

妊娠・出産・子育てを支える精神医学

How Psychiatry Support Children and Their Families

黒川 駿哉^{✉1,2)}, 上野 千穂³⁾, 細金 奈奈⁴⁾, 岩崎 陽子⁵⁾,
布施 泰子⁶⁾, 平山 哲⁷⁾, 立花 良之⁸⁾

Shunya Kurokawa^{✉1,2)}, Chiho Ueno³⁾, Nana Hosogane⁴⁾, Yoko Iwasaki⁵⁾,
Yasuko Fuse-Nagase⁶⁾, Satoru Hirayama⁷⁾, Yoshiyuki Tachibana⁸⁾

妊娠・出産・子育ては、人生の節目となる重要なライフイベントであり、それらに伴って不適応が生じ、結果として精神医学的な支援が必要となる場合もある。特に若年の妊婦の患者を診察したとき、背景に存在する複雑な心理社会的側面を想像することはアセスメントの視点としても重要である。本稿は、第119回日本精神神経学会学術総会にて、「精神医学がどのように一次予防の観点から一般社会に貢献できるか」を主旨として実施した親子・学校・女性に関する委員会シンポジウムの概要をまとめる形で執筆された。妊娠・出産・子育ての各ライフステージに沿って、一般精神科臨床では見過ごされやすい、若年妊娠や性教育の課題、流産や死産などへのグリーフケア・ピアサポートの課題、親になるための課題と支援、父親の周産期うつなどの課題と支援について焦点をあてた。

索引用語

周産期メンタルヘルス、グリーフケア、若年妊娠、PCIT、父親のうつ

はじめに

妊娠・出産・子育ては、それぞれ人生の大きな変化を伴

うライフイベントであり、時に適応への困難を生じうる。このことから、精神医学はさまざまな形でこれらの重要な時期の当事者の支援にかかわっている。日本精神神経学会の「親子・学校・女性に関する委員会」は、このような親

著者所属：1) 不知火クリニック, Shiranui Clinic

2) 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室, Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine

3) 京都市児童福祉センター診療所, Clinic of Kyoto City Child Well-being Center

4) 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会総合母子保健センター愛育クリニック小児精神保健科, Department of Child and Adolescent Mental Health, Aiiiku Clinic, Maternal and Child Health Center, Imperial Gift Foundation Boshi-Aiiuku-Kai

5) 医療法人微風会浜寺病院, Hamadera Hospital

6) 茨城大学保健管理センター, Center for Health and Wellness, Ibaraki University

7) 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪母子医療センター子どものこころの診療科, Department of Child Psychiatry, Osaka Women's and Children's Hospital

8) 東京都立中部総合精神保健センター, Tokyo Metropolitan Chubu Comprehensive Center for Mental Health and Welfare

✉ E mail: shunya5@keio.jp

受付日: 2024年10月9日

受理日: 2025年1月1日

doi: 10.57369/pnj.25-062

子・学校・女性に関する精神保健の諸問題について、学会員および社会に役立つような解決を推進することを目的として活動している。同委員会では、第119回日本精神神経学会学術総会にて、精神医学がどのように一次予防の観点から一般社会に貢献できるかに焦点をあてシンポジウムが企画された。そのなかで、通常の一般精神科臨床では盲点になりやすいと思われる、若年妊娠、グリーフケア、親になるための支援、父親支援について、これらの精神保健における現状と課題、そしてそれらに対する解決策に焦点をあててそれぞれの登壇者が発表したものをもとに本稿が執筆された。

1. 若年妊娠の背景とその支援 ——包括的性教育の重要性——

日本の出生数は年々減少している。厚生労働省の人口動態統計¹³⁾によると2022年の出生数は77万759人であり、母親が19歳以下の出生数は4,558人で全体の0.6%である。2000年における19歳以下の出生数は1.7%で約1%減少しているものの、14歳以下で出産する女子は2022年において27人あり、出生数の割合はこの40年でほとんど変わらない。また、14歳以下の母親から生まれた子どもは全員第1子であるが、15～19歳の母親から生まれた子どものうち第2子は463人、第3子以上は40人である。つまり未成年や成人したばかりの年齢で数人の子どもを育てている女性が約500人いるのが現状である。一方、2022年における人工妊娠中絶件数は12万2,725件、うち20歳未満は9,569件（14歳以下は147件）で全体の7.8%である¹²⁾。20歳未満の中絶率は67.7%、14歳以下では84.5%^{12,13)}と高い比率になっている。本項では、若年妊娠の背景と支援について述べる。

10歳代で妊娠に至り、時に妊娠後期まで気づかれずに過ごした背景には、自分のからだや気持ちの声に鈍感にならざるをえない環境がある。例えば、ネグレクトや性虐待を含む虐待や性被害が存在する可能性があることに留意し、彼女たちは支援される対象であることを理解する必要がある³³⁾

しかし、未成年における妊娠は、出産を選んでも中絶を選んでも世間の目は依然厳しく、心身ともに大きな負担がかかる³³⁾。若年妊娠への支援は、妊婦自身が未成年の子どもであり、守られるべき存在であることを理解し、尊重することからスタートする。彼女がどのような環境で生まれ養育されたのか、どのようにパートナーを選び妊娠に至っ

たのか、今の生活環境はどのようなものなのか、そして彼女自身の母子関係はどのようなかを丁寧に聞き取り、どのようにアプローチすれば母子に負担がないか、穏やかに過ごせるかを検討する。

出産の道を選んだ未成年女性など、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たちは、『児童福祉法』第25条の2第1項により、特定妊婦として虐待予防の観点から要保護児童対策地域協議会の対象となる³²⁾。これは産まれてくる子どもを守るだけでなく、その母親である彼女たちを支援する役目を担う。義務教育や高校教育をどのようにして受ければよいか、彼女たちの母親との関係にも目を配り、母子ともに負担のない環境で過ごせることを第一に考える。

10歳代で出産する女性のなかには腹痛や腰痛などで受診、そこで妊娠が発覚したもののすでに妊娠後期であったというケースも散見される。突然母親となり、不安、緊張、絶望、期待などさまざまな感情が出現するが、支援者はどの気持ちも否定せず、「産まれてくる子どものために」支援する前に「いのちを育んでいるあなた」を大切に思うと伝える。逆境体験のある妊娠女性は「この人は自分を受け入れてくれるかどうか」ということには大変敏感となっており、少しでも否定的なニュアンスを相手から感じ取った瞬間に傷つき、気持ちを閉ざす可能性が高い。まずはあなたが大事であるという真つすぐなメッセージを送る。自分が大切にされてはじめて、おなかの子どものことも大切に思うことができる。

一方で、残念ながら中絶を決意する女性たちがいる。子どもを産みたかったが、パートナーや親に反対され「周りに迷惑がかかるから」と中絶を選ぶ女性もいる。胎児に申し訳ないという罪悪感が消えることがなく、薬物を利用して心の痛みを和らげる女性、摂食障害が再発する女性などもある。亡くなった胎児への気持ちを吐露できる場所は限られているため、経過を知る支援者は静かに話を聴き、寄り添い、お腹の中にいた子どもを彼女とともに忘れない、大切に思うかわかりが大切である³³⁾。

それでは、若年妊娠を予防するために、われわれはどのような取り組みができるだろうか。前述したように、若年妊娠につながる「早すぎる性経験」の背景には性被害や虐待——特に性虐待の存在が認められるケースも散見される。性虐待を受けた子どもが過ごす家庭の約8割に重複虐待が存在し、非加害親（母親）の機能が弱い（離婚やDV経験、自身の性虐待被害や精神疾患、薬物使用など）場合

が多い^{32,33)}、本来であれば性の知識や性被害から自分を守る教育は、養育者が子どもに伝えるものである。しかし、不適切養育のある家庭では養育者が子どもに性の知識を伝えることがなかったり、世代間境界があいまいな家庭では間違った性の知識を学んでしまったりする。その場合は、家庭以外で性について勉強する取り組みが必要となる。

その取り組みの1つが包括的性教育である。包括的性教育とは自分と相手の人権を尊重し、よりよい人間関係を構築するために必要な知識を伝え、セクシュアリティを含めた心身の健康とウェルビーイングを実現するための教育である。具体的にどのような教育かという、例えば包括的性教育の1つ「誰もが自分のからだに、誰が、どこに、どのように触れることができるのかを決める権利をもっている」ことを子どもに説明するには「水着で隠れるところはとっておきの大事なところ。ママがお風呂で洗ってくれるときも、今から洗うよって声をかけてもらおうね」などと年齢に合わせてわかりやすく伝えていく。

ユネスコは、包括的性教育を推進するため「国際セクシュアリティ教育ガイダンス」³⁴⁾を作成した。8つのキーコンセプト（1. 関係性 2. 価値観、権利、文化、セクシュアリティ 3. ジェンダーの理解 4. 暴力と安全確保 5. 健康と幸福のためのスキル 6. 人間のからだと発達 7. セクシュアリティと性的行動 8. 性と生殖に関する健康）を5～8歳、9～12歳、12～15歳、15～18歳の4段階に分け、年齢に応じた学習ができるよう工夫されている。上記の「誰もが自分のからだに、誰が、どこに、どのように触れることができるのかを決める権利をもっている」の文言は、ユネスコが作成した国際セクシュアリティ教育ガイダンス4-2「同意・プライバシー・からだの保全」の5～8歳に対する学習目標のキーアイデアである。

例えば、性虐待を受けた子どもは断る力が弱く、トラウマによる影響により再被害を受けやすい。その背景には「自分のからだは自分のものである」という基本的な人権を奪われ、同意や拒否を選ぶ権利が自分にあることを知らずに育った影響もあるだろう。虐待を受けた子どもたちは、自分を大切にされる経験が少ない環境で育ったことから、自分へのケアに気が回らない状態となっている。そのため、科学的な性知識の前に、自分を守るための人権について知る必要がある。そこで包括的に年齢によって系統的に学べるこのガイダンスなどを活用していただきたい。

また、1994年にカイロで開催された国際人口開発会議において提唱された概念——Sexual and Reproductive

Health and Rights (SRHR) ——は、「性的な行動をとるか取らないか、性行動をとる時期を自分で決められること、結婚するかしないか、子どもをもつかもたないか、またもつならいつ、どのように、何人の子どもをもつか選べること、そしていかなる選択をしても社会で尊重され、健康で幸せに生きる権利があること」が保障される、というものである。

この概念は、性行動について学ぶだけでなく、自分の身体ことは自分に決定権があるという人権教育も含まれており、上述した包括的性教育の概念と重なり、かつ医療と教育相互補完的な関係にある。本来、これらの教育は義務教育のなかで人権教育もある学校で学ばれるべきことである。医療の面においては外部講師として助産師や医師による授業が取り入れられつつある。しかし、教育現場の性質を考えると、例えば「性行動をとる時期」は大人（一人前）になってからであり、性行動についての具体的な教育は行いにくい。

実際、文部科学省の『学習指導要領』²⁰⁾には歯止め規定というものがあり、小、中学校の授業において妊娠の経過（つまり性交について）は取り扱わないと記述されている。しかし、小学校入学前である幼児を対応している保育士は、日々幼児とかわるなかで幼児の気になる性行動を敏感にキャッチし、どのように対応したらよいのか、性の知識をどこまで伝えたらよいのか悩んでいるのが現状である。就学前の子どもたちに、養育者や保育者から年齢に即した包括的性教育を教育現場でも行うことは、子どもたちを性被害から守り、性加害をすることを防ぐ一助となるだろう。私たちがSRHRの概念をしっかり意識することで、子どもにいつ、どのような性に関する知識を伝えることがよいかがおのずと見えてくる。

児童相談所の現場にいと、性虐待を受けた子どもがもしも、年齢に応じた正しい性の知識を学習し、「何となくこれは変かも、嫌かも」と感じる言動に対して、自分に何が起きているかを理解する知識をもち、親や年上であっても主張してもよいことを学んでいたなら、自分に何が起きているのか理解できたかもしれない、被害がエスカレートする前に大人に伝えられる手段があったかもしれない、助けを大人に求めやすかったかもしれない、と感じる。

また、性虐待を受けても、包括的性教育とSRHRの概念に基づいて意思決定をしてよいことを、トラウマへのアプローチに加えて伝えていくことで、少しでもその後の人生が変わるだろうとも考える。子どもの人権を守る立場の私

たちがまず包括的性教育について知り、学び、子どもたちに実感をもって伝えていけるよう、共に成長していきたい。

II. 流産・死産 ——グリーフケアとピアサポートの重要性——

本項では、流産・死産の経験者への支援の現状と課題、今後必要な支援について述べる。流産・死産とは出産に至る前に胎児が亡くなってしまうことを指す。厚生労働省による2022年の人口動態統計¹⁰⁾では12週以降の死産は15,179胎となっており、出生数の減少に伴い絶対数は減少しているが、出産1,000件に占めるその割合は近年19から20で大きく変化なく推移している。また、妊娠した女性の40%が流産しているという報告もあり²¹⁾、流産・死産を経験する女性は少なくない。

そして、妊娠の途中で突然に胎児と死別するその経験は母親である女性に大きな影響を与える。2020年に行われた過去5年以内に流産または死産の経験がある20～50歳の女性を対象とした調査では、日常生活につらい影響があったと回答した女性は68%、うつや不安障害を経験した女性は65%にのぼる¹⁶⁾。また、母親である女性だけではなく、父親、きょうだい、祖父母もそれぞれ生まれてくるはずだった子どもを失った悲しみとつらさを抱える。さらに、流産・死産は、次の妊娠、産後の時期に、母親に強い抑うつや不安をもたらすことがあり、亡くなった子どもの後に生まれたきょうだいの育児に影響を及ぼすこともある。このように、流産・死産はその家族全員に大きな影響を与えるため、それぞれに適切な支援を提供することが必要である。

しかし、これまで、流産・死産を経験した家族への支援は医療、行政では十分に行われてこなかった。流産・死産の最初の告知の場となる産科では、混乱のなかにいる家族に、医学的な情報や産科入院中に亡くなった子どものためにできることなどを提示し、それを家族の希望に沿いながら行うなどの支援が広まってきているが、医療機関や地域によって差が大きい。また、産科退院後の地域生活での支援を担当する自治体では、都道府県の92.9%、政令市・中核市では65.4%が流産・死産を経験した人への支援を行う窓口を設置しているが、それ以外の市区町村では30.3%であり、設置されていない自治体も多い¹⁷⁾。また、窓口が周知されていない、他の事業の相談窓口と併設であるなどでニーズがあっても当事者が相談につながるのが困難であ

るなどの課題があり、支援体制の整備が待たれる。

一方で、本邦においては当事者団体を中心としたピアサポート活動による支援が20年以上にわたり行われてきた。ピアサポートは同じ体験や悩みを抱える当事者が互いを支え合う活動であり、相手の話をそのままに受け入れることで当事者の不安や孤独感を和らげる。流産・死産などのピアサポートの場では「分かち合い」と呼ばれる「思いを言葉にし、その言葉に耳を傾ける」²⁷⁾ことが行われてきた。また、そこでは、その体験を「グリーフ」と捉え、それを分かち合える場を提供していると考えられる。

グリーフとは大切な人、物などを失うことによって生じるその人なりの自然な反応であり正常な反応¹⁸⁾ではあるが、悲しみ、怒り、後悔などの心理的影響だけではなく、睡眠、食欲増減、頭痛などの身体的影響、孤立、人間関係の悪化などの社会的影響、生きる意味の喪失などのスピリチュアル的影響などさまざまなものがあり、生活に大きな影響を与える。流産・死産がもたらすグリーフの特徴として、子どもとの出会いへの期待のなかで、突然に起こるため、強い衝撃を受け、トラウマを伴うことがある。また、周囲からはその影響を軽視されたり、タブー視されたりすることや自分から言い出しにくいために「非公認のグリーフ」と呼ばれる状態となり、支援が受けにくくなる。そのような特徴のある流産・死産がもたらすグリーフに対して、ピアサポートで行われているような分かち合いの場は、安心して自分の経験を話し、自分の感情は正当なものであると思わせてくれる役割がある。

また、流産・死産は、わが子としてのボンディング形成途上にあり、自分や家族以外にはその存在が認識されていない胎児を失う体験であり、別れの後に胎児が存在していたことを確かなものとして感じにくくなることがある。また、流産・死産の後の火葬までの短い時間は混乱のなかであり、わが子の存在をしっかりと感じたうえで、「さようならをする」という過程を経ることができないことがある。これは「はっきりしないまま、解決することも、終結することもない喪失」である「あいまいな喪失」としての特徴をもつ。「あいまいな喪失」は、明確な喪失以上の苦悩を生じ、グリーフの反応が遷延をもたらすことや不安や抑うつを生じさせることがある¹⁵⁾。ピアサポートの「分かち合い」の場では、他では話せないわが子のことを語ることができ、喪失した悲しみとお互いの子どもの存在を認め、受け入れ合う体験となる。

実際の「分かち合い」の場においては安心して参加でき

るようにさまざまな工夫が行われる。まず、批判なく傾聴する場であること、語られた内容はその場だけのものであり、秘密は守られることなどが互いの約束として参加者間に共有される。「分かち合い」の場開催当日、主催者は、花を飾る、リラックスできる香りや音楽を準備するなど環境にも配慮し当事者を迎える。一般的に主催者がファシリテーターとなり、安全に「分かち合い」が行われているか見守り、終了時には丁寧にクロージングを行う。そのなかで自分の体験を語り互いに聞き合うが何も話さないことも許容される。そこでは喪失の悲しみとともにわが子への温かい思いも吐露される。

分かち合いの場に参加した当事者の一人は、「悲しみや喪失感以外にも周囲との温度差、知人の出産への複雑な気持ちなど、人には言えない感情にも悩みました。死産から半年後にお話会に参加し、初めて今までの思いを安心して語ることができました。話す人も聞く人も、つらい経験を思い出し涙を見せながらも、思い切りわが子のことを語り、最後は『私たち親バカですね』と笑顔が出ました」と語り、「閉ざしていた心が解放される場であった」とピアサポートの力を感じたという。

2021年5月、厚生労働省から出された通知『流産や死産を経験した女性等への心理社会的支援等について』⁹⁾では、流産・死産を経験した女性に対して母子保健にかかわるサービスを利用してきめ細かい支援を行うことが明記され、ピアサポート活動などへの連携も内容に盛り込まれている。ただ、その活動はボランティアであることが多く、活動に伴う負担は大きい。これまで他に資源が乏しいなかで支援を続け、それに救われた当事者も多いピアサポート活動が今後も持続可能なものであるために、さらに当事者のニーズを把握し医療、行政でよりよい支援を行えるようになるために、自治体が中心となり、そこにピアサポーター、専門職が集い、それぞれの支援を行えるような場があるとよいと考える。このような場があることで、持続性が高まるだけでなく、支援者の孤独感が解消され、それぞれ違った視点での支援を見つけ合うことができる。

また、そのように場を共有するとともに、当事者のニーズに応じてそれぞれの役割を果たすことも必要と考える。一般的にグリーフは、家族や友人などの自身が元々もっている関係のなかでの支えで、対処できることが多いといわれるが²⁶⁾、その関係のなかで語りにくい流産・死産の経験は、自身の社会的ネットワーク以外での支援を要することがあり、ピアサポートはその段階での支援を担っていると

考えられる。一方、先に述べたように「非公認のグリーフ」や「あいまいな喪失」という特徴をもつ流産・死産の経験は、うつ病や、グリーフが通常の反応から逸脱した「遷延性悲嘆障害」に移行しやすい状態ともいわれる。うつ病や遷延性悲嘆障害が疑われる場合は医療機関での診断や治療である。

最後に、これからの支援を考えるために、もう一人の当事者の意見を紹介したい。死産を経験した数年後に乳癌に罹患したその女性は乳癌治療中に膨大な乳癌についての情報提供からはじまり、相談したいときには担当者とすぐにつながれる支援を経験し、その手厚さに感銘を受けると同時に、死産した当時の支援の不足と孤独を振り返った。「困った、と手を挙げれば、どこからでも救いの手が伸びてくる、そんなサポートは、突然の告知の後、何もわからないまま放り出される流産・死産直後の人にこそ必要。今もその経験をしている後輩たちにぜひそんな支援を提供してあげてほしい」。このような当事者の声に応えるために、流産・死産経験の直後の産科での当事者の意思に沿った支援とともに、退院後に利用できる社会資源の整備とそれに関する情報提供は重要である。繰り返しになるが自らの経験を言い出しにくく支援につながりにくい流産・死産経験者が、「相談してよい、自分の経験は大切に扱われるべきものである」という思いがもち続けられるような支援が必要である。また、情報提供の内容は、グリーフに関する基本的な知識や、ピアサポート活動による支援、行政の窓口、うつ病や遷延性悲嘆障害などの精神医学的なかわりが必要なものに、それに対応できる医療機関など、それぞれのニーズに応えられる具体的なものが望まれる。

医療や行政で精神保健に携わる専門家の役割としては、情報提供のためのツールの作成や、窓口の設置などで当事者が必要とする支援につながるようにすること、産科医療機関やピアサポート活動のなかで精神的なかわりが必要と思われた当事者の診療や、精神保健の制度を利用しての支援体制の構築、および産科スタッフ、ピアサポート活動のスタッフが安心して活動を続けられるような支援者支援が考えられる。流産・死産を経験した家族へ切れ目のない支援を実現するために、ピアサポート活動、医療、行政がそれぞれの役割、段階に応じて、支援者も安心して当事者を支援することができ、必要時に連携できる仕組みの構築が望まれる。

Ⅲ. 親になるための支援 ——「つながること」の重要性——

本項では、「親になる」ための支援について児童精神科医の立場より簡単に述べる。日本でさらなる少子化が加速しているのは、前述のとおりである。若年妊娠が問題となる一方、晩婚化（平均婚姻年齢：男性 31.1 歳，女性 29.7 歳）や婚姻率の低下〔4.1（人口千対）〕が示されており¹⁰⁾，生涯にわたって子どもをもたない人は，2023 年時点の 18 歳女性で最大 42% に達することが推計され，諸外国に比べて突出して多いことが示されている⁷⁾。児童精神科臨床に目を転じてみれば，少子化であるにもかかわらず，2021 年度の児童虐待の相談対応件数は 207,660 件¹¹⁾，不登校となる小中学生の人数は 244,940 人¹⁹⁾といずれも過去最多となっており，子どもを育てることが困難な社会となっていることが想像される。妊娠や出産に関する知識は，学校教育や産前に行われる「両親学級」などで得る機会はあるものの，「子どもを育てる」ことや「親になる」ことを身近で経験する機会は少なくなっている。こうした時代背景のため「親になる」ことが，イメージしにくくなっている場合もあると考えられる。

親子相互交流療法（Parent-Child Interaction Therapy：PCIT）は，子どもの問題行動と親の養育ストレスの軽減に関してエビデンスのある治療介入である^{2,4)}。PCIT で用いられるスキルの詳細は後述するが，親子関係を改善させ，健全な子どもの情緒発達を促進させる³⁾ため，治療対象となる親子のみならず一般的な子育てに有用なものが多い。このため，PCIT について概説し，基盤にある理論や用いられるスキルが一般的な子育てにおける「親になる」ための支援にどのように役立つかを述べたい。

PCIT は，1970 年代に米国の Eyberg, S. が開発した個別の親子心理療法である。治療対象は，2～7 歳の子どもと養育者（親・里親・養親）であり，親子がプレイルームで遊ぶ間，治療者は別室よりモニターやマジックミラーを通して，トランシーバーで親の耳元にコーチングを実施する。親の養育スキルの獲得を通して，子どもの問題行動の改善をめざしており，複数のメタ解析において 2～7 歳の子どもの破壊的な問題行動の改善と養育者のストレスの軽減が示されている³⁾。また，虐待家族における再虐待のリスクを減らすことが示されており，日本でも医療機関だけでなく児童相談所などでの導入が進んでいる。

心理学者である Baumrind, D. が行った親子の観察研究では，親のもつ養育態度を子どもに対する応答性と要求性・統制の 2 軸に分けて分類した場合，双方とも高い親（「権威的な」養育態度）は，青年期における子どもの自己肯定感が高く適応が最も良かった¹⁾。つまり，子どもは自律性が尊重されたうえで，必要に応じてわかりやすい方法で行動を管理されることが重要である。PCIT はこうした理論に基づき，治療を 2 段階構成としており，前半では自由遊びのなかで，温かみのある肯定的なかかわりを増やしながら否定的なかかわりを減らし，後半では明確なしつけの方略を用いていく。

PCIT の前半では，親は子どもに肯定的な注目を積極的に与えるスキルを身につけていく。セッションは毎週 60～90 分間行われ，セッションとセッションの間は，毎日 5 分間の親子の交流の時間を継続する。スキルは「特別な時間」と称する短い時間のなかで繰り返し使われ，この間は子どもが否定されず，子どもが楽しいと思う活動に親が寄り添う。このため，親子の情緒的な「つながり」が強まり，治療前半の段階ですでに子どもは親の指示に従いやすくなり，問題行動が軽減されることが多い。親がスキルを獲得していけばしだいに日常生活への般化を行っていく。例えば，大声で騒ぐことが問題行動である子どもの場合，大声を出したときに感情的に叱ったり，注意をしたりするのではなく，静かに話せたときに「静かに話していて素敵だよ」「小さい声で話せて嬉しいよ」と伝えていく。PCIT の後半では，子どもにわかりやすい指示の出し方を親に伝え，子どもが指示にすぐに従えたら褒め，従えない場合には子どもに事前に示した結果を伴い対応していく。手順が決まっているため，子どもは見通しがもちやすく，親は冷静に一貫して対応することが可能となる。

治療者と親の関係は，親と子どもの関係に反映され，並行プロセスをたどる。つまり，治療者も親の子どもへのかかわり方のなかで，できないことを指摘するのではなく，すでにできていることに着目し，それを賞賛し定着を図る。例えば，「お母さんがタイミングよく褒めたので，お子さんの行動が改善しましたね」「冷静にかかわっているので，お子さんも上手に感情をコントロールできました」と伝える。このように親は治療者との「つながり」を感じて支えられながら，子どもにかかわるスキルを身につけ，子どもとの「つながり」が強化されていく。

子育ては直観的なことが多く，本項の冒頭で述べた通り，自然と身につけることが困難な社会背景があ

る。「親になること」に困難を感じて支援を必要とする人に対して PCIT のスキルや理論を一般的な子育てに活用するとしたら、子どもへの肯定的な声かけを増やすこと、子どもにも伝わりやすい明瞭な限界設定を行い、Baumrind による「権威的」な態度で子どもに接することが¹⁾、親子間の情緒的な「つながり」を強化し、子どもの情緒的発達を促進させると考えられる。

IV. 父親の周産期うつ ——認知の広がりと支援の重要性——

父親が子育てに参加することは、母親と子どもいづれにとってもメリットがある。母親への影響は、「父親が積極的に育児にかかわっている」と母親が認知している場合、母親の育児負担感が低く、幸福度が高い傾向がみられている。また、子どもへの影響として、母親が父親の積極的な育児参加を認知している場合、子どもの怪我や肥満などの健康問題、発達にいい影響を及ぼしている可能性が示唆された⁵⁾。さらには、乳児期における父親の積極的な育児へのかかわりが子どもの 16 歳時点での心理的ウェルビーイングの低下のリスクを減らす⁶⁾という報告もある。日本における父親支援の課題は、主に、欧米をはじめとした諸外国と比べて依然として男性の労働時間が長いこと、そして父親の育児参加が進みつつあるにもかかわらず、父親も支援が必要であるという社会全体の理解やその支援体制が十分に整っていないことにある。本項では父親の周産期うつの課題と今必要な支援について述べる。

日本における、最新の男女のジェンダーギャップ指数は 146 カ国中 118 位であった²⁴⁾。さらに、日本の父親の家事・育児関連時間は、他の OECD 諸国と比較して著しく少ないことが報告されている²²⁾。このような背景のもと、日本の父親が育児にコミットしていないということが強調され、国主導で父親の「イクメン」キャンペーンや産後パパ育休制度の新設などの充実が進められている。これらの取り組みは好意的に捉えられることが多い反面、育児時間をただ増やそうという動きには無理があることが明らかにされてきている。国立成育医療研究センターによる 10 カ国を比較した報告によると、少ない「家事と家族のケア」の時間を長い「仕事関連時間」や短い「自由時間」を含めた割合で算出すると、日本の父親が家族のために費やしている時間の割合は海外 9 カ国で最も多いことが報告されている。さらに、政府が目標としている「父親の家事・育児時

間 150 分/日」を達成するためには、一次活動時間を除くと「仕事関連時間」には最大 9.5 時間までしか充てられない計算になる。しかし、同調査のなかで得た実際の父親の仕事関連時間は約 70% が 10 時間以上、36% が 12 時間以上であった²³⁾。

このように、いまだ長時間労働の問題や父親の育児参加については、企業や社会側の理解と変化が追いついていない。事実、2020 年度の調査によると「妊娠・出産を会社に伝えた際に会社から受けた説明や働きかけ」は「特にない」と答えた男性が 63.2% にもものぼっており、女性の 20.2% という結果と大きな乖離がみられている⁸⁾。このまま長時間労働の問題が解決されないまま育児参加を促すキャンペーンが独り歩きをすると、父親たちにはこれまでどおりの長時間労働を求められながら、育児に参加する社会的な圧力がかかり、さらなる負担が増加することは容易に想像できる。

日本の男性における父親の周産期うつ病の期間有病率を調べたメタアナリシスによると、妊娠期から産後 1 年の間で約 10% であり、産後 3~6 ヶ月でピークに達していた。また、男性の妊娠期のうつ病有病率は女性よりも有意に低かったが、出産後うつ病の有病率は男女間で有意な差はみられなかった³¹⁾。これは海外の大規模なメタアナリシスの結果と矛盾しない²⁵⁾。父親の産後うつに影響を与える要因は、国際的なメタ解析では、(i) 父親の要因：失業、低社会支援、ネガティブな生活イベント、知覚されたストレス、経済的な困難、精神疾患の既往歴、(ii) 母親の要因：初産、母親の産後うつ病、(iii) 家族の要因：低婚姻満足度が挙げられている³⁵⁾。日本では、世帯支出が多い、父親の長時間労働、父親の睡眠不足、といったことは、父親が産後うつのリスクありとなる要因であった。また、夫婦が同時期に産後うつのリスクありとなる要因は、子どもの年齢が 6~12 ヶ月、世帯支出が多い、父親の長時間労働、母親の睡眠不足であることが示されている²⁹⁾。

このような問題に関して『成育基本法』(2018 年 12 月成立)では、父親の産後うつ病に関して言及され、「父親の孤立を防ぐ対策を講ずることが急務である」と書かれた。しかし、現状では母親への産院や病院での抑うつのスクリーニングはほぼすべての施設や自治体で行われている¹⁴⁾のに対し、父親へのスクリーニングの実施率については著者らが知るかぎり調査さえ行われていない。2020 年に実施した全国基礎自治体の母子保健担当部署に対する調査において、主な対象を父親とする育児支援事業を実施してい

た自治体は、全回答数 837 自治体の 6.6%にあたる 54 の自治体にすぎなかった²⁸⁾。

海外では、イギリスで、母親の精神状態不良時にはパートナーにも面談があり、フランスでは医療保険適用の出産準備クラスを両親揃って受けることが推奨されており、スウェーデンでは両親それぞれの個別面談を全国規模で実施している³⁰⁾。国内においても、一部の先進的な自治体において、父親への産前介入プログラムが提供されており、先輩ママパパからの出産・子育ての体験談、赤ちゃんとのふれあい体験、夫婦コミュニケーションの講話、プレパパ向け交流会などが実施されている。今後はこれらの普及拡大と効果検証の研究も必要であろう。

まとめると、父親の 10 人に 1 人がパートナーの出産後 1 年以内に母親とほぼ同程度のリスクで産後うつを発症する可能性があり³³⁾、一般臨床においても特に注意が必要である。周産期うつを減らし、家族全体の心理的健康を支援するためには、父親の精神健康をサポートし、関係者全体が連携して対応することが重要である。また「男性として強くあらねばならない」というステレオタイプにより、育児に関連したストレスを診察場面で表出することが少ないかもしれず、「隠れ産後うつ」がいるかもしれないことをふまえることや、産後の支援については、個人単位ではなく、世帯単位でのアセスメントが重要であろう。スクリーニングについては、海外では Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) が用いられることもあるが、カットオフ値に関して一致した見解が得られていない。また Whooley の 2 質問法を使っている場合もある。「この 1 ヶ月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがよくありましたか?」「この 1 ヶ月間、どうしても物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか?」の 2 つの質問でいずれかが「はい」である場合を陽性とする。また、日本語版の検証はされていないが、EPDS-P というパートナーの EPDS を評価をするバージョンも存在する。このようなツールを用いた評価の実証と研究の蓄積が急務である。

おわりに

「はじめに」で述べたとおり、人生最大級のライフイベントである妊娠・出産・子育てにおいては、それまで精神医療の対象となつてこなかった人々を含めて、多くの人が適応困難に陥る。そのなかで精神医学が一次予防の観点か

らどのような形で当事者支援にかかわれるか、課題と解決策について論じた。

特に、若年者の予期せぬ妊娠は、非難の対象になりこそすれ支援の対象とは考えられないことがあるが、実際には虐待の被害者であったり、知識が不足することが問題であったりするため、支援の対象である。流産・死産は、出産後に子どもをなくすことに比べて軽視されがちであるが、「あいまいな喪失」であり、ピアサポートに加え、専門的な支援が当事者の苦痛を和らげる。また、現代は親になることをイメージしにくくなっている時代であり、教えるだけでも子育てはできるという旧来の考えは通用しないことが多々あり、親になるための支援が必要である。なかでも PCIT は着実に成果を収めている。さらに、父親の産後うつにも注目すべきである。男性の育児参加が当然となりつつある社会で、当事者や家族の意識と、労働現場の意識の乖離を減少させることが課題である。

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) Baumrind, D. : Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Dev*, 37 (4) ; 887-907, 1966
- 2) Eyberg, S. : Parent-Child Interaction Therapy : integration of traditional and behavioral concerns. *Child Fam Behav Ther*, 10 (1) ; 33-46, 1988
- 3) Hood, K. K., Eyberg, S. M. : Outcomes of parent-child interaction therapy : mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 32 (3) ; 419-429, 2003
- 4) 細金奈奈 : PCIT および CARE. 注意欠如・多動症—ADHD—の診断・治療ガイドライン, 第 5 版 (齊藤万比古, 飯田順三編). じほう, 東京, p.299-304, 2022
- 5) 加藤彦彦, 越智真奈美, 可知悠子ほか : 父親の育児参加が母親, 子ども, 父親自身に与える影響に関する文献レビュー. *日本公衆衛生雑誌*, 69 (5) ; 321-337, 2022
- 6) Kato, T., Kachi, Y., Ochi, M., et al. : The long-term association between paternal involvement in infant care and children's psychological well-being at age 16 years : an analysis of the Japanese Longitudinal Survey of Newborns in the 21st Century 2001 cohort. *J Affect Disord*, 324 ; 114-120, 2023
- 7) 国立社会保障・人口問題研究所 : 日本の将来推計人口 (令和 5 年推計). 2023 (https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp_zenkoku2023.asp) (参照 2024-03-23)
- 8) 厚生労働省 : 令和 2 年度 仕事と育児等の両立に関する実態把握のための調査研究事業 労働者調査報告書. 2021 (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000200711_00003.html) (参照 2023-12-18)
- 9) 厚生労働省子ども家庭局母子保健課 : 流産や死産を経験した女

- 性等への心理社会的支援等について（情報提供）. 2021 (https://www.jsog.or.jp/news/pdf/20210602_kourousho.pdf) (参照 2025-05-16)
- 10) 厚生労働省：令和4年（2022）人口動態統計（確定数）の概況 2023 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei22/index.html>) (参照 2024-04-28)
- 11) 厚生労働省：令和4年度社会福祉行政業務報告例の概況. 2022 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/22/index.html>) (参照 2024-04-28)
- 12) 厚生労働省：令和4年度衛生行政報告例の概況. 2023 (https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/22/) (参照 2023-12-18)
- 13) 厚生労働省：母の年齢（5歳階級）・出生順位別にみた出生数. 2023 (https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei22/dl/08_h4.pdf) (参照 2023-12-18)
- 14) 厚生労働省：令和3年度母子保健事業の実施状況等について. 2023 (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_30143.html) (参照 2023-12-18)
- 15) 黒川雅代子, 石井千賀子, 中島聡美ほか編著：あいまいな喪失と家族のレジリエンスー災害支援の新しいアプローチ. 誠信書房, 東京, 2019
- 16) キャンサースキャン：令和2年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「流産や死産等を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」事業報告書. p.13-15, 2021
- 17) 同書. p.21-27
- 18) リヴオン：グリーフについて. 2021 (<https://www.live-on.me/grief/>) (参照 2025-04-28)
- 19) 文部科学省：令和3年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果の概要. 2022 (https://www.mext.go.jp/content/20221021-mxt_jidou02-100002753_2.pdf) (参照 2025-04-28)
- 20) 文部科学省：中学校学習指導要領「生きる力」(https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/youryou/chu/hotai.htm#3gakunen) (参照 2023-12-18)
- 21) 日本産科婦人科学会：流産・切迫流産. 2018 (https://www.jsog.or.jp/modules/diseases/index.php?content_id=4) (参照 2025-04-28)
- 22) OECD Gender Equality : Balancing paid work, unpaid work and leisure (2020) (<https://data.oecd.org/earnwage/gender-wage-gap.htm>) (参照 2023-12-18)
- 23) 大塚美耶子, 越智真奈美, 可知悠子ほか：末子が未就学児の子どもを持つ父親の労働日における生活時間. 厚生指標, 68 (15) ; 24-30, 2021
- 24) Pal, K.K., Piaget, K., Zahidi, S., et al. : Global Gender Gap Report 2024. 2024 (<https://www.weforum.org/publications/global-gender-gap-report-2024/>) (参照 2024-09-03)
- 25) Paulson, J. F., Bazemore, S. D. : Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression : a meta-analysis. JAMA, 303 (19) ; 1961-1969, 2010
- 26) 坂口幸弘：死別による悲嘆をケアすることの大切さ. 精神医学, 64 (12) ; 1581-1586, 2022
- 27) 坂下裕子：ピアカウンセリング. ペリネイタルケア, 39 (9) ; 950-953, 2020
- 28) 高木悦子, 小崎恭弘：令和3年度厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）分担研究報告書「全国基礎自治体で実施されている父親育児支援好事例の調査結果」. 2022 (https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202107007_A-buntan2.pdf) (参照 2023-12-18)
- 29) Takehara, K., Suto, M., Kato, T. : Parental psychological distress in the postnatal period in Japan : a population-based analysis of a national cross-sectional survey. Sci Rep, 10 ; 13770, 2020
- 30) 竹原健二, 加藤承彦：令和2年度 厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）分担研究報告書「父親支援に関する海外調査」. 2021 (https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202207001B-buntan4.pdf) (参照 2023-12-18)
- 31) Tokumitsu, K., Sugawara, N., Maruo, K., et al. : Prevalence of perinatal depression among Japanese men : a meta-analysis. Ann Gen Psychiatry, 19 (1) ; 65, 2020
- 32) 上野千穂：思春期と性. 最新精神医学, 26 (3) ; 223-229, 2021
- 33) 上野千穂：胎児・児童虐待予防と周産期メンタルヘルス. 産婦人科の実践, 70 (6) ; 599-605, 2021
- 34) ユネスコ：国際セクシュアリティ教育ガイダンス. 2018 (<https://sexology.life/world/itgse/>) (参照 2023-12-18)
- 35) Wang, D., Li, Y. L., Qiu, D., et al. : Factors influencing paternal postpartum depression : a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord, 293 ; 51-63, 2021

How Psychiatry Support Children and Their Families

Shunya KUROKAWA^{1,2)}, Chiho UENO³⁾, Nana HOSOGANE⁴⁾, Yoko IWASAKI⁵⁾,
Yasuko FUSE-NAGASE⁶⁾, Satoru HIRAYAMA⁷⁾, Yoshiyuki TACHIBANA⁸⁾

1) Shiranui Clinic

2) Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine

3) Clinic of Kyoto City Child Well-being Center

4) Department of Child and Adolescent Mental Health, Aiiku Clinic, Maternal and Child Health Center, Imperial Gift Foundation Boshi-Aiiku-Kai

5) Hamadera Hospital

6) Center for Health and Wellness, Ibaraki University

7) Department of Child Psychiatry, Osaka Women's and Children's Hospital

8) Tokyo Metropolitan Chubu Comprehensive Center for Mental Health and Welfare

Pregnancy, childbirth, and child rearing are major life events at important life stages, and maladjustments associated with these events may require psychiatric support. Especially when examining a young pregnant patient, careful assessment regarding their potential complex psychosocial features is also very important. This article is written based on a symposium planned and conducted by the Committee of Parents and Children, Schools, and Women at the 119th Annual Meeting of the Japanese Society of Psychiatry and Neurology, in which the aim was to discuss “how psychiatry can contribute to the general society from the perspective of primary prevention.” This paper focuses on issues along the life stages of pregnancy, childbirth, and child rearing, that are often tend to be overlooked in general psychiatric practice; young pregnancy and sex education, grief care and peer support for miscarriage and stillbirth, challenges and support for becoming a parent, and challenges and support for perinatal depression in fathers.

Authors' abstract

Keywords

perinatal mental health, grief care, young pregnancy, PCIT, paternal depression