

産後うつ病予防にむけた地域母子保健対策の現状

The Current Situation of Regional Maternal and Child Health Measures to Prevent Postpartum Depression

武井 勇介, 宮村 季浩
TAKEI Yusuke, MIYAMURA Toshihiro

要旨

産後うつ病は、母親自身の苦しみにとどまらず、児への愛着形成、家族関係、さらには、乳幼児虐待の要因とも関連し、予防的な対策がより重要となってくる。そのため、産後うつ病を始め、妊娠・出産・育児を社会全体で支えるためには、地域母子保健対策への速やかな対応が求められている。しかし、自治体における産後うつ病予防の対策は近年になってから開始され、自治体独自で展開されている現状がある。その中で、中心的役割を果たしてきた地域での看護専門職である保健師は、様々な事業や家庭訪問などで母親を支援してきているが、今後の地域母子保健対策のさらなる向上のためには、保健師の産後うつ病予防に対する支援技術の向上を始めとした、自治体における支援体制の整備が必要と考えられた。

キーワード 産後うつ病, 地域母子保健対策, 予防, 保健師

Key Words Postpartum Depression, Regional Maternal Child Health Measures, Prevention, Public Health Nurse

1. はじめに

近年、急速な少子化の進行、核家族化などに伴い、母親の育児不安や社会からの孤立、乳幼児虐待の増加など、母子を取り巻く環境は大きく変化している。また、妊娠・出産は喜ばしいライフ・イベントのひとつである反面、この時期に精神的不調を来す女性が多いことが知られている¹⁾。その中でも産後うつ病は、米国精神医学会が定める診断基準である DSM-5 に示されたうつ病の1つのタイプで、妊娠中または出産後4週間以内に症状が現れたうつ病を指している。つまり、妊娠中から出産後に生じる抑うつ気分、不眠等を主症状とした精神疾患である²⁾。特に、産後うつ病は、強い不安や自責の念、気分の落ち込みから日常生活や育児が困難になり、児童虐待や自殺の危険性が高まることもある。発症率は、10～15%で、それらの要因は、出産前後に急激に変化する体内ホルモンや、生活環境で生じるストレス、本人の体質的問題が複合的に組み合わせることが考えられている³⁾。さらに、産後うつ病は女性自身の苦しみにとどまらず、子どもの発達や行動上の問題、子どもとの愛着関係、また夫の精神状態にも影響することが明らかとなり⁴⁾、

社会的にも重大な問題として考えられ、予防の観点からも注目が集まっている。

また、2017年8月に厚生労働省が公表した、子ども虐待による死亡事例等の検証結果でも、産後うつ病を抱える母親や特定妊婦などへの対応が重要であるなど、虐待と産後うつ病との関連においても注目がされている⁵⁾。そのため、産後うつ病を発症した母親や、産後うつ病を発症する前段階での予防的な支援や対策がより重要と考えられる。

このような背景からも、わが国では2000年に母子の健康水準向上のための国民運動計画として「健やか親子21」が策定され、その主要課題には、産後うつ病の罹患率の減少が目標に掲げられた。さらに、2015年には現在の母子保健を取り巻く状況を踏まえ、すべての国民が地域や家庭環境等の違いにかかわらず、同じ水準の母子保健サービスが受けられるように「健やか親子21(第2次)」が開始され⁶⁾、産後うつ病を含めた母親のメンタルヘルスを支援する必要性が求められている。しかし、妊娠・出産・育児を社会全体で支えるためには、地域母子保健対策への速やかな対応が求められるなど、「切れ目ない支援」の具体策について見直し、実行していく必要がある。特に、母子保健は幅広い専門職が連携し、専門知識を活用しながら継続的に支える必要がある。その中でも、地域の看護専門職である保健師は、住民に身近な存在として、家庭の様子や育児への姿勢など必要な情報を得ながら継続的に支援しているため、保健師の役割

