

# メンタルヘルスに特化した産前・産後ケアハウス 母児分離しない周産期メンタルヘルスケアに向けて

## 提案の概要

北村 俊則

### 問題の所在：

こども家庭庁 第2回こども家庭審議会成育医療等分科会(令和5年11月22日)資料1-2によれば、産後ケア事業の問題点として以下のように指摘されている。

\*産後1か月でエジンバラ産後うつ病質問票(Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)9点以上(=産後うつ病のハイリスク)の母親について精神科医療機関と連絡が取れていない

公的補助を受けて産後ケア事業は全国的に拡大しつつある。しかし、産後の「疲労回復」のための休息所として短日間のみ利用されることがほとんどである。通常の産後ケアハウスは専門的心理療法の観点がかほとんどなく、こうした問題を抱えた妊婦や母親(とその配偶者や家族)への支援ができていない。例えばケアハウス(宿泊型ケア事業)利用にあたっては、精神疾患の既往があるだけで利用を断られる。利用中の者に心理的不調が見つかった場合は外部の医療機関(主とし外来診療)に紹介されるだけである。一方、現行の健康保険でカバーできる精神科診療所の治療は、初診の待ち日数が長く(数週間から数か月)、面接時間も短く、治療方策も薬物療法が大部分であり、母子関係に焦点をあてた専門的心理療法は行われていない。この間、母児は二人のみで長時間を過ごし、母親の心理状態は悪化する(本文後の事例参照)。一方、福祉行政関係者の間では、一時期、母児を分離し(乳児院利用など)、母の休息と回復を待つのが良いとの考えがみられる。しかし、一定以上の時間の母児分離は、親の子に対する感情(ボンディングの感情)を悪くし、育児への自信喪失、さらには育児放棄につながりかねない。

上記の状況を考えれば、メンタルヘルスに特化した産前・産後ケアは、通所型のサービスに加えて宿泊型が不可欠である。必要に応じて、(1)通所型のみ、(2)最初に通所

型サービスを行い、状況に応じて宿泊型に切り替える、(3)宿泊型で開始し、軽快を見て通所型に移行する、などのパターンを使い分ける必要がある。専門的産前・産後メンタルヘルスケアは専門的訓練を受けた担当医療者(助産師、看護師、心理師、医師など)が継続的に行うべきである。また通所型サービス利用者に対して、夜間の電話相談を、宿泊型施設の夜勤担当看護師が受け付ける必要がある。

## 趣旨

産前及び産後の女性の約10%は心理的治療の必要な心理的不調の状態にあることが知られている<sup>1</sup>。ここには、**新生児ボンディング障害<sup>2</sup>、産後うつ病<sup>3</sup>、急性ストレス障害、睡眠障害、強迫症**などが含まれる。加えて、**妊娠期の心理的不調には胎児ボンディング障害や出産恐怖<sup>4</sup>**を伴う場合がある。産前・産後の心理的不調は**薬物療法の対象ではない。十分に時間をかけた本格的かつ集中的心理療法が必要**である。**母児分離は状況を悪化**させる。したがって女性だけを精神科病床に入院させることは不向きであり、**母児(と配偶者)がともに入所できる宿泊型のケアが必要**である。しかし、対応が可能な施設はほぼ存在しない。

本プロジェクトは、**心理的問題を抱えた妊婦・母親を、その児と配偶者とともに、心理療法を中心に比較的短時日(平均4～5週間を想定している)での回復を目指す、メンタルヘルスに特化した、人数を限定した産前・産後ケアハウス**である。**宿泊型に通所型を統合する**。本ケアハウスは、こころの診療科きたむら醫院に隣接しており、周産期精神医学の専門医による指導が容易である。内装は家庭的で、配偶者や他の子どもも同時に利用(宿泊)可能である。

