

強迫行為：反復行動（例：手を洗う、順番に並べる、確認する）または心の中の行為（例：祈る、数を数える、声を出さずに言葉を繰り返す）であり、その人は強迫観念に反応して、または厳密に適用しなくてはならない規則に従って、それを行うよう駆り立てられていると感じているようなものです。

出産後、強迫性障害の症状として、不潔恐怖などがあると、本人が精神的苦痛を感じるのみならず、育児に支障をきたすことがあります。また、夫など家族も本人の強迫観念・強迫行為に巻き込まれて日常生活に著しい制限を受けるなど、大きな影響をこうむることもあります。育児に支障をきたしている場合は、本人の精神科的な治療とともに、保健師や子ども家庭支援センターのサポートも必要になります。

5. 統合失調症

幻聴、妄想などの症状を呈する、慢性的な精神疾患です。

抗精神病薬による薬物療法が必要です。

育児に支障をきたしやすいですが、必ず支障をきたすわけではありません。

保健師に連絡を取って本人および児のサポートをしていったほうが良いでしょう。妊娠を機に薬物療法を自己中断して精神症状が悪化してしまうことがあります。薬物療法が減量や中止になっている場合は、精神科主治医と相談して決めているか確認したほうが良いです。もし、自己中断しているようであれば、まずは、精神科主治医に相談するように勧めると良いでしょう。

授乳後も、児への影響のために、抗精神病薬の内服を中断して病勢増悪する場合があります。妊娠中や授乳中の抗精神病薬の内服の考え方については、資料3を

ご参照ください。

妊娠中から、日常生活面や行動面で心配な点があるようでしたら、本人の了解のもと、早期に保健師に介入してもらったほうが良いでしょう。ただし全ての統合失調症の母親が養育困難をきたすわけではないので、母子保健関係者自身が統合失調症の患者に対して偏見を持たないようにすることも重要です。

下記はDSM-IV-TRの診断基準です。

A:特徴的的症状 以下のうち2つ（またはそれ以上）、おのおのは、1カ月の期間（治療が成功した場合はより短い）ほとんどいつも存在：

- (1) 妄想
- (2) 幻覚
- (3) まとまりのない会話（例：頻繁な脱線または滅裂）
- (4) ひどくまとまりのないまたは緊張病性の行動
- (5) 陰性症状、すなわち感情の平板化、思考の貧困、または意欲の欠如

注：妄想が奇異なものであったり、幻聴がその者の行動や思考を逐一説明するか、または2つ以上の声が互いに会話しているものであるときには、基準Aの症状を1つ満たすだけでよい。

B:社会的または職業的機能の低下：障害の始まり以降の期間の大部分で、仕事、対人関係、自己管理などの面で1つ以上の機能が病前に獲得していた水準より著しく低下している（または、小児期や青年期の発症の場合、期待される対人的、学業的、職業的水準にまで達しない）

C:期間：障害の持続的な徴候が少なくとも6カ月間存在する。この6カ月の期間には、基準Aを満たす各症状（すなわち、活動期の症状）は少なくとも1カ月（または、治療が成功した場合はより短い）存在しなければならないが、前駆期または残遺期の症状の存在する期間を含んでもよい。これらの前駆期または残遺期の期間では、障害の徴候は陰性症状のみか、もしくは基準Aにあげられた症状の2つまたはそれ以上が弱められた形（例：風変わりな信念、異常な知覚体験）で表されることがある。

D:失調感情障害と気分障害の除外：失調感情障害と「気分障害、精神病性の特徴を伴うもの」が以下の理由で除外されていること

- (1) 活動期の症状と同時に、大うつ病、躁病、または混合性のエピソードが発症していない
- (2) 活動期の症状中に気分のエピソードが発症していた場合、その持続期間の合計は、活動期および残遺期の持続期間の合計に比べて短い

E:物質や一般身体疾患の除外：障害は、物質（例：乱用薬物、投薬）または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない

F:広汎性発達障害との関係：自閉性障害や他の広汎性発達障害の既往歴があれば、統合失調症の追加診断は、顕著な幻覚や妄想が少なくとも1カ月（または、治療が成功した場合は、より短い）存在する場合にのみ与えられる

6. 躁うつ病（双極性障害）

うつ状態に加え、躁状態の時期もあるような病態です。うつと躁が両方一時期に混在することもあります。躁状態のときは、ハイテンションで、万能感に満ち溢れたり、多弁で考えがまとまりらなくなったり、ちょっとしたことで激しくイライラして怒りが爆発することもあります。重症例では躁状態の時に幻覚妄想状態になることもあります。薬物療法が必要です。

躁うつ病の既往があると、出産後に躁状態になったり産後鬱状態になるリスクが高くなります。また、産後にそう状態になった既往があると、次の出産後もそう状態になる可能性が高くなります。