受理日：2019年7月18日

山梨大学大学院総合研究部医学域看護学系：Division of Nursing Science, Faculty of Medicine, Graduate School of Interdisciplinary Research, University of Yamanashi

はますます重要と考えられる。特に、近年、次々と変わる制度や法律、目まぐるしく変化する社会情勢に対応するために、保健師は予防の観点からの効果的な支援を考える必要がある。しかし、精神的不調を来す母親への支援は難しく、自治体における産後うつ病予防の取り組みは近年になってから開始されている現状がある。そのため、産後うつ病予防に向けた母親に対する地域母子保健対策の現状や、保健師の支援を明らかにすることは、今後の地域母子保健対策の向上を考える上で重要なことと考える。そこで、本論文では、産後うつ病の要因から、わが国における地域母子保健対策の現状と、産後うつ病予防に向けた母親に対する保健師の支援について概説する。

II. 産後うつ病の要因

産褥期は急激で大きな内分泌学的変動を伴う時期で、加えて、妊娠・出産は母親としての新たな役割を担う局面にあり、さまざまな心理的ストレスが発現しやすい時期である⁷⁾。産褥期の女性ホルモンであるエストロゲンは、子宮の発育や子宮内膜の増殖、乳腺の発達など、女性らしい体つきを促進する働きがあり、また、少量の投与では抗うつ作用を生じることが示唆されている³⁾。さらに、プロゲステロンは子宮内膜の維持(妊娠の維持)、乳腺の発達に関与し、体温を上昇させる作用があり³⁾、これらのホルモンの周期的な変動は女性の気分に変化を生じさせる要因となっている。さらに、妊娠中では、胎盤からヒト絨毛性ゴナドトロピンや副腎皮質刺激ホルモンなど、大量のホルモンが分泌される。これらのホルモンは出産後、胎盤が娩出されると同時に急激に減少し、抗うつ作用を有するエストロゲンと抗不安作用を有するプロゲステロンが短期間で急激に変化することで、産後うつ病をはじめとする周産期の精神疾患の病態に関与していると考えられている⁸⁾。また、うつ病の既往歴、月経前症候群、前回出産時の産後うつ病の既往、低収入や育児に家族の協力がえられないこと⁹⁾¹⁰⁾、低い自尊感情¹¹⁾、社交性の低さ、一般的健康異常、初産婦¹²⁾などが産後うつ病の要因としても考えられている。さらに、産後は児を中心とした生活となるため、今までの生活リズムが大幅に変化し、睡眠不足や、出産による身体的な疲労、ホルモンバランスの変化から、心身ともに疲労が蓄積する時期である。また、産後は母親自身が体の回復のために安静に過ごす時期であり、児においては、体温調整や免疫、抵抗力が未熟なため、この時期は、母子が自宅で過ごす期間が長くなる。そのため、他者との交流も減る現状がある。特に、母親は、言葉を話せない乳児と関係を築くことは、母親としての能力と向き合うことでもあり、自己肯定感が揺らぎやすくなる¹³⁾とも言われている。

つまり、産後うつ病は単一的要因にとどまらず、これらの事柄が複合的に絡み合うことで発症にいたると考えられている。これらの要因を踏まえて保健師は、妊娠期からの情報とともに、産後の母親へ関わる機会を持っている。しかし、母親が、自らの不調に気づかないことや、不調があっても訴えることは少ないため、保健師は母親の発言だけではなく、生活や育児への姿勢を総合的に捉える必要があると考えられる。しかし、現状として、保健師の支援はそれぞれ個々のアセスメントにおいて実施されていることから、保健師のスキルに差がでることが課題である。

III. わが国の妊産婦のメンタルヘルスの現状と影響

わが国において周産期医療は、戦後の母子保健衛生対策の整備と1965年の母子保健法の制定を経て急速に改善し、今や周産期死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率、妊産婦死亡率などの指標は世界のトップクラスとなっている¹⁴⁾。しかし、その一方で少子化が進行し、女性が子どもを産み育てることに困難を感じている社会でもあり、妊産婦のメンタルヘルスの問題が生じやすい要因が存在している。特に妊産婦のメンタルヘルスの問題は、自殺や虐待、また、子どもの発達にも影響することが明らかとなり、重大な事柄として考えられている。

