精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド：総論編

Clinical guide for women with mental health problems during perinatal period

日本精神神経学会・日本産科婦人科学会

2020 年 5 月

執筆者一覧

■　監修

日本精神神経学会　日本産科婦人科学会

■　編集

「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」作成委員会

委員長

鈴木　利人（順天堂大学）

委員（50 音順）

小笠原一能（名古屋大学）
尾崎　紀夫（名古屋大学）
鹿島　晴雄（国際医療福祉大学）
小谷　友美（名古屋大学）
佐藤　昌司（大分県立病院）
下屋浩一郎（川崎医科大学）
鈴木　映二（東北医科薬科大学）
鈴木　俊治（葛飾赤十字産院）
立花　良之（国立成育医療研究センター）

■　執筆者（50 音順）

小笠原一能（名古屋大学）
尾崎　紀夫（名古屋大学）
鹿島　晴雄（国際医療福祉大学）
河西　千秋（札幌医科大学）
小谷　友美（名古屋大学）
佐藤　昌司（大分県立病院）
下屋浩一郎（川崎医科大学）
鈴木　映二（東北医科薬科大学）
鈴木　俊治（葛飾赤十字産院）
鈴木　利人（順天堂大学）
立花　良之（国立成育医療研究センター）

■ 日本精神神経学会ガイドライン検討委員会（50 音順）

尾崎　紀夫（名古屋大学）
鹿島　晴雄（国際医療福祉大学）
金生由紀子（東京大学）
神庭　重信（九州大学）
久住　一郎（北海道大学）
佐久間　啓（あさかホスピタル）
仙波　純一（さいたま市立病院）
中川　敦夫（慶應義塾大学）
細田　眞司（こころの診療所 細田クリニック）
前田　貴記（慶應義塾大学）
森　　隆夫（あいせい紀年病院）
吉村　公雄（慶應義塾大学）

■ 日本産科婦人科学会周産期委員会（50 音順）

池田　智明（三重大学）
工藤　美樹（広島大学）
齋藤　　滋（富山大学）
左合　治彦（国立成育医療研究センター）
佐藤　昌司（大分県立病院）
下屋浩一郎（川崎医科大学）
杉山　　隆（愛媛大学）
関沢　明彦（昭和大学）
藤森　敬也（福島県立医科大学）
増山　　寿（岡山大学）
三浦　清徳（長崎大学）
光田　信明（大阪母子医療センター）

■ 作成協力（50 音順）

小畠　真奈（筑波大学）
倉田　知佳（日本精神神経学会精神医療・精神医学情報センター）
田村　法子（日本精神神経学会精神医療・精神医学情報センター）
西郡　秀和（福島県立医科大学）
牧野真太郎（順天堂大学）

目次

	ページ
序	5
本ガイドの使用法	7
1　精神疾患合併または既往歴がある女性に対する プレコンセプションケア:Shared decision making を基本姿勢として	8
2　周産期うつ病に対するエジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）の使用方法	18
3　精神症状を呈した妊産婦への対応	28
4　自殺念慮のある妊産婦への対応	36
1.　危機対応と心理社会的評価	36
2.　ケース・マネージメント	45
5　精神科医に知ってほしい妊娠・出産の知識	50
利益相反	53

序

妊娠、出産は、妊産婦の身体面だけでなく精神面にもさまざまな影響を及ぼす。すこやかな妊娠、出産のためには、妊産婦のメンタルヘルスへの配慮は不可欠である。これまで、妊産婦のメンタルヘルスに関するガイドラインやガイドは、産婦人科では、2017年に「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・日本産婦人科医会）、「周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017」（日本周産期メンタルヘルス学会）、「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」（日本産婦人科医会）が作成されている。「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017」においては「妊娠中の精神障害のリスク評価の方法とは」と「産褥精神障害の取り扱いは」が収載され、「周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017」では妊産婦のメンタルヘルスに関する20項目のClinical Questionについて推奨と解説がなされている。また精神科では、「日本うつ病学会治療ガイドラインⅡ．うつ病（DSM-5）/大うつ病性障害 2016」で妊産婦のうつ病が取り上げられている。

妊産婦のメンタルヘルスを考えるには、産婦人科と精神科の両専門領域の協働が理想であろう。しかしながら、産婦人科と精神科の両領域の緊密な連携、協働のもとに作成されたガイドラインはこれまでにはなかった。日本精神神経学会のガイドライン検討委員会では、両領域合同での「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」の作成を目指し、日本産科婦人科学会に協力を依頼し快諾のもと、両学会の作成委員会を立ち上げた。各学会のそれぞれの視点からの検討を重ね、本ガイドが作成された。

本課題に関してはわが国の精神科関連のエビデンスは多くなく、今回は海外の文献も参考にし、「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」として、産婦人科医と精神科医向けにまとめた。エビデンスが十分でなく、現在のところはエキスパート・コンセンサスの域を出ないと考え、指針としてのガイドラインではなく、解説としてのガイドとした。従ってエビデンスレベルや推奨グレードの表示は行っていない。本ガイドは完全なもの、絶対的、恒久的なものではなく、医学の進歩により将来的には変わりうる流動的なものであり、ひとつの目安と考えていただきたい。また本ガイドは法的な規範になるものではないことをお断りしておく。

なお、妊産婦の精神的問題は、本ガイドの総論編で述べたもののほか、様々なものがあるが、それらは本ガイドの各論編で扱われる。今後、公表される各論編と総論編を併せお読みいただきたい。

今後、本ガイドは新たなエビデンスや情報により、アップデートされていくべきものである。また産婦人科医と精神科医だけでなく、行政や多職種との連携・話し合いのツールとなることも目指している。さらに本ガイドが医療の均てん化のために役立てばと考えるが、本ガイドにかかわる領域の医療水準には、なお地域や医療機関の性格により

やむを得ない差も残る。当事者とその家族向けのガイドは必須であり、今後検討していく。本ガイドが、妊産婦のメンタルヘルスに資し、すこやかな妊娠、出産の一助となれば幸いである。

2020 年　5 月

日本精神神経学会・日本産科婦人科学会

本ガイドの使用法

本ガイドは、精神科医、産婦人科医をはじめとした医療スタッフが適切かつ妥当に診療或いはそのサポートを行うための臨床的判断を支援する目的で、現時点における医学的知見に基づいて作成されたものである。個々の患者の診療は、その患者のすべての臨床データをもとに主治医によって個別に決定がなされるべきものである。したがって、本ガイドは医師の裁量を拘束するものではない。また、本ガイドは、すべての患者に適用されるものではなく、患者の状態を正確に把握した上で、それぞれの診療の現場で参考とされるために作成されたものである。

『精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド』作成委員会は、本ガイドの記載内容については責任を負うが、個々の診療行為についての責任を負わない。また、本ガイドの内容は医療訴訟対策などの資料となるものではない。本ガイドの記載文言と一致しないことを根拠に医療過誤と短絡することは、本ガイドの誤用であることを銘記されたい。

総論 1

精神疾患合併または既往歴がある女性に対するプレコンセプションケア：Shared decision　making を基本姿勢として

要約

精神疾患合併または既往歴がある女性およびその家族やパートナーから、将来の妊娠に関する相談があった際、プレコンセプションケアを実施するが、自施設で十分な対応が困難と判断される場合は、他施設との連携も行うことが望まれる。具体的には以下の 1～4 等を実施するが、医療者と妊娠可能性のある女性とその家族が共同して方針を決め(Shared decision making)、妊娠・出産・育児に向けて適切な環境を整備していく。3～6 ヶ月程度、精神状態が安定していることを確認した上での妊娠成立を目指す。

1. **生活習慣の検討：**禁煙、禁酒、食生活の改善等を患者・周囲の方々と検討　（産婦人科、精神科）。
2. **妊娠に向けた薬の調整**　（精神科）。
3. **遺伝カウンセリングの検討**：必要に応じて遺伝カウンセリングを実施　（産婦人科、精神科、遺伝診療科等）。
4. **出産・育児サポート体制の構築**：家族や周囲の方々との良好な関係性の構築を支援（産婦人科、精神科、行政）。なお、妊娠前の介入ができず妊娠後の相談となった場合にも、可能な範囲で、上記の介入を開始する。

解説

プレコンセプションケアとは

「プレコンセプションケア」とは、1980 年代に提唱されはじめた概念であり、「妊娠前からの健康管理が、次世代の健康状態および自身のその後の人生の健康状態を改善する」という考えに基づいている。典型的な成功例としては、糖尿病合併女性において、妊娠後にコントロールを開始した群と、妊娠前から血糖値をコントロールしていた群の 2 群間で、児の大奇形の発症率は、前者が 10.9%にであったのに比べ後者は 1.2%と有意な低下を認めたという報告がある (1)。狭義には、慢性疾患または先天性疾患を合併している女性において、妊娠が成立する前から十分に病状を安定させることで、安全な妊娠と出産に導くことを目指している。その背景には、前述の糖尿病の知見などに基づいた、以下のよう考え方がある。すなわち、早産などの妊娠合併症の低下といった母児の周産期予後のさらなる向上を目指すためには、妊娠成立後から医療的介入するよりも、妊娠成立前から医療的介入をしたほうが、より有効である可能性がある、というものである。一方、妊娠前には診断されていない場合や、将来的に

疾患を発症する危険性の高い予備群も存在する。また明確な妊娠の希望がなくても、妊娠成立し出産に至る場合もある。以上を踏まえ、広義には、疾患の診断が下されている女性のみならず、また、妊娠希望の有無にかかわらず、妊娠可能な年齢のすべての女性とそのパートナーに対象を広げたスクリーニング（自己チェック）の実施も含まれる。将来の妊娠を希望していない場合でも、早期に介入することは、その後のライフステージをより健康的におくることをサポートするという考え方から、妊娠可能年齢に達したすべての女性に、妊娠前から健康チェックおよび生活習慣の改善を含めた積極的介入を実施することが提唱されている。例えば、米国の CDC（Centers for Disease Control and Prevention）は、妊娠可能な年齢となったすべての女性に対し、妊娠について、「自分が何歳までに何人の子供を出産したいか、そのためには今後どんな生活を送るべきか」を考える機会をもち、チェック項目（表 1）にもとづき自身で生活習慣などを検討し、計画的な妊娠とすることを呼びかけている (2)。これは、あくまでも自己チェックであり、女性からその結果について相談・質問をうけた医療スタッフが、必要に応じてその相談に対応するという流れを想定している。具体的には、妊娠前に、妊娠・出産に関係するリスク因子がないかを、食生活、喫煙・アルコールなどの嗜好、運動習慣など１６項目（表 1-1）について自己チェックを行う。その中には、メンタルヘルスに関する項目も含まれている。妊娠成立前までにリスク因子を減らせるように、自分自身による生活習慣の改善を行うことも含め、必要に応じて介入を行っていく。また WHO が 2013 年に公表した具体的なプレコンセプションケアである１３項目中のひとつにも、メンタルヘルスを取り上げられており、妊娠可能な年齢層のカウンセリングや地域におけるサポート体制の構築などを呼びかけている(https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preconception_care_policy_brief.pdf)。

このように、世界的には、すべての女性が、精神的に健康な状態で妊娠・出産を迎えることをサポートしていくことが課題として取り上げられつつある。しかしながら、わが国では、「妊娠前にメンタルヘルスを整える」、との意識は未だ浸透しておらず、すべての妊娠可能な年齢の女性とそのパートナーが妊娠前にメンタルヘルスチェックをうけ、必要に応じてケアやカウンセリングをうける体制が整備されているとはいえないのが現状であり、今後、体制整備が不可欠である。

加えてプレコンセプションケアにおいて医療者は、個々の患者・家族の個別性を十分考慮に入れ、治療によるベネフィットとリスクをできるだけ早期から患者とその家族と十分に共有・検討し、「Shared decision making」（SDM: 患者・家族と治療者による双方向性の治療方針決定)にいたるよう努めることが必要である (3)。従来、パターナリズムによる診療方針決定、即ち医療者が決めた方針により、一方的に患者・家族を指導

する傾向があったが、SDM のないエビデンスのみの診療は専制政治にも例えられている (4)。他方、SDM に基づく診療方針の決定は、患者・家族と医療者が共同して為され、その結果、患者・家族にとって最適な選択につながると考えられている。その際、医療者と患者・家族が、対話により「診療方針決定において、重要と考えていること（医療者の場合はエビデンスや診療経験）」を共有することで、相互理解を目指す姿勢が求められる。具体的には、医療関係者は一般的な治療効果の情報のみでなく、他の治療法との効果の相違や合併症・副作用などの情報を、わかり易く提供しながら、患者・家族の価値観や人生において重視している項目など個別的な事項を共有し、その結果、患者・家族自身によって、自らにとって最適な選択をすることをサポートしていく。

