

り”にある、と言われてきた。こうした背景を踏まえて、2013年5月に第3回の協議会を開催した。

第3回の協議会では、世田谷区内の関係機関から68名が集まり、『妊産婦とメンタルヘルスの薬について』というタイトルで、国立成育医療研究センターの妊娠と薬の情報センターの渡辺央美先生による研修セミナーを受講した。また、参加者を所属施設がある地域別に6つのグループに分け、身近な地域での多職種交流を図ることを目的に、グループディスカッションをおこなった。グループディスカッションでは、①明日からでも、分娩施設・精神科・行政が連携・相談をしやすいように顔合わせをすることと、②メンタルヘルスの問題を抱える妊産婦さんについて、精神科と分娩施設が連携をする際のタイミングや、把握して伝えるべき情報、都合の良い連絡方法などを共有すること、を目的とした。

第4回の協議会では、同様に66名が集まり、参加者の中から、事前に依頼をしてあった5名のパネリストに、各クリニックの取り組みや、困ったケースなどについての報告のあと、ディスカッションをおこなった。協議会の最後に、世田谷区内で多職種連携のネットワークを構築し、具体的な連携体制の構築などを図るために、世話人会を設置することとなった。

2. 「母と子のサポートネットせたがや」の発足

世話人会を発足するにあたり、従来の「妊産婦のメンタルヘルスを考える協議会」との関係を整理した。任意団体「母と子のサポートネットせたがや」を設置

し、その中に協議会と、各職種の代表者からなる世話人会を置くこととした(図1)。

世話人を選定するにあたり、世田谷区内にある世田谷区医師会と玉川医師会の2つの医師会に相談をし、それぞれの医師会から産婦人科医、小児科医、精神科医を推薦してもらった。看護・助産スタッフについては、各分娩施設に書類を送付し、立候補者を募った。最終的に、当研究班の研究代表者および研究分担者2名の計3名以外に、18名(産婦人科医2名、精神科医3名、小児科医4名、助産師7名、保育士1名、ソーシャルワーカー1名)が世話人として選出された。行政機関の関係者は世話人会にオブザーバーとしての立場で参加することとなった。

3. 世話人会による多職種連携体制の構築方法の検討

3-1. 第1回世話人会

平成25年12月5日に第1回世話人会が開催された。その中で、世田谷区内における多職種連携の全体像と、具体的な連携ツールの一つとして、愛知県の精神科医療連携で用いられているWebを用いた連携システムを紹介した。紹介した案をもとに、どのような仕組みであれば、関係機関にとって有益かという点について議論をはじめた。

分娩施設と小児科クリニックにとって、

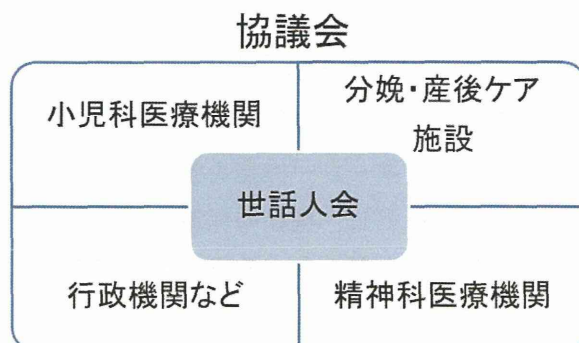


図1. 「母と子のサポートネットせたがや」における協議会と世話人会の位置づけ

精神科への医療連携における最大の関心事は、緊急対応が必要な症例（希死念慮、自殺企図、虐待など、患者本人やその家族の生命に危険がある場合など）の搬送先がなかなか見つからない、ということであった。リストカットや医薬品の過剰摂取など、精神的な問題に加え、身体症状があるだけでなく、さらに妊産婦である場合、搬送先が見つかりにくくなり、この課題への対策が急務であることが示された。

一方、緊急対応が必要ではないが、行政や精神科クリニックなどのサポートを得たいような症例（いわゆる“気になる妊産婦”など）について、精神科クリニックにどのように連絡・紹介をするか、という点においても、様々な意見が出された。そもそも、区内のどこに、メンタルヘルス不調の妊産婦を受け入れてくれる精神科クリニックがあるのか、が分からない、という声や、分娩施設などでは 24 時間対応をして妊産婦を受け入れているが、精神科クリニックや行政は 24 時間対応ではなく、こうした課題を解決することについても一定のニーズがあることが示された。

3-2. 第 2 回世話人会

平成 25 年 2 月 5 日に第 2 回世話人会が開催された。当日は緊急対応が必要な症例に対しては、メンタルケア・ホットラインや東京都精神科救急医療情報センターひまわりといった、既存のホットラインを用いて対応することが示された。次に、緊急対応が必要ではないが、連携をとる際に、保健師がコーディネーター機能を担うことが提案された。ただし、現在の保健師のマンパワーなどから、どこまでそうした機能を

担うことが可能なのか、ということや、保健師に依頼をするだけでなく、かかりつけ医もきちんと責任を持って関わることの重要性などの意見が出された。同様に、精神科クリニックについても、多職種連携に賛同する数少ないクリニックに、紹介が集中しても対応しきれないなど、関係機関全体における、持続可能な仕組みづくりの重要性が強く認識された。

世田谷区内には、世話人会や協議会に参加している保健医療の関係機関のみならず、福祉の関係機関や、ママサークルをはじめとする任意団体、人材、資源が数多く存在している。そうした人材や資源を掘り起こして、有効に活用できるものは積極的に取り込んでいくことの必要性が指摘された。

D. 考察

今年度、当研究班では、協議会の開催により、関係機関のスタッフ間の連携の強化を図るとともに、「母と子のサポートネットせたがや」を発足させた。「母と子のサポートネットせたがや」は、地域の保健医療従事者を会員とする協議会と、その代表者からなる世話人会の 2 つの組織から構成されている。今年度の下半期は、世話人会による会合を中心とし、世田谷区内の多職種連携の基盤づくりに注力した。

これまでの他の地域における G-P ネットは、自治体や医師会などの既存の組織・団体が母体となって運営されるケースが多くみられている。しかし、「母と子のサポートネットせたがや」では、世田谷区や世田谷医師会、玉川医師会と連携はしているものの、独立した団体として活動をしている。あえてそのような形式を採用しているのは、

世田谷区の分娩施設や小児科クリニックを訪れる患者のうち、一定の割合で世田谷区外に住民票を置いている者であることを考慮しているからである。世田谷区民ではない場合、連携をとる行政機関は世田谷区ではなく、患者の住民票がある自治体となる。こうした実態を考慮すると、世田谷区を主体とする多職種連携の仕組みを構築してしまうと、他の自治体との連携時に、自治体の状況によっては、分娩施設や小児科クリニックが抱える連携がスムーズにいかない、といった問題は残ってしまう可能性がある。

