

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）

**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～27年度 総合研究報告書

研究代表者 立花良之

平成28（2016）年3月

# 目 次

## I . 総合研究報告

- 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 -----1  
(立花良之、小泉典章、竹原健二、久保隆彦、森臨太郎)

## II . 総合分担研究報告

- 1 . 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  
立花良之-----13
- 2 . 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  
小泉典章-----21
- 3 . 妊産婦を取り巻く地域支援体制の整備および妊産婦の心身の健康状態  
についての研究  
竹原健二-----33
- 4 . 妊産褥婦のメンタルヘルスについての研究  
久保隆彦-----37
- 5 . 諸外国の文献レビューおよび妊娠中と産後のうつ病の予防・治療に関する  
コクランレビューのオーバービューレビュー  
森臨太郎-----43

## III . 研究成果の刊行に関する一覧表 -----53

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）」<sup>3)</sup>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

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））  
「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」  
分担総合研究報告書

**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**

- 研究分担者 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）
- 研究協力者 小泉典章（長野県精神保健福祉センター）  
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）  
樽井寛美（須坂市健康福祉部）  
赤沼智香子（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）  
竹原健二（国立成育医療研究センター研究所 政策科学研究部）  
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）  
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）  
辻井弘美（国立成育医療研究センターこころの診療部）  
小泉典章（長野県精神保健福祉センター）  
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）

**研究要旨**

メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の連携の体制整備を行い、均てん化を目指すことを目的とした。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。また、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。

それらをもとに、さらに均てん化のために、周産期関連学会のガイドライン作成に携わり、また、診療報酬改定要望の会議にも当研究班の成果を基礎資料として提出した。また、全国の母子保健関係者を対象に研修会を開催した。

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。このような「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、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。研修会の効率面を考えると、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。

## ・ 研究目的

周産期における妊産褥婦のメンタルケアについては、特定妊婦の取り組みなどをはじめ様々な形で行われている。しかしながら、メンタルヘルス不調の母親に対する医療・保健・福祉の連携の仕組みは未整備である。本研究では、メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の連携の体制整備を行い、均てん化を目指すことを目的とした。

## B. 研究方法

1 年目は、メンタルヘルス不調の母親のサポートのための連携モデルの構築として、「母と子のサポートネットせたがや」の協議会の発足・運営 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」の作成 情報サイト「母と子のサポートネットせたがや」の作成 母子保健関係者が「顔の見える連携」を築ける場の調整 を行った。

2 年目は、1)地域医療・保健・福祉機関が協働する「顔の見える連携」のモデル作り（平成 25 年度より継続）

2)母子保健 G-P ネット（研究課題申請時は周産期 G-P ネットとしたが、周産期だけでなく母子保健全体で行っていく必要があると考え、以後「母子保健 G-P ネット」とする）の均てん化のためのパッケージ作成

メンタルヘルス不調の母親の支援についての母子保健関係者向けマニュアル作成

メンタルヘルス不調の母親の支援についての母子保健関係者向け研修会開催

3) 世田谷区の産科領域における妊産褥婦のメンタルケアのための他機関連携の実態調査

4) 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の開発・運用

5) 母子保健 G-P ネットを推進するための診療報酬へのインセンティブ付加の提言を行った。



3年目は、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において、妊産婦のメンタルヘルス対応についてのガイドライン作成の合同委員会に立花が参画した。妊産婦のメンタルケアについての多職種地域連携の研修パッケージの均てん化のため、長野市において研修会のモデル施行をし、さらに、全国の母子保健関係者向けに研修会を開催することとした。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、周産期のメンタルケアの診療報酬加算を内科系学会社会保険連合(内保連)・外科系学会社会保険連合(外保連)に要望する検討委員会に立花が参加し、基礎資料の提出を行った。

### C. 研究結果

1年目は「母と子のサポートネットせたがや」の運営にあたり、産科医療における多職種連携モデルについて下記の3つの点を重要な要素とした。第一に、メンタルヘルス不調の母親を緊急・非緊急にわけて、連携先の機関を分けているということである。第二に、どの場合も、基本的に保健師に連絡して、保健師と連携を持って対応するということである。第三に、産科医療においては母親本人に目が向きがちだが、養育の問題について、保健師や子ども家庭支援センター、児童相談所と連携を持つことを念頭に置くことである。小児科医療における多職種連携については、下記の4つの点を重要な要素とした。第一に、乳児健診をメンタルヘルスのハイリスクの母親を見つける場とすることである。第二に、メンタルヘルスのハイリスクの母親を見つけるために、うつのスクリーニングとして Whooley の二質問法を用いていることである。第三に、小児科領域で母親の精神面について気を付ける点として、うつ状態及び幻覚妄想状態を重視していることである。第四に、メンタルヘルス不調の母親がいた時の連携先として、基本的には保健師とするが、内科・小児科を標榜している開業医については、可能であれ

ば精神科診療所と連携を取ることを推奨していることである。

2年目以後東京都世田谷区において、世田谷区健康づくり課、世田谷区医師会と連携し、世田谷区内の産科医・助産師・保健師・小児科医・精神科医・子ども家庭支援センター職員などとともに、区役所の会議室を借りて検討会を月1回定期開催している。世田谷区では「母と子のサポートネットせたがや 心のサポートのためのマニュアル」を全産科医療機関・保健所などの母子保健関係者に配布した。また、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。長野県精神保健福祉センターが「産後うつ病対応マニュアル」刊行に際し、立花が監修した。世田谷区では世田谷医師会と連携して母子保健関係者向けに研修会を2回開催し、長野県松本市でも1回開催した。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。名古屋大学の杉浦伸一准教授と協働し、世田谷区内の医療機関むけの患者紹介システムを開発した。平成28年の診療報酬改定に向け、国立成育医療研究センターとしての診療報酬改定要望事項の登録において、立花が2つの要望を行った。

精神科医連携加算に関連して、医療連携の受け皿の精神科医療機関にも初診時に200点加算を要望。通院・在宅精神療法 I精神 002 に子どもの保護者である患者に対して、母子保健領域の関係機関との連携を行うなどして子どもの養育の問題についてもケアを行った場合に、350点加算を要望。日本産科婦人科学会・日本

産婦人科医会・日本精神神経学会共催の「精神疾患を合併する妊産婦の心のケアに関する精神科・産科・小児科の地域の連携医療の新規要望」についての会議に立花が参画し、世田谷区の実態調査のデータを基礎資料として提出した。

3年目は、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議において、本研究班の成果を踏まえ立花がクリニカルクエストの提案を行った。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年度の診療報酬改定において、合同委員会から内保連・外保連に要望を出した。平成28年度の診療報酬改定において、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併じ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。

#### D. 考察

母と子のサポートネットせたがや」が運営される中で、このような母子保健関係者のネットワークは地域の要保護児童対策地域協議会の機能を様々な点で強化する可能性が示唆された。

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産褥婦を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、現状で精神科医療機関が対応しているのは周産期のメンタルヘルスの問題や養育不全についてより重篤な群であることが示唆された。今後、ハイリスク者を妊娠期など早期に発見し、医療・保健・福祉が協働してフォローアップしていく体制づくりの構築が課題であると考えられた。また、そのような体制づくりを推進する上で、診療報酬においてインセンティブを患者を紹介した側・された側の双方に付加することが望ましいと考

えられ、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診療報酬の合同委員会に参画した。

今後、産科関連学会・団体のガイドラインを通して、医療関係者に対して医療・保健・福祉の連携の知識の均てん化を図っていく必要があると考えられる。均てん化の観点からは、各施設や自治体での妊産婦のメンタルケア対応の指導者を養成するような仕組みづくりが必要であると考えられる。

また、今後妊娠中・産後のメンタルヘルスや心理社会的なリスク要因のスクリーニングについても、診療報酬上のインセンティブ付与が望まれる。

#### E. 結論

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。このような「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。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ような共通認識の土台形成に有益であると考えられる。また、研修会による知識の習得も有効であるが、効率面では、各機関・各地域で同僚を指導するような指導者を育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。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。

## F. 引用文献・出典

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

英文原著(査読有)

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(査読有)

1. 立花良之、小泉典章「母子保健活動と周産期・乳幼児期の精神保健」精神科治療学
2. 小泉典章、立花良之「精神保健と母子保健の協働による周産期メンタルヘルスへの支

援」子ども虐待とネグレクト

3. 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」日本小児科医学会会報, 第 50 号, 142-145, 2015.
4. 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

和文著書

1. 立花良之(2016年6月刊行予定): ころこ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, 医歯薬出版

### 2. 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 回学術集會にいがた大会、新潟、2015.11.21

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 回学術集會にいがた大会、新潟、2015.11.21

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 回学術集會にいがた大会、新潟、2015.11.20

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、2015.11.20

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「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、2015.11.1

6. 立花良之、辻井弘美、竹原健二、掛江直子、森臨太郎、奥山眞紀子、久保隆彦 「妊娠期における養育不全・児童虐待の危険因子についての研究—東京都世田谷区における全分娩施設を対象とした疫学調査の結果から—」第 111 回日本精神神経学会+総会、大阪、2015.6.4

7. 仁田原康利 「注意欠陥多動性障害の親子治療により 母子関係の改善が得られた一例」、第 14 回東京児童青年臨床精神医学会、東京、2015.4.11

7. 立花良之、杉浦伸一、竹原健二、中川真理子、久保隆彦、辻井弘美 「身体疾患患者のメンタルヘルス不調に対する早期介入のための、かかりつけ医と精神科医の連携をサポートする患者紹介システム開発について」、東京、2014.12.6

8. 立花良之、竹原健二 「メンタルヘルスのハイリスク妊産褥婦への地域のサポートの実情と今後の課題について」第 73 回日本公衆衛生学会総会、宇都宮、2014.11.5

9. 立花良之、小泉智恵、辻井弘美、竹原健二、森臨太郎、掛江直子、奥山眞紀子、久保隆彦、 「養育不全・児童虐待予防のために会学術集会、大阪、2014.7.13

妊娠中から気を付けるべき、産後のメンタルヘルス不調の母親のリスク因子についての研究」第 55 回日本児童青年精神医学会総会、浜松、2014.10.12

10. 立花良之、竹原健二、久保隆彦、森臨太郎、掛江直子、辻井弘美、奥山眞紀子 「養育不全・児童虐待予防のための妊娠期からの医療・保健・

福祉の地域連携 —「母と子のサポートネットせたがや」の取り組みと課題」第 6 回日本子ども虐待医学研究科会

11. 立花良之：発達障害の見立て、第 110 回日本精神神経学会学術総会シンポジウム「専門医受診者のための小児精神医療入門(2)子どもの「見立て」、横浜、2014.6.28

12. 立花良之：メンタルヘルス不調の母とその養育のサポートのための多職種地域連携—東京都世田谷区での取り組み、第 110 回日本精神神経学会学術総会シンポジウム「メンタルヘルス不調の母親とその子供の養育を支援する地域連携システム—母子保健における G-P ネット—」、横浜、2014.6.27

13. 立花良之 「うつ病早期発見早期介入のためのかかりつけ医・精神科医連携システムを母子保健に生かす—周産期の母親サポートにおける G-P ネット—」日本子ども虐待防止学会第 19 回学術集会信州大会（日本子ども虐待防止学会主催）、松本、2013.12.14

14. 立花良之 「うつ病の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の地域連携による支援体制の構築に向けて～周産期 G-P ネット～」第 54 回日本児童青年精神医学会総会（日本児童青年精神医学会主催）、札幌、2013.10.12

15. 立花良之、小泉典章、竹原健二、久保隆彦、森臨太郎、掛江直子、小泉智恵、日下華奈子、辻井弘美、奥山眞紀子

乳幼児虐待予防のための、医療・保健・福祉の多職種連携の問題点について —周産期の母親のメンタルサポートの観点から。第 5 回日本子ども虐待医学研究会・学術集会（日本子ども虐待学研究会主催）東京、2013.7.21

### 3. 講演

1. 立花良之 「メンタルヘルス不調の母親とその子どもの支援のための地域の多職種連携の場所づくりのために『母と子のサポートネットせたがや』」第 1 回せたがや子ども・子育て学会、東京、2016.3.12

2. 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、2015.9.12
3. 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、2015.9.12
4. 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
5. 立花良之「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』の活動について」、第14回世田谷区医師会医学会（招待講演）、2014.12.6

#### **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

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））

「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」

総合分担研究報告書

## 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

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、赤沼智香子、樽井寛美（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）  
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）

### 研究要旨

少子化、高年齢出産、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果たした長野県精神保健福祉センターが果たした広報・研修、連携の強化、事業評価などの役割を報告する。

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。

### A. 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 EPDS 9 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 E P D S 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。

## B. 方法

### 啓発活動

産後うつ病は出産後の不安や育児疲れと誤解されやすいと思われる。産後うつ病では、嬰兒殺や自殺も起こりうる疾患だという啓発活動が必要である。

### 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 E P D S 等を用いた妊産婦への関わり

##### 【母子健康手帳交付時】

- ・ E P D S
- ・ 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、B M I、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）】

- ・ E P D S

##### 【1 か月健診時（須坂病院）】

- ・ E P D S
- ・ 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】

- ・ E P D S
- ・ 育児支援チェックリスト
- ・ ボンディング

##### 【3 か月健診時】

- ・ E P D S

## 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、M S W , 須坂市・小布施町・高山村の保健師

#### 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）

## C. 結果

### 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をおく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 月に松本市で開催した。

### 須坂市での取り組みの結果

#### 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
兄姉に関すること	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。

#### D. 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EPDS9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EPDS9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EPDS9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、その時々が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 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  
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 新井陽子先生

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 日の読売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。

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という拠点であり、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。

拠点に専門職を配置する

長野市では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。

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だくのが有機的である。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・高年齢出産など妊娠・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念願している。

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、フィンランドのネウボラ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、などです。（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念願している。

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のだが、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ス支援を試みようとする意義は大きいと考える。

## 6 産後うつ病の普及啓発、研修会開催

産後うつ病は出産後の不安や育児疲れと誤解されやすいと思われる。産後うつ病では、嬰兒殺や自殺も起こりうる疾患だという啓発活動が必要である。当センターでは、産後うつ病の啓発のリーフレットを10万部、新たに作成し、長野県精神保健福祉協議会から長野県下の産婦人科医療機関、市町村に配布した。

リーフレット配布の効果を確認するために、それより以前に、H25年8月に「産後うつ病を防ぎましょう」(三重大 岡野禎治先生による)の市販の予防リーフレットを試行的に配布した。(県立須坂病院 500部、長野赤十字病院 1000部および長野市内産婦人科医療機関 500部)

また、東北信を中心に県下全域を参加対象に、女性のメンタルヘルス研究会を長野

県女性医師ネットワーク協議会委員の轟慶子先生(鶴賀病院)と一緒に結成した。

周産期のメンタルヘルスに関して以下の3回ともに、多数の参加を得た。男性医師の参加も多いのも特徴である。

H25.6.7 第1回女性のメンタルヘルス研究会(九州大 吉田敬子先生)

「出産後の母親に対する有効な精神面の支援の方法と実際の援助(EPDSの活用について)」

H25.10.30 第2回女性のメンタルヘルス研究会(東京女子医大 加茂登志子先生)

「女性とうつ Bio-Psycho-Social の視点から」

H26.3.19 第4回女性のメンタルヘルス研究会

「病院と行政との連携で、妊娠・出産・育児を支える体制づくり(長野県精神保健福祉センター 小泉典章)」

「妊婦を取り巻く環境と周産期のメンタルヘルス」(北里大学看護学部准教授 新井陽子先生)

日本精神科看護協会長野県支部主催で、平成27年度こころの日の企画として、平成27年7月5日に小泉が「産後うつの話」を岡谷市で講演した。

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。

平成26年3月には、出産の段階よりもっと早くから出来る支援を考えるという視点で「妊娠中からの子育て支援」をテーマに東京大学大学院医学系研究科家族看護学分

野 池田真理先生に須坂市で講演していただいた。

平成 27 年 3 月 8 日に、生物学的な研究をされている名古屋大学精神医学 尾崎紀夫教授に「周産期のうつ病」の講演を長野県薬剤師会にいただいた。薬剤師にとっても、周産期の薬物療法は大きな関心事である。

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 E P D S 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。

日本子ども虐待防止学会(ジャスピカ) 第 21 回学術集会にいがた大会シンポジウムでは「健やか親子 21 (第 2 次)」の位置づけの中で発表している。テーマは「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」である。

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長)

一瀬篤(厚生労働省雇用均等児童家庭局母子保健課長)

樽井寛美(長野県須坂市健康福祉部長)

小泉典章(長野県精神保健福祉センター所長)

## E. 結論

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のない支援を行い、安心して子育てできる体制を整えていきたい。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

(和文原著)

3. 立花良之、小泉典章「母子保健活動と周産期・乳幼児期の精神保健」精神科治療学

4. 小泉典章、立花良之「精神保健と母子保健の協働による周産期メンタルヘルスへの支援」子ども虐待とネグレクト

3. 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

4. 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

5. 小泉典章、伊藤真紀：精神保健と母子保健の協働．精神科治療学,30(2)：265-270,2015

6. 小泉典章：長野県における医療計画策定経過と概要 今後の医療計画の見取り図と

連携 精神神経学雑誌 ,116(7):563-569 ,  
2014

7. 小泉典章：長野県の地域精神保健の動向 .  
信州公衆衛生雑誌 , 8(1) : 13-14 , 2013 .

8. 立花良之、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 . 信州公衆衛生雑誌  
8(1) : 18-19 , 2013 .

## 2. 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年9月13日  
(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会抄  
録 : 130-131 , 2015 .

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  
り研究討論会抄録集 .39-43,2016

4. 小泉典章：母子保健におけるうつ病地域  
医療連携について . シンポジウム 40「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 母子保健における  
G-P ネット 」第 110 回日本精神神経学術  
集会 ( 横浜 ) 抄録 . S-507 .

5. 石井栄三郎：小児科医の立場から「子ど  
もを守るための医療連携」を探るより-母親  
のこころの理解とサポート体制の構築に向  
けて- . 第 110 回日本精神神経学術集会 ( 横  
浜 ) シンポジウム抄録 . S-507 .

6. 小泉典章：信州での母子保健における G  
- P ネット . 第 3 回精神疾患医療政策フォ  
ーラム 2014 ( Karuizawa Forum )

7. 小泉典章、樽井寛美、石井栄三郎：病院

と行政との連携で、母子の周産期メンタル  
ヘルスを支える体制づくり . 精神神経学雑  
誌 , 117(4) : 313,2015

8. 赤沼智香子、樽井寛美、小泉典章、石井  
栄三郎、佐藤千鶴：妊産婦が地域で安心し  
て子育てができるよう、医療機関と行政が  
連携した取り組みについて ~ E P D S を  
活用した支援 ~ . 平成 26 年度 長野県健康  
づくり研究討論会抄録集 .13-18,2015

9. 立花良之、竹原健二、小泉典章 ほか：  
乳幼児虐待予防のための、多職種連携の問  
題点について-周産期の母親のメンタルサ  
ポートの観点から- 第 5 回 日本子ども虐  
待医学研究会 (JaMSCAN) 学術集会抄録 ,  
2013 .

10. 小泉典章：須坂市における周産期 G-P  
ネットの試み-地域特性を生かした医療・  
保健・福祉の連携- . 日本子ども虐待防止  
学会 19 回学術集会信州大会抄録 :126-127 ,  
2013 .

## H. 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)

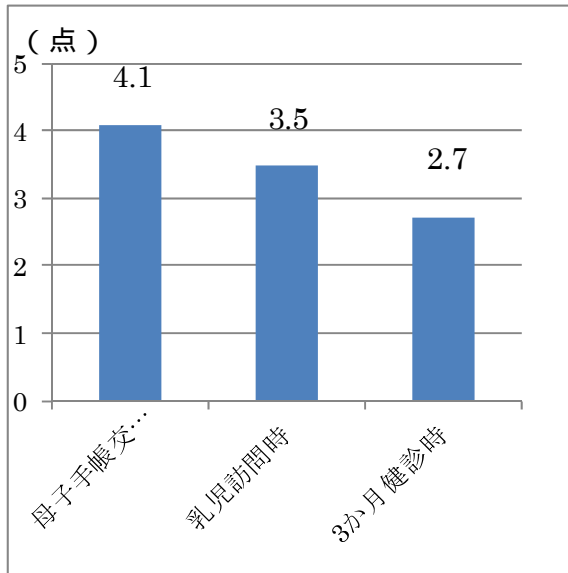


図2 EPDS 9点以上の人数 (n = 77)

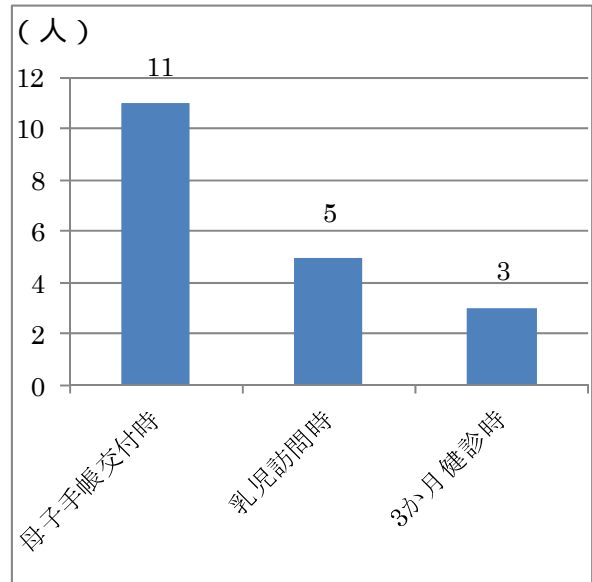
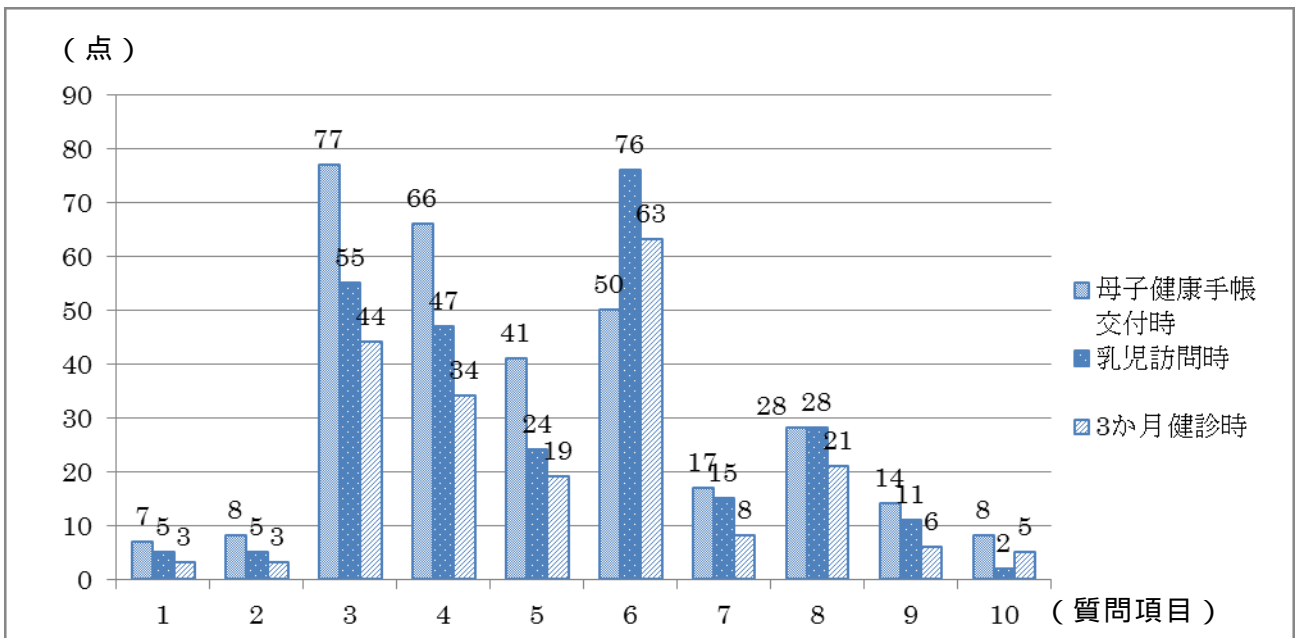


図3 EPDSの項目別合計得点







# 長野市母子保健・子育て支援の体系概要

平成 27 年 11 月  
長野市保健所健康課

ながの版ネウボラ：妊娠・出産～子育て期に至るまでの切れ目のない母子保健及び子育て支援

出産前後

妊娠期

誕生

出生～就学前（子育て期）

小学生（学童期）

学校出前講座

・「妊娠届」時に保健師が面談をして、母子健康手帳を交付

思春期保健相談

妊婦健康診査

妊婦歯科健診

妊婦訪問

マタニティセミナー（平日・休日）

不妊・不育症相談

特定不妊治療費助成

不妊・不育症治療費助成（県）

・複数の保健センターに母子保健コーディネーター（保健師）を配置するなど、妊娠初期からの支援体制の強化

・「エジンバラ産後うつ病質問票」等の本格導入（H28年度）  
・保健所と産科・小児科・精神科医との連携強化を図る

**【ながの版ネウボラ】**  
・母子保健、子育て支援の最初の関わりとなる妊娠届時から、成長、発達、発達の節目に、保健センターの母子保健コーディネーター・地区担当保健師が発育・発達・養育について把握し、妊娠中から就学時まで、切れ目のない支援を行うこと。  
・庁内関係課、他機関及び団体との協力・連携体制を整備し、包括的に

3  
か  
月

6  
か  
月

9  
か  
月

1  
歳

2  
歳

3  
歳

4  
歳

5  
歳

7  
歳

健康・育児・食生活・栄養・歯科相談（保健センター・保健所）

出産・子育て応援メール「ながのわくわく子育てメール」

産後ケア

離乳食講習会

親子よい歯サポート教室

産婦訪問  
新生児全戸訪問

4  
か  
月  
児  
健  
康  
診  
査  
（**集  
団**）

7  
～  
8  
か  
月  
児  
健  
康  
教  
室

9  
～  
10  
か  
月  
児  
健  
康  
診  
査  
（**個  
別**）

・H26年  
12月  
から  
M-CHAT  
を導入

1  
歳  
6  
か  
月  
児  
健  
康  
診  
査  
（**集  
団**）

2  
歳  
児  
健  
康  
教  
室

3  
歳  
児  
健  
康  
診  
査  
（**集  
団**）

スクリーニング

就学前健康診査

\* 子どもの福祉医療費、児童手当、ひとり親世帯及び障害児の子育て支援、障害福祉サービス等については未掲載

乳児一般健康診査（3～11か月児）（個別）  
\* 6～7か月頃が適期

発達支援プログラム

教育支援プログラム

子どもの予防接種（定期 11 種類、任意 4 種類、計 15 種類）

母子専門相談・長期療育児訪問指導

養育支援訪問事業

保育所・認定こども園・一時預かり

子育てサークル、各地区の親子ひろば

幼稚園

公民館子育て講座

こども広場・地域子育て支援センター・おひさま広場

ホームスタート事業

ファミリー・サポート・センター事業（子育て相互援助活動）

子育て相談（こども相談室）

ながの子育て家庭優待パスポート事業

小学校

放課後子ども総合プラン



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））  
「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」  
総合分担研究報告書

**妊産婦を取り巻く地域支援体制の整備および妊産婦の心身の健康状態についての研究**

研究分担者 竹原健二（国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部）

研究協力者 柳川侑子、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）

**研究要旨**

産前・産後はうつ病など、妊産婦にとって心身の健康状態を崩しやすい時期である。本研究では、そうした妊産婦を支えるためのサポートネットの発足や、既存データの二次解析を通じて妊産婦に対する必要なサポートを検討することによって、妊産婦を取り巻く環境の改善に寄与することを目的とした。本研究班では、平成 25 年度から 27 年度の 3 年間で「妊産婦のメンタルヘルスを考える協議会（仮称）」をもとにした、「母と子のサポートネットせたがや」を発足させた。また、妊産婦をサポートする専門家・関係機関における“顔が見える関係性”の構築のきっかけを作った。また、妊産婦の心身の健康状態に関するデータの二次解析をおこない、産後に産婦が抱える心身のトラブルについて、腰痛など慢性的に多くの産婦が抱えるトラブルがある一方で、乳首の痛みのように、時期的に頻度が高くなりやすいトラブルがあることを明らかにした。また、妊産婦のメンタルヘルスに対するファミリーサポートの効果について分析をおこない、家事・育児といった物理的なサポートよりも、夫や母親・義母などによるメンタルサポートがより効果的であることを示した。

**A. 研究目的**

産前・産後は妊産婦にとって心身の健康状態を大きく崩しやすい時期として知られている。そのため、厚生労働省の「健やか親子 21」など様々な取り組みが実施され、産後うつ病のリスクありと判定される者が策定時にの 13.4% から最終評価時の 9.0% へと減少したり、周産期医療や妊産婦を取り巻く環境整備が進んだり、一定の効果が示されてきている<sup>1), 2)</sup>。このように、着実に問題の改善に向けて進んでいるものの、問題が完全に解決に至ったわけではなく、いまだ、産前・産後に心身の様々なトラブルを抱える妊産婦は少なくない。そこで、本研究では、

妊産婦の心身のトラブルを予防・早期発見・早期介入が可能になることを目指して、妊産婦をサポートするための体制構築や、必要なサポートを検討するための科学的根拠の提示を試みた。

**B. 研究方法**

本研究では、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）」<sup>3)</sup>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」の発足へとつなげた。

また、上記研究班のデータセットを用いて、産後の心身の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おこなった。

(倫理面への配慮)

本研究では、新たなデータ収集などはおこなっていない。二次データとして活用したデータセットは、当該研究班<sup>3)</sup>が国立成育医療研究センターの倫理委員会の承認を得て収集したものであり、本研究班では研究IDを用いて連結可能匿名化された状態のデータセットを解析に用いた。

## C. 研究結果

### 1. 「母と子のサポートネットせたがや」の発足

世田谷区の14か所すべての産科施設の関係者や世田谷区、区内の小児科医や精神科医らが、「緊急対応が必要ではないが、行政や精神科クリニックなどのサポートを得たいような症例(いわゆる“気になる妊産婦”など)」の情報を共有し、多職種で見守っていくことを目指したサポートネットを発足した。このサポートネットワークでは、世田谷区内で産科施設などから“気になる妊産婦”の受け入れ可否に関する照会を積極的に受け入れる意思を示した精神科クリニックのリストアップや、多職種で連携をとる際にコーディネーター役を保健師が務めることが可能かどうかなど、具体的なやり取りが重ねられた。その後、この関係者が集う会合は立花班の活動として、平成28年2月現在で計19回の開催や公式ホームペ

ージの開設<sup>4)</sup>などに至った。

### 2. 産後の心身のマイナートラブルの実態

産後1か月の時点で赤ちゃんが泣いている理由が分からないと回答した者は初産婦の79.4%、経産婦の43.0%、3か月の時点ではそれぞれ59.8%と33.8%であった。身体的なマイナートラブルでは、産後1か月から3か月のいずれの時点においても、肩こりを訴えた者の割合がもっとも高く、初産婦で59.6-67.0%、経産婦で58.0-65.4%であった。肩こりと同様に、腰痛や腕・手首の痛みも産後3か月間において、訴えた者が多かった。一方、乳首の痛みは産後1か月時の初産婦の40.1%が訴えていたが、産後2か月には18.6%、産後3か月では10.7%と時間とともに低下していくことが示された。

### 3. 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に関する分析

EPDSを用いた産後うつのリスクの判定結果と、妊娠20週時から産後3か月時までのパートナーからの精神的サポートの有無について関連を検討した。その結果、パートナーからの精神的サポートがないと、EPDSが9点以上になるリスクが妊娠20週時で調整済みオッズ比が8.2倍(95%信頼区間:3.39-19.66)、産後3か月時で2.8倍(95%信頼区間:1.13-7.00)高くなることが示された。産後数日時の実母・義母による精神的サポートがないと、同様に調整済みオッズ比が2.1倍(95%信頼区間:1.13-3.94)高くなることが認められた。産後数日と産後1か月時の女性のメンタルヘルスとパートナーの精神的なサポートや、家事・育児など

の物理的サポートの有無は産前・産後の女性のメンタルヘルスとは関連がみられなかった。

#### D. 考察

妊産婦の抱える心身のトラブルや受けられるサポートの状態は個々によって大きく異なるものと考えられる。妊産婦によって、状態が様々であるならば、保健医療従事者はより丁寧な観察や、綿密な情報収集が重要となる。妊娠期から育児期にかけては、産科施設や行政、小児科医など多くの専門家が妊産婦やその子どもと接触する機会がある。しかし、これまでは、そうした機会に何か気になることを感じた専門家が、その情報を共有したり、適切に別の専門家・機関につなげるための仕組みが不十分であり、せっかく察知された異変が、異常の予防や早期発見・対策に活用しきれなかった。「母と子のサポートネットせたがや」によって、関係者間で“顔が見える関係づくり”が促進されたことは、その一つの解決策になると期待されている。

一方、データの二次解析を通じて腰痛などの身体の痛みを訴える者が多いことや、そうした痛みは中・長期的に持続しやすいこと、ファミリーサポートといっても、家事・育児といった物理的なサポートよりも、精神的なサポートの方が産前・産後のうつ病予防には効果が高いこと、などからは、多くの妊産婦に共通しやすい実態が示された。こうした定量的な実態把握を重ねていくことは、専門家らが妊産婦に関わる際の一助になると考えられる。

妊産婦を取り巻く健康課題は、喫緊の課題であるが、解決が難しい問題である。地

道ではあるが、こうした知見を一つずつ積み上げることなど、問題の改善に向けて着実に歩いていくことが、妊産婦の心身の健康状態を悪化させるもっとも有効な手立てになると考えられる。

#### E. 結論

本研究班では、母と子のサポートネットせたがやの発足と、産後のマイナートラブルの有訴割合などに関する実態把握、より有用なファミリーサポートの実施に向けた提言をおこなった。

#### 引用文献・出典

- 1) 厚生労働省．「健やか親子 21」中間評価報告書．2006年．  
[http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/tyuukannhyouka\\_houkoku.html](http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/tyuukannhyouka_houkoku.html) (平成28年2月9日アクセス)
- 2) 厚生労働省．「健やか親子 21」最終評価報告書．2013年．  
<http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/pdf/saisyuuhyouka2.pdf> (平成28年2月9日アクセス)
- 3) 久保隆彦．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．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）平成25年度総括・分担研究報告書．2014．
- 4) 母と子のサポートネットせたがや公式ホームページ．  
<http://hahatoko-setagaya.com> (平成28年2月9日アクセス)

F. **研究発表**

1. 論文発表、学会発表  
なし

G. **知的財産権の出願・登録状況**

1. 特許取得、実用新案登録、その他  
なし

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））

「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」

総合分担研究報告書

## 妊産褥婦のメンタルヘルスについての研究

研究分担者 久保隆彦（医療法人社団シロタクリニック代田産婦人科 名誉院長）

研究協力者 小泉智恵（国立成育医療研究センター研究員）

### 研究要旨

初年度の研究では、世田谷区の約 8 割の分娩施設が妊娠中から産後までの妊婦メンタルヘルスに問題のある妊婦の存在を認識していたが、ハイリスク妊婦を抽出する適切な方法と対応法には多くの問題を抱えていた。この結果から、単なるメンタルヘルスハイリスク妊婦の抽出ツールの開発だけでなく、地域一体となった妊婦メンタルヘルスへの体制を構築していくことを政策提言していくことが重要であることが明らかとなった。

二年度の研究では、分娩後 2 週時の心身・社会変数を独立変数とし、分娩後 3 か月時の育児困難や抑うつ症状の有無を従属変数として判別分析を行った結果、初産婦においては、「私は子どもを産んでから、やりたいことがほとんどできていないと感じる」、「悲しくなったり、惨めになったりした」、「赤ちゃんをととても身近に感じない」、「母乳の出が悪い」、「私は孤独で友達がいないと感じている」、「私の子どもは、他の子どもよりも手がかかるようだ」の 6 変数が分娩後 3 か月時のリスクの有無を判別した。（判別率は 78.5%）他方、経産婦においては、「私は物事をうまく扱えないと感じることが多い」、「日常生活の中に興味あることがなかった」、「私の子どもは、小さなことに腹を立てやすい」、「私は子どもを産んでから、やりたいことがほとんどできていないと感じる」、「赤ちゃんを身近に感じない」、「私は孤独で友達がいないと感じている」の 6 変数が分娩後 3 か月時のリスクの有無を判別した。（判別率は 73.3%）これらの結果から、尺度の組み合わせに限らず、より少ない変数でスクリーニングした場合の有効性が示唆された。

三年度の研究は、母親のメンタルヘルス不調や養育不全・児童虐待のリスク評価として使用されている「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」のいわゆる 3 点セットの有用性を検討した。虐待傾向については、赤ちゃんへの気持ち質問票の 2 項目、育児支援チェックリストの 1 項目が統計的に有意に影響のある項目となり、3 点セットが児童虐待のアセスメントに有用なツールであることが明らかとなった。

### A. 研究目的

我が国の妊産褥婦の精神病による多くの

自殺が問題となっている。また、育児中の

虐待の増加は指数関数的に増加し、最悪の

場合には虐待死となること、虐待実施者は実母であることが多いと報告されている。核家族化、勤労女性の妊娠は妊産褥婦へのストレスを増長し、メンタルヘルスを悪化さしうる。さらに、母親自身の精神状態にとどまらず、母子間の愛着形成すら損なう可能性があり、虐待発生の原因ともなると考えられている。しかし、現在の妊産褥婦健診ではメンタルヘルスのリスクアセスメント及び対応がほとんどなされていない。また、妊娠中とは異なり産後の母親健診には公的補助がなく、標準化された産後健診はなく、メンタルヘルスリスクの早期発見、介入が難しいことが現状である。「養育支援訪問事業」で「特定妊婦」への支援事業が構築されているが、メンタルヘルスのハイリスク群は特定妊婦となるにも関わらず、その具体的な抽出法もなく、ほとんど活用されていない。そこで、「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」久保班では妊娠中期、産後に社会経済状況、メンタルヘルススクリーニングを行い、ハイリスク群の頻度及び妊娠中のメンタルヘルスリスクと産後のメンタルヘルスの経時的変化ならびに育児行動、妊婦を取り巻く職場の状況、里帰りの有無、地域的特性（都内と地方都市）、母子関係との関係があるか否か、関与する因子を明らかとする研究を開始した。この研究は世田谷区をフィールドとし開始したところ、参加する分娩施設ではすでにメンタルヘルスの妊婦さんについては危惧しているも現実的な対応、精神科、行政との連携に苦慮していることから「世田谷区の妊婦のメンタルヘルスを考える協議会」を立ち上げた。本研究はその協議会におけるアンケート調査であ

り、周産期のメンタルケアにおける地域連携について、医療スタッフのニーズなどをシステム化する以前の現状を明らかとすることを初年度の研究目的とした。

妊産婦の育児困難やメンタルヘルスをスクリーニングするにあたり、スクリーニングの網を荒くすると、比較的多くの軽微なケースがハイリスクに分類される。偽陽性も増えるが、重篤なケースを取りこぼすことが少なくなる。医療現場ではより少ない変数で簡便なスクリーニング方法が求められている。ところで、本研究が目指すスクリーニングは、軽度以上の不適応を掌握できることである。そこで、分娩後の心身・社会変数がその数か月後の育児困難やメンタルヘルスに及ぼす影響についての研究は数多く存在するため、分娩後 2 週時の心身・社会変数のうちどのような変数が分娩後 3 カ月の育児困難や抑うつ症状に影響を及ぼすのかについて、探索的に検討することを二年度の目的とした。

日本の母子保健では、母親のメンタルヘルス不調や養育不全・児童虐待のリスク評価として、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いわゆる「3 点セット」が広く用いられている。この「3 点セット」は、養育不全や児童虐待のスクリーニングとしても重要な役割を担っているが、どのくらいの検出力を持っているか明らかになっておらず、本研究ではその検出力について検討することを三年度の目的とした。

## B. 研究方法

初年度のメンタルヘルスの問題を抱えた世田谷区内の 15 の産科施設における妊産婦に対して 2013 年 1 月にアンケートを实

施した。調査内容は、メンタルヘルスが気になる妊産婦の割合、症例、対応方法、対応困難例、産後のフォロー体制、回答者の属性などであった。

分析方法は、量的変数については単純集計を、自由記述については、SCAT (Steps for Coding and Theorization: 大谷, 2008) を用いて質的データ分析をおこなった。

二年度の対象者は 2012 年 12 月末から 2013 年 4 月末に、世田谷区内の全分娩取扱施設に分娩予約し、本研究への参加協力に同意した妊婦である。産科クリニックで妊娠期や分娩後に重篤な合併症が確認され区外の高次産科医療施設に転院した対象者は、その時点で本研究から脱落した。

三年度は、平成 24 年度から 26 年度に東京都世田谷区のコホート調査から、「3 点セット」がどの程度児童虐待を予測するかを検討した。産後 1 か月で行われた「3 点セット」の各項目を独立変数として、産後 3 か月で行われた児童虐待の質問紙(徳永ら)のカットオフ値(3/ 4 点:虐待傾向、6/7 点:虐待)を従属変数として、それぞれの従属変数についてロジスティック回帰分析を行った。また、それらをもとに、ROC 曲線を描き、曲線下面積の値から検出力について検討した。

## C. 研究結果

### 1. 初年度の結果

メンタルヘルスが気になる妊産婦は 11 施設中 9 施設で、気になる妊産婦の割合は 7 施設が 10%未満と答えたが、10-30%と回答した施設もあった。

メンタルヘルスが気になる妊産婦の症例は、「家族関係」、「精神疾患現在あり」、「妊娠出産による身体変化から精神不調へ」、

「上の子の育児負担」、「母親失格感」、「偏った考えやこだわり行動」、以前に精神疾患があったという「精神疾患既往」、「精神不安定」、「社会ルール逸脱」、「母親一人で育児」、「低所得で分娩育児に前向きでない」、「仕事と育児の両立」、「子どもの障害」、「社会から孤立感」が因子であった。気になる妊産婦を判断する観点・基準は、「家族のサポート不足」、「暗い印象」、「経済的困窮」、「未成熟な性格」、「児への愛情が乏しい」、「行動観察して主観評定」、「心理検査で基準設定」、「妊娠出産に前向きでない」、「精神疾患既往」、「身体既往歴」、「生活態度がルーズ」、「児の身体疾患」、「育児経験がない」、「本人からの訴え」があげられた。気になる妊産婦への対応方法は、「面談」、「母乳外来」、「産後 2 週間健診」、「地域資源を利用することを勧める」、「電話訪問」、「公的地域資源との連携」、「周産期スタッフ間での情報共有」、「ソーシャルワーカーとの連携」、「精神科との連携」であった。気になる妊産婦への対応で困っていることは、「判断・対応に迷う」と「産後の支援」であった。気になる妊産婦に対する産後 1 か月以降のフォロー体制を構築することは現実には困難でその理由は、「時間とマンパワー不足」、「精神専門家がない」、「コストがとれない」、「行政との情報共有をする機会が少ない」が挙げられた。

### 2. 二年度の結果

EPDS、WHO-5Well-being 尺度、ボンディング尺度、PS-SF、身体症状合計得点の 5 つの尺度は有意な標準化判別関数を示した。5 つの尺度による判別率は、初産婦で 77.6%、経産婦で 72.5%であった。初産婦

は、「私は子どもを産んでから、やりたいことがほとんどできていないと感じる(PS-SF)」、「悲しくなったり、惨めになったりした(EPDS)」、「赤ちゃんをとて身近に感じない(ボンディング尺度)」、「母乳の出が悪い(身体症状)」、「私は孤独で友達がいないと感じている(PS-SF)」、「私の子どもは、他の子どもよりも手がかかるようだ(PS-SF)」の6変数が分娩後3か月時のリスクの有無を判別した。経産婦は、「私は物事をうまく扱えないと感じることが多い(PS-SF)」、「日常生活の中に興味あることがなかった(WHO-5Well-being尺度)」、「私の子どもは、小さなことに腹を立てやすい(PS-SF)」、「私は子どもを産んでから、やりたいことがほとんどできていないと感じる(PS-SF)」、「赤ちゃんを身近に感じない(ボンディング尺度)」、「私は孤独で友達がいないと感じている(PS-SF)」の6変数が分娩後3か月時のリスクの有無を判別した。

### 3. 三年度の結果

虐待傾向については、赤ちゃんへの気持ち質問票の2項目、育児支援チェックリストの1項目が統計的に有意に影響のある項目となり、曲線下面積は0.76であった。虐待については、赤ちゃんへの気持ち質問票の3項目、育児支援チェックリストの1項目が統計的に有意に影響のある項目となり、曲線下面積は0.93であった。

#### D. 考察

「世田谷区の妊産婦のメンタルヘルスを考える協議会」に参加している産科施設を対象にメンタルヘルスの問題を抱えた妊産婦についてのアンケート調査を実施した。メンタルヘルスの問題を抱えた妊産婦が1

割であったことは先行研究の観点から議論があるところである。従来、エジンバラ産後尺度のカットオフを8/9点としたときの大規模調査では15-20%が抑うつ群となっていた。このようにエジンバラ産後うつ病尺度のカットオフを何点にするかによってメンタルヘルスの問題を抱えた妊産婦の割合は変動する。周産期だけのフォローではなく、長期的なフォローが必要な群なのではないだろうか。ライフステージの移行に合わせて、周産期のサポート体制から育児期のサポート体制へ情報の申し送りと患者・家族がスムーズに移行できるような橋渡しが必要だろう。

初年度の研究の結果から、サポート体制は個人産院と病院で異なることが示唆された。例えば、個人産院は医療スタッフが各ケースの様子に対応して面接をしたり電話をしたり外来受診を勧めるなどしていた。他方、病院の場合は院内のソーシャルワーカーや他科スタッフなど多科・多職種によって業務分担をし、地域に情報提供をするといった流になっていた。こうした対応の違いはそれぞれの立地や特色を生かして形成されてきたと考えられる。

二年度の研究は従来の尺度得点を用いず、単変数として使用し、より少ない変数で分娩後3か月時の育児困難や抑うつ症状を判別できるかについて探索的に検討し、分娩後2週時の心身社会に関する6変数が分娩後3か月時のリスクの有無に関連した。その判別率は従来の尺度による判別率に比べて高い値を示した。このように、尺度得点でなく、より少ない変数でアウトカム変数に関連が見いだせたことから、医療現場での簡単なスクリーニング方法として単変数



を組み合わせる可能性もあるかもしれない。

分娩後 3 か月時のリスクの有無を判別する、分娩後 2 週時の心身社会に関する 6 変数は初産婦 / 経産婦によって共通面と独自面がみられた。共通面としては、ボンディング尺度の「赤ちゃんを身近に感じない」、育児ストレスの「私は孤独で友達がいないと感じている」と「私は子どもを産んでから、やりたいことがほとんどできていないと感じる」の 3 変数であった。また、変数は異なるが、PS-SF の子ども要因である「私の子どもは他の子どもよりも手がかかるようだ」と「私の子どもは小さなことに腹を立てやすい」は、子どもの気質的要素も母親の育児困難や抑うつ症状に関連すると考えられた。他方、独自面としては、初産婦は EPDS の「悲しくなったり、惨めになったりした」と身体症状の「母乳の出が悪い」という変数が有意であった。初産婦は初めてのことで赤ちゃんがどのくらい飲んだら満足なのか、赤ちゃんがよく泣くのは母乳の出が悪いのではないかと考えたり、初めての育児がうまくいっていると思えず悲しくなったりしやすいのかもしれない。これに対して、経産婦は育児ストレスの「私は物事をうまく扱えないと感じることが多い」、WHO-5Well-being 尺度の「日常生活の中に興味あることがなかった」といった対処困難感や疲弊感が特徴的であった。本研究の限界としては、判別率が 73.3%、78.3%と、適度に高いものの、偽陽性、偽陰性のケースが 3 割程度いるため、スクリーニングでハイリスクと判定された人以外の観察や支援も怠らないことである。

三年度の研究により、3 点セットが児童虐待

のアセスメントに有用なツールであることが明らかとなった。また、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリストの項目の中でも児童虐待のアセスメントにとりわけ重要な項目があり、それらについて母子保健関係者が注意していくことの重要性が示唆された。

## E. 結論

妊娠中から産後までの妊婦メンタルヘルスへ問題のある妊婦の存在は多くの分娩施設で認識されていた。しかし、ハイリスク妊婦を抽出する適切な方法・対応法のツールの開発が望まれた。また、ハイリスク妊婦への対応としては「判断に迷う」「産後支援」についての問題を持っていることが判明した。さらに、一か月健診以降のフォローアップ体制の仕組みがないことも判明した。この結果から、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婦メンタルヘルスへの対応が重要であることが明らかとなった。

分娩後 3 カ月の育児困難や抑うつ症状を予測できる因子としては、初産婦では「私は子どもを産んでから、やりたいことがほとんどできていないと感じる」、「悲しくなったり、惨めになったりした」、「赤ちゃんをとて身近に感じない」、「母乳の出が悪い」、「私は孤独で友達がいないと感じている」、「私の子どもは、他の子どもよりも手がかかるようだ」が、経産婦では「私は物事をうまく扱えないと感じることが多い」、「日常生活の中に興味あることがなかった」、「私の子どもは、小さなことに腹を立てやすい」、「私は子どもを産んでから、やりたいことがほとんどできていないと感じる」、「赤ちゃんを身近に感じない」、「私は

孤独で友達がいないと感じている」であった。これから、より少ない変数でスクリーニングできる可能性が示唆された。

母親のメンタルヘルス不調や養育不全・児童虐待のリスク評価として使用されている「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」のいわゆる 3 点セットが児童虐待のアセスメントに有用なツールであることが明らかとなった

#### **F. 健康危険情報**

健康被害の報告なし

#### **G. 研究発表**

なし

#### **H. 知的財産権の出願・登録情報**

なし

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））

「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」

総合分担研究報告書

**諸外国の文献レビューおよび  
妊娠中と産後のうつ病の予防・治療に関する  
コクランレビューのオーバービューレビュー**

研究分担者 森臨太郎（国立成育医療研究センター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成育政策科学研究部）  
Nnorom Chioma Ezinne（国立成育医療研究センター成育政策科学研究部）  
大西香世（元国立成育医療研究センター研究所 成育政策科学研究部）  
小林絵理子（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）  
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）  
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）

**研究要旨**

妊娠中および産後のうつ病は母親や子ども、家族に影響を及ぼすだけでなく、グローバルな規模での負担となり、社会にネガティブな影響を与えうる。したがって、妊娠中および産後のうつ病の効果的な治療法を認識し明確にすることが重要となる。本研究では、平成 25 年度に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・オーストリアの 3 国を事例として、これら 3 国の制度の文献調査を行った。平成 26 年度は、産後うつ病の介入効果に関するコクランのシステマティックレビューのオーバービューレビューのプロトコールを作成した。平成 27 年度は、妊娠中および産後のうつ病の社会心理的および心理的な予防・治療介入効果に関するコクランのシステマティックレビューのオーバービューレビューを実施した。産後うつ病に対する社会心理的・心理的予防・治療介入の有効性が明らかになった。しかし、妊娠中のうつ病に対する予防・治療介入の研究はまだ少なく、とくに予防に関して系統的レビューの作成が急務である。

## A . 研究目的

産後うつ病は、産後、あるいは出産年齢時の女性がかかるグローバルな精神疾患である。産後うつ病の特徴としては、慢性的な低気分、喜びの欠如、反社会的行動、自殺念慮や他のネガティブな症状があげられる。産後うつ病の分類に関しては一致したものはないが、ICD-10( 出産後 6 週間以内 ) や DSM-5( 妊娠期間内や出産後 4 週間以内の発現 ) に示されるような発現は広く受け入れられている。産後うつ病は、出産後 1 年にまで及び、5 年以内には 40 % の再発率があることを記しておくべきであろう [1]。

産後うつ病は、出産前に経験したうつ症状の延長でもありうる。その期間は重症度とポジティブに相関する。産後うつ病の平均発症率は 13 % であり、現在の発症率は 10 - 15 % とされている [2]。産後うつ病は、他の認知機能、感情、社会及び乳幼児の疾病とも関連があるとされている。産後うつ病は、産後の主要な死因である。また、核家族にせよ大家族にせよ、結果として起こるネガティブな社会的結果による家族への影響は計り知れない。

産後うつ病の要因はいくつもの要因が重なっている。遺伝的要素、ホルモン、心理社会的要素、社会的要素 ( 移民の立場、身体の虐待、社会的サポートの欠如、大きなライフイベント )、身体的要素 ( 養育中のライフスタイルの変化、ホルモン治療からの撤退 ) などである。授乳中の抗うつ剤の影響や薬の副作用については懸念があり、結果として、治療へのコンプライアンスを低めることとなり、さらに症状が継続することになる。産後うつ病の治療に効果があるとみられる多面的な治療戦略には、投薬 ( ホルモンを含む )、心理社会的治療 ( 非指示的カウンセリング ) や心理的治療 ( 対

人的心理療法、認知行動療法 ) が含まれる [5-7]。本分担研究班では、平成 25 年度には、日本におけるメンタルヘルス不調の母親の早期発見・支援システムの発達に対するインプリケーションを提示するために、これらのシステムが発達している欧米 3 か国 ( アメリカ・イギリス・オーストリア ) の先例の文献調査を行い、平成 26 年度は、オーバービューレビューのプロトコルを作成し、平成 27 年度は、心理社会的や心理的な予防介入で妊娠中や産後のうつ病を予防・治療に効果があるのかどうか検証したコクラン系統的レビューを網羅的に検索し、オーバービューレビューとして、ナラティブに結果をまとめた。

## B . 目的

平成 25 年度は、アメリカ・イギリス・オーストリア の先例の文献調査を行うことを目的とし、平成 26 年は有効な予防治療介入の効果を明らかにするために、オーバービューレビューのプロトコルを作成し、平成 27 年度は、特に妊娠中および産後のうつ病の介入効果に関するコクランのシステムティックレビューのみからのエビデンスを要約することを目的とした。

## C . 方法

海外の動向に関しては政府機関の一次・二次資料をあたり、文献調査を行った。また、出版されているコクラン系統的レビューのうち、妊娠中または産後の女性を対象に、心理的、社会心理的な予防・治療介入が単独あるいは統合された形で実施されたものを網羅的に検索し、該当するものの結果をまとめた。

## このオーバービューレビューに含む研究の基準

## 研究の種類

このオーバービューレビューでは、妊娠中および産後のうつ病の予防・治療を目的とした社会心理的、心理的な介入の RCT のコクラン系統的レビューをすべて含む。

## 参加者のタイプ

すべての妊娠女性、産後の女性、または産後うつ病、産後不安やペアレンティングの問題、子どもの虐待の問題を抱える女性に関するレビューが含まれる。

## 介入のタイプ

産後うつ病のみの治療か、産後うつ病の治療や、両親のストレスや不安を軽減することを目的とした心理社会的、心理的予防・治療を統合したものが含まれる。

## アウトカムのタイプ

以下のアウトカムに関して報告された研究を含む。

## 主要アウトカム

1. うつ尺度での重症度（エジンバラ産後うつ病スケール（EPDS））
2. 両親のストレス
3. 母親の QOL

## 副次的アウトカム

1. 母親 子どもの相互作用
2. 子どもへの虐待
3. 母親の治療に対する満足度
4. 母親の不安
5. 母親の致死率

## レビューの探求方法

以下のキーワードにて、コクランデータベースや Archie コクラン情報マネーজে

ントシステムをサーチする。“ postpartum depression ”、“ postnatal depression ”、“ mental health problems ” の用語は、タイトルやアブストラクト、キーワードに限る。他のデータベースは調査しない。

## データコレクションと分析レビューの選択

二人の著者が、必要と思われるコクランシステマティックレビューを評価する。これにより、妊娠中および産後うつ病の予防・治療を目的とした介入効果を評価し、目的や、アウトカムと参加者を含めた方法を分析するコクランシステマティックレビューで出版され、適合するものを抽出できる。著者間の不一致はディスカッションで解消するか、第三者を介し解消する。

## データ抽出と管理

事前に指定されたデータコレクションフォームを使用し、二人の筆者が出版されたシステマティックレビューのデータを個別に抽出する。含まれている研究の手法やエビデンスを評価するアセスメントも、二人の著者によって行われる。

## データの統合

それぞれの研究のナラティブによる要約は“ overview of reviews table ”の中で示される。その中には、研究の特徴、GRADE を使って評価したプライマリアウトカムのエビデンスの質の要約、AMSTAR を使ったシステマティックレビューのレーティングが含まれる。 ” postpartum treatment ” のアウトカムに関する最近のデータがない場合は、著者の許可を得たうえで、コクランレビューに適切なプライマリーとセカンダリアウトカムする。

## 心理・社会心理的介入

この介入は、影響を受けている個人や社会のメンタル面での行動上の変化を促すものである。心理的なものでは、認知行動療法とインターパーソナル心理療法と2種類が認識されている。両方ともセッションリミットがあり、感情や機能、思考や行動をコントロールすることを目的としている。心理社会的介入としては、ホームビジットを含むサポータティブなインターアクションが含まれる。そこにおいては、クライアントは自由に話をし、聞き手は共感をもって聞くことが期待されている。同じような経験を過去や現在に抱えている人たちが集まるサポートグループも、互いに支え合い励まし合う場となる。

## なぜこのオーバービューレビューを行うことが重要なのか

産後うつ病は母親や子ども、家族に影響を及ぼし、それはグローバルな規模での負担となる。母親は社会の災いのもととなり、社会にネガティブな影響を与えうる。したがって、産後うつ病の効果的な治療法を認識し明確にすることが重要となる。妊娠中および産後のうつ病は、高い再発率が認められ、治療期間など治療法の適切さについて情報が必要である。このオーバービューレビューは、予防・治療介入に関するエビデンスに基づいた最適な治療の政策決定に有用となる。また消費者や臨床家を誘う有効な資源ともなりうる。

## D. 結果

### 1) 諸外国の文献レビュー

#### 【アメリカ】

アメリカにおける連邦レベルの取り組みとしては、アメリカ疾病管理予防センター (Centers for Disease Control and Prevention :

CDC)のリプロダクティブ・ヘルス局(Division of Reproductive Health)が、行っている調査監督(サーベイランス)と研究が挙げられる。リプロダクティブ・ヘルス局が対象とするのは、出産可能年齢とされる15歳から44歳までの女性である。同局の重要なアジェンダのひとつには、メンタルヘルス不調の母親の早期発見および支援システムを構築することであるが、具体的には以下のようなサーベイランスやスクリーニングのための質問票(questionnaires)の作成を行っている。

まず、CDCが作成している産後うつなどのメンタルヘルスに関するスクリーニングのための質問票ひとつに、妊娠リスク・アセスメント・モニタリングシステム(the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System; PRAMS)がある。PRAMSの目的は、州の健康省(health departments)と協力し、州レベルに特化した、妊娠前後(妊娠前・妊娠中・産後)の州人口の妊産婦の心身の体調をモニタリングし、データを収集して、周産期の母と子の健康の増進につとめるものである。現在では、PRAMSには40州とニューヨーク市が参加しており、全米の78%の出生に相当する。

PRAMSの調査質問票の歴史は古く、1987年に開発されたが、現在の時点で、全ての州がアセスメントを義務付けられている質問項目のコアは、以下の8項目である。

- 1) 最近の妊娠に関する態度と感情
- 2) 妊娠管理の内容と情報
- 3) アルコールと煙草の摂取
- 4) 妊娠前・妊娠中の身体的虐待
- 5) 妊娠合併症
- 6) 新生児のヘルス・ケア
- 7) 避妊
- 8) アルコールや煙草の害や葉酸の効用、HIVのリスクなど妊娠に関連した健康情報

PRAMS の質問は、郵便の郵送による自己回答式(self-administered questionnaires)と電話での質問によるインタビュー形式(interviewer-administered questionnaires)とに分かれる。このように、アメリカ疾病管理予防センターが作成した PRAMS の質問票を、州自治体が実施するという形式になっているが、この他には、保健福祉省(Department of health and Human Services)の Health Resources and Services Administration が、妊産婦のうつの自己診断の方法を呼びかけている。ただし、この方法では、メンタルヘルスの専門家が早期に周産期うつを発見するという形式ではなく、妊産婦の自発性に依存するものとなっている。CDC は、自己診断によってメンタルヘルス障害の可能性が疑われた場合、妊産婦は専門家のアポイントメントをとることを推奨しているが、自分で電話をかけることができない場合は、予約の電話の際にナース・プラクティショナーなどに同伴してもらうことをアドバイスしている。

アメリカ疾病管理予防センターの取り組みの一方で、州レベルにおいて、州が独自に法令を制定している地域も存在する。イリノイ州(州都・シカゴ)がその一例であり、周産期メンタルヘルスのスクリーニングと対策について法令を作成している。

イリノイ州においては、2008 年に、Perinatal Mental Health Disorders Prevention and Treatment Act が施行された。同法令の目的は、周産期うつの早期発見と処方を促進し、その認識を高めることである。法令では、ライセンスのある専門家(医師や上級看護師等)が、女性に対して教育を与えること、そして可能であれば、周産期メンタルヘルス障害について、女性の家族にも教育を与えること、分娩を扱っている全ての病院において、産婦、父親、その他

家族のメンバーに対して、周産期のメンタルヘルス障害に関する情報を与えること、

ライセンスのある周産期ヘルス・ケアの専門家が、女性が周産期のメンタルヘルス障害に陥っていないかを査定するために質問(エディンバラ産後うつ病自己評価票 EPDS, the Postpartum Depression Screening Scale, the Beck Depression Inventory, the Patient Health Questionnaire 等)を完成させること、この上記3つを義務付けている。

イリノイ州では、ヒューマン・サービス省、健康と家族サービス省、公衆衛生省などが連携し、政策提言を行ったり、メンタルヘルスに関する教育の教材を作成したりと連携をしている。とりわけ、健康と家族サービス省(HFS)は、イリノイ州の出生の51%をカバーしているが、メンタルヘルスケアの専門家は、HFS とパートナーシップを組み、スクリーニングやリファerralに取り組みることが、奨励されている。

また、同州は、無料のコンサルテーションのサービスも提供している。コンサルタント、大学教員、スタッフ・クリニシャンが、イリノイ大学シカゴ校のウィメンズ・メンタルヘルス・プログラム(the University of Illinois at Chicago Women's Mental Health Program)からカウンセリングのために派遣されている。さらに、周産期うつを感じている女性に対して、Evanston Northwestern Healthcare Perinatal Depression Program という24時間ホット・ラインも提供されている。

### 【イギリス】

イギリスにおいては、英国国立医療技術評価機構 NICE (National Institute for Clinical Excellence) が最新のエビデンスに基づいて、周産期(antenatal and postnatal)のメンタルヘルスに関する実践的なガイドラ

インの暫定版 (Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance)を作成している。

NICE ガイドラインでは、産前・産後の期間、妊産婦がファースト・コンタクトをとる相手は、通常、助産婦やヘルスビジターなどの専門家であり、メンタルヘルスの潜在的リスクの可能性があった場合に、一般医(GP)のアセスメント(assessment)を受けるというシステムとなっている。そして、双極性障害、産褥期の精神病などの重症なメンタルヘルスの症状が見られた場合には、精神科医というメンタルヘルスの専門家に照会されるというシステムになっている。

NICW ガイドラインの具体的な手順としては、予知(prediction) 発見(detection)

カウンセリング・心理社会的治療(psychosocial treatments)→ うつ管理(management of depression)→ リスクの説明(explaining risks)→ 抗うつ治療の処方(prescribing antidepressant medication)の手順を踏むことが推奨されている。

周産期の妊産婦のうつ発見のために、まず、過去の病歴のスクリーニングを行うことを推奨している。過去の病歴に関しては、

- 1) 過去または現在の気分障害(双極性障害、産褥期の精神病、重症のうつ病)
  - 2) 入院治療を含む精神科医・メンタルヘルス専門家による治療歴の有無(分娩中および前後の向精神薬の使用)
  - 3) 周産期の精神疾患の家族歴
- の質問項目に答える形式となっている。また、妊婦によってファースト・コンタクトがとられた専門家は、うつ病の予知と検出のために、以下の二つの質問をすることが求められている。これは北米の精神科診断基準

(DSM-IV)の中核症状とほぼ同等であり、うつ病を見逃さないための“Whooley questions”(= Two Questions法)としてスクリーニングとしての妥当性も検証されている。

- 4) 過去1ヵ月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくて、あるいは絶望的になったりして、しばしば悩まされたことがありますか?
- 5) 過去1ヵ月の間に、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、しばしば悩まされたことがありますか?

NICE ガイドラインは、妊産婦が上記の2つの質問のどちらかひとつでもあてはまった場合、3つ目の質問として、3)上記のことは、あなたが何か必要としたり、助けをほしいと感じたりしたものでしたか?という質問を聞くことを推奨している。

このスクリーニングの後、リスク・ファクター(気分障害の既往歴、社会心理的要因など)の高い妊産婦に対しては、まず1ヶ月以内に、専門家によって最初のアセスメントがなされ、準臨床的なカウンセリング・心理社会的治療(psychosocial treatments)が行われることが推奨されている。その際、過去に既往症がある場合は、人間関係療法(interpersonal therapy=IPT)や認知行動療法 cognitive behavioural therapy = CBT)などの4-6の短いカウンセリング・セッションが行われる。一方、過去に既往症がない場合は、インフォーマルな個人的/グループ・ベースの社会的支援などが行われるようになっている。

次に、軽度から中等度のうつ病が発見された場合は、自助戦略(self-help strategies)、傾聴訪問(listening visits)、短い認知行動療法、人間関係療法(interpersonal therapy=IPT)などが行われる。これらの治療が適切であ



ると考えられるものの、身近に治療を受ける場がない場合、The Patient Advice and Liaison Service(PALS) にコンタクトをとることが推奨されている。PALS とは、NHS のサービスを利用する人々のために、守秘義務をもって情報を提供したりアドバイスをしたりする独立機関である。PALS が助言できない場合は、地元の Independent Complaints Advocacy Service に照会される。

こうして、うつが発見された場合は、精神科医によって、メンタル障害に関する治療と非介入のそれぞれの相対的・絶対的リスクなど、リスクの説明がなされ、最後に、抗うつ治療の処方として、三環系抗うつ薬 Tricyclics (TCAs)、抗鬱剤(SSRI)などが処方されるという段階になっている。

ところで、NICE ガイドラインでは、ヘルスピジター(HV)が、産後 6 カ月から 18 カ月の褥婦に対して、エディンバラ産後うつ病自己評価票(EPDS)をテストすることを推奨しており、EPDS は褥婦のうつ発見に関して、イギリスでは汎用しているものである。ただ、近年には、National Screening Committee (NSC)が、EPDS の有効性、とりわけカット・オフ・レベル(cut-off level) に関しては、その有用性を否定しており、EPDS の採用には多方面から検討される余地がある。

#### 【オーストラリア】

オーストラリアにおいては、2008 年度から同国において初めて、国家計画として周産期のメンタルヘルスに対する 5 年計画、The National Perinatal Depression Plan (NPDP) を発表した。オーストラリア政府は、州と特別地域、健康省のアドヴァイザリー・カウンスル(Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC) と全国周産期うつイニシアティブ(National

Perinatal Depression Initiative)を発足させ、州と特別地域、うつ対策プログラム(beyondblue)、健康省の the Access to Allied Psychological Services (ATAPS) に、ファンディングされることとなった。とりわけ、beyondblue は周産期うつ対策にこれまで積極的に取り組んできており、研究などを通して周産期うつの知識や情報を提供したり、アボリジニなどやトレス海峡諸島民などの人々(通常、アボリジニなどやトレス海峡諸島民などの女性は、それ以外の女性よりも高い確率で、ウェル・ビーイングの問題や精神的な問題を抱えているとされている(Social Health Reference Group 2004)。の言語的・文化的背景にも考慮したうつ対策のプログラムを提供したりしている。

beyondblue の Mental Health National Action Plan は、妊娠中のうつのルーチン・スクリーニングと産後 2 ヶ月のフォローアップ・チェック、うつの潜在的リスクがある妊婦に対するフォローアップ・サポートとケア、妊産婦のうつの診断をする専門家のトレーニングなどを指針している。

ルーチン・スクリーニングに関しては、beyondblue が、National Health and Medical Research Council を通して、スクリーニングのガイドラインを決定している。産後うつの普及とスクリーニングプログラムの容認性を決定するために、12,000 オーストラリア女性に対して、エディンバラ産後うつ病自己評価票を用いたスクリーニングを行っていた。ただし、EPDS は過去 1 週間の女性の気分を図るものに限定され、その他には、社会的・精神的サポートの欠如、最近のストレッサー、低い自尊心、既往症、ドメスティック・バイオレンス、などを質問する心理アセスメントが必要であるとしている。

うつ病の診断をする専門家に関しては、政府によって採用されたスクリーニングのツールを正しく使用できるよう、一般医・産科医・母子保健看護師・助産師・アボリジナル・ヘルスワーカー・保健師の訓練を推奨すると同時に、それ以外の非専門家や NGO、民間部門などが、周産期うつに関する知識や情報を得ることを推奨している。これらの非専門家や NGO、チャイルド・ケア・ワーカーや児童相談所のスタッフが含まれる。

また、行政が提供するコンサルテーション・サービスとしては、Perinatal Mental Health Consultation Service (PMHCS)がある。

## 2) 社会心理的・心理的な予防・治療介入の効果のコクランレビューのオーバービューレビュー

コクランレビューを網羅的に検索した結果、3本のコクラン系統的レビューが、妊娠中または産後のうつ病の予防または治療介入の効果をもっているものだった [8-10]。治療に関しては、妊娠中のうつ病の社会心理的・心理的治療介入のレビュー [8]、そして産後うつ病の社会心理的・心理的治療介入のレビュー [9] の2本が含まれた。また予防に関しては、産後うつ病の社会心理的・心理的予防介入のレビュー [10] が含まれた。妊娠中のうつ病の社会心理的・心理的予防介入のレビューはコクランでは存在しなかった。

A) 妊娠中のうつ病の社会心理的・心理的治療介入の効果 (Dennis 2007) [8]

アメリカで行われた38名の DSM-IV うつ病と診断された妊娠女性をランダム化し、妊娠中の16週間に専門家による45分間の社会心理的介入のセッションを複数回介入した群と、比較群は育児に

関するセッションを同時間行った研究が一つだけ含まれた [11]。Clinical global impression scale という尺度を用いた介入群のうつ病の治療は統計的に有意に効果 RR 0.46 (95% CI: 0.26-0.83) があった。Hamilton rating scale for depression (カットオフ > 6) を用いたうつ病の治療効果は統計的な有意な差 RR 0.82 (95% CI: 0.65-1.03) はみられなかった。この研究のリスクオブバイアスの Allocation concealment は unclear であった。

B) 産後うつ病の社会心理的・心理的治療介入の効果 (Dennis 2007) [9]

10件の RCT がレビューの適格基準に該当した。そのうち、9件の RCT (合計参加者数=956名) がレビューのアウトカムを報告しており、メタ分析で統合された。社会心理的・心理的治療介入は通常の産後ケアと比較して、1年以内の産後うつ症状が有意に減少した RR 0.70 (95% CI: 0.60-0.81, 9 trials, 956 women)。EPDS12 点以上の人数の割合も、RR 0.44 (95% CI: 0.24-0.80, 2 trials, 81 women) と統計的に有意に減少した。社会心理的介入も心理的介入も両方ともうつ症状を減少させるのに有効であった。

C) 産後うつ病の社会心理的・心理的予防介入の効果 (Dennis 2013) [10]

このレビューでは、17000名を超える参加者を含む28件の RCT が分析に含まれた。社会

心理的または心理的な予防介入を受けた女性は、通常のケアを受けた群と比べて産後うつ病になる割合が統計的に有意に少なかった (RR 0.78, 95% confidence interval (CI) 0.66 to 0.93; 20 RCTs, 14,727 women)。いくつかの有効であった介入は、(1)保健師または助産師が提供する複数回の個別の家庭訪問の提供 (RR 0.56, 95% CI 0.43 to 0.73; 2 RCTs, 1262 women); (2)ピアによるテレフォンサポート (RR 0.54, 95% CI 0.38 to 0.77; 1 RCT, 612 women); (3)対人精神療法 (standardised mean difference -0.27, 95% CI -0.52 to -0.01; 5 RCTs, 366 women)。プロトタイプと一般人の介入は両方ともうつ病のリスクを減少させる効果があった。個人ベースの介入も (RR 0.75, 95% CI 0.61 to 0.92; 14 RCTs, 12,914 women) 複数人の介入 (RR 0.78, 95% CI 0.66 to 0.93; 16 RCTs, 11,850 women) も両方ともうつ病症状を軽減させるのに効果がみられた。産後から介入を始めたものも統計的に有意にうつ病症状を軽減させていた (RR 0.73, 95% CI 0.59 to 0.90; 12 RCTs, 12,786 women)。産後うつ病のハイリスク群を特定して介入することは、有意にうつ病症状が減少した (RR 0.66, 95% CI 0.50 to 0.88; 8 RCTs, 1853 women)。

## E. 考察

アメリカ・イギリス・オーストラリアの英語圏3国の事例から、それぞれの地域では、それぞれ CDC、NHS、AHM がそれぞれ、全国規模で EPDS などのインストルメントを用いた周産期うつ病の早期発見のネットワークのイニシアチブをとっていることが分かった。とりわけ、アメリカにおいては、州レベルにおいて法令が制定され、大学等民間部門と協力し、専門家を派遣したり、緊急ホットラインを提供したりと、ネットワーク網の発達が見られた。

このオーバービューレビューは、社会心理的、心理的介入の予防・治療法が妊娠中および産後のうつ病に有効かどうかを検証した。産後うつ病や産後のうつ病症状に関しては数多くの RCT があり、有効性が明らかになった。とくに、有効な介入の特徴も明らかになってきており、我が国においても介入パッケージの作成が急務である。妊娠中のうつ病に関しては、治療に関しては RCT が1件と少なく、予防に関しては、コクランレビューが存在しなかった。妊娠中のうつ病の社会心理的・心理的予防介入が有効かどうかの検証は重要であり、本分担任では、系統的レビューのプロトコルを作成した。今後、研究費が継続できれば、コクラン系統的レビューでのタイトル登録または、妊娠中のうつ病に関する系統的レビューを引き続き実施し、出版したい。

## F. 結論

日本においては、未だ周産期メンタルヘルスの認知度が低いが、アメリカ・イギリス・オーストラリアにおいては、政府・地方自治体・民間部門がパートナーシップを組み、冊子を作成するなどのメンタルヘルスの認知度を高める啓蒙活動から、EPDS などのインストルメントを用いたアセスメントまで、幅広く行っている。日本が参考にしている部分は大きい。

産後うつ病の介入方法についてのコクランレビューのオーバービューレビューを作成した。産後うつ病に対する社会心理的・心理的予防・治療介入の有効性が明らかになった。しかし、妊娠うつ病に対する研究はまだ少なく、とくに予防に関して系統的レビューの作成が必要である。このオーバービューレビューは、社会心理的・心理的な予防・治療介入に関するエビデンスに基づいた最適な治療についての政策決定や、

患者及び臨床家にとっての有効な指針ともなりうる。

#### G-1. 引用文献・出典

1. Rogers, S.J. and L.A. Vismara, *Evidence-based comprehensive treatments for early autism*. Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 2008. **37**(1): p. 8.
2. Howlin, P., I. Magiati, and T. Charman, *Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism*. Journal Information, 2009. **114**(1).

#### G-2. 主要参考文献

1. Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance, NICE clinical guideline 45 Issued: February 2007, reissued April 2007)([guidance.nice.org/cg45](http://guidance.nice.org/cg45))  
*beyondblue*: the national depression initiative Perinatal Mental Health Consortium Perinatal Mental Health National Action Plan  
[http://www.beyondblue.org.au/docs/default-source/8.-perinatal-documents/bw0125-report-beyondblues-perinatal-mental-health-\(nap\)-full-report.pdf?sfvrsn=2](http://www.beyondblue.org.au/docs/default-source/8.-perinatal-documents/bw0125-report-beyondblues-perinatal-mental-health-(nap)-full-report.pdf?sfvrsn=2)

2. Understanding NICE guidance: Information for people who use NHS services  
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG045PublicInfo.pdf>
3. An evaluation of screening for postnatal depression against NSC criteria CLINICAL PRACTICE GUIDELINES Depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis in the perinatal period
4. A guideline for primary care health professionals February 2011  
<https://www.bspg.com.au/dam/bsg/product?client=BEYONDBLUE&prodid=BL/0891&type=file>
5. Illinois Department of Human Services, Screening and Treatment for Perinatal Mental Health Disorders,  
<http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=35251>
6. Mental Health among Women of Reproductive Age  
[http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Depression/PDFs/Mental\\_Health\\_Women\\_Repo\\_Age.pdf](http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Depression/PDFs/Mental_Health_Women_Repo_Age.pdf)

#### H . 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

#### I . 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

なし

3. その他

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編著者名	書籍名	出版社名	出版 地	出版 年	ページ
立花良之	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			医歯薬出版	東京		印刷中
立花良之	アタッチメント（愛 着）の形成	田山卓浩	乳幼児を診る—根拠に 基づく育児支援 総合小児医療カンパニ ア 第7巻	中山書店	東京	2014	114-121
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。	武藤孝司 磯博康	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	2014	145-152

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<u>Tachibana Y</u> <u>Takehara K.</u> <u>Mori R.</u> <u>Kubo T., et al.</u>	Antenatal risk factors of postpartum depression at 20 weeks gestation in a Japanese sample: psychosocial perspectives from a cohort study in Tokyo	PLOS ONE	10.1371/journal.pone.0142410		2015
<u>Konishi M,</u> <u>Tachibana Y,</u> <u>Takehara K,</u> <u>Kubo T., et al.</u>	Self-Rated and Female Partner-Rated Scales in the Assessment of Paternal Prenatal Depression	Community Mental Health Journal	10.1007/s10597-015-9931-z		2015
<u>立花良之,</u> <u>小泉典章</u>	「母子保健活動と周産期・乳幼児期の精神保健」	精神科治療学	印刷中		
<u>小泉典章,</u> <u>立花良之</u>	「精神保健と母子保健の協働による周産期メンタルヘルスへの支援」	子ども虐待とネグレクト	印刷中		
<u>立花良之</u>	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	5(2)	127-133	2015
<u>立花良之</u>	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	日本小児科医学会会報	50	142-145	2015
<u>立花良之,</u> <u>小泉典章</u>	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G-Pネット	信州公衆衛生雑誌	8(1)	18-19	2013
<u>立花良之</u>	周産期の子育て支援について	子育て支援と心理臨床	60(1)	94-97	2013
<u>小泉典章</u>	実現しうる産後うつ病の予防対策とは	日本公衆衛生協会	45(1)	6-7	2015
<u>小泉典章,</u> <u>伊藤真紀</u>	精神保健と母子保健の協働	精神科治療学	30(2)	265-270	2015
<u>小泉典章</u>	長野県における医療計画策定経過と概要—今後の医療計画の見取り図と連携—	精神神経学雑誌	116(7)	563-569	2014

小泉典章	長野県の地域精神保健の動向	信州公衆衛生 雑誌	8(1)	13-14	2013
------	---------------	--------------	------	-------	------