各論13-1 医療・保健・福祉の連携 アウトリーチ

要 約

母子保健において，妊娠中および産後の母子にはさまざまな職種・機関がかかわる．また，周産期メンタルヘルスの支援において，精神科でできることも限られている．それゆえ，周産期メンタルヘルス対応では精神科の診察室での治療だけでサポートが完結せず，母子保健のさまざまな職種との連携が必要となることが多い．本項では，周産期メンタルヘルスケアにおいて，母子保健にかかわるさまざまな職種・機関との連携のあり方について取りあげる．

Ⅰ．**多職種連携における「顔の見える連携」づくりの場，および共通認識のプラットフォームの重要性**：多職種で連携する地域の母子保健システムを構築するうえでは，関係者間の「顔の見える連携」がきわめて重要であり，関係者が一同に会して意見交換や検討会，あるいはケアプラン会議などを行うような仕組みが，地域の母子保健システムのなかに組み込まれるとよい．

Ⅱ．**患者のアセスメント**：母子保健関係者の間で母子をどのようにアセスメントし，ケアしていくかの共通認識をもつことで連携がスムーズになる．母親のこころの不調があるとき，母親の精神症状への緊急性・家庭状況・児の安全性の確保に留意するとよい．

Ⅲ．**産科医療機関からのアプローチ**：産科医療機関からのアウトリーチを含めたアプローチは，スタッフがすでに妊産婦との人間関係ができていることと，児を含めた状態の把握ができていることから，妊産婦も安心感をもって受け入れられ，支援者の介入およびその内容や効果の評価がスムーズに行える．

Ⅳ．**産科・保健機関と精神科との連携**：産科・保健機関と精神科の連携において，メンタルヘルスのスクリーニングや問診による見立てをもとに，各関係機関の見立てや対処方針について確認する．また，本人のみならず，家族全体についての精神医学的評価を関係機関と共有し，対応を考えていく．

Ⅴ．**児童虐待や養育不全の可能性が疑われた際の対応**：親の養育態度から，児童虐待や養育不全

の可能性が疑われるときは，地域の児童福祉や母子保健と連携を取って支援を行う．

Ⅵ．新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミックを含む危機的状況・災害時における対応：妊産婦は，心身障害者などとともに「災害時要援護者（災害弱者）」に含まれており，精神疾患を合併した妊産婦は災害時などの危機的状況において，特別な配慮が必要であり，重点的に支援を受けるべき対象であるといえる．支援にかかわる各職種・機関が，平時から顔の見えるつながりをもち，連携やアウトリーチの枠組みを構築しておくことが最も有効な対応策となる．

解　説

Ⅰ．多職種連携における「顔の見える連携」づくりの場，および共通認識のプラットフォームの重要性

職種が異なると日頃使っている用語やものの見方が違うことが多い．母子保健においても，普段母子に接しているさまざまな職種間であっても，自分たちが日常的に使っている用語が他の職種には通じなかったり，ケアのうえで留意している点が他の職種にとっては理解が難しいことがある．

多職種連携といっても，会ったこともない人，話したこともない人同士で連携するのは難しい．実際に会って話すことで連携はスムーズになるであろう．多職種で連携する地域の母子保健システムを構築するうえでは，関係者間の「顔の見える連携」がきわめて重要であると考えられる．そのうえでは，自治体や医師会・地域の中核医療機関などがイニシアチブを取り，関係者が一同に会して意見交換や検討会，あるいはケアプラン会議などを行うような仕組みが，地域の母子保健システムのなかに組み込まれるとよいと考えられる[14]．そのような地域母子保健システムにもとづく母子の支援は，地域の養育者のメンタルヘルス向上に有効である[17]．

Ⅱ．患者のアセスメント

「どのようなときに，どのように対応すればよいかわからない」「どこに相談すればよいのかわからない」ことが多職種連携の難しさの背景にある[15]．このような問題を解決するうえで，母子保健関係者の間で母子をどのようにアセスメントし，ケアしていくかの共通認識をもつことで連携がスムーズになると考えられる．下記はそのような共通認識のプラットフォームの1例である[15,16]．

