

メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦についての、医療・保健・福祉の  
情報共有及び同意取得・虐待や養育不全の場合の連絡方法について

研究分担者 中板育美（日本看護協会）

**研究要旨**

メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦についての、医療・保健・福祉の情報共有及び同意取得・虐待や養育不全の場合の連絡方法を整備するため、日本周産期メンタルヘルス学会の周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017で CQ6 を設定し、対応方法を策定した。今後、心理社会的リスクのある妊産褥婦やその子どもの支援のために、このような情報共有及び同意取得・連絡方法が母子保健関係者に活用されていくことが望まれる。

研究協力者

立花良之（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）  
小泉典章（長野県精神保健福祉センター）

**A. 目的**

メンタルヘルス不調の母親やその子どもの支援において、医療・保健・福祉の連携をスムーズにするためには、情報共有の仕方のさらなる整備が望まれる。また、その際には連絡ツールのフォーマットがあると、より関係機関同士の連絡がスムーズになると考えられる。また、情報共有の際には個人情報保護に留意し、かつ、本人の同意をできる限りとることが望まれる。また、周産期医療スタッフは乳幼児虐待防止の重要なゲートキーパーであり、虐待や養育不全の際の連絡方法について、周産期関係者により周知徹底する必要がある。これらの点について、対応方法を整備することを本

研究の目的とした。

**B. 研究方法**

日本周産期メンタルヘルス学会の周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017で CQ を設定し、対応方法について Answer を策定した。

CQ では、下記の①から⑤の対応方法を解説している。

- ①メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦への対応（資料 1）
- ②メンタルヘルス不調で支援を要する妊婦に対する、医療機関と保健機関での情報共有のための連絡票〔医療機関→保健機関（資料 2）、保健機関→医療機関（資料 3）、妊娠期の保健機関・医療機関の連絡票（資料 4）〕
- ③同意取得の仕方
- ④同意しない場合の対応
- ⑤児童虐待などが疑われた場合の児童福祉機関や保健機関への連絡（資料 5）

## C. 研究結果

下記のように日本周産期メンタルヘルス学会の周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017 で CQ と推奨を策定した。

CQ6. メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦についての、医療・保健・福祉の情報共有及び同意取得・虐待や養育不全の場合の連絡の仕方は？

### 推奨

1. メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦に対しては、連絡票を用いるなどして、医療機関と保健機関で情報共有を行うことが望ましい。(II)
2. 情報共有にあたっては、まず、本人の同意取得に努める。(I)
3. 医療機関と保健機関の情報共有を本人または家族が拒否した場合でも、特定妊婦または産後で養育不全や児童虐待が懸念される場合は、情報共有を行い支援に努める。(I)
4. 児童虐待・胎児虐待が疑われた場合は、医療機関から保健・福祉機関に情報提供を児童相談所に虐待通告を行い、また、医療・保健・福祉機関が連携して、母子の支援を行う。(I)

## D. 考察

今回作成した情報共有ツールについて以下に考察する。

①は、東京都世田谷区要保護児童支援協議会が作成し区内の母子保健機関に配布している「『妊娠期から支援を要する妊婦・家庭』への対応指標」をもとにしている。このチェックシートには、様々な心理社会

的リスク要因が書かれている。「気になる母親」がいたときに、このようなチェックシートを使ってアセスメントを試みることは有益と考えられる。また、母子保健関係者が、どのような妊婦や家庭に積極的な支援をしていかねばならないかを考える上で、このチェックシートに書かれているような内容を念頭に置き、妊婦やその家族に対応するとよいと考えられる。

②、③、④については、医療機関→保健機関の連絡票、保健機関←医療機関の連絡票、妊娠期の医療機関⇄保健機関の3種類を掲載した。医療機関では、一般に忙しい日常業務で多くの情報を細かく書かねばならないとなると、保健機関へ連絡すること自体もハードルが高くなってしまふ。また、医療機関スタッフが保健師との細かいやり取りのため電話で話すことも多い。書面の記載フォーマットは、関係者が気軽に使えるようなものが望ましい。

②の連絡票では必要な情報を記載してそのあと保健師と電話で連絡してやり取りすることを想定し、シンプルなものとした。作成に当たって、長野県立須坂病院産科病棟で使用されている連絡票を参考にした。この連絡票には、保健機関からの経過報告の希望の有無がある。希望有にチェックをつけて保健機関に連絡することで、連絡が一方的なもので終わらずに、医療機関が保健機関からフィードバックをもらい、その後の連携を深めていく契機にもなる。

③は愛知県西尾保健所が作成した連絡票である。保健機関でどのような保健指導を行っているかを医療機関に対しこのような連絡票を使って報告することで、医療機関もその後の自機関の支援に活かしやすい。

医療機関スタッフの中には、保健機関がどのような保健指導を行っているかを知らない人もいますので、保健機関がどのようなことをしているかが医療機関スタッフに「見える化」されることにもなる。

④は妊娠期の母子連絡票であり、医療機関・保健機関の共通フォーマットとなっている。同じシートを使うことで、特定妊婦などの支援に活かすことができる。

⑤は、児童虐待・胎児虐待（防止）連絡票で、医療機関から児童虐待・胎児虐待が疑われたときに連絡するものである。従来、このような連絡票は、小児医療に携わる医療関係者が使用していた。今回、この連絡票が周産期メンタルヘルス学会の診療ガイドに掲載されたが、今後周産期医療の関係者も積極的に、虐待防止対応に携わってっていくことが望まれる。

今回、CQ6 の推奨 2 で「情報共有にあたって本人の同意取得に努めるべきことを明記した。当事者の同意に基づく多機関連携のプロセスとして、下記の 5 つのステップを設定している。

#### 1. いまある問題を整理・確認する

本人や家族と面談しながら、いま本人や家族が抱えている問題、これから対応する必要のある事項を一緒に整理・確認する。

#### 2. 情報を提供する

自治体が行っている利用できるサービス（自治体保健師の相談、産前・産後支援事業、社会福祉協議会が行っている産前産後等援助サービス、地域の子育て支援など）、メンタルヘルスについての提供できるサービス（精神保健福祉相談への紹介・精神科医療機関への紹介など）

など、必要に応じて本人や家族に提供する。

#### 3. 関係機関と連絡を取る旨の同意を得る

1、2 を経ることで、本人・家族にとって、関係機関と連携を取った上で支援を受けることのモチベーションが高まると考えられる。

#### ④関係機関への情報の受け渡し

同意を得た後は、本人・家族の支援について必要な情報を関係機関にできるだけ早期に受け渡す。

#### ⑤モニタリングとその後の対応

情報を受け渡した後、新たな連携に基づく支援が有効に機能しているかに注意していく。うまく機能していないと思われる場合は、何が問題となっているかを確認し、有効な連携のもと支援を行っていくための対応を考える。

医療機関で対応している妊産褥婦にメンタルヘルス不調など心理社会的リスクがあり自治体保健師にサポートを依頼する場合は、本人の了承のもと行うことが大前提であるが、本人が自治体保健師への連絡に同意しないことがある。特定妊婦であったり児の安全保護に関わったりするような場合は、自治体に連絡することが平成 28 年度の児童福祉法一部改正以後、医療機関の努力義務となっており、そのような場合は、本人の同意を得られなくても連絡せざるを得ないこともあり得る。しかし、まずは、上記の 1～5 のようなステップを経て、本人の同意を得ることに努める必要があると考えられる。

## E. 結論

メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦についての、医療・保健・福祉の情報共有及び同意取得・虐待や養育不全の場合の連絡方法を整備するため、日本周産期メンタルヘルス学会の周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド2017でCQ6を設定し、対応方法を策定した。今後、心理社会的リスクのある妊産褥婦やその子どもの支援のために、このような情報共有及び同意取得・連絡方法が母子保健関係者に活用されていくことが望まれる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## “妊娠期から支援を要する妊婦・家庭”への対応の指標

当院では、“妊娠期から支援を要する妊婦・家庭”を、地域関係者・関係機関と共にサポートしていけるように連携します。

原則的に、「育児・養育支援」の視点から、妊婦さん本人の同意を得て、地域関係者・関係機関との連携を開始します。但し、以下の場合には、「児童虐待防止」の観点から、(本人同意が得られない場合でも)周産期患者支援カンファレンスで対応を検討します。

※赤字：虐待ハイリスクと捉え、地域関係者・関係機関（保健師・子ども家庭支援センター等）へ連絡します

※青字：支援者の有無・障害の程度・緊急性を多職種で総合的に判断し、地域への連絡の要否を決定します

\* 気になる母子のチェックシート（H28年6月作成 世田谷区要保護児童支援協議会）より一部改変／★の項目は要虐待通告

＜保護者の状況＞	
妊娠の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 分娩時が初診である(妊婦検診を受けていない又は3回未満)</li> <li><input type="checkbox"/> 妊娠中期(妊娠20週)を過ぎても母子健康手帳を持っていない</li> <li><input type="checkbox"/> 望まない妊娠(予定外の妊娠)を受け入れられない、「産みたくない」または「産みたいけれど育てる自信がない」等の発言があるなど</li> <li><input type="checkbox"/> 妊娠を認識していても、飲酒や喫煙をやめない</li> <li><input type="checkbox"/> 妊娠・中絶を繰り返している( 回)</li> </ul>
疾病・障害等	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 初回健診時が妊娠中期(妊娠20週)以降</li> <li><input type="checkbox"/> 定期的に妊婦健診を受けていない</li> <li><input type="checkbox"/> 流産を繰り返している( 回)</li> <li><input type="checkbox"/> 不妊治療による妊娠または不妊治療歴がある</li> <li><input type="checkbox"/> 分娩に対するネガティブな感情がある</li> <li><input type="checkbox"/> 高齢(40歳以上)初産</li> <li><input type="checkbox"/> 若年(10代)妊娠</li> </ul>
育児行動等	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 精神疾患(産後うつを含む)がある</li> <li><input type="checkbox"/> 知的障害がある</li> <li><input type="checkbox"/> 発達障害・情緒障害がある</li> <li><input type="checkbox"/> アルコールまたは薬物(処方薬を含む)依存があるまたは過去にあった ※違法薬物</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 子どもを抱かないなど、子どもの世話を拒否する</li> <li><input type="checkbox"/> 「子どもをかわいいと思えない」などの言動がある</li> <li><input type="checkbox"/> 育児知識、育児態度、育児姿勢に極端な偏りや拘りがある</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ DVを受けている</li> <li>★ 家庭内暴力を行っている</li> <li>★ 虐待歴がある</li> <li>★ 被虐待歴がある</li> <li>★ 過去に心中未遂がある</li> <li>★ 過去に自殺未遂がある(時期やその後の経過を確認)</li> <li>★ 自傷行為がある</li> <li><input type="checkbox"/> 保険証がない</li> <li><input type="checkbox"/> 住所不定または住民票がない</li> <li><input type="checkbox"/> 他者への暴言・暴力や、攻撃的・衝動的な言動がある</li> <li><input type="checkbox"/> 完璧主義で譲歩できない、または思い通りにならないことへの怒り、拒否、嫌悪が強い</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 医療を必要とする状況ではないが、子どもを頻繁に受診させる</li> <li><input type="checkbox"/> 長期入院による子どもとの分離</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ひとり親、未婚、連れ子のある再婚</li> <li><input type="checkbox"/> 結婚・離婚を繰り返している( 回)</li> <li><input type="checkbox"/> 多子</li> <li><input type="checkbox"/> 経済的困窮がある(治療費・入院費等の未納がある、夫婦共に不安定な就労または無職、妊娠・出産・育児に関する経済的不安があるなど)</li> <li><input type="checkbox"/> パートナーや祖父母等の家族や身近な人の支援がない</li> <li><input type="checkbox"/> 家族に介護が必要な者がいる</li> <li><input type="checkbox"/> パートナー・家族との関係でトラブル等を抱えているまたは関係がうまくいっていない</li> <li><input type="checkbox"/> 両親とも日本語が通じない</li> <li><input type="checkbox"/> 身体や衣服等が不衛生である</li> </ul>
＜子どもの状況＞	
健康・発達・発育等	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ 状況や説明と一致しない不自然な傷・痣などがある</li> <li><input type="checkbox"/> 子ども(胎児を含む)に重度の疾病や障害がある</li> <li><input type="checkbox"/> 低出生体重児、未熟児</li> <li><input type="checkbox"/> 母乳やミルクの飲みが悪い</li> <li><input type="checkbox"/> 発育の遅れ(体重増加不良、身長伸びが悪い)がある</li> </ul>
健康・発達・発育等	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 抱きにくい</li> <li><input type="checkbox"/> 多胎</li> <li><input type="checkbox"/> アレルギーや他の皮膚疾患がないが、難治性のおむつかぶれがある</li> <li><input type="checkbox"/> よく泣く、泣き強い</li> </ul>
養育状況等	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ 保護者が安全確保を怠ったことによる転倒、転落、溺水、熱傷等がある</li> <li><input type="checkbox"/> 健診や予防接種の受診・接種を拒否する</li> <li><input type="checkbox"/> 出生後間もない時期からの長期入院による母子分離がある</li> <li><input type="checkbox"/> 衣服等が不衛生である</li> </ul>
＜きょうだい等の状況＞	
きょうだい等の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ 状況や説明と一致しない不自然な傷・痣などがある</li> <li>★ 保護者が安全確保を怠ったことによる転倒、転落、溺水、熱傷等がある</li> <li>★ 保護者から暴言や暴力を受けている</li> <li><input type="checkbox"/> 健診の未受診や予防接種未接種があり、保護者が受診・接種を拒否する</li> <li><input type="checkbox"/> 衣服等が不衛生である</li> </ul>
きょうだい等の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 慢性疾患や身体的な障害がある</li> <li><input type="checkbox"/> 発育の遅れ(低体重、低身長)がある</li> <li><input type="checkbox"/> 発達の遅れ(運動、言語、情緒、認知等)があり、育てにくさがある</li> <li><input type="checkbox"/> 不適切な生活習慣や栄養の偏りによると思われる複数の齲歯等がある</li> </ul>

## 母子連絡票

患者氏名 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 記載日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 妊娠 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 出産日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

基本情報 家族構成	
現住所	
帰省先	( _____ 様方)
連絡先	
既往歴	
妊娠中の経過	
産後の経過	
児の状況	
連絡したい事項	
同意の有無	・有 この情報提供については本人・家族の同意を得ています。 ・無 理由( _____ )

経過報告を希望します

経過報告を希望しません

〇〇病院

(電話: 〇〇 \_\_\_\_\_ )

〇〇病棟 〇〇  
 産婦人科外来

(長野県立須坂病院産婦人科病棟作成)

## 母子連絡報告票

平成 年 月 日

御中

報告機関

平成 年 月 日に連絡をいただきました事例については下記のとおりです。

ふりがな 児氏名	男・女 (第 子)	生年月日	平成 年 月 日
父氏名	年 月 生 ( 歳)	母氏名	年 月 生 ( 歳)
住所	電話・携帯電話 ( )		
対応方法	・家庭訪問 ( 年 月 日)・電話相談等 ( 年 月 日) ・その他 ( ) ( 年 月 日)		
[児の状況]・体重 g・1日平均増加 g・栄養母乳 回人工 回× cc			
[親の状況]			
[家庭・環境・その他]			
指導事項			
今後の方針			
連絡事項			
同意	・有 この情報提供については・母・父・家族の同意を受けています。 ・無 理由 ( )		
担当者	(所属・氏名) (電話番号)		

## 妊娠期母子連絡票

平成 年 月 日

御中

報告機関

妊婦支援の必要な事例について下記のとおり連絡します。

母(妊婦)の 状況	ふりがな 氏名  年 月 日生( 歳)	職業	
		特記事項 (疾病等)	
	出産予定日(初産・経産(出産回数 回)) 平成 年 月 日予定(第 子) 既往妊娠:( )回 流産( )早産( ) 死産( )中絶( ) 不妊治療:有・無	妊娠 週数	週
		婚 姻	既婚・未婚(入籍予定あり・なし) その他( )
父(妊婦の 夫・パートナー) の状況	ふりがな 氏名  年 月 日生( 歳)	職業	
		特記事項 (疾病等)	
住所・電話	現住所: 里帰り先: ・自宅( ) ・携帯( )	家 系 図 ・ 年 齢 疾 病	
育児の支援者	無・有(誰 )		
【連絡したい事項】			
依 頼 事 項	保健機関→	ア:妊婦健診未受診の連絡 イ:入院中の面接	
	医療機関等	ウ:出産後の連絡 エ:その他( )	
	医療機関等→	ア:家庭訪問(早急に できるだけ早く 時期をみて)	
	保健機関	イ:その他( )	
今後の方針 (依頼機関)	家庭訪問・面接・電話・妊婦健診時確認・その他( ) 経過観察の内容( )		
同 意	・有 この情報については妊婦・妊婦の夫・家族( )の同意を受けています。 ・無 理由( )		
返 信	要(TEL・文書)・否		
記 録 者	・所属・氏名 ・電話番号等		



児童虐待・胎児虐待（防止）連絡票

平成\*\*年\*\*月\*\*日

●●都●●●●●児童相談所長（または、子ども家庭支援センター所長：本文(注)参照）殿

児童虐待・胎児虐待（防止）について、次の通り連絡いたします。

児童（胎児虐待の場合は、記載せず）

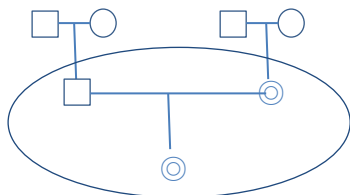
氏名：○○ ○○ 性別：男 or 女

生年月日：平成\*\*年\*\*月\*\*日（\*歳\*ヵ月）

住所：○○県……

保護者 母：○○ ○○

家族構成



診断名 ○○○○

連絡理由 （例）母の精神状態が不安定で、本人は「このままだと子どもを殺してしまいそう」との訴えがある。父が仕事で日中家を不在にするが、父方祖母・母方祖母はともに夫の介護のためサポートが難しく、他に児を保護する家族がない。母は精神科医療機関への入院を拒否し、父も母の入院に同意しない。現状では児の安全・福祉が脅かされ保護が必要であると考えられるため。

連絡者 ○○病院 院長 ○○ ○○

○○県…… TEL：○○

備考