

令和 7 年 3 月 13 日

こども家庭庁長官 殿

機関名 医療法人学術会木村病院

所属研究機関長 職 名 病院長

氏 名 渡邊 博幸

次の職員の（元号） 年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
- 研究課題名 妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究
- 研究者名 （所属部署・職名）医療法人学術会木村病院・病院長  
（氏名・フリガナ）渡邊 博幸・ワタナベ ヒロユキ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査 （※2）
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （ 無 の 場 合 は そ の 理 由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （ 無 の 場 合 は 委 託 先 機 関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （ 無 の 場 合 は そ の 理 由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （ 有 の 場 合 は そ の 内 容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

こども家庭庁長官 殿

機関名 東京都立大学  
所属研究機関長 職 名 学長  
氏 名 大橋 隆哉

次の職員の令和6年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
2. 研究課題名 妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 東京都立大学大学院 人間健康科学研究科 教授  
(氏名・フリガナ) 安達久美子 (アダチ クミコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。  
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

こども家庭庁長官 殿

機関名 国立保健医療科学院  
所属研究機関長 職 名 院長  
氏 名 曾根 智史

次の職員の令和6年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
2. 研究課題名 妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 疫学・統計研究部・部長  
(氏名・フリガナ) 上原 里程・ウエハラ リテイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。  
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年4月2日

こども家庭庁長官 殿

機関名 国立大学法人東北大学

所属研究機関長 職 名 総長

氏 名 富永 悌二

次の職員の令和6年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

2. 研究課題名 妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科・准教授

(氏名・フリガナ) 菊地 紗耶・キクチ サヤ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容: 研究実施の際の留意点を示した。 )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 7 年 4 月 30 日

こども家庭庁長官 殿

機関名 日本産婦人科医会

所属研究機関長 職 名 会長

氏 名 石渡 勇

次の職員の（元号） 年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

2. 研究課題名 妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究

3. 研究者名 （所属部署・職名） 母子保健部会 担当常務理事

（氏名・フリガナ） 相良 洋子 （サガラ ヨウコ）

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	医療法人学而会木村病院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

#### その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

こども家庭庁長官 殿

機関名 国立大学法人東京科学大学  
所属研究機関長 職 名 理事長  
氏 名 大竹 尚登

次の職員の令和6年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
2. 研究課題名 妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医歯学総合研究科・准教授  
(氏名・フリガナ) 竹内 崇・タケウチ タカシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。  
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

こども家庭庁長官 殿

機関名 埼玉医科大学  
所属研究機関長 職 名 学長  
氏 名 竹内 勤

次の職員の令和 6 年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
2. 研究課題名 妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) メンタルクリニック・准教授  
(氏名・フリガナ) 安田 貴昭 ・ ヤスダ タカアキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。  
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

研究報告書表紙

令和 6 年度こども家庭科学研究費補助金  
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)

「妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究」(24DA0201)

令和6年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 渡邊博幸

令和7 (2025) 年5月



研究報告書目次

目 次

I. 総括研究報告	
妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究-----	1
渡邊博幸	
II. 分担研究報告	
1. 日本における母子 - 精神保健医療連携に関する文献レビュー-----	5
渡邊博幸	
(資料) 文献レビュー図表	
2. 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体 - 精神科医療連携についての調査-----	35
渡邊博幸	
(資料) 自治体調査図表1, 自治体調査図表2, 都道府県版調査票, 市区町村版調査票	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	55

令和7年5月30日

令和6年度こども家庭科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業  
「妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究」班

令和6年度こども家庭科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
総括研究報告書

「妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究」（24DA0201）

## 自治体と精神科医療機関等による 母子－精神保健医療ネットワーク構築と実践ガイドの作成

研究代表者： 渡邊 博幸（医療法人学而会 木村病院）  
分担研究者： 安達 久美子（東京都立大学大学院 人間健康科学研究科）  
上原 里程（国立保健医療科学院 疫学・統計研究部）  
菊地 紗耶（東北大学大学院 医学系研究科精神神経学分野）  
相良 洋子（日本産婦人科医会 母子保健部会）  
竹内 崇（東京科学大学大学院 精神行動医科学分野）  
安田 貴昭（埼玉医科大学総合医療センター メンタルクリニック）  
研究協力者： 小田 純子（広島県健康福祉局子供未来応援課 プラン推進グループ）

### 研究要旨

【目的】妊産婦のメンタルヘルスは、妊娠中の母児の健康、産後の養育、児の発達を左右する重要な支援課題である。しかし、本課題に特化した事業を実施し、精神科と連携している市町村は少なく、自治体から精神科医療側への連携の難しさが指摘されており、この解決のために実効性のある母子－精神保健医療ネットワークモデルの提言と、ネットワーク構築のための自治体向け実践ガイドの作成が求められる。

【方法】この基礎資料として、自治体(母子保健)と精神科医療との円滑な連携を行うためのアセスメントツールや連携方法等に関する文献、及びガイドラインのレビューを行った。また、自治体－精神科医療連携の実態を把握するため、全国都道府県、市区町村自治体の母子保健担当部署に対して、アンケート調査を行った。

【結果】上記2つの分担研究はそれぞれ分担研究報告書に詳述した。いずれの研究でも、保健師等による妊産婦のメンタルヘルス対応の負担が大きいこと、精神科医療との連携が十分とれておらず、受療勧奨の基準や目安、情報共有や連携体制の不備とニーズが明らかとなった。

【考察】円滑な母子保健－精神医療連携を実施するためには、共通のアセスメントツールや、受療勧奨判断や連携システムなどを構築することが有益であることが2つの研究から示唆された。

【結論】研究最終年度では、本研究で得た知見をもとに、好事例自治体へのヒアリングを行い、実用的な連携ガイドを作成する予定である。

## A. 研究目的

研究の目的：妊産婦のメンタルヘルスは、妊娠中の母児の健康、産後の養育、児の発達を左右する重要な支援課題である。しかし、本課題に特化した事業を実施し、精神科と連携している市町村は少なく、自治体から精神科医療側への連携の難しさが指摘されている。この課題解決のため「妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究」班では、実効性のある母子・精神保健医療ネットワークモデルの提言と、ネットワーク構築のための自治体向け実践ガイドの作成を行う予定である。実践ガイドには、様々なアセスメントツールや心理的支援方法、連携の具体的な構築方法を盛り込むため、これらの現状をレビューし、推奨しうる方法を精査する必要がある。また、妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体と精神科医療機関との連携の実情を詳細に把握する必要がある。

## B. 研究方法（B.以下は分担研究報告書で詳述）

研究初年度である令和6年度は、（1）日本における母子・精神保健医療連携に関する文献レビューと（2）妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体・精神科医療連携についての調査の2つの分担研究を、研究班員全員で実施した。

### ○役割分担（研究代表者と研究分担者、研究協力者）

渡邊は研究代表者として研究を統括した。また、自治体対象の質問紙調査作成を担当した。研究分担者の上原は、公衆衛生学の専門家として、疫学データや質問紙調査の統計的手法による分析ならびに、関連文献レビューを担当した。相良は産婦人科医として、産科婦人科医向けのガイドラインのレビュー及び関連文献レビューを担当した。安達は助産師として、関連文献やガイドラインのレビューを行った。竹内、菊地、安田は精神科医として、精神科医向けのガイドラインや対象文献のレビューを行った。また、質問紙調査票の項目検討、調査票の作成は全員で行った。

研究協力者の小田は、自治体職員の立場で、自治体向け質問紙調査の実施、結果、考察を助言した。

## C. 研究結果

### （1）日本における母子・精神保健医療連携に関する文献レビュー

自治体（母子保健）と精神科医療との円滑な連携を

行うためのアセスメントツールや連携方法等に関する文献、及びガイドラインのレビューを行った。その結果、I. 妊産婦のメンタル不調に対する共通の心理的アセスメントツールと、II. 妊産婦のメンタルヘルスに関する連携・協働という2つのテーマについて、15の課題を抽出し、それぞれについて知見をまとめた。また、先行して連携を実践しているいくつかの自治体の好事例となりうる取り組みを抽出した。円滑な母子保健－精神医療連携を実施するためには、共通の心理的アセスメントツールと、受療勧奨判断や連携システムなどを構築することが有益であることが、本文献レビューから示唆された。

### （2）妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体・精神科医療連携についての調査

妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体と精神科医療機関との連携の実情を把握するために、全国の都道府県47か所および市区町村1741か所の母子保健担当部署を対象とし、ネットワークの実情に関する自記式質問紙調査およびWeb調査を行った。その結果、47都道府県中33件（70.2%）、1741市区町村中396件（22.7%）回答を得た。回答群と非回答群で、人口規模、出生数、粗出生率の平均値に差はなかった。

1）連携の課題として、都道府県、市区町村が捉えている項目は、ほぼ共通で「メンタルヘルス対応の負担が大きい」「自治体職員（保健師等）不足」「専門的知識や技術を得る機会が少ない」といった、当該業務の量的・質的な課題や、「精神科受療の承諾」「圏域内の精神科医療機関の不足」「紹介してから初診までの時間」といった行政から精神科医療につなげる際に生じる連携不全状況が抽出された。

2）連携の実施状況については、都道府県では、「専門分野（妊産婦メンタルヘルス等）に関する研修の実施」が69.7%、「精神科の情報一覧の作成・取得」が42.4%と続いた。市区町村において実施が多かったのは、「専門分野（妊産婦メンタルヘルス等）に関する研修」が30.1%、「オンライン会議、相談が可能なIT環境の設置」が26.0%、「普段から情報交換を行う場の設置」が23.0%であり、都道府県と比して実施自治体が3分の1に満たない実情が明らかとなった。また、それぞれ精神科側の参画があった割合も3割前後であり、精神科側の参加が不十分な状況も明確となった。さらに、都道府県、市区町村とも、「精神科受療勧奨の基準・目安

の作成」「妊産婦の心理サポート方法を示したガイド作成」「事例を精神科医に相談できる体制構築」「圏域内の精神科の情報マップの作成または取得」、並びに市区町村においては、「妊産婦を積極的に受け入れる精神科の情報一覧の作成または取得」を実施している自治体は少なく、研修はなされていても、実際の連携において必要な情報へのアクセスや共通の支援ツール等の整備は進んでいないことが明らかとなった。

#### D. 考察

円滑な母子保健－精神医療連携を実施するためには、共通のアセスメントツールや、受療勧奨判断や連携システムなどを構築することが有益であることが2つの研究から示唆された。

#### E. 結論

令和7年度（研究最終年度）では、令和6年度本研究での文献レビュー内容をもとに、好事例自治体へのヒアリングを行い、予算規模などを含めた更に詳細な情報を取得、整理する。

また、自治体所管部署向けの手引・ガイドの作成に当たり、レビュー結果、及び好事例ヒアリングの情報と、令和6年度実施した自治体調査結果をもとに、連携課題解決のためにはどのような取り組みをすればよいのか、人口や出生数など、自治体の規模や属性に合わせた連携方法など、自治体が活用しやすい実践的な自治体－精神科医療連携ガイドを作成する予定である。

#### F. 健康危険情報

特になし。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- ・渡邊博幸. 妊産婦における向精神薬の調整・管理のポイント. 産科と婦人科 2024;91:631-6.
- ・安達久美子, 上田佳世, 江藤宏美. エビデンスに基づく助産ガイドライン-妊娠期・分娩期・産褥期 2024-, 日本助産学会誌, 2024, 38, Supl1. 1-223.
- ・Takahashi I, Obara T, Kikuchi S, Kobayashi N, Obara R, Noda A, Ohsawa M, Ishikawa T, Mano N, Nishigori H, Ueno F, Shinoda G, Murakami K, Orui M, Ishikuro M, Tomita H, Kuriyama S. Combination of taking neuropsychiatric medications and psychological distress in pregnant women, with behavioral problems in children at 2 years of age: The Tohoku Medical Megabank

Project Birth and Three-Generation Cohort Study. PCN Rep. 2024 Jul 25;3(3):e226. doi: 10.1002/pcn5.226. eCollection 2024 Sep.

- ・Ishikawa T, Sakai T, Iwama N, Obara R, Morishita K, Adomi M, Noda A, Ishikuro M, Kikuchi S, Kobayashi N, Tomita H, Saito M, Nishigori H, Kuriyama S, Mano N, Obara T. Association between exposure to atypical antipsychotics during pregnancy and risk of miscarriage. Acta Psychiatr Scand. 2024 Dec;150(6):562-572. doi: 10.1111/acps.13755. Epub 2024 Sep 5.

- ・Li X, Takahashi N, Narita A, Nakamura Y, Sakurai-Yageta M, Murakami K, Ishikuro M, Obara T, Kikuya M, Ueno F, Metoki H, Ohseto H, Takahashi I, Nakamura T, Warita N, Shoji T, Yu Z, Ono C, Kobayashi N, Kikuchi S, Matsuki T, Nagami F, Ogishima S, Sugawara J, Hoshiai T, Saito M, Fuse N, Kinoshita K, Yamamoto M, Yaegashi N, Ozaki N, Tamiya G, Kuriyama S, Tomita H. Identification of risk loci for postpartum depression in a genome-wide association study. Psychiatry Clin Neurosci. 2024 Nov;78(11):712-720. doi: 10.1111/pcn.13731. Epub 2024 Sep 17.

- ・Orui M, Obara T, Ishikuro M, Noda A, Shinoda G, Murakami K, Iwama N, Chiba I, Nakaya K, Hatanaka R, Kogure M, Kobayashi N, Kikuchi S, Metoki H, Kikuya M, Nakaya N, Hozawa A, Tomita H, Kuriyama S. Evaluation of depression at 6 and 12 months postpartum by examining depressive symptoms and self-harm ideation during the early postpartum period: Tohoku Medical Megabank Project Birth and Three-Generation Cohort Study. PCN Rep. 2024 Nov 4;3(4):e70025. doi: 10.1002/pcn5.70025. eCollection 2024 Dec.

- ・菊地紗耶. 「事例で学ぶ 精神的にフォローが必要な妊産婦への対応 うつ病」ペリネイタルケア Vol.43p18-23, 2024.12
- ・菊地紗耶, 小林奈津子, 富田博秋. 「周産期医療におけるコンサルテーション・リエゾン精神医学～プレコンセプションから育児支援まで～」精神医学 vol.66(No9) p.1165-1171, 2024.9
- ・菊地紗耶, 鈴木利人. 「妊産婦の精神科薬物療法と母乳育児をめぐる意思決定支援」臨床精神薬理 vol.27 (No8) p.817-824, 2024.8
- ・菊地紗耶, 小林奈津子, 小原拓, 岩渕理子, 齋藤昌利, 埴田卓志, 木村涼子, 岩渕賢嗣, 富田博秋.

総括研究報告書

「向精神薬服用中の母乳育児の実態と児への影響  
～授乳プランシートの結果から～」日本周産期メンタルヘルス学会会誌 vol.10 (No.1) p.35-39, 2024.8

・菊地紗耶, 小林奈津子, 富田博秋. 「産後うつ病における薬物療法の考え方」精神科治療学 vol.39(No8) p.881-886, 2024.8

・菊地紗耶. 妊娠前から授乳期までの健康とくすりの知識「服薬が明らかに有益である授乳婦へのメンタルサポートについて教えてください」調剤と情報増刊号 Vol.30 No.10. 1526-1532, 2024.7

・菊地紗耶, 小林奈津子, 富田博秋. 「【周産期メンタルヘルスを深掘り!】精神疾患合併妊産婦の対応双極性障害(双極症)」. 産科と婦人科 1 巻 6 号, 665-669, 2024.6

・菊地紗耶. 【GHP 領域の研究苦労話と学会への期待】【多様な GHP 領域の研究における苦労話とtips】「周産期メンタルヘルス領域における研究苦労話」. 総合病院精神医学(0915-5872)36 巻 2 号 Page106-108. 2024.4

・Yoko Sagara, Shunji Suzuki, Shinichi Hoshi, Akihiko Sekizawa, Osamu Ishiwata: Current Status of Cooperation Between Obstetric care and Psychiatrists in Japan. Cureous. 2024;16(10)e71413, DOI 10.7759/cureous71413

・Shinichi Hoshi, Shunji Suzuki, Akihiko Sekizawa, Yoko Sagara, Osamu Ishiwata: Current Status of Paternal Mental Health Care in Obstetric Institutes in Japan.(Brief communication) IJGO, 2024.1-2, DOI 10.1002/ijgo.15929

・相良洋子. 周産期メンタルヘルスにおける課題と展望. 産科と婦人科. 2024 ; 91(6) : 613-618

・竹内崇. 双極性障害・産褥精神病 ペリネイタルケア 2024 ; 43 : 24-29.

・竹内崇. 周産期メンタルヘルス ～妊産婦の自殺を防ぐために必要なこと 女性心身医学 2024 ; 29 : 178-181.

・林田悠里、四手井綱則、野口優輔、新井佳奈、伊藤一之、杉江 学、森丘千夏子、不殿絢子、宮坂尚幸、竹内 崇、森尾友宏. メンタルヘルス支援を要した妊産婦と出生時の短期予後の検討 周産期医学 2024 ; 54 : 1312-1316.

・金子 慈史, 竹内 崇. 【周産期メンタルヘルスを深掘り!】精神科・多職種との連携 精神疾患合併妊娠の管理にかかわるソーシャルワーカーの役割 産科と婦人科 2024 ; 91 : 703-708.

・竹内崇. 東京医科歯科大学の周産期リエゾンの取り組み 臨床精神医学 2024 ; 53 : 659-663.

・宮島美穂、竹内崇. 妊娠・出産とうつ病・自殺性の健康 2024 ; 23 : 11-19.

・竹内崇. 神経精神医学 周産期の精神障害 精神科と産科との協働 医学のあゆみ 2024 ; 288 : 594-595.

・安田貴昭. < 1 4 > 妊産褥婦のメンタルケア・精神科 part (分担執筆) 『ER・救急で役立つ精神科救急 A to Z』(三宅康史 編集) 日本医事新報社 (東京) pp.154-162, 2024

・安田貴昭. 自殺企図 (分担執筆) 『改訂第 2 版 J-MELS 母体救命 Advanced Course Text』(日本母体救命システム普及協議会 監修) へるす出版 (東京) pp.362-369, 2024

## 2. 学会発表

・渡邊博幸. 周産期メンタルヘルス. 第 42 回千葉県母性衛生学会学術集会. 2024 年 6 月 1 日

・渡邊博幸. 周産期に活用する社会資源. 第 37 回日本総合病院精神医学会総会. 20 パネルディスカッション 1 「周産期リエゾンにおける臨床実践」 熊本, 2024 年 11 月 29 日

## 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

令和7年5月30日

令和6年度こども家庭科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業  
「妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究」班

令和6年度こども家庭科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
分担研究報告書

「妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究」（24DA0201）  
自治体と精神科医療機関等による母子－精神保健医療ネットワーク構築と実践ガイドの作成

## 分担研究

# 日本における母子－精神保健医療連携に関する文献レビュー

研究代表者：渡邊 博幸（医療法人学而会 木村病院）

分担研究者：安達 久美子（東京都立大学大学院 人間健康科学研究科）

上原 里程（国立保健医療科学院 疫学・統計研究部）

菊地 紗耶（東北大学大学院 医学系研究科精神神経学分野）

相良 洋子（日本産婦人科医会 母子保健部会）

竹内 崇（東京科学大学大学院 精神行動医科学分野）

安田 貴昭（埼玉医科大学総合医療センター メンタルクリニック）

研究協力者：小田 純子（広島県健康福祉局子供未来応援課 プラン推進グループ）

## 研究要旨

【目的】妊産婦のメンタルヘルスは、妊娠中の母児の健康、産後の養育、児の発達を左右する重要な支援課題である。しかし、本課題に特化した事業を実施し、精神科と連携している市町村は少なく、自治体から精神科医療側への連携の難しさが指摘されており、この解決のために実効性のある母子－精神保健医療ネットワークモデルの提言と、ネットワーク構築のための自治体向け実践ガイドの作成が求められる。【方法】この基礎資料として、自治体(母子保健)と精神科医療との円滑な連携を行うためのアセスメントツールや連携方法等に関する文献、及びガイドラインのレビューを行った。【結果】I. 妊産婦のメンタル不調に対する共通の心理的アセスメントツールと、II. 妊産婦のメンタルヘルスに関する連携・協働という2つのテーマについて、15の課題を抽出し、それぞれについて現時点での知見をまとめた。また、先行して連携を実践しているいくつかの自治体の好事例となりうる取り組みを抽出した。【考察】円滑な母子保健－精神医療連携を実施するためには、共通の心理的アセスメントツールと、受診勧奨判断や連携システムなどを構築することが有益であることがレビューから示唆された。【結論】研究最終年度では、本研究でのレビュー内容をもとに、好事例自治体へのヒアリングを行い、予算規模などを含めた更に詳細な情報を取得、整理する。レビュー内容をもとに、実用的な連携ガイドを作成する予定である。

## A. 研究目的

妊産婦のメンタルヘルスは、妊娠中の母児の健康、産後の養育、児の発達を左右する重要な支援課題である。しかし、本課題に特化した事業を実施し、精神科と連携している市町村は少なく、自治体から精神科医療側への連携の難しさが指摘されており、この解決のために、「妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究」班では、実効性のある母子・精神保健医療ネットワークモデルの提言と、ネットワーク構築のための自治体向け実践ガイドの作成を行う予定である。実践ガイドには、様々なアセスメントツールや心理的支援方法、連携の具体的な構築方法を盛り込むため、これらの現状をレビューし、推奨しうる方法を精査する必要がある。

## B. 研究方法

令和6年度は、自治体(母子保健)と精神科医療との円滑な連携を行うためのアセスメントツールや連携方法等に関する文献、及びガイドラインのレビューを行った。

研究班・班会議での議論にもとづき、I. 妊産婦のメンタル不調に対する共通の心理的アセスメントツールと、II. 妊産婦のメンタルヘルスに関する連携・協働という2つのテーマについて、15の課題を抽出した。それぞれ分担研究者に割り振り、医学中央雑誌、厚生労働省研究成果データベース、EBSCOhost、PubMedなどの医学論文データベースから、検索式を立てて関連文献を抽出した。レビューについては、班会議の研究班全体で、国内での実行可能性などを吟味し、結果をまとめた。

### 文献レビュー課題

#### I. 妊産婦のメンタル不調に対する共通の心理的アセスメントツール

- 1) 母子健康手帳交付時、伴走型支援面接時に使用するアセスメントツール
- 2) 海外における妊産婦の心理的アセスメントツール（EPDS 以外）
- 3) EPDS 以外の産前・産後のうつ状態の評価方法
- 4) 2項目質問法の有用性
- 5) 妊産婦の不安のスクリーニング方法

#### 6) 産後うつ状態の重症度評価方法

#### II. 妊産婦のメンタルヘルスに関する連携・協働

- 7) 精神科受診勧奨の判断はどのように行うか
- 8) 精神科受診を要すると判断された妊産婦は、どの程度精神科に受診したか
- 9) 周産期メンタルヘルスに取り組むための教育や研修はどのように行われているか
- 10) 連携コーディネーターの役割について
- 11) 産後の心理的支援
- 12) 関係機関での支援体制の構築方法
- 13) 都道府県の「保健医療計画」における妊産婦メンタルヘルス
- 14) 産後メンタル不調女性についての情報共有方法
- 15) 協力精神科医療機関の増やし方（周産期メンタルヘルス専門外来の開設について）

## C. 研究結果

母子健康手帳交付時の妊婦面談では、アセスメントツールとして妊娠届書、市町村独自の質問票が活用されていた。産後のうつ状態の評価方法として、EPDS 以外では、二項目質問法は優れた感度、特異度を持ち、簡便なうつ状態のスクリーニングとして使いやすいが、偽陽性を拾いやすい可能性があることに注意する。不安のアセスメントツールとしてGAD-2が簡便であるが、偽陰性が多くさらなる検討が必要である。

メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦（要介入妊産婦）のうち、精神科への紹介は4分の1程度である。受診勧奨の判断目安は、「自殺や精神病症状の出現や緊急性、生活機能障害を基準とする」「既往歴や症状から独自のリスク評価を実施する」などであった。助産師や産科医にとって、精神科受診勧奨への困難感が高く、**精神科受診勧奨基準がない**ことや精神科との関係の希薄が理由の一つである。

連携コーディネーターは、(リエゾン) 精神看護専門看護師、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、助産師などが担当し、連携チーム内の調整や外部との調整を行っている。実際の連携は、複数の専門職からなるチームで行っている施設・地域が多く、コー

デイナーはその窓口または調整役としての役割を果たしている。

関係機関との情報共有や連携方法としては、いくつかの大学病院精神科を中心とする専門外来や、自治体の好事例の取り組みを抽出した。

#### D. 考察

円滑な母子保健－精神医療連携を実施するためには、共通の心理的アセスメントツールと、受診勧奨判断や連携システムなどを構築することが有益であることがレビューから示唆された。

#### E. 結論

研究最終年度では、本研究でのレビュー内容をもとに、好事例自治体へのヒアリングを行い、予算規模などを含めた更に詳細な情報を取得、整理する。レビュー内容をもとに、実用的な連携ガイドを作成する予定である。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

・渡邊博幸. 妊産婦における向精神薬の調整・管理のポイント. 産科と婦人科 2024;91:631-6.

