

平成 29 年度厚生労働省科学研究費補助金
(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)」

研究代表者：

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪母子医療センター
統括診療局長 兼 産科主任部長 光田信明

「メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開」

分担研究者 木下勝之 日本産婦人科医会 会長

研究協力者 中井章人 日本医科大学産婦人科 教授

研究要旨

- メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開を検討した。
- スクリーニング検査 (NICE の質問票、EPDS) は、全ての妊産婦を対象に、妊娠初診時、妊娠中期、出産時、産後 2 週、産後 1 ヶ月に行うことが望まれる。
- スクリーニング検査の導入は、2 次検査を必要とする要介入妊産婦の増加につながる可能性があり、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になる。
- 地域によっては産科医療施設の維持とそこで働く助産師の確保が大きな課題で、要介入妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦への対応が不十分になるリスクがある。
- 要介入妊産婦の割合は、平均年収の低い自治体や女性の平均 BMI が高い自治体で増加する傾向があり、女性の BMI が高い自治体は男性の喫煙率も高く、総合的に保健指導を強化することも重要と考えられた。
- 精神疾患と早産が関連する可能性があり、要介入妊婦にはより慎重な周産期管理が求められると推察された。
- 以上を円滑に運用するため、子育て世代包括支援センターでは、ワンストップ機能を拡充し、臨床心理技術者を配備するか、相談者へのスクリーニング検査を導入し、精神科へ直接紹介するなど連携を強化することが望まれた。
- 産科医療機関が中心になっていた従来型の管理から、子育て世代包括支援センターが中心となる管理体制を確立することは、要支援妊婦への対応 (サービス) 向上に加え、産科医療機関の負担軽減に寄与するものと推察された。

A. 研究目的

妊娠、出産は母体の身体に大きな変化をもたらすと同時に、精神面にも影響を与える。妊娠中のうつ病は約10%、産褥期では約10-15%で発症し、愛着形成の欠如を招き、出産後の育児不安やネグレクトをはじめ、子ども虐待に繋がるリスクが指摘されている(1-5)。

本研究では、年間約4万人の妊産婦がメンタルヘルスに問題があり介入が必要と考えられ、自治体ごとにその頻度が0.6%から8.6%と異なることを明らかにしてきた。また、多くの施設で助産師、産科医師が対応に当たり、妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師や心理職等が行っていたのはわずかで、その割合も自治体間、施設間で異なっていた(6, 7)。これらの結果は、妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師や臨床心理士等の早急な確保もさることながら、産婦人科医師や助産師等を対象とした適切な保健指導法の開発と全国展開の必要性を強調する。

本年度は、適切な保健指導法の開発に関し、これまで報告されている管理指針を検証し、効率的な全国展開するため自治体ごとの特性を検討した。

B. 研究方法

保健指導法に関し、これまで報告されているスクリーニング検査と産婦人科診療ガイドライン(産科編8)、日本

産婦人科医会が作成する「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアルー産後ケアへの切れ目ない支援に向けてー」(9)などをもとに、検査の時期、方法などを検討した。

効率的な全国展開を提案するため、一昨年度に行った全国調査データベースと日本産婦人科医会施設情報調査2015をもとに、メンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の分布と自治体ごとの特性と、産婦人科医師と助産師の分布などを検討した(6, 7)。

データベースは、産婦人科医会の施設情報調査2015で集計された全国の分娩取扱施設2453施設(病院1044施設、診療所1409施設)を対象に、平成27年11月1日から11月30日までの1ヶ月間に分娩管理した妊婦について、前方視的アンケート調査を実施し作成された。調査内容には個人情報含まれず、個人を特定することはできない疫学調査で、日本産婦人科医会倫理委員会の審査、承認を得て行われた。

C. 研究結果

1. 推奨される管理の実際

1) スクリーニングの対象者と検査時期、方法

スクリーニング検査の対象は全ての妊産婦になる。

スクリーニング検査は、妊娠初診時、妊娠中期、出産時、産後2週、産後1

ヶ月に行う。妊娠初診時は、スクリーニング検査に加え、精神疾患既往の有無を確認する 8, 9)。

スクリーニング検査は、精神疾患のみを抽出するものと社会的背景を踏まえ抽出するものに大別される。精神疾患に関するものでは、うつ病、不安障害のスクリーニング検査には英国国立医療技術評価機構 (NICE; National Institute of Health and Clinical Excellence) の簡便な包括的 2 項目質問法が勧められている (図 1、2) 8)。また、エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) (図 3) も、多くの国で妊娠中から用いられている 9)。

一方、社会的背景 (望まない妊娠、経済的要因、家庭環境など) を踏まえたものに関しては、初診時間診票モデル案 (図 4) や大阪府で実際用いられているアセスメントシート (図 5)、あるいは育児支援チェックリスト (図 6) が妊娠中の検査として推奨され、出産後には赤ちゃんへの気持ち質問票 (図 7) が勧められている 9)。

2) スクリーニングの判定と陽性者への対応

NICE の質問票で、1 つでも「はい」があるか、うつ病や不安障害を疑わせるような懸念がある場合、精神科医への受診が勧められている。また、EPDS は 9 点以上で、「うつ病の可能性が高い」とするが、点数とうつ病の重症度に関連はなく、8 点以下で必ずしもうつ病を否定できない。また、不安障害

や精神遅滞など他の精神疾患でも高値となることがある。いずれにしろ、これらの判定には精神科への受診が必要になる。

初診時間診票や育児支援チェックリストは患者の背景因子を評価するもので、メンタルヘルスへの介入の必要性を検討するためには、前述の NICE の質問や EPDS と合わせて総合的に評価する必要がある。初診時間診票や育児支援チェックリストで要支援妊婦と判定される場合、施設内で生活状況、心理状態の把握に努め、傾聴を主体とした支援の継続が求められる。また、生活機能障害が著しい場合は、母子保健支援連絡票 (妊婦・産婦・新生児) やアセスメントシート (支援を要する妊婦のスクリーニング; 厚生労働省) などを用い子育て世代包括支援センターに情報提供し、保健師の訪問支援などを依頼する。

2. メンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の分布と自治体ごとの特性

メンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の割合は、自治体により異なり 0.6% から 8.6% に分布している (図 8)。これら要介入妊産婦の頻度と、自治体ごとの経済的指標、身体的指標、疾病発生率などを比較した。

自治体ごとの平均年収 (厚労省; 賃金構造基本統計調査 2016) 10) と要介入妊産婦の割合を比較すると (図 9)、年収の増加にともない要介入妊産婦

の割合が減少する傾向であった。

身体的特徴との比較では、要介入妊産婦の割合は自治体ごとの女性の BMI（厚労省；国民健康・栄養調査 2012）11)の増加に伴い増加する傾向であった（図 10）。また、自治体ごとの出生体重 2000g 未満で早産と考えられる児の出生率（厚労省；人口動態調査 2015）12)と要介入妊産婦の割合には、有意な正の相関が認められた（図 11）。

