

総合研究報告書表紙

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」

令和6年度～令和7年度 総合研究報告書

研究代表者 渡邊 博幸

令和8（2026）年5月

総合研究報告書目次

目 次

I. 総合研究報告

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

(資料) 総合研究報告書図表 ----- 46

(資料) 2026 (令和 8) 年度版 自治体職員のための妊産婦メンタルヘルス連携実践ガイド
----- 78

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 112

別紙3

令和8年5月30日

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

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）

補助金総合研究報告書

「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」

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（24DA0201）

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

【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ことを研究全体の目的とする。

【方法】令和6度（初年度）は、1）連携に関しての種々の関連文献のレビューを行い、推奨しうる方法と好事例の取り組みを精査する。また、2）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ために、全国自治体母子保健担当部署を対象とに、連携の課題や実施状況、精神科医療機関との連携方法、精神科医の参画状況、自治体独自の事業の有無などについての自記式質問紙調査およびWeb調査を行う。

つづいて、令和7年度（次年度）は、上記の文献レビューと自治体アンケート調査結果から抽出した3）好事例12自治体と連携する精神科医療機関に対してのヒアリング調査を行い、4）これらの結果・考察をまとめて、具体的な連携の構築方法や様々なアセスメントツールを掲載した『自治体職員のための妊産婦メンタルヘルス連携実践ガイド』を作成し、全国自治体に配布する。

【研究と考察】

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

妊産婦のメンタルヘルス連携について15のテーマを抽出し、レビューした結果、円滑な母子保健－精神医療連携を実施するためには、連携システムの構築や共通の連携ツールが有益であることが示唆された。また、先行して連携を実践しているいくつかの好事例自治体の取り組みを抽出した。

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

47都道府県中33件、1741市区町村中396件の回答を得た。回答群と非回答群で、人口規模、出生数、粗出生率の分布に差はなかった。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」など当該業務の量的・質的な課題や、「精神科受療の承諾が難しい」「圏域内の精神科医療機関の不足」など、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。また、精神科側の連携への参画は3割前後と不十分な状況も明確となった。さらに、連携構築や共通の連携ツール（「精神科受療勧奨の基準・目安」「圏域内の協力精神科医療機関一覧」など）の取得や作成が重要であることが示唆された。

3）妊産婦メンタルヘルス連携の好事例自治体に対するヒアリング調査

好事例自治体ヒアリング調査の結果、自治体と圏域精神科医療とのネットワーク構築では、①ネットワークの構築・整備を協議する場、②ネットワークの管理・運用を行う体制、③機関・施設内外からの相談を受け、適切な支援を提案し連携を実施する体制（コーディネーター業務）、④事例検討、研修、人材育成を行う場、さらに自治体の規模によっては、⑤専門職を自治体や医療機関へ派遣する体制が組まれていた。これらの連携構造には4つのモデル（A. 大学病院専門講座（外来）モデル、B. 要保護児童対策地域協議会（要対協）モデル、C. 周産期母子医療センターモデル、D. 医療者主体のネットワークモデル）があることが示唆された。また、自治体と医療との連携を円滑に進めるための種々の連携ツール（協力精神科医療機関リスト、共通連絡票など）が用いられていることが明らかとなった。さらに、自治体の規模や医療資源の特性に合った、独自の連携構築がなされていることもわかった。

4）自治体職員のための妊産婦メンタルヘルス連携実践ガイドの作成

初年度の文献レビュー、自治体アンケート調査、次年度の好事例自治体調査の結果を踏まえ、支援連携の実態、ネットワークの作り方、連携ツールの作成・活用などについて解説した手引きを作成し、印刷物として全国1788自治体の母子保健所管部署等に配布した。

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いる。今日、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、特に自治体から精神科医療への連携構築に関するフレームワークが求められている。

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、種々のエビデンスや好事例をもとに、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手引き『自治体職員のための妊産婦メンタルヘルス連携実践ガイド』（以下本ガイド）を作成することを研究目的とする。

B. 研究方法, C. 研究結果, D. 考察

連携ネットワークの構築モデルの提言や、実践ガイド作成にあたっては、様々な連携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、これらについての既報文献等をレビューし、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・分析する必要がある。さらには、好事例自治体の取り組みをヒアリングし、円滑な連携を行うために、どのような組織を構築し、どのような連携ツールを用いているのかなどを詳らかにする必要がある。

令和6年度（初年度）研究では、（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。

令和7年度（最終年度）研究では、（3）妊産婦メンタルヘルスにおける好事例自治体に対してのヒアリング調査と、これらの結果をもとに、（4）全国の自治体の母子保健所管部署等での活用を念頭に置いた『自治体職員のための妊産婦メンタルヘルス連携実践ガイド』を作成・公開することとした。

○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。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。

質問紙調査票の項目検討は全員で行い、その議論をもとに渡邊が草案を起し、全員で内容を検討し校正した。好事例自治体ヒアリングは全員で行った。本ガイドの作成は、草案を渡邊が起し、全員で内容を検討し、加筆修正、編集校正を行った。

研究協力者の小田は、自治体職員の立場から、自治体向け質問紙調査や好事例ヒアリングの実施、本ガイド作成について、結果、考察を助言した。

なお、（1）～（4）の研究は、相互に密接に関連しており、（1）レビューの結果をもとに（2）自治体調査質問項目を作成し、また（1）（2）の結果から（3）好事例ヒアリングの対象を抽出し、（1）～（3）の結果、考察をもとに（4）の実践ガイドを作成するプロセスとなっている。このため、相互の研究は不可分なもので一体として報告するものであるが、それぞれの内容が多量であるため、理解の便宜のために、それぞれ（1）～（4）についてB.研究方法とC.研究結果、D.考察をひとつづきで記載し、E.結論をまとめて述べることとする。

（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

B1. 研究方法

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。

文献レビュー課題は以下のとおりである。

- 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
- 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）

1) から 6) は、『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』に関するレビューであり、7) ～15) は、『妊産婦のメンタルヘルスに関する連携・協働に関するレビュー』としている。

C1. 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。

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。

以下にレビュー課題ごとの結果を、要約と解説の順に詳述する。

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^{1)～7)}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（図表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.
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 Speilberger State Anxiety Scale, the Perceived StressIndex 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. Benediktsson I, McDonald S, Tough S : Examining the Psychometric Properties of Three Standardized Screening Tools in a Pregnant and Parenting Population, Matern Child Health J 21 : 253-259, 2017.
3. Sockol LE, Battle CL : Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. Arch Womens Ment Health 18 : 585-593, 2015.
4. Busonera A , Cataudella S, Lampis J, 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. Johnson AR, George M, Goud BR, 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. Levey EJ, Zhong QY, Rondon MB, 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. Matthey S, Souter K, Valenti B, 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

¹⁾。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²⁾。COVID-19下でのWhooleyの質問項目の陽性率は31.0%であった³⁾。

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^{4)~7)}。K6は9点以上でうつ病の可能性があるかと判断していたが、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ヵ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, 特異度を示しており, 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¹⁾。

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)。²⁾

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>=1の感度は96.7%, 特異度は82.8%, 陽性反応の中度は74.4%, 陰性反応の中度は98.0%だった³⁾。

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⁴⁾。

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性不安障害尺度 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¹⁾。

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 ($I^2 = 98.93\%$)。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²⁾。

英国の 2020 年全国妊産婦調査のデータをもとに、①全般性不安障害尺度 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³⁾。

一方、妊娠中の不安障害に対して、全般性不安障害尺度 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⁴⁾。

一方、全般性不安障害尺度 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⁵⁾。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. : he 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.

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。

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¹⁾。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^{2)～8)}。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）⁹⁾¹⁰⁾。試験的に EPDS9 点以上だった場合に、メンタルヘルス科受診を勧奨し、受診者分析を行った報告もみられた¹¹⁾。

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¹²⁾。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¹³⁾。

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¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾。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¹⁵⁾。

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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 生田望, 中間 初妃, 鎌竹 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.
15. 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.
16. 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¹⁾

・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%²⁾³⁾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⁴⁾、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⁵⁾。

・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）⁶⁾

・受診予約取得後、自己都合でキャンセルする例もある⁷⁾

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¹⁾、自殺予防と支援介入²⁾、助産師によるメンタルヘルススクリーニング³⁾、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⁴⁾）。

・研修の方法としては、講義、事例検討会、ロールプレイ⁵⁾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⁶⁾、親子保健メンタルヘルスケア指導者研修⁷⁾、周産期メンタルヘルス勉強会⁸⁾、周産期メンタルヘルスに関する教育研修⁹⁾）

・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¹⁰⁾）

・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⁶⁾、飛騨地域¹¹⁾、仙台市困難事例検討会¹²⁾。大分トライアル¹³⁾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¹⁴⁾、親子保健メンタルヘルスケア指導者研修⁷⁾、周産期メンタルヘルスに関する教育研修⁹⁾）

・特定の心理技法（CBT）に基づいた研修を実施している報告¹⁴⁾、⁵⁾

・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¹⁵⁾、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¹⁶⁾

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. 質的記述の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てきた課題と今後の展望. 精神神経学雑誌 124(1): 47-54, 2022.
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, 磯山あけみ, 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(図表 1-3)。

- 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^{1)～11)}, 2) 単科精神病院 2 か所^{12)～16)}, 3) 地域 4 か所^{17)～20)}, 4) 個人 1 名²¹⁾ に分類された(図表 1-4, 1-5)。
- 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¹⁾ ²¹⁾, MSW⁷⁾, MSW と CNS が分担して対応¹¹⁾, 助産師¹⁰⁾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¹⁵⁾。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⁵⁾¹⁷⁾¹⁹⁾。
- 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^{1) 11)13)}
- 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⁹⁾, 地域¹⁸⁾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²¹⁾。
- ⑥ ユニークな取組として「岡山モデル」が挙げられる²⁰⁾。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（図表 1-6）。

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. 精神神経学雑誌 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 信州大学医学部付属病院産科・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カ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 「医療法人コミュニテ風と虹」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カ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.
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カ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カ支援 リエゾナーズの活動から.

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のようになった(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。

ただし、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負担増は避けがたく、実装には様々な課題がある。

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^{1) 2) 3)}。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⁴⁾。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⁵⁾。

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⁶⁾。須崎市では，2014 年度より須坂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⁷⁾。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⁸⁾。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⁹⁾。

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, 鉦竹 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する施策について触れているところは少なかった。

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『イーはとーぶ』、千葉県の松戸モデル[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^{1) 2)} 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³⁾ 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⁴⁾。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⁵⁾。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』⁶⁾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・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]⁷⁾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。

千葉県の医療者主体の取り組み『ママのメンタルケアネットワークちば』⁸⁾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⁹⁾、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¹⁰⁾。

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.
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.

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『コーディネーター』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しての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, 専門外来設置に関しての該当文献 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¹⁾~⁴⁾, 単科精神科での専門外来設置について 1 件⁵⁾, 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⁶⁾, 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⁷⁾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『コーディネーター(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「のぞきモデル」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.

D1.考察

『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』研究から、円滑な母子保健－精神医療連携を実施するためには、①共通のアセスメントツールや受診勧奨判断基準を用意すること、②連携システムを構築することが有益であること、③連携構築には多職種での協働が必須であり、その中心を担う職種が④連携コーディネーターとして機能する必要があることが示唆された。

(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

B2. 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。

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つのカテゴリー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、下記のとおりである。

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。

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、
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、
5	I 連携課題	IV 3) 会議体の開催 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) 会議体の開催 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、
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群に
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) 会議体の開催 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) 会議体の開催 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) 会議体の開催 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) 会議体の開催 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
20	人口	IV 3) 会議体の開催 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) 会議体の開催 精神科医の参加の有無	人口は3万を基準に2群に
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
26	出生数	IV 3) 会議体の開催 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) 会議体の開催 精神科医の参加の有無	出生数は150を基準に2群に
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
32	粗出生率	IV 3) 会議体の開催 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) 会議体の開催 精神科医の参加の有無	粗出生率は5を基準に2群に

（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。

C2. 研究結果

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。その結果、47 都道府県中 33 件、1741 市区町村中 396 件の回答を得た。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。

以下に自治体調査結果の概要を述べる。

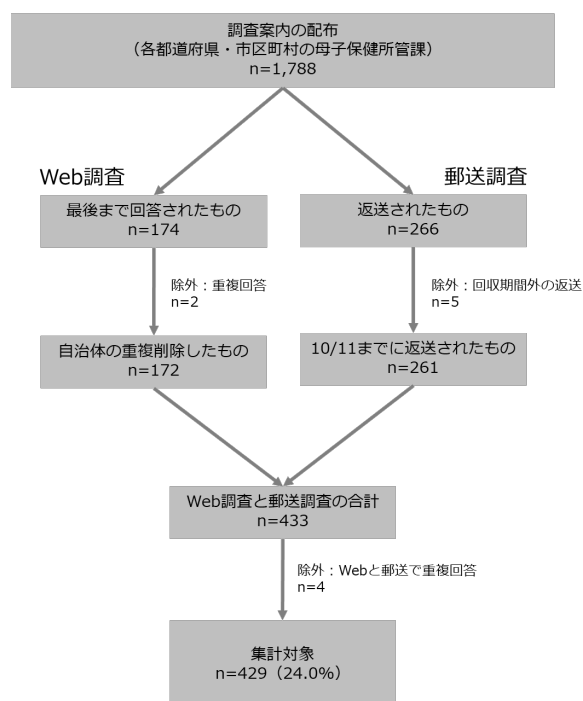
分析対象

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。

集計対象決定フロー図



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。

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）の分布から、Brunner-Munzel 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、両群に統計的に有意（ $P<0.05$ ）な差は認められなかった。

1）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（図表 2-1）

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、「当事者・家族の精神科受療の承諾」「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」「紹介してから初診までに時間がかかる」「自治体職員に専門的知識や技術が足りない」（いずれも 22 箇所 66.7%）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。

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。

市区町村において「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、「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。

3）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（図表 2-2）

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。

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、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。

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

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。

4）連携体制の主体（管理・所管）となる機関について（図表 2-3）

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。

複数回答を可としていることから、自治体によっては複数箇所の部署で、連携体制の主体を担っている可能性がある。

5）市区町村と精神科医療機関の連携方法について（図表 2-4）

市区町村へのアンケートからは、母子保健側から精神科医療機関への連携方法の実情が明らかとなった。

- ① 母子保健側の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、「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。その他として、「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%）であった。
- 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%）の順であった。
- 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 割を超えていました。しかし「不定」との回答も 29.0%あった。

④ 情報提供の方法として「電話」が 354 箇所（89.4%）と最多で、続いて「文書等」が 125（31.6%）であった。

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。

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%）、診療マップが 74 箇所（18.7%）の順であった。

これらの結果より、自身の経験で精神科医療機関を探さなくてはならない実情が浮き彫りとなった。支援が保健師等母子保健側職員の属人性によってしまい、過重な労働負担となる要因となりうることが示唆される。

6）精神科受診を勧める基準・目安について（図表 2-5）

精神科受診を勧める基準・目安が「ある」と回答した市区町村は 396 箇所中 141 箇所（35.6%）であった。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%）の順であった。「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。

7) 連携事業の実施状況と精神科医の参加率（令和5年度）（図表2-6）

令和5年度の都道府県と市区町村における妊産婦メンタルヘルス連携にかかわる事業の実施状況と、精神科医の参加率を図表2-6に示した。

都道府県では、精神科医の参加率が約24%～37%あるのに対して、市区町村では約7%～20%に留まっていることが示された。とくに『支援体制を協議する合議体への参加が精神科医では少ないことが目立った。

妊産婦のメンタルヘルス支援体制を協議する場に、精神科医がいないこと、特に市区町村では人員を当てることが困難なことがみてとれる。

8) 連携課題と連携実施状況のクロス集計から導かれた、連携困難課題解決のための取り組みについて（図表2-7、2-8）

『どのような連携を実施すれば、課題を減らせるか』という疑問に一定の目安を導くため、市区町村調査の結果について、市区町村の連携課題と連携実施状況をクロス集計し、Fisherの正確確率検定（両側検定）（有意水準5%）を行い、カテゴリー間の関連を解析した。連携課題については、「課題である」または「大きな課題である」と答えた群とそれ以外で2群に分け、連携実施状況については、「あり」「なし」で2群に分けて、2×2のクロス表を作成し、それぞれの組み合わせについて解析した（図表2-7）

その結果から、連携困難課題の解決のための取り組みを抽出し、それぞれの課題に対して、有効と考えられる取り組みの一覧を「合議体・相談体制の構築」と「連携ツールの作成・活用」に分けて示した（図表2-8）。

D2. 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）の分布から、Brunner-Munzel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、両群に統計的に有意（ $P<0.05$ ）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、人口動態指標分布に差はなく、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。

1) 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、今回の調査で、数値として改めて明らかとなった。

一方で、それぞれの項目に対して、“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。

2) 自治体ー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。

3) 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。

4) 連携体制の主体（管理・所管）となる機関について

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を連携体制の主体としているところは、都道府県では 40%未満であっ

たが、市区町村では、それぞれ 353(89.1%)、350(88.4%)と、90%近くであり、母子保健－精神科連携の要として機能しう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。

5) 市区町村と精神科医療機関の連携方法

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、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%）に留まり、多くの自治体で、保健師等が対応にあたっている現状が伺えた。

情報提供方法では、専用連絡票の使用は 3 割弱であり、多くは、電話での口頭のやり取りは、非定型な文書が用いられていることがわかった。協力医療機関の把握方法は、多くを、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。口コミや評判という、不正確な情報を頼りにせざるを得ない現状が見てとれた。

一方で、その他 121（19%）の内訳をみると、県や保健所からの情報が合わせて 35 箇所あり、都道府県と市区町村での連携システム上の役割分担が示唆された。

6) 精神科受療を勧める基準・目安

市区町村調査の結果(n=395)からは、141(35%)の自治体で受療勧奨の基準を持っており、当時の精神症状の重篤さ、生活・育児機能から勧奨の判断をしていることが伺えた。また、本人・家族からの受診希望を重視していることも確認された。このことから、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た。

結果となっているサンプルバイアスも否定できない。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、補足、検証することとした。

7) 連携事業の実施状況と精神科医の参加率

都道府県（33 箇所）、市区町村（396 箇所）いずれにおいても、支援体制を協議する合議体、個別相談・事例検討、研修・講演のうち、精神科医の参加は高くても約 32%に留まった。とくに、合議体への参加は、産科医に比して、きわめて低かった。

また総じて、市区町村の事業への精神科の参加率は都道府県よりもおしなべて低く、十分な事業への参加がなされていないことは明らかである。

妊産婦のメンタルヘルスに関する事業を推進するにあたり、大きなボトルネックになることが予想され、精神科医の参加率を高めるための方策が求められる。

8) 連携課題と連携実施内容の関連性

市区町村版調査票結果をもとに、連携課題と連携実施内容の関連性を分析した結果（図表 2-7）をもとに、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一覧表に整理した（図表 2-8）。

合議体・相談体制の構築については、『情報交換を行う場の設置』『会議、相談のための IT 環境』などが有益であることが示唆された。また、連携ツールの作成・活用については、『特化した情報提供書式の作成』や『精神科受療の基準・目安の作成』『心理サポートガイド作成』が抽出された。

これらの構築方法や一連の連携ツールについては、研究（4）の「連携構築のためのガイド」の内容の重点項目として取り上げることとした。

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断定はできない。また、本研究のテーマである、自治体と精神科医療連携に高い関心を持つ担当者から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

(3) 妊産婦メンタルヘルス連携の好事例自治体に対するヒアリング調査

B3. 研究方法

1) 好事例自治体の抽出方法

①初年度（令和 6 年度）に実施した分担研究 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』研究では、自治体の母子保健所管部署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等のレビューを実施した。その中で連携を構築し、種々の連携ツールを活用していることが論文等で紹介されている 8 自治体（6 府県、2 市）を好事例自治体とした。

②同じく令和 6 年度分担研究 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』研究では、全国都道府県、市区町村自治体の母子保健担当部署を対象として、連携の課題や実施状況、精神科医療機関との連携方法、精神科医の参画状況、自治体独自の事業の有無などについてのアンケート調査を行った。その結果として、Q1：連携課題が「ある」と回答した合計数が回答自治体全体の中央値の 17 点未満であり、かつ Q3：さまざまな連携事業を「実施している」と回答した合計数が中央値の 4 を超え 5 点以上であった自治体のうち、今回のアンケートにおいて、更にヒアリング調査にも協力できることを明示いただいた 4 自治体（3 県 1 市）も、好事例自治体として抽出した（図表 3-1）。

これら合わせて 12 の自治体の母子保健所管部署と連携先の精神科医療機関を対象に、好事例ヒアリングを行うこととした。

2) ヒアリング方法

抽出した自治体母子保健所管部署および連携精神科医療機関に依頼状を送付し、60-120 分のオンラインヒアリング調査を実施した。談話内容は Web 会議ツールのローカルレコーディング機能を用い、代表研究者の研究用 PC に保存し、文字起こしを行い議事録を作成し内容をまとめた。実施日時は下記のとおりである。（いずれも令和 7 年）

①千葉県市原市 2 月 3 日 15：00-16：00

②宮城県 5 月 21 日 15：00-16：30
③福岡県久留米市 7 月 23 日 14：00-16：00
④埼玉県 7 月 30 日 18：00-20：00
⑤岡山県 8 月 6 日 10：00-12：00
⑥長野県 8 月 27 日 15：00-17：00
⑦滋賀県 8 月 28 日 15：30-17：30
⑧佐賀県 9 月 4 日 10：00-12：00
⑨大阪府 9 月 4 日 14：00-16：00
⑩千葉県松戸市 9 月 10 日 10：00-12：00
⑪岩手県 9 月 17 日 15：00-17：00
⑫宮崎県 10 月 22 日 15：00-16：00

3) ヒアリング項目

調査実施に先立ち、事前に対象者に質問項目を送付し、それに基づき実施した。質問項目は、下記のとおりである。

①取り組みの概要

1. 組織構造や運用の仕組み
2. 発足時期や経緯
3. 担当職員人数や予算規模

②取り組みの特色や利点

③年間支援件数（利用件数）や年次推移

④現状の課題

1. 対応職員数、2. 多忙さ、3. 対応の難しさ、4. 近隣の精神科医療機関へのつなげ方など

⑤その他

C3. 研究結果

好事例自治体ヒアリング調査の結果、自治体と圏域精神科医療間の円滑な連携構築のためには、共通な連携体制がある他、自治体の人口や圏域の保健医療資源、中心となる医療専門職団体や組織、自治体で先行して行われていた事業からの発展の歴史など、さまざまな経緯、背景によって、独自の連携が構築されていることがわかった。以下に、各ヒアリング対象自治体における特徴的な連携状況を中心に述べる。

①千葉県市原市「子育てネウボラセンターによる切れ目ない支援体制」

市原市では、母子保健を所管する部署を『子育てネウボラセンター』と名付け、年間約 1200 人の出生児と保護者へ妊娠期から子育て期まで切れ目ない支援を実施している。経過の中でメンタルヘルス不調を呈したり、様々な困難を抱えることになった妊産婦に対しては、約 30 名の保健師が地区担当保健師として対応する。月 1～2 回の支援方針会議などにより、組織でケースを把握し、さまざまな支援機関と連携している。民間精神科病院所属の心理士をアドバイザーとして定期的に支援中の困難事例検討を行うのも特徴の一つである。

当センターでは、事例検討を大事な情報共有、課題解決案の策定のために重視しており、その実施においては、日本看護協会による「平成 25 年度 厚生労働省 保健指導支援事業 保健指導技術開発事業 報告書：そうだ！事例検討会をやろう！“実践力 UP 事例検討会”～みて・考え・理解して～」(file:///Users/macmini/Downloads/jireikento_report01.pdf)を参考資料として活用している。

②宮城県「妊産婦メンタルヘルス連絡会議」

宮城県の特徴として、「妊産婦メンタルヘルス連絡会議」（以下連絡会議）を 1 年に 1 回、宮城県と政令市の仙台市が毎年交互に事務局を担って開催している。構成員は、医師会、産婦人科医会、県内 9 箇所の周産期母子医療センター、小児科医会、精神科病院協会、精神科診療所協会、東北大学病院、看護協会、師助産師会、行政で構成されている。

連絡会議は、妊産婦のメンタルヘルスリスクを早期に把握し、関係機関が連携して切れ目のない支援を行うための意見交換や情報共有の場となり、またハイリスク妊産婦や育児困難者への対応方法の事例発表なども行っている。会議の中心課題も、年ごとに変化しており、毎年テーマを決めて開催している。令和 5 年度のテーマは、メンタルヘルスのハイリスク者を早期発見し、受診につなぐための実践について、令和 6 年度は、協力精神科医療機関のリスト更新が中心議題であった。

宮城県内の協力精神科医療機関のリストの初版は、本連絡会議の前身である「宮城県妊産婦メンタルヘルス協議会」により 2018 年に作成されている。宮城県内の 4 つの医療圏のうち、仙台医療圏に協

力医療機関が偏在していることが課題となっている。

③福岡県久留米市「久留米トライアル - 要保護児童対策地域協議会を核とした連携体制整備」

福岡県久留米市では、市内の精神科病院が中心となって、要保護児童対策地域協議会（以下要対協）を核とする、自治体と産科、小児科、精神科等医療機関の妊産婦メンタルヘルス連携を構築している。これは、同院の『のぞえ周産期メンタルヘルスケア研究所』の岩永成晃所長が、大分県における『大分トライアル』（図表 3-2）を主導しており、その手法を、久留米市を含む福岡県筑後地区（福岡県南部地域）に導入したものである。

要対協を核とした連携システム（図表 3-3）は、自治体に設置されている既存の協議の場や個別事例検討の場を援用できること、児童虐待のみならず、ハイリスク妊産婦の支援についても対象となること、産婦人科・小児科・精神科の医療機関を要対協構成員として協力要請、登録を進める根拠があること、要対協内では個人情報保護を担保した形で、関係者間で情報共有を図ることができることなど、様々な利点がある。

しかし、歴史的に“要対協は児童虐待防止のための仕組み”という認識が根強く、特定妊婦など母親への支援視点が薄いことも指摘される。また要対協の役割について医療機関側の理解を促す啓発が必要ことがある。

そのため、構築のコツとしては、地域の産婦人科・小児科・精神科の職能団体（医会など）の連携を第一に構築し、続いて自治体所管部署との連携を図ることがスムーズな構築につながるといえる。

④埼玉県「産科医療機関への地域リエゾン」

埼玉県では、令和 2（2020）年に県医療整備課からの依頼により、埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニックの安田貴昭先生を中心に、精神科医療者が院外医療機関に出向いて事例検討や相談を受ける『地域リエゾン』の仕組みを構築した。令和 3（2021）年から、県内の産科医療機関にアンケートを実施し、周産期メンタルヘルス連携を希望する産科に精神科医や心理職が訪問、あるいはオンライン会議システムなどを用いて、事例検討や相談を行っている。

対象産科医療機関は3～4箇所です。年ごとに変動する。産科医療者との事例検討や対応相談が中心であるが、一部は直接当事者と面接し心理的支援を行う。診療が必要な場合は、近医精神科医療機関を受療勧奨している。そのような面接場面に助産師にも同席し、協働して支援方針を立てることができる他、面接場面を経験してメンタル不調者対応へのリテラシー向上につながる。

⑤岡山県 複数の情報連携ツールと協力医療機関リストの作成・活用

令和6年度の自治体アンケート調査の結果から、円滑な連携のためには、様々なツールの活用が有用との結果が得られている。岡山県では、複数の連携ツールを使って、母子保健行政と医療機関の連携を円滑に行い、妊娠期から子育て期まで切れ目ない支援を行っている。主な情報連携手段として、1. 診療報酬算定可能な形で情報共有する、医療的社会的なハイリスク妊産婦についての**診療情報提供書**（平成22年運用開始）と、2. 産科医療機関が無料で保健所・市町村にFAXやメールで情報提供する**妊娠中からの気になる母子支援連絡票**（平成23年運用開始）の2つを用いている。いずれも基本的に当事者の承諾を得て情報共有する。

後者の送付を受けた保健所は、送付元の産科医療機関に電話等で確認を取った上で、住所地の市町村へ情報提供を行う。そして市町村は、その情報をもとに訪問や面接など様々な機会を用いて、母子支援を行い、必要に応じて、精神科医療機関につなげる。

精神科への相談支援が必要となる場合、確実な受療支援につながるように、**妊産婦のメンタルケア岡山県内精神科等協力施設一覧**を平成30(2018)年10月から作成し、主に産科医療機関と自治体が活用している（図表3-4）。このリストは、岡山県が毎年更新作業をしており、令和7(2025)年現在、県内59（県内の約150精神科医療機関中約40%にあたる）が登録されている。

本システムの事務局は岡山県産婦人科医会に置かれており、年間実績としては、「気になる母子支援連絡票」が約700件、精神科医療機関への受診件数は約20件である。

また、県の精神科救急医療の要である岡山県精神科医療センターが、近接する岡山大学医学部附属病院の産科、精神科の協力を得て、妊産婦メンタ

ルヘルスで最も連携が難しい、精神科救急入院を要する事例などへの対応を積極的に行っている。

これらのシステムにより、関連医療機関と行政に「顔の見える関係」ができて連携しやすくなったこと、“少し気になる”段階で妊産婦情報を共有でき、支援の漏れを防ぐことにつながっている。今後の課題としては、円滑な関係構築が進み、システムに依らなくても連携できる事例も増えてきたため、時代の流れや地域の実情に合わせて運用方法を見直す必要がある。また、精神科の受け入れ協力機関リストの効果的な活用や更新作業のための事務作業負担なども課題となる。

⑥長野県 大学病院を拠点とした連携モデル

長野県では、県内の77市町村を対象に、令和7(2025)年4月から『信州大学医学部周産期のこころの医学講座』（図表3-5）に『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』を委託し、様々な取り組みを実施している。

委託費は、コーディネータ（精神保健福祉士）配置にかかる人件費、研修会や会議等の事務費として支出されている。コーディネータの役割は、おもに支援者支援のための相談窓口である。

信州大学では、令和3(2021)年から、『周産期のこころの医学講座』を開設し、専門外来（周産期のこころの外来）を週2日開いている。初診は3枠/日、そのうち金曜日の1枠を周産期の父親の外来としている。初診患者数は月におおよそ24名、年間300名弱となるが、予約枠は常にほぼ埋まっている。

また2週に1回、県下市町村の保健師を対象としたオンライン症例検討会、相談会も実施している。

専門外来や事例検討会により、かかりつけがない妊産婦の精神科受療勧奨が迅速となり、個別支援連携も実施・継続しやすくなった。

課題としては、信州大学病院にアクセス可能な松本地域では連携がしやすいが、医療資源の少ない県内の地域では、体制構築が難しい状況があり、県内全域をカバーする体制の構築が求められている。

⑦滋賀県 オンラインでのネットワーク、研修システム「びわころネット」

滋賀県の妊産婦メンタルヘルス連携構築は、「児童思春期・精神保健医療体制整備事業」および「専門医等うつ病治療向上研修事業（妊産婦メンタルヘルスケア）」を基盤として展開している点に特色がある。

産婦人科医会からの問題提起が契機として、県精神科診療所協会と県精神科病院協会が協力して体制を作った。まず「どの医療機関がどの程度妊婦を受け入れ可能か」という実態調査を実施し、徐々に連携体制へ発展した。

滋賀医科大学精神医学講座では、以前より滋賀県からの委託事業として「児童思春期・精神保健医療体制整備事業」および「専門医等うつ病治療向上研修事業」を実施しており、これらの事業で構築された研修プラットフォームを活用し「妊産婦メンタルヘルスケア研修会」を開催した。それらの取組が引き継がれ、2019年頃より、産婦人科医および精神科医の相互理解と連携促進を目的として、『妊産婦メンタルヘルス講習会』を開催した。当初は年3回、現在は年2回実施し、滋賀県産婦人科医会および滋賀医科大学精神医学講座が分担して事務局を担当している。

本講習会は、産婦人科医、精神科医、助産師、保健師、行政職員等の多職種を対象とし、各専門職が共に学ぶ場として活用されてきた。コロナ禍以降はオンライン開催へ移行し、Eラーニング化が進められた。

また、「びわころネット」ホームページ（<https://biwakoro-net.jp/>）を活用し、妊産婦メンタルヘルスケアに限らず、思春期のメンタルケア等も含めた幅広い精神保健領域を統合的に扱っている点も特徴である。

同サイトは、研修会の案内、参加申込、資料配布、情報発信、アンケート調査等を担う中核的なポータルサイトとして機能しており、新型コロナウイルス感染症流行下におけるオンライン研修の推進と時期を同じくして登録者数が増加した。現在では、全国から多職種の医療・福祉関係者が利用するネットワークへと発展している。

さらに、研修会システムとしてEラーニングサイトを整備しており（現登録者数320名）、医療・福祉関係者が登録することで、継続的な学習機会の確保と人材育成に寄与している。

⑧佐賀県 子育て支援カウンセラー派遣事業

佐賀県では、平成28（2016）年9月から子育て支援カウンセラー派遣事業を実施している。これは、県内の2つの公的医療機関に委託して病院所属の心理職等をカウンセラーとして派遣する事業である。県内の産科医療機関や市町から個別ケースの対応の依頼があると、当該のカウンセラーが対象者本人が行きやすい場所（産科医療機関や市役所相談スペースなど）に出向いて、面談・相談を行う。精神科受診よりも相談しやすい場合もあり、対象者にも受け入れやすく、関わる母子保健医療スタッフにとっても勧めやすいメリットがある。

原則として、相談は1回50分程度、1人当たり2回まで利用可能であるが、状況によっては、保健師による継続的なフォローや精神科の受診勧奨なども行っている。

精神科への受療勧奨については、令和元（2019）年に、医療機関リストを作成し、令和2（2020）年末に受療勧奨のフロー図を作って活用している。令和5（2023）年には、流産・死産の支援にも対応した。

カウンセラーの出張相談に関しては、高速道路をつかえば、両端でも2時間で佐賀県内を網羅できる地理的な特徴を活かしている。出張相談は毎日ではないので、通常業務を行いながら対応できる。

年間利用件数は、出張相談のみでは、令和2年度33件、令和3年度45件、令和4年度22件、令和5年度21件、令和6年度22件である。

今後の課題としては、利用件数増加のための周知・広報の工夫などが挙げられる。

⑨大阪府 周産期母子医療センターを核とした連携モデル

大阪府では、令和6（2024）年度より『妊産婦のメンタルヘルス支援ネットワーク事業（通称：妊産婦こころネット）』を実施している（図表3-6）。本事業は、全国初の『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』として、大阪府から委託を受けた大阪母子医療センター（総合周産期母子医療センター）が実施主体となって運営している。なお、同センター内には2016年より、妊産婦とその家族のメンタルヘルス相談窓口である「妊産婦こころの相談センター」も別事業として設置されている。

『妊産婦こころネット』は、妊産婦メンタルヘル

ス支援の充実及び地域で安心して出産できる環境整備を目的として実施されている。具体的には、医療機関及び市町村に対する専門的支援を行うとともに、メンタルヘルスに関わる医療機関、市町村、関係機関等との連携を推進し、地域における支援ネットワークの構築を図っている。

組織体制として、精神科医及び母性内科医の医師2名、助産師2名、看護師2名、専任のメディカルソーシャルワーカー（MSW）、専属の保健師及び事務職員を配置している。なお、MSWの人件費は主に病院負担であり、業務の一部を本事業に充てている。一方、保健師については本事業予算により配置されており、週5日勤務の非常勤職員として従事している。中心的な相談窓口（コーディネーター）機能は、MSW及び保健師が担っている。

支援の流れは、市町村や医療機関等から相談を受け付けた後、コーディネーターが内容を確認し、必要に応じて精神科医が医学的判断を行う。その後、適切な支援先の選定を行い、大阪府指定の医療機関（51機関）や精神科連携病院への紹介・入院調整等を実施している。医療機関との連携は主として電話により行われ、自治体職員からの直接相談にも対応している。

現在の仕組みに至った経緯としては、平成28年（2016年）、大阪府の自殺対策強化事業の一環として「妊産婦こころの相談センター」を設置したことに端を発する。同センターでは、専任相談員及び非常勤精神科医を配置し、メンタルヘルス不調を抱える妊産婦に対するワンストップ相談窓口として専門的支援を実施していた。

支援を進める中で、妊産婦本人への支援のみならず、関係機関同士の調整や機関支援の必要性が高まった。また、産科医療機関と精神科医療機関との連携体制の不足が課題として認識されるようになった。このため、令和6年（2024年）に母子保健医療推進事業のメンタルヘルスネットワーク事業を活用し、「大阪府妊産婦こころネット」事業が本格的に開始された。現在は、精神科と産婦人科との連携強化を目的としたネットワーク型支援へ移行しており、多機関連携を前提とした支援体制の構築が進められている。

本事業は、大阪精神科病院協会、大阪精神科診療所協会、大阪府産婦人科医会等に対して事業周知を行い、協力を得ながら展開している。

主な特色として、コーディネーターによるワンストップ対応が挙げられる。相談内容を一括管理し、

適切な支援機関へ迅速につなぐ体制を構築している。また、同一施設内に「妊産婦こころの相談センター」が設置されていることから、相互連携が図りやすい点も特徴である。

さらに、機関間連携に関する具体的な助言や調整支援を行い、保健師や支援者向けの研修会等、研修・啓発活動にも取り組んでいる。

令和6年度（4月～7月）の活動実績では、相談件数は12件であり、前年度の8件から増加している。相談頻度としては週1回程度であり、1回あたり2～3時間程度の対応を行っている。事業周知の進展に伴い、相談件数は徐々に増加している状況である。依頼元の内訳は、市町村が約7割、医療機関が約3割となっている。主な対応内容としては、母親のメンタルヘルス不調への対応、精神科入院調整、家庭支援等が挙げられる。

現時点での課題としては、1. 専門職員の確保が困難なこと、2. 業務量（相談件数）が変動しやすく不定期であり、常勤体制の構築に必要な予算確保や稼働見通しが立てにくいことが指摘される。

⑩千葉県松戸市 周産期メンタルヘルスカンファレンスと事例検討

周産期メンタルヘルスカンファレンスは、精神疾患等の課題を持つ妊産婦への包括的な支援を多職種で情報共有し事例検討、連携支援につなげることを目的とし、令和元（2019）年4月から、松戸市立総合医療センターで始まった。月1回1時間、同センター所属の産婦人科、助産師、薬剤師、ケースワーカーと市内精神科医、松戸市の他、柏市、流山市など近隣市の行政職員も参加している。令和6（2024）年8月からは、市内の別病院でも同様のカンファレンスを開催することとなった。このカンファレンスに参加する医療機関は、診療報酬制度における「ハイリスク妊産婦連携指導料」の算定が可能となる。

本カンファレンスの対象は、産科で妊婦健診を受けた、精神疾患等のリスクを持つ妊産婦としている他、支援者の不在（家族のサポートがない）、DV被害、外国籍、経済的困難（生活保護、助産制度の利用など）様々である。

松戸市では、妊娠届時全員面談による『全数把握』と松戸市独自の17項目リスクスクリーニングを実施している。その結果、精神疾患を含む高リスク妊婦は、親子すこやかセンターの支援対象として継

続フォローされる。週1回2時間30分のセンター内カンファレンスと、年6回の精神科医との事例検討会を行政予算で実施している。

年間支援件数は平成28(2016)年と、令和6(2024)年との比較で、前者は妊婦355人、乳幼児220世帯であったのに対して、後者は妊婦514人、乳幼児694世帯と大幅に増加している。令和6年度の松戸市の出生数約3,000人であることから、対象とする妊婦の割合は出生数の約1/6となる。

⑪岩手県 医療情報連携ネットワークの整備（岩手県周産期医療情報ネットワークシステム「いはと一ぶ」）

令和6年度に実施した自治体アンケート調査の結果から、円滑な連携のために「遠隔で情報共有や会議、相談を実施できるようなIT環境」の必要性が示された。

岩手県では、広大な県土の中、限られた医療資源で効率的かつ質の高い母子医療を提供するために、平成21(2009)年から、ICTを活用した連携強化のためのシステム「岩手県周産期医療情報ネットワーク『いはと一ぶ』」を運用している（図表3-7）。『いはと一ぶ』は、主に周産期医療の情報共有を目的としたシステムで、妊婦健診の情報や質問票の内容などを、市町村と医療機関が共有できる仕組みである。県の医療政策室地域医療推進担当（周産期医療担当1名）が、システムの基本的な維持管理、運営体制の調整を行っている。そして、分娩や妊婦健診を行う41医療機関と33市町村（母子保健担当）が主体となって、妊産婦情報の登録、共有、フォローアップを実施している。システムの保守・サーバー管理は外部業者に委託している。

このシステムによる情報共有の実際の流れは下記のとおりである。妊婦が妊娠届を提出する→市町村が母子手帳発行時にシステム説明・同意取得後システムに登録→医療機関が妊婦健診結果や産前産後質問票を入力・共有する。

システム内で特に連携が必要な場合は、医療機関から市町村へシステム内で連絡（支援依頼）→市町村は、妊産婦に対応後、医療機関に報告、という流れになる。

妊婦は、本システムの説明を経て任意登録することで、ネットワーク内の諸機関の情報共有に同意することとなる。産後うつ病や育児不安に関する情報を市町村へリアルタイムに送信でき、産前産

後のメンタルヘルス不調に対して、病院助産師と市町村保健師が情報連携画面を共有することで、早期支援・訪問・個別ケアを可能としている。

利用件数については、医療機関から月平均約2000件、市町村は月平均約1000件のログイン数がある。

課題としては、電子カルテとの連動や携帯電話非対応などインターフェースの改善を要する点や、精神科医療機関との連携は未整備などが挙げられるが、広い面積を有する自治体などにおいて効果的な仕組みとなる可能性がある。

⑫宮崎県 保健医療圏域単位の『地域分散型周産期ネットワーク』

自治体内の母子・精神保健医療連携の難しさの背景として、政令市・中核市等一部の自治体を除き、母子保健は市区町村単位で、精神保健は都道府県単位で運用されている点が指摘されている。この課題解決の1つとして、保健所が両者をつなげ、保健医療圏単位で妊産婦メンタルヘルス連携を展開する方略が考えられる。

宮崎県では、周産期医療圏を4圏域（県北・県央・県西・県南）とし、地域における安心・安全な妊娠・出産・育児を支える仕組みを構築している。各圏域には「地域周産期保健医療体制づくり連絡会」を設置し、産婦人科医療機関・精神科医療機関・行政担当者が協議や事例共有を行う場を設けている。

また、地域の実態把握や課題分析を行うため、事務局である各圏域保健所の母子保健担当者が主体となって、アンケートを定期的に実施している。さらに、リアルタイムで支援情報を更新するほか、メンタルヘルスに不安を有する妊産婦の受診対応が可能な精神科医療機関のリスト化に取り組んでいる。そのほか、地域によっては、実態調査結果に基づき、精神科医を交えた事例検討の機会を設けている。

その結果、精神科医が定期的に連絡会等へ参加し、受診までの期間短縮など、ケース対応の迅速化につながった事例もみられている。

このほか、県庁には上位機関として、「県母子保健運営協議会」および「県周産期医療協議会」を設置し、各圏域での取組や今後の課題を共有するとともに、そのノウハウを他の圏域へ横展開している。

D3. 考察

連携ネットワーク構築のプロセスと4つの基本ネットワークモデル

12の好事例ヒアリングを通じて、妊産婦メンタルヘルス連携ネットワーク構築には、下記の5つのプロセスがあることが示唆された。

1) 実施主体者を決定する

実施主体者は、ネットワークの構築や共通ツールの作成・取得を行う役割を担う。実施主体者としては、自治体の母子保健所管部署等が担う場合のほか、自治体と協力関係にある医師会等の医療関係団体、大学附属病院、公立病院における妊産婦メンタルヘルス関連診療科の代表者が担う場合、あるいはそれらによる協働組織が担う場合がある。

ネットワーク構築後は、妊産婦メンタルヘルスに関する課題に対応するための協議の場や、ネットワークの運用を行う部署へ移行することが多いため、持続的な事業継続が可能な組織への設置を検討することが望ましい。

2) 関係者を集める

ネットワークづくりの関係者としては、(図表3-8)に示すような職種・部署が挙げられる。これらの構成員を基本としつつ、各自治体の取組の特色や歴史的経緯を踏まえて追加・改変を行い、実効性のある組織体制を計画することが重要である。

3) 予算を見積もる

令和6年に本研究班が実施した自治体調査によると、妊産婦メンタルヘルスを含む独自のネットワーク事業を実施していると回答した市区町村自治体は396自治体中18自治体であった。このうち年間予算額を回答した16自治体では、予算額は0円から16,960,000円まで幅があり、中央値は440,000円であった。

これらの予算は、専任職員の配置に係る経費、事務業務を担う職員の人件費、独自のオンラインネットワークの管理・保守費用等に充てられている場合がある。

また、同調査における関係職員数は1名から170名まで幅があり、中央値は5名であった。

今回の好事例ヒアリングでは、自治体事業として独立した予算が計上されていない事例もみられた。例えば、圏域の医師会や医療関係団体の事務局が役割を担う場合や、病院職員が本務と兼務でコーディネーターを担っている場合があった。

4) ネットワーク構築に必要な体制及び構成メンバーを検討する（図3-9）

ネットワーク構築には、以下の4つ(または5つ)の基本構造が必要である。

①ネットワークの構築・整備を協議する場

②ネットワークの管理・運用を行う体制

③機関・施設内外からの相談を受け、適切な支援を提案し連携を実施する体制（コーディネーター業務）

④事例検討、研修、人材育成を行う場

さらに、自治体の規模によっては、以下の体制整備も期待される。

⑤専門職を自治体や医療機関へ派遣する体制

最初の3つの基本構造は組織的な階層性を有するが、構成員が重複する場合もある。例えば、1つの組織が①～⑤までを一括して担う場合や、①を既存の協議会に付与し、②～④を単一組織が担当する場合などが想定される。また、①を既存協議会に内包し、②を自治体所管部署やこども家庭センター等の行政機関が担う場合もある。各自治体・圏域における人的資源や事業予算等に応じて、多様な組み合わせが考えられる。

④の人材育成・研修の場については、自治体主催の周産期メンタルヘルス研修会として実施される場合のほか、自治体の他事業（うつ病対応向上事業、自殺予防事業、児童虐待防止事業等）の研修として実施される場合、地域の医師会や助産師会等による研修として実施される場合など、さまざまな形態がある。いずれの場合においても、自治体所管部署が共催や後援等を通じて関係者が顔の見える連携関係を構築できる機会を積極的に提供することが重要である。

⑤のメンタルヘルスケア専門職（精神科医、心理職、精神保健福祉士等）を自治体や産科等の医療機関へ派遣する体制については努力目標と位置付けられる。しかし、都道府県内においても、各自治体間で周産期メンタルヘルスに対応する人的・物的

資源には大きな差があり、十分な体制整備が困難な自治体も存在する。そのため、都道府県又は広域医療圏単位で専門職を確保し、圏域内自治体の要請に応じて利用者に近い場所へアウトリーチ型で訪問し、相談・支援を行う体制を構築することで、自治体の人口規模や出生数の違いによる支援格差の改善が期待される。

5) ネットワークモデルの検討

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の基本構造を図表3-10に示す。協議会（協議の場合）、管理・運営主体、コーディネーター業務を担う相談・支援・連携主体を中核として、関連する医療機関、専門職団体、自治体所管部局、こども家庭センター、保健所等が連携ネットワークを構成する。

この基本構造を包含した具体的なネットワークモデルは、大別して、A. 大学病院専門講座（外来）モデル、B. 要保護児童対策地域協議会（要対協）モデル、C. 周産期母子医療センターモデル、D. 医療者主体のネットワークモデルに分類される（図表3-11）。以下に、それぞれの利点、課題、好事例を整理する。

A. 大学病院を拠点とした連携モデル（図表3-12）

自治体から事業委託を受けた大学病院の専門外来または専門講座に、相談・連携の中核となるコーディネーターを配置し、自治体と医療機関との橋渡しを行うとともに、自院の専門外来での診療や関連精神科医療機関への紹介等の診療連携を行う仕組みである。

自治体の医療施策や事業を、自治体内の大学病院が受託して実施した実績がある場合には、本モデルは比較的導入しやすい。また、大学病院の特性を活かし、産科、小児科等との診療科間連携を円滑に行いやすいことに加え、研修、啓発活動、研究等に取り組みやすい点も利点である。

一方で、多職種の継続的な常勤雇用が難しく、非常勤職員が交代で勤務する体制となる場合がある。また、他の院内業務との兼務となる可能性もある。さらに、非常勤職員中心の体制では、産後の長期的な外来受診継続支援や入院対応が困難となる場合があることが課題である。

B. 要対協を核とした連携モデル（図表3-13）

自治体に設置されている要対協の仕組みを活用し、自治体内または圏域内の関係医療専門職（産婦人科医、小児科医、精神科医等）の職能団体を通じて、できる限り多くの関係者を構成員として登録し、情報共有、連携、支援計画作成等を円滑に行う仕組みである。

既存の合議体や事例検討の場を活用するため、自治体が新たな組織を設置する必要がないこと、関係者を新たに招集する負担が少ないこと、さらに、個人情報共有とプライバシー保護を両立しやすいことなど、多くの利点がある。すでに大分県や久留米市等において運用実績があり、特に市区町村において導入しやすいモデルである。

一方、従来の要対協の調整部署は児童福祉部門が所管している場合が多く、母子保健部門との連携による特定妊婦への対応が遅れる可能性がある。しかし近年は、こども家庭センターの設置が進み、両機能間の連携は改善しつつある。

C. 周産期母子医療センターモデル（図表3-14）

都道府県内の周産期母子医療センターに、①妊産婦およびその家族に対する精神保健相談窓口と、②自治体内の市町村、産婦人科、精神科等の医療機関に対する支援窓口（連携コーディネーター）を設置する仕組みである。

大阪府では、2016年に大阪母子医療センター内に「妊産婦こころの相談センター」を設置し、①の役割を担っている。また、2024年からは「妊産婦こころネット」が②の役割を担っている（図4）。

本モデルでは、ハイリスク妊産婦への対応が可能な周産期母子医療センターにおいて、切れ目のないメンタルヘルスケアを提供できる点が大きな利点である。また、妊産婦にとっても、新たに精神科医療機関を受診する負担や精神科受療への心理的抵抗感を軽減し、相談しやすい環境を提供できる。

一方で、居住地から周産期母子医療センターまでの距離が遠い場合には、アクセスが困難となる可能性がある。そのため、対象圏域の広さや交通アクセスの利便性等を踏まえ、相談・受療のしやすさを十分に検討する必要がある。

また、大学病院モデルと共通する課題として、精

神科への長期継続受療を支える地域ネットワークの構築，協力精神科医療機関の拡大および可視化等の取り組みが必要となる。

D. 医療者主体のネットワークモデル(図表 3-15)

自治体内の産科，精神科，助産師会等が主体となって連携ネットワークを構築・運営するモデルである。行政はネットワークを利用する立場であり，財政的支援や運営への直接的関与は行わない。

周産期メンタルヘルスに関心を持つ医療者が自発的に参集し，それぞれの施設の人的・物的資源を活用して運営している点が特徴である。自治体事業ではないため，自治体側の事業費負担が不要である。また，ネットワークの中核メンバーは，医療関係団体等におけるインフォーマルな関係性を基盤として形成されていることが多く，相互の目的意識や専門性への信頼感が高い。そのため，小回りの利く迅速な活動を展開しやすいという利点がある。

しかしながら，連携調整や相談・診療の実務が特定個人に依存しやすく，属人化の傾向がみられることから，持続可能性や標準化に課題がある。

このような医療者主体の小規模ネットワークは各地で形成されており，研修会の開催や対面での診療連携体制の構築等を行っている。自治体の所管部署においては，このような地域内の取り組みに対する情報収集を積極的に行い，情報交換や研修の場を提供するとともに，地域資源情報の共有等を通じて，将来的な自治体事業化の基盤形成につなげることが望まれる。

（４）自治体職員のための妊産婦メンタルヘルス連携実践ガイドの作成

B4. 研究方法

初年度研究の文献レビュー、自治体アンケート調査、本年度の好事例自治体調査の結果を踏まえて、ネットワーク体制の構築・整備と連携ツールの作成・活用の具体的な方法を示した『自治体職員のための妊産婦メンタルヘルス連携実践ガイド』（以下、本ガイド）を作成する。

好事例自治体の取り組み内容については、それぞれのヒアリング対象者に確認を取り加筆修正を経て承諾を得ている。また本ガイドに掲載するいくつかの資料提供の協力を得ている。

本文、図表については、前半部分と後半部分の2回に分けて、班員全員で校正をおこない、最終的な文言修正を経て、A4版34枚のカラー刷り印刷し、全国1788自治体の母子保健所管部署等に配布する。

C4. 研究結果

本ガイドに関しては、代表研究者である渡邊博幸が草案を起こし、①2026年1月13日～1月27日、②2026年2月18日～2月28日において、班員全員で検討推敲・修正した。その後、文言の小修正、レイアウトの調整などを行い、3月26日に印刷版が完成し、4月13日に全国1788自治体母子保健所管部署に郵送にて配布した。

作成した『自治体職員のための妊産婦メンタルヘルス連携実践ガイド』は研究報告書の末尾にpdf資料として添付した。

D4. 考察

連携ツールの作成・活用について

（１）～（３）の研究結果から、円滑な妊産婦のメンタルヘルス連携のためには、地域のネットワークを構築するだけでなく、ネットワークに関わる諸機関や支援者が共通に利用できる様々な連携ツールを作成、配布、活用することが重要であることが示されている。

母子保健行政は市区町村単位の事業となったが、

自治体アンケートからは、連携ツールについて、都道府県が作成し各市区町村に配布・活用している実態が明らかとなっている。協力する医療機関が必ずしも市区町村内に存在するとは限らない。実際には、複数の自治体をまたいで関係機関との母子・精神保健医療連携を要することも多いことから、協力医療機関情報や受療の基準・目安、情報連絡票等は都道府県単位で整備・作成していくことが望まれる。

本ガイドでは、自治体調査や好事例調査でも有用性が示された、以下の連携ツールを取り上げて解説することとした。

- 1) 妊産婦メンタルヘルスケアへの協力（精神科）医療機関の情報収集と一覧の作成
- 2) 協力（精神科）医療機関マップの作成
- 3) 精神科受療の基準・目安の作成
- 4) 情報連絡票の作成
- 5) 心理サポートガイドの取得

1) 妊産婦メンタルヘルスケアへの協力（精神科）医療機関の情報収集と一覧の作成

自治体調査の結果からは、『メンタル不調を有する妊産婦を精神科医療につなげること』が最も困難な連携課題として挙げられた（図表2-1）。この課題の解決には、『妊産婦を積極的に受け入れる精神科医療機関の情報』を作成または取得することが有用である可能性がある（図表2-7、2-8）。

自治体内の協力精神科医療機関の情報を取得する方法として、ヒアリングを実施した自治体の好事例をもとに、以下の二つの方法を紹介する。

第一は、都道府県内全域の精神科標榜医療機関にアンケートを実施し、協力機関を抽出する方法である。第二は、自治体内の精神科病院協会、精神科診療所協会、医師会精神科医会などの団体を通じてアンケートを実施する方法である。

すべての医療機関が医師会や協会に所属しているわけではないため、全施設を対象とした調査を行う場合には、第一の方法が適している。しかし、この方法は、都道府県の精神保健福祉を所管する部局の協力が必要となる。また、すべての精神科医療機関の情報を把握しきれない場合もあるため、情報収集の計画段階から、地域の精神科医療に精

通した有識者を構成員に加えて作業を進めることが望ましい。

文献レビューや好事例ヒアリングによれば、協力精神科医療機関一覧表には、下記の情報が含まれていた。

①協力医療機関登録の可否、②施設名、③管理者（院長名）、④住所、⑤電話番号、⑥標榜診療科名（精神科、心療内科、神経科など）、⑦外来初診予約の可否、⑧予約方法（電話、ホームページ入力等）、⑨初診までの待機日数、⑩対応可能な受療エリア（自治体との連携において重要な情報である）、⑪ホームページ URL、⑫診療の特色（カウンセリング対応の可否、得意分野、往診・訪問看護の有無、付属施設など）である。

協力医療機関の情報を一覧表として整理し、内容に誤りがないかを各医療機関に確認したうえで、自治体内の市区町村、産科・精神科・小児科医療機関、母子保健に関わる団体へ配布する。自治体ホームページ等で一般公開していない自治体も多く、機関間の連携や相談に限定して用いられているとのことであったが、登録医療機関の了解があれば、妊産婦に対しての相談窓口において、この一覧表を用いた受療勧奨は可能である。

なお、精神科医療機関の診療体制が変動することもあり、1～数年ごとの情報更新が必要である。その人的労力の負荷についての指摘もあった。しかし、アンケート後も継続的に情報確認・見直しを行うことで、当該の精神科医療機関との関係性を深めるきっかけにもなる他、本分野に対する精神科医療機関側の関心を高める副次的効果も期待できる。

2）協力（精神科）医療機関マップの作成

1）の一覧表作成後、協力医療機関情報を自治体地図上にマッピングして可視化することで、受療アクセスの検討が容易となる。また、行政側にとっても、協力医療機関の分布状況を把握することで、どの圏域が空白地域となっているのかが一目で把握できる。その結果、精神科との連携が困難な地域や、医療機関への協力要請が新たに必要となる地域が明確となり、関連施策の必要性を具体的に検討しやすくなる。図表 4-1 に、『千葉県内の医療者主体ネットワークによる連携マップ』を例示した。

3）精神科医療機関受療の基準・目安の作成

レビューや自治体調査の結果から、精神科医療機関受療の基準・目安が不明確であることが連携の

課題として挙げられている。「どのような状態であれば精神科受療を勧めるべきか」「そのまま継続支援してよいのか」といった判断が難しいとの支援者からの声がある。

これについては、周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド※の CQ5「メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する、緊急度／育児・家庭環境／児の安全性確保に留意した医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の仕方は？」と CQ6「メンタルヘルス不調で支援を要する妊産褥婦についての、医療・保健・福祉の情報共有及び同意取得・虐待や養育不全の場合の連絡の仕方は？」を参考に作成した『精神科受療の目安表』（図表 4-2）を活用可能である。

※http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html

相談・支援場面における妊産婦の様子や、EPDS（エジンバラ産後うつ病質問票）などのスクリーニング結果からメンタル不調が疑われる場合には、まず精神科的緊急性の有無を確認する。精神科的緊急性とは、①自殺念慮があり本人または周囲で対処できない場合、②精神病症状（幻覚・妄想・興奮・昏迷など）が急激に出現または悪化した場合、③他害のおそれがある場合を指す。これらは妊産婦のメンタルヘルスに特有の事項ではなく、精神科救急場面に共通する内容であり、精神科医療機関とも共有しやすい項目である。

続いて、生活機能・育児機能低下の程度を把握する。①軽症は「楽しめないまでも育児・家事をこなせる状態」、②中等症は「他者から見ても育児・家事に支障がある状態」、③重症は「育児・家事が著しく困難・不能・危険な状態」であり、重症は精神科的緊急性を伴う場合とほぼ一致する。これらの重症度判定も、妊産婦に限定された判断方法ではなく、精神科診断における重症度分類と概ね一致している。

図表 4-2 に示すように、緊急性の有無および生活・育児機能低下の程度によって、支援レベルは三段階に大別できる。

I の軽症レベルでは、母子保健（保健師等）側で経過観察、相談、訪問支援を継続し、定期的に状態を再評価していくことが基本となる。ただし、本人が精神科受療を希望する場合には受療勧奨を行って差し支えない。精神科医療側の関与としては、自治体の精神保健相談への対応や、事例検討会議への

参加を通じて、母子保健支援者への助言・支援を行うことが想定される。

II の中等症レベルでは、生活機能低下が明確であるため、精神科医療への受療勧奨が必要となる。紹介先の医療機関の選択には、1) および 2) で述べた一覧表やマップを活用すると良い。一方、精神科側には、専門外来の設置や優先外来枠の設定など、できる限り速やかな受診受け入れ体制の整備が求められる。

また、育児疲労などがある一方で宿泊型産後ケア施設を利用できない場合には、本人の希望に応じて任意入院を検討することもある。ただし、その際には新生児・乳児の養育体制について、家族の協力、乳児院の受け入れ体制、児童相談所との連携などを十分に検討する必要がある、母子保健と精神保健の協働による綿密なケースワークが求められる。

III の重症レベルでは、急性精神病状態や重度うつ状態に陥っている可能性が高く、非自発的精神科入院に至る可能性も想定しながら、速やかに自治体の精神科救急システムへ情報をつなぐ必要がある。産後精神病や重篤なうつ状態では、児への他害や無理心中につながる危険性もあるため、平時から自治体の精神科救急システムへの連絡方法や保健所との連携体制を確認しておくことが重要である。

精神科既往歴のある妊産婦については、平時から個別のクライシスプランを策定しておくことも有益である。また、II でも述べたように、入院となる場合には、残された児の養育者や養育環境の確保を同時並行で進める必要がある。

4) 情報連絡票の作成

自治体アンケート調査の結果からは、「妊産婦メンタルヘルスに特化した情報提供書式の作成」が、メンタルヘルス支援に不慣れた自治体職員の困難感や、圏域内における精神科医療機関不足への対応に有効である可能性が示唆された（図表 2-7, 2-8）。現在でも、産科医療機関から自治体への情報連絡票については、産婦健康診査事業を実施している自治体で広く使用されている。一方で、自治体から精神科医療機関への情報連絡票を作成している自治体は、現時点では少数にとどまっている。

図 4-3 は、本研究における文献検索および好事例ヒアリングをもとに作成した、『自治体から精神科

医療機関への情報連絡票』の一例である。内容は A4 判 1 枚両面に収まる程度とし、3 分程度で読める簡潔な構成としている。必要に応じて追加・改変のうえ活用されたい。

5) 心理サポートガイドの取得

『心理サポートガイド』も、メンタルヘルス支援経験の少ない保健師等にとって重要な連携ツールの一つである。参考となるガイドや関連ホームページを下記に列記する。

今後は、妊産婦自身が利用できるデジタルコンテンツの開発・普及が期待される。支援者には、自ら専門的支援を提供するだけでなく、活用可能な信頼性の高い情報資源やコンテンツを適切に案内する「コンシェルジュ機能」が求められるようになるであろう。

①日本産婦人科医会：「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～改訂版（令和 3 年 4 月）

https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/mentalhealth2021_L_s.pdf

②日本周産期メンタルヘルス学会：『周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2023』
http://pmhguideline.com/consensus_guide2023.html

③日本産婦人科医会：『MCMC（母と子のメンタルヘルスケア）』ポータル <https://mcmc.jaog.or.jp/>

④日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会：『産婦人科診療ガイドライン 一産科編 2023』
https://www.jsog.or.jp/activity/pdf/gl_sanka_2023.pdf

⑤日本助産学会 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
https://www.jyosan.jp/uploads/files/journal/JAMguigeline_2021_citizens_QA/jam_guideline2024.pdf

⑥日本精神神経学会、日本産科婦人科学会「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」（ポータル）

https://www.jspn.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=87

⑦日本精神神経学会 こころの不調や病気と妊娠・出産のガイド（一般の方むけ）

https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/about/kokoro_ninshin_syussan_20241219.pdf

E. 結論

1) 母子保健を所管する自治体職員の妊産婦メンタルヘルス連携（とくに母子・精神保健医療連携）における困難課題や連携実施の実態がはじめて明らかとなり、周産期メンタルヘルス領域の関連研究分野や公衆衛生学，社会学的分野の研究に対して，統計的な基礎資料を提供することが可能となった。

2) 本研究の文献レビューや自治体アンケート調査，好事例ヒアリングで明らかとなった種々の連携ツールを活用することで，妊産婦メンタルヘルスに関する医療・支援の質向上や多職種・多機関連携の円滑化を図ることが可能となる。

3) 本研究で作成・配布した『自治体職員のための妊産婦メンタルヘルス連携実践ガイド』を活用することにより，各自治体の母子・精神保健医療ネットワークづくりが促進され，地域の実情に合った連携システムの実装が可能となる。とくに，都道府県においては，本ガイドの利用により，『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』の準備，展開の参照資料となりうる。

4) 本ガイドは，2026年4月13日に全国自治体に配布して後，5つの自治体から，このガイドを所管部署と医療機関で行う会議や研修に活用したいという依頼が早速あり，それぞれ50部ずつ追加で送付した。また，オンラインでの公開を望む声が医療関係者から多数あり，厚生労働科学研究成果データベースに全文を掲載する他，関連学会や本研究に関わった研究者の所属する研究施設，団体のホームページ等に掲載し，無償で利用できるようにする予定である。

5) 本研究の実施過程において，18の都道府県市自治体と関連団体から，母子・精神保健医療連携の課題解決や具体的な構築方法についての会議への出席，アドバイス，研修講師の依頼があり，研究内容をもとに解説，提言，助言等を行った。一部の自治体関係者からは，それらの会議等をきっかけとして，『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』の実施につながったとのフィードバックをいただいている。今後，本ガイドがどのように活用されているのか，また実際の連携構築に寄与しているのかなどを検証する必要がある。

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.

