

平成 29 年度 母子保健講習会

と き 平成 30 年 2 月 18 日（日）13：00～17：00

ところ 日本医師会大講堂

報告：副会長 濱本 史明
常任理事 藤本 俊文

基調講演

（1）子育て世代包括支援センターの目指すもの

厚生労働省子ども家庭局母子保健課

課長 北澤 潤

日本の妊産婦死亡率・乳児死亡率は戦後急速に改善し、世界有数の低率国となっている。一方で、出生率では第 3 次ベビーブームがなく、年間出生数も 100 万人以下となっている。一つには平均初婚年齢が 30 年前の 25.5 才から 30.7 才と上昇していることに加えて子育ての悩みを相談できる人が少ない、社会全体が妊娠や子育てに関心といったことも関与していると思われる。一方で、児童虐待相談件数は平成 28 年度は 12 万件を超えるほどに増加している。そのような中、児童福祉法等の一部改正で母子健康包括支援センターの全国展開（1,100 か所）が決定された。

センターの支援対象者は、すべての妊産婦・乳幼児とその保護者で、妊娠・出産期から子育て期（特に 3 歳まで）に、「母子保健」及び「子育て支援」に関するすべてを支援する窓口としてイメージされている。具体的には、①妊産婦等の状況の継続的把握、②妊娠・出産・育児に関する相談に応じ、必要な情報提供・助言を行う、③支援プランの策定、④保健・医療・福祉・教育の関係機関との連絡調整、を行うこととなる。

支援プランの策定が必要とされる具体的な例としては、

①妊産婦の例

- ・心身の不調や病気、障害などのために、自身でサービス等の利用計画の作成が難しい場合
- ・妊娠や育児への不安があり、サービスの提供を通じてより密なモニタリングが必要と判断される場合

・転入者であったり、里帰り出産をしたことで地域との関わりが薄く、地域の活用可能な資源やコミュニティの橋渡しが必要な場合

・日本語を母国語としない妊産婦である場合 等
②乳幼児の例

・児の成長・発達が気になる場合
・他機関からの支援要請がある場合 等

③配偶者やパートナー、家庭の例

- ・精神疾患等を有している場合
- ・就業が不安定である場合
- ・日本語を母国語としない場合 等

支援プラン策定に当たっては対象者が参加し、本人の意見が反映するように努めなければならない。また、関係者会議を開催し、継続的にプランの評価・見直しを行うことが重要である。

最後に健診について、市町村は 1 歳 6 か月児及び 3 歳児について健康診査を行う義務があるが、その他の乳幼児に対しても、必要に応じ健康診査を実施し、また、受診勧奨しなければいけない。現在、1 歳 6 か月健診は受診率 95.7%、3 歳児は 94.3% である。新生児聴覚検査の実施については、聴覚障害は早期に発見され適切な支援が行われた場合には、聴覚障害による音声発語発達等への影響が最小限に抑えられることから、その早期発見・早期療育を図るために、すべての新生児を対象として新生児聴覚検査を実施することが重要であるとした。しかしながら、出生時に対する初回検査実施率は 82.8% であり、特に大きな医療機関での実施率が低い傾向にあるとのことである。

(2) 周産期メンタルヘルス支援を目指して**三重大学保健管理センター****大学院医学系研究科教授 岡野 慎治**

スコットランドのデータでは周産期の精神科入院は産後 1 か月が最も多く、三重大学母子精神保健専門外来でも、妊娠期 26% に対して産褥期 70% と圧倒的に差がある。妊娠期では神経症性障害で特にパニック障害が多く、産褥期では気分障害で大うつ病性障害が多い。英国での母体死亡の主な要因は自殺・死因不明で、圧倒的に精神的な病気が原因であることが多い。周産期の自殺はカナダ 2.58/ 出生 10 万、英国 2.3/ 出生 10 万に対し、日本では 8.7/ 出生 10 万と多い。そこで 2017 年度、新たな自殺総合対策大綱の重点施策の一つとして妊産婦のうつ病と自殺対策が加えられた。

精神科から産科医に対する妊産婦自殺防止に向けた意見として、自殺念慮・自傷他害の考えや行動、母親としての役割を果たせないなどの自己不全感、新生児に対する愛情阻隔、疎遠感などの感情表出といった精神症状の把握に注意すること、また、精神病既往歴者、例えば重症のうつ病（再発性）、産褥精神病、双極性障害の既往歴のある人についてはリスクの高い母親として認識しておく必要がある。

母親の妊娠期の情動状態が、その子どもの神経発達に長期の影響を及ぼすかという英国の研究では、産前の不安やうつが子どもの注意問題・発達障害・IQ・多動及び情緒や行為問題と関連している可能性があるとのことである。

精神疾患と家族歴も重要で、反復性大うつ病性障害は産後の早期発病群に家族集積性が高く、双極性障害の女性では産褥精神病的家族歴のある割合は高いなど、注意するポイントとなる。

産後うつ病のスクリーニングとしては、エディンバラ産後うつ病自己質問（EPDS）でのチェックが良い。これの産後 1 か月での区分点は 8/9 点以上が適切と考える。従来、日本では産後 1 か月・3 か月・4 か月健診時などに配付・回収を行っている。2017 年より産後 2 週間での EPDS 配付が行われているが、この時期は結果が高得点になる傾向があるため、その評価に多大な時間と労力

を要するため適当ではないと個人的には考える。

より簡単なうつ病の包括的なスクリーニング質問は次の 2 問である。

・「過去 1 か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくて、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？」 → 抑うつ気分の質問

・「過去 1 か月の間に、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？」 → 興味や喜びの喪失

女性がこの二つの質問のどちらかに「はい」と答えた場合には、以下の 7 項目の症状を検討する。

①食欲・体重の変化、②睡眠障害、③精神運動性の制止又は焦燥、④気力の減退、⑤無価値感や罪悪感、⑥思考・集中・決断の困難、⑦自殺念慮や自殺意図

これらのうち、5 項目に該当すればうつ病を疑う。

日本産科婦人科学会では「産婦人科診療ガイドライン—産科編 2017」を作成し、この中で精神疾患についても記載している。また、日本周産期メンタルヘルス学会では「周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017 年」を刊行しているので参考にしていきたい。

〔報告：藤本 俊文〕

講演「多職種連携による子育て支援を目指して」**(1) 米国の小児の健診体制（Bright Futures）と本邦への応用の検討****国立成育医療研究センター****総合診療部総合診療科 阪下 和美**

わが国の過去 50 年間を振り返ると、社会構造は大きく変化した。高度経済成長・ベビーブームを背景に人口増加社会であった 1950 ～ 1970 年代から一転し、現在は超高齢化・少子化が深刻な課題である人口減少社会となった。核家族化の進行、就労形態の変化、結婚及び出産年齢の高齢化など、子どもを取り巻く家族のあり方も大きく変容した。さらに医学・医療における先人らの偉大な功績により、疾病構造は大きく変化した。過去に多く存在した重症感染症は激減し、子どもの大

部分が慢性的な器質的疾患をもたず軽症の感染症や外傷を経験するのみとなった。一方で、不登校や心身症など「こころの健康」を保つことが難しくなった子どもの数は増えている。また、不慮の事故による外傷は依然として小児医療の大きな課題である。

日本の小児医療はこれまで、疾病の原因究明・治療を重視してきた。その重要性はこれからも変わらない。しかし、「からだの元気な子ども」が主である現在において、子どもを取り巻く環境を積極的に評価し、「こころとからだの健康を損なうリスク」の有無を多角的に確認する姿勢が求められている。養育者の健康に対する意識や知識、養育者の育児への姿勢、家族構成と家族関係、食生活を含む生活習慣、経済状況、就学状況、学校環境、友人関係など、月齢・年齢によって重視すべき領域は異なるが、子どもを取り巻く環境には必ず「こころとからだの健康を損なうリスク」があり、しばしばこのようなリスクは表面化せず、本人・家族も気づいていないまま、健康を脅かす。乳幼児健診・学校健診は小児保健の大きな軸であるが、疾病の早期発見・早期介入（二次予防）が主目的であり、一人ひとりへの詳細な保健指導は難しいことも多い。リスクを早期に発見し、リスクに応じた保健指導・健康教育・事故予防教育を継続的に行うことで、「こころとからだの健康」を最大限に維持でき、健やかな成人期へつなげることができる。すなわち、小児期を通じて個別化した一次予防を継続することがこれからの小児医療に必要である。

言うまでもなく、基礎疾患をもつ子どもたちは「こころとからだの健康を損なうリスク」をより多く持つ。疾患の対応だけではなく健康のトータルマネジメントと家族支援は必須である。集中治療及び在宅医療の発展に伴い、医療的ケア児が増える中で、個別化した継続的な一次予防の重要性はますます高くなるであろう。

「こころとからだの健康を損なうリスク」の評価と介入を実践するにあたり、非常に参考になるのが米国の小児保健制度である。米国では出生から 21 歳までを小児期と定義し、かかりつけ医による定期的な Health supervision

visit が推奨されている。より標準化された小児期の Health supervision を全国的に展開するため、Bright Futures と銘打った全国的な健康促進戦略が 1990 年に開始された。その政策の一環として、『Bright Futures : Guidelines for Health Supervision of infants, Children, and Adolescents』が発刊され、今では全国的に普及している。

(2) 周産期のメンタルヘルス

～多職種連携の現状と課題～

日本産婦人科医会常務理事／

さがらレディスクリニック院長 相良 洋子

今世紀に入り、周産期のメンタルヘルスは世界的に重要な課題として取り上げられている。妊娠期から育児期にかけて、母と子が安心して過ごせることは、母親の心身の健康維持というだけでなく、子どもの心身の健康の礎でもあり、ひいては将来の社会を健全な方向に導くという視点からも大変重要な意味をもつ。日本の周産期医療は、母子保健の指標からみると世界に誇る高水準になっているが、精神面や社会経済的側面での支援は十分とはいえない。日本産婦人科医会では数年前からこの問題に対する取り組みをはじめ、一昨年には具体的な体制づくりを目指したプロジェクトを始動させている。プロジェクトはまだ始まったばかりで、問題は山積しているが、中でも多職種連携は重要な課題である。

(1) 心理社会的側面からみた周産期の現状

周産期のメンタルヘルスが注目されるようになったのは、児童虐待の問題が大きな契機になっている。わが国の出生数は年々減少しているにもかかわらず児童虐待の件数は増加し、ここ数年は年間 70 ～ 80 名の子どもが虐待によって命を落としている。児童虐待の背景には、精神疾患合併妊娠や育児不安だけでなく、若年妊娠や望まない妊娠、シングルマザーやステップファミリー、妊婦健診未受診、経済的困窮、DV や被虐待歴などさまざまな種類のリスク要因があり、また、これらが重複していることも多く、その病態は複雑である。

また最近では、妊産婦の自殺が身体的な合併症

による妊産婦死亡の数よりも多い可能性が指摘されており、妊産婦のうつ状態が深刻な状況になっている可能性を示唆している。

さらに児童虐待や妊産婦の不安定な精神状態は、子どもの精神・神経系の成長や発達にも重大な影響を及ぼすことが報告されており、周産期のメンタルヘルスの問題は、妊産婦だけでなく、世代を超えて子どもたちにも及んでいることが明らかになっている。

(2) 日本産婦人科医会の周産期メンタルヘルスプロジェクト

日本産婦人科医会では、平成 23 年に主に児童虐待予防の観点から、リスクのある妊産婦を早期に発見して支援に結び付けるための事業を開始していたが、その後、児童虐待の問題を超えて心理社会的支援が必要な妊産婦が広く存在する可能性が認識され、平成 28 年から従来の事業を拡大する形で新たなプロジェクトを開始している。

このプロジェクトでは、メンタルヘルスの支援が必要な妊産婦を早期に見つけて産科医療機関で支援を開始すると同時に、出産後に向けて育児支援体制を整えておくことがその目的になっており、具体的には産科医療機関で行うスクリーニングとケアのプログラムを作って普及させていくことと、複雑な問題を抱える妊産婦を長期に支援していくために多職種連携の体制を作ることが大きな柱になっている。

(3) 多職種連携の現状と問題点

多職種連携としては、行政との連携、精神科との連携が当面の課題になっている。

行政側では、子ども・子育て支援事業の一環として、子育て世代包括支援センターを中心に関係諸機関が連携して切れ目のない支援を行っていく構想が進んでおり、産科医療機関もこの体制の中で役割を果たしていくことが求められている。また、平成 29 年度には産婦健康診査事業が開始され、児童虐待や産後のうつを予防するという視点から市町村と産科医療機関の連携を促す事業として期待されている。しかし、これらの事業はまだ始まったばかりで、十分な体制がとれている自治体は少なく、産婦健康診査事業についてもごく一部で始められたに過ぎない。今後、相互の連携を

確実にしていくためには、顔の見える連携を基本に、互いの守備範囲を理解し、どのような連携体制が構築できるかを考えていく必要がある。

一方、精神科との連携では、精神科側と産科側の双方に、精神症状を伴う妊産婦の取扱いに対する戸惑いと相互の連携についての困難が認識されている。前者については、昨年、日本周産期メンタルヘルス学会がコンセンサスガイドを発表し、これによって診療上の問題は大きく前進することが期待されるが、後者については、ほとんどの地域で連携体制は不十分であり、個々の医療機関が個別に対応しているのが現状である。今後は、医療機関の役割分担を明確にし、システムとしての連携体制を作っていくことが必要である。

(3) 発達障害児の支援

－健診での気づきとその後の対応－

国立成育医療研究センター

こころの診療部部長 小枝 達也

育児不安は 1970 年代から 1990 年代に盛んに研究された。心性としての育児困難感を形成する要因として、育児への自信のなさ、母親としての不適格感、焦燥感・怒りの抑制困難、子どものネガティブな感情などがある。育てにくさの要因としては、「子どもの要因」と「親の要因」と親子を取り巻く環境の要因も絡んでいる。

正常とされる発達では、4 か月健診では、目が合い、目で対象物を追い、笑うことが人への Attention であり、そして、人の声が区別でき喃語に繋がる。9 か月から 10 か月の健診では、手の使い方ではつまむことができ、赤ちゃん芸では模倣ができる、喃語から語音の出現（マ、バ、ダなどの口唇音）が出てくる。そして期待感も出現してくる。1 歳 6 か月健診では、身体部位や絵や具体物を指差す、写真や絵本などのぶどうを食べる真似のみたて遊び、単語が 2 個以上出る、オウム返しの出現、依頼文の理解等ができる。共同注視や三項関係の設立や模倣も出現する。3 歳児健診では、色として 3～4 色まで、数は 3 つまで、また大小、長短、多少などの比較概念が出現する。90% くらいに「何が」という質問が出て、75% くらいに「どうやって」という質問が出る。

二語文から三語文の出言があり、自己主張や逆に自己抑制も（少しなら待てる）出てくる。幼稚園から小学校で、学習や行動上のつまずきがある時に、注意・叱責をされることにより、セルフエスティームの低下が起こる。そのことにより反抗的態度と自信喪失が出てきて、問題行動や不登校などとなる。

幼児期に軽度発達性の問題があり、そのことが早期発見に漏れることにより、学童期に問題が顕在化される。その時点で症状説明が不十分であると、学童期後半に学校不適応や心身症の合併を伴う。そして、医療の関わりが希薄であると思春期以降に社会への不適応となる。

療育へのきっかけとする発達障害は、乳児健診では先天性疾患、脳性麻痺、運動遅滞を伴う精神遅滞がある。1 歳 6 か月健診では重度精神遅滞や自閉症が見つかり、3 歳児健診では中途度精神遅滞や自閉症が見つかる。5 歳児健診では ADHD、LD、軽度 MR、ASD などが見つかる。

5 歳児の健診でのチェック項目は、ジャンケンの勝ち負け、しりとり遊び、会話の成立、オリエンテーションの理解（幼稚園の名前等）、物の用途（帽子はかぶるもの）、やり取りの成立や、安静閉眼 20 秒以上が可能である。5 歳時健診は育児支援の場であること、社会性発達、行動統制力が弱い子への気づきの場である、そして、修学に向けた心構えを喚起する場である。既存の健診や 5 歳児健診や 5 歳児発達相談が気づきの場であり、子育て相談や心理発達相談や教育相談が気づきを深める場で、療育と発達支援教室が指導の場となる。

幼児に接する保育士や幼稚園教諭の見る目を養わなければならない。例えば、落ち着きがないのは、1 人遊びをするのは、乱暴な行動は、こだわるのは、等に ADHD や ASD を当てはめてはいけない。パターン化して子どもを見ないことや、子どもの行動の意味を見ること、園と家庭との違いを理解することが大事である。

自閉症の有病率は 1/68 人（約 1.5%）、原因は不明で先天性の脳機能障害もある。遺伝性があり、二卵性双生児より一卵性双生児のほうが多い（1943 年の米国のカナーによる報告）。病態

としてはコミュニケーション能力障害、社会性の障害、常同的で反復行動がある。類似の用語では広汎性発達障害、アスペルガー症候群、自閉症スペクトラム障害がある。治療としては行動療法、TEACCH プログラム、薬物療法がある。

注意欠陥多動性障害の有病率は数 % であり、原因は不明であるが先天性の脳機能障害もある。遺伝性があり、1902 年に Still の報告が最初である。病態としては前頭葉の機能障害、実行機能、報酬系の障害がある。類似の用語では多動症候群、注意欠陥多動症があり、治療としては生活環境改善や薬物療法がある。

Dyslexia（ディスレクシア）は、有病率が 1 ～ 2 % であり、原因が不明又は先天性脳機能障害もある。また、遺伝性があり、1986 年 Morgan の報告が最初である。病態は音韻処理障害、左頭頂側頭部機能障害、左紡錘状回の障害、類似の用語としては、発達性読み書き障害、特異的読字障害、難読症があり、治療としては解説指導、語彙指導（T 式ひらがな音読支援）がある。

自閉症の子には「行動の変容」が優先する（特に言葉の遅れがある子）。見てわかる工夫、具体的な行動の指示や言葉かけを極力少なくすること等が理想である。会話の成立する自閉症の子には「因果関係」を教えると良い。また、直接的な表現が望ましく、比喩表現での説明や疑問形でしかると混乱が生じる。さらに、皮肉に対する理解が全くできない、指示の前に「姓名」をつけると指示が入りやすくなるといった特徴がある。

落ち着きのない子には、周囲の子どもを落ち着かせることが優先される。周囲が盛り上げていると天井知らずに盛り上がってしまう。集中力をつけさせるには「その子にやった課題」を出す。

言葉の遅い子には絵本の読み聞かせを行い、ストーリーの中で、使い方とともに言葉を教える。

最後に、忘れないでほしいのは、よき人間関係が指導の前提であり、子どものプライドを尊重する、満足する日々が子どもを育てることを忘れないでいただきたい。

〔報告：濱本 史明〕