

報道関係者各位

2020年7月30日

国立成育医療研究センター

**世界初！産後の自殺予防対策プログラム「長野モデル」を開発
 ～産後の母親への自殺予防効果が証明される～**

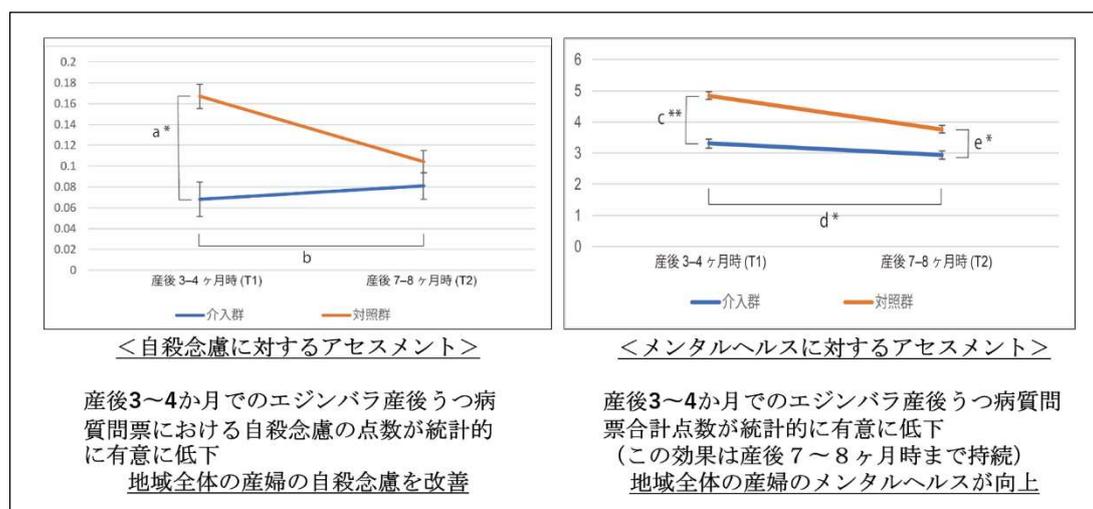
国立成育医療研究センター（所在地：世田谷区大蔵 理事長：五十嵐隆）こころの診療部乳幼児メンタルヘルス診療科の立花良之診療部長らの厚生労働科学研究班グループは、長野県長野市の母子保健関係者と協働し、妊産婦の自殺予防のための地域母子保健システム「長野モデル」を開発しました。これは、地域母子保健の中で、産後の全ての母親に対して自殺予防に留意したスクリーニングと、必要に応じた介入を行うものです。このような産後自殺予防対策プログラムの開発は、世界で初めてとなります。さらに、「長野モデル」のシステム開始により、産後の母親の自殺念慮（自殺を考えること）、産後のメンタルヘルスが統計的に有意に改善し（図1）、その有効性が実証されました。

「長野モデル」では、まず、新生児訪問時に保健師がエジンバラ産後うつ病質問票¹⁾を使って、全ての母親に対し自殺念慮のアセスメント（評価）を行います。次に、そこで自殺念慮を認めた際には心理的危機介入を行い、保健師・精神科医・産科医・助産師・看護師・小児科医・医療ソーシャルワーカーなど、多職種チームでフォローアップを行うものです。

