

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））
総合研究報告書

**うつ病の妊産婦に対する医療・保健・福祉の連携・協働による支援体制
（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（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）
- 研究分担者 小泉典章（長野県精神保健福祉センター）
竹原健二（国立成育医療研究センター研究所 成育政策科学研究部）
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）
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 大田えりか（国立成育医療研究センター研究所 成育政策科学研究部）
渡邊央美（国立成育医療研究センター 妊娠と薬情報センター）
中川真理子（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）
赤沼智香子（須坂市健康福祉部健康づくり課）
樽井寛美（須坂市健康福祉部）
鹿田加奈（長野市保健所健康課）
鈴木あゆ子（須坂市健康福祉部健康づくり課）
黒澤伸枝（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）
辻井弘美（国立成育医療研究センター こころの診療部）
井富由佳（国立成育医療研究センター研究所 政策科学研究部）
田山美穂（国立成育医療研究センター研究所 政策科学研究部）
岡潤子（国立成育医療研究センター研究所 政策科学研究部）
三木佳代子（助産師）
伊藤弘人（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
社会精神保健研究部）
辻井弘美（国立成育医療研究センターこころの診療部）
杉浦伸一（名古屋大学大学院医学系研究科医療管理学寄付講座）
中澤文子（佐久保健福祉事務所）
勝又真理子（上田保健福祉事務所）
石井栄三郎（県立須坂病院小児科）
柳川侑子（国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部）
Nnorom Chioma Ezinne（国立成育医療研究センター成育政策科学研究部）
小泉智恵（国立成育医療研究センター研究所）

研究要旨

本研究班は、メンタルヘルス不調の妊産褥婦や児の養育の問題に対し、医療・保健・福祉の連携モデル（母子保健 G-P ネットとよぶこととする）を構築しその有効性について検証することを目的とした。

東京都世田谷区と長野県須坂市・長野市において、母子保健 G-P ネットを展開し、その有効性について検証した。また、東京都世田谷区において、メンタルヘルス不調の妊産婦の実態についての調査及び、そのような母親への対応について母子保健関係者のニーズの調査を行った。さらに、メンタルヘルス不調の妊産婦のメンタルヘルス対応についての文献研究を行った。

周産期は心身の不調を来しやすく、そのような心身の問題に地域一体となった多職種連携で対応していくことの重要性が示唆された。

本研究班の研究により、以下の制度の構築が有効と考える。

医療・保健・福祉の連携構築のための、地域での定期的な「顔の見える連携」の場づくり：「顔の見える連携」の場が、子育て世代包括支援センターを核とした地域の母子保健の連携の仕組みの中に組み込まれることで、関係者間の連携がスムーズになっていくと考えられる。本研究班での「母と子のサポートネットせたがや」や須坂市の実務者検討会のような月 1 回程度の関係者が集まる事例検討会議の設定なども、「顔の見える連携」の場づくりとして有効であると考えられる。

周産期における心理社会的リスクの把握

妊娠期など周産期に、妊産褥婦に関わる職種がスクリーニングによりメンタルヘルス不調につながりやすい心理社会的リスクを把握し支援に活かすことの重要性が示された。どの時期にどのようなスクリーニングを行うかについては、今後更なる研究が必要である。

周産期におけるメンタルヘルスのスクリーニングについての診療報酬加算

また、そのようなスクリーニングを実施した医療機関に診療報酬上のインセンティブ付与も均てん化のために有用であると考えられる。

マニュアルの整備

メンタルヘルス不調のリスクを有する母親をサポートするための地域連携がうまくいっていない背景として、母子保健関係者のメンタルヘルスの知識の不足、他職種の役割についての知識の不足、母子保健領域で自分の職種の果たしうる役割についての知識の不足、連携先の知識の不足などが実態調査から明らかになった。本研究班で作成したようなマニュアルは、メンタルヘルス不調の妊産婦への対応についての共通認識を持つ土台作りに有効であると考えられる。

