

往を持つ約 50%の対象者にすでに精神科主治医がいると仮定しても、実際、精神科医師に紹介している施設は 22.4%に止まり、30%程度の妊産婦が専門医のアドバイスを受けることなく、育児に臨んでいたと推計された。

2. 年齢分布とその傾向

メンタルヘルス介入が必要と判断された妊産婦は 20 歳未満から 40 歳以上まで全年齢階層に分布していた。年齢分布を全国平均（厚生労働省人口動態統計 2013 年）と比較すると（図 1）、20 歳未満で 5 倍以上、40 歳以上で約 2 倍の発生率になっていた。これらは年齢に関わらず、一定の割合で精神疾患が発生していることを示唆し、診療にあたり考慮すべき点と推察された。

また、精神疾患とその既往がなかった妊婦では、それ以外の妊婦に比較し、年齢が低い傾向（最頻値、中央値 25-29 歳）にあった（図 2）。これらの妊婦は、精神疾患とその既往を持つ対象者に比較し、よりハイリスクとなる可能性がある。精神科医師とのコンタクトがない可能性があることに加え、比較的若年であるためだ。後述する子ども虐待の加害者であった実母も、比較的若年（最頻値 25-29 歳）であることが報告されている¹⁾。

3. 社会的背景

精神的要因と社会的要因は密接に関連する。メンタルヘルス介入が必要

と判断された妊産婦は、18%が未婚で、貧困など生活面の問題に加え、「両親が離別している」、「実母と折り合いが悪い」、「夫との葛藤がある」など、家庭、特に家族関係に関する問題を抱えていた。この傾向には、社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会が報告した「心中以外の子どもの虐待死」の加害者であった実母の背景と共通点が多い。加害者であった実母の 50%以上にうつ病や精神疾患が認められ、約 40%は「一人親」で、約 20%が生活保護世帯で、14-15%に親族間のトラブルを抱えていた¹⁾。本調査で抽出されたメンタルヘルス介入が必要と判断された妊産婦は、頻度こそ低いものの、同様の社会的背景を持ち、児童虐待に繋がるリスクを持つ可能性が示唆される。

メンタルヘルス介入が必要と判断されたものの精神疾患とその既往がなかった妊産婦では、その他の対象者に比較し、未婚率が高い傾向で、実母と折り合いが悪く、近所との付き合いがない。これらは妊産婦がより孤立しやすいことを示唆し、極めて深刻な状況に陥るリスクを内包しているといえる。

4. メンタルヘルス介入が必要と判断された妊産婦への対応

介入が必要と考えられた妊産婦に対応していたのは、約 80%が産婦人科医療従事者（産婦人科医師、助産師、

看護師)で、精神科医師や臨床心理士などメンタルヘルスケアの専門職が対応している施設はわずかであった。また、精神科医師への紹介は22.4%に止まっていた。

こうした妊産婦に対し、メンタルヘルスケアの専門職にアドバイスを求めることは重要である。本邦の周産期医療供給体制を勘案すると、すべての施設に専任の精神科医師や臨床心理士を配置することは難しい。また、マンパワーの問題からも、全ての対象を産婦人科医療従事者でメンタルヘルスケアの対応することは困難と思われる。したがって、メンタルヘルスケアの専門職や専門施設あるいは行政等との連携体制を確立する必要がある。

しかし、現状では妊娠中のメンタルヘルスケアを専門に扱う精神科医師や臨床心理士の所在や数は明確にされておらず、全ての地域で行政の連携システムが機能しているとはいえない。実際、本研究に寄せられた自由意見では、半数で育児支援ネットワークをはじめ地域の連携システムが機能していると回答しているが、同数でシステムの機能的な運用やメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師等の確保が望まれていた。

メンタルヘルスケアを専門とする精神科医師等の確保とともに、連携システムをより機能的に運用することは、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦のみならずその子どもを守るために、極めて重要である。し

たがって、精神科医師等の確保とともに、連携システムをより機能的運用させることは急務と言える。

なお、本研究にご理解、ご協力をいただいた日本産婦人科医会常務理事会、はじめ、日本産婦人科医会会員各位に深謝する。

E. 結論

メンタルヘルスに問題があり介入が必要な妊産婦の頻度は4.0%で、全国で年間約4万人と推計される。精神疾患の診断を受けていた妊婦は約30%で、精神疾患の既往があったものは25%であった。社会的背景としては18%が未婚者で、貧困など生活面の問題と家族関係に問題を抱えていることが明らかになった。

半数の妊産婦は精神疾患とその既往があり、精神科医師とコンタクトがあると推測されたが、他の半数はメンタルヘルスケアの専門職のアドバイスを受けることなく、経過していた可能性がある。これらの精神疾患とその既往がなかった妊産婦は、比較的若年で、周囲から孤立する傾向が強く、育児障害や児童虐待に関し、よりハイリスクと推察された。

介入が必要と考えられた妊婦に対応していたのは、約80%が産婦人科医療従事者で、精神科医師や臨床心理士など専門職が対応している施設はわずかで、精神科医師への紹介は22%の施設に止まっていた。

以上より、育児支援ネットワークを

はじめ地域の連携システムのより機能的な運用と妊産婦のメンタルヘルスクエアを専門とする精神科医師等の早急な確保が望まれた。

F. 健康危険情報

研究内容に介入調査は含まれておらず、関係しない。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 木下勝之. 周産期に生じる精神科的な問題. 総合病院精神医学. 27: 194~197, 2015

2) 木下勝之. 妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防. 日本小児科医会会報. 50: 19~23, 2015

3) 木下勝之. 乳幼児メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防
日本医師会雑誌 144: 548~553, 2015

2. 学会発表

1) 木下勝之. 妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防. 日本医師会母子保健講習会. 2015年2月

2) 木下勝之. 妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防. 島根子育て支援フォーラム. 2015年3月

3) 木下勝之. 妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防. 長崎県産婦人科医会学術集会. 2015年4月

4) 木下勝之. 妊産婦メンタルヘルス

から始まる乳幼児虐待予防. 京都産婦人科医会学術集会. 2015年4月

5) 木下勝之. 妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防. 青森産婦人科医会学術集会. 2015年4月

6) 木下勝之. 妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防. 岡山医師会研修会. 2015年5月

7) 木下勝之. 妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防. 三重県産婦人科医会学術集会. 2015年5月

8) 木下勝之. 妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防. 日本小児科医会学術集会. 2015年6月.

9) 木下勝之. 児童虐待は子どもの脳の構造を壊す. Resilience を獲得するために. 第42回日本産婦人科医会学術集会 2015年10月.

10) 木下勝之. 周産期メンタルヘルスと児童虐待の予防 第11回日本周産期メンタルヘルス研究会 2014年11月(大宮市)

11) 木下勝之. 母親の愛情深い養育が乳幼児の脳の健全な発育に不可欠である—Resilience を身に着ける—
第12回日本周産期メンタルヘルス学会 2015年11月(自治医大)

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得: なし

2. 実用新案登録: なし

3. その他: なし

参考文献

- 1) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会. 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について. 第10次報告. 平成26年9月.
- 2) Jomeen J. The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and postnatal period as a multidimensional construct: A literature review. *Clinical Effectiveness in Nursing* 8: 143-155, 2004.
- 3) 吉田敬子. 母子の心の健康を求めて 妊産婦のメンタルヘルスの理論と実際 ハイリスク者の早期発見と育児支援におけるチーム医療の役割. *日本医師会雑誌* 137: 78-81, 2008
- 4) Kitamura T, Yamashita H, Yoshida K. Seeking medical support for depression after the childbirth: A study of Japanese community mother of 3 month old babies. *The Open Women's Health Journal* 3: 1-4. 2009
- 5) 中板育美. 児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究. 平成18年度厚生労働省科学研究報告書.
- 6) 光田信明. 飛び込み出産. *母子保健情報* 67: 19-23. 2013.
- 7) 杉下佳文. 妊娠中からの子ども虐待予防とスクリーニング. *母子保健情報* 67: 58-62. 2013.
- 8) Almas AN, Degnan KA, Walker OL, Radulescu A, Nelson CA, Zeanah CH, Fox NA. Effects of early intervention and

the moderating effects of brain activity on institutionalized children's social skills at age 8. *Soc Dev* 24: 225-239. 2015

表1
アンケート調査票

事務処理番号	施設名		
妊産婦のメンタルヘルスに関する調査アンケート (FAX送信先: 03-3269-4768)			
1	平成27年11月1日より11月30日の1ヶ月間に施設で実施した分娩数		分娩
2	そのうちメンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦の数		名
3	介入が必要と考えられた妊産婦の年齢		
	20歳未満	名	25-29歳
	20-24歳	名	30-34歳
			35-39歳
		名	40歳以上
4	その理由についてお答えください(重複回答可)		
	精神疾患の合併	名	(服薬有 名 / 服薬無し 名)
	精神疾患の既往		名
	抑うつ感や精神不安が疑われる		名
	他の身体的問題による精神不安		名
5	背景についてお答えください(重複回答可)		
	結婚していない		名
	貧困等生活面の問題がある		名
	母子健康手帳発行なし		名
	未受診妊婦である(健診回数3回以内)		名
	妊娠葛藤(望まない妊娠)である		名
	両親が離れている		名
	実母と折り合いが悪い		名
	夫との葛藤がある		名
	幼児期に母親から否定的な養育をされた		名
	近所との付き合いがない等		名
	6	介入が必要と考えられた妊産婦にどなたが対応しましたか(重複回答可)	
産婦人科医師・助産師・看護師・臨床心理士など専任者・その他()			
7	精神科医師に紹介した		はい・いいえ
8	メンタルヘルスに問題がある妊産婦への対応やその任組みについてご意見があればお聞かせください		
ご協力有難うございました。 締め切り: 平成27年12月25日			
このままFAXにて日本産婦人科医会宛(03-3269-4768)にご返送願います。			
(FAXがつかないに限り場合はFAX:03-3269-4730へご返信ください)			

表2 メンタルヘルスに介入が必要と考えられた理由 (n = 1551)

	n	%
精神疾患	459	29.6%
服薬あり	276	17.8%
精神疾患の既往	394	25.4%
抑うつ・精神不安の疑い	595	38.4%
他の身体的問題による	251	16.2%

重複回答あり

表3 社会的背景

	total(n = 1551)		精神疾患なし(n = 381)	
	n	%	n	%
結婚なし	280	18.1%	74	19.4%
貧困等生活面の問題がある	232	15.0%	65	17.1%
母子手帳発行なし	27	1.7%	5	1.3%
未受診	36	2.3%	9	2.4%
妊娠葛藤	107	6.9%	25	6.6%
両親離婚	181	11.7%	42	11.0%
実母と折り合いが悪い	176	11.3%	53	13.9%*
夫との葛藤がある	168	10.8%	50	13.1%
幼児期から否定的な養育	86	5.5%	19	5.0%
近所との付き合いがない	146	9.4%	51	13.4%*

重複回答あり

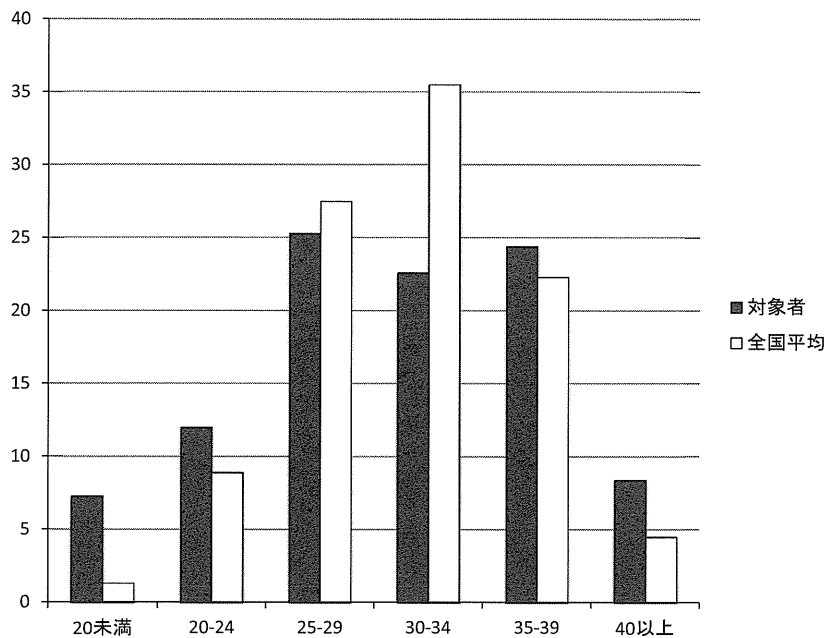


図1 年齢分布(全国平均は厚生労働省人口動態統計2013年より引用)