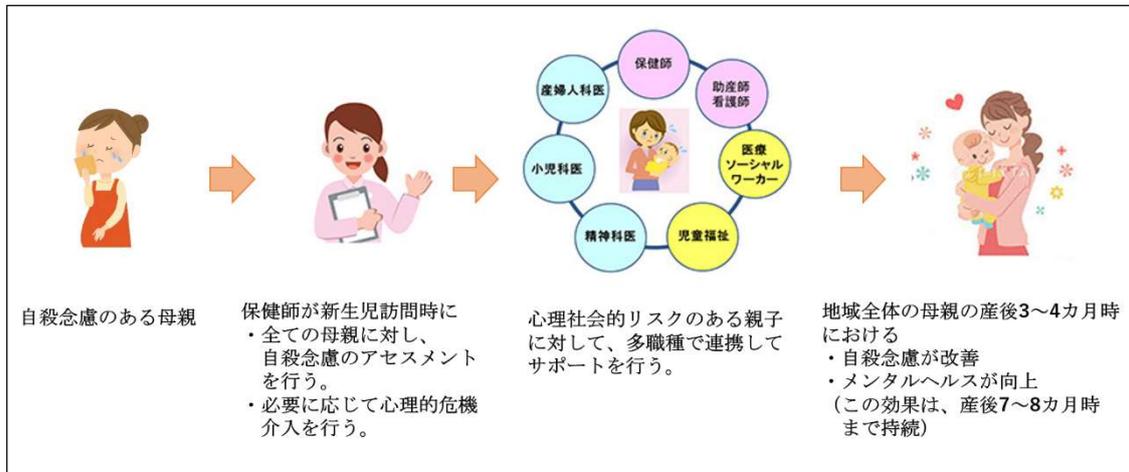
（図2）

「長野モデル」のような、自殺念慮に対する早期の、さらに多職種による介入が広がっていくことで、産後うつ病などによる多くの妊産婦の自殺を減らし、母子心中などによる乳児の命を救うことができると考えます。

この論文は、国際学術雑誌「**BMC Psychiatry**」に掲載されました。



【図1：長野モデルでの産婦の自殺念慮とメンタルヘルスの改善について²⁾】



【図2：長野モデル】

【プレスリリースのポイント】

- ・「長野モデル」は、妊娠期から多職種が連携して介入する自殺予防対策のための母子保健システムで、世界初のモデルです。
- ・「長野モデル」では、地域全体の産後の母親の自殺念慮を改善し、また産後のメンタルヘルスを向上させる効果が明らかになりました。
- ・産後のメンタルヘルス向上の効果は、産後3～4ヶ月時にとどまらず、産後7～8ヶ月時まで持続していました。
- ・自殺予防学の知見を母子保健の領域に応用し、保健師などが自殺念慮を認めた母親に心理的に寄り添い、支えるということも新しい取り組みです。
- ・「長野モデル」は、新たな資源や資金（新たな保健師などの増員や、妊産婦自殺対策の予算、対策のための建物）を必要とするものではなく、現在の母子保健システムのリソースを活用するだけで、妊産婦の自殺予防やメンタルヘルスを向上させる効果が期待できます。
- ・「長野モデル」が行っている、早期の、多職種による妊産婦への介入が国内多くの地域に浸透していくことで、妊産婦の自殺を防止、また母子心中による乳児の命を救う効果も期待されます。

【本研究の背景】

国立成育医療研究センターが人口動態統計を分析した研究によると、2015年～2016年の妊産婦の自殺は102名で、周産期死亡の原因の一位が自殺であることが明らかになっています。身体的な原因による死亡（74名）よりもはるかに多くの妊産婦が自殺で死亡していて、妊産婦の自殺予防対策は喫緊の課題と言えます。妊婦の自殺は胎児の死亡にもつながり、また、産褥婦の自殺では子どもとの心中の事例も少なくなく、周産期のみならず児童虐待予防の観点からも周産期の自殺対策は極めて重要です。周産期の自殺の原因は、産褥精神病・産後うつ病などが多いですが、これらは早期に発見され、早期に治療を受ければ一般的に予後の良い疾患です。そのため、現状の妊産婦自殺や母子心中で失われている命は、母子保健における早期発見・早期介入システムを確立することで、その多くを救うことができると考えられます。日本だけでなく、海外においても、有効な妊産婦の自殺予防対策のシステムはなく、有効な地域介入プログラムの確立が望まれています。

【研究の詳細】

〔研究実施時期と対象人数〕

＜対象群＞：長野県長野市で「長野モデル」の事業開始前、2015年11月～2016年3月に妊娠届を出した母親230人。

＜介入群＞：長野県長野市で「長野モデル」の事業開始後、2016年4月～2016年7月に妊娠届けを出した母親234人。

〔介入内容〕

「長野モデル」では、新生児訪問時に保健師がエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）を使って、心の状態をアセスメントします。EPDSの項目10（自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた）は自殺念慮を反映するとされています。

EPDSを実施すること自体は他の自治体でも行われていることですが、「長野モデル」の特徴としてEPDSを実施した際に項目10の結果から母親の自殺念慮をアセスメントし、自殺念慮を認めた際には心理的危機介入を行い、その後、精神科医などをはじめとした多職種で連携して様々な社会資源の積極的な導入を検討しながら、注意深くフォローアップしました。

[心理的危機介入]

自殺予防学の領域で、「TALK の原則」という関わり方の手法があります。「長野モデル」では、保健師が母親へ関わる際に、「TALK の原則」の手法を応用しました。

「TALK」とは、Tell (伝える)、Ask (尋ねる)、Listen (聴く)、Keep safe (安全を確保する) の頭文字を取ったものです。

・ Tell (伝える)