わが国において近年まで、周産期の自殺の実態についてはほとんど明らかにされていなかった現状がある。しかし、2016年に竹田と東京都観察医務院との共同で、2005年～2014年の10年間に東京23区内で発生した妊産婦の異常死を分析し、この間に63例の自殺が明らかにされた¹⁵⁾。この数字は、同じ期間に東京23区内で起きた産科異常による母体死亡の2倍以上であり、さらに自殺した妊婦の約4割がうつ病または統合失調症であったこと、産婦の6割が産後うつ病をはじめとする精神疾患を有していたことが明らかとなり、妊産婦のメンタルヘルスケアの重要性を再認識させられる重要な報告であった¹³⁾。

また、児童虐待において、厚生労働省が公表している児童相談所の児童虐待相談対応件数は年々増加傾向であり、2017年度は133,778件¹⁶⁾で、これまでで最多の件数となっている。虐待による死亡事例は、社会保障審議会専門員会の子ども虐待による死亡事例等の検証結果(第14次報告)によると、死亡事例は67例(77人)で、そのうち、0歳が33人(42.9%)と最も多い状況となっている¹⁷⁾。また、主たる加害者は実母が52人(77.6%)で最も多く、そのうち、予期しない妊娠や妊婦健康診査未受診者である者が、高い割合を占め、それら以外にも、精神疾患や抑うつ状態、マタニティー・ブルーズなどの側面もあったことが明らかとなっている。このことから

も、児童虐待には母親のメンタルヘルスの問題が大きな要因となっている。

一方、最新の知見では、胎児期から乳児期の子どもの心身の状態が将来の健康に多大な影響を及ぼすことが明らかとなっている。特に妊娠期の抑うつや不安症状は、乳幼児の注意障害¹⁸⁾、学童期のIQの低下¹⁹⁾などの関連が指摘され、心理面での健康は、子どもの将来の人間関係の形成や社会適応の面で重要な要素であることが明らかとなっている¹³⁾。

特に、妊産婦のメンタルヘルスにおいて、産後うつ病は見逃されがちな疾患であるとも考えられている。その理由は、産褥婦の抑うつ、興味減退、不眠、無食欲などはよく見られる症状として捉えられ、精神面の不調との認識にいたらないことや、おかしいと感じても、乳児を抱えて病院に行くのは困難で、育児は大変だから多少元気がなくても仕方がないと周囲が考えるからである²⁰⁾。また、Okanoら²¹⁾は、産後うつ病に罹患した産褥婦が医療機関を受診する率は約10%であると報告している。このように、妊娠期からの母親のメンタルヘルスと母親を取り巻く環境が、生まれてくる子どもの将来の発達に影響を及ぼすことや、支援が必要な状況であるにも関わらず、支援に繋がらない現状があり、その意味で妊産婦の産後うつ病を含めたメンタルヘルスへの支援について考えていくことは重要と考えられる。

IV. 地域における母子保健対策

これまでわが国の母子保健対策は、思春期から妊娠、出産、育児期を通じて一貫したサービスが提供できるよう体系化され、各市区町村は法律に基づき母子保健サービスを展開している。その中で、母子保健サービスの出発点となる母子健康手帳交付事業は、1942年の妊産婦手帳に始まる長い歴史を有する母子保健の基本的な政策手段である。その後、1965年に母子保健法に基づく母子健康手帳となってからは概ね10年ごとに社会情勢や保健医療福祉制度の変化、乳幼児身体発育曲線の改訂等を踏まえて様式の改正が行われている。特に母子健康手帳交付事業は、妊娠早期の女性と関わる機会となり、妊娠・出産を機に顕在化する夫婦間葛藤、家族機能の変化に伴う不安など、妊婦が抱きやすい心理的問題や妊婦の精神科受診歴、さらには、社会経済的状況などを知ることができる好機となっている²²⁾。また、母子健康手帳は、母子保健法第16条において、妊産婦、乳児及び幼児に対する健康診査及び保健指導の記録を行うことを規定している。これは、当事者が主体となって健康記録を所持・記載することで、妊産婦・乳幼児に必要な保健医療支援等に結び付けるとともに、当事者自身による妊産婦・乳幼児の健康管理を促す重要な手段となっている。そのた

め、母子健康手帳は、妊娠、出産、乳幼児期の一貫した健康記録として、自らの健康管理に役立つとともに、子育て期の家族の重要な記録となっている。また、この記録を参考として保健指導や健康診査が行われるなど、母子保健対策を進めていく上でも重要な意義があるものとなっている²³⁾。つまり、母子健康手帳から捉えられる母親の生活状況や家族状況を支援者が把握することで、母親から訴えがない潜在的なニーズに気づき、産後うつ病を予防するための重要な契機になると考えられる。

また、子育て支援や虐待予防の観点から、家庭に入り支援していく母子保健対策として、保健師をはじめとした専門職による家庭訪問がある。母子保健分野において、家庭訪問を行う主な事業は、母子保健法第11条で位置づけられている新生児訪問指導事業や児童福祉法に位置づけられている乳幼児全戸訪問事業、養育支援訪問事業がある。家庭訪問は自宅での支援であるため、家庭の状況や養育状況を把握する重要な支援方法であるが、これらの家庭訪問事業は目的や内容が異なるため、それぞれの特徴を活かした効果的な支援がなされる必要がある。特に、産後に行われている新生児訪問指導事業や乳幼児全戸訪問は、かつては生まれてきた子どもを中心に成長・発達などの確認を行うことを目的としていたが、現在では、母親の精神的なサポートも重要な目的となっている。また、2015年度から始まった「健やか親子21(第2次)」での基盤課題Aでは、妊産婦・乳幼児での切れ目ない支援体制の構築を目指しており、支援方法が多様にあるなかで、これらの家庭訪問は必須であり、効果的な支援のあり方を検討することは重要と考えられている²⁴⁾。

そして、母子保健事業の根幹となる乳幼児健康診査事業は母子の健康を支援、評価する重要な事業の一つであり、問診項目の活用などを通して、母子の顕在的・潜在的な健康課題を明確にし、一貫した行政サービスを提供するための標準化ともなっている²⁵⁾。特に、法律で義務付けられている1歳半健診と3歳児健診に加えてほとんどの自治体では乳幼児の健診を実施し、乳幼児期からの切れ目ない支援体制を構築し、母子の個別の健康状況の把握だけではなく、地域の健康状況を把握する絶好の機会ともなっている。

しかし、これらの母子保健対策があるなかでも、増加する児童虐待や妊産婦のメンタルヘルスの問題等が複雑化し、地域との繋がりが希薄化するなど、孤立した妊産婦が増加している現状がある。そのため、それらに対応した、子育て世代を身近な地域で親身に支える仕組みを整備することが急務となっている。それらの現状を踏まえ、わが国において、妊娠・出産・育児期の多様な支援のニーズをワンストップで対応する、子育て世代包括支援センター(母子健康包括支援センター)の全国の自治体への設置が進められている。子育て世代包括支援セン

ターは、2016年の母子保健法の改正で市区町村の設置が努力義務化され、2020年度末までに全国展開を目指すことと閣議決定され、妊娠前から子育て期まで切れ目ない支援を行うこととされている²⁶⁾。つまり、妊娠初期から子育て期において、それぞれの段階に対応した支援や、利用できるサービスに関する情報や助言が、子育て家族に伝わり理解されるよう、現状の支援の在り方を利用者目線で再点検する必要が求められている。また、2018年からは産後うつ病や新生児への虐待を予防するために、出産後の母親の健診費用を助成する、産婦健康診査事業が開始されるなど、より一層切れ目のない妊産婦・乳幼児への母子保健対策が展開されている。

