

合もあるので、母親が幻覚妄想状態であれば、保健師とは連携をとったほうが良いであろう。

おわりに

小児科医は、メンタルヘルス不調の母親に接する機会を多く有する。小児科医がメンタルヘルス不調の母親に対する早期発見・早期介入のゲートキーパーになることで、母親の精神的不調の重症化を防ぎ、ひいては児の養育の問題を防ぐことに大きな役割を果たすことができる。母子の健康水準向上のための国民運動計画である「健やか親子 21（第 2 次）」でも、基盤課題 A として「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」、重点課題②として「妊娠期からの児童虐待防止対策」があげられ、メンタルヘルス不調の母親の支援は国の母子保健の重要施策に位置づけられている。小児科医がメンタルヘルス不調の母親の早期介入・早期支援のためのゲートキーパーになることで、切れ目ない母子の支援や児童虐待予防にますます重要な役割を果たすと考える。

謝辞

本稿の図 1 のフローチャートは、東京都世田谷区の母子保健関係者の協議会「母と子のサポートネットせたがや」の世話人の皆様と共に作成致しました。ここに謝意を表します。

図 1

小児科におけるスクリーニングとハイリスク母子への対応

検診(1か月、3-4か月、6-7か月、9-10か月、1歳半)などで受診した際、子どもについての問診票にWhooleyの二質問法(あるいはPHQ-9かエジンバラ産後うつ病評価尺度)を入れ、ルーチンに母親のメンタルヘルスのアセスメントを行うと良いと考えられる。

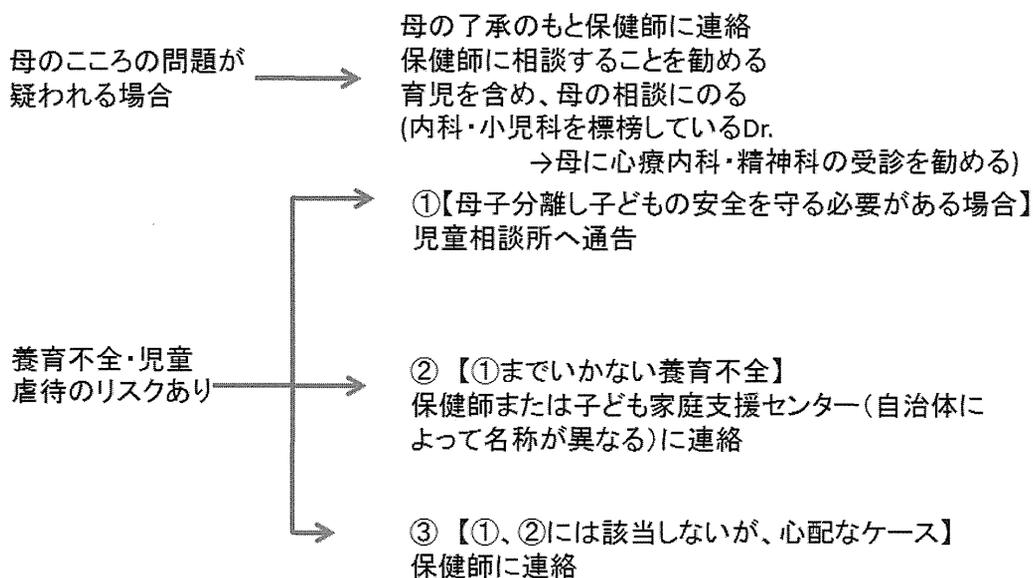


図 2

Whooley の二質問法

以下の質問にお答えください(当てはまるほうに丸を付けてください)。

—この1か月間、気分が沈んだり、憂うつ持ちになったりすることが良くありましたか

はい いいえ

—この1か月間、どうも物事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

参考文献

1. Yamashita H, Yoshida K (2002) [Screening and intervention for depressive mothers of new-born infants]. *Seishin shinkeigaku zasshi= Psychiatria et neurologia Japonica* 105: 1129-1135.
2. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS (1997) Case-finding instruments for depression. *Journal of general internal medicine* 12: 439-445.
3. Association AP (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
4. 高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸, 神庭重信, 尾崎紀夫, et al. (2014) *DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル*: 医学書院.
5. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (2001) The Phq - 9. *Journal of general internal medicine* 16: 606-613.
6. 味村千津, MIMURA C, 渡部芳徳, WATANABE Y, 堀越立, et al. (2011) 日本語版 Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire-9 (PRIME-MD PHQ-9) の精神尺度としての有用性に関する検討. *精神医学* 53: 15-22.
7. 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子, 玉木領司, 野村純一, et al. (1996) 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* 7: 525-533.
8. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry* 150: 782-786.
9. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB (2006) New parents and mental disorders: a population-based register study. *Jama* 296: 2582-2589.

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

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

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
立花良之

はじめに

母子の健康水準を向上させるための国民運動計画である「健やか親子 21 (第2次)」[1]では、基盤課題Aに「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」、重点課題①に「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」、重点課題②に「妊娠期からの児童虐待防止対策」があげられている。妊娠・出産・育児における切れ目のない支援は、日本の医療・保健・福祉の重要課題となっている。現在、厚生労働省は妊娠期から子育て期にわたる様々なニーズに対し、総合的な相談支援を提供するワンストップ拠点「子育て世代包括支援センター」を各地域に設置することを計画している[2]。概ね平成32年度までに各自治体の子育て世代包括支援センターを地域の実情などを踏まえながら全国展開をしていくことが目指されている。このような中で「妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援」の仕組みづくりができることが期待される。

妊娠期からはじまる切れ目のない支援において、メンタルヘルス不調の母親を早期に見つけケアすることは重要である。母親のメンタルヘルスの不調は母子関係[3]や子どもの発達[4, 5]にも大きな影響を及ぼす。メンタルヘルスの不調の妊産婦には、周産期の管理で産科医・助産師・看護師など、新生児健診で小児科医、体調不良で内科医、保健相談で保健師、治療で精神科医といったように多職種が関わるが、対応がまちまちで、見過ごされたまま対応がなされないケースも多く、連携が不十分であるのが現状である。メンタルヘルス不調の妊産婦に各機関で一定水準の統一した対応や他機関との連携が望まれる。近年、うつ病の早期発見、治療推進のため、地域のかかりつけ医(General Physician)をうつ病発見のゲートキーパーとして、精神科医(Psychiatrist)との連携を強化するシステムである G-P ネットが各地で展開されている[6, 7]。同様に、メンタルヘルス不調の妊産婦やその子の養育の問題に対し、かかわる様々な職種が早期発見・早期介入のゲートキーパーになり、医療・保健・福祉が連携してサポートするような仕組みを母子保健の領域で構築していくことが必要であると考えられる[8, 9]。

現在、地域の母子保健・児童福祉の領域では、妊娠期から家族全体を支えていく仕組みが各地域でまさに模索されている。医療・保健・福祉がどのように協働し、妊娠期から母と子、その家族全体を支え、精神的な問題の予防・早期発見・早期介入を行っていくかが現在の重要な課題であろう。本稿では、妊娠・出産・育児に関わる各時期の保健福祉システムの現状とあり方について述べる。併せて、東京都世田谷区の母子保健関係者の協議会が作成した母子保健における医療・保健・福祉の連携のモデルも紹介する。

妊娠期

妊娠期では、特に第一三半期がつわりなどの体調不良などとともに、メンタルヘルス不調の頻度が高い時期である[10]。産後に精神的な不調を来しやすい妊娠期の危険因子として、海外の研究では妊娠中のうつや不安、ソーシャルサポートのなさ、精神科既往、ストレスとなるようなライフイベント、うつ病の既往、神経質傾向、夫婦関係、経済状況、産科的な問題が危険因子であることが明らかとなっている[11]。また、日本人女性を対象とした東京都世田谷区における疫学調査でも、妊娠中の抑うつ状態、初産婦、現在精神科通院していること、家族のまとまりを感じられていないことがリスク要因となることが明らかとなっている[12]。妊娠中のメンタルヘルスのスクリーニングが産科医・助産師・保健師など母子保健関係者が妊娠期からそのようなリスク因子を念頭に置いて妊婦に関わることで、精神的な問題の早期介入につながると考えられる。児童虐待予防の観点から、近年、産後に養育不全を来しそうな妊婦を「特定妊婦」として、妊娠期から関係職種がサポートする体制整備が求められている[13]。しかし、特定妊婦をどのように定義し、どのように見つけ、サポートしていくかについては定まっていない。

産科など医療機関の忙しい現場では、特定妊婦を見過ごしやすい。ハイリスクの妊婦に関わる様々な職種がそれぞれの持ち場で気づき支援を行うセーフティネットの考え方が重要であると考えられる。近年、多くの地域で、妊娠届時から保健師や専門のコーディネーターが妊婦に関わり、産後に養育の問題を持ちそうな妊婦に対応する取り組みが始まっている。妊娠期から専門職がかかわるメリットとしては、そのような仕組みがあることで全てあるいは大多数の妊婦に関われることで、支援の必要なハイリスク妊婦の見過ごしが減るといふこと、支援の関係性を妊娠期から築けることで、産後に問題がこじれてからではなく母親が早期から気軽に相談できることなどがあげられる。

図1は、東京都世田谷区の母子保健関係者の協議会「母と子のサポートネットせたがや」で作成した、産科分娩施設でのメンタルヘルス不調の母親への対応フローチャートである。
[14]

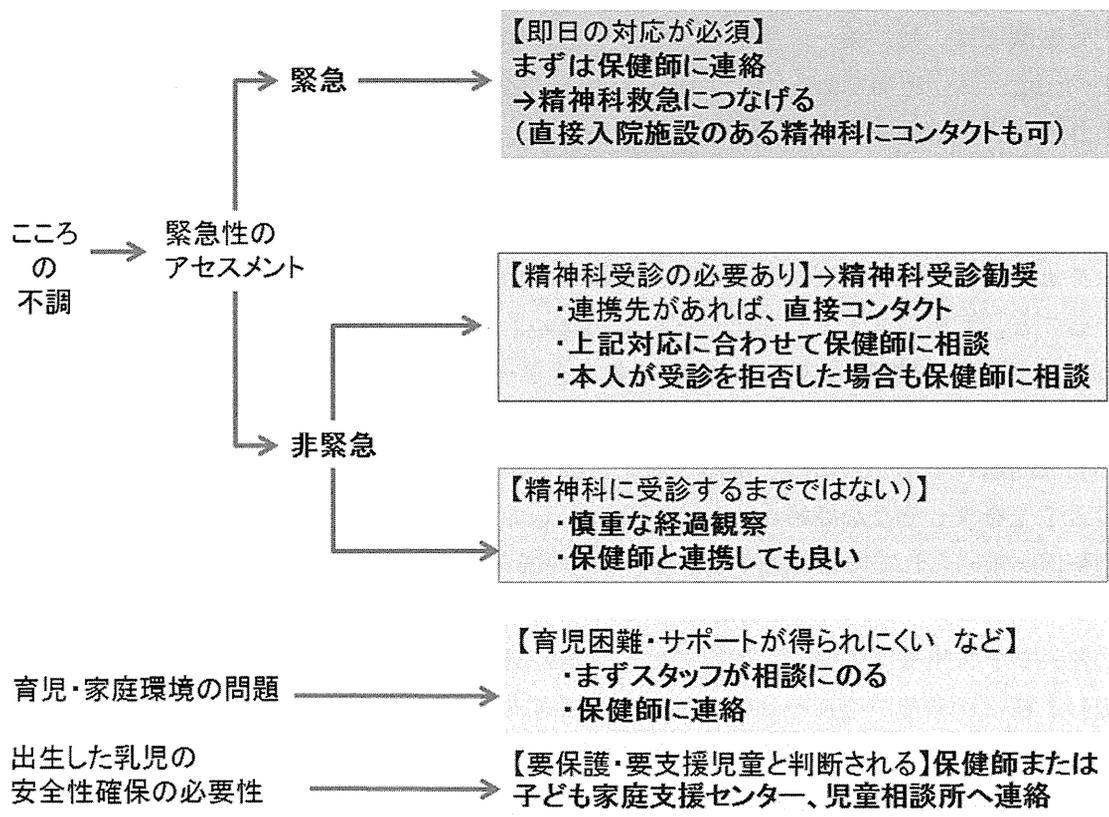


図 1. 精神的問題などについての産科施設対応フローチャート

出産期

現状では、生後 3 か月までに、乳児のいる全ての家庭を保健師が訪問し、子育て支援に関する情報提供や養育環境などを把握する乳児家庭全戸訪問事業（こんには赤ちゃん事業）が行われている。その際に保健師が使うスクリーニングとして、エジンバラ産後うつ病評価尺度（EPDS）[15]の日本語版[16]、The Mother-to-infant bonding scale[17]の日本語版である赤ちゃんへの気持ち質問票[18, 19]、育児支援チェックリストからなる「三つの質問票」が広く用いられている。EPDS は産後うつ病をはじめとした、母親のうつ状態や不安についてのスクリーニングとなる。日本女性では EPDS が 9 点以上であるとうつ病が疑われるとされており[20]、保健師が産後のメンタルヘルスのアセスメントをするなどの際に重要な指標となっている。赤ちゃんへの気持ち質問票は、愛着など児への感情をアセスメントするツールであり、点数が高いほど赤ちゃんへの愛着感情がもてなかったり、拒否的、攻撃的であったりすることを示唆する[21]。育児支援チェックリストは、育児困難に関連する要因や状況の項目から成り立っており、結婚や社会経済状況、周囲からのサポート、親密な対人関係などの心理社会的な問題を含む。これら 3 つの質問票を使うことで、系統的にメンタルヘルスの問題、子どもへの愛着や児童虐待のリスク、育児状況を把握することができ、母子やその家族の支援計画立案に役立てることができる[22]。このようなスクリ

ーニングは見過ごしを減らし、支援が必要なハイリスクの母子の早期発見・早期介入の非常に有用なツールと考えられる。

産後は、産後うつ病をはじめとして、産褥精神病など様々な精神障害の好発時期である。たとえば、日本人における産後うつ病の発症頻度は12～17%と高い[20, 23]。世田谷区で行った妊産婦のメンタルヘルスについての疫学調査では、産後2週をピークに非常に多くの妊産婦がメンタルヘルス不調を来していることが明らかになった[24]。図2は、その調査において産後のエジンバラ産後うつ病評価尺度（Edinburgh Postnatal Depression Scale 日本語版：以下 EPDS とする）のカットオフ値で陽性となった妊産婦の割合を初産婦・経産婦で分けたものである。特に初産婦では、産後2週時に EPDS 陽性者が25%に達し、産後3か月では初産婦・経産婦ともにほぼ同じ割合になる。このように初産婦と経産婦でメンタルヘルス不調を来す者の割合が大きく異なる理由として、初産婦では育児が初めてのために分娩施設を退院して帰宅後に心身ともに疲弊を来しやすいためと推察される。

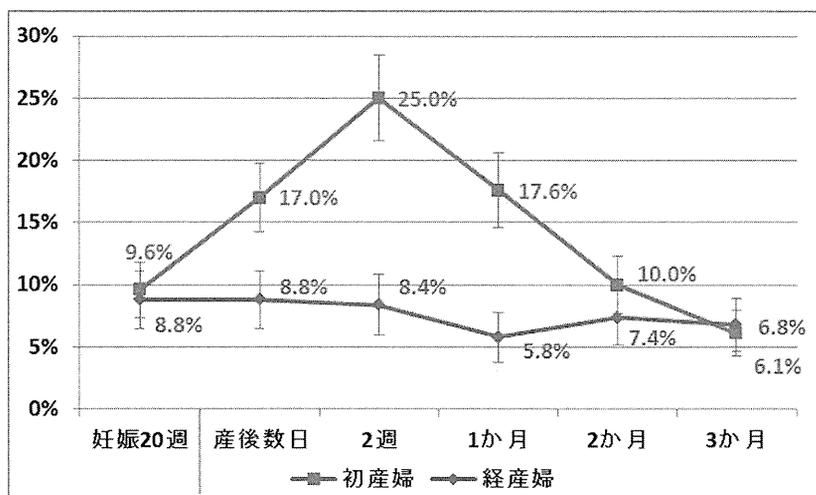


図2. 周産期におけるメンタルヘルス不調の母親の割合

育児期

産科医療は、多くの場合、産後1か月の健診で産褥婦のフォローアップを終了する。そのあとの時期、医療の領域でメンタルヘルス不調の母親とその子どもに関わる重要な職種は小児科医であろう。小児科医は、新生児健診、3-4か月健診、6-7か月健診、9-10か月健診、1歳半健診や上気道炎・胃腸炎などの診療の際に、そのような母親に専門職として接する機会を持つ。小児科医は、子どもの健康のみならず、母親のメンタルヘルス不調の早期発見・早期介入のゲートキーパーとしての重要な役割を果たしうると考えられる。また、この時期の母子のサポートとして、新生児訪問・乳幼児健診からのフォローアップなどで、保健師が非常に重要な役割を果たす。メンタルヘルス不調の母親に小児科医や保健師など母子保健領域の職種が気づき支援を行うのを、必要があれば精神科医などメンタルケアの専門職が連携してバックアップしていくことがのぞまれる。多くの地域では、この時期の

母親に対する小児科医・保健師と精神科医の連携は十分でないであろう。図3に、図1同様「母との子のサポートネットせたがや」で作成した、地域の小児科医⇄保健師⇄精神科医の連携の際の小児科医における対応フローチャートを紹介する[25]。産科施設同様に、まずは保健師との連携が根幹となる。子どもを診る小児科医は、たとえ母親のメンタルヘルスが明らかに不調であったとしても、精神科・心療内科には紹介しづらい。そのようなときは、まずは保健師につなぎ、その上で、必要であれば保健師から精神科医につないでもらうのが現実的である[25]。

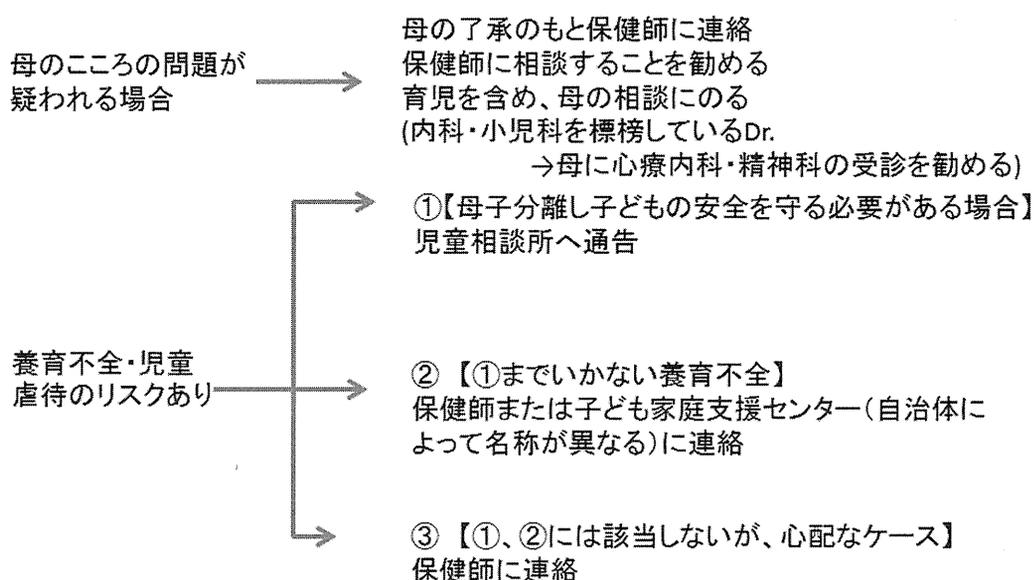


図3. 小児科における母親へのメンタルヘルスのスクリーニングとハイリスク母子への対応

この時期の母親と子どものサポートについては、医療の他に、地域の母子保健・児童福祉などで様々なサービスが行われている。厚生労働省の地域子育て支援拠点事業では、子育て中の親子が相互交流を行う場所での相談や情報提供などが行われている。また、家庭での養育が一時的に困難になった子どもに対して、一時預かり、ファミリー・サポート・センター事業、ショートステイ・トワイライト事業などが行われている[13]。また、就労している母親に対して仕事と家庭の両立をサポートしたり、日中の養育の負担軽減などのため、保護者の就労状況などに応じて認定こども園・幼稚園・保育所提供したりするなど、様々な支援が行われている。一方、子育ての中で育児不安・ストレスを抱える親は多い。子育て中の親が育児に対して少しでも余裕と自信を持ち、親としての役割を發揮できる社会を構築するために、「健やか親子21(第2次)」においては、「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」が重点課題の1つとなっている[1]。親が感じる育てにくさには、子どもの心身状態や発達・発育の偏り、疾病などによるもの、親の子育て経験の不足や知識不足によるもの、親の心身状態の不調などによるもの、家庭や地域など親子を取り巻く環境との関

係で生じるもの、あるいは支援の不足によるものなど多面的な要素を含む[26]。そのような家族に対しては、育てにくさを感じている親の心身の疲弊や子どもの特性・家庭のリスク要因などに早期に気づき、支援をしていくことが必要であろう。また、親が育てにくさを感じている原因として、子どもの自閉スペクトラム症、注意欠陥多動障害などの発達障害が原因となっていることもある。発達障害を持つ子どもは、本人の持つ発達の特性に親が気付くこともあれば、乳幼児健診や小児科医の診察、幼稚園や保育園など教育の現場で気づかれることも多い。幼児の発達障害に対応する児童精神科医・小児科医の数は不足しており、さらなる体制整備が望まれる。

児童虐待予防の地域対策として

メンタルヘルス不調の母親を早期に発見し、早期に介入することは児童虐待の予防にもつながる[27]。これまでの児童虐待対策は、児童虐待や養育不全が起きてしまったからの対応が主であった。母子保健関係者による妊娠期からの切れ目のない支援は、下記のような点で既存の要保護児童対策地域協議会（要対協）の機能を強化すると考えられる。i)母子保健でメンタルヘルス不調のハイリスクの母親に関わる産科スタッフ・小児科医をゲートキーパーとして従来の保健師によるサポートシステムや精神科医療につなぐ地域連携を固めることで、ハイリスク症例に対する早期発見・早期介入が可能になる。ii)要対協に上がっていない潜在的なハイリスク家庭に対して、一次予防的な対策を関係機関で行っていく場となりうる。現在、日本の各地域で要対協が実施されている。従来の要対協のシステムは、図4の上から三層の部分の構造で、①代表者会議（関係機関の代表者が参加）、②実務者会議（実務に携わる所属の長が参加）、③ケース検討会議（必要に応じて開催し直接の支援者が参加）から成り立っている。妊娠期からの切れ目のない医療・保健・福祉の連携は、児童虐待の一次予防的な役割を果たし、従来の要対協の機能を強化しうると考えられる。今後、児童虐待や養育不全が起こる前から、ハイリスクの母親に対し、早期から様々な職種が気づき、連携しながら、支援していくような仕組みづくりが必要である。

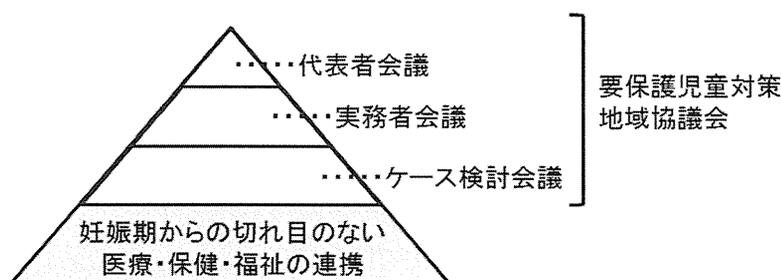


図4. 要保護児童対策地域協議会と「妊娠期からの切れ目のない医療・保健・福祉の連携」

精神科医が地域の母子保健・児童虐待予防に関与すること

妊娠・出産・育児の時期においてメンタルヘルスの不調を来した母親に対する精神科治療として、地域保健師などは児童精神科医につなぐことが多いが、この時期の母親に対して治療を行う精神科医は、必ずしも児童精神科医である必要はない。一般成人を専門とする精神科医が広く母子保健領域のメンタルヘルス不調の母親の支援に関わることで、より一層、母子保健や児童福祉と精神保健の協働が進んでいくと考えられる。

謝辞

本稿の図 1 のフローチャートは、東京都世田谷区の母子保健関係者の協議会「母と子のサポートネットせたがや」の世話人の皆様と共に作成致しました。ここに謝意を表します。

参考文献

1. 健やか親子 21 (第 2 次), 健やか親子 21 (第 2 次) <http://sukoyaka21.jp/sub.html>. 健やか親子 21 (第 2 次) .
2. 厚生労働省雇用均等・児童家庭局, 「子育て世代包括支援センター」と利用者支援事業等の関係等について <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/administer/office/pdf/s41-2.pdf>. 平成 27 年 9 月, 2015.
3. Flykt, M., et al., *Maternal depression and dyadic interaction: the role of maternal attachment style*. Infant and Child Development, 2010. 19(5): p. 530-550.
4. Goodman, S.H., et al., *Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review*. Clinical child and family psychology review, 2011. 14(1): p. 1-27.
5. Brand, S.R. and P.A. Brennan, *Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children?* Clinical obstetrics and gynecology, 2009. 52(3): p. 441-455.
6. 石蔵文信, 精神科医と内科医のネットワーク構築. 公衆衛生, 2008. 72(10): p. 818-821.
7. 森隆夫, GP ネット構築で再確認したこと. 精神神経学雑誌= Psychiatria et neurologia Japonica, 2012. 114(6): p. 627.
8. 立花良之 and 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: 周産期 GP ネット. 2013.
9. 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.
10. 岡野禎治, 産後うつ病と育児支援. 精神神経学雑誌= Psychiatria et neurologia Japonica, 2009. 111(4): p. 432-439.
11. Robertson, E., et al., *Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature*. General hospital psychiatry, 2004. 26(4): p. 289-295.
12. 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): p. e0142410.
13. 厚生労働省雇用均等・児童家庭局, 妊娠期からの妊娠・出産・子育て等に係る相談体制等の整備について. 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長、家庭福祉課長、母子保健課長通知, 2011. 平成 23 年 7 月 27 日付雇児総発 0727 第 1 号、雇児福発 0727 第 1 号、雇児母発 0727 第 1 号.
14. 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.
15. 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.
 16. 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.
 17. 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.
 18. 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における支援方法の検討-. 精神科診断学, 2003. 14(1): p. 49-57.
 19. 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.
 20. Yamashita, H., et al., *Postnatal depression in Japanese women: Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood*. Journal of Affective Disorders, 2000. 58(2): p. 145-154.
 21. 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.
 22. 吉田敬子, 山下洋, and 鈴宮寛子, 産後の母親のメンタルヘルスと育児支援マニュアル ~ 自己記入式質問票を活用した援助の実際 ~. 平成 16 年度厚生労働科学研究 (子ども家庭総合研究事業). 平成 16 年度厚生労働科学研究 (子ども家庭総合研究事業), 2004.
 23. Yoshida, K., et al., *Postnatal depression in Japanese mothers and the reconsideration of 'Satogaeri bunben'*. Pediatrics International, 2001. 43(2): p. 189-193.
 24. 竹原健二 and 立花良之, わが国の妊産婦における妊娠 20 週から産後 3 か月までの産前・産後うつの割合とその推移. 第 73 回日本公衆衛生学会総会抄録集, 2014: p. 286.
 25. 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, 2013. 50: p. 142-145.
 26. 健やか親子 21 (第 2 次), 検討会: 健やか親子 21 (第 2 次) 検討会報告書 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000041585.html>. 健やか親子 21 (第 2 次) .
 27. Cadzow, S.P., K.L. Armstrong, and J.A. Fraser, *Stressed parents with infants: reassessing physical abuse risk factors*. Child abuse & neglect, 1999. 23(9): p. 845-853.

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
須坂市と長野市での取り組み

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 鈴木あゆ子 （須坂市健康福祉部健康づくり課）
鹿田加奈 （長野市保健所健康課）

研究要旨

少子化、高齢出産、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。

須坂市を中心とした地域母子保健への周産期精神保健の取り組みのまとめと長野市へのエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）の導入とその支援に関連し、長野県精神保健福祉センターが果たした役割を報告する。

平成26年度からは、須坂市では母子手帳交付時から「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「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。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、周産期メンタルヘルス実務検討会を行っている。

平成27年度は、平成28年4月から長野市が「乳児家庭全戸訪問事業」にEPDSを全例に導入したいということで、この1年間、研修に協力した。既に、試行しており、ケースも検討を重ねている。長野市では須坂市と異なる点として、妊婦健診未受診者をいかに少なくするかが課題である。長野市では今までの事業を生かしながら、子育て世代包括支援センターの設置など、ネウボラを模した包括的子育て支援も検討されている。

I 目的

平成27年4月から「健やか親子21（第2次）」が開始され、指標は「産後1か月でEPDS9点以上を示した人へのフォロー体制がある市町村の割合」が示された。

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年度から医療機関と市町村と連携

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年度からは須坂市は厚生労働省の「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。平成27年度の須坂モデルのまとめと平成28年度からの長野市へのEPDSの導入の準備について考察した。

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。

II 方法

1. EPDS等を用いた妊産婦への聞き取り

【母子健康手帳交付時】

- ・ EPDS
- ・ 妊婦さんおたずね (市作成)
同居家族の状況、本人・家族の喫煙、本人の飲酒、BMI、妊娠が分かった時の気持ち妊娠・育児の協力者、困った時に相談する人、経済面の不安、これまでの流産・死産等
精神科既往歴等、1年以内のうつ状態、これまでの妊娠出産の状況、不安等の自由記載

【産科退院時 (須坂病院)】

- ・ EPDS

【1か月健診時 (須坂病院)】

- ・ EPDS
- ・ 育児支援チェックリスト
- ・ ボンディング

【乳児家庭全戸訪問 (以下乳児訪問) 時】

- ・ EPDS
- ・ 育児支援チェックリスト
- ・ ボンディング

【3か月健診時】

- ・ EPDS

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

(1) 周産期メンタルヘルス実務検討会の開催 (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・産科の医師、病棟・外来の助産師・看護師、MSW、須坂市・小布施町・高山村：保健師

スーパーバイザー

長野県精神保健福祉センター所長小泉典章

国立成育医療研究センター医長 立花良之
検討会内容

要フォロー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

3. 妊娠・出産包括支援モデル事業の実施

(1) 母子保健相談支援事業…保健師を母子保健コーディネーターとして配置

- ・ 母子健康手帳交付時に全妊婦との面接の実施
- ・ 産後うつ病等についての情報提供
- ・ 社会資源の情報提供 (産後ケア事業、ファミリーサポート、一時保育、民間サービス等)
- ・ 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

(2) 産前産後サポート事業

- ・ 助産師や保健師による、訪問や電話等での支援
- ・ 子どもの成長や育児の不安に対する、妊産婦への継続した相談支援

(3) 産後ケア事業

- ・ 長野市の助産所の他に、新たに県立須坂病院に委託 (宿泊型・デイケア型)

III 結果

1. 妊娠期から児の3か月健診までのEPDS得点の状況

・ 平成27年9月～12月に3か月健診でEPDSに回答し、母子健康手帳交付時、乳児訪問時にもEPDSに回答している妊産婦77名の結果を分析 (図1、図2) した。

EPDS合計得点の平均は、妊娠届出時には4.1点、乳児訪問時は3.5点、3か月健診時は2.7点と徐々に低くなっている

(図1)。また、フォローが必要となる9

点以上の割合も妊娠届出時は 11 人、乳児訪問時は 5 人、3 か月健診時は 3 人と減少していた（図 2）。

EPDS の得点合計を項目別にみると、母子健康手帳交付時は質問 3 の「物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた」、質問 4 の「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」の項目が高く、乳児訪問時、3 か月健診時は質問 6 の「することがたくさんあって大変だった」の項目が最も高かった。（図 3）

2. 母子健康手帳交付時の面接から見える 妊婦の不安の内容

妊婦さんおたずねの自由記載から 複数回答あり 総数 389 人

不安項目	人数
流産、早産等妊娠経過に関する こと	25
つわり等母体に関する こと	76
出産に関する こと	7
育児に関する こと	4
経済面に関する こと	14
仕事に関する こと	12
兄弟に関する こと	60
その他	14

（平成 26 年度健康づくり課調べ）

母子健康手帳交付時のおたずねの自由記載から、妊婦の不安の内容を項目に分けてみると、つわり等母体に関することが最も多く、次いで上の子への関わり方や児の発達に関する不安が多かった。

3. 周産期メンタルヘルスケア実務検討会 で継続事例に上がっているケースの内容 （重複あり）

ケース 実数	EPDS 高得点	メン タル 不 調	育 児 不 安	10 代 の 出 産	家 族 関 係	経 済 的 理 由	母 の 育 児 能 力
23	2	10	1	7	4	1	1

（平成 26 年度健康づくり課調べ）

ケースの内訳をみると、EPDS の高得点だけでなく、妊産婦のメンタルヘルスの不調や 10 代の出産が多く、EPDS の点数に関わらずケースに上げている。

IV 考察

1. 妊娠期から児の 3 か月健診までの EPDS 得点の状況について

母子健康手帳交付時は、EPDS 合計得点の平均や EPDS 9 点以上の方が、乳児訪問時、3 か月健診時に比べ多かった。このことから、妊娠初期から継続して妊婦の抑うつ状態に配慮した関わりが重要であると考えられる。また、妊娠時の EPDS では、質問 3、4 に点数がつくことが多く、自由記載ではつわりや流早産など妊娠経過に関することや胎児に関する不安が多く聞かれた。つわりによる体調不良で、思うように仕事や育児、家事が出来ないことから、自責の念が高まっていると考えられる。

乳児訪問時の EPDS 9 点以上の産婦は、第 2 子以降で育児支援が受けられないケースが多く、出産後の疲労や育児負担感が高まったと考えられる。3 か月健診で EPDS 9 点以上の 3 名のうち、2 名は乳児訪問から引き続いて得点が高く、上の子への関わりや育児負担感を訴えており、ファミリーサポートなどの紹介とともに、継続した相談支援を行っている。

2. 母子健康手帳交付時の面接から見える妊婦の不安について

市では母子健康手帳交付時の面接で、EPDSと併せて、妊娠の受け止めや支援者の有無、精神科の既往、経済状況等について、おたずねを用いて聞き取っている。これらの聞き取りから、個々の多様な不安や悩みの聞き取りが可能になり、産後ケア事業やファミリーサポート等の地域資源の紹介や相談窓口の情報提供につながっている。また、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行い、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。妊娠期からの聞き取りにより、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、妊娠から産後の継続した支援体制が整ってきている。これらが、妊婦自身にとっても、妊娠中の安心感や産後の育児の準備にもつながっていると考える。

母子健康手帳交付時、乳児訪問時、児の3か月健診時と連続して聞き取りを行うことで、妊産婦のうつ傾向や不安について、その時々現状がより把握しやすくなった。

3. 周産期メンタルヘルスケア実務検討会における継続事例について

これらのEPDSの活用や、周産期メンタルヘルス実務検討会を通して医療機関と行政が連携している支援体制は、EPDSが高得点になった妊産婦だけでなく、育児支援チェックリストやおたずね等の聞き取りの中で、フォローが必要になったケースの共通理解を深め、ケースへの妊娠期から産後までの切れ目ない支援につながっていると考えられる。

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、須坂市は厚生労働省の「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つなぐため、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

- ・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

- ・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

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。

5. 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年度に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がある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・関係医療機関およびに市町村に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、長野県看護協会をお借りして、全県を対象に松本市で開催した。

来年度の平成28年度には、信州大学病院産科で、外来、入院の妊産婦にEPDS導入をはかりたいということで、小生が平成28年3月の講習会に協力している。群馬大病院産科でも「妊娠・出産・子育ての切れ目のない支援」について試みられている。今、進められている認定助産師のラダー3レベルにとっても有益になると思われる。

6. 長野市の産後うつ対策への協力

平成27年度は、長野市が「はじめまして赤ちゃん事業」(こんにちは赤ちゃん事業を意味する)に平成28年4月から、EPDSを全訪問例に導入したいということで、この1年間、下記の講師をお願いし、研修に協力してきた。

6月22日EPDSの活用について
国立成育医療研究センター医長 立花良之
長野県精神保健福祉センター所長 小泉典章

10月27日質問票を用いた支援方法と連携について
北里大学看護学部准教授 新井陽子

既に、それを受け、平成27年度内に各保健センターでEPDSを試行しており、ケースも検討を重ねている。長野市では須坂市と異なる点として、妊婦健診未受診者、関連し、飛込み分娩が見られ、いかに少なくするかが課題である。長野市では今までの事業を生かしながら、子育て世代包括支援センターの設置など、ネウボラを模した

包括的子育て支援も検討されている。母子保健手帳配布時に渡される出産に関するサービス一覧表などの資料が、熱心のあまり、膨大過ぎてすぐに読めないという声もある。

また、産後ケア事業は長野市では、以前から行われていたが、平成28年度から受託医療機関を増やし、利用者負担の軽減をはかっている。長野市医師会でも市の産後うつ対策を全面的に支援しており、小児科から増田英子先生、産科から中澤学先生、精神科から小泉典章が協力委員として加わっている。

わが国でネウボラが知られるようになったのは、2014年9月23日の讀賣新聞の榊原智子記者の紹介の記事である。ネウボラとは、フィンランドの代表的な子育て支援制度で、親子の健康を地域ごとに守るというシステムである。日本では妊婦健診は産婦人科で受け、子どもが生まれると小児科や市町村と通う先が統一していない。日本では受けられる支援を自分で探すのが当たり前になっている。場合によっては関係各所をたらい回しということもあり、とても利用しやすい状態にはなかった。それを打破していくのが、日本版のネウボラでこれからも、ネウボラをモデルにした子育て支援政策は増えていくことと思われる。誰もが安心して出産・子育てができ、必要な時に必要なアドバイスや支援を受けることができる。

フィンランドではネウボラが子どもを抱える家庭の駆け込み寺のような場所になっており、同じ人がずっと成長を見守ることになる。また、子どもの発育や障害だけでなく、夫婦間の暴力や貧困問題の相談を受けることもあるという。健康診断は無料で、情報は50年間保存されている。

ネウボラの意味は「アドバイスを受けられる場所」ということで妊娠から子育てにおける切れ目のない、様々な助言・支援な

どのサービスを、ほとんど無料で受けられる制度である。

ネウボラは妊娠中から6歳までの子どもがいる家庭が対象で、基本的には、経済格差にかかわらず全ての世帯が対象である。できるだけ同じ担当者が最後まで関わり、育児に関するほぼすべての支援がひとつの場所で完結できるというのが、原則である。

ながの版ネウボラの概容を構想したものが、付図である。ながの版ネウボラについて、本家フィンランドのネウボラと比較した考察を試みたい。

① 妊娠から子育てまで窓口を一つにする

子供に関する行政手続きや相談はその都度、別々の窓口に行かなくてはいけない。母子健康手帳を受けるときから、窓口を一つにしようとする考えがあり、それが徐々に増やしていく予定の子育て世代包括支援センターが拠点であり、窓口一つで各機関の紹介や育児に関する相談など、便利で切れ目のない支援を受けられるようにする。

② 拠点に専門職を配置する

各自治体の子育て支援包括センターに保健師などの専門家を徐々に配置していく計画である。子育て支援包括支援センターがネウボラ的なワンストップ拠点となり、妊娠から子育てまで適切なアドバイスを受けることができるようになる。

③ 子育て支援の医療と福祉の連携

これまで医療と福祉はそれぞれ独立していた。しかし、妊娠・子育てにおいては両者一体化していたほうが有機的である。ながの版ネウボラでは、子育て世代包括支援センターを中心に連

携することにより、必要な時に必要な機関への紹介が可能になる。妊娠中の健康や悩み、子どもの発達を切れ目なく見守ることで、障害や病気（産後うつ、発達障がい、等）の早期発見、家庭内暴力、児童虐待、子供の貧困等家庭や経済問題の早期解決に繋がる。

「甘えの構造」を書かれた土居健郎先生が、「精神保健の仕事の半分は母子保健ではないか」と言われたそうだが、子育てに関して、精神保健の立場から考えても、少子化・高齢出産など妊娠・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、継続した支援につながる事が大切である。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願っている。

いま、全国から注目を浴びている下条村の合計特殊出生率の上昇の要因として、フィンランドのネルボアと共通点が見いだせる。高校生までの医療費無料化、給食費半額補助、保育料の引き下げ、第2子以降の出産祝い金、小中での入学祝い金、などである。(フィンランドでは、女性が生涯に産む子どもの推定人数を示す合計特殊出生率が1・8前後で推移している。ちなみに下条村は1.88)このような経済的支援のみならず、メンタルヘルス支援も強化を目指していきたいと願っている。

ところで、当センターは14名の正規職員の小世帯の現地機関であるが、今年1年間で4名の産休、育休者（全員初産）を出すことができている。長野県現地機関の下条村と呼ばれる所以だが、このプロジェクトと無縁のことではないと考えている。

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。そこで、一歳半、三歳児健診に参加したことがない本県の保健師も増えている。新潟市で2015年11月21日に開かれた第21回日本子ども虐待防止学会で発表したところ、新潟県では市町村に委譲しても、母子保健に関して県もそのまま連動して、離れなかったという。

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、長野市が主体となり、より高度な周産期メンタルヘルズ支援を試みようとする意義は大きいと考える。

V まとめ

E P D Sを導入したことで、妊産婦の気持ちに目を向け、客観的に捉えることができるようになった。また、自分の気持ちを表現することが苦手な妊産婦の気持ちを知ることができ、妊産婦のS O Sを受け止め、気持ちに寄り添った早期の対応が可能になった。

E P D Sという客観的な指標を用いることで、医療機関と共通認識を持ち、一緒に支援をしていくという協力体制が整い、さらに継続した検討会の開催により連携が取りやすくなっている。

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ができ、すべての子どもの健やかな成長のために、今後もE P D Sの活用や検討会などを通して妊娠期から医療機関と連携した切れ目ない支援を行い、安心して子育てできる体制を整えていきたい。

VI 健康危険情報

なし

VII 研究発表

・論文発表

（和文原著）

1. 小泉典章 「公衆衛生領域と精神保健領域における、医療、介護及び福祉との連携と協働」、公衆衛生領域における連携と協働、日本公衆衛生協会、東京、pp145-152、2015
2. 小泉典章、赤沼智香子、「実現しうる産後うつ病の予防対策とは」、月刊公衆衛生情報、Vol. 45(1) : 6-7、2015

・学会発表

1. 小泉典章 「地域の精神保健の中でいかに妊娠期からの切れ目のない支援ネットワークを構築するか」、母子保健メンタルケアゲートキーパー研修会、2015.9.12、東京
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」、日本子ども虐待防止学会21回学術集会にいがた大会、2015.11.21、新潟市
3. 鈴木あゆ子、赤沼智香子、荒川真貴、小泉典章、「エジンバラ産後うつ病質問票を活用した取り組みと、医療機関と連携した支援について」平成27年度長野県健康づくり研究討論会、2016.2.18、長野市

VIII 知的財産権の出願・登録状況

なし

図1 EPDS合計得点の平均 (n = 77)

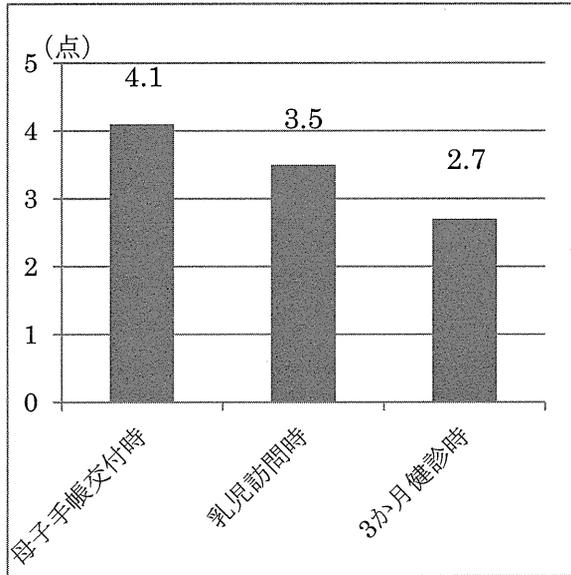


図2 EPDS 9点以上の人数 (n = 77)

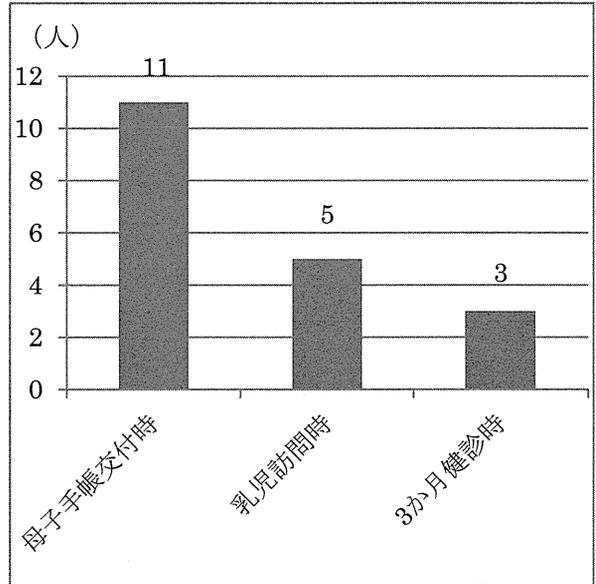


図3 EPDSの項目別合計得点