・渡邊博幸. 妊産婦メンタルヘルスの現状と支援対策. ペリネイタルケア 43: 1218-1224, 2024.

・渡邊博幸. 妊娠中の合併症 周産期の精神科薬物療法 最近のコンセンサス. 周産期医 55: 1006-1011, 2025.

・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.

・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

・Ishikawa T, Sakai T, Noda A, Kikuchi S, et al. : Inclination of antidepressant medication continuation during pregnancy between 2012 and 2023 in Japan: A cohort study. J Affect Disord 374 : 640-645, 2025.

・Utsumi Y, Seto M, Kikuchi S, et al. : Associations between depressive symptoms and frequency, intensity, duration, and style of walking in survivors of the Great East Japan Earthquake. PCN Rep. 3:e 70178 doi: 10.1002/pcn5.70178. 2025.

・Duan C, Yu Z, Kikuchi S, et al. : Sex differences in the risk of autistic-related traits in toddlers born to mothers with perinatal depression: Evidence from human cohort and mouse study. Mol Psychiatry PMID: 41639232 doi: 10.1038/s41380-026-03456-z. 2026.

・菊地紗耶. 【心的外傷およびストレス関連症群】周産期のメンタルヘルス不調. 精神科 Resident 6(4) : 256-257, 2025.

・菊地紗耶. 【うつ病 123 の Q&A】(第 IV 部)うつ病の特殊な状況と ECT などの特殊治療 産後うつ病の情報について色々な個人的な経験談がインターネットなどに出っていますが,どの情報を信頼するように患者に説明すべきかを教えてください。医学的知識が乏しい患者さんを対象にしています。精神科治療学 40 増刊 : 120-121, 2025.

・菊地紗耶, 小林奈津子, 富田博秋. 【周産期メンタルヘルスとレジリエンスの科学-予防と回復を支えるエビデンスと実践】東日本大震災を経験した妊産婦のメンタルヘルスと育児支援. 精神医学 67(10) : 1345-1351, 2025.

・菊地紗耶. 当事者や他科との協働による診療ガイド作成 当事者・家族と共にガイドを作成する作

成委員として感じたこと. 精神神経学雑誌 2025 特別号 : S436, 2025.

・菊地紗耶.【向精神薬処方の勘どころ-プライマリ・ケア医と精神科医と薬剤師のクロストーク-】これだけは押さえておきたい妊婦・授乳婦への向精神薬処方. 治療 107(5) : 596-599, 2025.

・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

・相良洋子. これからの周産期メンタルヘルスケア. 精神医学 67(10) : 1332-1329, 2025.

・相良洋子. 産後ケア事業の現状と課題. 産科と婦人科 93(2) : 145-150, 2026.

・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.

・竹内崇. 精神疾患合併妊娠. 周産期医学 55(7) : 826-829, 2025.

・竹内崇. 精神疾患合併妊産婦の周産期管理－予防・早期介入の視点から. 精神医学 67(10) : 1339-1344, 2025.

・竹内崇. 周産期の精神療法. 臨床精神医学 54 増刊号 : 305-309, 2025.

・竹内崇. 周産期のメンタルヘルスと支援について. 日本女性医学学会雑誌 32(3) : 588-591, 2025.

・竹内崇. 妊産婦のメンタルヘルス. 日本母乳哺育学会雑誌 19(1) : 26-29, 2025.

・竹内崇, 倉澤健太郎, 高橋知久, 根本清貴, 南房香, 相川祐里, 渡邊博幸.

周産期メンタルヘルスの今後の発展すべき方向性 産科と精神科における多職種連携. 精神神経学雑誌 127(9) : 633-644, 2025.

・竹内崇. 周産期メンタルヘルス. 臨床精神医学 54(12) : 1425-1429, 2025.

・安田貴昭. < 1 4 > 妊産婦のメンタルケア・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

・安田貴昭, 五十嵐友里. 【周産期メンタルヘルス・プレコンセプションケアから地域リエゾンまで】地域リエゾン地域の周産期医療・母子保健を精神科が支援する意義. 医学のあゆみ 294(13) : 1247-1251, 2025.

・安田貴昭. 【母親の意思決定を支える 今いちばん新しい妊娠・授乳とくすりの知識&考え方】全期間 (妊娠期～産後) 精神疾患・産後うつ (向精神薬). ペリネイタルケア 45(3) 246-251, 2026.

・安田貴昭. 中絶を考える妊婦の事例を通して妊娠出産の意思決定支援について考える. 総合病院精神医学雑誌 37(1) : 13-18, 2025.

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

・渡邊博幸. 第 44 回宮城母性衛生学会学術集会. 自治体の母子保健と精神科医療機関と地域連携. 2025 年 5 月 18 日

・渡邊博幸. 第 33 回日本精神科救急学会学術総会. PDCA サイクルから D-ODA ループへ - 精神科地域包括ケア・妊産婦メンタルヘルスケアの実装をどのように行うか? -. 2025 年 10 月 16 日

・渡邊博幸, 相良洋子, 上原里程, 安達久美子, 竹内崇, 菊地紗耶, 安田貴昭. 第 21 回周産期メンタルヘルス学会学術集会 (口演) 妊産婦のメンタルヘルスに関する全国自治体調査 (自治体と精神科医療機関との連携の実態について) 2025 年 9 月 26 日

・菊地紗耶. 第 25 回日精診チーム医療・地域リハビリテーション研修会 福島大会 シンポジウム: これでバッチリ! 妊産婦のメンタルケア「妊娠中・授乳中の向精神薬の使い方」2025 年 2 月 2 日

・菊地紗耶. 第 19 回日本統合失調症学会. シンポジウム 11 統合失調症を抱える女性への育児も見据えたプレコンセプションケア「統合失調症を抱える女性と家族のための育児支援とは」2025 年 4 月 27 日

・菊地紗耶. 日本病院薬剤師会東北ブロック第 14 回学術大会メディカルセミナー 2 「女性のライフサイクルにおける不眠症と睡眠薬の使い方～薬剤師が知っておきたいポイント～」2025 年 5 月 17 日

・菊地紗耶. 宮城母性衛生学会学術集会. シンポジウム「妊産婦のメンタルヘルスにおける周産期医療と精神科医療と地域保健の連携にむけて」「宮城県における妊産婦のメンタルヘルス支援」2025 年 5 月 18 日

・菊地紗耶. 第 121 回日本精神神経学会学術総会 シンポジウム 73 当事者や他科との協働による診療ガイド作成「当事者と共にガイドを作成する～作成委員として感じたこと～」2025 年 6 月 20 日

・菊地紗耶. 第 22 回日本うつ病学会シンポジウム「産後うつ病における薬物療法の実践と新たな治療選択肢」2025 年 7 月 11 日

・菊地紗耶. BPCNP 合同年会シンポジウム 5

「辛い所に手が届く精神科の臨床 Hack」「妊婦・授乳婦に寄り添う精神科薬物療法」2025 年 11 月 13 日

・渡邊博幸. 埼玉東部周産期メンタルヘルス研修会『地域で支える産後ケア』母子-精神保健医療連携の現在と未来：～自治体調査結果を踏まえた連携モデルとは～. 2025 年 7 月 19 日

・渡邊博幸. 宮城県「母子保健指導者研修会」母子-精神保健医療連携をどう構築するか：～自治体調査を踏まえて～. 2025 年 11 月 6 日

・渡邊博幸. 市川浦安地区助産師会講演 産後ケアにおけるメンタルヘルス. 2025 年 11 月 8 日

・渡邊博幸. 愛媛県「令和 7 年度周産期メンタルヘルス研修会」周産期メンタルヘルス連携の現在と未来：～自治体調査を踏まえた連携モデルとは？～. 2026 年 1 月 26 日

・渡邊博幸. 大阪府妊産婦こころネット 2025 年度研修会 母子-精神保健医療連携の現状と展望：～自治体調査と好事例ヒアリングを踏まえて～. 2026 年 1 月 31 日

・渡邊博幸. 令和 7 年度児童虐待防止に関する母子保健担当者研修（Ⅱ部）研修会 精神疾患などメンタルヘルスに不調を抱える妊産婦への支援について. 2026 年 3 月 5 日

・菊地紗耶. 上田市医師会自殺対策に関する特別公開講座「なぜ周産期メンタルヘルス支援が重要なのか～基礎知識と支援の実践～」2025 年 1 月 31 日

・菊地紗耶. 周産期メンタルヘルス研修会（福島県医師会と福島県産婦人科医会共催）「周産期メンタルヘルスの基本的知識と実践」2025 年 2 月 11 日

・菊地紗耶. 第 29 回秋田県精神科薬剤師研究会「周産期におけるうつ病治療 Update～最新のガイドラインと臨床現場の課題～」2025 年 2 月 15 日

・菊地紗耶. 第 33 回 コンサルテーションリエゾン精神薬学研究会学術講演会「妊婦・授乳婦への向精神薬の使い方～最新ガイドラインと臨床実践～」2025 年 5 月 16 日

・菊地紗耶. ドクターサーチみやぎ 市民公開講座女性のヘルスケアセミナー～更年期を心地よく過ごすためには～（パネリスト）2025 年 6 月 29 日

・菊地紗耶. 宮城県看護協会助産師実践の基本（Part2）「周産期メンタルヘルスケア」2025 年 9

月 17 日

・菊地紗耶. 令和 7 年度助産実践能力強化支援研修Ⅰ「ボンディング障害について」2025 年 9 月 20 日

・菊地紗耶. 宮城県母子保健基礎講座Ⅱ研修会「周産期メンタルヘルスの基礎知識」2025 年 10 月 14 日

・菊地紗耶. 八戸精神科医会 「地域で支える周産期メンタルヘルス～連携のあり方と課題～」2025 年 11 月 19 日

・菊地紗耶. 令和 7 年度 乳児家庭全戸訪問事業研修会（郡山市）「周産期メンタルヘルスの基本的知識と実践」2025 年 11 月 25 日

・菊地紗耶. 令和 7 年度栗原圏域母子保健研修会「メンタルヘルスに課題を抱える親子のアセスメント・子育て支援について」2025 年 12 月 16 日

・相良洋子. 愛媛県医師会 令和 7 年度周産期メンタルヘルス研修会「周産期のメンタルヘルス～現状と課題～」2026 年 1 月 25 日

・菊地紗耶. 日本精神神経学会精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド：当事者家族版作成委員

・菊地紗耶. 日本うつ病学会 うつ病診療ガイドライン 2025 作成委員

・菊地紗耶. 日本神経精神薬理学会・日本臨床精神神経薬理学会 統合失調症薬物治療ガイドライン 2027 作成委員

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

図表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と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： - 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 - 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 - 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 - 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
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と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： - 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 - 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 感情態度印象： - 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 - 打撲痕やリストカット痕、整容に気になる点がある
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： - 精神疾患等（過去出産時の産後のうつ、依存症を含む） - パーソナリティ障がい（疑いを含む） - 知的障害（疑いを含む） - 訴えが多く、不安が高い
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	- 精神疾患の既往 - 対人関係のトラブル

図表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	・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 ・妊婦（母）が精神的不調・診断歴等がある ・妊婦（母）社会的ストレスを抱えている
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	妊婦の行動・態度等： ・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） ・自殺企図、自傷行為の既往がある ・アルコール依存症（過去も含む） ・薬物の使用歴がある ・飲酒・喫煙をやめることができない ・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 ・妊婦の衣類等が不衛生な状態 ・同じ質問を何度も繰り返す、理解力の不足がある ・突発的な出来事に適切な対処ができない ・周囲とのコミュニケーションに課題がある
7	大阪府 要養育支援者情報提供票「妊婦版」	心身の健康要因： ・精神疾患等（過去出産時の産後うつ、依存症を含む） ・パーソナリティ障がい（疑いを含む） ・知的障がい（疑いを含む） ・訴えが多く、不安が高い
8	大阪府 要養育支援者情報提供票「産婦・乳幼児版」	保護者の状況： ・知的障がい、身体障がいある ・精神疾患(産後うつを含む)、アルコール及び薬物依存 ・産後、出産が原因の身体的不調が続いている ・子どもを抱かないなど子どもの世話をしない ・子どもをかわいいと思えないなどの言動がある ・衣服等が不衛生

図表1-3 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×メンタルヘルス×コーディネーター ⇒ 0件
 - 周産期×メンタルヘルス×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、会議録を除外し、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
- （ ）内は文献数

産科・精神科のある総合病院	単科精神科病院	地 域	その他
滋賀医大産婦人科（2） 済生会横浜東部病院（3） 東京医科歯科大学病院（3） 信州大学（1） 高知大学（1） 千葉大学（1）	木村病院（2） のぞえの丘病院（3）	須坂市・長野市（1） 埼玉県（1） 岡山県（1） 飛騨圏域（1）	個人（1）

図表1-4 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
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、 リエゾン精神科チーム 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 ペアレンティングサポート委員会 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（現東京科学大学）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 母子支援会議 （月2回）に繋げて支援の必要性と方針を決定、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、「 よろず相談 」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
	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「 助産外来 」を創設し、 助産師 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	家族支援チーム（FAST） 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)

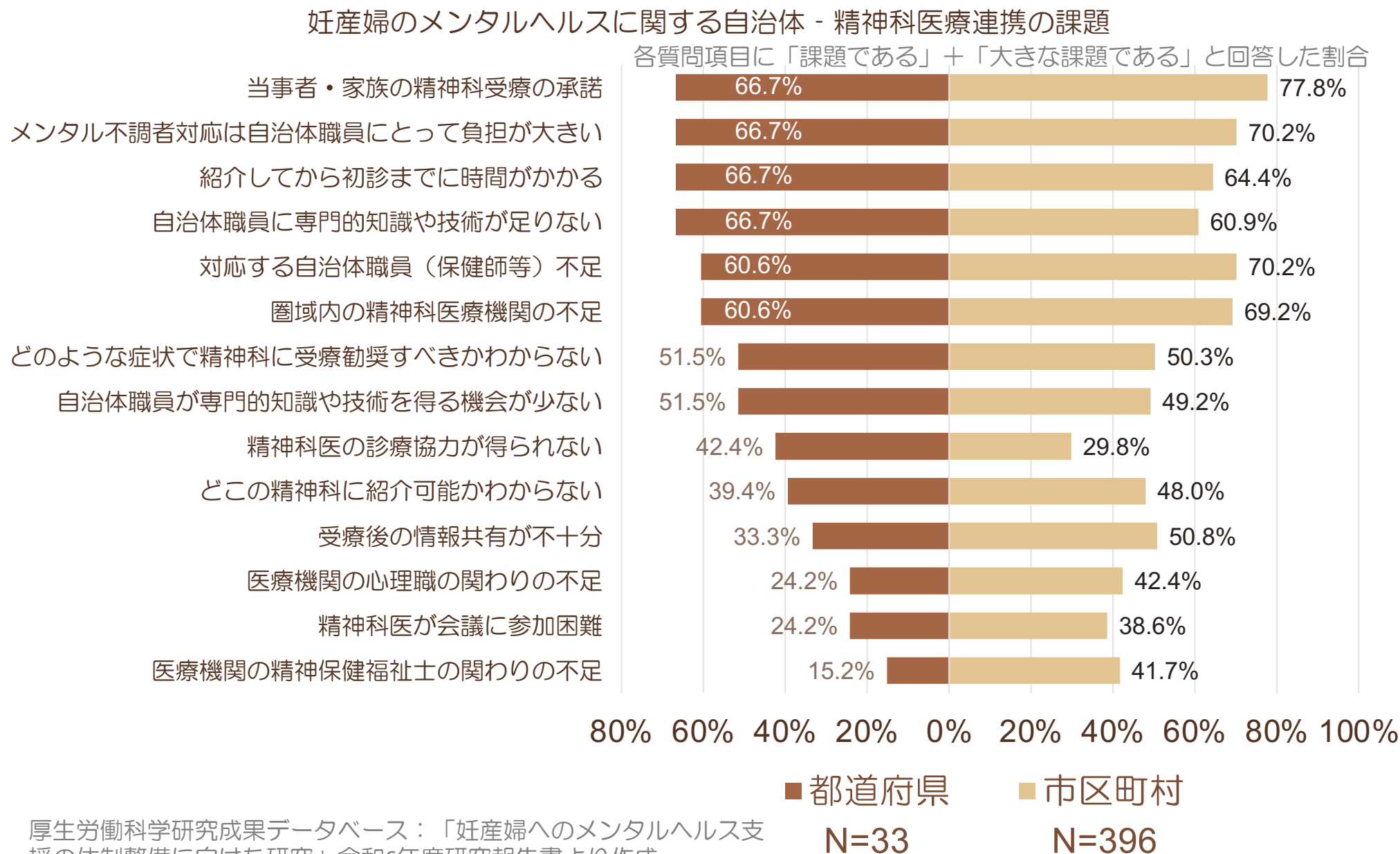
図表1-5 文献レビュー（医中誌）：連携コーディネーターの役割（続き）

	施設・地域	概要	チームのメンバー
単科精神科病院	木村病院	他機関・地域からの紹介産婦を専門の産後メンタルヘルスマネジメントチームで対応。虐待が疑われるケースはFASTチームが対応。 （専門外来・病棟あり）	《マネージメントチーム》医師 2名、公認心理師 2名、精神保健福祉士 2名 《FASTチーム》児童精神科医 2名、公認心理師 1名、精神保健福祉士 1名
	のぞえの丘病院	相談や紹介患者には周産期メンタルヘルスケアグループが対応。受診相談の窓口は精神保健福祉士に一本化、地域の保健師・助産師からの相談にはその場で助言、周産期患者は毎週カンファレンスで共有。（産後ケア、母児同室入院あり）	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
地域	長野県	《須坂トライアル》 妊娠届出時にアセスメントを行い要支援妊婦をケース検討会議に繋ぐ 《長野トライアル》 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	コンサルテーションリエゾン担当者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	《岡山モデル》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。 （虐待件数の増加が止まっている）	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。
他	（市中の総合病院）	リエゾン精神看護専門看護師が患者・家族、周産期スタッフ、精神科の調整を行う。	

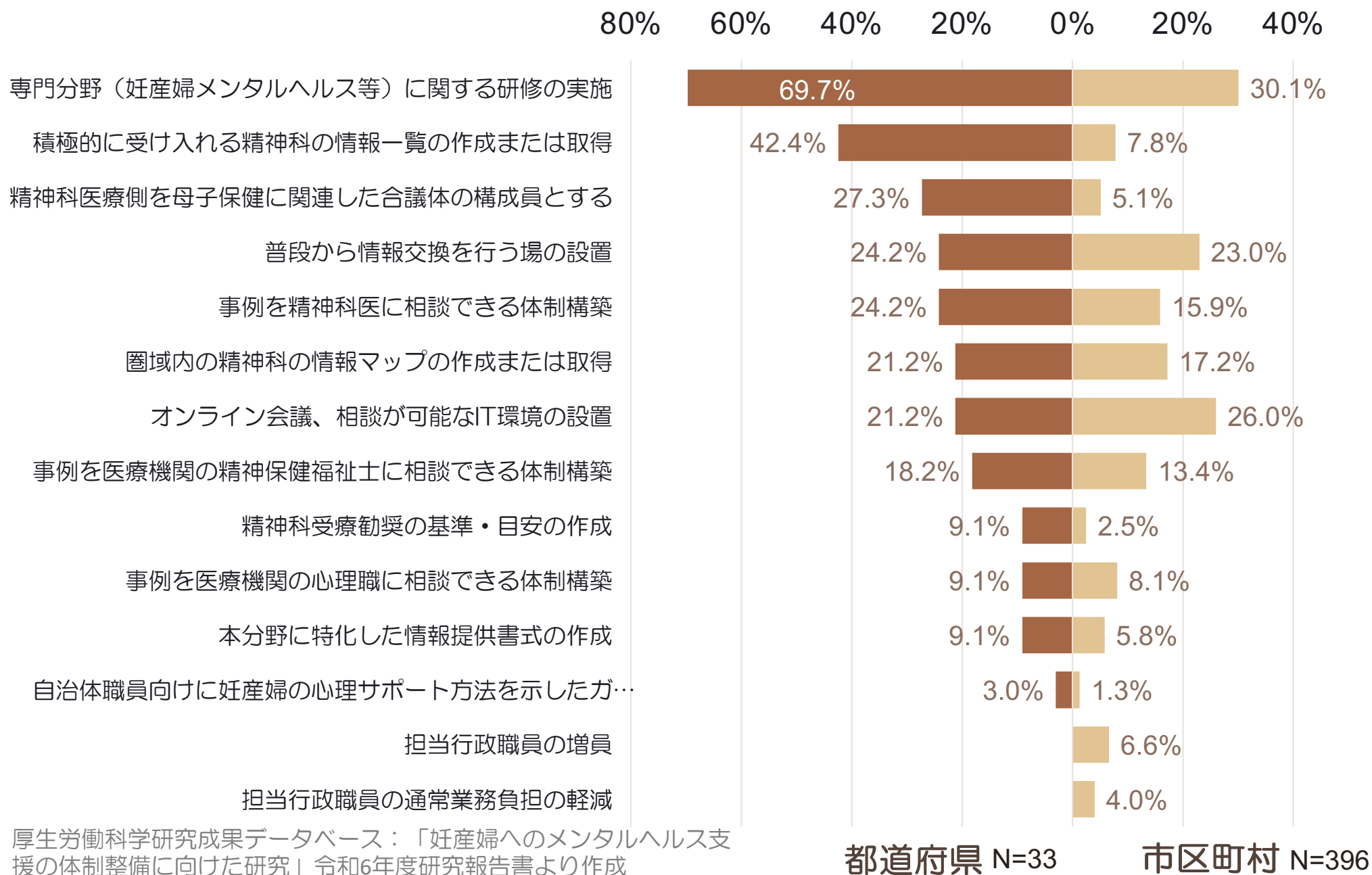
図表1-6 文献レビュー（医中誌）： 連携コーディネーターの役割
ー施設の違いによる長所と短所ー

	長所	短所
産科・精神科のある総合病院	・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）	・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。 ・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。
単科精神科病院	・精神科救急に対応できる ・産後長期にフォローできる ・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 ・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	・妊婦に対する対応に限界がある。
地 域	・長期にわたる切れ目ない支援が可能 ・ケース会議により地域における顔の見える連携が可能	・地域全体の協力が必要 ・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）
個 人（含:コンサルテーションリエゾン）	・人的資源が少ない場合は有効な選択肢になりうる ・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	・バックアップ体制がないと限界がある ・スキルの高い人材を確保する必要がある
※岡山モデル	・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）	・県や自治体の協力が不可欠 ・精神疾患に特化したものではない

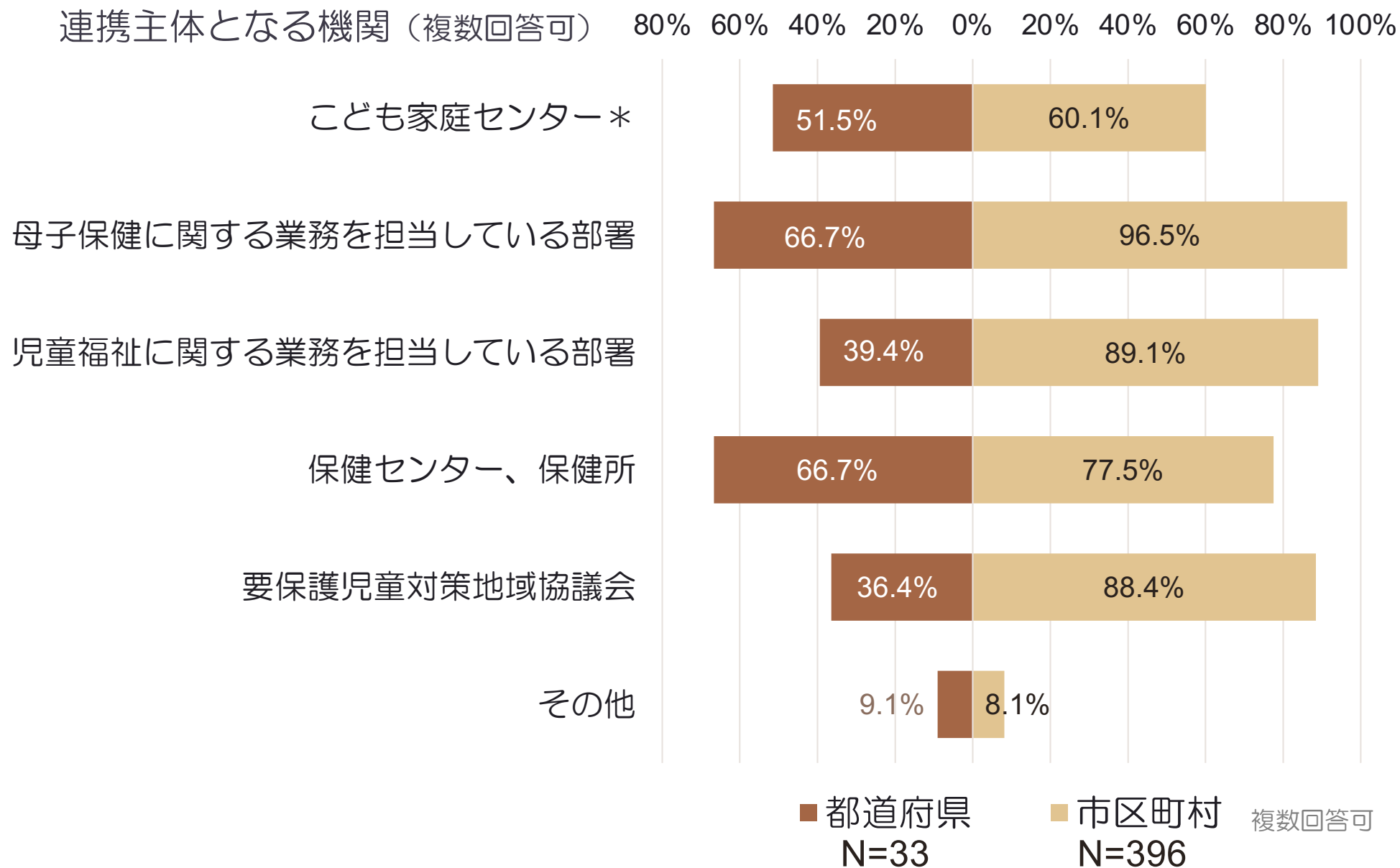
図表2-1 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体-精神科医療連携の課題



図表2-2 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体-精神科医療連携の実施状況
(令和6年3月末時点)

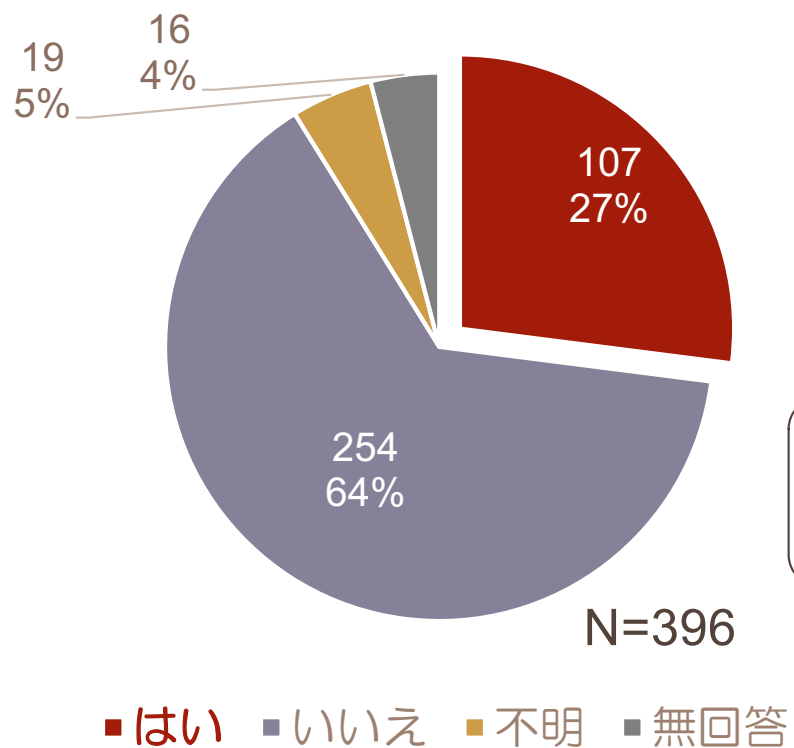
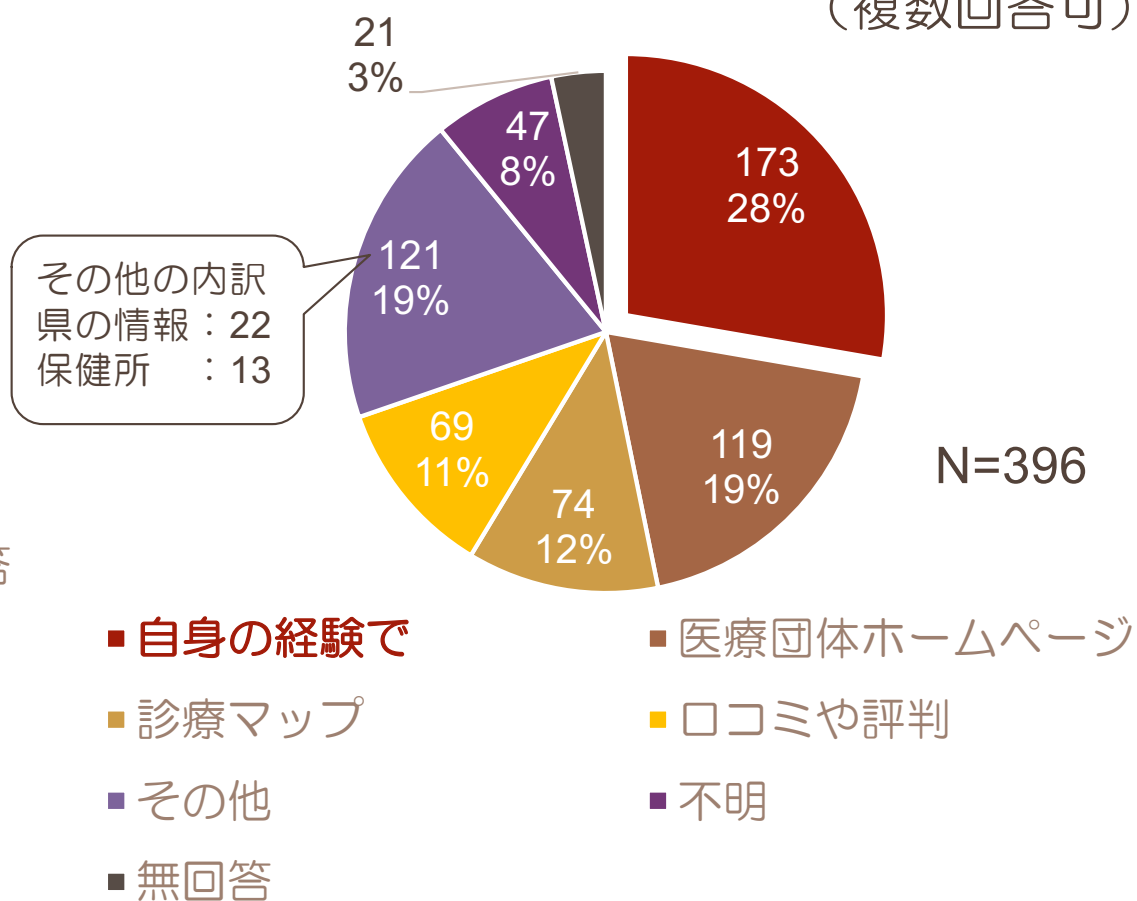


図表2-3 連携体制の主体（管理・所管）となる機関について

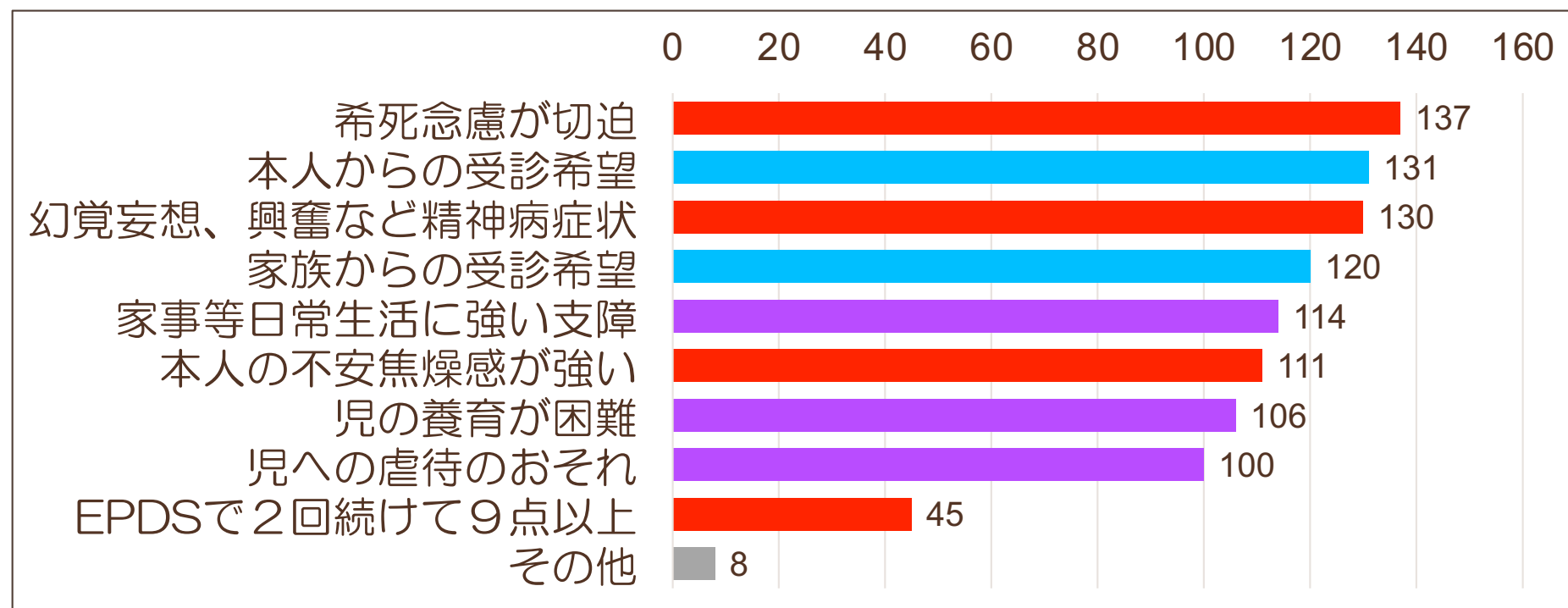


図表2-4 市区町村と精神科医療機関の連携方法

専用の連絡票の使用状況[市区町村]

協力精神科医療機関の把握方法[市区町村]
(複数回答可)

図表2-5 市区町村における精神科受診を勧める基準・目安



図表2-6 連携事業の実施状況と精神科医の参加率（令和5年度）

	都道府県（33自治体中）			市区町村（396自治体中）		
実施内容	実施自治体数	精神科医の参加	産科医の参加	実施自治体数	精神科医の参加	産科医の参加
支援体制を協議する合議体の開催	21	5 (23.8%)	11 (52.4%)	278	19 (6.8%)	28 (10.1%)
個別相談・事例検討の実施	22	7 (31.8%)	2 (9.1%)	256	54 (21.2%)	44 (17.2%)
研修・講演の実施	19	7 (36.8%)	8 (42.1%)	153	12 (7.8%)	2 (1.3%)

厚生労働科学研究成果データベース：「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」
令和6年度研究報告書より作成

図表2-7 連携課題と連携実施内容の関連性

市区町村調査の質問項目ごとでクロス集計，Fisher の正確確率検定（両側：有意水準5%），項目間の関連性を検討

I.課題 III.実施内容	職員の 負担	職員不 足	専門的 知識や 技術不 足	専門的 知識や 技術を 得る機 会が少 ない	精神科 への受 療勧奨 方法	当事 者・家 族の精 神科受 療の承 諾	精神保 健福祉 士の関 わりの 不足	心理職 の関わ りの不 足	圏域内 の精神 科医療 機関の 不足	どこの 精神科 に紹介 可能か わから ない	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	精神科 医が会 議に参 加困難
担当行政職員の増員	0.512	0.275	1.000	0.840	0.688	0.139	0.539	0.421	1.000	0.223	0.827	0.676	1.000	1.000
担当行政職員の通常業務負担軽減	0.787	0.576	0.795	0.446	0.132	0.057	0.446	0.198	1.000	1.000	0.411	0.796	0.314	0.609
普段から情報交換を行う場の設置	0.432	0.600	0.394	0.042	0.282	0.390	1.000	0.904	0.119	0.720	0.896	0.803	0.071	0.902
専門分野に関する研修の実施	0.904	0.811	0.736	0.062	0.188	0.792	0.738	0.912	0.476	0.188	0.720	1.000	0.582	1.000
精神科受療の基準・目安の作成	0.169	0.491	0.195	0.751	0.010	0.047	0.050	0.199	0.074	0.021	0.294	0.749	0.214	0.329
心理サポート方法を示したガイド作成	0.027	0.155	0.381	0.372	0.029	0.009	1.000	1.000	0.169	0.374	0.328	0.352	0.680	1.000
精神保健福祉士に相談できる体制構築	0.194	0.517	1.000	0.557	0.462	0.598	0.372	0.301	0.002	0.012	0.630	1.000	0.040	0.653
心理職に相談できる体制構築	0.687	0.547	0.576	0.855	1.000	0.824	0.263	0.357	0.016	0.462	0.842	0.336	0.026	0.706
精神科医に相談できる体制構築	0.070	0.654	0.675	0.276	0.681	0.741	0.051	0.331	0.004	0.013	0.654	0.314	0.028	0.573
精神科の情報マップの作成または取得	0.661	0.464	1.000	0.085	0.424	0.748	0.589	1.000	0.148	0.045	0.665	0.406	0.182	0.891
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	0.062	0.022	0.706	0.709	0.709	1.000	0.709	0.850	0.314	0.190	1.000	1.000	0.852	1.000
特化した情報提供書式の作成	0.058	0.156	0.001	0.084	0.525	0.191	0.282	0.129	0.001	0.032	0.098	0.823	0.135	0.121
オンライン会議，相談が可能なIT環境	0.381	0.529	0.014	0.002	0.008	0.270	0.001	0.015	0.170	0.003	0.008	0.403	0.030	0.025
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	0.134	1.000	0.816	1.000	0.173	0.404	0.162	0.162	0.022	0.257	0.803	0.472	0.172	0.486

図表2-8 市区町村自治体所管部署の連携困難課題
解決のための取り組み一覧（抜粋）

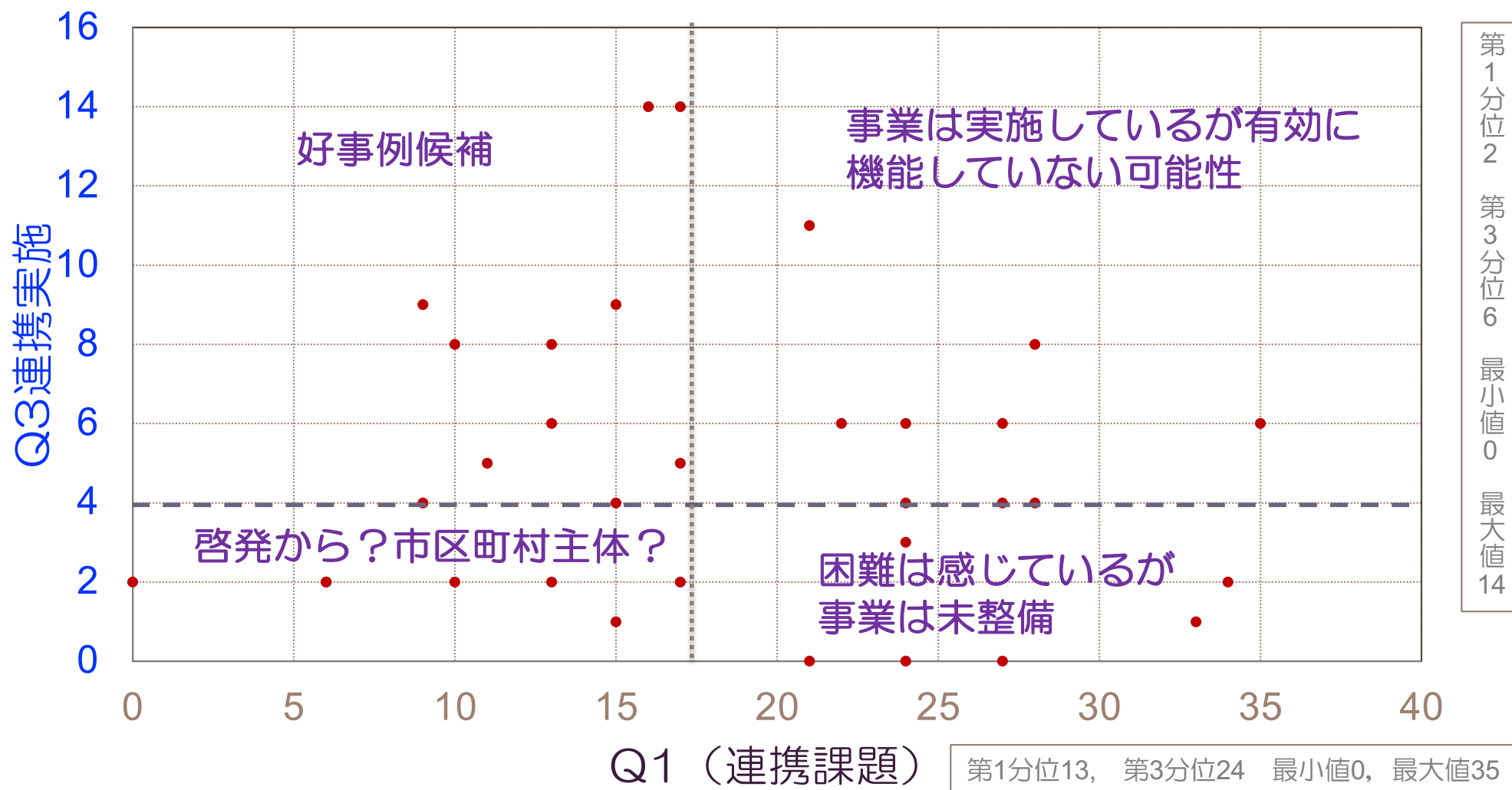
連携課題と実施内容に関連性がある組み合わせをピックアップしてまとめた一覧表

連携（困難）課題	合議体・相談体制の構築	連携ツールの作成・活用
担当職員の 過大な負担		心理サポートガイド作成
担当職員の不足		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
専門的知識や 技術不足	会議，相談のためのIT環境	特化した情報提供書式の作成
専門的知識や技術を 得る機会が少ない	情報交換を行う場の設置 会議，相談のためのIT環境	
精神科への受療勧奨 方法がわからない	会議，相談のためのIT環境	精神科受療の基準・目安の作成 心理サポートガイド作成
当事者・家族の精神 科受療受諾が難しい		精神科受療の基準・目安の作成 心理サポートガイド作成
圏域内の精神科 医療機関の不足	精神科医等に相談できる体制 精神科側を合議体構成員に	特化した情報提供書式の作成

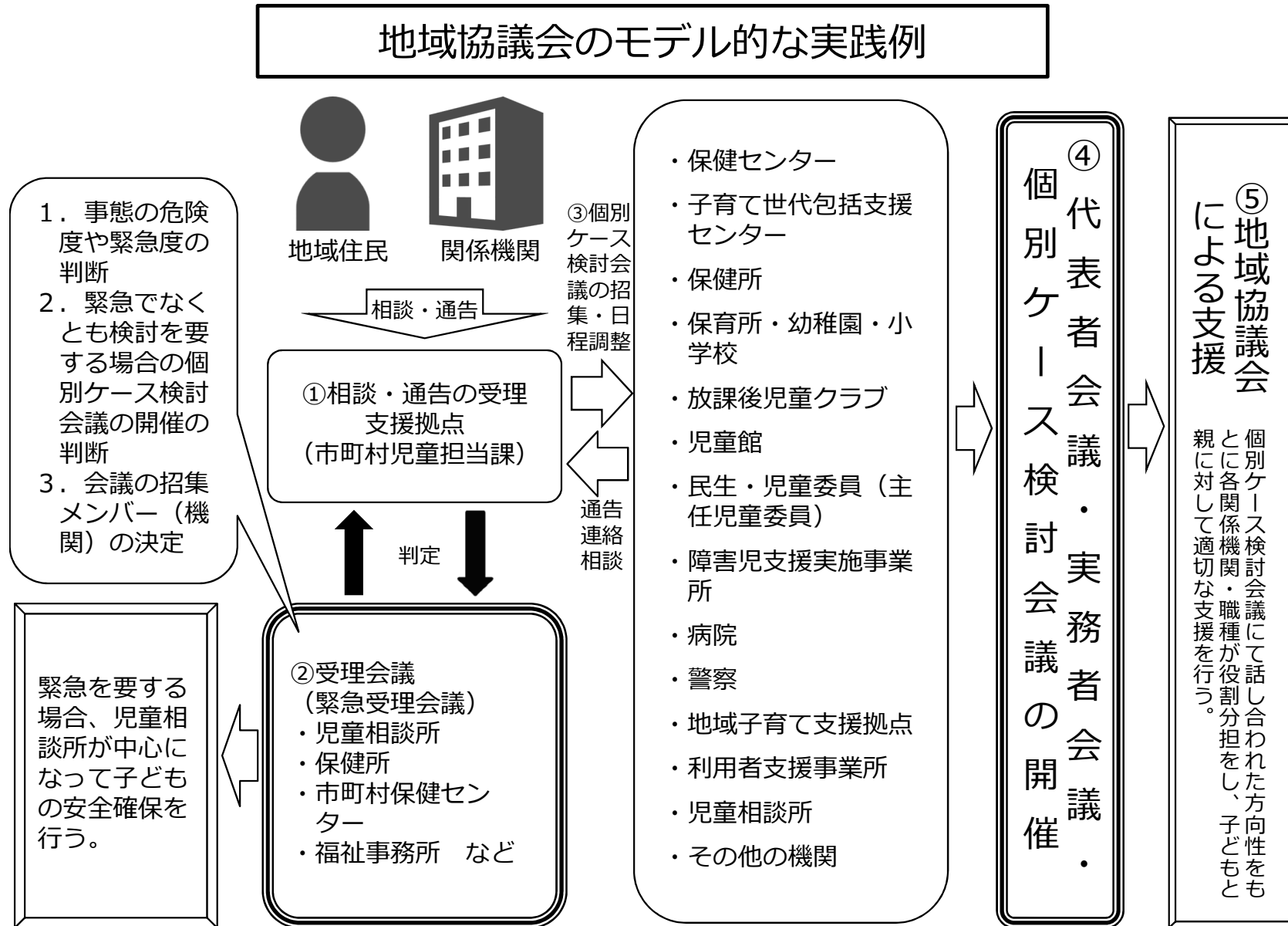
図表3-1 都道府県調査の連携課題と実施状況をもとに分類した4つの連携パターン

横軸：Q1連携課題が「ある」と回答した合計スコア（中央値17） 0～42

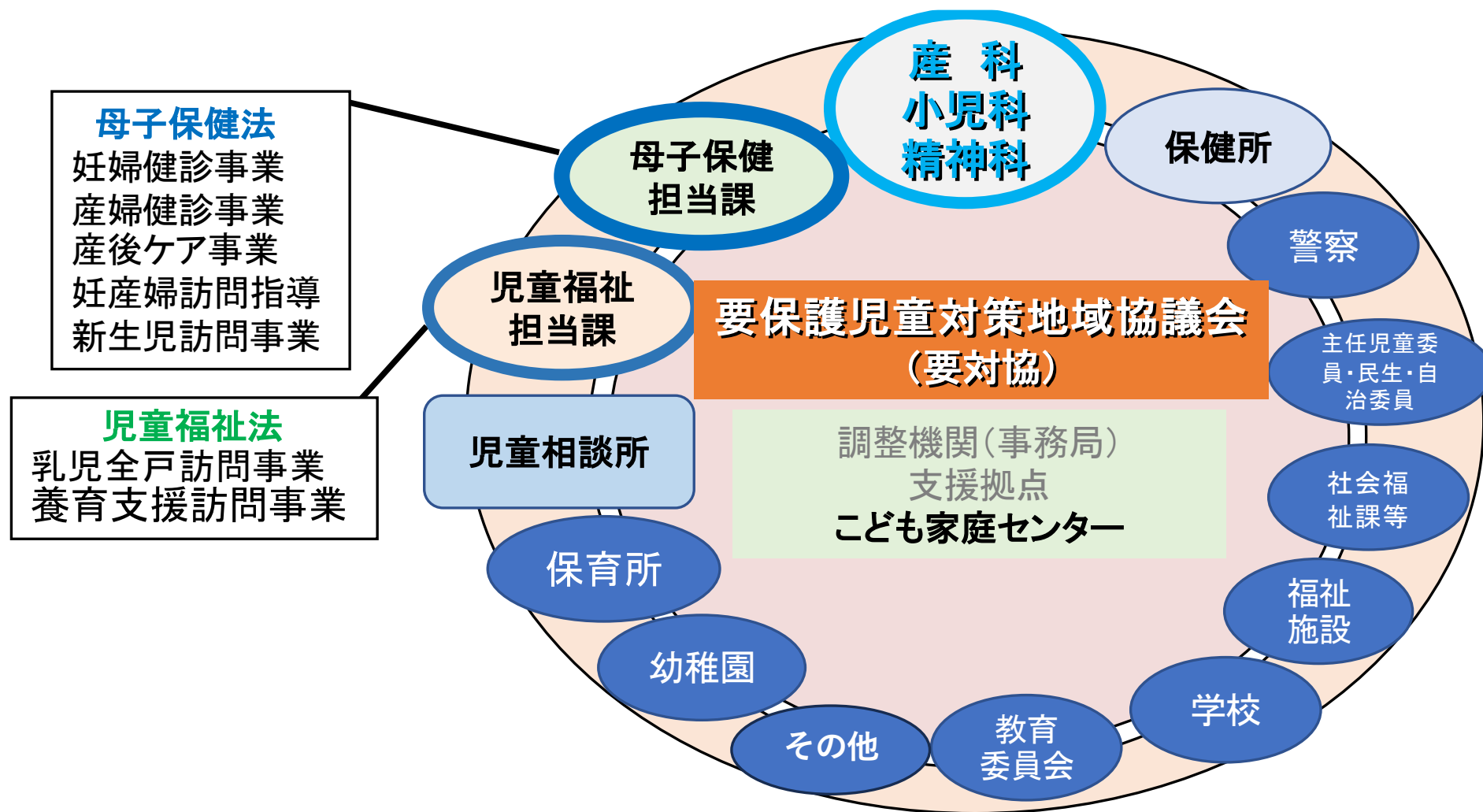
縦軸：Q3連携を「実施している」と回答した合計数（中央値 4） 0～14



図表3-2 要対協を核とした妊産婦メンタルヘルス連携の仕組み



図表3-3 要対協を核とした周産期メンタルヘルス連携図



図表3-4 妊産婦のメンタルケア 岡山県内精神科等協力施設一覧



地区別インテックス	
* 岡山市北区	1～9
* 岡山市中区	10～11
* 岡山市南区	12～14
* 岡山市東区	15
* 倉敷市	16～20
* 津山市	21
* 備前市	22
* 玉野市	23～24
* 笠岡市	25
* 浅口郡・高梁市・新見市・真庭市	26～27

岡山県精神科医療センター

〒700-0915 岡山市北区備田本町3-16
TEL:086-225-3821

診療科目:精神科
受付時間:(月～金) 8:30～17:15
※緊急時対応(救急受入等)
休診日:土・日・祝日・年末年始
※緊急時対応(救急受入等)

緊急受け入れ:○
入院受け入れ:○
1週間以内の予約:○
通常予約:○

理事長:中島 豊爾
院長:来住 由樹
担当者:地域連携室
ホームページ:<http://www.popmc.jp/>

図表3-5 信州大学医学部周産期こころの医学講座のパンフレット

治療と予防の両方を大切にしています。

「信州大学医学部 周産期こころの医学講座」は、日本で初めての周産期メンタルヘルスに特化した大学講座（寄附講座）です。

女性が新しい命を授かる妊娠時から出産、そして産後にかけては、数々のメンタルヘルス不調を抱える時期でもあります。

そのため、生まれてくる赤ちゃんや、パートナーを始めとしたご家族の皆さんへの支援が必要不可欠であり、医療職だけでなく、地域の保健師や福祉関係者など様々な関係者が情報共有し、密に連携することが求められています。

信州大学医学部
周産期こころの医学講座



医師 村上 寛

日頃の活動や
日々の思いを
X（旧Twitter）で発信しています。



X（旧
Twitter）

周産期のこころの外来

- 信州大学医学部附属病院で「周産期のこころの外来」を開設しています。
- 産婦人科、小児科、精神科、そして出生前診断を行っている遺伝子医療研究センターと連携を取りながら治療を進めております。
- 「母親」の感じる責任、不安、悩み、辛さなど、一人で抱え込まずに相談してください。

周産期の父親の外来

- 父親の産後うつなどを専門に取り扱う「周産期の父親の外来」を開設しました。
- 「父親」の感じる責任、不安、悩み、辛さなど、一人で抱え込まずに相談してください。



日時	・毎週月曜日、金曜日（完全予約制） ・父親の外来：毎週金曜日（完全予約制）
場所	信州大学医学部附属病院 外来棟北3階
お問い合わせ・予約	精神科外来 0263-63-2846 (月曜日～金曜日 15:00～17:00)

- 受診の場合は原則として、他の医療機関からの紹介状が必要となります。近隣の医療機関（かかりつけ医）の主治医より紹介状を取得してください。

地域活動

ホームページやInstagramでは最新の活動報告、イベント開催をお知らせしています。



HP



Instagram

すべてのお母さんお父さんを応援します。

ママサポプロジェクト

松本山雅FCと連携して、妊婦さんやお母さんが安心してサッカー観戦やイベント参加ができるよう企画のお手伝いをしています。

▶ ママサポチケット



©松本山雅FC

▶ センサリールーム

感覚過敏等の症状がある方とご家族が安心して観戦できるお部屋を株式会社乃村工務社と共同企画しました。



▶ 小児病棟

信州大学病院小児入院患者に付き添いされる保護者の方々へ、お弁当をお届けするプロジェクトをお手伝いしています。



©松本山雅FC

万博

2025年 大阪・関西万博にて「未来の産後うつを予防しよう」をテーマに講演をさせていただきました。



こころのおはなしブース

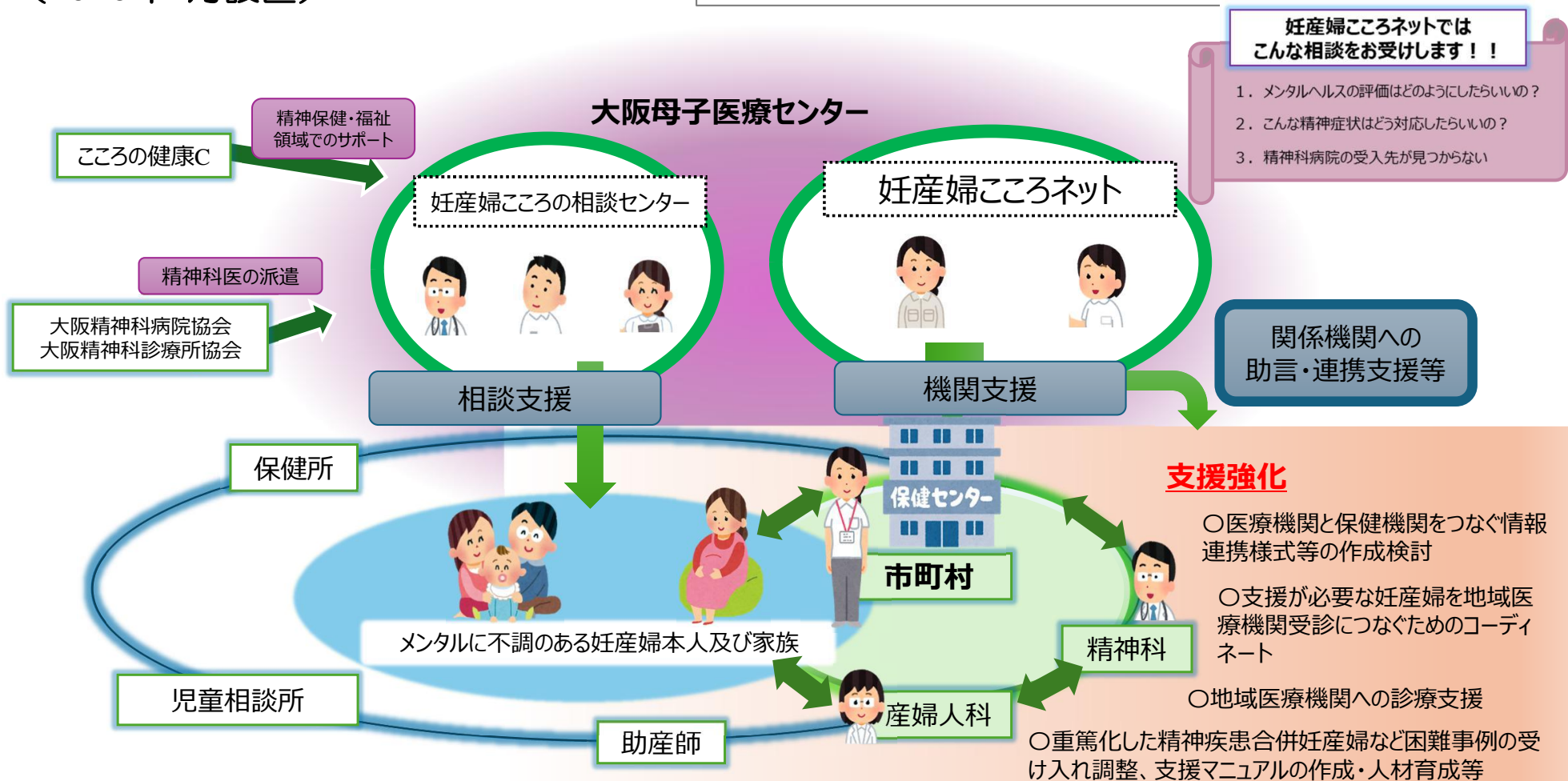
松本地域のイベントなどで「こころのおはなしブース」を開催しています。日頃の妊娠中や育児の悩みをお気軽に相談してください。



図表3-6 大阪府妊産婦こころの相談センターと妊産婦こころネット

①大阪府妊産婦こころの相談センター
妊産婦・家族などの
当事者方向けの相談窓口
(2016年2月設置)

②大阪府妊産婦こころネット
府内市町村や医療機関など
妊産婦メンタルヘルスの支援者を対象とした相
談窓口 (2024年10月設置)



図表3-7 岩手県周産期医療情報ネットワークシステム「いーはとーぶ」

岩手県周産期医療情報ネットワーク「いーはとーぶ」

「いーはとーぶ」とは？

県内の産科医療機関や登録した市町村をインターネットのネットワークで結び、あなたの安心安全な妊娠・出産・子育てを支援するため、岩手県が運営する周産期医療情報システムです。

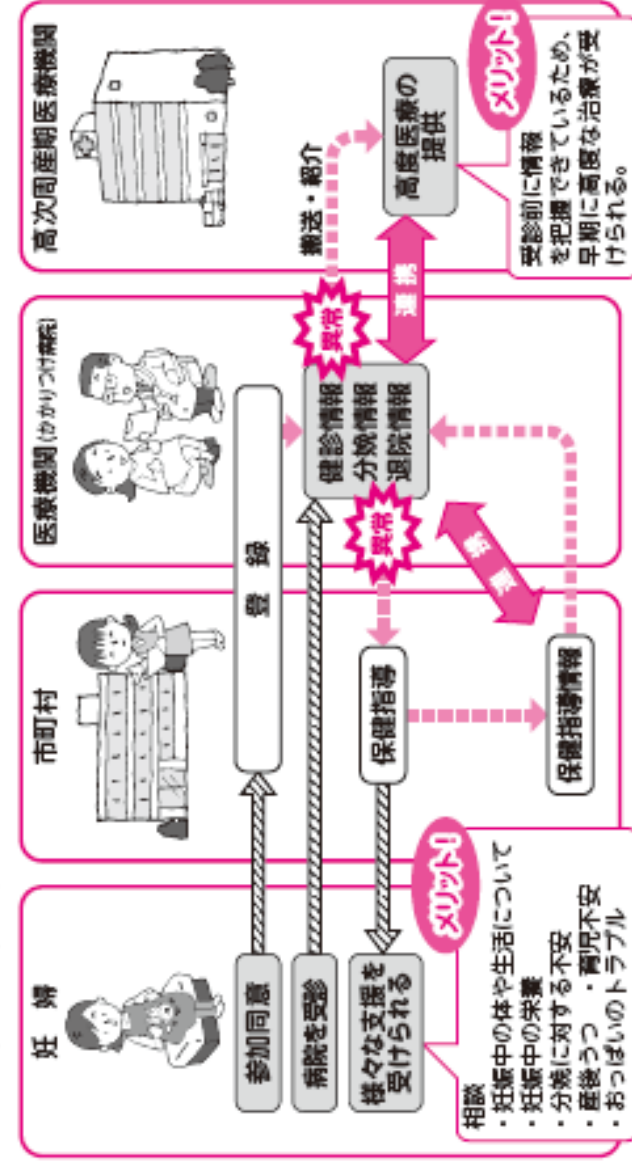
登録するメリットは？

あなたの妊婦健診情報・胎児情報・生まれた赤ちゃんの情報を登録することで、異常が生じた場合には、医療機関同士がリアルタイムに情報のやり取りを行うことで、速やかに質の高い適切な医療を受けることができます。

妊娠から産後まで様々な支援をしてくれる各市町村の保健師と産科医療機関が妊娠中の異常や産後うつ病・育児不安の情報をやりとりし、必要な時期に悩みの相談などの保健指導を受けることができます。

登録申込みの方法は？

市町村または医療機関で登録することができます。あなたの同意のもとで登録を行い、個人のプライバシーは十分に守られます。



いーはとーぶシステムに登録された情報

皆様方からいただいた蓄積されたデータは、匿名化して将来の周産期医療の発展のために解析して用いることがあります。この場合は完全に個人が特定できないようにしておりますので、個人情報流出という心配はありません。

