

研究代表者

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
病院長 光田信明

「精神科医療、精神保健との持続可能な連携支援体制構築」

分担研究者 清野 仁美 兵庫医科大学精神科神経科学講座 講師

【研究要旨】

産科医療機関や母子保健の現場では、うつ病のスクリーニングが行われ、妊産婦のメンタルヘルス支援が推進されている。支援対象となる妊産婦は、社会的ハイリスク状況にあることが多く、産科 - 精神科、医療 - 行政、母子保健 - 精神保健が協働し、医療・保健・福祉サービスを活用した支援を行うことが求められている。しかしながら、連携体制は地域ごとに異なり、サービスの地域格差もみられる。持続可能な多機関連携支援体制を実現するための方策をたてる必要がある。

本研究では、大阪府下の分娩取扱施設、精神科医療機関、母子保健主管課、精神保健主管課、児童福祉主管課、児童相談所を対象として郵送による横断的アンケート調査を行い、連携支援体制の現状の把握と課題の抽出を行った。

調査の結果、産科 - 精神科連携については、当日～数日以内に妊産婦を受け入れ可能な精神科診療および精神科入院体制は整っていなかった。また、産科・精神科医療機関ともに妊産婦のメンタルヘルスに関する知識が十分でないことから、軽症・重症問わず総合病院産科・精神科に集中している可能性があった。①産科におけるメンタルヘルスのアセスメントスキルの向上、②メンタルヘルスの専門的技術を持った産科スタッフによる初期対応の提供、③精神科における妊産婦の薬物療法に関する知識の普及、④精神科診療所での軽症例への対応の拡充を行い、緊急かつ重症例がスムーズに総合病院に受け入れ可能となるような地域ごとのシステムの構築が必要と考えられた。

行政機関においては、母子保健・精神保健それぞれが妊産婦のメンタルヘルス支援を担っており、両者の連携は取れていた。しかしながら、主たる支援を担う母子保健においてメンタルヘルス支援の業務負担が大きく、メンタルヘルスの専門職が不足していた。保健所と医療機関の連携は確立しているが、「子育て世代包括支援センター」の機能を担う保健センターと医療機関の連携はやや低かった。情報共有に際しては、電話や対面などが主流であり、「個人情報保護の問題」が障壁となっていた。今後は、子育て世帯への包括的支援拠点となる「こども家庭センター」が妊産婦のメンタルヘルス支援を担うことになる。同センターと精神保健、医療機関との連携強化が必要であり、安全に情報管理・共有できるシステムの構築が必要と考えられた。

また、妊産婦のメンタルヘルス支援において当事者のニーズに合う医療・社会・福祉サービスは不足していた。サービスに対する予算の拡大、専門的な人材育成、利用手続きの簡略化・迅速化が必要であると考えられた。

A. 研究目的

産科医療機関や母子保健において、妊産婦のメンタルヘルス (MH) のスクリーニングが実施されているが、精神科医療や精神保健との連携体制や、利用可能な福祉サービスは地域ごとに格差がみられる。妊産婦にメンタルヘルスに不調がみられても精神科の連携先がないという地域も少なからずある。また、多くの地域では母子保健 (市区町村) と精神保健 (保健所) は独立している。持続可能な連携支援体制を構築するためには、現状で不足する医療資源、福祉資源、連携上の課題を抽出し、有機的な連携支

援を実現するための方策を立てる必要がある。

産科 - 精神科、医療機関 - 行政機関、母子保健 - 精神保健の連携状況を調査し、必要な医療・保健・福祉資源を明らかにし、妊産婦 MH 支援の基盤の構築を目指す。

B. 研究方法

研究1. 大阪府すべての分娩取扱施設、精神科医療機関に対し郵送にてアンケート調査を依頼し、施設代表者に文書にて研究内容の説明を行った。研究参加への同意および調査の回答内容は郵送または Web

にて回収した。(調査期間：令和1年11月1日～12月31日)