治療として、薬物療法や認知行動療法などがあります。ある程度の症状があれば、薬物療法が必要になります。

7. 摂食障害

神経性無食欲症（拒食症）、神経性退職賞（過食症）などからなります。

妊娠中・出産後ともに、症状が強ければ、保健師や精神科医との連携が必要になります。

また、妊娠中は子どものために食事摂取をなんとかコントロールして症状が比較的落ち着いていけるような人でも、出産後育児困難をきたすことが多いので、妊娠中など早期から保健師が介入することが望ましいです。

妊娠中、極端なるい痩で管理入院になった場合、急激に栄養を投与すると Refeeding 症候群を起こす恐れがあるので注意が必要です。

8. 妊娠中の物質乱用

8.1 アルコール乱用

妊娠中の適正飲酒がありうるかどうかについてはコンセンサスが得られていないですが、アルコールが胎児の中枢神経系や発育にきわめて深刻な悪影響を及ぼすため、妊娠中は飲酒をやめるようにいふべきと考えます。

アルコール依存または薬物依存が現在または過去にある場合、現在アルコールや薬物乱用をしているかどうかを聞きます。基本的に、このような嗜癖の問題がある場合、本人の申告は信憑性に欠けることが多いですので、その点にも注意が必要です。アルコール乱用についても、本人は一日焼酎1～2杯と言っている場合、実は、焼酎の瓶を1日でほとんどあけるくらい飲んでいるということもあり得ます。また、飲むアルコール飲料の内容も手掛かりになることもあります。金銭的に裕福でない人がアルコール依存になった場合は、安価で酔いを得られるようなアルコール飲料（安い焼酎・ウイスキー・発泡酒など）を飲んでいる場合が多いです。どんなアルコール飲料を飲んでいるかも確認しましょう。現在か過去に嗜癖の問題がある場合は、必ず、保健師に連絡を取ったほうが良いです。

嗜癖の問題は、精神科でも専門治療機関でないと対応が困難な場合が多いです。

また、嗜癮をやめるためには本人の治療意欲がきわめて重要です。本人にやめようという意思がない限り、どんな良い治療環境におかれていても嗜癮から抜け出すことは困難です。妊婦のアルコール依存症は、胎児性アルコール症候群につながります。胎児性アルコール症候群のリスクが考えられた場合は、保健師・精神科医療機関と連携を取りながら、母子を守るための対応が必要です。

アルコール依存が疑われた場合は、本人の申告から問題の深刻さを判断すべきではありません。例えば、下記のようなCAGE法と呼ばれているアルコール依存についてのスクリーニングがあります。

1. 飲む量を減らさなくてはと思ったことがあるか（Cut down = 減らす）
2. 他の人から飲酒を非難され、それが気に障ったことがあるか（Annoyed by criticism = 非難が気に障る）
3. 自分のお酒の飲み方に罪悪感を感じたことがあるか（Guilty feeling = 罪悪感を感じる）
4. 迎え酒をして、神経を静めたり二日酔いを治そうとしたことがあるか（Eye-opener = 目覚めの1杯）

もし2つ以上の項目に「ある」「あるようだ」と答えた場合、アルコール依存症の疑いが高いと言えます。アルコール依存症は非常に難しい病気で、専門的な治療を必要とします。まずは、保健師に連絡して対応を相談するのが良いでしょう。

8.2 妊娠中の喫煙（物質乱用までいかなくとも）

妊娠中に喫煙すると、流産、胎児異常、低出生体重児などの原因になることがわかっています。また、出産後も母親が喫煙していれば母乳にニコチンが移行しますし、児の隣で母親が喫煙していれば児の受動喫煙の害が深刻です。

※妊娠を意識しているにもかかわらず、飲酒や喫煙をしているのであれば、胎児虐待とも考えられます。そのような母親は他にもさまざまな心理社会的問題を持ちやすいので、保健師に積極的につないでサポートしてもらったほうが良いでしょう。

資料 5. 母親のメンタルヘルスのアセスメントに有用なスクリーニング

1) Whooley の二質問法 (うつ病のスクリーニング)

以下の質問にお答えください。

(「はい」か「いいえ」のどちらか、より当てはまる方に○をつけてください)

①	この1カ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。	はい	いいえ
②	この1カ月間、どうも物ごとに対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。	はい	いいえ

上記の①②のどちらかに「はい」とお答えした方にうかがいます。

③	何か助けが必要だったり、助けてほしいと思ったりしますか。	はい	いいえ
---	------------------------------	----	-----

Whooley et al.: Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med, 12:439-45, 1997

NICE. Antenatal and Post-natal Mental Health, The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance. London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2007.

2) PHQ-9 (うつ病のスクリーニング)

この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁に悩まされていますか？ (選択肢の0,1,2,3のうち、最も当てはまるものに○をつけてください)		全 く な い	数 日	半 分 以 上	毎 日
1	物事に対してほとんど興味がなく、または楽しめない	0	1	2	3
2	気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる	0	1	2	3
3	寝付きが悪い、途中で目がさめる、または逆に眠り過ぎる	0	1	2	3
4	疲れた感じがする、または気力がない	0	1	2	3
5	あまり食欲がない、または食べ過ぎる	0	1	2	3
6	自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む または自分自身あるいは家族に申し訳がないと感じる	0	1	2	3
7	新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい	0	1	2	3
8	他人が気づくくらいに動きや話し方が遅くなる、あるいはこれと 反対にそわそわしたり、落ちつかず、普段よりも動き回ることが ある	0	1	2	3
9	死んだほうがまだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけよう と思ったことがある	0	1	2	3

10	<p>あなたが、いずれかの問題に1つでもチェックしているなら、それらの問題によって仕事をしたり、家事をしたり、他の人と仲良くやっていくことがどのくらい困難になっていますか？最も当てはまるものに✓をしてください。</p> <p>()全く困難でない ()やや困難 ()困難 ()極端に困難</p>
----	---

回答は、「全くない」=0点、「数日」=1点、「半分以上」=2点、「ほとんど毎日」=3点として総得点を出します。(総得点0~27点)

大うつ病性障害が存在する閾値: 10点以上

0~4点: なし, 5~9点: 軽微~軽度, 10~14点: 中等度, 15~19点: 中等度~重度, 20~27点: 重度のレベル

出典:

村松公美子, 上島国利. プライマリ・ケア診療とうつ病スクリーニング評価ツール: Patient Health Questionnaire-9 日本語版「こころとからだの質問票」診断と治療, 2009, 97, 1465-1473, 2009.

村松公美子, プライマリ・ケア医に有用な気分障害の認識・評価方法. 最新うつ病のすべて 別冊・医学のあゆみ (樋口輝彦 編) pp. 33-39. 医歯薬出版. 東京. 2010.

Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K et al: the Patient health Questionnaire, Japanese version-9; validity according to the Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus. Psychol Rep 2007 Dec;101 (3 Pt 1):952-60.

3) エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) (うつのスクリーニング)

産後の気分についてお尋ねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。

最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけではなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。

1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった

- (0) いつもと同様にできた
- (1) あまりできなかった
- (2) 明らかにできなかった
- (3) 全くできなかった

2) 物事を楽しみにして待った

- (0) いつもと同様にできた
- (1) あまりできなかった
- (2) 明らかにできなかった
- (3) 全くできなかった

3) 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた

- (3) はい、たいていそうだった
- (2) はい、時々そうだった
- (1) いいえ、あまり度々ではなかった
- (0) いいえ、全くなかった

4) はっきりした理由もないのに不安になったり、心配になったりした

- (0) いいえ、そうではなかった
- (1) ほとんどそうではなかった
- (2) はい、時々あった
- (3) はい、しょっちゅうあった

5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた

- (3) はい、しょっちゅうあった
- (2) はい、時々あった
- (1) いいえ、めったになかった
- (0) いいえ、全くなかった

6) することがたくさんあって大変だった

- (3) はい、たいてい対処できなかった
- (2) はい、いつものようにはうまく対処できなかった
- (1) いいえ、たいていうまく対処した
- (0) いいえ、普段通りに対処した

7) 不幸な気分なので、眠りにくかった

- (3) はい、いつもそうだった
- (2) はい、時々そうだった
- (1) いいえ、あまり度々ではなかった
- (0) いいえ、全くなかった

8) 悲しくなったり、惨めになったりした

- (3) はい、たいていそうだった
- (2) はい、かなりしばしばそうだった
- (1) いいえ、あまり度々ではなかった
- (0) いいえ、全くそうではなかった

9) 不幸な気分だったので、泣いていた

- (3) はい、たいていそうだった
- (2) はい、かなりしばしばそうだった
- (1) ほんの時々あった
- (0) いいえ、全くそうではなかった

9) 不幸な気分だったので、泣いていた

- (3) はい、たいていそうだった
- (2) はい、かなりしばしばそうだった
- (1) ほんの時々あった
- (0) いいえ、全くそうではなかった

10) 自分の体を傷つけるという考えが浮かんできた

- (3) はい、かなりしばしばそうだった
- (2) 時々そうだった
- (1) めったになかった
- (0) 全くなかった

項目は10項目で、0～3点の4件法の母親による自己記入式質問票で、うつ病によく見られる症状をわかりやすい質問にしたもの。母親が記入後、その場でEPDSの合計点数を出す。合計が30点満点であり、わが国では9点以上をうつ病としてスクリーニングしている。

質問票は下記を参照。質問票には()に各項目の採点のため得点を示しているが、母親が記入する実際の質問票では、()内は空欄にする。

出典：

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.

日本語版：

岡野禎治、村田真理子、増地聡子他：日本版エジンバラ産後うつ病調査票（EPDS）の信頼性と妥当性、*精神科診断学*、7: 523-533. 1996)

日本語版の使用については下記の文献をご参照ください。

John Cox, Jeni Holden 著 岡野禎治、宗田聡 訳：産後うつ病ガイドブック—EPDSを活用するために—、南山堂、2006。

4) 赤ちゃんへの気持ち質問票（母子関係のスクリーニング）

あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？

下にあげているそれぞれについて、今のあなたの気持ちに一番近いと感じられる番号に○をつけてください。

No.	質問	ほとんどいつも強くそう感じる	たまに強くそう感じる	たまに少しそう感じる	全然そう感じない
1	赤ちゃんをいとおしいと感じる	0	1	2	3
2	赤ちゃんのためにしないといけない事があるのに、おろおろしてどうしていいかわからないことがある	0	1	2	3
3	赤ちゃんのことが腹立たしく嫌になる	0	1	2	3
4	赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがわからない	0	1	2	3
5	赤ちゃんに対して怒りがこみ上げる	0	1	2	3
6	赤ちゃんの世話を楽しみながらしている	0	1	2	3
7	こんな子でなかったらなあと思う	0	1	2	3
8	赤ちゃんを守ってあげたいと感じる	0	1	2	3
9	この子がいなかったらなあと思う	0	1	2	3
10	赤ちゃんをととても身近に感じる	0	1	2	3

出典：

鈴宮寛子、山下洋、吉田敬子：出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害、精神科診断学 14(1), 49-57, 2003.

使用方法の詳細は、以下のマニュアルをご参照ください。

吉田敬子、山下洋、鈴宮寛子."吉田敬子(監修)産後の母親と家族のメンタルヘルス-自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル-、東京、母子保健事業団."(2005).

5) 育児支援チェックリスト（心理社会的問題・虐待リスクのスクリーニング）

あなたへ適切な援助を行うために、あなたの気持ちや育児の状況について下記の質問にお答えください。
どちらかよりあてはまる方に、○をつけてください。

1. 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、または、お産の時に医師から何か問題があると言われていませんか？
はい いいえ
2. これまでに流産や死産、出産後1年間にお子さんを亡くされたことがありますか？
はい いいえ
3. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか。
はい いいえ
4. 困った時に相談する人についてお尋ねします。
 - ①夫には何でも打ち明けることができますか？
はい いいえ 夫がいない
 - ②お母さん（実母）には何でも打ち明けることができますか？
はい いいえ 実母がいない
 - ③夫やお母さん（実母）の他にも相談できる人がいますか？
はい いいえ
5. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？
はい いいえ
6. 子育てをしていくうえで、今のお住まいや環境に満足していますか？
はい いいえ
7. 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や親しい方が重い病気になったり事故にあったことがありましたか？
はい いいえ
8. 赤ちゃんがなぜむずかかったり、泣いたりしているのかわからないことがありますか？
はい いいえ
9. 赤ちゃんを叩きたくることがありますか？
はい いいえ

（作成：九州大学病院児童精神医学研究室—福岡市保健所）

この手引きは、平成25年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業「うつ病の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の連携・協働による支援体制（周産期G-Pネット）構築の推進に関する研究（研究代表者 立花良之）の助成を受けて作成されています。

この手引きについて是非ご意見をお聞かせください。

また、お問い合わせは下記までお願い致します。

母と子のサポートネットせたがや 事務局

国立成育医療研究センター こころの診療部 乳幼児メンタルヘルス診療科

hahatoko.setagaya@gmail.com

〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1

本手引きの無断転載を禁じます。

母子保健におけるうつ病地域医療連携についての研究

研究分担者 小泉典章（長野県精神保健福祉センター）

研究協力者 中沢文子（佐久保健福祉事務所）

研究要旨

妊産婦の周産期のメンタルヘルスの重要性がますます、注目されるようになってきている。「エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）を活用する市町村の割合の増加（46.8%，H23）」は長野県の医療計画の母子保健のひとつの指標値となっている。これには産後うつ病を早期発見するのみならず、十分な支援体制を築いていくことが重要である。県立須坂病院と協力し、昨年 7 月から院内で出産した全妊産婦に EPDS を用い、母親の抑うつ感や不安感を調べている。さらに須坂市、小布施町、高山村の須高地域においても、乳児家庭全戸訪問事業の訪問例に EPDS を活用し、子育て支援に役立てている。このシステムは、精神保健上の自殺対策や虐待防止にもつながると思われる。

A. 研究目的

「エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）を活用する市町村の割合の増加（46.8%，H23）」は長野県の母子保健の計画にも取り入れられている指標値となっている。これには産後うつ病を早期発見するのみならず、十分な支援体制を築いていくことが求められおり、研究初年度はその支援体制づくりを検討する。このことは、精神保健上の自殺対策や虐待防止にもつながると思われる。

B. 研究方法

1. 啓発活動

- ・長野県精神保健福祉センター（以下、当センター）で、産後うつ病の啓発のリーフレットを 10 万部、新たに作成する。
- ・県下全域を参加対象に、女性のメンタルヘルス研究会を結成する。