図表3-8 ネットワークづくりの関係者

ネットワークづくりの関係者には下記のような構成員を基本として、各自治体の取り組みの特色や歴史を踏まえて追加，改変し，実効性を持った組織づくりを計画する。

	想定される基本的な構成員	備考
行政機関	☐ 要保護児童対策地域協議会（要対協） ☐ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム推進事業（代表者会議、実務者会議） 構成員 ☐ こども家庭センター ☐ 母子保健所管部署 ☐ 児童福祉（子育て支援）所管部署 ☐ 精神保健福祉所管部署 ☐ 保健所・保健センター ☐ 家庭児童相談室・児童相談所 等	要対協を基盤とする場合などでは，下記も構成員となりえます。 ☐ 社会福祉課， ☐ 福祉事務所， ☐ 教育委員会， ☐ 幼稚園， ☐ 保育園， ☐ 学校， ☐ 警察 等
医療関係者	☐ 産婦人科医 ☐ 小児科医・新生児科医 ☐ 精神科医・心療内科医 ☐ 総合診療医 等 ☐ 助産師 ☐ 看護師 ☐ 訪問看護師 ☐ 心理職 ☐ 社会福祉士 ☐ 精神保健福祉士 等	一般公募、各医療専門職団体からの推薦、実務経験者や学識経験者の指名を組み合わせる他、医療専門職団体の会員全員を登録する方法もあります。
福祉事業者・支援団体	☐ 乳児院 ☐ 母子生活支援施設 ☐ 女性相談支援センター ☐ 産前産後ヘルパー派遣事業者 ☐ 訪問型産後ケア・シッター 等	その他、 ☐ 民生委員・児童委員 ☐ 自治委員（自治会役員） ☐ 当事者団体など地域のボランティア 等

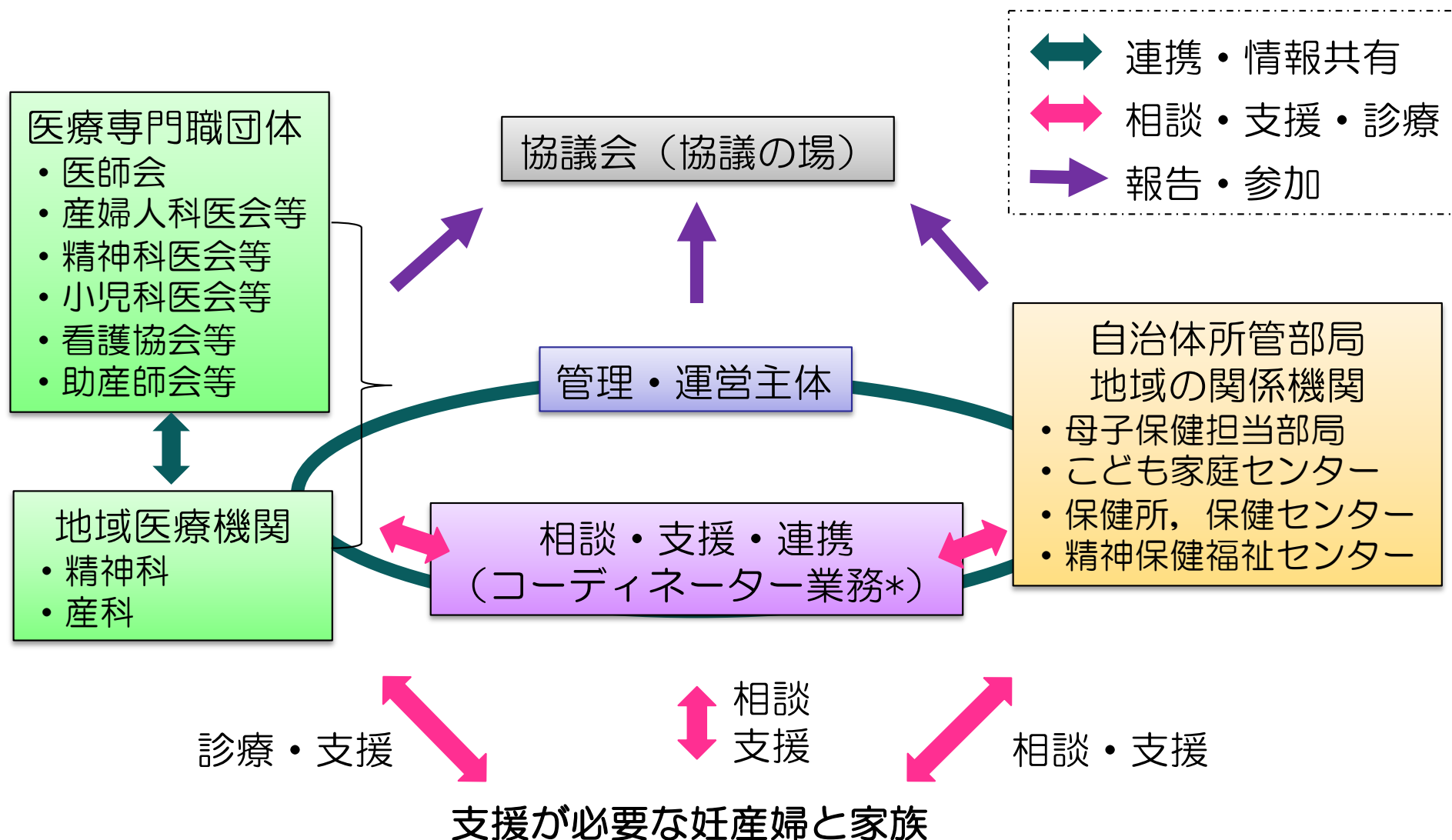
図表3-9 ネットワーク構築に必要な体制と構成メンバーを検討する

以下の4つ（または5つ）の体制を設定する

- ① ネットワークの構築・整備を協議する場
- ② ネットワークの管理・運営を行う体制
- ③ 機関からの相談を受け適切な支援を提案し連携を実施する体制
- ④ 事例検討・研修・人材育成の場
- ⑤（専門職の自治体・医療機関への派遣を行う体制）

	構成員（例）	役務範囲（例）	開催頻度・勤務形態（例）
①協議の場	各関係団体・機関の代表者・自治体所管部署	年次計画，予算決算，人事，体制整備等に関する発案・検討・承認	年に1,2回
②管理・運用体制	自治体所管部署 医療機関コーディネーター 事務業務担当者	協力機関の情報収集と開拓，周知 連携ツールの作成・取得・周知・活用支援	事務，コーディネーターは常時勤務 実務者会議は月に1回程度
③相談・支援提案・連携の体制	保健師・助産師・相談員 ソーシャルワーカー 産科医，精神科医，心理職等	要支援対象の相談窓口 各関連機関との連携 各関連機関の相談窓口	相談窓口は常時勤務
④事例検討・研修・人材育成の場	自治体所管部署 事務業務担当者 研修指導者 アドバイザー 等	事例検討会（ケース会議）の運営や会議の進行、助言 研修会の運営や指導 教育プログラムの作成と実施	事例検討は週1～月1回程度または必要時随時 研修会は年に数回
（⑤専門職の派遣を行う体制）	自治体，医療機関等の心理職，ソーシャルワーカー，助産師・保健師等	メンタルヘルス専門職が人材不足の自治体，医療機関等に出向きアウトリーチ支援を行う	派遣職員は非常勤可 週1～月1回

図表3-10 ネットワークモデルの基本構造



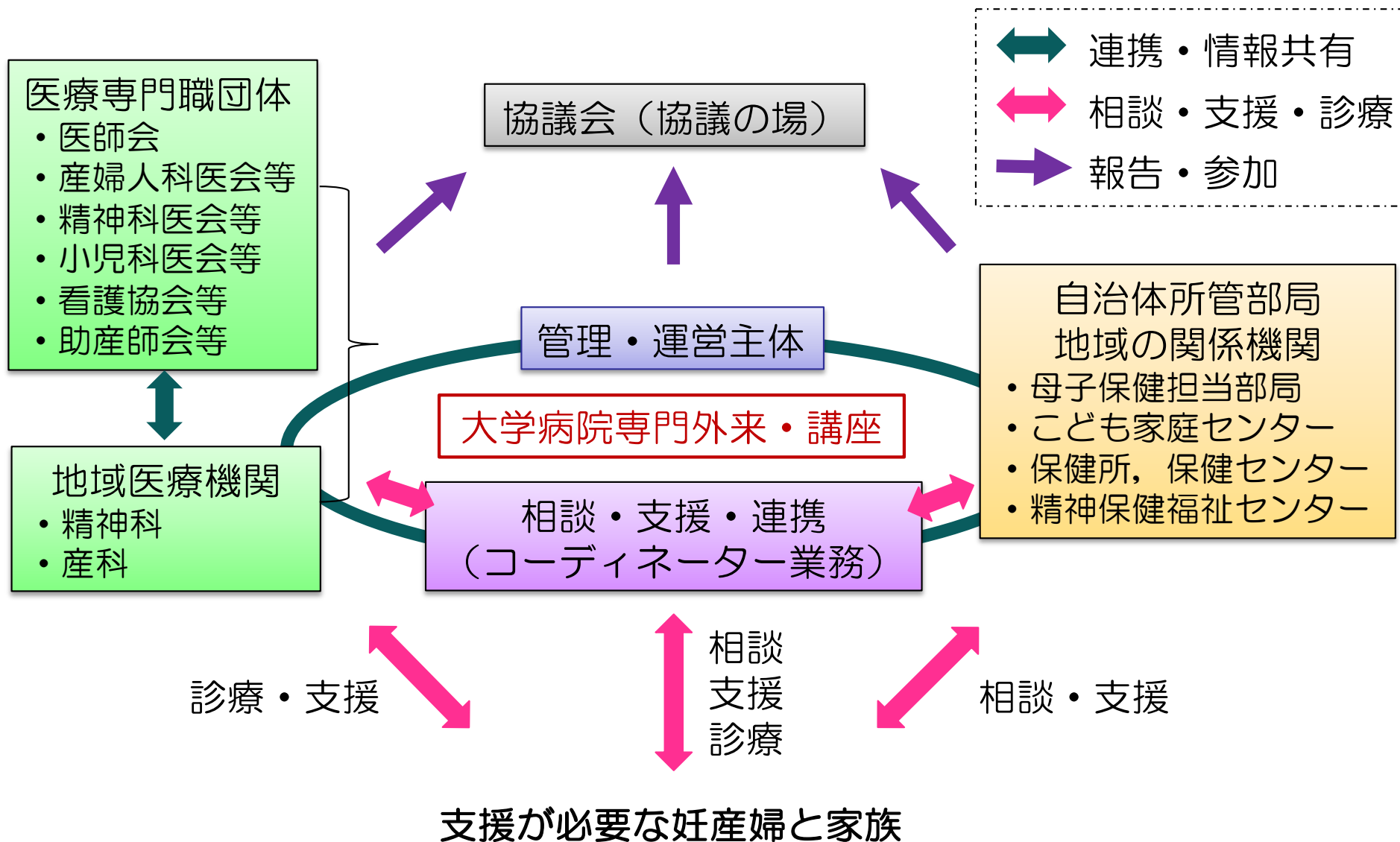
* コーディネーターの役割：機関・施設内外からの相談を受け適切な支援を提案し連携実務の中核となる。
 医療ソーシャルワーカー（MSW），社会福祉士（SW），精神保健福祉士（MHSW/PSW），助産師，
 専門看護師，心理職などの専門職が担う。

図表3-11 母子・精神保健医療ネットワークモデル

モデルタイプ	利点	課題	好事例
A. 大学病院専門講座（外来）モデル	- 自治体側が予算化しやすい（寄付講座） - 施策研究・情報発信 - 産科・小児科等との連携（リエゾン・コンサルテーションの延長） - 包括的な医療支援が可能	- 多職種の雇用が不安定 - 患者の受療アクセス（迅速対応が苦手） - 産後の長期外来診療や入院対応ができない場合がある	長野県（信州大学） 周産期のこころの医学講座 群馬県（群馬大学） 東京科学大学 東北大学 筑波大学等
B. 要対協※モデル ※要保護児童対策地域協議会の略称	- 既存の合議体を活用 - 圏域の産科・小児科・精神科が構成員となる - 個人情報の共有とプライバシー保護可能	- 児童福祉部門が所管することが多く、母子保健と連携した対応が遅れる場合がある - こども家庭センターの設置が進み、両機能の連携は改善しつつある	大分トライアル 久留米トライアル 市原市子育てネウボラセンター
C. 周産期母子医療センターモデル	- 分娩リスク高い妊婦や新生児不応症候群に対応できる施設でメンタルヘルス支援を実施 - 妊産婦にとって相談・受診がしやすい	- 地理的アクセス - 継続的な精神科受療の仕組みを作る必要がある	大阪母子医療センター 妊産婦こころの相談センター 妊産婦こころネット
D. 医療者主体のネットワークモデル	小回りの効く迅速な活動が可能自治体の経費不要（コンテンツの利用のみ）	- 継続性が不安定 - 属人性に偏りがち	ママのメンタルケアネットワークちば等

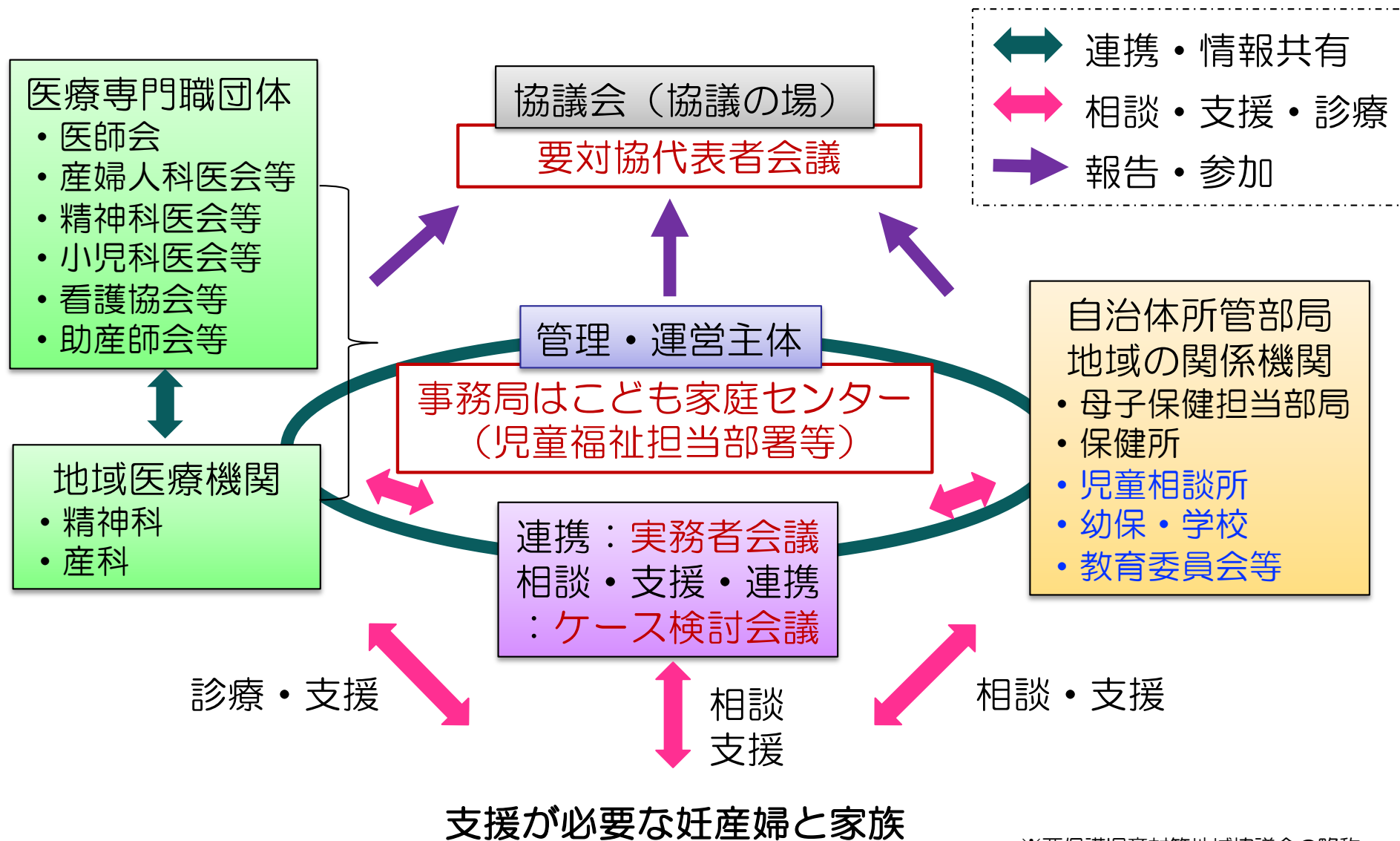
図表3-12 A.大学病院を拠点とした連携モデル

大学病院の専門外来や専門講座等に対して，自治体が事業委託
コーディネーター業務の他，診療や研修，啓発活動，研究を行う



図表3-13 B. 要対協※を核とした連携モデル

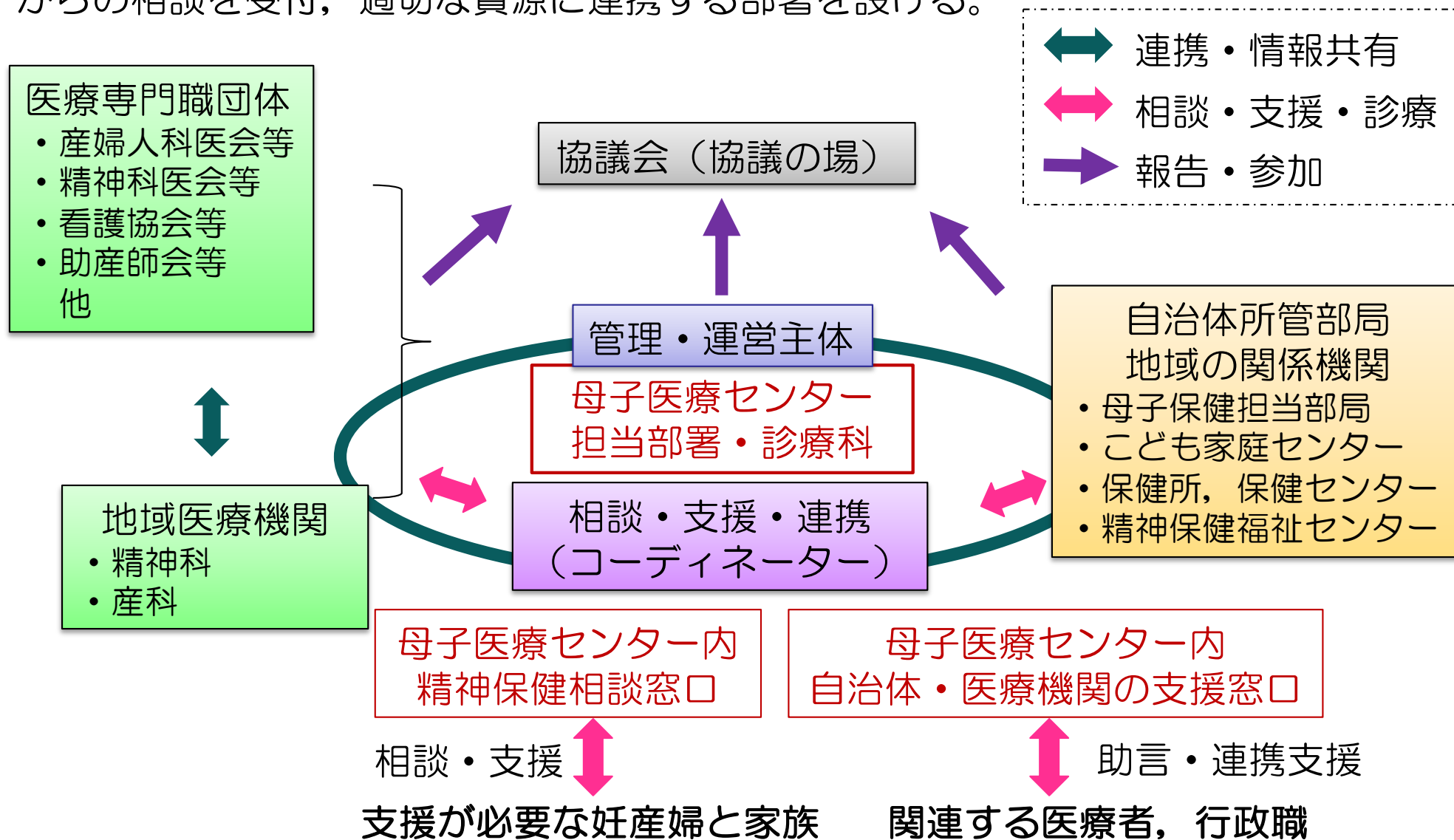
自治体の既存の体制である要対協の構造を用い、圏域内の関連医療職種を多数登録し、当事者情報の保護と共有を円滑に行う仕組み



※要保護児童対策地域協議会の略称

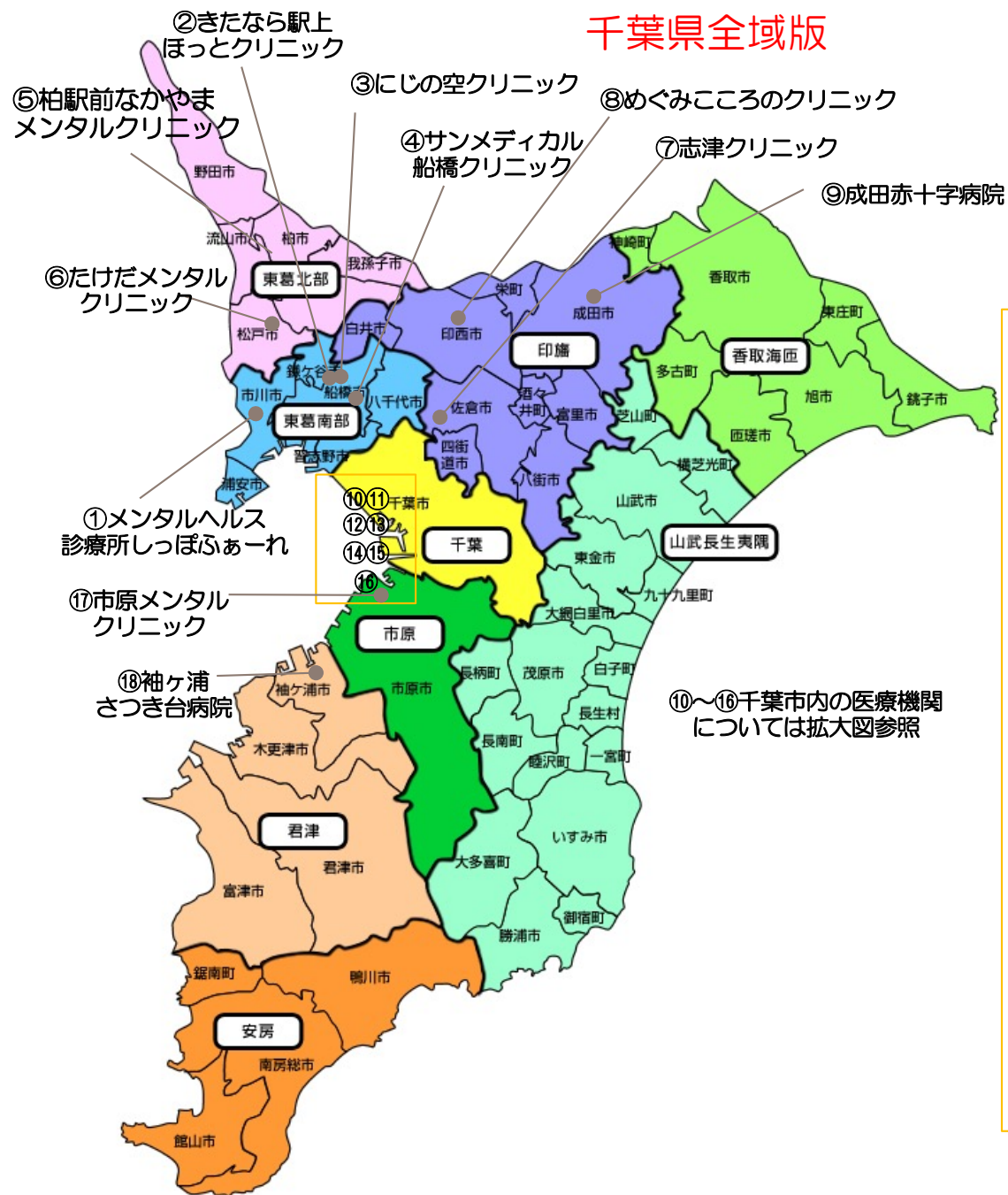
図表3-14 C. 周産期母子医療センターモデル

周産期母子医療センター（主として自治体立）内に，妊産婦・家族など当事者向けの相談支援窓口と，自治体母子保健担当や他医療機関（産科や精神科）からの相談を受付，適切な資源に連携する部署を設ける。

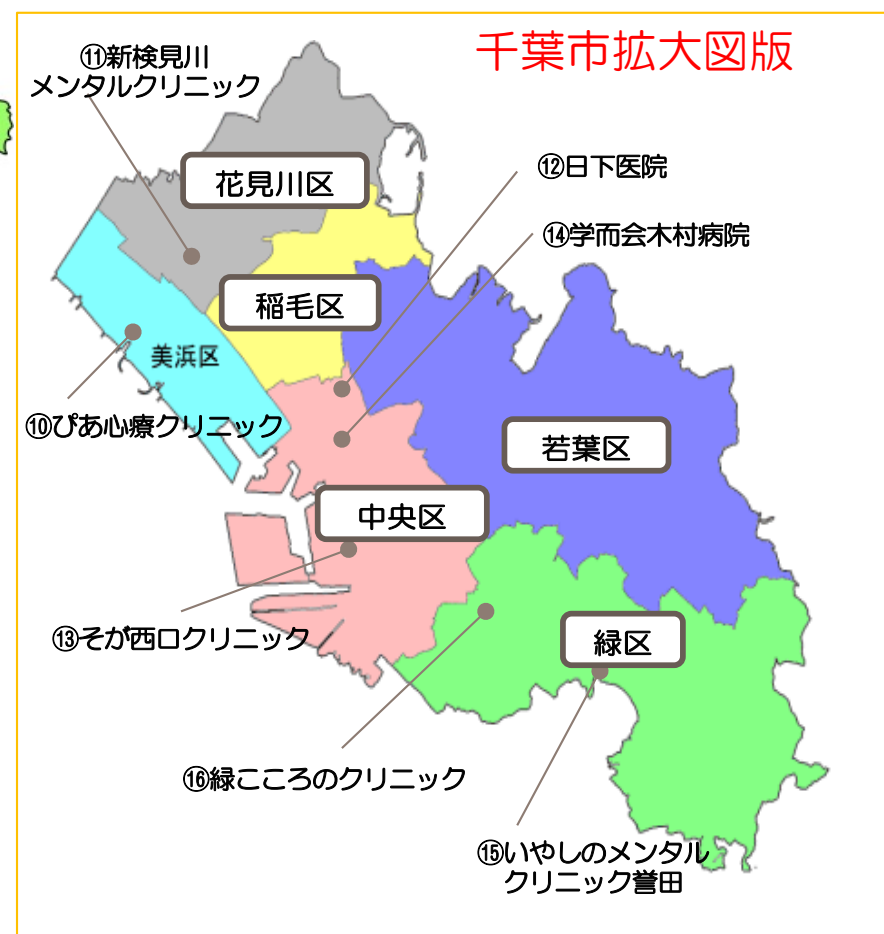


図表4-1 協力精神科医療機関の可視化の例（連携マップ）

：2025年（令和7年）10月1日現在



18精神科医療機関
(15診療所・3病院)



図表4-2 精神科受療の日安表
精神科的緊急度・受療必要度の判断方法の例

	メンタルの不調	緊急性	生活・育児機能低下	母子保健 (保健師等)	精神科 医療機関
I	+	-	-	経過観察 訪問支援 症状再評価	精神保健相談 事例検討会 への参加
II	+	-	+	精神科 受療勧奨	外来診療 任意入院
III	+	+	(+)	精神科救急 情報提供	精神科救急 システム 非自発入院

緊急性の把握

- ①自殺念慮があり対処できない場合
- ②精神病症状（幻覚・妄想・興奮・昏迷など）が急に出現または悪化
- ③まわりの人を傷つけるおそれがある

生活・育児機能の把握

- 軽症：楽しめないまでも育児・家事をこなせる
- 中等症：他者からみても育児・家事に支障あり
- 重症：育児・家事が著しく困難・不能・危険

図表4-3 自治体から精神科医療機関への情報連携票（例）

妊産婦メンタルヘルス 自治体 - 医療連携票

作成日： 年 月 日

宛先：

氏名： 御中・先生・様

差出：（自治体名・部署名）	
担当者氏名：	（職種： ）
担当者連絡先：Tel	Fax
E-mail	

1. 対象者基本情報

氏名（フリガナ）	（ ）
生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	
週数・産後経過	妊娠 週 / 産後 ヶ月（ 第 子）
産科的特記事項	合併症など：
職業：	（ ） ☐ 産休中 ☐ 育休中

2. 紹介の目的・主な症状

【目的】 ☐事例相談 ☐診察依頼 ☐くすりの調整 ☐入院検討 ☐緊急受診希望
☐その他（ ）

【症状】 ☐不眠（☐全く眠れない ☐寝つけない ☐中途覚醒 ☐昼夜逆転 ☐その他）
☐抑うつ ☐不安 ☐精神病症状（幻覚妄想・興奮・昏迷など）
☐その他（ ）

【困りごと】 ☐育児が（☐不安、☐苦痛、☐拒絶）
☐死にたい、消えたい ☐今後の生活の不安 ☐対人関係の不安
☐その他（ ）

3. 客観的評価（スクリーニング）結果

EPDS（エジンバラ）	点 / 30点（うち問10： 点）
うつ、不安の症状評価	☐ PHQ-9： 点 ☐ GAD-2： 点 ☐ GAD-7： 点
その他の評価スケール	（ ）： 点
赤ちゃんへの気持ち質問票	点

4. 緊急性と生活・育児機能

緊急性： ☐あり ① ☐希死（自殺）念慮、☐自傷、☐自殺企図

② ☐急激な精神病症状（幻覚、妄想、興奮、昏迷など）

③ ☐周囲の人を傷つけるおそれ

☐なし

生活・育児機能低下： ☐重度 ☐中等度 ☐軽度 ☐低下なし

5. 社会的背景・既往

・精神科既往： ☐なし ☐あり（病名： / 通院先： ）

・家族支援： ☐あり（夫・実家等） ☐なし（孤立） ☐パートナー不和 ☐DV 疑い

・経済状況： ☐問題なし ☐困窮・不安あり

・自治体支援： ☐訪問実施中 ☐児相連携

・産後ケア利用： ☐宿泊型 ☐訪問型 ☐日帰り型

6. 医療機関へ特に確認・相談したい点

2026年/令和8年度版

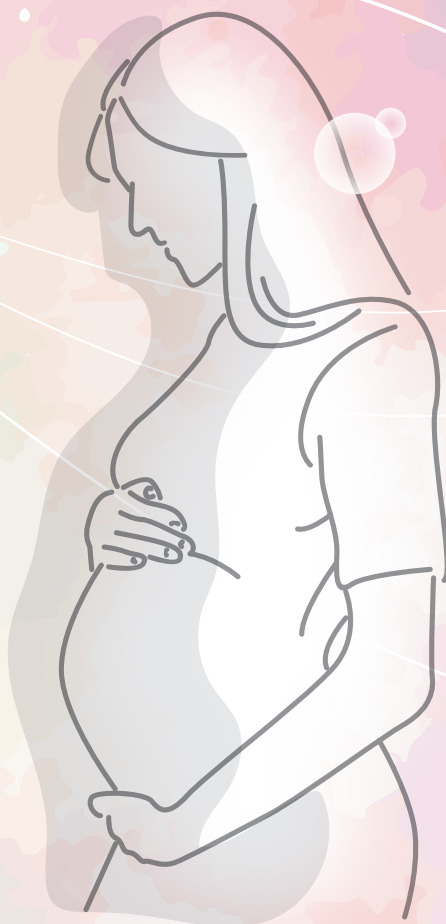
自治体職員のための

全国都道府県/市区町村自治体

母子保健担当者/保健所職員向け

妊産婦メンタルヘルス 連携実践ガイド

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)



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 発行

目次

3 はじめに

4 **I** 妊産婦メンタルヘルスの基礎知識

8 **II** 妊産婦メンタルヘルス
連携の重要性と支援の困難性

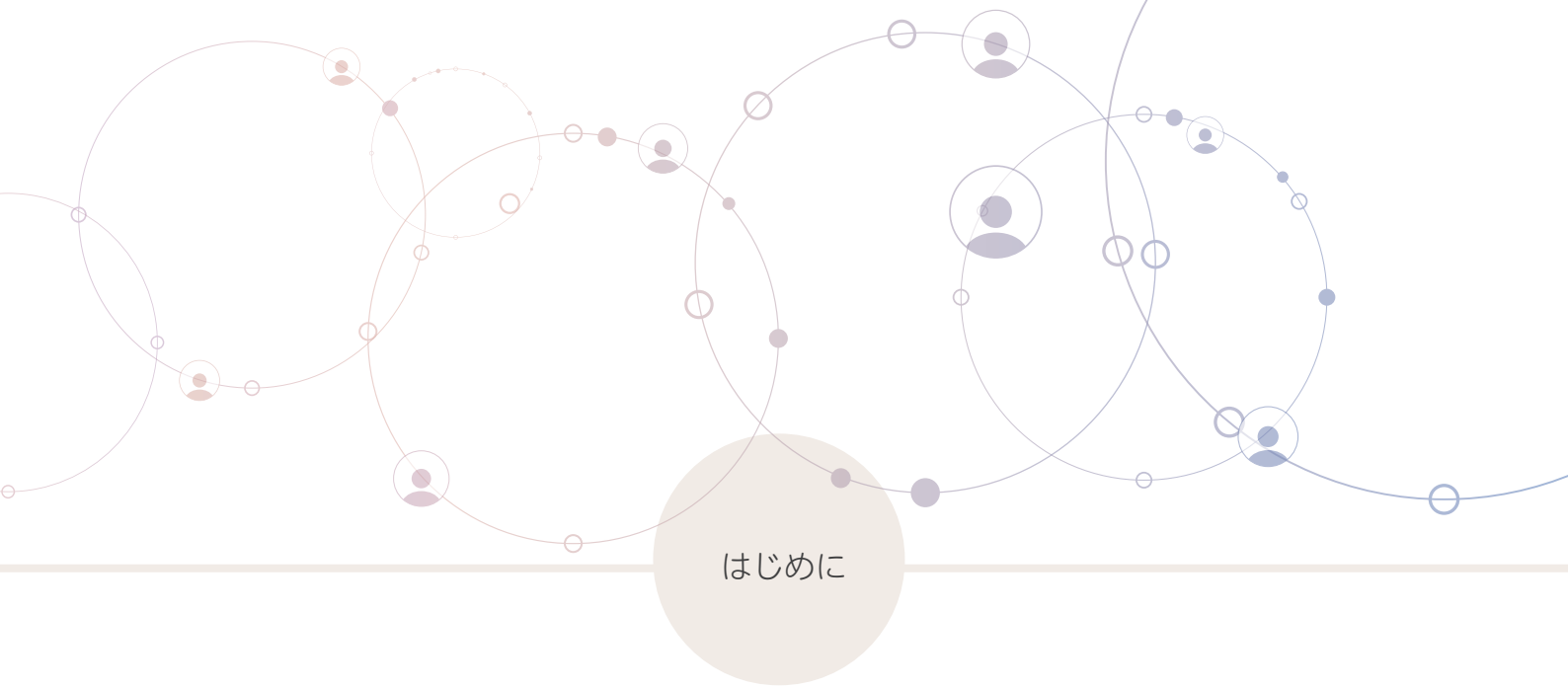
10 **III** わが国の妊産婦メンタルヘルスに関する支援連携の実態
全国自治体所管部署調査結果をふまえて

18 **IV** 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の作り方

28 **V** 連携ツールの作成・活用

32 **VI** まとめにかえて

33 謝辞



はじめに

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す。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ます。

この課題解決のために、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」班では、『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』を目的として、令和6年度～令和7年度にかけて、

- 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研究』
- 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』
- ③『①②の研究をもとに抽出した周産期メンタルヘルス連携に関する好事例自治体へのヒアリング調査』を行い、これらを踏まえて
- ④『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の構築方法』をまとめ、この実践ガイドを作成しました。

支援現場で日々尽力されている保健師、助産師をはじめとした専門職の方々、自治体の施策、事業を所管している行政職の方々にお手にとっていただき、活用いただけますと幸いです。

本ガイドは、左記の5章に分けて解説します。ネットワークの作り方については、複数の好事例自治体のヒアリングを元にモデルを提示していますが、各自治体の組織構成、予算、人員、地域医療資源などを踏まえて、柔軟に改変、組み合わせて施策に実装していただけますようお願い致します。



I

妊産婦メンタルヘルスの基礎知識

図1

メンタルヘルスの観点からみた周産期の変化

1

生理的・身体的変化

女性ホルモン変化
つわり・腹満感・食欲の変化
動悸・むくみ
易疲労感・不眠・過眠
産科合併症
日常活動制約

2

心理的变化

情緒の不安定さ
妊娠・分娩への不安感
育児への不安
他の同胞の養育への影響
パートナー・家族との葛藤

3

生活環境の変化

産休・離職による
社会的立場の消失
家計の収入減・支出増
による経済状態の悪化
転居・家族関係の変化

1 メンタルヘルスの観点から見て、 周産期はどういう時期か？ (図1)

①生理的・身体的変化

妊娠出産、授乳にともなう女性ホルモンの大きな変動は、精神的な変化に大きな影響をもたらします。また、胎児の発育に応じて循環血漿量が増加するために、動悸やむくみも生じやすくなります。つわりや腹満感、食欲の変化などの胃腸系の変化、不眠・過眠といった睡眠の変化など、基本的な生活リズムが崩れやすくなります。そこに妊娠による体重増加や運動の制約、易疲労感などが加わってきます。

②心理的变化

主に女性ホルモンの変動が大きな要因となっていると考えられますが、情緒の乱れが生じやすくなります。また、妊娠・分娩・育児に対しての不安、他の同胞(きょうだい)の養育が思うようにできなくなったりすること、妊娠や育児への価値観の違いなどから、今まで仲の良かった夫やパートナー、親世代でさえも、家族間の葛藤が生じやすくなります。

③生活環境の変化

産休・離職による社会的立場の消失、家計の収入減・支出増による経済状態の悪化、転居・家族関係の変化、例えば急に義父母と同居することになるなど、今までは夫と二人の生活を考えていればよかったところに、子供もできる、義理の両親も一緒に暮らす、あるいは実家に里帰

りしても、他の親類がいるなど、家族関係で気を遣う場面が増えることがあります。

■睡眠不足等の多様なストレス要因

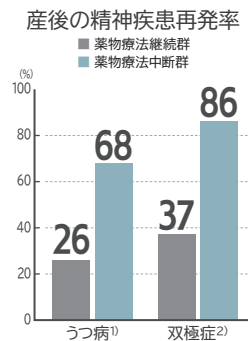
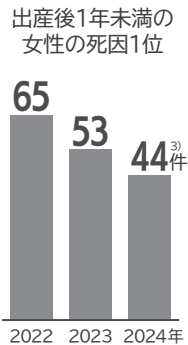
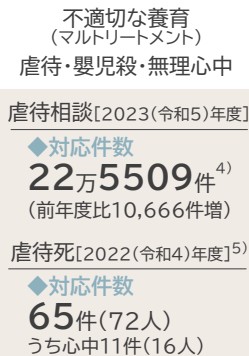
さらには、妊娠出産育児に関するストレス要因が、今まで経験したことのないような大きなものである場合も、メンタルヘルス不調を呈しやすくなります。特に、産後数か月の時期は、2～4時間ごとの授乳が必要であり、6か月頃からは夜泣きにより、夜間の睡眠が十分にとれないことが続きます。産後ケア事業の利用理由で「ゆっくり寝たい」が上位にあることからわかります。長期にわたる睡眠不足は、メンタルヘルスに影響を与えます。様々な産科合併症、多胎妊・出産、児の先天性疾患、死産、最近では生殖補助医療を受ける女性の負担なども考慮が必要となります。

■ストレス対処に関する困難

このような生理的、心理的、社会的変化によって、妊産婦には多くの負荷がかかります。それらに対して人それぞれのストレス対処方法や周囲からのサポートで乗り越えようとしませんが、もともとのストレス対処の力が少ない方(知的発達症や精神疾患のある人)、シングルマザーであったり、実親との関係が悪化していたり、パートナーの協力が得られないなどの周囲のサポートが得られにくい環境にある方、経済的な困窮状態などでは、対処方法が破綻して、妊娠出産育児に関連したさまざまな困りごとが重なり、妊産婦のメンタルヘルスが更に悪化します。

図2

妊産婦メンタルヘルス不調の影響

精神疾患再発リスク
(不安症・周産期うつ等)妊産婦の
自殺リスク児に対する
愛着形成不足・虐待

家庭環境への影響

配偶者・親族との関係悪化



- 1) Cohen LS, et al. : JAMA 295(5) : 499-507, 2006
 2) Viguera AC, et al. : Am J Psychiatry 164(12) : 1817-1824, 2007
 3) 「いのち支える自殺対策推進センター」調査まとめより(2025年7月9日)

- 4) 令和5年度 児童相談所における児童虐待相談対応件数より
 5) こども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第20次報告)の概要より

2 妊産婦メンタルヘルス不調の影響

妊娠期、産後のメンタルヘルス不調は、その人や子ども、家族のウェルビーイング(Well-being)*の低下につながります。

■精神疾患の再発リスク

まず、もともとうつ病や双極症、不安症などの精神疾患を持っている妊産婦の場合は、その再発リスクが高まります。妊娠中、胎児への影響を過度に心配して、自ら服薬を中断してしまうことなどにより、再発率が高まることがありますが、妊娠期、産後の女性ホルモンの変動などによる生理学的な要因や心理的ストレスの増加もあいまって、服薬を継続していても、再発することがある点に留意する必要があります。

■妊産婦の自殺リスク

周産期の精神状態の悪化は、妊産婦の自殺のリスクを高めます。現在我が国の出産後1年未満の女性の死因の1位は自殺です。産科的合併症による死亡が、母子保健医療者の努力で減っている一方で、メンタルヘルス不調への対応が十分でないことが浮き彫りになっています。

■育児機能の低下と子どもへの影響

また、日常生活機能、育児機能の低下に直結し、対人関係の悪化をもたらし、児に対する愛着形成不全や不適切な養育(マルトリートメント)、虐待などにもつながります。我が国の年度虐待相談対応件数は、右肩上がりで増加し、2023(令和5)年度は225,000件を超えており、大きな社会問題として、喫緊の解決が求められています。

このような痛ましい結果に至らないまでも、妊産婦のメンタルヘルス不調を契機に、配偶者や親族との関係悪化や離婚、失職などを余儀なくされる場合もあります。小さな子どもを抱えて、より不安定な経済生活やセーフティーネットの乏しい生活環境に陥ることもまれではありません。

※ウェルビーイング(Well-being)

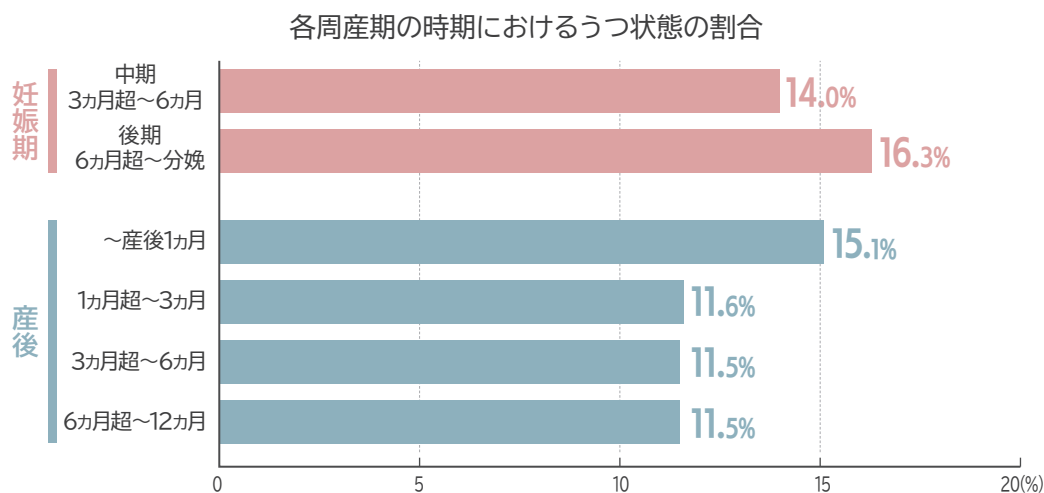
世界保健機関(WHO)憲章の前文にある「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態(well-being)にあること」を指します。

I

妊産婦メンタルヘルスの基礎知識

図3

日本の妊産婦のメンタルヘルス不調の割合



海外を含む複数の研究を統合した分析では、出産後1ヵ月時点で、約7人に1人に産後うつ病がみられると報告されています。

※63本の研究(計108,431人)を対象としたメタ解析による
産後うつ病有病率(産後1ヵ月時点)14.3%(95%信頼区間 13.2-15.4%)

Tokumitsu K, Sugawara N, Maruo K, et al.: Prevalence of perinatal depression among Japanese women: a meta-analysis. Ann Gen Psychiatry 19: 41, 2020

3 日本の妊産婦のメンタルヘルス不調者の割合

妊産婦のメンタルヘルス不調者の割合については、主にうつ状態と不安状態の報告が中心であり、すべてのメンタルヘルス不調者の割合を反映したものではないことに注意が必要です。また、妊娠期や産後の時期によっても結果が異なります。さらには、もともと精神疾患を併存している妊産婦を含めての数なのか、それとも周産期に新たに不調を生じた人のみをカウントしているのかによっても数値が変わります。

■エジンバラ産後うつ病自己調査票(EPDS)

既報のデータでは、主にエジンバラ産後うつ病自己調査票(EPDS)の結果から割合を示している報告が多いのですが、EPDSは純粋なうつ病・うつ状態のみでなく、不安状態もピックアップすることがあります。そのため、EPDS

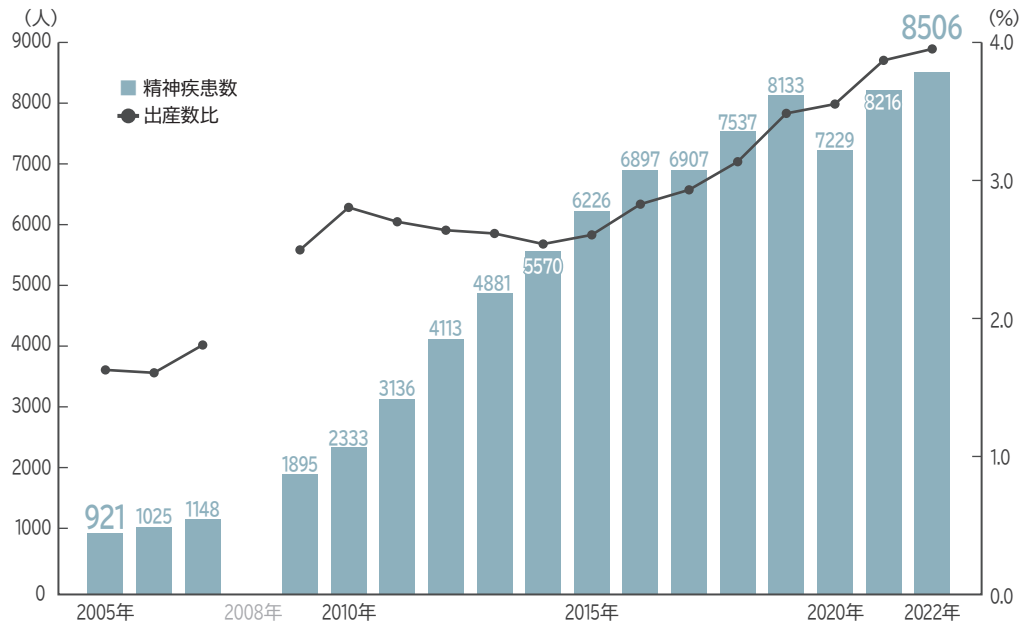
のスクリーニングで区分点9点以上として要支援対象となったということは、その時点でのうつ・不安状態のいずれかをピックアップしたということに他なりません。

■日本の妊産婦におけるうつ状態の割合

これらの背景に注意しながら、日本の妊産婦を対象とした63本の研究(108,431人)のメタ解析のデータを参照すると、産後1ヵ月時点における産後うつ病有病率は14.3%(95%信頼区間 13.2-15.4%)と示されています。また、各周産期の時期におけるうつ状態の割合を見てみると、妊娠期にも約15%前後のうつ状態の妊婦がピックアップされ、産後うつと同等以上の割合で、うつ状態に陥っている妊婦がいることもわかりました(図3)。

図4

年度別母体基礎疾患内訳からみる精神疾患率の推移



文献)日本産科婦人科学会周産期委員会委員会報告(平成17年度～令和5年度)より
(2008年度については基礎疾患別表なしのため省略、また、出産数比の%表示については複数回答可のため参考値)

一方で、もともと精神疾患を有する妊婦の割合はどれくらいでしょうか？

■精神疾患併存妊婦の割合

日本産科婦人科学会周産期委員会報告によれば、母体基礎疾患における精神疾患の割合はほぼ右肩上がりが増加し、2005(平成17)年度は登録数(出産数)56,671件中921人でしたが、2022(令和4)年度統計では、215,562件中8,506人と増え、基礎疾患全体での順位も7位から4位に上昇しています。

基礎疾患を複数併存する場合もあるので参考値にはなりますが、出産数比で約4%の妊婦に精神疾患が併存していることが推測されます(図4)。

整理すると、妊産婦の約15%にうつ状態を主とするメンタルヘルス不調者がいること、妊婦の約4%に精神疾患が併存していることがわかりました。

■自治体における支援対象者数を考える目安

これらの割合は、自治体の母子保健所管部署が、自治体内、あるいは保健医療圏域内で1年間にどれくらいのメンタルヘルス不調の妊産婦を支援する必要があるかを概算する目安になります。

たとえば、年間1,000人の妊娠届や出産がある圏域であれば、そのうちの150人程度がメンタルヘルス支援を必要とするかもしれないということになります。

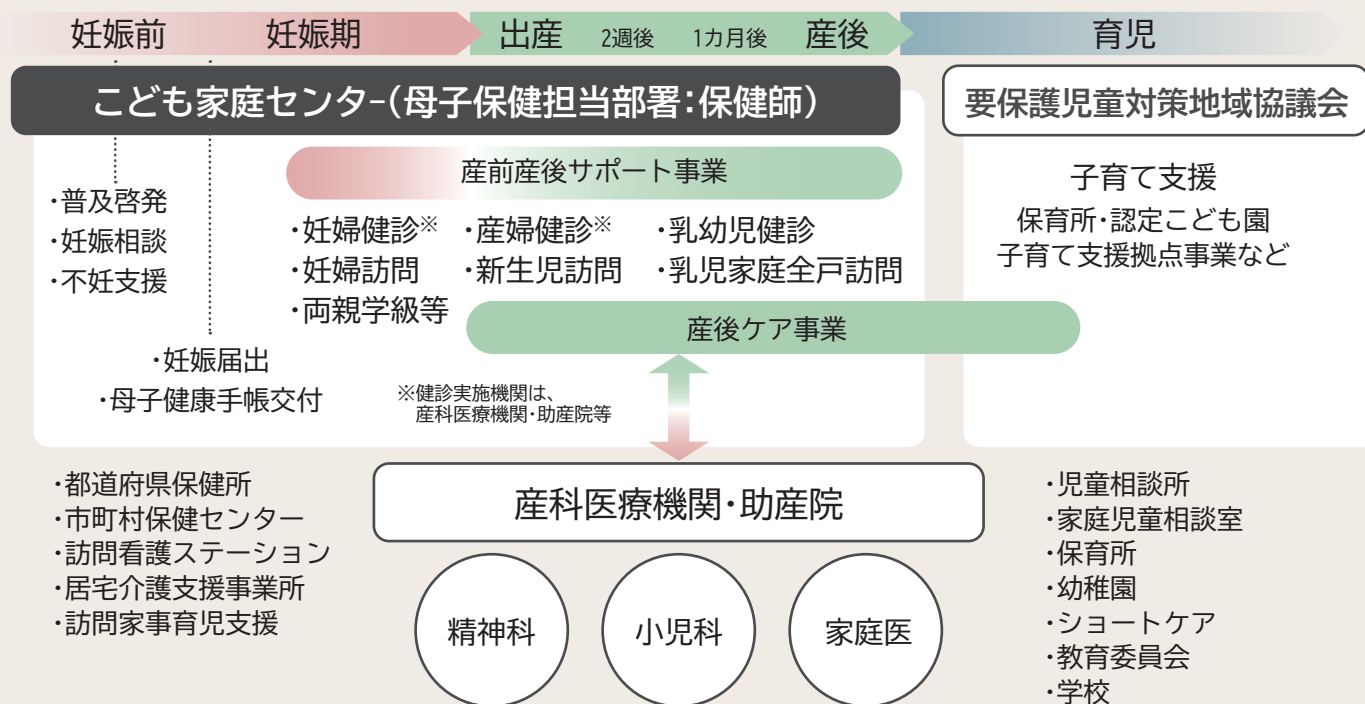
II

妊産婦メンタルヘルス 連携の重要性と支援の困難性

図5

母子保健－精神保健連携 [2024(令和6)年度～]

こども家庭センター(母子保健機能)を拠点として、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援の体制を確保し、誰ひとり取り残すことなく妊産婦に対し、安心・安全で健やかな妊娠・出産、産後をサポート



渡邊博幸:精神科治療学34(3), 293-299, 2019を加筆

Iで示したように、妊産婦のメンタルヘルス課題は、生理的・心理的・社会的な複合困難が複雑に絡んでいますので、一つの専門領域だけでは、包括的な支援は不可能です。迅速かつ実効性のある支援を行うためには母子、小児、精神それぞれの保健・医療・福祉の専門領域の連携や協働が必須です(図5)。

しかし、現実には、妊産婦メンタルヘルス連携はスムーズに実装されているとはいえません。この連携の困難さの要因には、次に挙げる3つの連携不全があると考えます(図6)。

①精神医療・保健と周産期医療・母子保健

双方の専門性の違い

もともと人事・業務交流の少ない医療・行政・福祉職との円滑な連携を構築しなければなりません。しかし、精神科と産科、都道府県単位で行う精神保健と市町村単位で行う母子保健との考え方の違いが生じやすいのです。

②時間軸上の連携不全

— 妊娠から育児までの「支援の分断」

妊娠から育児までの医療・地域保健的な支援は、短期間のリレーになりやすく、情報連携や支援者の一貫性が保ちにくいという課題があります。

■精神科通院中の妊娠における典型的な経過

典型的な例を挙げましょう。

精神科通院あるいは向精神薬を服用中の女性が妊娠した場合、初診した産科医療機関から、精神科を有する一般病院の産科での妊娠・分娩管理を奨められることがあります。

また、それに応じて、かかりつけの精神科医療機関からも、当該の一般病院精神科に紹介されることになります。

受診先を一カ所にまとめられ、患者に配慮した診療連携に思えるのですが、注意すべき点もあります。

図6

周産期メンタルヘルス連携はなぜ困難か？

3つの連携不全要因

専門性

人事交流の少ない
医療／行政／福祉職
・精神科・産科
・精神保健(都道府県)
・母子保健(市町村)

時間軸

支援が
細切れのリレーに
なりやすい



空間軸

要支援者(母児・家族)が
移動する
中心となる支援機関が
定まりにくい
複数の自治体を
またぐことも



妊娠

出産

①精神科(かかりつけ)
近医産婦人科

②総合病院
精神科
産婦人科

③新生児科

①精神科
②精神科
地域保健
(多圏域)

渡邊博幸:精神科治療学32(6); 719-722, 2017.