均てん化のための研修会の整備

また、均てん化のための研修会、さらには、各機関や各地域で母子保健関係者を教育できるような周産期のメンタルケアの指導者要請の仕組みを整備していくことも重要であると考えられる。

ガイドラインの作成

母子保健の関連学会・団体で、今後周産期のメンタルヘルス対応のガイドライン作成も望まれる。

妊産褥婦やその子どもについて関係機関と自治体との情報共有の仕組みの整備

今後、妊産褥婦やその子どもについて各機関が持つ重要な情報を、個人情報に最大限配慮しつつ、関係機関同士で共有していくしくみづくりについては今後の課題である。

メンタルケアも含めた産後ケアの更なる充実

本研究班の研究で、産後2週・産後2か月・3か月でも心身の不調を来している産褥婦が多いことが明らかになった。現状では、産科医療機関のフォローアップはほとんどの場合産後1か月で終了するが、希望者には産後2週や産後1か月以後も、公的助成のもとで産後ケアが受けられる体制整備がのぞまれる。

小児医療における母親のメンタルケアへの対応拡大

「切れ目のない妊産婦・乳幼児の保健対策」のために、小児科医が健診などの場で母親のメンタルヘルスのスクリーニングを行ったり、育児の悩みなどで母親のメンタルヘルスの問題に対応したりする体制の整備も今後の課題であると考えられる。

A. 研究目的

本研究の目的は、周産期にメンタルヘルス不調の母親に対しゲートキーパーとなる医療機関が早期に発見し他機関と連携し、また、必要な際には養育支援を行うことで児童虐待や養育不全を予防するための、保健・医療・福祉の連携モデル(**母子保健G-Pネット**とよぶこととする)を提示し、地域母子保健・精神保健のありかたについて提言することを目指すものである。

周産期のうつ病の発生率は10～15%と非常に高い。全人口でのうつ病の12か月有病率が2.2%、生涯有病率が7.5%であることを考えると、周産期のうつ病の頻度はとびぬけて高く、医療・保健・福祉行政として対応することが重要である。母親のうつ病は母子関係や子どもの発達にも大きな影響を及ぼす。うつ病の妊産褥婦には、周産期の管理で産科医、

乳児健診で小児科医、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う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。うつ病の妊産褥婦に各機関で一定水準の対応や連携が望まれる。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をうつ病発見のゲートキーパーとして、精神科医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。メンタルヘルス不調の妊産褥婦や児の養育の問題に対し、医療・保健・福祉の連携モデル(母子保健G-Pネット)を構築しその有効性について検証することを目的とした。母子保健G-Pネットを世田谷区と長野県須坂市・長野市で実施することとした。また、地域の母子保健関係者のニーズや妊産婦のメンタルヘルスについて調査を行い、実態把握することとした。さらに、周産期のメンタルケアの在り方について、海外の研究のレビューを行い、現在のエビデ

ンスを把握した上で今後の施策・政策提案に活かすこととした。

B. 研究方法

研究分担者の立花は、東京都世田谷区で、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」を発足・運営し、また、長野県須坂市の医療・保健・福祉関係者の実務者会議に参加することを通して、メンタルヘルス不調の妊産褥婦やその子どもの支援のための多職種地域連携モデルの構築を行った。それらの活動を踏まえ、メンタルヘルス不調の母親とその子供の支援の多職種地域連携について、母子保健関係者への均てん化の活動を行うこととした。マニュアル作成、研修会開催、ガイドライン作成、多職種連携の際の診療報酬上のインセンティブの提言を目指した。

研究分担者の小泉は、産後のメンタルヘルスについての啓発行動を行い、また、県立須坂病院と市町村の連携による妊娠・出産・育児を支える体制づくりを行った。母子健康手帳交付時に、メンタルヘルス不調の原因となるような心理社会的背景を系統的に聴取する「妊婦さんおたずね」とエジンバラ産後うつ病評価尺度（EPDS）を行った。さらに、産科退院時にEPDS、1か月健診時にEPDS・育児支援チェックリスト・赤ちゃんへの気持ち質問票に3つの質問票を須坂病院で実施し、保健師が乳児家庭全戸訪問に同3つの質問票を実施、3か月健診時にもEPDSを実施する仕組みを作り、メンタルヘルス不調のハイリスク者を抽出して支援する体制づくりを行った。県立須坂病院と市町村の連携による妊娠・出産・育児を支える体制づくりとして、周産期メンタルヘルス実務検討会を月1回開

催した。さらに、妊娠・出産包括支援モデル事業の一環として、母子保健相談支援事業で保健師を母子保健コーディネーターとして配置し、産前産後サポート事業で助産師や保健師による妊産褥婦のメンタルヘルスや育児の支援、産後ケア事業として長野市の助産所の他に県立須坂病院で宿泊型・デイケア型のサービスを行うこととした。

研究分担者の竹原は、平成24年度に厚生労働省の研究班「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）」³⁾が実施した「妊産婦のメンタルヘルスを考える協議会（仮称）」の参加者を中心に、その活動を発展させて「母と子のサポートネットせたがや」の発足へとつなげ、上記研究班で行った世田谷区の妊産婦を対象としたコホート調査のデータベースを用いて、産後の身体的なマイナートラブルの実態、産後うつ予防に向けた効果的なファミリーサポートのタイミング、を明らかにすることを目的としたデータの二次解析を行った。

研究分担者の久保は、医療・保健・福祉の連携体制の課題、周産期のメンタルヘルス不調の母親への早期支援・早期介入のために重要な点を考察することを目的とし、母子保健関係者のアンケートや妊産褥婦のメンタルヘルスの調査の二次解析を行うこととした。

研究分担者の森は、妊娠中及び産後うつ病の効果的な治療法を認識し明確にすることを目的として、エビデンスについての文献研究を行った。

C. 研究結果

研究分担者の立花は平成 25 年度に東京都世田谷区で、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」を発足・運営し、母子保健関係者が「顔の見える連携」を構築するための場づくりを行った。また、長野県須坂市の医療・保健・福祉の連携のための実務者会議にも参画した。メンタルヘルス不調の母親の支援における多職種連携のためのマニュアル「母と子のサポートネットせたがや 心の問題で気になる母親に対する対応の手引き」を作成し、世田谷区と長野市・松本市で研修会を開催した。国立成育医療研究センター妊娠と薬情報センターの渡邊央美副センター長と協働し、「精神科医のための妊娠・授乳中の向精神薬処方の手引き」を刊行した。さらに、情報サイト「母と子のサポートネットせたがや」を作成し、顔の見える連携を強化するためのインターネットを使った患者紹介システムも開発・運用した。また、母子保健の G-P ネット展開の上での課題抽出のために、世田谷区の分娩施設で行った実態調査では、メンタルヘルス不調の妊産褥婦を適切な時期に保健師が十分にフォローアップできておらず、また、精神科で治療を受けているケースが非常に少ないことが明らかになった。一方で、精神科がフォローアップしている妊産褥婦はそうでない群に比べ、有意に育児ストレス・養育不全・抑うつといった心理社会的問題を持つことが明らかになった。平成 27 年度は、日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会・日本周産期メンタルヘルス学会共催のガイドライン作成のための合同委員会において、本研究班の成果を踏まえクリニカルクエストの提案を行った。均てん化のための研修パッケージを作成し、母子保健関係者向けに研修会を長野県長野市で開催し、さらに、全国の母子保健関係者向けに、「母子保

健メンタルケアゲートキーパー研修会」を開催した。平成 28 年度の診療報酬改訂のための、日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会・日本精神神経学会の合同による内科系学会社会保険連合要望の検討委員会に参加し、本研究班のデータを基礎資料として提出した。同改訂において、ハイリスク妊娠・分娩管理加算、ハイリスク妊産婦共同管理料において、算定対象として精神疾患を合併した妊娠および分娩に関する評価を加えられることになった。

研究分担者の小泉は、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を置く長野県精神保健福祉協議会が 10 万部作成し、長野県全県の母子保健関係機関に配布した。また、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市町村に配布した。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 名の結果を分析したところ、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 点と徐々に低くなり、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。母子健康手帳交付時の質問票では、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。周産期メンタルヘルスケア実務検討会で扱ったケースの内訳では EPDS の高得点だけでなく、妊産婦のメンタルヘルス不調や 10 代の出産が多く、EPDS の点数に関わらず検討にあがった。

研究分担者の竹原は、世田谷区のコホート調査に関係した分娩施設の関係者や区内の母子保健関係者などからなる多職種連携の協議会「母と子のサポートネットが世田谷」の発足に尽力した。また、世田谷区のコホート調査の二次解析を行い、次のような結果を得た。産後の心身のマイナートラブルの実態として、産後1か月時に多く見られたマイナートラブルは、全体的に「肩こり」が高く、初産婦では「児が泣いている理由がわからない」、経産婦では「WHO-5(精神健康状態の測定尺度)のハイリスク」が高い結果となった。産後2か月まで症状が継続する項目は、初産婦・経産婦ともに「WHO-5のハイリスク」や「肩こり」の割合が高く、産後3か月まで継続する項目では、初産婦では「児が泣いている理由がわからない」、経産婦では「WHO-5のハイリスク」、全体的に「肩こり」が高い割合を示した。パートナーからの精神的サポートがないと妊娠中・産後3か月のうつ病のリスクが高くなったが、産後数日と産後1か月のパートナーの精神的サポートはうつ病のリスクとは関係がなかった。一方で、実母・義母による精神的サポートがないと産後うつ病のリスクが高くなったが、実母の物理的サポートの有無は産前・産後のメンタルヘルスと統計的な関連は見られなかった。

研究分担者の久保は、初年度に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」の協議会でアンケートを行い、メンタルヘルス不調の妊産褥婦を抽出する適切な方法とメンタルヘルスの問題への対応の仕方に多くの問題を抱えていることを明らかにした。また、妊産婦に行ったコホート調査から、産後2週間の心身の不調で産後3か月時の育児困難や抑うつ状態を予測しうることを明らかにした。さらに、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・育児支援チェックリストの組み合わせが、児童虐待を予測する上で非常に高い精度を持つことが示された。

研究分担者の森は、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国を事例として文献調査を行った。また、産後うつ病への心理社会的な介入の文献研究を行った。

D. 考察

研究分担者の立花の研究から、メンタルヘルス不調の母親に対する医療・保健・福祉の連携のため、地域での定期的な「顔の見える連携」の場づくりを行うことが非常に有効であると考えられた。全国的にこのような連携モデルを展開していく上で、母子保健関係者の「顔の見える連携」の場が、子育て世代包括支援センターを核とした地域の母子保健の連携の仕組みの中に組み込まれることで、関係者間の連携がスムーズになっていくと考えられる。メンタルヘルス不調の母親の対応についてのマニュアルは、地域の母子保健関係者の連携において、お互いの役割を認識して、メンタルヘルス不調の母親に対する一貫したアプローチの共通認識に役立つと考えられる。また、今後メンタルヘルス不調の母親への対応についてのガイドライン作成が望まれる。研修会による知識の習得も有効であるが、全ての母子保健関係者に参加してもらうことは不可能である。効率面を考えると、各機関・各地域で周産期のメンタルケアの指導者を養成していくことが均てん化の上で有効であると考えられる。費用対効果の面も踏まえ、研究のエビデンスを積み重ね、適切な

時期に適切な内容のスクリーニングを医療や保健の仕組みの中に取り入れていく必要があると考えられる。

研究分担者の小泉が行った研究の中で、妊娠期から児の3か月健診までのEPDS得点の調査から、妊娠初期から継続して妊産褥婦の抑うつ状態に配慮したかわりが重要であると考えられる。また、ファミリーサポートなど社会資源の積極的な利用を進め、母の負担の軽減を図ることも重要であると考えられる。母子健康手帳交付時の面接で、EPDSと併せて心理社会的な側面を聞き取ることで、妊婦の個々の多様な不安や悩みの聞き取りが可能になっている。産後ケア事業やファミリーサポートなどの地域資源の紹介や相談窓口のことなど、妊産褥婦が受けられるサービスの情報提供も可能になり、保健師との関係性ができることによって、その後の支援につながっている。周産期メンタルヘルスカケア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、心理社会的なリスクを持つメンタルヘルス不調の母親についての対応への共通認識を深め、妊娠期からの切れ目のない支援につながっていると考えられる。さらに、このような取り組みが子育て支援の一助となり、将来の精神保健にも役立つと考えられる。

研究分担者の竹原の研究により、産後の身体的なマイナートラブルは、産後1か月から症状が継続しやすいものと、その後に新たに発生しやすいものがあり、回復経過が異なることが明らかになった。1か月健診時の指導では、トラブルの種類や出産回数により、1か月時に表出している症状の慢性化を防ぐ指導と、産後1か月以降に新たに生じやすいトラブルの予防、そうしたトラブルのセルフケア方法の指導の実施が望まれる。産後うつ

予防に効果的なファミリーサポートのタイミングの観点では、パートナーからの精神的サポートは妊娠期と産後3か月時に、実母・義母からの精神的サポートは産後すぐが、女性のメンタルヘルスにとって特に重要な時期であることが示された。妊産褥婦がメンタルヘルスを良好に保つためにパートナーや実母・義母といった家族からのサポートが重要な時期が示唆された。重要な時期にキーパーソンとなる家族に対しての心理教育的なアプローチの有効性が示唆される。たとえば、保健師による父親教室や家族教室で父親への心理教育プログラムを妊娠中や産後3か月に実施することが行政施策として有効である可能性がある。また、産後すぐに実母・義母の支援が得られないような産褥婦に対しては、メンタルヘルスの不調に産科医療機関スタッフや保健師などの母子保健関係者が注意しながらサポートしていくことの有用性が示唆される。

研究分担者の久保の研究から、メンタルヘルス不調の妊産褥婦の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産褥婦のメンタルヘルス対応の体制整備をしていくことの重要性が示唆された。また、産褥婦の心身のリスク因子をしっかりと産科医療関係者や保健師が把握することが、妊産褥婦の育児困難・メンタルヘルス不調への支援や児童虐待の予防的かわりに有益であることが示された。

研究分担者の森の研究から、産後うつ病に対する心理社会的・心理的予防・治療介入の有効性が明らかになった。一方で、妊娠中のうつ病に対する予防・治療介入の研究は少なく、予防に関しての系統的レビューの作成が急務であると考えられた。

3年間の本研究班の成果から、我が国におけるメンタルヘルス不調の妊産褥婦とその家族に対する医療・保健・福祉の連携・協働に支援体制構築の推進について、以下の精神保健・母子保健の施策及び政策の可能性が導かれたので考察する。

1) 医療・保健・福祉の連携構築のため、地域での定期的な「顔の見える連携」の場づくり

須坂市の周産期メンタルヘルスケア実務検討会のような月1回程度の関係者が集まる事例検討会議は、地域の産科医・小児科医・保健師・精神科医などの関係者が一堂に会して対応を検討するため、メンタルヘルスや児童虐待のハイリスクケースに対して妊娠期からの切れ目のない支援が可能になる。既存の要保護児童対策地域協議会（要対協）の個別ケース検討会議にあがる以前の、ハイリスク群に対する一次予防的な関係者の連携ともいうことができ、要対協の機能強化の地域モデルの一つを提示するものであると考えられる。

地域連携を掲げて、実際に会ったこともない関係者同士、関係機関同士が連携を持つのは難しい。逆に、会合で話したことがあれば、その後、連携の閾値は低くなる。母子保健における医療・保健・福祉の連携がうまくいかない大きな原因の一つとして、母子保健に関わる職種が多いにもかかわらず、実際に関係者が気軽に話し合う会合などの場が少ないことがあげられる。須坂市の周産期メンタルヘルスケア実務検討会のような会合は、現状では要対協の実務者会議が相当すると考えられる。須坂市の実務検討会では産科医・助産師が参画しているが、ほとんどの地域で要対協の会合に出席する産科医など周

産期医療関係者は一部に限られている。健やか親子21（第2次）が掲げる「妊娠からの児童が虐待防止対策」において産科医・助産師の存在はきわめて重要である。今後、多くの地域の周産期医療関係者が地域の虐待防止対策の会議に参加してもらえるような仕組みづくりが望まれる。現在、厚生労働省は子育て世代包括支援センターを平成27年度中に150カ所整備し、おおむね平成32年度までに地域の実情などを踏まえながら全国展開を目指していくことを計画している。そのような子育て世代包括支援センターをハブとして、地域の関係者が定期的に話し合う会合の場づくりをシステムとして盛り込むことも、母子保健関係者の「顔の見える連携」づくりに貢献しうると考えられる。

2) 周産期における心理社会的リスクの把握

本研究班の研究により、産後うつ病や児童虐待のリスクは、妊娠期および出産後から産後1か月までの間のアセスメントにより予測できることが明らかになった。周産期には、産科医療機関スタッフが妊産褥婦に関わる。また、厚生労働省の「子育て世代包括支援センター」の施策において、妊娠届出時から保健師や母子保健コーディネーターなどが面接して支援を開始する自治体が増えてきている。妊産褥婦に関わる母子保健関係者が、適切な時期に適切なスクリーニングを行い、妊産褥婦の心理社会的リスクを把握することが望まれる。そこでリスクがわかれば、妊娠中フォローアップすると良いであろう。また、産褥精神病・双極性障害・統合失調症、前回の出産での産後うつ病といった、精神疾患の既往や心理社会的な問題があれば、産科医療で行いうる精神面での対応をしつつ慎重な経過観察をしていくことが望まれる。周産期のメンタルヘルスの問題を抽出するス

クリーニングの時期について、妊娠初期は悪阻など身体症状の不調が精神状態に反映されやすいため、安定期に入った妊娠中期以後にクリーニングをするのが効率的と考えられる。また、産後については、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」（研究代表者 久保隆彦）で、産後2週間に抑うつ状態を来す初産婦が多いことが明らかになっている。また、本研究班の分担研究（平成27年度久保分担）から産後1か月に行う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・育児支援チェックリストが児童虐待の予測に非常に高い精度を持つことが明らかになった。今後は、費用対効果の面も踏まえ、研究のエビデンスを積み重ね、適切な時期に適切な内容のクリーニングを医療や保健の仕組みの中に取り入れていく必要があると考えられる。

3) 周産期におけるメンタルヘルスのクリーニングについての診療報酬加算

平成28年度の診療報酬改定で、精神疾患合併妊娠の評価として、ハイリスク妊娠管理加算・ハイリスク分娩管理加算及びハイリスク妊産婦共同管理料の対象患者に、精神疾患の患者が加わった。一方、加算がつくのは、精神疾患の患者（当該保健医療機関で通院・在宅精神療法を実施している者又は他の保険医療機関で通院・在宅精神療法を実施し、当該保険医療機関に診療情報提供賞を提供しているもの）に限られることになっている。メンタルヘルスが不調であるからと言って精神科に通院している妊産婦は非常に限られている。メンタルヘルス不調のリスクのある妊産婦を早期に発見し、早期に介入する上

では、全妊産婦に何らかのクリーニングを行うことが望ましいと考えられる。そのようなクリーニングを医療機関で推進するためには、クリーニングに診療報酬上のインセンティブがつけられるべきであると考えられる。

4) マニュアルの整備

メンタルヘルスのハイリスクの母親のサポートのための地域連携がうまくいっていない背景として、母子保健関係者のメンタルヘルスの知識の不足、多職種の役割についての知識の不足、母子保健領域で自分の職種の果たしうる役割についての知識の不足、連携先の知識の不足などがあると考えられる。地域の母子保健関係者が一つのチームとして、お互いの役割を認識して、メンタルヘルス不調の母親に対する一貫したアプローチの共通認識を持つことが重要と考えられ、妊産婦のメンタルヘルスについての対応マニュアルはそのための指針になりうると考えられる。対応をマニュアル化しそれを情報共有することで、これまでスタッフの経験や技量に拠るところが大きかった他の職種との連携をスムーズにしたり、また、一定水準での対応を可能にしたりすることが期待できる。

5) 均てん化のための研修会の整備

母子保健領域において、妊産婦のメンタルヘルスへの対応についての医療・保健・福祉の連携のためには、各母子保健関係者が一定水準以上の知識を持つ必要があると考えられる。そのような知識を得るために、研修会などによる学びの場は有益であろう。一方で、研修会にすべての関係者が参加するのは不可能であろうから、各機関で同僚を指導するような指導者を育成していくことは、均てん化の上で効率が良いと考えられる。今後、メ

ンタルケアの指導者を養成するような指導者研修を行い、そのような指導者に各機関あるいは各地域で母子保健関係者に知識を情報共有していくような仕組みが望まれる。

6) ガイドライン作成

現在、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本周産期メンタルヘルス学会の合同委員会でガイドライン作成が行われている。妊産褥婦に関わる様々な専門家（産婦人科医、助産師、精神科医、保健師、市町村の母子保健行政担当者など）の意見が反映される形で、医療・保健・福祉の連携・協働しながら妊産婦のメンタルヘルスの問題に対応する方略についてのガイドライン作成が望まれる。

7) 妊産褥婦やその子どもについて関係機関と自治体との情報共有の仕組みの整備

産科医療機関は妊産婦のケアについて非常に重要な情報を持つ。上記の心理社会的なリスクをルーチンで行った後、診療情報提供書などの形で保健師に送ることで、保健師との医療・保健の情報共有が可能になる。また、子育て世代包括支援センターなどの自治体窓口で、妊娠届出時など妊娠中から保健師や母子保健コーディネーターが妊産婦の心理社会的問題を把握する仕組みがあるところでは、自治体も妊娠期から妊婦の心理社会的問題を把握できる。また、乳児家庭全戸訪問や3～4か月児健診時にも自治体は母親やその子どもの心理社会的に重要な情報を把握できる。現行では、産科のフォローアップ体制は産後1か月で終了し、以後母子保健の主たるターゲットは子どもに移るため、母子に関わる職種としては保健師・小児科医・地域の子育て支援などになっていく。「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」において、母子に関わる職種が得た母子の心理社会的

な面についての貴重な情報を共有し、支援に役立てうるような仕組みづくりが今後の課題であろう。その上で、個人情報保護を厳格にするのは言うまでもないが、本人の同意のもと基本的に自治体と医療機関で情報共有する旨の同意書を、自治体であれば妊娠届出時、産科医療機関であれば分娩予約時などに取得するのも良いと考えられる。また、その同意については基本的に本人が拒否する権利を有し、かつ、児童虐待のリスクがあれば従来の児童福祉法に基づいて要対協における関係機関で情報共有を行っていくという形も、今後検討されるべき一つの有り方であろう。

8) メンタルケアも含めた産後ケアの更なる充実

母乳の出が悪いことで悩んでいる母親が産後2か月で9.4%、産後3か月で9.9%と約1割の割合で存在するなど、産後1か月以後も助産師ケアのニーズがある。また、非常に多くの産褥婦が産後2週や2か月、3か月時にメンタルヘルスの不調を来していることが世田谷区の妊産婦のメンタルヘルスの調査より明らかになっている。現在、分娩して退院後から1か月健診までの間や、1か月健診からの健診やケアの仕組みがない。一方で、現在、自治体では妊婦一人に月出産までに14回程度の妊婦健康診査の実施に要する費用を負担することになっている。しかし、実際は多くの地域で14回使われておらず、たとえば東京都世田谷区では平均約2枚が使われずに余っている。妊娠中に使われなかった自治体の妊婦健康診査の無料券の財源を産後ケアに有効利用することに意義があると考えられる。今後、産後2週や2か月、3か月時に本人の希望があれば、産後ケアについて公的補助を行っていくと良いと考えられる。

9) 小児医療における母親のメンタルケアへの対応拡大

現在の日本の母子保健では、産後の母親のメンタルヘルス不調に対応するのは主に保健師となっている。産後の時期に、母子保健において、小児科医は母親と子どもに、新生児健診、3~4か月児健診、1歳6か月児健診などで定期的に関わることができる。新生児健診、3~4か月児健診、6~7か月児健診、9~10か月児健診、1歳6か月児健診の問診票に、ルーチンに入れると、それほど違和感なく母親のメンタルヘルスをアセスメントしやすいと考えられる。また、プライマリケアでうつ病のスクリーニングでよく用いられる Whooley の二質問法は、日常臨床の中で母親への問診の中でも実施可能なので、育児不安が強い母親の相談にのる中で、さりげなく二質問法の内容を織り交ぜてアセスメントしても良いであろう。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しうる。今後、小児科医に対し、母親のメンタルヘルスについての知識を持ってもらうようにする施策が重要と考えられる。

E. 結論

本研究班は、メンタルヘルス不調の妊産褥婦や児の養育の問題に対し、医療・保健・福祉の連携モデル（母子保健G-Pネットとよぶこととする）を構築しその有効性について検証することを目的とした。

本研究班の研究により、医療・保健・福祉の連携構築のための、地域での定期的な「顔の見える連携」の場づくりの重要性が示され

た。「顔の見える連携」の場が、子育て世代包括支援センターを核とした地域の母子保健の連携の仕組みの中に組み込まれることで、関係者間の連携がスムーズになっていくと考えられる。本研究班での「母と子のサポートネットせたがや」や須坂市の実務者検討会のような月1回程度の関係者が集まる事例検討会議の設定なども、「顔の見える連携」の場づくりとして有効であると考えられる。

一方で、今後、妊産褥婦やその子どもについて各機関が持つ重要な情報を、個人情報に最大限配慮しつつ、関係機関同士で共有していくしくみづくりについては今後の課題である。

妊娠期など周産期に、妊産褥婦に関わる職種がスクリーニングにより心理社会的リスクを把握し支援に活かすことの重要性が示された。どの時期にどのようなスクリーニングを行うかについては、今後更なる研究が必要である。

メンタルヘルスのハイリスクの母親のサポートのための地域連携がうまくいっていない背景として、母子保健関係者のメンタルヘルスの知識の不足、他職種の役割についての知識の不足、母子保健領域で自分の職種の果たしうる役割についての知識の不足、連携先の知識の不足などが実態調査から明らかになった。本研究班で作成したようなマニュアルは、メンタルヘルス不調の妊産婦への対応についての共通認識を持つ土台作りに有効であると考えられる。

また、均てん化のための研修会、さらには、各機関や各地域で母子保健関係者を教育できるような周産期のメンタルケアの指導者要請の仕組みを整備していくことも重要であると考えられる。母子保健の関連学会・団

体で、今後周産期のメンタルヘルス対応のガイドライン作成も望まれる。

本研究班の研究で、産後2週・産後2か月・3か月でも心身の不調を来している産褥婦が多いことが明らかになった。現状では、産科医療機関のフォローアップはほとんどの場合産後1か月で終了するが、希望者には産後2週や産後1か月以後も、公的助成のもとで産後ケアが受けられる体制整備がのぞまれる。また、「切れ目のない妊産婦・乳幼児の保健対策」のために、小児科医が健診などの場で母親のメンタルヘルスのスクリーニングを行ったり、育児の悩みなどで母親のメンタルヘルスの問題に対応したりする体制の整備も今後の課題であると考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

別紙参照

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録、その他

なし

3. その他

なし