

# 日本子ども資料年鑑

almanac of data on  
japanese children **2025** 社会福祉法人  
恩賜財団母子愛育会 愛育研究所 編

○巻頭特集:

周産期メンタルヘルスケアの現状と課題



全ページPDFでの  
ダウンロード可能

**KTC中央出版**

ISSN 1344 - 5596

# 日本子ども資料年鑑 2025

almanac of data on Japanese children 2025

社会福祉法人 恩賜財団母子愛育会  
愛育研究所 編

## 巻頭特集

# 周産期メンタルヘルスケアの現状と課題

こころの診療科きたむら醫院 院長／北村メンタルヘルス研究所 所長  
北村メンタルヘルス学術振興財団 代表理事 北村 俊則

## 1. はじめに 16

## 2. 妊娠前 16

図1 反復(頻回)中絶率の状況(令和5年)

## 3. 妊娠期 17

表1 胎児ボンディングとその障害のタイプ

表2 「それまで持っていた夫への信頼度」および「妊娠に対する夫の反応」と  
妊娠うつ病の発生率

## 4. 分娩 19

## 5. 産後 19

表3 児童虐待(新生児虐待)の関連要因と影響

## 6. 周産期共通の事項 21

## 7. 周産期メンタルヘルスケア 21

表4 周産期メンタルヘルスケアの支援スタイルとその内容

図2 産後ケア事業実施自治体数と産婦の利用率の推移

図3 メンタルヘルスに特化した産前・産後ケアハウスの流れ

表5 母児分離しない周産期メンタルヘルスケアの制度設計の提案

# 周産期メンタルヘルスケアの現状と課題

こころの診療科きたむら醫院 院長／北村メンタルヘルス研究所 所長

北村メンタルヘルス学術振興財団 代表理事 北村 俊則

## 1 はじめに

ライフステージの中で周産期メンタルヘルスが扱う部分は、妊娠期と産後の一定期間に加えて、妊娠する前の時期も含まれる。また、1970年代まで、周産期メンタルヘルスの問題は「マターニティ・ブルー」の一言ですべてが語られ、1980年代からは産後うつ病がアンプレラタームであった。しかし、こうした粗い命名は専門用語としては不適切であり、現在では、本稿で扱うような多くの心理状態がその研究と臨床の対象となっている。

## 2 妊娠前

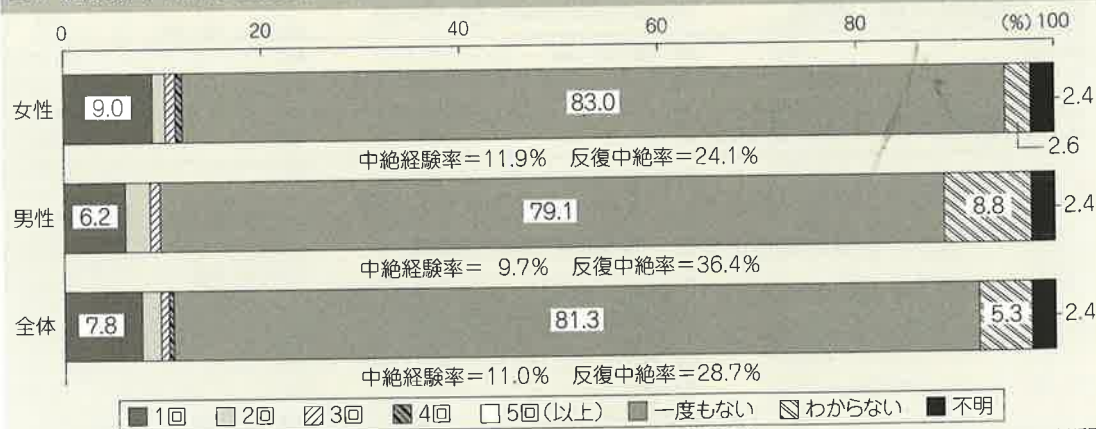
### 2-1. 危険な性行動

思春期の男女の性行動において、複数の相手との避妊を伴わない性行為は危険な性行動であると考えられる。危険な性行動は、単に避妊の方法を知らない(低いリテラシー)から行うものではない。危険な性行動を取る若い男女は、「自分だけは平気」という考え方を取りやすい。危険な性行動、飲酒、喫煙といった不良な健康行動について、そのパーソナリティ(気質と性格)の特徴は、男女ともに新奇性追求 (novelty seeking) が高く、自己志向 (self-directedness)、損害回避 (harm avoidance)、持続 (persistence) が低いことである。さらに、彼らの児童期の被養育環境は両親のケア(愛情)が低く、過干渉が高いという特徴があり、これは自己志向が低いことを介在として、危険な性行動に影響している<sup>1)</sup>。従って、思春期の男女への性教育には、単に生物学的知識を提供することに加えて、パーソナリティとセルフケアに焦点を当てた心理支援が必要になる。

### 2-2. 頻回中絶

頻回の中絶も、必ずしも避妊方法の知識の欠如で説明できるものではない。中絶を繰り返す女性の児童期の被養育環境は、両親のケア(愛情)が低く、過干渉が高いという特徴が、ここでも認められている<sup>2)</sup>。2回以上の中絶歴がある女性については、後段で述べるような、心理支援が必要である。

図1. 反復(頻回)中絶率の状況(令和5年)



(注) 調査対象は、満16～49歳の男女個人3,000人(有効回答数:男性339人、女性454人、計793人)。調査時期は令和5年9～10月。郵送法(WEB回答併用)。質問は「あなた(あるいは、あなたの相手)は人工妊娠中絶を受けたことがあるか」。