以上を踏まえ、本項においては精神疾患と診断されている女性を対象とした場合の SDM を基本としたプレコンセプションケアについて述べる。なお近年、生殖補助医療による妊娠も増加しており、生殖補助医療に関わる産婦人科医が、妊娠希望者において精神科疾患既往を確認した場合、産婦人科から精神科にコンサルトをして、両診療科が連携して妊娠までの環境を整えた上で、妊娠成立を目指すことが望まれる。

表 1 -1：健康的な自分自身と将来の赤ちゃんのためへのステップ

1. 学業、仕事などのライフプランのひとつとして、いつ妊娠するか計画を立てましょう。
2. 食生活では、野菜の摂取を心がけましょう。
3. 規則的な運動習慣を身に付けましょう。
4. 毎日葉酸 400μg を摂取しましょう。
5. 性行為感染症に注意し、感染予防をしましょう。
6. 他の一般的な感染症についても、手洗い・うがいなどの感染予防をしましょう。
7. 自宅や職場など身近な環境における有害物質について知識を持つようにしましょう。
8. 自分の予防接種歴を調べ、必要な予防接種は受けておくようにしましょう。
9. ストレスを減らし、精神的にも健康で過ごせるように心がけましょう。
   □メンタルヘルスについて学びましょう。
   □自分にとってストレスとなっていることは何か、意識してみましょう。
   □ストレスを減らすようにしましょう。
   □十分な休息をとりましょう。
   □運動をしましょう。
   □必要なら、自分を支えてくれる人やグループを見つけましょう。
10. 喫煙をやめましょう。
11. 自分自身に処方されたものではない薬は使用しないようにしましょう。

12. 妊娠しようと思った時から、飲酒はやめましょう。
13. パートナーからの暴力・虐待をうけているなら、自分で抱え込まず周囲に相談しましょう。
14. 喘息、糖尿病、肥満などの自身の状態を管理していきましょう。
15. 自分の家族の既往歴について知っておきましょう。
16. 定期的に健康診断をうけて何か異常が見つかったら受診するようにしましょう。

脚注：CDC 作成のチェックリストを一部改変して掲載。項目 9 以外の小項目は割愛した。(https://www.cdc.gov/preconception/showyourlove/documents/Healthier_Baby_Me_Plan-508.pdf)

1. 生活習慣の検討

精神疾患は、糖尿病や心循環系疾患などの身体疾患を合併することが多く、さらに身体疾患の予後に精神疾患が影響することが指摘されているが、その要因の一つとして、精神疾患に伴うことが多い食行動の問題、飲酒、喫煙などの生活習慣が関与していると考えられている（5)。これら生活習慣のうち、例えば食行動の問題に起因する極端なやせや肥満は、妊娠合併症のリスクが高くなるので、妊娠前から適正体重になるよう患者と検討する。妊娠前の栄養状態について、やせ女性では、切迫早産、早産および低出生体重児分娩のリスクが高く、肥満女性では、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、帝王切開分娩、死産、巨大児、および児の神経管閉鎖障害などのリスクが高いことが知られている（6)。肥満女性においては、妊娠前 BMI を標準に近づけることにより、これらのリスクは減少すると報告されている（7)。また、喫煙については、「受動喫煙も、本人の健康、妊娠・出産・児の健康に悪影響を及ぼす」ことを説明し、周囲の禁煙の可能性に関しても患者や周囲と検討する。さらに妊娠中の喫煙は、早産、常位胎盤早期剥離、前置胎盤などの妊娠合併症を増加させ、口唇裂などの奇形の発症率増加、児の出生体重の減少などの悪影響が知られている(8)。アルコールに関しては、妊娠中の飲酒は「胎児アルコールスペトラム障害」の危険があり、飲酒の安全量はないとされている（9)。これらの情報は、産婦人科で妊娠初期に提供する基本的情報であるため、妊娠前に分娩予定施設と連携して情報提供し、最終的には、患者及び患者家族の自主性に委ねざるを得ない部分が多く、医師の介入にも限界があるが、SDM として、患者、家族と検討するのも、ひとつの方法である。

2. 妊娠に向けた薬の調整

胎児への薬のリスクを不安に感じ、十分な情報が得られないまま、患者が、妊娠判明後に薬の服用や受診そのものを中断してしまうことがある。あるいは、胎児へのリスクが知られている薬を内服している期間に、妊娠が判明することもある。そういった状況を避けるための方策として、プレコンセプションケアが有用である可能性がある。例え

ば、薬物治療を行っている患者および家族には、薬の調整が必要となる可能性があるので、妊娠を希望するようになったら相談していただく必要があること、妊娠にあたっては、胎児への影響も含め薬のリスク・ベネフィットを評価して治療内容を検討し妊娠前から調整していくことが望ましいこと、妊娠前に精神疾患の安定化をはかることが重要であることなどを、伝えることなどが考えられる。以下に示した 6 つの原則（表 1-２）は、プレコンセプションケアの参考になる（10)。

一方、妊娠のための準備に長期間費やすことは、加齢が進むことにより、児の合併症や妊娠高血圧症候群などの産科合併症のリスクが増加してしまう可能性がある。したがって、そのバランスにも配慮する必要があり、妊娠の準備が整ったかどうかの判断には、精神科と産婦人科が連携した上で、よりよい SDM が行われるべきである。

表 1-２：６つの原則

1. 必要に応じた薬の変更をおこなう。
2. 少なくとも妊娠する 3 ヶ月前までには、精神疾患が安定していることが望ましい。(注 1)
3. より多くのエビデンスがある薬を選択する。使用実績の少ない薬を使用する場合には、催奇形性などの胎児への影響に関するエビデンスが不十分であることを考慮する。
4. 胎児が曝露される薬の種類・用量は最小限に抑える。(注 2)
5. チーム医療と SDM (注 3)：妊娠成立後は、精神科、産科、小児科、保健行政などが合同して多職種でのカンファレンスを行うなど連携して、集学的に周産期管理を行うことが望ましい。また、家族も含めて、治療した場合と治療しない場合のそれぞれのメリット、デメリット、注意すべき再発徴候や症状について情報を提供しておく。基本的な姿勢として、SDM を大事にする。
6. 薬の使用など医療者が提案した方針について患者や家族の同意が得られない場合にも、支持的に対応する。同意しない理由を慎重に探りながら、他の方法を選択した場合のリスクを説明する。多診療科、多職種が連携して説明すると理解が進むことが多い。

(注 1) 双極性障害の場合は再発のリスクを抑えるために，妊娠成立前少なくとも 6 ヶ月間は安定していることが望ましいとの意見もある （11)。

(注 2) 使用実績の少ない新薬を投与していた患者に、妊娠が判明した場合、それから調整を行うことになる。その場合、妊娠判明後に、胎児への影響のエビデンスが複数存在するような薬に変更することになる。ところが変更によって、疾患が再燃してしまうことがあり、母の精神疾患再発の影響に胎児は曝されることになる。さらに、安定化のために第 3 の薬に変更が必要になると、結果として胎児は多種類の薬に曝露されることになる。以上のリス

クを考慮すると、妊娠前に準備期間を設け、胎児への安全性にも配慮された薬で疾患をできるだけコントロールした状態で、妊娠成立にもっていくことが望ましいと考えられる。

(注 3) SDM: shared decision making。

なお、代表的な例として、抗てんかん薬の妊娠前の調整があげられる。詳細は、後日公表される予定の各論のてんかんの章を参照されたい。

3. 遺伝カウンセリングの検討

プレコンセプションケアの際に、自身やパートナー、さらには家族が有する精神疾患の児への遺伝的影響を相談されることもある。あるいは、すでに妊婦が以前出産した児に精神疾患が発症している場合、今後生まれてくる同胞にも発症するリスクを相談されることもある。遺伝カウンセリングは、遺伝や遺伝子(ゲノム) が関係する疾患や体質について、本人およびパートナー、家族の抱えるさまざまな問題や不安を傾聴し、ゲノムと医療の最新の情報をできるだけわかりやすく説明し、その理解を深めることにより、様々な選択における自己決定をサポートする手段のひとつとして実施されている。近年、出生前検査、着床前検査の対象疾患が拡大しつつあり、妊娠前の遺伝学的検査などを含めて、専門的知識を求められることも多いので、必要に応じて、遺伝カウンセリング体制の整った施設への紹介を行う。

4. 出産・育児サポート体制の構築―家族等・医療・行政を含めて―

安心して出産・育児を行うためには、「精神科・産婦人科連携」が必要であることを、妊娠前に本人および家族に伝える。必要に応じて、精神科・産婦人科連携の可能な分娩施設に、事前に情報提供し受診させておくことも一つの方法である。具体例が、日本うつ病学会ホームページに掲載されている「妊娠・出産を体験した双極性障害患者さんの事例紹介」に紹介されているので、参照されたい（https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/soukyoku.html)。少なくとも、妊娠が判明したらすぐに受診するよう伝えておき、本人の同意のもと、精神科・産婦人科連携の可能な分娩施設に速やかに情報提供を行い、産婦人科と連携して周産期管理を行うのが望ましい。しかし、現在、わが国において、そうした施設にすべての患者がアクセスできる状況ではなく、今後の整備が望まれる。初診時の問診では、自身の疾患について産婦人科医に伝えにくいこともあるということ、そのため精神症状が悪化してはじめて産婦人科医が精神疾患の存在に気づくというような事態がおこりえることを、精神科・産婦人科双方で認識し、連携していくことは重要である。

また、現在、医療機関と地方自治体との情報共有に関して、法制化が進んでいる。「特定妊婦」は「出産後の子ども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」として定義されており（児童福祉法第 6 条の 3 第 5 項）、医療機関は、「当該者の情報をその現在地の市町村に提供するよう努めなければならない。」（児童福祉法第 21 条 10 の 5）とある。情報共有に関する同意の取得についても、原則として情報共有に関する同意を妊産婦から取得することが望ましいが、「刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前項の規定による情報の提供をすることを妨げるものと解釈してはならない。」（児童福祉法第 21 条 10 の 5 第 2 項）としている。こうした情報共有により、医療機関だけでなく地域の保健師やソーシャルワーカーなどが SDM に関わることが可能となると考えられ、地域における患者への切れ目のない支援とつながることが期待される。

厚労省によると、精神疾患を持つ患者に対しても出産後の子供の養育について早期から支援を行うことが望ましいとされている（厚生労働省　厚生労働省雇用均等・児童家庭局 総務課長通知 1130 第 1 号、厚生労働省雇用均等・児童家庭局　母子保健課通知 1130 第 1 号　平成 24 年 11 月 30 日）。医療機関と地方自治体の間で情報共有などの連携をはかることにより、パートナーからの虐待などの情報を共有し、サポートできる場合もある。また、患者の社会機能が不十分であるなど、自宅での養育が困難であることが予想される場合もあるため (12)、養育支援体制を予め準備しておくことも必要になる。情報収集、連携、サポート体制構築のためには時間を要することも多く、妊娠判明から出産までの限られた時間では困難なケースもある。また、社会的サポートの数が、産後の抑うつ状態に防御的に作用するという報告があり (13)、早期のサポート体制構築により、周産期における疾患の悪化を予防できる可能性が期待されている。妊娠前から、育児などを視野に入れて、パートナー、家族などとともに、地方自治体の担当者も含めサポート体制を構築の準備ができるのが理想的である。

なお、患者・家族から一時的に出産・育児を見合わせたいと相談された際は、産婦人科に、適切な避妊方法について相談することも方法のひとつとして提案する。また希望しない妊娠を避けるために、SDM として、妊娠可能となる時期まで一定期間避妊する選択肢についても、患者・家族ともに検討する。

現時点の課題、今後の研究に向けて

精神疾患合併または既往歴がある女性に対してプレコンセプションケアの実施が、母児の予後改善につながったというエビデンスレベルの高い報告は未だ乏しい。てんかんに対して行う妊娠前からの治療薬の調整の有効性は報告されているが (14)、それ以外の疾患領域では、今後、その有効性を検証することが、特に臨床研究による証左がほとんど存在しないわが国においては、求められている。例えば、妊娠中の抑うつ状態が、児の精神神経発達に悪影響を及ぼす可能性が指摘されている (15、16)。　その背景因

子としては、エピジェネティックな変化[注 4]を示唆する報告とともに（17)、遺伝的な影響を示唆する報告もあり（18)、未解明な部分も多い。　しかしながら、妊娠中の抑うつ状態が産後の抑うつ状態に影響することも知られており（19)、妊娠前からの精神状態の安定化は、産後の抑うつ状態の悪化を予防する可能性はある。　また、精神疾患合併または既往歴のある男性に対するプレコンセプションケアに関するエビデンスは、女性に比べ、より一層乏しいが、こうした男性においては、パートナーの妊娠期に精神疾患が増悪することも報告されており（20)、プレコンセプションケアの必要性を推測させる。

SDM により、方針を決めるためには、妊娠可能性のある女性及びその家族と医療者が共有すべき情報が整備されていることが不可欠である。今後、エビデンスレベルの高い情報整備は喫緊の課題である。