自殺念慮・希死念慮を語った本人に対し、自分の気持ちをはっきりと伝える。

(例) 「いまのあなたのことがとても心配です」「死んでほしくないです」など

・ Ask (尋ねる)

「死んでしまいたい」という気持ちについて率直に尋ねます。

(例) 「どんな時に死にたいと思いますか」など

・ Listen (聴く)

死にたくなるほど辛い気持ちを傾聴します。そのような気持ちに追い込まれている辛い状況や気持ちを理解し、共感します。しっかりと傾聴するならば、自殺について話すことは危険ではなく、予防につながります。

・ Keep safe (安全を確保する)

自殺の危険が考えられたら、孤立させないようにして寄り添い、また、周りの人から適切な援助を求めるようにします。希死念慮・自殺念慮を認める妊産婦への対応においては、家族、とりわけ子どもの安全にも留意します。

この TALK の原則を用いた関わり方の姿勢は、傾聴・共感を軸としており、日常の実践の中で「TALK の原則」に留意することは自殺念慮を認める母親のみならず、すべての母親へのサポートに有効であったと考えられます。

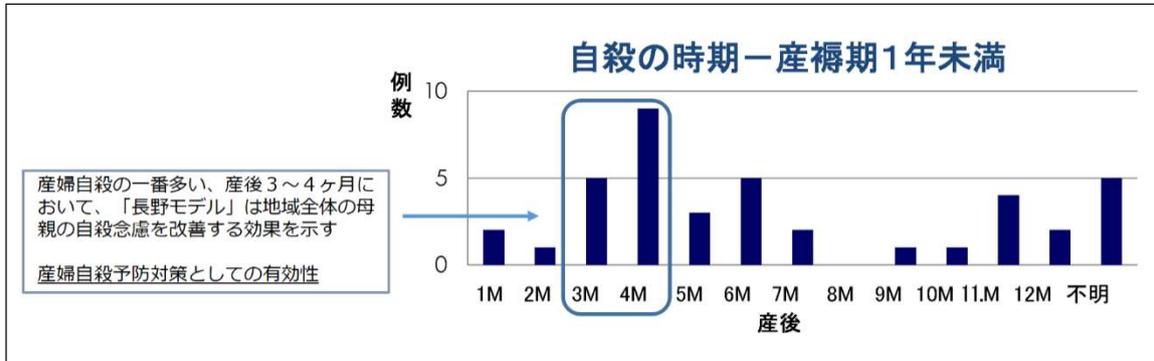
【介入効果】

3～4 か月児健診時に EPDS の項目 10 を用いて母親の自殺念慮をアセスメントしたところ、介入群が対照群に比べ統計的に有意に点数が低く ($p=0.014$)、地域全体の母親の自殺念慮の改善が示され、「長野モデル」の産婦自殺予防対策の有効性が明らかとなりました。

また、3～4 か月児健診時の EPDS 合計点において、介入群が対照群に比べ統計的に有意に低く ($p<0.001$)、「長野モデル」は地域全体の母親のメンタルヘルスを向上させる効果も示しました。7～8 か月児健診時においても、EPDS 合計点は介入群が対照群に比べ統計的に有意に低く ($p=0.049$)、メンタルヘルスの向上効果は産後 3～4 か月にとどまらず、産後 7～8 か月まで持続することが示されました。

なお、自殺念慮については、産後 7～8 か月において、介入群と対照群の間に統計的な有意差を認めませんでした。順天堂大学の竹田省教授らの調査から、産後 3～4 か月は妊娠中から産褥期 1 年未満の間で、最も自殺件数の多い時期であることが示されています。(図 3)

このことから、産婦自殺予防プログラムは自殺件数が最も多い産後3～4か月に効果的であることが重要だと考えられます。その意味で、「長野モデル」は産婦自殺予防で最も重要な産後3～4か月に自殺念慮を改善させる有効性を示したと考えられます。



【図3：東京都23区の妊産婦の異常死の実態調査（順天堂大学 竹田省教授ら）】

【今後の展望・発表者のコメント】

母子保健の現場では、EPDSの結果などから自殺念慮を認めた母親への対応をどうすればよいのかについて、これまで確立した介入方法がなく、多くの関係者が対応に苦慮しているのが現状です。本研究における介入方法は、母子保健関係者にとって、自殺念慮を認めた妊産婦への有効な介入手法の一つの指針になりうると考えられます。また、本研究の介入方法は、日本精神神経学会・日本産科婦人科学会（編）「精神疾患を合併した、あるいは合併の可能性のある妊産婦診療ガイド」妊産婦の精神症状対応ガイド総論における妊産婦自殺対策の項にも反映されています。