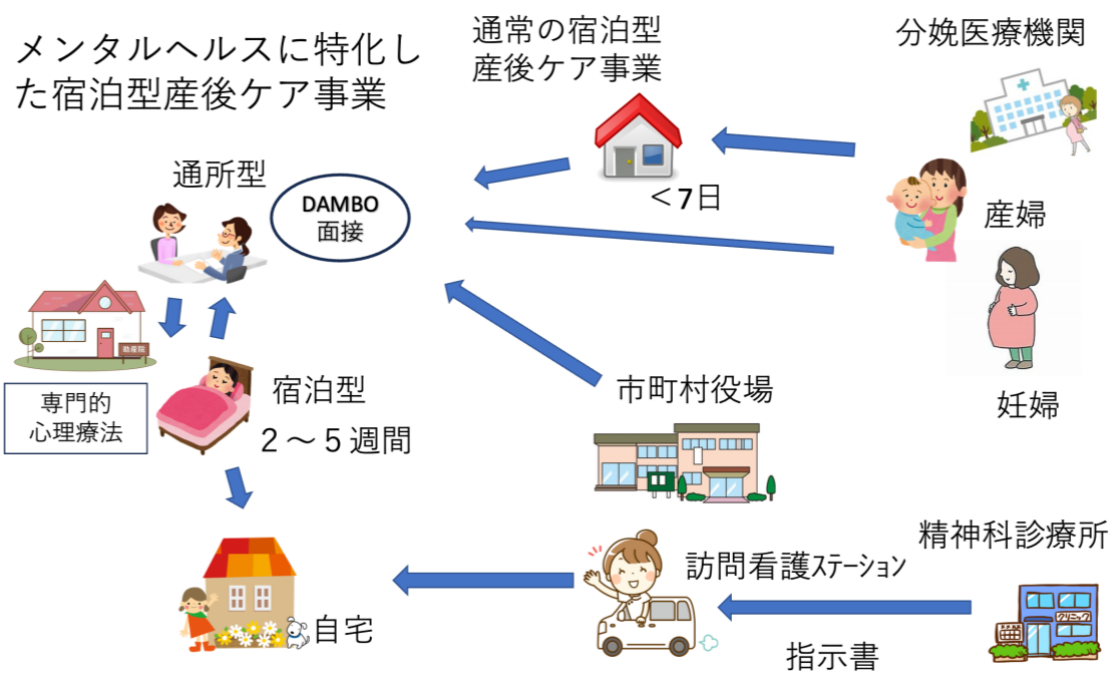
---

<sup>1</sup> Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N., Ito, M., Kudo, N., Tada, K., Kanazawa, K., Sakumoto, K., Satoh, S., Furukawa, T. & Nakano, H. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates. *Archives of Women's Mental Health*, 9(3): 121-130.

<sup>2</sup> 親が新生児に対して強い否定的感情を持つ、あるいは肯定的感情が非常に低い状態。Kitamura, T. & Ohashi, Y. (Eds.) (2019). *Perinatal bonding disorders: Causes and consequences*. Cambridge Scholars Publishing. 北村俊則(編著)(2019). 周産期ボンディングとボンディング障害. ミネルヴァ書房. 北村俊則+こころの診療科きたむら醫院スタッフ(2022). ボンディング障害支援ガイドブック: 周産期メンタルヘルス援助者のために. 日本評論社.

<sup>3</sup> ボンディング障害が周産期うつ病の原因のひとつである。

<sup>4</sup> 出産に伴う疼痛や生命危機について妊婦が抱く非常に強い恐怖感 Kitamura, T., Takegata, M., Usui, Y., Ohashi, Y., Sohda, S., Takeda, J., Saito, T., Kasai, Y., Watanabe, H., Haruna, M., & Takeda, S. (2024). Tokophobia: Psychopathology and diagnostic consideration of ten cases. *Healthcare*, 12, 519.



提案者のプロフィール: 北村 俊則 (きたむら としのり)

慶応義塾大学医学部卒業 慶応義塾大学病院(精神神経科), 東京武蔵野病院, 英国バーミンガム市オールセイントス病院, 国立精神・神経センター精神保健研究所を経て, 熊本大学大学院生命科学研究部教授(臨床行動科学分野・こころの診療科)教授 ワシントン大学医学部(米国セント・ルイス)客員教授, いくつかの国際専門誌の編集委員 英国精神医学会会員(日本人初)およびフェロウ 周産期精神医学の論文・著作多数(約 390 本)

《現職》北村メンタルヘルズ研究所所長、こころの診療科きたむら醫院院長、北村メンタルヘルズ学術振興財団代表理事

h 指標 = 48 (ResearchGate 4 April 2024) 被引用回数 10,030 (ResearchGate 4 April 2024)

## 具体的提案

愛称: ダンボハウス

所在地: 未定(渋谷区・港区)

