

I

妊産婦メンタルヘルスの足跡

この度、産婦人科医、精神科医、小児科医、助産師、保健師、看護師等、周産期メンタルヘルスを担当する全ての関係者のための「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」を発売するにあたり、この領域の研究開始から今日に至るまでの発展の歴史につき、まず記録に留めておきたい。

妊婦と母親の心の状態に焦点を当てた精神医学・心理学の研究の開始は1960年頃からであり、今日までにすでに60年の歳月が過ぎたにもかかわらず、わが国の多くの産科医師にとって妊婦の心への関心の高まりは比較的最近のことである。

本格的な産後うつ病の研究は、1980年代に入りロンドン大学精神医学研究所のChanni Kumarを中心としたグループから始まり、各国の若手研究者たちのアクティブな活動から国際的にも重要な臨床の課題となっていく。中でも国を挙げてこの問題の重要性を認識した英国では、政策として周産期メンタルヘルスへの支援体制の構築を掲げ、今日では地域社会での各関係者の役割まで検討され、その仕組みはできあがっている。

一方、わが国の周産期メンタルヘルス研究人口は少なく、1990年代に入り産後うつ病のスクリーニング用紙であるエジンバラ産後うつ病質問票（Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS）の日本語訳を作成した三重大学精神科の岡野禎治、上述のKumarの下へ留学した九州大学小児科から精神科に進んだ吉田敬子、そして、周産期メンタルヘルス領域で用いる様々な尺度の標準化研究を行っていた国立精神保健研究所の北村俊則等が、この領域のパイオニアとして研究・臨床のその後の展開を支えてきた。

産科領域においてわが国で初めて周産期メンタルヘルスに注目したのは、九州大学医学部婦人科学産科学教室教授の中野仁雄であった。厚生労働科学研究費による班研究の研究責任者であった中野は、2000年に「妊産褥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」を開始した。翌年のテーマ「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」において、班員として産婦人科医と助産師以外に、吉田、岡野、北村らに崎尾英子という4名の精神科医を加え、周産期精神疾患に関する日本における多施設共同研究を初めて実施した。中野班のこの調査で、日本における産後3か月以内の大うつ病性エピソードの発生率が約5%であることが明らかとなった。

2000年前後のわが国の産科医療界は、脳性麻痺児や母体死亡による医療訴訟が多く、母児の身体的異常に対する診療内容の改善と医療体制作りに奔走していた時代であった。そのような時代背景もあって、残念なことに中野班で示された妊産婦メンタルヘルスの重要性は、周産期領域の医師には認識されることはなく全国的な展開には至らなかった。

しかし、この研究のリーダー的立場であった3名の精神科医の一人である吉田敬子は、

その後、九州大学病院に「子どものこころの診療部」を設立し、教授として研究、臨床、専門領域の人材育成を踏まえた教育だけでなく、福岡市を中心に、妊婦や母と子の心のケアに関する地域貢献についても包括的な活動を行った。そして現在も福岡市の診療所で臨床を続ける傍ら、九州大学大学院の臨床教授として、後進の育成にあたっている。岡野禎治は自ら日本周産期メンタルヘルス研究会を立ち上げ、その後これを学会に昇格させて、初代会長としてこの領域の日本の学術研究の礎を作った。また北村俊則は熊本大学精神科教授を経て、現在は北村メンタルヘルス研究所を主宰し、自ら妊産婦の心のケアに当たっている。

この間、2010年頃の日本産婦人科医会では「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」の厚労省社会保障審議会報告で、0歳児の生後0日での死亡事例が最も多く、その加害者は望まぬ妊娠をした実母であることが明らかとなったことから、産科診療所や病院に「妊娠等で悩んでいる妊婦の相談窓口」を置いてその予防対策を試みた。しかし、望まぬ妊娠をした女性は、診療所や病院を受診することはなく、自宅で出産する場合が最も多いだけにこの事業の転換が求められた。

実際に、当時から診療所や病院で妊婦健診を受けている妊婦の中には、望まぬ妊娠をはじめ、出産育児に不安を持っている、自分の親からネガティブな養育を受けてきた、うつ症状がある等、様々な悩みをもつ妊婦が増えていることから、妊婦健診の項目の一つとして妊婦の心の悩みのスクリーニングとその相談まで診療の幅を広げることが求められる時代になっていると考えられた。

しかし、最も危惧されたことは、妊産婦と接する多くの産婦人科医、助産師、看護師等にとっては、妊婦の精神的問題への対応は経験のないことであり、果たして妊婦に資する対応ができるのだろうかという問題であった。