2. 早期診断（EPDS を用いる）

- ・県立須坂病院、長野赤十字病院における EPDS の導入への支援協力をする。
- ・県立須坂病院では H25 年 7 月より全出産例に対し、退院前と 1 カ月健診で EPDS を実

施する。

- ・長野市産婦人科医会主催の妊産婦メンタルヘルスの講演会を企画し、実施する。

3. 訪問活動

- ・須坂市や小布施町、高山村は、市町村の乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）で EPDS と赤ちゃんへの気持ち質問票（ボンディング尺度）を、できうる限り全例に実施する。
- ・須坂地域の 3 つの市町村で、産後も保健師が訪問していく母子保健のシステムづくりを展開する。
- ・須坂地域の妊産婦支援検討会議を月 1 回程度、県立須坂病院で開催、継続する。
（倫理面への配慮）

本研究に際しては、個人情報には抵触しないため、問題は生じないと考えられる。

本研究は、厚生労働科学研究の主任研究者が属する国立成育医療センターの倫理委員会において承認されている。

C. 結果

1. 啓発活動

産後うつ病は出産後の不安や育児疲れと誤解されやすいと思われる。産後うつ病では、嬰兒殺や自殺も起こりうる疾患だという啓発活動が必要である。当センターでは、産後うつ病の啓発用リーフレットを新たに10万部作成し、長野県精神保健福祉協議会から長野県下の産婦人科医療機関、市町村等に配布した。

リーフレット配布の効果を確かめるために、それより以前に、H25年8月に「産後うつ病を防ぎましょう」(三重大 岡野禎治先生による)の市販の予防リーフレットを試行的に配布した。(県立須坂病院 500部、長野赤十字病院 1000部および長野市内産婦人科医療機関 500部)

また、北信を中心に県下全域を参加対象に、女性のメンタルヘルス研究会を長野県女性医師ネットワーク協議会委員の轟慶子先生(鶴賀病院)と協働して結成した。以下の2回ともに、多数のご参加を得た。

H25. 6. 7 第1回女性のメンタルヘルス研究会(九州大 吉田敬子先生)

「出産後の母親に対する有効な精神面の支援の方法と実際の援助」(EPDSの活用について)

H25. 10. 30 第2回女性のメンタルヘルス研究会(東京女子医大 加茂登志子先生)

「女性とうつ Bio-Psycho-Socialの視点から」

2. 早期診断 (EPDS を用いる)

健診時などに、積極的にうつ病を疑い、的確に診断する必要がある。

エジンバラ質問票 (EPDS) を用い、産後うつ病の早期発見に役立てようという全国的な動きの中で、当センターは、成育医療センターの立花良之先生とともに、県立須坂病院、長野赤十字病院におけるEPDSの導入への支援協力をした。県立須坂病院では小児科の石井栄三郎先生を中心に、H25年7月より全出産例に対し、EPDSを実施し

ている。退院前や1カ月検診の際にEPDSの点数が高ければ、病院から市町村に連絡し、訪問や相談の回数を増やすなど、手厚い対応をとることができる。これまでも病院と市町村の間で、記述した文書の連絡票をやり取りすることはあったが、共通の質問票を使うことで、意思疎通がよりスムーズになっている。

H25. 5. 28 EPDSの講習会(立花良之先生)
県立須坂病院

H25. 12. 3 EPDSの講習会(立花良之先生)
長野赤十字病院

H25. 11. 29 長野市医師会にお願いして、東北信のかかりつけ医の産婦人科医対象に「妊産婦メンタルヘルス縦断研究について」という講習会を実施した。

3. 訪問活動

須坂市や小布施町、高山村は、市町村の乳児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)や養育支援訪問事業との連携において、自殺や虐待防止に少しでも役立てられるようにモデル事業を開始している。この母子保健のプロジェクトは主に、須坂市健康福祉部健康づくり課(地域医療福祉ネットワーク推進室と兼務)の樽井寛美課長が、県立須坂病院と須坂市や小布施町、高山村との連携ネットワークを構築した。

4カ月以内に訪問する乳児家庭全戸訪問事業の中で、EPDSと赤ちゃんへの気持ち質問票(ボンディング尺度)を、できうる限り全例に実施している。EPDSを実施して高得点者にも気付かれたのみならず、地域では導入により母親の気持ちの聞き取りができてよかったという意見も聞かれた。須坂地域の3つの市町村では、産後も保健師が訪問していく母子保健のシステムづくりに発展している。

また、事例検討会にも当センターで可能な限り、出席している。

(須坂地域の妊産婦支援検討会議は月1回

程度、県立須坂病院で行われている)