[注 4] 遺伝情報である DNA の塩基配列や DNA が巻きつくタンパク質（ヒストン）が、環境因子により修飾されることで生じる変化とされる。このエピジェネティックな変化と様々な疾患との関連が明らかになりつつある。

引用文献

1. Kitzmiller JL, Gavin LA, Gin GD, Jovanovic-Peterson L, et al. Preconception care of diabetes. Glycemic control prevents congenital anomalies. Jama. 1991;265(6):731-6.
2. Johnson K, Posner SF, Biermann J, et al. Recommendations to improve preconception health and health care--United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. MMWR Recomm Rep. 2006;55(RR-6):1-23.
3. Kon AA. The shared decision-making continuum. Jama. 2010;304(8):903-4.
4. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. Jama. 2014;312(13):1295-6.
5. Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. Lancet (London, England). 2007;370(9590):859-77.
6. 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会（編）. 産婦人科診療ガイドライン産科編 2020. 日本産科婦人科学会事務局（東京）. 2020; CQ010.
7. Schummers L, Hutcheon JA, Bodnar LM, et al. Risk of adverse pregnancy outcomes by prepregnancy body mass index: a population-based study to inform prepregnancy weight loss counseling. Obstetrics and gynecology. 2015;125(1):133-43.
8. 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会（編）. 産婦人科診療ガイドライン産科編 2020. 日本産科婦人科学会事務局（東京）. 2020; CQ108.
9. 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会（編）. 産婦人科診療ガイドライン産科編 2020. 日本産科婦人科学会事務局（東京）. 2020; CQ109.
10. Chisolm MS, Payne JL. Management of psychotropic drugs during pregnancy. BMJ. 2016;532:h5918.
11. Thomson M, Sharma V. Weighing the Risks: the Management of Bipolar Disorder During Pregnancy. Current psychiatry reports. 2018;20(3):20.
12. Simoila L, Isometsa E, Gissler M, et al. Maternal schizophrenia and out-of-home placements of offspring: A national follow-up study among Finnish women born 1965-1980 and their children. Psychiatry research. 2019;273:9-14.
13. Morikawa M, Okada T, Ando M, et al. Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state: a prospective cohort study. Scientific reports. 2015;5:10520.
14. Lassi ZS, Imam AM, Dean SV, et al. Preconception care: screening and management of chronic disease and promoting psychological health. Reproductive health. 2014;11 Suppl 3:S5.
15. Robinson R, Lahti-Pulkkinen M, Heinonen K, et al. Fetal programming of neuropsychiatric disorders by maternal pregnancy depression: a systematic mini review. Pediatr Res. 2019;85(2):134-45.
16. Bleker LS, van Dammen L, Leeflang MMG, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and autonomic nervous system reactivity in children prenatally exposed to maternal depression: A

systematic review of prospective studies. Neurosci Biobehav Rev. 2018.

17. Nemoda Z, Szyf M. Epigenetic Alterations and Prenatal Maternal Depression. Birth defects research. 2017;109(12):888-97.
18. Hannigan LJ, Eilertsen EM, Gjerde LC, et al. Maternal prenatal depressive symptoms and risk for early-life psychopathology in offspring: genetic analyses in the Norwegian Mother and Child Birth Cohort Study. The lancet Psychiatry. 2018;5(10):808-15.
19. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, et al. A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes. Arch Womens Ment Health. 2018.
20. Spry E, Giallo R, Moreno-Betancur M, Macdonald J, et al. Preconception prediction of expectant fathers' mental health: 20-year cohort study from adolescence. BJPsych open. 2018;4(2):58-60.

総論 2
周産期うつ病に対するエジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）の使用方法

要約

エジンバラ産後うつ病自己評価票（Edinburgh Postnatal Depression Scale：EPDS）は、産後うつ病に対するスクリーニング検査として開発された自己記入式の評価票である。開発後、有用性について検証が重ねられ、国際的評価を得て海外で広く普及している。

1. **EPDS の運用方法**：EPDS で区分点（カットオフ値）以上を示し、うつ病の疑いをもたれた患者は、精神科医の診察が必要となる。重症度の高いうつ病では質問項目 7～10 の不眠、悲哀感、流涙、希死念慮の点数が高く、十分に注意を払う。確定診断や重症度評価のための検査ではなく、スクリーニング検査であることに留意する。
2. **国内における EPDS の活用**：国内では 1996 年日本版 EPDS が開発され、産後 4 週目の時点で信頼性と妥当性が検証されている。区分点は 9 点以上とされたが、海外の区分点とは異なっている。国内での EPDS を含む周産期メンタルヘルスに関する検討は未だ十分とは言えず、今後も周産期現場でのエビデンスの蓄積が必要である。
3. **産後 2 週間健診時実施の意義**：産後うつ病の早期発見を目的として、わが国では産後 2 週間健診において 一般的に EPDS を測定することが推奨されているが、現時点での区分点を評価するデータはない。令和 2 年度からは、厚労省より EPDS に限らず客観的なツールを用いて総合的に精神状態を把握することとされている。
4. **医療・行政との多職種連携**：EPDS を実施し、産婦に結果を直接伝えるとともに、支援が必要と判断される場合は子育て世代包括支援センターや市区町村に報告されることを説明する。産婦のセルフケアに関する助言・指導のほか、精神科に関する情報提供や紹介を行う。
5. **EPDS 利用の限界と留意点**：EPDS を使用する際は、その限界に留意する。英語圏以外での運用には翻訳された言語表現、文化度、経済状況などにより区分点は左右される。産後 4 週目で区分点以下でも、その後の病状の変化により区分点を超える可能性があるので、その後のフォローも重要である。
6. **産前 EPDS の使用**：産前の EPDS の活用に関するデータは、産後のデータに比較するときわめて乏しい。海外のレビューでは、妊娠 28~40 週を対象に 14/15 が区分点とされている。国内でも検討されているが、データは乏しくエビデンスレベルは高くない。
7. **その他のスクリーニング法**：EPDS 以外のスクリーニング方法として、Whooley MA らにより開発された二質問法が注目されている。メタ解析や国内データでは、うつ

病の早期発見のためのスクリーニング方法と報告されている。簡便性もあり英国の NICE ガイドラインでは一次スクリーニングとしてその使用が推奨されている。

解説

エジンバラ産後うつ病自己評価票（Edinburgh Postnatal Depression Scale：EPDS）開発の意義

産後のうつ病の発症頻度に関する近年のメタ解析（n=37,294）によると、うつ病の既往のない女性における発病率（incidence）はおよそ 12%(CI 4~20%)、有病率(prevalence)はおよそ 17%（CI 15~20%）と報告されている（1）。産後うつ病は、自殺や母子心中、乳児虐待、愛着障害などの母児関係に重大な影響を及ぼすリスクがあり、早期に発見し適切に対応することが求められる。EPDS は産後のうつ病に対するスクリーニング検査として開発された自己記入式の評価票である。産後うつ病に対しても、従来精神科の一般臨床で用いられている自己評価票も検討されたが、信頼性と妥当性に欠ける結果であった（2,3）。このため産後という特有な状況を考慮して、1987 年英国でプライマリーケアにおけるスクリーニング検査として EPDS が開発され（4）、その後有用性について検証が重ねられ、2016 年には米国予防医学専門委員会（The US Preventive Services Task Force：USPSTF）が妊娠期および産褥期のプライマリーケアにおけるうつ病のスクリーニングとして、EPDS が有効であると推奨している（5）。このように国際的評価を得て、現在は海外で広く普及している。

1. EPDS の運用方法

EPDS で区分点以上を示しうつ病の疑いのある患者は、精神科医の診察が必要となる。うつ病以外でも高値となることもあり、精神科医の専門的診察は重要である。産婦人科受診中に、EPDS が区分点以上であることが判明した場合には、速やかに行政と連携して継続的に支援できる体制を構築する。いわゆる“里帰り出産”の場合には、医療・行政機関同士の連携に十分に注意を払い、切れ目のない支援ができるようにする。EPDS の解説及び運用は以下のとおりである。

- 10 項目から構成され、1 項目 4 段階、最低 0 点、最高 3 点、合計 30 点である（表 2-1）。
- 評価項目の中で、体重減少などの身体的項目は産後の体重減少と混同されるおそれがあることから除外されている。
- 過去 1 週間の気分について、落ち着いた環境で 5 分程度で実施する。
- 産婦のプライバシーの確保に留意する。得られた結果に医療者が驚いた様子を見せたり、産婦を質問攻めにすることは厳に慎む。個人情報保護の観点からも結果は厳重に管理する（6）。
- 区分点は、国内では産後 4 週目で 8/9 点（7,8）であるが（後述）、欧米諸国で

は産後 4～8 週目で 9/10 で疑い（possible)、12/13 で確実（probable）と提唱されている（4,9）。

- １０の質問項目には 2 つ（抑うつ、不安）(10)、または 3 つ（抑うつ、不安、アンヘドニア）(11）の下位尺度（サブスケール）が指摘されている（12)。
- 質問項目の中では、とくに重症度の高い産後うつ病では項目 7～10 の不眠、悲哀感、流涙、自傷の衝動で点数が高く、十分に留意する（12)。また項目 10 の「自傷の衝動」が 2 点以上（頻度が「時々」もしくは「しばしば」）であることを予測する因子として、うつ病エピソードの既往歴が抽出されたとの報告が、最近我が国から為された（13)。
- 確定診断のための診断ツールではなく、また重症度評価のための検査でもない。EPDS は産後うつ病のためのスクリーニング検査であることに留意する。

2. 国内における EPDS の現状

国内においても、1996 年、英語の原版 EPDS を日本語に翻訳した日本版 EPDS を用いて、産後 4 週目の時点の信頼性と妥当性、区分点が検討された（7）。検査時期を産後 1 ヶ月健診と時期を統一することにより、実施実現率の向上が期待できる。活用にあたり区分点を決定するために、感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率、陽性尤度比、陰性尤度比が算出される。区分点の決定には感度や特異度の高さが重要であり、その結果として陽性尤度比（感受性/（1－特異性））が上昇するほど有用性が高まる。その後、山下ら（8）も区分点を検討し岡野ら（7）の結果と同様に 9 点以上とされ、その際の感度は 0.75~0.82、特異度は 0.93~0.95 であった。

近年では、より多くのデータの解析により日本版 EPDS の産褥期のみならず、妊娠期から産褥期にわたる複数時点での安定性が検証され、また前述したサブスケール 3 因子構造モデル（アンヘドニア群、不安群、抑うつ群）も日本版 EPDS で確認されている（14)。

しかしながら、EPDS を含む周産期メンタルヘルス全般に関する国内でのエビデンスは未だ十分とは言えず、今後も周産期現場でのエビデンスの蓄積が必要とされる。

3. 産後 2 週間健診時の EPDS 実施の意義

わが国では、産後 5 日目に EPDS を実施することで産後うつ病の早期発症群を検出することが可能との報告（15）があり、産後 2 週間健診で EPDS を測定することが一般的に推奨されている。しかしながら、この時点での区分点を評価するデータはない。国内で推奨されている区分点 8/9 点は、産後 4 週目のデータであることに留意する。令和 2 年度からは、厚労省より EPDS に限らず客観的なツールを用いて総合的に精神状態を

把握することとされている。

4. 医療機関・行政との多職種連携

わが国では産婦健診事業/産後ケア事業の一環として、身体面の回復の確認だけではなく、精神状態の評価を早期にスクリーニングするツールとして、EPDS の実施が求められている。受診した産婦に対して、健診結果を直接伝えるとともに市区町村に報告されることを説明する。支援が必要と判断される場合は、子育て世代包括支援センターや市区町村の相談窓口に関する情報提供や産婦のセルフケアに関する助言・指導のほか、精神科に関する情報提供や紹介なども必要に応じて行う。

5. EPDS 利用の限界と留意点

周産期メンタルヘルスのプライマリーケアに従事する医療関係者は、EPDS を活用するにあたり、その限界を意識して対応することが重要である。以下に留意点を列挙する。

- EPDS はそもそも英国で開発された評価法であり、英語圏以外での運用には翻訳された言語表現、文化度、経済状況などにより区分点は左右される（9）。既述したように欧米諸国とわが国の区分点も異なっている。区分点付近の点数を示した産婦には、確定診断ではないのでその点数に拘りすぎず精神科医への迅速な紹介を心がける。
- 日本版 EPDS の感度は 0.75（7）であることが報告されており、この感度に則れば区分点でうつ病の患者を 4 人中 3 人検出できるが、残りの 1 人は区分点以下でもうつ病の可能性は否定できない。産後 4 週目で区分点以下でも、その後の病状の変化により区分点を超える可能性がある。産後うつ病の時点有病率は 3 ヶ月が最も多く発症は 3 ヶ月以内が多いとの報告もあるため（16）、産後 4 週間目以降もフォローする必要がある。
- EPDS 以外の自記式評価票を妊娠中と産後において反復施行した際に、区分点が低下することも報告されている（17）。EPDS 自体への検証はなされていないが、産後うつ病の重症度の推移の指標として、繰り返し EPDS を用いることには十分に注意すべきとの指摘がある（6）。
- EPDS は自記式質問票であることから、患者の気持ち（例えば、自分のことを知られたくない）や状態（例えば、質問紙の内容を理解できない）により点数がある程度影響を受ける可能性があることに留意する。したがって、EPDS の点数のみで病状を判断せず、他覚的所見を重視して EPDS の点数の信憑性を検討する。
- 産後の女性の中には精神的不調があっても、自ら助けを求めない傾向がある（18）。この場合、EPDS の点数を低く操作することがある。このような傾向は国内の医療現場でも指摘されている。精神科受診へのスティグマや育児で周囲に迷惑をかけた