資料: 一般社団法人日本家族計画協会「第9回男女の生活と意識に関する調査」2024

2-3. 習慣流産

頻回の流産は生物学的原因だけでは説明できない。3回の流産をした女性で、生物学的原因が確認できた群を、生物学的原因を確認できなかった群と比較すると、後者は抑うつが強く、ソーシャルサポートの満足度が低いことが報告されている<sup>3)</sup>。

2-4. 不妊治療

不妊治療によって挙児に至らなかった女性は、高率にうつ病やその他の精神疾患を発症し、また既遂自殺も多い<sup>4)</sup>。一方、不妊治療後に挙児に至った女性も心理的に安全ではなく、産後うつ病が多くみられるという報告がある<sup>5)</sup>。不妊治療は女性とそのパートナーにとって心理的負担が強い出来事である。にもかかわらず、不妊治療中とその後の心理支援制度が全く整っていない。

2-5. 性的少数者

いわゆるLGBTあるいはLGBTQと呼ばれる人が妊娠・出産・育児をする機会が増えている。これらの人々へのメンタルヘルスケアの制度が整っていない。

3 妊娠期

3-1. 望まない妊娠

従来、妊娠が望んだものでない、あるいは予定でなかった場合に、以降に心理的不調が現れることが報告されてきた。ここには妊娠うつ病、胎児ボンディング障害などが含まれる。しかし、この影響は、妊娠に対する感情反応(嬉しい・困ったどうしよう)がほぼ介在していることが最近の研究で明らかになった<sup>6)</sup>。予定外の妊娠を変更することはできないが、妊娠に対する心理反応は介入が可能である。このことから、妊娠が判明した時に、担当助産師がプレグナンシー・レビューを行うことが推奨される。

3-2. 胎児ボンディング障害

児(胎児・新生児)に対して親が示す感情がボンディングである。そうした感情はそれぞれ陽性と陰性の基本感情(陽性感情:喜び;陰性感情:恐れ,吐き気,怒り,憂うつ,驚き)と自己意識感情(陽性感情:誇り;陰性感情:罪責感,恥の感情)に分けられる<sup>7)</sup>。女性(そしてそのパートナー)が胎児に対して陽性の感情が強く、陰性の感情が低いことが望ましい。そうでない場合が広義の胎児ボンディング障害である(表1)。ここには3つのタイプが存在している。心理支援・介入・治療はそうしたタイプごとに分けて対応すべきである。

表1. 胎児ボンディングとその障害のタイプ

区分		陰性の感情	
		高い	低い
陽性の感情	高い	Ambivalent bonding type	正常
	低い	Bonding disorder type	Lack of bonding emotions type

資料:筆者作成

3-3. 出産恐怖症

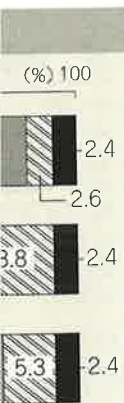
従来の周産期精神医学で見過ごされていたが、実は大変重大な問題が、出産恐怖(tokophobia)である。子どもは欲しいが、出産に対して極度の不安と恐怖を抱く状態である。

ここには、出産に伴う痛み、自身や赤ちゃんの死亡、赤ちゃんの障害などに対する病的恐怖が含まれる。これについては、詳細な事例検討が行われていて<sup>8)</sup>、さらに精神病理学上、多くの出産恐怖事例が、いわゆる恐怖症の特徴を超えて、優格観念(overvalued idea)であり(洞察に欠けていて)、従って独自の疾患とすべきと考えられ始めている<sup>9)</sup>。出産恐怖は妊娠の進行に伴って強くなる。一方で、妊娠前から出産恐怖が存在することも暗数として認められている。ピルを用いて月経を回避することもある。いわゆる preconception care の盲点になっている。

えて、妊娠  
ニティ・ブ  
。しかし、  
理状態がそ

あると考え  
ない。危険  
、飲酒、喫  
もに新奇性  
nce)、持続  
が低く、過  
している<sup>1)</sup>。  
ナリティと

女性の児童  
れている<sup>2)</sup>。



月  
月、郵送法(WEB  
する調査! 2024

### 3-4. 妊娠うつ病

妊娠中に発症するうつ病を妊娠うつ病という。発症率は用いる診断基準で異なり、大うつ病で5%<sup>10)</sup>、軽症のものまで含めれば16%<sup>11)</sup>と報告されている。

妊娠うつ病の発症には配偶者からのサポートの不良が関与している。配偶者からのサポートの不足は多くの場合、持続的なものであり、そのことで夫への信頼は低くなっているものである。妊娠が分かって以降発症する妊娠うつ病にはさらに「きっかけ」が必要である。妊娠うつ病の発症原因として特に重要なことは、妊娠が分かった際の配偶者の反応である(表2)。

表2. 「それまで持っていた夫への信頼度」および「妊娠に対する夫の反応」と妊娠うつ病の発生率

夫への信頼度	妊娠に対する夫の反応		
	嬉しい	嬉しくない	合計
高い	9/72(13%)	3/16(19%)	12/88(14%)
低い	2/22(14%)	5/8(63%)	7/30(23%)
合計	11/94(12%)	8/24(33%)	19/118(16%)

