、メンタルヘルスの具体的な評価や対応についての記載を充実させた。さ

らに2017年には「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル 産後ケアへの切れ目のない支援に向けて」と改題し、メンタルヘルスケアの重要性をより強調する改訂を行った²⁾。

また、平成28年度（2016年度）の診療報酬改定では、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の算定対象疾患に精神疾患が追加された。この加算化では産科と精神科との連携が重視されている。

これらの動向が示す通り、産科医や助産師らの意識は高まりつつある。そして、メンタルヘルスの専門家である精神科医に対して、産科医療への積極的な関与を期待する声も挙がってきている。

本稿では精神科医は妊産婦のメンタルヘルスの問題にどのように関わっていくべきか、無床総合病院精神科の立場から論じた。

I. 「妊産婦のメンタルヘルス」の対象

妊娠、出産、授乳などに関連したメンタルヘルスの問題は、通例で「妊産婦のメンタルヘルス」「周産期メンタルヘルス」などと称される。本来、妊婦は妊娠中、産婦は出産前後の時期、褥婦は出産直後から身体状態が回復するまでの6~8週間程度の時期の女性を指し、周産期は妊娠22週から産後7日未満の時期を指す。しかし、メンタルヘルスの問題はこの時期の女性だけに生じるとは限らない。精神科に通院中のまだ妊娠していない女性患者から、妊娠した場合に向精神薬を服用して大丈夫か、不妊治療を開始して問題はないかといった相談を受けることもある⁹⁾。また、妊娠、出産によって生じた葛藤やアンビバレントな感情は産後長期に続くこともあるだろう。育児に関する負担や困難も明確な終わりがあるものではない。

妊産婦のメンタルヘルスケアのためには、多職種での連携が重要であるとされ¹⁰⁾、総合病院精神科が担うべきとの意見も多い⁷⁾。多職種連携の点では確かに総合病院精神科は有利であるが、妊娠、出産、授乳に関連したメンタルヘルスの知識や理解が求められるのは妊娠中や出産直後のみとは限らず、診療所や精神科単科病院に勤務する精神科医の関与が重要になる場面が多々あるだろう。本稿の趣旨からは外れるためここでは言及しないが、地域のなかで妊産婦を支えていくにあたって、診療所や単科病院の精神科が担うべき役割も大きいものと思われる。

II. 総合病院精神科の現状

妊産婦のメンタルヘルスの問題の担い手として期待が高く、実際にそれらにかかわる機会が多いのは、やはりコンサルテーション・リエゾン精神医学に携わる総合病院精神科であろう。しかし、ひとくちに総合病院精神科といっても、その医療圏における病院の役割、病床数、常勤精神科医の

人数、臨床心理士や精神科専門看護師、精神保健福祉士の配置など、施設の特徴や規模によって、精神科の診療の実態は大きく異なる。また、精神科病床を有するか否か、有する場合は閉鎖病棟か開放病棟かによっても対応できる疾患や病態が異なる。

日本総合病院精神医学会の調査によれば、無床総合病院精神科の60%は常勤精神科医数が1人のいわゆる「ひとり医長」であり⁵⁾、有床総合病院精神科でも大学病院以外では常勤精神科医数の平均が4.0人であるという⁴⁾。いずれも決して十分なマンパワーが確保されているとはいえず、妊産婦のメンタルヘルスの重要性を認識していても、なかなか手がまわらない施設が多いのではないだろうか。

東京都でのアンケート調査では、周産期の患者が総合病院精神科に「丸投げ」されるという意見が紹介されている⁷⁾。総合病院精神科であるというだけで各施設からの紹介患者が集中すれば、妊産婦のメンタルヘルスに携わることへの拒否感情さえ生じかねない。現実的には大学病院など比較的人員マンパワーがあり、妊産婦のメンタルヘルスへの関心が高い一部の精神科が率先して患者を引き受けるという「拠点化」が必要になるのであろう。とはいえ、どのような総合病院精神科でも一定程度の基本的な対応はできるようにしておく必要はある。決して総合病院精神科が妊産婦を「門前払い」することのないよう、この分野の知識や経験が広く共有され、精神科全体として周産期医療に関与していけるような体制をめざすべきものと考ええる。

III. 無床総合病院精神科における

周産期メンタルケア専門外来

著者が勤務する総合病院（以下、当院）は総合母子周産期センター（以下、周産期センター）を有していることもあり、精神科（以下、当科）で周産期メンタルケア専門外来を開設している。無床総合病院精神科での取り組みの一例として、以下にその概要を紹介する⁹⁾。