くないとの強い想いが、この背景にあると推察される。うつ病の発症を懸念する保健師の訪問を拒否する、あるいは精神科医の受診を拒否することになるので十分に留意する。

- 日本版 EPDS の陽性的中率として 0.5（7）と報告されており、この報告に則れば区分点以上でも患者は 2 人に 1 人である。精神科医/産婦人科医は、EPDS が高値であるという理由だけで安易に抗うつ薬を処方せず、まずは正確な確定診断に努め薬物治療の必要性を検討する。産後に精神症状が出現した後に精神科受診に対する抵抗感が一層強まる懸念があり、妊娠期間中から産後うつ病の心理教育や精神科受診の必要性を説明する対応も重要である。

6. 産前の EPDS の使用

産前の EPDS の活用に関するデータは、産後のデータに比較するときわめて乏しい。海外のレビューでは数件にとどまるが、妊娠 28~40 週を対象に 14/15 が区分点とされている（9）。国内では 2017 年に初めて報告され、第 2 三半期を対象として区分点は 12/13（感度 0.0%、特異度 92.1%、陽性的中率 54.5%）と報告されている（19）。これらの結果から、1）産後の区分点に比して産前のそれは高い、2）産前、産後ともに区分点は欧米諸国のデータに比して低いことがわかる。産後うつ病のおよそ半数は産前からうつ病であるということが指摘されている（20）。したがって、産前からうつ病を早期に発見することは重要であるが、EPDS の区分点は既述したように文化や医療環境などにより変化するだけではなく、産前の時期（第 1～第 3 三半期）によっても異なることが予想される。

7. その他のスクリーニング法

EPDS 以外のスクリーニング方法として、Whooley MA らにより開発された二質問法が注目されている（21）。本質問紙法は、1994 年 Spitzer ら（22）がプライマリーケアにおいて精神疾患をスクリーニングする方法として考案されたものの中で、うつ病の中核症状である 2 つの項目を取り出したものである（表 2 -2）。この項目は、DSM-IV（DSM-5 でも同じく中核症状）の大うつ病エピソードの 2 つの中核症状に該当する「抑うつ気分」と「興味や喜びの消失」に関する構造化された質問である。判定は 2 つの質問項目でどちらか 1 つでも該当すれば、陽性としている。メタ解析によれば、感度 0.95、特異度 0.65 であり妥当性が検証されている（23）。本質問紙法は開発者である Whooley MA の許可を得て日本語化され（24）、本質問紙法と BDI（Beck Depression Inventory）の併用による職場でのうつ病の早期発見のためのスクリーニング方法として報告されている（25）。周産期における妥当性の検証の確かなエビデンスはないが、簡便性は明らかで NICE ガイドラインでは一次スクリーニングとしてその使用が推奨されている（26）。EPDS が産後の特有な状況を考慮して改変された評価票

である一方で、Whooley の二質問法はうつ病に対するスクリーニングという基本的立場から、周産期に応用しようとするものである。近年、国内でも産後うつ病のスクリーニングに対して産後 4 週目に EPDS と二質問法の比較を行っているが、感度と陽性的中率に関して両者に有意な差を認めなかったと報告されている（27)。

表 2-1：エジンバラ産後うつ病自己評価票
(Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)

ご出産おめでとうございます。ご出産から今までのあいだにどのようにお感じになったかをお知らせください。今日だけでなく、過去 7 日間にあなたが感じられたことに最も近い答えに線を引いてください。必ず 10 項目に答えてください。

例）　幸せだと感じた。　はい、常にそうだった
はい、たいていそうだった
いいえ、あまり度々ではなかった
いいえ、まったくそうではなかった

“はい、たいていそうだった”と答えた場合は過去 7 日間のことをいいます。この様な方法で質問にお答えください。

質問票

1.　笑うことができたし、物事のおかしい面もわかった。	6.　することがたくさんあって大変だった。
(　)いつもと同様にできた (　)あまりできなかった (　)明らかにできなかった (　)まったくできなかった	(　)はい、たいてい対処できなかった (　)はい、いつものようにはうまく対処しなかった (　)いいえ、たいていうまく対処した (　)いいえ、普段通りに対処した
2.　物事を楽しみにして待った。	7.　不幸せなので、眠りにくかった。
(　)いつもと同様にできた (　)あまりできなかった (　)明らかにできなかった (　)ほとんどできなかった	(　)はい、ほとんどいつもそうだった (　)はい、ときどきそうだった (　)いいえ、あまり度々ではなかった (　)いいえ、まったくなかった
3.　物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。	8.　悲しくなったり、惨めになった。
(　)はい、たいていそうだった (　)はい、時々そうだった (　)いいえ、あまり度々ではなかった (　)いいえ、そうではなかった	(　)はい、たいていそうだった (　)はい、かなりしばしばそうだった (　)いいえ、あまり度々ではなかった (　)いいえ、まったくそうではなかった
4.　はっきりした理由もないのに不安になったり、心配した。	9.　不幸せなので、泣けてきた。
(　)いいえ、そうではなかった (　)ほとんどそうではなかった (　)はい、時々あった (　)はい、しょっちゅうあった	(　)はい、たいていそうだった (　)はい、かなりしばしばそうだった (　)ほんの時々あった (　)いいえ、まったくそうではなかった
5.　はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。	10.　自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。
(　)はい、しょっちゅうあった (　)はい、時々あった (　)いいえ、めったになかった (　)いいえ、まったくなかった	(　)はい、かなりしばしばそうだった (　)時々そうだった (　)めったになかった (　) まったくなかった

合計＿＿＿＿＿＿＿＿点

表 2-2：二質問法（Whooley's two questions）（24）

I	この一ヶ月間、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？	はい	いいえ
II	この一ヶ月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか？	はい	いいえ

⇒２つの質問への回答のいずれかが「はい」であれば、抑うつ状態の可能性が高いと判断されるので、精神科への紹介を含めてフォローを検討する。

引用文献

1. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, et al. : Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res 104:235-248, 2018.
2. Cox JL, Henderson I, McGuire RJ, et al. : Prospective study the psychiatric disorders of childbirth by self report questionnaire. J Affect Disord 5:1-7, 1983.
3. Whiffen VE. Screening for postpartum depression: a methodological note. J Clin Psychology 44:367-71, 1988.
4. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. : Detection of postnatal depressopn. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 150:782-786, 1987.
5. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, et al. : Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women. Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 315: 388-406, 2016.
6. 北村俊則：産後うつ病の検診について　―エジンバラ産後うつ病自己評価票の正しい使い方. 最新医学 73:112-115, 2018.
7. 岡野禎治、村田真理子、増地総子ほか：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 7:525-33, 1996.
8. 山下　洋、吉田敬子：産後うつ病の母親のスクリーニングと介入について. 精神神経誌 105:1129-35, 2003.
9. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, et al.: A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and posypartum women. Acta Psychiatr Scand 119:350-694, 2009.
10. Phillips J, Charles M, Sharpe L, et al. : Validation of the subscales of Edinburgh Postnatal Depression Scale in a sample of women with unsettled infants. J Affect Disord 118: 101-112, 2009.
11. Tuohy A, McVey C. : Subscale measuring symptoms of non-specific depression, anhedonia, and anxiety in the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Clin Psychol 47: 153-169, 2007.
12. Postpartum Depression: Action Towards Causes and Treatment (PACT) Cosortium. : Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. Lancet Psychiatry 2: 59-67, 2015.
13. Kubota C, Inada T, Shiino T, et al. : The risk factors predicting suicidal ideation among perinatal women in Japan. Front Psychiatry (in press).
14. Kubota C, Inada T, Nakamura Y, et al. : Stable factor structure of the Edinburgh Postnatal Depression Scale during the whole peripartum period: Results from a Japanese prospective cohort study. Sci Rep 8: 17659, 2018.
15. Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, et al : Postnatal depression in Japanese women. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. J Affcet

Disord 58:145-54, 2000.

16. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. : Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol 106:1071-83, 2005.
17. Kitamura T, Shima S, Sugawara M, et al. : Temporal variation of validity of self-rating questionnaires: repeated use of the General Health Questionnare and Zung's Self-rating Depression Scale among women during antenatal and postnatal periods. Acta Psychiatr Scand 90:446-50, 1994.
18. Liberto TL : Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: an integrated review. J Pediatr Health Care 26:109-17, 2012.
19. Usuda K, Nishi D, Okazaki E, et al. : Optimal cut-off score of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for major depressive episode during pregnancy in Japan. Psychiatr Clin Neurosci 71:836-42, 2017.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn, American Psychiatric Association, Washington, DC, 2013.
21. Whooley MA et al : Case-finding instruments for depression two questions are as good as many. J Gen Intern Med 12:439-45, 1997.
22. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. : Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. JAMA 272 :1749-56, 1994.
23. Bosanquet K, Bailey D, Gilbody S, et al : Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression: a diagnostic meta-analysis. BMJ Open 5:e00819, 2015.
24. 鈴木竜世、野畑綾子、金直淑ほか：職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討. 精神医学 45: 699-708. 2003
25. Adachi Y, Aleksic B, Nobata R, et al. : Combination use of Beck Depression Inventory and two-question case-finding instrument as a screening tool for depression in the workplace. BMJ Open 2:e000596, 2012.
26. Antenatal and Postnatal Mental Health: NICE guideline -all of the recommendations(www.nice.org.uk/CG045niceguideline)
27. Shibata Y, Suzuki S : Comparison of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Whooley questions in screening for postpartum depression in Japan. J Materm Fetal Neonatal Med :doi:10.1080/14767058.2018.(Epub ahead of print).

総論 3
精神症状を呈した妊産婦への対応―精神科への橋渡し―

要約

過去に精神科的な診断・治療を受けたことのない妊産婦に新たな精神症状が出現した場合、あるいは以前の精神症状が再燃した場合、対応する産婦人科医は以下の点に留意する。

1. **精神症状の検出と対応**：対応するにあたりどのような精神症状であるのか、概略を把握しておくことが望ましい。しかし、より重要なことは〈それまでのその人らしさからの変化〉と〈生活の不具合〉であり、治療者自身の持つ〈違和感〉と患者の生活上の〈機能低下〉を重視して精神科との連携を開始する。
2. **患者・家族への対応**：出産前後の精神症状の増悪リスクが予見できる場合は、事前に対応可能な総合病院への転院を計画するが、重篤な精神症状を呈した際には速やかに精神科病棟を有する医療機関への搬送を検討する。この際、家族に動揺が生じないように配慮する。
3. **精神科受診の勧奨**：患者・家族が精神科受診に対して消極的な場合にはその苦悩を受容し、どのような理由から精神科の受診に抵抗を感じるか尋ねつつ、医学的見解を説明する。コメディカルとの連携も重要である。
4. **精神科医療機関との連携の開始**：身体疾患に起因して（症状性）、あるいは脳神経疾患に起因して（器質性）精神症状が発生することも少なくないので、可能な範囲で身体的異常を検索する。施設内に精神科医がいれば積極的にコンサルトを、いなければ院外精神科施設との連携をはかる。紹介された精神科医は重症度を判定し治療の枠組みを提示する。
5. **精神科受診に向けた対応**：患者・家族、そして担当医自身の個性やそれまでの相互の関係性を勘案し、最も冷静・円滑に意思疎通を図れるやりとりを工夫する。

解説

過去に精神科的な診断･治療を受けたことのない妊産婦に新たな精神症状が出現した場合、あるいは精神症状が再燃した場合、対応する産婦人科医は以下の点に留意する。

- 精神症状の出現の際には、初期対応の産婦人科医は冷静な対応を心がけ、患者・家族に寄り添うように接する。
- 精神科（自施設内もしくは他施設の）との連携を速やかに検討する。
- 精神状態の悪化による妊娠や産後の身体的影響を検討する。
- 精神科受診への橋渡しを行う。

1. 精神症状の検出と対応

ここでは、妊産婦に発生しやすく早急な対応が必要となり得る症状の代表例として、抑うつ症状の特徴と、問診例を挙げる。なおこれらは現在の主要な診断基準の１つ、「DSM-5」(1)を踏まえたものである。

