

母子保健 情報誌 04

〔特集〕

妊産婦のメンタルヘルスケア



厚生労働省子ども家庭局母子保健課長
ひらこ てつお
平子 哲夫

近年、次世代育成サイクルである「成育」の概念を軸に、身体的・精神的・社会的な視点を包括して施策を考えていくことの重要性が指摘されています。2018年12月には「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（略称：成育基本法）」（平成30年法律第104号）が公布されました。今後、保健、医療、福祉、教育などが連携して、子どもたちの健やかな成育を切れ目なく、社会全体で支える環境の整備を進めていくことが一層求められています。

最近の国の施策の動きとしては、「ニッポン一億総活躍プラン」（2016年6月2日閣議決定）に基づき、子育て世代包括支援センターを2020年度末までに全国展開することを目指しています。2018年7月に「データヘルス時代の母子保健情報の利活用に関する検討会中間報告書」が公表され、今後必要な制度改正等が予定されており、また、健やか親子21（第2次）については2019年度に中間評価が予定されているなど母子保健分野での大きな動きが控えています。

「母子保健情報誌」は年に1回発行し、今号で第4号となります。前述した以外にも児童虐待などさまざまな話題がある中で、今回は産後うつなどが社会問題となっている「妊産婦のメンタルヘルスケア」に焦点を当てました。

厚生労働省子ども家庭局母子保健課中根恵美子専門官から国の取り組みについて概要をご報告し、専門的立場から、国立成育医療研究センター立花良之先生からは妊産婦のメンタルヘルスに関する最新の知見について、日本産婦人科医会相良洋子先生、星真一先生、鈴木俊治先生からは日本産婦人科医会の取り組みなどについてご寄稿いただきました。

また、母子保健事業を活用した妊産婦のメンタルヘルスへの支援や関係機関連携の取り組み報告について、東京情報大学市川香織先生に総括していただき、医療機関における支援（大阪母子医療センター）、産後ケア事業を通じた支援（富山市、下松市）、産前・産後サポート事業を通じた支援（伊東市）、子育て世代包括支援センターにおける支援（平塚市）、都道府県の取り組み（石川県）から報告いただきました。

今回の特集が母子保健分野で活躍されておられる皆様のご参考となり、それぞれの場での取り組みに活用いただければ幸いです。引き続き、母子保健関係施策への積極的な取り組みをよろしくお願いたします。

特集「妊産婦のメンタルヘルスケア」

巻頭言	平子 哲夫 1
妊産婦に対する支援について	中根恵美子 4
妊産婦のメンタルヘルスケアについてのエビデンス ～気付いて・つないで・支える多職種連携に関連して～	立花 良之 8
【日本産婦人科医会の取り組み】	
「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」の作成	相良 洋子 18
妊婦健診や産婦健診の実際（早期発見等）	星 真一 22
妊産婦の自殺や診療報酬改定について	鈴木 俊治 26
【事例紹介】	
事例紹介を総括して	
母子保健事業を活用した妊産婦のメンタルヘルスへの支援や関係機関連携について	市川 香織 29
●医療機関における支援	
産科医療機関でできる周産期メンタルヘルスケア ～医療・保健・福祉の連携を目指した妊婦支援を考える～	和田 聡子 32
●産後ケア事業を通じた支援	
妊産婦のメンタルヘルスに着目した支援について～産後ケア事業を始めて見えてきたこと～	世良 由華 37
産後ケア応援室での取り組みから	中野 留美 41
●産前・産後サポート事業における支援	
伊東市における産前・産後サポート事業～NPO法人「子育てネットワークゆう」 委託事業の家庭訪問型子育て支援事業と集団型子育て支援事業について～	稲葉 淳子 46
●子育て世代包括支援センターにおける支援	
平塚市の産後うつの取り組み	萩尾みゆき 51
●都道府県の支援	
石川県における妊産婦へのメンタルヘルス支援の取り組み	岡部 牧子 56

妊産婦に対する支援について

厚生労働省子ども家庭局母子保健課 中根 恵美子

1. 妊産婦を取り巻く状況の変化

わが国の妊産婦死亡率や乳児死亡率などの母子保健の水準は、世界有数の低率国となっています。

一方で、近年、少子高齢化や核家族化が進み、晩婚化・晩産化、育児の孤立化など妊産婦等を取り巻く環境が変化しています。

こうした中、2015年には子ども・子育て支援新制度が本格施行され、2016年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」には妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援として「子育て世代包括支援センター」（以下、センター）が盛り込まれており、2020年度末までの全国展開を目指すこととしています。

2016年には児童福祉法等の一部改正が行われ、児童虐待の発生予防から自立支援まで一連の対策のさらなる強化を図るため、センター（母子保健法上は「母子健康包括支援センター」）の設置を市町村の努力義務として法定化するとともに、母子保健施策が児童虐待の発生予防・早期発見に資することに留意すべきことが明確化されました。

さらに、「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律(略称:成育基本法)」(平成30年法律第104号)が2018年12月14日に公布され、保健、医療、福祉、教育などが連携して子どもたちの健やかな成育を切れ目なく、社会全体で支える環境の

整備が求められています。

2. 妊娠期から子育て期にわたる主な母子保健関連施策の概要等

妊娠・出産に伴い、身体や生活スタイルの変化などにより不安を感じることがあります。特に、出産後は気持ちが不安定になることがあり、近年、妊産婦のメンタルヘルスへの支援の重要性が高まっています。

妊娠・出産等に当たって妊産婦を支援する取り組みとして、現在、市区町村を中心に、妊娠の届出や母子健康手帳の交付、妊婦健康診査、乳幼児健康診査など、さまざまな母子保健関連施策が実施されています。

特に、前述のセンターの全国展開と相まって、妊娠中および出産後の心身の悩みや子育ての不安などに対する支援の充実を図るため、2014年度には傾聴等による不安の軽減等を行う「産前・産後サポート事業」、母親の身体的回復や授乳の指導などを行う「産後ケア事業」を妊娠・出産包括

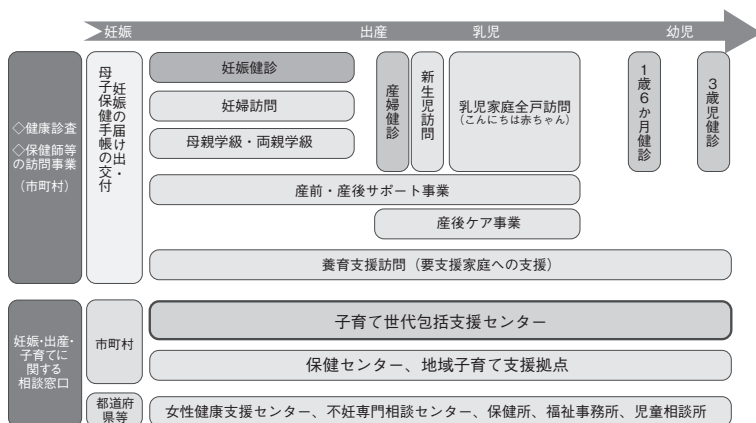


図1 妊娠・出産等に係る支援体制の概要

支援モデル事業として開始し、2015年度から本格実施しているところです。さらに、2017年度から「産婦健康診査事業」を実施し、心身の健康状態等の把握を行い、産後の初期段階における支援を強化しています。

また、女性健康支援センター事業として、予期せぬ妊娠やメンタルヘルスの問題など身体的、精神的な悩みを有する女性に対する相談指導を実施しています。

近年、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援として取り組みを推進している「子育て世代包括支援センター」「産後ケア事業」「産前・産後サポート事業」「産婦健康診査事業」や「女性健康支援センター事業」の概要については、以下のとおりです。

1. 子育て世代包括支援センター

【設置の背景と目的】

これまでも妊産婦等へは、母子保健分野と子育て支援分野の両面から支援が実施されていますが、支援には多くの関係機関が関わることから、関係機関同士の十分な情報共有や連携が難しく、制度や機関により支援が分断されがちという課題がありました。また、各関係機関はそれぞれの支援に関わる情報のみ把握する傾向にあり、妊産婦等の状況を継続的・包括的に把握できていないとの指摘がありました。

これらを踏まえ、厚生労働省では、母子保健施策と子育て支援施策との一体的な提供を通じて、妊産婦等の健康の保持および増進に関する包括的な支援を行うことにより、地域の特性に応じた妊娠期

から子育て期にわたる切れ目のない支援を提供する体制を構築することを目的として、センターを整備し、きめ細かな相談支援等を行うこととしています。

2017年度には「子育て世代包括支援センター業務ガイドライン」を作成し、市区町村がセンターを設置運営するに当たっての具体的な業務の内容を解説するとともに、地域の多様性を念頭に置いた運営上の留意点について示しています。

【センターの機能】

センターの主な機能は、①妊産婦等の実情を把握すること、②妊娠・出産・子育てに関する各種の相談に応じ、必要な情報提供・助言・保健指導を行うこと、③支援プランを策定すること、④保健医療または福祉の関係機関との連絡調整を行うことであり、これらのマネジメント機能により全ての妊産婦等を対象に、予防的な視点を中心としたポピュレーションアプローチを行うとともに、母子保健や子育て支援を含む包括的なサービスを切れ目なく提供していくことが大きな役割です。

センターでは、母子健康手帳交付時の面接や妊婦健康診査、乳幼児健康診査や医療機関で把握する情報のみでなく、保育所などが持つ情報も包括

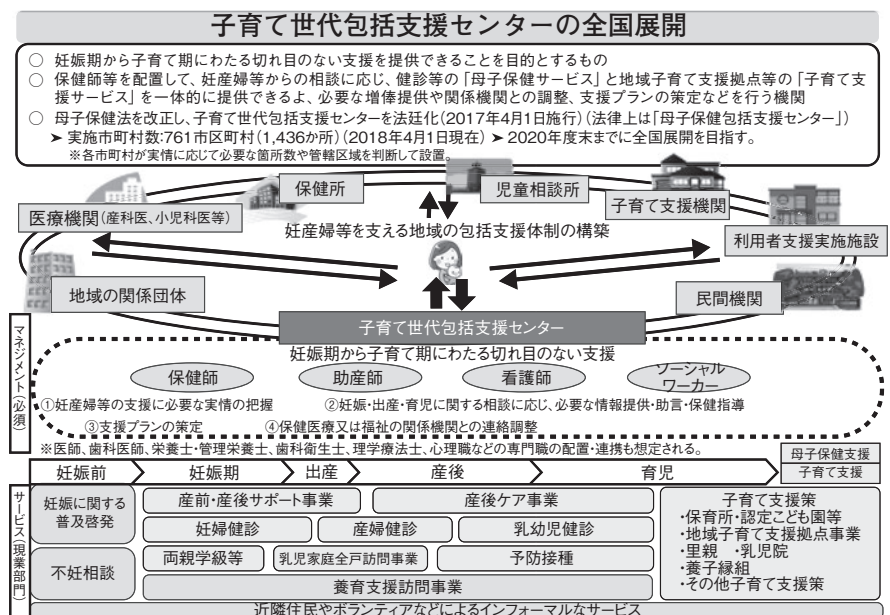


図2 子育て世代包括支援センターの全国展開

的に把握し、妊産婦等の状況を継続的に把握することによって、変化に気づき予防的な関わりが可能となります。そのためには、関係機関と連携し、情報が一元的に把握できるような仕組みを考えることが必要です。

センターを設置することにより妊産婦から見て担当保健師等が「市役所の一職員」ではなく、「私のことを知っていてくれる〇〇さん」と固有名詞で認識してもらえるような関係性を築くことが重要であり、妊産婦と担当保健師等が信頼関係を基につながるなど、大きく変わることが期待されます。

また、関係機関間の連携についても同様であり、お互いの役割を理解し、「この問題については〇〇さんにつなごう」と思えるような信頼関係を築くことが重要だと考えています。

【センターの設置状況】

センターは、2018年4月1日現在で761市区町村、1,436か所に設置されており、センターの全国展開によって、どの地域に住んでいても、妊産婦等が安心して健康な生活ができるよう、利用者目線に立った一貫性・整合性のある支援が実現されることが期待されています。

なお、国においては、2017年度から3か年計画で厚生労働科学研究「子育て世代包括支援センターの全国展開に向けた体制構築のための研究」（研究代表者：佐藤拓代）を実施しており、センターの設置・未設置自治体別の課題の把握、PDCAサイクルに基づく事業評価システムの構築等に向けて取り組みを進めています。さらに母子保健指導者養成研修事業において、センターの設置促進に向けた研修を開催しています。

2. 産後ケア事業

【目的】

退院直後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行い、産後も安心して子育てができる支援体制の確保を目的としています。

【実施主体と実施方法等】

実施主体は市区町村であり、実施方法は、①医

療機関等の空きベッドを活用するなどにより利用者を宿泊させ、休養の機会を提供するとともに、心身のケアや育児サポート等のきめ細かい支援を実施する宿泊型、②日中、実施施設において個別または集団で心身のケアや育児のサポート等のきめ細かい支援を実施するデイサービス型、③産婦の自宅に赴き個別に心身のケアや育児のサポート等のきめ細かい支援を実施するアウトリーチ型があります。2017年度は392市区町村で実施されています。

なお、国においては、2017年度に子ども・子育て支援推進調査研究事業を実施し、産後ケア事業の課題などについて調査したところ、多くの自治体では予算確保や医療機関等の事業実施者の確保等が課題であり、予算や地域資源に応じた事業設計が必要であることが分かりました。このことを踏まえ、母子保健指導者養成研修事業において、実施自治体の事例紹介を行い、事業の推進に向けた取り組みを行っています。

3. 産前・産後サポート事業

【目的】

妊産婦等が抱える妊娠・出産や子育てに関する悩み等について、子育て経験者やシニア世代等の相談しやすい「話し相手」等による相談支援を行い、家庭や地域での妊産婦の孤立感の解消を図ることを目的としています。

【実施主体と実施方法等】

実施主体は市区町村です。実施方法は、①妊産婦の自宅に赴く等により個別に相談に対応するアウトリーチ（パートナー）型、②公共施設等を活用し、集団形式により、同じ悩み等を有する妊産婦からの相談に対応するデイサービス（参加）型があります。2017年度は314市区町村で実施されています。

4. 産婦健康診査事業

【目的】

産後うつ予防や新生児への虐待予防等を図るため、産後2週間、産後1か月など出産後間もな

い時期の産婦に対する健康診査を行うことにより、産後の初期段階における母子に対する支援を強化し、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援体制を整備することを目的に、2017年度から実施しています。

【実施主体と実施方法等】

実施主体は市区町村であり、産婦健康診査に係る費用について助成を行うものです。本事業の実施に当たっては、①母体の身体的機能の回復、授乳状況の把握に加えて、精神状態の把握を行うこと、②産婦健康診査を実施する医療機関等から本事業の実施主体である市区町村へ健診結果を速やかに報告する体制を整備すること、③産婦健康診査の結果、必要と認められる産婦に対して支援を提供できるよう産後ケア事業を実施することを求めています。2017年度は73市区町村で実施されています。

5. 女性健康支援センター事業

【目的】

思春期から更年期に至る女性を対象とし、各ライフステージに応じた身体的・精神的な悩みに関する相談指導等を行い、生涯を通じた女性の健康の保持増進を図ることを目的としています。

【実施主体と実施方法等】

実施主体は、都道府県・指定都市・中核市であり、予期せぬ妊娠等に関する相談やメンタルケアの必要な方等を対象に、匿名による電話相談や面接相談を実施しています。2018年度7月1日時点で73か所設置されています。

また、2019年度から特定妊婦と思われる方を把握した場合には、面談・訪問相談等によりその状況を確認し、関係機関と連携を行うとともに、医療機関等への同行支援等を行うことにより関係機関に確実につながるための取り組みを新たに実施する予定です。

3. 児童虐待関連

児童虐待については、児童相談所への相談件数が年々増加の一途をたどり、重篤な事件も後を絶

たないなど深刻な社会問題となっています。2016年に母子保健施策が児童虐待の予防や早期発見に資するものであることに留意することが母子保健法上に明確化され、母子保健施策と児童虐待防止施策との連携をより一層強化することとされました。また、「児童虐待防止対策の強化に向けた緊急総合対策」（2018年7月児童虐待防止対策に関する関係閣僚会議決定）が取りまとめられ、母子保健分野における児童虐待の発生予防・早期発見のための取り組みについては、「母子保健施策を通じた児童虐待防止対策の推進について」（2018年7月20日子ども家庭局母子保健課長通知）に整理し、自治体等関係機関に通知しています。

4. おわりに

妊産婦へのメンタルヘルス支援を含め地域の特性に応じた妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を提供する体制を構築するためには、これまでの母子保健事業や子育て支援事業の実施状況や関係機関との連携状況などを振り返るとともに、各自治体の強みや目指すべき姿をデザインし、それらを関係機関と共有していただくことが重要と考えています。

そして、何よりも妊産婦との信頼関係の構築や関係者との顔の見える関係づくりが重要であると考えています。

国としても、センターの設置や前述の事業を実施するための必要な予算の確保に努めるとともに、センターの設置・運営等に関する調査研究の実施や研修事業の実施により引き続き支援をしていく予定です。

安心して妊娠・出産・子育てができる地域づくりにおいて母子保健関係者の果たす役割は大きいと考えており、今後さらに活躍していただくことを期待しています。

妊産婦のメンタルヘルスケアについてのエビデンス ～気付いて・つないで・支える多職種連携に関連して～

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

たちばな よしゆき
立花 良之

1. はじめに

母親のメンタルヘルス不調は、母親自身の問題のみならず児の心身の発達にも影響を及ぼし^{1・2)}、さらには、養育不全や児童虐待のリスクにもなる^{3・4)}。本稿では、まず、周産期に表れやすいメンタルヘルス不調について述べ、そのような周産期のメンタルヘルスケアについて、多職種連携の視点からこれまでの知見を紹介しつつ解説する。さらに、そのような多職種連携を地域の母子保健施策として行った事例のエビデンスを紹介する。

2. 周産期に表れやすいメンタルヘルス不調

産後の母親は、ホルモンバランスの乱れや子どもができたことによる環境の大きな変化、育児での疲弊やストレスなどで心身のバランスを崩しやすい。産後、女性の十数パーセントが産後うつ病になることが分かっている^{5・6)}。図1は東京都世田谷区で行われた周産期メンタルヘルスの疫学調査におけるエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

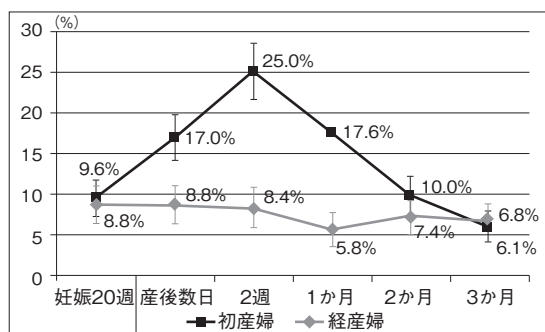


図1 妊娠期から産後3か月までのメンタルヘルス不調高リスクの母親の割合の推移

の高リスク者（合計点が9点以上）の割合の推移である⁷⁾。

初産婦では25%の人が産後2週において心身共に疲弊している状態にあることが示唆された。一方で、この高得点であった人たちが必ずしも産後うつ病とは限らず、体調が非常に悪かったり、睡眠不足だったりして見かけうつ状態となっている可能性もある。また、初産婦で産後初期にEPDSが高い人が多い理由として、出産・育児という経験が初めてでいろいろなことで不安になりやすいことがあるかもしれない。

しかし、産後3か月では、初産婦と経産婦でEPDSが高得点の人の割合がほぼ同じになる。この結果から、産後3か月くらいになるとだいぶ赤ちゃんとの新しい生活に慣れ、経産婦と同じくらい、赤ちゃんとの生活や日々起きることに見通しが持てるようになり得ることが示唆される。初産婦の人で新しい赤ちゃんとの生活に戸惑い不安が強い場合には見通しを持たせてあげるようなアドバイスが必要とも考えられる。

一方で、産後3か月でも約6～7%の人がEPDSで高得点となり抑うつ状態であることが示唆される。この時期には3～4か月児健診があり、健診の場で赤ちゃんのみならず母親のメンタルヘルスへ対応していくことが重要であると考えられる。

産後のメンタルヘルスの不調は命に関わることもある。東京都監察医務院の調査では、自殺で死亡した妊産婦が東京23区において2005～2014年の10年間で計63人に上ることが分かった。また、国立成育医療研究センター研究所が国の人口動態統計を基に、2015～2016年に妊娠中や産後1年未満に死亡した妊産婦357人を調べたとこ

ろ、自殺は102人で一番多く、自殺した時期は妊娠中3人、出産後92人、死産後7人であった。10万人当たりの自殺者数を示す「自殺死亡率」は、無職の世帯の女性が45.3と最も高い。また、年齢別だと35歳以上の自殺率が他の年代より高く、初産婦は2人目出産の約2倍であった。海外の統計としては、英国のMaternal, Newborn and Infant Clinical Outcome Review Program (Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK: MBRRACE-UK) における2014～2016年の統計によれば、妊娠中から産後6週の間の死因の第3位（死亡率10万人中2.8人）、産後6週から産後1年の間の死因の第2位（10万人中4.2人）が自殺であり、日本同様自殺は周産期死亡の重大な死因であった¹⁾。

周産期のメンタルヘルスケアでは、重症化を防ぐためにもメンタルヘルスの不調の妊産婦に対しその兆候に早く「気付く」、適切に関係機関に「つなぎ」、親子を「支える」ことが重要である。以下に、「気付く」「つなぎ」「支える」の視点からメンタルヘルスケア対応について述べる。

3. 気付く

1. メンタルヘルスの不調を招くリスク因子とは

産後にメンタルヘルスの不調を来しやすい人は、妊娠期からある程度予測できることが国内外の研究で明らかになっている^{2・3) 4-6)}。

特に重要なものが

1. 精神科既往
2. ストレスイベント
3. ソーシャルサポートの乏しさ

であり、これらは多くの研究で指摘されている。他には、経済的困窮、低い教育歴、パートナーとの不仲、家庭内暴力被害などが重要なリスク因子として挙げられる。

保護因子としては、高い教育歴、身内からの援助、雇用などが重要であることが示されている。これらは、社会・文化背景によっても異なること

がある。日本人を対象にしたリスク因子についての疫学研究は多くないが、東京都世田谷区で行われた調査では、妊娠中のうつ状態、家族の絆を感じられていないこと、初産婦であることが産後うつ病と非常に関係の深い産前のリスク因子であった⁷⁾。

2. メンタルヘルスのスクリーニングについて

自治体や産科医療機関において妊娠期の心理社会的リスクについてのスクリーニングを行うのであれば、上記のようなリスク因子について把握するような内容にすると良いであろう。妊娠期に使うのに有益なメンタルヘルススクリーニングとして、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）^{8・9)}、二質問法^{10・11)}（表1）がある。ほかに、産後の心理社会的リスクも含めたスクリーニングとして、例えば東京都世田谷区の保健機関・産科医療機関で使われている表2のようなものもある。

EPDSは、産後1か月に実施した場合9点以上であれば「産後うつ病の可能性が高い」ことが示唆される⁹⁾。しかし、EPDSの合計点の閾値未満か以上かだけをメンタルヘルス不調の妊産婦への対応の基準にするのは好ましくない。EPDSは妊産婦の抑うつや不安などに関連する症状が系統的に質問の中に含まれており、質問項目の回答の結果を通して、妊産婦の困っていることや悩んでいることを一緒に考えていくきっかけに使うことがで

表1 二質問法

以下の質問にお答えください。 （「はい」か「いいえ」のどちらか、より当てはまるほうに○をつけてください）		
①この1か月間、気分が沈んだり、憂鬱な気持ちになったりすることがよくありましたか。	はい	いいえ
②この1か月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。	はい	いいえ
上記の①②のどちらかに「はい」とお答えした方にうかがいます。		
③何か助けが必要だったり、助けてほしいと思ったりしますか。	はい	いいえ

表2 親子の心理社会的スクリーニングシートの例（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」¹⁷⁾ CQ6一部改変）

“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。 ※(A)：虐待ハイレスクと捉え、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 ※(B)：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＞ 妊婦の状況 疾病・障害等 育児行動等 その他	□ 分娩時が初診である（妊婦検診を受けていない又は 3 回来済）(A) □ 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 □ 望まない妊娠（予定外の妊娠）を受け入れられない、「産みたいくない」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 □ 妊娠を認識していても、飲酒や喫煙をやめない □ 妊娠・中絶を繰り返している（ 回） □ 精神疾患（産後うつを含む）がある(B) □ 知的障害がある(B) □ 発達障害・情緒障害がある(B) □ アルコールまたは薬物（処方薬を含む）依存(A)があるまたは過去にあった※違法薬物(A) □ 子どもを抱かないなど、子どもの世話を拒否する □ 「子どもをかわいいと思えない」などの言動がある □ 育児知識、育児態度、育児姿勢に極端な偏りや拘りがある ★ DVを受けている(A) □ 家庭内暴力を行っている(A) □ 虐待歴がある(A) □ 被害歴がある(B) □ 過去に心中未遂がある(A) □ 過去に自殺未遂がある（時期やその後の経過を確認）(A) □ 自傷行為がある(A) □ 保険証がない □ 住所不定または住民票がない □ 他者への暴言・暴力や、攻撃的・衝動的な言動がある □ 完全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 □ 初回健診時が妊娠中期（妊娠20週）以降 □ 定期的に妊婦健診を受けていない □ 流産を繰り返している（ 回） □ 不妊治療による妊娠または不妊治療歴がある □ 分娩に対するネガティブな感情がある □ 高齢（40歳以上）初産 □ 若年（10代）妊娠 □ 身体障害がある □ 産後に、出産が原因の身体的不調が続いている □ 精神科治療歴がある □ 複数の内科疾患がある □ 複数の歯周病や歯周病があるが、治療しようとしていない □ 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 □ 長期入院による子どもとの分離 □ ひとり親、未婚、連れ子のある再婚 □ 結婚・離婚を繰り返している（ 回） □ 多子 □ 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） □ ハートナーや祖父祖母等の家族や身近な人の支援がない □ 家族に介護が必要な者がいる □ ハートナー・家族との関係でトラブルを抱えているまたは関係がうまくいっていない □ 両親とも日本語が通じない □ 身体や衣服等が不衛生である
＜子どもの状況＞ 健康状態・発達等 育児状況等	★ 状況や説明と一致しない不自然な傷・痣などがある □ 子ども（胎児を含む）に重度の疾病や障害がある □ 低出生体重児、未熟児 □ 母乳やミルクの飲みが悪い □ 発育の遅れ（体重増加不良、身長伸びが悪い）がある □ 抱きにくい □ 多胎 □ 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 □ よく泣く、泣き強い ★ 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 □ 健診や予防接種の受診・接種を拒否する □ 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 □ 衣服等が不衛生である □ 慢性疾患や身体的な障害がある □ 発育の遅れ（低体重、低身長）がある □ 発達遅滞（運動、言語、情緒、認知等）があり、育てにくさがある □ 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歯周病等がある
＜きょうだい等の状況＞	★ 状況や説明と一致しない不自然な傷・痣などがある ★ 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 ★ 保護者から暴言や暴力を受けている □ 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 □ 衣服等が不衛生である

きる。「EPDSを使ってうつ病かどうかを判断する」というよりも、「EPDSを使って本人の困っていることや悩んでいることを把握し、支援に役立てる」というスタンスが大切と考えられる。

二質問法は、うつ病の二大症状である興味・喜

びの消失と持続する抑うつ気分について問うものである。プライマリケアの領域において成人のうつ病のスクリーニングとして利用されている。2つの質問で1つでも「はい」があれば、EPDSかPHQ-9（Patient Health Questionnaire-9）¹²⁾を

行うということも良いとされている¹³⁾。二質問法は非常に簡便であり、周産期医療において費用対効果も優れていることが明らかになっている¹³⁾。

メンタルヘルスのスクリーニングは、その結果で陽性になった人に対してしっかりと対応できる体制を整えた上で実施することが重要である¹⁴⁾。実施する施設のキャパシティを踏まえて、どのようなスクリーニングをするか、あるいはしないかを考えると良いであろう。

4. つなぐ —地域における多職種連携—

1. スムーズな連携をとるには

母子保健は、保健師・産科医・助産師・看護師・小児科医をはじめとして多くの職種が関わる。そのため、多職種での連携が難しいことが多い。「どのような状況で、どのようなタイミングで精神科につなげば良いかよく分からない」というような声が、以前、東京都の世田谷区の母子保健関係者を対象に行ったアンケートでは多く聞かれた¹⁵⁾。これは多くの地域で共通の課題であると考えられる。そのような問題を解決するために、厚生労働科学研究「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」研究班は、日本周産期メンタルヘルス学会、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会と協働して、「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¹⁶⁾。その中で、医療・保健・福祉が連携した対応についてのクリニカル・クエスチョン（表3）が設定されている。このクリニカル・クエスチョンでは、メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対し、どのような場合に・どのタイミングで、どの職種と連携して対応すべきかについて解説してある。このような多職種連携の対応方法を地域の母子保健関係者が共通認識として持ち、施設内・施設間でチームとして一丸となって親子をサポートするような母子保健システムが望まれる。多職種連携といっても、会ったこともない人、話したこともない人同士で連携するのは難しいが、顔見知りであ

表3 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」¹⁷⁾ における医療・保健・福祉の連携についての推奨内容

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？」

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. 緊急性を要する場合には、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、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・者に連絡する。(I)
3. 緊急性はないが、かつ、精神科受診の必要がある場合、精神科受診勧奨をする。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)

れば連携はスムーズになるであろう。多職種で連携する地域の母子保健システムを構築する上では、関係者間の「顔の見える連携」が極めて重要であると考えられる。

これをフローチャートにしてまとめたものが図2と図3である¹⁸⁾。図2のフローチャートは分娩施設用、図3は保健機関用である。メンタルヘルス不調の母親に対応したとき、本人の話に傾聴しつつ、まず、どのくらい今のケースが緊急度を要するかを頭の片隅でアセスメントすると良いであろう。緊急性の有無によって連携先や対応の仕方が異なるからである。このフローチャートは母親への対応、子どもへの対応の2つから構成されている。

以下の3つが、特に緊急性を要するときである。
①自殺念慮・希死念慮があり、本人がその気持ち

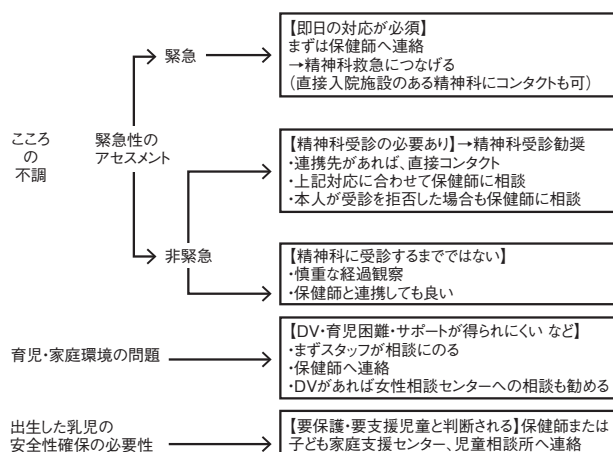


図2 分娩施設における連携の対応フローチャート¹⁸⁾

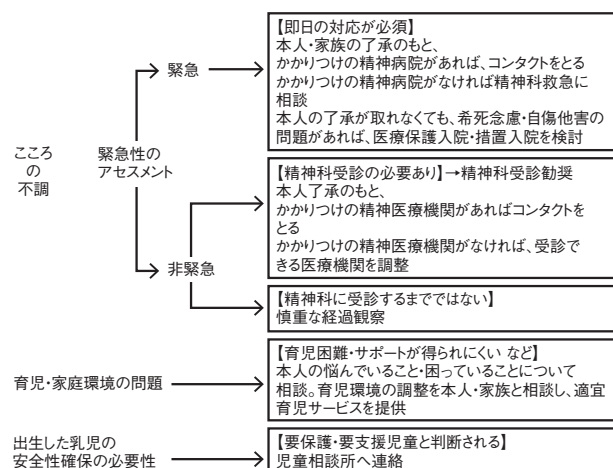


図3 保健機関における連携の対応フローチャート¹⁸⁾

- を自分で抑えることができない
- ②精神病症状（幻覚・妄想など）が急に出現または悪化した
- ③自分やまわりの家族・他人を傷つけてしまう危険性がある

(1) 緊急の対応が必要な場合

緊急の対応が必要な場合、日ごろから紹介先としている精神科医療機関があれば、そこに紹介すると良い。そのような紹介先がない場合は、地域の精神科救急に相談することになる。

スムーズな地域連携のために自治体と産科・精神科医療機関など、関係機関が話し合い、メンタ

ルヘルス不調で緊急対応の必要な妊産褥婦に対する自地域の対応方針を決めておくことが望ましい。

(2) 非緊急かつ、精神科受診の必要がある場合

精神症状はあるものの、精神科医の専門治療を受けずに自施設で経過観察してよいか判断する上で、今の精神症状が本人や家族（生まれた児を含む）の日常生活にどの程度支障を来しているかを考えると良い。日常生活に支障を来すほどの病的な精神症状があれば、精神科治療を受けた方が良い。

健診（1か月、3-4か月、6-7か月、9-10か月、1歳半、3歳）などで受診した際、子どもについての問診票にWhooleyの二質問法（あるいはエジンバラ産後うつ病評価尺度か）を入れ、ルーチンに母親のメンタルヘルスのアセスメントを行うと良いと考えられる。

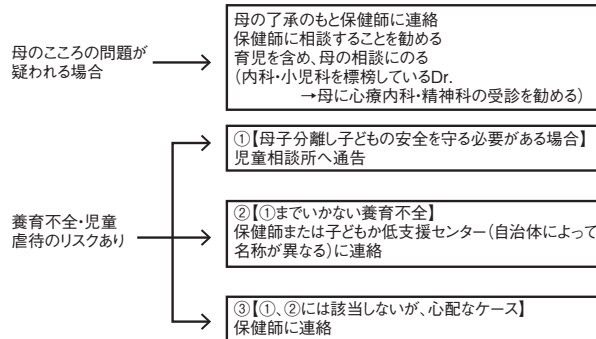


図4 小児科医療機関における連携のフローチャート¹⁹⁾

(3) 非緊急かつ、精神科に受診するまでではない場合

緊急対応の必要性のないようなメンタルヘルス不調が産後にあった場合、例えば2週間後の母乳外来の予約を取ったり、産科の1か月健診時などに精神状態のアセスメントをしたりすると良い。

(4) 育児・家庭環境に問題がある場合、および (5) 出生した乳児の安全性確保の必要がある場合

フローチャートの下の2つは、子どもや家族についてのものである。周産期のメンタルヘルスケアでは、母親本人のみならず、児についてもアセスメントし対応することが必要となる。育児・家庭環境に問題がある場合は、本人の困っていることについて相談に乗りつつ、環境調整やソーシャルサポートのマネジメントに努める。子どもの安全性が懸念される場合は、児童福祉と連携を取る必要がある。

2. 子どもの保健・医療で留意すべき母親のメンタルヘルスケア

現行の産科医療においては、多くの施設で産褥婦のフォローアップは産後1か月で終了する。母子保健においてその後の親子のフォローアップに重要な役割を果たすのが、乳幼児健診と小児科医療である。健やか親子21（第2次）でも基盤課題として設定されている「切れ目ない妊産婦・乳幼児の保健対策」において、乳幼児健診や小児科

医療の間でも、母親のメンタルヘルスに留意した対応が必要であろう。乳幼児健診や小児科医療の現場で特に見逃してはいけない母親の精神症状として、うつ状態と幻覚妄想状態がある¹⁹⁾。母親のうつ状態が産後にあれば、産後うつ病を疑った方が良い（他には、周産期とは独立したうつ病や双極性障害の可能性もある）。また、幻覚妄想状態の際には、産褥精神病や統合失調症が疑われる。いずれの疾患も重症化すれば、母親や子どもの命に関わる危険性もあるので、このようなケースは早期発見・早期介入が重要である。図4に小児科医療におけるメンタルヘルス不調の母親への対応の仕方の例¹⁹⁾を示す。母親のメンタルヘルス不調は、養育不全や虐待のリスクにもつながる²⁰⁻²²⁾。小児科医療において養育不全や児童虐待のリスクがある場合は、保健機関・児童福祉機関と連携した対応が必要になる。

5. 支える

メイヤロフは、「ひとりの人格をケアするとは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することを助けることである」と述べている²³⁾。このことは、母子保健で妊娠期からの切れ目のない支援を行う上でも、まさに当てはまることであろう。母子保健関係者は、人生の「成長」のプロセスのただ中にいる母親・子ども・家族と出会う。そしてそのプロセスに寄り添い、もし、困ったり

悩んだりしていることがあれば、解決に向けて一緒に考えていくことになる。周産期のメンタルヘルスケアにおいて母子保健関係者は職種によって出会う場面やケアの内容は違っても、いかに「支えるか」の基本となるところは同じであろう。

メンタルヘルス不調の母親に対応する際には、ある程度時間も場所もゆとりを持ったところで話を聞く必要がある。また、プライバシーには十分配慮する。本人の言いたいこと、つらい気持ちに共感しながら傾聴し、関係性を構築することがまず最初に必要なことであろう。何かこちらが言いたい気持ちが起こっても、相手のペースを優先し、また、安易な励ましは禁物である。本人が混乱している場合には、いろいろな話ができるような形で質問すると良いであろう。さらに、傾聴する中で不明な点があれば適宜質問し、具体的な問題をはっきりさせて解決方法について一緒に考えていくと良い。

心理社会的ハイリスクの親子でも、当事者が支援を必要としないこともある。そのようなケースも、本人が日常生活の中で困っていることを取り上げることで支援へのアプローチの切り口にできるかもしれない。支援者側は、支援が必要と考えられる母親から拒絶されたとしても諦めることなく、その母親とのつながりを切らないような関係性づくりが望まれる。また、一つの職種だけでな

く複数の職種でセーフティーネットとして関わりと良いであろう。本人の困っていることに寄り添い、養育不全や児童虐待の恐れがあれば、タイミングを逃すことなく対応していくことが必要である。

支援者のメンタルヘルスも重要である。長期にわたるケースでは、すぐに良い結果が得られるとは限らない。支援の経過の途中での見直しを行う必要もあろう。一人で抱え込まずに、ケースカンファレンスによる意見交換の場のセッティングは有益である。また、難しいケースについては、経験者や他の職種などによるスーパーバイズを受けるのも良い。支援者自身が疲弊してしまうことを予防するために、カンファレンスなどを通し、同じ立場の同僚や先輩に支えられることも重要である。一つの職種だけで難しいケースを抱え込むことは危険であり、支援者自身の精神的疲弊にもつながる。だからこそ、多職種連携が必要であると考えられる。

6. 「須坂トライアル」のエビデンスから分かったこと

メンタルヘルス不調の母親を気付いて・つないで・支える多職種連携の有効性の実例として、筆者らが携わった長野県須坂市の母子保健システム「須坂トライアル」（図5）のエビデンスを紹介す

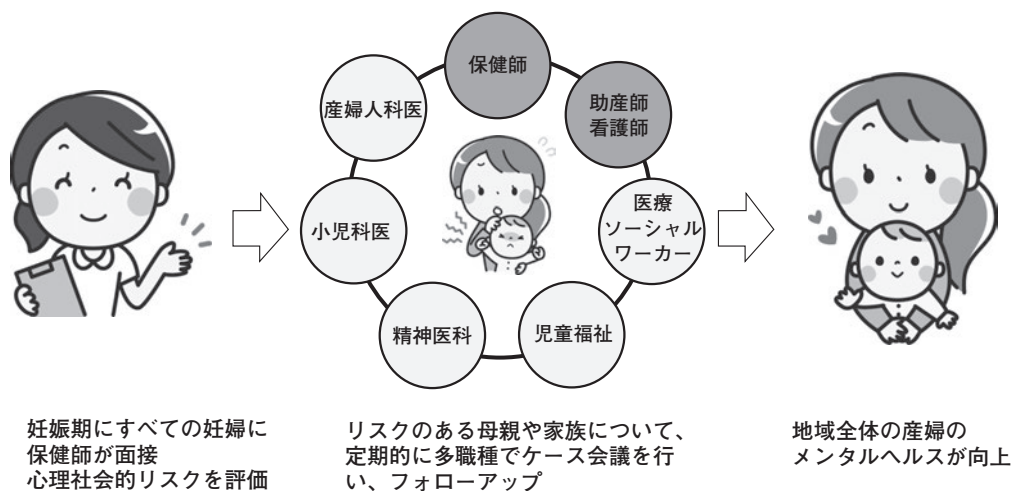


図5 「須坂トライアル」の概要

る。

この「須坂トライアル」により、地域全体の産後の母親のメンタルヘルスが向上し、心理社会的リスクで「気になる」親子のフォローアップ件数が著増する効果が実証された²⁴⁾。

1. 須坂トライアルの背景

周産期のメンタルヘルスクエアを多職種でどのように連携し行うかについては、国際的な治療ガイドラインである英国国立医療技術評価機構(National Institute for Health and Care Excellence: NICE)でも有効性のエビデンスのあるトライアル開発が課題であると述べられており²⁵⁾、世界の母子保健において研究開発が望まれている領域である。2014年より、厚生労働科学研究「うつ病の妊娠婦に対する医療・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」研究班(研究代表者:立花良之)と須坂市の母子保健事業が協働して行った²⁶⁾。上記のようなメンタルヘルス不調の妊娠婦への対応についての連携パスを母子保健関係者の間で共有して、連携をスムーズにすることを目指した。

2. 須坂トライアルの概要

須坂トライアルの地域介入プログラムの特徴は3つある。

- (1) 妊娠届け出時に全ての妊婦に対して母子保健コーディネーターが面接を行って母親との関係性を構築し、また、心理社会的リスクをアセスメントする。
- (2) 周産期メンタルヘルスクエアについての多職種連携のためのクリニカルパスを作成して地域の母子保健関係者間で共有し、スムーズな多職種連携を行う。
- (3) 妊娠期面接などで心理社会的リスクありと判断された親子については、定期的に長野県立須坂病院(現信州医療センター)で地域母子保健に携わる医療・保健・福祉の関係者が一堂に会し、定期的にケース検討会議を行い、「顔の見える連携」を構築する。ケアプランを作成して共有し多

職種でフォローアップする。

以下にその詳細について述べる。

保健師が妊娠届を出した全ての妊婦を対象に面接を行うことで、妊娠の初期から母親は地域保健師と関係性を構築できる。その際に、心理社会的リスクアセスメントの質問票とEPDSを回答してもらい、その結果をもとに面接する。ここで「心理社会的リスクあり」と判断された場合は、多職種のケース検討会議でフォローアップされる。地域の中核病院である長野県立須坂病院が須坂市・高山村・小布施町の保健師と、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による多職種のケース会議を、中核病院である長野県立須坂病院で行い、ケースマネジメントを行っている。1～2か月に1回のケース検討会議で、フォローアップする。妊娠期面接で心理社会的リスクがありと判断された妊婦は、ケース検討会議にて、保健師が長野県立須坂病院の産科・小児科スタッフに報告する。また、ケースについて、精神医学的見立て、対応の仕方、今後の見通しなどについて、精神科医がアドバイスする。地域の中核病院や保健センターがイニシアチブを取ってこのような定期的なケース検討会議を実施することにより、地域の母子保健関係者が一堂に会してケース検討を行い、「顔の見える連携」が容易に構築されと考えられる。妊娠期からの切れ目のない支援のための多職種連携の構築のためには、このような地域の母子保健関係者が集まるような会合を設定して、「顔の見える連携」をつくっていくことが重要であろう。

また、上述した世田谷区の母子保健関係者のアンケート結果からも分かるように、どのような場合に、どのタイミングで、どの職種と連携して対応すべきかについて、多職種で共有して連携をスムーズにするために、**図2～4** (P.12～13参照)のようなクリニカルパスを作成し母子保健関係者間で共有した。われわれが知り得る限り、須坂トライアルは、多職種が連携した妊娠期からの切れ目のない支援の地域介入プログラムについて世界で初めて効果を実証した介入研究である。須坂

市のような母子保健システムは他地域でも親子のサポートに有効であると考えられる。

なお、須坂トライアルにおける妊産婦のメンタルヘルスケアの対応方法についてはマニュアル化し書籍として刊行されている²⁷⁾。

3. 須坂トライアルから分かったこと

図6のように、産後4か月でのEPDS合計点数が統計的に有意に低下し、須坂トライアルのプログラムが地域全体の産後の母親のメンタルヘルスを向上させることが明らかとなった。また、図7のように、心理社会的リスクの観点から「気になる親子」として多職種でサポートする親子のケース数が著増し、地域の母子保健サービスを濃密にする効果が示唆された。さらに、図8のように、新生児訪問を実施できた家庭の割合・両親学級への参加者の割合・保健センターでの子育て相談利用率・産後ケアの利用率・妊娠中に保健師相談を受けている妊産婦の割合・子育ての悩みについての電話相談利用率がいずれも向上した。これらから、須坂トライアルが親子と保健センターとのつながりをより深くし母子保健サービスの受療率を向上する効果があることが示された。妊娠届け出時に全ての妊婦に対し母子保健コーディネーター（須坂市では保健師）が面接を行うことにより、保健師と母親との間に関係性が構築され、その後の親子のサポートに良い影響を及ぼしていると考えられる。須坂市の母子保健システムのように関係者が一堂に会してケース検討をすることにより、地域の顔の見える連携体制がスムーズになっている。このように、母子保健関係者の「顔の見える連携」体制を推進するような定期会合が地域の母子保健システムの中に組み込まれると良いであろう。

