

総合病院に求められる周産期リエゾン活動

竹内 崇

わが国における周産期メンタルヘルスの重要性の指摘や実際の活動は、産科を中心に展開されている。平成28年度診療報酬改定では、産科に有益となる加算が認められたが、精神科と産科が連携して精神疾患合併妊産婦を管理することの重要性が評価されたものと考えられ、周産期におけるメンタルヘルス活動において大きな前進といえる。一方で、この加算化により、総合病院精神科に限らず精神科医療機関は、産科医療への積極的な協力や情報提供が必要となり、産科の要請に即応できる体制が求められるようになってきている。さらに、平成29年3月31日に厚生労働省から発行された産婦健康診査事業に関する文書には、精神科との連携が必要と考えられる項目が複数あり、今後産科医療機関や行政からの協力要請のさらなる増加は間近に迫った重要課題といえる。平成27年の東京都の精神科診療所・精神科病院、分娩取扱施設を対象としたアンケート調査では、精神科医への妊産婦に対する薬物療法についての啓蒙活動、産科医との協働、精神疾患合併妊産婦に対するガイドライン作成、診療報酬化などの必要性が挙げられたが、ガイドラインと診療報酬に関してはすでに実現に至っている。総合病院は多職種が同時に集まることができる貴重な場であり、さまざまな角度から妊産婦の状態を評価することが可能である。ただし、その対応には限界があることから、いかにして限られた資源を有効に活用していくかが課題となる。具体的には、多職種による情報共有、産科スタッフへの教育、精神科医の育児支援体制への理解、スクリーニング技術の向上と対応の標準化が挙げられる。

<索引用語：周産期，リエゾン，総合病院，多職種，母子支援>

はじめに

平成28年4月、自殺で亡くなった妊産婦が東京23区で平成17～26年の10年間に計63人に上ることが、東京都監察医務院などの調査で判明したという記事が新聞に掲載された⁵⁾。これは、妊産婦の自殺者数についての初めての本格的な調査結果である。出産数に占める割合は10万人あたり8.5人であり、出血などによる妊産婦死亡率の約2倍に上ることから、妊娠・出産期の死因として自殺が最も多いこととなり、周産期におけるメンタルヘルスの重要性を強く指摘するものとなった。このような背景をもとに、平成29年4月に出版された日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会の共

同編集による「産婦人科診療ガイドライン産科編2017」では、新たに周産期メンタルヘルスに関するClinical Questionが追加・改訂されている⁴⁾。そのなかでは、産後うつ病のリスク因子、スクリーニングの方法や時期、ハイリスク者に対する介入法などが取り上げられている。このように、わが国における周産期メンタルヘルスの重要性の指摘や実際の活動は、産科を中心に展開されているのが現状である。

I. 総合病院精神科における課題

前述した産科側の動きに対し、精神科側はどのような状況にあるだろうか。都内の総合病院精神

表1 平成28年度診療報酬改定

ハイリスク妊娠管理加算	入院1日につき1,200点	20日まで
ハイリスク分娩管理加算	入院1日につき3,200点	8日まで
ハイリスク妊産婦共同管理料 (I)	800点	紹介元医師
ハイリスク妊産婦共同管理料 (II)	500点	紹介先病院

科に勤務する精神科医から以前より指摘されている問題には、産科側からの「精神疾患があるから」、精神科診療所や精神科病院からの「妊娠したから」といういわゆる丸投げの依頼が少なくないこと、一旦引き受けると対応困難事例が多く、労力の割に診療報酬上反映されず、さらには地域に戻りにくいことなどがある。そのために一部の総合病院精神科に依頼が集中しており、その状況に大きな変化はみられていない⁷⁾。

II. 平成28年度診療報酬改定 (表1)¹⁾

平成28年度の診療報酬改定において、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算およびハイリスク妊産婦共同管理料の算定対象となる合併症に精神疾患が加えられた。これらは、「施設内の精神科に通院している妊産婦」および「他施設の精神科に通院して診療情報提供書が提供された妊産婦」に対し一定の基準を満たす施設で入院管理を行った場合に算定されるものである。産科側に有益となる加算ではあるが、精神科と産科が連携して精神疾患合併妊産婦を管理することの重要性が評価されたものと考えられ、周産期におけるメンタルヘルス活動において大きな前進といえる。以下にその概要について記載する。