調査項目：

- ・精神科医療機関で継続診療する妊婦・授乳婦数
- ・妊産婦のメンタルヘルスのアセスメント方法
- ・メンタルヘルス不調の妊産婦に対するケア方法
- ・精神科に紹介・相談する時の判断基準
- ・精神科医療機関における妊産婦の診療までの日数
- ・妊産婦の精神科受診の紹介経路
- ・妊産婦の精神科診療内容

研究2. 大阪府内の110の行政機関148部署(大阪府を除く大阪府内の母子保健主管課、精神保健主管課、児童福祉主管課、児童相談所)に全18項目の郵送アンケート調査を実施した。(調査期間：令和4年5月18日～8月31日)

調査項目：

- ・支援対象者の属性
- ・支援の実務担当者の属性
- ・妊産婦MH支援内容、労力
- ・精神保健-母子保健間の連携状況
- ・行政機関と医療機関の連携状況
- ・行政機関と児童相談所の連携状況
- ・妊産婦MH支援において不足している医療社会福祉資源

尚、上記研究1,2について兵庫医科大学倫理審査委員会にて、実施許可(倫理審査承認番号3234)を得た。

C. 研究結果

研究1.

大阪府下の精神科医療機関66施設、分娩取扱施設53施設の施設代表者から有効な回答を得た(回収率22.6%)。

① 精神科医療機関の調査結果

精神科医療機関66施設の内訳は、総合病院(産科併設)11件、総合病院(産科無し)4件、精神科病院10件、精神科診療所41件であった。これらの精神科医療機関のうち継続診療する妊婦数が「年間1人～5未満」である施設が65%、「年間5人以上」の施設は20%であった。また、継続診療する授乳婦数が「年間1～5人未満」が74%、「年間5人以上」は12%で

あった。概算で、大阪府下で出産した全妊産婦のおよそ2.5%が精神科医療機関で継続診療されていた。

妊婦・授乳婦の診療受け入れ状況は、当日受け入れが可能な精神科医療機関は18%にとどまり、診療の受け入れ体制は時期や予約状況によって流動的と回答された施設が目立った。

妊婦・授乳婦が精神科医療機関を受診する経緯は、「産婦人科からの紹介(31%)」が最も多かったが、「紹介なし(28%)」で自ら受診するケースや、「保健師からの受診勧奨(19%)」もみられた。自由意見では、精神科への紹介や受診勧奨時に、分娩取扱施設の医療者や保健師から妊婦・授乳婦・家族へどのように説明(疾病教育、心理教育を含む)がなされたかが、その後の妊婦・授乳婦・家族の精神科診療に対する認識に影響を与えていること、よって分娩取扱施設の医療者や保健師による適切な説明(疾病教育や心理教育を含む)が望まれること、妊産婦のメンタルヘルスケアが「精神科医療に丸投げ」にならず産科医・助産師や保健師による包括的なケアが維持されたまま、そこにあらたに精神科医が支援者の一人として加わるという形が望まれるという意見が挙げられた。

もともと通院していた精神疾患患者が治療経過中に妊娠・出産することは多くの精神科医療機関が経験していたが、通院中の患者であっても「妊娠・授乳中はすべて総合病院精神科に紹介する」という回答も一部みられ、その背景には「精神症状悪化時に妊婦を受け入れてくれる精神科入院施設が少ない」ため、精神科診療所では管理が難しいとの意見が挙げられた。

薬物療法については「本人が希望すれば妊娠中、授乳中に薬物療法を行う」精神科医療機関は88%を占め、事前に「薬物療法のリスクとベネフィットを説明する」という回答も80%でみられた。薬物療法のリスクとベネフィットの検討に際し、参考にするもので最も多く挙げられたものは「医療用医薬品の添付文書(62%)」、次に「医学書(58%)」、「国内外のガイドラインや治療指針(56%)」と続き、「妊娠と薬情報センター」を利用すると回答した施設は44%にとどまり、認知度が高くない、あるいは利用しにくい可能性があった。一方、「薬剤の安全性に関するエビデンスが不足している」など薬物療法が妊娠や胎児に及ぼす影響を懸念する意見は多く、妊婦・授乳婦の精神科診療を阻む一因であることが浮かび上がった。妊娠・授乳への薬剤の影響に関して産科医からの助言や治療方針の共有、薬剤師による情報提供を望む意見がみられた。