紹介元: 分娩医療機関  
一般の産前産後ケアサポート事業・産後ケア事業  
区役所  
精神科診療所  
利用者とその家族

紹介前のアセスメント: 上記紹介元は以下のいずれかの方法で、当該サービスが必要であろうと考えられる女性を同定する。

- (1) 通常の面接でその必要の有無を確認
- (2) 妊婦については自己記入式調査票(アンケート)である DAMBO Q33<sup>5</sup> を配布し、高得点者を確認
- (3) 産後の女性については、例えば自己記入式調査票(アンケート)であるエジンバラ産後うつ病調査票 (EPDS) を配布し、高得点者を確認
- (4) その他(本人の希望、家族からの相談など)

紹介を受けた時のアセスメント: 紹介を受けた際は、メンタルヘルスに特化した産前・産後ケアハウスの担当スタッフが、対面もしくはオンラインによる方法で母児次元評価面接 (Dimensional Assessment of Mother and Baby Organization)<sup>6</sup> によるアセスメント面接を行う。その上で、(1)当該施設での通所型サービス、(2)当該施設での宿泊型サービス、(3)精神神経科診療所(メンタルクリニック)への紹介、(4)精神科入院施設への紹介、(5)その他(通常の産前・産後サポート事業あるいは産後ケア事業など)、にいずれかに割り当てる。

スタッフ:

所長(施設管理者) 1名 (北村俊則)

助産師(常勤) 4名

看護師(夜勤パート) 1名

認定心理士(常勤) 2名

---

<sup>5</sup> 33 項目から構成され、新生児ボンディング障害、妊娠うつ病、出産恐怖、悪阻、希死念慮を評価できる。北村メンタルヘルス学術振興財団(2023), 母児次元評価妊娠期スクリーニング票。

<sup>6</sup> 約 70 分で完了できる構造化面接で、今回の妊娠への反応、出産への態度、育児と産後の環境、パートナーとの関係、人生の目的と配偶者の理解、対処行動、ソーシャルサポート、現在のストレス、パーソナリティ、嗜好品、被養育体験、生活史、現在の心理状態と精神科既往歴について評価する。北村メンタルヘルス学術振興財団(2023), 母児次元評価面接妊娠期初回用面接。

精神科医(常勤) 2名(夜間休日オンコール)

産婦人科医(常勤) 1名(夜間休日オンコール)

事務スタッフ 2名(パート勤務)

ローテーション:日勤 助産師2名+心理士2名+精神科医2名+産婦人科医1名

夜勤 看護師1名+オンコール医師 1名

食事:外部からの配達

リネン・清掃:外部委託

部屋:4室(個室) 家族の宿泊可能

通所型利用者:若干名

チェックイン: 9:00~10:00 (午前中にインテーク面接)

チェックアウト: 12:00

メンタルヘルスケア内容:

母児次元評価面接(約70分)はすでに入所前に行っている。もし未施行であれば、担当助産師が評価を行い、フォーミュレーションを作る。その結果について所長を含めたカンファレンスで検討し、心理療法の方策を決定する。方策には以下の手法が含まれる<sup>7</sup>。

- 心理教育
- ペアレントトレーニング
- 対人関係療法
- 感情焦点療法
- 解決志向短期療法
- 親子療法を含む短期力動精神療法
- 転移感情焦点療法
- 育児指導を含む行動療法
- カップルセラピー

スタッフのうち1名をプライマリセラピストとし、週に3~4セッション(1セッション=60分)を行う。セッション内容を記録し、所長(管理者)のスーパービジョンを受ける。**スタッフは全員、「周産期メンタルヘルスプロフェッショナル研修」<sup>8</sup>を受講・修了し、周産期メンタルヘルスプロフェッショナル資格<sup>9</sup>を有している者**とする。

---

<sup>7</sup> Dewan, M., Steenbarger, B. N., & Greenberg, R. P. (2004). The art and science of brief psychotherapies: A practitioner's guide. American Psychiatric Publishing. Mantosh J. Dewan, Brett N. Steenbarger, Roger P. Greenberg(編著) 鹿島晴雄, 白波瀬丈一郎(監訳) 藤澤大介, 嶋田博之(訳) (2011). 短期精神療法の理論と実際. 星和書店.