・安達久美子, 上田佳世, 江藤宏美. エビデンスに基づく助産ガイドライン-妊娠期・分娩期・産褥期 2024-, 日本助産学会誌, 2024, 38, Supl1. 1-223.

・Takahashi I, Obara T, Kikuchi S, Kobayashi N, Obara R, Noda A, Ohsawa M, Ishikawa T, Mano N, Nishigori H, Ueno F, Shinoda G, Murakami K, Orui M, Ishikuro M, Tomita H, Kuriyama S. Combination of taking neuropsychiatric medications and psychological distress in pregnant women, with behavioral problems in children at 2 years of age: The Tohoku Medical Megabank Project Birth and Three-Generation Cohort Study. PCN Rep. 2024 Jul 25;3(3):e226. doi: 10.1002/pcn5.226. eCollection 2024 Sep.

・Ishikawa T, Sakai T, Iwama N, Obara R, Morishita K, Adomi M, Noda A, Ishikuro M, Kikuchi S, Kobayashi N, Tomita H, Saito M, Nishigori H,

Kuriyama S, Mano N, Obara T. Association between exposure to atypical antipsychotics during pregnancy and risk of miscarriage. Acta Psychiatr Scand. 2024 Dec;150(6):562-572. doi: 10.1111/acps.13755. Epub 2024 Sep 5.

・Li X, Takahashi N, Narita A, Nakamura Y, Sakurai-Yageta M, Murakami K, Ishikuro M, Obara T, Kikuya M, Ueno F, Metoki H, Ohseto H, Takahashi I, Nakamura T, Warita N, Shoji T, Yu Z, Ono C, Kobayashi N, Kikuchi S, Matsuki T, Nagami F, Ogishima S, Sugawara J, Hoshiai T, Saito M, Fuse N, Kinoshita K, Yamamoto M, Yaegashi N, Ozaki N, Tamiya G, Kuriyama S, Tomita H. Identification of risk loci for postpartum depression in a genome-wide association study. Psychiatry Clin Neurosci. 2024 Nov;78(11):712-720. doi: 10.1111/pcn.13731. Epub 2024 Sep 17.

・Orui M, Obara T, Ishikuro M, Noda A, Shinoda G, Murakami K, Iwama N, Chiba I, Nakaya K, Hatanaka R, Kogure M, Kobayashi N, Kikuchi S, Metoki H, Kikuya M, Nakaya N, Hozawa A, Tomita H, Kuriyama S. Evaluation of depression at 6 and 12 months postpartum by examining depressive symptoms and self-harm ideation during the early postpartum period: Tohoku Medical Megabank Project Birth and Three-Generation Cohort Study. PCN Rep. 2024 Nov 4;3(4):e70025. doi: 10.1002/pcn5.70025. eCollection 2024 Dec.

・菊地紗耶. 「事例で学ぶ 精神的にフォローが必要な妊産婦への対応 うつ病」ペリネイタルケア Vol.43p18-23, 2024.12

・菊地紗耶, 小林奈津子, 富田博秋. 「周産期医療におけるコンサルテーション・リエゾン精神医学～プレコンセプションから育児支援まで～」精神医学 vol.66(No9) p.1165-1171, 2024.9

・菊地紗耶, 鈴木利人. 「妊産婦の精神科薬物療法と母乳育児をめぐる意思決定支援」臨床精神薬理 vol.27 (No8) p.817-824, 2024.8

・菊地紗耶, 小林奈津子, 小原拓, 岩渕理子, 齋藤昌



分担研究報告書

利, 埴田卓志, 木村涼子, 岩渕賢嗣, 富田博秋. 「向精神薬服用中の母乳育児の実態と児への影響～授乳プランシートの結果から～」日本周産期メンタルヘルス学会会誌 vol.10 (No.1) p.35-39, 2024.8

・菊地紗耶, 小林奈津子, 富田博秋. 「産後うつ病における薬物療法の考え方」精神科治療学 vol.39(No8) p.881-886, 2024.8

・菊地紗耶. 妊娠前から授乳期までの健康とくすりの知識「服薬が明らかに有益である授乳婦へのメンタルサポートについて教えてください」調剤と情報増刊号 Vol.30 No.10. 1526-1532, 2024.7

・菊地紗耶, 小林奈津子, 富田博秋. 「【周産期メンタルヘルスを深掘り!】精神疾患合併妊産婦の対応 双極性障害(双極症)」. 産科と婦人科 1 巻 6 号, 665-669, 2024.6

・菊地紗耶. 【GHP 領域の研究苦労話と学会への期待】【多様な GHP 領域の研究における苦労話と tips】「周産期メンタルヘルス領域における研究苦労話」. 総合病院精神医学(0915-5872)36 巻 2 号 Page106-108. 2024.4

・Yoko Sagara, Shunji Suzuki, Shinichi Hoshi, Akihiko Sekizawa, Osamu Ishiwata: Current Status of Cooperation Between Obstetric care and Psychiatrists in Japan. Cureous. 2024;16(10)e71413, DOI 10.7759/cureous71413

・Shinichi Hoshi, Shunji Suzuki, Akihiko Sekizawa, Yoko Sagara, Osamu Ishiwata: Current Status of Paternal Mental Health Care in Obstetric Institutes in Japan.(Brief communication) IJGO, 2024.1-2, DOI 10.1002/ijgo.15929

・相良洋子. 周産期メンタルヘルスにおける課題と展望. 産科と婦人科. 2024 ; 91(6) : 613-618

・竹内崇. 双極性障害・産褥精神病 ペリネイタルケア 2024 ; 43 : 24-29.

・竹内崇. 周産期メンタルヘルス ～妊産婦の自殺を防ぐために必要なこと 女性心身医学 2024 ; 29 : 178-181.

・林田悠里、四手井綱則、野口優輔、新井佳奈、伊藤一之、杉江 学、森丘千夏子、不殿絢子、宮坂尚

幸、竹内 崇、森尾友宏. メンタルヘルス支援を要した妊産婦と出生時の短期予後の検討 周産期医学 2024 ; 54 : 1312-1316.

・金子 慈史, 竹内 崇. 【周産期メンタルヘルスを深掘り!】精神科・多職種との連携 精神疾患合併妊娠の管理にかかわるソーシャルワーカーの役割 産科と婦人科 2024 ; 91 : 703-708.

・竹内崇. 東京医科歯科大学の周産期リエゾンの取り組み 臨床精神医学 2024 ; 53 : 659-663.

・宮島美穂、竹内崇. 妊娠・出産とうつ病・自殺性の健康 2024 ; 23 : 11-19.

・竹内崇. 神経精神医学 周産期の精神障害 精神科と産科との協働 医学のあゆみ 2024 ; 288 : 594-595.

・安田貴昭. < 1 4 > 妊産褥婦のメンタルケア・精神科 part (分担執筆) 『ER・救急で役立つ精神科救急 A to Z』(三宅康史 編集) 日本医事新報社 (東京) pp.154-162, 2024

・安田貴昭. 自殺企図 (分担執筆) 『改訂第 2 版 J-MELS 母体救命 Advanced Course Text』(日本母体救命システム普及協議会 監修) へるす出版 (東京) pp.362-369, 2024

## 2. 学会発表

・渡邊博幸. 周産期メンタルヘルス. 第 42 回千葉県母性衛生学会学術集会. 2024 年 6 月 1 日

・渡邊博幸. 周産期に活用する社会資源. 第 37 回日本総合病院精神医学会総会. 20 パネルディスカッション 1 「周産期リエゾンにおける臨床実践」熊本, 2024 年 11 月 29 日

## G. 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

## I. 妊産婦のメンタル不調に対する共通の心理的アセスメントツール

### 1) 母子健康手帳交付時、伴走型支援面接時に使用するアセスメントツール

要約) 母子健康手帳交付時の妊婦面談では、アセスメントツールとして妊娠届書、市町村独自の質問票が活用されていた。妊娠届出書のメンタルヘルスに関する項目は、今までにかかった病気の有無、病名、発症時期、今回の妊娠がわかったときの気持ち、気がかりなことや悩み、心配事、疲れやすさ、食欲、眠れない、気分の落ち込みなどであった。

国内における、母子健康手帳交付時、伴走型支援面接時に使用する問診票、産後の家庭訪問でのアセスメントシートに関する文献レビュー及び実践事例の抽出を行った。医中誌、厚生労働省研究成果データベース(2000-2024)にて、『妊産婦 アセスメント 母子健康手帳 伴走型支援 妊娠届出』を検索式として、131本の論文を抽出。メンタルヘルスに関連のないもの、アセスメントツールに関連のないもの、EPDSに関するものを除外し、7本の論文<sup>1)~7)</sup>を採用した。

母子健康手帳交付時の妊婦面談では、アセスメントツールとして妊娠届書、市町村独自の質問票が活用されていた。妊娠届出書について、法定項目(母子保健法第15条:届出年月日、氏名、年齢、職業、居住地、妊娠月数、医師又は助産師の診断又は保健指導を受けた時はその氏名、性病および結核に関する健康診断の有無)以外の項目以外で、メンタルヘルスに関する項目は、今までにかかった病気の有無、病名、発症時期、今回の妊娠がわかったときの気持ち、気がかりなことや悩み、心配事、疲れやすさ、食欲、眠れない、気分の落ち込みなどであった。また、米国のHealthy Families Americaの家庭訪問プログラムを参考とした支援のためのふり分け項目があり、メンタルヘルスに関する2項目(精神疾患の既往、うつ状態)が設定されていた。ストレス対処能力を測る尺度(SOC)は産後の精神的健康、抑うつと関連があ

るとされ、SOCは産後の精神的健康を予測する指標として有効であるとされていた。他、簡便で標準化された3つの質問紙票、Steinのマタニティ・ブルース評価式抑うつ尺度、Hospital Anxiety and Depression Scaleなどが使用されていた。

一方、訪問看護ステーション等で使用しているアセスメントツール、記録用紙に関する文献レビューを試みたが、産後の訪問看護に関する共通アセスメントシートに関する文献は抽出できなかった。

付記) 国内で使用されている主な妊娠期・産後のメンタルヘルス項目を含むアセスメントシートとその内容

国立成育医療研究センターの調査研究、厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業)、こども・子育て支援推進調査研究事業、大阪府などで作成・公開されているもの、8つを抽出した。それぞれのアセスメントシートで妊産婦の心身の健康面についての共通のアセスメント項目として、既往または受診歴が6、依存が6、知的な問題が5、産後うつが4、アルコール4、薬物4、精神疾患が3本のアセスメントシートで挙げられていた(表1-1、-2)。

#### 文献)

1. 手塚 美春, 赤間 由美, 森鍵 祐子: 看護職による母子健康手帳交付時の妊婦面談に関する文献レビュー. 北日本看護学会誌 26(1), 35-46, 2023.
2. 足立安正, 上野昌江: 市町村における妊娠届出児の情報把握に関する実態調査. 兵庫医療大学紀要, 6(1), 1-9, 2018.
3. 白石淑江: 児童虐待の予防を視野に入れた家庭訪問支援(その2)-妊娠届出書を活用した要支援課程のふり分け-. 愛知淑徳大学論集第5部, 2015.
4. 小銭寿子: 周産期におけるストレス対処能力(SOC)の推移と抑うつおよび子ども虐待のリスク-前向きコホートによる追跡研究. 北海道医誌, 85(6), 375-388, 2010.

こども家庭科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
分担研究報告書

5. 益邑千草：母子保健システムに関する研究（Ⅲ）  
－妊娠届出時・母子健康手帳交付時の情報把握  
について－ . 日本こども家庭総合研究所紀要  
第 50 集,
6. 光田信明他：妊婦健康診査および妊娠届を活用  
したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健  
指導のあり方に関する研究. 厚生労働省科学研  
究費補助金、成育疾患克服等次世代育成基盤研  
究事業 報告書、2018.
7. 大島珠子：周産期のメンタルヘルスに関する研  
究の動向. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開  
発研究所紀要,26,117-124,2019.

## 2) 海外における妊産婦の心理的アセスメントツール（EPDS 以外）

要約）海外では、妊産婦の心理的アセスメントツールとして、EPDS 以外で7つのスクリーニングツールが報告されている。

EBSCOhost（検索対象期間：2014-2024）から、（screening tools OR assessment tools OR diagnosis tools）AND（pregnant OR postpartum）AND psychological を検索式として96本の論文を抽出、Edinburgh Postnatal Depression Scale（EPDS）について言及したものなどを除外して、7本の論文を採用した。

周産期のメンタルヘルスのEPDS以外のスクリーニング法としては、1)西ケニアの農村部における周産期うつ病のスクリーニングツール(PDEPS)、2)the Spielberger State Anxiety Scale, the Perceived Stress Index and the Life Optimism Test、3) Maternal attitudes were assessed using the Attitudes Toward Motherhood (AToM) Scale、4)Postpartum Bonding Questionnaire、5)clinical interview schedule-revised (CIS-R) questionnaire、6) the 16-item version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16)、7) MGMQ が示されていた。これらについては、その有用性としてEPDSとの相関を示しているものが多かった。

### 文献）

1. Green, Eric P. et al.: Developing and validating a perinatal depression screening tool in Kenya blending Western criteria with local idioms: A mixed methods study. Journal of Affective Disorders 228,49-59,2018.
2. Ingunn Benediktsson, Sheila McDonald, Suzanne Tough: Examining the Psychometric Properties of Three Standardized Screening Tools in a Pregnant and Parenting Population, Matern Child Health J 21:253-259, 2017.
3. Laura E. Sockol & Cynthia L. Battle: Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. Arch Womens Ment Health 18:585-593, 2015.
4. Alessandra Busonera, et al.: Psychometric properties of the Postpartum Bonding Questionnaire and correlates of mother-infant bonding impairment in Italian new mothers. Midwifery 55,15-2,2015.
5. Avita Rose Johnson, et al.: Screening for Mental Health Disorders among Pregnant Women Availing Antenatal Care at a Government Maternity Hospital in Bengaluru City. Indian Journal of Psychological Medicine 40 (4), 343-348,2018
6. Elizabeth J. Levey et al.: The psychometric properties of the 16-item version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) as a screening instrument for perinatal psychosis. Archives of Women's Mental Health 21:563-572,2018.
7. Stephen Matthey, et al.: Validation of the MGMQ in screening for emotional difficulties in women during pregnancy. Journal of Affective Disorders, 256, 156-163, 2019.

### 3) EPDS 以外の産前・産後のうつ状態の評価方法

要約) 産後のうつ状態の評価方法として、EPDS 以外では、二項目質問法、Zung の自記式抑うつ尺度、K6、日本版 Beck Depression Inventory II、CES-D 等が挙げられる。妊娠期においては、K6、日本版 Beck Depression Inventory II（以下 BDI=II）、CES-D を用いた報告があった。

産後うつ病スクリーニング(Postpartum Depression Screening : PDS) に関連するツールとして、最も多く使用されている「エジンバラ産後うつ病質問票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale : EPDS) [10 項目, 4 段階]」以外のアセスメントツールとしては、EPDS 開発前より使用されている「Zung の自記式抑うつ尺度 (Self-rating Depression Scale: ZSDS) [20 項目, 4 段階]」が 8 件、米国国立精神保健研究所による自己評価尺度である「Center for Epidemiologic Studies Depression Scale : CES-D [20 項目, 4 段階]」の使用が 3 件、「Kessler 自記式スクリーニング尺度 : K6」[ 6 項目, 5 段階]」の文献が 6 件あった。

さらに項目が少ない質問票として、英国の診療ガイドラインで推奨している、「二質問法 : Whooley Questions [2項目, 2段階]」の文献が3件抽出された<sup>1)</sup>。Whooley Questionsの和訳に基づく「二質問法」による回収率は99%と高く、有病率もEPDSと同等の10%~20%であった<sup>2)</sup>。COVID-19下でのWhooleyの質問項目の陽性率は31.0%であった<sup>3)</sup>。

妊娠期のうつ状態の評価としては、K6、日本版 Beck Depression Inventory II（以下 BDI=II）、CES-D を用いた報告があった<sup>4)~7)</sup>。K6 は 9 点以上でうつ病の可能性があると判断していたが、妊婦に対する K6 の妥当性は検討されていなかった。BDI=II は妊婦への調査にも使用されており、最近の 1 週間における抑うつ状態の重症度を測定する尺度であり、対象にとって簡便であるため臨床研究において汎用されている。

文献)

1. 科学的根拠に基づく身体的・心理的な産後のケアの効果的な実施を推進するための研究報告書 (202327015A). 厚生労働省科学研究成果データベース  
file:///Users/imac2013/Downloads/202327015A.pdf
2. 三品 浩基他：乳児健診における母親のうつ傾向に対する二質法の実施可能性．小児科臨床.2011;64:2225-2229
3. Factors influencing physical activity in postpartum women during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey in Japan. BMC Womens Health 22(1) : 371, 2022 doi: 10.1186/s12905-022-01959-9.
4. 日下部 典子：妊産婦のメンタルヘルスに係わる要因．福山大学人間文化学部紀要 22 : 28-32, 2022.
5. 二川 香里, 長谷川 ともみ:不育症初産婦の妊娠初期から産後 1 ヶ月までの抑うつと不安に関する縦断的研究．母性衛生 61 (4) : 508-515, 2021.
6. 桑原 さやか, 新井 陽子:産後うつの予防的支援についての検討 妊娠期のピア・サポートを活用して．母性衛生 60 (2) : 362-369, 2019.
7. 菅原 さとみ, 大平 光子. 妊産婦の首尾一貫感覚と妊娠期から産褥期におけるメンタルヘルスとの関連．小児保健研究 72 (1) : 17-27, 2013.

#### 4) 2項目質問法の有用性

要約) 2項目質問法は優れた感度、特異度を示せており、簡便なうつ状態のスクリーニングとして使いやすいが、偽陽性を拾いやすい可能性があることに注意する必要がある。

Whooley の 2 項目質問法は、「この 1 ヶ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。」という質問と、「この 1 ヶ月間、どうも物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。」という質問それぞれに、はい、いいえで答えてもらい、いずれかに「はい」のある場合、うつ病の疑いとする、という簡便な質問法で、実施は一人 2,3 分しかかからないことから、うつ状態の 1 次スクリーニングとして用いられる。その感度は 100%、特異度 68%と報告されている<sup>1)</sup>。

Whooley 質問項目の臨床的有用性を、EPDS と比較検討(n=258)したところ、Whooley 質問項目の陽性率は 16.7%、EPDS(9 点)の陽性率は 14.8%(p=0.55)、産後うつ病の発症率は 5.4%であった。2 つのツールの感度と陽性適中率の差は有意ではなかった(それぞれ p=0.09、p=0.45)。<sup>2)</sup>

最近の研究報告では、Whooley 二項目質問票(以下、Whooley) が産後 1 か月以降 1 年までの乳児を持つ母親における抑うつ傾向のスクリーニング方法として妥当であるか評価したところ、EPDS を参照(レファレンス)とした場合、全期間における Whooley $\geq$ 1 の感度は 96.7%、特異度は 82.8%、陽性反応的中度は 74.4%、陰性反応的中度は 98.0%だった<sup>3)</sup>。

周産期、または妊娠 20 週から産後 4 週の女性を対象とした 2 項目質問票に関する 5 本の研究のメタ解析の結果では、プール感度(95%信頼区間)は 0.95 (0.81-0.99)、プール特異度は 0.60 (0.44-0.74) であり、簡便なうつ状態のスクリーニングとして使いやすいが、偽陽性を拾いやすい可能性があることに注意する必要がある<sup>4)</sup>。

#### 文献)

1. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. 1997. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 12(7):439-45.
2. Shibata Y, Suzuki S : The journal of maternal-fetal & neonatal medicine [J Matern Fetal Neonatal Med] 33 : 2785-2788, 2020.
3. 寺澤 瑛利子, 岡山 久代 : 生後 1 ヶ月以降の乳児を持つ母親における抑うつ傾向の評価 二項目質問票の妥当性の検討 (Assessment of depressive tendencies in mothers of infants at one month postpartum and later: A validation study of the Whooley questions)(英語). 日本周産期メンタルヘルス学会会誌 9 : 77-86, 2023.
4. Smith RD, Shing JSY, Lin J, et al. : Meta-analysis of diagnostic properties of the Whooley questions to identify depression in perinatal women. J Affect Disord. 315 ; 148-155, 2022.

## 5) 妊産婦の不安のスクリーニング方法

**要約）**産後6ヶ月の女性の不安については、直接診断した場合の有病率に近い値を示したのは、エジンバラ産後うつ尺度（EPDS-3A）の不安下位尺度よりも全般的な不安障害尺度2項目（GAD-2）であったが、妊娠中の女性の不安については偽陰性が多くスクリーニングとしての有用性についてはさらなる検討が必要である。

26本の研究（n=2,613）をもとにしたメタ解析の結果によると、妊娠期と産後に何らかの不安障害に罹患する女性は、20.7%（95%最高事後密度信用区間[16.7～25.4]）と算定され、この数値は周産期うつよりも高い有病率を示している<sup>1)</sup>。

271本の研究（n=369,477）をもとにした最近のメタ解析によれば、不安のプールされた有病率（95%信頼区間(95%CI)）は、周産期全体では、17.4%（95%CI：16.2%～18.7%）、妊娠期は17.4%（95%CI：16.1%～18.8%）、産後が17.5%（95%CI：13.5%～22.4%）であった。しかしその推定値はかなりの異質性を示した（I<sup>2</sup>=98.93%）。周産期不安の主な潜在的危険因子としては、健康状態の悪化、妊娠合併症のある女性、計画外妊娠などが示されている<sup>2)</sup>。

英国の2020年全国妊産婦調査のデータをもとに、①全般的な不安障害尺度2項目（GAD-2）、②エジンバラ産後うつ尺度（EPDS-3A）の不安下位尺度、および③直接質問の3つの異なるスクリーニング方法を用いて、産後6ヶ月の不安症状の有病率を比較したところ、合計4611人の女性における産後不安の有病率は、①GAD-2で15.0%、②EPDS-3Aで28.8%、③直接質問で17.1%であった。測定間の一致率は78.6%（95%CI 77.4-79.8；Kappa0.40）から85.2%（95%CI 84.1-86.2；Kappa0.44）であった。産前不安は、3つの指標すべてにおいて産後不安の最も強い予測因子であった<sup>3)</sup>。

一方、妊娠中の不安障害に対して、全般的な不安障害尺度2項目（GAD-2）の診断精度を明らかにするため、ロンドンの妊婦528人に対して、初診後に『精

神障害の診断と統計マニュアル第4版のための構造化臨床面接（SCID）』とGAD-2スクリーニングを行った。その結果、不安障害の集団有病率は17%（95%CI 12%～21%）、あらゆる不安障害に対する加重感度は26%、特異度は91%、陽性適中率は36%、陰性適中率は87%、尤度比は2.92であった。これらの結果から、GAD-2は多くの真の陽性（不安症患者）を見逃してしまう可能性があり、スクリーニングとして役に立たない可能性があるという意見もある<sup>4)</sup>。

一方、全般的な不安障害尺度7項目（GAD-7）の有用性に関する研究では、カナダのオンタリオ州で精神科に紹介初診した周産期女性240人（n=155妊娠中、n=85産後）に対して、①GAD-7と②Edinburgh Postnatal Depression Scale（EPDS）と、③経験豊富な精神科医による『精神障害の診断と統計マニュアル第4版』にもとづく診断を比較した結果GAD-7は、最適カットオフ値13点で感度61.3%、特異度72.7%を示した。一方、カットオフ値を10～13点としたEPDSは、高い感度（77.3～89.3%）と高い陰性適中率（79.2～84.4%）を示すも、特異度が低く（26.7～40.3%）、陽性的中率も低かった（36.2～37.6%）。カットオフ値を7点としたEPDS-3A下位尺度では、優れた陰性適中率（81.1%）、中等度の感度（68.0%）、特異度（63.5%）、低い陽性的中率（46.3%）であった。これらの結果から、GAD-7はより広いカットオフ点範囲で、感度と特異度を示していると結論している<sup>5)</sup>。ただし、この研究は不安症状全体のスクリーニングについての知見ではなく、母子保健の臨床場面で広く適応できるかどうかについては未検討である。また日本における妊産婦のカットオフ値について上記の値を援用できるかどうかについては慎重に検討する必要がある。

## 文献）

1. Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, et al : The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis. J Clin Psychiatry 80 : 18r12527, 2019.

2. Yang L, Sun J, Nan Y, et al. : Prevalence of perinatal anxiety and its determinants in mainland China: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders [J Affect Disord]323 : 193-203, 2023.
3. Fellmeth G, Harrison S, Quigley MA, et al. : A Comparison of Three Measures to Identify Postnatal Anxiety: Analysis of the 2020 National Maternity Survey in England. International journal of environmental research and public health [Int J Environ Res Public Health] 2022 May 28; Vol. 19 (11). Date of Electronic Publication: 2022 May 28.
4. Nath S, Ryan EG, Trevillion K, et al. : Prevalence and identification of anxiety disorders in pregnancy: the diagnostic accuracy of the two-item Generalised Anxiety Disorder scale (GAD-2). BMJ open [BMJ Open] 8 : e023766, 2018.
5. Simpson W, Glazer M, Michalski N, et al. : Comparative efficacy of the generalized anxiety disorder 7-item scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale as screening tools for generalized anxiety disorder in pregnancy and the postpartum period. Can J Psychiatry 59 : 434-440, 2014.



## 6) 産後うつ状態の重症度評価方法

要約) 産後女性のうつ病スクリーニングでの重症度判定を目的とした指標は抽出されず、現時点では、一般のうつ病患者を対象としたうつ病評価尺度を代用する。

PubMedにて、検索式) (HAM-D OR HDSR OR MADRS OR BDI) AND ( postpartum depression ) で 241 本の論文が抽出され、そのうち、メタ解析とシステマティック・レビュー12本を採択して検討した。その結果、産後女性のうつ病スクリーニングでの重症度判定を目的とした論文は見当たらず、内服治療薬や静注薬の効果判定のための評価方法としてあげていることがわかった。産後女性に特化した指標は、EPDS 以外見当たらない。一般のうつ病患者を対象とした場合、BDI-II、HDSR、MADRS、CES-D などが重症度判定として用いられていることから、産後うつの重症度を評価尺度で測る場合は、上記を選択せざるを得ないと考えられる。

### 文献)

1. Raja A, et al. : Evaluating the safety and efficacy of zuranolone in the management of major depressive disorder and postpartum depression, with or without concurrent insomnia: a rigorous systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2024 Jul 5;15:1425295. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1425295. eCollection 2024.
2. Fayoud AM, et al. : The efficacy and safety of Zuranolone for treatment of depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 2024 Jul;241(7):1299-1317. doi: 10.1007/s00213-024-06611-y. Epub 2024 May 28.
3. Ahmad A, et al. : Zuranolone for treatment of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Front Neurosci*. 2024 Apr 25;18:1361692. doi: 10.3389/fnins.2024.1361692. eCollection 2024.
4. Winslow M, et al. : The efficacy of zuranolone versus placebo in postpartum depression and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pharm*. 2024 Jun;46(3):590-601. doi: 10.1007/s11096-024-01714-0. Epub 2024 Mar 15.
5. Yang M, et al. : Mindfulness-Based Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health*. 2023 Dec;52(12):2496-2505. doi: 10.18502/ijph.v52i12.14311.
6. Li Z, et al. : Efficacy and safety of zuranolone for the treatment of depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2024 Jan;331:115640. doi: 10.1016/j.psychres.2023.115640. Epub 2023 Nov 26.
7. Zou J, et al. : The efficacy and safety of some new GABAkinases for treatment of depression: A systematic review and meta-analysis from randomized controlled trials. *Psychiatry Res*. 2023 Oct;328:115450. doi: 10.1016/j.psychres.2023.115450. Epub 2023 Sep 4.
8. Blase K, et al.: Neurophysiological Approach by Self-Control of Your Stress-Related Autonomic Nervous System with Depression, Stress and Anxiety Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 24;18(7):3329. doi: 10.3390/ijerph18073329.
9. Huang L, et al.: Is cognitive behavioral therapy a better choice for women with postnatal depression? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018 Oct 15;13(10):e0205243. doi: 10.1371/journal.pone.0205243. eCollection 2018.
10. Owora AH, et al: Summary diagnostic validity of

commonly used maternal major depression disorder case finding instruments in the United States: A meta-analysis. J Affect Disord. 2016 Nov 15;205:335-343. doi: 10.1016/j.jad.2016.08.014. Epub 2016 Aug 16.

11. Miniati M, et al. : Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a systematic review. Arch Womens Ment Health. 2014 Aug;17(4):257-68. doi: 10.1007/s00737-014-0442-7. Epub 2014 Jun 24.
12. Miller BJ, et al. : Dietary supplements for preventing postnatal depression. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Oct 24;2013(10):CD009104. doi: 10.1002/14651858.CD009104.pub2.

## II. 妊産婦のメンタルヘルスに関する連携・協働

### 7) 精神科受診勧奨の判断はどのように行うか。

要約)精神科受診勧奨の判断の目安としては、「自殺や精神病症状の出現や緊急性、生活機能障害を基準とする」「既往歴や症状から独自のリスク評価を実施する」「EPDS9点以上」が挙げられる。受診勧奨を判断する者としてはリエゾン看護師が、判断の場としては、「定例会」がある。精神科受診勧奨基準がないことが、産科スタッフの精神科受診勧奨への困難感の高さの一因と報告されている。

（詳細内容）

医学中央雑誌（2000～2024年）、「原著論文」「会議録を除く」にチェックから15件を抽出しハンドサーチにて1件追加し、計16件からまとめた。分娩取扱施設53施設を対象とした調査では、半数以上の分娩取扱施設が精神科連携を要する判断基準として挙げたのは、①精神症状があり、生活に支障をきたしている(77%)、②自傷・自殺念慮がある(73%)、③幻覚・妄想がある(60%)であった<sup>1)</sup>。受診勧奨の判断として、自殺のリスクや精神病症状等緊急性を評価することが推奨されている<sup>2)～8)</sup>。大分トライアルでは、スクリーニング及び独自質問票にてリスク評価を行い、リスクに応じて区分分けし各対応を明記している。(①精神疾患の受診歴あり、②既往があるが現在受診なし(受診を勧奨)、③既往はないが独自質問票でリスクが見込まれる妊産婦(受診を検討)、④症候・症状から重度精神障害の疑いがある妊産婦(受診を考慮))<sup>9)10)</sup>。試験的にEPDS9点以上だった場合に、メンタルヘルスコ受診を勧奨し、受診者分析を行った報告もみられた<sup>11)</sup>。

受診勧奨を判断する職種として、リエゾンNsがトリアージし、リエゾンNsの判断(「必要に応じて」もしくは、「緊急性が高い」)により精神科受診を勧奨している施設もある<sup>12)</sup>。院内関係部署間の定例会議にて、メンタルヘルスに問題を抱える妊産婦もリストアップし、妊婦健診中の精神科診療の方向性(=どの医療機関で管理するのが適切か)を検討している施設もある<sup>13)</sup>。

助産師や産科医にとって、精神科受診勧奨への困難感が高く、精神科受診勧奨基準がないことが理由の一つとしてあげられている<sup>14)15)16)</sup>。その他困難感に関連する要因として、精神科受診勧奨を行うこと自体の難しさや精神科との関係が希薄であることも指摘されている<sup>15)</sup>。

文献)

1. 光田信明, 清野仁美:社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究. 令和2年度総括・分担研究報告書. 2021
2. 長谷川 花, 杉山 直也:精神科・多職種との連携 精神科救急への対応 周産期において精神科救急を要するとき. 産科と婦人科 91(6): 691-695, 2024.
3. 立花 良之:自殺念慮のある妊産婦への対応. 産科と婦人科 91(6): 625-629, 2024.
4. 立花 良之, 小泉 典章:周産期メンタルヘルスケアについての地域における多職種協働支援システム. 精神科治療学 38(12): 1399-1406, 2023.
5. 立花 良之, 小泉 典章:周産期メンタルヘルスケアにおける多職種連携. 精神医学 62(9): 1203-1214, 2020.
6. 立花 良之:メンタルヘルス不調の母親に対する妊娠期からの切れ目のない支援のための、医療・保健・福祉の連携体制の整備について. 日本周産期メンタルヘルス学会会誌 4(1): 23-29, 2018.
7. 鈴木 利人:周産期における精神科的危機介入 わが国における現状と展望. 精神科治療学 37(2): 121-126, 2022.
8. 竹田 省:日本の周産期メンタルヘルス対策に関する産科医からの提言. 総合病院精神医学 30(4): 312-318, 2018.
9. 佐藤 昌司:精神科・多職種との連携 周産期メンタルヘルス推進のための院内および地域の医療連携体制の構築. 産科と婦人科 91(6): 696-702, 2024.

こども家庭科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
分担研究報告書

- 1 0. 岩永 成晃, 佐藤 昌司：大分県における周産期メンタルヘルスケア体制の整備事業「大分トライアル」 妊産婦のメンタルヘルスケア産科・行政・精神科の連携. 日本周産期メンタルヘルス学会会誌 5： 21-26, 2019.
- 1 1. 岡島 美朗, 桑田 知之：産婦健診における EPDS 高得点者への対応 メンタルヘルスコ受診者分析. 日本周産期メンタルヘルス学会会誌 7： 39-43, 2021.
- 1 2. 辻俊一郎：総合病院でできる多職種連携産婦人科医の視点から. 精神神経学雑誌 125(7)： 594-600, 2023.
- 1 3. 岡本 陽子, 和田 聡子, 光田 信明：支援のための取り組みの実際(大阪母子医療センターを例に). 精神科治療学 32(6)： 796-800, 2017.
- 1 4. 生田望, 中間 初妃, 欽竹 美保他：浜松市の周産期における自殺対策の取組について 妊産婦のメンタルヘルスケアに関する実態調査からみえてきたもの. 松市精神保健福祉センター所報 16： 41-44, 2023.
- 1 5. 辻俊一郎, 桂 大輔, 所 伸介他：妊産婦とメンタルヘルスケアのアンケート調査報告. 産婦人科の進歩 73(4)： 405-407, 2021.
- 1 6. 亀岡 美紀, 大賀 公子, 岡部 菜摘他：産科スタッフが行う相談外来での困難の実態. 日本看護学会論文集: 精神看護 45： 219-222, 2015.

## 8) 精神科受診を要すると判断された妊産婦は、どの程度精神科に受診したか

要約) 他施設での調査では、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦(要介入妊産婦)のうち、精神科への紹介は4分の1程度である。

医学中央雑誌(2000～2024年)、「原著論文」「会議録を除く」にチェックから9件を抽出しハンドサーチにて1件追加し、計10件からまとめた。

### (要約)

- ① メンタルヘルス介入を要すると判断されたうち、精神科への紹介は22.2%
- ② スクリーニング陽性者に対して受診勧奨を行う施設は25%
- ③ 単施設調査では施設毎に異なる(1.1～10.0%)
- ④ 受診の課題：予約取得後のキャンセルがある

・全国の分娩取扱施設で、メンタルヘルス介入が必要と考えられた妊産婦(要介入妊産婦)は1551例(4.0%)であり、精神科への紹介は22.2%に留まっていたと報告されている<sup>1)</sup>

・EPDSスクリーニング陽性者に対して、精神科受診を勧奨する施設は25%<sup>2)3)</sup>であり、地域行政への連絡や院内の助産師看護師による支援を行っている施設が多い。

・産科単施設の報告で、全分娩数の1.1%に精神的介入を要したと報告されている<sup>4)</sup>、また既にリスクがありと評価されたうち60.1%が精神科介入があったという報告がある<sup>5)</sup>。

・大阪府妊産婦こころの相談センターの専門相談センターでは、精神科医療機関への紹介が10.0%にのぼっている(実際に受診したかは不明)

<sup>6)</sup>

・受診予約になってもキャンセルになる例もある<sup>7)</sup>

### 文献)

1. 中井章人, 光田信明, 木下勝之.: メンタルヘルスに問題がある妊産婦の頻度と社会的背景に関する研究. 日本周産期・新生児医

学会雑誌 53(1): 43-49, 2017.

2. 辻俊一郎.: 総合病院でできる多職種連携産婦人科医の視点から. 精神神経学雑誌. 125(7): 594-600, 2023.
3. 辻俊一郎, 桂大輔, 所伸介, et al.: 妊産婦とメンタルヘルスケアのアンケート調査報告. 産婦人科の進歩 738(4): 405-407, 2021.
4. 森内芳, 藤田浩平.: A 県総合周産期母子医療センターにおける妊産婦メンタルヘルスケアの現状と今後の課題. 滋賀母性衛生学会誌 19(1): 35-38, 2019.
5. 利部徳子, 岩澤卓也, 佐藤恵, et al.: 精神障害ハイリスク妊婦に対する支援と課題. 秋田県産科婦人科学会誌 22: 9-13, 2017.
6. 岡本陽子, 和田聡子, 光田信明.: 大阪府の妊産婦メンタルケア体制強化事業(解説). 精神科治療学 32(6): 796-800, 2017.
7. 中西貴子, 堀川直希, 吉島秀和, et al.: 精神科救急病院における周産期初診例の実態調査. 女性心身医学 26(3): 6-362, 2022.

## 9) 周産期メンタルヘルスに取り組むための教育や研修はどのように行われているか

### 要約)

- ① 教育や研修の重要性が指摘されている
- ② 各地域で研修会、事例検討会を実施しているが、報告例は限られている
- ③ 研修による学習成果も示されている
- ④ 特定の心理技法（CBT）に基づいた研修も実施されている
- ⑤ 助産師教育において周産期メンタルヘルスが充実してきている

医学中央雑誌（2000～2024年）、「原著論文」「会議録を除く」にチェックから14件を抽出しハンドサーチにて5件追加し、計19件からまとめた。

・支援者のスキルを高める教育や研修の重要性は多くの総説で指摘されている（周産期メンタルヘルス支援<sup>1)</sup>、自殺予防と支援介入<sup>2)</sup>、助産師によるメンタルヘルススクリーニング<sup>3)</sup>、ハイリスク妊産婦への支援におけるコミュニケーションスキルや知識<sup>4)</sup>）。

・研修の方法としては、講義、事例検討会、ロールプレイ<sup>5)</sup>を取り入れるなど様々な形式で行われている。

・各地域での研修会（研修内容は周産期メンタルヘルスに特化）についての報告（木村病院における研修・事例検討会<sup>6)</sup>、親子保健メンタルヘルスケア指導者研修<sup>7)</sup>、周産期メンタルヘルス勉強会<sup>8)</sup>、周産期メンタルヘルスに関する教育研修<sup>9)</sup>）

・各地域での研修会（研修内容に周産期メンタルヘルスを含む）についての報告（茨城県<sup>10)</sup>）

・各地域での事例検討会についての報告が挙げられている（木村病院<sup>6)</sup>、飛騨地域<sup>11)</sup>、仙台市困難事例検討会<sup>12)</sup>。大分トライアル<sup>13)</sup>のように、「ペリネイタル・リスクアセスメント委員会」として月1回事業に関わる全職種が参集し、事例検討会を実施している地域もある。

・研修による学習成果を検討した報告（CBT 研

修<sup>14)</sup>、親子保健メンタルヘルスケア指導者研修<sup>7)</sup>、周産期メンタルヘルスに関する教育研修<sup>9)</sup>

・特定の心理技法（CBT）に基づいた研修を実施している報告<sup>14)</sup>、<sup>5)</sup>

・助産師教育における周産期メンタルヘルスの学習内容が変化している（周産期メンタルヘルスに関する臨床判断能力や地域における母子のアセスメントや支援の強化<sup>15)</sup>、卒前教育における周産期メンタルヘルスの学習内容の充実<sup>16)</sup>

文献)

1. 竹内崇.: 周産期のメンタルヘルス支援 わが国における周産期メンタルヘルスの現状と課題. 自殺予防と危機介入 43(2): 30-34, 2023.
2. 齋藤知見, 竹田省.: 妊産婦の自殺とメンタルヘルス. 産科と婦人科 91(6): 619-624, 2024.
3. 相川祐里, 片岡弥恵子, 小黒道子.: 助産師が抱えるメンタルヘルススクリーニングにおける困難. 質的記述的研究聖路加看護学会誌 27: 42-51, 2024.
4. 玉木敦子.: ハイリスク妊産婦への訪問指導員の役割と課題. 精神科治療学 35(10): 1081-1085, 2020.
5. 蟹江絢子, 久保田智香, 中嶋 愛一郎, et al.: 周産期におけるメンタルヘルスの不調に対する認知行動療法に基づく支援. 精神神経学雑誌 123(11): 746-753, 2021.
6. 渡邊博幸.: 周産期メンタルヘルスコンセンサスガイドの活用事例 精神科診療における多職種連携・情報共有を中心に. 精神神経学雑誌 125(7): 607-612, 2023.
7. 立花良之, 小泉典章.: 医療・保健・福祉が連携した周産期のメンタルヘルスケア 地域の実態調査・介入研究・均てん化を通してみえてきた課題と今後の展望. 精神神経学雑誌 124(1): 47-54, 2022.

こども家庭科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
分担研究報告書

8. 大谷利恵, 玉木 敦子, 植田奈津実, et al.: 母子保健医療に携わる看護職を対象とした周産期メンタルヘルス勉強会の実践報告. 神戸女子大学看護学部紀要 3: 87-94, 2018.
9. 玉木敦子, 北村俊則, 小澤千恵, et al.: 看護職を対象とした周産期メンタルヘルスに関する教育研修の効果 心理援助態度向上に焦点を当てて. 日本周産期メンタルヘルス研究会会誌 1(1): 22-28, 2014.
10. 金澤悠喜, 高橋美恵, 礒山あけみ, et al.: 茨城県助産師ブラッシュアップ研修事業の実践報告(第2弾). 茨城県母性衛生学会誌 42: 42-45, 2024.
11. 布原佳奈.: 飛騨圏域における持続可能な周産期メンタルヘルスカンファレンスを目指して(解説). 保健医療福祉連携 15(2): 111-113, 2022.
12. 菊地紗耶, 小林奈津子, 本多奈美.: 地域母子保健と精神科医療の連携. 日本周産期メンタルヘルス研究会会誌 1(2): 3-8, 2014.
13. 佐藤昌司.: 精神科・多職種との連携. 周産期メンタルヘルス推進のための院内および地域の医療連携体制の構築. 産科と婦人科 91(6): 696-702, 2024.
14. 青山さやか, 蟹江絢子, 片岡弥恵子.: 助産師の認知行動療法に関連した研修前後における知識と実践への自信の変化. 日本助産学会誌 37(1): 49-58, 2023.
15. 江藤宏美.: 助産師の「アドバンス助産師」による継続教育システムと多職種連携教育(解説). 日本薬理学雑誌 157(6): 411-415, 2022.
16. 櫻井加奈, 森越美香.: 助産師教育用テキストからみた精神疾患合併妊娠に対する内容の変化. 桐生大学紀要 34: 29-35, 2023.

## 10) 連携コーディネーターの役割について

**要約）**コーディネーターは、(リエゾン) 精神看護専門看護師、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、助産師などが担当し、連携チーム内の調整や外部との調整を行っている。連携については、複数の専門職からなるチームによる対応が行われている施設・地域が多く、コーディネーターはその窓口または調整役としての役割を果たしている

医学中央雑誌（2000～2024）総論、解説、事例、会議録から 21 件の文献を採用（表 2-1）。

- ① このうち、同じ施設からのものが複数あり、最終的に 1) 産婦人科と精神科のある総合病院 6 か所<sup>1)~11)</sup>、2) 単科精神病院 2 か所<sup>12)~16)</sup>、3) 地域 4 か所<sup>17)~20)</sup>、4) 個人 1 名<sup>21)</sup> に分類された（表 2-2、-3）。
- ② ほとんどの文献で、「コーディネーター」よりも多職種が参加する「チーム」または「連携会議」での対応が強調されている。
- ③ コーディネーターとしては、(リエゾン) 精神看護専門看護師<sup>1) 21)</sup>、MSW<sup>7)</sup>、MSW と CNS が分担して対応<sup>11)</sup>、助産師<sup>10)</sup>が挙げられており、チーム内の調整や外部との調整を行っている。外部との調整は MSW が行っていることが多い。コーディネーターではないが、受診窓口をチームのスタッフである精神保健福祉士に一本化している施設もある<sup>15)</sup>。コーディネーターが明確でない施設・地域では、担当助産師または担当保健師がケース検討の必要性を判断してチームに相談する形式がとられている<sup>5)17)19)</sup>。
- ④ 「チーム」または「連携会議」のメンバーは、精神科・産婦人科・小児科の医師および看護師、助産師、SW が中心になっているが、精神科が主導で行っている施設では精神看護専門看護師、心理師、精神保健福祉士、社会福祉士などが入り、地域で行っている場合は当然のことながら保健師が参加している。

虐待対応を視野に入れた FAST チームでは、児童精神科医や救急科、法医学なども参加している<sup>1) 11)13)</sup>

- ⑤ 「チーム」以外の対応方法として、精神科医がコンサルテーションリエゾンを行っている施設<sup>9)</sup>、地域<sup>18)</sup>が各々 1 件ずつあった。この場合は、精神科医が産科に赴き、患者の治療や支援体制についてのアドバイス、それに産科スタッフのケアや教育などを行い、コーディネーターに近い役割を担っている。またフリーのリエゾン精神看護専門看護師が病院内で同じような活動をしている報告が 1 件あった<sup>21)</sup>。
- ⑥ ユニークな取組として「岡山モデル」が挙げられる<sup>20)</sup>。ここでは全県共通の連絡票を用いてリスクのある妊産婦の情報が匿名で岡山県産婦人科医会に集められる。産婦人科医会では「DV」や「虐待」が疑われる妊産婦は支援についての同意が得られた妊産婦の情報を保健所と共有し、その後の対応は保健師が行う。産婦人科医会で集められた情報は県とも共有され、母子支援の施策に反映される。この取り組みにより岡山県では児童虐待の相談対応件数が増加していない。
- ⑦ 今回の文献レビューから、複数の専門職からなるチームによる対応が行われている施設・地域が多く、コーディネーターはその窓口または調整役としての役割を果たしていることが明らかになった。すなわち、コーディネーターは「チーム」によるバックアップ体制のもとで機能しているといえる。また、チームがどこに置かれているか（産婦人科と精神科のある総合病院、単科精神病院、地域、個人（コンサルテーションリエゾンを含む））による長所・短所が考えられる（表 2-4）。

文献)

1. 辻俊一郎.: 総合病院でできる多職種連



- 携 産婦人科医の視点から. 精神神経学  
雑 125(7) : 594-600, 2023.
2. 辻俊一郎, 藤井久爾子, 光岡由紀子, et  
al. : リエゾン精神科チーム導入が  
精神疾患合併妊娠の管理に及ぼす影響.  
日本周産期メンタルヘルス学会会誌  
8(1) : 19-25, 2022.
3. 辻野尚久, 田久保陽司, 吹谷和代, et al. :  
周産期メンタルヘルスにおける 総  
合病院でできる多職種連携 精神科医の  
視点から. 精神神経学雑誌  
125(7) : 587-593, 2023.
4. 相川祐里. : 周産期メンタルヘルスの事  
例に学ぼう 多職種連携によるペアレン  
ティング・サポート. ペリネイタルケア  
2022 夏季増刊 : 235-239, 2022.
5. 相川祐里. : 多職種連携によるペアレン  
ティング・サポート 公認心理師の立場  
から ゼロから始める周産期メンタルケ  
アのチーム医療. ペリネイタルケア  
40(9) : 868-873, 2021.
6. 竹内崇. : 周産期リエゾン. 精神科治療学  
38(12) : 1393-1397, 2023.
7. 安積紗希. : 妊産褥婦のメンタルヘルス  
を考える 医療ソーシャルワーカーの立  
場から. 東京母性衛生学会誌 38(1) : 21-  
25, 2022.
8. 有川淑恵. : 妊産褥婦のメンタルヘルス  
を考える 専門看護師の立場から. 東京  
母性衛生学会誌 38(1) : 15-20, 2022.
9. 太田まさえ, 牧田ゆかり, 小堀福子, et  
al. : 事例や気づきを共有・相談し、  
スタッフの学びとメンタルケアも 信州  
大学医学部附属病院産科・NICU・  
GCU・精神科が毎週行う「よろず相  
談」とは！？. 助産雑誌 77(2) :  
120-133, 2023.
10. 公文典子. : 当院の周産期メンタルヘル  
スの現状 助産外来の活動と多職種連携.  
臨床助産ケア : スキルの強化 16(1) :  
26-36, 2023.
11. 森内加奈恵. : 周産期メンタルヘルスに  
おける多職種連携 精神科に入院した妊  
産婦の事例から. 精神科看護 50(1) :  
023-027, 2022.
12. 渡邊博幸. : 周産期メンタルヘルスコン  
センサスガイドの活用事例 精神科診療  
における多職種連携・情報共有を中心  
に. 精神神経学雑誌  
125(7) : 607-612, 2023.
13. 松本悟志, 榎原雅代, 焼田まどか. : 精  
神科病院における家族支援チーム  
(FAST)の意義と実践. 精神科治療学  
35(10) : 1119-1123, 2020.
14. 堀川直希. : 周産期メンタルヘルスケア  
を地域で協働するための「のぞえモデ  
ル」の取り組み 母児同室入院の実際と  
その意義について. 精神科治療学  
38(12) : 1443-1450, 2023.
15. 堀川直希. : 周産期メンタルヘルスにお  
ける精神科医療機関と産婦人科医療機関  
との連携について. 日本精神科病院協会  
雑誌 42(4) : 62-68, 2023.
16. 堀川直希. : 医療機関等における妊産婦  
に対するメンタルヘルス支援 「医療法  
人コミュノテ風と虹」における、周産期  
メンタルヘルスグループの取り組み の  
ぞえの丘病院における取り組みを中心  
に. 母子保健情報誌(6) : 30-37, 2021.
17. 立花良之, 小泉典章. : 周産期メンタル  
ヘルスケアについての地域における多職  
種協働支援システム. 精神科治療学

こども家庭科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
分担研究報告書

38(12) : 1399-1406, 2023.

18. 安田貴昭.: 地域で展開する周産期メンタルヘルスとコンサルテーション・リエゾン精神医学. 総合病院精神医学 34(3) : 258-264, 2022.
19. 布原佳奈.: 飛騨圏域における持続可能な周産期メンタルヘルスカンファレンスを目指して. 保健医療福祉連携 15(2) : 111-113, 2022.
20. 横溝珠実, 中塚幹也.: 周産期のメンタルヘルス支援における多職種協働. 臨床助産ケア : スキルの強化 16(1) : 51-57, 2023.
21. 早川昌子.: 総合病院における周産期メンタルヘルスの支援 リエゾンナースの活動から. 精神科看護 50(1) : 018-022, 2022.

## 11) 産後の心理的支援

要約) 心理職のみならず、その他の医療職や看護師、ピアによる介入も効果が得られる可能性が示唆された。形式については、対面だけでなくオンラインでも有効な結果が得られ、アプリでも一定の効果が確認された。

介入の内容は、CBT、IPT、マインドフルネスが主なものであったが、支持的カウンセリングやオンラインのフリーコンサルテーションサービスなどもあり、いずれも効果が認められた。

\* 令和5年度こども家庭科学研究（上原班）文献レビュー項目「精神疾患既往がある等ハイリスクな母への支援としていつ頃どのような支援が有効か？」で採用されている44件の文献のうち、システマティックレビュー、メタ解析は除外し、具体的な対応について記述している文献26件について検討した。

治療者と治療の形式で分類すると以下ようになった（数字は文献数）

形式 治療者	対面	オンライン
心理職	8	4
その他の医療職 (医療機関)	2	3
その他*	6	0
アプリ	0	3

産科医療機関や助産師の介入場面での産後の心理的支援の可能性を検討する目的で、対象文献を治療者、形式、内容の観点から分類して検討した。

治療者については心理職のみならず、その他の医療職や地域の看護師、ピアによる介入も効果が得られる可能性が示唆された。

形式については、対面だけでなくオンラインでも有効な結果が得られ、アプリでも一定の効果が確認された。

介入の内容は、CBT、IPT、マインドフルネスが主なものであったが、支持的カウンセリングやオンラインのフリーコンサルテーションサービスなどもあり、いずれも効果が認められた。CBT、IPT、マインドフルネスによる介入は、6回以上のセッションで行われているものがほとんどであったが、1日のワークショップや3回のセッションで構成されたプログラムもあり、いずれも有効性が確認されている。

②今回の文献レビューをもとに産科医療機関や助産師の介入場面での心理的支援の実施可能性を考えた場合、産科医療機関のスタッフ(助産師・看護師など)による介入でも十分効果が得られる可能性はあるが、6回以上のCBTまたはIPTセッションを行うには、技術の習得に時間がかかることや現場での業務が増えることを考えると、現実的には難しいのではないかと思われる。

文献)

1. Amani B, Merza D, Savoy C, Streiner D, Bieling P, Ferro MA, Van Lieshout RJ. Peer-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy for Postpartum Depression: A Randomized Controlled Trial J Clin Psychiatry. 2021 Nov 9;83(1):21m13928. doi: 10.4088/JCP.21m13928.Liu H, Yang Y. : Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial. Annals of General Psychiatry 20(2), 2021.
2. Liu H, Yang Y. Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial Annals of General Psychiatry volume 20, Article number: 2 (2021)
3. Van Lieshout RJ, Layton H, Savoy CD, Brown JSL, Ferro MA, Streiner DL, Bieling PJ, Feller A, Hanna S. Effect of Online 1-Day Cognitive Behavioral Therapy-Based Workshops Plus

- Usual Care vs Usual Care Alone for Postpartum Depression: A Randomized Clinical Trial JAMA Psychiatry. 2021 Nov 1;78(11):1200-1207. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.2488.
4. Alhusen JL, Hayat MJ, Borg L. A pilot study of a group-based perinatal depression intervention on reducing depressive symptoms and improving maternal-fetal attachment and maternal sensitivity Arch Womens Ment Health. 2021 Feb;24(1):145-154. doi: 10.1007/s00737-020-01032-0. Epub 2020 May 15.
  5. Van Lieshout RJ, Layton H, Savoy CD, Haber E, Feller A, Biscaro A, Bieling PJ, Ferro MA. Public Health Nurse-delivered Group Cognitive Behavioural Therapy for Postpartum Depression: A Randomized Controlled Trial Can J Psychiatry. 2022 Jun;67(6):432-440. doi: 10.1177/07067437221074426. Epub 2022 Jan 21.
  6. Green SM, Donegan E, McCabe RE, Streiner DL, Agako A, Frey BN. Cognitive behavioral therapy for perinatal anxiety: A randomized controlled trial Aust N Z J Psychiatry. 2020 Apr;54(4):423-432. doi: 10.1177/0004867419898528. Epub 2020 Jan 20.
  7. Burger H, Verbeek T, Aris-Meijer JL, Beijers C, Mol BW, Hollon SD, Ormel J, van Pampus MG, Bockting CLH. Effects of psychological treatment of mental health problems in pregnant women to protect their offspring: randomised controlled trial Br J Psychiatry. 2020 Apr;216(4):182-188. doi: 10.1192/bjp.2019.260.
  8. Okatsu A, Kanie A, Kataoka Y. Evaluation of the effect of a midwife-led online program using cognitive behavioral therapy for pregnant women at risk for anxiety disorder in Japan: A pilot randomized controlled trial PLoS One. 2023 May 10;18(5):e0281632. doi: 10.1371/journal.pone.0281632. eCollection 2023.
  9. Jannati N, Mazhari S, Ahmadian L, Mirzaee M. Effectiveness of an app-based cognitive behavioral therapy program for postpartum depression in primary care: A randomized controlled trial Int J Med Inform. 2020 Sep;141:104145. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2020.104145. Epub 2020 May 24.
  10. Felder JN, Epel ES, Neuhaus J, Krystal AD, Prather AA. Efficacy of Digital Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Insomnia Symptoms Among Pregnant Women: A Randomized Clinical Trial JAMA Psychiatry. 2020 May 1;77(5):484-492. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.4491.
  11. Hankin BL, Demers CH, Hennessey EP, Perzow SED, Curran MC, Gallop RJ, Hoffman MC, Davis EP. Effect of Brief Interpersonal Therapy on Depression During Pregnancy: A Randomized Clinical Trial JAMA Psychiatry. 2023 Jun 1;80(6):539-547. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2023.0702.
  12. Evans J, Ingram J, Law R, Taylor H, Johnson D, Glynn J, Hopley B, Kessler D, Round J, Ford J, Culpin I, O'Mahen H. Interpersonal counselling versus perinatal-specific cognitive behavioural therapy for women with depression during pregnancy offered in routine psychological treatment services: a phase II randomised trial BMC Psychiatry. 2021 Oct 15;21(1):504. doi: 10.1186/s12888-021-03482-x.
  13. Dennis CL, Grigoriadis S, Zupancic J, Kiss A,

- Ravitz P. Telephone-based nurse-delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: nationwide randomised controlled trial *Br J Psychiatry*. 2020 Apr;216(4):189-196. doi: 10.1192/bjp.2019.275.
14. Zemestani M, Fazeli Nikoo Z. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for comorbid depression and anxiety in pregnancy: a randomized controlled trial *Arch Womens Ment Health*. 2020 Apr;23(2):207-214. doi: 10.1007/s00737-019-00962-8. Epub 2019 Apr 13.
  15. Goetz M, Schiele C, Müller M, Matthies LM, Deutsch TM, Spano C, Graf J, Zipfel S, Bauer A, Brucker SY, Wallwiener M, Wallwiener S. Effects of a Brief Electronic Mindfulness-Based Intervention on Relieving Prenatal Depression and Anxiety in Hospitalized High-Risk Pregnant Women: Exploratory Pilot Study *J Med Internet Res*. 2020 Aug 11;22(8):e17593. doi: 10.2196/17593.
  16. Pan WL, Lin LC, Kuo LY, Chiu MJ, Ling PY. Effects of a prenatal mindfulness program on longitudinal changes in stress, anxiety, depression, and mother-infant bonding of women with a tendency to perinatal mood and anxiety disorder: a randomized controlled trial *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 Jul 31;23(1):547. doi: 10.1186/s12884-023-05873-2.
  17. Milgrom J, Danaher BG, Seeley JR, Holt CJ, Holt C, Ericksen J, Tyler MS, Gau JM, Gemmill AW. Internet and Face-to-face Cognitive Behavioral Therapy for Postnatal Depression Compared With Treatment as Usual: Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster *J Med Internet Res*. 2021 Dec 8;23(12):e17185. doi: 10.2196/17185.
  18. Clifton J, Parent J, Seehuus M, Worrall G, Forehand R, Domar A. An internet-based mind/body intervention to mitigate distress in women experiencing infertility: A randomized pilot trial *PLoS One*. 2020 Mar 18;15(3):e0229379. doi: 10.1371/journal.pone.0229379. eCollection 2020.
  19. Arakawa Y, Haseda M, Inoue K, Nishioka D, Kino S, Nishi D, Hashimoto H, Kondo N. Effectiveness of mHealth consultation services for preventing postpartum depressive symptoms: a randomized clinical trial *BMC Med*. 2023 Jun 26;21(1):221. doi: 10.1186/s12916-023-02918-3.
  20. Sjömark J, Svanberg AS, Larsson M, Viirman F, Poromaa IS, Skalkidou A, Jonsson M, Parling T. Effect of internet-based cognitive behaviour therapy among women with negative birth experiences on mental health and quality of life - a randomized controlled trial *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Nov 12;22(1):835. doi: 10.1186/s12884-022-05168-y.
  21. Asadzadeh L, Jafari E, Kharaghani R, Taremi F. Effectiveness of midwife-led brief counseling intervention on post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety symptoms of women experiencing a traumatic childbirth: a randomized controlled trial *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Mar 6;20(1):142. doi: 10.1186/s12884-020-2826-1.
  22. Seiedi-Biarag L, Mirghafourvand M, Esmailpour K, Hasanpour S. A randomized controlled clinical trial of the effect of supportive

- counseling on mental health in Iranian mothers of premature infants BMC Pregnancy and Childbirth 21:6 2021  
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03502-w>
23. Lund C, Schneider M, Garman EC, Davies T, Munodawafa M, Honikman S, Bhana A, Bass J, Bolton P, Dewey M, Joska J, Kagee A, Myer L, Petersen I, Prince M, Stein DJ, Tabana H, Thornicroft G, Tomlinson M, Hanlon C, Alem A, Susser E. Task-sharing of psychological treatment for antenatal depression in Khayelitsha, South Africa: Effects on antenatal and postnatal outcomes in an individual randomised controlled trial Behav Res Ther. 2020 Jul;130:103466. doi: 10.1016/j.brat.2019.103466. Epub 2019 Oct 31.
24. Tandon SD, Johnson JK, Diebold A, Segovia M, Gollan JK, Degillio A, Zakieh D, Yeh C, Solano-Martinez J, Ciolino JD. Comparing the effectiveness of home visiting paraprofessionals and mental health professionals delivering a postpartum depression preventive intervention: a cluster-randomized non-inferiority clinical trial Arch Womens Ment Health. 2021 Aug;24(4):629-640. doi: 10.1007/s00737-021-01112-9. Epub 2021 Mar 3.
25. Trevillion K, Ryan EG, Pickles A, Heslin M, Byford S, Nath S, Bick D, Milgrom J, Mycroft R, Domoney J, Pariente C, Hunter MS, Howard LM. An exploratory parallel-group randomised controlled trial of antenatal Guided Self-Help (plus usual care) versus usual care alone for pregnant women with depression: DAWN trial J Affect Disord. 2020 Jan 15;261:187-197. doi: 10.1016/j.jad.2019.10.013. Epub 2019 Oct 12.
26. Elansary M, Kistin CJ, Antonio J, Fernández-Pastrana I, Lee-Parritz A, Cabral H, Miller ES, Silverstein M. Effect of Immediate Referral vs a Brief Problem-solving Intervention for Screen-Detected Peripartum Depression: A Randomized Clinical Trial JAMA Netw Open. 2023 May 1;6(5):e2313151. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.13151.

## 12) 関係機関での支援体制の構築方法

要約) 東北大学、東京医科歯科大学（現在は東京科学大学）、名古屋大学の事例、茨城県、須崎市、浜松市での事例を提示した。

医学中央雑誌（2000～2024）をデータベースとして、（妊産婦/TH or 妊産婦/AL）and 精神疾患合併/AL and（地域資源/TH or 社会資源/AL）および、（妊産婦/TH or 妊産婦/AL）and（精神保健/TH or /メンタルヘルス/AL）and 支援体制/AL を検索式として、検索し、総論、会議録を除く 10 文献を採用した。

精神科未受診メンタル不調妊産婦に対しては、医療機関では、東北大学病院に、2008 年に周産期メンタルケア外来が設置された<sup>1) 2) 3)</sup>。東京医科歯科大学病院に助産師外来との連携により、2013 年 9 月に育児サポートシステムが運用を開始し、2015 年に周産期メンタルヘルス外来が開設された<sup>4)</sup>。名古屋大学医学部附属病院にて、2017 年度より周産期メンタルヘルスを支援するための専属の心理士が着任し、地域支援機関とのカンファレンスの実施し、関係機関との情報共有、社会資源の情報提供や実施、産後支援体制の構築を行っている<sup>5)</sup>。

自治体においては、茨城県で、2008 年から妊娠・出産包括支援事業として、要支援妊産婦の支援体制を構築し、医療機関と行政が定期的に「連携会議・ケース検討」を実施している<sup>6)</sup>。須崎市では、2014 年度より須崎市の親子保健事業として地域親子保健システムを構築している。その概要は、①妊娠届出時に保健師が全妊産婦と面接、②多職種連携のためのクリニカルパスを地域の親子保健関係者間で共有、③心理社会的リスクありの親子についてケース検討会議を行いフォローというものである<sup>7)</sup>。島根県では、2015 年度に「妊娠期からの育児支援検討会」を開催し、支援体制構築のための「多機関連携による妊娠期からの切れ目のない育児相談・支援の手引き」の作成・活用がなされている<sup>8)</sup>。浜松市では、2021 年 5 月から関係部署による「連携検討しまいかチーム」を設置し、情報共有、社会資源情報の提供・実施等、産後支援体制構築を行っている<sup>9)</sup>。

文献)

1. 菊地 紗耶, 小林 奈津子, 本多 奈美, 松岡 洋夫: 周産期に新たに生じる精神科的問題への介入 精神科医に求められる役割. 総合病院精神医学 27 (3): 212-218, 2015.
2. 菊地 紗耶, 小林 奈津子, 本多 奈美, 松岡 洋夫: 周産期メンタルケア外来(精神科設置). 精神科治療学 32 (6): 723-726, 2017.
3. 菊地 紗耶(東北大学病院 精神科), 小林 奈津子, 本多 奈美, 齋藤 秀光, 西郡 秀和, 酒井 由里, 松岡 洋夫: 心理支援に特化した助産師外来との連携 周産期メンタルケア外来(精神科)の経験から. 精神神経学雑誌 120 (1): 32-38, 2018.
4. 竹内 崇: 総合病院に求められる周産期リエゾン活動. 精神神経学雑誌 120 (1): 45-51, 2018.
5. 森川 真子: 妊産婦のメンタルヘルスの実態と支援の方向性. 精神神経学雑誌 123(11): 732-739, 2021.
6. 深見 美希, 山波 真理, 加納 尚美: 子育て世代包括支援センターの保健師による精神疾患合併妊産婦への支援と助産師との連携. 母性衛生 64 (1): 130-137, 2023.
7. 立花 良之, 小泉 典章: 医療・保健・福祉が連携した周産期のメンタルヘルスケア 地域の実態調査・介入研究・均てん化を通してみえてきた課題と今後の展望. 精神神経学雑誌 124 (1): 47-54, 2022.
8. 鈴宮 寛子: 妊娠期からの切れ目のない育児相談・支援の取組 島根県の取組から. 日本周産期メンタルヘルス学会会誌 5 (1): 15-19, 2019.
9. 生田 望, 中間 初妃, 鎌竹 美保, 松尾 詩子, 池田 千穂, 二宮 貴至: 浜松市の周産期における自殺対策の取組について 妊産婦のメンタルヘルスケアに関する実態調査からみえてきたもの. 浜松市精神保健福祉センター所報 16: 41-44, 2023.

### 13) 都道府県の「保健医療計画」における妊産婦 メンタルヘルス

要約) 都道府県自治体の保健医療計画では、少数の自治体で妊産婦メンタルヘルスについての取り組みに触れていた。

47 都道府県『保健医療計画』を Web 上で検索し、妊産婦メンタルヘルスに関わる項目を抽出した。精神疾患対策の中で、触れている自治体は、沖縄、長崎、広島、島根、高知、富山、石川、茨城、埼玉等と少ないが、母子保健、周産期医療では、殆どの自治体でメンタルヘルス課題を取り上げている。しかし、自治体の目標や体制の仕組み等を詳述している自治体（大阪府、京都府、兵庫県、大分県、長野県、滋賀県、岡山県、香川県、鳥取県、島根県、広島県、福岡県、沖縄県、岩手県など）は少なく、計画3カ年の数値目標を掲げている自治体（大阪府、沖縄県）は更に少数であった。詳述している自治体の記載においては、県内の課題や自治体独自の仕組みについて言及していたが、それ以外の自治体の記載は抽象的な記述にとどまっており、具体的な自治体内の関連課題やそれに対しての施策について触れているところは少なかった。

（参照した各都道府県の保健医療計画が掲載されている URL は別添表 に記載）



#### 14) 産後メンタル不調女性についての情報共有方法

要約) 大分県の大分トライアル、長野県須坂市での須坂モデル、大阪府では、府独自の事業である『妊産婦メンタルケア体制強化事業』、岩手県の周産期医療情報ネットワークシステム『いーはとーぶ』、千葉県松戸モデル[現在は東葛モデル]、『ママのメンタルケアネットワークちば』などを好事例として取り上げた。

医学中央雑誌(2000～2024年)会議録を除くで、検索式(産後+メンタルヘルス+多機関)で検索したところ、7本の文献が抽出された。ハンドサーチ3本を加え計10本の論文を採用した。

・大分県の大分トライアル<sup>1)2)</sup>は、県の要保護児童対策地域支援協議会(要対協)を中核として、調整機関・支援拠点としてこども家庭センターを置き、医療機関としては産科、小児科、精神科医療機関(医師個人での登録)や母子保健担当課、児童福祉担当課、保健所、児童相談所、幼保、福祉施設、教育委員会、学校など様々な関係諸機関を連携させる仕組みである。要対協の個別ケース検討会議で話し合われた方向性をもとに関係機関・職種が役割分担をし、子供と親に対して適切な支援を行う仕組みである。

長野県須坂市での須坂モデル<sup>3)</sup>は、①妊娠届出時の全妊婦への面接による関係性構築と心理社会的アセスメントとして、母子保健コーディネータがEPDSを妊婦に施行する、②多職種間で対応の共通認識を共有(クリニカルパス作成)し、緊急性のアセスメントを行う、③多職種連携会議の定期開催を特徴とする地域介入プログラムである。このモデルを実施した結果、①産後4ヶ月でのEPDS合計得点、9点以上の者の割合が統計的に有意に低下し、②多職種でサポートする親子のケース数の著増(両親学級への参加、産後ケア利用、妊娠期の保健師相談、電話相談利用)、③EPDS10項目(自殺念慮)の低下(長野モデル)が得られている。

・大阪府では、府独自の事業である『妊産婦メン

タルケア体制強化事業』を展開している<sup>4)</sup>。大阪母子医療センター内に、妊産婦・家族など当事者向けの相談窓口である『大阪府妊産婦心の相談センター』を設置し、府内の精神科医や精神保健福祉士による妊産婦・家族など当事者向けの相談を行っている。さらに、こども家庭庁による『妊産婦のメンタルヘルスに関するネットワーク構築事業』を受託し、府内市町村や医療機関など、妊産婦メンタルヘルス支援者を対象とした相談窓口である『大阪府妊産婦こころネット』を2024年10月1日開設した<sup>5)</sup>。関係機関への助言や連携支援など、連携支援強化を担う役割が期待されている。

・岩手県の周産期医療情報ネットワークシステム『いーはとーぶ』<sup>6)</sup>は、県立大船渡病院と周辺市町村(大船渡市・陸前高田市・住田町)をモデル地区として構築された。その利用状況の後方視的調査では、大船渡病院と周辺市町村で妊婦情報を共有しリアルタイムに情報共有できていた。産後うつ病や育児不安の情報が市町村へリアルタイムに送信でき、市町村でも早期に家庭訪問対応が可能になった。ケアの詳細情報は医療機関から市町村保健師に伝達され、双方向での情報の書き込みが可能な、連続したケアを提供できるシステムを構築した。産前産後のメンタルヘルスケアに病院助産師と市町村保健師が情報連携画面を利用して早期支援・訪問・訪問・個別ケアを可能にしていた。ハイリスク妊産婦に利用する連携情報は1545ケースで、90%以上の利用となっていた。

千葉県松戸市(現在は東葛地区に拡大)での妊産婦メンタルヘルスケア連携の取組(松戸モデル[現在は東葛モデル])<sup>7)</sup>は、2015年に行政主管課、保健センター、市立病院医療者、市内医療機関の医師・助産師他約50名が参加する年度内3回の周産期メンタルヘルス研修会を行い、事例検討、ワークショップ、講演等多様な方法でネットワークづくりを行い、2016年度からは、松戸市医師会と市要対協との連携構築を目的とした『ネットワーク研修会』と市医師会で推薦した精神科医を

分担研究報告書

市母子保健担当室職員等が抱える事例に対してのアドバイザー派遣を行っている。

千葉県の任意団体の取り組み『ママのメンタルケアネットワークちば』<sup>8)</sup>では、2018年10月に千葉県内で、産後メンタル不調女性の受療に積極的に取り組む精神科医療機関(24施設30名の精神科医)のゆるやかなネットワークを構築し、2019年9月1日 それらの精神科医療機関を掲載した『連携マップ(精神科医療機関編)』を作成し、千葉県・市町村・保健所・産科医療機関等に配布した。母子保健側支援者や当事者がマップをもとに、相談・連携・受療勧奨できる目安になることを目指している。

市町村自治体で産後の母に関わる保健師74人からの無記名アンケートでは、54人(90%)の保健師が、精神科との連携が不足していると感じており<sup>9)</sup>、精神科医療側の積極的関与は不可避である。精神科医療側として、母子保健医療との情報共有を円滑に行う上では、母子保健の地域資源やネットワークに精通した専任ワーカーを含む医師、心理士などからなる専任の医療チーム設置や児童相談所との密な連携を行う「家族支援チーム(FAST)」、さらには母子保健側との普段からの研修・研鑽・情報共有の場の構築などの必要性が指摘されている<sup>10)</sup>。

4. 岡本 陽子, 和田 聡子, 光田 信明: 大阪府の妊産婦メンタルケア体制強化事業. 精神科治療学 32 (6): 796-800, 2017.
5. 大阪府妊産婦メンタルヘルスネットワーク事業 大阪府妊産婦こころネット  
<https://cocoronet.info/> (2025年4月29日閲覧)
6. 小笠原 敏浩: 岩手県周産期医療情報ネットワーク"いーはとーぶ"を利用した医療機関・市町村連携. 日本遠隔医療学会雑誌 14(2): 136-139, 2018.
7. 渡邊博幸: 精神科医は、母子保健とどのように連携していくのか? 松戸市の取り組みを例に. 精神神経学雑誌 120(1): 52-59, 2018.
8. 渡邊 博幸, 後藤 美智子: 周産期のこころの支援者を支える 母子保健と精神保健の連携. こころの科学 222: 62-67, 2022.
9. 武井 勇介, 神崎 由紀, 宮村 季浩: 産後うつ病を予防するための保健師による支援の現状とその困難感. 山梨大学看護学会誌 20(2): 15-23, 2022.
10. 渡邊 博幸: 周産期メンタルヘルスコンセンサスガイドの活用事例 精神科診療における多職種連携・情報共有を中心に. 精神神経学雑誌 125 (7): 607-612, 2023.

文献)

1. 岩永 成晃, 佐藤 昌司: 大分県における周産期メンタルヘルスケア体制の整備事業「大分トライアル」 妊産婦のメンタルヘルスケア産科・行政・精神科の連携. 日本周産期メンタルヘルス学会会誌 5: 21-26, 2019.
2. 佐藤 昌司: 精神科・多職種との連携 周産期メンタルヘルス推進のための院内および地域の医療連携体制の構築. 産科と婦人科 91 (6): 696-702, 2024.
3. 立花 良之, 小泉 典章: 周産期メンタルヘルスケアについての地域における多職種協働支援システム. 精神科治療学 38(12):1399-1406, 2023.

### 15) 協力精神科医療機関の増やし方（周産期メンタルヘルス専門外来の開設について）

要約) 協力精神科医療機関（精神科医療者）を増やすための方策としては、母子保健医療側とのブリッジ役、ハブ役になる『コーディネータ』との協働、母子保健医療側との共通言語を持つこと、多職種参加の事例検討やカンファレンスや種々の関連ガイドラインの活用が重要である。

医学中央雑誌（2000～2024 年）（会議録・症例報告・事例を除く）で、検索式（周産期メンタルヘルス＋精神科）で検索したところ、157 本の文献が抽出された。しかし、協力精神科医療機関の増やし方に関する文献は抽出できなかった。そのため、精神科のある医療機関で、どのような方法で周産期メンタルヘルスの専門外来を構築したか、専門外来設置に関する該当文献 7 本を採用した。

総合病院精神科での専門外来設置について 4 件<sup>1)</sup>～<sup>4)</sup>、単科精神科での専門外来設置について 1 件<sup>5)</sup>、精神科医が単科産婦人科医療機関に出向いて、事例検討などの精神科リエゾン活動を行う『地域リエゾン活動』について 1 件<sup>6)</sup>、周産期メンタルヘルス活動での共通言語をもつための工夫として、精神科医向けに述べた総説が 1 件<sup>7)</sup>であった。

それぞれの論旨をまとめると、協力精神科医療機関（精神科医療者）を増やすための方策としては、①日本総合病院精神医学会や日本周産期メンタルヘルス学会等に積極的に関与している総合病院精神科に所属する医師が中心になって、2010 年前後に開設・発展していること、②精神科医のみでは成り立たず、母子保健医療側とのブリッジ役、ハブ役になる『コーディネータ（助産師、ソーシャルワーカー、リエゾンナース、心理師などが該当）』との協働が重要であること。③母子保健医療側との共通言語（共通評価ツール、例えば EPDS 等）を持つ必要があること。④多職種参加の事例検討やカンファレンスを活用すること、⑤種々の関連ガイドラインの活用があげられる。

文献)

1. 菊地紗耶, 小林 奈津子, 本多 奈美, 松岡 洋夫: 周産期メンタルケア外来(精神科設置). 精神科治療学 32 (6): 723-726, 2017.
2. 安田 貴昭, 大賀公子, 志賀浪 貴文, 棚橋 伊織, 吉益 晴夫: 周産期メンタルヘルス外来の立ち上げ方. 精神科治療学 32 (6): 727-731, 2017.
3. 武藤 仁志, 竹内 崇: 総合病院での周産期メンタルケア連携 精神科医の立場から. 精神科治療学 32 (6): 737-741, 2017.
4. 遊亀 誠二: 周産期のメンタルヘルス支援 熊本大学病院での周産期メンタルヘルス外来. 自殺予防と危機介入 43 (2): 45-50, 2023.
5. 堀川 直希: 周産期メンタルヘルスケアを地域で協働するための「のぞえモデル」の取り組み 母子同室入院の実際とその意義について. 精神科治療学 38 (12): 1443-1450, 2023.
6. 安田 貴昭: 地域で展開する周産期メンタルヘルスとコンサルテーション・リエゾン精神医学. 総合病院精神医学 34(3): 258-264, 2022.
7. 根本 清貴: 周産期メンタルヘルス活動において共通言語をもつためのコツ 一病院での勤務経験から. 総合病院精神医学 34 (3): 247-250, 2022.

以上

表1-1 国内で使用されている主なアセスメントシートとその内容

	アセスメントシート	メンタルヘルス関連項目
1	国立成育医療研究センター：R4年母子保健における児童虐待予防等のためのリスクアセスメントの実証に関する調査研究、妊娠・出産期リスクアセスメントシート（詳細版）成育医療研究センターHPからDLできます。	心理： <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神疾患の既往や精神科・心療内科等の受診歴・相談歴がある</li> <li>・自殺企図・未遂、精神的に過度な負担、心中をほのめかす言動がある</li> <li>・産後不安定な状態(産後うつ含む)、疲労無気力、ノイローゼがある</li> <li>・アルコール、薬物等物質依存、買い物・ギャンブル等行為依存、著しい金銭管理の困難</li> </ul>
2	国立成育医療研究センター：R4年母子保健における児童虐待予防等のためのリスクアセスメントの実証に関する調査研究、乳幼児期リスクアセスメントシート（詳細版）	身体精神健康： <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神疾患等の既往歴、産後うつ等含めた産後以降の精神不調、過度に精神的負担を抱える様子がある</li> <li>・薬物、アルコールの依存・乱用、買い物やギャンブル等への行為依存がある</li> </ul> 感情態度印象： <ul style="list-style-type: none"> <li>・感情調節、知的側面、コミュニケーション、社会的成熟、問題解決や責任感に課題がある</li> <li>・打撲痕やリストカット痕、整容に気になる点がある</li> </ul>
3	平成30年度 厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業) 分担研究年度終了報告書： 社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究	心身の健康等： <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神疾患等（過去出産時の産後のうつ、依存症を含む）</li> <li>・パーソナリティ障がい（疑いを含む）</li> <li>・知的障害（疑いを含む）</li> <li>・訴えが多く、不安が高い</li> </ul>
4	令和2年度 厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業) 社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神疾患の既往</li> <li>・対人関係のトラブル</li> </ul>

表1-2 国内で使用されている主なアセスメントシートとその内容  
(続き)

	アセスメントシート	メンタルヘルス関連項目
5	R3年度 こども・子育て支援推進調査研究事業 特に支援を必要とする子ども・過程・妊産婦の的確な把握を目指す妊娠・出産期のアセスメントツール	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊婦（母）が、知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見がある</li> <li>・妊婦（母）が精神的不調・診断歴等がある</li> <li>・妊婦（母）社会的ストレスを抱えている</li> </ul>
6	厚生労働省 要支援児童等（特定妊婦を含む）の情報提供にかかる保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について 通知：出産後の養育について出産前から支援が日宇町と認められる妊婦（特定妊婦）の様子や状況例	<p>妊婦の行動・態度等：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科への受診歴、相談れきがある（精神障害者保健福祉手帳の有無は問わない）</li> <li>・自殺企図、自傷行為の既往がある</li> <li>・アルコール依存症（過去も含む）</li> <li>・薬物の使用歴がある</li> <li>・飲酒・喫煙をやめることができない</li> <li>・妊婦本人に何等かの疾患があっても適切な治療を受けない</li> <li>・妊婦の衣類等が不衛生な状態</li> <li>・同じ質問を何度も繰り返す、理解力の不足がある</li> <li>・突発的な出来事に適切な対処ができない</li> <li>・周囲とのコミュニケーションに課題がある</li> </ul>
7	大阪府 要養育支援者情報提供票「妊婦版」	<p>心身の健康要因：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神疾患等（過去出産時の産後うつ、依存症を含む）</li> <li>・パーソナリティ障がい（疑いを含む）</li> <li>・知的障がい（疑いを含む）</li> <li>・訴えが多く、不安が高い</li> </ul>
8	大阪府 要養育支援者情報提供票「産婦・乳幼児版」	<p>保護者の状況：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・知的障がい、身体障がいある</li> <li>・精神疾患(産後うつを含む)、アルコール及び薬物依存</li> <li>・産後、出産が原因の身体的不調が続いている</li> <li>・子どもを抱かないなど子どもの世話をしない</li> <li>・子どもをかわいいと思えないなどの言動がある</li> <li>・衣服等が不衛生</li> </ul>

表2-1 文献レビュー（医中誌）： 連携コーディネーターの役割

- ・ 医中誌による検索（2020～2024）：
    - 周産期 x メンタルヘルス x コーディネーター ⇒ 0 件
    - 周産期 x メンタルヘルス x 多職種連携 ⇒ 43件
    - （多職種連携は「専門職間人間関係、チーム医療」に変換）
    - そのうち総論的なもの、解説、会議録は除外し、具体的な連携方法について記述しているもの ⇒ 21件
  - ・ 対象となった施設・地域は3つのジャンルに分けられた

産科・精神科のある総合病院	単科精神科病院	地 域	その他
<div><ul style="list-style-type: none"><li>・ 滋賀医大産婦人科（2）</li><li>・ 済生会横浜東部病院（3）</li><li>・ 東京医科歯科大学病院（3）</li><li>・ 信州大学（1）</li><li>・ 高知大学（1）</li><li>・ 千葉大学（1）</li></ul></div>	<div><ul style="list-style-type: none"><li>・ 木村病院（2）</li><li>・ のぞへの丘病院（3）</li></ul></div>	<div><ul style="list-style-type: none"><li>・ 須坂市・長野市（1）</li><li>・ 埼玉県（1）</li><li>・ 岡山県（1）</li><li>・ 飛騨圏域（1）</li></ul></div>	<div><ul style="list-style-type: none"><li>・ 個人（1）</li></ul></div>

# 表2-2 文献レビュー（医中誌）： 連携コーディネーターの役割

	施設・地域	概 要	チームのメンバー	備 考
産科・精神科のある総合病院	滋賀医大産婦人科	リエゾンNsが産科外来で面接、 <b>リエゾン精神科チーム</b> で情報共有し多職種連携に繋げる。精神科とは適宜情報共有、産科とは週1回のMTGで情報共有	リエゾンNs、母性看護専門看護師・薬剤師・SW・患者支援センター入退院調整看護師など	
	済生会横浜市東部病院	担当助産師が要支援妊産婦を <b>ペアレントینگサポート委員会</b> に繋げ、支援方法を決定する。月1回のケース検討会議、年2回の地域連携会議を開催	精神科医、産婦人科医、新生児科医、SW、薬剤師、心理師、看護師、助産師	
	東京医科歯科大学医学部附属病院	コンサルテーションリエゾンと産科によってつくられた母子支援システム。自院で出産予定の妊婦全員にスクリーニングを行い、要支援妊婦を <b>母子支援会議</b> （月2回）に繋げて支援の必要性和方針を決定、周産期カンファレンス（週1回）で妊産婦や児の経過について情報共有を行う。	《母子支援会議》 助産師、育児支援担当看護師、精神看護専門看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、精神科医、産婦人科医 《周産期カンファレンス》産科医・新生児科医・麻酔科医・小児外科医・精神科医・助産師・看護師。社会福祉士。認定遺伝カウンセラーなど	
	信州大学医学部附属病院	精神科医（周産期のこころの医学講座）が産科病棟を訪れてコンサルテーションリエゾンを行い、「 <b>よろず相談</b> 」で情報共有を行っている。	産科医、精神科医、NICU,GCU,精神科スタッフ、MSWなど	将来、チームを作りたい。
	高知大学医学部附属病院	社会的ハイリスク妊婦に特化した「 <b>助産外来</b> 」を創設し、 <b>助産師</b> がリスクアセスメントや多職種連携のイニシアチブをとる。定期的なカンファレンスで情報共有。	周産期カンファレンス（週1）、合同カンファレンス(週1)、地域との周産期定例会（月1）、周産期メンタルヘルスマーケティング（月1）、ファミリーサポートチーム（月1）	
	千葉大学医学部附属病院	<b>家族支援チーム（FAST）</b> が問題症例を引き受ける。精神状態の評価はCNS、多職種の調整はMSW、訪問看護などの専門的な支援体制の調整はPSWが中心になって行う。	産科（医師・助産師）、小児科（NICU)(医師・看護師)、精神科（医師・看護師・PSW）、CNS、MSW)	



表2-3 文献レビュー（医中誌）： 連携コーディネーターの役割

	施設・地域	概要	チームのメンバー	
単科精神病院	木村病院	他機関・地域からの紹介産婦を専門の <b>マネージメントチーム</b> で対応。虐待が疑われるケースは <b>FASTチーム</b> が対応。	《 <b>マネージメントチーム</b> 》 医師 2名、公認心理師 2名、 精神保健福祉士 2名 《 <b>FASTチーム</b> 》 児童精神科医 2名、公認心理師 1名、 精神保健福祉士 1名	専門外来・病棟あり
	のぞえの丘病院	相談や紹介患者には周産期 <b>メンタルヘルスケアグループ</b> が対応。受診相談の <b>窓口は精神保健福祉士に一本化</b> 、地域の保健師・助産師からの相談にはその場で助言、周産期の患者は毎週のカンファレンスで共有する。	精神科医、産婦人科医、看護師、助産師、公認心理師、精神保健福祉士など、10名	講演会、すすくサロン、産後ケア、母子同室入院等
地域	長野県	《 <b>須坂トライアル</b> 》 妊娠届出時にアセスメントを行い要支援妊婦を <b>ケース検討会議</b> に繋ぐ 《 <b>長野トライアル</b> 》 須坂トライアルに加えて産後のEPDS項目10の点数から自殺予防の支援を行う。	保健師・助産師・看護師・産科医・小児科医・精神科医・MSWなど (信州医療センターで1～2か月に1回開催)	
	飛騨圏域	地域で定期的にカンファレンスを開催し情報共有を行っている（オンライン）	産科医療機関助産師、精神病院医師、保健師（市町村・県）、母性看護大学教員など	
	埼玉県	<b>コンサルテーションリエゾン担当者</b> が精神科のない医療機関を訪問し、精神疾患合併妊産婦の治療やスタッフのサポートを行う。		精神疾患合併妊婦受入支援事業（R4.8.-）
	岡山県	《 <b>岡山モデル</b> 》岡山県産婦人科医会と岡山県を中心とした「気になる妊婦」の届出システム。医会が情報を仕分けして、特定妊婦は管轄の保健所に情報提供を行う。得られた情報は県の施策の一助になっている。	保健所と市町村が支援内容を相談し、実際の支援を行う。医療機関・行政・子育て支援に参加するスタッフを対象にした研修会が定期的に行われている。	虐待件数の増加が止まっている
その他	（市中の総合病院）	<b>リエゾン精神看護専門看護師</b> が患者・家族、周産期スタッフ、精神科の調整を行う。		



表2-4 文献レビュー（医中誌）： 連携コーディネーターの役割  
「チーム」のある場所による長所と短所

	長所	短所
産科・精神科のある総合病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠中～産後1か月健診までは十分な体制で支援することができる（産科医のストレスは少ない）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科病床がない場合は入院先を確保しておく必要がある。</li> <li>・退院後の地域での支援に切れ目なく繋げるための工夫が必要。</li> </ul>
単科精神病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科救急に対応できる</li> <li>・産後長期にフォローできる</li> <li>・母児同室入院は精神科入院への抵抗を減らすことができる</li> <li>・育児支援とタイアップすることで患者にとってのメリットは大きい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊婦に対する対応に限界がある。</li> </ul>
地 域	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期にわたる切れ目ない支援が可能</li> <li>・ケース会議により地域における顔の見える連携が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域全体の協力が必要</li> <li>・人口が多い地域では難しい。（関連機関が多い、患者の移動など）</li> </ul>
個 人（含:コンサルテーションリエゾン）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人的資源が少ない場合は有効な選択肢になりうる</li> <li>・特に地域リエゾンは少ない資源で広い範囲をカバーできる可能性がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・バックアップ体制がないと限界がある</li> <li>・スキルの高い人材を確保する必要がある</li> </ul>
※岡山モデル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援妊産婦の拾い上げがスムーズにできる（特定妊婦の拾い上げと支援に威力を発揮している）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県や自治体の協力が不可欠</li> <li>・精神疾患に特化したものではない</li> </ul>

令和7年5月30日

令和6年度こども家庭科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
分担研究報告書

妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究（24DA0201）  
自治体と精神科医療機関等による母子－精神保健医療ネットワーク構築と実践ガイドの作成

分担研究

## 妊産婦のメンタルヘルスに関する 自治体－精神科医療連携についての調査

研究代表者： 渡邊 博幸（医療法人学而会 木村病院）  
分担研究者： 安達 久美子（東京都立大学大学院 人間健康科学研究科）  
上原 里程（国立保健医療科学院 疫学・統計研究部）  
菊地 紗耶（東北大学大学院 医学系研究科精神神経学分野）  
相良 洋子（日本産婦人科医会 母子保健部会）  
竹内 崇（東京科学大学大学院 精神行動医科学分野）  
安田 貴昭（埼玉医科大学総合医療センター メンタルクリニック）  
研究協力者： 小田 純子（広島県健康福祉局子供未来応援課 プラン推進グループ）

## 研究要旨

【目的】妊産婦のメンタルヘルスは、妊娠中の母児の健康、産後の養育、児の発達を左右する重要な支援課題である。しかし、本課題に特化した事業を実施し、精神科と連携している市町村は少なく、自治体から精神科医療側への連携の難しさが指摘されている。この課題解決のため「妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究」班では、実効性のある母子・精神保健医療ネットワークモデルの提言と、ネットワーク構築のための自治体向け実践ガイドの作成を行う予定である。

【方法】妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体と精神科医療機関との連携の実情を把握するために、全国の都道府県 47 か所および市区町村 1741 か所の母子保健担当部署を対象とし、NW の実情に関する自記式質問紙調査および Web 調査を行った。

【結果及び考察】47 都道府県中 33 都道府県（回収率 70.2%）、1741 市区町村中 396 市区町村（回収率 22.7%）の回答を得た。回答群と非回答群で、人口規模、出生数、粗出生率の平均値に差はなかった。

1) 連携の課題として、都道府県、市区町村が捉えている項目は、ほぼ共通で「メンタルヘルス対応の負担が大きい」「自治体職員（保健師等）不足」「専門的知識や技術を得る機会が少ない」といった、当該業務の量的・質的な課題や、「精神科受療の承諾」「圏域内の精神科医療機関の不足」「紹介してから初診までの時間」といった行政から精神科医療につなげる際に生じる連携不全状況が抽出された。

2) 連携の実施状況については、都道府県では、「専門分野（妊産婦メンタルヘルス等）に関する研修の実施」が 69.7%、「精神科の情報一覧の作成・取得」が 42.4%と続いた。市区町村において実施が多かったのは、「専門分野（妊産婦メンタルヘルス等）に関する研修」が 30.1%、「オンライン会議、相談が可能な IT 環境の設置」が 26.0%、「普段から情報交換を行う場の設置」が 23.0%であった。都道府県と比して実施自治体が 3 分の 1 に満たない実情が明らかとなった。また、それぞれ精神科側の参画があった割合も 3 割前後であり、精神科側の参加が不十分な状況も明確となった。さらに、道府県、市区町村とも、「精神科受療勧奨の基準・目安の作成」「妊産婦の心理サポート方法を示したガイド作成」「事例を精神科医に相談できる体制構築」「圏域内の精神科の情報マップの作成または取得」、並びに市区町村においては、「妊産婦を積極的に受け入れる精神科の情報一覧の作成または取得」を実施している自治体は少なく、研修はなされていても、実際の連携において必要な情報へのアクセスや共通の支援ツール等の整備は進んでいないことが明らかとなった。

2 つの質問項目からクロス集計表をつくり関連性を検定したところ、自治体母子保健担当職員の困難課題を低減するために有用な取り組みが抽出された。また、自治体の人口規模や出生数により、連携課題や実施している取り組みに差異があることがわかった。

【結論】本調査の結果から、研究最終年度における自治体所管部署向けの手引・ガイドの作成に当たり、連携課題解決のためにはどのような取り組みをすればよいのか、人口や出生数など、自治体の規模や属性に合わせた連携方法など、自治体が活用しやすい実践的な自治体－精神科医療連携ガイドを作成する予定である。

## A. 研究の目的

妊産婦のメンタルヘルスは、妊娠中の母児の健康、産後の養育、児の発達を左右する重要な支援課題である<sup>1)</sup>。しかし、本課題に特化した事業を実施している市区町村は1160自治体中158

（13.6%）にすぎず、実施自治体においても、精神科との連携は13.9%と少なく<sup>2)</sup>、自治体から精神科医療側への連携の難しさが指摘されている<sup>3)</sup>。

この解決のために、実効性のある母子－精神保健医療ネットワーク（以下NW）を構築し自治体に実装する必要がある。

本研究では、種々のエビデンスや好事例をもとに、実効性のあるNWモデルや実践ガイドを作成する。従来、関連学会による主に医療者向けの診療ガイドが公開されているが、連携に特化したガイドや手引は存在せず、他に類似の研究は見当たらない。また、本研究は、自治体保健師の協力を得て行う体制をとっており、自治体の意見を反映した、実践的な妊産婦のメンタルヘルス支援の構築を提言することを最終目標としている。

初年度（令和6年度）は、自治体への質問紙調査・分析を実施し、下記のように、自治体と精神科医療との連携実態について自治体所管課を対象とした質問紙調査、データ分析を行い、連携の現状、課題を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

全国の都道府県47か所および市区町村1741か所の母子保健担当部署を対象とし、自記式質問紙調査およびWeb調査を行った。Webで回答する場合は、協力依頼書に記載されているURLまたはQRコードからWeb調査サイトにアクセスして回答してもらった。郵送で回答する場合は、同封した調査票に回答を記載し、返信用封筒を用いて返送してもらった。自治体名と紐づけられた管理番号を回答に記載してもらうことで回答自治体を特定した。

Web調査の回答期間は2024年10月4日までとし、郵送調査は10月11日までに受領した分を分析対象とした。（調査票は報告書末尾に添付）

調査項目は下記の通りである（表A）。

I 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体－精神科医療連携の課題

II 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体－精神科医療連携を円滑に行うために必要と

考える取り組み

III 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体－精神科医療連携の実施状況

IV 妊産婦のメンタルヘルスに関する連携体制（令和5年度）

1) 連携体制の主体（管理・所管）となる機関について

2) 個別事例の相談・事例検討の開催について

3) 支援体制を協議する合議体について

4) 研修・講演について

V IV以外の妊産婦のメンタルヘルスに関する連携の実施実績（令和5年度）

VI 自治体から精神科医療機関への妊産婦のメンタルヘルスに関する情報提供の状況（市区町村のみ）

1) 自治体から精神科医療機関への妊産婦のメンタルヘルスに関する情報提供の概数

2) 自治体から精神科医療機関への具体的な情報提供・情報共有方法

1. 困難事例対応職員による情報提供等の実施

2. 医療機関側の情報受信者

3. 情報提供の時期

4. 情報提供の方法

5. 医療機関との専用連絡票の使用

6. 協力医療機関の把握方法

3) 精神科受診を進める基準・目安

VII 妊産婦メンタルヘルスの支援に関する独自の事業

VIII 母子保健医療に関わる統計データ

IX 『妊産婦のメンタルヘルスに関するネットワーク構築事業』の実施状況（都道府県のみ）

X その他意見

## 分析方法

都道府県と市区町村の回答を分けてそれぞれ分析した。連続型データは中央値、平均値、標準偏差を算出し、ヒストグラムを作成した。カテゴリ型データは度数および割合(%)を算出した。数値を四捨五入して表記したため、割合の合計が 100%にならない箇所があった。解析には IBM SPSS Statistics 24 を用いた。

また、各自治体の統計資料として、2022 年の人口を「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」で、2022 年の出生数を「人口動態調査 人口動態統計 確定数 保管統計表 都道府県編（報告書非掲載表） 出生」で調査し、粗出生率を（出生数×1,000）/人口により算出した。

さらに、市区町村調査の結果については、質問項目のペアごとにクロス集計を行い、2 つのカテゴリ変数間の関連性を検定した。2×2 クロス表については、Fisher の正確確率検定（両側検定）（有意水準 5 %）を行い、2×3 クロス表については、Pearson のカイ 2 乗検定（両側検定）（有意水準 5 %）を行った。クロス集計の組み合わせは、右記のとおりである。

都道府県調査は、回答数が 33 件と母数が小さいことからクロス集計による統計解析は困難と判断し、実施しなかった。

## （倫理面への配慮）

本研究は、医療法人学術会倫理審査委員会にて承認された。Web 調査画面上で調査の概要を説明し、調査参加への同意を選択した者のみが Web 調査に参加できるようにした。

妊産婦メンタルヘルスの支援に関する独自の事業の詳細を伺うための連絡に同意した者に対して、氏名、電話番号、メールアドレス等を取得した。研究結果を公表する際は、対象者が特定可能な情報は一切含まず、また本研究の目的以外に、得られた回答データを使用することは禁止した。これら

の方法によって個人情報の保護に最大限の注意を払い、回答者に対して最大限の配慮に努めた。

## 市区町村調査質問項目のクロス集計組合せ一覧

#	項目 1	項目 2	詳細
1	I 連携課題	III 連携実施状況	連携課題は「課題である」「大きな課題である」とその他で 2 群に、連携実施状況は「必要」「とても必要」とその他で 2 群に
2	I 連携課題	IV 1) 連携体制 主体となる機関	連携課題は「課題である」「大きな課題である」とその他で 2 群に、回数はありなしの 2 群
3	I 連携課題	IV 2) 相談・事例検討 回数	連携課題は「課題である」「大きな課題である」とその他で 2 群に、回数はありなしの 2 群
4	I 連携課題	IV 2) 相談・事例検討 精神科医の参加の有無	連携課題は「課題である」「大きな課題である」とその他で 2 群に、回数はありなしの 2 群
5	I 連携課題	IV 3) 合議体の開催 回数	連携課題は「課題である」「大きな課題である」とその他で 2 群に、回数はありなしの 2 群
6	I 連携課題	IV 3) 合議体の開催 精神科医の参加の有無	連携課題は「課題である」「大きな課題である」とその他で 2 群に、回数はありなしの 2 群
7	III 連携実施状況	IV 1) 連携体制 主体となる機関	連携実施状況は「必要」「とても必要」とその他で 2 群
8	VIII 統計データ 2 精神科施設数	IV 2) 相談・事例検討 回数	精神科施設数を群分け（0.1-2.3 以上の 3 群）、回数はありなしの 2 群
9	VIII 統計データ 2 精神科 施設数	IV 2) 相談・事例検討 精神科医の参加の有無	精神科施設数を群分け（0.1-2.3 以上の 3 群）
10	VIII 統計データ 2 精神科施設数	IV 3) 合議体の開催 回数	精神科施設数を群分け（0.1-2.3 以上の 3 群）、回数はありなしの 2 群
11	VIII 統計データ 2 精神科 施設数	IV 3) 合議体の開催 精神科医の参加の有無	精神科施設数を群分け（0.1-2.3 以上の 3 群）
12	VIII 統計データ 「精神科数/人口」指標	IV 2) 相談・事例検討 回数	「精神科数/人口」を群分け（0.1-5.6 以上の 3 群）、回数はありなしの 2 群
13	VIII 統計データ 「精神科数/人口」指標	IV 2) 相談・事例検討 精神科医の参加の有無	「精神科数/人口」を群分け（0.1-5.6 以上の 3 群）
14	VIII 統計データ 「精神科数/人口」指標	IV 3) 合議体の開催 回数	「精神科数/人口」を群分け（0.1-5.6 以上の 3 群）、回数はありなしの 2 群
15	VIII 統計データ 「精神科数/人口」指標	IV 3) 合議体の開催 精神科医の参加の有無	「精神科数/人口」を群分け（0.1-5.6 以上の 3 群）
16	人口	I 連携課題	人口は 3 万を基準に 2 群に、連携課題は「課題である」「大きな課題である」とその他で 2 群
17	人口	III 連携実施状況	人口は 3 万を基準に 2 群に、連携実施状況は「必要」「とても必要」とその他で 2 群
18	人口	IV 2) 相談・事例検討 回数	人口は 3 万を基準に 2 群に、回数はありなしの 2 群
19	人口	IV 2) 相談・事例検討 精神科医の参加の有無	人口は 3 万を基準に 2 群に、回数はありなしの 2 群
20	人口	IV 3) 合議体の開催 回数	人口は 3 万を基準に 2 群に、回数はありなしの 2 群
21	人口	IV 3) 合議体の開催 精神科医の参加の有無	人口は 3 万を基準に 2 群に、回数はありなしの 2 群
22	出生数	I 連携課題	出生数は 150 を基準に 2 群に、連携課題は「課題である」「大きな課題である」とその他で 2 群
23	出生数	III 連携実施状況	出生数は 150 を基準に 2 群に、連携実施状況は「必要」「とても必要」とその他で 2 群
24	出生数	IV 2) 相談・事例検討 回数	出生数は 150 を基準に 2 群に、回数はありなしの 2 群
25	出生数	IV 2) 相談・事例検討 精神科医の参加の有無	出生数は 150 を基準に 2 群に、回数はありなしの 2 群
26	出生数	IV 3) 合議体の開催 回数	出生数は 150 を基準に 2 群に、回数はありなしの 2 群
27	出生数	IV 3) 合議体の開催 精神科医の参加の有無	出生数は 150 を基準に 2 群に、回数はありなしの 2 群
28	粗出生率	I 連携課題	粗出生率は 5 を基準に 2 群に、連携課題は「課題である」「大きな課題である」とその他で 2 群
29	粗出生率	III 連携実施状況	粗出生率は 5 を基準に 2 群に、連携実施状況は「必要」「とても必要」とその他で 2 群
30	粗出生率	IV 2) 相談・事例検討 回数	粗出生率は 5 を基準に 2 群に、回数はありなしの 2 群
31	粗出生率	IV 2) 相談・事例検討 精神科医の参加の有無	粗出生率は 5 を基準に 2 群に、回数はありなしの 2 群
32	粗出生率	IV 3) 合議体の開催 回数	粗出生率は 5 を基準に 2 群に、回数はありなしの 2 群
33	粗出生率	IV 3) 合議体の開催 精神科医の参加の有無	粗出生率は 5 を基準に 2 群に、回数はありなしの 2 群

## C. 研究結果

### 分析対象

Web 調査に最後まで回答があったのは 174 箇所であり、自治体の重複 2 箇所を除外すると 172 箇所となった。郵送調査は回収期間中に 261 箇所が返送された。Web 調査と郵送調査に重複して回答している 4 箇所を除き、429 箇所（24.0%）を分析対象とした（図 A）。なお、返送された郵送調査の無回答が極端に多い調査票は見られなかったため、重複回答以外はすべてを分析対象としている。

分析対象 429 箇所のうち、都道府県は 33 箇所（70.2%）、市区町村は 396 箇所（22.1%）であった。市区町村の地域別回答率は、北海道地方の 53 箇所（29.4%）が最も高く、中部地方の 58 箇所（17.8%）が最も低かった（表 B）。

### 回答自治体と非回答自治体での人口動態の平均値の比較

回答のあった自治体と回答のなかった自治体のそれぞれに対し、2022 年の人口・出生数・粗出生率を調査した（表 C~E、図 B~M）。

出生率に関しては、都道府県の平均値（標準偏差）が、回答自治体群で 5.9（SD 0.6）、非回答自治体群で 6.2（SD 1.1）、市区町村においては、回答自治体群で 5.1（SD 1.8）、非回答自治体群で 5.1（SD 1.8）であった。2022 年の日本全体の粗出生率は人口千に対して、6.3 であり、2023 年では 6.0 であるのに対して、本調査において各自治体ごとの粗出生率から平均を算定すると、やや低い平均値となっている。

回答自治体と非回答自治体での人口、出生数、粗出生率（いずれも 2022 年）の平均値、標準偏差、度数から、Welch の t 検定を行ったところ、都道府県でも、市区町村でも、回答群、非回答群で、平均値に統計的に有意（ $P < 0.05$ ）な差は認められなかった。

### （1）単純統計

### I. 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体 - 精神科医療連携の課題

都道府県において「課題である」「大きな課題である」のいずれかを回答した割合が高かったのは、「メンタル不調者対応は自治体職員にとって負担が大きい」「自治体職員に専門的知識や技術が足りない」「当事者・家族の精神科受療の承諾」「紹介してから初診までに時間がかかる」（いずれも 22 箇所 66.7%）であった（表 1-1）。「課題ではない」と回答した割合が高かったのは「どこの精神科に紹介可能かわからない」（9 箇所 27.3%）、「医療機関の精神保健福祉士の関わり不足」「精神科医が会議に参加困難」（いずれも 5 箇所 15.2%）であった。

市区町村において「課題である」「大きな課題である」のいずれかを回答した割合が高かったのは、「当事者・家族の精神科受療の承諾」（308 箇所 77.8%）、「メンタル不調者対応は自治体職員にとって負担が大きい」「対応する自治体職員（保健師等）不足」（いずれも 278 箇所 70.2%）、「圏域内の精神科医療機関の不足」（274 箇所 69.2%）と続いた（表 1-2）。「課題ではない」と回答した割合が高かったのは「精神科医の診療協力が得られない」（105 箇所 26.5%）、「どこの精神科に紹介可能かわからない」（75 箇所 18.9%）であった。

### II. 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体 - 精神科医療連携を円滑に行うために必要と考える取り組み

都道府県において「必要」「とても必要」のいずれかを回答した割合が高かったのは、「専門分野（妊産婦メンタルヘルス等）に関する研修の実施」「妊産婦を積極的に受け入れる精神科の情報」（いずれも 32 箇所 97.0%）、「事例を精神科医に相談できる体制」（29 箇所 87.9%）、「普段から自治体と精神科医療の双方が情報交換を行う場」「圏域内の精神科の情報」（いずれも 28 箇所 84.8%）であった（表 2-1）。

市区町村において「必要」「とても必要」のい

れかを回答した割合が高かったのは、「妊産婦を積極的に受け入れる精神科の情報」(369 箇所 93.2%)、「圏域内の精神科の情報」(352 箇所 88.9%)、「専門分野（妊産婦メンタルヘルス等）に関する研修の実施」(345 箇所 87.1%) であった（表 2-2）。

### III. 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体 - 精神科医療連携の実施状況

都道府県において実施が多かったのは、「専門分野（妊産婦メンタルヘルス等）に関する研修の実施」(23 箇所 69.7%)、「妊産婦を積極的に受け入れる精神科の情報一覧の作成または取得」(14 箇所 42.4%) であった（表 3-1）。

市区町村において実施が多かったのは、「専門分野（妊産婦メンタルヘルス等）に関する研修」(119 箇所 30.1%)、「オンライン会議、相談が可能な IT 環境の設置」(103 箇所 26.0%)、「普段から情報交換を行う場の設置」(91 箇所 23.0%) であるが（表 3-2）、都道府県と比して実施自治体が 3 分の 1 に満たない実情が明らかとなった。また、それぞれ精神科側の参画があった割合は 38.7%、27.2%、30.8% であり（表 3-4）、精神科側の参加が不十分な状況も明確となった。

さらに、都道府県、市区町村とも、「精神科受療勧奨の基準・目安の作成」「妊産婦の心理サポート方法を示したガイド作成」「事例を精神科医に相談できる体制構築」「圏域内の精神科の情報マップの作成または取得」、並びに市区町村においては、「妊産婦を積極的に受け入れる精神科の情報一覧の作成または取得」を実施している自治体は少なく、研修はなされていても、実際の連携において必要な情報へのアクセスや共通の支援ツール等の整備は進んでいないことが明らかとなった（表 3-1, 2）。

精神科側の参画の割合が高かった取り組みは「事例を精神科医に相談できる体制構築」(82.5%)、「事例を医療機関の精神保健福祉士に相談できる体制構築」(79.2%)、「妊産婦を積極的に受け入れる精

神科の情報一覧の作成または取得」(71.0%) などであった（表 3-4）。

### IV. 妊産婦のメンタルヘルスに関する連携体制

#### 1) 連携体制の主体（管理・所管）となる機関について（表 4-1, 4-2）

都道府県では「母子保健に関する業務を担当している部署」と「保健センター、保健所」がともに 22 箇所（66.7%）と最多であった（表 4-1）。子育て世代包括支援センター（こども家庭センター）は、17 箇所（51.5%）と半数以上の都道府県で、連携の主体を担っていた。

市区町村では「母子保健に関する業務を担当している部署」が 382 箇所(96.5%)と最多で、「児童福祉に関する業務を担当している部署」353 箇所(89.1%)、「要保護児童対策地域協議会（以下、「要（以下、「要対協」という。）」350 箇所(88.4%)と続いた（表 4-2）。子育て世代包括支援センター（こども家庭センター）は 238 自治体（60.1%）と 6 割の自治体で、連携体制の主体となっていた。

#### 2) 個別事例の相談・事例検討の開催方法

個別事例の相談・事例検討の開催について、都道府県では「自治体の市民向け精神保健福祉相談」が 16 箇所(48.5%)、要対協の事例検討会議が 12 箇所（36.4%）であった。市区町村では「要対協の事例検討会議」が 220 箇所(55.6%)と最も多い相談・検討方法であり、市民向け精神保健福祉相談は 152 箇所（38.4%）であった（表 4-5、表 4-6）。

精神科側の参画が多かったのは、都道府県では「自治体の市民向け精神保健福祉相談」14 箇所(87.5%)、市区町村でも「自治体の市民向け精神保健福祉相談」80 箇所(52.6%)であった（表 4-7、4-8）。一方で、市区町村の「要対協の事例検討会議」への精神科側の参画は 35 箇所 15.9% であった。

個別事例の相談・事例検討の実施実績として、都道府県の回数/年度の中央値は 3、参加者延べ人

数（概数可）の中央値は 47 であった（表 4-11、図 4-1、4-2）。市区町村の回数/年度の中央値は 2、参加者延べ人数（概数可）の中央値は 10 であった（表 4-12、図 4-3、4-4）。

都道府県において、個別事例の相談・事例検討への産科医の参加は 9.1%、精神科医の参加は 31.8%であった（表 4-13）。市区町村においては、産科医の参加は 17.2%、精神科医の参加は 21.1%であった（表 4-14）。

### 3）支援体制を協議する合議体

支援体制を協議する合議体について、都道府県では「自治体の母子保健所管課が主催する有識者会議」が 16 箇所(48.5%)、市区町村では「要対協」269 箇所(67.9%)が最も多く挙げられた(表 4-15、4-16)。これらの合議体に、『精神科が参画している』と回答した自治体数が多かったのは、都道府県では「自治体の母子保健所管課が主催する有識者会議」で 11 箇所（68.8%）、市区町村では「要対協」で 27 箇所（10.0%）であった（表 4-17、4-18）。

支援体制を協議する合議体の実施実績として、都道府県の回数/年度の中央値は 2、参加者延べ人数（概数可）の中央値は 22 であった（表 4-21、図 4-4、4-6）。市区町村の回数/年度の中央値は 1、参加者延べ人数（概数可）の中央値は 15 であった（表 4-22、図 4-7、4-8）。

都道府県において、支援体制を協議する合議体への産科医の参加は 11 箇所（52.4%）、精神科医の参加は 5 箇所（23.8%）であった（表 4-23）。市区町村においては、産科医の参加は 28（10.1%）、精神科医の参加は 19 箇所（6.8%）であった（表 4-24）。

### 4）研修・講演

妊産婦のメンタルヘルスに関する研修・講演については、都道府県では「うつ病対応力向上研修事業」「地域自殺対策強化事業」として実施した自治体がいずれも 7 箇所（21.2%）で最多であった。

市区町村では「地域自殺対策強化事業」としての実施が 103 箇所(26.0%)で最多、つづいて「要対協の児童虐待防止対策事業」95 箇所(24.0%)が続いた（表 4-25、4-26）。精神科側の参画は、都道府県の「うつ病対応力向上研修事業」「地域自殺対策強化事業」がいずれも 7 箇所（100.0%）、市区町村の「地域自殺対策強化事業」が 43 箇所（41.7%）と最多で、「うつ病対応力向上研修事業」5 箇所（27.8%）であった（表 4-27、4-28）。

研修・講演の実施実績として、都道府県の回数/年度の中央値は 2、参加者延べ人数（概数可）の中央値は 91 であった（表 4-31、図 4-9、4-10）。市区町村の回数/年度の中央値は 0、参加者延べ人数（概数可）の中央値は 1 であった（表 4-32、図 4-11、4-12）。

都道府県において、研修・講演への産科医の参加は 8 箇所（42.1%）、精神科医の参加は 7 箇所（36.8%）であった（表 4-33）。市区町村においては、産科医の参加は 2 箇所（1.3%）、精神科医の参加は 12 箇所（7.8%）であった（表 4-34）。

## V. IV 以外の連携体制の実施実績

都道府県では「産婦人科、精神科合同研修会」が（表 5-1）、市区町村では「妊産婦要支援家庭支援検討会」「産科主催のハイリスク妊産婦に関する会議」など 8 つが挙げられた（表 5-2）。

## VI. 自治体から精神科医療機関への妊産婦のメンタルヘルスに関する情報提供の状況

### 1）自治体から精神科医療機関への妊産婦のメンタルヘルスに関する情報提供の概数

自治体で把握したメンタル不調妊産婦の人数の中央値は 4 であり、精神科に情報提供を行った件数、精神科受診につながった件数、精神科入院となった件数はいずれも中央値が 0 であった（表 6-1、図 6-1～6-4）。

### 2）自治体から精神科医療機関への具体的な情報提供・情報共有方法について



- ① こども家庭センターにおける情報提供主体として、困難事例対応職員の活用について設問したところ、「困難事例対応職員を設置していない」が154箇所(38.9%)と最多で、「こども家庭センターは設置されていない」が118箇所(29.8%)の順に多く回答された(表6-2)。「困難事例対応職員が実施している」のは68箇所(17.2%)であった。その他自由記載で「保健師」や「地区担当」などが担当するとの回答が19箇所(4.8%)から得られた(表6-3)。
- ② 医療機関側で情報を受信するのは、「精神保健福祉士、社会福祉士」204箇所(51.5%)、「看護師」195箇所(49.2%)の順に多く回答された(表6-4)。その他自由記載に、「助産師」「ソーシャルワーカー」「ケースワーカー」などの記載があった(表6-5)。
- ③ 市区町村から医療機関への情報提供の時期は、3日以内が127箇所(32.1%)と最多で、1週間以内で行う市区町村が6割を超えた(表6-6)。「不定」との回答も29.0%見られた。
- ④ 情報提供の方法として「電話」が354箇所(89.4%)と最多であった(表6-7)。その他自由記載には「文書」「郵送」などが多く見られ、文書+情報提供書+郵送+連絡票+依頼書+手紙等を和して、「文書等」とすると、125(31.6%)であった(表6-8)。
- ⑤ 医療機関とやり取りする際に『専用の連絡票』を用いているのは27.0%であった(表6-9)。

協力精神科医療機関の把握方法は、「自身の経験で」が173箇所(43.7%)と最多、続いて「医療団体ホームページ」が119箇所(30.1%)と続いた(表6-10)。診療マップは74箇所(18.7%)で利用されていた。

その他自由記載から、県や保健所から情報提供されている様子が見られた(表6-11)。

### 3) 精神科受診を勧める基準・目安について

回答した市区町村の141箇所(35.6%)が「ある」と回答した(表6-12)。その141箇所のうち、具体的な基準・目安としては「希死念慮が切迫している場合」が137箇所(97.2%)と最多で、「本人からの受診希望がある場合」が100箇所(92.9%)、「幻覚妄想、興奮など精神病症状が出ている場合」が130箇所(92.2%)と続いた。「日常生活に強い支障が出ている場合」は114箇所(80.9%)、「養育困難」が106箇所(75.2%)、「虐待の恐れがある場合」が100箇所(70.9%)と、当事者の生活・育児機能を基準とすることも示された(表6-13)。

## VII. 妊産婦メンタルヘルスの支援に関する独自の事業

都道府県では「子育て支援カウンセラー派遣事業」「妊産婦メンタルヘルス連絡会議の設置」など5件が挙げられた(表7-1)。ある都道府県で実施している「妊産婦等支援事業」は構成機関数119と最も多かった。

市区町村では「産婦人科オンライン相談事業」「育児支援家庭訪問事業～ママサポート～」など19件が挙げられた。

## VIII. 母子保健医療に関わる統計データ

都道府県において、自治体内の保健医療資源(産科/産婦人科を標ぼうしている施設)数(令和5年4月1日時点)の中央値は42、自治体内の保健医療資源(精神科を標ぼうしている施設)数(令和5年4月1日時点)は85、自治体内で産科/産婦人科と精神科を併設している医療機関数(令和5年4月1日時点)は9施設、産後ケア事業を委託している医療機関・助産所等の事業者の数(※市外の委託事業者も含む)(令和5年4月1日時点)は30施設であった(表8-1)。

市区町村においては、自治体内の保健医療資源

（産科／産婦人科を標ぼうしている施設）数（令和5年4月1日時点）の中央値は1、自治体内の保健医療資源（精神科を標ぼうしている施設）数（令和5年4月1日時点）は1、自治体内で産科／産婦人科と精神科を併設している医療機関数（令和5年4月1日時点）は0、産後ケア事業を委託している医療機関・助産所等の事業者の数（※市外の委託事業者も含む）（令和5年4月1日時点）は3施設であった（表8-2）。いずれも右に裾を引いた分布となっていた（図8-1～8-8）。

#### IX. 『妊産婦のメンタルヘルスに関するネットワーク構築事業』の実施状況

回答した33の都道府県のすべてが、『妊産婦のメンタルヘルスに関するネットワーク構築事業』を知っていると回答した（表9-1）。実施を検討中と回答したのは15箇所（45.5%）、行わないと回答したのは18箇所（54.5%）であった（表9-2）。行わないと回答した理由のうち多く挙げられたのは、「都道府県内に、ネットワーク事業を行う精神科医療資源がないため」が8箇所（44.4%）、「都道府県の財政的負担が発生するため」が6箇所（33.3%）であった（表9-3）。

#### X. その他意見

その他の意見（自由記載）を表10-1、10-2に示す。精神科の不足による困難、精神科医の問題意識や理解を高める必要性、国などによる体制整備の必要性などが挙げられた。

##### （2）クロス集計の結果

市区町村調査の結果について、調査票の質問項目のうち、2つの項目のペアごとのクロス集計を行い、2つのカテゴリー変数間の関連性を検定した結果を表11-1～11-21に示す。表11-8と表11-9は2×3クロス表として比較しており、Pearsonのカイ2乗検定（両側検定）（有意水準5%）を行った結果を示す。それ以外の組み合わせは、2

×2クロス表として比較しており、Fisherの正確確率検定（両側検定）（有意水準5%）を行った結果を示す。

1. 連携課題の有無と実施状況の有無に関連性があるかどうかをFisherの正確確率検定（両側検定）（有意水準5%）で検定した結果（表11-1）、①「職員の負担」と「心理サポート方法を示したガイド作成」、②「職員不足」と「妊産婦を積極的に受け入れる精神科情報の作成または取得」、③「専門的知識や技術不足」と「特化した情報提供書式の作成」「オンライン会議、相談が可能なIT環境」、④「専門的知識や技術を得る機会が少ない」と「普段から情報交換を行う場の設置」「オンライン会議、相談が可能なIT環境」、⑤「精神科への受療勧奨方法」と「精神科受療の基準・目安の作成」「心理サポート方法を示したガイド作成」「オンライン会議、相談が可能なIT環境」、⑥「当事者・家族の精神科受療の承諾」と「精神科受療の基準・目安の作成」「心理サポート方法を示したガイド作成」、⑦「精神保健福祉士の関わり不足」と「精神科受療の基準・目安の作成」「オンライン会議、相談が可能なIT環境」、⑧「心理職の関わり不足」と「オンライン会議、相談が可能なIT環境」、⑨「圏域内の精神科医療機関の不足」と「精神保健福祉士に相談できる体制構築」「心理職に相談できる体制構築」「精神科医に相談できる体制構築」「特化した情報提供書式の作成」「精神科医療側を母子保健に関連した合議体の構成員とする」、⑩「どこの精神科に紹介可能かわからない」と「精神科受療の基準・目安の作成」「精神保健福祉士に相談できる体制構築」「精神科医に相談できる体制構築」「特化した情報提供書式の作成」「オンライン会議、相談が可能なIT環境」、⑪「精神科医の診察協力が得られない」と「オンライン会議、相談が可能なIT環境」、⑫「受療後の情報共有が不十分」と「精神保健福祉士に相談できる体制構築」「心理職に相談できる体制構築」「精神科医に相談できる体制構築」

築」「オンライン会議、相談が可能な IT 環境」、⑬「精神科医が会議に参加困難」と「オンライン会議、相談が可能な IT 環境」で  $p < 0.05$  となり、これらの組み合わせにおける有意な関連が認められた。いずれも「課題ではない」との回答と、各連携業務「あり」で残差が正の数(+)であり、各連携業務を実施している自治体で、より「課題ではない」と回答していた。

2. 連携課題の有無と連携体制の主体（管理・所管）機関の有無との関連性を Fisher の正確確率検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果（表 11-2）、①「職場の負担」と「こども家庭センター」、②「職員不足」と「保健センター、保健所」「要対協」、③「当事者・家族の精神科受療の承諾」と「こども家庭センター」、④「精神保健福祉士の関わり不足」と「母子保健に関する業務を担当している部署」、⑤「どこの精神科に紹介可能かわからない」と「その他の機関」、⑥「受療後の情報共有が不十分」と「こども家庭センター」で  $p < 0.05$  となり、これらの組み合わせにおける有意な関連が認められた。①②③⑥のいずれも各連携主体のある自治体ほど、「課題である」として回答していた。また、④⑤については該当する連携主体のある自治体が、「課題ではない」と回答していた。

3. 連携課題の有無と相談・事例検討の回数との関連性を Fisher の正確確率検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-3 に示す。年度あたり回数は、あり、なし（つまり 0 回、1 回以上）の 2 群に分割し、参加者延べ人数は、0 人、1 人以上の 2 群に分割して、集計した。その結果、連携の課題と相談・事例検討の回数には、有意な関連性を示す組み合わせは、「どこの精神科に紹介可能かわからない」と「個別事例の相談・事例検討の開催\_\_参加者延べ人数」のみであり、それ以外の組み合わせでの関連は認めなかった。

4. 連携課題の有無と相談・事例検討への精神科医の参加の有無との関連性を Fisher の正確確率検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-4 に示す。①「圏域内の精神科医療機関の不足」と「自治体の市民向け精神保健福祉相談\_\_精神科側の参画」、②「どこの精神科に紹介可能かわからない」と「要対協の事例検討会議\_\_精神科側の参画」、③「精神科医が会議に参加困難」と「その他の場における相談・事例検討\_\_精神科側の参画」の 3 ペアで有意な関連性が示された。

5. 連携課題の有無と合議体の開催回数との関連性を Fisher の正確確率検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-5 に示す。年度あたりの合議体の開催回数は、あり、なし（つまり 0 回、1 回以上）の 2 群に分割し、参加者延べ人数は、0 人、1 人以上の 2 群に分割して集計した。その結果、①「専門的知識や技術を得る機会が少ない」と「合議体の開催\_\_年度あたり回数」、②「心理職の関わり不足」と「合議体の開催\_\_年度あたり回数」で有意な関連が示された。開催する自治体では、該当項目を「課題ではない」とより多く回答していた。一方、③「職員不足」と「合議体の開催\_\_参加者延べ人数」でも有意な関連を認め、開催のべ人数が 1 人以上の自治体で、職員不足を「課題である」とより高頻度に回答していた。

6. 連携課題の有無と合議体への精神科医の参加の有無との関連性を Fisher の正確確率検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-6 に示す。「専門的知識や技術を得る機会が少ない」と「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける合議体\_\_精神科側の参画」に有意な関連性を認めた。それ以外の組み合わせによる関連は示されなかった。

7. 連携実施状況と連携体制の主体（管理・所管）機関との関連性を Fisher の正確確率検定（両側検

定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-7 に示す。①「こども家庭センター」と「精神科の情報マップの作成または取得」、②「保健センター、保健所」と「精神科医に相談できる体制構築」、③「その他の機関」と「精神科の情報マップの作成または取得」で有意な関連性を認めた。

8. 市区町村内の精神科施設数（0,1～2,3 以上の 3 群）と妊産婦メンタルヘルスに関する連携体制の有無との関連性を Pearson のカイ 2 乗検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-8 に示す。精神科施設数は、市区町村内の精神科を標榜している施設数とし、0, 1～2, 3 以上の 3 群に分割し、2×3 クロス集計表を作成し解析した。その結果、「個別事例の相談・事例検討の開催\_年度あたり回数（有無）」「個別事例の相談・事例検討の開催\_参加者延べ人数」「自治体の市民向け精神保健福祉相談\_精神科側の参画」「要対協の事例検討会議\_精神科側の参画」「妊産婦のメンタルヘルスについて支援体制を協議する合議体の開催\_年度あたり回数」「妊産婦のメンタルヘルスについて支援体制を協議する合議体の開催\_参加者延べ人数」の 6 項目において、精神科施設数との関連性が示された。

9. 人口 10 万対精神科数（0, 1～5, 6 以上の 3 群）と妊産婦メンタルヘルスに関する連携体制の有無との関連性を Pearson のカイ 2 乗検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-9 に示す。人口 10 万対精神科数は市区町村内の精神科施設数を自治体人口で除し 10 万を掛けた数値で 0, 1～5, 6 以上の 3 群に分割し、2×3 クロス集計表を作成し解析した。その結果、「個別事例の相談・事例検討の開催\_年度あたり回数（有無）」「個別事例の相談・事例検討の開催\_参加者延べ人数」「妊産婦のメンタルヘルスについて支援体制を協議する合議体の開催\_年度あたり回数」「妊産婦のメンタルヘルスについて支援体制を協議する合

議体の開催\_参加者延べ人数」「要対協\_精神科側の参画」の 5 項目において、人口 10 万対精神科数との関連が示された。

10. 市区町村人口（3 万未満, 3 万以上）と連携課題との関連性を Fisher の正確確率検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-10 に示す。「職員の負担」「職員不足」「当事者・家族の精神科受療の承諾」「精神科医の診察協力が得られない」「紹介してから初診までに時間がかかる」「受療後の情報共有が不十分」の 6 項目と人口規模の間に有意な関連があり、人口 3 万人以上の市区町村で、これらの課題があると、より多く回答していた。

11. 市区町村人口（3 万未満, 3 万以上）と連携実施状況との関連性を Fisher の正確確率検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-11 に示す。「普段から情報交換を行う場の設置」「専門分野に関する研修の実施」「精神科の情報マップの作成または取得」「オンライン会議、相談が可能な IT 環境」の 4 項目で、人口規模との有意な関連があり、人口 3 万人以上の市区町村で、これらの連携が実施されていた。

12. 市区町村人口（3 万未満, 3 万以上）と連携体制との関連性を Fisher の正確確率検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-12 に示す。「個別事例の相談・事例検討の開催\_年度あたり回数（有無）」「個別事例の相談・事例検討の開催\_参加者延べ人数」「要対協の事例検討会議\_精神科側の参画」「妊産婦のメンタルヘルスについて支援体制を協議する合議体の開催\_年度あたり回数」「妊産婦のメンタルヘルスについて支援体制を協議する合議体の開催\_参加者延べ人数」の 5 項目で、人口規模との有意な関連があり、人口 3 万人以上の市区町村で、より連携体制がつくられており、精神科側の参画が行われていた。

13. 2022 年の出生数（150 未満，150 以上）と連携課題との関連性を Fisher の正確確率検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-13 に示す。出生数は今回の統計での中央値となる 150 人未満と 150 人以上で 2 群に分割した。その結果、「職員の負担」「職員不足」「当事者・家族の精神科受療の承諾」「精神科医の診察協力が得られない」「紹介してから初診までに時間がかかる」「受療後の情報共有が不十分」の 6 項目で、出生数と有意な関連があり、出生数 150 人以上の市区町村で、より連携課題と捉えていることが示された。

14. 2022 年の出生数（150 未満，150 以上）と連携実施状況との関連性を Fisher の正確確率検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-14 に示す。「担当行政職員の増員」「普段から情報交換を行う場の設置」「専門分野に関する研修の実施」「精神科の情報マップの作成または取得」「オンライン会議、相談が可能な IT 環境」の 5 項目で、出生数と有意な関連があり、出生数 150 人以上の市区町村で、より連携の実施がなされていることが示された。

15. 2022 年の出生数（150 未満，150 以上）と連携体制との関連性を Fisher の正確確率検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-15 に示す。「個別事例の相談・事例検討の開催\_年度あたり回数（有無）」「個別事例の相談・事例検討の開催\_参加者延べ人数」「要対協の事例検討会議\_精神科側の参画」「妊産婦のメンタルヘルスについて支援体制を協議する合議体の開催\_年度あたり回数」「妊産婦のメンタルヘルスについて支援体制を協議する合議体の開催\_参加者延べ人数」「要対協\_精神科側の参画」の 6 項目で、出生数と有意な関連があり、出生数 150 人以上の市区町村で、より連携体制がつくられており、精神科側の参画が行われていた。

16. 2022 年の粗出生率（5 未満，5 以上）と連携課題との関連性を Fisher の正確確率検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-16 に示す。「職員の負担」の 1 項目で、粗出生率との有意な関連を認めた他は、市区町村の粗出生率の高低と課題の有無には特定の傾向は認めなかった。

17. 2022 年の粗出生率（5 未満，5 以上）と連携実施状況との関連性を Fisher の正確確率検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-17 に示す。「担当行政職員の増員」「普段から情報交換を行う場の設置」「専門分野に関する研修の実施」「オンライン会議、相談が可能な IT 環境」の 4 項目で、粗出生率との有意な関連があり、粗出生率 5 以上の市区町村で、より連携の実施がなされていることが示された。

18. 2022 年の粗出生率（5 未満，5 以上）と連携体制との関連性を Fisher の正確確率検定（両側検定）（有意水準 5 %）で検定した結果を表 11-18 に示す。「個別事例の相談・事例検討の開催\_年度あたり回数（有無）」「個別事例の相談・事例検討の開催\_参加者延べ人数」「要対協\_精神科側の参画」「妊産婦のメンタルヘルスについて支援体制を協議する合議体の開催\_年度あたり回数」「妊産婦のメンタルヘルスについて支援体制を協議する合議体の開催\_参加者延べ人数」「要対協\_精神科側の参画」の 6 項目で、粗出生率と有意な関連があり、粗出生率 5 以上の市区町村で、より連携体制がつくられており、精神科側の参画があった。

## D. 考察

0. 分析対象自治体が日本全体の状況を反映しているかどうか？

全国の都道府県 47 か所および市区町村 1741 か所の母子保健担当部署を対象とし、都道府県は 70.2%の回答率（33 自治体）であったが、市区町村は 22.1%（396 自治体）にとどまった。

しかし、回答自治体と非回答自治体での人口、出生数、粗出生率（いずれも 2022 年）の平均値、標準偏差、度数から、ウェルチの t 検定を行ったところ、都道府県でも、市区町村でも、回答群、非回答群で、平均値に統計的に有意（ $P<0.05$ ）な差は認められなかった。このように都道府県、市区町村いずれも、回答、非回答自治体間での、人口動態指標の平均値に差はなく、回答自治体のデータをもって、全国自治体の平均的な人口動態を代表しうると仮定可能と判断した。

## I. 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体 - 精神科医療連携の課題

都道府県、市区町村で課題として捉えている項目は、ほぼ共通であったが、総じて、市区町村の方が課題 or 大きな課題として回答した項目が多かった。両者共通に、大きな課題として捉えている項目としては、「メンタルヘルス対応の負担が大きい」「自治体職員（保健師等）不足」「専門的知識や技術を得る機会が少ない」といった、母子保健を担う行政職員の当該業務の量的・質的な課題や、「当事者・家族の精神科受療の承諾」「圏域内の精神科医療機関の不足」「紹介してから初診までに時間がかかる」といった行政から精神科医療につなげる際に生じる連携不全状況が抽出された。これらの問題は、精神科医療、心理臨床の専門家の少ない母子保健サービスの現場から、『妊産婦のメンタルヘルスに対応する支援構造に孕む課題』として従来から指摘されてきたことであるが<sup>1)</sup>、今回の調査で、数値として改めて明らかとなった。

一方で、「どこの精神科に紹介可能かわからない」

という項目に対して、“課題ではない”と答えた自治体も一定数あることから、一部の自治体では、圏域の精神科との連携が図られている可能性が示唆された。こちらについては、後述のクロス集計表をもとに考察する。

## II. 自治体－精神科医療連携を円滑に行うために必要と考える取り組みは何か？

都道府県、市区町村等とも、研修の実施、情報交換を行う場の設置、精神科医療者による相談体制、妊産婦を積極的に受け入れる精神科の情報を、円滑な連携に必要と考えていた。これらの必要とされる取り組みは、こども家庭庁の予算事業として、都道府県が実施主体となる『妊産婦のメンタルヘルスに関するネットワーク構築事業』に示されている、事業内容（体制整備、妊産婦の診療に対応可能な地域の精神科医療機関リストの作成、コーディネータによる相談対応や関係者による症例検討の実施、関連の研修等）そのものであり、本事業の推進が、連携の円滑化に寄与することが示唆される。

一方、担当職員増員、特化情報提供、業務負担軽減、IT 環境は、上記に比して、必要度は低かった。この結果については、表 3－2 で、すでにこのような対応を実施済みの市区町村が少数はあることから、今後の必要度が低下した可能性もあるが、円滑な連携のためには、母子保健担当要員の業務量改善や IT 環境整備など行政側の業務改善、インフラストラクチャーの改善のみでは解決できないと捉えられていることが伺える。

## III. 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体 - 精神科医療連携の実施状況

### 1) 自治体の実施状況から明らかとなった問題点と打開のための方策

都道府県では、研修は約 70%、精神科情報一覧の作成が 40%以上の自治体で実施されている。

しかし、受診勧奨の目安の作成(9.1%)、ガイド作成(3.0%)は低く、研修や情報一覧を準備しても、それらを活用するための連携手順は作成されておらず、精神科医療者への相談体制構築も不十分であった。研修や情報収集等はしているが、その情報をもとにした実際の自治体－精神科医療連携に実装されていない可能性がある。また、行政の担当職員の増員、負担軽減は全くなされていなかった。

市区町村では、都道府県に比べて、項目ごとの実施状況が少なく、市区町村規模で、連携構築のための施策を実施することの困難さを伺えた。市区町村では最多である『研修の実施』でさえも約30%と、都道府県の約70%に比べて低かった。

このような状況を踏まえ、例えば、現在市町村で実施されている様々な既存の事業予算措置内で、妊産婦メンタルヘルスをテーマにした研修を実施することや都道府県に所管課がある精神科医療機関情報一覧の作成は都道府県が主体的に行い、市区町村がそれらに十分に参加、利用できるような都道府県と市区町村間の分業・協力が必要となるう。

## 2) 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体－精神科医療連携の精神科側の参画状況

表3-3（都道府県）、表3-4（市区町村）では、妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体－精神科医療連携の精神科側の参画を一覧にしている。連携を実施していると回答した自治体について更に精神科側の参画を問う設問となっていることから、項目によっては回答数自体が少ないものもあるため、全国自治体全体の状況を反映しきれていない可能性を念頭において考察する必要がある。

この設問においても、都道府県と市区町村を比較して、前者のほうが、精神科側の参画の割合が高い項目が多かった。『精神科医療者に相談できる体制構築』や『普段から情報交換を行う場の設置』では、連携を実施している都道府県自治体で

は、100%精神科側の参画を得て作成・構築していた。また『妊産婦を積極的に受け入れる精神科の情報一覧の作成または取得』については、14自治体中13個所で精神科側が参画しており、このような作成・構築段階から圏域の精神科医療者との協働がなされていることが伺われた。

それに対して、市区町村では、『精神科医療者に相談できる体制構築』を行っている自治体では、精神科医(82.5%)、精神保健福祉士(79.2%)、心理職(65.6%)が参加しているが、都道府県のように100%ではなかった。市区町村によっては、これらの体制を作っているものの、精神科医療の専門家が実際は参加できていない実情が見て取れる。

『情報交換を行う場の設置』への参加も30.8%と都道府県に比べて少なくなっている。

しかし、2018年3月に報告された『平成29年度子ども・子育て支援推進調査研究事業：妊産婦に対するメンタルヘルスケアのための保健・医療の連携体制に関する調査研究』<sup>2)</sup>では、妊産婦メンタルヘルスに特化した事業を実施し、かつ精神科と連携している市区町村は、2017年当時22自治体にすぎず、本分野における精神科との連携の不十分な実態が示されたが、今回の調査では、2023年度（2024年3月）末現在、52の市区町村で、精神科医に相談できる体制を構築しているとの回答を得た。多くの連携構造の1つではあるが、この7年間で連携実践が倍以上になっていることが示された。

## IV. 妊産婦のメンタルヘルスに関する連携体制

### 1) 連携体制の主体（管理・所管）となる機関について（表4-1、4-2）

連携体制の主体とは、連携を管理・所管する機関のことを指す。都道府県と市区町村とも、『母子保健担当部署』、『保健所、保健センター』と回答した自治体が多かった。子育て世代包括支援センター（こども家庭センター）も回答自治体の半数以上で、連携の主体として機能していること

が明らかとなった。

児童福祉担当部署や要対協は都道府県では連携主体としているところは40%以下であったが、市区町村では、それぞれ353(89.1%)、350(88.4%)と、90%近くの自治体で主体となっており、母子保健－精神科連携の要として機能していることを示している。

連携をマネジメントする新たな組織の構築が難しい場合、既存のシステムに乗せることは1つの解法であるが、その点に立脚すると、既存システムである①こども家庭センターを連携の所管主体とする方法に加えて、②要対協の実務部門を充実、拡充して母子保健－精神科連携の主体とするという方法が、現実的な提案となりうるであろう。

市区町村においては、その他自由記載において、産婦人科等医療機関が10件、保育園・幼稚園などが3件など、関わりのある諸施設・諸機関が連携の主体となっている事例も挙げられた。当事者の身近な場所でケースワークを行っている実態が示唆される。

## 2) 個別事例の相談・事例検討の開催方法と精神科医の参加（表4-5,6,7,8,11,12,13,14）（図4-1,2,3,4）

1) 都道府県も市区町村も、『自治体の市民向け精神保健相談』と『要対協の事例検討』を個別事例の相談・事例検討の開催方法としており、いずれも既存の相談、事例検討システムを活用していることがみてとれる。市区町村においては、『要対協の事例検討』が回答自治体の半数以上を占めており、『自治体の市民向け精神保健相談』は152(38.4%)と都道府県に比して逆転している。

2) この相談・事例検討の場に精神科が参加しているかどうかの設問に対しては、都道府県では、「参加している」との答が多いが市区町村では、参加率は下がり、要対協では更に低くなり、参加している自治体は、35箇所（15.9%）となる。

市町村においては、自治体内に協力可能な精神医療機関が少なく、精神医療の専門家が参加できていない可能性が示唆される。

個別事例の相談・事例検討の令和5年度の実績（実施回数、延べ参加者数）については、都道府県でも、市区町村でも正規分布を取らず、回数、参加者延べ人数とも多い（15回、500人～600人）の自治体が3か所あった反面、多くの自治体では2～3回の開催にとどまっており、自治体による開きが大きい。

更に、精神科医の参加は、都道府県は72自治体中、7か所(31.8%)、市区町村は256か所中、54(21.1%)と少なく、メンタルヘルス連携についての相談、事例検討であるにも関わらず、精神科医の参加が乏しい実態が明らかとなった。

## 3) 支援体制を協議する合議体

都道府県の最多16箇所(48.5%)は母子保健所管課の有識者会議であるが、市区町村は、269箇所(67.9%)で要対協が協議の場となっている。ここでも要対協が支援体制作りの主体となっていることが伺える。また精神障害に対応した地域包括ケアシステムにおける合議体も少数であるが、協議の場となっている自治体もあり、より精神障害福祉のシステム導入を行いやすい体制でも検討を行っているところもあることが示された。

## V. IV 以外の連携体制の実施実績

少数の都道府県、市区町村で、独自の連携体制を持っている自治体が示された。好事例自治体として、令和7年度に実施するヒアリング調査の対象として注目しておく必要がある。

## VI. 自治体から精神科医療機関への妊産婦のメンタルヘルスに関する情報提供の状況

自治体から精神科医療機関への具体的な情報提供・情報共有方法については、こども家庭センターの困難事例対応職員を設置し、連携を実施しているところは68箇所（17.2%）であった。保健



師や地区担当（保健師）が対応にあたっている現状が伺えた。

精神科医療機関側は、精神保健福祉士、社会福祉士が半数以上で対応窓口となっており、ついで看護師が多かったことから、今後の連携の研修、顔の見える関係づくりにおいて、精神科に所属するケースワーカーや看護師への啓発、スキル向上が必要と考えられる。

情報提供方法は、電話や文書が用いられており、専用連絡票の使用は3割弱であった。協力医療機関の把握方法は、母子保健職側の経験によっており、診療マップの活用は2割に満たなかった。

精神科受療を勧める基準・目安については、3割を超える市区町村で基準を持っており、当時者の精神症状の重篤さ、生活・育児機能から判断していることが伺えた。また、本人からの受診希望を重視していることも確認された。当事者の希望に沿った支援を行っていることがうかがえる反面、精神症状や生活機能の重症度と本人の受療希望が一致しない状況が生じやすい精神科受療勧奨場面において、明確な基準・目安を広く活用する仕組みが必要と考えられる。

## VII. 妊産婦メンタルヘルスの支援に関する独自の事業

都道府県、市区町村で行っている独自事業については、令和7年度に実施する好事例自治体ヒアリング調査の基礎資料として、好事例対象をピックアップする際に活用していく。

VIII. 母子保健医療に関わる統計データについては、自治体内の保健医療資源（特に精神科医療施設数）、人口、出生数（粗出生率）をもとに、クロス集計を行い、それぞれの属性での調査回答の特徴を抽出することとした。（B.クロス集計結果参照）

B. クロス集計による質問項目間の関連性についての考察（市区町村版調査票結果から）

1. 連携課題の有無と実施状況の有無の関連性については、連携課題項目について「課題ではない」とした自治体で、どのような連携が実施されているかを抽出した。

これらの結果から、連携の（困難）課題を解決するためには、どのような取り組みを行えばよいかという目安を立て、「連携構築のためのガイド」作成にあたり、重点的に取り扱う項目とする予定である。その一覧を表22にまとめた。

2. 連携課題の有無と連携体制の主体（管理・所管）機関との関連性については、こども家庭センターが主体となっている自治体で、より「職員の負担」、「当事者・家族の精神科受療の承諾」、「受療後の情報共有が不十分」という課題があると認識していることがわかった。これは、このような**連携不全や業務負担をより実践的に認識している専門性や問題意識の高い職員が連携業務を担当している可能性**が考えられるが、今後こども家庭センターを核とした母子－精神保健医療連携を拡充するためには、同機関への人員配置、連携システムの効果的な実装が必要となるであろう。

3. 連携課題の有無と相談・事例検討の回数との関連性については、有意な関連は乏しかった。しかし、個別事例の相談・事例検討は、精神科医療機関の紹介先を選択するうえでの情報源になっている可能性はある。

4. 連携課題の有無と相談・事例検討への精神科医の参加の有無との関連性では、**精神科医療機関の不足に対して、精神科医が行う精神保健福祉相談が、精神科の紹介先を把握するうえで、精神科側が参加する要対協の事例検討会議が有効な可能性が示唆された。**

5. 連携課題の有無と合議体の開催回数との関連性からは、専門的知識や技術を得る機会として、合議体を開催することが有益である可能性が示された。

6. 連携課題の有無と合議体への精神科医の参加の有無との関連性からは、専門的知識や技術を得る機会として、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける合議体への精神科側の参画」が有益である可能性が示された。

7. 連携実施状況と連携体制の主体（管理・所管）機関との関連性からは、**こども家庭センターでは、精神科の情報マップの作成または取得をより多く実施**しており、保健センター、保健所は、精神科医に相談できる体制構築をより多く実施していた。**保健センターは精神保健医療を所管しており、保健センター内に定例の精神科医による種々の市民相談を実施していることなども、このような結果に反映した可能性がある。**今後、それぞれの機関の既存の事業の中で、精神科医療者が母子保健に連携できるようなインフラを用意していくことも有用であろう。

8. 市区町村の精神科施設数（0,1～2,3 以上の3群）と妊産婦メンタルヘルスに関する連携体制の有無との関連性からは、**精神科施設が多いほど、連携事業（個別事例相談、事例検討、市民向け精神保健福祉相談、要対協の事例検討会議、妊産婦のメンタルヘルスについて支援体制を協議する合議体の開催が多く開催され、精神科側の参加も多い。**周産期メンタルヘルスに関する事業を行うに当たり、圏域内の精神科医療施設の数は、ボトルネックとなることが推測される。

9. 人口10万対精神科数（0, 1～5, 6 以上の3群）と妊産婦メンタルヘルスに関する連携体制の有無との関連性においても、8. 同様の結果であり、人口10万対精神科数が多い群で、これらの連携体制を実施しやすいことが示された。

10. 2022年の市区町村人口（3万未満、3万以上）、出生数（150未満と150以上）、粗出生率（5未満、5以上）それぞれと連携課題との関連性を解析したところ、人口が3万人以上または出生数150以上の自治体で、連携課題との関連性は

まったく同様であった（表11-19参照）。いずれも、**職員の負担や職員不足などの対応職員のマンパワーの課題や、受療までの時間がかかること、診察協力が得られないこと、受療後の情報共有の不十分さなど受け皿となる精神科側の課題が抽出された。**一方、粗出生率（5未満、5以上）の2群に分割してクロス集計したところ、人口や出生数とは異なる関連性となり、粗出生率で関連を認めたのは、「職員の負担」のみであった。

11. 2022年の市区町村人口（3万未満、3万以上）、出生数（150未満と150以上）、粗出生率（5未満、5以上）それぞれと連携実施状況の関連性を解析したところ、人口が3万人以上、または出生数150以上、または粗出生率5以上の自治体で、より多くの連携を実施していることが示された（表11-20参照）。これらの属性を有する自治体に共通な実施項目としては、**情報交換を行う場の設置、研修の実施、精神科の情報マップの作成または取得、オンライン会議、相談が可能なIT環境が挙げられる。**上記10. の考察と合わせて考えると、人口の多い自治体で、このような取り組みをしてもなお、連携課題が続いていることに注視していく必要がある。

12. 2022年の市区町村人口（3万未満、3万以上）、出生数（150未満と150以上）、粗出生率（5未満、5以上）それぞれと連携体制との関連性を解析したところ、11. 同様に、人口が3万人以上、または出生数150以上、または粗出生率5以上の自治体で、より多くの連携体制を持っており、関連性はほぼ共通であった（表11-21参照）。**個別事例の相談・事例検討の開催、要対協の事例検討会議への精神科側の参画、妊産婦のメンタルヘルスについて支援体制を協議する合議体の開催が挙げられた。**

人口の多い自治体は、出生数も多くなる傾向があり、この統計では、同じ現象を別々の人口動態統計指標を用いて示しているに過ぎないとも言える。しかし、市区町村が連携構築を行うにあたり、自治体の財政基盤や出生数に応じて、現実的に使いやすい選択肢を用意しておく必要があることから、このような観点で自治体の属性ごとの連携の特性を検討した。その際に、連携課題と粗出生率の違いによる関連性のみ、人口や出生数と異なる結果であったことから、少なくとも、粗出生率をもとに、連携課題を解決するための対策を複数設定するのは、現実には不可能性がある。より簡便な指標である、自治体の人口規模や出生数にもとづき、関係職員へのサポート方法や連携構築方法を自治体の属性に合わせて選べるような選択肢をガイドに盛り込むことが実用的かもしれない。

#### 研究の限界

市区町村自治体の回答数は 1741 か所中、396 件（22.1%）であり、統計解析に供したデータが全国自治体の現状を代表しているとは言えないという研究結果の解釈における限界がある。また、本研究のテーマである、自治体と精神科医療連携に関心を持つ担当者から、多く回答された可能性も否定できないため、課題として捉える内容や、実施内容について、全体集団の平均から偏位した結果となっていることもありうるであろう。以上のバイアスについては、直接の自治体担当者へのヒアリング調査によって、補正、修正していく予定である。

#### E. 結論

本調査の結果から、研究最終年度における自治体所管部署向けの手引・ガイドの作成に当たり、連携課題解決のためにはどのような取り組みをすればよいのか、人口や出生数など、自治体の規模や属性に合わせた連携方法など、自治体が活用し

やすい実践的な自治体－精神科医療連携ガイドを作成する予定である。

#### F. 健康危険情報

特になし。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- ・渡邊博幸. 妊産婦における向精神薬の調整・管理のポイント. 産科と婦人科 2024;91:631-6.
- ・安達久美子, 上田佳世, 江藤宏美. エビデンスに基づく助産ガイドライン-妊娠期・分娩期・産褥期 2024-, 日本助産学会誌, 2024, 38, Supl1. 1-223.
- ・Takahashi I, Obara T, Kikuchi S, Kobayashi N, Obara R, Noda A, Ohsawa M, Ishikawa T, Mano N, Nishigori H, Ueno F, Shinoda G, Murakami K, Orui M, Ishikuro M, Tomita H, Kuriyama S. Combination of taking neuropsychiatric medications and psychological distress in pregnant women, with behavioral problems in children at 2 years of age: The Tohoku Medical Megabank Project Birth and Three-Generation Cohort Study.PCN Rep. 2024 Jul 25;3(3):e226. doi: 10.1002/pcn5.226. eCollection 2024 Sep.
- ・Ishikawa T, Sakai T, Iwama N, Obara R, Morishita K, Adomi M, Noda A, Ishikuro M, Kikuchi S, Kobayashi N, Tomita H, Saito M, Nishigori H, Kuriyama S, Mano N, Obara T. Association between exposure to atypical antipsychotics during pregnancy and risk of miscarriage. Acta Psychiatr Scand. 2024 Dec;150(6):562-572. doi: 10.1111/acps.13755. Epub 2024 Sep 5.
- ・Li X, Takahashi N, Narita A, Nakamura Y, Sakurai-Yageta M, Murakami K, Ishikuro M, Obara T, Kikuya M, Ueno F, Metoki H, Ohseto H,

Takahashi I, Nakamura T, Warita N, Shoji T, Yu Z, Ono C, Kobayashi N, Kikuchi S, Matsuki T, Nagami F, Ogishima S, Sugawara J, Hoshiai T, Saito M, Fuse N, Kinoshita K, Yamamoto M, Yaegashi N, Ozaki N, Tamiya G, Kuriyama S, Tomita H. Identification of risk loci for postpartum depression in a genome-wide association study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2024 Nov;78(11):712-720. doi: 10.1111/pcn.13731. Epub 2024 Sep 17.

・Orui M, Obara T, Ishikuro M, Noda A, Shinoda G, Murakami K, Iwama N, Chiba I, Nakaya K, Hatanaka R, Kogure M, Kobayashi N, Kikuchi S, Metoki H, Kikuya M, Nakaya N, Hozawa A, Tomita H, Kuriyama S. Evaluation of depression at 6 and 12 months postpartum by examining depressive symptoms and self-harm ideation during the early postpartum period: Tohoku Medical Megabank Project Birth and Three-Generation Cohort Study. *PCN Rep*. 2024 Nov 4;3(4):e70025. doi: 10.1002/pcn5.70025. eCollection 2024 Dec.

・菊地紗耶. 「事例で学ぶ 精神的にフォローが必要な妊産婦への対応 うつ病」 *ペリネイタルケア* Vol.43p18-23, 2024.12

・菊地紗耶, 小林奈津子, 富田博秋. 「周産期医療におけるコンサルテーション・リエゾン精神医学～プレコンセプションから育児支援まで～」 *精神医学* vol.66(No9) p.1165-1171, 2024.9

・菊地紗耶, 鈴木利人. 「妊産婦の精神科薬物療法と母乳育児をめぐる意思決定支援」 *臨床精神薬理* vol.27 (No8) p.817-824, 2024.8

・菊地紗耶, 小林奈津子, 小原拓, 岩渕理子, 齋藤昌利, 埴田卓志, 木村涼子, 岩渕賢嗣, 富田博秋. 「向精神薬服用中の母乳育児の実態と児への影響～授乳プランシートの結果から～」 *日本周産期メンタルヘルス学会会誌* vol.10 (No.1) p.35-39, 2024.8

・菊地紗耶, 小林奈津子, 富田博秋. 「産後うつ病における薬物療法の考え方」 *精神科治療学* vol.39(No8) p.881-886, 2024.8

・菊地紗耶. 妊娠前から授乳期までの健康とくすりの知識「服薬が明らかに有益である授乳婦へのメンタルサポートについて教えてください」 *調剤と情報増刊号* Vol.30 No.10. 1526-1532, 2024.7

・菊地紗耶, 小林奈津子, 富田博秋. 「【周産期メンタルヘルスを深掘り!】精神疾患合併妊産婦の対応 双極性障害(双極症)」. *産科と婦人科* 1 巻 6 号, 665-669, 2024.6

・菊地紗耶. 【GHP 領域の研究苦労話と学会への期待】 【多様な GHP 領域の研究における苦労話と tips】 「周産期メンタルヘルス領域における研究苦労話」. *総合病院精神医学*(0915-5872)36 巻 2 号 Page106-108. 2024.4

・Yoko Sagara, Shunji Suzuki, Shinichi Hoshi, Akihiko Sekizawa, Osamu Ishiwata: Current Status of Cooperation Between Obstetric care and Psychiatrists in Japan. *Cureous*. 2024;16(10)e71413, DOI 10.7759/cureous71413

・Shinichi Hoshi, Shunji Suzuki, Akihiko Sekizawa, Yoko Sagara, Osamu Ishiwata: Current Status of Paternal Mental Health Care in Obstetric Institutes in Japan.(Brief communication) *IJGO*, 2024.1-2, DOI 10.1002/ijgo.15929

・相良洋子. 周産期メンタルヘルスにおける課題と展望. *産科と婦人科*. 2024 ; 91(6) : 613-618

・竹内崇. 双極性障害・産褥精神病 ペリネイタルケア 2024 ; 43 : 24-29.

・竹内崇. 周産期メンタルヘルス ～妊産婦の自殺を防ぐために必要なこと 女性心身医学 2024 ; 29 : 178-181.

・林田悠里, 四手井綱則, 野口優輔, 新井佳奈, 伊藤一之, 杉江 学, 森丘千夏子, 不殿絢子, 宮坂尚幸, 竹内 崇, 森尾友宏. *メンタルヘルス支*

援を要した妊産婦と出生時の短期予後の検討 周産期医学 2024；54：1312-1316.

・金子 慈史, 竹内 崇. 【周産期メンタルヘルスを深掘り!】精神科・多職種との連携 精神疾患合併妊娠の管理にかかわるソーシャルワーカーの役割 産科と婦人科 2024；91：703-708.

・竹内崇. 東京医科歯科大学の周産期リエゾンの取り組み 臨床精神医学 2024；53：659-663.

・宮島美穂、竹内崇. 妊娠・出産とうつ病・自殺性の健康 2024；23：11-19.

・竹内崇. 神経精神医学 周産期の精神障害 精神科と産科との協働 医学のあゆみ 2024；288：594-595.

・安田貴昭. <14>妊産褥婦のメンタルケア・精神科 part（分担執筆）『ER・救急で役立つ精神科救急 A to Z』（三宅康史 編集）日本医事新報社（東京）pp.154-162, 2024

・安田貴昭. 自殺企図（分担執筆）『改訂第2版 J-MELS 母体救命 Advanced Course Text』（日本母体救命システム普及協議会 監修）へるす出版（東京）pp.362-369, 2024

## 2. 学会発表

・渡邊博幸. 周産期メンタルヘルス. 第42回千葉県母性衛生学会学術集会. 2024年6月1日

・渡邊博幸. 周産期に活用する社会資源. 第37回日本総合病院精神医学会総会. 20パネルディスカッション1「周産期リエゾンにおける臨床実践」熊本, 2024年11月29日

## 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

## 参考文献

1) 渡邊博幸, 榎原雅代: 精神保健と母子保健の連携はなぜ困難なのか? 3つの連携障壁とその解決. 精神科治療学 32 (6): 719-722, 2017.

2) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング: 平成29年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業: 妊産婦に対するメンタルヘルスケアのための保健・医療の連携体制に関する調査研究. 2018年3月  
<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000520478.pdf>

3) 渡邊博幸: 精神科医は, 母子保健とどのように連携していくのか? 松戸市の取り組みを例に. 精神神経学雑誌 120 (1) 52-59, 2018.

こども家庭科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
統括研究報告書

別紙4

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
竹内 崇	総合病院精神科での研修の重要性	永井良三、笠井清登	精神科研修ノート	診断と治療社		2024	661-49-50
安田貴昭	<14>妊産褥婦のメンタルケア・精神科part	三宅康史	『ER・救急で役立つ精神科救急A to Z』	日本医事新報社	東京	2024	154-162
安田貴昭	自殺企図	日本母体救命システム普及協議会	『改訂第2版 J-MELS母体救命Advanced Course Text』	へるす出版	東京	2024	362-369

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J, Matsunaga A, Ogawa M, Kikuchi A, Kawarishima T, Tachimori H, Bernick P, Kimura H, Inagaki A, Watanabe H, Kishi Y, Yoshida K, Hirooka T, Oishi S, Matsuda Y, Fujii C.	Associations between readmission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: a multicenter prospective longitudinal study.	Soc Psychiatry Epidemiol.	doi: 10.1007/s00127-024-02710-5.	PMID: 39102067.	2024
Yanagisawa Y, Kimura H, Kotsu H, Watanabe H, Iyo M.	The effectiveness of the mental health social worker-led multi-professional program in preventing long-term hospitalization and readmission in acute psychiatric inpatients in Japan: A retrospective analysis.	PCN Rep.	3:e	192	2024
Suzuki K, Niitsu T, Kimura H, Yanagisawa Y, Ono M, Komatsu H, Yoshimura K, Watanabe H, Iyo M.	Association between mental health social worker staffing in psychiatric emergency wards and readmission outcomes: A nationwide survey in Japan.	PCN Rep.	3:e	189	2024

こども家庭科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
統括研究報告書

渡邊博幸	変動即応性を意識した精神科病棟運用 New Long Stay防止統合プログラムの実装と検証	日本精神科病院協会雑誌	43	718-724	2024
渡邊博幸	妊産婦における向精神薬の調整・管理のポイント	産科と婦人科	91	631-636	2024
渡邊博幸	医療安全の観点から留意すべき精神科薬物療法	日本精神科病院協会雑誌	43	82-87	2024
安達久美子, 上田佳世, 江藤宏美他	エビデンスに基づく助産ガイドライン-妊娠期・分娩期・産褥期2024-	日本助産学会誌	38, Sup11	1-223	2024
佐山理恵, 安達久美子, 岡本美和子, 島田真理恵	助産所における業務継続計画策定と災害対応に関する研究	日本助産学会誌	38(1)	155-163	2024
片岡優華, 安達久美子, 河内浩美, 坂本希世	日本における「育児期の親のエンパワメント」の概念分析	母性衛生	64(4)	636-646	2024
巖 千晶, 片岡 優華, 二村 文子, 宝田 慶子, 菱沼由梨, 安達 久美子	集合住宅内での“子育てひろば”を通した母親のコミュニティ醸成	日本産前産後ケア・子育て支援学会誌	6(1)	1-18	2024
緒方靖恵, 上原里程, 横山美江	3ヵ月児健診時における母親の経済不安と気分および子どもとの生活への思いとの関連乳児健診データを用いた横断研究	日本公衆衛生雑誌	71	33-40	2024
Uehara R.	Epidemiological topics in Japan in the last decade.	J Natl Inst Public Health.	73-1	55-61	2024
Takahashi I, Obara T, Kikuchi S, Kobayashi N, Obara R, Nozaki A, Ohsawa M, Ishikawa T, Mano N, Nishigori H, Ueno F, Shinoda G, Murakami K, Orui M, Ishikuro M, Tomita H, Kuriyama S.	Combination of taking neuropsychiatric medications and psychological distress in pregnant women, with behavioral problems in children at 2 years of age: The Tohoku Medical Megabank Project Birth and Three-Generation Cohort Study.	PCN Rep.	25;3(3):e	226 doi: 10.1002/pcn5.226	2024

こども家庭科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
統括研究報告書

Ishikawa T, Sakai T, Iwama N, Obara R, Morishita K, Adomi M, Noda A, Ishikuro M, Kikuchi S, Kobayashi N, Tomita H, Saito M, Nishigori H, Kuriyama S, Mano N, Obara T.	Association between exposure to atypical antipsychotics during pregnancy and risk of miscarriage.	Acta Psychiatrica Scand	150(6)	562-572 doi: 10.1111/acps.13755.	2024
Li X, Takahashi N, Narita A, Nakamura Y, Sakurai-Yageta M, Murakami K, Ishikuro M, Obara T, Kikuya M, Ueno F, Metoki H, Ohseto H, Takahashi I, Nakamura T, Warita N, Shoji T, Yu Z, Ono C, Kobayashi N, Kikuchi S, Matsuki T, Nagami F, Ogishima S, Sugawara J, Hoshiai T, Saito M, Fuse N, Kinoshita K, Yamamoto M, Yaegashi N, Ozaki N, Tamiya G, Kuriyama S, Tomita H.	Identification of risk loci for postpartum depression in a genome-wide association study.	Psychiatry Clin Neurosci	78(11)	712-720 doi: 10.1111/pcn.13731	2024
Orui M, Obara T, Ishikuro M, Noda A, Shinoda G, Murakami K, Iwama N, Chiba I, Nakaya K, Hatanaka R, Kogure M, Kobayashi N, Kikuchi S, Metoki H, Kikuya M, Nakaya N, Hozawa A, Tomita H, Kuriyama S.	Evaluation of depression at 6 and 12 months postpartum by examining depressive symptoms and self-harm ideation during the early postpartum period: Tohoku Medical Megabank Project Birth and Three-Generation Cohort Study.	PCN Rep.	4;3(4):e	70025 doi: 10.1002/pcn.70025	2024
菊地紗耶	事例で学ぶ 精神的にフォローが必要な妊産婦への対応 うつ病	ペリネイタルケア	43	18-23	2024
菊地紗耶, 小林奈津子, 富田博秋	周産期医療におけるコンサルテーション・リエゾン精神医学～プレコンセプションから育児支援まで～	精神医学	66(9)	1165-1171	2024



こども家庭科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
統括研究報告書

菊地紗耶, 鈴木利人	妊産婦の精神科薬物療法と母乳育児をめぐる意思決定支援	臨床精神薬理	27(8)	817-824	2024
菊地紗耶, 小林奈津子, 小原拓, 岩渕理子, 齋藤昌利, 埴田卓志, 木村涼子, 岩渕賢嗣, 富田博秋	向精神薬服用中の母乳育児の実態と児への影響～授乳プランシートの結果から～	日本周産期メンタルヘルス学会会誌	10(1)	35-39	2024
菊地紗耶, 小林奈津子, 富田博秋	産後うつ病における薬物療法の考え方	精神科治療学	39(8)	881-886	2024
菊地紗耶	妊娠前から授乳期までの健康とくすりの知識「服薬が明らかに有益である授乳婦へのメンタルサポートについて教えてください」	調剤と情報増刊号	30(10)	1526-1532	2024
菊地紗耶, 小林奈津子, 富田博秋	【周産期メンタルヘルスを深掘り!】精神疾患合併妊産婦の対応 双極性障害(双極症)	産科と婦人科	1(6)	665-669	2024
菊地紗耶	【GHP領域の研究苦労話と学会への期待】 【多様なGHP領域の研究における苦労話とtips】「周産期メンタルヘルス領域における研究苦労話」	総合病院精神医学	(0915-5872)36(2)	106-108	2024
Yoko Sagara, Shunji Suzuki, Shinichi Hoshi, Akihiko Sekizawa, Osamu Ishiwata	Current Status of Cooperation Between Obstetric care and Psychiatrists in Japan.	Cureous	16(10)	e71413	2024
Shinichi Hoshi, Shunji Suzuki, Akihiko Sekizawa, Yoko Sagara, Osamu Ishiwata	Current Status of Paternal Mental Health Care in Obstetric Institutes in Japan	IJGO	1-2	DOI 10.1002/ijgo.15929	2024
相良洋子	周産期メンタルヘルスにおける課題と展望	産科と婦人科	91(6)	613-618	2024
竹内 崇	双極性障害・産褥精神病	ペリネイタルケア	43	24-29	2024
竹内 崇	周産期メンタルヘルス～妊産婦の自殺を防ぐために必要なこと	女性心身医学	29	178-81	2024
林田悠里, 四手井綱則, 野口優輔, 新井佳奈, 伊藤一之, 杉江 学, 森丘千夏子, 不殿絢子, 宮坂尚幸, 竹内 崇, 森尾友宏	メンタルヘルス支援を要した妊産婦と出生時の短期予後の検討	周産期医学	54	1312-1316	2024

こども家庭科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
統括研究報告書

金子 慈史, 竹内 崇	【周産期メンタルヘルスを深掘り!】精神科・多職種との連携 精神疾患合併妊娠の管理にかかわるソーシャルワーカーの役割	産科と婦人科	91	703-708	2024
竹内 崇	東京医科歯科大学の周産期リエゾンの取り組み	臨床精神医学	53	659-663	2024
宮島美穂、竹内 崇	妊娠・出産とうつ病・自殺	性の健康	23	11-19	2024
竹内 崇	神経精神医学 周産期の精神障害 精神科と産科との協働	医学のあゆみ	288	594-595	2024
竹内 崇	女性のライフサイクルと精神疾患	精神医学	66	32-36	2024