資料：Kitamura et al., Psychological Medicine

Kitamura et al.(1996) の妊娠うつ病の研究では、118名の妊婦のうち16%が妊娠うつ病を呈していた。「それまで持っていた夫への信頼度」と「妊娠に対する夫の反応」は単独では妊娠うつ病に顕著な影響を与えていなかった。つまり、それまでの夫への信頼が高い場合の妊娠うつ病の頻度は14%、夫への信頼度が低い場合は23%である。しかし、それまでに夫への信頼が不良で、なおかつその夫が妊娠の知らせに「嬉しい」という態度を示さなかった場合は、60%を超える妊婦が妊娠うつ病を呈していた。つまり、この2つの要因が合わさった場合、半数以上の妊婦が妊娠うつ病を発症するのである。妊娠うつ病の治療ではカップルセラピーが不可欠になる。

### 3-5. 妊娠悪阻

妊娠悪阻(つわり)には病理学的所見がみられない。実は、各種の心理不調、特に妊娠うつ病との相関が強いことが明らかになってきている<sup>12)</sup>。

### 3-6. 妊娠期心理症候群

妊娠期に見られる胎児ボンディング障害、出産恐怖、妊娠うつ病、妊娠悪阻を同時に評価し、データをクラスター分析にかけると、クラスター数は2つとなる。ひとつのクラスターは全体の9割を占める健康な妊婦である。もう一方のクラスターは全体の8%の妊婦であり、この妊婦は胎児ボンディング障害、出産恐怖、妊娠うつ病、妊娠悪阻の得点がいずれも有意に高値である。つまりこれらの病態はひとつの病態の異なる表現なのである。そこで、この状態を妊娠期心理症候群 (antenatal psychological syndrome: APS) と呼ぶことが提案されている。APS の妊婦は作業や対人関係上の障害を強く示している。

## 4 分娩

### 4-1. 分娩関連性急性ストレス障害

分娩がストレッサーとなって、ストレス関連症状が出る事が報告されている。診断上は急性ストレス障害に該当する。

### 4-2. 流産・死産・新生児死亡

妊娠・分娩の経過上、流産、死産、直後の新生児死亡がある場合、十分な心理的支援・介入・治療を行い、悲哀反応へ対応すべきである。

## 5 産後

### 5-1. 新生児ボンディング障害

胎児ボンディング障害と同様に、新生児に対する親の感情を新生児ボンディングと呼び、陽性感情が低い、あるいは陰性感情が高い状態を、新生児ボンディング障害という。産後うつ病と合併することが多い。因果の方向性については不明な部分が多いが、〈新生児ボンディング障害⇒産後うつ病〉の可能性を示唆するデータもある。産後うつ病の治療にあたって、抑うつ状態の治療のみでは不十分であることを認識しなければならない。

### 5-2. 産後うつ病

出産以降、3カ月までの期間において大うつ病の発症率は約5%である。これが産後うつ病である。産後のある時点で抑うつ状態が確認できても、それは妊娠期間中から存在しているものも含まれる。自己記入式調査票で抑うつ状態の得点が高くても、産後発症のうつ病(産後うつ病)でないこともある。直接面接を行った臨床評価が不可欠である。

### 5-3. 産後の強迫症

産後に発症率が高くなる精神疾患のひとつが強迫症である。内容は加害恐怖(例:「赤ちゃんを床に落とってしまうのではないか」)を伴うことが多く、女性の心的苦痛は非常に強い。

### 5-4. 産褥精神病

産後まもなくの時期に急性発症する精神病像を産褥精神病と呼んでいる。診断学的には、精神病像を伴う躁病(双極性障害)もしくは類循環精神病のいずれかである。どちらも短時日で寛解に至る。

### 5-5. 児のアタッチメント

児が親に向ける態度がアタッチメントである。母親(そして父親)の心理状態は児のアタッチメントの良否に影響し、後者がまた前者に影響する。後述するように、周産期メンタルヘルスケアのターゲットには親子の関係性が含まれ、これが最も重要なポイントである。標準的方法で児のアタッチメントと親子の相互作用を評価しなければならない。通常の臨床場面でも、親と児の関係を観察し、評価する。同時に、児の気質の注意深い評価<sup>13)</sup>と、それを基礎にした育児支援・治療が重要である。

診察室で親のみの診察が不完全であることを臨床家は認識すべきである。外来診察室にはベビーベッドを入れる必要がある。

### 5-6. 授乳

直接母乳の重要性は言うまでもない。母乳率を低下させる要因は多いが、重要なものは産後うつ病と新生児ボンディング障害である。「母乳を止めたい」という訴えがあったならば、この両者の存在を疑って、評価と治療を開始しなければならない。

## 5-7. 新生児虐待と嬰兒殺

新生児虐待については標準的評価法に加えて、慎重な臨床評価を行う。

その要因についてのメタ解析がある(表3)<sup>14)</sup>。要因の影響の程度を $r$ で計算しており、これは名義変数であれば biserial correlation, 連続量であれば Pearson の積率相関係数に相当している。 $r > 0.3$  を効果が大きい,  $r = 0.2 \sim 0.3$  を効果が中程度, それ以下を効果が小さいと評価した。右表にあるように、親の特徴の中で大きい影響が認められた項目は、「怒りの感情と過剰反応」であった。不安、抑うつ、精神疾患の存在はそこまで大きな影響を認めていない。むしろ重要なのは、「親が子を問題だと認識」することや、「家族内葛藤」や「家族凝集性の低さ」といった、家族力動に関する変数であった。ネグレクトに関しても類似の所見が得られた。

重要なことは、産後うつ病を含んだいわゆる精神疾患の存在は児童虐待の要因ではない。むしろ、他の要因が同等であれば、産後の抑うつ状態が強いほど児童虐待の程度は軽くなる。