Egan, G. (1986). The skilled helper: A systematic approach to effective helping (3rd ed.). Wadsworth Publishing. ジェラード イーガン(著) 鳴沢実, 飯田栄(訳) カウンセリング・テキスト: 熟練カウンセラーをめざす. 創元社

Winston, A., Rosenthal, R. N., & Pinsker, H. (2012). Learning supportive psychotherapy: An illustrated guide. American Psychiatric Publishing.

北村俊則 (2013). 周産期メンタルヘルススタッフのための心理介入教本. 北村メンタルヘルス研究所,

<sup>8</sup> 北村メンタルヘルス学術振興財団による研修プログラム

<sup>9</sup> 北村メンタルヘルス学術振興財団による資格認定制度

## なぜ母児同時宿泊による心理療法が必要なのか？ 架空事例から

架空事例は、M様、34歳、初産婦です。経腔分娩。産後4日目のエジンバラ産後うつ病自己記入式調査票(EPDS)の得点は9点でした。助産師が面接。数年来の軽度抑うつ気分が出没していることが明らかとなりました。今回妊娠中も仕事を続け、残業をこなしていました。産後は、出産した赤ちゃんのことをあまり考えられず、愛着がわからないと訴えていました。「こんな頭のおかしい私と結婚した夫に申し訳ない」と自分を責めることもありました。授乳などの養育行動は問題ありません。むしろ「作業」を行っている印象でした。外来師長が面接し、軽症抑うつ状態と評価しました。

この事例への対応について、2つのパターンを見てみましょう。通常であれば、

(1) **宿泊型産後ケア事業の利用** と

(2) **精神科病院への入院**

があるでしょう。

そこでまず、**宿泊型産後ケア事業を利用**した場合をみてみます。

産後ケアハウスが利用されました。ケアハウスでは子どもを看護スタッフに預け、のんびりと過ごしました。看護記録でも大きな異常の記載はありません。助産師と話をしていると気持ちがほぐれて、気分転換にもなりました。

しかし、夜になると様々な不安が襲ってきて、居てもたっても居られなくなりました。「やはりこのまま生きて自宅に戻っても夫や親族には負担をかけるばかり。自分は母親失格だ。そう思うと寝付けない」という気持ちを訴えます。M様は夜勤の助産師に相談しました。産科病院退院時に処方された睡眠導入剤の服用を勧められたので、内服し、入眠まで隣に付き添ってもらいました。日中は持ち直すのですが、夜間は再び自責感が出て、不安定な気分状態で経過しました。

助産師は自宅に戻すのが不安でした。7日間の宿泊期間も終わろうとしていました。自宅で増悪した時のことを想定し、産後ケアハウスを出る時に精神科への紹介状を担当産科医が書いて、これをM様に渡しました。

産後ケアハウスから自宅に戻りました。育児は想像以上に大変でした。夫は研究職でした。夫は時々深夜まで研究室に籠って仕事をします。育児に協力的ではあったものの、実務的サポート、つまり援助の手としてはあまり期待できません。

M様は実母との関係が悪く疎遠でした。それで、近所に住む姑に時々応援を頼むことになりました。親切で行動的な姑でしたが、M様は彼女と接することで自分の罪責感がますます増強することに気付きました。それからは、気軽に姑に援助を依頼することも憚られるようになりました。

日中一人で子どもの世話をしていると、言いようのない不安とイライラに襲われること

が増えました。日中に不安やパニックになると、仕事中の夫に連絡しました。「一人でいるのが辛い。ワンオペ育児は無理だ」と頻りにラインの連絡が入るため、夫は仕事にならない、と途方に暮れました。

産後ケアハウス退院時、熱心に勧められたメンタルクリニックのことを思い出しました。しかし、母乳を止めたくなかったので行く気にはなりません。結局一度も受診はしませんでした。夫は献身的に妻を支えました。しかし、妻の状態は悪化の一途をたどりまし。夫も限界に近くなりました。次第に夫にも抑うつ傾向が出現しはじめました。

自宅に戻った3か月後、夫が出張した日の夜、泣き止まない赤ちゃんをM様は強く揺さぶり、泣き止んだ赤ちゃんを見るとぐったりしていました。緊急搬送された病院では、「揺さぶられっこ症候群」と診断されました。幸い、赤ちゃんは一命を取り留めましたが、重度の障害が残りました。