1. ハイリスク妊娠管理加算

産婦人科または産科を標榜する保険医療機関であること、専ら産婦人科または産科に従事する医師が1名以上いること、産科医療補償制度標準補償を実施していること、および屋内で喫煙が禁止されていることが施設基準となっており、入院1日につき1,200点で20日まで加算される。

2. ハイリスク分娩管理加算

1の基準に加えて、産婦人科または産科に従事する常勤医師が3名以上いること、常勤助産師が3名以上いること、1年間の分娩件数が120件以上でその件数を掲示していること、および勤務医の負担軽減および処遇改善体制が整備されていることとされ、入院1日につき3,200点で8日まで加算される。

3. ハイリスク妊産婦共同管理料 (I)

紹介元医師が、当該患者が入院中である紹介先の病院に赴いて、紹介先の病院医師と共同で医学管理等を行った場合に算定される (800点)。

4. ハイリスク妊産婦共同管理料 (II)

紹介元医療機関がハイリスク妊産婦共同管理料 (I) を算定した場合に、紹介先の病院において算定される (500点)。

上記が算定されるために必要な条件として、その施設の内外問わず、精神科への受診および診療情報提供書の提供が挙げられている。つまり、精神科側には、産科より精神科未受診の妊産婦を紹介された場合の速やかな外来診療、および精神科外来通院患者が妊娠し、産科を受診する際の速やかな診療情報提供書の提供が要求される。よって、加算化により、総合病院精神科に限らず精神科医療機関は、産科医療への積極的な協力や情報提供が必要となり、産科の要請に即応できる体制が求められるようになってきている。

III. 行政の動き

平成29年3月31日、厚生労働省雇用均等・児

表2 産婦健康診査事業の実施に当たっての留意事項について（雇児母発 0331 第1号）

1. 産婦健診実施機関

- (1) 産婦健康診査を受診する産婦（以下「受診者」という）に対し、産婦健康診査の結果（以下「健診結果」という）が市町村に報告されることを説明すること。
- (2) 産婦健康診査のうち、精神状態の把握については、エジンバラ産後うつ病質問票の点数だけではなく、問診（精神疾患の既往歴、服薬歴等）、診察（表情、言動等）なども併せて総合的に評価すること。
- (3) 健診結果は受診者本人に直接伝えること。
- (4) 支援が必要と判断される受診者に対しては、適宜、次に掲げる対応を行うこと。
 - ①受診者のセルフケアに関する助言・指導
 - ②子育て世代包括支援センター等、市町村の相談窓口等に関する情報提供
 - ③産婦健診実施機関における経過観察
 - ④精神科に関する情報提供（可能であれば精神科医療機関を紹介）
 - ⑤その他、受診者を支援するために必要な助言・情報提供等
- (5) 健診結果を母子健康手帳に記入する場合には、個人情報保護の観点から受診者本人の了解が必要であることに留意する必要があること。
- (6) 市町村に対しては、(2) による評価及び(4) による対応内容について、速やかに報告すること。

2. 市町村

- (1) 産婦健康診査事業の実施主体である市町村において健診結果が把握・管理されることをあらかじめ受診者に周知すること。
- (2) 支援が必要とされる受診者に対し適切に対応できるよう、あらかじめ産婦健診実施機関、精神科医療機関及び福祉関係機関との連携体制を構築しておくこと。
- (3) 実施機関からの報告により支援が必要と判断される場合には、受診者への電話連絡、訪問等により速やかに実情を把握するとともに、関係機関と連携し、支援を行うこと。