以前より、長野市保健所は、長野赤十字病院と連携して、訪問活動をしている。

D. 考察

かかりつけ医等心の健康対応力向上研修について

長野県でも昨年度から「信州保健医療総合計画～「健康長寿」世界一を目指して～」が保健、医療分野を一体的にした計画として策定された。医療計画に精神疾患が加わったことにより、この計画は本県の地域精神保健を支えることに密接に関係することを、平成 25 年度の日本精神神経学会総会で「長野県における医療計画策定経過と概要」として報告した。この統合化は、さらに母子保健との医療連携が深まる端緒になっている。

平成 20 年には、厚労省はかかりつけ医に適切なうつ病診療の知識・技術及び精神科等の専門の医師との連携方法等の「うつ病対応力向上研修」(のちに「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修」に発展)を提案している。相談につながる入口を増やすために、本県でも、かかりつけ医へのうつ病対応力向上研修や、かかりつけ医と精神科医とのネットワーク構築(いわゆる G-P ネット)の研修が行われている。今後、一般科医と精神科医との顔の見える関係ができた上での介入と連携が鍵となる。

小児科領域では、思春期は精神疾患の発症が多い時期であるにも関わらず、精神科受診に至るまで時間がかかることが指摘されている。子どもの自殺を防ぎ、DUP(精神病未治療期間)を短縮するために、小児科医と連携し、早期に治療や支援を行うための対策が重視されている。

かかりつけ医等心の健康対応力向上研修

かかりつけ医等心の健康対応力向上研修

日付	会場
平成21年8月6日(土)	松本合同庁舎
平成21年10月31日(土)	平曲市更埴文化会館 あんずホール
平成22年10月23日(土)	佐久合同庁舎
平成23年10月6日(土)	大町合同庁舎
平成24年11月10日(土)	伊那合同庁舎
平成25年10月20日(日)	県医師会館

思春期精神疾患対応力向上研修

日付	会場
平成22年8月21日(土)	松本合同庁舎
平成23年11月5日(土)	こころの医療センター駒ヶ根
平成24年9月15日(土)	県医師会館

かかりつけ医うつ病対応力向上研修のかかりつけ医は内科を意味することが多いが、産後うつ病等の対策の場合、産科・小児科と精神科医との連携が求められている。長野市産婦人科医会の定例会(座長は長野赤十字病院第一産婦人科部長 本藤徹先生)で、成育医療センター産婦人科の久保隆彦先生に妊娠中からの妊婦のメンタルヘルス支援をお話ししていただいたが、若手の産婦人科医師に大変、好評だった。とくに、妊娠中の薬物処方、精神障害をもつ妊婦の出産に関し、くわしく解説いただいた。

今後、産後うつ病に関しても、産婦人科医師対象に「うつ病対応力向上研修」の実現の可能性を示唆する研修会だったと思われる。

須坂地域における周産期メンタルヘルス活動の試み

妊産婦の周産期のメンタルヘルスの重要性がますます、注目されるようになってきている。「エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)を活用する市町村の割合の増加(46.8%, H23)」は本県の医療計画の母子保健の1つの指標値となっている。これには産後うつ病を早期発見するのみでなく、十分な支援体制を築いていくことが重要だと考えられる。

平成 25 年度の市町村の自殺対策を、当センターの調査の一環で調べたところ、産後うつ病対策は 73 か所の市町村(94.8%)で

取り組まれている。具体的な取り組み（複数回答）は、乳幼児訪問時の心の健康状態の確認（87.0%）、うつ傾向のスクリーニング（EPDSを含む）の実施（61.0%）、妊娠中からのマタニティーブルーや産後うつ病に関する情報提供（58.4%）の順で取り組まれている。

（参考までに、EPDSを活用する市町村の割合の増加を紹介する。但し、調査主体が異なるので厳密には比較できない。平成20年調査32.1%、平成23年調査46.8%—この値が指標値として医療計画に掲載、平成24年調査57.1%）

スクリーニングを実施している市町村のうち、約9割の市町村でその結果に基づき何らかのハイリスク者のフォローアップを行っていた。具体的には、様々なフォローアップがあるが、ここでは、須高地域（須坂市、小布施町、高山村）と県立須坂病院を中心とした母子保健におけるうつ病地域医療連携について、取りあげたい。

県立須坂病院と協力し、昨年7月から院内で出産した全妊産婦にEPDSを用い、母親の抑うつ感や不安感を調べている。プレリミナリーには、1割以下の方がEPDS高得点者だった。分娩後、サポートが受けにくい方がEPDSの得点が高い傾向があった。この点は重要で、産後にEPDSを調べなかったとしても、配偶者を含む周囲からのサポート態勢が十分でない妊産婦は、産後うつ病のハイリスクが予測されうる。

杉下らは平成20年に、周産期母子医療センターを有している医療機関（全国372施設）を対象に、産後うつ病の質問票を利用しているかを調べているが、12%と少ないことを報告している。（杉下佳文、栗原佳代子、古田正代、池田真理、山本弘江、大塚寛子、上別府圭子：周産期メンタルヘルスと子ども虐待対応に関する全国医療機関の取り組み。日本周産期・新生児医学会雑誌

