

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

妊産褥婦健康診査の評価および自治体との連携の
在り方に関する研究

平成 28 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 立 花 良 之

平成 29(2017)年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

妊産褥婦健康診査の評価および

自治体との連携の在り方に関する研究 ----- 1

立花良之

II. 分担研究報告

1. 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

具体的な連携と対応の整備、及び健やかな親子関係のための

妊娠期からはじまる支援施策についての研究 ----- 13

立花良之

(資料 I.) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長 雇児母発0331第1号

「産婦健康診査事業の実施に当たっての留意事項について」平成29年3月31日

(資料 II.) 子どもを健やかに育むために～愛の鞭ゼロ作戦～リーフレット

(資料 III.) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課 事務連絡

「体罰によらない育児を推進するための啓発資材について」平成29年5月15日

研究協力者報告書

妊産褥婦健康診査の評価

および自治体との連携の在り方に関する研究 ----- 27

齋藤尚大

子どもの頃の家族関係が青年後期・成人期のメンタルヘルスに与える

影響 ----- 33

水本深喜

(資料1.) 質問紙【子どもを健やかに育てる家族尺度】

(資料2.) Table1.～Table4.

(資料3.) Table5.～Table6.

(資料4.) Table7.～Table8.

(資料5.) Table9.～Table10.

(資料6.) Table11.	
(資料7.) Table12.	
(資料8.) Table13.	
(資料9.) Figure	
2. 周産期メンタルヘルスコンセンサスガイドにおける	
日本産科婦人科学会からのCQ&Answerについてのとりまとめ ---	53
竹田 省	
3. 周産期メンタルヘルスコンセンサスガイドにおける日本産婦人科医会	
からのCQ&Answerについてのとりまとめおよび、産後2週間の	
産婦健康診査に求められることの検討 -----	59
鈴木俊治	
4. 周産期メンタルヘルスにおける精神科コンセンサスガイド -----	65
岡野禎治	
5. 適切な妊婦健診回数と妊産褥のメンタルヘルスに関するパートナーの	
教育的介入プログラムの効果についての検証 -----	83
大田えりか	
6. 妊娠中・産後に精神的に不安定な母親を支援する助産師の活動 -----	87
葛西圭子	
7. メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦についての、	
医療・保健・福祉の情報共有及び同意取得・虐待や	
養育不全の場合の連絡方法について -----	95
中板育美	
(資料1.) 妊娠期から支援を要する妊婦・家庭への対応の指標	
(資料2.) 母子連絡票	
(資料3.) 母子連絡報告票	
(資料4.) 妊娠期母子連絡票	
(資料5.) 児童虐待(防止)連絡票	

8. 長野市における産後うつ病対策から、子育て支援へ -----	105
小泉典章	
(資料1.) 長野市産後うつ病スクリーニング連携フロー	
(資料2.) 長野市母子保健・子育て支援の体系概要	
9. 妊産婦健康診査の評価の在り方について-栄養の観点から -----	117
瀧本秀美	
(資料1.) 表1. 表2.	
III. 研究成果の刊行に関する一覧 -----	121

平成28年度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）
総括研究報告書

妊産褥婦健康診査の評価および自治体との連携の在り方に関する研究

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）

分担研究者

竹田省

順天堂大学医学部

大学院医学研究科産科・婦人科

鈴木俊治

葛飾赤十字産院 産科・婦人科

岡野禎治

三重大学保健管理センター

三重大学医学系大学院

環境社会医学講座

大田えりか

聖路加国際大学 大学院

葛西圭子

公益社団法人日本助産師会

中板育美

公益社団法人日本看護協会

小泉典章

長野県精神保健福祉センター

瀧本秀美

国立研究開発法人

医薬基盤・健康・栄養研究所

国立健康・栄養研究所

栄養疫学研究部

研究協力者

山縣然太郎

山梨大学大学院総合研究部

医学域基礎医学系社会医学講座

松浦賢長

福岡県立大学看護学部

ヘルスプロモーション看護学系

山崎嘉久

あいち小児保健医療総合センター

尾島俊之

浜松医科大学医学部

健康社会医学講座

市川香織

文京学院大学保健医療技術学部

看護学科

篠原亮次

健康科学大学健康科学部

岩佐景一郎

山梨県福祉保健部健康増進課

秋山有佳

山梨大学大学院総合研究部

医学域基礎医学系社会医学講座

高祖常子

認定 NPO 法人

児童虐待防止全国ネットワーク

傳田純子

長野県須坂看護専門学校

齋藤尚大

横浜カメラアホスピタル

久貝太麻衣

国立成育医療研究センター
教育研修部

牧野真太郎

順天堂大学産婦人科学講座

竹田純

順天堂大学産婦人科学講座

海老根真由美

海老根ウィメンズクリニック

齋藤知見

順天堂大学産婦人科学講座

大鷹美子

東京都保健医療公社 豊島病院
産婦人科

椎橋文子

東京大学 小児科

松田秀雄

松田母子クリニック産婦人科

鈴木利人

順天堂大学医学部附属
順天堂越谷病院メンタルクリニック

竹内崇

東京医科歯科大学
医学部附属病院精神科

渡邊博幸

千葉大学
社会精神保健教育研究センター治療
社会復帰支援研究部門

伊藤賢伸

順天堂大学
医学系研究科精神医学講座

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

橋本佐

千葉大学医学部附属病院精神神経科

橘真澄

国保旭中央病院神経精神科

小川道

千葉大学医学部附属病院
精神神経科

古関麻衣子

済生会習志野病院精神科

小西晶子

岡山県精神科医療センター

吉村文太

沖縄県立宮古病院

松本洋輔

岡山大学病院精神科神経科

山田了士

岡山大学病院精神科神経科

角田智哉

防衛医科大学学校精神科学講座

丸田眞由子

防衛医科大学学校病院

菊地紗耶

東北大学病院精神科

根本清貴

筑波大学附属病院精神神経科

須藤芽衣子

聖路加国際大学病院

新井陽子

北里大学看護学部生涯発達看護学

春名めぐみ

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 母性看護学・助産学分野

鹿田加奈

長野市保健所

横山伸

長野赤十字病院精神科

中澤文子

長野県健康福祉部 保健・疾病対策課
母子・歯科保健係

水本深喜

国立成育医療研究センター
こころの診療部

浅井かおり

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

藤本敦子

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

山田道子

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

研究要旨

本研究班は、妊産褥婦健診におけるメンタルヘルスケアに重点を置いた適切な介入方法や、医療・保健・福祉の連携のあり方を整備することを目的とした。日本周産期メンタルヘルス学会と協働し、周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド2017を作成した。周産期におけるメンタルヘルスクリーニングと予防的介入の案を策定し、また、妊産褥婦をサポートするための医療・保健・福祉の地域多職種連携の仕方、及び、情報共有の仕方、自殺予防対策などについて、コンセンサスガイドの **Clinical Question** に対する **Answer** で提示した。また、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と連携して産婦健康診査事業にあたっての留意事項について検討し、下記のことに母子保健現場が留意することが、平成29年3月31日付で各都道府県・保健所設置市・特別区母子保健主管部（局）に対し厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知として施策化された。

- ・医療機関で受けた産婦健康診査の結果が自治体に報告されることについて本人の了解を得ることが前提となった。これにより、妊産褥婦やその子どものサポートのための医療・保健の情報共有が推進される。

- ・妊産婦健康診査でエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）が実施されること、EPDSの点数のみならず、精神状態について総合的に評価することが明記された

- ・支援が必要とされる受診者に対し適切に対応できるよう、あらかじめ実施機関、精神科医療機関及び福祉関係機関との連携体制を構築しておくことが努力義務として明記された。

- ・妊産婦健康診査実施機関からの報告により支援が必要と判断される場合には、受診者への電話連絡、訪問等により速やかに実情を把握するとともに、保健所や精神保健福祉センター等の関係機関と連携し、支援を行うことが努力義務とされた。

また、作成した連携システムについて長野県長野市・須坂市をモデル地域として実施し、実行可能性を確認した。さらに、コンセンサスガイドの内容について、研修パッケージを作成し、均てん化のため、全国の母子保健関係者（保健師、助産師、看護師、産科医、小児科医、精神科医、医療ソーシャルワーカーなど）を対象に厚生労働省子どもの心の診療ネットワーク事業で研修会を行い、また、研修の内容を書籍化した。研修会

については同事業で平成 29 年度も以後も継続し、均てん化を図る予定である。

適切な妊産褥婦健診回数について、WHO Global Survey データの二次解析を行い、妊娠中の出血がある、または帝王切開による分娩など、ハイリスクのための検査で受診回数が増加している傾向があることが示されたことから、ハイリスク妊婦の妊産褥婦健診に関しては、健診の回数を含め、手厚い支援が必要とされたと考えられた。栄養学の観点から適切な妊産褥婦健診・保健指導についての検討を行い、わが国でも若年女性のやせの割合が約 4 人に一人と高いことを考慮すると、食事摂取制限の有無と合わせてフードセキュリティの状況把握も健診時に行われることが望ましいと考えられた。

産後のメンタルヘルスでは、母親と生まれた子どもとの関係性・家族の絆をどのように育んでいくかが大きく影響するため、健やかな親子関係に重要なポイントについてエビデンスの整理及び啓発を行った。健やかな親子関係を構築する上で「地域社会と交流の多い親子」、「コミュニケーションが良好な親子」、「子どもを傷つけない」の要素が明らかになり、それらについて順次啓発を行うこととなり、「子どもを傷つけない」のポイントについて、子どもへの体罰・暴言根絶を目指した啓発リーフレット「愛の鞭ゼロ作戦」を作成し、リーフレットは、2017 年 5 月 15 日付で、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課より都道府県・保健所設置市・特別区の児童福祉・母子保健主管部(局)宛に、「体罰によらない育児を推進するための啓発資材について」として、普及のために通知された。

妊産褥婦健診のみならず、乳幼児健診や小児科医療も、メンタルヘルス不調の母親やその子どもの支援において重要であると考えられる。健診の問診などで母親のメンタルヘルスもチェックすることで、小児科医はメンタルヘルス不調の母親のゲートキーパーとなりうると考えられる。小児科医は産後自殺の発生しやすい産後 2 か月・4 か月の前に、新生児健診や 3・4 か月健診で母子に出会うため、小児科医が母親のメンタルヘルス不調のゲートキーパーとなることは、産後の母親の自殺予防対策にも有効であると考えられる。今後、乳幼児健診や小児科医療に中にも施策として、母親のメンタルケアに取り組んでいく必要があると考える。

A. 研究目的

本研究班は下記の①から③についての研究を行うことを目的とした。

①妊産褥婦健診におけるメンタルヘルスケアに重点を置いた適切な介入方法や、適切な妊産褥婦健診回数とその間隔、検査項目、医療・保健・福祉の連携のあり方の整備

下記のような点を中心に、日本周産期メンタルヘルス学会の周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017 の Clinical Question (CQ) と Answer の具体的な案を作成した。

1. 周産期におけるメンタルヘルススクリーニング及び介入

妊娠中や産後のうつ病・不安障害といった精神障害のスクリーニング方法及びスクリーニング陽性者への対応、薬物療法や心理社会的介入方法などを整備

2. 妊産婦をサポートする医療・保健・福祉の地域多職種連携

連携のためには情報共有が必要であり、自治体と医療が情報共有をして連携して妊産婦をサポートする仕組みを整備

②産後の健診やケアの更なる充実

非常に多くの産褥婦が産後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疫学調査より明らかになっている（竹原、立花ら、2015）。現在、分娩して退院後から1か月健診までの間や、1か月健診から後の母親自身の健診やケアの仕組みがない。また、竹田らの妊産褥婦自殺（産褥1年未満まで）の実態調査によれば、産褥3・4か月が最も自殺者が多いことが明らかになり、産後のメンタルケアは自殺予防の観点からも重要である（竹田ら、2016）。これらのことから、産後の健診・産後ケアの更なる充実が望まれる。WHO 妊産婦グローバルヘルス調査の日本のデータを用いて、妊婦健診と周産期リスクとの関連を検証し、適切な周産期リスクを軽減するための妊婦健診回数と内容を検討することとした。

③健やかな親子関係に重要なポイントについてエビデンスの整理及び啓発

産後のメンタルヘルスでは、母親と生まれた子どもとの関係性・家族の絆をどのように育んでいくかが大きく影響するため、家庭の在り方を考慮に入れて妊産褥婦のメンタルヘルスに対する介入方法を検討する必要がある。そのため、健やかな親子関係に重要なポイントについてエビデンスの整理及び啓発についての追加の研究を行うこととした。

B. 研究方法

1. 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 作成(岡野、竹田、鈴木、立花、大田、小泉、中板、葛西)

日本周産期メンタルヘルス学会と協働し、立花、岡野、竹田、鈴木、大田、葛西、中板、小泉が同学会のコンセンサス診療ガイド作成に携わった。同コンセンサス診療

ガイドでは、妊産褥婦のメンタルヘルスの問題にかかわる諸問題について、多職種がそれぞれの立場でどのように対応すればよいかについてのガイドブックとした。

2. メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の整備（立花、小泉、中板）

メンタルヘルス不調の妊産褥婦への対応についての医療・保健・福祉の連携を推進するため、同ガイドラインのCQにCQ5.「メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する、緊急度／育児・家庭環境／児の安全性確保に留意した医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の仕方は？」、CQ6.「メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦についての、医療・保健・福祉の情報共有及び同意取得・虐待や養育不全の場合の連絡の仕方は？」を入れ、具体的な対応のフローチャート、および自治体との連携の際の情報共有ツールを Answer の中に入れた。

3. 妊婦の自殺予防対策（立花、竹田）

妊産褥婦の自殺予防対策をコンセンサスガイドのCQ5の Answer の中に盛り込んだ。

4. 妊産褥婦のメンタルヘルス対応についての医療・保健・福祉の連携モデルの展開（立花、小泉）

連携システムを長野県長野市・須坂市をモデル地域として展開し、実行可能性を検証した。

5. 妊産褥婦のメンタルヘルスケアについての研修パッケージの作成・均てん化（立花・小泉）

メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の均てん化のために、研修パッケージを作成し、全国の母子保健関係者（保健師・助産師・看護師・産科医・小児科医・精神科医・

医療ソーシャルワーカーなど)を対象に厚生労働省子どもの心の診療ネットワーク事業で研修会を行うこととした。また研修の内容を書籍化した。

6. 適切な妊産褥婦健診回数 (大田)

産後2週間健診において褥婦に求められていることについて調査を実施した。メンタルヘルスケアに重点を置き、妊産褥婦健診における適切な介入方法や、適切な妊産褥婦健診回数とその間隔、検査項目、医療・保健・福祉の連携のあり方について検討することを目的としており、本分担研究では、とくに、適切な健診回数や支援のあり方に関して、WHO Global Survey (WHOGS) データの二次解析および、産後のメンタルヘルスの予防に関連する RCT 論文を対象とした文献レビューを行った。

7. 栄養学の観点から適切な妊産褥婦健診・保健指導についての検討 (瀧本)

我が国で2006年に公表された「妊産婦のための食生活指針」と、諸外国との比較し考察を行った。

8. 健やかな親子関係についての検討 (齋藤、水本、立花)

本研究の当初計画では、健診での妊産褥婦のメンタルヘルスケアについての評価方法の検討や自治体との連携の仕組みづくりを主目的としていたが、それに加えて家庭の在り方を考慮に入れた健やかな親子関係を築くためのポイントを明らかにし、それを活用した妊産褥婦のメンタルヘルスに対する介入方法を検討することが研究計画に必要と考えられた。そこで、科学的知見に基づいて妊産褥婦のメンタルヘルスケアにつなげることを目的とし、健やかな親子について検討することとした。さらに、それらの知見を用いた啓発を行うこととした。

9. 健やかな親子関係のための啓発 (立花)

健やかな親子関係の3つのポイントについて、順次啓発を行うこととし、まず最初に、「子どもを傷つけない」のポイントについて、子どもへの体罰・暴言根絶を目指した啓発リーフレットを作成することとした。

C. 結果

1. 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 作成(岡野、竹田、鈴木、立花、大田、小泉、中板、葛西)

2016年6月3日にコンセンサスガイド委員を対象に、ガイドライン作成の講習会を順天堂大学にて開催した。さらに、2016年10月29日、2016年12月10日、2017年2月4日の計3回コンセンサスガイドの評価会議を順天堂大学本郷・お茶の水キャンパスお茶の水センタービルにて開催した。

下記のような20のCQについてのAnswerを作成した。

CQ1. 妊娠中のうつ病・不安障害のスクリーニング方法は？

CQ2. 産後うつ病のスクリーニング方法は？

CQ3. 妊娠中および産後の気分障害・不安障害スクリーニング陽性者への対応は？

CQ4. 中絶・流産・死産を経験して精神的に変調を認めた際の対応は？

CQ5. メンタルヘルス不調の妊産褥婦の対応における、緊急度／育児・家庭環境／児の安全性確保に留意した医療・保健・福祉の具体的な連携の仕方は？

CQ6. メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦についての、医療・保健・福祉の情報共有及び同意取得・虐待や養育不全の場合の連絡の仕方は？

CQ7. 向精神薬の母乳育児への影響は？(薬物の影響と授乳のメリット)

- CQ8. 妊娠中の統合失調症に対する抗精神病薬使用のリスクベネフィットは？
- CQ9. 妊娠中のうつ病への抗うつ薬による薬物療法のリスクベネフィットは？
- CQ10. 妊娠中の双極性障害への薬物療法のリスクベネフィットは？
- CQ11. ベンゾジアゼピン系薬剤を内服中の妊婦への対応は？
- CQ12. バルプロ酸を服用する妊娠可能年齢の女性に対する対応は？
- CQ13. 妊娠中の（修正型）電気けいれん療法（mECT）の注意点は？
- CQ14. 産後精神障害の薬物治療は？
- CQ15. 妊婦に対して確認した方がよいストレスは？
- CQ16. 「特定妊婦」への対応は？
- CQ17. ボンディング障害（母親から子どもへの情緒的絆を築くことの障害）への対応は？
- CQ18. 妊娠期、産褥期に効果的な精神療法的、カウンセリング的対応は？
- CQ19. 妊娠中・産後に精神的に不安定な母親を支援する看護職（助産師、保健師、看護師等）の活動ポイントは？
- CQ20. 周産期メンタルヘルスにおけるリエゾン精神看護専門看護師の役割は？

2. メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の整備（立花、小泉、中板）

具体的な対応のフローチャート、および自治体との連携の際の情報共有ツールを Answer の中に入れた。

情報共有ツールとして、「妊娠期から支援を要する妊婦・家庭への対応の指標」、心理社会的リスクのある妊産褥婦がいたときに医療機関から保健機関へつなぐ連絡票、保健機関から医療機関への連絡票、妊娠中のメンタルヘルス不調の母親の連絡票、児童虐待・胎児虐待（防止）連絡票を作成し、

テンプレートをコンセンサスガイドに掲載した。

3. 妊産褥婦の自殺予防対策（立花、竹田）

CQ5 に、自殺念慮・希死念慮のアセスメントとその後の対応の仕方について解説した。エジンバラ産後うつ病質問票を活用してメンタルヘルスや自殺念慮・希死念慮を把握すること、「TALK の原則」（T: Tell（伝える）、A: Ask（尋ねる）、L: Listen（聴く）、Keep safe（安全を確保する））の解説を入れ、母子保健関係者に対し、妊産褥婦の自殺予防対策の啓発を図った。

4. 妊産褥婦のメンタルヘルス対応についての医療・保健・福祉の連携モデルの展開（立花、小泉）

2の連携システムについて、長野県長野市・須坂市をモデル地域として実行可能性を検証した。長野県須坂市では、県立須坂病院の会議室で定期的に地域の保健師・小児科医・産婦人科医・助産師・看護師・医療ソーシャルワーカー・精神科医などの母子保健関係者が集まり、多職種で情報共有しフォローアップする体制を地域の母子保健関係者と整備した。長野市では長野市保健所、長野県精神保健福祉センター、長野県長野市医師会が協働して、周産期のメンタルケアの連携体制を構築した。

5. 妊産褥婦のメンタルヘルスケアについての研修パッケージの作成・均てん化（立花・小泉）

厚生労働省子どもの心の診療ネットワーク事業で、2016年12月4日に国立成育医療研究センター講堂で「母子保健メンタルケア指導者研修会」を開催した。従来子どもの心の診療ネットワーク事業は、子どもの心のケアの研修会を行ってきっていたが、今回の研修会は親子の視点で家族全体のケアを考えることを趣旨とし、地域で親子の

こころのケアを行う人材育成のための研修プログラムを作成し、研修会を開催した。参加者が母子保健関係者のメンタルケアに関する相談役・アドバイザーとなるほか、地域における他のメンタルケアを推進する母子保健関係者との連携体制の構築に携わってもらうように研修内容を組んだ。

あわせて、

- ・都道府県・指定都市医師会を単位とした、母子保健関係者を対象とした、メンタルケアの対応力向上を図るための研修の企画立案

- ・各地域医師会と子育て世代包括支援センターとの連携作りへの協力（地域における「連携」の推進役を期待）

に携わるうえで役立つような内容とした。

6. 適切な妊産褥婦健診回数（大田）

妊娠中の出血があるほど、または帝王切開による分娩であるほど、妊婦健診の受診回数が多くなっていた。また、パートナーを含めた妊娠期の教育的介入プログラムに関しては、夫婦のメンタルヘルスケアとしての明確な効果は示されていない。

7. 栄養学の観点から適切な妊産褥婦健診・保健指導についての検討（瀧本）

英語圏の国々を中心に抽出を行い、米国・英国・カナダ・ニュージーランドの妊産婦の栄養管理指針を検証した。いずれの国々においても、初診時の栄養状態の評価（身長・体重の把握や食生活の把握）が推奨されていた。また、低所得層の妊産婦においては妊娠・授乳に必要な食品を十分摂取できない恐れがあることから、フードセキュリティの状況把握が推奨されていた。わが国でも若年女性のやせの割合が約4人に一人と高いことを考慮すると、食事摂取制限の有無と合わせてフードセキュリティの状況把握も健診時に行われることが望ましいと考えられた。

8. 健やかな親子関係についての検討（立花、水本、齋藤）

平成28年度 厚生労働科学研究費補助金 健やか次世代育成総合研究事業「母子の健康改善のための母子保健情報利活用に関する研究」研究班（研究代表者 山縣然太郎）と本研究班が協働し、健やかな親子関係のポピュレーションアプローチによる介入研究及び啓発活動のための健やかな親子関係のための重要なポイントを策定することとした。健やかな親子関係とはどのようなものかについて母子保健研究者である研究班メンバーがディスカッションを行い、健やかな親子関係に重要なポイントをK-J法でまとめ、そこから導き出された5つのポイント「地域とのつながり」、「親子のコミュニケーション・安心・信頼」、「子どもを傷つけない」、「親子の役割が明確」、「親子で価値観を共有できる」についての文献研究を行い、健やかな親子関係にこれらのポイントが非常に大きく影響することのエビデンスを収集した。5つのポイントは重複する要素もあったため、3つのポイント「地域社会と交流の多い親子」、「コミュニケーションが良好な親子」、「子どもの心を大切にする親」に絞った。

さらに、3つのポイントについての質問から構成される「健やかな親子関係心理尺度」を作成し、信頼性・妥当性検証のため、複数の専門学校・大学で実施することを計画し、まず長野県須坂看護専門学校の看護学生を対象に質問紙調査を実施した。3つのポイントが、学生のメンタルヘルスと高い相関を持っていた。

9. 健やかな親子関係のための啓発（立花）

こどもへの体罰・暴言根絶のため、啓発リーフレット「愛の鞭ゼロ作戦」を作成した。2017年5月15日付で、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課より、「体罰によらない育児を推進するための啓発資料

について」の事務連絡が、各都道府県・保健所設置市・特別区児童福祉・母子保健主観部（局）や母子保健関連団体に事務連絡され、普及啓発が図られた。

D. 考察

1. 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 作成(岡野、竹田、鈴木、立花、大田、小泉、中板、葛西)

今回完成した周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017 は、周産期のメンタルヘルスの問題への対応についての日本初の診療ガイドであり、精神科医・産科医・助産師・保健師など周産期のメンタルヘルスの問題にかかわる様々な職種に向けた内容となっている。

2. メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の整備 (立花、小泉、中板)

周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017 において、医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の整備を目的として CQ5, 6 が設定された。多職種の連携が難しいことの一つに、メンタルヘルス不調の妊産褥婦には様々な職種がかかわるが、それぞれの職種がどのようなときに、どのタイミングで、どの職種と連携すればよいか、また、連携の中で自分の職種の果たす役割は何か、他の職種の果たす役割は何か、といったことについての共通認識がないことがあげられる。CQ5, 6 は、そのような共通認識に有益であると考えられる。

3. 妊婦の自殺予防対策 (立花、竹田)

今回 CQ5 で妊産褥婦の自殺予防の対応したが、妊産褥婦の自殺予防にはこのような臨床対応のスキルを周産期の母子保健関係者が身に着けることが重要であると考えられる。妊産褥婦の自殺防止対策推進のために死亡

診断書（死体検案書）に妊娠や産褥 1 年未満の場合、海外のように☑項目など入れて、記載させることが正確な実態を把握し、対策を立案するためにも必要であると考えられる。また、妊産婦死亡数だけでなく、欧米では把握されている産褥 42 日以降 1 年未満の後発妊産婦死亡 Late Maternal Death の実態を理解し、自殺防止の対策が必要であると考えられる。

4. 妊産褥婦のメンタルヘルス対応についての医療・保健・福祉の連携モデルの展開

今回、周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017 が作成され、その中の CQ5, 6 で医療・保健・福祉の連携対応方法について扱われた。このような連携対応方法の枠組みは母子保健関係者の共通認識として重要であるが、実際に連携するにあたっては、会ったこともない・話したこともないような関係者同士が連携するのは難しいことが多いと考えられる。しかし、今回ガイドライン CQ5, 6 の内容をモデル地域として実施した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などは、関係者の「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。須坂市の事例検討会議は、「顔の見える連携」の場が、システムとして地域母子保健の中に組み込まれている好事例といえるであろう。今後、「顔の見える連携の場」が、子育て世代包括支援センターをハブとした地域連携の中にシステムとして組み込まれていくことが望まれる。

5. 妊産褥婦のメンタルヘルスカケアについての研修パッケージの作成・均てん化 (立花)

今回完成した周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017 の内容を母子保健関係者が共通認識として持つためには、研修システムの確立が重要であると考えられ

る。「母子保健メンタルケア指導者研修会」は平成 29 年度以後も継続して開催予定であり、さらなる均てん化を図っていく。

これまで、厚生労働省子どもの心の診療ネットワーク事業は子どもの心のケアのみを対象にしていたが、子どもの心のケアには子どものみならず家族全体の心理的な力動をとらえケアを考えるのが有効であることは臨床的にもコンセンサスが得られている。本研究班が子どもの心の診療ネットワーク事業で行った「母子保健メンタルケア指導者研修」のような親子の心のケアについての研修は、子どもの心のケアを親子の視点でとらえ子どもの心の診療ネットワーク事業をより包括的かつ臨床的に有効な心のケア事業にすることにつながると考えられる。

6. 適切な妊産褥婦健診回数（大田）

ハイリスクのための検査で受診回数が増加している傾向があることが示された。ハイリスクの妊産褥婦健診回数に関しては、配慮が必要な可能性があると考えられた。ハイリスク妊産褥婦への支援のあり方に関しては、今後の研究が必要であると考えられた。

7. 栄養学の観点から適切な妊産褥婦健診・保健指導についての検討（瀧本）

妊産褥婦への適切な栄養指導について、わが国でも若年女性のやせの割合が約 4 人に一人と高いことを考慮すると、食事摂取制限の有無と合わせてフードセキュリティの状況把握も健診時に行われることが望ましいと考えられた。

8. 健やかな親子関係についての検討（立花、齋藤、水本）

「地域に開かれた家族」「子どもを支える家族」「子どもを傷つけない家族」の要素が、健やかな親子関係に非常に重要であり、こ

れらを推進するような母子保健施策が有益であると考えられた。

9. 子どもの頃の家族関係が青年後期・成人期のメンタルヘルスに与える影響について（立花）

3 つのポイントについて、ポピュレーションアプローチとして啓発活動を行い、その効果を検証することについてのさらなる研究が必要と考えられる。

今後の施策についての課題

本研究班の成果から、我が国における妊産褥婦健康診査の評価及び自治体との連携の在り方について、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) ガイドラインの均てん化のための施策

平成 28 年度に実施した「母子保健メンタルケア指導者研修会」は、高齢者介護の領域の多職種連携人材育成のための指導者研修（認知症サポート医養成研修）の仕組みを参考にして、地域の指導者を育成してその指導者に研修パッケージを提供し、地域で均てん化してもらうように企画した。多職種連携では高齢者介護の領域で母子保健と合致するところが多く、今回の研修のように、高齢者介護のケアシステムなど母子保健領域に利用できることを積極的に取り入れていくことが、2 つの領域のケアの融合にもつながり、高齢者・障害者・子どもなどすべての人々が共生する「地域共生社会」、地域包括ケアシステムの推進にもつながると考えられる。

2) 乳幼児健診における母親のメンタルヘルス不調への対応整備

周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017 では、周産期のメンタルヘルス・スクリーニングがコンセンサスガイドで言

及された。周産期以後も、産後うつ病などメンタルヘルス不調をきたしやすい時期は続き、また、次の子を出産後も同様にメンタルヘルス不調をきたしやすい時期に母子は接する。妊産褥婦健診のみならず、乳幼児健診や小児科医療も、そのようなメンタルヘルス不調の母親やその子どもの支援における重要なゲートキーパーであると考えられる。特に、乳幼児健診では、問診の中に母親のメンタルヘルスの不調についてのスクリーニングを入れたり、問診の中でうつ病についての二質問法を尋ねたりするなど、小児科医が母親のメンタルヘルス不調に留意して対応することも可能である。産後2か月と産後4か月は産後自殺が発生しやすい時期である。小児科医はこれらの時期の前に、新生児健診や3・4か月健診などで母子と出会う。小児科医が母親のメンタルヘルス不調のゲートキーパーとなることは、産後の母親の自殺予防対策にも有効であると考えられる。今後、乳幼児健診や小児科医療に中にも施策として、母親のメンタルケアに取り組んでいく必要があると考える。

E. 結論

本研究班は、妊産褥婦健診におけるメンタルヘルスケアに重点を置いた適切な介入方法や、医療・保健・福祉の連携のあり方を整備することを目的とした。日本周産期メンタルヘルス学会と協働し、周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017 を作成した。周産期におけるメンタルヘルススクリーニングと予防的介入の案を策定し、また、妊産褥婦をサポートするための医療・保健・福祉の地域多職種連携の仕方、及び、情報共有の仕方、自殺予防対策などについて、コンセンサスガイドの **Clinical Question** に対する **Answer** で提示した。産婦健康診査事業にあたっての留意事項について検討し、母子保健現場が留意点につい

て、平成 29 年 3 月 31 日付で各都道府県・保健所設置市・特別区母子保健主管部(局)に対し厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知として施策化された。

また、作成した連携システムについて長野県長野市・須坂市をモデル地域として実施し、実行可能性を確認した。さらに、コンセンサスガイドの内容について、研修パッケージを作成し、均てん化のため、全国の母子保健関係者を対象に厚生労働省子どもの心の診療ネットワーク事業で研修会を行い、また、研修の内容を書籍化した。研修会については同事業で平成 29 年度も以後も継続し、均てん化を図る予定である。

適切な妊産褥婦健診回数について、WHO Global Survey データの二次解析を行い、ハイリスクにより検査のため受診回数が増加している傾向があることが示されたことから、ハイリスク妊婦の妊産褥婦健診に関しては、健診の回数を含め、手厚い支援が必要とされることが考えられた。栄養学の観点から適切な妊産褥婦健診・保健指導についての検討を行い、食事摂取制限の有無と合わせてフードセキュリティの状況把握も健診時に行われることが望ましいと考えられた。

産後のメンタルヘルスでは、母親と生まれた子どもとの関係性・家族の絆をどのように育んでいくかが大きく影響するため、健やかな親子関係に重要なポイントについてエビデンスの整理及び啓発を行った。健やかな親子関係を構築する上で「地域社会と交流の多い親子」、「コミュニケーションが良好な親子」、「子どもを傷つけない」の要素が明らかになり、それらについて順次啓発を行うこととなり、「子どもを傷つけない」のポイントについて、子どもへの体罰・暴言根絶を目指した啓発リーフレット「愛の鞭ゼロ作戦」を作成し、リーフレットは、2017 年 5 月 15 日付で、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課より都道府県・

保健所設置市・特別区の児童福祉・母子保健主管部（局）宛に、「体罰によらない育児を推進するための啓発資材について」として、普及のために通知された。

平成28年度に実施した「母子保健メンタルケア指導者研修会」のように、高齢者介護のケアシステムなど母子保健領域に利用できることを積極的に取り入れていくことが高齢者・障害者・子どもなどすべての人々が共生する「地域共生社会」、地域包括ケアシステムの推進にもつながると考えられる。

妊産褥婦健診のみならず、乳幼児健診や小児科医療も、メンタルヘルス不調の母親やその子どもの支援において重要であると考えられる。健診の間診などで母親のメンタルヘルスもチェックすることで、小児科医はメンタルヘルス不調の母親のゲートキーパーとなりうると考えられる。小児科医は産後自殺の発生しやすい産後2か月・4か月の前に、新生児健診や3・4か月健診

で母子に出会うため、小児科医が母親のメンタルヘルス不調のゲートキーパーとなることは、産後の母親の自殺予防対策にも有効であると考えられる。今後、乳幼児健診や小児科医療の中にも施策として、母親のメンタルケアに取り組んでいく必要があると考える。

F.健康危険情報

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

なし

3. その他

なし

平成 28 年度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）
分担研究報告書

メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の整備、
及び健やかな親子関係のための妊娠期からはじまる支援施策についての研究

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・福祉の具体的な連携と対応の整備を目的とした。日本周産期メンタルヘルス学会の「周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017」の CQ で「メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する、緊急度／育児・家庭環境／児の安全性確保に留意した医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の仕方は？」を設定し、連携と対応方法のモデルを作成した。また、「周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017」を踏まえ、産婦健康診査事業実施内容の策定について、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課と本研究班が検討し、産婦健康診査事業実施に当たり留意すべき案をまとめ、2017 年 3 月 31 日付で各都道府県・保健所設置市・特別区母子保健主管部（局）に対し厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知として施策化された。健康診査を受ける全産婦について医療機関と自治体とが情報共有し、連携して対応することが施策化されたが、今後、妊婦についても情報共有をした上で妊娠期からの切れ目のない支援を行っていく施策についての検討が必要であると考えられる。

メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の均てん化のために、研修パッケージを作成し、全国の母子保健関係者（保健師・助産師・看護師・産科医・小児科医・精神科医・医療ソーシャルワーカーなど）を対象に厚生労働省子どもの心の診療ネットワーク事業で研修会を行った。また研修の内容を書籍化した。本研究班が子どもの心の診療ネットワーク事業で行った「母子保健メンタルケア指導者研修」のような親子の心のケアについての研修は、子どもの心のケアを親子の視点でとらえ子どもの心の診療ネットワーク事業をより包括的かつ臨床的に有効な心のケア事業にすることにつながると考えられる。メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対するケアの地域の多職種連携の中に、子育て支援機関が含まれることが全国的に広がっていくことが望まれる。

平成 28 年度 厚生労働科学研究費補助金 健やか次世代育成総合研究事業「母子の健康改善のための母子保健情報利活用に関する研究」研究班（研究代表者 山縣然太郎）と本研究班が協働し、健やかな親子関係のための重要なポイントを明らかにし、それをもとにした啓発を行った。本研究班では、健やかな親子関係を構築するうえで、「地域とつながっている家族」、「親子のコミュニケーションが良好」、「子どもを傷つけない」、「親子の役割が明確」、「親子で価値観を共有できる」が重要であることが明らかになったが、今後、啓発活動を行い、その効果検証についてのさらなる研究が必要と考えられる。

研究協力者

- 山縣然太郎 (山梨大学大学院総合研究部
医学域基礎医学系
社会医学講座)
- 松浦賢長 (福岡県立大学看護学部
ヘルスプロモーション看護学系)
- 山崎嘉久 (あいち小児保健医療総合センター)
- 尾島俊之 (浜松医科大学医学部
健康社会医学講座)
- 市川香織 (文京学院大学
保健医療技術学部 看護学科)
- 篠原亮次 (健康科学大学健康科学部)
- 岩佐景一郎 (山梨県福祉保健部
健康増進課)
- 秋山有佳 (山梨大学大学院総合研究部
医学域基礎医学系
社会医学講座)
- 傳田純子 (長野県須坂看護専門学校)
- 小泉典章 (長野県精神保健福祉センター)
- 中澤文子 (長野県健康福祉部
保健・疾病対策課
母子・歯科保健係)
- 高祖常子 (認定 NPO 法人 児童虐待防止
全国ネットワーク)
- 齋藤尚大 (横浜カメリアホスピタル)
- 久貝太麻衣 (国立成育医療研究センター
教育研修部)
- 水本深喜 (国立成育医療研究センター
こころの診療部)
- 浅井かおり (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)
- 藤本敦子 (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)
- 山田道子 (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)

A. 目的

本分担研究では、まず、メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の整備を目的とした。

本研究の当初計画では、健診での妊産褥婦のメンタルヘルスケアについての評価方法の検討や自治体との連携の仕組みづくりを主目的としていたが、それに加えて家庭の在り方を考慮に入れた「健やか親子関係3つのポイント(仮称)」を活用した妊産褥婦のメンタルヘルスに対する介入方法を検討することが研究計画上必要と考えられ、科学的知見に基づいて、妊産褥婦のメンタルヘルスケアにつなげることを目的に、新たに「健やかな親子関係3つのポイント(仮称)」を提案し、介入方法について検討した。

B. 研究方法

1. メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の整備

①診療ガイドでの整備

日本周産期メンタルヘルス学会と協働し、同学会の「周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017」のクリニカルクエスション(CQ)にメンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の具体的な連携と対応についての項目を入れることとした。CQのAnswerの連携システムについては、平成25~27年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(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」(研究代表者 立花良之)が行った、東京都世田谷区、長野県須坂市・長野市をモデル地域とした研究成果[1]をもとに作成した。

②研修パッケージの作成・均てん化

メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の均てん化のために、研修パッケージを作成し、全国の母子保健関係者（保健師・助産師・看護師・産科医・小児科医・精神科医・医療ソーシャルワーカーなど）を対象に厚生労働省子どもの心の診療ネットワーク事業で研修会を行うこととした。また研修の内容を書籍化した[1]。

③妊産褥婦のメンタルヘルス対応についての医療・保健・福祉の連携モデルの展開

連携システムを長野県長野市・須坂市・東京都世田谷区をモデル地域として展開し、実行可能性を検証した。

2. 健やかな親子関係のための、妊娠期からの切れ目ない支援についての介入方法の研究

①健やかな親子関係についての検討

平成28年度厚生労働科学研究費補助金健やか次世代育成総合研究事業「母子の健康改善のための母子保健情報利活用に関する研究」研究班(研究代表者 山縣然太郎)と本研究班が協働し、健やかな親子関係のポピュレーションアプローチによる介入研究及び啓発活動のための健やかな親子関係のための重要なポイントを策定することとした。まず、健やかな親子関係とはどのようなものかについて母子保健研究者である研究班メンバーがディスカッションを行い、健やかな親子関係に重要なポイントをK-J法でまとめた。それにより、5つのポイント「地域とつながっている家族」、「親子のコミュニケーションが良好」、「子どもを傷つけない」、「親子の役割が明確」、「親子で価値観を共有できる」が抽出された。それら5つのポイントについて、エビデンス収集のための文献研究を行った(研究協力者齋藤尚大の報告書参照)。5つの

ポイントは重複する要素もあったため、さらに、その5つのポイントを集約して、3つのポイント「地域社会と交流の多い親子」、「コミュニケーションが良好な親子」、「子どもの心を大切にできる親」に絞った。

それら3つのポイントについての質問から構成される「健やかな親子関係心理尺度」を作成し、信頼性・妥当性検証のため、複数の専門学校・大学で実施することを計画し、まず長野県須坂看護専門学校の看護学生を対象に実施した(研究協力者水本深喜の報告書参照)。

②健やかな親子関係のための啓発

①の健やかな親子関係の3つのポイントについて、順次啓発を行うこととし、まず最初に、「子どもを傷つけない」のポイントについて、子どもへの体罰・暴言根絶を目指した啓発リーフレットを作成することとした。

C. 研究結果

1. メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の整備

①診療ガイドでの整備

「周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017」で下記のCQを設定し、Answerを作成した。

Q5. メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する、緊急度/育児・家庭環境/児の安全性確保に留意した医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の仕方は?

推奨

1. 妊産褥婦のメンタルヘルス不調が考えられたときは、まず、緊急の対応を要するか否かを見極める。(I)
2. 緊急性がある場合は、自治体・圏域の精神科救急情報センターに連絡する。あるいは

は、圏域保健所の精神保健福祉担当部署・者や市町村自治体の精神保健福祉、母子保健担当部署・者につなげる。(I)

3. 緊急性はないが、精神科専門治療の必要がある場合、精神科受診を勧奨する。その際、圏域保健所の精神保健福祉担当部署・者と連携をはかる。(I)

4. 育児・家庭環境の問題があり、母子保健関係者が介入したほうが良い場合、まず医療機関スタッフが相談にのった上で居住地自治体の母子保健担当部署の保健師等に連絡し、DVがあればそれらに加え女性相談センターへの相談を勧める。(I)

5. 出生した乳児の安全性確保の必要性がある場合、児童相談所・子ども家庭支援センター、または保健師に連絡する。(I)

また、「周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017」を踏まえ、産婦健康診査事業実施内容の策定について、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課と本研究班メンバー（立花・竹田・鈴木・岡野）で話し合い、産婦健康診査事業実施に当たり、留意すべき案を下記のようにまとめ、竹田が日本産科婦人科学会、鈴木が日本産婦人科医会の理事会で了承を得たのち、2017年3月31日付で各都道府県・保健所設置市・特別区母子保健主管部（局）に対し厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知として施策化された。

<産婦健康診査事業実施にあたり留意すべき内容の要旨>（資料1参照）

・医療機関で受けた産婦健康診査の結果が自治体に報告されることについて本人の了解を得ることが前提となった。これにより、妊産褥婦やその子どものサポートのための医療・保健の情報共有が推進される

・妊産婦健康診査でエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）が実施されること、EPDSの

点数のみならず、精神状態について総合的に評価することが明記された

・支援が必要とされる受診者に対し適切に対応できるよう、あらかじめ実施機関、精神科医療機関及び福祉関係機関との連携体制を構築しておくことが努力義務として明記された。

・妊産婦健康診査実施機関からの報告により支援が必要と判断される場合には、受診者への電話連絡、訪問等により速やかに実情を把握するとともに、保健所や精神保健福祉センター等の関係機関と連携し、支援を行うことが努力義務とされた。

②研修パッケージの作成・均てん化

厚生労働省子どもの心の診療ネットワーク事業で、2016年12月4日に国立成育医療研究センター講堂で「母子保健メンタルケア指導者研修会」を開催した。従来子どもの心の診療ネットワーク事業は、子どもの心のケアの研修会を行ってきっていたが、今回の研修会は親子の視点で家族全体のケアを考えることを趣旨とし、地域で親子のこころのケアを行う人材育成のための研修プログラムを作成し、研修会を開催した。参加者が母子保健関係者のメンタルケアに関する相談役・アドバイザーとなるほか、地域における他のメンタルケアを推進する母子保健関係者との連携体制の構築に携わってもらうように研修内容を組んだ。

あわせて、

・都道府県・指定都市医師会を単位とした、母子保健関係者を対象とした、メンタルケアの対応力向上を図るための研修の企画立案

・各地域医師会と子育て世代包括支援センターとの連携作りへの協力（地域における「連携」の推進役を期待）

に携わるうえで役立つような内容とした。

③妊産褥婦のメンタルヘルス対応についての医療・保健・福祉の連携モデルの展開

長野県長野市・須坂市をモデル地域として実行可能性を検証した。長野県須坂市では、県立須坂病院の会議室で定期的に地域の保健師・小児科医・産婦人科医・助産師・看護師・医療ソーシャルワーカー・精神科医などの母子保健関係者が集まり、多職種で情報共有しフォローアップする体制を地域の母子保健関係者と整備した。長野市では長野市保健所、長野県精神保健福祉センター、長野県長野市医師会が協働して、周産期のメンタルケアの連携体制を構築した。

2. 健やかな親子関係のための、妊娠期からの切れ目ない支援についての介入方法の研究

①健やかな親子関係についての検討

健やかな親子関係を育むうえで「地域社会と交流の多い親子」、「コミュニケーションが良好な親子」、「子どもの心を大切にす親」は重要であり、これらは成人後のメンタルヘルスにも大きく影響することが明らかになった。(研究協力者齋藤尚大・水本深喜の報告書参照)

②健やかな親子関係のための啓発

子どもへの体罰・暴言根絶のため、脳科学や発達心理学の研究から明らかにされている体罰・暴言の子どもに与える深刻な悪影響を紹介し、親に対し子育ての中で体罰・暴言を用いないようにマインドセットを促すような内容の啓発リーフレットとした。リーフレットの中で親への心理教育的メッセージとして、5つのポイント

(Point1:子育てに体罰や暴言を使わない、Point 2: 子どもが親に恐怖を持つと SOS を伝えられない、Point 3: 爆発寸前のイライラをクールダウン、Point 4: 親自身が SOS を出そう、Point 5: 子どもの気持ちと行動

を分けて考え、育ちを応援)を解説し、また、子育てに悩む親の相談先として、最寄りの市長村の子育て相談窓口または児童相談所全国共通ダイヤル「189」を明記した。このリーフレットは、2017年5月15日付で、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課より都道府県・保健所設置市・特別区の児童福祉・母子保健主管部(局)宛に、「体罰によらない育児を推進するための啓発資料について」として、普及のために通知された。

D. 考察

メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の整備として、日本周産期メンタルヘルス学会の周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017 に CQ と Answer を記載した。今後、この内容を医療・保健・福祉の母子保健関係者に周知して現場で広く利用されるようになることが望まれる。研修会などを通して、均てん化していく必要があると考えられる。

研修パッケージの均てん化のために本研究班が子どもの心の診療ネットワーク事業で行った「母子保健メンタルケア指導者研修」のような親子の心のケアについての研修は、子どもの心のケアを親子の視点でとらえている。これまで、厚生労働省子ども心の診療ネットワーク事業は子どもの心のケアのみを対象にしていたが、子どもの心のケアには子どものみならず家族全体の心理的な力動をとらえケアを考えるのが有効であることは臨床的にもコンセンサスが得られている。このような研修会は、「妊娠期からの切れ目ない支援」において、メンタルケア領域で関係職種をつなぎ、地域の母子保健のメンタルケアをより包括的にするのに有益であると考えられる。この研修会の参加者の地域連携スキルについての効果は、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「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」の分担研究として、平成 29 年度に検証する。尚、同研修会は平成 29 年度以後も、継続して厚生労働省子どもの心の診療ネットワーク事業で毎年実施していく予定である。

CQ の多職種地域連携システムを世田谷区の母子保健関係者に展開したが、毎月 1 回区役所で行う「顔の見える連携」の場の症例検討会に、地域の子育て支援機関関係者が参加するようになった。これまでは、母子保健の多職種連携といっても医療・保健・福祉だけのことが多かったが、子育て支援機関関係者も母親のメンタルケアのノウハウを持っており、また、医療・保健・福祉のネットワークに子育て支援機関関係者も参加することは重要と考えられる。今後、母親のメンタルヘルスのガイドラインや政策などでも、子育て支援機関を含めたものにしていくことで、さらに、地域の多職種連携が深まると考えられる。

平成 29 年度より始まった産婦健康診査事業については、健康診査を受ける全産婦について医療機関と自治体と情報共有し、連携して対応することが施策化された。一方で、現状では妊婦健康診査事業については、特定妊婦についての医療機関と保健機関の情報共有が努力義務になっているものの、医療機関と保健機関で全ての妊婦の情報共有をすることについては前提となっていない。今後医療機関と保健機関で全妊婦について個人情報保護に留意しつつ、情報共有をした上で妊娠期からの切れ目のない支援を行っていく施策についての検討が必要であると考えられる。

本研究班で明らかになった、健やかな親子関係を構築する上で重要な 3 つのポイント「地域社会と交流の多い親子」、「コミュニケーションが良好な親子」、「子ども

の心を大切にする親」の要素が、健やかな親子関係に非常に重要であり、これらを推進するような母子保健施策が有益であると考えられた。作成した心理尺度の信頼性・妥当性を偏りのない大きなサンプルで検証したうえで、一般健常群と臨床群の比較などについて、検討を行っていく予定である。また、3 つのポイントについて、ポピュレーションアプローチとして啓発活動を行い、その効果を検証することについてのさらなる研究が必要と考えられる。

E. 結論

メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の整備として、日本周産期メンタルヘルス学会の周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017 に CQ を設定し、その Answer を作成した。連携の内容については、母子保健関係者が共通認識を持ち対応していく必要があるため、今後、連携モデルについて研修会などを通して母子保健関係者に普及させていく必要があると考えられる。

これまでは、周産期から育児期のメンタルケア領域の研修は、子どものメンタルケア、妊産婦のメンタルケアという風にそれぞれ独立していたが、本研究班が行ったような親子の視点でとらえたメンタルケアの研修は、今後「妊娠期からの切れ目のない支援」の充実に必要であると考えられる。

メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する地域の多職種連携の中に、今後子育て支援機関を含めたものにしていくことで、より良い地域の支援体制につながると考えられる。健康診査を受ける全産婦について医療機関と自治体と情報共有し、連携して対応することが施策化されたが、今後、全妊婦について情報共有をした上で妊娠期からの切れ目のない支援を行っていく施策についての検討が必要であると考えられる。本研究班では、健やかな親子関係を構築するう

えで、「地域とつながっている家族」、「親子のコミュニケーションが良好」、「子どもを傷つけない」、「親子の役割が明確」、「親子で価値観を共有できる」が重要であることが明らかになったが、今後、啓発活動を行い、その効果検証についてのさらなる研究が必要と考えられる。

F. 引用文献・出典

1. 立花良之. 母親のメンタルヘルス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. 医歯薬出版株式会社. 2016.

G. 研究発表

1. 論文発表

英文

1. Tsunehiko Kurokami, Yoshiyuki Tachibana, Motoko Kogure, Makiko Okuyama. Pitfalls in the Recognition and Diagnosis of Munchausen Syndrome by Proxy. Clinics in Mother and Child Health. 2016.

和文

1. 立花良之、小泉典章「妊娠期からの切れ目ない連携支援体制づくり」、精神科治療学 (32 巻 6 号、印刷中)
2. 小西晶子、立花良之「5. 睡眠薬」、
「Rp.+2017 年夏号 妊娠期のマイナートラブル」、南山堂 (印刷中)
3. 小西晶子、立花良之「周産期のうつ病」、月刊「精神科」、科学評論社 (印刷中)
4. 立花良之、「46. 意思疎通困難」、周産期医学 47 巻増刊号、東京医学社 (印刷中)
5. 小西晶子、立花良之「45. 不安症状・うつ症状」、周産期医学 47 巻特集号、東京医学社 (印刷中)
6. 立花良之、小泉典章、中板育美「CQ5 メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する、緊急度／育児・家庭環境／児の安全性確保に

留意した医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の仕方は?」、日本周産期メンタルヘルス学会 (編)、周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017 (印刷中)

7. 立花良之、小泉典章、中板育美「CQ6 メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦についての、医療・保健・福祉の情報共有及び同意取得・虐待や養育不全の場合の連絡の仕方は?」、日本周産期メンタルヘルス学会 (編)、周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017 (印刷中)

8. 立花良之、小泉典章、樽井寛美、赤沼智香子、鈴木あゆ子、石井栄三郎、鹿田加奈「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、妊娠期からはじまる医療・保健・福祉の地域連携モデルづくりについて」、子ども虐待とネグレクト、362-366、vol.18. No.3、2016

9. 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、231-235、vol.18.No.2、2016

10. 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、97-103、vol.31.No.2、2016

書籍

1. 立花良之. 母親のメンタルヘルス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. 医歯薬出版株式会社 2016.

2. 学会発表

学会発表

1. 立花良之「妊娠中や産後女性のこころの問題について」、第 6 回内科疾患と妊娠フォーラム、東京、2016 年 9 月 24 日

2. 立花良之、「妊娠期からの切れ目ない子育て支援を支えあえる地域づくりのために～地域における子育て支援関係者と医療・保健・福祉との連携について」、全国

子育てひろば実践交流セミナー in ながの、
長野市、2016年10月19日

3. 立花良之、「メンタルヘルス不調の母親
に対する妊娠期からの切れ目のない支援の
ための地域における医療・保健・福祉の連
携づくりについて」、第13回 日本周産期
メンタルヘルス学会 学術集会、東京、2016
年11月19日

4. 立花良之、「妊娠期・産後・育児期に起
こりやすい母親のメンタルヘルス不調の見
立てと対応のポイント」、厚生労働省子ど
もの心の診療ネットワーク事業主催

母子保健メンタルケア指導者研修会、東
京、2016年12月4日

5. 立花良之、「地域での母子保健メンタル
ケア研修会開催にあたってのパッケージ
例」、厚生労働省子どもの心の診療ネット
ワーク事業主催 母子保健メンタルケア指
導者研修会、東京、2016年12月4日

6. 立花良之、「妊娠期からの切れ目ない支
援」のための地域母子保健計画策定とP
DCAサイクルの考え方」、厚生労働省子ど
もの心の診療ネットワーク事業主催母子保
健メンタルケア指導者研修会、東京、2016
年12月4日

7. 立花良之、「妊娠中・産後におこりやす
いところの不調への対応のポイント」、松
戸市母子保健研修会、松戸市、2016年12月
16日

8. 立花良之、明石眞弓、松田妙子、加藤明
子、三島典子、佐藤智子、漆畑栄子、大久
保美保、吉岡淑隆、「医療・地域・行政の
連携で子ども・子育て家庭を支える～顔の
見える地域づくり～」、第2回せたがや子ど
も子育て学会、東京都世田谷区、2017年2
月4日

講演

1. 立花良之、「母親のメンタルヘルス気づ
いて・つないで・支える妊娠期からの多職
種地域連携」、岡山県子どもの心診療ネッ
トワーク事業講演会、岡山市、2017年3月
17日

各

都道府県
保健所設置市
特別区

 母子保健主管部（局） 御中

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長

産婦健康診査事業の実施に当たっての留意事項について

平成17年8月23日雇児発第0823001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知「母子保健医療対策総合支援事業の実施について」に基づく産婦健康診査事業の実施に当たり、産後うつの予防や新生児への虐待予防等を図るために行う精神状態の把握に関しては、産婦健康診査を実施する病院、診療所及び助産所（以下「実施機関」という。）並びに市町村（特別区を含む。以下同じ。）が留意すべき事項は下記のとおりであるので、各自治体におかれては遺漏のないよう配慮されたい。

また、都道府県におかれては、実施機関及び管内市町村に対し、本事業が適切に実施されるよう、下記内容について周知徹底をお願いする。

記

1 実施機関

- (1) 産婦健康診査を受診する産婦（以下「受診者」という。）に対し、産婦健康診査の結果（以下「健診結果」という。）が市町村に報告されることを説明すること。
- (2) 産婦健康診査のうち、精神状態の把握については、エジンバラ産後うつ病質問票の点数だけでなく、問診（精神疾患の既往歴、服薬歴等）、診察（表情、言動等）なども併せて総合的に評価すること。
- (3) 健診結果は受診者本人に直接伝えること。
- (4) 支援が必要と判断される受診者に対しては、適宜、次に掲げる対応を行うこと。
 - ① 受診者のセルフケアに関する助言・指導
 - ② 子育て世代包括支援センター等、市町村の相談窓口等に関する情報提供
 - ③ 実施機関における経過観察
 - ④ 精神科に関する情報提供（可能であれば精神科医療機関を紹介）
 - ⑤ その他、受診者を支援するために必要な助言・情報提供等
- (5) 健診結果を母子健康手帳に記入する場合には、個人情報保護の観点から受診者本人の了解が必要であることに留意する必要があること。

(6) 市町村に対しては、(2)による評価及び(4)による対応内容について、速やかに報告すること。

2 市町村

(1) 産婦健康診査事業の実施主体である市町村において健診結果が把握・管理されることをあらかじめ受診者に周知すること。

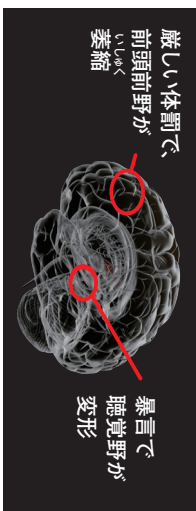
(2) 支援が必要とされる受診者に対し適切に対応できるよう、あらかじめ実施機関、精神科医療機関及び福祉関係機関との連携体制を構築しておくこと。

(3) 実施機関からの報告により支援が必要と判断される場合には、受診者への電話連絡、訪問等により速やかに実情を把握するとともに、関係機関と連携し支援を行うこと。

体罰・暴言は子どもの脳の発達に深刻な影響を及ぼします。

脳画像の研究により、子ども時代に辛い体験をした人は、脳に様々な変化を生じていることが報告されています。親は「愛の鞭」のつもりだったとしても、子どもには目に見えない大きなダメージを与えているかも知れないのです。

●子ども時代の辛い体験により傷つく脳



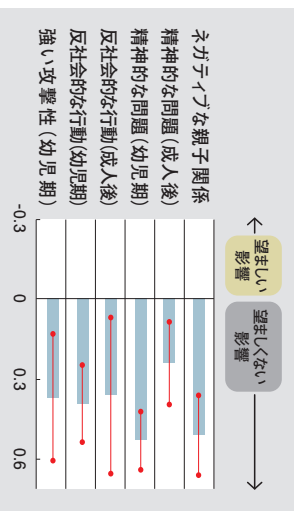
提供：福井大学 友田明美教授

- ・優しい体罰により、前頭前野（社会生活に極めて重要な脳部位）の容積が19.1%減少
(Tomoda A et al., Neuroimage, 2009)
- ・言葉の暴力により、聴覚野（声や音を知覚する脳部位）が変形
(Tomoda A et al., Neuroimage, 2011)

体罰は百害あって一利なし。子どもに望ましい影響などもたらしません。

親による体罰を受けた子どもも、受けていない子どもの違いについて、約16万人分の子どものデータに基づく分析が行われています。その結果、親による体罰を受けた子どもは、次のグラフのとおり「望ましくない影響」が大きいということが報告されています。

●「親による体罰」の影響



出典のデータを用いてグラフを作成

- ・親子関係の悪化
 - ・精神的な問題の発生
 - ・反社会的な行動の増加
 - ・攻撃性の増加
- (Gershoff ET, Grogan-Kaylor A, J Fam Psychol, 2016)

既に子どもへの体罰等を法的に全面禁止している国は世界50か国以上!

国連「子どもの権利条約」では、締約国に体罰・暴言などの子どもを傷つける行為の撤廃を求めています。

子育ての悩みがあるときは、最寄りの市町村の子育て相談窓口
または児童相談所全国共通ダイヤル「189」にご連絡ください。

平成28年度 厚生労働科学研究費補助金 健康や次世代育成総合研究事業

「妊産婦婦健康診査の評価および自治体との連携の在り方に関する研究」(研究代表者 立花良之)

「母子の健康改善のための母子保健情報利活用に関する研究」(研究代表者 山縣然太郎)

作成協力：認定NPO法人児童虐待防止全国ネットワーク理事 高祖常子 / 福井大学子どものこころの発達研究センター教授 友田明美
JST/RISTEXI「公私空間」研究開発領域「養育者支援によって子どもの虐待を低減するシステムの構築」プロジェクト



子どもを健やかに育てるために ～愛の鞭ゼロ作戦～

子育てをしていると、

子どもが言うことを聞いてくれない、イライラすることもありますが、

つい、叩いたり怒鳴ったりしたくなることもありますよね。

一見、体罰や暴言には効果があるように見えますが、

恐怖により子どもをコントロールしているだけで、

なぜ叱られたのか子どもが理解できていないこともあります。

最初は「愛の鞭」のつもりでも、いつの間にか

「虐待」へとエスカレートしてしまうこともあります。

体罰や暴言による「愛の鞭」は捨ててしまいましょう。

そして、子どもの気持ちに寄り添いながら、

みんなで前向きに育んでいきましょう。

愛の鞭をやめて、子どもを健やかに育みましょう。

子育てにおいて、しつこく叱って、叩いたり怒鳴ったりすることは、子どもの成長の助けにならないばかりか、悪影響を及ぼしてしまう可能性があります。以下のポイントを中心に心がけながら、子どもに向き合いきましょう。

POINT 1 子育てに 体罰や暴言を使わない

一見、体罰や暴言には効果があるように見えますが、叩くことによって得られた子どもの姿は、叩かれた恐怖によって行動した姿。自分で考え行動した姿ではありません。

「愛の鞭である」と親が思っても、子どもにとって大人から叩かれることはとても怖いことです。ちよつと叩かれただけ、怒鳴られただけでも、心に大きなダメージを受けることもあります。

子どもだからといって、暴力や暴言が許されるわけではありません。それに体罰や暴言は「虐待」へとエスカレートする可能性もあります。「叩かない怒鳴らない」と心に決めましょう。



POINT 2

子どもが親に 恐怖を持つと SOSを伝えられない

親に恐怖を持った子どもはどのような行動を起こすでしょうか。親に気に入られるように、親の顔色を見て行動するようになります。

また、恐怖を持つ親に対しては、子どもが心配事を打ち明けられなくなり、心配事を相談できないと、いじめや非行など、より大きな問題に発展してしまう可能性もあります。

POINT 3

爆発寸前の イライラをクールダウン

子どもが言うことを聞いてくれないときに、イライラすることは誰でもあること。でも、疲れていたりして、もともと抱えているストレス度が大きいと、子どものちよつとした行動（おもちゃの取り合い、すぐに動かないなど）をきっかけに、イライラが爆発してしまうことがあります。

イライラが爆発する前に、クールダウンするための、自分なりの方法を見つけておきましょう。



イライラしたときはクールダウン
深呼吸する、数を数える、
窓を開けて風に当たるなど

POINT 4

親自身がSOSを出そう

育児の負担を一人で抱え込まずに、家族に分担してもらったり、自治体やNPO、企業などのさまざまな支援サービス（ファミリーサポート、家事代行サービス、一時預かりなど）の利用も検討しましょう。子育ての苦労について気軽に相談できる友だちもできるといいですね。



POINT 5

子どもの気持ちと行動を 分けて考え、育ちを応援

子どもに「イヤだ!」と言われたとき、親自身が戸惑うこともあるでしょう。でも、2、3歳の子どもの「イヤ」は、自我の芽生えであり、成長の証でもあります。「どうしたらいいかな?」と、子どもの考えを引き出し、必要に応じて助け船を出しながら、子どもの言い分を気長に聴きましょう。

「わがままな子になっては困る」という思いから、親は指示的に対応してしまうこともありますが、子どもの成長過程で必ず通る道だと大らかに構えて、子どもの意思を後押ししていきましょう。



事務連絡
平成29年5月15日

各都道府県
保健所設置市
特別区

児童福祉・母子保健主管部（局）御中

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課

体罰によらない育児を推進するための啓発資材について

母子保健行政の推進につきましては、かねてより格段の御配意を賜り、深く感謝申し上げます。

さて、このたび、平成28年度 厚生労働科学研究費補助金 健やか次世代育成総合研究事業（※1）により、体罰によらない育児を推進するための啓発資材「子どもを健やかに育むために～愛の鞭ゼロ作戦～」(以下「本啓発資材」という。)が作成されました。本啓発資材は、「児童福祉法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議」(平成28年5月26日、参議院厚生労働委員会)による指摘(※2)を踏まえ、「子どものしつけには体罰が必要」という誤った認識・風潮を社会から一掃することを目的として作成されたものです。

つきましては、関係機関・団体の協力も得て、妊娠届出時の面談や、妊婦健康診査、産婦健康診査、乳幼児健康診査、両親学級、育児相談等の様々な機会を捉えて本啓発資材を活用していただき、児童虐待のリスクの有無にかかわらず、広く国民に対する意識啓発に努めていただくようお願いいたします。また、各都道府県におかれましては、貴管内市町村及び関係機関・団体へ本啓発資材を周知していただくようお願いいたします。

なお、本啓発資材は、「健やか親子21(第2次)」のホームページ(<http://sukoyaka21.jp/poster>)にPDF版とWORD版の2種類を掲載しており、WORD版については自治体名等を入力できるようになっています。両面印刷した上で、半分に折り、リーフレットとして御利用ください。

- ※1 「妊産褥婦健康診査の評価および自治体との連携の在り方に関する研究」(研究代表者 立花良之)
「母子の健康改善のための母子保健情報活用に関する研究」(研究代表者 山縣然太郎)
- ※2 「児童虐待を防止し子どもの健全な育成を図るため、子どもに対する有形力の行使は、子どもの精神あるいは発達に様々な悪影響を及ぼし得るため基本的には不適切であることを周知徹底するなど、体罰によらない子育てを啓発すること。」

健やかな親子関係を育むのに重要なポイントについての文献研究

研究協力者 齋藤尚大（横浜カメリアホスピタル）

研究要旨

本研究では、健やかな親子関係を育むのに重要なポイントについての文献研究を行うことを目的とした。平成 28 年度 厚生労働科学研究費補助金 健やか次世代育成総合研究事業「母子の健康改善のための母子保健情報利活用に関する研究」研究班（研究代表者 山縣然太郎）と本研究班が協働し、健やかな親子関係のための重要なポイントを K-J 法でまとめ、5 つのポイント「地域とつながっている家族」、「親子のコミュニケーションが良好」、「子どもを傷つけない」、「親子の役割が明確」、「親子で価値観を共有できる」が抽出された。それら 5 つのポイントについて、エビデンス収集のための文献研究を行った。5 つのポイントについて、それぞれ子の成育に対する増進効果、問題行動の抑止効果のエビデンスがあることが示された。しかし、エフェクトサイズを考慮すると、貧困問題や健やかな親子関係のためには、義父義母家庭、異父異母兄弟姉妹のいる家庭、養子縁組家庭、片親家庭への支援を行うことも重要と考えられた。

研究協力者

山縣然太郎（山梨大学大学院総合研究部

医学域基礎医学系

社会医学講座）

松浦賢長（福岡県立大学看護学部

ヘルスプロモーション

看護学系）

山崎嘉久（あいち小児保健医療総合センター）

尾島俊之（浜松医科大学医学部

健康社会医学講座）

市川香織（文京学院大学

保健医療技術学部看護学科）

篠原亮次（健康科学大学健康科学部）

岩佐景一郎（山梨県福祉保健部

健康増進課）

秋山有佳（山梨大学大学院総合研究部

医学域基礎医学系社会医学講座）

久貝太麻衣（国立成育医療研究センター
教育研修部）

水本深喜（国立成育医療研究センター
こころの診療部）

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）

A.研究目的

すべての子どもが健やかに成長していくう

えで、健やかな親子関係は極めて重要である。健やかな親子関係を育むうえでどのようなことが重要かを明らかにすることは、母子保健の啓発にとって有益である。本研究では、健やかな親子関係を育むのに重要なポイントについての文献研究を行うことを目的とした。

B.研究方法

平成 28 年度 厚生労働科学研究費補助金 健やか次世代育成総合研究事業「母子の健康改善のための母子保健情報利活用に関する研究」研究班（研究代表者 山縣然太郎）と本研究班が協働し、健やかな親子関係のための重要なポイントを策定することとした。まず、健やかな親子関係とはどのようなものかについて母子保健研究者である研究班メンバーがディスカッションを行い、健やかな親子関係に重要なポイントを K-J 法でまとめた。それにより、5 つのポイント「地域とつながっている家族」、「親子のコミュニケーションが良好」、「子どもを傷つけない」、「親子の役割が明確」、「親子で価値観を共有できる」が抽出された。それら 5 つのポイントについて、エビデンス収集のための文献研究を行った。

C.研究結果

1 地域とのつながり

1-1 機能的（例：社会的サポート）・構造的（例：結婚、社会活動への参加）地域関係
・年齢・性別・健康状態・死因・観察年数に関わらず、強い社会関係は生存率を 50%増加させる⁵⁾。

1-2 集団的効力感（collective efficacy）

・適度な近隣関係は青少年の犯罪発生・精神疾患への罹患を抑制する⁶⁾。

2 親子のコミュニケーション・安心・信頼

2-1 健康的家庭機能（強い連帯、オープンなコミュニケーション、相互性）

・健康的家庭機能は青年の逸脱行動の程度と負の相関関係を持つ（しかし、継時的には有意差は認められなかった。家庭機能だけでなく、学校生活や友人関係などの影響も考慮する必要がある）¹⁾。

2-2 青少年の性行動に関する親子の会話（への介入）

・エイズや性感染症への罹患危険性が高いアフリカ系/ヒスパニック系において、親子の（性に関する）コミュニケーションへの介入は、青少年の性リスクの低減に有用である。15 の介入研究のうち 87%（13）研究で、少なくとも一つの性健康アウトカムの改善を認めた¹¹⁾。

2-3 食生活に対する親のサポートと近隣環境（若者の肥満、メタボリックシンドローム・2 型糖尿病の予防）

・肥満・メタボリックシンドロームのリスクのある若者の健康行動に対して、特に親からの行動介入および近隣の社会的一体性は良い影響を与える⁴⁾。

3 子供を傷つけない

3-1 虐待防止（虐待による子供の問題行動・犯罪の増加）

・虐待・ネグレクトを経験した子供は、成人期に喫煙、アルコール依存、薬物乱用およびハイリスクな性行為を行うリスクが高まる⁷⁾。

・米国司法研究所によれば、子供時代に虐待やネグレクトを受けると少年期の検挙率が59%増加する¹²⁾。

4 親子の役割が明確

4-1 親子の役割逆転

・幼少期の無秩序な愛着は、幼児期の役割逆転を予測する⁶⁾。

・役割逆転は、児の情緒的・行動的自己制御の問題を予測する。階層的重回帰分析で、父親と幼児の役割逆転は外在化症状および注意の問題を予測し、母親と幼児の役割逆転は社会問題を予測した⁶⁾。

・父親の育児参加は、男児の行動問題・女児の心理問題の頻度を減少させる。また、それは、社会経済的地位の低い家庭において、子の認知機能発達を促進し、犯罪率や経済的不利益を減少させる⁹⁾。

・HOME という家庭環境の質を評価する尺度を検討したところ、責任感や家族の接触 (family companionship) は家庭の社会経済的地位 (SES) と子供の抑制制御の関係を部分的に媒介し、enrichment と家族の接触はSES と子供のワーキングメモリーの関係を媒介した (低いSES が子供の認知機能に与える影響を緩和)¹⁰⁾。

5 親子で価値観を共有できる

5-1 遺伝子や環境の影響が大きい行動に対する親の介入の効果

・双生児の継時的研究によると、子供の喫煙リスクに対しては親の監視のエフェクトサイズはちいさく (2%)、遺伝子 (21%) や環境 (67%) の影響が大きい。しかし、親の監視は、遺伝子の影響を 1/4 に和らげ、環境の影

響を 4 倍に増加させる²⁾。

6 その他

6-1 子供への貧困の影響

・貧困家庭で生育した青年は、逸脱行動のリスクが高い¹⁾。

6-2 生物学的両親の離婚・死別の子供への影響

・生物学的両親が揃っていない家庭の青年は、生物学的両親が揃っている家庭の青年よりも、継時的に逸脱行動が多い¹⁾。

6-3 両親の結婚生活の質と親子関係

・双子研究によると、遺伝子に影響された親の性格が、結婚生活の質や親子関係の特徴を説明する (それぞれ 33%, 42%)³⁾。

D. 考察

本研究の結果、5つの取り組み目標について、子の成育や親子関係に影響を与えるエビデンスが抽出された。具体的には、1「地域とのつながり」については、地域とのつながりが生存率の増加および犯罪発生・精神疾患への罹患の低減をもたらし、2「親子のコミュニケーション・安心・信頼」については、家族内のコミュニケーションが青少年の逸脱行動のリスク低下や性行動のリスク低下につながり、3「子供を傷つけない」については、幼少期の虐待が青年期の物質乱用やハイリスクな性行動、また犯罪の増加につながり、4「親子の役割が明確」については、親子の役割逆転が子の情緒的・行動的問題と関連し、逆に親の役割の明確化は子の認知機能に正の影響を与えることがわかり、また5「親子で価値観を共有できる」については、遺伝

子や環境の影響が大きい行動でも、親の介入で子の行動を変容しうることがわかった。このように、健やかな親子関係を得るための取り組み目標は、取り組みを行った場合、子の成育に良好な影響を与えるか、あるいは健康を害する行為を抑止する効果が期待される。

一方、これらの介入効果は、少なくとも本論で取り上げた研究においては、効果のエフェクトサイズが小さいものも認められる。

5-1 や 6「その他」で示したように、貧困や遺伝学的な家族関係の方が、エフェクトサイズが大きい場合もあり、親子関係の取り組みをより生かすためには、貧困問題や健やかな親子関係のためには、義父義母家庭・異父異母兄弟姉妹のいる家庭・養子縁組家庭・片親家庭への支援も並行して行うことが重要と考えられる。

E. 結論

5 つの取り組み目標について、それぞれ子の成育に対する増進効果、問題行動の抑止効果のエビデンスがあることが示された。しかし、エフェクトサイズを考慮すると、貧困問題や健やかな親子関係のためには、義父義母家庭、異父異母兄弟姉妹のいる家庭、養子縁組家庭、片親家庭への支援を行うことも重要と考えられる。

引用文献・出典

1) Daniel TL et al. What Predicts Adolescent Delinquent Behavior in Hong Kong? A Longitudinal Study of Personal and Family Factors. *Social Indicators*

Research, December 2016, Volume 129, Issue 3, pp 1291–1318

2) Dick DM et al. Parental monitoring moderates the importance of genetic and environmental influences on adolescent smoking. *J Abnorm Psychol*, 2007 vol. 116(1) pp. 213-8

3) Ganiban JM et al. Understanding the role of personality in explaining associations between marital quality and parenting. *J Fam Psychol*, 2009 vol. 23(5) pp. 646-60

4) Hannah G et al. A Review of Family and Environmental Correlates of Health Behaviors in High-Risk Youth. *Obesity* (2012) 20, 1142–1157

5) Holt-Lunstad J et al. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review.

PLoS Med 7(7): e1000316

6) Macfie J et al. Independent influences on mother-toddler role reversal: Infant-mother attachment disorganization and role reversal in mother's childhood. *Attachment and Human Development*. 2008;10:29–39

7) Runyan D et al. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002. p. 59–86

8) Sampson RJ et al. Assessing

"Neighborhood Effects": Social Processes and New Directions in Research. Annual Review of Sociology, Vol. 28 (2002), pp. 443-478

9) Sarkadi A et al. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. Acta Paediatrica 2008 97, pp. 153-158

10) Sarsour K et al. Family Socioeconomic Status and Child Executive Functions: The Roles of Language, Home Environment, and Single Parenthood. Journal of the International Neuropsychological Society (2011), 17, 120-132

11) Sutton MY et al. Impact of parent-child communication interventions on sex behaviors and cognitive outcomes for black/African-American and Hispanic/Latino youth: a systematic review, 1988-2012. J Adolesc Health. 2014 Apr;54(4):369-84

12) Widom CS et al. An update on the "cycle of violence." Washington (DC): National Institute of Justice; 2001.

なし
学会発表
なし

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
なし
3. その他
なし

F.研究発表

なし

G.研究発表

1.論文発表

英文

なし

和文

子どもの頃の家族関係が青年後期・成人期のメンタルヘルスに与える影響

研究協力者 水本深喜（国立成育医療研究センターこころの診療部）

研究要旨 本研究は、子どもを健やかに育てることができる健やかな家族とはどのような家族なのか、そして家族での被養育体験が、子どもの成長後にどのような影響をもたらすのかを明らかにすることを目的とした。

【分析Ⅰ】尺度の作成 「子どもを健やかに育てる家族尺度」を作成し（因子分析，最尤法プロマックス回転），下位尺度として，「地域に開かれた家族」「子どもを支える家族」「子どもを傷つけない家族」が得られた。次いで，尺度の信頼性（ α 係数，再検査信頼性）を実証した。本尺度の回答者は，3～6 歳の幼児期，児童期の「子どもの頃」を回顧して回答していた。

【分析Ⅱ】妥当性の検証 FACESⅢ，ソーシャルキャピタル，否定的・肯定的養育との相関関係より，本尺度の構成概念妥当性を実証した。

【分析Ⅲ】子どもの頃の家族関係が青年・成人のメンタルヘルスに与える影響 「地域に開かれた家族」→「子どもを支える家族」→「子どもを傷つけない家族」→「子の成長後のメンタルヘルス」という階層構造を持つ「子どもを健やかに育てる家族」モデルを共分散構造分析で検証した。成長後のメンタルヘルス変数としては，PHQ，アタッチメント，ARS（全問題，内向問題（不安抑うつ，引きこもり，身体愁訴），外向問題（攻撃的行動，規則違反行動，侵入性），思考の問題，注意の問題）を用いた。

・「地域に開かれた家族」：家族が地域とのつながりを持つことは，親が子どもを支える家族を形成することを促し，子どもを支えることができる家族の有り様を媒介して子どもを傷つけない子育てを促し，成長後の子のメンタルヘルスを高めると考えられた。メンタルヘルスへの直接的影響としては，引きこもりに負の影響（有意傾向）がみられた。

・「子どもを支える家族」：子どもを受容し，コミュニケーションを取って親役割を果たすことができる子どもを支える家族であることは，青年後期・成人となった子のメンタルヘルスを多方面に渡り支えていた。抑うつや外在化・内在化問題への影響のみでなく，親密性回避への影響がやや強く，子どもの頃家族に支えられていたという認識を持つことは，自分が他者から愛されるに足る人間であるという自信にも繋がると考えられた。

・「子どもを傷つけない家族」：子どもを身体的・精神的に傷つけない家族であることの青年後期・成人となった子のメンタルヘルスへの影響は，身体愁訴や外在化問題に見られた。被虐待体験は，子どもの逸脱行動を高めるという知見と合致する。

研究協力者
山縣然太郎（山梨大学大学院総合研究部
医学域基礎医学系
社会医学講座）

松浦賢長（福岡県立大学看護学部 ヘルス
プロモーション看護学系）
山崎嘉久（あいち小児保健医療総合セン
ター）

- 尾島俊之 (浜松医科大学医学部
健康社会医学講座)
- 市川香織 (文京学院大学
保健医療技術学部看護学科)
- 篠原亮次 (健康科学大学健康科学部)
- 岩佐景一郎 (山梨県福祉保健部
健康増進課)
- 秋山有佳 (山梨大学大学院総合研究部
医学域基礎医学系
社会医学講座)
- 傳田純子 (長野県須坂看護専門学校)
- 小泉典章 (長野県精神保健福祉センター)
- 中澤文子 (長野県健康福祉部
保健・疾病対策課
母子・歯科保健係)
- 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)

A. 研究目的

本研究では、平成 27 年度に発表された「健やか親子 21 (第 2 次)」に基づいた母子保健行政施策に生かすため、子どもを健やかに育てることができる健やかな家族とはどのような家族なのか、そして家族での被養育体験が、子どもの成長後にどのような影響をもたらすのかを明らかにする。子どもを健やかに育てるための指針および家族の有り様が子どもの精神的健康に与える影響を明確にすることは、親の子育てや、地域による子育て支援への指針に寄与すると考えられる。

子どもを健やかに育てる家族とは、どのような家族なのであろうか。

まず、子どもを健やかに育てるためには、家族自体が健やかである必要がある。家族システム論では、家族システムの上位システムであるコミュニティとの間で情報や物資の授受がなされるシステムの開放性が高い家族は健康度が高いと捉えられる。こうした家族の開放性については、社会学で

は、ソーシャルキャピタルという概念から論じられ、地域社会との信頼関係をもって居心地の良さを感じ、地域とよく交流することは、その家族の健康に繋がるとされている[1]。こうしたことから、健康な家族の基盤として、地域との繋がりを取り上げる必要がある。

次に、家族内においては、子どもの頃に温かく育てられたと認識していると、成人前期のレジリエンス、学業成績は良好で、対人関係の問題は少ないが、子どもの頃に親が拒否的であったり過度に支配的であったと認識している場合には、成人前期の対人関係の問題や臨床的問題の多さに繋がると指摘される[2]。また、母子役割逆転は無秩序型アタッチメントと関連すること[3]、親の受容性と統制度が高いと子が認識していると 18 歳の子の心理社会的発達が良いと指摘される[4]。こうしたことから、子どもを受容し、親が親役割を果たすことで子どもを支えることができる家族であることは、子どもを健やかに育てる家族として重要な要素であると言える。

一方、子どもの健やかな発達を阻害することが指摘される養育として、虐待や体罰、子どもに対する暴言など、子どもを身体的・精神的に傷つける養育を取り上げる必要がある。しつけと称して子どもを傷つけることも、子どもの健全な発達を阻害する。親の体罰は、子どもの道徳内化の水準の低下、攻撃性の増大、非行・反社会的行動の増大、親子関係の悪化、メンタルヘルスの低下につながる[5]、厳しいしつけや虐待を受けた子どもは、18 歳の非行、物質乱用、精神疾患、暴力被害者になる率が高いことが示されている[6]。こうしたことから、身体的・精神的に子どもを傷つけないことも、子どもを健やかに育てる家族の重要な一側面と言えよう。

本研究では、これらの 3 つの要因は、階層的構造を持つと想定する。すなわち、地

域に開かれている家族の有り様は、子どもを支えていくことができる家族を育くみ、子どもを傷つけない家族であることを支え、子どもを支える家族は、子どもを傷つけない家族であることを支えるであろう。そして、これらの家族の有り様は、媒介的および直接的に成長後の子どものメンタルヘルスを高めると予測する。こうしたことから、本研究では、「子どもを健やかに育てる家族モデル」(Figure 1)を想定する。

これらより、本研究では、「子どもを支える家族」、「子どもを傷つけない家族」、「地域に開かれた家族」という3つの側面から家族関係を捉える尺度を作成し(分析Ⅰ)、その妥当性を検証する(分析Ⅱ)。そして、これら3つの側面の階層的関連を確認した上で、子どもの頃に体験した家族関係が、高等学校を卒業し、家族との関係も自律的なものに移行しつつある時期以降の、青年期後期から成人期にある「子」の行動やメンタルヘルスにどのような影響を与えているのかを明らかにする(分析Ⅲ)。

分析Ⅰ 「子どもを健やかに育てる家族尺度」の作成

分析Ⅰでは、「子どもを健やかに育てる家族尺度」の尺度項目と因子を確定し、尺度の信頼性を検証する。

信頼性は、1週間の間を置いた再検査法および α 係数の算出により実証する。

分析Ⅱ 「子どもを健やかに育てる家族尺度」妥当性検証

分析Ⅱでは、分析Ⅰで作成された「子どもを健やかに育てる家族尺度」の下位尺度である「子どもを支える家族」「子どもを傷つけない家族」「地域に開かれた家族」の構成概念妥当性を検討する。構成概念妥当性の検討に当たっては、変数として「家族機能」、「ソーシャルキャピタル」、「養育態度」を用いる。

家族の状態を測定する測度として、米国で最も注目されているのが、円環モデルに基づいて家族機能を評価するFACESⅢ[7]である[8]。円環モデルでは、家族を「凝集性」「適応性」「コミュニケーション」の3つの次元から捉える。「凝集性」は、家族成員がお互いに持つ情緒的なつながりであり、「適応性」は、状況的危機や発達の危機に対して、家族システムの勢力構造や役割関係などを変化させる能力である。「コミュニケーション」は、「凝集性」「適応性」の両次元を促進させる働きを持つ。

FACESⅢでは、「凝集性」「適応性」の両次元が中程度のバランス群を家族機能が良く働く健康な家族としており、これらの変数と家族健康度は、カーブリーニアな関係にあると想定している。しかし、「凝集性」と家族機能は、凝集性が高い程家族機能は良好であるというリニアな関係が数々の研究で指摘され[9-11]、我が国の研究においても同様の結果が見られている[12]。邦訳FACESⅢ[12]の尺度項目を見ても、とくに「凝集性」に関しては健康な家族関係と捉えられるため、本研究では、「健やかな家族関係尺度」の3つの下位尺度は、「凝集性」と正の相関を示すと予測する。一方、「適応性」に関しては、家族の柔軟性は非臨床群においては高いほど家族が機能していると想定し、これに関しても正の相関を予想する。

次に、「ソーシャルキャピタル」との関連については、地域との繋がりを示す「地域に開かれた家族」との正の相関を予測する。

最後に、親の「養育態度」は、「子どもを健やかに育てる」家族という意味で、本尺度と大きく関連するであろう。「肯定的否定的養育行動尺度」[13]では、Alabama Parenting Questionnaire や Parent Behavior Inventory といった、国際的に幅広く利用されている4つの代表的な養育行

動尺度の因子構造や養育行動のメタ分析 [14]の結果を踏まえて親の養育態度を包括的に捉え、「関与・見守り」「肯定的応答性」「意思の尊重」からなる「肯定的養育」と「過干渉」「非一貫性」「厳しい叱責・体罰」からなる「否定的養育」といった2側面の養育態度を同定した。「子どもを健やかに育てる家族尺度」の各下位尺度は、「肯定的養育」とは正の、「否定的養育」とは負の相関を示すと予測する。また、「子どもを傷つけない家族」については、否定的養育の中の「非一貫性」「厳しい叱責・体罰」と負の相関を示すと予測する。

分析Ⅲ 子どもの頃の家族関係が青年・成人のメンタルヘルスに与える影響

分析Ⅰ、Ⅱと同一の対象者において、「子どもを健やかに育てる家族尺度」の下位尺度である「子どもを支える家族」「子どもを傷つけない家族」「地域に開かれた家族」という側面からみた子どもの頃に体験した家族関係が、現在のメンタルヘルスにどのような影響を与えているのかを検証する。本来なら、縦断研究により幼児期から児童期の子どもの頃の家族関係と、それらの子どもの成長後の精神的適応を測定するべきであるが、調査方法の限界より、青年・成人が子どもの頃の家族関係を回顧した家族関係と現在の精神的適応との関連を検討する。

まずは、「子どもを健やかに育てる家族尺度」で想定した「子どもを健やかに育てる家族モデル (Figure1)」について、家族の有り様の階層的構造を検討する。次いで、それらの家族関係が、子の現在の精神的適応にどのような影響を与えているのかを検証する。

メンタルヘルスとしては、まず、抑うつを含む包括的な心理社会的適応度を上げる。子どもの頃を回顧した「子どもを健やかに育てる家族尺度」下位尺度得点の高

さは、現在の抑うつ度や不安の低さと関連すると予測する。

虐待や厳しいしつけを受けると、攻撃的行動や逸脱行動が増えることが指摘されていることから[6]、「子どもを傷つけない子育て」の高さは、外在化問題の低さと関連すると予測する。

また、子どもの頃の親へのアタッチメントは、対人関係のひな型である内的作業モデルとして成長後の対人関係認知に影響を与えることが指摘される。こうしたことから、「子どもを健やかに育てる家族尺度」各下位尺度得点の高さは、青年・成人期の安定したアタッチメントと関連すると予測する。

B.研究方法

分析Ⅰ：方法

2017年2月に、長野県の専門学校において、質問紙調査を行った。質問紙は、授業の合間の時間に教室にて配布し、倫理的配慮の説明後、回答を求めた。再検査信頼性を実証すること、質問項目が多いため1度に全ての調査項目に回答すると回答者の疲労が懸念されることから、調査は、2回に分けて実施した。回収数は、1度目の調査では99部、2度目の調査では77部であった。1度目の回答所要時間は、15分から25分であった。2度目の調査は、1度目の調査と紐づけできるように連番を打った上で回答者に手渡し、1週間後に郵送していただいた。2回の調査への協力者には、QUOカード1,000円分が後日送付された。

調査協力者 99名の回答者の内、男性は9名、女性は90名であった。年齢は18歳から44歳に渡り、平均年齢は21.57歳 (SD4.71)、学年は1年41名、2年27名、3年30名であった。子どもの頃に育った地域は、大都市(東京都区部、政令指定都市)1名、中都市①(人口30万人以上の都市)12名、中都市②(人口30万人未満10万

人以上の都市) 18名, 小都市(人口10万人未満の市) 30名, 町村 21名であった。

質問紙

1. フェイスシート 項目は, 「性別」「年齢」「学年」「子どもの頃に育った地域」「子どもの頃の家族構成」であった。

2. 子どもを健やかに育てる家族尺度(資料1) 平成28年度厚生労働科学研究費補助金 健やか次世代育成総合研究事業「母子の健康改善のための母子保健情報利活用に関する研究」研究班(研究代表者 山縣然太郎)と「メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の整備, 及び健やかな親子関係のための妊娠期からはじまる支援施策についての研究」研究班(研究代表者 立花良之)が協働し, 子どもを健やかに育てる家族とはどのような家族なのかについてディスカッションを行った。研究班メンバーは, 母子保健研究者であった。得られた子どもを健やかに育てる家族関係の各項目およびそれらをK-J法でまとめた結果(「地域社会と交流の多い親子」, 「コミュニケーションが良好な親子」, 「子どもの心を大切にする親」)(研究分担者立花良之の報告書参照)を参考に, 17項目からなる質問紙を作成した。教示は, 「子どもの頃のあなたの家族についてお答えください」であった。「そう思わない(1点)」「あまりそう思わない(2点)」「ややそう思う(3点)」「そう思う(4点)」の4件法である。

3. 子ども頃とはどの時期かを問う項目 「子どもを健やかに育てる家族尺度」では, 回答者が子どもの頃を想起して回答するよう求めるが, 回答者のどの時期を想起するのかは, 回答者によって異なるであろう。そこで, 「前のページの質問で, 『子どもの頃』と読んで, あなたはどの時期を思い浮かべましたか。当てはまるものを○で囲んでください。」と教示して回答を求めた。選択肢は, 「0~3歳頃」「3

歳~6歳頃」「小学校1~3年」「小学校4~6年」「中学生」「高校生」「高校卒業後」であった。

統計パッケージ 以下, R3.3.3およびSPSS23AMOSを用いた。

分析Ⅱ: 方法

妥当性検証のための尺度 1. **FACESIII** [12]Olsonの円環モデルに基づいて家族関係を測定する尺度の日本語版である。「凝集性」「適応性」の2軸から, 家族機能を捉える。5件法で, 20項目からなる。2. **ソーシャルキャピタル尺度**[15]「社会的信頼」1項目(4件法), 「所属意識」3項目(7件法)からなる。英語版を邦訳した。3. **認知的ソーシャルキャピタル尺度**[16]地域との信頼関係, 所属意識, 相互援助・相互交流意識など, 認知的ソーシャルサポートを測定する尺度である。5件法で12項目からなる。4. **肯定的・否定的養育態度尺度**[13]「関与見守り」「肯定的応答」「意思の尊重」の下位尺度からなる子ども中心の養育を示す「肯定的養育態度」, 「過干渉」「非一貫性」「厳しい叱責体罰」の下位尺度からなる親中心の養育を示す「否定的養育態度」から構成される。4件法で, 35項目からなる。

分析Ⅲ: 方法

尺度 1. **PHQ9**[17] Spitzerらが作成したPHQの中から大うつ病性障害モジュールの質問項目を抽出したものの日本語版である。DSM-5診断基準に沿ったうつ病の評価尺度で, 4件法, 9項目からなる。2. **愛着スタイル尺度 ECR-GO**[18]愛着理論に基づき, Bartholomew & Horowitz[19]が作成した愛着スタイル尺度の日本語版である。助けを必要とするときでも他者に頼ることや近接することを回避する心性を示す「親密性の回避(愛着の自己モデル)」, 必要とするときに他者から助けや受容が受けら

れるかについて不安を持つ心性を示す「見捨てられ不安（愛着の他者モデル）」の2側面から、一般的な他者との関係を捉える。7件法で、36項目からなる。3. ASEBA 行動チェックリスト成人用自己評価 (ASR) [20] Achenbach らが開発した心理社会的適応状態を包括的に評価するシステム

(ASEBA : Achenbach System of Empirically Based Assessment) [21]に基づいて作成された、日本語版成人(18歳～59歳)用自己評価式行動チェックリストである。「不安・抑うつ」「引きこもり」「身体愁訴」「思考の問題」「注意の問題」「攻撃的行動」「規則違反的行動」「侵入性」の症状群およびその上位概念としての「外向尺度」「内向尺度」, 「全尺度」からなる。あてはまらない(0点), ややまたはときどきあてはまる(1点), たいへんまたはよくあてはまる(2点)の3件法で、134項目からなる。50点を平均値としたT得点が算出されるが、本研究での分析では他の尺度同様に本尺度得点を間隔尺度とみなし、分析においては、粗点平均値を使用した。

C. 研究結果

分析 I : 結果

項目の選別 回収されたデータについて、天井・床効果が見られた項目が17項目中12項目であったが、いずれも重要な項目と考えられたので、ひとまず削除しなかった(詳細は、Table 9 参照)。次に項目間相関が特に高い項目では、項目を吟味して1項目を削除した(詳細は、Table 13 参照)。脚注1

因子の確定 上記手続きにより採択された16項目について、最尤法・プロマッ

脚注1 尺度項目「親は私のことを信じてくれた」は、「親は私の意志を大事にしてくれた」($r=.73$), 「困ったときは親が助けてくれた」($r=.73$)との相関が高かったため、削除した。

クス回転による因子分析を施した。因子負荷量が複数因子にまたがる項目を削除しながら因子分析を繰り返し、スクリープロットの形状から、3因子が妥当と考えられ、最終的に11項目が採択された(Table 1)。なお、各項目の持つ意味を重視し、全尺度項目ベースで行った分析について、付録に示した。

第1因子は、「困ったときは親が助けてくれた」等の5項目からなり、親が子どもを受容し、コミュニケーションが取れ、親役割が果たされている関係において、子どもが親に精神的に支えられていた家族関係を示していると考えられるため、「子どもを支える家族」因子と命名した。第2因子は、「親によく叩かれた」等3項目からなり、子どもが親に身体的・精神的に傷つけられた体験を表していると考えられる。本尺度は子どもを健やかに育てる家族の有り方を示したいため、因子名を「子どもを傷つけない家族」とし、本因子の尺度得点については因子負荷量を逆転して算出することとした。第3因子は、「私の家族は、困ったときに近所の人と助け合っていた」等3項目からなり、家族が地域に開かれている関係を示していると考えられるため、「地域に開かれた家族」因子と命名した。各因子を下位尺度とした下位尺度得点の平均値と標準偏差をTable 2に、各尺度得点間の相関係数をTable 3に示した。

本質問紙で回答者が想定した「子どもの頃」 本尺度の教示で用いた「子どもの頃」に関して、調査協力者がどの時代を想起したのかを聞いた調査の結果(複数回答可)について、各年代の選択・非選択の度数分布をカイ二乗検定で分析すると、双方には有意な関連が見られた($\chi^2=261.95, p<.001, df=6$) (Table 4)。3～6歳(63.6%), 小学1～3年(91.9%), 小学3～6年(77.8%)を想起したものが有意に多く、0～3歳(26.3%), 高校生(13.1%), 高校生以降(5.1%)

を想起したものは有意に少なく（全て $p<.001$ ），中学生想起選択の有無には有意差は見られなかった（45.5%）。

再検査法による各因子の信頼性の検討

再検査法の実施を目的として，第一回目の調査実施1週間後に第二回調査を実施した（ $N=77$ ）。その結果，第一回調査施行時の得点と第二回調査施行時の得点との相関係数は，「子どもを支える家族」因子では $r=.89(p<.001)$ ，「子どもを傷つけない家族」因子では $r=.79(p<.001)$ ，「地域に開かれた家族」因子では $r=.73(p<.001)$ となり，高い再検査信頼性が実証された。

分析Ⅱ：結果

各因子の構成概念妥当性の検討 「子どもを健やかに育てる家族尺度」の各下位尺度得点と関連尺度得点との相関関係を Table4 に示す。

「子どもを支える家族」では，FACESⅢの「凝集性」とは強い正の，「適応性」とは中程度の正の相関が，「認知的ソーシャルキャピタル」とは弱い正の相関がみられた。「肯定的・否定的養育行動」の「肯定的養育」各因子とは中程度の正の相関，「否定的養育」の「非一貫性」とは中程度の負の相関がみられた。

「子どもを傷つけない家族」では，FACESⅢの両因子と弱い正の相関，「肯定的・否定的養育行動」の「肯定的養育」各因子と中程度から弱い正の相関，「否定的養育」の「非一貫性」とは中程度の負の相関，「厳しい叱責体罰」とは中程度の負の相関がみられた。

「地域に開かれた家族」では，FACESⅢ両因子と中程度の正の相関，「認知的ソーシャルキャピタル」とやや強い正の相関，「ソーシャルキャピタル」の「社会的信頼」と中程度の，「地元帰属意識」と強い正の相関がみられた。「肯定的・否定的養育行動」の「肯定的養育」各因子とは中程度の

正の相関，「否定的養育」の「非一貫性」とは中程度の負の相関がみられた。

分析Ⅲ：結果

各尺度の尺度得点平均値（標準偏差）および「子どもを健やかに育てる家族尺度」との相関関係 各尺度得点の平均値および標準偏差は，Table 6 の通りである。ARS に関しては，参考までに T 得点平均値および標準偏差も表記した。また，これらの尺度得点と「子どもを健やかに育てる家族尺度」各下位尺度得点との相関関係は，Table 7 の通りである。

「子どもを健やかに育てる家族モデル」—3つの下位尺度が子どものメンタルヘルスに与える影響 まず，「子どもを健やかに育てる家族尺度」下位尺度である「子どもを支える家族」「子どもを傷つけない家族」「地域に開かれた家族」という家族の3つの側面の階層構造を共分散構造分析により検討した。まず，Figure1 の子どもの頃の家族にみられるような階層構造をこれら3つの家族関係に想定したモデルについて検討すると，適合度指標は $\chi^2=.000$ ， $GFI=1.00$ ， $CFI=1.00$ ， $RMSEA=.406$ ， $AIC=12$ であった。次いで，「子どもを傷つけない家族」「地域に開かれた家族」との間に有意なパスがみられなかったため，「地域に開かれた家族」から「子どもを傷つけない家族」へのパスを消したモデルを作成した。その結果，適合度指標は $\chi^2=.639, n.s.$ ， $GFI=.994$ ， $AGFI=.966$ ， $CFI=1.00$ ， $RMSEA=.000$ ， $AIC=10.639$ と高く，このモデルを採択することとした。「地域に開かれた家族」は「子どもを支える家族」に中程度の影響を与え，「子どもを支える家族」は「子どもを傷つけない家族」に中程度の影響を与えるといった階層構造が示された（Figure2）。

次いで，これら子どもの頃の家族関係が青年後期・成人期のメンタルヘルスにどの

ような影響を与えているのかを明らかにするために、「子どもを健やかに育てる家族尺度」各下位尺度得点を説明変数、各メンタルヘルス変数を目的変数とした階層的重回帰分析を行った (Table 8)。モデルの適合度は、 $\chi^2=.639, n.s.$, $GFI=.996$, $AGFI=.957$, $CFI=1.00$, $RMSEA=.000$, $AIC=18.639$ と、高かった。

「子どもを支える家族」尺度得点が高ければ、PHQ、アタッチメントの親密性回避や見捨てられ不安 (有意傾向)、ARS の全尺度得点、内向尺度得点およびその全下位の不安抑うつ、引きこもり、外向尺度の攻撃的行動、規則違反的行動および、注意の問題得点は低かった。

「子どもを傷つけない家族」得点が高いと、ARS の身体愁訴、外向尺度、侵入性の各尺度得点は有意に低かった。

「地域に開かれた家族」が高いと、ASR の内向尺度引きこもりが低いという有意傾向がみられた。

D. 考察

分析 I : 考察

分析 I では、子どもを健やかに育てる家族の有り様を捉えるための尺度を作成した。その結果、「子どもを支える家族」「子どもを傷つけない家族」「地域に開かれた家族」の 3 因子 11 項目からなる「子どもを健やかに育てる家族尺度」が作成された。尺度の確定に当たって、探索的な因子分析を行った。信頼性は、 α 係数および再検査法で確認した。信頼性係数は、いずれの方法においても、許容範囲から高い水準にあると考えられた。回答者は、「子どもの頃」として、3~6 歳の幼児期と児童期を主に回顧して回答していると考えられた。これらの検討により、子が捉える子どもの頃の家族を「子どもを健やかに育てる家族」という側面から測定することができる「子ども

を健やかに育てる家族尺度」の尺度項目を確定することができた。

分析 II : 考察

分析 II においては、尺度を構成する下位因子の構成概念妥当性を検討した。「子どもを健やかに育てる家族尺度」の各下位因子の高さは、互いのつながりが強く柔軟な家族認知の高さ、肯定的で一貫した被養育体験と関連していると考えられた。これらの関連は、「子どもを支える家族」因子で、他の因子よりも強かった。「子どもを傷つけない家族」因子の高さは、厳しい叱責や体罰を受けた経験の少なさと関連していた。また、「地域に開かれた家族」因子の高さは、地域との繋がり、地域への信頼、帰属意識の高さと関連していた。以上、予測通りの結果が見られ、「健やかな親子関係尺度」の 3 つの下位因子の構成概念妥当性が実証された。

分析 III : 考察

子どもの頃の「子どもを支える家族」「子どもを傷つけない家族」「地域に開かれた家族」の 3 つの側面から捉えた「子どもを健やかに育てる家族」は、青年後期・成人期の子のメンタルヘルスに影響を与えていた。

家族が地域とのつながりを持つことは、親が子どもを支える家族を形成することを促し、そうした家族の有り様を媒介して子どもを傷つけない子育てを促して、成長後の子のメンタルヘルスを高めると考えられた。成長後の子のメンタルヘルスへの直接的影響としては、引きこもりを低下させる傾向が見られた。

また、子どもを受容し、コミュニケーションを取って親役割を果たすことができる子どもを支える家族であることは、青年後期・成人となった子のメンタルヘルスを多方面に渡り支えていた。抑うつや外在化・

内在化問題への影響のみでなく、親密性回避への影響がやや強く、子どもの頃家族に支えられていたという認識を持つことは、自分が他者から愛されるに足る人間であるという自信にも繋がると考えられた。

子どもを傷つけない家族であることの青年後期・成人となった子のメンタルヘルスへの影響は、身体愁訴や外在化問題に見られた。被虐待体験は、子どもの逸脱行動を高めるという知見と合致する。子どもを傷つけない家族であることによる侵入性への抑制的影響は、虐待の影響として指摘される愛着障害の脱抑制社交障害の症状と類似する、無分別な社交性を示していると考えられる。

付録：子どもを健やかに育てる家族の有り様を表すと想定した 17 項目全てについての分析

「子どもを健やかに育てる家族」を想定して作成した尺度項目 17 項目について、各項目の持つ意味を重視し、項目ベースで妥当性、メンタルヘルスとの関連を検討した。

まず、「子どもを健やかに育てる家族尺度」各項目（全 17 項目）の平均値と標準偏差をまとめた（Table9）。その結果、天井効果・床効果が見られる項目が多かったが、これらは全て健康な方向への偏りであったため、サンプルの健常性を示していると考えられた。

次に、「子どもを健やかに育てる尺度」各項目得点と妥当性検証変数との相関を分析した（Table10）。「子どもを健やかに育てる家族」と想定した 17 項目の内、「地域に開かれた家族」に関連する項目はソーシャルキャピタルと関連し、「子どもを支える家族」に関連する項目は適応的な家族の構造（FACESIII）、肯定的養育態度と関連し、「子どもを傷つけない家族」に関連する項目は厳しい叱責体罰と関連すると考

え、項目別でこれらの変数との相関をみた。その結果、作成した尺度項目は、「子どもを健やかに育てる家族尺度」の 3 因子と関連があることがわかった。

次いで、同各項目とメンタルヘルス変数との相関をみると、各尺度項目が、PHQ（うつ）、アタッチメント、心理社会的適応（ARS）と関連することがわかった（Table11）。

「子どもを健やかに育てる家族尺度」で回答者が選択した「1 あてはまる」「2. あまりあてはまらない」「3. ややあてはまる」「4. あてはまる」の選択肢毎に見た、PHQ、アタッチメント、心理臨床的問題（ARS）平均値は、Table12 の通りである。

そして全 17 項目間の相関を見ると、相関係数が 0.7 を上回る高い相関係数を示す項目があった（Table13）。

各尺度項目ベースでの得点の偏りは、サンプルの偏りと考えられるが、今後検証していく必要がある。

引用文献・出典

1. Kawachi, I., S.V. Subramanian, and D. Kim, *Social capital and health*, in *Social capital and health*. 2008, Springer. p. 1-26.
2. Baker, C.N. and M. Hoerger, *Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: Evidence from a retrospective cohort study*. *Personality and individual differences*, 2012. **52**(7): p. 800-805.
3. Macfie, J., et al., *Independent influences upon mother-toddler role reversal: infant-mother attachment disorganization and*

- role reversal in mother's childhood.* Attachment & Human Development, 2008. **10**(1): p. 29-39.
4. Steinberg, L., et al., *Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed.* Child development, 1992. **63**(5): p. 1266-1281.
 5. Gershoff, E.T., *Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review.* Psychological bulletin, 2002. **128**(4): p. 539.
 6. Fergusson, D.M. and M.T. Lynskey, *Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood.* Child abuse & neglect, 1997. **21**(7): p. 617-630.
 7. Olson, D.H., *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle.* 1992: Family Social Science, University of Minnesota.
 8. Touliatos, J., B.F. Perlmutter, and M.A. Straus, *Handbook of family measurement techniques: Abstracts.* Vol. 1. 2001: Sage.
 9. Miller, I.W., et al., *The McMaster family assessment device: reliability and validity.* Journal of Marital and Family Therapy, 1985. **11**(4): p. 345-356.
 10. Green, R.G., et al., *Evaluating FACES III and the Circumplex Model: 2,440 families.* Family Process, 1991. **30**(1): p. 55-73.
 11. Green, R.G., et al., *The wives data and FACES IV: Making things appear simple.* Family Process, 1991. **30**(1): p. 79-83.
 12. 草田寿子, 日本語版 FACES3 の信頼性と妥当性の検討. カウンセリング研究, 1995. **28**(2): p. p154-162.
 13. 伊藤大幸, et al., 肯定的・否定的養育行動尺度の開発: 因子構造および構成概念妥当性の検証. 発達心理学研究, 2014. **25**(3): p. 221-231.
 14. Kawabata, Y., et al., *Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review.* Developmental Review, 2011. **31**(4): p. 240-278.
 15. Fujiwara, T. and I. Kawachi, *Social capital and health: a study of adult twins in the US.* American journal of preventive medicine, 2008. **35**(2): p. 139-144.
 16. Fujiwara, T., et al., *Does Caregiver's Social Bonding Enhance the Health of their Children?: The Association between Social Capital and Child Behaviors.* Acta Medica Okayama, 2012. **66**(4): p. 343-350.
 17. 村松公美子, *Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版および Generalized Anxiety Disorder-7 日本語版: up to date.* 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究, 2014(7): p. 35-39.
 18. 中尾達馬 and 加藤和生, "一般他者"を想定した愛着スタイル尺度の信頼性と妥当性の検討. 九州大学心理学研究, 2004. **5**: p. 19-27.
 19. Bartholomew, K. and L.M. Horowitz, *Attachment styles among*

young adults: a test of a four-category model. Journal of personality and social psychology, 1991. 61(2): p. 226.

20. 船曳康子 and 村井俊哉, *ASEBA 行動チェックリスト (18~59 歳成人用) の標準値作成の試み.* 臨床精神医学, 2015. 44(8): p. 1135-1141.
21. Achenbach, T.M., P.A. Newhouse, and L. Rescorla, *Manual for the ASEBA older adult forms and profiles.* 2004: ASEBA.

E. 結論

本研究は、子どもを健やかに育てることができる健やかな家族とはどのような家族なのか、そして家族での被養育体験が、子どもの成長後にどのような影響をもたらすのかを明らかにすることを目的とした。

まず、「子どもを支える家族」「子どもを傷つけない家族」「地域に開かれた家族」の3つの側面から家族関係を捉える「子どもを健やかに育てる家族尺度」の信頼性・妥当性を実証した。

次いで、これら家族関係の3つの側面には、「地域に開かれた家族」が「子どもを支える家族」に影響を与え、「子どもを支える家族」が「子どもを傷つけない家族」に影響を与えるという階層構造があり、こうした階層構造を持つ家族関係が子のメンタルヘルスに影響を与えるという、「子どもを健やかに育てる家族モデル」の適合度が高いことを実証した。そして、子どもの頃の家族の有り様が、青年後期・成人期の子のメンタルヘルスに様々な影響を与えていることを明らかにした。

「子どもを健やかに育てる家族モデル」の適合度は高かったものの、本研究の結果には、子どもの頃の回顧法という研究法の問題があり、重決定係数は高いとは言えなかった。しかし、子どもの頃を振り返って

捉えた家族関係が現在のメンタルヘルスに与える影響としては、看過できない大きさであると考えられる。本研究の結果は、限られたサンプルに対する調査に基づくものであるため、結果の一般化には注意を要する。今後、より多様なサンプルへの調査が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

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

なし

3. その他

なし

資料 1.

【質問紙：子どもを健やかに育てる家族尺度】

※お子様が子どもの頃のあなたの家族についてお答えください。

次の項目について、最もよくあてはまると思うところに、☑をつけてください。

		そう思わない	あまり そう思わない	ややそう思う	そう思う
1	私は子どもの意思を大事にした。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	私の家族は、地域の活動（祭り、防災訓練等）に積極的に関わっていた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	私は子どものことを信じた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	私は子どもをよくたたいた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	子どもが困ったときは、私が助けてあげた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	私の家族は、困った時に、よく近所の人と助け合っていた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	私は、子どもの気持ちをわからなかった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	私は子どもによく怒鳴った。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	私は子どもに過剰に干渉していた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	友達を家に呼んだり友達の家遊びに行ったりした。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	私は、親としての責任をしっかりと果たしていた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	私は子どもをよくひどい言葉で傷つけた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	子どもは、私が近くにいると緊張した。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	私の家族は、他の人との交流が少なかった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	会話の多い家族だった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	私は、しつけのために子どもをたたくことはなかった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	子どもは、自分の気持ちを私に話せなかった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

資料 2.

Table1 「子どもを健やかに育てる家族尺度」の因子分析結果（最尤法，プロマックス回転）

	I	II	III
I 子どもを支える家族 ($\alpha = .80$)			
5.困ったときは、親が助けてくれた。	0.981	0.143	-0.144
17.自分の気持ちを親に話せなかった。	-0.717	0.037	0.092
1.親は私の意思を大事にしてくれた。	0.686	-0.241	-0.096
15.会話の多い家族だった。	0.568	0.051	0.136
11.私の親は.親としての責任をしっかりと果たしていた。	0.475	-0.091	0.085
II 子どもを傷つけない家族 (逆転) ($\alpha = .85$)			
4.親によくたたかれた。	-0.019	0.928	0.105
8.親によく怒鳴られた。	0.066	0.828	-0.066
16.親は、しつけのために私をたたくことはなかった。	-0.087	-0.736	0.066
III 地域に開かれた家族 ($\alpha = .67$)			
6.私の家族は.困った時に、よく近所の人と助け合っていた。	-0.208	0.038	1.069
14.私の家族は、他の人との交流が少なかった。	-0.155	0.097	-0.432
2.私の家族は、地域の活動、祭り、防災訓練等に積極的に関わっていた。	0.187	0.148	0.388
	I	—	0.148
	II	—	0.419

Table2 「子どもを健やかに育てる家族尺度」下位尺度得点の平均値と標準偏差

	子どもを支える家族	子どもを傷つけない家族	地域に開かれた家族
平均値	3.33	2.89	3.20
標準偏差	0.62	0.94	0.66

Table3 「子どもを健やかに育てる家族尺度」下位尺度得点間の相関係数

	I	II	III
	子どもを支える家族	子どもを傷つけない家族	地域に開かれた家族
I	—	0.30***	0.59***
II		—	0.11

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Table4 「子どもの頃とは？」に対して想起した年代分布

	0-3歳頃	3歳-6歳頃	小学校1-3年	小学校4-6年	中学生	高校生	高校卒業後
選択							
度数	26	63	91	77	45	13	5
	(26.26 %)	(63.64 %)	(91.92 %)	(77.78 %)	(45.45 %)	(13.13 %)	(5.05 %)
調整済み残差	-4.29 ***	3.76 ***	9.86 ***	6.81 ***	-0.16	-7.12 ***	-8.87 ***
非選択							
度数	73	36	8	22	54	86	94
	(73.74 %)	(36.36 %)	(8.08 %)	(22.22 %)	(54.55 %)	(86.87 %)	(94.95 %)
調整済み残差	4.29 ***	-3.76 ***	-9.86 ***	-6.81 ***	0.16	7.12 ***	8.87 ***
計	99	99	99	99	99	99	99

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

資料 3.

Table5 「健やかな家族関係」尺度下位尺度の妥当性（関連尺度との相関係数）

	子どもを支える家族	子どもを傷つけない家族	地域に開かれた家族
FACESIII			
凝集性	0.65 ***	0.32 ***	0.51 ***
適応性	0.48 ***	0.30 *	0.42 ***
認知的ソーシャルキャピタル	0.34 **	0.11	0.60 ***
ソーシャルキャピタル			
社会的信頼	0.26	0.14	0.46 *
地元帰属意識	0.33	0.05	0.67 **
肯定的・否定的養育態度			
肯定的養育態度			
関与見守り	0.56 *	0.17 **	0.47 ***
肯定的応答	0.66 **	0.30 ***	0.45 ***
意思の尊重	0.58 *	0.48 ***	0.49 ***
否定的養育態度			
過干渉	-0.33	-0.31	-0.23
非一貫性	-0.59 ***	-0.46 ***	-0.41 ***
厳しい叱責体罰	-0.41	-0.55 ***	-0.21

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Table 6 各尺度得点平均値および標準偏差

	平均値	標準偏差	得点範囲	ARS T得点 (参考)	
				平均値	標準偏差
PHQ (抑うつ)	1.63	0.61	1 ~ 4		
ECR-GO (アタッチメント)					
親密性回避	3.91	1.07	1 ~ 7		
見捨てられ不安	3.25	1.20	1 ~ 7		
ASR (行動チェックリスト)					
全問題尺度	0.46	0.26	0 ~ 2	55.01	10.44
内向尺度	0.51	0.33	0 ~ 2	53.75	9.99
不安抑うつ	0.66	0.43	0 ~ 2	56.49	8.17
引きこもり	0.49	0.37	0 ~ 2	54.97	6.19
身体愁訴	0.30	0.34	0 ~ 2	54.45	7.95
外向尺度	0.39	0.27	0 ~ 2	53.63	9.75
攻撃的行動	0.44	0.35	0 ~ 2	55.40	7.80
規則違反的行動	0.26	0.25	0 ~ 2	54.92	5.73
侵入性	0.52	0.43	0 ~ 2	56.91	6.52
思考の問題	0.24	0.29	0 ~ 2	57.49	8.59
注意の問題	0.63	0.36	0 ~ 2	57.31	7.82

資料 4.

Table7 「子どもを健やかに育てる家族尺度」下位尺度得点と精神的適応尺度得点との相関関係

	子どもを支える家族	子どもを傷つけない家族	地域に開かれた家族
PHQ (抑うつ)	-0.53 ***	-0.21 †	-0.41 ***
ECR-GO (アタッチメント)			
親密性回避	-0.51 ***	-0.06	-0.25 *
見捨てられ不安	-0.24 *	-0.10	-0.13
ASR (行動チェックリスト)			
全問題尺度	-0.42 ***	-0.18	-0.31 **
内向尺度	-0.48 ***	-0.16	-0.39 ***
不安抑うつ	-0.37 ***	-0.09	-0.29 *
引きこもり	-0.55 ***	-0.09	-0.47 ***
身体愁訴	-0.31 **	-0.26 ***	-0.25 *
外向尺度	-0.28 *	-0.26 *	-0.18
攻撃的行動	-0.40 ***	-0.19 †	-0.31 **
規則違反的行動	-0.34 **	-0.24 *	-0.19
侵入性	0.20 †	-0.20 †	0.21 †
思考の問題	-0.16	-0.04	-0.07
注意の問題	-0.35 **	-0.11	-0.28 *

† $p < .1$ * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Table 8 「子どもを健やかに育てる家族モデル」 回帰係数

	地域に 開かれた家族	子どもを 支える家族	子どもを 傷つけない家族	R^2
	β	β	β	
PHQ (抑うつ)	-0.157	-.416 ***	-.068	.300
ECR-GO (アタッチメント)				
親密性回避	.091	-.597 ***	.109	.276
見捨てられ不安	.023	-.249 †	-.025	.060
ASR (行動チェックリスト)				
全問題尺度	-.105	-.337 *	-.067	.186
内向尺度	-.164	-.377 **	-.030	.252
不安抑うつ	-.112	-.309 *	.018	.145
引きこもり	-.211 †	-.443 ***	.065	.333
身体愁訴	-.114	-.189	-.192 †	.141
外向尺度	-.036	-.199	-.194 †	.133
攻撃的行動	-.128	-.295 *	-.090	.176
規則違反的行動	.003	-.300 *	-.152	.139
侵入性	.114	.215	-.274 *	.116
思考の問題	.046	-.195	.014	.028
注意の問題	-.112	-.282 *	-.014	.133

† $p < .1$ * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

資料 5.

Table9 「子どもを健やかに育てる家族尺度」各項目の平均値・標準偏差

	1.親は私の意思を大事にしてくれた。	2.私の家族は、地域の活動(祭り、防災訓練等)に積極的に関わっていた。	3.親は私のことを信じてくれた。	4.親によくたたかれました。	5.困ったときは、親が助けてくれた。	6.私の家族は、困った時に、よく近所の人と助け合っていた。	7.親は、私の気持ちをわかってくれなかった。	8.親によく怒鳴られました。	9.親から過剰に干渉されていた。	10.友達を家に呼んだり友達の家に行ったりした。	11.私の親は、親としての責任をしっかりと果たしていた。	12.親によくひどい言葉で傷つけられた。	13.親が近くにいると緊張した。	14.私の家族は、他の人との交流が少なかった。	15.会話の多い家族だった。	16.親は、しつけのために私をたたくことはなかった。	17.自分の気持ちを親に話せなかった。
平均(AV)	3.47	3.34	3.49	1.87	3.61	2.87	2.06	2.35	2.01	3.35	3.69	1.75	1.68	1.57	3.26	2.77	2.18
標準偏差 (SD)	0.77	0.79	0.73	0.99	0.63	0.91	1.04	1.04	1.08	0.80	0.57	0.96	0.99	0.84	0.92	1.19	1.03
AV+SD	4.25	4.13	4.23	2.86	4.24	3.78	3.11	3.39	3.09	4.16	4.26	2.72	2.67	2.41	4.18	3.96	3.21
AV-SD	2.70	2.56	2.76	0.88	2.99	1.96	1.02	1.32	0.93	2.55	3.12	0.79	0.69	0.73	2.34	1.58	1.15
中央値	4	4	4	2	4	3	2	2	2	4	4	1	1	1	4	3	2
最大値	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
最小値	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1

Table10 「子どもを健やかに育てる家族」全項目と妥当性検証変数との相関係数

	FACESⅢ		認知的 ソーシャル キャピタル	ソーシャルキャピタル		肯定的否定的養育態度											
	凝集性	適応性		社会的 信頼	地元 帰属意識	関与 見守り	肯定的 応答	意思の 尊重	過干渉	非一貫性	厳しい 叱責体罰						
1. 親は私の意思を大事にしてくれた。	.527 ***	.397 ***	-.387 ***	-.214	-.366 ***	.341 **	.580 ***	.560 ***	-.485 ***	-.603 ***	-.517 ***						
2. 私の家族は、地域の活動(祭り、防災訓練等)に積極的に関わっていた。	.292 **	.172	-.480 ***	-.431 ***	-.607 ***	.319 **	.255 *	.254 *	-.184	-.227	-.098						
3. 親は私のことを信じてくれた。	.536 ***	.424 ***	-.433 ***	-.306 **	-.452 ***	.411 ***	.517 ***	.593 ***	-.515 ***	-.632 ***	-.441 ***						
4. 親によくたたかれました。	-.215	-.229 *	-.031	-.073	-.039	-.099	-.200	-.392 ***	.268 *	.373 **	.425 ***						
5. 困ったときは、親が助けてくれた。	.552 ***	.408 ***	-.299 **	-.195	-.328 ***	.511 ***	.477 ***	.508 ***	-.185	-.475 ***	-.206						
6. 私の家族は、困った時に、よく近所の人と助け合っていた。	.422 ***	.432 ***	-.603 ***	-.440 ***	-.573 ***	.410 ***	.385 ***	.462 ***	-.207	-.404 ***	-.161						
7. 親は、私の気持ちをわかってくれなかった。	-.306 **	-.210	.152	.202	.206	-.288 *	-.244 *	-.301 *	.155	.256 *	.200						
8. 親によく怒鳴られました。	-.231 *	-.237 *	.063	.028	-.002	-.211	-.341 **	-.523 ***	.385 ***	.491 ***	.574 ***						
9. 親から過剰に干渉されていた。	-.316 **	-.252 *	.161	.044	.110	-.128	-.337 **	-.415 ***	.460 ***	.435 ***	.572 ***						
10. 友達を家に呼んだり友達の家に行ったりした。	.344 **	.307 **	-.289 *	-.305 **	-.322 **	.253 *	.132	.201 ***	-.074	-.391 ***	-.196						
11. 私の親は、親としての責任をしっかりと果たしていた。	.380 ***	.288 *	-.242 *	-.107	-.223	.474 ***	.444 ***	.319 **	-.168	-.319 **	-.148						
12. 親によくひどい言葉で傷つけられた。	-.468 ***	-.417 ***	.284 *	.099	.176	-.369 **	-.477 ***	-.440 ***	.287 *	.568 ***	.517 ***						
13. 親が近くにいると緊張した。	-.437 ***	-.372 ***	.419 ***	.118	.334 **	-.373 **	-.445 ***	-.443 ***	.297 *	.478 ***	.389 ***						
14. 私の家族は、他の人との交流が少なかった。	-.430 ***	-.369 ***	.296 **	.150	.285 *	-.387 ***	-.406 ***	-.423 ***	.156	.327 **	.235						
15. 会話の多い家族だった。	.627 ***	.457 ***	-.322 **	-.330 **	-.375 ***	.395 ***	.487 ***	.370 **	-.158	-.342 **	-.239 *						
16. 親は、しつけのために私をたたくことはなかった。	.251 *	.218	-.099	-.135	-.005	.145	.254 *	.371 **	-.169	-.367 **	-.456 ***						
17. 自分の気持ちを親に話せなかった。	-.468 ***	-.344 **	.254 *	.194	.224	-.438 ***	-.507 ***	-.466 ***	.266 *	.508 ***	.397 ***						

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

資料 6.

Table11 「子どもを健やかに育てる家族」全項目とメンタルヘルス変数との相関係数

	PHQ 抑うつ	ECR-GO (アタッチメント)		ASR (行動チェックリスト)										
		親密性 回避	見捨てられ不安	全問題 尺度	内向 尺度	不安 抑うつ	引き こもり	身体 愁訴	外向 尺度	攻撃的 行動	規則違反 的行動	侵入 性	思考の 問題	注意の 問題
1. 親は私の意思を大事にしてくれた。	-.374 ***	-.422 ***	-.169	-.337 ***	-.420 ***	-.331 ***	-.422 ***	-.339 ***	-.220 *	-.290 **	-.275 **	.131	-.178	-.285 **
2. 私の家族は、地域の活動（祭り、防災訓練等）に積極的に関わっていた。	-.270 *	-.143	.018	-.149	-.224 *	-.163	-.250 *	-.187	-.071	-.168	-.067	.164	.057	-.152
3. 親は私のことを信じてくれた。	-.307 **	-.461 ***	-.120	-.356 ***	-.407 ***	-.281 **	-.427 ***	-.389 ***	-.284 **	-.327 ***	-.397 ***	.126	-.227 *	-.315 **
4. 親によくたたかされた。	.134	.060	.065	.199 *	.212 *	.160	.116	.262 **	.245 *	.222 *	.198 *	.163	.109	.056
5. 困ったときは、親が助けてくれた。	-.415 ***	-.510 ***	-.192	-.315 ***	-.352 ***	-.260 **	-.364 ***	-.308 **	-.233 *	-.338 ***	-.295 **	.203 *	-.180	-.310 **
6. 私の家族は、困った時に、よく近所の人と助け合っていた。	-.368 ***	-.203	-.233 *	-.289 **	-.319 ***	-.326 ***	-.319 ***	-.118	-.195	-.265 **	-.201 *	.085	-.113	-.287 **
7. 親は、私の気持ちをわかってくれなかった。	.204	.186	.104	.235 *	.257 **	.196	.254 **	.223 *	.214 *	.241 *	.294 **	-.076	.113	.184
8. 親によく怒鳴られた。	.237 *	.043	.104	.292 **	.255 *	.190	.165	.302 **	.321 **	.278 **	.334 ***	.158	.190	.230 **
9. 親から過剰に干渉されていた。	.168	.215	-.047 *	.238 *	.241 *	.121	.297 **	.282 **	.228 *	.217 *	.273 **	.036	.206 *	.142
10. 友達を家に呼んだり友達の家遊びに行ったりした。	-.340 **	-.163	-.312 **	-.310 **	-.263 **	-.278 **	-.213 *	-.118	-.338 **	-.331 ***	-.285 **	-.167	-.180	-.258 **
11. 私の親は、親としての責任をしっかりと果たしていた。	-.436 ***	-.172	-.298 **	-.334 ***	-.350 ***	-.284 **	-.379 ***	-.244 *	-.298 **	-.464 ***	-.270 **	.205 *	-.097	-.306 **
12. 親によくひどい言葉で傷つけられた。	.397 ***	.422 ***	.248 *	.329 ***	.395 ***	.300 **	.321 ***	.399 ***	.266 **	.318 ***	.299 **	-.064	.230 *	.163
13. 親が近くにいと緊張した。	.387 ***	.432 ***	.163 ***	.363 ***	.454 ***	.310 **	.390 ***	.511 ***	.242 *	.295 **	.299 **	-.094	.285 **	.205 *
14. 私の家族は、他の人との交流が少なかった。	.324 **	.237 **	.068	.075	.125	.071	.199 *	.090	.050	.146	.083	-.206 *	.063	.041
15. 会話が多い家族だった。	-.448 ***	-.344 **	-.185	-.316 ***	-.344 ***	-.294 **	-.383 ***	-.204 *	-.244 *	-.337 ***	-.273 **	.143	-.135	-.254 *
16. 親は、しつけのために私をたたくことはなかった。	-.186	-.058	-.086	-.179	-.172	-.129	-.103	-.207 **	-.221 *	-.157	-.168	-.243 *	-.070	-.120
17. 自分の気持ちを親に話せなかった。	.358 **	.439 ***	.142	.218	.284 **	.218 **	.368 ***	.171	.140	.228 *	.205 **	-.197	.068	.189

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Table13 「子どもを健やかに育てる家族」項目間相関

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. 親は私の意思を大事にしてくれた。	1	.340	.722	-.447	.586	.241	-.664	-.374	-.562	.409	.456	-.606	-.658	-.235	.467	.341	-.510
2. 私の家族は、地域の活動(祭り、防災訓練等)に積極的に関わっていた。	.340	1	.293	.071	.304	.448	-.099	.023	-.207	.367	.255	-.167	-.175	-.274	.262	.023	-.143
3. 親は私のことを信じてくれた。	.722	.293	1	-.329	.715	.352	-.459	-.337	-.455	.332	.425	-.536	-.577	-.319	.457	.214	-.581
4. 親にはくたされた。	-.447	.071	-.329	1	-.202	.057	.316	.739	.468	-.153	-.249	.617	.553	.197	-.143	-.637	.259
5. 困ったときは、親が助けけてくれた。	.586	.304	.715	-.202	1	.321	-.393	-.153	-.343	.378	.485	-.431	-.468	-.348	.543	.093	-.559
6. 私の家族は、困った時に、よく近所の人と助け合っていた。	.241	.448	.352	.057	.321	1	-.280	-.054	-.091	.220	.313	-.159	-.200	-.480	.386	.035	-.239
7. 親は、私の気持ちをわかってくれた。	-.464	-.099	-.459	.316	-.393	-.280	1	.425	.409	-.124	-.347	.532	.419	.313	-.342	-.098	.313
8. 親にはく怒鳴られた。	-.374	.023	-.337	.739	-.153	-.054	.425	1	.568	-.083	-.216	.589	.502	.226	-.181	-.579	.289
9. 親から過剰に干渉されていた。	-.562	-.207	-.455	.468	-.343	-.091	.409	.568	1	-.253	-.231	.566	.542	.316	-.291	-.324	.303
10. 友達を家に呼んだり友達の家遊びに行ったりした。	.409	.367	.332	-.153	.378	.220	-.124	-.083	-.253	1	.274	-.233	-.238	-.191	.304	.132	-.259
11. 私の親は、親としての責任をしっかりと果たしていた。	.456	.255	.425	-.249	.485	.313	-.347	-.216	-.231	.274	1	-.295	-.418	-.260	.406	.121	-.349
12. 親によくひどい言葉で傷つけられた。	-.606	-.167	-.536	.617	-.431	-.159	.532	.589	.566	-.233	-.295	1	.704	.343	-.379	-.392	.479
13. 親が近くにいると緊張した。	-.658	-.175	-.577	.553	-.468	-.200	.419	.502	.542	-.238	-.418	.704	1	.399	-.433	-.319	.547
14. 私の家族は、他の人との交流が少なかった。	-.235	-.274	-.319	.197	-.348	-.480	.313	.226	.316	-.191	-.260	.343	.399	1	-.408	.017	.369
15. 会話の多い家族だった。	.467	.262	.457	-.143	.543	.386	-.342	-.181	-.291	.304	.406	-.379	-.433	-.408	1	.096	-.335
16. 親は、しつけのために私をたたくことはなかった。	.341	.023	.214	-.637	.093	.035	-.098	-.579	-.324	.132	.121	-.392	-.319	.017	.096	1	-.185
17. 自分の気持ちを親に話せなかった。	-.510	-.143	-.581	.259	-.559	-.239	.313	.289	.303	-.259	-.349	.479	.547	.369	-.335	-.185	1

Figure

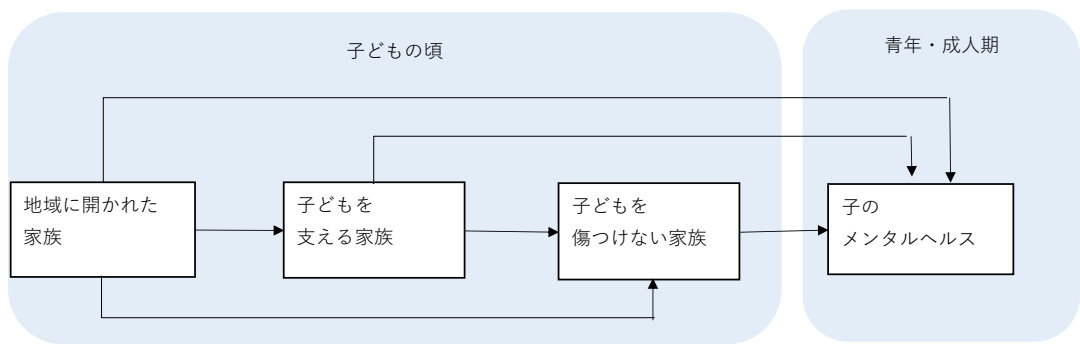


Figure1 子どもを健やかに育てる家族モデル図

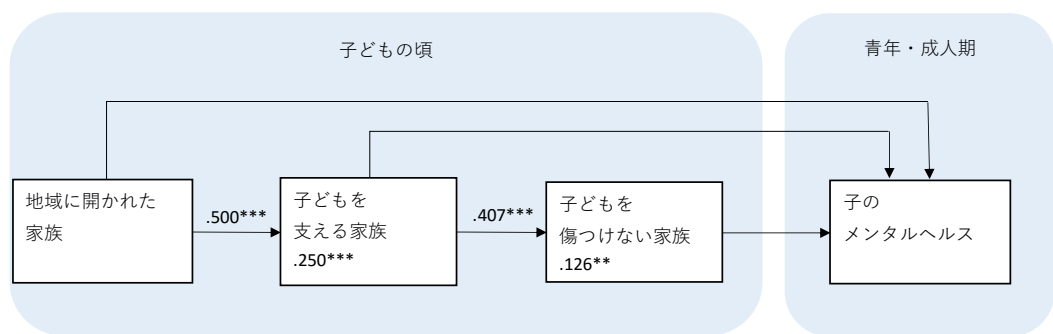


Figure2 子どもを健やかに育てる家族モデル

周産期メンタルヘルスコンセンサスガイドにおける
日本産科婦人科学会からの CQ&Answer についてのとりまとめ

研究分担者 竹田 省 （順天堂大学産婦人科学講座）

研究要旨

本研究では、以下の CQ に対応するエビデンスと推奨すべき行動を明らかにするために、日本産科婦人科学会からの CQ&Answer についてのとりまとめを行った。

CQ3. スクリーニング陽性者への対応は？：精神科医専門医へ診察依頼

担当：牧野真太郎・竹田純

CQ7. 向精神薬の母乳育児への影響は？（薬物の影響と授乳のメリット）

担当：海老根真由美・齋藤知見

本研究を通して、今日の我が国の情勢に適合した他職種連携による周産期メンタルヘルスケアの重要性が再認識された。

研究協力者

牧野真太郎 （順天堂大学産婦人科学講座）

竹田純 （順天堂大学産婦人科学講座）

海老根真由美（海老根ウイメンズクリニック）

齋藤知見 （順天堂大学産婦人科学講座）

なっており、見過ごされたまま対応がなされないケースも多い。そこで、スクリーニング陽性者への対応と向精神薬の母乳育児への影響を明らかにするために、日本産科婦人科学会からの CQ&Answer についてのとりまとめを行った。

A. 研究目的

以前より周産期メンタルケアは、産科医が中心となっておこなってきた歴史がある。しかし、発症が周産期であることを除けば、基本的にはメンタルヘルスは精神科医や臨床心理士・保健師が中心となって支援することで、質の高い医療を提供できる。しかし、実際には妊婦健診を産科医が行い、内科疾患合併症妊娠に関しては内科医と連携し、精神疾患合併妊娠は精神科医にコンサルトを行い、一組の母子に対し多職種が関わって診療を行っているのが現状である。そのため、その対応を多くの施設で統一することはしばしば困難である。さらに、メンタルヘルスに関しては、どのタイミングで精神科医に相談すべきかが臨床上問題と

B. 研究方法

CQ3 においては、NICE のガイドラインを参考として過去の文献報告を抽出し、Answer を作成した。

CQ7 では、NICE のガイドライン、LactMed を参考として過去の文献報告を検討し Answer を作成した。

C. 研究結果

以下の 2 つの CQ についてとりまとめを行った。

CQ3. 妊娠中および産後の気分障害・不安障害スクリーニング陽性者への対応は？
推奨

1. 産後のフォローアップを継続する。（I）

2. 妊娠中の重症の精神障害及びその既往や疑いがある場合は、特定妊婦として管理する。(I)

3. 特定妊婦の管理は、産科医、精神科医、リエゾン精神看護専門看護師、助産師、臨床心理士が協力して行う。(II)

CQ3の参考文献

1) 立花良之、小泉典章：妊娠期からの母親のメンタルヘルスや育児を支援する他職種地域連携システムの試み、信州公衆衛生雑誌 8: 18-19, 2013.

2) 小室龍太郎：妊娠や出産をめぐる時期における気分障害の評価とケア. BIRTH 1: 17-24, 2012.

3) 廣瀬一浩：産褥期のストレスー睡眠障害とマタニティブルーズー、ペリネイタルケア 20: 32-37, 2001.

4) Howard LM, Megnin-Viggars O, Symington I, Pilling S; Guideline Development Group. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. BMJ. 18: 349: g7394, 2014.

CQ7. 向精神薬の母乳育児への影響は？
(薬物の影響と授乳のメリット)
推奨

1. 向精神薬の多くは授乳可能だが、母乳育児を行うか否かは授乳婦自身の決定を尊重し、医療者はそれを支援する。(II)

2. 表 7-1 を服用する授乳婦は、児の状態(飲み具合、眠り方、機嫌、体重増加など)に注意するように勧める。(II)

3. 母乳育児のメリットは大きいですが、母乳育児が原因で精神状態の悪化が強く懸念される場合は授乳中止を勧める。(II)

CQ7の参考文献

1) Potts AL, Young KL, Carter BS, Shenai JP. Necrotizing enterocolitis

associated with in utero and breast milk exposure to the selective serotonin reuptake inhibitor, escitalopram. J Perinatol. 2007; 27: 120-2. PMID: 17262045

2) Uguz F. Gastrointestinal side effects in the baby of a breastfeeding woman treated with low-dose fluvoxamine. J Hum Lact. 2015; 31: 371-3. PMID: 25896469

3) Chaudron LH, Schoenecker CJ. Bupropion and breastfeeding: a case of a possible infant seizure. J Clin Psychiatry. 2004; 65: 881-2. PMID: 15291673

4) Neuman G, Colantonio D, Delaney S et al. Bupropion and escitalopram during lactation. Ann Pharmacother. 2014;48: 928-31. PMID: 24732787

5) Lester BM, Cucca J, Andreozzi L et al. Possible association between fluoxetine hydrochloride and colic in an infant. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993; 32:1253-5. PMID: 8282672

6) Matheson I, Pande H, Alertsen AR. Respiratory depression caused by N-desmethyldoxepin in breast milk. Lancet. 1985; 326: 1124. Letter. PMID: 2865592

7) Frey OR, Scheidt P, von Brenndorff AI. Adverse effects in a newborn infant breast-fed by a mother treated with doxepin. Ann Pharmacother. 1999; 33: 690-3. PMID: 10410181

8) Tunnessen WW Jr, et al Toxic effects of Lithium in newborn infants: a commentary. J Pediatr, 81:804-807.1972.

9) Viguera AC, et al: Lithium in breast milk and nursing infants: clinical implications. Am J Do. 2007;164: 342-5. PMID: 17267800

10) Patrick MJ, Tilstone WJ, Reavey P. Diazepam and breast-feeding. *Lancet*. 1972; 299: 542-3. Letter. PMID: 4110044

11) Anderson PO, McGuire GG. Neonatal alprazolam withdrawal -- possible effects of breast feeding. *DICP*. 1989; 23:614. Letter. PMID: 2763587

14) Kramer MS, et al.: Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65: 678-584 PMID18458209

15) 伊藤真也,他編:薬物治療コンサルテーション:妊娠と授乳 改訂 2 版、東京:南山堂、2014

16) Kokubu M, et al.: Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy: a longitudinal study of pregnant women in Japan. *Arch Womens Ment Health*, 15: 211-216, 2012. PMID: 22526407

17) Yoshida K, et al.: Fluoxetine in breast-milk and developmental outcome of breast-fed infants. *Br J Psychiat*, 172:175-179, 1998. PMID:9519072

18) Strathearn L, et al: Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A15-year cohort study. *Pediatrics*, 123: 483-493, 2009.

19) Section on Breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129: e827-841, 2012.

20) Schwarz EB, et al: Lactation and maternal measures of subclinical cardiovascular disease. *Obstet Gynecol*, 115: 41-48, 2010.

21) B. Figueiredo, et al: Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum

depression. *Psycholo Med*, 44, 927–936, 2014.

22) E. Sibolboro Mezzacappa, et al: Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Arch Womens Ment Health*, 10: 259–266, 2007.

12) Ito S: Drug therapy for breast-feeding women. *N Engl J Med* 2000; 343:118-126 PMID10891521

13) 日本産婦人科医学会:乳房疾患の管理研修ノート No 81. 東京:日本産婦人科医学会,2009:p1-106.

D. 考察

CQ3

以前より周産期メンタルケアは、産科医が中心となっておこなってきた歴史がある。しかし、発症が周産期であることを除けば、基本的にはメンタルヘルスは精神科医や臨床心理士・保健師が中心となって支援することで、質の高い医療を提供できる。しかし、実際には、妊婦健診を産科医が行い、内科疾患合併症妊娠に関しては内科医と連携し、精神疾患合併妊娠は精神科医にコンサルトを行い、一組の母子に対し多職種が関わって診療を行っているのが現状である 1)。そのため、その対応を多くの施設で統一することはしばしば困難である。さらに、メンタルヘルスに関しては、どのタイミングで精神科医に相談すべきかが臨床上問題となっており、見過ごされたまま対応がなされないケースも多い 2)。その原因として、診療時間が短いことや診療が身体的なものに傾きがちなこと、そして母よりも胎児の状態に関心が向けられがちなことが挙げられる 3)。また、強迫性障害や不安障害（全般性不安障害、パニック障害、恐怖症、心的外傷後ストレス障害と社会不安障害を含む）の程度が周産期に過小評価

される可能性があるため、スクリーニング陽性者に対する初期対応として、妊娠中及び産褥期のメンタルヘルスに関する情報を提供することが重要である。また、周産期においてメンタルヘルスの問題が稀ではないこと、治療の有効性、安全性、起こりうる有害事象についての説明をすることでより治療へのコンプライアンスが高まることが期待される。ただし、否定的な認識（汚名、母親失格、児が保護される可能性、アルコールや薬物依存の発覚）を恐れ、メンタルヘルスの問題を明らかにしない可能性もあるため、問診の際には注意を要する。そのため、本人の同意が得られた場合にはパートナー、家族、介護者にも情報提供を行い、支援者の協力を促すことが重要である。妊娠中および産後に重症の精神障害を識別するエビデンスの確立された方法はない。しかし、精神科医が産後精神疾患を認識した場合には迅速に行動することが不可欠であるため、突然の産褥精神病の症状がある場合は即日精神科医に紹介する。

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) ガイドラインでは、このような場合は4時間以内に精神科医に紹介することが推奨されている(4)。合わせて、本人の重症の精神障害がある場合、または第一近親者に重症の周産期精神障害の既往が判明した場合は、出産後2週間以内の産後精神病発症の可能性について留意することをNICEガイドラインに準拠して推奨する。

CQ7

1. 向精神薬を含むほとんど全ての薬剤は母乳中へ分泌される。従って児は母乳を通じて薬物を摂取することになるが、この摂取量は妊娠中の薬物服用で胎児が経胎盤的に暴露する量に比べるとはるかに少ない(10%以下、あるいは1%にも満たないレベル) 12-15)。母乳を通じて乳児に入る薬

剤量に関する指標の一つに「相対的乳児投与量 relative infant dose : RID (%) *1」がある。向精神薬では一部を除き、RIDは10%以下であり、母乳栄養児への著明な副作用はみられず、その後の発達の経過も正常であるとの報告 16, 17) も多い。したがって、精神障害の治療に用いられる薬剤の大半において授乳を積極的に中止する必要はない。母親が母乳育児を強く希望し、児の肝腎機能が十分な場合、薬物療法と母乳育児を両立することは国際的コンセンサスとなっている。ただし児の肝腎機能が不十分の場合(黄疸を伴う基礎疾患がある、低出生体重児である、等)は小児科医・産婦人科医と連携を取りながら個別に判断する。医薬品添付文書では、多くの薬剤に対して「授乳中の投与は避けることが望ましいが、やむを得ず投与する場合は、授乳を避けさせること」と記載されているが、薬剤の減量や授乳中止を強く勧めることは、母親の精神障害に悪影響をおよぼす場合があるので注意する。しかし内服を開始する際には、子どもの月齢や体重を確認し、小児科医と連携しながら発達や体重増加量を確認することは必須である。また保健センターと連絡をとり、乳児健診の状況を確認しておくことも重要である。

*1RID : relative infant dose (相対的乳児投与量 ;%) ; 経母乳的に摂取される総薬物量 (mg/kg/日) / 当該薬物の児への投与常用量 (mg/kg/日) ×100

附則 : 児への投与常用量が決まっていないときは、母親の体重当たりの治療量で代用する。

2. 表 7-1 の薬物を使用する際は、児に有害事象が起こりうる可能性を説明し、理解を得る。その上で、児に出現する可能性のある症状(飲みの低下、傾眠傾向、機嫌が悪い、体重増加不良など)を説明し、症状出現が疑われたら主治医に報告するように指導する。児の対応には、産科医や小児科

医との連携が必要である。授乳と服薬のタイミングは、母乳薬物ピーク濃度時の授乳を避ける意味で授乳直後に服薬させる方法（授乳後服薬）があるが有効性に関するエビデンスは少ない。児が母乳を欲する時間が予想出来ないこともあり、過度に授乳後服薬を強調するのは褥婦にストレスを与えるので推奨しないとする意見もある。また多剤併用時のエビデンスは少なく、安全性は確立されていない。従ってできるだけ最小限の薬種を使用するなど工夫が必要である。

3. 母乳栄養は児の感染予防や認知能力の発達などの点で、人工栄養に比べて優れていることを示すエビデンスは確立している。また、母乳育児により児のネグレクトや虐待が減少するという報告¹⁸⁾、アメリカのSWAN研究をはじめとし、母体のメタボリック症候群、2型糖尿病や高血圧、冠動脈疾患などが低下する報告も相次いでいる^{19,20)}。また授乳が産後3か月の抑うつ症状を低下させたという報告²¹⁾や経産婦において授乳婦のうつ病発症率が非授乳婦と比べて有意に低いという報告²²⁾もある。しかし一方で母乳育児は軌道に乗るまで試行錯誤の連続であり、肉体的にも精神的にも困難を要する場合が少なくない。本人の気力、体力のみならず、周囲の理解とサポートも必須である。どれかが欠けた状態での授乳は褥婦にとって非常なストレスとなり、原疾患を悪化させる原因となりかねない。従って過度に母乳育児を推奨もしくは強要することは避けるべきである。特に母親が母乳育児を強く希望していることが大前提となることに留意する。また完全母乳育児を行うより母親の負担が少ない「混合栄養」という方法（夜間のみミルクを足すなど）も選択肢の一つとして提示するとよい。やむを得ず断乳する際、すぐに授乳を中止する必要がある場合は、カベルゴリンの内服が有用である。乳汁分泌良好

な褥婦では、乳腺炎等のトラブルを回避するため、適切な断乳指導、乳房マッサージ等を実施することも大切である。

ごく短期間の断乳で、その後に授乳再開の可能性がある場合は、母乳の分泌維持のために一定回数の搾乳が必要である。手や搾乳器による搾乳方法を指導する。また徐々に断乳する場合は、ミルクの投与回数を増やしながら、授乳回数を減らしていくようにする。子どもが生後5か月を過ぎている場合は、離乳食の開始やその進め方を指導する。相談窓口として産婦人科、母乳育児を支援する施設の母乳外来や助産師外来、助産院、地域の保健師等と連携することが有用である。

<授乳と薬に関するデータベース>

本分野は、常に新しい情報が変更・追加されるので、最新の情報にアクセスできるようにしておくことが望ましい。以下の専門書や専門ウェブサイトを参照する。

・妊娠と授乳 改訂2版 伊藤真也、村島温子（編）. 南山堂 2014

・Briggs GG, et al.: Drugs in Pregnancy and Lactation, 9th edition, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2011(Textbook)

・妊娠と薬情報センター/国立成育医療研究センター www.ncchd.go.jp/kusuri
電話番号 03-3416-0510（授乳婦本人からの電話相談にも対応可能）

・LactMed <http://toxent.nlm.nih.gov>

・Motherisk program

<http://www.motherisk.org/women/breastfeeding.jsp>

E. 結論

今日の我が国の情勢に適合した他職種連携による周産期メンタルヘルスケアの重要性が再認識された。

F 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

英文

なし

和文

なし

学会発表

なし

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

なし

3. その他

なし

周産期メンタルヘルスコンセンサスガイドにおける
日本産婦人科医会からのCQ&Answerについてのとりまとめ
および、産後2週間の産婦健康診査に求められることの検討

研究分担者 鈴木俊治（葛飾赤十字産院産婦人科）

研究要旨

産後うつや新生児への虐待予防等を図るために妊娠期からの周産期メンタルヘルスケアが求められている。今回、周産期メンタルヘルス学会が中心となって作成する周産期メンタルヘルスコンセンサスガイドにおいて日本産婦人科医会からのCQ&Answerについてのとりまとめを行い、また、産後2週間頃の母親の悩み等に関する施設調査を行った。前者として、中絶・流産・死産を経験して精神的に変調を認めた際の対応として、当事者との相談の上カウンセリング等による心理的サポートを、また、「特定妊婦」への対応として、特定妊婦を把握して地域行政機関と情報共有することを推奨した。後者においては、産後2週間頃の母親から求められる主たるケアが20～25年前から変わってきた可能性があること、また、産後2週間頃からすでに精神科医等の介入が必要な母親が少なからずいることが示唆された。

研究協力者

大鷹美子（東京都保健医療公社豊島病院
産婦人科）
椎橋文子（東京大学小児科）
松田秀雄（松田母子クリニック産婦人科）

間頃の母親の悩み等に関する施設調査を行った。

A. 研究目的

産後うつや新生児への虐待予防等を図るために妊娠期からの周産期メンタルヘルスケアが求められている。具体的には、精神科・産婦人科が連携した周産期精神障害ハイリスク妊産婦への早期からの対応、出産後間もない時期の健康診査による支援等があげられる。今回、前者のために、周産期メンタルヘルス学会が中心となって作成する周産期メンタルヘルスコンセンサスガイドにおいて日本産婦人科医会（以下、医会）からのCQ&Answerについてのとりまとめを行い、後者のためには、産後2週

B. 研究方法

まず、中絶・流産・死産を経験して精神的に変調を認めた際の対応のために、2012年に発表されたコクランレビュー、および以降の6件のランダム化比較試験（RCT）を検討した。

次に、「特定妊婦」への対応のために、厚生労働省通知を基盤として、妊娠早期からの統一した支援の開始や行政との円滑な連携に関する医療機関や地域からの報告を検討した。

産後2週間頃の母親の悩み等に関しては、平成28年11月14～30日に葛飾赤十字産院で産後1カ月の産婦健康診査を受診した母親に、産後2週間頃に「悩んだり、いらい

らしたりした」ことに関するアンケート調査を実施した。

C. 研究結果

医会は、主に以下の2つのCQ&Answerのとりまとめを行った。

CQ4. 中絶・流産・死産を経験して精神的に変調を認めた際の対応は？(Answer: 推奨) 当事者との相談の上、カウンセリング等による心理的サポートをすすめる(I)。(CQ4の参考文献)

1. Robinson GE : Pregnancy loss. Best practice & research clinical obstetrics and gynecology 28 : 169-178, 2014

2. Bellieni CV, Buonocore G : Abortion and subsequent mental health: review of the literature. Psychiatry and clinical neurosciences 67 : 301-310, 2013

3. Murphy FA, Lipp A, Powles DL : Follow-up for improving psychological well being for women after a miscarriage. The Cochrane database of systematic reviews 3 : 1-39, 2012

4. Neugebauer R, Kline J, Markowitz JC, et al : Pilot Randomized Controlled Trial of Interpersonal Counseling for Subsyndromal Depression Following Miscarriage. The Journal of Clinical Psychiatry 67 : 1299-1304, 2006

5. Johnson JE, Price AB, Kao JC, et al : Interpersonal psychotherapy (IPT) for major depression following perinatal loss: a pilot randomized controlled trial. Archives of Women's Mental Health 19 : 845-859, 2016

6. Kong GW, Chung TK, Lok IH : The

impact of supportive counselling on women's psychological wellbeing after miscarriage - a randomised controlled trial. BJOG 121 : 1253-1262, 2014

7. Kersting A, Dölemeyer R, Steinig J, et al : Brief Internet-Based Intervention Reduces Posttraumatic Stress and Prolonged Grief in Parents after the Loss of a Child during Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. Psychotherapy and Psychosomatics 82 : 372-381, 2013

8. Johnson OP, Langford RW : A Randomized Trial of a Bereavement Intervention for Pregnancy Loss. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 44 : 492-499, 2015

9. Klein S, Cumming GP, Lee AJ, et al : Evaluating the effectiveness of a web-based intervention to promote mental wellbeing in women and partners following miscarriage, 2012

10. 日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医会 : 産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017, 日本産科婦人科学会事務局, 東京, 111-113, 2017

11. 宮本 なぎさ, 太田 尚子, 堀内直子 : 死産を経験した母親を支えるケアセルフヘルプミーティングがもたらす人間的成長. 聖路加看護学会誌 9 : 45-54, 2005

12. 竹ノ上 ケイ子, 前田 尚美, 田所由利子他 : 流産・死産体験者を対象としたe-ケア・システムの構築と活用. Keio SFC journal 9 : 23-37, 2009

13. 蛸崎 奈津子, 藤村 由希子, 藤原

ゆかり：流産, 死産, 新生児死亡でこどもを亡くした家族のセルフヘルプ・グループ「ちいさなお星さまの会」実践報告. 日本助産学会誌 19：88-89, 2006

14. 日本産婦人科医会：研修ノート (No. 97) 社会的・精神的な援助が必要な妊産婦への対応, 日本産婦人科医会, 東京, 62-63, 2017

CQ15. 「特定妊婦」への対応は？

(Answer：推奨) 特定妊婦を把握し, 地域行政機関と情報共有する (I)。

(CQ15 の参考文献)

1) 厚生労働省 HP：子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について (第6次報告)。

(http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv37/index_6.html)

2) 厚生労働省通知 (雇児総発 1130 第1号 雇児母発 1130 第1号)：養育支援を特に必要とする家庭の把握及び支援について。

(http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/121203_1.pdf)

3) 厚生労働省通知 (雇児総発 1216 第2号 雇児母発 1216 第2号)：要支援児童等 (特定妊婦を含む) の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について。

(http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujuhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/1_11.pdf)

4) 日本産婦人科医会発刊：妊娠等について悩まれる方のための相談援助事業連携マニュアル (2014年3月改訂版)。

(<http://www.jaog.or.jp/all/pdf/jaogmanual.pdf>)

5) 利部徳子, 森耕太郎, 小西祥朝, 他：特定妊婦に対する当科での取り組み. 秋田県産科婦人科学会誌 18：7-10, 2013

6) 三上のり子, 佐賀典子：医療・保健・福祉の連携による虐待死の予防 - 特定妊婦への支援 - . 子どもの虐待とネグレクト 15；41-48, 2013

産後2週間頃の母親の悩み等に関する検討結果

初産婦および経産婦の「悩んだり、いらいらしたりした」ことの最も大きな理由は、「(夜泣き等の) おっぱい以外の赤ちゃんのこと」および「おっぱい以外の自分のからだのこと」であった。また、初産婦および経産婦の21%および20%が、「悩んだり、いらいらしたりしていた」ことの2番目までの理由に、「孤独感」や「理由のわからないこと」と回答していた。

D. 考察

流産・死産後の女性への対応として、自助グループや保健所の行うホットラインへの案内、また、リエゾンナースの活用等が有効で、医会作成の研修ノートでも支持されている。

特定妊婦の抱える課題に対応するためには、妊婦等自身からの相談を待つだけでなく地域行政機関から積極的にアプローチすることが必要であるという趣旨から、特定妊婦を含む要支援児童等の情報提供に係る地域行政機関および医療機関等の連携の一層の推進が「児童福祉法の一部を改正する法律 (2016年法律第63号)」の公布とともに通知された。また、独自のチェックリストやアセスメントシート等を用いて要支援

妊婦を抽出することが、妊娠早期からの統一した支援の開始や行政との円滑な連携につながったとする医療機関や地域からの報告も散見されている。以上より、児童虐待防止や要支援児童の家庭に対する支援強化のためにも、「特定妊婦」に対する地域行政機関との連携支援をガイドにおいても推奨した。

産後2週間頃の母親は、授乳以外の問題で悩んだり、いらいらしたりしていたという回答が多く、「おっぱい（赤ちゃん）のこと」が最も多かった20～25年前から、産後2週間頃に母親から求められている主たるケアが変わってきた可能性が推定された。また、産後2週間頃から精神科医等の介入が必要な母親が少なからずいることが示唆された。

E. 結論

今日の我が国の情勢に適合した他職種連携による周産期メンタルヘルスキアの重要性が再認識された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

英文

1. Suzuki S, et al.: Domestic violence against women during pregnancy in Japan.. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017 Feb;30(4):497-498
2. Suzuki S, et al.: Current Proportion of Women Receiving Perinatal Psychosocial or Psychological

Intervention in Japan.. J Clin Med Res. 2016 Jun;8(6):472-4

3. Suzuki S, et al.: Deterioration/relapse of depression during pregnancy in Japanese women associated with interruption of antidepressant medications. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016 Jul 11:1-4. [Epub ahead of print]

和文

1. 鈴木俊治：産後2週間頃の母親の悩み等に関する検討. 臨産産 71 巻印刷中(2017)
2. 鈴木俊治：母体のうつ対策. 救急医学 40 巻 9 号 Page1091-1094(2016.09)
3. 鈴木俊治：妊産婦のメンタルヘルス 「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017」の主な追記点・改訂点. 助産師 70 巻 4 号 Page16-18(2016.11)
4. 鈴木俊治：産後ケア報告から見えてきた今後の課題 周産期メンタルヘルスキアの充実を！ 産婦人科医師の立場から. 助産師 70 巻 3 号 Page18-20(2016.08)
5. 鈴木俊治：精神疾患合併妊娠（うつ病合併妊娠・産後うつ病）. ペリネイタルケア 2016 夏季増刊 Page234-237(2016.06)

2. 学会発表

国内学会

1. シンポジウム「平成 28 年度診療報酬改定における精神疾患合併妊娠の管理加算について」第 13 回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会（2016 年 11 月）

国際学会

1. Suzuki S, et al.: Current Proportion of Women Requiring Perinatal Mental Health Care in Japan. International Marcé Society Biennial Scientific

Meeting 2016 (2016年9月、オーストラリア・メルボルン)

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
なし
3. その他
なし

周産期メンタルヘルスにおける精神科コンセンサスガイド

研究分担者 岡野禎治（三重大学保健管理センター）

研究要旨

周産期メンタルヘルスに関する取り組みは、院内リエゾンから地域の医療保健福祉領域のリエゾン活動が重要な役割を果たす。多職種の連携を円滑に展開するために、日本周産期メンタルヘルス学会、日本産婦人科学会、日本産婦人科医会の協力のもとに周産期メンタルヘルスのガイドラインを作成した。本稿では、妊産婦検診のための9つの精神医学的 clinical question とその解答を作成した

研究協力者

鈴木利人（順天堂大学医学部附属順天堂
越谷病院メンタルクリニック）
竹内 崇（東京医科歯科大学医学部附属
病院精神科）
渡邊博幸（千葉大学社会精神保健教育研
究センター治療・社会復帰支
援研究部門）
伊藤賢伸（順天堂大学医学系研究科精神
医学講座）
渡邊央美（国立成育医療センター妊娠と
薬情報センター）
橋本 佐（千葉大学医学部附属病院精神
神経科）
橋 真澄（国保旭中央病院神経精神科）
小川 道（千葉大学医学部附属病院 精神
神経科）
古関麻衣子（済生会習志野病院精神科）
小西晶子（岡山県精神科医療センター）
吉村文太（沖縄県立宮古病院）
松本洋輔（岡山大学病院精神科神経科）
山田了士（岡山大学病院精神科神経科）
角田智哉（防衛医科大学校精神科学講座）
丸田眞由子（防衛医科大学校病院）
菊地紗耶（東北大学病院精神科）
根本清貴（筑波大学附属病院精神神経科）

A. 研究目的

昨今、周産期のメンタルヘルスに関するガイドラインが注目されている。特に英国の NICE、スコットランドの SIGN などは、国の周産期の医療制度を考慮して、新しい知見が報告されている。しかしながら、この分野のガイドラインは、日本では出版されていない。

そこで、日本周産期メンタルヘルス学会の会員を中心として、周産期のメンタルヘルスのコンセンサスガイドを作成した。

B. 研究方法

1) 作成の経緯

2015年4月「妊産婦メンタルヘルスに関する合同会議」を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3学会で立ち上げ、

2015年11月14日に行われた第3回合同会議で周産期メンタルヘルスに関するガイドライン作成の提言を受けた。2016年2月6日に行われた第4回合同会議において、上記3学会から選出された委員からなる、合同委員会（日本周産期メンタルヘルス学会ガイドライン検討委員会）を立ち上げた。ただちにCQ作成委員会を設置し、委員間

の検討により、周産期メンタルヘルスの臨床状況で問題となることが多い臨床疑問を挙げ、19個のクリニカルクエスチョン：CQを設定した。各CQを担当する作成委員を、それぞれの領域に精通している研究者・実践家から選定し、各作成委員は複数名の協力者と作業班を構成し、CQに対する治療・ケアに関する文献レビューを行い、推奨文案を作成した。

推奨文案の適切性を確保するため、作成委員と評価委員全員による3回のコンセンサスガイド評価会議のピア・レビューを経て文案を修正し、全員のコンセンサスを得て、最終推奨文を決定した。体裁の小修正を経て日本周産期メンタルヘルス学会診療ガイド（ドラフト）として公開した。

なお、2016年11月20日の臨時ガイドラインコア評価委員会において、ガイドラインとするかコンセンサスガイドとするかの検討が行われ、2016年12月10日の第2回ガイドライン評価会議において、コンセンサスガイドと修正することが決まった。

2) 文献レビューの方法

CQに関して、内外の研究論文、症例報告、会議録、既存のガイドラインを集め、文献レビューを行い、推奨しうる治療・ケアを選定した。とくに、英国の the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ガイドライン 2014 (National Clinical Guideline Number 192 : Antenatal and postnatal mental health Clinical management and service guidance Updated edition) を参照した。以下のCQ文末の()は推奨レベルを示す。

C. 研究結果

1. CQ : 妊娠中の気分障害・不安障害のスクリーニング方法は？ (精神疾患既往妊婦への対応も含む)

推奨

1) 妊娠中は気分障害などにより抑うつや不安が出現しやすい時期であることに留意し、必要に応じてスクリーニングツールなどを用いて質問することを弱く推奨する。

(推奨レベル II)

2) 初診時に、精神疾患の既往や、気分障害・不安障害のリスク因子についての情報を得ることを弱く推奨する。(推奨レベル II)

3) 精神疾患の既往があるか、あるいはスクリーニングでリスクが高いと考えられた場合は、精神科医への紹介を検討することを弱く推奨する。(II)

文献

1. Raisanen S, Lehto SM, Nielsen HS, et al: Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland. *BMJ Open* 4, e004883, 2014.

2. Jarde A, Morais M, Kingston D, et al: Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 73 : 826-837, 2016.

3. Evans J, Heron J, Francomb H, et al: Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Br Med J*. 323: 257–260, 2001.

4. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, et al: Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* 384 : 1775-1788, 2014.

5. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, et al: Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood

stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry*. 164:1817-1824, 2007.

6. Merrill L, Mittal L, Nicoloro J, et al: Screening for bipolar disorder during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 18:579-583, 2015.

7. Uguz F, Yuksel G, Karsidag C, et al: Birth weight

2. CQ 産後気分障害のスクリーニング方法は？

推奨

1) 全ての産後女性に対し、エジンバラ産後うつ病質問票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale : EPDS) によるスクリーニングを施行することを強く推奨する (エビデンスレベル : システマティックレビュー/メタアナリシス)。

2) スクリーニング施行時期としては産後1か月の実施を弱く推奨する (エビデンスレベル : 観察研究)。

参照

エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) : EPDS は、産後うつ病のスクリーニングを行うためにつくられた 10 項目からなる自己記入式の質問票である (3)。一般的なうつ症状にあてはまる体重減少や不眠は、産後の母乳栄養に伴う体重減少や、児の世話をするために睡眠時間が確保できないことと混同されやすいため、EPDS では睡眠や体重減少を評価する項目が無い。不安を評価する項目が含まれるため、不安症状を呈する他の精神疾患でも得点につながることもある。欧米諸国におけるカットオフポイントは 9/10 ~ 12/13 であるが、本邦においては 8/9 が推奨されている。

文献

1. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. : Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 106(5 Pt 1):1071-83, 2005

2. Murray L, Cooper P. : Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child* 77(2):99-101, 1997

3. Murray L, Cooper PJ. : The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In: *Postpartum depression and child development*. p.201-20, The Guilford Press, New York, 1997

4. Field T, Healy B, Goldstein S, et al. : Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Dev* 59(6):1569-79, 1988

5. Paulson JF, Bazemore SD. : Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. *Journal of the American medical Association*. 303:1961-9, 2010

6. Liberto TL. : Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: an integrated review. *J Pediatr Health Care*. 26(2):109-17, 2012

7. 岡野禎治, 村田真理子, 増地総子他. : 日本版エジンバラ産後うつ病評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性 *精神科診断学*, 7(4)525-533, 1996

8. 山下 洋, 吉田 敬子 : 産後うつ病の母親のスクリーニングと介入について *精神神経学雑誌* 105(9), 1129-1135, 2003

9. Bosanquet K, Bailey D, Gilbody S, et al. : Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of

depression: a diagnostic meta-analysis. *BMJ Open* 5: e008913, 2015

10. Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, et al. : Postnatal depression in Japanese women. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. *J Affect Disord.* 58(2):145-54, 2000.

11. Norhayati MN, Hazlina NH, et al. : Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord.* 1; 175:34-52, 2015.

12. Sharma V, Pope CJ.: Pregnancy and bipolar disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 73(11):1447-55, 2012

13. Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. : Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *British Journal of Psychiatry,* 150, 782-6, 1987

14. 吉田敬子, 山下洋, 鈴宮寛子:産後の母親と家族のメンタルヘルス, 母子保健事業団,東京, 2005

3. CQ8. 妊娠中の統合失調症に対する抗精神病薬使用のリスクベネフィットは？ 推奨

1) 妊娠前に服薬調節を行い、安定した状態で服薬を継続しながら計画的に妊娠することを強く推奨する(I)。

2) 妊娠中の抗精神病薬服用による胎児への影響は否定できないが、統合失調症患者の妊娠中における服薬中断は行うべきではない(I)。

3) 定型抗精神病薬と非定型抗精神病薬の胎児への影響の違いは明らかではなく、薬剤個別のリスクとベネフィットの違いも明らかではないため、安定した妊婦に対して薬剤の変更は行わないほうが良い(II)。

4) 出産直前まで抗精神病薬を服薬していた場合、出産後新生児に離脱症状や錐体外路症状がみられることがあるため、本人家族への十分な説明と出生児の管理を行うことを強く推奨する(I)。

文献

1. NICE: Antenatal and Postnatal Mental Health: the Nice Guideline on Clinical Management. NICE Clinical Guideline: 1-919, 2014

2. Bodén R., M. Lundgren, L. Brandt, et al: Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. *BMJ* 345: e7085, 2012

3. Bodén R., M. Lundgren, L. Brandt, et al: Antipsychotics during pregnancy: relation to fetal and maternal metabolic effects. *Archives of general psychiatry* 69: 715-721, 2012

4. Casiano M.E., D.R. Hawkins: Major mental illness and childbearing. A role for the consultation-liaison psychiatrist in obstetrics. *The Psychiatric clinics of North America* 10: 35-51, 1987

5. Diav-Citrin O., S. Shechtman, S. Ornoy, et al: Safety of haloperidol and penfluridol in pregnancy: a multicenter, prospective, controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry* 66: 317-322, 2005

6. Gentile S.: Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. a systematic review. *Schizophrenia Bulletin* 36: 518-544, 2010

7. Glover V.: Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; What needs to be done. *Best Practice and Research: Clinical*

- Obstetrics and Gynaecology 28: 25-35, 2014
8. Habermann F., J. Fritzsche, F. Fuhlbrück, et al: Atypical antipsychotic drugs and pregnancy outcome: a prospective, cohort study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 33: 453-462, 2013
 9. Huybrechts K.F., S. Hernández-Díaz, E. et al: Antipsychotic Use in Pregnancy and the Risk for Congenital Malformations. *JAMA Psychiatry* 66: 444-449, 2016
 10. Johnson K.C., J.L. LaPrairie, P.a. et al: Prenatal antipsychotic exposure and neuromotor performance during infancy. *Archives of general psychiatry* 69: 787-794, 2012
 11. Leucht S., M. Tardy, K. Komossa, S. et al: Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 379: 2063-2071, 2012
 12. Lin H.C., I.J. Chen, Y.H. et al: Maternal schizophrenia and pregnancy outcome: Does the use of antipsychotics make a difference? *Schizophrenia Research* 116: 55-60, 2010
 13. McKenna K., G. Koren, M. Tetelbaum, L. et al: Pregnancy outcome of women using atypical antipsychotic drugs: a prospective comparative study. *Journal of Clinical Psychiatry* 66: 444-449; quiz 546, 2005
 14. Newham J.J., S.H. Thomas, K. MacRitchie, P.R. et al: Birth weight of infants after maternal exposure to typical and atypical antipsychotics: prospective comparison study. *The British journal of psychiatry* 192: 333-337, 2008
 15. Peng M., K. Gao, Y. Ding, J. et al: Effects of prenatal exposure to atypical antipsychotics on postnatal development and growth of infants: A case-controlled, prospective study. *Psychopharmacology* 228: 577-584, 2013
 16. Petersen I., R.L. McCrea, C.J. Sammon, D.P.J. et al: Risks and benefits of psychotropic medication in pregnancy: Cohort studies based on UK electronic primary care health records. *Health Technology Assessment* 20: 1-208, 2016
 17. Petersen I., C.J. Sammon, R.L. McCrea, D.P.J. et al: Risks associated with antipsychotic treatment in pregnancy: Comparative cohort studies based on electronic health records. *Schizophrenia Research*: 2016
 18. Reis M., B. Källén: Maternal use of antipsychotics in early pregnancy and delivery outcome. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 28: 279-288, 2008
 19. Sadowski A., M. Todorow, P. Yazdani Brojeni, et al: Pregnancy outcomes following maternal exposure to second-generation antipsychotics given with other psychotropic drugs: a cohort study. *BMJ* 3: e003062-, 2013
 20. Vigod S.N., M.V. Seeman, J.G. et al: Temporal trends in general and age-specific fertility rates among women with schizophrenia (1996-2009): A population-based study in Ontario, Canada. *Schizophrenia Research* 139: 169-175, 2012
 21. 渡邊博幸, 統合失調症と周産期-リスクのとらえ方と多職種連携協働を中心に-, in: 岡野禎治, 鈴木利人, 杉山隆, 新井陽

子 (Eds.) クロストークから読み解く周産期メンタルヘルス, 南山堂, 東京, 2016, pp. 9-12.

22. 日本産婦人科学会: 産婦人科診療ガイドライン-産科編 2014. 日本産婦人科学会: 19-23, 2014

4.CQ 妊娠中の気分障害への薬物療法の抗うつ薬・気分安定薬のリスクベネフィット

推奨

- 1) 妊娠前から向精神薬治療を受けている気分障害 (うつ病・双極性障害) の患者における妊娠中の薬物療法については、服薬によるリスク (表 1) とともに、服薬継続によるベネフィットについても説明することを強く勧められる (A)。
- 2) 双極性障害の妊娠中の薬物療法について、バルプロ酸は、妊娠中は使用しないことが強く勧められる (A)。バルプロ酸を服薬中の患者が妊娠した場合は中止について話し合うことが強く勧められる (A)。リチウムは、ラモトリギンや他の抗精神病薬が効果的でない場合を除いて妊娠中は使用しないことが勧められる (B)。他の抗精神病薬やラモトリギンへの治療反応性が期待できず、リチウムへの効果が確認されている病状不安定または再発リスクの高い患者に限っては、添付文書・心奇形リスクを説明し慎重な使用が考慮される (C)。
- 3) 妊娠中に発症あるいは再燃・再発したうつ病患者の薬物療法については、自殺リスクを評価しながら、抗うつ薬使用が勧められる (B)。精神病性うつ病では、抗うつ薬と抗精神病薬の併用が勧められる (B)。
- 4) 妊娠中に発症あるいは再燃・再発した双極性障害患者における薬物療法については、躁・うつ病相に応じて非定型抗精神病薬またはラモトリギンによる薬物療法が勧められる (B)。

#1 新生児不適応症候群 (poor neonatal adaptation syndrome, PNAS)

妊娠後期に SSRI に暴露した新生児の約 30% にみられる。多くの症状は軽度であり、生後数時間から数日以内に出現して 1 週間以内に回復し、長期的な影響が残ることはない。パロキセチンとヴェンラファキシンで特に多く報告されている。

#2 母体 SSRI 服用と新生児遷延性肺高血圧症 (persistent pulmonary hypertension of the newborn, PPHN)

妊娠末期に SSRI の曝露があった場合、絶対リスク値は低値であるが、出生後の胎児の肺高血圧症のリスクとの統計的な関連性が認められた (Odds ratio=2.50, 95% CI 1.32~4.73, P=0.005) (2)。同様の報告が他の研究グループからも発表されたが(3)、統計的に有意であっても、PPHN 発症の絶対リスク差としては、1,000 の出生に対して 2.9-3.5 で、ベースラインリスクとされる、1,000 に対して 1.9 であり(11)、妊娠後期における SSRI 服用での PPHN 発生率増加はわずかと考えられているが、説明する必要がある。

文献

1. Sie SD, Wennink JM, van Driel JJ, et al. Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs: practical recommendations during pregnancy and lactation. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2012; 97(6):F472-6.
2. Grigoriadis S, Vonderporten EH, Mamisashvili L, et al. Prenatal exposure to antidepressants and persistent pulmonary hypertension of the newborn: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2014; 348:f6932.
3. Huybrechts KF, Bateman BT, Palmsten K, et al. Antidepressant use late in pregnancy and risk of persistent

- pulmonary hypertension of the newborn. *JAMA*.
4. Jacobson SJ, Jones K, Johnson K, et al. Prospective multicentre study of pregnancy outcome after lithium exposure during first trimester. *Lancet*. 1992; 339(8792):530-3.
 5. Reis M, Kallen B. Maternal use of antipsychotics in early pregnancy and delivery outcome. *J Clin Psychopharmacol*. 2008; 28(3):279-88.
 6. Boden R, Lundgren M, Brandt L, Reutfors J, Andersen M, Kieler H. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. *BMJ*. 2012; 345:e7085.
 7. Tomson T, Battino D. Teratogenic effects of antiepileptic drugs. *Lancet Neurol*. 2012; 11(9):803-13.
 8. Meador KJ, Baker GA, Browning N, et al. Cognitive function at 3 years of age after fetal exposure to antiepileptic drugs. *N Engl J Med*. 2009; 360(16):1597-605.
 9. Jones KL, Lacro RV, Johnson KA, Adams J. Pattern of malformations in the children of women treated with carbamazepine during pregnancy. *N Engl J Med*. 1989; 320(25):1661-6.
 10. Kaneko S, Otani K, Fukushima Y, et al. Teratogenicity of antiepileptic drugs: analysis of possible risk factors. *Epilepsia*. 1988; 29(4):459-67.
 11. Walsh-Sukys MC, Tyson JE, Wright LL, et al. Persistent pulmonary hypertension of the newborn in the era before nitric oxide: practice variation and outcomes. *Pediatrics*. 2000; 105(1 Pt 1):14-20.
 12. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004; 103(4):698-709.
 13. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA*. 2006; 295(5):499-507.
 14. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2009; 114(3):703-13.
 15. Jarde A, Morais M, Kingston D, et al. Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(8):826-37.
 16. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65(7):805-15.
 17. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(12):1817-24; quiz 923.
 18. Diav-Citrin O, Shechtman S, Tahover E, et al. Pregnancy outcome following in utero exposure to lithium: a prospective, comparative, observational

study. *Am J Psychiatry*. 2014; 171(7):785-94.

19. Cohen LS, Friedman JM, Jefferson JW, Johnson EM, Weiner ML. A reevaluation of risk of in utero exposure to lithium. *JAMA*. 1994; 271(2):146-50.

20. Giles JJ, Bannigan JG. Teratogenic and developmental effects of lithium. *Curr Pharm Des*. 2006; 12(12):1531-41.

21. Newport DJ, Viguera AC, Beach AJ, Ritchie JC, Cohen LS, Stowe ZN. Lithium placental passage and obstetrical outcome: implications for clinical management during late pregnancy. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(11):2162-70. 22.

22. Weston J, Bromley R, Jackson CF, et al. Monotherapy treatment of epilepsy in pregnancy: congenital malformation outcomes in the child. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 11:CD010224.

23. Meador KJ, Baker GA, Browning N, et al. Fetal antiepileptic drug exposure and cognitive outcomes at age 6 years (NEAD study): a prospective observational study. *Lancet Neurol*. 2013; 12(3):244-52.

24. 伊藤直樹：抗うつ薬。伊藤真也ほか編 薬物治療コンサルテーション 妊娠と授乳 改定2版、南山堂、東京、401-423, 2014

25. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), American Psychiatric Association. 2013.

26. The National Institute for Health and Care Excellence: Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE guidelines [CG192]

5. CQ 妊娠中の不安障害患者に対する抗不安薬・睡眠薬のリスクベネフィットは？

推奨

1) 妊娠中の不安障害に対して、非妊娠時同様、抗不安薬・睡眠薬が主の薬物療法となることはない。

2) 妊婦や新生児の有害事象について、妊娠中の抗不安薬・睡眠薬の服用による顕著なリスク増加は認められない。

3) 抗不安薬・睡眠薬を補助薬として使用もしくは継続するべきかについては、患者毎の状況に合わせて慎重に判断されることが望ましい(非妊娠時と同様に依存性の問題があるため、使用する場合もできるだけ短期間、必要最小量とするべきである)。

(II)

文献

1. Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 75(10):e1153-84,2014

2. 伊藤真也, 村島温子, 鈴木利人: 向精神薬と妊娠・授乳, 南山堂, 40-44, 2014

3. 刈込博, 酒見智子, 信濃裕美等: 妊娠中における精神神経系薬剤の使用評価と胎児に及ぼす影響の検討. *日本病院薬剤師会雑誌*, 45(1): 125-128,2009

4. 林昌洋: 虎の門病院「妊娠と薬相談外来」の経験から. *臨床薬理*, 37(6): 331-336,2006

5. Marchesi C, Ossola P, Amerio A, et al. Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord*. 190:543-550,2016

6. Gentile, S. Use of escitalopram during pregnancy: navigation towards international guidelines and the real

- world. Clin Drug Investig. 28(11):735-739,2008
7. Nascimento I, Lopes FL, Valença AM, et al. Panic disorder and pregnancy. Rev Bras Psiquiatr. 26(3):211-212,2004
8. Robinson L, Walker JR, Anderson D. Cognitive-behavioural treatment of panic disorder during pregnancy and lactation. Can J Psychiatry. 37(9):623-626,1992
9. Uguz F. Low-dose mirtazapine added to selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women with major depression or panic disorder including symptoms of severe nausea, insomnia and decreased appetite: three cases. J Matern Fetal Neonatal Med. 26(11):1066-1068,2013
10. Uguz F, Sahingoz M, Gungor B, et al. Low-dose imipramine for treatment of panic disorder during pregnancy: a retrospective chart review. J Clin Psychopharmacol. 34(4):513-515,2014
11. Ware MR, DeVane CL. Imipramine treatment of panic disorder during pregnancy. J Clin Psychiatry. 51(11):482-484,1990
12. Lilliecreutz C, Josefsson A, Sydsjö G. An open trial with cognitive behavioral therapy for blood- and injection phobia in pregnant women-a group intervention program. Arch Womens Ment Health. 13(3):259-265,2010
13. Chelmow D, Halfin VP. Pregnancy complicated by obsessive-compulsive disorder. J Matern Fetal Med. 6(1):31-34,1997
14. Kalra H, Tandon R, Trivedi JK, et al. Pregnancy-induced obsessive compulsive disorder: a case report. Ann Gen Psychiatry. 4(1):12,2005
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE Clinical guideline 192, 2014
16. Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 12th ed., Wiley-Blackwell, 2015
- 6. CQ11 バルプロ酸服用による胎児への影響と対応は？**
- 推奨**
- 1) バルプロ酸服用中の母親から生まれた胎児への影響（大奇形を含む先天奇形の発生リスクおよび生後の発達障害リスクの増大）を考慮し、妊娠可能女性にはバルプロ酸の使用を避けることを強く推奨する (I)。
- 2) バルプロ酸服用中の妊婦から出生した児は、小児科医、小児神経科医による心身の発達検査を定期的に受けることを弱く推奨する (II)。
- 文献**
1. Artama M, Auvinen A, Raudaskoski T, et al: Antiepileptic drug use of women with epilepsy and congenital malformations in offspring. Neurology 64:1874-8, 2005.
2. Bodén R, Lundgren M, Brandt L, et al: Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. BMJ 345: e7085, 2012
3. Canger R, Battino D, Canevini MP, et al: Malformations in offspring of

women with epilepsy: a prospective study. *Epilepsia*. 40:1231-6, 1999.

4. Charlton RA, Weil JG, Cunnington MC, et al: Comparing the General Practice Research Database and the UK Epilepsy and Pregnancy Register as tools for postmarketing teratogen surveillance: anticonvulsants and the risk of major congenital malformations. *Drug Saf*. 34:157-71, 2011.
5. Kaaja E, Kaaja R, Hiilesmaa V: Major malformations in offspring of women with epilepsy. *Neurology*. 60:575-9, 2003.
6. Kaneko S, Battino D, Andermann E et al: Congenital malformations due to antiepileptic drugs. *Epilepsy Res*. 33: 145-58, 1999.
7. Kini U, Lee R, Jones A, Smith S, et al: Influence of the MTHFR genotype on the rate of malformations following exposure to antiepileptic drugs in utero. *Eur J Med Genet*. 50: 411-20, 2007.
8. Morrow J, Russell A, Guthrie E, et al: Malformation risks of antiepileptic drugs in pregnancy: a prospective study from the UK Epilepsy and Pregnancy Register. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 77:193-8, 2006.
9. Vajda FJ, Hitchcock A, Graham J, et al: The Australian Register of Antiepileptic Drugs in Pregnancy: the first 1002 pregnancies. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 47: 468-74, 2007.
10. Hernández-Díaz S, Smith CR, Shen A, et al: Comparative safety of antiepileptic drugs during pregnancy. *Neurology*. 78: 1692-9, 2012.
11. Tomson T, Battino D, Bonizzoni E, et al: Dose-dependent teratogenicity of valproate in mono- and polytherapy: an

observational study. *Neurology*.85: 866-72, 2015.

12. Adab N, Kini U, Vinten J, et al: The longer term outcome of children born to mothers with epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 75: 1575-83, 2004.
13. Eriksson K, Viinikainen K, Mönkkönen A, et al: Children exposed to valproate in utero--population based evaluation of risks and confounding factors for long-term neurocognitive development. *Epilepsy Res*. 65: 189-200, 2005.
14. Gaily E, Kantola-Sorsa E, Hiilesmaa V, et al: Normal intelligence in children with prenatal exposure to carbamazepine. *Neurology*. 62: 28-32, 2004.
15. Rihtman T, Parush S, Ornoy A.: Developmental outcomes at preschool age after fetal exposure to valproic acid and lamotrigine: cognitive, motor, sensory and behavioral function. *Reprod Toxicol*. 41: 115-25, 2013.
16. Christensen J, Grønberg TK, Sørensen MJ, et al: Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. *JAMA*. 309: 1696-703, 2013.

7. CQ 妊娠中の（修正型）電気けいれん療法（mECT）の注意点は？

推奨

1) 妊娠中の mECT については、安全であるという症例報告は多いが、推奨の根拠となる十分なエビデンスはない。治療しないことによる早産、低出生体重、発達遅延、愛着不全、決断力の低下といったリスクと、治療によって起こりうる有害事象のデメリット

ットとを比較して、治療によるメリットと起こりうる有害事象について説明した上で、慎重に施行することを推奨する(I)。

2) 妊娠 24 週以降の妊婦では、可能なら胎児心拍モニタリングをしながら mECT を施行することを推奨する。mECT 施行中に一過性徐脈が出現した場合は直ちにそれを改善させる。遷延一過性徐脈の場合はモニタリングを継続して酸素投与、輸液、母体を左側臥位にする等、胎児の徐脈を解除するための処置を行いつつ、直ちに産科医に連絡する (I)

3) 性器出血は自然軽快することが多いが、前置胎盤や絨毛膜下血腫など産科的に出血リスクが高いと考えられている場合には注意深くモニタリングすることを推奨する (I)

4) mECT 施行中、母体の低血圧や子宮への血流低下を予防するため、母体の右臀部を挙上したり左側臥位にしたりすることを推奨する (I)

文献

1. 米国精神医学会タスクフォースレポート 監訳:日本精神神経学会 電気けいれん療法の手技と適応基準の検討小委員会: ECT 実践ガイド.医学書院. 東京. 2002
2. Anderson EL, Reti IM.: ECT in pregnancy: a review of the literature from 1941 to 2007. Psychosomatic Medicine. 2009 Feb;71(2):235-42. PMID: 19073751
3. Calaway K, et al.: A Systematic Review of the Safety of Electroconvulsive Therapy Use During the First Trimester of Pregnancy. J ECT. 2016 Jun 20. PMID: 2732755
4. Ray-Griffith SL, et al.: Pregnancy and Electroconvulsive Therapy A Multidisciplinary Approach. J ECT. 2016 Jun;32(2):104-12. PMID: 26796501

5. Miller LJ Use of electroconvulsive therapy during pregnancy. Hosp Community Psychiatry. 1994 May;45(5):444-50. PMID: 8045538

8. CQ 産後精神障害の薬物治療は？ 産後精神障害の薬物治療は？

推奨

1) 症状の内容や重症度に応じ、治療の有効性、過去の治療反応性、副作用、患者のコンプライアンス、患者の希望、および授乳(児)への影響等を考慮したうえで、ベネフィットがリスクを上回ると考えられる場合には、薬物療法を検討することを強く推奨する (I)。

2) 産後うつ病に関しては、中等度から重度のうつ病、もしくは重度うつ病エピソードの既往を持つ軽度の抑うつ症状の発症に対しては現在は軽度であるが、過去に重症うつ病エピソードの既往がある場合は、薬物療法を検討することを強く推奨する (I)。

3) 産後うつ病の薬物療法としては、SSRI、(S) NRI、三環系抗うつ薬を検討し、心理的介入と組み合わせることも考慮することを弱く推奨する (II)。抗うつ薬以外の治療が必要となりうる重症なうつ病に対しては、一般成人に対する他のエビデンスを参照すべきである。

4) 産褥精神病に関しては、他の時期の精神病性障害・双極性障害と同様の治療を行うことを弱く推奨する産褥精神病の発症や双極性障害や統合失調症といった重症の精神疾患の再発の場合には、抗精神病薬や気分安定薬による薬物療法を行うことを弱く推奨する (II)。

文献

1. Altshuler L, Cohen L, Szuba M, Burt V, Gitlin M, Mintz J Pharmacologic management of psychiatric illness

- during pregnancy: Dilemmas and guidelines. *Am J Psychiatry* 153(5):592-606.1996
2. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B.A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioral counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ.* Mar 29;314(7085):932-6.1997
 3. Arnold LM. A Case Series of Women with Postpartum-Onset Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin. Psychiatry* 1,103–108.1999
 4. Beyondblue. Clinical Practice Guidelines. Depression and related disorders-anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis-in the perinatal period, February 2011
 5. Bloch M, Meiboom H, Lorberblatt M, Bluvstein I, Aharonov I, Schreiber S. The effect of sertraline add-on to brief dynamic psychotherapy for the treatment of postpartum depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry.* Feb; 73(2):235-41.2012
 6. Bowden CL. Valproate. *Bipolar Disord* 5(3): 189–202.2003
 7. Boyce PM, Hackett LP, Ilett KF. Duloxetine transfer across the placenta during pregnancy and into milk during lactation. *Arch Womens Ment Health.* Apr; 14(2):169-72.2011.
 8. Chaudron LH, Jefferson JW. Mood stabilizers during breastfeeding: a review. *J Clin Psychiatry* Feb; 61(2):79-90.2000
 9. Croke S, Buist A, Hackett LP et al. Olanzapine excretion in human breast milk: estimation of infant exposure. *Int J Neuropsychopharmacol* 5: 243–47.2002
 10. Dennis CL, Ross LE, Herxheimer, A. Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Oct 8 ;(4):CD001690.
 11. Doucet S, Jones I, Letourneau N, Dennis CL, Blackmore ER. Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. *Arch Womens Ment Health.* Apr; 14(2):89-98. 2011
 12. Eberhard-Gran M, Eskild A, Opjordsmoen S. Use of psychotropic medications in treating mood disorders during lactation: practical recommendations. *CNS Drugs* 20(3):187-98.2006
 13. Fortinguerra F, Clavenna A, Bonati M. Psychotropic drug use during breastfeeding: a review of the evidence. *Pediatrics.* Oct; 124(4):e547-56. 2009
 14. Freeman MP, Davis M, Sinha P, Wisner KL, Hibbeln JR, Gelenberg AJ. Omega-3 fatty acids and supportive psychotherapy for perinatal depression: a randomized placebo-controlled study. *J Affect Disord.* Sep; 110(1-2):142-8. 2008
 15. Frey B, Braegger CP, Ghelfi D. Neonatal cholestatic hepatitis from carbamazepine exposure during pregnancy and breast feeding. *Ann Pharmacother* 36(4):644-7.2002
 16. Gentile S. Prophylactic treatment of bipolar disorder in pregnancy and breastfeeding: Focus on emerging mood stabilisers. *Bipolar Disord* 8(3): 207–20.2006
 17. Gentile S, Rossi A, Bellantuono C. SSRIs during breastfeeding: Spotlight on milk-to-plasma ratio. *Arch Womens Ment Health* 10(2):39-51.2007

18. Gentile S. Infant safety with antipsychotic therapy in breast-feeding: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2008 Apr; 69(4):666-73. Review.
19. Gentile S. Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. A systematic review. *Schizophr Bull* 36(3):518-44.2010
20. Gregoire AJ, Kumar R, Everitt B, Henderson AF, Studd JW. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet*. 1996 Apr 6; 347(9006):930-3.
21. Hantsoo L, Ward-O'Brien D, Czarkowski KA, Gueorguieva R, Price LH, Epperson CN. A randomized, placebo-controlled, double-blind trial of sertraline for postpartum depression. *Psychopharmacology (Berl)*. Mar; 231(5):939-48. 2011
22. Hertzberg, T, Leo, RJ, Kim, KY. Recurrent obsessive-compulsive disorder associated with pregnancy and childbirth. *Psychosomatics* 38,386-388.1997
23. Hill RC, McIvor RJ, Wojnar-Horton RE, Hackett LP, Ilett KF. Risperidone distribution and excretion into human milk: Case report and estimated infant exposure during breast-feeding. *J Clin Psychopharmacol* 20(2):285-6.2000
24. Hudak R, Wisner KL. Diagnosis and treatment of postpartum obsessions and compulsions that involve infant harm. *Am J Psychiatry* 169,360-363.2012
25. Ilett KF, Hackett LP, Dusci LJ et al. Distribution and excretion of venlafaxine and O-desmethyl venlafaxine in human milk. *Brit J Clin Pharmacol* 45(5): 459-62.1998
26. Ilett KF & Kristensen JH. Drug use and breastfeeding. *Expert Opin Drug Saf* 4(4): 745-68.2005
27. Iruela LM, Ibañez-Rojo V, Gilaberte I, Oliveros SC. New possible indications of pimozone. *J Clin Psychiatry*. May; 53(5):172-3.1992
28. Kornhuber J, Weller M. Postpartum psychosis and mastitis: a new indication for clozapine? *Am J Psychiatry*. Dec; 148(12):1751-2. 1991
29. Lanza di Scalea T, Wisner KL. Antidepressant medication use during breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol*. 52(3):483-97.2009
30. Lawrie TA, Hofmeyr GJ, De Jager M, Berk M, Paiker J, Viljoen EA. A double-blind randomized placebo controlled trial of postnatal norethisterone enanthate: the effect on postnatal depression and serum hormones. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998 Oct; 105(10):1082-90.
31. Lichtenberg P, Navon R, Wertman E, Dasberg H, Lerer B. Post-partum psychosis in adult GM2 gangliosidosis. A case report. *Br J Psychiatry*. 1988 Sep; 153:387-9.
32. Llewellyn A, Stowe ZN. Psychotropic medications in lactation. *J Clin Psychiatry* 59(SUPPL. 2):41-52.1998
33. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, Jaworska N, Steiner M, Lieshout RJ, Kennedy SH, Lam RW, Milev RV, Parikh SV, Ravindran AV; CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the

- Elderly. *Can J Psychiatry*. 2016 Sep; 61(9):588-603.
34. Marchesi C, Ossola P, Amerio A, Daniel BD, Tonna M, De Panfilis C. Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord*. Jan 15; 190:543-50.2016
35. Marshall S. Nursing care study. Puerperal psychosis: with a lot of help from her friends. *Nurs Mirror*. Jun 24; 152(26):46-7.1981
36. Milgrom J, Westley D, Gemmill AW. The mediating role of maternal responsiveness in some longer-term effects of postnatal depression on infant development. *Infant Behavior & Development* 27: 443-54.2001
37. Milgrom J, Gemmill AW, Ericksen J, Burrows G, Buist A, Reece J. Treatment of postnatal depression with cognitive behavioral therapy, sertraline and combination therapy: a randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. Mar; 49(3):236-45.2015
38. Molyneaux E, Howard LM, McGeown HR, Karia AM, Trevillion K. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Sep 11 ; (9):CD002018.
39. Murray D. Recurrence of puerperal psychosis not prevented by prophylactic progesterone administration. *J Nerv Ment Dis* 178:537-538.1990
40. Murray L & Cooper P. Postpartum depression and child development. *Psychol Med* 27: 253-60.1997
41. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in adults: recognition and management: Clinical guideline: Published: 28 October 2009
42. National Collaborating Centre for Mental Health. Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guideline: Updated edition,2014
43. Newport DJ, Pennell PB, Calamaras MR, Ritchie JC, Newman M, Knight B, et al. Lamotrigine in breast milk and nursing infants: determination of exposure. *Pediatrics* 122(1): e223-31.2008
44. 日本うつ病学会. 日本うつ病学会治療ガイドライン II.うつ病 (DSM-5) /大うつ病性障害 2016
45. 日本精神神経学会監修 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル,医学書院,東京,2014
46. Piontek CM, Baab S, Peindl KS, Wisner KL. Serum valproate levels in 6 breastfeeding mother-infant pairs. *J Clin Psychiatry* 61(3):170-2.2000
47. Pons G, Rey E, Matheson I. Excretion of psychoactive drugs into breast milk. Pharmacokinetic principles and recommendations. *Clin Pharmacokinet* 27(4):270-89.1994
48. Rees AM, Austin MP, Parker GB. Omega-3 fatty acids as a treatment for perinatal depression: randomized double-blind placebo-controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. Mar; 42(3):199-205.2008
49. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline(March 2012) Available from <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/127/index.html> [SIGN ガイドライン]
50. Sharp DJ, Chew-Graham C, et al. A pragmatic randomized controlled trial to compare antidepressants with a

community-based psychosocial intervention for the treatment of women with postnatal depression: the RESPOND trial. *Health Technol Assess.* 2010 Sep;14; 14(43):iii-iv, ix-xi, 1-153.

51. Sichel, DA, Cohen, LS, Dimmock, JA, Rosenbaum, JF. Postpartum obsessive compulsive disorder: a case series. *J. Clin. Psychiatry* 54, 156-159. 1993

52. Silbermann RM, Beenen F, de Jong H. Clinical treatment of postpartum delirium with perphenazine and lithium carbonate. *Psychiatr Clin (Basel)*. 1975; 8(6):314-26.

53. Targum SD, Davenport YB, Webster MJ. Postpartum mania in bipolar manic-depressive patients withdrawn from lithium carbonate. *J Nerv Ment Dis.* Sep; 167(9):572-4. 1979

54. Taylor D, Paton C, Kapur S. The South London and Maudsley NHS Foundation Trust Oxleas NHS Foundation Trust: Prescribing Guidelines. 2010.

55. Uguz, F, Kaya, N, Sahingoz, M, Cilli, AS, Akman, C. One year follow-up of postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: a case series. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 32, 1091-1092. 2008

56. Viguera AC, Newport DJ, Ritchie J, Stowe Z, Whitfield T, Mogielnicki J, et al. Lithium in breast milk and nursing infants: clinical implications. *Am J Psychiatry* 164(2):342-5. 2007

57. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJ, Kushner SA, Bergink V. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum

Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry.* Feb 1; 173(2):117-27. 2016

58. Wisner, KL, Perel, JM, Foglia, JP. Serum clomipramine and metabolite levels in four nursing mother infant pairs. *J. Clin. Psychiatry* 56, 17-20. 1995

59. Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, Peindl KS, Piontek CM, Sit DK, Findling RL, Moses-Kolko EL. Postpartum depression: a randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol.* Aug; 26(4):353-60. 2006

60. Yonkers KA, Lin H, Howell HB, Heath AC, Cohen LS. Pharmacologic treatment of postpartum women with new-onset major depressive disorder: a randomized controlled trial with paroxetine. *J Clin Psychiatry.* Apr; 69(4):659-65. 2008

61. Yoshida K, Kumar RC, Smith B, Craggs M. Psychotropic drugs in breast milk: No evidence for adverse effects on prepulse modulation of startle reflex or on cognitive level in infants. *Dev Psychobiol* 32(3):249-56. 1998

62. Yoshida K, Smith B, Kumar R. Psychotropic drugs in mothers' milk: a comprehensive review of assay methods, pharmacokinetics and of safety of breast-feeding. *J Psychopharmacol.* 13(1):64-80. 1999

9.CQ14. 妊婦が強いストレスに暴露された際の影響は？

推奨

1) 不安、特に妊娠に関する不安は早産に影響を与える。妊娠中のうつ状態や慢性的なストレスは出生時低体重のリスクを高める(I)。

2) パートナーからの暴力は、早産および出生時低体重のリスクを高める(I)。

3) 自然災害やテロリズムなどによる災害に暴露されると、出生時低体重のリスクが高まるが、早産になるリスクは高まらない。災害後の母のメンタルヘルスが子供の成長に影響を与える(I)。

4. 心理社会的ストレスは出生時低体重のリスクを若干高めるが、その程度は小さい(II)。

文献

1. Beydoun H, Saftlas AF: Physical and mental health outcomes of prenatal maternal stress in human and animal studies: A review of recent evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol* 22: 438–466, 2008
2. Dunkel Schetter C, Tanner L: Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry* 25: 141–148, 2012
3. Shapiro GD, Fraser WD, Frasch MG, et al: Psychosocial stress in pregnancy and preterm birth: **associations and mechanisms**. *J Perinat. Med* 41: 631–645, 2013
4. Donovan BM, Spracklen CN, Schweizer ML, et al: Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 123: 1289–1299, 2016
5. Harville EE, Xiong X, Buekens P: Disasters and Perinatal Health: A Systematic Review. *Obstet Gynecol Surv* 65: 713–728, 2010
6. Littleton HL, Bye K, Buck K et al: Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic

review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 31: 219–228, 2010

D. 考察

日本周産期メンタルヘルス学会、日本産婦人科学会、日本産婦人科医会に所属する研究者が、産婦人科のガイドライン、欧米の周産期メンタルヘルスに関連したガイドラインなどを参照しながら、周産期医療の臨床場面に利便性のあるガイドラインを本邦で最初に作成した。

最近では、妊産婦自殺者数が英国で公表され、昨年には東京都の自殺率が明らかになった。その10万生産当たりの自殺率は英国やスウェーデンのおよそ2倍を占めたことから、今後、周産期のメンタルヘルスの緻密な対策が求められている。周産期とメンタルヘルスの問題を一同に会して議論される学会は本学会だけである。精神科領域と周産期領域におけるエキスパートの養成も念頭に入れて、本ガイドラインの活用が期待される。そして、医療連携の一層の強化が図れることが期待される。

E. 結論

周産期のメンタルヘルスに関する本ガイドラインは、本邦初である。さらに、多職種に向けたガイドラインの意義は大きい。今後、こうしたガイドラインが妊産褥婦健康診査の場で使用されることが望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

和文

- 1) 岡野禎治他：新しい産後ケアの確立を目指して. *Fetal & Neonatal Medicine*. 8: 8-15. 2016.

2) 岡野禎治： マタニティー・ブルーズ・産後うつ病 産科と婦人科増刊号：産婦人科処方実践マニュアル.83:110-111, 2016.

3) 岡野禎治：産科系疾患とうつ. Depression Journal. 4:22-25, 2016.

2.学会発表

1) 岡野禎治：精神科から妊産婦死亡防止に向けた提言第 68 回日本産婦人科学会学術講演会. 東京 2016 年

2) 岡野禎治：妊娠期からの精神疾患の早期発見と介入第 13 回日本うつ病学会 シンポジウム 名古屋 2016 年

3) 岡野禎治：周産期精神医学の最新の課題-地域連携，診療報酬改定，自殺，薬物療法-]第 29 回日本総合病院精神医学会 シンポジウム 東京都 2016 年

4) Okano et al:A study of the relationship between premenstrual dysphoric disorder and maternal psychiatric state in postpartum period. 7th World Congress on Women's Mental Health.Dublin, March, 2017.

H. 知的所有権の出願・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

適切な妊婦健診回数と妊産褥のメンタルヘルスに関する
パートナーの教育的介入プログラムの効果についての検証

研究分担者 大田えりか（聖路加国際大学大学院看護学研究科）

研究要旨

本研究は、メンタルヘルスケアに重点を置き、妊産褥婦健診における適切な介入方法や、適切な妊産褥婦健診回数とその間隔、検査項目、医療・保健・福祉の連携のあり方について検討することを目的としており、本分担研究では、とくに、適切な健診回数や支援のあり方に関して、WHO Global Survey (WHOGS) データの二次解析および、産後のメンタルヘルスの予防に関連する RCT 論文を対象とした文献レビューを行った。その結果、妊娠中の出血があるほど、または帝王切開による分娩であるほど、妊婦健診の受診回数が多くなっており、ハイリスクのための検査で受診回数が増加している傾向があることが示された。ハイリスクの妊婦健診回数に関しては、配慮が必要な可能性がある。また、パートナーを含めた妊娠期の教育的介入プログラムに関しては、夫婦のメンタルヘルスケアとしての明確な効果は示されておらず、ハイリスク妊産婦への支援のあり方に関しては、今後の研究が必要である。

研究協力者
須藤芽衣子（聖路加国際大学大学院）

設で実施された、施設ベースの横断研究である (Yoshida-Maeda et al. 2016)。対象国や対象施設の抽出は、多段階層化サン

A. 研究目的

本研究では、メンタルヘルスケアに重点を置き、妊産褥婦健診における適切な介入方法や、適切な妊産褥婦健診回数とその間隔、検査項目、医療・保健・福祉の連携のあり方について検討することを目的としており、本分担研究では、とくに、適切な健診回数や妊産婦への支援のあり方に関して、データ分析および文献レビューを行った。

リングデザインを用いて行われており、WHO の 12 の地域から 24 カ国が選ばれ、それぞれの国で、首都およびその他の 2 つの行政区がランダムに選ばれている。また各地域では、年間少なくとも 1000 件の分娩がある 7 つの施設をランダムに選んでいる (7 施設以下の地域では、すべての施設を対象としている)。日本では首都の東京都に加え、岡山県および長野県の施設が調査対象に選ばれている。データは、トレーニングを受けた保健スタッフが診療記録を用いて集めており、母親の属性、出産歴、病状、妊娠中の合併症、分娩方法とその他出産に関するアウトカムを含んでいる。

B. 研究方法

研究 1. WHO Global Survey データの二次解析

WHO Global Survey (WHOGS) は、2004 年から 2008 年にかけて、アジア・アフリカ・ラテンアメリカの 24 カ国の計 373 施

本分担研究の分析では、この WHOGS から、日本で行われた調査で対象となった 3356 人の母親と新生児分のデータを用いて、各妊娠週数時の妊婦健診回数を従属変数とした重回帰分析を行った（各分析では欠損データを除外したサンプルで解析を行っている）。独立変数には、母親の年齢、教育歴、出産歴、妊娠期の高血圧の有無、子癩の有無、妊娠後期の出血、母親の ICU への入室の有無、産後 5 分のアプガースコア、出生体重、児の性別、母乳開始時期（1 時間以内、1-24 時間、3=1 日以上、退院または 7 日以内に未実施）、帝王切開（CS）の有無を用いた。

研究 2. 産後うつに関連する文献レビュー

本研究分担者は、妊婦のパートナーへの教育的介入（妊娠期）が、産後の夫婦のメンタルヘルスに与える影響に関するシステマティック・レビューを行った。使用したデータベースは、Medline、CINAHL、EMBASE、PsycINFO、ERIC、CENTRAL で、RCT の研究のみをレビューの対象とした。アウトカムには、父親と母親の産後うつ（産後 12 ヶ月まで）や産後の夫婦関係を含めた。

（倫理面への配慮）

二次データ研究で使用した WHO の Global Survey は、実施の際、WHO および、調査を実施した各施設での研究倫理審査委員会の承認を受けて行われている。

C. 研究結果

研究 1. WHO Global Survey データの二次解析

日本で行われた WHOGS データを用いて、各妊娠週数時の妊婦健診回数を従属変数とした重回帰分析を行ったところ、以下のような結果が得られた。

1. 37 週時点の妊婦健診の回数と関連がみられた要因は、妊娠後期の出血の有無で、

妊娠後期出血有の妊婦ほど健診回数が多かった。

2. 38 週時点の妊婦健診の回数と関連がみられた要因は、母親の教育歴と出生体重で、教育歴が高いほど、出生体重が大きい妊婦ほど、健診回数が多かった。

3. 39 週時点の妊婦健診の回数と関連がみられた要因は、母親の教育歴、出産歴、産後 5 分のアプガースコア、出生体重、帝王切開の有無で、教育歴が高いほど、初産であるほど、アプガースコアが低いほど、出生体重が大きいほど、帝王切開であった妊婦ほど、健診回数が多かった。

4. 40 週時点の妊婦健診の回数と関連がみられた要因は、母親の教育歴、出生体重、母乳開始時期、帝王切開の有無で、教育歴が高いほど、出生体重が大きいほど、母乳開始時期が遅いほど、帝王切開であった妊婦ほど、健診回数が多かった。

研究 2. 産後うつに関連する文献レビュー

文献検索の結果、妊婦のパートナーを対象とした妊娠期の教育的介入に関する RCT として、11 本の研究が該当した。

産後うつを測定する尺度としては、EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale、CESD: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale、BDI: Beck Depression Inventory、GHQ: General Health Questionnaire などが用いられていた。また、夫婦関係に関しては、KMS: Kansas Marital Satisfaction Scale、CSS: Couple Satisfaction Scale、CSI: Couple Satisfaction Index といった尺度が用いられていた。

今回のレビューに含まれた研究結果では、父親学級に参加した男性は出産時の不安や恐れが減り、出産体験の満足度が高くなるといった結果は示されていたものの、妊婦のパートナーへの教育的介入が、産後の夫婦のメンタルヘルスへに与える効果に関し

ては、明確なエビデンスは示されていないかった。

D. 考察

WHOGS データを用いた二次解析結果から、妊娠中の出血がある、または帝王切開など、ハイリスクのための検査で受診回数が増加している傾向があることが示された。また、出生体重や母乳の開始時期との関連もみられ、母親の属性としては、初産や教育歴が高い妊婦ほど受診回数が多くなっていた。妊婦の経済状況によって、必要な健診が制限されてしまうことは避けるべきであり、今後の課題としては、世帯年収等の経済的属性を含めた分析・検討が必要であると考えられる。また、ハイリスクの女性に対しては、妊婦健診回数が増えるため、配慮が必要である。

また妊婦のパートナーも含めた妊娠期の教育的介入の効果に関する RCT を対象として行ったレビューの結果では、父親学級等、妊娠期の男性への教育的介入プログラムの、産後のメンタルヘルスに対する明確な効果は示されていないかった。メンタルヘルスに関するハイリスク妊産婦への適切な支援方法については、今後のさらなる研究が必要である。

E. 結論

妊娠中の出血がある、または帝王切開による分娩など、ハイリスクのための検査で受診回数が増加している傾向があることが示されたことから、ハイリスク妊婦の妊産褥婦健診に関しては、健診の回数を含め、手厚い支援が必要とされている。また、パートナーを含めた妊娠期の教育的介入プログラムに関して、産後のメンタルヘルスの予防としての明確な効果は示されておらず、ハイリスク妊産婦への支援のあり方に関しては、今後の研究が必要である。

引用文献・出典

1. Yoshioka-Maeda K, Ota E, Ganchimeg T, Kuroda M, Mori R: Caesarean section by maternal age group among singleton deliveries and primiparous Japanese women: a secondary analysis of the WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC Pregnancy Childbirth 16(39), 2016.

F.健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Suto M, Takehara K, Yamane Y, Ota E. Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health and couple relationship: A systematic review. Journal of affective disorders 210:115-121, 2017.

2. 学会発表

なし

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

なし

3. その他

なし

妊娠中・産後に精神的に不安定な母親を支援する助産師の活動

研究分担者 葛西圭子（公益社団法人 日本助産師会 専務理事）

研究要旨

妊娠中・産後に精神的に不安定な母親を支援する重要性が高まっている。子育て世代包括支援センター、産後ケア事業、産婦健康診査事業など母子保健施策の充実が図られている中、助産師に求められる妊産婦メンタルヘルスケアへの役割も増大している。CQ19における3つの推奨項目について助産師の活動の現状と施策との関連を確認し、今後求められる助産師の役割について考察することを目的として研究を行った。施設の中では助産師がメンタルヘルスに関わっており、産後ケア事業などの広がりとともに助産師の専門性のあるケア提供がさらに求められていることが考えられた。助産師は妊産婦メンタルヘルスに関する知識、技術力をさらに高めていくことが必要である。

研究協力者

新井陽子（北里大学看護学部
生涯発達看護学）

春名めぐみ（東京大学大学院医学系研究科
健康科学・看護学専攻
母性看護学・助産学分野）

状と施策との関連を確認し、今後求められる助産師の役割を考察することを目的とした。

A. 研究目的

妊産褥期の心身の安定はその後の育児、家族関係にとって重要である。妊産婦の内分泌環境の変化に加え、心理的、社会的変化を伴い、相互に関連し合っている。

特に産褥期にみられる軽度で一過性の抑うつ、あるいは涙もろさを主症状とした精神症状である「マタニティーブルーズ」は周産期に係る職種にはよく知られている。また、「産後うつ病」は、抑うつ気分、興味の減退または消失、睡眠障害、食欲低下、体重減少、易疲労性、集中力の低下、焦燥感、希死念慮または自殺企画などの症状を伴い、治療を必要とする。

本稿ではCQ19で推奨されている内容について、保健医療職である助産師を中心に精神的に不安定な母親を支援する活動の現

B. 研究方法

1. CQ19で示されている以下の3つの推奨について助産師の活動実態と施策との関連を確認する。

1) 妊娠から子育て期まで、産科外来・助産師外来・母乳外来・産後ケアなどで継続的に支援することを推奨する。

2) 妊婦の背景を理解し、妊娠から子育て期までのメンタルヘルスに関するリスク因子の有無を妊娠期と出産後にスクリーニングし、ハイリスク事例は地域保健師と施設の助産師・看護師が協働して継続した支援にあたることを推奨する。

3) 精神的に不安定な状態の母親の場合、精神状態のアセスメント、家事その他の日常生活機能が損なわれていないかをアセスメントし、必要に応じて専門家（精神科医、臨床心理士、母性看護専門看護師、精神看護専門看護師）に紹介し、協働して支援することを推奨する。

2. 確認された助産師の活動実態と施策から今後精神的に不安定な母親を支援する助産師の役割について検討を加える。

(倫理面への配慮)

本報告は、妊産褥期における助産師の活動の実態と施策について述べており、個人情報扱っていないため、倫理的な問題はないと考える。

C. 研究結果

1. 妊娠から子育て期まで、産科外来・助産師外来・母乳外来・産後ケアなどで継続的に支援することを推奨する。

妊娠から子育て期は連続した過程であることを踏まえ、支援が継続的に実施されることが望ましい。妊娠初期から助産師、保健師等保健医療職と妊産婦が接点を持つこととなる。いかに継続的に支援できるかの視点で述べる。

1) 個別・集団への働きかけ

(1) 個別への継続的な働きかけ

①医療施設

a. 妊娠期における働きかけ：

妊娠期間約 14 回実施される妊婦健康診査、分娩時の入院、出産後に続く産後健診で妊産婦と家族に働きかける。この間、医療施設では多くの医師、助産師が関わる。

・**情報の共有**：多くの医療職者が勤務する医療機関での継続的な支援のためには、診療録、助産録等記録の共有が基本となる。電子カルテを用いている施設では、通常は分娩による入院時に作成する基礎情報を妊娠初期から入力して、外来から入院に至るまで、情報が継続されるなどの共有が進んでいる。

・**バースプラン**：妊婦およびその家族が出産およびその後の育児に対して、どのようにしたいのかの妊娠・出産の計画、医療者に向けた出産の希望を伝え、妊婦の出産への主体的な姿勢を養うための「バースプラン」というツールを活用することも個別への働きかけとして有効である。バースプランでは、「妊娠してから今までを振り返って思っていること」、「親になるための自分とパートナーの準備」、「お産が始まったときの予定」、「産後のイメージと希望」、「退院後の生活とサポーター」、「産後の復職・保育園など」などを妊産婦が記載する。記載されたバースプランをもとに個別の希望に合わせた出産支援を行うとともに、個別的な支援の必要性を明確にしていく。

ン」というツールを活用することも個別への働きかけとして有効である。バースプランでは、「妊娠してから今までを振り返って思っていること」、「親になるための自分とパートナーの準備」、「お産が始まったときの予定」、「産後のイメージと希望」、「退院後の生活とサポーター」、「産後の復職・保育園など」などを妊産婦が記載する。記載されたバースプランをもとに個別の希望に合わせた出産支援を行うとともに、個別的な支援の必要性を明確にしていく。

b. 産後における働きかけ：

出産は必ずしも思い描いた体験ではないことも多い。自然出産から帝王切開への変更、産後の痛み、授乳の困難などを体験することも多い。医療施設では産後 1 週間前後の入院に加え、1 か月健診まで個別に支援している。

・**バースレビュー**：助産師が産後の母親と一定の時間をとって振り返りを行うバースレビューによって、自分の出産体験を語る行為を通して自己概念を再構築することが重要である。つらかったこと、出産した時の気持ちなど出産経過を語ることで自分を受け入れ、これからの育児に向かう気持ちを整理する。

・**産後健診**：産後退院時には継続が必要な事項が退院後の健診時に引き継がれるように記録を工夫する。産後は 2 週間健診、1 か月健診時に助産師が母体の身体状況と心理状況を踏まえ、育児相談、母乳相談に応じるようにしている。産後の滞在先、サポート状況、疲労・睡眠・食欲、気分やイライラ感、悲しくなったりみじめになることがないかなどメンタルヘルス状況を把握する。

厚生労働省は平成 29 年度から出産後の母親が育児への不安や重圧によって精神的に不安定になる「産後うつ」を予防するため、産後健診を受ける際の費用を助成する産婦健康診査事業を実施している。

産後の母親の心身の状況を把握し、産後ケアなど必要な支援につなげようとするものである。深刻化すれば虐待や育児放棄につながったり、自殺を招いたりする恐れがあり、不調の兆しを早めに見つけ、行政の相談窓口など適切なケアにつなげるのをねらいとしている。

妊産褥期を通じて医療施設の医師、助産師は利用できる社会資源を紹介するなど、施設外との連携も重視しながら活動をおこなっている。

・院内助産

医療施設の中で助産師が医師と役割分担、連携のもとローリスク妊産婦に助産ケアを提供する院内助産では、妊産婦の主体性と家族の参加のもとで助産ケアを提供している。日本助産師会（2017）による院内助産担当助産師への調査では、「院内助産を利用する産婦のメリット」として、「産婦が主体的に産後ケアができる」79.5%、「ローリスクのため産婦や家族の希望を多く取り入れた産後ケアが可能である」68.4%と答えている。妊娠期から助産師が担当する助産外来、分娩期における院内助産、助産師による産後健診などで妊産婦への働きかけが継続的にできる可能性が広がっている。

②保健センター等自治体

a. 妊娠期における働きかけ：

母子健康手帳交付、妊婦訪問等で個別に働きかける。対面できる場として母子健康手帳交付時は情報収集と発信のよい機会である。可能であれば保健師、助産師等が面談して妊産褥期に受けられるサービス、各種講座の案内を行う。妊婦訪問は妊娠による体調の変化、不安に対し、家庭訪問によって個別相談をするサービスである。求めに応じて実施する。また、若年の妊婦、妊娠からの継続的な支援を特に必要とする場合（特定妊婦）に養育支援訪問事業を行っている。

b. 産後における働きかけ：

産後では生後28日以内（里帰りでは60日以内）に希望者に実施する「新生児訪問」、全員を対象とする「乳児家庭全戸訪問」がある。「新生児訪問」は保健師や助産師が新生児の発育状態、母親の心身状態に応じて相談や指導を行っている。「乳児家庭全戸訪問」では、保健師、助産師のほか、愛育班員、母子保健推進員、子育て経験者などが、生後4か月までの乳児がいるすべての家庭を訪問する。さまざまな不安や悩みを聞き、子育て支援に関する情報提供等を行うとともに、母子の心身の状況や養育環境等の把握及び助言を行い、支援が必要な家庭に対し適切なサービス提供につなげるものである。

ハイリスクと考えられる場合にはケース対応会議、要保護児童対策地域協議会などにつなぐこととしている。そのほか、電話相談、家事支援サービスを提供している自治体も多い。

・子育て世代包括支援センター

母子保健法第22条の改正により新たに規定された「子育て世代包括支援センター」の法定化（平成29年4月1日施行、法律上の名称は「母子健康包括支援センター」）に伴い、妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目ない支援をおこなうセンターとして市町村事業として位置づけられることとなった。平成32年度末までに全国展開を目指すとしている。妊婦等からの相談を待つだけでなく、支援を要する妊婦等に積極的にアプローチすることとしている。特に妊娠・出産・育児に関する相談と支援であることから、母子保健に精通している保健師のほか、助産師が具体的な支援担当者として適している。全ての母子に対して切れ目ない支援を行うセンターとして役割が期待されている。

（2）集団への働きかけ

①医療施設

a. 妊娠期における働きかけ：

出産準備教育として、母親学級、両親学級を開講し、入院する病棟の見学を行うとともに、妊産褥期の身体の整え方、児を迎えるにあたっての夫婦の準備状況について働きかける。その際には妊産婦や家族の相互交流などを促している。

②保健センター等自治体

a. 妊娠期における働きかけ：

医療施設と同様に、母親学級、両親学級を開講している。母子手帳交付時にさまざまなサービスを紹介しているが、特に産前産後に利用できる家事サポートや、産後訪問などを案内する。また、住居地の近いカップル同士の交流などを促進している。

b. 産後における働きかけ

産後では母親同士の交流の場（サロン活動）を提供し、母子の孤立化を防ぎ、育児に関する相談を行っている。

2. 妊婦の背景を理解し、妊娠から子育て期までのメンタルヘルスに関するリスク因子の有無を妊娠期と出産後にスクリーニングし、ハイリスク事例は地域保健師と施設の助産師・看護師が協働して継続した支援にあたることを推奨する。

妊娠期から子育て期にわたる継続した支援では、特にメンタルヘルスに関するリスク因子の把握が重要である。妊娠期から妊産婦や家族と関わるなかで、ハイリスク者を把握して、必要に応じた支援を行っていく。妊娠期から産後にかけて、EPDS

(Edinburgh Postnatal Depression Scale)を用いてメンタルヘルスのハイリスク者を把握する方法などがとられている。子育て世代包括支援センターなどが支援プランを作成し、ハイリスク母子を産後ケア事業などにつなげていく仕組みがとられつつある。

・産後ケア事業

厚生労働省は、産後ケア事業の対象者として、「家族等から十分な家事、育児など

の援助が受けられない褥婦及び産婦ならびに新生児及び乳児であって、「(1)産後に心身の不調又は育児不安がある者」又は「(2)その他特に支援が必要と認められる者」としている。島田ら(2017)は産後約4か月以内の母子に対して、産後ケアを希望するもののうち、「母親要件」「授乳要件」「児の要件」を示している。母親の出産後の体調が優れず、休養が必要である、乳房トラブルがある、心理的に不安定でケアが必要である、家族等から十分な家事・育児支援が受けられない、授乳が困難である、等である。産後ケア提供では、「宿泊型」、「日帰り型」(デイケア)、「訪問型」(アウトリーチ)などがある。「宿泊型」では夜間においても専門家の支援が必要な母子、「日帰り型」(デイケア)では日中数時間程度の休息が必要な母子、「訪問型」(アウトリーチ)では、自宅における支援が必要な母子等が適応条件となっている。

3. 精神的に不安定な状態の母親の場合、精神状態のアセスメント、家事その他の日常生活機能が損なわれていないかをアセスメントし、必要に応じて専門家(精神科医、臨床心理士、母性看護専門看護師、精神看護専門看護師)に紹介し、協働して支援することを推奨する。

産後うつの発症頻度は岡野ら(1997)によると、10~20%と報告されている。助産師はメンタルヘルスのハイリスク者に対応する知識、技術が必要であるが、精神を専門としている専門家との連携が必要な事例を見極め、適切に移行させるように努力している。まずは産科医師と連携を図り、適切な連携先を見つけることが必要である。医療施設内で精神的な支援が必要な妊産婦について「精神科リエゾンチーム」が活用されている実態がある。週1回の活動について300点の診療報酬がつく仕組みともなっている。チームの職種は精神科医のほか、

専門性の高い看護師、臨床心理技術者などから構成され、チームで診療実施計画書を作成、カンファレンスや回診を行うものである。退院後も医療が必要な場合は調整する役割も担っている。

助産所等での場面で、特定妊婦等の情報提供について本人の同意が得られずに困難な状況が生じる場合がある。情報提供については「児童福祉法等の一部を改正する法律」が平成28年6月3日に交付され、第21条の10の5の規程が、10月1日に施行された。それにともない、平成28年12月16日に発せられた「要支援児童等（特定妊婦を含む）の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一生の推進について」（雇児総初1216第2号）（雇児母発1216第2号）により、要支援児童等を把握したときには、当該者の情報をその所在地の市町村に提供するように努めなければならない、とされた。本人から同意が得られない状況でも、個人情報保護法違反にはならないことに留意する必要がある、必要であれば積極的な情報提供が求められることとなっている。

D. 考察

妊娠中から産後にかけての妊産婦メンタルヘルス状況について、平成24年度から25年度に実施された「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」の縦断的調査では、日本版エジンバラ産後うつ病自己評価表（EPDS）において経産婦に比して初産婦のハイリスク者の割合が高い結果となった。経産婦では妊娠20週から産後3か月まで大きな変動はなく、産後2週間から産後3か月では妊娠20週時のハイリスク者割合より減少している結果であるのに対し、初産婦では産後数日から産後2週にかけてハイリスク者割合が上昇し、産後2か月で妊娠20週時と同水準までハイリスク者割合が減少している。以下にCQ

の3つの推奨に沿って、助産師を中心とした支援について考察を加える。

1. 妊娠から子育て期まで、産科外来・助産師外来・母乳外来・産後ケアなどで継続的に支援することを推奨する。

医療施設の産前・産後のメンタルヘルスケアの実施状況については、日本看護協会（2017）によると、一般病院で74.6%となっており、助産師の関わりの有無については「関わっている」が98.3%であった。出産は女性にとって心身ともに大きな体験である。その後の育児、母親のメンタルヘルス状況に影響を及ぼす。バースレビューによって出産を振り返り、その体験を意味あるものとして妊産婦自身が整理するためには出産時の中心的な支援者である助産師による実施が適している。そこで行われた医療行為や、医療者のことばがけなどに対して、妊産婦が解釈している内容を今一度解釈し直す必要がある場合も多いからである。バースレビューの時期は、必ずしも出産後の入院期間には限らない。医療施設の助産師に限らず、母子訪問を担当する助産師がその役割を担うことも十分考えられる。

健やか親子21（第2次）では基本課題Aとして「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」を挙げている。その13番目の指標として「妊娠中の保健指導（母親学級や両親学級を含む）において、産後のメンタルヘルスについて、妊婦とその家族に伝える機会を設けている市町村の割合」があり、平成25年度の母子保健課調査によれば全国では43.0%の実施状況となっている。12番目の指標である「妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している市区町村の割合」は92.8%と比して少ない割合であり、妊娠中から産後のメンタルヘルスに関する妊産婦と家族への働きかけの充実が求められる。

妊娠期から産後にかけて母親同士の交流や家族間の交流など仲間づくりもメンタルヘルスには効果的である。助産師は皆が集まれる場を提供し、自らも参加しながら妊産婦同士の交流を促進するようにする。

2. 妊婦の背景を理解し、妊娠から子育て期までのメンタルヘルスに関するリスク因子の有無を妊娠期と出産後にスクリーニングし、ハイリスク事例は地域保健師と施設の助産師・看護師が協働して継続した支援にあたることを推奨する。

健やか親子 21（第2次）では基本課題 A「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」の14番目の指標である「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区町村の割合」は全国で11.5%となっている。産後のメンタルヘルスに関する支援体制強化体制整備が急がれる。その意味で平成29年度から実施される産婦健康診査事業は産後の母親のメンタルヘルスケアに関して期待できる事業と言える。

日本産婦人科医会（2017）では「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」を発表し、助産師（看護師・保健師）の役割について述べている。妊産婦メンタルヘルスケアでは多領域協働での対応が欠かせず、いかに協働し連携するかが支援の要である。周産期メンタルヘルスケアを提供する上では助産師（看護師・保健師）の専門的知識、スクリーニングの力、ハイリスク妊産婦に対する専門的知識、支援技術の向上が必要となる。加えて他領域の専門家へ依頼するタイミングや役割分担についても適切になされるようにする。

産後ケア事業では、必要性に応じた母子への具体的な支援が可能である。「宿泊型」「日帰り型」（デイケア）、「訪問型」（アウトリーチ）などでメンタルヘルスのハイリスク者に対して母子とその家族の状況に合わせた個別的な支援を行うこと事業とし

て今後広がり期待できるが、そのためには利用者への財政支援とともに、安定的な運営ができるような産後ケア事業者への財政支援が課題となってくる。

3. 精神的に不安定な状態の母親の場合、精神状態のアセスメント、家事その他の日常生活機能が損なわれていないかをアセスメントし、必要に応じて専門家（精神科医、臨床心理士、母性看護専門看護師、精神看護専門看護師）に紹介し、協働して支援することを推奨する。

医療施設では母性看護専門看護師、精神看護専門看護師との協働が考えられる。平成26年までのそれぞれの教育課程修了者は、母性看護専門看護師が117名、精神看護専門看護師が388名となっている。臨床心理士は平成28年までに32,914名が資格認定されている。医療施設に従事する精神科医師数は平成26年12月で15,187名となっている。看護を基本として専門性の高い母性看護・精神看護専門看護師がメンタルヘルスのハイリスク者に支援する役割をとることが期待されるが、その人数は多いとはいえない。医学的専門家である精神科医師との連携のほか、近年資格認定が進んでいる臨床心理士など他分野の専門家との連携可能性が高まっていると考える。

3つの推奨については切り離して考えることができず、相互に重なり合う部分が多い。助産師は個別、集団に関わっていくが、継続した支援には同職種、多職種による連携が効果的である。必要とする支援である「産後サポート事業」「産後ケア事業」「医療的サポート」は互いに密接であり、関連し合っている。地域子ども・子育て支援事業や子育てサークル、児童相談所等とも連携して対応していく。その際の要となる調整役は子育て世代包括支援センターであることが期待されている(図1)。

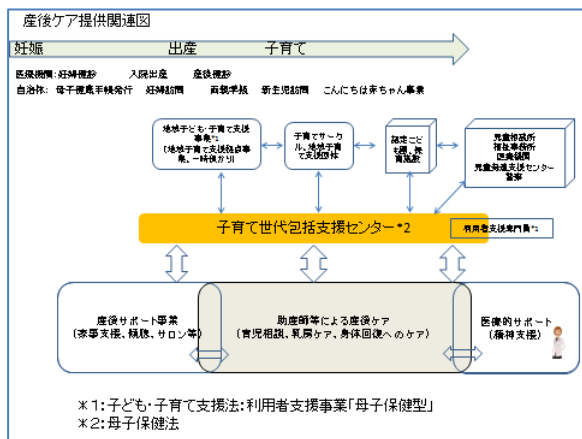


図1 産後ケア提供関連図

出典：平成28年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業「産後ケアガイドラインの作成及び産前・産後の支援のあり方に関する研究」報告書

E. 結論

妊産褥期のメンタルヘルスキアの重要性が高まっている中で、妊産婦に関わる助産師の役割が増している。母子関連施策の充実とともに医療施設、自治体で母子へ積極的に関わることが期待されている。助産師はメンタルヘルスに関する知識、技術力をさらに高めていくことが必要である。

引用文献・出典

1. 公益社団法人日本助産師会（2017）、助産所における分娩の安全性確保の方策に関する調査報告書、日本助産師会。
2. 島田真理恵、安達久美子、葛西圭子他（2017）、平成28年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業「産後ケアガイドラインの作成及び産前・産後の支援のあり方に関する研究」報告書、日本助産師会。
3. 島田真理恵他（2016）、平成27年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業「より効果的な妊娠出産包括支援事業としての産後ケアのあり方に関する研究」研究報告書、日本助産師会。
4. 岡野禎治・村田真理子他（1991）、Maternity blues と産後うつ病の比較文化的研究、精神医学、33、1051-1058。

5. 久保隆彦他（2013）、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、平成24年度総括・分担報告書、厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服次世代育成基盤研究事業（主任研究者久保隆彦）。
6. 久保隆彦他（2014）、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、平成25年度総括・分担報告書、厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服次世代育成基盤研究事業（主任研究者久保隆彦）。
7. 公益社団法人日本看護協会（2017）、平成28年度分娩取扱施設におけるウイメンズヘルスキアと助産ケア提供状況等に関する実態調査報告書」。
8. 公益社団法人日本産婦人科医会（2017）、平成28年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業「産前・産後の支援のあり方に関する調査研究」、日本産婦人科医会。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

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
なし
3. その他
なし

メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦についての、医療・保健・福祉の
情報共有及び同意取得・虐待や養育不全の場合の連絡方法について

研究分担者 中板育美（日本看護協会）

研究要旨

メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦についての、医療・保健・福祉の情報共有及び同意取得・虐待や養育不全の場合の連絡方法を整備するため、日本周産期メンタルヘルス学会の周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017で CQ6 を設定し、対応方法を策定した。今後、心理社会的リスクのある妊産褥婦やその子どもの支援のために、このような情報共有及び同意取得・連絡方法が母子保健関係者に活用されていくことが望まれる。

研究協力者

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）
小泉典章（長野県精神保健福祉センター）

A. 目的

メンタルヘルス不調の母親やその子どもの支援において、医療・保健・福祉の連携をスムーズにするためには、情報共有の仕方のさらなる整備が望まれる。また、その際には連絡ツールのフォーマットがあると、より関係機関同士の連絡がスムーズになると考えられる。また、情報共有の際には個人情報保護に留意し、かつ、本人の同意をできる限りとることが望まれる。また、周産期医療スタッフは乳幼児虐待防止の重要なゲートキーパーであり、虐待や養育不全の際の連絡方法について、周産期関係者により周知徹底する必要がある。これらの点について、対応方法を整備することを本

研究の目的とした。

B. 研究方法

日本周産期メンタルヘルス学会の周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017で CQ を設定し、対応方法について Answer を策定した。

CQ では、下記の①から⑤の対応方法を解説している。

- ①メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦への対応（資料 1）
- ②メンタルヘルス不調で支援を要する妊婦に対する、医療機関と保健機関での情報共有のための連絡票〔医療機関→保健機関（資料 2）、保健機関→医療機関（資料 3）、妊娠期の保健機関・医療機関の連絡票（資料 4）〕
- ③同意取得の仕方
- ④同意しない場合の対応
- ⑤児童虐待などが疑われた場合の児童福祉機関や保健機関への連絡（資料 5）

C. 研究結果

下記のように日本周産期メンタルヘルス学会の周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017 で CQ と推奨を策定した。

CQ6. メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦についての、医療・保健・福祉の情報共有及び同意取得・虐待や養育不全の場合の連絡の仕方は？

推奨

1. メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦に対しては、連絡票を用いるなどして、医療機関と保健機関で情報共有を行うことが望ましい。(II)
2. 情報共有にあたっては、まず、本人の同意取得に努める。(I)
3. 医療機関と保健機関の情報共有を本人または家族が拒否した場合でも、特定妊婦または産後で養育不全や児童虐待が懸念される場合は、情報共有を行い支援に努める。(I)
4. 児童虐待・胎児虐待が疑われた場合は、医療機関から保健・福祉機関に情報提供を児童相談所に虐待通告を行い、また、医療・保健・福祉機関が連携して、母子の支援を行う。(I)

D. 考察

今回作成した情報共有ツールについて以下に考察する。

①は、東京都世田谷区要保護児童支援協議会が作成し区内の母子保健機関に配布している「『妊娠期から支援を要する妊婦・家庭』への対応指標」をもとにしている。このチェックシートには、様々な心理社会

的リスク要因が書かれている。「気になる母親」がいたときに、このようなチェックシートを使ってアセスメントを試みることは有益と考えられる。また、母子保健関係者が、どのような妊婦や家庭に積極的な支援をしていかねばならないかを考える上で、このチェックシートに書かれているような内容を念頭に置き、妊婦やその家族に対応するとよいと考えられる。

②、③、④については、医療機関→保健機関の連絡票、保健機関←医療機関の連絡票、妊娠期の医療機関⇄保健機関の3種類を掲載した。医療機関では、一般に忙しい日常業務で多くの情報を細かく書かねばならないとなると、保健機関へ連絡すること自体もハードルが高くなってしまう。また、医療機関スタッフが保健師との細かいやり取りのため電話で話すことも多い。書面の記載フォーマットは、関係者が気軽に使えるようなものが望ましい。

②の連絡票では必要な情報を記載してそのあと保健師と電話で連絡してやり取りすることを想定し、シンプルなものとした。作成に当たって、長野県立須坂病院産科病棟で使用されている連絡票を参考にした。この連絡票には、保健機関からの経過報告の希望の有無がある。希望有にチェックをつけて保健機関に連絡することで、連絡が一方的なもので終わらずに、医療機関が保健機関からフィードバックをもらい、その後の連携を深めていく契機にもなる。

③は愛知県西尾保健所が作成した連絡票である。保健機関でどのような保健指導を行っているかを医療機関に対しこのような連絡票を使って報告することで、医療機関もその後の自機関の支援に活かしやすい。

医療機関スタッフの中には、保健機関がどのような保健指導を行っているかを知らない人もいますので、保健機関がどのようなことをしているかが医療機関スタッフに「見える化」されることにもなる。

④は妊娠期の母子連絡票であり、医療機関・保健機関の共通フォーマットとなっている。同じシートを使うことで、特定妊婦などの支援に活かすことができる。

⑤は、児童虐待・胎児虐待（防止）連絡票で、医療機関から児童虐待・胎児虐待が疑われたときに連絡するものである。従来、このような連絡票は、小児医療に携わる医療関係者が使用していた。今回、この連絡票が周産期メンタルヘルス学会の診療ガイドに掲載されたが、今後周産期医療の関係者も積極的に、虐待防止対応に携わってっていくことが望まれる。

今回、CQ6 の推奨 2 で「情報共有にあたって本人の同意取得に努めるべきことを明記した。当事者の同意に基づく多機関連携のプロセスとして、下記の 5 つのステップを設定している。

1. いまある問題を整理・確認する

本人や家族と面談しながら、いま本人や家族が抱えている問題、これから対応する必要のある事項を一緒に整理・確認する。

2. 情報を提供する

自治体が行っている利用できるサービス（自治体保健師の相談、産前・産後支援事業、社会福祉協議会が行っている産前産後等援助サービス、地域の子育て支援など）、メンタルヘルスについての提供できるサービス（精神保健福祉相談への紹介・精神科医療機関への紹介など）

など、必要に応じて本人や家族に提供する。

3. 関係機関と連絡を取る旨の同意を得る

1、2 を経ることで、本人・家族にとって、関係機関と連携を取った上で支援を受けることのモチベーションが高まると考えられる。

④関係機関への情報の受け渡し

同意を得た後は、本人・家族の支援について必要な情報を関係機関にできるだけ早期に受け渡す。

⑤モニタリングとその後の対応

情報を受け渡した後、新たな連携に基づく支援が有効に機能しているかに注意していく。うまく機能していないと思われる場合は、何が問題となっているかを確認し、有効な連携のもと支援を行っていくための対応を考える。

医療機関で対応している妊産褥婦にメンタルヘルス不調など心理社会的リスクがあり自治体保健師にサポートを依頼する場合は、本人の了承のもと行うことが大前提であるが、本人が自治体保健師への連絡に同意しないことがある。特定妊婦であったり児の安全保護に関わったりするような場合は、自治体に連絡することが平成 28 年度の児童福祉法一部改正以後、医療機関の努力義務となっており、そのような場合は、本人の同意を得られなくても連絡せざるを得ないこともあり得る。しかし、まずは、上記の 1～5 のようなステップを経て、本人の同意を得ることに努める必要があると考えられる。

E. 結論

メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦についての、医療・保健・福祉の情報共有及び同意取得・虐待や養育不全の場合の連絡方法を整備するため、日本周産期メンタルヘルス学会の周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド2017でCQ6を設定し、対応方法を策定した。今後、心理社会的リスクのある妊産褥婦やその子どもの支援のために、このような情報共有及び同意取得・連絡方法が母子保健関係者に活用されていくことが望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

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

なし

3. その他

なし

“妊娠期から支援を要する妊婦・家庭”への対応の指標

当院では、“妊娠期から支援を要する妊婦・家庭”を、地域関係者・関係機関と共にサポートしていけるように連携します。

原則的に、「育児・養育支援」の視点から、妊婦さん本人の同意を得て、地域関係者・関係機関との連携を開始します。但し、以下の場合には、「児童虐待防止」の観点から、(本人同意が得られない場合でも)周産期患者支援カンファレンスで対応を検討します。

※赤字：虐待ハイリスクと捉え、地域関係者・関係機関（保健師・子ども家庭支援センター等）へ連絡します

※青字：支援者の有無・障害の程度・緊急性を多職種で総合的に判断し、地域への連絡の要否を決定します

* 気になる母子のチェックシート（H28年6月作成 世田谷区要保護児童支援協議会）より一部改変／★の項目は要虐待通告

＜保護者の状況＞	
妊娠の状況	<input type="checkbox"/> 分娩時が初診である(妊婦検診を受けていない又は3回未満) <input type="checkbox"/> 妊娠中期(妊娠20週)を過ぎても母子健康手帳を持っていない <input type="checkbox"/> 望まない妊娠(予定外の妊娠)を受け入れられない、「産みたくない」または「産みたいけれど育てる自信がない」等の発言があるなど <input type="checkbox"/> 妊娠を認識していても、飲酒や喫煙をやめない <input type="checkbox"/> 妊娠・中絶を繰り返している(回) <input type="checkbox"/> 初回健診時が妊娠中期(妊娠20週)以降 <input type="checkbox"/> 定期的に妊婦健診を受けていない <input type="checkbox"/> 流産を繰り返している(回) <input type="checkbox"/> 不妊治療による妊娠または不妊治療歴がある <input type="checkbox"/> 分娩に対するネガティブな感情がある <input type="checkbox"/> 高齢(40歳以上)初産 <input type="checkbox"/> 若年(10代)妊娠
疾病・障害等	<input type="checkbox"/> 精神疾患(産後うつを含む)がある <input type="checkbox"/> 知的障害がある <input type="checkbox"/> 発達障害・情緒障害がある <input type="checkbox"/> アルコールまたは薬物(処方薬を含む)依存があるまたは過去にあった ※違法薬物 <input type="checkbox"/> 身体障害がある <input type="checkbox"/> 産後に、出産が原因の身体的不調が続いている <input type="checkbox"/> 精神科治療歴がある <input type="checkbox"/> 複数の内科疾患がある <input type="checkbox"/> 複数の齲歯や歯周病があるが、治療しようとしていない
育児行動等	<input type="checkbox"/> 子どもを抱かないなど、子どもの世話を拒否する <input type="checkbox"/> 「子どもをかわいいと思えない」などの言動がある <input type="checkbox"/> 育児知識、育児態度、育児姿勢に極端な偏りや拘りがある <input type="checkbox"/> 医療を必要とする状況ではないが、子どもを頻繁に受診させる <input type="checkbox"/> 長期入院による子どもとの分離
その他	<input checked="" type="checkbox"/> DVを受けている <input checked="" type="checkbox"/> 家庭内暴力を行っている <input checked="" type="checkbox"/> 虐待歴がある <input checked="" type="checkbox"/> 被虐待歴がある <input checked="" type="checkbox"/> 過去に心中未遂がある <input checked="" type="checkbox"/> 過去に自殺未遂がある(時期やその後の経過を確認) <input checked="" type="checkbox"/> 自傷行為がある <input type="checkbox"/> 保険証がない <input type="checkbox"/> 住所不定または住民票がない <input type="checkbox"/> 他者への暴言・暴力や、攻撃的・衝動的な言動がある <input type="checkbox"/> 完璧主義で譲歩できない、または思い通りにならないことへの怒り、拒否、嫌悪が強い <input type="checkbox"/> ひとり親、未婚、連れ子のある再婚 <input type="checkbox"/> 結婚・離婚を繰り返している(回) <input type="checkbox"/> 多子 <input type="checkbox"/> 経済的困窮がある(治療費・入院費等の未納がある、夫婦共に不安定な就労または無職、妊娠・出産・育児に関する経済的不安があるなど) <input type="checkbox"/> パートナーや祖父母等の家族や身近な人の支援がない <input type="checkbox"/> 家族に介護が必要な者がいる <input type="checkbox"/> パートナー・家族との関係でトラブル等を抱えているまたは関係がうまくいっていない <input type="checkbox"/> 両親とも日本語が通じない <input type="checkbox"/> 身体や衣服等が不衛生である
＜子どもの状況＞	
健康・発達・発育等	<input checked="" type="checkbox"/> 状況や説明と一致しない不自然な傷・痣などがある <input type="checkbox"/> 子ども(胎児を含む)に重度の疾病や障害がある <input type="checkbox"/> 低出生体重児、未熟児 <input type="checkbox"/> 母乳やミルクの飲みが悪い <input type="checkbox"/> 発育の遅れ(体重増加不良、身長伸びが悪い)がある <input type="checkbox"/> 抱きにくい <input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> アレルギーや他の皮膚疾患がないが、難治性のおむつかぶれがある <input type="checkbox"/> よく泣く、泣き強い
養育状況等	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者が安全確保を怠ったことによる転倒、転落、溺水、熱傷等がある <input type="checkbox"/> 健診や予防接種の受診・接種を拒否する <input type="checkbox"/> 出生後間もない時期からの長期入院による母子分離がある <input type="checkbox"/> 衣服等が不衛生である
＜きょうだい等の状況＞	
	<input checked="" type="checkbox"/> 状況や説明と一致しない不自然な傷・痣などがある <input checked="" type="checkbox"/> 保護者が安全確保を怠ったことによる転倒、転落、溺水、熱傷等がある <input checked="" type="checkbox"/> 保護者から暴言や暴力を受けている <input type="checkbox"/> 健診の未受診や予防接種未接種があり、保護者が受診・接種を拒否する <input type="checkbox"/> 衣服等が不衛生である <input type="checkbox"/> 慢性疾患や身体的な障害がある <input type="checkbox"/> 発育の遅れ(低体重、低身長)がある <input type="checkbox"/> 発達の遅れ(運動、言語、情緒、認知等)があり、育てにくさがある <input type="checkbox"/> 不適切な生活習慣や栄養の偏りによると思われる複数の齲歯等がある

母子連絡票

患者氏名 _____ 才 _____ 記載日 _____ 月 _____ 日
 妊娠 _____ 週 _____ 日 出産日 _____ 月 _____ 日

基本情報 家族構成	
現住所	
帰省先	(_____ 様方)
連絡先	
既往歴	
妊娠中の経過	
産後の経過	
児の状況	
連絡したい事項	
同意の有無	・有 この情報提供については本人・家族の同意を得ています。 ・無 理由(_____)

経過報告を希望します

経過報告を希望しません

〇〇病院

(電話: 〇〇 _____)

〇〇病棟 〇〇
産婦人科外来

(長野県立須坂病院産婦人科病棟作成)

母子連絡報告票

平成 年 月 日

御中

報告機関

平成 年 月 日に連絡をいただきました事例については下記のとおりです。

ふりがな 児氏名	男・女 (第 子)	生年月日	平成 年 月 日
父氏名	年 月 生 (歳)	母氏名	年 月 生 (歳)
住所	電話・携帯電話 ()		
対応方法	・家庭訪問 (年 月 日)・電話相談等 (年 月 日) ・その他 () (年 月 日)		
[児の状況]・体重	g・1日平均増加	g・栄養母乳	回人工 回× cc
[親の状況]			
[家庭・環境・その他]			
指導事項			
今後の方針			
連絡事項			
同意	・有 この情報提供については・母・父・家族の同意を受けています。 ・無 理由 ()		
担当者	(所属・氏名) (電話番号)		

妊娠期母子連絡票

平成 年 月 日

御中

報告機関

妊婦支援の必要な事例について下記のとおり連絡します。

母(妊婦)の 状況	ふりがな 氏名 年 月 日生(歳)	職業	
		特記事項 (疾病等)	
	出産予定日(初産・経産(出産回数 回)) 平成 年 月 日予定(第 子) 既往妊娠:()回 流産()早産() 死産()中絶() 不妊治療:有・無	妊娠 週数	週
		婚 姻	既婚・未婚(入籍予定あり・なし) その他()
父(妊婦の 夫・パートナー) の状況	ふりがな 氏名 年 月 日生(歳)	職業	
		特記事項 (疾病等)	
住所・電話	現住所: 里帰り先: ・自宅() ・携帯()	家 系 図 ・ 年 齢 疾 病	
育児の支援者	無・有(誰)		
【連絡したい事項】			
依 頼 事 項	保健機関→	ア:妊婦健診未受診の連絡 イ:入院中の面接	
	医療機関等	ウ:出産後の連絡 エ:その他()	
	医療機関等→	ア:家庭訪問(早急に できるだけ早く 時期をみて)	
	保健機関	イ:その他()	
今後の方針 (依頼機関)	家庭訪問・面接・電話・妊婦健診時確認・その他() 経過観察の内容()		
同 意	・有 この情報については妊婦・妊婦の夫・家族()の同意を受けています。 ・無 理由()		
返 信	要(TEL・文書)・否		
記 録 者	・所属・氏名 ・電話番号等		

児童虐待・胎児虐待（防止）連絡票

平成**年**月**日

●●都●●●●●児童相談所長（または、子ども家庭支援センター所長：本文(注)参照）殿

児童虐待・胎児虐待（防止）について、次の通り連絡いたします。

児童（胎児虐待の場合は、記載せず）

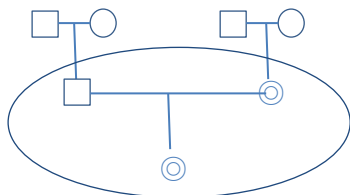
氏名：○○ ○○ 性別：男 or 女

生年月日：平成**年**月**日（*歳*ヵ月）

住所：○○県……

保護者 母：○○ ○○

家族構成



診断名 ○○○○

連絡理由 （例）母の精神状態が不安定で、本人は「このままだと子どもを殺してしまいそう」との訴えがある。父が仕事で日中家を不在にするが、父方祖母・母方祖母はともに夫の介護のためサポートが難しく、他に児を保護する家族がない。母は精神科医療機関への入院を拒否し、父も母の入院に同意しない。現状では児の安全・福祉が脅かされ保護が必要であると考えられるため。

連絡者 ○○病院 院長 ○○ ○○

○○県…… TEL：○○

備考

長野市における産後うつ病対策から、子育て支援へ

研究分担者 小泉典章 （長野県精神保健福祉センター）

研究要旨

長野市では、生後に実施される乳児家庭全戸訪問事業時に、同意を得た産褥婦に対して、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3種の質問票の実施を2016年4月より開始している。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、保健センターごとに関係者が集まり、支援検討会を行っている。その結果、担当保健師や本人自身が相談したいケースは、長野市保健所の精神保健福祉相談を受けられる体制を構築した。また、地域における切れ目ない妊娠・出産・育児支援のために、2カ所の保健センターを子育て世代包括支援センターとし、母子保健コーディネーターを配置している。

研究協力者

鹿田加奈 （長野市保健所）
横山伸 （長野赤十字病院精神科）
中澤文子 （長野県健康福祉部
保健・疾病対策課
母子・歯科保健係）

A. 研究目的

「健やか親子21（第1次）」の妊娠・出産に関する安全と快適さの確保と不妊への支援の課題において、産後うつ病の発生率を減少傾向とする目標があげられ、さらに2015年4月から始まった「健やか親子21（第2次）」においても、切れ目ない産褥婦・乳幼児への母子保健対策で産後うつ病対策が掲げられ、第2次の指標では「産後1か月でEPDS9点以上を示した人へのフォロー体制がある市町村の割合」が示された。母子保健事業は県から市町村（2013年4月から未熟児の養育支援、等も）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。

産後うつ病は出産後の15～20%の産婦にみられると言われており、育児不安や育

児疲れとして見逃されがちである。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も必要である。

うつ病などで自殺した妊産婦が東京23区で10年間に63人いたことが、順天堂大産婦人科と東京都監察医務院の調査でわかり、2016年4月の日本産科婦人科学会で発表された。調査期間は2005年から14年で、妊娠中から産後1年までに自殺や交通事故などで突然死した89人のうち、63人が自殺だった。うち、妊娠中に自殺した23人では妊娠2カ月が最も多く、全体の約4割がうつ病などと診断されていた。産後に自殺した40人では4カ月後がピークで、全体の約6割がうつ病などと診断されていたという。産後うつ病対策は、産婦の自殺対策に繋がってくる。

B. 研究方法

須坂市と須坂病院の連携の在り方を先行事例とし、長野市での妊産婦健康診査の導入および長野市の連携の在り方について、詳細な事例研究を行った。

（倫理面への配慮）

本研究に際しては、個人情報には抵触しないため、問題は生じないと考えられる。

C.D. 研究結果と考察

先行事例；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

県立須坂病院と須坂市、小布施町、高山村、長野県精神保健福祉センター（以下、当センター）が、2013年度から医療機関と市町村と連携して、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ている。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、医療機関と市町村との連携した支援は画期的だと思われる。2014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（母子保健相談支援事業、産前産後サポート事業、産後ケア事業）」に取り組み、母子健康手帳交付時の面接等も始めている。

産後ケア事業は、須坂市では2005年度から宿泊ケアを長野市にある助産所に委託して実施してきたが、市民の利便性等をはかるため、モデル事業を機に、2014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。県立須坂病院の産後ケア事業を委託するにあたり、利用者が利用中に体調不良となり精神科の受診が必要となった場合に、長野赤十字病院で受診ができるよう協力医療機関として小泉が依頼し体制を整えた。

早い時期から妊婦の気持ちを把握し、援助を必要としている妊産婦への早期支援に繋げていくため、県立須坂病院では出生全

例の産婦に EPDS を産科退院時と小児科1か月健診時に、また、須坂市、小布施町、高山村の市町村では乳児家庭全戸訪問（こんにちは赤ちゃん事業）時に、導入している。

この取り組みは医療機関と地域母子保健がタイアップしているところが稀有な試みであり、以下のような貴重なデータが得られた。須坂病院で出産した107人の須坂市在住の産婦（須坂病院出産例のほぼ半数）を、こんにちは赤ちゃん訪問まで、EPDS得点を継時的に追った結果だが、産科入院時、小児科1か月健診時、こんにちは赤ちゃん訪問時の EPDS 得点の平均を見ていくと、得点の平均は時間の経過とともに下がっている。逆に EPDS 得点が高くなった事例には、夫との関係、育児を支える環境、若年出産や乳児の疾患、先に産まれた兄弟の育児、等の問題が関わっている傾向があり、注意を要する。

これらの産婦で継続支援が必要なケースには、担当保健師が電話や1か月健診などで様子確認を行なっている。また、産科・小児科、精神科医の医師にもフォローへの協力を要請した。

月1回、周産期メンタルヘルスケア実務検討会を開催しているが、検討会では、フォローが必要なケースについて、病院や市町村の関わり、今後の支援の方向性を確認している。参加メンバーは県立須坂病院の小児科や産科の医師、助産師・看護師、MSW、須坂市・小布施町・高山村の保健師である。（スーパーバイザーは当センター小泉典章および国立成育医療研究センターこころの診療部立花良之）この検討会はいわゆる要対協（要保護児童対策地域協議会）の前段階になっている可能性がある。

県立須坂病院で出産された方以外でも、特定妊婦（出産後の養育について出産前の支援が特に必要な妊婦）や要保護児童、メ

ンタルに不調を抱えた妊産婦に関し、検討し、小児科受診や予防接種の機会に状況を把握できるような情報共有が可能となった。

産後うつ病の早期発見・対応マニュアルの作成と研修会の開催

2013年度に、長野県精神保健福祉センター制作のパンフレット「産後のこころの健康—産後うつ病をご存知ですか—」を作成した。

2014年度に、須坂地域をモデルとした産後うつ病の予防対策の普及のハンドブックである「産後うつ病の早期発見・対応マニュアル」を当センターが作成し、EPDSを用い、産後うつ病の早期発見・対応ができることを目的に、全県の産科・関係医療機関、県助産師会およびに全市町村に、配布した。また、この対応マニュアルには3点セットと呼ばれる、育児支援チェックリストと赤ちゃんへ気持ち質問票（ボンディング）も掲載している。また、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、全県の保健師、助産師に普及するために、松本市で2015年3月に開催した。2016年3月に長野県母子保健推進センターから発行された「母子保健マニュアル」には、「産後うつ病の早期発見・対応マニュアル」が全文収載されている。

早期の支援や連携が整えられてきている現在でも、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。2016年度には、困難例の妊産婦を受け入れる信州大学病院産科で、外来、入院の妊産婦にEPDS導入をはかりたいということで、小泉が2016年3月の信大病院産科での講習会に協力している。信大病院産科病棟の全出産例で、2017年3月からEPDSが開始されている。方法は、経膈分娩の方は産褥3日目、帝王切開の方は産褥5日目に、

回答された質問票をもとに助産師が面談を行っている。信大病院産科は精神疾患合併の妊産婦も多いが、内服や治療の有無を問わず、全員に実施しているそうである。

なお、長野日赤産科病棟では2016年2月より、産科入院者全員に対して、入院3日目にエジンバラ質問票を配布し、4～5日目の退院診察時に担当の助産師が質問票の内容を確認している。（長野日赤では2013年12月に「産後うつ病の早期発見・対応のための研修会」を小泉典章、立花良之が協力し、開催している）

長野市の産後うつ対策の準備への協力

2014年4月から、長野市こども未来部が誕生し、長野市に生まれた全ての子どもが健やかに育つことを目標とした、妊娠から出産、子育てまでの包括支援システムづくりを構築するための動きが先行していた。長野市保健所ではさらに、母子保健施策の立場から、妊娠から出産期へと切れ目なく支援する為に「エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)」等を導入し、「産後うつ病」の早期発見と、育児不安を抱える母親をスクリーニングし、必要な支援を早期に行うことを目的に導入の検討を開始した。同時期に長野県精神保健福祉センターから、須坂市での実践活動から、「長野市でも取り入れてみたら」と助言をしている。そこで、2014年12月より長野市保健所内に産後うつ病対策プロジェクトが発足した。ただ、問題点として、研修を受けたことのある保健師はいたが、13ある長野市の保健センターによって関心に偏りがあった。また、EPDSが高得点になった人へのフォロー体制が確立されていなかった点もある。

2015年度は準備期間であり、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2016年4月から、EPDS、等を全訪問例に導入したい

ということで、小泉らがこの1年間の研修に協力してきた。

2015年6月22日「産後うつ病の早期発見・対応のための研修会」

国立成育医療研究センター医長 立花良之
精神保健福祉センター所長 小泉典章

2015年10月27日「妊婦を取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
(小泉がご依頼)

この1年に亘る準備は2016年2月発行の「長野市産後うつ病等の早期発見・対応マニュアル」の発刊に結実した。このマニュアルは当センター作成の「産後うつ病の早期発見・対応マニュアル」を引用し、質問表の使い方が具体的にまとめられている。内容は以下の通りである。

- ・産後うつ病とは
- ・スクリーニングのタイミングと留意事項
(妊娠期の留意事項、出産後の留意事項)
- ・産後うつ病のスクリーニングの方法
(基本的な実施方法、質問票の使い方、支援基準と対応)
- ・支援の実際
(緊急度別対応フロー、具体的な対応方法)
- ・記録・様式

それを受け、2015年度の内に各保健センターですでに、EPDSを試行し、ケース検討を重ねている。長野市の現状は、須坂市と異なる点として、妊婦健診未受診者、それと関連する飛込み分娩が見られることで、これら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(後述)を模した包括的子育て支援も検討されている。

妊娠期からの切れ目ない連携支援の行政施策として、厚生労働省は平成27年9月より、子育て世代包括支援センターの整備を図っている。子育て世代包括支援センタ

ーは、妊娠期から子育て期にわたるまで地域の特性に応じ必要な情報を共有して、切れ目なく支援することになっている。子育てについてのワンストップ相談窓口として、妊産婦、子育て家庭の個別ニーズを把握したうえで、情報提供、相談支援を行い、必要なサービスを円滑に利用できるよう、きめ細かく支援する役割を担う。また、地域の様々な関係機関とのネットワークを構築するなどの機能を有し、子育て家庭のサポートのための地域連携のかなめとなる位置づけとなる。

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、膨大過ぎてすぐに読めないという声もあった。また、産後ケア事業は長野市では、長野県内でも先駆けて、以前から行われていたが、2016年度から受託医療機関をさらに増やし、利用者負担の軽減をはかっている。

子育て世代包括支援センターに母子保健コーディネーターを置き、授乳等の育児指導が求められる産後ケア事業、母子の愛着形成をはかるような産前産後サポート事業のケアプランを途切れなく立てられるのが理想的である。

長野市の産後うつ病対策の取り組み

2016年4月から、生後3か月までの児を持つ母親を対象に、新生児訪問(長野市では「初めまして赤ちゃん事業」と呼称)時に3種の質問用紙(エジンバラ産後うつ病質問票、育児支援チェックシート、赤ちゃんへの気持ち質問票)で評価を実施することになった。方法は長野県精神保健福祉センターが作成した産後うつ病早期発見・早期対応マニュアルに準じて実施することになった。それをもとに、前述のように長野市産後うつ病等早期発見・対応マニュアルを作成している。

3種の質問表を実施してからの、長野市

保健所としての支援基準を以下のように設け、支援することにした。

①質問票Ⅱ「エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）」の合計得点が9点以上

②質問票Ⅱ「エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）」の質問10「自分の体を傷つけるという考えが浮かんできた」の点数が1点以上

③産後の気分の変化が続いている

④質問票Ⅲ「赤ちゃんへの気持ち質問票（ボンディング）」が高得点

⑤その他気になるケース

さらに、経過を確認するためEPDSが高得点、心理社会的困難さを持つ母親には1か月以内に2回目の訪問を実施することにした。産後うつ病等フォロー台帳での管理は4か月児健診で終了とし、その後も継続支援が必要な場合は地区フォローとする。

つまり、継続支援が必要なケースとして要約記録を作成、産後うつ病等フォロー台帳に記入、保健センター内支援検討会にかけ、その後の支援について検討する。具体的には、家庭訪問・面接・医療機関受診勧奨・精神保健相談利用、等である。メリットとしては、担当者1人でケースを抱え込まず、チームとして対応について検討する。センター内の動きが全員把握できるようになる。新人保健師も先輩保健師がどのような対応をしているか参考になる。

長野市保健所内の精神保健福祉相談は、専門医による面接相談で、原則予約制。対象者は本人・家族の相談が原則であるが保健師のみの相談も可とする。さらに他院への受診をはかるケースや産後ケア、養育支援事業サービス等、他課事業との連携をはかる。

長野市における周産期のメンタルケアの医療的連携体制については後述するが、長野市保健所と産科医、精神科医、小児科医との連携について、ここでまとめたい。

① 産科医師との連携について

☒産科医師から、健康課母子保健担当へ連絡するケース

日頃の診察場面で、母親の体調及び育児状況に問題があり、母子への支援が必要と考えられる場合、産科医療機関からハイリスク妊産婦の連絡票を送付。早期からの把握や主治医の指示を受けて支援できる。

☒保健師から、産科医師へ連絡・相談するケース

産後1か月以内の産婦で、3種の質問票（特にEPDSで9点以上高得点）を評価し、母親の体調及び育児状況に問題がある場合、または今後予測される場合

② 精神科医師との連携について

☒精神疾患合併妊産婦

精神科主治医の指示を受けて支援する。

☒精神疾患既往歴があり、現在受診していない妊産婦

必要と思われる場合、精神科受診を勧奨する。

☒EPDS高得点者で精神科受診が必要か判断に迷うケースまたは対応困難ケース

精神保健福祉相談（長野市保健所）にて、精神科医師の助言を受けて支援。希死念慮が強い場合は、緊急度別対応フローに従う。

③小児科医師との連携について

☒保健師から小児科医師へ連絡・相談するケース

3種の質問票（特にEPDSで9点以上高得点）を評価し、子どもの発育・発達に問題がある、または今後予測される場合

☒小児科医師から健康課母子保健担当へ連絡するケース

日頃の診察場面で、子どもの発育・発達に問題があり、母子への支援が必要と考えられる場合

長野市保健所でまとめた長野市産後うつ病スクリーニング連携フローが、図1である。

長野市の周産期のメンタルケアの医療的連携体制の構築

長野市保健所、長野県精神保健福祉センター、長野市医師会が協働して、周産期のメンタルケアの連携体制を構築している。

すでに長野市保健所と地域の中核病院である長野赤十字病院が連携している。周産期の産褥精神病や重症の産後うつ病などの重症例の入院対応を長野日赤産婦人科や精神科が担っている。周産期の重症例では入院が必要になるケースがあるため、保健機関と総合病院精神科の連携が必須である。長野日赤精神科の横山伸部長に小泉がお願いし、2016年6月より、周産期メンタルヘルスの相談を含む市保健所の精神保健福祉相談に日赤精神科から派遣し、月1回加わっていただけることになった。長野日赤精神科が、長野市保健所の精神保健福祉相談の嘱託医も担当するようになってから、保健師が対応で心配なケースを精神保健福祉相談の枠を使ってケース会議を行ったり、心配な妊産褥婦を精神保健福祉相談で精神科医に相談してもらったりして、通院が必要なケースは、長野日赤精神科でフォローアップしてもらう体制を敷いている。自治体の無料の精神保健福祉相談は、医療機関の精神科・心療内科外来よりも妊産褥婦にとっては気軽に受信できることが多く、かつ、医療・保健が容易に連携できる場でもある。精神保健福祉相談を通して地域の精神科中核病院と保健機関が結びつくことは、周産期のメンタルケアの地域連携の重要なリソースになると考えられる

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いる。妊娠中や産後の精神障害が緊急を要する場合は、長野日赤がこれまでも対応していただいたが、希死念慮等の精神医学的なコンサルテーションを求めたい場合に限れば、産婦人科医が、かかりつけ医に相当するので、長野市医師会

の先駆的な試みである「かかりつけ医から精神科医への紹介システム」が活用可能だと考えられる。

長野市医師会の作成した「かかりつけ医から精神科医への紹介システム」とは、紹介を受けた精神科は必要性や緊急度を判断しおおむね7～10日以内に受診日を設定することになっている。産科医療機関が産後うつのスクリーニングであるエジンバラ産後うつ病質問票を実施することにより、精神科受診が必要と判断された場合にも実施されている。このような地域医師会による医療機関同士の連携のネットワーク整備も、周産期のメンタルケアの地域連携を後押しすると考えられる。

長野市保健所が主催する長野市産後うつ病対策検討会議には、長野市小児科医会から増田英子先生、産婦人科医会から中澤学先生、精神科から小泉典章が協力委員として加わっている。この会議では、母子健康手帳の発行状況、妊娠中から、精神科に関わってもらっていないすきまのケースの対応に困ってしまう場合があること。医療機関から提出されている連絡票についての説明。妊産婦の承諾が得られない場合は「拒否」という連絡票を提出している。産褥精神病など早期に入院治療が必要なケースなど、医療との連携は大切。キャリアを積んだ母親が、思い通りにいかない育児に対して、不安や苛立ちを抱えてしまう傾向、妊娠早期から関わったほうが良い、外国人の妊産婦の対応にも苦労している。今は授乳していても服薬することも多い。2017年度から始まる予定の厚労省の新規の産婦健康診査事業について、長野市はどのようなかなどが、議論されている。

厚生労働省は、産後うつ病の予防や新生児への虐待予防を図る観点から、平成29年度より産婦健康診査事業を開始する。厚生労働省が自治体に課している産婦健康診

査の実施要件として、①産婦健康診査において、母体の身体的機能の回復や授乳状況及び精神状態の把握などを実施すること ②産婦健康診査の結果が健診実施機関から市区町村へ速やかに報告されるよう体制を整備すること ③産婦健康診査の結果、支援が必要と判断される産婦に対して、産後ケア事業を実施することとなっている。

長野県内でも、母子保健推進センターにおいて、2016年度から小泉も協力した体制で、県内の市町村の産後うつ対策を含む周産期メンタルヘルス対策への支援が開始された。2016年度から（2年間限定）、医療機関から市町村へハイリスク妊産婦、産褥婦、新生児の連絡票が届いた場合、医療機関に、1件当たりのインセンティブの謝金を提供する長野県の新規事業も開始された。その連絡票には少なくとも、EPDSの点数が記載されることが望ましいので、母子保健推進センターが普及に努める。このインセンティブにより、市町村との連携を深める医療機関の数を増やし、家庭訪問等の個別支援が必要な事例を市町村が把握をできるようにするのが目的である。2016年度は約1,500件情報提供があった。このインセンティブのためか、2016年度中に県内の4割近くの産科医療機関でEPDSが導入されている。

塩尻市も同様な産後うつ病対策を実施したいと、2016年9月9日に鹿田と小泉が講師として塩尻市に招かれ、10月5日には塩尻市の職員が長野市保健所の活動を見学した。

ネウボラとは何か

わが国でネウボラが知られるようになったのは、2014年9月23日の讀賣新聞の榊原智子記者の紹介の記事である。ネウボラ（「アドバイスを受けられる場所」を意味する）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、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ことが目標である。

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長野市保健所で構想しているものが、図2である。ながの版ネウボラについて、本家フィンランドのネウボラと比較した考察を試みたい。

① 妊娠から子育てまで窓口を一つにする
子ども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いう考えであり、それが徐々に増やしていく予定のネウボラ的な、子育て世代包括支援センターが拠点であり、窓口一つで各機関の紹介や育児に関する相談など、便利で切れ目のない支援を受けられるようにする。

② 拠点に専門職を配置する

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。（平成28年度は長野市では13の保健センターがあるが、犀南と吉田の2カ所の保健センターに母子保健コーディネーターを配置）子育て支援包括支援センターがネウボラ的なワンストップ拠点となり、

妊娠から子育てまで適切なアドバイスを受けることができるようになる。

③ 子育て支援の医療と福祉の連携

これまで医療と福祉はそれぞれ独立していた。しかし、妊娠・子育てにおいては両者一体化していたほうが有機的である。ながの版ネウボラでは、子育て世代包括支援センターを中心に連携することにより、必要な時に必要な機関への紹介が可能になる。妊娠中の健康や悩み、子どもの発達を切れ目なく見守ることで、障害や病気（産後うつ、発達障がい、等）の早期発見、家庭内暴力、児童虐待、子供の貧困等、家庭や経済問題の早期解決に繋がる。

長野市の強みとして、行政が東京のNPOに委託契約した「マタニティメール」、
「産後・子育て応援メール」配信、等以外に、地元で根差した子育て支援活動があることである。その一例として、ながのこどもの城が関わる、小児科医を囲むプレネイタルミーティング、家庭訪問型訪問事業であるホームスタート事業、等がある。「ながのこどもの城いきいきプロジェクト」は、1997年に市内の小児科医有志を中心に発足した会が前身で、乳幼児を持つ親と子の子育てサロン、こどもの心とからだの相談室などの活動を開始したNPO法人である。会の設立のきっかけは、前理事長で小児科の故・有吉徹先生が「診察に来る子どもたちや親の様子がおかしい。母親が仕事と家庭との両立に悩んで疲れ果て、それが子どもに影響して夜泣きなどの症状となり、診察を受けに来る例が増えているのではないか」と問題提起され、「これは、小児科医だけでは受け止められない。対応するには、他職種の人たちとも一緒になって、東京の青山にある“こどもの城”のような子育て支援拠点を長野にもつくる必要がある」と発案したところ、他の小児科医も賛同し、誕生したそうである。

2002年に長野市が“もんぜんぷら座”を取得し、長野市版の“こどもの城”、こども広場「じゃん・けん・ぼん」が誕生することになったという。当センターで、市医師会の研修会の企画に協力させていただいたとき、いつも有吉先生が一番前の席に座っておられたお姿を思い出す。

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EPDS等の活用や検討会、等を通して医療機関と連携した手厚い支援を全県でも広げていきたいと願っている。妊娠から出産までの母子の健康を支える周産期医療について意見交換する長野県の周産期医療連絡調整協議会は、2017年1月23日、妊産婦の精神疾患への対応などについて議論している。小泉は講演し、周産期医療は今後、精神科医とも連携を強める必要があると、意見を述べた。本協議会は周産期母子医療センターを設置する病院の医師らで構成し、情報交換を目的に年1回開いている。(2016年12月27日の長野県母子保健推進協議会でも妊産婦の自殺件数は少なくないと指摘し、同様な趣旨で小泉が講演している)

〈コラム；下条村の出生率の高さ〉***

今、全国から注目を浴びている長野県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、などである。(フィンランドでは、女性が生涯に産む子どもの推定人数を示す合計特殊出生率が1.8前後で推移している。ちなみに下条村は1.88)このような経済的支援のみならず、メンタルヘルス支援も強化を目指していきたいと願っている。岡山県の奈義町も同様な施策を実施して、2014年の合計

特殊出生率(速報値)は2.81になったそうである。少子化対策には、特効薬的政策はなく、いろんなメニューの施策が地道に重ねられてきて、アウトカムとして出生率が上がると考えられる。

ところで、当センターは16名の正規職員(男性も含む)の小世帯の現地機関であるが、この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ます。先日は当センターの男性職員が育休を初めて取得している。長野県現地機関の下条村と呼ばれる所以だが、このプロジェクトと無縁のことではないと考えている。

E. 結論

「甘えの構造」を書かれた土居健郎先生が、「精神保健の仕事の半分は母子保健ではないか」と言われたそうだが、子育てに関して、精神保健の立場から考えても、少子化・高齢出産など妊娠・出産を巡る状況は、かつてとは異なる。産後うつ病の予防と対応を含めた周産期メンタルヘルス活動を効果的に行うために、母子健康手帳を交付した時からの手厚い支援が必要になっている。

また、乳幼児健診では、保護者との関係性に影響を与える発達障害についても早期発見し、継続した支援につながる事が大切である。言い換えれば、母子保健の分野で、妊娠期から母親のメンタルヘルスを支えることは育児支援や虐待防止に繋がる。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希望している。

1997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。

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。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 小泉典章：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．厚生労働科学研究分担報告書，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研究，2013-5年度
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．子どもの虐待とネグレクト、18(2)：231-235,2016
3. 小泉典章、横山伸、町田和世、鹿田加奈、中澤文子、樽井寛美：母子の周産期メンタルヘルスを支える体制づくり(第2報)．精神経誌 119：印刷中，2017
4. 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、31(7)：925-931,2016
5. 立花良之、小泉典章、樽井寛美、赤沼智香子、鈴木あゆ子、石井栄三郎、鹿田加奈：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、妊娠期からはじまる医療・保健・福祉の地域連携モデルづくりについて．子どもの虐待とネグレクト、18(3)：362-366,2016
6. 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

7. 小泉典章：長野市における産後うつ対策から、ながの版ネウボラ構想へ．長野市医師会ニュース 4；4-8, 2016.

8. 小泉典章：「かかりつけ医から精神科医への紹介システム」が、ベストプラクティスに選出．長野市医師会ニュース 4；4-7, 2017.

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

なし

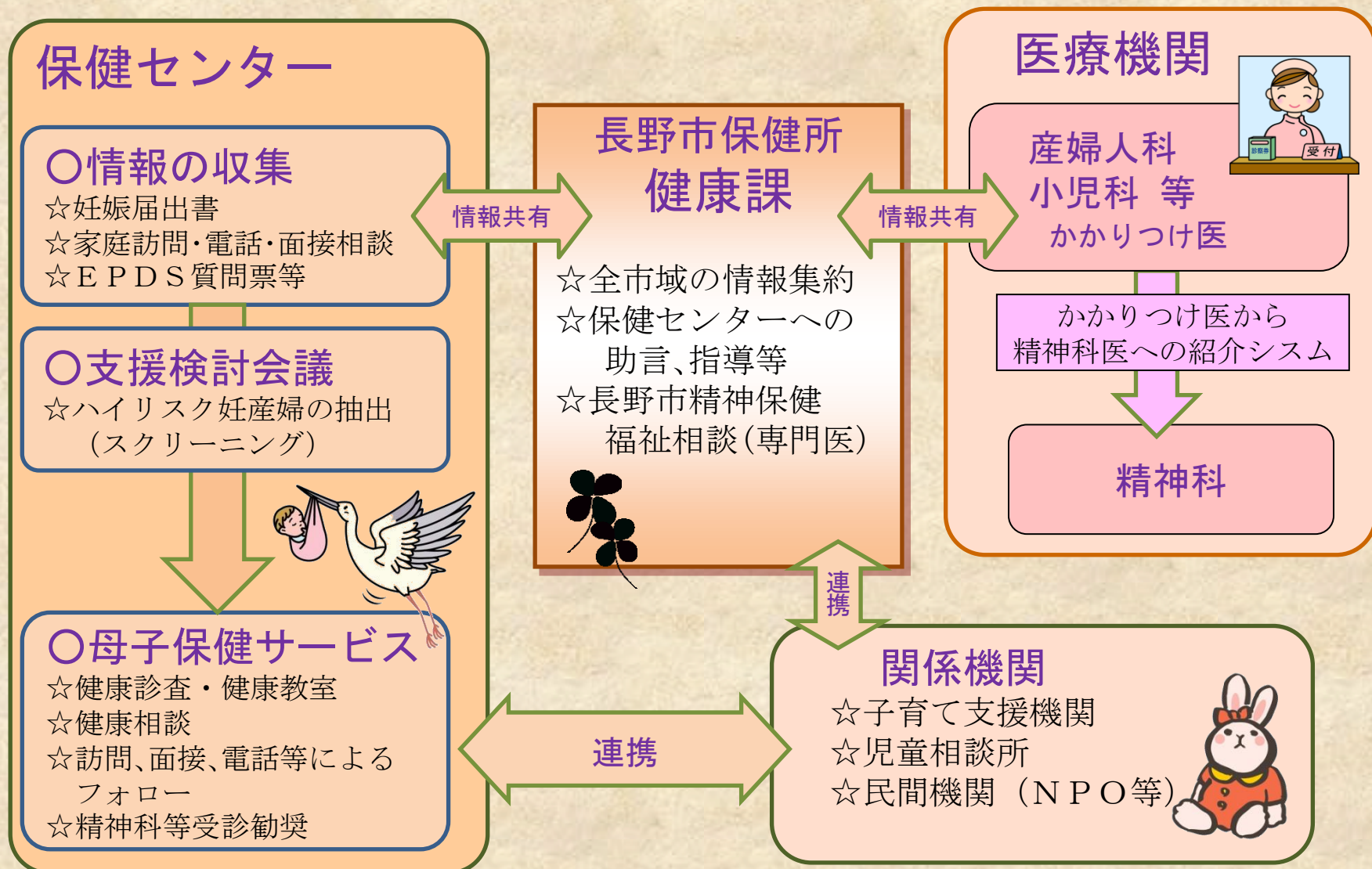
3. その他

なし

謝辞

本研究にご協力いただいた長野県・長野市の担当者の皆さまに、心からお礼を申し上げます。

長野市産後うつ病スクリーニング連携フロー





長野市母子保健・子育て支援の体系概要

出産前後

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

妊娠期

誕生

出生～就学前（子育て期）

3
か
月

6
か
月

9
か
月

1
歳

2
歳

3
歳

4
歳

5
歳

学校出前講座
(妊孕性等)

思春期保健
相談

不妊・不育症
相談

特定不妊治療
費助成

不育症治療費
助成(県)

妊娠届
↓
母子健康手帳交付

「妊娠届」時に保健師が面談をして、母子健康手帳を交付

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)

・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を図る

・「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、包括的に支援すること。

出生届
↓
赤ちゃんのしおり配付

産後ケア

産婦訪問
新生児全戸訪問

離乳食講習会

親子よい歯サポート教室

4か月児健康診査(集団)

おひさで絵本
家庭教育講座

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

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

*子どもの福祉及び障害児については、

【幼学前健診】

【教】

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サポート事業

妊産婦健康診査の評価の在り方について-栄養の観点から

研究分担者 瀧本秀美（国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所）

研究要旨

栄養学の観点から適切な妊産婦健診・保健指導について我が国で2006年に公表された「妊産婦のための食生活指針」と、諸外国との比較を行った。英語圏の国々を中心に抽出を行い、米国・英国・カナダ・ニュージーランドの妊産婦の栄養管理指針を参考にした。いずれの国々においても、初診時の栄養状態の評価(身長・体重の把握や食生活の把握)が推奨されていた。また、低所得層の妊産婦においては妊娠・授乳に必要な食品を十分摂取できない恐れがあることから、フードセキュリティーの状況把握が推奨されていた。わが国でも若年女性のやせの割合が約4人に一人と高いことを考慮すると、食事摂取制限の有無と合わせてフードセキュリティーの状況把握も健診時に行われることが望ましいと考えられた。

A. 研究目的

我が国では、適切な妊産婦健診・保健指導に関する栄養学的観点からのガイドラインとして2006年に公表された「妊産婦のための食生活指針」が用いられている。そこで、我が国の指針と諸外国とではどのような共通点や違いがあるのかを明らかにするため、比較検討を行った。

B. 研究方法

英語圏の国々を中心に抽出を行い、米国・英国・カナダ・ニュージーランド・アイルランドの妊産婦の栄養管理指針との比較を行った。

（倫理面への配慮）

特段の配慮は不要であった。

C. 研究結果

表1には、妊婦の栄養状態を表す指標の一つである体格や体重増加に関する各国の状況を示した。英国以外の国々では初診時の実測による身長と体重値からBMIを計算することを推奨していた。妊娠前あるいは妊娠初期の体格に応じた体重増加目標値は、

米国の値が参照されていた。

栄養不足のリスクの高い妊婦への対応について、諸外国のガイドラインのすべてに記載がされていた。米国では低所得世帯の妊婦に対し、Women, Infants and Children's program (WIC)を実施しており、食料品店で新鮮な野菜や果物等を購入できるバウチャーの支給や栄養カウンセリングを提供している。英国では低所得層を対象としたHealthy Startプログラムによって、果物や野菜の摂取量増加につながっていた。カナダでも1995年からThe Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP)が立ち上げられ、低所得、社会的孤立、若年妊娠、薬物乱用、DVなどの困難を抱える妊婦に対し、食生活のアドバイスや食品クーポンの支給等の支援を行っている。

D. 考察

英語圏の諸外国では、測定に基づいた体格評価から栄養状態を判定していた。また、出産や育児にあたって困難を抱える低所得世帯の妊婦を支援する制度に関する情報も

栄養ガイドラインに盛り込まれており、今後我が国でも参考にすべき点が多いと考えられた。

E. 結論

わが国でも若年女性のやせの割合が約4人に一人と高いことを考慮すると、食事摂取制限の有無と合わせてフードセキュリティの状況把握も健診時に行われることが望ましいと考えられた。

引用文献・出典

1. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines; Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Nutrition in Pregnancy. Scientific Impact Paper No. 18, Revised September 2010
3. Health Canada. Prenatal Nutrition Guidelines for Health Professionals Background on Canada's Food Guide, 2009
4. Ministry of Health. 2006. Food and Nutrition Guidelines for Healthy Pregnant and Breastfeeding Women: A background paper. Wellington: Ministry of Health.
5. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland And Directorate of Clinical Strategy and Programmes, Health Service Executive: CLINICAL PRACTICE GUIDELINE Nutrition for Pregnancy. Version 1.1 Guideline No.27 August 2013, Revision date: August 2016

F.健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Sato Y, Tsubota-Utsugi M, Chiba T, Kasaoka-Tsuboyama N, Takimoto H, Nishi N, Umegaki K: Personal behaviors including food consumption and mineral supplement use among Japanese adults: a secondary analysis from the National Health and Nutrition Survey, 2003-2010. Asia Pac J Clin Nutr : 25(2): 385-392, 2016
2. Imai E, Nakade M, Tsuboyama-Kasaoka N, Takimoto H: Improved Prevalence of Anemia and Nutritional Status among Japanese Elderly Participants in the National Health and Nutritional Survey Japan, 2003-2009. J Nutr Food Sci 6:495. doi:10.4172/2155-9600.1000495: 62016.4.28

2. 学会発表

国内学会

1. 瀧本秀美:妊娠糖尿病における食事の評価と指導方法について. 第40回日本産科婦人科洋・代謝研究会: 2016.9.1: 札幌市
2. 瀧本秀美:思春期・妊娠期の食の問題と対応. ミニシンポジウム2「次世代の健康を守り育てるための課題と役割」第32回日本糖尿病・妊娠学会年次学術集会: 2016.11.19: 岡山市

国際学会

1. Takimoto H: DOHaD interventions: Opportunities during pregnancy and early-life. Conference of International Society for Environmental Epidemiology

and International Society of Exposure
Science- AC2016: 2016.6.28: Sapporo

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
なし
3. その他
なし

資料 1.

表 1. 各国のガイドラインに見る妊娠初期の体格評価方法

国名	評価方法	体重増加について
米国	初診時（理想的には）妊娠初期に身長と体重を実測し、 BMI を計算で求めて、体格を判定する	表 2 を参照
英国	特に指定はない	健診時の毎回の体重測定は原則的にしない
カナダ	米国のガイドラインに準じる	米国の目標値を利用
ニュージーランド	妊娠前 BMI を集団別の体格カットオフ値で分類する	米国の目標値を利用
アイルランド	初診時（理想的には）妊娠初期に身長と体重を実測し、 BMI を計算で求めて、体格を判定する	すべての妊婦に適用できる国際基準がないため、示さない

表 2. 非妊娠時の体格別体重増加目標値 (kg)

非妊娠時 BMI (kg/m ²)	日本	米国
<18.5	9 - 12	12.7 - 18.1
18.5-25	7 - 12	11.3 - 15.9
25-30	個別対応	6.8 - 11.3
≥30		5.0 - 9.1

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
<u>立花良之</u>			母親のメンタルヘルスサポート ハンドブック 気づいて・つないで・支える多職種 地域連携	医歯薬出版株式会社		2016	136

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

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
Tsunehiko Kurokami Yoshiyuki Tachibana Motoko Kogure Makiko Okuyama	Pitfalls in the Recognition and Diagnosis of Munchausen Syndrome by Proxy	Clinics in Mother and Child Health.			2016
立花良之 小泉典章	妊娠期からの切れ目ない連携支援体制づくり	精神科治療学	32巻6号		
小西晶子 立花良之	5. 睡眠薬	妊娠期のマイナートラブル	Rp.+ 夏号		2017
小西晶子 立花良之	周産期のうつ病	月刊「精神科」			
立花良之	46. 意思疎通困難	周産期医学	47巻増刊号		
小西晶子 立花良之	45. 不安症状・うつ症状	周産期医学	47巻特集号		
立花良之 小泉典章 中板育美	CQ5 メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する、緊急度／育児・家庭環境／児の安全性確保に留意した医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の仕方は？	周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド2017			
立花良之 小泉典章 中板育美	CQ6 メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦についての、医療・保健・福祉の情報共有及び同意取得・虐待や養育不全の場合の連絡の仕方は？	周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド2017			
立花良之 小泉典章 樽井寛美 赤沼智香子 鈴木あゆ子 石井栄三郎 鹿田加奈	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、妊娠期からはじまる医療・保健・福祉の地域連携モデルづくりについて	子ども虐待とネグレクト	vol.18. No.3	362-366	2016
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	vol.18. No.2	231-235	2016
立花良之 小泉典章	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	vol.18. No.2	231-235	2016

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	vol.31.No.2	97-103	2016
竹田 省 杉山 隆 海老根真由美 牧野真太郎 岡井 崇 鈴木俊治 岡野禎治 鈴木利人 渡邊博幸 竹内 崇	妊産婦メンタルヘルスに関する合同会議2015 報告書	日産婦誌	68	129-139	2016
Suzuki S et al.	Domestic violence against women during pregnancy in Japan	Matern Fetal Neonatal Med	Feb;30(4)	497-498	2017
Suzuki S et al	Current Proportion of Women Receiving Perinatal Psychosocial or Psychological Intervention in Japan	J Clin Med Res	Jun;8(6)	472-4	2016
Suzuki S et al	Deterioration/relapse of depression during pregnancy in Japanese women associated with interruption of antidepressant medications	J Matern Fetal Neonatal Med	Jul 11:1-4		2016
鈴木俊治	母体のうつ対策	救急医学	40巻9号	1091-1094	2016
鈴木俊治	妊産婦のメンタルヘルス「産婦人科診療ガイドライン産科編2017」の主な追記点・改訂点	助産師	70巻4号	16-18	2016
鈴木俊治	産後ケア報告から見えてきた今後の課題 周産期メンタルヘルスケアの充実を! 産婦人科医師の立場から	助産師	70巻3号	18-20	2016
鈴木俊治	精神疾患合併妊娠(うつ病合併妊娠・産後うつ病)	ペリネイタルケア2016	夏季増刊	234-237	2016
鈴木俊治	産後2週間頃の母親の悩み等に関する検討	臨床婦人科産科			2017

戸苺創 福島富士子 岡野禎治 Heui Seung Jo	新しい産後ケアの確立を目指して	Fetal & Neonatal Medicine	8	8-15	2016
岡野禎治	精神科から妊産婦死亡防止に向けた提言	日本産科婦人科学会雑誌	68	3098-3102	2016
岡野禎治	産科系疾患とうつ病	Depression Journal	4	22-25	2016
Suto, M. Takehara, K. Yamane, Y. Ota, E.	Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health and couple relationship: A systematic review.	Journal of Affective Disorders	210, 1	115-121	2017
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	子どもの虐待とネグレクト	18(2)	231-235	2016
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	31(7)	925-931	2016
立花良之 小泉典章 樽井寛美 赤沼智香子 鈴木あゆ子 石井栄三郎 鹿田加奈	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、妊娠期からはじまる医療・保健・福祉の地域連携モデルづくりについて	子どもの虐待とネグレクト	18(3)	362-366	2016
小泉典章	長野市における産後うつ対策から、ながの版ネウボラ構想へ	長野市医師会ニュース	4月号	4 - 8	2016

Sato Y Tsubota-Utsugi M Chiba T Kasaoka-Tsuboyama N, <u>Takimoto H</u> Nishi N, Umegaki K	Personal behaviors including food consumption and mineral supplement use among Japanese adults: a secondary analysis from the National Health and Nutrition Survey, 2003-2010	Asia Pac J Clin Nutr	25(2)	385-392	2016
Imai E Nakade M Tsuboyama-Kasaoka N <u>Takimoto H</u>	Improved Prevalence of Anemia and Nutritional Status among Japanese Elderly Participants in the National Health and Nutritional Survey Japan, 2003-2009	J Nutr Food Sci	6:495		2016