「児童虐待予防のため産後うつ病を発見しよう」という政策は無効であり、かえって産後うつ病の受診を阻害してしまう。嬰兒殺は必ずしも児童虐待の延長線上にあるものではない。特化した多職種連携による積極的介入が必要である<sup>15)</sup>。

## 5-8. 養育行動

親の児への養育行動とその特徴の評価と支援は、当然、周産期メンタルヘルスの最重要課題である。児に対する感情と認知スタイルが動機を促し、それが行動として現れる。

赤ちゃんがかわいいと感じている(感情)、子どもを守るべきと思っている(認知スタイル)ので、児が泣いたというストレス状況で、授乳するという行動が出てくる。赤ちゃんが怖いと感じている(感情)、我が子と思えない(認知スタイル)ので、児が泣いたというストレス状況で、赤ちゃんの口を塞ぐという行動が出てくる。従って、メンタルヘルスケアの担当者はこのすべてのプロセスを評価し、行動の背景にある感情と認知スタイルを理解した上で、介入するのである。認知スタイルは親の規範意識と言い換えても良い。

## 5-9. 社会的養護

新生児期の体験がその後の心理的発達に大きな影響を与える。そのために、なるべく早く安定した、そして継続的で持続した養育を与えることが大切である。実親の養育が不可能あるいは非常に不適切であれば社会的養護が選択肢となる。社会的養護は、集団養護(乳児院や養護施設)と家庭養護(里親や養親)に分かれる。社会的養護の中では、家庭養護が望ましい。以降の児の心身へ与える悪影響を未然に防ぐことから、社会的養護に移行するのは、産後6カ月以内、遅くとも12カ月以内が望ましい。

表3. 児童虐待(新生児虐待)の関連要因と影響

区分	項目	$r$
親子関係	親が子を問題だと認識	<b>0.30</b>
	望まない妊娠	0.28
	親子関係	-0.27
	養育態度	0.17
	育児ストレス	0.07
親の特徴	怒りの感情と過剰反応	<b>0.34</b>
	不安	0.29
	精神疾患	0.28
	抑うつ	0.27
	自尊感情	0.24
	自分の親との関係	0.22
	児童虐待を受けた経験	0.21
	触法行為	0.21
子の特徴	社会的能力	-0.26
	外在性問題行動	0.23
	内在性問題行動	0.15
	児の性別	0.04
家族の特徴	家族内葛藤	<b>0.39</b>
	家族凝集性	<b>-0.32</b>
	夫婦間暴力	0.22
	結婚満足度	-0.16

資料：北村俊則、羽田彩子、大橋優紀子「藤沢市児童虐待による男児死亡事件調査検証報告書(令和5年11月)の視座」2024

## 6 周産期共通の事項

### 6-1. 希死念慮

周産期の女性の死亡の原因の第一位は自殺である。既遂自殺の女性は、直前に「生きていたくない」と訴える。我々の研究で、妊娠期間中に希死念慮が珍しくないことも明らかになった<sup>16)</sup>。周産期のいずれの時点でも、自傷の(つまり自身を傷つける)考えを完全に否定する女性の率は9割を下回っている。希死念慮は妊婦で珍しくない。

### 6-2. パーソナリティと配偶者との関係

周産期全体を通じて、支援・介入・治療を行うにあたって、対象者(女性やそのパートナー)のパーソナリティの評価・理解は不可欠である。加えて、パートナーとの関係性、特に成人アタッチメントスタイルの把握は重要である。

## 7 周産期メンタルヘルスキア

### 7-1. 治療のターゲットと担当者

身体疾患における治療の標的は、診断の根拠となった病変であり、それは細胞、臓器などである。必然的に医療者の関心は「Aさんの有しているX病」である。一方、精神疾患における治療の目標は、細胞や臓器の病変ではない。ほとんどの精神疾患は身体に病理所見を有していない。精神疾患といわれていた病態(例：進行麻痺)も、いったん身体的病理所見(例：中枢神経の感染)が同定されると、精神疾患のカテゴリーから身体疾患のカテゴリーに移動されてきた。

精神疾患、ことに周産期のその治療にあたる医療者の関心は「X病を有しているAさんの生活」である。さらに、ほとんどの周産期の精神疾患は、患者とされる個体に原因があるというより、重要他者との関係性に原因がある。重要他者には子ども(胎児と新生児)、パートナー、その他の家族、周囲の人々(例・職場のスタッフ)が含まれる。

周産期精神疾患の治療は急性期疾患の治療である。治療が長期になってやっと良くなっても意味がない。そして、そうした疾患を見つける人(第一発見者)はさまざまである。産科医、小児科医、精神科医、保健師、助産師、看護師、心理師(士)、ケースワーカー、保育士、行政のサービス担当者、警察官など、多岐にわたる。

しかし多くの場合、これらの職種の人々は(精神科医も含め)消極的な対応をすることがほとんどである。「腰が引けている」理由は様々である。しかし、第一発見者が動かない限り、日本の周産期メンタルヘルスキアの水準は(過去半世紀と同じく)絶望的な状態が続くことになる。