■転医に伴う負担とリスク

住居地によっては、産科と精神科両方の診療科を持つ病院までの交通アクセスが悪く、片道2時間以上もかけて紹介先に通院することもあります。妊娠週数が進む中で、受診自体が母胎に大変な負担となります。

また、精神科薬物治療の面からは、妊娠に対応した薬剤整理も中途半端のまま転医となり、急な処方中断による離脱症状や、症状再燃に至る場合があります。

■出産後に生じやすい情報断絶

さらに、出産後は、前医あるいは、里帰り先の居住地近傍の精神科に再紹介となり、短期の診療のバトンリレーによって、妊娠・出産時の本人の言動や行動、症状変化、児への養育能力、家族との関係変化などの重要な情報の伝達が途絶えてしまうことになります。

③空間軸上の連携不全要因

医療拠点の偏在や妊産婦の生活圏の移動(里帰り出産・育児)があると、担当者が互いに遠く離れており、支援のベースキャンプをどこに置くか定めに難しくなります。複数の自治体をまたぐような場合は特に注意を要するでしょう。また、転居先で母親が精神科受療を中断してしまうことも稀ではありません。実際子育てに翻弄されて、新しい精神科診療施設を受診できないということもあるでしょう。

これらの連携不全を克服して、迅速かつ効果的な支援を行うための仕組みをつくる必要があります。

III

わが国の妊産婦メンタルヘルスに関する支援連携の実態 全国自治体所管部署調査結果をふまえて

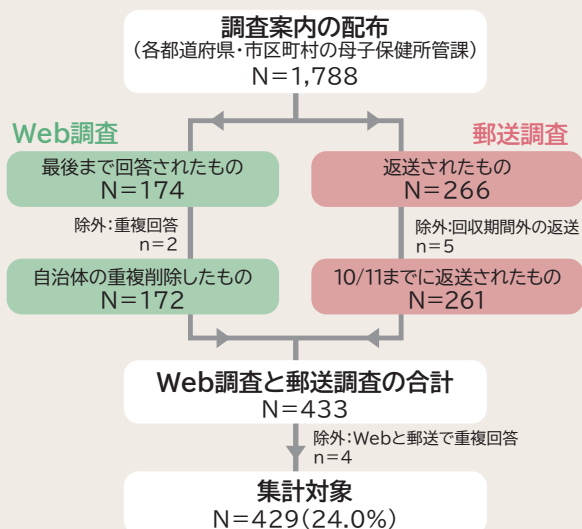
図7 自治体アンケート調査[2024(令和6)年]

2024年9月～10月にかけて、全国の都道府県47カ所および市区町村1,741カ所の母子保健担当部署を対象に自記式調査を実施。

都道府県 33件(回収率70.2%)
市区町村396件(回収率22.7%)

の回答をもとに統計解析(IBM SPSS Statistics 30)

大問	内容(妊産婦のメンタルヘルスに関する)
I	自治体-精神科医療連携の課題
II	必要と考える取り組み
III	自治体-精神科医療連携の実施状況
IV	連携体制
V	連携の実施実績(2023(令和5)年度)
VI	自治体から精神科医療機関への情報提供の状況(市区町村)
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	『ネットワーク構築事業』の実施状況(都道府県)
X	その他意見



研究班では、自治体と精神科医療との連携の実情と課題を把握し、適切なネットワーク構築の基礎資料とするために、2024(令和6)年に全国の都道府県47カ所および市区町村1,741カ所の母子保健担当部署を対象として、10の大項目について、アンケート調査を行いました(図7)。その結果429カ所(都道府県33カ所[70.2%]、市区町村396カ所[22.7%])からの回答を元に、統計解析を行い、図表にしました。以下にその結果の概略を示します。



図8 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体-精神科
(都道府県+市区町村合算)
各質問項目に「課題である」とした回答数に(2点)、「大きな課題である」に(3点)

課題(重み付け加算)
都道府県と市区町村
合算 N=429

当事者・家族の精神科受療の承諾	200
圏域内の精神科医療機関の不足	150
対応する自治体職員(保健師等)不足	100
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	100
紹介してから初診までに時間がかかる	100
自治体職員に専門的知識や技術が足りない	100
自治体職員が専門的知識や技術を得る機会が少ない	100
どのような症状で精神科に受療勧奨すべきかわからない	100
どこの精神科に紹介可能かわからない	100
受療後の情報共有が不十分	100
医療機関の心理職の関わりの不足	100
医療機関の精神保健福祉士の関わりの不足	100
精神科医が会議に参加困難	100
精神科医の診療協力が得られない	100

1 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(図8、9)

■自治体職員共通で感じている課題

自治体職員が困難と感じている課題は、都道府県、市区町村とも同じような結果となりました。両者を合算して1位から並べると、「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」「対応する自治体職員(保健師等)不足」「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」「紹介してから初診までに時間がかかる」の順でした(図8)。

■都道府県のみ結果

「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カ所66.7%)でした(図9)。

■市区町村の結果

「当事者・家族の精神科受療の承諾」(308カ所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カ所70.2%)、「圏域内の精神科医療機関の不足」(274カ所69.2%)の順です(図9)。

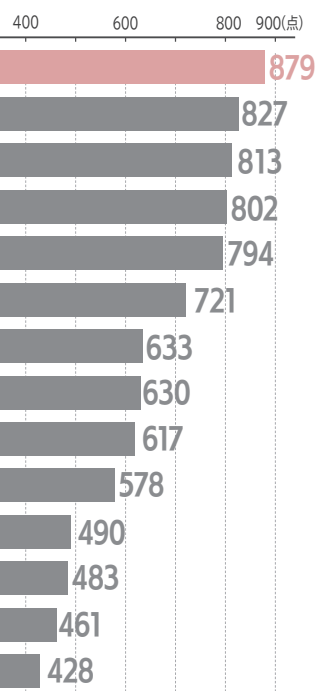
母子保健内の様々な事業で、妊産婦のメンタルヘルス不調をピックアップできても、それを精神科受療につなげることが難しいことが浮き彫りになった結果でした。

医療連携の課題

図9

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

を乗じて重み付け加算した総点



各質問項目に「課題である」+「大きな課題である」と回答した割合

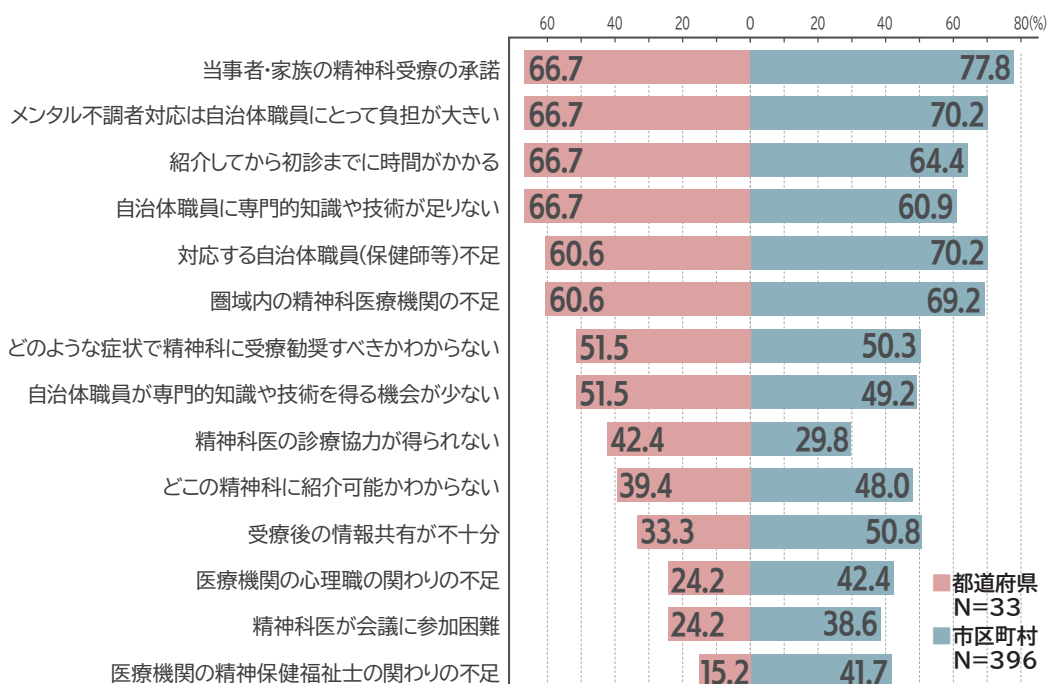
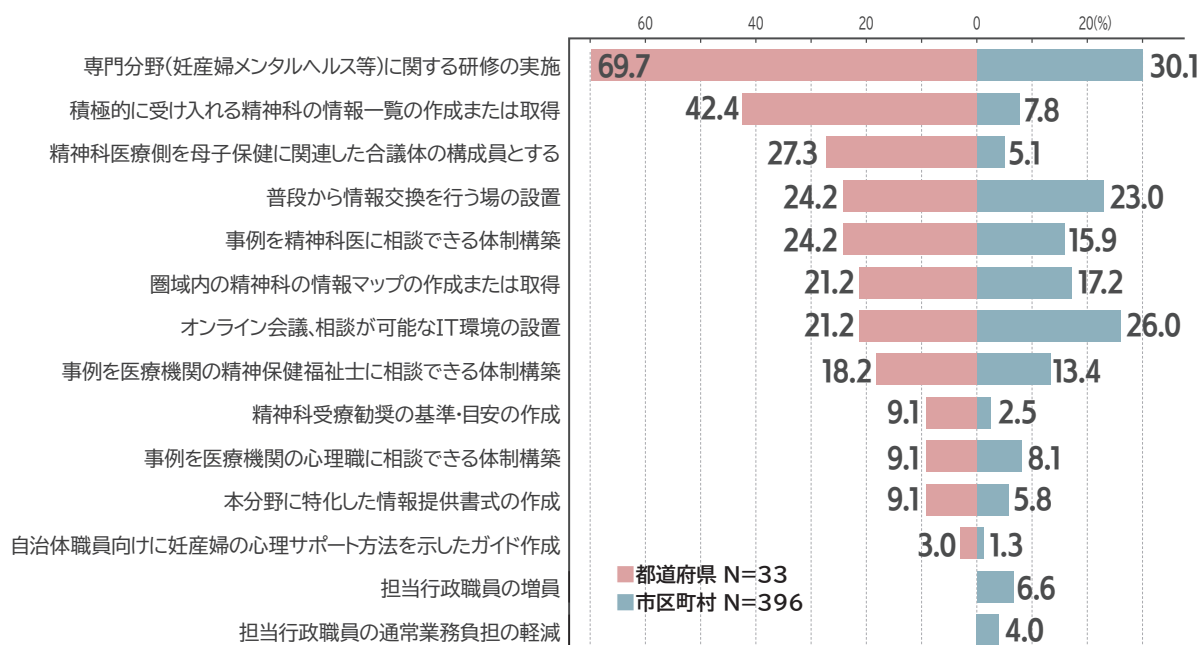


図7 図8 図9 厚生労働科学研究成果データベース:「妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究」令和6年度研究報告書より作成

III

わが国の妊産婦メンタルヘルスに関する支援連携の実態 全国自治体所管部署調査結果をふまえて

図10 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 [2024(令和6)年3月末時点]



厚生労働科学研究成果データベース:「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」令和6年度研究報告書より作成

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

■都道府県での結果

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」「妊産婦を積極的に受け入れる精神科の情報」(いずれも32カ所97.0%)、「事例を精神科医に相談できる体制」(29カ所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カ所84.8%)の順でした。

■市区町村の結果

市区町村では、「妊産婦を積極的に受け入れる精神科の情報」(369カ所93.2%)、「圏域内の精神科の情報」(352カ所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カ所87.1%)でした。

これらの結果から、自治体では、圏域内で、母子保健側からつなげるための精神科医療資源の情報をもとめていること、妊産婦メンタルヘルスに関する知識の向上を求めていることが見てとれます。

3 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 (図10)

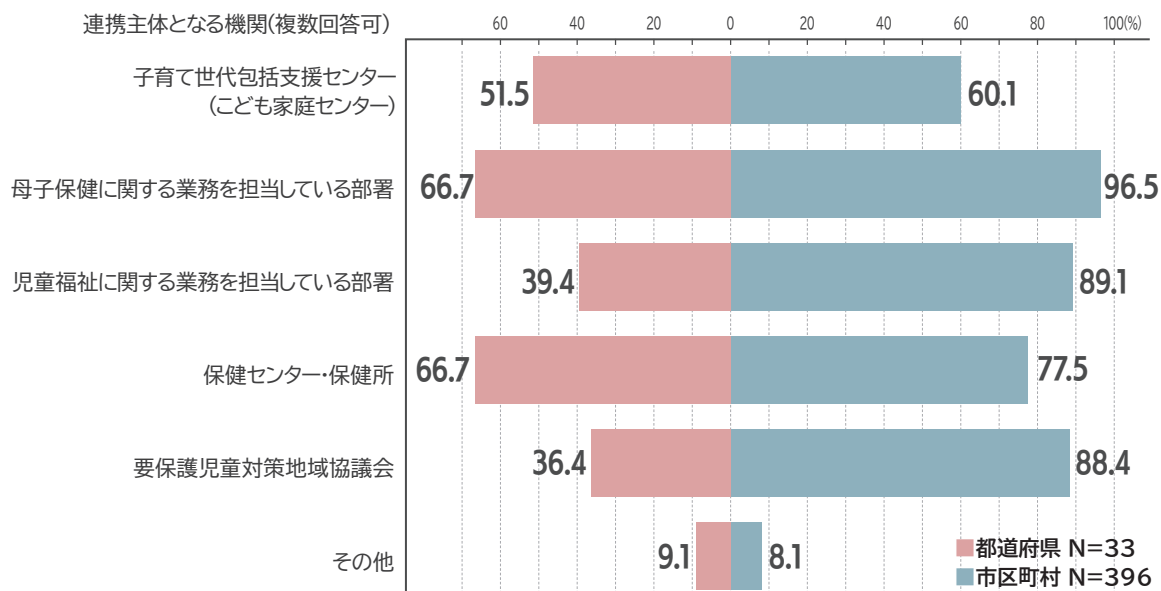
2024(令和6)年3月末時点での、連携の実施状況については、都道府県と市区町村で回答に違いが見られました。

■都道府県での結果

都道府県での実施状況は、「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カ所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カ所42.4%)の順でした(図10)。

図11

連携体制の主体(管理・所管)となる機関について



厚生労働科学研究成果データベース:「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」令和6年度研究報告書より作成

■市区町村の結果

市区町村での実施状況は、「専門分野(妊産婦メンタルヘルス等)に関する研修」(119カ所30.1%)、「オンライン会議、相談が可能なIT環境の設置」(103カ所26.0%)、「普段から情報交換を行う場の設置」(91カ所23.0%)の順でした(図10)が、都道府県と比べて実施自治体が3分の1に満たない実情が明らかとなりました。

■都道府県、市区町村共通の状況

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りました。

4 連携体制の主体(管理・所管)となる機関について(図11)

■都道府県のみ結果

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カ所(66.7%)と最多でした(図11)。子育て世代包括支援センター(こども家庭センター)は、17カ所(51.5%)と半数以上の都道府県で、連携の主体を担っていました。

■市区町村の結果

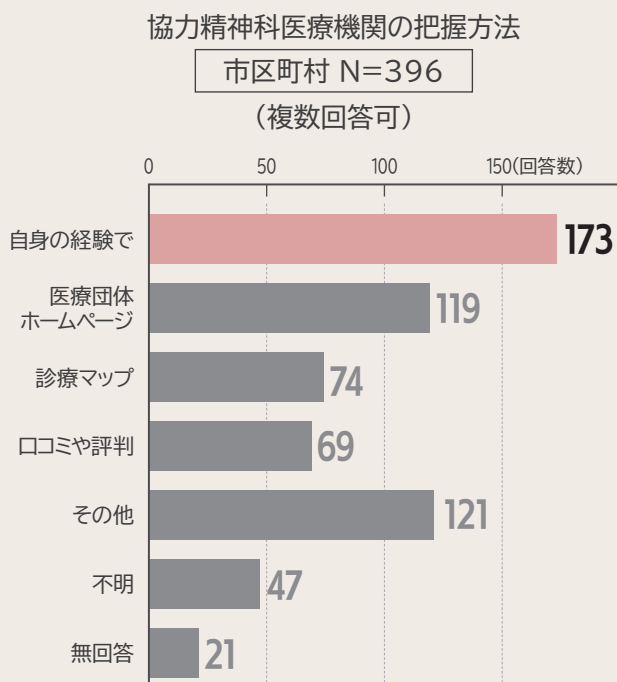
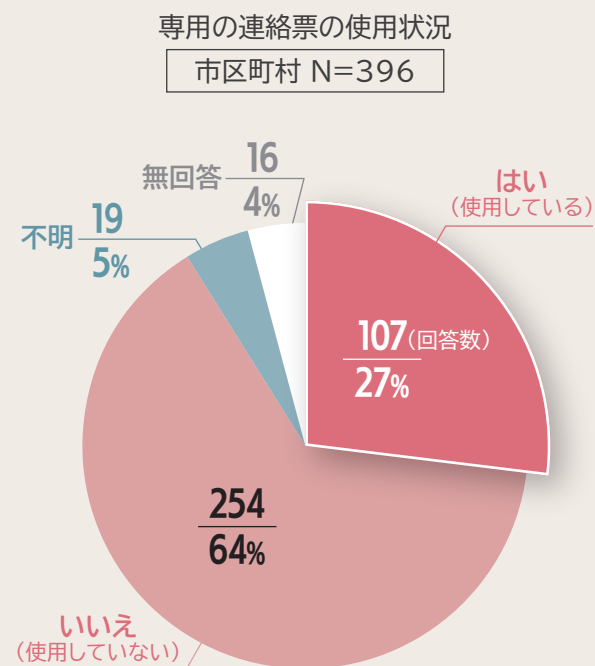
市区町村では「母子保健に関する業務を担当している部署」が382カ所(96.5%)と最多で、「児童福祉に関する業務を担当している部署」353カ所(89.1%)、「要保護児童対策地域協議会(以下、「要対協」という。)」350カ所(88.4%)と続きました(図11)。子育て世代包括支援センター(こども家庭センター)は238自治体(60.1%)と6割の自治体で、連携体制の主体となっていました。

III

わが国の妊産婦メンタルヘルスに関する支援連携の実態 全国自治体所管部署調査結果をふまえて

図12

市区町村と精神科医療機関の連携方法



厚生労働科学研究成果データベース:「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」令和6年度研究報告書より作成

複数回答を可としていることから、自治体によっては複数力所の部署で、連携体制の主体を担っていることが示唆されます。複数の連携の窓口があり、漏れのない支援が考慮されているとも言える反面、ワンストップ拠点が定まらず、円滑な情報の発受や連携調整が難しくなるリスクを孕んでいる可能性があります。将来的には、こども家庭センターにこれらの機能を集約していくことが望ましいと言えるでしょう。

■市区町村における連携の担い手と要対協の可能性

また、市区町村においては、既存組織として、要対協が連携体制の主体を担っている回答も多く見られました。児童福祉のみならず、特定妊婦等も対象としうる合議・検討の場として、既存の組織である要対協を発展的に活用することも、人的資源の少ない自治体などでは、検討できるでしょう。

5 市区町村と精神科医療機関の連携方法について (図12)

市区町村へのアンケートからは、母子保健側から精神科医療機関への連携方法の実情が明らかとなりました。

①母子保健

母子保健側の情報提供主体として、困難事例対応職員の活用について質問したところ、「困難事例対応職員を設置していない」が154カ所(38.9%)と最多で、「困難事例対応職員が実施している」のは68カ所(17.2%)でした。その他として、「保健師」や「地区担当」などが担当するとの回答が19カ所(4.8%)からありました。

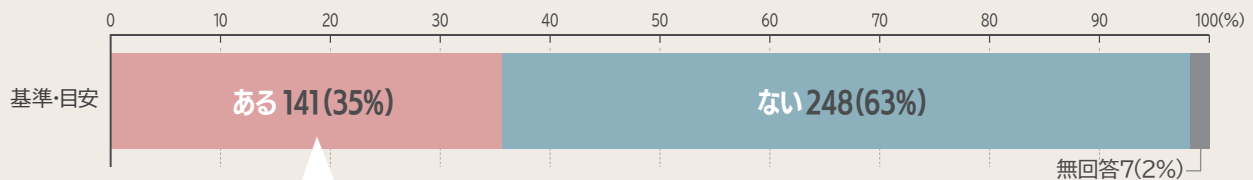
②医療機関

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カ所(51.5%)、「看護師」195カ所(49.2%)の順でした。

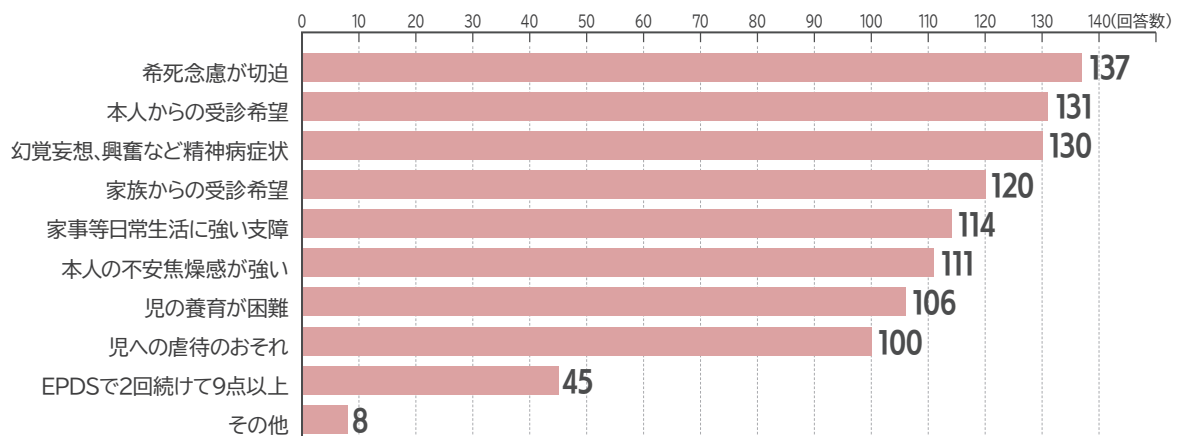
図13

市区町村における精神科受診を勧める基準・目安

市区町村調査の結果：N=396



勧奨基準が『ある』と答えた自治体における勧奨の目安(複数回答可)



厚生労働科学研究成果データベース：「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」令和6年度研究報告書より作成

③市区町村

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カ所(32.1%)と最多で、1週間以内で行う市区町村が6割を超えていました。しかし「不定」との回答も29.0%ありました。

④情報提供の方法

「電話」が354カ所(89.4%)と最多で、続いて「文書等」が125カ所(31.6%)でした。

⑤専用連絡票の使用状況

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%でした。

協力精神科医療機関の把握方法は、「自身の経験で」が173カ所(43.7%)と最多、続いて「医療団体ホームページ」が119カ所(30.1%)、診療マップが74カ所(18.7%)の順でした。自身の経験で精神科医療機関を探さなくてはならない実情が浮き彫りとなりました。支援が保健師等の母子保健側職員の属人性によってしまい、過重な労働負担となる要因となりうることが示唆されます。

6 精神科受診を勧める基準・目安について(図13)

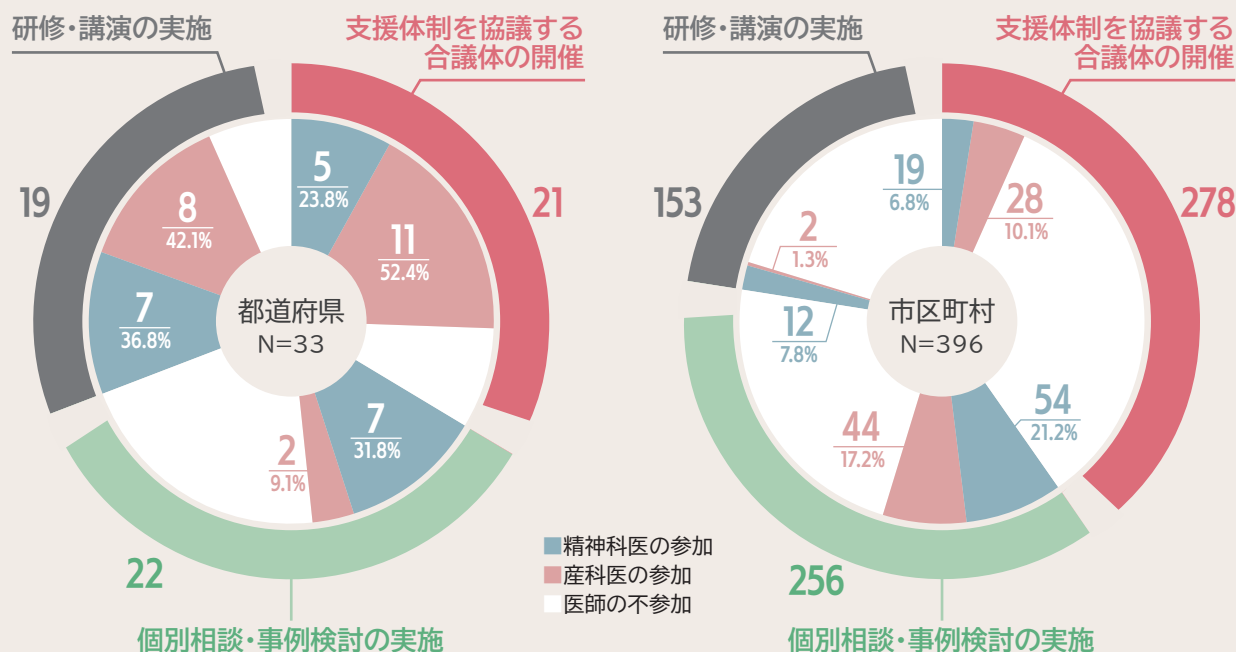
「ある」と回答した市区町村は396カ所中141カ所(35.6%)でした(図13)。その141カ所のうち、具体的な基準・目安としては「希死念慮が切迫している場合」が137カ所(97.2%)と最多で、「本人からの受診希望がある場合」が131カ所(92.9%)、「幻覚妄想、興奮など精神病的症状が出ている場合」が130カ所(92.2%)の順でした。「日常生活に強い支障が出ている場合」は114カ所(80.9%)、「養育困難」が106カ所(75.2%)、「虐待の恐れがある場合」が100カ所(70.9%)と、当事者の生活・育児機能を基準とすることも示されました(図13)。

III

わが国の妊産婦メンタルヘルスに関する支援連携の実態 全国自治体所管部署調査結果をふまえて

図14

連携事業の実施状況と精神科医の参加率 [2023(令和5)年]



※円グラフは各事業を実施している自治体における精神科医・産科医の参加状況の内訳を示す

厚生労働科学研究成果データベース:「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」令和6年度研究報告書より作成

7 連携事業の実施状況と精神科医の参加率(2025(令和5)年度)(図14)

2025(令和5)年度の都道府県と市区町村における妊産婦メンタルヘルス連携にかかわる事業の実施状況と、精神科医の参加率を図14に示しました。

都道府県では、精神科医の参加率が約24%~37%あるのに対して、市区町村では約7%~20%にとどまっていることが示されました。とくに『支援体制を協議する合議体』への参加が精神科医では少ないことが目立ちます。

妊産婦のメンタルヘルス支援体制を協議する場に、精神科医がいないこと、特に市区町村では人員を当てるのが困難なことが見てとれます。



図15

市区町村自治体所管部署の連携困難課題解決のための取り組み一覧(抜粋)

連携課題と実施内容に関連性がある組み合わせをピックアップしてまとめた一覧表

連携(困難)課題	合議体・相談体制の構築	情報マップ、連携手順やガイドの作成・活用
担当職員の過大な負担		心理サポートガイド作成
担当職員の不足		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
専門的知識や技術不足	会議、相談のためのIT環境	特化した情報提供書式の作成
専門的知識や技術を得る機会が少ない	情報交換を行う場の設置 会議、相談のためのIT環境	
精神科への受療勧奨方法がわからない	会議、相談のためのIT環境	精神科受療の基準・目安の作成 心理サポートガイド作成
当事者・家族の精神科受療受諾が難しい		精神科受療の基準・目安の作成 心理サポートガイド作成
圏域内の精神科医療機関の不足	精神科医等に相談できる体制 精神科側を合議体構成員に	特化した情報提供書式の作成

厚生労働科学研究成果データベース:「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」令和6年度研究報告書より作成

8 連携課題と連携実施状況のクロス集計から導かれた、連携困難課題解決のための取り組みについて(図15)

回答数の多い市区町村の連携課題と連携実施状況をクロス集計し、Fisher の正確確率検定(両側検定)(有意水準5%)を行い、カテゴリー間の関連を解析しました。その結果から、連携困難課題の解決のための取り組みを抽出したものを図15に示します。これらを目安に、各自治体での連携課題を確認し、それに対して、合議体・相談体制の構築や、情報マップ、連携手順やガイドなどの支援ツールを作成・活用することが有効と考えます。



IV

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の作り方

図16

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の作り方

- 1 作成管理主体を決める
- 2 関係者を集める
- 3 予算を見積もる
- 4 ネットワークに必要な体制と構成メンバーを検討する
 - ① ネットワークの構築・整備を協議する場の設定
 - ② ネットワークの管理運営を行う体制の設定
 - ③ 機関からの相談を受け適切な支援を提案し連携する体制の設定
 - ④ 事例検討・研修・人材育成の場の設定
 - ⑤ (自治体・医療機関へ専門職の派遣を行う体制の設定)
- 5 ネットワークモデルを検討する
- 6 連携ツールの作成・活用
 - 1) 妊産婦メンタルヘルスケアへの協力(精神科)医療機関の情報収集と一覧作成
 - 2) 協力(精神科)医療機関マップの作成
 - 3) 精神科受療の基準・目安の作成
 - 4) 情報連絡票の作成
 - 5) 心理サポートガイドの作成・取得

ネットワークの構築と連携ツールの作成・活用については、図16にフローを示しました。図中の1～5が本研究の好事例ヒアリング調査から明らかとなったネットワーク構築の流れを示し、6には自治体アンケート調査から導かれた、ネットワークに関わる諸機関や支援者が共通に利用できる、メンタル不調者に対しての初期対応や支援計画立案、精神科への受療勧奨や情報連携に役立つ、連携ツールの一覧を挙げました。

まず、ネットワークの作り方(図16: 1～5)について説明します。 ※連携ツール6については次章で取り上げます

1 実施主体者を決める

実施主体者は、ネットワークの構築や共通ツールの作成・取得を行います。

自治体の母子保健所管部署等が担う場合や自治体と協力関係にある医師の団体、大学附属病院、公立病院における妊産婦メンタルヘルスに関連する診療科などの代

表者が担う場合、それらの協働組織の場合もあります。

ネットワークの構築後は、妊産婦のメンタルヘルスに関する課題に対応するための協議の場やネットワークの運用を行う部署に移行することも多いことから、持続的な事業継続が可能なところに設置を検討することが望まれます。

先行事例では、自治体の要保護児童対策地域協議会(以下、「要対協」という)を協議の場とする大分トライアル(岩永成晃, 佐藤昌司: 日本周産期メンタルヘルス学会誌 5: 21-26, 2019)や久留米トライアル、大学病院内の専門講座が主導する長野県-信州大学モデル、市の母子保健所管課、こども家庭センターなどがネットワークづくりの主



図17

関係者を集める

ネットワークづくりの関係者には下記のような構成員を基本として、各自治体の取り組みの特色や歴史を踏まえて追加、改変し、実効性を持った組織づくりを計画しましょう。

	想定される基本的な構成員	備考
行政機関	■要保護児童対策地域協議会(要対協) ■精神障害にも対応した地域包括ケアシステム推進事業(代表者会議、実務者会議)構成員 ■こども家庭センター ■母子保健所管部署 ■児童福祉(子育て支援)所管部署 ■精神保健福祉所管部署 ■保健所・保健センター ■家庭児童相談室・児童相談所 等	要対協を基盤とする場合などでは、下記も構成員となりえます。 ■社会福祉課 ■福祉事務所 ■教育委員会 ■幼稚園 ■保育園 ■学校 ■警察 等
医療関係者	■産婦人科医 ■小児科医・新生児科医 ■精神科医・心療内科医 ■総合診療医 等 ■助産師 ■看護師 ■訪問看護師 ■心理職 ■社会福祉士 ■精神保健福祉士 等	一般公募、各医療専門職団体からの推薦、実務経験者や学識経験者の指名を組み合わせ委嘱する他、医療専門職団体の会員全員を登録する方法もあります。
福祉事業者支援団体	■乳児院 ■母子生活支援施設 ■女性相談支援センター ■産前産後ヘルパー派遣事業者 ■訪問型産後ケア・シッター 等	その他 ■民生委員・児童委員 ■自治委員(自治会役員) ■当事者団体など地域のボランティア 等

2 関係者を集める

ネットワークづくりの関係者には図17のような職種、部署が上げられます。このような構成員を基本として、各自治体の取り組みの特色や歴史を踏まえて追加、改変し、実効性を持った組織づくりを計画しましょう。



3 予算の見積もり

2024(令和6)年に本研究班で実施した自治体調査の結果では、妊産婦メンタルヘルスを含む独自のネットワーク事業を行っていると考えた市区町村自治体は396カ所中、18カ所でした。そのうち、年間予算額を回答した自治体は16カ所で、0～16,960,000円と幅が広く、中央値は440,000円でした。

これらの予算は、専任の職員、配置にかかる経費、事務業務を行う職員の人件費の他、独自のオンラインネットワークの管理保守の経費等に当てられる場合もあります。

また、同調査では関わる職員数は1～170名と幅が広く、中央値は5名でした。

好事例ヒアリングからは、自治体の事業としては予算が組まれていないものもあり、圏域の医師会、医療関係団体の事務局が役割を担う場合、病院の職員が本務とともにコーディネーターを兼務している場合もありました。

IV

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の作り方

図18

ネットワーク構築に必要な体制と構成メンバーを検討する

以下の4つ(または5つ)の体制を設定する

- ①ネットワークの構築・整備を協議する場合
- ②ネットワークの管理・運営を行う体制
- ③機関からの相談を受け適切な支援を提案し連携を実施する体制
- ④事例検討・研修・人材育成の場
- ⑤(専門職の自治体・医療機関への派遣を行う体制)

	構成員(例)	役務範囲(例)	開催頻度・勤務形態(例)
①協議の場	各関係団体・機関の代表者・自治体所管部署	年次計画、予算決算、人事、体制整備等に関する発案・検討・承認	年に1～2回
②管理・運用体制	自治体所管部署 医療機関コーディネーター 事務業務担当者	協力機関の情報収集と開拓、周知 連携ツールの作成・取得・周知・活用支援	事務、コーディネータは 常時勤務 実務者会議は月に1回程度
③相談・支援提案・連携の体制	保健師・助産師・相談員 ソーシャルワーカー 産科医、精神科医、心理職等	要支援対象の相談窓口 各関連機関との連携 各関連機関の相談窓口	相談窓口は常時勤務
④事例検討・研修・人材育成の場	自治体所管部署 事務業務担当者 研修指導者 アドバイザー等	事例検討会(ケース会議)の運営や 会議の進行、助言 研修会の運営や指導 教育プログラムの作成と実施	事例検討は週1～月1回 程度または必要時随時 研修会は年に数回
(⑤専門職の派遣を行う体制)	自治体、医療機関等の 心理職、ソーシャルワーカー、 助産師・保健師等	メンタルヘルス専門職が人材不足の 自治体、医療機関等に出向き アウトリーチ支援を行う	派遣職員は非常勤可 週1～月1回

4 ネットワーク構築に必要な体制と 構成メンバーを検討する(図18)

ネットワーク構築には、以下4つの基本構造が必要となります。

- ① ネットワークの構築・整備を協議する場合
- ② ネットワークの管理・運用を行う体制
- ③ 機関・施設内外からの相談を受け適切な支援を提案し連携を実施する体制(コーディネーター業務)
- ④ 事例検討・研修・人材育成の場

さらに、自治体の規模によっては、

- ⑤ 自治体・医療機関へ専門職の派遣を行う体制

の構築も期待されます。

■基本構造①②③

最初の3つの基本構造は、組織的な階層性を持っていませんが、構成員は重複することもあります。1つの組織で①～⑤まで全てを実施する組織や、①は既存の協議会にその任を付与し、②～④を1つの組織で担当することも想定されます。また、①は既存の協議会に内包し、②を自治体所管部署やこども家庭センターなどの行政機関で行うこともあります。それぞれの自治体、圏域での人的資源、事業予算などでさまざまな組み合わせが考えられます。

■基本構造④

④の人材育成・研修の場の設定については、自治体での周産期メンタルヘルス研修会などの名称で行われる場合や、自治体の他の事業(うつ病対応向上事業、自殺予防事業、児童虐待防止事業など)の研修として実施される場合、地域の医師会や助産師会等の研修として行われる場合などがあります。いずれの場合でも、自治体所管部署がさまざまな機会

に関連の研修について共催、後援し、関係者の顔の見える関係作りの場を積極的に提供していくことが大切です。

■オプション構造⑤

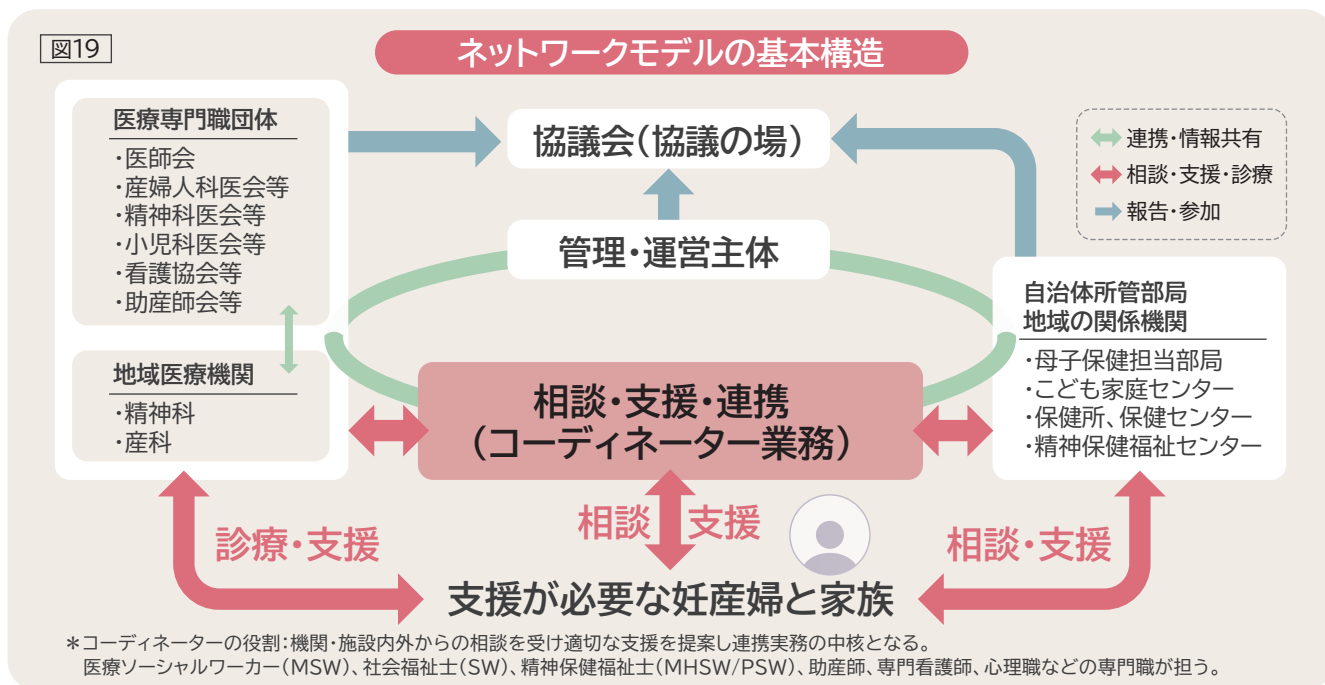
⑤のメンタルヘルスケアの専門職(精神科医、心理職、精神保健福祉士など)を自治体や産科等の医療機関に派遣する体制は、努力目標ですが、都道府県内での各市区町村自治体ごとに周産期メンタルヘルスに対応する人的・物的資源には大きな差があり、十分な体制を作ることができない市区町村自治体もあると思います。その場合、都道府県や広域医療圏単位で専門職を確保し、圏域内自治体の要請に応じて、利用者の近い場所にアウトリーチで出向いて相談・支援ができる体制があると、自治体の人口、出生数の違いによる支援の格差を改善できる可能性があります。

好事例ヒアリングをおこなった、埼玉県と埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニックの取組では、2021(令和3)年より、埼玉県医療整備課が県内の産科医療機

関にアンケートを実施し、周産期メンタルヘルス連携を希望する産科医療機関に精神科医や心理職が訪問あるいはオンライン会議などを用いて事例検討や相談を受ける仕組みを構築しています。

また、佐賀県では、2016(平成28)年9月から子育て支援カウンセラー派遣事業を実施しています(県内の2つの公的医療機関への委託による実施)。個別ケースの対応としては、県内の産科医療機関や市町からの依頼を受けて、対象者本人が行きやすい場所(産科医療機関や市役所相談スペースなど)に心理職等が出向いて、対象者に面談・相談を行っています。精神科受診よりも相談しやすい場合もあり、対象者にも受け入れやすく、関わる母子保健医療スタッフにとっても勤めやすいメリットがあります。

原則として、相談は1回50分程度、1人当たり2回まで利用可能ですが、状況によっては、保健師による継続的なフォローや精神科の受診勧奨などの支援も行っています。



5 ネットワークモデルを検討する

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の基本構造を図19に示します。協議会(協議

の場)、管理・運営主体、コーディネーター業務を行う相談・支援・連携主体を中核として、関連する医療機関や専門職団体、自治体所管部局、こども家庭センター、保健所などが連携ネットワークを構成します。

IV

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の作り方

図20

母子-精神保健医療ネットワークモデル

	利点	課題	好事例
A 大学病院専門講座 (外来)モデル	- 自治体側が予算化しやすい(寄付講座) - 施策研究・情報発信 - 産科・小児科等との連携(リエゾン・コンサルテーションの延長) - 包括的な医療支援が可能	- 多職種の雇用が不安定 - 患者の受療アクセス(迅速対応が苦手) - 産後の長期外来診療や入院対応ができない場合がある	長野県(信州大学) 周産期のこころの医学講座 群馬県(群馬大学) 東京科学大学 東北大学 筑波大学等
B 要対協※モデル ※要保護児童対策 地域協議会の略称	- 既存の合議体を活用 - 圏域の産科・小児科・精神科が構成員となる - 個人情報の共有とプライバシー保護可能	- 児童福祉部門が所管することが多く、母子保健と連携した対応が遅れる場合がある - こども家庭センターの設置が進み、両機能の連携は改善しつつある	大分トライアル 久留米トライアル 市原市子育てネウボラセンター
C 周産期母子医療 センターモデル	- 分娩リスク高い妊婦や新生児不適応症候群に対応できる施設でメンタルヘルス支援を実施 - 妊産婦にとって相談・受診がしやすい	- 地理的アクセス - 継続的な精神科受療の仕組みを作る必要がある	大阪母子医療センター 妊産婦こころの相談センター 妊産婦こころネット
D 医療者主体の ネットワークモデル	- 小回りの効く迅速な活動が可能 - インフォーマルネットワークの活用	- 継続性が不安定 - 属人性に偏りがち	ママのメンタルケア ネットワークちば 等

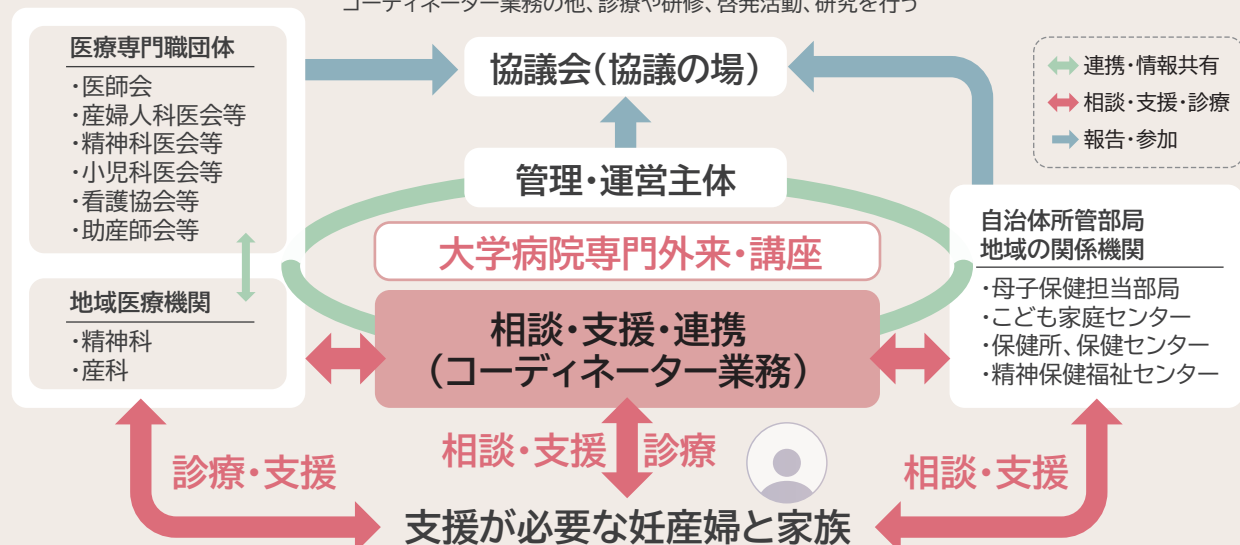
このネットワークモデルの種類は大別して、A.大学病院専門講座(外来)モデル、B.要対協モデル、C.周産期母子医療センターモデル、D.医療者主体のネットワークモデルなど

が挙げられます(図20)。それぞれについての利点、課題、好事例を表にしました。

図21

A.大学病院を拠点とした連携モデル

大学病院の専門外来や専門講座等に対して、自治体が事業委託コーディネーター業務の他、診療や研修、啓発活動、研究を行う

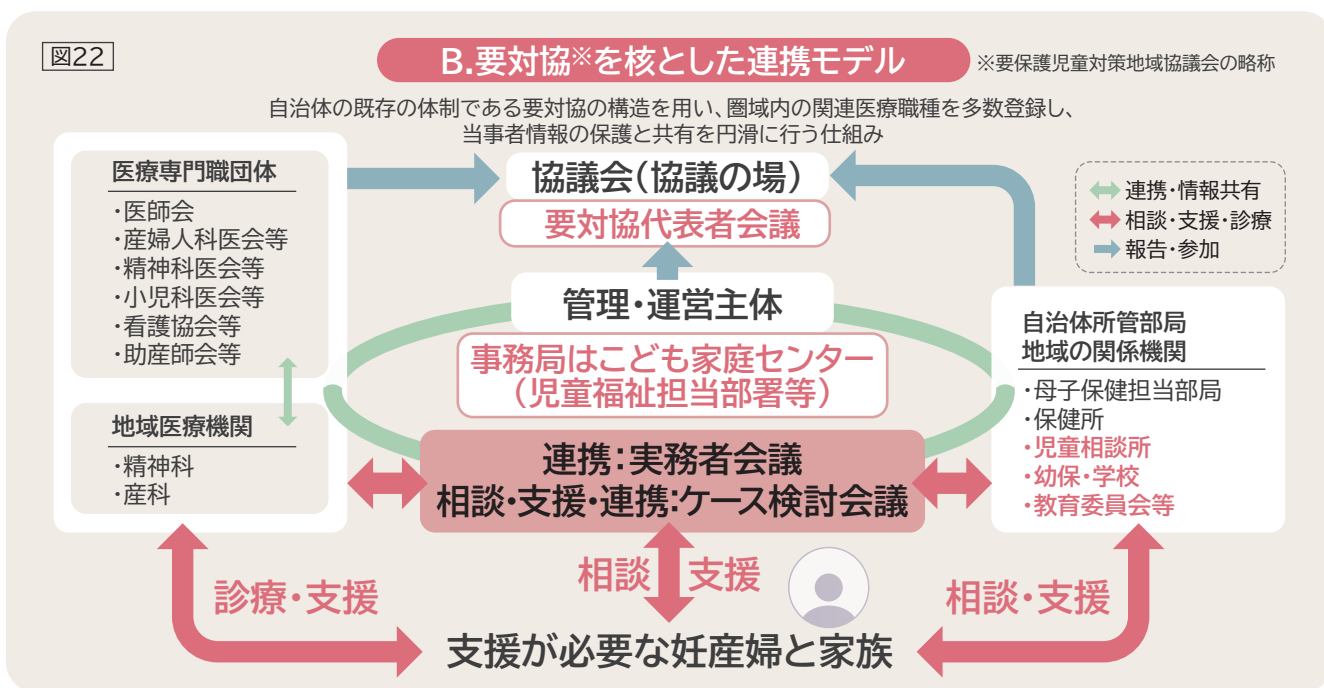


A 大学病院を拠点とした連携モデル (図21)

自治体からの事業委託を受けた大学病院の専門外来や専門講座に、相談、連携の核となるコーディネーターを配置し、自治体と医療機関の橋渡しをする他、自院の専門外来での診療につなげたり、関連の精神科医療機関に紹介するなどの診療連携を行う仕組みです。自治体の医療施策や事業を自治体内の大学病院が受託して実施する実績がある場合は、当該モデルは比較的容易に導入可能であるといえます。また、大学病院の強みを活かして、産科や小児科等と

の診療科連携を円滑に行いやすく、研修や啓発活動、研究などにも取り組めることも利点です。

一方、課題としては、多職種の継続的な常勤雇用が難しく、非常勤職員が交代で勤務することもあること、他の院内業務との兼務になる可能性があること、非常勤職員である場合、産後の長期の外来受診継続時の支援や入院対応ができない場合もあります。



B 要対協を核とした連携モデル (図22)

自治体に設置されている要対協の仕組みを活用し、自治体内、圏域内の関係する医療専門職(産婦人科医、小児科医、精神科医等)の職能団体を通じてできるだけ多く構成員として登録して、情報共有と連携、支援計画作成を円滑に行う仕組みです。既存の合議体、事例検討の場を用いるため、自治体がネットワーク構築のための新たな組織を作らなくて済むこと、関係者をゼロから集めなくても良いこと、そして、個人情報の共有とプライバシー保護を同時行うことができることなどの多くのメリットがあります。すでに大分

県、久留米市などの運用実績もあり、特に市区町村で導入しやすい仕組みと言えます。

課題としては、従来、児童福祉部門が要対協の調整部署を所管することが多く、母子保健と連携した特定妊婦への対応が遅れる場合がありますが、こども家庭センターの設置が進み、両機能の連携は改善しつつあります。

IV 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の作り方

図23

C.周産期母子医療センターモデル

周産期母子医療センター(主として自治体立)内に、妊産婦・家族など当事者向けの相談支援窓口と、自治体母子保健担当や他医療機関(産科や精神科)からの相談を受付、適切な資源に連携する部署を設ける。

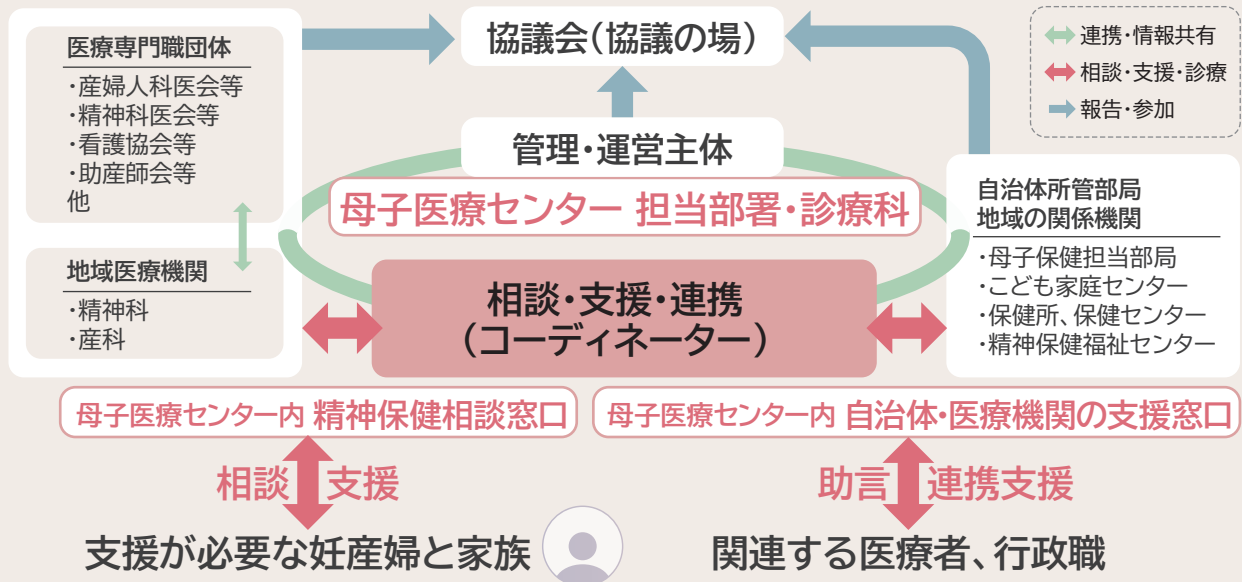


図24

大阪母子医療センター内に

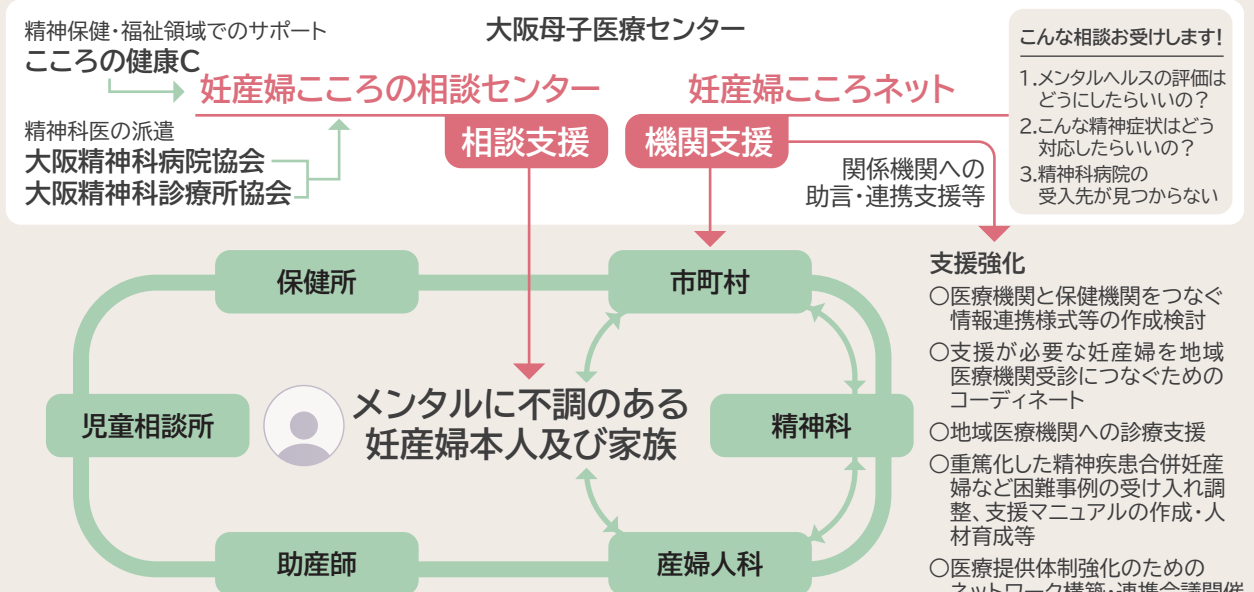
①大阪府妊産婦こころの相談センターと②大阪府妊産婦こころネットを開設

①大阪府妊産婦こころの相談センター

妊産婦・家族などの当事者方向けの相談窓口
[2016(平成28)年2月設置]

②大阪府妊産婦こころネット

府内市町村や医療機関など妊産婦メンタルヘルスの支援者を
対象とした相談窓口[2024(令和6)年10月設置]



大阪府健康医療部保健医療室地域保健課母子グループ https://boshikenshu.cfa.go.jp/assets/files/tr/r7/tr3_case.1.pdf を元に作成

C 周産期母子医療センターモデル(図23)

都道府県自治体内の周産期母子医療センターに、

- ①妊産婦やその家族の精神保健の相談窓口
- ②自治体内の市町村や産婦人科、精神科などの医療機関の支援窓口(連携コーディネーター)を設置する仕組みです。

大阪府では、大阪母子医療センター内に2016(平成28)年に『妊産婦こころの相談センター』を設け①の役割を、2024(令和6)年からは『妊産婦こころネット』が②の役割を担っています(図24)。ハイリスク妊産婦に対応できる周産期母子医療センターで、切れ目ないメンタルヘルスケアも

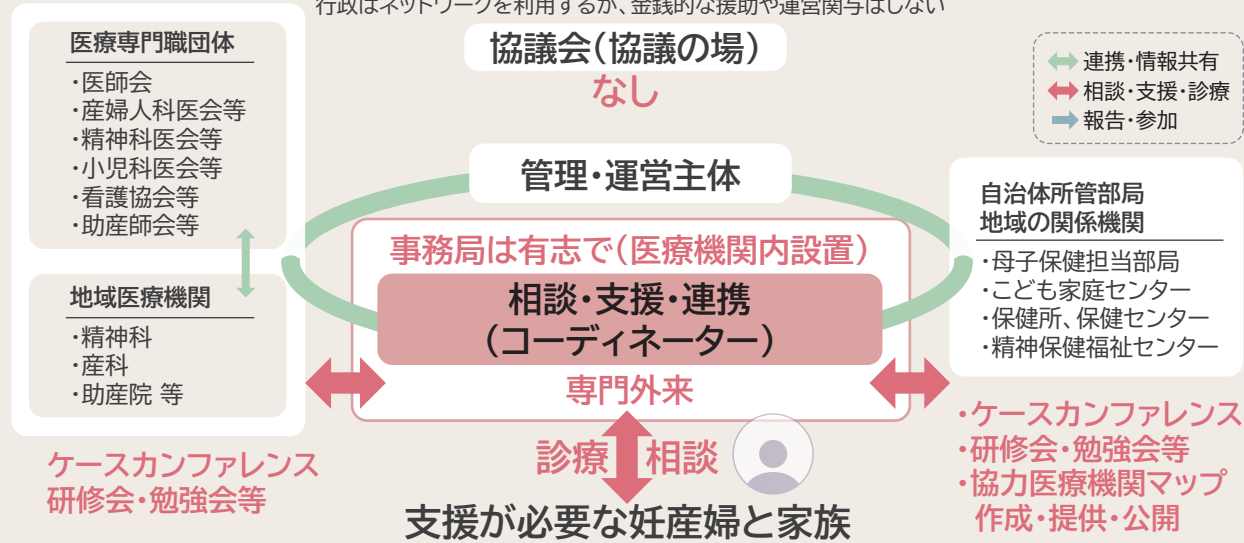
可能になること、妊産婦にとっても、新たに精神科医療機関に受診する手間や精神科受療への抵抗感を軽減し相談しやすい場を提供できるというメリットがあります。

課題としては、住居地から周産期母子医療センターが地理的に離れている場合は、アクセスが困難になる可能性があり、同院が、どのくらいの広さの圏域を対象エリアとしているのか、交通アクセスの利便性はどうかなど、受療の難易度を検討する必要があります。また、大学病院モデルと共通の課題となりますが、精神科への長期継続受療のためのネットワークづくり、協力精神科医療機関の拡大や可視化などの作業も必須となります。

図25

D.医療者主体のネットワークモデル

自治体内の産婦人科、精神科、助産師会等がゆるやかな連携モデルをつくり運営
行政はネットワークを利用するが、金銭的な援助や運営関与はしない



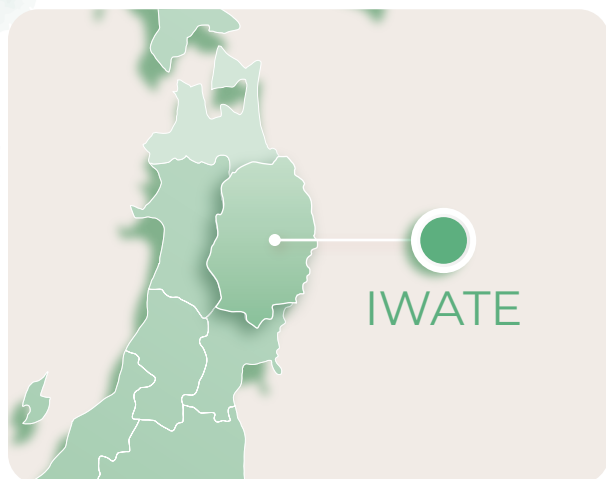
D 医療者主体のネットワークモデル(図25)

自治体内の産科、精神科、助産師会等が連携モデルを構築して運営します。行政はネットワークを利用するが、金銭的な援助や運営関与はしない仕組みです。周産期メンタルヘルスに関心を持つ医療関係者が参集し、それぞれの施設の人的、物的資源を活用して運営しています。またネットワークのコアになる構成員は、医療関係団体のインフォーマルな関係性から派生してグループ化していることも多く、メンバーどうしの目的・意図、専門技術への信頼感が高く、小回りの効く迅速な活動が展開できる利点があります。

しかし、連携コーディネーターや相談・診療の実務が属人性に偏る傾向があることも否めず、持続可能性や標準化に課題があるといえます。このような医療者主体の小規模ネットワークは各地で生まれており、研修会を開催したり、フェイストゥーフェイスの診療連携を作ったりしていますので、自治体の所管部署は、このような圏域内の取り組みにアンテナを高く張って、情報交換や研修の場を提供したり、地域資源情報を共有するなどして、自治体の事業化推進のための足がかりを作ることが望まれます。

IV 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の作り方

■ その他の好事例の取り組み



E 医療情報連携ネットワークの整備

「岩手県周産期医療情報ネットワークシステム 「いーはとーぶ」」

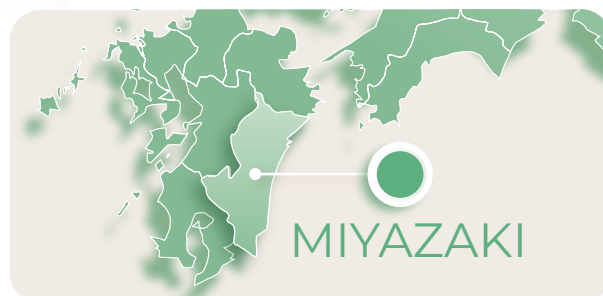
自治体アンケートの結果から、自治体職員が円滑な連携に必要な仕組みとして、『遠隔で情報共有や会議、相談を実施できるようなIT環境』が抽出されました。

■ 岩手県の取り組み

この好事例として、『岩手県周産期医療情報ネットワークシステム「いーはとーぶ」』を挙げます。

妊婦が本システムに登録することは任意であり、登録時点でネットワーク内の諸機関での情報共有に同意することとなります。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、産前産後のメンタルヘルス不調に対して、病院助産師と市町村保健師が情報連携画面を共有して、早期支援・訪問・個別ケアを可能にしています。

広い面積をもつ自治体などで効果的な仕組みとなる可能性がある他、様々な情報や支援機関とリンクして、メンタルヘルスのみならず、ユニバーサルサービスに発展する可能性をもつといえます。



F 保健医療圏域単位の地域分散型 周産期ネットワーク

「宮崎県「地域周産期保健医療体制づくり連絡会」」

■ 宮崎県の取り組み

宮崎県では、周産期医療圏を4圏域（県北・県央・県西・県南）とし、地域での安心・安全な妊娠・出産・育児を支える仕組みを構築しています。各圏域には「地域周産期保健医療体制づくり連絡会」を設置し、産婦人科医療機関・精神科医療機関・行政担当者が協議や事例共有を行う場を設けています。

また、地域の実態把握や課題分析を行うため、事務局である各圏域保健所の母子保健担当者が主体となって、アンケートを定期的に実施し、リアルタイムで支援情報を更新するほか、メンタルヘルスに不安のある妊産婦の受診対応が可能な精神科医療機関のリスト化に取り組んでいます。そのほか、地域によっては、実態調査結果に基づき精神科医を交えた事例検討の機会を設けています。

その結果、精神科医が定期的に連絡会等に参加し、受診までの期間短縮等ケース対応の迅速化に繋がった事例もあります。

このほか、県庁には上位機関として、「県母子保健運営協議会」および「県周産期医療協議会」を設置して、各圏域での取組や今後の課題を共有するとともに、そのノウハウを他の圏域に横展開しています。

このように、各医療圏域では、行政は保健所、医療は地域周産期母子医療センターや地域の精神科医療機関が核となり、また、各圏域の活動を本庁が集約・分析して、県下全域に還元する手法により、妊産婦のメンタルヘルス対策を推進しています。



G 自治体と 公立精神科病院の連携

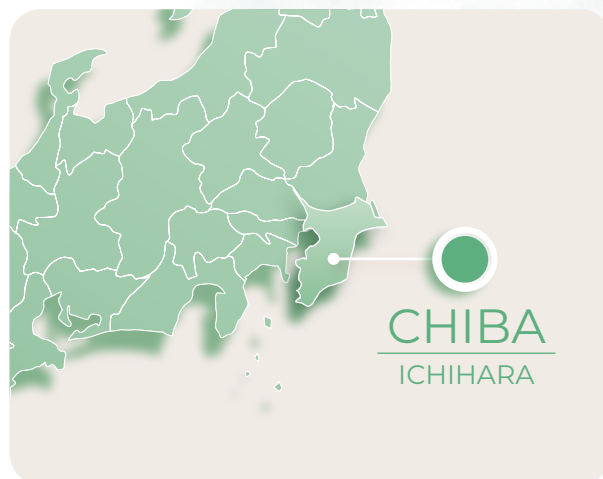
「岡山県精神科医療センター」をはじめとする
精神科医療機関との連携

■岡山県の取り組み

岡山県では、岡山市や産科医療機関や岡山県精神科医療センターをはじめとする精神科医療機関と連携し協力して、母子-精神保健医療を展開しています。

同医療センターは精神科救急の要となっている単科精神科病院ですが、岡山大学医学部附属病院と近接しており、大学病院の産科の協力を得て、妊産婦メンタルヘルスで最も連携が難しい、精神科救急入院を要する事例などへの対応を積極的に行っています。

また、岡山県では、県内の妊産婦受け入れ協力精神科医療機関のリストを作成し、スムーズな支援に繋がっています。



H ネウボラが主体となる 市内全数把握・継続フォロー体制

市原市「子育てネウボラセンター」による
切れ目ない支援

■市原市の取り組み

千葉県市原市では、母子保健を所管する部署を『子育てネウボラセンター』と名付け、年間1,200余人の出生児と保護者へ妊娠期から子育て期まで切れ目ない支援を実施しています。経過の中でメンタルヘルスの不調に陥ったり、さまざまな困難を抱えることになった妊産婦に対しては、常勤非常勤合わせて約30名の保健師が地区担当保健師としてチームで対応します。月1~2回の支援方針会議などにより、組織でケースを把握し、さまざまな支援機関と連携します。民間精神科病院所属の心理職をアドバイザーとして定期的に支援中の困難事例検討を行うのも特徴の一つです。



V

連携ツールの作成・活用

自治体アンケートや好事例ヒアリングの結果から、実効性のある妊産婦のメンタルヘルス連携を実践している自治体は、ネットワークの組織を構築しているだけでなく、ネットワークに関わる諸機関や支援者が共通に利用できる、メンタル不調者に対しての初期対応や支援計画立案、精神科への受療勧奨や情報連携のための連携ツールを作成、配布、活用していることがわかりました。

このガイドでは、連携ツールの中から、以下を取り上げ説明します。

- 1 妊産婦メンタルヘルスケアへの協力(精神科)医療機関の情報収集と一覧の作成
- 2 協力(精神科)医療機関マップの作成
- 3 精神科受療の基準・目安の作成
- 4 情報連絡票の作成
- 5 心理サポートガイドの取得

母子保健行政は市区町村単位の事業となりましたが、自治体アンケートからは、連携ツールについては、都道府県自治体が作成し各市区町村に配布して活用している実像が見えています。協力する医療機関が必ずしも市区町村内にあるとは限りません。実際に複数の自治体をまたいで、関係機関と母子-精神保健医療連携を要することも多々あることから、これらの医療機関情報は都道府県単位で開拓し作成していくことが望まれます。

1 妊産婦メンタルヘルスケアへの協力(精神科)医療機関の情報収集と一覧の作成

自治体アンケートの結果では、メンタルの不調をもった妊産婦を精神科医療にうまく繋げないことが、母子保健に関わる自治体職員の主要な課題でした。この解決のためには、『妊産婦を積極的に受け入れる精神科医療機関の情報の作成または取得』が有用である可能性があります。自治体内の協力精神科医療機関の情報を取

得するために、好事例としてヒアリングを実施した自治体が行っている方法を2つ紹介します。

- ①都道府県自治体内全域の精神科を標榜している医療機関にアンケートを行って、ピックアップする方法
- ②自治体内の精神科病院協会、精神科診療所協会、医師会の精神科医会などの団体を通して、アンケートを実施してもらう方法

必ずしも、すべての医療機関が医師会や協会に所属しているわけではないことから、全施設へのアンケートを行うのであれば、①の方法となります。しかし、この方法の場合は、都道府県の精神保健福祉を所管している部局の協力が必要となります。それでもすべての精神科医療機関の情報は把握しきれないことがありますので、情報収集の計画段階から、地域の精神科医療に精通している有識者を構成員に加えて作成に当たるのが望ましいと言えます。

アンケート調査の質問項目や一覧に載せる情報の項目は次のような内容がよいでしょう。

図26

- ①協力医療機関登録の可否
- ②施設名
- ③管理者(院長名)
- ④住所
- ⑤電話番号
- ⑥標榜診療科名(精神科、心療内科、神経科など)
- ⑦外来初診予約の必要/不要
- ⑧予約方法(電話、HPから入力など)
- ⑨初診までの待機日数
- ⑩対応できる受療エリア(自治体との連携に重要な情報)
- ⑪ホームページのURL
- ⑫診療の特色(カウンセリングは可能か、得意とする精神疾患分野、往診、訪問看護の有無、付属施設など)

協力医療機関の情報を一覧表にまとめ、相違がないか各医療機関に確認後、自治体内の市区町村や産科、精神科、小児科医療機関、母子保健に関わる団体に配布します。自治体のホームページ等での一般公開は行っていない自治体が多いようですが、相談窓口で、この一覧表をもとに、受療勧奨は可能といえます。