V. 産後うつ病予防に向けた母親に対する保健師の支援

わが国の母子保健事業の実施主体は市区町村に一元化され²⁷⁾、その中で中心的役割を果たしてきた保健師は、ほぼ全ての母親と子どもに関わる機会を有し、住民に身近な存在として、家庭の様子や育児への姿勢など必要な情報を得ながら継続的に支援している。特に地域母子保健に関わる保健師などの専門職は母親のメンタルヘルスに関わる機会が近年増加している。そのため、心理社会的リスクをもつ母親に対する妊娠期からの継続支援や、心の健康状態を促進する支援の重要性が増している²⁸⁾²⁹⁾。しかし、精神的に不安定な母親を支援する保健師をはじめとする看護職の心理的負担や支援の困難さが報告されるなど³⁰⁾、精神的不調を来す母親の支援の難しさも指摘されており、産後うつ病に対する保健師の支援に関する研究報告は少ない。また、保健師の活動は、人々の生活や健康状態に悪い事態が起こらないように事前に防ぐ予防活動を行うことである³¹⁾、と言われている。保健師は、母子健康手帳交付時から母親の状況を把握し、継続的な関わりを持つことができるため、産後うつ病のリスクを含めたすべての母親に対して、妊娠期からの予防的な介入をしていく必要があるが、自治体において、母親をサポートする事業の展開方法や、取り組む姿勢、さらには、病院を始めとする他機関との連携方法などの支援体制は、各自治体に任されている現状があるため、産後うつ病予防に向けた母親に対する統一した支援を展開することが難しいと考えられる。

また、わが国において、産後うつ病の評価方法として、主にエジンバラ産後うつ病質問票(Edinburgh Postnatal Depression: 以下 EPDS)が用いられ、産後うつ病のスクリーニングに使用されている。これは、1987年に英国のCoxらにより紹介されたEPDSを1996年に岡野らによってわが国で実用可能な形にして導入されたものであり²⁾、保健師をはじめ母親を支援する様々な専門職の

間で使用されている。その理由は、2000年に制定された「健やか親子21」において、産後うつ病の罹患率の減少を明確な目標として厚生労働省が打ち出したことや、2007年より厚生労働省の事業として「乳幼児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)」を開始し、これらの事業において、母親の精神的な健康状態を表す指標として、EPDSなどを用いて、母親の精神面での健康状態の把握に取り組む自治体が増加したからと考えられている³²⁾。特に、EPDSは訓練を受けた保健師や助産師が正しい方法で実施した場合は、対象となる母親の状況把握を行う適切なツールであることが明らかとなっており³³⁾、EPDSは信頼性が高く、簡易に評価できること、産後うつ病のスクリーニングや、産後うつ病の予防効果の評価にも使用されている³⁴⁾ことがEPDSの使用に繋がっていると考えられる。さらに、EPDSを活用することで、母親との会話を深めるためのツールとなることや、母親の背景を知ることができるなど、保健師にとっても母親からの情報を得るために有用なものともなっている。しかし、現状では、産後うつ病のスクリーニングの実施率自体が低い状況となっている³⁴⁾。また、日本語版作成者である岡野が「EPDSが勝手に一人歩きしている」状態であると名にし、立花らはEPDSの乱用・誤用を明らかにしている³⁵⁾。EPDSは本来「①場所とプライバシーをしっかりと確保する。②女性たちがリラックスした環境で行う。③乳児をかわりにみてもらえる環境での回答を行う」という状態が信憑性を高める²⁾。しかし、現在の方法では、家庭訪問時や、郵送での回答など、実施時期や使用環境などがそれぞれ異なっている現状があり、効果的な支援を行っていくためにも、使用方法について検討していく必要がある。さらに、高得点者のフォロー体制については、自治体独自の方法で検討し、継続的な支援がされている³⁶⁾³⁷⁾。しかし、どのような方法で継続的に関わり、保健師がどのように関わったことで改善や効果があったかは明らかにされておらず、さらにはEPDSの低得点者でも支援が必要な母親がいる現状もある。こうした状況も踏まえ、転入や核家族化による家族形態、住居環境における得点の差も考慮しながら、支援体制の整備など地域全体として母親への支援を考えていく必要がある。特に、産後うつ病を予防するための具体的な介入研究は少なく方法論が未確立のため³⁴⁾、今後の研究の蓄積が必要であると考えられる。