### 7-2. 医療モデルと福祉モデル

周産期メンタルヘルスキアの担当者の腰が引けている原因の一つは、周産期精神疾患のケアの枠組みを、医療モデルとするか福祉モデルにするかがあいまいな点にある。肺がんを例に取ろう。肺がんが確認された場合、(ステージが早ければ)外科的に切除される。多職種連携治療チームが作られても、治療のリーダーと一義的責任者は担当外科医である。時間限定の介入であり、目標はがんの治療である。一方、肺の切除領域が広い場合、術後のQOLを事前に考慮し、例えば住環境の調整に入らなければならない。この時に多職種連携治療チームが作られると、治療のリーダーと一義的責任者は担当外科医以外のものが充てられる(例：担当看護師、ケースワーカー)。時間は長期にわたり、目標は(肺機能の回復は無理だったとしても)患者の生活の質の向上と、日常生活の回復とその維持である。

これを児童虐待の多職種連携チームに当てはめてみよう。まずは、急性期治療である。児童虐待の治療を旨とした治療が必要であるが、現実には治療という考えがまったくない。肺がんの担当外科医に相当する人物が存在せず、外科手術に相当する(虐待行為の)治療が行われていない。

児童虐待が継続する場合、肺がんの患者のQOLに相当するのは児の養育環境の調整である。長期に安全・安定した養育環境の提供である。しかし、一時保護は行われても、リーダーがいらないため、長期的対応が欠如している。

r
0.30
0.28
-0.27
0.17
0.07
0.34
0.29
0.28
0.27
0.24
0.22
0.21
0.21
-0.26
0.23
0.15
0.04
0.39
-0.32
0.22
-0.16

事件調査検証報告

後うつ病の受  
た多職種連携

課題である。

いので、児が  
ていて(感情)、  
を塞ぐという  
、行動の背景  
意識と言い換

早く安定した。  
非常に不適切で  
真(里親や養親)  
母を未然に防ぐ  
。

### 7-3. ケア担当者の教育

周産期メンタルヘルスケアの担当者の腰が引けている原因のもうひとつは、先ほどの第一発見者が、周産期メンタルヘルスケアの知識・技術に関する教育研修をほとんど受けていないことである。多くの団体が「周産期メンタルヘルスケア」と銘打った研修会を開いてはいる。しかし、教授される知識は古いもの、さらには根拠のないもの(「都市伝説」)や間違っただけのものもみられる。現場で使える支援・治療技術(スキル)はほとんど教育・実習されていない。これでは腰が引けて当然である。

北村メンタルヘルス学術振興財団は周産期メンタルヘルスプロフェッショナル研修という動画研修を発信しているのは参考になろう。

### 7-4. 看護・福祉担当者の権限の拡大

周産期メンタルヘルスケアの担当者の腰が引けている3番目の原因は、支援・介入・治療の権限が医師に限定されている、あるいはそう考えられていることである。家庭訪問を受けた母親から、「私は産後うつ病ですか?」と聞かれ、訪問した保健師や助産師が、「私にはわかりません。医師に聞いてください」と述べたのであれば、適切な支援・治療技術の提供は不可能である。「私の状態のアセスメントも出来ない人に、もうこれ以上、話すことはない」というのが、支援を受ける側に共通した反応である。

一定の教育・研修を受け、(いまだ出来てはいないが)周産期メンタルヘルスケアの資格を得たスタッフに、現在よりかなり広い権限を付与しなければならない。加えて、周産期に心理上の問題を抱えた女性が自ら支援や治療を求めることは少ない<sup>17)</sup>。このことから地域での保健活動が重要であり、看護・福祉担当者の権限の拡大が重要である。英国の精神科周産期治療病棟 mother baby unit (MBU) への入院の適否を担当看護師が決めていることは十分参考になろう<sup>18)</sup>。

### 7-5. 症状評価法

対象者(当該女性、配偶者、児)の症状評価の基本は専門家による時間をかけた面接である。初回面接に60分をかけるのが常識である。そのためには、要素心理学に基礎をおいた精神科症状学の知識と構造化面接を用いた精神科診断技術の習得は不可欠である。加えて、これまでの生活史、パーソナリティ、現在の生活環境の十分な評価が必要である。

しかし、現状は(精神科医も含めて)専門職者の教育研修がはなはだ不十分である。北村メンタルヘルス学術振興財団は母児次元評価面接を開発しており、参考になろう。

周産期メンタルヘルスケアの現場ではスクリーニングの目的で、自己記入式調査票を用いることも多い。最も頻用されているのが Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) である。10項目の簡便なものである。しかし、心理評価法としては問題点が多いものであることが知られている。さらに、日本語 EPDS はその妥当性検討の報告がひとつしかない。十分な妥当性検討がないまま多用するのは危険極まりない。北村メンタルヘルス学術振興財団では、妊娠期のボンディング障害、出産恐怖、うつ病、希死念慮、悪阻を、総合的に評価する DAMBO-QR を作っている。

### 7-6. 制度設計(母児分離しない周産期メンタルヘルスケアへ)

周産期メンタルヘルスケアに従事する専門家の数は十分そろっている。にもかかわらず、その水準が絶望的に低いのは、国全体の制度設計の問題である。最重要課題は、このライフステージでの支援・介入・治療において、母児分離は禁忌であるということである。現行の医療サービスでは、治療の際に母児分離が(制度設計上、必然的に)起きてしまう。

すでに述べたように、医療モデルと福祉モデルを使い分ける必要がある。医療モデルの基礎は、病態の重症度(=観察の必要性)に応じて支援・介入・治療の「濃度」の傾斜をつけることである。「濃度」とは、ごく軽症のものは在宅で自立的活動のみでよく(例:軽症の本態性高血圧であれば毎日の運動)、少し重症になれば一定間隔の外来治療、デイケアや訪問診療、短期間の入院、本格的入院治療というように進んでゆく。