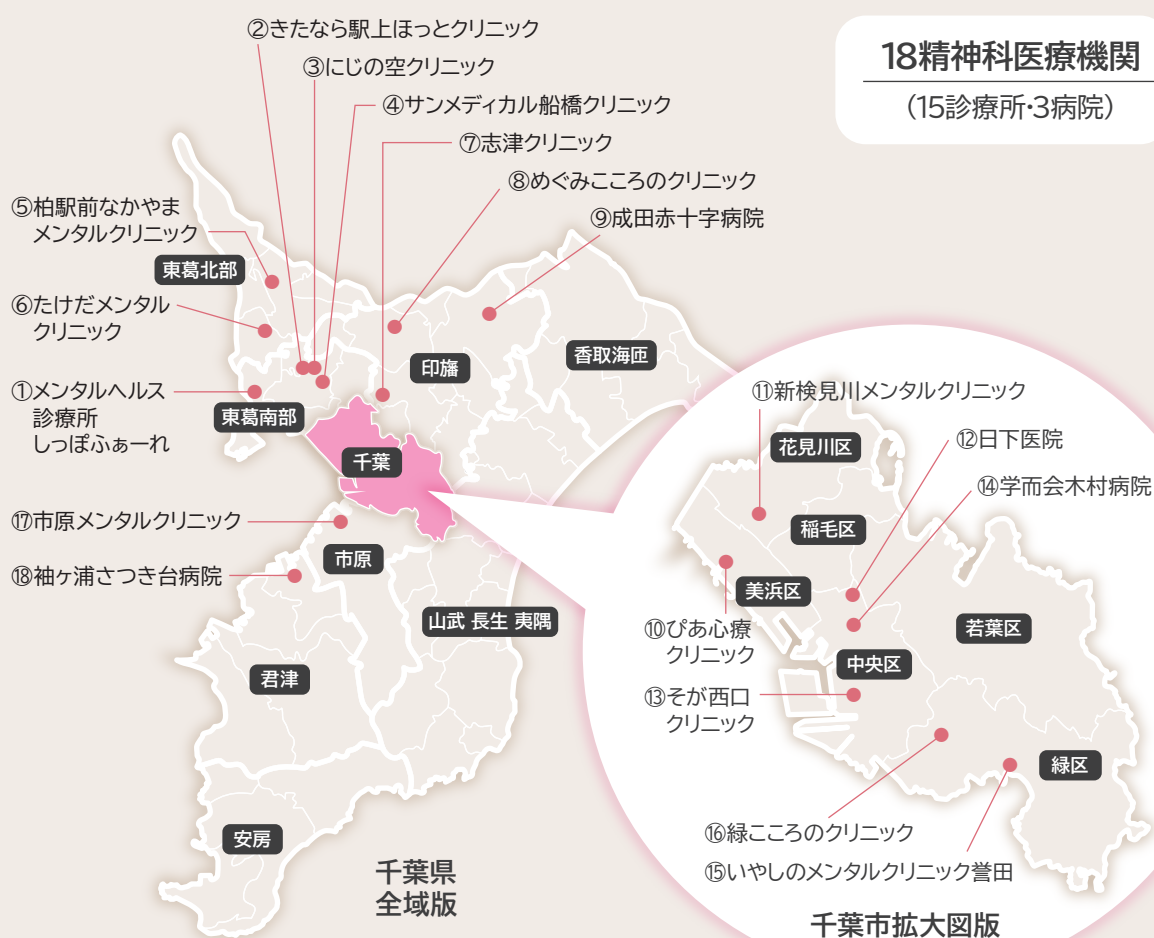
1～数年に1度は、情報の更新が必要となります。アンケート以降の情報の確認・見直しの繰り返しにより、精神科側の関心を高める副次的効果も期待されます。

2 協力(精神科)医療機関マップの作成

1を作成後、協力医療機関を自治体の地図にマッピングして可視化すると、受療アクセスを検討するうえで便利です。また行政側の有用性としては、協力医療機関のマップを見て、どの圏域が空白なのかが一目瞭然となり、どの地域が精神科との連携が困難なのか、どこの地域での医療機関の協力を要請すべきなのか、など関連施策の必要性が明確になります。図27に、千葉県内の医療者主体のネットワークによる連携マップを例示します。

図27

協力精神科医療機関の可視化の例(連携マップ) 2025(令和7)年10月1日現在



V

連携ツールの作成・活用

3 精神科医療機関受療の基準・目安の作成

メンタルに不調をもつ妊産婦の支援者が課題として挙げているのが、精神科医療機関の受療の基準・目安についてです。『どのような状態ならば、精神科の受療を勧めるべきか、そのまま自分たちで継続支援していいのか』などの判断が難しいという声があります。これについては、周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド※のCQ5、6をもとに作成した表(図28)が有用です。(※ http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html)

相談・支援場面での妊産婦の様子やEPDS(エジンバラ産後うつ病質問票)などのスクリーニングの結果から、メンタルの不調が疑われる場合は、まず精神的緊急性を確認します。

精神的緊急性とは、①自殺念慮があり、自分も他者も対処できない場合、②精神病症状(幻覚・妄想・興奮・昏迷など)が急に出現または悪化した場合、③まわりの人を傷つけるおそれがある場合を指します。これらは妊産婦のメンタルヘルスに限ったことではなく、精神科救急場面に広く共通の項目であり、精神科医療機関であれば、共有しやすい内容といえます。

続いて、生活・育児機能低下の程度を把握します。①軽症は楽しめないまでも育児・家事をこなせる状態、②中等症は他者からみても育児・家事に支障がある状態、③重症は育児・家事が著しく困難・不能・危険な状態であり、上記の精神的緊急性ありとほぼ一致します。これらの重症度判定も、妊産婦に限った判断方法ではなく、精神科診断の重症度分類にほぼ合致しています。

図28

精神科受療の目安
精神的緊急度・受療必要度の判断方法の例

	メンタルの不調	緊急性	生活・育児機能低下	母子保健(保健師等)	精神科医療機関
I	+	—	—	経過観察 訪問支援 症状再評価	精神保健相談 事例検討会への参加
II	+	—	+	精神科受療勧奨	外来診療 任意入院
III	+	+	(+)	精神科救急情報提供	精神科救急システム 非自発入院

緊急性の把握

- ①自殺念慮があり対処できない場合
- ②精神病症状(幻覚・妄想・興奮・昏迷など)が急に出現または悪化
- ③まわりの人を傷つけるおそれがある

生活・育児機能の把握

- 軽 症:楽しめないまでも育児・家事をこなせる
- 中等症:他者からみても育児・家事に支障あり
- 重 症:育児・家事が著しく困難・不能・危険

周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド2017 CQ5、6 http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.htmlより作成

図28の表のように、緊急性のあるなし、生活・育児機能低下のあるなしで、3つの支援レベルに大別できます。

■ I 軽症レベル

Iの軽症レベルの場合は、母子保健(保健師等)側で経過観察や相談、訪問支援を継続し、定期的に状態の再評価をしていくことになるでしょう。もちろん、当事者本人が精神科受療を望む場合は受療勧奨しても構いません。そうでない場合、精神科医療側の関与は、母子保健医療側の支援者に対しての支援、例えば自治体の精神保健相談で対応する、事例検討会議に参加して専門的見地から提案するなど挙げられます。

■ II 中等症レベル

IIの中等症レベルの場合は、本人の生活機能低下が明確にありますので、精神科医療への受療勧奨が必要です。その際に、**1 2**で説明した一覧表やマップが役立ちます。精神科側はできるだけ早く受診を受け入れるように、専門外来の設置や優先外来枠を設けるなどの工夫が求められます。育児疲労などがあるが宿泊型の産後ケア施設を利用できない場合などは、本人が希望すれば任意入院も考慮できますが、その場合は、新生児、乳児の養育をどうするか、家族の協力や圏域の乳児院の受け入れ体制の準備、児童相談所との連携などを十分吟味する必要があり、母子-精神保健の協働による綿密なケースワークが求められます。

■ III 重症レベル

IIIの重症レベルは、急激な精神病状態や重度のうつ状態に陥っている可能性が高いので、非自発的な精神科入院に至る可能性を踏まえて、速やかに自治体の精神科救急システムに情報をつなげる必要があります。産後精神病や重篤なうつ状態では、児への他害や無理心中などにつながる危険性がありますので、いざというときに慌てないように、普段から、自治体の精神科救急システムへの連絡方法や保健所との連携を取っておくことが大切です。精神的既往がある妊産婦では、個別のクライシスプランを平時に立て

ておくことも有益です。またIIでも述べましたが、入院となる場合、残された児の養育者、養育環境の準備を同時進行で進める必要があります。

4 情報連絡票の作成

自治体アンケート調査の結果からは、『妊産婦メンタルヘルスに特化した情報提供書式の作成』がメンタルヘルスに精通していない自治体職員の困難さや圏域内の精神科医療機関の不足に対処できる可能性が示唆されました。多くの好事例でも、特化した連絡票を作成し、活用しています。産科医療機関⇒自治体への情報連絡票は、産婦健診事業を実施している自治体では多く活用されています。しかし、自治体⇒精神科医療機関への情報連絡票を作成しているところはまだ少数です。図29(次頁)は、本研究での論文検索や好事例ヒアリングをもとにして作成した自治体から精神科医療機関に向けた情報連絡票の例です。A4サイズ1枚両面でまとめられる内容で、3分程度で読める程度のミニマムな内容となっています。適宜追加改変してお使いください。

5 心理サポートガイドの取得

心理サポートガイドもメンタルヘルス支援の経験の少ない保健師等にとって、求められる連携ツールの一つです。次頁に参考になるガイドや関連HPを列記します。今後は、妊産婦当事者が自分で利用できるデジタルコンテンツの開発や普及が期待されます。母子保健側が専門性の高い心理的支援を提供する以上に、どのようなサイトに活用できるコンテンツがあるのかをガイドできる『コンシェルジェ機能』も大切になるでしょう。



図29 自治体→精神科医療機関 情報連携票(例)

妊産婦メンタルヘルス 自治体 - 医療連携票	
作成日： 年 月 日	
宛先：	
氏名： 御中・先生・様	
差出：（自治体名・部署名）	
担当者氏名：	（職種：）
担当者連絡先：Tel	Fax
E-mail	
1. 対象者基本情報	
氏名（フリガナ）	（ ）
生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	
週数・産後経過	妊娠 週 / 産後 ヶ月（ 第 子）
産科的特記事項	合併症など：
職業：	（ ） □産休中 □育休中
2. 紹介の目的・主な症状	
【目的】 □事例相談 □診察依頼 □くすりの調整 □入院検討 □緊急受診希望 □その他（ ）	
【症状】 □不眠（□全く眠れない □寝つけない □中途覚醒 □昼夜逆転 □その他） □抑うつ □不安 □精神病症状（幻覚・妄想・興奮・昏迷など） □その他（ ）	
【困りごと】 □育児が（□不安、□苦痛、□拒絶） □死にたい、消えたい □今後の生活の不安 □対人関係の不安 □その他（ ）	
3. 客観的評価（スクリーニング）結果	
EPDS（エジンバラ）	点 / 30点（うち問10： 点）
うつ、不安の症状評価	□PHQ-9： 点 □GAD-2： 点 □GAD-7： 点
その他の評価スケール	（ ）： 点
赤ちゃんへの気持ち質問票	点
4. 緊急性と生活・育児機能	
緊急性： □あり ① □希死（自殺）念慮、□自傷、□自殺企図 ② □急激な精神病症状（幻覚、妄想、興奮、昏迷など） ③ □周囲の人を傷つけるおそれ □なし	
生活・育児機能低下： □重度 □中等度 □軽度 □低下なし	
5. 社会的背景・既往	
・精神科既往： □なし □あり（病名： / 通院先： ）	
・家族支援： □あり（夫・実家等） □なし（孤立） □パートナー不和 □DV 疑い	
・経済状況： □問題なし □困窮・不安あり	
・自治体支援： □訪問実施中 □児相連携	
・産後ケア利用： □宿泊型 □訪問型 □日帰り型	
6. 医療機関へ特に確認・相談したい点	

※心理サポートの参考となるガイドの例

- ①日本産婦人科医会：「妊産婦メンタルヘルスクーマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～改訂版（令和3年4月）」
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/mentalhealth2021_L.s.pdf
- ②日本周産期メンタルヘルス学会：『周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2023』 http://pmhguideline.com/consensus_guide2023.html
- ③日本産婦人科医会：『MCMC（母と子のメンタルヘルスクア）』ポータル <https://mcmc.jaog.or.jp/>
- ④日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会：『産婦人科診療ガイドライン—産科編 2023』 https://www.jsog.or.jp/activity/pdf/gl_sanka_2023.pdf
- ⑤日本助産学会 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
https://www.jyosan.jp/uploads/files/journal/JAMguigeline_2021_citizens_QA/jam_guideline2024.pdf
- ⑥日本精神神経学会、日本産科婦人科学会「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」（ポータル）
https://www.jspn.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=87
- ⑦日本精神神経学会 こころの不調や病気と妊娠・出産のガイド（一般の方むけ）
https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/about/kokoro_ninshin_syussan_20241219.pdf

最後まで、お読みいただきありがとうございました。自治体の皆様が地域の医療機関や支援機関と母子-精神保健医療ネットワークを構築していく際に、本ガイドが少しでもお役に立てれば嬉しいです。

そして、都道府県の皆様には、ネットワークの構築や継続的運用に当たって、「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」をぜひ活用いただけますようお願い致します。本ガイドは、その参考資料としてもお使いいただけるものと存じます。

謝辞

本ガイドは、こども家庭科学研究として、令和6年度に全国自治体母子保健担当部署に実施した「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」と、令和7年度に12自治体の母子保健担当部署と精神科医療機関に対して実施した「自治体-精神科医療連携に関する好事例自治体ヒアリング調査」の結果をもとに作成しています。

アンケート調査にご協力いただいた多くの自治体の担当者の皆様、ならびに好事例自治体ヒアリング調査にお力添えをいただきました下記の皆様、さらには研究班会議等で、たくさんの貴重なご意見やご示唆を賜りました、こども家庭庁母子保健課の皆様、紙面をお借りして、こころよりお礼を申し上げます。

市原市役所 こども未来部 子育てネウボラセンター
宮城県保健福祉部子育て社会推進課 子育て支援班
東北大学病院 精神科 菊池 紗耶先生
医療法人コミュニテ風と虹 のぞの丘病院 岩永 成晃先生、堀川 直希先生
埼玉医科大学総合医療センター 安田 貴昭先生
岡山県精神科医療センター 来住 由樹先生
岡山県保健医療部健康推進課 母子・歯科保健班
岡山市保健所健康づくり課
信州大学医学部 周産期のこころの医学講座 村上 寛先生
長野県疾病対策課 母子保健係
松本市保健所 健康づくり課 母子保健担当
滋賀医科大学精神医学講座 尾関 祐二先生
滋賀県 びわこネット事務局 豊田 妙子様
佐賀県 男女参画・こども局 こども家庭課母子保健担当
地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪母子医療センター 子どものこころの診療科 平山 哲先生
大阪府健康医療部保健医療室地域保健課母子グループ
松戸市役所 子ども部 こども家庭相談課 母子保健担当室 親子すこやかセンター常盤平
岩手県保健福祉部医療政策室 地域医療推進担当
宮崎県 福祉保健部健康増進課 母子保健・医療支援担当 (順不同)

自治体職員のための妊産婦メンタルヘルス連携実践ガイド

2026(令和8)年3月発行

発行者・問い合わせ先

子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 代表研究者 渡邊博幸

連絡先

gakujikairs@gmail.com(学会会木村病院研究事務宛)



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）

別紙 4

研究成果の刊行に関する一覧表

令和 6 年度

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	49-50
安田貴昭	< 1 4 > 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, Kawashima 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 Psychiatr Epidemiol.	60	79-93	2024
Yanagisawa Y, Kimura H, Komatsu H, Watanabe H, Iyo M.	The effectiveness of the mental health social worker-led multiprofessional program in preventing long-term hospitalization and readmission in acute psychiatric inpatients in Japan: A retrospective analysis.	PCN Rep.	3	e192	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）
総合研究報告書

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	e189	2024
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, 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.	3(3)	e226	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）
総合研究報告書

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 Psychiatr Scand	150(6)	562-572	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	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.	3(4)	e70025	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
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

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）
総合研究報告書

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	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	Int J Gynaecol Obstet.	168(3)	1333-1334	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

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）
総合研究報告書

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
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

令和7年度

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
渡邊博幸	産婦人科施設で精神疾患が強く疑われる患者を診察した際の対応をどうするか？	鈴木利人、佐藤昌司（編著）	産婦人科医とスタッフのための精神疾患合併妊娠の診かた	金芳堂	京都	2025	146-149
渡邊博幸	単科精神科病院での産後メンタルヘルスケア実践	鈴木利人、佐藤昌司（編著）	産婦人科医とスタッフのための精神疾患合併妊娠の診かた	金芳堂	京都	2025	223-228

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）
総合研究報告書

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
渡邊博幸	妊産婦メンタルヘルスの現状と 支援対策	ペリネイタル ケア	43	1218-1224	2024
渡邊博幸	精神科薬物療法の アウトカムとエンドポイント	精神医学	67	984-989	2025
渡邊博幸	妊娠中の合併症 周産期の精神科薬物 療法 最近のコンセンサス	周産期医学	55	1006-1011	2025
Ishikawa T, Sakai T, Noda A, Kikuchi S, Kobayashi N, Tomita H, Nishigori H, Kuriyama S, Mano N, Obara T.	Inclination of antidepressant medication continuation during pregnancy between 2012 and 2023 in Japan: A cohort study.	J Affect Disord.	374	640-645	2025
Utsumi Y, Seto M, Usukura H, Hamaie Y, Sakuma A, Tomimoto K, Komatsu H, Kikuchi S, Sugawara Y, Kuriyama S, Nakaya N, Hozawa A, Kunii Y, Tomita H.	Associations between depressive symptoms and frequency, intensity, duration, and style of walking in survivors of the Great East Japan Earthquake.	PCN Rep.	4(3)	e 70178 doi: 10.1002/pc n5.70178.	2025

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）
総合研究報告書

Duan C, Yu Z, Li X, Sakai M, Maejima Y, Shimomura K, Furuyashiki T, Kikuchi S, Kobayashi N, Sasaki K, Matsuki T, Komatsu H, Hino M, Kunii Y, Kasahara T, Ishikuro M, Murakami K, Orui M, Abe T, Nagami F, Fuse N, Ogishima S, Kinoshita K, Yamamoto M, Nakaya N, Hozawa A,	Sex differences in the risk of autistic-related traits in toddlers born to mothers with perinatal depression: Evidence from human cohort and mouse study.	Mol Psychiatry.	31(6)	3229-3242	2026
菊地紗耶	【心的外傷およびストレス因関連症 群】 周産期のメンタルヘルス不調	精神科 Resident	6 (4)	256-257	2025
菊地紗耶	【うつ病 123 の Q&A】 (第 IV 部) うつ 病の特殊な状況と ECT などの特殊治 療 産後うつ病の情報について色々な 個人的な経験談がインターネットなど に出っていますが、どの情報を信頼するよ うに患者に説明すべきかを教えてくださ い。医学的知識が乏しい患者さんを 対象にしています。	精神科治療学	40 巻増刊	120-121	2025
菊地紗耶, 小 林奈津子, 富 田博秋	【周産期メンタルヘルスとレジリエ ンスの科学-予防と回復を支えるエビデ ンスと実践】 東日本大震災を経験した妊 産婦のメンタルヘルスと育児支援	精神医学	67 (10)	1345-1351	2025
菊地紗耶	当事者や他科との協働による診療ガイ ド作成 当事者・家族と共にガイドを 作成する作成委員として感じたこと	精神神経学雑 誌	2025 特別号	S436	2025
菊地紗耶	【向精神薬処方 of 勘どころ-プライマ リ・ケア医と精神科医と薬剤師のクロ ストーク-】 これだけは押さえておきた い妊婦・授乳婦への向精神薬処方	治療	107 (5)	596-599	2025
相良洋子	これからの周産期メンタルヘルスケア	精神医学	67 (10)	1332-1329	2025
相良洋子	産後ケア事業の現状と課題	産科と婦人科	93 (2)	145-150	2026
竹内崇	周産期リエゾンにおける精神療法的ア プローチ	精神療法	51 (3)	316-320	2025
竹内崇	精神疾患合併妊娠	周産期医学	55 (7)	826-829	2025

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）
総合研究報告書

竹内崇	精神疾患合併妊産婦の周産期管理－予防・早期介入の視点から	精神医学	67（10）	1339-1344	2025
竹内崇	周産期の精神療法	臨床精神医学	54巻増刊号	305-309	2025
竹内崇	周産期のメンタルヘルスと支援について	日本女性医学学会雑誌	32（3）	588-591	2025
竹内崇	妊産婦のメンタルヘルス	日本母乳哺育学会雑誌	19（1）	26-29	2025
竹内崇, 倉澤健太郎, 高橋知久, 根本清貴, 南房香, 相川祐里, 渡邊博幸	周産期メンタルヘルスの今後の発展すべき方向性 産科と精神科における多職種連携	精神神経学雑誌	127（9）	633-644	2025
竹内崇	周産期メンタルヘルス	臨床精神医学	54（2）	1425-1429	2025
安田貴昭, 五十嵐友里	【周産期メンタルヘルス-プレコンセプションケアから地域リエゾンまで】地域リエゾン 地域の周産期医療・母子保健を精神科が支援する意義	医学のあゆみ	294（13）	1247-1251	2025
安田貴昭	【母親の意思決定を支える 今いちばん新しい妊娠・授乳とくすりの知識&考え方】全期間(妊娠期～産後)精神疾患・産後うつ(向精神薬)	ペリネイタルケア	45（3）	246-251	2026
安田貴昭	中絶を考える妊婦の事例を通して妊娠出産の意思決定支援について考える	総合病院精神医学雑誌	37（1）	13-18	2025

その他、学会発表やガイドライン作成

発表者氏名	学会名 講演・研修講師	発表課題	発表年月日
渡邊博幸	第44回宮城母性衛生学会 学術集会	自治体の母子保健と精神科医療機関と地域連携	2025.5.18
渡邊博幸	第33回日本精神科救急学会学術総会	PDCAサイクルからD-OODAループへ-精神科地域包括ケア・妊産婦メンタルヘルスケアの実装をどのように行うか?-	2025.10.16
渡邊博幸, 相良洋子, 上原里程, 安達久美子, 竹内崇, 菊地紗耶, 安田貴昭	第21回周産期メンタルヘルス学会学術集会（口演）	妊産婦のメンタルヘルスに関する全国自治体調査（自治体と精神科医療機関との連携の実態について）	2025.9.26

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）
総合研究報告書

菊地紗耶	第 25 回日精診チーム医療・地域リハビリテーション研修会 福島大会	シンポジウム：これでバッチリ！妊産婦のメンタルケア「妊娠中・授乳中の向精神薬の使い方」	2025.2.2
菊地紗耶	第19回日本統合失調症学会	シンポジウム11統合失調症を抱える女性への育児も見据えたプレコンセプションケア「統合失調症を抱える女性と家族のための育児支援とは」	2025.4.27
菊地紗耶	日本病院薬剤師会東北ブロック第 14 回学術大会メディカルセミナー 2	「女性のライフサイクルにおける不眠症と睡眠薬の使い方～薬剤師が知っておきたいポイント～」	2025.5.17
菊地紗耶	宮城母性衛生学会学術集会	シンポジウム「妊産婦のメンタルヘルスにおける周産期医療と精神科医療と地域保健の連携にむけて」「宮城県における妊産婦のメンタルヘルス支援」	2025.5.18
菊地紗耶	第121回日本精神神経学会学術総会シンポジウム73	当事者や他科との協働による診療ガイド作成「当事者と共にガイドを作成する～作成委員として感じたこと～」	2025.6.20
菊地紗耶	第22回日本うつ病学会シンポジウム	「産後うつ病における薬物療法の実際と新たな治療選択肢」	2025.7.11
菊地紗耶	BPCNPNP合同年会シンポジウム 5	「痒い所に手が届く精神科の臨床Hack」「妊婦・授乳婦に寄り添う精神科薬物療法」	2025.11.13
渡邊博幸	埼玉東部周産期メンタルヘルス研修会『地域で支える産後ケア』	母子・精神保健医療連携の現在と未来：～自治体調査結果を踏まえた連携モデルとは～.	2025.7.19
渡邊博幸	宮崎県「母子保健指導者研修会」	母子・精神保健医療連携をどう構築するか：～自治体調査を踏まえて～.	2025.11.6
渡邊博幸	市川浦安地区助産師会講演	産後ケアにおけるメンタルヘルス.	2025.11.8
渡邊博幸	愛媛県「令和 7 年度周産期メンタルヘルス研修会」	周産期メンタルヘルス連携の現在と未来：～自治体調査を踏まえた連携モデルとは？～.	2026.1.26
渡邊博幸	大阪府妊産婦こころネット 2025年度研修会	母子・精神保健医療連携の現状と展望：～自治体調査と好事例ヒアリングを踏まえて～.	2026.1.31
渡邊博幸	令和 7 年度児童虐待防止に関する母子保健担当者研修（Ⅱ部）研修会	精神疾患などメンタルヘルスに不調を抱える妊産婦への支援について.	2026.3.5
菊地紗耶	上田市医師会自殺対策に関する特別公開講座	「なぜ周産期メンタルヘルス支援が重要なのか～基礎知識と支援の実践～」	2025.1.31

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）
総合研究報告書

菊地紗耶	周産期メンタルヘルス研修会 (福島県医師会と福島県産婦 人科医会共催)	「周産期メンタルヘルスの基本的知 識と実践」	2025.2.11
菊地紗耶	第29回秋田県 精神科薬剤師研究会	「周産期におけるうつ病治療Update ～最新のガイドラインと臨床現場の 課題～」	2025.2.15
菊地紗耶	第33回 コンサルテーション リエゾン精神薬学研究会 学術講演会	「妊婦・授乳婦への向精神薬の使い 方～最新ガイドラインと臨床実践 ～」	2025.5.16
菊地紗耶	ドクターサーチみやぎ 市民 公開講座女性のヘルスケア セミナー	～更年期を心地よく過ごすためには ～(パネリスト)	2025.6.29
菊地紗耶	宮城県看護協会助産師実践の 基本 (Part2)	「周産期メンタルヘルスケア」	2025.9.17
菊地紗耶	令和7年度助産実践能力強化 支援研修Ⅰ	「ボンディング障害について」	2025.9.20
菊地紗耶	宮城県母子保健基礎講座Ⅱ研 修会	「周産期メンタルヘルスの基礎知 識」	2025.10.14
菊地紗耶	八戸精神科医会	「地域で支える周産期メンタルヘル ス～連携のあり方と課題～」	2025.11.19
菊地紗耶	令和7年度 乳児家庭全戸訪 問事業研修会(郡山市)	「周産期メンタルヘルスの基本的知 識と実践」	2025.11.25
菊地紗耶	令和7年度栗原圏域母子保健 研修会	「メンタルヘルスに課題を抱える親 子のアセスメント・子育て支援につ いて」	2025.12.16
相良洋子	愛媛県医師会 令和7年度周産 期メンタルヘルス研修会	「周産期のメンタルヘルス～現状と 課題～」	2026.1.25.
菊地紗耶	日本精神神経学会	精神疾患を合併した、或いは合併の 可能性のある妊産婦の診療ガイド： 当事者家族版作成委員	
菊地紗耶	日本うつ病学会	うつ病診療ガイドライン2025 作成委員	
菊地紗耶	日本神経精神薬理学会・日本 臨床精神神経薬理学会	統合失調症薬物治療ガイドライン 2027 作成委員	

2026年/令和8年度版

自治体職員のための

全国都道府県/市区町村自治体

母子保健担当者/保健所職員向け

妊産婦メンタルヘルス 連携実践ガイド

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)



研究代表者: 渡邊 博幸 (医療法人学会 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)

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 発行

3 はじめに

4 I 妊産婦メンタルヘルスの基礎知識

8 II 妊産婦メンタルヘルス 連携の重要性と支援の困難性

10 III わが国の妊産婦メンタルヘルスに関する支援連携の実態 全国自治体所管部署調査結果をふまえて

18 IV 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の作り方

28 V 連携ツールの作成・活用

32 VI まとめにかえて

33 謝辞

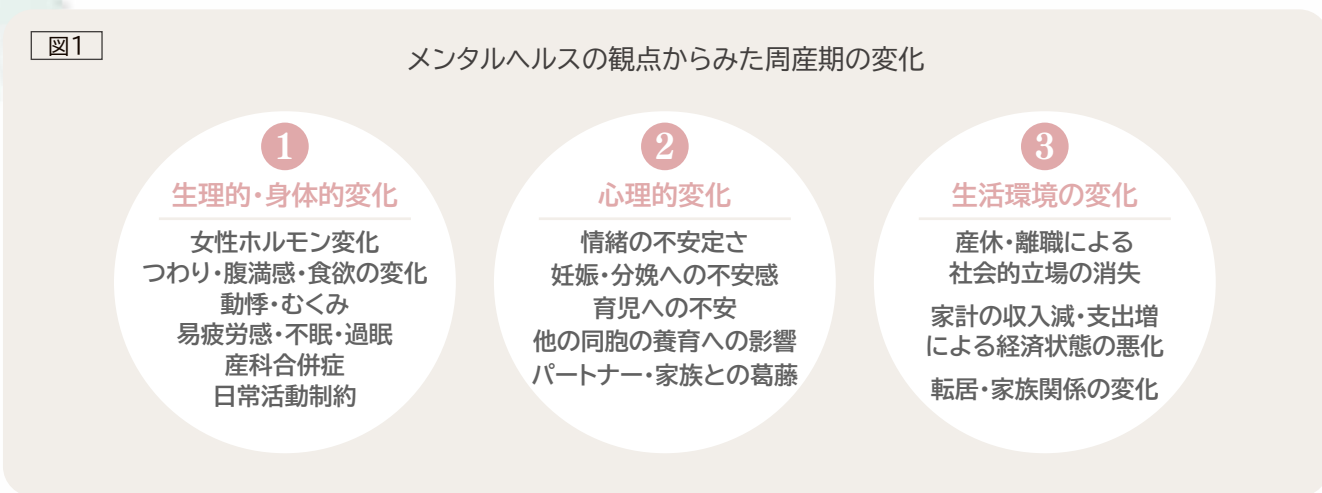
妊産婦のメンタルヘルスは、妊娠中の母児の健康、産後の養育、児の発達を左右する重要な支援課題です。しかし、本課題に特化した事業を実施し、精神科と連携している市町村は少なく、自治体から精神科医療側への連携の難しさが指摘されています。

この課題解決のために、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」班では、『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』を目的として、令和6年度～令和7年度にかけて、
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研究』
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』
③『①②の研究をもとに抽出した周産期メンタルヘルス連携に関する好事例自治体へのヒアリング調査』を行い、これらを踏まえて
④『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の構築方法』をまとめ、この実践ガイドを作成しました。

支援現場で日々尽力されている保健師、助産師をはじめとした専門職の方々、自治体の施策、事業を所管している行政職の方々にお手にとっていただき、活用いただけますと幸いです。

本ガイドは、左記の5章に分けて解説します。ネットワークの作り方については、複数の好事例自治体のヒアリングを元にモデルを提示していますが、各自治体の組織構成、予算、人員、地域医療資源などを踏まえて、柔軟に改変、組み合わせて施策に実装していただけますようお願い致します。

I 妊産婦メンタルヘルスの基礎知識



1 メンタルヘルスの観点から見て、周産期はどういう時期か？(図1)

①生理的・身体的変化

妊娠出産、授乳にともなう女性ホルモンの大きな変動は、精神的な変化に大きな影響をもたらします。また、胎児の発育に応じて循環血漿量が増加するために、動悸やむくみも生じやすくなります。つわりや腹満感、食欲の変化などの胃腸系の変化、不眠・過眠といった睡眠の変化など、基本的な生活リズムが崩れやすくなります。そこに妊娠による体重増加や運動の制約、易疲労感などが加わってきます。

②心理的变化

主に女性ホルモンの変動が大きな要因となっていると考えられますが、情緒の乱れが生じやすくなります。また、妊娠・分娩・育児に対しての不安、他の同胞(きょうだい)の養育が思うようにできなくなったりすること、妊娠や育児への価値観の違いなどから、今まで仲の良かった夫やパートナー、親世代でさえも、家族間の葛藤が生じやすくなります。

③生活環境の変化

産休・離職による社会的立場の消失、家計の収入減・支出増による経済状態の悪化、転居・家族関係の変化、例えば急に義父母と同居することになるなど、今までは夫と二人の生活を考えていればよかったところに、子供もできる、義理の両親も一緒に暮らす、あるいは実家に里帰

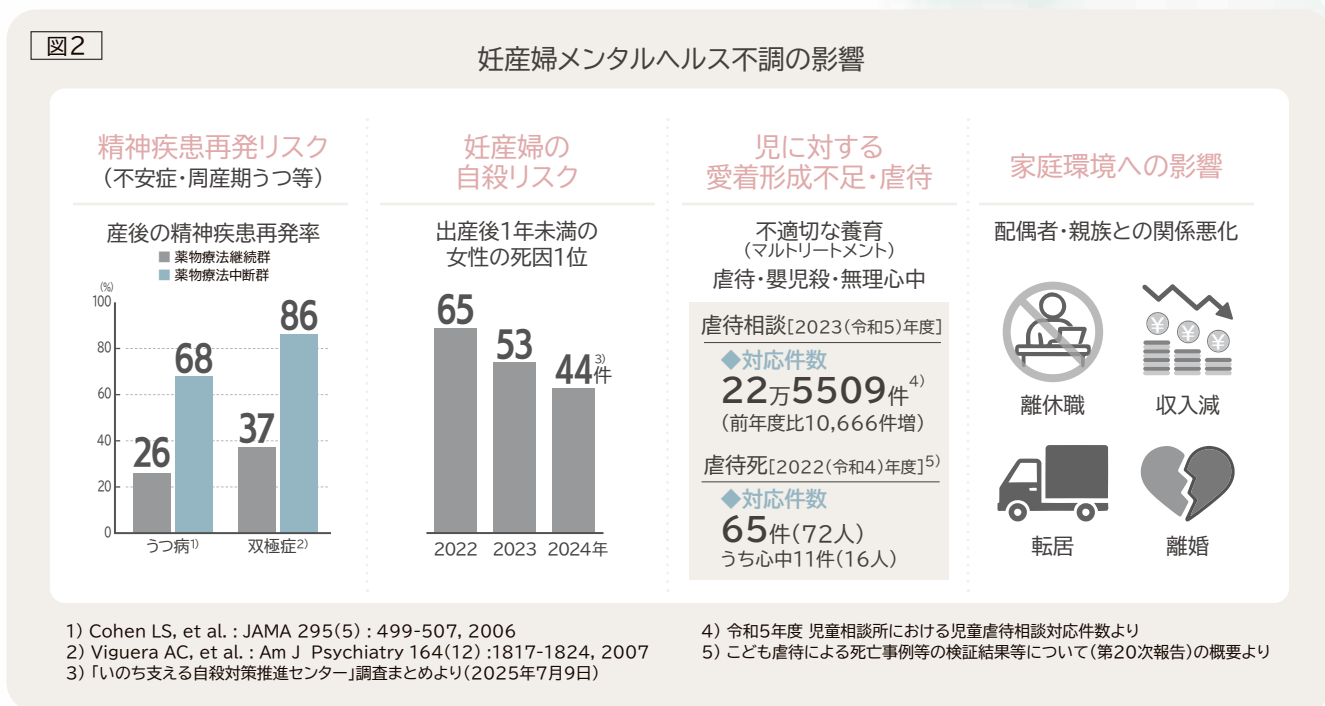
りしても、他の親類がいるなど、家族関係で気を遣う場面が増えることがあります。

■睡眠不足等の多様なストレス要因

さらには、妊娠出産育児に関するストレス要因が、今まで経験したことのないような大きなものである場合も、メンタルヘルス不調を呈しやすくなります。特に、産後数か月の時期は、2～4時間ごとの授乳が必要であり、6か月頃からは夜泣きにより、夜間の睡眠が十分にとれないことが続きます。産後ケア事業の利用理由で「ゆっくり寝たい」が上位にあることからわかります。長期にわたる睡眠不足は、メンタルヘルスに影響を与えます。様々な産科合併症、多胎妊・出産、児の先天性疾患、死産、最近では生殖補助医療を受ける女性の負担なども考慮が必要となります。

■ストレス対処に関する困難

このような生理的、心理的、社会的変化によって、妊産婦には多くの負荷がかかります。それらに対して人それぞれのストレス対処方法や周囲からのサポートで乗り越えようとはしますが、もともとのストレス対処の力が少ない方(知的発達症や精神疾患のある人)、シングルマザーであったり、実親との関係が悪化していたり、パートナーの協力が得られないなどの周囲のサポートが得られにくい環境にある方、経済的な困窮状態などでは、対処方法が破綻して、妊娠出産育児に関連したさまざまな困りごとが重なり、妊産婦のメンタルヘルスが更に悪化します。



2 妊産婦メンタルヘルス不調の影響

妊娠期、産後のメンタルヘルス不調は、その人や子ども、家族のウェルビーイング(Well-being)*の低下につながります。

■精神疾患の再発リスク

まず、もともとうつ病や双極症、不安症などの精神疾患を持っている妊産婦の場合は、その再発リスクが高まります。妊娠中、胎児への影響を過度に心配して、自ら服薬を中断してしまうことなどにより、再発率が高まる場合がありますが、妊娠期、産後の女性ホルモンの変動などによる生理学的な要因や心理的ストレスの増加もあいまって、服薬を継続していても、再発することがある点に留意する必要があります。

■妊産婦の自殺リスク

周産期の精神状態の悪化は、妊産婦の自殺のリスクを高めます。現在我が国の出産後1年未満の女性の死因の1位は自殺です。産科的合併症による死亡が、母子保健医療者の努力で減っている一方で、メンタルヘルス不調への対応が十分でないことが浮き彫りになっています。

■育児機能の低下と子どもへの影響

また、日常生活機能、育児機能の低下に直結し、対人関係の悪化をもたらし、児に対する愛着形成不全や不適切な養育(マルトリートメント)、虐待などにもつながります。我が国の年度虐待相談対応件数は、右肩上がりが増加し、2023(令和5)年度は225,000件を超えており、大きな社会問題として、喫緊の解決が求められています。

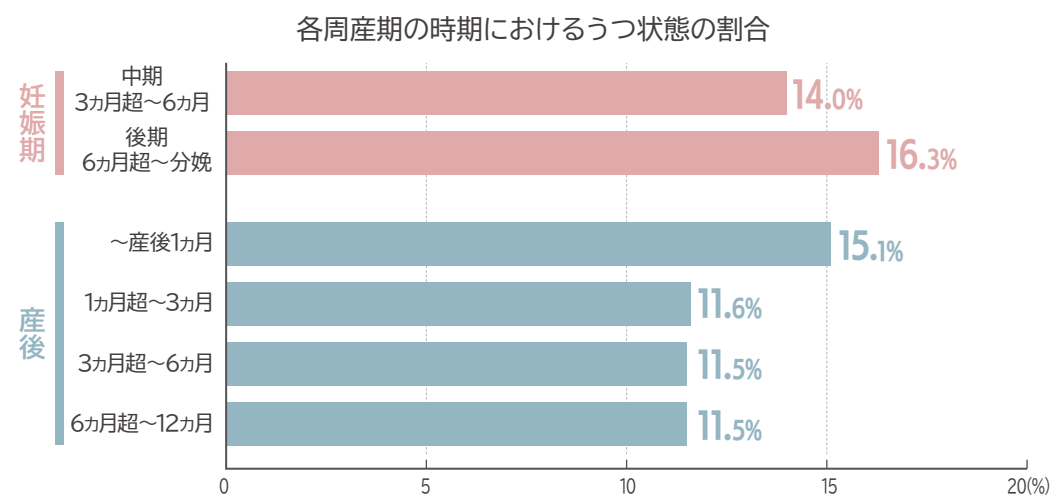
このような痛ましい結果に至らないまでも、妊産婦のメンタルヘルス不調を契機に、配偶者や親族との関係悪化や離婚、失職などを余儀なくされる場合もあります。小さな子どもを抱えて、より不安定な経済生活やセーフティーネットの乏しい生活環境に陥ることもまれではありません。

※ウェルビーイング(Well-being)
世界保健機関(WHO)憲章の前文にある「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態(well-being)にあること」を指します。

I 妊産婦メンタルヘルスの基礎知識

図3

日本の妊産婦のメンタルヘルス不調の割合



海外を含む複数の研究を統合した分析では、出産後1ヵ月時点で、約7人に1人に産後うつ病がみられると報告されています。

※63本の研究(計108,431人)を対象としたメタ解析による
産後うつ病有病率(産後1ヵ月時点)14.3%(95%信頼区間 13.2-15.4%)

Tokumitsu K, Sugawara N, Maruo K, et al.: Prevalence of perinatal depression among Japanese women: a meta-analysis. Ann Gen Psychiatry 19: 41, 2020

3 日本の妊産婦のメンタルヘルス不調者の割合

妊産婦のメンタルヘルス不調者の割合については、主にうつ状態と不安状態の報告が中心であり、すべてのメンタルヘルス不調者の割合を反映したものではないことに注意が必要です。また、妊娠期や産後の時期によっても結果が異なります。さらには、もともと精神疾患を併存している妊産婦を含めての数なのか、それとも周産期に新たに不調を生じた人のみをカウントしているのかによっても数値が変わります。

■エジンバラ産後うつ病自己調査票(EPDS)

既報のデータでは、主にエジンバラ産後うつ病自己調査票(EPDS)の結果から割合を示している報告が多いのですが、EPDSは純粋なうつ病・うつ状態のみでなく、不安状態もピックアップすることがあります。そのため、EPDS

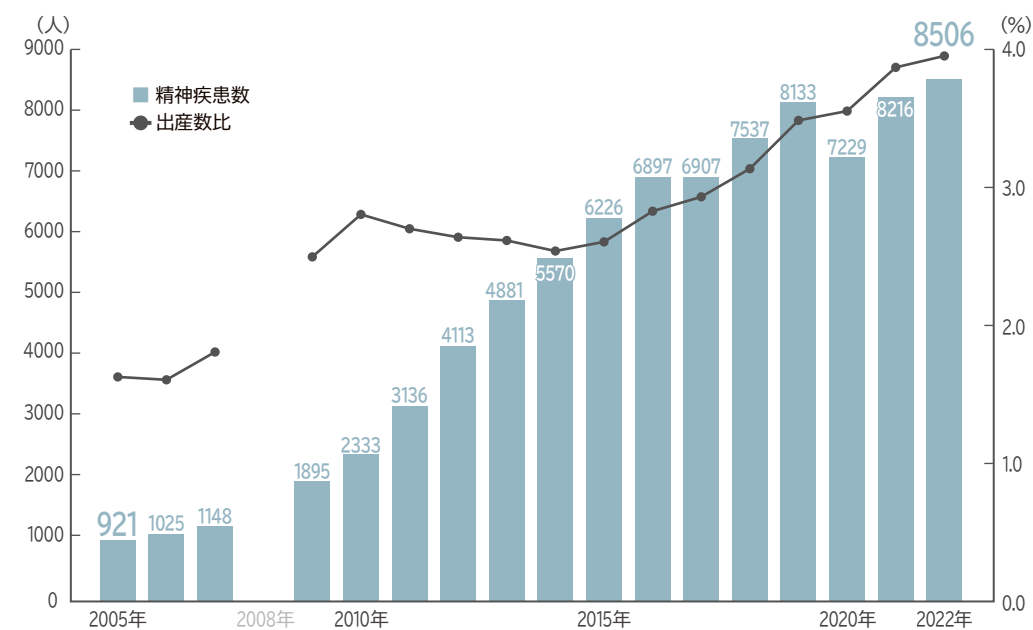
のスクリーニングで区分点9点以上として要支援対象となったということは、その時点でのうつ・不安状態のいずれかをピックアップしたということに他なりません。

■日本の妊産婦におけるうつ状態の割合

これらの背景に注意しながら、日本の妊産婦を対象とした63本の研究(108,431人)のメタ解析のデータを参照すると、産後1ヵ月時点における産後うつ病有病率は14.3%(95%信頼区間 13.2-15.4%)と示されています。また、各周産期の時期におけるうつ状態の割合を見てみると、妊娠期にも約15%前後のうつ状態の妊婦がピックアップされ、産後うつと同等以上の割合で、うつ状態に陥っている妊婦がいることもわかりました(図3)。

図4

年度別母体基礎疾患内訳からみる精神疾患率の推移



文献)日本産科婦人科学会周産期委員会委員会報告(平成17年度～令和5年度)より
(2008年度については基礎疾患別表なしのため省略、また、出産数比の%表示については複数回答可のため参考値)

一方で、もともと精神疾患を有する妊婦の割合はどれくらいでしょうか？

■精神疾患併存妊婦の割合

日本産科婦人科学会周産期委員会報告によれば、母体基礎疾患における精神疾患の割合はほぼ右肩上がりが増加し、2005(平成17)年度は登録数(出産数)56,671件中921人でしたが、2022(令和4)年度統計では、215,562件中8,506人と増え、基礎疾患全体での順位も7位から4位に上昇しています。

基礎疾患を複数併存する場合もあるので参考値にはなりませんが、出産数比で約4%の妊婦に精神疾患が併存していることが推測されます(図4)。

整理すると、妊産婦の約15%にうつ状態を主とするメンタルヘルス不調者がいること、妊婦の約4%に精神疾患が併存していることがわかりました。

■自治体における支援対象者数を考える目安

これらの割合は、自治体の母子保健所管部署が、自治体内、あるいは保健医療圏域内で1年間にどれくらいのメンタルヘルス不調の妊産婦を支援する必要があるかを概算する目安になります。

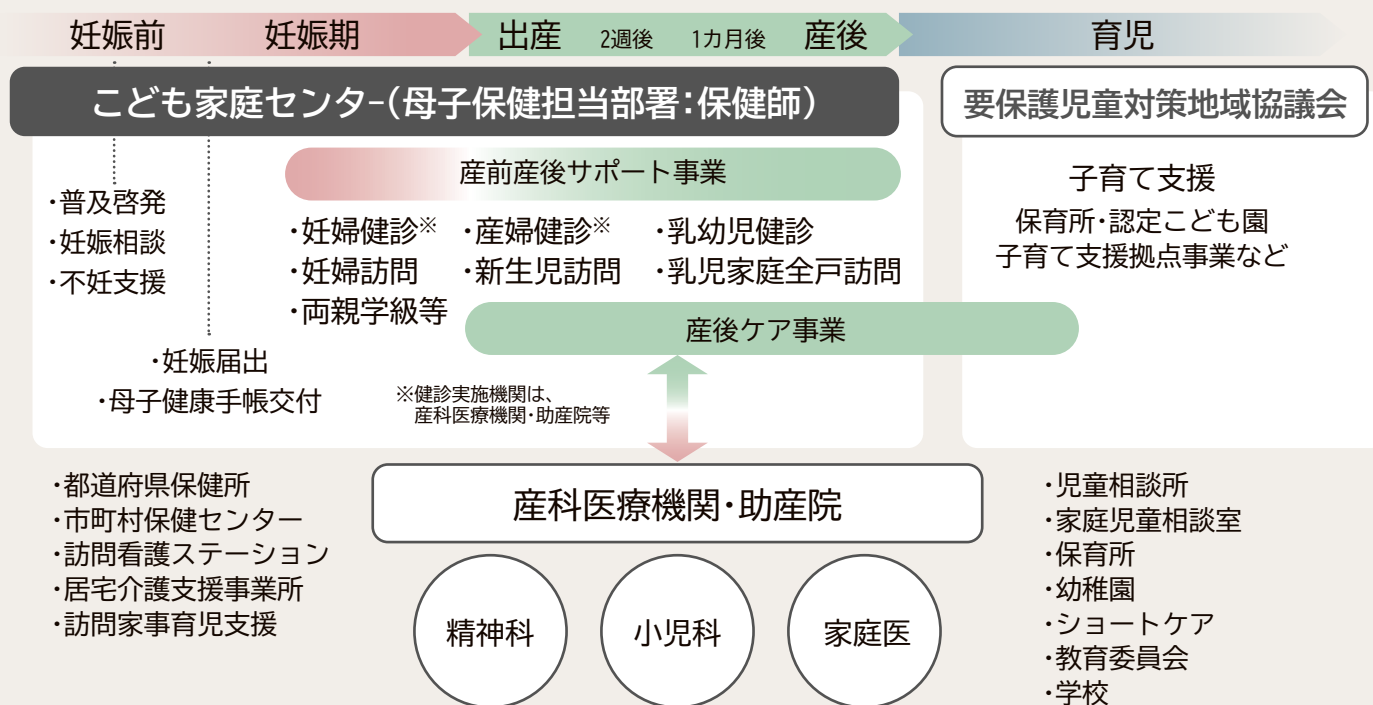
たとえば、年間1,000人の妊娠届や出産がある圏域であれば、そのうちの150人程度がメンタルヘルス支援を必要とするかもしれないということになります。

Ⅱ 妊産婦メンタルヘルス連携の重要性と支援の困難性

図5

母子保健－精神保健連携【2024(令和6)年度～】

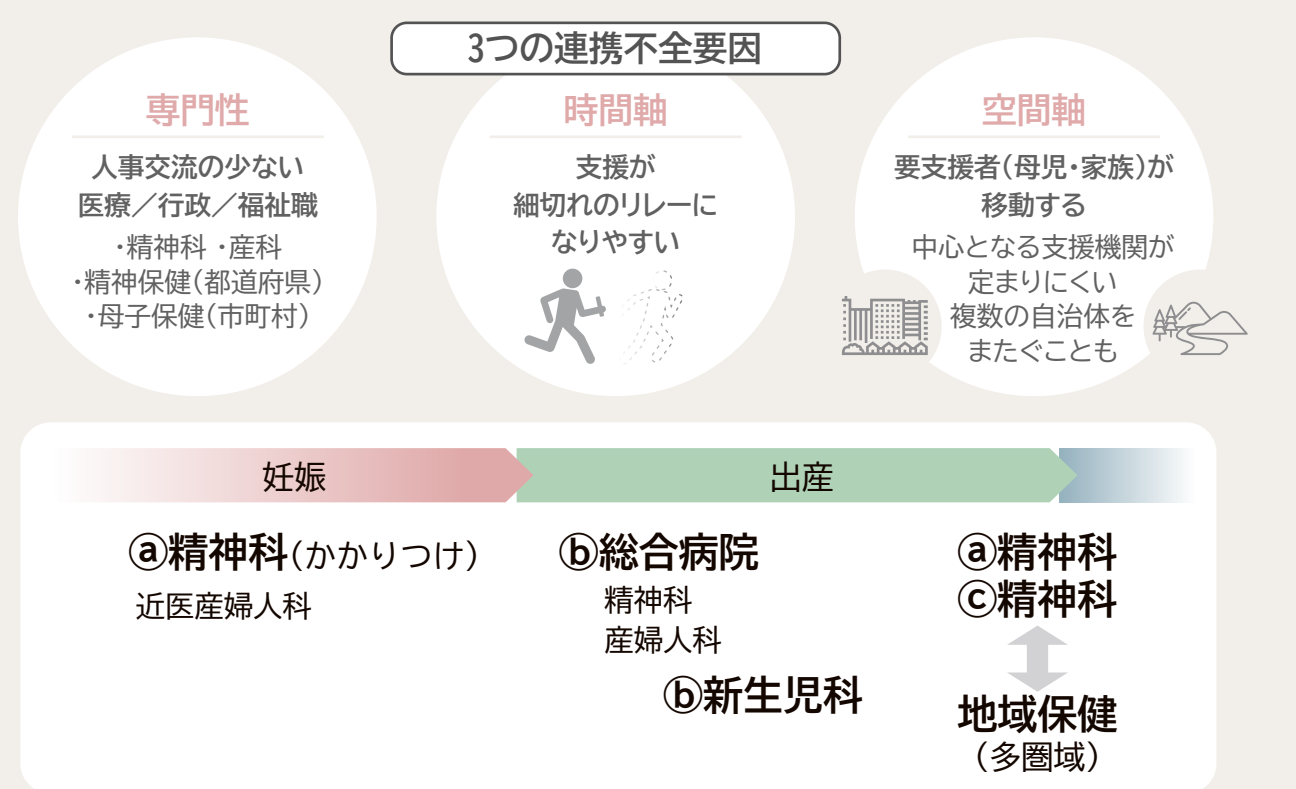
こども家庭センター(母子保健機能)を拠点として、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援の体制を確保し、誰ひとり取り残すことなく妊産婦に対し、安心・安全で健やかな妊娠・出産、産後をサポート



渡邊博幸:精神科治療学34(3), 293-299, 2019を加筆

図6

周産期メンタルヘルス連携はなぜ困難か？



渡邊博幸:精神科治療学32(6); 719-722, 2017.

図5で示したように、妊産婦のメンタルヘルス課題は、生理的・心理的・社会的な複合困難が複雑に絡んでいますので、一つの専門領域だけでは、包括的な支援は不可能です。迅速かつ実効性のある支援を行うためには母子、小児、精神それぞれの保健・医療・福祉の専門領域の連携や協働が必須です(図5)。

しかし、現実には、妊産婦メンタルヘルス連携はスムーズに実装されているとはいえません。この連携の困難さの要因には、次に挙げる3つの連携不全があると考えます(図6)。

①精神医療・保健と周産期医療・母子保健

双方の専門性の違い

もともと人事・業務交流の少ない医療・行政・福祉職との円滑な連携を構築しなければなりません。しかし、精神科と産科、都道府県単位で行う精神保健と市町村単位で行う母子保健との考え方の違いが生じやすいのです。

②時間軸上の連携不全

－妊娠から育児までの「支援の分断」

妊娠から育児までの医療・地域保健的な支援は、短期間のリレーになりやすく、情報連携や支援者の一貫性が保ちにくいという課題があります。

■精神科通院中の妊娠における典型的な経過

典型的な例を挙げましょう。

精神科通院あるいは向精神薬を服用中の女性が妊娠した場合、初診した産科医療機関から、精神科を有する一般病院の産科での妊娠・分娩管理を奨められることがあります。

また、それに応じて、かかりつけの精神科医療機関からも、当該の一般病院精神科に紹介されることになります。

受診先を一カ所にまとめられ、患者に配慮した診療連携に思えるのですが、注意すべき点もあります。

■転医に伴う負担とリスク

居住地によっては、産科と精神科両方の診療科を持つ病院までの交通アクセスが悪く、片道2時間以上もかけて紹介先に通院することもあります。妊娠週数が進む中で、受診自体が母胎に大変な負担となります。

また、精神科薬物治療の面からは、妊娠に対応した薬剤整理も中途半端のまま転医となり、急な処方中断による離脱症状や、症状再燃に至る場合があります。

■出産後に生じやすい情報断絶

さらに、出産後は、前医あるいは、里帰り先の居住地近傍の精神科に再紹介となり、短期の診療のバトンリレーによって、妊娠・出産時の本人の言動や行動、症状変化、児への養育能力、家族との関係変化などの重要な情報の伝達が途絶えてしまうことになります。

③空間軸上の連携不全要因

医療拠点の偏在や妊産婦の生活圏の移動(里帰り出産・育児)があると、担当者が互いに遠く離れており、支援のベースキャンプをどこに置けば定めてにくくなります。複数の自治体をまたぐような場合は特に注意を要するでしょう。また、転居先で母親が精神科受療を中断してしまうことも稀ではありません。実際子育てに翻弄されて、新しい精神科診療施設を受診できないということもあるでしょう。

これらの連携不全を克服して、迅速かつ効果的な支援を行うための仕組みをつくる必要があります。

III

わが国の妊産婦メンタルヘルスに関する支援連携の実態 全国自治体所管部署調査結果をふまえて

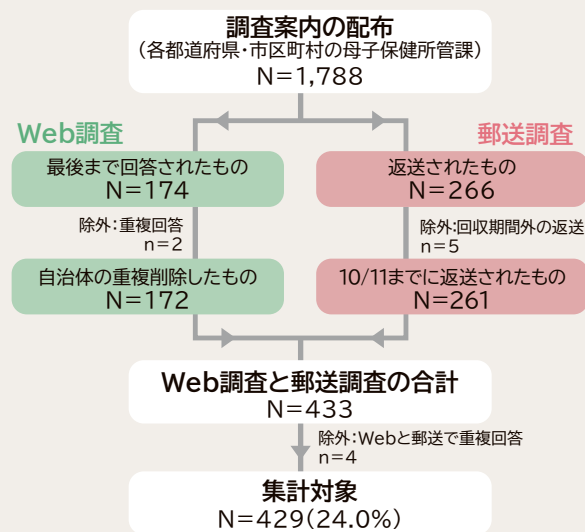
図7 自治体アンケート調査[2024(令和6)年]

2024年9月～10月にかけて、全国の都道府県47カ所および市区町村1,741カ所の母子保健担当部署を対象に自記式調査を実施。

都道府県 33件(回収率70.2%)
市区町村396件(回収率22.7%)

の回答をもとに統計解析(IBM SPSS Statistics 30)

大問	内容(妊産婦のメンタルヘルスに関する)
I	自治体-精神科医療連携の課題
II	必要と考える取り組み
III	自治体-精神科医療連携の実施状況
IV	連携体制
V	連携の実施実績(2023(令和5)年度)
VI	自治体から精神科医療機関への情報提供の状況(市区町村)
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	『ネットワーク構築事業』の実施状況(都道府県)
X	その他意見



研究班では、自治体と精神科医療との連携の実情と課題を把握し、適切なネットワーク構築の基礎資料とするために、2024(令和6)年に全国の都道府県47カ所および市区町村1,741カ所の母子保健担当部署を対象として、10の大項目について、アンケート調査を行いました(図7)。その結果429カ所(都道府県33カ所[70.2%]、市区町村396カ所[22.7%])からの回答を元に、統計解析を行い、図表にしました。以下にその結果の概略を示します。



1 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(図8、9)

■自治体職員共通で感じている課題

自治体職員が困難と感じている課題は、都道府県、市区町村とも同じような結果となりました。両者を合算して1位から並べると、「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」「対応する自治体職員(保健師等)不足」「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」「紹介してから初診までに時間がかかる」の順でした(図8)。

■都道府県のみ結果

「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カ所66.7%)でした(図9)。

■市区町村の結果

「当事者・家族の精神科受療の承諾」(308カ所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カ所70.2%)、「圏域内の精神科医療機関の不足」(274カ所69.2%)の順です(図9)。

母子保健内の様々な事業で、妊産婦のメンタルヘルス不調をピックアップできても、それを精神科受療につなげることが難しいことが浮き彫りになった結果でした。

図8 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+市区町村合算)
各質問項目に「課題である」とした回答数に(2点)、「大きな課題である」に(3点)を乗じて重み付け加算した総点

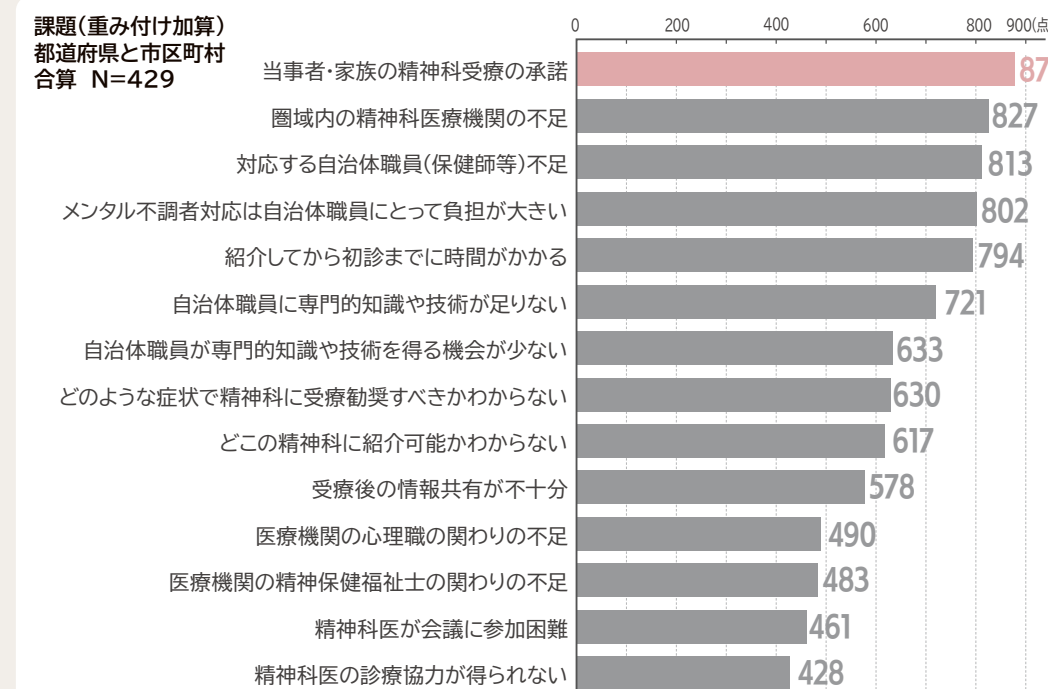


図9 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体-精神科医療連携の課題
各質問項目に「課題である」+「大きな課題である」と回答した割合

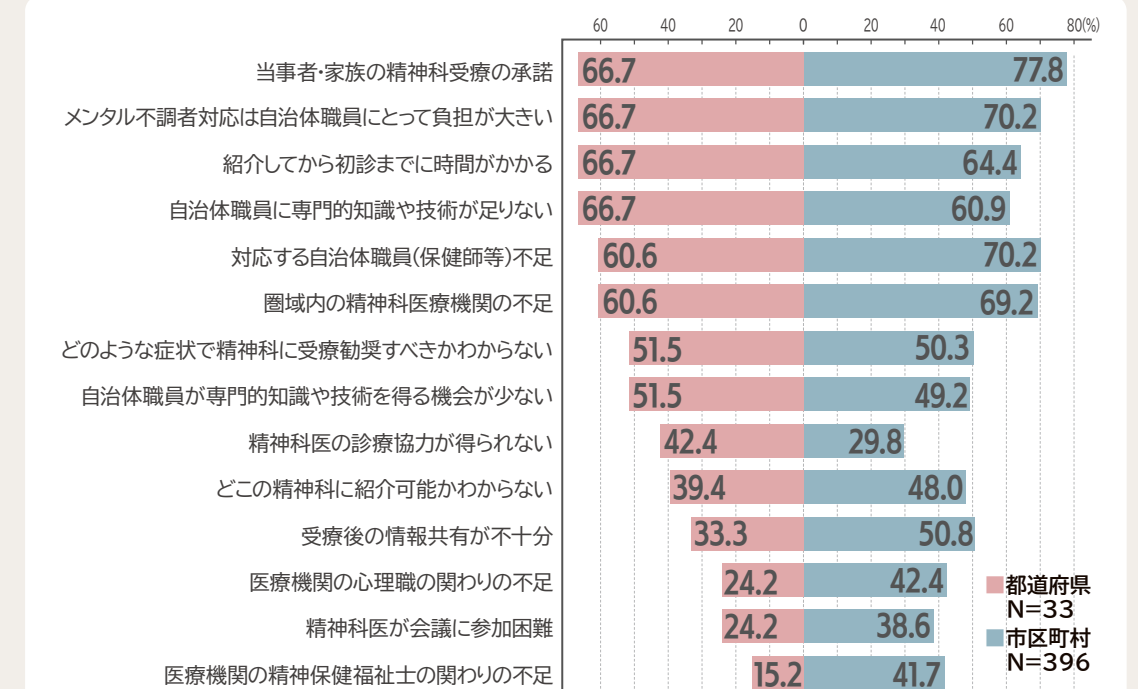
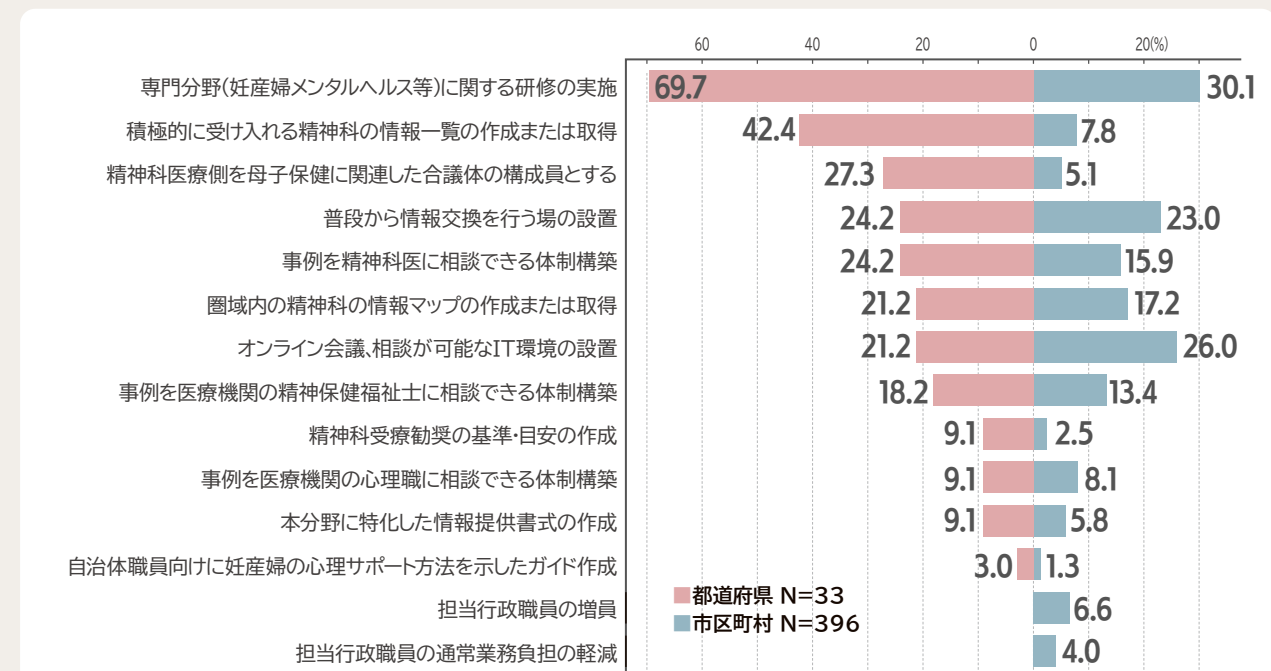


図7 図8 図9 厚生労働科学研究成果データベース:「妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究」令和6年度研究報告書より作成

III

わが国の妊産婦メンタルヘルスに関する支援連携の実態 全国自治体所管部署調査結果をふまえて

図10 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 [2024(令和6)年3月末時点]



厚生労働科学研究成果データベース:「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」令和6年度研究報告書より作成

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

■都道府県のみ結果

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」「妊産婦を積極的に受け入れる精神科の情報」(いずれも32カ所97.0%)、「事例を精神科医に相談できる体制」(29カ所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カ所84.8%)の順でした。

■市区町村の結果

市区町村では、「妊産婦を積極的に受け入れる精神科の情報」(369カ所93.2%)、「圏域内の精神科の情報」(352カ所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カ所87.1%)でした。

これらの結果から、自治体では、圏域内で、母子保健側からつなげるための精神科医療資源の情報をもとめていること、妊産婦メンタルヘルスに関する知識の向上を求めていることが見てとれます。

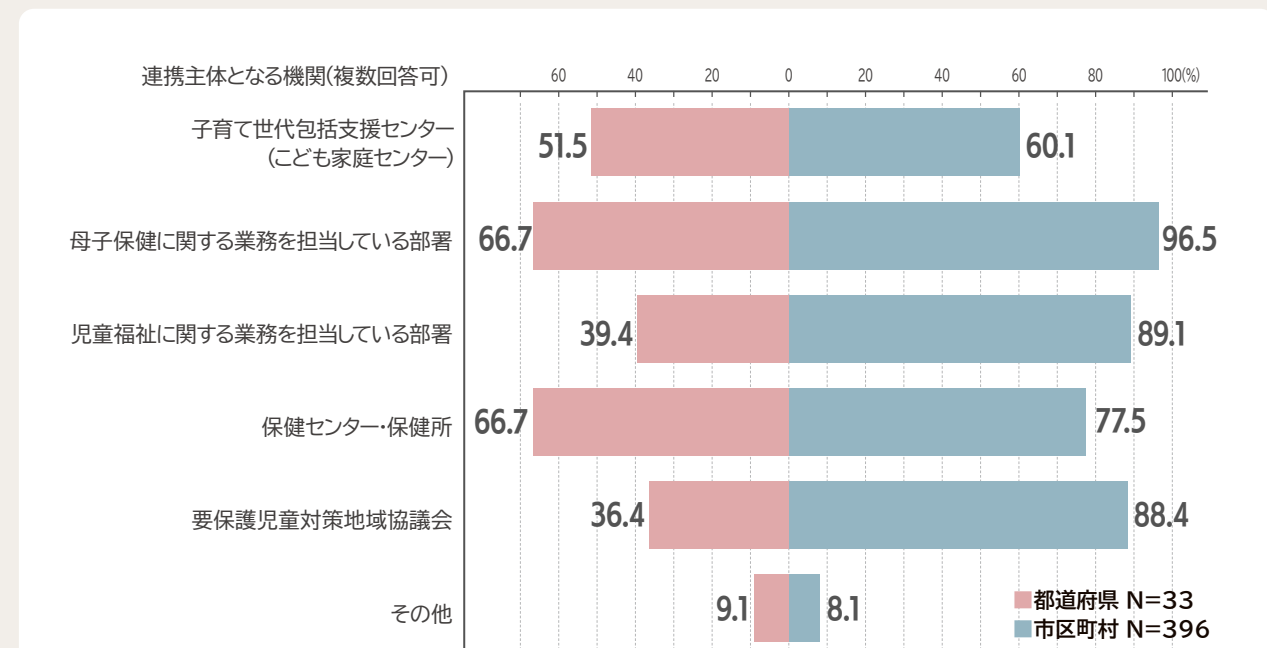
3 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体-精神科医療連携の実施状況 (図10)

2024(令和6)年3月末時点での、連携の実施状況については、都道府県と市区町村で回答に違いが見られました。

■都道府県のみ結果

都道府県での実施状況は、「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カ所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カ所42.4%)の順でした(図10)。

図11 連携体制の主体(管理・所管)となる機関について



厚生労働科学研究成果データベース:「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」令和6年度研究報告書より作成

■市区町村の結果

市区町村での実施状況は、「専門分野(妊産婦メンタルヘルス等)に関する研修」(119カ所30.1%)、「オンライン会議、相談が可能なIT環境の設置」(103カ所26.0%)、「普段から情報交換を行う場の設置」(91カ所23.0%)の順でした(図10)が、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りました。

■都道府県、市区町村共通の状況

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りました。

4 連携体制の主体(管理・所管)となる機関について (図11)

■都道府県のみ結果

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カ所(66.7%)と最多でした(図11)。子育て世代包括支援センター(こども家庭センター)は、17カ所(51.5%)と半数以上の都道府県で、連携の主体を担っていました。

■市区町村の結果

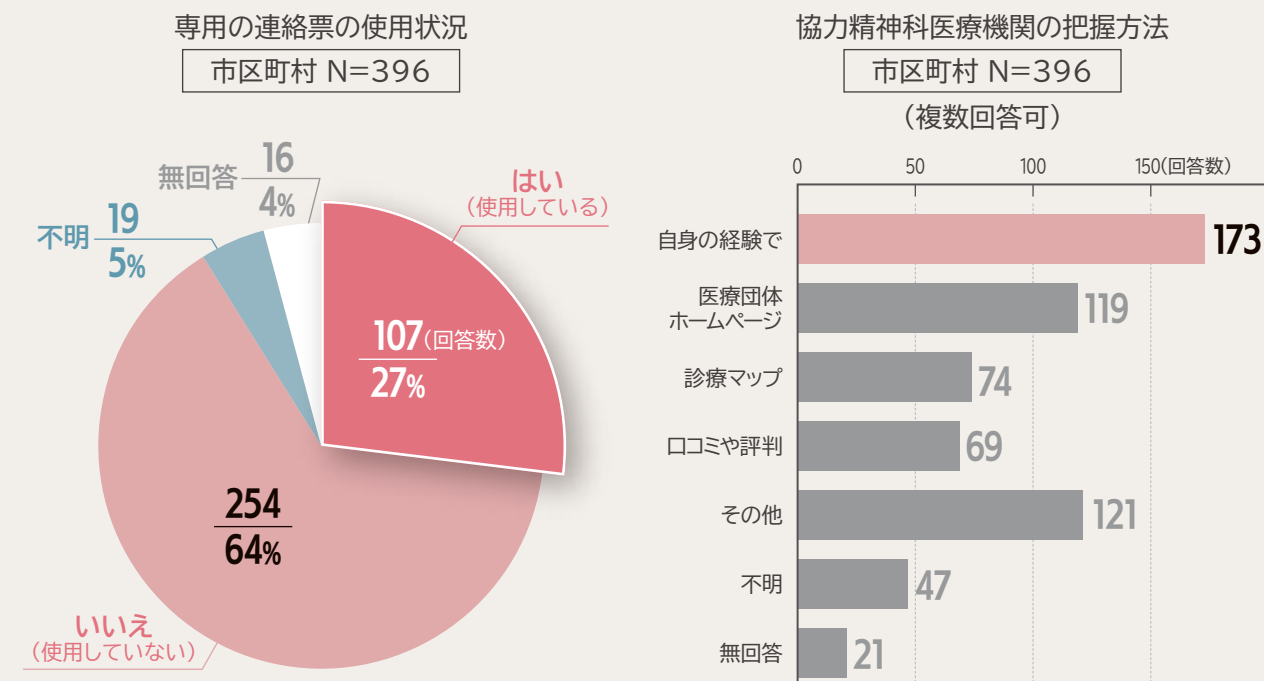
市区町村では「母子保健に関する業務を担当している部署」が382カ所(96.5%)と最多で、「児童福祉に関する業務を担当している部署」353カ所(89.1%)、「要保護児童対策地域協議会(以下、「要対協」という。)」350カ所(88.4%)と続きました(図11)。子育て世代包括支援センター(こども家庭センター)は238自治体(60.1%)と6割の自治体で、連携体制の主体となっていました。

Ⅲ

わが国の妊産婦メンタルヘルスに関する支援連携の実態 全国自治体所管部署調査結果をふまえて

図12

市区町村と精神科医療機関の連携方法



厚生労働科学研究成果データベース:「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」令和6年度研究報告書より作成

複数回答を可としていることから、自治体によっては複数カ所の部署で、連携体制の主体を担っていることが示唆されます。複数の連携の窓口があり、漏れのない支援が考慮されているとも言える反面、ワンストップ拠点が定まらず、円滑な情報の発受や連携調整が難しくなるリスクを孕んでいる可能性があります。将来的には、こども家庭センターにこれらの機能を集約していくことが望ましいと言えるでしょう。

■市区町村における連携の担い手と要対協の可能性

また、市区町村においては、既存組織として、要対協が連携体制の主体を担っている回答も多く見られました。児童福祉のみならず、特定妊婦等も対象としうる合議・検討の場として、既存の組織である要対協を発展的に活用することも、人的資源の少ない自治体などでは、検討できるでしょう。

5 市区町村と精神科医療機関の連携方法について(図12)

市区町村へのアンケートからは、母子保健側から精神科医療機関への連携方法の実情が明らかとなりました。

①母子保健

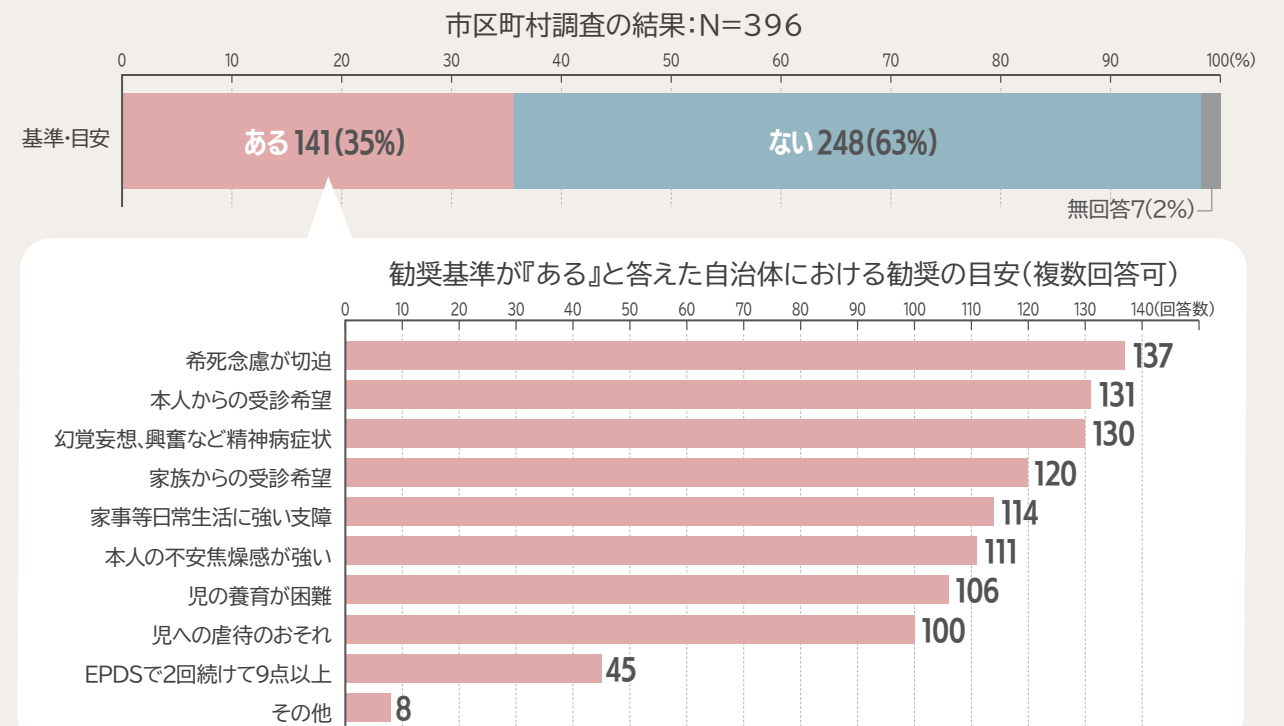
母子保健側の情報提供主体として、困難事例対応職員の活用について質問したところ、「困難事例対応職員を設置していない」が154カ所(38.9%)と最多で、「困難事例対応職員が実施している」のは68カ所(17.2%)でした。その他として、「保健師」や「地区担当」などが担当するとの回答が19カ所(4.8%)からありました。

②医療機関

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カ所(51.5%)、「看護師」195カ所(49.2%)の順でした。

図13

市区町村における精神科受診を勧める基準・目安



厚生労働科学研究成果データベース:「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」令和6年度研究報告書より作成

③市区町村

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カ所(32.1%)と最多で、1週間以内で行う市区町村が6割を超えていました。しかし「不定」との回答も29.0%ありました。

④情報提供の方法

「電話」が354カ所(89.4%)と最多で、続いて「文書等」が125カ所(31.6%)でした。

⑤専用連絡票の使用状況

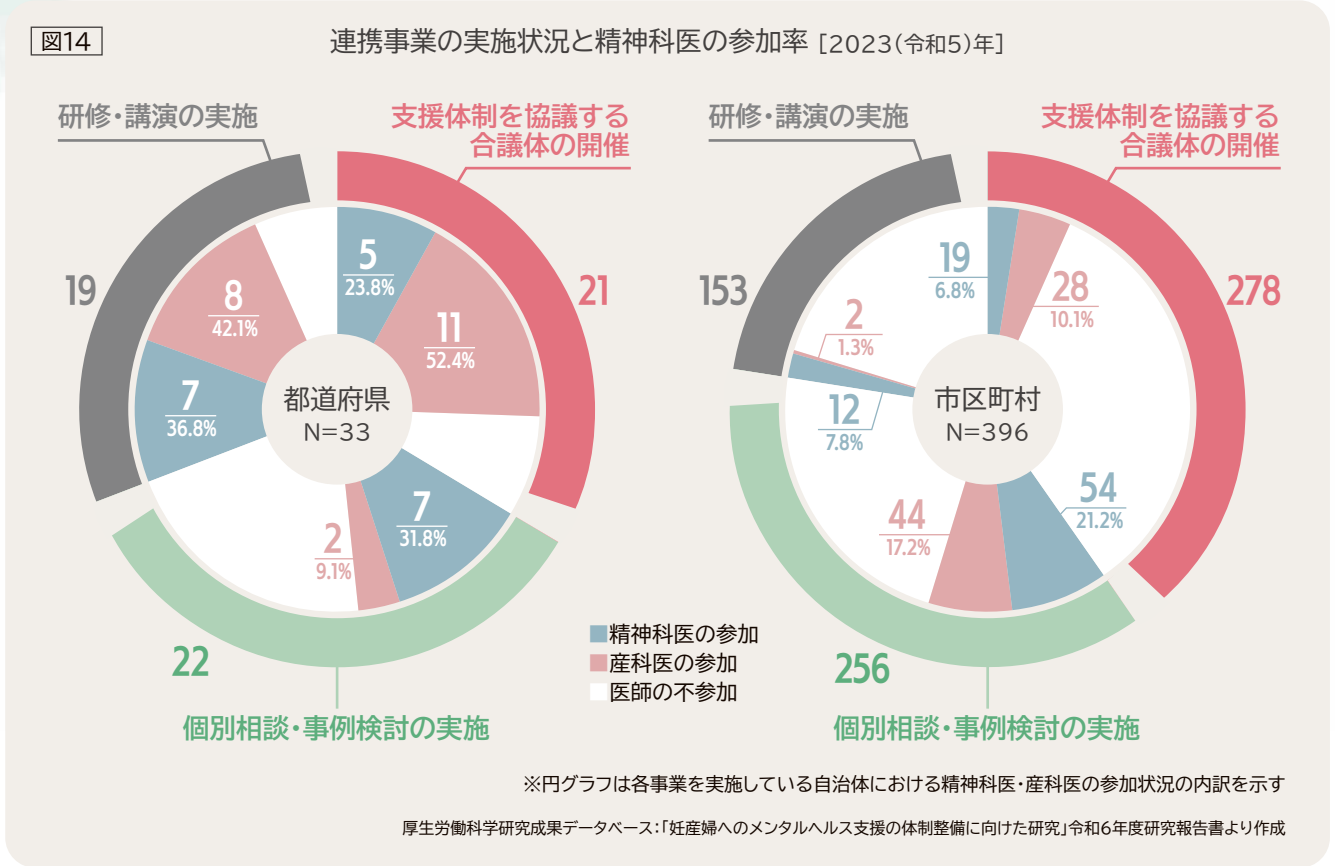
医療機関とやり取りする際に『専用の連絡票』を用いているのは27.0%でした。

協力精神科医療機関の把握方法は、「自身の経験で」が173カ所(43.7%)と最多、続いて「医療団体ホームページ」が119カ所(30.1%)、診療マップが74カ所(18.7%)の順でした。自身の経験で精神科医療機関を探さなくてはならない実情が浮き彫りとなりました。支援が保健師等の母子保健側職員の属人性によってしまい、過重な労働負担となる要因となりうることが示唆されます。

6 精神科受診を勧める基準・目安について(図13)

「ある」と回答した市区町村は396カ所中141カ所(35.6%)でした(図13)。その141カ所のうち、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カ所(97.2%)と最多で、「本人からの受診希望がある場合」が131カ所(92.9%)、「幻覚妄想、興奮など精神病症状が出ている場合」が130カ所(92.2%)の順でした。「日常生活に強い支障が出ている場合」は114カ所(80.9%)、「養育困難」が106カ所(75.2%)、「虐待の恐れがある場合」が100カ所(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ました(図13)。

Ⅲ わが国の妊産婦メンタルヘルスに関する支援連携の実態 全国自治体所管部署調査結果をふまえて



7 連携事業の実施状況と精神科医の参加率(2025(令和5)年度)(図14)

2025(令和5)年度の都道府県と市区町村における妊産婦メンタルヘルス連携にかかわる事業の実施状況と、精神科医の参加率を図14に示しました。

都道府県では、精神科医の参加率が約24%～37%あるのに対して、市区町村では約7%～20%にとどまっていることが示されました。とくに『支援体制を協議する合議体』への参加が精神科医では少ないことが目立ちます。

妊産婦のメンタルヘルス支援体制を協議する場に、精神科医がいないこと、特に市区町村では人員を当てるのが困難なことが見てとれます。



8 連携課題と連携実施状況のクロス集計から導かれた、連携困難課題解決のための取り組みについて(図15)

回答数の多い市区町村の連携課題と連携実施状況をクロス集計し、Fisherの正確確率検定(両側検定)(有意水準5%)を行い、カテゴリ間に関連を解析しました。その結果から、連携困難課題の解決のための取り組みを抽出したものを図15に示します。これらを目安に、各自治体での連携課題を確認し、それに対して、合議体・相談体制の構築や、情報マップ、連携手順やガイドなどの支援ツールを作成・活用することが有効と考えます。



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の作り方

図16 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の作り方

- 1 作成管理主体を決める
- 2 関係者を集める
- 3 予算を見積もる
- 4 ネットワークに必要な体制と構成メンバーを検討する
 - ①ネットワークの構築・整備を協議する場の設定
 - ②ネットワークの管理運営を行う体制の設定
 - ③機関からの相談を受け適切な支援を提案し連携する体制の設定
 - ④事例検討・研修・人材育成の場の設定
 - ⑤(自治体・医療機関へ専門職の派遣を行う体制の設定)
- 5 ネットワークモデルを検討する
- 6 連携ツールの作成・活用
 - 1)妊産婦メンタルヘルスクエアへの協力(精神科)医療機関の情報収集と一覧作成
 - 2)協力(精神科)医療機関マップの作成
 - 3)精神科受療の基準・目安の作成
 - 4)情報連絡票の作成
 - 5)心理サポートガイドの作成・取得

ネットワークの構築と連携ツールの作成・活用については、図16にフローを示しました。図中の1～5が本研究の好事例ヒアリング調査から明らかとなったネットワーク構築の流れを示し、6には自治体アンケート調査から導かれた、ネットワークに関わる諸機関や支援者が共通に利用できる、メンタル不調者に対しての初期対応や支援計画立案、精神科への受療勧奨や情報連携に役立つ、連携ツールの一覧を挙げました。

まず、ネットワークの作り方(図16:1～5)について説明します。 ※連携ツール6については次章で取り上げます

1 実施主体者を決める

実施主体者は、ネットワークの構築や共通ツールの作成・取得を行います。

自治体の母子保健所管部署等が担う場合や自治体と協力関係にある医師の団体、大学附属病院、公立病院における妊産婦メンタルヘルスに関連する診療科などの代

表者が担う場合、それらの協働組織の場合もあります。

ネットワークの構築後は、妊産婦のメンタルヘルスに関する課題に対応するための協議の場やネットワークの運用を行う部署に移行することも多いことから、持続的な事業継続が可能なところに設置を検討することが望まれます。

先行事例では、自治体の要保護児童対策地域協議会(以下、「要対協」という)を協議の場とする大分トライアル(岩永成晃, 佐藤昌司:日本周産期メンタルヘルス学会誌 5:21-26, 2019)や久留米トライアル、大学病院内の専門講座が主導する長野県-信州大学モデル、市の母子保健所管課、こども家庭センターなどがネットワークづくりの主体となるいくつかの行政モデルなどがあります。

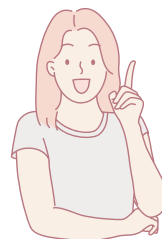


図17

関係者を集める

ネットワークづくりの関係者には下記のような構成員を基本として、各自治体の取り組みの特色や歴史を踏まえて追加、改変し、実効性を持った組織づくりを計画しましょう。

	想定される基本的な構成員	備考
行政機関	■要保護児童対策地域協議会(要対協) ■精神障害にも対応した地域包括ケアシステム推進事業(代表者会議、実務者会議)構成員 ■こども家庭センター ■母子保健所管部署 ■児童福祉(子育て支援)所管部署 ■精神保健福祉所管部署 ■保健所・保健センター ■家庭児童相談室・児童相談所 等	要対協を基盤とする場合などでは、下記も構成員となりえます。 ■社会福祉課 ■福祉事務所 ■教育委員会 ■幼稚園 ■保育園 ■学校 ■警察 等
医療関係者	■産婦人科医 ■小児科医・新生児科医 ■精神科医・心療内科医 ■総合診療医 等 ■助産師 ■看護師 ■訪問看護師 ■心理職 ■社会福祉士 ■精神保健福祉士 等	一般公募、各医療専門職団体からの推薦、実務経験者や学識経験者の指名を組み合わせ委嘱する他、医療専門職団体の会員全員を登録する方法もあります。
福祉事業者支援団体	■乳児院 ■母子生活支援施設 ■女性相談支援センター ■産前産後ヘルパー派遣事業者 ■訪問型産後ケア・シッター 等	その他 ■民生委員・児童委員 ■自治委員(自治会役員) ■当事者団体など地域のボランティア 等

2 関係者を集める

ネットワークづくりの関係者には図17のような職種、部署が上げられます。このような構成員を基本として、各自治体の取り組みの特色や歴史を踏まえて追加、改変し、実効性を持った組織づくりを計画しましょう。



3 予算の見積もり

2024(令和6)年に本研究班で実施した自治体調査の結果では、妊産婦メンタルヘルスを含む独自のネットワーク事業を行っていると答えた市区町村自治体は396カ所中、18カ所でした。そのうち、年間予算額を回答した自治体は16カ所、0～16,960,000円と幅が広く、中央値は440,000円でした。

これらの予算は、専任の職員、配置にかかる経費、事務業務を行う職員の人件費の他、独自のオンラインネットワークの管理保守の経費等に当てられる場合もあります。

また、同調査では関わる職員数は1～170名と幅が広く、中央値は5名でした。

好事例ヒアリングからは、自治体の事業としては予算が組まれていないものもあり、圏域の医師会、医療関係団体の事務局が役割を担う場合、病院の職員が本務とともにコーディネーターを兼務している場合もありました。

IV 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の作り方

図18 ネットワーク構築に必要な体制と構成メンバーを検討する

以下の4つ(または5つ)の体制を設定する
①ネットワークの構築・整備を協議する場
②ネットワークの管理・運営を行う体制
③機関からの相談を受け適切な支援を提案し連携を実施する体制
④事例検討・研修・人材育成の場
⑤(専門職の自治体・医療機関への派遣を行う体制)

	構成員(例)	役務範囲(例)	開催頻度・勤務形態(例)
①協議の場	各関係団体・機関の代表者・自治体所管部署	年次計画、予算決算、人事、体制整備等に関する発案・検討・承認	年に1～2回
②管理・運用体制	自治体所管部署 医療機関コーディネーター 事務業務担当者	協力機関の情報収集と開拓、周知 連携ツールの作成・取得・周知・ 活用支援	事務、コーディネータは 常時勤務 実務者会議は月に1回程度
③相談・支援提案・ 連携の体制	保健師・助産師・相談員 ソーシャルワーカー 産科医、精神科医、心理職等	要支援対象の相談窓口 各関連機関との連携 各関連機関の相談窓口	相談窓口は常時勤務
④事例検討・研修・ 人材育成の場	自治体所管部署 事務業務担当者 研修指導者 アドバイザー 等	事例検討会(ケース会議)の運営や 会議の進行、助言 研修会の運営や指導 教育プログラムの作成と実施	事例検討は週1～月1回 程度または必要時随時 研修会は年に数回
(⑤専門職の派遣 を行う体制)	自治体、医療機関等の 心理職、ソーシャルワーカー、 助産師・保健師等	メンタルヘルス専門職が人材不足の 自治体、医療機関等に出向き アウトリーチ支援を行う	派遣職員は非常勤可 週1～月1回

4 ネットワーク構築に必要な体制と 構成メンバーを検討する(図18)

ネットワーク構築には、以下4つの基本構造が必要となります。

- ① ネットワークの構築・整備を協議する場
- ② ネットワークの管理・運用を行う体制
- ③ 機関・施設内外からの相談を受け適切な支援を提案し連携を実施する体制(コーディネーター業務)
- ④ 事例検討・研修・人材育成の場

さらに、自治体の規模によっては、

- ⑤ 自治体・医療機関へ専門職の派遣を行う体制

の構築も期待されます。

■基本構造①②③

最初の3つの基本構造は、組織的な階層性を持っていますが、構成員は重複することもあります。1つの組織で①～⑤まで全てを実施する組織や、①は既存の協議会にその任を付与し、②～④を1つの組織で担当することも想定されます。また、①は既存の協議会に内包し、②を自治体所管部署やこども家庭センターなどの行政機関で行うこともあります。それぞれの自治体、圏域での人的資源、事業予算などでさまざまな組み合わせが考えられます。

■基本構造④

④の人材育成・研修の場の設定については、自治体での周産期メンタルヘルス研修会などの名称で行われる場合や、自治体の他の事業(うつ病対応向上事業、自殺予防事業、児童虐待防止事業など)の研修として実施される場合、地域の医師会や助産師会等の研修として行われる場合などがあります。いずれの場合でも、自治体所管部署がさまざまな機会

に関連の研修について共催、後援し、関係者の顔の見える関係作りの場を積極的に提供していくことが大切です。

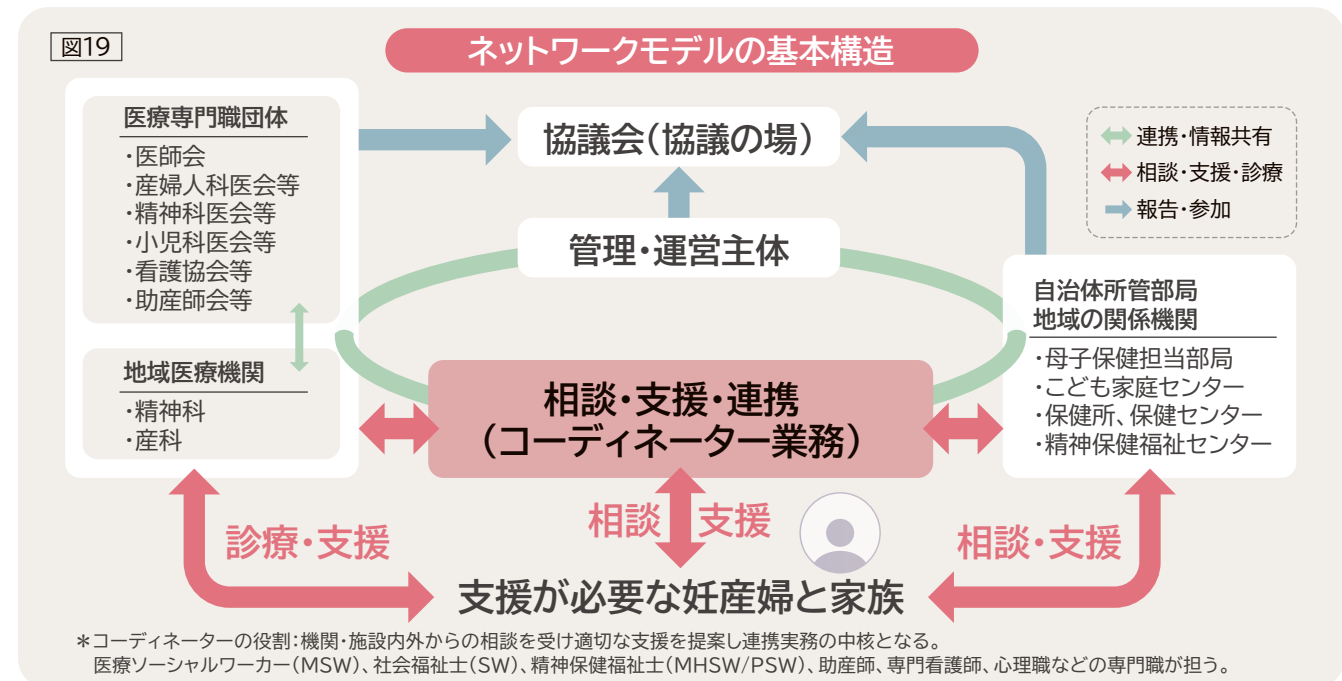
■オプション構造⑤

⑤のメンタルヘルスケアの専門職(精神科医、心理職、精神保健福祉士など)を自治体や産科等の医療機関に派遣する体制は、努力目標ですが、都道府県内での各市区町村自治体ごとに周産期メンタルヘルスに対応する人的・物的資源には大きな差があり、十分な体制を作ることができない市区町村自治体もあると思います。その場合、都道府県や広域医療圏単位で専門職を確保し、圏域内自治体の要請に応じて、利用者の近い場所にアウトリーチで出向いて相談・支援ができる体制があると、自治体の人口、出生数の違いによる支援の格差を改善できる可能性があります。好事例ヒアリングをおこなった、埼玉県と埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニックの取組では、2021(令和3)年より、埼玉県医療整備課が県内の産科医療機

関にアンケートを実施し、周産期メンタルヘルス連携を希望する産科医療機関に精神科医や心理職が訪問あるいはオンライン会議などを用いて事例検討や相談を受ける仕組みを構築しています。

また、佐賀県では、2016(平成28)年9月から子育て支援カウンセラー派遣事業を実施しています(県内の2つの公的医療機関への委託による実施)。個別ケースの対応としては、県内の産科医療機関や市町からの依頼を受けて、対象者本人が行きやすい場所(産科医療機関や市役所相談スペースなど)に心理職等が出向いて、対象者に面談・相談を行っています。精神科受診よりも相談しやすい場合もあり、対象者にも受け入れやすく、関わる母子保健医療スタッフにとっても勤めやすいメリットがあります。原則として、相談は1回50分程度、1人当たり2回まで利用可能ですが、状況によっては、保健師による継続的なフォローや精神科の受診勧奨などの支援も行っています。

図19



5 ネットワークモデルを検討する

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の基本構造を図19に示します。協議会(協議

の場)、管理・運営主体、コーディネーター業務を行う相談・支援・連携主体を中核として、関連する医療機関や専門職団体、自治体所管部局、こども家庭センター、保健所などが連携ネットワークを構成します。

IV

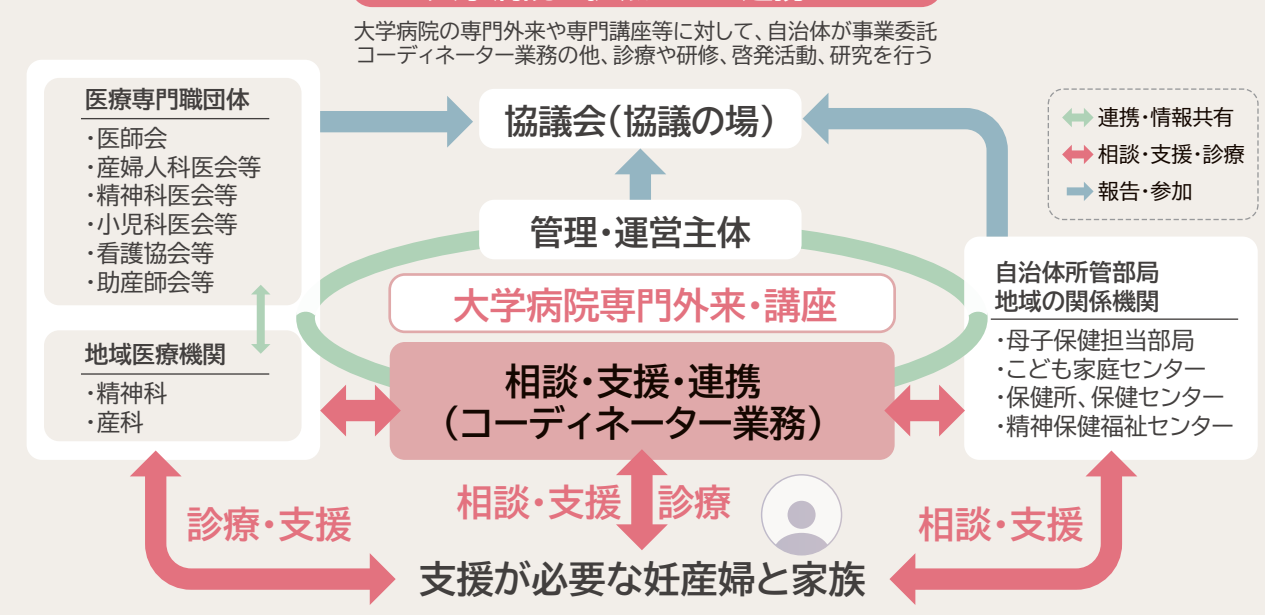
Figure 20 is a line graph showing the relationship between the number of people (人数) and the number of people (人数). The x-axis is labeled '人数' and ranges from 0 to 10. The y-axis is labeled '人数' and ranges from 0 to 10. The graph shows a linear relationship where the number of people is equal to the number of people.

	利点	課題	好事例
A 大学病院専門講座 (外来)モデル	・自治体側が予算化しやすい(寄付講座) ・施策研究・情報発信 ・産科・小児科等との連携(リエゾン・コンサルテーションの延長) ・包括的な医療支援が可能	・多職種の雇用が不安定 ・患者の受療アクセス(迅速対応が苦手) ・産後の長期外来診療や入院対応ができない場合がある	長野県(信州大学) 周産期のこころの医学講座 群馬県(群馬大学) 東京科学大学 東北大学 筑波大学等
B 要対協※モデル ※要保護児童対策 地域協議会の略称	・既存の合議体を活用 ・圏域の産科・小児科・精神科が構成員となる ・個人情報の共有とプライバシー保護可能	・児童福祉部門が所管することが多く、母子保健と連携した対応が遅れる場合がある ・こども家庭センターの設置が進み、両機能の連携は改善しつつある	大分トライアル 久留米トライアル 市原市子育てネウボラセンター
C 周産期母子医療 センターモデル	・分娩リスク高い妊婦や新生児不適応症候群に対応できる施設でメンタルヘルス支援を実施 ・妊産婦にとって相談・受診がしやすい	・地理的アクセス ・継続的な精神科受療の仕組みを作る必要がある	大阪母子医療センター 妊産婦こころの相談センター 妊産婦こころネット
D 医療者主体の ネットワークモデル	・小回りの効く迅速な活動が可能 ・インフォーマルネットワークの活用	・継続性が不安定 ・属人性に偏りがち	ママのメンタルケア ネットワークちば 等

このネットワークモデルの種類は大別して、A.大学病院
専門講座(外来)モデル、B. 要対協モデル、C. 周産期母子医
療センターモデル、D. 医療者主体のネットワークモデルなど

が挙げられます(図20)。それぞれについての利点、課題、好事例を表にしました。

图21



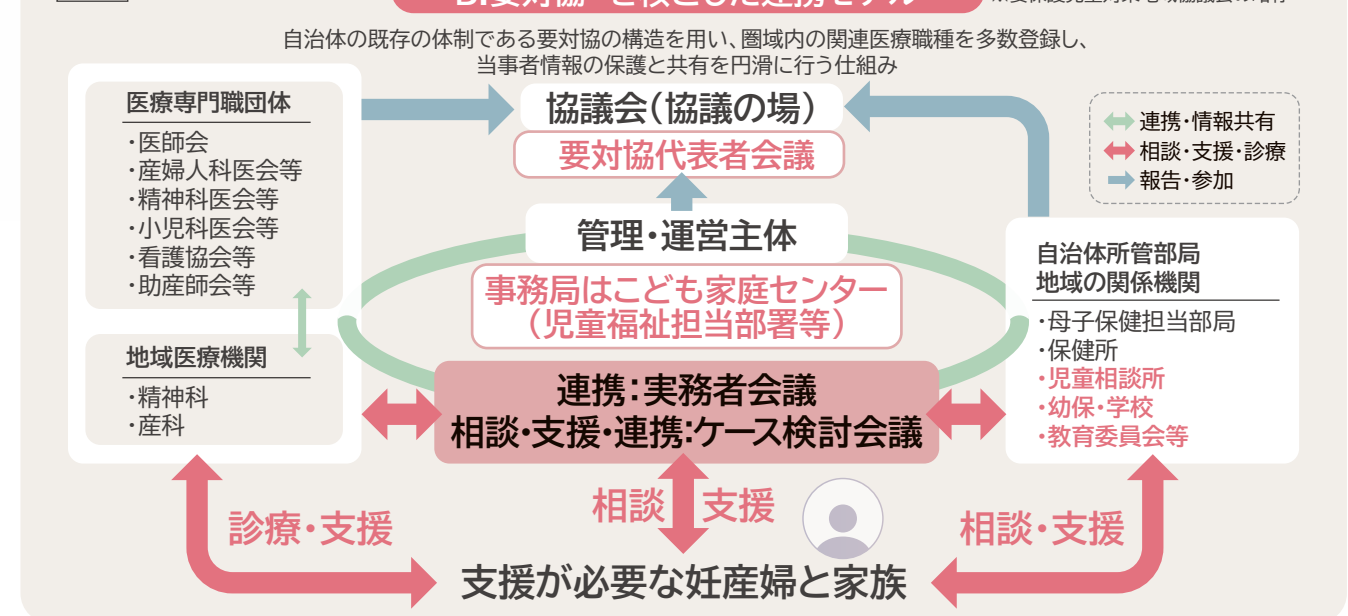
A 大学病院を拠点とした連携モデル(図21)

自治体からの事業委託を受けた大学病院の専門外来や専門講座に、相談、連携の核となるコーディネーターを配置し、自治体と医療機関の橋渡しをする他、自院の専門外来での診療につなげたり、関連の精神科医療機関に紹介するなどの診療連携を行う仕組みです。自治体の医療施策や事業を自治体内の大学病院が受託して実施する実績がある場合は、当該モデルは比較的容易に導入可能であるといえます。また、大学病院の強みを活かして、産科や小児科等と

の診療科連携を円滑に行いやすく、研修や啓発活動、研究などにも取り組めることも利点です。

一方、課題としては、多職種の継続的な常勤雇用が難しく、非常勤職員が交代で勤務することもあること、他の院内業務との兼務になる可能性があること、非常勤職員である場合、産後の長期の外来受診継続時の支援や入院対応ができない場合もあります。

图22



B 要対協を核とした連携モデル(図22)

自治体に設置されている要対協の仕組みを活用し、自治体内、圏域内の関係する医療専門職(産婦人科医、小児科医、精神科医等)の職能団体を通じてできるだけ多く構成員として登録して、情報共有と連携、支援計画作成を円滑に行う仕組みです。既存の合議体、事例検討の場を用いるため、自治体がネットワーク構築のための新たな組織を作らなくて済むこと、関係者をゼロから集めなくても良いこと、そして、個人情報の共有とプライバシー保護を同時行うことができることなどの多くのメリットがあります。すでに大分

県、久留米市などの運用実績もあり、特に市区町村で導入しやすい仕組みと言えます。

課題としては、従来、児童福祉部門が要対協の調整部署を所管することが多く、母子保健と連携した特定妊婦への対応が遅れる場合がありますが、こども家庭センターの設置が進み、両機能の連携は改善しつつあります。

IV

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の作り方

図23

C.周産期母子医療センターモデル

周産期母子医療センター(主として自治体立)内に、妊産婦・家族など当事者向けの相談支援窓口と、自治体母子保健担当や他医療機関(産科や精神科)からの相談を受付、適切な資源に連携する部署を設ける。

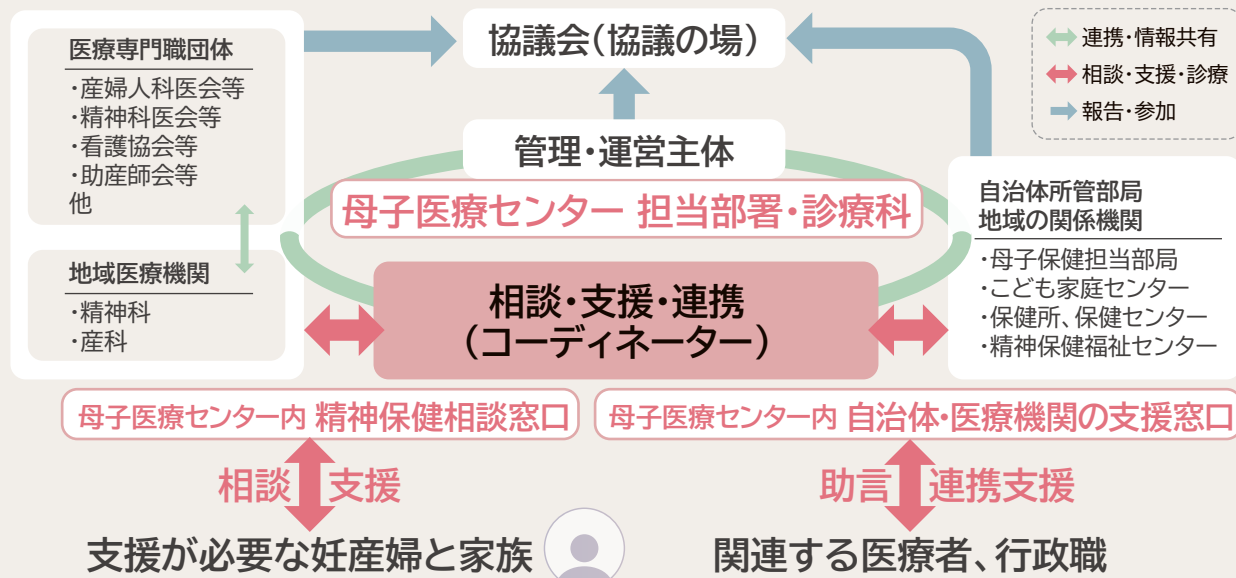
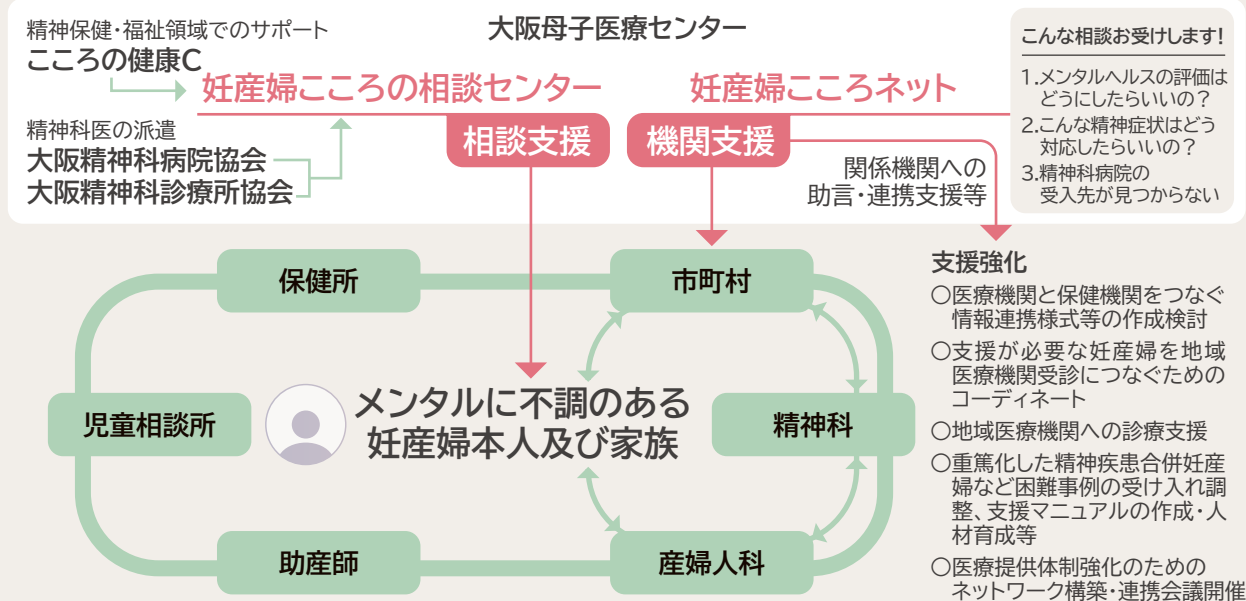


図24

大阪母子医療センター内に
①大阪府妊産婦こころの相談センターと②大阪府妊産婦こころネットを開設

①大阪府妊産婦こころの相談センター
妊産婦・家族などの当事者方向けの相談窓口
[2016(平成28)年2月設置]

②大阪府妊産婦こころネット
府内市町村や医療機関など妊産婦メンタルヘルスの支援者を
対象とした相談窓口[2024(令和6)年10月設置]



大阪府健康医療部保健医療室地域保健課母子グループ https://boshikenshu.cfa.go.jp/assets/files/tr/r7/tr3_case_1.pdf を元に作成

C 周産期母子医療センターモデル(図23)

都道府県自治体内の周産期母子医療センターに、
①妊産婦やその家族の精神保健の相談窓口
②自治体内の市町村や産婦人科、精神科などの
医療機関の支援窓口(連携コーディネーター)
を設置する仕組みです。

大阪府では、大阪母子医療センター内に2016(平成28)
年に『妊産婦こころの相談センター』を設け①の役割を、
2024(令和6)年からは『妊産婦こころネット』が②の役割を
担っています(図24)。ハイリスク妊産婦に対応できる周産
期母子医療センターで、切れ目ないメンタルヘルスケアも

可能になること、妊産婦にとっても、新たに精神科医療機
関に受診する手間や精神科受療への抵抗感を軽減し相談
しやすい場を提供できるというメリットがあります。

課題としては、居住地から周産期母子医療センターが地
理的に離れている場合は、アクセスが困難になる可能性が
あり、同院が、どのくらいの広さの圏域を対象エリアとし
ているのか、交通アクセスの利便性はどうかなど、受療の難
易度を検討する必要があります。また、大学病院モデルと
共通の課題となりますが、精神科への長期継続受療のた
めのネットワークづくり、協力精神科医療機関の拡大や可
視化などの作業も必須となります。

図25

D.医療者主体のネットワークモデル

自治体内の産婦人科、精神科、助産師会等がゆるやかな連携モデルをつくり運営
行政はネットワークを利用するが、金銭的な援助や運営関与はしない



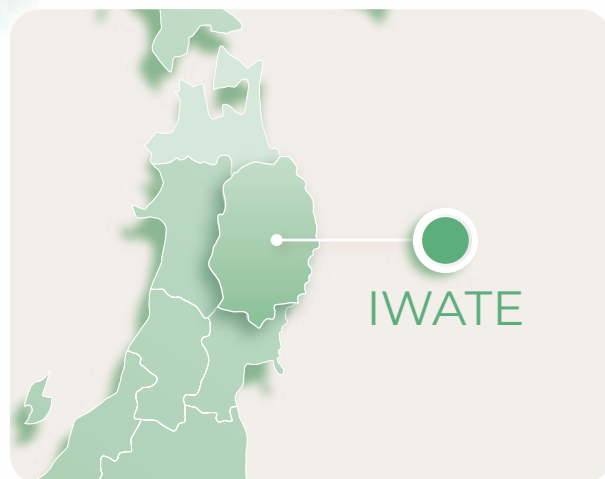
D 医療者主体のネットワークモデル(図25)

自治体内の産科、精神科、助産師会等が連携モデルを
構築して運営します。行政はネットワークを利用するが、金
銭的な援助や運営関与はしない仕組みです。周産期メン
タルヘルスに関心を持つ医療関係者が参集し、それぞれの
施設の人的、物的資源を活用して運営しています。またネ
ットワークのコアになる構成員は、医療関係団体のインフ
ォーマルな関係性から派生してグループ化していることも多
く、メンバーどうしの目的・意図、専門技術への信頼感が高
く、小回りの効く迅速な活動が展開できる利点があります。

しかし、連携コーディネーターや相談・診療の実務が属人
性に偏る傾向があることも否めず、持続可能性や標準化
に課題があるといえます。このような医療者主体の小規模
ネットワークは各地で生まれており、研修会を開催したり、
フェイスツーフェイスの診療連携を作ったりしていますの
で、自治体の所管部署は、このような圏域内の取り組みに
アンテナを高く張って、情報交換や研修の場を提供したり、
地域資源情報を共有するなどして、自治体の事業化推進
のための足がかりを作ることが望まれます。

IV 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の作り方

■その他の好事例の取り組み



E 医療情報連携ネットワークの整備 「岩手県周産期医療情報ネットワークシステム 「いーはとーぶ」」

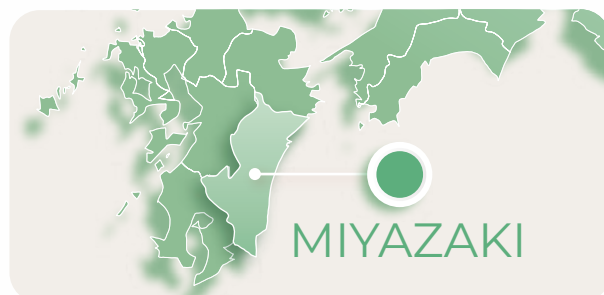
自治体アンケートの結果から、自治体職員が円滑な連携に必要な仕組みとして、『遠隔で情報共有や会議、相談を実施できるようなIT環境』が抽出されました。

■岩手県の取り組み

この好事例として、『岩手県周産期医療情報ネットワークシステム「いーはとーぶ」』を挙げます。

妊婦が本システムに登録することは任意であり、登録時点でネットワーク内の諸機関での情報共有に同意することとなります。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、産前産後のメンタルヘルス不調に対して、病院助産師と市町村保健師が情報連携画面を共有して、早期支援・訪問・個別ケアを可能にしています。

広い面積をもつ自治体などで効果的な仕組みとなる可能性がある他、様々な情報や支援機関とリンクして、メンタルヘルスのみならず、ユニバーサルサービスに発展する可能性をもつといえます。



F 保健医療圏域単位の地域分散型 周産期ネットワーク

「宮崎県「地域周産期保健医療体制づくり連絡会」」

■宮崎県の取り組み

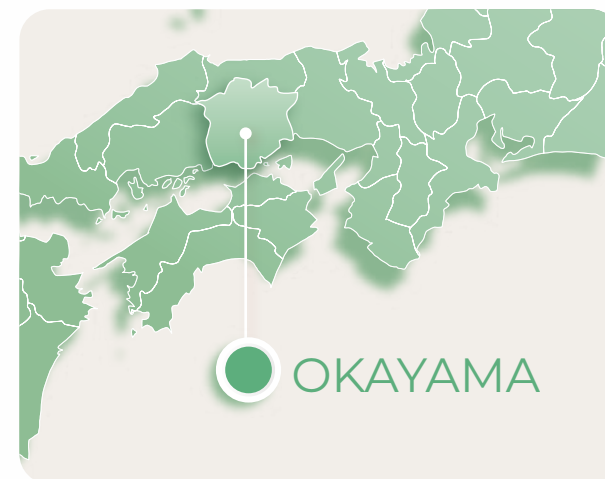
宮崎県では、周産期医療圏を4圏域（県北・県央・県西・県南）とし、地域での安心・安全な妊娠・出産・育児を支える仕組みを構築しています。各圏域には「地域周産期保健医療体制づくり連絡会」を設置し、産婦人科医療機関・精神科医療機関・行政担当者が協議や事例共有を行う場を設けています。

また、地域の実態把握や課題分析を行うため、事務局である各圏域保健所の母子保健担当者が主体となって、アンケートを定期的実施し、リアルタイムで支援情報を更新するほか、メンタルヘルスに不安のある妊産婦の受診対応が可能な精神科医療機関のリスト化に取り組んでいます。そのほか、地域によっては、実態調査結果に基づき精神科医を交えた事例検討の機会を設けています。

その結果、精神科医が定期的に連絡会等に参加し、受診までの期間短縮等ケース対応の迅速化に繋がった事例もあります。

このほか、県庁には上位機関として、「県母子保健運営協議会」および「県周産期医療協議会」を設置して、各圏域での取組や今後の課題を共有するとともに、そのノウハウを他の圏域に横展開しています。

このように、各医療圏域では、行政は保健所、医療は地域周産期母子医療センターや地域の精神科医療機関が核となり、また、各圏域の活動を本庁が集約・分析して、県下全域に還元する手法により、妊産婦のメンタルヘルス対策を推進しています。



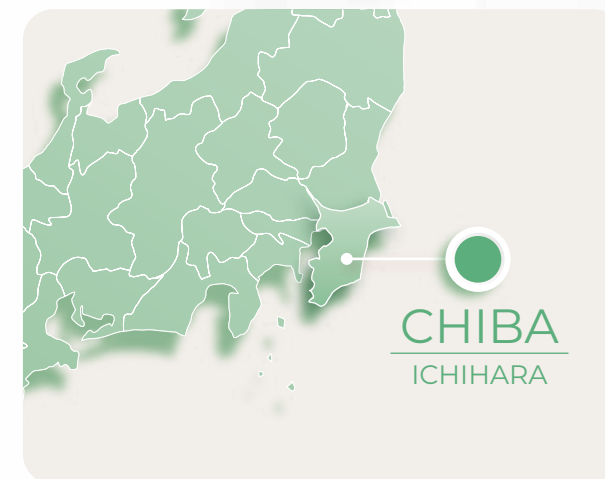
G 自治体と 公立精神科病院の連携 「岡山県精神科医療センター」をはじめとする 精神科医療機関との連携

■岡山県の取り組み

岡山県では、岡山市や産科医療機関や岡山県精神科医療センターをはじめとする精神科医療機関と連携し協力して、母子-精神保健医療を展開しています。

同医療センターは精神科救急の要となっている単科精神科病院ですが、岡山大学医学部附属病院と近接しており、大学病院の産科の協力を得て、妊産婦メンタルヘルスで最も連携が難しい、精神科救急入院を要する事例などへの対応を積極的に行っています。

また、岡山県では、県内の妊産婦受け入れ協力精神科医療機関のリストを作成し、スムーズな支援に繋がっています。



H ネウボラが主体となる 市内全数把握・継続フォロー体制 「市原市「子育てネウボラセンター」による 切れ目ない支援

■市原市の取り組み

千葉県市原市では、母子保健を所管する部署を『子育てネウボラセンター』と名付け、年間1,200余人の出生児と保護者へ妊娠期から子育て期まで切れ目ない支援を実施しています。経過の中でメンタルヘルスの不調に陥ったり、さまざまな困難を抱えることになった妊産婦に対しては、常勤非常勤合わせて約30名の保健師が地区担当保健師としてチームで対応します。月1〜2回の支援方針会議などにより、組織でケースを把握し、さまざまな支援機関と連携します。民間精神科病院所属の心理職をアドバイザーとして定期的に支援中の困難事例検討を行うのも特徴の一つです。



V 連携ツールの作成・活用

自治体アンケートや好事例ヒアリングの結果から、実効性のある妊産婦のメンタルヘルス連携を実践している自治体は、ネットワークの組織を構築しているだけでなく、ネットワークに関わる諸機関や支援者が共通に利用できる、メンタル不調者に対しての初期対応や支援計画立案、精神科への受療勧奨や情報連携のための連携ツールを作成、配布、活用していることがわかりました。

このガイドでは、連携ツールの中から、以下を取り上げ説明します。

- 1 妊産婦メンタルヘルスケアへの協力(精神科)医療機関の情報収集と一覧の作成
- 2 協力(精神科)医療機関マップの作成
- 3 精神科受療の基準・目安の作成
- 4 情報連絡票の作成
- 5 心理サポートガイドの取得

母子保健行政は市区町村単位の事業となりましたが、自治体アンケートからは、連携ツールについては、都道府県自治体が作成し各市区町村に配布して活用している実像が見えています。協力する医療機関が必ずしも市区町村内にあるとは限りません。実際に複数の自治体をまたいで、関係機関と母子-精神保健医療連携を要することも多々あることから、これらの医療機関情報は都道府県単位で開拓し作成していくことが望まれます。

1 妊産婦メンタルヘルスケアへの協力(精神科)医療機関の情報収集と一覧の作成

自治体アンケートの結果では、メンタルの不調をもった妊産婦を精神科医療にうまく繋げないことが、母子保健に関わる自治体職員の主要な課題でした。この解決のためには、『妊産婦を積極的に受け入れる精神科医療機関の情報の作成または取得』が有用である可能性があります。自治体内の協力精神科医療機関の情報を取

得するために、好事例としてヒアリングを実施した自治体が行っている方法を2つ紹介します。

- ①都道府県自治体内全域の精神科を標榜している医療機関にアンケートを行って、ピックアップする方法
- ②自治体内の精神科病院協会、精神科診療所協会、医師会の精神科医会などの団体を通して、アンケートを実施してもらう方法

必ずしも、すべての医療機関が医師会や協会に所属しているわけではないことから、全施設へのアンケートを行うのであれば、①の方法となります。しかし、この方法の場合は、都道府県の精神保健福祉を所管している部局の協力が必要となります。それでもすべての精神科医療機関の情報は把握しきれないことがありますので、情報収集の計画段階から、地域の精神科医療に精通している有識者を構成員に加えて作成に当たるのが望ましいと言えます。

アンケート調査の質問項目や一覧に載せる情報の項目は次のような内容がよいでしょう。

- 図26
- ①協力医療機関登録の可否
 - ②施設名
 - ③管理者(院長名)
 - ④住所
 - ⑤電話番号
 - ⑥標榜診療科名(精神科、心療内科、神経科など)
 - ⑦外来初診予約の必要/不要
 - ⑧予約方法(電話、HPから入力など)
 - ⑨初診までの待機日数
 - ⑩対応できる受療エリア(自治体との連携に重要な情報)
 - ⑪ホームページのURL
 - ⑫診療の特色(カウンセリングは可能か、得意とする精神疾患分野、往診、訪問看護の有無、付属施設など)

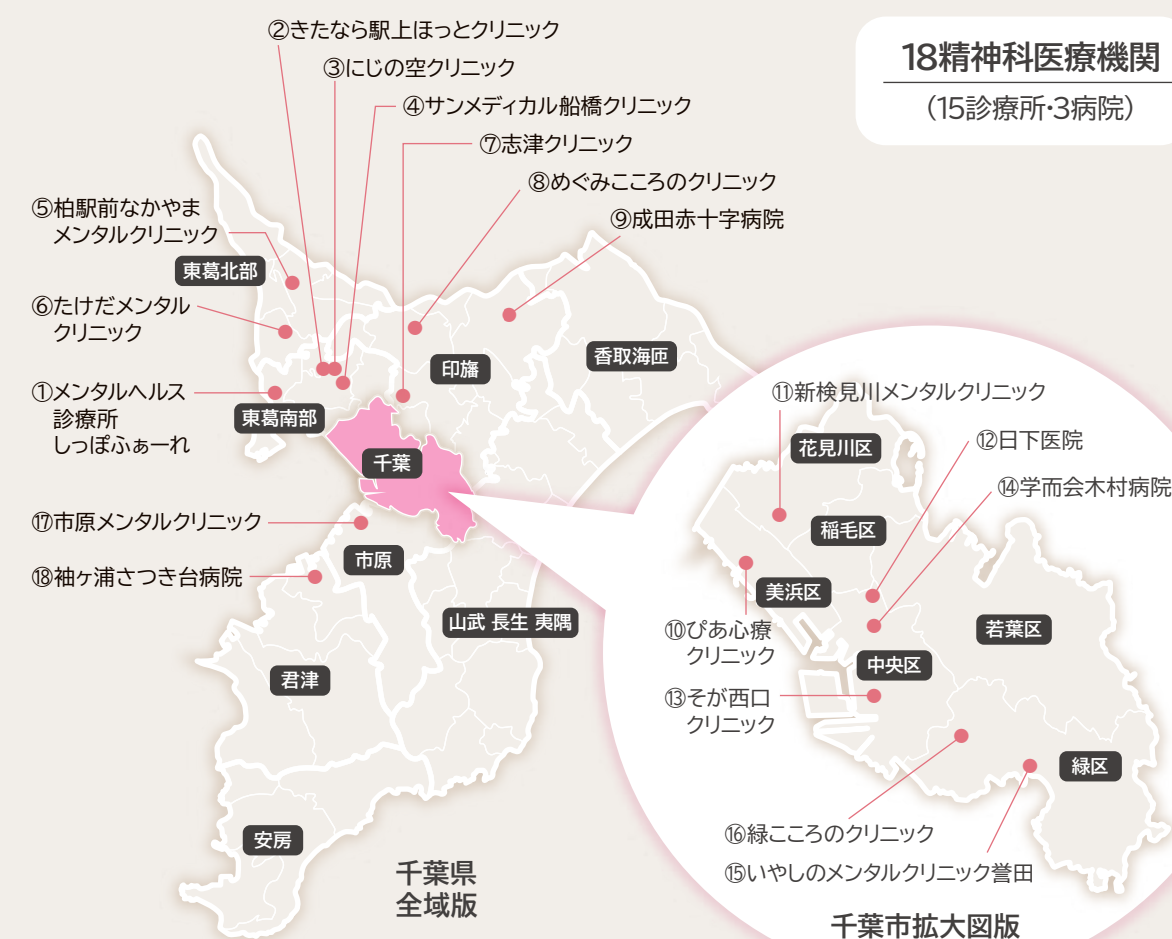
協力医療機関の情報を一覧表にまとめ、相違がないか各医療機関に確認後、自治体内の市区町村や産科、精神科、小児科医療機関、母子保健に関わる団体に配布します。自治体のホームページ等での一般公開は行っていない自治体が多いようですが、相談窓口で、この一覧表をもとに、受療勧奨は可能といえます。

1～数年に1度は、情報の更新が必要となります。アンケート以降の情報の確認・見直しの繰り返しにより、精神科側の関心を高める副次的効果も期待されます。

2 協力(精神科)医療機関マップの作成

①を作成後、協力医療機関を自治体の地図にマッピングして可視化すると、受療アクセスを検討するうえで便利です。また行政側の有用性としては、協力医療機関のマップを見て、どの圏域が空白なのかが一目瞭然となり、どの地域が精神科との連携が困難なのか、どこの地域での医療機関の協力を要請すべきなのか、など関連施策の必要性が明確になります。図27に、千葉県内の医療者主体のネットワークによる連携マップを例示します。

図27 協力精神科医療機関の可視化の例(連携マップ) 2025(令和7)年10月1日現在



V 連携ツールの作成・活用

3 精神科医療機関受療の基準・目安の作成

メンタルに不調をもつ妊産婦の支援者が課題として挙げているのが、精神科医療機関の受療の基準・目安についてです。『どのような状態ならば、精神科の受療を勧めるべきか、そのまま自分たちで継続支援していいのか』などの判断が難しいという声があります。これについては、周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド※のCQ5、6をもとに作成した表(図28)が有用です。(※ http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html)

相談・支援場面での妊産婦の様子やEPDS(エジンバラ産後うつ病質問票)などのスクリーニングの結果から、メンタルの不調が疑われる場合は、まず精神科的緊急性を確認します。

精神科的緊急性とは、①自殺念慮があり、自分も他者も対処できない場合、②精神病症状(幻覚・妄想・興奮・昏迷など)が急に出現または悪化した場合、③まわりの人を傷つけるおそれがある場合を指します。これらは妊産婦のメンタルヘルスに限ったことではなく、精神科救急場面に広く共通の項目であり、精神科医療機関であれば、共有しやすい内容といえます。

続いて、生活・育児機能低下の程度を把握します。①軽症は楽しめないまでも育児・家事をこなせる状態、②中等症は他者からみても育児・家事に支障がある状態、③重症は育児・家事が著しく困難・不能・危険な状態であり、上記の精神科的緊急性ありとほぼ一致します。これらの重症度判定も、妊産婦に限った判断方法ではなく、精神科診断の重症度分類にほぼ合致しています。

図28の表のように、緊急性のあるなし、生活・育児機能低下のあるなしで、3つの支援レベルに大別できます。

■ I 軽症レベル

Iの軽症レベルの場合は、母子保健(保健師等)側で経過観察や相談、訪問支援を継続し、定期的に状態の再評価をしていくことになるでしょう。もちろん、当事者本人が精神科受療を望む場合は受療勧奨しても構いません。そうでない場合、精神科医療側の関与は、母子保健医療側の支援者に対する支援、例えば自治体の精神保健相談で対応する、事例検討会議に参加して専門的見地から提案するなど挙げられます。

■ II 中等症レベル

IIの中等症レベルの場合は、本人の生活機能低下が明確にありますので、精神科医療への受療勧奨が必要です。その際に、1 2で説明した一覧表やマップが役立ちます。精神科側はできるだけ早く受診を受け入れるように、専門外来の設置や優先外来枠を設けるなどの工夫が求められます。育児疲労などがあるが宿泊型の産後ケア施設を利用できない場合などは、本人が希望すれば任意入院も考慮できますが、その場合は、新生児、乳児の養育をどうするか、家族の協力や圏域の乳児院の受け入れ体制の準備、児童相談所との連携などを十分吟味する必要があります。母子-精神保健の協働による綿密なケースワークが求められます。

■ III 重症レベル

IIIの重症レベルは、急激な精神病状態や重度のうつ状態に陥っている可能性が高いので、非自発的な精神科入院に至る可能性を踏まえて、速やかに自治体の精神科救急システムに情報をつなげる必要があります。産後精神病や重篤なうつ状態では、児への他害や無理心中などにつながる危険性がありますので、いざというときに慌てないように、普段から、自治体の精神科救急システムへの連絡方法や保健所との連携を取っておくことが大切です。精神科的既往がある妊産婦では、個別のクライシスプランを平時に立て

ておくことも有益です。またIIでも述べましたが、入院となる場合、残された児の養育者、養育環境の準備を同時進行で進める必要があります。

4 情報連絡票の作成

自治体アンケート調査の結果からは、『妊産婦メンタルヘルスに特化した情報提供書式の作成』がメンタルヘルスに精通していない自治体職員の困難さや圏域内の精神科医療機関の不足に対処できる可能性が示唆されました。多くの好事例でも、特化した連絡票を作成し、活用しています。産科医療機関⇒自治体への情報連絡票は、産婦健診事業を実施している自治体では多く活用されています。しかし、自治体⇒精神科医療機関への情報連絡票を作成しているところはまだ少数です。図29(次頁)は、本研究での論文検索や好事例ヒアリングをもとにして作成した自治体から精神科医療機関に向けた情報連絡票の例です。A4サイズ1枚両面でまとめられる内容で、3分程度で読める程度のミニマムな内容となっています。適宜追加改変してお使いください。

5 心理サポートガイドの取得

心理サポートガイドもメンタルヘルス支援の経験の少ない保健師等にとって、求められる連携ツールの一つです。次頁に参考になるガイドや関連HPを列記します。今後は、妊産婦当事者が自分で利用できるデジタルコンテンツの開発や普及が期待されます。母子保健側が専門性の高い心理的支援を提供する以上に、どのようなサイトに活用できるコンテンツがあるのかをガイドできる『コンシェルジェ機能』も大切になるでしょう。



図28

精神科受療の目安
精神科的緊急度・受療必要度の判断方法の例

	メンタルの不調	緊急性	生活・育児機能低下	母子保健(保健師等)	精神科医療機関
I	+	—	—	経過観察 訪問支援 症状再評価	精神保健相談 事例検討会への参加
II	+	—	+	精神科受療勧奨	外来診療 任意入院
III	+	+	(+)	精神科救急情報提供	精神科救急システム 非自発入院

把握

緊急性の

①自殺念慮があり対処できない場合
 ②精神病症状(幻覚・妄想・興奮・昏迷など)が急に出現または悪化
 ③まわりの人を傷つけるおそれがある

機能の把握

生活・育児

軽 症:楽しめないまでも育児・家事をこなせる
 中等症:他者からみても育児・家事に支障あり
 重 症:育児・家事が著しく困難・不能・危険

周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド2017 CQ5、6 http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.htmlより作成

V 連携ツールの作成・活用

図29 自治体→精神科医療機関 情報連携票(例)

妊産婦メンタルヘルス 自治体 - 医療連携票

作成日： 年 月 日

宛先： 氏名： 御中・先生・様

差出：（自治体名・部署名）

担当者氏名：（職種：）

担当者連絡先：Tel Fax E-mail

1. 対象者基本情報

氏名（フリガナ）（ ）

生年月日 年 月 日（ 歳）

住所

週数・産後経過 妊娠 週 / 産後 ヶ月（ 第 子）

産科的特記事項 合併症など：

服薬：（ ） □産体中 □育児中

2. 紹介の目的・主な症状

【目的】 □事例相談 □診察依頼 □くすりの調整 □入院検討 □緊急受診希望 □その他（ ）

【症状】 □不眠（□全く眠れない □寝つけない □中途覚醒 □昼夜逆転 □その他） □抑うつ □不安 □精神病症状（幻覚・妄想・興奮・昏迷など） □その他（ ）

【困りごと】 □育児が（□不安、□苦痛、□拒絶） □死にたい、消えたい □今後の生活の不安 □対人関係の不安 □その他（ ）

3. 客観的評価（スクリーニング）結果

EPDS（エジンバラ） 点 / 30点（うち問10： 点）

うつ、不安の症状評価 □PHQ-9： 点 □GAD-2： 点 □GAD-7： 点

その他の評価スケール（ ）： 点

赤ちゃんへの気持ち質問票 点

4. 緊急性と生活・育児機能

緊急性： □あり ① □希死（自殺）念慮、 □自傷、 □自殺企図 ② □急激な精神病症状（幻覚、妄想、興奮、昏迷など） ③ □周囲の人を傷つけるおそれ □なし

生活・育児機能低下： □重度 □中等度 □軽度 □低下なし

5. 社会的背景・既往

・精神科既往： □なし □あり（病名： / 通院先： ）

・家族支援： □あり（夫・実家等） □なし（孤立） □パートナー不和 □DV 疑い

・経済状況： □問題なし □困窮・不安あり

・自治体支援： □訪問実施中 □児相連携

・産後ケア利用： □宿泊型 □訪問型 □日帰り型

6. 医療機関へ特に確認・相談したい点

※心理サポートの参考となるガイドの例

①日本産婦人科医会：「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～改訂版(令和3年4月)」
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report.pdf/mentalhealth2021_Ls.pdf

②日本周産期メンタルヘルス学会：『周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2023』 http://pmhguideline.com/consensus_guide2023.html

③日本産婦人科医会：『MCMC(母と子のメンタルヘルスケア)』ポータル <https://mcmc.jaog.or.jp/>

④日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会：『産婦人科診療ガイドライン 産科編 2023』 https://www.jsog.or.jp/activity/pdf/gl_sanka_2023.pdf

⑤日本助産学会 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
https://www.jyosan.jp/uploads/files/journal/JAMguigeline_2021_citizens_QA/jam_guideline2024.pdf

⑥日本精神神経学会、日本産科婦人科学会「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」(ポータル)
https://www.jspn.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=87

⑦日本精神神経学会 こころの不調や病気と妊娠・出産のガイド(一般の方向け)
https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/about/kokoro_ninshin_syussan_20241219.pdf

VI まとめにかえて

最後まで、お読みいただきありがとうございました。自治体の皆様が地域の医療機関や支援機関と母子・精神保健医療ネットワークを構築していく際に、本ガイドが少しでもお役に立てれば嬉しいです。

そして、都道府県の皆様には、ネットワークの構築や継続的運用に当たって、「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」をぜひ活用いただけますようお願い致します。本ガイドは、その参考資料としてもお使いいただけるものと存じます。

謝辞

本ガイドは、こども家庭科学研究として、令和6年度に全国自治体母子保健担当部署に実施した「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」と、令和7年度に12自治体の母子保健担当部署と精神科医療機関に対して実施した「自治体ー精神科医療連携に関する好事例自治体ヒアリング調査」の結果をもとに作成しています。

アンケート調査にご協力いただいた多くの自治体の担当者の皆様、ならびに好事例自治体ヒアリング調査にお力添えをいただきました下記の皆様、さらには研究班会議等で、たくさんの貴重なご意見やご示唆を賜りました、こども家庭庁母子保健課の皆様にも、紙面をお借りして、こころよりお礼を申し上げます。

市原市役所 こども未来部 子育てネウボラセンター
宮城県保健福祉部子育て社会推進課 子育て支援班
東北大学病院 精神科 菊池 紗耶先生
医療法人コミュニテ風と虹 のぞえの丘病院 岩永 成晃先生、堀川 直希先生
埼玉医科大学総合医療センター 安田 貴昭先生
岡山県精神科医療センター 来住 由樹先生
岡山県保健医療部健康推進課 母子・歯科保健班
岡山市保健所健康づくり課
信州大学医学部 周産期のこころの医学講座 村上 寛先生
長野県疾病対策課 母子保健係
松本市保健所 健康づくり課 母子保健担当
滋賀医科大学精神医学講座 尾関 祐二先生
滋賀県 びわこネット事務局 豊田 妙子様
佐賀県 男女参画・こども局 こども家庭課母子保健担当
地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪母子医療センター 子どものこころの診療科 平山 哲先生
大阪府健康医療部保健医療室地域保健課母子グループ
松戸市役所 子ども部 こども家庭相談課 母子保健担当室 親子すこやかセンター常盤平
岩手県保健福祉部医療政策室 地域医療推進担当
宮崎県 福祉保健部健康増進課 母子保健・医療支援担当 (順不同)

自治体職員のための妊産婦メンタルヘルス連携実践ガイド

2026(令和8)年3月発行

発行者・問い合わせ先

子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 代表研究者 渡邊博幸

連絡先

gakujukairs@gmail.com(学会会木村病院研究事務宛)

©2026年 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

32

連携ツールの作成・活用 / まとめにかえて

2026年/令和8年度版

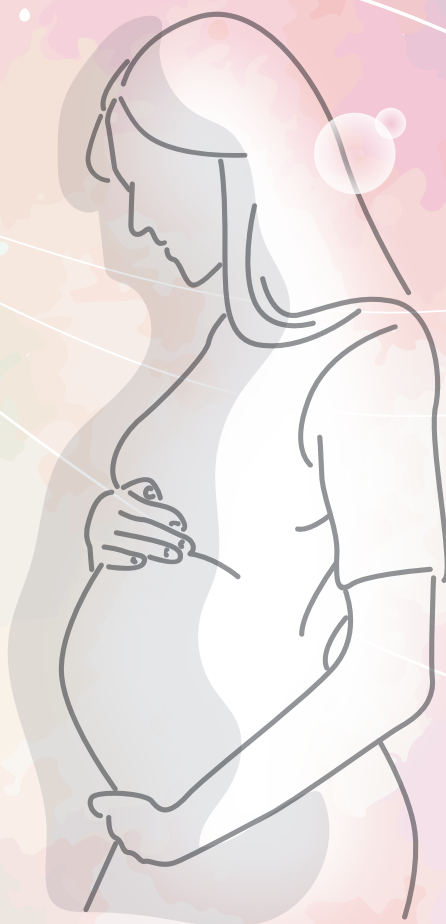
自治体職員のための

全国都道府県/市区町村自治体

母子保健担当者/保健所職員向け

妊産婦メンタルヘルス 連携実践ガイド

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)



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 発行



目次

3 はじめに

4 I 妊産婦メンタルヘルスの基礎知識

8 II 妊産婦メンタルヘルス 連携の重要性と支援の困難性

10 III わが国の妊産婦メンタルヘルスに関する支援連携の実態 全国自治体所管部署調査結果をふまえて

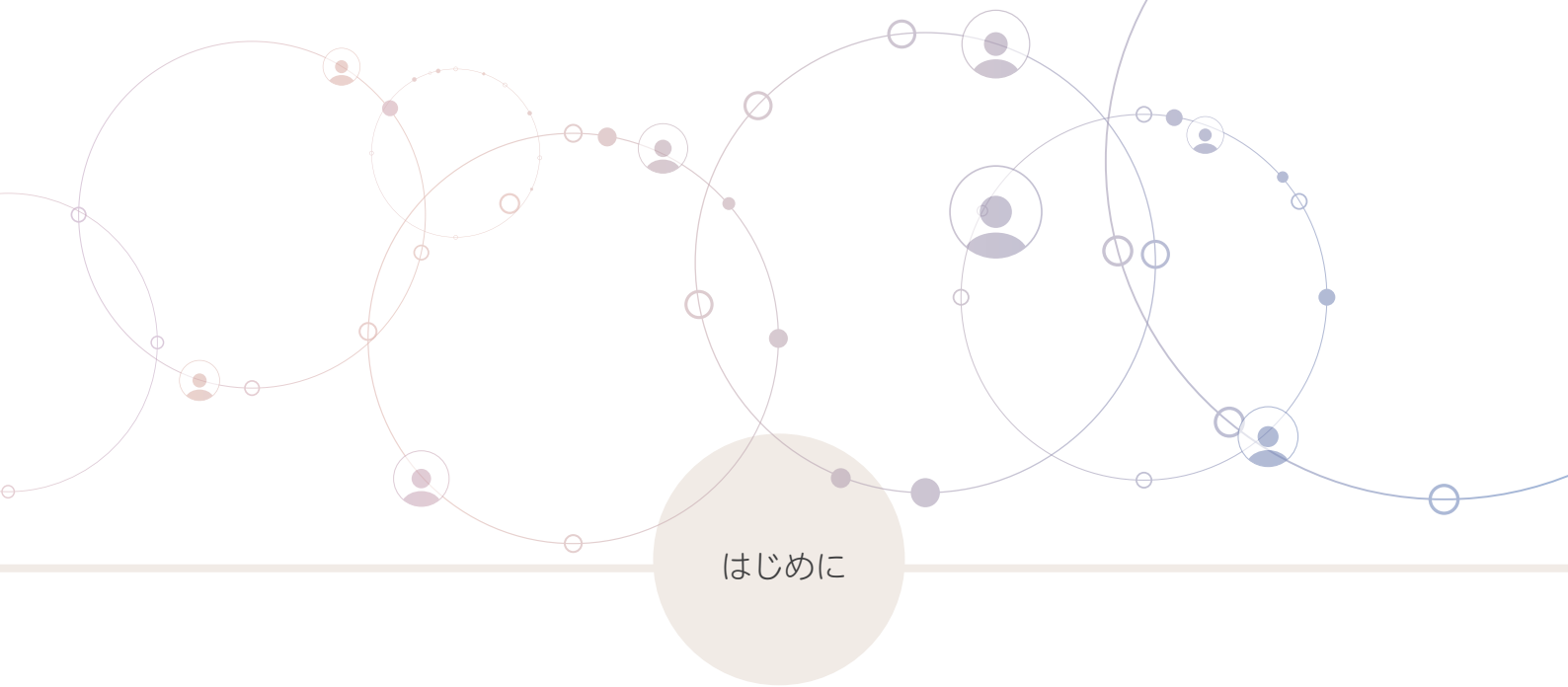
18 IV 自治体と精神科医療機関等による 母子－精神保健医療ネットワークの作り方

28 V 連携ツールの作成・活用

32 VI まとめにかえて

33 謝辞





はじめに

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す。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ます。

この課題解決のために、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」班では、『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』を目的として、令和6年度～令和7年度にかけて、

- 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研究』
- 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』
- ③『①②の研究をもとに抽出した周産期メンタルヘルス連携に関する好事例自治体へのヒアリング調査』を行い、これらを踏まえて
- ④『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の構築方法』をまとめ、この実践ガイドを作成しました。

支援現場で日々尽力されている保健師、助産師をはじめとした専門職の方々、自治体の施策、事業を所管している行政職の方々にお手にとっていただき、活用いただけますと幸いです。

本ガイドは、左記の5章に分けて解説します。ネットワークの作り方については、複数の好事例自治体のヒアリングを元にモデルを提示していますが、各自治体の組織構成、予算、人員、地域医療資源などを踏まえて、柔軟に改変、組み合わせて施策に実装していただけますようお願い致します。



I

妊産婦メンタルヘルスの基礎知識

図1

メンタルヘルスの観点からみた周産期の変化

1

生理的・身体的変化

女性ホルモン変化
つわり・腹満感・食欲の変化
動悸・むくみ
易疲労感・不眠・過眠
産科合併症
日常活動制約

2

心理的变化

情緒の不安定さ
妊娠・分娩への不安感
育児への不安
他の同胞の養育への影響
パートナー・家族との葛藤

3

生活環境の変化

産休・離職による
社会的立場の消失
家計の収入減・支出増
による経済状態の悪化
転居・家族関係の変化

1 メンタルヘルスの観点から見て、 周産期はどういう時期か？(図1)

①生理的・身体的変化

妊娠出産、授乳にともなう女性ホルモンの大きな変動は、精神的な変化に大きな影響をもたらします。また、胎児の発育に応じて循環血漿量が増加するために、動悸やむくみも生じやすくなります。つわりや腹満感、食欲の変化などの胃腸系の変化、不眠・過眠といった睡眠の変化など、基本的な生活リズムが崩れやすくなります。そこに妊娠による体重増加や運動の制約、易疲労感などが加わってきます。

②心理的变化

主に女性ホルモンの変動が大きな要因となっていると考えられますが、情緒の乱れが生じやすくなります。また、妊娠・分娩・育児に対しての不安、他の同胞(きょうだい)の養育が思うようにできなくなったりすること、妊娠や育児への価値観の違いなどから、今まで仲の良かった夫やパートナー、親世代でさえも、家族間の葛藤が生じやすくなります。

③生活環境の変化

産休・離職による社会的立場の消失、家計の収入減・支出増による経済状態の悪化、転居・家族関係の変化、例えば急に義父母と同居することになるなど、今までは夫と二人の生活を考えていればよかったところに、子供もできる、義理の両親も一緒に暮らす、あるいは実家に里帰

りしても、他の親類がいるなど、家族関係で気を遣う場面が増えることがあります。

■睡眠不足等の多様なストレス要因

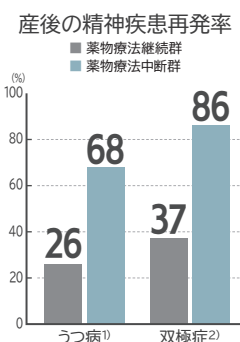
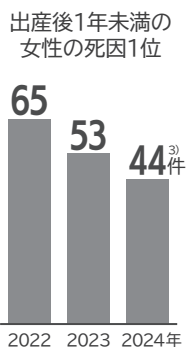
さらには、妊娠出産育児に関するストレス要因が、今まで経験したことのないような大きなものである場合も、メンタルヘルス不調を呈しやすくなります。特に、産後数か月の時期は、2～4時間ごとの授乳が必要であり、6か月頃からは夜泣きにより、夜間の睡眠が十分にとれないことが続きます。産後ケア事業の利用理由で「ゆっくり寝たい」が上位にあることからわかります。長期にわたる睡眠不足は、メンタルヘルスに影響を与えます。様々な産科合併症、多胎妊・出産、児の先天性疾患、死産、最近では生殖補助医療を受ける女性の負担なども考慮が必要となります。

■ストレス対処に関する困難

このような生理的、心理的、社会的変化によって、妊産婦には多くの負荷がかかります。それらに対して人それぞれのストレス対処方法や周囲からのサポートで乗り越えようとしませんが、もともとのストレス対処の力が少ない方(知的発達症や精神疾患のある人)、シングルマザーであったり、実親との関係が悪化していたり、パートナーの協力が得られないなどの周囲のサポートが得られにくい環境にある方、経済的な困窮状態などでは、対処方法が破綻して、妊娠出産育児に関連したさまざまな困りごとが重なり、妊産婦のメンタルヘルスが更に悪化します。

図2

妊産婦メンタルヘルス不調の影響

精神疾患再発リスク
(不安症・周産期うつ等)妊産婦の
自殺リスク児に対する
愛着形成不足・虐待

家庭環境への影響



- 1) Cohen LS, et al. : JAMA 295(5) : 499-507, 2006
 2) Viguera AC, et al. : Am J Psychiatry 164(12) : 1817-1824, 2007
 3) 「いのち支える自殺対策推進センター」調査まとめより(2025年7月9日)

- 4) 令和5年度 児童相談所における児童虐待相談対応件数より
 5) こども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第20次報告)の概要より

2 妊産婦メンタルヘルス不調の影響

妊娠期、産後のメンタルヘルス不調は、その人や子ども、家族のウェルビーイング(Well-being)^{*}の低下につながります。

■精神疾患の再発リスク

まず、もともとうつ病や双極症、不安症などの精神疾患を持っている妊産婦の場合は、その再発リスクが高まります。妊娠中、胎児への影響を過度に心配して、自ら服薬を中断してしまうことなどにより、再発率が高まることがありますが、妊娠期、産後の女性ホルモンの変動などによる生理学的な要因や心理的ストレスの増加もあいまって、服薬を継続していても、再発することがある点に留意する必要があります。

■妊産婦の自殺リスク

周産期の精神状態の悪化は、妊産婦の自殺のリスクを高めます。現在我が国の出産後1年未満の女性の死因の1位は自殺です。産科的合併症による死亡が、母子保健医療者の努力で減っている一方で、メンタルヘルス不調への対応が十分でないことが浮き彫りになっています。

■育児機能の低下と子どもへの影響

また、日常生活機能、育児機能の低下に直結し、対人関係の悪化をもたらし、児に対する愛着形成不全や不適切な養育(マルトリートメント)、虐待などにもつながります。我が国の年度虐待相談対応件数は、右肩上がり増加し、2023(令和5)年度は225,000件を超えており、大きな社会問題として、喫緊の解決が求められています。

このような痛ましい結果に至らないまでも、妊産婦のメンタルヘルス不調を契機に、配偶者や親族との関係悪化や離婚、失職などを余儀なくされる場合もあります。小さな子どもを抱えて、より不安定な経済生活やセーフティネットの乏しい生活環境に陥ることもまれではありません。

※ウェルビーイング(Well-being)

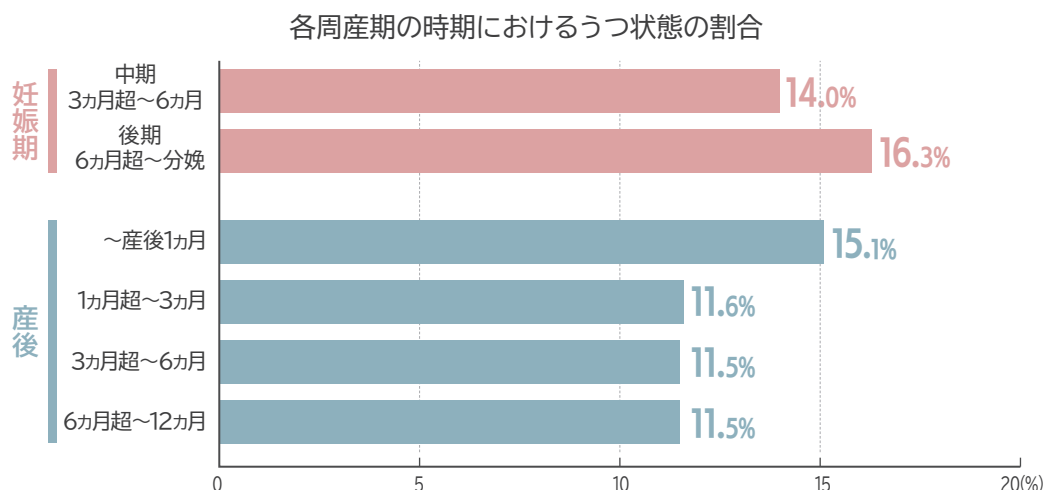
世界保健機関(WHO)憲章の前文にある「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態(well-being)にあること」を指します。

I

妊産婦メンタルヘルスの基礎知識

図3

日本の妊産婦のメンタルヘルス不調の割合



海外を含む複数の研究を統合した分析では、出産後1ヵ月時点で、約7人に1人に産後うつ病がみられると報告されています。

※63本の研究(計108,431人)を対象としたメタ解析による
産後うつ病有病率(産後1ヵ月時点)14.3%(95%信頼区間 13.2-15.4%)

Tokumitsu K, Sugawara N, Maruo K, et al.: Prevalence of perinatal depression among Japanese women: a meta-analysis. Ann Gen Psychiatry 19: 41, 2020

3 日本の妊産婦のメンタルヘルス不調者の割合

妊産婦のメンタルヘルス不調者の割合については、主にうつ状態と不安状態の報告が中心であり、すべてのメンタルヘルス不調者の割合を反映したものではないことに注意が必要です。また、妊娠期や産後の時期によっても結果が異なります。さらには、もともと精神疾患を併存している妊産婦を含めての数なのか、それとも周産期に新たに不調を生じた人のみをカウントしているのかによっても数値が変わります。

■エジンバラ産後うつ病自己調査票(EPDS)

既報のデータでは、主にエジンバラ産後うつ病自己調査票(EPDS)の結果から割合を示している報告が多いのですが、EPDSは純粋なうつ病・うつ状態のみでなく、不安状態もピックアップすることがあります。そのため、EPDS

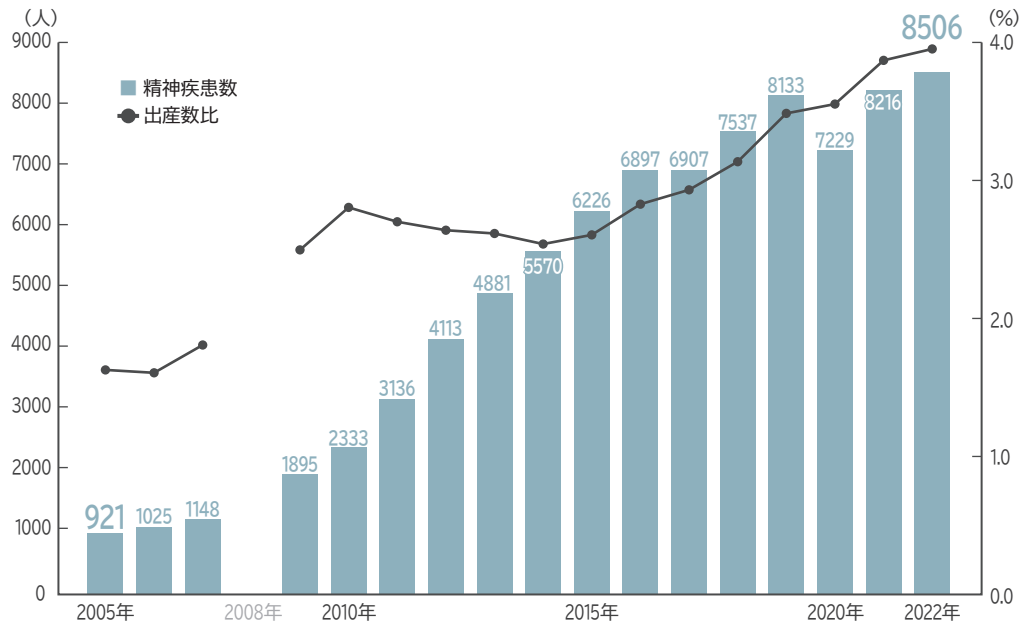
のスクリーニングで区分点9点以上として要支援対象となったということは、その時点でのうつ・不安状態のいずれかをピックアップしたということに他なりません。

■日本の妊産婦におけるうつ状態の割合

これらの背景に注意しながら、日本の妊産婦を対象とした63本の研究(108,431人)のメタ解析のデータを参照すると、産後1ヵ月時点における産後うつ病有病率は14.3%(95%信頼区間 13.2-15.4%)と示されています。また、各周産期の時期におけるうつ状態の割合を見てみると、妊娠期にも約15%前後のうつ状態の妊婦がピックアップされ、産後うつと同等以上の割合で、うつ状態に陥っている妊婦がいることもわかりました(図3)。

図4

年度別母体基礎疾患内訳からみる精神疾患率の推移



文献)日本産科婦人科学会周産期委員会委員会報告(平成17年度～令和5年度)より
(2008年度については基礎疾患別表なしのため省略、また、出産数比の%表示については複数回答可のため参考値)

一方で、もともと精神疾患を有する妊婦の割合はどれくらいでしょうか？

■精神疾患併存妊婦の割合

日本産科婦人科学会周産期委員会報告によれば、母体基礎疾患における精神疾患の割合はほぼ右肩上がりが増加し、2005(平成17)年度は登録数(出産数)56,671件中921人でしたが、2022(令和4)年度統計では、215,562件中8,506人と増え、基礎疾患全体での順位も7位から4位に上昇しています。

基礎疾患を複数併存する場合もあるので参考値にはなりますが、出産数比で約4%の妊婦に精神疾患が併存していることが推測されます(図4)。

整理すると、妊産婦の約15%にうつ状態を主とするメンタルヘルス不調者がいること、妊婦の約4%に精神疾患が併存していることがわかりました。

■自治体における支援対象者数を考える目安

これらの割合は、自治体の母子保健所管部署が、自治体内、あるいは保健医療圏域内で1年間にどれくらいのメンタルヘルス不調の妊産婦を支援する必要があるかを概算する目安になります。

たとえば、年間1,000人の妊娠届や出産がある圏域であれば、そのうちの150人程度がメンタルヘルス支援を必要とするかもしれないということになります。

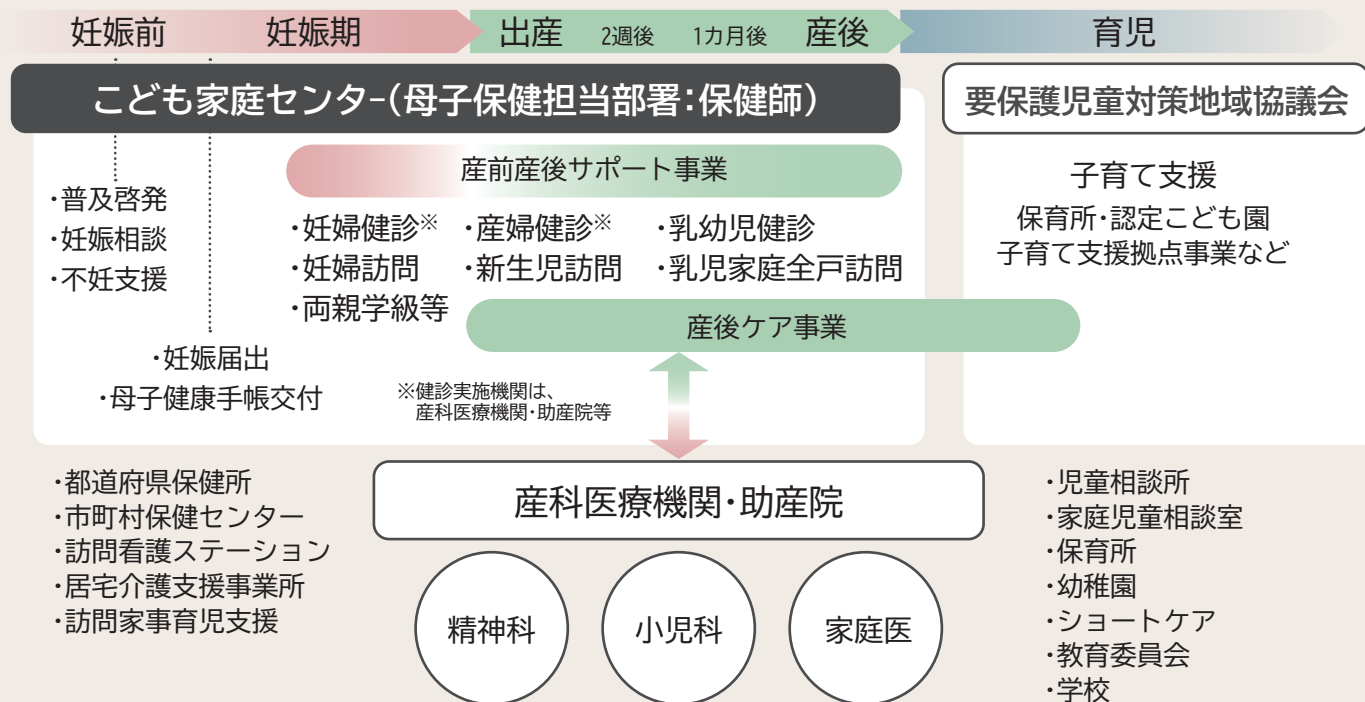
II

妊産婦メンタルヘルス 連携の重要性と支援の困難性

図5

母子保健－精神保健連携 [2024(令和6)年度～]

こども家庭センター(母子保健機能)を拠点として、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援の体制を確保し、誰ひとり取り残すことなく妊産婦に対し、安心・安全で健やかな妊娠・出産、産後をサポート



渡邊博幸:精神科治療学34(3), 293-299, 2019を加筆

Iで示したように、妊産婦のメンタルヘルス課題は、生理的・心理的・社会的な複合困難が複雑に絡んでいますので、一つの専門領域だけでは、包括的な支援は不可能です。迅速かつ実効性のある支援を行うためには母子、小児、精神それぞれの保健・医療・福祉の専門領域の連携や協働が必須です(図5)。

しかし、現実には、妊産婦メンタルヘルス連携はスムーズに実装されているとはいえません。この連携の困難さの要因には、次に挙げる3つの連携不全があると考えます(図6)。

①精神医療・保健と周産期医療・母子保健

双方の専門性の違い

もともと人事・業務交流の少ない医療・行政・福祉職との円滑な連携を構築しなければなりません。しかし、精神科と産科、都道府県単位で行う精神保健と市町村単位で行う母子保健との考え方の違いが生じやすいのです。

②時間軸上の連携不全

— 妊娠から育児までの「支援の分断」

妊娠から育児までの医療・地域保健的な支援は、短期間のリレーになりやすく、情報連携や支援者の一貫性が保ちにくいという課題があります。

■精神科通院中の妊娠における典型的な経過

典型的な例を挙げましょう。

精神科通院あるいは向精神薬を服用中の女性が妊娠した場合、初診した産科医療機関から、精神科を有する一般病院の産科での妊娠・分娩管理を奨められることがあります。

また、それに応じて、かかりつけの精神科医療機関からも、当該の一般病院精神科に紹介されることになります。

受診先を一カ所にまとめられ、患者に配慮した診療連携に思えるのですが、注意すべき点もあります。

図6

周産期メンタルヘルス連携はなぜ困難か？

3つの連携不全要因

専門性

人事交流の少ない
医療／行政／福祉職
・精神科・産科
・精神保健(都道府県)
・母子保健(市町村)

時間軸

支援が
細切れのリレーに
なりやすい



空間軸

要支援者(母児・家族)が
移動する
中心となる支援機関が
定まりにくい
複数の自治体を
またぐことも



妊娠

出産

①精神科(かかりつけ)
近医産婦人科

②総合病院
精神科
産婦人科

③新生児科

①精神科
③精神科
⇕
地域保健
(多圏域)

渡邊博幸:精神科治療学32(6); 719-722, 2017.

■転医に伴う負担とリスク

住居地によっては、産科と精神科両方の診療科を持つ病院までの交通アクセスが悪く、片道2時間以上もかけて紹介先に通院することもあります。妊娠週数が進む中で、受診自体が母胎に大変な負担となります。

また、精神科薬物治療の面からは、妊娠に対応した薬剤整理も中途半端のまま転医となり、急な処方中断による離脱症状や、症状再燃に至る場合があります。

■出産後に生じやすい情報断絶

さらに、出産後は、前医あるいは、里帰り先の居住地近傍の精神科に再紹介となり、短期の診療のバトンリレーによって、妊娠・出産時の本人の言動や行動、症状変化、児への養育能力、家族との関係変化などの重要な情報の伝達が途絶えてしまうことになります。

③空間軸上の連携不全要因

医療拠点の偏在や妊産婦の生活圏の移動(里帰り出産・育児)があると、担当者が互いに遠く離れており、支援のベースキャンプをどこに置くか定めてにくくなります。複数の自治体をまたぐような場合は特に注意を要するでしょう。また、転居先で母親が精神科受療を中断してしまうことも稀ではありません。実際子育てに翻弄されて、新しい精神科診療施設を受診できないということもあるでしょう。

これらの連携不全を克服して、迅速かつ効果的な支援を行うための仕組みをつくる必要があります。

III

わが国の妊産婦メンタルヘルスに関する支援連携の実態 全国自治体所管部署調査結果をふまえて

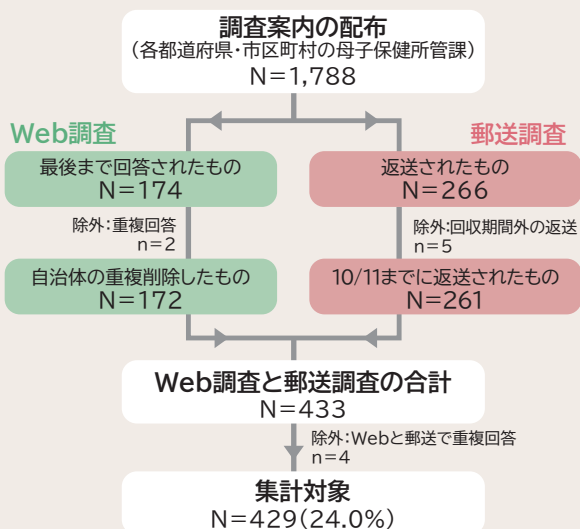
図7 自治体アンケート調査[2024(令和6)年]

2024年9月～10月にかけて、全国の都道府県47カ所および市区町村1,741カ所の母子保健担当部署を対象に自記式調査を実施。

都道府県 33件(回収率70.2%)
市区町村396件(回収率22.7%)

の回答をもとに統計解析(IBM SPSS Statistics 30)

大問	内容(妊産婦のメンタルヘルスに関する)
I	自治体-精神科医療連携の課題
II	必要と考える取り組み
III	自治体-精神科医療連携の実施状況
IV	連携体制
V	連携の実施実績(2023(令和5)年度)
VI	自治体から精神科医療機関への情報提供の状況(市区町村)
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	『ネットワーク構築事業』の実施状況(都道府県)
X	その他意見



研究班では、自治体と精神科医療との連携の実情と課題を把握し、適切なネットワーク構築の基礎資料とするために、2024(令和6)年に全国の都道府県47カ所および市区町村1,741カ所の母子保健担当部署を対象として、10の大項目について、アンケート調査を行いました(図7)。その結果429カ所(都道府県33カ所[70.2%]、市区町村396カ所[22.7%])からの回答を元に、統計解析を行い、図表にしました。以下にその結果の概略を示します。



図8 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体-精神科
(都道府県+市区町村合算)
各質問項目に「課題である」とした回答数に(2点)、「大きな課題である」に(3点)

課題(重み付け加算)
都道府県と市区町村
合算 N=429

当事者・家族の精神科受療の承諾	200
圏域内の精神科医療機関の不足	150
対応する自治体職員(保健師等)不足	100
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	100
紹介してから初診までに時間がかかる	100
自治体職員に専門的知識や技術が足りない	100
自治体職員が専門的知識や技術を得る機会が少ない	100
どのような症状で精神科に受療勧奨すべきかわからない	100
どこの精神科に紹介可能かわからない	100
受療後の情報共有が不十分	100
医療機関の心理職の関わりの不足	100
医療機関の精神保健福祉士の関わりの不足	100
精神科医が会議に参加困難	100
精神科医の診療協力が得られない	100

1 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(図8、9)

■自治体職員共通で感じている課題

自治体職員が困難と感じている課題は、都道府県、市区町村とも同じような結果となりました。両者を合算して1位から並べると、「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」「対応する自治体職員(保健師等)不足」「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」「紹介してから初診までに時間がかかる」の順でした(図8)。

■都道府県のみ結果

「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カ所66.7%)でした(図9)。

■市区町村の結果

「当事者・家族の精神科受療の承諾」(308カ所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カ所70.2%)、「圏域内の精神科医療機関の不足」(274カ所69.2%)の順です(図9)。

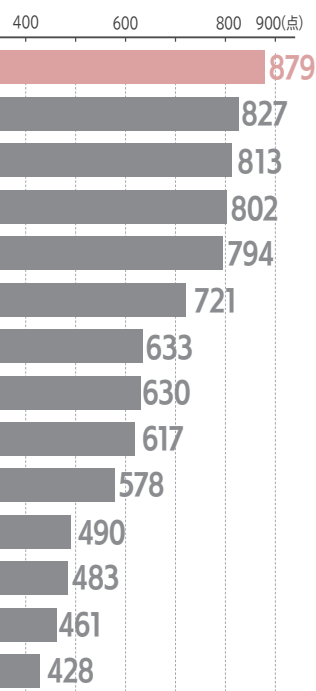
母子保健内の様々な事業で、妊産婦のメンタルヘルス不調をピックアップできても、それを精神科受療につなげることが難しいことが浮き彫りになった結果でした。

医療連携の課題

図9

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

を乗じて重み付け加算した総点



各質問項目に「課題である」+「大きな課題である」と回答した割合

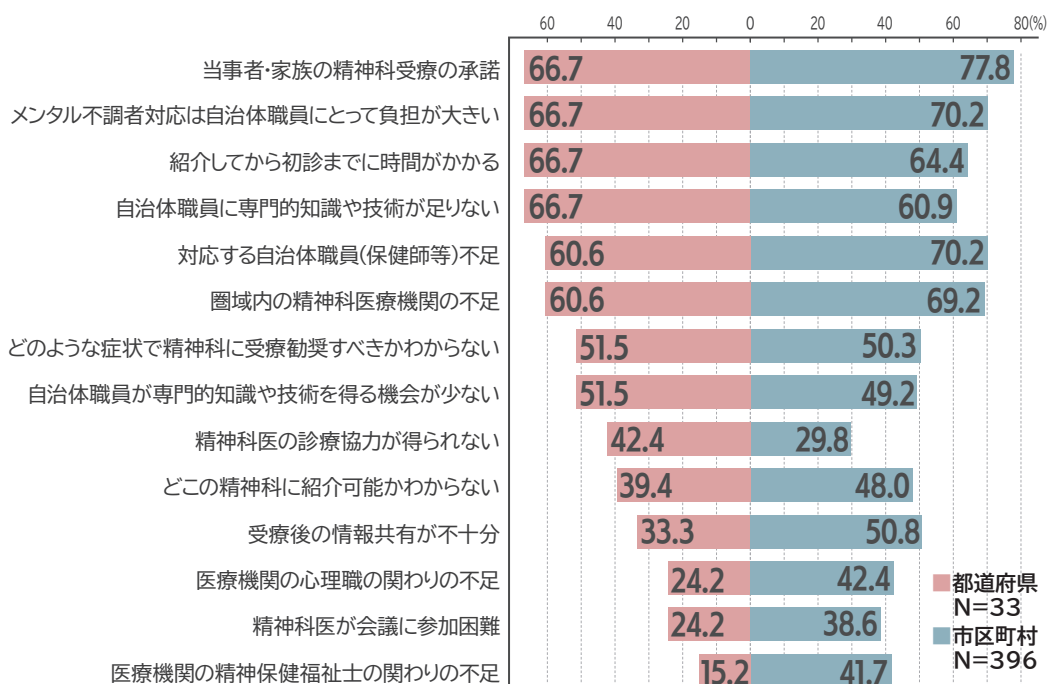
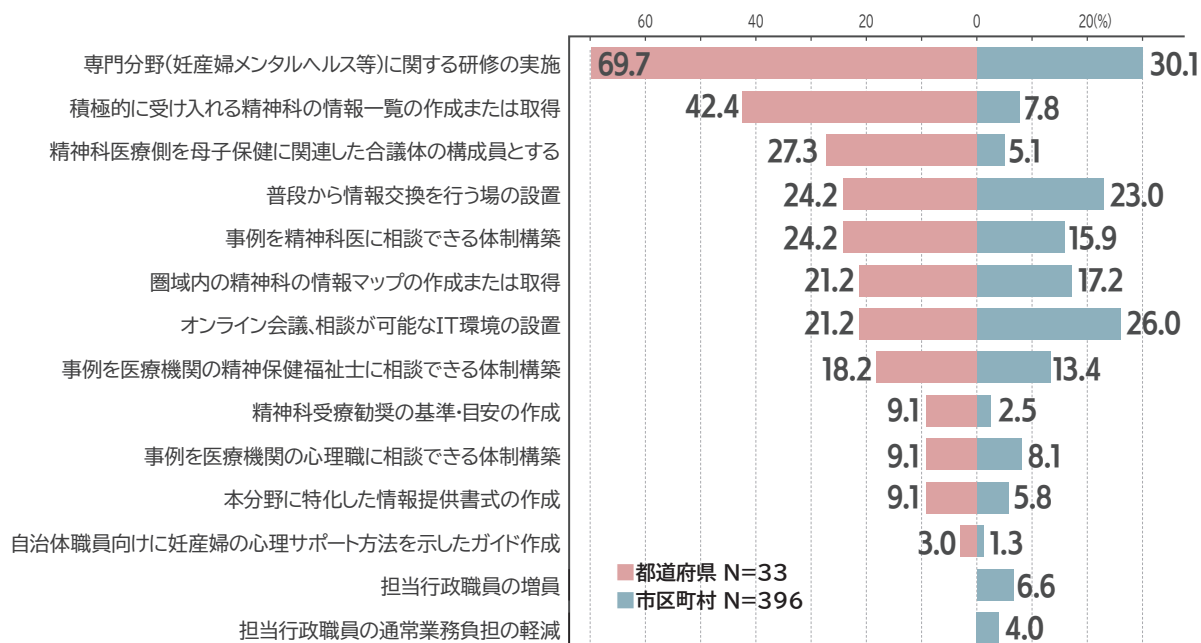


図7 図8 図9 厚生労働科学研究成果データベース:「妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究」令和6年度研究報告書より作成

III

わが国の妊産婦メンタルヘルスに関する支援連携の実態 全国自治体所管部署調査結果をふまえて

図10 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 [2024(令和6)年3月末時点]



厚生労働科学研究成果データベース:「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」令和6年度研究報告書より作成

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

■都道府県での結果

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」「妊産婦を積極的に受け入れる精神科の情報」(いずれも32カ所97.0%)、「事例を精神科医に相談できる体制」(29カ所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カ所84.8%)の順でした。

■市区町村の結果

市区町村では、「妊産婦を積極的に受け入れる精神科の情報」(369カ所93.2%)、「圏域内の精神科の情報」(352カ所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カ所87.1%)でした。

これらの結果から、自治体では、圏域内で、母子保健側からつなげるための精神科医療資源の情報をもとめていること、妊産婦メンタルヘルスに関する知識の向上を求めていることが見てとれます。

3 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 (図10)

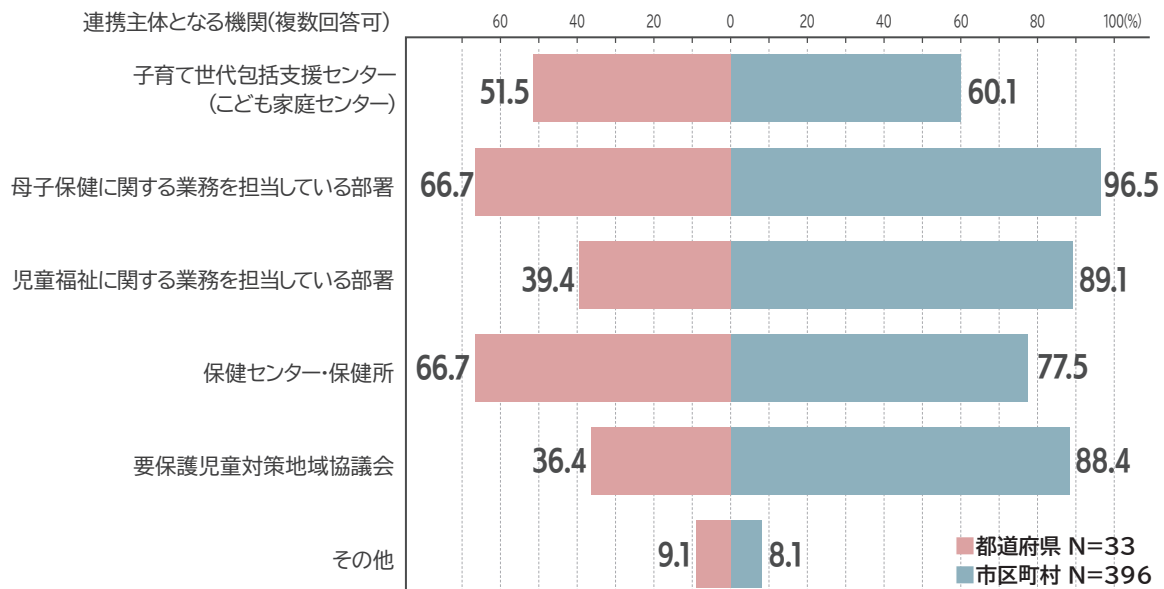
2024(令和6)年3月末時点での、連携の実施状況については、都道府県と市区町村で回答に違いが見られました。

■都道府県での結果

都道府県での実施状況は、「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カ所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カ所42.4%)の順でした(図10)。

図11

連携体制の主体(管理・所管)となる機関について



厚生労働科学研究成果データベース:「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」令和6年度研究報告書より作成

■市区町村の結果

市区町村での実施状況は、「専門分野(妊産婦メンタルヘルス等)に関する研修」(119カ所30.1%)、「オンライン会議、相談が可能なIT環境の設置」(103カ所26.0%)、「普段から情報交換を行う場の設置」(91カ所23.0%)の順でした(図10)が、都道府県と比べて実施自治体が3分の1に満たない実情が明らかとなりました。

■都道府県、市区町村共通の状況

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りました。

4 連携体制の主体(管理・所管)となる機関について(図11)

■都道府県のみ結果

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カ所(66.7%)と最多でした(図11)。子育て世代包括支援センター(こども家庭センター)は、17カ所(51.5%)と半数以上の都道府県で、連携の主体を担っていました。

■市区町村の結果

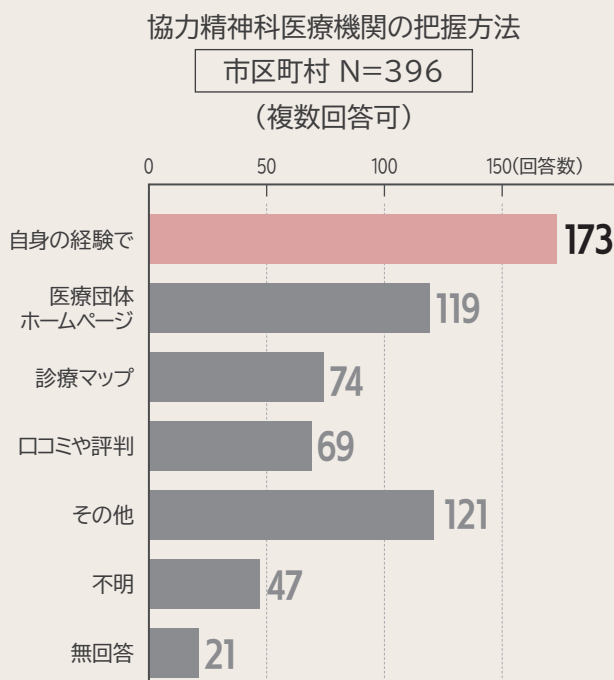
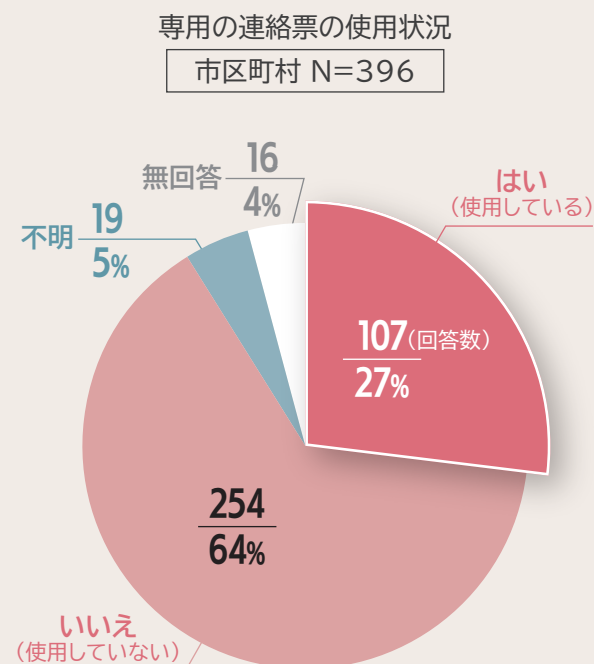
市区町村では「母子保健に関する業務を担当している部署」が382カ所(96.5%)と最多で、「児童福祉に関する業務を担当している部署」353カ所(89.1%)、「要保護児童対策地域協議会(以下、「要対協」という。)」350カ所(88.4%)と続きました(図11)。子育て世代包括支援センター(こども家庭センター)は238自治体(60.1%)と6割の自治体で、連携体制の主体となっていました。

III

わが国の妊産婦メンタルヘルスに関する支援連携の実態 全国自治体所管部署調査結果をふまえて

図12

市区町村と精神科医療機関の連携方法



厚生労働科学研究成果データベース:「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」令和6年度研究報告書より作成

複数回答を可としていることから、自治体によっては複数力所の部署で、連携体制の主体を担っていることが示唆されます。複数の連携の窓口があり、漏れのない支援が考慮されているとも言える反面、ワンストップ拠点が定まらず、円滑な情報の発受や連携調整が難しくなるリスクを孕んでいる可能性があります。将来的には、こども家庭センターにこれらの機能を集約していくことが望ましいと言えるでしょう。

■市区町村における連携の担い手と要対協の可能性

また、市区町村においては、既存組織として、要対協が連携体制の主体を担っている回答も多く見られました。児童福祉のみならず、特定妊婦等も対象としうる合議・検討の場として、既存の組織である要対協を発展的に活用することも、人的資源の少ない自治体などでは、検討できるでしょう。

5 市区町村と精神科医療機関の連携方法について(図12)

市区町村へのアンケートからは、母子保健側から精神科医療機関への連携方法の実情が明らかとなりました。

①母子保健

母子保健側の情報提供主体として、困難事例対応職員の活用について質問したところ、「困難事例対応職員を設置していない」が154カ所(38.9%)と最多で、「困難事例対応職員が実施している」のは68カ所(17.2%)でした。その他として、「保健師」や「地区担当」などが担当するとの回答が19カ所(4.8%)からありました。

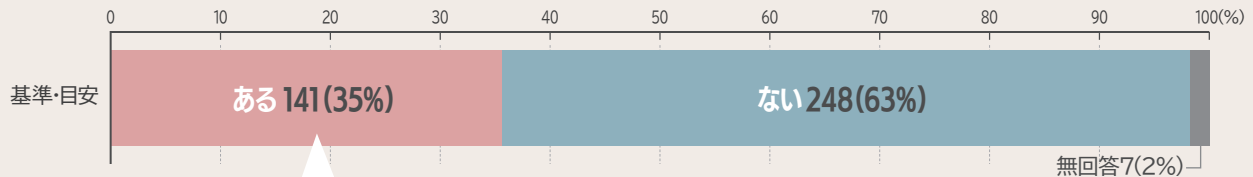
②医療機関

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カ所(51.5%)、「看護師」195カ所(49.2%)の順でした。

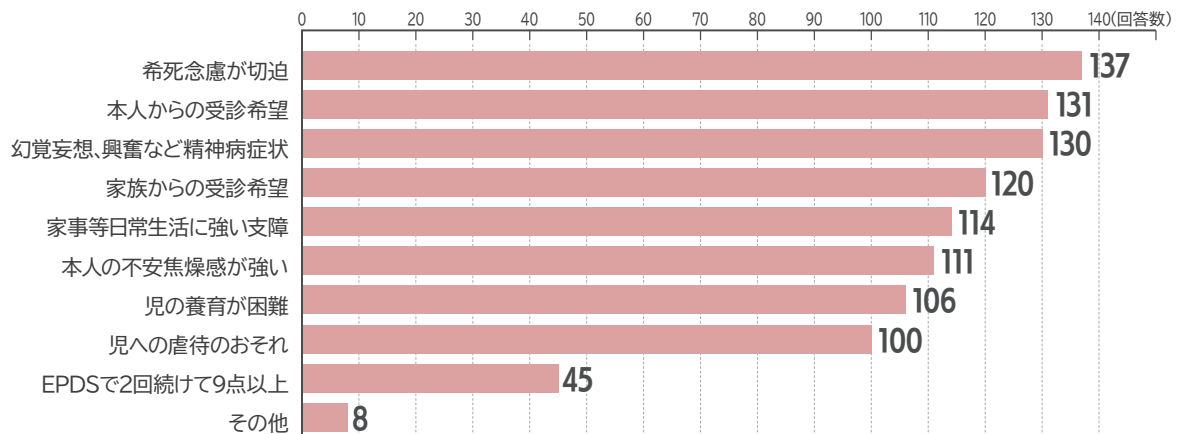
図13

市区町村における精神科受診を勧める基準・目安

市区町村調査の結果：N=396



勧奨基準が『ある』と答えた自治体における勧奨の目安(複数回答可)



厚生労働科学研究成果データベース：「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」令和6年度研究報告書より作成

③市区町村

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カ所(32.1%)と最多で、1週間以内で行う市区町村が6割を超えていました。しかし「不定」との回答も29.0%ありました。

④情報提供の方法

「電話」が354カ所(89.4%)と最多で、続いて「文書等」が125カ所(31.6%)でした。

⑤専用連絡票の使用状況

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%でした。

協力精神科医療機関の把握方法は、「自身の経験で」が173カ所(43.7%)と最多、続いて「医療団体ホームページ」が119カ所(30.1%)、診療マップが74カ所(18.7%)の順でした。自身の経験で精神科医療機関を探さなくてはならない実情が浮き彫りとなりました。支援が保健師等の母子保健側職員の属人性によってしまい、過重な労働負担となる要因となりうることが示唆されます。

6 精神科受診を勧める基準・目安について(図13)

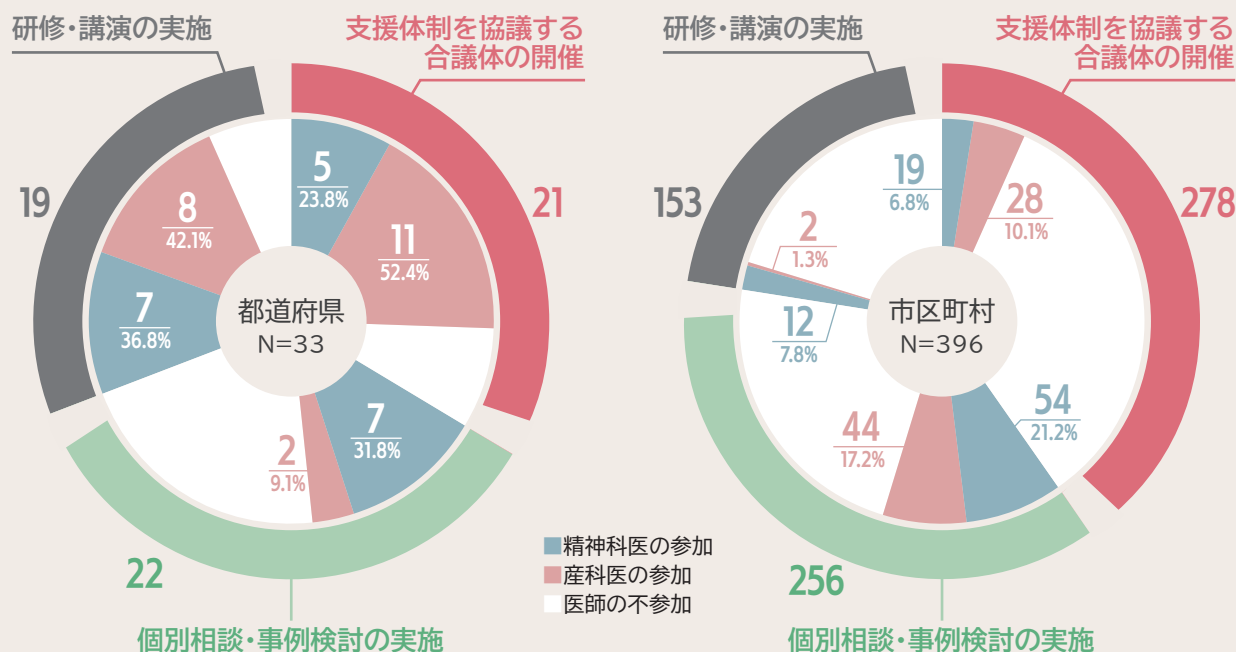
「ある」と回答した市区町村は396カ所中141カ所(35.6%)でした(図13)。その141カ所のうち、具体的な基準・目安としては「希死念慮が切迫している場合」が137カ所(97.2%)と最多で、「本人からの受診希望がある場合」が131カ所(92.9%)、「幻覚妄想、興奮など精神病的症状が出ている場合」が130カ所(92.2%)の順でした。「日常生活に強い支障が出ている場合」は114カ所(80.9%)、「養育困難」が106カ所(75.2%)、「虐待の恐れがある場合」が100カ所(70.9%)と、当事者の生活・育児機能を基準とすることも示されました(図13)。

III

わが国の妊産婦メンタルヘルスに関する支援連携の実態 全国自治体所管部署調査結果をふまえて

図14

連携事業の実施状況と精神科医の参加率 [2023(令和5)年]



※円グラフは各事業を実施している自治体における精神科医・産科医の参加状況の内訳を示す

厚生労働科学研究成果データベース:「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」令和6年度研究報告書より作成

7 連携事業の実施状況と精神科医の参加率(2025(令和5)年度)(図14)

2025(令和5)年度の都道府県と市区町村における妊産婦メンタルヘルス連携にかかわる事業の実施状況と、精神科医の参加率を図14に示しました。

都道府県では、精神科医の参加率が約24%~37%あるのに対して、市区町村では約7%~20%にとどまっていることが示されました。とくに『支援体制を協議する合議体』への参加が精神科医では少ないことが目立ちます。

妊産婦のメンタルヘルス支援体制を協議する場に、精神科医がいないこと、特に市区町村では人員を当てるのが困難なことが見てとれます。



図15

市区町村自治体所管部署の連携困難課題解決のための取り組み一覧(抜粋)

連携課題と実施内容に関連性がある組み合わせをピックアップしてまとめた一覧表

連携(困難)課題	合議体・相談体制の構築	情報マップ、連携手順やガイドの作成・活用
担当職員の過大な負担		心理サポートガイド作成
担当職員の不足		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
専門的知識や技術不足	会議、相談のためのIT環境	特化した情報提供書式の作成
専門的知識や技術を得る機会が少ない	情報交換を行う場の設置 会議、相談のためのIT環境	
精神科への受療勧奨方法がわからない	会議、相談のためのIT環境	精神科受療の基準・目安の作成 心理サポートガイド作成
当事者・家族の精神科受療受諾が難しい		精神科受療の基準・目安の作成 心理サポートガイド作成
圏域内の精神科医療機関の不足	精神科医等に相談できる体制 精神科側を合議体構成員に	特化した情報提供書式の作成

厚生労働科学研究成果データベース:「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」令和6年度研究報告書より作成

8 連携課題と連携実施状況のクロス集計から導かれた、連携困難課題解決のための取り組みについて(図15)

回答数の多い市区町村の連携課題と連携実施状況をクロス集計し、Fisher の正確確率検定(両側検定)(有意水準5%)を行い、カテゴリー間の関連を解析しました。その結果から、連携困難課題の解決のための取り組みを抽出したものを図15に示します。これらを目安に、各自治体での連携課題を確認し、それに対して、合議体・相談体制の構築や、情報マップ、連携手順やガイドなどの支援ツールを作成・活用することが有効と考えます。



IV

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の作り方

図16

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の作り方

- 1 作成管理主体を決める
- 2 関係者を集める
- 3 予算を見積もる
- 4 ネットワークに必要な体制と構成メンバーを検討する
 - ① ネットワークの構築・整備を協議する場の設定
 - ② ネットワークの管理運営を行う体制の設定
 - ③ 機関からの相談を受け適切な支援を提案し連携する体制の設定
 - ④ 事例検討・研修・人材育成の場の設定
 - ⑤ (自治体・医療機関へ専門職の派遣を行う体制の設定)
- 5 ネットワークモデルを検討する
- 6 連携ツールの作成・活用
 - 1) 妊産婦メンタルヘルスケアへの協力(精神科)医療機関の情報収集と一覧作成
 - 2) 協力(精神科)医療機関マップの作成
 - 3) 精神科受療の基準・目安の作成
 - 4) 情報連絡票の作成
 - 5) 心理サポートガイドの作成・取得

ネットワークの構築と連携ツールの作成・活用については、図16にフローを示しました。図中の1～5が本研究の好事例ヒアリング調査から明らかとなったネットワーク構築の流れを示し、6には自治体アンケート調査から導かれた、ネットワークに関わる諸機関や支援者が共通に利用できる、メンタル不調者に対しての初期対応や支援計画立案、精神科への受療勧奨や情報連携に役立つ、連携ツールの一覧を挙げました。

まず、ネットワークの作り方(図16: 1～5)について説明します。 ※連携ツール6については次章で取り上げます

1 実施主体者を決める

実施主体者は、ネットワークの構築や共通ツールの作成・取得を行います。

自治体の母子保健所管部署等が担う場合や自治体と協力関係にある医師の団体、大学附属病院、公立病院における妊産婦メンタルヘルスに関連する診療科などの代

表者が担う場合、それらの協働組織の場合もあります。

ネットワークの構築後は、妊産婦のメンタルヘルスに関する課題に対応するための協議の場やネットワークの運用を行う部署に移行することも多いことから、持続的な事業継続が可能なところに設置を検討することが望まれます。

先行事例では、自治体の要保護児童対策地域協議会(以下、「要対協」という)を協議の場とする大分トライアル(岩永成晃, 佐藤昌司: 日本周産期メンタルヘルス学会誌 5: 21-26, 2019)や久留米トライアル、大学病院内の専門講座が主導する長野県-信州大学モデル、市の母子保健所管課、こども家庭センターなどがネットワークづくりの主体となるいくつかの行政モデルなどがあります。

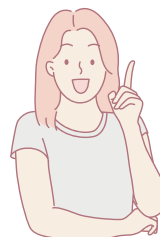


図17

関係者を集める

ネットワークづくりの関係者には下記のような構成員を基本として、各自治体の取り組みの特色や歴史を踏まえて追加、改変し、実効性を持った組織づくりを計画しましょう。

	想定される基本的な構成員	備考
行政機関	■要保護児童対策地域協議会(要対協) ■精神障害にも対応した地域包括ケアシステム推進事業(代表者会議、実務者会議)構成員 ■こども家庭センター ■母子保健所管部署 ■児童福祉(子育て支援)所管部署 ■精神保健福祉所管部署 ■保健所・保健センター ■家庭児童相談室・児童相談所 等	要対協を基盤とする場合などでは、下記も構成員となりえます。 ■社会福祉課 ■福祉事務所 ■教育委員会 ■幼稚園 ■保育園 ■学校 ■警察 等
医療関係者	■産婦人科医 ■小児科医・新生児科医 ■精神科医・心療内科医 ■総合診療医 等 ■助産師 ■看護師 ■訪問看護師 ■心理職 ■社会福祉士 ■精神保健福祉士 等	一般公募、各医療専門職団体からの推薦、実務経験者や学識経験者の指名を組み合わせ委嘱する他、医療専門職団体の会員全員を登録する方法もあります。
福祉事業者支援団体	■乳児院 ■母子生活支援施設 ■女性相談支援センター ■産前産後ヘルパー派遣事業者 ■訪問型産後ケア・シッター 等	その他 ■民生委員・児童委員 ■自治委員(自治会役員) ■当事者団体など地域のボランティア 等

2 関係者を集める

ネットワークづくりの関係者には図17のような職種、部署が上げられます。このような構成員を基本として、各自治体の取り組みの特色や歴史を踏まえて追加、改変し、実効性を持った組織づくりを計画しましょう。



3 予算の見積もり

2024(令和6)年に本研究班で実施した自治体調査の結果では、妊産婦メンタルヘルスを含む独自のネットワーク事業を行っていると感じた市区町村自治体は396カ所中、18カ所でした。そのうち、年間予算額を回答した自治体は16カ所で、0～16,960,000円と幅が広く、中央値は440,000円でした。

これらの予算は、専任の職員、配置にかかる経費、事務業務を行う職員の人件費の他、独自のオンラインネットワークの管理保守の経費等に当てられる場合もあります。

また、同調査では関わる職員数は1～170名と幅が広く、中央値は5名でした。

好事例ヒアリングからは、自治体の事業としては予算が組まれていないものもあり、圏域の医師会、医療関係団体の事務局が役割を担う場合、病院の職員が本務とともにコーディネーターを兼務している場合もありました。

IV

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の作り方

図18

ネットワーク構築に必要な体制と構成メンバーを検討する

以下の4つ(または5つ)の体制を設定する

- ①ネットワークの構築・整備を協議する場合
- ②ネットワークの管理・運営を行う体制
- ③機関からの相談を受け適切な支援を提案し連携を実施する体制
- ④事例検討・研修・人材育成の場
- ⑤(専門職の自治体・医療機関への派遣を行う体制)

	構成員(例)	役務範囲(例)	開催頻度・勤務形態(例)
①協議の場	各関係団体・機関の代表者・自治体所管部署	年次計画、予算決算、人事、体制整備等に関する発案・検討・承認	年に1～2回
②管理・運用体制	自治体所管部署 医療機関コーディネーター 事務業務担当者	協力機関の情報収集と開拓、周知 連携ツールの作成・取得・周知・活用支援	事務、コーディネータは常時勤務 実務者会議は月に1回程度
③相談・支援提案・連携の体制	保健師・助産師・相談員 ソーシャルワーカー 産科医、精神科医、心理職等	要支援対象の相談窓口 各関連機関との連携 各関連機関の相談窓口	相談窓口は常時勤務
④事例検討・研修・人材育成の場	自治体所管部署 事務業務担当者 研修指導者 アドバイザー等	事例検討会(ケース会議)の運営や 会議の進行、助言 研修会の運営や指導 教育プログラムの作成と実施	事例検討は週1～月1回 程度または必要時随時 研修会は年に数回
(⑤専門職の派遣を行う体制)	自治体、医療機関等の 心理職、ソーシャルワーカー、 助産師・保健師等	メンタルヘルス専門職が人材不足の 自治体、医療機関等に出向き アウトリーチ支援を行う	派遣職員は非常勤可 週1～月1回

4 ネットワーク構築に必要な体制と 構成メンバーを検討する(図18)

ネットワーク構築には、以下4つの基本構造が必要となります。

- ① ネットワークの構築・整備を協議する場合
- ② ネットワークの管理・運用を行う体制
- ③ 機関・施設内外からの相談を受け適切な支援を提案し連携を実施する体制(コーディネーター業務)
- ④ 事例検討・研修・人材育成の場

さらに、自治体の規模によっては、

- ⑤ 自治体・医療機関へ専門職の派遣を行う体制

の構築も期待されます。

■基本構造①②③

最初の3つの基本構造は、組織的な階層性を持っていませんが、構成員は重複することもあります。1つの組織で①～⑤まで全てを実施する組織や、①は既存の協議会にその任を付与し、②～④を1つの組織で担当することも想定されます。また、①は既存の協議会に内包し、②を自治体所管部署やこども家庭センターなどの行政機関で行うこともあります。それぞれの自治体、圏域での人的資源、事業予算などでさまざまな組み合わせが考えられます。

■基本構造④

④の人材育成・研修の場の設定については、自治体での周産期メンタルヘルス研修会などの名称で行われる場合や、自治体の他の事業(うつ病対応向上事業、自殺予防事業、児童虐待防止事業など)の研修として実施される場合、地域の医師会や助産師会等の研修として行われる場合などがあります。いずれの場合でも、自治体所管部署がさまざまな機会

に関連の研修について共催、後援し、関係者の顔の見える関係作りの場を積極的に提供していくことが大切です。

■オプション構造⑤

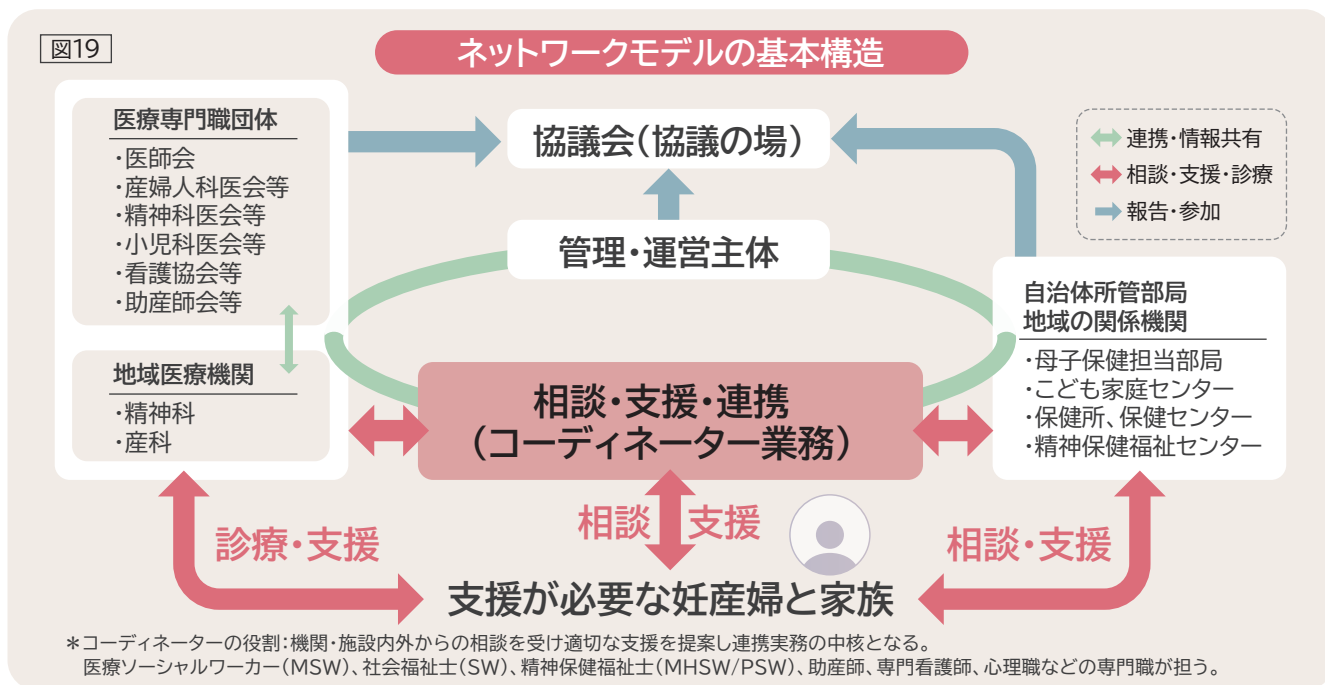
⑤のメンタルヘルスケアの専門職(精神科医、心理職、精神保健福祉士など)を自治体や産科等の医療機関に派遣する体制は、努力目標ですが、都道府県内での各市区町村自治体ごとに周産期メンタルヘルスに対応する人的・物的資源には大きな差があり、十分な体制を作ることができない市区町村自治体もあると思います。その場合、都道府県や広域医療圏単位で専門職を確保し、圏域内自治体の要請に応じて、利用者の近い場所にアウトリーチで出向いて相談・支援ができる体制があると、自治体の人口、出生数の違いによる支援の格差を改善できる可能性があります。

好事例ヒアリングをおこなった、埼玉県と埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニックの取組では、2021(令和3)年より、埼玉県医療整備課が県内の産科医療機

関にアンケートを実施し、周産期メンタルヘルス連携を希望する産科医療機関に精神科医や心理職が訪問あるいはオンライン会議などを用いて事例検討や相談を受ける仕組みを構築しています。

また、佐賀県では、2016(平成28)年9月から子育て支援カウンセラー派遣事業を実施しています(県内の2つの公的医療機関への委託による実施)。個別ケースの対応としては、県内の産科医療機関や市町からの依頼を受けて、対象者本人が行きやすい場所(産科医療機関や市役所相談スペースなど)に心理職等が出向いて、対象者に面談・相談を行っています。精神科受診よりも相談しやすい場合もあり、対象者にも受け入れやすく、関わる母子保健医療スタッフにとっても勤めやすいメリットがあります。

原則として、相談は1回50分程度、1人当たり2回まで利用可能ですが、状況によっては、保健師による継続的なフォローや精神科の受診勧奨などの支援も行っています。



5 ネットワークモデルを検討する

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の基本構造を図19に示します。協議会(協議

の場)、管理・運営主体、コーディネーター業務を行う相談・支援・連携主体を中核として、関連する医療機関や専門職団体、自治体所管部局、こども家庭センター、保健所などが連携ネットワークを構成します。

IV

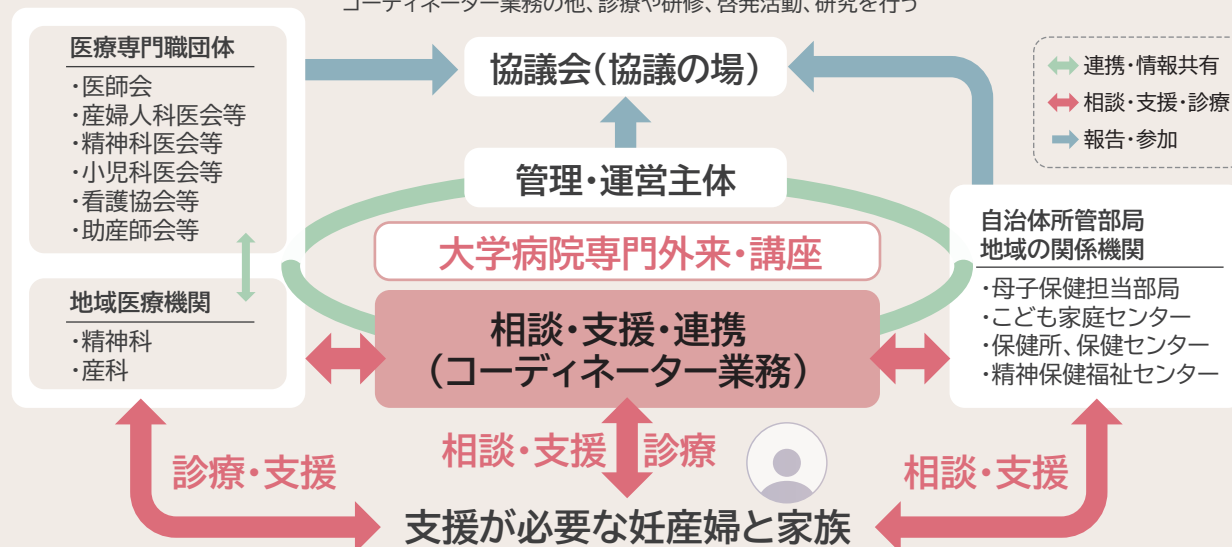
母子-精神保健医療ネットワークモデル

	利点	課題	好事例
A 大学病院専門講座 (外来)モデル	・自治体側が予算化しやすい(寄付講座) ・施策研究・情報発信 ・産科・小児科等との連携(リエゾン・コンサルテーションの延長) ・包括的な医療支援が可能	・多職種の雇用が不安定 ・患者の受療アクセス(迅速対応が苦手) ・産後の長期外来診療や入院対応ができない場合がある	長野県(信州大学) 周産期のこころの医学講座 群馬県(群馬大学) 東京科学大学 東北大学 筑波大学等
B 要対協※モデル ※要保護児童対策 地域協議会の略称	・既存の合議体を活用 ・圏域の産科・小児科・精神科が構成員となる ・個人情報の共有とプライバシー保護可能	・児童福祉部門が所管することが多く、母子保健と連携した対応が遅れる場合がある ・こども家庭センターの設置が進み、両機能の連携は改善しつつある	大分トライアル 久留米トライアル 市原子育てネウボラセンター
C 周産期母子医療 センターモデル	・分娩リスク高い妊婦や新生児不適応症候群に対応できる施設でメンタルヘルス支援を実施 ・妊産婦にとって相談・受診がしやすい	・地理的アクセス ・継続的な精神科受療の仕組みを作る必要がある	大阪母子医療センター 妊産婦こころの相談センター 妊産婦こころネット
D 医療者主体の ネットワークモデル	・小回りの効く迅速な活動が可能 ・インフォーマルネットワークの活用	・継続性が不安定 ・属人性に偏りがち	ママのメンタルケア ネットワークちば 等

このネットワークモデルの種類は大別して、A.大学病院
専門講座(外来)モデル、B. 要対協モデル、C.周産期母子医
療センターモデル、D.医療者主体のネットワークモデルなど

A. 大学病院を拠点とした連携モデル

大学病院の専門外来や専門講座等に対して、自治体が事業委託
コーディネーター業務の他、診療や研修、啓発活動、研究を行う

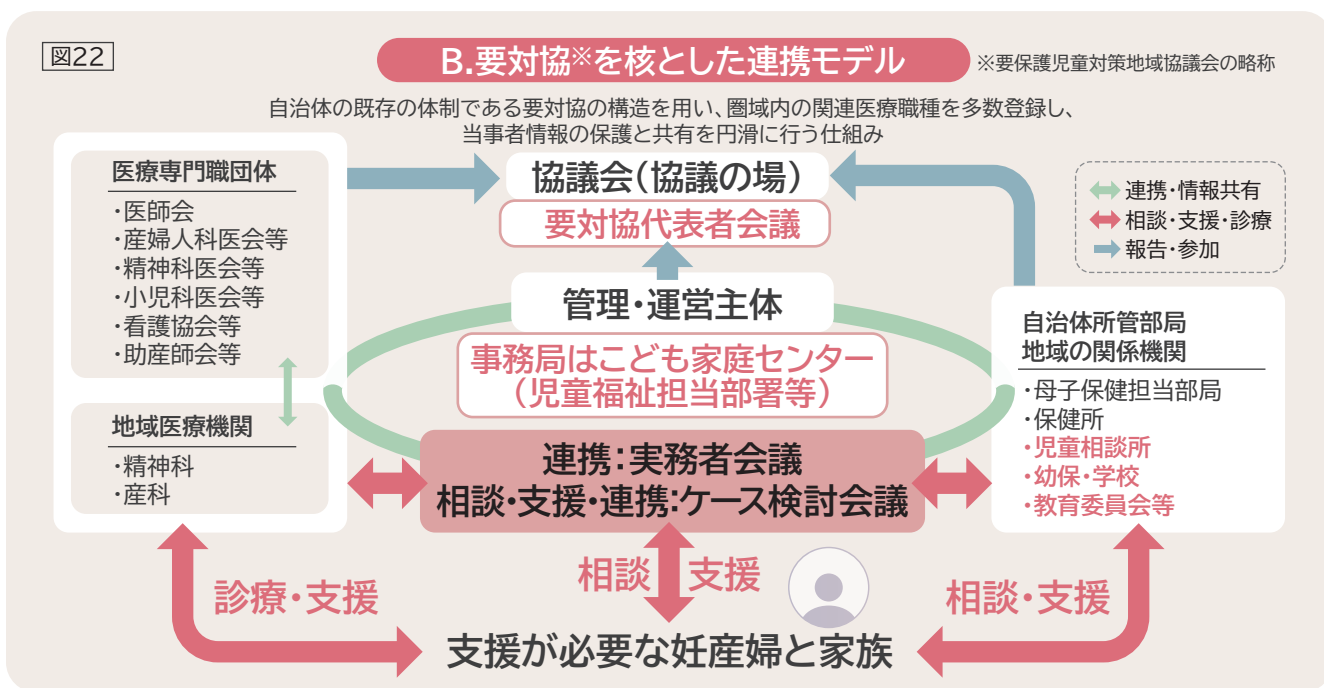


A 大学病院を拠点とした連携モデル (図21)

自治体からの事業委託を受けた大学病院の専門外来や専門講座に、相談、連携の核となるコーディネーターを配置し、自治体と医療機関の橋渡しをする他、自院の専門外来での診療につなげたり、関連の精神科医療機関に紹介するなどの診療連携を行う仕組みです。自治体の医療施策や事業を自治体内の大学病院が受託して実施する実績がある場合は、当該モデルは比較的容易に導入可能であるといえます。また、大学病院の強みを活かして、産科や小児科等と

の診療科連携を円滑に行いやすく、研修や啓発活動、研究などにも取り組めることも利点です。

一方、課題としては、多職種の継続的な常勤雇用が難しく、非常勤職員が交代で勤務することもあること、他の院内業務との兼務になる可能性があること、非常勤職員である場合、産後の長期の外来受診継続時の支援や入院対応ができない場合もあります。



B 要対協を核とした連携モデル (図22)

自治体に設置されている要対協の仕組みを活用し、自治体内、圏域内の関係する医療専門職(産婦人科医、小児科医、精神科医等)の職能団体を通じてできるだけ多く構成員として登録して、情報共有と連携、支援計画作成を円滑に行う仕組みです。既存の合議体、事例検討の場を用いるため、自治体がネットワーク構築のための新たな組織を作らなくて済むこと、関係者をゼロから集めなくても良いこと、そして、個人情報の共有とプライバシー保護を同時行うことができることなどの多くのメリットがあります。すでに大分

県、久留米市などの運用実績もあり、特に市区町村で導入しやすい仕組みと言えます。

課題としては、従来、児童福祉部門が要対協の調整部署を所管することが多く、母子保健と連携した特定妊婦への対応が遅れる場合がありますが、こども家庭センターの設置が進み、両機能の連携は改善しつつあります。

IV 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の作り方

図23

C.周産期母子医療センターモデル

周産期母子医療センター(主として自治体立)内に、妊産婦・家族など当事者向けの相談支援窓口と、自治体母子保健担当や他医療機関(産科や精神科)からの相談を受付、適切な資源に連携する部署を設ける。

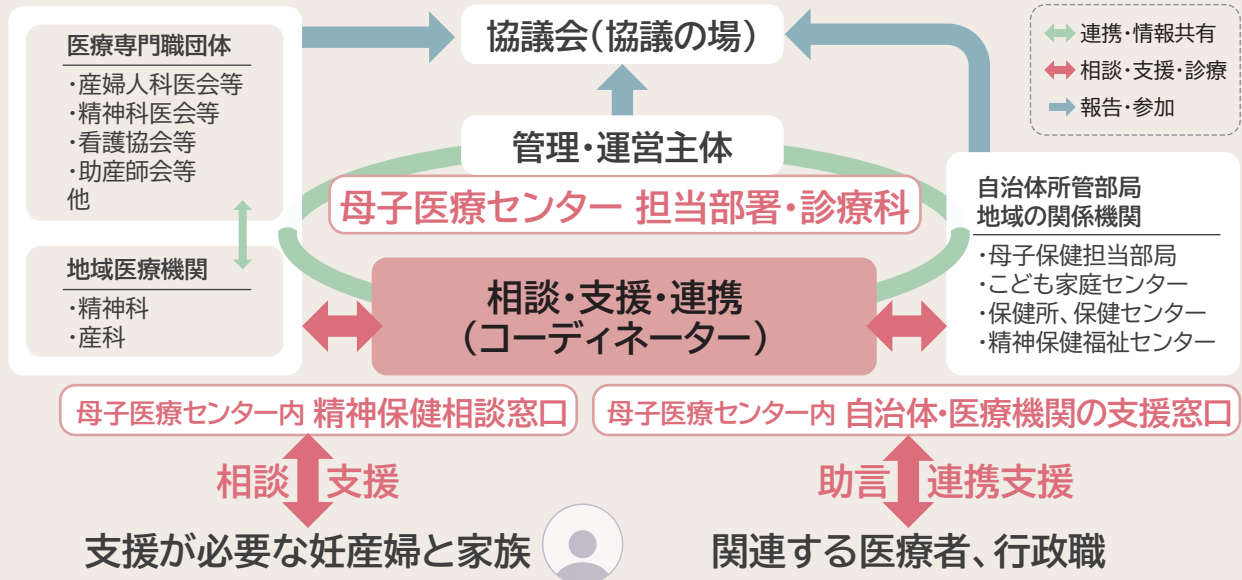


図24

大阪母子医療センター内に

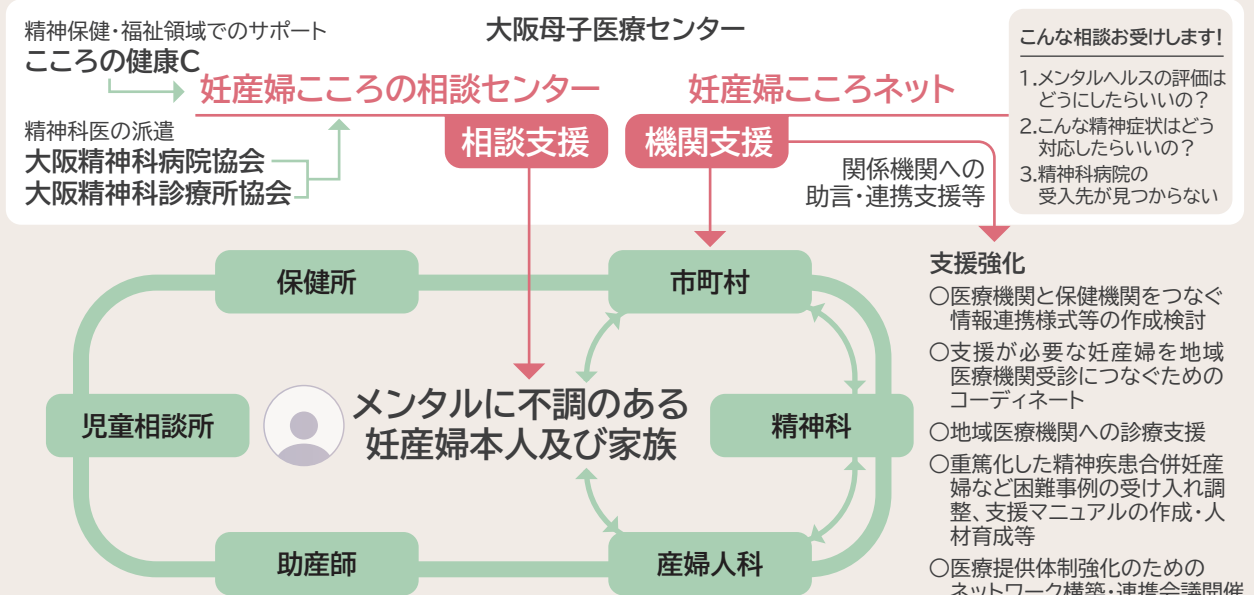
①大阪府妊産婦こころの相談センターと②大阪府妊産婦こころネットを開設

①大阪府妊産婦こころの相談センター

妊産婦・家族などの当事者方向けの相談窓口
[2016(平成28)年2月設置]

②大阪府妊産婦こころネット

府内市町村や医療機関など妊産婦メンタルヘルスの支援者を
対象とした相談窓口[2024(令和6)年10月設置]



大阪府健康医療部保健医療室地域保健課母子グループ https://boshikenshu.cfa.go.jp/assets/files/tr/r7/tr3_case.1.pdf を元に作成

C 周産期母子医療センターモデル(図23)

都道府県自治体内の周産期母子医療センターに、

- ①妊産婦やその家族の精神保健の相談窓口
- ②自治体内の市町村や産婦人科、精神科などの医療機関の支援窓口(連携コーディネーター)を設置する仕組みです。

大阪府では、大阪母子医療センター内に2016(平成28)年に『妊産婦こころの相談センター』を設け①の役割を、2024(令和6)年からは『妊産婦こころネット』が②の役割を担っています(図24)。ハイリスク妊産婦に対応できる周産期母子医療センターで、切れ目ないメンタルヘルスケアも

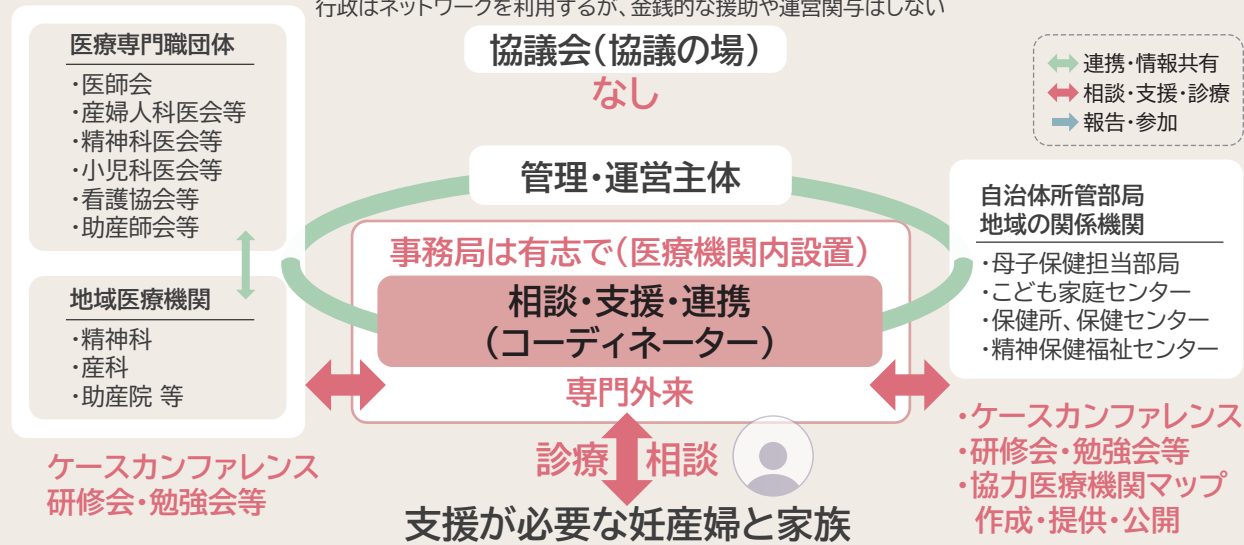
可能になること、妊産婦にとっても、新たに精神科医療機関に受診する手間や精神科受療への抵抗感を軽減し相談しやすい場を提供できるというメリットがあります。

課題としては、住居地から周産期母子医療センターが地理的に離れている場合は、アクセスが困難になる可能性があり、同院が、どのくらいの広さの圏域を対象エリアとしているのか、交通アクセスの利便性はどうかなど、受療の難易度を検討する必要があります。また、大学病院モデルと共通の課題となりますが、精神科への長期継続受療のためのネットワークづくり、協力精神科医療機関の拡大や可視化などの作業も必須となります。

図25

D.医療者主体のネットワークモデル

自治体内の産婦人科、精神科、助産師会等がゆるやかな連携モデルをつくり運営
行政はネットワークを利用するが、金銭的な援助や運営関与はしない



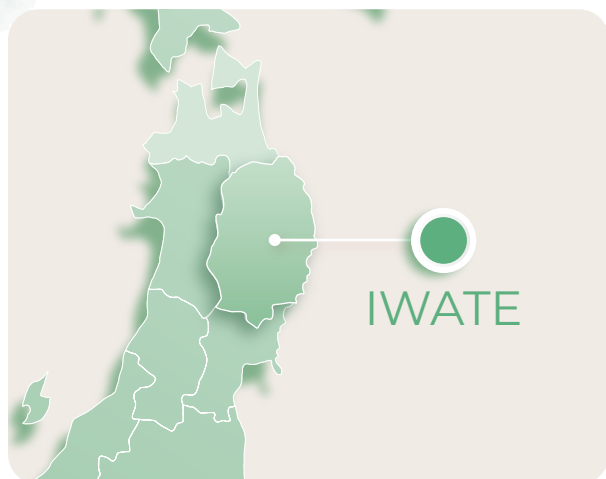
D 医療者主体のネットワークモデル(図25)

自治体内の産科、精神科、助産師会等が連携モデルを構築して運営します。行政はネットワークを利用するが、金銭的な援助や運営関与はしない仕組みです。周産期メンタルヘルスに関心を持つ医療関係者が参集し、それぞれの施設の人的、物的資源を活用して運営しています。またネットワークのコアになる構成員は、医療関係団体のインフォーマルな関係性から派生してグループ化していることも多く、メンバーどうしの目的・意図、専門技術への信頼感が高く、小回りの効く迅速な活動が展開できる利点があります。

しかし、連携コーディネーターや相談・診療の実務が属人性に偏る傾向があることも否めず、持続可能性や標準化に課題があるといえます。このような医療者主体の小規模ネットワークは各地で生まれており、研修会を開催したり、フェイストゥーフェイスの診療連携を作ったりしていますので、自治体の所管部署は、このような圏域内の取り組みにアンテナを高く張って、情報交換や研修の場を提供したり、地域資源情報を共有するなどして、自治体の事業化推進のための足がかりを作ることが望まれます。

IV 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の作り方

■ その他の好事例の取り組み



E 医療情報連携ネットワークの整備

「岩手県周産期医療情報ネットワークシステム 「いーはとーぶ」」

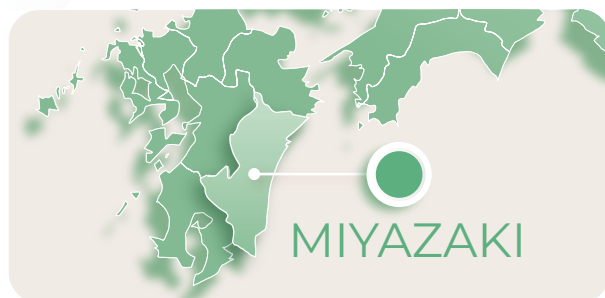
自治体アンケートの結果から、自治体職員が円滑な連携に必要な仕組みとして、『遠隔で情報共有や会議、相談を実施できるようなIT環境』が抽出されました。

■ 岩手県の取り組み

この好事例として、『岩手県周産期医療情報ネットワークシステム「いーはとーぶ」』を挙げます。

妊婦が本システムに登録することは任意であり、登録時点でネットワーク内の諸機関での情報共有に同意することとなります。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、産前産後のメンタルヘルス不調に対して、病院助産師と市町村保健師が情報連携画面を共有して、早期支援・訪問・個別ケアを可能にしています。

広い面積をもつ自治体などで効果的な仕組みとなる可能性がある他、様々な情報や支援機関とリンクして、メンタルヘルスのみならず、ユニバーサルサービスに発展する可能性をもつといえます。



F 保健医療圏域単位の地域分散型 周産期ネットワーク

「宮崎県「地域周産期保健医療体制づくり連絡会」」

■ 宮崎県の取り組み

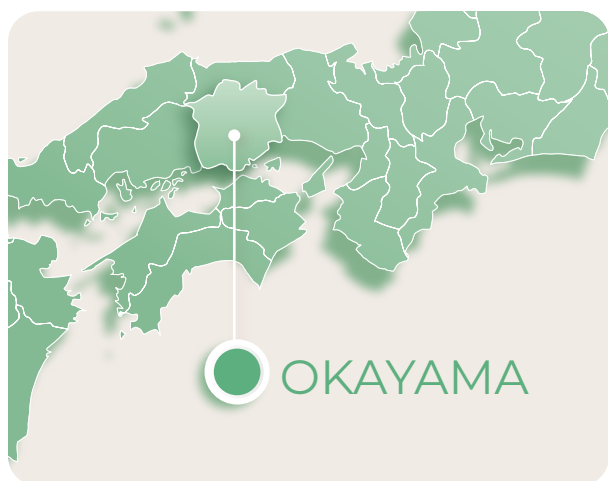
宮崎県では、周産期医療圏を4圏域（県北・県央・県西・県南）とし、地域での安心・安全な妊娠・出産・育児を支える仕組みを構築しています。各圏域には「地域周産期保健医療体制づくり連絡会」を設置し、産婦人科医療機関・精神科医療機関・行政担当者が協議や事例共有を行う場を設けています。

また、地域の実態把握や課題分析を行うため、事務局である各圏域保健所の母子保健担当者が主体となって、アンケートを定期的に実施し、リアルタイムで支援情報を更新するほか、メンタルヘルスに不安のある妊産婦の受診対応が可能な精神科医療機関のリスト化に取り組んでいます。そのほか、地域によっては、実態調査結果に基づき精神科医を交えた事例検討の機会を設けています。

その結果、精神科医が定期的に連絡会等に参加し、受診までの期間短縮等ケース対応の迅速化に繋がった事例もあります。

このほか、県庁には上位機関として、「県母子保健運営協議会」および「県周産期医療協議会」を設置して、各圏域での取組や今後の課題を共有するとともに、そのノウハウを他の圏域に横展開しています。

このように、各医療圏域では、行政は保健所、医療は地域周産期母子医療センターや地域の精神科医療機関が核となり、また、各圏域の活動を本庁が集約・分析して、県下全域に還元する手法により、妊産婦のメンタルヘルス対策を推進しています。



G 自治体と 公立精神科病院の連携

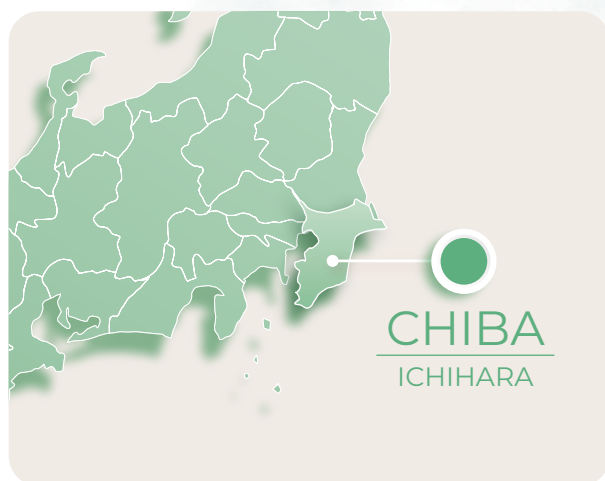
「岡山県精神科医療センター」をはじめとする
精神科医療機関との連携

■岡山県の取り組み

岡山県では、岡山市や産科医療機関や岡山県精神科医療センターをはじめとする精神科医療機関と連携し協力して、母子-精神保健医療を展開しています。

同医療センターは精神科救急の要となっている単科精神科病院ですが、岡山大学医学部附属病院と近接しており、大学病院の産科の協力を得て、妊産婦メンタルヘルスで最も連携が難しい、精神科救急入院を要する事例などへの対応を積極的に行っています。

また、岡山県では、県内の妊産婦受け入れ協力精神科医療機関のリストを作成し、スムーズな支援に繋がっています。



H ネウボラが主体となる 市内全数把握・継続フォロー体制

市原市「子育てネウボラセンター」による
切れ目ない支援

■市原市の取り組み

千葉県市原市では、母子保健を所管する部署を『子育てネウボラセンター』と名付け、年間1,200余人の出生児と保護者へ妊娠期から子育て期まで切れ目ない支援を実施しています。経過の中でメンタルヘルスの不調に陥ったり、さまざまな困難を抱えることになった妊産婦に対しては、常勤非常勤合わせて約30名の保健師が地区担当保健師としてチームで対応します。月1~2回の支援方針会議などにより、組織でケースを把握し、さまざまな支援機関と連携します。民間精神科病院所属の心理職をアドバイザーとして定期的に支援中の困難事例検討を行うのも特徴の一つです。



V

連携ツールの作成・活用

自治体アンケートや好事例ヒアリングの結果から、実効性のある妊産婦のメンタルヘルス連携を実践している自治体は、ネットワークの組織を構築しているだけでなく、ネットワークに関わる諸機関や支援者が共通に利用できる、メンタル不調者に対しての初期対応や支援計画立案、精神科への受療勧奨や情報連携のための連携ツールを作成、配布、活用していることがわかりました。

このガイドでは、連携ツールの中から、以下を取り上げ説明します。

- 1 妊産婦メンタルヘルスケアへの協力(精神科)医療機関の情報収集と一覧の作成
- 2 協力(精神科)医療機関マップの作成
- 3 精神科受療の基準・目安の作成
- 4 情報連絡票の作成
- 5 心理サポートガイドの取得

母子保健行政は市区町村単位の事業となりましたが、自治体アンケートからは、連携ツールについては、都道府県自治体が作成し各市区町村に配布して活用している実像が見えています。協力する医療機関が必ずしも市区町村内にあるとは限りません。実際に複数の自治体をまたいで、関係機関と母子-精神保健医療連携を要することも多々あることから、これらの医療機関情報は都道府県単位で開拓し作成していくことが望まれます。

1 妊産婦メンタルヘルスケアへの協力(精神科)医療機関の情報収集と一覧の作成

自治体アンケートの結果では、メンタルの不調をもった妊産婦を精神科医療にうまく繋げないことが、母子保健に関わる自治体職員の主要な課題でした。この解決のためには、『妊産婦を積極的に受け入れる精神科医療機関の情報の作成または取得』が有用である可能性があります。自治体内の協力精神科医療機関の情報を取

得するために、好事例としてヒアリングを実施した自治体が行っている方法を2つ紹介します。

- ①都道府県自治体内全域の精神科を標榜している医療機関にアンケートを行って、ピックアップする方法
- ②自治体内の精神科病院協会、精神科診療所協会、医師会の精神科医会などの団体を通して、アンケートを実施してもらう方法

必ずしも、すべての医療機関が医師会や協会に所属しているわけではないことから、全施設へのアンケートを行うのであれば、①の方法となります。しかし、この方法の場合は、都道府県の精神保健福祉を所管している部局の協力が必要となります。それでもすべての精神科医療機関の情報は把握しきれないことがありますので、情報収集の計画段階から、地域の精神科医療に精通している有識者を構成員に加えて作成に当たるのが望ましいと言えます。

アンケート調査の質問項目や一覧に載せる情報の項目は次のような内容がよいでしょう。

図26

- ①協力医療機関登録の可否
- ②施設名
- ③管理者(院長名)
- ④住所
- ⑤電話番号
- ⑥標榜診療科名(精神科、心療内科、神経科など)
- ⑦外来初診予約の必要/不要
- ⑧予約方法(電話、HPから入力など)
- ⑨初診までの待機日数
- ⑩対応できる受療エリア(自治体との連携に重要な情報)
- ⑪ホームページのURL
- ⑫診療の特色(カウンセリングは可能か、得意とする精神疾患分野、往診、訪問看護の有無、付属施設など)

協力医療機関の情報を一覧表にまとめ、相違がないか各医療機関に確認後、自治体内の市区町村や産科、精神科、小児科医療機関、母子保健に関わる団体に配布します。自治体のホームページ等での一般公開は行っていない自治体が多いようですが、相談窓口で、この一覧表をもとに、受療勧奨は可能といえます。

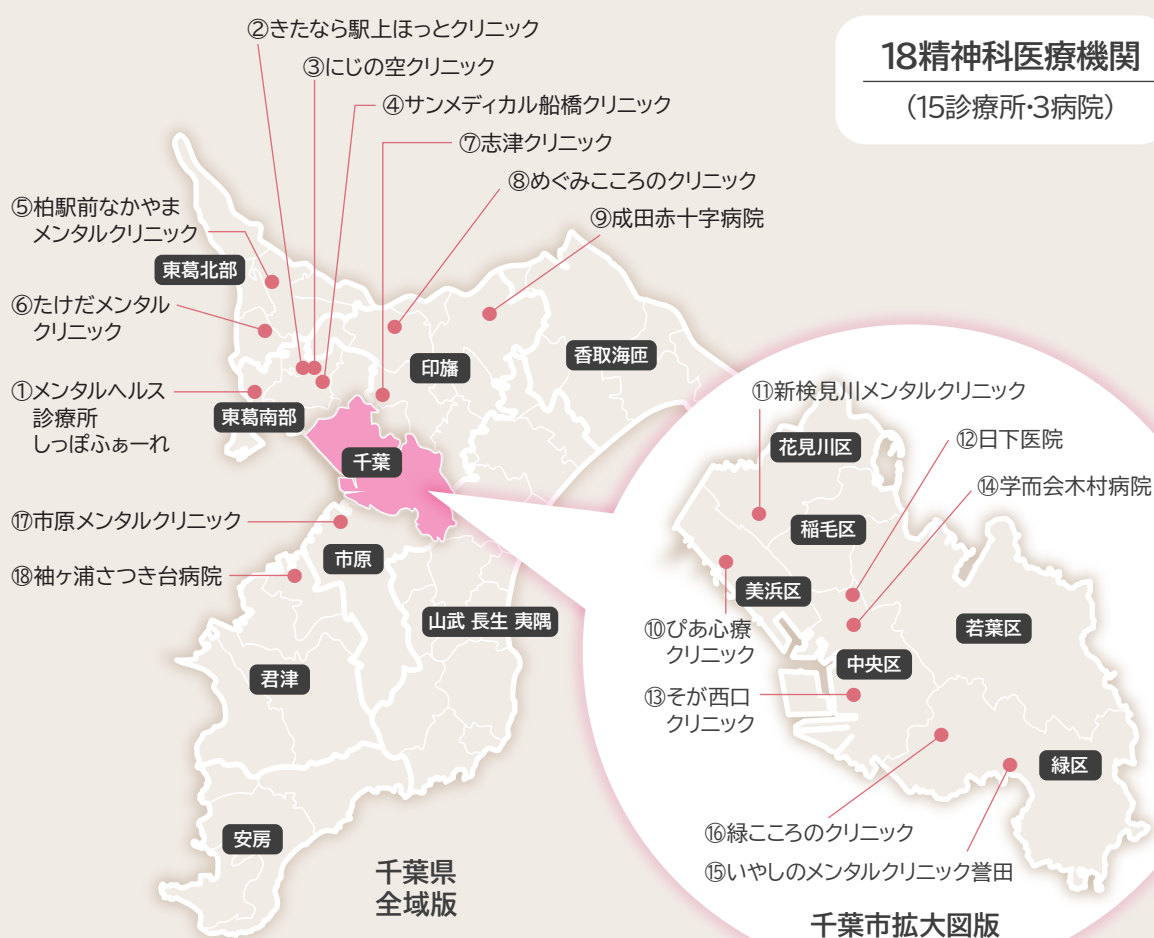
1～数年に1度は、情報の更新が必要となります。アンケート以降の情報の確認・見直しの繰り返しにより、精神科側の関心を高める副次的効果も期待されます。

2 協力(精神科)医療機関マップの作成

1を作成後、協力医療機関を自治体の地図にマッピングして可視化すると、受療アクセスを検討するうえで便利です。また行政側の有用性としては、協力医療機関のマップを見て、どの圏域が空白なのかが一目瞭然となり、どの地域が精神科との連携が困難なのか、どこの地域での医療機関の協力を要請すべきなのか、など関連施策の必要性が明確になります。図27に、千葉県内の医療者主体のネットワークによる連携マップを例示します。

図27

協力精神科医療機関の可視化の例(連携マップ) 2025(令和7)年10月1日現在



V

連携ツールの作成・活用

3 精神科医療機関受療の基準・目安の作成

メンタルに不調をもつ妊産婦の支援者が課題として挙げているのが、精神科医療機関の受療の基準・目安についてです。『どのような状態ならば、精神科の受療を勧めるべきか、そのまま自分たちで継続支援していいのか』などの判断が難しいという声があります。これについては、周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド※のCQ5、6をもとに作成した表(図28)が有用です。(※ http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html)

相談・支援場面での妊産婦の様子やEPDS(エジンバラ産後うつ病質問票)などのスクリーニングの結果から、メンタルの不調が疑われる場合は、まず精神的緊急性を確認します。

精神的緊急性とは、①自殺念慮があり、自分も他者も対処できない場合、②精神病症状(幻覚・妄想・興奮・昏迷など)が急に出現または悪化した場合、③まわりの人を傷つけるおそれがある場合を指します。これらは妊産婦のメンタルヘルスに限ったことではなく、精神科救急場面に広く共通の項目であり、精神科医療機関であれば、共有しやすい内容といえます。

続いて、生活・育児機能低下の程度を把握します。①軽症は楽しめないまでも育児・家事をこなせる状態、②中等症は他者からみても育児・家事に支障がある状態、③重症は育児・家事が著しく困難・不能・危険な状態であり、上記の精神的緊急性ありとほぼ一致します。これらの重症度判定も、妊産婦に限った判断方法ではなく、精神科診断の重症度分類にほぼ合致しています。

図28

精神科受療の目安
精神的緊急度・受療必要度の判断方法の例

	メンタルの不調	緊急性	生活・育児機能低下	母子保健(保健師等)	精神科医療機関
I	+	—	—	経過観察 訪問支援 症状再評価	精神保健相談 事例検討会への参加
II	+	—	+	精神科受療勧奨	外来診療 任意入院
III	+	+	(+)	精神科救急情報提供	精神科救急システム 非自発入院

緊急性の把握

- ①自殺念慮があり対処できない場合
- ②精神病症状(幻覚・妄想・興奮・昏迷など)が急に出現または悪化
- ③まわりの人を傷つけるおそれがある

生活・育児機能の把握

- 軽 症:楽しめないまでも育児・家事をこなせる
- 中等症:他者からみても育児・家事に支障あり
- 重 症:育児・家事が著しく困難・不能・危険

周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド2017 CQ5、6 http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.htmlより作成

図28の表のように、緊急性のあるなし、生活・育児機能低下のあるなしで、3つの支援レベルに大別できます。

■ I 軽症レベル

Iの軽症レベルの場合は、母子保健(保健師等)側で経過観察や相談、訪問支援を継続し、定期的に状態の再評価をしていくことになるでしょう。もちろん、当事者本人が精神科受療を望む場合は受療勧奨しても構いません。そうでない場合、精神科医療側の関与は、母子保健医療側の支援者に対しての支援、例えば自治体の精神保健相談で対応する、事例検討会議に参加して専門的見地から提案するなど挙げられます。

■ II 中等症レベル

IIの中等症レベルの場合は、本人の生活機能低下が明確にありますので、精神科医療への受療勧奨が必要です。その際に、**1 2**で説明した一覧表やマップが役立ちます。精神科側はできるだけ早く受診を受け入れるように、専門外来の設置や優先外来枠を設けるなどの工夫が求められます。育児疲労などがあるが宿泊型の産後ケア施設を利用できない場合などは、本人が希望すれば任意入院も考慮できますが、その場合は、新生児、乳児の養育をどうするか、家族の協力や圏域の乳児院の受け入れ体制の準備、児童相談所との連携などを十分吟味する必要があり、母子-精神保健の協働による綿密なケースワークが求められます。

■ III 重症レベル

IIIの重症レベルは、急激な精神病状態や重度のうつ状態に陥っている可能性が高いので、非自発的な精神科入院に至る可能性を踏まえて、速やかに自治体の精神科救急システムに情報をつなげる必要があります。産後精神病や重篤なうつ状態では、児への他害や無理心中などにつながる危険性がありますので、いざというときに慌てないように、普段から、自治体の精神科救急システムへの連絡方法や保健所との連携を取っておくことが大切です。精神的既往がある妊産婦では、個別のクライシスプランを平時に立て

ておくことも有益です。またIIでも述べましたが、入院となる場合、残された児の養育者、養育環境の準備を同時進行で進める必要があります。

4 情報連絡票の作成

自治体アンケート調査の結果からは、『妊産婦メンタルヘルスに特化した情報提供書式の作成』がメンタルヘルスに精通していない自治体職員の困難さや圏域内の精神科医療機関の不足に対処できる可能性が示唆されました。多くの好事例でも、特化した連絡票を作成し、活用しています。産科医療機関⇒自治体への情報連絡票は、産婦健診事業を実施している自治体では多く活用されています。しかし、自治体⇒精神科医療機関への情報連絡票を作成しているところはまだ少数です。図29(次頁)は、本研究での論文検索や好事例ヒアリングをもとにして作成した自治体から精神科医療機関に向けた情報連絡票の例です。A4サイズ1枚両面でまとめられる内容で、3分程度で読める程度のミニマムな内容となっています。適宜追加改変してお使いください。

5 心理サポートガイドの取得

心理サポートガイドもメンタルヘルス支援の経験の少ない保健師等にとって、求められる連携ツールの一つです。次頁に参考になるガイドや関連HPを列記します。今後は、妊産婦当事者が自分で利用できるデジタルコンテンツの開発や普及が期待されます。母子保健側が専門性の高い心理的支援を提供する以上に、どのようなサイトに活用できるコンテンツがあるのかをガイドできる『コンシェルジェ機能』も大切になるでしょう。



V 連携ツールの作成・活用

図29 自治体→精神科医療機関 情報連携票(例)

妊産婦メンタルヘルス 自治体 - 医療連携票	
作成日： 年 月 日	
宛先： 氏名： 御中・先生・様	
差出：(自治体名・部署名)	
担当者氏名：	(職種：)
担当者連絡先：Tel	Fax
E-mail	
1. 対象者基本情報	
氏名(フリガナ)	()
生年月日	年 月 日 (歳)
住所	
週数・産後経過	妊娠 週 / 産後 ヶ月 (第 子)
産科的特記事項	合併症など：
職業：	() □産休中 □育休中
2. 紹介の目的・主な症状	
【目的】 □事例相談 □診察依頼 □くすりの調整 □入院検討 □緊急受診希望 □その他 ()	
【症状】 □不眠 (□全く眠れない □寝つけない □中途覚醒 □昼夜逆転 □その他) □抑うつ □不安 □精神病症状 (幻覚・妄想・興奮・昏迷など) □その他 ()	
【困りごと】 □育児が (□不安, □苦痛, □拒絶) □死にたい, 消えたい □今後の生活の不安 □対人関係の不安 □その他 ()	
3. 客観的評価(スクリーニング) 結果	
EPDS (エジンバラ) うつ, 不安の症状評価	点 / 30点 (うち問10: 点)
	□PHQ-9: 点 □GAD-2: 点 □GAD-7: 点
その他の評価スケール	(: 点)
赤ちゃんへの気持ち質問票	点
4. 緊急性と生活・育児機能	
緊急性：□あり ① □希死(自殺)念慮, □自傷, □自殺企図 ② □急激な精神病症状 (幻覚, 妄想, 興奮, 昏迷など) ③ □周囲の人を傷つけるおそれ □なし	
生活・育児機能低下：□重度 □中等度 □軽度 □低下なし	
5. 社会的背景・既往	
・精神科既往：□なし □あり(病名： / 通院先：)	
・家族支援：□あり(夫・実家等) □なし(孤立) □パートナー不和 □DV 疑い	
・経済状況：□問題なし □困窮・不安あり	
・自治体支援：□訪問実施中 □児相連携	
・産後ケア利用：□宿泊型 □訪問型 □日帰り型	
6. 医療機関へ特に確認・相談したい点	

※心理サポートの参考となるガイドの例

- ①日本産婦人科医会:「妊産婦メンタルヘルスクーマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～改訂版(令和3年4月)」
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/mentalhealth2021_L.s.pdf
- ②日本周産期メンタルヘルス学会:『周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2023』
http://pmhguideline.com/consensus_guide2023.html
- ③日本産婦人科医会:『MCMC(母と子のメンタルヘルスクア)』ポータル
<https://mcmc.jaog.or.jp/>
- ④日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会:『産婦人科診療ガイドライン—産科編 2023』
https://www.jsog.or.jp/activity/pdf/gl_sanka_2023.pdf
- ⑤日本助産学会 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
https://www.jyosan.jp/uploads/files/journal/JAMguigeline_2021_citizens_QA/jam_guideline2024.pdf
- ⑥日本精神神経学会, 日本産科婦人科学会「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」(ポータル)
https://www.jspn.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=87
- ⑦日本精神神経学会 ころこの不調や病氣と妊娠・出産のガイド(一般の方むけ)
https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/about/kokoro_ninshin_syussan_20241219.pdf

VI まとめにかえて

最後まで、お読みいただきありがとうございました。自治体の皆様が地域の医療機関や支援機関と母子-精神保健医療ネットワークを構築していく際に、本ガイドが少しでもお役に立てれば嬉しいです。

そして、都道府県の皆様には、ネットワークの構築や継続的運用に当たって、「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」をぜひ活用いただけますようお願い致します。本ガイドは、その参考資料としてもお使いいただけるものと存じます。

謝辞

本ガイドは、こども家庭科学研究として、令和6年度に全国自治体母子保健担当部署に実施した「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」と、令和7年度に12自治体の母子保健担当部署と精神科医療機関に対して実施した「自治体-精神科医療連携に関する好事例自治体ヒアリング調査」の結果をもとに作成しています。

アンケート調査にご協力いただいた多くの自治体の担当者の皆様、ならびに好事例自治体ヒアリング調査にお力添えをいただきました下記の皆様、さらには研究班会議等で、たくさんの貴重なご意見やご示唆を賜りました、こども家庭庁母子保健課の皆様、紙面をお借りして、こころよりお礼を申し上げます。

市原市役所 こども未来部 子育てネウボラセンター
宮城県保健福祉部子育て社会推進課 子育て支援班
東北大学病院 精神科 菊池 紗耶先生
医療法人コミュニテ風と虹 のぞの丘病院 岩永 成晃先生、堀川 直希先生
埼玉医科大学総合医療センター 安田 貴昭先生
岡山県精神科医療センター 来住 由樹先生
岡山県保健医療部健康推進課 母子・歯科保健班
岡山市保健所健康づくり課
信州大学医学部 周産期のこころの医学講座 村上 寛先生
長野県疾病対策課 母子保健係
松本市保健所 健康づくり課 母子保健担当
滋賀医科大学精神医学講座 尾関 祐二先生
滋賀県 びわこネット事務局 豊田 妙子様
佐賀県 男女参画・こども局 こども家庭課母子保健担当
地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪母子医療センター 子どものこころの診療科 平山 哲先生
大阪府健康医療部保健医療室地域保健課母子グループ
松戸市役所 子ども部 こども家庭相談課 母子保健担当室 親子すこやかセンター常盤平
岩手県保健福祉部医療政策室 地域医療推進担当
宮崎県 福祉保健部健康増進課 母子保健・医療支援担当 (順不同)

自治体職員のための妊産婦メンタルヘルス連携実践ガイド

2026(令和8)年3月発行

発行者・問い合わせ先

子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 代表研究者 渡邊博幸

連絡先

gakujikairs@gmail.com(学会会木村病院研究事務宛)



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）

妊産婦メンタルヘルス 自治体 - 医療連携票

作成日： 年 月 日

宛先：

氏名： 御中・先生・様

差出：（自治体名・部署名）	
担当者氏名：	（職種： ）
担当者連絡先：Tel	Fax
E-mail	

1. 対象者基本情報

氏名（フリガナ）	（ ）
生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	
週数・産後経過	妊娠 週 / 産後 ヶ月（ 第 子）
産科的特記事項	合併症など：
職業：	（ ） ☐ 産休中 ☐ 育休中

2. 紹介の目的・主な症状

【目的】 ☐事例相談 ☐診察依頼 ☐くすりの調整 ☐入院検討 ☐緊急受診希望
☐その他（ ）

【症状】 ☐不眠（☐全く眠れない ☐寝つけない ☐中途覚醒 ☐昼夜逆転 ☐その他）
☐抑うつ ☐不安 ☐精神病症状（幻覚妄想・興奮・昏迷など）
☐その他（ ）

【困りごと】 ☐育児が（☐不安, ☐苦痛, ☐拒絶）
☐死にたい, 消えたい ☐今後の生活の不安 ☐対人関係の不安
☐その他（ ）

3. 客観的評価（スクリーニング）結果

EPDS（エジンバラ）	点 / 30 点（うち問 10： 点）
うつ, 不安の症状評価	☐ PHQ-9： 点 ☐ GAD-2： 点 ☐ GAD-7： 点
その他の評価スケール	（ ）： 点
赤ちゃんへの気持ち質問票	点

4. 緊急性と生活・育児機能

緊急性： ☐あり ① ☐希死（自殺）念慮, ☐自傷, ☐自殺企図

② ☐急激な精神病症状（幻覚, 妄想, 興奮, 昏迷など）

③ ☐周囲の人を傷つけるおそれ

☐なし

生活・育児機能低下： ☐重度 ☐中等度 ☐軽度 ☐低下なし

5. 社会的背景・既往

・精神科既往： ☐なし ☐あり（病名： / 通院先： ）

・家族支援： ☐あり（夫・実家等） ☐なし（孤立） ☐パートナー不和 ☐DV 疑い

・経済状況： ☐問題なし ☐困窮・不安あり

・自治体支援： ☐訪問実施中 ☐児相連携

・産後ケア利用： ☐宿泊型 ☐訪問型 ☐日帰り型

6. 医療機関へ特に確認・相談したい点