

重点課題① 育てにくさを感じる親に寄り添う支援  
—周産期メンタルヘルスケアにおける多領域連携の促進に向けた  
ユニバーサル・スクリーニングの開発と普及—

研究分担者 山下 洋（九州大学病院 子どものこころの診療部）

研究要旨

背景と目的： 周産期の女性のメンタルヘルスケアにおける多領域連携の要は産科医療と精神科医療、小児科医療の連携である。切れ目のない支援に向けて全ての妊産婦にメンタルヘルスケアを提供できる仕組み作りが求められている。周産期の母子と家族のケアのニーズを多職種で共有するために必要なスクリーニング法の普及と、その適正な運用に求められる実践スキルの研修の仕組みについて検討した。

方法： 国内外で実施されている周産期メンタルヘルスのスクリーニングと介入のシステムについて文献的検討を行った。国内の周産期医療および母子保健システムに応用可能なスクリーニングのあり方と普及に向けた教育研修のあり方を検討した。

結果： 国ごとの保健制度・医療経済のあり方によって強調点は異なるが、全ての妊産婦を対象とするスクリーニングとケアの提供は、母子 2 世代の否定的転帰による経済損失から分析すれば、十分な有効性と妥当性を持つと考えられていた。国内でも普及しつつある 3 つの質問票を用いたユニバーサル・スクリーニングと継続支援は、そのあり方を反映するものと考えられた。

考察： ユニバーサル・スクリーニングが切れ目のない支援へとつながるためには、メンタルヘルスケアについての基礎的な知識と実践的スキルを多職種で共有する必要がある。

A. 研究目的

親子の心の診療の周産期における重要課題の一つである周産期メンタルヘルスにおける多職種連携のあり方を検討する。今年度は国内外で実施されている周産期メンタルヘルスのスクリーニングと介入のシステムについて文献的検討を行った。国内の周産期医療および母子保健システムに応用可能なスクリーニングのあり方と普及に向けた教育研修のあり方を検討した。

B. 研究方法

周産期メンタルヘルスケアのガイドラインを公表しシステム作りを推進している英国、米国、オーストラリアのガイドラインと、それらの実践のエビデンスの報告論文を検討した。

それらの知見にもとづき、望まれる国内での取り組みについて考察を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は文献研究であり個人情報とは取り扱わないため倫理面の配慮は要さない。

## C. 研究結果

### I 諸外国と国内の周産期メンタルヘルス・スクリーニングと多職種連携の実状

表 周産期メンタルヘルスケアの主なガイドラインと介入モデル

ガイドラインと作成の方法論	アプローチの概要	主なアプローチ・モデルの要素	推奨される心理社会的アセスメント
British Antenatal & Postnatal mental health CPGs (2015 に更新) システムティック・レビュー ランク付けされた推奨 多職種向けの勧告 (2017 に追補)	・地域保健スタッフの協働ネットワーク 1次、2次、3次までのステップドケアモデル	・ネットワークの要因は共通しているが、紹介・連携のプロトコールはさまざまである。 ・一式のプロトコールを設定したプライマリ・ケアでの対応から専門家やセカンドオピニオンまでのケアの経路がある。 ・ケアのプロトコールや研修プログラムを共有した多職種ミーティング	・Whooley 質問項目 1) 過去1か月の抑うつや望みのなさ、アンヘドニアの基本症状 2) 精神疾患の既往歴・家族歴 ・追加して EPDS を用いる場合 ・幅広い心理社会的リスクについての質問はない。 ・母子の絆や家族への焦点付けはない。
Scottish Management of Perinatal mood disorders (2012) システムティック・レビュー 推奨および実践のポイント 多職種向けの勧告	・専門的ケアの基準、連携とマネージメントの経路、専門家の技能、サービスへの公平なアクセスの確立に向けた臨床家のネットワーク	・選択肢の検討と多職種協働ミーティング ・プライマリ・ケアの対応の基準 ・スタッフ教育により支えられるモデル	・妊娠中、出産後にルーチンとして抑うつ症状について聞く ・情緒的な問題について聞く手がかりとして EPDS および Whooley 質問を用いる。 ・出産後の主な精神疾患のリスクをスクリーニングする。 ・母子の絆や家族への焦点付けはない
Australian Clinical Practice Guidelines (CPGs) for perinatal depression (2011) システムティック・レビュー 推奨および優れた実践のポイント 多職種向けの勧告	・ニーズに応じた統合的な産前ケア (軽症およびリスク・ケースから重症の複雑な精神疾患まで) ・一次対応での心理社会的サポートと臨床実践の受け皿 ・研修とスーパーバイズ、2次および3次の医療の選択肢 ・家族中心アプローチ	・一次対応におけるマネージメントのための明確な基準 ・第一次の地域保健において大部分のケアが心理社会的サービスを基本として提供される。 ・重症の精神疾患のある女性向けのケアプラン ・多職種ケース会議 ・スタッフの研修とスーパーヴァイズに支えられたモデル	・心理社会的アセスメントをルーチンで行う。幅広い精神障害のリスク因子を含む構造化された質問および抑うつ、不安症状の評価のために EPDS を用いる (妊娠期と産後6-12週)。 ・精神疾患と子育て困難 (不適応) の双方の問題を見出す ・母子相互作用や子育て、家族への影響に注目する
US Preventive Services Task Force	・確定診断、効果的な治療、適切なフォローアップシステムのもの	・保健制度によって周産期のうつ病はスクリーニングと引き続	・標準化されたうつ病スクリーニングを行う。Patient Health

<p>(2009)2016 に更新 システマティック・レビュー ランク付けされた 推奨</p>	<p>とでのうつ病のスクリーニング の有効性 ・限られた地域のメンタルヘル スケアの資源による家庭医療と の協働/統合的ケア・モデル</p>	<p>く治療がカバーされる。 ・地域診療クリニックにおける 家庭医療モデルとして身体疾患 と精神疾患の両方の治療を統合 的に提供する。 ・ケア・チームによるスクリーニ ング・アセスメント(スタッフ教 育) ・段階付けられた治療・介入・連 携システム</p>	<p>Questionnaire-9 と EPDS の不安 の3項目または EPDS が推奨さ れる。 ・心理社会的リスクを社会経済 的指標や生育歴、ACE(小児期逆 境体験)の項目も含めて評価</p>
<p>日本周産期メンタ ルヘルス学会 周産期メンタルヘ ルスコンセンサス ガイド(2017) 専門家による文献 レビューに基づく</p>	<p>・20項目の臨床的・クエス ションとしてスクリーニング、 具体的な連携、向精神薬治療の リスクベネフィット、心理社会 的介入についてコンセンサスと 推奨される対応を記述</p>	<p>・妊産婦に関わる精神保健の非 専門家と専門家の円滑な連携の ために、メンタルヘルスケアに関 するコンセンサスを得ることを 目的としている。</p>	<p>・NICE ガイドラインをはじめと する国外の文献を参考に、 Whooley の2項目、GAD、EPDS などを紹介している。いずれも 国内のエビデンスの不足を課題 としている。 ・母子関係、子育て困難について ボンディング障害、心理社会的 リスクについて特定妊婦への言 及がある。</p>
<p>日本産婦人科学会 ガイドライン (2017) 専門家による文献 レビューに基づく</p>	<p>・臨床的クエスションとし て CQ11 妊娠中の精神障害のリ スク評価の方法、CQ315 産褥精 神障害、CQ413 未受診妊婦への 対応などが記述されている。</p>	<p>・妊産婦に関わる精神保健の非 専門家から精神科治療への連携 のための判断(生活機能にもとづ く重症度の評価)の方法の共有と 地域の連携体制の構築を目的と している。</p>	<p>NICE ガイドラインをはじめと する国外の文献を参考に、 Whooley の2項目、GAD、EPDS、 GAF スコアなどを紹介。</p>

1) 周産期メンタルヘルスケアの主なガイドラインとユニバーサル・スクリーニング: 周産期の女性の精神保健に影響する心理的、社会的、文化的リスクファクターを評価するものであり、頻度の高い精神保健の問題である不安障害やうつ病のスクリーニングを一部に含むが、それのみに限定しない多次元的な評価を行うことである。スクリーニングは統合されたケアプログラムの一環として実施される。

近年の周産期メンタルヘルスケアの主なガ

イドラインを表1に示す。英国の2つのガイドライン(National Institute for Health and Care Excellence(NICE) guideline および Scottish Intercollegiate Guidelines Network; SIGN)のいずれにおいてもスクリーニングの手続きの強調はなくなり、ケアへの経路の整備を重視した記述となっている。すなわち SIGN のガイドラインではスクリーニングを行う事のリスクとベネフィットおよびコストとベネフィットについて National Screening Committee のシステマテ

イック・レビューによる報告に基づき、Whooley 2 質問法(Whooley, Avins et al. 1997)(Whooley 2016)ならびにエジンバラ産後うつ病質問票によるスクリーニングを行う事の臨床的意義は見いだされないと結論している(Network 2012)。一方 NICE ガイドラインでは、抑うつならびに不安症状に対し Whooley 質問法および GAD2 などの簡便な質問法を推奨するとともに、このスクリーニングで陽性であった場合、引き続いて PHQ9、EPDS、GAD7 などを含めた質問紙で抑うつ症状や不安症状をアセスメントすることを提案している。さらに精神疾患の既往歴や現在の精神症状がないかを査定し治療やケアにつなぐことを重視すると同時にケアへの障壁としてのスティグマの存在を現状の課題として挙げている(Howard, Megnin-Viggars et al. 2014)。しかしながら NICE ガイドライン策定メンバーである Howard らの妊娠初期のスクリーニングに関する最新の検討では EPDS の方が大うつ病に関し若干良い判別力がみられたことから、EPDS もまた助産師によるスクリーニングの選択肢となることを示している(Howard, Ryan et al. 2018)。

米国の US Preventive Service Task Force(USPSTF)では妊産婦も含めてうつ病のスクリーニングはある程度有益(moderate net benefit)であるとして推奨しているが(O'Connor, Rossom et al. 2016, Siu, Bibbins-Domingo et al. 2016)、同時期の Lancet にはルーチンとして行われるスクリーニングが有害な結果をもたらさないかという論説も掲載されている(Harris 2016)。各国でみられるスクリーニングの是非を問う議論や検討の多くはスクリーニングの評価尺度の Psychometrics としての妥当性を問うよりも、その後の対応やケアの体制および転帰を懸念したものである。すなわち第一に各種のスクリーニング法の妥当性のエビデンスが

あるもののスクリーニングによって産後うつ病のリスクが減るかについては質の高いエビデンスが不足していることがある。第二にエジンバラ産後うつ病質問票などを含めてスクリーニングの陽性的中率がそれほど高くはないことがある。たとえばエジンバラ産後うつ病質問票が国際的にもっとも広く用いられているが、国内での妥当性を検討すると小うつ病および大うつ病を含めた産後 1 カ月目での陽性的中率は 8/9 の区分点で 75%(Yamashita et al., 2000)であった。うつ病の診断基準(小うつ病、その他のうつ病を含めるか)と方法(用いられた診断面接)は報告により異なるが、最近の妊娠中期における大うつ病のみのスクリーニングに関する研究でも 12/13 の区分点で 59.5%に留まる(Usuda, Nishi et al. 2017)。世界各国の妥当性研究でも陽性的中率などの諸指標の変動は大きく(Kozinszky and Dudas 2015)、支援の資源の乏しい経済的開発国でのスクリーニングの意義が議論されている(Shrestha, Pradhan et al. 2016)。このため EPDS が単なる診断ツールとして多様な支援の現場で誤用された場合は過剰診断の可能性が考えられる。かなりの割合でみられる偽陽性の妊産婦への対応を含めて考えるとルーチンに行うスクリーニングの時間的および経済的コストについての懸念がある。NICE ガイドラインでのスクリーニングとしての Whooley の二項目の質問法の推奨はこのような医療経済的な視点を強く反映していると考えられる。第三に予想される有害な転帰としてスクリーニング陽性とされたケースが自動的に精神科や児童福祉機関への紹介がなされると周産期うつ病の診断がスティグマとして作用し、スクリーニングが母子分離につながるなどの誤解や抵抗を生じる可能性があることを挙げている。先述の米国のうつ病のスクリーニングの Task Force の調査にはスクリー

ニングの有害性の設問も含まれているが有害性を述べた報告はみられなかった。もちろんメンタルヘルスのリテラシーを欠いた環境で時間・コスト短縮といった医療経済的側面のみが強調されるとこのような事が生じることを危惧し、EPDS の開発者である Cox は Person Centered Approach や傾聴による訪問支援 (Listening Visit) を強調している。このような議論を踏まえ包括的なケアへのアクセスに向けてのスクリーニングとして提案されているのがユニバーサル・スクリーニングと言えるであろう。

周産期のうつ病などの精神障害は産後のみならず長期間にわたって罹病する女性も多く子どもの発達も含めて長期的な影響を及ぼすことは看過できない問題である。また日本を含む経済先進国の多くでは心理社会的問題(うつ病や精神疾患による自殺から物質乱用や対人間暴力までを含む)が周産期死亡の主な原因となっている事実がある。周産期にはうつ病性障害以外の精神疾患の発症、再発、増悪のリスクも高まり、入院を要した重症例での自殺のリスクも他の時期よりも高い。この意味で母児双方の安全という点からも一次および二次予防としてのスクリーニングやモニタリングのニーズは大きい。また分断化する米国社会では、ケアへのアクセスが困難で資源も極端に乏しい難民・移民などのサブグループが存在し、そうした妊産婦に重みづけをしたケアの提供を提唱している。そのうえで周産期は妊娠出産をめぐって、女性と家族の健康を最大化・最適化するまたとない機会であることを踏まえ“妊産婦の身体的および心理的健康のウェルビーイングを含む感度の高い査定を行うこと”を提唱している。

このような立場を反映しているのがオーストラリアの Center of Perinatal Excellence (COPE)

によるガイドラインである。精神症状についてうつ病のみの強調はなく不安を含めた幅広い精神症状や精神疾患の既往のスクリーニングを行い、同時に心理社会的リスクや母子の関係性の困難や母児それぞれの安全の評価を行うことを提唱している。このガイドラインも英国や米国と同じくエビデンスのシステマティック・レビューにもとづいてエビデンス・レベル、コンセンサス・レベルおよびプラクティス・ポイントに分けられているが、ケアの目的と対象、提供するケアの内容の設定が変わることで、スクリーニングの有益性のランク付けも異なる結果になっている(Austin, Highet et al. 2017)。表 1 に示したように母子の関係性を含む幅広いウェルビーイングを目的とする場合、軽症の精神症状から重症の精神疾患、心理社会的リスク、母子相互作用などを含む包括的なアセスメントが望ましいモデルとなる。このためガイドラインではエジンバラ産後うつ病質問票は、不安から抑うつまで頻度の高い精神症状に気づくために有用なツールに位置づけられ、妊娠中の2回、産後の2回の計4回のスクリーニングのタイミングを設定し 10-12 点の閾値下の母親のフォローアップと 13 点以上の母親それぞれで対応を分けて示すなどきめ細かに使用法を示している。心理社会的リスク因子についても、パートナーや実母、友人関係など重要な他者との関係性を中心に、ライフイベント、不安傾向や潔癖症、被虐待歴を2件法から6件法で評定し、合計点からリスク因子の累積の程度を算出する(Austin, Colton et al. 2013)。これらの段階付けられた包括的なアセスメントは心理社会的サポートの提供から低強度から高強度の心理的介入、薬物療法や入院などの危機介入まで、実施できるケアの選択肢がある環境下ではじめて意味をもつ(山下洋 2019)。

## II 国内における周産期メンタルヘルス・スクリーニングと多職種連携の実状

国内では2017年に日本産婦人科学会および日本周産期メンタルヘルス学会が相次いで、診療ガイドライン中のクリニカルクエスチョンおよびコンセンサスガイドというかたちで周産期メンタルヘルスケアのガイドラインを発表している。表1に示すように、両者とも精神疾患のある女性のスクリーニングと対応を中心とした内容となっている。日本周産期メンタルヘルス学会のコンセンサスガイドでは精神疾患としての重症度や緊急性に基づく階層化した連携と対応について具体的なスキーマが示されている。その一方で心理社会的リスク要因や母子の絆、ペアレンティングについての項目も含まれているが、その内容は注意喚起に留まり評価とスクリーニングおよび対応についての具体例の記述は限られている。一方日本産婦人科学会の診療ガイドラインではクリニカルクエスチョンの中に、CQ11、CQ315、CQ413の3項目が妊産婦のメンタルヘルスのスクリーニングとケアについて言及している。上記のコンセンサスガイドの20項目のうち母子の絆、ペアレンティングを除く内容がカバーされ学会間のコンセンサスの調和が図られている。

これらの公表に合わせて日本産婦人科医会により、作成発行された周産期メンタルヘルスマニュアルでは、3つの自己質問票を用いたユニバーサル・スクリーニングを基本にした、具体的な対応例やスキルが示されており、多職種での連携に向けて、前述のガイドラインやコンセンサスガイドを補完する内容となっていた。

## D・E 考察および結論

国内外の周産期のメンタルヘルスケアの取り組みを概観すると、気づかれにくい心のケア

のニーズのスクリーニング法の開発を端緒として、ケアへの経路や実際の支援の受け皿の整備へと取り組みの重点を移しつつある現状が明らかとなった。国内では重症例のトリアージと安全な子育ての見守りを視野に入れスクリーニング法や治療に関する知識のアップデートと共有に加え、多職種連携の拠点づくり（子育て世代包括支援センター、要保護児童地域対策協議会など）が急務と考えられる。

そこで周産期医療と精神医療における連携を中心としたメンタルヘルスケアの取り組みが、母親の育児機能と乳幼児期の子どもの育ちにもたらすベネフィットとして最適化されるためには、産科・精神科のみならずペリネイタルビジットや乳幼児健診などを担う小児医療領域との情報共有と支援の連携の仕組み作りが行われる必要がある。医療における取り組みの第一に産婦人科、精神科、小児科の各領域において母子の2世代への支援の視点の共有がある。支援の具体化と継続に向けては包括的なアセスメントツールの使用および国内での介入プログラムやシステム導入の臨床エビデンスについての多領域・多職種での継続的教育研修が望まれる(山下洋, 鈴宮寛子 et al. 2018)。

## 【参考文献】

Austin, M.-P., et al. (2013). "The antenatal risk questionnaire (ANRQ): acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting." Women and Birth **26**(1): 17-25.

Austin, M., et al. (2017). "Effective mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline." COPE: Centre of Perinatal Excellence, Melbourne Google Scholar.

Harris, L. (2016). "Screening for perinatal depression: a missed opportunity." The Lancet **387**: 505.

Howard, L. M., et al. (2014). "Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance." BMJ: British Medical Journal (Online) **349**.

Howard, L. M., et al. (2018). "Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy." The British journal of psychiatry **212**(1): 50-56.

Kozinszky, Z. and R. B. Dudas (2015). "Validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for the antenatal period." Journal of affective disorders **176**: 95-105.

Network, S. I. G. (2012). "Management of perinatal mood disorders." SIGN National Clinical Guidelines **127**.

O'Connor, E., et al. (2016). "Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force." Jama **315**(4): 388-406.

Shrestha, S. D., et al. (2016). "Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review." BMC pregnancy and childbirth **16**(1): 72.

Siu, A. L., et al. (2016). "Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force

recommendation statement." Jama **315**(4): 380-387.

Usuda, K., et al. (2017). "Optimal cut-off score of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for major depressive episode during pregnancy in Japan." Psychiatry and clinical neurosciences **71**(12): 836-842.

Whooley, M. A. (2016). "Screening for depression—a tale of two questions." JAMA internal medicine **176**(4): 436-438.

Whooley, M. A., et al. (1997). "Case-finding instruments for depression." Journal of general internal medicine **12**(7): 439-445.

山下洋 (2019). "親の精神科治療が周産期の子育てに果たす役割: 自殺およびマルトリートメント予防の視点から." 臨床精神薬理 **22**(2): 107-116.

山下洋, et al. (2018). "周産期メンタルヘルスと母子保健: いま地域保健師に期待される役割 (特集 小児・周産期の看護と乳幼児精神保健: 多職種連携による育児支援)." 乳幼児医学・心理学研究 = Japanese journal of medical and psychological study of infants **27**(2): 95-105.

## F 論文発表

山下洋, et al. (2018). "周産期メンタルヘルスと母子保健: いま地域保健師に期待される役割 (特集 小児・周産期の看護と乳幼児精神保健: 多職種連携による育児支援)." 乳幼児医学・心理学研究 = Japanese journal of medical and psychological study of infants **27**(2): 95-105.

山下洋 (2019). "親の精神科治療が周産期の子育てに果たす役割: 自殺およびマルトリートメント予防の視点から." 臨床精神薬理 **22**(2): 107-116.