この段階付けが、日本における周産期メンタルヘルスケアにおいてできていないのである。こうした「濃度」に分けた周産期メンタルヘルスケアのスタイルを分けてみると(表4)、日本においては、軽度の心理症状へのケアはできているが、重症度が重い部分の制度が欠落していることが分かる。

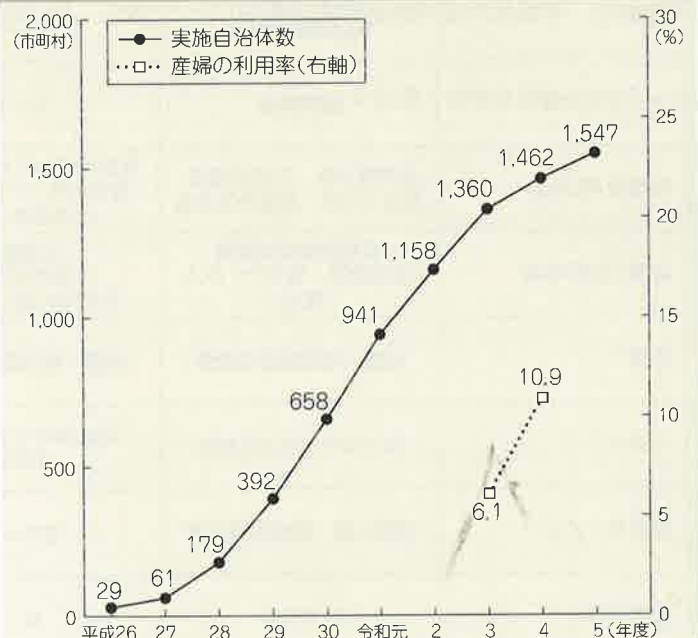
表4. 周産期メンタルヘルスケアの支援スタイルとその内容

支援のスタイル	病態の種類と重症度	支援内容	ベッド	現状
NPO 事業	軽度の心理症状	協働型支援など	なし	ホームスタート、産後ケア事業など
精神科診療所	ボンディング障害、出産恐怖、うつ病など	心理療法・母児関係の維持改善	なし	まれ
メンタルヘルスに特化したデイケア	ボンディング障害、出産恐怖、うつ病など	心理療法・母児関係の維持改善	なし	まれ
メンタルヘルスに特化した宿泊型(+通所型)産前・産後ケア事業	ボンディング障害、出産恐怖、うつ病、希死念慮など	心理療法・母児関係の維持改善	ベッド	なし
精神科周産期治療病棟 (mother baby unit)	急性期精神病、重症精神疾患、深刻な希死念慮	向精神薬・心理療法・母児関係の維持改善	精神病床	なし

資料：筆者作成

従来、通所型と宿泊型の産後ケア事業は存在している(図2)。しかし、妊娠時点から育児期までを通じた持続的な専門的支援・介入・治療について、通所と宿泊を併用している制度が皆無である。メンタルヘルスに特化した宿泊型(+通所型)産前・産後ケア事業が必要である(図3)。ここでは各種心理療法を行い、薬物療法などの生物学的治療は行わない。心理療法は対象者の病態の特徴に応じて、対人関係療法、感情焦点療法、短期力動精神療法、転移感情焦点療法などを選択する。パートナーとの葛藤がある場合は、カップルセラピーを併用する。また新生児との関係に焦点を当てた parent infant psychotherapy は大変有効な治療手段である。

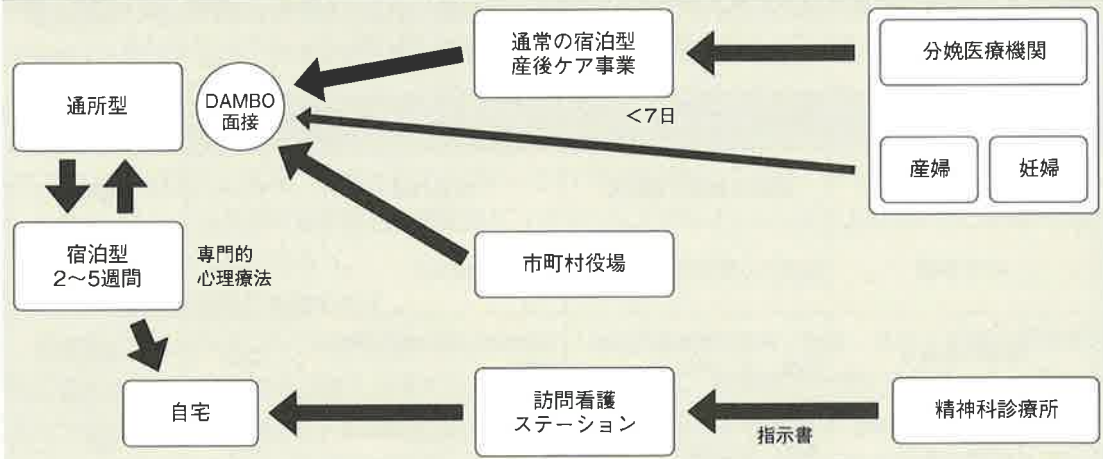
図2. 産後ケア事業実施自治体数と産婦の利用率の推移



(注) 実施自治体数は変更交付決定ベース。産婦の利用率の算出方法…宿泊型・デイサービス型・アウトリーチ型の各利用実人数の合計/分娩件数  
資料：こども家庭庁「産後ケア事業(令和7年度概算要求資料)」2024

さらに重症度が高い事例は、母児(そしてパートナーも)とも入院できる精神科周産期治療病棟 (mother baby unit: MBU) が必要である。これは(病床分類から言えば)精神病床であり、精神保健福祉法の及ぶ医療を行う。必要があれば電気けいれん療法も行えることが必要である。児の安全を確保するための十分な配慮を行った上で、母児接触を最大限担保する。

図3. メンタルヘル스에特化した産前・産後ケアハウスの流れ



資料：北村俊則「メンタルヘル스에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」2024

表5. 母児分離しない周産期メンタルヘルスケアの制度設計の提案

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스에特化した産後ケア事業の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。

区分	日本版 Mother Baby Unit (MBU) ※	メンタルヘル스에特化した産後ケア事業	通常の産後ケア事業
法律	医療(医療法) 精神保健福祉法	母子保健	母子保健(? 宿泊業)
ベッドの位置	精神病床	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	本格的な精神科医療 (薬物療法, 電気けいれん療法)	心理療法 (生物学的治療は診療所の協力を仰ぐ)	通常看護
目標	治癒・母児関係の改善	治癒・母児関係の改善	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	任意入院・医療保護入院	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

② ※北村俊則ら(2023).精神科周産期治療病棟(仮称)概要案。「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」より。資料：北村俊則「メンタルヘル스에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」2024

希死念慮はうつ病に多い。うつ病に使う薬物である抗うつ薬は、若い人に投与することは安全とはいえない。大規模なメタ解析では、患者の年齢を25歳以下と26歳以上に分け、26歳以上の群では、希死念慮と自殺行動、それに両者の併存事例は、偽薬群に比べて抗うつ薬の実薬群で低くなっているが、一方、25歳以下の群では関係性が逆転していて、希死念慮と自殺行動、それに両者の併存事例は、偽薬群に比べて抗うつ薬の実薬群で明らかに高くなっている。さらにこの傾向は、患者の診断名が大うつ病やその他のうつ病診断名でなく、うつ病以外の診断名であるほうが強くなっている。

周産期の精神疾患を考えると、多くは若い女性であり、パーソナリティ障害も多く存在することが想定でき、うつ病であっても非定形的症状が前面にでていて、重症度は中等度以下であることが多いことを考えれば、抗うつ薬の投与は、原則、差し控えるべきだと考えられる。

欧米で MBU ができて50年が経過しているが、日本では一向にその動きがみられず、産後発症の症例で入院治療が行われるとほぼ全例母児分離が行われている。その「後遺症」についてほとんどだれも声を上げていない。ここへの担保が完全に欠如しているのが日本の現状である。

産前産後サポート事業と産後ケア事業が母子保健法で設定されている一方で、養育支援訪問事業が児童福祉法で設定されている。両者はかなり重複したケースを扱っているが、拠って立つ法律が異なることから、その現場での実施で困難を生じることが多く、日本における周産期メンタルヘルスキアの混乱の要因のひとつがここにある。

(こころの診療科きたむら醫院 院長/北村メンタルヘルス研究所 所長

北村メンタルヘルス学術振興財団 代表理事 北村 俊則)

※引用・参考文献等→P26～27

医療機関
妊婦
精神診療所
ケアに向けて」2024
と(2)メンタルヘルス。共通の事項
産後ケア事業
(?宿泊業)
ド
閾値以下の不眠、抑うつ、不眠
看護
育児指導
職者
あり
なし
月以内
/4

