

③ 希望する診療報酬での対応

名称・概要※

どのような点数設計を希望されるか、端的にお書きください。

例) 項目の新設、増点、××の新規保険収載 等

「精神科医連携加算」の当該患者の診察について、診察した精神科医療機関に対し、通院・在宅精神療法の初回加算の増点。

I 002 通院・在宅精神療法の注に、

「注 5 1 のロ(1), (2)については、他保健医療機関から、入院中の患者以外の患者について、うつ病などの精神障害の疑いによりその診断治療などの必要性があり、患者の同意のもと、精神科を標榜する保健医療機関が当該患者が受診する日の予約を行った上で患者を診察した場合は、200 点を所定点数に加算する。」の文言の追加を要望する。

診療報酬コード※

特定の診療報酬コードに関連する場合や、類似するコードがある場合は記載して下さい。

例) 003

I 002 注

実施内容※

診療報酬により評価する診療行為等の実施内容について記載して下さい。

例) 診療所から診療情報提供書を持って来院した〇〇病患者に、医師の指示に基づき、〇〇、〇〇のチームが、〇〇に関する指導を〇分程度行う。

精神科以外の診療科を標榜する保健医療機関から、入院中の患者以外の患者について、うつ病などの精神障害の疑いによりその診断治療などの必要性があり、患者の同意のもと、精神科を標榜する保健医療機関を当該患者が受診する日の予約を行った上で患者を診察する。

対象となる医療機関の要件

(病院／診療所の別も記入)

対象医療機関の要件について記載して下さい。

例) 難病診療拠点病院

保健精神科医療機関

対象患者の要件

(入院／外来の別も記入)

対象患者の要件について記載して下さい。入院／外来の別がある場合は明記して下さい。

例) 指定難病が疑われる患者であって、診療所において確定診断がなされなかった者。入院・外来の両方。

外来

入院中以外の患者で、身体疾患を有し身体科保健医療機関で治療を受けていて、うつ病などの精神障害の疑いによりその診断治療などの必要性があり、患者の同意のもと、精神科を標榜する保健医療機関が当該患者が受診する日の予約を行った上で患者を診察した場合。

④根拠等

必要性※

要望が実現した際に期待される効果について、簡潔に記載してください。

例 1) ○○病に関する確定診断が困難な医療機関では過剰治療が行われる恐れがあり、確定診断が可能な医療機関への紹介が必要。例 2) ○○療法により、××病患者的 5 年生存率が△%向上する。

現状ではかかりつけ医⇄精神科医の連携がうまく機能しておらず、身体科に通院していて精神科治療を受けていない精神障害の患者は多いことが推測される。そのような患者に対する精神科医療の早期介入につながることを期待できる。精神障害を持つ患者に対する早期介入は自殺予防にも有効である。自殺予防の観点からも、かかりつけ医⇄精神科医の連携のさらなる強化のための施策が必要である。

有効性の根拠（研究報告等）

治癒率・死亡率・QOL の改善、診断の正確性の向上等について、提案技術と類似性をもつ既存技術の有効性を可能な範囲で比較し、データや学会のガイドライン等に基づき記載してください。なお、エビデンスに関する資料（論文の写し等）は、現時点で添付する必要はありませんが、必要時に提示できるよう入手しておいてください。

例) The effect of ○○ on ○○patient (NEJM. 2014 May○○;○○:xxx-xx.)によると、・・・・・・を実施した○○病の患者では、実施しない場合に比べ、5 年生存率が平均○○年改善。

我が国の平成 23 年における年間自殺者 3 万 651 人のうち、うつ病などの精神疾患を原因の一つとする自殺者数は 9379 人となっており、自殺の原因・動機が特的できたもの（2 万 2581 人）の 41.5%を占めている

（総務省資料 http://www.soumu.go.jp/main_content/000164594.pdf ）。

うつ病などの精神疾患患者は、精神症状以外に睡眠障害、食欲減退などの身体症状が出ることが多く、内科などのかかりつけの医師などを初めに受診することが多い。自殺既遂者は、自殺前一年以内にヘルスケアを利用することが多く、精神科医療機関を利用するよりも一般医を受診していることが多い（Luoma et al. ,2002）。

審議会・検討会等の報告書

(とりまとめの予定を含む)

関係する審議会・検討会等の報告書があれば、具体的に記載して下さい。

例) △△審議会による平成 26 年度報告書の中で、〇〇療法の有効性について以下のとおり言及している。「・・・」

安全性、技術的成熟度、倫理性、社会的妥当性など

「安全性」には発生した又は発生が予想される副作用・合併症・事故などのリスクについて、その内容と頻度や類似技術との比較、

「技術的成熟度」には学会等における位置づけ、指針の存在、難易度等、

「倫理性、社会的妥当性」にはは、倫理的な問題点・法的问题点などを記載してください。発生が予想される副作用・合併症・事故などのリスクは特にはない。倫理的にも特に問題はない。自殺予防や、精神障害の早期発見・早期介入のために、本要望のようなかかりつけ医⇔精神科医の連携強化は重要と考えられる。

診療報酬の必要性・既存事業との関係※

要望が実現した際に、補助金・研究費・介護報酬・障害報酬等の所管事業と診療報酬をどのように整理するか、また何故診療報酬での対応が必要か、その理由を記載してください。※特に介護報酬、障害報酬部局は、それぞれの報酬で対応できない理由を記載してください。

かかりつけ医⇔精神科医の連携では、精神科開業医の積極的な関与が重要であり、診療報酬にインセンティブを付けることが、精神科開業医にとってメリットとなり、地域連携の促進に役立つと考えられる。

