

## 精神科医は、母子保健とどのように連携していくのか？ ——松戸市の取り組みを例に——

渡邊 博幸

妊産婦のメンタルヘルス (MH) は、妊娠中の母児の健康、産後の養育、児の発達を左右する重要な支援課題である。精神疾患や精神的不調をもつ女性は、単にそれらの症状によって、妊娠・出産が困難となるだけでなく、例えば、望まない妊娠や、パートナーや家族の非協力、経済的困窮、産科的自己管理不十分などの特定妊婦としての心理社会的諸問題に陥りやすい。このように、妊産婦 MH を実践する場合は、精神疾患としての疾病性と生じている心理社会的問題という事例性の双方を把握して、包括的な支援を計画する必要がある。しかし、妊産婦の MH を支えるための多職種連携は多くの実施上の困難を伴う。その要因として、①精神-周産期医療間、精神-母子保健行政間の専門性の違いによる連携不全、②支援のリレーが多くなり、情報や介入の分断が生じやすいという時間軸上の連携不全、③妊娠出産を機に生活拠点が移動することによる空間軸上の連携不全を挙げた。このような連携困難を打開するために、著者は千葉県松戸市における連携モデル構築を手がけた。このモデルは、①要保護児童対策地域協議会 (要対協) に市内の医療機関ネットワークをつなげ、要対協と産科・小児科・精神科を含む医療機関との情報共有を行う、②精神科医が直接、母子保健の担当保健師に技術支援するという二本立ての連携構造をとっている。松戸市の連携モデルの利点は、地域の単科精神科医療施設でも積極的に参加することが可能なことである。

<索引用語：妊産婦のメンタルヘルス、疾病性と事例性、インター型多職種連携>

### はじめに

妊産婦のメンタルヘルス (mental health : MH) は妊娠中の母児の健康問題、出産後の養育不全や虐待、産婦の自殺や嬰兒殺につながる重大な課題であり、これらの複合的な困難に対しては多職種での援助が必須である<sup>7)</sup>。しかし、本領域の多職種協働、特に地域での母子-精神保健間連携は、十分機能しているとは言いがたい。本稿では、両者の連携・協働における困難の特徴を整理し、著者がかかわった千葉県松戸市における連携モデルを例に MH 連携体制の作り方を提示し、その利点と課題・限界について考察する。

### I. 妊産婦の MH 連携はなぜ困難なのか？

妊産婦の MH 連携の困難性の特徴について、①精神的不調をもった妊産婦の疾病性と事例性が絡み合って生じる複合困難性と、②支援者や支援システムの未整備による連携不全という2つの要因から整理したい。

#### 1. 妊産婦の MH の複合困難性

妊産婦の支援の前線に立つ助産師、保健師からは、「妊産婦の MH は、精神症状の部分と、生活課題の部分が複雑に絡まり、問題点多すぎて、どこに何を相談したらよいかわからない」という苦悩が語られる。精神的不調をもった妊産婦の特

徴は、妊娠・出産・授乳・育児というライフステージから生じる疾病性と事例性の課題が絡む「複合困難性」である。この言葉は著者が支援対象の特徴を端的に言い表すためにつけた造語であるが、社会的マイノリティがしばしば複数の差別を同時に経験し、それらの差別が互いに絡み合い、入り組んでいる状態を表す「複合差別」<sup>9)</sup>から表現を借りている。障害があり、女性であるために生きにくいという複合差別についての調査が2012年に報告されているが、女性のリプロダクティブヘルスに関する報告として、「児への影響や子育て能力などを医師や家族から指摘され、人工妊娠中絶を勧められたこと、妊娠して産科通院となったが、障害のために他院を勧められたこと」などが挙げられている<sup>1)</sup>。

本来、妊娠・出産・育児という人生の極めて大きなイベントは、差別のテーマではなく、身近な人間関係や社会制度のなかでの配慮と互助のテーマであるはずである。ましてや、疾病や障害が重複する妊産婦が、いつその配慮や援助を受けるのは誰もが納得することであろう。しかし、現実には、これらの配慮から最も疎外されてしまう実態がある。それは確かに差別と言っても過言ではないかもしれないが、妊産婦のMHを担う医療や保健の担当者（つまり、われわれ）自体も職場の協体制や業務への配慮から疎外され、孤軍奮闘し、図らずも、妊産婦への十分な対応がとれない状況に陥ってしまう現状を著者も体験している。被害者-加害者という二律背反では捉えきれないテーマであり、両者を支える視点を強調する意味で、「困難性」を用いた。