## 引用・参考文献

- <sup>1)</sup> Watanabe, J., Lu, X., Liu, Q., Uji, M., Shono, M., Chen, Z., & Kitamura, T. (2010). The effects of perceived childhood rearing on substance and behaviour addiction among Japanese university students: Mediation through personality traits. In (Eds.) C. L. Goossens, *Family life: Roles, bonds and impact*, pp. 119-137. Nova Science Publishers.
- <sup>2)</sup> Kitamura, T., Toda, M. A., Shima, S. & Sugawara, M. (1998). Single and repeated elective abortions in Japan: A psychosocial study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 19(3), 126-134.
- <sup>3)</sup> Nakano, Y., Oshima, M., Sugiura-Ogasawara, M., Aoki, K., Kitamura, T., & Furukawa, T. A. (2004). Psychosocial predictors of successful delivery after unexplained recurrent spontaneous abortion: A cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 440-446.
- <sup>4)</sup> Holley, S. R., Pasch, L. A., Bleil, M. E., Gregorich, S., Katz, P. K., & Adler, N. E. (2015). Prevalence and predictors of major depressive disorder for fertility treatment patients and their partners. *Fertility and Sterility*, 103(5), 1332-1339.  
Vikström, J., Josefsson, A., Bladh, M., & Sydsjö (2015). Mental health in women 20-23 years after IVF treatment: A Swedish cross-sectional study. *BMJ Open*, 5, e009426.
- Kjaer, T. K., Jensen, A., Dalton, S. O., Johansen, C., Schmiedel, S., & Kjaer, S. K. (2011). Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. *Human Reproduction*, 26(9), 2401-2407.
- <sup>5)</sup> Sejbaek, C. S., Pinborg, A., Hageman, I., Forman, J. L., Hougaard, C. Ø., & Schmidt, L. (2015). Are repeated assisted reproductive technology treatments and an unsuccessful outcome risk factors for unipolar depression in infertile women? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94, 1048-1055.
- <sup>6)</sup> Ohashi, Y., Takegata, M., Usui, Y., Hada, A., Takeda, S., & Kitamura, T. (2023). Is your pregnancy unwanted or unhappy? Psychological correlates of a cluster of pregnant women who need professional care. *Healthcare*, 11, 2196, 2023.
- <sup>7)</sup> Hada, A., Imura, M., & Kitamura, T. (2022). Development of a scale for parent-to-baby emotions: Concepts, design, and factor structure *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 1, e30.  
Hada, A., Takeda, S., Imura, M., & Kitamura, T. (2023). Development and validation of a short version of the Scale for Parent to Baby Emotions (SPBE-20): Conceptual replication among pregnant women in Japan. *Psychology*, 14, 1085-1110.  
Hada, A., Ohashi, Y., Usui, Y., & Kitamura, T. (2023). A Scale for Parent-to-Child Emotions (SPCE): Development and validation of a short form. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 2, e148.  
Hada, A., Ohashi, Y., Usui, Y., Takeda, S., & Kitamura, T.: Typology of pregnant women' s bonding emotion towards a foetus: A study among Japanese women in the first trimester. *Psychology*, 15, 329-340.  
Hada, A., Ohashi, Y., Usui, Y., and Kitamura, T.: Typology of parent-to-child emotions: A study among Japanese parents of a foetus up to 12-year-old child. *Healthcare*, 12, 881.
- <sup>8)</sup> Takegata, M., Usui, Y., Sohda, S., Takeda, S., Takeda, J., Saito, T., Kasai, Y., Watanabe, H., Haruna, M., Ohashi, Y., & Kitamura, T. (2023). Tokophobia: Case reports and narratives of ten Japanese women. *Healthcare*, 11, 696.
- <sup>9)</sup> 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.
- <sup>10)</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>11)</sup> Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M., & Toda, M. (1993). Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychological Medicine*, 23(4), 967-975.
- <sup>12)</sup> Kitamura, T., Hada, A., Usui, Y., Takegata, M., Minatani, M., Wakamatsu, M., & Takeda, S. (2024). Is emesis a part of antenatal depression? A proposal of emesis-depression complex during pregnancy (in preparation)
- <sup>13)</sup> Ohashi, Y., & Kitamura, T. (2019). The EASI: Factor structure and measurement and structural invariance between the parent' s gender, the child' s age and two measurement time points. *Psychology*, 10, 2177-2189.  
Ohashi, Y., & Kitamura, T. (2020). Typology of temperament of Japanese children aged 3 and 4. *Psychology*, 11, 955-965.
- <sup>14)</sup> Stith, S. M., Liu, T., Davies, C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression*

and *Violent Behavior*, 14, 13-29.

- 15) 北村俊則, 羽田彩子, 大橋優紀子 (2024). 藤沢市児童虐待による男児死亡事件調査検証報告書(令和5年11月)の問題点. *日本周産期メンタルヘルス学会会誌*, 10(1), 85-89.
- 16) Takegata et al., (2019).
- 17) Kitamura, T., Yamashita, H., & Yoshida, K. (2009). Seeking medical support for depression after the childbirth: A study of Japanese community mothers of 3-month-old babies. *Open Women's Health Journal*, 3, 1-14.
- 18) Oats, M. (1988). The development of an integrated community-oriented service for severe postnatal mental illness. In (Eds.) R. Kumar & I. F. Brockington, *Motherhood and mental illness 2: Causes and consequences*. Wright. pp. 133-158.

#### 推奨文献

〈ボンディング障害〉

Kitamura, T. and 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.

北村俊則: 「子どもがかわいいと思えない」「子どもを愛せない」: 産後のボンディングとその障害: 総説

<https://www.institute-of-mental-health.jp/perinatal/pdf/J2-4.pdf>

〈出産恐怖〉

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.

〈妊娠期の精神症状〉

Kitamura, T. (Ed.) (2024). *Dimensional Assessment of Mother Baby Organization Project: Many facets of psychological difficulties among expectant women*, Nova Publishing.

〈症状構造〉

北村俊則 (2013). *精神科診断学概論: 病理所見のない疾患の概念を求めて*. 北村メンタルヘルス研究所, 東京.

北村俊則 (2022). *精神・心理症状学ハンドブック [第4版]*, 日本評論社.

〈制度設計〉

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.

〈心理療法〉

Joiner, T. E. Jr., Van Orden, K. A., Witte, T. K., and Rudd, M. D. (2009). The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients. 北村俊則(監訳)奥野大地, 鹿沼愛, 弘世純三, 小笠原貴史(訳) (2024). [新装版] *自殺の対人関係理論*. 日本評論社, 東京.

北村俊則 (2024). *周産期メンタルヘルススタッフのための心理介入教本(第2版)*. 北村メンタルヘルス学術振興財団.

Ediger, J. D., & Carney, C. E.: *Overcoming insomnia: A cognitive-behavioral therapy approach: Therapist guide*. 北村俊則(監訳), 坂田昌嗣(訳) (2009). *不眠症の認知行動療法: 治療者向けマニュアル*. 日本評論社, 東京.

〈症状評価〉

北村俊則, 白井由利子, 大橋優紀子, 竹形みずき, 馬場香里, 羽田彩子, 齋藤知見, 篠原枝里子, 松長麻美, 山田菫子 (2023). 母児次元評価面接妊娠期初回用 (Dimensional Assessment of Mother and Baby Organization Antenatal First Interview [DAMBO: ANFI]). 北村メンタルヘルス学術振興財団.

〈動画サイト〉

周産期メンタルヘルスプロフェッショナル研修 <https://www.kitamura-foundation.org/training2.html>

心理療法ライブラリー <https://www.kitamura-foundation.org/library.html>