

令和7年5月30日

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

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

分担研究

妊産婦のメンタルヘルスに関する  
自治体・精神科医療連携についての調査

研究代表者： 渡邊 博幸（医療法人学而会 木村病院）

分担研究者： 安達 久美子（東京都立大学大学院 人間健康科学研究科）

上原 里程（国立保健医療科学院 疫学・統計研究部）

菊地 紗耶（東北大学大学院 医学系研究科精神神経学分野）

相良 洋子（日本産婦人科医会 母子保健部会）

竹内 崇（東京科学大学大学院 精神行動医科学分野）

安田 貴昭（埼玉医科大学総合医療センター メンタルクリニック）

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

## 研究要旨

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

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

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

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

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

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

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

## A. 研究の目的

妊産婦のメンタルヘルスは、妊娠中の母児の健康、産後の養育、児の発達を左右する重要な支援課題である<sup>1)</sup>。しかし、本課題に特化した事業を実施している市区町村は 1160 自治体中 158 (13.6%) にすぎず、実施自治体においても、精神科との連携は 13.9% と少なく<sup>2)</sup>、自治体から精神科医療側への連携の難しさが指摘されている<sup>3)</sup>。

この解決のために、実効性のある母子一精神保健医療ネットワーク（以下 NW）を構築し自治体に実装する必要がある。

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

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

## B. 研究方法

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

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

調査項目は下記の通りである（表 A）。

I 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体・精神科医療連携の課題  
II 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体・精神科医療連携を円滑に行うために必要と考える取り組み  
III 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体・精神科医療連携の実施状況  
IV 妊産婦のメンタルヘルスに関する連携体制（令和 5 年度）

- 1) 連携体制の主体（管理・所管）となる機関について
- 2) 個別事例の相談・事例検討の開催について
- 3) 支援体制を協議する合議体について
- 4) 研修・講演について

V IV以外の妊産婦のメンタルヘルスに関する連携の実施実績（令和 5 年度）

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

- 1) 自治体から精神科医療機関への妊産婦のメンタルヘルスに関する情報提供の概数
- 2) 自治体から精神科医療機関への具体的な情報提供・情報共有方法
  1. 困難事例対応職員による情報提供等の実施
  2. 医療機関側の情報受信者
  3. 情報提供の時期
  4. 情報提供の方法
  5. 医療機関との専用連絡票の使用
  6. 協力医療機関の把握方法
- 3) 精神科受診を進める基準・目安

VII 妊産婦メンタルヘルスの支援に関する独自の事業

VIII 母子保健医療に関する統計データ

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

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

## 分析方法

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

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

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

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

## （倫理面への配慮）

本研究は、医療法人学而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。

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

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

## 市区町村調査質問項目のクロス集計組合せ一覧

#	項目1	項目2	詳細
1	I 連携課題	III 連携実施状況	連携課題は「課題である」「大きな課題である」とその他で2群に、連携実施状況は「必要」「とても必要」とその他で2群に
2	I 連携課題	IV1) 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	IV2) 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	IV2) 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	IV3) 合議体の開催 回数	連携課題は「課題である」「大きな課題である」とその他で2群に、回数はありなしの2群
6	I 連携課題	IV3) 合議体の開催 精神科医の参加の有無	連携課題は「課題である」「大きな課題である」とその他で2群に
7	III 連携実施状況	IV1) 連携体制 主体となる機関	連携実施状況は「必要」「とても必要」とその他で2群
8	VIII 統計データ 2 精神科施設数	IV2) 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	IV2) 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	IV3) 合議体の開催 回数	精神科施設数を群分け（0.1-2.3以上の3群）、回数はありなしの2群
11	VIII 統計データ 2 精神科施設数	IV3) 合議体の開催 精神科医の参加の有無	精神科施設数を群分け（0.1-2.3以上の3群）
12	VIII 統計データ 「精神科数/人口」指標	IV2) 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	IV2) 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	IV3) 合議体の開催 回数	「精神科数/人口」を群分け（0.1-5.6以上の3群）、回数はありなしの2群
15	VIII 統計データ 「精神科数/人口」指標	IV3) 合議体の開催 精神科医の参加の有無	「精神科数/人口」を群分け（0.1-5.6以上の3群）
16	人口	I 連携課題	人口は3万を基準に2群に、連携課題は「課題である」「大きな課題である」とその他で2群
17	人口	III 連携実施状況	人口は3万を基準に2群に、「必要」「とても必要」とその他で2群
18	人口	IV2) 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	IV2) 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	IV3) 合議体の開催 回数	人口は3万を基準に2群に、回数はありなしの2群
21	人口	IV3) 合議体の開催 精神科医の参加の有無	人口は3万を基準に2群に
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、「必要」「とても必要」とその他で2群
24	出生数	IV2) 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	IV2) 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	IV3) 合議体の開催 回数	出生数は150を基準に2群に、回数はありなしの2群
27	出生数	IV3) 合議体の開催 精神科医の参加の有無	出生数は150を基準に2群に
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、「必要」「とても必要」とその他で2群
30	粗出生率	IV2) 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	IV2) 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	IV3) 合議体の開催 回数	粗出生率は5を基準に2群に、回数はありなしの2群
33	粗出生率	IV3) 合議体の開催 精神科医の参加の有無	粗出生率は5を基準に2群に