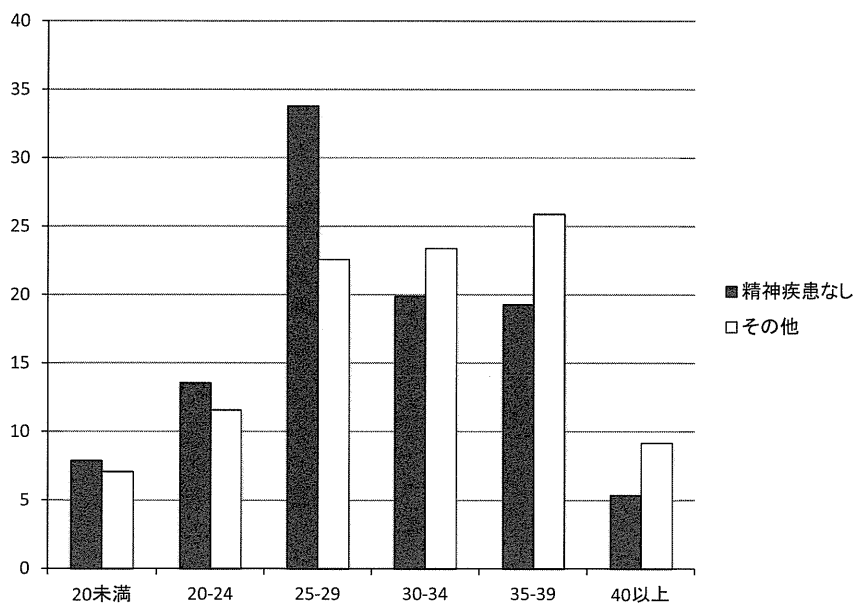


図2 精神疾患とその既往が指摘されていなかった妊婦の年齢分布

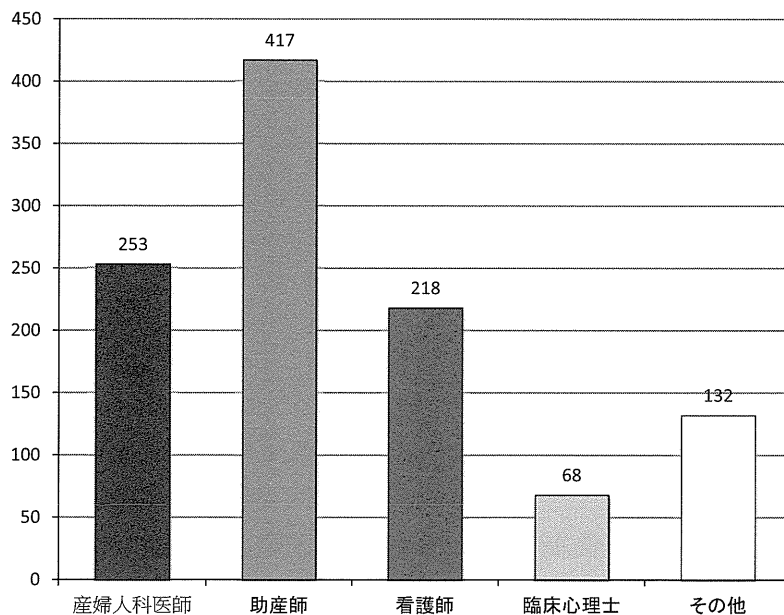


図4 実際に対応した職員の頻度

平成 27 年度厚生労働省科学研究費補助（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）
「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関
する研究（H27-健やか-一般-001）」分担研究報告書

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立母子保健総合医療センター
産科 主任部長 光田 信明

「メンタルヘルス不調の妊産婦に対する保健指導プログラムの開発と
効果検証についての研究」

分担研究者 立花 良之 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
研究協力者 小泉 典章 長野県精神保健福祉センター 所長
鹿田 加奈 長野市保健所健康課

研究要旨

本研究では、産科分娩施設・保健師活動において、メンタルヘルス不調の母親の早期発見とその後の多機関連携を含めたフォローアップの体制のためのマニュアル作成・研修プログラム作成を目的とした。

妊娠中や産後における産後うつ病や児童虐待のリスクファクターについて注意し、ハイリスク者を早期発見し早期に介入するような、産科医療機関および地域の保健師活動におけるメンタルヘルス不調の妊産婦の支援のためのマニュアルを作成した。

また、マニュアルをもとに、市町村向けおよび全国規模での、妊産婦のメンタルケアについての研修会を試験的に開催した。誰が担当しても一定の水準で対応し、かつ、チーム内で情報共有する上では、マニュアルの情報内容をチーム内で共有することが有益であると考えられた。また、多職種連携の際にも、他の職種の役割・自分の職種の役割を認識した上で、問題を言語化し情報共有するためには、マニュアルの存在は有益であると考えられた。マニュアルの存在だけでは均てん化は難しく、母子保健関係者が参加し、妊産婦の妊産婦のメンタルケアについて学ぶ研修会の存在が有益であると考えられた。

A. 研究目的

「健やか親子 21（第 2 次）」において「妊娠期からの児童虐待防止対策」が重点課題となっている。

周産期は心理社会的な負荷やホル

モンバランスの乱れなどから、メンタルヘルス不調を来しやすい時期である。周産期においてメンタルヘルス不調の母親には、産科医・助産師・保健師などさまざまな職種がかかわるが、

対応方法がまちまちで、精神的な問題が見過ごされることもあり、また、問題が見つかったとしても多機関との連携システムが未整備のため不十分な対応に終わってしまうことが多い。

本研究では、産科分娩施設・保健師活動において、メンタルヘルス不調の母親の早期発見とその後の多機関連携を含めたフォローアップの体制のためのマニュアル作成・研修プログラム作成を目的とした。

B. 研究方法

1. 産科分娩施設においてメンタルヘルス不調の妊産婦をスクリーニングで同定し、その後、多機関と連携してフォローアップするマニュアルの開発

2. 保健師活動における、メンタルヘルス不調の妊産婦のフォローアップのマニュアルの開発

3. 1, 2 についての内容の研修パッケージの作成

上記を国立成育医療研究センターこころの診療部、長野市保健師の協働で作成

4. 開発した研修パッケージを使った研修会の開催

C. 研究結果

1. 産科医療機関におけるメンタルヘルス不調の妊産婦の支援のためのマニュアル作成

マニュアルでは、母子保健関係者が知っておくべきメンタルケアについての基礎知識を概説してある。

平成 25 年度から 26 年度に行われた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「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)で行われた世田谷区の妊産婦に対する疫学調査において産後にメンタルヘルスの不調を来しやすい妊娠中のリスクファクターについて検証し[1, 2]、また、海外の先行研究([3-6]など)やガイドライン[7, 8]などの知見を参考に、メンタルヘルス不調の母親の症状に対して早期に発見し対応するための内容をマニュアルに盛り込んだ。また、メンタルヘルス不調の母親を見逃さずに気づくために、妊娠期や出産期におけるスクリーニングについて解説した。たとえば、妊娠期に心理社会的なリスクについて問診で確認することとあわせて、Whooley の二質問法[9, 10]、エジンバラ産後うつ病評価尺度[11, 12]などの実施について記載している。また、産後についても、現在多くの自治体で行われている三つの質問票(エジンバラ産後うつ病評価尺度・赤ちゃんへの気持ち質問票[13-15]・育児支援チェックリスト[16])などについて記載している。

また、平成 25 年度から 27 年度に行われた厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「うつ病の妊産婦に対する医療・保健・福祉の連携・協働による市有縁体制(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)で得られた知見

をもとに、多職種地域連携のための内容を盛り込んだ。産科医療機関は、メンタルヘルス不調の妊産婦やその子どもの支援において、早期発見・早期介入のゲートキーパーの役割を担うことができる。しかし、臨床の忙しい現場では、メンタルヘルス不調の妊産婦について医療スタッフが「気になって」いても対応されないままになってしまうこともある。マニュアルでは、産科医療機関ではメンタルヘルス不調の母親がいた時に、どのような時に、どこにつなげば良いのか、どのように対応すれば良いのかについて解説した。図1はそのような対応についての一例である。産科医療機関の対応が非常に重要でありかつ困難例の多いものとして、緊急対応の必要性のあるケースがあげられる。そのようなケースについて、自傷・他害のリスクなど緊急に対応する必要の有無を把握し、また、母親のみならず児の養育の問題があるかどうかも併せてアセスメントし、関係機関と連携する対応モデルについて解説した。モデルでは、まず保健師と連携し、緊急性がある場合は地域の精神科救急システムと連携する形となっている。児の安全・保護に関わる場合は、地域の児童福祉（子ども家庭支援センター、児童相談所など）とも連携する必要がある。このような場合、地域の母子保健・児童福祉の連携のハブになるのは保健師なので、保健師にまず連絡を取るのが良いと考えられる。普段から連携があれば産科医療機関から精神科医療機関へ

の直接のコンタクトもありうるし、また、保健師から精神科医療機関へのコンタクトもありえる。

今回作成したマニュアルは、医歯薬出版より「妊娠期からの切れ目のない支援のための、こころの問題を持つ母親のサポートハンドブック ～「気づいて、つないで、支える」多職種地域連携～」として平成28年度初旬に刊行予定である。

2. 保健師活動におけるメンタルヘルス不調の妊産婦の支援のためのマニュアル作成

長野県長野市において、保健師向けのマニュアル「長野市産後うつ病等早期発見・対応マニュアル」を長野市の保健師とともに作成した。1. 同様に、メンタルヘルスのスクリーニングについてや、緊急性に応じた対応の仕方について記載してある。平成28年度よりマニュアルを運用予定となっている。

3.4. 研修パッケージの作成及び研修会の開催

今年度に作成したマニュアルをもとに、まず、長野市の保健師・助産師を対象とした研修会を平成27年6月22日に開催した。さらに、均てん化のために、広域（全国）の母子保健関係者を対象とした研修会として、「母子保健メンタルケアゲートキーパー研修会」を平成27年9月12日に開催した。

D. 考察

3つの地域で周産期の母親やこどもの支援についての医療・保健・福祉のネットワークづくりを行い、それをもとに多職種連携のマニュアル作りを行った。

産科医療機関や保健所などで、機関内で誰が担当しても一定の水準で対応し、かつ、チーム内で情報共有する上では、マニュアルの情報内容をチーム内で共有することが有益であると考えられた。また、多職種連携の際にも、他の職種の役割・自分の職種の役割を認識した上で、問題を言語化し情報共有するためには、マニュアルの存在は有益であると考えられた。「うつ病の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の連携・協働による市有縁体制（周産期G-Pネット）構築の推進に関する研究」によれば、多職種連携の際に対応に苦慮する原因として、「どのような症状があれば」「どのタイミングで」「どのように対応し」「どこに連携すればよいのか」わからないということが多かった[17, 18]。図1のような対応のフローチャート[19]は、母子保健関係者の多職種連携の際の共通認識として有用であると考えられる。

また、マニュアルの存在だけでは均てん化は難しく、母子保健関係者が参加し妊産褥婦のメンタルケアについて学ぶ研修会の存在が有益であると考えられた。

平成28年度は、今年度パイロット的に行った周産期医療機関関係者及び保健師向けの研修パッケージを改良

して全国研修会を開催し、その効果について検証する予定である。

E. 結論

本研究では、産科分娩施設・保健師活動において、メンタルヘルス不調の母親の早期発見とその後の多機関連携を含めたフォローアップの体制のためのマニュアル・研修プログラムを作成した。マニュアル・研修プログラムは、妊産褥婦のメンタルケアの対応についての均てん化に有益であると考えられた。今年度作成したマニュアル・研修プログラムの有効性について、平成28年度に検証予定である。

F. 健康危険情報

特樹すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表 (英文原著)

1. Tachibana Y, Koizumi T, Takehara K, Kakee N, Tsujii H, Mori R, Inoue E, Ota E, Yoshida K, Kasai K, Okuyama M, Kubo T

Antenatal risk factors of postpartum depression at 20 weeks gestation in a Japanese sample: psychosocial perspectives from a cohort study in Tokyo. PLOS ONE; doi: 10.1371/journal.pone.0142410, 2015.

2. Konishi M, Tachibana Y, Tang J, Takehara K, Kubo T, Hashimoto K, Kitazawa H, Saito H, Ohya Y A

Comparison of Self-Rated and Female Partner-Rated Scales in the Assessment of Paternal Prenatal Depression. Community Mental Health Journal, 2015.

(和文原著)

1. 立花良之、「メンタルヘルス不調の母親の支援のゲートキーパーとしての小児科医の役割」日本小児科医会会報, 第50号, 142-145, 2015.
2. 立花良之、「妊娠・出産・育児にかかわる各時期の保健福祉システムの現状とあり方」、精神医学, 127-133, vol. 58, No. 2, 2016

(学会発表)

1. 立花良之 「『気づいて、つないで、支える』妊娠期からはじまる母子の心理的支援のための地域連携モデル」、シンポジウム「妊娠期から始まる母子のメンタルヘルスの支援のための多職種地域連携構築のために」、日本子ども虐待防止学会第21回学術集会にいがた大会、新潟、2015年11月21日
2. 小泉典章 「地域精神保健で母子の支援を実践するための体制づくり」シンポジウム「妊娠期から始まる母子のメンタルヘルスの支援のための多職種地域連携構築のために」、日本子ども虐待防止学会第21回学術集会にいがた大会、新潟、2015年11月21日
3. 黒神経彦、立花良之、木暮紀子、仁田原康利、前川貴伸、坂下和美、中

尾寛、中館尚也、内藤訓生、奥山眞紀子 「代理ミュンヒハウゼン症候群と診断された3症例の後方視的検討」、日本子ども虐待防止学会第21回学術集会にいがた大会、新潟、2015年11月20日

4. 仁田原康利、立花良之、中館尚也、前川貴伸、坂下和美、中尾寛、辻聡、木暮紀子、内藤訓生、奥山眞紀子 「小児科専門病院における児童相談所通告症例の受診歴の検討」、日本子ども虐待防止学会第21回学術集会にいがた大会、新潟、2015年11月21日
5. 立花良之、竹原健二、掛江直子、森 臨太郎、小泉智恵、辻井 弘美、大田えりか、葛西圭子、山下 洋、吉田 敬子、久保 隆彦 「エジンバラ産後うつ評価尺度、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリストの「3点セット」による養育不全・児童虐待の検出力の検討」、第12回日本周産期メンタルヘルス学術集会、宇都宮、2015年11月1日

(講演・研修会)

1. 立花良之 「母子保健における医療・保健・福祉の連携について」母子保健メンタルケア・ゲートキーパー研修、東京、2015年9月13日
2. 立花良之 「妊娠中・産後に起こりやすい不調の対応のポイント」母子保健メンタルケア・ゲートキーパー研修、東京、2015年9月13日
3. 立花良之 「産後うつ病の早期発見と対策について」、長野市保健所、長野、2015年6月22日

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

参考文献

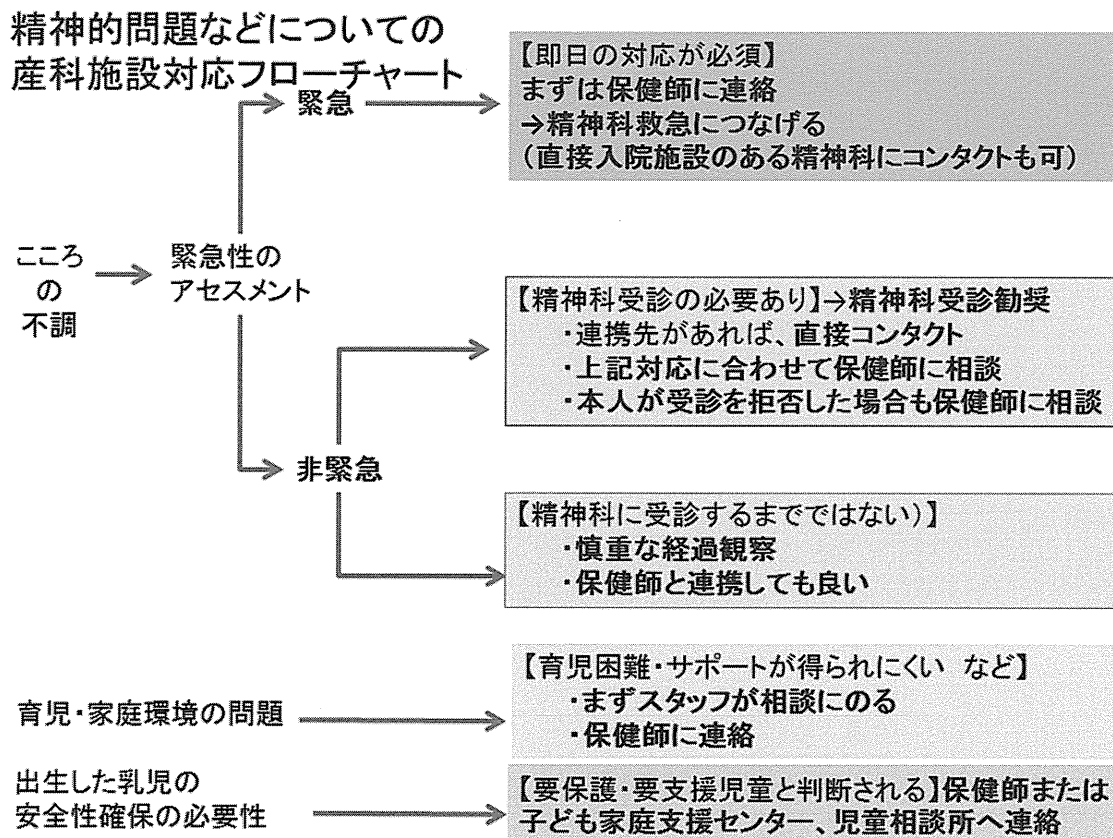
1. 立花良之, 産後 2 週の抑うつ状態についての、妊娠中期 20 週頃と産後直後 (4, 5 日後) における予測因子についての研究. 厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業 (健やか次世代育成総合研究事業) 「妊産婦のメンタルヘルスの実態把握及び介入方法に関する研究」, 2014
2. Tachibana, Y., et al., Antenatal Risk Factors of Postpartum Depression at 20 Weeks Gestation in a Japanese Sample: Psychosocial Perspectives from a Cohort Study in Tokyo. *PloS one*, 2015. 10(12).
3. Robertson, E., et al., Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*, 2004. 26(4): p. 289-295.
4. Rubertsson, C., et al., Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Archives of Women's Mental Health*, 2005.

8(2): p. 97-104.

5. Austin, M.-P., Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women's Mental Health*, 2004. 7(1): p. 1-6.
6. Austin, M.P., S.R. Priest, and E.A. Sullivan, Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008. 4.
7. Health, N.C.C.f.M. Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance: Updated edition. 2014. British Psychological Society.
8. Matthews-Smith, G., SIGN 127 Management of perinatal mood disorders: a national clinical guideline. 2012.
9. Whooley, M.A., et al., Case-finding instruments for depression. *Journal of general internal medicine*, 1997. 12(7): p. 439-445.
10. 鈴木竜世, et al., 職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討 — Two-question case-finding instrument と Beck Depression Inventory を用いて. *精神医学*, 2003. 45(7): p. 699-708.
11. Cox, J.L., J.M. Holden, and R. Sagovsky, Detection of postnatal depression. Development of the

- 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 1987. 150(6): p. 782-786.
12. 岡野禎治, et al., 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. *精神科診断学*, 1996. 7(4): p. 525-533.
13. Taylor, A., et al., A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 2005. 8(1): p. 45-51.
14. 鈴宮寛子, 山下洋, and 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- 自己質問紙を活用した周産期精神保健における支援方法の検討-. *精神科診断学*, 2003. 14(1): p. 49-57.
15. Yoshida, K., et al., A Japanese version of Mother-to-Infant Bonding Scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. *Archives of women's mental health*, 2012. 15(5): p. 343-352.
16. 吉田敬子, et al., 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. 2005: 母子保健事業団.
17. 立花良之、竹原健二、久保隆彦、小泉典章、森臨太郎, 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. 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) 総括・分担研究報告書, 2013. 7: p. 94-97.
18. 立花良之、竹原健二、黒澤伸枝、辻井弘美、井富由佳、田山美穂、岡潤子、三木佳代子、伊東弘人, 母子保健 G-P ネット構築のための環境整備についての研究. 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」, 2013. 7: p. 94-97.
19. 立花良之, 妊娠・出産・育児にかかわる各時期の保健福祉システムの現状とあり方. *精神医学*, 2016. 58(2): p. 127-133.

図 1



(立花良之, 妊娠・出産・育児にかかわる各時期の保健福祉システムの現状とあり方. 精神医学, 2016. 58(2): p. 128 より)

