

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  
**「全妊産褥婦に行う地域型「母子保健プログラム」の策定」**

岡野 禎治 三重大学医学部精神神経科

協力研究者

（三重県こころの健康センター）原田 雅典

### 研究要旨

地域での産後うつ病の女性の受療経路を調査したところ、ケア・サービスが各段階で機能していないことが多く、発病から最終的な専門治療を受けるまでの期間は平均 100 日以上もかかっていた。産婦人科、小児科、精神科を含めた医療機関での知識の普及と行政保健での啓蒙および訓練が要求される。これは、個別面接をした各領域の母子精神保健に関する現状でも裏付けられた。

#### A. 研究目的

少子化傾向および核家族化の増大した今日、女性のメンタルヘルスの維持・増進と母子関係の健全な発展のために、包括的な母子精神保健対策が急務である。なかでも、出産女性の 10～15%と高頻度に出現するといわれている産後うつ病に対する地域の保健医療体制は欧米に比較して十分に連携がなされていないことが先行報告でも明らかになった。

今回は、母子精神保健に関する適切なシステムの評価を目的にするために EU の産後うつ病に関する包括の Qualitative Research を用いて、産後うつ病に関するヘルス・ケア・サービスの評価を実施した。

研究課題は 1) 産後うつ病に罹患した母親の受療経過とヘルス・ケア・サービスに関する研究、2) 医療保健従事者に対する面接をヘルス・サービス・リサーチ・ガイドラインに沿ったおこなった。

#### 1) 産後うつ病の受療経過とヘルス・ケア・

#### サービスに関する研究

#### B. 研究方法

対象は、過去 5 年間に三重大学精神科に受診した非精神病生の産後うつ病の患者 50 名を選択して、インフォームド・コンセントを得られた 10 名である。

上記の対象者に対して、受療経路に関する EU project の調査票を翻訳し、日本語版を作成した。郵送にて配布回収した後、聞き取り調査で把握した。Pathway 調査票は、資料 1 に示したように、受診の決断（主訴）、出産からのその時期、依頼者、被依頼者、相談までの時間、受診に要した時間、その効果を各レベル別に調査した。

#### C. 研究結果

受療経路を図 1 に示した。

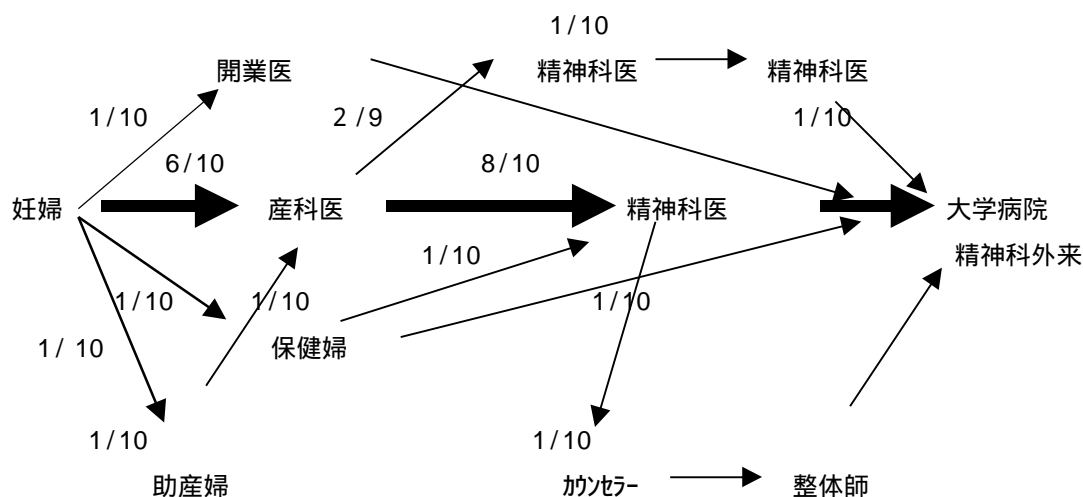


図1 受診から三重大病院専門外来までの受診経路

A) レベル1のヘルス・ケア

1) 援助を受けた理由

主観的な記載では、不眠(80%)、不安(50%)、混乱(10%)、頭痛(30%)、吐き気(20%)、食欲不振(30%)、焦燥感(10%)などの症状が見られた。

2) 症状の持続期間

支援を得ようとするまでの期間は平均 34.2 (SD12.5) 日であった(4~120日)。

3) 最初の相談者

相談者がなくて、自分自身で決断した 30%、主人 20%、実母に 10%、実父 10%、助産婦 10%、保健婦 10%であった。

4) 相談機関(ないし相談者)

