


2020年度 公益財団法人JKA公益事業振興補助事業
「産後うつ病と妊産婦自殺防止に関する啓発事業」



女性のライフステージと 女性特有のうつとの関係

一般社団法人 日本うつ病センター (JDC)[®]

KEIRIN



この事業は競輪の補助を受けて実施致します

CONTENTS

第 1 回
2020.11.27

02 うつのジェンダー：医療人類学的視点

講師 北中 淳子 先生 慶応義塾大学大学院 社会学研究科 教授・慶応義塾大学 文学部 人間科学専攻

06 女性のうつ病～精神療法の視点から～

講師 平島 奈津子 先生 国際医療福祉大学 三田病院 精神科
国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 心理学科 教授

第 2 回
2021.02.07

10 発達障害をもつ女性のうつについて ～悩みとその対処を中心に～

講師 宮岡 佳子 先生 跡見学園女子大学 心理学部 臨床心理学科 教授・精神科医・公認心理師

14 コロナ禍における母子と家族のメンタルヘルス ～周産期における不安・抑うつへの対処～

講師 山下 洋 先生 九州大学病院 精神科 神経科・子どものこころの診療部 特任准教授

第 3 回
2021.02.21

18 産後うつ女性のメンタルケア ～専門外来・病棟の実践を通してみえてきたもの～

講師 渡邊 博幸 先生 学会会木村病院 院長・千葉大学 社会精神保健教育研究センター 特任教授

22 妊産婦の方に生じるこころの変化～理解と支えのために～

講師 尾崎 紀夫 先生 名古屋大学大学院 医学系研究科 精神医学・親と子どもの心療学分野 教授
名古屋大学医学部附属病院 ゲノム医療センター長・遺伝カウンセリング部門長
名古屋大学 脳とこころの研究センター長

26 妊産婦のメンタルサポート～多職種連携の取り組み～

講師 小谷 友美 先生 名古屋大学医学部附属病院 総合周産期母子医療センター 生殖周産期部門 准教授

第 4 回
2021.02.26

30 周産期を支える支援者のための効率認知行動療法

講師 蟹江 絢子 先生 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
認知行動療法センター 認知行動療法部 医師・精神科医

33 老い・うつ病・認知症～医療人類学的視点～

講師 北中 淳子 先生 慶応義塾大学大学院 社会学研究科 教授・慶応義塾大学 文学部 人間科学専攻



第 1 回 2020.11.27.

うつのジェンダー ：医療人類学的視点



北中 淳子 先生

慶応義塾大学大学院 社会学研究科 教授・慶応義塾大学 文学部 人間科学専攻

哲学者のイアン・ハッキングは「何故、ある精神疾患は、ある時期に、ある地域の、ある人々の間で流行するのか」と問いかけています。確かに、「ジキルとハイド」が書かれた 19 世紀には多重人格が流行りました。そしてまた、無くなっていきます。

これ以外にも、フロイトの精神分析のもとになったヒステリーの大流行や、20 世紀の初めに全世界で大流行した神経衰弱などがあります。また、1980 年くらいまでは、日本では稀だと思われていたうつ病が、現在はたいへん増えています。

こうした精神疾患の増減は、かなり奇妙な動きをします。このことからハッキングは、科学の対象として 2 種類を考えなければいけないと言っています。自然種（原子など）と、相互作用種（精神疾患）です。自然種は心を持たない故、「本質」に関する客観的・中立的・普遍的な観察が可能です。一方、相互作用種は環境との相互作用、観察者との関係性、政治状況で「本質」も常に変化します。医師や社会のまなざしが対象を創るのです。精神障害は、歴史的・文化的な現象として捉えることができます。

ジェンダーの病として一番わかりやすいのは、摂食障害だと思います。拒食症と過食症からなり、重くなると認知の歪みが生じます。どんなにガリガリに痩せていても、鏡に映る自分は非常にふくよかに見えてしまう。だから、「食べなさい」という周りの声が嘘っぽく思えてしまう。そういう病気です。

摂食障害の原因については、いろいろな論がありま

す。初期には「発症原因は女性性の受け入れ拒否、女性としての性的同一性の獲得の失敗にある」（自尊心説）という精神分析的な説がしきりに言われていました。このような観点からみると、摂食障害は個人や家庭の問題で、心理的なレベルで介入すればよいということになります。

もちろん、そうした面も否めないのですが、1980 年代以降、フィットネスブームが起きたアメリカで摂食障害が大流行し始め、その後、世界中に広がりました。自尊心説に従うのなら、彼女たちのほとんどが、家族関係の病理などを背景とする心理的な病を抱えていることになります。日本でも、摂食障害は 1990 年代以降に急増しました。

全ての摂食障害が自然種的なものであれば、有病率などはある程度、一定であるはずですが、しかし摂食障害は、ある特定の時期にだけ急増する病です。この裏には、「女性の美」に対する意識の変化が大きくあったのではないかとされています。注目していただきたいのが、映画「風と共に去りぬ」で描かれているようなコルセットです。昔の女性たちは、極めて不健康で、とても辛くなるようなコルセットをはめていて、少し運動をすると呼吸困難に陥るような状態にありました。自分の身体を束縛することで、美を創っていたのです。

それが、シャネルスーツなどが出てきて、パンツスーツを着られるようになって、女性も服装を選べるようになりました。そして女性が自立を求め、社会的権利や自由を手にし始めるのですが、その同じ時期（1980

年代)に、摂食障害が急増しました。なぜでしょうか。

摂食障害の流行は西洋だけではありません。1985年まで電力もなかった太平洋の小島、フィジー島で、1995年からテレビ放送が始まりました。そして欧米のドラマが見られるようになって以来、摂食障害が急増しました。フィジーでは伝統的に、男女とも、がっちりした筋肉質の体が「美」とされてきました。しかし、テレビ放送が始まって3年後の調査では、10代の女性たちがダイエットに関心を持ち出し、約4分の3の少女が自分を「太り過ぎ」だと感じ、15%が「体重制限のために嘔吐をしたことがある」と回答しました。

女性の身体的解放や社会的解放は、心理的解放とはイコールではないのです。この原因は個人の精神病理ではなく、初期の精神分析医が言っていたようなことでもなく、むしろ「社会的に学ばれ、中毒になる症状」なのだと考えられます。そして、文化やジェンダーの考え方が、単なる誘因を超えて中心的な役割を果たします。摂食障害特有の「認知の歪み」といわれていたものは、実は米国文化の女性に広くみられるものであり、心理主義の見方だけだと、問題を矮小化することになります。摂食障害は、重症化すると死に至る病でもあります。

この病気の背景には、女性の社会進出による「アイデンティティ」の危機があると考えられます。その結果、「美」に「アイデンティティ」を見出そうとする動きがあり、消費文化と結合して、「美」は「てっとり早い自己肯定」につながったといわれています。

「ダイエットさえうまくいけば、すべてうまくいく」というような、一種の魔術的思考が広がりました。そして1980年代からフィットネスブームが起きました。鍛え上げられた体が美しいとされる一方で、脂肪は、怠慢さとか、意志の弱さとか、規律のなさとか、上昇志向のなさとか、そのようなイメージを持たれるようになりしました。女性のふくよかさはこの時期、道徳的にネガティブな意味を持たされていったのです。

(フィットネスなどで)身体をコントロールし、自らを極限まで追い詰め、自分の体をデザインし、作り出す。そのようなことが、よしとされるようになりま

した。職場で上司とうまくいかないとか、なかなか出世しないとか、毎日しんどいとか、そのように感じている女性たちがこの時期、「ダイエットをして達成感を得られた」と語っています。体重計に毎日のって変化をみると、自分の人生に目的がある気がして、不安全感や劣等感から一時的に目を逸らすことができたのです。

これは巧妙な支配の形だといわれるのですが、「私を選んで。私自身が美しく、スレンダーな体になりたいからダイエットしている」という、自己決定の神話が作られていきました。でも、ちょっと痩せたからといって急に自信が生まれるわけではありません。だからますますダイエットに励み、常に自信のなさに苛まれています。他者の目を内面化することで、自分が自分の主体であると信じようとするのだけれど、あまりにも儂いものなのです。

こういった一種の「アディクション」には心理的鎮痛効果があります。身体にこだわることで心の痛みを感じなくしたり、和らげたりする効果があるのです。一種の自傷行為と言えるのかもしれない。

ここからは、うつ病の話をしていきます。うつ病は欧米では長い間、女性の病とされてきました。しかし日本では、うつ病は長らく男性の病とされてきました。諸外国では、うつ病は女性患者が男性患者の2倍なのですが、日本では「男性に多い」と指摘されてきました。このことは20世紀初めから、精神科医の間で話題になっていて、2つの説がありました。「女性の社会的地位が低いために、医療につながりにくい」という説と、「女性の社会的地位が低いがために、男性のように社会的重圧を背負うことが少ない」という2つの説です。

1980年代以降に行われた疫学調査をみると、日本でも女性の方が2倍近いような率が出ています。それなのになぜ、男性の病として描かれることが多いのでしょうか。

医師は日々の臨床において、厳密な診断基準だけでなく、典型的な患者を想定したプロトタイプを用いて診断・治療を行います。そこには、社会での「常識」が書き込まれていることが多いのです。どのような人がうつ病になりやすいかだけでなく、誰が「正しい患

者」なのかを定める価値基準が反映されています。そしてプロトタイプは、病者自身の経験にも影響します。彼らの自己意識、受療行動、医師との関係性、回復への道のり、そして彼らの人生における病の意味を形作っていきます。

うつ病になる人は、真面目で、勤勉で、他者配慮的だと言われています。このようなうつ病の病前性格をメランコリー気質といい、精神科医の中井久夫はこれを「仕事の進め方、仕事への関わり方、職場での対人関係とその延長に関する事柄によって埋め尽くされている」と書いています。働く男性のあり方をうつ病の病理機軸の中心に置き、心身疲労のメカニズムに注目した生理学的・社会的モデルが、日本のうつ病の特徴なのです。従ってプロトタイプも、男性像で作られました。

こうした日本社会で、女性のうつ病患者さんは困難を抱えてきました。その1つが、「社会的承認の欠如」です。現在は少し改善してきたのかもしれませんが、周囲が女性のうつ病に気づかないことはよくありました。なぜなのでしょう。

私は「女性の症状のプレゼンテーションの違い」ではないかと感じました。男性の場合は、過労があって、高ストレスに晒されて、うつ病になる、という流れが目立つのですが、女性は、過労と仕事の重責に因果関係を求める単線の物語を語りません。かなり多様な、特にプライベート領域での複雑な葛藤が語られるのです。そのため、一見そこだけ聞くと、人生の悩みとどう違うのかわかりません。正当な病ということが前面に出てこなくて、悩み相談のようになるのではないかと感じました。これは、労働者としてだけでなく、妻として嫁として母として、とても複雑なストレス状況に置かれていることが原因ではないかと思えます。

こうした承認の欠如は、「医師患者関係の難しさ」にもつながります。信頼できる医師に出会えるまで、壮絶ともいえるほどドクターショッピングを重ねる人もいます。回復の道のりに関しては、慢性のうつ病を乗り越えた年配の女性は、男性と同様の語りをする人が多いと感じます。女性患者さんたちのインタビューで聞いた「この病をしてから、気負いがなくなった。なるようになれと思えるようになった」などの言

葉が印象的でした。ただ、終身雇用や年功序列といった、うつ病者に安心を与えてきた社会秩序が崩れつつある中で、ある種の諦観を通じて既存の秩序に戻っていくような回復の道は、男性にとってさえ困難なので、ましてや女性にとってはもっと難しいだろうと思います。

その結果、原因もまだ十分に解明されていない「うつ病」が持つ不確実性により、過剰なまでの自省ループにはまっていく女性が多いように思います。病気であることを認めて欲しいと願う一方で、自分のうつが本当に病気なのか、それとも自己実現の失敗に過ぎないのか、悩み続ける人もいます。そして、医者探しが自己コントロール・自己実現のプロジェクトとなる人もいて、病のもつ意味を巡って医師との「闘争」といった様相を呈しているケースにも出会いました。

21世紀の転換期まで、うつ病がストレスの病、過労の病として語られることは、あまりありませんでした。日本でうつ病の病因論がこれほど広まったのは、世界的にみてもかなり特殊なケースなのです。現在は、ヨーロッパやアメリカでも過労うつ病、過労自殺ということがいわれるようになっていますが、それは日本で、かなり特殊な発展をみせました。

これがもたらした大きな論点、気づきというのは、感情労働がもたらす「負荷」についてであり、人々の注目を集めました。後期資本主義社会では、それまで中心的だった肉体労働や頭脳労働に代わって、こころを使う感情労働が一気に拡大しました。「自分の人格を売りに出す」ことにもなり、自己疎外が起こると指摘されてきました。

確かに、気遣いや心配りが続くと、気が重くなるし、気が疲れるし、その結果、憂鬱になってうつ病になるというメカニズムがあります。これを改めて医学の俎上に載せて、社会的な救済への道を開いたのが、日本のうつ病論の画期的なところでした。それが新たな共感を呼んだともいえます。ただ、果たしてそれは男女平等のストレスなのか、ということに関しては、より考える必要があると思います。

ストレスの病、過労の病としてのうつ病論が、どういう共感を生み出すのかということも考える必要があ

ります。仕事のストレスに対する社会的共感はかなり生まれています。ですが、同じストレスを受けてもうつになる人とならない人がいる中で、なる人たちに対してどこまで共感できるのか、という問題が出てくるわけです。

その共感の危うさが明らかになったのが、「新型うつ病」ではないでしょうか。うつ病が「ストレスの病」「心の風邪」などと単純化されて語られたことで、「自分はうつ」とアイデンティティ化する人が急増しました。これは本来の「うつ病」像とはズレがあり、実際の治癒の難しさを伴いました。そして単純化されたうつ病像が、亜型の「新型うつ病」などを生み出しました。

彼らは本当のうつ病ではなく、怠けているだけだとか、未熟なのだとか、そうした言説が生まれました。そして共感の喪失を招き、新たな排除の構造が生まれました。

それでは、人々はどのように回復していくのでしょうか。以前、私がインタビューした方々や、自助グルー

プが行っていたような、執着を捨てて世俗的な関心から離れて、諦観に向かっていくような、そうした回復方法を可能にする場が、どんどん失われているように思います。

現在台頭しているのは、「新健康主義」です。心と脳の自己観察や監視を通じて、人生の最期まで「健康な脳」を保ち、理知的な生を全うしようとする動きです。これによって、データ化された自己への拘りや、軽量化された自己がもたらす新たな健康監視文化が作られています。

その中で、うつ病の回復では以前のような「生き様の回復」をする余地があるのかどうか。ただ、監視という意味の Surveillance には観察の意味もあります。自らを振り返り、自己を見守ることで、自己のケアが可能になるのかもしれませんが。自分の生き方までも問い直すことが、できるようになるのかもしれませんが。女性のうつをストレスチェックだけで測るのではなく、彼女たちが感じているストレスにも配慮するような医療が、それによって可能になるのかもしれませんが。

Q. なぜ女性のうつは男性よりも多いのでしょうか

バイオロジカルな面は確かにあると思うのですが、うつ病がメランコリアと呼ばれていた時代から追っていくと、欧米でもうつが男性の病と言われていた時期もあり、かなり変遷があるようです。うつ病が知性の病とか、創造性の病とか言われている時は、男性の病とされることが多いのですが、精神分析が台頭し始めると、圧倒的に女性の病になりました。

原因として考えられるのは、精神分析の主なクライアントは女性であったということや、精神分析の中で感情・悲哀の病として表象されたことなどが影響していると思います。ですから、精神分析の影響のもとに、うつ病のイメージが作られていく中で、女性の病という印象が非常に強くなったのではないかと思います。

第 1 回 2020.11.27.