次にM様が **精神科病院に入院** した場合を見てみます。

分娩が行われた病院には提携している精神科クリニックがありました。そこで、その精神科医に往診を依頼しました。早速、精神科医が来院し、病室で診察をしました。M様は夜になると様々な不安が襲ってきて、居てもたっても居られなくなりました。「やはりこのまま生きて自宅に戻っても家族には負担をかけるばかり。自分は居ても仕方がない。母親失格だ」という気持ちが出てくると静かに訴えました。往診した精神科医から睡眠導入剤が処方されました。しかし、M様の気分は日中、持ち直すものの、夜間は焦燥感慮が出て、不安定な状態が続きました。数日後に再度、精神科医が診察をおこないました。

精神科医は、M様がうつ病としては中等度だが、気分の不安定があり、メンタルクリニック受診だけでは危険であると判断しました。そして、入院治療が望ましいと考えたのです。そして、これをM様に伝えました。M様は「赤ちゃんと離れるのは嫌だ」、「母乳は絶対続けたい」、「精神科には入院したくない」と頑なに抵抗しました。しかし、「まずは病気をしっかり治すことが先決」と強く説得しました。同席した夫もこれに同調しました。近くの精神科病院に医療保護入院となりました。

M様が入院した精神科病院の女性病棟には、統合失調症、双極性障害、認知症の患者など、比較的重症な患者ばかりで、話しかけることができる相手を見つけられませんでした。精神科病棟では子どもの面会も禁止でした。夫の面会は週末のみでした。入院後、抗うつ薬中心の薬物療法が開始されました。母乳は薬物で止めました。そして3週間ほどで薬物療法の効果が出てきました。入院後3か月で退院となったのです。

しかし帰宅後、M様の育児への関心は激減しました。まったく無くなったといってもよいほどでした。入院前には「作業」として行っていた、授乳(人工乳)や沐浴、おむつ替えも行いません。ほぼすべてを夫が行っていました。当然ですが、夫の負担がピークに達します。そのたびに乳児院の一時預かりが行われました。市役所の担当保健師が乳児院の手配をしました。自宅で、M様が赤ちゃんを抱くと、赤ちゃんは激しく泣きます。代わって夫が抱くとすぐに泣き止むのです。これは何回行っても同じです。やがてM様の赤ちゃんへの気持ちは、愛情の欠如に加えて、怒りの感情が見られるようになりました。「顔も見た

くない」とさえ言いだすようになりました。結局、市役所経由で児童相談所の介入が行われ、長期の施設養護となりました。夫もあきらめ同意しました。以降、M様が児に会いに行くことは全くありませんでした。現在、子どもは3歳となっています。

ご紹介した事例の二つの対応は、いずれも望ましいものではありません。しかし、周産期メンタルヘルスケアに従事している者にとって、今回の事例とその経過は珍しくなく、むしろよくあるものです。いったい何が問題で、何が欠けていたのでしょうか。母児を分離することなく、十分な心理支援を行える宿泊型サービスが必要なのです。

先ほどのM様の事例が、新しく提案している「メンタルヘルスに特化した宿泊型産後ケア事業」を利用したらどうなるでしょう。その経過を見てみましょう。

M様は同病院から「メンタルヘルスに特化した宿泊型産後ケア事業」に紹介されました。急ぎ、通所型サービスでの面接を担当助産師が行いました。助産師による精神科診断用構造化面接が施行されました。この構造化面接は単に通常精神疾患の現病歴と既往歴を聞き出すだけでなく、関連した様々な心理学的要素を評価するように組み立てられたものです。これからの育児の基盤となるボンディング(赤ちゃんへの気持ち)についても評価します。そして、反復性うつ病性障害と新生児ボンディング障害という診断がくだされました。宿泊型サービスが適当との判断がされ、数日後に宿泊サービスが開始されました。

赤ちゃんは新生児室で助産師がケアを行いました。もちろん、母乳授乳は継続されました。そして、M様には心理学的アセスメントに基づいたテーラーメイドの治療が計画され、助産師が週3回の対人関係療法を開始しました。対人関係療法は、疾患の発生・持続に最も強い重要他者を判定し、その重要他者との役割の追加・変更などに焦点を当てる心理療法で、周産期うつ病に有効であることが知られています。M様の重要他者は赤ちゃんであるとして治療を開始しました。もちろん、治療担当の助産師は事前に十分な教育研修を受けています。

また、生活史も詳細に聴取しました。すると、実家の両親・同胞との関係がさほど親密でもなく、子ども時代は「親友」がおらず、いじめにあったわけではないが、クラスや部活動でも孤立した行動をとっていたことがわかりました。特に関心が強い趣味もなく、他人の評価についても無関心であるという特徴が確認できました。このためA群パーソナリティ障害が疑われたのです。このことが不安定な成人アタッチメントにも関係していました。

週に3回は夫が来院し泊まりました。母児同室とし、授乳時は助産師が同席し、M様の授乳が完璧にできていることを称賛しました。施設内では、小さいながら調理もできます。親子三人の食事も可能です。

母児関係の支援は特に重要でした。M様のパーソナリティの特徴として赤ちゃんの反応に敏感に対応することの困難さがありました。そこで、日々の様々な状況(着替え、沐浴、授乳など)に担当助産師が付き添い、微笑み方や言葉かけのお手本を示し練習を重ね



ました。また感情語 (emotion words) を頻用することを促しました。母児関係の質の評価は国際標準の手法で行いました。育児の成功体験や赤ちゃんとの情緒的な交流を重ねることで、母児関係は日々改善していきました。育児が「作業」でなく母児の温かいコミュニケーションの重要な場面に変換していったのです。聡明なM様はその意味をかなり短時間で把握したようでした。

約2週間で強い抑うつは軽快しました。後半の2週間は、多忙な夫と一緒に子育てをどうコーディネートしていくかアサーティブトレーニングが行われました。ここで先ほど評価した、成人アタッチメントの評価が利用されました。

同時に、不安要因となっていた彼女自身の人生設計についてカップルセラピー(2名の看護師がセラピスト)の枠組みでセッションを重ねました。主に、solution focused approach の技法が採用されました。自身のアスピレーションを見出すべくパーソナリティ障害の治療が行われました。その結果、M様の状態はよくなり、母児の関係性も特段に改善したことが観察によって確認できました。

自宅は当該施設からそれほど距離はないところでした。宿泊終了後は担当助産師が継続して通所型サービスの担当者として、2週に1回のセッションを持つことにしました。また、退所後に紹介する予定の訪問看護ステーションの看護師と、指示書を出すメンタルクリニックの精神科医とが、リモート会議形式で入院中の患者と週に1回のペースで面接を行い、これには担当助産師が加わりました。オンライン会議は必要に応じて、利用者本人と夫も参加してもらいました。

1か月の宿泊でうつ病は完全寛解となりました。育児や児へのボンディングも良好となりました。自宅に戻ったM様は現在、楽しく育児を続けています。

## 参考資料：周産期メンタルヘルスケアの制度設計

周産期のメンタルヘルスケアを担う施設として望ましいのは（1）日本版 Mother Baby Unit (MBU) と（2）メンタルヘルスに特化した周産期ケア事業の 2 つである。通常の産後ケア事業を加えつつ両者の比較をする。共通の事項は表示しない。

資料：北村俊則（2022）. 周産期メンタルヘルスケアの制度設計私案, 北村メンタルヘルス学術振興財団.

	日本版 Mother Baby Unit (MBU) *	<b>メンタルヘルスに 特化した 周産期ケア事業</b>	通常の 産後ケア事業
法律	医療(医療法) <b>精神保健福祉法</b>	母子保健	母子保健(? 宿泊業)
ベッドの位置	<b>精神病床</b>	ベッド	ベッド
対象者(利用者)	産褥精神病、双極性障害、重症うつ病、重度希死念慮	周産期ボンディング障害、産後急性ストレス障害、出産恐怖、悪阻	精神科診断の閾値以下の不安、恐怖、抑うつ、不眠
治療(支援)手段	<b>本格的精神科医療</b> (薬物療法、電気けいれん療法)	<b>心理療法</b> (生物学的治療は診療所の協力を仰ぐ)	通常看護
目標	<b>治癒・母児関係の改善</b>	<b>治癒・母児関係の改善</b>	休息・育児指導
スタッフ	精神科医を含む多職種	助産師を中心とした多職種	看護職者
宿泊サービス	<b>任意入院・医療保護入院</b>	宿泊あり	宿泊あり
通所(外来)サービス	外来診療	あり	なし
宿泊(入院)期間	規定なし	規定なし	7日以内
想定頻度	1/100	1/10	1/4

\* 北村俊則ら（2023）. 精神科周産期治療病棟(仮称)概要案