童家庭局母子保健課長から各都道府県宛に、産婦健康診査事業の実施に当たっての留意事項についての文書が発行された（表2）²⁾。この文書では、産後うつの予防や新生児への虐待防止などを図るために行う精神状態の把握に関して、産婦健康診査を実施する病院、診療所および助産所並びに市町村が留意すべき事項が提示されている。このなかで、「精神状態の把握については、エジンバラ産後うつ病質問票の点数だけではなく、問診（精神疾患の既往歴、服薬歴等）、診察（表情、言動等）なども併せて総合的に評価すること」「精神科に関する情報提供（可能であれば精神科医療機関を紹介）」「あらかじめ産婦健診実施機関、精神科医療機関及び福祉関係機関との連携体制を構築しておくこと」といった精神科との連携が必要と考えられる項目が複数あり、今後産科医療機関や行政からの協力要請のさらなる増加は間近に迫った重要課題といっても過言ではない。

IV. アンケート調査からみえてくる課題

著者らは平成27年に東京都の精神科診療所・精神科病院を対象に周産期メンタルヘルスに関するアンケート調査を行った。また、同時期に日本産婦人科医会では、東京都の分娩取扱施設における精神疾患合併妊婦取扱に関する実態調査を行っている⁶⁾。これらの結果については、著者が以前まとめているので詳細はそちらをご参照いただきたい⁷⁾。ここでは、結果のポイントについて述べる。精神科病院や産科施設では、精神疾患合併妊娠は総合病院での管理が望ましいと考えているものの、実際には全例を総合病院で対応することが困難な状況が存在している。精神科診療所では、近医での診療の継続の必要性を指摘し、妊産婦の診療を継続する施設が比較的多いが、産科との連携は十分にはできていない。産科側では、精神的な問題を発見しても、重症度評価が困難で、精神科への紹介の基準が明確にできないという問題があり、精神科側では妊産婦に対する薬剤調整の不安から対応を躊躇している現状が明らかとなっ

た(表3)。以上より、精神科医への妊産婦に対する薬物療法についての啓蒙活動、産科医との協働、精神疾患合併妊産婦に対するガイドライン作成、診療報酬化などの課題が挙げられたが、ガイドラインと診療報酬に関しては、前述したようにすでに実現に至っている。

V. 当院での取り組み³⁾

1. 母子支援システム(図1)

東京医科歯科大学医学部附属病院(以下、当院)で出産予定となった妊婦のうち、精神科通院中もしくは新たに精神科診療を必要とする場合は、当院精神科の周産期メンタルヘルス外来を受診してもらう。同外来は平成27年4月に開設され、当院

精神科リエゾンチームに所属する精神科医2名が分担して診療にあたりるとともに、精神看護専門看護師、臨床心理士、薬剤師と協働で精神的サポートを行っている。もともとのかかりつけ精神科医での診療を継続してもらったうえで、同外来が関係各部署との橋渡しを行う場合と、妊娠期間中は同外来が全面的にフォローする場合がある。産後は産褥期精神障害が出現しやすいとされる1ヵ月程度の間は対応を継続し、その後地域に引き継ぐようにしている。

育児体制に不安があり支援を要すると判断される妊産婦に対しては、きらきら育児サポートシステムが機能する。本システムは、病院内における児童虐待事例対応委員会の一部門として平成25年9月に運用が開始されたもので、産科スタッフが院内のソーシャルワーカー(SW)と情報共有し、妊産婦に対して妊娠中から社会資源に関する情報提供、地域相談機関との連絡・調整を行い、産後も切れ目のない支援が行われるような体制を整備している。一方、児に関しては、新生児科による「すくすく外来」がある。これは、退院後の児の発育・発達の観察とともに、育児不安を抱える母親へのアドバイスや育児指導を行っている。

なお、周産期に関与する、産科医、新生児科医、

表3 アンケート調査からみえてくる課題

- ・精神疾患合併妊娠すべてを総合病院で診ることは困難
- ・産科施設と精神科病院では、総合病院での管理が望ましいと考えている施設が圧倒的に多い
- ・精神科診療所では、近医での診療の継続の必要性を指摘し、診療を継続する施設が比較的多い
- ・産科と精神科の連携がほとんどできていない現状がある
- ・産科側では精神症状の重症度評価、精神科側では薬剤調整に苦慮している