各自治体の医師数や助産師数と要介入妊産婦の割合を比較すると（図 12）、千出生あたりの助産師数（厚労省；衛生行政報告例：就業助産師数都道府県別 2012）13)が少ない自治体で、要介入妊産婦の割合が増加する傾向であった。

D. 考察

本研究では、これまでに推奨されている管理指針を検証した。その結果、スクリーニング検査（NICE の質問票、EPDS）は、全ての妊産婦を対象に、妊娠初診時、妊娠中期、出産時、産後 2 週、産後 1 ヶ月に行うことが望まれた。本調査では、メンタルヘルスに問題があり介入が必要と考えられる妊産婦は、自治体ごとにその頻度が 0.6%から 8.6%と大きく異なっている 6, 7, 16)。この頻度のばらつきの一部は、産科医療従事者の主観的判断により抽出されているためと推察され、全産科医療機関で統一されたスクリーニング検査が導入されれば、より正

確に要介入妊産婦を把握することが可能になるものと思われた。しかし、スクリーニング検査の導入は、2 次検査を必要とする要介入妊産婦の増加につながる可能性があり、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になり、その後の対応に課題を残す。

自治体ごとのメンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の割合は、平均年収の低い自治体や女性の平均 BMI が高い自治体で増加する傾向があり、要介入妊産婦の割合が高い自治体で、2000g 未満の出生児が有意に増加していた。また、産科医療従事者のうち助産師が少ない自治体で要介入妊産婦の割合が増加する傾向があり、産科医療従事者のみによる対応に限界がある可能性が示された。

1. 管理指針の課題

1) 精神疾患の診断と対応

NICE の質問票や EPDS は、うつ病や不安障害など精神疾患のハイリスクを抽出するスクリーニング法で、確定診断や重症度を判断するものではない。実際、その診断には DSM-5（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5）においては、重症度を 3 段階に分類する評価法や GAF 尺度（Global Assessment of Functioning）により評価する方法が提唱されている 14)。しかし、これらは精神科専門医により行われるもの

で、産婦人科医に馴染みはない。

一方、昨年までの調査では6, 7, 16)、メンタルヘルスへの介入が必要と考えられた妊産婦に、臨床心理技術者が対応したものは全体の14.3%で、精神科医に診療依頼されたものも約20%に止まっている。この結果は、妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする精神科医師や臨床心理士等の専門職が不足していることを推察させる。

今後、スクリーニング検査が全例に行われるようになれば、その診断と重症度に応じた治療を検討しなければならない妊産婦が増加することは明らかである。したがって、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になる。

2) 精神疾患と生活機能障害（要支援妊婦）の関連とその対応

メンタルヘルスに問題のある妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦の抽出ツールが異なり、かつ、対応が異なるためそのスクリーニングとその後の流れは複雑になる。5回のスクリーニング時期に少なくとも2種類の検査が行われ、陽性者への対応は3通りになる。精神科医に協力を依頼するもの、子育て世代包括支援センターに連絡するもの、そしてその両方にコンタクトを要するものである。

これらに基づく管理の実際についてフローチャートを示す(図13)。メンタルヘルスに問題のある妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦は重

複する部分が多く、明確に分離し対応することができない。また、行政、精神科への窓口が概ね産科医療機関になっていることも、フローチャートを煩雑にし、産科医療機関の負担を増している。

これら煩雑なフローチャートと産科医療機関の負担を軽減するには、子育て世代包括支援センターの役割が重要になる。要支援妊婦の窓口として、子育て世代包括支援センターが十分に機能し、ワンストップとなればこの煩雑なフローチャートの一部は改善する(図14)。子育て世代包括支援センターには保健師等専門職が配置されるが、現状、多くの市町村では保健センターの保健師が兼務し、要支援妊婦への対応を行っている。機能の充実には、システム再構築に加え、これら人的配備の再検討も必要になると推察された。

また、全ての産科医療機関で、妊娠初期に要支援妊婦を抽出する初診時間診票(図4、5)や育児支援チェックリスト(図6)が導入されれば、子育て世代包括支援センターへのアクセスが初診時に集約できる可能性がある。妊娠期から産褥期まで、5回のスクリーニングが提唱されているが、この回数も状況に応じ減少させることができる(図14)。

妊娠初期に要支援妊婦をより効率的に抽出するもうひとつの方法として、母子手帳の交付時に初診時間診票(図4、5)などを用いる方法もある。問診票の結果に応じ、行政間で子育て

世代包括支援センターへの連絡がなされることで、より効率的な対応が可能になろう (図 14)。

さらに、子育て世代包括支援センターの業務には医療機関等との連携も示されているが、産科、小児科が主たる診療科で、精神科との連携は明記されていない (15)。子育て世代包括支援センターが、相談者に NICE の質問票や EPDS を用いたスクリーニングを導入し、精神科へ直接紹介するなどの連携を強化していけば、フローチャートはより機能的になる (図 14)。

産科医療機関が中心になっていた従来型の管理から、子育て世代包括支援センターが中心となる管理体制を確立することは、要支援妊婦への対応 (サービス) 向上に加え、産科医療機関の負担軽減に寄与するものと推察された。

2. 全国展開への課題

1) 臨床心理専門職の配備

本研究の全国調査では、メンタルヘルスに問題があり介入が必要と考えられた妊産婦は、全出生の 4% で、総合・地域の周産期母子医療センターで 6.5%、一般病院で 4.4%、診療所で 2.4% と高次施設で高率であった (表 1) (6, 7, 16)。しかし、実数で見ると、総合・地域の周産期母子医療センターが管理した要介入妊婦の実数は 534 名で、全体 (1551 名) の 34% に過ぎない。

周産期体制整備指針では、総合周産期母子医療センターなどの診療体制として産科医、助産師などに加え、臨床心理士等の臨床心理技術者の配置を求めている。しかし、それ以外の施設、特に診療所では、施設内で精神科医や臨床心理士などの臨床心理技術者と協働管理することは難しい。実際、産後精神科医師への紹介率は施設機能により異なり、総合周産期母子医療センターで 57.6%、地域周産期母子医療センターで 38.1% と比較的高率だが、一般病院では 22.8%、診療所では 14.5% に止まっている (6, 7, 16)。

全ての産科医療機関に妊産婦のメンタルヘルスケアを専門とする臨床心理技術者を配備することは困難で、要介入妊婦を全て高次施設に集約することも地域によってはアクセスの観点 (17) から難しい。したがって、要介入妊婦への対応をより充実するには、周産期母子医療センター以外で管理される要介入妊婦への支援を補完するシステムが必要になる。これらについても、上述の子育て世代包括支援センターに臨床心理技術者を配備するか、精神科への連携を強化することで解決に近づくことが期待される。

2) 保健指導の強化とより慎重な周産期管理

自治体ごとのメンタルヘルスへの介入が必要な妊産婦の割合は、平均年収の低い自治体や女性の平均 BMI が高い自治体で増加する傾向がある。ま

た、平均年収や男性の喫煙率（厚生労働省；国民生活基礎調査 2016 年）と女性の BMI には有意な相関があり、平均年収が低く、喫煙率が高いほど、BMI が増加している（図 15）。精神疾患と BMI に明確な関連があるわけではないが、健康増進の観点からもあり、総合的に保健指導を強化することも重要と考えられた。

また、要介入妊婦の割合が高い自治体で、2000g 未満の出生児が有意に増加していた。出生体重 2000g 未満の多くは早産児である。早産児は脳性麻痺や神経発達障害などと密接に関連する。医療的な支援を要する児の出産は、母親の精神状態や生活機能をさらに圧迫するリスクがある。精神疾患と早産が関連するとすれば、要介入妊婦にはより慎重な周産期管理が求められることになる。

本研究の要介入妊婦の割合は、産科医療従事者の主観的判断によるものである。上述のスクリーニング検査が導入され、より客観的なデータが集積され、詳細な検討が行われることが望まれる。

3) 産科医療施設と産科医療従事者の確保

本研究の全国調査で 6, 7, 16)、最も要介入妊産婦に対応していたのはいずれの施設においても助産師であった（表 2）。全国の産科医療機関で働く助産師数は、過去 10 年間で 34%増加している（図 15、日本産婦人科医学会施

設情報調査より）。しかし、自治体ごとの千出生あたりの助産師数 13)は、22 名から 44 名と約 2 倍の格差があり、助産師が少ない自治体で要介入妊産婦の割合が増加する傾向がある（図 12）。したがって、自治体（地域）によってはメンタルヘルスに問題のある妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦への対応が不十分になるリスクがある。

産科医師不足とその偏在は顕著で 18)、産科診療所では産科医の高齢化と助産師確保が問題になっている。産科診療所は全国の分娩の約 50%を担い、特に人口密度の低い地域の産科医療を支えている。上述のごとく、要介入妊産婦や生活機能障害による要支援妊婦を臨床心理技術者が配備され、精神科の併設された周産期母子医療センターなどに集約することは困難で、地域によっては診療所機能の維持とそこで働く助産師の確保も重要な課題になろう。

稿を閉じるに臨み、本研究にご理解をいただいた日本産婦人科医学会常務理事会、研究データの収集にご協力頂いた事務職員に深謝する。

E. 結論

メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開を検討した。

全ての産科医療機関で全妊産婦を対象としたスクリーニング検査が導

入されれば、より正確に要介入妊産婦を把握することが可能になる。しかし、2次検査を必要とする要介入妊産婦は増加し、これらに対応する専門職の確保と、効率的な管理システムの構築が急務になる。

地域によっては産科医療施設の維持とそこで働く助産師の確保が大きな課題で、要介入妊産婦と生活機能障害による要支援妊婦への対応が不十分になるリスクがある。

各自治体の子育て世代包括支援センターで、ワンストップ機能を確立し、臨床心理技術者を配備するか、精神科への連携を強化することで、これらの問題は解決に近づくことが期待される。

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. 日本小児科医学会会報. 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

4) 中井章人, 光田信明, 木下勝之. メンタルヘルスに問題がある妊産婦の頻度と社会的背景に関する研究, 日本周産期・新生児医学会雑誌 53(1): 43-49 2017

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. 日本小児科医学会学術集会. 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

I. 問題点と利点

本調査は、妊産婦へのスクリーニング調査ではなく、実際に精神科への受診奨励を行う産科医への調査である。したがって、正確な妊婦のメンタルステータスを評価しているわけではない。しかし、今後スクリーニング検査を導入していく上で、およその対象者数を明らかにし、その課題を抽出した。

J. 今後の展開

スクリーニング検査を導入し、その効果を検証する。また、行政、自治体と連携し、メンタルヘルスに問題のある妊産婦への対応の向上を図る。

参考文献

- 1) 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
- 2) 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
- 3) 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.
- 4) 光田信明. 飛び込み出産. 母子保健情報 67: 19-23. 2013.
- 5) 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.
- 6) 木下勝之, 中井章人. メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開. 平成 27 年度厚生労働省科学研究報告書 (主任: 光田信明)
- 7) 中井章人, 光田信明, 木下勝之. メンタルヘルスに問題がある妊産婦の頻度と社会的背景に関する研究, 日本周産期・新生児医学会雑誌 53(1): 43-49 2017
- 8) 産婦人科診療ガイドライン産科編 2017 (編集・監修日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会). 妊娠中の精神障害のリスク評価の方法は?. 公益社団法人日本産科婦人科学会事務局. 東京. 2017

- 9) 日本産婦人科医会. 妊産婦メンタルヘルスケアマニュアルー産後ケアへの切れ目ない支援に向けてー. 公益社団法人日本産婦人科医会. 東京. 2017
- 10) 厚生労働省; 賃金構造基本統計調査
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/kouzou/z2016/index.html>
- 11) 厚生労働省; 平成 24 年国民健康・栄養調査
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001041744&requestSender=dsearch
- 12) 厚生労働省; 人口動態調査 (2015 年)
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/>
- 13) 厚労省; 衛生行政報告例 : 就業助産師数都道府県別
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/14/dl/gaikyo.pdf#search=%27>
- 14) 日本精神神経学会 : DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き一第 5 版. 医学書院. 2014
- 15) 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. 平成 27 年 9 月.
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/administer/office/pdf/s41-2.pdf#search>
- 16) 木下勝之, 中井章人. メンタルヘルスに問題のある妊産婦への保健指導の開発及び全国展開. 平成 28 年度厚生労働省科学研究報告書 (主任: 光田信明)
- 17) 中井章人. 地域格差是正を通じた周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究. 平成 26 年度厚生労働省科学研究報告書 (主任: 田村正徳)
- 18) 中井章人, 海野信也. 全国産婦人科医師の勤務実態に関する研究-日本産科婦人科学会医療改革委員会・日本産婦人科医会勤務医部会共同調査-. 日本周産期・新生児医学会誌 2015; 50: 1281-1288.

NICE(英国国立医療技術評価機構)のガイドラインで推奨されるうつ病に関する
2項目質問票

1. 過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まれたことはありますか？
2. 過去1か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まれたことはありますか？



質問に対し、1つでも「はい」があるか、うつ病を疑わせるような懸念がある場合



ハイリスクと認識し、2次評価による診断を行うか、精神科医への受診を考慮

図1. NICEのうつ病包括的2項目質問法(文献8より引用)

NICE(英国国立医療技術評価機構)のガイドラインで推奨される全般性不安障害を評価するための質問例

1. 過去1か月の間に、ほとんど毎日緊張感、不安感また神経過敏を感じるがありましたか？
2. 過去1か月の間に、ほとんど毎日心配することを止められない、または心配をコントロールできないことがありましたか？



質問に対し、1つでも「はい」があるか、不安障害を疑わせるような懸念がある場合



ハイリスクと認識し、2次評価による診断を行うか、精神科医への受診を考慮

図2. NICEの不安についての2項目質問票（文献8より引用）

エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)

母氏名 _____ 実施日 年 月 日 (産後 日目)
産後の気分についておたずねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。
最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い
答えに○をつけて下さい。必ず10項目全部答えて下さい。

- 1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。
 いつもと同様にできた。
 あまりできなかった。
 明らかにできなかった。
 全くできなかった。
- 2) 物事を楽しみにして待った。
 いつもと同様にできた。
 あまりできなかった。
 明らかにできなかった。
 ほとんどできなかった。
- 3) 物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。
 はい、たいていそうだった。
 はい、時々そうだった。
 いいえ、あまり度々ではなかった。
 いいえ、全くなかった。
- 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。
 いいえ、そうではなかった。
 ほとんどそうではなかった。
 はい、時々あった。
 はい、しょっちゅうあった。
- 5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。
 はい、しょっちゅうあった。
 はい、時々あった。
 いいえ、めったになかった。
 いいえ、全くなかった。
- 6) することがたくさんあって大変だった。
 はい、たいてい対処できなかった。
 はい、いつものようにうまく対処できなかった。
 いいえ、たいていうまく対処した。
 いいえ、普段通りに対処した。
- 7) 不幸せなので、眠りにくかった。
 はい、ほとんどいつもそうだった。
 はい、時々そうだった。
 いいえ、あまり度々ではなかった。
 いいえ、全くなかった。
- 8) 悲しくなったり、惨めになったりした。
 はい、たいていそうだった。
 はい、かなりしばしばそうであった。
 いいえ、あまり度々ではなかった。
 いいえ、全くそうではなかった。
- 9) 不幸せなので、泣けてきた。
 はい、たいていそうだった。
 はい、かなりしばしばそうだった。
 ほんの時々あった。
 いいえ、全くそうではなかった。
- 10) 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。
 はい、かなりしばしばそうだった。
 時々そうだった。
 めったになかった。
 全くなかった。

(岡野ら (1996) による日本語版)

図 3. エジンバラ産後うつ病質問票 (文献 9 より引用)

初診時（妊娠初期）問診票（モデル案）

あなたの妊娠・出産・子育てを妊娠中から応援します。秘密は堅く守りますので、以下についてもご記入をお願いします。
医療施設・市町村・保健所等が連携して支援させていただきます。

記入日 平成 年 月 日		カルテ№		妊婦健診補助券番号		
1	フリガナ	生年月日		年齢	職業	
	妊婦氏名	S H				
	婚姻状況	①既婚(初婚・再婚) ②未婚(入籍予定 あり・なし)				
2	健康保険の種類	①社会保険 ②国民健康保険 ③いずれでもない()				
	住民票のある住所	(〒)				
3	現住所	(〒)				
	(上記と異なる場合)	この住所に何年お住まいです ()年				
4	連絡先	自宅電話番号	携帯電話番号	メールアドレス		
	緊急連絡先	連絡先氏名	電話番号	携帯電話番号	メールアドレス	
5	フリガナ (夫氏名 パートナー)	生年月日		年齢	職業	
6	家族構成	本人を含めた総家族数()人 (妊婦さんからみた続柄で同居者に○をつけてください) 夫・パートナー・子ども()人・父親・母親・祖父・祖母・夫(パートナー)の父、夫の母・夫の祖父・夫の祖母・その他()				
7	帰省先	①妊婦さんの方 ②夫(パートナー)の方 ③帰省しない				
	住所	(〒)	連絡先氏名	電話番号		
8	今回の妊娠について	現在の妊娠週数のことなど	妊娠 週 単胎・多胎()胎			
		分娩予定日	平成 年 月 日			
		今回の妊娠は不妊治療ですか	はい いいえ			
		妊娠: 今回が初めて()回目 流産: なし()回、中絶: なし()回、早産: なし()回、死産: なし()回				
		分娩: 今回が初めて()回目 順調ですか: はい いいえ(理由:)				
9	アレルギーについて	ない	ある			
		1) 妊娠期間中に転出する予定がありますか。	予定はない	少しある	わからない	予定がある(月 日)
10	2) 妊娠中そして産後に協力してくれる人はいますか。 (複数回答可)	いる場合:	夫・パートナー	自分の両親や姉妹	夫・パートナーの両親や姉妹	
		その他()	わからない			
10	3) 夫(パートナー)に何でも打ち明けることができますか。	はい	少しは内緒がある	わからない	打ち明けない	
		いる場合:	夫・パートナー	自分の両親や姉妹	夫・パートナーの両親や姉妹	
10	4) 困った時に相談する人はいますか。	いる場合:	夫・パートナー	自分の両親や姉妹	夫・パートナーの両親や姉妹	
		その他()	わからない			
10	5) 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか。	不安はない	少しある	わからない	考えたことが無い	
		多いにある				
10	6) 妊娠がわかった時の気持ちは?	とても嬉しかった	予想外だったが嬉しかった	わからない	困った	
		たいへん困った				
10	7) 今までにカウンセラーや心療内科・精神科等に相談したことがありますか。	はい(施設名:)	わからない			
		ない				
10	8) 常用している薬がありますか。	ない	睡眠薬	安定剤	わからない薬	
		その他()				
10	9) 今までの病気について	ない	ある()			
		10) 今治療中の病気ありますか	ない	ある()		
10	11) 本人のたばこ	吸わない	やめた	吸う()本/日		
		12) 夫(パートナー)のたばこ	吸わない	やめた	吸う()本/日	
10	13) その他の同居者のたばこ	吸わない	やめた	吸う()本/日		
		14) 本人のアルコール	飲まない	やめた	飲む: 時々一週間に()回・毎日	
10	15) 夫(パートナー)のアルコール	飲まない	やめた	飲む: 時々一週間に()回・毎日		
		16) 現在、「困っていること」、「悩んでいること」「不安なこと」などありますか。それは何ですか。	ある場合:	妊娠・出産について	経済的なこと	自分の身体のこと
10	17) この一年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。	ある場合:	夫婦(パートナー)関係	家族関係のこと	育児の仕方	
		その他()				
11	行政等への情報提供について	ない				
		17) この一年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。	ない	どちらかといえば	どちらかといえば	ある

図 4. 初診時（妊娠初期）問診票（モデル案）（文献 9 より引用）

アセスメントシート②支援を要する妊婦のスクリーニング（大阪府様式）

*このシートは、妊娠期から出産後の育児について養育負担がかかりやすく、より支援が必要であることを判断するための指標です

妊婦氏名（ ） 記入日（ ） 記入者（ ）
 *各要因について、『妊婦』、『パートナー』のそれぞれ該当する欄にシ点でチェックする。

要 因	妊 娠 歴						
	リ ス ク 項 目	妊 婦			パ ー ト ナ ー		
		あり	不明	なし	あり	不明	なし
生活歴 (A)	①保護者自身に被害歴がある						
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある						
	③胎児のきょうだいに不審死がある						
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある						
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)						
妊娠に関する要因 (B)	①16歳未満の妊娠						
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)…①除く						
	③20週以降の届出						
	④妊婦健診未受診、中断がある						
	⑤望まない妊娠						
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動						
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す						
	⑧飛び込み出産歴がある						
	⑨40歳以上の妊娠						
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある						
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等						
心身の健康等要因 (C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)						
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)						
	③知的障がい(疑いを含む)						
	④訴えが多く、不安が高い						
	⑤身体障がい・慢性疾患がある						
経済的・社会的要因 (D)	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある						
	②生活保護受給						
	③不安定就労・失業中						
環境的・家庭的要因 (E)	①住所不定・居住地がない						
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー						
	③家の中が不衛生						
	④出産・育児に集中できない家庭環境						
(F)その他	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある []						

支援者等の状況	
支援者 <input type="checkbox"/>	・死別、高齢、遠方等の理由により、妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない ・夫婦不和、親族と対立している ・パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者 ・地域や社会の支援を受けていない
関係機関等 <input type="checkbox"/>	・保健センター等の関係機関の関わりを拒否する ・情報提供の同意が得られない

*妊婦とパートナーの「あり」と「不明」の該当項目により、要保護児童対策地域協議会調整機関に報告する
 ①濃い網掛け項目 〇 に1つでも該当する妊婦
 ②薄い網掛け項目 〇 に要因AかBの1つを含み、かつ全体で合計2つ以上該当する妊婦
 ③薄い網掛け項目 〇 に要因C、D、E及びFの中で2つ以上該当し、かつ「支援者等の状況」に1つでも該当する妊婦
 ④アセスメントに必要な情報が十分に把握できなかった妊婦

図5. 初診時（妊娠初期）アセスメントシート（大阪府様式）（文献9より引用）

育児支援チェックリスト

母氏名 _____ 実施日 年 月 日 (産後 日目)
あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答え下さい。
あなたにあてはまるお答えのほうに、○をして下さい。

1. 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、
またはお産の時に医師から何か問題があると言われていましたか？
はい いいえ
2. これまでに流産や死産、出産後1年間に
お子さんを亡くされたことがありますか？
はい いいえ
3. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、
カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師
などに相談したことがありますか？
はい いいえ
4. 困ったときに相談する人についてお尋ねします。
①夫には何でも打ち明けることができますか？
はい いいえ 夫がいない
- ②お母さんには何でも打ち明けることができますか？
はい いいえ 実母がいない
- ③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか？
はい いいえ
5. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？
はい いいえ
6. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか？
はい いいえ
7. 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や
親しい方が重い病気になったり、事故にあったことがありましたか？
はい いいえ
8. 赤ちゃんが、なぜむすかったり、泣いたり
しているのかわからないことがありますか？
はい いいえ
9. 赤ちゃんを叩きたくなることがありますか？
はい いいえ

(九州大学病院児童精神医学教室—福岡市保健所使用版)

図6. 育児支援チェックリスト (文献9より引用)

赤ちゃんへの気持ち質問票

母氏名 _____	実施日	年	月	日 (産後 日目)
<p>あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？ 下にあげているそれぞれについて、いまのあなたの気持ちにいちばん<u>近い</u>と感じられる表現に○をつけて下さい。</p>				
	ほとんどいつも 強くそう感じる	たまに強く そう感じる	たまに少し そう感じる	全然 そう感じない
1) 赤ちゃんをいとおしいと感じる。	()	()	()	()
2) 赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある。	()	()	()	()
3) 赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる。	()	()	()	()
4) 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがわからない。	()	()	()	()
5) 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる	()	()	()	()
6) 赤ちゃんの世話を楽しみながらしている。	()	()	()	()
7) こんな子でなかったらなあと思う。	()	()	()	()
8) 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。	()	()	()	()
9) この子がいなかったらなあと思う。	()	()	()	()
10) 赤ちゃんをととても身近に感じる。	()	()	()	()

(吉田ら (2003) による日本語版)

図7. 赤ちゃんへの気持ち質問票 (文献9より引用)

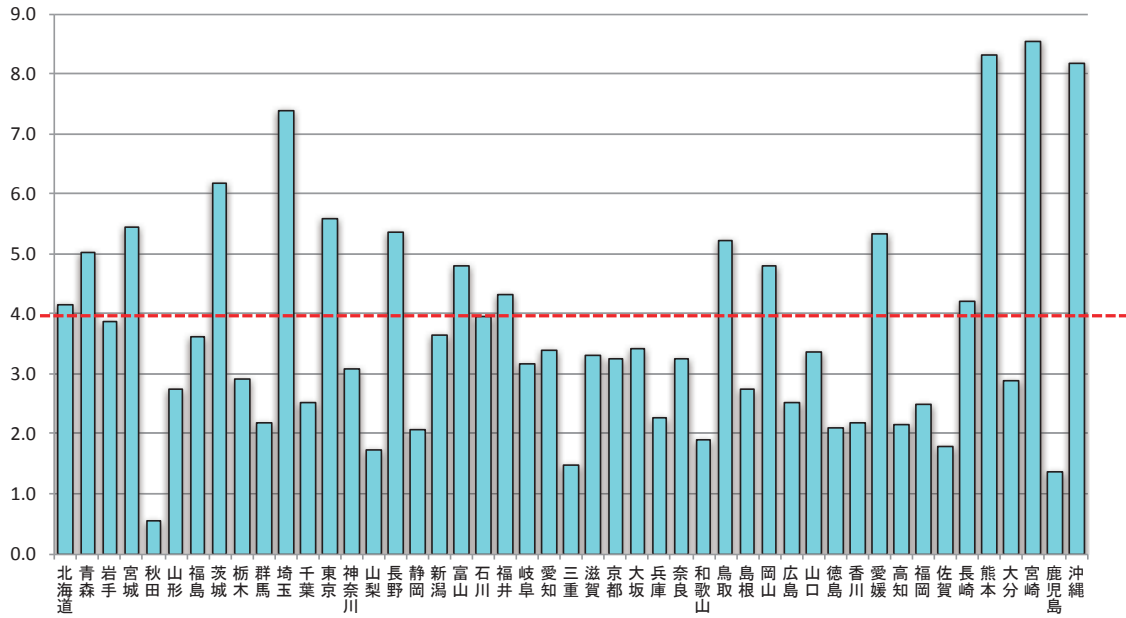


図8. 自治体ごとのメンタルヘルス要介入妊婦の割合

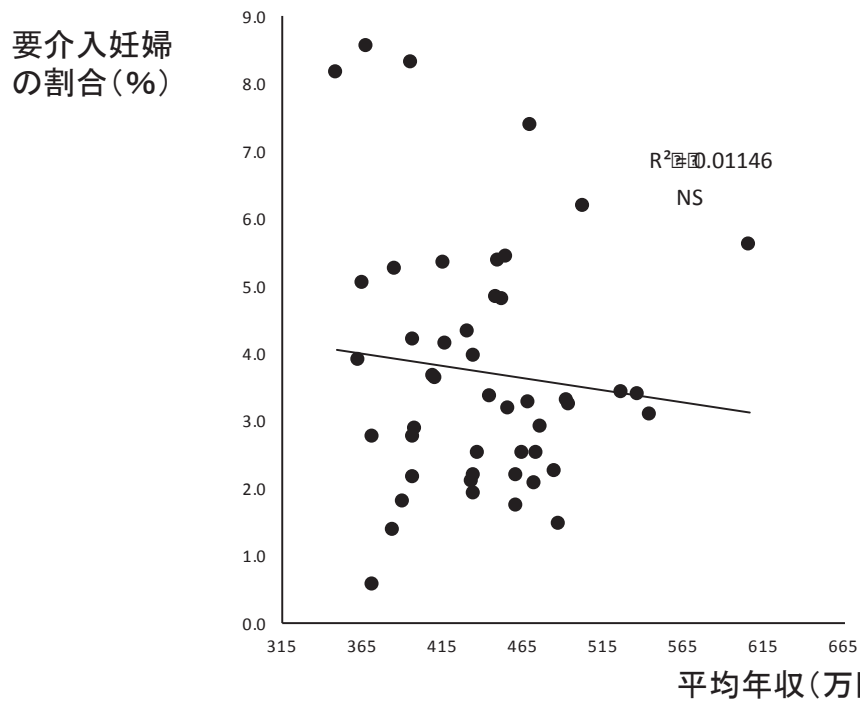


図9. 自治体ごとの平均年収とメンタルヘルス要介入妊婦の割合

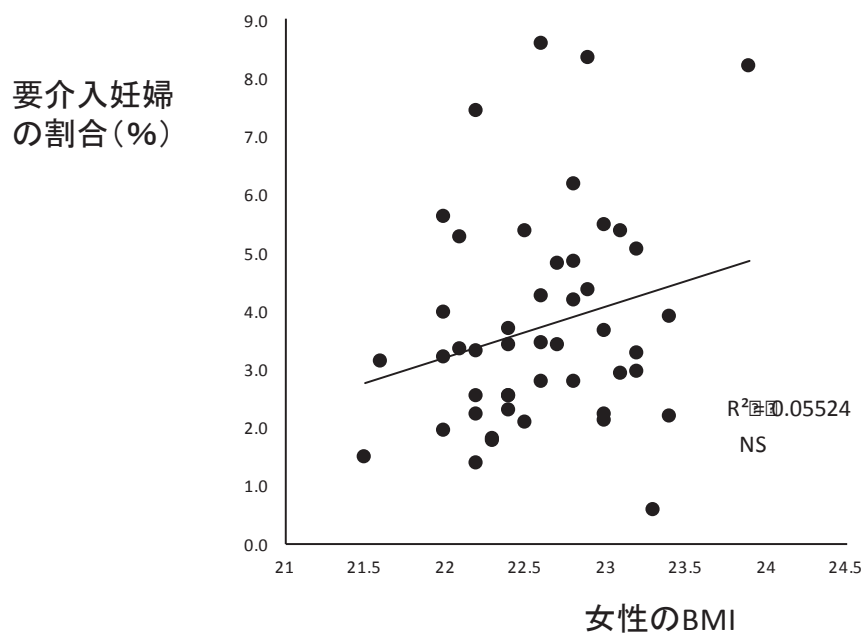


図10. 自治体ごとのBMIとメンタルヘルス要介入妊婦の割合

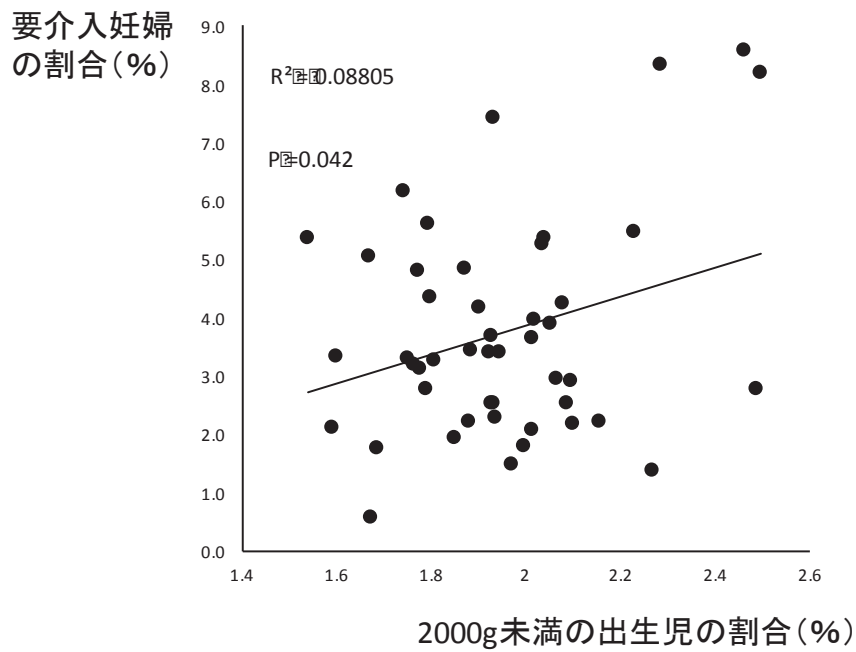
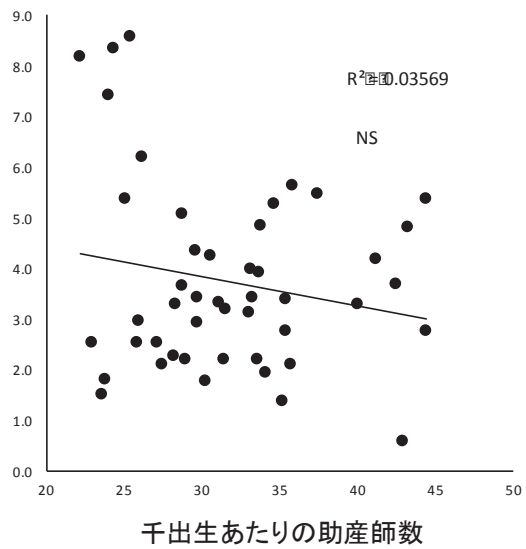


図11. 自治体ごとの低体重児とメンタルヘルス要介入妊婦の割合

要介入妊婦
の割合(%)



要介入妊婦
の割合(%)

