

Title	オンライン技術を活用した母子保健メンタルケアに関する提言： 母子が心身ともに健康でいられる社会の実現に向けて
Sub Title	
Author	水口, 高翔(Mizuguchi, Takaha) 村瀬, 賢芳()
Publisher	慶應義塾大学 博士課程教育リーディングプログラム オールラウンド型「超成熟社会発展のサイエンス」事務局
Publication year	2018
Jtitle	超成熟社会発展のための政策提言書 (2018. ) ,p.[1]- 20
JaLC DOI	
Abstract	<p>提言の目的 近年、産後うつや児童虐待の問題が顕在化している。少子化が進む超成熟社会において、女性が安心して出産・子育てできる環境の整備は急務である。しかし母子メンタルケアの対策は未だ不十分である。本提言では、産後メンタルケアの重要性を再認識し、母子の心のケアを効果的かつ効率的に展開していくことを目的とする。</p> <p>提言内容と実現方法 提言内容を達成するために以下の3点に関して実現を目指す。</p> <p>①新生児訪問時において産後うつ自己質問票 (EPDS) によるスクリーニングを義務化 本提言では、効果的かつ効率的なオンラインメンタルケアを展開するために、母子保健法第十三条の改訂により、エジンバラ産後うつ自己質問票 (EPDS) を、乳幼児家庭全戸訪問時において全国的に実施することを義務化し、その1/2の金額を国が負担することを提案する。</p> <p>②周産期電子カルテネットワークの構築 各自治体の医療圏において、周産期電子カルテネットワーク共有が不十分であれば、③に関する助成金は算定できないものとする。周産期電子カルテネットワークを構築していない地域については、他の地域で先行している事業を参考に助成金などを活用しながら進めていくことが望ましい。</p> <p>③産後うつオンライン外来 (仮称) の初回対面条件付き緩和と初回無償化について検討委員会を設置し、特区を活用して段階的に実装 EPDS高得点者及び異変が見つかった方に対して、産後うつオンライン外来の初回無料クーポンを発行する (国が全額負担)。オンライン診療サービスは医療機関が個別に契約しているものを利用し、対象者本人が所持するスマートフォン等によって接続・診療を行う。このとき周産期電子カルテ共有とEPDS実施を前提として、オンライン診療の初回対面の原則を緩和する。本事業を実施するにはガイドライン作成が必要であり、厚生労働省において検討委員会を設置することを提案する。また段階的に検証を進めるために、国家戦略特別区域において実証研究を行うことが望ましい。</p> <p>提言先 厚生労働省 母子保健課 各自治体 子育て世代包括支援センター</p>
Notes	政策提言書07
Genre	Research Paper
URL	<a href="https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=KO12005001-00002018-0123">https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=KO12005001-00002018-0123</a>

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the Keio Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

# 07

オンライン技術を活用した母子保健メンタルケアに関する提言  
～母子が心身ともに健康でいられる社会の実現に向けて～



慶應義塾大学大学院 医学研究科 修士課程

**水口 高翔**

メンター

慶應義塾大学理工学研究科 特任教授 (非常勤)

新日鐵住金株式会社 参与 内部統制・監査部長

**村瀬 賢芳**

## 概要

### 提言の目的

近年、産後うつや児童虐待の問題が顕在化している。少子化が進む超成熟社会において、女性が安心して出産・子育てできる環境の整備は急務である。しかし母子メンタルケアの対策は未だ不十分である。本提言では、産後メンタルケアの重要性を再認識し、母子の心のケアを効果的かつ効率的に展開していくことを目的とする。

### 提言内容と実現方法

提言内容を達成するために以下の3点に関して実現を目指す。

#### ①新生児訪問時において産後うつ自己質問票（EPDS）によるスクリーニングを義務化

本提言では、効果的かつ効率的なオンラインメンタルケアを展開するために、母子保健法第十三条の改訂により、エジンバラ産後うつ自己質問票（EPDS）を、乳幼児家庭全戸訪問時において全国的に実施することを義務化し、その1/2の金額を国が負担することを提案する。

#### ②周産期電子カルテネットワークの構築

各自治体の医療圏において、周産期電子カルテネットワーク共有が不十分であれば、③に関する助成金は算定できないものとする。周産期電子カルテネットワークを構築していない地域については、他の地域で先行している事業を参考に助成金などを活用しながら進めていくことが望ましい。

#### ③産後うつオンライン外来（仮称）の初回対面条件付き緩和と初回無償化について検討委員会を設置し、特区を活用して段階的に実装

EPDS 高得点者及び異変が見つかった方に対して、産後うつオンライン外来の初回無料クーポンを発行する（国が全額負担）。オンライン診療サービスは医療機関が個別に契約しているものを利用し、対象者本人が所持するスマートフォン等によって接続・診療を行う。このとき周産期電子カルテ共有と EPDS 実施を前提として、オンライン診療の初回対面の原則を緩和する。本事業を実施するにはガイドライン作成が必要であり、厚生労働省において検討委員会を設置することを提案する。また段階的に検証を進めるために、国家戦略特別区域において実証研究を行うことが望ましい。

### 提言先

厚生労働省 母子保健課

各自治体 子育て世代包括支援センター

## 目次

1. ビジョン.....	4
2. 提言の背景.....	5
2.1. 現状認識・分析.....	5
2.1.1. 晩婚化・晩産化の進行.....	5
2.1.2. 産後うつによる自殺問題の顕在化.....	6
2.1.3. 子どもの発達への影響と児童虐待の増加.....	8
2.1.4. 保健師と心理職の連携に関する問題.....	9
2.2. 従来施策と課題.....	10
2.2.1. 産後うつ自己質問票（EPDS）の活用状況.....	10
2.2.2. 産婦健康診査事業.....	11
2.2.3. 平成30年診療報酬改正.....	12
2.2.4. 産婦人科学会によるメンタルケア専門家の育成.....	12
3. 具体的な提言内容と実施方法.....	14
3.1. 本事業の具体的実施の流れ.....	14
3.2. 対象者の規模.....	15
3.3. 本事業の位置づけと利点（従来政策との比較）.....	15
4. 本事業の実現に向けた課題.....	17
4.1. 想定される費用の概算.....	17
4.2. 連携医療機関と精神科医・臨床心理士の研修必要性に関して.....	17
4.3. 精神科受診に関する心理的抵抗への対策に関して.....	17
5. まとめ.....	18
付録.....	19
母子保健法.....	19
面談・ヒアリング先.....	19
謝辞.....	19
参考文献.....	19

## 1. ビジョン

母子が心身ともに健康でいられる社会は、超成熟社会の日本を支える礎となる。本提言のビジョンは、母子を取り巻く現状とそれが与えうる影響を国民全体が再認識し、オンライン技術を適切に保健医療現場へ応用していくことで、効果的かつ効率的に母子の健康を支え、誰も取り残されない社会を実現することである。

近年、女性の社会参加が推し進められる中、晩婚化・晩産化も加速している。産前産後の劇的な環境変化によるストレスから精神の不調を訴えるケースも絶えず、産後うつの問題が顕在化している。母親の精神不調は子どもの発達にも影響があることが明らかになっており、少子化が進む現代において、母子の心身ともに健康な社会の実現は急務である。ところが現状では母子保健とメンタルヘルスケア領域には連携の問題が生じており、産前から産後まで一貫したメンタルヘルス支援体制が築かれているとは言い難い。本提言では産後メンタルヘルスケアの重要性を再認識すると同時に、全国的な産後うつスクリーニングと精神科オンライン診療による効果的かつ効率的な母子保健メンタルヘルス事業を展開することを目的とする。

## 2. 提言の背景

### 2.1. 現状認識・分析

#### 2.1.1. 晩婚化・晩産化の進行

1985年に制定された男女雇用機会均等法から、女性の就業率は上昇し、平成26年には生産年齢の女性の就業率が70%を超えている。政府が掲げる一億総活躍社会においても、「女性が輝く社会」は一つの方針として掲げられ、女性の就労支援体制が整えてられてきている。日本の女性労働力率のグラフ(図1)を見ると20代から40代の女性の労働力率が上昇し、出産世代の落ち込みが顕著なM字型から台形に変化している。今後も母子家庭の増加や労働力不足による社会的要請も相まって、ますます働く女性が増加していくと考えられる。

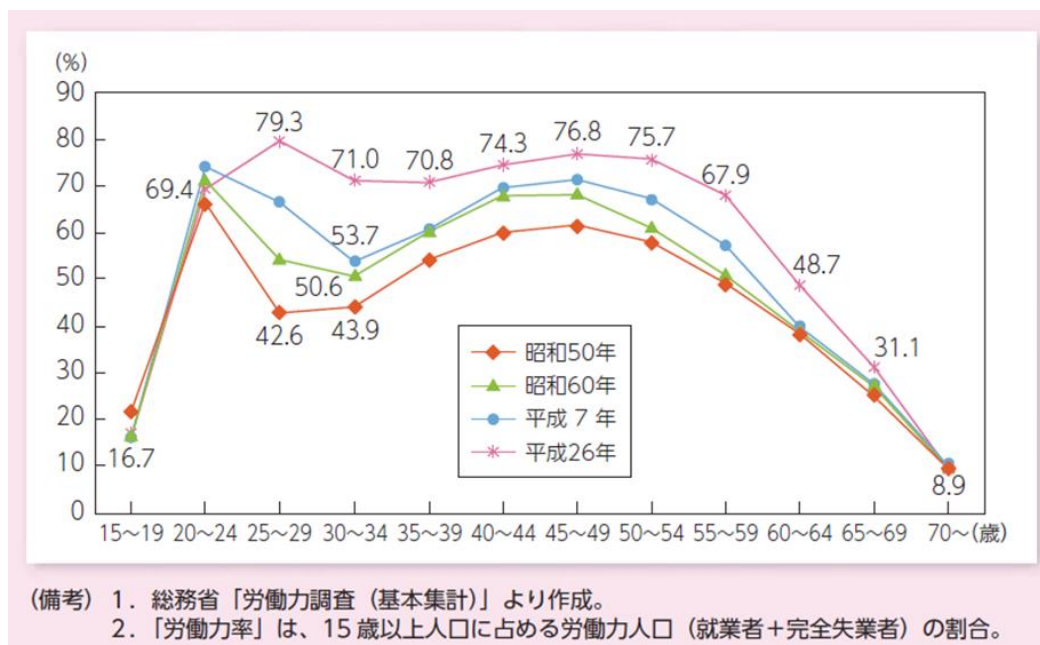


図1. 女性の労働力率変化[1]

こうした女性活躍社会においては晩婚化・晩産化が進行し、2014年の初婚年齢および初産年齢は平均で30歳を超えた(図2)。特に35歳以上の初産については高齢出産と呼ばれ、年齢が上がるにしたがって出産や育児のリスクが高まっていく。そのため晩婚化の時代は、子どもを持ちたい女性にとって精神的・肉体的に大きなプレッシャーがかかりやすくなる時代であると言える。このようなストレスは母親自身の慢性的な疲労や抑うつの原因となっている。

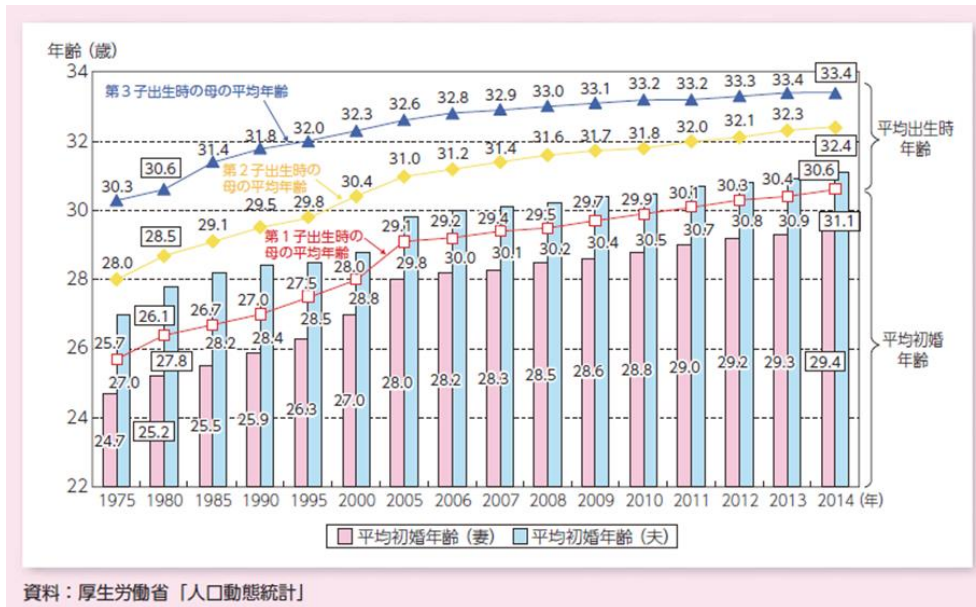


図2. 初婚年齢と初産年齢の推移[1]

### 2.1.2. 産後うつによる自殺問題の顕在化

妊産婦の死亡要因について、2015年に日本で初めて東京都による調査がなされた。竹田らは2004年から2014年の10年間のうちに63例の妊産婦自殺があったことを報告した[2]。この死亡要因のうち、自殺率が約7割を占めており、他の妊産婦死因に比べて高い水準であることがわかる(図3)。自殺した妊婦の約4割がうつ病または統合失調症であったこと、産婦の6割が産後うつをはじめとする精神疾患を有していたことも明らかになった。日本の妊産婦死亡率は海外と比べると低く、日本の周産期医療体制が高い水準にあることを示しているが、メンタルヘルスが大きく関わる自殺率については、8.7/出生10万と世界的に見ても高い水準になっているのが現状である(図4)。

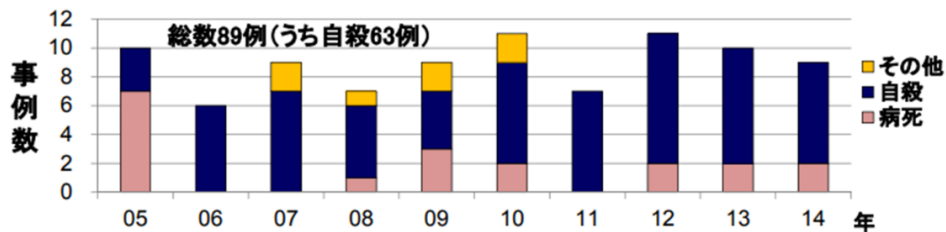


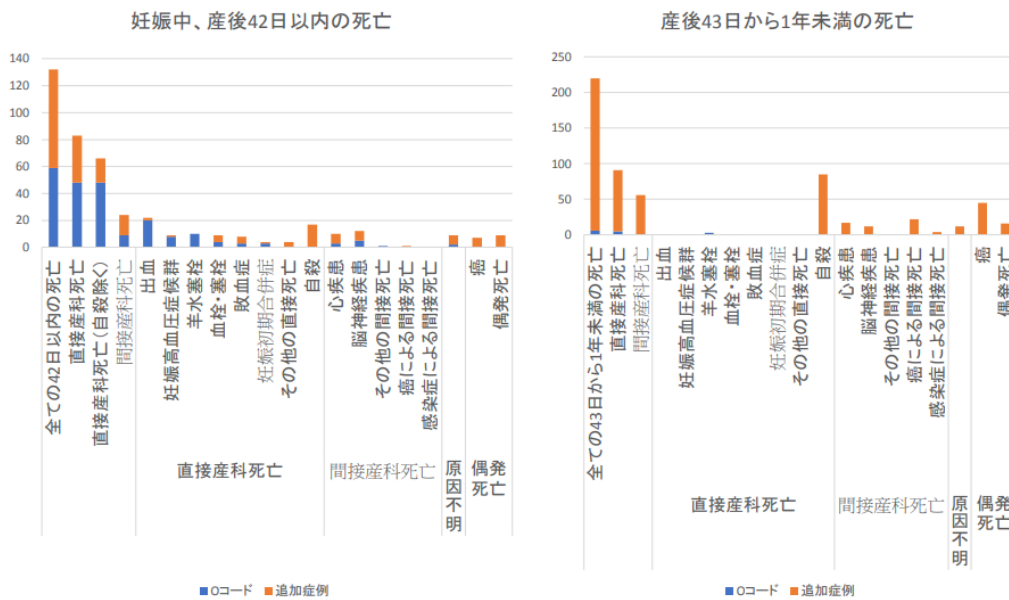
図3. 東京都における妊産婦の異常死内訳(2005年～2014年)[3]

UK & NI (2015)	Sweden (2015)	Tokyo (2016)
<ul style="list-style-type: none"> <li>期間: 2009-2013</li> <li>統計局</li> <li>妊産婦死亡率 3.7 / 出生10万</li> <li>追跡数: 101名</li> <li>自殺率: 2.3 / 出生10万</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>期間: 1980-2007</li> <li>死因統計局</li> <li>妊産婦死亡率 4.7 / 出生10万</li> <li>追跡数: 103名</li> <li>自殺率: 3.7 / 出生10万</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>期間: 2005-2014</li> <li>人口動態</li> <li>妊産婦死亡率 3.96 / 出生10万</li> <li>追跡数: 63名</li> <li>自殺率: 8.7 / 出生10万</li> </ul>

政府統計 e-statおよび東京都監察医務院と順天堂大学の共同研究より

図4. 海外との周産期自殺率比較[3]

さらに山本らは2016年に2年間の妊産婦自殺について全国的な統計調査を行った。これまでの統計では産褥期における自殺は追うことができなかったが、出産データと自殺データを紐づけることによって産褥期における自殺数を推定した。[4]この調査によれば、妊娠中から産後1年未満に死亡した女性は2年間で357人であり、うち自殺は29%を占める102人(4.6/出生10万)であることが明らかになった(図5)。これは東京都の妊産婦自殺死亡率よりも低い水準であるものの、海外と比較して高い水準にある。産後の自殺者92名については、約半数が35歳以上であり、その65%が初産(すなわち高齢出産)であった。その他の特徴として無職の世帯が多く、また自殺の時期は産後1年を通して起きていたことが挙げられている。



分類は英国のCEMD(妊産婦死亡詳細調査検討プログラム)に基づく

図5. 妊娠中・産後1年未満の死亡の死因別統計[4]



### 2.1.3. 子どもの発達への影響と児童虐待の増加

妊産婦の心の状態は本人だけでなく、子どもの発達にも影響がある。O'Connorらは7,448名の妊産婦に対してアンケート調査を行い、妊娠32週（妊娠後期）における不安と、産後における不安やうつ症状が、4歳における子どもの行動や情緒の問題に小から中程度の影響を及ぼすことを明らかにした（図6）。図6において、1以上の数値は産前（Antenatal）・産後（Postnatal）の不安（Anxiety）や産後うつ（Depression）があった人は、無かった人に比べて不注意・多動（Inattention/hyperactivity）、情緒問題（Emotional problems）、行動問題（Conduct problems）のリスク（オッズ比）が相対的に高まることを表している。

Behavioural/emotional problems	Antenatal, OR (95% CI)		Postnatal, OR (95% CI)	
	Anxiety (18 weeks)	Anxiety (32 weeks)	Anxiety (18 weeks)	Depression (8 weeks)
<b>Inattention/hyperactivity</b>				
Boys	1.13 (0.76–1.68)	<b>1.87 (1.29–2.73)</b>	1.26 (0.81–1.97)	<b>1.53 (0.95–2.46)</b>
Girls	1.33 (0.88–2.00)	<b>1.43 (0.96–2.12)</b>	1.36 (0.86–2.15)	<b>1.39 (0.83–2.32)</b>
<b>Emotional problems</b>				
Boys	1.28 (0.93–1.75)	<b>1.56 (1.15–2.11)</b>	<b>1.49 (1.05–2.11)</b>	0.98 (0.65–1.46)
Girls	<b>1.42 (1.03–1.96)</b>	<b>1.39 (1.02–1.91)</b>	<b>1.48 (1.04–2.11)</b>	1.18 (0.78–1.77)
<b>Conduct problems</b>				
Boys	1.30 (0.89–1.90)	<b>1.41 (0.97–2.05)</b>	<b>1.42 (0.92–2.17)</b>	1.34 (0.84–2.14)
Girls	1.32 (0.97–1.80)	<b>1.35 (1.00–1.83)</b>	<b>1.45 (1.03–2.03)</b>	1.10 (0.74–1.65)

図6. 妊産婦の不安・うつ症状が子どもの発達(4歳児)に及ぼす影響[5]

また厚生労働省が発表している児童虐待相談件数も右肩上がりに上昇している（図7）。幼児虐待死の約半数が0歳時に起きており、主要な要因の1つに産後うつも含まれている。虐待経験のある子どもにてんかん様の症状が見られることが知られており、虐待を受けた子どもには脳の器質的な変化が生じることが明らかになってきた[1]。虐待やDVに対する介入は専門的な知識を要し、こうした対応に心理職が果たす役割は大きい。

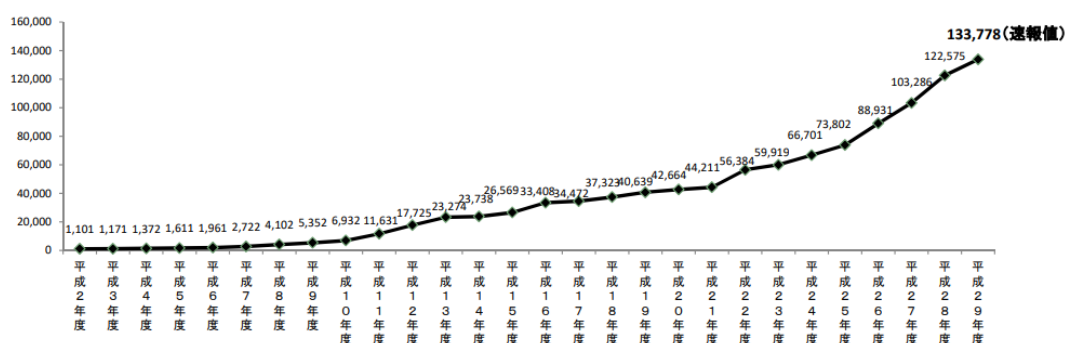


図7. 児童虐待相談対応件数の推移[6]

#### 2.1.4. 保健師と心理職の連携に関する問題

母子保健はコーディネーター的役割を担う保健師を中心として、多職種が連携しながらきめ細かなケアを展開していく。母子保健事業は母子保健法の下で行われ、その実施主体として子育て世代包括支援センターの設置が各自治体に義務付けられている。これまで取り上げてきたメンタルヘルスや子どもの発達に関する問題は、臨床心理士といった心理職が専門とする分野であるが、これまで産婦人科領域における精神疾患への対応は他の疾患に比べて遅れている。これは母子保健においても例外ではなく、保健師と心理職（臨床心理士）の連携には課題が指摘されている。瀬々倉は保健師が心理職に比べて、子どもの発達、乳幼児精神、虐待対応に困っているのに対して、心理職は保健師よりも他職種との連携に課題を感じている可能性を指摘した（図 8）。また心理職の有無によって、保健師の困っている事柄を比較したところ、心理職が在職している施設の保健師ほど、対象件数の多さと深刻な事例の多さを感じていることを指摘した（図 9）。これは心理職の介入によって、より多様な視点から母子のメンタルヘルスにアプローチできる可能性を示している。

	保健師	心理職	有意確率
子どもの発達に関する知識不足	2.99 (0.81)	2.53 (0.92)	.000 ***
カウンセリング・乳幼児精神保健の知識不足	3.46 (0.70)	2.71 (0.90)	.000 ***
子どもの虐待への対応方法	3.51 (0.65)	3.08 (0.92)	.001 **
他職種のスタッフとの連携の取り方	2.50 (0.83)	2.74 (0.84)	.053 †
他機関との連携の取り方	2.59 (0.82)	3.02 (0.83)	.000 ***
母子保健事業に関する知識不足	2.61 (0.79)	2.86 (0.78)	.026 *
自分の専門性の活用方法	2.58 (0.84)	2.59 (0.77)	.845
対象件数の多さ	2.75 (0.96)	2.66 (0.89)	.426
深刻な事例の多さ	2.83 (0.83)	2.64 (0.79)	.102
スタッフの人手不足	3.37 (0.76)	3.12 (0.99)	.132
連携できる機関の不足	3.07 (0.74)	3.20 (0.73)	.209
特に困っていることは無い	1.63 (0.79)	1.53 (0.75)	.373

† p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001 平均(標準偏差)

図8. 保健師と心理職が困っている事柄(保健師 299 人、心理職 60 人)[7]

	心理職在職	心理職不在	有意確率
子どもの発達に関する知識不足	3.04 (0.83)	2.93 (0.78)	.136
カウンセリング・乳幼児精神保健の知識不足	3.39 (0.74)	3.52 (0.66)	.135
子どもの虐待への対応方法	3.50 (0.64)	3.52 (0.66)	.712
他職種のスタッフとの連携の取り方	2.53 (0.87)	2.47 (0.79)	.625
他機関との連携の取り方	2.65 (0.86)	2.52 (0.78)	.222
母子保健事業に関する知識不足	2.62 (0.85)	2.60 (0.73)	.774
自分の専門性の活用方法	2.53 (0.92)	2.64 (0.75)	.300
対象件数の多さ	3.01 (0.91)	2.49 (0.95)	.000 ***
深刻な事例の多さ	2.97 (0.84)	2.70 (0.79)	.005 **
スタッフの人手不足	3.37 (0.78)	3.36 (0.75)	.805
連携できる機関の不足	3.03 (0.74)	3.10 (0.74)	.460
特に困っていることは無い	1.55 (0.81)	1.70 (0.76)	.053 †

† p < .10, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001      平均(標準偏差)

図9. 心理職の有無による保健師の困っている事柄[7]

## 2.2. 従来施策と課題

### 2.2.1. 産後うつ自己質問票（EPDS）の活用状況

妊産婦の約 10%が産後うつ症状を示すと言われている。これを早期に発見し、対策をすることが重要であり、精神状態のスクリーニングが重要な役割を果たす。産後のメンタルヘルススクリーニングについて一般的に使用されているエジンバラ産後うつ自己質問票（EPDS）は 10 個の質問に答えることによって、精神状態を定量化するものであり、海外も含めて広く使われている基準である（図 10）。EPDS は産褥期の変化する身体的症状によって影響を受けないように身体症状に関する項目は含まないよう工夫がなされている。各項目の配点は 0～3 点であり、合計で最低が 0 点、最高は 30 点である。記入時間は 5 分間と短い。特に 10 個目の質問にネガティブな答えがあった場合はすぐに精神科への繋ぐなどの取組みがなされている。その他にも、育児支援チェックリストと赤ちゃんへの気持ち質問票といったスケールが用いられているケースもある。EPDS は、スクリーニング検査の効果指標である鋭敏度と特異度がそれぞれ 0.75、0.93（カットオフ値が 9 点の時）と高い数値を示しており、その簡便性からも妥当性のあるスクリーニングテストと言われている。[8]しかしスクリーニング機能として大変有効であるものの、産婦人科学会で推奨されているに留まり、全国的に必ず実施をするものには至っていない。またエジンバラ産後うつ自己質問票による評価で異変があるとわかって精神科に繋いでも、病院へ行けなかったり、外出時には気が張っていて精神の不調が伝わりづらいといった理由で、継続したケアに繋がりにくい現状がある。

【質問】	
1. <b>笑うことができたし、物事のおかしい面もわかった。</b> いつもと同様にできた あまりできなかった 明らかにできなかった 全くできなかった	6. <b>することがたくさんあって大変だった。</b> はいたいてい対処できなかった はい、いつものようにはうまく対処しなかった いいえ、たいていうまく対処した いいえ、普段通りに対処した
2. <b>物事を楽しみにして待った。</b> いつもと同様にできた あまりできなかった 明らかにできなかった ほとんどできなかった	7. <b>不幸せなので眠りにかった。</b> はい、ほとんどいつもそうだった はい、ときどきそうだった いいえ、あまり度々ではなかった いいえ、全くなかった
3. <b>物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。</b> はいたいていそうだった はい、時々そうだった いいえ、あまり度々ではない いいえ、そうではなかった	8. <b>悲しくなったり、惨めになった。</b> はいたいていそうだった はい、かなりしばしばそうだった いいえ、あまり度々ではなかった いいえ、全くそうではなかった
4. <b>はっきりした理由もないのに不安になったり心配した。</b> いいえ、そうではなかった ほとんどそうではなかった はい、時々あった はい、しょっちゅうあった	9. <b>不幸せなので、泣けてきた。</b> はいたいていそうだった はい、かなりしばしばそうだった ほんの時々あった いいえ、全くそうではなかった
5. <b>はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。</b> はい、しょっちゅうあった はい、時々あった いいえ、めったになかった いいえ、全くなかった	10. <b>自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。</b> はい、かなりしばしばそうだった 時々そうだった めったになかった 全くなかった

図10. エジンバラ産後うつ自己質問票

2.2.2. 産婦健康診査事業

厚生労働省では児童虐待防止の強化に向けて取り組んでおり、特に産後のケアと関わる領域において2017年から導入した産後健康診査事業の拡大を図っている。産後健康診査とは、主に産後うつと児童虐待予防の観点から、産後2週間および産後1か月に産後健康診査2回分の助成を行う仕組みである。一般的に産後の健診は助成金内に収まるため、実質健診が無料となる。しかしこの事業は主に産婦人科・助産院が事業の担い手となっており、専門的な精神ケアが必要となった場合に適切なケアに繋がりづらい課題は依然として残っている。

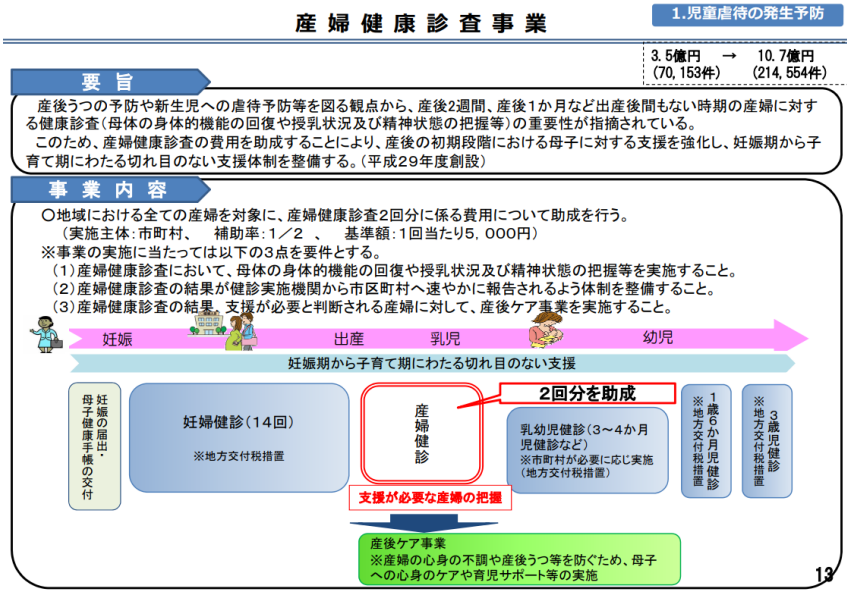


図11. 産婦健康診査事業

### 2.2.3. 平成 30 年 診療報酬改正

近年、産婦人科学会の提言により妊産婦の自殺率の高さと精神疾患への対応遅れが問題提起され、厚生労働省が問題の解消に向けて平成 30 年に診療報酬の改定を行い、妊産婦の外来受け入れを促すような診療報酬改定を行うように調整を行った（図 12）。通常、妊産婦の支援は産婦人科や地域保健が行っているため、他診療科で妊産婦の外来受け入れは医師にとってハードルが高くなっている。例えば投薬の判断において、本人だけでなくおなかの赤ちゃんへの副作用（場合によっては奇形児になったり死に至る）にも配慮しなければならず、専門にまたがる知識を要求されるためである。この妊産婦の外来受け入れに対する診療報酬の加算は、効果的な相談及びケアを展開するために有効と思われたが、実際には国民の声としては妊婦にとっての医療費負担増と批判的に受け止められ、結果的に凍結が決まってしまった（平成 31 年 1 月 1 日に廃止）。こうした批判を回避するため、対策が必要な妊産婦の疾患を特定することに加え、医療費は据え置きにするといった策が必要であると考えられる。

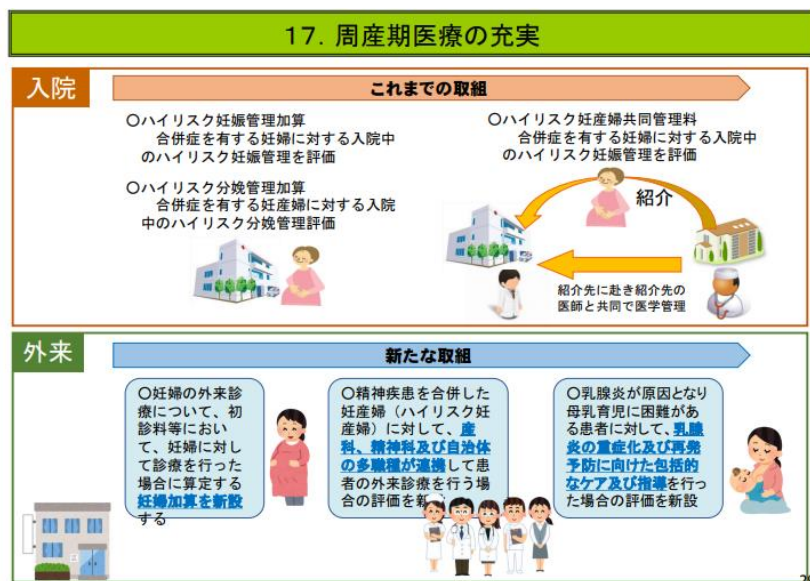


図12. 周産期医療に関する診療報酬改正[9]

### 2.2.4. 産婦人科学会によるメンタルケア専門家の育成

産婦人科学会が主体となって、メンタルケアができる周産期の専門家を育成しようと試みており、妊産婦メンタルヘルスマニュアルを出版している（図 13）。このマニュアルを通じて、産婦人科領域を起点として、妊産婦メンタルヘルスマニュアルの人材育成を進めようとする流れがある。この人材育成は有効な策であるが、専門家を一から育成するには時間とコストがかかるため、即効性のある策が望まれている。

## 妊産婦のメンタルヘルスケアに関する取り組み

妊産婦のメンタルヘルスの状態を評価し、早期に支援体制を整えることで、妊産婦の自殺対策や虐待防止につながることを目的として、平成29年3月、日本産婦人科医会が、妊産婦の心理や乳幼児の発達等の基礎知識や**妊産婦のスクリーニング手法**、**産科、精神科や小児科の連携**、**多領域協働チームの実例**等に関するマニュアルを作成。

### <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

51



図13. 妊産婦のメンタルヘルスケアに関するマニュアル(産婦人科学会)[1]

### 3. 具体的な提言内容と実施方法

#### 3.1. 本事業の具体的実施の流れ

##### ①乳幼児家庭全戸訪問時において産後うつ自己質問票（EPDS）によるスクリーニングを義務化

効果的かつ効率的なオンラインメンタルケアを展開するために、母親の精神状態をスクリーニングする必要がある。そこで母子保健法 第十三条（付録参照）において「自己質問票による妊産婦の精神保健指導を行わなければならない」ことを明記し、産後うつ評価の一般的なスケールであるエジンバラ産後うつ自己質問票（EPDS）の全国的な実施を義務化する。実施の主体は各自治体の子育て世代包括支援センター、実施時期は原則乳幼児家庭全戸訪問時とし、実施に必要な金額の1/2を国が負担する。

##### ②周産期電子カルテネットワークの構築

地域の医療圏において周産期の電子カルテを共有し、①で実施した EPDS 結果と妊娠届からの医療記録に基づいて、③のオンライン診療を実施する。医療圏における周産期電子カルテネットワーク体制が不十分であれば、③に関する助成金は算定できないものとする。周産期電子カルテネットワークを構築していない地域については、岩手県の周産期電子カルテネットワーク「いーはとーぶ」などの先行している事業を参考に他の助成金などを活用しながら進めていくことが望ましい。

##### ③産後うつオンライン外来（仮称）の初回対面条件付き緩和と初回無償化について検討委員会を設置し、特区を活用して段階的に実装

子育て世代包括支援センターは①の規定により、乳幼児家庭全戸訪問で保健師による EPDS を行う。EPDS 高得点者及び異変が見つかった方に対しては、オンライン診療に対応している連携精神科病院の産後うつオンライン外来の初回無料クーポンを発行する（国が全額負担）。連携医療機関の条件は、緊急時において必要な処置ができるように体制が確保されており、かつ対応する医師もしくは臨床心理士が母体の知識に関する研修を受けていることとする。本事業で対象とする母親は、個人の医療情報提供について理解した上で、連携医療機関のオンライン診療を受診することができる。ただし、対象者が対面診療を望む場合には、クーポンを対面診療に利用することが可能であり、また保健師が特に緊急性を要すると判断した場合には、対面での診療を勧告しなければならない。

本事業を実現するために、周産期電子カルテの記録が十分で、かつ連携医療機関が電子カルテを閲覧可能であり、さらに保健師による対面での EPDS が実施されていることを前提として、初回対面を組み合わせないオンライン診療を可能とする。これはオンライン診療の「初診対面診療」の原則を、自治体と医療機関の連携が十分である場合に限定して緩和するものである。（例えば、禁煙外来などリスクが低いものでは、条件付きで対面を組み合わせないオンライン診療が許容されている。）

オンライン診療サービスは医療機関が個別に契約しているものを利用し、対象者本人が所持するスマートフォン等によって接続・診療を行う。精神科におけるオンライン診療の具体的な実施方法については、慶應病院精神科によってガイドラインが公開されており[11]、これに準ずるものとする。この仕組みによって、効率的に対象の母親のスクリーニングを行い、かつ効果的にメンタルケアを展開することができる。

本事業を実施するにはガイドライン作成が必要であり、厚生労働省において検討委員会を設置することを提案する。また段階的に検証を進めるために、国家戦略特別区域において実証研究を行うことが望ましい。

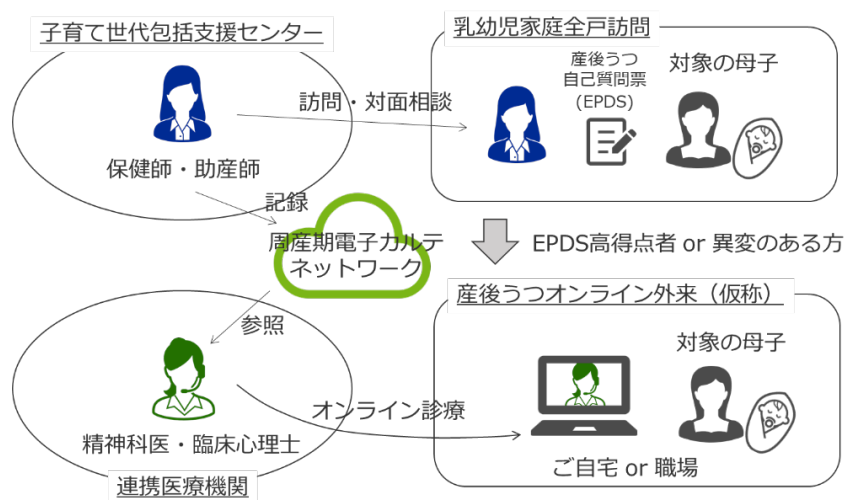


図14. オンライン技術を活用した母子保健メンタルケアの概要

### 3.2. 対象者の規模

平成 29 年の日本の出生数は約 94 万であった。[13]産後うつの割合は 10 人に 1 人とされており、約 9 万人に介入が必要と試算される。従来の施策では、産婦健康診査事業において平成 29 年度は 1 回当たり 5 千円の助成（一人 2 回まで）を 3.5 億円（70,153 件）申請しており、約 3 万人から 7 万人へ助成が行われた計算となる。これを平成 30 年は 10.7 億円（214,554 件）と拡大をしており、少なくとも 10 万人以上に支援が行き渡るような計算となる。本事業において対象とする規模は、EPDS 義務化については約 94 万人、産後うつオンライン外来については約 10 万人とする。

### 3.3. 本事業の位置づけと利点（従来政策との比較）

産後メンタルケアにおいて、在宅のアウトリーチを行う利点は非常に大きい。産後の母親は子供を置いて家から出ることに対して負担が避けられない。在宅であれば、母子の自然な状態を見ることができるといった利点もある。例えば産後の母親の精神状態を測る上で、その人自身だけではなく、お子さんとの接し方から心理師が気づく、もしくは助言ができるケース



がある。保健師が精神科との間を取り持つことによって、ケアの連携をスムーズにすることができる利点もある。地方の場合では、地域に密着した専門家よりも、ある程度離れていて普段は接点のない人の方が、センシティブ情報が漏れるリスクが少なくなり、心理的な負担が減ると考えられる。また近年は母子家庭も増加しており、働きながら子育てをしている場合には職場からオンライン診療を行うことで負担を軽減することが可能である。

将来性としても、5Gのような情報通信技術の革新と機械学習を始めとした解析技術の進歩によって、顔の表情や目線を解析してリアルタイムにフィードバックすることが可能になり、オンラインメンタルケアは技術的にも支援効果向上が見込まれる。

## 4. 本事業の実現に向けた課題

### 4.1. 想定される費用の概算

本事業では EPDS 義務化については既に実施している自治体もあることから国の負担は 1/2 とし、産後うつオンライン外来の初回無償化については全額を国が負担することを想定している。助成額の概算について、EPDS 義務化は約 3.9 億円、産後うつオンライン外来は約 4.7 億円となる。(下表参照)

