

周産期メンタルヘルスコンセンサスガイドにおける  
日本産科婦人科学会からの CQ&Answer についてのとりまとめ

研究分担者 竹田 省 （順天堂大学産婦人科学講座）

**研究要旨**

本研究では、以下の CQ に対応するエビデンスと推奨すべき行動を明らかにするために、日本産科婦人科学会からの CQ&Answer についてのとりまとめを行った。

**CQ3.** スクリーニング陽性者への対応は？：精神科医専門医へ診察依頼

担当：牧野真太郎・竹田純

**CQ7.** 向精神薬の母乳育児への影響は？（薬物の影響と授乳のメリット）

担当：海老根真由美・齋藤知見

本研究を通して、今日の我が国の情勢に適合した他職種連携による周産期メンタルヘルスケアの重要性が再認識された。

研究協力者

牧野真太郎 （順天堂大学産婦人科学講座）

竹田純 （順天堂大学産婦人科学講座）

海老根真由美（海老根ウイメンズクリニック）

齋藤知見 （順天堂大学産婦人科学講座）

なっており、見過ごされたまま対応がなされないケースも多い。そこで、スクリーニング陽性者への対応と向精神薬の母乳育児への影響を明らかにするために、日本産科婦人科学会からの CQ&Answer についてのとりまとめを行った。

**A. 研究目的**

以前より周産期メンタルケアは、産科医が中心となっておこなってきた歴史がある。しかし、発症が周産期であることを除けば、基本的にはメンタルヘルスは精神科医や臨床心理士・保健師が中心となって支援することで、質の高い医療を提供できる。しかし、実際には妊婦健診を産科医が行い、内科疾患合併症妊娠に関しては内科医と連携し、精神疾患合併妊娠は精神科医にコンサルトを行い、一組の母子に対し多職種が関わって診療を行っているのが現状である。そのため、その対応を多くの施設で統一することはしばしば困難である。さらに、メンタルヘルスに関しては、どのタイミングで精神科医に相談すべきかが臨床上問題と

**B. 研究方法**

CQ3 においては、NICE のガイドラインを参考として過去の文献報告を抽出し、Answer を作成した。

CQ7 では、NICE のガイドライン、LactMed を参考として過去の文献報告を検討し Answer を作成した。

**C. 研究結果**

以下の 2 つの CQ についてとりまとめを行った。

**CQ3.** 妊娠中および産後の気分障害・不安障害スクリーニング陽性者への対応は？  
推奨

1. 産後のフォローアップを継続する。（I）

2. 妊娠中の重症の精神障害及びその既往や疑いがある場合は、特定妊婦として管理する。(I)

3. 特定妊婦の管理は、産科医、精神科医、リエゾン精神看護専門看護師、助産師、臨床心理士が協力して行う。(II)

#### CQ3の参考文献

1) 立花良之、小泉典章：妊娠期からの母親のメンタルヘルスや育児を支援する他職種地域連携システムの試み、信州公衆衛生雑誌 8: 18-19, 2013.

2) 小室龍太郎：妊娠や出産をめぐる時期における気分障害の評価とケア. BIRTH 1: 17-24, 2012.

3) 廣瀬一浩：産褥期のストレスー睡眠障害とマタニティブルーズー、ペリネイタルケア 20: 32-37, 2001.

4) Howard LM, Megnin-Viggars O, Symington I, Pilling S; Guideline Development Group. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. BMJ. 18: 349: g7394, 2014.