一番多い相手は 50%と産科医が占めており、その他、開業医、保健婦、心の健康センター、精神科医がそれぞれ 10%ずつであった。

5) 相談までの時間

決心してから、相談に行くまでに要した日数は平均 18.1 日(SD36.9)(1~120)で、90%は 2週間以内には相談に行っている。そして、相談に行くことに関して、70%の女性がアドバイ

スを受けていた。

6) 所要時間

自宅から医療(相談)施設に要した時間は、平均 19.5 分(SD5.6)であった。

7) 相談結果

アドバイス内容に関しては、「ホルモンのバランスが悪い」「話しを聞いて貰ったこと」、「入院と点滴の勤め」、「自律神経失調症といわれて、漢方をもらう」などの記載があり、「精神科医への紹介」が 20%、「産後のうつ病かもしれないなら専門医への紹介」された例が 1 名あった。しかし、最初の接触の結果については、「何の効果もなくて次の行動も起こせなかった」と 60%の女性が記載していた。

B) レベル2のヘルス・ケア

症状がよくならずに、次の治療者に相談を求めた女性の割合は、90%に至っていった。1 名がレベル2の段階で三重大学精神科を保健婦の勧めで、受診していた。

1) 援助を受けた理由

主に、症状が改善しない場合や「一次的な症状といわれて」遷延した症例がほとんどであった。

産科医の紹介で精神科医を受診した症例でも、抗不安薬の投与で改善せず、不満を残す症例もあった。

#### 2) レベル2の相談者

2番目の相談者を求めた9名の中で、自分自身で次の行動を決断した女性は66.7%であった。

2名の女性はそれぞれ主人と産科医から相談を受けて、次の行動に移った。

#### 3) レベル2の相談機関（相談者）

再度、援助を求めた女性が相談した相手の内訳は、地域の精神科医が9名中6名と67%を占めていた。その他、三重大学病院へ1名、市町村保健婦に1名が援助を求めた。

#### 4) レベル2の相談までの時間

2番目の支援を得るまでに要した期間は平均20.2（SD15.9）日であった（0～20日）。

#### 5) レベル2の所要時間

自宅から2番目の医療（相談）施設に受療に要した時間は、平均43.3分（SD32.6）（15～120）であり、県外からの受診者も1名あった。

#### 6) 相談結果

アドバイス内容には、「ホルモンのバランスが悪い」「話しを聞いて貰ったこと」、「入院と点滴の勧め」、「自律神経失調症といわれて、漢方をもろう」などの記載があり、「精神科医への紹介」が20%、「産後のうつ病かもしれないなら専門医への紹介」された例が1名あった。中には総合病院の精神科で「子供が大きくなったら、眠れるでしょう。なるべく薬は飲まなくていいようにしてください」といわれ、薬物を処方された症例もあった。

### C) レベル3のヘルス・ケア

この段階では、対象者10名中8名が三重大学病院精神科を受診して、専門的な治療が開始された。2名は、他の精神科医に援助を求め、1名はカウンセラーを受診した。

#### 1) 援助を受けた理由

症状が軽快したが、再燃した症例と抗うつ剤の治療薬の服薬を継続しても、症状が改善せず、レベル3の援助を求めた2名の女性である。

#### 2) レベル3の相談者

2名の女性とも自ら、決断して次の行動に移った。

#### 3) レベル3の相談機関（相談者）

再度、援助を求めた2名の女性が相談した相手の内訳は、カウンセラーと神経内科医であった。

#### 4) レベル3の相談までの時間

3番目の支援を得るまでに要した期間は平均79.5（SD27.6）日であった（60～99日）。

#### 5) レベル3の所要時間

自宅から3番目の医療（相談）施設に受療に要した時間は、平均79.5分（SD27.6）（20～120）であった。

#### 6) 相談結果

いずれの2名も効果がなく、1名は三重大学病院精神科を受診し、もう一名は整体師に援助を求めて、レベル4を経由して、三重大学精神科を受診した。

この整体師を最後に経由した女性は不眠が持続していたが、「不眠というのは自分がそう言っているだけで、他人にはわからない」といわれ、病院でもらった服薬も中止していた。