出生数 (平成 29 年)	946,065 人		
保健師時給	2,500 円		
EPDS 実施時間	20 分	EPDS 義務化費用	394,193 千円
産後うつオンライン外来 (1 回当たり)	5,000 円		
産後うつオンライン外来 実施数 (概算)	94,607 人	産後うつオンライン 外来費用	473,032 千円

なお、EPDS 義務化費用は出生数×保健師時給×EPDS 実施時間×1/2 とし、産後うつオンライン外来費用は産後うつオンライン外来実施数×産後うつオンライン外来 1 回当たり費用とした。産後うつオンライン外来実施数は、産後うつの割合を基準に出生数の 10% として試算した。本事業は総額約 8.6 億円の助成が必要であると試算され、これは同目的である「産後検診事業」の予算請求額 (10.7 億円) と同等の金額である。さらに従来の産婦検診事業よりもアウトリーチ性と利便性に優れている。

### 4.2. 連携医療機関と精神科医・臨床心理士の研修必要性に関して

本事業の対象となる連携医療機関は緊急時において必要な処置ができるように体制が確保されていなければならない。また精神科医もしくはその指導の下で診療を行う臨床心理士は、効果的なケアを行うために母体の知識について研修を行うことが望ましい。研修内容については「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」[1]に沿って進めていくことが望ましい。

### 4.3. 精神科受診に関する心理的抵抗への対策に関して

母親によっては精神科の受診に対してネガティブな印象を持ち、これまでの施策では病院に行くことを拒否するケースも見受けられた。本事業では産後うつオンライン外来を仮称とし、実際の事業名は「こころはぐくむ育児相談 (案)」として、うつなどのネガティブな言葉は排除し、かつ子育てのための相談であることを強調することで、母親が感じる心理的抵抗を回避しながら、母親自身の心のケアへと繋げていくことが必要である。

## 5. まとめ

日本では女性を取り巻く環境が劇的に変化している。晩婚化・晩産化が進み、特に35歳以降の出産が増加することによって身体的・精神的な負担が大きくなり易い環境下にある。こうした時代背景に伴って、妊産婦の自殺問題が顕在化し、また妊産婦の精神不調は子どもの発達に影響し、少子化が進む社会において早急に解決すべき課題である。しかし妊産婦のメンタルケア体制はまだ不十分である。産婦人科、精神科、地域保健の連携に課題があるものの、未だ有効な策が打ち出せていない状況がある。

今回は、母子保健においてEPDSによるスクリーニング機能を強化して、母子保健とメンタルケアの連携を円滑にし、さらにオンライン技術を活用した母子メンタルケアを展開していくことでアウトリーチ性を強化することを提案した。本提言により、すべての母子が取り残されることなく、心身ともに健康でいられる社会が実現され、超成熟社会を迎えた日本が次代の担い手である若者を守り育てるための基盤づくりに繋がることが望まれる。

## 付録

### 母子保健法

#### 第二章 母子保健の向上に関する措置

(健康診査)

第十三条 前条の健康診査のほか、市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない。

2 厚生労働大臣は、前項の規定による妊婦に対する健康診査についての望ましい基準を定めるものとする。

### 面談・ヒアリング先

- 慶應義塾大学病院 医学部精神科 岸本泰士郎 先生
- 岩手県立大船渡病院 産婦人科 小笠原敏浩 先生
- 一般社団法人 遠野みらい創りカレッジ 様
- 岩手県遠野市役所 健康福祉の里 様
- 岩手県遠野市役所 子育て応援部こども政策課 様
- 認定 NPO 法人 心の架け橋いわて 鈴木満 先生
- 大分県別府市医師会 様
- 神奈川県川崎市役所 精神保健福祉センター 様
- 神奈川県川崎市役所 健康福祉局地域包括ケア推進室 様
- 神奈川県川崎市役所 こども未来局こども保健福祉課 様

### 謝辞

本提言に関する調査・研究を進めるにあたり快くヒアリングにご協力頂きました行政ならびに医療機関、NPO法人の皆さまにお礼申し上げます。また、ご支援を頂きました慶應義塾大学リーディングプログラム事務局の先生方、貴重なご意見を賜りました村瀬先生を始めとするメンターの先生方に感謝申し上げます。

### 参考文献

- [1] 公益社団法人 日本産婦人科医会、「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」、平成 29 年 7 月
- [2] 竹田 省、「妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦」、日産婦誌、68(9): 1815-1822, 2016
- [3] 中医協資料、「個別事項（その 3：救急、小児・周産期等）」、平成 29 年 10 月 11 日
- [4] 国立成育医療研究センター、「日本の妊娠中・産後の死亡の現況からわかること」、2018 年 9 月 5 日
- [5] O’Conner TG *et al*, Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children, The British Journal

of Psychiatry, 180(6), 502-508, 2002

- [6] 厚生労働省、平成 29 年度 児童相談所での児童虐待相談対応件数<速報値>、2018 年 8 月 30 日
- [7] 瀬々倉、母子保健領域における心理職の役割に関する全国調査、2010 年
- [8] 岡野禎治 他、「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」、1996 年
- [9] 日本医師会、平成 30 年度診療報酬改定について、平成 30 年 3 月 5 日
- [10] 厚生労働省、第 8 回 子ども家庭福祉人材の専門性確保 WG、平成 29 年 10 月 17 日
- [11] 遠隔精神科医療手引書策定タスクフォース、「精神科領域における遠隔（オンライン）診療のための手引書」、2018 年 12 月 1 日
- [12] 一般社団法人日本臨床心理士会、第 7 回「臨床心理士の動向調査」報告書、平成 28 年 4 月
- [13] 厚生労働省、平成 30 年(2018)人口動態統計の年間推計、平成 30 年 12 月 21 日、  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikai18/dl/2018suikai.pdf>
- [14] 厚生労働省、オンライン診療の適切な実施に関する指針（案）、平成 30 年 3 月、  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000197016.pdf>