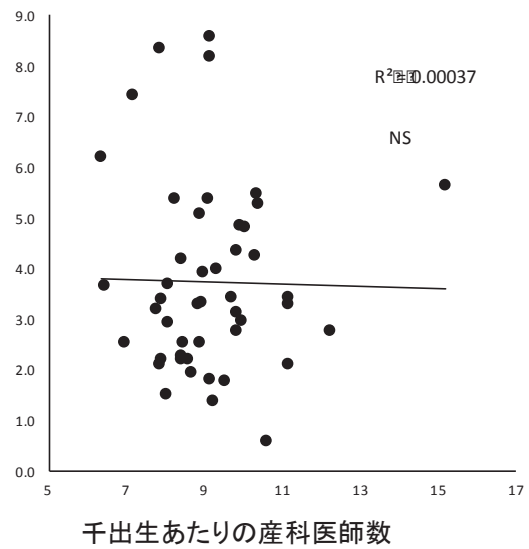


図12. 自治体ごとの医療従事者の分布とメンタルヘルス要介入妊婦の割合

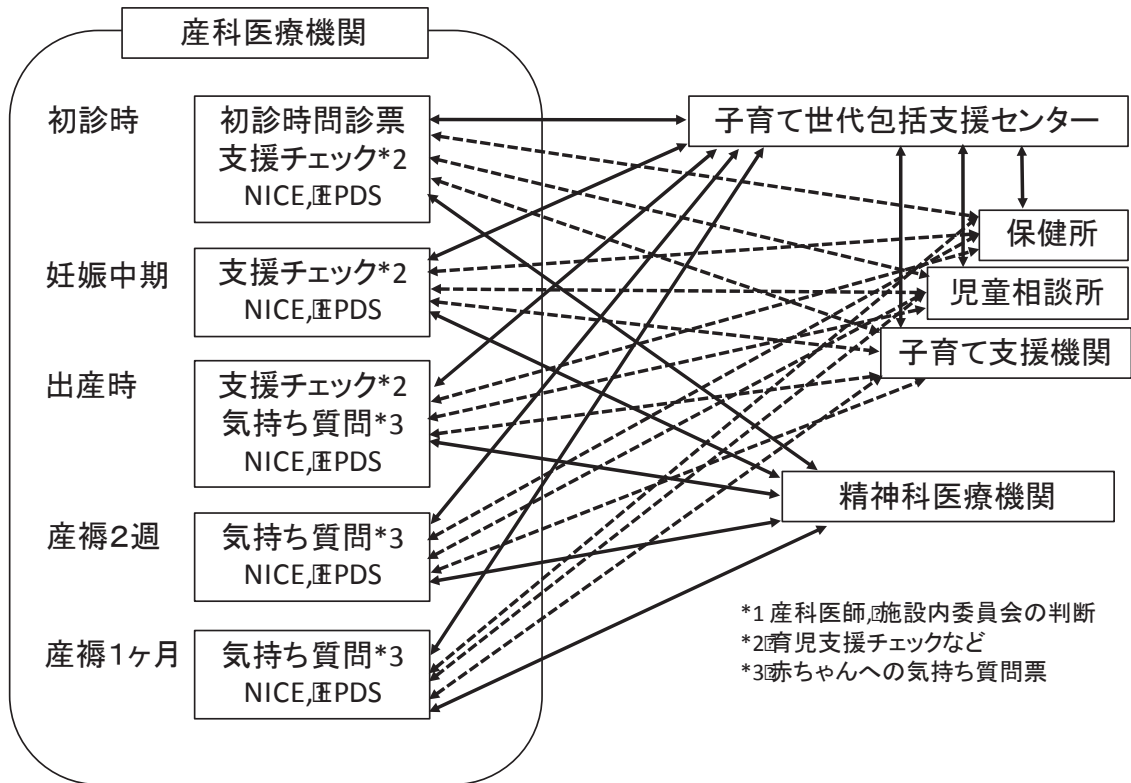


図13. 従来型の管理のフローチャート

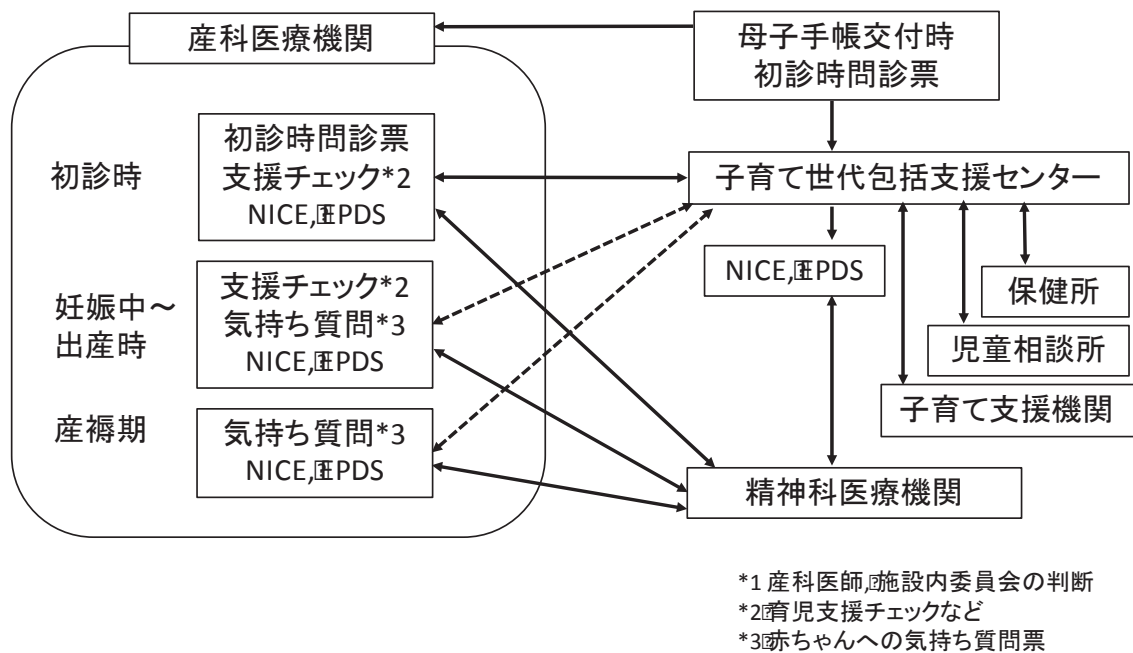


図14. 子育て世代包括支援センターワンストップのフローチャート

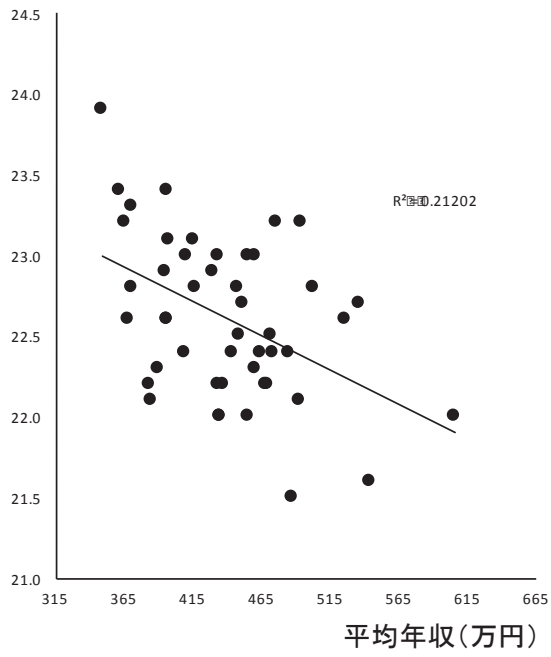
表1 病院における分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

	回答数	回答率	分娩数	要介入数	頻度(%)
運営母体による分類					
大学病院	38	46.5	2395	244	10.2
国立系	16	49.0	1080	82	7.6
都道府県立	24	46.2	1318	69	5.2
市町村立	66	44.4	3048	156	5.1
厚生連	15	38.7	629	18	2.9
済生会	12	50.0	677	45	6.6
社会保険	2	18.2	62	1	1.6
日赤	19	43.3	1339	63	4.7
私立	84	40.5	6843	303	4.4
その他	62	45.2	3236	130	4.0
施設機能による分類					
総合周産期	37	55.8	3643	236	6.5
地域周産期	92	45.0	5998	398	6.6
一般病院	209	41.1	10744	474	4.4

表2 施設ごとの対応者とその割合

	要介助者が いた施設数	対応者(%)				
		医師	助産師	看護師	臨床心理士	その他
病院	188	116(62)	172(91)	85(45)	41(22)	64(34)
診療所	289	137(47)	245(85)	133(46)	27(9)	68(24)
運営母体による分類						
大学病院	30	22(73)	29(97)	18(60)	8(27)	20(67)
国立系	12	8(67)	10(83)	7(58)	2(17)	5(42)
都道府県立	14	10(71)	12(86)	4(29)	8(57)	3(21)
市町村立	29	16(55)	27(93)	9(31)	8(28)	10(34)
厚生連	4	2(50)	4(100)	2(50)	1(25)	0
済生会	8	5(63)	8(100)	5(63)	1(13)	2(25)
社会保険	1	1(100)	1(100)	1(100)	0	0
日赤	14	7(50)	12(86)	5(36)	2(14)	5(36)
私立	45	19(42)	40(89)	24(53)	5(11)	8(18)
その他	34	26(76)	29(85)	10(29)	6(18)	11(32)
施設機能による分類						
総合周産期	33	23(70)	28(85)	16(48)	14(42)	13(39)
地域周産期	63	42(67)	56(89)	28(44)	17(27)	26(41)
一般	92	51(55)	88(96)	41(45)	10(11)	25(27)

女性のBMI



女性のBMI

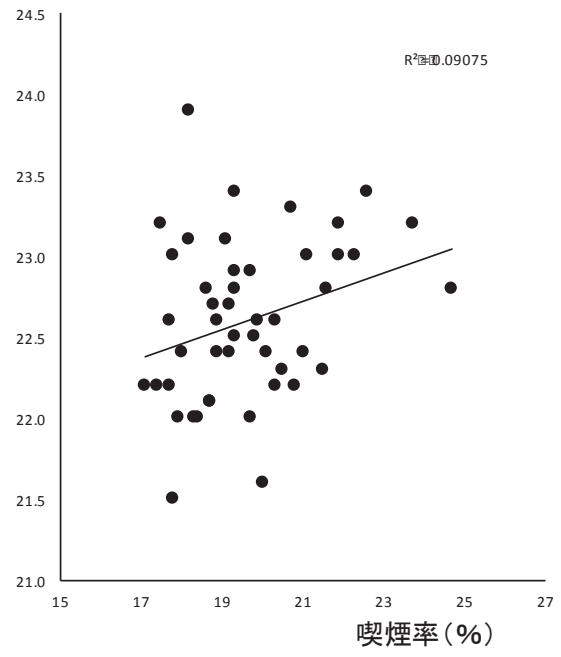


図15. 自治体ごとの女性のBMIと平均年収, 喫煙率

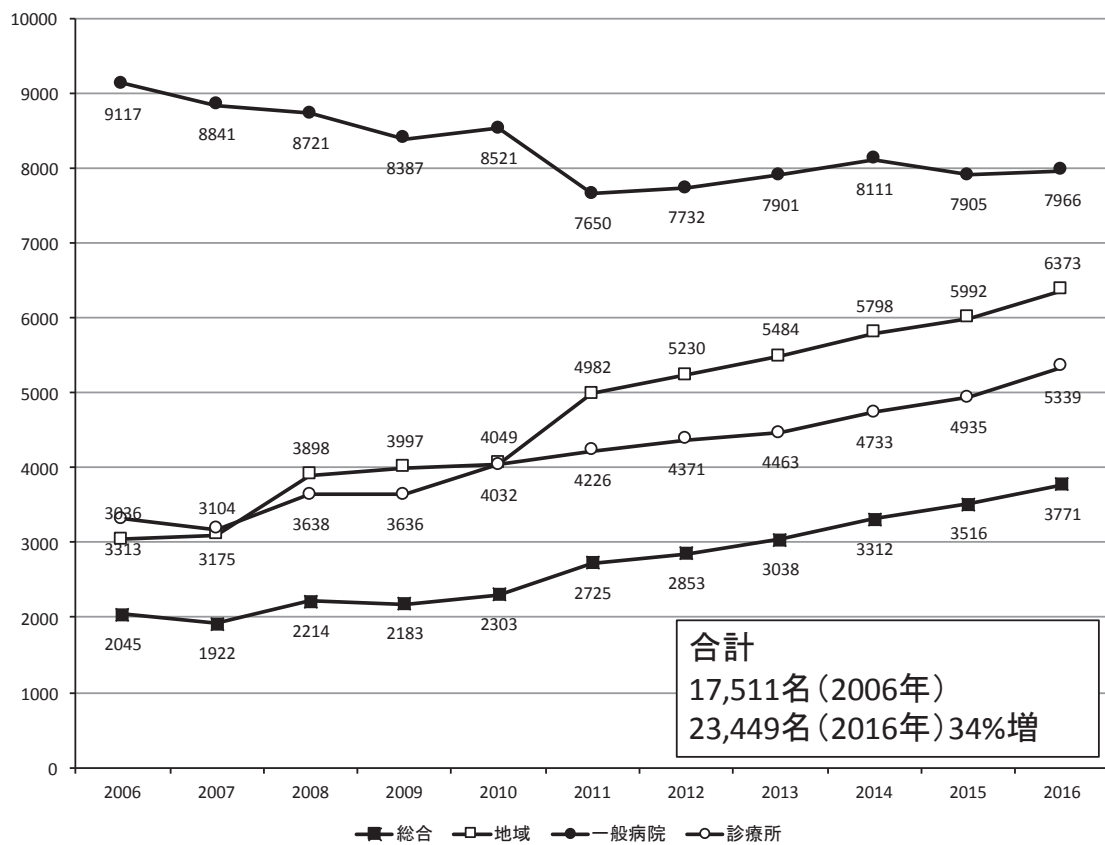


図16. 施設ごとの助産師数の推移