ただし最も重要な要素は〈それまでのその人らしさからの変化〉と〈生活の不具合〉であり、治療者（精神科の非専門家）自身の持つ〈違和感〉と患者の生活上の〈機能低下〉（それまでやれていたことができなくなる）を重視すべきである。したがって、以下の特徴にうまく当てはまらないような場合でも、普段の様子と比べての違和感や実際の生活の困難さが大きければ、精神科受診を考慮してよい。

なお、抑うつ症状と並んで妊産婦に生じやすい「躁症状」「精神病症状」については、本項末尾の「参考１」を参照されたい。また不安症状、睡眠障害なども単独で妊産婦にしばしば発生するが、相対的に緊急度は低いと考えられるので、後日公表される予定の各論部分を参照されたい。

【抑うつ症状】

ヒトの精神機能の中の３つの領域、気分・思考・行動のいずれもが低下する（抑制される）状態であり、しばしば睡眠障害・食欲異常などの身体症状を合わせ持つ。周囲の関係者からの情報収集で問題が判明することも多いので、家族などからも他覚的な状況を意識的に聴取する。

- 《観察》表情などの乏しさや緩慢な行動、どことなく落ち着きのない様子がみられないか？（焦燥、または行動抑制）
- 《検査》目立った体重の減少や増加はないか？（体重の増減）
- 《問診》以前と同じように美味しいものを美味しいと感じますか？また、美味しいものを食べたいと思いますか？／食欲が大幅に増えていませんか？（食欲異常）
- 《問診》眠れていますか？／眠くて困ることはありませんか？（睡眠障害）
- 《問診》くよくよ考えこんでしまうことはありませんか？（抑うつ気分）
- 《問診》以前と同じように興味を持て、また楽しいことは楽しいと感じられますか？（興味・喜びの減退）
- 《問診》自分のことを「駄目な人間だ」「周りに迷惑をかけて申し訳ない」などと責めていませんか？（無価値観、罪責感）
- 《問診》ひどく疲れやすくなったり、やる気がなくなっていませんか？（疲労感、気力の減退）
- 《問診》考えがまとまらない、あるいは考えが浮かばないということはありませんか？（思考力の減退）

- 《問診》「この世から消えた方が良いのでは」「辛くて消えてなくなりたい」という考えが浮かぶことはありませんか？（自殺念慮）

2. 患者・家族への対応

分娩に当たっては、産後の精神症状の増悪のリスクや出産時の児の発育不全の問題が懸念される場合には、妊娠早期からそれらに対応可能な総合病院への転院計画を進めていく必要がある。精神症状が精神科病棟への入院を必要とするほどの緊急度が高く重篤な状態を呈した際には、速やかに精神科病棟（可能であれば閉鎖病棟）を有する医療機関への搬送および入院を検討する。妊娠中であれば統合失調症や急性一過性精神病性障害、産後であれば強い躁状態やいわゆる産褥精神病がこれにあたる。これらでは著しい興奮を呈し言動も一方的でまとまらない（2)。また自身が精神的に変調をきたしているという意識も欠如しているために、精神科治療を受けることを頑なに拒否する態度をとることが特徴である。このような重篤な患者では、自身の身体管理にも関心がきわめて乏しく、しばしば産科合併症や胎児の発育不全、産後の身体的合併症を併発することがある。したがって速やかに精神科治療を受けさせる必要がある。患者への対応だけではなく、家族の動揺にも配慮が必要である。家族側の問題として、突然の精神的変調を受け入れることが困難であったり、患者への対応で心身ともに疲弊したりすることがある。その場合、医師側の説明や今後の対応に対して十分な理解が得られないこともあるので、十分な時間を取り、繰り返しの説明で誤解を生じさせない対応が求められる（3)。

3. 精神科受診の勧奨

患者・家族と精神的変調について相談する際に、精神科受診を積極的に勧めるべきか、当面産婦人科側で対応するか判断に苦慮することが少なくない。精神症状を呈する患者および家族は、妊娠が判明すると精神科診療に対して消極的態度をとることがある（4, 5)。またそれまで精神的に健全であった妊産褥婦が妊娠中・産後に変調をきたした場合、精神科を紹介されることで、患者・家族が向精神薬の内服を指示されることを懸念する恐れもある（6)。とくに向精神薬による胎児への影響を十分なエビデンスもない状況下で（恣意的推論)、過剰に心配する傾向もある（7)。あるいは精神科自体への強い偏見や抵抗感を持っている患者・家族も少なくない。したがって、産婦人科医や助産師は患者や家族の苦悩に寄り添い、どのような理由から精神科の受診に抵抗を感じるかを尋ねてみる。精神的変調が母体の妊娠に伴う身体的状態や胎児の発育に影響を及ぼす可能性があることや、精神症状には専門的なアプローチが必要であり、医療連携して診療にあたることが重要であることを説明する。また助産師外来や社会福祉士（ソーシャルワーカー)、行政の保健師とも連携して精神科受診を支援する体制をとることも必要となる(8)。

4. 精神科医療機関との連携の開始

精神症状を認めた際には、統合失調症やうつ病などの気分障害のほか、身体疾患や脳の器質的な疾患に伴う精神症状の可能性もある。このため、精神科受診を勧めつつ、可能ならば産婦人科施設で血液検査などを実施して身体的異常の有無を確認する（3)。精神科受診を勧めるかの判断は、その地域の精神科の診療体制の充実度により影響される。精神科医を常勤、または非常勤で有する総合病院では、精神症状の重症度を問わず積極的な精神科コンサルテーションを行う。単科の産婦人科施設では、医療連携体制が整っている精神科施設があれば迅速に紹介し、以後密接に連携しながら心身両面のフォローを行う。精神症状の安定化が図られれば、妊娠後期まで産科病院（クリニック）と精神科病院（クリニック）が連携して妊婦に適切に対応することは可能である。一方、妊娠判明時より精神科との連携が困難であると判断される場合には、連携が可能な総合病院へ紹介する。とくに下記のような中等度以上の精神症状を認め、産科医側が対応に苦慮する時には早期に転院を考慮する。

- 精神症状のために、身の回りの必要なことが自分ではできなくなっている、もしくは、一応できてはいるが非常な努力や苦労、不安を伴う。
- 「逃げ出したい、消えてしまいたい、いなくなりたい、生きているのをやめたい」という気持ちが明確に現れている。
- 過量服薬やリストカッティングなどの自傷行為が見られている。
- 望ましくない生活習慣・行動を自分ではコントロールできなくなっている（乱費、性的乱脈、過食、喫煙、飲酒、薬物使用、ギャンブル、危険な車両運転、過剰な運動、ダイエット、暴力、虐待など）
-

精神科を有しない総合病院や産婦人科クリニックでは、前もって医療連携できる周辺の精神科医を確保しておくことが円滑な連携には有効である。

患者を紹介された精神科医は、速やかに精神症状の重症度を判定する必要がある。軽度と判定され、精神科医による外来診療で精神症状の安定化が図られる時には、産婦人科診療機関と精神科診療機関が医療連携しつつ並行して診療することを目指すようにする。精神症状が中等度以上で両者の診療科が密接に連携することが必要な場合には、両診療科を有する総合病院での診療が望ましい。

5. 精神科受診に向けた対応

以上を踏まえ、精神科受診に向けて患者・家族に説明する際の留意点を挙げる。

治療者側はまず患者自身が精神症状に翻弄され、苦痛と混乱の最中で支援を求めてい

ることを理解した上で、落ち着いて患者の苦悩に共感的な姿勢をとりつつ、精神科受診の方向性を提示することが必要になる。その際、精神的な対応はできないので不対応とすることなく、「精神的側面への支援者を追加する」、「併せて身体面の診療も適切に継続される」という趣旨を伝える。患者・家族が精神科受診をためらう場合には、どのようなことを不安に感じているのかを尋ね、誤解があればそれを解き、あくまでも医学的に最善を目指すために勧めていることを保証する。また、母親のメンタルヘルスの不調は児の発育に負の影響与えうるため、精神科受診が母児双方にとってメリットが大きいことも適宜説明する。

末尾の「参考２」に診療場面での患者・家族との具体的やりとりと考え方の例を示すので、適宜参考にされたい。もちろん実際の場面では、患者・家族そして治療者自身の個性やそれまでの関係性を勘案し、最も円滑に意思疎通を図れるやりとりを工夫することが望ましい。

■参考１～抑うつ症状以外の重要な症候：躁症状と精神病症状

【躁症状】

抑うつの場合とは逆に、気分・思考・行動のいずれもが高揚する（亢進する）状態であるが、やはりしばしば睡眠障害・食欲異常などの身体症状を合わせ持つ。患者本人は自身の状態に違和感を持てないことが多いため、周囲からの情報収集が重要になる。

- 《観察》普段より多弁で、話し続けようとする。（会話心迫）
- 《観察》注意の向かう先が次々と移り変わり、集中できない。（注意散漫）
- 《観察》困った結果につながる可能性が高い活動に熱中してしまう（例：制御のきかない買いあさり、性的無分別、またはばかげた事業への投資などに専念すること）（活動亢進）

本人には、以下のような問診を行う。

- 《問診》今までよりもすごく自信が持てる感じがありますか？（自尊心肥大、誇大）
- 《問診》眠らなくても平気で頑張れる感じがありますか？（睡眠欲求の減少）
- 《問診》いろいろな考えが次々出てくる感じがしますか？（観念奔逸）
- 《問診》今までよりも、かなり活動量が増えていますか？（活動亢進）

なお、抑うつ症状と躁症状は１人の患者に混じり合って出現すること（混合状態）(9)があり、その場合「テンションは高いが不機嫌」、あるいは「気分は暗いが多弁でひどく落ち着かない」などといった状態を呈する。やはり精神科との連携を考慮すべきである。

【精神病症状】

普段の常識的生活とは明確に異質な非現実的な思考・行動が見られる状態である（以下の内、１つ以上の異常）。《いずれも、観察項目》

- 妄想：それを否定する証拠があっても変わることのない、誤った信念
  例・被害妄想：他の人や組織から危害を加えられる、嫌がらせをされる、など
  ・関係妄想：あるしぐさや言葉、身の回りのちょっとしたことなどが自分に向けられている、など。
  ・身体妄想：体が腐っている、臓器がなくなっている、など
- 幻覚：外部の起源なしに生じる、ありありとした知覚体験。
  例・幻聴：声や音
  ・幻視：人物、動物、風景
  ・幻臭：におい
  ・体感幻覚：触覚、身体感覚
- まとまりのない思考や発語
  例・連合弛緩：話題が脈絡なくすぐそれる。
  ・接点のなさ：質問に対して、関係のあまりない、あるいはまったくない応答をする。
  ・滅裂：言葉が混乱して秩序がなくなり、他者から理解できなくなる。
- 異常な運動行動：日常生活を困難にする、以下のようなもの。
  例・無目的な行動の亢進、筋緊張の亢進
  ・必要な行動の消失
  ・奇異な姿勢の持続

■参考２～患者・家族との会話の例

【会話の例①：精神症状を話題にする】

- *つらい気持ちがあってずい分と悩まれているようにみえますが、頑張りすぎていませんか。*
- *あなたがこのつらさから回復するために、治療を受けるという選択も大事になります。*
- *私どもの説明にご理解をいただけると有難いです。*
  （当の患者こそが精神症状に翻弄され、苦痛と混乱の最中にいることを理解した上で、治療者側は落ち着いて、支援を開始する）。

【会話の例②：産婦人科などから精神科に紹介する際の説明の例】

- *あなたがお困りの点は、こころの不調の現れではないかと考えます。この様な場*

合、精神科の先生にご相談することが多いです。

- *私はあいにく精神科が専門ではないので、やはり専門である精神科の先生のアドバイスを伺ってみたら如何でしょうか。*
- *もちろん、産婦人科として引き続き私が担当します。*
- *あなたを多方面からサポートできれば、より早く良くなる可能性があります。*

（「精神症状は身体的不調と関連しており、他の医学領域と連続する」という〈身体モデル〉の観点で冷静に説明する。「支援者を追加・増強する」「身体面の診療も適切に継続される」「自院も今後継続支援する」という趣旨を伝える）

【会話の例③：患者・家族が精神科受診に消極的な場合】

- *「精神科の受診がためらわれるのですね（一旦受容）。精神科というものに対してどのようなお気持ち・お考えなのでしょうか」*

（抵抗を感じる点を尋ねる。その際、「なぜ」と訊くより、「どのような気持ちで」と尋ねるのが、答えやすい雰囲気につながる）。

- *「自分を追い込みすぎないで、精神科の先生にも話を聞いてもらいませんか。適切に判断してくれると思います。もし心の病気であれば、治療を受けることはとても大切なことだと思います」*

「あなたが受診しやすい精神科施設を、一緒に考えませんか」

（患者・家族に精神科受診への誤解や偏見があれば、それ以上に精神科の治療を受けることの重要性を伝える。また、配慮できる部分には対応する：例/照会先の精神科医療機関は、患者住所地との地理的位置関係も考慮して選定する）。

- *「気分や気持ち、こころの不調は放置すると体にも影響して、眠れなくなったり食事がとれなくなったりすることで、さらにこころと体の状態を悪化させてしまいます。不調を放置すれば、お母さんだけではなく赤ちゃんの発育・成長にも影響が出てくることもあります」*

（不調を放置すれば母子の健康リスクが高まることを伝える）。

引用文献

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Nental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association, 2013.
2. Sit D, Rothschild AJ,Wisner KL. A review of postpartum psychosis. Journal of women's health (2002) 15:352-68,2006.
3. 気分障害の治療ガイドライン作成委員会 日本うつ病学会: 把握すべき情報, in うつ病治療ガイドライン　第 2 版. 2-10: 医学書院, 東京都, 2017
4. Ramos E., Oraichi D., Rey E., et al. Prevalence and predictors of antidepressant use in a cohort of pregnant women. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology 114:1055-64,2007.
5. 前田潔: 妊娠・産褥に関連した障害, in 専門医を目指す人の精神医学　第 3 版. Edited by 山内俊雄 小島卓也, 倉知正佳. 391-7: 医学書院, 東京, 2011
6. Hirst KP,CY Moutier. Postpartum major depression. Am Fam Physician 82:926-33,2010.
7. 鈴木利人. 精神科薬物療法を行っている女性の挙児希望にどのように対応するか. 臨床精神薬理 22:117-26,2019.
8. 岡野禎治: 妊娠・出産による精神状態への影響とトータルケア, in 向精神薬と妊娠・授乳　改訂 2 版. Edited by 伊藤真也 村島温子, 鈴木利人. 24-32: 南山堂, 東京都, 2014
9. Fagiolini A., Coluccia A., Maina G., et al. Diagnosis, Epidemiology and Management of Mixed States in Bipolar Disorder. CNS Drugs 29:725-40,2015.