当科では初診、再診ともに予約制としているが、予約から初診までに時間がかかることが問題となっていた。妊娠週数が進む前に精神医学的診断が知りたいといった周産期センターからのニーズに応えるため、2015年から妊産婦専用の初診枠を設けることとした。これが周産期メンタルケア専門外来という形に発展した。著者が専門外来を担当しているが、患者の受診の都合やタイミングによっては専門外来以外の枠で他の医師が初診を行うこともある。2016年からは一般外来患者の再診枠とは別に、周産期メンタルケア専門再診枠を設けた。このような専門外来を行うことの意義については後述する。

当科の専門外来の初診患者の人数や内訳は以下の通りである^{8,9)}。当科では専門外来の対象者を妊娠中の患者、出産後1年以内の患者、妊娠出産に関連した主訴の患者に分けている（以下、妊娠中症例、産後症例、相談症例とし、これらを総称して周産期症例とする）。2016年度に当科を初診した10代から40代の女性患者が252名であったのに対して、周産期症例は65名（25.8%）であった。その内訳は妊娠中症例36名（55.4%）、産後症例15名（23.1%）、相談症例14名（21.5%）であった。これらの人数や内訳は専門外来を開始する以前である2013年度や2014年度とほぼ同程度であった⁹⁾。

IV. 専門外来を行うことの意義

周産期メンタルケア専門外来の利点の1つは、予約から初診までの期間を短くできることである。緊急の初診依頼の場合でも、専門外来の枠を使用して調整することにより、これまでよりもスムーズな対応が可能となった。

再診についても、時間あたりの予約患者数を一般外来よりも少なく設定することで、余裕をもった診療が可能となった。妊産婦の薬物療法の原則は、服薬のリスクとベネフィットを比較しながら判断していくことである⁶⁾が、そのためにはどうしても一定程度の診察時間が必要となる。また、産後うつ病を最小限の薬物療法で治療する場合な

どでは、十分な休養を確保するために、育児や家事、仕事などの生活スタイルをよく把握し、時には家族も交えて具体的な生活の指導や相談を行わなければならない。妊産婦の外来診療は、心身の状態のみならず取り巻く環境も大きく変化するなかで行われることになるため、それだけ手間も時間もかかると考えたほうがよい。

さらに、妊婦は悪阻などの体調不良を抱えて来院することがあり、出産後は子どもを家族や保育園に預けてくる都合で時間に余裕がないことも多い。そのため、時間配分が柔軟に行えるようにしておくことは大切である。予約患者数を少なくすると、それだけ診療できる患者数は減ってしまうことになる。しかし、時間に追われず丁寧な診療ができれば、それだけ質の高い診療を行うことができ、かえって診療の効率を上げることになると考えられる。

一般的に「専門外来」といえば、その担当医はその領域の専門的な知識や経験を有している、あるいは特別な診療が受けられるものと期待されるだろう。知識については、国内外のガイドライン⁶⁾や学術雑誌の特集記事などを参考にし、あらかじめ準備をしておくことは可能である。しかし、経験や技能をはじめから身につけておくことは難しい。むしろ専門外来によって周産期症例の診療を集中的に経験し、体験的にしか身につかない対応のコツや要領を習得していけることが専門外来の利点であるといえる。また、専門外来の担当者は妊産婦から学ばせていただくという意識を忘れてはならないだろう。

短期的には、「専門外来」という看板を掲げること、担当医はその責任を自覚し、日々の研鑽への動機づけとなる。妊産婦のメンタルヘル스에積極的に取り組んでいることが対外的に示され、相談窓口がわかりやすくなることも利点となる。長い目でみれば、妊産婦のメンタルヘルスに関する経験や知見が蓄積し、それがまた広く共有されていくことによって患者の利益につながるものと考えられる。

V. 無床総合病院精神科の問題点

無床総合病院精神科の弱点を挙げれば、それは当然、精神科病床がなく入院適応のある患者を診療できない点であろう。自殺の危険が切迫したうつ病の妊産婦、産褥精神病による錯乱性の興奮状態にある出産直後の産婦などでは、有床総合病院精神科への転院以外の選択肢は考えにくい。一旦このような状態が生じてしまうと、行動制限なしでの治療は危険であり、速やかな転院調整が求められる。