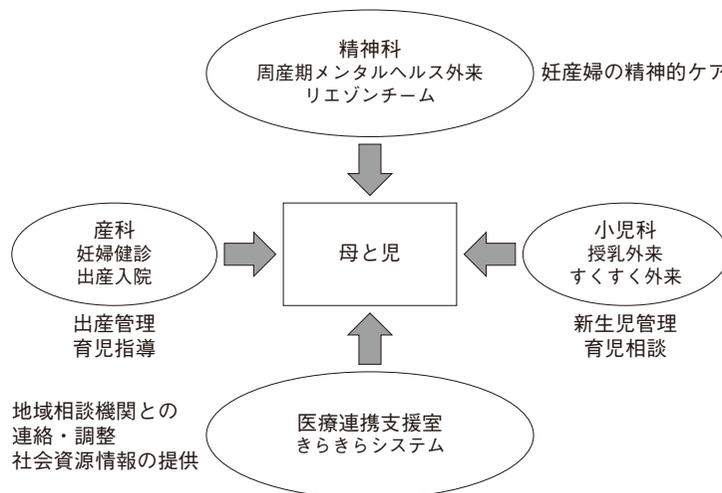


図1 当院における母子支援システム(文献3より引用)

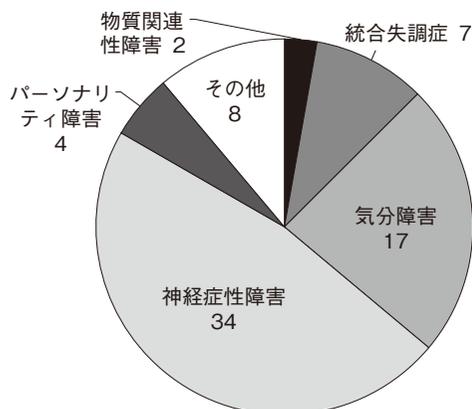


図2 周産期妊産婦の精神科受診時診断 (名)
(文献3より引用)

精神科医，助産師，看護師，SW，認定遺伝カウンセラーを含めた多職種が一堂に会する周産期カンファランスを週1回の頻度で定期的に行い，情報共有に日々努めている。

2. 周産期メンタルケアの現状

平成27年4月からの2年間に当科が介入した周産期の女性の概要について以下にまとめた。ここでの「周産期」は妊娠中から産後1ヵ月までとしている。

同期間に介入したのは72名で，周産期メンタルヘルス外来開設前に精神科が介入した妊産婦の割合が全分娩数の1～3%だったのに対し，約8%となり顕著に増加した。診断としては神経症圏が最も多く全体の約半数を占めた(図2)。続いて気分障害圏や統合失調症が多くみられたが，重篤な精神症状を有する妊産婦は少なく，軽いうつ状態が遷延している傾向があった。

向精神薬の継続投与を要さない，精神症状としては比較的軽症レベルの妊産婦は，本人自身の精神科通院のニーズは乏しく，産後受診につながらないことが少なくない。しかし，出産後に育児を始めるにあたり，支援体制の不足から問題が顕在化することが予測される。よって，これらの妊産婦に対して，妊娠中から本人の精神症状だけでなく，精神的な負荷への対処能力，家族の支援体制

表4 総合病院に求められる役割と課題

・多職種による情報共有
・産科スタッフへの教育
・精神科医の育児支援体制への理解
・スクリーニング技術の向上と対応の標準化

などを多職種で情報共有したうえで評価し，社会資源の利用の必要性について判断することが重要と考えられた。さらに，出産後に要支援者を地域に移行していくためにも，出産前から地域相談機関との連携が望まれる。

VI. 総合病院に求められる役割と課題

総合病院は多職種が同時に集まることができる貴重な場であり，さまざまな角度から妊産婦の状態を評価することが可能である。一方で，その対応には限界があることから，いかにして限られた資源を有効に活用していくかが課題となる。以下に，総合病院に求められる役割と課題について整理してみる(表4)。

1. 多職種による情報共有

妊産婦の支援については，精神疾患の有無や精神症状の程度にとどまらず，精神的な負荷への対処能力，家族の支援体制などを多職種で情報共有したうえで評価し，社会資源の利用の必要性について判断することが重要である。この点では，多職種が集う総合病院は有利な立場にある。