女性のうつ病 ～ 精神療法の視点から～



平島 奈津子 先生

国際医療福祉大学 三田病院 精神科
国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 心理学科 教授

精神療法の種類は 300 とも 400 とも言われていますが、広い意味での精神医療法は、「人と人との相互交流を通じた治療的な営み」と言えます。今回の講演では、女性のうつ病患者さんに広義の精神療法を行う上で、有用な視点をお話しします。

まず、コロナ禍の女性たちの状況を取り上げます。2020 年と 2019 年の月別自殺者数の比較をみると、2020 年はコロナ禍の影響で、ずいぶん動きが違います。緊急事態宣言が出た 3 月から 5 月にかけては、例年よりも少なかった。この時期は私の外来でも、「楽になった」という通院患者さんが多かったのです。「引け目を感じないで済むようになった」とか、「在宅勤務で嫌な上司に会わなくて済むようになった」とか、いろいろな理由を聞きました。

それがだんだんと変わっていきました。7 月を境にして、9 月、10 月は自殺者が一挙に増える傾向がみられました。男性の若手有名俳優が自殺で亡くなった 7 月 18 日以降の 1 週間は、特に著明に増加しました。これはウェルテル効果というか、連鎖があったのではないかと想像できます。7 月、8 月は「同居者がいる女性」と「無職女性」の自殺が多かったという結果もありました。そして 8 月は、女子高生の自殺が例年より有意に増加しました。この時期は有名人の自殺が相次いだので、その影響もあったのでしょうか。

「いのち支える自殺対策センター」は、4 月以降の非正規雇用の職員・従業員の減少が女性において著しく、それが女性の自殺者数の増加に影響したのではないかと分析しました。また、「5 月、6 月における DV

の相談件数が前年同月比 1.6 倍になった」「(医師の正確な診断ではないものの)産後うつ病の発症が例年の 2 倍?」との調査結果もありました。確かに私の外来患者さんたちも、この自殺者数が多くなった頃から具合が悪くなったり、初診の方がまた増え始めたりしました。

どうしてかという、オンラインの勤務をしていて行間がよめなかったり、何が起きているのかわからなかったりする中で、対人関係に敏感な女性たちが、非常に具合が悪くなってしまったのです。自粛、自粛で子育ての悩みも自分で抱えなければならなくて、「参っちゃった」という方とか、旦那さんが家で在宅勤務をしていて、なかなか自分のペースがつかめず喧嘩ばかりしてしまう方もいました。女性の自殺者数が今後どうなるのか、心配です。

続いて、女性のうつ病の話に入っていきます。まず、女性のうつ病の特徴をいくつか挙げてみます。有病率は男性の 2 倍から 2.5 倍。再生産期(周産期・育児期)の有病率が高く、半数以上の方が月経周期の影響を受けます。季節性(秋・冬に具合が悪くなる)、非定型病像(食欲が増したり、過眠が多かったりといった定型的ではない病像)が多く、対人関係の問題が発症契機になりやすい。自殺企図のリスクが高く、既遂率が低い。治療反応、経過、機能的な予後には有意な性差がみられない。こうした特徴があります。

なぜ女性にうつ病が多いのか。これには「遺伝子」「性ホルモン変動」「神経伝達物質」「不安障害の併存」「甲状腺疾患の併存」「ジェンダーロール」「経済的・社会

的な不均衡」「幼少時の虐待」「パーソナリティ」「対処様式」など、いろいろな仮説があります。

症状にはそれほど性差がありません。性差は、症状の訴え方などに関係するのかもしれませんが、女性に非定型病像が多いことと関係するのかもしれませんが。ただ傾向としては、「食欲増加」「体重増加」「感情易変性」「精神運動制止」「心気」「自殺未遂」「家庭での機能低下」「治療希求性」（つらいということを訴えやすい）などが女性に比較的多いとされます。男性に比較的多い症状としては「性機能低下」「自殺既遂」「仕事での機能低下」「症状の否認」などが挙げられています。「性機能低下」は女性にもあるのですが、訴えない人が多いです。先ほど挙げた「性ホルモン変動」の影響を、月経前の黄体期や産後、更年期に受けやすい女性が一定数いることも知られています。

続いて「ジェンダー化されたパーソナリティ」の話をしていきます。これは女性、男性の両方に関わります。フェミニストとしても知られるチョドロウという精神分析の研究者が、こう言いました。

「養育者が乳児の中のジェンダーに出会うように、乳児は養育者の中のジェンダーに出会う」
「母は女兒と一体であるという空想を描く」

私たちが「自分は男だ」とか「自分は女だ」と思うのは、産まれた時に、産科医や助産婦さんが「男の子ですよ」「女の子ですよ」と言ったことをお父さんやお母さんが鵜呑みにして、子どもに教えたからです。ですから、それが違っていたという人は一定数いて、肉眼ではわからない性差、ホルモンバランスであったり、内性器の問題であったり、そういう人たちが悲劇を味わうのです。そういう意味で、私たちが当たり前「女だ」「男だ」と言っているのは、結構いい加減な所で決められていて、それが私たちのパーソナリティに大きな影響を及ぼしているのです。

女の子だと思って接する赤ちゃん、男の子だと思って接する赤ちゃんは、同じ表情をしていても、私たちは違うように受け取るという研究報告がたくさんあります。そして、養育方法も変わってきます。その意味で、「ジェンダー化されたパーソナリティは作られたものである」ということができます。私たちは成

長する中で、そのジェンダーに逆らったり、ステレオタイプなものを受け入れたりしながら、生きています。それを意識していくことが必要ではないかと思っています。

タイソンという児童精神分析家は、こう言っています。「娘は母との同一化に支えられて、自分が女性であるという感覚を育む」。人生の早期には男児も母と同一化するため、男児の性別同一性は女児に比べて揺らぎやすく、ステレオタイプの性別同一性を確立するためには、母との距離をはかる必要があります。

このように、パーソナリティはジェンダーの影響をかなり受けます。精神分析家のマックウィリアムズは、このことを症例研究の中で結論づけて、こう書いています。

「ほとんどの家庭で、主たる養育者は女性であるため、女児は過度の愛着によって特徴づけられる障害～たとえば、抑うつ、マゾヒズム～に冒されることがより多く、男児は他人からの過度の隔離を呈する障害～たとえば、シゾイド、精神病質～に冒されやすい」

これを私なりに略すと、女性は「他者の援助を引き出す障害」（うつ病や不安症）に、男性は「他者の援助を拒む障害」（アルコール依存症などモノに頼る障害）に冒されやすい、と言えるように思います。自殺未遂が女性に多いのは、SOSを出して他者の援助を引き出すためのサインかもしれません。一方、男性はSOSを出さないうちにポキッと折れてしまう。だから既遂が多い、ということがあるのかもしれませんが。

男性と女性が組みになった二卵性の双子 1057 組を対象とした米国の研究があります。1940 年から 1974 年に誕生した人を追って行って、面接をした研究です。その結果、女性は情緒的なサポートが厚いほど、うつ病のリスクが低く、男性は情緒的なサポートが薄かろうが厚かろうが、うつ病のリスクにそんなに変わりはありませんでした。つまり女性は、対人関係に支えられることが多いといえますが、これは諸刃の剣であり、対人関係によって悩まされ、それが発症の引き金になることも多いのです。

女性は「優しくあれ」とか、人の情緒をくみ取るこ

とを優先する育てられ方をしていますので、情緒にかなり敏感になっています。一方、男性は情緒的なサポートよりも、野球を一緒にするとか、活動的なアクティビティの方が支えになるのではないかと、この論文は書いています。

対人関係が諸刃の剣になる女性にとって、現代の職場はなかなか大変です。女性の管理職が少しずつ増えていますが、男性からも女性からも突き上げを食いやすい部分があります。女性同士では、非正規雇用社員と正規雇用社員、総合職女性と一般職女性、未婚若年女性と育児中の女性、などの間で対立がよく起こります。この要因としては、仕事や家庭のことで手一杯になっていて、相手への想像力がなくなっているからだと思います。こうした状況の中で、女性が精神疾患を発症したり、参ってしまったたり、ということが起こっています。

続いて、「うつ」を呈しやすいパーソナリティについての話をします。精神分析医は、うつの捉え方の1つとして「防衛としての『うつ』」という言い方をします。へとへとに疲れ果ててダムの水が枯渇する少し前に、うつ症状が出る場合があります。こうした場合、うつ症状があっても従来のうつ病とは限りません。

ダムの水がまだ残っている状態で表れるうつ症状には、「好きなことはできる」という特徴がみられることがあり、「さぼりではないか」とあらぬ疑いをかけられます。そうはいつでも症状は出ているので、それなりのSOSだとみる必要があります。そうしないと、いずれダムの水は枯渇します。下げ止まっている時点で救わなくてはいけないのです。

このように、心身が「壊れる」のを避けるために表れる症状は「うつ」だけではありません。体の症状にも表れます。頭痛や胃痛、あるいは「物質乱用・依存」などの方法で「防衛」することもあります。こうした防衛の側面をみないと、早期発見はなかなかできません。防衛している人を「仮病」とか「怠けている」と言うてはいけないわけです。治療では、うつ症状の背後に隠れている「心の真実（悲哀・痛み）」に向き合えるように援助します。

うつは以前、抑うつ的パーソナリティによるものと

みられていた時期がありました。最近は言われなくなったのですが、改めて見直すと様々なことが分かるのではないかと感じています。私が2019年に雑誌に書いた抑うつ的パーソナリティに関する文章をご紹介します。

「抑うつ的な傾向が生じる要因には、素質に加えて、早すぎる自立や拒絶された体験、あるいは幼少期の親の離婚や死別などの喪失による悲哀が何らかの理由で十分に処理されなかったことが考えられる」

「その際、子どもが適応のために用いた主な防衛は、理想化と取り入れである」

「すなわち、彼らは、失った対象の肯定的な側面を理想化し、否定的な側面を自己の一部として感じることによって、喪失体験を克服しようとする。そして、さらなる喪失を防ぐために、怒りは自己へと向け換えられる」

拒絶されたような否定的な体験は思い出すと辛いので、「自分が悪いからだ」と読み替えて取り込み、克服しようとするのです。そうやって適応しようとするのですが、また違う人から拒絶されないように、嫌なことがあると怒りを自己へと向け換えるようになる、と考えられています。

その結果、見かけ上は快活に見えても悲哀感情を潜行させ、意識的な自責の念を持つようになります。彼らは内心、「喪失の原因は自分にあり、それを知られたら誰もが自分から去っていく」と恐れ（信念）を抱いています。「もっと親切にすべきだった（だから自分は悪い）」と思い悩んだり、精神病的な人は「うつ病になったのは悪い自分への罰だ」と確信したりします。

理想化は、彼らの自責と呼応するもので、道徳的な面で他者を理想化します。そしてしばしば、愛他的行動や社会的な貢献によって自責感を打ち消そうと試みます。それ故、これらの活動の中断で抑うつ状態に陥ることがあります。一連の防衛が破綻した時に、彼らは抑うつ的になるのです。

以上の理解に基づくと、抑うつ的パーソナリティ患者の治療では、彼らが治療者に対して抱くネガティブな情緒や考えを歓迎し、患者自身に対するネガティブ

な空想を取り上げ、検討することが役立つと予想されます。また、治療関係の中での（沈黙やセッション間での治療者との分離などの）喪失体験を通して、患者が親密さの意味を学ぶことも新たな心の視野を獲得することにつながります。このように、うつの治療といっても、パーソナリティの治療になる場合もあるのです。

続いて、自虐的なパーソナリティについて取り上げます。自虐的に振る舞う人は、意識的・無意識的に何らかの目的を持って、痛みや苦しみに耐え忍んでいます。性的なサドマゾ思考がある人のように、痛みや苦しみから快感を得ているわけではありません。例えば、手首を自傷して痛みを体験することで、現実感を取り戻したり、恋人の関心を引いたりすることを期待している人もいます。

自虐的な人が抑うつになると、「私はこんなに苦しんでいる」ということを示して、他者からの攻撃や非難をかわそうとする無意識的な心理が働くことがあります。自分の痛みや苦しみを、相手を苦しめようとする意図が込められることもあります。一方で、自己犠牲的、あるいは献身的に振る舞い、聖人や英雄と呼ばれる人もいます。

こういう人たちは、「自己の苦痛」と「他者の愛情

や関心、あるいは自尊心の高まり」とが関連づけられた反復強迫（類似のストレス状況に繰り返し陥る人間の習性）によって構造化されます。反復強迫の動機のひとつは、他者との関係を維持する方法として、過去の関係性を利用しようとすることです。例えば、子どもが親にどんなに虐待されたとしても、それが親との唯一のつながりであった場合、それは子どもにとっての快感や愛情の源泉となるため、その後の対人関係でも愛情を維持する手段として、過去のやり方が使用されます。

こうした理解に基づいて、治療者は万能的に振る舞ったり、自虐的な患者を模倣したりしないように心がけます。休日是对応しないなど、自己犠牲的な治療者にならないことが重要です。治療者は自分が「できること」と「できないこと」を認識し、そのことを患者と言語的に共有したり、患者の現実的な関係にも注意を払ったりすることで、患者が「これまでとは異なる生き方を発見したい」という動機を持てるようになります。

精神療法は先入観を嫌うけれど、同時に、ある「視点」に立たなければ見えてこない世界があることも教えてくれます。

Q. うつは性格ではないという話も聞きました。それについて教えてください

従来型のうつ病をうつ病だとすると、うつ症状は出ていてもうつ病とは限らないものもあります。ホルモンバランスや不安症、身体の病気から影響を受ける人もいて、そのことがパーソナリティに影響することもあります。私はパーソナリティも含め、複合的にみていく必要があると思っています。

第 2 回 2021.02.07.