精神科として本来は入院適応にならないような症例であっても、母体や胎児の安全のために入院を検討しなければならない場合もある。心理的に未成熟でストレス耐性が低く、社会性の乏しい妊婦などでは、仮に切迫早産などで産科への入院が必要になったとしても、病棟での安静に耐えられず無断で帰宅してしまったり、病室内で隠れて喫煙してしまったりなど、一般病棟では対応しきれない状況がさまざまに起こりうる。このような患者では、精神科入院も選択肢として視野に入れながら対応を検討していく必要がある。

精神科入院の適応の判断には、母体や胎児の身体状態、家族のサポート状況、病棟スタッフの対応能力なども含めた総合的な視点が求められるが、これらの情報が十分に得られないなかで迅速な決断を迫られることもある。いざとなればのセーフティーネットがあるからこそ、一般病棟や外来通院での対応を粘り強く行うことが可能となるのではないかと著者は考える。

自施設だけで治療が完結できず、転院調整による時間のロスによって患者を危険にさらすことになるならば、早い段階で有床総合病院精神科に引き継いでおくほうが確実で安全であることは間違いない。しかしこれはオーバートリアージとして批判されることもあるだろう。この点は無床総合病院精神科の精神科医が抱えるジレンマである。

VI. リエゾンモデルによる外来診療

コンサルテーション・リエゾン精神医学に基づく診療では、コンサルテーションモデルによる診

療とリエゾンモデルによる診療に大別される¹⁾。コンサルテーションモデルでの診療は、何らかの問題が起こった後に、その解決のために他科から依頼される形で行われ、ほとんどの外来診療はこちらに該当すると考えられる。一方、リエゾンモデルでは予防や早期発見を目的とし、特に何も問題が起こっていない患者に対しても幅広く介入するという形をとる。

当科を初診する周産期症例の約半数は妊娠中症例で、その多くはあらためて当科で治療介入を行う必要のない軽症例や寛解維持例であった⁸⁾。これは精神科治療歴のある妊婦が周産期センターでの出産を希望する場合、現時点で特に問題が生じていなくても、後になって入院が必要となるような再発・再燃が生じる可能性について、精神医学的な評価を求めて紹介されるためである⁹⁾。これらはリエゾンモデルでの診療である。

周産期メンタルヘルスの専門外来を行う場合、特に無床総合病院精神科では、このようなリエゾンモデルでの診療を前提として考えておくことが重要であると著者は考える。コンサルテーションモデルを前提にしていると、精神科治療歴があるだけで紹介される患者では、診察の時点で介入すべき問題を見出すことができず、不必要に紹介された患者であると見なしてしまいがちである。そうすると、かかりつけ医での治療を継続し、何かあれば再受診するように指示するくらいで診察が終わってしまう。かといって何か問題が起こったからのコンサルテーションでは、病床をもたない無床総合病院精神科には対応できず、手遅れにもなりかねない。

はじめからリエゾンモデルでの診療を前提とし、予防や早期発見、早期治療が目的であると考えれば、診察内容も変わってくるはずである。ただし、スクリーニングとしての診察では、患者数が増え、それだけでは精神科の負担が大きくなってしまったため、診療の効率化を図るなどの対策は必要であろう。

精神障害の再発・再燃の危険因子はある程度知られており、経過の予測や早期発見のためには、

まずそれらの有無を確認する。次に初発時の精神症状や家族や地域の現在のサポート状況などを確認する。もし再発・再燃の可能性が高かったとしても、普段から家族の見守りがあり、いざというとき十分な協力が得られるならば、それほど心配はいらないかもしれない。

また、状態が安定しているときこそ、そのときの表情や話しぶりなどをよく観察しておくことで、症状悪化を早期に察知することにつながる。特に問題がなくても、あえて頻度を減らさず定期的に診察を行うことも、無床総合病院精神科の外来では1つの方略となると考えられる。

Ⅶ. 外来診療でのリエゾンナース (精神看護専門看護師)との協働

一般的に、外来での診療は患者と主治医との1対1の治療関係が中心になり、精神科医の個人的なペースで診療が進んでいくことになりやすい。しかし、リエゾンモデルでの診療では、周産期医療チームの一員として多職種間の連携が求められる。そこで、定期的に院内のカンファレンスに参加したり、産科の病棟や外来を回診したりするなど、日頃から他の職種と接触する機会を作るような工夫が必要になる。リエゾンモデルの診療では個々の介入に明確な受診理由があるわけではないため、わざわざお互いに連絡して患者の情報を報告するスタイルはなじまないだろう。チームの一員として日常的に接点をもつなかで、自然な形で情報共有していくことが望ましいと考える。