実際に、こうした多職種連携や、妊娠期や育児期のメンタルヘルス不調の女性を予防するための取り組みすべてを行政の保健師が主体となって進めることは可能なのだろうか。世話人会の中でも、「保健師が担う役割」の範囲については様々な意見が出され、議論の一つの中心的議題になっている。法律上は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の第四十七条には、「都道府県等は、必要に応じて、医療を必要とする精神障害者に対し、その精神障害の状態に応じた適切な医療施設を紹介しなければならない」と記されている。しかし、こうした法的根拠があるからといって、行政が多職種連携の中心にならなければならない、とは言えない。医療機関のスタッフ同士の連携が密になればなるほど、結果として妊娠期や育児期の女性への医療の質、提供されるケア・サポートの質が向上することになると考えられる。世話人会においても、連携の仕組みづくりも重要だが、何より、個々のスタッフ間の「顔の見える関係づくり」が重要であり、そのことを根底に踏まえた連携の仕組みづくりを目指すべきだという

意見が大勢を占めている。

来年度も引き続き、「母と子のサポートネットせたがや」では、関係者にとって、そして、何よりも妊娠期や育児期の女性にとって、よりよい医療・ケアが提供できる体制づくりを目指していきたい。

E. 結論

本研究班では、妊娠期や育児期のメンタルヘルス不調の女性を早期発見し、多職種が連携をとりつつサポートしていくための体制づくりを目指して、「母と子のサポートネットせたがや」を設立し、具体的な連携体制について検討を進めている。

謝辞

本研究の実施に際し、「母と子のサポートネットせたがや」の世話人会、協議会の実施にご協力をくださいました皆様にお礼申し上げます。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

竹原健二. メンタルヘルスハイリスク妊産褥婦を支える地域多職種ネットワークの構築について ―世田谷区での経験―. 日本子ども虐待防止学会第19回学術集会(平成25年12月13-14日、松本).

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

- 1) Kitamura, T., et al., *Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression*. Arch Womens Ment Health, 2006. 9(3): p. 121-30.
- 2) 久保隆彦. 妊産婦のメンタルヘルスの実態把握及び介入方法に関する研究.
- 3) 厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）平成24年度総括・分担研究報告書. 2013. http://www.city.wakayama.wakayama.jp/menu_1/gyousei/kenkou/hokentaisaku/jisatsuboshi/gpnet.html
- 4) <http://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/060301/23g-pnettokouti.html>
- 5) http://www.kobe-med.or.jp/kobe_G-P_net/nagare.html
- 6) <http://www.kokoro-dr.info/>

周産期メンタルケアの地域連携に対する医療スタッフのニーズについての研究

研究分担者 久保隆彦（国立成育医療研究センター 周産期・母性診療センター 産科）
研究協力者 小泉智恵（国立成育医療研究センター研究所）

研究要旨

世田谷区における周産期メンタルケアの地域連携に対する医療スタッフのニーズについて研究した。約 8 割の分娩施設がメンタルヘルスに問題のある妊婦の存在を認識していた。しかし、ハイリスク妊婦を抽出する適切な方法・対応法は様々で多くの問題を抱えていた。また、ハイリスク妊婦への対応としては「判断に迷う」「産後支援」についての問題を持っていることも判明した。さらに、一か月健診以降のフォローアップ体制の仕組みがないことも判明した。

この結果から、単なるメンタルヘルスハイリスク妊婦の抽出ツールの開発だけではなく、地域一体となった妊婦メンタルヘルスへの体制を構築していくことを政策提言していくことが重要であることが明らかとなった。

A. 研究目的

我が国の妊産婦死亡解析で精神病による自殺がこの三年間で 3 例報告されている。また、育児中の虐待の増加は指数関数的に増加し、最悪の場合には虐待死となること、虐待実施者は実母であることが多いと報告されている。核家族化、勤労女性の妊娠は妊産婦へのストレスを増長し、メンタルヘルスの問題がある。この問題は、母親自身の精神状態にとどまらず、母子間の愛着形成すら損なう可能性があり、虐待発生の原因ともなると考えられている。しかし、現在の妊産婦健診ではメンタルヘルスのリスクアセスメント及び対応が全くなされていない。また、妊娠中とは異なり産後の母親健診には公的補助がなく、標準化された産後健診はなく、メンタルヘルスリスクの早期発見、介入が難しいことが現状である。

「養育支援訪問事業」で「特定妊婦」への支援事業が構築されているが、メンタルヘルスのハイリスク群は特定妊婦となるに

も関わらず、その具体的な抽出法もなく、ほとんど活用されていない。

そこで、「妊産婦のメンタルヘルスの実態把握及び介入方法に関する研究」久保班では妊娠中期、産後に社会経済状況、メンタルヘルススクリーニングを行い、ハイリスク群の頻度及び妊娠中のメンタルヘルスリスクと産後のメンタルヘルスの経時的変化ならびに育児行動、妊婦を取り巻く職場の状況、里帰りの有無、地域的特性（都内と地方都市）、母子関係との関係があるか否か、関与する因子を明らかとする研究を開始した。この研究は世田谷区をフィールドとし開始したところ、参加する分娩施設ではすでにメンタルヘルスの妊婦さんについては危惧しているも現実的な対応、精神科、行政との連携に苦慮していることから「世田谷区の妊婦のメンタルヘルスを考える協議会」を立ちあげた。本研究はその協議会におけるアンケート調査であり、周産期のメンタルケアにおける地域連携について、医療スタッフのニーズなどをシステム

化する以前の現状を明らかとすることを目的とした。

B. 研究方法

メンタルヘルスの問題を抱えた妊産婦に対して世田谷区内の産科施設における支援の実態を把握する目的で、2013年1月にアンケートを実施した。調査対象は、「世田谷区の妊産婦のメンタルヘルスを考える協議会」に参加している世田谷区内の産科15施設であった。調査内容は、メンタルヘルスが気になる妊産婦の割合、症例、対応方法、対応困難例、産後のフォロー体制、回答者の属性などであった。

分析方法は、まず量的変数については各設問について単純集計をおこなった。自由記述については、SCAT (Steps for Coding and Theorization: 大谷, 2008) の手法を用いて質的データ分析をおこなった。

C. 研究結果

1. 回答者の特徴

11施設から回答を得た。回答者の職種の内訳は、医師3人、助産師6人、複数職種が共同で回答2施設であった。

2. メンタルヘルスが気になる妊産婦の割合

設問では、『メンタルヘルス上、気になる妊産婦さん』と尋ねている。メンタルヘルスとは、主に精神的な疲労、ストレス、悩みを指す。

施設を受診した妊産婦のうちメンタルヘルスが気になる者がいる施設は9施設で、2施設はいないと回答した。いると回答した施設に対して気になる妊産婦の全受診妊産婦に占める割合をたずねたところ、7施設が10%未満と答えたが、10-20%、20-30%と回答した施設もあった(図1)。