この実家からの支援のない女性は、あとがきに「私の場合、出産によって母体に及ぼす影響を理解するために、オムツの交換や沐浴だけでなく、育児に関連した心身ともな問題を指導されていない。産後をサポートしてくれる福祉健康サービスがもっと必要である」と記載されていた。

### D. 考察

レベル1の段階では、症状が発現しても、実際に行動に移すまでには平均1カ月以上を要していた。周囲からのアドバイスは比較的に多い。

レベル1では相談相手が多様である。しかし、半数が産科医に相談している。比較的早期に受診しているが、精神科医への依頼を勧められたのは20%しかなかった。しかも、レベル1の段階に対する効果については、半数以上が何の効果もないことが判明した。

レベル2の段階では、相談相手は少なくなり、自分で決断して、行動をおこすが、支援を受けるまでに平均20日を要した。レベル3の段階では精神科医からの紹介状にて依頼を受けることは少なかった。この段階から女性が支援を受けるまでの機関が平均80日も要して、次第に遷延していた。しかも、地域の枠では十分対応できなく、居住地から遠方への受診が目立つようになっていた。いずれにせよ、適切な専門的なアドバイスを受けにくい女性では、大学病院への受診は遅れがちになる傾向は明らかである。

日本の医療体制は明確な catchment area がなく、自由に医療機関を選択できる点で、患者へのヘルス・ケアが適切な流れの中で、展開できにくい状況にある。今回の main pathway は産科医から精神科医そして、専門の精神科へと流れが一見あるように思えるが、必ずしもレベル毎に、次のレベルに移行するために適切な紹介がなされていないことが判明した。大半が受療効果について満足している女性は少なく、しかも産後の母親自身の決断によって次のレベルに援助を求めているものが大半であった。つまり、適切な知識のあるヘルス・ケアの専門家の遭遇するかどうかで、早期の治療が決定することになる。精神科医も適切な知識と治療内容を必ずしも有していない点が問題となるかもしれない。今後は、一般の対照群の受療経路と比較する他、受療経路と予後との関連を prospective に調査において検討する予定である。

#### E. 結論

産後うつ病の女性の地域での受療経路から、

現状のヘルス・ケア・サービスの枠の中では、適切な治療まで到らないことが判明した。

## 2) ヘルス・サービス・リサーチ

### A. 研究目的

概括できる保健医療の専門家の立場から産後うつ病に関するヘルス・サービスの面接を実施して、医療行政上の問題点と今後の構想を把握する治療施設の構築などをめざす

### B. 研究方法

地域の母子保健と精神保健の行政と医療、福祉領域で従事されている専門家に、EU Project のヘルス・サービス・リサーチ・ガイドラインに沿った約1時間の面接を実施した。被面接者全員に対する面接者は第一著者に統一した。

被面接者の対象は、こころの健康センター所長（精神科医）、三重県健康福祉部児童家庭課課長（医師）、三重県健康福祉部障害保健福祉課主査（保健婦）、三重県健康福祉部医務政策監（医師）、県立精神病院院長（精神科医）である。

内容は以下の通りである。各専門家の領域における特殊な立場に焦点を当てるようにした。主な面接のテーマは、1) 出産を取り巻くメンタルヘルスの問題と精神障害の理解の程度について、2) 産後うつ病の原因、貢献、予防についての見解、3) ヘルスサービスの適切な対応についての見解、4) 厚生省や三重県の戦略ないし政策についての知識について、5) 地域サービスの範囲とタイプ、6) 地域医療の質についての満足度、7) サービスの提供における気づかれているギャップと制約についてである。

そして、それぞれの立場からの特徴を出来るだけ引き出すように面接を行った。質的なアプローチによって現在のところ何が問題となっているのか、そしてシステム作りの可能性と限界を要約した。

## 【結果】

a) 精神保健福祉センター所長：

問題点は、その早期発見のシステムと知識の普及があまりにもされていない点大きい。もっと大きくいうと、母子保健の中にメンタルヘルスサービスがちゃんと位置づけられていない。

地域の健康問題という側面からみて、第一に、子育てという切り口の中で産後精神病があまり問題になっていない。第二番目は、その子育てに関連してチャイルドアビュースの問題がある。三番目は家庭メンタルヘルスという面で、夫婦間の葛藤という形になることもある。こうした切り口もあれば、非常にユニークな視点から提示される。

具体的な提言について、母子検診の中に母親のメンタルステートをチェックができるような項目を差し挟んで、まず、一次的なチェックをする。プライマリーなチェックをして、それを絞り込んでいくとそこを起点にして、専門家とどうむすびつけていくかというラインができれば好ましい。そして、助産婦とかソーシャルワーカーとかその職種の方のふりかけをしていく。そういうシステムは、現状ではほとんど作られていない。むしろ、システムであっても流れが作られていない。県内でもいろいろな職種の方は関心もあるし、必要性も感じている。時間的にはタイミングの問題としてどうかということです。具体的には保健婦です。もう一つは、欧米のようなソーシャルワーカーとか、訪問看護婦とか今後市民権をもったり、あるいは職種のバラエティーができると思う。もちろん保健婦とさっきいった保健婦以外のコメディカルとの棲み分けとか分担の方がそういうことの方が現実的ではないかと思う。

産うつ病の患者さんに対して、一般サービスの中でニーズっていうのはあると思うが、数字の上で現れるものではなくて、かなり潜在的なものですかね。ちゃんとケアを受けている人と

いない人のなかはかなりギャップあり、その他の人は適切にサービスを受けていないということですね。

スペシャリストのサービスの必要性については、プライマリーサービスや一時的なスクリーニングがちゃんと確立されないとスペシャリストのサービスはできない。

一般のヘルスケアレベルで産後の電話の相談はありますね。もうちょっと広くみればかなりあるし、夫婦関係とか、子育てとか関連したものがあると思います。今の時代ではむしろそのチャイルドアビュースとからめて、母子精神保健が見直されている感じがします。保健婦は市町村を含めて割合、コンタクターになることが多いし、児童相談所の先生も痛切にそれを現場において感じる。

現状の中では産うつ病に対するヘルスサービス把握されていないものが多いということについては、把握されていないじゃないでしょうか。たとえば、産科医や小児科医の頭の中に産後の精神障害という考えはおそらくないでしょうね。母親の性格とかね、ほかの社会的な要因とかしかみてしまっただけ。そこに病気という考えがはいってないんじゃないでしょうか。小児科医というのは育児指導をしたりするわけで。その時病気を踏まえて指導しなければなりません。あからさまな精神病はわかるでしょうが、産後うつ病という感じだけでも、ちゃんと捕えることが大切であること、そして、プロフェッショナルな精神科医むけの教育がかなり大事ですね。

個別にはやっているという話は聞いている。しかし、なぜ個別対応でやられているにも関わらず、それを政策施策にしるという声にならないか、ようわからんところですね。母子保健行政や児童保健福祉行政の中では、まったく話題になっていないと思います。特に児童の発達とかね、児童の福祉でもいいんですがね。そういうことを話題にするときに、こういう切り口が

まったく出てこないのです。母親のメンタルステイタスを問題にするということのスタンスがないですね。ソ・シャルモデルで見て、メディカル・モデルが全然入り込んでいないですよ。

地域保健は、行けない家族をいかに拾うかということにあるんですね。ところが、母子保健はここのところが、今のところすっぱり抜けているんですね。ある地域、小さい地域の中でご主人の相手の家族に対して親族の中でのステイグマになりますよね。