発達障害をもつ女性のうつについて ～ 悩みとその対処を中心に～



宮岡 佳子 先生

跡見学園女子大学 心理学部 臨床心理学科 教授・精神科医・公認心理師

発達障害とはどのようなものでしょうか。3点を挙げてみます。太字は特に大事な所です。

- ① **脳の機能**に障害がある。
- ② コミュニケーションがとりにくい。注意力がない。
特定の学習ができない等の症状が**小児期より**始まる。
- ③ このため、日常生活、社会生活、学校、職場などで**支障**が生じる。

発達障害は、「自閉スペクトラム症」（自閉症スペクトラム障害）、「注意欠如多動症」（注意欠如多動性障害）、「学習障害」などがあります。自閉スペクトラム症と注意欠如多動症の両方を持つ方もいます。

自閉スペクトラム症 (ASD) の「スペクトラム」とは、「連続体」のことです。異常と正常は一直線上にあるという考え方です。正常の中にも、人との関わりが少しくまいていない人もいます。異常という診断がつく方と、正常の方との間に、グレーゾーンの方もいます。

広義の自閉症である自閉スペクトラム症は、言葉の遅れのある自閉症（カナータイプ）、高機能自閉症、言葉の遅れのないアスペルガー症候群、を含んでいます。自閉スペクトラム症の症状で大事なものは、ローナ・ウィングというイギリスの精神科医が提唱した「三つ組」の障害という特徴です。

これは、「社会性の問題」（他者との交流が困難）、「コミュニケーションの問題」（言葉や仕草での表現・理解が困難）、「イマジネーション障害」（想像力を持ち

にくい、変化が苦手、こだわり）の3つです。自閉スペクトラム症はこのように、症状がとても抽象的です。患者さんによって、症状の出方がかなり違ってきます。

社会性の問題は、子どもでは「近すぎ」（見知らぬ人に言葉をかける等）と、「遠すぎ」（お母さんの後追いが少ない等）があります。大人になると「親密な付き合いが苦手」、「極端に馴れ馴れしい／極端に気を遣う」（距離感がつかめない）、同年齢の仲間関係を作ることが難しい、というような形で表れます。

コミュニケーションの問題は、子どもでは「興味があるものは言えるが、『ママ、パパ』と言わない」。大人になると「たとえ話や冗談がわからず字義通りに受け取る」「一方的に話す」「表情や身振り、手振りを読み取れない」などの問題が生じます。

また、イマジネーション障害は、子どもでは「不確定要素を受け入れられない」「同じ道順・置き場所、特定のものに関心」などが目立ちます。大人になると「自分なりの日課や手順。変化を嫌がる」「時間の予測や見通しを立てられない」ということが起こります。しかし、こだわりの強さゆえに「特定のこと（鉄道、科学、歴史など）に詳しい」という面もあります。

三つ組以外の症状としては、感覚異常が特徴的です。聴覚ですと、音に敏感で周囲の雑音や特定の音（ティッシュを箱から取り出す音など）が気になります。視覚では、ゴチャゴチャしたのを見ると嫌がる、あるいは、光が強く感じて「パソコンの画面を見るの

もつらい」とおっしゃる方もいます。触覚ですと、洋服の首の部分のタグが肌にあって嫌だとおっしゃる方がいます。味覚ですと、ある味がすごく嫌だとか、偏食になりがちということがあります。

「三つ組」の障害は漠然としていますが、感覚異常があると、自閉スペクトラム症を疑う大きな手掛かりになります。

次に、注意欠如多動症 (ADHD) です。症状は大きく分けて2つあり、「不注意」と「多動性・衝動性」です。不注意には、「細部を見過ごす」「講義や会話に集中できない」「課題ができない」「順序だててできない」「気が散りやすい」「なくしものが多い。忘れっぽい」などがあります。「多動性・衝動性」としては、「体をそわそわ動かす」「席を離れる」「じっとしていられない」「走り回る」「しゃべりすぎ」「順番を待つのが苦手」「人を妨害する」「人のしていることに口出しする」などです。大人になると多動性は幾分和らぎ、落ち着かない感じだけになることもあります。

上記のような発達障害の症状で周囲とうまくいかず、失敗体験が多くなって孤立すると、二次障害が起きてきます。二次的にうつや不安が生じたり、自己評価が低下したり、不応や不登校を来したりします。

大人の発達障害には、「子どもの時から発達障害の診断がついている人」と、「子どもの時には症状が目立たず、大人になってからうつ、不安、不応などの症状が出る人」がいます。

大人の発達障害があると、うつ病になりやすいことが知られています。二次障害としてのうつの他に、発達障害とは余り関連がないうつになることもあります。発達障害は男性 (男の子) に多く、男女比は ASD で 4 対 1、ADHD で 2 対 1 という報告があります。ただし、女性は表面に表れる問題行動が男性より少なく、小児期は気づかれずに大人になって受診するケースもあります。

ラザルスというアメリカの心理学者が提唱したストレス理論というものがあります。それによると、ストレスにはストレスとストレス反応があります。ストレスとはストレスになる原因、ストレス反応と

は、結果として起きる心身の症状をいいます。疲れ、不眠、痛み、うつ、不安、イライラなどです。ストレスによってストレス反応が起こる過程で、「認知と対処」が介在し、ストレス反応を強めたり弱めたりします。

認知とは、ストレスをどうとらえるか、ということ。大したことはないと思う人もいれば、大変だと思う人もいます。同じ人でも、時や状況によって異なる場合もあります。対処 (コーピング) とは、ストレスにどう対処するか、ということ。問題を解決してみる、避ける、相談する、仕方ないと思う、いつか役に立つ体験だと思う、気晴らしをする、穏やかな気持ちを持つ、などです。これは人、時、状況によって異なり、問題解決コーピングを取る人は、心の健康度が高いと言われます。しかし、いつも問題解決コーピングを取れるわけではなく、取らない方がストレス反応を減らせる場合もあります。

例えば、忘れっぽいというストレスがあるとして、これを「かなりまずいな」と認知し、「メモしよう」とコーピングします。すると、不安が減ってストレス反応が減ることになります。コーピング次第で、不安が増えたり減ったりするのです。これは、発達障害の支援でも大事な部分だと考えています。

私は昨年、発達障害の女性患者さんに「悩みと対処のアンケート」を実施しました。対象とした 21 症例のうち、「うつがある」と判断された 11 症例を分析しました。結果をまとめますと、人間関係の対処がとても難しいようです。それでも、片付けや忘れ物、時間管理は頑張って工夫し、対処している (うまくいかないこともある) ことがわかりました。

大人の発達障害の治療には、心理療法、薬物療法、リハビリテーション療法があります。心理療法は、精神療法やカウンセリングともいいます。これは、「気持ちを安定させる」「低い自己評価を上げる」「対人関係、仕事、生活などの悩みに対するアドバイス」ということをしています。発達障害自体は、そういう特性がずっと続きます。ですから気持ちの面とか、自己評価の面とか、様々な悩みに対して、具体的に助言をしたりします。

薬物療法に関しては、ASD の治療薬はありませんが、ADHD は治療薬があります。あとは、二次障害に対する治療に薬物を使うことがあります。リハビリテーション療法は、病気そのものを治す治療ではなく、残された機能を向上させたり、社会復帰や自立を目指したりする療法です。精神科では、デイケアで通院患者さんを対象に行うことが多く、病気の理解、社会性や自信を強める、生活リズムをつける、などが目的です。ワーク、話し合い、レクリエーションなどのプログラムがあり、発達障害専門のデイケアが少しずつ増えています。

発達障害の女性へのアドバイスとしては、4 点を強調したいと思います。1 つ目は、「規則正しい生活を心がける」ことです。睡眠、食事、運動なくしては、心の健康は得られません。発達障害に加えて睡眠障害がある人は多く、その場合は睡眠のリズムを記録してもらうこともあります。

Q.

今回は女性の発達障害というテーマですが、対処方法には女性特有の特徴があるのでしょうか。性差はあまり関係ない印象を受けています。いかがでしょうか

発達障害とはちょっとずれますが、女性は男性以上にいろんな役割を担わされていると思います。家庭とか、職場とか、親戚付き合いとか、子育てとか、いろいろあります。ですから、そうした環境によって、ストレス反応が男性以上に起きやすいような気がします。性差はあまりないかもしれませんが、女性特有の環境というのがありますので、その環境をよく聞いて、それに対して一緒に考えてあげるといった対応法は大事だと思っています。

環境はそんなに簡単に変えられるものではありません。でも、支援者が一緒に考えることでサポート感を得られますので、一緒に考える姿勢は支援者にとって大事なことだと思っています。

2 つ目は、「月経前症候群、月経前増悪のある人は、この時期に無理をしない」ということです。場合によっては薬物療法も考慮するとよいと思います。3 つ目は、「簡単にできる小さな気晴らし」をたくさん持つことを勧めています。「暖かいココアを飲む」「動物の動画を見る」など、小さな気晴らしのリストを作っておくとよいでしょう。4 つ目は「最低限のこと（家事、身の周りのこと等）でも、できたら自分で自分を高評価する」ことが大事です。こうしたことが、うつの改善にもつながっていくと考えています。

職場や家庭などでの周囲の方々には「成果やスピードばかり求めない」「違いを認める許容度をもつ」「気兼ねなく聞けたり、相談できたりする雰囲気を作る」ことをお願いしたいと思います。発達障害の人が生きやすい社会を作りたいと思っています。

Q.

ASD の方には、物事を大きさに表現する人はいますか。私の部下にそのような人がいて、どこまで信じたらいいのか対応に苦慮しています

一方的に話すような傾向は、ASD の人にあります。認知の仕方が他の人とは違っていたりして、周囲が『あれっ』と思うこともあるかもしれません。実際以上に大きなことを言うことも、ありうると思います。ですが、「よくある」とまでは言い切れないと思います。

ASD は症状の出方が人それぞれなので、この方は大きさに言う傾向があると捉えた方がよいかもしれません。その上で、あまりにも大き過ぎる話であれば、『本当なのか』と確かめてみるのがよいと思います。『ちょっと大き過ぎじゃないか』と、時々返すのがよいと思います。周りの人も適度に受け流すような上手な対処が必要かと思っています。

Q.

発達障害について、家庭や友人、職場に開示した方がよいでしょうか。また、それはどんなタイミングがよいでしょうか

ケースバイケースだと思います。このあたりは、主治医や家族とよく相談した方がよいと思います。一般就労をしている場合、発達障害とわかったことで巧妙に解雇されてしまうケースもあります。その一方で、わかったことで理解を得られることもあります。周りによく相談して決めた方がよいと思います。

Q.

発達障害の人が周囲にいた場合、どこへの受診を勧めたらよいでしょうか。女性の発達障害に詳しい医療機関を勧められるとよいのですが

発達障害を専門にうたっているクリニックや病院もあります。そこだとシステムは整っていると思いますが、発達障害に適した医療機関かどうかは、はっきりわかりません。ですので、これはなかなか難しいご質問です。注意して選んでください、ということですね。

Q.

私たち親子は ASD や ADHD のグレーゾーンにいるような気がしています。家族間でうまくやっていくコツがありましたらアドバイスをください

できるだけコミュニケーションを良くして、お互いにいろんなことを話し合うことが大事だと思っています。家族の人間関係というのは、職場や友人との人間関係と違って、もめ事もよく起こりやすいのだけれど、毎日付き合わなければいけない関係なわけです。ですから、もめる事があってもそれは忘れてしまって、また何事もなかったかのように毎日を過ごす心構えが大事だと思っています。

第 2 回 2021.02.07.