⑤ 予想される財政影響及びその根拠

希望する点数（1 点＝10 円）

希望点数及びその算定要件のうち主たるものを簡潔に記載してください（細かい条件を全て列挙する必要はありません）。

200 点

点数の根拠

類似技術の点数や実勢コストとの対比等を元に、希望点数の設定根拠を記載してください。

例) I006 通院集団精神療法（270 点）と類似。

1 回当たりコスト：人件費〇〇円、その他〇〇円、1 回で〇〇人の治療が可能と想定。

B009 診療情報提供料（200 点）と類似。

紹介を受ける側も紹介する方と同様に診療報酬のインセンティブを受けられるように 200

点と設定した。

推定対象患者数・一人当たり実施回数・年間算定回数（根拠を含む）

「推定対象患者数」は、各種統計データ等から推定される人数を記載してください。根拠の欄に数値の出典元を記載してください。

「一人当たり実施回数」は、患者が1人1年に何回算定すると推定されるか記載してください。推定根拠の出典元を併せて記載してください。

例) 実施体制のある医療機関は、○か所（難病診療拠点病院数）。患者数は1医療機関あたり平均○人（○○研究班報告書）。○か所×1医療機関の患者数○人×年3回＝○○回
一人当たり実施回数：初診時に1回のみ算定する。ただし、初回時に他の加算（1イ、注3・4）を算定している患者には算定しないこととする。

推定対象患者数：70万人（平成20年患者調査によると、治療を受けているうつ病エピソード、反復性うつ病性障害（F32.0-F33.9）の総患者数は、全国で70.4万人であった[厚生労働省、患者調査、2008]。日本におけるメンタルヘルスの調査（平成18年度厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 「こころの健康についての疫学調査に関する研究」 主任研究者 川上憲人）では、過去12か月間に何らかの精神障害を経験したものでは、約17%しか受診・相談していないことが明らかになっている。うつ病などの精神障害で内科などの身体科を受診している潜在的な患者数を、精神科受診患者数と同数の約70万人と見積もる。

財政影響

直接医療費（※）に対する年間影響（提案による医療費増加分（希望点数×10円×年間算定回数）－入院期間の短縮等による医療費減少分）を算出してください。

※ 疾病の診断・治療のために医療機関においてかかる費用のみを記載してください。本提案書では、長期影響（例：10年後の医療費影響）や機会費用（例：労働損失）等は加味しません。

医療費増加分

200点×10円

潜在的な患者である70万人のうち10%の7万人が精神科に紹介されたとすると、

2000円×7万人＝1.4億円の増加。

医療費減少分：日本でのデータはない。

かかりつけ医－精神科医の連携促進により早期介入が可能になり、かかりつけの身体科の医療費の減少が見込まれる。また、自殺者の減少も期待できる。

身体疾患患者に対して単に病気の治療のみならずメンタルケアを行うことで病気の予後やQOLの改善及び医療費の削減に有効であることは、多くの研究で明らかになっている。

たとえば、

“Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression” Simon et al., 2001: American Journal of Psychiatry

“Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression” M Con Korff et al., 1998: Psychosomatic Medicine

⑥社会的環境

関係議員と主な活動（議連等）

関係学会／団体（患者会等）と、関連する主な活動

その他（報道状況等）

各項目について、該当する団体・個人等があれば記入してください。当該提案書に対する賛否や、関連する活動が明らかであれば併せて記載してください。

本要望の母子保健領域に充当する内容で、日本精神神経学会と日本産婦人科医会から合同で「精神疾患を合併する妊産婦の心のケアに関する精神科・産科・小児科の地域の連携医療の新規要望」が提出される予定である。

本要望の担当者も、日本精神神経学会の同新規要望の会議に参画し、要望の必要性のエビデンスとして東京都世田谷区における連携実態調査のデータを参考資料として提出するなど関与している。本要望は診療報酬項目の新設についてではなく、従来ある「精神科医連携加算」に関連して紹介の受け手側の精神科医療機関側に対して、通院・在宅精神療法の注への文言追加に関するものであるところに、上記 2 学会からの要望との違いがある。

⑦留意点

評価に当たって留意を要する点

留意すべき点、補足すべき点があれば記載してください。

例）治療従事者の国家資格化は見通しが立っておらず、研修等により資質を担保することが必要。

特記すべきことなし。

⑧担当

部局名

課室名※

担当部局及び課室名を記載して下さい。

こころの診療部乳幼児メンタルヘルス診療科

担当（内線）※

担当者は最低 1 人（不在時・異動を考慮して出来れば 2 人）記載してください。

立花良之

提出日(M/DD)※

修正履歴の管理のため、入力してください。

2014/12/08

精神障害を持つ保護者への養育支援に関する、通院・在宅精神療法 についての「養育支援連携加算」の要望

① 要望に係る施策の概要

背景・所管事業・補助金・予算措置等※

要望内容の背景となる施策について記載して下さい。現在行われている事業、補助金、予算措置については、具体的な年限（いつから、いつまで、財政規模）について明記してください。

本件は、子どもの保護者である患者への養育支援に関する、通院・在宅精神療法の加算についての要望である。

現在、通院精神療法として、

「イ 区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力などを行っている精神保健指定医などが通院精神療法を行った場合 600 点

ロ イ以外の場合 （1）30 分以上の場合 400 点 （2）30 分未満の場合 330 点」となっている。

平成 26 年度の診療報酬改定では、児童・思春期の精神科医療の推進として、I 002 通院・在宅精神療法の 20 歳未満加算の見直しがあり、「20 歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合」に 200 点加算されていたものが、「20 歳未満の患者に対して、必要に応じて児童相談所などとの連携や保護者などへの指導を行った上で、通院・在宅精神療法を行った場合」に 350 点加算されるように変更されている。

② 現在課題と考えている点※

課題の概要※

当該要望をするに至った具体的・直接的な課題及びその理由、課室の考え方等を記載してください。Key sentence には下線を引いてください。

また、可能であれば、具体的な事例と現在の対応状況についても記載してください。

本要望では、平成 26 年の上記診療報酬改定でカバーできていない、子ども自身は何らかの理由で受診していないが精神障害を持つ親に対して精神科医が養育支援を行い養育不全や児童虐待予防に対応しているケースに対して診療報酬加算を要望する。

精神障害を持つ保護者は子どもの養育に問題を持つことがあり、そのような保護者の精神科治療では保健師・児童相談所など、保健・福祉機関との連携が必要なことが多い。たとえば症状の重い産後うつ病や産褥精神病では、精神科医療機関は単に親の精神科治療の

みならず、保健師・児童相談所などと連携して子どもの安全の保護・養育の支援に努める必要がある。そうすることで、養育不全や児童虐待の予防にもつながる。現状では、精神的な問題を持つ家庭に対応する児童精神科医の数が不足している。精神科診療所や成人専門の精神科医療機関では、忙しい日常臨床の中で保護者の治療に加えて保健師や児童相談所と連携をもって母子や家族を支援する余裕がないことが多い。その一方で、たとえば産後うつ病は出産後の 17 パーセントの母親が経験するなど非常に罹病率が高く（Yoshida et al., 2012）、数の少ない児童精神科医だけで親子の支援を諸機関と連携して行うのは極めて困難である。精神科診療所などで一般成人の診療をしている精神科医が保護者の治療とともに児の養育の支援のために地域の諸機関と連携するような医療体制を整備することは、養育不全や児童虐待予防の観点においても重要と考えられる。

子どものこころのケアや養育不全・児童虐待予防のために、保護者が精神科治療を受けている場合の保健・福祉との連携の推進施策が必要と考えられ、地域の精神科診療所も積極的参画できるように診療報酬上もインセンティブとして反映させることが望ましいと考えられる。

③ 希望する診療報酬での対応

名称・概要※

どのような点数設計を希望されるか、端的にお書きください。

例) 項目の新設、増点、××の新規保険収載 等

I 002 通院・在宅精神療法の注に、増点として文言を追加する。

「1 ロ（1）について、子どもの保護者である患者に対して、必要に応じて産科・小児科や保健師・児童相談所などの母子保健領域の医療・保健・福祉機関との連携を行った上で子どもの養育の問題についても相談を行った場合は、養育支援連携加算として 350 点を所定点数に加算する。」

[編注]

上記注の加算は、当該保健医療機関の精神科を受診した日から起算してその日を含め 30 日以内に必要に応じて、本人の了承のもと、産科・小児科や保健師・児童相談所などの母子保健領域の医療・保健・福祉機関と連携し、保護者に対して適切な指導を行った上で通院・在宅精神療法を行った場合に算定する。ここでいう連携とは、関係者に対して、面会や電話または書面に対応した場合を指す。ただし、当該患者の子どもに対し、通院・在宅精神療法を行い I 002 注 3 の加算を同日に算定している場合は算定しない。また、当該患者の子どもの養育の問題について相談を行っていない日については算定しない。

診療報酬コード※

特定の診療報酬コードに関連する場合や、類似するコードがある場合は記載して下さい。

例) 003

I 002 注

実施内容※

診療報酬により評価する診療行為等の実施内容について記載して下さい。

例) 診療所から診療情報提供書を持って来院した〇〇病者に、医師の指示に基づき、〇〇、〇〇のチームが、〇〇に関する指導を〇分程度行う。

子どもの保護者である患者に対して、当該保健医療機関の精神科を受診した日から起算してその日を含め 30 日以内に必要に応じて、本人の了承のもと、産科・小児科や保健師・児童相談所などの母子保健領域の医療・保健・福祉機関と連携し、保護者に対して適切な指導を行った上で通院・在宅精神療法を行った場合、所定点数を加算する。ただし、当該患者の子どもに対し、通院・在宅精神療法を行い I 002 注 3 の加算を同日に算定している場合は算定しない。また、当該患者の子どもの養育の問題について相談を行っていない日については算定しない。十分な時間をかけ子どもの養育の問題について相談を行う場合にのみ算定できるようにするため、通院・在宅精神療法を 30 分以上行った場合にのみ算定する。

対象となる医療機関の要件

(病院／診療所の別も記入)

対象医療機関の要件について記載して下さい。

例) 難病診療拠点病院

精神科医療機関

対象患者の要件

(入院／外来の別も記入)

対象患者の要件について記載して下さい。入院／外来の別がある場合は明記して下さい。

例) 指定難病が疑われる患者であって、診療所において確定診断がなされなかった者。入院・外来の両方。

入院・外来の両方

精神障害を有し、子どもの養育に支障をきたしている成人

④根拠等

必要性※

要望が実現した際に期待される効果について、簡潔に記載してください。

例 1) 〇〇病に関する確定診断が困難な医療機関では過剰治療が行われる恐れがあり、確定診断が可能な医療機関への紹介が必要。例 2) 〇〇療法により、××病者の 5 年生存率が△%向上する。

子どもをもつ保護者を治療している精神科医療機関が、保護者の家庭の子どもの養育の間

題にも目を向け、地域の他の医療・保健・福祉との連携を強化することができる。また、家族全体の心理的支援を行うことで、養育不全や児童虐待の予防にもつながる。

有効性の根拠（研究報告等）

治癒率・死亡率・QOLの改善、診断の正確性の向上等について、提案技術と類似性をもつ既存技術の有効性を可能な範囲で比較し、データや学会のガイドライン等に基づき記載してください。なお、エビデンスに関する資料（論文の写し等）は、現時点で添付する必要はありませんが、必要時に提示できるよう入手しておいてください。

例) The effect of ○○ on ○○patient (NEJM. 2014 May○;○○:xxx-xx.)によると、・・・・・・を実施した○○病の患者では、実施しない場合に比べ、5年生存率が平均○○年改善。

親の精神障害は子どもの身体的発達・精神発達に大きく影響することが明らかになっている（Goodman et al., 2011; Brabd & Berman 2009; Gump et al., 2009）。また、親の精神障害は、養育不全や児童虐待のリスクファクターでもある(Chaffin et al., 1996)。親の精神障害による子どもの身体的・精神的な発達の問題を予防するため、精神障害を持つ親については、親の精神科治療のみならず、子どもの養育の問題について地域の医療・保健・福祉と連携してケアしていくことが重要と考えられる。

審議会・検討会等の報告書

（とりまとめの予定を含む）

関係する審議会・検討会等の報告書があれば、具体的に記載して下さい。

例) △△審議会による平成26年度報告書の中で、○○療法の有効性について以下のとおり言及している。「・・・」

安全性、技術的成熟度、倫理性、社会的妥当性など

「安全性」には発生した又は発生が予想される副作用・合併症・事故などのリスクについて、その内容と頻度や類似技術との比較、

「技術的成熟度」には学会等における位置づけ、指針の存在、難易度等、

「倫理性、社会的妥当性」にはは、倫理的な問題点・法的問題点などを記載してください。

一般成人の治療を行っていて母子保健にあまりなじみのない精神科医でも、産後うつ病や産褥精神病など成人の精神科領域の病態であれば対応可能な者が多い。またそのような精神科医が、成人の患者の治療に対して地域他機関の関係者と連携してコンサルテーションに対応することは十分可能と考えられる。

③注で「その日を含め30日以内に必要に応じて、本人の了承のもと、産科・小児科や保健師・児童相談所などの母子保健領域の医療・保健・福祉機関と連携し、保護者に対して適切な指導を行った上で通院・在宅精神療法を行った場合」というふうに、直近で他機関

と連携をしかつ受診日にも養育の相談にのった際のみ算定を限定することで、精神科医が不十分な形で子どもの養育にアドバイスをして保険点数を請求することを防ぐことができる。また短時間の養育の問題で安易に加算を算定できないように、30 分以上の通院精神療法を行った場合にのみ加算できるものとしている。

保険点数を取れる場合は「本人の了承のもと」に連携した場合に限ることとしている。倫理面では、本人の了承が得られないまま、要保護児童対策地域協議会のケースとして保健師や児童相談所などと連携した場合は算定しないように配慮しており、法的にも問題ない。

診療報酬の必要性。既存事業との関係

要望が実現した際に、補助金・研究費・介護報酬・障害報酬等の所管事業と診療報酬をどのように整理するか、また何故診療報酬での対応が必要か、その理由を記載してください。※特に介護報酬、障害報酬部局は、それぞれの報酬で対応できない理由を記載してください。

精神障害を持つ保護者の養育支援における医療・保健・福祉・教育の連携は、均てん化され、どの精神科医療機関においても一般的に行われることが望まれるため、診療報酬での対応が妥当であると考えられる。

⑤予想される財政影響及びその根拠

希望する点数（1 点＝10 円）

350 点

点数の根拠

I002 通院・在宅精神療法の 20 歳未満の患者に対して、必要に応じて児童相談所等との連携や保護者などへの指導を行った上で、通院・在宅精神療法を行った場合の加算 350 点を参考に設定した。

推定対象患者数・一人当たり実施回数・年間算定回数（根拠を含む）

「推定対象患者数」は、各種統計データ等から推定される人数を記載してください。根拠の欄に数値の出典元を記載してください。

「一人当たり実施回数」は、患者が 1 人 1 年に何回算定すると推定されるか記載してください。推定根拠の出典元を併せて記載してください。

例) 実施体制のある医療機関は、○か所（難病診療拠点病院数）。患者数は 1 医療機関あたり平均○人（○○研究班報告書）。○か所×1 医療機関の患者数○人×年 3 回＝○○回

例) 実施体制のある医療機関は、○か所（難病診療拠点病院数）。患者数は 1 医療機関あたり平均○人（○○研究班報告書）。○か所×1 医療機関の患者数○人×年 3 回＝○○回

推定患者数：母の年齢別に見た合計特殊出生率に、 $49000 \text{ 人} \times (0.16 + 0.43 \text{ 人の子ども})$
 $[\leftarrow 20 \text{ 代女性}] + 96000 \text{ 人} \times [0.50 + 0.27 \text{ 人の子ども}] [\leftarrow 30 \text{ 代女性}] + 100000 \text{ 人} \times (0.07$
 $\text{人の子ども}) [\leftarrow 40 \text{ 代女性}] = 109830 \text{ 人}$

よりうつ病に罹患していて精神科に通院していて子どもがいる女性は 11 万人 と推定できる。

(2013 年「厚生労働省 人口動態統計(確定数)の概況 第 5 表 母の年齢(5 歳階級)・出生順に別に見た合計特殊出生率(内訳)の母の年齢別に見た合計特殊出生率と、厚生労働省「患者調査」気分[感情]障害(躁うつ病を含む)男女年齢別総患者数(2011 年 10 月)のデータをもとに推定)

統合失調症については、 $365 \times 0.004 \times 0.16 + 389.2 \times 0.005 \times 0.43 + 456.5 \times 0.007 \times$
 $0.50 + 485.8 \times 0.009 \times 0.27 + 423.6 \times 0.009 \times 0.07 = 4.09 \text{ 万人}$ と推定できる。

(2013 年「厚生労働省 人口動態統計(確定数)の概況 第 5 表 母の年齢(5 歳階級)・出生順に別に見た合計特殊出生率(内訳)と平成 22 年度厚生労働省障害者福祉総合推進事業補助金「精神疾患の社会的コストの推計」事業実績報告書」のデータをもとに推定)

本加算の対象として精神科領域で子どもの養育にも支障をきたしやすく患者数も多い重大疾患であるうつ病・統合失調症を主に考えると、推定患者数は 約 15 万人 となる。

年平均の算定回数については、一人当たり 6 回と推定

(民間病院精神科年間平均通院回数から推定

<http://www.syoutokukai.or.jp/taizanryo/documents/32-hokeneiseinituite4.pdf>)。

財政影響

直接医療費(※)に対する年間影響(提案による医療費増加分(希望点数 $\times$ 10 円 $\times$ 年間算定回数)－入院期間の短縮等による医療費減少分)を算出してください。

※ 疾病の診断・治療のために医療機関においてかかる費用のみを記載してください。本提案書では、長期影響(例：10 年後の医療費影響)や機会費用(例：労働損失)等は加味しません。

直接医療費：350 点 $\times$ 10 円 $\times$ 6 回=21000 円(1 人当たり)

対象患者の 10%に対して利用されたとすると、

全体で $21000 \text{ 円} \times 15 \text{ 万人} \times 0.1 \times 6 \times 150000 = 3 \text{ 億円}$ の増額となる。

医療費減少分：日本でのデータはない。子どもの心身症などによる小児科受診の減少、母親の QOL 向上や児童虐待・養育不全の件数の減少が期待できる。

⑥社会的環境

関係議員と主な活動（議連等）

関係学会／団体（患者会等）と、関連する主な活動

各項目について、該当する団体・個人等があれば記入してください。当該提案書に対する賛否や、関連する活動が明らかであれば併せて記載してください。

日本精神神経学会と日本産婦人科医会から合同で、「精神疾患を合併する妊産婦の心のケアに関する精神科・産科・小児科の地域の連携医療の新規要望」を提出予定である。本要望の担当者も、日本精神神経学会の同要望の会議に参画し、要望の必要性のエビデンスとして厚労科研「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」（研究代表者 久保隆彦）での東京都世田谷区における疫学データを参考資料として提出するなど、関与している。本要望は、新設ではなく従来ある「通院・在宅精神療法」への加算に関するものであるところに違いがある。

その他（報道状況等）

本要望の担当者は当該提案書に関連して、厚労科研「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」の研究代表者として、メンタルヘルス不調の母親の支援に対する医療・保健・福祉の連携・協働体制のモデル作りとその効果を東京都世田谷区と長野県で検証している。

⑦留意点

評価に当たって留意を要する点

留意すべき点、補足すべき点があれば記載してください。

例）治療従事者の国家資格化は見通しが立っておらず、研修等により資質を担保することが必要。

特記すべきことなし。

⑧担当

部局名 課室名※ 担当部局及び課室名を記載して下さい。

こころの診療部乳幼児メンタルヘルス診療科

担当（内線）※

担当者は最低1人（不在時・異動を考慮して出来れば2人）記載してください。

立花良之

提出日(M/DD)※

修正履歴の管理のため、入力してください。

2014/12/09

世田谷区の妊産褥婦のコホート調査(厚労科研「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」)からの知見

対象施設：東京都世田谷区の全分娩施設（14 施設）、参加者：1775 人

参加者及びリクルート期間：2012 年 10 月から 2013 年 3 月に妊娠 20 週時の妊婦をリクルート

妊娠 20 週、分娩数日後、分娩 2 週後、分娩 1 か月後、分娩 2 か月後、分娩 3 か月後の計 6 回調査を実施。

①周産期のメンタルヘルス不調の妊産褥婦の割合

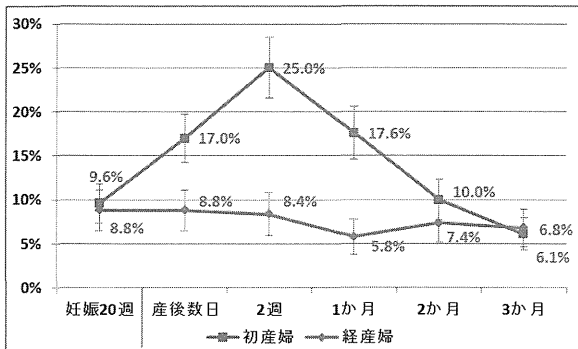


図 1 (Takehara et al., in submission)

エジンバラ産後うつ病評価尺度 (EPDS) でカットオフ値(9 点)以上となりメンタルヘルス不調のハイリスク群であった母親の割合である。

周産期に非常に多くの妊産褥婦がメンタルヘルス不調を来すことが示された。とりわけ、初産婦が産後にメンタルヘルス不調になる割合が多く、妊産褥婦の特性に合わせたメンタルケアの必要性が示唆される。

②分娩 2 か月後で EPDS でメンタルヘルス不調のハイリスクだった母親に対する保健師のサポート及び精神科通院の状況

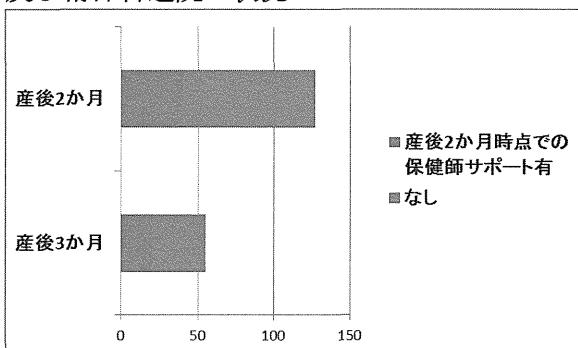


図 2

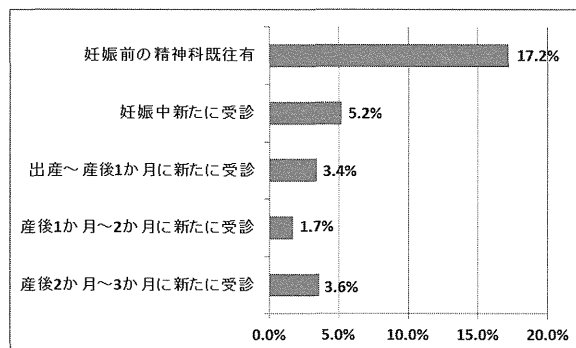
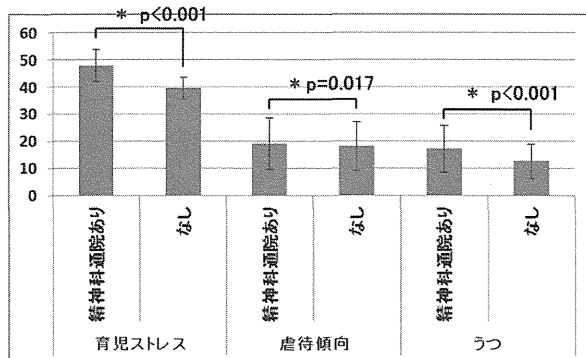


図 3

・産後 2 か月のハイリスク者 (全体の 7.4%) のうち保健師が訪問しているのは 3 分の 1 の 33.3% であった (図 2)。また、ハイリスク者が周産期にほとんど精神科を受診していない(図 3)。

→現状の母子保健でメンタルヘルス不調の母親をサポートしているのは保健師であるが、保健師だけにサポートを任せてしまうのではなくセーフティネットの考え方で精神科医療機関を含め多職種で支援する仕組みづくりが必要と考えられる。

③現状での精神科医療機関が対応している周産期の母親の育児ストレス・養育の問題・心理的問題



*は $p<0.05$ で統計的に有意であることを意味する

図 4

周産期に精神科受診のあった群とない群で産後 3 か月時の育児ストレス (育児ストレスインデックスショートフォーム)、虐待尺度、メンタルヘルス (EPDS) の各アウトカムについて一般線形モデルで解析を行ったところ、周産期に精神科受診のあった群が無い群に比し、統計的に有意に点数が高かった。このことから、現状で精神科医療機関は周産期のメンタルヘルスや養育不全のハイリスク群に対応していることが示唆された。周産期にメンタルヘルス不調のハイリスク群に対し、精神科医療機関が積極的に介入することが望まれる。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
分担研究報告書

病院と行政との連携による母子の周産期メンタルヘルス支援

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 赤沼智香子（須坂市健康福祉部健康づくり課母子支援係）

石井栄三郎（県立須坂病院小児科）

研究要旨

少子化、高年齢出産、ワーキングマザーなど妊産婦の状況は変化しており、周産期のメンタルヘルスの重要性がますます注目されている。県立須坂病院と須坂市・小布施町・高山村の周産期精神保健の新たな取り組みと、長野県精神保健福祉センターが広報・研修、連携の強化、事業評価などに果たした役割を報告する。

エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）を、須坂病院産科退院時及び児の1カ月健診時及び地域で生後に実施される「こんにちは赤ちゃん事業」時に、同意を得た産褥婦に実施した。EPDSを参考に、不安が強いと思われるケースには地域の保健師が早期に訪問支援をしている。また、毎月1回関係者が集まり支援検討会を行っている。

平成26年度から、須坂市では母子手帳交付時に「妊婦さんおたずね票」を用いた面接相談を始め、さらに厚生労働省の「地域における切れ目ない妊娠・出産・育児支援の強化モデル事業」に指定され、妊娠早期からの子育て支援を目指している。

A. 目的

産後うつ病は出産後の15～20%の産婦にみられると言われており、育児不安や育児疲れとして見逃されがちである。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も必要である。

周産期のメンタルヘルス不調者が増加しているなかで、産後うつ病の早期発見・早期支援や、虐待防止の観点から、医療機関と市町村の連携した支援は画期的であると思われる。県立須坂病院と須坂市、小布施町、高山村、県精神保健福祉センターが、平成25年度から医療機関や市町村と連携し、エジンバラ産後うつ病質問票（以下

EPDS）を導入し、産後うつ病の早期発見や、事例検討会等を通して連携した支援の取り組みを始めた。平成26年度からは厚生労働省の「妊娠出産包括支援モデル事業」に取り組み、母子健康手帳交付時の面接なども始めた。これらを通して見えてきた妊産婦の気持ちや不安の傾向など、妊産婦が地域で安心して妊娠・出産・育児をすることができるための市町村の母子保健の取り組みについて報告する。母子保健事業は県から市町村（平成25年4月から未熟児の養育支援や家庭訪問も）に委譲されており、市町村の母子保健事業の充実は大きな課題である。

B. 方法

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。長野県精神保健福祉センターでは、産後うつ病の啓発のリーフレットを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、市町村に配布している。また、「産後うつ病の早期発見・対応マニュアル」を発行した。（後述）

平成26年6月に横浜市の日本精神神経学会集会シンポジウムで須坂地域の取組みを発表したところ、中日新聞の記者が興味を持ち、「産後うつ病の兆候チェック 長野・須坂市 病院と自治体が協力」という記事が平成26年8月26日の中日新聞に掲載された。

2. 県立須坂病院と市町村の連携により妊娠・出産・育児を支える体制づくり（図1）

早い時期から妊婦の気持ちを把握し、援助を必要としている妊婦への早期支援に繋がっていくため、EPDSの取り組み時期として、県立須坂病院では産科退院時と小児科1カ月健診時に、市町村では乳児家庭全戸訪問時に導入することとした。

EPDSや赤ちゃんへの気持ち質問票からの要フォローケースや、得点が高くなくても気になるケースについて、県立須坂病院より市町村に情報提供し、支援する。

〈周産期メンタルヘルスケア実務検討会〉

月1回の実務検討会の開催

検討会メンバー；県立須坂病院小児科や産科の医師、病棟や外来の助産師・看護師、MSW、須坂市・小布施町・高山村の保健師（部長、課長）

スーパーバイザー；長野県精神保健福祉センター 小泉典章及び国立成育医療研究センターこころの診療部 立花良之氏

検討会では、フォローが必要なケースについて、病院や市町村の関わり、今後の支援の方向性を確認した。

3. 母子健康手帳交付時の面接

平成26年4月から妊産婦が穏やかな妊娠期を過ごし、安心・安全な出産ができることや、妊婦が抱える悩み等を把握し必要に応じて関係機関との連携や継続支援に繋げることを目的に、母子健康手帳交付時に面接を開始した。妊娠の受け止め、支援者の有無、精神科等への受診歴、経済状況、不安などの内容を聞き取っている。平成26年11月からは妊娠期からのメンタルヘルスケアを充実させるために、母子手帳交付時にEPDSも併せて聞き取りを始めた。

4. 妊娠出産包括支援モデル事業

平成26年度から県立須坂病院の協力のもと、須坂市が厚生労働省の「妊娠出産包括支援モデル事業」に取り組んでいる。

〈モデル事業の3本柱〉

(1) 母子保健相談支援事業

妊産婦等の支援ニーズを把握し必要な支援に繋ぐため、保健師を母子保健コーディネーターとして配置し、主に以下の内容を行っている。

- ・母子健康手帳交付時に全妊婦と面接し、状況や思い等を把握し、必要に応じ育児サービス等の情報提供を行う

- ・長野県精神保健福祉センター作成のパンフレット「産後のこころの健康―産後うつ病をご存知ですか―」を全員に配布し産後うつ病について情報提供する

- ・地区担当保健師や関係機関との連携

- ・周産期メンタルヘルスケア実務検討会の

運営 等

(2)産前産後サポート事業

産前産後に妊産婦への継続した児の養育・発達に関する相談支援を行うため、助産師や保健師による家庭訪問の実施。

(3)産後ケア事業

須坂市では、平成 12 年度から宿泊ケアを長野市にある助産所に委託して実施してきたが、市民の利便性等をはかるため、モデル事業を機に、平成 26 年 10 月より須坂市内にある県立須坂病院の空きベッドを利用して宿泊ケアとデイケアを利用できるよう委託契約した。利用者は状況に応じて母体管理及び生活面での指導、乳房管理の指導、沐浴や授乳等の育児指導を受けることができる。

県立須坂病院の産後ケア事業を委託するにあたり、利用者が利用中に体調不良となり精神科の受診が必要となった場合に、長野赤十字病院産婦人科および精神科で受診ができるよう協力医療機関として依頼し体制を整えた。

5. 産後うつ病の早期発見・対応マニュアルの作成と研修会の開催

平成 26 年度に、須坂地域をモデルとした全県に普及するために「産後うつ病の早期発見・対応マニュアル」（資料 3）を長野県精神保健福祉センターが作成し、全県の産科・小児科・関係医療機関及び市町村に EPDS を用いて産後うつ病の早期発見・対応ができるように配布した。また、育児支援チェックリストと赤ちゃんへ気持ち質問票（ボンディング）も掲載している。

また、そのマニュアルをテキストに、「産後うつ病の早期発見・対応のための研修会」を全県対象に松本市で開催する予定である。

講師は国立成育医療研究センターこころの診療部 立花良之氏と須坂市母子保健コーディネーター（保健師）赤沼智香子氏である。

C. 結果

1. 県立須坂病院で出産された産婦の産科退院時と小児科 1 か月健診時の EPDS 得点の変化（図 2）

小児科 1 か月健診時は産科退院時よりも EPDS の得点が下がっていた。経産婦よりも初産婦の EPDS 得点が高かった。EPDS9 点以上の母親からの聞き取りによると、家族からの子育て支援を受けられないケースが多く見られていた。（資料 1 参照）

2. 乳児家庭全戸訪問時の EPDS 得点の状況（図 3）

平成 25 年 7 月 1 日～平成 26 年 6 月 30 日の間に訪問した産婦 289 人の EPDS 得点の分布は図 3 のとおりである（平均訪問時期：産後 61 日、平均 EPDS：3.6 点）。EPDS9 点以上となった産婦は 26 人で 9.0%（図 4）、その中で家族からの支援を受けられていない産婦は約 4 割であった。

EPDS の項目別に 289 人の合計得点を見ていくと、質問 3「物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた」、質問 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」、質問 6「することがたくさんあって大変だ」の項目に得点が付く産婦が多く見られていた（図 5）。これは須坂病院小児科医師の報告による産科退院時と小児科 1 か月健診時の EPDS の項目別得点においても、ほぼ同様の結果であった。（資料 1 参照）

3. 県立須坂病院で出産して、須坂市にそのまま居住し、育児をするケースについて

この取り組みは医療機関と地域がタイアップしている点が稀有な試みで、以下のような貴重な経験が得られている。須坂市民で、須坂病院で出産した 107 人の産婦（須坂病院出産例のほぼ半数）を、こんにちは赤ちゃん訪問まで、EPDS 得点を継続的に追った結果を紹介する。

まず、産婦全体の傾向としては、産科入院時、小児科 1 カ月健診時、こんにちは赤ちゃん訪問時の EPDS 得点の平均を見ていくと、得点の平均は時間の経過とともに下がっている。小児科 1 カ月健診時から訪問時の得点が上がった 19 人の産婦の、こんにちは赤ちゃん訪問時の得点の上がり方は、変化がないか 1～5 点の幅で上がる程度であった。

産科退院時から点数がずっと上がっている産婦は、自営の仕事と育児の両立の大変さや悩みを訴えていた。小児科 1 カ月健診で上がり、そのまま下がらない方は、乳児に疾患がある方や、若年出産で、暮らしていく上で夫の縛りがきついと訴える方であった。産科退院時 9 点以上で 1 カ月健診も訪問でも横ばいの方は、同居のストレスの大変さを訴えていた。

EPDS 得点が高くなる理由には、夫との関係、育児をする環境、若年出産や乳児の疾患、先に産まれた兄弟の育児、等の問題が関わっている傾向が見える。

これらの産婦で継続支援が必要なケースには、担当保健師が電話や 1 カ月健診などで様子確認を行い、周産期メンタルヘルスケア実務検討会において情報共有し、支援について検討を行っている。

4. 周産期メンタルヘルスケア実務検討会を開催しての利点

- ・支援者が要フォロー者の退院後の地域での状況が把握でき、支援の方向性を検討で

きる。

- ・会議を重ねることで支援する関係者が連携しやすくなり、検討会以外でも気がかりなことを伝えやすくなった。

- ・県立須坂病院で出産した方以外でも、特定妊婦（出産後の養育について出産前の支援が特に必要な妊婦）や要保護児童、メンタルに不調を抱えた妊産婦に関して、虐待を防ぐ目的で検討ケースとして挙げ、助言を得たり、小児科受診や予防接種の機会に状況を把握できるように情報共有ができる。

- ・事例検討を重ねることで支援者の状況の捉えや判断等のレベルが高くなっている。

5. 母子健康手帳交付時の面接から見える妊婦の気持ち

面接では、つわりや流産など妊娠経過に関することや胎児に関すること、入院時の園への送迎等兄弟に関する不安などが多く聞かれた。内容により社会資源の紹介、妊娠中の過ごし方、市事業の紹介等を行っている。

6. 産後うつ病の啓発、早期発見対応のマニュアル作成

平成 25 年度、産後うつ病の啓発パンフレットを、長野県精神保健福祉センターに事務局をおく長野県精神保健福祉協議会が 10 万部作成し、全県に配布した。

平成 26 年度には「産後うつ病の早期発見・対応マニュアル」を、同様に長野県精神保健福祉センターが約 1 万部作成し、全県の産科・小児科・関係医療機関及び市町村に EPDS を用い、産後うつ病の早期発見・対応ができるように配布し、そのマニュアルをテキストに、「産後うつ病の早期発見・対応のための研修会」を全県対象に平成 27 年 3 月に松本市で開催する予定である。