#### CQ7. 向精神薬の母乳育児への影響は？

(薬物の影響と授乳のメリット)  
推奨

1. 向精神薬の多くは授乳可能だが、母乳育児を行うか否かは授乳婦自身の決定を尊重し、医療者はそれを支援する。(II)

2. 表 7-1 を服用する授乳婦は、児の状態(飲み具合、眠り方、機嫌、体重増加など)に注意するように勧める。(II)

3. 母乳育児のメリットは大きいですが、母乳育児が原因で精神状態の悪化が強く懸念される場合は授乳中止を勧める。(II)

#### CQ7の参考文献

1) Potts AL, Young KL, Carter BS, Shenai JP. Necrotizing enterocolitis

associated with in utero and breast milk exposure to the selective serotonin reuptake inhibitor, escitalopram. J Perinatol. 2007; 27: 120-2. PMID: 17262045

2) Uguz F. Gastrointestinal side effects in the baby of a breastfeeding woman treated with low-dose fluvoxamine. J Hum Lact. 2015; 31: 371-3. PMID: 25896469

3) Chaudron LH, Schoenecker CJ. Bupropion and breastfeeding: a case of a possible infant seizure. J Clin Psychiatry. 2004; 65: 881-2. PMID: 15291673

4) Neuman G, Colantonio D, Delaney S et al. Bupropion and escitalopram during lactation. Ann Pharmacother. 2014;48: 928-31. PMID: 24732787

5) Lester BM, Cucca J, Andreozzi L et al. Possible association between fluoxetine hydrochloride and colic in an infant. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993; 32:1253-5. PMID: 8282672

6) Matheson I, Pande H, Alertsen AR. Respiratory depression caused by N-desmethyldoxepin in breast milk. Lancet. 1985; 326: 1124. Letter. PMID: 2865592

7) Frey OR, Scheidt P, von Brenndorff AI. Adverse effects in a newborn infant breast-fed by a mother treated with doxepin. Ann Pharmacother. 1999; 33: 690-3. PMID: 10410181

8) Tunnessen WW Jr, et al Toxic effects of Lithium in newborn infants: a commentary. J Pediatr, 81:804-807.1972.

9) Viguera AC, et al: Lithium in breast milk and nursing infants: clinical implications. Am J Do. 2007;164: 342-5. PMID: 17267800

10) Patrick MJ, Tilstone WJ, Reavey P. Diazepam and breast-feeding. *Lancet*. 1972; 299: 542-3. Letter. PMID: 4110044

11) Anderson PO, McGuire GG. Neonatal alprazolam withdrawal -- possible effects of breast feeding. *DICP*. 1989; 23:614. Letter. PMID: 2763587

14) Kramer MS, et al.: Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65: 678-584 PMID18458209

15) 伊藤真也,他編:薬物治療コンサルテーション:妊娠と授乳 改訂 2 版、東京:南山堂、2014

16) Kokubu M, et al.: Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy: a longitudinal study of pregnant women in Japan. *Arch Womens Ment Health*, 15: 211-216, 2012. PMID: 22526407

17) Yoshida K, et al.: Fluoxetine in breast-mild and developmental outcome of breast-fed infants. *Br J Psychiat*, 172:175-179, 1998. PMID:9519072

18) Strathearn L, et al: Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A15-year cohort study. *Pediatrics*, 123: 483-493, 2009.

19) Section on Breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129: e827-841, 2012.

20) Schwarz EB, et al: Lactation and maternal measures of subclinical cardiovascular disease. *Obstet Gynecol*, 115: 41-48, 2010.

21) B. Figueiredo, et al: Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum

depression. *Psycholo Med*, 44, 927-936, 2014.

22) E. Sibolboro Mezzacappa, et al: Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Arch Womens Ment Health*, 10: 259-266, 2007.

12) Ito S: Drug therapy for breast-feeding women. *N Engl J Med* 2000; 343:118-126 PMID10891521

13) 日本産婦人科医会:乳房疾患の管理研修ノート No 81. 東京:日本産婦人科医会,2009:p1-106.