精神療法については、88%の精神科医療機関で支

持的精神療法が実施されているが、周産期うつ病などに有効なエビデンスを持つ認知行動療法（20%）や、対人関係療法（9.1%）を実施できる施設は少なかった。疾病教育・心理教育なども含め十分な精神科外来での診療時間の確保が難しいとの意見が挙げられた。

妊婦や授乳婦の診療を行う上で、精神科医療機関が連携する専門職は産科(65%)、母子保健などの行政の担当者(67%)との回答が多く、ソーシャルワーカー（39%）、薬剤師（30%）との連携も行われており、特に総合病院では多職種者による妊産婦のメンタルヘルスケアの協働体制が構築されていると回答された。一方、地域における産科と精神科の連携、総合病院と診療所との連携方法が確立していないことも課題として挙げられ、精神科医のマンパワー不足によりカンファレンスへの参加時間が確保できないなどの意見があった。

② 分娩取扱施設の調査結果

分娩取扱施設 53 施設の内訳は「院内に精神科（心療内科）がない施設」が 30 件、「非常勤の精神科医による診察が可能」な施設が 5 件、「院内に精神科（心療内科）外来はあるが精神科入院病床はない施設」が 13 件、「院内に精神科入院病床がある施設」が 5 件であった。

メンタルヘルスの評価方法は「エジンバラ産後うつ病質問票」が 94%の施設で実施されていた。一方、同じ自己記入式の質問票である「育児支援チェックリスト」や「赤ちゃんへの気持ち質問票」の実施率は 22%にとどまり、リスク因子の評価や愛着（ボンディング）の評価は十分とはいえなかった。「助産師による面談」で評価していると回答された施設は 73.6%に上り、カンファレンスによる事例検討も 45.3%で行われていた。カンファレンスを実施している施設では、助産師（100%）、産科医（73%）、看護師（65%）、ソーシャルワーカー（46%）に次いで、精神科医（23%）、小児科医（23%）がカンファレンスに参加していると回答された。一方、7.5%の施設ではメンタルヘルスの評価を「実施していない」との回答がみられた。

メンタルヘルスに不調を呈する妊婦、授乳婦に対して分娩取扱施設内でも助産師(86%)、産科医(56%)がメンタルヘルスケアをしていると報告されており、院内に精神科医が勤務している、いないに関わらず、初期対応として周産期医療スタッフによるメンタルヘルスケアが行われていることが明らかになった。主に助産師外来でのフォローアップや電話相談（電

話訪問）、妊婦健診時から産後までプライマリーナース（担当助産師／看護師が継続して関わる）、両親学級での啓発活動などによって実施されていた。自由意見では、メンタルヘルスの評価やケアを行う上での「マンパワー不足」、メンタルヘルスケアにだけでは解決しえない「社会的問題に対する介入をどのように行うか」が課題として挙げられた。

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、

- ・精神症状があり、生活に支障をきたしている(77%)
- ・自傷・自殺念慮がある(73%)
- ・幻覚・妄想がある(60%)

であった。

しかしながら、「当日に紹介・相談できる精神科や相談窓口がある（28%）」施設は少なく、「2～3日以内に紹介・相談できる精神科や相談窓口がある(46%)」は過半数以下であり、「紹介・相談できる精神科や相談窓口はない」との回答が全体の 19%に上った。自由意見として、「緊急時や夜間に迅速に妊婦・産褥婦を診療してくれる精神科医療機関の不足」、「通常診療であっても精神科の診療予約が取りにくい」、「妊産婦のメンタルヘルスに関する専門性が乏しい」ことなどが挙げられた。結果として、メンタルヘルスに不調のある妊婦、あるいは精神疾患と診断された妊婦が軽症・重症問わず総合病院産科・精神科に集中し負担が増加している現状が報告された。

研究 2.