しかし、これらの取り組みは医療経済的な面で必ずしも効率的ではない。カンファレンスや回診に時間を費やしても、現状の診療報酬の仕組みでは評価されないため、収益のためには外来で1人でも多くの患者を診察することのほうが優先される。

このようなとき、専門外来でリエゾンナースと協働することも有用である⁹⁾。リエゾンナースは他の職種の意見を聞いて集約し、それらをもとに精神科医とディスカッションすることができる。また、さらにそれらを各職種に伝えることによっ

て、外来で他からの情報が入りにくい精神科医と他の職種との橋渡し役になることができる。これらはリエゾンナースの専門性の1つであり、リエゾンナースが加わることで専門外来の運用の仕方に幅ができ、診療の質も向上するものとする。

おわりに

総合病院精神科のあり方として、求められるあらゆるニーズに対応することが大切であるが、周産期メンタルヘルスあるいは緩和ケアや精神科救急など、分野を絞ってより高度で専門的な医療を提供することも、めざすべき1つのあり方である。その際には、多忙な総合病院で疲弊せず、やりがいを持続して持続的に診療を続けていくために、選択と集中などの業務の整理⁵⁾を行うことも必要になってくる。

無床総合病院精神科において周産期メンタルケア専門外来をどのような形で行うかは、おそらくさまざまな考え方があり、1つの正解があるようなことではない。本稿で述べたことはあくまで著者の経験をふまえた私見であるが、専門外来を実践していく人にとっての参考になれば幸いである。

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) 堀川直史：コンサルテーション・リエゾン精神医学。精神経誌, 109 (7) ; 709-712, 2007
- 2) 日本産婦人科医会：妊娠婦メンタルヘルスマニュアル―産後ケアへの切れ目のない支援に向けて―。2017 (http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/06/jaogmental_L_0001.pdf#search=%27妊娠婦メンタルヘルスマニュアル%27) (参照 2017-11-27)
- 3) 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
- 4) 野口正行, 小石川比良来, 早川達郎：有床総合病院精神科の現状と課題。臨床精神医学, 43 (6) ; 809-815, 2014
- 5) 清水 研, 平 俊浩, 中嶋義文：無床総合病院精神科の医療活動。臨床精神医学, 43 (6) ; 817-820, 2014
- 6) 鈴木利人：英国周産期メンタルヘルスガイドライ

ンの紹介—国内周産期メンタルヘルス機能の充実に向けて—, 精神経誌, 116 (12); 982-989, 2014

7) 竹内 崇: 周産期におけるリエゾン活動—対象となる精神疾患と今後のあり方について—, 精神医学, 58 (2); 141-148, 2016

8) 安田貴昭, 志賀浪貴文, 大賀公子ほか: 総合病院精神科外来初診における周産期症例, 日本周産期メンタル

ヘルス学会会誌, 2 (1); 61-66, 2016

9) 安田貴昭, 大賀公子, 志賀浪貴文ほか: 周産期メンタルヘルス外来の立ち上げ方, 精神科治療学, 32 (6); 727-731, 2017

10) 吉田敬子: 妊産婦の精神面の問題の把握と育児支援—多職種による支援ユニットの編成の意義と役割分担—, 母子保健情報, 67; 24-29, 2013

Specialized Outpatient Perinatal Mental Health Services at a General Hospital without a Psychiatric Ward

Takaaki YASUDA

Department of Psychiatry, Saitama Medical Center, Saitama Medical University

Awareness of the importance of maternal mental health has grown among obstetricians, and the need for consultation liaison psychiatrists at general hospitals has been increasing. The author established specialized outpatient perinatal mental health services at a general hospital without inpatient psychiatric care. The significance of a specialized outpatient clinic includes ensuring adequate time for consultation, promoting a sense of responsibility among psychiatrists and medical staff, establishing a consultation window, and accumulating experience on perinatal mental health care. Clinical practice involving specialized outpatient services is based on a liaison model.

As we cannot offer inpatient psychiatric care, we must always be aware of signs and symptoms of those who are likely to need inpatient psychiatric care. For the early treatment of mental disorders, we must check the patient's risk factors, initial symptoms, and social support. By observing the stable state of the patient carefully, we can recognize any worsening of the patient's symptoms at an early stage.

Collaboration between psychiatrists and liaison nurses is useful. Liaison nurses can fulfil a bridging role between psychiatrists and other professionals.

<Author's abstract>

<**Keywords** : consultation liaison psychiatry, perinatal mental health, multidisciplinary team>