

2026年/令和8年度版

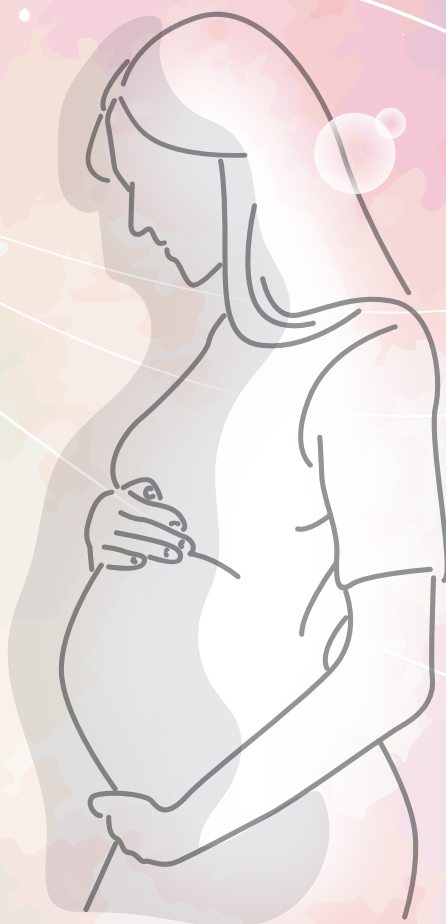
自治体職員のための

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

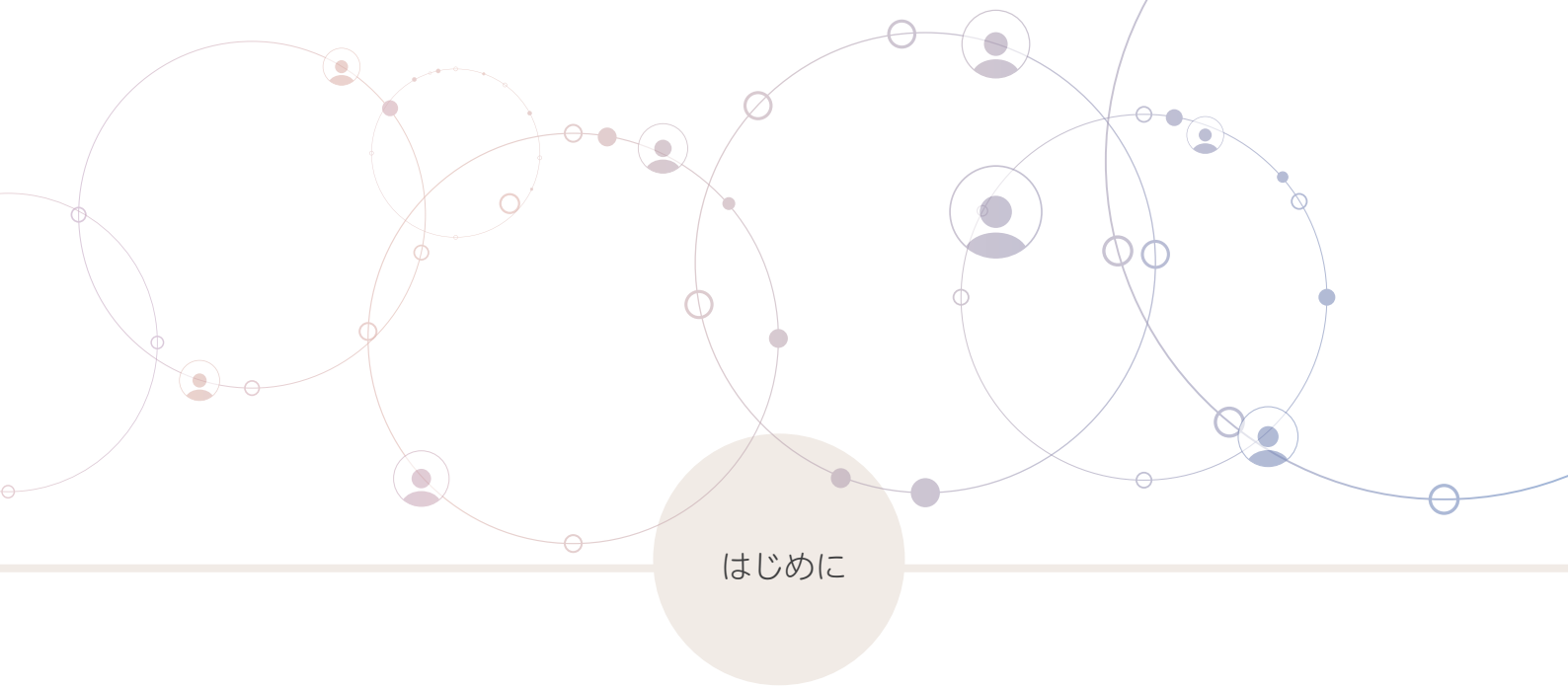
18 IV 自治体と精神科医療機関等による 母子－精神保健医療ネットワークの作り方

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

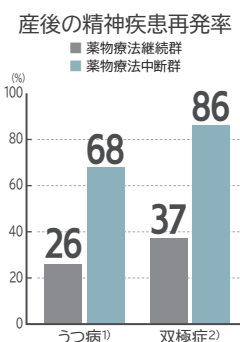
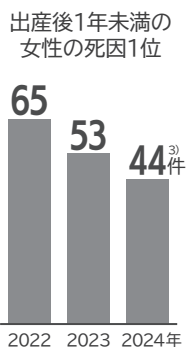
さらには、妊娠出産育児に関するストレス要因が、今まで経験したことのないような大きなものである場合も、メンタルヘルス不調を呈しやすくなります。特に、産後数か月の時期は、2～4時間ごとの授乳が必要であり、6か月頃からは夜泣きにより、夜間の睡眠が十分にとれないことが続きます。産後ケア事業の利用理由で「ゆっくり寝たい」が上位にあることからわかります。長期にわたる睡眠不足は、メンタルヘルスに影響を与えます。様々な産科合併症、多胎妊・出産、児の先天性疾患、死産、最近では生殖補助医療を受ける女性の負担なども考慮が必要となります。

■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)

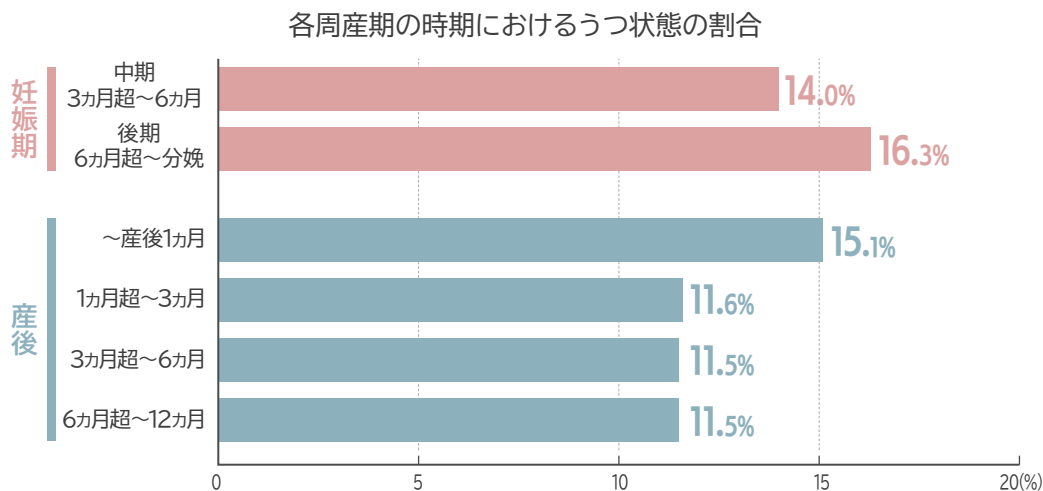
世界保健機関(WHO)憲章の前文にある「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態(well-being)にあること」を指します。