### 1) 疾病性

言うまでもなく妊娠・出産は女性にとって bio-psycho-social にわたる大きなライフイベントである。妊娠によるエストロゲン、プロゲステロンの大量分泌と出産後の急激な低下などのホルモン環境の変化は、妊産婦の精神状態をさまざまに修飾する。オキシトシンによる授乳や子宮復古のメカニズムと精神作用、母子の愛着形成の関係も注目されている<sup>2)</sup>。妊娠初期の悪阻や循環血液量増

加による心悸亢進、胎児の発育に伴う身体違和感や行動制約を過度に深刻に受け止め、不安状態に陥る場合もある。このような身体・生理学的な変化に加え、母親役割を妊娠中から期待されたり、潜伏していた家族関係の葛藤が表面化したり、仕事の制限やライフプランの変更を余儀なくされるなど、家庭や職場、経済面での変化が短期間に次々に生じる<sup>3)</sup>。これらは内部環境としても外部環境としても妊産婦に対して極めて大きなストレス要因となり、新規に精神的不調を呈したり、症状を再燃することにつながる。

また、すでに精神疾患を有している女性においては、妊娠や出産、授乳に際して、服用している向精神薬を自ら、または勧められて減薬・中止する場合がある。妊娠中の行動制約によって通院もままならないこともあり、やむを得ず治療中断することで再発しやすくなる。

### 2) 事例性

妊産婦は精神疾患の症状や障害により、できてあたり前と見なされがちな妊娠・出産・育児での適切な対応ができず、パートナーや家族との間に、新たな葛藤をはらむことが多い。例えば、妊婦健診受診や母子手帳の交付など行政サービス利用の手続き、児の健診や予防接種といった、新たな手続きやコミュニティへの参加が立て続けに求められる。このような新たな生活課題への対応が心理的ストレス要因となる。また、精神的不調をもつ妊産婦では、予期せぬ妊娠、パートナーや家族の非協力、経済的困窮、産科的自己管理不十分などの心理社会的諸問題の併存が多いとの指摘もある<sup>5)</sup>。これらの困難は出産後の児の養育に関して特に支援が必要な「特定妊婦」の定義とほぼ重なっている。

### 2. 妊産婦 MH における3つの連携不全要因

このような複合領域への支援を行うためには、多職種連携・協働が必須であるが<sup>6)</sup>、現状では、妊産婦 MH の多職種連携は多くの困難を伴う。妊産婦 MH の連携不全の要因として、次の3つを挙げる (図1)<sup>10)</sup>。

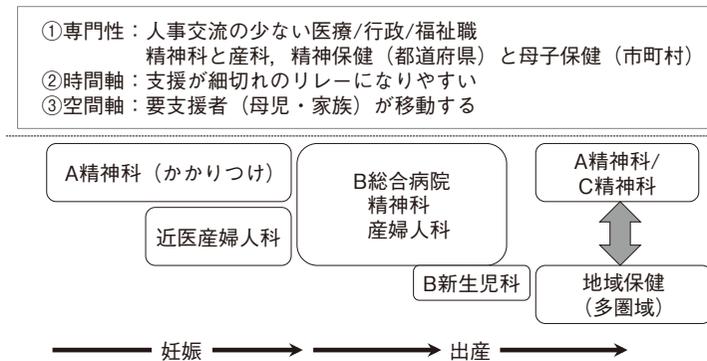


図1 妊産婦MH連携における3つの連携不全要因（文献10より引用）

### 1) 専門性からみた連携不全

連携不全の要因は，精神医療と周産期医療，精神保健と母子保健双方の人事・業務交流がほとんどないことがまず挙げられる．精神科と産科の診療をともに経験している専門職は稀である．また，母子保健と精神保健の行政職間においても，精神保健は都道府県が主管し（政令指定都市などは除く），母子保健は市町村が実施しており，人事の交流が生じない．そのため，互いの専門職の考え方や支援の方法論への齟齬や信念対立が生じやすい．