VI. おわりに

わが国では産後うつ病の認知度はまだまだ低く、母親自身が、不調があると感じても、専門機関に相談していないケースも多く⁴⁾、治療あるいはサポートを受けられないまま状況を悪化させていると考えられている²⁾。そ

のため、産後うつ病を発症する前段階での産後うつ病のリスクがある妊産婦の早期把握と、継続的な支援のためには、関係機関や多職種との連携が重要である。特に、地域において妊産婦支援は市区町村が主体となり、中でも妊娠期から関わりを持つことができる保健師の果たす役割は重要である。しかし、自治体において、母親をサポートする事業の展開方法や、取り組む姿勢、さらには、他機関との連携方法などの支援体制は、各自治体に任させているなど、支援体制は十分とは言えず、保健師個々の支援においても、スキルに差があることは、今後の産後うつ病を予防するための地域母子保健対策の重要な課題と考えられた。

今後は、産後うつ病のリスクがある母親に対する具体的な支援を把握することはもとより、保健師が支援を行う際の判断した視点や、支援した結果どのような効果があるかを明らかにすることで、保健師の産後うつ病予防に対する支援技術の向上につながると考えられる。

文献

- 西園マールハ文 (2004) 母子愛着形成 産前産後の母親のメンタルヘルス. 小児科臨床, 57 : 1287-1293.
- John C, Jeni H (著), 岡野禎治, 宗田聡 (訳) (2006) 産後うつ病ガイドブック - EPDSを活用するために -. 南山堂, 東京, 1-12, 55-62.
- 須田史朗 (2017) 産後うつ病の病態と治療. 栃木精神医学, 37 : 9-15.
- 玉木敦子 (2007) 産後のメンタルヘルスサポートの実態. UH CANS, RINPC Bulletin, 14 : 37-38.
- 厚生労働省・子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について - 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 - 第13次報告書 (2017) <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000173365.htm> (2019年7月5日現在)
- 厚生労働省・健やか親子21関係報告書 (2014) <http://sukoyaka21.jp/expert/report> (2019年7月5日現在)
- 丸山陽子, 川崎佳代子, 他 (2012) 産褥期うつスクリーニングと背景要因の検討. 佐久大学看護研究雑誌, 4(1) : 15-27.
- Frokjaer VG, Pinborg A, et al. (2015) Role of Serotonin Transporter Changes in Depressive Responses to Sex-Steroid Hormone Manipulation: A Positron Emission Tomography Study. Biological Psychiatry, 78 : 534-543.
- Suhitharan T, Leong BS, et al. (2016) Investigating analgesic and psychological factors associated with risk of postpartum depression development: a case-control study. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12 : 1333-1339.
- Mori T, Tsuchiya KJ, et al. (2011) Psychosocial risk factors for postpartum depression and their relation to timing of onset: The Hamamatsu Birth Cohort (HBC) Study. J. Affect. Disord, 135 : 341-346.
- 金城壽子, 川崎佳代子, 他 (2011) 日本における妊娠期・産褥期女性のうつ症状と関連要因の検討. 佐久大学看護研究雑誌, 3(1) : 5-25.
- Atsuko S, Chiaki K, et al. (2009) Factors associated with late post-partum depression in Japan. Japan Journal of Nursing Science, 6 : 27-36.
- 公益社団法人日本産婦人科医学会 (2017) 妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～. 16-17.
- 公益財団法人母子衛生研究会 (2018) わが国の母子保健. 7-35.
- 竹田省 (2016) 妊産婦死亡ゼロへの挑戦. 日本産科婦人科学会雑誌, 68(9) : 1815-1822.
- 厚生労働省 (2018) 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) https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000173365_00001.html (2019年7月5日現在)
- 厚生労働省・子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について - 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 - 第14次報告書 (2018) https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173329_00001.html (2019年7月5日現在)
- Batenburg T, Brion MJ, et al. (2013) Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children : a cross-cohort consistency study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54(5) : 591-600.
- Evans J, Melotti R, et al. (2012) The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53(6) : 632-640.
- 北村俊則 (2015) 周産期メンタルヘルスケアの理論 - 産後うつ病発症メカニズムの理解のために -. 医学書院, 東京, 21-24.
- Okano T, Nagata S, et al. (1998) Effectiveness of antenatal education about postnatal depression: A comparison of two groups of Japanese mothers. Journal of Mental Health, 7 : 191-198.
- 中板育美, 佐野信也 (2012) 産後の母親のうつ傾向を予測する妊娠期要因に関する研究 - 子どもの虐待防止の視点から -. Medical* Online, 71(5) : 737-747.
- 厚生労働省 (2011) 母子健康手帳に関する検討会報告書. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshi-hoken/dl/kenkou-04-04.pdf (2019年7月5日現在)
- 元山彩織 (2018) 乳児家庭全戸訪問事業における効果と課題. 中京学院大学看護学部紀要, 8(1) : 47-57.
- 乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導の在り方に関する研究班 (2015) 標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き - 「健やか親子21(第2次)」の達成に向けて - (成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業). 1-5.
- 厚生労働省 (2017) 子育て世代包括支援センター業務ガイドライ