図 13-1，2 のフローチャートでは，母親のこころの不調があるとき，母親の精神症状への緊急性・家庭状況・児の安全性の確保に留意し，地域の保健センター母子保健担当部署の保健師，精神科救急や精神科医療機関，女性相談センター，児童福祉といった他機関とどのようなときにどのように連携して本人や家族の支援を行うかについての内容となっている．

周産期のメンタルヘルスケアにおいては，まず，母親の精神症状への緊急性がどのくらいかの見立てが重要である．これは，周産期の妊産婦では，産褥精神病や重症の産後うつなどで自傷・他傷などの危険が懸念され，迅速な対応が必要なケースが存在するからである．緊急性がある状況としては，

①自殺念慮・希死念慮があり，本人がその気持を自分で抑えることができない場合
②精神病症状（幻覚・妄想など）が急に出現または悪化した場合
③自分やまわりの家族・他人を傷つけてしまう危険性がある場合

が挙げられる[9]．緊急性があるときの具体的な対応については，各論 13-2「医療・保健・福祉の連携　精神科救急」の項を参照されたい．

産科スタッフが対応に苦慮することが多いこととして，緊急性はないが精神科に紹介したほうがよいかどうか迷う場合がある．本人の精神症状によって本人や家族の日常生活に著しい支障をきたしている場合は，精神科に紹介する

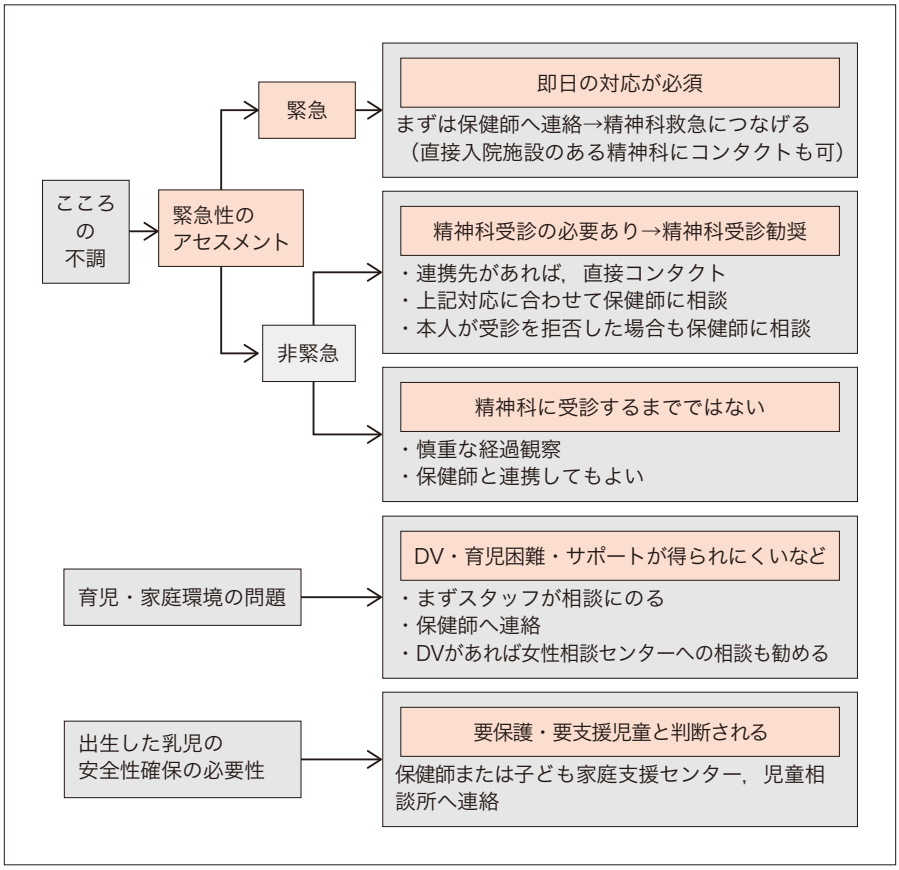

図 13-1　分娩施設用対応フローチャート

（文献 16 より改変して引用）

ことが推奨される．母子保健関係者から紹介を受ける側の精神科医として，そのような精神症状があるかについて紹介側と検討し，対応を考えるとよいであろう．

母子保健における周産期メンタルヘルスケアにおいては，周囲の家族の支援がとても大切であるが，そのような支援者がいない場合がある．家族のサポートが得られないようであれば，産前・産後ケアやファミリーサポートなど社会資源の積極的な導入が望まれる．養育者がメンタルヘルス不調であると，児の養育に影響を及ぼし，養育不全や児童虐待のリスクにもなりうる[2,12,18]．家庭内暴力（DV）などがあるようであれば，迅速に女性相談センターなどと連携した対応が必要となる．それぞれの家庭環境に留意した内容となっている．さらに，母子保健におけるケアの特徴として，児の安全性確保に留意することの重要性がある．保護者のメンタルヘルスが著しく悪い場合は養育不全・児童虐待のリスクとなり，また，心中や嬰児殺にもつながりかねない．児の安全のリスクがあると判断されれば，地域の母子保健・児童福祉との連携が必要になる．医療機関への紹介の場合は産科医が直接連絡を取るとよいであろう．また，それ以外の母子保健・児童福祉・女性相談センターなどの機関への連携については，産科医または院内のソーシャルワークを担っているスタッフ（医療ソーシャルワーカーや看護スタッフ）が行うとよい．院内に精神科医がいて対応していれば，これらの連絡を精神科医が行うこともありうる．

III．産科医療機関からのアプローチ

妊娠期から育児期におけるメンタルヘルスの問題のうち，日常生活に大きな支障をきたすような重症といえる妊産婦はできるだけ早急に精神科医に紹介する必要があるが，すべて精神科医に紹介することは非現実的である．一方，この時期のメンタルヘルスの問題は産科医療機関あるいは保健機関から積極的にアプローチすることで早期発見が可能であり，また，妊娠・育児のこころの負担を増すような社会的要因が関連していることが多く，これらを支援・解決することによって，妊産婦が妊娠や育児に向き合うことが期待できるとされている[6]．

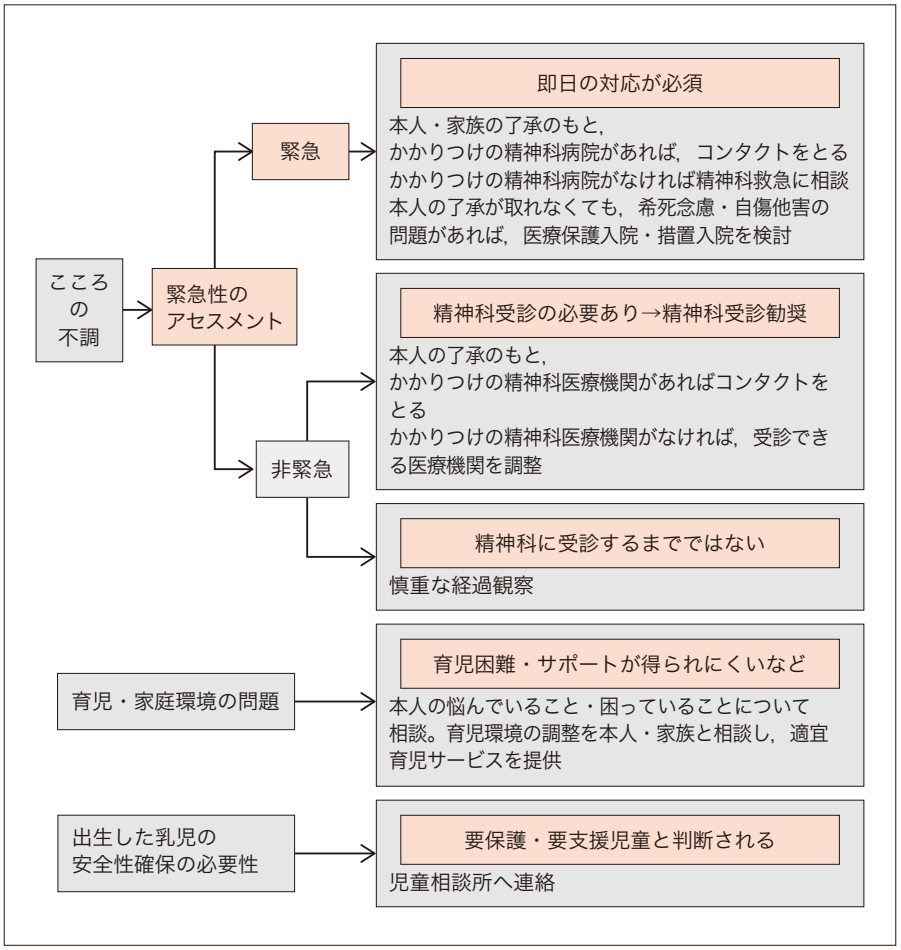

図 13-2　保健センター母子保健担当部署の保健師用対応フローチャート
（文献 16）より改変して引用）

産科医療機関からのアウトリーチを含めたアプローチは，スタッフがすでに妊産婦との人間関係ができていることと，児を含めた状態の把握ができていることから，妊産婦も安心感をもってスムーズに受け入れられるというメリットがある[22]．しかし，妊産婦のこころの負担となる社会的要因を支援することは産科医療スタッフだけでは不可能である一方で，産科医療スタッフのアプローチ・協力がなければ，支援者が介入することもその内容や効果を評価することも不可能である．

Ⅳ．産科・保健機関と精神科との連携

近年，産科医療機関において妊娠中や産後に「エジンバラ産後うつ病自己評価票」(Edinburgh Postnatal Depression Scale：EPDS)[4,11]や二質問法[13,20]などがメンタルヘルスのスクリーニングとして用いられることが増えている．2017（平成 29）年 4 月以後，産婦健康診査事業として産後ケア事業を行う自治体において産後健康診査（産後 2 週間，産後 1 ヵ月など 2 回まで）が公費補助されることになった．そこでメンタルヘルスのスクリーニングを行いメンタルヘルスケアに留意した対応を行政と連携して行うことが公的補助の要件となっており，EPDS などが以前に比べ産科医療機関で用いられるようになっている．スクリーニングで陽性となった場合など，産科・保健機関側から精神科に対応を求めてくることがある．EPDS は，産科医療機関だけでなく，保健機関でも新生児訪問時などに実施している．

産科・保健機関において，メンタルヘルスのスクリーニングで陽性となったり問診でメンタルヘルス不調が疑われたりした場合に，いまの状態が精神科治療を必要とするかどうかに悩むことも多いと考えられる．そのような際に，精神科側から見立てを伝えることがとても有益である．また，メンタルヘルス不調以外にも心理社会的なリスクがある場合に，対応をどのようにすればよいか悩んでいること

も多いであろう．その際には，精神科側が図 13-1 のような「どのようなときに，どこの機関と連携をもって，どのように対応すればよいか」について，緊急性/育児・家庭環境の問題/出生した児の安全性確保の必要性に留意してコンサルテーションし，また関係職種と共通認識をもつことが大切であると考えられる．そのなかで，各関係機関の見立てや対処方針についてよく確認したうえで，精神科側として，見立て，治療方針，家庭環境の調整など，精神医学的に重要と考えられる点を伝えるとよいであろう．また，本人のみならず，家族全体のケアについての視点も忘れてはならない．時には，児や母親の安全確保のために，見立てを関係者間で情報共有することが必要になる．家族全体についての精神医学的評価を関係機関と共有し，対応を考えていくことが大切である．

産科・保健機関と精神科との連携を後押しするため，診療報酬上もハイリスク妊産婦連携指導料 1・2 でインセンティブが設定されている．ハイリスク妊産婦連携指導料 1（1,000 点）では，産科または産婦人科を担当する医師または当該医師の指示を受けた保健師，助産師もしくは看護師が，おおむね月に 1 回の頻度で，患者の心理的不安を軽減するための面接および療養上の指導を行い，当該患者への診療方針などにかかわるカンファレンスをおおむね 2 ヵ月に 1 回の頻度で開催した場合，ハイリスク妊産婦連携指導料 2（750 点）では，精神科または心療内科を担当する医師が，精神疾患およびその治療による妊娠，出産などへの影響について患者に説明し，療養上の指導を行った場合に算定できる．どちらの指導料も，当該患者の診療を担当する産科または産婦人科を担当する医師，保健師，助産師または看護師，当該患者の診療を担当する精神科または心療内科を担当する医師，保健師または看護師ならびに必要に応じて精神保健福祉士，社会福祉士，公認心理師，市町村もしくは都道府県の担当者などが参加していることが要件とされている．上記カンファレンスはビデオ通話が可能な機器を使って行ってもよく，また，カンファレンスに市町村などの担当者が参加しなかった場合は，その都度，患者の同意を得たうえで，市町村などの担当者にその結果を文書により情報提供すればよい．

V．児童虐待や養育不全の可能性が疑われた際の対応

親の養育態度から，児童虐待や養育不全の可能性が疑われるときは，その予防に努める必要がある．その際に，地域の児童福祉や母子保健と連携して支援を行う．本人の居住地区の児童相談所・子ども家庭支援センター（児童家庭支援センター），または保健センターに連絡する．連絡にあたっては，医療スタッフが一個人の責任で連絡をするよりも，医療機関内の児童虐待防止委員会などの組織として協議し児童福祉に連絡することを決定したうえで，組織の管理者名で連絡するとよいであろう．図 13-3 は連絡文書の例である．

要保護児童対策地域協議会への参画について

要保護児童対策地域協議会（以下，要対協）は虐待を受けた児童などに対する市町村の体制を固めるため，関係機関がその児に関する情報や考え方を共有し，適切な連携のもとで対応していくために児童福祉法のもと，全国の市町村に設置されている協議会である．要対協のメンバーになることで，治療している母親の養育不全や児童虐待が疑われた場合（ハイリスクの状態や特定妊婦を含む），地域の要対協メンバーと情報共有できることが児童福祉法上，保証されている．要対協の構成員は，児童福祉関係（市町村の児童福祉，親子保健などの担当部局，児童相談所，福祉事務所，保育所，児童福祉司，児童館など），保健医療関係（市町村保健センター，保健所，医師会，医療機関，医師，歯科医師，コメディカル・スタッフなど），教育関係（教育委員会，幼稚園，小学校，中学校，高等学校，盲学校，ろう学校，養護学校など），警察・司法関係（警察，弁護士会，弁護士），人権擁護関係（法務局，人権擁護委員），女性相談，その他（NPO，ボランティア，民間団体）である．精神科医が要対協メンバーになり地域の児童虐待予防に関与を希望する場合は，市町村児童家庭主管課が窓口になる．

VI．新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミックを含む危機的状況・災害時における対応

一般的に，女性は，男性よりも災害による精神的な影響を受けやすいことが指摘されている[10]．また，女性において災害前に精神疾患に罹患していることは，災害後の精神疾患罹患の顕著なリスク要因となりうる[19]．さらに，妊産婦は，心身障害者などとともに「災害時要援護者（災害弱者）」に含まれていることから[7]，精神疾患を合併した妊産婦は，災害時などの危機的状況において，特別な配慮が必

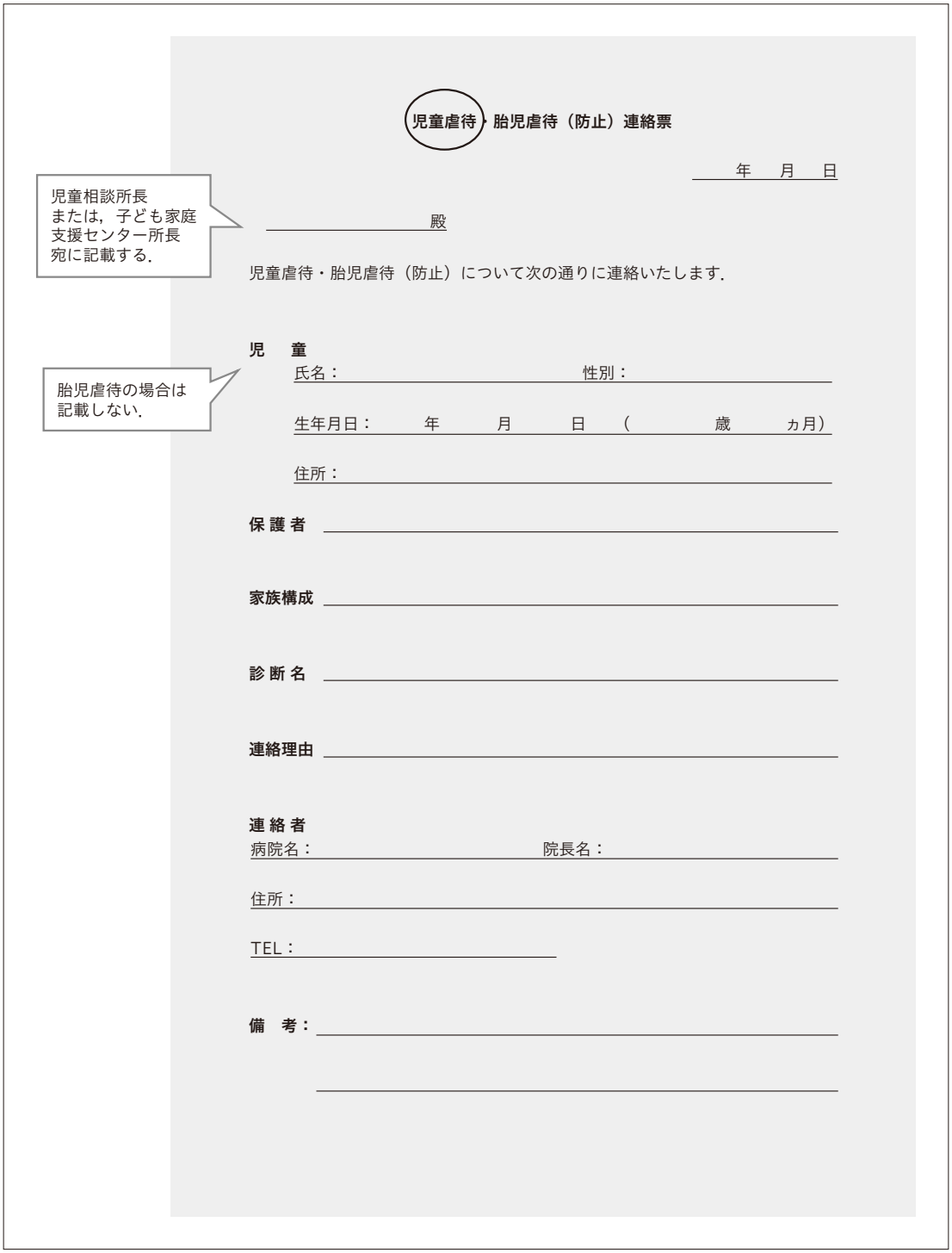

図 13-3　連絡文書の例

要であり，重点的に支援を受けるべき対象であるといえる．

COVID-19 パンデミック下においては，感染拡大抑制を目的とした 3 つの密（密閉，密集，密接）の回避や，外出自粛や休業要請などの取り組みを受け，人々の生活や社会活動に大きな影響が及んでおり，このような事態は人々にきわめて強いストレスをもたらすと考えられる[8]．例えば，不安，抑うつ，ストレス関連症状，不眠，自傷，自殺企図などのメンタルヘルスへの影響が多数報告されており[8]，その影響は，妊産婦においても同様にみられる[3,5]．経済的問題を抱えていること，孤立し支援を受けられていないことに加え，精神疾患の既往や合併，また家族歴を有する妊産婦では周産期の精神疾患罹患のリスクが高いとの予測が

なされている[21]．

上記のような危機的状況・災害時においては，平時から存在している問題点や課題が集約化されて表面化する．したがって，上記対象者の支援にかかわる各職種・機関が，平時から顔の見えるつながりをもち，連携やアウトリーチの枠組みを構築しておくことが最も有効な対応策となる．また，これからの災害時アウトリーチでは，感染拡大抑制も含め，オンラインで妊産婦の支援・相談活動を行うための体制整備も求められる．例えば，コロンビア大学医学部附属病院（Columbia University Irving Medical Center）では，メンタルヘルスケアなどの特別な支援を必要とする妊婦に対して，遠隔ヘルスサービスを開始するなど新たな取り組みがみられている[1]．

文献

1）Aziz, A., Zork, N., Aubey, J. J., et al.：Telehealth for High-Risk Pregnancies in the Setting of the COVID-19 Pandemic. Am J Perinatol, 37（8）；800-808, 2020
2）Cadzow, S. P., Armstrong, K. L., Fraser, J. A.：Stressed parents with infants：reassessing physical abuse risk factors. Child Abuse Negl, 23（9）；845-853, 1999
3）Corbett, G. A., Milne, S. J., Hehir, M. P., et al.：Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 249；96-97, 2020
4）Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R.：Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry, 150；782-786, 1987
5）Fakari, F. R., Simbar, M.：Coronavirus Pandemic and Worries during Pregnancy：a Letter to Editor. Arch Acad Emerg Med, 8（1）；e21, 2020
6）Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., et al.：Antenatal risk factors for postnatal depression：a large prospective study. J Affect Disord, 108（1-2）；147-157, 2008
7）日本精神神経学会：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミック下において親子・学校・女性のメンタルヘルスのサポート役割を担っていく学会員や，保護者・女性へのメッセージ．2020（https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/20200516_02r.pdf）（参照 2021-06-24）
8）日本精神神経学会：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行下におけるメンタルヘルス対策指針．2020（https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/COVID-19_20200625r.pdf）（参照 2021-06-24）
9）日本周産期メンタルヘルス学会：周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017．p.20-27，2017（https://pmhguideline.com/consensus_guide/cq01-20.pdf）（参照 2020-06-24）
10）Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., et al.：60,000 disaster victims speak：part Ⅰ. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. Psychiatry, 65（3）；207-239, 2002
11）岡野禎治，村田真理子，増地聡子ほか：日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）の信頼性と妥当性．精神科診断学，7（4）；525-533，1996
12）Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., et al.：Risk factors in child maltreatment：a meta-analytic review of the literature. Aggress Violent Behav, 14（1）；13-29, 2009
13）鈴木竜世，野畑綾子，金　直淑ほか：職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討―Two-question case-finding instrument と Beck Depression Inventory を用いて―．精神医学，45（7）；699-708，2003
14）立花良之：妊娠・出産・育児にかかわる各時期の保健福祉システムの現状とあり方．精神医学，58（2）；127-133，2016
15）立花良之，竹原健二，黒澤伸枝ほか：母子保健 G-P ネット構築のための環境整備についての研究．平成 25～27 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「うつ病の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の連携・協働による支援体制（周産期 G-P ネット）構築の推進に関する研究」総合分担研究報告書．p.94-97，2016
16）立花良之：母親のメンタルヘルスサポートハンドブック―気づいて・つないで・支える多職種地域連携―．医歯薬出版，東京，2016
17）Tachibana, Y., Koizumi, N., Akanuma, C., et al.：Integrated mental health care in a multidisciplinary maternal and child health service in the community：the findings from the Suzaka trial. BMC Pregnancy Childbirth, 19（1）；58, 2019
18）Takehara, K., Suto, M., Kakee, N., et al.：Prenatal and early postnatal depression and child maltreatment among Japanese fathers. Child Abuse Negl, 70；231-239, 2017
19）富田博秋：災害弱者への配慮．災害精神医学（フレデリック・J・スタッダード Jr，アナンド・パーンディヤほか編著，富田博秋，高橋祥友ほか監訳）．星和書店，東京，p.125-55，2015
20）Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., et al.：Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med, 12（7）；439-445, 1997
21）Yahya, A. S., Khawaja, S.：COVID-19 and Perinatal Psychiatry. Prim Care Companion CNS Disord, 22（4）；20com02685, 2020
22）米田ますみ，港　万里子：訪問看護室を開設し位置づけました．助産雑誌，51（11）；909-914，1997