90 の行政機関（うち、子育て世代包括支援センター48 機関）より回答を得た（回収率 81.8%）。

機関別内訳：市役所 25 市町村保健/保健福祉センター41 府保健所 11 中核市保健所 5 児童相談所 5 その他 3

機能別内訳：母子保健 44 精神保健 24 児童福祉 25 子育て支援 10（重複あり）

【母子保健主管課】

母子保健が担う業務全体のうち MH 支援業務が占める割合は「10%以下」が 3 割、「10～30%」が 5 割、「30～50%」が 1 割であった。母子保健主管課の 9 割以上が精神疾患合併妊産婦、MH に不調のある妊産婦を支援していたが、在籍する専門職は保健師（100%）、助産師（75%）が多く、心理職（40%）精神保健福祉士（29%）はやや少なかった。総合病院産婦人科（95%）、産科診療所（95%）産科病院（88%）とは高率に連携が取れており、総合病院精神科（68%）、精神科診療所（77%）、精神科病院

(61%) とも連携可能である機関が多かった。

【精神保健主管課】

精神保健主管課全体のおよそ 80%が精神疾患合併妊産婦、および MH に不調のある妊産婦を支援していた。支援内容としては他機関からの相談 (95%) や連携支援 (95%) のみならず、妊産婦や家族から直接相談を受けて支援 (87%) を行っていた。精神保健主管課による事例検討会の開催も 52%の機関で行われていた。精神保健主管課には保健師の他に心理職 (54%) や精神保健福祉士 (66%) が配置されており、割合は少ないが助産師 (20%) がいる機関もあった。

精神保健主管課は総合病院精神科 (87%)、精神科病院 (83%)、精神科診療所 (87%) とは高率に連携が取れており、総合病院産婦人科 (62%)、産婦人科病院 (54%)、産科診療所 (54%) とも連携が可能であった。

【連携方法】

医療機関との連携は保健所が 100%であるのに対し、保健センターは 72~86%とやや下がる。医療機関との情報共有方法は電話 (87%) が最多で、次いで対面の面談 (68%) が多い。56%の機関が「個人情報保護の問題」が連携上の課題であると回答した。電子メール (11%) やオンライン面談 (17%) などの普及率は低かった。

行政機関間の連携は 23%の機関が「連携上の問題はない」と回答しており、「個人情報保護の問題」

(38%) は医療機関との連携と比較すると少なかった。母子保健・精神保健主管課が同一機関内にある政令市、中核市では「個人情報保護の問題」(10%)、「情報管理の問題」(8%) は減少する傾向にあった。自由記載では「(特に児童相談所の) 担当者が多忙で連絡がつかない」などの意見が複数あった。

【医療・保健・福祉サービス】

ショートステイ (63%)、一時預かり事業 (62%)、医療的介入を要する母親の産後ケア事業 (51%) が不足しているとの回答が多かった。産後ケア事業利用中のきょうだい児の保育や、家事支援事業の不足などの意見があった。多様化する妊産婦のニーズに合わない、サービス利用手続きに時間がかかるため必要なタイミングで利用できない、などの回答があった。