3. メンタルヘルスが気になる妊産婦の症例

メンタルヘルスが気になる妊産婦の症例

についてたずねた。個人が特定されない範囲の例示を自由記述で回答するよう求めたところ、27エピソードが得られた。それらをSCAT法によりコード化し、14の構成概念に分類された(1つのエピソードが複数の構成概念を持つものもある)。その結果(図2)、夫婦や両親との家族関係が希薄あるいは衝突があるといった「家族関係」、現在精神科や心療内科などに通院・服薬がある「精神疾患現在あり」の症例が各7と最も多かった。次いで、妊娠・出産による身体の変化や不調から精神不安定になったという「妊娠出産による身体変化から精神不調へ」、上の子の育児や赤ちゃん返りなど「上の子の育児負担」の症例が各3であった。第3に多かったのは、泣いている赤ちゃんを泣きやませられない自分を責めるなど「母親失格感」、過度のこだわりや神経質さ、あるいは過剰な自信を示すといった「偏った考えやこだわり行動」、以前に精神疾患があったという「精神疾患既往」、現在精神科など受診していないが精神的な不調がある「精神不安定」であった。その他に、施設や社会のルールが守れない「社会ルール逸脱」、パートナーの有無にかかわらず母親が一人で育児をする「母親一人で育児」、「低所得で分娩育児に前向きでない」、「仕事と育児の両立」、「子どもの障害」、育児に専念すると社会から取り残される感じがするという「社会から孤立感」が各1みられた。

4. 気になる妊産婦を判断する観点・基準

気になる妊産婦をどのように判断するか、その観点・基準についてたずねたところ、11の回答(エピソード)が得られた。それらをSCAT法によりコード化し、14の構成概念に分類された(1つのエピソードが複数の構成概念を持つものもある)。最も多かった回答は、家族の関係や事情で家族からのサポートが乏しいといった「家族のサ

ポート不足」、表情が乏しい、否定的な発語など「暗い印象」であった。次いで、「経済的困窮」が2番目に多かった。3番目に多かったのは、「未成熟な性格」、「児への愛情が乏しい」、「行動観察して主観評定」、EPDSや胎児感情スケールなどの「心理検査で基準設定」であった。4番目に多かったのは、「妊娠出産に前向きでない」、「精神疾患既往」、「身体既往歴」であった。その他にも「生活態度がルーズ」、「児の身体疾患」、「育児経験がない」、「本人からの訴え」があげられた(図3)。

5. 気になる妊産婦への対応方法(妊娠期から産後1ヶ月まで)

『気になる妊産婦さん』に対して、妊娠期から産後1か月までにどのような対応をとっているかたずねたところ、14エピソードが得られた。SCAT法によりエピソードをコード化してみると、13の構成概念に分類された(1つのエピソードが複数の構成概念を持つものもある)。13の構成概念はその対応相手によって直接対応と連携に分けられた(図4)。まず、直接対応の中で最も多かった回答は、「面談」で、その実施者は看護師、助産師、医師、心理士など多岐の職種にわたっていた。2番目に多かったものは、「母乳外来」であった。3番目に多かったものは、「産後2週間健診」、新生児訪問や保健所など「地域資源を利用することを勧める」、時期は必要時あるいは退院後2週間以内など様々であったが「電話訪問」であった。

他方、連携面で最も多かったものは、区の担当課や保健センター、社会福祉施設など「公的地域資源との連携」であった(図4)。2番目に「周産期スタッフ間での情報共有」、次いで「ソーシャルワーカー」、「精神科」との連携もみられた。

6. 気になる妊産婦への対応で困っていること

気になる妊産婦への対応で困っているこ

とについて自由記述を求めたところ、1施設がないと答え、8施設から9エピソードの困り事をあげた。SCAT法によりエピソードをコード化して構成概念を抽出したところ、「判断・対応に迷う」と「産後の支援」の2つに集約された(図5)。「判断・対応に迷う」とは、コンタクトが取れなかったり病識がなかったりして対応に困ったり、精神疾患なのか性格なのか判断が難しかったり、精神科の専門知識がないため毎回試行錯誤になったり、統一された対応手順がなく毎々苦慮したりするといったエピソードで最も多かった。他方、「産後の支援」は、産後1か月以降は対応することができない、産後の介入をいつまでどの程度したらよいのか思案しているなどがみとめられた。

7. 気になる妊産婦に対する産後1か月以降のフォロー体制

気になる妊産婦に対して、1か月健診以降も自施設でフォローする仕組みを持っている施設は9施設中4施設であった。その仕組みは、個人産院では相談窓口を開設したり、母乳外来、健診、電話訪問をおこなったりしていた。病院では施設内で心理スクリーニングや心療内科を受診した後に地域資源との連携へという流れが見られた。

他方、1か月健診以降に自施設でフォローする仕組みを持っていない5施設に、その理由を自由記述でたずねた(図6)。分娩件数の多さや業務の多忙さ、スタッフの人数の問題など「時間とマンパワー不足」と2施設が答えた。また2施設は、精神科がない、精神面のケアを実践できる者がいないなど「精神専門家がいらない」と答えた。他にも「コストがとれない」、「行政との情報共有をする機会が少ない」と答えた施設も各1みられた。

D. 考察

メンタルヘルスの問題を抱えた妊産婦に対して世田谷区内の産科施設における支援の実態を把握する目的で、「世田谷区の妊産婦のメンタルヘルスを考える協議会」に参加している世田谷区内の産科 15 施設を対象にアンケート調査を実施した。回答した 11 施設のうち、メンタルヘルスの問題を抱えた妊産婦はいないと答えた施設は 2 施設であった。

- 8 割の施設では、施設に占めるメンタルヘルスの問題を抱えた妊産婦の割合は 10%未満であった。
- メンタルヘルスが気になる妊産婦の特徴は、家族関係の問題、精神疾患を現在抱えている場合が最も多く、妊娠出産による身体変化から精神不調に陥るケース、上の子の育児負担があるケースも少なからず認められた。他にも妊産婦の性格や認知、行動面の問題、母親 1 人での育児、子どもの問題など多岐にわたった。
- 医療スタッフが気になる妊産婦かどうか判断する方法は、印象や行動観察から主観的に評定する方法が主流だが、心理検査などを用いてスクリーニングする方法も取り入れていた。判断基準としては家族のサポート不足、経済的困窮といった育児環境の問題と、妊産婦自身の態度や経歴といった養育行動遂行の問題が中心的であった。
- メンタルヘルスが気になる妊産婦に対する妊娠期から産後 1 か月までの対応は、面談、母乳外来、電話訪問、産後 2 週間健診などで直接対応していた。加えて、周産期スタッフ間で情報を共有したり、ソーシャルワーカーや精神科、地域資源と連携をとっていた。
- 気になる妊産婦への対応で困ることは、統一された対応手順がないため、あるいは精神の知識や実践がないために判断・対応に迷うことが多いことであっ

た。加えて、自設で産後の支援体制が不足していることも困っていた。

- 産後 1 か月以降に対応する仕組みがある施設は 4 割であった。個人産院では相談窓口を開設したり、母乳外来、健診、電話訪問をおこなったりしていた。病院では施設内で心理スクリーニングや心療内科を受診した後に地域資源との連携へという流れが見られた。
- 1 か月健診以降に自施設でフォローする仕組みを持っていない施設に、その理由をたずねた。分娩件数の多さや業務の多忙さ、スタッフの人数の問題などで時間とマンパワーが不足していること、精神専門家がいまいことが多く、コストがとれない、行政との情報共有をする機会が少ないと答えた施設もみられた。