日本の公的病院というのは、患者を集めて院内で教育するというやり方ですよ。アウトリッチはあまりないですね。

地域によってギャップが生じるほどの内容は少ないと思いますが・

福祉は物質的な援助であって、そのいろんなスキルを与えとかさ、メンタルなサポートをすとか、家族調査をすとかそんなことはほとんどしていない。福祉のその領域の人には、病気っていう視点がものすごく入り込みにくい。

トレーニングには、僕なんかの経験では講義よりずっと力強い。やらざるを得ないということによって力をつけていく。

例えば、最近、岐阜の母が子殺しがあるでしょ。あれなんかは精神科的にチェックできそうな問題ですよ。もちろんマスコミはそういう視点では見てないし、社会もそうですからね。あのあたりから変えていかないとね。そこからこうと必要性を気にしだすというやり方が割と効果的ですよ。

b) 健康福祉部児童家庭課課長(医師):

産後うつ病や産後精神疾患の頻度については知らないが、大きな問題、例えば育児不安から虐待まで含まれている。母性の獲得にハンデイになると思う。だから、勿論、地域の健康問題であると思っている。重要なことは二点ある。

1) 母親、家族、一般人に対する知識の獲得が必要である。2) 相談窓口をもうけること。市

保健センターと県の保健所があるが、これを二本建てにする。産前と産後のシステムにギャップがある。行政上の母子保健とメンタルヘルスについては、市町村の対応では十分出来ない。

現在可能なことは人材の養成と研修である。生涯教育の場にもうした問題を提起するのも方法である。産後うつ病についてヘルスサービスの適切な対応に関しては、小児科からの協力が必要である。市町村センターに重点をおいて、活発なりエゾンをおこなう。現在の保健所では十分対応ができない。この問題は一般臨床での対応の方がよいと思われる。専門的サービスは2次のサービスになると思う。国や三重県の戦略ないし政策については、明確なものはない。しかし、母子保健振興事業により、人材を確保して、サポート体制ができればと思う。出産を取り巻くメンタルな問題に対する特別な対応は、今後母子周産期センターが先駆けてやれればと思う。現状では、産後うつ病の女性に対する対応では、事例について関連して知識があるのとでは大きな違いが生じる。この分野の保健婦の対応は難しい点がある。精神保健担当だけではなく。今後保健婦のローテーションなどの養成が必要となると思う。

地域のギャップあると思う。そして、教育や訓練に対する地域保健担当者の知識や研修、スキルに対するニーズはあると思う。専門的サービス、外来クリニック、入院施設などに対する母親からのニーズもあると思うが、施設の分布などに関してはわからない。こうした制約として予算の問題と、医師会の分断、小児科と産科医の問題ですね。

c) 三重県健康福祉部障害保健福祉課(保健婦):

産後のメンタルヘルスや病気についてはメンタルヘルスの面では大きいと思います。女性のライフサイクルの大きな出来事ですね。産後うつ病という言葉は聞いたことがあります。そ

の後産後うつの人を紹介されて訪問したことがあります。個人の精神病院のケースワーカーさんからです。慢性の分裂病の出産については直接対応したことはないですね。保健所で勤務していた時、「育児ノイローゼ的」な相談も多かったです。しかし、保健婦の立場からは産うつ病という診断を付けられれば一番いいですが、現実にはできませんね。地域の保健婦がトレーニングを受けて、構成面接方法などのスキルを持っているとわかりやすいですね。母性の神話については母性感じながらも、できない自分に混乱したりとかそんな人もいます。

予防への対応はとっても難しいかなと思います。それは、個々それぞれ生活様式も違うし価値観も違います。適当なヘルスサービスの問題は一般医療でやるべきだと思います。産院とか小児科医院と精神科関係あるいは精神保健行政との関連が全然できていないと思います。その場の限りでどっかに電話するとか、あるいは心の健康センターに電話するとかは書いていてもね、ちゃんとしたルートがないんですよね。そういうルートをきちっとその発信する側の意識改革がまず必要だと思います。それと受ける方の問題もあると思います。一度発信さえしていただければたとえば保健婦なら依頼をしていただければ対応可能だと思います。相談内容はちょっと一度みて個別に対応して専門的な部分もいるでしょうし、日々の相談というのもあると思います。細かい相談を行い、関わりながら適切な専門的機関に紹介する。

現場では母子保健と精神医療保健との絡みで保健婦自身が専門化されていないです。その地域のお医者さんがどちらに連絡をしていただくかということにもよると思います。個別対応の訪問や相談記録については、保健所は記録は残っていると思います乳児検診が保健所でなくなってきたあたりでやっぱり少ないかもわかりません。一般的な対応プラス専門的なサービスと

いうのも両方勿論必要だと思います。具体的な産後うつ病に障害に対するガイドラインというのは、担当の課ではまだないです。お母さんが子供をみれなければ一時そのお母さんの治療のために子供を施設に預ける方法として、児童紹介所が窓口となりますのでそちらに紹介しますね。産後精神病になって子供を施設に預けたというケースはあります。その子は1歳ぐらいでした。0歳児の場合でも乳児院があります。ちょっと訪問したことがありましたけどうまくいきませんでしたね。

職場での保健婦の立場的なものとか、児童相談所との問題などがありました。予防的または長期的にみた関わりが児童相談所には薄くて、相談があれば子供を施設にあずけよか、それで終始してしまって、保健婦としてはお母さんの訪問も必要かなあとも思いますけど、それ以上の関与が出来にくい状況です。こうした現状で産後うつ病の母親のサポートという問題を開拓していこうとするとなかなか難しいです。児童相談所のなかでは、保健婦は相談のラインに入っていないのです。ちょっと問題なのかなという時も、もうちょっとマンパワーを融通させられないかと思います。一度治療してみて、次ぎうまくいくようにどうサポートしていこうといった話し合いにはなりません。個別対応に終始しています。保健婦が遠慮がちというわけではなく、ご本人は関わりたい場合が多いです。地域によってまちまちですが・・・産後うつ病のお母さんの場合には、病院というよりとまず近くの精神科のクリニックみたいなところを紹介するケースが多いかもしれませんね。できたらクリニックですね。クリニックですとたとえば働きながら子供を抱えていたってそういう風になってきたときは時間の融通がつかます。残念なことですが、行政の中でこういう特別なりソースを提供するような立場、組織というものはいまんとこ無いですよ。いわゆるグループ

化みたいな形での現状の対応は難しいでしょうね。そうすると、児童家庭課と精神障害課がなんか合体するような形でやっていかないと難しいですね。人材だけ養成してグループ化して、その柔軟に対応できる機構としか機能とか今の組織では難しいですね。組織構造の中での変革があっても、スムーズには現状では、困難であると思います。対策官は両方またがって仕事をさせていただいているのですけども・・・

母子ユニットというのはしらないですね。それから産後うつ病についての専門的に訓練された保健婦とか、訪問保健婦というのは無いんじゃないでしょうか。

d) 三重県健康福祉部医務政策監(医師):

もちろん、産後うつ病は地域の健康問題です。産後うつ病についてヘルスサービスの適切な対応について、日本ではピックアップする時点で乳幼児検診がある。現在は市町村検診に変化しているために、状況は厳しいが、最低のスクリーニングが出来る体制が必要であると思う。何かをチェック項目にいれるとか。対応は現時点では保健所では無理である。能力的には医療機関が適切と思う。行政サービスからは効率や専門性の視点からは無理と思う。

現状では、産後うつ病に対する取り組みは、何も無いのではないと思う。特にメンタルの面は取り組みが一番遅いですよね。身体面が中心となってしまう、あらゆる面で遅れている。産後うつ病に対するヘルスサービスは数もあると思うので、専門分野でやれば望ましい。国や県の政策については今はないと思う。現在は単発の重症例を個別に対応しているのが現状ではないでしょうか？受身の形での個別対応ですね。出産を取り巻くメンタルな問題に対する特別な政策はないでしょうね。国の戦略、政策、ガイドラインというものもないですね。地方サービスの範囲とタイプとしては一般臨床ですね。産婦人科医ですか。そして、専門的なリソースを

提供するに責任のある組織は行政でしょうね。産後にうつ病になったり、精神疾患になった女性に対して、どんな既存のサービス、リソース、機関はないですね。

サービスの提供における気づかれているギャップと制約では、まずスタッフですね。教育を受けた人がいませんね。日本では標準化がなされていない。スタッフが一番必要と思う。それと、予算化の問題ですね。この確保が難しいと思う。

産後うつ病の抽出に重要な者はスクリーニングのスタッフと伴にその後のフォローアップ体制ですね。検出しても、対応が出来ないと言う点が問題ですね。

地域におけるギャップとしては、小児科と産婦人科の地域における関与はまちまちである。産婦人科がカバーしているところもあるし、小児科が関与させてもらえないという地域もある。いろんなパターンがあると思う。それと小児科医はお母さんを診ないですね。子供に関する情報を聞くことはあっても、お母さんの気持ちを聞く余裕はないですね。そういう意味でも連携は悪いと思う。

小児科医による出産前検診という新しいモデル事業はかなり先駆的ですね。

Prenatal visit を最も医師全部がやるかどいいうかという問題がありますね。助産婦さんのリソースも可能性があり、対応も可能かと思う。予想される困難はプライマリケアにおいての適正配置がなされていないのではないかと思う。欧米型のチーム医療というのは日本ではなかなか複数関与することは難しいと思う。コメディカルの助けが必要である。大学病院や県立の大きな病院であれば、そうしたモデル的なことをやって、その成果をコメディカルに訓練として反映させるというやり方が現実的ではないかと思う。こうしたモデル事業化は医療施設の成立が元来異なるために普遍化は日本ではちょっと困



難であるかもしれない。しかし、工夫はできると思う。助産婦のレベルであれば何とか検診でも、予算的にはスクリーニングは可能と思う。また、ちょっとした初期の対応は可能と思う。

e) 県立精神病院院長：

今の精神医療からみたら、かなり家族側に大きなストレスがかかると思いますけど、もちろん、本人以外に、例えば核家族とか経済的な問題とか、社会的にも偏見がある。特にいうのが、一番大きく感じます。今まで病気ではない人がお産して悪くなって、遑って話がややおこしくなるし、なおかつ予後を聞かれるとつらいとことがある。産後うつ病についてはあまり実際のところ知らないけれど、産褥精神病は昔からうちの病院にも来ます。

分裂病者の出産に経験はあまり多くない。後で聞いてきたりとか、総合病院で出産して悪くなったとかは聞くことがあります。ここで外来で妊娠して、また産後來るという症例はありますよね。総合病院との連携は特に無いと思います。例えば、やっぱり家族からの電話相談を聞いておると相当、家族内で対応が難しいと、そういうレベルまであるんじゃないと見取るわけです。ただ、そういう人たちに受診するようになるとしても私のところにはなかなか敷居が高い。電話でも匿名が多い。この病院ではある意味で言うと、かなり悪くなったの相談でしょ、もっと軽いところで相談できたら、対応も速ければ、そんなに大事にはならない。そこらへんでは間口を広くしておくという事はメリットがあるんじゃないですか。

地域で母子を含めた機能については、事前にはやっぱり来んと思う。1次、2次、第3次ぐらいの医療機関とした流れというのはやられていないです。現状は、個別対応で、産婦人科の先生から相談があって、みんな個別的相談ですよ。それに関連して、長く見た場合、例えば分裂病の患者さんは母性を獲得しにくい家族か

ら相談を受けられたことはあります。具体的な相談内容はやっぱり、現実に育てられるかどうか。実際、保育に関して調子が悪くなってきたら、できないわけです。そういうときに例えば、保育所に預ける、それがいいかどうかとか現実、保育所に預けるということをやろうとすると、母親自身、患者である母親がものすごく抵抗する場合がございます。わたしらの経験でも、それで解決するのはもう並大抵じゃないですね。母子ユニットみたいな精神科で赤ちゃんとか子供といっしょに居させるようなそういう施設が有ったら、また違うかもしれないですね。医療的入院となっているときは仕方が無いですよ。ちょっとかわいそうかなという感じですね。しかし、実際時期が過ぎたらやれるんですけれどね。その間のサポートは祖父母があれば、まだ助かる。ご主人との葛藤状況になってくるもんで、祖父母がいない家族ではうまくいかないですね。福祉系からの依頼はあると思う。分裂病の方はときどき入院するんですけどもね。まあ、数は少ないですし、後サポートしていくのはなかなか難しいですね。長い意味での経過は見れないですよ。だから、分裂病という狭い範囲でなくても、婦人相談所は非定型精神の領域で低所得の人で、本当に生活面とそういう精神面の両方を見ないいいかんという人は割りと多いでしょ。なんかそこは補強してあげないとあかんのかなとわりと思う。

今は保健所は母子の検診は市町村に移しているでしょ。市町村の保健センターがそこまで機能がやれるかどうか知りませんが。ある意味で言うと3カ月検診とか、何か月検診とかでチェックしてもらっておくとか、そうしないと、現実的には不可能とちがいますかね。

産後の相談窓口がはっきりちゃんとしておれば、いいと思う。不安を思った人は相談してくるし、そういうやり方でも私は良いと思います。経験者のデ-タを見直さないところが問題なの

か解かってこないと思うんです。段階がいるんとちがいます？プライマリ - でジェネラルで相談できる領域から、より専門家にバトン・タッチいくというか、そういうシステムになっておれば、一番望ましいと思います。

人的資源についてはなんとも言えないけれども、構造面はね、かなりね。やれる可能性はあると思う。私ところの病院は。それには、精神のリハビリと関係がある、リハビリで空床ができてこないといけない訳です。将来展望では、私ところの400床は多いから、そうなってくると役割機能というのを変えていってもいいんとちがうかと思います。敷居が低くなって、一般のメンタル・ヘルスケアの人も入ってくれるような時代になってくれば、こちらでも提供できるようになる。

地域でのこうした産後うつ病に関する行政、医療、福祉のサービスの提供というのは本当に機能しているとは思えないです。保健所の保健婦さんよりも市町村の保健婦さんの方がより家族を含めてみな知っているのです。そういう意味ではね、今は保健所の保健婦さんから市町村の保健婦さんの方へ主力が移ってますで、あの市町村の保健婦を、少し組織化してやったらいいと思います。やはり、村単位とか町単位の保健婦さんは家族がらみでね、身体的な重い病気のことから含めて精神的なことまでよう知っていますね。

予防という点では、やっぱり小児科医と産婦人科医に知識を持ってもらうのがいいですね。制約、制度的な問題については、今はちょっと、特に医療行政あるいは、保健行政は非常に流動的なんで。例えば、過去なんかは精神衛生に関して行政が非常に積極的であったかということそうではないんですね。だから、やっぱりあるいは行政側を動かすというか、そういう精神

科の力をぶっつけたかということもなかったから、行政側もそれほど動かんし、こちら側もそれほど望まなかった。やっぱり働きかけていって行政を動かすとそうしないといつまでたっても、それは展開はしてこないと思うよ。

以上

#### 関連文献

- 1) 岡野禎治:「マタニティブルーズ」新女性医学体系、第24巻「正常分娩」総編集 武谷雄二 編, 287-300. 中山書店(1998)
- 2) 岡野禎治 「産褥期精神障害」こころの家庭医学 保健同人社 1998.
- 3) Okano T., Nomura J., Kumar et al. Epidemiological and biological aspects of postpartum psychiatric illness, In Neurobiology of depression and related disorders(edited by J.Nomura), 143-161. 1998
- 4) Okano.T, N. Nagata, M. Hasegawa, et al: Effectiveness of Antenatal Education about Postnatal Depression: A Comparison of Two Groups of Japanese Mothers. Journal of Mental Health. 7, 2, 191-198, 1998
- 5) Okano, T. Nomura J., R. Kumar, et al: An epidemiological and clinical investigation of psychiatric illness in Japanese mothers. Journal of Affective Disorders. 48,233-240, 1998
- 6) 岡野禎治:産後の精神障害、女性の医学 16、日医雑誌 119 巻、7号 1998
- 7) 岡野禎治:周産期の精神障害、産科と婦人科 特大号「次回妊娠へのアドバイス」, Vol. 65 No11.1560-1565,1998