## C. 研究結果

### 分析対象

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

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

### 回答自治体と非回答自治体での人口動態の平均値の比較

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

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

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

### （1）単純統計

## I. 妊産婦のメンタルヘルスに関する自治体・精神科医療連携の課題

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

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

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

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

市区町村において「必要」「とても必要」のいず

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（表 2-2）。

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

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

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

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

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

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

### IV. 妊産婦のメンタルヘルスに関する連携体制

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

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

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

#### 2) 個別事例の相談・事例検討の開催方法

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

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

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

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

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

### 3) 支援体制を協議する合議体

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

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

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

### 4) 研修・講演

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

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

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

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

## V. IV 以外の連携体制の実施実績

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3) 精神科受診を勧める基準・目安について

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

## VII. 妊産婦メンタルヘルスの支援に関する独自の事業

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

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

## VIII. 母子保健医療に関する統計データ

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

市区町村においては、自治体内の保健医療資源

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

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

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

#### X. その他意見

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

##### （2）クロス集計の結果

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### D. 考察

##### 0. 分析対象自治体が日本全体の状況を反映しうるかどうか？

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

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

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

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

一方で、「どの精神科に紹介可能かわからない」

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

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

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

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

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

##### 1) 自治体の実施状況から明らかとなった問題点と打開の方策

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## IV. 妊産婦のメンタルヘルスに関する連携体制

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

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

が明らかとなった。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3) 支援体制を協議する合議体

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

### V. IV以外の連携体制の実施実績

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

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

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

師や地区担当（保健師）が対応にあたっている現状が伺えた。

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

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

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

## VII. 妊産婦メンタルヘルスの支援に関する独自の事業

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 研究の限界

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

#### E. 結論

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

やすい実践的な自治体－精神科医療連携ガイドを作成する予定である。

#### F. 健康危険情報

特になし。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- ・渡邊博幸. 妊産婦における向精神薬の調整・管理のポイント. 産科と婦人科 2024;91:631-6.
- ・安達久美子, 上田佳世, 江藤宏美. エビデンスに基づく助産ガイドライン-妊娠期・分娩期・産褥期 2024-, 日本助産学会誌, 2024, 38, Suppl1. 1-223.
- ・Takahashi I, Obara T, Kikuchi S, Kobayashi N, Obara R, Noda A, Ohsawa M, Ishikawa T, Mano N, Nishigori H, Ueno F, Shinoda G, Murakami K, Orui M, Ishikuro M, Tomita H, Kuriyama S. Combination of taking neuropsychiatric medications and psychological distress in pregnant women, with behavioral problems in children at 2 years of age: The Tohoku Medical Megabank Project Birth and Three-Generation Cohort Study. PCN Rep. 2024 Jul 25;3(3):e226. doi: 10.1002/pcn5.226. eCollection 2024 Sep.
- ・Ishikawa T, Sakai T, Iwama N, Obara R, Morishita K, Adomi M, Noda A, Ishikuro M, Kikuchi S, Kobayashi N, Tomita H, Saito M, Nishigori H, Kuriyama S, Mano N, Obara T. Association between exposure to atypical antipsychotics during pregnancy and risk of miscarriage. Acta Psychiatr Scand. 2024 Dec;150(6):562-572. doi: 10.1111/acps.13755. Epub 2024 Sep 5.
- ・Li X, Takahashi N, Narita A, Nakamura Y, Sakurai-Yageta M, Murakami K, Ishikuro M, Obara T, Kikuya M, Ueno F, Metoki H, Ohseto H,

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

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

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

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

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

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

- 菊地紗耶, 小林奈津子, 富田博秋. 「産後うつ病における薬物療法の考え方」精神科治療学 vol.39(No8) p.881-886, 2024.8
- 菊地紗耶. 妊娠前から授乳期までの健康とくすりの知識「服薬が明らかに有益である授乳婦へのメンタルサポートについて教えてください」調剤と情報増刊号 Vol.30 No.10. 1526-1532, 2024.7
- 菊地紗耶, 小林奈津子, 富田博秋. 「【周産期メンタルヘルスを深掘り!】精神疾患合併妊産婦の対応 双極性障害(双極症)」. 産科と婦人科 1巻 6号, 665-669, 2024.6
- 菊地紗耶. 【GHP 領域の研究苦労話と学会への期待】【多様な GHP 領域の研究における苦労話と tips】「周産期メンタルヘルス領域における研究苦労話」. 総合病院精神医学(0915-5872)36巻2号 Page106-108. 2024.4
- Yoko Sagara, Shunji Suzuki, Shinichi Hoshi, Akihiko Sekizawa, Osamu Ishiwata: Current Status of Cooperation Between Obstetric care and Psychiatrists in Japan. Cureous. 2024;16(10)e71413, DOI 10.7759/cureous71413
- Shinichi Hoshi, Shunji Suzuki, Akihiko Sekizawa, Yoko Sagara, Osamu Ishiwata: Current Status of Paternal Mental Health Care in Obstetric Institutes in Japan.(Brief communication) IJGO, 2024.1-2, DOI 10.1002/ijgo.15929
- 相良洋子. 周産期メンタルヘルスにおける課題と展望. 産科と婦人科. 2024 ; 91(6) : 613-618
- 竹内崇. 双極性障害・産褥精神病 ペリネイタルケア 2024 ; 43 : 24-29.
- 竹内崇. 周産期メンタルヘルス ～妊産婦の自殺を防ぐために必要なこと 女性心身医学 2024 ; 29 : 178-181.
- 林田悠里、四手井綱則、野口優輔、新井佳奈、伊藤一之、杉江 学、森丘千夏子、不殿絢子、宮坂尚幸、竹内 崇、森尾友宏. メンタルヘルス支

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

・金子 慶史, 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るソーシャルワーカーの  
役割 産科と婦人科 2024 ; 91 : 703-708.

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

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

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

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

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

## 2. 学会発表

- ・渡邊博幸. 周産期メンタルヘルス. 第42回千葉  
県母性衛生学会学術集会. 2024年6月1日
- ・渡邊博幸. 周産期に活用する社会資源. 第37  
回日本総合病院精神医学会総会. 20 パネルディ  
スカッション1「周産期リエゾンにおける臨床実  
践」熊本, 2024年11月29日

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

## 参考文献

- 1) 渡邊博幸, 榎原雅代:精神保健と母子保  
健の連携はなぜ困難なのか?3つの連携障壁  
とその解決. 精神科治療学 32 (6) : 719-  
722, 2017.
- 2) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング:  
平成29年度 子ども・子育て支援推進調査  
研究事業:妊産婦に対するメンタルヘルス  
ケアのための保健・医療の連携体制に関する  
調査研究. 2018年3月  
[https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/  
000520478.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000520478.pdf)
- 3) 渡邊博幸:精神科医は,母子保健とどの  
ように連携していくのか? 松戸市の取り組  
みを例に. 精神神経学雑誌 120 (1) 52-  
59, 2018.