本研究でメンタルヘルスの問題を抱えた妊産婦が 1 割であったことは先行研究の観点から議論があるところである。従来、エジンバラ産後尺度のカットオフを 8/9 点としたときの大規模調査では 15-20%が抑うつ群となっていた（例えば、健やか親子 21 など）。他方、岡野（2007）は、産後 1 か月、3 か月時点でエジンバラ産後うつ病尺度と、3 か月、6 か月時点で精神科構造化面接（SCID）を実施するという詳細調査を行った。その結果、うつの産後 6 か月間有病率は 9.6%であったと報告した。このようにエジンバラ産後うつ病尺度のカットオフを何点にするかによってメンタルヘルスの問題を抱えた妊産婦の割合は変動するが、医療スタッフの行動観察から明らかに言動の不穏がみられる妊産婦は 1 割以上いると考えられる。

この 1 割は、人生の転機などで調子を崩す経験があるなど根本的に精神面の脆弱性があるのかもしれない。周産期だけのフォローではなく、長期的なフォローが必要な

群なのではないだろうか。ライフステージの移行に合わせて、周産期のサポート体制から育児期のサポート体制へ情報の申し送りと患者・家族がスムーズに移行できるような橋渡しが必要だろう。どの職種がどのような流れで対応するのかは協議会で引き続き議論していく必要があるだろう。

本研究の結果から、サポート体制は個人産院と病院で異なることが示唆された。例えば、個人産院は医療スタッフが各ケースの様子に対応して面接をしたり電話をしたり外来受診を勧めるなどしていた。他方、病院の場合は院内のソーシャルワーカーや他科スタッフなど多科・多職種によって業務分担をしたり、地域に情報提供をするといった流れになっていた。こうした対応の違いはそれぞれの立地や特色を生かして形成されてきたと考えられる。そこで、今後の議論としては、個人産院出産から育児期サポートモデルと病院出産から育児期サポートモデルの2パターンを考えていく必要があるかもしれない。それぞれの特色を生かした医療連携モデルを複数考えると無理なく実現できるかもしれない。

今回のデータは単純解析に留まっていたが、詳細な解析をするとさらに考察が深まる。例えば、個人産院か病院か、精神科連携先ありかなしかなどによって詳細分析することが考えられる。

E. 結論

「妊産婦のメンタルヘルスの実態把握及び介入方法に関する研究」久保班の妊娠中から産後までの研究を展開する世田谷区での妊婦メンタルヘルスへの現状は、約8割の分娩施設が問題のある妊婦の存在を認識していた。しかし、ハイリスク妊婦を抽出する適切な方法・対応法は様々でそのツールの開発が望まれた。また、ハイリスク妊婦への対応としては「判断に迷う」「産後支援」についての問題を持っていることが判明した。さらに、一か月健診以降のフォローアップ体制の仕組みがないことも判明した。