#### D. 考察 CQ3

以前より周産期メンタルケアは、産科医が中心となっておこなってきた歴史がある。しかし、発症が周産期であることを除けば、基本的にはメンタルヘルスは精神科医や臨床心理士・保健師が中心となって支援することで、質の高い医療を提供できる。しかし、実際には、妊婦健診を産科医が行い、内科疾患合併症妊娠に関しては内科医と連携し、精神疾患合併妊娠は精神科医にコンサルトを行い、一組の母子に対し多職種が関わって診療を行っているのが現状である 1)。そのため、その対応を多くの施設で統一することはしばしば困難である。さらに、メンタルヘルスに関しては、どのタイミングで精神科医に相談すべきかが臨床上問題となっており、見過ごされたまま対応がなされないケースも多い 2)。その原因として、診療時間が短いことや診療が身体的なものに傾きがちなこと、そして母よりも胎児の状態に関心が向けられがちなが挙げられる 3)。また、強迫性障害や不安障害（全般性不安障害、パニック障害、恐怖症、心的外傷後ストレス障害と社会不安障害を含む）の程度が周産期に過小評価

される可能性があるため、スクリーニング陽性者に対する初期対応として、妊娠中及び産褥期のメンタルヘルスに関する情報を提供することが重要である。また、周産期においてメンタルヘルスの問題が稀ではないこと、治療の有効性、安全性、起こりうる有害事象についての説明をすることでより治療へのコンプライアンスが高まることが期待される。ただし、否定的な認識（汚名、母親失格、児が保護される可能性、アルコールや薬物依存の発覚）を恐れ、メンタルヘルスの問題を明らかにしない可能性もあるため、問診の際には注意を要する。そのため、本人の同意が得られた場合にはパートナー、家族、介護者にも情報提供を行い、支援者の協力を促すことが重要である。妊娠中および産後に重症の精神障害を識別するエビデンスの確立された方法はない。しかし、精神科医が産後精神疾患を認識した場合には迅速に行動することが不可欠であるため、突然の産褥精神病の症状がある場合は即日精神科医に紹介する。

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) ガイドラインでは、このような場合は4時間以内に精神科医に紹介することが推奨されている(4)。合わせて、本人の重症の精神障害がある場合、または第一近親者に重症の周産期精神障害の既往が判明した場合は、出産後2週間以内の産後精神病発症の可能性について留意することをNICEガイドラインに準拠して推奨する。

### CQ7

1. 向精神薬を含むほとんど全ての薬剤は母乳中へ分泌される。従って児は母乳を通じて薬物を摂取することになるが、この摂取量は妊娠中の薬物服用で胎児が経胎盤的に暴露する量に比べるとはるかに少ない(10%以下、あるいは1%にも満たないレベル) 12-15)。母乳を通じて乳児に入る薬

剤量に関する指標の一つに「相対的乳児投与量 relative infant dose : RID (%) \*1」がある。向精神薬では一部を除き、RIDは10%以下であり、母乳栄養児への著明な副作用はみられず、その後の発達の経過も正常であるとの報告 16, 17) も多い。したがって、精神障害の治療に用いられる薬剤の大半において授乳を積極的に中止する必要はない。母親が母乳育児を強く希望し、児の肝腎機能が十分な場合、薬物療法と母乳育児を両立することは国際的コンセンサスとなっている。ただし児の肝腎機能が不十分の場合(黄疸を伴う基礎疾患がある、低出生体重児である、等)は小児科医・産婦人科医と連携を取りながら個別に判断する。医薬品添付文書では、多くの薬剤に対して「授乳中の投与は避けることが望ましいが、やむを得ず投与する場合は、授乳を避けさせること」と記載されているが、薬剤の減量や授乳中止を強く勧めることは、母親の精神障害に悪影響をおよぼす場合があるので注意する。しかし内服を開始する際には、子どもの月齢や体重を確認し、小児科医と連携しながら発達や体重増加量を確認することは必須である。また保健センターと連絡をとり、乳児健診の状況を確認しておくことも重要である。

\*1RID : relative infant dose (相対的乳児投与量 ;%) ; 経母乳的に摂取される総薬物量 (mg/kg/日) / 当該薬物の児への投与常用量 (mg/kg/日) ×100

附則 : 児への投与常用量が決まっていないときは、母親の体重当たりの治療量で代用する。

2. 表 7-1 の薬物を使用する際は、児に有害事象が起こりうる可能性を説明し、理解を得る。その上で、児に出現する可能性のある症状(飲みの低下、傾眠傾向、機嫌が悪い、体重増加不良など)を説明し、症状出現が疑われたら主治医に報告するように指導する。児の対応には、産科医や小児科

