

母子保健情報誌 第6号

特集 成育基本法をふまえた
メンタルヘルス支援



令和3年3月

目 次

母子保健情誌 第6号 特集「成育基本法をふまえたメンタルヘルス支援」

巻頭言「成長を見守り、寄り添い支援で孤立させない地域づくりを」	2
厚生労働省子ども家庭局母子保健課長 小林 秀幸	
生涯を通じたサイコソーシャルな母子保健施策の方向性について	3
厚生労働省子ども家庭局母子保健課 市川佳世子	
成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針	6
～成育医療等協議会での討議を踏まえて～	
国立成育医療研究センター理事長／成育医療等協議会座長 五十嵐 隆	
医療機関等における妊産婦に対するメンタルヘルス支援	
妊産婦のメンタルヘルスケア：日本産婦人科医会の取り組み	10
昭和大学医学部産婦人科学講座教授／公益社団法人日本産婦人科医会常務理事 関沢 明彦	
地域における多職種と連携した包括的な母子支援	16
～切れ目のないケアの実現に向けて取り組んできた助産所の実践～	
みやした助産院院長 宮下美代子	
感染症流行下での健診・母親学級を通じた切れ目のないケアとチームワークについて	22
NTT東日本関東病院看護部母性看護専門看護師 長坂 桂子	
「医療法人コミュニテ風と虹」における、周産期メンタルヘルスグループの取り組み	30
～のぞえの丘病院における取り組みを中心に～	
医療法人コミュニテ風と虹 のぞえの丘病院院長 堀川 直希	
自治体における多機関連携による切れ目のない支援	
ママ安心サポートいせ～妊娠期からのメンタルヘルス支援～	38
伊勢市健康福祉部健康課母子保健係 田中 はるな	
仙台市における妊産婦に対するメンタルヘルス支援について	42
仙台市宮城野区家庭健康課課長 佐野 ゆり	
石川県における周産期からの協働を目指した支援実践報告	47
～多機関連携構築の意義との中で母子保健が果たす役割とは～	
石川県南加賀保健福祉センター所長 沼田 直子	
健やか親子21（第2次）中間評価をふまえた親子支援	
母子を支える父親への支援の必要性	53
国立成育医療研究センター政策科学研究部政策開発研究室室長 竹原 健二	
学童思春期のBiopsychosocialに健やかな発達を促す切れ目のない支援について	59
久留米大学医学部小児科学講座准教授 永光信一郎	
成育基本方針を踏まえた情報の利活用と連携の強化について	68
山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座教授 山縣然太郎	

巻頭言「成長を見守り、寄り添い支援で孤立させない地域づくりを」

厚生労働省子ども家庭局母子保健課長 小林 秀 幸

新型コロナウイルス感染症の流行が続くなかで、医療機関や自治体などの最前線において、地域に密着した母子保健活動を献身的に行われている皆様方に深い敬意と心からの感謝の意を表します。

感染拡大に伴い、健診や両親学級等の集団指導の延期、出産場所の変更や自粛生活が余儀なくされるなど、これまでの生活様式が一変する事態となりましたが、どのような事態においても、安心して子どもを産み育てられる社会の構築に向けて、厚生労働省としても、引き続き必要な施策を進めてまいります。

母子保健法の改正により2021年4月からは、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きめ細かい支援を行う「産後ケア事業」の実施が市町村の努力義務となります。支援を必要とする母子が身近な場所で質の高い産後ケアを受けられるよう、子育て世代包括支援センターなどの関係機関との連携のもと、各市町村において事業展開されることが期待されます。産後ケア事業については、少子化社会対策大綱（2020年5月閣議決定）において2024年度末までの全国展開を目指すこととされており、厚生労働省として取組を進めてまいります。

また、「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（通称：成育基本法）」が2019年12月に施行されました。2020年2月には成育医療等協議会が設置され、「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」が2021年2月に閣議決定されました。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。

本誌『母子保健情報誌』は年に1回発行し、今号で6号となります。今回は「成育基本法をふまえたメンタルヘルス支援」に焦点を当てました。母子保健分野で活躍されている皆様には、本誌をご活用いただき、引き続き、積極的な取組をよろしくお願いいたします。

生涯を通じたサイコソーシャルな母子保健施策の方向性について

厚生労働省子ども家庭局母子保健課 市川 佳世子

1. 背景

わが国の乳児死亡率は、昭和30年には出生1000人に対して約40人死亡していた乳児が、昭和50年には10人を下回るようになり、現在では約2人という世界的に低い数値となっている。わが国は経済成長や医療技術の進歩、公衆衛生施策・母子保健施策など様々な努力により、赤ちゃんの死なない国を達成してきた。昭和40年に制定された母子保健法のもと、乳児死亡、産婦死亡を減らすべく、身体疾患の予防・早期発見等を主眼とした母子保健施策にまい進し、それを達成してきた。

一方で、近年では、母子保健に関する課題として、児童虐待による乳幼児死亡、産後うつ、DV（ドメスティックバイオレンス）、10代の子どもの自殺、核家族による親子の孤立、ひとり親の世帯の貧困、仕事と家庭の両立によるストレス、父親の育児時間が増えたことによる父親の育児ストレス問題、多様な家族のあり方、インターネット等による若年からの性犯罪・性被害問題、若年者の性の課題等、家族を取り巻く精神的課題、社会的課題が多様化・複雑化している。

これらを踏まえ、これからの母子保健施策は、身体的（バイオ）な観点からだけでなく、精神的・社会的（サイコソーシャル）な観点から、切れ目なく個々の家庭に応じた包括的な支援へとシフトチェンジしていく必要があると考えられる。

本寄稿では、現在、母子保健施策の中で注目すべき精神的・社会的（サイコソーシャル）課題について挙げていく。

2. 成育基本法について

平成30年12月に「成育過程にある者及びその保護者ならびに妊産婦に対し、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」（以下、「成育基本法」と呼ぶ。）が成立し、令和元年12月に施行され、令和3年1月に「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」が閣議決定された。

その中で特筆すべき事項としては、基本的な方針の中に、「妊娠期から子育て期に至るまで切れ目ない成育医療等を提供すること」とあり、従来の母子保健が主に対象としていた妊娠期と乳幼児期までだけでなく、学童期・思春期、妊娠前（プレコンセプション）の成人までを対象としていることである。

さらに、「乳幼児期から成人期に至るまでの期間においてバイオサイコソーシャルの観点（身体的・精神的・社会的な観点）から切れ目なく包括的に支援する必要がある」と、サイコソーシャルな観点の重要性について言及されている。

また、女性の健康に関する課題として、リプロダクティブ・ヘルス・ライツ（性と生殖に関する健康と権利）の視点に基づく成育医療等の提供が求められており、女性がライフステージにおける健康状態に応じた的確に自己管理を行うための健康教育を推進し、プレコンセプションケア（女性やカップルを対象として将来の妊娠のための健康管理を促す取組をいう）に関する体制整備を図ることとされている。

今後は、これらの基本方針に基づき、さらなる母子保健施策の取組を進めていくこととなる。

3. 不妊症・不育症など生殖補助医療について

令和2年12月に閣議決定した全世代型社会保障改革の方針では、不妊治療の保険適用を早急に実現することが決定した。それに伴い、保険適用までの間の不妊治療の助成制度の大幅な拡充や、不妊症・不育症への相談支援等の強化、不妊治療と仕事の両立支援、子どもを持ちたいと願う家庭の選択肢として、里親・特別養子縁組制度の普及啓発等に取り組んでいくこととなった。

令和2年度実施した子ども・子育て支援推進調査研究事業「流産や死産を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」では、流産、死産等を経験した女性は、支援が必要と感じた女性のうち約75%がうつや不安障害が疑われており、流産・死産の経験やつらさに関して、約3分の1の方が話を聞いてほしかったと回答し、うち約20%の方が流産や死産を経験した人に聞いてほしいと回答しており、不育症等に関するピアサポートを含めた相談支援の重要性が示唆されている。

不妊治療等に伴う経済的・身体的・心理的負担は大きく、令和3年度より開始する不妊症・不育症支援ネットワーク事業において、不妊専門相談センターと自治体及び医療関係団体、当事者団体等で構成される協議会を設置し、流産・死産に対するグリーフケアを含む相談支援、不妊症、不育症に悩む方への寄り添った支援を行うピアサポート活動や、不妊専門相談センターを拠点としたカウンセラーの配置等を推進し、不妊症・不育症患者への支援の充実を図っていく。

4. 出生前検査について

出生前検査については、平成10年に出生前診断に関する専門委員会において、「母体血清マーカー検査に関する見解」が取りまとめられ、医師が妊婦に対して本検査の情報を積極的に知らせる必要はないという見解が出された。

しかし、その後、母体血を用いた非侵襲性出生前遺伝学的検査（NIPT（Non Invasive Prenatal genetic Testing））が開発され、出生前検査を行うに当たっては、妊婦の意思決定に当たり適切な情報提供が実施されているか、妊婦の不安・葛藤に寄り添った相談支援体制が整備されているかなどの課題が指摘されており、現在、国におけるNIPT等の出生前検査に関する専門委員会において議論されている。

専門委員会の中で、今後は初回妊婦健診時、母子健康手帳交付時から、妊娠・出産に関する包括的な情報提供の一環として、出生前検査について説明する必要があると指摘されている。

この議論を受けて、令和3年度より「出生前遺伝的検査（NIPT）を妊婦等への相談支援体制整備事業」により、女性健康支援センターにおいて、NIPTを受けた方及び受けることを検討している方への相談支援を実施予定である。

5. 新型コロナウイルスによる社会の変化による影響について

令和2年3月から新型コロナウイルスの感染拡大により、全ての国民の日常生活が急激に変化した。妊娠・出産に関しても医療機関の受け入れ体制が変化し不安を持つ妊婦の問題や、子どもにとっても、突然の学校閉鎖や感染予防対策のためのマスクをした生活など、慢性的なストレス状況に置かれてい

る。母子保健施策についても、ソーシャルディスタンスによる集団健診や保健師による家庭訪問が通常通り実施しにくい状況などが起こっている。

そういった通常の母子保健施策が実施しにくい中で、新型コロナウイルスに感染した妊産婦等に対して、退院後に、助産師、保健師等による電話や訪問などでの寄り添った支援、オンラインによる保健指導等の実施や、里帰り出産が困難な妊産婦に対する育児等支援サービスの提供等の取組を実施し、妊産婦への支援を引き続き行える体制を整備している状況である。また、今後、長期化している新型コロナウイルス感染拡大による家庭や社会の環境変化が、どのように子どもの心身へ影響を与えるか等、調査研究等も実施していく予定である。

6. これからの生涯を通じたサイコソーシャルな視点に立った母子保健の方向性について

わが国の母子保健施策は、成育基本法の整備による生涯を通じたバイオサイコソーシャルな視点に立った母子保健施策への方針の明確化、生殖補助医療や出生前検査等、様々な新しい母子保健に関する課題への対応、さらに新型コロナウイルス感染防止対策による通常の母子保健施策の変化等、大きな変革を求められていると考える。

母子保健分野で活躍されている皆様のご参考としていただき、引き続き、母子保健関係施策について積極的な取組みをお願いしたい。

成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針

—成育医療等協議会での討議を踏まえて—

国立成育医療研究センター理事長／成育医療等協議会座長 五十嵐 隆

はじめに

わが国では児童福祉法、予防接種法、母子保健法などに基づく周産期医療、小児医療の充実が図られ、極めて質の高い周産期医療や小児医療が提供され、妊産婦死亡率、新生児・乳幼児死亡率は世界的にも有数の低率国となっている。しかしながら、急速な少子化の進展、成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦（以下「成育過程にある者等」と呼ぶ。）を取り巻く環境やその需要の変化等により、わが国における成育医療等には様々な課題が生じてきている。この様な状況の下で、平成30（2018）年12月に「成育過程にある者及びその保護者ならびに妊産婦に対し、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」（以下、「成育基本法」と呼ぶ。）が成立し、令和元（2019）年12月に施行された。

1. 「成育基本法」とその基本方針

成育基本法は、次代の社会を担う成育過程にある者の個人としての尊厳が重んぜられ、その心身の健やかな成育が確保されることが重要な課題となっていること等に鑑み、児童の権利に関する条約の精神にのっとり、成育医療等の提供に関する施策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、保護者及び医療関係者等の責務等を明らかにし、並びに成育医療等基本方針の策定について定めるとともに、成育医療等の提供に関する施策の基本となる事項を定めることにより、成育過程にある者等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を総合的に推進することを目的とする¹⁾。

「成育基本法」は上記に示される理念を示す法律である。令和2（2020）年に、「成育基本法」が定める成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針を検討するため「成育医療等協議会」が開催され、同年10月末には様々な具体的内容を示す基本方針案がまとめられ、パブリックコメントを求めた後、令和3（2021）年2月に「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」（成育医療等の提供に関する施策に関する基本的な事項を含む）が閣議決定された。

2. 成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針²⁾

成育基本法第11条第2項の規定により、成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針を定めることを求めており、成育医療等協議会では5回の討議を経て、基本的な方針を策定した。その際、以下の点に留意しつつ、成育医療等の提供に関する施策に関する基本的な事項を定めた。

- a) 成育過程にある者の心身の健やかな成育が図られることを保障される権利を尊重すること。
- b) 多様化する成育過程にある者等の需要に適確に対応し、地域の実情を踏まえつつ、福祉との連携を図ること等により、妊娠期から子育て期に至るまで切れ目ない成育医療等を提供すること。
- c) 居住する地域にかかわらず科学的知見に基づく適切な成育医療等を提供すること。
- d) 妊娠期から子育て期に至る期間において、子どもとその保護者等との関係性を重視し、その健全な

成育過程の形成に資するよう、成育過程にある者等に対して年齢に応じた適切な情報提供を行うとともに、社会的経済的状況にかかわらず、また災害時や感染症発生等の緊急時においても適確な対策を実施することにより、希望する者が安心して子どもを生み、育てることができる環境を整備すること。

3. 成育医療等の提供に関する施策に関する基本的な事項

基本的な事項の内、重要な項目を中心に以下に列記する。

(1) 成育過程にある者及び妊産婦に対する医療

周産期医療等の体制では、周産期医療に関する協議会での連携や整備のための協議を推進することや、新生児集中治療室や母体・胎児集中治療室の整備の充実、精神疾患を合併した妊産婦への対応、医療従事者の働き方への配慮の必要なことが示されている。また、小児医療等の体制では、小児初期救急センター、小児救急医療拠点病院、小児救命救急センター等の整備や「子ども医療電話相談事業（#8000事業）」の支援、小児在宅医療体制の整備、多職種による地域での保健、医療、福祉及び教育を包括的に検討できる子育て世代包括支援センター体制の整備などが示されている。その他、AYA世代のがん治療体制の整備、小児生活習慣病の予防、小児慢性特定疾患児や医療的ケア児の連続的な保健指導や養育相談の充実などについても記載されている。

(2) 成育過程にある者等に対する保健

プレコンセプションケアの実施、電話やオンラインを活用した相談支援の実施、子育て世帯の負担軽減や地方公共団体の業務効率化を実現する「子育てノンストップサービス」の実現、バイオサイコソシヤル（身体的・精神的・社会的）な観点から切れ目なく包括的に支援するための個々人の成長特性に応じた健診の頻度や評価項目に関する課題抽出やガイドラインの作成、妊娠・出産の経済的負担軽減などがはじめに総論で記載されている。

妊産婦等への保健施策として、妊婦健康診査及び産婦健康診査の推進、妊産婦等に対するメンタルヘルスケアの推進、女性健康支援センターの整備、若年妊婦や特定妊婦の把握及び支援、妊産婦健診の未受診者への受診の勧奨、多胎妊産婦に対する支援、産後ケア事業の全国展開、妊産婦に対する医薬品の適正使用等の推進が記載されている。

乳幼児期における保健施策として、新生児へのマスキング検査の充実、学童期及び思春期までの切れ目のない健診等の実施体制の整備、聴覚障害の早期発見・早期療育に資する乳幼児期の難聴に関する総合的な体制整備、乳幼児における視覚異常、股関節脱臼・臼蓋形成不全などの早期発見、発達障害への適切な支援などが示されている。

学童期及び思春期における保健施策では、健康教育の推進、食育の推進、妊娠・出産等に関する医学的・科学的に正しい知識の普及・啓発、性に関する科学的知識の普及、子どもの性被害防止プラン（児童の性的搾取等に係る対策の基本計画）」や「性犯罪・性暴力対策の強化の方針」に基づく取り組みの強化、児童生徒の心身の健康や教育に関する相談体制の整備、保育所や幼稚園等における障害のある子どもの受入体制の整備促進、発達障害児の早期発見と成人に至までの相談支援体制の充実などが記載されている。

生涯にわたる保健施策として、健康教育の推進、プレコンセプションケアに関する体制整備、女性の

健康や妊娠、低用量ピルの活用等に伴う健康管理の方法および女性特有の悩みや疾病に関する正しい知識の普及、若年女性のがんに対する検診の推進、不妊治療（体外受精及び顕微授精）に要する費用助成、医療的ケア児への包括的支援体制の整備、配偶者からの暴力の防止と被害者の保護等の推進、妊娠中の体重増加不良やストレスの軽減など生涯を通じた疾病予防対策の実施などが盛り込まれている。

子育てや子どもを育てる家庭への支援では、働きながら子育てする女性とその子どもの健康支援のための取組の推進、地域子育て支援拠点事業等を通じた地域での子どもの見守り体制の強化、出産予定家庭への両親学級等の推進、出産や子育てに悩む父親に対する支援、児童虐待への早期対応体制の充実、体罰等によらない子育ての推進、児童相談所の体制強化、婦人相談所等関係機関間の連携強化、ひとり親家庭が安心して子育てをしながら生活できる環境の整備、子どもの貧困対策の総合的な推進、キャンセル等依存症である者やその家族に対する支援、「病児保育」等による子育て支援などが記載されている。

(3) 教育及び普及啓発

学校教育及び生涯学習として、地域の実情に応じた家庭教育支援、乳幼児と適切に関わるための基礎的な技能を身につけることや子どもを生み育てることの意義について考えることの推進、予防接種を含めた感染予防に関する指導、妊娠・出産等に関する医学的・科学的に正しい知識の普及・啓発、がん教育などの健康教育の推進が記載されている。

普及・啓発として、社会全体で親や子どもの多様性を尊重し、見守り、子育てに協力することの理解を深めるための普及・啓発、女性の健康や妊娠、低用量ピルの活用等に伴う健康管理の方法、女性特有の悩みや疾病に関する正しい知識の普及、女性のがん検診の推進、両親学級や育児参加促進に関する講習会等を通じた男性への妊娠・出産に関する普及啓発、食育の推進、人権教育とその啓発などが記載されている。

(4) 記録の収集等に関する体制等

予防接種、乳幼児健診、学校健診等の個人の健康等情報を電子化などの方法にて一元的に把握し、利用可能とすること、予防可能な子どもの死亡を減らすことを目的とするChild Death Review体制の整備、子どもの事故検証に関する取組みやその情報発信の推進、子育て世帯や関係行政機関等における手続負担の軽減や利便性向上を目的としたICT等の推進などが記載されている。

(5) 調査研究

成育医療等の状況、施策の実施状況やその根拠となるエビデンス、科学的知見等を調査研究にて収集し、その結果を公表・情報発信することで政策的対応を検討すること、「子どもの健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）」の実施を通じ、子どもの成長・発達に影響を与える環境要因（環境中の化学物質の曝露、生活環境等）を解明し、子どもが健やかに育つ環境を目指すこと、今般の新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、成育医療等の状況、施策の実施状況等を把握・検討し、その結果を公表・情報発信することで政策的対応を検討することが挙げられている。

(6) 災害時における支援体制の整備

災害時等における授乳の支援や液体ミルクを始めとする母子に必要な物資の備蓄と活用、地方公共団体による乳幼児、妊産婦、発達障害児、医療的ケア児等の要配慮者に十分配慮した防災知識の普及、訓練の実施、物資の備蓄、指定避難所における施設・設備の整備、災害から子どもを守るための関係機関との連携強化、医療機器の必要な医療的ケア児への体制整備、災害時小児周産期リエゾンの養成・配置

と平時からの訓練や災害時の活動、新型コロナウイルス感染症流行時における妊産婦に対する感染防止対策の徹底、感染に不安を抱える妊産婦への寄り添った支援、子どもの見守り体制の強化、保護者が感染者となった時に預け先のない子どもへの支援、電話やオンラインを活用した妊産婦や乳幼児に対する相談支援や保健指導、乳幼児健診の個別健診化などが記載されている。

(7) 成育医療等の提供に関する推進体制等

成育医療等におけるソーシャルキャピタルの醸成を推進するなどの成育医療等に関する社会全体での取組、成育医療等の各種施策に関する各地域の優良事例の横展開を通じた各地域の施策の向上、子育て世帯や関係行政機関等における手続負担の軽減や利便性向上等を目指した情報発信とICT等の活用による成育医療等の各種施策の推進が記載されている。

また、その他成育医療等の提供に関する施策の推進に関する重要事項として、成育医療等の提供に関する施策の推進のために国及び地方公共団体が施策の進捗状況や実施体制等を客観的に検証・評価し、必要な見直しにつなげるPDCAサイクルに基づく取組を適切に実施すること、少なくとも6年毎に政府は成育医療等基本方針に検討を加え、必要があると認めるときにこれを変更すること、今回策定する基本方針は令和2（2020）年度から令和4（2022）年度までの3年程度を目安として策定すること、成育医療等の提供に関する施策を総合的に推進するための行政組織の在り方等についても検討することが明記されている。

おわりに

1982年に「老人保健法」が施行されたことで、現在のわが国では高齢者の生活全般にわたる広範な保健・医療・福祉サービスが展開されている。同法は2006年に「高齢者の医療の確保に関する法律」に改題され、より合理的な運用が可能となった。また、2007年施行の「がん対策基本法」により、成人領域のがん予防と早期発見、がん医療の均てん化、がん研究が大いに進展し、治療法の開発にも大いに寄与している。今回閣議決定された「成育基本法」の基本方針と施策に関する基本的な事項がわが国の小児保健・医療の課題を解決するための大きな力となることを期待する。

参考文献

- 1) 成育基本法 (<https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/20181210seiikukihonhouanyoukou.pdf#search=%27成育基本法%27>)
- 2) 成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針
(<https://public-comment.e-gov.go.jp/servlet/PcmFileDownload?seqNo=0000209754>)

妊産婦のメンタルヘルスケア：日本産婦人科医会の取り組み

昭和大学医学部産婦人科学講座教授／公益社団法人日本産婦人科医会常務理事 関 沢 明 彦

はじめに

近年、周産期医療の安全性向上に向けたさまざまな努力によってその安全性は確実に向上してきており、妊産婦死亡数の確実な減少が観察される。一方、産後1年未満を含む妊産婦死亡についての調査研究の結果から、妊産婦死亡の最も多い原因が自殺であり、直接産科的死亡よりも多いことが明らかとなった。このことは、周産期医療において身体的疾患の管理のみならず、メンタルヘルスケアにも十分な配慮が必要なことを示す結果である。

妊産婦のメンタルヘルスの失調は、最悪の場合には自殺につながるが、自殺に至らないとしても、養育機能が低下して、愛着形成障害や虐待につながる。虐待は児の対人関係の障害、精神障害、発達障害、レジリエンスの低下の原因となり、成長後の自身の児への虐待（世代間伝達）へとつながり、社会的な影響は甚大である。そこで、日本産婦人科医会（以下「医会」）では妊産婦メンタルヘルスケアプロジェクトを立ち上げて、メンタルヘルスケアの充実に向けて取り組んでいる。本稿では、妊産婦死亡の削減に向けた取り組みと妊産婦メンタルヘルスケアの向上に向けた取り組みについての概要を説明する。

妊産婦死亡の現状と削減に向けた取り組み

わが国の妊産婦死亡数は1950年には出生10万人に対して176人であり、その後、1970年に52人、90年に8.6人、2012年に3.9人と急速に減少した。母子保健統計による年間の妊産婦死亡総数は2000年ころには年間80人程度であったものが、2010年には年間40人程度と半減している。しかし、妊産婦死亡は妊婦やその家族にとって予想もしえない最悪の結果であることから、医会では2010年に妊産婦死亡報告事業を開始した。この事業では全国の会員施設で妊産婦死亡事例が発生した場合に、その事例の詳細な経過を報告するもので、医会では妊産婦死亡症例検討評価委員会で、一例ずつ、事例の経過を検討することで死因や医療上の問題点を報告書にまとめ、医療機関に報告書を戻すことで施設内の医療安全に生かしていただいている。さらに、これら検討を通じて蓄積されたデータをもとに、毎年、臨床的な統計をまとめるとともに、「母体安全への提言」を発出し、妊産婦死亡の削減に向けた啓発活動に取り組んでいる。

さらに、妊産婦の急変は非常にまれな出来事であるため、各医師がその対応について十分に経験することはできない。そのため、母体急変への対応に特化してシミュレーションで研修するシステム（日本母体救命システム普及協議会：J-CIMELS）を構築し、2015年から研修会（J-MELSベーシックコース）を開催する事業に取り組み、これまでに15,000人を超える医療従事者が本コースを受講している。

このように医会は妊産婦死亡の削減を目指して、地道に根気強く活動をおこなっており、その成果が妊産婦死亡数の減少として出てきている。具体的には、2010年当時、妊産婦死亡の最大の原因であった産科危機的出血は妊産婦死亡の30%を占めていたが、年々確実に減少し、10年の活動を経て半減している（図1）。さらに、脳出血、心肺虚脱型羊水塞栓症、大動脈解離などの心・大血管疾患などの主要な疾患での死亡も減少傾向にある。しかしながら、このような身体的疾患での死亡数が減少する中であっ

て、自殺による妊産婦死亡の報告例は増加傾向にあり、身体的疾患とともに妊産婦のメンタルヘルスケアの充実の重要性が再認識させられた。

妊産婦死亡における自殺

竹田らは監察医務院との共同で、2005～2014年の10年間に東京23区内で発生した自殺による妊産婦死亡（産後1年までの死亡）について調査した。その結果、10年間の妊産婦の自殺は63件（出生10万対8.7件）であった。また、この63例中23例は妊娠中、40例が産後の死亡であった。妊娠中の死亡では39%がうつ病または統合失調症であり、産後の死亡では約50%がうつ病などの精神疾患と診断されていた¹⁾。さらに、2015～2017年の追加調査が行われ、その3年間で妊産婦の自殺者は11例で、自殺による妊産婦死亡率はそれぞれ6.2、3.7、3.8（出生10万対）と低下傾向にある可能性が示された。これらの自殺による妊産婦死亡は減少傾向にあるとはいえ、身体的な疾患による死亡率のおおよそ2倍である²⁾。

一方、2015～2016年の出生票、死亡票、死産票をもとにリンケージ解析した研究成果が報告された（図2）。この報告では分娩後1年未満の妊産婦死亡の最大の原因は自殺であり、妊産婦死亡全体の28.6%を占めることが示された。次に多い原因が悪性腫瘍で21%、産科的な合併症が原因で死亡する直接産科的死亡が20.7%であった³⁾。

このような状況から周産期医療において妊産婦のメンタルヘルスケアの重要性は、身体的疾患の予防と管理とともに、大きな課題であることから、医会では妊産婦の精神的・心理的なケアにおける課題に様々な視点から取り組むこととなった。

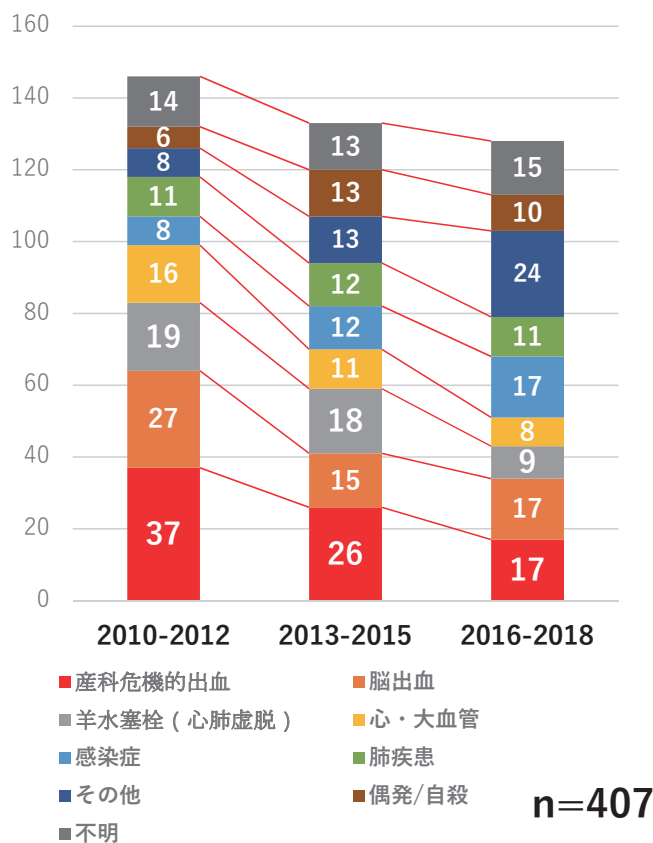


図1 妊産婦死亡の原因別頻度の推移
全体の傾向を把握するために3年区切りで事例数を表示した。

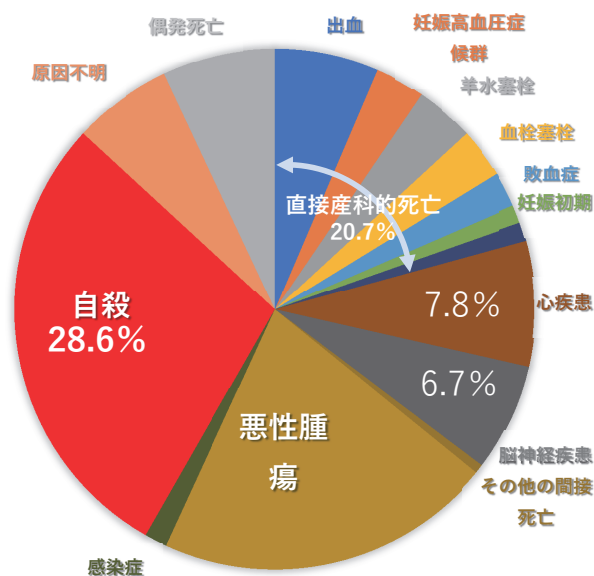


図2 妊産婦死亡の原因別内訳
：出産後1年以内の妊産婦死亡についてのリンケージ解析の結果

妊産婦のメンタルヘルスケアの重要性

妊娠中から産後1年の女性の20%が何らかの精神的な問題を抱えるといわれている。さらに、前述のごとく、妊産婦死亡のおおよそ30%が自殺によるという事実からも、妊産婦のメンタルヘルスケアに取り組むことは重要である。

妊産婦のメンタルヘルスに影響する要因を図3にまとめた。望まない妊娠、若年妊娠、未婚、精神障害、知的問題、アルコール依存、薬物依存、経済的問題、家庭内暴力、サポート不足、幼少期の虐待経験など様々な要因が関連することが指摘されている。これらの要因には強弱があり、単独のこともあれば、複数重なっていることもある。このような妊産婦にとっての負荷が過大になった場合に産後うつなどの精神障害を発症することになる。また、最悪の場合には自殺や心中にもつながる。自殺や心中の前段階として起こるのが養育機能の低下や愛着形成障害であり、それは児への虐待にもつながる。虐待は児のその後の対人関係の障害、精神障害、反社会的行動、発達障害、脳の器質的障害、IQの低下、レジリエンスの低下、成長後の自身の児への虐待（世代間伝達）へとつながるとされ、世代を超えた影響をもたらす。

そこで、妊産婦のおかれている社会的、精神的な状況を妊娠中から産褥期、産後1か月健診を通じて的確に評価して拾い上げを行い、的確に女性のおかれている状況を把握して、必要なケアにつなげていくことで、この負の連鎖を食い止めることが重要である。

その意味で、妊産婦健診を実施している医療機関が窓口となって、妊娠中からスクリーニングを行って妊婦の社会的、精神的なハイリスク要因を抽出して早期に介入していくことは、妊産婦の精神障害の発症の抑制、自殺や虐待の防止につながる。また、出産後の新生児期から乳幼児期の児の養育環境を改善し、母子の愛着形成を促進することで、次世代の子どもへの健全な発達を促進することが可能で、子どもの情緒障害、行動障害、不適応の減少にもつながる。

この基礎的な知識を産婦人科医療機関に勤務する医療スタッフが共有することが、基本的なスタート

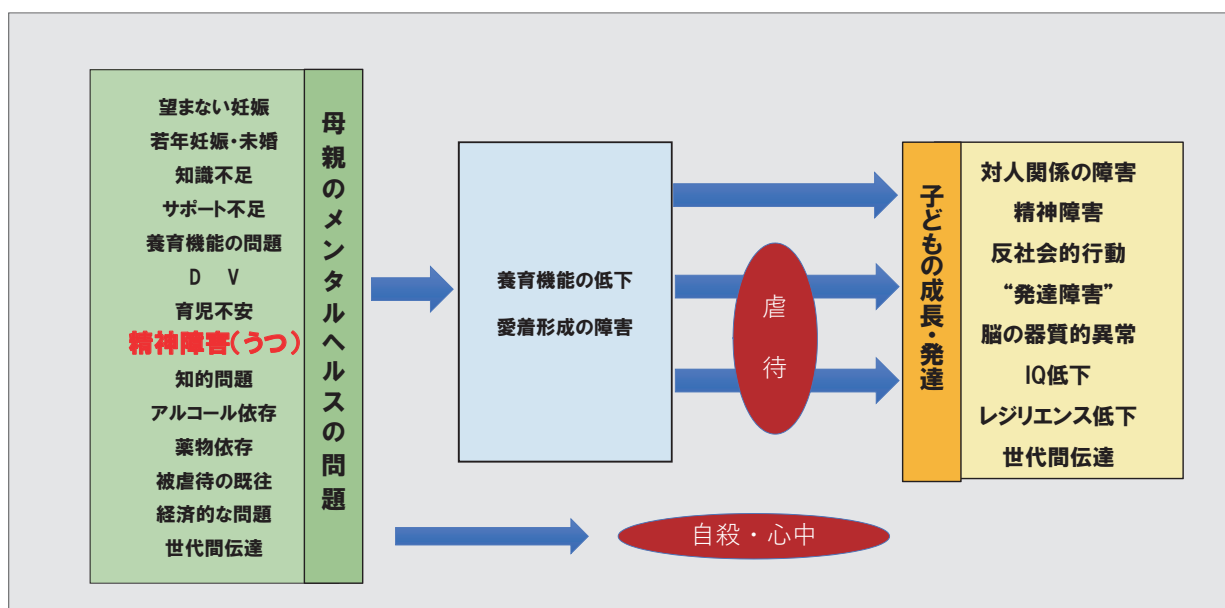


図3 周産期メンタルヘルスの重要性

であり、その後のケアに関する具体的な基礎知識やスキルを学んでいって、実践できるようにしていくとともに、分娩機関を離れて社会に戻っていく段階でケアの継続が必要な女性について把握し、行政と連携して切れ目のないケアを実践できるような仕組み作りが重要であり、医会ではさまざまな視点からの取り組みを実施している。

日本産婦人科医会の取り組み

1) 母と子のメンタルヘルスケアフォーラム

医会ではメンタルヘルスケアについての啓発活動として、2015年、「第1回母と子のメンタルヘルスケアフォーラム」を医会本部の主催で開催し、この領域で活躍する先生に周産期のメンタルヘルスケアの重要性についてご講演いただいた。その後も毎年開催することとなり、第2回以降は、この領域の事業に先進的に取り組む地域の都道府県医会が主催して行われている。このフォーラムでは地域のメンタルヘルスケアにかかわる産婦人科医や助産師、小児科医、精神科医のみではなく、行政の母子保健担当者や保健師など、さまざまな立場で妊産婦にかかわる職種が参加するワークショップなどが開催され、各地域の工夫や実績が報告され、多くの参加者とともに地域のメンタルヘルスケア体制における課題について議論が行われている。

2) 妊産婦メンタルヘルスマニュアル

2016年、医会では妊産婦メンタルヘルスケアプロジェクトに取り組むことになった。その目的はそれまで各地域で独自に取り組まれているメンタルヘルスケアについて、再度整理し直すことであり、妊産婦の心のケアを行うための基礎知識や技術（スキル）を標準化して、改めて学びなおすことが重要であるとの考えのもと、そのことが学習できるようにテキストとして、「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」を作成し、2017年に発刊した。

このマニュアルでは全ての妊産婦を対象に育児支援チェックリスト、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）、赤ちゃんへの気持ち質問票の3種類の質問票をコミュニケーションツールとして利用して、妊産婦の心理・社会的状態を評価し、特定妊婦、精神障害合併妊産婦などのケアの必要な女性を把握することを基本としている。その上で、妊産婦のケアレベルを産科医療機関でケア可能なレベル、地域行政との連携でケアするレベル、精神科と連携が必要なレベルの3段階に分類して介入することが記載されている。

なお、このマニュアルは2021年に改訂版が発刊される予定である。

3) 母と子のメンタルヘルスケア研修会

「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」を基に産婦人科医・助産師をはじめとする医療スタッフ・行政担当者を対象に、メンタルヘルスケアを実践するための基礎知識とスキルを身につけ、地域のメンタルヘルスケアの質の向上を目的に、「母と子のメンタルヘルスケア研修会」を開催している。

この研修会は入門編、基礎編、応用編（指導者講習会）からなっており、入門編では、妊婦健診を行う産婦人科医・助産師や地域の行政スタッフ（保健師など）が習得すべき基礎的な知識を身に付け、さらに妊婦健診を行う際に妊産婦のメンタルヘルスのスクリーニングが適切にできることを目標に設定し

た研修が行われている。実際にEPDSを用いる際のロールプレイや、事例検討の仕方などが実習形式で学べる。基礎編はより実践的な知識、傾聴と共感を含む精神療法の基礎、周産期の精神障害の理解を目標にしている。指導者講習会では多職種連携の必要性を判断し、実際に連携のマネージメントができること、連携に必要な社会資源についての知識を身につけること、事例を対象にした検討会をファシリテートできることを研修目標としている。

このような研修会を周産期医療にかかわる医療スタッフのみではなく、行政の保健師などとも一緒に研修することが、地域連携の強化にもつながり、地域全体の妊産婦メンタルヘルスケア体制の整備に資するものと考えており、全国に展開されていくことが期待される。研修会へはMCMCのホームページ (<https://mcmc.jaog.or.jp/topics/>) から参加申し込みができる。

4) 愛着形成の重要性に関する動画の発信

①「赤ちゃんの不思議な世界」の公開

医会では妊婦さんに愛着形成が、子どもの成長や健やかな発達にとって重要な役割をはたすことを啓発する目的で、この動画を作成した。MCMCのホームページ (<https://mcmc.jaog.or.jp/topics/>) から視聴できる。この動画を母親学級で利用している施設もある。

②ハーバード大学CDC動画の日本語吹き替え版公開

ハーバード大学子供発達センター (Center on the Developing Child at Harvard University; CDC) は長年にわたり、母子の愛着形成と子どもの脳の発達に関する研究を行っており、その最新知見をもとに一般の妊婦や子育て中の母親、またその家族を対象に、子育ての重要性を説く動画を作成して、YouTubeで一般公開している。

医会では、CDCと交渉し、その日本語吹き替え版作成と公開の許諾を得て、20本の日本語版動画を作成して一般公開している (<https://mcmc.jaog.or.jp/topics/sessions/3>)。代表作の「Brain Hero」では、出生後のさまざまな経験や環境が子どもの健全な心身の発達に影響することを解説している。また、日本語訳で「経験が脳の構造を作る」、「人生のコアとなるスキルを身につける」、「サーブとリターンの関係が脳の回路を作る」、「レジリエンスとは何か?」、「レジリエンスはどのように構築されるのか?」、「幼少期の逆境が子どもの発達に及ぼす影響」など5分程度で分かりやすい動画が作成されており、無料でYouTubeで視聴できる。妊婦さんや産後のお母さんにぜひ視聴を勧めていただきたい。

まとめ

産婦人科医はこれまで妊産婦の身体的疾患の予防や管理に主に取り組むことで、妊産婦死亡の減少としてその成果をだしてきた。しかし、産後1年以内の妊産婦死亡の30%が自殺によるものであるという事実を重く受け止め、妊産婦のメンタルヘルスケアにも積極的に関与する必要性を共通認識として持つようになった。

医会が取り組む「母と子のメンタルヘルス研修会」などを多くの周産期医療や福祉にかかわる人々が受講することで、わが国の妊産婦に対するサポート体制は強固なものになると思われる。また、多くの子育て中の女性やその家族が母子の愛着形成の重要性について理解を深めることが、多くの子どもの健

全な発育につながり、社会の安定や成長の力になっていくものと考えている。

参考文献

- 1) 竹田省. 妊産婦の自殺－その実態 <http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/11/11643745157d48555ead55ae19d42a0a.pdf>2018
- 2) 竹田省. 妊産婦の自殺 <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201803001B2019>
- 3) 森崎菜穂. 平成30（2018）年度厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 政策科学総合研究（臨床研究等 I C T 基盤構築・人工知能実装研究）：研究報告書 <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201803001B2018>

【医療機関等における妊産婦に対するメンタルヘルス支援】

地域における多職種と連携した包括的な母子支援

～切れ目のないケアの実現に向けて取り組んできた助産所の実践～

みやした助産院院長 宮 下 美代子

はじめに

我が国における急速な少子高齢化の進展や保健医療を取り巻く環境の変化に即応し、多様化する生活環境等に対応することができるように、関連施設との連携推進が求められている。

当院は1990年に出張母乳育児支援を中心とした開業から始まり、2005年に有床助産所に移行、開設当初から母親が抱える不安や不便を少しでも軽減出来るようにしたいとの思いを持つようになった。そこで、多職種の方々とのネットワークを構築し、2006年にサポートのいない家庭への家事支援を始めた。開業から約30年、現在では有床助産院を中心に、地域の母子たちの妊娠期から子育て期までを継続的に支援し、母子にとって必要とされる事業を少しずつ展開できるようになった。(図1)。助産院で働く助産師達は、院内にとどまらず、行政の事業や地域の母子との関わりの場に積極的に出向き、チームで地域の母子を支えている。

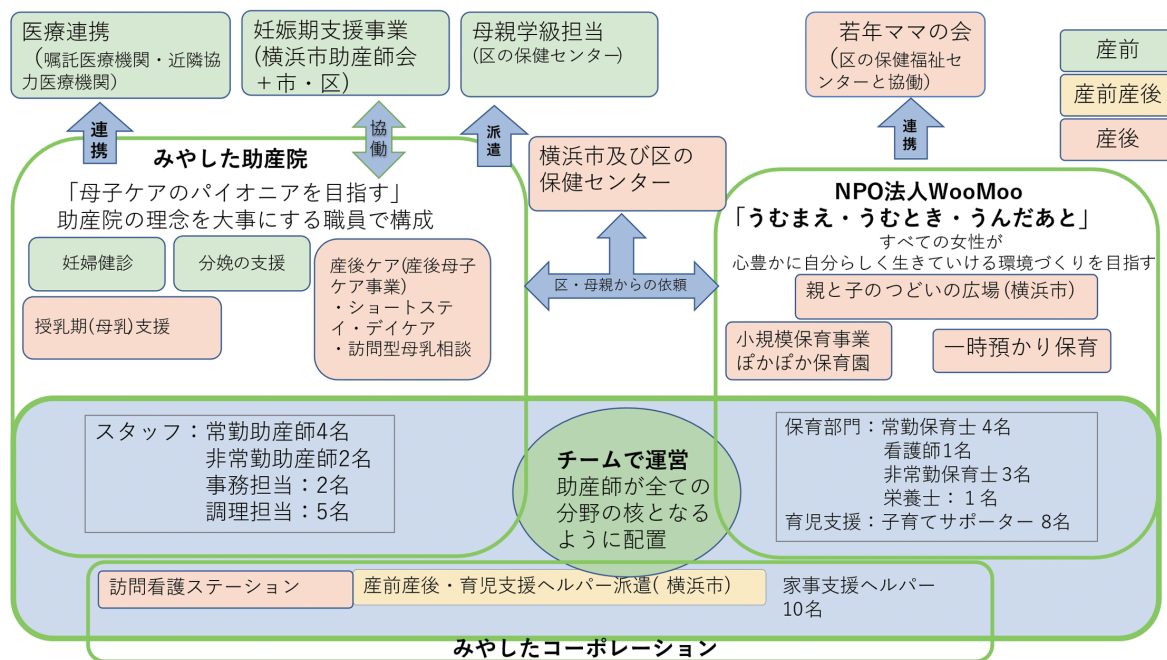


図1 行政や多職種とのチーム運営

1. 助産院とともにチームで行う子育て事業のこれまでの経過

- 1990年 みやした助産院開業 (出張母乳育児支援を中心に)
- 1991年 クリニック内に委託業務開始 (母乳外来、オープンシステムにて分娩実施)
- 1993年 自宅分娩開始
- 1993年 横浜市内の総合病院内に委託業務開始 (母乳外来、分娩の委託業務)

-
- 2003年 有床助産所開設
 - 2004年 みやしたホームヘルプサービス開設（産前産後支援事業）
みやした訪問看護ステーション開設（母子の訪問看護ステーション⇒2010年休止）
 - 2007年 ベビールーム開設（0歳児一時保育）
 - 2011年 NPO法人WooMoo設立
 - 2012年 ぽかぽか保育園開設（横浜市家庭的保育事業⇒2015年小規模保育事業に移行）
 - 2014年 横浜市産後母子ケア事業開始
 - 2017年 親と子のつどいの広場事業開設
 - 2018年 訪問看護ステーション再開

2. 母親たちの声を生かし、形にするまで

1990年開業した当初から、母乳育児支援、分娩取り扱いを問わず、母子の安全のためには医療機関と連携することが必須であると考え、母親と医療施設に同行し、顔の見える関係の構築に努めてきた。その結果、総合病院からも声がかかり、病院内でも母乳外来や分娩を依頼されるようになった。その後、法人化して訪問看護ステーションやホームヘルプサービスを開始。有床施設にしたことで、これまで関わってくれた仲間が集まり、さらなる発展へとつながった。保育園の開設は、私自身の子育て経験が影響している。保育の現場でも、働く母親目線で関わるのが子どもの成長に大きく影響すると身をもって体験したからである。母親が幸せと感じなければ子どもに気持ちが向かない。実家に頼れない状況の中で、地域の人たちからのサポートは、私を勇気づけ、母親に優しい保育園を作ろうという思いへとつながり、開設への原動力になった。子育て広場の開設には、地域の地主に建物の建設をお願いした。これまでの地域での活動に地主も理解を示し、地域連携が取れてきた結果として、子育て支援に生かすことができている。

これまでの経験の中で、市民にとって必要だと思うことを行政に意思表示しておくことはとても大事なことだと実感した。0歳児からの保育園開設に向けて行政に相談に出向いたことがある。授乳期の保育には母親支援も重要で、助産師によるサポートも必要だと伝えた。その時の申請は通らなかったが、後に0歳児からの家庭的保育事業が国の政策で打ち出され、今の保育事業につながってきている。

3. 助産院の経営

経営が安定するために、社会保険労務士や税理士からの意見を聞き、健全な経営を心がけている。分娩の収益は、月の変動額も大きいことから、資金の工面に苦慮したことも多い。安定した収益事業が一つでもしっかりとあることが、職員の安定した雇用につながっていく。しかし子育て支援事業は、収益を期待するのではなく、子育て中の母親が限られた時間の中で活躍する場となるよう、人材育成の観点で雇用している。後にこうした人材が子育て支援の「場」で能力を発揮していくのをたくさん目している。

4. 業務の質の確保と円滑な運営のために大事にしていること

親たちが望んでいる声を形にしていくという信念を持ち、事業を運営していく上で大事にしているこ

ととして、

- 1) 助産師のケアや専門職としての能力を高める意識を持ち続ける。確かな技術と責任ある行動は信頼を得る上で欠かせない。
- 2) 行政との信頼関係（連携）は、各事業の基礎となる。
- 3) 妊娠期から子育て期までの専門職である助産師が全ての分野の核となるように配置をし、母子をサポートする。
- 4) 各種クラス（ヨガ・ベビーマッサージ・料理教室など）運営は外部委託とし、毎年契約書を交わし方針がずれないようにしている。
- 5) 常に医療機関と連携し、一方通行ではなく、お互いに発展する形で仕事をする。

5. 産後母子ケア事業の実施状況について

1) 利用状況

①当院の産後母子ケア事業利用者数と利用延べ日数

産後ケア事業がスタートした平成26年から7年目を迎え、利用者の実数及び延べ利用日数も増加に転じている（図2 一人平均利用日数は7日前後である）。

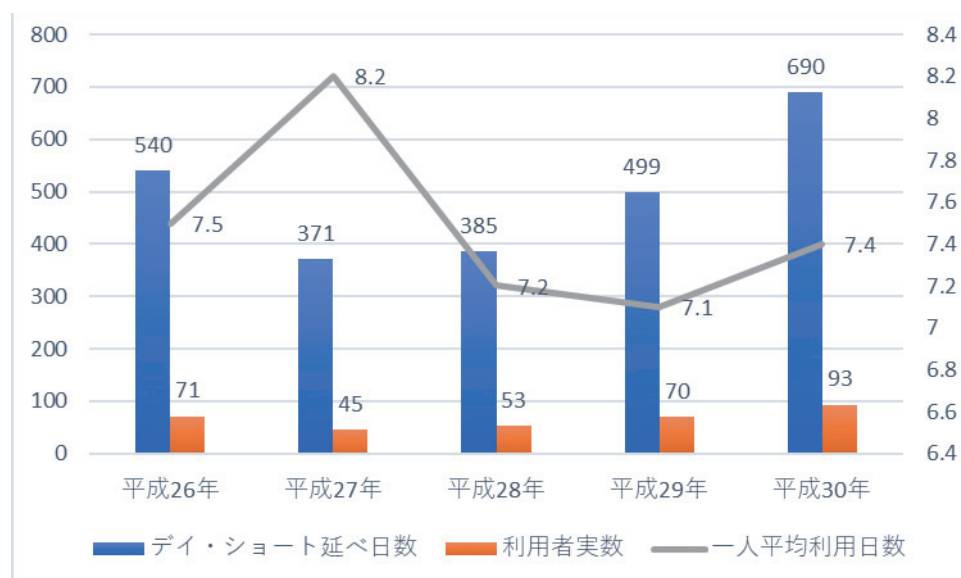


図2 産後母子ケア事業利用者数と利用延べ日数の推移

②利用理由

「支援者がいない」が最も多く（図3）、平成29年から30年の利用者162名中157名（97%）が支援が受けられない状況下にあった。支援が受けられない理由について（図4）、「いるけど頼めない」が59%を占めており（図5）、その理由で1番多いのが家族間不和43%、2番目に家族の就労、多忙、その他介護や親の高齢であった。利用の理由の変化では、育児不安やうつ気味の割合が増えている。利用者のうち、うつ傾向のある方の半数は精神科受診歴があった。

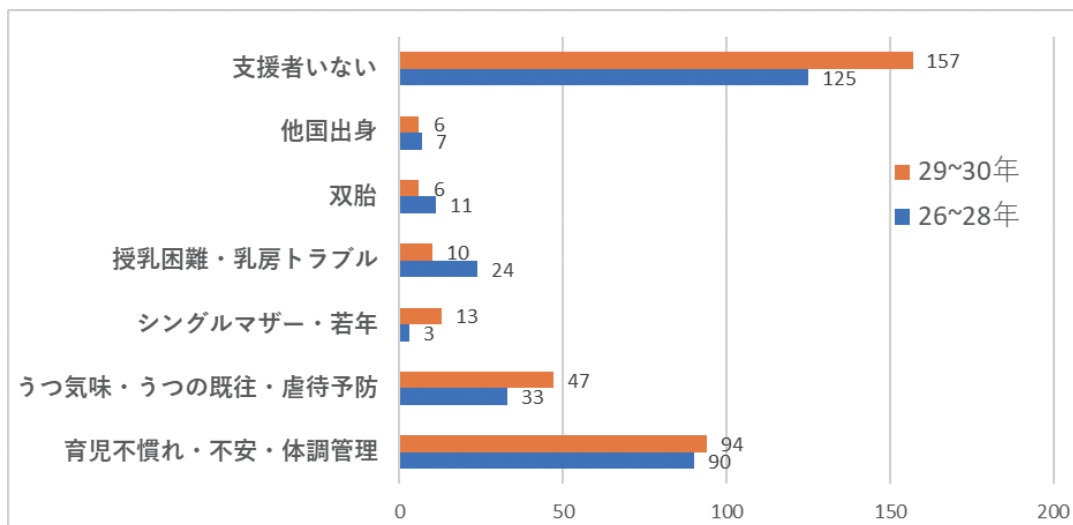


図3 産後母子ケア事業利用理由と年度別の比較

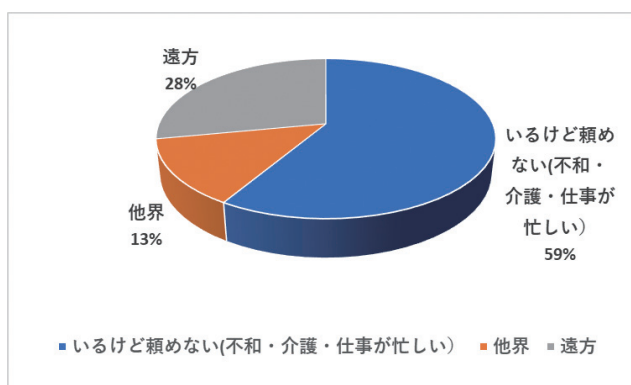


図4 支援が受けられない理由

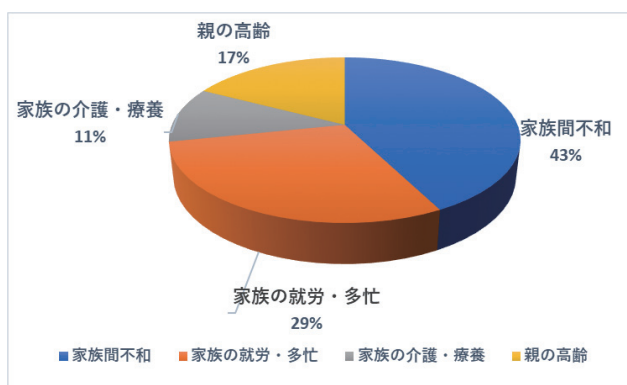


図5 支援者がいるけど頼めない理由

6. 地域における支援の実際と連携の特徴

妊娠期から子育て期までの継続的な支援と連携の流れについて以下に示す。

1) 妊娠期支援事業から産後ケア、訪問看護への継続支援

「特定妊婦」として妊娠・出産に関し、支援が必要と認められた方が、妊娠中から福祉施設へ入所した場合、「妊娠期支援事業」の対象となる。出産予定の病院、市・区の保健センター、ケースワーカーや福祉施設の職員、助産所等でチームカンファレンスを行い、妊娠中の心身のケアや、出産に向けての準備、出産後の生活に向けて、方向性を決めていく。

出産後は「産後ケア」に繋げ、助産院に入院し、助産師が養育能力を確認しながら手厚い支援を行う中で母親の育児行動が獲得できるように見守る。その後、福祉施設に戻り、再び「妊娠期支援事業」として助産師が継続して訪問し母子を見守りながら必要な支援を行う。

妊娠中から分娩後まで全16回の訪問終了後は、精神疾患を有している母子等には「訪問看護」へと繋いで長期的に関わる。

表1 当院の事業と行政および横浜市助産師会との連携

	妊娠期・分娩期	事業内容と連携の特徴	実施事業所
1	分娩妊婦 健診・母親学級	妊娠中から分娩後1年までの継続フォロー 行政と特定妊婦や気になる事例に対しての情報共有	当院 他分娩施設
2	妊娠期支援事業	特定妊婦を対象、福祉施設に訪問し、産前・産後の子育て支援を行う 分娩後早期に産後ケアにつなげ、養育能力を確認し、一人一人にあった支援を行っている	横浜市助産師会 当院
	子育て期	事業内容と連携の特徴	実施事業所
3	こんにちは赤ちゃん訪問事業 ・新生児訪問	子育ての孤立化を防ぎ、支援が必要な家庭を適切なサービスに結び付ける。訪問時に産後ケアやヘルパー派遣など継続支援が必要であればつなげていく	横浜市助産師会
4	育児支援事業	育児支援が特に必要であると判断される家庭に対して 継続的な訪問による支援を行う	当院 ヘルパー派遣事業所
5	産後母子ケア事業	特定妊婦や母子訪問等でフォローが必要と判断された母子や 支援者のいない母子に対し、ショートステイやデイケアなどで身体や心を休める場を提供することで虐待防止に努める	当院 横浜市助産師会
6	産後健診	産後2週間・1ヶ月の2回補助券を活用し、エジンバラチェックを行い産後うつ等の早期発見、虐待防止対策につとめる	当院 横浜市助産師会
7	アウトリーチ型母乳育児支援	自宅へ訪問し、実際の生活の中で育児状況を確認しながら、授乳に伴う相談や育児不安に対応する	当院 横浜市助産師会
8	訪問看護ステーション	産後ケア利用後に精神疾患の継続支援 多胎児や障害を持つ子どもの支援として実施	当院 横浜市助産師会
9	小規模保育	0～3才までの小規模型保育、産後ケア利用後、養育困難と思われた場合、保育園入所を検討することもある。保育園と協働して母子の支援を継続的かつ包括的に関わる	当保育園 小規模保育事業所
10	親と子の集いの広場事業	産後ケア利用中や退院後に活用している人もいる。親子交流の中で母子の様子から継続支援が必要と思われた場合、行政と協働し、支援の方向性を決めていく	当院 親と子の集い事業所

2) 産後母子ケア利用から訪問看護への継続支援

産後母子ケア利用者の中には、実母や夫等との家族間の不和が母親の気持ちを困惑させている場合もあり、その調整に助産師が介入することもある。特に母親がメンタル疾患を有している場合、家族の精神的な負担は大きく、家族が突発的に助産所に相談に訪れることもある。「産後母子ケア」終了後、「訪問看護」に移行し長期的に関わることにより、困ったときにいつでも相談に応じ、母子とその家族の双方を含めた関わりができるのも地域ならではの役割だと思っている。家族間の問題など生活に影響を及ぼす要因がある場合は、行政との連携を密に行い、情報を共有している。

母親からの育児支援を受けることも多々あるが、その中で児童相談所が介入する事例も少なくない。行政、児童相談所、訪問看護、保育園、主任児童委員がチームとなって定期的にカンファレンスを行っている事例もある。

7. 包括支援を行って得た気づき

- 1) 母親の心身の状態が悪くなる前に早い段階で産後母子ケア事業を利用することが、うつの予防や虐待防止対策につながる。
- 2) 妊娠期支援事業のように、妊娠中から区、医療機関、地域が包括的に支援を行うことは、利用者にとってもサポートする側にとっても、安心と信頼関係の構築につながる。また、訪問看護においても、医療機関との情報共有を重ねることが支援体制の強化につながってきている。
- 3) DVや虐待から逃げている人など緊急性のある事例に速やかに対応するためのネットワーク構築が急務である。

8. みやした助産院の課題と今後

- 1) 母子を中心としたメンタルヘルスケアや、小さく産まれた赤ちゃん・障害を持って生まれた子どもへの訪問看護ステーションを拡充していくこと。
- 2) 週末や夜間、緊急受診が必要なケースへの対応が十分ではない。(精神の緊急受診、家族間トラブル時の緊急受け入れなど)
- 3) 産後母子ケア事業終了後に継続した支援が必要とされる母子の入所施設の不足(シングル、育児疲れ等)⇒実家のような役割がとれる場所
- 4) 家族関係の問題を抱えている人が増えている⇒家族にどのように関わるかが課題
- 5) 小規模多機能型の包括的な支援が求められているにも関わらず、開設のための条件が現実と合っていない。ひとつの場所でいくつかの事業を行うことは速やかな対応につながり、より継続的に関われるが、建物等の開設の規制が厳しいことが新たな取り組みの妨げになっている。例:(玄関が2つ必要、バリアフリー化が必須であることなど)

おわりに

産後母子ケア事業を実施するようになってから、行政や多職種との連携をとれるようになってきているがまだ十分ではなく、今でも母子を支えきれていない部分が沢山ある。助産所全体が母子を包括的にサポートする体制作りと、行政とのさらなる連携強化に尽力して行く考えである。同時にこのような包括的支援が全国に広がり、母子が安心して妊娠出産し、子育てできる日本になることを願っている。

感染症流行下での健診・母親学級を通じた切れ目ないケアとチームワークについて

NTT東日本関東病院看護部母性看護専門看護師 長 坂 桂 子

1. はじめに

世界中が今、COVID-19感染症に苦しんでいる。このパンデミックは、母子保健・医療の在り方にも劇的な変化をもたらした。第一波では、夫立会分娩・入院中の面会や、母親学級、産後ケア、保育園などの地域母子保健サービスが中止となり、切れ目ない支援が途切れかけた時期があった。当院においても、一時、12の産科サービスを中止した。自粛の裏側で、ドメスティック・バイオレンス（DV）、児童虐待や子育ての悩み、メンタルヘルスの不調、経済的困難などの悩みが生じ、健康や尊厳が脅かされる人が出てくることが予想された。そうならないよう、先回りし、チームは、切れ目ない安心ケアを実装し「一人も取り残さない」仕組みを作るために動いた。病院中がフル稼働の時期であったが、産婦人科部長のリーダーシップのもと、看護部、情報システム、医事企画、広報など、院内関連部署の協力が得られた。スタートアップを担った産婦人科外来チームは、『いいことはすぐやろう！』と話し合った内容をすぐに行動化できるメンバーであった¹⁾。

2. 施設の概要

NTT東日本関東病院は、東京都品川区に位置し、産科二次救急を扱う企業立総合病院である。分娩数494件、帝王切開率20%、35歳以上の産婦の割合41%（2020年）。産婦人科医師11名、助産師28名、看護師3名、再掲にてアドバンス助産師8名、母性看護専門看護師（以下、CNS）1名が在籍している。

産科における母子の包括的なケアに関して、助産師外来（2006年～）、全褥婦へのDVスクリーニング（2006年～）、産後1年頃までの個別助産ケア（2006年～）、産褥期の延長入院（2013年～）、品川区の産後ケア（宿泊型）受託（2016年～）、産科単科病棟（2017年～）などを整えている。また、電子母子健康手帳アプリの開発（2013年～）や国際的な母子健康手帳の普及活動（2015年～）にも取り組んでいる。

3. 感染症流行下での切れ目ない支援再構築～安心ケアの実装とその評価～

(1) 安心ケアの実装

コロナ禍の安全・安心ケアのために、「妊婦健診時30秒スクリーニング」、「オンライン産後2週間フォロー」、「オンライン両親学級」、「オンライン調乳指導」を新たに導入した。①従来よりもポピュレーションアプローチを厚くし、②ハイリスク群を抽出し、③ハイリスク群へは、母性看護専門看護師や助産師がケアを行い、精神科医師、産婦人科医師、保健センター、子ども家庭支援センター等との連携を通して、早期から効率的にケアを実施するしくみである。

1) 毎回の妊婦健診で30秒スクリーニングを導入

【変更前・問題点】

以前の妊婦健診では、医師外来と助産師外来を交互に受診し、助産師のケアを受けるのは、その日の受診者の4割程度であった。妊婦は、生活上の相談を看護職者にすることが多いが、このしくみで

は、看護職者との面談がない妊婦健診の時は、コロナ禍で想定外に生じた困りごとを相談するハードルが高く、支援が後手に回ることも予想された。

【対策・工夫】

そこで、気軽に助産師に相談する時間を設けることでこの問題を解決できるのでは、というアイデアをもとに協議をし、2020年4月より助産師外来を発展的に中止・縮小した。それにより、新たな人員配置をせずとも、妊婦健診・産後1か月健診の受診者全員に、助産師が面談することが可能となった。新様式では、今までも行っていた妊娠経過の間診に加えて、全患者に対して毎回「30秒スクリーニング」を実施した。スクリーニングは、Whooley二質問法（うつ、2項目）、女性に対する暴力スクリーニング尺度（DV、5項目）、育児不安1項目の計8項目で構成したもの（表）を壁に掲示し、助産師は、その張り紙を指さしながら、「①～⑧項目にあてはまることはありますか」と丁寧に確認した。狭い診察室での濃厚接触を避ける配慮から、ケア時間は5～10分程度とし、その後、医師が診察を行なった。

また、女性トイレには、「DV相談+（プラス）」（内閣府²⁾のチラシを掲示した。

【評価】

2020年4月～5月の受診者のべ714名中、スクリーニング陽性者はのべ15名（2.1%）で、陽性妊婦へはCNSを中心に継続的にハイリスクケアを実施した。また、スクリーニング陰性だったものの、スクリーニングをきっかけに自粛を伴う生活や産後支援の変化・活動量低下に伴う健康への支障・受診不安を訴え、早期の相談につながった人はのべ47名（6.6%）、妊娠中から地域連携が必要と判断したハイリスクケースは4名（0.6%）で、院内外のスムーズな連携を行うことができた³⁾。スクリーニング陽性者数は、第1波の頃が最も多く、社会の状況に応じて変化している印象がある。相談の中には、感染が不安で出社するのが怖い、働きたいのに妊婦だからと勝手に年休消化をさせられる、など、感染状況下での妊娠中の働き方相談も多く、改めて母性健康管理指導事項連絡カードの有用性を実感した。新たな妊婦健診様式は、妊婦・褥婦から、対話が安心をもたらしたとの評価を得た。想定外に健康や生活の困りごとが生じたとしても、2週間という短いスパンで相談できるため、適時ケアが提供され、必要に応じて、精神科医師、産婦人科医師、病棟助産師、保健センター保健師と連携することが可能であり、COVID-19パンデミック期における妊婦健診方式として有用であった。

2) オンライン産後フォローを導入

【導入前・問題点】

当院は高年妊婦が多く、産後疲労緩和と親役割支援を強化した産後ケアサービスを備え満足が高かったが、感染対策のためサービスを中止した時期があった。加えて、出産後の里帰りや、泊まり込みで母親に手伝いに来てもらったりするなどの従来行われていたことができにくくなり、もともと不慣れなことをしなければならず、ストレスが溜まりやすい時期とも重なったため一気に産後の不安が噴出した。この急な変化は、どの方にも生じうるため、産後のポピュレーションアプローチを強化する必要があった。そこで、すべての褥婦が利用できる、オンライン産後フォローを新設した。3年目以上の助産師が、電話もしくはテレビ会議システムを通してフォローを行う、遠隔健康医療相談（医師以外）である。ハイリスク褥婦は、従来の対面型フォローを受けることも可能とした。

新規ケア導入に関わる問題点は、人員の配置とケア時間の捻出、ケアの質の統一、通信機器の確保、

Wi-Fi環境の設定、料金設定であった。

【対策・工夫】

予約にあたっては、子育ての時間が予測できないと思われたことから、日にちのみ約束し、時刻は定めないこととした。日勤業務の隙間時間に助産師から褥婦に連絡し、都合が悪ければまた時間をあらためるという配慮をすることとし、15分以内で終了するという設定を行ったが、この配慮によって新たな人員配置を不要にするという我々の利益にもつながった。短時間でスクリーニングと相談を実施するコツは、上から順に聞けば網羅される問診票（図）を作成すること、褥婦は記載済みの問診票を手元に相談すること、記録の簡素化である。助産師勉強会を複数回開催し、査定力の向上、事例の共有、ケアの統一を図った。

情報システム部門との連携がスムーズだったのは、産婦人科の施策としてオンラインケアを開始することが宣言され、関連部署の理解が得られたからである。情報システム担当者の起案で、「東京都オンライン医療相談・診療等環境整備補助事業補助金」を得て、通信機器とWi-Fi環境が整い、2020年5月からオンライン産後フォローを開始した。

【評価】

- ①2020年5月～12月に、計253名の褥婦がオンライン産後フォローを受け、電話211名（83.4%）、テレビ会議システム42名（16.6%）であった。新生児の臍や皮膚の湿疹を画像で共有しながら相談したい人は、テレビ会議システムを利用し、視診が可能であった。
- ②児のことで心配があると答えたのは218名（86.1%）、自身のことで心配があると答えたのは161名（63.6%）であり、二質問法陽性35名（13.8%）、赤ちゃんの気持ち質問票3点以上48名（20.0%）であり、リスクの査定の上、継続フォローが必要と判断された褥婦は約1割であった。
- ③15分以内で終了したのは147名（58.1%）と大半であったものの、26分以上かかるケースも約1割に見られた。
- ④利用者アンケートによると（N=59）、全員「聞きたいことは全て／ほぼ全て相談できた」と答え、「安心した」（93.2%）、「疑問が解消した」（61%）、「不安が解消した」（52.5%）との感想が聞かれ、「聞きたいことは特になかった」（1.7%）、「対面での相談のほうがよかった」（1.7%）との感想は、ほとんどなかった。

新設したオンライン産後フォローは、ポピュレーションアプローチとしての産後早期の安心ケア及び、ハイリスク褥婦の抽出・ケア・連携に有用である。感想に、「有料でも時間指定ができたほうがよい」（11.9%）との感想もあるように、今後の課題として、予約と金額設定が挙げられる。居住地域に依拠しない産婦健康診査事業の導入が望まれる。

3) オンライン両親学級・オンラインマタニティヨガクラスを導入

【変更前・問題点】

当院では、出産準備クラスを月3回、マタニティヨガクラスを月1回開催していたが、これら集合を伴うクラスは、感染対策のため中止した。中止後すぐに、助産師らから、オンラインで再開できないか、という声が上がった。妥当な提案であったが、ICTリテラシーは個々の生活や姿勢に依拠し、ICTを看護に活用することを看護管理者が理解しないと、そこがボトルネックとなり企画が進まない場面もあった。大きな組織で初めてのことを行うため、他部門との調整、通信機器の確保、Wi-Fi環

境の設定、オンラインならではのセキュリティ対策、参加者のプライバシーの確保、参加型のクラスにする工夫、なども課題として挙げられた。

【対策・工夫】

産婦人科部長が、「両親学級はオンラインで再開する」という明確なメッセージを病院幹部や関連部門に出し、病院全体の取り組みとして承認されたことを受けて助産師チームが結成され、各部門の協力が得られた。助産師チームは、もともとの両親学級メンバーに加え、ICTリテラシーが高い助産師も参加し、プロジェクトマネジメントを行い、新しいチャレンジが楽しくもあった。通信機器は前述の助成金で調達され、セキュリティ対策について、情報システム担当から助言を得ることができた。運用は、電子カルテ上で予約を行い、予約者に、ミーティング番号とパスワードが記載されたチラシを手渡すこととした。プライバシー確保のため、参加者はニックネームでの入室を原則とし、画面OFF、音声OFFで参加とした。運営については、集合型クラスを踏襲しライブ配信する案も出されたが、企業で成功しているオンラインセミナーを参考に、オンラインに適した形に構成し直した。具体的には、7分程度のオリジナル動画コンテンツを4本作製し（①WITHコロナ産後の生活・メンタルヘルス・産後支援、②お産の経過、③お産をスムーズに進めるコツ、④帝王切開）、コンテンツの合間に、助産師のリアルトークを交え、リアルタイム配信する構成とした。事前のアンケートやチャット機能を利用し、参加型のクラスになるよう工夫した。

【評価】

- ①2020年7月～2021年2月まで、計25回のオンライン両親学級を開催した。
- ②参加者アンケート調査（N=174）によると、53名（30.5%）と約3割の方がパートナーとともに受講し、各コンテンツの満足度は9割以上と高かった一方、視聴に困らなかった人は67名（38.5%）と4割弱にとどまり、病院からスムーズに配信できている場合でも、受信側の事情で画像や音声がつながりにくいトラブルも経験されていた。
- ③参加者の感想は、「オンラインで繋がってお話を聞くことで、少し安心しました。他の方の質問を聞いて、あーそれ気になる！と共感できたりしたのも良かったです。」等、つながりを感じるクラス運営となっていた。
- ④今後の課題は、父親の育児参加への支援である。前述のオンライン産後フォロー調査によると、産後2週間の時点で、夫・パートナーの7割は、妻とともに育児を行っており、共同育児者の第1位であった。父親目線に立った、父親教育のニーズは急浮上している。産院だけではなく、行政、NPO、企業、健康保険組合、職能団体など、幅広い団体が参画していくことが望ましいと考える。

4) 精神科連携・地域連携

当院では、妊娠初期に精神疾患既往歴・家族歴のスクリーニングを行い、アクティブな状態もしくは再燃が予想される場合は、院内の精神科と連携している。また、養育困難が予想される妊婦は、妊娠中期頃に保健センターへの連携を行っている。2020年に精神科連携を行ったのは3.8%、アクティブではない既往歴があり産科で継続フォローを行ったのは4.0%であった。保健センターと連携を行ったのは3.5%で、そのうち半数が妊娠中から連携を行っていた。これらの割合は、感染症流行以前と大差なく、ケアの再構築により通常の連携が可能であった。

自治体の委託を受けた、産後ケア（宿泊型）の利用者は2.8%であり、自費での産褥期の延長入院を利用したのは9.1%と、周りの支援や心身の状況に応じて産後ケアが利用されていた。

(2) 評価

コロナ禍で行った切れ目ない支援の評価指標の一つとして、ここでは、産院での医療が終診となる産後1か月健診時のうつスクリーニングについて述べる。

- ① 5月～12月に出産し一連のケアを受けた褥婦（N=233）のうち、二質問法にて陽性となったのは13.7%であり、その全員に必要なケアが行われていた。
- ② 陽性率は、感染症流行以前（2018～2019年、N=413）の割合、18.4%より低かった。パンデミック期に行われた調査では、妊娠中や産後うつが倍増したという報道がなされたが⁴⁾、本データはそれらとは異なる結果であった。その理由として、社会が不安定な時期には、精神的不調を抱える産後の女性が増加する傾向がみられるものの、想定外のお困りごとが生じたとしても、孤立することなく即時相談でき、妊娠初期・中期・後期・産後2週間・産後1か月と、変化の節目には、助産師による個別のケアを受けて芽が大きくならないうちに対処する一連の仕組みがあることで、抑うつ予防につながった可能性がある、とも考えた。
- ③ オンライン産後フォローが、コロナ禍の産後うつを予防する介入の一つになる可能性があることも示唆された。実は、5月～12月のうちのある1か月間、オンライン産後フォローが中止された時期があった（その後、スタッフが、中止に強く反対し、フォロー継続の強い要望があり再開した）。オンライン産後フォローを受けることなく、1か月健診を受診した褥婦群（N=41）の二質問法陽性率は31.7%、他の期間13.7%と比較し2.3倍多く、しかも陽性者の増加はこの群に限局していた。
- ④ ケアの生産性に注目する。標準以上のケア時間や調整・対応が必要になると、業務への負荷がかかることは否めない。一連のケアを受けた群で標準以上のハイリスク対応が必要だったのは11.2%であったのに対し、オンライン産後フォローを受けていない群では、51.2%と5倍近くとなり、スタッフも疲弊した。③④より、図らずとも、産後2週間フォローの有用性が示唆されたことになる。

4. 地域ネットワーク会議

東京都品川区・大田区の産婦人科医療機関、保健センター、訪問看護ステーション、医療系大学が一同に集まる、城南地区周産期メンタルヘルスケア連絡会は、年に4回程度開催されている（事務局：昭和大学産婦人科教室）。コロナ禍ではこの会議がオンラインに変更になり、城南地区のCOVID-19対応状況などの情報交換が行われた。東京都港区では、妊娠・出産・育児期の養育支援のための港区と医療機関のネットワーク会議が、年1回開催されている（主催：港区みなと保健所）。コロナ禍では感染対策を行った上で、開催され、新たな連携も生まれた。

5. おわりに

感染症流行下の産院で、切れ目ない支援を再構築し、それらをチームで実践することで、妊産婦の安心と、産後1か月のうつスクリーニング陽性者の減少につながり、その母子にとって必要な人や機関をつなぐことができた。臨床指標になりそうなデータと、利用者の満足度調査データを、常に観察、分析し、新システムのPDCAサイクルを回していくことは、安全で生産性の高い切れ目ない支援づくりのポ

イントである。

参考文献

- 1) 長坂桂子, 河野優美, 滝田直美, 山田彩季, 高石奈津美, 永吉玲子, 杉田匡聡. (2020). ウイズコロナ期のチームワーク: 新しいケア提供様式への挑戦 (「ウィズコロナの時代」に適応するために). 助産雑誌, 74 (11), 844-849.
- 2) https://www.gender.go.jp/policy/no_violence/dv_navi/index.html
- 3) 長坂 桂子, 河野 優美, 山田 彩季, 杉田 匡聡. (2020). 心理社会的リスクは社会不安定期には急激に変化する妊婦健診の全受診者を対象としたスクリーニング. 母性衛生, 61 (3), 219.
- 4) <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20201212/k10012760841000.html>
- 5) インスタグラム ntt.osan
<https://www.instagram.com/ntt.osan/>

下記の中であてはまるものはありますか？

- 1 過去一か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされた事がありますか？
- 2 過去一か月の間に、物事をする事に興味あるいは楽しみをほとんどなくしてしばしば悩まされた事がありますか？
- 3 あなたは、パートナーのやることや言う事を怖いと感じる事がありますか？
- 4 あなたのパートナーは、気に入らないことがあると、あなたを大きな声で怒鳴ったりする事がありますか？
- 5 あなたのパートナーは、気に入らないことがあると、怒って壁を叩いたり、物を投げたりする事がありますか？
- 6 あなたは、気が進まないのにパートナーからの性的な行為を強いられる事がありますか？
- 7 あなたのパートナーは、あなたを殴る・蹴るなどの暴力を振るう事がありますか？
- 8 子育てや子供との関係について、相談したいと思う事がありますか？

オンライン産後2週間フォロー問診票

ご出産日： 年 月 日

フォローアップ： 年 月 日

ツールのご希望（電話・Webex®）←いずれかに○。Webex®利用方法は産科FB・インスタでアップ
9：00～17：00の間に助産師から、登録の電話番号にお電話します。
ご相談の所要時間は15分以内、料金は無料です。

お名前 _____

退院されて赤ちゃんとの生活はいかがでしょう。下記の間診票に記載し、2週間フォローの時にお聞かせください。

1 赤ちゃんのことで心配なことはありますか。

()

2 授乳・赤ちゃんの排泄についてお伺いします。

直接母乳 1日 () 回

搾乳 1日 () 回 () ml ずつ

ミルク 1日 () 回 () ml ずつ

赤ちゃんの排便 () 回/日 赤ちゃんの排尿 () 回/日

3 ママご自身のことで心配なことはありますか。

()

4 ママご自身の気持ちについて、あてはまるものに○をつけてください。

① 過去1ヶ月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされたことがありますか？
はい いいえ

② 過去1ヶ月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか？
はい いいえ

③ 今の私の授乳方法が正しいのかを誰かに確認しないと不安だ。

あてはまる ややあてはまる ややあてはまらない あてはまらない

④ 授乳後、母乳やミルクが十分足りたかどうかの判断に自信が持てない。

あてはまる ややあてはまる ややあてはまらない あてはまらない

5 誰と一緒に育児をしていますか？

()

6 その他、助産師に聞きたいことがあればお書きください。

()

裏へつづく ↓

図 オンライン産後2週間フォロー問診票（表面）

*裏面は、「赤ちゃんの気持ち質問票」

【医療機関等における妊産婦に対するメンタルヘルス支援】

「医療法人コミュノテ風と虹」における、周産期メンタルヘルスグループの取り組み ～のぞえの丘病院における取り組みを中心に～

医療法人コミュノテ風と虹 のぞえの丘病院院長 堀 川 直 希

はじめに

近年、本邦においても周産期メンタルヘルスの取り組みの重要性が危機感をもって指摘されるようになった。特に、周産期の精神状態が母体だけでなく子どもの育ちにも影響することや、妊産婦の精神疾患に関連した自殺率の高さ、母親のボンディング障害と子どもへの虐待との関連などの観点から、早急な対応が求められている。しかし、産婦人科領域による取り組みが先行し、精神科領域における具体的な取り組みはいまだ十分とは言い難く、遅々として進んでいないのが現状である。

当医療法人は、福岡県久留米市にある単科の精神科病院を2つ有し、両病院ともに周産期メンタルヘルスについて力を入れている。当法人で平成31年4月に立ち上げた周産期メンタルヘルスグループの現状や、令和元年9月に新築移転したのぞえの丘病院での具体的な取り組みについて紹介し、行政と連携した周産期メンタルヘルスの仕組み作りや今後の取り組むべき課題について若干の考察を述べる。

当法人について

医療法人コミュノテ風と虹は、のぞえ総合心療病院とのぞえの丘病院という2つの単科の精神科病院を有し、いずれも福岡県南西部の久留米市にある。のぞえ総合心療病院は計144床全てが精神科救急病棟であり、のぞえの丘病院は計75床のうち32床が精神科救急病棟、43床が児童思春期病棟である。いずれの病院も、『治療共同体に基づく力動的チーム医療』（以下、『力動的チーム医療』）を行い、平均在院日数はそれぞれ48日、62日と短期入院・外来中心の精神医療を行っている¹⁾。精神疾患を有する患者であれば24時間365日体制で常時受け入れ、新規入院患者の受け入れは断らないことをモットーとしている。

周産期メンタルヘルスに関連した患者も同様であり、産婦人科医療機関や行政と密に連携し、産前産後の時期を問わず周産期に精神面に不調をきたした患者の受け入れも積極的に行い、福岡県外からの受診や緊急での入院も引き受けている。

のぞえの丘病院について

平成27年11月、当法人と前身の病院との間で業務提携を行った。当時は長期入院で慢性期患者ばかりのいわゆる典型的な施設化した精神病院であったが、のぞえ総合心療病院で実践していた「力動的なチーム医療」を導入し、短期入院・外来中心の精神科病院へと変革した²⁾。平成30年4月に法人を合併し、令和元年9月の新築移転を機にのぞえの丘病院へと名称を変更した。長期入院患者が退院した病棟に、20歳未満の児童思春期の患者を積極的に受け入れ、家族背景が複雑でこれまで複数の医療機関でも治療困難とされた子どもたちの治療の受け皿となり、子どもとその家族、そして周産期の時期から家族全体を支える視点に立って治療を行っている。現在、入院患者の平均年齢は24歳であり、75床中8割弱の55名前後が児童思春期患者である³⁾。

「力動的チーム医療」では治療は治療者だけが行うものではなく、患者自身の力や患者同士の相互扶助能力を最大限に活かし治療することが特徴であり、健康的な側面を最大限に引き出すことを目標としている。従って、生物学的治療だけでなく、開放的環境の中で様々な職種のスタッフが関わる多くのミーティングから成る治療プログラムを行っている。また、病院は小高い丘の上にあり、敷地内に小・中学校の分教室や体育館、芝生のグラウンドやバスケットコートがあり、隣接する森では散策もできる。そして、丘の麓には当法人の企業主導型の保育園があり、病院の敷地内が散歩コースになっている。

私たちは、病院を「閉鎖された治療の場」としてだけでなく、「治療の場」、「生活の場」、「教育の場」、「遊びの場」と捉え、全体を「のぞえ風と虹の街」と称し、小さな子どもから高齢の方まで、病気の方も、そうでない人もそこに集い、「ともにある」環境を提供したいと考えている。病院の建物だけでなく、病院を取り巻く環境も含め治療構造と捉えることにより、当法人の治療理念つまり「スタッフも患者さんも家族も施設も庭も木も、全ての資源を治療のために」を具現化している（図1）。

当院における、周産期メンタルヘルスの具体的な取り組みについては後述する。

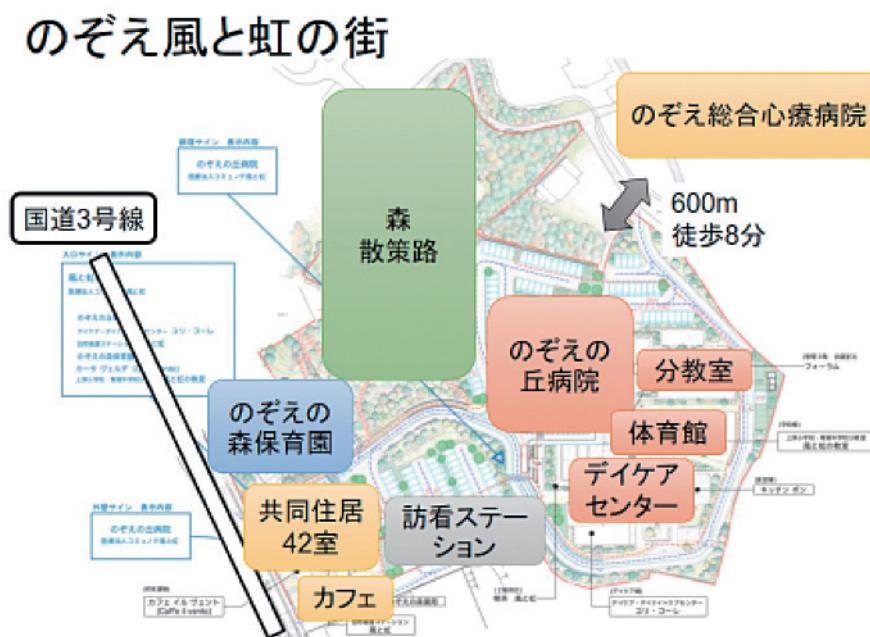


図1

当院の周産期メンタルヘルスグループの立ち上げ

以前在籍していた久留米大学医学部神経精神医学講座では、主に精神科リエゾンとして周産期メンタルヘルスに関わっていた。久留米大学病院が総合周産期母子医療センターであるため精神疾患合併の妊産婦の紹介も多く、地域と各科との橋渡しの役割を担っていた。そのため、まずはこれまで行われていた産科と新生児科との合同カンファレンスに精神科医として参加することから始め、院内で各科のスタッフと顔の見える関係作りを行い、周産期メンタルヘルスの理解を広めるため卒前・卒後教育にも力を入れつつ、ケース会議を頻回に開くなど行政との連携を図った。一方で、大学病院であるが故の難し

さと限界も感じていた。地域の精神科医や行政との連携があれば地元の産科医療機関で出産可能な患者も含め、精神疾患合併の妊産婦の紹介が増え続けていた。しかし、各科で周産期メンタルヘルスに関心をもつスタッフも限られるため、大学病院内での医師やスタッフの異動があると連携システムも容易に崩れ、その場しのぎで細切れの対応になることも多かった。

そのため、周産期メンタルヘルスに問題を抱えた患者を大学病院などの総合周産期母子医療センターに紹介するという取り組みだけでなく、まずは地域医療における周産期メンタルヘルスの取り組みを整備する必要があると考えた。精神科医への受診の有無に関係なく、精神面でのサポートも行いながら地域で安心して産み育てる環境作りを行う必要性を感じていた。

そこで、平成30年6月にのぞえの丘病院の院長に就任した後、平成31年4月に当法人による周産期メンタルヘルスグループを立ち上げ、活動を開始した。折しも、九州大学医学部婦人科産科学教室から、周産期メンタルヘルスに興味のある産婦人科医の中西が精神科での研修を希望し、のぞえ総合心療病院に1年間赴任するタイミングと重なり、精神科医と産婦人科医、公認心理師・臨床心理士（CP）、精神保健福祉士（PSW）、看護師（助産師）など、両病院より総勢10名からなる私以外は女性ばかりの周産期メンタルヘルスグループを立ち上げた。まずは定期的なカンファランスを開始し、周産期メンタルヘルスに関連した患者の情報共有とケースの検討に加え、地域で支える方法について意見交換をするなど、現在まで週に1回継続している。

当院の周産期メンタルヘルスグループの具体的な取り組み

当院の周産期メンタルヘルスグループでは、病院内での取り組みだけでなく地域の行政や地元の産科医療機関や小児科医療機関といかに連携し周産期を支える仕組みを作ることができるか、日々模索している。以下に、現在の私たちのグループの具体的な取り組みについて示す。

1) 周産期サロン『すくすくサロン』

令和元年8月より、妊娠や出産、産後の養育に不安や心配を抱える人たちが集う場として、『すくすくサロン』を開始した。このサロンは毎週木曜日に行う50分間のミーティングで、周産期メンタルヘルスグループのスタッフ数名が必ず入り、本人や家族も一緒にお茶やお菓子を食べながらリラックスした雰囲気で行われている。参加者による座談会に加え、最後の10分間は絵本コンシェルジュによる絵本の朗読がある。これは、自分や胎児、連れてきたまだ幼い子どもたちのための時間でもある。当法人の患者以外も精神科へ通院していない方も参加することができ、産婦人科医療機関や子育て世代包括支援センターからの紹介も含め、これまで40名近くが参加している。産前産後の時期を問わず参加されており、孤立しやすい周産期の時期を乗り越えるための関わりの場となっており、毎週のように参加する方もいる。このサロンがきっかけで精神科への受診につながった方も多い。

『すくすくサロン』は、周産期メンタルヘルスに特化した専門職種が複数名入り、決められた場での開催ということもあって、比較的安心して自らの不安や心配について話せることが他にはない大きな特徴であり、それぞれの体験談や工夫を共有する場となっている。現在、のぞえ総合心療病院のカフェテラスと、のぞえの丘病院そばのギャラリーを交互に場所を変えて開催しているが、今後は久留米市の施設や地域の広場などに出張しサロンを開催し、地域の保健師や助産師にも声をかけ、すでに地域で開催されている集まりにも合流するなど、これらの取り組みを地域にも広げていく予定である。また、周産

期にはパートナーのうつの問題も指摘されており⁴⁾、今後は『すくすくパパサロン』についても開催を検討している。

2) 周産期メンタルヘルスに関連した外来

当院では、周産期メンタルヘルス外来といった専門外来を設けていない。曜日を固定することでより明確にはなるものの、周産期メンタルヘルスに関わることが特定の曜日、特定の医師だけに集中し、専門外来枠がすぐに定員となり予約待ちとなることを懸念してのものである。当院では、周産期メンタルヘルスに関連する紹介の依頼があれば迅速に対応するべく窓口を一本化しており、初めての受診のときに周産期メンタルヘルスグループが対応できるよう連携を密にしている。周産期の時期はただでさえ精神科医療機関に繋がりにくい上⁵⁾、病状の悪化や自殺企図のリスクの高さなどを考えると、要請があればいつでも対応できる体制を整える必要がある。のぞえ総合心療病院と同じく、当院でも24時間365日体制で周産期の患者の治療を引き受けている。

3) 母子同室での入院

当院では、周産期の患者であっても、入院治療が必要であれば産婦人科医療機関と連携の上で入院治療を行っている。中でも、原則1歳未満の子どもをもつ出産後の患者では、精神症状の程度によって、精神科救急病棟の個室にベビーベッドを設置し自分の子どもとともに入院する母子同室での入院を可能としている。岡野らの精神科母子ユニットの取り組みを参考に⁶⁾、本人の精神症状への治療はもちろんのこと、母子での関わり方の指導、養育能力の評価、養育環境の整備なども並行して行っている。また、日中は子どもを当法人の保育園に預けることも可能で、本人の調子が悪い時や夜間ゆっくり過ごしたい場合は子どもを詰所で預かるなど柔軟に対応し、母子同室であっても自らの治療に専念できる環境となるよう工夫している。これまで5名の母子同室入院での入院治療を行った。いずれのケースも産後うつの状態であったが、治療経過も順調で本人や家族からの評判もよく、その後の通院継続にもつながっている。

母子同室入院を可能にするためには、何よりも受け入れる病棟の環境が重要となる。当院の精神科救急病棟は、より短期の入院で社会復帰を目指すために様々な治療プログラムがあり、患者同士の力も利用し、より開放的な環境で治療を行っている。そのため、回復も早く母子同室で入院している子ども自身も治療の一部として生かされる。精神科の病棟に赤ちゃんがいることが想像できないと感じる者もいるが、実際の治療環境を見ると納得されることがほとんどである。そのための具体的な工夫や取り組みは別の機会に述べる。

これまで、産後うつの状態や産褥期精神病の状態での危機回避目的での緊急入院となるケースが多く、のぞえ総合心療病院では母子同室での入院治療は行っていなかった。精神症状への治療を優先し患者本人のみでの入院となるため、入院時より子と離れ、精神症状の改善を待って子どもとの面会や外出外泊などを行う。そのため、入院治療が必要な状態であっても、母子と離れることに抵抗があり入院治療につながらず更に悪化するケースや、子どもと離れることで母親が罪悪感を抱き自らの無力感をより強くするため、病状が悪化し治療そのものや入院後の母子関係や家族関係にも影響が及ぶケースも少なくない。

のぞえの丘病院では、母子同室での入院が可能になったことで、周産期の患者の入院治療に対する抵抗が減り、子育て世代包括支援センターや産婦人科医療機関からも紹介しやすくなったようで、より早期でより軽症な段階での紹介が増えた。より早期に当院へ受診するため通院治療のみで改善することが増え、入院が必要となるケースであっても、母子同室での入院治療も可能であるため、無用な罪悪感を抱くことなく入院治療に入ることが可能となり、母子ともに安心して過ごすことが可能となっている。

4) 産後ケア事業『ゆりかご』

令和2年度より、のぞえの丘病院は単科の精神科病院としておそらく初めて久留米市の産後ケア事業に登録した。上述した各種取り組みを行っても、産後に精神面の不調を抱えている方が精神科医療機関につながることは難しい。現在、各自治体が行っている産後ケア事業において、利用希望者で精神面に不調を抱えている場合、その程度によっては産科医療機関や助産院での受け入れは難しく、断らざるを得ないケースもあるという。そのため、産後ケア事業の利用希望者で周産期メンタルヘルスに関連する場合の一つの選択肢として、精神科医療機関である私たちが登録している意味は大きいと感じた。当院は常にほぼ満床で運営しているため、産後ケア事業の利用希望があれば退院者を調整し病床を空ける必要がある。例えそのような調整が必要であったとしても、周産期メンタルヘルスのニーズと精神科医療機関とがつながる機会を増やす必要性を感じたからである。昨年4月から開始した産後ケア事業の利用はまだ1件であるが、ショートケアで最大7日間利用された後、そのまま当院へ母子同室での入院治療を希望された。産後ケア事業を利用した上で、必要な医療的ケアにつながった一例と言える。

産後ケア事業は、本年4月1日より一部改正された母子保健法が施行される影響で、対象がこれまで「出産直後4か月頃まで」とされていたものが、明確に、「出産後1年を経過しない女子、乳児」と明文化された。周産期メンタルヘルスに関するニーズはますます増加することが予想され、産後ケア事業として関わるケースが増えることを期待する。

5) 他科の医療機関や行政との連携

当法人が周産期メンタルヘルスに力を入れていく上で、当然ながら産婦人科医療機関や小児科医療機関、子育て世代包括支援センターとの連携は欠かせない。当院で関わるケースでは、ほとんどの症例でケース会議を開き、情報共有と各機関との関係作りを行っている。症例を通し関係作りを行うことで、それぞれの治療に対する考え方や認識を知ることができる。また、年度ごとに各医療機関や行政の窓口に挨拶回りも行い、『すくすくサロン』の周知などの広報活動も行っている。これまで小児科医療機関との連携が少ないため、今後の課題と言える。

久留米市は、日本医師会の精神科医会、産婦人科医会、小児科医会の三医会の合同部会、子育て世代包括支援センターも加えた合同連携会議を毎年開催している。例年その会議に出席し、当院の取り組みについて紹介する機会を得ている。久留米市は久留米大学病院を中心として診療科を超えた連携を作りやすいことが特徴であり、今後も密に連携を行っていきたいと考える。

また、近頃は久留米市以外からの周産期メンタルヘルス関連の紹介も増えており、今後は久留米市とその近隣の地域へも拡大し連携の輪を広げていく予定である。大分県では、「大分トライアル」と称し県をあげて周産期メンタルヘルスの取り組みに力を入れている。当法人は、大分県における妊娠期の精

神的トラブルに対し、迅速に精神科的診療が可能な施設の一つとして、隣県ではあるが登録されており、大分県の産婦人科医療機関からの依頼も認めている。

6) 周産期メンタルヘルスに関する講義や研修会など

周産期メンタルヘルスへの関心が高まり、各市町村レベルでエジンバラ産後うつ病質問票（以下、「EPDS」）を含む、3つの質問票が施行されていることが当たり前になりつつある。しかし、自治体や各医療機関によっては妊娠期を含めて短期間に複数回施行されているケースや、点数が高い場合に子育て世代包括支援センターに報告するのみで、その後の様子が分からないままになっていることも少なくない。EPDSの適正な使用方法の周知や、合計点数が高い場合、希死念慮を認める場合、そして点数が高くはないが気になるケースへの対応など、より具体的な現場での関わり方へのきめ細かな指導が必要である。しかし、具体的な関わり方について精神科領域からの情報発信が少なく、現場が混乱している印象も強い。「精神科の専門機関に繋げる」という言葉ばかりが先行し、紹介することに懸命になり目の前の当事者が置き去りにされているケースも多い。EPDSをスクリーニングとして話を始めるきっかけにはなっても、相手に寄り添い、関係を作り、話を広げ、不安や心配な思いをくみ取る技が必要であり、精神科医としてその方法を伝える役割が求められている。

これまで、久留米大学医学部の医学科や看護学科への講義や、久留米大学大学院医学研究科看護学先行助産師分野や福岡県助産師会と連携した周産期メンタルヘルスに関する研修会などを行った。周産期メンタルヘルスに関する最新の知見だけでなく、関わり方の工夫などを紹介し、学生から地域の現場で働く保健師や助産師まで参加し、関心の高さがうかがえた。

周産期メンタルヘルスは、母親、子ども、その家族など世代をまたいで影響を及ぼし、自死や虐待にもつながる重要な問題である。そのため、周産期メンタルヘルスに興味のある医療関係者だけでなく、子や母親、家族に関わるものであれば皆が知っておくべき問題であろう。特に、臨床研修医や保育士、幼稚園教諭や小中学校の教員などに向けた啓蒙活動は不可欠と考える。現在、日本産婦人科医会が主催し、「母と子のメンタルヘルスケア研修会」が行われている。がん対策基本法に関連して、緩和ケア研修会が全ての臨床研修医が受講必須の研修会となったように、周産期メンタルヘルスに関する研修会が広く義務化されることで、周産期の時期を社会全体で支え、彼らと接する人たちがゲートキーパーとしての役割を果たすことが必要であろう。

当法人の周産期メンタルヘルスグループ関連の統計

これまで、周産期メンタルヘルスに関連する患者は、全てのぞえ総合心療病院で引き受けていた。令和元年9月にのぞえの丘病院が新築移転をしたことを機に、周産期メンタルヘルスに関し両病院で対応するようになっている。ここ数年の統計について示す。

周産期メンタルヘルスに関連する患者の初診外来数は、平成30年はのぞえ総合心療病院27名、平成31年・令和元年はのぞえ総合心療病院25名、のぞえの丘病院3名の計28名、令和2年はのぞえ総合心療病院21名、のぞえの丘病院18名の計39名と増加傾向にある。のぞえの丘病院の令和2年の初診患者数は357名であるため、周産期メンタルヘルスに関連する患者は初診患者のうち約5%を占めている。居住地は、久留米市内が約3割、久留米市の近隣の市町村を含めると約5割となり、少し離れた福岡市から

も約1割、福岡県外の大分県や佐賀県からも約1割が受診している。受診する患者の妊娠回数に明らかな差は認めなかったが、受診する時期は妊娠初期と産後2ヶ月以降に多く二峰性の傾向があり、産後うつ発症時期と類似した傾向があった。

のぞえの丘病院に受診した患者の精神科の診断名としては、約70%の患者が気分障害、その他約30%の患者は不安障害や解離性障害であり、統合失調症を含む産褥期精神障害の診断は1名にすぎなかった。のぞえ総合心療病院に初診で受診する患者のうち、46%の患者がその後入院加療を受けていたが、のぞえの丘病院に初診となった21名の中で入院となったのは約19%の4名のみであった。より病状が軽い早期に紹介されることで外来通院のみで改善するケースが増えているものと推測され、今後もより早期に介入し予防的な取り組みを進めていきたいと考える。

考察

当法人の周産期メンタルヘルスグループの取り組みと現状について述べた。現在、周産期メンタルヘルスに力を入れている精神科医療機関は増えているが、地域の精神科病院で周産期メンタルヘルスの取り組みを展開している施設は少なく、継続して行っていくためには課題も多い。現在の課題とこれからのに向けた取り組みについて考察する。

1) 周産期メンタルヘルスを一つのパッケージとして取り組む意味

当院では、上述したように周産期メンタルヘルスに関連した様々な取り組みを行っている。妊娠・出産・育児と目まぐるしく変化する周産期にメンタルヘルスの問題が生じた際、どのような状況であっても関わるができるための取り組みである。つまり、受診につながる前の地域生活から、外来、入院、子どもの養育の支援といったニーズに合わせた取り組みを行っている。そのためには、病院だけでなく、保育園や地域での取り組みまで含めた視点が必要である。

今後の課題としては、サロンの病院外での開催、パートナーに対する支援、小児科医療機関との関わりの強化、オンラインでのつながりを作る工夫や、周産期のSOSをキャッチしやすくするためのSNSを用いた支援など、多岐にわたる。

2) 母子同室入院の必要性

これまで、母子同室入院として5名の入院があった。まだ人数が少なく、客観的な評価をすることは難しいが、どのケースも経過は良好で、本人も家族も好意的な反応ばかりであった。母親にとっても子にとっても、母子の分離が少なく、子の養育を病棟スタッフや保育園などの助けを借りることができ、母子双方にとって負担が少ない環境で治療が可能であるためと考える。入院中、母子での関わり方を見る機会も多く、養育能力を見極め退院後の養育支援につなげることも容易となる。また、子どもへのボンディング障害に対してもより早期に介入できるため、子への虐待が起きるリスクを未然に防ぐことが可能となる。このように、周産期メンタルヘルスの治療を行うにあたり、母子同室入院を行うことのメリットは非常に大きい。

精神科病院の多くははまだ長期入院の患者が多く、統合失調症や認知症の患者が多くを占め高齢化している。母子同室での入院の受け入れが可能となるためには、より開放的で明るく落ち着いた環境である必要があり、精神科医療機関にも変化が求められるだろう。

3) 周産期メンタルヘルスにおける診療報酬上の課題

当院は、周産期メンタルヘルスに力を入れているとはいえ、ほとんどの取り組みに診療報酬上の加算の算定はできておらず、ほぼボランティアでの活動となっている。現在の診療報酬上、周産期メンタルヘルスに関連して算定可能なものとしてハイリスク妊産婦連携指導料がある。しかし、様々な条件があるため算定が難しいのが現状である。周産期メンタルヘルスに関連した患者は受診に至るまでが難しく、地域で支え必要な時により早期に精神科へつながる仕組みを地域で作る必要がある。現在の診療報酬では、産婦人科医療機関と行政とで連携し通院に至らなければ算定することはできない。地域の精神科医療機関であっても、周産期メンタルヘルスに力を入れている施設に対しては管理加算などの評価が望まれる。また、母子同室入院も多く多くのスタッフが関わり取り組んでいるものの、現在は診療報酬上の加算もついていない。今後はより症例数を増やし、客観的なデータをもとに評価を行うなど、周産期メンタルヘルスのよりよい取り組みが評価されるよう、エビデンスをもって働きかけていく必要があると考える。

参考文献

- 1) 堀川公平：特集：長期入院患者の実態と今後の対応について 長期入院患者の退院支援こそが精神科病院を救う。日精協誌. 21 (5) : 62-70, 2002.
- 2) 堀川公平：やっぱり、長期入院患者の退院支援が精神科病院を救う—2つの病院における「力動的チーム医療」による改革から—。日精協誌. 39 (8) : 452-458, 2020.
- 3) 堀川直希：児童思春期病棟を持つ精神科病院における現状と診療報酬改定の影響 —のぞきの丘病院の取り組みから—。日精協誌. 39 (9) : , 2020.
- 4) Paulson JF et al. Prenatal and Postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. JAMA. 303 (19) : 1961-1969, 2010.
- 5) Woolhouse et al. Seeking help for anxiety and depression after childbirth: Results of the Maternal Health Study. Archives of Women's Mental Health: 12 (2) : 75-83, 2009.
- 6) 岡野禎治：精神科母子ユニット。産科と婦人科. 67 : 375-80, 2000

【自治体における多機関連携による切れ目のない支援】

ママ安心サポートいせ ～妊娠期からのメンタルヘルス支援～

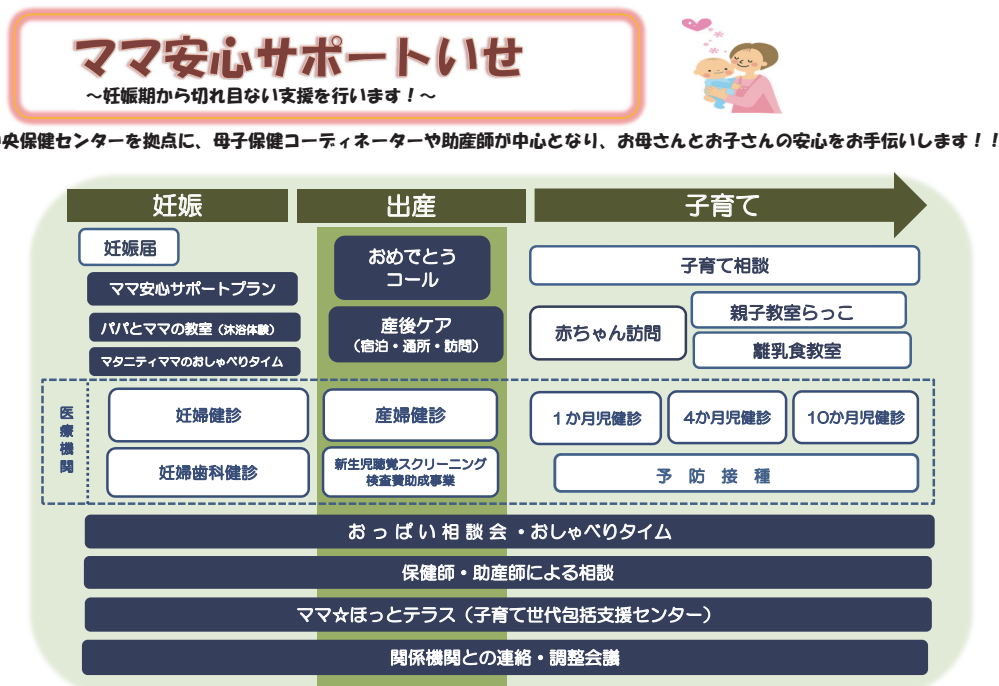
伊勢市健康福祉部健康課母子保健係 田 中 はるな

1. 伊勢市の概要

三重県の中東部、伊勢平野の南端部に位置し、北部は伊勢湾に面し、南部には丘陵・山地が広がる緑豊かな都市である。伊勢神宮をはじめとした歴史と文化に富んだ名所・旧跡も多く、名古屋や関西のアクセスに優れていることから県外からも多くの観光客が訪れる。人口は減少傾向にあり、自然減・社会減の両方の影響で、今後さらに人口減少が進むことが予測されている。人口125,043人（令和2年4月1日現在）、年間出生数810人（令和元年）。

2. 母子保健事業の概要

伊勢市の出生数は、平成25年から1,000人を下回り、令和元年には810人となった。核家族家庭が8割以上を占め、身近な相談者や頼る人がいない方、精神疾患の既往や眠れない、涙ぐみやすい・イライラするといった症状がある方、子育ての不安や悩みが大きい方など様々な問題を抱える妊婦が増加している。そのため、安心して妊娠・出産・子育てができるよう「ママ安心サポートいせ」として体制を整備し、平成27年6月より母子保健コーディネーター（保健師）、助産師を配置し、平成28年12月には、妊産婦が気軽に立ち寄り相談ができる場所として中央保健センター内に「ママ・ほっとテラス（子育て世代包括支援センター）」を開設した。また、平成30年5月より産婦健康診査・1か月児健康診査を開始し、産婦健診の連絡をいただき、連携が図れるようになった。



3. 母子保健相談支援事業

母子健康手帳交付は、令和元年度より交付場所を1か所に集約し、母子保健コーディネーターを中心に保健師が妊婦面接を行い、支援プランを作成している。妊婦面接は、平成30年度の58.9%から令和元年度では94.6%と上昇し、支援が必要な妊婦を早期に把握することができ、後述する産前・産後サポート事業や産後ケア事業等につなげるなどのアプローチも行いやすくなった。

また、支援が必要な妊婦をハイリスク妊婦・要フォロー妊婦・特定妊婦と分類する基準を明確化し、要フォロー妊婦・特定妊婦は地区担当保健師とカンファレンスを開催し情報共有や支援方法などを決定する体制を構築した。更に、リスクの高い妊婦については、要保護児童対策地域協議会(要対協)の担当課である子育て応援課の保健師と連携するとともに、令和元年度より2か月に1回「特定妊婦連絡会」を開催し、タイムリーに情報共有、支援方法の見直し、産後への支援について検討している。



母子健康手帳受納記念

4. 子育て世代包括支援センター「ママ☆ほっとテラス」

平成28年に開設した子育て世代包括支援センター「ママ☆ほっとテラス」は、身近な相談場所として気軽に利用していただけるよう、母子健康手帳受納記念や生後100日・1/2バースデイの記念撮影ができるフォトコーナーの作成や、開設記念イベント開催し利用促進を図っている。開設3年間で延べ5,000人を超える産婦・妊婦・乳児が利用し、妊産婦にとって身近な相談場所になっている。



5. 産前・産後サポート事業

平成27年6月より産後2～3週頃に助産師が全産婦に電話をかけ、母乳や育児に関して困りごとはないか育児状況を確認し助言し、各種母子保健事業を紹介する「おめでとうコール」を開始。産後の心配事が多い授乳への個別相談として、助産師による「おっぱい相談会」、妊産婦が集まり情報交換や交流する機会として、毎週「おしゃべりタイム」を開催している。「おっぱい相談会」は令和元年度延べ209人の妊産婦の利用があり、「おしゃべりタイム」には令和元年度は延べ415人の妊産婦が利用いただいている。



産前・産後サポート事業として実施している「おしゃべりタイム」

令和2年12月より、新型コロナウイルス感染症の影響を受け外出を控えている方や子ども連れで外出しにく方などへの支援として、無料通話アプリのビデオ通話を利用したオンライン相談をアウトリーチ型として開始し、助産師が腹帯の巻き方、抱っこひもの使い方等育児手技やおっぱいの相談に対応できる体制を整備した。

6. 産後ケア事業

平成28年10月より産後ケア事業を開始し、宿泊型、デイサービス型、アウトリーチ型を実施している。宿泊型は病院5か所、助産所1か所、デイサービス型は病院5か所、助産所2か所、アウトリーチ型は2事業者で実施している。

母子健康手帳交付時の妊婦面接にて、対象になりうる可能性のある妊婦には、産後ケア事業の利用について丁寧に情報提供し、積極的に勧めたい妊婦や利用希望の妊婦へは妊娠中に電話などで意向確認し家庭訪問や面談を行い、利用となった場合はスムーズに利用できるよう、分娩前から事前に医療機関に連絡を入れるなど調整している。また、産後も「おめでとうコール」や産婦健康診査の結果、医療機関からのケース連絡などで必要と判断した産婦への紹介も適宜実施している。

令和元年度の利用状況は、宿泊型が実人数3人、延べ日数17日、アウトリーチ型が実人数4人、延べ日数6日であった。今後も、必要な方が利用できるように、事業周知を図ると共に、対象年齢の見直し等の検討を考えている。

7. 事例紹介

「～精神疾患・発達障害をかかえ、被虐待歴を訴える初妊婦への支援～」

妊婦は30代後半で夫と二人暮らし。両家実家からの支援は得られない状況である。精神疾患・発達障害と診断され内服していた時期もあったが、継続して受診している医療機関はない。

妊娠届出時の妊婦面接にて、最初は伏し目がちで質問に答えるのみであったが、徐々に多弁になり家族からの虐待歴や「子どもを育てる自信がない」「虐待してしまうと思う」と訴え1時間傾聴した。その数日後には、突然「ママ☆ほっとテラス」に相談に来所され、時間をかけ心配や不安なことを一緒に整理できるよう話を聞いた。その後も定期的に、出産準備物品についてなど来所や電話での相談があり、担当保健師を中心に助産師や母子保健コーディネーターで対応した。関係を構築できた事で、徐々にリストカットなどの自傷行為の話をしてくれるようになった。

妊娠中から、産後ケア事業や育児・家事支援事業、養育支援訪問を提案し、希望時にすぐに使用できるようサービス調整を行った。医療機関とは、妊娠届受理後より綿密に情報連携を図り、リエゾンチームで対応していただいた。出産後は退院に向けてのケース会議により、支援方法について関係機関で方向性を統一し、状況によっては施設への保護も念頭におきながら見守りを行うこととした。

産後は、要体協担当保健師と同行訪問を行い、休日等の緊急時の相談先として児童相談所や児童家庭支援センターを紹介し関係機関で見守った。児の成長につれ、育児の疲れや夫との関係、経済的な不安等により、精神的に不安定になった。定期的な家庭訪問・電話等で育児の不安を解消しつつ、育児・家事支援事業を導入し見守り支援を継続した。入園後は、園訪問などで園と連携し、養育が不安定な時には精神科受診に同行した。現在は、精神的に不安定になる事はありながらも、夫婦関係・養育の継続を

希望され、児への愛情をもち育児ができています。離乳食や発達が遅れていないかなど、何らかの不安の訴えは継続してあり、一つ一つ解決していけるよう母親に寄り添いながら、関係機関と連携を取りながら支援を継続していく。

8. 今後へ向けて

新型コロナウイルス感染症の影響により、乳児家庭全戸訪問は辞退の方が増え、訪問実施率は令和元年度95.6%から令和2年度は約7割弱に減少する見込みであり、各種教室や相談、「ママ☆ほっとテラス」の利用率も減少している。そのため、母子健康手帳交付時の妊婦面接でアセスメントをより一層確実にいけるよう質問事項の検討や、不安な事があれば気軽に連絡をいただけるような関係づくりが図れるような面接技術の習得、相談先の情報などを分かりやすく提供できるように取り組んでいきたい。

令和2年度より、4か月児健診時のお母さんの問診票で「育児に自信がもてずによく悩む」「育て方が分からない」「相談者がいない」等に該当した方へ子育て支援教室「親子教室らっこ」を開催。保健師、子育て支援センター保育士などから子どもへの関わり方や心配ごとへの助言、産婦の交流の機会、母子保健事業等を紹介した。その結果、不安を抱えながらも相談できずにいた産婦が、教室参加者と一緒に子育て支援センターに行ったり、子育て相談に自主申し込みできるようになるなどの変化がみられている。今後も、妊婦や産婦を取り巻く環境や、社会情勢、動向を把握しながら、適宜必要な支援方法を検討しながら取り組み、伊勢市で安心して妊娠・出産・子育てができるよう支援していく。



生後100日記念

仙台市における妊産婦に対するメンタルヘルス支援について

仙台市宮城野区家庭健康課課長 佐野 ゆり

1. 妊産婦に対するメンタルヘルスの重要性

これまで妊娠出産は、女性にとって新たな命を授かり喜びをもって子供を迎えるものであり、子育て期は、苦勞もあるが、幸せを感じ、生きがいを持って為されることが当たり前とされてきた。しかし、母子保健の現場では、思いがけない妊娠に悩み、周囲の十分なサポートがないまま出産し、育児に苦しさを感しながら過ごしている妊産婦に出会うことがある。また妊産婦が抱えるメンタルヘルスの問題は、母親自身が精神疾患を抱えている場合や、リストカット、オーバードーズなどの自殺企図、被虐待歴、DV被害の精神面への影響など疾患に関連するものから、通常の母親が抱える妊娠出産、育児に関連した不安感まで幅広く存在している。妊産婦のメンタルヘルスは、母親本人の健康だけでなく、子どもの心身の発達にも影響を及ぼすことが明らかになっている。

母子保健法施行後、母子保健施策は妊産婦・乳幼児の死亡率の低下を目的に推進されてきたが「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」¹⁾等により、子ども虐待の予防についての役割と期待が高まっている。母子保健の主要な取組を提示している「健やか親子21(第2次)」²⁾においても、新たな重点課題として「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」と「妊娠期からの児童虐待防止対策」が加わっている。成育基本法においても、成育過程の心身の健康に関する問題等を包括的に捉え、切れ目のない支援を行うということから、母子の心身面での健康を後押しするものとなっている。

つまり母子保健は、児の身体面や精神発達面に重点をおいた支援に加え、子どもの虐待予防を目的に、保護者支援が重要となっており、その観点から妊産婦のメンタルヘルスは、アセスメントや支援の主要な要素となっている。

2. 仙台市における妊産婦メンタルヘルスの現状と取り組み

(1) 現状

仙台市は、人口約109万人(内宮城野区19万6千人)の政令指定都市であり、令和元年の出生数は7,786人(内宮城野区1,675人)である。妊産婦及び乳幼児を対象とした母子保健における支援の状況は、令和元年度で延べ相談数36,233件、実件数5,805件でありそのうち養育上支援が必要とされる件数が4,829件(約83.1%)となっている。養育上支援が必要とされる件数のうち、妊婦は実数で508件であった。

・特定妊婦の状況

令和2年9月末現在の仙台市宮城野区の特定妊婦³⁾について、認定理由を示すと図1の通りである。図1の「本人の養育能力」には、妊婦自身の知的能力の低さや障害による養育能力上の課題、「家族状況」には、入籍見込みがない、ステップファミリー等によるサポートの脆弱さや家族間の葛藤につながるものを計上している。妊娠届け出時に、すでに精神疾患であるものや、孤立感を抱えているなど直接的なメンタルヘルス上の認定理由のほか、望まない妊娠や22週以降の届け出など妊娠や胎児を受け入れられない心情により妊婦が悩みを抱え養育に影響を及ぼすと思われるものもあり、特定妊婦の認定理由

には、メンタルヘルスの問題がある場合が多い。特定妊婦への支援内容は、経済的な問題、ひとり親等の環境面の課題と重複している。メンタルヘルスの問題を抱え、ひとり親で育児している家庭については、キーパーソンの不在もあり対応に苦慮している。

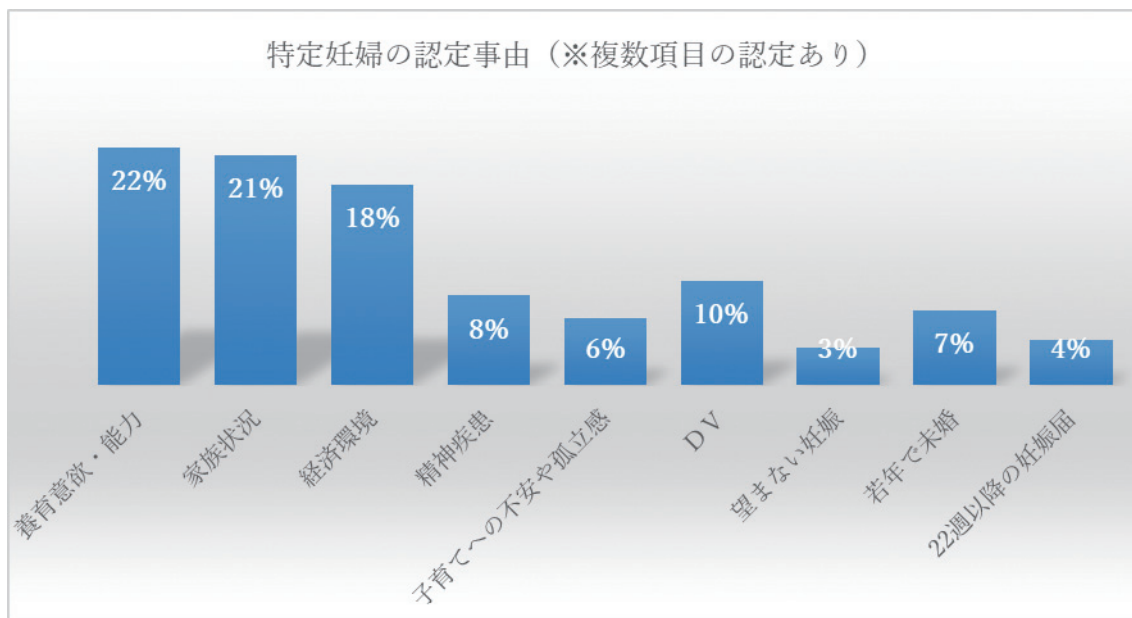


図1 特定妊婦の認定事由

・エジンバラ産後うつ質問紙票の結果

仙台市における産婦健康診査実施時のエジンバラ産後うつ質問紙票（以下、「EPDS」）の結果⁴⁾、産後うつが疑われる9点以上だった産婦は、出産後2週間後健診で11.2%、1か月健診で5.4%となり、日数の経過により産婦の精神面が安定していくことがわかる。また、母の自傷に関する項目のNo10に該当すると回答した産婦は、産後2週間で3.6%であり、1ヵ月健診では2.2%に減少している。産後1か月前後に行っている当区の新生児訪問（令和元年度）におけるEPDSは、9点以上が4.9%であり、産婦健診と同様の結果となっている。

(2) 仙台市の妊産婦メンタルヘルスの取り組み

・子育て世代包括支援センター

仙台市では、平成28年度から各区・総合支所の母子保健を担当する係に「子育て世代包括支援センター」に位置づけ、妊娠期から子育て期にわたるまでの母子保健や育児に関する様々な悩み等の相談に応じ、切れ目ない支援体制の構築を目指している。

「子育て世代包括支援センター」の設置にあたっては、庁内でワーキングを開催し、妊娠期から出産・子育て期にわたる課題の整理と取り組みを検討した。妊娠期の課題として、継続的な支援を要する妊婦が増加していることを挙げている。

行政と妊婦との出会いの大部分は、妊娠の届出・母子健康手帳の交付から始まる。ここで支援が必要な妊婦をしっかりと拾い上げることが重要であり、そのため本市では、必ず保健師等の専門職が全数面

接することとしている。この仕組みを生かし、組織として常に質の高いアセスメントが行えるよう、基準の整備のために妊娠届時の面接用にアセスメントツールを作成しており、職員の面接スキルの向上につなげている。

・EPDSを活用した産婦のメンタルヘルス支援

新生児訪問では他自治体と同様に、産後うつ病早期発見を目的にEPDSを使用したスクリーニングを行い、ハイリスクな産婦に対し訪問や面接を継続し、育児支援と共に保護者のメンタルヘルス支援を行っている。フォロー対策として新生児訪問スタッフ対象に、EPDSを活用できるよう専門医を研修講師に招き事例検討し、母親の精神面だけでなく夫や原家族との関係性を含めた事例の考え方や対応を指導していただいている。

当区における新生児訪問後の要継続の割合は、34.5%（令和元年度）であり、その理由は母のメンタル面が多い。継続方法としては、地区担当保健師によるものや養育支援家庭訪問事業の専門指導員が支援を継続するなどしている。

・産後ケア事業

産後ケア事業は、産科医療機関や助産所において出産後の母親の身体回復や心理的な安定を促進し、母子の愛着形成を促し、母子とその家族が健やかな生活を築くことを支援するものであり、仙台市でも平成31年1月から開始している。仙台市では、「産婦健康診査情報提供票」を作成し、EPDS 9点以上等で健診時に産婦の支援が必要と判断された場合には、情報提供票を用いて医療機関と連携をしており、産後ケアにつなげた事例もある。

授乳への不慣れさやサポートの少なさで辛い思いをする産婦がいるなか、産後ケアによる宿泊やデイサービスの利用で、産後の心身の不調や孤立感の解消につながっている。

・妊産婦メンタルヘルス連絡会議

妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目ない支援を行うためには、行政による支援だけでなく、子育て支援拠点施設、保育所、幼稚園のほか、医療機関との連携が必要であるが、妊産婦については、産科医療機関から提供される情報は非常に貴重であり、相互の連携が重要である。仙台市は宮城県と合同で「妊産婦メンタルヘルス連絡会議」を開催している（宮城県産婦人科医会が設置していた協議会が母体であり、行政が会議体を設置して事務局を運営している）。会議出席者は、産科医療機関のほか、精神科関係の医療機関、妊産婦を支援する行政機関であり、各機関が密接に連携して妊産婦が抱えるリスクを早期発見し、多機関連携のもと切れ目のない支援を実現することを目的としている。

(3) ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ

地域における妊産婦メンタルヘルス支援の事例を以下に挙げる。

「自身の養育環境から妊娠、出産に葛藤を持つ事例」

妊娠届と母子健康手帳交付は、11週で届け出、シングルでの出産予定でパートナーとの交流はなく希望もしていない。自身の被虐待歴から子育てに自信が持てないと話す。妊娠期から地区担当保健師の個別支援ケースとし、本人の思いを聞くことから支援を開始した。支援方針としては、無理に子育てすることを勧めるのではなく、妊婦自身が自身の気持ちと向き合いながら「子育ては、誰がどのようにするのか」を選択できるように、福祉担当部署と連携し、児童扶養手当や保育所等支援策の情報提供を行っ

た。出産後は、母子の愛着形成が順調に進み、シングルで安定して子育てをしている。

「産科医療機関と連携し産後ケアや養育支援家庭訪問事業を活用した事例」

家族からの相談を契機に産科医療機関と連絡を取り、入院中に病院を訪問。産後の体調不良と育児サポートのなさから、同一産科医療機関の産後ケア事業を紹介し利用申請、引き続き数日間産後ケア事業を利用した。母親の強い疲労感は解消したものの、新生児訪問時、EPDS12点と高値で地区担当保健師の支援に加え養育支援家庭訪問事業のヘルパー利用と専門指導員による継続支援を導入した。母の気持ちを傾聴しながら支援を継続している。

母親のメンタルヘルス関係事業を、1次予防から3次予防に整理すると図2のとおりである。「子育てしやすい地域づくり」「育児教室等集団を対象とした母子保健事業」「個別支援」を組み合わせ、メンタルヘルスの向上、早期発見・支援、重症化予防に取り組んでいる。

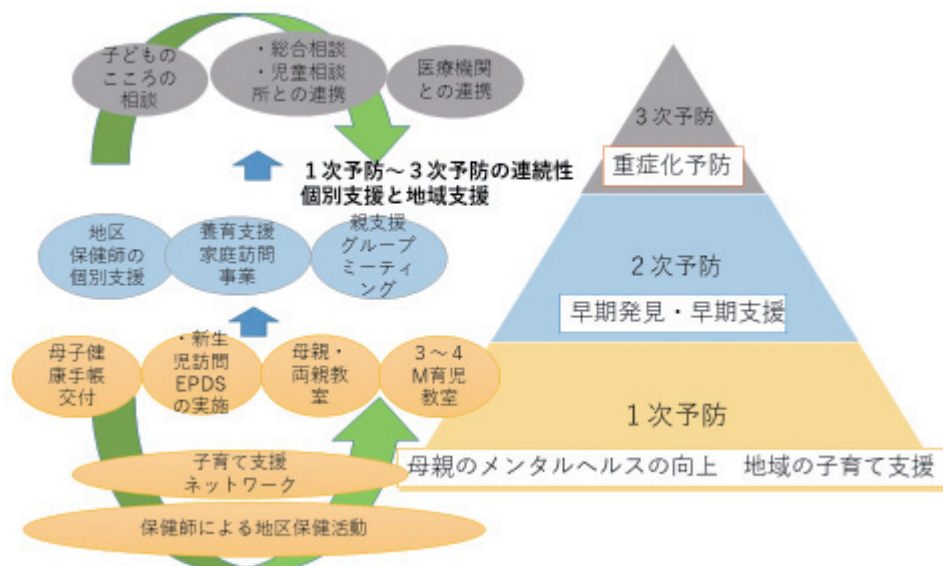


図2 周産期メンタルヘルス関係事業

3. 今後の課題

新型コロナウイルス感染症が流行してから、三密を避ける意識が高まり、人との対面での交流の機会が持ちにくくなっている。産婦にとって、産後はホルモンによる体調や慣れない育児、環境の変化などを抱え不安定になりやすい時期であり、産婦同士の交流は、育児に対する感情の共有と情報交換の貴重な機会である。

今年度、産婦から「家族が自死した」、「産後に希死念慮が高まり行動化した」といった相談が続いている。宮城野区では対策として急遽、母子保健関係者を対象に、自殺対策の講師を招き、研修会を行っている。乳幼児を抱えた母親がメンタルヘルスの不調によって、自分自身の存在を否定するような事態を防いでいかなければならないと感じている。

妊産婦の、メンタルヘルスの不調は一般的な事象になってきており、支える側のパートナーや父親も課題を抱えていることがある。その解決のためには、家族ぐるみの支援を行うことや地域の子育て関係

者が一体となって、育児しやすい地域づくりを進めていく必要がある。また精神疾患を抱え治療中断しているなどのハイリスクな家庭には、母子保健だけでなく精神保健関係者や医療機関との連携が必須となっている。

子育てを取り巻く環境は大きく変化している。支援者は、少子化、晩婚化・晩産化、孤立や負担感など地域の子育て環境を把握していく必要がある。個別支援では、妊産婦のメンタルの不調レベルから疾患までの幅広い知識と理解が求められており、保護者との信頼関係の構築を基本とした寄り添い支援のスキルを磨いていく必要がある。

今後も妊娠期から出産後に至る切れ目ない支援を充実させ、児童福祉、精神保健福祉、医療関係者、保育所や児童館などの地域子育て関係機関、こども食堂といった社会資源等あらゆる関係機関と手をつなぎ、妊産婦が安心して子育てできる地域づくりを推進していきたい。

引用文献

- 1) 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
- 2) 厚生労働省：「健やか親子21（第2次）」検討会報告書，2014
- 3) 児童福祉法：出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦
- 4) 仙台市子供未来局調査（平成31年1月～令和元年5月統計）

参考資料

- ・母子保健情報誌第5号（2020年2月）
- ・仙台市子供未来局事業概要（令和2年8月）
- ・仙台市妊娠出産包括支援事業「庁内ワーキング検討のまとめ」（平成28年10月）
- ・保健師ジャーナル（2020年4月号）（2020年5月号）（2021年2月号）

【自治体における多機関連携による切れ目のない支援】

石川県における周産期からの協働を目指した支援実践報告

～多機関連携構築の意義とその中で母子保健が果たす役割とは～

石川県南加賀保健福祉センター所長 沼田直子

1. はじめに ～母子保健に求められること～

周産期から乳幼児期における母子および家族支援において、子どもの健全な成長発達を保障することは重要な目標であり、不適切な養育（マルトリートメント）への介入と支援、さらに深刻な影響を与える虐待予防まで、益々その重要性を増している。これまで特に支援が必要とされてきたハイリスクの対象者のみならず、近年は、出産後に育児への様々な不安を抱える産婦も増加しており、現在はすべての妊産婦に対し、個別のリスクに応じた多様な支援が求められているといっても過言ではない実態がある。

従来保健師は、母子保健法に基づいて、健診や訪問で、すべての母子を対象に主に保健指導を行ってきた長い歴史を持っている。その点でポピュレーションアプローチ的手法と個々の母子のニーズに合わせた個別支援スキルを培ってきたと考えられる。しかし、社会情勢の変遷に伴い母子保健に求められるニーズは多様化している。先に述べたような、家族全体のシステムにさらに踏み込んで介入するというようなことに対し、どのように母子保健が役割を果たせばよいのか、まだ、十分に整理されず戸惑っている現状があるように思われる。

母子保健が今ある課題に答えていくには、不適切な養育への支援や虐待予防のために母子保健と児童福祉の連携が進められている現在、家族全体の課題を整理し、地域資源を活用していくといったような、ソーシャルワーク的なことに対し研鑽を深めることがさらに求められているのではないかと。また、周産期のみならず、子どもが自立し親となり、子育てをするという「次世代育成サイクル（成育）」を考えると、周産期の関りが、どのように長期的な予後に影響を及ぼすのか（子育ての世代伝達）という視点を常に意識した関りが必要ではないか。この点でさらに踏み込んで言えば、母子保健の「周産期から乳幼児期まで」という縛りに囚われることなく、長期的な母子・家族支援、子どもの育ち支援を見据える関りが継続されるよう、母子保健の概念を意識的に変革する必要があるのではないかと、本来の保健師のアイデンティティともいえる地域支援、家族ぐるみへの支援にどうつないでいくのか、という課題に向き合う必要があるように思う。

今回、石川県における周産期からの多機関多職種協働の仕組みづくりと、その活動実践を報告するとともに、その意義と、上述したことを踏まえつつ、母子保健が果たす役割について考えてみたい。

2. 石川県における仕組みの概要

母子保健事業の仕組みづくりのキーワードは、「連携強化」「実効性のある運用」である。「連携強化」のために、それぞれの事業においては、実施主体が多機関・多職種にわたるような組み立てになっていること、また情報共有のシステムでは情報を頂いた場合のフィードバックを確実にすることなど双方向性の情報のやり取りになることなどに注意が払われている。また、市町と県の保健師、助産師会、要保護児童対策地域協議会担当者、児童相談所、産科医療機関など、関係機関がいくつもの異なる事業で、常に顔を合わせる機会があるような重層的な事業建てとなっており、自然と「顔の見える連携」を形成

しやすいものともなった。「実効性のある運用」では、多機関・多職種合同の連絡会や研修会、事例検討会等を開催することにより、それぞれの専門性や立場の違いをすり合わせ、「チーム」として「面の支援」ができることを目指している。また、多機関協働の意義を繰り返し伝えることによって、担当者が変わっても、支援のあり方を共有できるよう努めている。メンテナンスが重要である。

特定妊婦等支援が必要な家庭への早期支援を支えている、周産期における多機関連携の主な仕組みについて以下にまとめる。

(1) 健やか妊娠育児支援強化事業^{1) 2)}

石川県では、2001年（平成13年）より、妊娠から出産後に至るまでの様々な母子保健事業「健やか妊娠育児支援強化事業」を開始している。継続的な切れ目のない支援を目的とした母子保健全般にわたる数々の事業を総称したものである（図1）。

この中でも、主軸である「ハイリスク妊産婦保健・医療連携事業」は情報を共有することで医療と母子保健をつなぐことを意図している。その他医療との連携事業では、要因別に、メンタルヘルス対策を主眼にした「母親のメンタルヘルス支援事業」「精神科医療との連携事業」（2012年から2年間のモデル事業実施後は、2015年度より「ハイリスク妊産婦保健・医療連携事業」に組み込まれている）、主にNICUを対象とした「未熟児等保健・医療連携事業」「未熟児ママの心のケア事業」がある。また、地域との協働では、助産師会（委託事業）による「未熟児等母乳保育支援事業」が展開されている。さらに2019年（令和元年）からは、助産師会に委託し、「妊娠期の相談支援強化事業」が新たに開始されている。

母子保健支援体制 (※「健やか妊娠育児支援強化事業」2020年3月時点)

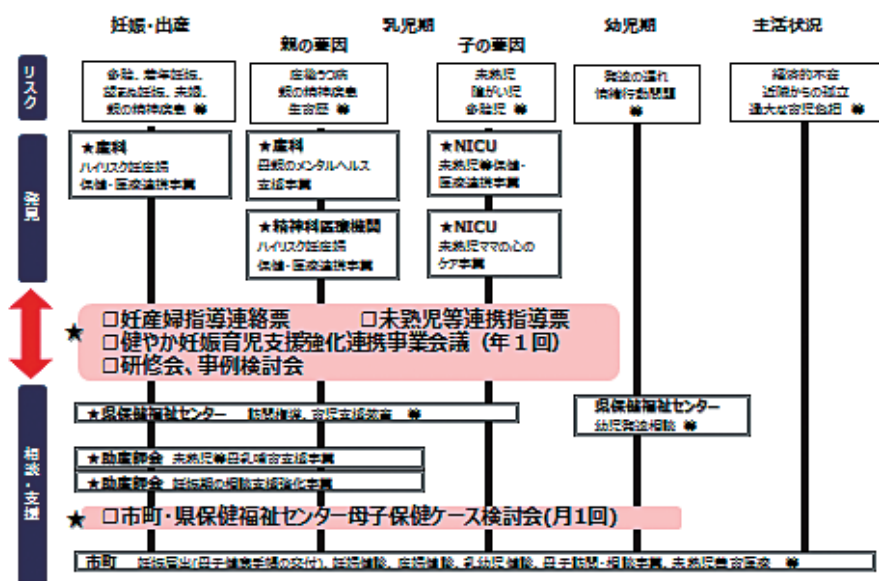


図1

注：『沼田直子：産科医療機関・地域助産師と連携した特定妊婦支援の取り組み。助産雑誌，74(5):346-352, 2020』を改変

事業名は異なっても、事業全体としては相互に関連しあい、支援の必要な親子を感知し、それぞれの関係機関、職種の強みを生かしながら協働し、適切な支援を提供することが重要である。年に1回、県下全域の関係者を集めた「健やか妊娠育児支援強化事業連絡会」も実施しており、周産期医療関係者、母子保健担当者、児童相談所職員、助産師会助産師などが、一堂に会し情報共有や課題の検討を行っている。産科医、小児科医、精神科医の参加も事業実績が積まれると共に増えてきている。以下、主要事業について述べる。

①ハイリスク妊産婦保健・医療連携事業

周産期との医療連携は、日本産婦人科医会石川県支部に委託する形で、全国に先駆け2001年（平成13年）より、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）を導入し開始した。質問票を使い一定の紹介基準を示したことで、初期の頃は紹介が促されやすくなったと考えられるが、現在はEPDSの得点に関わらず、気になるケースの紹介も順調に行われている。現在では、ほぼすべての産科医療機関から、全出生数の1割程度のケースに関し、何らかのハイリスクによる支援が必要との判断で母子保健に紹介されている。この事業におけるキーパーソンは、勤務助産師、看護師であり、特に助産師との連携は密となっており、日常的に電話でのやり取りも可能な関係である。紹介理由も、EPDS高値など精神的なリスクはもとより、近年は愛着形成も含み養育の課題や、DV、経済的問題などの社会的な問題など、多岐にわたっている。

基本的には妊産婦本人の同意を得た上で紹介を頂き、それを受け県の保健師も市町保健師と共に訪問などで対応しているが、同意がない場合でも必要なケースは関係機関内で、特定妊産婦の枠組みの中で情報共有を行っている。近年、このような情報共有は「児童虐待防止対策の強化に向けた緊急総合対策」等を受けてより一層の推進が求められている³⁾。支援困難なケースほど同意が難しいことを考慮すると、このような関係者間の情報共有は不可欠であり、それが適切な支援につながっている。

②未熟児等母乳保育支援事業

日本助産師会石川県支部に委託した事業であり、「おっぱいケア」の通称で親しまれている。乳房のケアをしながら母親の不安や悩みなどを聴くという心のケアに重点をおいている。助産師会のメンバーとは、上記に挙げた多くの事業を通して、多職種での研修会や事例検討会を共にすることで、「関係性を育てる支援」という理念を共有し合っており、母子保健にとって強力なパートナーとなっている。医療機関関係者でも行政の保健師でもない「地域の助産師さん」という立場を活かし、家庭に向いて体に触れるケアを行うことで、母親のそれまで語られなかった悩みを知る機会が多々あることを実感している。

(2) 虐待への予防的な関わりができる保健福祉・医療連携づくり⁴⁾

母子保健、児童福祉、医療との連携体制を、要保護児童対策地域協議会（要対協）の枠組みの中でどのように考えるかを、図2に示した。前述したように、産科医療機関との連携は、20年近くにわたる実績もあり、確実な手ごたえを感じているが、精神科医療機関との連携は、情報共有への医療側の理解や子育て支援・虐待予防の必要性への理解など課題があり、広がりにくい印象がある。しかしながら、近

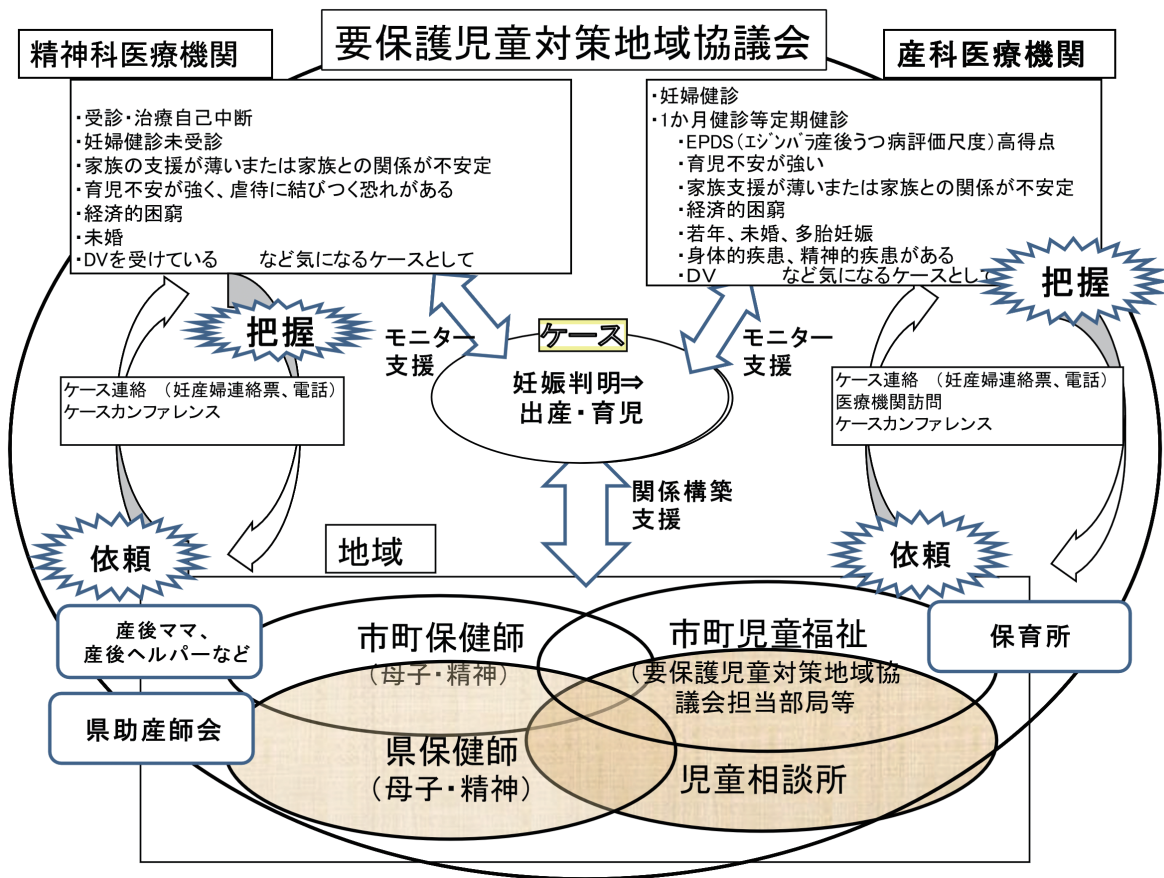


図2 虐待予防を目指した多機関連携体制

注：『沼田直子：産科医療機関・地域助産師と連携した特定妊婦支援の取り組み。助産雑誌，74(5):346-352, 2020』を改変

年の周産期における精神科医療との連携のニーズや精神科医療領域での虐待問題への関心の高まりにより、事例を介した連携が進み始めている。

母子保健と児童福祉の連携は、近年、後述するが様々な法改正で示されるように、特に重要性を増してきている。石川県では、2006年（平成18年）から、県内すべての市町において、月1回の「母子保健福祉連絡会」を開催し、継続的な多機関の情報共有を行っている。参集メンバーは、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、地域担当児童相談所職員を主としているが、各市町の状況に応じ実際の会の参集者構成、開催内容は多様である。ただ、この連絡会が、顔の見える生きた連携体制を維持し、ケースの共有や進行管理に寄与することは大であると評価している。

当管内では、この月1回の連絡会に、産科医療機関、地域開業助産師を加え拡大しての実施や、この連絡会とは別に周産期医療関係者とケースを共有する会をもつなど、より予防的な介入を目指す多職種多機関連携が市町で進んできていることを実感している。

3. 多機関連携による取り組みの実際から

多機関連携の事業が活用され、また児童福祉との連携がスムーズに進むことで、支援が適切に行われた事例を紹介する（プライバシー保護のため、内容は改変）。

事例：21歳で初産。県外からの転入者であり、パートナーはひと回り以上の年齢差がある男性であり、籍は入れないまま同居が続いている。それぞれ成育歴に課題を抱え、実母等家族の支援は求められない状態であった。産科医療機関から、妊娠期からの支援が必要という連絡が県保健師に入り、市保健師と共に家庭訪問など支援を開始した。どうにか、自宅の中へ受け入れてくれるところまでの関係性を築くことはできたが、しかし、表情に乏しく、それ以上の支援関係を結ぶことの難しさに苦慮するところがあった。助産師会との委託事業を利用し、開業助産師の支援も合わせて開始をした。助産師と関係性が築かれる中で、被虐待経験があったことなどの成育歴が語られ、パートナーとの関係の不安定さ、経済的なリスクなど、課題がより具体的に把握できるようになっていった。児童福祉とは、市児童福祉担当者（要保護児童対策地域協議会の事務局担当）と事前に要対協ケースとして情報共有すると共に、月1回の母子保健福祉連絡会でも児童相談所担当者とも協議を行い、緊急時の対応に備えた。関係者によるケース会議で、出産後に、どのような役割分担で支援に入るか、どのような地域資源を活用できるかを整理も行った。産後は、EPDS、ボンディングとも高得点であり、「いつになったら子どもがかわいく思えるのか」「子どもが泣くと怖い」と、頻回に市保健師や助産師に連絡が入り、産後ヘルパーや地域の子育て支援関係者も関わりながら、日参するような状態で在宅での育児を支援した。精神科受診にもつながったが、抑うつという診断があり、投薬も受けることとなった。産後2カ月の時点で、保育所入所を勧め、母親も就労を再開し、その後は保育士による支援も交えながら、要対協ケースとして支援を継続している。

このケースでは、支援を求めにくい母親に粘り強くアプローチした母子保健師の働きかけに加え、助産師という別の立場からの関りが加わり、母親が徐々に助けを求めることの力を着けることができたことが大きい。県、市、母子保健、児童福祉、助産師、産後ヘルパーなどの重層的な関りとそのチームワークの持つ力が、支援の温かさとして、当事者に安心感を与えているように思う。また、周産期は母子の関係性がどんどん変化し、緊急度も高まることも予想される。母子保健担当者のみでは、対応しきれない課題の大きなケースも、多機関連携というチームワークの中で担当者自身が守られることとなる。

4. 母子保健の役割～特に児童福祉との連携において～

母子保健は、母子保健法に基づいて、従来新生児訪問を実施し、家庭での保健指導を中心とした個別支援を行うという認識があるが、虐待件数の増加や子育て支援へのニーズの高まりと共に、児童福祉の観点から次々とハイリスクケースへの対応を念頭に置いた法改正とそれに伴う事業が繰り出され、母子保健に求められる役割も変化している。平成21年（2009年）の児童福祉法改正では「乳児家庭全戸訪問事業こんにちは赤ちゃん事業」「養育支援訪問事業」が定められた。「乳児家庭全戸訪問事業」は生後4か月までの乳児がいる家庭をすべて訪問するものであり、「養育支援訪問事業」は支援が必要な家庭へ支援を継続するように図られているものである。

現在の方向性を一言で言えば、周産期から乳幼児期まで、母子保健と児童福祉領域は、必要性に迫られて、どんどん取り組みの一体化が進められている。平成28年（2016年）児童福祉法の改正によって母子保健法が改正され、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行う「子育て世代包括支援センター」が新たに規定されたことは、母子保健施策と児童虐待防止対策の連携が一層強化されたことを示すものである。先の事例においても、「子育て世代包括支援センター」で母子保健と児童福祉の連携が

良好に機能している自治体の例であり、今後「子育て世代包括支援センター」をいかに機能させるかという課題も大きい。

2019年12月1日に施行された「成育基本法」では、さらに「すべての妊婦、子どもに」切れ目のない支援を、かつ「母子保健や児童福祉分野の連携が強化されることで」誰もが適切な支援を受けることが、より明確にされたと言える。

既存の母子保健のアプローチと、新たな児相福祉的な事業を、どのように組み合わせ、また、誰がどのように実施し、協力して実効性を挙げるのか、整理が求められるものと思われる。

5. おわりに

すべての母子、家族の個別性の高い支援のニーズに応えるために、母子保健の役割を見直すと共に、多機関連携を進めるしなやかな姿勢をもつことが求められるものと考えます。今回、石川県における仕組みの一端を紹介したが、それを使い切る「人の資質」によってその成果は往々にして揺さぶられ、メンテナンスを続けながらも、一進一退を繰り返しているというのが本音かもしれない。多機関連携は、突き詰めれば人と人のつながりであり、これからさらに機能する仕組みを作ると共に、いかに人材を育成するかが課題として大きい。

引用文献

- 1) 沼田直子、林正男、茅山加奈江：地域でのフォローアッププログラム 行政がささえる連携協働モデル～「いのち」心を支えるという視点からの医療保健連携を目指して。周産期医学、35(4):491-495,2005
- 2) 沼田直子、竹島ゆり：妊娠期からの虐待予防に向けて～周産期医療、母子保健、児童福祉の有機的連携構築を目指して。北陸公衆衛生学会誌、41(2):47-49,2015.
- 3) 厚生労働省：「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」の一部改正について。2018.
- 4) 沼田直子：育児不全予防を目指した医療・多機関連携構築の歩みと成果～精神科医療連携の課題。総合病院精神医学、27(3):219-226,2015.

母子を支える父親への支援の必要性

国立成育医療研究センター政策科学研究部政策開発研究室室長 竹原 健二
大阪教育大学教育学部 小崎 恭弘
帝京科学大学医療科学部 高木 悦子
兵庫医療大学看護学部 阿川 勇太

1. はじめに

母子保健情報誌に「父親への支援」に関する原稿が載る。それだけでも、いかに父親支援が社会に浸透し、認識されるようになってきたのかが分かる。わが国において、急速に父親支援への関心が高まっている理由は2018年12月に公布された成育基本法にほかならない。

成育基本法（正式名称：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）の第13条に、「国及び地方公共団体は、（中略）あわせて成育過程にある者の保護者及び妊産婦の社会からの孤立の防止及び不安の緩和並びに成育過程にある者に対する虐待の予防及び早期発見に資する（以降、省略）」とある¹⁾。父親は成育過程にある者の保護者であり、その父親に対して社会からの孤立の防止や不安の緩和、虐待予防に努めることが国や自治体の責務として位置づけられたのである。母子保健領域における従来の主な政策である母子保健法や児童福祉法には、こうした文言はなく、支援の対象を従来の母子から、子どもとその保護者へとする大きな転換点であったと考えられる。

2019年8月には、「健やか親子21（第2次）」の中間評価等に関する検討会の報告書がまとめられ、その中で父親の産後うつおよび父親も含めた養育者への相談・支援の必要性が言及された²⁾。また、「父親は育児への参加が少ない（参加しにくい）ことを前提とする施策が基本であった面もあるが、その前提が変わってきている」とも示されており、社会の価値観や子育てのありようが変わってきたことも指摘されている。

このように、成育基本法の公布を契機に、父親支援を展開するための様々な取り組みが動き出している。わが国において、父親への支援の必要性が議論されるようになった背景には、大きく2つの課題があると考えられる。一つは男女共同参画社会を目指す社会の動きであり、もう一つは父親のうつの存在およびその実態が明らかになってきたことであろう。

2. 父親の家事・育児への参画をめぐる経緯

1999年に公布された男女共同参画社会基本法に基づいて、「男性も女性も、意欲に応じて、あらゆる分野で活躍できる社会」が目指されることとなった。それにより、わが国では大衆化されていた「夫は仕事、妻は家庭」という固定的性別役割分担意識の考え方からの転換が図られた。その転換の実現には、男性の家庭や地域への参画が不可欠となっていたが、なかなか社会的な動きとなるまでには至らない時期が続いていた。

2010年に当時の厚生大臣の発言をきっかけの一つに、「イクメン」が流行語大賞にノミネートされ、社会的ブームに近い盛り上がりを見せるなど、父親の役割やありようについて、社会的な風潮だけな

く、個人や夫婦の価値観も急速に変革し始めた。例えば、父親の育児に関する多岐にわたる書籍や雑誌が出版されるようになった。このことは、それだけ読者のニーズがあると考えられたことを示していると言えよう。育児雑誌における父親の家事・育児に関する記事や広告も、母親が主体的に担うことを父親が手伝う、といったあり方から、父親と母親で分担しておこなうことが前提になってきている³⁾。街中では男性向けの抱っこひもを使用している父親を頻繁に見かけるなど、様々な側面で父親の役割や育児の捉えられ方に関して変化が感じられるようになった。

政府は父親の家庭への参画度合いを評価する指標として、これまで主に「育児休業の取得」と「家事・育児時間の延長」を用いてきた。2015年に閣議決定された第4次男女共同参画基本計画では、男性中心型労働慣行等の変革と女性の活躍のために、2020年までに男性の育児休業の取得率を当時の3.1%から13%に、夫の一日あたりの家事・育児関連時間を2011年の67分から150分に引き上げることが目標として掲げられた。欧米などの先進国と比べて日本の男性が極めて低い水準であることを示すようなデータも示され、これらの指標の改善が喫緊の課題と位置付けられた⁴⁾。しかし、家事・育児関連時間は2016年時点で83分⁵⁾、育児休業の取得率は2019年度で7.5%にとどまり⁶⁾、目標達成は極めて厳しい状況にある。

そもそも、この家事・育児関連時間を現状からさらに引き上げることは現実的に可能なのだろうか。上記の国際比較がおこなわれた2011年の社会生活基本調査のデータを見てみると、たしかに他の先進国の父親はわが国の父親と比べ、「家事と家族のケア」に費やしている時間が1.93倍から2.77倍も長いことが分かる(表1)。しかし、「家事と家族のケア」に加え、「仕事と仕事上の移動」と「通勤」に費やしている時間の合計で考えると、その状況は一転する。他の先進国の父親はわが国の父親と比べ、「家事と家族のケア+仕事と仕事上の移動+通勤」に費やしている時間はおよそ0.82倍から0.95倍に留まっていることになる。日本の父親は他の先進国の父親と比べ、家事・育児関連時間は短いものの、仕事や通勤時間が長く、自由時間も短い。このままの生活時間の分配では、わが国において、父親の家事・育児関連時間を引き上げることは難しいことが分かる。こうした父親の生活実態の全容が十分に公表されずに議論が始まってしまっているところにも、この問題が改善されない原因があると言えるのではないだろうか。

表1 末子が未就学児である父親の生活時間に関する国際比較

	日本	ドイツ	フランス	ハンガリー	フィンランド ⁸⁾	スウェーデン	イギリス	ノルウェー
①家事と家族のケア	1.15	2.51	2.22	2.55	2.42	3.19	2.36	3.10
②仕事と仕事上の移動	8.01	4.58	5.29	5.23	5.48	5.11	5.56	4.57
③通勤	0.51	0.35	0.39	0.39	0.25	0.26	0.42	0.34
④自由時間	2.33	4.26	3.37	3.58	4.04	3.58	3.48	4.43
各国①÷日本① (倍)	1.00	2.19	1.93	2.21	2.10	2.77	2.05	2.70
⑤ = ① + ② + ③	10.07	8.24	8.30	8.58	8.55	9.56	9.18	8.43
各国⑤÷日本⑤ (倍)	1.00	0.82	0.82	0.85	0.85	0.95	0.91	0.84

出典：「政府統計の総合窓口(e-Stat)」社会生活基本調査 / 平成23年社会生活基本調査 / 調査票Bに基づく結果 生活時間に関する結果 (参考) 生活時間配分の各国比較 のデータを元に作成

※①～⑤の数値は1日当たりの費やす時間(分)

※各国の資料は元になっているデータの調査年月や対象集団の定義が一致していないため、単純に比べる上では限界がある

3. 父親のメンタルヘルス

父親のうつは、国内のメディアではイクメンブルーなどと報じられることもあるが、国際的には Paternal depression が広く使われている用語である。マタニティブルーではなく、妊産婦の産前・産後うつ概念と同様に使われており、父親もパートナーの妊娠期から産後1年までの期間のメンタルヘルスが主な議論の対象となっている。

この父親のうつが議論されるようになったのは、わが国では近年のことであるが、国際的には2005年ごろにはすでに議論が活性化されていた。2005年に父親の産後うつの頻度と子どもの発育・発達への悪影響を示した論文がLancet誌に掲載されたことが一つのきっかけだと考えられる。その後、欧米の様々な学術雑誌に父親の産前・産後のうつに関する研究結果が報告されるようになった。2010年にはJAMA誌から父親の産前・産後のうつに関する系統的レビューが報告され、43の研究結果の統合がおこなわれた⁷⁾。その後、2016年には74の研究結果から41,480人分のデータを統合したメタ解析の結果が報告され、妊娠期から産後1年までで8.4%の父親がうつのリスクありと判定されることが示された⁸⁾。

父親のうつを評価するツールでは、Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS: エジンバラ産後うつ病自己評価表)、次いでThe Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D: 抑うつ状態自己評価尺度) が頻繁に用いられている。国内ではKessler Psychological Distress Scale (K6: ケスラー心理的苦痛評価指標) を用いた研究も見られる。これらの評価尺度を使って、父親のうつのリスクを評価することが調査研究における一般的なスクリーニングの方法となっている。

父親のうつに関するわが国の研究については、兵庫県神戸市や愛知県西尾市などで、Population-basedな疫学調査が実施されてきた^{9, 10)}、近年は環境省が実施している「子どもの健康と環境に関する全国調査 (エコチル調査)」のデータによって、その頻度やリスク因子が示された¹¹⁾。2020年には日本で実施された研究結果を統合したメタ解析の論文や、政府統計を用いた代表性の高い調査結果が示された。前者のメタ解析による結果では、父親のうつについて妊娠期の頻度は8.5%、産後は8.2% -13.2%であることが示された (図1)¹²⁾。

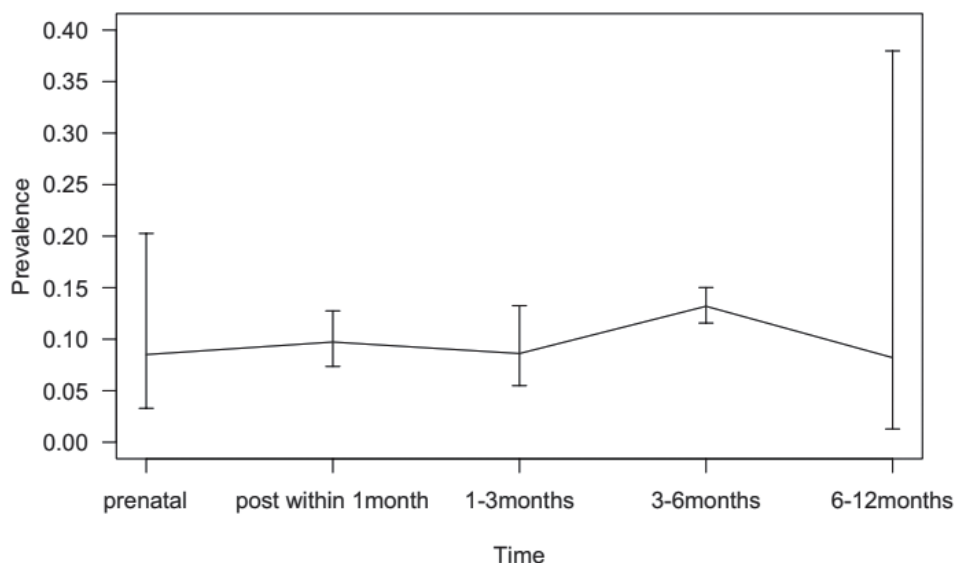


図1 わが国における父親のうつの頻度に関する統合結果 出典: K Tokumitsu, et al. (2020)

後者では、国民生活基礎調査の2016年データを用いて、1歳未満の子どもを持つふたり親家庭3,514世帯を対象に解析が解析された（図2）。その結果、精神的不調のリスクありと判定された父親は11.0%で母親とほぼ同様の頻度であることが示され、さらに夫婦が同時期に精神的不調のリスクありと判定される世帯は3.4%であった¹³⁾。このように、わが国でも父親のうつに関する良質なエビデンスが示されるようになってきた。

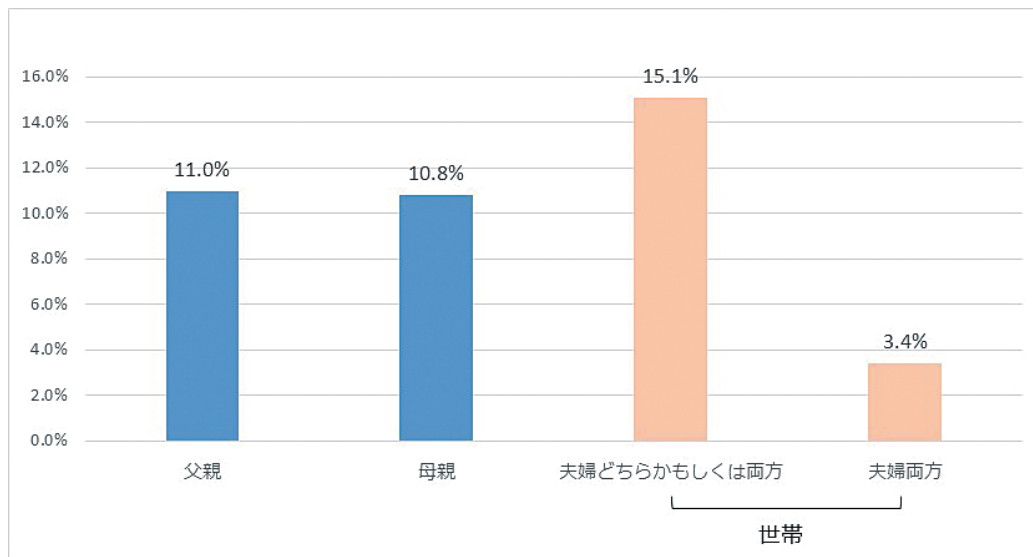


図2 生後1歳未満の子どもを育てる夫婦において、精神的不調・苦痛のリスクありと判定された父・母・世帯の頻度～国民生活基礎調査2016年データから～

出典：厚生労働省の国民生活基礎調査（2016年）をもとに作成

4. 父親の支援の実態

自治体においてこれまでに実施されている父親への支援は、①父子手帳などの意識啓発のための活動、②パバスクールなどの学び・学習のための活動、③父親イベントなどの育児参画のための活動、の3つが主なものとされている¹⁴⁾。2015年に全国の市区町村の子育て支援担当者を対象に実施された調査では、89.1%の自治体が父親支援を必要だと感じているものの、上記3つの活動に取り組んでいる自治体は①25.0%、②6.1%、③25.9%であったと報告されている¹⁴⁾。

今年度、厚生労働省の父親支援に関する研究班において、同様に全国の市区町村の母子保健担当者を対象に質問票調査を実施した。その速報値*では、1,741自治体のうち、837自治体から回答が得られ、800の自治体の同意が確認済みである。そのうち、752の自治体（94.0%）は、2019年度に父子手帳や乳幼児健診時における父親向けのリーフレットの配布、両親学級の実施など、母子保健事業において父親の支援を実施していると回答した。しかし、主な対象者を父親（母親、両親ではなく）とする支援を実施した自治体は52（6.5%）に留まった。主な対象者を父親とする支援を実施しなかったが、その必要性を感じると回答した516の自治体において、実施しなかった理由の上位は「ニーズが不明（50.2%）」、「業務が多忙（44.8%）」、「専門的な人材が不足（29.1%）」であった。今後、自治体が父親支援を新たに

*本調査は共同執筆者の小崎、高木、阿川が中心となり実施され、原稿執筆とほぼ同時期にデータ入力を実施されたものである。そのため、一部、入力ミスが疑われるデータに関する自治体への問い合わせをおこなっていないなど、最終的なデータ固定には至っていないため速報値としての紹介に留める。

開始、もしくは改善・発展させるために必要なこととして、「父親のニーズ調査（75.8%）」、「効果的なプログラムの提示（69.0%）」、「効果的な父親への広報と集客（60.5%）」が上位に挙げられた。

自治体で実施されている両親学級の内容に関する研究では¹⁵⁾、自治体の両親学級で頻繁に採り入れられている内容は、「父親の役割（92.4%）」、「赤ちゃんの抱っこ（92.1%）」、「父親の妊婦ジャケットの着用（90.0%）」、「妊婦の心と体の変化（88.9%）」、「赤ちゃんの着替え（88.1%）」、「沐浴の方法（87.0%）」、「オムツのあて方（87.0%）」が上位を占めた。これらは実際に父親に育児の方法を教え、できることを増やすための取り組み、もしくは妊産婦の負担を理解し、軽減することが中心に据えられていると考えられる。

これから父親支援がスムーズに全国で展開されていくためには、父親支援の事業を実施するためのニーズに基づいた目標設定、実施する人的資源の確保、専門家の養成および効果的かつ汎用性のあるプログラムの展開が求められている。また、父親は平日の日中に仕事をしていることが多く、保健医療従事者がアウトリーチしにくい対象集団であるとも考えられる。現在、厚生労働省の研究班では、自治体や企業における父親支援の実態把握とともに好事例の収集に取り組んでおり、そこで得られた知見などをまとめ、他の自治体や企業などへ横展開していくことが重要だと考えている。

5. 父親の支援に向けて

父親の健康や子育て、支援のあり方について研究を重ねている中で、様々な父親の意見を聞く機会があった。その中で、子育て中の父親からは、「ママや子どものことは教えてもらえるが、自分のことについてはだれも教えてくれなかった」という声が頻繁に聞かれる。実は、父親支援の実施に向けて、自治体と父親は同じことを考えているのではないだろうか。自治体は「父親のニーズが知りたい」と考え、父親は自分たちのニーズを知ってもらいたい、そのニーズに応えてもらいたい、と感じている。もちろん、地域や年齢層、文化的背景などによって、多少の差異はあるだろうが、父親のニーズとして全国的に共通する点も多々あるものと推察される。各自治体で父親にアウトリーチした際に、積極的にニーズを把握し、それを全国で共有するような仕組みが必要なのではないだろうか。

2021年は父親を支援するための方向性が位置づけられる重要な年になりそうである。1月には、厚生労働省の労働政策審議会によって男性の育児休業取得を促進する方策が議論された結果として、4週の育児休業の取得の促進および関連する環境の整備など、必要な法的整備を含めた措置を講じるよう建議された。また、2月には、成育基本法の基本方針が閣議決定され、その施策として、父親の孤立という課題が位置づけられた。また、保護者のメンタルヘルスケアや男性に対するピアサポートや相談支援、両親学級の推進が記載されている。その基本方針には、「出産や育児への父親の積極的な関わりにより、母親の精神的な安定をもたらすことが期待される一方、父親の産後うつが課題となっている。母親を支えるという役割が期待される父親についても、支援される立場にあり、父親も含めて出産や育児に関する相談支援の対象とするなど、父親の孤立を防ぐ対策を講ずることが急務である。母親に限らず、父親を含め身近な養育者への支援も必要であることについて、社会全体で理解を深めていくことが必要である。」と書かれている¹⁶⁾。父親は産前・産後の母子を支援する重要な立場であり、母子保健を支える支援の担い手である。その父親が孤立することのないように、多職種によって『支援する人を支援する』視点こそが、これからの父親支援において求められていることなのではないだろうか。

参考文献

- 1) 総務省e-gov法令検索. 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. 2018. <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=430AC1000000104>. 2021年2月16日アクセス
- 2) 厚生労働省. 「健やか親子21 (第2次)」の中間評価等に関する検討会報告書. 2019. <https://www.mhlw.go.jp/content/11901000/000614300.pdf>. 2021年2月16日アクセス.
- 3) 竹原健二. 「イクメン」はわが国の父親のありようの理想像と言えるのか. 2017. トヨタ財団2016年度研究助成プログラム最終報告書. <https://www.toyotafound.or.jp/research/2016/data/D16-R-0543.pdf>. 2021年2月16日アクセス.
- 4) 内閣府男女共同参画局. I-3-6図6歳未満の子供を持つ夫の家事・育児関連時間(1日当たり, 国際比較) https://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h27/zentai/html/zuhyo/zuhyo01-03-06.html. 2021年2月16日アクセス
- 5) 総務省. 平成28年社会生活基本調査生活時間に関する結果の概要. <http://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/pdf/gaiyou2.pdf>. 2021年2月16日アクセス
- 6) 厚生労働省. 令和元年度雇用均等基本調査の結果概要. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/71-r01/07.pdf>. 2021年2月16日アクセス
- 7) Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2010;303(19):1961-9.
- 8) Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2016;206:189-203.
- 9) Nishimura A, Fujita Y, Katsuta M, Ishihara A, Ohashi K. Paternal postnatal depression in Japan: an investigation of correlated factors including relationship with a partner. *BMC pregnancy and childbirth*. 2015;15(1):128.
- 10) Suto M, Isogai E, Mizutani F, Kakee N, Misago C, Takehara K. Prevalence and Factors Associated With Postpartum Depression in Fathers: A Regional, Longitudinal Study in Japan. *Research in nursing & health*. 2016;39(4):253-62.
- 11) Nishigori H, Obara T, Nishigori T, Metoki H, Mizuno S, Ishikuro M, et al. The prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms of fathers at one and 6 months postpartum: an adjunct study of the Japan Environment & Children's Study. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet*. 2019:1-8.
- 12) Tokumitsu K, Sugawara N, Maruo K, Suzuki T, Yasui-Furukori N, Shimoda K. Prevalence of perinatal depression among Japanese men: a meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry*. 2020;19(1):65.
- 13) Takehara K, Suto M, Kato T. Parental psychological distress in the postnatal period in Japan: a population-based analysis of a national cross-sectional survey. *Sci Rep*. 2020;10(1):13770.
- 14) 小崎康弘. 父親支援に関する全国自治体調査について. *Child Research Net*. 2016. <https://www.blog.crn.or.jp/report/02/220.html>. 2021年2月16日アクセス
- 15) 足立安正. 市区町村における出産前教育の実態～父親の育児参加を促す取り組み～. *摂南大学看護学研究*. 2020; 8(1), 55-62.
- 16) 成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針について(令和3年2月9日閣議決定). <https://www.mhlw.go.jp/content/000735844.pdf>. 2021年2月16日アクセス

学童思春期のBiopsychosocialに健やかな発達を促す 切れ目ない支援について

久留米大学医学部小児科学講座准教授 永 光 信一郎

1. はじめに

次世代育成サイクルという成育概念において、学童思春期は生殖妊娠期に入る前段階である。学童思春期は男女とも身体・性機能が加速的に成熟するために、身体症状が顕在化する一方、自我獲得に向う過程で様々な精神的葛藤も経験する時期である。Biopsychosocialに健やかな発達が成し遂げることが期待される時期である。成人期のメンタルヘルス疾患の多くはこの混乱期である思春期に発症していると言われていたため、子どもをbiopsychosocialな存在と捉え、学童思春期から生殖妊娠期に切れ目なく支援をしていく必要がある。

成育基本法の理念には、妊娠期から小児期、思春期まで誰も充実した医療、支援が受けられる体制と、学童思春期までの細やかな健診、健康教育の実施（食育、がん教育、性教育等）が含まれている。学童思春期のメンタルヘルスの支援については、早期に支援が必要な子を適切な支援機関につなぐことと、疾病予防のための健康教育や、子ども達が自ら健康に関心をもつ機会を提供することが必要である。

本稿では今後の小児医療提供体制、発生率が減少に転じない子どもの自殺について、子どものこころの診療とその支援体制について述べる。成育基本法をふまえて、子どものメンタルヘルス支援のネットワークシステムが構築することが期待される。

2. 小児医療提供体制と DALY

予防接種普及により小児感染症は激減し、さらに小児救急医療体制の整備と医療技術の進歩により小児急性疾患は軽症化した。その結果、今後の小児医療提供体制は、慢性疾患や発達障害の診療、メンタルヘルスへの予防的な対応などが注目されている。わが国における思春期のDALY（Disability Adjusted Life Years; 障害調整生命年）1位は、うつ病をはじめとするメンタルヘルス疾患である。DALYとは疾病によって失われた日々の生活年数のことを指す。成人期のDALY 1位も精神疾患であり、その発症が思春期から始まっていることが伺える。さらに今般の新型コロナウイルス感染症の世界的パンデミックによる医療機関への受診控えや、手洗い、マスク着用等の徹底した感染防御対策により従来型の感染症は減少している。結果として、疾病診療のために医療機関を受診する機会は少なくなった。今後、小児医療に求められる医療提供体制として、健康な子どもを対象とした疾病予防に対する保健指導が重要となってくる。

3. 子どもの自殺

母子の健康水準を向上させるための様々な取組を推進する国民運動計画である健やか親子21の基盤課題のひとつに「学童期・思春期から成人期に向けた保健対策」がある。成育基本の理念に則りこの課題もさらに重要となるが、喫緊の課題として子どもの自殺に対する対策がある。健やか親子21（第2次）中間報告では、十代の自殺率はベースライン（平成24年）で10万人に対して10～14歳で1.3（男 1.8/女

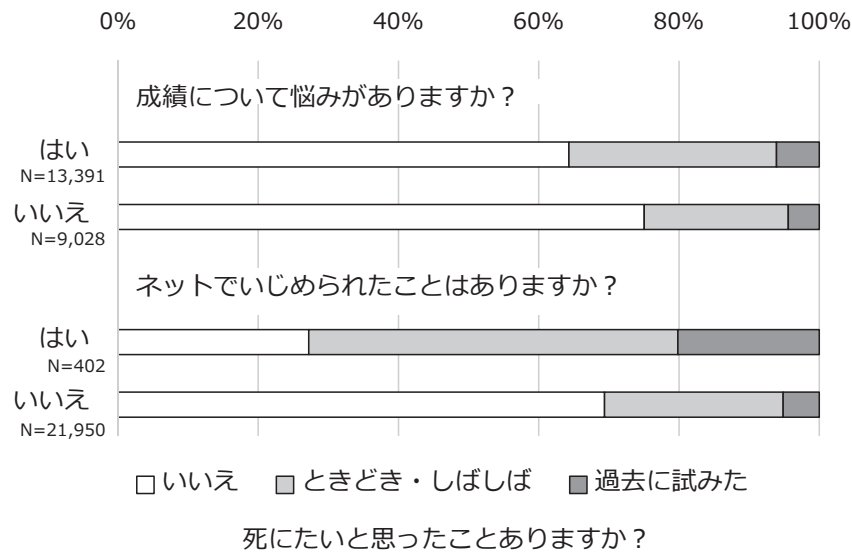


図1 成績の悩み・ネットいじめ被害の有無と希死念慮の関係

0.7)、15～19歳で8.5(男11.3/女5.6)であったが、直近値は10～14歳で1.9(男2.1/女1.6)、15～19歳で7.8(男11.1/女4.3)であり、10～14歳では顕著に増加しており、死因順位も不慮の事故を抜き第1位となった。思春期・青年期の自殺は先進国でも大きな問題となっており12.1-22%の子ども達が希死念慮をもち、1.0-7.6%の子どもが自殺企図を経験したと報告がある^{1,2)}。平成28年度の子ども・子育て支援推進調査研究事業の調査では中高生の25.7%が死にたいと考えたことがあり、5.4%が過去に何等かの行動を試みたと答えている³⁾。リスク因子の研究では、精神疾患の既往、いじめ被害、両親との悩み、セクシャルアイデンティティの悩みがあげられている^{4,5)}。成績不振や将来の進路への不安も大きな要因となる。図1は平成28年度子ども子育て調査研究支援事業の調査結果から解析を行ったもので、22,419名の中高生のうち、成績の悩みがある人は13,391名(59.7%)であり、「あり」と答えた人の内、死にたいと考えたことのある人(過去に試みた、しばしば、ときどき)は35.5%であり、「なし」と答えた人では24.7%で、その差は10%であった。一方、ネットいじめを受けたことのある人は、402名(1.8%)であるが、「あり」と答えた人の内、死にたいと考えたことのある人は71.9%であり、「なし」と答えた人では30.4%で、その差は41%にも及んだ。いかにネットいじめがメンタルヘルスの危険因子として重要であるか考える必要がある。多変量解析では成績の悩みありがオッズ比1.2に対して、ネットいじめの経験ありではオッズ比は3.6であった³⁾。その他、リスク因子としてオッズ比が高かったのが両親に対する悩みをもっている場合であった(オッズ比2.1)。一方、母子保健領域では妊婦の年間自殺数が、同世代の自殺数よりも多いことが明らかとなってきている。メンタルヘルス領域の支援推進は思春期から妊娠期と切れ目なく対応していくことが必要である。

4. メンタルヘルス支援推進としての思春期健診

平成28年の自殺対策基本法の改正で、自殺総合対策大綱の概要が示され、当面の重点施策のひとつとして、子ども・若者の自殺対策を更に推進することがあげられた。具体的には、いじめを苦しめた子どもの自殺予防、学生・生徒への支援充実、SOSの出し方に関する教育の推進、子どもへの支援の充実、

若者への支援の充実、若者の特性に応じた支援の充実、知人等への支援などがある。子どもや若者たちと支援者が直接接触できる機会を設けることが重要である。そのひとつの施策として思春期健診がある。子どもを取り巻く環境には必ずところとからだの健康を損なうリスク因子があるが、これに子どもも家族も気づかずに日々の生活を送り、問題が表面化したときには解決が困難になっている場合もある。例えば肥満、やせなどの食生活の問題、メディアへの長時間暴露、正しい知識をもたない性行動などがその例である。予防教育によって正しい対処方法を知ること、それらのリスクを減らすことができる。しかし、現行の学校健診は、学科履修に支障を来す運動器・感覚器などの身体疾患の有無を評価することが主目的となっており、健康に関する十分な予防教育を子ども達は経験することなく成人期を迎えることになる。メンタルヘルス疾患を含む成人期の疾病の予防には、思春期から子ども達が自分の健康について考える機会をもつことが大切である。思春期健診は、我が国では実施されていないが、母子保健領域の施策として制度化されることが期待される。

5. 思春期健診パイロット研究

思春期健診の実現性と有用性を検証する目的で2018年に日本医療研究開発機構の支援を受けて中高生217名に対する健診（一部アプリによる認知行動療法の併用）による介入研究を実施した⁶⁾。思春期健診では、身体診察以外にインタビューで家庭、友人や学校のこと、勉強や部活動のこと、薬物や性行動、メンタルヘルスのことなどを尋ねていき、健診を受けた本人が自分自身についての理解を深め、将来の社会生活において健康やよりよい適応を獲得できるように、情報提供・提案をしていくことである。図2に介入群（136名）のうつスコアDepression Self-Rating Scale for Children（DSRS-C）のヒストグラムを示す。カットオフ値は17点で、カットオフ値以上の群が17名、カットオフ値未満の群が119名で、各々の平均値（標準偏差）は20.53（4.08）、7.17（3.79）であった。カットオフ値以上群とカットオフ値未満群では介入1か月後のうつ尺度スコアの変化に有意差を認めた。カットオフ値以上群では20.53から16.29に低下をしていたが、カットオフ値未満群では7.17から6.44と変化は認められなかった。217名

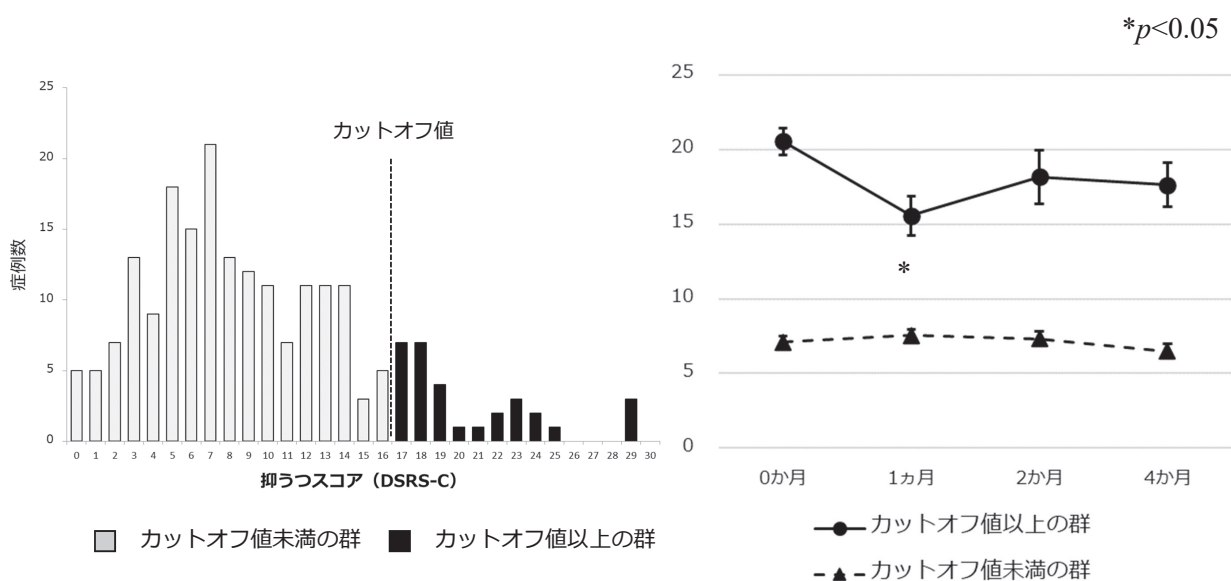


図2 介入群のうつスコア（DSRS-C）ヒストグラムとカットオフ値以上/未満群での介入効果

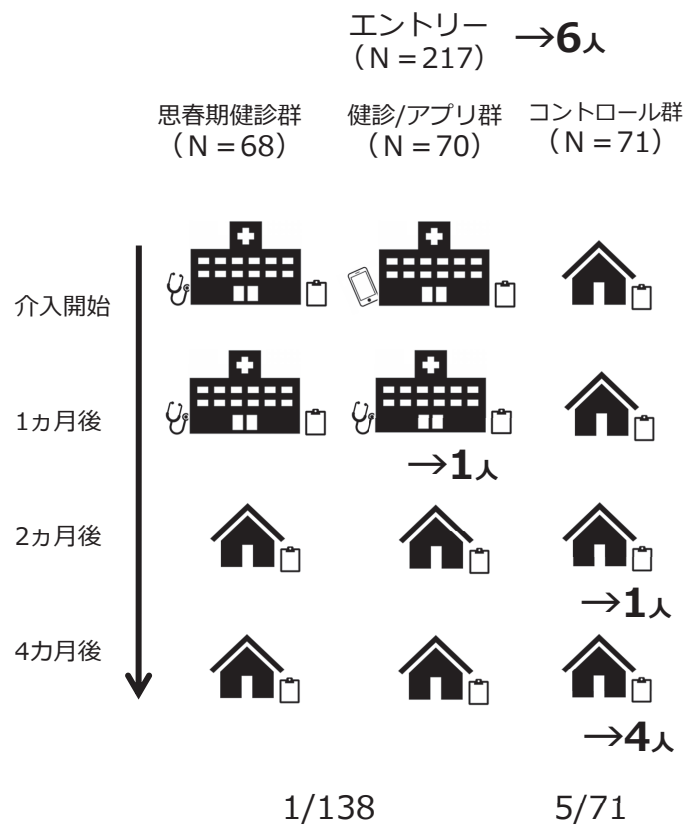


図3 希死念慮を示した被験者の群と時期

の参加者のうち、初回同意取得時に6名が希死念慮を認めたため、エントリーができなかった。介入群（思春期健診群/思春期健診+アプリ）において1か月時に希死念慮1名（1/138、0.7%）を認めたが、非介入群（対象群）では2か月時に1名、4か月時に4名の計5名（5/71、7.0%）の希死念慮者を認めた（図3）。介入でなぜ高いうつスコアが低下し、さらに介入群で希死念慮の発生が少なかったのか、今後明らかにしていくことが必要である。健診を通して、自分の気持ちを他者に伝えることができたこと、自分自身の理解を深めることができたことなどが推測される。さらに介入研究をモデル地区で実施し、エビデンスを収集し、思春期健診の社会実装化に期待したい。

6. 子どものメンタルヘルス診療

不登校、いじめ、虐待、自殺、摂食障害、発達障害など子どもの心の問題が常に社会的な関心を集める中、この10年間で子どもの心の診療体制が厚労省の施策のもと大幅に整備されてきた。平成17年に「子どもの心の診療医の養成」に関する検討会（柳澤班）が設立され、子どもの心の診療に携わる医師を三類型に分類し到達目標を示すことで、多くの医師が子どもの心の診療に従事する機会を作った。平成20年からの子どもの心の診療拠点病院事業は、その後の子どもの心の診療ネットワーク事業（奥山班）として継続され、本格的に稼働している。しかし、子どもの心の問題は多様化してきている。自殺率、不健康なやせの上昇や、情報媒体の普及に伴ういじめ、犯罪被害の増加に加え、今後は子どもの貧困率の上昇や経済格差による健康・希望格差の拡大で新たな問題が生じてくる。子どもの心の問題は、親を含む家族の心の問題が背景に存在することがある。平成29年度から「親子の心の診療を実施するための

人材育成方法と診療ガイドライン・保健指導プログラムの作成に関する研究（永光班）」が3年間活動し、親子の心の診療ガイドラインとして、「親子の心の診療マップ（子どもの心版、女性の心版、親の心版）」⁷⁾と「親子の心の診療のための多職種連携マニュアル」⁸⁾を作成した。一部、子どもの心版の紹介をする。

小児科医、児童精神科医など子どもの心の診療を担当する医師が、『子どもの心のみならず、親を含めた家族の心の支援もしながら、親子の心の診療を行う』ことをコンセプトに、親子の心の診療マップ（子どもの心版）を作成した。子どもの心の発達や、心の問題は、子どもが育つ環境や、養育者との関わりなどと深い関係がある。また養育者自身がどのような環境で育ってきたか、子育てについてどのような思いを持っているかなども大切になってくる。これらの視点で診療を進めていくための診療マップである（図4）。「子どもの心の問題」では、子どものライフステージ（周産期・乳幼児期・学童期・思春期）

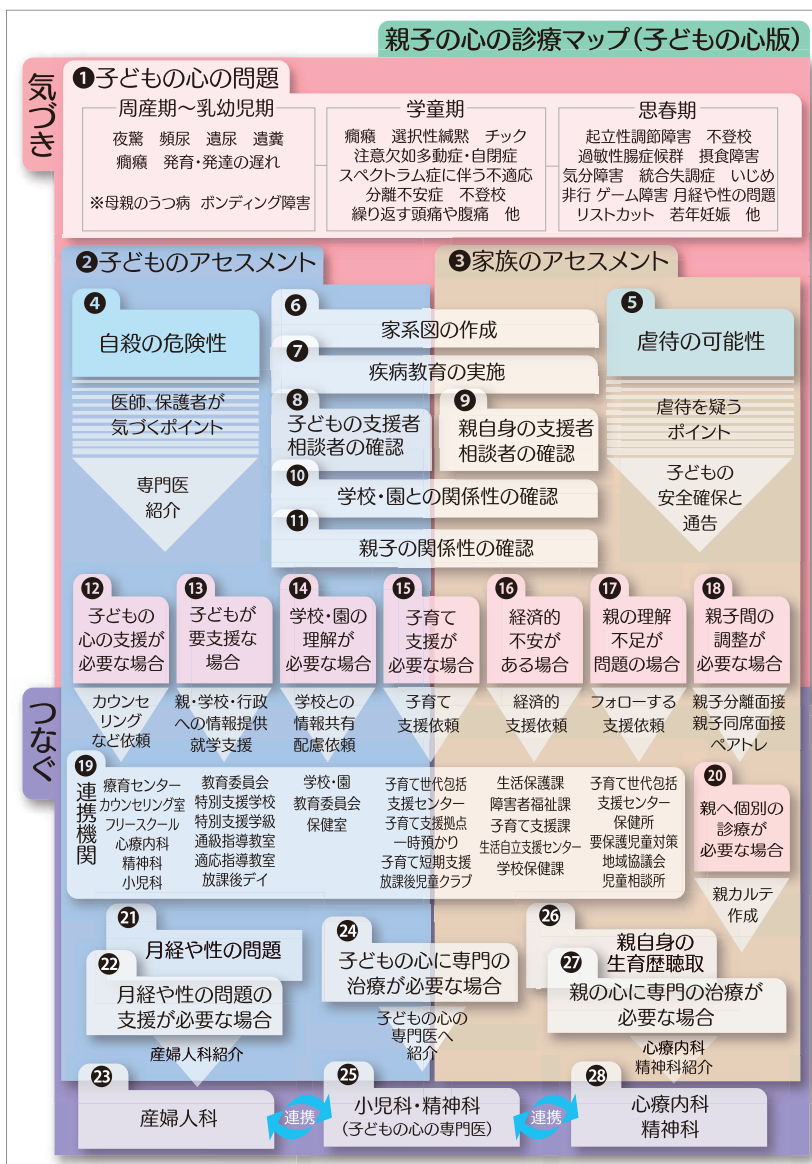


図4

思春期)によって様々な症状や疾患がある(①)。親子の心の診療マップは「気づき」と「つなぐ」の2パートに分かれ、「気づき」パートでは子どもと家族のアセスメントを行い(②,③)、「つなぐ」パートではアセスメントに基づいた支援の依頼方法や、連携部署について記載している。子どもの心版の「気づき」パートでは、どのような場合にも自殺の危険性(④)と虐待の可能性(⑤)について考えておく必要がある。そして家系図を作成して(⑥)、誰がその家庭でキーパーソンになりうるのか考える。病気について子どもと親に説明(⑦)をしたならば、子どもや親自身の支援者や相談者が身近にいるのかを確認(⑧,⑨)し、さらに子ども、親それぞれと学校・園との関係についても確認をする(⑩)。これらを評価した後に親子関係の影響や親の気持ちが生ずる子どもの症状にどう関係しているのか確認をする(⑪)。それらの情報を元に、子どもへの支援を中心に行うのか(⑫,⑬)、学校・園など環境への働きかけを優先するのか(⑭)、もしくは経済的な問題も含め家族の支援を中心に行うのか検討をする(⑮~⑰)。子どもの心の問題の解決のために、医師1人ができることは限られているので地域の社会資源(⑱)を活用して、それぞれの特徴を活かしながら連携機関に「つなぐ」ことを実施して、診療を継続していく。その様な中、子どもの心の問題の解決に親への個別な診療が必要な場合は親カルテを作成し(⑳)、親自身の生育歴を踏まえて支援を継続し、さらに専門的な治療が必要な場合は心療内科や精神科への紹介を行っていく(㉑)。同様に子どもの心の問題の解決に、各種機関との連携に加えて、より専門的な治療が必要な場合は子どものこころ専門医への紹介を行う(㉒)。また、婦人科との連携も重要である(㉓~㉕)。慢性腹痛や集中力の低下など婦人科的疾患が隠れていることもあり、月経や性の問題なども心の問題の原因になることがあり産婦人科医の支援が必要になる。

7. 子どものメンタルヘルス支援の障壁

子どものメンタルヘルス診療の必要性はプライマリケア医も含め小児医療に携わる関係者は理解しているが、障壁となるものが時間の確保とそれに見合う収益の確保になる。永光班で行った調査のひとつに、親子の心の診療の課題を抽出する目的で、約250名の心の診療医を対象に「診療時間や親の面談に要する時間の割合について」のアンケート調査を実施した。ライフステージに沿った解析では、思春期ほど一回の診療時間は長くなり、7割は30分以上の時間を費やしていた(図5)。さらに、思春期の症

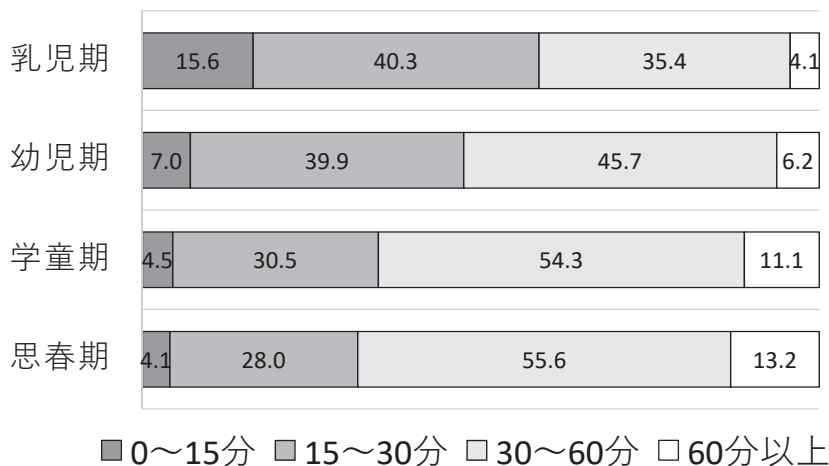


図5 心の診療に要する時間(年齢別)

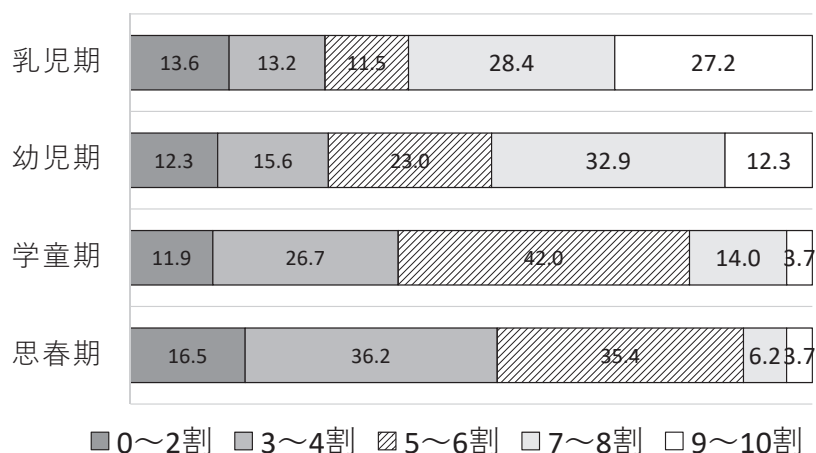


図6 親の面談時間の割合（年齢別）

例においても親の面談に診療時間の5割以上を費やす診療医が半数近くであった（図6）。現行の小児特定疾患カウンセリング料では親の面談に対しては、診療費の算定ができない仕組みになっている。子どものメンタルヘルス支援には親の協力、親への指導が必要であり、親へのカウンセリングへも小児特定疾患カウンセリング料が算定できる適応拡大を求める意見が調査でも明らかとなった⁹⁾。現状に則した医療費算定の抜本的な制度改訂が求められる。

8. Biopsychosocial な支援

子どもの心の診療は社会的ニーズが高く、今後の小児医療提供体制でも重要な位置を占める。子どもの心の診療に携わる関係者の横の連携に加え、心のゲートキーパーの役目を担うプライマリ・ケア医との縦の連携も今後強化されることが期待される（図7）。「プライマリケア医/学校医との子どもの心の診療医との連携システム構築」を構築し、心に悩みを抱える子どもやその家族が、安心して医療にアクセスできるシステムをわが国で構築していくことが必要である。ひとりの診療医・心理職の努力に委ねるのではなく、システムが子ども達を守り育ていく社会が必要である。

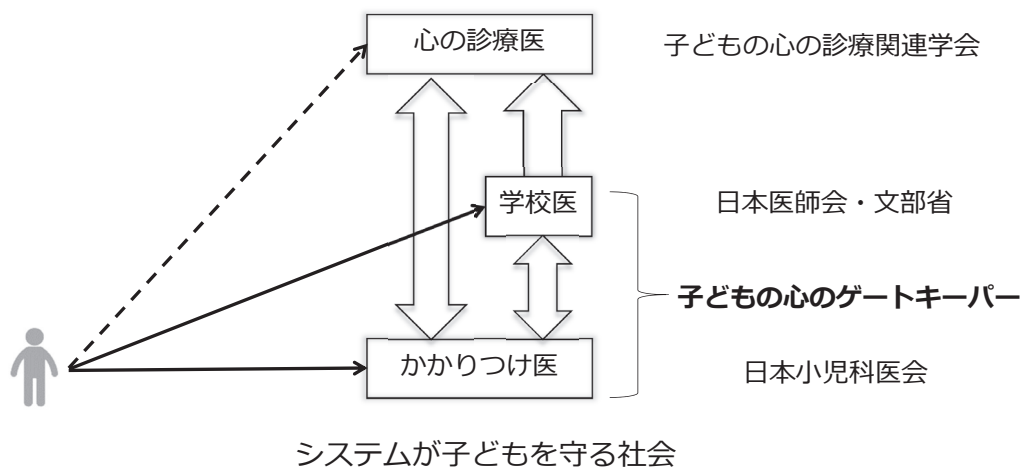


図7 「かかりつけ医/学校医との子どもの心の診療医との連携システム構築」

思春期の心身の健康を向上させるためには、biopsychosocialに包括的かつ積極的な一次予防が必要である。「思春期健診」という新たなカテゴリーを確立させることで、思春期の子どものヘルスリテラシーを向上させることが可能である。考えられる思春期健診のメリットを表記する（表1 阪下和美先生記載）。

表1. 考えられる思春期健診のメリット（阪下和美先生）

<ol style="list-style-type: none">1. 医療従事者と話すことで<ul style="list-style-type: none">・自分自身の健康を考えるきっかけを作ることができる。・医療従事者を身近に感じる。・「自分で自分のことを話す」ことを通じて自己肯定や内省を促せる可能性がある。・行動変容が促される可能性がある。2. 親と子で健診に訪れることで<ul style="list-style-type: none">・親子の会話のきっかけを作ることができる。・親の行動変容が促される可能性がある。3. 身体面・心理面・社会面を包括的に評価するため<ul style="list-style-type: none">・日常では気づかれない心理社会面のリスクを見出し、早期介入（助言、指導、カウンセリング）をすることができる。・学校健診と並行して行うことで、身体面の異常についてダブルチェックができる
--

参考文献

- 1) Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70:300-10.
- 2) Mortier P, Auerbach RP, Alonso J, Bantjes J, Benjet C, Cuijpers P, et al. WHO WMH-ICS Collaborators. Suicidal Thoughts and Behaviors Among First-Year College Students: Results From the WMH-ICS Project. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57:263-73
- 3) Nagamitsu S, Mimaki M, Koyanagi K, Tokita N, Kobayashi Y, Hattori R, Ishii R, Matsuoka M, Yamashita Y, Yamagata Z, Igarashi T, Croarkin PE. Prevalence and associated factors of suicidality in Japanese adolescents: results from a population-based questionnaire survey. *BMC Pediatr*, 2020 Oct 6;20 (1) :467
- 4) Saffer BY, Glenn CR, David Klonsky E. Clarifying the relationship of parental bonding to suicide ideation and attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 2015;45:518-28.
- 5) Holt MK, Vivolo-Kantor AM, Polanin JR, Holland KM, DeGue S, Matjasko JL, et al. Bullying and suicidal ideation and behaviors: a meta-analysis. *Pediatrics*, 2015;135:e496-509.
- 6) 永光信一郎. 思春期健診とCBTアプリによる思春期ヘルスプロモーション 子どもの心とからだ 2021; 29:359-364
- 7) 永光信一郎. 産婦人科、小児科医、精神科医、心療内科医のための親子の心の診療マップ. 令和元年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患等克服次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業））「親子の心の診療を実施するための人材育成方法と診療ガイドライン・保健指導プログラムの作成に関する研究班」2020.3

-
- 8) 永光信一郎. 親子の心の診療に関する多職種連携マニュアル. 令和元年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患等克服次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業))「親子の心の診療を実施するための人材育成方法と診療ガイドライン・保健指導プログラムの作成に関する研究」2020.3
- 9) 永光信一郎、村上佳津美. 小児特定疾患カウンセリング料の適応拡大に向けた実態調査 日本小児科学会雑誌 2019;123:1822-1827.

成育基本方針を踏まえた情報の利活用と連携の強化について

山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座教授 山 縣 然太郎

はじめに

成育基本法（正式名称「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」）における成育医療等協議会が2020年2月に立ち上がり、「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」（以下、基本方針）案が検討された。新型コロナ禍で第2回以降はWEB開催となったが、第5回で基本方針案が承認された。2021年2月9日に閣議決定され、2020年度から3年間の基本方針が施行された。

本稿では、健やか親子21（第2次）の妊産婦のメンタルヘルスに関連する項目の中間評価の概要を述べた後、基本方針における妊産婦のメンタルヘルスの支援における情報の利活用と連携の強化について概説する。

健やか親子21（第2次）における妊産婦のメンタルヘルス

健やか親子21（第2次）の中間評価（2019年に実施¹⁾）では妊婦のメンタルヘルスの関連の指標である、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%→98.0%に、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92.8%→98.0%、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区町村の割合43%→49%といずれも改善していたが、産後メンタルヘルスの啓発についてはまだ低い状態であった。

これを受けて、総評では次のように、切れ目のない支援と連携の強化の必要性を指摘している。

市区町村での取組は、例えば、エジンバラ産後うつ病自己質問票（EPDS）で9点以上を示した人へのいわゆるハイリスクアプローチと、全ての妊産婦を対象とするいわゆるポピュレーションアプローチに大別される。双方の充実が必要であるが、とりわけ、ポピュレーションアプローチについては取組が見えにくく、評価されにくいという点がある。双方の取組の見える化を図り、より積極的な支援に繋げることが必要であるとし、メンタルヘルス対策には、多機関の連携が必要であり、医療関係者（診療科として産婦人科、小児科、精神科など）、市町村、保健所、児童相談所など、多領域の協働が必要不可欠である。こうした取組は、妊産婦支援を担う市町村が中心となることが基本であり、子育て世代包括支援センターなどにおいて積極的に取り組まれることが求められている。加えて、更に専門的な支援や、広域連携が必要となる際には、都道府県が主体となり、中核となる拠点病院と連携する等、より専門的、より広域的ネットワーク作りの役割を果たすことが期待される。更に、今後は、同じ悩みの経験を持つピアカウンセリング等の取組も期待されているとした。

上記の取組の見える化は情報の利活用による図表や連携の俯瞰図の活用を意味している。

基本方針では、妊産婦のメンタルヘルスについては本人のみならず子どもの心身の発達にも影響を及

ほし、養育不全のリスクになるとの認識から、精神疾患を合併した妊産婦への対応ができるように多職種が連携して対応できる体制整備を図るとしている。

情報の利活用の意義

情報の利活用は健康政策において不可欠であることは言うまでもない。目的は2つある。政策のための活用と個別支援のための活用である。前者は、現状把握、計画作成における指標および目標値の設定、評価といったいわゆるPDCA（Plan Do Check Act）サイクルを回すための活用である。前述した健やか親子21（第2次）の指標の評価などはこれにあたる。後者は乳幼児健診等での発育発達や疾病状況の把握と支援のための活用である。

活用できる情報は様々である。人口動態統計、学校保健統計など統計法に基づく統計情報、乳幼児健診等で得られる個別の情報、新たに調査のために入手する情報などである。これらをいかに活用できるかが課題となっており、筆者らは、健やか親子21推進のための厚労科研研究班で活用方法について研究し、提案してきた。そのポイントは、情報は個人から発して個人に戻るということである。例えば、乳幼児健診の情報は当事者の健康支援を一義的な目的として収集しているが、それを集団として分析することで地域の現状把握につながりPDCAサイクルなどに2次的に活用できる。また、その地域の現状を踏まえて、当事者への支援のあり方を検討することができるということである。すなわち、情報利活用の2つの目的は相互関係にあるということである。

情報利活用の現状と課題

情報利活用の意義は現場でも共有できるが、効果的に運用できていない現状である。それは基盤整備が不十分であることが一因として挙げられる。すなわち、電子化、ネットワーク、問診票などの標準化ができていないこととこれらを担う人材不足がある。

情報利活用の基盤として、マイナンバーの活用がある。現在、定期予防接種および乳幼児健診、妊婦健診についてはマイナンバーを活用して、市区町村が登録を行うことによって、本人がマイナポータルで情報を確認することができる。また、親子が転居した場合など転居先の自治体で情報を共有することが可能となっている。乳幼児健診の電子化は2020年6月からの運用であったが、新型コロナ禍の影響で整備が遅れている自治体が多い。

健やか親子21（第2次）の指標のうち、乳幼児健診で収集できる情報については、問診票に組み込むなどして収集し、個別支援にも生かせるように、入力集計システムを提供している。しかし、情報収集のみを行い、活用ができていない自治体が多く存在しているのが現実である。もちろん、独自の問診票で情報を収集し、利活用している自治体は多いが、問診項目や質問や選択肢の文言が異なっていると他の地域との比較ができず、事業（介入）効果の違いや地域格差を評価することが難しい。

情報の利活用を担う人材は本来情報を活用する担当者であることが望ましいが、技術的な面で実施できていない場合が多い。リアルタイムで電子化できるデータ収集の仕組みや保健師など担当者が日常的に活用できる簡便なソフトの導入などにより改善できるのではないだろうか。

成育基本法における情報の利活用の位置づけ

母子保健情報の利活用については、国民運動計画である「健やか親子21」の主要な推進方略であり、厚生労働科学研究で継続的に検討されてきた。その健やか親子21は成育基本法の保健領域の核として位置づけられている²⁾ (図1)。よって、保健領域における情報の利活用については、健やか親子21の成果を踏まえたものとなる。

成育基本法における情報関連の記載は第15条の記録の収集等に関する体制の整備等に規定されている(表1)。成育に関わる情報を胎児期から学童期まで経年的にデータベース化(PhR: Personal Health Record)して活用すること、子どもの死因原因を解明することによって防げた子どもの死を繰り返さ

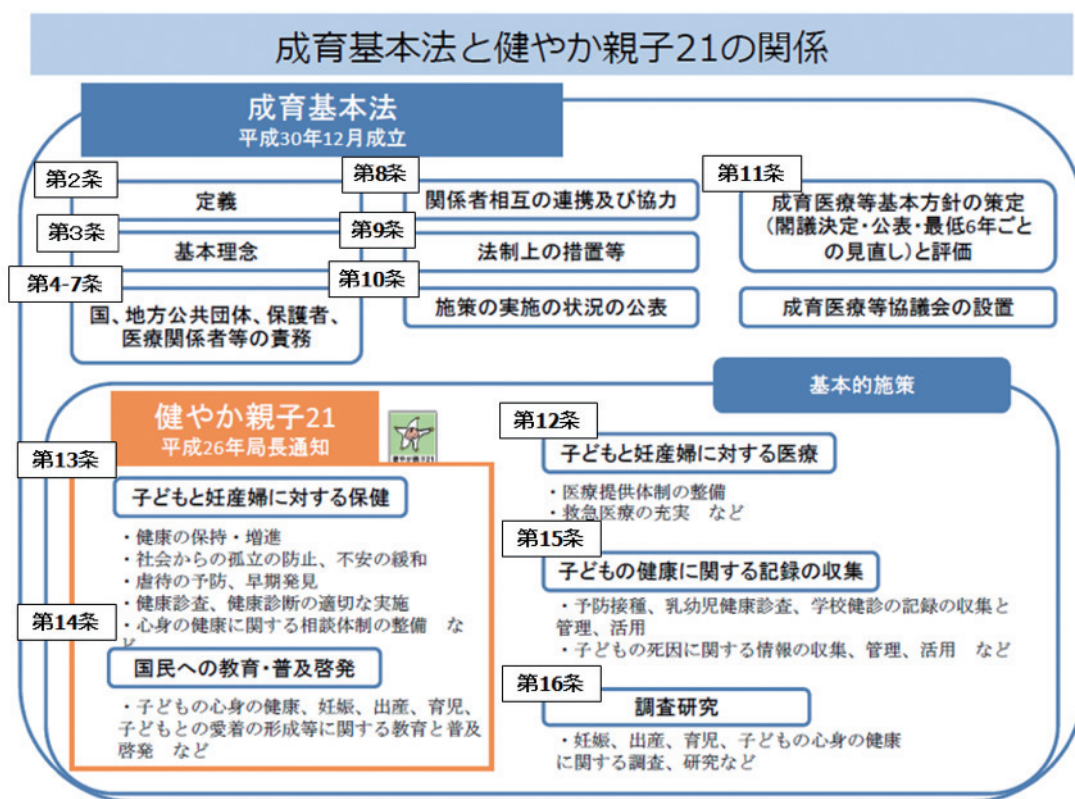


図1 成育基本法と健やか親子21の関係 (厚労省資料に山縣加筆)

表1 成育基本法第15条

<p>(記録の収集等に関する体制の整備等)</p> <p>第十五条 国及び地方公共団体は、成育過程にある者の心身の健やかな成育に資するため、成育医療等に係る個人情報の特性に配慮しつつ、成育過程にある者に対する予防接種、乳幼児に対する健康診査及び学校における健康診断に関する記録の収集及び管理並びにその情報の活用等に関する体制の整備、当該情報に係るデータベースの整備その他の必要な施策を講ずるものとする。</p> <p>2 国及び地方公共団体は、成育過程にある者が死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報に関し、その収集、管理、活用等に関する体制の整備、データベースの整備その他の必要な施策を講ずるものとする。</p>

ない対策につなげることが主な内容である。この規定により、今後さらに情報の利活用について推進されると期待される。では、具体的に何がなされなければならないのか。これは、今後、基本方針に基づく指標と目標値の設定がなされ、その実現のためのアクションプランで明確にすることになるだろうが、ここでは妊産婦にメンタルヘルスの支援についての情報の利活用を具体的に提案する。

妊産婦のメンタルヘルスの支援における情報の利活用

個別支援における情報の利活用においては、情報を収集する目的は何か、必要な情報は何か、それをいつ、誰が、どのように収集して、どのタイミングで、だれがそれを活用するかを明確にしておく必要がある。妊娠届出時から時系列に目的と必要な情報、入手方法および活用について表2に示した。

ここで留意したいことは、表2に示した内容を事業実施前に決めて、関係者で共有しておくことである。また、個人情報の保護についても十分に検討して、個人情報不正に使われないようにする必要がある。

表2 妊産婦のメンタルヘルスに必要な情報と収集及び活用

時期と対象	目的	項目	収集方法
妊娠届け出時 全員	<ul style="list-style-type: none"> ・現状把握（メンタルの状態、家族、経済状態） ・連携の必要性の判断 	<ul style="list-style-type: none"> ・K6等を用いたメンタルヘルスの評価 ・身体健康状態 ・家族構成、就労状況、世帯収入（もしくは、主観的経済状態） ・妊娠をしてうれしかった等の妊娠に対する本人や家族の思い ・妊娠・出産・子育てに対する不安 	地域の保健師、助産師が妊娠届け出時の問診や自記式質問票により収集
妊娠中 妊娠中期に全員 支援が必要な妊婦には複数回	<ul style="list-style-type: none"> ・経過把握 ・連携の必要性の判断 	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠届け出時に課題となった項目の変化 	地域の保健師が産科医療機関と連携して、対面や電話など本人の様子が確認できる方法で情報の収集
産後2週から4週 全員	<ul style="list-style-type: none"> ・経過把握 ・産後うつスクリーニング ・連携の必要性の判断 	<ul style="list-style-type: none"> ・エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）（産後1か月が妥当） 	こんにちは赤ちゃん事業もしくは産婦健診時に保健師、助産師、医師により収集

連携のあり方

基本方針には「妊娠期から子育てに至る期間において、子どもとその保護者等との関係性を重視し、その健全な成育過程の軽視に資するよう、産婦人科、小児科等との連携し、妊産婦等に対するメンタルケアを推進する」とある。連携のツールとなるのが情報の共有であり、また、関係者が顔の見える関係にあることが重要である。その実践例を紹介する。

地域における妊産婦のメンタルヘルスの支援として長野県須坂での取り組みがある³⁾。これは妊娠届け出に保健師が面談を行って心理社会的リスクを評価するとともに母親との関係性を築くこと、周産期メンタルヘルスケアについてのクリニカルパスを作成して、医療・保健・福祉関係者の連携を行う

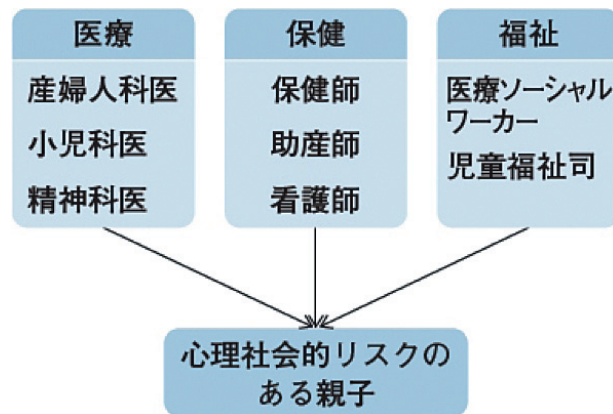


図2 須坂トライアル (立花良之 医学会新聞 2020年8月24日³⁾ より)

こと、そして、関係者によるケース検討会議を行って顔の見える連携を構築するという3つの側面からなっている (図2)。これにより、多職種による検討ケースが増えて連携した支援が強化されたり、EPDSの得点がさがるなどの効果が出たと報告されている。

また、産後うつに関しては、夫、パートナーのメンタルヘルスケアの必要性も健やか親子21 (第2次) の中間評価でも指摘されており、産前産後メンタルヘルスケアには家族全体を支援する体制が必要である。

おわりに

子育て世代包括支援センターが2020年度にすべての市区町村に設置されることになっている。基本計画でも切れ目のない支援の拠点として期待されており、妊産婦のメンタルヘルスケアに対しても、情報の利活用、連携のハブとして大きな役割を担う。

参考文献

- 1) 山縣然太郎：成育基本法と健やか親子21. 小児内科 52 (12) : 1720-1724. 2020.12 山縣然太郎：成育基本法による健やか親子21の推進に期待を込めて. 母子保健情報誌 (5) : 52-55. 2020.
- 2) 山縣然太郎：成育基本法と健やか親子21. 小児内科 52 (12) : 1720-1724. 2020.
- 3) 立花良之 切れ目のない妊産婦メンタルヘルスを 医学会新聞 2020. https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2020/PA03384_02 (2021年3月15日確認)