この結果から、単なる抽出ツールの開発だけではなく、地域一体となった妊婦メンタルヘルスへの対応が重要であることが明らかとなった。

引用文献・出典

なし

F. 研究発表

1. 論文発表なし
2. 学会発表なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

図1 メンタルヘルスが気になる妊産婦の全妊産婦に占める割合

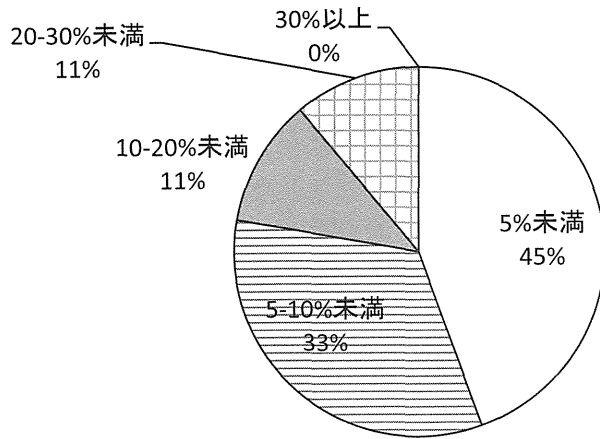


図2 メンタルヘルスが気になる妊産婦の症例

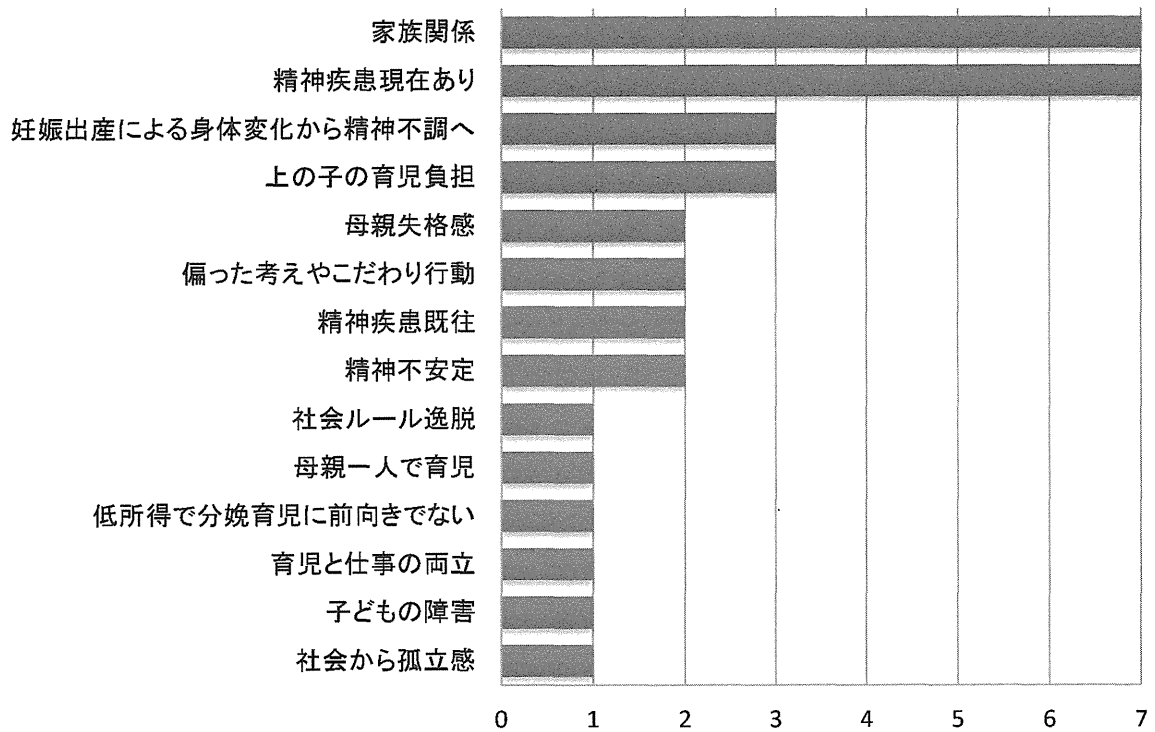


図3 メンタルヘルスが気になる妊産婦を判断する基準

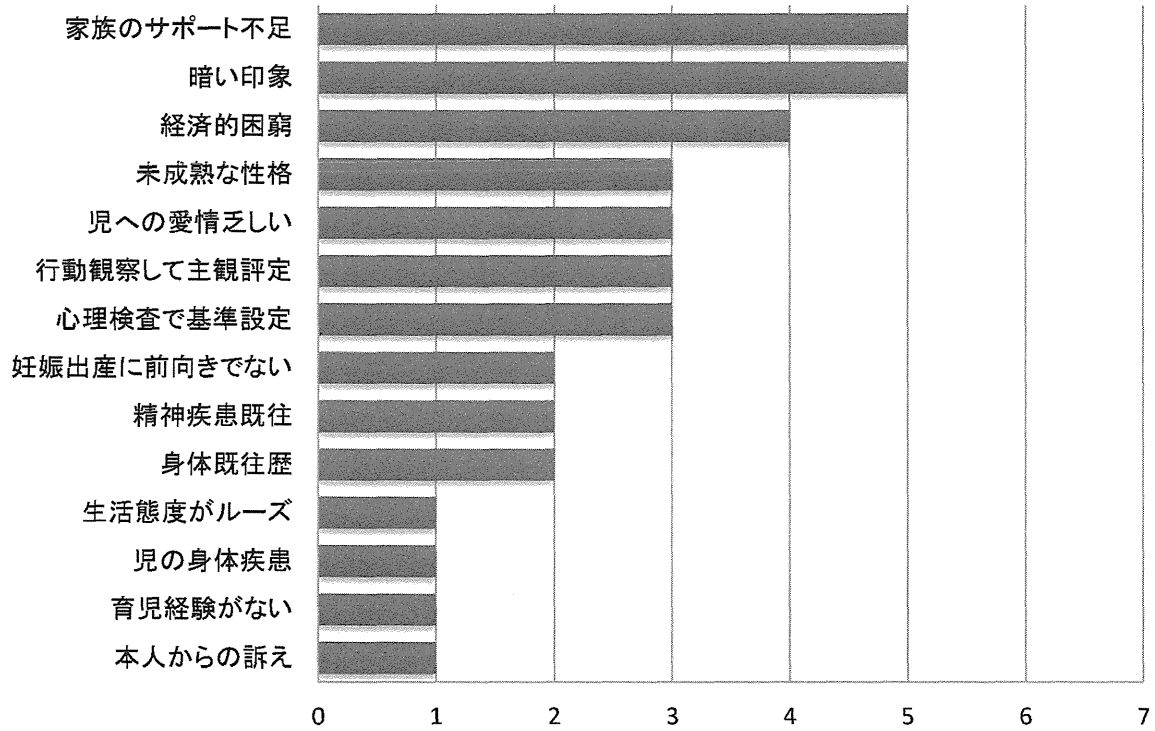


図4 メンタルヘルスが気になる妊産婦に対する
妊娠期から産後1ヶ月までの対応

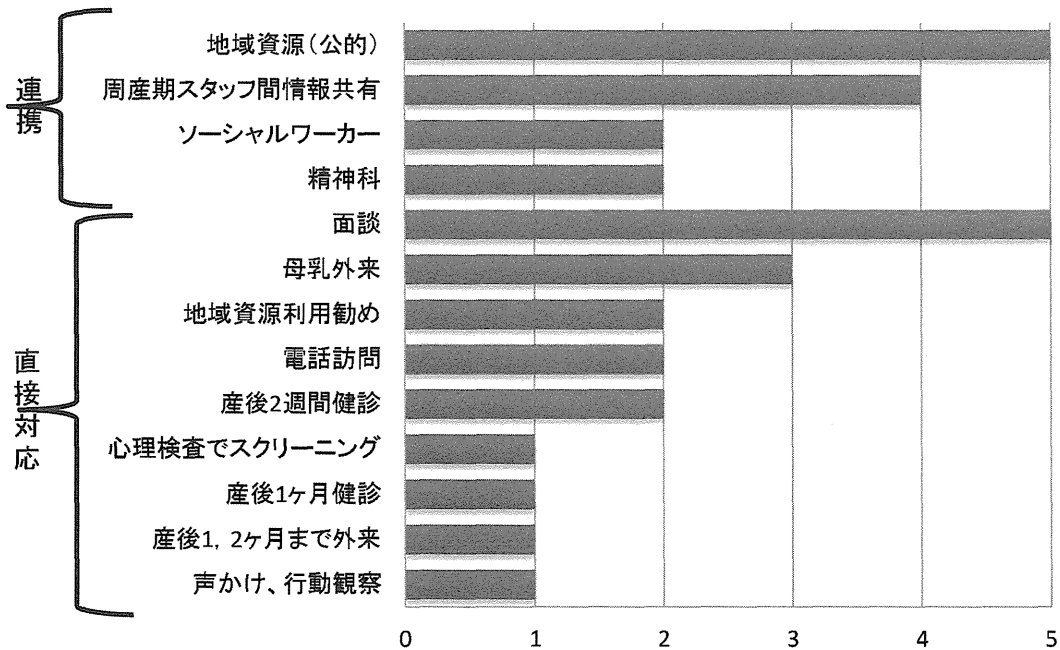


図5 気になる妊産婦への対応で困ること

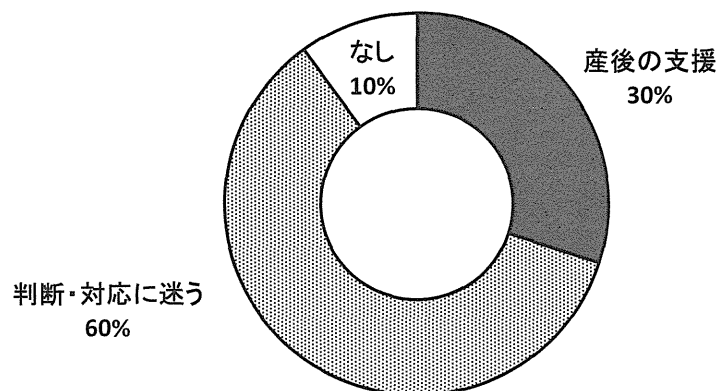
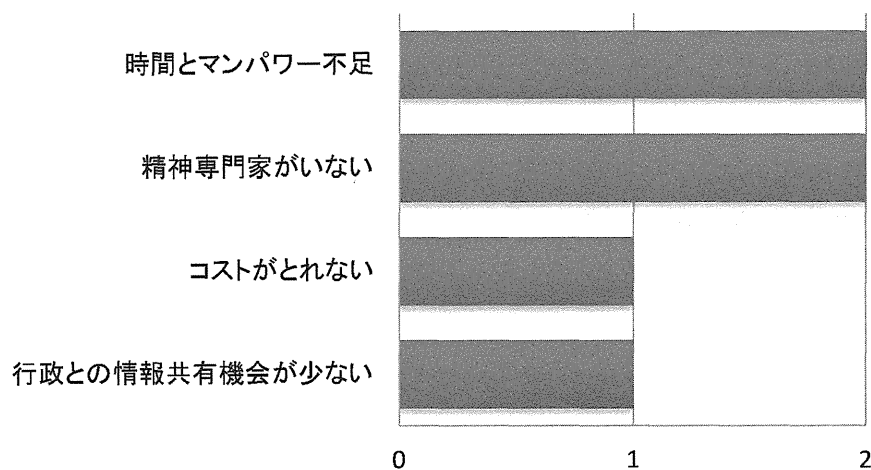