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

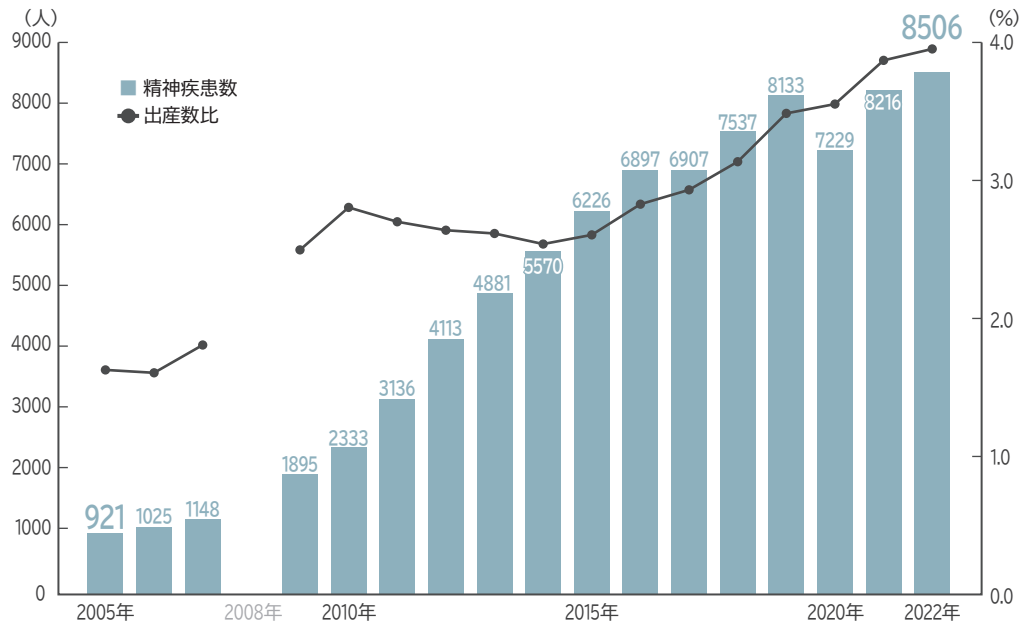
のスクリーニングで区分点9点以上として要支援対象となったということは、その時点でのうつ・不安状態のいずれかをピックアップしたということに他なりません。

■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。

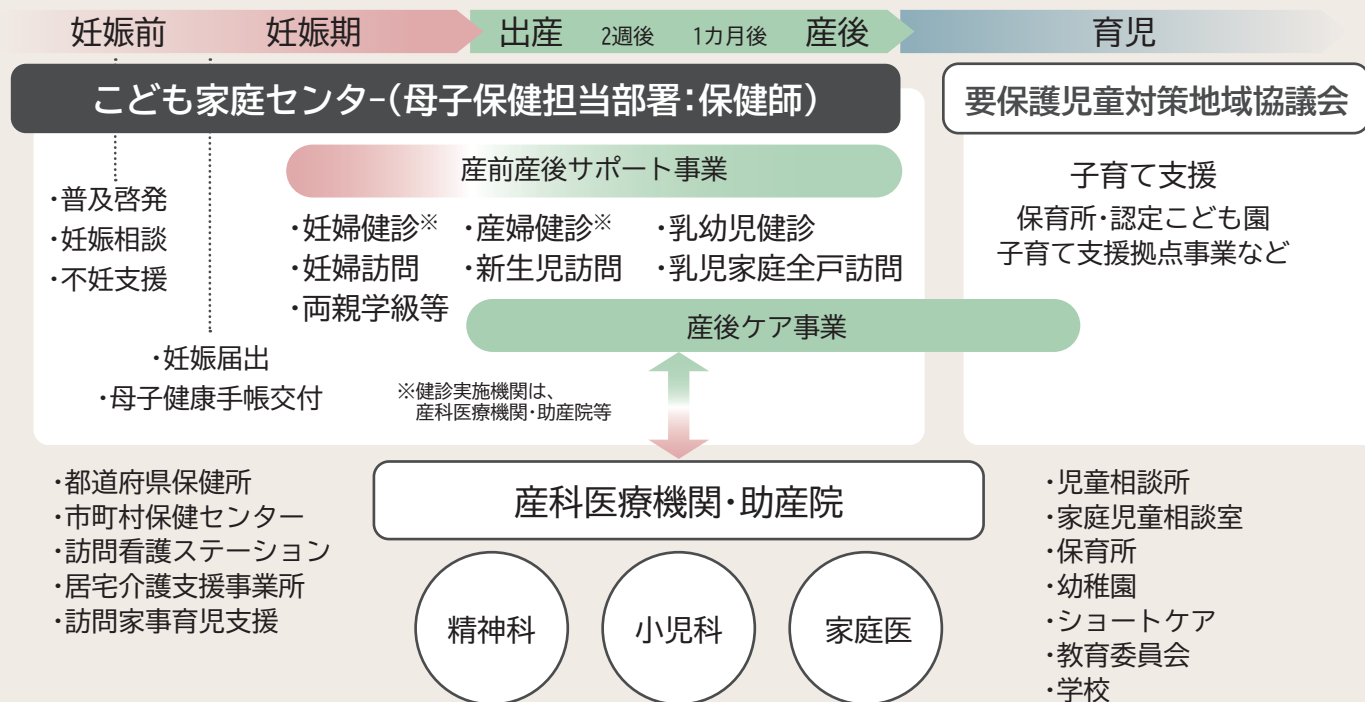
II

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



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

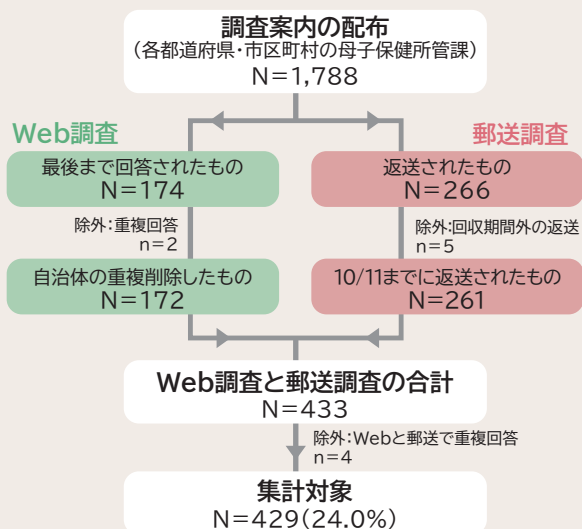
図7 自治体アンケート調査[2024(令和6)年]

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)。

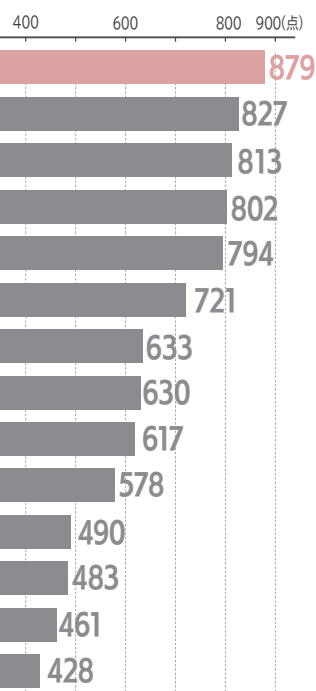
母子保健内の様々な事業で、妊産婦のメンタルヘルス不調をピックアップできても、それを精神科受療につなげることが難しいことが浮き彫りになった結果でした。

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

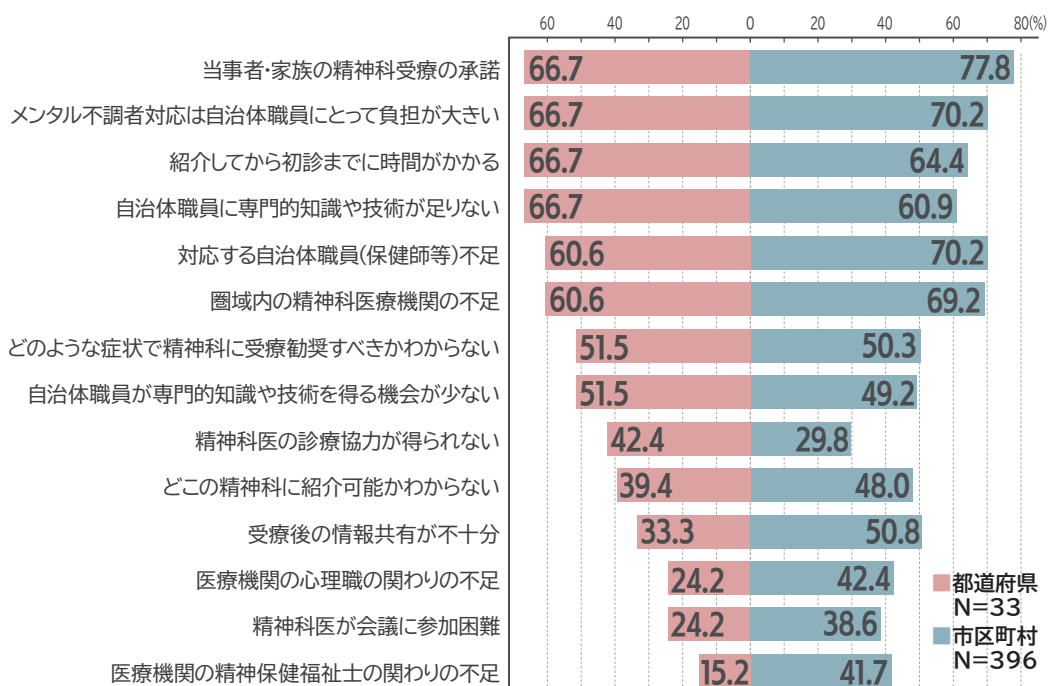
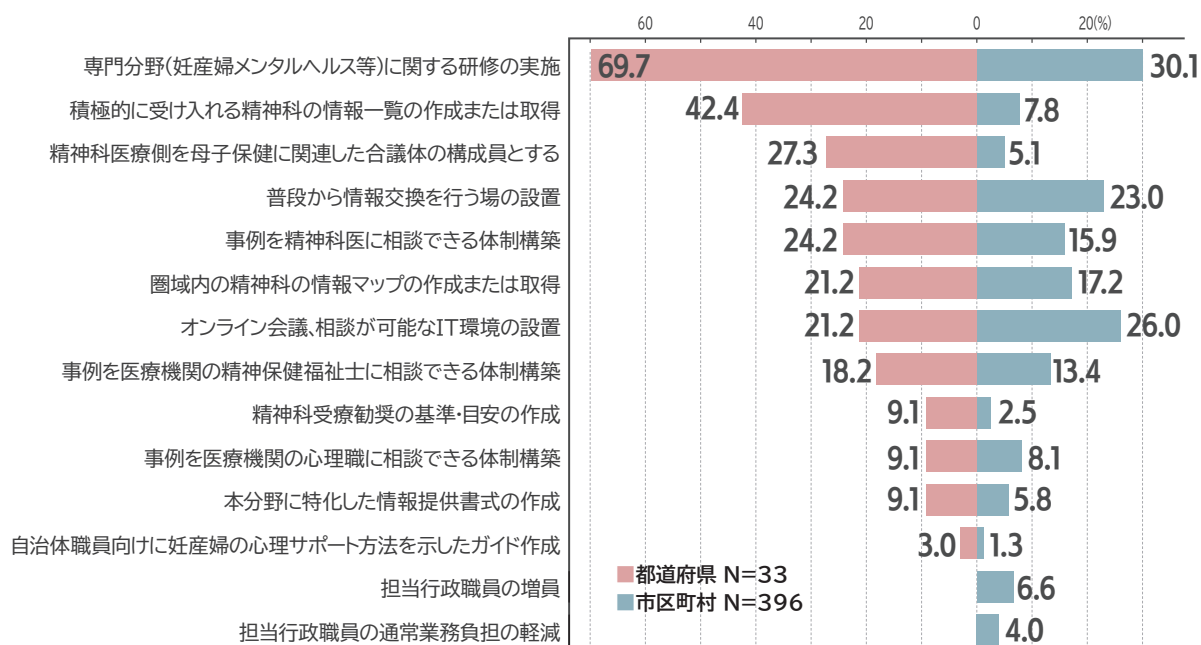


図7 図8 図9 厚生労働科学研究成果データベース:「妊産婦へのメンタルヘルス支援の体制整備に向けた研究」令和6年度研究報告書より作成

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)

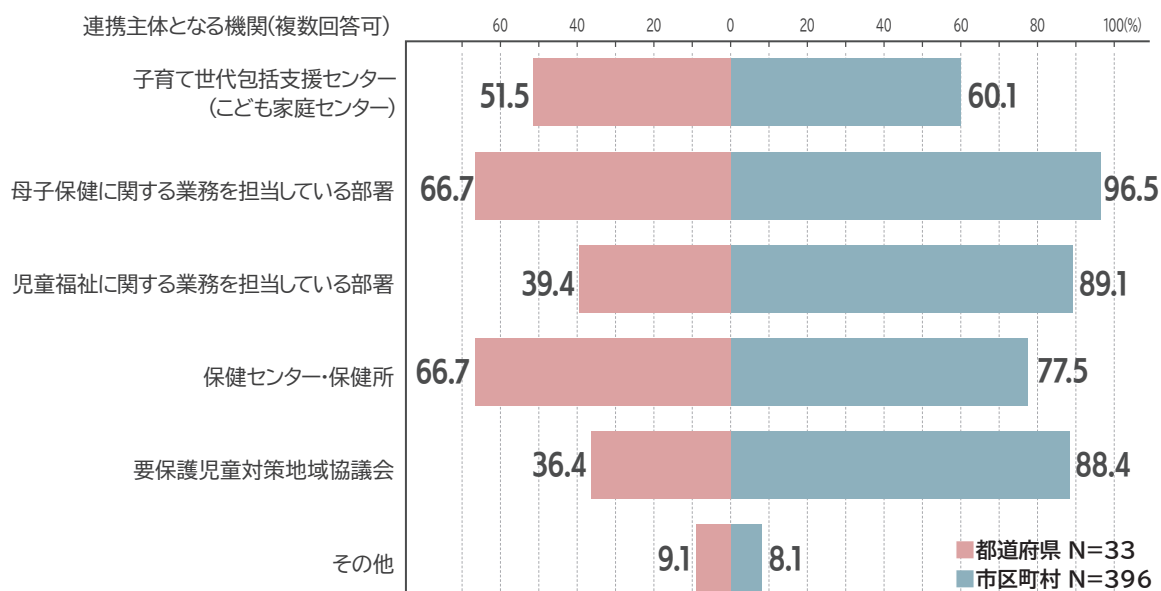
2024(令和6)年3月末時点での、連携の実施状況については、都道府県と市区町村で回答に違いが見られました。

■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

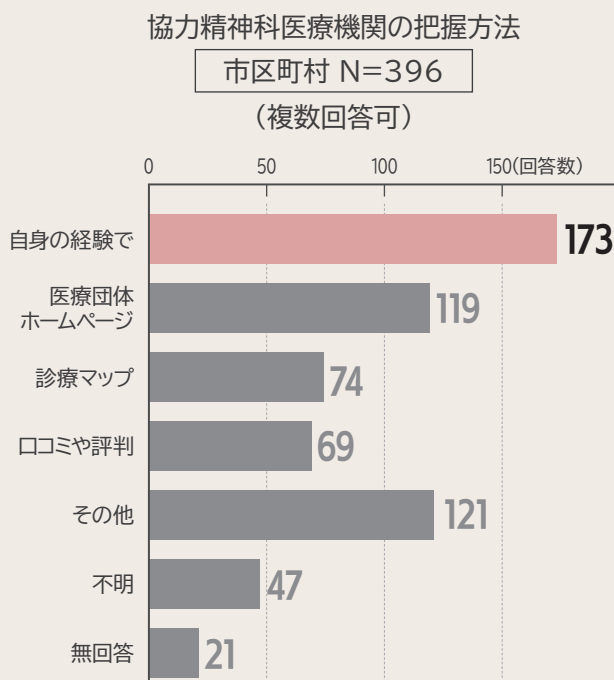
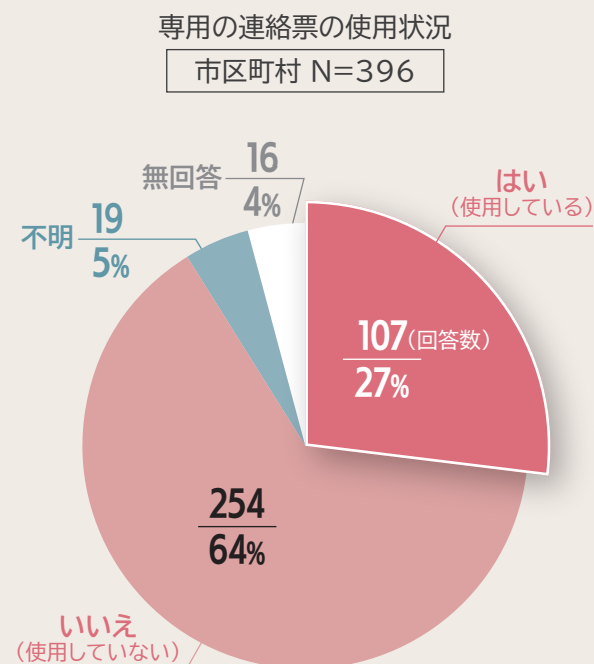
市区町村では「母子保健に関する業務を担当している部署」が382カ所(96.5%)と最多で、「児童福祉に関する業務を担当している部署」353カ所(89.1%)、「要保護児童対策地域協議会(以下、「要対協」という。)」350カ所(88.4%)と続きました(図11)。子育て世代包括支援センター(こども家庭センター)は238自治体(60.1%)と6割の自治体で、連携体制の主体となっていました。

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。

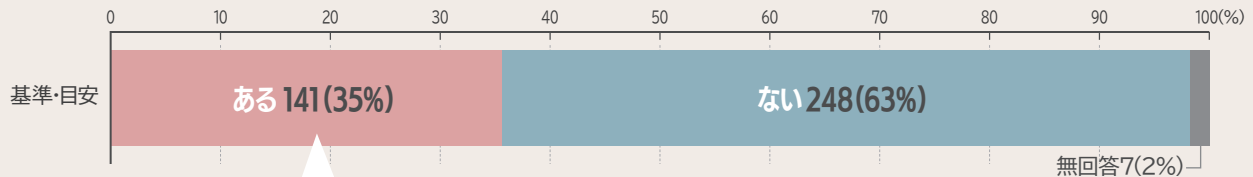
②医療機関

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。

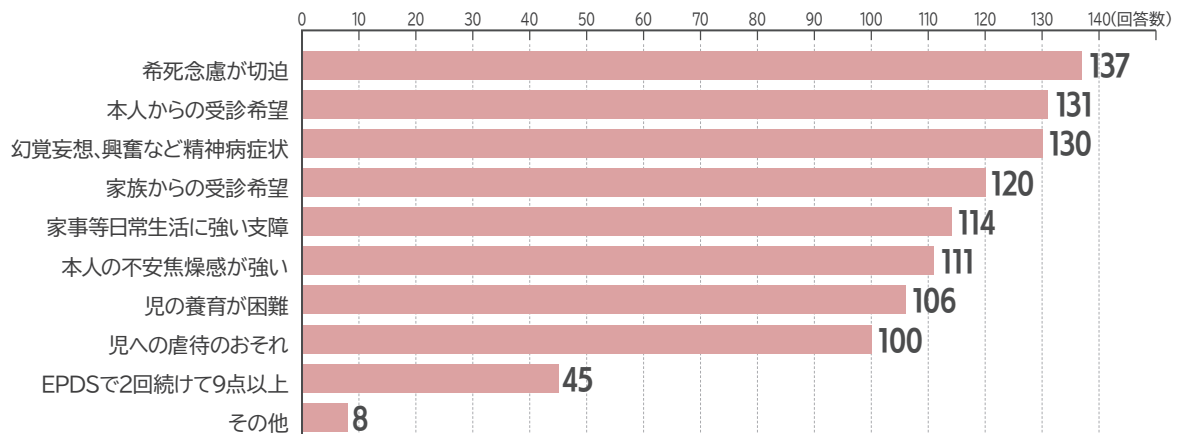
図13

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)

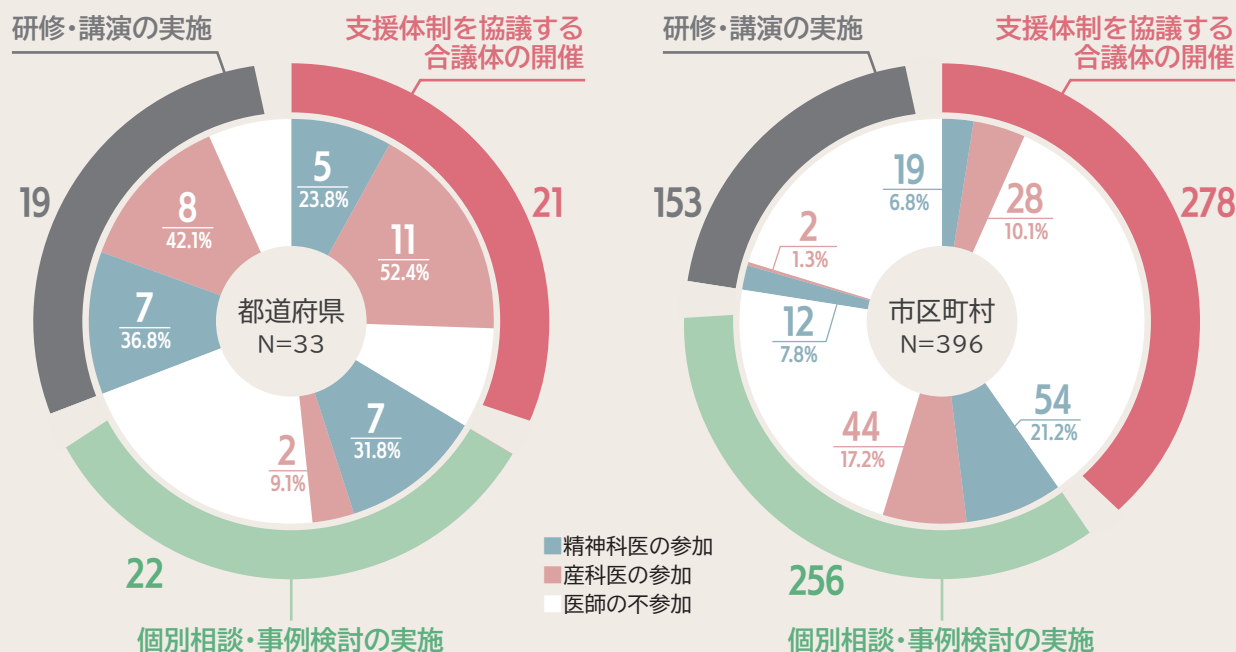
「ある」と回答した市区町村は396カ所中141カ所(35.6%)でした(図13)。その141カ所のうち、具体的な基準・目安としては「希死念慮が切迫している場合」が137カ所(97.2%)と最多で、「本人からの受診希望がある場合」が131カ所(92.9%)、「幻覚妄想、興奮など精神病的症状が出ている場合」が130カ所(92.2%)の順でした。「日常生活に強い支障が出ている場合」は114カ所(80.9%)、「養育困難」が106カ所(75.2%)、「虐待の恐れがある場合」が100カ所(70.9%)と、当事者の生活・育児機能を基準とすることも示されました(図13)。

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。

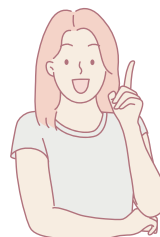


図17

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

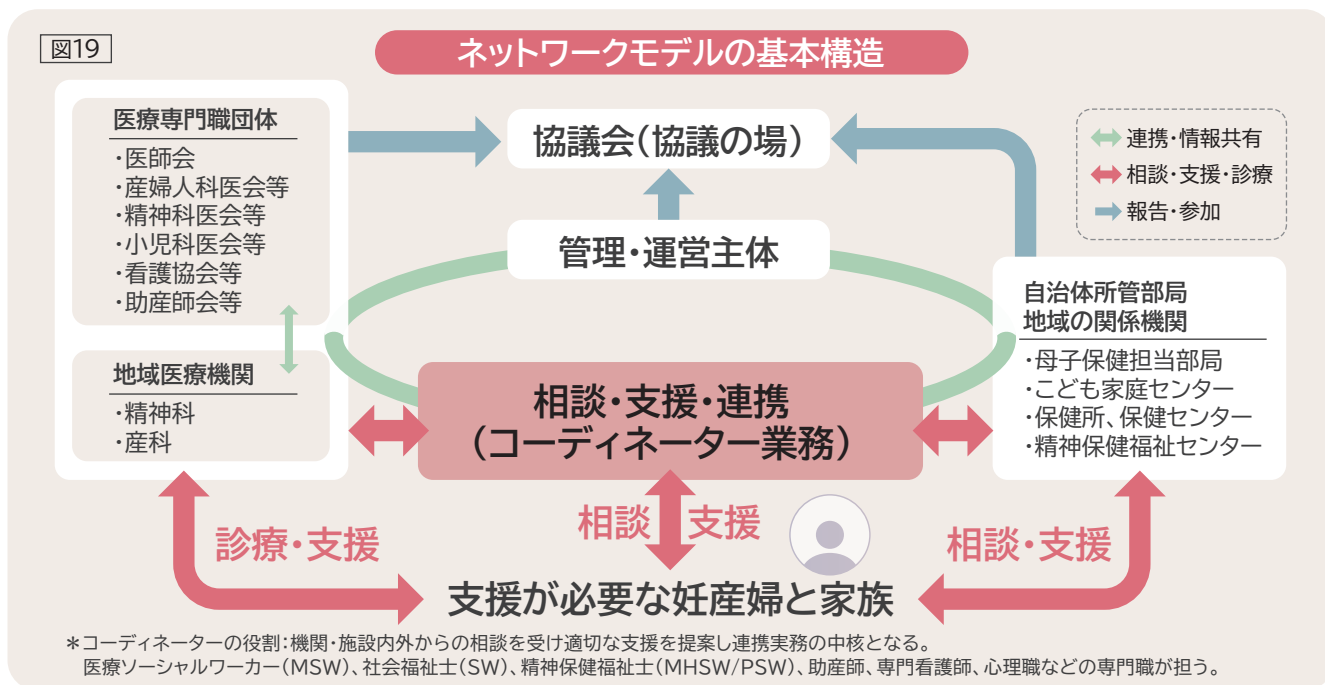
⑤のメンタルヘルスケアの専門職(精神科医、心理職、精神保健福祉士など)を自治体や産科等の医療機関に派遣する体制は、努力目標ですが、都道府県内での各市区町村自治体ごとに周産期メンタルヘルスに対応する人的・物的資源には大きな差があり、十分な体制を作ることができない市区町村自治体もあると思います。その場合、都道府県や広域医療圏単位で専門職を確保し、圏域内自治体の要請に応じて、利用者の近い場所にアウトリーチで出向いて相談・支援ができる体制があると、自治体の人口、出生数の違いによる支援の格差を改善できる可能性があります。

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

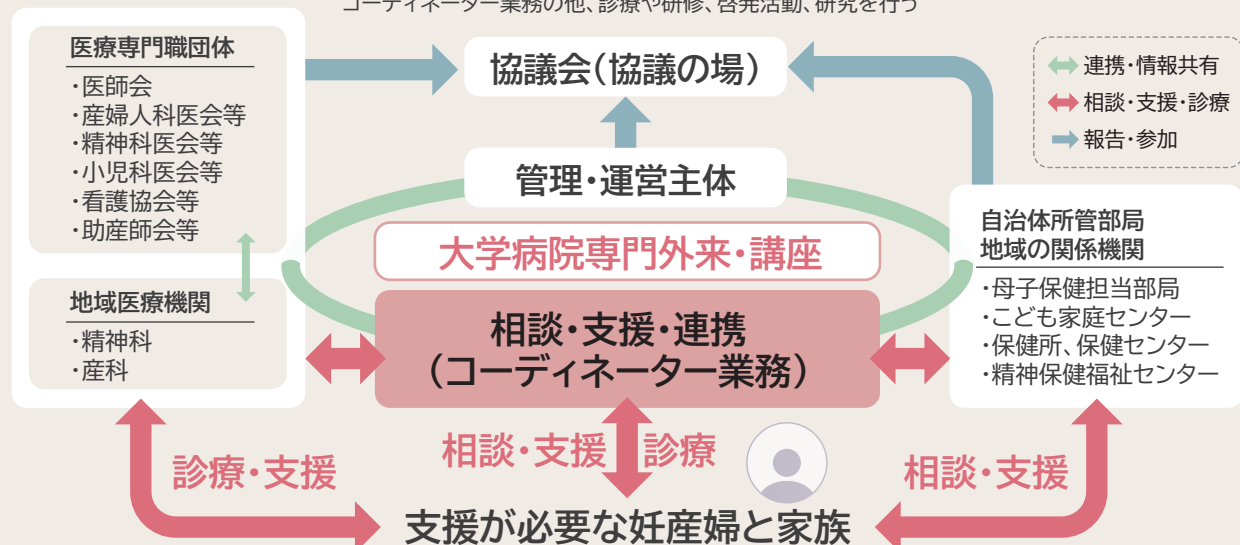
このネットワークモデルの種類は大別して、A.大学病院専門講座(外来)モデル、B.要対協モデル、C.周産期母子医療センターモデル、D.医療者主体のネットワークモデルなど

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

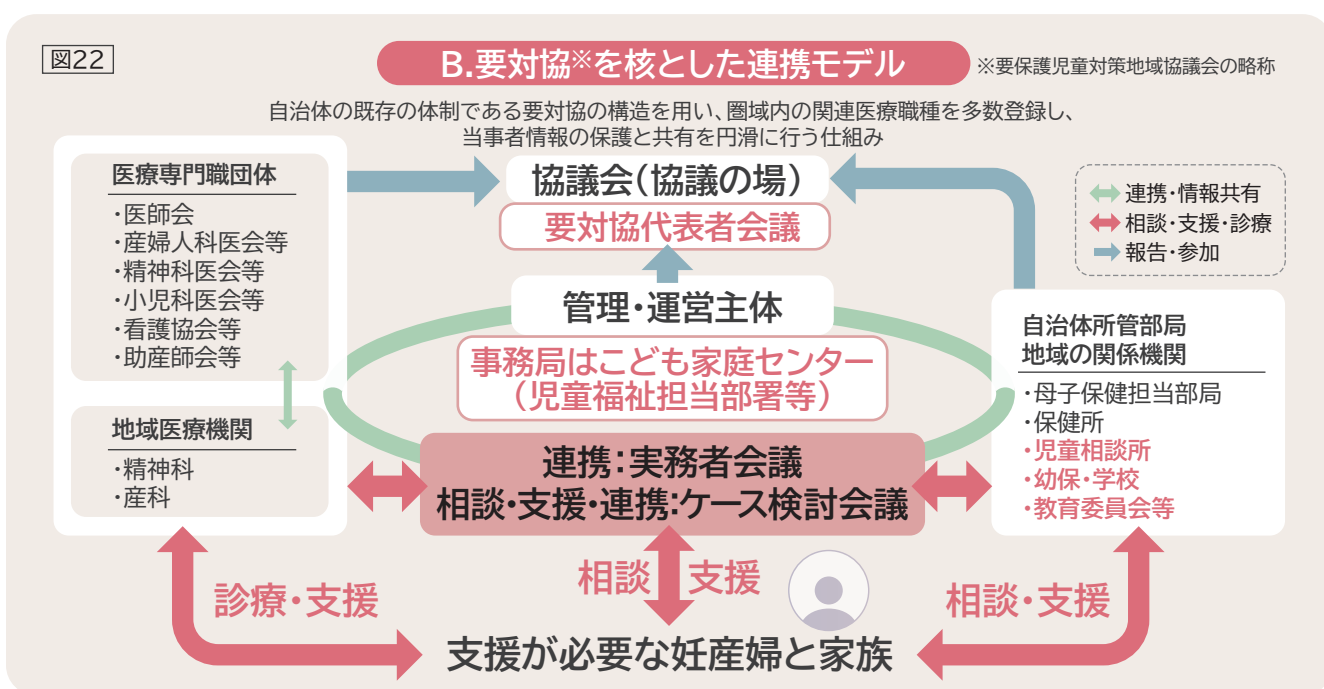


A 大学病院を拠点とした連携モデル (図21)

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。

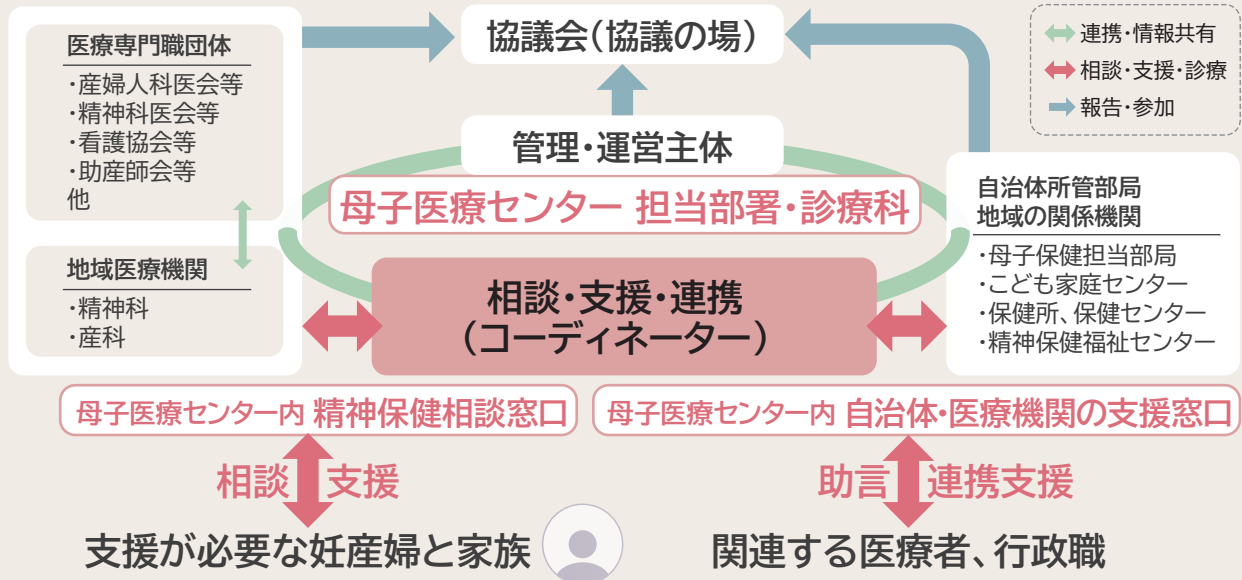


図24

大阪母子医療センター内に

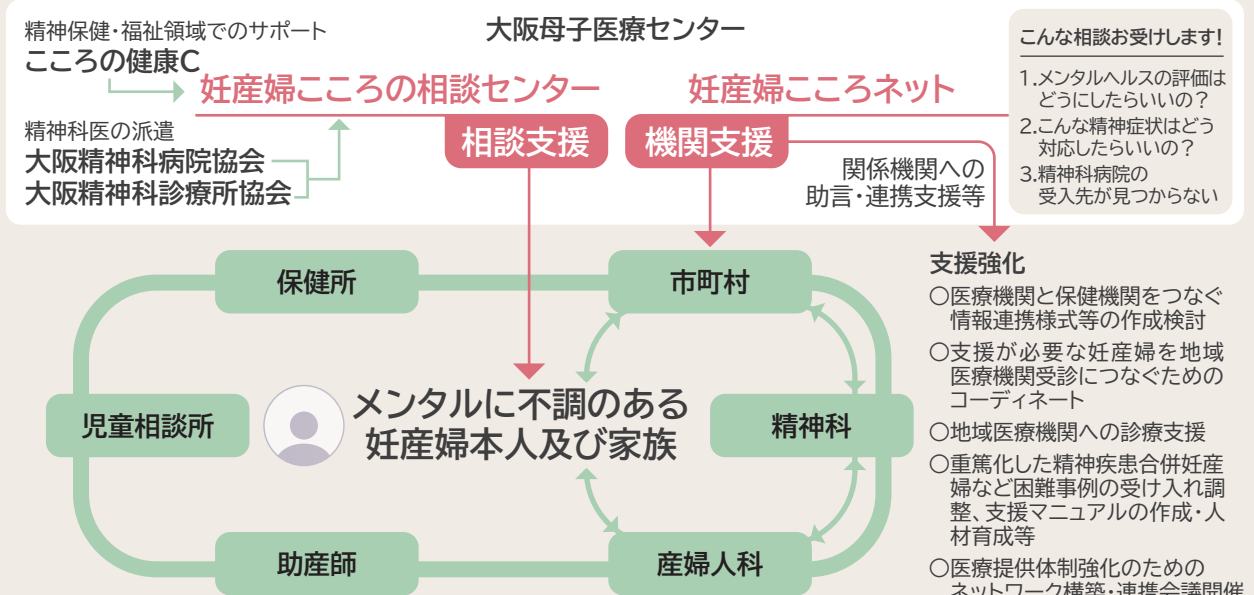
①大阪府妊産婦こころの相談センターと②大阪府妊産婦こころネットを開設

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

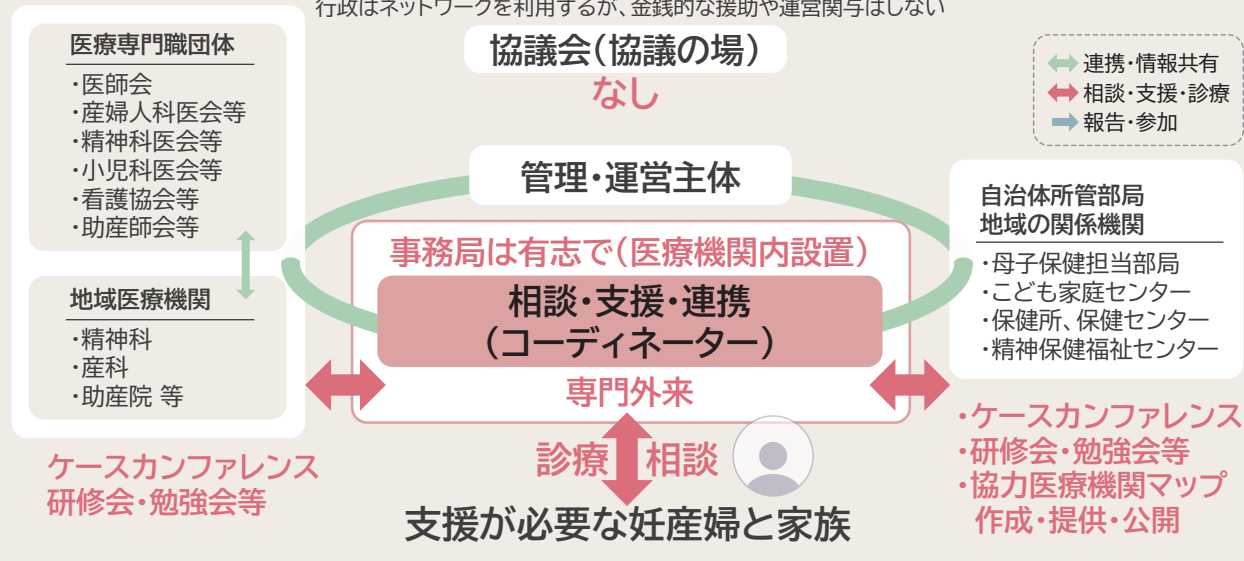
可能になること、妊産婦にとっても、新たに精神科医療機関に受診する手間や精神科受療への抵抗感を軽減し相談しやすい場を提供できるというメリットがあります。

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



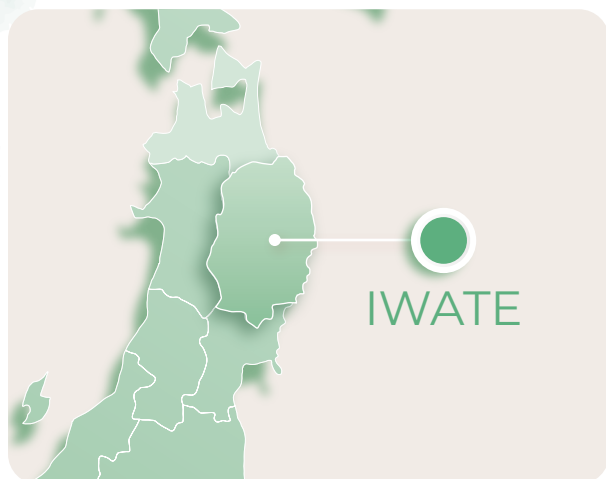
D 医療者主体のネットワークモデル(図25)