医との連携が必要である。授乳と服薬のタイミングは、母乳薬物ピーク濃度時の授乳を避ける意味で授乳直後に服薬させる方法（授乳後服薬）があるが有効性に関するエビデンスは少ない。児が母乳を欲する時間が予想出来ないこともあり、過度に授乳後服薬を強調するのは褥婦にストレスを与えるので推奨しないとする意見もある。また多剤併用時のエビデンスは少なく、安全性は確立されていない。従ってできるだけ最小限の薬種を使用するなど工夫が必要である。

3. 母乳栄養は児の感染予防や認知能力の発達などの点で、人工栄養に比べて優れていることを示すエビデンスは確立している。また、母乳育児により児のネグレクトや虐待が減少するという報告<sup>18)</sup>、アメリカのSWAN研究をはじめとし、母体のメタボリック症候群、2型糖尿病や高血圧、冠動脈疾患などが低下する報告も相次いでいる<sup>19,20)</sup>。また授乳が産後3か月の抑うつ症状を低下させたという報告<sup>21)</sup>や経産婦において授乳婦のうつ病発症率が非授乳婦と比べて有意に低いという報告<sup>22)</sup>もある。しかし一方で母乳育児は軌道に乗るまで試行錯誤の連続であり、肉体的にも精神的にも困難を要する場合が少なくない。本人の気力、体力のみならず、周囲の理解とサポートも必須である。どれかが欠けた状態での授乳は褥婦にとって非常なストレスとなり、原疾患を悪化させる原因となりかねない。従って過度に母乳育児を推奨もしくは強要することは避けるべきである。特に母親が母乳育児を強く希望していることが大前提となることに留意する。また完全母乳育児を行うより母親の負担が少ない「混合栄養」という方法（夜間のみミルクを足すなど）も選択肢の一つとして提示するとよい。やむを得ず断乳する際、すぐに授乳を中止する必要がある場合は、カベルゴリンの内服が有用である。乳汁分泌良好

な褥婦では、乳腺炎等のトラブルを回避するため、適切な断乳指導、乳房マッサージ等を実施することも大切である。

ごく短期間の断乳で、その後に授乳再開の可能性がある場合は、母乳の分泌維持のために一定回数の搾乳が必要である。手や搾乳器による搾乳方法を指導する。また徐々に断乳する場合は、ミルクの投与回数を増やしながら、授乳回数を減らしていくようにする。子どもが生後5か月を過ぎている場合は、離乳食の開始やその進め方を指導する。相談窓口として産婦人科、母乳育児を支援する施設の母乳外来や助産師外来、助産院、地域の保健師等と連携することが有用である。

<授乳と薬に関するデータベース>

本分野は、常に新しい情報が変更・追加されるので、最新の情報にアクセスできるようにしておくことが望ましい。以下の専門書や専門ウェブサイトを参照する。

・妊娠と授乳 改訂2版 伊藤真也、村島温子（編）. 南山堂 2014

・Briggs GG, et al.: Drugs in Pregnancy and Lactation, 9th edition, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2011(Textbook)

・妊娠と薬情報センター/国立成育医療研究センター [www.ncchd.go.jp/kusuri](http://www.ncchd.go.jp/kusuri)  
電話番号 03-3416-0510（授乳婦本人からの電話相談にも対応可能）

・LactMed <http://toxent.nlm.nih.gov>

・Motherisk program

<http://www.motherisk.org/women/breastfeeding.jsp>

## **E. 結論**

今日の我が国の情勢に適合した他職種連携による周産期メンタルヘルスケアの重要性が再認識された。

## **F 健康危険情報**

なし

## **G. 研究発表**

### 1. 論文発表

英文

なし

和文

なし

学会発表

なし

## **H. 知的財産権の出願・登録状況**

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし