

虐待予防のために精神科医ができること ——周産期メンタルケア外来の実践から——

菊地 紗耶¹⁾, 小林 奈津子^{1,2)}, 本多 奈美³⁾, 富田 博秋³⁾

周産期は女性にとって心身および社会的な変化の著しい時期であり、抑うつや不安などのメンタルヘルスの問題を生じやすく、それが児の養育に影響を与えることが少なくない。特に、予期せぬ妊娠、若年、未婚、経済的問題、精神疾患などの心理社会的リスク因子をもつ妊産婦に対しては妊娠期からの継続的な支援が必須である。東北大学病院精神科では2008年より周産期メンタルケア外来を開設し、精神疾患を有する妊産婦の治療や院内外との多職種連携に取り組んできた。そのなかで、特に妊娠中より養育の問題が懸念されるケースとしては、重症の精神疾患や知的な問題のために育児スキルが不十分と考えられる場合、育児スキル自体には問題がないものの精神症状の動揺性や強い衝動性を有している場合、育児支援者が不在または育児支援者との関係性が不良で結果的に母親の孤立が懸念される場合などが挙げられる。周産期を通して精神疾患の安定だけでなく、対児感情やボンディング、育児機能の評価、育児支援者の有無および関係性の評価を行い、市町村の保健師や必要に応じ児童相談所などと情報共有することが重要である。情報共有の際、本人の同意のうえ行うことが望ましいが、出産後の養育について出産前から支援を行うことが特に必要と認められる「特定妊婦」の場合、要保護児童対策地域協議会を介する医療者から行政機関への情報提供は、児童福祉法第25条の2第2項を根拠とする法律に基づく正当な行為であり、本人の同意がなくても守秘義務違反とはならないとされている。多職種の役割と機能を十分理解しながら、他機関と積極的に連携し、妊産婦の精神医学的評価や診たての共有、今後のかかわりの助言を行うことが精神科医に求められる役割と考えられる。

索引用語

虐待予防, 周産期メンタルヘルス, 多職種連携

はじめに

周産期は女性にとって心身および社会的な変化の著しい時期であり、抑うつや不安などのメンタルヘルスの問題を生じやすく、それが児の養育に影響を与えることが少なくない。特に、予期せぬ妊娠、若年、未婚、経済的問題、精

神疾患などの心理社会的リスク因子をもつ妊産婦に対しては妊娠期からの継続的な支援が必須である。本稿では、周産期メンタルヘルスと虐待予防に関して概観し、著者らが取り組んでいる周産期メンタルケア外来の実践から、虐待予防のために精神科医ができることについて検討したい。

著者所属：1) 東北大学病院精神科 2) 東北大学大学院医学系研究科精神看護学分野 3) 東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野

表 虐待に至るおそれのある要因・虐待のリスクとして留意すべき点

保護者側のリスク要因

- ・妊娠そのものを受容することが困難（望まない妊娠）
- ・若年の妊娠
- ・子どもへの愛着形成が十分に行われていない（妊娠中に早産など何らかの問題が発生したことで胎児への受容に影響がある，子どもの長期入院など）
- ・マタニティブルーや産後うつ病など精神的に不安定な状況
- ・性格が攻撃的・衝動的，あるいはパーソナリティの障害
- ・精神障害，知的障害，慢性疾患，アルコール依存，薬物依存など
- ・保護者の被虐待経験
- ・育児に対する不安（保護者が未熟など），育児の知識や技術の不足
- ・体罰容認などの暴力への親和性
- ・特異な育児観，強迫的な育児，子どもの発達を無視した過度な要求など