そこで、2016年以降、医会では母子保健部会の相良洋子、関沢明彦、鈴木俊治、星真一等が中心となって、まず妊婦の心のケアをするための基礎知識や技術を学ぶことから開始することとし、妊産婦メンタルヘルスケアの仕組み作りを福岡県で実践した九州大学の吉田敬子教授に直接の指導をお願いし、日本の全ての産婦人科医が行うことができる妊産婦メンタルヘルスケアの仕組み作りの作業を開始した。

- ① 2015年、日本産婦人科医会主催で、第1回「母と子のメンタルヘルスフォーラム」学術集会を開催した。その後、このフォーラムは、妊産婦の心のケアに関してアクティブに活動している各都道府県から開催地を決定して毎年続けられ、妊産婦メンタルヘルスに関する学術的発展が続いている。
- ② 産前・産後の妊産婦健診の項目に心の悩みのスクリーニングを加えることで、妊婦健診料の増額を国に求めるためには、産婦人科診療ガイドラインへの掲載が必要であ

- る。そこで、2016年には、日本産科婦人科学会、日本周産期メンタルヘルス学会、日本産婦人科医会の代表が集まり、産婦人科診療ガイドライン産科編2017に「妊娠中の精神障害のリスク評価の方法は？」などのClinical Questionが掲載された。
- ③ 厚生労働省平成28年度子ども・子育て支援推進調査研究事業に、「産前・産後の支援のあり方に関する調査研究」（研究代表者 関沢明彦）が採択された。
 - ④ この厚労省研究事業の一環として、初版の「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」が上梓された。このマニュアルは吉田敬子教授の指導の下、妊産婦メンタルヘルスを担当する産婦人科医、精神科医、小児科医、助産師、保健師、看護師等が学んで身に付けておくべき知識と技術の基本をまとめたものである。
 - ⑤ 2019年、日本産婦人科医会主催の研修プログラムの受講体制が、入門編、基礎編、応用編の3段階で構築され、2020年3月までに、全国から、すでに入門編1600名余、基礎編340名余、応用編280名余の受講生が巣立っていった。日本助産評価機構の助産師クリニカルラダーⅢの資格要件には、この研修会入門編の履修が義務づけられている。

本書では、妊産婦メンタルヘルスのその後の進歩や改善点を載せることで、日本全国の全ての産婦人科医、助産師、保健師、看護師等が妊産婦の声に耳を傾け、心のケアを実践できるように、その基礎知識から実際の診療、地域における精神科医や心理士、行政との役割分担と連携を含め、その仕組み作りを刷新したので、参考にさせていただきたい。

この事業のために、終始ご助言とご指導を賜り、また英国の研修システムをご教示いただいた九州大学の吉田敬子教授と山下洋准教授、および鈴宮寛子前島根県雲南保健所所長（現福岡輝栄会病院）に深甚なる謝意を表します。そして、本事業のために終始尽力してこられた故岡井崇副会長と相良洋子常務理事、関沢明彦常務理事、鈴木俊治常務理事、星真一幹事には厚く御礼申し上げます。

公益社団法人日本産婦人科医会
会長 木下 勝之

II

妊産婦メンタルヘルスの重要性と基礎知識

1. 妊産婦の心理

多くの女性は思春期から始まる生理的変化と社会との相互作用の中で、子どもを授かり育てる心の基盤を養っていく。本格的に母親となる心の準備が始まる時期は個々によって異なり、子どもを授かりたいと願った時、不妊治療を始めた時、妊娠が判明した時、超音波画像で胎児の姿を目にした時、出産後に子どもと対面した時など、様々である。

多くの妊婦は、生まれてくる子どもや出産後の生活に想像を膨らませ、「どんな赤ちゃんだろう?」「私はお母さんとしてうまくやっていけるのだろうか?」などと期待と不安を抱いている。お腹のふくらみなどの身体的変化は、それまでの自分の身体のイメージ、役割、生活を変化させ、新たなアイデンティティへの変換を促していく。その一方で、今までの自分の身体、役割、生活、アイデンティティを失うことに不安や悲しみを感じることも少なくない。妊娠後（不妊治療中の女性は早ければ人工授精後、胚移植後）、子宮内に新たな命が存在するという認識が生じると、責任感や防衛本能の高まりがみられ、自らの健康、安全、環境に配慮するようになる。飲酒や喫煙の習慣を改めようとし、薬剤の使用を躊躇し、感染予防に努め、わずかな身体的変化を察知して心配になり相談や受診に訪れることもある。切迫流産、切迫早産などの産科合併症を持つ妊婦は、自己制御できない状況に身を置き、子どもを失うかもしれないという心配に晒され、不安、自己効力感の低下、自責感などが生じやすい。過去の妊娠における流産、死産などの喪失体験がある妊婦においては、妊娠継続の不確実性への不安がより一層強まりやすい。