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」」

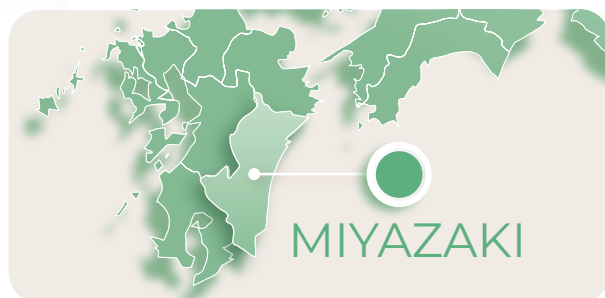
自治体アンケートの結果から、自治体職員が円滑な連携に必要な仕組みとして、『遠隔で情報共有や会議、相談を実施できるようなIT環境』が抽出されました。

■ 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

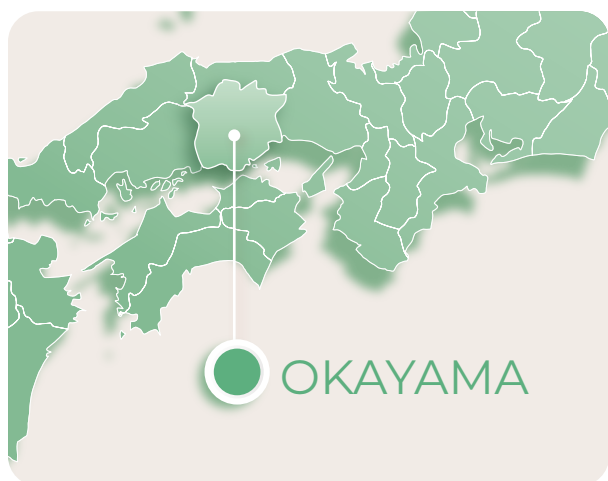
宮崎県では、周産期医療圏を4圏域（県北・県央・県西・県南）とし、地域での安心・安全な妊娠・出産・育児を支える仕組みを構築しています。各圏域には「地域周産期保健医療体制づくり連絡会」を設置し、産婦人科医療機関・精神科医療機関・行政担当者が協議や事例共有を行う場を設けています。

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の実施し、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

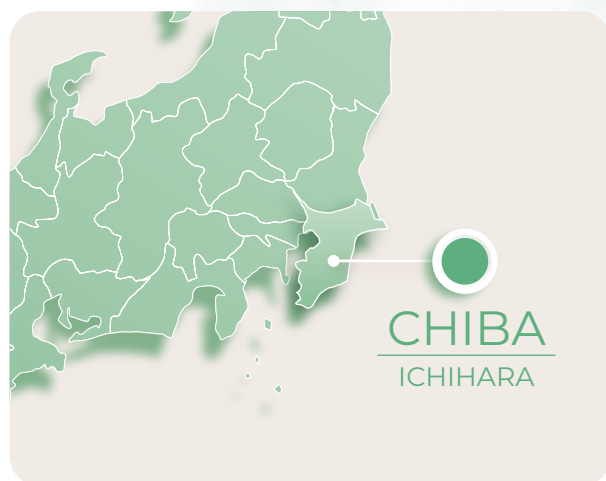
「岡山県精神科医療センター」をはじめとする
精神科医療機関との連携

■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。

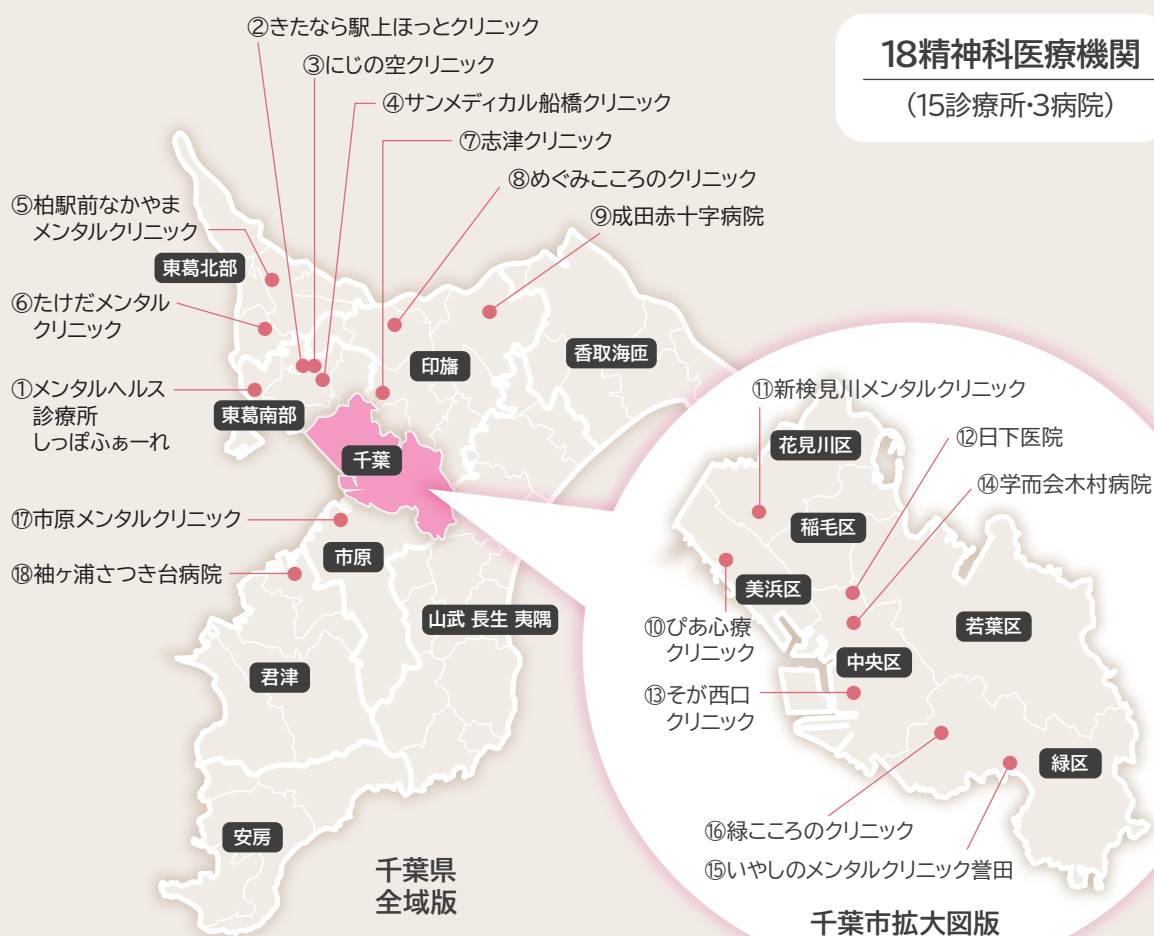
1～数年に1度は、情報の更新が必要となります。アンケート以降の情報の確認・見直しの繰り返しにより、精神科側の関心を高める副次的効果も期待されます。

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、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、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)