コロナ禍における 母子と家族のメンタルヘルス ～ 周産期における不安・抑うつへの対処 ～



山下 洋 先生

九州大学病院 精神科 神経科・子どものこころの診療部 特任准教授

コロナ禍が広がりを見せた 2020 年の秋、女性の自殺の急増が報じられました。背景には、貧困率、ケア労働の負担増、配偶者間暴力、喪失体験、サポートやネットワークの減少、社会的孤立などがあると考えられます。

これらの社会的逆境や外傷的出来事の集積は、国内外を問わず生じており、妊産婦も例外ではありません。昨年、ロックダウン下にあるカナダから報告された論文のタイトルに、「MOMS Are Not OK」というものがありました。国際的にも、妊産婦の不安抑うつ症状の増加が報告されているのです。

このような不安、抑うつ、および外傷的ストレスの影響は、家族や子育てのあり方にも及びます。妊産婦の高いストレス状態への曝露は、子ども世代にもエピソード的な変化をもたらすと考えられています。養育者としての女性の認知・行動の変化の持続は、子どもとの間の非応答的な相互交流パターンを生じ、神経発達など子どもの成長発達の過程にも否定的影響を与えると懸念されています。

急増する自殺に関連して、近年、妊産婦死亡における自殺の比率の高さが産婦人科領域で注目されています。2015 年に東京都がまとめた過去 10 年間の妊産婦自殺数の年次推移をみると、妊娠中の自殺の 40%、産後の自殺の 50%が、うつ病をはじめとする精神疾患との関連が考えられました。

周産期（産後 1 年まで）は、メンタルヘルスの問題が見逃されやすいのですが、実はメンタルの不調

が起りやすく、重要な時期です。女性のウェルビーイングやヘルスプロモーションの視点から、社会的資源を活用する必要があります。海外でも、この時期からの早期介入の価値が強調されています。母子と家族の負担を減らすための予防的介入や、多角的心理社会的評価であるユニバーサル・スクリーニングが必要とされています。

こうした総合的なケアの受け皿として、多機関・多職種が連携したシェアプログラムが求められています。既存のシステムの統合は、日本では 2018 年にできた基本法の中に理念法として記されています。健やか家族 21 の重点課題でも、親に寄り添う支援や、妊娠期からの児童虐待防止対策が挙げられています。

周産期に母子関係で問題を生じやすい要因としては、母親側は「メンタルヘルスの問題」「母親のアタッチメント・対人関係の問題」「予期せぬ・望まない妊娠」が挙げられます。また乳幼児側は「気質・発達特性」「医学的問題」「不安定アタッチメント」があります。そこに「貧困、住環境の問題、サポートや交流の乏しさ」といった育児環境要因が影響します。

周産期女性のメンタルヘルス問題への介入には、ケアへのアクセスの課題があります。周産期女性は、心のケアや治療を求めない傾向があるのです。心の不調を周囲に打ち明ける困難さ（社会的スティグマ・セルフスティグマ）もあると考えられます。こころの不調は特別な事態ではなく、誰にでも起こりうることを伝え、十分な情報を常に提供し、バリアを減らしていくことが重要と考えられます。こころの問題を語りやす

い環境づくりが必要です。

英国の資料では、周産期精神疾患の発症率（妊産婦 1000 人対）は、「産後精神病」が 2、「慢性の重症精神疾患の増悪」が 2、「重症うつ病」が 30、「軽度から中等度のうつ病、不安症」が 100～150、「心的外傷後ストレス障害」が 30、「適応障害や苦痛」が 150～300 とされています。

周産期うつ病の発症率は、軽症を含めると 10% から 30% とされ、国内でも同様の結果が出ています。発症の時期は、妊娠中は初期から幅広い時期にわたり、産褥期では産後 2 週で既に症状が出ている女性が多いと考えられます。その一部は 4 か月以降に重症化する例があります。重症例は 1～2 割です。軽症は精神医療以外の関わりの機会が大きいと考えられます。

また、注意すべき点として、産後のうつ病エピソードであっても、50% は出産前から始まっていることがわかっています。この意味で診断基準では、妊娠中から産後 4 週以内の発症を周産期発症（周産期うつ病）という言葉で最近是用いています。

発症のリスク要因には、「精神科既往歴がある」「育児のサポートがない」「ライフイベントがある」「子どもの側の要因（育児負担増につながる様々な問題）」が挙げられます。こうした問題をキャッチするには、周産期医療がその出発点と考えられます。そして、地域保健活動への引き継ぎを行い、各領域で情報を共有しながら、共通のツールを使用して支援することが大事になります。

そこで取り組まれているのが、産褥健診や妊産婦健診で行う自己記入式の質問票によるスクリーニングです。標準化された質問票を使います。日本産婦人科医学会と日本精神神経学会などが共同で考案したのが、エジンバラ産後うつ病質問票、赤ちゃんへの気持ち質問票、心理社会的リスクの総合評価、という 3 つを組み合わせたスクリーニングによる支援です。

エジンバラ産後うつ病質問票は全 10 項目で、うつ病の基本症状や不安症状などを確認します。点数が高い方には、傾聴と共感の面接をしながら、うつ病の症

状などを確認していきます（2 次質問）。楽しみの喪失、抑うつ感、不安、睡眠障害などを確認し、これらの症状によって社会生活に支障をきたすことが 2 週間以上持続している場合は、うつ病の可能性が高いと判断します。

スクリーニングの場でも傾聴は大切です。「もう少しお聞かせください」と問いかけ、妊産婦の思いや考えを否定せずに聴くことで、メンタルヘルスに関する様々な情報を得ることができます。母親の用いた言葉を繰り返しながら、家事、育児、社会生活の支障に目を向け、具体的に把握します。先入観や予見をできる限り排除し、白紙の状態から情報を積み重ねることで、肯定的なつながりを築くことができます。赤ちゃんへの気持ちに関する情報（可愛いと思えない、泣き声が辛い、夜泣きして寝ない、泣き止まない等）など、様々なサイン・ニーズに気づくことも重要です。自己否定・自責的な発言や、自己を危険にさらすような行為や発言もしっかり聞き止める必要があります。

赤ちゃんの発育・授乳や子育ての仕方について、質問する人は多くいます。ですがその中で、同じ悩みを繰り返し質問する場合は、うつ病の症状である集中困難や反芻思考、また知的障害のある方の場合、説明に対する理解困難なども考慮されます。

支援の必要性の判断については、母親だけを考えますと、育児やセルフケアができない状態が援助レベルの基本になると思いますが、「ミルクを作り、おむつ替えもできるが、赤ちゃんを見ても楽しくはない」というような育児困難レベルへの援助も必要と考えられます。ここに多職種連携をする重要性があると思います。

この時期はうつと同時に、不安症もみられやすくなります。「全般性不安症」（一時的な育児不安とは異なる持続する心配や緊張。子どもにも分離不安がみられやすい）、「パニック症」（パニック発作があり、予期不安で外出が困難になるなど育児に支障が生じる）、「強迫症」（手を過度に洗うなど不必要と思ってもやめられない。自信のなさから強迫的に育児、家事をしている）などがあります。周産期・育児期の発症は多く、頻度は数%と高くなっています。育児不安から子どもとの関りが回避的・過干渉になりやすく、

幼児期の子どもにも不安定な愛着パターン（回避・両価型）がみられやすいことが知られています。

うつ症状を示す方の中には、双極性障害の方もいます。ハイテンションと落ち込みの状態が急速に交代し、衝動的な行動もみられやすいため、育児や家庭生活が不安定（家族機能不全）になりやすくなります。育児態度も、過剰に共感的な没頭から、否定的・悲観的な思い込みに変化することがあり、極端な場合には、不適切な養育（ネグレクト）や心理的・身体的虐待が懸念されることもあります。

発達障害の方の場合は、子育て場面での発達障害特性の表れ方に留意します。自閉スペクトラム症では、相手の立場に合った状況判断が難しいことから、「一方的な関わりまたは放任」につながる可能性があり、マルチタスクが難しい特性から、「時間がかかりすぎる、フリーズ、パニック反応」といったことが起こる場合もあります。

注意欠如多動症では、順序立てた活動の困難さから「安全な育児環境づくりの失敗」が起こりやすく、多動・衝動性ゆえに「子どものペースに合わせられない、待てない。安全や健康などの優先順位付けが難しい」ということもあります。時間認識の障害から「必要なルーチンを先延ばしにする」ということもあります。

もうひとつ重要な問題として、心的外傷（トラウマ）があります。被虐待歴やネグレクト、対象喪失、暴力被害の体験などが原因となります。育児や家庭生活での出来事がきっかけとなって、苦痛な出来事の再体験（フラッシュバック）や解離状態が生じます。再体験が生じないようにするため、回避的行動や感情表出の抑圧・鈍麻があります。子育てへの影響は大きく、「子どものニーズへの対応がうまくいかない」「過剰な保護・制限パターン（回避）をとってしまう」などの問題が起きてきます。

虐待死事例をみますと、0歳児が虐待死の45.2%を占めます。中でも、産後0か月の子どもの虐待死が多くなっています。育児をしていく準備ができていなかったと考えられます。妊娠中からの要支援家庭への支援の強化が求められています。

虐待を予防するためにも重要な親子の情緒的絆は、子どもの側からの「愛着行動」（保護を求めて本能的に泣く、しがみつく、後追いするなどの行動）と、親の側からの「ボンディング」（子どもに対する情緒的絆を守り、世話をする愛情や慈しみの感情）の両方から成っています。先ほどご紹介した周産期のスクリーニングでは、ボンディングに関する10項目の質問「赤ちゃんへの気持ち質問票」を加えています。育児困難への気づきという部分で重要になります。通常は時間経過と共に、親が抱く絆の感情は強まっていきます。

虐待死につながるような切迫した育児状況に追い詰められている女性の場合、心理社会的リスクの背景要因をとらえることも必要になります。児童虐待に関する通報件数は最近急増しています。これは子どもの身体への虐待が増えているということだけでなく、子どもの面前での両親間の暴力も通告内容に加わったことが影響しています。望まない妊娠や若年出産、社会経済的困難、DV被害をとらえて、必要な支援をしていくことが重要です。産婦人科の診療所で用いられている「育児支援チェックリスト」などで、お母さんが置かれている状況を把握することも大切です。

社会的サポートで大切なのは、単なる子育ての手伝いではなく、心の内を打ち明けることができる人の存在です。パートナーや実母、その他親密な人の中に、その条件を満たす人がいるかどうかが重要になります。

福岡市産婦健康診査では、スクリーニングの結果によって「緊急な精神科治療を要する場合」「精神科治療が望ましい場合」「育児支援が必要な場合」「産科医療機関での継続支援」というステップにわけて対応しています。子育て困難が危惧される場合は、助産師・医療ソーシャルワーカーが地域保健担当者・児童福祉担当者と連携して対応します。精神科治療が望ましい場合は、かかりつけ主治医がいるかを確認し、いない場合は受診可能な医療機関リストを参考に、勧奨、情報提供しています。

多職種連携による対応としては、産後の精神症状と育児状況についてのモニターや見守りが望ましい場合は「区保健福祉センターとの連携」「訪問看護・ヘルパー・産後ケアの利用」を行っています。また、新生

児・乳児に問題がある場合は「小児医療機関との連携」、母子関係・養育に困難が見られる場合（虐待ハイリスク）は「家庭訪問」「小児医療との連携」「地域の福祉資源との連携」などを行います。

Q.

「コロナ禍は周産期の方のメンタルヘルスにどのような影響を与えていますか

周産期医療では、顔の見える絆とか、関係性がメンタルヘルスと密接に関連しています。しかしコロナ禍のために、ご家族が出産の場に立ち会うとか、そういったことが全くできなくなっています。多くの方が、身近な顔が見えない所で出産されています。保健センターでは、保健師の負担がますます増え、家庭訪問のような絆づくりができなくなっています。また、子どもに関わる大人が少なくなっている可能性や、マスク姿ばかり見て育ったお子さんがどう成長していくのか、専門家同士で語り合っているところです。

Q.

産休者、育休者に対して定期的に面談する制度があります。面談時の対応で注意した方がよいことはありますか

復職のタイミングについての葛藤は非常にあると思います。加えて、産後の体調がすぐれない方も多いと思います。場合によってはスクリーニングをしていただいて、心身の不調を語りやすい状況をつくるのが重要だと思います。

Q.

周産期のメンタルヘルスでは、精神科との連携が難しいように感じます。うつの傾向が強い人がいた場合、精神科にどのようにつなぐのがよいでしょうか

妊産婦にとっては、薬物療法を行うかどうか、精神科へのバリアになっているように思います。症状の重さに応じて、カウンセリングや心理社会的介入もできる医療機関が増えていきますので、そうした支援も受けられることを情報提供できる仕組みづくりに取り組む自治体もあります。

Q.

DV リスクについて、行政機関で保健部門から女性福祉部門につないでもらいたい。福岡ではそのようなことも行われていますか

DV リスクは妊娠中からスクリーニングして早めに気づくことが大切です。リスクが高い若年出産だけでなく、いろんな背景情報が母子手帳の発行の時に把握されていますので、福岡では地域の行政と保健福祉部門で合同カンファをしています。どこかの機関でリスクが浮かび上がった時には、必ず多職種多機関カンファレンスを行って、ご指摘いただいたような対応をしています。

第 3 回 2021.02.21.

産後うつ女性のメンタルケア

～ 専門外来・病棟の実践を通してみえてきたもの～



渡邊 博幸 先生

学会会木村病院 院長・千葉大学 社会精神保健教育研究センター 特任教授

私が勤務する学会会木村病院は、精神科の単科の専門病院です。千葉市の中心部に位置する都市型の民間病院で、1928年に開設した歴史のある病院です。今はどういふわけか、産後のメンタルヘルスに深く関わるようになっていきます。

木村病院では2016年度から、5つのプロジェクトを同時進行させて診療構造の改善を進めました。「精神科救急病棟化」「長期入院者退院促進と2病棟閉鎖」「ストレスケア病棟開設」「訪問サービス部門新設」「重度慢性入院病棟の高規格化」の5つです。

長期入院者の退院促進では、80名くらいが地域に移行しました。これにより2病棟を閉鎖し、そのうちの1つをストレスケア病棟(20床)に改装しました。この病棟に、主に産後のメンタル不調の方が入院されることが多いので、本日はこの病棟のことをご紹介します。また、ストレスケア病棟の開設と同時期に、「女性のこころ専門外来」(ママのメンタルケア)を開きました。受診される方のほとんどは、産後の女性の方となっています。

最近、妊娠中から当院をご紹介いただくこともあります。産婦人科はありませんので、妊娠中の方を入院させるのはかなり難しいのですが、産後の方に関しては、この後にお話しする仕組みを使って、精神科的なケアをなるべくしていこうと努力しています。

妊娠・産褥期に発症するうつ病は、国内外を問わず10～15%とされています。千葉県でみると、年間の出生数は約4万人ですので、10%として4000人の

うつ病が想定されます。しかし、実際に精神科医療につながるのは、この10分の1とか、50分の1といわれています。

周産期の精神疾患の特徴は、非常に複合的な困難性にあることが知られています。「疾病性」(精神・身体症状の修飾、使用薬剤の制限、薬剤の減量・中止に伴う急性増悪の危険性)に加え、「事例性」(自己健康管理の困難、経済的な困窮、キーパーソンの不在、育児能力の問題、胎児虐待・新生児虐待、家族とのトラブル・DV、失職や復職後の職場環境・業務とのミスマッチ)が合わさって、複合困難が生じてきます。こうなると、医療だけではなく福祉や様々な制度との連携ニーズが出てくるのですが、それが非常に難しいことになっています。

周産期のメンタルヘルス連携は、なぜ困難なのでしょう。次の3つの要因に分けられると考えています。

- ① 専門性(人事交流の少ない医療/行政/福祉職。専門職同士が交じり合っていない)
- ② 時間軸(支援が細切れのリレーになりやすい。妊娠中に精神科を変更する必要が生じるケースがあり、引き継ぎが十分行われないこともある)
- ③ 空間軸(要支援者である母児・家族が里帰り出産などで移動する。中心となる支援機関が定まりにくく、遠距離連携になることが稀ではない)

このように、周産期メンタルヘルス連携は、構造的に連携不全になりやすい問題をはらんでいます。

では、精神科医療機関はどのように、産後メンタルヘルスケア連携の受け皿になっていけばよいのでしょうか。今、妊産婦さんのメンタル不調に関しては、産婦健診のスクリーニングが2017年から始まり、多くの自治体が入り入れつつあります。産後2週間、あるいは4週間の時に、産後うつをスクリーニングします。これと、産後1か月から4か月の間に、保健師さんが乳児家庭訪問事業スクリーニングを行います。家庭で質問して、育児のことをうかがいながら、産後うつの評価を使ってスクリーニングするやり方です。

それで要支援対象になった場合は、精神科を紹介するのですが、それがなかなか難しい現状があります。そのため産科の助産師さんとか、地域の保健師さんたちが、自分たちで抱えている状況があります。

こうした状況の中で、精神科医は何ができるのでしょうか。まず、見守り支援で済みそうな軽症の方の場合、本当に見守りのままでいいのかどうか、母子保健の専門家からの相談に対応する受け皿になることが必要だと思います。また、育児もままならなくなって、精神科医療が必要だと思われる方に対しては、速やかに精神科外来治療につなげられるような、目に見える連携ネットワークが必要です。そして、より重症なケースに関しては、救急入院のルートにすみやかにのってもらい、入院の受け皿として機能することが求められます。このように、精神科医療機関では重症度に応じた受け皿を整備していく必要があります。

この後は、当院の取り組みをご紹介します。2017年に、女性のこころ専門外来と、産後メンタル不調に対応するストレスケア病棟を開設しました。入院、外来を含めて、2020年12月末現在、対応した患者数は173名です。予約待機日数は、約1週間に抑えるように努力していますが、月によってものすごく変動があり、この待機日数ではなかなか難しい時もあります。ただ、緊急性の高い入院ケースは即日か翌日対応ができるように準備しています。

選任のスタッフは女性医師2名、公認心理師2名、精神保健福祉士2名を配置しています。入院用と外来ショートケア用に専門のプログラムを持っています。また、千葉市助産師会との連携により、精神科

病棟への助産師訪問を実施しています。これにより、産後すぐの女性の入院にも対応できるようになりました。ストレスケア病棟には授乳室やプレイルームも設けています。2020年には、児童虐待対応の家族支援チーム（FAST）を作り、児童相談所通告などを行っています。2021年1月には、ごったがえしていた女性外来・児童外来を新外来棟に移動し、保育士2名を雇用しました。

良質なサービスを提供するためには、心地よく安心できる入院環境といったハードウェアだけでなく、ソフトウェアも大事だと考えて、当事者の希望・ニーズに則した治療プログラムなどを行っています。「産後ママとパパのこころのケア」「ショートケア・ママカフェ」「助産師訪問指導」「保育士・保健師による支援」などです。そして、ワーキンググループ編成などにより、様々なサービスを管理する自発的なマネジメントも重視しています。

ストレスケア病棟は4階にあり、ハーフェンと名付けました。ドイツ語で港という意味です。産後メンタル不調の方だけでなく、復職準備をしたい方とか、お薬を減らしたい方とか、介護疲れなどで休みたい方とか、様々なニーズに応じています。最近は児童や10代の方も入院してくるようになりました。「心身の調律プログラム」というのを心理療法や作業療法で繰り返し合わせてやっています。一時的に日常から離れ、困難をみつめ、環境と行動を整え、ストレスに挑戦する力の回復をコンセプトとするプログラムです。

重症度に応じた産後メンタルケア連携としては、千葉市内3区の保健センターでの母子保健の専門家支援、女性専門外来やストレスケア入院、精神科救急対応、などに取り組んでいます。産婦が医療保護入院になった時も、市の助産師会から助産師さんがすぐに来てくれて、保護室の中にも入って支援して下さるので、非常に心強いです。

個室は木のフロアで、それぞれに玄関があって靴を脱いで上がるようになっています。床に寝そべったり、赤ちゃんがハイハイしたり、床をなめたりしても大丈夫のようにしています。子どもさんと添い寝ができるようにベッドは大きめで、アタッチメントの体験をしていただくことを主眼に、このような作りにしました。

鍵がかかり、テレビカメラモニターがある保護室も、玄関があって上がって入る部屋になっています。保護室は感覚過敏の方が多いので、床の色を落として暗めの色にしています。病棟内にはプレイルームや家族用ダイニングなども設けています。

月に1回、事例検討をやっています。院内の事例を出すのはもちろんですが、助産師さんや保健師さんなど、外部の方で困っている場合は自由に来ていただいて、その事例を挙げてもらって、みんなで知恵を集めて話し合ったりしています。こちらが困っていることを、助産師さんや保健師さんに相談してアドバイスをもらうこともたくさんあります。こうしたインフォーマルな目に見える関係を普段から構築しておくことが、連携の中ではとても大事だと考えています。

ストレスケア病棟では、自由に参加できるグループプログラムがたくさんあります。「こころの調律」「マインドフルネス」「フォトセラピー」「絵画療法」「カラージュ療法」「ストレッチボール」「ペン習字」「クラフト」「パステルアート」などです。心理師さんや作業療法士さんが、自分の得意な事や資格を持っている事を生かし、提供しています。患者さんによっては、参加を促しているプログラムもあります。

産後メンタル不調に対応した心理療法プログラムとしては「産後ママとパパのこころのケア Meer」を設けています。薬の使い方を含めた医療ケアも提供しますし、対人関係療法などの心理的ケア、退院支援を中心とした社会的ケア、を含む複合的なプログラムです。また、小グループで行う月1回のショートケアも好評を得ています。ピアグループのきっかけになればよいと考えています。

2020年4月から続けている家族支援チームFAST(医師2名、心理師1名、PSW1名が主担当)の実績としては、2020年11月末現在で、対象件数は54件(親32件、児童22件)となりました。親が32件もあることに驚きました。

今まで、FASTの対象はお子さんだと思っていましたが、実は一般精神科外来で関わる産後メンタル不調の親たちの支援の中で、虐待のケースが多く紛れているのだと感じられました。親を診る所である一般精神科医も、虐待のことを念頭に置きながら支援しなければならないと痛感しました。こうした親御さんたちをケアしつつ、子どもたちを守る仕組みをしっかりと整えていかなければなりません。

2020年11月末までの児相通告件数は7件、市町村通告は5件となりました。検討理由の内訳は、身体的虐待が39%、ネグレクトが24%、心理的虐待が15%などとなっています。

こういったことを当院だけが取り組んでいたら、あまり意味がありません。そこで2020年9月、「ママのメンタルケアネットワークちば」が中心となって連携マップ(精神科医療機関編)を作り、千葉県・市町村・保健所・産科医療機関等に配布しました。この取り組みに賛同いただき、研修などを一緒に行って、医療的な知識や技術を得ている先生方の協力を得て作成しました。2019年9月1日現在、産後メンタル不調女性の受療に積極的に取り組む19の精神科医療機関(16診療所、3病院)をマップに掲載しており、担当者がこれを見てご紹介いただけるようになっています。

電車やバスに優先席があるように、周産期メンタルケア向けの優先席があってもいいのではないかと、という素朴な疑問から、本日お話ししたような取り組みを始めました。妊産婦に対する母子保健と精神保健の連携は新しい課題です。精神科医療側の受け皿の確保が必要で、周産期メンタルケアに特化したハードウェア、ソフトウェア、マネジメントを準備する必要があります。助産師、保健師、保育士たちと、相談し合いながら一緒に働く機会をつくることや、虐待対応や家族支援チームの整備も必要になります。現在の枠組みに止まらず、広域(都道府県単位)の協力医療機関ネットワークに発展させていくことが今後の課題だと思っています。

Q.

周産期病棟と先生の病院とはどのような連携を図っているのでしょうか

先ほどご紹介したネットワークには、5施設6名の産婦人科医も参加しています。ご自身の医療機関の中で、ちょっと心配だという方がいる場合は、当院の連携窓口にご依頼があり、外来または入院でお引き受けすることが多くなっています。県内の産科系の学会などにも講演などでよく行っていますので、連携は比較的つながっているように思います。総合病院とも連携を強化できるように、研修会にお邪魔するなどして情報共有を図っているところです。

Q.

出産後に精神症状を来す方を早期発見するための手がかりはありますか

産後や妊娠中のうつに関しては、エジンバラ産後うつ病質問票が役立つと思います。また、事例検討を重ねて症例の振り返りを行うことで、産科医療機関の助産師さんのメンタル不調へのアプローチやピックアップの能力が、もの凄く上がるという実感があります。こうした力を生かすことも大切です。

第 3 回 2021.02.21.

妊産婦の方に生じるこころの変化 ～ 理解と支えのために～



尾崎 紀夫 先生

名古屋大学大学院 医学系研究科 精神医学・親と子どもの心療学分野 教授
名古屋大学医学部附属病院 ゲノム医療センター長・遺伝カウンセリング部門長
名古屋大学 脳とこころの研究センター長

2018 年 12 月に、成育基本法が公布されました。正式名称は非常に長いのですが、その中に「妊産婦に対し」ということが書いてあります。この法律に基づく支援体制の中には、「妊婦健診費用については、全市町村において 14 回分を公費助成」と書いてありません。

国がこのように言ったのですが、実はこの対応は、地方自治体にある程度任せられています。そのため、皆さんの所がこれをやっているかどうかは分からないのですが、名古屋市は 2018 年からすぐに取り組み、公費負担ができています。名古屋大学病院も、たくさんの妊産婦さんが公費負担で健診を受けています。各自治体で実施状況が異なるのは好ましくなく、均てん化すべきだろうと思います。

妊産婦の死因の大半は「自死」です。東京都内の 10 年間の調査で、自死は 63 名（妊娠中 23 名、産後 40 名）にのぼりました。産後自死の 6 割に精神疾患があり、約 3 割は産後うつとわかりました。産後精神疾患なし群でも、約半数は育児で悩んでいるのを周囲が気付いていました。しかし、精神科受診を勧めても本人が拒否してしまう。これは大きな問題で、精神科のハードルを低くしなければいけない。そのためにどんなことを考えなければいけないのか、ということになります。

日本の妊産婦自殺数は欧米に比べても非常に多く、早急な対策が必要となって、2017 年度、EPDS（周産期の抑うつ状態評価尺度）を用いた産後うつ病対策事業が始まりました。これは改訂自殺総合対策大綱

でも明記されました。

我々の所にうつ病の方々が初診でお見えになった場合、治療の導入期をどういうふうにするのか、ということがとても大事になります。最初にやるのは、「あなたはうつ病です」ということではなく、支持的精神療法になります。ご本人が今感じていることの妥当性を、「それは無理もないことですね」とお伝えします。これはどういうことかということ、「その発想は健康な人と同じなので、病気ではない健康な部分ですよ」と言っているのです。

そのようにして、病気だと言わずに関係づくりをしていく。その上で、うつ病についてのご説明（心理教育）を始めていきます。先に健康な部分を確認しているので、「この部分は本来とは違うのではないか」と言い出せるのです。そして、薬物療法が本当に必要なのかを見極めながら、必要であれば徐々にスタートします。

例えば、初産で不安を抱える方がいたとすれば、「誰もがそうで、無理もないことですよ」と、健康的な側面をまず支持します。心理教育では、私共から一方的にお伝えするのではなくて、情報をお伝えして、今後の方針と一緒に考えていくことになります。

ご本人がうつのは、常に悪い方に考えがちです。「病気ではなく怠け」であるとか、「薬なんか効かない」とか、「こんな身体の状態ではダメ」などと、否定的認知が働きます。このような困惑には共感しつつも、極端な考えには同調しないで、ご本人が困っている点

(不眠など)に焦点を当て、「薬も効くかもしれない」という認知の転換につなげていきます。

また、産科から精神科につなぐ際には、「身体的問題が見いだせないから精神科へ」という説明では、「見捨てられた」という気持ちを引き起こす可能性があります。「専門家(精神科医)の助言を聞く」というスタンスをとり、「主治医が変わるわけではない」ことを丁寧に説明することが大切です。例えば、不眠で困っている方に対しては、「病気がどうかはさておき、眠れないとそれだけで疲れやすいし、集中力が落ちるでしょう?」とか、「診察を受けて別に問題がないと分かれば、私も安心できるから」という言葉をかけていただければよいと思います。

我々が「うつ病」と伝える際には、「病気であってなまけではない」というのですが、ご本人が「私は本当に病気のかしら」と疑念をかなり持っている時に頭ごなしにいくと、よくないのです。その場合は「悪循環」という視点でお話するようにしています。

重要な決断に関しては、「今のお考えは極端に悪い方に向いているように思うので、その捉え方でご決断をすると、後々まで後悔につながりかねないので、少しお待ちいただけないでしょうか」とお伝えします。否定的な決断の中で、一番困るのは自分を傷つけることです。これに対しては治療の場で、「自己破壊的な行動はしない」と、ご家族に約束してもらっています。また、「はげまし」と「きばらし」は一般的にうつ病には逆効果であることを周囲の方に理解していただきます。

普段であれば、周囲のサポートは十分だと感じていたのに、うつになると否定的な捉え方が強まって、周囲のサポートを過小に考えてしまいます。その結果、「私が全て抱え込まなければならぬ」と思いがちになります。また、否定的な捉え方のせいで、普段は気にならなかったことが「大変だ」と感じるようになります。「子育ては大変で、出来そうもない」と思い、心の中でストレスになる出来事が増えていきます。不安を感じるのは「危険なものが近くにいろよ」という脳の反応なので、脳が眠らないという方向で働き出します。

ここで、産後のうつ病で生じる悪循環とその解消法について整理してみます。出産後はホルモンの変化で、ストレスに耐える脳の力が低下しています。赤ちゃんのお世話で十分な睡眠が取れず、脳機能の回復が不十分になってしまいます。この状態でストレスになる出来事が重なると、脳機能の変化が起きて、ものの見方が否定的になります。結果、「私がやらねば」と一人で抱え込んだり、「子育てはとて大変だ」と思って不安でますます眠れなくなったりして、疲弊してきます。

そこで、「このような悪循環が起きていませんか」と図を使いながら説明させていただき、悪循環を解くにはまず「睡眠の確保」と「周りの方とご相談」が大事だとお伝えします。育児や家事に優先順位をつけて、ご家族にもお手伝いいただき、睡眠を取っていただきます。やむを得なければ、薬の使用も考えてみます。また、認知行動療法などもお勧めします。