出産が近づくにつれ、妊婦は想像上ではない現実の子どもとの出会いに向けて、さらに心を準備し、母親としてのアイデンティティを形成していく。職に就いていた妊婦の多くは出産休暇に入り、「仕事を担う自分」から「出産を迎える自分」へとアイデンティティを変化させていくことになる。妊婦が母親としての心の準備を進めていく傍らで、パートナーも父親としてのアイデンティティを少しずつ育んでいく。パートナー同士の関係性にも変化が生じ、以前の関係性が失われることへの悲しみや不安がみられることもある。

出産時に妊婦は、これが自分と子ども双方の命がかかった重大な仕事であることを本能的に感じる。経膈分娩であれば陣痛、破水、出血などの身体的負担、帝王切開であれば麻酔、手術による身体的侵襲を受けながら、子どもを産むことの責任を負い、やり遂げなくてはならない。主体的に出産したという体験の獲得は、大きな自信と達成感をもたらす一方、早産など思いがけない出産に至れば、喪失感や自責感を生じ、自信の喪失につながることもある。

産後は生活スタイルが一変し、予測不能な育児が24時間休みなく続く。子どものニーズを見逃すまいと過覚醒状態が持続し、母親の疲労は蓄積するが、それでもなお子どもを全面的に保護しなければならないという本能が育児へと駆り立てる。この時期の母親は、自分を子どもと同一化させて育児に没頭し、それにより子どもの万能感を育てていくといわれる¹⁾。しかし、母親にとって、まだ言葉を話せない子どもとの関係を築くことは、自分の母親としての能力と向き合うことでもあり、自己肯定感が揺らぎやすい。母親としての自分が第三者からどのように評価されているかが気になり、何気ない一言にさえ敏感に反応して傷つくこともある。これは「建設的な傷つきやすさ」²⁾ともいわれ、母親としてのアイデンティティの形成が加速している表れと考えられている。

子どもが泣き止まず、母乳やミルクを飲んでくれないなど、母親が思うようにならない現実の育児に直面すると、無防備な子どもに怒りを向けてしまうことがある。第三者（例えばパートナー、親、助産師など）にあやされた途端に泣き止む子どもを目の当たりにして自信を喪失し、子どもから拒絶されているように感じて悲しみや怒りが生じたり、第三者に対して脅威や嫌悪を感じることもしばしば経験される。周囲からの温かな承認と支援が得られ、母親としてのアイデンティティを確立していくことが出来れば、やがて視野は広がり、“完璧な育児などない”、“ほどほどに妥当な自分らしい育児をするしかない”ことに気づいていくことができるようになる。

生まれて間もない子どもの世話を担う母親は「子どもを傷つけてしまうのではないか」という恐怖（加害恐怖）や「傷つけてしまいたくなる」という衝動（加害衝動）をしばしば経験する。子どもに対する攻撃性を自覚した母親は自らの加害衝動をタブー視して、羞恥心を抱き、周囲に打ち明けることは少ない。また、育児を通して自らの幼少期の養育体験を想起する「過去の再活性化」が生じやすいといわれる²⁾。不適切な養育を受けて育った親は、自らの幼少期の体験を思い出し「自分も自分の親と同じようになってしまっているのではないか」と恐れることがある。子どもを傷つけるイメージや思考が繰り返し浮かんでも、それが実際の攻撃性につながってしまうというエビデンスは無いが³⁾、母親の苦痛は大きい。加害恐怖や加害衝動は、母親の育児負担の大きさやソーシャルサポートの欠如との関連があると指摘されているため⁴⁾、適切な支援が求められる。

1) Winnicott DW. Primary maternal preoccupation. In *Collected papers: through paediatrics to psycho-analysis.*, Routledge, London, 1958.

2) スターン, D. N., スターン, N. B., フリーランド, A. (著) 北村婦美 (訳): 母親になるということ。新しい「私」の誕生。創元社。東京。2012: 147.

3) Brok EC, Lok P, Oosterbaan DB, et al. Infant-Related Intrusive Thoughts of Harm in the Postpartum Period: A Critical Review. *J Clin Psychiatry.* 2017; 78 (8): e913-e923.

4) Fairbrother N, Woody SR. New mothers' thoughts of harm related to the newborn. *Arch Womens Ment Health.* 2008; 11 (3): 221-229.