総論 4
自殺念慮のある妊産婦への対応
1. 危機対応と心理社会的評価
2. ケース・マネージメント

総論4-1. 危機対応と心理社会的評価

要約

周産期には、問診・面接の中で、妊産婦が自殺念慮やその可能性を有していることがわかることがある。自殺念慮があるからといって自殺に直結するわけではないが、妊産婦に自殺念慮を認めた場合、自殺のリスクを過小評価することなく、妊産婦の心理社会的状況を確認し、支援を検討する必要がある。

自殺の危険因子・保護因子に留意して関わることは、自殺念慮を認める人の早期発見・早期介入に有益である。

妊産婦に自殺念慮が疑われる場合、次を行うよう努める。（産・精はそれぞれ産科医療機関・精神科医療機関で検討すると良いことを指す。*は医療機関の人的リソースで可能ならば対応を検討すると良い場合を指す。）

1. **危機対応（メンタルヘルス不調に至った事情の確認を含む）（産*・精）**
2. **心理社会的評価（自殺念慮の確認を含む）（産*・精）**
3. **保健機関などと連携しつつケース・マネージメントを検討する（産*・精）**（『総論4-2. ケース・マネージメント』を参照）

産科における妊産婦健診の場で行われる問診のみで自殺念慮を正確にアセスメントし、さらに自殺企図を予見することは実際には困難なことが多く、可能であれば精神科医療機関などと適宜連携しながら慎重に対応する。

問診では自殺念慮のアセスメントをする上で自殺企図歴の有無の確認は重要である。自殺企図の予見性は精神科の診察においても困難ではあるものの、自殺企図歴のある妊婦については企図歴のない妊婦以上に自殺の危険性に留意して慎重に対応する。

エジンバラ産後うつ病自己評価票（Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]）の項目10（『自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた』）で陽性の結果（海外の研究では、回答0「まったくなかった」、1「めったになかった」、2「時々そうだった」, 3「はい、かなりしばしばそうだった」のうち、回答2,3を「自殺念慮有り」としているものがある（7,8））から、自殺念慮が疑われることがある。しかし、日本では項目10の結果からどの程度自殺念慮を判断できるか、どの回答を「自殺念慮有り」と

すべきかについての十分なエビデンスはなく、また、項目10の結果だけで自殺念慮の有無を判断することはできないものの、自殺念慮を把握するきっかけになりうる。

解説

妊産婦の自殺と自殺念慮

英国の Maternal, Newborn and Infant Clinical Outcome Review Program (Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK: MBRRACE-UK) における 2014 年から 2016 年の統計によれば、妊娠中から産後 6 週の間の死因の第 3 位（死亡率 10 万人中 2.8 人)、産後 6 週から産後 1 年の間の死因の第 2 位（10 万人中 4.2 人）が自殺であり、産後 6 週間から 1 年の間の母親の死亡の約 4 分の 1 が自殺であることがわかっている (1)。また、死因として、飛び降りや縊首が多く、過量服薬が少ないというように、一般の女性の自殺企図とは性質が異なる。東京都監察医務院の調査では、自殺で死亡した妊産婦が東京 23 区で 2005 年～2014 年の 10 年間で計 63 人に上った。国内外とも、妊産婦の自殺は周産期死亡の中で非常に重要な要因であり、妊産婦の自殺対策が望まれる。

自殺念慮は、死ねたらいいあるいは死にたいと思ったり、死ぬことを計画したりする気持ちや考えを表す。自殺念慮は、ふと頭に思い浮かぶものから、頭の中が自殺することについて占められるもの、詳細まで計画するものなど様々である。また、いろいろな精神障害が自殺念慮を引き起こすことがある。自殺念慮があるからといって自殺に直結するわけではないが、妊産婦に自殺念慮を認めた場合、自殺のリスクを過小評価することなく、妊産婦の心理社会的状況を確認し、支援を検討する必要がある。

妊娠中・産後のメンタルヘルスのスクリーニングとしてエジンバラ産後うつ病自己評価票(Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS (2) (3))を実施し項目10が陽性となった場合、自殺念慮の存在の可能性を考え慎重に評価を進める。また、問診や面接・ケアの際の中で自殺念慮が表出されることがある。妊産婦自身が自殺念慮を自らは語らないが、症状や様子から推察され、本人に尋ねる中で明らかになることもある。

本項では妊産婦が自殺念慮を認めた場合の一般的な対応方法について述べる。ただし、自殺念慮を認める妊産婦に対応する精神科医療のリソースや周産期メンタルヘルスケアにおける医療・保健・福祉の連携体制は地域によって異なり、リソースや体制により自殺念慮を認める妊産婦への対応が非常に困難な地域もある。地域特性についても留意した上で可能な対応を検討する。

（以下、㊐・㊜はそれぞれ産科医療機関・精神科医療機関で対応を検討すると良いことを指す。*は医療機関の人的リソースで可能ならば対応を検討すると良い場合を指す。）

1. 危機対応（メンタルヘルス不調に至った事情の確認を含む）（㊐*・㊜）

自殺を願う人は、もはや自分の力ではどうにも状況を変えることができないという絶望感と無力感にとらわれ、自殺以外の解決策が見えなくなる心理的な視野狭窄に陥るなかでいっさいの意識活動を終焉させることで問題解決をはかろうとする(4, 5)。

自殺念慮を認める妊産婦とのかかわりとして何よりも重要なのが、スタッフとの良好な関係性の構築である。スタッフが自殺念慮の危険を感じた場合には、なるべく早い段階から，その気持ちに共感し傾聴することが重要である。ケアする側のそのような雰囲気・態度から、妊産婦は自らの自殺念慮を「このひとなら打ち明けてもよい」という気持ちになりうる。

自殺念慮を認める妊産婦の中には、スタッフに対し、攻撃的に接してくる人もいる。本人のそのような態度・行動の背景に“死にたくなるほどつらい”気持ちがあり、またその気持ちの背景には何らかの事情があることを念頭におき、その気持ちに寄り添って今の問題をどのように解決していけばよいかを一緒に考えていく。

自殺念慮を認めた場合の接し方として「TALKの原則」がある(6)。自殺念慮を認める妊産褥婦への対応においても有益と考えられる。

TALKとは、Tell（伝える）、Ask（尋ねる）、Listen（聴く）、Keep safe（安全を確保する）の頭文字をとったものである。
Tell（伝える）：自殺念慮を語った本人に対し、自分の気持ちをはっきりと伝える。（例）「いまのあなたのことがとても心配です」「死んでほしくないです」など
Ask（尋ねる）：「死んでしまいたい」という気持ちについて率直に尋ねる。例）「どんな時に死にたいと思いますか」
Listen（聴く）: 死にたくなるほどつらい気持ちを傾聴する。そのような気持ちに追い込まれている辛い状況や気持ちを理解し共感する。しっかりと傾聴するならば、自殺について話すことは危険ではなく、予防につながる(4)。
Keep safe（安全を確保する）：自殺の危険が考えられたら、孤立させないようして寄り添い、また、周りの人から適切な援助を求めるようにする。自殺念慮を認める妊産婦への対応においては、家族とりわけ児の安全確保についても考える必要がある。

2. 心理社会的評価（自殺念慮の確認を含む）（㊐*・㊜）

自殺念慮はしばしば秘匿されることを念頭に、当事者の表情や言動を注意深く観察することも大事である。また、自殺念慮の代理表現、例えば、”いなくなってしまいたい”、”消えてしまいたい”、”眠り続けたい”などの表現にも注意を向けなければならない。このような気持ちにまで追い込まれてしまった背景には、多くの場合、そもそもその元となった原因（親族・家庭内の問題、経済的な問題、職業上の問題、対人関係の問題など、さまざまな生活上の問題）、心理的負担がある。危機対応において当事者の事情は聴くとしても、いくつもの事情が折り重なっていることも多く、ここでその内容を詳しく確認することが、その後のケース・マネージメントを展開していく上でとても重要となる。また、EPDS を実施していない状況で、精神的不調から自殺念慮が懸念される場合、下記のように睡眠や食欲の質問から始めて自殺念慮を確認するのも良い (10)。産科が心理社会的評価を行う場合、可能であれば精神科と一緒に検討すると良い。

① 睡眠についての質問

「夜眠れてなくてしんどいことはありますか？」

もし「はい」と答えるようであれば、次のような EPDS の項目 7 のような内容の質問をすると良い。

「つらい気持ちでいろいろなことを考えて、眠れないことはありましたか」

眠れていなくて、心身ともに疲弊しているようであれば、うつの二大症状(持続する抑うつ気分、持続する興味または喜びの喪失)について質問する。

「眠れた感じがしていなくて、何かをやろうという気持ちが起きなかったり、何をやっても楽しいと思えなかったりするようなことはありませんか」

ここで「はい」と答えるようであれば、持続する興味または喜びの喪失があると考えられる。

あわせて、「一日中気持ちが沈んでいることはありますか」「それはどのくらい続いていますか」

と質問することで、持続する抑うつ気分を確認できる。

② 食欲についての質問

「食欲はどうですか」と聞き、あまりありません、などとネガティブな答えがあれば、

「以前のようにおいしいものをおいしいと感じることができますか？」「あるいはおいしいものを食べたいと思いますか」といった質問を加えると、食欲の話題から、興味または喜びの喪失といったうつ病の症状について確認することができる。

「持続する抑うつ気分」について確認したあと、うつ病が疑われる状態と考えられれば、そこから、さらに、自責感について聞いていくとよい。自責感については、EPDS の項目 3 の内容を聞くとよい。「物事がうまくいかないとき、自分を不必要に責めるようなことはありましたか？」

以上のようなやり取りをもとにうつ状態の有無を判断する。そこでうつ状態が疑われるようであれば、妊産褥婦に対してうつ状態に至った事情や悩み事を丁寧に聴き取り、次いで、自殺念慮の有無について「つらくてしようがなくなることはありますか」と聞き、「はい」と答えるようであれば、「そういうとき気持ちが追い詰められて、死にたくなるようなことはありますか」などと聞くことで、確認するのもよいであろう。

2-1. 自殺の危険因子・保護因子に留意した関わり(産*・精)

自殺の危険因子・保護因子に留意して関わることは、自殺念慮を認める人の早期発見・早期介入に有益である(11, 12)。WHOによる自殺予防の公衆衛生活動によれば、自殺についての個人の危険因子として、過去の自殺企図・精神障害・アルコールや他の物質の有害な使用・失業もしくは経済的損失・絶望・慢性疼痛と疾患・自殺の家族歴があげられている（13)。また、保護因子としては、家族やコミュニティの支援に対する強い結びつき、問題解決・紛争解決・不和の平和的解決のスキル、自殺を妨げ自己保存を促すような個人的・社会的・文化的・宗教的な心情、自殺手段へのアクセス制限、精神的・身体的疾患の良質なケアに支援を求めることやアクセスしやすいこと、などがある（13)。

危険因子を減らし、保護因子を増やしたり強化したりすることが自殺予防に有効とされている(14, 15)。

2-2. 自殺念慮の評価(産*・精)

産科の問診で自殺念慮を正確にアセスメントし、自殺企図を予見することは困難なことが多いが、自殺念慮がある場合、どの程度の強さかを確認する（11)。たとえば「死にたくなることはありますか」「もういなくなってしまいたいと思うことはありますか」などとさらに尋ねると良い。自殺念慮を認めた場合、その計画性についても聞く必要がある（11）。自殺をいつ、どこで、どのようにするかなど具体的に考えている場合には、自殺の危険が高いと判断する。また、自殺念慮を否定している場合でも、自殺の危険因子を認めた場合は自殺のリスクが高いと判断される場合もある。自殺企図の予見性は精神科の診察においても困難ではあるものの、自殺企図歴のある妊

婦については企図歴のない妊婦以上に自殺の危険性に留意して慎重に対応する。

2-3. 自ら語られないが自殺念慮のある時(産*・精)

自殺念慮が強くても、EPDSなどのスクリーニングや面接などで必ずしも明らかになるとは限らない。英国のMothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK (MBRRACE-UK)では、下記のような精神症状を "Red flag"として、緊急の精神科のアセスメントが必要としている（16)。

① 精神状態が最近著しく変化したか、新しい症状が急激に出現した
② 自傷行為の考えまたは行動が出現した
③ 母親として自信がないと言い出したり絶えず言ったりしていること、児を嫌がるそぶりがあること

自ら自殺念慮が語られなくても、①、②、③がある、または推察される場合は、自殺念慮について確認すると良い。

上記のアセスメントで浮かび上がった問題について、それぞれ対応法を考える。

2-4. 非自殺性自傷の気持ちについて(産*・精)

自殺念慮は特に問題ないものの自分を傷つけたくなる非自殺性自傷の気持ちが強いこともある。自傷行為は、明らかな自殺の意図なしに、非致死性の予測を持って、故意に軽度の損傷を直接に身体表面に加える行為である(たとえば17)。自傷をしたい人は、間歇的・断続的な苦痛がある状況でそのような不快な意識状態を短期間だけ変化させ、混乱した意識状態の再統合を意図して自らを傷つけたいという気持ちになっていると考えられる(4, 17)。非自殺性自傷を有する妊産婦に対しては、自傷をやめるように無理に説得することを控え、援助希求行動を支持し、エスカレートに対する懸念を伝え、スタッフが感情的にならずに冷静に本人と接するとよい(4)。そして自傷を「やめられない」ということ自体が治療したほうが良い精神症状であることを本人に説明し、精神科医療に相談することを勧めるとよいであろう。

2-5. EPDSで自殺念慮が疑われるとき(産*・精)

周産期にしばしば用いられるメンタルヘルス・スクリーニングであるEPDSは10個の質問項目からなっているが、その項目10に「自分の体を傷つけるという考えが浮かんできた」という質問がある。この質問は、自殺念慮を反映するとされている（7)。項目10が陽性（海外の研究では、回答0「まったくなかった」、1「めったになかっ

た」、2「時々そうだった」, 3「はい、かなりしばしばそうだった」のうち、回答2,3を「自殺念慮有り」としているものがある(7, 8)）であれば、その結果をふまえてさらに自殺念慮についてのアセスメントを行い対応すると良い (9)。しかし、日本では項目10の結果からどの程度自殺念慮を判断できるか、どの回答を「自殺念慮有り」とすべきかについての十分なエビデンスはないものの、自殺念慮を把握するきっかけになりうる。EPDSの回答内容については、本人が必ずしも本当のことを回答しているとは限らないし、回答の正確さについては質問紙法の限界がある。

3. 保健機関などと連携しつつケース・マネージメントを検討する（産*・精）

詳細は『総論4-2. ケース・マネージメント』を参照されたい。

現時点の課題、今後の研究に向けて

本項では自殺念慮の危険因子・保護因子を取り上げたが、これらは一般成人の自殺念慮についてのものであり、妊産婦についてのものではない。自殺念慮を認める妊産婦について、どのような危険因子・保護因子があるかについては報告が乏しい。また、妊産婦の自殺念慮をどのように把握し、対応するかについては、EPDSの項目１０の利用の仕方を含め、十分なエビデンスはない。今後、日本の周産期医療におけるエビデンスの確立が望まれる。

周産期メンタルヘルスケアのリソースや地域の連携体制により、現時点では本稿のような対応が実施困難なことがあるかもしれないが、今後このような方策を自殺念慮のある妊産婦への対応において留意し実施していくと良いであろう。

引用文献

1. Knight M. et al. MBRRACE-UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care-Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2013–15. Google Scholar (2018).
2. Cox JL, Holden JM, Sagovsky, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British journal of psychiatry, 1987; 150, 782-786.
3. 岡野禎治、村田真理子、増地総子ほか：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, 1996, 7:525-33.
4. 松本俊彦. もしも 「死にたい」 と言われたら: 自殺リスクの評価と対応. 2015, 中外医学社.
5. Shea, S. C. The practical art of suicide assessment: A guide for mental health professionals and substance abuse counselors. 1999; John Wiley & Sons Inc,.
6. Tanney B, Ramsay R, Lang W. et al. Safetalk: Development of brief skills training in suicide intervention. Psychiatria Danubina 2006; 18(Suppl1), 94-95.
7. Howard LM, Flach C, Mehay A, et al. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. BMC pregnancy and childbirth 2011;11, 57.
8. Bodnar-Daren S, Klipstein K, Fersh M, et al. Suicidal ideation during the postpartum period. Journal of Women's Health. 2016; 25:12,1219-1224.
9. 日本周産期メンタルヘルス学会（編）. 周産期メンタルヘルス　コンセンサスガイド 2017 CQ5 doi:http://pmhguideline.com/index.html ,2017.
10. 尾崎紀夫. 不眠の訴えからうつ病診療へ-一般診療における留意点. 日経メディカル, 2005; 3, 132-133.
11. 日本臨床救急医学会（総監修）、日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」（監修）、PEEC ガイドブック改定第 2 版編集委員会（編）. 救急現場における精神科的問題の初期対応 PEEC ガイドブック 改訂第 2 版. 2018;へるす出版.
12. 日本自殺予防学会（監修）、国立研究開発法人日本医療研究開発機構障碍者対策総合研究開発事業（精神障害分野）「精神疾患に起因した自殺の予防法に関する研究」研究班（編）. 救急医療から地域へとつなげる自殺未遂者支援のエッセンス　HOPE ガイドブック. 2018; へるす出版.
13. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework. 2012.
14. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL. et al. The world report on violence and health. The lancet , 2002; 360, 1083-1088.
15. Office of the Surgeon General National Action Alliance for Suicide Prevention. 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action: A Report of the US Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention, 2012.

16. Knight M. et al. Saving Lives, Improving Mothers' Care - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2014-16. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, 2018.
17. Walsh BW, Rosen PM. Self-mutilation: Theory, research, and treatment. 1988, Guilford Press.

総論4-2. ケース・マネージメント

要約

自殺念慮のある妊産婦に対し、危機対応と心理社会的評価をした後の対応について、下記のようなケース・マネージメント対応を検討するとよい。
（産・精はそれぞれ産科医療機関・精神科医療機関で検討すると良いことを指す。
*は医療機関の人的リソースで可能ならば対応を検討すると良い場合を指す。）

1. 心理社会的評価（総論4-1.危機対応と心理社会的評価を参照）に基づく心理教育とプランニング（産*・精）
2. 精神科医療機関へ紹介・保健機関と連携（産*）
   保健機関と連携（精）
3. 保健機関と連携し社会資源の導入（産*・精）
4. 定期的なフォローアップとモニタリング（精）

多職種連携によるフォローアップが望ましい。対応の仕方は個々の症例によって異なり一義的に決まるものではなく、それぞれの固有の問題に合わせて考える必要がある。

解説

ケース・マネージメント

ケース・マネージメントとは、当事者の個別性に合わせて行われるケアのことで、特に複雑事例に有効性が示されている。心理社会的なアセスメントを実施した後に、それを踏まえてケース・マネージメントを継続することで、自殺のハイリスク者である自殺未遂者の自殺再企図や自傷行為が、一定期間抑止されることが科学的に検証されている（1,2)。周産期メンタルヘルスケアにおいて、メンタルヘルス不調の妊産婦に対し、ケース・マネージメントを行い多職種で連携して対応することで産後のメンタルヘルスの向上や産後うつ予防の効果が示されている（3)。周産期の自殺のハイリスク者に対してもケースマネージメントが有効である可能性がある。自殺念慮を認める妊産婦に対しては、本人のみならず、可能であれば、家族全体の状況に留意してケース・マネージメントを行い、適宜多職種で連携して対応する（4)。
下記にケース・マネージメントの一連の流れを示す（1,5)。

1) 前項4-1の心理社会的評価に基づく心理教育とプランニング
2) 精神科医療機関・保健機関への紹介
3) 社会資源の導入
4) 定期的なフォローアップとモニタリング

（以下、㊐・㊜はそれぞれ産科医療機関・精神科医療機関で対応を検討すると良いことを指す。*は医療機関の人的リソースで可能ならば対応を検討すると良い場合を指す。）

1. 自殺念慮のある妊産婦やその家族への心理教育とプランニング（㊐*・㊜）

妊産婦に強い自殺念慮を認める場合、本人や家族が自殺を予防する取り組みを行えるようにすることが重要であるが、そのために自殺予防の心理教育は有効な手段である（6）。医療機関の人的リソースを鑑みて可能であれば、本人・家族に対して心理教育を行いつつ、プランニングについて一緒に考えるとよい。

下記は心理教育及びプランニングの一例である。本人のケア・治療とともに、キーパーソンとなる家族にも心理教育を行うことで、より良い支援体制・環境を構築できる。

① 「死にたい気持ちが強まる」ような状況について

自殺念慮が強まっているような状況では、自殺以外の解決策が見えなくなる心理的視野狭窄に陥っていることがありうる。ひとりで問題を抱え込み、絶望的な気持ちの中で孤立していく危険性について説明し、理解に努める。

② 心理的ケアや精神科治療について

自殺念慮を和らげるために、心理的ケア・精神科治療が重要であることを伝える。薬物療法の有効性についても説明する。自殺念慮が強く薬物療法が必要であるにもかかわらず、妊娠・授乳中であることを理由に挙げ、本人や家族が薬物療法に対し抵抗感を示すこともあるため、当事者の気持ちを尊重しつつ、適切な治療について説明し治療選択を一緒に考えていく。また、心の回復において休養が重要なこと、そのためにひとりでつらい気持ちを抱え込まずに周りに助けを求めることや必要あれば社会サービスを積極的に利用することの重要性について共有する。

スタッフが自殺防止のために最善を尽くしても、防ぎきれずに自殺に至るケースが現実にはある。自殺のリスクについても患者及び家族に事前共有し、危機的な状況の際の対応の仕方について共通認識を持っておくと良い。

③ 緊急時の連絡先

自殺念慮が強まりそのような気持ちを自分で抑えるのが難しいような状況になったときに、SOSの出し方・出す先をあらかじめ相談しておく。

地域の精神科救急の対応窓口は一般に下記のようになっているが、連絡先が書かれた紙面などを渡しつつ説明すると良い。

平日・日中：かかりつけ精神科医療機関、保健機関
休日・夜間：地域の精神科救急窓口

家族のケア

家族が本人への接し方に悩んだり対応に疲弊したりしていることもある。そのような家族の気持ちを知りうる状況にある場合は共感的に傾聴し、家族の考えも尊重しつつ、支援内容を一緒に考えていくと良い。

2. 精神科医療機関へ紹介・保健機関と連携（産）
保健機関と連携（精）

産科で強い自殺念慮があり治療の必要があると判断された場合は、本人の同意のもと、精神科へ紹介し、併せて保健機関と連携すると良い。精神科でもそのような場合は保健機関と連携する。精神科治療のみならず、地域母子保健の方でも家族全体のサポートをしてもらうようにする。精神科医療機関や保健機関に紹介しても本人がつながらずに危機的な状況が続いているということもありうる。情報提供後に、新たな連携に基づく支援が有効に機能しているか注意しモニタリングを行う（7）。また、一度情報を提供した後にも、症状が変わり状況が大きく変化することもありうるので、適宜関係機関と連絡を取りあって情報共有の内容をアップデートしていく。

3. 保健機関と連携し社会資源を導入（産・精）

自殺念慮につながるような心理社会的問題の解決のために、つかえる社会資源があるかどうかについて、保健機関と連携し検討する。たとえば、育児の負担を減らすために、緊急一時保育、一時保育、定期利用保育、乳児院を利用するなど、あるいは精神科医療機関を紹介できない場合に自治体の精神保健福祉相談を利用するよう勧めるなどである。なお、自殺念慮の事情は、必ずしも育児等の事情に限定しているとは限らず、配偶者との関係や他の環境的な問題にある場合もあるので、それぞれの事情に合わせた社会資源の利用やそのための相談についてコーディネートを行う。

4. 定期的なフォローアップとモニタリング（精）

多機関で連携して対応した後、精神科医療機関が定期的に面接を行いフォローアップするとよい。定期的な面接の際には、前回の面接からの変化した状況があるか、また、精神状態、自殺念慮の有無の確認、自殺念慮有りの場合の切迫性の評価、家族の状況（特に育児状況）や社会資源の利用状況とその有効性などについて確認し、必要に応じて新たなプランニングを行う。

現時点の課題、今後の研究に向けて

自殺念慮を認める産婦について、本項では多職種で連携してケース・マネージメントをすることについても触れた。しかし、現状では地域において産科医療・精神科医療・保健・福祉などが連携した対応は、社会資源の密度や機動力の強弱などが地域によってさまざまに異なり、必ずしも円滑に支援が実施できる状況にあるとは言えない。今後、そのような地域の精神保健・母子保健の連携についての有効なシステムの効果検証と保健政策における体制整備が望まれる。

引用文献

1. Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N *et al.* Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry* 2014;1(3), 193-201.
2. Furuno T, Nakagawa M, Hino K. et al. Effectiveness of assertive case management on repeat self-harm in patients admitted for suicide attempt: findings from ACTION-J study. *Journal of affective disorders* 2018; 225, 460-465.
3. Tachibana Y, Koizumi N, Akanuma C. et al. Integrated mental health care in a multidisciplinary maternal and child health service in the community: the findings from the Suzaka trial. *BMC pregnancy and childbirth* 2019; 19(1), 58.
4. 日本周産期メンタルヘルス学会（編）. 周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017 CQ5 doi:http://pmhguideline.com/index.html , 2017.
5. 日本自殺予防学会（監修）、国立研究開発法人日本医療研究開発機構障碍者対策総合研究開発事業（精神障害分野）「精神疾患に起因した自殺の予防法に関する研究」研究班（編）. *救急医療から地域へとつなげる自殺未遂者支援のエッセンス HOPE ガイドブック*. へるす出版, 2018.
6. World Health Organization. *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP)–version 2.0.* , World Health Organization, 2016.
7. 日本周産期メンタルヘルス学会（編）. 周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017 CQ6. doi:http://pmhguideline.com/index.html, 2017.

総論 5
精神科医に知ってほしい妊娠・出産の知識

要約

1．**妊娠中の身体変化**：妊娠中は、母体循環血液量やホルモンの変化に伴って身体的状態が大きく変化することに留意する。
2．**医薬品の影響**：医薬品等の児への影響は、妊娠時期によって異なることに留意する。

解説

本稿では、主として妊娠中の身体的変化等を考慮した診療の留意点（1）について概説する。

1．妊娠中の身体変化

妊娠中は、児発育のための子宮胎盤循環を保つため、循環血液量は妊娠 28～32 週をピークとして約 30～40％増加する。血液は希釈され、妊婦貧血や生理的浮腫（むくみ）の原因になる。また、循環血液量の変化に対応するために、全身の血管抵抗が低下することから、妊娠前半は血圧が低下し、妊娠全期間を通して脳貧血（失神・起立性低血圧など）を起こしやすくなる。さらに、妊娠子宮の圧迫による静脈血の逆流やうっ血がおこり、下肢・外陰部の静脈瘤や痔核が発生する。合わせて薬の血中濃度も低下するが、同時に血中蛋白濃度減少によって遊離型の薬の濃度が増加することがあるため、薬品の使用量は、妊婦の状態に合わせて調節する必要がある。

主として黄体ホルモンによる妊娠初期の悪心・嘔吐等の消化器症状を中心とした症候をつわりといい、全妊婦の 50～80％にみられる。妊娠 5～6 週ころから発症し、多くは妊娠 12～16 週ころに自然軽快するが、平均して 3～4 kg の体重減少を認める。つわりが重症化して、体重減少、脱水や電解質異常等に対して治療を要する病態を妊娠悪阻という。これらが長引いた場合、食道胃接合部の括約筋緊張低下などを併発し、逆流性食道炎による悪心が長期化する。また、腸管蠕動運動の低下と、妊娠子宮の圧迫によって消化管内容物通過速度が低下し、妊娠中は便秘傾向となる。これらの症状は、主として妊娠初期における医薬品の内服や吸収にも影響する。

妊娠中は、空腹時血糖が低下するのに対して、食後は胎児へのグルコース供給を十分に行うための合目的代謝変化によって高血糖になることから、少量ずつ頻回に食事を摂ることが勧められる。副作用に食欲亢進が認められる医薬品を使用する際には留意する。

増大した子宮を保持することから、腰痛は妊婦の約 90％に生じるもっとも多い愁訴

である。また、立位や歩行時に腓腹筋に過度の負担がかることによって、就寝時にはこむら返りがおこりやすくなる。エストロゲン増加などの影響によって、耳管や鼻腔の粘膜浮腫による耳閉感や鼻出血が起こりやすくなり、抜け毛、帯下の増加、全身の肌荒れがひどくなるなどの愁訴が多くなる。

２．医薬品の影響

ヒトにおいては、子宮内にある妊娠 10 週未満の児を胎芽、妊娠 10 週以降では胎児と呼ぶ。仮に医薬品を使用しなくても、児の形態異常の自然発生率は 3～5％である。一方、精神疾患を未治療のままにすることも胎芽・胎児に形態異常を含めたさまざまな問題を引き起こす。また、医薬品の胎芽・胎児への影響は妊娠時期によって以下のように異なる。医薬品の使用に関しては、「産婦人科診療ガイドライン産科編 2020」を参照とし、これらを総合的に判断する必要があることを説明する (2)。妊産婦の自己決定を尊重した支援が原則であるが、新生児科医とも協力して、必要と考えられる医薬品については使用することを前提とした母児管理が求められる。

妊娠 3 週まで　：胎芽に影響する場合は流産（胎芽死亡）となり、奇形は起こらない。
妊娠 4～7 週　：器官形成期で、大器官形成に影響する医薬品が少数存在する。
妊娠 8～12 週　：小器官形成に影響しうる医薬品が少数存在する。
妊娠 13 週以降：器官形成は終了し、奇形は起こらないが、機能に影響する医薬品が少数存在する。
授乳期　　：児に大きな影響を及ぼす医薬品は少ない。

引用文献

1. 荒木勤：最新産科学・正常編（改訂第 22 版）．文光堂（東京），2008.
2. 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会（編）：産婦人科診療ガイドライン産科編 2020．日本産科婦人科学会事務局（東京），2020.

利益相反

「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」作成委員会では、委員長・執筆者一覧掲載者と製薬企業との間の経済的関係につき、以下の基準で過去 3 年間の利益相反状況の申告を得た。
委員長・筆者一覧掲載者はすべて「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」の内容に関して、関連疾患の医療・医学の専門家として、科学的および医学的公正さと妥当性を担保し、周産期メンタルヘルスの診療レベルの向上を旨として編集作業を行った。利益相反の扱いに関しては、日本医学会「診療ガイドライン策定参加資格基準ガイダンス」（平成 29 年 3 月）に従った。
申告された企業は以下の通りである（対象期間は 2017 年 1 月 1 日～2019 年 12 月 31 日）。企業名は 2019 年 2 月現在の名称とした。

① 企業や営利を目的とした団体の役員、顧問職の有無と報酬額が年間 100 万円を超えている
② 株の保有と、その株式から得られる利益が年間 100 万円を超えている
③ 企業や営利を目的とした団体から特許権使用料として支払われた報酬が年間 100 万円を超えている
④ 1 つの企業や営利を目的とした団体より、会議の出席や講演に対し支払われた報酬が年間 50 万円を超えている
⑤ 1 つの企業や営利を目的とした団体がパンフレットなどの執筆に対して支払った原稿料が年間 50 万円を超えている
⑥ 1 つの企業や営利を目的とした団体が提供する研究費が年間 100 万円を超えている
⑦ 1 つの企業や営利を目的とした団体が提供する奨学（奨励）寄附金が年間 100 万円を超えている
⑧ 企業などが提供する寄附講座に所属し、実際に割り当てられた寄付額が年間 100 万円を超えている
⑨ その他の報酬（研究とは直接に関係しない旅行など）が年間 5 万円を超えている

執筆者一覧	①顧問	②株保有・利益	③特許使用料	④講演料	⑤原稿料	⑥研究費	⑦寄附金	⑧寄附講座	⑨その他
池田智明	すべて該当なし								
小笠原一能	大日本住友製薬	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	愛知県	大日本住友製薬
尾崎紀夫	該当なし	該当なし	該当なし	ﾌｧｲｻﾞｰ 大塚製薬 MSD ﾔﾝｾﾝﾌｧｰﾏ Meiji Seika ﾌｧﾙﾏ ｱｽﾃﾗｽ製薬	該当なし	(株)地球快適化ｲﾝｽﾃｨﾃｭｰﾄ 大正製薬 大日本住友製薬	大塚製薬 大日本住友製薬 Meiji Seika ﾌｧﾙﾏ 田辺三菱製薬 ｱｽﾃﾗｽ製薬 ﾌｧｲｻﾞｰ 日本ｲｰﾗｲﾘﾘｰ ｴｰｻﾞｲ (株)地球快適化ｲﾝｽﾃｨﾃｭｰﾄ	該当なし	該当なし
小畠真奈	すべて該当なし								
鹿島晴雄	すべて該当なし								
金生由紀子	すべて該当なし								
河西千秋	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	中江病院 ｴｰｻﾞｲ	該当なし	該当なし
神庭重信	株式会社ｳｪﾙﾋﾞｰ	該当なし	該当なし	ﾌｧｲｻﾞｰ Meiji Seika ﾌｧﾙﾏ 大塚製薬 塩野義	該当なし	該当なし	大塚製薬 ｴｰｻﾞｲ 大日本住友製薬	該当なし	該当なし

執筆者一覧	①顧問	②株保有・利益	③特許使用料	④講演料	⑤原稿料	⑥研究費	⑦寄附金	⑧寄附講座	⑨その他
久住一郎	該当なし	該当なし	該当なし	Meiji Seika ﾌｧﾙﾏ 大日本住友製薬 大塚製薬	該当なし	日本ﾍﾞｰﾘﾝｶﾞｰ ｲﾝｹﾞﾙﾊｲﾑ 旭化成ﾌｧｰﾏ 日本ｲｰﾗｲﾘﾘｰ	田辺三菱製薬 ｱｽﾃﾗｽ製薬 ｴｰｻﾞｲ 塩野義 大日本住友製薬 大塚製薬	札幌市	該当なし
工藤美樹	すべて該当なし								
倉田知佳	すべて該当なし								
小谷友美	すべて該当なし								
斎藤滋	該当なし	該当なし	該当なし	ｱｽﾃﾗｽ製薬 ﾕｰｼｰﾋﾞｰｼﾞｬﾊﾟﾝ 株式会社	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし
佐久間啓	すべて該当なし								
左合治彦	すべて該当なし								
佐藤昌司	日本医療機能評 価機構・ 外部委員								
下屋浩一郎	すべて該当なし								

執筆者一覧	①顧問	②株保有・利益	③特許使用料	④講演料	⑤原稿料	⑥研究費	⑦寄附金	⑧寄附講座	⑨その他
杉山隆	すべて該当なし								
鈴木映二	すべて該当なし								
鈴木俊治	すべて該当なし								
鈴木利人	該当なし	該当なし	該当なし	大塚製薬 ﾔﾝｾﾝﾌｧｰﾏ 日本ｲｰﾗｲﾘﾘｰ 大日本住友製薬	該当なし	該当なし	ｴｰｻﾞｲ	該当なし	該当なし
関沢明彦	すべて該当なし								
仙波純一	すべて該当なし								
立花良之	すべて該当なし								
田村法子	すべて該当なし								
中川敦夫	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	The General Hospital Corporation(MGH)/その他（業務委託）	該当なし	該当なし	該当なし
西郡秀和	すべて該当なし								

執筆者一覧	①顧問	②株保有・利益	③特許使用料	④講演料	⑤原稿料	⑥研究費	⑦寄附金	⑧寄附講座	⑨その他
藤森敬也	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	会津中央病院 竹田綜合病院 寿泉堂綜合病院 福島県厚生農業協同組合	いわき市医療センター（地域産婦人科支援講座）	該当なし
細田眞司	すべて該当なし								
前田貴記	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	NTT ドコモ株式会社/産学協同研究	該当なし	該当なし	該当なし
牧野真太郎	すべて該当なし								
増山寿	すべて該当なし								
三浦清徳	すべて該当なし								
光田信明	すべて該当なし								
森隆夫	該当なし	該当なし	該当なし	大塚製薬	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし
吉村公雄	すべて該当なし								

改訂情報

2020 年 6 月 1 日　第 1 版公開

2020 年 6 月 10 日　第 1.1 版公開（体裁修正　利益相反一覧表一部修正）