どうしてもこの時期、優先順位がつかないということが起こります。料理をするにしても、献立を考え、買い物をして、複数の台所仕事をする、といった手順があります。うつ病の女性は、どこから始めればよいか判断できなくなります。その結果、どれも手に付かず、「私は妻として、主婦として失格だ」ということになりがちです。うつ病の主婦の方には、料理は困難度が高い家事になります。

私たちは患者さんに「料理が難しいならお惣菜を買えばいいのでは」とお勧めすることもあります。でも、どのお惣菜を買えばいいのかわからない。そこでご主人に、何のお惣菜がいいのか伝えるとか、書いておくようお願いすることもあります。

「はげまし」と「きばらし」は、急性期のうつ病患者さんには逆効果であることを、先ほどお伝えしました。励まされても優先順位がつかないので、どう頑張ったらいのかわからず、頑張らなくてもよいところを頑張ってしまうなど、空回りしてしまいます。更に、頑張れない自分を「駄目な人間」と捉えるため、励まされると「やはり自分は怠けていると思われる」と否定的に考えてしまいがちです。

また、うつ病になると、美味しいものも美味しいとは思えないし、美味しいものを食べたいとも思えない。

従って、楽しく思えないし、興味関心もないわけです。ですので、気晴らしに誘われると「行かないと嫌われるのではないかと無理をして、心身共にますます疲弊するばかりです。こういう時期に、休息はなかなか難しいのです。

名古屋大学の笠原嘉名誉教授は、休息の必要性を次のように説明しています。我々の体内の中に、コップのような心のエネルギーがたまる場所があるとします。その奥底には、親子関係とか、どなたもお持ちである様々な葛藤が沈んでいます。でもそれは、心のエネルギーがコップの上まで満ちている時は、透けて見える程度なので気にせずやっていける。ところが、心のエネルギーが落ちてくると、奥底にあったものが露出し、苦になって仕方なくなります。その時、心の奥底の何かを取り除こうとするのではなく、心のエネルギーを貯める方向に持っていく。そのために、心の休息がどういったらとれるかということの研究するようにと、笠原先生は言われました。これはなかなか難しい問題なのですが、睡眠などについて研究を進める必要があると思います。

さて、うつ病の患者さんが少しずつよい状態になってきたら、子育てを頑張らざるをえなくなります。そこでは励ましが必要です。「今、何をすべきか」の優先順位をつけて、「これだけはやってみよう」と励まします。そして行動することで、「自分もやれる」という捉え方の回復につながります。「やれたこと」を周囲がしっかり評価し、その上で、次に「やること」を確認していきます。

また、この時期の気晴らしは、「本当にやりたいのか」を自分自身に十分確認していただいて、「やれそうなこと」を半分だけやって、その後の「楽しさ」と「疲れ」を確認します。そして、次はどうするのかを決めていきます。うつをコントロールするコツは、健康行動を増やすことだと大野裕先生はおっしゃっています。

妊産婦の方々を理解する上で、私たちは研究的なことを少しやっています。妊産婦コホート研究（産婦人科を受診した 20 歳以上の妊産婦が対象）というものです。妊娠中から産後まで、経過をずっと追っていきます。定期的に気分の評価やマタニティーブルーの評価を行う他、血液をいただいたり、ゲノムをいた

たりしました。そしてこれらを用いて、縦断的に確認させていただきました。

研究参加者（2019 年 11 月時点で 719 人）のうち、就労者の割合はフルタイムとパートを合わせて 51.2% でした。専業主婦は 48.8% となっています。仕事をしている方は、第 2 子以降のお子さんが減ってまいります。また、第 2 子以降の妊娠では、フルタイムの方が減ります。うつ病の既往とお仕事との関係も、我々のデータではみることができません。うつ病の経験がある方は、仕事をしていない方の割合が少し高くなる傾向がみられました。

妊産婦の抑うつ状態の経過推移をみますと、70.8% の方は、抑うつ状態なしで推移しました。どこかの時点で一過性の抑うつを示した方は 11.8%。ただしこの方々は、極論すれば放っておいても良くなる方で、病的ではなさそうです。一方、妊娠中から産後までずっと抑うつ的な経過を経る方が 7%、妊娠中はなんともなかったのに産後に抑うつ状態になった方が 10.3% となりました。この 2 つのパターンが問題ではないかと思っています。

「取り越し苦労と悲観主義」「不確実性に対する恐れと焦り」といった否定的認知は、調子を崩して抑うつ的にになると、一気に出てくることもわかりました。また、どのようなケアを子どもの頃に親から受けたのか、あるいは親の干渉の度合いはどれくらいだったのか、という評価尺度でも調べました。情緒的な暖かさがあり、干渉度は低い（子どもの自主性を尊重）場合が最適な養育となるのですが、抑うつ的にになると、自分が子どもの頃に受けたケアの捉え方が悪い方に変化することを論文化しました。

ご自身のお子さんに対する愛着形成については、ずっと抑うつが続く方の場合は、お子さんに対する愛着がなかなか感じられず、出産直後に顔をみると愛着が湧いてくるのだけれど、また愛着が感じられなくなっていく傾向が出ました。一過性の抑うつの方は、愛着形成がしっかり行われるので、育児での問題は生じにくいと考えられます。

この研究についてまとめますと、うつ病になった女性是否定的な考え方（取り越し苦労と悲観主義）

に陥り、育児への自信を失います。さらに「母は自分をケアしてくれなかつた」と捉えるようになり、「母には頼れない」と抱え込んでサポート不足に陥ります。そしてうつ病がさらに悪化し、子どもへの情緒的絆が希薄化していく悪循環に陥ります。これを防ぐためには、「妊娠中のサポートがとても大きいと思っていただく」ことが大事であることが、こうした研究でわかってきました。こうしたことを、学会のガイド（精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦診療ガイド）にも反映させています。

妊娠中に抑うつ傾向があれば、サポート人数を増やすことが大事になります。初産婦と経産婦を比べると、マタニティーブルーズも、産後抑うつも、不安得点も、初産婦の割合が高くなっています。ただ、ソーシャルサポートについては、初産婦の方が「サポート人数が多い」と捉え、満足度が高いことがわかりました。出産歴に着目した支援や研究が重要なのです。

名古屋大学病院では、周産期リエゾン活動として、合同カンファレンスを定期的に行っています。精神科でのカンファレンスは週 2 回行い、周産期専門の臨床心理士も雇用してもらいました。2 か月に一度は、名古屋市・愛知県の担当部署の方と合同で検討し、妊娠中から出産後まで、継続して心理的ケアを行える体制を作っています。

こういった活動を踏まえて、「精神疾患を合併した、あるいは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」の総論編を、日本産科婦人科学会と日本精神神経学会が合同で作成しました。先ほどお伝えした EPDS の使用方法や、自殺念慮を認める妊産婦への心理的危機介入と見立て、精神科医に知って欲しい妊娠出産の知識、などを紹介しています。日本精神神経学会のホームページからダウンロードできます。本年 5 月には、うつ病などの各論編も公開予定です。

新型コロナウイルス感染症に関しても少しお話しします。妊産婦さんは、外出自粛や家庭内ストレスの高まりを背景にした家庭内での衝突などの影響を受けやすい状況にあります。また、免疫寛容状態にあり、一般的に肺炎が重篤化しやすいとされる妊婦にとって、感染症への懸念は極めて大きいものがあります。免疫系が未発達な新生児をケアしている産婦は、児に対する不安も強くなっています。出産や育児をサポートする母親教室などが中止され、里帰り分娩は制限されるなど、通常診療・サポートが手薄になっていることによる不安の高まりも想定されます。

こうした状況下で、我々は在宅あるいは医療機関での介入の可否を判定可能な AI 解析による医療機器プログラムを開発中です。

第 3 回 2021.02.21.

妊産婦のメンタルサポート ～多職種連携の取り組み～



小谷 友美 先生

名古屋大学医学部附属病院 総合周産期母子医療センター 生殖周産期部門 准教授

ハイリスク妊娠という言葉が耳にされたことがあると思います。様々な身体疾患の合併症を抱える女性が妊娠すると、ハイリスク妊娠と言われます。その中で一番多いのが子宮筋腫等の子宮疾患となりますが、合併症の中でも精神疾患は頻度の高い疾患となっています。

こうした方々はクリニックでは管理が難しいので、周産期母子医療センターで合併症に対応していくこととなります。脳血管障害や急性心疾患、交通事故など外傷、危機的産科出血などについては、過半数以上の周産期母子医療センターが対応しています。ところが精神疾患については、対応可能な施設が少なく、対応できない施設が多いという問題が生じています。行政はこうしたことを踏まえて、2016 年度以降、ハイリスク妊産婦の管理加算対象に「精神疾患の患者」（精神療法を実施している者）を追加しました。

2017 年度からは、一部自治体で「産婦健康診査事業」が始まりました。産後うつの予防や新生児への虐待予防等を図る観点から、産後 2 週間、産後 1 か月などの出産後間もない時期の産婦に対して行われる健康診査です。支援が必要な産婦を把握します。母子の心身のケアや育児サポートなどの産後ケア事業にもつなげていきます。

名古屋市では、産後 56 日以内に 2 回、産後 2 週と産後 4 週を目安に診査を実施します。問診、診察、体重などの測定に加え、エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) を用いたスクリーニングを行っています。女性上限額は 1 回 5000 円です。EPDS などで支援が必

要とわかった場合は、健康診査実施機関から保健センターに連絡票が送られます。緊急時は電話連絡、通常は郵送で届けます。そして保健師の介入や精神科受診につなげていきます。

2018 年度からは、定期的なカンファレンスなどの多職種連携の実績を評価する法的整備が行われました。1 回 1000 点（月 1 回、産科または産婦人科）のハイリスク妊産婦連携指導料 1 と、1 回 750 点（月 1 回、精神科または心療内科）のハイリスク妊産婦連携指導料 2 が導入されました。精神科の方では、妊娠中から産後 6 か月まで加算が取れることになっています。こうした法的整備によって、多職種連携が各地で進みつつあります。

続いて、メンタルヘルスサポートの実践についてご紹介いたします。妊娠初期は、悪阻や出血が起りやすい時期であり、「知らずに薬を飲んでしまったのですが、大丈夫ですか」などの質問がよくあります。妊娠中期は比較的安定していて、妊婦健診などでも「性別はどちらですか」といった比較的和やかな質問になります。そして妊娠後期になると、身体のダイナミックな変化（心負荷の増加・耐糖能の低下など）が起り、腰痛、不眠、漠然とした不安、動悸・息切れなどの訴えが出てくる時期になります。

産後になりますと、ホルモン変化や育児、授乳の負荷がかかり、不眠や孤立といったことが、メンタルヘルスに大きな変調をもたらすと考えています。産前休暇は本人の希望により、直前まで働くことが可能ですが、産後休暇は 8 週間が義務付けられています。

コロナ禍での変化としては、「母親教室が開催されず他の妊婦さんと悩みを共有できない」「入院中の面会ができない」「家族の分娩の付き添いができない」「感染リスクへの不安」「里帰りできずサポートを受けにくい」などがあり、大きな問題になっています。

ここからは、名古屋大学病院における多職種連携の現状をご紹介します。当院では、大学病院という特性上、産科的ハイリスク妊娠の方が多く、出産への不安を抱えて受診されています。多職種連携で中心的な役割を果たしているのが、周産期メンタルヘルスに対応する公認心理師です。先ほどお話しした多職種連携の保健取組によって、雇用が可能になりました。非常に大変ですが、この公認心理師の方に全例に面談していただき、心理教育を含む対応や、不安や抑うつの評価もしていただいています。

妊娠の各時期では、助産師さんたちがチェックリストを用いてメンタルのチェックを行っており、産科医も共有して対応しています。急変が起こり、いきなり病院に入院してきた方の場合には、公認心理師が病棟に出向いてお話を聞き、必要に応じて介入しています。産後健診でも、必要な症例には公認心理師が面談を行い、必要に応じて精神科の先生と共同して関わっていただいています。

多職種連携では、身体的側面、心理的側面、社会的側面から、様々な職種が専門性を生かしながら関わります。そして重要なのは、自分の専門性だけにこだわらず、他の領域のことも共有することが大事だとお話ししています。

名古屋大学病院の場合は、名古屋市外からも多くの妊産婦さんがいらっしゃいますので、各自治体からの情報収集が煩雑になっています。各地域から情報を収集しまして、精神的な側面では隔週の院内多職種カンファレンス（産科、精神科、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士）、身体的側面では毎週の院内多職種カンファレンス（産科、小児科、薬剤部、遺伝カウンセラー）を行ってきました。

その中で浮かび上がった問題事例については、重症例と捉えた場合は多職種ケースカンファレンスで個別に対応しています。中等症、軽症の事例におきまして

は、隔月の周産期精神科多職種カンファレンス（産科、精神科、医療ソーシャルワーカー、心理師、行政担当者）で検討しています。この中で、児の保護を考えなければいけないケースについては、院内虐待委員会を開催し、児童相談所に連絡して、場合によっては出生後乳児院、というようなケースもあります。

当院の多職種連携には、精神保健福祉士（PSW）と医療ソーシャルワーカー（MSW）が積極的に関わっているという特徴もあります。診療科からの情報を得て介入することもありますし、最近では行政から情報が入る場合もあります。居住地で受けられる支援サービス（保健師訪問、産前産後ヘルプ事業、産後ケア事業、ファミリーサポート、NPOによる支援など）をピックアップして、支援につなげています。こうした介入が、法的整備が進んだここ数年、たいへん増えています。

当院の精神疾患合併妊娠（年間 40～50 件）では、うつ病と双極性障害が半数近くを占める割合となっています。実際に介入に至るケースは、心身の健康等による要因が多いのですが、養育支援者の不足も大きな要因になっています。

当院で、多職種連携を要した社会的ハイリスク妊産婦について、精神疾患がある方と、ない方とを比べると、精神疾患がある方の群で「乳児院への保護」が多く、「乳幼児突然死症候群」や「産後 1 年以内の自殺」もありました。2021 年 1 月以降、当院では新たな多職種連携を試行しています。様々な自治体の担当者が当院まで来てカンファレンスに参加するのは難しいので、地域からの情報提供をいただきまして、こちらでの検討内容をお伝えするという流れになっています。

ですので、今は社会的・心理的側面について、隔週の院内多職種カンファレンス（産科、精神科、小児科、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、心理師）で話し合い、身体的側面については毎週の院内多職種カンファレンス、重症例については多職種ケースカンファレンスで検討しています。

愛知県では、総合病院の精神科病床不足という問題が起きています。妊産婦で精神科に入院されるケースが増えているのですが、総合病院で全員を受け入れる

のは難しく、40%の方は精神科単科施設に入院しています。分娩施設の自由意見から抽出された問題点を見てみても、「精神科外来の予約がなかなか取れない」「急変時の緊急搬送先が少ない」「軽症例をどこに紹介したらよいかわからない」「妊婦だと断られた」などが目立ち、周産期メンタルヘルスのリソース不足が明らかとなってまいりました。

そうしたことを踏まえて、今後どうしたらよいのでしょうか。1つは、リソースをすぐに増やすのは難しいので、よりハイリスクな症例にリソースを集中させて、効率的な介入をしていくことが考えられます。どのような方がハイリスクかという判断は、非常に難しいわけですが、うつ病など精神疾患を合併されている妊産婦の方が、自死という点からみるとリスクが高いことがわかっています。最悪の事態を防ぐという意味では、精神疾患の既往がある方にまずは集中的に介入を増やして、最悪の事態を回避するように努めていくことを考えています。

ここ2、3年、「愛知県産科・精神科連携会議」というのを年に2、3回実施しています。最近はコロナ禍でWeb開催ですが、精神科も産婦人科も、一次施設から三次施設までそれぞれ立場が違いますので、そういった施設の代表の方たちが集まり、県の行政の方も集まっていたいで、話し合っています。最重症例は、愛知県内の4大学で支えていかなければならないということで、大学病院の機能強化が提案されました。また、精神科専門入院施設と周産期母子医療センターとの連携体制構築への試みなども提案されて、実現に向けた試行が始まっている段階です。

地域連携の課題としては、支援者が介入しづらいケースの多くが、精神疾患のあるケースだということもわかってきました。2020年9月に行った地域連携行政スタッフ（保健センター、訪問看護ステーション、児童相談所、乳児院）へのアンケート調査の結果をみると、精神疾患のある妊産婦に介入のしづらさが「少しある」「大いにある」と答えた人の割合は、60.9%にもなりました。その理由としては、「介入に拒否的」

「電話に出てくれない」「支援の必要性を感じていない」「相手によって態度が異なる」などが挙げられました。

しかしながら、介入中断にまで至ったケースは、精神疾患のあるなしに関わらず、差はありませんでした。現場での努力が非常に大きいのかなと思っています。「介入が途切れた時、どう対応したか」という質問には、「出産した医療機関に連絡した」「次回受診のある医療機関に連絡した」「関係の良い他の保健所・保健センターに報告した」などのご回答がありました。

医療者側は、行政につなげて終わりというのではなく、再び医療機関での介入が必要になるケースもある、という心構えを持っておく必要があります。ただ、妊娠判明後からの関係性構築では時間的に難しいこともあり、今のところそこに限界があります。行政の担当者にとって、疾患の特性の理解が介入困難の回避につながるかもしれません。先にご紹介した妊産婦診療ガイドの各論が4月以降にネットで公開されますので、そういったものを見ていただくと、ケアプラン作成の参考になるのではないかと思います。

今後は、妊娠前からの介入も考えていく必要があると思います。今言われているのが、プレコンセプション・ケアというものです。「子どもは産めるのだろうか」「薬の赤ちゃんへの影響」「遺伝のこと」「妊娠したら病気は悪くなるのだろうか」など、心身に何らかの疾患を持つ女性たちの共通の悩みに対し、カウンセリングなどで対応します。医療者側が情報をただ一方的に提供するのではなく、ご本人やパートナーの置かれている状況に耳を傾けながら一緒に考え、最適な選択ができるようにサポートしていきます。

妊娠前からの介入は、実際にどう行われているかというと、現状では保険診療内の枠組みでなんとかやっています。現在、少子化対策が進んできて、がんを罹患した女性に対しては、補助金など妊娠へのサポートが充実してきました。そういった枠組みの中に、精神疾患を含めた慢性疾患の方への助成金制度があってもいいのではないかと思います。

Q.

妊産婦のメンタルヘルスサポートを行っていく上でのシステムや法的な整備が、日本は諸外国と比べて遅れているというお話がありました。日本は何が一番大きな問題なのでしょうか

産科の領域で諸外国と違うのは、欧米ではクリニックでの出産が原則的にありません。健診はするけれども、出産自体はセンターで対応します。そういったところが、多職種の関わりやすさにつながっているのかもしれませんが。日本の中で、地域によってサポートの格差が広がっていることも問題だと思っています。

第 4 回 2021.02.26.

周産期を支える支援者のための 効率認知行動療法



蟹江 絢子 先生

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
認知行動療法センター 認知行動療法部 医師・精神科医

私たちは、周産期メンタルヘルスのお役立ち情報を数多く掲載した Knowell Family というホームページを作成しています。精神科医、助産師、保健師、心理師などの専門職が書いているものなので、精神疾患についても載っていますし、認知行動療法は平易な言葉で説明しています。また、新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、危機に役立つ情報の提供や、立ち会い分娩が難しい中でのよりよい出産についての情報など、タイムリーな情報も載せています。

心理学とか精神疾患とか、精神科の知識を日常生活で活用している方は少ないと思いますが、これを活用することで生きやすくなったりとか、周囲の人が支えやすくなったりすると考えています。心理や精神の知識を活用して、人と人が優しく支えあう世の中を目指して、このホームページを作成しています。

本日は、「周産期のメンタルヘルスに活かすケアの対話」についてお話しします。「ケアの対話」とは、私たちが効率認知行動療法と呼んでいるもので、わりと短時間でできる方法です。

周産期はメンタルヘルスのリスクが高い時期です。妊産婦さんのリスクを考えますと、うつ病は妊娠中に5%～18%、産後は10%～15%といわれますし、不安症は妊娠中に4%～39%、産後に16%といわれています。こうしたことを踏まえると、妊産婦の4人～5人に1人がメンタルヘルスの問題を抱えると考えてよいと思います。

ここでいう「メンタルヘルスの問題」は、「ちょっと

悩んでいる」というような話ではなく、疾患名が付くようなレベルの方が4人～5人に1人はいると考えた方がよいということです。また、女性のパートナーのリスクも、うつ病が8%とか11%というふうに出ていますので、10人に1人くらいの父親はうつ病といえるように思います。

うつ病は、女性が男性の2倍多いという話がありますし、妊産婦さんの産後うつも注目されているので、女性がうつになるんじゃないかと思われがちです。しかし、父親のうつ病リスクの高さも見逃せない事実だと考えています。また、周産期におけるその他の重大なリスクとしては、虐待やドメスティック・バイオレンス(DV)などが挙げられます。

一方で、周産期は支援者にたくさん出会える時期でもあります。病院の妊婦健診ですとか、母子手帳交付の際とか、出産、産後ケア、予防接種・健診の場面ですとか、そうした時に、たくさんの医療職と会う機会があります。その時に対話スキルを持って関わると、より良い援助を受けられるのではないかと考えています。そこで、効率認知行動療法を生かした話し方(ケアの対話)が大事になってきます。

認知行動療法は、日本ではうつ病、不安症、強迫症、心的外傷後ストレス障害などに適応があります。保険適用されている治療法で、1回45分～60分、毎週、10回～16回、一対一で行われます。このように聞くと、私には関係ないと思われる方もいるかもしれませんが、不眠や疼痛の治療、子育て支援法、禁煙、コーチングなどにも使われますので、認知行動療法の土台

である対話スキルは、あらゆるケアの場面に応用可能なのです。ですから、認知行動療法を学ぶのもよいのですが、その土台である対話スキルをまず学んでいただく方が、一般的にはよいのではないかと考えています。

※ 講演者の希望で、ケアの対話の具体的な紹介部分はカットしています。

認知行動療法を学ぶ上で、お勧めの絵本をご紹介します。まず、認知行動療法で大事な「共感スキル」を学べるお勧め絵本は、「カラーモンスター きもちはなにいろ？」（著：アナ・レナス 永岡書店）です。モンスターが出てきて、いろいろな気持ちについて「ここは怒りだよ」「ここは悲しみだよ」「ここは不安だよ」と分けていくようなものになります。

アメリカですと、わりと小さいころから「あなたは今こういう感情ですね」とか、「あなたの感情を表現してください」などの対話があります。YouTubeでも、感情のことにに関してたくさん教えるような動画が多いように思います。でも、日本ではそのような対話はあまりありません。ぜひ日本の子どもたちにも読んでいただきたいと思っています。

次に、気分が上がる活動を計画する「行動活性化」について。これは、自分が決定したスケジュールに沿った生活をする中で、気分になせた行動や回避、先延ばしなどを減らす方法です。喜びや達成感のある活動を「活動モニタリング」であぶり出して、その活動を増やしていきます。

それに見合うお勧めの絵本は「おでかけのまえに」（作：筒井頼子 絵：林明子 福音館書店）です。お出かけの前に「お化粧をしてみよう」とか「お弁当を詰めよう」とか準備します。行動活性化も、実際に行動することは大事なのですが、その前のウキウキ感が結構、うつに効くことがわかっています。林明子さんの作品は、そういうウキウキ感をよく表しているように思います。

続いて、バランスよく考える「認知再構成」です。これは、自分を苦しめている考え（自動思考）をまず見つけることから始めます。そしてその考えに対して、

言葉の定義、その考えは事実に基づいているのか、友達が同じ状況ならば何と言ってあげるか、ということを質問します。そのようにして、「考え」の幅を広げてバランスのとれた「考え」ができるようにします。

それに通じる絵本としては、「りんごかもしれない」（作：ヨシタケシンスケ ブロンズ新社）や「それしかないわけではないでしょう」（作：ヨシタケシンスケ 白泉社）などがお勧めです。りんごを見た時に、りんごだと思うけれど、もしかしたら「みかんかもしれない」というようなことを書いています。考えもそうで、「かもしれない」と考えるのが重要です。決めつけるのではなく、「かもしれない」という形でゆとりを持たせるのが大事だと思います。

うつ病の認知行動療法を集団でやる時、例えば「ジャガイモはどんな使い方ができますか」というふうに聞いたりします。すると「カレーに使います」とか「肉じゃがです」とか、料理に使うことしか思いつかなくなるのですが、例えば「ジャグリングもできますよね」というように、「それしかないわけではない」ということをお話ししています。また本としては、「カケラ」（著：湊かなえ 集英社）が認知再構成の理解に役立ちます。人それぞれ考え方が違う、ということがよく分かる本だと思います。「他の人だったらどう考えるのだろう」と思うことで、考えはかなり柔軟になると思います。

続いて、問題をシステムティックに解決する「問題解決法」です。問題を目標にして解決策を考えて、メリットやデメリットを考えて、これだと決めてやってみる。そしてフィードバックを挟んで、また実行する方法です。これに似ている絵本が、「ぐりとぐら」（作：中川李枝子 絵：大村百合子 福音館書店）だと思います。ネズミのぐりとぐらはいろんな問題に直面して、それを解決していきます。いろいろな解決策を思い浮かべた上で、これにしよう決めていく所が、問題解決法に通じていると考えています。

次に「アサーション」です。他の人をお願いしたり、断ったり、自分の意見を言ったりする時に、相手の意見も尊重しながら自分の意見を主張するコミュニケーションのスタイルです。これにぴったりの絵本が「クレヨンからのおねがい」（著：ドリュー・デイウォルト

ほるぷ出版)です。赤いクレヨンが持ち主に手紙を書いています。消防車とかサンタさんとかに、いっぱい使ってくれてありがとうと、まず感謝します。でも僕はちょっと疲れちゃったから別のクレヨンも使ってね、というふうに、相手のことも分かっていると言った上で、自分のことやお願いを伝えていきます。アサーション手順に沿っているので、勉強になると思います。

それから、マインドフルネスという方法があります。1つのことに囚われるのではなく、視野を広くしてマインドをフルに使いましょうという方法です。今、この瞬間の経験に注意を向けることで、マインドをフルに使えることもあります。マインドフルネスに通じる絵本としては、「いいからいいから」(作:長谷川義史 絵本館)があります。これはおじいちゃんが、いろいろなことが起きて「いいからいいから」と言います。1つの事に囚われずに、「広い視野で見てみましょう」

ということに通じると考えています。

ここまでが絵本の紹介なのですが、先にご紹介したホームページを作っている人たちで「周産期のうつと不安の認知行動療法」(監訳:横山知加、蟹江絢子 日本評論社)という本を訳していますので、興味のある方は読んでいただくと幸いです。また「スーパービジョンで磨く認知行動療法 うつ病篇 全セッションの記録」(著:蟹江絢子、堀越勝 創元社)も書いております。これはセラピストと患者さんの会話がセッション1から16回でどう変わっていくのかということが、脚本みたいな形で書いてあります。また、セラピストがスーパービジョン(指導)でどういう会話をしたのかというの、脚本のような形で載っています。認知行動療法に興味があるけれど、実際にどんな言葉で話せばいいのかわりたい方は、読んでいただけたらと思います。

Q.

コロナ禍で女性の自殺が増えている原因をどのようにお考えでしょうか

一般論としては、女性の社会進出が進んだことで、離職などの男性が自殺するような理由が女性にも起こり、仕事を失うなどした女性が自殺しているのではないかと、いわれているように思います。ただ、家にいる女性にもコロナ禍の影響はあり、家族がずっと家にいるようになって居場所がなくストレスが増えたとか、ドメスティックバイオレンスなどが影響している可能性もあると思います。

産後うつに関しては、増えているという報告もあると思います。逆に、男性が在宅ワークになったので産後すぐの女性を支えやすくなったなど、ポジティブな変化についての報告もあるので、経過をみていかないとわからないところだと考えています。

Q.

ホームページはうつ病の人に読んでもらっても大丈夫なんでしょうか

Knowell Family はうつ病の方が読んでも大丈夫なように、注意して作ってあります。なるべくかゆい所に手が届くような情報を提供しています。例えば、うつ病の治療はどのくらいかかるとか、知りたいけれど見つけにくい情報がわかるように作っています。

Q.

ご紹介いただいた絵本は成人の患者さんにも勧めているのですか

両親学級に用いたいというイメージで、患者さんに本を使って説明するわけではありません。

第 4 回 2021.02.26.

古い・うつ病・認知症 ～医療人類学的視点～



北中 淳子 先生

慶応義塾大学大学院 社会学研究科 教授・慶応義塾大学 文学部 人間科学専攻

認知症の受け止め方は様々です。認知症になっても自己と向き合って、新たな自分を発見して、「どんどん私になっていく」と語られる方もいますし、創造性を発揮される方もいます。

他方で、認知症と診断された直後から、非常に深いうつに落ち込んでしまって、「もう死んでしまった方がいいのでは」と思われる方も増えています。安楽死法が制定されているオランダなどでは、認知症と診断された後、自分の意志を明確に示せるうちに、書面に「安楽死したい」と書き残す人たちが増えています。

そのような状況の中で、彼らの意志は果たして自由意思なのか、それともうつ病による病的なものなのかを見極める役割が、精神科医に課されているとも言われています。今後、オランダなどでは認知症からの安楽死が増えると思われるかもしれませんが、認知症になったからといって絶望しなければいけない社会自体を変えるべきではないか、という声も多く上がっています。

認知症の当事者運動に関しては、日本は先端を行っています。認知症になった方々が、本を書くなどして自らの思いを語り、「認知症になっても大丈夫だよ。笑顔で生きることができるんだよ」ということを訴えかけています。しかし、このように声を上げて活躍されている方々であっても、認知症と診断されてからしばらくは、深いうつを経験されています。

認知症の症状は、時に意識が非常に鮮明になる時期があったり、そしてまた霧がかかるとなったりと、行ったり来たりを繰り返します。そうした状況の中で、

自己が崩壊していくような恐怖を覚える方が少なくありません。その中で深いうつを経験される方や、そのうつに引きずられるかのように、うつ状態に陥る家族の方も少なくありません。

多くの人々が認知症になり、その介護を家族がしなければならぬ社会は、人類未曾有の経験です。そのため政府は 2019 年、認知症施策推進大綱案を示し、「認知症の発症予防や発症後の進行を遅らせることで、70 代の人口に占める認知症の割合を 6 年で 6%、10 年で約 10% 減らすことが目標」と発表しました。これに対して、当事者や多くの認知症専門医が大反発しました。当事者運動に長年関わり、ジャーナリストでもある川村雄次さんが、このことについて「予防（という言葉）には効果に勝る副作用がある（場合がある）」とおっしゃいました。

これはどういうことなのでしょう。当事者や医師にインタビューすると、次のような批判の理由が聞こえてきました。「予防重視が強調されることで、偏見を助長する。そうした社会的偏見が原因でうつ病などが起こる」「これから認知症になる人たちは（予防の取り組みを怠ったという）自己責任論に結びつきかねない」「予防に関する確固たる科学的エビデンスが欠如している」というような批判です。政府にとっては予想外だったと思われる激しい批判により、数値案は撤回されました。

ただ、認知症予防の動きは世界的にみれば推奨され始めています。日本ではなぜ、これほどの反発を招いたのでしょうか。

このことを考える際に私が依拠したいのが、「健康主義」という考え方です。これは、ロバート・クロフォードという方が 1984 年に理論化しました。1980 年代というフィットネスブームが起り、人々が体を常に鍛えて健康を保つことに人生の意味を見出すようになった時期です。自己をコントロールし、ひたすら鍛錬して筋肉を鍛えていく。それが「健康的に生きること」であり、「よりよく生きること」と同じような意味を持つようになりました。

本来は、「よりよく生きる」ために健康になろうとしていたのに、健康であるということ自体が自己目的化していきました。家族の中での不和とか、職場での不満とか、そういったうまくいかないことを、フィットネスで自分の身体を磨き上げることで、一時的にでも忘れようとするような、健康主義の弊害も明らかになりました。

現在は、以前の健康主義に対して、新健康主義と呼べるようなものが台頭しているように思います。認知症だけでなく、うつ病のストレスチェックなどもそうですが、「健康な脳」を保つことで、最期まで理知的な生を全うしようという新たな動きが広がってきています。ただし、脳を鍛えるどのような方法が、確実な予防につながるのかというエビデンスは確立されていません。また、誰が病になるかわからない中で、予防への努力は盲目的信仰に近づきかねません。そして老いへの過剰な責めは、老年期うつ病につながる恐れもあります。

では、どのようなケア、どのような「予防」ならば幸せをもたらすのでしょうか。1990 年代は「脳の 10 年」と言われて、認知症の原因が解明されて、治療法が確立するのではないかと言われていました。ですが、完全な治療法も予防法も見つからないまま、現在に至っています。特に難しいのが、正常な老いと病的な老いを区別することです。死後に脳を解剖してみると、典型的なアルツハイマー病と思われる病変が脳にあるのに、生前の臨床診断ではそれほど問題がなかったり、逆に、脳にそれほどの病変はないのに、臨床レベルではアルツハイマー病のような症状をみせていたり、という人たちがいて、診断すらも確立しきれない難しさがあるのです。

こうした科学的な難しさのために、製薬会社が治療薬の開発からどんどん撤退しています。そのため世界的には、治らないのであれば予防してしまおう、という方向に考えがシフトしてきているのです。「心臓にいいことは脳にもいい」といわれますので、身体を健康をもたらすような生活習慣や運動、食生活を推奨することで、認知症の発症リスクも軽減させよう、ということなのです。

ではなぜ、日本では慎重論が強いのでしょうか。なぜ、予防の動きがうつを生み出すというような懸念につながるのでしょうか。その理由を考えてみましょう。

1 つには、「日本における予防医学の成功」が挙げられます。欧米などではほとんど行われていない職場健診などを通して、予防の考え方が日本では徹底されているのです。そうした医療の介入が劇的な効果をもたらして、食生活や栄養状態や生活環境が大きく改善したのが 20 世紀後半です。日本では衛生に対する意識が非常に高く、広く浸透しているがゆえに、新型コロナのパンデミックでも、マスク、うがい、手洗いなどの基本的な予防医学の啓蒙が既にできていて、感染がある程度抑えられたともいわれています。

ただ、20 世紀後半には疾病構造が大きく変化していきました。医学の進歩で伝染病のような急性疾患が制圧され、平均寿命が劇的に延びました。そうすると、現代の医学ではなかなか治せない慢性疾患に疾病構造が変化していきました。そして生活習慣病が問題になる中で、個人の習慣とか個人の責任に焦点があたるようになったのです。

その結果、予防も以前のような劇的な効果を失いました。認知症の観察研究で効果のあった予防法も、実際の地域に応用して介入法でやってみると、すでに教育レベルが高かったり、食生活が良かったり、生活環境が良かったりする所では、なかなか効果が出ません。健康指導が徹底されている地域では、これ以上、劇的に改善できる部分がなくなっているのです。

さらに懸念されるのが、「日本人の予防指導への従順さ」です。日本では当たり前のようにみんなが受ける健康診断等に、人々が自発的に身を任せる状況は欧米諸国では稀です。アメリカでは肥満率が 70% なの

ですが、それでも、日本で行われているメタボ健診などは「ありえない」のです。職場や組織や地域や社会で、個人のプライベートな領域である健康に関するデータを集め、ある程度監視していこうという社会は、実はそんなにはないのです。

日本の職域定期健診について「個人のプライバシーの中心部分でもある健康関連情報を強制的に集め、事業主が管理するということ、そしてそれに労働者が抵抗せずに応じていることに海外の研究者は驚くことが多い」（矢野 2003）と専門家は言っています。これが脳の健康にまで及んだ時、一体、何が起きるのかということに対する懸念が、今非常に強くなっています。

日本人は予防に協力してきたし、自発的に従ってきました。では、「今度は認知症を予防しましょう」と訴えかけられたら、みんながそこに流れ込んでしまうのではないかと専門家たちは危惧しています。認知症予防が、科学的なエビデンスのある確たるものであればよいのですが、今のところ確実なエビデンスのある予防法はないとみられています。

予防言説には奇妙なまでの明るさがあります。ホタテのサプリメントとか、お寿司がいいとか、いろんなものが宣伝されていますが、どれも科学的ではありません。似非科学としか言いようがないものなのに、こうした認知症予防マーケットがもの凄く拡大しています。エビデンスのない予防法が蔓延することにより、認知症になった人は「予防できなかった人」とみなされて、更なるスティグマ化が強まっていくのではないのでしょうか。

精神科診断が新たに「こうあるべき」という古い像を作ってしまうことで、正常な老いに対するハードルが高まっていきます。ちょっと前まで、多少のもの忘れは自然現象とされていたのに、現在はMCI（軽度認知障害）などのカテゴリーができて、病的な老いが強調されがちです。ただでさえ、自分の健康をアピールする必要に迫られている高齢者の方々が、それに加えて「自分は認知症じゃない」ということを常に証明しつづけなければいけない強迫的で相互監視的な新健康主義が、広がり始めているように思います。

さらに、認知症の後見人制度が社会に浸透し始める

中で、認知症にさせられることで自らの自由や財産を奪われるのではないかという不安や恐怖が高齢者に芽生え、家族間での疑心暗鬼が生まれています。回復する老年期うつ病が見逃され、回復しない認知症とみなされてかえって悪くなるケースも指摘されています。

脳神経疾患へのスティグマも、まだ残っています。認知症と診断されただけで、「何も分からなくなった人」「どうしようもない別世界の人」と扱われて、収容されていた時代を覚えている方がまだいらっしゃいます。今では、「ちょっとできないことがある普通の人」ということが分かってきましたし、当事者もそのように訴えています。過去のスティグマが根強く、なかなか理解してもらえません。認知症は、社会的な関係性で大きく変わる病、ふつうに生きられる病です。そこに「予防しなくてはならないもの」というメッセージを送ってしまうと、「あってはならないもの」という排除のメッセージに反転しかねません。

老いや記憶のもつ文化的意味が大きく変わってきたことも、認知症を怖いイメージで捉える一因になっています。日本では小学校の頃から情報を記憶すること、忘れないことに多大な価値が置かれます。「忘れる」ことは「恥」でもあるわけです。ですからお年寄りも、もの忘れ防止の脳トレとかをさせられている。できないと叱咤されて、みじめな気持ちになってしまう。そして老いはますます怖くて、不安なものになっていき、うつ病のリスクまでも高めてしまう。このようにして起こるうつ病は、社会が作り出す病にほかなりません。

老年期は、自分自身が考える自己像と、周りが考えている像とが一致せず、解離していく時期です。自分はまだできると思っているのに、周りはそう思ってくれなくなります。この孤独な闘いに1人で挑まなくてははいけません。ですから認知症の人が怒り出すのは、異常な扱いに対する正常な反応、正常な怒りなのではないかとおっしゃる医師もいます。そこに予防（生産的な老い）というイメージが加わると、この闘いは更に厳しく、激しいものになります。

日本ではそこに家族も巻き込まれ、抜き差しならない状況になっているという指摘もあります。このような状況では、ケアする側の善意・誠意・一生懸命さによって、当事者はかえって追い込まれていきます（嫌いな

野菜を食べさせられる・苦手な運動を強要される・脳トレを課される)。そして予防の強制は、不安と不幸の更なる連鎖につながるのではないかと指摘されています。

老年期は青年期と同じくらい、アイデンティティが揺らぐ時期です。この時期をどう支えればいいのか。記憶力テストなどの数値だけでその人を判断するのではなく、「まだまだ語れる」、もしくは語れなくても「情緒的存在」として、居てくれるだけでありがたいと思えるような存在として、老年期の方々を取り戻そうとする動きもあります。

認知症は、介護する側も日々大変な思いをされています。そうした方々を支えようと、あるメモリークリニックでは家族会を設けています。そこでは、認知症は「脳の疾患」というイメージを変えようとしています。認知症の人が階段を正確に認識できず、足を踏み外すことがあると説明した上で、エッシャーのだまし絵などを紹介します。私たちの脳は、全てを正確に覚えていたり見えていたりするわけではなく、脳自体が私たちをだましてしまうこともたくさんあるのです。そうした体験を通して、認知症の人たちへの共感を生み出そうとしています。

こうしたことから、老いの意味を取り戻そうと試みる人たちが増えてきました。彼らは「認知症の予防」はダメでも、「認知症のスティグマがもたらす社会的苦悩の予防」は重要だとして、「認知症に備える」と言っています。認知症になることが「怖い」ことではなくなれば、不安で暴れたり、うつになったりする人が減って、本当に「怖い」ものではなくなるはずですから、「認知症になっても困らない社会を作ろう」と、彼らは必死です。これは「よりよく生きる」ことの意味の回復であり、老年期うつ病の予防にもつながるはずで

す。認知症を、おどろおどろしいわけの分からないものではなく、「己を知る」ための契機と考えることで、この病を自己崩壊ではなく、自己探求の旅として捉えることが可能になる。そして、オータナティブな形での脳神経科学、当事者の意見を反映させた医療が可能になっていくのではないのでしょうか。うつ病でも現在、そうした動きが出ていると思います。ですから、認知症やうつ病を別の疾患として分けるのではなく、脳神経科学的な疾患全体に対してのスティグマを失くせるような、当事者と共闘できるような形での新たな精神医学が動き出していると思うので、私もそのような仕事がしたいと思っています。

Q. 認知症研究に関心をもたれたきっかけは何ですか

私はもともと、うつ病と自殺の研究を長らくしていました。うつ病が社会的問題になる中で、精神疾患は誰もがなりうるものだと皆さんが気付き、精神疾患を自分の問題として考え始めるきっかけになりました。認知症は長く生きれば誰もがなる病であり、うつ病で達成できた共感が更に広がるのではないかと考えて、そういう願いを込めて認知症の領域に入ってきました。

当事者の方々が本当に力強い言葉を持っていて、当事者同士の会話なども目にして、当事者の力を改めて感じました。当事者の声を大事にする医師が増えていますし、そうした力を生かせる医療の場がこれから広がっていくと思うので、そういうお手伝いを少しでもできたらよいかと考えています。

2020 年度 公益財団法人 J K A 公益事業振興補助事業
「産後うつ病と妊産婦自殺防止に関する啓発事業」

女性のライフステージと女性特有のうつとの関係

実施：WEB オンラインセミナー 全4回
ビデオ講演会システム Zoom(ズーム) ウェビナー 使用

一般社団法人 日本うつ病センター (JDC)
〒160-0017 東京都新宿区左門町2-6 ワコービル4階
TEL：03-6256-8411
WEB：<https://www.jcptd.jp/>

制作：有限会社まるみ



うつをこえて
BEYOND THE BLUE