産婦自殺や産後の母子心中の多くは、母親のメンタルヘルスの異変を早期発見し、早期に精神科治療を行えば、命を救うことが十分に可能と考えられます。周産期の母子保健において、「長野モデル」のような母親に対する心理社会的リスクアセスメントと心理的危機介入・ケースマネージメントの対応が、今後母子保健の領域であたり前に行われることにより、多くの母親や乳児の命が救われていくと考えられます。この「長野モデル」の関係者らは、日本医療研究開発機構研究班「周産期メンタルヘルスの改善に向けた予防的治療介入法の開発－産婦自殺・母子心中をゼロにする地域母子保健システム及びハイリスク者の早期発見・早期介入システムの確立－」などで、今後、他の地域の母子保健関係者を対象とした研修会を開催するなどして、「長野モデル」の介入手法の均てん化を図っていく予定です。

【発表論文情報】

- ・ 著者：立花良之¹、小泉典章²、三上剛史³、鹿田加奈⁴、山下さや香⁴、清水三重子⁴、町田和世⁴、伊藤弘人⁵
- ・ 所属：¹国立成育医療研究センターこころの診療部乳幼児メンタルヘルス診療科、²長野県精神保健福祉センター、³国立成育医療研究センター臨床研究センターデータ管理室、⁴長野市保健所、⁵労働者健康安全機構
- ・ 題名：An integrated community mental healthcare program to reduce suicidal ideation and improve maternal mental health during the postnatal period: The findings from the Nagano trial.
- ・ 掲載誌：BMC Psychiatry (Accepted)

【特記事項】

本研究は、平成 27 年度厚生労働科学研究班「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」、平成 28 年度厚生労働科学研究班「妊産褥婦健康診査の評価および自治体との連携の在り方に関する研究」と、長野市の母子保健事業の協働で行いました。

【脚注】

1) エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

イギリスで開発された、産後うつ病のスクリーニング票です。①「笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった」②「物事を楽しみにして待った」など、10 個の質問から構成されていて、妊娠期から出産後 1 年未満の母親を対象に使われています。その 10 個目の質問が「自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた」となっていて、自殺念慮を反映するとされています。

2) *: $p < 0.05$; **: $p < 0.001$

a: エジンバラ産後うつ病自己質問票(EPDS)の項目 10 の点数について、産後 3～4 ヶ月時 (T1)における単純主効果で統計的に有意差 ($p=0.014$)

→産後 3～4 ヶ月時において、介入群が対照群に比べ、統計的に有意に EPDS の項目 10 の点数が低かった。

b: EPDS の項目 10 の点数について、産後 3～4 ヶ月時(T1)と産後 7～8 ヶ月(T2)の間において(介入群と対照群の群間差を[群]、T1～T2 を[時間]と定義した時)、[群]×[時間]の交互作用は統計的に有意でなかった($p=0.111$)。

→群間差が T1→T2 になっても維持するかどうかを検証したところ、T1 における介入群と対照群の統計的有意差は T2 において維持していなかった。

c: EPDS の合計点数について、産後 3～4 ヶ月時 (T1)における単純主効果で統計的に有意差があった ($p < 0.001$)

→産後 3～4 ヶ月時において、介入群が対照群に比べ、統計的に有意に EPDS の合計点数が低かった。

d: EPDS の合計点数について、産後 3～4 ヶ月時(T1)と産後 7～8 ヶ月(T2)の間において(介入群と対照群の群間差を[群]、T1～T2 を[時間]と定義した時)、[群]×[時間]の交互作用は統計的に有意であった($p=0.049$)。

→群間差が T1→T2 になっても維持するかどうかを検証したところ、T1 における介入群と対照群の統計的有意差は T2 において持続していた。

e: EPDS の合計点数について、産後 3～4 ヶ月時 (T2)における単純主効果で統計的に有意差があった ($p=0.014$)

→産後 7～8 ヶ月時において、介入群が対照群に比べ、統計的に有意に EPDS の合計点数の点数が低かった。

【問い合わせ先】

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター

企画戦略局 広報企画室 村上・近藤

電話：03-3416-0181 (代表) E-mail:koho@ncchd.go.jp