D. 考察

平成9年4月から、地域保健法、母子保健法の一部改正により、住民サービスの主体が市町村となった。これにより、母子保健事業は県から市町村に委譲されることになった。ところが、1歳半、3歳児健診に参加したことがない県の保健師も増えている。市町村の母子保健事業の充実は大きな課題であり、県の役割が市町村への専門的・広域的・技術的支援を行う主体といっても、困難な現状が見られる。今回、市町村が主体のより高度な周産期メンタルヘルス支援を試みた意義は大きいと考える。

乳児家庭全戸訪問のタイミングは新生児期から概ね4カ月までの間であり、聞き取りのタイミングに違いはあるが、8割の産婦がEPDSで得点がつく。須坂市において要フォローとなる9点以上の産婦は9.0%で、健やか親子21の指標であるEPDS9点以上の発生率の最終目標の平成25年度9.0%と同等の発生率であった。

EPDS 質問項目では、育児不安項目に得点が入る産婦が多くみられ、産婦が何らかの不安や負担を感じながら育児をしていることがわかる。産後の生活が授乳や育児によりどう変化するのか、児が泣くことへの理解、基本的な育児手技などに対してイメージがつかめてないことが理由とも考えられる。市で行っているマタニティセミナーでは、産後の生活や育児のイメージが湧くようなプログラムを取り入れており、セミナーへの参加を今まで以上に意識して勧めることが必要と考える。また夫の関わりにより育児に対する不安を解消できると言われていることから、夫との良好なコミュニケーションを促していく働きかけも必要である。

EPDSを導入したことにより、自分の気持ちを表現するのが苦手な産婦の気持ちを知

ることができ、それにより産婦のSOSを受け止め、気持ちに寄り添った早期の対応が可能となった。産婦自身も自分の気持ちに気付くことができる機会となっている。

EPDSが高得点となる産婦は家族支援がない方が多い傾向から、県立須坂病院でも家族支援の状況等について妊娠期から聞き取りを始めており、産後に向けた母子と家族の調整を行うための支援が早期から開始されている。

周産期メンタルヘルスケア実務検討会により、多職種が顔の見える関係で情報共有し、支援方法について検討できるようになり、チームで支援する体制が整えられてきた。出産を支える医療機関でEPDSを取り入れることは大変なことであるが、妊産婦にとって大事なことだと認識し、県立須坂病院では取り入れているが、EPDSの聞き取りにより病院助産師が負担を感じるとの感想も聞かれ、検討会は支援者が気持ちや疑問を話せる場ともなっている。

母子保健コーディネーターが配置され、母子健康手帳交付時の面接を行うことで、早期に支援が必要な妊婦を把握でき、地区担当保健師や県立須坂病院等と連携して支援ができるようになった。また妊婦の不安の内容から地域資源の紹介や相談窓口等の情報提供もできるようになった。妊婦自身は妊娠中の安心感や産後の育児の準備につながっていると考える。今までは産後にフォローとなっていたようなケースも早くから把握ができ、特定妊婦として養育支援訪問事業に繋げて継続した支援を行う体制が整ってきた。

以上のように、須坂地域をモデルとし、病院と行政が連携した母子の周産期メンタルヘルス支援を実施したが、全国的にも珍しい取組といえる。また、産後うつ病や虐待防止でもよく用いられている、EPDS、育

児支援チェックリスト、赤ちゃんへ気持ち質問票（ボンディング）の3点セットを小冊子にまとめ、県内の産科、関連医療機関、助産師会に配布したことで、飛躍的に関心が高まっている。来年度には、須坂地域の病院と行政が連携した母子の周産期メンタルヘルス支援モデルを、全国にも紹介したいと考える。

ところで、かかりつけ医うつ病対応力向上研修の対象は内科医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。（資料4）長野市産婦人科医会に当センターより開催をお願いし「妊娠中からの妊婦のメンタルヘルス支援」の講演会を実施したところ、妊娠・授乳中の薬物処方、精神障害をもつ妊婦の出産時の対応に関心が高かった。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。

長野県薬剤師会でも、「妊産婦のうつ病・双極性障害を理解し対応する」というテーマで、名古屋大学医学部附属病院精神科・親とこどもの診療科教授の尾崎紀夫先生が、平成27年3月にご講演の予定であるが、妊娠・授乳中の薬物の服用に興味を持つ薬剤師も少なくない。

子育てに関して、精神保健の立場から考えても、少子化・高年齢出産など妊娠・出産を巡る状況は、かつてとは異なる。産後うつ病の予防と対応方法を含めた周産期メンタルヘルス活動を効果的に行うために、母子健康手帳を交付した時からの手厚い支援が必要になっている。また、乳幼児健診では、保護者との関係性に影響を与える発達障害についても早期発見し、継続した支援に繋げることが大切である。言い換えれ

ば、母子保健の分野で、妊娠期から母親のメンタルヘルスを支えることは育児支援に繋がる。さらに、子どもの発達においても、乳幼児健診で子どもの発達評価が適切に行えることなどが、子育て支援の一助となり、将来の精神保健に役立つことを念願している。（資料2）

E. 結論

産後うつ病により育児などが困難になることは児との関係にも影響するため、早期に気づき支援することが大事であるが、これまで母子への関わりは出産後からが中心であり、乳児家庭全戸訪問や1カ月健診でも母親よりも児に焦点を当てていたように感じる。

EPDSを導入したことで、妊産婦や家族の気持ちに目を向け客観的に捉えることができ、産婦の気持ちの変化を追うことが可能になった。また県立須坂病院と市町村との連携強化を図ることができ、検討会により適切な支援を多職種が共有して行うことができる体制が整えられてきた。

早期の支援や連携が整えられてきている状況でも、精神疾患を抱えている事例や家族間の調整が困難な事例が増えてきている。妊産婦が地域で安心して子育てでき、すべての子どもの健やかな成長のために、今後もEPDSの活用や検討会などを通して医療機関と連携した支援を継続していきたい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

小泉典章：長野県における医療計画策定経過と概要—今後の医療計画の見取り図と連携—。精神神経学雑誌，116(7)：563-569，