（文献 8 より改変して引用）

1. 周産期メンタルヘルスと虐待予防

1. 虐待が生じるリスク因子

厚生労働省の『子ども虐待対応の手引き（平成 25 年 8 月改正版）』⁸⁾によると，虐待が生じる保護者側のリスク要因は表のとおりであり，メンタルヘルスに関連する要因として，マタニティブルーや産後うつ病など周産期特有のメンタルヘルス不調や，その他の精神疾患の既往，知的障害，アルコール依存，薬物依存，育児に対する不安は虐待が生じるリスク要因の 1 つとされている。精神疾患は虐待リスク因子の 1 つであるが，精神疾患を有することだけではなく，性格傾向，対処能力のほか，夫婦関係や育児支援者などの養育環境に関する心理社会的要因の影響も十分考慮する必要がある。例えば，Stith, S. M. ら¹⁸⁾は 155 本の研究のメタアナリティックレビューのなかで，身体的虐待への影響の大きいリスク因子として，怒りと過剰反応（anger/hyper-reactivity），家族葛藤（family conflict），家族の結束（family cohesion）を挙げている。その他の要因として，親が児を問題だと認識，予期せぬ妊娠，親子関係，不安，精神疾患，抑うつ，社会的能力などを挙げている。また Ayers, S. ら¹⁾は，周産期メンタルヘルスと児童虐待に関する 17 の研究のシステムティックレビューとメタアナリシスから，周産期のメンタルヘルスの問題は児童虐待のリスクと関連するが，メンタルヘルスの問題の重症度が他の因子とどのように相互作用しているかを検討することが重要であると述べている。精神疾患を有することは虐待のリス

ク要因の 1 つであるが，妊産婦とその家族がおかれた心理社会的な状況を包括的にとらえたうえで，虐待のリスク評価を行うことが望ましい。

2. 日本における周産期メンタルヘルス対策の動向

日本では，1961 年に新生児訪問事業が制度化され，主に新生児の発育や保健指導を目的とし実施されてきた。その後，周産期メンタルヘルスに関する全国的な研究が行われ¹³⁾，1996 年には現在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¹⁶⁾。その後，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できるかといった具体的な支援方法に関する調査が行われた¹⁴⁾。2002（平成 14）年度の産後うつ病の実態調査報告書¹⁵⁾によると，EPDS が 9 点以上で産後うつ病の疑いがある割合が 13.9%であり，この数値は，「健やか親子 21」¹⁰⁾の産後うつ病発症率のベースラインの参考値となった。産後うつ病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発見と介入の重要性が強調されるようになった。「健やか親子 21」とは，母子の健康水準を向上させるためのさまざまな取り組みを推進する国民運動計画である。

厚生労働省より報告されている『児童虐待による死亡事例等の検証結果等について』⁶⁾によると，心中以外の虐待死の約半数が 0 歳で，背景には望まない妊娠や育児不安が挙げられた。それにより妊娠期からの支援体制の充実や医療機関と地域保健・福祉機関との連携強化の必要性が認識された。2007 年から「乳児家庭全戸訪問事業」として，生後 4 ヶ月までの乳児のいるすべての家庭を訪問し，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ことになった¹¹⁾。この事業が全国的に展開されるなかで，産後うつ病の早期発見や介入のために産後メンタルヘルスへの取り組みが活発化されるようになったが，次の課題として，精神科との連携や，産後からではなく妊娠期からのスクリーニングや支援の必要性が注目されるようになった。2015 年から「健やか親子 21（第 2 次）」において，従来の「健やか親子 21」で掲げてきた課題を見直し，現在の母子保健を取り巻く状況を踏まえて，「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」「学童期・思春期から成人期に向けた保健対策」「子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり」の 3 つが基盤課題とされ，特に「育てにくさを

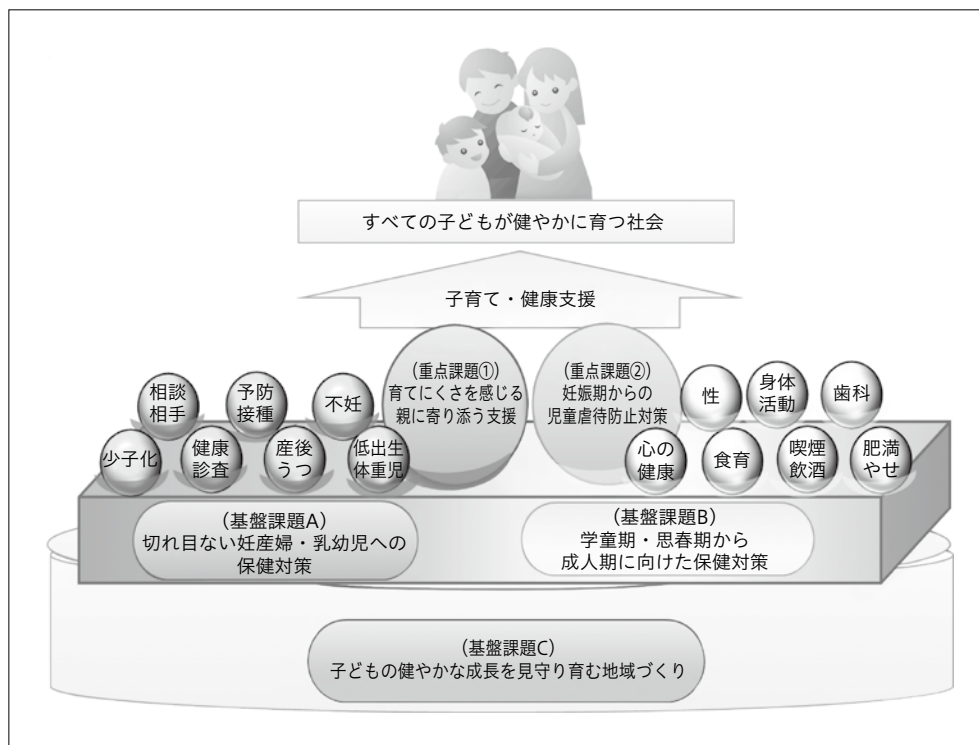


図1 健やか親子21 (第2次) イメージ図
(文献9より引用)

感じる親に寄り添う支援」と、「妊娠期からの児童虐待予防対策」が重点課題であるとされた(図1)⁹⁾。2016年4月の診療報酬改定では、精神疾患を有する妊婦に「ハイリスク妊娠/分娩管理加算」算定が可能になった。2017年4月からは産婦健康診査事業が実施され、産後うつの早期発見と虐待予防を目的とし、産科医療機関における2回の産後健診費用が公費補助されるようになり、特に、母親の心理状態や対児感情の把握と必要に応じたケアを行うこと、必要に応じて子育て包括支援センターや産後ケア事業、精神科、小児科と連携を行うことが盛り込まれた。2018年4月の診療報酬改定では、「ハイリスク妊産婦連携指導料」が新設され、産科と精神科・心療内科および市町村が連携し、診療方針について多職種カンファレンスを行うなどいくつかの要件を満たした場合に算定することができる。

このように、妊娠期から切れ目ない支援を通し、児の健全な育成とともに、養育困難家庭の把握、虐待の予防と幅広く、母子保健領域における医療保健福祉の連携が活発に推進されつつあるといえる。

II. 周産期メンタルケア外来と院内多職種連携

1. 周産期メンタルケア外来

当院は仙台市の中心部に位置し、診療科40超を有する大学病院である。産科は総合周産期母子医療センターを有し、年間約900件の分娩を扱っている。ほとんどすべてが重篤な合併症や既往症を有しているハイリスク妊娠・ハイリスク分娩である。精神科は、閉鎖病床40床を有し、外来では妊産婦を対象とした周産期メンタルケア外来を開設している。宮城県内で産科および精神科の外来を有し、かつ精神科病床を有しているのは当院を含め3病院であり、精神疾患を有する妊産婦はいずれかの病院で分娩することが多い。

当院産科では、2005年より助産師による心理支援外来が開設され、若年、精神疾患、経済的問題、育児支援者不足といった複合的な心理社会的要因をもつ妊婦に対し、不安の傾聴や保健指導、他職種への橋渡しという役割を担ってきた。助産師による心理支援外来と連携する形で、2008年より精神科外来内に、妊娠中または産後1年以内(perinatal lossを含む)の妊産婦を対象とした専門外来を開設し

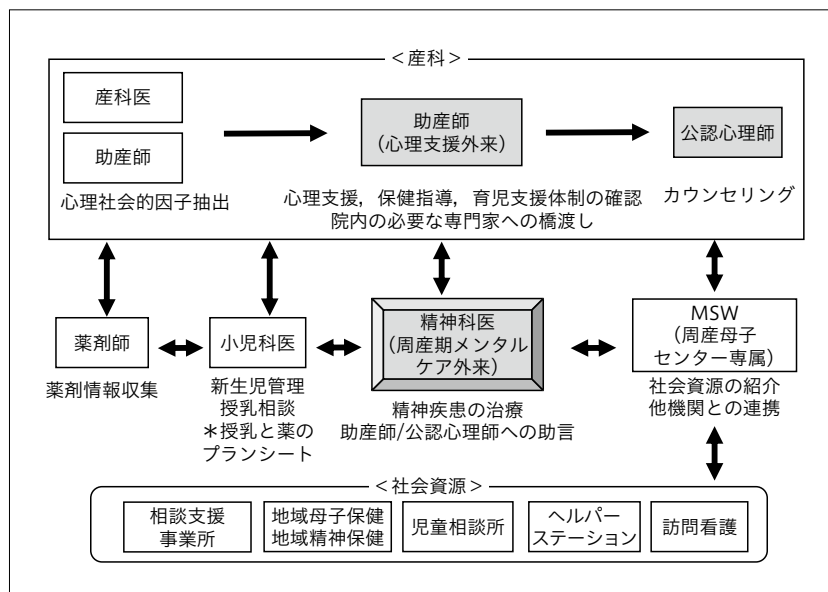


図2 東北大学病院の周産期メンタルケア外来と多職種連携イメージ図

た。専門外来では、精神科専門医の資格を有する2名の精神科医が、週2回の外来枠にて診療を行っている。専門外来担当医は、産科スタッフ（医師、助産師、看護師、公認心理師）、小児科スタッフ、医療ソーシャルワーカー（medical social worker：MSW）、薬剤師らと多職種連携を行い、精神科既往歴のある妊婦や周産期の精神疾患への対応を行っている。また精神科の一般新患やリエゾン担当医、再来担当医が妊産婦の診療にあたることもあるため、周産期の薬物療法や他領域との連携に関して相談できる体制を敷いている。

当院における周産期メンタルヘルスケアのフローとしては、妊婦健診にて助産師が精神科既往歴、心理社会的因子を抽出し、心理的支援や育児支援体制の調整が必要な妊婦は、助産師による心理支援外来へ紹介される。助産師が、より専門的なカウンセリングを要すると判断した場合には産科の公認心理師へ紹介され、精神科医療が必要と判断した場合は当専門外来へ紹介される。社会資源の紹介や他機関との連携を要する場合にはMSWに紹介となる。向精神薬を服用中の妊婦は、妊娠後期に産科外来で「授乳と薬のプランシート」を渡され、授乳についての希望や服用中の薬剤を記入する。薬剤師が薬剤情報を収集し、助産師、産科医、小児科医、精神科医で検討し、総合的に判断する。プランシートを実施している場合には、産後新生児離脱症状チェックシートを実施し、薬剤の影響について評価を行っている（図2）⁵⁾。

院内の情報共有のため、月1回、多職種ミーティングを行っている。参加者は、主に産科医、精神科医、助産師、看護師（産科、小児科、精神科）、公認心理師、MSWである。心理支援外来利用中の妊産婦、公認心理師やMSWがかかわっている妊産婦について情報共有をしたり精神科医からの助言を行ったりする。精神科通院中の妊産婦に関する情報共有も行う。今後精神科に紹介になるケースについても事前に情報を共有することもある。

2. 養育支援を要する場合の多職種連携

本人の病状や支援体制の欠如から社会的養育を必要とする場合や、産前産後に社会資源を導入し家族を含めた育児支援体制の調整が必要な場合には、ケースごとにケア会議を行い、妊産婦と家族を、保健師や精神科訪問看護、ヘルパーといった地域の支援者となつなぎ、情報の共有を行う⁵⁾。妊娠前からの精神疾患、または産後うつ病など周産期に新たに出現した精神医学的問題に対して、精神症状を評価し必要に応じて精神科薬物療法を行い、対児感情や養育状況の評価を行う。薬物療法の胎児への影響を懸念して治療を拒否するケースや、精神疾患が重症であり手厚い育児支援体制を整える必要があるが妊産婦や家族がその必要性を感じていないケースへの対応に苦慮することが多く、多職種と協働的にかかわり複数の領域から働きかけ、ケースごとに最善の策を講ずるとするのが実情である。

妊娠中より養育の問題が懸念されるケースとしては、①

重症の精神疾患や知的な問題のために育児スキルが不十分と考えられる場合、②育児スキル自体には問題がないものの精神症状の動揺性や強い衝動性を有している場合、③育児支援者が不在または育児支援者との関係性が不良で結果的に母親の孤立が懸念される場合などが挙げられる。妊娠中には、通常の院内の多職種連携体制における支援の提供に加え、必要に応じ、個別に育児支援体制の調整を行う。妊婦が考えている支援者が確実に支援者になれるか、支援者となる家族との関係性を評価する。地域の社会資源として、訪問看護やヘルパーの導入、地域の母子保健担当者、場合によっては児童相談所担当者を含めてケア会議を実施する。出産から産後1ヵ月までの期間には、入院中の育児スキルの評価、出産前後の精神状態、夫婦関係などの評価を行い、退院前、2週間健診、1ヵ月健診でのメンタルヘルス（EPDS）とボンディング（赤ちゃんへの気持ち質問票）の評価、地域連絡を行う。退院後の育児に関する不安などに対しては電話相談を実施し、虐待リスクの高い家庭が健診以外で電話相談や受診した場合には、慎重に対応するように産科や小児科、精神科で情報共有を行う。

虐待リスクが高いと考えられる場合には、児童相談所やショートステイを紹介する。その際、いつ、誰が、どのように伝えるかについては細心の注意を払う。育児に行き詰まったときに上手に利用してSOSを出せるように情報提供する。仙台市では、子育て支援ショートステイという制度があり、市内に住所がある小学6年までの児童は、家庭での養育が一時的に困難になったときに児童福祉施設での預かりが可能で、1回につき7日間まで有料で利用できる¹⁷⁾。

精神疾患を有していても、妊産婦自身が精神科医の介入を必要ではないと感じているような場合に、治療関係を維持するのが難しくなることもあるが、精神疾患の安定や養育環境の安定のため、通院を継続してもらえるようなかわりを心がけている。また、虐待の背景にあると思われる育児不安を拾いあげ、共感しつつ支援につながるよう促すようにしている。医療スタッフ・支援者に対しては、協働的にかかわることによって、情報共有やスタッフ・支援者のバーンアウト予防に努めることが重要である。

Ⅲ. 虐待予防のために精神科医ができること

精神疾患を有するの妊産婦を対象とした臨床活動を行うなかで、精神科医が虐待予防にどのような役割を果たせる

か考えてみると、周産期を通じて精神症状の安定化を図ること、虐待につながるその他の要因（対児感情の評価、家族関係など）の評価をすることである。子どもの年齢が低いことはそれ自体が虐待のリスク要因であり、1歳までの被虐待経験による児の脳神経発達への影響が大きいことを考慮すると、特に妊娠中から産後1年間の精神症状をいかに安定させるかということが重要である。

1. 周産期を通じた精神症状の安定化

精神疾患をもつ母親の精神症状の安定化には、適切な薬物療法と心理的介入が必要である。統合失調症、双極性障害、うつ病は服薬の中断により病状が再発する可能性があることが報告されている^{2,12,19,20)}。向精神薬の胎児や母乳への影響に関して、リスクベネフィットを十分に説明し、患者と家族の意思決定を助ける（shared decision making）。薬物療法以外にも、妊娠受容、妊娠に伴う心理社会的な変化、ボンディングに留意し、可能な限り心理療法による介入を行う。

2. 精神疾患の重症度と緊急度の把握

次に、精神疾患の重症度と緊急度の把握である。母子心中や嬰兒殺の防止のために、精神疾患の重症度と緊急度の把握が必要であり、状況によっては、精神科救急の対象となることもある。特に、産褥精神病、統合失調症、双極性障害、重度のうつ病などの重症精神疾患の場合には、その可能性が高くなる。『NICE ガイドライン2014』では、産褥精神病が疑われた場合には、「4時間以内に精神保健につなげること」が推奨されている³⁾。

3. 対児感情やボンディング・育児機能の評価

対児感情やボンディング・育児機能の評価も重要である。妊娠中は対児感情に注目し、妊娠受容の不良や否定的な対児感情をもつ背景を丁寧に聞いていく。妊娠に伴う役割の変化、母親自身が被虐待児であるといった成育歴、現家族との関係、夫婦関係などが語られることがある。産後のボンディングについては、児に対する否定的感情や怒り、疎隔感の有無を評価し、二次的なボンディング障害（精神疾患の悪化に伴いボンディング障害をきたすこと）に注意が必要である。育児機能の評価としては、育児の困り感に加え、実際にどの程度育児を担い、どの程度家族や支援者に手伝ってもらっているかを評価する。

4. 多職種連携

虐待予防にかかわる機関やスタッフは多く、特に昨今、産科や地域母子保健において周産期メンタルヘルスクリーニングや虐待予防の取り組みが行われている。「特定妊婦」とは「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」と児童福祉法で定義されている。『子ども虐待対応の手引き（平成25年8月改正版）⁸⁾』では、「こころの問題がある妊婦、知的な課題がある妊婦、アルコール依存、薬物依存など」と記載されており、精神科医が、市区町村や児童相談所から精神科通院に関する情報提供を依頼されることもある。その際の情報提供については、本人の同意のうえ行うことが望ましいが、2012（平成24）年の厚生労働省の通知によると⁷⁾、要保護児童対策地域協議会（要対協）を介する医療者から行政機関への情報提供は、児童福祉法第25条の2第2項を根拠とする法律に基づく正当な行為であり、守秘義務違反とはならないとされている。また、要対協を介さない医療者から行政機関への情報提供についても、必要かつ社会通念上相当と認められる範囲で行われる限り正当な行為にあたり、基本的に守秘義務に係る規定違反とはならないとされている^{4,7)}。多職種の役割と機能を十分理解しながら、これら他機関と積極的に連携し、妊産婦の精神医学的評価や診たての共有、今後のかかわりの助言を行うことが精神科医の重要な役割である。

おわりに

周産期メンタルケア外来の実践から、虐待予防における精神科医の役割についてまとめた。医療保健福祉の多領域が虐待への対策にかかわることと、虐待の中長期的な影響について、周産期、乳幼児期、児童青年期、成人期と各ライフステージにおいて精神科医が関与していくことが今後より一層求められる。

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) Ayers, S., Bond, R., Webb, R., et al. : Perinatal mental health and risk of child maltreatment : a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl*, 98 ; 104172, 2019
- 2) Cohen, L. S., Altshuler, L. L., Harlow, B. L., et al. : Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or

- discontinue antidepressant treatment. *JAMA*, 295 (5) ; 499-507, 2006
- 3) Excellence National Institute for Health and Care : Antenatal and postnatal mental health : clinical management and service guidance. 2014 (<http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>) (参照 2020-10-13)
- 4) 石川博康 : 特定妊婦と地域連携—精神科医の関与のあり方は？—. *精神経誌*, 116 (12) ; 1019-1027, 2014
- 5) 菊地紗耶, 小林奈津子, 本多奈美ほか : 周産期医療とリエゾン精神医学. *精神医学*, 57 (3) ; 195-202, 2015
- 6) 厚生労働省 : 児童虐待による死亡事例の検証結果等について—「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」第1次報告—. 2005 (<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/04/h0428-2.html>) (参照 2020-10-13)
- 7) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局 : 児童虐待の防止等のための医療機関との連携強化に関する留意事項について. 厚生労働省通知 (平成24年11月30日). 2012 (<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/dv121203-1.pdf>) (参照 2021-09-24)
- 8) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局 : 子ども虐待対応の手引き (平成25年8月改正版). 2013 (https://www.mhlw.go.jp/seisakunit suite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/130823-01.html) (参照 2020-10-13)
- 9) 厚生労働省 : 健やか親子21について (<http://sukoyaka21.jp/about>) (参照 2020-10-13)
- 10) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局 : 「健やか親子21」最終評価報告書について. 2013 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000030389.html>) (参照 2020-10-13)
- 11) 厚生労働省 : 乳児家庭全戸訪問事業 (こんには赤ちゃん事業) の概要 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kosodate/12/01.html>) (参照 2020-10-13)
- 12) Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Mendelson, T., et al. : Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Arch Gen Psychiatry*, 66 (2) ; 189-195, 2009
- 13) 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研究」平成6年度研究報告書. 1994
- 14) 中野仁雄 : 妊産婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究. 平成10年度厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業) 総括研究報告書. 1999
- 15) 中野仁雄 : 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総合研究報告書. 2002
- 16) 岡野慎治, 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 (4) ; 525-533, 1996
- 17) 仙台市 : 子育て支援ショートステイ (<http://www.city.sendai.jp/kodomo-jigyo/kurashi/kenkotofukushi/kosodate/azukari/azukari/shortstay.html>) (参照 2020-10-13)
- 18) Stith, S. M., Liu T., Davies, L. C., et al. : Risk factors in child maltreatment : a meta-analytic review of the literature. *Aggress Violent Behav*, 14 (1) ; 13-29, 2009
- 19) Tosato, S., Albert, U., Tomassi, S., et al. : A systematized review of atypical antipsychotics in pregnant women : balancing between risks of untreated illness and risks of drug-related adverse effects. *J Clin Psychiatry*, 78 (5) ; e477-489, 2017
- 20) Viguera, A. C., Whitfield, T., Baldessarini, R. J., et al. : Risk of

The Role of Psychiatrists in the Prevention of Child Abuse : The Practice of Perinatal Mental Care Clinic

Saya KIKUCHI¹⁾, Natsuko KOBAYASHI^{1,2)}, Nami HONDA³⁾, Hiroaki TOMITA³⁾

1) Department of Psychiatry, Tohoku University Hospital

2) Department of Psychiatric Nursing, Tohoku University Graduate School of Medicine

3) Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine, Tohoku University

During the perinatal period, women experience physical, mental, and social changes and are prone to mental health problems such as depression and anxiety. Continuous support throughout pregnancy is essential for women with psychosocial risk factors such as unexpected pregnancy, young age, unmarried, financial problems, and mental illness. The perinatal mental care clinic established since 2008 in the Department of Psychiatry, Tohoku University Hospital has been working for the treatment of pregnant women with mental illnesses and multidisciplinary collaboration both inside and outside the hospital. In particular, the problems of childcare are insufficient childcare skills due to severe mental illness or intellectual problems, agitation, and strong impulsivity, and the isolation of mothers due to lack of childcare support. It is important not only to stabilize mental illness throughout the perinatal period, but also to evaluate feelings of mother towards children, bonding, childcare, existence of childcare support and interpersonal relationship, and to share information with public health nurses and children welfare centers. While sharing information, it is desirable to get the consent of subjects, however, in the case of “specified pregnant women” who are deemed to be particularly requiring support before childbirth, the provision of sharing of information from the hospital to the administrative agency through the regional council for Children Requiring Aid is not considered a breach of confidentiality. The role of a psychiatrist is to collaborate actively with multiple institutions while understanding the roles and functions of multiple occupations, to provide a psychiatric evaluation of pregnant women, to share their diagnosis, and to advise on future involvement.

Authors' abstract

Keywords child abuse prevention, perinatal mental health, multidisciplinary collaboration