

2014

小泉典章, 伊藤真紀: 精神保健と母子保健の協働. 精神科治療学, 30 (2): 265-270, 2015

2. 学会発表

小泉典章: 母子保健におけるうつ病地域医療連携について. シンポジウム 40「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 ―母子保健における G-P ネット―」第 110 回日本精神神経学術集会 (横浜) 抄録. S-507

石井栄三郎: 小児科医の立場から「子どもを守るための医療連携」を探るより-母親のこころの理解とサポート体制の構築に向けて-. 第 110 回日本精神神経学術集会 (横浜) シンポジウム抄録. S-507

小泉典章、樽井寛美、石井栄三郎: 病院と行政との連携で、母子の周産期メンタルヘルスを支える体制づくり. 精神神経学雑誌, 117: 印刷中, 2015

赤沼智香子、樽井寛美、小泉典章、石井栄三郎、佐藤千鶴: 妊産婦が地域で安心して子育てができるよう、医療機関と行政が連携した取り組みについて ～EPDS を活用した支援～. 平成 26 年度 長野県健康づくり研究討論会抄録集. 13-18, 2015

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

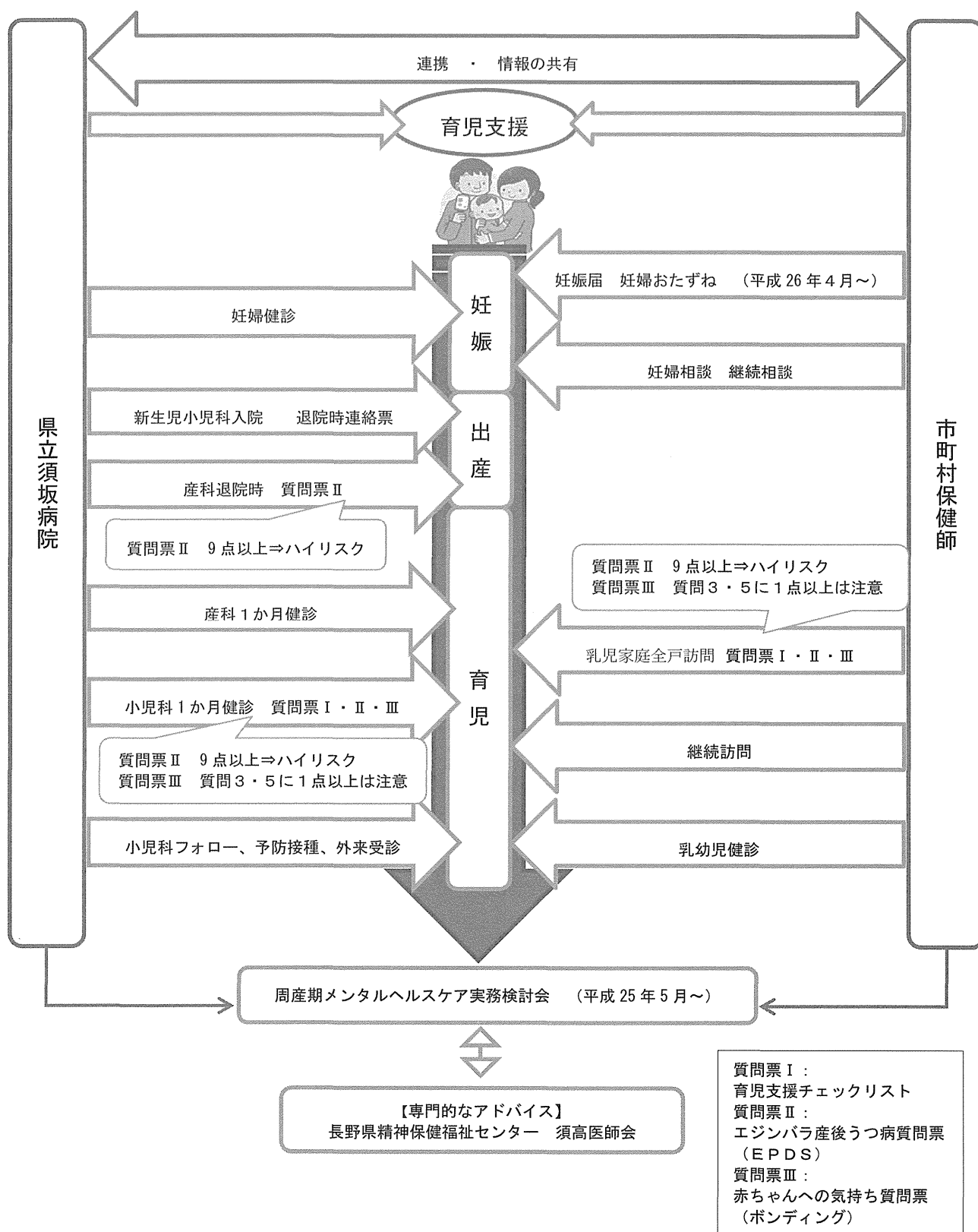


図1 病院との連携体制

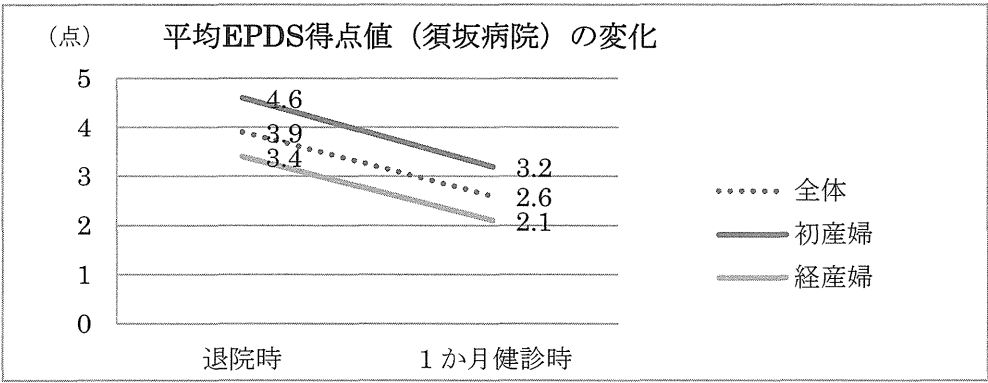


図2 平均 EPDS 得点値（須坂病院）の変化

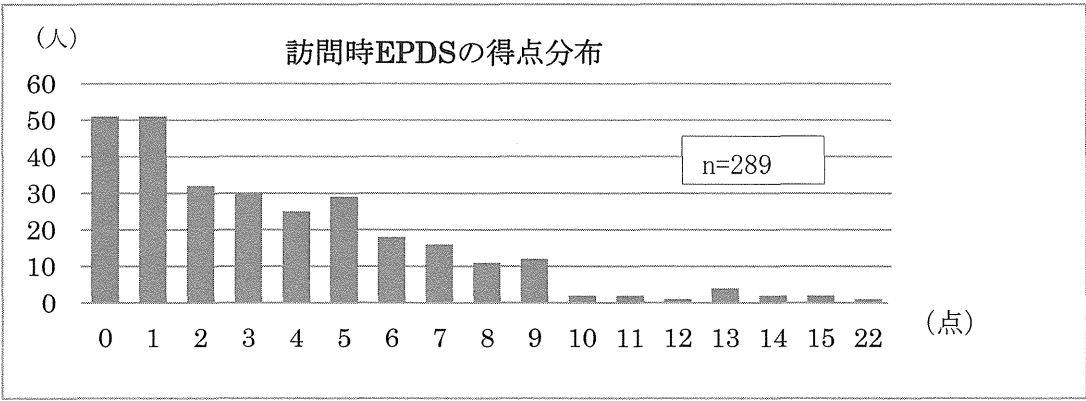


図3 乳児家庭全戸訪問時 EPDS の得点分布

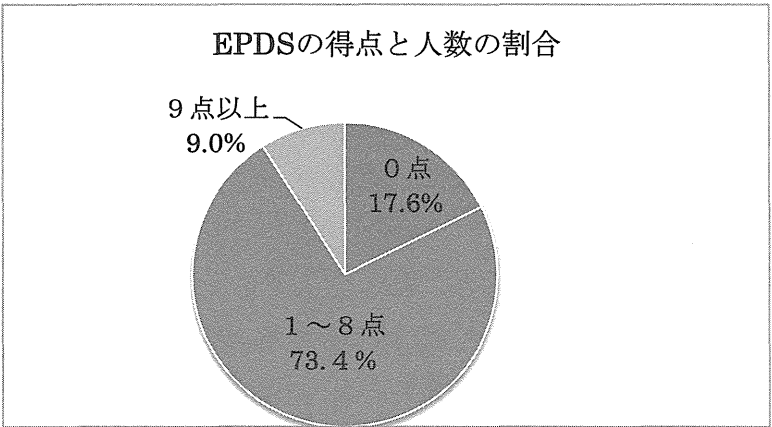


図4 EPDS の得点と人数の割合

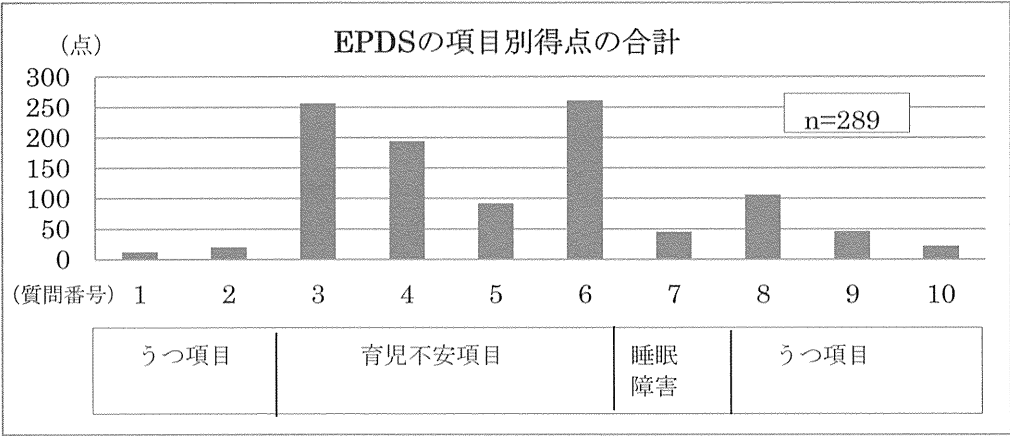


図5 EPDS の項目別得点の合計

(参考)EPDS 質問項目

うつ項目	1	笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった
	2	物事を楽しみにして待った
育児不安項目	3	物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた
	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
	5	はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた
	6	することがたくさんあって大変だった
うつ病による睡眠障害	7	不幸せな気分なので、眠りにくかった
うつ項目	8	悲しくなったり、惨めになったりした
	9	不幸せな気分だったので、泣いていた
	10	自分の体を傷つけるという考えが浮かんできた

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

小児科医の立場から「子どもを守るための医療連携」を探る
ー母親のこころの理解とサポート体制の構築に向けてー

研究協力者 石井栄三郎（長野県立須坂病院小児科）

背景および目的

平成 23 年度の心中以外の虐待死事例は 56 例あり、3 歳未満が約 7 割で、日齢 0 児が 7 人、0 か月児が 4 人、1～11 か月児が 14 人と、幼若なほど生命危険度が高い。主たる加害者は実母が約 6 割で、リスク要因には望まない妊娠や 10 代の妊娠、保護者の性格や精神状態、育て難さを持つ子ども、不適切な養育環境などがあり、これらを早期に把握し支援することが虐待予防に重要とされている。出産後の母親は気分が不安定になりやすく、特に産後うつ病は出産後 1～2 週から数ヵ月以内に 10～20%の頻度で生じ、重症化すると自殺や虐待のリスクが高まるとされている。産後うつ病をスクリーニングするものとしてエジンバラ産後うつ病質問票（以下 EPDS、表 1）があり、1987 年に英国で開発されて以来 20 カ国語以上に翻訳され信頼性が高い。質問は 10 項目、回答は選択肢に丸をつけるという簡便なもので、その合計が 9 点以上は産後うつ病の疑いがあるとされる。点数を確定する際、1 点以上を回答した質問に対して母親に具体的な説明を求めることで、母親の抱えている様々な問題を明らかにすることができることから、EPDS はうつ病の早期発見というだけでなく、母親のこころの状態とその背景を理解し、必要としている支援が何かを探るという点でも優れたツールである。

今回我々は当院で出産された母親に、出産後 5 日前後と 30 日前後で EPDS に答えていただき、経時的変化について評価するとともに、得られた結果を共通の指標として、地域が連携してサポートする体制の構築を試みた。

対象および評価方法

対象は 2013 年 5 月 29 日から 2014 年 6 月 13 日までの間に長野県立須坂病院で出産された母親 285 名。産科医から産後うつ病と EPDS についての説明を受け、承諾された母親には出産後 5 日目前後の入院中に EPDS を渡し、退院前に助産師が母親と面談しながら点数をつけた。合計 9 点以上か質問 10（自分自身を傷つける

という考えが浮かぶ）が 1 点以上の場合、同意が得られれば地域の保健師に連絡し、退院後の支援を依頼した。児の 1 か月健診時には、問診票とともに EPDS、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリストへの記入をしてもらい、児の健診後に助産師が点数をつけて、支援が必要な場合は地域の保健師に連絡した。須高地域（須坂市、高山村、小布施町）に住んでい

る事例については病院スタッフと地域の保健師による検討会を月 1 回開催した (図 1)。

母親および新生児

出産時の母親の年齢は平均 31.8 ± 4.9 歳 (17 歳～45 歳) で、17～19 歳が 3 名、20～24 歳が 15 名、25～29 歳が 72 名、30～34 が 107 名、35 歳以上が 82 名であった。経産回数は 0 回が 127 名、1 回が 116 名、2～4 が 42 名であった。分娩週数は 34 週 5 日～42 週 0 日で平均 39 週 2 日であった。分娩方法は経膣が 220、帝王切が 58、吸引・鉗子が 7 であった。児の出生時体重は 2,058g～4,290g で平均 3,029 ± 394g、低出生体重児 (2,500g 以下) は 22 人であった。何らかの原因で小児科入院となった新生児は 94 名で、呼吸障害 28、黄疸 16、嘔吐 10、発熱 10、仮死 4、低血糖 4 であった。

EPDS 点数

出産後 5 日前後 (以下、出産後 5 日) と 30 日前後 (以下、30 日) における EPDS の分布を調べると、出産後 5 日、30 日ともに 0 点が最も多く、点数が上がるほど人数は少なくなった。0～1 点の比率は出産後 5 日が 32.8%、30 日が 49.8%と、出産後 30 日の方が多く、9 点以上の比率は出産後 5 日が 11.9%、30 日が 7.8%と、出産後 5 日の方が多かった (図 2)。EPDS の平均値は全体では出産後 5 日が 3.9、30 日が 2.6 であったが、初産婦では 4.6 と 3.2、経産婦では 3.4 と 2.1 と、初産婦の方がいずれの時期も高く、出産した児が小児科に入院した場合は生後 5 日が平均 4.7、30 日が 2.8、入院しなかった場合は 3.5、2.5 で、いずれの時期も児

が入院した方が高かった。初産婦で児が入院した例は 44 人で、EPDS の平均は出産後 5 日が 5.2、30 日が 3.2 と、いずれの時期も最も高い点数であった。EPDS が 9 点以上か質問 10 が 1 点以上の高リスクの比率は、出産後 5 日が 14.2%、30 日が 9.0%で、初産婦・児入院ではいずれも高くなった (表 2)。

EPDS 項目別点数

質問項目別平均点数は出産後 5 日・30 日ともに質問 3～6 の育児不安項目が高い傾向を示し、5 日で最も高いのは質問 3 (自責)、30 日で最も高いのは質問 6 (多忙) であった (図 3)。初産婦では質問 3 (自責)、質問 4 (不安)、質問 6 (多忙) という育児不安項目が全体の平均よりも高く、児が入院した場合は質問 8 (悲しみ)、質問 9 (不幸せ) といったうつ項目が全体の平均よりも高かった。

EPDS 点数の変化

出産後 5 日と 30 日で EPDS 点数の変化を比較出来たのは 228 名で、下降したのが 133 名、上昇したのが 54 名、不変が 32 名であった。出産後 5 日と 30 日のどちらかが 9 点以上だったのは 39 名で、出産後 5 日に 9 点以上で 30 日に 9 点以下に下降したのは 24 名、出産後 5 日が 9 点以上で 30 日には下降したが 9 点以上と高かったのは 4 名、出産後 5 日は 9 点以下だったのが 30 日に 9 点以上へ上昇したのは 11 名だった。下降後も高得点だった 4 名は子宮内発育遅延や口蓋裂などの児に身体的な異常があり、30 日に高得点へ上昇した 11 名では義父母との人間関係や自営業で多忙といった環境に問題の

ある例が多かった（図 4）。

考察および結語

出産後 5 日前後と 30 日前後にエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）を用いて母親のメンタルヘルスチェックを行った。出産後 5 日では 14.2%、30 日では 9.0%が高リスクとなり、地域保健師と連携してメンタルヘルスケアを行った。EPDS の平均点数を比べると、出産後 5 日の方が 30 日より高く、これは出産後早期に見られるマタニティブルーや、育児や退院後の生活に対する不安などを反映しているものと思われた。

経産回数や児入院の有無で比較すると、育児経験のない初産婦の方が経産婦より平均点が高く、児が入院している母親の方が入院していない母親より高く、初産婦で児が入院している母親が最も高いという結果が得られ、母親が抱く不安や心配な気持ちが素直に EPDS の点数に表れていると捉えることができる。このことは、質問項目別での比較において、初産婦では経産婦より育児不安項目が高く、児が入院している場合はしていない場合よりもうつ項目が高いという結果が得られたことから理解できる。

出産後 5 日と 30 日で EPDS の点数がどのように変化したかを個別に検討した結果では、5 日の EPDS が高得点で 30 日でも高い場合は児に何らかの異常があり、心配や将来への不安、自責感などを持ち続けているためと思われた。一方、5 日は低いと 30 日に高い場合は、退院後に不安や抑うつ気分が高まったためと考えられ、家庭環境に何らかの問題がある可能性が示唆された。

今回、出産後 5 日と 30 日での EPDS の結果から地域保健師との連携で支援を行ったが、この間に産後うつ病と診断された例はなかった。このことは、適切な支援を行ったことにより発症リスクを減らすことができたとも考えられるが、その後に産後うつ病と診断された例があったことから、フォローアップ期間が短すぎたのではないかという反省もある。産後うつ病の早期発見という点から見る限り、今回の検討は不十分だったとも言えるが、母親のこころを理解するという点からみれば、EPDS は簡便かつ有用であるということが確認できたことは大変有意義だったと思われる。さらに、EPDS を用いることで連携機関が共通認識を持つことができ、早期に適切な支援を開始することができた点も大きな収穫と言える。

EPDS を活用して母親支援を行っている市町村は多いが、医療機関と連携した支援システムを構築している地域は少ない。産後うつ病や抑うつ気分は母親にだけでなく、子どもに対しても様々な影響を及ぼす。育児不安の強い母親に対しては子どももどのように対応していいかわからず、ストレスが持続するため、感情表現や愛着などの発達に障害を生じる可能性が高く、虐待へとつながっていく恐れもある。さらに、親と子どもの負の関わりは、世代を超えて子孫へと連鎖していく可能性が高いことから、どこかで悪循環を是正する必要がある。母親の健全なこころは健やかな子どもの発育に不可欠であり、健やかな子どもの発育は健全な社会を築くことに繋がる。従って、小児の特性を熟知している小児科医が地域とともにメンタルヘルスの不調な母への支援の輪の中に加わる

ことは意義が大きいと思われる。

小泉典章先生に対し心から深謝します。

謝辞

最後に、このような研究の機会を与えて下さった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 医長 立花良之先生、長野県精神保健福祉センター 所長

表 1 エジンバラ産後うつ質問票（EPDS）

うつ項目	1	笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった
	2	物事を楽しみにして待った
育児不安項目	3	物事がうまくいかないとき、自分を不必要に責めた
	4	はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした
	5	はっきりした理由もないのに、恐怖に襲われた
	6	することがたくさんあって大変だった
睡眠障害	7	不幸せな気分なので、眠りにくかった
うつ項目	8	悲しくなったり、惨めになったりした
	9	不幸せな気分だったので、泣いていた
	10	自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた

図 1 地域連携システム

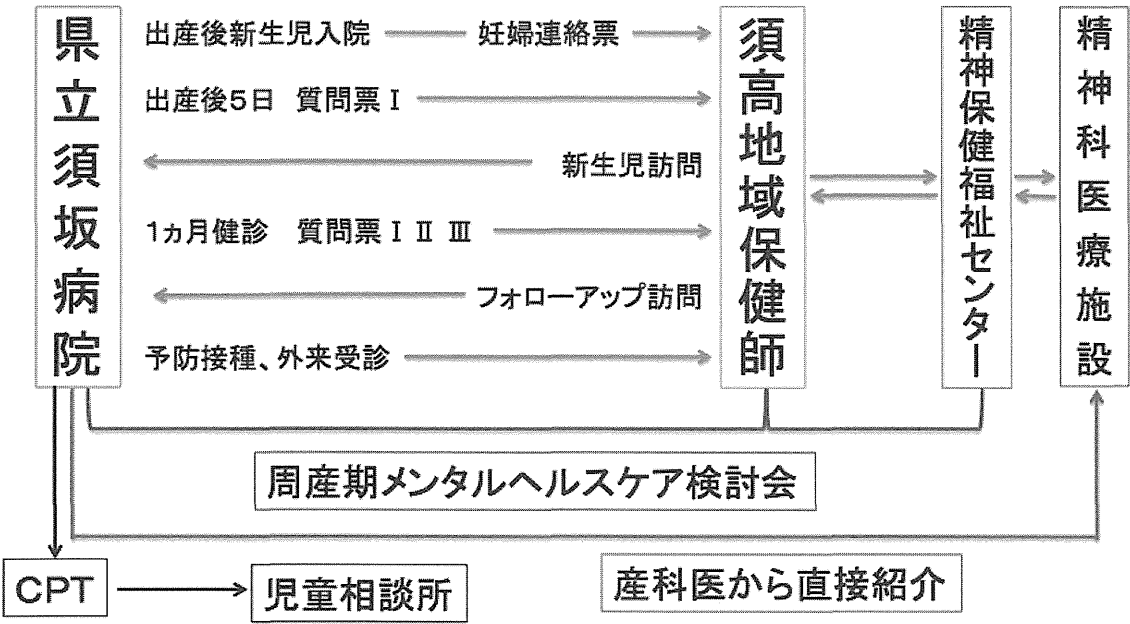


図2 出産後5日と30日におけるEPDS点数の分布

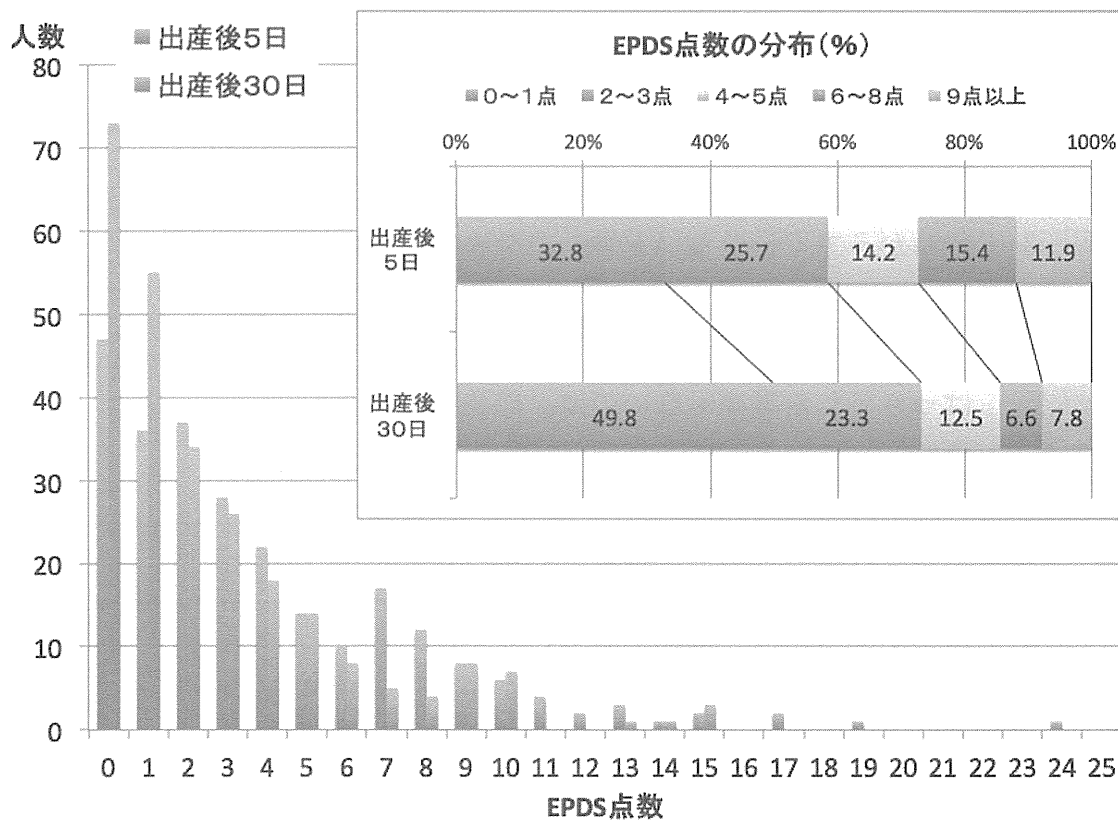


表2 母親・児の状態とEPDS点数

	n	母年齢	EPDS点数		EPDS＞9点 または質問10＞1点	
			出産後 5日	出産後 30日	出産後 5日	出産後 30日
全体	285人	31.8歳	3.9	2.6	14.2	9.0
初産婦	127人	30.6歳	4.6	3.2	17.4	14.2
経産婦	158人	32.8歳	3.4	2.1	11.6	4.4
児入院あり	94人	30.8歳	4.7	2.8	17.2	10.1
児入院なし	191人	32.3歳	3.5	2.5	12.7	8.3
初産＋入院	44人	28.9歳	5.2	3.2	17.5	11.9

図 3 EPDS 質問項目別点数

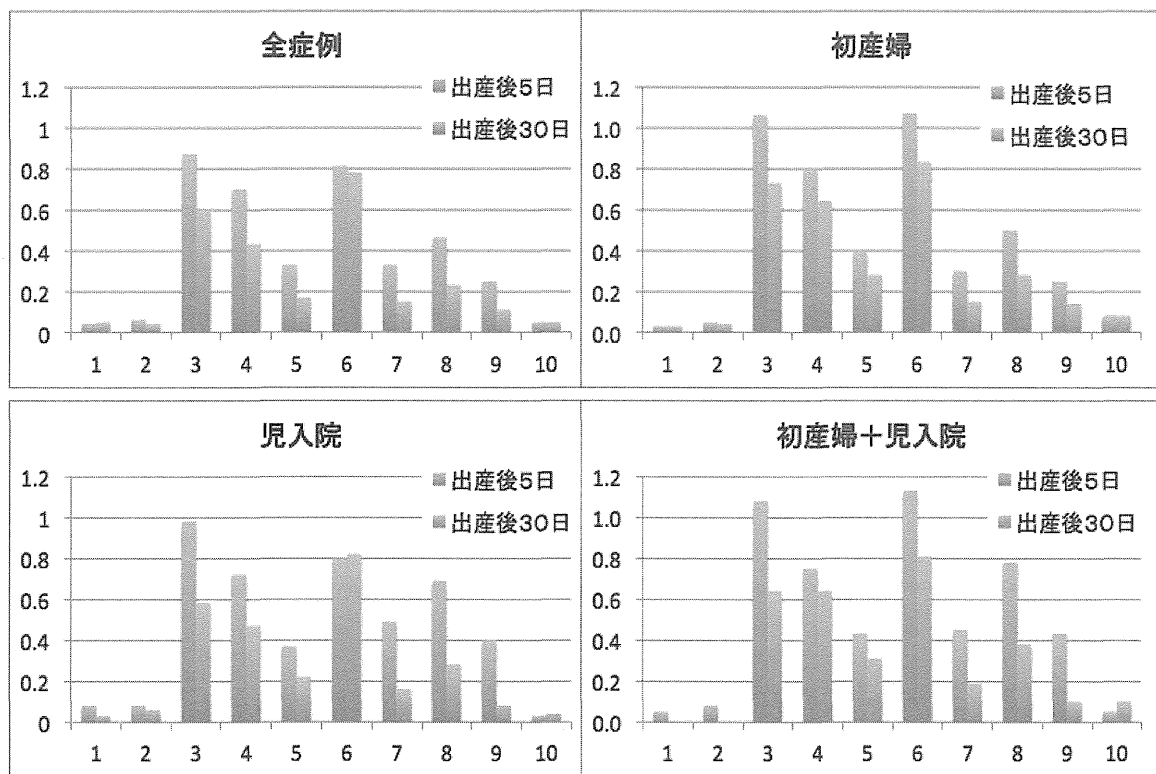
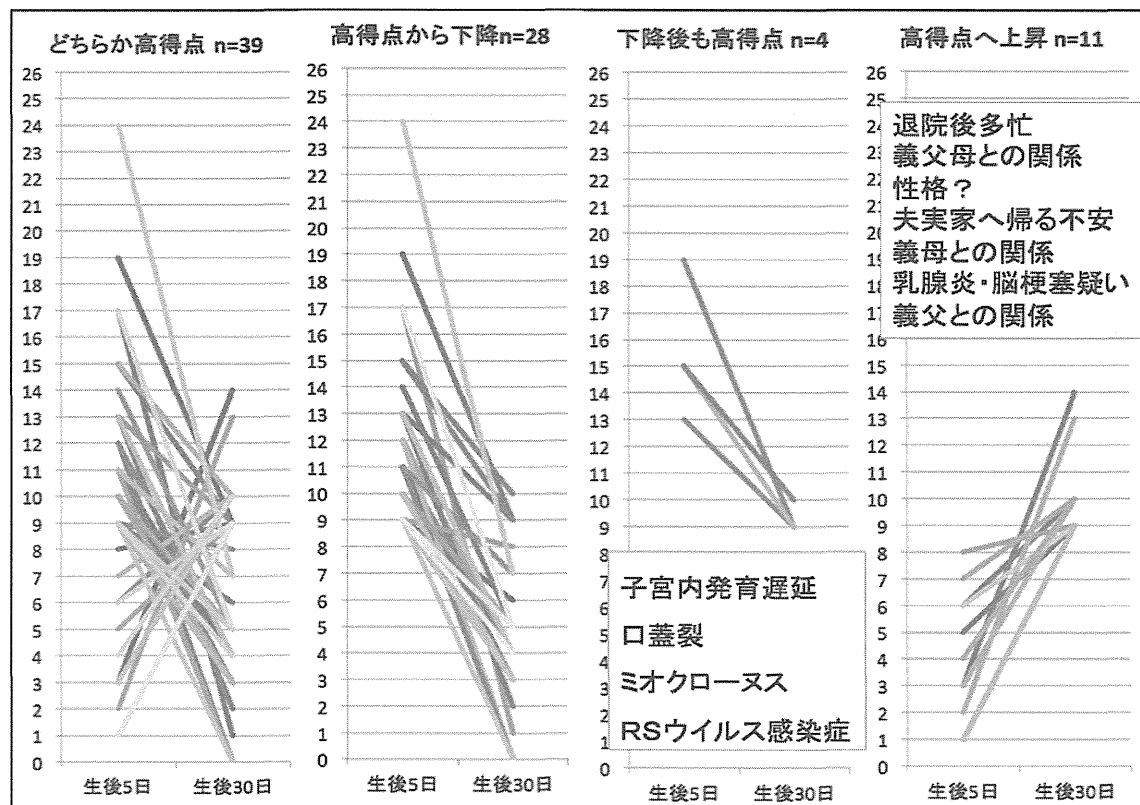


図 4 点数の変化



精神保健と母子保健の協働

小 泉 典 章* 伊 藤 真 紀*

抄録：少子化・高年齢出産など妊娠・出産を巡る情勢はかつてと異なっている。産後うつ病の予防と対応を含め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である。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、継続した支援につなげることが大切である。妊娠初期から育児、子どもの発達まで精神保健的支援が継続して提供されることが期待される。

精神科治療学 30(2) : 265-270, 2015

Key words : maternal and child health, postpartum depression, developmental disorders, early intervention

来の精神医療に役立つことを念願している。

I. はじめに

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。また、その後の乳幼児健診でも発達障害の早期発見・早期支援の今日的な重要性も、繰り返し強調されている。

本論では、女性のライフサイクルにおいて、出産と育児というライフイベントを取り上げ、産後うつ病や発達障害の早期発見という母子保健の重要なテーマに精神保健的アプローチが関わる手立てについて、考察したい。

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、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

II. 産後うつ病の早期発見

1. 産後うつ病について

「エジンバラ産後うつ病質問票（以下、EPDSとする）を活用する市町村の割合の増加（46.8%、平成23年）」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。指標を達成する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だと考えられる。母子保健の事業は県から市町村事業に委譲されており、市町村の母子保健事業の強化・充実への県レベルの支援は新たな課題である。

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。産後うつ病では、育児殺や自殺も起こり得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（以下、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。

また、女性のメンタルヘルス研究会を開催し、産後うつ病の啓発に努めている。

Collaboration of mental health and maternal and child health.

*長野県精神保健福祉センター

〔〒380-0928 長野県長野市若里7-1-7〕

Noriaki Koizumi, M.D., Maki Ito : Mental Health and Welfare Center in Nagano Prefecture. 7-1-7, Wakasato, Nagano-shi, Nagano, 380-0928 Japan.

2. 須坂地域における周産期メンタルヘルス活動の試み⁵⁾

健診時などにおいては、EPDSを用い、積極的にうつ病を疑い、的確に診断する必要がある。

当センターで調べたところ、平成25年度の長野県内の市町村の産後うつ病対策は73カ所の市町村(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。

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、須坂地域(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、取り上げたい。

県立須坂病院と須坂市が協力し、平成24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。当センターでは県立須坂病院におけるEPDSの導入のための研修会開催の支援協力をしている。

県立須坂病院で出産した全例にEPDSを実施した結果、傾向としては、1割以下の方がEPDS高得点者だった。また、分娩後、サポートを受けにくい方は1ヵ月健診のEPDSの得点が高い傾向にあった。この点は重要で、産後にEPDSを調べられなかったとしても、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得る。

県立須坂病院の退院前や1ヵ月健診の際に、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、手厚い対応をとっている。これまでも病院と市町村の間で、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きている。

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¹⁰⁾。

さらに、須坂市、小布施町、高山村の須坂地域においても、4ヵ月以内に訪問する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際、EPDSと赤ちゃんへの気持ち質問票(ボンディング尺度)をでき得る限り全例に活用し、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、以上の取り組みから、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は月1回程度、県立須坂病院で行われている。その検討会にも当センターから可能な限り出席している。この妊産婦支援検討会議では、事例検討会にとどまらず、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、このような機能が欲しいという議論があった。それを受け、県立須坂病院では平成26年10月から、希望する母親と契約し、「産後入院」受け入れの態勢を稼働している。

EPDS導入とともに、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や養育支援訪問事業を自殺予防や虐待防止にも役立てている。この母子保健のプロジェクトでは、須坂市が中心となり、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。

EPDSの実施により高得点者に気づくことのみならず、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作りに発展している。

3. 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。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の特定妊婦で、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）を参考にした妊産婦支援検討会議を継続しているが、要対協に連絡すべき事例はなく、要対協の前段階の会議となっている可能性がある。

虐待防止の観点から、平成25年12月の日本子ども虐待防止学会（JASPCAN）で須坂地域の母子保健プロジェクトを発表した。参加者は、児童相談所関係者は少なく、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1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。

4. かかりつけの産婦人科医との連携について

長野県でも平成25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報告している⁶⁾。この統合化は、さらに母子保健と医療連携が深まる端緒になっている。

平成23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・技術およ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。

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。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」の講演会をしたが、若手の産婦人科医師に大変、好評だった。とくに、妊娠・授乳中の薬物処方、精神障害をもつ妊婦の出産に関心が高かった。

産後うつ病に関しても、今後、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講演会だったと思われる。

当センターでは、須坂市の母子保健プロジェクトを全県に広げるために、EPDSやボンディング尺度などをまとめたハンドブックを作成し、産婦人科・小児科などの関係機関に今年度内に提供する予定である。

5. 今後の課題と展望

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一次予防の新たな取り組みを紹介した。県下の周産期母子医療センター、周産期医療機関（県立須坂病院も含まれる）を拠点とし、このような試みが広がることが期待される。

ここで注意を要するのは、今回の母子保健プロジェクトは周産期母子医療センターが扱う異常分娩の可能性がある、あるいは出生前から判明する障害児の分娩とは異なる点である。本プロジェクトの対象となるのは、正常分娩と思われる多くの妊産婦が中心で、産後うつ病の早期発見を目指している（その場合でも他の要因でハイリスク妊娠にはなり得る）。未熟児分娩などを対象とする母親支援は石川県のモデルが挙げられる³⁾。

平成26年度からは、須坂市では母子健康手帳交付時から「妊婦さんおたずね票」を用いた面接相談を始め、さらに厚労省の平成26年度の「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」に採択され、妊娠早期からの子育て支援を目指している。

高学歴、少子化、高年齢出産、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。このような時代にこそ、母子健康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。

Ⅲ. 発達障害の早期発見・早期支援

乳幼児期の対人関係は濃密な二者関係にあり、その限られた関係の中で社会性の基盤作りが行われている。子どもが社会性の発達に困難を抱えている場合、保護者にとって育てづらい子どもと映る可能性があり、育児困難を引き起こしたり時には虐待につながる可能性がある。健全な育児や子どもの発達を支えるために、周産期メンタルヘルスに引き続き、乳幼児とその保護者の関係性にも精神保健の観点で役立てられる。

1. 発達障害早期発見・早期支援に関する体制とアセスメントツール

発達障害者支援法には、市町村は発達障害児が早期の発達支援を受けることができるように適切な措置を講じることや、都道府県はそのために必要な体制整備を行うことが記されている。

厚生労働省では発達障害者支援体制整備事業の中でアセスメントツール導入促進を挙げ、ツールの1つとしてM-CHATを挙げている。

日本語版乳幼児期自閉症チェックリスト修正版(Modified Checklist for Autism in Toddlers: M-CHAT)は、アメリカで作成された自閉症・広汎性発達障害(PDD)の早期発見を目的とした23項目からなるスクリーニング用質問紙を、神尾ら⁴⁾が日本語になじむように改訂を行ったもので、国立精神・神経医療研究センターで1歳6ヵ月児集団健診への導入等について研究を重ねている。

2. 長野県における発達障害早期発見・早期支援に関する取り組み

当センターには平成17年から発達障害者支援センターが併設されている¹²⁾。それ以前からの取り組みとして、昭和47年の開設時から自閉症や子どもの発達相談を行ってきており、昭和60年には全県の自閉症支援の拠点として位置づけられた。平成元年からの5年間では、須坂市と須高医師会の

協力を得て「乳幼児発達健診および療育モデル事業」を実施し、その実績をもとに、乳幼児健診の現場で役立てるように「乳幼児精神発達健診マニュアル」を平成8年に発行した⁷⁾。

諏訪圏域では諏訪保健福祉事務所や市町村、地域の医療機関が協力し、平成22年からM-CHATの1歳6ヵ月児健診等への導入を始めた。その後も圏域内で継続的に精度を保つための研修会やフォローアップ体制の強化を図っている。

平成24年からは長野県子ども・家庭課と当センターが主催し、M-CHATを1歳6ヵ月児健診等へ導入するための研修を行っている。全県対象の研修会では、M-CHATのほかに0～3歳児までの心理社会発達や情報の共有の必要性、地域の社会資源の活用、保護者への伝え方についても概説している。さらに、導入を具体的に進める地域からの要望に対応し詳細な説明や問診票の検討、架空事例を用いたグループワークなどを実施している。今年度は、すでにM-CHATを活用している市町村を対象に応用的な研修を企画した。

なお、M-CHATに関して国立精神・神経医療研究センターでは、全23項目の使用を推奨しているが、乳幼児健診に全項目を導入することは難しい市町村では、8～10項目を抜粋し問診票に取り込んでいる。抜粋した項目の利用も含めM-CHATを活用しているのは、長野県の77市町村のうち、平成26年8月には34市町村と増加してきている。

本田¹⁾は、発達障害の種類によって早期発見できる時期は異なると述べており、当県でも、健診での早期発見に関する精度の検証や支援体制の整備、その他の機会での発見・支援については引き続き検討すべき課題である。

3. 乳幼児健診での早期発見からつながる支援

乳幼児健診は、保護者が子どもの発育について専門家と話す貴重な機会である。法定となっている1歳6ヵ月児健診や3歳児健診の受診率は、90%を超えている。問診票に社会性の発達等について記載することで、保護者が子どもを見る視点を提供することとなり、健診場面で説明するきっかけにもなる。

中田ら⁹⁾は、自閉症児の保護者が異常に気づく

時期は1歳半くらいから始まると報告し、同じように田辺ら¹¹⁾も高機能自閉症児の保護者が不安を感じ始めるのは1歳半から2歳くらいと述べている。そのため、1歳6ヵ月児健診に訪れる保護者は、子どもの発達状態に不安を感じ始めたばかりであるか、全く認識がないこともあり得る。

健診時に問診や観察を通して子どもの発達の遅れや偏りに専門家が気づき、指摘しても保護者は受け止めることができないことも十分にあり得ることであり、実際に健診に携わる保健師の悩みとしても挙げられることである。

一方で、現在自閉症の診断がついている子どもの保護者から、健診や相談の際に発達の偏りについて「母親が笑顔で語りかけることが少ないから」等の指摘を受けたという話を聞くことは少なくない。誤った見立てに基づく誤った指導は保護者を傷つけ、その後の相談や支援につながりにくくなる。

中田ら⁹⁾は、家族と相談機関が継続的に関わることや、障害の告知が相互理解のために質疑を前提として行われることは、家族の相談機関への信頼を高めると述べている。子どもについて正確な見立てを保護者の不安を受け止めながら伝えることが大切であるが、乳幼児健診は、発達障害のみを発見する場ではなく時間が限られており、十分な説明をその場だけで行うのは難しい。短い時間の中で保護者に専門家の見立てを認めさせようとするのではなく、正確な評価を伝えつつも、むしろ、その後継続的に支援できる関係性を保ったり、そのための約束をすることがより重要となる。

4. 保護者と子どもへの継続的な支援

保護者が子どもの障害を受容する過程は、子どもの成長に合わせて揺れ動くとの指摘がある^{9,11)}。

市町村の規模や地域の社会資源によって支援の具体的な方法や場所は異なるが、いずれの場合においても、保護者が専門家に子どもを見てもらうことで、不安が和らいだり適切な助言をもらえるという体験を通し、専門家と継続的に関わることに意味が見出せる出会いの場となる必要がある。

支援は保護者への育児支援の視点と子どもの発

達支援両面から行われることが望ましい。

発達特性が見られた児がすべて専門的な療育機関での支援や診断が必要となるわけではない。家庭や保育所・幼稚園の場で発達特性について理解した対応が行われることも支援となり得る⁸⁾。

本田²⁾は、小規模自治体型の発達障害児の支援のシステム・モデルとして、日常生活と精神科医療、その2つを結ぶ専門性の高い支援の三階層が、連携してライフステージをつなぐモデルを提示している。日常での支援につなげるためには特性について助言できる専門家が地域に存在し、支援者同士で情報交換ができたり、保護者も子どもの特性を理解し情報を共有していくことが望まれる。

家族の会や、同じ保護者の立場で情報提供などができるペアレント・メンターは専門家とは違う立場で家族を支える欠かせない資源であり存在である。

早期の発見は、保護者を不安や不適切な育児から遠ざけ、子どもにとって適切な支援が行き届くことを目的としていると言える。

IV. おわりに

妊娠や出産、その後に続く育児は、家庭にとって大きな変化をもたらし、幸福感だけでなく、ストレスもひき起こす。

母子保健の分野で妊娠期から保護者を支えること、子どもの発達評価が適切に行われ適切な支援が提供できること、必要に応じて精神医療につながっていける体制が整うことで、10年後、保護者はより安心した出産・育児ができ、子どもは障害の有無にかかわらず健全に育っていけるようになり、虐待や二次障害に悩む人が減少していることを期待したい。

文 献

- 1) 本田秀夫: 発達障害の子どもを早期発見・支援することの意義. 精神科治療学, 28; 1457-1460, 2013.
- 2) 本田秀夫: 幼児期の発達障害に対する地域支援システム. 精神科治療学, 29; 121-125, 2014.
- 3) 飯田芳枝, 小林千鶴, 中田有美ほか: 石川県にお

270(126)

精神科治療学 第30巻 第2号 2015年2月

- ける母親のメンタルヘルス支援事業. 精神科治療学, 28; 609-615, 2013.
- 4) 神尾陽子, 稲田尚子: 1歳6か月健診における自閉症またはその他のPDD早期発見についての予備的研究. 精神医学, 48; 981-990, 2006.
 - 5) 小泉典章: 母子保健におけるうつ病地域医療連携について. 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「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研究—母子保健におけるG-Pネット—」(研究代表者: 立花良之) 分担研究報告書, p.1-12, 2014.
 - 6) 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—. 精神経誌, 116; 563-569, 2014.
 - 7) 長野県精神保健福祉センター: 乳幼児精神発達健診マニュアル, 1996.
 - 8) 長野県精神保健福祉センター: 発達障がい支援のための資源ハンドブック第2版, 2015.
 - 9) 中田洋二郎, 上林靖子, 藤井和子ほか: 親の障害認識の過程—専門機関と発達障害児の親の関わりについて—. 小児の精神と神経, 35; 329-342, 1995.
 - 10) 杉下佳文, 栗原佳代子, 古田正代ほか: 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; 86-91, 2011.
 - 11) 田辺正友, 田村浩子: 高機能自閉症児の親の障害受容過程と家族支援. 奈良教育大学紀要, 55; 79-86, 2006.
 - 12) 山本京子, 小泉典章: 県立機関としての発達障害支援センターの役割と課題. 発達障害研究, 29; 111-113, 2007.

産後うつ病 早期発見・対応 マニュアル

— 保健・医療従事者のために —

長野県精神保健福祉協議会

目 次

はじめに ● 産後うつ病とは ●	2
産後うつ病を見分けるには ● 産後うつ病のスクリーニングの方法 ●	3
質問票の使い方① ● [質問票Ⅰ] 育児支援チェックリスト ●	4
質問票の使い方② ● [質問票Ⅱ] エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS) ●	5
質問票の使い方③ ● [質問票Ⅲ] 赤ちゃんへの気持ち質問表(ボンディング) ●	7
産後うつ病を見逃さないために ● スクリーニングのタイミングと留意事項 ●	9
産後うつ病が疑われたら ● 医療機関と市町村の連携による対応 ●	11
個別ケアが必要なときには ● うつ病にかかっている人やその家族への対応方法 ●	12
[参考] 医療機関等と市町村の連携フロー図 ● 産後うつ病スクリーニングモデル ●	13
[参考] 本人や周りの人に向けて ● 産後うつ病の予防のために心がけてほしいこと ●	14

資料編

[質問票Ⅰ] 育児支援チェックリスト	15
[質問票Ⅱ] エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)	16
[質問票Ⅲ] 赤ちゃんへの気持ち質問表(ボンディング)	17
市町村母子保健担当課 連絡先	18

コラム

産後うつ病はマタニティブルーとは違います	2
愛着(アタッチメント)とボンディング	8
EPDSの分析で母親の環境と産後うつ病の相関が明らかに ～須高地域での事例から(その①)～	9
保健医療従事者自身の心のケアも必要です	10
病院と市町村が連携した取り組み ～須高地域での事例から(その②)～	11

この冊子の活用について

- 産前、産後の母親や乳幼児を育てる母親に接する機会の多い医療スタッフの皆様に使っていただきたい冊子です。
 - ▷ 産科や小児科の医療機関のスタッフ
 - ▷ 助産施設のスタッフ
 - ▷ 市町村の母子保健担当者 などの皆様
- 皆様に産後うつ病への理解を深めていただき、さまざまな機会に母親の心の不調を発見し、早期対応していただけるよう、日頃からご配慮をお願いします。

この冊子は独立行政法人国立成育医療研究センター 立花良之氏の監修により作成しています。

はじめに

産後うつ病とは

1 出産後に起こりやすい心とからだの変化

女性にとって妊娠・出産は、一生の中で大きな変革期です。女性ホルモンの急激な変動もあり、からだの変化と同じように、心にもさまざまな影響が出てきます。

特に出産後は育児中心の生活に変化することからストレスもたまりやすく、心にもからだにも疲れが出てきます。その結果として、情緒不安定になったり、子育てに自信を失ったりするなどの状況に陥ることもあります。もし、不調が長く続く場合には「産後うつ病」を疑う必要があります。

2 産後うつ病とは？

- 出産後に起きる代表的な心の病気が「産後うつ病」です。
- 出産後1～2週間から数か月ごろに発症し、罹病期間は数か月以上に及ぶこともあります。
- 出産後の母親の約10%にみられます。
- 産後うつ病の診断は難しく、育児不安や育児の疲れとして見逃されがちです。

3 産後うつ病で出現する症状

- | | | |
|-----------------|------------------|-------------------|
| ● 悲しい・憂うつ・楽しくない | ● 家事・育児をする気力が出ない | ● 将来の子育てに自信が持てない |
| ● 理由もないのに涙がでる | ● 食欲がない | ● 赤ちゃんの世話が面倒に思える |
| ● いらいらする | ● 赤ちゃんがかわいいと思えない | ● 自分は母親失格だと自らを責める |
| ● 眠れない | ● 体力が戻らない | ● 死にたい・消えてしまいたい |

※これらの症状が2週間以上続く場合は、産後うつ病の可能性があります。

※産後うつ病の母親の中には、自分の気持ちを訴える代わりに、赤ちゃんの健康や母乳に関する心配など育児に関連した不安を何度も話題にすることもあります。

4 産後うつ病の背景

[妻・母としての環境や役割の変化]

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| ● 赤ちゃんの世話で、からだの疲労がたまる | ● 望まなかった出産(夫が喜んでいない) |
| ● 育児にかかる経済的負担 | ● 赤ちゃんの生まれつきの病気 など |
| ● 夫や家族の身体的・心理的サポートが十分でない | |

[既往症等]

- | | |
|-------------------|------------------------|
| ● 過去にうつ病になった経験がある | ● うつ病の治療中に妊娠し、薬を中断している |
|-------------------|------------------------|

コラム

産後うつ病はマタニティブルーズとは違います

マタニティブルーズとは出産時の疲れ、急激なホルモンバランスの変化に加え、赤ちゃんとの新しい生活や夫婦・家族関係の変化など様々なことが原因で、一時的に情緒不安定な状態になることをいいます。具体的には、涙もろくなったり、抑うつや頭痛などの症状が出たりします。出産後2日～2週間ぐらいに起こり、10日ほどで自然に治まります。