### 2) 時間軸上の連携不全

妊娠から育児までの支援主体が短期間で次々に交替し，当事者-支援者間の信頼感や情報共有の連続性が断ち切れてしまうことがある．わが国では，精神科に通院し向精神薬を内服している妊婦の場合，かかりつけの産科，精神科双方から，産科と精神科を有する総合病院に紹介されることがある．受診医療機関を1ヵ所にまとめられるので，一見，患者に配慮した診療連携に思えるが，地域によっては，紹介先への交通アクセスが不便，受療自体が母体に大変な負担となり，服薬・治療中断，症状再発の引き金となることがある．さらに，出産後1ヵ月程度までは総合病院での医療を継続するとしても，その後は，再び前医あるいは，里帰り先の居住地近傍の精神科に再紹介となる．短期の診療のバトンリレーによって，妊娠・出産時の本人の病状変化や，育児能力，児への愛着，家

族との関係変化などの重要な情報の伝達が途絶えてしまい，症状管理，育児に関してのリスクの把握や対応が困難になる．

### 3) 空間軸上の連携不全

医療拠点の偏在や妊産婦の生活圏の移動（里帰り出産・育児）があると，担当機関が遠く離れ，連携がより困難になる．医療機関同士では，転居に伴い診療情報提供書でやりとりは可能であるが，通常は，転居先の母子保健担当者に情報提供は行われぬ．母子保健からみると，自治体をまたいで支援の引き継ぎがなされるとしても，転居先で適切な保健・医療を受けるかどうかは，患者本人に依拠しており，育児や生活に追われて，支援希求がなされないこともある．特に，母親が児と引き離される，精神科への入院を勧められる，実家または婚家の親族に知られてしまうことを恐れて，支援機関間の情報提供や照会を拒む場合では，母子-精神保健連携は個人情報保護と児の保護の観点との間で，法的・倫理的な葛藤をはらむことになる．

## II. 松戸市の妊産婦MH連携の構築（表1，図2）

### 1. 目的

上記のような妊産婦MHにおける連携不全を解決するために，千葉大学社会精神保健教育研究センター治療・社会復帰支援研究部門（著者），松戸市内のたけだメンタルクリニック院長，武田直己，現ひがしまつど小児科院長，三平元らが発起

表1 松戸市での妊産婦 MH 連携の取り組み

2015 年度	周産期メンタルヘルス研修会・事例検討会 (年度内3回開催)	40名前後の市保健師，市立病院医師，看護師，心理士，市内医療機関医師，助産師などの参加事例検討，ワークショップ，講演など多様な方法でネットワーク化
2016 年度～	医療機関ネットワーク 市要保護児童対策地域協議会（要対協）と松戸市医師会	要対協と医療機関の連携構築，種々の関連研修会
	困難事例などへのアドバイザー派遣 (市医師会推薦で精神科医，児童精神科医が担当)	多様化・複雑化課題を抱えた事案に専門的なアドバイスをを行う 対象は，市要対協構成員・子育て世代包括支援センター保健師など

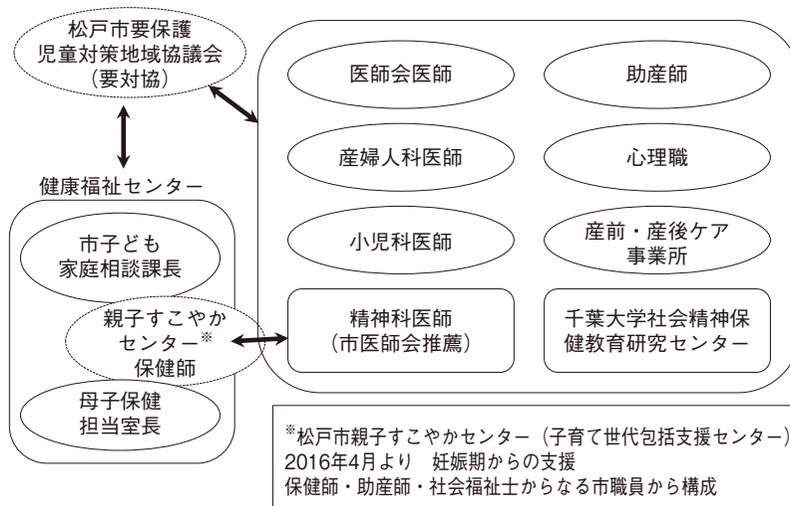


図2 松戸市要対協-医療機関ネットワークの構成

人となり，市の母子保健と精神医療を結びつける連携モデルを構築した。

## 2. 方法

### 1) 2015 年度の自主的な研修会・事例検討会

まず，松戸市の母子保健担当課の保健師と地域の医療者（産婦人科医，小児科医，精神科医，助産師，臨床心理士など）との顔の見える関係，インフォーマル・ネットワークを作るために，「地域生活の場で取り組む周産期メンタルヘルス in 松戸」という自主的な研修会・事例検討会を，

2015 年 2 月 26 日（第 1 回），同年 7 月 23 日（第 2 回），同年 10 月 22 日（第 3 回）と計 3 回にわたって開催した。参加者は 30～40 名程度で，保健師・行政職が半数以上を占めた。毎回はじめに 60 分程度の医師による妊産婦 MH や小児医療に関する講演を行い，その後は，1 事例 60 分の事例検討を 2 事例行った。事例は個人情報をも匿名化し，資料はすべて回収し，プライバシーの保護に十分配慮した。計 3 時間の研修会・事例検討会を通じて，所属機関や専門職種の違いによる支援方針の相違を受け止め，事例に中心にかかわっている支援

者の苦勞を理解し、事例介入の困難さや支援の障壁を整理し、解決策を検討した。精神科医は、アドバイザーとして、提示された事例に生じている精神科的問題の精神医学的な診立て、妊産婦のMHに立脚した環境調整、家族支援、精神医療の導入の仕方などについて専門の見地からの情報提供や技術支援を行った。また、検討会のファシリテーターとして、直接支援を行っている専門職のさまざまな感情の動きに沿いながら、支援者自身が会の参加者一同から支えられ、支援への自己効力感を得られるように、また具体的な支援オプションが見いだせるように、温かく率直で、柔軟な話し合いの場の雰囲気作りに腐心した。例えば、5分間程度のアイスブレイクを入れたり、座席の設定の変更（はじめは行政の検討会形式——医療専門職などの有識者が会議室形式で座り、行政職・保健師が後ろに控えて職位順に列席するというパターンであったが、これを小テーブル毎に8名前後で座り、意見やアイデアを出し合うワークショップ形式に改めた）などの参加者が積極的に話し合えるよう小さなお膳立てを行った。

3回の会は好評であり、次年度も継続したいという意見が集まったが、会の継続性を維持し具体的な情報共有と個人情報保護の観点の相克を解消し、さらにより実践的な精神科的介入を可能にするためには、市行政との関連性を明確にした形で、精神科医が介入できる構造を作る必要があった。これについては、三平と武田が中心となって、特定妊婦・要支援児童・要保護児童の支援に関する精神科等医師による技術支援を行う施策を、松戸市医師会から松戸市に提案するという形で、市の正規の取り組みとして予算化する努力がなされ、2016年度から、この検討会は下記の仕組みに展開することとなった。

## 2) 松戸市要保護児童対策地域協議会の医療機関ネットワーク

2016年度より松戸市は、要保護児童対策地域協議会（要対協）に、「医療機関ネットワーク」を設け、市内と医療圏を一にする近隣の医療機関の医師（市医師会会員や公立病院医師などを含む）や助

産師・看護師など医療系専門職種と母子保健にかかわる市職員（主に保健師や社会福祉士など）が集まって、研修や事例検討を行う場を設置した<sup>4)</sup>。第1回は、2016年8月18日に開催されたが、市からは、母子保健担当課である「子ども家庭相談課」や2016年度から設置された、「松戸市親子すこやかセンター（子育て世代包括支援センター）」の保健師、市内3カ所の健康福祉センター保健師などが参加した。

## 3) 子育て世代包括支援センターなどへの精神医療アドバイザー派遣事業

また、より迅速で具体的な精神科専門技術の提供のために松戸市親子すこやかセンターなど、行政の担当部署へのアドバイザー派遣を委託された市医師会が推薦した、妊産婦MHに実績のある地域の精神科医2名（うち1名は児童精神科医）が、毎月定期的に多様化・複雑化した課題をもった事例に対応し、保健師および相談者に対して専門的なアドバイスを行うこととした<sup>8)</sup>。

## 3. 結果

### 1) 要対協と医療機関ネットワーク

2016年度に上記研修会は計3回実施された。市医師会の協力を得て、所属医師全員に要対協関連の情報（例えば、児童福祉法の改正通知など）を周知できるようになり、従来関係性の乏しかった医療機関からも、市要対協の事業に関して積極的な協力を得られるようになった。

### 2) 子育て世代包括支援センターなどへの精神医療アドバイザー派遣事業

2名の精神科医が市の母子保健担当相談員、保健師からの相談依頼に対応し、母児の精神科的問題へのアドバイスや職員のMHサポートなどを年5回定期的に行っている。母児に精神医療を受ける必要性が高いと判断される場合は、適切な医療機関に円滑に紹介できるようになった。

## 4. 考察

松戸市では、足がかりとして、市担当課保健師と地域の産婦人科医、小児科医、精神科医を含む

多職種のインフォーマル・ネットワークを構成した。続いて、その関係性をもとに、市の予算事業として、母子保健・精神医療の連携構築システムを立ち上げた。このモデルは、①要対協に市内の医療機関ネットワークをつなげ、要対協と産科・小児科・精神科を含む医療機関との情報共有を行う、②精神科医が直接、母子保健の担当保健師に技術支援するという二本立ての連携構造をとっている。

要対協は、児童福祉法に基づき、要保護児童、要支援児童、特定妊婦について、さまざまな機関を通じての情報共有や役割分担した援助を行う目的で市町村に設置されている。これにより、医師や公務員など守秘義務を負う関係者からも該当する要支援者の情報を得ることが可能となった。しかし、同時に要対協の構成員には守秘義務が課せられており、構成員以外の医療機関などへの情報提供が難しい面がある。市の事業として、要対協と医療機関ネットワークが重なることによって、新たな協力医療機関を開拓し、要対協と医療機関間の情報連携がいつそう密になることが期待される。

また、市の囑託医という公的な立場をもって、保健師などへの専門的な技術支援を行えるようにしたことで、公立病院の医師以外でも母子保健への実効性のある協力を提供しやすくなった。従来から、母子保健と精神保健の連携は、総合病院精神科医のリエゾン業務と考えられるが、先述の「妊産婦 MH における 3 つの連携不全要因」で言及したように、総合病院精神科医が妊産婦にかかわる期間は、継続的支援のほんの一時にすぎない。出産後の生活場面での支援を視野に入れた場合、地域の精神科医療機関の参画は不可欠である。

このように、松戸の連携モデルは、公的病院や総合病院でない精神科医療機関が、既存の所属団体やインフォーマル・ネットワークなど、互いの顔が見える関係をもとにして、母子保健-精神保健・医療に参画しやすい構造をもっている。

しかし、一方で、妊娠中の緊急性の高い身体急変や非自発精神科入院を要する妊産婦への連携

は、このモデルで取り扱うことは難しい。有床総合病院精神科内の施設内連携も加味した MH 連携システムへの発展が今後の課題になろう。

短期間で、市の施策に速やかに展開できたのは、高い職業意識をもった保健師が参加したことや、同市の子育て施策に対する姿勢が積極的であったこと、市医師会長が要対協会長を兼務していたために、医療側への啓発や情報提供を円滑に行えたことなど、幸運が重なったことも方法論上の限界として明記しなければならない。どの自治体でも「松戸」方式を導入できるとは限らず、自治体の社会資源・インフラストラクチャーや関係者の関係性、行政の施策方針など、それぞれの特性や限界を熟慮して、実効性のある仕組みを構築すべきである。

## おわりに

妊産婦の MH 連携は、医療機関同士の連携や院内多職種連携では収まらない。産院・産科から退院し、生活者として母児が暮らしはじめた瞬間から、複合課題が表面化し、包括的な支援が必要となり、その1つとして精神科的関与が求められる。つまり、母児のライフステージの進展に応じ、精神-産科医療連携から、精神-母子保健連携、さらに自治体の行政施策への参画と、精神医療が関与する範囲は広がっていく。精神科医の役割は、一医療機関を越え、地域、自治体を活動の場とした、妊産婦のさまざまなステージでのリエゾンコンサルテーションの実践にほかならない。本領域への多くの精神科医の参画を期待する。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

謝辞 本プロジェクトに関して、多大なご尽力を賜りましたが、松戸市医師会長和座一弘先生にこの場をお借りして深謝申し上げます。

## 文 献

- 1) DPI 女性障害者ネットワーク：障害のある女性の生活の困難—人生の中で出会う複合的な生きにくさとは—複合差別実態調査報告書、2012
- 2) Johnson, Z. V., Young, L. J. : Neurobiological

mechanisms of social attachment and pair bonding. *Curr Opin Behav Sci*, 3 ; 38-44, 2015

3) 松島英介, 仙波純一編著: 女性のうつ病—ライフステージからみた理解と対応—. *メディカル・サイエンス・インターナショナル*, 東京, p.123, p.142, 2015

4) 三平 元: 児童虐待防止に向けた地方自治体と医療機関との円滑な連携促進の取り組み—千葉県および松戸市における児童福祉と医療の連携の実例—. *精神科治療学*, 32 ; 807-811, 2017

5) Nilsson, E., Lichtenstein, P., Cnattingius, S., et al. : Women with schizophrenia : pregnancy outcome and infant death among their offspring. *Schizophr Res*, 58 ; 221-229, 2002

6) Oates, M. : Perinatal mental health services. Rec-

ommendation for the provision of services for childbearing women. *College Report CR 197 (revision of CR88)*. Royal College of Psychiatrists, London, 2000

7) 岡野禎治: 周産期メンタルケアの現状と展望. *精神科治療学*, 32 ; 715-718, 2017

8) 武田直己: 地域の周産期メンタルヘルスケアのために精神科診療所では何かできるか? *精神科治療学*, 32 ; 777-779, 2017

9) 上野千鶴子: 複合差別論. 差別と共生の社会学 (井上 俊, 上野千鶴子ほか編, 岩波講座現代社会学 15). 岩波書店, 東京, p.203-232, 1996

10) 渡邊博幸, 榎原雅代: 精神保健と母子保健の連携はなぜ困難なのか?—3つの連携障壁とその解決—. *精神科治療学*, 32 ; 719-722, 2017

## Inter-professional Work with Mental, Maternal, and Child Health Care Providers in Matsudo City, Japan

Hiroyuki WATANABE

*Gakujikai Kimura Hospital*

*Center for Forensic Mental Health, Chiba University*

Antenatal and postnatal mental health (MH) is an important issue to be addressed by health services, as this affects the stability of pregnancy and postpartum care of the mother and newborn and child development. Many women with mental disorders and mental distresses have difficulty getting pregnant and giving birth due to the symptoms, and they are prone to psychosocial problems, such as unwanted or unexpected pregnancy, non-cooperation of their partners and families, economic poverty, and inadequate obstetric self-management. In this way, when practicing maternal MH, it is necessary to grasp both ‘sickness’ as a mental disease and ‘caseness’ as a psychosocial problem, and to plan comprehensive support.

However, inter-professional work to support MH of pregnant women has many practical difficulties. The reasons for this include three collaboration failures : (1) differences in expertise between mental and perinatal care providers, and conflicts between mental and maternal and child health services ; (2) the relocation of support, resulting in the loss of significant information on mothers and children and the interruption of intervention for them ; (3) the moving of patients back to their family home based on the Japanese custom, which is known as ‘Returning home’ .

In order to overcome such collaboration difficulties, I produced an MH cooperation model in Matsudo City of Chiba Prefecture. The cooperation model has two inter-professional networks. One is characterized by linking the medical institution network with the regional council on countermeasures for Children Requiring Aid in the city, promoting the sharing of information among medical institutions including obstetrics/pediatrics/psychiatry with the council. In the other network, psychiatrists directly provide technical assistance to public health nurses for improved maternal and child health care. The advantage of the cooperation model in Matsudo City is the ability of psychiatric clinics to participate in this network.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : antenatal and postnatal mental health, illness and caseness,  
inter-professional work >

---