図6 メンタルヘルスが気になる妊産婦を産後1か月以降対応できない理由



周産期メンタルヘルスに関する国際制度比較
—イギリス・アメリカ・オーストラリアを事例に—

研究分担者 森臨太郎（国立成育医療研究センター研究所 成育政策科学研究部）
研究協力者 大西香世（国立成育医療研究センター研究所 成育政策科学研究部）

研究要旨

本研究は、日本における要保護児童対策地域協議会（要対協）の現状の問題点と今後の課題を分析すべく、アメリカ・イギリス・オーストラリアの 3 国を事例として、これら 3 国の制度の文献調査を行った。これら 3 国の事例から、産科・小児科・精神科などのヘルス・ワーカーがどのようにメンタルヘルスのハイリスクの母親を支援しているかを中心に国際比較することによって、本研究は日本におけるメンタルヘルス不調の母親の早期発見・支援システムの発達に対するインプリケーションをまとめることを趣旨とする。

A. 研究目的

本研究は、日本におけるメンタルヘルス不調の母親の早期発見・支援システムの発達に対するインプリケーションを提示するために、これらのシステムが発達している欧米 3 か国—アメリカ・イギリス・オーストラリア—の先例の文献調査を行うことを目的とする。

B. 研究方法

政府機関の一次・二次資料をあたり、文献調査を行った。

C. 研究結果

【アメリカ】

アメリカにおける連邦レベルの取り組みとしては、アメリカ疾病管理予防センター（Centers for Disease Control and Prevention : CDC）のリプロダクティブ・ヘルス局（Division of Reproductive Health）が、行って

いる調査監督（サーベイランス）と研究が挙げられる。リプロダクティブ・ヘルス局が対象とするのは、出産可能年齢とされる 15 歳から 44 歳までの女性である。同局の重要なアジェンダのひとつには、メンタルヘルス不調の母親の早期発見および支援システムを構築することであるが、具体的には以下のようなサーベイランスやスクリーニングのための質問票(questionnaires)の作成を行っている。

まず、CDC が作成している産後うつなどのメンタルヘルスに関するスクリーニングのための質問票ひとつに、妊娠リスク・アセスメント・モニタリングシステム(the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System; PRAMS)がある。PRAMS の目的は、州の健康省(health departments)と協力し、州レベルに特化した、妊娠前後（妊娠前・妊娠中・産後）の州人口の妊産婦の心身の体

調をモニタリングし、データを収集して、周産期の母と子の健康の増進につとめるものである。現在では、PRAMSには40州とニューヨーク市が参加しており、全米の78%の出生に相当する。

PRAMSの調査質問票の歴史は古く、1987年に開発されたが、現在の時点で、全ての州がアセスメントを義務付けられている質問項目のコアは、以下の8項目である。

- 1) 最近の妊娠に関する態度と感情
- 2) 妊娠管理の内容と情報
- 3) アルコールと煙草の摂取
- 4) 妊娠前・妊娠中の身体的虐待
- 5) 妊娠合併症
- 6) 新生児のヘルス・ケア
- 7) 避妊
- 8) アルコールや煙草の害や葉酸の効用、HIVのリスクなど妊娠に関連した健康情報

PRAMSの質問は、郵便の郵送による自己回答式(self-administered questionnaires)と電話での質問によるインタビュー形式(interviewer-administered questionnaires)とに分かれる。このように、アメリカ疾病管理予防センターが作成したPRAMSの質問票を、州自治体が実施するという形式になっているが、この他には、保健福祉省(Department of health and Human Services)のHealth Resources and Services Administrationが、妊産婦のうつの自己診断の方法を呼びかけている。ただし、この方法では、メンタルヘルスの専門家が早期に周産期うつを発見するという形式ではなく、妊産婦の自発性に依存するものとなっている。CDCは、自己診断によってメンタルヘルス障害の可

能性が疑われた場合、妊産婦は専門家のアポイントメントをとることを推奨しているが、自分で電話をかけることができない場合は、予約の電話の際にナース・プラクティショナーなどに同伴してもらうことをアドバイスしている。

アメリカ疾病管理予防センターの取り組みの一方で、州レベルにおいて、州が独自に法令を制定している地域も存在する。イリノイ州(州都・シカゴ)がその一例であり、周産期メンタルヘルスのスクリーニングと対策について法令を作成している。

イリノイ州においては、2008年に、Perinatal Mental Health Disorders Prevention and Treatment Actが施行された。同法令の目的は、周産期うつの早期発見と処方を促進し、その認識を高めることである。法令では、①ライセンスのある専門家(医師や上級看護士等)が、女性に対して教育を与えること、そして可能であれば、周産期メンタルヘルス障害について、女性の家族にも教育を与えること、②分娩を扱っている全ての病院において、産婦、父親、その他家族のメンバーに対して、周産期のメンタルヘルス障害に関する情報を与えること、③ライセンスのある周産期ヘルス・ケアの専門家が、女性が周産期のメンタルヘルス障害に陥っていないかを査定するために質問(エディンバラ産後うつ病自己評価票 EPDS, the Postpartum Depression Screening Scale, the Beck Depression Inventory, the Patient Health Questionnaire 等)を完成させること、この上記3つを義務付けている。

イリノイ州では、ヒューマン・サーヴィス省、健康と家族サーヴィス省、公衆衛生省などが連携し、政策提言を行ったり、メン

タルヘルスに関する教育の教材を作成したりと連携をしている。とりわけ、健康と家族サービス省(HFS)は、イリノイ州の出生の51%をカバーしているが、メンタルヘルスケアの専門家は、HFSとパートナーシップを組み、スクリーニングやリファールに取り組むことが、奨励されている。

また、同州は、無料のコンサルテーションのサービスも提供している。コンサルタン、大学教員、スタッフ・クリニシャンが、イリノイ大学シカゴ校のウィメンズ・メンタルヘルス・プログラム(the University of Illinois at Chicago Women's Mental Health Program)からカウンセリングのために派遣されている。さらに、周産期うつを感じている女性に対して、Evanston Northwestern Healthcare Perinatal Depression Program という24時間ホット・ラインも提供されている。

【イギリス】

イギリスにおいては、英国国立医療技術評価機構 NICE (National Institute for Clinical Excellence) が最新のエビデンスに基づいて、周産期(antenatal and postnatal)のメンタルヘルスに関する実践的なガイドラインの暫定版 (Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance) を作成している。

NICE ガイドラインでは、産前・産後の期間、妊産婦がファースト・コンタクトをとる相手は、通常、助産婦やヘルスビジターなどの専門家であり、メンタルヘルスの潜在的リスクの可能性があった場合に、一般医(GP)のアセスメント(assessment)を受けるというシステムとなっている。そして、双

極性障害、産褥期の精神病などの重症なメンタルヘルスの症状が見られた場合には、精神科医というメンタルヘルスの専門家に照会されるというシステムになっている。NICW ガイドラインの具体的な手順としては、①予知(prediction)→②発見(detection)→③カウンセリング・心理社会的治療(psychosocial treatments)→④うつ管理(management of depression)→⑤リスクの説明(explaining risks)→⑥抗うつ治療の処方(prescribing antidepressant medication)の手順を踏むことが推奨されている。

周産期の妊産婦のうつ発見のために、まず、過去の病歴のスクリーニングを行うことを推奨している。過去の病歴に関しては、

- 1) 過去または現在の気分障害(双極性障害、産褥期の精神病、重症のうつ病)
- 2) 入院治療を含む精神科医・メンタルヘルス専門家による治療歴の有無(分娩中および前後の向精神薬の使用)
- 3) 周産期の精神疾患の家族歴

の質問項目に答える形式となっている。また、妊婦によってファースト・コンタクトがとられた専門家は、うつ病の予知と検出のために、以下の二つの質問をすることが求められている。これは北米の精神科診断基準(DSM-IV)の中核症状とほぼ同等であり、うつ病を見逃さないための“Whooley questions”(= Two Questions 法)としてスクリーニングとしての妥当性も検証されている。

- 1) 過去1ヵ月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくて、あるいは絶望的になったりして、しばしば悩まされたことがありますか？

- 2) 過去1ヵ月の間に、物事をするこ
とに興味あるいは楽しみをほとんど
なくして、しばしば悩まされたこと
がありますか?

NICE ガイドラインは、妊産婦が上記の2つ
の質問のどちらかひとつでもあてはまった
場合、3つ目の質問として、3)上記のことは、
あなたが何か必要としたり、助けをほしい
と感じたりしたものでか?という質問を
聞くことを推奨している。

このスクリーニングの後、リスク・ファ
クター（気分障害の既往歴、社会心理的要
因など）の高い妊産婦に対しては、まず
1ヶ月以内に、専門家によって最初のアセ
スメントがなされ、準臨床的なカウンセリ
ング・心理社会的治療 (psychosocial
treatments)が行われることが推奨されてい
る。その際、①過去に既往症がある場合は、
人間関係療法(interpersonal therapy=IPT)や認
知行動療法 cognitive behavioural therapy =
CBT)などの4-6の短いカウンセリング・セ
ッションが行われる。一方、②過去に既往
症がない場合は、インフォーマルな個人的/
グループ・ベースの社会的支援などが行わ
れるようになっている。

次に、軽度から中等度のうつ病が発見さ
れた場合は、自助戦略(self-help strategies)、
傾聴訪問(listening visits)、短い認知行動療法、
人間関係療法(interpersonal therapy=IPT)など
が行われる。これらの治療が適切であると
考えられるものの、身近に治療を受ける場
がない場合、The Patient Advice and Liaison
Service(PALS) にコンタクトをとることが
推奨されている。PALS とは、NHS のサー
ヴィスを利用する人々のために、守秘義務
をもって情報を提供したりアドバイスを

したりする独立機関である。PALS が助言で
きない場合は、地元の Independent
Complaints Advocacy Service に照会される。

こうして、うつが発見された場合は、精
神科医によって、メンタル障害に関する治
療と非介入のそれぞれの相対的・絶対的リ
スクなど、リスクの説明がなされ、最後に、
抗うつ治療の処方として、三環系抗うつ薬
Tricyclics (TCAs)、抗鬱剤(SSRI)などが処方
されるという段階になっている。

ところで、NICE ガイドラインでは、ヘルス
ビジター(HV)が、産後6ヵ月から18か月の
褥婦に対して、エディンバラ産後うつ病自
己評価票 (EPDS) をテストすることを推奨
しており、EPDS は褥婦のうつ発見に関して、
イギリスでは汎用しているものである。た
だ、近年には、National Screening
Committee (NSC)が、EPDS の有効性、とり
わけカット・オフ・レベル(cut-off level)
に関しては、その有用性を否定しており、
EPDS の採用には多方面から検討される余
地がある。

【オーストラリア】

オーストラリアにおいては、2008年度か
ら同国において初めて、国家計画として周
産期のメンタルヘルスに対する5年計画、
The National Perinatal Depression Plan
(NPDP) を発表した。オーストラリア政府は、
州と特別地域、健康省のアドヴァイサリ
ー・カウンシル(Australian Health Ministers'
Advisory Council (AHMAC) と全国周産
期うつイニシアティブ(National Perinatal
Depression Initiative)を発足させ、州と特別地
域、うつ対策プログラム(beyondblue)、健康
省の the Access to Allied Psychological

Services (ATAPS) に、ファンディングンされることとなった。とりわけ、beyondblue は周産期うつ対策にこれまで積極的に取り組んできており、研究などを通して周産期うつの知識や情報を提供したり、アボリジニなどやトレス海峡諸島民などの人々（通常、アボリジニなどやトレス海峡諸島民などの女性は、それ以外の女性よりも高い確率で、ウェル・ビーイングの問題や精神的な問題を抱えているとされている(Social Health Reference Group 2004)。の言語的・文化的背景にも考慮したうつ対策のプログラムを提供したりしている。

Beyondblue の Mental Health National Action Plan は、①妊娠中のうつのルーチン・スクリーニングと産後 2 ヶ月のフォローアップ・チェック、②うつの潜在的リスクがある妊婦に対するフォローアップ・サポートとケア、③妊産婦のうつの診断をする専門家のトレーニングなどを指針している。

ルーチン・スクリーニングに関しては、beyondblue が、National Health and Medical Research Council を通して、スクリーニングのガイドラインを決定している。産後うつの普及とスクリーニングプログラムの容認性を決定するために、12,000 オーストラリア女性に対して、エディンバラ産後うつ病自己評価票を用いたスクリーニングを行っていた。ただし、EPDS は過去 1 週間の女性の気分を図るものに限定され、その他には、①社会的・精神的サポートの欠如、②最近のストレス、③低い自尊心、④既往症、⑤ドメスティック・バイオレンス、などを質問する心理アセスメントが必要であるとされている。

うつの診断をする専門家に関しては、政府によって採用されたスクリーニングのツールを正しく使用できるよう、一般医・産科医・母子保健看護師・助産師・アボリジナル・ヘルスワーカー・保健師の訓練を推奨すると同時に、それ以外の非専門家や NGO、民間部門などが、周産期うつに関する知識や情報を得ることを推奨している。これらの非専門家や NGO、チャイルド・ケア・ワーカーや児童相談所のスタッフが含まれる。また、行政が提供するコンサルテーション・サービスとしては、Perinatal Mental Health Consultation Service (PMHCS)がある。

D. 考察

アメリカ・イギリス・オーストラリアの英語圏 3 国の事例から、それぞれの地域では、それぞれ CDC、NHS、AHM がそれぞれ、全国規模で EPDS などのインスツルメントを用いた周産期うつの早期発見のネットワークをイニシアチブをとっていることが分かった。とりわけ、アメリカにおいては、州レベルにおいて法令が制定され、大学等民間部門と協力し、専門家を派遣したり、緊急ホットラインを提供したりと、ネットワーク網の発達が見られた。

E. 結論

日本においては、未だ周産期メンタルヘルスの認知度が低い、アメリカ・イギリス・オーストラリアにおいては、政府・地方自治体・民間部門がパートナーシップを組み、冊子を作成するなどのメンタルヘルスの認知度を高める啓蒙活動から、EPDS などのインスツルメントを用いたアセスメントまで、幅広く行っている。日本が参考にする部分