2. 産科スタッフへの教育

妊産婦に最初に直接かわるのは産科スタッフである。彼らに対し，精神疾患に対する正しい理解を促すための教育や実際のかかわり方についての指導は精神科医が中心となっていく。

3. 精神科医の育児支援体制への理解

産科スタッフへの教育と同時に必要なのが，精神科医の育児支援体制についての理解である。利用できる制度や施設に関する情報を把握している

ことにより、妊産婦に安心感を与えることができる。

4. スクリーニング技術の向上と対応の標準化
総合病院で対応すべき精神疾患合併妊産婦についての的確に評価することは重要である。そのためには、スクリーニング技術の向上と対応の標準化が必要である。スクリーニングについては、精神症状の重症度の評価に加えて、育児能力や支援体制の評価が可能であるものが望ましい。また、これらの評価に対する対応の標準化を明確にすることで、総合病院で対応すべき妊産婦の状態像について共有できるものと考えられる。

おわりに

総合病院に求められる周産期リエゾン活動について、わが国の動向を踏まえ、当院での実際の活動を紹介したうえで論じてみた。この分野は産科側の活発な動きに対応できるよう、精神科側としても積極的に力を入れていく時期を迎えたといえよう。

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) 厚生労働省：平成 28 年度診療報酬改定について (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000112306.pdf>) (参照 2017-10-18)
- 2) 厚生労働省：産婦健康診査事業の実施に当たっての留意事項について (<http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/04/sanpu0331.pdf>) (参照 2017-10-18)
- 3) 武藤仁志, 竹内 崇：総合病院での周産期メンタルケア連携—精神科医の立場から—。精神科治療学, 32 ; 737-741, 2017
- 4) 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
- 5) 妊婦の自殺。毎日新聞, 2016 年 4 月 24 日
- 6) 鈴木俊治, 竹内 崇, 神谷直樹ほか：東京都の精神疾患合併妊娠取扱に関する実態調査結果。周産期医学, 45 ; 1802-1806, 2015
- 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 ; 141-148, 2016

Perinatal Psychiatric Consultation-liaison Service in General Hospitals

Takashi TAKEUCHI

Section of Psychiatry and Behavioral Science, Tokyo Medical and Dental University Graduate School

In Japan, the field of obstetrics focuses on the importance of perinatal mental health and carries out actual activities. In the revision of medical fees in 2016, an additional obstetrical benefit was approved, based on the importance of managing pregnant women with psychotic disorders with cooperation between psychiatrists and obstetricians. This was regarded as major progress in mental health activities during the perinatal period. However, due to this addition, not only psychiatric departments in general hospitals but also psychiatric institutions are required to provide active cooperation and information relevant to obstetrical treatments. They are also required to establish a system to immediately respond to requests from obstetricians. Moreover, in the documents issued by the Ministry of Health, Labour and Welfare on March 31, 2017 regarding the health check-ups for pregnant women project, some items were thought to require liaison with psychiatrists. Thus, further increases in requests for cooperation from obstetrical institutes and their administration are anticipated to be important realistic issues. In the questionnaire sent to psychiatric clinics, psychiatric hospitals, and medical institutions providing obstetrical services in Tokyo in 2015, several items were indicated to be necessary : educational campaign for psychiatrists on drug therapy for pregnant women, collaboration with obstetricians, establishment of the guidelines for pregnant women with psychotic disorders, and medical fees covered by the national health insurance. The guidelines and medical fees have already been put into practice. A general hospital is a valuable place where a broad range of healthcare professionals can gather together and evaluate the conditions of pregnant women from various angles. However, their responses have limits, such as the issue of how to use limited resources effectively. To be specific, the following are indicated : information sharing among various healthcare professionals, educational efforts aimed at staff members of obstetrical departments, psychiatrists' understanding of the child-rearing assistance system, improvements of screening techniques, and standardization of responses.

< Author's abstract >

< **Keywords** : perinatal period, liaison, general hospital, multi-disciplinary, support for mothers and infants >