- ン. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/kosodatesedaigaidorain.pdf> (2019年7月5日現在)
- 27) 松田正己 (2018) 標準保健師講座 3 対象別公衆衛生看護活動. 医学書院, 東京, 2-23.
 - 28) 玉木敦子, 高橋秋絵 (2017) 地域母子保健医における精神保健看護の役割と活動の実際～母親へのメンタルヘルス支援にまつわる課題をもとに～. Japanese Journal of Perinatal Mental Health, 3(1) : 27-32.
 - 29) 大久保功子, 新道幸恵, 他 (1999) 出産後における女性の心の健康とその関連要因. 日本看護科学会誌, 19(2) : 42-50.
 - 30) 三品浩基, 菊池由紀子, 他 (2012) 家庭訪問による産後うつ病スクリーニングにおいて訪問員が抱えるストレスとその要因. 保健師ジャーナル, 68(7) : 610-615.
 - 31) 荒賀直子, 後閑容子 (2017) 第4版データ更新版公衆衛生看護学. インターメディカル, 東京, 3-6.
 - 32) 木村聡子, 本庄美香, 他 (2014) 産後うつ病の効果的なスクリーニングおよび支援方法についての文献的検討. 大阪信愛女学院短期大学紀要, 48 : 13-22.
 - 33) 杉下佳代, 上別府圭子 (2013) 妊娠うつと産後うつの関連エジンバラ産後うつ病自己評価票を用いた検討. 母性衛生, 53(4) : 444-450.
 - 34) 間中麻衣子 (2016) 産後うつ病の研究動向および産後うつ病予防における看護の課題. ヒューマンケア研究学会誌, 7(2) : 63-66.
 - 35) 立花良之, 小泉典章 (2013) 妊娠期からの母親のメンタルヘルスや育児を支援する多職種地域連携システムの試み周産期 G-P ネット. 信州公衆衛生雑誌, 8(1) : 18-19.
 - 36) 蜷川悦子, 山本琴美, 他 (2005) 産婦のメンタルヘルスの現状とその支援対策. 北陸公衆誌, 32(1) : 45-48.
 - 37) 細谷綾子 (2006) お母さんアンケート エジンバラ産後うつ病質問紙票 (EPDS) を活用した育児支援. 栃木母性衛生, 32 : 19-21.