は大きい。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

【イギリスにおけるケアの組織図】

人員	サービス	コア機能
病医精神・看護師・臨床心理士等	周産期メンタルヘルス・サービス	予防・中度から重度の症状のマネジメント等
CMHT (病医精神・臨床心理士)	メンタルヘルス・サービス	アセスメント・トリートメント・照会・入院等
一般医・産科医・臨床心理士等	プライマリケア・メンタルヘルス	アセスメント・照会・軽・中度の症状の治療
一般医・産科医・臨床心理士・ヘルスビジター・看護師	一般的なヘルスケア	既往症と現在の症状の発見・照会等

○コーディネート・センター (組合の入院患者ユニットのコーディネート・コーディネーティング評議会・ネットワーク・マネジャー・地域における専門家によるサービスの提供・プロトコルの作成とモニタリング) ○専門家による周産期サービス (地域における専門家の提供・入院のマネジメント・プライマリ/セカンダリ・ケアのコンサルタントとトレーニング) ○専門家によるメンタルヘルス・サービス (地域的なサービスの提供・評価と照会・コンサルタントとアドバイス) ○プライマリケア・サービス (評価と照会・コンサルタントとアドバイス) ○マタニティ・サービス (評価と照会・コンサルタントとアセスメント)

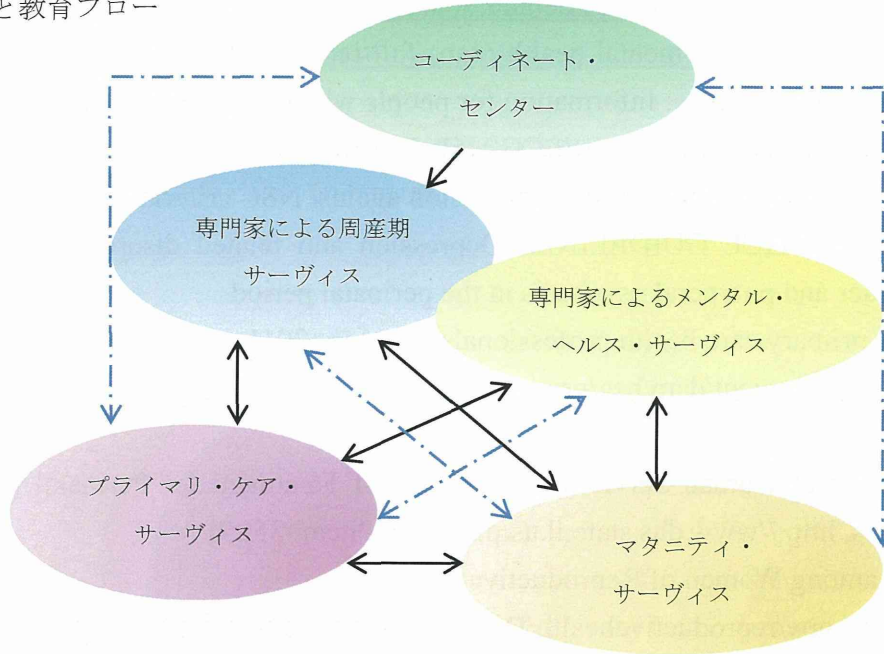
【NICE ガイドラインによる Perinatal Clinical Network】

--->

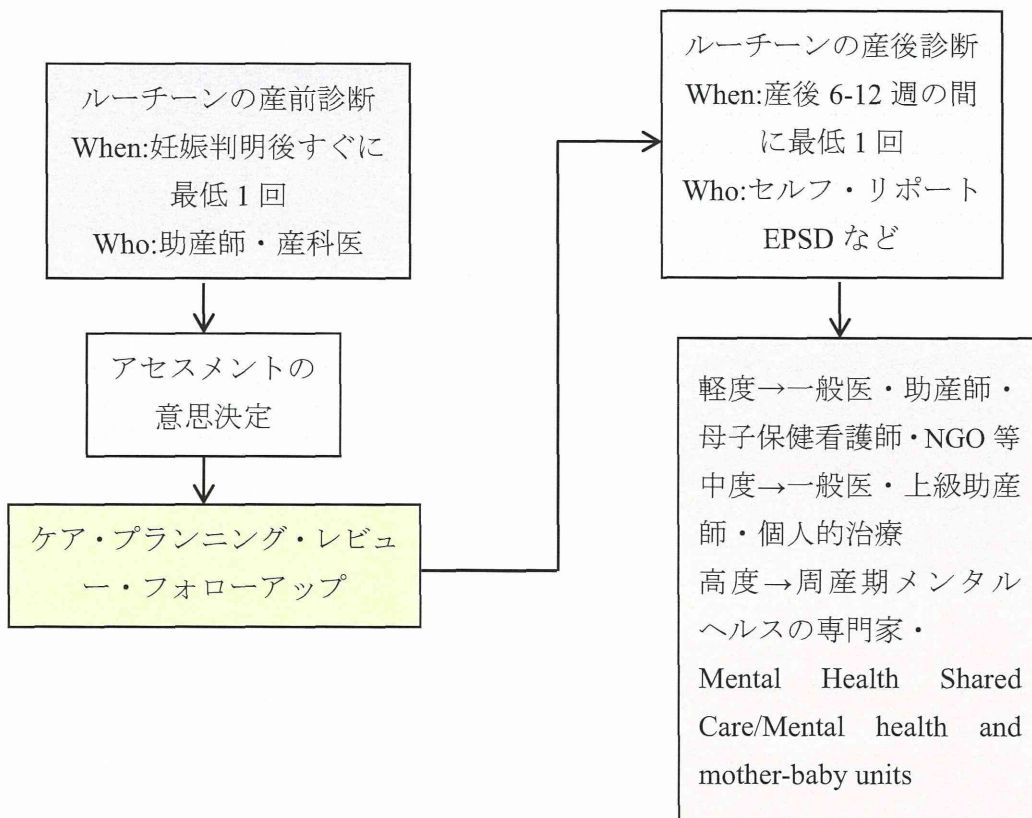
患者フロー

→

情報と教育フロー



【オーストラリアにおけるアセスメントとケア】



【主要参考文献】

Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance, NICE clinical guideline 45 Issued: February 2007, reissued April 2007)(guidance.nice.org/cg45)

beyondblue: the national depression initiative Perinatal Mental Health Consortium
Perinatal Mental Health National Action Plan

[http://www.beyondblue.org.au/docs/default-source/8.-perinatal-documents/bw0125-report-beyondblues-perinatal-mental-health-\(nap\)-full-report.pdf?sfvrsn=2](http://www.beyondblue.org.au/docs/default-source/8.-perinatal-documents/bw0125-report-beyondblues-perinatal-mental-health-(nap)-full-report.pdf?sfvrsn=2)

Understanding NICE guidance: Information for people who use NHS services

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG045PublicInfo.pdf>

An evaluation of screening for postnatal depression against NSC criteria

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES Depression and related disorders –anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis in the perinatal period

A guideline for primary care health professionals February 2011

<https://www.bspg.com.au/dam/bsg/product?client=BEYONDBLUE&prodid=BL/0891&type=file>

Illinois Department of Human Services, Screening and Treatment for Perinatal Mental Health Disorders, <http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=35251>

Mental Health among Women of Reproductive Age

http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Depression/PDFs/Mental_Health_Women_Report_Age.pdf