7. 最後に

本稿では、メンタルヘルス不調の母親に対し、どのように「気づき」、どのように「つなぎ（連携）」、どのように親子を「支える」かについて、これまでの知見を紹介しながら述べた。妊娠期か

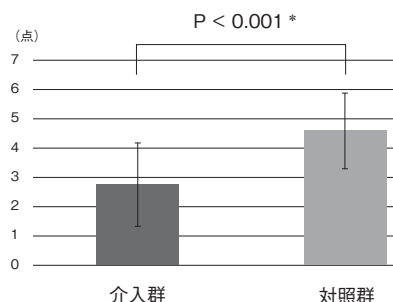


図6 産後4か月でのエジンバラ産後うつ病質問票の点数が統計的に有意に低下：須坂トライアルにより地域全体の産婦のメンタルヘルスが向上

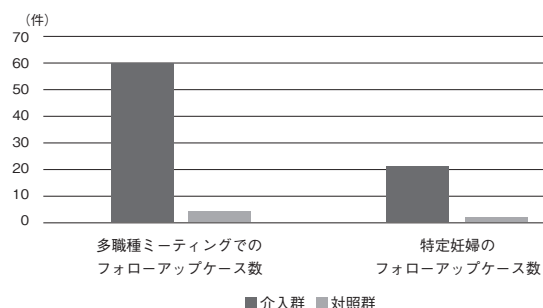


図7 須坂トライアルにより地域で多職種でサポートする「気になる親子」のケース数の増加

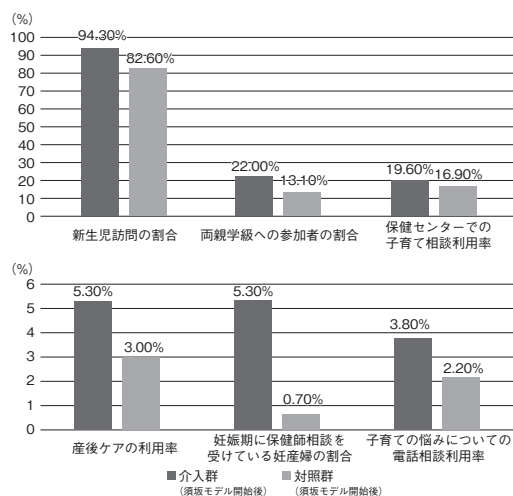


図8 須坂トライアルが親子と保健センターとのつながりをより深くし母子保健サービスの受療率が向上

ら育児期にかけて、メンタルヘルス不調や児童虐待のリスクのある母親がサポートを求めて最初に精神科や心療内科を訪れることは少ない。産科・小児科医療機関のスタッフや保健師が気付くのが最初であることが多いであろう。今後、産科・小児科医療や保健師等の母子保健関係者が、メンタルヘルス不調母親の早期発見・早期介入のゲートキーパーとなり、医療・保健・福祉が連携して親子をサポートしていく上で、エビデンスに基づいた実践が望まれる。

謝辞

本稿で紹介させていただいた須坂トライアルは、須坂市保健センターの保健師の皆様、長野市精神保健福祉センター小泉典章所長と一緒に地域介入プログラムを作り実施致しました。心より謝意を表します。

【引用文献】

- 1) Knight, M., et al., MBRACE-UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care-Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2013-15. Google Scholar, 2018.
- 2) Lee, D.T., et al., Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. Hong Kong Med J, 2000. 6(4): p.349-54.
- 3) Robertson, E., et al., Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry, 2004. 26(4): p.289-95.
- 4) Milgrom, J., et al., Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. J Affect Disord, 2008. 108(1-2): p.147-57.
- 5) Lancaster, C.A., et al., Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. Am J Obstet Gynecol, 2010. 202(1): p.5-14.
- 6) Tachibana, Y., et al., Antenatal Risk Factors of Postpartum Depression at 20 Weeks Gestation in a Japanese Sample: Psychosocial Perspectives from a Cohort Study in Tokyo. PLoS One, 2015. 10(12): p.e0142410.
- 7) Tachibana, Y., et al., Antenatal Risk Factors of Postpartum Depression at 20 Weeks Gestation in a Japanese Sample: Psychosocial Perspectives from a Cohort Study in Tokyo. PLoS One, 2015. 10(12).
- 8) Cox, J.L., J.M. Holden, and R. Sagovsky, Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British journal of psychiatry, 1987. 150(6): p.786.
- 9) 岡野禎治, et al., 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. 精神科診断学, 1996. 7(4): p.525-533.
- 10) Whooley, M.A., et al., Case-finding instruments for depression. Journal of general internal medicine, 1997. 12(7): p.439-445.
- 11) 鈴木竜世, et al., 職場のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討—Two-question case-finding instrument と Beck Depression Inventory を用いて. 精神医学, 2003. 45(7): p.699-708.
- 12) Kroenke, K., R.L. Spitzer, and J.B. Williams, The Phq-9. Journal of general internal medicine, 2001. 16(9): p.606-613.
- 13) Excellence, N.I.o.H.a.C., Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance: Updated edition. 2014, Leicester UK.
- 14) O'Connor, E., et al., U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews, in Screening for Depression in Adults: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. 2016, Agency for Healthcare Research and Quality (US): Rockville (MD).
- 15) 立花良之, 竹原健二, 久保隆彦, 小泉典章, 森臨太郎, うつ病の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の連携・協働による支援体制 (周産期G-Pネット) 構築の推進に関する研究. 平成25年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業) 総括・分担研究報告書, 2013. 7: p.94-97.
- 16) 立花良之, 竹田省, 鈴木俊治, 岡野禎治, 小泉典章, 葛西圭子, 中板育美, 大田えりか, 瀧本秀美, 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 総括総合研究報告書, 2017.
- 17) 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. 2017.
- 18) 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, 医療・保健・福祉の連携体制の整備について. 日本周産期メンタルヘルス学会誌 2018. 4(1): p.23-29.
- 19) 立花良之, メンタルヘルス不調の母親の支援のゲートキーパーとしての小児科医の役割. 日本小児科医会会報, 2013. 50: p.142-145.
- 20) Dennis, C.-L. and K. McQueen, The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. Pediatrics, 2009. 123(4): p.e736-e751.
- 21) Flykt, M., et al., Maternal depression and dyadic interaction: the role of maternal attachment style. Infant and Child Development, 2010. 19(5): p.530-550.
- 22) Cadzow, S.P., K.L. Armstrong, and J.A. Fraser, Stressed parents with infants: reassessing physical abuse risk factors. Child abuse & neglect, 1999. 23(9): p.845-853.
- 23) 向野宣之訳, ミルトン・メイヤロフ, 田村真., ケアの本質—生きることの意味—. ゆみろ出版, 1987.
- 24) Tachibana, Y., et al., Integrated mental health care in a multidisciplinary maternal and child health service in the community: The findings from the Suzaka trial. BMC Pregnancy and Childbirth, 2019 19:58.
- 25) National Collaborating Centre for Mental Health. Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance: Updated edition. 2014. British Psychological Society.
- 26) 立花良之, 小泉典章ほか, 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) 整備についての研究. 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) 整備についての研究」 分担総合研究報告書, 2016.
- 27) 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.

【日本産婦人科医会の取り組み】

「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」の作成

日本産婦人科医会常務理事／さがらレディースクリニック さがら ようこ
相良 洋子

1. はじめに

日本産婦人科医会では、最近の妊産婦のメンタルヘルスの状況とそれが将来の子どもたちに与える影響などを鑑み、できるだけ早い段階でそのリスクを捉え、支援に結び付けていくことを目的に、2016年に周産期メンタルヘルスプロジェクトを立ち上げた。このプロジェクトでは、妊産婦に関わる全ての医療・行政スタッフが、妊産婦のメンタルヘルスについての基本的な知識を身に付け、スクリーニングとケアの方法を共有し、連携して支援に当たるための体制づくりを目指している。そして、このプロジェクトの内容を、主に妊産婦のスクリーニングとケアを中心にまとめたのが「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」¹⁾である。

日本産婦人科医会では既に2011年、主に児童虐待予防の観点から、特定妊婦を早期に見つけて支援に結び付けていくための「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業」を開始していた。しかしその後、児童虐待の問題にとどまらず、より広い視点から妊産婦のメンタルヘルスに関わっていく必要があるとの認識から、今回のプロジェクトへと発展した（図1）。

本稿では、今回のプロジェクトの背景、マニュアルの内容、および今後の普及計画について概説する。なお本マニュアルは、厚生労働省平成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」の中で作成されたものである。

2. プロジェクトの背景 ～妊産婦のメンタルヘルスの危機～

従来の周産期医療は、当然のことながら、母と子の生命を守ることが最重要課題になっていた。日本の母子保健医療は、1947年に成立した児童福祉法および1965年に成立した母子保健法を中心に進められてきたが、多くの先人たちの努力もあり、現在では、周産期死亡率、新生児死亡率、母体死亡数など、ほぼ全ての母子保健の指標で世界一を誇るまでになり、日本は「世界で最も安全にお産ができる国」になっている。

しかしその一方で、妊産婦のメンタルヘルスの危機を示す事実が次々と明らかになっている。その一つは、年々増加する児童虐待の問題である。児童虐待の背景要因としては、養育者の未熟性や



図1 「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル」（左）と「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」（右）

社会環境の不安定性、さらに養育者の抑うつや育児不安など、養育者を取り巻く心理社会的要因が知られている。児童虐待の背景は複雑であり、特に死亡に至らない事例の背景要因については明らかでない部分が多いが、自分が産んだ子どもを虐待する、または子どもが虐待されるのを目の当たりにすることは、母親のメンタルヘルスの危機と言わざるを得ない。

また、この数年の間に、妊産婦の自殺の実態が明らかになってきている。この問題は、2012年から2014年の間に大阪市内で起きていた妊娠可能年齢の女性の自殺のうち、4.5%前後が妊産婦であったという「松本レポート」に始まった。この数字を外挿すると、年間60～80例の妊産婦自殺があると推測され、実に妊産婦死亡原因のトップになる可能性があるという危惧されたが、続いて行われた竹田ら²⁾の東京23区内での調査により、この可能性はさらに現実味を帯びてきている。竹田らの報告では、自殺事例の半数程度にうつ病の診断がついていたが、これらの症例の背後には自殺に至らないまでも、うつや不安を抱えた妊産婦が相当数存在している可能性が推測され、その実態の把握と早期介入の必要性が急務となっている。

さらに、妊産婦のメンタルヘルスの問題は、生まれてきた子どもの成長発達にさまざまな影響を及ぼす可能性が指摘されている。妊産婦の抑うつは、子どもとの愛着形成や、情緒・行動の障害、認知機能や思春期の抑うつなどに関連があることは多くの文献で報告されており³⁾、また福井大学の友田⁴⁾は虐待を受けた子どもでは脳に器質的な障害が残されるという衝撃的な事実を報告している。

このように、妊産婦のメンタルヘルスの問題は、妊産婦の苦痛にとどまらず、生まれてくる子どもの成長・発達にも影響を及ぼすという意味で、女性の人生や家族、さらには社会全体に与える影響が大きく、その早期介入と支援はまさに喫緊の課題と言える。日本産婦人科医会の周産期メンタルヘルスプロジェクトは、このような状況を背景に

立ち上げられた。

3. 妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル

マニュアルの目次を表1に示す。このマニュアルは、5つの章からなっており、第Ⅰ章の導入に続いて、第Ⅱ章には前述したプロジェクトの背景が現代女性のおかれている社会背景も含めて述べられている。第Ⅲ章は、妊産婦の心理や母子の関係性（相互作用）、乳幼児の発達についての基礎知識と、周産期に起こりやすい妊産婦のメンタルヘルスの不調と障害が分かりやすくまとめられている。第Ⅳ章には、プロジェクトの全体像と産科医療機関で行う妊産婦のスクリーニングとケア、および多職種連携の必要性の判断などについての具体的な方法が書かれており、次に述べる研修会はこの部分を実践していくことを目的に行われている。第Ⅴ章は多職種連携の枠組みと、既に実践している地域の取り組みを紹介している。これらを参考に、それぞれの地域に合った形での連携システムを作っていただきたいと考えている。

図2が今回のプロジェクトの全体像である。産科医療機関では、妊娠初期から産後1か月健診時までの5つのポイントで、質問票を使ったスクリーニングを行い、その結果に基づいて、産科医療機関内での傾聴を主としたケア、行政の支援と連携していくケア、精神科・小児科と連携していくケアの必要性を判断し、それぞれの支援に結び

表1 「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」目次

I. 本マニュアルについて
II. 妊産婦メンタルヘルスの重要性
III. 妊産婦メンタルヘルスの基礎知識
1. 妊産婦の心理
2. 妊産婦メンタルヘルスケアの不調と障害
3. 母子の関係性（母子相互作用）
4. 乳幼児の発達
IV. 妊産婦メンタルヘルスケアの実際
1. 妊産婦への対応の基本
2. 育児支援とケアが必要な妊産婦のスクリーニング
3. 精神科への紹介が必要なケース
4. 小児科へつなぐ
5. 助産師・看護師・保健師の役割
6. 特定妊婦について
V. 妊産婦メンタルヘルスケアにおける多領域協働チームの意義と実際

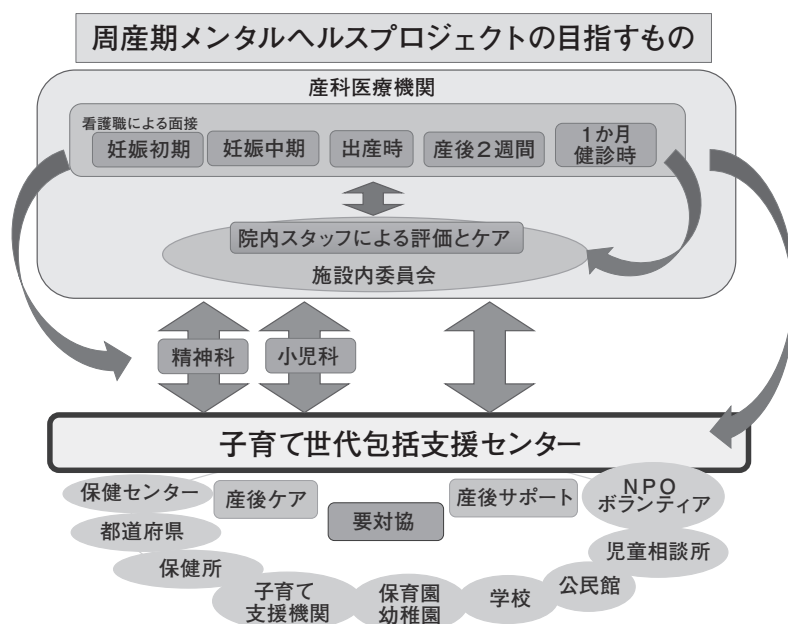


図2 周産期メンタルヘルスプロジェクトが目指す妊産婦のスクリーニングとケア

付けていく。

このプロジェクトの特徴として、①全ての妊産婦を対象にスクリーニングを行うこと、②共通の尺度を用いてスクリーニングを行うこと、それに③上述の3つのケアレベルを設定していること、などが挙げられる。メンタルヘルスの問題は、患者自らが訴えてくることは少ないので、全ての妊産婦を対象にしたスクリーニングによって、支援が必要な妊産婦を積極的に見つけ出す必要がある。また今回のプロジェクトは、九州大学子どものこころの診療部で長くこの分野の研究実践に携わってこられた吉田敬子先生推奨の3つの質問票⁵⁾を採用しているが、この質問票も含め、全国的に同じような体制ができると、妊産婦のケアがスムーズに進むと期待している。さらに、妊産婦が抱えるメンタルヘルスの問題は多岐にわたるが、その全てに精神科的治療が必要という訳ではなく、むしろほとんどの場合、身体的精神的物理的支援が十分に行われることで対応できるといわれている。今回のプロジェクトでは、産科医療機関と行政の連携でどこまでの支援が可能なのか、またどの時点で精神科との連携の必要性を判断する

かなども重要なポイントになっている。

4. プロジェクトの普及

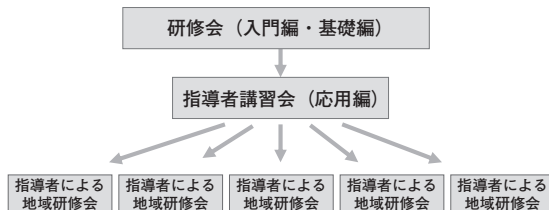
日本産婦人科医会では、図2に示したような妊産婦のメンタルヘルスのスクリーニングとケアが、全ての医療機関で実践できるようになることを目指して、その体制づくりに取り組んでいる。具体的には、マニュアルの内容を基に研修プログラム（表2）を作成し、「母と子のメンタルヘルス研修会」を開催してその普及に努めている。研修会のプログラムは入門編と基礎編の2段階になっており、これらを受講すると指導者講習会を受講できる。指導者講習会を受講したスタッフには、今後は地域研修会の開催にご協力いただく予定である。医会が主催する研修会は年3回、東京・大阪・福岡で開催予定であるが、地域研修会は産婦人科医会の9ブロックを拠点に、地域や県単位で積極的に開催していただきたいと考えている（図3）。

この研修会は助産学会や助産師会にもご協力いただいております。入門編の研修会は助産評価機構のラダーⅢ申請要件としても認定されている。研修

表2 マニュアルの内容を実践していくための研修プログラムと研修会・指導者講習会

コース	内 容	目 標	研修会など
入門編	・周産期メンタルヘルスの基礎知識 ・質問票の使い方	・妊産婦の心理的变化を理解する。 ・質問票を使ったメンタルヘルスのスクリーニングができる。	研修会 (入門編)
基礎編	・より実践的知識 ・精神療法の基礎 (傾聴と共感)	・周産期の精神障害を理解する。 ・支援が必要な妊産婦に対して、「傾聴と共感」を実践することができる。	研修会 (基礎編)
応用編	・多職種連携の実際 ・社会資源の活用 ・事例検討	・多職種連携の必要性を判断し、実際に連携のマネジメントを行うことができる。 ・連携に必要な社会資源についての知識を身につける。 ・事例を対象にした検討会を行うことができる。	指導者講習会

●研修体制



●開催地

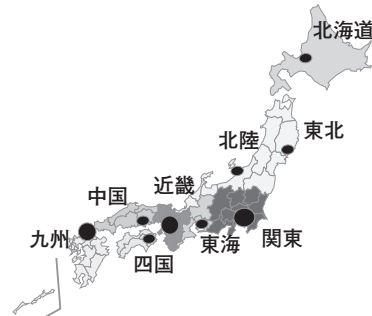


図3 本プロジェクトの研修体制と全ブロックでの開催地

会は2017年12月に東京で第1回を開始し、現在までに指導者講習会も含めて計5回開催しているが、いずれも盛況で参加者の満足度の高い研修会・指導者講習会になっている。

5. おわりに

妊産婦のメンタルヘルスの問題は、ここ数年にわかに注目が集まっている。その背景には、女性のライフスタイルの変化や家族関係の変化、根強い精神疾患への偏見や格差社会のひずみなどさまざまな問題が隠れていると推測されるが、日本産婦人科医学会のプロジェクトでは、背景要因によらず「妊産婦が安心して生活を営み、ほどよく十分な愛情をもって子どもと向き合うことができるこの状態」でいてくれることを目標に、妊産婦に関わる全てのスタッフが「メンタルヘルスに対する偏見をなくし、傾聴と共感の気持ちをもって妊産婦と向き合うことができるようになること」を目指している。道のりはまだ長いがこのマニ

アルの内容が周産期医療の常識になるよう地道な努力を続けていきたいと考えている。

【引用文献】

- 1) 日本産婦人科医学会 (2017). 妊産婦メンタルヘルスマニュアル
- 2) 竹田省 (2016). 妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦. 日本産科婦人科学会雑誌, 68(9), 1815-1822.
- 3) A.Stein, et al (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. Lancet. 384:1800-19.
- 4) 友田明美 (2012). 第Ⅲ章 虐待によっておこる脳の変化. 新版 癒されない傷, 48-105. 診断と治療社
- 5) 吉田敬子監修 (2005). 産後の母親と家族のメンタルヘルス:自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル, 母子保健事業団

【日本産婦人科医会の取り組み】

妊婦健診や産婦健診の実際 （早期発見等）

日本産婦人科医会幹事／荒木記念東京リバーサイド病院産婦人科

ほし しん いち
星 真一

1. はじめに

近年、妊産婦死亡率は世界トップレベルまで低下し、今まで目を向ける余裕のなかった産後のことに光が当てられるようになった。その結果、産後の自殺が予想されていた数よりも多いことが判明し、増え続ける児童虐待相談対応件数と共に対策が求められている。その一つとして2017年度から公費負担による産婦健康診査事業が開始され、産婦の心理状態や対児感情の把握が求められているが、現場では混乱も見られているようである。本稿では、日本産婦人科医会作成の「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」¹⁾に基づいた、妊婦健診や産婦健診の実際について述べたい。なおマニュアルの内容は日本産婦人科医会ホームページより無料にて公開されており、ぜひ活用していただきたい（http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/03/mentalhealth2907_L.pdf）。

2. 妊産婦への対応の基本

（1）基本的な接し方

①心構え

通常の診療と同様に相手に特別な感情を持たず、一人の人間として尊重し優しく温かみのある感情を持ち、礼儀と礼節を持って誠実に接することが大事である。その結果、安心と信頼が生まれ、傾聴や共感といったメンタルヘルスケアの技能がうまく機能するようになる。

②事前の準備

プライバシーに配慮し、同席者がいる場合は席

を外してもらうべきか確認する。十分な時間と場所を確保することは、相手に対しての尊重の気持ちを示すことにもなる。

③話の導入

話したくないことは無理に話さなくてもよいことを伝え、聞くべきことは聞くが、興味本位の不必要な詮索は慎む。

④傾聴

傾聴の目的は、相手を理解するための情報を得ると同時に、話をさせることで思考や感情を整理させること、それらを通して相手と良好な関係を築くことである。傾聴では先入観を排除し、事前情報や予見を棚に上げた状態で、ひとまず相手の話を最後まで聴き、話が分かりにくいときは、話の腰を折らないように注意して質問をする。

⑤共感

共感とは相手の気持ちが分かり、同じように感じることを言うが、相手と自分が異なる人格である以上、真に共感することは不可能である。しかし、それでもなお相手を分かりたいと願う態度が治療的に意味のある共感につながる。

（2）見逃してはいけない言葉や表情

ぼんやりしている、何でもないようなことで涙ぐむ、目を合わせないなどの態度や、自殺や虐待をほのめかす発言は見逃してはならない。このような言動に気付いた場合は、まずこちらが心配していることを伝え、「何かありましたか？」と自然な態度で質問するようにする。

（3）言ってはならない言葉

「頑張れ」「なせば成る」などの具体性のない言葉は不誠実な印象を与える。また、「気持ちはよ

く分かります」「あなたのためです」などは、他人に何が分かるのかという反感を引き起こす。そのため、「私は〇〇と感じます」「あなたに〇〇であってほしい」といった主体性のある言い方を心掛ける。

「どうして〇〇しなかったのですか？」と過去の行為を否定形で尋ねるのは、批判に聞こえやすいため、「どうして〇〇したのですか？」という肯定的な表現が好ましい。

(4) 家族への接し方

本人だけでなく、家族も何らかの問題を抱えていることがあり、本人を取り巻く家族全体をケアするという意識を持って接していくとよい。

3. 育児支援とケアが必要な妊産婦のスクリーニング

(1) スクリーニングの必要性 (図1)

周産期はうつ病に代表される精神疾患の発症や再発、増悪のリスクが高まるといわれている。また妊婦のストレスを把握しケアすることで産科的合併症や子どもへの影響を少なくできる可能性が報告されている。産後うつ病の母親は自分からはケアを求めないため、スクリーニングを行い医療保健従事者から積極的に働き掛ける必要がある。

(2) 支援の対象となる妊産婦

具体的には次の3つの場合である。

- ① 予期せぬ妊娠、夫や実母などから情緒的サポートがない、精神科既往歴があるなど、出産前から育児環境の不全が想定される。

② うつなどの精神症状が見られる。

- ③ 子どもに対して怒りなどの否定的な感情を抱き、不適切な育児態度や行動が危惧される。

これらの妊産婦が精神科医療機関へアクセスすることは容易ではなく、また関わるべきスタッフも産科や小児科の医師、医療ソーシャルワーカー、行政の保健師、心理士や精神科の医師、および助産師を含む看護職など多岐にわたるため、多領域多職種に共有できるツールを用いての連携支援が望ましい。

(3) 3つの質問票の活用

スクリーニングには、自己記入式質問票の活用が有用である。質問票に妊産婦が記入した後に、回答された状況や問題点について、丁寧に具体的に聞くことが重要である。そして面接の目的は、スクリーニングされた内容をもとに、その妊産婦について包括的に判断し、継続的な支援を受けることへの動機付けや導入を行うことである。3つの質問票については、前述の「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」の巻末に掲載され、ホームページから利用可能である。

実際の活用にあたっては注意が必要な点も多いため、周産期のメンタルヘルスの基本を習得し、援助の実践を学ぶことが必要である。後述の「母と子のメンタルヘルスクケア研修会」では、この3つの質問票の具体的な使用方法について詳細に解説をしているのでぜひ参加していただきたい。

① 育児支援チェックリスト

精神科既往歴、ライフイベント、住居や育児サ

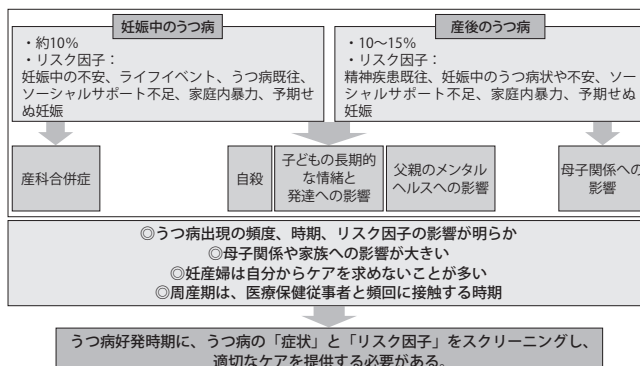


図1 妊産婦メンタルヘルスのスクリーニングの必要性

ポート、夫や実母らとの関係など育児環境要因を評価するための9項目についての質問票である。回答に対する詳細な聞き取りを行うことで、母親の抱えている背景要因を把握することができ、支援計画の立案が可能となる。

②エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

産後うつ病をスクリーニングするために英国のCoxらが開発した質問票であり、今日では国内外で妊娠中から出産後1年未満の女性を対象に使用されている。カットオフポイント（区分点）は国ごとに異なり、日本人の区分点は9点である。妊娠中期の区分点を13点とする報告²⁾もある。9点以上を「うつ病の可能性が高い」とするものであるが、点数とうつ病の重症度に相関はなく、8点以下はうつ病ではないと判断できるものではない。各項目1点以上がついた質問項目について詳細に聞き取りを行い、妊産婦と情報共有することで、具体的な支援計画にスムーズに移行できる。

③赤ちゃんへの気持ち質問票

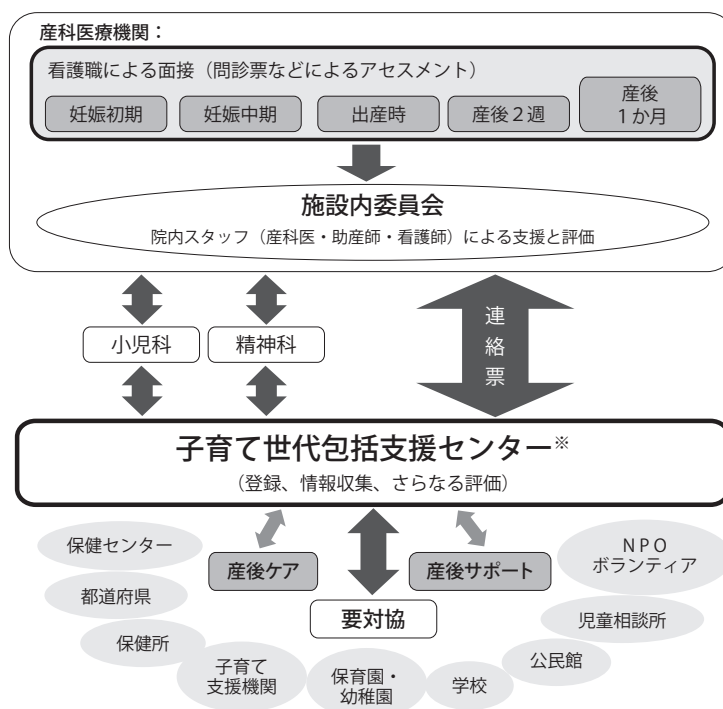
母親が子どもに抱く気持ちについて調査する簡便な質問票であり、1歳未満の子どもを持つ母親に実施する（妊娠中は使用しない）。カットオフ値はないが、得点が高いほど子どもへの否定的な感情が強く、否定的感情は周産期うつ病とも密接な関連がある。この質問項目を糸口に母親の気持ちをよく聞き、実際の育児の態度にどのように反映されているか理解し、虐待リスクを把握して育児支援を行う。

（4）スクリーニングの時期と評価（図2）

3つの質問票を中心としたスクリーニングと、それに基づくケアの実際について述べるが、それぞれの地域や施設の状況に応じて可能な範囲での体制づくりが行われることが望ましい。

①妊娠初期

妊娠初期のアセスメントは、妊婦と今後の育児について想定される状況についての包括的な評価



※子育て世代包括支援センターは、子育て支援のためのワンストップ窓口として2020年までに全国に整備される予定であるが、当面は市町村の母子保健課、児童福祉課などがこの業務を行っているため、各市町村で窓口を確認しておく必要がある。

図2 妊産婦メンタルヘルスケアのための評価と連携

と要支援妊婦の把握が主要な目的になる。初診時（妊娠初期）問診票には精神疾患の既往歴や家族構成、協力者の有無などの記載項目を設け、予期せぬ妊娠で戸惑っている妊婦や若年妊娠のため経済的困難である妊婦などの支援が必要な妊婦を把握し、必要に応じて子育て世代包括支援センターへ情報提供を行う。支援が必要な妊婦の把握にはアセスメントシートを使用している施設も多い。

②妊娠中期

妊娠中期のアセスメントは、妊婦の心理状態と背景要因を把握することが目的になる。そのためには前述の質問票の活用が有用である。「産婦人科診療ガイドライン2017」³⁾では、妊娠中のうつ病と不安障害を検出するために、英国国立医療技術評価機構（NICE）で提唱されている包括的2項目質問法を推奨している。この質問法は簡便で有用な方法であり、適宜併用するとよい。

③出産時（入院中）～産後2週間～1か月健診

出産後は母親の心理状態や児に対する気持ちを把握することが目的となる。3つの質問票を活用し、養育困難が危惧される産婦については地域自治体と情報共有を行う。また、自殺の恐れがある場合は精神科に紹介し、連携した支援を行う。

産婦健康診査事業においては、産後2週間と1か月健診で母親の心理状態や対児感情の把握も求められており、質問票の活用が有用である。

4. おわりに

日本産婦人科医会で開催している「母と子のメンタルヘルスケア研修会」では実際の事例をもとに3つの質問票を用いたグループワークを行い、参加者からは好評を得ている。また指導者講習会を同時に開催し、指導者の育成にも努めている。指導者講習会履修者による各地域での研修会開催を準備中であり、この稿が出版される頃には日本産婦人科医会ホームページから申し込みが可能となる見込みである。

最終的な目標としては、自殺する妊産婦や虐待される児童が1人でも減少することであるが、医療従事者がどんなに頑張っても限界があり、不幸

な事例をなくすことはできないことも同時に知っておく必要がある。また個々の事例に当たっては担当者が抱え込まないように、多職種が連携して関わることも重要である。

【引用文献】

- 1) 日本産婦人科医会. 妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル (2017) http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/03/mentalhealth2907_L.pdf
- 2) K.Usuda,et al(2017). Optimal cut-off the Edinburgh Postnatal Depression Scale for major depressive episode during pregnancy in Japan. Psychiatry and clinical neurosciences. Dec;71(12);836-842. doi: 10.1111/pcn.12562.
- 3) 日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会編 (2017). 産婦人科診療ガイドライン産科編2017

【日本産婦人科医会の取り組み】

妊産婦の自殺や診療報酬改定について

日本産婦人科医会常務理事／葛飾赤十字産院副院長 すず き しゅん じ 鈴木 俊治

1. 妊産婦の自殺の実情

日本産婦人科医会（以下、医会）では、「母体安全への提言」を毎年発刊し、わが国の妊産婦死亡の減少に向けた医療安全に関する啓発・提言を継続的に実施している（医会ホームページ <http://www.jaog.or.jp/>）。その中で、「母体安全への提言2014 Vol.5」¹⁾において、初めて妊産婦のメンタルヘルスと自殺の関連を取り上げ、「精神疾患合併妊娠では十分な情報収集を行い、妊娠中だけでなく産褥期にも精神科と連携を取り診療を行う」ことを提言した。

2016年に竹田²⁾は、2005～2014年における東京都23区内の自殺者の中で、妊娠中の女性は23人、分娩後1年未満の女性は40人（計63人）であり、特に自殺の時期として妊娠2か月（12人）および分娩後4か月（9人）が多かったことを報告した。前者は予期せぬ妊娠などの社会的経済的問題が内在していることが多く、後者は分娩後の生活が日常に戻り、周囲のサポートが薄くなる頃に一致していた。また、出産後1年未満の女性の6割に精神疾患の通院歴があり、その半数が産後うつ病であった。うつ病をはじめとしたメンタルヘル스에問題を抱えている女性は自ら受診したり支援を求めたりしないことが特徴であり、とすると、精神疾患合併妊産婦はデータ以上に存在することになる。一方、「母体安全への提言2014 Vol.5」で紹介された大阪府監察医事務所のデータにおいても、20～30代女性の自殺のうち妊産婦の自殺が約4.5%を占めていた²⁾。これらを換算すると、わが国では年間60～80人の女性が妊

産婦である時期に自殺で亡くなっていることになり、これは、出血などによる妊産婦死亡数（年間約40人）の約1.5～2倍に相当する。

2. 妊産婦の自殺とメンタルヘルスケア

周産期うつ病などにおいては、自殺企図があった場合はもちろん、希死念慮がうかがえる、焦燥感・自責感が強い、妄想や幻覚を伴っている、また、家族や周囲のサポートが得られにくいなどの場合は、早めに精神科専門医や地域行政と連携することが重要である³⁾。精神科の診察を受けるまでに時間がかかる場合は、受診まで自殺しないことを約束させることも重要である。自殺を考えている妊産婦は「自殺したいと思うほどつらい」のである。相手のことを心配していることを伝え、相手の言葉を否定しないで寄り添って真剣に対応するのであれば、自殺を話題にしても危険ではなく、むしろ自殺のリスクを評価できて、予防の第一歩となる。まず打ち明けてくれたことをねぎら



写真1 「母と子のメンタルヘルスケア研修会」でのグループワーク

い、どのような時に、どのようにつらいのかなどを確認する。

医会では、定期的に「母と子のメンタルヘルスケア研修会」または「同指導者講習会」を開催し、質問票を用いた妊産婦とのコミュニケーションに関する事例検討やグループワークを実施している（写真1）⁴⁾。

3. 診療報酬改定に向けた活動

医会は、2015年11月、厚生労働省に対して日本産科婦人科学会（以下、学会）と共に精神疾患をハイリスク管理加算の対象疾患へ追加することに関する要望書を提出した。要望の骨子は、①妊産婦メンタルヘルスケアこそ産後の母親の自殺や虐待予防として、また、少子化克服対策の一つとしても重要であること、②医会で行った調査⁵⁾によると、東京都だけでも年間約1,800件（全体の約2.1%）の精神疾患合併妊婦の分娩があり、さらに、自傷他害の疑いで年間約27件の精神疾患合併妊産婦の救急搬送が発生していること、③日本周産期メンタルヘルス学会と協働で妊産婦の精神疾患へのガイドラインの作成していること、④精神科を含めた多職種連携体制確立を推進していることなどから、診療報酬上の配慮を要望するというものである。

さらに、学会および日本精神神経科学会の共同提案に基づいた少子化対策の視点からの内科系学社会保険連合（内保連）としての提案「周産期メンタルケアおよび産後ケアの確保・充実のための要望」も行われ、2016年度診療報酬改定において、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、およびハイリスク妊産婦共同管理料の算定対象となる合併症に精神疾患が加えられた⁶⁾。

4. 診療報酬改定におけるメンタルヘルスケア

ハイリスク管理加算とは、合併症などによってリスクの高い妊産婦に対する入院管理の評価として2006年度に保険収載された。対象とされる精神疾患は、保険医療機関で通院・在宅精神療法を

実施しているもので、診療情報（提供書）が提供されているものに限られる。すなわち、精神科に通院している妊産婦を、基準を満たす施設で入院管理を行った場合に算定されるものであり、精神科と産婦人科が連携して精神疾患合併妊産婦を管理することの重要性が評価されたものである。一方、ハイリスク妊産婦共同管理料は、紹介元の医療機関がハイリスク妊産婦共同管理料を算定した場合に紹介先の医療機関において算定されるものである。

さらに、2018年度診療報酬改定において、ハイリスク妊産婦連携指導料が新設された。これは、精神疾患を有する妊娠または出産後2か月以内（産婦人科）あるいは6か月以内（精神科・心療内科）の妊産婦に対して、本人の同意を得て、担当する産（婦人）科医、精神科・心療内科医、保健師、助産師・看護師、市区町村・都道府県などが診療方針等に係るカンファレンスを実施していることを前提として外来診療・指導を行った場合に算定できるものである。そして、出産後の養育について支援を行うことが必要と認められる場合は、その旨を本人の同意を得た上で、医会発刊の「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～」³⁾を参考に地域行政に情報提供・相談することとなっている。

これらの算定は、産婦人科・精神科の医療連携あるいは多職種連携による精神疾患合併妊婦の支援を前提とした保険収載であることに留意する。また、これまでは妊産婦からの相談・支援要請を待っていた行政が、積極的に支援が必要な妊産婦にアプローチしていけるようにという意識に基づいた算定である。この行政の積極的な姿勢は、2017年度に開始された産婦健康診査事業の、「産後の初期段階で支援が必要な母子を把握して切れ目ない支援体制を整備していく」という目的にも表れている。

5. 診療報酬などにおける課題

精神疾患合併妊産婦に対しての加算が新設されたことは、妊産婦のメンタルヘルスケアが必須で

あることが啓発される第一歩として、大きな意義がある。しかし、最も負担を負うことになる看護職をはじめとした多職種への追加報酬は未だ設定されていない。

また、前述した医会の調査⁵⁾において、東京の精神疾患合併妊婦のうち36%は、全体の17%しかない精神科入院病床がある高次施設で管理されていたが、必ずしも中等症以上の妊産婦が高次施設に紹介されている様子ではなかった。産婦人科医にとって精神疾患の重症度を評価することは現時点において困難であり、その結果、精神疾患が疑われた時点で早々に高次施設に紹介してしまう傾向がある。現状では高次施設のスタッフが心身共に疲弊してしまう可能性が危惧された。これらを解決するためには、産婦人科・精神科・多職種間でコンセンサスが得られたマニュアルの充実や、各地域での救急連携を含めた医療連携体制の構築が必要と考える。

医会は、各地域に合わせた妊産婦のメンタルヘルスケアに関する医療連携・多職種連携構築に向けた活動を今後も継続していく所存である。

【引用文献】

- 1) 日本産婦人科医会. 母体安全への提言2014. http://www.jaog.or.jp/medical/ikai/project03/PDF/botai_2014.pdf (2018年11月21日).
- 2) 竹田省 (2016). 妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦. 日本産科婦人科学会雑誌, 68: 345.
- 3) 日本産婦人科医会 (2017). 妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～. http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/06/jaogmental_L_0001.pdf(2018年11月21日).
- 4) Suzuki S, et al (2018). Recent strategies in perinatal mental health care in Japan. Hypertens Res Pregnancy. 6: 11.
- 5) 鈴木俊治, 他 (2015): 東京都の精神疾患合併妊婦取扱に関する実態調査. 周産期医学 45: 1802.
- 6) 日本産婦人科医会. 医療保険必携 (平成30年).

【事例紹介を総括して】

母子保健事業を活用した妊産婦のメンタルヘルスへの支援や関係機関連携について

東京情報大学看護学部看護学科 准教授 いちかわ 市川 かおり 香織

妊娠・出産・子育ての継続的な支援の展開において、周産期のメンタルヘルス支援は切っても切り離せないものである。

今回の特集では、母子に関わるさまざまな立場から、メンタルヘルス支援の実際についてご紹介いただくことができた。それぞれここに至るまでに、試行錯誤を繰り返し、関係者の協力を得るための努力を積み上げてこられたものと推察する。現在も、よりよい方向を探りながら道半ばなのかもしれない。これらの実践は初めからあったものではなく、自分たちの施設や地域のニーズに合わせ、また、財源や人材に合わせて変化させながらつくりつつあるものと考えられる。これらの事例を参考にして、読者の皆様にはぜひ自分たちのストラテジーを考えるきっかけにいただきたい。

1. 医療機関におけるメンタルヘルス支援と地域連携

産科にとって、メンタルヘルスのリスクを抱える女性への対応には課題が多い。妊産婦の自殺が注目され、自殺した妊婦の約4割がうつ病または統合失調症であり、産後の女性の6割が産後うつ病をはじめとする精神疾患であったという報告¹⁾もあったことから、妊産婦のメンタルヘルス支援は産科の中でも喫緊の課題とされ、取り組みが始まっている。

精神障害の既往がある女性は、周産期の時期に再発しやすく、その症状が通常と異なる経過をとる場合もある。また、妊娠期の不安や抑うつおよび産褥期^{さんじょく}のうつ病は、その子どもの情動・神経

発達に長短期で影響を与えともいわれており、精神状態悪化の早期発見と早期介入は家族の健康問題として重要な課題の一つになっている。私たち保健医療従事者は、妊娠期から育児期において妊産婦の日常生活に寄り添い、予防的に関わる必要がある。

特に、出産を取り扱う医療機関の中でも、ハイリスク妊産婦を多く診ている地域の基幹病院にとって、地域との連携は欠かすことができない。産科と精神科との連携、小児科との連携、さらに地域との連携が必要となると考えられるが、連携は簡単につくれるものではなく、それぞれが同じ問題意識を持ち、目的の共有から始めなければならない。

また、医療機関において初診時に精神疾患の既往を自己申告する妊婦は少なく、妊娠経過中の診察や保健指導などから把握されることが多い。そのため、産科医療機関のスタッフ、特に外来で接する助産師や看護師は、妊娠という喜ばしい機会が妊婦にとって時には大きな負担ともなり得ることを念頭において丁寧に関わる必要がある。そして、妊婦健診の機会にメンタルヘルスのスクリーニングを行うとともに、妊婦にとってはいつでも相談できる場をつくることが大切であろう。

スクリーニングで継続的な支援が必要と判断された場合、妊婦の同意を得て、他科や地域へ連携を行う場合も、産科スタッフへの信頼があってこそ有効な連携が図れる。安心して自分の今後を託せるような信頼関係づくりが重要である。産科医療機関においては、助産師外来の設置も促進されているが、ハイリスク、特に社会的なハイリスク

妊産婦への支援も視野に置いた助産師外来の活用も考慮されるべきではないかと考える。

また、産後うつ病に罹患^{りかん}している女性は出産後にどこか具合が悪いと感じていても、自分がうつ病でその症状が出ているとは認識できず、かつ、自分の症状を医療機関のスタッフに相談していないことも多い。初産婦では産後2週間でエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）陽性者の割合が顕著に増加することが明らかになっている²⁾。そのため、2週間健診は、産後の不安の高まりを軽減し、支援の必要な産婦への対応を行うべきよいタイミングであると言える。しかし、医療機関においては、産後2週間健診あるいは1か月健診しか産婦と関わる機会が持てないことも多いため、その後の継続的な支援を考えた時、地域との連携が重要である。助産師外来などを通じて助産師が積極的にメンタルヘルス支援を担い、地域とのパイプをつくる必要があるであろう。

さらに、産婦自身から困ったときに支援を求めることができたり、あるいは産婦のパートナーや家族が支援を求めることができるよう、あらかじめ周産期のメンタルヘルスについて当事者たちが学び、対策を知っておくことが重要である。これは、医療機関のみならず地域も含めた母親学級・両親学級の機会に、妊婦だけでなく家族も対象とした出産準備の一環として実施されることが望ましい。その際に、困ったときにはここに相談できるということを伝えておけるとよいだろう。今後は、子育て世代包括支援センターが窓口となりその役割を担っていくものと考えらる。

2. 都道府県と市区町村、それぞれの役割への期待

地域の中では、いち早く周産期のメンタルヘルス支援に取り組んで実績を上げてきた都道府県や市区町村もある。地域で大事なことは、関係者との連携を仕組みとして機能させることではないだろうか。担当者個々の努力ももちろん大切だが、その個々の努力を無駄にしないためにも、組織として対策されていることが、継続しノウハウを蓄

積することにつながっていくと考えられる。

特に、医療機関との連携は重要なポイントであり、具体的には連絡のしやすさ、分かりやすい手順と方法がカギになるのではないだろうか。すなわち、連絡の際のツール、様式を作成し使ってもらうこと、そして連絡を受けたらその結果を必ずフィードバックすること、フィードバックは小まめにも行いつつ、公式な連携会議や事例検討会などを開催し共有していくことである。共通の様式を作成したり、関係者を集めて会議を開催することは、規模の小さな市町村単位ではなく、母子保健の指導的立場にある都道府県が積極的に関与することが重要であろう。さらに、市区町村の母子保健担当者や産科医療機関の新任者を対象とした周産期メンタルヘルスに関する継続教育を実施し、同じ場で学び合う機会をつくることも地域の関係者同士の連携を図ることにつながるのではないだろうか。

市区町村の担当者は、妊産婦との関わりにおいて、一番身近で信頼される窓口となる。ここで大切になってくるのは、対象者に心を開いてもらうことである。特に、母子健康手帳の交付は最初のきっかけであり、多くの情報を捉える機会である。多くの市町村で今、子育て世代包括支援センターの設置が進められているが、プライバシーを保護し、安心して自分の情報や状態を話せる場をつくることには課題が多い。しかし、メンタルヘルスの支援が必要な妊産婦は1割程度含まれていることや、メンタルヘルス以外でもさまざまな家庭環境や背景の複雑な妊産婦が増えていることから、個別面談のできる場や安心した人間関係づくりは、母子保健のスタートとして必須の仕組みである。妊娠期に安心した人間関係ができれば、産後早い時期からの専門家らによる支援をスタートさせることもでき、それは産後うつの重症化予防のみならず、児童虐待の予防にもつなげることができる。

また、妊娠期から継続的な支援が必要な妊婦をスクリーニングできたとしても、その支援を保健師だけで担っていくのは難しい。特に、産後の支

援が少なく、メンタルヘルスのフォローが必要なケースには、産後ケアの提供も必要である。産後ケア事業の実施には、助産師の確保などハードルが高い部分もあるが、広域に捉えて関係機関などへの委託を考えたり、宿泊型や日帰り型など施設がないと実施できない方法にとらわれず、訪問型での実施を考えたりと、市区町村の規模や予算によってできるところから始めて、受け皿をつくることが重要である。事業を始めることは、潜在していた人材を掘り起こすことにもつながるだろう。

さらには、周産期を得意とする臨床心理士や精神保健福祉士など多職種の活用により、対応できる人材の活用の幅を広げることも今後期待される。

ないものばかりに目が行きがちだが、小さな自治体こそ、きめ細かなサービスができていても多い。できていることには自信を持って、連携の基盤としてさらなる活用がなされることを期待したい。

【引用文献】

- 1) 竹田省（2016）．妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦．日本産科婦人科学会雑誌，68(9)，1815-1822.
- 2) 久保隆彦（2014）．平成26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 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．

【事例紹介】医療機関における支援

産科医療機関でできる周産期メンタルヘルスケア ～医療・保健・福祉の連携を目指した妊婦支援を考える～

大阪母子医療センター母性外来 和田 聡子

1. はじめに

妊娠・分娩・産褥期^{さんじょく}は女性の一生の中でも心理、社会、身体面それぞれにおいて短期間に大きな変化が起きる時期である。女性は急激な変化に対応しつつ、心と身体のバランスを取りながら過ごすことを余儀なくされる。また妊娠・出産は大きなライフイベントであり、それまでの自分の体調や生活のリズムが変化するため、しばしばストレスにさらされることになる。

妊娠・分娩・産褥期の精神的なストレス因子としては、妊娠中の不安、周囲からのサポートのなさ、精神疾患既往、神経質傾向、夫婦関係、ストレスとなるようなライフイベント、経済状況、産科的な問題などが考えられている。しかし実際のところ、妊産婦が本当はどのような危険因子を抱えているのか、産後うつや精神疾患になりやすいのか、といったことは一目見て判別できるものではない。

このような時期に妊婦健診を通して定期的に関わる産科医療機関は、妊産婦のメンタルヘルスだけでなく、夫婦関係や家族問題、児の養育やその成長にも目を向け、女性の身体と心を知る専門家として支援できる立場にいる。今、何に不安を感じ、今後どのような問題が生じ得るか、それを防ぐために事前に何をすべきか、気付き、共に考えることは、妊産婦本人にとって心強い助けになるであろう。妊産婦と接する際、話を丁寧に聞きながら背景を把握し、アセスメントしていくことは必要である。しかしこのとき、「この人は大丈夫か…」といったように“探る視点”で妊産婦を見る

のではなく、「妊娠中の身体は毎日の生活も大変だろう」「妊産婦の誰もが出産・育児への不安を感じているであろう」という心構えで関わってきたい。

2. 妊産婦メンタルヘルスと児童虐待

「健やか親子21（第2次）」では、基盤課題Aに「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」重点課題①に「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」、重点課題②に「妊娠期からの児童虐待防止対策」が挙げられている。母親のメンタルヘルス不調は子どもへの愛着形成や育児、子どもの成長発達へも大きな影響を及ぼすため、児童虐待の発生予防の観点からもその支援は重要である。妊婦健診では数か月にわたって定期的に妊婦と関わりを持つことができるため、医学的な管理や身体面の相談だけでなく、妊婦の生活状況、家族との関係や子育てに関することなど、幅広く相談を受けることが多い。また、リスク要因を持つ妊婦にも無理なく関わることができ、虐待の発生予防に関しても重要な役割を担っている。

本稿では、当院で行っている取り組みを紹介することで、周産期のメンタルヘルスケアも含め、妊娠期からの児童虐待防止に向けて産科医療機関ができることを考えたい。

3. 大阪母子医療センターでの取り組み

1. 当院の標準ケアとしての個別保健指導（「相談室」）

当院の産科では妊婦健診時に妊産婦が助産師に個別に相談できる場（「相談室」と呼んでいる）

表1 問診票の工夫

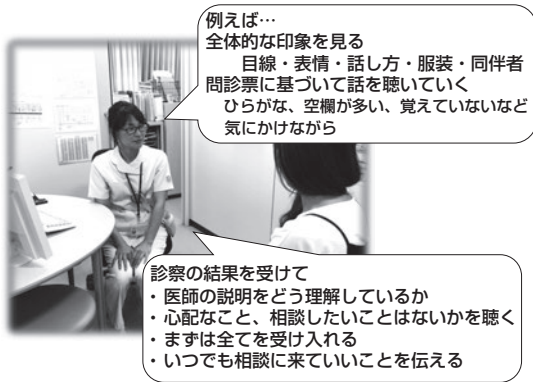


図1 「相談室」での留意すべきポイント

▶既往について尋ねる項目で、精神的な症状を記載例に挙げる

「今までにかかった病気または手術をしたことがありますか？」

「今までにこころの不調が理由で医療機関を受診をしたことがありますか？」

	年齢または 年 月	病名	処方
例	幼少期	小児ぜんそく	吸入薬
	15歳	虫垂炎（盲腸）	手術
	20歳	パニック・うつ・過換気	内服中

▶生活の様子を時系列で尋ねる

例：

	7	9	12	18	19	22	(時)
	起	仕	昼	帰	夕	就	
	床	事	食	宅	食	寝	

を設け個別保健指導を行っている。相談室は産科受診の全妊婦が対象で、①初診時、②20週時、③28週時、④36週時、⑤産褥1か月健診時に設定し、妊娠中や出産後の心身の不調に関する知識などをはじめ、各時期に応じた保健指導や相談を行っており、妊婦が希望する時や助産師が必要と判断した時などは適宜行っている（図1）。

社会的な問題や心配事、メンタルヘルスに問題を抱えていないかなど、まず初診時の問診票に相談内容を記入しやすいように工夫をしている（表1）。既往歴では「これまでの病気や手術について教えてください、こころの不調なども教えてください」と尋ね、病歴の記載例に身体的疾患だけでなく精神疾患を示して（例：5歳時 △△小児科、ぜんそく、吸入薬/25歳時 ○○メンタルクリニック、パニック・うつ病・過換気、内服中）、妊婦本人が積極的にメンタルの問題を記述できるようにしている。この問診票をもとに妊婦の話を聴取していると妊婦自身を取り巻く問題が見えてくる。妊婦健診で得られた情報を多職種間でアセスメントすることにより、その支援について医療機関だけではなく、地域の保健・福祉へとつなげていく計画が立てられる。妊娠期にはさほど問題とならないことも、赤ちゃんが生まれることで生活環境が変わり大きな問題へ発展することがある。つまり、産科医療機関では産後に起こり得る状況を予測しながら、その対応をできるだけ早い時期から整えることが重要となる。

2. 社会的ハイリスク妊婦把握のための工夫

(1) 相談室での情報収集のポイント（表2）

初診時の妊婦から情報収集を行う相談室では、助産師を「何でも相談できる相手」として認識してもらうことを目標にしている。まず、初めに望んだ妊娠か否か、計画妊娠かどうか、妊娠に気付いた時の気持ちをストレートに聞く。パートナーと妊娠について話し合っているか、パートナーは妊娠のことをどう思っているのかなど、初診時だからこそ聞ける内容を確認する。初診時には母子健康手帳取得の説明や、母子健康手帳の使い方の説明も行うが、その際に、妊婦自身の母子健康手帳についても話題にすることで、実母との関係や生育歴を聞ききっかけにしている。

(2) 初診時間問診票の工夫（表1参照）

前述のように既往歴でメンタルヘルス不調を尋ねる項目や、生活状況を把握するため妊婦の1日の生活パターンを時系列記載にするなどの工夫をしている。また、経済的なことも含めた心配事を自由に記入できる欄や、自身の子ども時代の父母との関係性をさりげなく尋ねる質問も工夫して入れることで、家族の状況をつかむとともに妊婦の全体像も把握できるようにしている。

(3) 夫婦間暴力（DV）スクリーニング（表3）

日本の周産期で使用できるDVのスクリーニングツールとして、片岡ら（2004）によって開発された「女性に対する暴力スクリーニング尺度

（Violence Against Women Screen：VAWS）」¹⁾を用いている。妊産婦全員に、スクリーニングとして初診時、妊娠28週、産褥1日目に実施する。実施する時は必ず個室を利用し、妊婦個人と面談しながら実施する。

このDVスクリーニングは、通常の話からは見えてこないカップル間の力関係を知る有効な手段だと考えている。スクリーニングの結果、点数が高いにもかかわらず全くDV意識のない女性が多い。「私が怒らせなければ大丈夫」や「怒らせてしまう私の方が悪い」など、問題が潜在化している状況が予測される。

表2 当センターにおける初診時の相談項目（一部抜粋）

✓望んだ妊娠かどうか、妊娠に気付いた時の気持ちを知る
✓現在の経済状況と今後の見通しをどう認識しているか
✓不安や心配事（妊娠に関わらず広く尋ねる）
✓精神科既往、または精神的な不調についての話を聞く
✓サポート者がいるかどうかを尋ねる
✓パートナーとの関係（DVスクリーニング）

表3 女性に対する暴力スクリーニング尺度（Violence Against Women Screen：VAWS）

	項目	よくある	たまにある	まったくない
1	あなたとパートナーの間でもめ事が起こった時、話し合いで解決するのは難しいと感じることがありますか？			
2	あなたは、パートナーのやることや言うことを怖れと感じることはありますか？			
3	あなたのパートナーは、気に入らないことがあると、あなたを大きな声で怒鳴ったりすることがありますか？			
4	あなたのパートナーは、気に入らないことがあると、怒って壁をたたいたり、物を投げたりすることがありますか？			
5	あなたは、気が進まないのに、パートナーから性的な行為を強いられることがありますか？			
6	あなたのパートナーは、あなたをたたく、強く押す、腕をぐいっと引っ張るなど、強引にふるまうことがありますか？			
7	あなたのパートナーは、あなたを殴る、けるなどの暴力をふるうことがありますか？			

（4）プライマリー看護師

より手厚い支援が必要と判断した場合は、外来通院の時点から1人もしくは2人の助産師をプライマリー看護師として設定し、妊娠期間から産褥1か月まで妊婦を見守り、寄り添う。毎回同じ担当者が相談室でゆっくり話を聴くことで、妊産婦のちょっとした変化に気付くことができる。

3. 院内での共有と多職種連携

以前からも気になるケースのアセスメントは行っていたが、具体的な支援の介入は児の出産後に開始されることが多かった。しかし妊婦と支援者が人間関係を構築したり、医療者と保健福祉担当者間で情報を共有したりするには、出産から退院までの数日（一般的に出産後5日間）ではあまりにも短く、中には対応が後手になることもあった。そこで適切な支援をタイムリーに提供するためには、初診問診から得た情報をアセスメントし、妊娠初期から医療・保健・福祉が連携しておくことが必須であると考え、院内の関係部署や関係職種が情報を共有し支援の方向性を話し合う場として、2012年に「社会的ハイリスク妊婦ワーキンググループ」（以下、WG）を立ち上げ多職種でアセスメントを行っている（図2、図3）。

このWGでは産科医以外にも新生児科医・公衆衛生医・院内保健師・医療ソーシャルワーカーなど関連部署の多職種が参加して月1回の定例会議を開催し、社会的ハイリスク妊婦の把握・院内関係部署間の情報共有・多職種での継続的支援を行っている。WGの検討会で社会的なリスク背景（家族や家庭環境、経済的問題、予期せぬ妊娠、心の問題、未受診妊婦など）を持つ妊婦や、メンタルヘルスに問題を抱える妊産婦をリストアップし、①妊娠中から育児期の養育支援の具体的方法、②養育の場所とサポート者の確認、③支援者や家族への育児協力の要請、④妊婦健診中の精神科診療の方向性（どの医療機関で管理するのが適切か）、⑤地域保健センターや福祉課、子ども支援課などへの連絡・連携、といった対応について検討している。

4. 「気になる」から「気付く」へ

妊婦と接していると、「何となく気になる方だな…」「この妊婦さん大丈夫かしら」と、感じる場面はよくあることではないだろうか。私たち産科診療の現場では、その「気になる」を大事にしなければならない。その時点ではさほど大きな問題ではなくても、後に支援が必要な内容が表出されることがある。その一つがメンタルヘルスの不調であったり、潜在化しているDV問題であったりする。

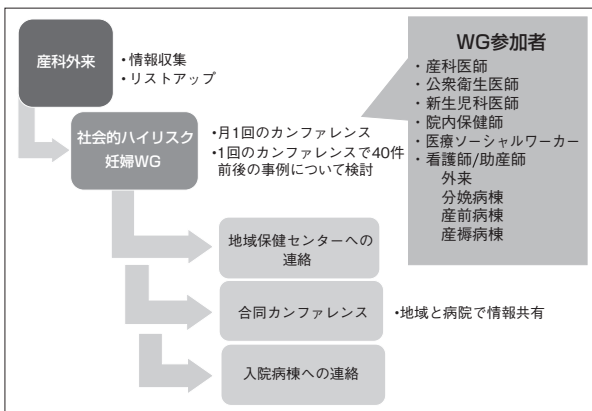


図2 社会的ハイリスク妊婦ワーキングのフロー図

しかし、「気になる」と感じるかどうかは担当者によって個人差があって当然である。そこで個人の感性に任せるのではなく、ある程度標準的な枠組みをあらかじめ準備しておき、それをチームで対応することで「気になる」から「気付く」に変えることができると考えている。

当院では、社会的な背景の情報収集も妊娠期別の保健指導項目に包括している。例えば、妊娠28週の保健指導の際に、妊娠中や産後の援助者について確認しているが、援助者の年齢や就業の有無、育児経験の有無などにも言及できるよう、電子カルテの看護記録を工夫するなどして、誰が対応しても同じように情報収集し、保健指導を織り交ぜながら妊産婦の状況によってより深い内容まで掘り下げていくことができるようにしている。あえて業務化することで、担当した助産師の看護展開に委ねるのではなく、誰もが支援の必要性に気が付きやすくなる。

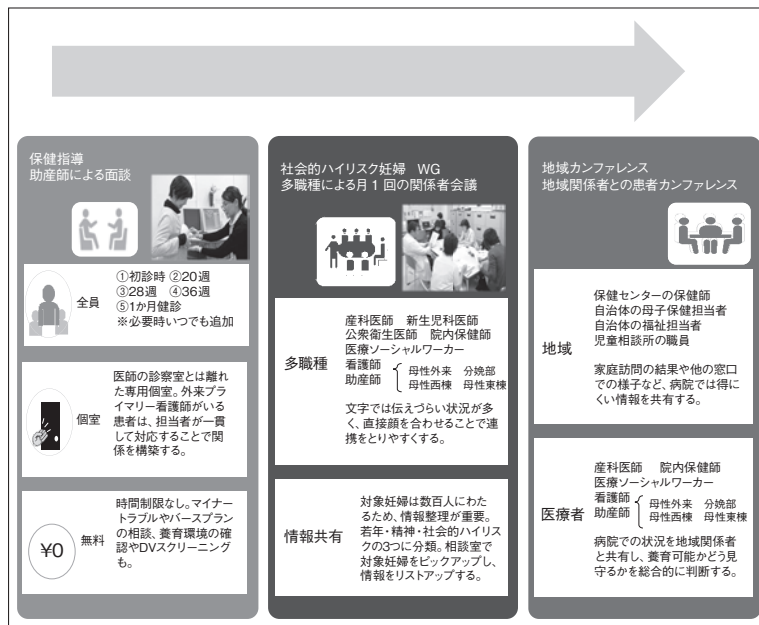


図3 多職種で連携し支援していく流れ

5. 連携の仕方～産後、地域へ支援の“関係性”をつなぐ～

原則、産科として妊産褥婦と関わることができるのは産褥1か月健診までであり、その後は次の支援機関に引き継ぐ必要がある。引き継ぐということは、単なる情報提供ではない。よい関係性を引き継ぐことに意義がある。

その関係性は、妊娠中からメンタルの問題や家族やサポートについて話を聞き、情報収集をしながら親身に関わる中でつくられる。支援する人と支援を受ける人の信頼関係が構築されると、妊婦は「この人は、私のために何かしてくれる人なんだ」という安心感をもって話ができるようになる。妊娠中に「頼っていいんだ」という関係性ができると、その関係性を次の支援者へつなぎやすくなる。そして、妊娠中に社会的な問題や、産後のメンタルに影響を与えそうなリスク因子があると気付いた妊婦には、妊娠中から地域保健師を紹介し、相談できる相手は複数いること、妊婦の方から便利に利用するつもりで頼ってほしいことを伝えることができる。出産して慣れない育児を始め、よい母親になれているかどうかを気にしてしまうより前に、妊娠中に保健機関につないだ方が地域保健師も関係性を構築しやすい。そのためにも、医療機関⇨保健センターの単方向ではなく、医療機関⇨保健センターの双方向関係での連携が必要である。

しかし、妊娠中にはさほど気になる問題はなくとも、産後に実際の育児を経験する中で、不安なことも多く生じてくる。妊娠中は安定していた精神状態も、産後不安定になる場合もあるため、産後2週間健診で産婦から話を聴くことは非常に重要である。その際、まずはしっかりその人の言葉に耳を傾ける。この時期には、「こんなに赤ちゃんはかわいいのに」「みんなが祝福してくれるのに」「誰でも普通にできていることなのに」「あの人はこんなに幸せそうに楽しそうに育児しているのに」など、自分は思うようにできないと、他者と比較をして失敗や挫折感から追い込まれること

がある。24時間、365日続く育児の中で、誰でもうつ状態に陥る可能性があるということを前提に、「あなただけではない」「私たちはあなたのことを心配している」ということを伝え、関わっていく。

「産婦人科診療ガイドライン—産科編2017」では、産褥3～10日の間に生じる一過性の情動不安定な状態には、客観的診断法として日本版STAI（State-Trait Anxiety Inventory）を用いることや、産後うつ病のスクリーニング法の一つとして、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）が提唱されている。それらを用いた客観的視点も重要ではあるが、点数だけにとらわれるのではなく、妊娠中から得た産婦の背景や妊娠中の情報をもとに、直接話を聞き、その上で判断することが大切である。

4. まとめ

妊娠期からの児童虐待防止の視点で妊婦への支援に取り組むには、まず、妊婦が心配事や不安を相談しやすい体制を構築することが必要である。産科医療機関で助産師、看護師は、妊婦自身に注目して、「私たちはあなたのためにできるだけのことをしたい」「頼っていいんだよ」という思いで寄り添い、妊婦本人が「受け入れられている」「頼っていいんだ」という思いを持てるように関係性をつくるのが大切である。支援する者と妊産褥婦のよりよい関係性が、切れ目ない支援、医療・保健・福祉の連携につながると考えている。

【引用文献】

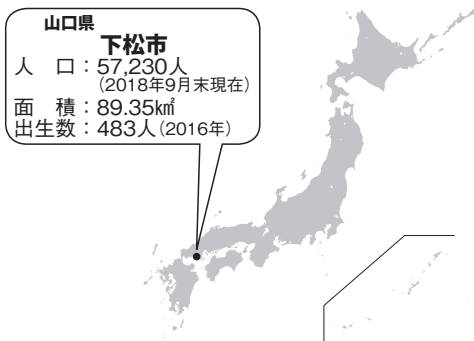
- 1) 日本助産師会 聖路加看護大学 女性を中心にしたケア研究班、EBMの手法による周産期トメスティック・パイオレンスの支援ガイドライン、金原出版株式会社、2004.佐藤喜根子、

【事例紹介】産後ケア事業を通じた支援

妊産婦のメンタルヘルスに着目した支援について ～産後ケア事業を始めて見えてきたこと～

山口県下松市健康増進課子育て世代包括支援センター担当保健師 せ ら ゆ か 世 良 由 華

1. はじめに



下松市は、山口県の東部に位置している。人口は2018年9月末現在57,230人である。市中心部からどこの地域へも自家用車で片道30分以内で行けることより、「コンパクトシティくだまつ」として市をPRしている。本市は、平野部の休耕田が次々と住宅やアパートとなり、本市や隣市の工業地帯に勤める方の多くが、居住している。また、大型商業施設がいくつかあることの利便性から、人口がここ10年間で1,500人程度増加している。2016年の出生率は、8.6（人口千対）で徐々に低下傾向ではあるが、全国、県平均と比較しても高い水準を維持している。高齢化率は28.7%と、全国平均よりも高い。

本市は、出生率が高い割には出産できる医療機関や施設がなく、94%の人が両隣の市でお産している。また、母乳相談を主としている助産所が2か所ある。本市がコンパクトシティであるため、隣市の医療機関を受診することは不便ではない。

子育て世代包括支援センター「ハピスタくだま

つ」は2017年6月に、保健センター内に設置した。利用者支援事業母子保健型の機能を備え、専任2人、兼任1人の保健師で運営している。本市の保健センターは、大型商業施設「ゆめタウン下松」と同じ建物の中にあり、公共施設としては珍しい建物で、来所ついでにショッピングができること、駐車スペースが豊富であるなどのメリットがあり、子育て世代が利用しやすい施設である。

また、利用者支援事業特定型は、子育て福祉部局である子育て支援課が担っており、本庁舎内に設置されている。要対協ケース・特定妊婦に関して常に連携をしている。

本市は、隣市に遅れて子育て世代包括支援センターを設置したため、その両隣市から情報を得ることが容易にでき、それをお手本にしながら、「下松市にあった方法で、できることから始めよう」という気持ちで、ゆっくりと前進しているところである。設置して1年半が経過し、多くの妊産婦と関わっていく中で感じたことを次のようにまとめた。

2. 本市の産後ケア事業について

産後ケア事業は、子育て世代包括支援センター開設と同時に開始した新たな取り組みであった。隣市で、先行して実施していたので、同等のサービスを本市でも受けることができたなら妊産婦の助けになるとの思いで実施した。委託先は隣市と同じ医療機関とした。委託先も事業の流れが分かっており、受け入れが良かったので、スムーズに事業を始めることができた。

最初は、宿泊型と日帰り型を実施していた。し

表1 産後ケア事業利用者数および利用日数（単位：人）

	宿泊型			日帰り型		アウトリーチ型	
	実人数	延人数	日数	実人数	延人数	実人数	延人数
2017年6～3月	14	14	42日	2	4	—	—
2018年4～9月	15	15	53日	2	7	10	14

表2 利用者43人のうちハイリスク妊婦の数

ハイリスク妊婦		10人
リスク因子 (内訳)	心理面	1人
	高齢初産	7人
	肥満	3(2再)人
	双胎	2(1再)人

かし、産後から退院までの間に授乳指導の時間があまりとれず、自宅に戻ってからの授乳がうまくいっていない産婦が多いことや、市内に母乳相談専門の助産所があるので連携しやすいという点から、2018年4月からアウトリーチ型を開始した。

対象者は、産後4か月未満の産婦で、利用回数の上限は、宿泊型、日帰り型は、7日以内、アウトリーチ型は7回までとしている。自己負担は、委託料の1割とした（自己負担：宿泊型15,000円、日帰り型8,000円、アウトリーチ型7,000円、利用実績は、表1）。

産後ケア事業の利用は、産婦から相談がある場合と、委託先から連絡がある場合がある。原則、来所してもらうか、入院中であつたら医療機関に出向き、直接会って、申請手続きをしている。緊急で利用の場合は、先に利用してもらい、面接を後日にし、さかのぼって申請受付をすることもある。アウトリーチ型利用の場合は、新生児訪問の際に申請書を受け取っておく場合もある。面接の際には、産後の経過を確認し、母子の心身の状態を確認する。産婦の心理面は、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）などを実施し、参考にしていく。

3. 産後ケア事業を利用した人の特徴と事業の効果

本市では、妊娠届出時のアンケートや聞き取り

から、ハイリスク妊婦、特定妊婦を独自の判定表をもとに振り分けている。ハイリスク妊婦と産後ケア事業利用者の関係（表2）を見ると、利用者43人の中で、ハイリスク妊婦として把握していた人は、10人だった。その中で、心療内科受診歴があるなどの心理面のハイリスク者は1人で、高齢初産のリスク要因が多かった。このことから、妊娠期に心理面などの問題がなかった人にも、産後の支援が必要となる場合があることが分かる。

利用のタイミングとしては、宿泊型の利用者のほとんどが、医療機関からの勧めで退院後すぐに利用している。日帰り型は、医療機関受診の際に勧められ、アウトリーチ型は、新生児訪問で、保健師が勧めていることが多い。

表3のとおり、産後ケア事業利用の理由で多いのは、児が新生児集中治療室（NICU）に入院するなど母子同室ができておらず、母の方が先に退院している場合である。NICUでは、面会時間が少ないため、育児について学ぶタイミングが少なく、授乳の指導も受けていない。こうした背景があつて帰ってからの育児が不安だという理由で利用している。

この場合、利用した人からは、「育児技術を学ぶことができた」「授乳のリズムがなんとなく分かった」「頻回授乳や乳房ケアにより、母乳分泌が増えた」との声があつた。

この事業を始めて分かったことだが、児がNICUに入院している場合、児と長い間離れてしまうため、自分の子なのか実感が湧かないと言う人が多い。産後ケアを利用することで、児を身近な存在だと実感できた上で自宅に戻れるという点から、本事業が愛着を育む場にもなっていると思われる。また、産後ケア事業を利用した母親が育児に対する自信をつけることで、産後一人で悩ん

表3 産後ケア事業利用の時期と利用理由（①宿泊・②日帰り・③アウトリーチ）（単位：人）

利用時期	利用理由			母乳に関する相談がしたい			産婦の体調不良、疲れ			支援者がいないことへの不安		
	①	②	③	①	②	③	①	②	③	①	②	③
生後1か月未満	14	0	0	1	0	2	2	0	0	2	0	0
生後1～2か月未満	5	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0
生後2～4か月未満	0	0	0	1	1	6	2	3	0	0	0	0

で、うつ状態になるというようなことを未然に防いでいるということも考えられる。

母乳に関する理由での利用も多い。ほとんどの産婦が母乳育児を望んでいる。しかし、現実には、医療機関で十分に指導を受けずに退院したり、母の乳房の問題だったり、子どもが上手に飲めなかったりと、産後早期にはなかなか授乳がうまくいかない。そんな中、授乳に追われ、疲れたと訴える人も多い。産後ケア事業を利用することで、授乳に対する不安が軽減される。一度利用すると、サービスを利用することへのハードルが低くなり、行き詰まったら、また利用すればいいという前向きな気持ちになれる。産後ケア事業は、専門家がすぐそばにいますので、「今、このタイミングで授乳するところを見てほしい」という時にタイムリーにアドバイスしてもらえるメリットがある。

体調がすぐれない、育児に疲れたなど休みたいという理由で利用する人は多くなかったが、この理由で利用した人は、「しっかり話を聞いてもらえて気持ちが楽になった」「頑張り過ぎなくていいんだ」と感想を述べていたことからプレッシャーから少し解放されたようだ。利用しなくても、いざというときにサービスが利用できると分かっているだけでも安心するので、産後ケア事業のPRは大切である。

4. 産後ケア事業利用者への継続支援

産後ケア事業を利用する際に、必ず面接をし、母子の健康状態の確認や産婦の意向などを聞き、医療機関に「話を聞いてあげてほしい」「授乳指導をしてほしい」「こういうケアをしてほしい」

という要望を伝えておくことも重要だ。特に産婦のメンタルの問題は、産婦が精神科受診が必要な状態なのかどうか、医師や助産師の目線で改めて状況を確認してもらうなど、医療機関と連携し、利用後自宅に戻った時の問題点について共通認識を持っておきたい。産後ケア事業の利用は、期間が限られているので、自宅に戻ったその後をどう支援していくかを利用時点でしっかりと考えておく必要があると思う。

産後ケア事業利用後は、電話や訪問をして、利用後の変化や感想を聞き、産婦本人としての評価や事業自体の評価の参考にしている。利用者の半数は、継続した支援を特に必要としない。継続的な支援が必要な人には、産前・産後サポート事業「ママ☆スマイルさろん」、定期訪問や電話訪問、定例の育児相談や来所相談において保健師がフォローしている。また、一時預かりや子育て支援センターのような社会資源を紹介することもある。

5. 産後ケア事業を始めて見えてきたこと、改善したこと

1. 医療機関等との連携

産後ケア事業は、医療機関や助産所のスタッフと地域の保健師が同じ視点で把握できるように問題点やケアしてほしいポイントなどを具体的に伝えておくことが大切であり、そのため連携が必須である。何度か顔を合わせたり、電話でやりとりすることで、この事業以外でも子育て世代包括支援センターが窓口となり、気になる妊産婦の情報共有がスムーズに行えるようになった。

2. 妊娠中からの支援

図1 支援プラン

妊娠中には問題がないと思っていた人も、産後支援が必要となり得ることがあるということが分かった。できるだけ妊娠中から全ての妊婦とコンタクトをとり、保健師に相談しやすい雰囲気をつくっておくこと、産後ケア事業等のサービスの情報提供が必要だと感じた。そのことを踏まえ、2018年4月から、妊娠7か月頃に全妊婦に電話し、体調確認や妊婦健診の受診状況、出産準備の状況等を聞き取っている。妊娠届出時に問題がない人でも産後の支援が得られないなど、新たな問題が生じている場合もある。全妊婦を対象とすることで見落としを防ぎ、早期支援にもつながっている。

3. 支援プランの必要性

開設当初から産後ケア事業を利用する人を中心に支援プランの策定をしてきた。実際に妊娠中から支援プランを策定する人はほとんどおらず、産後、急遽必要となった場合が多い。急に必要の場合でも、タイムリーに産婦の意向にあったプランを策定するために様式を使用しやすいものに変更した（図1）。支援プランは、継続支援のためにあるもので、われわれの持っている情報量が多い方が、支援の幅が広がる。個々に合った情報を提供するために、われわれは、常にアンテナを張って、ネットワークを広げて情報収集をしていくこ

とを忘れてはいけない。

6. おわりに

産婦健康診査を2018年4月から開始し、新生児訪問の前に産婦の情報が入るようになった。産婦健康診査で、スタッフが、「保健師さんに相談したらいいよ、伝えておくね」とひとこと言うことで、産婦が保健師の支援を受け入れてくれやすくなったと感じている。

このように妊娠期から子育て期を通して、保健師だけでなく多職種が所々の時期でそれぞれの役割で関わっていける体制ができていれば、今まで潜在していたケース、悩みを相談できずにいた人が、自然と浮かび上がってきて、早期支援ができ、安心して子育てができる人が増えていくと感じている。今後は、子育て中の人を専門職だけでなく地域の人も含めて支援できる体制づくりに向けてさらに枝葉を広げていけるように頑張りたい。



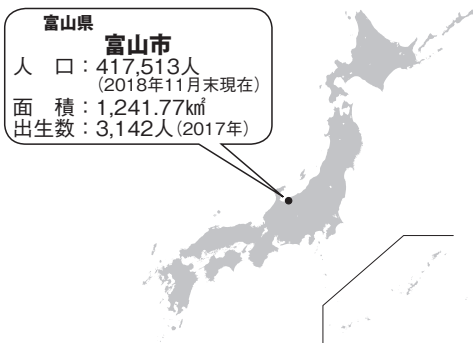
母子健康手帳交付時に渡すコキングちゃんマグネット

【事例紹介】産後ケア事業を通じた支援

産後ケア応援室での取り組みから

富山市まちなか総合ケアセンター 精神保健福祉士 中野 留美

1. はじめに



富山市は、北は富山湾、南は3,000m級の北アルプス立山連峰を望む自然に恵まれた立地があり、海の幸、山の幸、そして米どころとして食の資源にも恵まれた地域と言える。

1996年に中核市となり、2005年の市町村合併後は40万人以上の人口を抱える都市となったが、少子高齢化や持ち家志向の高さ、車を中心とした生活スタイルが進んだことにより、住民は郊外に生活の場を移し、中心市街地は空洞化していった。このことから郊外拡散型のまちづくりではなく、人口減少や高齢化社会を見据えた、20年後、30年後も持続可能なまちづくりの実現を目指し、公共交通を軸とした拠点集中型のコンパクトなまちづくりを政策の柱に据え、さまざまな施策を展開してきた。

こうした中、さらに市民の暮らしの質を高めるための施策の一つとして、2017年4月に中心市街地の小学校跡地にPPP手法（公民連携事業）を活用して「健康・医療・福祉」に関する官民複合施設である「総曲輪レガートスクエア」を整備し

た。その中心に「地域包括ケア」や「健康まちづくり」の拠点となる公共施設「富山市まちなか総合ケアセンター」がある（図1）。

当センターは乳幼児や高齢者、障害者など、全ての市民が安心して健やかに暮らせるまちづくりを目指して、保健・医療・福祉サービス等を総合的に提供している。主な取り組みとしては、①子育て支援、②在宅医療の推進、③地域コミュニティの醸成を推進するための事業を実施している。

施設は3階建てで、1階には乳幼児からの発達支援や相談を行う「こども発達支援室」と、市民の自主活動や交流を支援する「まちなかサロン」がある。また、2階には在宅医療を行う「まちなか診療所」や医療介護連携の事業を行う「医療介

富山市まちなか総合ケアセンター	
2017年4月開業	各施設の概要
	3階 産後ケア応援室 おおむね産後4か月までの母子を対象に宿泊・デイケア・教室にて産後ケアを提供
	2階 まちなか診療所 在宅医療のみを行う診療所 医療介護連携室 医療や介護の連携のための事業実施 病児保育室 ・病児保育事業 ・お迎え型病児保育事業
	1階 こども発達支援室 ・児童発達支援 ・乳幼児の発達支援相談 まちなかサロン ・多世代にわたる市民が参加できるイベントやまちなか保健室の開催
ミッション 高齢化の進展が著しい中心市街地において、都市型の地域包括ケアの拠点として、乳幼児から高齢者、障害者など、地域住民が安心して健やかに生活できる健康まちづくりを推進	【取り組みの内容】 1. 子育て支援 2. 在宅医療の推進 3. 地域コミュニティの醸成
	その他 カンファレンスルーム、地域連携室

図1 富山市まちなか総合ケアセンターの目的と概要

護連携室」、お迎え型の機能も持つ「病児保育室」があり、「産後ケア応援室」は3階にある。このような複合施設の中で産後ケア事業を行っている。当センターには、医師、看護師、助産師、保健師、保育士、社会福祉士、精神保健福祉士などさまざまな専門職が常駐し、連携しながら業務に従事している。

2. 富山市の産後ケア応援室の設置の経緯

以前から、母子保健事業を行う中で産後の母親へのサポートの必要性を感じていた保健師が、市の中心部に複合施設をつくる計画に合わせて、産後のケアを行う施設を要望した。最初は、産後ケアの必要性について、市の中でもなかなか理解が得られなかったが、当時、富山大学附属病院産科部長だった齋藤滋病院長が、市長との対談の中で、産後うつや現状やサポートの必要性について話されたのを機に、徐々に理解が深まっていった。

産後ケア事業を具体化していくに当たり、まず、産後の母親のニーズを把握するため、4か月児健診を受けた児の母親など275名にアンケート調査を行った。

その結果、産後の不安や負担感を約6割の母親が感じており、その内容は、体の疲れや睡眠不足、授乳のトラブルであったことが分かった。

また、妊娠、出産、子育て支援を行っている産科や小児科、精神科等の医療機関や助産師会などの関係機関と何度も話し合いの機会を設け、意見を伺い、理解を深めてもらい、産後ケア事業をつくり上げていった。その取り組みは表1のとおりである。

また、産後ケア応援室を運営するに当たり、どのようなサービスやケアのニーズがあるのかを明らかにするため、産後ケアモニターとして50人を募集し、市内の助産院で産後ケアを体験してもらった。モニター事業の結果から産後の心身のケアや育児サポートの他、母親同士の交流が求められていることが分かり、「ママカフェ」の時間を設けることになった。

産後ケア応援室の周知を図ることも重要なことだった。母子健康手帳交付時、妊婦全員にパンフレットを配布することはもちろんのこと、保健推進員など関係者を対象とした産後ケア応援室の見学会をはじめ、市の広報やメディア、雑誌やマスコミ等の活用、また妊婦が利用している医療機関や関係機関に足を運び、周知を図った。その結果、市内の産科で全ての妊産婦に対しパンフレットを配布してもらうことができた。また、市の「育さぽとやま」という専用アプリを活用してPRを行い利用につなげていった。その他、経済同友会や学校長会をはじめとした企業や団体、働く母親、

表1 産後ケア事業開始までの取り組み

	2015年	2016年
調 査	産後の母親支援に関するアンケート調査	
視 察	世田谷区、浦安市へ視察	港区や文京区、山梨県等へ視察
保 健 所 と の 協 議	開設に当たり、基準等の協議	旅館業、飲食店営業届等各種届出
関 係 機 関 と の 協 議		
産科医会、助産師会	・産後ケア応援室の設置についての説明	・産後ケア応援室の在り方検討
病 院 と の 協 議	・緊急時の体制づくりについて協議	・母親、新生児が急変した場合の連携体制の構築
産科、小児科、精神科等		
産後ケアニーズの把握		産後ケアモニター事業実施
市 民 へ の 周 知		2017年1月～ 案内開始
市 民 へ の 周 知		2017年2月1日～ 事前登録受付開始
職 員 採 用		ハローワーク等へ助産師の募集
条 例 制 定 (対 象 者 や 料 金)		2017年3月 議会の承認
産後ケア施設の法的位置付けや規制緩和	2014～2017年5月 厚生労働省 2015年 内閣府へ要望	
2017年度	5月 市長陳情 8月 ガイドラインに産後ケアセンターが位置付く	

父親への周知を図るため職域団体へのPRを行った。

2017年3月には議会の承認を経て、翌4月に産後ケア応援室がオープンした。

3. 産後ケア応援室の概要

事業としてはデイサービス（個別型、集団型）、宿泊と3つのサービスを提供している。対象はおおむね産後4か月までの母子で育児に不安がある方、心身の休養が必要な方、家族などから支援が受けられない方などとしている。2018年度からは富山広域連携中枢都市圏事業として、連携市町村も利用できるほか、富山市へ里帰りしている方の利用も可能となった。直接のケアは15名の助産師が担当し、まちなか総合ケアセンターの保健師、精神保健福祉士が必要に応じてサポートしている。年末年始（12月29日～1月3日）を除き、24時間体制で運営をしている。

産後ケア応援室の利用の手続きは、まちなか総合ケアセンターと市内7か所にある保健福祉センター（2015年10月からは子育て世代包括支援センターとして位置付け）で行っている。各センターに事前登録書・同意書を提出し、市の保健師との事前面接を行う。その中で、妊娠や出産に関して不安なことやケアの希望を聞き取り、利用に際しての説明等行っている（事前登録は妊娠28週目から可能）。

事前登録をした妊産婦の情報は、市の母子保健事業の主管課であるこども育成健康課や、保健福祉センターと共有し、特にリスクケースの場合は、これまでの支援状況や、今後起こり得るであろう課題へのアセスメントなどを行い、切れ目なく支援が受けられるような体制をとっている。

一方、医療機関からの連絡票はこども育成健康課が集約を行っており、ハイリスク対象者を把握し、保健福祉センターに情報提供を行っている。保健福祉センターは地域での支援を担っており、両者との連携は不可欠である。また退院後、すぐにケアを受けられるように、医療機関から直接、産後ケア応援室に連絡が入ることもあるが、必ず

こども育成健康課や保健福祉センターと情報共有を行うこととしている。

利用予約については原則前日の10時まで受け付けており、リスクの高い場合はさらに短い時間で受け入れることもある。

産後ケア応援室の2017年度の利用実績については、個別型デイ利用者数が71人で延べ207日、宿泊者数が78人で延べ305泊だった。集団型デイ参加者数は77回開催し延べ471人だった。

産後ケア応援室を開設した当初は、なかなか利用者数が伸びない時期があった。母親自身や周囲が、産後ケア応援室を利用して休息することに、罪悪感や抵抗感を抱いていたようである。しかし一度利用するとリピーターとなる人が多く、宿泊では1人当たり平均2.3回、3.9泊の利用があり、またデイケアでは2.9回の利用となっている。

産後ケア応援室を利用した理由は休養・睡眠が9割と最も多く、「睡眠不足が解消し、疲れが取れた」「不安が解消し、少し育児の自信がついた」「育児を頑張ろうという気持ちになれた」などの前向きな意見が多く聞かれ、産後ケア応援室でのケアが、母の育児支援に大きく関わったと言える。

4. 気がかり母子への支援

産後ケア応援室の2017年度利用者の約3割が気がかりな母子だった（図2参照）。

特に関わりのあったケースについて紹介する。

〈事例1〉

妊娠前まで精神科に通院していたが妊娠を機に治療中断。第2子出産後、情緒不安定で育児が不十分であり、児の体重増加もわずかなため、緊急対応が必要と、週末に産後ケア応援室の利用となった。こども育成健康課の保健師、保健福祉センターの保健師とまちなか診療所の医師、産後ケア応援室の助産師、保健師、精神保健福祉士が集まり、ケース検討会を実施。情報共有し、次のケアの方針を確認した。

- 児のケア（沐浴^{もくよく}、哺乳、衛生の保持）
- 母のケア（休息、授乳相談、支持的な関わり）
- 本人と家族の意向確認

- ・医療機関との情報共有および今後の受診に向けての方向性を検討

サービス利用中、多弁で、話にまとまりがなく、授乳を忘れる、夜も眠らず、ナースコールを5分ごとに鳴らす状態であった。家族も母には手を焼いており、育児の手助けができる状況でなく、最終的にはネグレクトと判断した。ケース検討の結果、母を早急に精神科受診につなげ、児が適切な養育が受けられる環境を整えることとした。週の初めの退所に伴い、児は乳児院入所とし、母は受診歴のある単科の精神科へ受診後、翌日総合病院の精神科へ入院となった。診断名は「産褥性精神病」。2か月の入院となった。

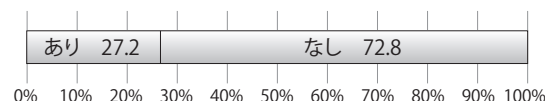
〈ケース対応の各職種の役割〉（重複部分あり）

- ・助産師：母子へのケア
- ・保健師：こども育成健康課と保健福祉センター等との連携調整、母子のケアのサポート
- ・精神保健福祉士：精神科医療機関との連絡調整および家族支援、精神疾患への対応について助産師をサポート、リスク対応

〈この事例で明らかになった課題〉

- ・母の精神症状悪化のスピードが早い
- ・精神疾患を持つ母へのケアを行う助産師の不安が大きい
- ・休日、夜間を含め、産後の精神症状増悪時に対応できる医療機関が少ない
- ・単科の精神科では母体管理ができないとの理由

●気がかり母子の割合



●「あり」の内訳

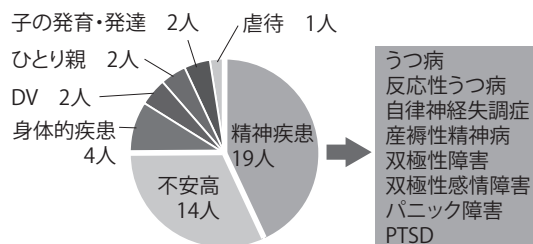


図2 2017年度の気がかり母子の割合と内訳

で受け入れられず、後日総合病院の精神科へ受診となり、治療開始までに時間がかかる

富山市内の精神科医療機関はどこも混み合っており、タイムリーに受診することが困難な現状であった。しかし、この事例を受けて産後うつ経過や症状の理解に基づく精神科との連携を強化するため、総合病院の精神科医師に産後うつなどリスクが高い場合への緊急対応について協力を依頼し承諾を得た。また精神科医会の中で、産後ケア応援室での産後うつなどの事例への対応を周知してもらうことができた。

そうしたこともあり、こども育成健康課主催で産科医会と精神科医会による合同会議が開催され、夜間や休日の精神科ホットラインの利用が可能となった他、産後のメンタルヘルスについて理解を深める取り組みが行われた。

〈事例2〉

母は双極性障害の通院治療中で、児の主な養育者は母以外の家族だが、その家族も不安が高く、家族のレスパイト目的で産後ケア応援室の利用となった。

母が治療中であることから、精神保健福祉士と助産師が母と面接し、母の希望の他、疾患に対する認識、生活面で困っていることはないかなど、疾患や日常生活のアセスメントを行い、産後ケア応援室で行うケアや、自宅に戻って生活することを念頭に置いた支援を検討した。

この事例では、母子の育児支援のみならず、治療中の疾患が安定した状態を保つような支援が必要であると考えられた。精神保健福祉士が、家族の意向や心配を確認し、また通院先の医療機関と情報の共有を行った。母子が安心して過ごせるよう、助産師、保健師と連携し、産後ケア応援室で適切なケアが提供できるように育児支援の他、母に対して服薬の確認や睡眠時間の確保を行うよう支援した。

精神疾患の既往のある母親は、産後間もない不安定な時期に再発のリスクが高まる。そのため母の障害の程度を考慮し、過度のストレスがかからずに行える育児は何かを常に念頭に置きながらの

支援は、直接ケアを行う助産師にとってはかなりの負担である。

精神保健福祉士が、現在助産師が行っているケアが十分であることを承認するというサポートを行い、助産師が不安なくケアを提供することで母子が安定して過ごすことができた。

5. おわりに

精神保健福祉士は、精神障害を抱える人の生活問題や社会参加に関する相談援助を行い、その人なりのペースで生活を送ることができるように支援している。産後ケアの支援の中で、精神疾患のある母親に対して疾患の特性や症状に応じた支援を行うことと、精神科医療機関の関係者と顔の見える関係での連携を図ることができることが強みなかもしれない。精神症状が不安定になった人に出会う機会があまりない助産師もあり、産後のケアに不安を抱くのも当然なことである。またその一方で精神障害者を支援する専門職に、産後うつなど、周産期のメンタルヘルスの理解や支援するスキルを習得する機会も少ないように思う。それゆえにそれぞれが連携した包括的な支援が今後也不可欠になってくる。

産後ケア応援室は、出産後の身体的にも精神的にも不安定な時期に、慣れない育児で、不安や困難さを感じている人が休息を求めて利用した後、自宅に戻って子育てをする通過施設である。そのため、自宅に戻っても安心して子育てができるよう保健師の行う地域の関係者とのつながりは重要である。その中でメンタルヘルスのリスクの高い母への支援や、その母をケアする助産師をサポートする役割を精神保健福祉士が担っている。また、当センターは市直営の複合施設であることから、医師や看護師等が配置されており、相談できる体制にあるのも心強く、各専門職のタイムリーな介入や支援を行う意義は大きい。

この施設内での連携から地域の連携へと切れ目ない相談・支援の構築につなげ、誰もが安心して子育てできる富山市にしていきたいと考えている。

【事例紹介】産前・産後サポート事業における支援

伊東市における産前・産後サポート事業～NPO法人「子育てネットワークゆう」委託事業の家庭訪問型子育て支援事業と集団型子育て支援事業について～

伊東市子育て支援課 いな ぼ じゅん こ
稲 葉 淳 子

1. はじめに

静岡県

伊東市

人口：68,686人
(2018年11月末現在)
面積：124.10km²
出生数：326人(2017年)

伊東市は伊豆半島の東海岸に位置する自然豊かで温暖な観光の街です。人口は68,686人、年間出生数326人、高齢化率40.7%と少子高齢化や核家族化が進み、近年は地域の人間関係の希薄化も課題となっている市です。観光地という土地柄、第3次産業に従事する人が80.3%と高く、中でも飲食業、宿泊業が多いことから、習慣的な飲酒・多量飲酒や喫煙率が高いなど市民の健康レベルは優良なものとは言えない状況にあります。

母子保健の課題としては、10代の出産割合が、静岡県の平均と比べて高いことや育児に対する悩みや不安を抱え、育児が非常に負担であると感じる親やひとり親の家庭が増加していること、妊娠中の喫煙率が高いことなどが挙げられています。伊東市の母子保健事業の体系は図1の通りです。

2. 産前・産後サポート事業に取り組み始めた経緯

当市では、産後のうつ、過度の育児不安やストレスから養育困難や虐待となる可能性の高いハイリスクの親子に対し、保健師・心理職等の専門スタッフによる集団支援や、訪問等個別支援を行っ

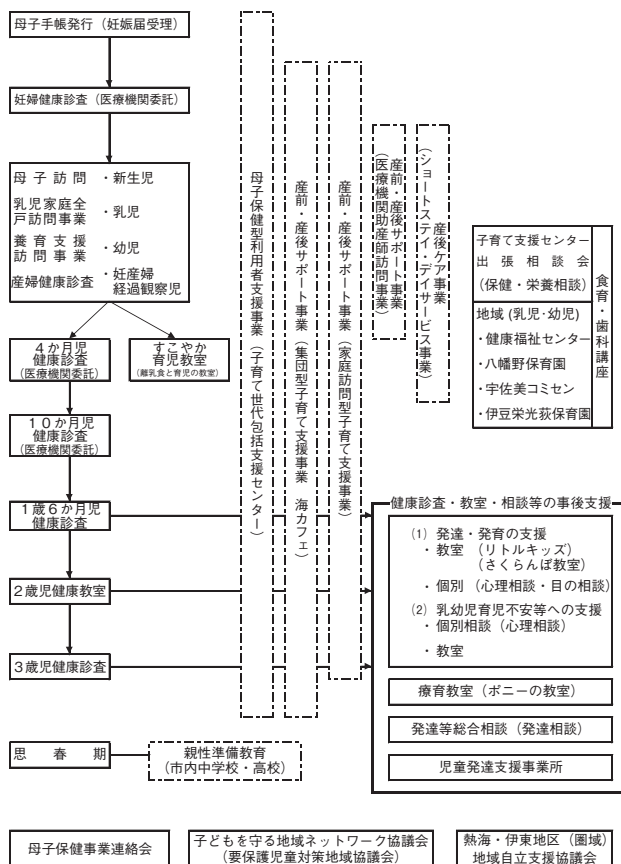


図1 伊東市母子保健事業体系

ています。しかし、そこまで問題は深くなくても、育児負担やストレスを抱え、イライラしたり、社会から孤立しているような、いわゆるグレイゾーンの家庭への支援は、保健師の人数や時間等の制約がある中で行き届いていない状況にありました。

また、このような家庭には、子育て支援センターや地域での育児相談会などのサービスを紹介しても自分から出向いて参加することは難しく、どのようなことが求められているのか、支援者として何をすべきかを検討しました。そこで、3歳未満の子どもを持つ母親78名に「どんなサービスを望むか」という調査を実施しました（図2）。その結果、「育児方法を知りたい」「子守をして欲しい」「通院や買い物に付き添って欲しい」などの声が多く聞かれました。その要望に対応するために取り入れたのが、行政でも専門家でもないボランティアの力を活用する「ホームスタート」事業でした。

ホームスタートは、英国で始まった家庭訪問型子育て支援ボランティア活動のことです。日本ではホームスタート・ジャパンという団体が取り組みを始め、現在全国で約100の地域の会員からなる全国ネットワーク組織として形成されています。当市ではまず2011年度に、子育て支援に関心のある子育て経験者を募り、市主催の研修会の受講者が家庭訪問をすることから始めました。2012年には、そのメンバーが任意団体「子育てネットワークゆう」（以下「ゆう」）を設立しています。「ゆう」の名前の由来は専門家ではないボランティアの団体であることから「遊ぶ、友、余裕、悠々」から名付けました。ホームスタート・ジャパンの会員になるには、彼らが主催する研修

会を受ける必要がありました。まず、「ゆう」のメンバー2名が活動をコーディネートする要となる「オーガナイザー」の研修を、その後、実際に活動の担い手となるボランティアが「ビジター」の研修をそれぞれ受け、ホームスタート・ジャパンの会員として認定されました。2013年には「ゆう」がNPO法人になり、当市の委託事業として家庭訪問型子育て支援事業「ホームスタート」、2015年からは、集団型子育て支援事業である「海カフェ」を実施し、現在会員33名で活動しています。

3. 家庭訪問型子育て支援事業「ホームスタート」について

当市でのホームスタート事業は、保健師が行う妊娠届時の面接や新生児訪問・医療機関受診等の際に必要なに応じて母親に紹介し（図3）、利用希望者が「オーガナイザー」に申し込むことから始まります。そしてオーガナイザーが利用希望者の自宅を訪問し、初回訪問記録シートを作成後、利用者のニーズはもちろんのこと、その家庭に合った「ビジター」を決め、訪問を実施します。「ビジター」は8日間の研修を受けて、傾聴のスキルと家庭訪問の知識を身に付けています。支援回数は、原則1クール4回で週1回、1回2時間程度の訪問です。

利用希望者から寄せられる声として多いのは、「実家に頼れない」「育児の疲れがたまっている」「どうやって子どもと過ごしていいか教えてほしい」「子どもと1対1の生活に息詰まっているので一緒にいてくれる人が欲しい」「子どもを少しの間でいいから誰かに、抱っこしてほしい」「アドバイスではなく自分の不安や気持ちを聞いてほしい」など孤立した子育てによる不安な母親からのものでした。

ホームスタートでは、母親と一緒に子どもと過ごしながらか母親の話を「傾聴」することを基本に（「指導」ではなく）しています。自宅で一緒に過ごすことはもとより、子育て支援センター、買い物、通院、（時

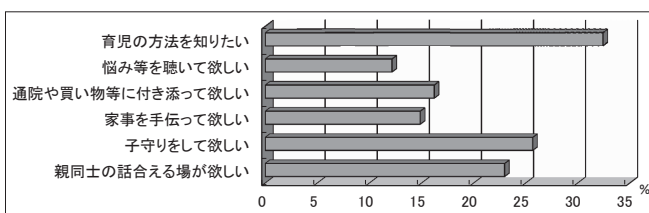


図2 出産後の支援 アンケート調査

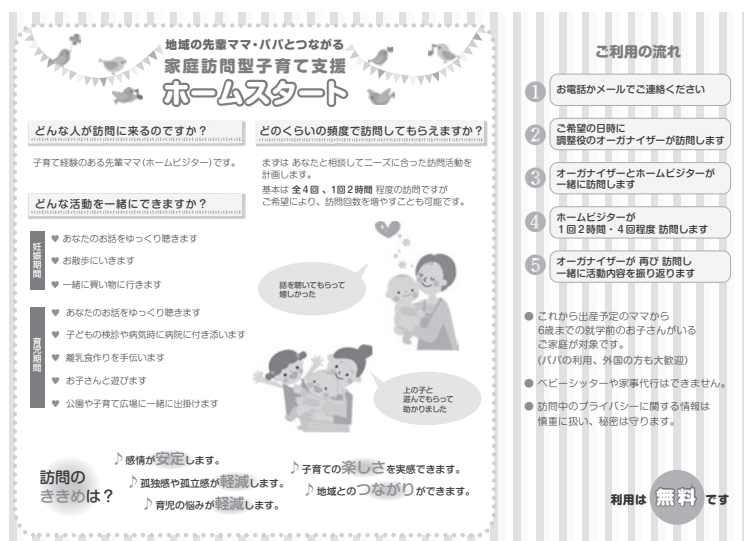


図3 ホームスタート事業パンフレット

にはランチ)、調理なども母親と「協働」して行います(写真1)。「ゆう」のスタッフは「傾聴の基本に従ってアドバイスはしない。お母さんの気持ちと意見を尊重し、否定しない、評価をしない。フレンドリーに、お母さんと対等な立場で接する。お母さんが自ら選択し、変わっていくことを手助けする」という基本的な姿勢で関わっています。子育てや地域での人付き合いなどの経験豊かなビジターと一緒に過ごすことで母親自身が、他者にありのままの自分の存在意義・価値観や自分の子育ての在り方を、受けとめてもらえた満足感を得ながら、子育てを含めた生活のコツ、人との関わり方のコツを自然に身に付けることができます。



写真1 ホームスタートの様子

ここは、なかなか保健師の訪問や有償のサービス提供型支援では、対応できないところです。このことが、母親たちの自己肯定感を取り戻す活動につながり、新たな自信をつけることになります。終了時にオーガナイザーが最終評価シートを作成し、オーガナイザーとビジターで振り返りを行います。ニーズを達成できていたら支援は終了で、できていなければ、もう1クルールの支援を実施します。終了後の利用者から「誰にも話せない愚痴に共感してもらい、人にこういことを話してもいいことが

分かった」「自分はダメな母親ではないと思えてイライラすることが減った」「一人じゃないことが実感でき、その後積極的に外出できるようになりました」などの感想が聞かれています。ニーズを達成した喜びは「ゆう」のメンバーも感じており、母親たちに質のいい支援ができるようスキルアップ研修に参加して研さんを積んでいます。

4. 集団型子育て支援事業「海カフェ」について

ホームスタートを2年間実施しての課題は、ホームスタート終了後の親子へのフォローでした。母親たちからは「どうしても子育て支援センターには行けない」「ビジターさんと時々話したい。困った時に相談したい」「時々少しの時間でも話を受け止めてもらいたい」「誰かが一緒に子どもを少しの間、見てくれてほっとする時間やお茶を飲む時間があったら、もっと子育てを頑張れそう」「訪問ではなく、話を聞いてもらう場が欲しい」などの声が聞かれました。

「ゆう」と保健師が話し合いを重ね、2015年度から、不安を抱える親子が「ほっとできる第二の実家のような場」を集団型子育て支援事業を始めることになりました。今度は訪問するのではなく、希望する母親たちに参加してもらう形にしまし

た。伊東市という海や山に恵まれた地域性を生かし、気軽に立ち寄れるようダイビングショップやペンションの一部を借りて月に4回、定員10人程度の子育てサロン事業を始めました。カフェに来るような気分で参加できるように「海カフェ」と名付けました（写真2）。

母親は、この「海カフェ」で、「ゆう」のメンバーと話をしたり、メンバーに子どもを見てもらいながら、半日ゆっくり過ごすことができます。持参した昼食や、パンの訪問販売・メンバーが提供するスープなどで、ゆっくり食事をする、少しの間横になって睡眠を取る、ペンションの会場では温泉に入浴するなどして、ほっとできる時間を過ごすことができます（写真3）。ここでもホームスタートと同じく、メンバーは寄り添う姿勢を基本としています。参加することで、母親自身の心身が満たされ、子育ての頑張りを認めてもらえたことにより、自己肯定感が強くなり、「子どもとの接し方が変わってきた」「メンバーとの会話が増えてきた」「母子共に笑顔が増え、身なりに気を遣うようになった」「海カフェでニコニコ過ごせた日は、帰宅してもわが子を怒ることが減った」など母親の変化が見られています。

「ホームスタート」と違う集団の場のメリットとしては、回を重ねるごとに、メンバーとしか話をしなかった母親が他の母親と交流し始めたり、他の母親の様子から「こういうふう子育てすればいいんだ」「こんなふう接してもいいんだ」「自分と同じだ」と感じ、その経験を、自分自身の子育てに生かせる場にもなっています。また、母親が自分の得意とすること（マッサージやお菓子作りなど）を提供することで、他の参加者を癒す姿も見られるようになってきました。

当初「居心地がよすぎて参加者がいっぱいになってしまうのでは?」「卒業となる基準が必要なのでは?」「依存性が高くなるのでは?」などの心配がありましたが、子どもの成長と共に、徐々に母親にも育児力や自立する力がついてくるため「もう私たちは卒業して大丈夫そう」「子育て支援センターに行けそう」「海カフェがあったから次

の子が欲しいと思えた」などの心境の変化が見られ、参加者は入れ替わっています。一方で毎月1回、「ゆう」の役員と保健師がケース会議を持ち、情報共有を行うとともに、必要時に保健師が支援を行っています。

2017年度には、当市の健康福祉センターが新設されたことにより、同じ建物内に子育て支援センターと「ゆう」の事務室ができました。ビジターが事務室に交代で常駐しているため、子育て支援センターに子どもと遊びに来た親子や、少し話をしたい親子が、気軽に事務室に立ち寄り、ビジターと話をしたり、お茶を飲んだり、他の母と交流を持つことが可能となりました。この事務室が、親子の心のよりどころの一つとなり、大きな支えとなっています。



写真2 海カフェ（外観）



写真3 海カフェでの親子の様子

5. おわりに

現在、本市の母子保健事業において、産前・産後サポート事業である「ホームスタート」と「海カフェ」は、なくてはならない事業となっています。昔と違い、隣近所からの声掛けや支援が届きにくく、実家との関わりが難しい、協力者である父親も仕事が忙しいという生活の中で母親が孤立し子育てに悩む状況が増えています。

そういう中、保健師として、子育てや地域での経験が豊富な「ゆう」のメンバーと巡り合い、子育て支援を通して新しい地域づくりを始められたことは、とても恵まれていると思います。専門家でない立場だからこそできた支援も多く、保健師等専門職との役割分担の重要性も感じています。

今後は、産前や支援が一番求められる産後すぐの時期から「ホームスタート」が利用ができるように活動のPRを強化したり、専門職の支援が必要なケースを見極め、専門職と「ゆう」の役割が分担できる体制をつくっていく必要があります。より多くの母親が、安心した気持ちで子育てができ、子どもたちが健やかに育っていけるよう地域の力を生かしていきたいと考えます。

【事例紹介】子育て世代包括支援センターにおける支援

平塚市の産後うつの取り組み

平塚市健康課

はぎ お 萩 尾 みゆき

1. 平塚市の紹介

神奈川県
平塚市
人口：258,023人
(2018年11月1日現在)
面積：67.83km²
出生数：1,730人(2017年)



平塚市は東京から電車で1時間、いわゆる湘南の地にある。古くは東海道五十三次の7番目の宿場町として栄え、商工業や稲作、近郊農業（葉物野菜、バラ、いちごなど）を中心に繁栄してきた。

本市は2010年をピークに人口が減少しており、子育て支援政策が喫緊の課題となっている。そのため2016年からの総合計画～ひらつかネクスト～に「選ばれるまち・住み続けるまち」と定め、子育て支援策の強化充実を図り、市民の満足度を高めることとした。また、市外住民への本市の認知度を高めるため、「子育てするなら平塚で」という取り組みの一環で、定住促進にも力を入れている。

2. 「ひらつかネウボラールームはぐくみ」

平塚市子育て世代包括支援センター「ひらつかネウボラールームはぐくみ」（以下、「はぐくみ」）は、2017年4月に保健センターの一角に専用の部屋にてオープンした。東側に広い窓があり、椅子や

テーブル、ソファなどの調度品はグリーンや木目を基調とした親しみやすい雰囲気を整えた。

本市の母子健康手帳の交付は、以前は市民の利便性を優先し、市内15か所にある市民窓口センターや市民課などで事務職員が行っていた。その際、妊婦に対してアンケートを取っていたものの、妊婦自身の主観で記入する形式であったため、詳細な状況を把握するには至らないことが多かった。また、記入してから健康課に届くまでに時間がかかるため、対応が後手に回ることも多かった。

これらの反省を踏まえ、母子健康手帳の交付は「はぐくみ」のみに限定した。そして、職員の専任制・専用の部屋・全数面接・平日開催の特殊性をそろえた、いわゆるネウボラを開始し、母子保健のスタート地点におけるきめ細やかな対応を心掛けている。



写真1 「ひらつかネウボラールームはぐくみ」の様子

3. 全数面接から分かったメンタル対策の必要性

「はぐくみ」オープン of 2017年度、母子健康手帳交付時の面接は、健康課所属の経験年数20年以上の2人の保健師と平塚市民病院から異動してきた課長代理の助産師1人の合計3人で1,700人以上の妊婦に実施してきた。面談開始直後から、想像以上に問題を抱えている妊婦が多いことに気付く、最終的には全妊婦の1割がハイリスクであることが判明した。これは職員を専任制とし、基準を統一した成果である。ハイリスクの内訳は未婚、シングル、若年、支援者不在、経済的困窮、知的障害、メンタルヘルス不調（以下、メンタル不調）、栄養問題などである。

地区担当の保健師や助産師（以下、保健師とする）の中には、会議の途中であっても電話口に呼び出される者、長時間の電話対応で残業を余儀なくされる者など、メリハリなく対応し疲労困憊している職員が見られた。

一方、筆者は担当長であるため、全ての訪問記録等に目を通すが、2017年4月に現職場に着任して間もなく、職員が継続支援している母親の多くが育児能力不足か、メンタル不調であることに気付いた。訪問記録には診断名・病歴・内服状況等の基本情報が不十分なものが目立った。

毎月事例検討会議を開催し、職員が輪番で事例を提出するが、精神科医や心理職によるスーパービジョンを受ける機会はほとんどなかった。

このように、「はぐくみ」における全数面接および訪問ケースの洗い出しの結果、地域で支援を要する妊産婦の中にはメンタル不調者が大変多いことが判明した。また、健康課の保健師には残念ながらその実態に十分に対応できる専門性が育っていないことも分かった。香月（2017）は、「心理社会的リスクを抱えた事例の場合、保健師や助産師は、傾聴はできても、その後の適切な判断や支援をできる専門性はないと感じる。臨床心理士や精神科医、小児科、産科医なども含めた連携支援が必要」と述べている。

表1 平塚市の産後うつ予防事業

新規事業	
1	産後メンタルヘルス相談
2	産後デイサービス「ママはぐ」
3	正しい知識の普及・啓発
4	連携会議
5	受診しやすい環境整備
既存事業の活用	
1	「はぐくみ」における全数面接
2	母親教室、祖父母教室
3	こんにちは赤ちゃん訪問
4	「うつ質問」によるメンタルチェック

併せて「産婦健康診査事業の実施にあたっての留意事項について」（厚生労働省、2017）と、「子ども虐待による死亡事例などの検証結果等について（13次報告）」（厚生労働省、2017）により、基礎自治体は妊産婦の自殺や児童虐待防止の観点から産後うつ対策や妊産婦の精神疾患への対応を求められてきた。以上のことから、「はぐくみ」の2年目の活動として産後うつ（メンタル不調者）対策に本腰を入れて取り組むこととした。

4. 本市の産後うつ予防システム

便宜上、本市では産後のメンタル不調については次のように区別している。

マタニティブルー：主に産後のホルモン変化に伴う気分の変調で、1か月以内に落ち着く

産後うつ：産後1年未満で、継続する抑うつ症状により育児や生活に支障があり、専門的な治療を必要とする状態。抑うつ症状は双極性障害の躁状態以外の精神疾患で広く見られる症状である

本市では、産後うつに特化した新規事業と既存の事業の中に産後うつ予防の要素を強化したものを組み合わせて、産後うつ予防システムとして実施している（表1）。

「はぐくみ」を含めた健康課と産科医療機関との情報交換は、主に県内の平塚・小田原・茅ヶ崎保健福祉事務所管内で使用されている「妊娠期リスクアセスメントシート」を使用している。

5. 新規の産後うつ予防事業

1. 産後メンタルヘルス相談

2018年4月に開始した、本市の産後うつ予防システムの核となる相談事業である。ベテランの臨床心理士を相談員とし、対象はメンタル不調に悩む妊婦や産後1年未満の産婦、およびその家族である。保健センターで月1回午後で開催し、3件程度の相談を受ける。相談は無料である。

対象者の設定理由は、訪問対象者の産後からの期間にはばらつきが見られ、どのような時期にもメンタル不調者が存在し、市内の産科医に聞き取り調査をしたところ、当方と同じ見解であったことである。また、森（2018）は出産からの自殺期間については、産後1年を通して自殺死亡例が見られた、と述べている。このようなことから妊産婦のメンタル対策は、妊娠期初期から産後かなりの期間が経つまで講じる必要がある。

相談事業の最大の目的は、困っている市民に対して相談の機会を設け、専門的な見立てを得ることにある。相談の申し込みルートは、地区担当の保健師からの紹介が圧倒的に多く、市民からの自発的な申し込みはあまりない。それ以外に育児相談や上の子どもの集団健診、小児科医からの紹介などもある。相談は原則的に産婦と相談員だけで個室で行う。同行した子どもは別室で専任の保育士が保育する。相談時間は50分とし、1人1回だけ利用できる。相談後は地区担当保健師が対応するため、相談員から保健師に対応の方針などが申し送られる。保健師はその後の状況を相談員にフィードバックし、適宜相談することができる。

(1) 相談の例

- ・常にイライラして夫とうまくいかない
- ・夫からは精神科受診を勧められているが受診の必要性を相談したい
- ・妊娠中だが夫とうまくいかないので離婚したい
- ・子どもにうまく対応できない など

(2) 利用者の声

- ・自分にとっての優先順位が分かった（離婚より

も無事に出産すること）

- ・受診に向けて、少しずつ動き始めている（夫より） など

(3) 事業に対する保健師の感想・意見

〈対象者に対して〉

- ・対象者に相談を紹介した時、抵抗されるかと思ったが、思った以上にすんなりと受け入れてくれた。皆、自分の気持ちを話したがっている
- ・受診の必要性に気付いていたが、きっかけを見つけれなかった対象者の後押しができた

〈事業に対して〉

- ・対象者に係る他課の職員も一緒に相談員から説明を受けられ、共通理解を得られた
- ・精神健康分野の社会資源が開拓できた（医療機関のリスト作成、親子支援実施可能な施設の把握）
- ・個別的な支援のポイントや関係性の持ち方を助言してもらえ、対象者への支援がしやすくなった
- ・相談後の地区フォローが、相談員の助言通りにできない

〈相談員の意見〉

スクールカウンセラーの視点で見ると、中高生の親子問題は乳児期にさかのぼる事案が多く、産後の安定が非常に重要である。そのような中、保健師や保健センター、母子保健事業に対する母親からの信頼度は高く、身近な専門家および機関として機能している。一方、想像以上に重いケースが多いので、保健師に過度の負担がかからないよう、責任が分散される仕組みを考えたほうが良い。

〈職場全体の雰囲気〉

相変わらずケースは減らず、電話は長時間に及ぶこともあるが、相談員より「限界設定」を教わり、徐々に線引きできるようになった。困ったケースが出ても、相談員に相談できるという安心感がある。

2. 産後デイサービス「ママはぐ」

2018年4月に、保健センターにおいて日帰り型の産後ケア事業「ママはぐ」を開始した。「マ

マはぐ」は、産後4か月未満の初産婦を対象に、母子の孤立を予防することを目的とした事業である。産褥^{さんじょく}体操、ふれあい遊び、個別相談、栄養指導を兼ねた昼食、参加者間のコミュニケーション等で、月に2回開催し、毎回10組前後参加している。参加料金は、昼食代500円と負担も少ないので利用しやすい。

参加者からは「久しぶりに大人同士の会話を楽しんだ」「ゆっくりできた」など、反応は上々である。スタッフは保健師・助産師・看護師・保育士・管理栄養士で、チームで対応する。毎回ミーティングを持ち、母の児への接し方や育児能力を把握・評価し、その後の支援に役立ててくる。

3. 正しい知識の普及・啓発

この事業を始めるに当たり、「産後うつ」をネットで検索したが、納得できる記事がなかったため、自分たちで記事を作成し、市のホームページに掲載した。内容は、産後メンタルヘルス相談で相談されたことを参考に、産後うつとマタニティブルーの違いや上手な相談の受け方など、基本的な情報となっている。

メンタル不調の二次予防には周囲の理解と協力が不可欠であるが、「家族からの相談」はなく、相談者からは「夫や親には内緒にしたい」という声がしばしば聞かれる。心が不健康な状態で、妊娠・出産し、支援がないまま育児と家事をこなし、就労まで考えている産婦もいて、その負担は計り知れず、一刻も早い正しい知識の普及が望まれる。

4. 連携会議

市内の妊産婦のメンタル不調者対策に関する情報交換と関係性構築を目的に、今年3月から本市と関係機関とで会議を発足させた。メンバーは、平塚市民病院の産科・小児科・精神看護専門看護師、市内分娩施設3院の助産師長、平塚保健福祉事務所、平塚児童相談所である。具体的な内容は情報交換、課題抽出・解決、研修などである。今のところは情報交換が主であるが、2回目の会議（2018年8月開催）では、市内開業の家庭医が出

席し、新たな視点の情報交換を実施した。

5. 受診しやすい環境整備

平塚市医師会長の「産後うつ予防は大切な取り組み」との後押しを得て、事務局や各診療科からの協力を仰ぐことができた。具体的には以下のとおりである。

〈産婦人科医会〉

総会に出席して制度説明。精神科との連携の課題について協議。日常的には「はぐくみ」において連携。

〈小児科医会〉

医会長を通じて、市の取り組みを会員に紹介。

〈精神科〉

医会がないため、個別にアプローチした。精神科病院に説明に出向き、いざという時の連携を依頼。クリニックには依頼文を送付。平塚市民病院の精神科や顔見知りの医師には積極的に声を掛け、情報交換している。

6. 既存事業の活用

①「はぐくみ」における全数面接：メンタル不調が把握された場合は、必要に応じて電話や訪問での支援、地区担当保健師へのつなぎ、庁内関係各課や産科・精神科等との連携・調整

②「母親父親教室」「祖父母教室」：妊産婦のメンタルの項目を入れ、当事者のみならず配偶者や祖父母にも説明

③「こんにちは赤ちゃん訪問」：基本的に臨時看護職で対応するが、事前情報（「はぐくみ」・リスクアセスメントシート・里帰り先自治体など）がある場合は職員が訪問。必要に応じて複数回訪問し、他機関にも照会

④エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）ではなく「うつ質問票」を使用：簡単で分かりやすく、職場で行われるストレスチェックでも使用される「ゆううつな気分が続く」「何も楽しめない」を中心とした、「うつ質問票」を利用

7. 今後に向けて

1. セルフケアの普及啓発

現在、産後うつ対策ではスクリーニングの実施や体制の構築が急務であるが、一次予防として、妊産婦自身によるセルフケアも重要である。例えば、「はぐくみ」での妊婦面接の結果、食事全般について質や量に問題のある妊婦が少なからず認められたため、健やかな母子のための適切な食生活の指導に注力している。特に「第2次平塚市食育推進計画」（平塚市、2015）では「地産地消の推進」「魚食の普及活動」を掲げているため、葉酸が多い葉物野菜や果物、オメガ3系脂肪酸が多い魚の摂取を推進する予定である。

2. 環境要因に目を向けた対策

産後メンタルヘルス相談を担当している相談員によると、父親が仕事で長期不在にすることが多く、かつ支援者が不在の、社宅住まいの産婦の相談を複数受けたとのことであった。健康課ではその環境を変えることはできないが、関係機関や地域と役割分担しながら、孤立しやすい母子を地域ぐるみでサポートするような働きかけや仕組みづくりを考えていきたい。

3. 職員の育成と負担の軽減

保健師も他の看護職と同様、常に模範的で適切な言葉や表情、態度で市民に接することを求められる「感情労働者」である。関係者と情報共有しながらケースに関わっているとはいえ、保健面での責任は保健師が担い、家庭訪問も通常は一人で行く。重責を担う割には職場側が責任を持って専門研修やスーパービジョンを受けさせる体制がなく、燃え尽き症候群も起こり得る労働の現場である。姫井（2011）は、「時代が利根的な満足を次々と要求する中で、粘り強く基礎を築き、全体を変えていくことは、非常にストレスの高いことだが、それを支えるのは、健康な社会の確立への信念とそれを裏打ちする知識に他ならない」と述べてい

る。管理職はそのようなことを十分に踏まえ、折に触れ産後うつや母親のメンタルヘルスの取り組みの意義を職員に説き、現場の保健師に責任が集中しないような仕組みの構築、専門性の育成の担保に努めたい。

【引用文献】

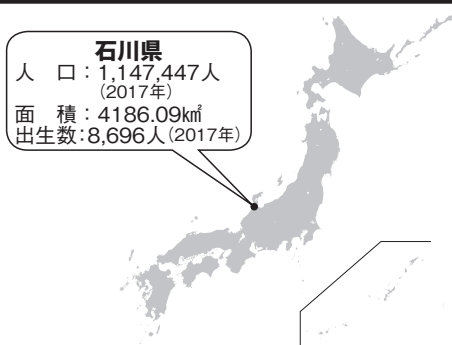
- 1) 香月真美（2017）. 保健・医療・教育・福祉の連携による直方市子育て世代包括支援センターの取り組み, 母子保健情報誌03, 51.
- 2) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長（2017）. 産婦健康診査事業の実施にあたっての留意事項について, 雇児母発0331第1号, 平成29年3月31日
- 3) 厚生労働省社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会（2017）. 子ども虐待による死亡事例などの検証結果等について（第13次報告）の概要, 平成29年8月
- 4) 森臨太郎（2018）. 人口動態統計（死亡・出生・死産）から見る妊娠中・産後の死亡の現状、周産期関連の医療データベースのリンケージの研究（厚生労働科学研究費補助金・臨床研究などICT基盤構築研究事業）, 2018年9月5日配信
- 5) 姫井昭男（2011）. 対応困難事例に出会う医療者のためのメンタルヘルスの知識と技術, 医学書院

【事例紹介】都道府県の支援

石川県における妊産婦へのメンタルヘルス支援の取り組み

石川県健康福祉部少子化対策監室母子保健グループ おか べ まき こ
岡 部 牧 子

1. はじめに



石川県の概況（2017年）		全国
出生数（率）	8,696人（7.7）	（7.6）
合計特殊出生率	1.54	1.43
周産期死亡数（率）	32人（3.7）	（3.5）
低出生体重児数（率）	790人（9.1）	（9.4）
多胎児出生数（率）	137人（1.6）	（2.1）
分娩施設数	17	—
産科診療所	13	—
助産所	5	—
小児科医療機関数	163	—
精神科医療機関数	58	—
保健所数	5（県4 中核市1）	—
市町数	19（11市8町）	—

時代の変化に伴う核家族化、地域のつながりの希薄化などによる社会全体の子育て力が低下する中、依然として母親中心の育児、母性神話に縛られているという意識の問題も深く、産前・産後の女性の身体的・物理的な負担は大きく子育てに影響を及ぼしている。

このような背景をもとに、妊娠・出産・子育ての不安や負担が増大しており、特に、児童虐待に至る事例などでは、母親の産後うつ病や精神的な疾病を背景としたものも少なくなく、多機関連携

による支援体制の整備が喫緊の課題となっている。

本県では、全国に先駆けて、2003年度よりエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）を導入し、母親の育児不安や産後うつ病などの状況を早期に捉えて支援する取り組みを実施している。

2. 本県の取り組みの概要

本県では、ハイリスク妊産婦や低出生体重児、多胎児などを支援するため、1996年度より医療機関と保健関係者の連携事業を開始した。2001年度からは、より有機的な連携強化と心のケアを重視した「健やか妊娠育児支援強化事業」を実施している（表1）。これは、妊娠から出産後に至

表1 健やか妊娠育児支援強化事業

開始年度	事業名	内容
1996	・大きなあれ未熟児総合ケア推進事業	・退院時の医療と保健の連携 ・県保健福祉センターでの育児教室 等
1998	・多胎児育児支援基盤整備事業	・多胎児家族ニーズ調査 ・親の会の開催 等
2001	・ハイリスク妊産婦保健医療連携事業 ・未熟児等母乳哺育支援事業	・妊娠中からの支援強化、産科医との連携 ・未熟児等の母親への母乳ケア
2002	・未熟児ママの心のケア事業	・NICUへ臨床心理士派遣
2003	・母親のメンタルヘルス支援事業	・産婦健診及び新生児訪問における産後うつ病の早期発見支援（EPDS活用）
2012	・精神科医療との連携による子育て支援モデル事業	・精神科医療との連携強化

るまでの切れ目のない支援を目的とした母子保健全般にわたる事業を総称したものである。

なお、以降の取り組みは、中核市である金沢市（人口約47万人、出生約3,800人）を除くものとなっているが、市は独自にほぼ同様の取り組みを実施している。

1. ハイリスク妊産婦保健医療連携事業

本県では、支援が必要な母子に対し、より早期から継続した支援ができるよう、産科・小児科・精神科の医療機関と保健関係者が連携した支援体制の整備に取り組んできた（図1）。

特に、母親と接する機会が多い産科医療機関では、支援が必要な母親について、「妊産婦指導連絡票」を活用し、妊娠中から保健関係者へ情報提供し、地域における継続的な支援につなげており、連携件数は年々増加している（図2）。

2. 未熟児等母乳哺育支援事業

未熟児、多胎児等を出産した母親に対し、助産師が家庭訪問し、乳房マッサージや産褥期の保健指導を実施している。乳房のケアをしながら、母親の不安や悩みなどを聞くという心のケアに重点を置いた事業となっている。

3. 未熟児ママの心のケア事業

周産期母子医療センターに臨床心理士を派遣し、母親の心の問題に寄り添い支援するとともに、各周産期医療機関からの心理的ケアに関する専門的相談に対応している。

新生児集中治療室（NICU）入院後のより早い時期から母親の心の問題に寄り添うことは、親子の関係性を育む上で大変重要であるとともに、医療関係者の母親などへの心理的なサポートの理解が深まる事業となっている。

4. 母親のメンタルヘルス支援事業

産科医療機関との連携を推進していく中で、2003年度からは母親のメンタルヘルス支援事業に取り組み、メンタル面での支援が必要な母

親の早期発見・早期支援の充実を図ってきた。

本事業では、妊娠中も含め、全ての母親と接する機会のある4つのポイントにおいてメンタル面に関する状況把握を行っている。中でも、産婦健康診査（1か月）および新生児訪問において、産後うつ病等をスクリーニングするためのツールとして、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）を導入している（図3）。

産婦健康診査におけるEPDS実施率は約99.5%であり、そのうち、ハイリスク者（9点以上）は約9%となっている（図4、図5）。また、EPDSで高得点者の割合が高いのは、「10代での出産」「第一子」「育児を手伝ってくれる人がいない」「妊娠中や分娩時に何らかの異常あり」等であるが、EPDSはあくまでもスクリーニングツールの一つであり、点数だけでは一概に評価はできない。高

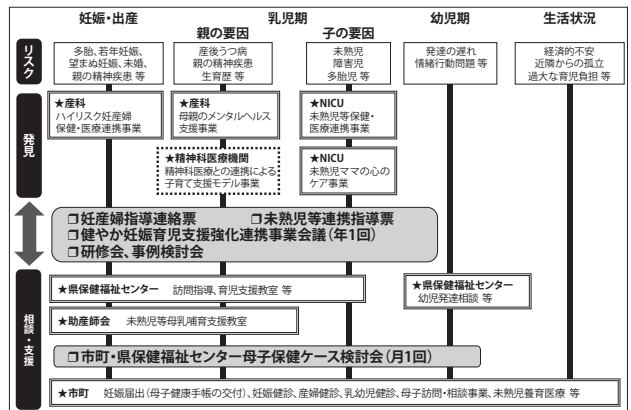


図1 母子保健支援体制図

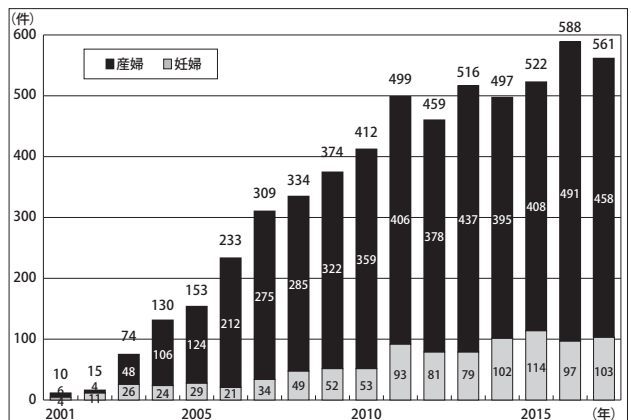


図2 妊産婦医療・保健連携件数の推移

把握ポイント	把握者	把握内容
①妊娠届出時	保健師	・健康状態や既往歴、妊娠に対する思い、相談者・育児サポートの状況等
②妊婦健康診査	産科医療機関	・健康状態や既往歴、育児の心配ごと等
③産婦健康診査（産後1か月）	産科医療機関	・健康状態、育児サポート状況等 ★エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）
④新生児訪問	保健師 助産師	・育児サポート状況 ★エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

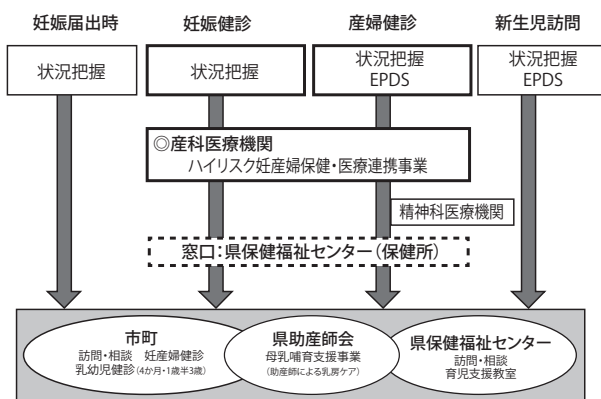


図3 母親のメンタルヘルス支援の取り組み

得点でない場合にも、自傷行為を問う設問に点数がつく場合があると要注意と考えられる。重要なことは、どの設問に点数がついているか、その点数の背景には何があるのかを確認すること（二次質問の実施）であり、一人一人の母親に対する丁寧な対応が不可欠である。

5. 連携会議・研修会の開催

県では、関係機関の連携強化を図るため、周産期に関わる医療関係者、助産師、保健師、臨床心理士など、支援に携わる幅広い関係者が一堂に会する連絡会議を開催している。また、共に学ぶ場として研修会や事例検討会を実施しており、事業立ち上げから現在に至るまで特定の精神科医や臨床心理士などから継続的に指導を受けることにより、研修成果を振り返り、必要な軌道修正を図りながら、母子関係を育てる支援をキーワードに研さんを積んでいるところである。

また、各市町では、「顔の見える有機的な連携づくり」をスローガンに、市町母子保健担当者、要保護児童対策担当者、県母子保健担当者、児童相談所職員等をメンバーに、月1回程度の「母子保健福祉連絡会（事例検討会）」を開催している。各市町の状況により、参集メンバーは異なっているが、この連絡会が生きた連携体制を維持するとともにケースの重要な進行管理になっており、多機関連携の根幹を成す働きをしている。

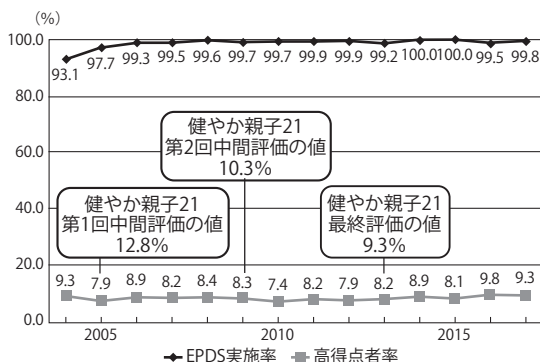


図4 EPDS実施状況

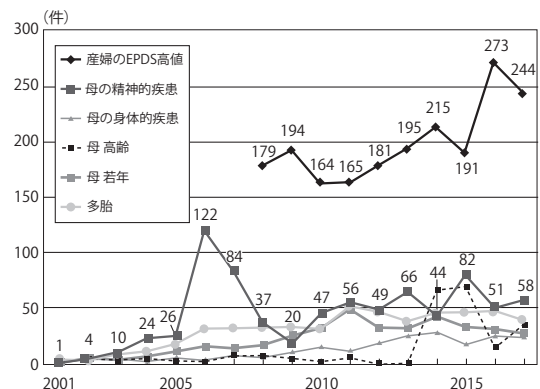


図5 ハイリスク妊産婦保健・医療連携件数

3. 精神科医療との連携

このように産科医療機関で妊産婦の心の健康問題を把握し、早期介入する体制は整ってきたが、精神科で治療を受けている妊産婦の正確な病態や服薬状況などの情報は得られにくく、対応に苦慮する場合も少なくない。育児が困難な状況に陥るケースほど、精神状態や治療状況の詳細な情報を得ることが、適切な支援のために不可欠である。

このため、2012年度に「精神科医療との連携による子育て支援モデル事業」を実施した。このモデル事業では、連絡会や研修会、事例検討会等を開催し、精神科医療との顔の見える関係構築に努めたが、この仕組みを利用しての情報提供はほとんど皆無であった。

その後は、個々のケースを通じて、精神科医療との連携を図ってきたところであるが、2018年度、県産婦人科医会の声掛けにより、県精神科医会、県担当部署が一堂に会し、周産期の心の問題についての現状と課題を共有し、今後の対応などについて話し合いが行われた。このような話し合いの場が設けられたことはとても重要であり、今後も引き続き、この場を活用し、真の連携体制を構築できるよう検討を続けていきたいと考えている。

4. おわりに

本県では、産科医療機関等との連携のもと、EPDSを導入するなど、母親のメンタルヘルス支援の強化に取り組んできた。この取り組みが進んできた背景には、事例検討会や研修会の積み重ねや、関係者が一堂に会する連携会議の開催などにより、支援者同士の顔の見える連携が根付いてきたということが大きな要因であると考えている。

一方で、精神科医療との連携はまだまだ不十分であり、課題も多い。しかし、産後うつ病の早期発見、治療の遅れは、母子関係にも大きな影響を及ぼすといわれており、妊産婦の精神面に対しての十分な理解と注意深い配慮をした包括的なケアネットワークを構築することが重要である。引き

続き、精神科医療との有機的な連携体制の構築に向け、取り組みの充実、強化を図っていきたい。

母子保健情報誌 第4号 2019年2月28日発行

発行所：一般社団法人日本家族計画協会

〒162-0843 東京都新宿区市谷田町 1-10 保健会館新館

TEL 03-3269-4727 FAX 03-3267-2658

印刷所：株式会社エイチケイグラフィックス

※許可なく複製・複写・転載をすることを禁じます

母子保健情報誌 04

2019年2月28日発行

※許可なく複製・複写・転載することを禁じます

「母子保健情報誌 第4号」正誤表

内容に誤りがございましたので、お詫びの上、下記のとおり訂正いたします。

・ P. 38 左段 8 行目

【誤】 自己負担は、委託料の 1 割とした（自己負担：宿泊型 15,000 円、日帰り型 8,000 円、アウトリーチ型 7,000 円、利用実績は、表 1）。

【正】 自己負担は、委託料の 1 割とした（自己負担：宿泊型 1,500 円、日帰り型 800 円、アウトリーチ型 700 円、利用実績は、表 1）。