D. 考察

産科は迅速な精神科診療連携を望んでいるが、精神科医療機関側の妊婦・授乳婦の診療体制は整っていない。また、精神科医療機関の中でも妊産婦の精神症状悪化時に精神科入院先の確保が難しいと認識しており、妊産婦への薬物療法に対する懸念も相まって、積極的な妊産婦の診療受け入れの障壁となっていることが考えられた。結果として精神疾患の診断基準を満たさないレベルから重要例まで総合病院産科・精神科に集中し、更なる診療受け入れのタイムラグを生じている可能性があった。限りある妊産婦の精神科診療枠を緊急度に合わせて有効活用するため、①産科におけるメンタルヘルスのアセスメントスキルの向上、②メンタルヘルスの専門的技術を持った産科スタッフによる初期対応の提供、③精神科における妊産婦の薬物療法に関する知識の普及、④精神科診療所での軽症例への対応の拡充を行い、緊急かつ重症例がスムーズに総合病院に受け入れ可能となるような地域ごとのシステムの構築が必要と考えられる。上記実現のための研修会等の実施、時間・人的資源の確保が課題である。

また、調査結果から連携の基盤となるカンファレンスの実施が総合病院を中心として拡充していることが明らかになった。今後は全ての医療圏、さらには区市町村単位で診療所間、診療所-総合病院間、医療-行政-福祉間をつなぐカンファレンスを、慢性的にマンパワーの不足する各機関に負担を生じない形で実現・維持するかが課題である。

母子保健主管課の多くは主として妊産婦 MH 支援業務を担っていた。精神保健主管課との連携は出来ているものの、精神保健主管課が同一機関内にはない市町村の母子保健主管課には MH 専門的技術を持つ人員が不足しており、心理職や精神保健福祉サービスの利用調整を行う精神保健福祉士などの人材雇用を推進することが望ましいと考えられた。

現在、妊産婦支援の中核となる子育て世代包括支援センターは保健センターに設置されていることが多い。保健センターと医療機関との連携をさらに強化し、母子保健と精神保健機能を合わせもつ子育て拠点が必要と考えられる。児童福祉法の改正に伴い、令和6年4月より全市町村に対し子どもや子育て世帯への包括的支援拠点として「こども家庭センター」設置に努めることが義務付けられているが、妊産婦のメンタルヘルス支援にあたっては、医療機関や精神保健との連携が必要である。

行政機関と医療機関との連携体制は作られているものの、「個人情報保護」が情報共有の障壁となっている。情報共有には「電話」や「対面協議」が選択

されることが多い。これらの方法は、細部にわたる情報共有が可能であったり、支援者同士の関係性作りに役立つ一方、情報共有のタイムラグや業務の非効率化というデメリットも考えられる。よりよい支援のための「情報共有」であることを支援者・当事者に周知、理解促進し、将来的には得られた個人情報や支援方針を安全に一元化管理し共有できるシステムの構築が必要である。

妊産婦 MH のスクリーニングやケアが推進される一方、受け皿となる医療・保健・福祉サービスは不足している。ショートステイ、一時預かり事業が利用できないことが多い。産前・産後サポート事業、産後ケア事業についても多様化する妊産婦のニーズに沿った事業内容が求められていた。精神疾患など医療的介入を要する妊産婦の支援事業も不足していた。専門的スキルを持った人的資源・施設の拡大のための予算の確保や専門的な研修が必要と考えられた。代替養育については、里親制度などによる養育支援の活用を検討も必要である。さらに医療・保健・福祉サービス利用における手続きの簡略化・迅速化が求められている。

E. 結論

医療機関においては、①産科におけるメンタルヘルスのアセスメントスキルの向上、②メンタルヘルスの専門的技術を持った産科スタッフによる初期対応の提供、③精神科における妊産婦の薬物療法に関する知識の普及、④精神科診療所での軽症例への対応の拡充を行い、緊急かつ重症例がスムーズに総合病院に受け入れ可能となるような地域ごとのシステムの構築が必要である。

行政機関においては、「こども家庭センター（令和6年度～）」の妊産婦 MH 支援のために、精神保健や医療機関との連携強化と、安全に情報管理・共有できるシステムの構築が必要と考えられた。また、妊産婦のニーズに合致した医療・社会・福祉サービスに対する予算の拡大、専門的な人材育成、利用手続きの簡略化・迅速化が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし