

総合病院精神科の機能に関する研究

研究分担者：佐竹直子（国立国際医療研究センター国府台病院）

研究協力者：相川祐里（済生会横浜市東部病院 こころのケアセンター 心理室），伊藤賢伸（順天堂大学医学部附属順天堂醫院メンタルクリニック），柏木智則（札幌医科大学神経精神科），北村 立（石川県立こころの病院），小石川比良来（亀田総合病院 心療内科・精神科），小林さやか（埼玉医科大総合医療センター メンタルクリニック），小松尚也（医療法人同和会千葉病院），佐々木由里香（山梨県立病院機構山梨県立中央病院患者支援センター），須田哲史（立川病院精神神経科），清野ひとみ（兵庫医科大学病院精神科神経科），平 俊浩（福山市民病院 精神科・精神腫瘍科），竹内 崇（東京科学大学病院心身医療科），辻野尚久（済生会横浜市東部病院精神科），永井美緒（松山赤十字病院精神科・心療内科），橋本 聡（国立病院機構熊本医療センター精神科），平山 哲（大阪母子医療センター子どものこころの診療科），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），渡邊博幸（木村病院），羽田彩子（国立精神・神経医療研究センター）

要旨

周産期メンタルヘルスの領域において、総合病院精神科が持つ機能はとても重要である。しかしながら総合病院精神科がどのようなサービスを提供し、どのような機能を持つのか、そして「にも包括」の中でどのような役割を持っているのか、その実態は明らかになっていない。本研究は、「にも包括」における総合病院精神科のもつ機能とその役割を明確化することを目的として進めてきた。本年度は周産期メンタルヘルスにおける総合病院精神科の持つ機能とその役割に焦点を絞り、周産期医療施設と総合病院精神科を対象に、ウェブアンケート調査による実態調査を実施した。得られた回答のうち、周産期施設の177の回答、総合病院精神科の137の回答を分析に使用した。周産期施設と総合病院精神科の視点から、周産期メンタルヘルスの実態を報告する。

A.研究の背景と目的

周産期メンタルヘルスの領域において、総合病院精神科が持つ機能はとても重要である。周産期メンタルヘルスの実践には、病院内の連携のみならず、地域の周産期に関わるスタッフと情報を共有しながら産前から産後まで切れ目のない長期的なケアを提供していく必要がある¹⁾。総合周産期母子医療センターは、産科及び小児科（母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療管理室を有する）、麻酔科その他の関係診療科目を有するもので、総合

病院であることが多く、地域の中での周産期医療の中核的な医療を担っている。そのような周産期医療の現場において、ますますメンタルヘルスの支援の重要性が高まっている。

精神科医療においては、精神障害の有無や程度に関わらず、だれもが安心して自分らしく暮らすことができるよう、「精神障害にも対応した地域包括システムの構築」が進められている。このシステムにおいて周産期メンタルヘルスは重要な分野の一つであると考えられる。周産期女性の死因の第一位は自殺であ

り²⁾、周産期の希死念慮は決してまれではない³⁾。現在の周産期メンタルヘルスにおける支援の制度、特に重症度が重い部分の支援制度が十分ではないとの指摘もある⁴⁾。

総合病院は多職種が同時に集まることができる貴重な場であり、周産期メンタルヘルスにおける「重症度が重い部分」の支援に適していると考えられる。総合病院は産科と精神科の協働が可能な場であり、総合病院精神科の果たす役割は周産期メンタルヘルスにおいても重要である⁵⁾。しかしながら、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）」の中で、周産期メンタルヘルスの領域において総合病院精神科がどのようなサービスを提供し、どのような機能を持つのか、その実態は明らかになっていない。

そこで、総合病院精神科の周産期メンタルヘルスサービスの実態を調査することにより、にも包括における総合病院精神科の持つ機能とその役割を明確化すること、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中での周産期メンタルヘルスにおける課題や制度への要望を明らかにすることを目的とした。

B.方法

研究方法：本研究は、横断的観察研究（Google form によるアンケート調査）である。全国の NICU のある産婦人科施設医療施設を対象に、周産期メンタルヘルスサービスに関する実態調査を行なった。同時に産科・周産期医療施設を有する総合病院精神科施設にも、同様の実態調査を行った（調査内容については付録 1、付録 2 の調査票を参照）。

調査実施期間：2024 年 10 月 24 日～2024 年 12 月 8 日。

手続き：産婦人科施設医療施設の調査は、日本産婦人科医学会の協力を得て、日本全国の NICU のある産婦人科施設として産婦人科医学会に登録されている 477 施設を対象に web 調査への参加を依頼した。総合病院精神科施設の調査は、日本総合病院精神科医学会の協

力を得て、同学会員を対象に web 調査への参加を依頼した。

倫理的配慮：対象施設もしくは対象者に対し、本研究の説明文書とともに調査協力の案内をメールまたは郵送で送信した。研究説明書にはアンケートフォームにアクセスするための QR コードと URL が記載されており、研究対象者等が説明内容に関する質問をする機会を確保するために、説明書及び Web アンケートフォームには連絡先を明記した。Web アンケート上でも本研究について説明文を提示し、「このアンケート調査に参加しますか？」の問いに対して、参加する旨を選択してもらうことで、同意を得た。なお、本研究は、研究分担者が所属する国立国際医療研究センターの倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：NCGM-S-004920-00）。

C.結果／進捗

1. 周産期施設

日本産婦人科医学会の協力を得て、177 施設（37.2%）から回答を得た。その内訳は、大学病院が 48 施設（27.1%）、自治体病院が 29 施設（16.4%）、国立病院が 12 施設（6.8%）、公的病院が 50 施設（28.2%）、民間病院が 35 施設（19.8%）、そのほかが 3 施設（1.7%）であった（図 1）。病床数は平均 562.9（標準偏差 241.0）床、年間の分娩件数は平均 519.2（標準偏差 360.1）件であった。回答のあった 177 施設のうち、「精神科がある」と答えた施設は、134（75.7%）施設で、うち、64 施設（「精神科がある」と答えた施設のうちの 49.2%）が精神科病床を有していた。特定妊婦の受け入れ状況については「受け入れている」と回答した施設は 44（全体の 24.9%）、「受け入れなし」と回答した施設は 5 施設（全体の 2.8%）、未回答の施設は 128 施設（全体の 72.3%）であった。ハイリスク分娩管理加算の算定の有無は、45 施設（全体の 25.4%）が「算定あり」、6 施設（全体の 3.4%）が「算定なし」、と回答し、126（全体の 71.2%）で未回答であった。

ハイリスク妊産婦連携指導料 1 については、9 施設（全体の 5.1%）が「算定あり」、25 施設（全体の 14.1%）が「算定なし」、143 施設（80.8%）が未回答であった。ハイリスク妊産婦連携指導料 2 の算定の有無については 1 施設（0.5%）が「算定あり」、32 施設（18.1%）が「算定なし」、144 施設（81.4%）が未回答であった（表 1）。

院内に精神科がある施設においては、産科通院中の精神科への依頼は平均 25.5 件/年で、産科入院中の精神科依頼件数は平均 16.5 件/年であった。産前の精神科病棟入院の有無については、回答のあった 67 施設のうち、「あり」と答えた施設が 44 施設（65.7%）であった。産後の精神科病棟入院の有無については、回答のあった 67 施設のうち、「あり」と答えた施設が 41 施設（61.2%）であった（表 1）。

院内に精神科がない場合に、連携している精神科医療機関の有無を尋ねたところ、回答のあった 43 施設中 16 施設（37.2%）が「あり」と回答した（表 1）。連携している精神科医療機関がない場合のメンタルヘルスの問題を抱える妊婦に対する対応は、近隣の精神科医療機関に紹介すると答えた施設が 24（88.9%）施設と最も多く、次いで、「**精神科のある総合病院に紹介する**」と回答した施設が 18 施設（66.7%）、「院内助産師がメンタルヘルスクアのチームを組んで対応する」、と回答した施設が 4 施設（14.8%）であった。

産科と精神科・小児科、行政との連携については、「院内における周産期メンタルヘルスに関する多職種チームがある」と回答した施設が 81 施設（45.8%）で、その構成メンバーは、助産師、産科医、精神科医、小児科医、臨床心理士/公認心理師などが挙げられた。院内における周産期メンタルヘルスに関する定期的なミーティングや児童虐待に関する定期的なミーティングの有無についても類似の傾向にあった。保健センターなど、行政との連携については、「行政との周産期メンタルヘルスに関する連携がある」と答えた施設は、146 施

設（82.5%）にものぼったが、行政と定期的なミーティングがあると答えた施設は 36 施設（24.7%）にとどまった。行政との連携についての活動内容は、具体的には、「定期的な会議ではなく、必要時にケース会議を開く」という回答があった。

総合病院精神科が周産期メンタルヘルスを行うことのメリットとして、「ワンストップで対応が可能なこと」、「精神科入院が必要なケースへの対応が可能なこと」、「産科主治医と精神科主治医の連携が容易なこと」、「24 時間相談対応が可能なこと」、「集学的な医療が可能なこと」、「継続ケアが可能なこと」などが挙げられた。一方で、総合病院精神科が周産期メンタルヘルスに関与するうえでの問題点や困難な点として、「周産期メンタルヘルスに関心・理解のある精神科医が少ないこと」、「周産期特有の症状や病態の理解が得られにくいこと」、「地域によっては総合病院へのアクセスが悪い」など、「地域格差があること」、「既存の産科救急システムでは精神科救急に対応しない（対応できない）病院が多いこと」、「精神科側の窓口が複数あり対応が異なること」、「精神科に怖いイメージやスティグマを持つ妊婦がいること」、「担当が変わる（総合病院精神科に紹介されることで産科の主治医もかわる）ことに難色を示す妊婦もいること（医療の継続性の問題）」などが挙げられた。

周産期メンタルヘルスに関する制度上（診療報酬、医療政策等）の要望として、「連携指導料の算定要件の緩和」、「産科が 1 か月健診後も保険で診療できる体制の構築」、「周産期メンタルヘルス医療について専門の人材の確保」などが挙げられた。

2. 総合病院精神科

日本総合病院精神科医学会の協力を得て、178 施設から回答を得て、回答施設の重複などを除外し、有効回答数は 137 であった。その内訳は、大学病院が 53 施設（38.7%）、自治体病院が 29 施設（21.2%）、国立病院が 10

施設 (7.3%)、公的病院が 27 施設 (19.7%)、民間病院が 18 施設 (13.1%) であり (図 1)、病床数は平均 650.7 (標準偏差 237.2) 床であった。そのうち、88 施設 (64.2%) が精神科病床を有していた (表 1)。

ハイリスク分娩管理加算の算定の有無は、21 施設 (全体の 15.3%) が「算定あり」、7 施設 (全体の 5.1%) が「算定なし」、と回答し、109 (全体の 79.6%) が未回答であった。ハイリスク妊産婦連携指導料 1 については、16 施設 (全体の 11.7%) が「算定あり」、17 施設 (12.4%) が「算定なし」、104 施設 (75.9%) が未回答であった。ハイリスク妊産婦連携指導料 2 の算定の有無については 8 施設 (5.8%) が「算定あり」、25 施設 (18.2%) が「算定なし」、104 施設 (75.9%) が未回答であった。

精神科病床があると答えた施設は、88 施設 (全体の 64.2%) であり、そのうちの 74 施設 (精神科病床がある施設のうちの 64.2%) は精神科閉鎖病棟を有していた。

過去 1 年間の産前 (妊婦) の精神科病棟入ケースについて、61 施設 (全体の 69.3%) が「あり」と回答しており、産後 1 年以内の女性の精神科病と入院についても 62 施設 (全体の 70.5%) が「あり」、と回答した (表 1)。

精神科と産科・小児科、行政との連携については、「院内における周産期メンタルヘルスに関する多職種チームがある」と回答した施設が 47 施設 (全体の 34.3%) で、その構成メンバーは産科医、精神科医、助産師、看護師、小児科医、臨床心理士/公認心理師、社会福祉士などが挙げられた。院内における周産期メンタルヘルスに関する定期的なミーティングや児童虐待に関する定期的なミーティングの有無についても類似の傾向にあった。保健センターなど、行政との連携については、行政との周産期メンタルヘルスに関する連携があると答えた施設は、107 施設 (全体の 78.1%) にものぼったが、行政と定期的なミーティングがあると答えた施設は 34 施設 (全体の 31.8%) であった。行政との連携についての活

動内容は、具体的には「要保護児童対策地域協議会への参加」や「保健所管内の産婦人科医療機関精神科医療機関・行政が集まるミーティングに参加している」、などの回答もあった。

総合病院精神科が周産期メンタルヘルスを行うことのメリット (記述式回答) として、「情報共有が容易なこと」、「専門的なケアを提供できる」こと、「児童虐待予防に貢献できること」、「産科医師や助産師の負担軽減になること」、「地域医療に貢献できること」、などが挙げられた。

総合病院精神科が周産期メンタルヘルスに関与するうえでの問題点や困難な点 (記述式回答) は、「精神科医の人手不足・知識不足」、「夜間休日の精神科救急の体制が不十分なこと」、「連携を図ってもそれに見合った報酬が見えないこと」、などがあげられた。「周産期特有の症状や病態の理解が得にくいこと」や、「精神疾患の病名がつくだけで大学病院に集まること」、「精神科に関与する必要のないケースも関与を求められる」などの問題も挙げられている (表 2、3)。

周産期メンタルヘルスチームの加算、周産期メンタルヘルスに関する制度上 (診療報酬、医療政策等) の要望 (記述式回答) については、「精神科救急体制、産後ケア入院の体制作り」、「常勤の精神科医を確保できる診療報酬の算定」、「情報提供に対する加算」、「リエゾンナースの介入に加算」、「補助金制度の導入」、「専門教育の実施」などが挙げられた (表 4、5)。

D. 考察

本研究の結果から、総合病院精神科は周産期メンタルヘルスの問題を抱える妊産婦を受け入れるための機能を有し、重要な役割を果たしていることが明らかになった。精神科を持たない周産期施設の中で、連携している精神科医療機関がない 27 施設のうち、「精神科のある総合病院に紹介する」と回答した施設は 18 施設 (66.7%) に及んだ。このことは、

総合病院精神科がその地域において周産期メンタルヘルスの問題を抱える妊産婦を受け入れる機能を有していることから、地域の周産期施設のニーズに応えていることの表れである。

さらに、周産期施設の調査においては、院内に精神科病床がある周産期施設は、産前の精神科病棟入院や産後の精神科病棟入院に対応していた。周産期施設、総合病院精神科双方の調査の、総合病院精神科が周産期メンタルヘルスを行うことのメリット（記述式回答）にもあるように、精神科病床を有する総合病院精神科は、精神科入院が必要なケースの対応に関して、緊急時でも対応でき、集学的医療の提供が可能であるという強みがある。加えて、総合病院精神科の調査では、病床を持たない総合病院精神科であっても、院内でも地域でもコンサルテーションを行っており、病床を持たずとも、周産期メンタルヘルスに大きく貢献している。

今回の調査から、周産期メンタルヘルスにおける精神科医療の課題が明らかになった。一つには、総合病院精神科の周産期メンタルヘルスにおける人材確保の課題である。大学病院などの有床の総合病院精神科では、精神科医の不足やメンタルヘルスに通じた産科スタッフの不足が課題として挙げられた。特に周産期メンタルヘルスの専門的な知識と技術を持つ精神科医、産科医、助産師、看護師、心理師などの人材の確保や育成は大きな課題である。

二つ目に、治療の継続性の課題である。精神科クリニックから総合病院精神科に紹介する、精神科のない産科の病院から総合病院に転院をするなどといった場合に、治療の継続性が問題になることもある。いったん築いた治療関係が中断することにもなりかねない。しかしながら、産科・精神科協働の支援が必要な人は、転院はやむを得ない。周産期から子育てに至るまで、その人・その家族に必要なサービスを地域の中で関係機関とともに支

えていくシステムの構築が必要である。

さらに、妊産婦やその家族が持つ精神疾患に対するスティグマや偏見、産科スタッフなどの医療従事者の持つスティグマや偏見も、「切れ目のない支援」の妨げとなる。精神科医療においては治療関係を築くこと自体が治療でもある。治療関係の継続性と同時に、周産期メンタルヘルスにおいては、親のメンタルヘルスの問題がその子どもの成長・発達にも関わるので、継続的な支援が必要となる。妊娠期から子育て期にわたって、丁寧な対応が求められる。

三つ目に周産期メンタルヘルスにおける制度上の課題である。精神科医または精神科診療部門にインセンティブが乏しいなどの医療保険制度上の課題もある。2018年4月にハイリスク妊産婦連携指導料が新設されたものの、その活用は十分ではない。今回の周産期施設調査においても、2023年度（令和5年度）ハイリスク妊産婦連携指導料1を算定している施設は、回答が得られた34施設のうち、わずか9施設で、半数にも満たない状況である。同様に受け入れる側の総合病院精神科の調査結果においても、2023年（令和5年度）のハイリスク妊産婦連携指導料2を算定している施設は、回答のあった33施設のうちのわずか8施設にとどまっている。2020年（令和2年）の日本産婦人科医会による「妊産婦メンタルヘルスケア推進に関するアンケート」の結果でも、ハイリスク妊産婦連携指導料を算定している周産期センターは60.6%と低かった⁶⁾が、その活用は未だ浸透していないと考えられる。

また、総合病院精神科が周産期メンタルヘルスに関与するうえでの問題点や困難な点として、周産期施設の回答には「周産期特有の症状や病態の理解が得にくい」、総合病院精神科の回答には「精神疾患の病名がつくだけで大学病院に集まる」「精神科が関与する必要のないケースも関与を求められる」などが上がっている。このことから、周産期特有の心理

症状や重症度に対応する施設を、周産期医療の制度上で明確にすること（つまり制度設計上の課題）と、重症度を含む周産期特有の心理症状を適切にアセスメントでき軽症から中等症のケースの支援ができる周産期のメンタルヘルス支援の現場にいる医療スタッフを確保すること（つまり人材を確保すること）と、大きくふたつの課題があると考えられる。

先に述べたように、総合病院精神科には、集中的・集学的な医療を提供できるという利点があるが、周産期メンタルヘルスの医療全般を周産期センター、あるいは総合病院精神科などの規模の大きな施設に依存しては、地域における周産期医療も精神科医療も破綻してしまう。適切に周産期のメンタルヘルス全般におけるアセスメントができ、実際にその重症度に応じた医療と支援を提供できる人材を育成し、それを提供する場を確保することは急務である。

以上のことから、総合病院精神科は、周産期メンタルヘルスの重症例に対応し、地域の中核的な存在となっている。重症者の受け皿としての機能だけではなく、近隣の精神科・産科・自治体などのコンサルテーションに対応するなどの、地域包括ケアのシステムにおける教育的機能を持ち、その役割も期待される。総合病院精神科としての機能を十分に発揮するには、診療報酬の検討を含め、総合病院精神科の存続に貢献しうる施策の検討も考慮すべきである。妊産婦とその家族を主軸に置き、治療と支援の継続性を重視し、適切に周産期のメンタルヘルス全般におけるアセスメントができ、その重症度に応じた医療と支援を提供できる人材を育成する取り組みが求められる。平成 13 年より「健やか親子 21」が展開され、必要な支援を切れ目なく提供するために、医療、保健、教育、福祉などのより幅広い取組を推進している⁷⁾。このような枠組みの中での総合病院精神科の存在意義を確認しつつ、周産期メンタルヘルスの領域にお

いても、さらに、精神科医療の質の向上を図る必要があると考えられる。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表

なし。

2.学会発表

- 1) 佐竹直子 平俊浩 辻野尚久 小石川比良 来 小林清香 佐々木由里香 橋本聡 羽田彩子 藤井千代「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける総合病院精神科の役割と課題」；第 120 回日本精神神経学会学術総会, 2024 年 6 月, 札幌
- 2) 「にも包括における総合病院精神科の機能をデータ化する」 シンポジウム: 総合病院精神科臨床の可視化に向けて；第 34 回日本総合病院精神医学会総会, 2024 年 11 月, 熊本

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし。

1. 実用新案登録

なし。

3.その他

なし。

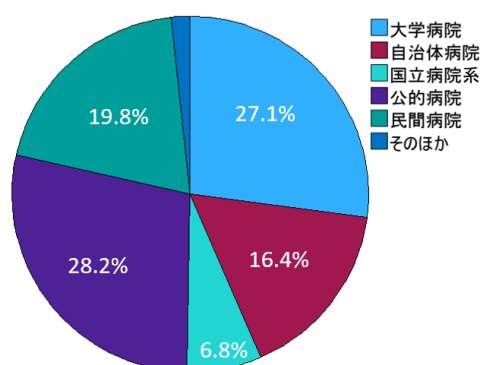
文献

- 1) 日本総合病院精神医学会将来構想委員会. 日本総合病院精神医学会の将来構想に関する提言（将来構想 2022）. Jpn J Gen Hosp Psychiatry 2023 35: 1-52
- 2) Takeda, S. (2020). The current status of and measures against maternal suicide in Japan. Hypertension Research in Pregnancy, 8(2), 34-39.

- <https://doi.org/10.14390/jsshp.hrp2020-005>.
- 3) Takegata, M., Takeda, S., Sakanashi, K., Tanaka, T. and Kitamura, T. (2019), Perinatal self-report of thoughts of self-harm, depressive symptoms, and personality traits: Prospective study of Japanese community women. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 73: 707-712. <https://doi.org/10.1111/pcn.12917>
- 4) 北村俊則. (2025). 周産期メンタルヘルスケアの現状と課題. 日本子ども資料年鑑 2025. pp.16-21. 中央出版.
- 5) 竹内崇、武藤仁志、松岡裕美、村上一徳. 周産期メンタルヘルスにおいて総合病院に期待される役割とは何か. 総合病院精神医学; 2018 30(4): 334-340.
- 6) 日本産婦人科医会. 産科医療機関におけるメンタルヘルスケア普及活動～妊産婦メンタルヘルスケア推進に関するアンケート結果より～. 2004.
- 7) 子ども家庭庁. 健やか親子 21. <https://sukoyaka21.cfa.go.jp/about/grow-gr-sukoyaka21/>. [2025/4/22 閲覧]

図 1. 施設内訳

周産期施設調査



総合病院精神科調査

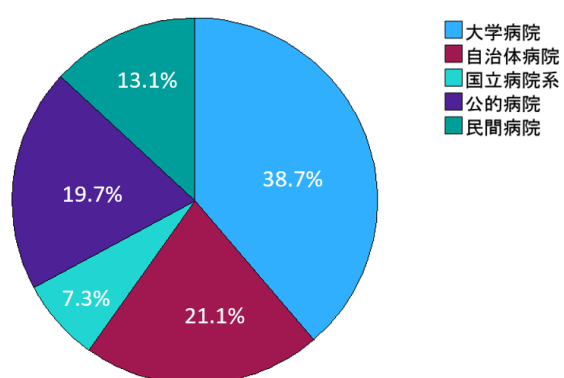


表 1. 調査結果

	周産期施設 (N= 177)		総合病院精神科 (N= 137)	
病院の概要				
病床数 平均 (標準偏差)	562.9 (241.0) 床		650.7 床 (237.2)	
年間分娩件数 平均 (標準偏差)	519.2 (360.1) 件		---	
	あり n (%)	なし n (%)	あり n (%)	なし n (%)
救急救命センターの有無	116 (65.5%)	61 (34.5%)	103 (75.2%)	34 (24.8%)
小児科の有無	175 (98.9%)	2 (1.1%)	135 (98.5%)	2 (1.5%)
NICU の有無	153 (86.4%)	24 (13.6%)	107 (78.1%)	30 (21.9%)
GCU の有無	128 (72.3%)	49 (27.7%)	78 (56.9%)	57 (41.6%)
			未回答 2 (1.5%)	
MFICU の有無	63 (35.6%)	114 (64.4%)	46 (33.6%)	91 (66.4%)
児童精神科の有無	26 (14.7%)	151 (85.3%)	39 (28.5%)	98 (71.5%)
精神科の有無	134 (75.7%)	43 (24.3%)	137 (100.0%)	0 (0.0%)
精神科がある場合				
	あり n (%)	なし n (%)	あり n (%)	なし n (%)
精神科病床の有無	64 (49.2%)	66 (50.8%)	88 (64.2%)	49 (35.8%)
閉鎖病棟の有無	---	---	74 (84.1%)	12 (13.6%)
	---	---	未回答 2 (2.3%)	
精神科がある場合				
	周産期施設 (N= 177)		総合病院精神科 (N= 137)	
			有床	無床
	いる施設数 n (%)	いない施設数 n (%)	平均 (標準偏差) 人	平均 (標準偏差) 人
常勤精神科医	114 (87.7%)	66 (50.8%)	10.6 (7.6) 人	2.0 (2.5) 人
非常勤精神科医	88 (67.7%)	42 (32.3%)	3.5 (4.0) 人	1.4 (2.2) 人
特定妊婦の受け入れ	あり 44 (24.9%)	なし 5 (2.8%)	---	---
	未回答 128 (72.3%)			

	周産期施設 (N= 177)		総合病院精神科 (N= 137)	
加算について	あり n (%)	なし n (%)	あり n (%)	なし n (%)
ハイリスク分娩管理加算の有無	45 (25.4%) 未回答 126 (71.2%)	6 (3.4%)	21 (15.3%) 未回答 109 (79.6%)	7 (5.1%)
ハイリスク妊産婦連携指導料Ⅰの算定の有無	9 (5.1%) 未回答 143 (80.8%)	25 (14.1%)	16 (11.7%) 未回答 104 (75.9%)	17 (12.4%)
ハイリスク妊産婦連携指導料Ⅱの算定の有無	1 (0.5%) 未回答 144 (81.4%)	32 (18.1%)	8 (5.8%) 未回答 104 (75.9%)	25 (18.2%)
院内に精神科がある場合 (n = 64)				
産科から精神科へのコンサルト件数	平均 (標準偏差)		---	---
産科通院中の精神科依頼	25.5 (32.4) 件		---	---
産科入院中の精神科依頼	平均 16.5 (21.8) 件		---	---
	あり n (%)	なし n (%)	あり n (%)	なし n (%)
精神科病棟入院の有無				
産前の精神科病棟入院の有無	44 (65.7%)	23 (34.3%)	61 (69.3%)	35 (30.7%)
産後の精神科病棟入院の有無	41 (61.2%)	26 (38.8%)	62 (70.5%)	26 (29.5%)
院内に精神科がない施設				
連携精神科医療機関の有無	16 (37.2%)	27 (62.8%)	---	---

表 2. 総合病院精神科が周産期メンタルヘルスに關与するうえでの問題点や困難な点について

周産期施設の自由記載

問題点・困難な点	詳細
精神科医の不足	興味を持つ精神科医が少ない、夜間休日の対応が困難
管理の難しさ	かかりつけ医に依頼、トリアージが必要、妊婦への対応が苦手
ネットワークの確立	精神科内でのネットワークが必要
患者の希望	地域のクリニックでの健診を希望する患者がいる
診療体制の課題	曜日により担当医が異なる、チーム体制の構築が難しい
初診の困難さ	患者数が多く、初診が難しい
予約の難しさ	すぐに予約が取れる病院が少ない
心理師の業務	心理師の業務内容が明確でない
対応のばらつき	当直帯の対応が医師により異なる、医師間で温度差がある
連携の難しさ	診療科・パラメディカルとの連携が難しい
フォローの困難さ	退院後の継続的なフォローが困難
労力の問題	対応の限界、労力に見合う加算がない
緊急対応の難しさ	夜間休日の緊急対応が困難
カンファレンス	連携のカンファレンス開催が必要
業務負荷	精神科医の負担が大きい
患者の拒絶	精神疾患の病名がつくだけで大学病院に集まる
治療介入の難しさ	周囲の環境変化により治療介入が難しい
病院精神科の敷居	敷居が高く、フットワークが重い
周産期の理解	周産期特有の症状や病態の理解が得にくい
アクセスの悪さ	地域によりアクセスが悪い
救急対応の難しさ	産科救急システムで精神科救急に対応しない病院が多い
連携の方法	かかりつけ精神科クリニックとの連携が必要
理解不足	精神疾患に対する理解不足
対応の異なる窓口	精神科側の窓口が複数あり対応が異なる
転院の拒否	転院を拒否されることが多い
ハードルの高さ	ハイリスク妊産婦連携加算のハードルが高い
精神科医の減少	県内の精神科医が減り、常勤医がいなくなった
薬剤中止の促し	産科に相談なく薬剤中止を促す
継続診療の難しさ	出産後の継続診療が難しい
予約の困難さ	予約が取れないことが多い
精神科のイメージ	精神科に怖いイメージを持つ妊婦がいる
症例数の増加	症例数が増加し対応が難しい
診療時間の長さ	診療の時間が長くなる
関わりの消極性	精神科が周産期メンタルヘルスへの関わりが消極的
担当の変更	担当が代わることに難色を示す患者がいる
主治医との関係	短期間の受診で主治医との関係を築くのが難しい
長期的な管理	産後の長期的な管理が難しい

表 3. 総合病院精神科が周産期メンタルヘルスに関与するうえでの問題点や困難な点について

総合病院精神科の自由記載

問題点	詳細
情報不足	他院からの紹介の場合情報が少なすぎることがある。
社会的問題	社会的問題を精神科的問題にすりかえられやすい。
福祉サポート	高齢者より福祉サポートが乏しい。
人手不足	精神科医の人手不足・知識不足。
負担増加	精神科が関与する必要ないケースも関与を求められる。
治療拒否	軽度な精神障害の既往があるだけで他院での治療が拒否される。
患者協力不足	患者の協力が得られない。
他科の負担	他の精神科病院やクリニックの精神科医が働かない。
対応医療機関	対応医療機関が少ない。
精神科病床	精神科病床がないので重症者に対応できない。
報酬不足	連携を頑張っても報酬が見えない。
連携不足	院内外と連携をとる役割のスタッフが必要。
定期会議不足	定期的なチーム会議が実現していない。
精神科入院不可	当院は精神科病棟がないので精神科入院不可。
救急体制	夜間休日の妊産婦の精神科救急の体制が不十分。
専門外対応	専門外の対応も多く専門性が担保できない。
マンパワー不足	メンタルヘルスに通じたマンパワーの不足。
インセンティブ不足	精神科医または精神科診療部門にインセンティブが乏しい。
治療歴	精神疾患としての治療歴があると精神科対応が必須。
偏見	産科スタッフの精神疾患に対する偏見が強い。
連携困難	他院精神科かかりつけ医との連携が難しい。
精神科医不足	精神科常勤医数の不足。

表 4. 周産期メンタルヘルスに関する制度上（診療報酬、医療政策等）の要望について周産期施設の自由記載

要望	理由
メンタルヘルス合併妊婦、褥婦の産科入院管理料	診療報酬を増加させたり、受け入れ人数の多さによって加算をつけたりしないと、なかなか受け入れは進まない。
認定制度	精神科医で周産期メンタルヘルスの理解がある先生の認定制度やその先生の診察では診療報酬が高くなるなどとなればよい。
院内対応	院内の周産期メンタルヘルスカケア対応を行った場合や緊急対応の際には診療報酬の追加をすることでよりきめ細かい対応が可能。
地域での診療体制の構築	独自で地域内での診療体制を構築しており、精神疾患に対応可能な総合病院に限られているのが問題。
助産師の活用	周産期メンタルヘルスの中核は助産師で、1 時間程度の面談を行う、時間外に電話訪問・電話対応を行う
院外施設との連携	院外施設との連携と連携先のインセンティブを確保するような制度の整備。
カンファレンス	院外機関とのカンファが診療報酬として算定できると良い。
地方病院の精神科医不足の解消	地方病院の圧倒的精神科医不足、都市部への集中。
算定要件の緩和	総合病院における周産期メンタルヘルス医療の継続的な提供を実現するために、現在の算定要件の緩和を検討。
社会的ハイリスクに加算を	精神的ハイリスクには加算があるが、最も手のかかる社会的ハイリスクには加算がない。
講習修了による加算	精神科やメンタル関連の講習を修了したことによる加算。
保健指導に診療報酬を	メンタルヘルスに問題のある患者にカンファレンスして対応したり、保健指導を行う場合に診療報酬が認められれば、そのスタッフの充実が図れる可能性がある。
小児科医の確保	小児科医が確保できず、周産期診療が困難。
産後の保険診療	産科が 1 か月健診後も保険で診療できる体制を構築して欲しい。
周産期メンタルヘルス救急システムの確立	周産期メンタルヘルス救急システムを確立していただきたい。
臨床心理士の活用と診療報酬の加算	臨床心理士などが初期対応しスクリーニングを行う際だけではなく、フォローアップ（産後も）にも加算がとれるといい。
ケース会議への診療報酬	行政や児童相談所と行うケース会議は負担が大きいにもかかわらず、費用を算定できていない。
精神疾患合併妊婦の評価	精神疾患合併妊婦に対応していることを、もっと評価してもらいたい。
ハイリスク加算の算定要件の緩和	精神科の外勤医がおり、連携を行い、コンサルテーションをしているが、病院として精神科を標榜していないので、ハイリスク加算が全く取れない。

診療報酬の拡充	精神科が周産期メンタルヘルスに積極的に関わった場合の診療報酬の拡充。
専門人材の確保	手間と時間がかかることなので、周産期メンタルヘルス医療について専門の人材を確保できるようにしてほしい。

表 5. 周産期メンタルヘルスに関する制度上（診療報酬、医療政策等）の要望について**総合病院精神科**の自由記載

要望	理由
妊産婦の精神科的診療加算を適応しやすく、妥当な加算額設定	精神科側へのメリットが少ない
診療報酬の増額、人員の増員	産科、小児科、精神科の診療報酬が低すぎる
精神疾患合併妊婦もハイリスク妊婦としての診療報酬	精神科医側単独で妊娠した患者を診た場合の報酬が必要
精神科医が関わる場合の診療報酬評価を手厚く	精神科単体での収益貢献がわかりづらい
体制加算のようなものを導入	制度化されると浸透しやすい
精神科救急体制、産後ケア入院の体制作り	妊産婦の精神科医療が必要
少子化対策としての評価	病院機能での差別化
診療報酬の増額	総合病院で診た際の報酬を増やす
診療報酬評価の強化	リエゾン頻回介入、多職種カンファへの評価
診療報酬を取得できるように	家族を含めて診察を行った場合
ハイリスク分娩管理加算の是正	精神科が報われない仕組み
情報提供に対する加算	予防と早期発見のため
リエゾンナースの介入に加算	精神科医師の診察でなくても・・・
補助金制度の導入	患者負担にならない形で
診療報酬の増額	精神科、産婦人科、小児科の連携を進めるため
常勤の精神科医を確保できる診療報酬の算定	県立病院の規模で必要
専門教育の実施	精神保健福祉士、公認心理師等に
診療報酬要件と算定点数の配慮	人員配置が手厚くできるように
診療報酬の明確化	産科と精神科のコスト譲り合いを防ぐ
診療報酬の新規加算	心理師が周産期メンタルヘルスケアチームを率いる場合
スタッフが確保できる診療報酬体系	ハイリスクでなくてもメンタルヘルス介入が加算されるように
周産期メンタルヘルスチームの加算	通常のリエゾンチームとは別に算定できるように