47(1)：86-91, 2011)

さらに、須坂市、小布施町、高山村の須高地域においても、乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）で保健師が訪問した全例にEPDSとボンディング尺度を活用し、子育て支援に役立てている。

平成25年4月から未熟児の養育支援や家庭訪問は県から市町村事業に委譲したが、須坂地域の場合、メンタルケアが必要なハイリスク要因を有する妊産婦の支援も、市町村で実施できているという証明になっているかもしれない。この須坂地域のシステムは、精神保健上の自殺対策や虐待防止にもつながると思われる。

須坂地域の妊産婦支援検討会議では、事例検討会であるにとどまらず、様々なことが話し合われている。

核家族や高齢出産が増える中、孤立しがちな出産直後の母親を癒やし、赤ちゃんの世話も学べる「産後入院」に力を入れる助産院や産婦人科が増えているが、是非、このような機能を欲しいという議論があった。

須坂地域のプロジェクトを県内の市町村にも紹介するために、H25.8.24に成育医療センターの立花良之先生と共同で、世田谷区と須坂地域の妊産婦の精神保健支援について、信州公衆衛生学会で発表した。

虐待防止に触れて

須坂市は要保護児童対策地域協議会（要対協）を、須坂市虐待被害者等支援対策連絡協議会として広げた体制を作っている。要保護児童対策地域協議会では、若年の妊婦や、妊婦健康診査の未受診者、予期せぬ妊娠等による妊婦などは、特定妊婦として妊娠期からの継続的な支援が必要と判断される場合は要対協（市町村：児童福祉等主管部署）へ連絡されることになっている。

現在、須坂地域では、ほぼ全出産例の産後うつ病に関するスクリーニング（EPDSを

含む)を参考にした事例検討会を継続しているが、要対協に連絡すべき事例はなく、そうならないような支援を検討する前段階の会議となっている可能性がある。

虐待防止の視点から、H25. 12. 13の信大松本キャンパスでの日本子ども虐待防止学会(JASPCAN)で須坂地域のプロジェクトを発表した。参加者は、児関係者は少なく、病院、地域関係者が多数で、質問も、多く出された。そこで、「周産期メンタルヘルスは産後うつ病だけでは不足ではないか」という意見が出されたが、あくまでも、虐待防止の観点からは、産後うつ病対策は一つの方策である。周産期メンタルヘルスも多様な問題を含んでいるが、メンタルヘルスの予防活動では産後うつ病対策が中核となると思われる。

E. 結論

長野県でも昨年度から「信州保健医療総合計画～「健康長寿」世界一を目指して～」が保健、医療分野を一体的にした計画として策定されている。

妊産婦の周産期のメンタルヘルスの重要性がますます、注目されるようになってきている。「エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)を活用する市町村の割合の増加(46.8%, H23)」はこの医療計画の母子保健のひとつの指標値となっている。これには産後うつ病を早期発見するのみならず、十分な支援体制を築いていくことが重要である。県立須坂病院と協力し、昨年7月から院内で出産した全妊産婦にEPDSを用い、母親の抑うつ感や不安感を調べている。さらに須坂市、小布施町、高山村の須高地域においても、乳児家庭全戸訪問事業の訪問例にEPDSを活用し、子育て支援に役立てている。このシステムは、精神保健上の自殺対策や虐待防止にもつながると思われる。県下の周産期母子医療センター、周産期医

療機関(須坂病院も含まれる)を拠点とし、このような試みが拡がることが期待される。

高学歴、少子化、高齢出産、不妊治療、出生前診断など様々な今日の問題が出現し、かつてと異なり、お産をすることは実は手厚い支援が必要で、当たり前のことではなくなっているのではないだろうか。この時代にこそ、母子手帳を取得した時点からの周産期のメンタルヘルスを積極的に考えていくべきだと思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

学会発表

1. 立花良之、小泉典章：妊娠期から母親のメンタルヘルスや育児を支援する多職種地域連携システムの試みー周産期 G-P ネットー. 信州公衆衛生雑誌 8(1):18-19, 2013.
2. 小泉典章：須坂市における周産期 G-P ネットの試みー地域特性を生かした医療・保健・福祉の連携ー. 日本子ども虐待防止学会大 19 回学術集会信州大会抄録：126-127, 2013.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 謝辞

信州保健医療総合計画作成に当たり、医療計画に精神疾患が加わった意義を討議できる絶好の機会である軽井沢フォーラムを開催・継続する端緒を与えてくださった眞鍋馨長野県健康福祉部長に、感謝を申し上げます。

母子保健における多職種地域連携構築の実践についての研究

研究分担者 竹原 健二（国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部研究員）

研究協力者 井富由佳（国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部）

田山美穂（国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部）

岡潤子（国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部）

三木佳代子（助産師）

黒澤伸枝（国立成育医療研究センターこころの診療部育児心理科）

立花良之（国立成育医療研究センターこころの診療部育児心理科）

研究要旨

本研究では、妊娠期や育児期にメンタルヘルス不調になった女性をサポートするための多職種連携の仕組みを構築することを目的としている。今年度は、分娩施設や小児科、精神科クリニック、行政の関係者を交えて、任意団体「母と子のサポートネットせたがや」を設立し、それぞれの職種の代表者からなる世話人会の設立と開催に努めた。多職種連携の進め方として、「顔が見える関係づくり」に重点を置きつつ、どこか一か所に負担が強いられることのない、持続可能性の高い仕組みづくりに向けて、議論を進めた。来年度以降の試行に向けて、着実に準備が進んでいる。

A. 研究目的

妊娠期や育児期は産後うつ病など、メンタルヘルスの不調になりやすい時期だと言われている。わが国において DSM-III-R を用いた先行研究では、妊娠期と産後 3 か月以内の大うつ病（Major depression）の有病割合は、それぞれ 5.6%と 5.0%に達することが知られている¹⁾。母親がメンタルヘルス不調の場合、養育不全など母親本人のみならず、子どもへの影響も懸念されるため、妊娠期や育児期の女性のメンタルヘルスは極めて重要な課題だと考えられる。産前・産後うつ病を予防するために、スクリーニングの導入や介入プログラムの開発と

いった、予防的な取り組みが急速に進められている。しかし、実際には、メンタルヘルス不調になった妊娠期や育児期の女性を、だれが、どのように発見をし、早期にサポートしていくか、ということについて、十分に体制が構築されているとは言えない。

平成 24 年度に、わが国における妊産婦のメンタルヘルスの実態把握を中心課題の一つにした研究班（研究代表者：久保隆彦（国立成育医療研究センター周産期センター））が設置された。その研究班では、世田谷区の 14 か所すべての産科施設を調査協力施設として、分娩予約をした妊婦について、妊娠期から産後 3 か月までのメンタルヘル

スを縦断的に把握する疫学調査を実施している。

その調査の準備のために、各産科施設を訪問した際に、多くの施設のスタッフから、メンタルヘルス不調の妊産婦や、発達障害傾向にある妊産婦が増えていて、その対応に苦慮していること、また、緊急性までは感じないものの、“気になる妊産婦”がいても、どこの機関に繋ぐわけでもなく、産後1か月の健診を最後に、フォローができなくなっていること、といった同様の課題が提示された。こうした背景をもとに、平成24年10月に、「世田谷区の妊産婦のメンタルヘルスを考える協議会（仮称）」が設立された。この協議会を通じて、世田谷区内の妊娠期や育児期の女性のメンタルヘルスをサポートすることを目的に、分娩施設や精神科クリニック、行政の関係者が顔が見える関係づくりが試み始められたところである²⁾。

近年、わが国では、こうした診療科を越えた医療機関同士、行政や関係機関が連携をする多職種連携のあり方が注目されている。その代表的な連携システムとして、うつ病の早期発見・早期介入に関する医療連携ネットワークとして、一般診療科医と精神科医の連携を図る G-P ネット（General Physician-Psychiatrist Network）が挙げられる。こうした精神科医療連携は、愛知県や高知県、和歌山市、神戸市など、複数の自治体ですでに運用されている³⁻⁶⁾。本研究では、この G-P ネットの仕組みを参考に、妊娠期や育児期の母親を主たる対象にして、分娩施設や小児科クリニックをゲートキーパーに位置づけた精神科医療連携ネットワークを構築することで、妊娠期や育児期の

女性がメンタルヘルス不調になった際のサポート体制を強化すること、および、メンタルヘルス不調になることの予防につながるものと考えた。

そこで、本研究では、上述の協議会を研究フィールドと位置づけ、妊娠期や育児期にメンタルヘルス不調になった女性をサポートする、保健・医療・行政の連携ネットワークのモデル構築と、そのプロセスの開示などを通じ、世田谷区以外にも、こうしたネットワークが構築されることを目指して、研究活動をおこなった。

B. 対象と方法

本研究の主たる対象は、平成24年10月に設立された「妊産婦のメンタルヘルスを考える協議会」の参加者・関係者である。具体的には、世田谷区の分娩施設、小児科クリニック、精神科クリニックのスタッフ、および世田谷区の行政担当者である。

当研究班では、主に以下のことをおこなった。

1. 協議会の継続開催
2. 「母と子のサポートネットせたがや」の発足
3. 世話人会による多職種連携体制の構築方法の検討

C. 結果

1. 協議会の継続開催

これまでに、平成24年10月に第1回、同12月に第2回の「妊産婦のメンタルヘルスを考える協議会（仮称）」が開催されたおり、その中で、多職種連携を進めていくための一つの大きなカギは、関係機関のスタッフ・担当者同士の“顔が見える関係づく