多施設で行った
令和４年度妊産婦メンタルヘルスに関する
アンケート調査

～多職種連携を目指して～

報 告 書

公益社団法人 東京都医師会
精神保健医療福祉委員会

令和５年３月

精神保健医療福祉委員会委員

（任期：令和３年８月31日～令和５年５月31日まで）

委員長	芦　刈　伊世子	あしかりクリニック（中野区医師会）
副委員長	石　橋　幸　滋	石橋クリニック（東久留米市医師会）
委　員	土　屋　　譲	土屋クリニック（荒川区医師会）
委　員	矢　野　正　雄	南町田病院（町田市医師会）
委　員	羽　藤　邦　利	代々木の森診療所（渋谷区医師会）
委　員	塚　本　　一	吉祥寺病院（調布市医師会）
委　員	田　邉　英　一	慈雲堂病院（練馬区医師会）
委　員	水主川　　純	東京女子医科大学病院
委　員	石　黒　雅　浩	東京都福祉保健局障害者施策推進部 障害者医療担当部長
委　員	佐　藤　淳　哉	東京都福祉保健局障害者施策推進部 精神保健医療課長（統括課長）
委　員	西　村　由　紀	特定非営利活動法人メンタルケア協議会
委　員	萱　間　真　美	国立研究開発法人国立国際医療研究センター 国立看護大学校長

東京都医師会

副会長	平　川　博　之
理　事	西　田　伸　一
理　事	土　谷　明　男

目　次

はじめに　石橋副委員長 ……1
アンケート調査実施の経緯について　芦刈委員長 ……3

Ⅰ．妊産婦メンタルヘルスケアに関するアンケート調査（東京産婦人科医会）
1．はじめに ……4
2．調査票 ……5
3．調査結果 ……11
4．考察 ……34
5．まとめ ……38

Ⅱ．日本産婦人科医会による「令和３年度妊産婦メンタルヘルスケア推進に関するアンケート調査」（東京産婦人科医会が検証）
1．はじめに ……40
2．調査票 ……41
3．調査結果 ……43
4．考察 ……48
5．まとめ ……50

Ⅲ．東京精神神経科診療所協会による「妊産婦に対する診療についてのアンケート調査」
1．はじめに ……52
2．調査票 ……53
3．調査結果 ……56
4．考察 ……68
5．まとめ ……70

Ⅳ．妊産婦メンタルヘルスケアに関するアンケート調査（東京精神科病院協会）
1．はじめに ……72
2．調査票 ……73
3．調査結果 ……76
4．考察 ……82
5．まとめ ……85

Ⅴ．妊産婦メンタルヘルスケアに関するアンケート調査（子育て世代包括支援センター等）
1．はじめに ……87
2．調査票 ……91
3．調査結果 ……95
4．考察 ……110
5．まとめ ……119
6．提言 ……123

Ⅵ．東京都の現状の取り組み、重点課題 ……131

Ⅶ．東京都医師会として ……133

Ⅷ．勉強会まとめ
１．きずなメールについて ……136
２．東京精神神経科診療所協会より情報提供 ……139
３．中野区、八王子市における妊産婦の患者さんへの支援について ……145
４．産後メンタルヘルスの領域における地域保健師との連携方法 ……150

Ⅸ．おわりに　芦刈委員長 ……153

Ⅹ．参考資料 ……158

はじめに

精神保健医療福祉委員会　副委員長　　石橋　幸滋

日本の周産期医療は、身体管理や治療については諸外国に比べても極めて高い医療レベル（妊産婦死亡率出産 10 万人あたり 2.8 人、周産期死亡率出生 1000 人あたり 3.2 例[1)]）を誇っているが、その一方で英国やスウェーデンと東京の周産期自殺率を比較しても、心のケアが立ち遅れてきたことは否めない（**表 1** 参照）。

例えば、産褥期には「産褥精神病」と総称される特有の精神障害が非妊娠時に比べて高い頻度で発生する。産褥早期(分娩後 2 週間以内)には褥婦が一過性に「マタニティ・ブルーズ」と呼称される軽度の抑うつ気分を示すことがあり、他の産褥精神障害とは区別される。一方、産後うつ病は産褥精神障害のなかでもっとも多い疾病であり、わが国では褥婦の 5～10%に認められ、産褥 2 週あるいは 4 週頃にすでに発症する場合もあることから、この時期でのスクリーニングが推奨されている。

産褥精神障害の発症には、妊娠中のイベント(望まない妊娠・望まれない妊娠に起因する家庭内関係、離別・死別など)が関連すること、あるいは産後うつ病の発症と妊娠中のうつ状態および不安状態との間に関連があることなどが報告されている。

また、2016 年竹田らは東京都監察医務院との共同研究で、2005～2014 年の 10 年間に東京 23 区で発生した妊産婦の異常死を分析し、この間に 63 例の自殺が起こっていたことを発表した(妊娠中 23 例、産褥 1 年未満 40 例)。この数字は産科異常による直接的妊産婦死亡率(東京都)の 2 倍以上であったが、加えて自殺した妊婦の約 4 割がうつ病または統合失調症であったこと、産婦の 6 割が産後うつ病をはじめとする精神疾患を有していたことが明らかになった（**表 2・図 1** 参照）。

そして、精神的な不安定が子供への愛情障害となり、児童虐待を疑う事例は年々増加し続けている（**図 2** 参照）。妊産婦のうつ病は妊娠や出産に関連した身体疾患より頻度が高く、また自殺の頻度も産科異常による母体死亡を上回っている。そのため、国も様々な少子化対策に取り組んでいるが、出生数は減少し続けており、この問題に取り組むのは喫緊の課題である[2)]。

表 1．英国（北アイルランドを含む）、スウェーデン、東京都の周産期自殺率の比較

UK & NI（2015）	Sweden（2015）	Tokyo（2016）
• 期間：2009-13 • 統計局 • 妊産婦死亡率 3.7 / 出生10万 • 追跡数：101名 • 自殺率：2.3/出生10万	• 期間：1980–2007 • 死因統計局 • 妊産婦死亡率 4.7 /出生10万 • 追跡数：103名 • 自殺率：3.7/出生10万	• 期間：2005-2014 • 人口動態 • 妊産婦死亡率 3.96/出生10万 • 追跡数：63名 • 自殺率：8.7/出生10万

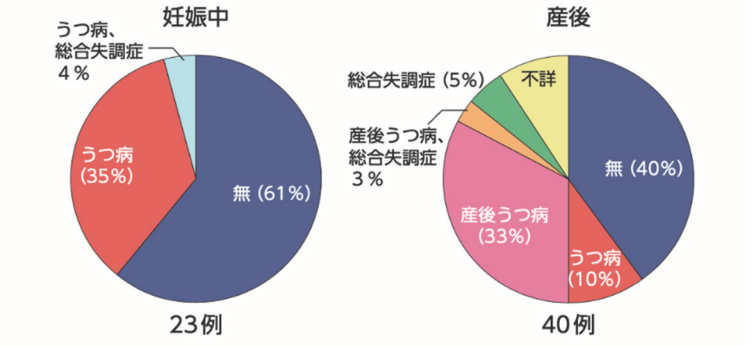
政府統計 e-stat および東京都監察医務院と順天堂大学の共同研究より

表 2．東京都 23 区の妊産婦の異常死の実態調査のまとめ

- 妊産褥婦の自殺者 63 例/10 年間
- 周産期自殺率 8.7(10 万出生対)
- 自殺の時期は、妊娠中：産後＝１：２
- 自殺の時期は、妊娠中は妊娠 2 ヵ月、産褥期では 3 ヵ月、4 ヵ月が多い
- 精神疾患がなかったのは、約半数(30/63 例)で、育児に悩んでいたが、受診を拒否していた事例もあった

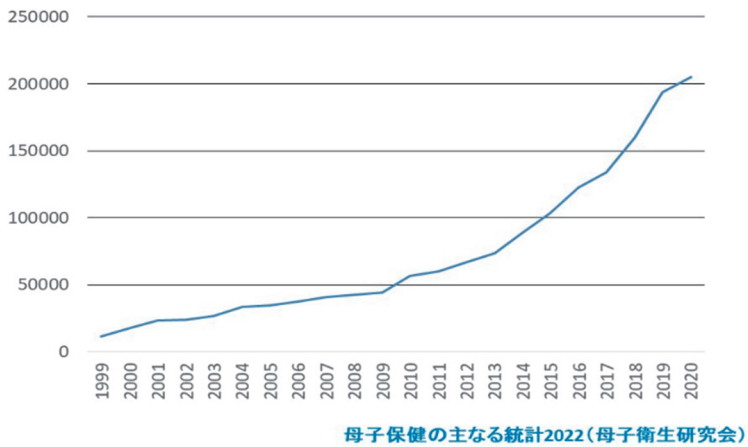
東京都 23 区の妊産婦の異常死の実態調査(順天堂大学 竹田省、東京都監察医務院 引地和歌子、福永龍繁)より

図１．妊産婦の自殺と精神疾患



日本産婦人科医会：妊産婦メンタルヘルスケアマニュアルより

図２．児童相談所における虐待相談件数の推移



このような問題に対処するためには、精神疾患に豊富な知識・経験のある医師に相談するべきであるし、一部の精神障害では育児放棄や虐待につながる可能性も指摘されているので、行政を巻き込んだ継続的な支援体制が必要である。具体的には、患者が明らかに精神症状を発現している場合には，速やかに精神科医の診断を仰ぎ、その後の治療方法、育児方法の立案、保健師等による育児支援システム構築等について、状況に応じて医療・行政担当者間で検討することが重要である[3)]。

しかし、現状この地域で支えるシステムがうまく稼働しているか不明であり、産科医と精神科医の連携も十分かどうかわかっていない。そこで、東京都医師会精神保健医療福祉委員会では、東京精神科病院協会や東京産婦人科医会へのアンケート調査に加え、日本産婦人科医会と東京精神神経科診療所協会のアンケート調査結果の活用、東京都の各区市町村の子育て世代包括支援センターをはじめとする妊産婦支援を行っている子ども家庭支援センターや子育て支援課など母子保健担当の組織に対してアンケート調査を行い、その活動を分析、評価した。

参考資料

１） 日本産婦人科医会：我が国の周産期医療の現状，2022.12.01 現在
https://www.jaog.or.jp/lecture/1-我が国の周産期医療の現状/

２） 日本産婦人科医会：妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル
http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/11/jaogmental_L.pdf

３） 日本産婦人科学会：産婦人科診療ガイドライン ―産科編 2020.P271－274
https://www.jsog.or.jp/activity/pdf/gl_sanka_2020.pdf

アンケート調査実施の経緯について

委員長　　芦刈　伊世子

2023 年 4 月よりこども家庭庁が創設される。日本は 1970 年代に少子高齢化が始まり、高齢者対策に関しては 2000 年に介護保険制度、2008 年に後期高齢者医療制度など急速に整備された。一方少子化対策に関しては男女共同参画などを推進するという側面もあり、出生数を増やすことと同時並行するのは難しかったのではないかと振り返る。女性が子どもを安心して妊娠して出産するという状況は「妊産婦のメンタルヘルスケア制度」が充実しているということにつながるという構成にようやく辿り着いたと思われる。

2000 年になって九州大学産婦人科教授中野仁雄が日本で初めて周産期メンタルヘルス研究をはじめ、次の年から精神科医が加わり、吉田敬子、岡野禎治、北村俊則は「妊産婦と子どものこころ」の領域を現在推進している。東京都では西園マーハ文が 2000 年から新宿区保健センターで月に一度の「親と子の相談室」を開設しており、現在も続いている。

それから 17 年後の 2017 年に日本産婦人科医会から「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」が発行された。また、2021 年 4 月には日本精神神経学会と日本産科婦人科学会の両学会が協働で、「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」が作成されている。マニュアルやガイドの中には「精神科リエゾン」、「多領域協働チームの必要性」が書かれているが、実際には、特に地域医療という面において協働チームとしては、何か不十分であると産婦人科医も精神科医も感じていた。その実態を 2021 年から 2 年間東京都医師会精神保健医療福祉委員会で検討し、多施設でアンケートによる実態調査することになった。

その実態や臨床医が望んでいることをまとめ、課題を見つけ、今後の東京都の妊産婦メンタルケア制度の方向性について提案することになった。

I 妊産婦メンタルヘルスケアに関するアンケート調査（東京産婦人科医会）

1. はじめに

精神障害を抱える妊産婦または妊娠を契機に精神障害を抱えた妊産婦については、疾患と母体の身体状態の性質上、精神科医療機関との連携が必須かつ大変重要である。しかし、精神科との連携の状況については明らかでない部分も多いことより、東京産婦人科医会会員 1,188 名（令和 4 年 9 月時点）に本調査を実施した。

本調査については、①妊婦健診は行っているが、分娩は取り扱っていない医療機関②妊婦健診・分娩とも取り扱っている医療機関（診療所）③妊婦健診・分娩とも取り扱っており院内に精神科がある医療機関（病院）④妊婦健診・分娩とも取り扱っており院内に精神科がない医療機関（病院）の 4 つに分類し、それぞれの医療連携の実態把握や、精神科医とのよりよい連携の在り方等について、検討するための資料とすることを目的とする。

2. 調査票

【本アンケート調査における言葉の定義】
高次医療機関：本調査では、周産期センターを含めた高度医療機関を示す。
総合病院　　：本調査では、上記の高次医療機関以外の一般病院を示す。

【医療機関の形態】

① 妊婦健診・分娩を取り扱っていない医療機関　⇒終了です
② 妊婦健診は行っているが、出産は取り扱っていない医療機関　⇒Q1 へ
③ 妊婦健診・分娩とも取り扱っている医療機関（診療所）　⇒Q2 へ
④ 妊婦健診・分娩とも取り扱っている医療機関（病院）　⇒Q3 へ

Q1（妊婦健診は行っているが、分娩は取り扱っていない医療機関の先生にお尋ねします）

Q1-1. 精神科通院中の妊婦の健診を行っていますか？

□ 行っている　⇒ Q1-2.以下へ
□ 場合によっては行っている　⇒ Q1-2.以下へ
□ 行っていない　⇒ Q1-6.以下へ

Q1-2. 精神科通院中の妊婦の健診を行う場合、精神科主治医との連携はどうしていますか？

□ 必ず精神科主治医と情報交換している
□ 必要があれば精神科主治医と情報交換している
□ 精神科主治医と直接情報交換することはほとんどない
□ その他（　　）

Q1-3. 精神科主治医との連携に困難を感じることはありますか？

□ 困難を感じることはない
□ 困難を感じることは時々ある
□ 非常に困難である
□ その他（　　）

Q1-4. 精神科通院中の妊婦の健診を行う場合、行政（保健師）に情報提供していますか？

□ 必ず行政（保健師）に情報提供している
□ 必要があれば行政（保健師）に情報提供している
□ 行政（保健師）に情報提供することはほとんどない
□ その他（　　）

Q1-5. 精神科通院中の妊産婦が、出産後に精神状態が悪化した時はどうしますか？（複数回答可）

□ 精神科主治医と連携して対応する
□ 行政（保健師）に連絡する
□ 精神科と産科のある高次医療機関に紹介する
□ 家族に連絡する
□ その他（　　）

Q1-6. 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になる（放っておけないと思う）時は どんな時ですか？（表情が暗い、泣く、眠れないと訴える、EPDS 高得点、希死念慮など）

Q1-7. 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になった時、どうしていますか？ （複数回答可）

- □ 産婦人科スタッフで対応する
- □ 総合病院の精神科に紹介する
- □ 近隣の精神科診療所に紹介する
- □ 精神科と産科のある高次医療機関に紹介する
- □ 行政（保健師）に連絡する
- □ 家族に連絡する
- □ 本人に精神科受診を勧める
- □ その他（　　）

Q1-8. 妊産婦のメンタルヘルスケアで困った経験がありましたら教えてください。

Q1-9. 精神科との医療連携について望ましいものを挙げて下さい。（複数回答可）

- □ 地区医師会を通じた精神科医や東京精神神経科診療所協会、東京精神科病院協会等との連携。
- □ 地域の精神科診療所や精神科病院との個人的な連携。
- □ 大学病院等の精神科のある大規模病院との連携。
- □ 東京都等の行政が中心となった連携システムの構築。
- □ 精神科医と産婦人科医による症例検討会等の開催。
- □ インターネット等を利用した症例の相談が出来るシステムの構築。
- □ その他（　　）

Q2（妊婦健診・分娩とも取り扱っている医療機関（診療所）の先生にお尋ねします）

Q2-1. 精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行っていますか？

- □ 行っている　⇒Q2-2.以下へ
- □ 場合によっては行っている　⇒Q2-2.以下へ
- □ 行っていない　⇒Q2-6.以下へ

Q2-2. 精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行う場合、精神科主治医との連携はどうしていますか？

- □ 必ず精神科主治医と情報交換している
- □ 必要があれば精神科主治医と情報交換している
- □ 精神科主治医と直接情報交換することはほとんどない
- □ その他（　　）

Q2-3. 精神科主治医との連携に困難を感じることはありますか？

- □ 困難を感じることはない
- □ 困難を感じることは時々ある
- □ 非常に困難である
- □ その他（　　）

Q2-4. 精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行う場合、行政（保健師）に情報提供していますか？

□ 必ず行政（保健師）に情報提供している
□ 必要があれば行政（保健師）に情報提供している
□ 行政（保健師）に情報提供することはほとんどない
□ その他（　　）

Q2-5. 精神科通院中の妊産婦が、出産後に精神状態が悪化した時はどうしますか？（複数回答可）

□ 精神科主治医と連携して対応する
□ 行政（保健師）に連絡する
□ 精神科と産科のある高次医療機関に紹介する
□ 家族に連絡する
□ その他（　　）

Q2-6. 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になる（放っておけないと思う）時は どんな時ですか？（表情が暗い、泣く、眠れないと訴える、EPDS 高得点、希死念慮など）

Q2-7. 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になった時、どうしていますか？ （複数回答可）

□ 産婦人科スタッフで対応する
□ 総合病院の精神科に紹介する
□ 近隣の精神科診療所に紹介する
□ 精神科と産科のある高次医療機関に紹介する
□ 行政（保健師）に連絡する
□ 家族に連絡する
□ 本人に精神科受診を勧める
□ その他（　　）

Q2-8. 妊産婦のメンタルヘルスケアで困った経験がありましたら教えてください。

Q2-9. 精神科との医療連携について望ましいものを挙げて下さい。（複数回答可）

□ 地区医師会を通じた精神科医や東京精神神経科診療所協会、東京精神科病院協会等との連携。
□ 地域の精神科診療所や精神科病院との個人的な連携。
□ 大学病院等の精神科のある大規模病院との連携。
□ 東京都等の行政が中心となった連携システムの構築。
□ 精神科医と産婦人科医による症例検討会等の開催。
□ インターネット等を利用した症例の相談が出来るシステムの構築。
□ その他（　　）

Q3（妊婦健診・分娩とも取り扱っている医療機関（病院）の先生にお尋ねします）

Q3-0. 院内に精神科はありますか？

□ ある　　⇒ Q3-1 へ
□ ない　　⇒ Q3-2 へ

Q3-1.（院内に精神科のある医療機関（病院）の先生にお尋ねします）

Q3-1-0. 精神科入院病床はありますか？

☐ ある

☐ ない

Q3-1-1. 院外の精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行っていますか？

☐ 行っている ⇒ Q3-1-2.以下へ

☐ 場合によっては行っている ⇒ Q3-1-2.以下へ

☐ 行っていない ⇒ Q3-1-7.以下へ

Q3-1-2. 院外の精神科通院中の妊婦の健診・分娩に際し、精神科主治医との連携はどうしていますか？

☐ 必ず精神科主治医と情報交換している

☐ 必要があれば精神科主治医と情報交換している

☐ 精神科主治医と直接情報交換することはほとんどない

☐ その他（ ）

Q3-1-3. 院外の精神科主治医との連携に困難を感じることはありますか？

☐ 困難を感じることはない

☐ 困難を感じることは時々ある

☐ 非常に困難である

☐ その他（ ）

Q3-1-4. 院内の精神科との連携はどうしていますか？（複数回答可）

☐ 妊娠中は院内の精神科に通院してもらう

☐ 妊娠中に精神状態に変化があった場合は受診してもらう

☐ 分娩入院中に精神状態に変化があった場合は受診してもらう

☐ 院内の精神科とは連携していない

☐ その他（ ）

Q3-1-5. 精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行う場合、行政（保健師）に情報提供していますか？

☐ 必ず行政（保健師）に情報提供している

☐ 必要があれば行政（保健師）に情報提供している

☐ 行政（保健師）に情報提供することはほとんどない

☐ その他（ ）

Q3-1-6. 精神科通院中の妊産婦が、出産後に精神状態が悪化した時はどうしますか？（複数回答可）

☐ 院内の精神科にコンサルトする

☐ 院外の精神科主治医と連携して対応する

☐ 行政（保健師）に連絡する

☐ 家族に連絡する

☐ その他（ ）

Q3-1-7. 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になる（放っておけないと思う）時は どんな時ですか？（表情が暗い、泣く、眠れないと訴える、EPDS 高得点、希死念慮など）

Q3-1-8. 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になった時、どうしていますか？ （複数回答可）

- □ 産婦人科スタッフで対応する
- □ 院内の精神科にコンサルトする
- □ 近隣の精神科診療所に紹介する
- □ 行政（保健師）に連絡する
- □ 家族に連絡する
- □ 本人に精神科受診を勧める
- □ その他（　　）

Q3-1-9. 妊産婦のメンタルヘルスケアで困った経験がありましたら教えてください。

Q3-1-10. 精神科との医療連携について望ましいものを挙げて下さい。（複数回答可）

- □ 地区医師会を通じた精神科医や東京精神神経科診療所協会、東京精神科病院協会等との連携。
- □ 地域の精神科診療所や精神科病院との個人的な連携。
- □ 大学病院等の精神科のある大規模病院との連携。
- □ 東京都等の行政が中心となった連携システムの構築。
- □ 精神科医と産婦人科医による症例検討会等の開催。
- □ インターネット等を利用した症例の相談が出来るシステムの構築。
- □ その他（　　）

Q3-2.（院内に精神科のない医療機関（病院）の先生にお尋ねします）

Q3-2-1. 精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行っていますか？

- □ 行っている　⇒ Q3-2-2.以下へ
- □ 場合によっては行っている　⇒ Q3-2-2.以下へ
- □ 行っていない　⇒ Q3-2-6.以下へ

Q3-2-2. 精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行う場合、精神科主治医との連携はどうしていますか？

- □ 必ず精神科主治医と情報交換している
- □ 必要があれば精神科主治医と情報交換している
- □ 精神科主治医と直接情報交換することはほとんどない
- □ その他（　　）

Q3-2-3. 精神科主治医との連携に困難を感じることはありますか？

- □ 困難を感じることはない
- □ 困難を感じることは時々ある
- □ 非常に困難である
- □ その他（　　）

Q3-2-4. 精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行う場合、行政（保健師）にも情報提供していますか？

- □ 必ず行政（保健師）に情報提供している
- □ 必要があれば行政（保健師）に情報提供している
- □ 行政（保健師）に情報提供することはほとんどない
- □ その他（　　）

Q3-2-5. 精神科通院中の妊産婦が、出産後に精神状態が悪化した時はどうしますか？（複数回答可）

- □ 精神科主治医と連携して対応する
- □ 行政（保健師）に連絡する
- □ 精神科と産科のある高次医療機関に紹介する
- □ 家族に連絡する
- □ その他（　　）

Q3-2-6. 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になる（放っておけないと思う）時は どんな時ですか？（表情が暗い、泣く、眠れないと訴える、EPDS 高得点、希死念慮など）

Q3-2-7. 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になった時、どうしていますか？ （複数回答可）

- □ 産婦人科スタッフで対応する
- □ 総合病院の精神科に紹介する
- □ 近隣の精神科診療所に紹介する
- □ 精神科と産科のある高次医療機関に紹介する
- □ 行政（保健師）に連絡する
- □ 家族に連絡する
- □ 本人に精神科受診を勧める
- □ その他（　　）

Q3-2-8. 妊産婦のメンタルヘルスケアで困った経験がありましたら教えてください。

Q3-2-9. 精神科との医療連携について望ましいものを挙げて下さい。（複数回答可）

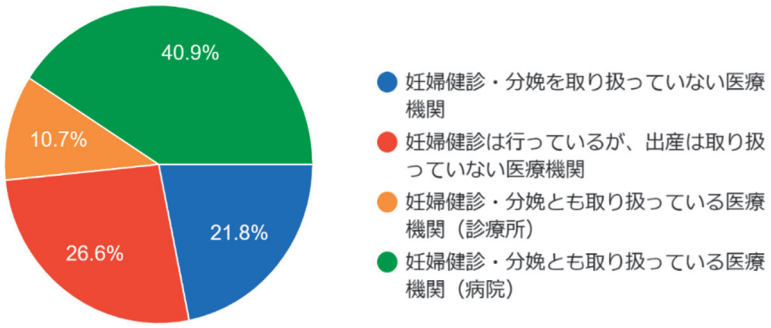
- □ 地区医師会を通じた精神科医や東京精神神経科診療所協会、東京精神科病院協会等との連携。
- □ 地域の精神科診療所や精神科病院との個人的な連携。
- □ 大学病院等の精神科のある大規模病院との連携。
- □ 東京都等の行政が中心となった連携システムの構築。
- □ 精神科医と産婦人科医による症例検討会等の開催。
- □ インターネット等を利用した症例の相談が出来るシステムの構築。
- □ その他（　　）

3. 調査結果

■回答について

1,188 名のうち、252 名の回答で、21%の回答率であった。44 区市町村なので、東京全体から 5 人に 1 人回答している。日本産婦人科医会からもアンケートが毎年あるので、回答数は関心のある先生に限られた可能性がある。

医療機関の形態

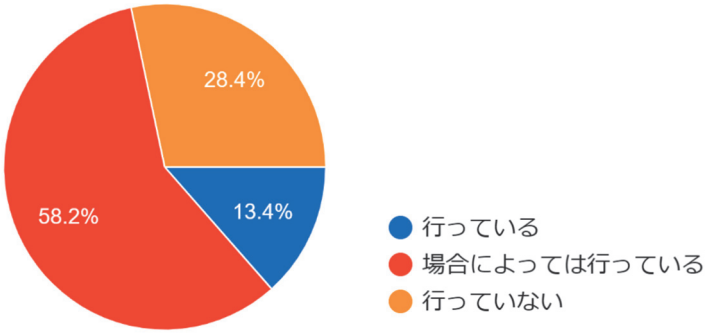


Q1. 妊婦健診は行っているが、分娩は取り扱っていない医療機関

Q1-1 精神科通院中の妊婦の健診を行っていますか？

⇒回答対象：【医療機関の形態】にて「妊婦健診は行っているが、出産は取り扱っていない医療機関」と回答

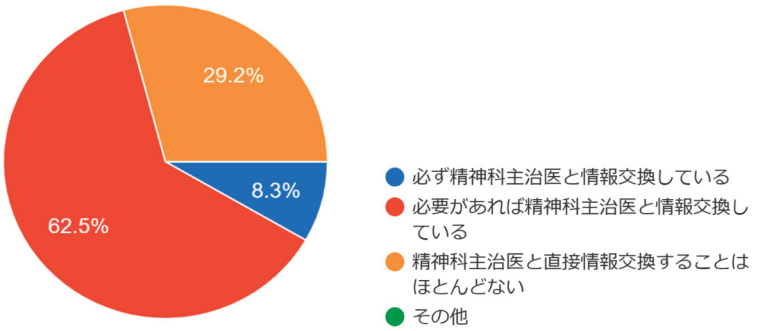
この項目は分娩を取り扱っていない診療所の医師が回答しているが、71.6%は精神科通院中の妊婦の健診を行っている。多くの診療所産婦人科医は差別せずに診療所でも経過観察されていると思われる。



Q1-2 精神科通院中の妊婦の健診を行う場合、精神科主治医との連携はどうしていますか？

⇒回答対象：Q1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

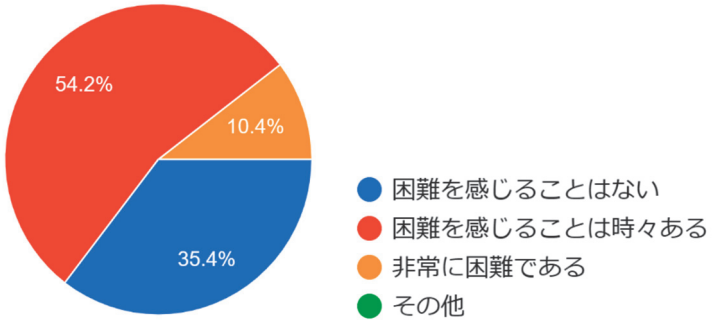
精神科通院中の妊婦に対して、精神科医との連携も 70.8%にのぼり、望ましい割合と考えた。一方情報交換することはほとんどないと回答した診療所産婦人科医は 29.2%であった。



Q1-3 精神科主治医との連携に困難を感じることはありますか？

⇒回答対象：Q1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

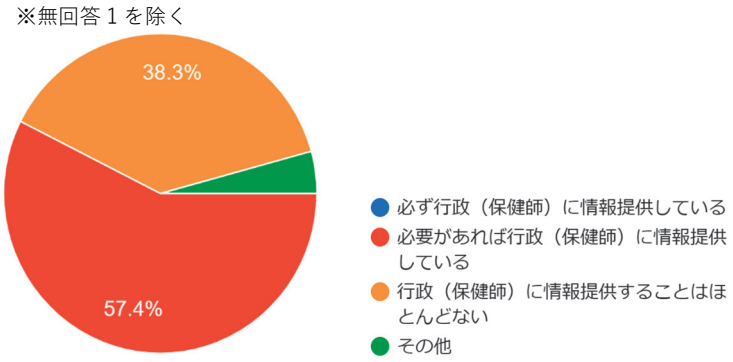
精神科医と連携をとろうとしている産婦人科医の 64.6%は困難を感じており、そのうち 10.4%は非常に困難を感じているということがわかった。



Q1-4 精神科通院中の妊婦の健診を行う場合、行政（保健師）に情報提供していますか？

⇒回答対象：Q1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

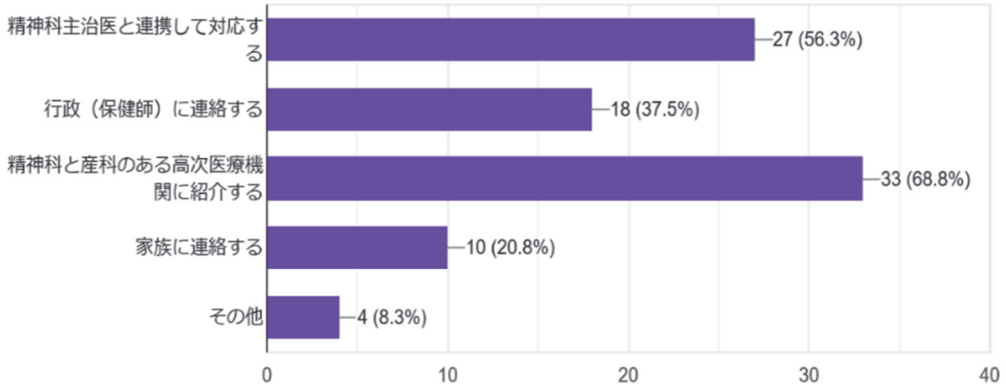
精神科通院中の妊婦の健診を行っている際に必要であれば保健師に情報提供しているという産婦人科医は 57.4%と半数以上に及ぶ。



Q1-5 精神科通院中の妊産婦が、出産後に精神状態が悪化した時はどうしますか？

⇒回答対象：Q1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

（複数回答可）



【その他】
・分娩を取り扱っていないので、分娩後当院を受診することはほとんどなく、状態の把握は困難。
・分娩をしないため出産後に受診することはない
・当院では分娩をしていない為、産後は関わっていない
・出産後に受診されたことがない

この項目は分娩を取り扱っていない産婦人科医の回答なので、病院で出産した後に、産婦人科医がかかりつけ医として引き続き相談にのってあげていることが浮かび上がっている。複数の回答可の質問であるが、出産した病院か周産期メンタルヘルスを行っている病院の精神科医に約 68.8%紹介している。精神科主治医に半数、保健師に 37.5%、家族に 20.8%連絡している。精神科主治医が産後に対応できないと判断されているのか、断ったのか考えさせられる結果である。

Q1-6 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になる（放っておけないと思う）時はどんな時ですか？

■回答（自由記載を分類）

Q1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

回答分類	回答数
希死念慮	10
感情の不安定さ	5
表情や態度が暗い	8
眠れないという訴え	4
落ち込み・抑うつ的な訴え	3
不安感	2
普段の様子との違い	1
スクリーニング検査の高得点	6
家族のサポートが得にくい	1
その他	24

Q1-1 にて「行っていない」と回答

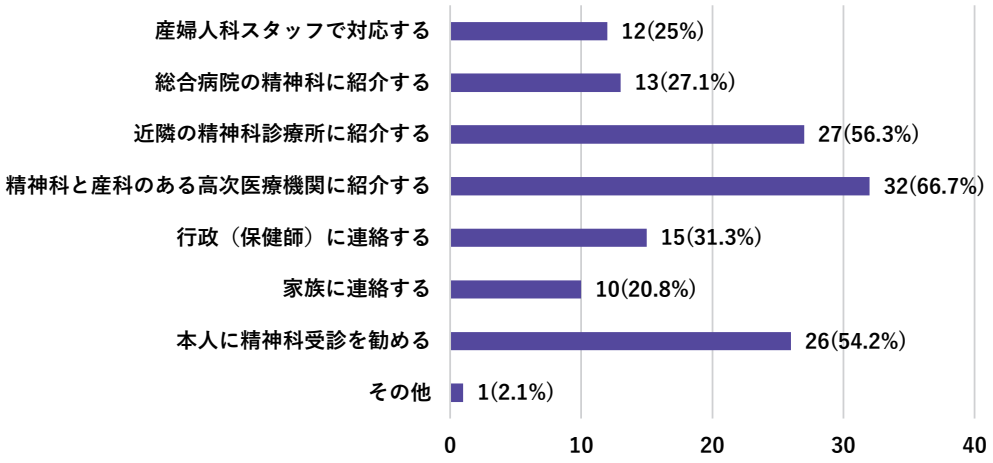
回答分類	回答数
希死念慮	5
表情や態度が暗い	6
眠れないという訴え	5
感情の不安定さ	4
訴えの多さ	1
スクリーニング検査の高得点	2
精神疾患既往歴	1
その他	7

精神科に通院していない妊婦の精神状態に関しては、希死念慮、表情が暗い、泣く、EPDS 高値、不眠に気が付いた時に、診療所で抱えないと判断していることがわかる。

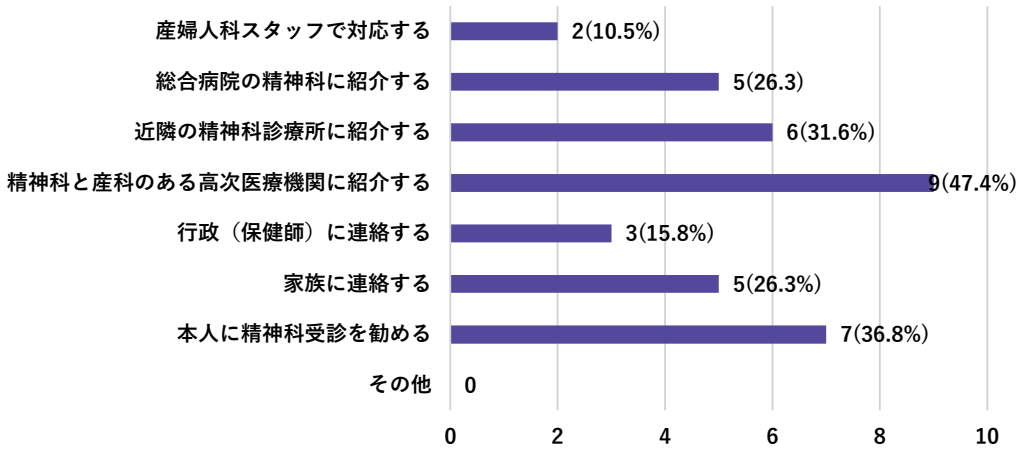
Q1-7 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になった時、どうしていますか？

■回答（複数回答可）

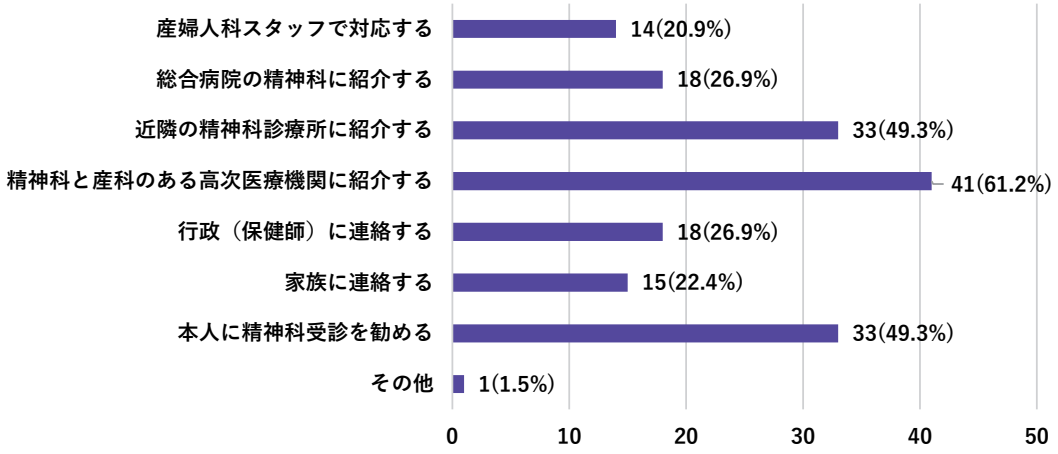
Q1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答（回答対象 48）



Q1-1 にて「行っていない」と回答（回答対象 19）



総回答（回答対象 67）



【その他】
・当院の心療内科で判断し分娩施設を精神対応可能な都内の総合周産期母子医療センターにすることを納得してもらい、以後はそこの指示に従って対応

精神科に通院していない妊婦の精神症状が悪いと気が付いたとき、精神科と産科のある高次医療機関に紹介するという回答が 61.2%で最も多かった。近隣の精神科診療所に紹介するのも 49.3%と次いで多かった。いつも連携をとっている精神科医の存在が浮かび上がってくる。保健師に連絡するという回答が 26.9%と意外と少ない。また、本人に精神科受診を勧めると回答した産婦人科医は 49.3%であり、Q1-3 の精神科主治医との連携に関する問題があるので、そこは本人家族にお願いしていると考えられる。

Q1-8 妊産婦のメンタルヘルスケアで困った経験がありましたら教えてください。

■回答（自由記載を分類）

Q1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

回答分類	回答数
精神科受診の難しさ	1
投薬の考え方が異なる	1
精神科と分娩施設の連携ができない	1
定期検診が継続できない	1
精神科への紹介	1
その他	6

Q1-1 にて「行っていない」と回答

回答分類	回答数
家族のサポートが得にくい	2
自殺の訴え	1
精神科受診の難しさ	1
精神科薬の自己中断	1

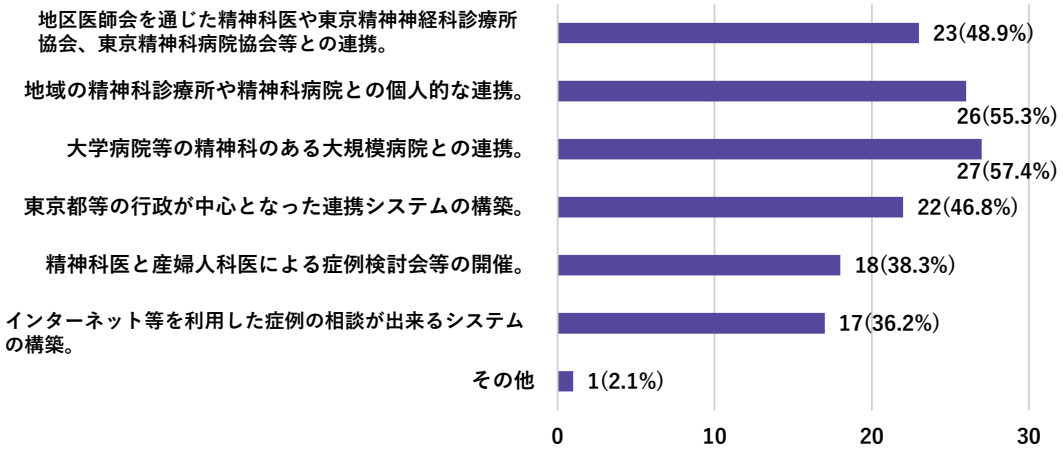
妊産婦で困った経験に関しては、「精神科に行くように勧めても、行こうとしない、ないしは家族から反対される。」「向精神薬に対する方針が異なる。」「死にたいという訴えを産婦人科医に話す。」など、産婦人科医は周産期女性を精神科的にも支援したいと思っているが、なかなか難しいという場面もあるということが浮かび上がっている。

Q1-9 精神科との医療連携について望ましいものを挙げて下さい。

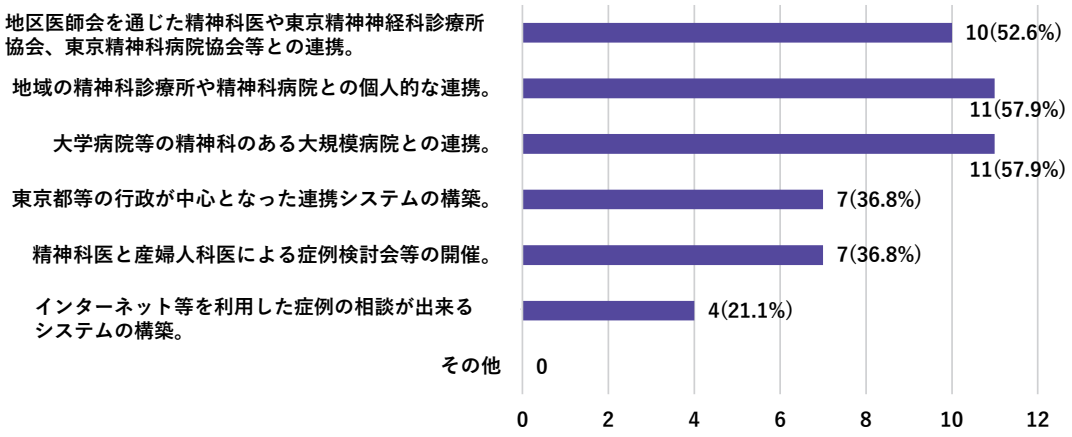
■回答（複数回答可）

Q1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答（回答対象 48・無回答 1）

※無回答 1 を除く

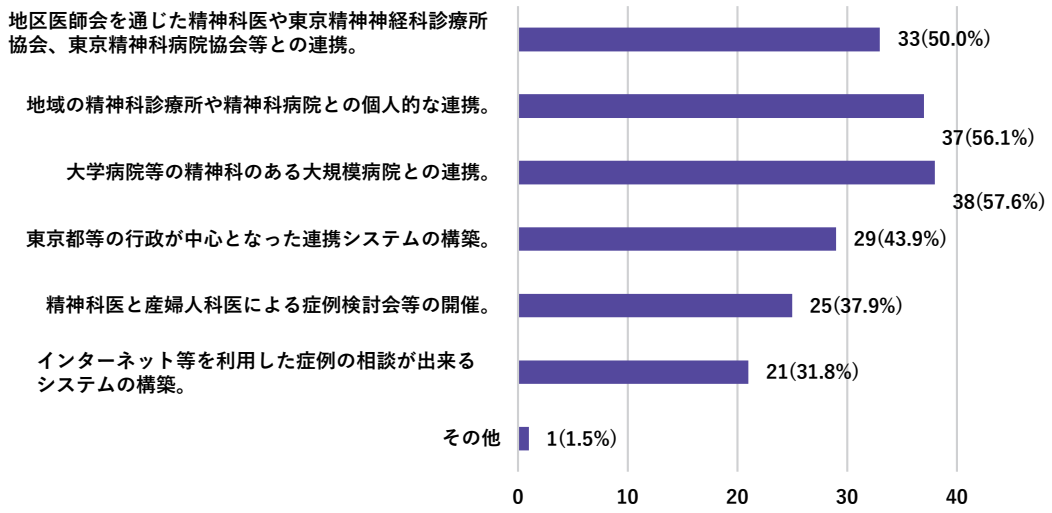


Q1-1 にて「行っていない」と回答（回答対象 19）



総回答（回答対象 67・無回答 1）

※無回答 1 を除く



【その他】まずは、分娩する施設との連携が最重要。分娩施設に精神科併設が必須。それ以外は無意味。

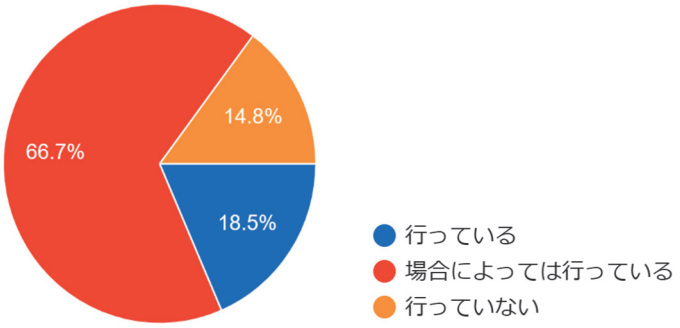
精神科との医療連携について望ましいものは精神科通院中の妊婦の健診を行っている産婦人科医も、行っていない産婦人科医も、大学病院等の精神科のある大規模病院だけでなく、同じように地域の精神科診療所や精神科病院との連携、個人的なそれらとの連携が望ましいと回答している。精神科通院中の妊婦の健診を行っている産婦人科医はさらに、東京都等の行政が中心となった連携システムの構築や症例検討会も必要と回答している。その他の意見としては、分娩する施設に精神科併設が必要と回答した産婦人科医の意見もあった。

Q2. 妊婦健診・分娩とも取り扱っている医療機関（診療所）

Q2-1 精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行っていますか？

⇒回答対象：【医療機関の形態】にて「妊婦健診・分娩とも取り扱っている医療機関（診療所）」と回答

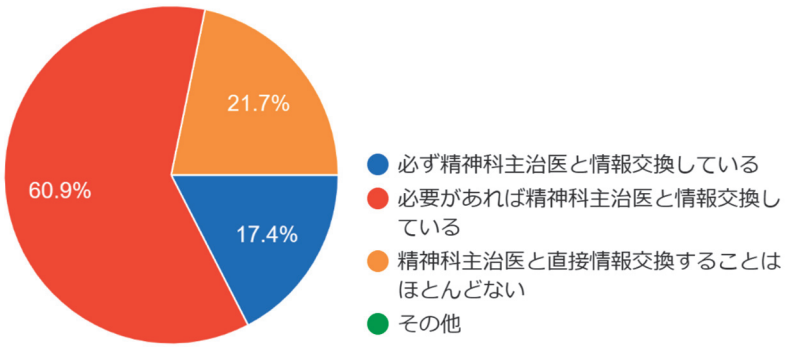
精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行っている医療機関（診療所）の 85.2%の産婦人科医が健診・分娩を行っているないしは場合によっては行っているという結果であったので、精神科通院中の妊産婦への対応困難感は多くはないのだと思われる。



Q2-2 精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行う場合、精神科主治医との連携はどうしていますか？

⇒回答対象：Q2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

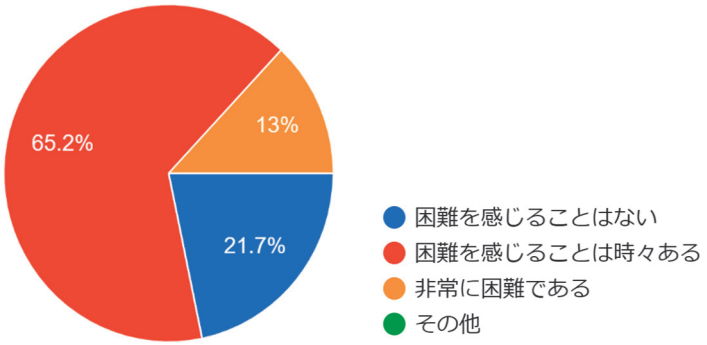
精神科主治医のいる妊産婦が健診、分娩するときは 78.3%の産婦人科医が精神科主治医と連携をしていることがわかる、必ずと回答した産婦人科医は 17.4%にのぼり、慎重に対応されている姿が推測される。



Q2-3 精神科主治医との連携に困難を感じることはありますか？

⇒回答対象：Q2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

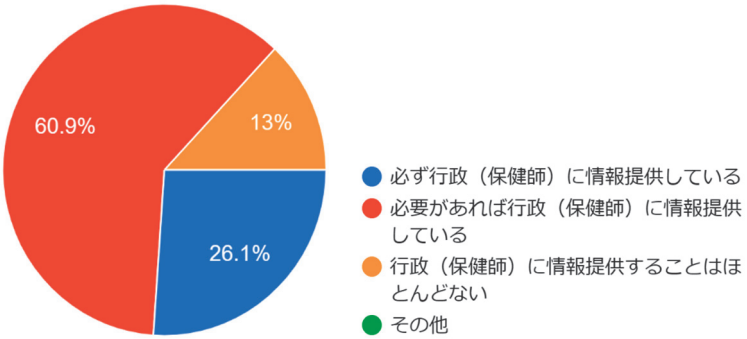
さらに精神科主治医と連携する時に 78.2%の産婦人科医が困難を感じていることがわかる。逆に 21.7%の産婦人科医は連携に困難を感じておらず、常日頃から連携している精神科医がいるのではないかと想像された。



Q2-4 精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行う場合、行政（保健師）に情報提供していますか？

⇒回答対象：Q2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

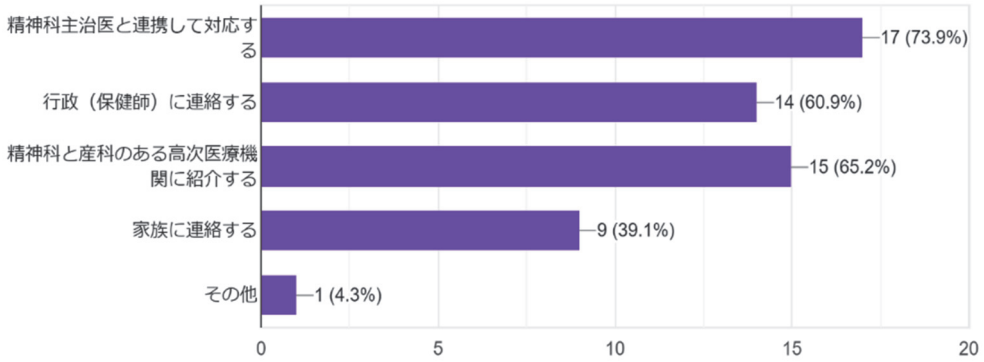
精神科通院中の妊婦が健診・分娩を行う時は保健師に情報提供すると回答した産婦人科医は 87%にのぼり、慎重に対応している姿が推測される。26.1%が必ずと回答し、4 分の 1 の産婦人科医は常日頃から行政と連携しているのであろうと考えた。



Q2-5 精神科通院中の妊産婦が、出産後に精神状態が悪化した時はどうしますか？

⇒回答対象：Q2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

（複数回答可）



【その他】かかりつけ医を受診するよう説明する

精神科通院中の妊婦が出産後に精神状態が悪化した時は 73.9%の産婦人科医が精神科主治医に連携して対応しているが、逆に精神科主治医に連絡していないのは何故なのだろうか。何か精神科医に問題があるのか、出産した妊婦が拒否したのか、課題である。また、60.9%は保健師に連絡している。保健師に情報提供していない 40%は連絡する必要がないと考えたのか、連絡しなくても解決できる精神症状であったのか、また、出産後 1 か月の助産師、保健師による定期健診でわかることなので、情報提供は考えていないのか、理由を知りたいと思った。

Q2-6 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になる（放っておけないと思う）時はどんな時ですか？

■回答（自由記載を分類）

Q2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

回答分類	回答数
希死念慮	5
感情の不安定さ	4
表情や態度が暗い	5
眠れないという訴え	5
スクリーンング検査の高得点	5
分娩継続を放棄したい訴え	1
児への関心のなさ	1
夫婦間の不和	1
その他	6

Q2-1 にて「行っていない」と回答

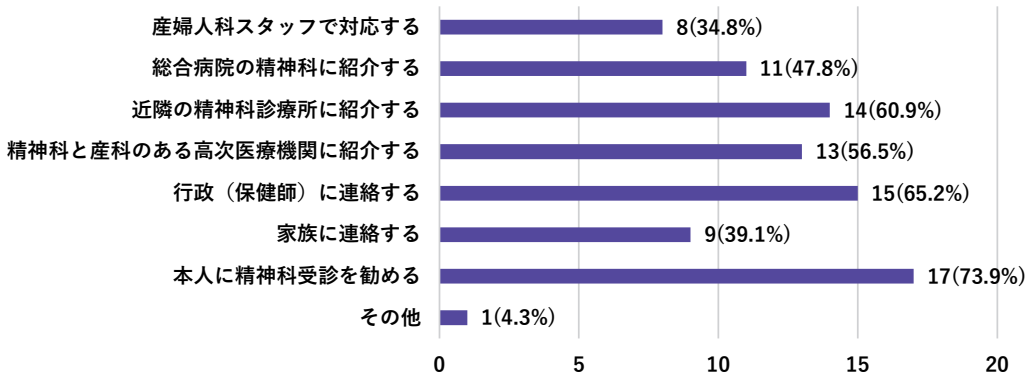
回答分類	回答数
表情や態度が暗い	2
感情の不安定さ	2
眠れないという訴え	1
悪阻と産後うつ	1

精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になる時というのは、EPDS 高得点だけでなく妊産婦の「死にたい」という言葉や表情の暗さ、不眠の訴え、などの抑うつ状態を見逃さずに診療している姿が浮かび上がる。また、子どもへの関心がないなどのボンディング障害や夫婦間の不仲などの育児環境を考えていることも回答にあった。精神科に通院している患者の健診や分娩を行っていない産婦人科医も診療の中で表情が暗い、泣く、不眠、悪阻、産後うつ状態では対応しないと思われる状態であることがわかった。

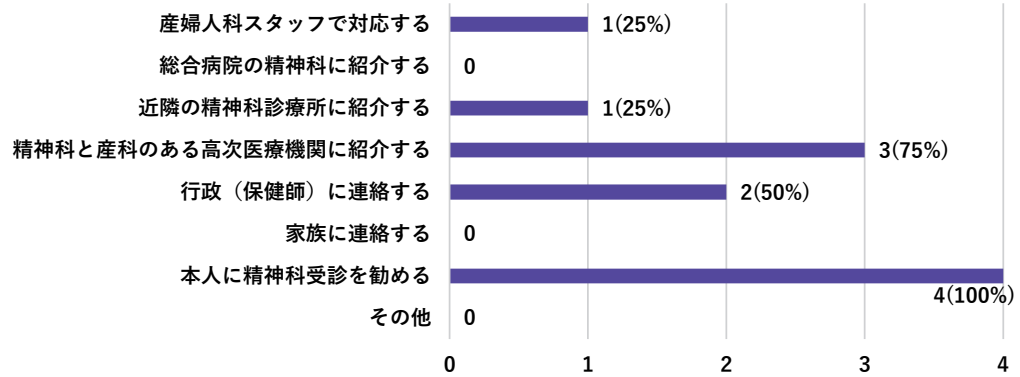
Q2-7 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になった時、どうしていますか？

■回答（複数回答可）

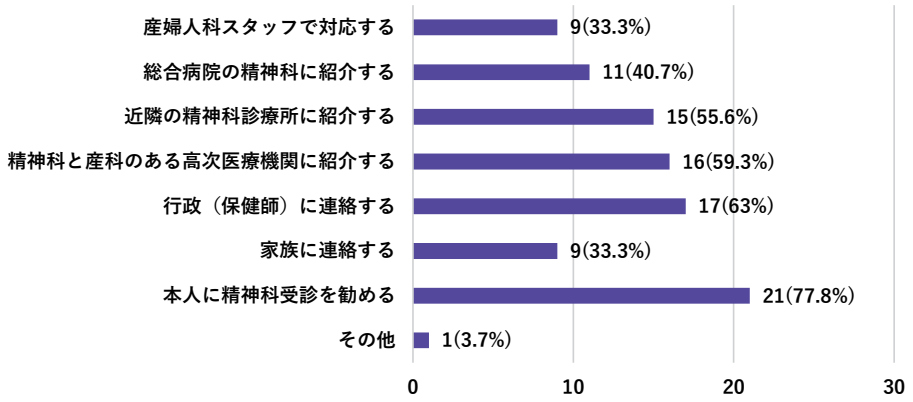
Q2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答（回答対象 23）



Q2-1 にて「行っていない」と回答（回答対象 4）



総回答（回答対象 27）



【その他】担当助産師チームを作る

精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になったとき、保健師に連絡すると回答した産婦人科医は63%であった。近隣の精神科診療所、精神科と産科のある高次医療機関、総合病院の精神科に紹介するという産婦人科医の人数はほぼ同数であった。最も多い回答は、本人に精神科受診を勧めるという回答であり、77.8%の産婦人科医が回答した。ほぼ全員が本人に促していることがわかった。

Q2-8 妊産婦のメンタルヘルスケアで困った経験がありましたら教えてください。

■回答（自由記載を分類）

Q2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

回答分類	回答数
精神科病棟入院の難しさ	2
産褥期の精神状態把握の難しさ	4
精神科受診の難しさ	3

Q2-1 にて「行っていない」と回答

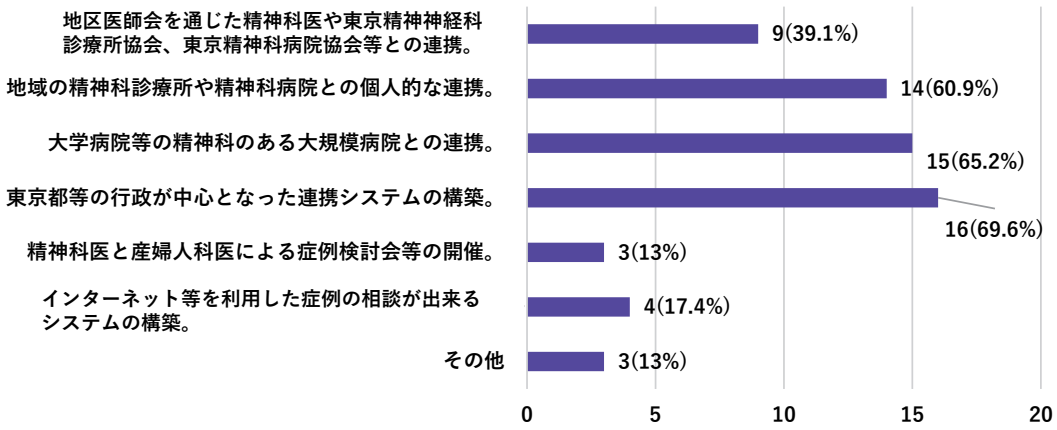
回答分類	回答数
転院の困難さ	1

精神科的な問題が強く表れている患者の入院先を見つけることが難しい。また、精神科受診に消極的な患者にも困っている様子が伺われる。

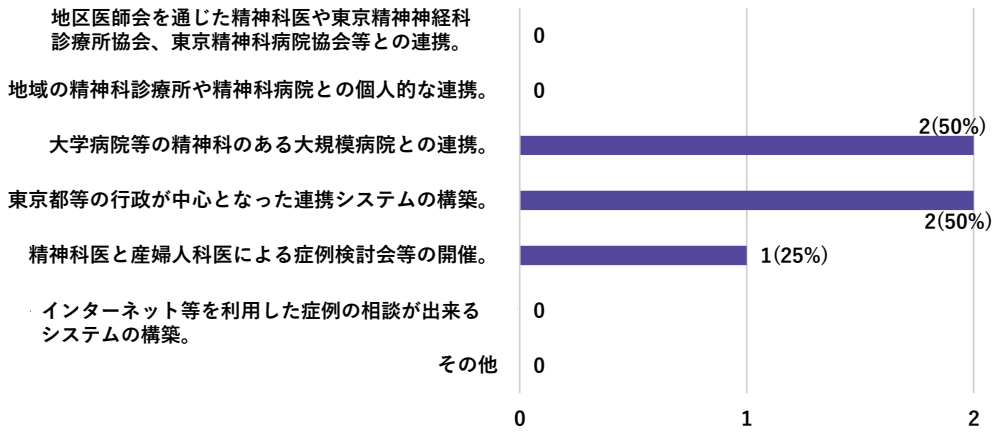
Q2-9 精神科との医療連携について望ましいものを挙げて下さい。

■回答（複数回答可）

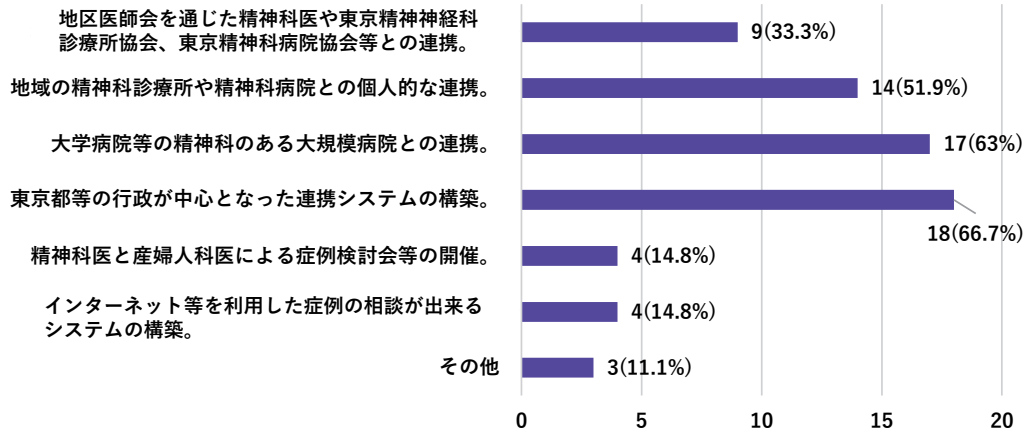
Q2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答（回答対象 23）



Q2-1 にて「行っていない」と回答（回答対象 4）



総回答（回答対象 27）



【その他】
・あまり取扱い例がないため、どのような連携方法が良いのかが判断できかねる。
・出産件数が当院より少ない大学病院や総合病院が精神科がないという理由のみで出産を断っているため、当院のような診療所が精神疾患患者の妊娠・出産を担うしかない現状を改善して欲しい
・周産期東京ルールに組み込む

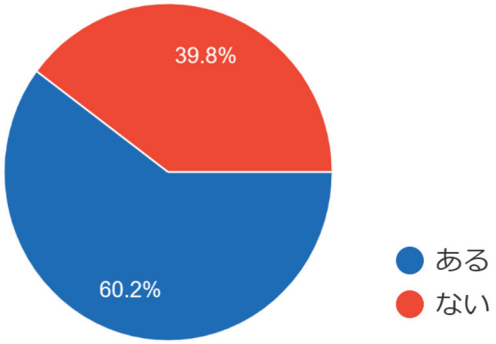
精神科との医療連携で望ましいのは、東京都等の行政が中心となった連携システムの構築ということと、精神科のコンサルテーションのあるような大学病院との連携という回答が多かった。産婦人科医の努力や縁での連携よりも、決まった安心なルールの中で産婦人科医が安心して専門外の精神科医療やケアに繋げられることが重要と考えていることがわかった。現実はそれがないので、地域の精神科診療所や精神科病院との個人的な連携で繋げていることがわかる。

Q3. 妊婦健診・分娩とも取り扱っている医療機関（病院）

Q3-0 院内に精神科はありますか？

⇒回答対象：【医療機関の形態】にて「妊婦健診・分娩とも取り扱っている医療機関（病院）」と回答

院内での精神科コンサルテーションができる病院は 60.2%で、産婦人科医にとっても精神科医にとっても、病院内で繋がっていることで安心した体制ができるのだと考えられるが、ここに集中するわけにはいかないと考えた。



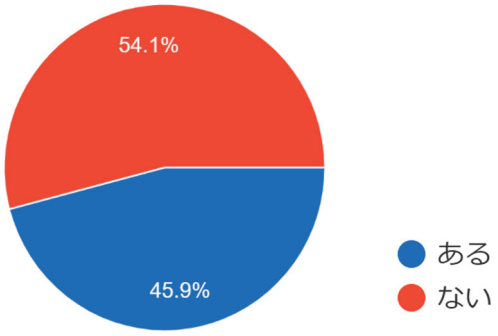
Q3-1. 院内に精神科のある医療機関（病院）

Q3-1-0 精神科入院病床はありますか？

⇒回答対象：Q3-0 にて「ある」と回答

さらに精神科入院病床があると回答した産婦人科医は 45.9%である。施設へのアンケートではないので、実際にはもう少し少ない施設状況と考えられる。アンケートに答えた産婦人科医の半数弱が精神科病棟への入院も想定しながら健診、分娩を行っているので、多くの産婦人科医や精神科診療所は精神科病床をもつ病院との連携体制があることが望ましいと考える根拠であることがわかった。

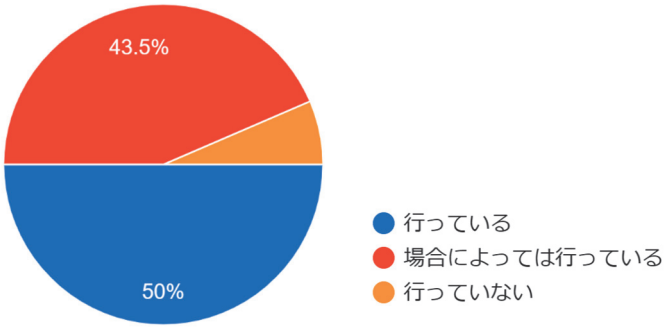
※無回答 1 を除く



Q3-1-1 院外の精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行っていますか？

⇒回答対象：Q3-1-0 にて「ある」と回答

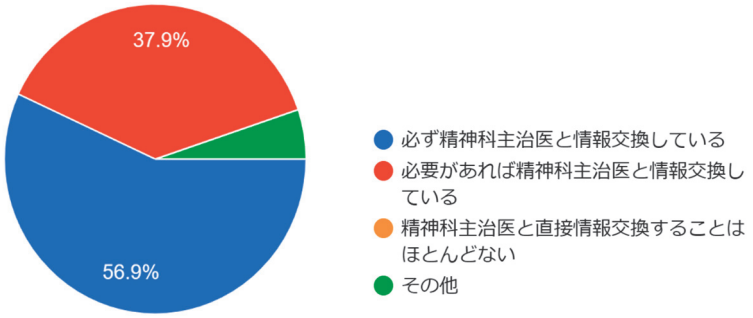
院外の精神科通院中の妊産婦の健診・分娩を 93.5%の産婦人科医が行っていると答えた。場合によっては行っているという回答はその半数であるが、精神科通院中という状況への受け入れは極めてよいことが推測された。経験が多いということではないかと思われた。



Q3-1-2 院外の精神科通院中の妊婦の健診・分娩に際し、精神科主治医との連携はどうしていますか？

⇒回答対象：Q3-1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

院外の精神科通院中の妊産婦の健診・分娩に関して、主治医とも 94.8%が連携していると答え、56.9%は必ずと回答している。これは専門的に連携して診療情報提供書での連絡があることや専門のコメディカル担当者がいることが推測される。

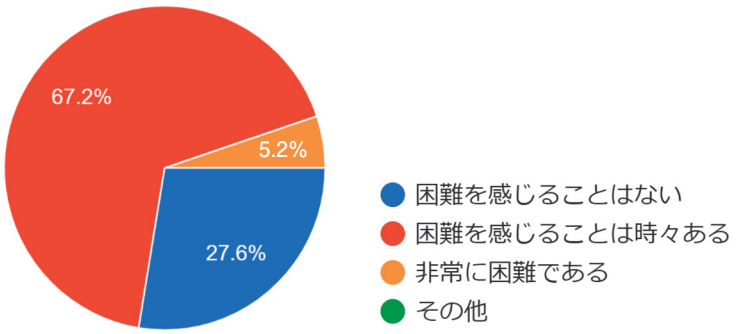


【その他】
・紹介状はもらうが、直接話すようなことはない
・院外主治医から診療情報提供を受けて必ず当院精神科に受診してもらっています
・周産期は院内の精神科を受診していただいている

Q3-1-3 院外の精神科主治医との連携に困難を感じることはありますか？

⇒回答対象：Q3-1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

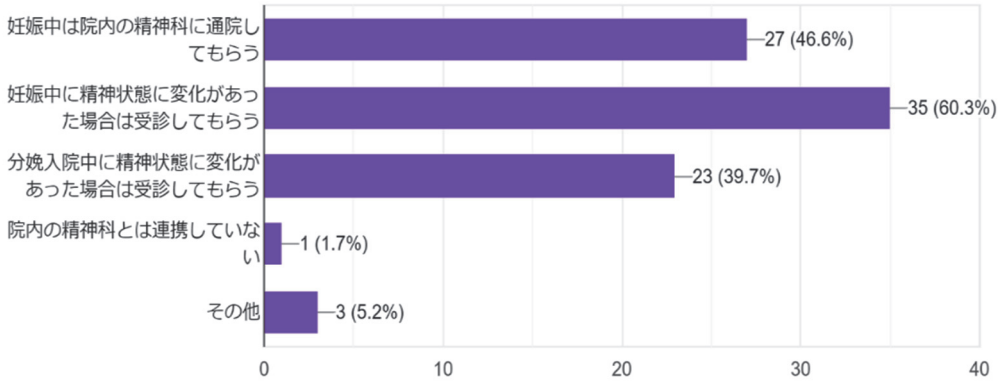
院外の精神科主治医との連携が非常に困難と感じると回答した産婦人科医は 5.2％、困難と感じないという回答は 27.6%。残り 67.2%は時々感じるという回答。精神科医の診療はほとんどが外来診療であると思われるので、忙しい産婦人科医やケースワーカーは必要時に適格に対応することがいつもできる状況ではないことや、精神科医療にケースワーカーの存在が必要なのではないかと考えられる。



Q3-1-4 院内の精神科との連携はどうしていますか？

⇒回答対象：Q3-1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

（複数回答可）



【その他】
・変化がなくても一度は院内の精神科を受診してもらう
・基本的には院外通院で必要に応じて当院精神科が対応
・院内精神科は一人体制のため対応が困難

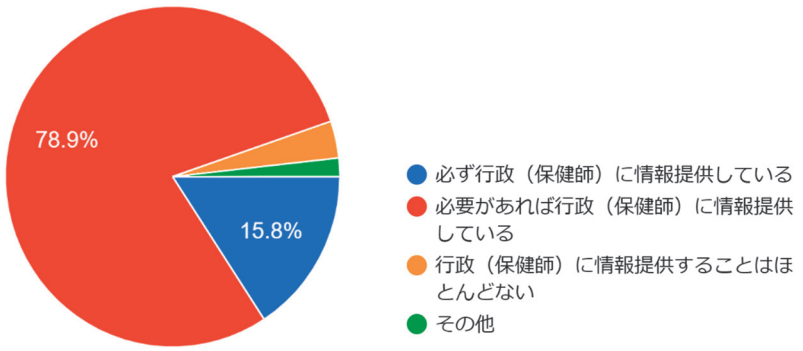
院内の精神科と連携するという場合は、60.3%の産婦人科医が、精神状態が変化した場合と回答している。さらに 46.6%は、妊娠中は院内の精神科に通院してもらうと回答しているので、産婦人科医が院内でいつでも相談できる体制で健診・分娩してもらうことを望んでいると予想される。分娩入院中に精神状態に変化がある場合は、39.7%が院内で受診してもらうとあるが、少し少ないと思った。入院は短期間なので、本人家族に受診を勧めたに留まるのかもしれない。その他のところの文章から、院外の精神科主治医に分娩後は依頼している、ないしは院内の精神科医療はそこまで時間的余裕がないとういうことが推測される。

Q3-1-5 精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行う場合、行政（保健師）に情報提供していますか？

⇒回答対象：Q3-1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

精神科通院中の妊産婦の健診・分娩を行う場合、94.7%が保健師に情報提供していると回答している。コメディカル体制が整っているということが伺われる。その他では、本人の拒否がない限り連携するという回答があるので、そう言ったこともコメディカルが配慮しているのであろうと予測される。

※無回答 1 を除く

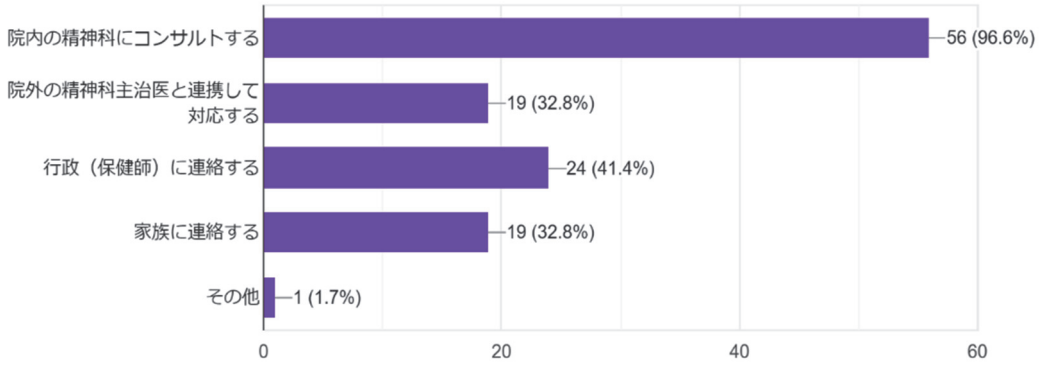


【その他】
・妊婦本人の拒否が無い限り、情報提供

Q3-1-6 精神科通院中の妊産婦が、出産後に精神状態が悪化した時はどうしますか？

⇒回答対象：Q3-1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

（複数回答可）



【その他】
まずは精神神経科専門看護師がリエゾンナースとして問診して緊急性を評価して精神神経科医師にコンサルテーションする流れが多いかもしれません

出産後に産婦の精神状態が悪化した時の対応では院外に精神科主治医がいたとしても、96.6%が院内の精神科医にコンサルトしている。32.8%はもともとの主治医にコンサルトすると記載している。緊急を要するため、連携するために時間をかけられないことが予測される。

Q3-1-7 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になる（放っておけないと思う）時はどんな時ですか？

■回答（自由記載を分類）

Q3-1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

回答分類	回答数
希死念慮	17
スクリーニング検査の高得点	17
表情や態度が暗い	12
感情の不安定さ	12
眠れないという訴え	11
意思疎通の困難さ	3
抑うつ症状などの精神症状の出現	6
胎児や子どもへの関心のなさ	4
家庭事情の特殊さ	4
定期的な連絡が取れなくなる	1
食思不振	1
妊娠悪阻の長期化	1
その他	24

Q3-1-1 にて「行っていない」と回答

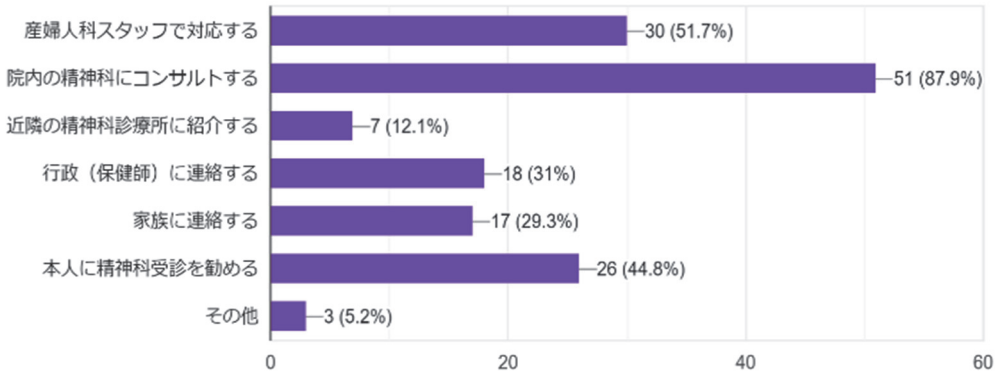
回答分類	回答数
希死念慮	1
表情や態度が暗い	2
眠れないという訴え	1
抑うつ症状	1
育児への不安	1
言動	1
頻回な受診行動	1

精神科に通院していない妊産婦に関して、希死念慮、表情が暗い、EPDS 高得点、不眠は多くの産婦人科医が記載した。子どもに関心が持てない（ボンディング障害）と答えた医師も多い。

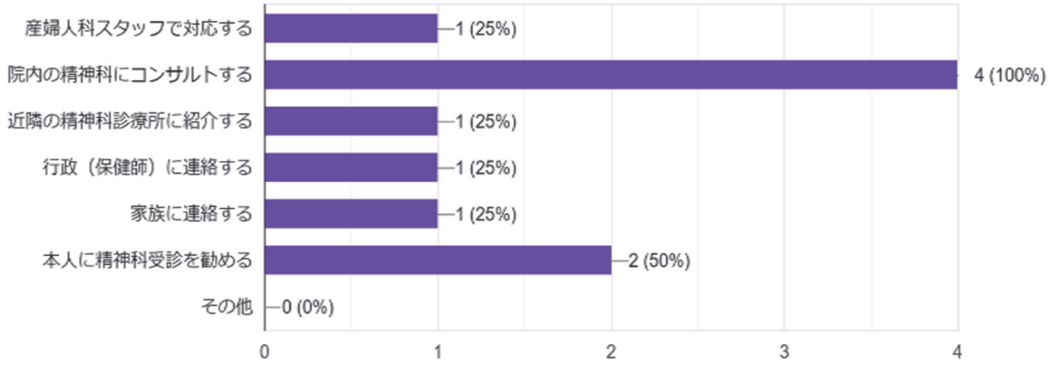
Q3-1-8 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になった時、どうしていますか？

■回答（複数回答可）

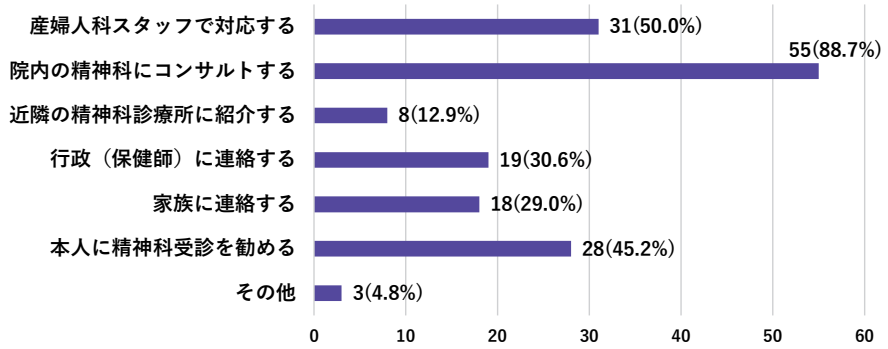
Q3-1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答（回答対象 58）



Q3-1-1 にて「行っていない」と回答（回答対象 4）



総回答（回答対象 62）



【その他】
・自院のソーシャルワーカーと連携する
・周産期メンタルヘルスチームがあるのでそのチームで対応する
・カンファレンスで検討する
・まずは精神神経科専門看護師がリエゾンナースとして問診して緊急性を評価して精神神経科医師にコンサルテーションする流れが多いかもしれません

精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になった時、院内の精神科にコンサルトするが 88.7%、産婦人科スタッフで対応するが次いで多く 50%、精神科受診を勧めるは 45.2%であった。周産期メンタルヘルスチームや精神神経科専門看護師がまず動くと答えた産婦人科医もいた。

Q3-1-9 妊産婦のメンタルヘルスケアで困った経験がありましたら教えてください。

■回答（自由記載を分類）

Q3-1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

回答分類	回答数
緊急時の対応	1
精神科との連携の困難さ（記載多数）	4
妊産婦の情報不足	1
精神科受診につなげることの難しさ	3
悪意のあるコミュニケーション障がい妊婦	1
自殺の経験	1
その他	4

Q3-1-1 にて「行っていない」と回答

回答分類	回答数
診断基準に当てはまらない不安定さの判断	1
通院の継続が困難	1
連携できる精神科医療機関の不在	1

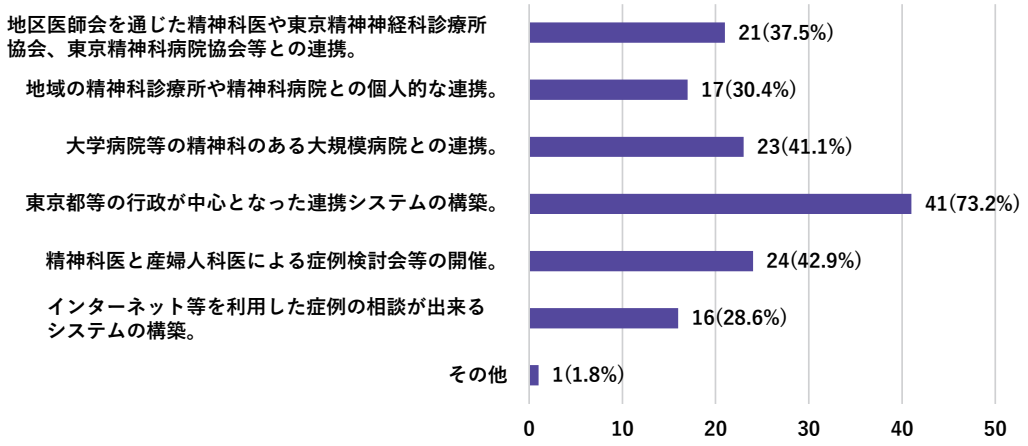
精神面でのサポートが必要な妊産婦に対し、安心して分娩させる環境が整っていないという意見が多かった。

Q3-1-10 精神科との医療連携について望ましいものを挙げて下さい。

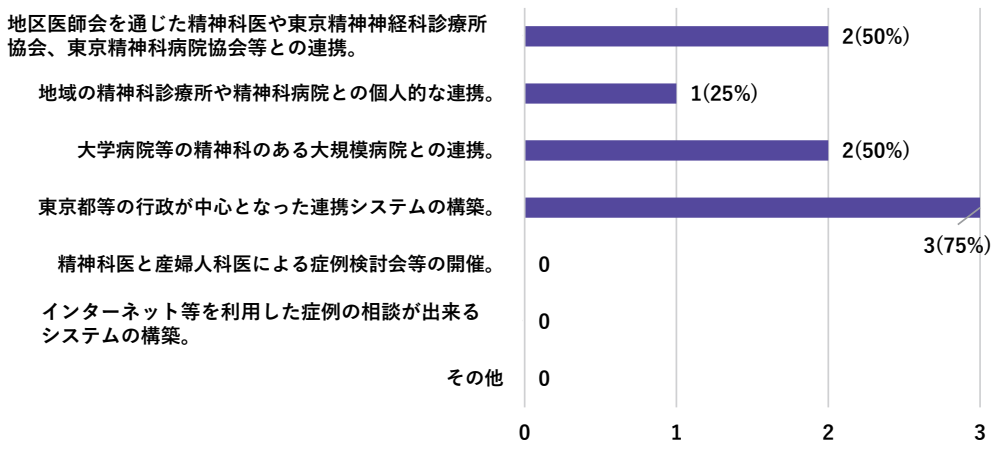
■回答（複数回答可）

Q3-1-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答（回答対象 58・無回答 2）

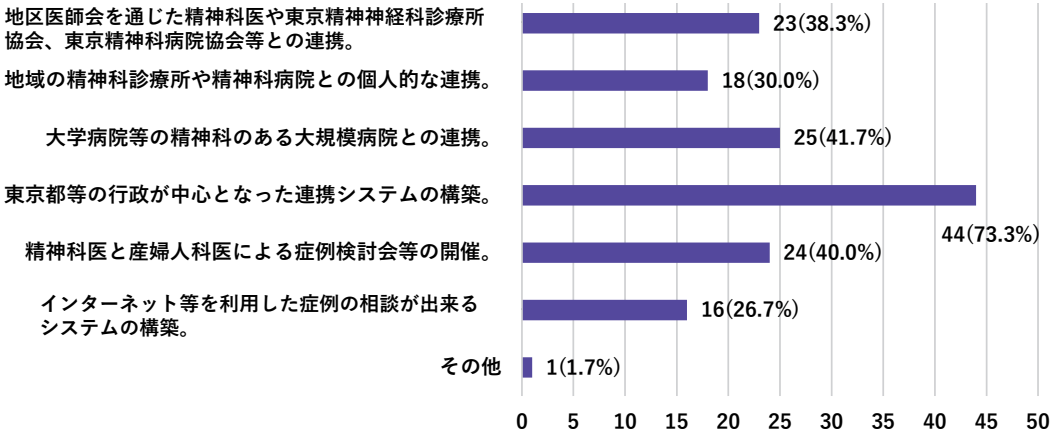
※無回答 2 を除く



Q3-1-1 にて「行っていない」と回答（回答対象 4）



総回答（回答対象 62・無回答 2）



【その他】もう少し精神科医が妊婦に興味を持つべき

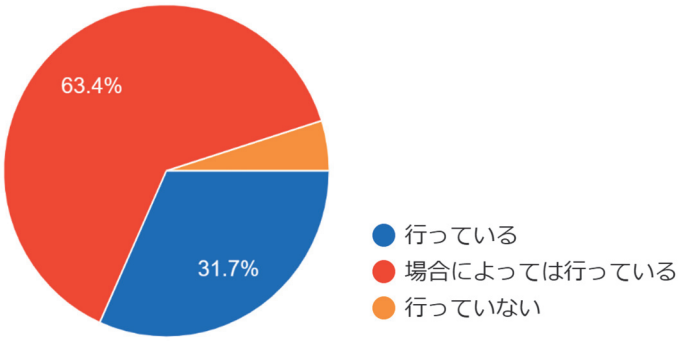
精神科との医療連携に関しては東京都等の行政が中心となった連携システムの構築が最も望まれていた。精神科のある総合病院との連携や地区医師会を通じた連携など大きな枠のシステムが求められている。

Q3-2. 院内に精神科のない医療機関（病院）

Q3-2-1 精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行っていますか？

⇒回答対象：Q3-0 にて「ない」と回答

精神科通院中の妊婦の健診･分娩は 95.1%が行っていた。

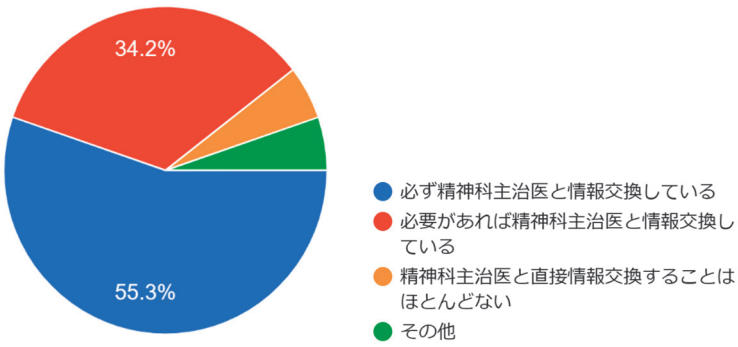


Q3-2-2 精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行う場合、精神科主治医との連携はどうしていますか？

⇒回答対象：Q3-2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

精神科通院中であれば 89.5%の産婦人科医が情報交換を行っている。

※無回答 1 を除く

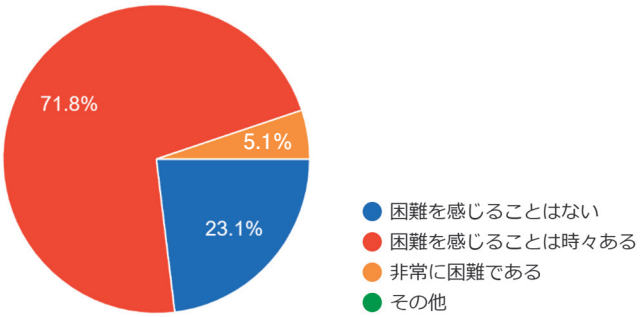


【その他】
・院内にある心療内科を受診してもらっている
・関連病院に精神科病院がある為

Q3-2-3 精神科主治医との連携に困難を感じることはありますか？

⇒回答対象：Q3-2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

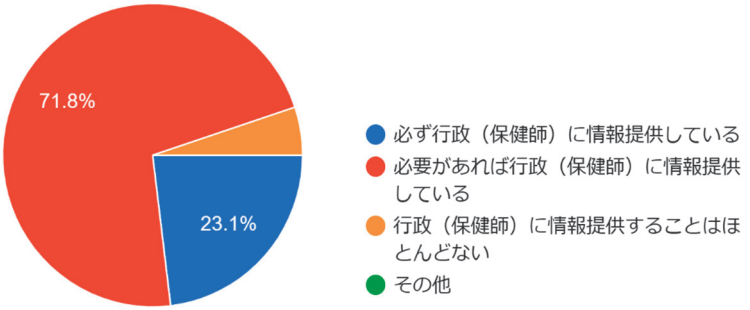
精神科主治医との連携に 76.9%の産婦人科医が困難を感じている。



Q3-2-4 精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行う場合、行政（保健師）にも情報提供していますか？

⇒回答対象：Q3-2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

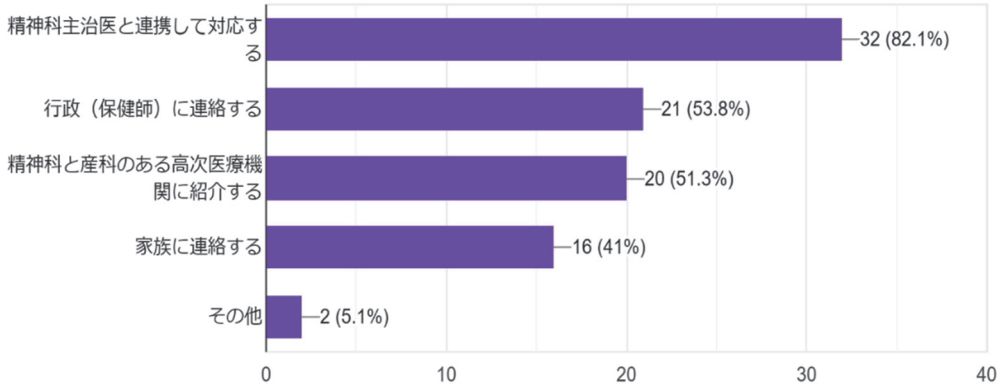
精神科通院中の妊婦の健診・分娩を行う時、保健師への情報提供は 94.9%の産婦人科医が行っていた。



Q3-2-5 精神科通院中の妊産婦が、出産後に精神状態が悪化した時はどうしますか？

⇒回答対象：Q3-2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

（複数回答可）



【その他】
・そのような事例はまだない（その恐れがある場合は取り扱わないようにしている）
・院内の心療内科と相談する

精神科通院中の妊産婦が出産後に精神状態が悪化した時、82.1%の産婦人科医は精神科主治医と連携して対応する。次いで保健師に連絡する。精神科と産科のある病院に紹介する場合も半数ある。妊産婦のことをよく知っている精神科主治医に連絡するのはもっともなことだろうと思うが、すぐに対応してもらう必要がある。

Q3-2-6 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になる（放っておけないと思う）時はどんな時ですか？

■回答（自由記載を分類）

Q3-2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

回答分類	回答数
希死念慮	14
眠れないという訴え	14
スクリーニング検査の高得点	9
表情が暗い・反応が乏しい	8
感情の不安定さ	9
抑うつ症状	3
意思疎通性の問題	1
訴えの多さ	2
行動のコントロールができない	1
思考や知覚の問題	1
赤ん坊をかわいく思えていない	2
家族からの訴え	2
病状の認知がない	1
その他	14

Q3-2-1 にて「行っていない」と回答

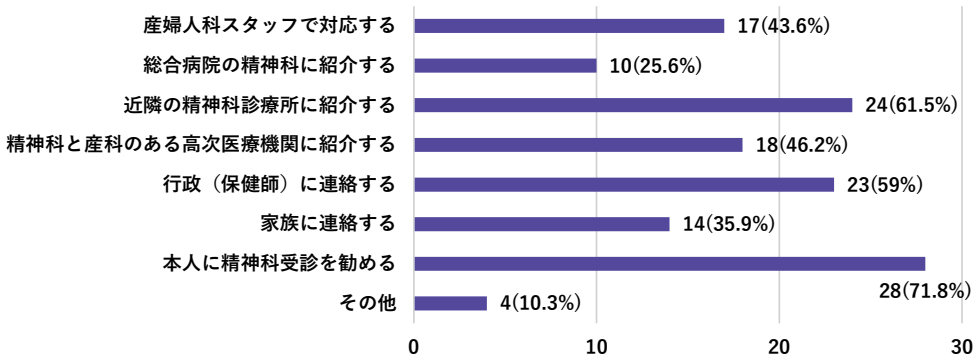
回答分類	回答数
希死念慮	1
感情の不安定さ	1
眠れないという訴え	1
否定的な思考	1
決断できない	1
細かすぎる	1
スクリーニング検査の高得点	1
精神疾患既往歴	1
家庭の特殊事情	2

精神科に通院していない妊産婦の精神状態のうち、希死念慮、表情が暗い、EPDS 高得点、不眠、泣く、不安定など気分障害があると対応を始めるということがわかる。

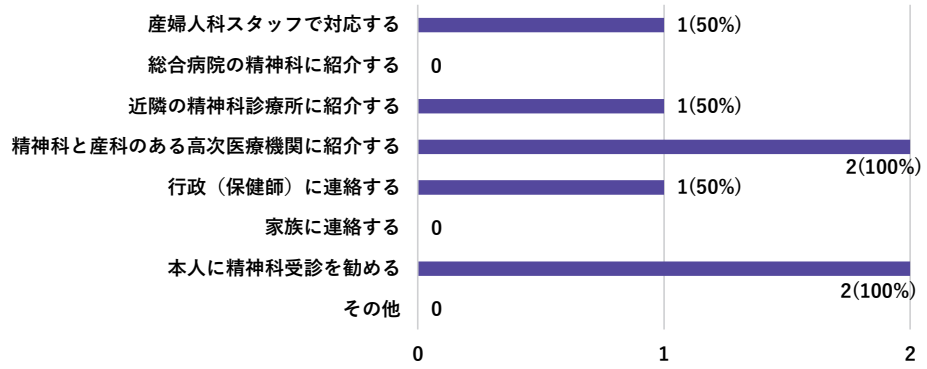
Q3-2-7 精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になった時、どうしていますか？

■回答（複数回答可）

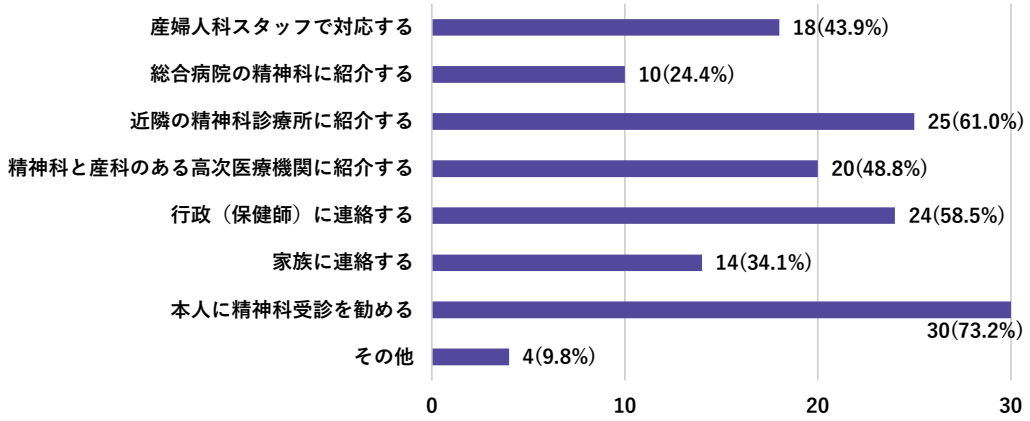
Q3-2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答（回答対象 39）



Q3-2-1 にて「行っていない」と回答（回答対象 2）



総回答(回答対象 41）



【その他】
・当院の臨床心理士に相談して必要ならば精神科へコンサルトする
・連携する精神科医とのカンファレンスにあげ、方針決定する
・同法人の精神科紹介
・心療内科紹介

精神科に通院していない妊産婦の精神状態が気になったとき、本人に精神科受診を勧めると答えた産婦人科医が 73.2%、近隣の精神科診療所に紹介すると答えた産婦人科医が 61.0%であった。次いで保健師に連絡しているという回答が多かった。

Q3-2-8 妊産婦のメンタルヘルスケアで困った経験がありましたら教えてください。

■回答（自由記載を分類）

Q3-2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答

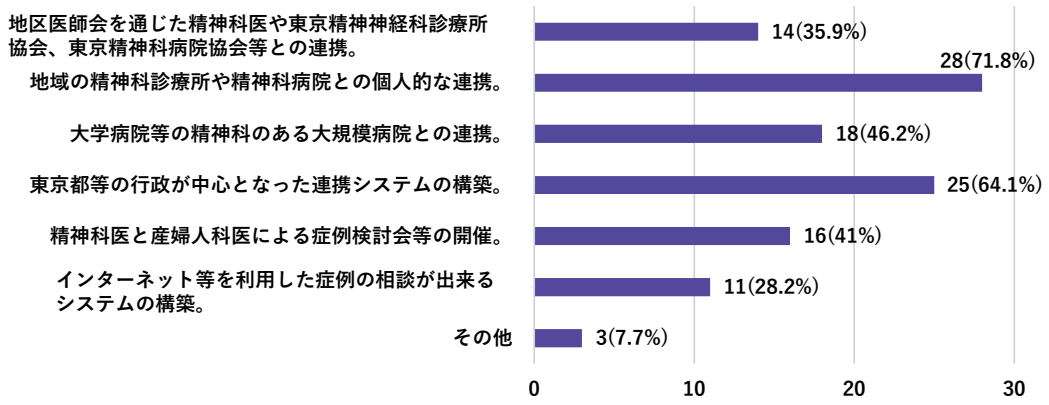
回答分類	回答数
精神科との連携の難しさ（記載多数）	8
担当患者の予測できない自殺	1
精神科受診につなげることの難しさ	3
児への無関心	1
精神状態の悪化	3
家庭内の特殊な事情	1
その他	5

精神科受診を勧めても拒否されてしまう場合、とても困る。他には、即時対応の必要がある際や、紹介を受けてもらえない際に困るなど多くの産婦人科医がメンタルヘルスケアで困ったことの事例をあげている。

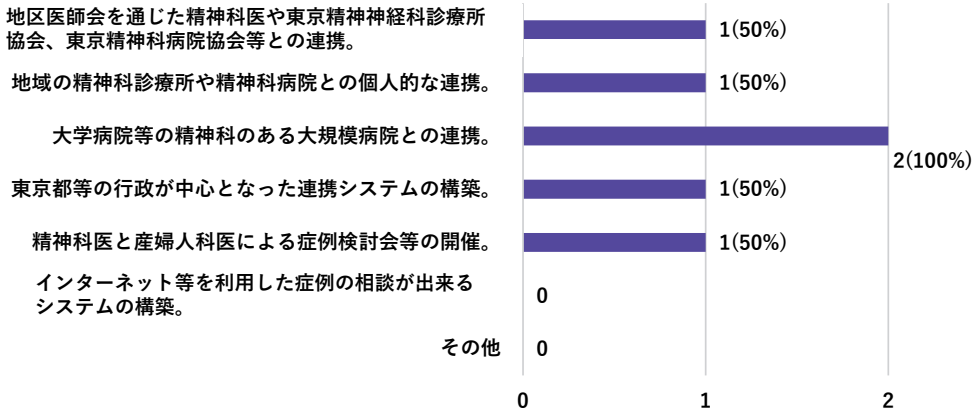
Q3-2-9 精神科との医療連携について望ましいものを挙げて下さい。

■回答（複数回答可）

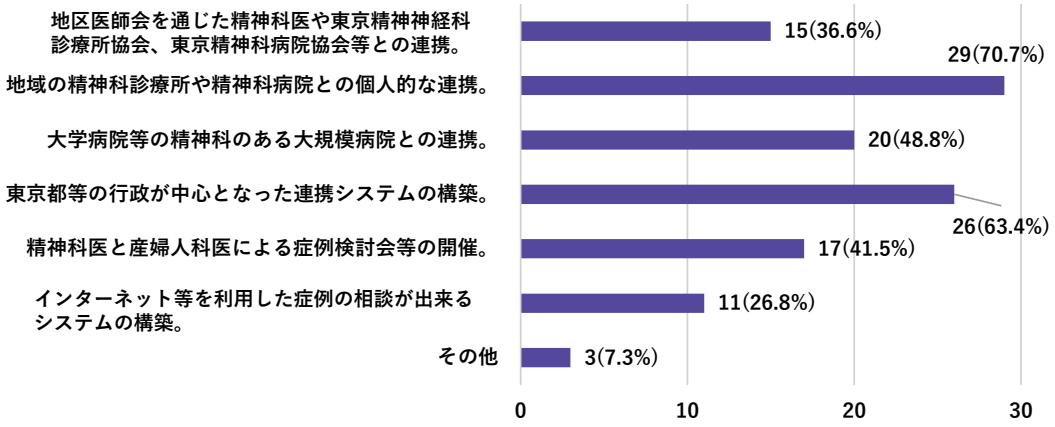
Q3-2-1 にて「行っている」「場合によっては行っている」と回答（回答対象 39）



Q3-2-1 にて「行っていない」と回答（回答対象 2）



総回答（回答対象 41）



【その他】
・緊急時の受け入れ先があれば、自院でみることができる事例も増えると思う
・精神科医の往診システムがあれば良い(入院中も受診できるので精神科のない医療機関でも管理がしやすい)
・妊産婦メンタルヘルスケアへの関心には温度差が大きく、行政など大きな組織を巻き込むと何も決まらない地区医師会の能力はレベル差があり府中市では何も期待できない
・精神状態悪化した時、クリニックは常に開いているわけではないので、精神救急システムがあると良いと思う

精神科との医療連携については地域の精神科診療所や精神科病院との個人的な連携、東京都等の行政が中心となった連携システムの構築、大学病院等の精神科のある大規模病院との連携の順で望ましいと回答があった。個人的な連携は確実で安心という産婦人科医の気持ちがあるが、それだけに頼るわけにはいかないと思う。

4. 考　察

委員　　矢野　正雄

約 2 割の 252 名からのアンケートのご回答をいただいた。

このうちで妊婦健診・分娩ともに取り扱っている診療所医師が 27 名、病院医師が 103 名であり、回答の約半数と多くの医師が妊婦健診・分娩ともに取り扱っていたが、アンケートに回答している医療機関の方が妊産婦の受け入れに関して前向きな医療機関割合が多いため受け入れ医療機関割合が高くなっている可能性がある。4 割が妊娠・分娩を取り扱っている病院の医師であった。さらに精神科があり入院病床を保有している病院勤務となるとそのうちの半分以下の 28 名であった。全都的に考えると精神科の入院病床を持つ分娩可能病院は少ないことがわかる。このことは精神疾患がより重い患者の分娩可能な医療機関は限られていることを示しており、その情報を共有するシステムが必要である。さらにはこの数少ない高次医療病院を機能不全にしないように極力それ以外の医療機関が軽症精神科患者を頑張って診られる仕組みも大切だと考える。

精神科のない医療機関で最も困難なものの一つが希死念慮であり、また幻聴・幻覚である。抗精神病薬には添付文書上は妊産婦に対して投与禁忌とされている薬剤があるが、他の薬剤による治療が困難で使わざるを得ない場合がある。これに関することとして、国立成育医療研究センターから令和 4 年 9 月に、第二世代非定型抗精神病薬を妊娠中に使用しても先天異常の発生率を上昇させない（J. Clin Psychatry　2022:83:21m14081）、との発表はこのような重度の精神疾患を持つ妊産婦の診療に朗報である。さらに分娩直前まで抗精神病薬を投与した場合、新生児不適応症候群等の問題もあり、この場合は産科および精神科のある高次医療機関での診療が必要となると考えられる。

連携に関しては、診療所医師の 21.7%は精神科主治医との情報交換することはほとんどないが、病院医師の回答ではではほとんどは情報交換を行っていた。情報交換することがない群の多くは診療所となっていることが推察できる。診療所同士での日ごろの産科－精神科の連携が今後の妊産婦の受け入れ増加につながる可能性があり、医師会の介入による効果が期待できる。

さらに精神科主治医との連携に関しては、非常に困難、困難を感じることが時々あるが、全体で過半数を占めた。この割合は診療所医師だと 78%、病院医師では 72%といずれも高いが、診療所の方がより高くなっている。精神科主治医との診療情報交換が良くされている病院ですら精神科主治医との連携を 7 割が困難と感じている事実は、今後改善していかなければならない。精神科のない妊産婦を診療している医療機関への精神科的な支援体制の構築が必要である。インターネット等を利用した症例の相談ができるシステム構築が医療連携について望ましいものと答えた医療機関は診療所、病院合わせて 31 名あり、システムを構築し広げていくことが解決策の一つとして有効であると考えられる。

さらに精神科患者の妊婦健診・分娩への病院が果たす役割が大きく、そのうちの院内に精神科がないと回答している病院医師が 4 割であることを考えると、これまでの産科診療所－産科病院、精神科病院－産科病院、精神科診療所－精神科病院という連携に加え、産科病院と精神科診療所との連携という一つの新しい機軸が必要である。診療所と病院との橋渡し役としての医師会の果たす役割が今後一層期待される。産科、精神科双方に研修する場も必要であると考えられ（妊産婦メンタルヘルスケアに関するアンケート調査（東京精神科病院協会）考察に同じ）、行政とも協力して、学会もしくは医師会主導で構築していく必要があると考える。

出産後受け入れている産科診療所では精神状態が悪化した場合 73.9%と多くの診療所が精神科主治医と連携して対応すると答えている。これも逆に言うと日ごろから連携が取れている産科診療所が出産後を診ているといえる。

今まで精神科に通院していない患者の産後うつなどの精神状態が悪化した場合にいかに精神科に繋げられるかという課題も生まれてくる。

さらに産褥期の精神疾患を有する患者では授乳する環境確保の問題、母乳への薬剤移行の問題、出産後母親および子供への支援の問題等があげられる。社会的支援体制は子育て世代包括支援センターが一つの鍵となると考えられる。子育て世代包括支援センターに関しては、今回の報告書の別項に譲る。

産褥期に関しては診療の中心は外来中心に戻っていくため、地区単位での精神科と産科との組織的な連携構築がより急がれ、各医師会だけでなく行政や支援団体の重要性が増していくと考えられる。地区単位の行政および各種団体との会議体や運営協議会の設置が必要であると考えられる。

委員　　田邉　英一

今回のアンケートでは、東京産婦人科医会の会員 252 名より妊産婦メンタルヘルスに関わる回答を得た。妊婦健診に加えて分娩を取り扱うか否か、また両者に対応する場合には勤務先が診療所か病院かにより集計を分けた。なお妊婦健診も分娩も取り扱わない者については本調査の対象としていない。

結果を概観してみると、まずは精神科疾患をもつ患者の診察を行うか否かについて、産婦人科医の概ね 7 割以上が対応していると回答した。なかでも病院勤務の産婦人科医は 9 割以上が対応していたが、勤務する病院の 6 割に院内に精神科があり、それが結果に影響したものと考えられる。精神科医との連携については概ね 7 割以上の産婦人科医が、必要がある場合か、必ず連携をとっていると回答した一方で、妊婦健診のみを行う産婦人科医については 3 割近くが情報交換をすることはほとんどないとしている。精神科疾患をもつ患者であっても妊婦健診のレベルではあまり問題となることが多くないものと思われる。精神科医との連携に困難があるか否かについて、非常に困難がある、もしくは多少でも困難を感じている産婦人科医は 6 割以上に上り、連携の困難さがうかがわれる結果となった一方で、勤務する病院に精神科がある場合は、ほぼ全ての産婦人科医が何らかの形で院内の精神科受診を促しており、産婦人科医、精神科医が同一医療機関内にある場合に最も連携がとれていた。精神科通院中の患者について、行政（保健所）との連携については、妊婦健診と分娩を扱う産婦人科医の 8 割以上が実施していたが、妊婦健診のみを行う産婦人科医は 4 割近くが情報提供をしておらず、先の精神科医との連携と同様に妊婦健診のレベルでは必ずしも行政がかかわる大きな問題が無いのではないかと推察された。分娩後に精神症状が顕在化した場合には、多くが精神科医への受診を促すか行政への相談を行っていたが、一方でおそらくは精神科の受診を促しても受診に繋がらない際に、産婦人科スタッフのみで対応する場合があり、対応する精神症状に希死念慮といった重い精神症状を認める患者もおり、精神科疾患についての対応を学ぶ機会があると良いかも知れない。院内に精神科がある場合には、産婦人科医のほぼ全てが相談や連携を行っていた。精神科医との連携について望ましい形として、医師会や地域の精神科医療機関等を通じての繋がりが多かったが、精神科がある医療機関に勤務する産婦人科医は行政が中心となった連携システムの構築が望まれると回答した。

妊産婦のメンタルヘルスを充実させるためには、精神科医と産婦人科医との連携は言うまでもなく重要ではあるが、産婦人科医の視点からみた今回のアンケートの結果からは、院内に精神科がある恵まれた場合を除くと、未だ「両者の距離は近くない」と感じる。特に分娩を扱う場合には、精神科医との連携が望まれるが実際には困難を伴い、まずは使い古された言葉であるが、地区医師会などを通じて「顔の見える関係づくり」から始めてはどうか。その上で行政が関与した連携システム構築が望まれるのでは無いかと考えた。

委員　　萱間　真美

分娩を取り扱っていない医療機関では、精神科通院中の妊婦健診を行っている施設で、気になる（放っておけないと思う）状態が 10 項目指摘されていた。精神科通院中の妊産婦の健診を行っていない施設では希死念慮やスクリーニング、既往歴等の客観的な行動に関する情報が挙げられているが、健診で関わっている施設では、普段の様子との違い、家族のサポートが得にくい、落ち込んでいるなど、継続的なかかわりによって感じられる本人に特有の変化が挙げられていた。

妊婦健診・分娩とも取り扱っている診療所では、精神科通院中の妊婦健診・分娩を行っている施設で、そうでない施設（4 項目）の 2 倍以上の、気になる（放っておけないと思う）状態が指摘されていた（9 項目)。分娩を扱っているため、子どもへの関心のなさ、分娩への態度、夫婦間の問題などの多様な状態に関わり留意して見守っていることが伺えた。一方、妊婦健診・分娩を行っていない診療所でも、基本的な項目はアセスメントされていることがわかった。

妊婦健診・分娩とも取り扱い、精神科通院中の妊婦健診を行っている病院では、13 項目と多くの気になる（放っておけないと思う）状態が指摘されていた。胎児、新生児への関心のなさ、家庭の事情、継続的なかかわりの困難など、児を含むケアの場面での関りによって、メンタルヘルスと母子関係に関する、多様な情報が得られていると思われた。メンタルヘルスケアで困った経験の項目数も多く、自殺事例を経験したり、パーソナリティの問題などにも関わっていることが伺えた。精神科に通院していない妊産婦では、頻回な受診行動がメンタルヘルス悪化の兆候としてとらえられていたことが特徴的であった。

院内に精神科がなく、精神科通院中の妊婦健診・分娩を行っている施設では、14 項目と最も多くの気になる（放っておけないと思う）状態が指摘されていた。精神科医が不在の中で、多様な対応が必要となり、苦心しながらの関わりがなされていると思われる。児への認知や妊婦自身の状態を産後に留意すべきメンタルヘルスや家族状況に関して、ポイントを押さえて見守るとともに、行動コントロールや思考の特性、家族の訴えにも関心を向けて対応していることが伺えた。精神科通院中の妊婦健診・分娩を行っている施設では、「細かすぎる」という行動を産後のメンタルヘルスと関連して、強迫症状の可能性も含めて見守っていたことが印象的であった。

5. まとめ

委員長　　芦刈　伊世子

1,188 人のうち、252 人の回答で、21%の回答率であった。44 区市町村なので、東京全体から 5 人に 1 人回答している。

このアンケートは、

①妊婦健診は行っているが、分娩は取り扱っていない診療所（67 人）

②妊婦健診・分娩とも取り扱っている診療所（27 人）

③妊婦健診・分娩とも取り扱っている病院で院内に精神科がある（62 人）

④妊婦健診・分娩とも取り扱っている病院で院内に精神科がない（41 人）

の 4 つの機能に分類してそれぞれに、精神科通院中妊産婦への対応、精神医療必要時の対応、連携、今後のあり方などについてアンケートをした。

（1）精神科通院中の妊産婦の健診は、①71.6%②85.2%③93.5%④95.1%の産婦人科医が診ると答えている。精神科通院中の妊産婦への対応困難感は多くはなく、特に病院は精神科に通っている妊産婦に対しての区別がほとんどない。

（2）精神科通院中の妊産婦に対して、精神科医との連携も①70.8%②78.3%③94.8%④89.5%で、病院は積極的に連携している。

（3）精神科主治医と連携に困難を感じている割合は、①64.6%②78.2%③72.4%④76.9%にのぼり、多くの産婦人科医が精神科との連携の困難さを感じていた。精神科診療所はすべて予約で外来が進んでいるため、緊急や時間のかかる事態に対応できず、診療所にケースワーカーがいない場合、さらに連携しにくくなることが予想される。連携しにくい診療所とそうではない診療所に差があるのではないかと考える。

（4）精神科通院中の妊産婦の健診を行っている際に必要であれば保健師に情報提供しているという産婦人科医は、①57.4%②87%③94.7%④94.9%であり、分娩を行っている診療所、病院の方が地域連携していることがわかる。

（5）精神科通院中の妊産婦が出産後に精神状態が悪化した時は、③のように院内に精神科医がいる場合は院内で対応し、産婦人科診療所は地域連携で精神科診療所に依頼する傾向があった。また精神科と産科がある病院の精神科医療に依頼する場合も多く、産婦人科医は今まで精神症状で困ったときに相談していた病院との間で関係作りを行っているのではないかと考える。それは制度上のことではなく、個別なのではないかと思われた。

（6）精神科に通院していない妊産婦の精神状態に関して放っておけないのは、①②③④とも希死念慮、表情が暗い、泣く、EPDS 高値、高得点だけでなく妊産婦の「死にたい」という言葉や表情、不眠の訴え、など抑うつ状態を見逃さずに診療している姿が浮かび上がる。また、子どもへの関心がないなどのボンディング障害や夫婦間の不仲などの育児環境など共通であった。

（7）精神科に通院していない妊産婦の精神症状が悪いと気が付いたときの対応は③はもっともシステムが発揮され、精神科医にすぐに連絡して産婦人科スタッフが動いている。また、看護師がすぐに動いている病院もあるが、①②④は産科、精神科のある病院に紹介する、近隣の精神科診療所に紹介する、精神科受診を勧めるなど産婦人科医ほぼ全員が本人に促している。

（8）精神科との医療連携について望ましいと考えるものについては、最も周産期メンタル医療で経験の多い③は、東京都の行政が中心となった連携システムの構築を最も望んでいた。その他①②④も精神科のある総合病院との連携や医師会を通じた連携など大きな枠のシステムを求めており、地域の精神科診療所

や精神科病院との個人的な連携、地区医師会を通じた精神科医や東京精神神経科診療所協会、東京精神科病院協会との連携も並行して構築する必要を感じている。産婦人科医の地域連携の努力や縁で顔が見える関係作りも大切であるが、決まったルールの中で産婦人科医が安心して専門外の精神科医療やケアに繋げられることが重要と考えていることがわかった。現状はそれができていない。

このように臨床現場では③のような精神科と産婦人科そして看護師、ケースワーカーとコンサルテーションチームを作っている場合、安心できる医療環境がシステムとして整っているといえる。①②③④どの医療機関でも精神科通院中の妊産婦についてはもともとの主治医と多くの産婦人科医が診療情報提供書などを用いて連携できる体制になっている。一方、実際に困った時にすぐに産婦人科医が安心して妊娠出産させることができる体制になっているかどうかというと、多くの産婦人科医が、実際に精神科医につながることに困難を感じている。その背景には精神科医がケースワーカー的なコンサルテーションリエゾンを行うことの時間的、人材的困難さがあると考えられる。したがって、もしも妊産婦の精神状態が悪くなった時に、重症な場合とそこまで急がない場合など共通の精神科医の役割分担を想定した大規模なシステムの構築が求められる。

Ⅱ 日本産婦人科医会による「令和３年度妊産婦メンタルヘルスケア推進に関するアンケート調査」（東京産婦人科医会が検証）

1. はじめに

本検証は東京都における妊産婦メンタルヘルスケア事業推進を目的にしており、公益社団法人日本産婦人科医会が実施した「令和 3 年度妊産婦メンタルヘルスケア推進に関するアンケート調査」の情報のうち、日本産婦人科医会に東京都内の分娩取り扱い施設に関する情報使用を東京産婦人科医会より申請・許可を得た上で行った。

対象施設は日本産婦人科医会による「令和 3 年度妊産婦メンタルヘルスケア推進に関するアンケート調査」に回答した 128 施設である。

回答について、表の回答数は回答施設数である。各施設が必ずしも全質問に回答しているわけではない。また、割合を示す「全国」という記載は日本産婦人科医会のホームページに掲載されている「令和 3 年度妊産婦メンタルヘルスケア推進に関するアンケート調査」結果報告のデータ（https://www.jaog.or.jp/about/project/document/mentalr1/）から引用した。（取得日：2022/04/21 時点）

2. 調査票

1）精神疾患合併妊娠の受け入れについて

質問：精神疾患合併妊娠を受け入れていますか？

□ 全て受け入れている

□ 場合によって受け入れている

□ 受け入れていない（その理由）

2）妊娠中および分娩退院時のメンタルヘルスの評価について

質問：ガイドライン 2020 から推奨レベルが B となった、妊娠中のうつ病や不安障害に関するリスク評価を行っていますか？

□ 行っている

□ 行っていない（その理由）

質問：分娩退院時にメンタルヘルスのチェックを行っていますか？

□ 行っている

□ 行っていない（その理由）

3）産婦妊婦健康診査（産後 2 週および産後 1 ヶ月）について

質問：産後 2 週間健診を行っていますか？

□ 行っている

□ 行っていない（その理由）

質問：産後 2 週間健診の際に、メンタルヘルスのチェックを行っていますか？

□ 行っている

□ 行っていない（その理由）

質問：貴施設のある市区町村では、産後 2 週間健診の費用に公的補助（産婦健診）はありますか？

□ ある

□ ない

質問：産後 1 か月健診の際に、メンタルヘルスのチェックを行っていますか？

□ 行っている

□ 行っていない（その理由）

質問：貴施設のある市区町村では、産後 1 か月健診の費用に公的補助（産婦健診）はありますか？

□ ある

□ ない

4）産後ケア事業について

質問：貴施設では、産後ケアに関する事業を行っていますか？公的補助はありますか？

□ 行っている（具体的な事業内容）

□ 行っていない（その理由）

5）産科医療機関と精神科や行政機関との連携について

質問：支援が必要な妊産婦を他施設に紹介するときに困ることがありますか？

産科、精神科、行政機関の各項目について

□　しばしば困っている

□　困っていることは少ない

□　自院で受け入れる

精神科に紹介する際に困る理由及び紹介する際の工夫点

6）診療報酬について

質問：ハイリスク妊産婦連携指導料は、貴施設で算定していますか？

□　している

□　していない

7）新型コロナウイルス感染症と妊産婦のメンタルヘルスケア

質問：コロナ禍で妊産婦のメンタルヘルスの支援に変化がありましたか？

□　あった（具体的内容）

□　なかった

□　わからない

質問：現在、リモートでの母子支援（母親学級や産後のフォローなど）を行っていますか？

□　行っている

□　行っていない

□　今後、行う予定である

質問：動画を母親学級の代替・補助として視聴することは有益と考えますか？

□　有益である

□　有益ではない

□　わからない

3. 調査結果

1）精神疾患合併妊娠の受け入れについて

質問 **精神疾患合併妊娠を受け入れていますか？**

回　答	回答数
全て受け入れている	29
場合によって受け入れている	73
受け入れていない	26
主な理由（複数回答）	
精神科医がいない	23
状態が悪化した場合の紹介先に困る	16
対応の仕方が分からない	8
薬剤による新生児への影響が懸念される	7

▶精神疾患合併妊娠を受け入れている施設の割合

東京都：22.7%　　全国：22.3%

▶精神疾患合併妊娠を場合によって受け入れている施設の割合

東京都：57.0%　　全国：55.7%

2）妊娠中および分娩退院時のメンタルヘルスの評価について

質問 **ガイドライン2020から推奨レベルがBとなった、妊娠中のうつ病や不安障害に関するリスク評価を行っていますか？**

回　答	回答数
行っている	84
行っていない	44
主な理由（複数回答）	
対応できる人的余裕がない	18
必要がない	13
対応の仕方が分からない	10
ガイドラインの推奨度が B となったので、今後行う予定である	10
公的補助がない	6

▶妊娠中にメンタルヘルスのリスク評価を行っている施設の割合

東京都：65.6%　　全国：62.9%

質問 **分娩退院時にメンタルヘルスのチェックを行っていますか？**

回　答	回答数
行っている	92
行っていない	37
主な理由（複数回答）	
必要がない	11
対応できる人的余裕がない	8
対応の仕方が分からない	6
公的補助がない	3

▶分娩退院時にメンタルヘルスのチェックを行っている施設の割合

東京都：71.3%　　全国：76.3%

3）産婦妊婦健康診査（産後 2 週および産後 1 ヶ月）について

質問　産後 2 週間健診を行っていますか？

回　答	回答数
行っている	69
行っていない	59
主な理由（複数回答）	
必要がない	11
対応できる人的余裕がない	22
対応の仕方が分からない	2
公的補助がない	16

▶産後 2 週間健診を行っている施設の割合

東京都：53.9%　　全国：78.9%

質問　産後 2 週間健診の際に、メンタルヘルスのチェックを行っていますか？

回　答	回答数
行っている	69
行っていない	59
主な理由（複数回答）	
必要がない	11
対応できる人的余裕がない	22
対応の仕方が分からない	2

質問　貴施設のある市区町村では、産後 2 週間健診の費用に公的補助（産婦健診）はありますか？

回　答	回答数
公的補助がある	2
公的補助がない	124

▶産後 2 週間健診に公的補助がある市区町村に所在する施設の割合

東京都：13.9%　　全国：53.7%

質問　産後 1 か月健診の際に、メンタルヘルスのチェックを行っていますか？

回　答	回答数
行っている	101
行っていない	25
主な理由（複数回答）	
必要がない	3
対応できる人的余裕がない	17
対応の仕方が分からない	4
公的補助がない	7

▶産後 1 か月健診の際に、メンタルヘルスのチェックを行っている施設の割合

東京都：84.1%　　全国：91.9%

質問 **貴施設のある市区町村では、産後１か月健診の費用に公的補助（産婦健診）はありますか？**

回　答	回答数
公的補助がある	2
公的補助がない	124

▶産後１か月健診に公的補助がある市区町村に所在する施設の割合
東京都：13.9%　　全国：65.0%

4）産後ケア事業について

質問 **貴施設では、産後ケアに関する事業を行っていますか？公的補助はありますか？**

■産後ケアに関する事業を行っている施設における事業内容（複数回答）

回　答	回答数
アウトリーチ型	4
補助がある	0
デイサービス型	20
補助がある	14
宿泊型	41
補助がある	29

▶産後ケアに関する事業を行っている施設における事業内容別公的補助率
・アウトリーチ型　　東京都：　0%　　全国：56.0%
・デイサービス型　　東京都：70.0%　　全国：87.9%
・宿　　泊　　型　　東京都：70.7%　　全国：87.5%

■産後ケアに関する事業を行っていない理由

回　答	回答数
行っていない	80
主な理由（複数回答）	
人員・病室に余裕がない	53
コストがかかる	12
他施設が行っている	8
希望者が少ない	7
公的補助がない	19
今後の実施を検討している	27

5）産科医療機関と精神科や行政機関との連携について

質問 **支援が必要な妊産婦を他施設に紹介するときに困ることがありますか？**

	しばしば困っている	困ることは少ない	自院で受け入れる
産　　科	27	73	22
精 神 科	56	51	13
行政機関	30	84	

▶支援が必要な妊産婦を他施設に紹介するときにしばしば困っている施設の割合
・産　　科　　東京都：21.6%　　全国：16.3%
・精 神 科　　東京都：46.7%　　全国：42.8%
・行政機関　　東京都：26.3%　　全国：18.3%

■精神科に紹介する際に困る理由

理由（複数回答）	回答数
緊急対応をしていない	68
精神科入院施設がない	67
精神科常勤医がいない	50
妊産婦に対応できない	44
自由記載 ・予約が混雑のため取得困難である ・妊産婦の対応にあまり理解がない ・育児をする妊婦への理解が乏しい ・人手が足りない ・本人が精神科受診を敬遠する場合がある	

▶精神科に紹介する際の工夫点（自由記載の一部引用・改変）

転院

- はやめに転院する方針である
- 精神科が併設された高次施設へ紹介する

精神科医への連絡・連携

- 担当精神科医に直接連絡する
- 精神科受診はかかりつけ医で継続する
- 精神症状が落ちついている場合は、かかりつけ医と連絡して妊婦を受け入れる
- 早急な受診が必要と考えられる場合は MSW の介入により予約を早める
- 助産師の専門外来から精神科の周産期専門の医師に依頼できる体制がある
- 周産期患者支援担当者助産師から精神科医へ事前に情報を提供する
- 精神科入院施設があるが、精神科当直医不足で緊急対応ができないため、精神科合併妊婦はなるべく妊娠中から自院精神科を一度は受診することを促している
- 非常勤の精神科医に相談する

多職種との連携

- 妊娠中から精神科医を含めた支援チームを結成し、情報を共有する
- 連携会議やカンファレンスを行う
- MSW、リエゾンナース（専門看護師）、臨床心理師との連携を行う

スクリーニング

- 初期の時点でリスク評価し、少しでもリスクがあると判断した場合、積極的に 1 度だけでも精神科受診する方針である
- 妊娠初期の指導の際に聞きとりで精神科・心療内科受診歴も確認し判断する
- 精神疾患既往の申告のあった方は、原則として全員周産期センター精神科でリスク評価依頼する
- 精神科疾患合併妊婦は必ずかかりつけ医からの紹介状を持参し、産科担当医の判断で自院での分娩の可否を検討する

6）診療報酬について

質問 **ハイリスク妊産婦連携指導料は、貴施設で算定していますか？**

回　答	回答数
算定している	49
算定していない	76
主な理由（複数回答）	
定期的な他職種とのカンファレンスができていない	30
算定が必要になるような妊婦は自院ではみていない	24
妊婦全員に対するメンタルヘルスのスクリーニングができていない	20
算定要件が緩和されたので、今後は算定したいと思っている	11
知らなかった	6

▶ハイリスク妊産婦連携指導料を算定している施設の割合
東京都：39.2%　　全国：34.2%

7）新型コロナウイルス感染症と妊産婦のメンタルヘルスケア

質問 **コロナ禍で妊産婦のメンタルヘルスの支援に変化がありましたか？**

回　答	回答数
変化があった	109
具体的内容（複数回答）	
外来同伴中止	93
母親学級中止	90
立会い分娩中止	83
産後面会禁止	91
変化はなかった	13
わからない	5

▶コロナ禍で妊産婦のメンタルヘルスの支援に変化があったと回答した施設の割合
東京都：85.8%　　全国：85.2%

質問 **現在、リモートでの母子支援（母親学級や産後のフォローなど）を行っていますか？**

回　答	回答数
行っている	37
行っていない	66
今後、行う予定である	22

▶リモートでの母子支援を行っている施設の割合
東京都：29.6%　　全国：22.0%

質問 **動画を母親学級の代替・補助として視聴することは有益と考えますか？**

回　答	回答数
有益と考える	111
有益とは考えない	1
わからない	11

▶動画を母親学級の代替・補助として視聴することは有益と考えると回答した施設の割合
東京都：90.2%　　全国：84.5%

4. 考　察

副委員長　　石橋　幸滋

この調査報告は、令和 3 年度に日本産婦人科医会が実施した「妊産婦メンタルヘルスケア推進に関するアンケート調査」の情報のうち、東京都内の分娩取り扱い施設の中でこのアンケート調査に回答していただいた 128 施設の回答をまとめたものである。

結果は、この調査にご協力いただいた 128 施設のうち、精神疾患合併妊娠を受け入れている施設の中でも、全てを受け入れている施設は 29 施設（22.7%）、場合によって受け入れている施設は 73 施設（57.0%）で、102 施設（79.7%）は条件付きではあっても受け入れているという回答であった。

一方受け入れていないと答えた施設では、「精神科医がいない」や「状態が悪化した時に対応できない」という回答が多かった。この回答割合は全国平均とほぼ同等で、東京特有の現象ではなかった。

また、妊娠中のうつ病や不安障害に関するリスク評価をおこなっている施設は 84 施設（65.6%）で、全国とほぼ同率ではあるが決して高い数字ではない。加えて、退院時のメンタルチェックをおこなっている施設は 92 施設（71.3%）で全国の 76.3%を下回っているし、産後うつ病の予防や新生児への虐待予防等を図る観点から、平成 29 年より国の補助金が出るようになった産後 2 週間、産後 1 か月などの産婦健康診査(母体の身体的機能の回復、授乳状況及び精神状態の把握等)を行っている施設は、産後 2 週間健診は 69 施設（53.9%）で全国平均（78.9%）を大きく下回っている。さらに、産後 1 ヶ月健診でもメンタルチェックをおこなっているところは 101 施設（84.1%）と、産後 2 週間健診を上回ってはいるものの全国平均（91.9%）には及ばない。

この状況を招いている要因としては、東京都の区市町村ではこれらの事業に公的補助がないことが挙げられる。これに対して、他県では次の質問にあるデイサービス型やアウトリーチ型などの産後ケア事業なども含めて区市町村からの公的な補助が出ている。

また、東京では精神的な支援が必要な妊産婦を紹介できる施設に困ることが少なくないという現状があり、「産科、精神科、行政機関全ての施設に対して困る場合がある」という回答が、全国に比べても多い。その中でも精神科への紹介においては、「緊急対応をしていない」、「入院施設がない」、「精神科医がいない」などの他に、「妊産婦に対応できない」、「妊産婦への理解が乏しい」など、精神科医がもっと妊産婦のメンタルケアへの理解と対処方法を身につける必要があることを示唆する回答が少なくない。

このような状況を改善するための工夫として、「早めの転院」、「精神科医への直接連絡やかかりつけ医との連携」、「多職種との連携、チーム医療」、「精神状態のスクリーニング」などが求められている。また、診療報酬上の補償も必要であるが、ハイリスク妊産婦連携指導料などはその算定のために多職種カンファレンスや全妊婦のメンタルスクリーニングが求められており、単科の産婦人科には算定しづらい面もあるため、算定要件の見直しが必要であろう。

最後に新型コロナウイルス感染症が妊産婦のメンタルヘルスに及ぼした影響について質問しているが、109 施設（85.8%）が「影響があった」と回答しており、その内容としては「外来同伴中止」、「母親学級中止」、「立ち会い分娩中止」、「産後面会禁止」などと、人生最大のイベントと言ってもよいであろう妊娠・出産を、身近な人のサポートもなく孤独に対処していかなければならないストレスは極めて大きいと考えられる。「リモートによる母子支援」、「動画による母親学級」なども一部行われたが、今後、新型コロナウイルス感染症に限らず、新興感染症の流行などにも対応できる新たな支援体制が望まれる。

委員　　塚本　　一

東京都における妊産婦のメンタルヘルスケア事業推進を目的として、現状についてアンケート調査を行なった。

調査内容は日本産婦人科医会が実施した「令和 3 年度妊産婦メンタルヘルス推進に関するアンケート調査」の内、東京都内の分娩取り扱い施設に関する情報を使用している。

また、全国とは日本産婦人科医会のホームページに掲載されている上記アンケート調査のデータを引用している。

精神疾患合併妊娠を受け入れている施設の割合は東京都で 22.7%、全国で 22.3%、場合によって受け入れる施設の割合は東京都で 57.0%、全国で 55.7%であった。精神疾患合併妊娠の受け入れ先がいかに少なく厳しい状態であるか切実にわかる数字である。

東京都は大学病院が 13 病院以上あり、またセンターとなる基幹病院も多い。その割には精神疾患合併妊娠の受け入れは全国と比べあまり差がない。もう少し改善の余地があるのではないかと思われる。

支援が必要な妊産婦を他施設に紹介するときしばしば困っている施設割合は、精神科では東京都で 46.7%、全国で 42.8%であった。

精神科に紹介する際、困る理由では「緊急対応していない」「精神科入院施設がない」「精神科常勤医がいない」「妊産婦に対応できない」などの理由が主であり、自由記載では「本人が精神科受診を敬遠する場合がある」とある。

精神科病院は単科病院が多く、内科を併設している病院でも一般の急性期病院で対応できるレベルにない。ましてや妊産婦の対応などはとても難しい。

元々精神科病床は診療報酬の単価が低く、大学病院や総合病院で精神科病床をもっていることが経営的には負担であり、削減する方向と思われる。ある大学病院などは精神科病床を全て閉鎖し外来とリエゾン中心に診療をしている。本来大学病院や規模の大きな総合病院が合併症対応の精神病床をもつ必要があり、精神疾患合併妊娠に対応できる病院は精神科と産婦人科の両科をあわせもつ施設が対応すべきである。

単科精神科病院でも産褥期などの対応は可能であり、それらの連携も今後必要と思われる。また精神科に対する国民の偏見は根強く、それらの改善も今後の課題である。

5. まとめ

委員　　水主川　純

本検証は東京都における妊産婦メンタルヘルスケア事業推進を目的とし、公益社団法人 日本産婦人科医会が実施した「令和 3 年度 妊産婦メンタルヘルスケア推進に関するアンケート調査」の情報のうち、日本産婦人科医会に東京都内の分娩取り扱い施設に関する情報使用を東京産婦人科医会より申請・許可を得た上で行った。

対象は上記日本産婦人科医会による「令和 3 年度妊産婦メンタルヘルスケア推進に関するアンケート調査」に回答した東京都内の 128 施設とし、回答内容を検証した調査項目に関する全国と東京都のデータ比較に関しては、日本産婦人科医会のホームページに掲載されている「令和 3 年度妊産婦メンタルヘルスケア推進に関するアンケート調査」結果報告のデータ（https://www.jaog.or.jp/about/project/document/mentalr1/）（取得日：2022/4/21 時点）から全国と示されているデータを用いた。なお、各施設が必ずしも全質問に回答しているわけではないため、得られた回答をもとに検証した。

精神疾患合併妊娠の受け入れに関する質問では、「全て受け入れている」と回答した施設が 29 施設、「場合によって受け入れている」と回答した施設が 73 施設であった。「受け入れていない」と回答した 26 施設の受け入れていない主な理由（複数回答）は、「精神科医がいない」が 23 施設、「状態が悪化した場合の紹介先に困る」が 16 施設であった。精神疾患合併妊娠を「全て受け入れている」施設の割合に関しては、全国では 22.3%、東京都では 22.7%であり、「場合によって受け入れている」施設の割合に関しては、全国では 55.7%、東京都では 57.0%であり、いずれも同等であった。

妊娠中および分娩退院時のメンタルヘルスの評価に関する質問では、妊娠中のうつ病や不安障害に関するリスク評価を「行っている」と回答した施設が 84 施設、「行っていない」と回答した施設が 44 施設であった。「行っていない」主な理由（複数回答）は、「対応できる人的余裕がない」が 18 施設、「必要がない」が 13 施設であった。妊娠中にメンタルヘルスのリスク評価を行っている施設の割合に関しては、全国では 62.9%、東京都では 65.6%であった。分娩退院時にメンタルヘルスのチェックに関する質問では、「行っている」と回答した施設が 92 施設、「行っていない」と回答した施設が 37 施設であった。「行っていない」主な理由（複数回答）は、「必要がない」が 11 施設、「対応できる人的余裕がない」が 8 施設、であった。分娩退院時にメンタルヘルスのチェックを行っている施設の割合に関しては、全国では 76.3%、東京都では 71.3%でった。

産婦妊婦健康診査（産後 2 週および産後 1 ヶ月）に関する質問では、産後 2 週間健診を「行っている」と回答した施設が 69 施設、「行っていない」と回答した施設が 59 施設であった。「行っていない」主な理由（複数回答）は、「対応できる人的余裕がない」が 22 施設、「公的補助がない」が 16 施設であった。産後 2 週間健診を行っている施設の割合が全国では 78.9%、東京都では 53.9%であり、東京都の割合は全国より低かった。産後 2 週間健診の際に、メンタルヘルスのチェックを「行っている」と回答した施設が 69 施設、「行っていない」と回答した施設が 59 施設であり、施設が所在する区市町村における産後 2 週間健診の費用に対する公的補助については、「公的補助がある」と回答した施設は 2 施設のみであり、124 施設が「公的補助がない」と回答した。産後 2 週間健診に公的補助がある区市町村に所在する施設の割合は、全国では 53.7%、東京都では 13.9%であり、東京都の割合は全国より低かった。産後 1 ヶ月健診の際のメンタルヘルスのチェックについては、「行っている」と回答した施設が 101 施設、「行っていない」と回答した施設が 25 施設であったが、実施の割合は、全国では 91.9%、東京都では 84.1%であり、産後 2 週間健診と同様に東京都の割合は全国より低かった。また、施設が所在する区市町村における産後 1 ヶ月健診の費用に対する公的補助については、「公的補助がある」と回答した施設は 2 施設のみであり、124 施設が「公的補助がない」と回答し、産後 1 ヶ月健診に公的補助がある区市町村に所在する施設の割合は、全国では 65.0%、東京都では 13.9%であり、東京都の割合は全国より低かった。

産後ケア事業を行っている施設に関しては、アウトリーチ型が 4 施設、デイサービス型が 20 施設、宿泊型

が 41 施設であった（複数回答）。産後ケアに関する事業を行っている施設における事業内容別の公的補助率は、アウトリーチ型は全国では 56.0%、東京では 0%、デイサービス型は全国では 87.9%、東京では 70.0%、宿泊型は全国では 87.5%、東京都では 70.7%であった。

産科と精神科や行政機関との連携については、支援が必要な妊産婦を他施設に紹介するときに「しばしば困っている」と回答した紹介先については、「産科」が 27 施設、「精神科」が 56 施設、「行政機関」が 30 施設であった。精神科に紹介する際に困る主な理由（複数回答）は、「緊急対応をしていない」が 68 施設、「精神科入院施設がない」が 67 施設であったが、自由記載では「妊産婦の対応にあまり理解がない」、「本人が精神科受診を敬遠する場合がある」等の意見が認められた。このような状況の中、転院時期や転院先、精神科医への連絡・連携、多職種との連携、メンタルヘルスのスクリーニング強化などにより、支援が必要な妊産婦の他施設への紹介に関する工夫が行われていた。

新型コロナウイルス感染症拡大下（以下、コロナ禍）における妊産婦のメンタルヘルスケアに関しては、コロナ禍で妊産婦のメンタルヘルスの支援に「変化があった」と回答した施設は 109 施設であり、変化の具体的内容は、主に「外来同伴中止」が 93 施設、「産後面会禁止」が 91 施設、「母親学級中止」が 90 施設であった。動画による母親学級の代替・補助として視聴することの有益性に関しては、111 施設が「有益と考える」と回答した。

本検証では、東京都における妊産婦メンタルヘルスケアの現状が示された。産科と精神科や行政機関との連携に関しては、各医療機関で工夫した対応が行われていることがうかがわれた。妊産婦メンタルヘルスケアにおいては、メンタルヘルスケアを要する妊産婦のスクリーニングを強化し、産科と精神科や行政機関との連携が速やかに行われる体制の構築が重要であろう。

Ⅲ 東京精神神経科診療所協会による「妊産婦に対する診療についてのアンケート調査」

1. はじめに

本アンケート調査は国立成育医療研究センター乳幼児メンタルヘルス診療科　立花良之先生、さがらレディスクリニック　相良洋子先生が研究している『厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業））「特定妊婦に対する支援の均てん化に向けたアセスメントツール及び多職種連携地域支援プログラムの開発と社会実装についての研究（20DA1009）」』の中で行われた東京精神神経科診療所協会の会員に向けてのアンケート調査であり、両先生の善意でアンケート調査結果の一部をいただいた。

現在、周産期医療の現場では周産期うつ病をはじめとする精神疾患を合併した妊産婦、或いは精神疾患の診断には至らないまでも、うつや不安を抱えた妊産婦のケアが大変重要な課題になっている。妊産婦が抱える精神的な問題は、近年増加の一途を辿っている児童虐待の重要な要因になっており、周産期うつ病を主な背景とした妊産婦の自殺は、産後 1 年までの妊産婦の死亡原因として最も多いものであることが明らかになっている。さらに、妊産婦が精神的な問題を抱えている場合には、胎児や新生児との間に育まれるはずの愛着形成がうまくいかず、子ども達の心身の成長・発達にも大きな影響を与える可能性がある。周産期医療の現場では、うつや不安を抱えた妊産婦やリスクの高い妊産婦を拾い上げるためのスクリーニングが行われるようになってきたが、実際にそのような妊産婦を見つけた際に、精神科の先生方とどのように連携していけばよいのかという問題を解決することができないために、早期治療に結び付けることができずにいるのが現状である。

そこで、母子とその家族が安心して妊娠・出産・育児を行っていくための体制作りに役立つために、精神疾患を合併した妊産婦に最も近い立場で精神科診療を行っている東京精神神経科診療所協会の会員に、妊産婦の診療の現状、今後改善すべき点等について調査が行われた。

2. 調査票

Q1. 通院中の患者様の妊娠について教えてください。

① 妊娠可能年齢の患者様に対しては、妊娠の可能性を考えた処方を考慮していますか？

1．常に配慮している　2．結婚したら配慮する　3．妊娠したら配慮する

4．その他（　　）5．特に配慮していない

② 通院中の患者様が妊娠する頻度はどのくらいですか？

1．月に（　　）人程度　2．年に（　　）人程度

③ 患者様が妊娠した場合、妊婦健診や出産場所についてどのような対応をしていますか？

1．患者に探してもらう　2．連携している産科医療機関を紹介する

3．連携している病院の産科を紹介する　4．その他（　　）

④ 産科医療機関宛ての診療情報提供書を書いていますか？

1．必ず書いている　2．産科医療機関からの依頼があれば書く　3．書いたことはない

⑤ 患者が出産するまで、精神科治療を他院（患者が出産する病院の精神科など）に依頼することはありますか？

1．ない　2．患者によってはある　3．その他（　　）

⑥ 出産後の育児支援体制について、アドバイスしていますか？

1．必ずしている　2．相談を受けたらする　3．特にしていない

4．その他（　　）

⑦ 妊産婦を診療する場合の対応についてお尋ねします。

1．向精神薬の使い方に不安がありますか　(a.とても不安　b.多少不安　c.不安はない)

2．妊産婦に対応できる心理師はいますか　(a.いる（常勤）　b.いる（非常勤）　c.いない)

3．家族への介入も含めた環境調整に対応できるケースワーカーなどはいますか

(a.いる（常勤）　b.いる（非常勤）　c.いない)

4．産科の受け入れ先は確保されていますか（a.いる　b.いない）

5．保健・福祉機関（保健センター・子ども[児童]家庭支援センター・児童相談所など）との連携はできていますか　(a.できている　b.できていない)

6．妊娠中に精神科入院が必要になった場合、相談できる病院はありますか（a.ある　b.ない）

⑧ 妊産婦を診療するために、今後必要と思われる項目に〇をつけてください（複数回答可）。

1．向精神薬の処方を含めた妊産婦を診療するための研修

2．精神科医のための妊産婦診療マニュアル

3．産婦人科との合同研修

4．産婦人科（単科、総合病院、精神科もある総合病院）との連携をコーディネートする仕組み

5．精神科病院との連携をコーディネートする仕組み

6．母子のために環境調整を行う保健師やケースワーカーなどのコーディネーター

7．その他

⑨ 妊産婦を診療するために産科医療機関に希望することがあったら教えてください。（　　）

⑩ 妊産婦を診療するために行政機関に希望することがあったら教えてください。　（　　）

Q2. 通院中の患者様以外の妊産婦（妊娠中～産後１年）に対応したことはありますか？

1．ある　⇒　Q2-1 へお進みください。

2．ない　⇒　Q2-2 へお進みください。

Ｑ２-１：通院中の患者様以外の妊産婦に対応したことがある先生方へ

①　診療の経緯：

１．患者の自主的な受診　２．家族が連れてきた　３．産婦人科医からの紹介

４．その他（　　）

②　どのような疾患の患者様がいらっしゃいましたか？

１．うつ病　　２．双極性障害　　３．統合失調症　　４．不安障害

５．心的外傷後ストレス障害　　６．発達障害　　７．その他（　　）

③頻度はどのくらいですか？　１．月に（　　）人程度　　２．年に（　　）人程度

④通院中の患者様以外の妊産婦を診療する場合に困難がありますか？

１．向精神薬の使い方　２．家族への介入も含めた環境調整　３．産科の受け入れ先の確保

４．行政（保健・福祉）との連携　５．精神科入院が必要になった場合の受け入れ先の確保

６．その他（　　）　７．困難は感じない

⑤　今後の通院中の患者様以外の妊産婦の診療について教えてください。

１．今後も行っていく

２．条件が整えば行いたい（希望する条件に○をつけてください。複数回答可）

a. 向精神薬の処方を含めた妊産婦を診療するための研修

b. 精神科医のための妊産婦診療マニュアル

c. 産婦人科との合同研修

d. 産婦人科（単科、総合病院、精神科もある総合病院）との連携をコーディネートする仕組み

e. 精神科病院との連携をコーディネートする仕組み

f. 母子のために環境調整を行う保健師やケースワーカーなどのコーディネーター

g. その他（　　）

３．診療したくない

a. 手間がかかる

b. 対応の仕方がわからない

c. 採算が合わない

d. その他（　　）

Ｑ２-２：通院中の患者様以外の妊産婦に対応していない先生方へ

①　対応していない理由：

１．患者がこない　　２．妊産婦に向精神薬を処方することが不安

３．家族への介入などの環境調整が困難　　４．産科との連携が困難

５．行政（保健・福祉）との連携が困難　　６．精神科入院が必要になった場合に対応困難

７．その他（　　）

②　今後の通院中の患者様以外の妊産婦の診療について教えてください。

１．条件が整えば行いたい（希望する条件に○をつけてください。複数回答可）

a. 向精神薬の処方を含めた妊産婦を診療するための研修

b. 精神科医のための妊産婦診療マニュアル

c. 産婦人科との合同研修

d. 産婦人科（単科、総合病院、精神科もある総合病院）との連携をコーディネートする仕組み

e. 精神科病院との連携をコーディネートする仕組み

f. 母子のために環境調整を行う保健師やケースワーカーなどのコーディネーター
g. その他（　　）

2．診療したくない
a. 手間がかかる
b. 対応の仕方がわからない
c. 採算が合わない
d. その他（　　）

Q３．その他

①　子育て世代包括支援センター*についてご存じですか？　　1．はい　　2．いいえ

（*　妊娠、出産から子育てにわたる切れ目のない支援やサービスを行う拠点で、母子保健施策と子育て支援施策について専門機関が連携し、総合的な支援を行っています。）

②　ハイリスク妊産婦連携指導料 2をご存じですか？**　　1．はい　　2．いいえ

（** 精神疾患を有する妊婦又は出産後６月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り 750 点算定できます。）

③ハイリスク妊産婦連携指導料を算定したことがありますか？　1．はい　　2．いいえ

④日本精神神経学会と日本産科婦人科学会が合同で作成した「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」をご存じですか？　　1．はい　　2．いいえ

※「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」
（総論編）https://www.jsog.or.jp/news/pdf/20200601_guide.pdf
（各論編）https://www.jsog.or.jp/news/pdf/20210423_kakuron_guide.pdf

上記ガイドを日常診療に活用されていらっしゃいますか？　　1．はい　　2．いいえ

Q４．貴院の周産期の新患対応の可否についてうかがいます。

対　応	1．妊婦	2．産婦	3．心理カウンセリング	4．本人・家族の了承のもとでの、保健・福祉機関との相談
対応の可否について、○、×、△でお答えください				

○：ほぼ可能、△：場合によっては可能、×：不可

Q４の貴院のご回答を保健・福祉機関と共有させていただいてよいですか？　1．はい　2．いいえ

Q４の貴院のご回答を産婦人科医療機関と共有させていただいてよいですか？　1．はい　2．いいえ

3. 調査結果

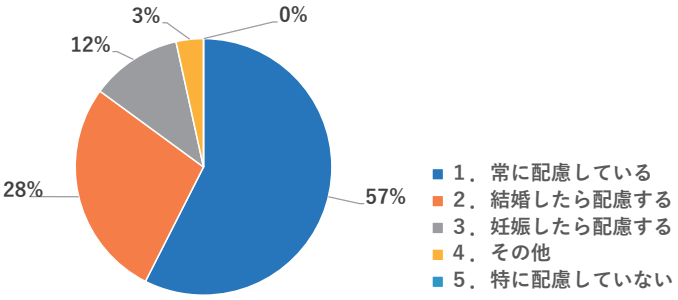
■回答数等について

会員 265 名のうち、76 名が回答し、4 人に 1 人強であった。

Q1. 通院中の患者様の妊娠について教えてください

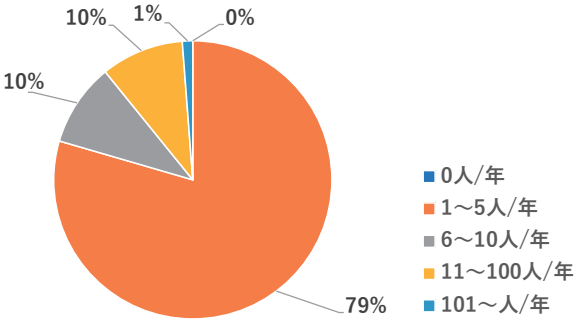
Q1-① 妊娠可能年齢の患者様に対しては、妊娠の可能性を考えた処方を考慮していますか？

通院している妊娠可能年齢の女性が妊娠の可能性を常に考えて処方している精神科医は、57%もいた。結婚したら考えるは 28%であり、妊娠しなくても常にそのことを配慮しながら診療している精神科医は 85%であった。特に妊娠可能年齢は禁忌薬を避けて処方に工夫をしていることがわかる。



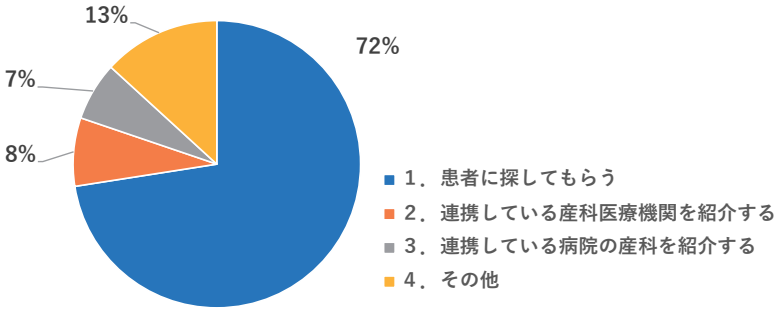
Q1-② 通院中の患者様が妊娠する頻度はどのくらいですか？

通院中の患者が妊娠する頻度は年に 10 人以下である精神科医は 89%であり、1 年間に数名であることが多く、頻度としては決して多くはない。



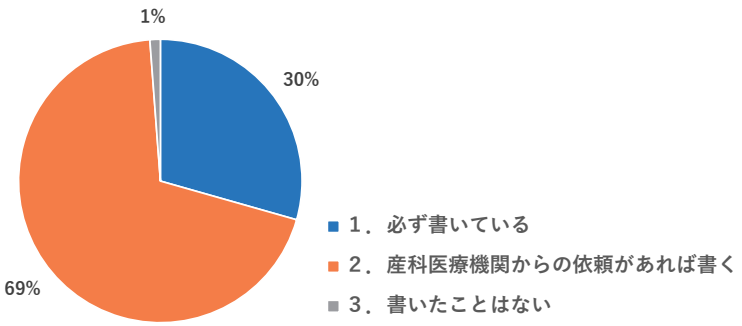
Q1-③ 患者様が妊娠した場合、妊婦健診や出産場所についてどのような対応をしていますか？

患者が妊娠した場合の妊婦健診や出産場所の対応については 72%が患者に探してもらうと答えており、連携している産科医療機関や病院が常にあるわけではないことがわかる。



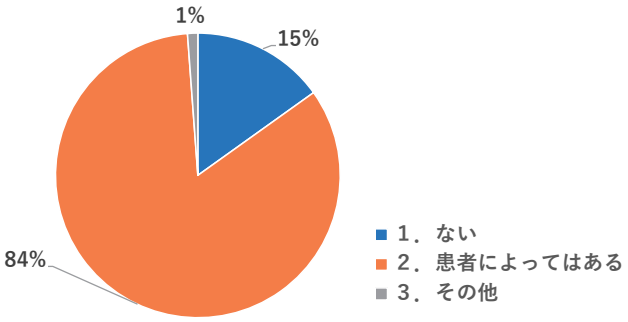
Q1-④ 産科医療機関宛の診療情報提供書を書いていますか？

産科医療機関宛の診療情報提供書に関しては依頼があれば書くは 69%、必ず書くは30%であり、精神科医が受け持っている患者が妊娠した時は産科と連携するのが当たり前と考えている精神科医が浮かび上がってくる。



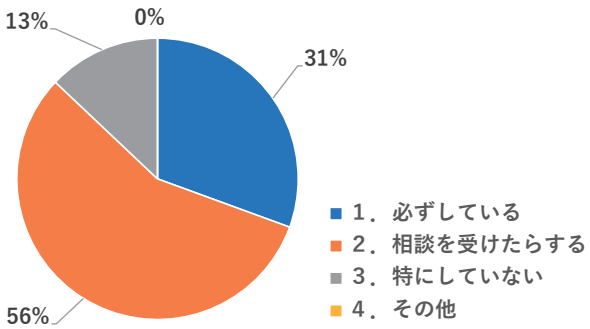
Q1-⑤ 患者が出産するまで、精神科治療を他院（患者が出産する病院の精神科など）に依頼することはありますか？

患者が出産するまで精神科医が支えていく意思がある精神科医は 15%にのぼり、84%は患者によってはあると回答している。周産期の薬物療法に関しては病院のリエゾンに慣れている精神科医にお任せした方がよいと考えたり、また患者がそれを希望したりするのではないかと予想される。年に数人の経験ではなかなか精神科医は自信がもてないのではないかと推測する。



Q1-⑥ 出産後の育児支援体制について、アドバイスしていますか？

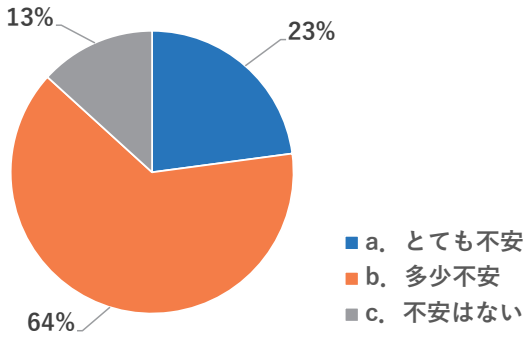
通院中の患者に関しては、病状のみならず、家庭環境も性格もわかっているので、妊娠して出産する患者をどう支えていったらいいのか、精神科医はよくわかっているのだと思う。なので、31%の精神科医は出産後の育児支援体制に必ずアドバイスすると回答し、56%は相談を受けたらアドバイスすると回答。逆に、特にアドバイスをしていないと回答した精神科医が 13%いる。



⑦　妊産婦を診療する場合の対応についてお尋ねします。

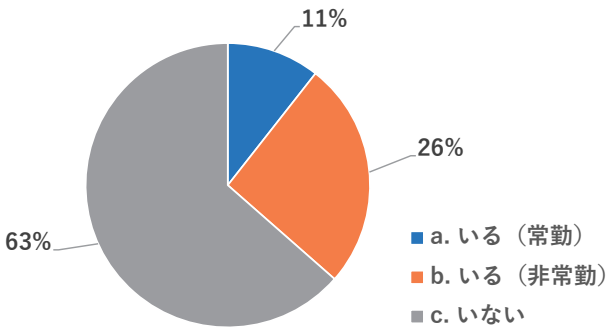
Q1-⑦-1　向精神薬の使い方に不安がありますか？

通院中の妊産婦が向精神薬を内服することに対して、87%が不安と回答している。奇形や新生児の薬物離脱反応などが出現した場合を想像すると、文献を読んでも 0%ではないため、不安にならない精神科医は少ないと考える。



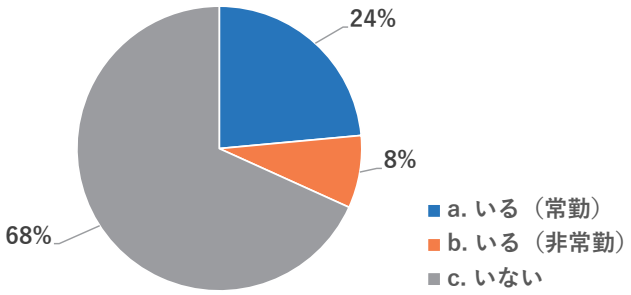
Q1-⑦-2　妊産婦に対応できる心理師はいますか？

妊産婦に対応できる心理職は常勤、非常勤を合わせると 37%いると回答。いない精神科が 63%と圧倒的に多いので、精神科医自身が妊産婦の生活全般を理解して対応しているということがわかる。



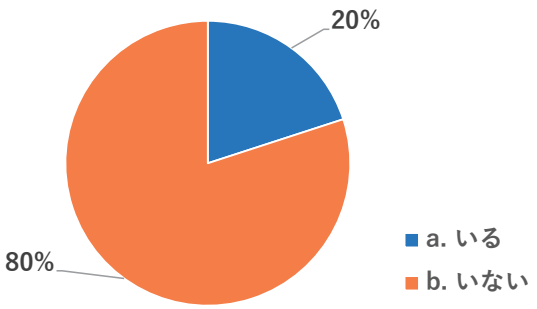
Q1-⑦-3　家族への介入も含めた環境調整に対応できるケースワーカーなどはいますか？

妊産婦の家族への介入も含めた環境調整に対応できるケースワーカーは常勤・非常勤を入れると 32%であり、心理職より少し少ない。診療所にケースワーカーを勤務させることが診療報酬的に決して有利とはいえないので、ケースワーカーがいる診療所は多くはない。それでも 32%対応できているということは、精神科診療所の善意が浮かび上がる。逆に精神科医自身が環境調整しているとしたら、その負担は大変なことであろうと推測される。



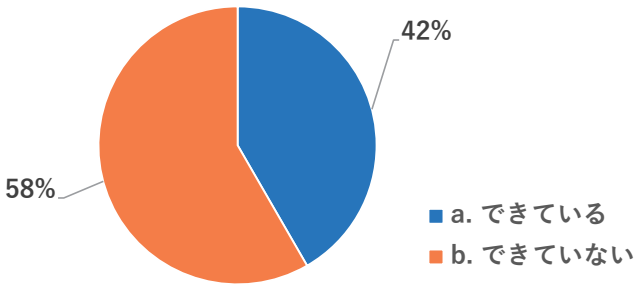
Q1-⑦-4 産科の受け入れ先は確保されていますか？

通院中の妊産婦の受け入れ先を 20%の精神科医が常日頃から意識して確保しているということがわかった。患者自身が自分で見つけてくることが多いと思われるので、受け入れ先に困ったことがある精神科医か、年に 11 名以上の妊産婦を経験している精神科医が困らないように、顔の見える関係の産科病院を地域連携でみつけているのではないかと推測する。



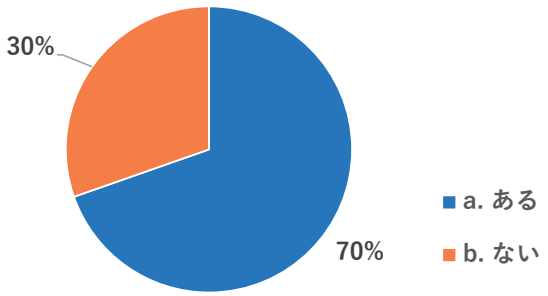
Q1-⑦-5 保健・福祉機関（保健センター・子ども［児童］家庭支援センター・児童相談所など）との連携はできていますか？

妊産婦を診療する場合に保健・福祉機関との連携ができていると回答した精神科医は 42%であり、妊産婦以外でも課題が生じた際は常日頃から連携しているのではないかと推測する。また、逆に半数以上は診療所での対応であり、外部と相談していくのは、患者と割り切っている精神科医も多いのであろう。ケースワーカーがいる診療所は連携しやすいが、いない診療所では外部と連携する時間が極めて厳しい外来をしているのではないかと考える。

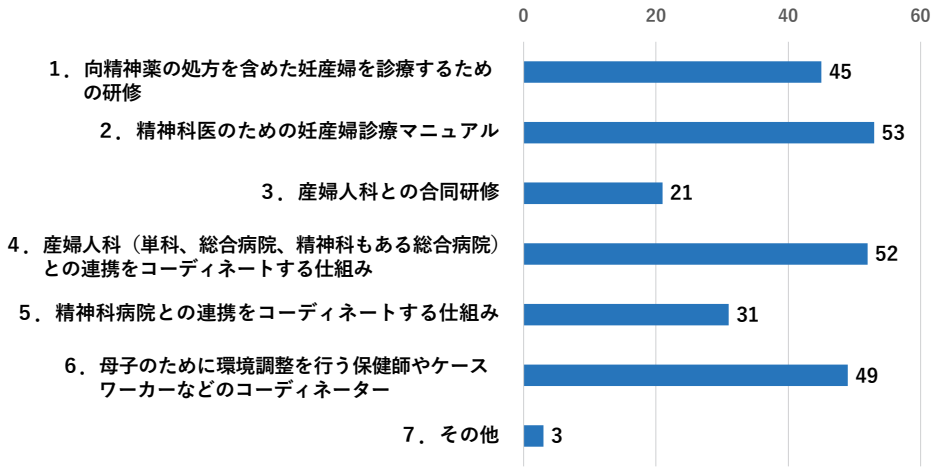


Q1-⑦-6 妊娠中に精神科入院が必要になった場合、相談できる病院はありますか？

妊娠中に精神科入院が必要になった場合、70%は相談できる病院があると回答している。これは普段から精神科病院との連携があるのか、それとも周産期メンタル不調に慣れている都立病院との連携があるのか、詳しくはわからないが、経験値が高いと評価してよいと考えてよいと思われる。



Q1-⑧ 妊産婦を診療するために、今後必要と思われる項目



妊産婦を診療するために今後必要と思われる項目は「精神科医のための妊産婦診療マニュアル」、「産婦人科との連携をコーディネートする仕組み」、「母子のために環境調整を行う保健師やケースワーカーなどのコーディネーター」が必要と約 50 人の精神科医は回答している。診療以外の生活の部分をコメディカルの専門職が支える仕組みが急務である。「向精神薬の処方を含めた妊産婦を診療するための研修」も 45 人の精神科医が必要と回答し、年 1 回くらいは研修の機会が必要と考えられる。

Q1-⑨ 妊産婦を診療するために産科医療機関に希望することがあったら教えてください。

・直接紹介ではなく、保健師にハブになってもらいたい
・向精神薬に対して否定的にはなってほしくはない
・書面での情報共有（連携）
・向精神薬使用に関して産科医会としての統一した見解をお示しいただきたい
・診療情報提供書や返信報告書を必ず戻してほしい
・医療機関によっては産科医「うちは精神科はやっていないから精神科の先生に対応できる産院を聞いてみて」とある意味むちゃぶりされることがあったり、「精神科の薬は全部使えないよ」と無謀な指摘をされる先生がいらっしゃるので、精神科も平等に対応してほしい
・お互いに遠慮なく相談しあえる状況があればうれしい
・現在処方している薬の報告、精神科のある病院へ紹介する
・精神科的に不安定になったら連絡してほしい
・すぐに薬をやめろ！と言わないこと
・向精神薬のマイナス面を強調しないでほしい
・何か産科医お視点で気づきがあったら情報を伝えてほしい
・向精神薬の処方についてのタイミング、量、通院についての連携
・精神科薬は処方通りでいいかチェックしてほしい
・必要な情報提供や精神科治療への要望指示
・精神科通院歴だけで断られることがある、安定していれば受け入れてほしい
・連携するための連絡を文書でなく口頭でも可能にしてほしい
・薬物療法を維持せざるを得ない患者さんに先天異常のリスク等ネガティブな発言をする助産師等ごくまれにおられるので発言を慎重に選んでいただけるとありがたく存じます
・必要に応じ入院対応をしていただく
・精神疾患への理解

精神科医から産科医療機関に希望することの中に、向精神薬や精神疾患に対する誤解したイメージを持っている産婦人科医がいるという意見が散在した。精神科医が診療情報提供書を書いても、産婦人科医から精神科

医への連絡や連携があまりないという意見もあるので、お互いに遠慮なく口頭でも相談できるような状況を求めているのだと思う。精神科医が気づいていないようなことがあれば、精神科医に教えてほしいという意見もある。産婦人科医が精神科医に依頼したいと思った時、同時に地区担当保健師にもその情報や状況を連絡してもらいたいという意見もあった。

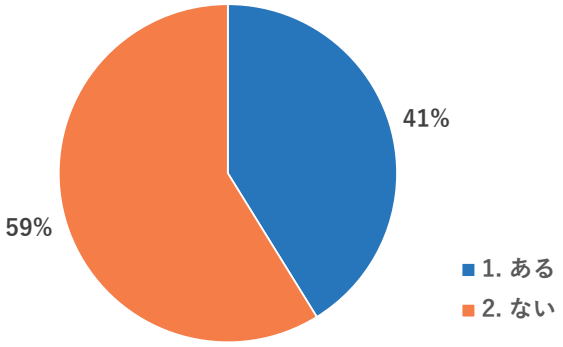
Q1-⑩ 妊産婦を診療するために行政機関に希望することがあったら教えてください。

・もっと保健師を増やしてほしい
・妊婦加算などの手当ては必要と思う
・子育て世代包括支援センターが全く機能していない
・医療機関の紹介
・精神科通院中の患者さんの出産時のフォローアップを積極的に行ってほしい
・産後のケアが必要なケースについて手助けしていただける機関（保健所のどこか部署など）の情報が欲しい
・妊産婦に対する総合的な保険・医療体制の確立を図る
・可能な範囲の情報共有、連携（相談）先機関提示
・各地域にサポート体制があるはずなので、資料配布してほしい
・保健所　子育てセンターでのかかわり
・①母子のための環境調整を行う保健師、ケースワーカーなどのコーディネーターをしっかり育ててほしい
　②父親（夫）も支える窓に（父性を育てていく）も作ってほしい
・精神疾患への理解

精神科医から行政機関に希望することは、母子のための環境調整を行う保健師、ケースワーカーなどのコーディネーターを育ててもらいたい、そして母だけでなく、父も支え、育てる保健師であってもらいたいという意見がある。保健師の数を増やしてもらい、もう少し精神科通院中の妊産婦を積極的に経過観察してもらいたいという意見がある。メンタル不調に詳しい産婦人科医、妊産婦が入院できる病院など地域（東京）のリソースについて情報共有する機関が欲しい、子育て世代包括支援センターの実態が見えないなどの意見があった。精神科医は地域保健師ともっと周産期でも情報共有して、メンタル不調の妊産婦にやさしい地域社会を、行政側に作ってもらいたいという内容の意見であった。

Q2 通院中の患者様以外の妊産婦（妊娠中～産後 1 年後）に対応したことはあります

精神科診療所に通院していない妊産婦に対応したことがあるという精神科医は 41%。逆に 59%の精神科医は自院に来ないと答えている。地域の保健師、助産師が依頼する精神科医は限られているのかもしれない。また精神科診療所に初診の予約をしても、スムーズには初診にならないのではないかと推測される。

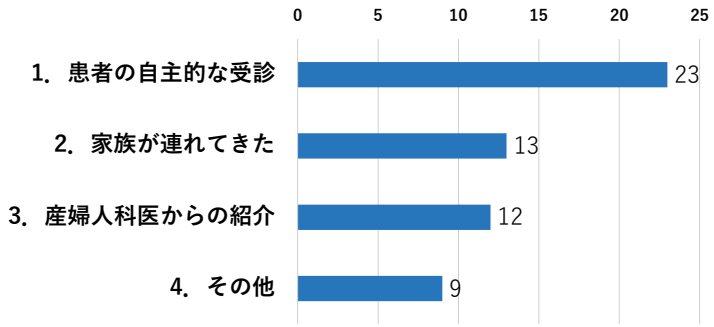


Q2-1. 通院中の患者様以外の妊産婦に対応したことがある先生方へ

Q2-1-① 診療の経緯

⇒回答対象：Q2 にて「ある」と回答

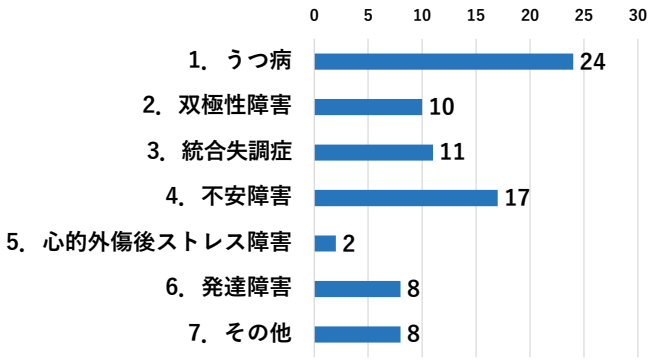
通院していない妊産婦は患者の自主的な受診が 23 人、家族が連れてきた 13 人、産婦人科からの紹介は 12 人であり、ほぼ患者と家族が調べて初診になっている。



Q2-1-② どのような疾患の患者様がいらっしゃいましたか？

⇒回答対象：Q2 にて「ある」と回答

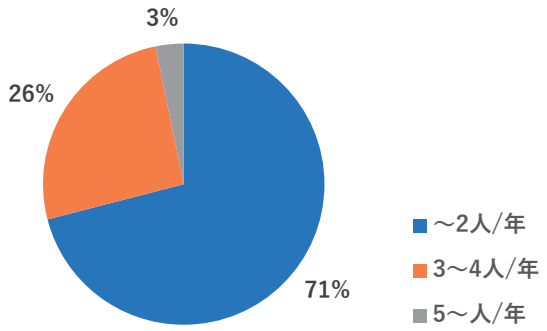
通院していない妊産婦はうつ病 24 人、不安障害 17 人、統合失調症 11 人、双極性障害 10 人という順で、まんべんなく様々な疾患が初診になっている。うつ病、不安障害は妊娠中や産後でそういった状態になることはよくあると思われるが、統合失調症や双極性障害は今まで落ち着いていたが、妊娠をきっかけに治療が必要になったということなのか、或いは妊娠を機に発症したのか不明である。



Q2-1-③ 頻度はどのくらいですか？

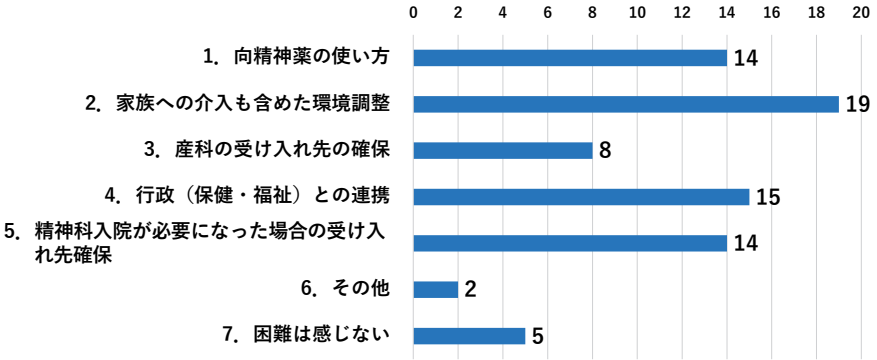
⇒回答対象：Q2 にて「ある」と回答

通院していない妊産婦を対応する頻度は年 2 人までが圧倒的に多く 71%である。年に 3-4 人は 26%であり、このアンケートに答えている精神科医のほとんどが 4 人以下である。なので、極めて少ない人数であることがわかる。



Q2-1-④ 通院中の患者様以外の妊産婦を診療する場合に困難がありますか？

⇒回答対象：Q2 にて「ある」と回答

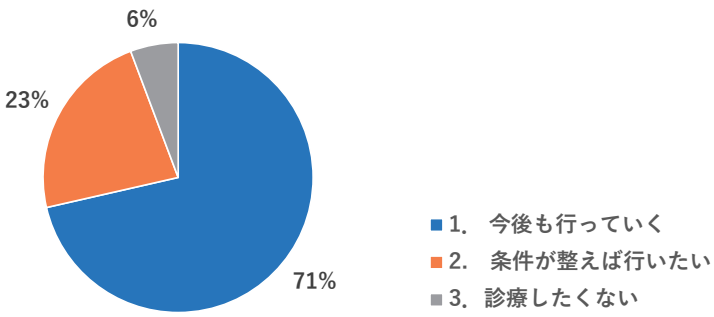


通院していない妊産婦を診療するときに困難を感じるのは、環境や生活のことという意見が一番多い。信頼関係ができていない妊産婦の精神科病院への入院先を探すのは極めて大変であり、また向精神薬を使用するのにも専門性と勇気が必要と考えられる。生活、薬物治療、入院の 3 点である。薬物治療に関しては研修や勉強をしたらよいことであるが、環境調整は精神科医 1 人でできるものではない。

Q2-1-⑤ 今後の通院中の患者様以外の妊産婦の診療について教えてください。

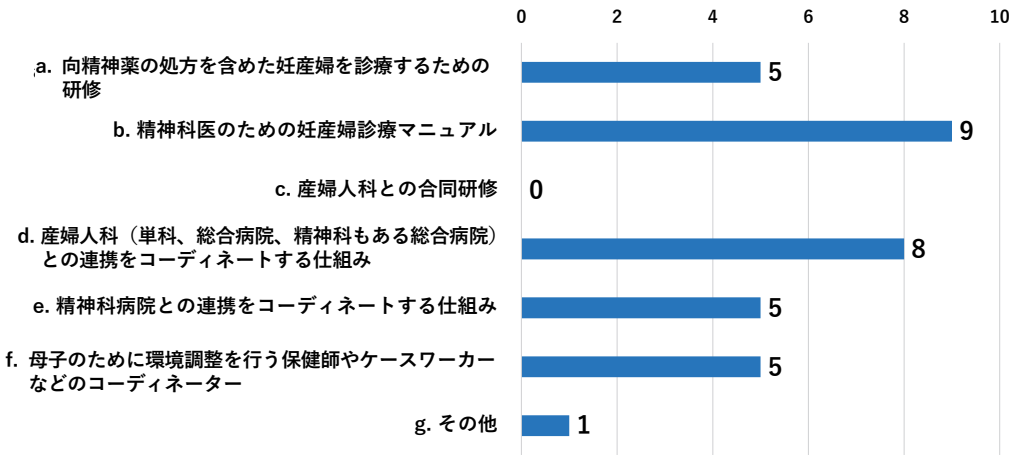
⇒回答対象：Q2 にて「ある」と回答

今後、通院中以外の妊産婦の診療への意思は今後も変わらずに行うと回答した精神科医は 71%と、前向きな結果であり、産婦人科医からみると不思議に感じる結果かもしれない。条件が整えば行いたいも入れると 94%なので、年に数回の患者以外の周産期メンタル治療はやってもいいという結果であった。



Q2-1-⑤-2 希望する条件は？

⇒回答対象：Q2-1-⑤にて「条件が整えば行いたい」と回答

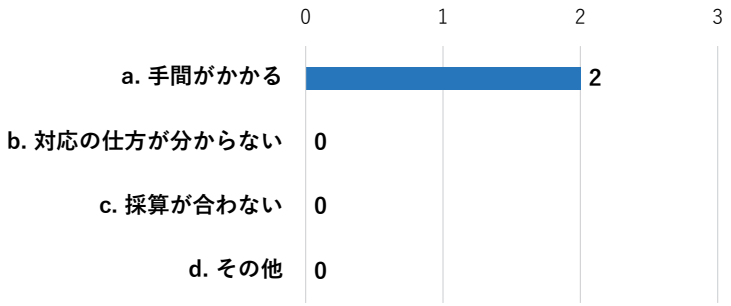


通院していない妊産婦の治療を行う条件とは、診療マニュアルと産婦人科との連携をコーディネートする仕組みという回答が多かった。次いで、いかに早く精神科病院に入院できるかということや環境調整をする保健師やケースワーカーの動きの良さが必要と感じていることがわかった。産婦人科医との合同研修は望んでいなかった。

Q2-1-⑤-3 診療したくない理由

⇒回答対象：Q2-1-⑤にて「診療したくない」と回答

通院していない妊産婦の診療に消極的な精神科医は少ないが、診療報酬や技術の問題よりも、やってみるととても手間がかかるので、やりたくないということが理由であった。

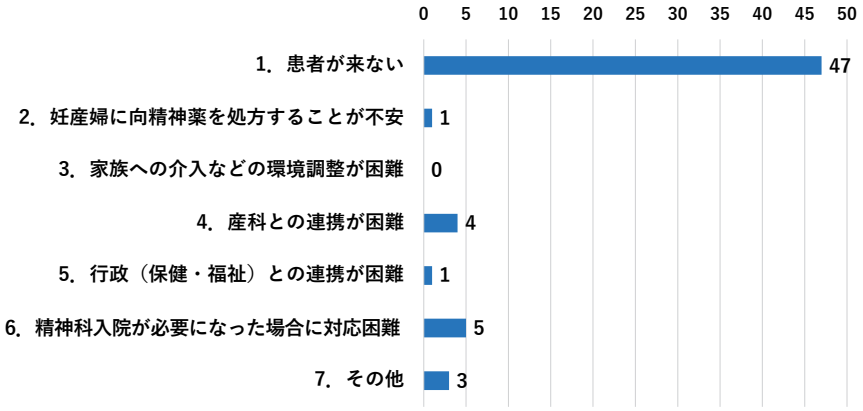


Q2-2. 通院中の患者様以外の妊産婦に対応していない先生方へ

Q2-2-① 対応していない理由

⇒回答対象：Q2 にて「ない」と回答

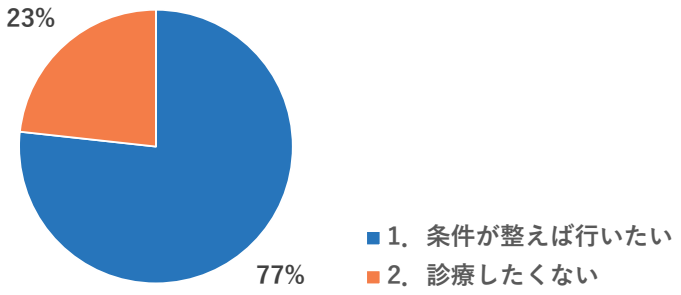
通院していない妊産婦はそもそも来ないので対応していないという理由であった。少数であるが、もしも精神科病院への入院が必要になった場合に対応が難しい、産科との連携は難しいという意見もあった。



Q2-2-② 今後の通院中の患者様以外の妊産婦の診療について教えてください。

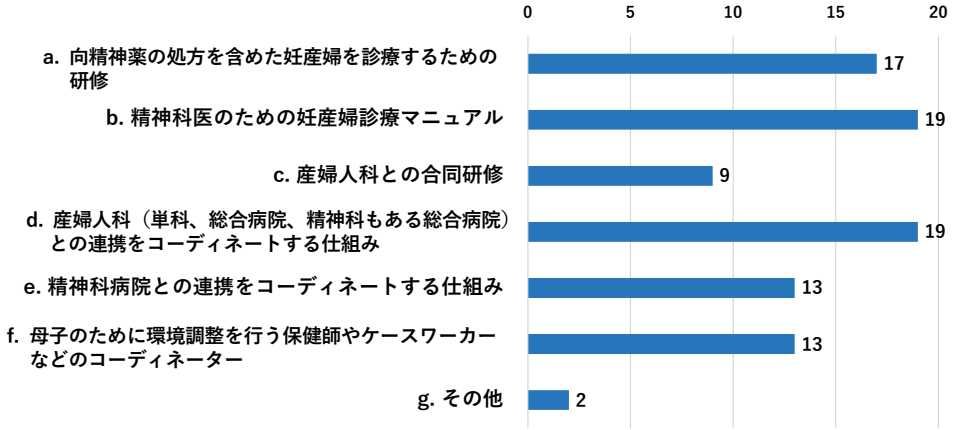
⇒回答対象：Q2 にて「ない」と回答

Q2-2-①で、そもそも患者がこないという回答が多かったが、もしも来るのなら、条件が整えば診療してもよいという積極的な精神科医は 77%。決して消極的なのではなく、経験を積みたいと考えているのではないかと推測される。



Q2-2-②-1 希望する条件

⇒回答対象：Q2-2-②にて「条件が整えば行いたい」と回答

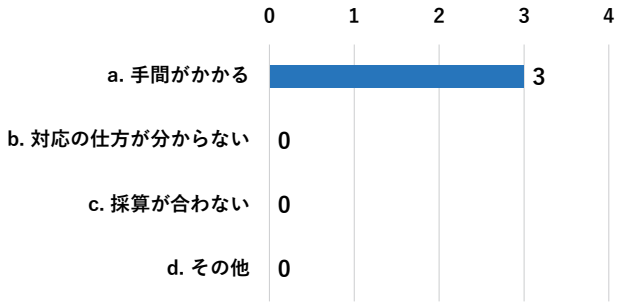


Q2-2-②で、条件が整えば診療してもよいという回答の「条件が整えば」の意味であるが、Q2-1-⑤-2 と同様に、診療マニュアルと産婦人科との連携をコーディネートする仕組みという回答、向精神薬の処方を含めた妊産婦を診療するための研修を希望するという回答が各々約 20 件で多い。診療以外の連携や生活に関することを精神科医 1 人で行うのは大変負担であると推測された。

Q2-2-②-2 診療したくない利用

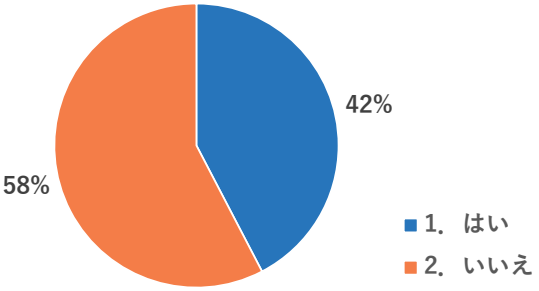
⇒回答対象：Q2-2-②にて「診療したくない」と回答

通院中の患者以外の妊産婦に対応していない精神科医も診療したくない理由に手間がかかると答えている。それは診療している精神科医と同様である。



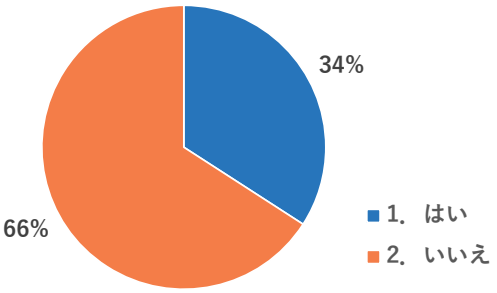
Q3-① 子育て世代包括支援センターについてご存じですか？

子育て世代包括支援センターを知っている精神科医は 42%と、半分弱であり、令和 4 年の夏時点（本調査実施時）では精神科医の耳に入るほど周知されていないことがわかる。今は、こども家庭庁ができるということが周知されているので、子育て世代包括支援センターがもう少し周知されていることを期待したい。



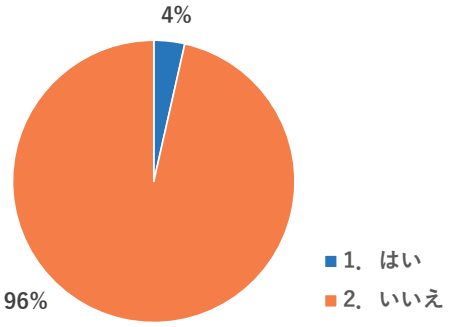
Q3-② ハイリスク妊産婦連携指導料をご存じですか？

ハイリスク妊産婦連携指導料というものを知っている精神科医は 34%。これも少ない。数が少なすぎることや、条件が高いことより、周知されにくいのではないか。



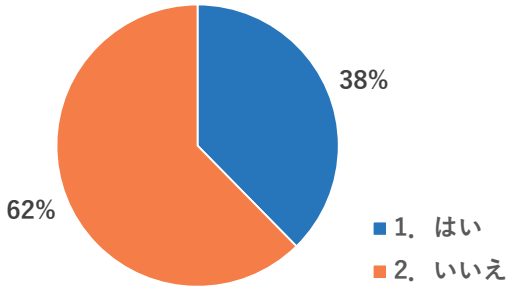
Q3-③ ハイリスク妊産婦連携指導料を算定したことがありますか？

ハイリスク妊産婦連携指導料を算定したことのある精神科医はほとんどいないことがわかる。診療所に PSW（精神保健福祉士）がしっかり配属されていないと、ハイリスク妊産婦連携指導料を算定することは考えられないのではないかいと思われる。



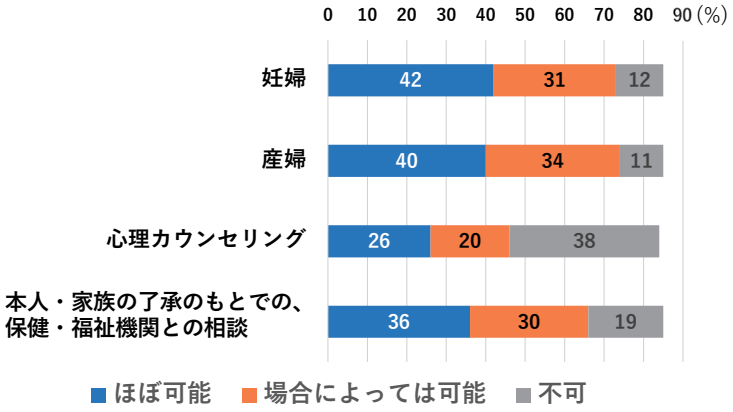
Q3-④ 日本精神神経学会と日本産婦人科学会が合同で作成した「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」をご存じですか

日本精神神経学会のホームページを開けると、目立つところに「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」があるが、長文のため、周知が簡単ではない。繰り返し周知する必要があると考える。



Q4 貴院の周産期の新患対応の可否について伺います。

精神科診療所において、新患対応は妊婦、産婦は約 70%の精神科医がほぼ可能ないしは、連携がとれれば可能、と答えている。心理カウンセリングができるところは半数。保健・福祉機関との相談ができると回答した精神科医は 66%でほぼ 70%に近く、治療や地域連携はほぼできるという診療の構えであることがわかった。予想よりはるかに多くの精神科診療所の精神科医は積極的であることが妊産婦のメンタルヘルスに希望を与えた。



4. 考　察

委員　　羽藤　邦利

立花良之先生などの厚生労働科学研究班で「妊産婦に対する診療についてのアンケート調査」を実施され、目下、分析作業を進めておられる。

研究班のご配慮で、分析途中のアンケートの集計結果を拝見させていただいた。以下は、集計結果を拝見させていただいて、“精神科診療所の精神科医の視点“から気づいたことを記したメモである。ひとつの意見としてご参考にしていただけたらと願っている。

1)　集計結果のアウトライン

集計結果から、精神科診療所では、「精神科診療所に通院中に妊娠した方」は年間 1～5 人、「通院中ではなかった妊産婦」の診療を引き受けたことは年間 2 人以下であった。妊産婦の診療はとても少ないことがわかる。

「通院中に妊娠した方」の場合、7 割の方がご自身で出産場所を探している。その方の精神科治療を他院には依頼していない（15%）。

妊産婦の向精神薬の使用について不安（とても不安、多少不安）87%。

精神科診療所にはスタッフが少ない。心理職（常勤・非常勤）がいる 37%、ケースワーカー32%。保健センターなどと連携が出来ているのは 42%であった。

妊産婦の診療で欲しいことは、妊産婦診療マニュアル、産科との連携をコーディネートする仕組み、連携コーディネーターの順であった。

自由記載欄の書き込みが多い。産科医療機関へは「向精神薬をすぐに止めろと言わないでほしい、気づきがあったら情報を伝えてほしい」など。行政機関へは「出産時のフォローアップを積極的に行ってほしい、保健師を増やしてほしい」などである。とても重要な指摘である。

ところで、対応困難事例（妊産婦メンタルヘルスケアに関するアンケート調査（子育て世代包括支援センター等）に記載されているような対応困難事例）に関連した記載が見当たらない。このことから、精神科診療所では対応困難事例を診療することは少ないことが窺われる。

2)　集計結果から窺えること

集計結果から、印象的なことを拾うと、精神科診療所の精神科医は妊産婦の診療で向精神薬の使用に不安を持っていること、向精神薬の使用を含めて産科医からの問い合わせがないことに不満をもっていること、行政（保健所など）に対しても連携がないことに不満を持っていること、しかし、精神科診療所から積極的に連携しようとはしていないこと。こうした記載がされる背景事情として、精神科診療所で診療している妊産婦の数がとても少ないことと、精神科診療所には、外部との連携に必要な心理職やケースワーカーなどのコメディカルスタッフがとても少ないことがあるのではないか。

精神科診療所では妊産婦を診療することが少ないので、精神科診療所で対応困難事例への取り組み体制を作ることは難しい。対応困難事例に対応している機関（子育て世代包括支援センター、保健所など）から精神科診療所に依頼があっても、精神科診療所で「引き受ける」のは難しいだろう。「引き受ける」のではなく、精神医学的診立てなどで「協力すること」が精神科診療所の目標になるのではないだろうか。

委員　　水主川　純

精神科医療機関に通院中の妊娠可能年齢の患者に対して、妊娠の可能性を考えた処方に関する回答では、常に配慮しているが 57%、結婚したら配慮するが 28%であったが、通院中の患者の妊娠は 1 年間で 1-5 人という回答が 79%を占めていた。そして、妊娠した場合の産科医療機関については患者自身が探すという回答が 72%であり、産科医療機関への診療情報提供書を必ず書くという回答は 30%にとどまっていた。患者の疾患にもよるが、経過や内服薬の種類によっては、産科医療機関で受け入れが難しい可能性があるが、患者がそのような状況が分からず、妊産婦の利便性や快適性などの理由から実際には受け入れ困難な産科医療機関を受診する場合がある。また、産科医療機関から患者に対して通院中の精神科医療機関からの診療情報提供書の持参を指示されることもあるが、自ら受診した産科医療機関での受け入れが困難であることを説明されることや診療情報提供書作成依頼のために精神科医療機関を受診することは、妊婦にとってはストレスになっている可能性がある。一方、向精神薬の使用について不安はないという回答は 13%であり、精神科医療機関と産科医療機関が情報共有を含めた連携を強化することにより、向精神薬の使用に関する不安は軽減・解消に寄与するものと考えられた。

妊産婦に対応できる心理職や家族への介入も含めた環境調整に対応できるケースワーカーなどが不在であるという回答はいずれも半数を超えており、保健・福祉機関との連携ができているという回答も 42%にとどまっている。したがって、妊娠・分娩・育児を踏まえた支援を行うにあたっては、各地域に実情に応じ、地域保健師を含めた支援体制の運用が必要であろう。

向精神薬の処方を含めた妊産婦を診療するための研修を要望する意見が 45 件認められており、研修会の開催を考慮してもよいであろう。また、精神科医から産科医に対して向精神薬に否定的な意見を示さないで欲しいとの要望が複数認められていた。これは精神科医と産科医がコミュニケーションを図ることにより、双方が精神疾患合併妊娠の管理について理解を深めることが解決の一助になり得るであろう。

5. まとめ

委員長　　芦刈　伊世子

国立成育医療センター乳幼児メンタルヘルス診療科立花良之、さがらレディスクリニック相良洋子らの「厚生労働省科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）」研究が令和 4 年度行われ、両先生のご好意で、分析途中のアンケートの集計結果を拝見させていただいた。東京精神神経科診療所協会（以下、東精診）会員の 4 人に 1 人からのアンケートの回答が得られた。

「地域の精神科クリニックに電話をしてもすぐには診てもらえない」と言われることが多い中、結果を見ると、周産期に関心のある精神科医が多く、現在通院中の妊娠可能年齢の患者に対しては、85%の精神科医が妊娠の可能性を考えて処方していた。通院中の患者が妊娠する頻度は年間 1～5 人が 80%であり、頻度は少ないが、産科医療機関宛の情報提供書を多くの施設が情報提供を適切に書いていた。地域の医療連携の経験から「産婦人科と精神科とで医療連携をする」ことを前提として診療をしていることがわかる。産婦人科医の「連携に困難を感じる」という印象はもしかすると、東精診の精神科医に連携したら、印象は変わるのではないかと考える。というのは実は「東京の医療施設」の情報では平成 30 年 10 月 1 日には精神科・心療内科を標ぼうしている診療所は 2076 件（実際には 700 件程と言われている）であった。東精診の診療所の数は 219 件なので、精神科診療所全体のアンケート結果とはかけ離れているかもしれない。本調査に回答された先生は、妊産婦の診療について前向きな先生が多いので、産婦人科医が東精診のホームページから検索して、連携を考えてもらうと結果はよくなるのではないかと思う。

通院中ではなく、本人、家族、医療機関、助産院などからの紹介で初診になったメンタル不調の妊産婦への対応ができると答えた施設は半数であり、診ている疾患はうつ病、不安障害、統合失調症、双極性障害、発達障害の順であった。頻度としては、年間 2 人までが 71%で経験は少ない。

通院中ではなかった患者を診療する困難として、家族の介入を含めた環境調整、行政との連携、向精神薬の使い方、入院先が必要な場合の受け入れ先確保、産科受け入れ先の確保の順で挙げられていた。これらは年に数回しか経験しないような周産期メンタル不調に連携が必要という事態が生じたときに、いつも順調に連携できるような社会資源を十分持っていないのではないかと考えられる。その調整に時間と手間がかかるので、心理職、ケースワーカーが施設に揃っている場合はよいが、精神科医 1 人でそれを行うのには限界がある。

初診の周産期メンタル不調者対応に関しては 77%の精神科医が前向きであるが、その条件としては、「産婦人科（単科・総合病院・精神科もある総合病院）との連携をコーディネートする仕組み、精神科医のための妊産婦診療マニュアル、向精神薬の処方を含めた妊産婦を診療するための研修、産婦人科との合同研修、精神科病院との連携をコーディネートする仕組み、母子のために環境調整を行う保健師やケースワーカーなどのコーディネーターを希望する」声が多いことが明らかとなった。一方で、手間がかかるためしたくないという施設も 23%と少なくはない。精神科医も連携の社会的基盤が整っている中で安心して診療したいと考えている。今のところ十分できている地域はまだまだ少ないのではないかと考える。

妊産婦への向精神薬の使い方に対しての不安は 87%と高く、「患者が出産するまで精神科治療を他院（総合病院等）に依頼することは、患者によってはある」が 84%であったことから、妊娠中の薬物療法に慣れている精神科医のいる医療機関での出産を希望する精神科医がまだまだ多い。

出産後の育児支援体制についてのアドバイスは 87%が行っており、40%弱の施設が常勤・非常勤の妊産婦に対応できる心理職およびケースワーカーがいるにもかかわらず、専門的な対応ができている施設は多くないし、産科の受け入れの確保ができていない施設は 80%、保健・福祉施設との連携ができていない施設は 58%である。それは、精神科医にとって紹介する医療社会資源の知識が足りなく、保健師と相談して周産期メンタル不調者を支援する仕組みが不十分であることを示唆する結果である。

こういった懸念を解決するためには、子育て世代包括支援センターとの連携などが挙げられるが、これまで対応してきた施設も含めて、その存在について知らないと回答した施設が 58%、ハイリスク妊産婦連携指導料についても、知らないと回答した施設が 66%、算定したことがない施設が 96%という回答となり、周知の必要性が明らかになった。日常的に行っている精神疾患のある患者を病院と連携したり、地域の保健福祉と連携したりすることには慣れていると思うが、これが年に数回あるかないかの周産期のメンタル不調についてはそれをよく行っているないしは慣れているコンサルテーションリエゾンをしている高度な施設に地域の診療所協会がアクセスできる仕組みが必要である。しかし、いわゆる丸投げにならないように精神科診療所の医師が「できることとできないこと」の判別ができるように、東精診として小冊子などを作って診療所の医師の動きに統一感が必要なのではないかと考えた。

日本精神神経学会と日本産科婦人科学会が合同で作成した「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」を 62%が知らないと回答しているので、周知が必要である。

妊産婦への対応については、特にかかりつけの患者に関して対応したり、対応しようとしたりしている施設も多い一方、子育て世代包括支援センターのような保健・福祉施設や算定できる診療報酬、診療ガイドなどの存在自体を知らないために対応に積極的でない施設もあることから、今後、これらを効果的に会員に周知していく方法を検討する必要があると考えられた。

Ⅳ 妊産婦メンタルヘルスケアに関するアンケート調査（東京精神科病院協会）

1. はじめに

精神障害をもつ妊産婦については、疾患と母体の身体状態の性質上、産婦人科医療機関との連携が必須かつ大変重要であることは周知のことである。しかし、民間の精神科医療機関（精神科病院）においては、産婦人科との連携の状況や、治療の実際等については明らかではない部分も多いことより、東京精神科病院協会会員64病院（令和4年9月時点）に本調査を実施した。

本調査を通じて、産婦人科医療機関との連携に関する実態の把握を行い、本委員会にて産婦人科との連携構築について検討を進めていくことを目的とする。

2. 調査票

【本アンケートにおける言葉の定義】
周産期：妊娠 22 週～出産後 7 日未満迄　→　本調査では**概ね妊娠中の患者**を示す。
産褥期：出産後 8 週迄　→　本調査では**概ね出産後の患者**を示す。
妊産婦：上記を含めた患者を示す。

Q1. 貴院では精神科疾患をもつ妊産婦患者について、診察対応は可能でしょうか？

※診療の実績がある場合は、☑診療できるとして下さい
□診療できる　→Q2.へお進み下さい
□応相談（状況により診療する）
どのような状況であれば診療を受けますか（自由記載）
（　　）→Q2.へお進み下さい
□診療できない　→Q4.以降にお進み下さい

Q2. 診療できる（応相談を含む）場合、いずれの時期に対応できますか？

□周産期のみ可　→Q2b、Q2d.へ
□産褥期のみ可　→Q2c、Q2d.へ
□どちらでも可　→Q2b.以降へ

Q2b. 精神科疾患をもつ周産期患者の診療体制はどのようなものでしょうか？

□外来診療できる　□入院診療できる　□外来・入院診療どちらも可

Q2c. 精神科疾患をもつ産褥期患者の診療体制はどのようなものでしょうか？

□外来診療できる　□入院診療できる　□外来・入院診療どちらも可

Q2d. 貴院での相談はどのような職種が受けていますか？

□相談員（□看護師　□保健師　□精神保健福祉士　□その他（　　））
□医　師（□精神科医　□精神科以外（　　科））
□その他（　　）

Q3. 診療できる場合はどのような体制の下で対応されていますか？（複数回答可）

□診療可能だが特別な体制は整えていない。
□産婦人科領域に詳しい精神科医がいる。
□妊産婦を受け入れる設備（個室や授乳スペース等）が整っている。
□インターネット（MCS 等）を通じて症例の相談を行っている。
□産婦人科医との連携がある。→Q3b.へお進み下さい

Q3b. どのような連携がありますか？

□連携している診療所・病院がある。
宜しければ医療機関名をお教え下さい（　　）
□地区医師会で産婦人科医との連携体制を構築している。（　　医師会）
□産婦人科医と個人的な繋がりがある。
□その他（具体的に：　　）

→Q6.へお進み下さい

Q4. 診療できない場合の理由を挙げて下さい。（複数回答可）

□自院の精神科医が妊産婦の患者対応に困難なため。
□産婦人科医との連携がないため。
□妊産婦患者を受け入れる設備に乏しいため（個室や授乳スペースがない等）。
□緊急時（破水や切迫早産等）の対応が困難なため。
□妊産婦の投薬等の治療に不安があるため。
□訴訟等のリスクがあり対応困難であるため。
□その他（具体的に：　　）

Q5. 診療できない場合、どのような体制があれば貴院で精神科疾患をもつ周産期患者の対応が可能となるでしょうか？（複数回答可）

□産婦人科領域に詳しい精神科医または医師の雇用。
□妊産婦患者を受け入れる設備（個室や授乳スペース）の充実。
□緊急時に直ぐに転院等の対応ができる体制。
□産婦人科医との日頃からの連携。
□どのような体制があっても妊産婦患者に対応するつもりはない。
□その他（具体的に：　　）

Q6. 産婦人科との医療連携について望ましいものを挙げて下さい。（複数回答可）

□地区医師会を通じた産婦人科医や産婦人科医会等との連携。
□地域の産婦人科診療所や産婦人科病院との個人的な連携。
□大学病院等の産婦人科のある大規模病院との連携。
□東京都等の行政が中心となった連携システムの構築。
□精神科医と産婦人科医による症例検討会等の開催。
□インターネット等を利用した症例の相談が出来るシステムの構築。
□その他（具体的に：　　）

Q7. 上記が整備されたと仮定して、どのような患者の受け入れが可能となりますか？

□外来診療の対応可　□入院診療の対応可　□外来・入院診療どちらも対応可

Q8. 昨年一年間（令和 3 年 1 月～12 月末）で精神科疾患をもつ妊産婦患者の診療を行った実績がありましたらお示し下さい。（実績が無い場合は 0 と記入）

周産期（　　）名　うち外来（　　）名　入院（　　）名
産褥期（　　）名　うち外来（　　）名　入院（　　）名

Q8b. 入院の場合、入院形態をお示し下さい。

□任意入院　□医療保護入院　□措置入院　□精神科以外（　　科）

Q8c. 合併する精神科疾患の診断について、該当するものを入院・外来いずれかで対応したかを含め全てお示し下さい

（外来から入院に以降した場合や、その逆は両方に☑してください）。

□F0 圏（症状性を含む器質性精神障害）　□外来□入院
□F1 圏（精神作用物質使用による精神および行動の障害）　□外来□入院
□F2 圏（精神分裂病，分裂病型障害および妄想性障害）　□外来□入院
□F3 圏（気分〔感情〕障害）　□外来□入院

□F4 圏（神経症性障害，ストレス関連障害および身体表現性障害）　□外来□入院
□F5 圏（生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群）　□外来□入院
□F6 圏（成人の人格および行動の障害）　□外来□入院
□F7 圏（精神遅滞）　□外来□入院
□F8 圏（心理的発達の障害）　□外来□入院
□F9 圏（小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害）□外来□入院

Q9.　精神科疾患をもつ妊産婦患者を扱った症例について、困難な経験をされたものがありましたら、ご記載下さい。

（例：うつ病で通院中の女性患者が妊娠し、精神症状が悪化して自殺念慮を抱いたが、入院先が見つからず苦労した、等）

Q10.　精神疾患をもつ妊産婦患者の診療について、先生のお考えに最も近いものを１つお示し下さい。

□精神科疾患をもつ妊産婦は様々なリスクを伴うため、両科を備えた大学病院等の医療機関で対応すべきである。
□精神科疾患をもつ妊産婦は様々なリスクがあるが、産婦人科との連携をとりつつ精神科病院でも対応するべきである。
□精神科疾患をもつ妊産婦の診察は、産婦人科との連携がなくとも精神科病院でできる限り対応するべきである。
□精神科疾患をもつ妊産婦は様々なリスクを伴うため、いかなる状況であっても精神科病院で対応するべきではない。

Q11. 精神科疾患をもつ妊産婦患者の診療や産婦人科との連携等について、先生のお考えを自由にご記載下さい。

3. 調査結果

■回答数等について

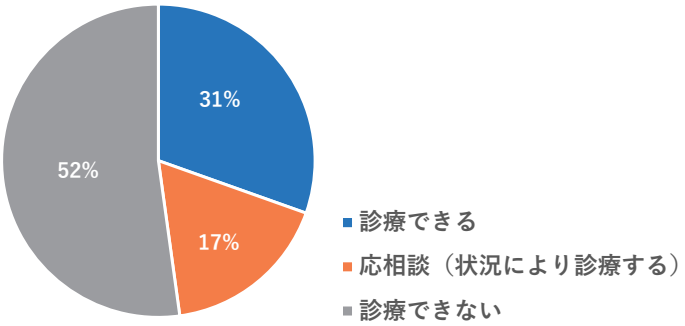
調査は東京精神科病院協会会員の 64 病院を対象として、23 病院から回答を得た（回答率 36%）。

Q1 貴院では精神科疾患をもつ妊産婦患者について、診察対応は可能でしょうか？

精神科疾患をもつ妊産婦患者への診察対応は、応相談も含めると 11 病院（48%）であった。

⇒「応相談（状況により診療する）」（自由記載）

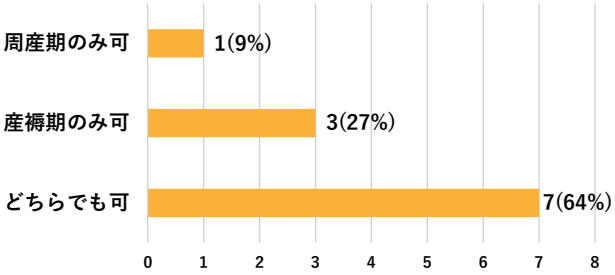
・産褥期。周産期は診療できない。
・産婦人科的対応を充分確保できる状況



Q2 診療できる（応相談を含む）場合、いずれの時期に対応できますか？

⇒回答対象：Q1 にて「診療できる」「応相談（状況により診療する）」と回答

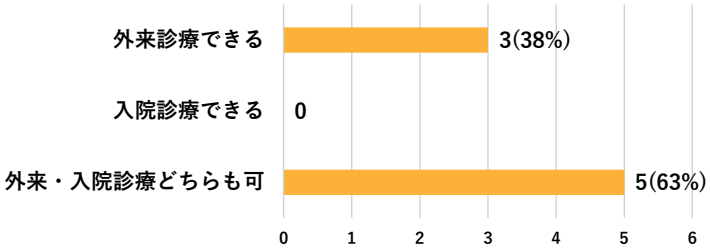
精神科疾患をもつ妊産婦患者の診察対応について、周産期・産褥期のどちらでも対応可能という病院が 7 カ所で最も多かった。



Q2b 精神科疾患をもつ周産期患者の診療体制はどのようなものでしょうか？

⇒回答対象：Q2 にて「周産期のみ可」「どちらでも可」と回答

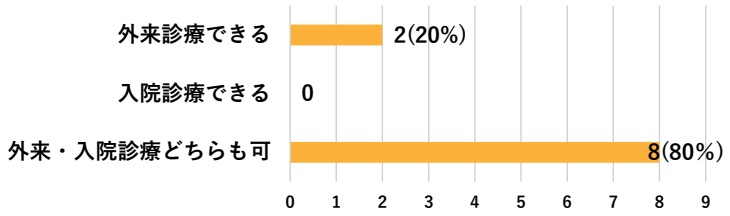
精神科疾患をもつ周産期患者への対応に限ってみると、外来・入院診療どちらも可能という病院が 8 病院中 5 カ所であった。



Q2c 精神科疾患をもつ産褥期患者の診療体制はどのようなものでしょうか？

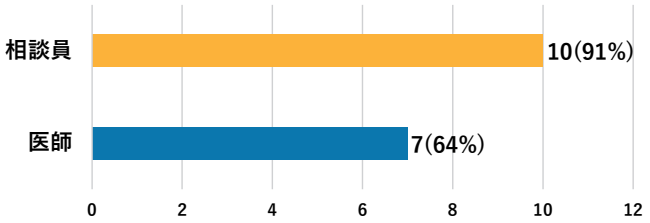
⇒回答対象：Q2 にて「産褥期のみ可」「どちらでも可」と回答

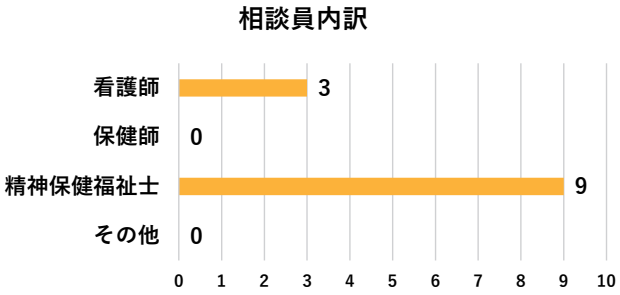
精神科疾患をもつ産褥期患者への対応に限ってみると、外来・入院診療どちらも可能という病院が 10 病院中 8 カ所であった。

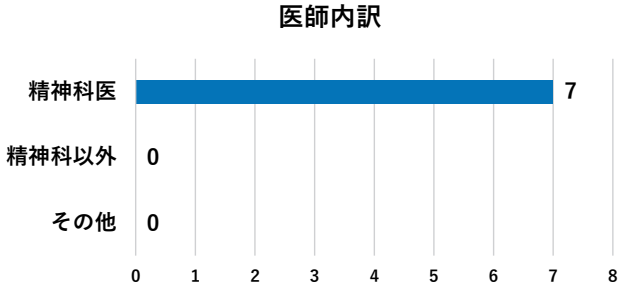


Q2d 貴院での相談はどのような職種が受けていますか？

相談体制については、主に相談員と医師が相談を受けており、相談員は精神保健福祉士が 9 カ所と多かったが、看護師が受ける病院も 3 カ所あった。医師は全例が精神科医であった。



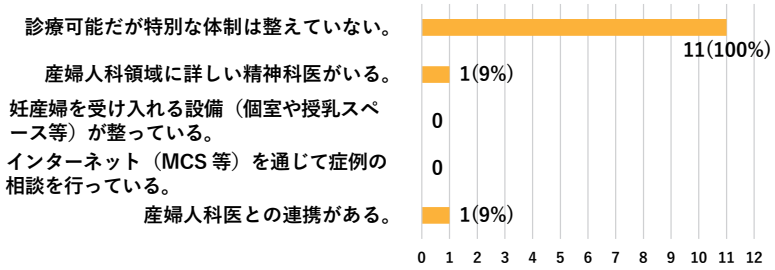




Q3 診療できる場合はどのような体制の下で対応されていますか？

診療を受ける体制については、回答した 11 病院のすべてが特別な体制を整えてはいなかったが、産婦人科領域に詳しい精神科医をもつ病院、産婦人科医との連携がある病院がそれぞれ 1 カ所あった。

（複数回答可）



Q3b どのような連携がありますか？

⇒回答対象：Q3 にて「産婦人科医との連携がある」と回答

■回答

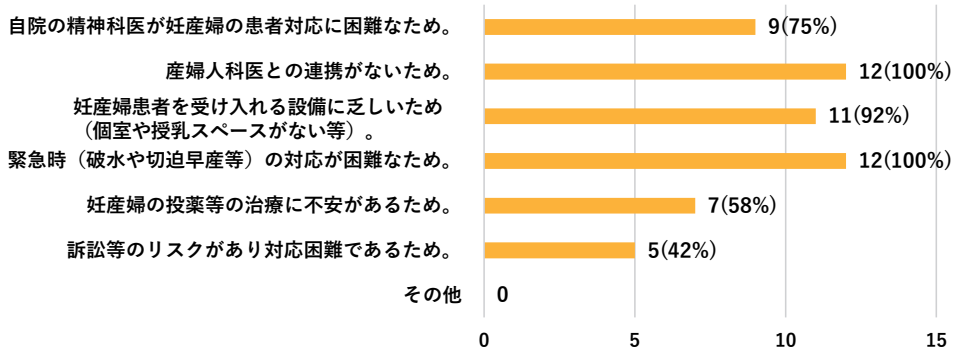
回　答	回答数（回答対象 1）	%
連携している診療所・病院がある。	0	0%
地区医師会で産婦人科医との連携体制を構築している。	1	100%
婦人科医と個人的な繋がりがある。	1	100%
その他	0	0%

▶連携体制を構築している医師会名
・府中市医師会

産婦人科医との連携がある病院について連携の内容をみると、地区医師会を通じての連携と、個人的な繋がりあるという回答であった。

Q4 診療できない場合の理由を挙げて下さい。

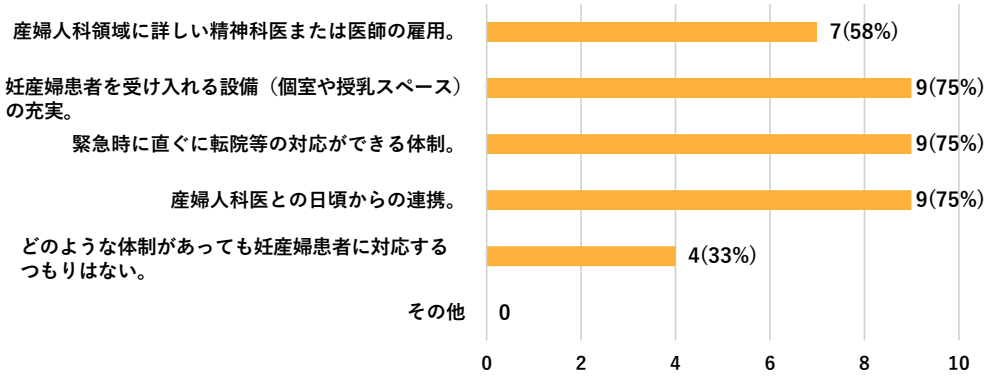
（複数回答可）



診療できない場合の理由について、産婦人科医との連携がない、緊急時の対応が困難という医療的な内容が最も多かったが、設備面での対応困難を理由にあげる病院も次いで多かった。

Q5 診療できない場合、どのような体制があれば貴院で精神科疾患をもつ周産期患者の対応が可能となるでしょうか？

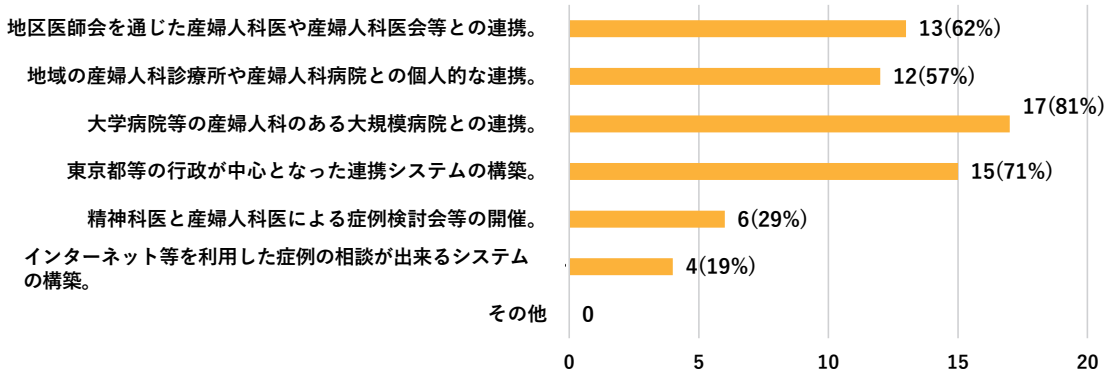
（複数回答可）



どのような体制があれば診療が可能かについては、緊急時の対応、産婦人科医との日頃からの連携という医療的な内容と並んで、ここでも設備面の充実の必要性が挙げられていた。

Q6 産婦人科との医療連携について望ましいものを挙げて下さい。

（複数回答可）※無回答 2 を除く

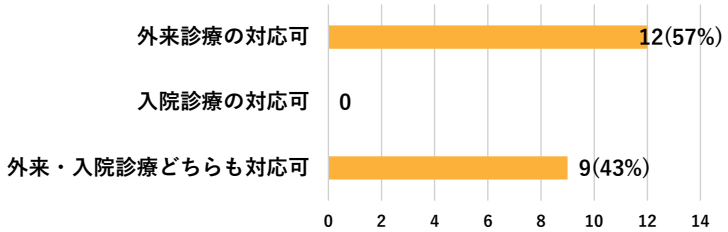


産婦人科との望ましい連携について、医師会を通じた繋がりや個人的な繋がりよりも、大学病院等の大規模病院との連携を望むものが多く、次いで行政中心の連携システムの構築を望む意見が多かった。

Q7 上記が整備されたと仮定して、どのような患者の受け入れが可能となりますか？

望まれる連携が構築されたと仮定した場合、外来診療の対応が可能とした病院は 12 カ所、外来・入院も可能とした病院は 9 カ所であった。

※無回答 2 を除く



Q8 昨年一年間（令和 3 年 1 月～12 月末）で精神科疾患をもつ妊産婦患者の診療を行った実績がありましたらお示し下さい。

■回答 ※無回答 2 を除く

（実績が無い場合は 0 と記入）

回答	回答数（回答対象 23・無回答 2）	%	回答	回答数（回答対象 23・無回答 2）	%
周産期　（名）	17	81%	産褥期　（名）	14	67%
外来（名）	10		外来（名）	7	
入院（名）	7		入院（名）	7	

一年間の診療実績について件数は多くなかったものの、周産期は外来対応がやや多く、産褥期は外来と入院対応が半々であった。

Q8b 入院の場合、入院形態をお示し下さい。

■回答 ※無回答 1 を除く

回答	回答数 （回答対象 4・無回答 1）	%
任意入院	2	67%
医療保護入院	2	67%
措置入院	0	0%
精神科以外	1	33%

入院の場合の精神保健福祉法上の形態については、任意入院と医療保護入院が半々であった。

▶何科で入院されたか
・一般入院

Q8c 合併する精神科疾患の診断について、該当するものを入院・外来いずれかで対応したかを含め全てお示し下さい。

■回答

回答	回答数	内訳	
F0 圏（症状性を含む器質性精神障害）	2	外来	2
		入院	2
F1 圏（精神作用物質使用による精神および行動の障害）	1	外来	1
		入院	1
F2 圏（精神分裂病，分裂病型障害および妄想性障害）	4	外来	2
		入院	4
F3 圏（気分〔感情〕障害）	8	外来	7
		入院	5
F4 圏（神経症性障害，ストレス関連障害および身体表現性障害）	3	外来	3
		入院	2
F5 圏（生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群）	1	外来	1
		入院	1
F6 圏（成人の人格および行動の障害）	1	外来	1
		入院	1
F7 圏（精神遅滞）	1	外来	1
		入院	1
F8 圏（心理的発達の障害）	1	外来	1
		入院	1
F9 圏（小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害）	0	外来	0
		入院	0

合併する精神科疾患については気分障害が中心の F3 圏が最も多く、次いで統合失調症が中心の F2 圏、神経症が中心の F4 圏であった。

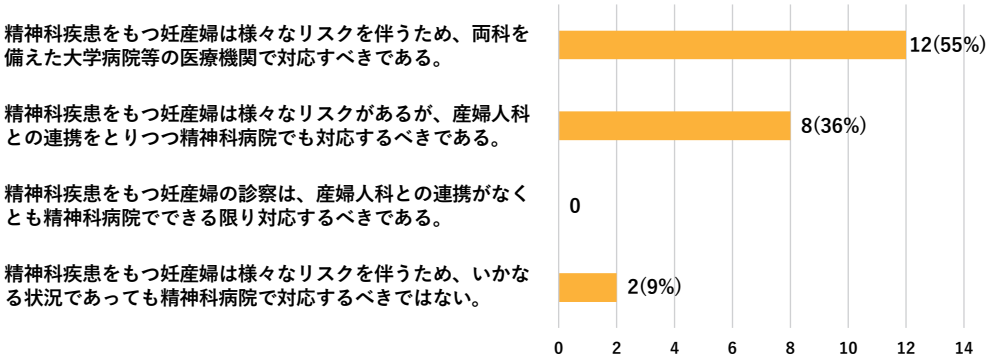
Q9 精神科疾患をもつ妊産婦患者を扱った症例について、困難な経験をされたものがありましたら、ご記載下さい。

・妊娠中（周産期）の方を入院で診察したが、投薬の内容に対して（ハロペリドール、クエチアピン）訴訟となった。
・妊娠中の方が一過性の精神症状出現し、入院となりましたが、妊婦への薬剤投与、調整に難渋しました。
・産む、産まないの判断のできる能力の有無が分からない。
・措置入院中の患者が、妊娠可能性が発覚し、受診を要する状態となったが、措置入院、生活保護受給者のため受診できる医療機関が見つからなかった。
措置入院解除後に再度、依頼をかけるも、20 件以上の医療機関から診療のみ受けていただける病院が 1 か所見つかった。
稽留流産との診断であったが、その後のフォローは拒否されました。

経験された困難事例について回答は少なかったが、投薬に関するもの、意思決定に関するもの、また特に入院中の患者の産婦人科受診に大変な苦労をされた内容がみられた。

Q10 精神疾患をもつ妊産婦患者の診療について、先生のお考えに最も近いものを 1 つお示し下さい。

※無回答 1 を除く



精神科疾患をもつ妊産婦患者の対応について、精神科病院管理者の考えとして、精神科と産婦人科の両科が備わった医療機関での対応を求める意見が最も多く、次いで精神科病院単独でも産婦人科と連携して診るべきという意見があった。

Q11 精神科疾患をもつ妊産婦患者の診療や産婦人科との連携等について、先生のお考えを自由にご記載下さい。

・総合 HP で診るべき
・地元医師会との連携で交流が出来ると良いが機会が少ない。産婦人科から相談された方が受け易いかもしれない。
・外来では精神科と産科が併行して診療を。入院は、それぞれの必要度に応じて、精神科あるいは産科で。
精神疾患ありの患者さんを全て精神科というのは反対です。産科で断られた経験が多々あります。
・「産褥期」は患者一人だけ（子供は他で養育）ならば通常の精神科対応で可能なものが多いと思います。
「周産期」は精神科では外来対応である程度可能だが、入院はほぼ不可能であると思います。
・妊産婦が精神疾患を合併する際は、産科的合併症や新生児合併症のリスクが高いため、産婦人科医と精神科医が同一医療機関で妊娠管理を行う必要がある。
・妊娠、出産、分娩だけでなく、出産後の支援を含めた検討も必要であると考える。
・外来については、一部使用できない薬があるものの、ほぼ通常の診療体制で対応可能なのではないか。
むしろ、産褥期精神障害への介入は患者のみならず、その子への影響も大きいことから、積極的に精神科医の参加が望まれる。
入院については、精神科病棟での対応はほぼ不可能。人員配置や専門性をもつスタッフの確保を考えると、産科入院して精神科がコンサルテーションで出向し形になるだろうが、一般の総合病院では大変です。
（研修医の時に経験ありますが、大学 or ナショナルセンターレベルでないとむずかしい。）
・単科では総合的な診療は困難ではないでしょうか。
・精神科医と産婦人科医が常に連携出来る体制を自発的に作るのはなかなか難しいので、都や区の行政、保健師などが連携のシステムを立ち上げていただき、そこに参加していただくような方向にしていただきたい。

4. 考　察

委員　　矢野　正雄

精神科病院 64 病院中 23 病院（36%）のご回答をいただいた。

このうちで精神疾患を持つ妊産婦患者で周産期に関して診療可能なのは 8 病院で、さらに入院も可能と回答した病院は 5 病院であった。アンケートに回答している病院の方が妊産婦の受け入れに関して前向きな病院が多い可能性があり、精神疾患をもつ周産期に入院対応できる都内の精神科病院は極めて少ないと考えられる。

周産期はもともと母体や胎児、新生児の生命に関わる事態が発生する可能性が高くなる時期であるため、他の一般の診療科の受け入れも難しくなる時期であり、精神科での受け入れが一層困難となっていると考えられる。

いわゆる総合病院（総合病院：100 床以上で主要な診療科を含む病院、1996 年制度廃止）で診るべきとの意見もいただいたが、一般科の病院で精神科のある病院自体が非常に少ないため、一般病院が精神科領域を含めて精神疾患のある妊産婦のすべてを診るというのは物理的に不可能である。産科から精神疾患を有した患者の受け入れを多々断られたとのご意見もあり、実際そうであろう。抗精神薬には添付文書上は妊産婦に対して投与禁忌とされている薬剤があるが、他の薬剤による治療が困難で使わざるを得ない場合がある。周産期に入院で診察され投薬内容に対して（ハロペリドール、クエチアピン）訴訟となったとのご意見もいただいた。これに関することとして、国立成育医療研究センターから本年 9 月に、第二世代非定型抗精神病薬を妊娠中に使用しても先天異常の発生率を上昇させない（J. Clin Psychatry　2022:83:21m14081）、との発表は精神科診療側だけでなく、患者や家族へ与える影響は大きいと考えられる。さらに分娩直前まで抗精神病薬を投与した場合、新生児不適応症候群等の問題もある。どのような体制の下で対応されているかについては、産婦人科領域に詳しい精神科医がいると 1 病院のみが回答している。産科、精神科双方に研修する場が必要であると考えられる。これには救急領域における PEEK（救急医療における精神症状評価と初期診療：臨床救急医学会）研修が参考となると思われる。このようなものを行政とも協力して、学会もしくは医師会主導で構築していく必要があると考える。

また精神科医と産科医との連携があるも 1 病院のみであり、医師会もしくは行政が主導もしくは協同しての連携体制の構築が急務であると考えられる。地区によっては医師会ですでに連携体制を構築しておりこれが全都的に広がることが望まれる。

精神疾患もしくは身体疾患の重症例は都内で受け入れられる病院は極めて少ないと考えられるためこれに関しては東京都レベルでの入院受け入れ態勢の構築が必要であると考えられる。これは精神科身体合併症事業と同一とするのか、別事業として立ち上げが必要かは行政とも今後の検討が必要かもしれない。

産褥期に対しては入院可能と回答したのは 8 病院とやや増加するが、それ以外に外来で診療できる病院が 2 病院しかなく、産後うつが 10〜15%あるといわれていることを考えると少なすぎるといわざるをえない。

産褥期の精神疾患を有する患者では授乳する環境確保の問題、母乳への薬剤移行の問題、出産後母親および子供への支援の問題等があげられる。授乳スペースを院内で確保することは難しいのであればそこは支援体制としてカバーしていただく方法もあるかもしれない。社会的支援体制は子育て世代包括支援センターが一つの鍵となると考えられる。子育て世代包括支援センターに関しては、今回の報告書の別項に譲る。

産褥期に関しては診療の中心は外来が多いことが予測されるため、精神科と産科との組織的な連携構築が急がれ、各医師会だけでなく行政や支援団体との会議体の設置が必要かもしれない。

委員　　塚本　一

妊産婦のメンタルヘルスケアに関する調査を東京精神科病院協会(会員病院数 64 病院)に行った。

精神科病院では身体合併症や妊産婦の精神障害者の診療は難しいのではという先入観をもって調査にあたったが、回答病院(23 病院)の 48%で精神障害をもつ妊産婦の診療は対応可能との回答を得た。

産褥期のみ対応可能とする病院は 13%であり、30%の病院は周産期・産褥期のどちらでも診療可能とのことであった。また周産期・産褥期においても外来のみ対応可能とする病院より、外来・入院のどちらでも対応可能な病院が多く、意外な印象を受けた。

診療できる場合、どのような体制下で対応しているのかとの質問に 48%の病院が特別な体制は整えていないと回答している。また、地区医師会や産婦人科医との連携も乏しい中で対応している病院が多い結果となった。

妊産婦の診療ができないと答えている理由には、緊急時の対応が困難であり、産婦人科医との連携がないというものが最も多い。またどうしたら受け入れられるのかの質問には上の 2 つの問題と妊産婦を受け入れる設備が必要との回答が多い。

それらの問題を解決した場合、どのような患者なら受け入れられるのかの問いに外来なら可能と答えた病院が 52%となり、入院対応も可能と答えた病院が 39%になった。

過去に妊産婦を扱った際の困難ケースをきくと、周産期における抗精神病薬の投与により訴訟問題に発展したケースや措置入院で入院した患者の妊娠が発覚し受診できる医療機関を探したが見つからなかったなど暗く重い体験をされた病院の記載が心に残った。

精神科疾患をもつ妊産婦の診療について問う質問には精神科・産婦人科の両科を備える大学病院等で対応するべきという意見が圧倒的に多く、いかなる状況であっても精神科病院で対応するべきでないとの少数意見もみられた。

精神科病院では産褥期うつ病などの産褥期の患者であれば対応可能と思われるが、いろいろなリスクを考えると周産期の患者においては大学病院や両科を備えた総合病院で対応することが望ましいと考える。

委員　　萱間　真美

精神科病院協会への調査では、回答数が 23 と少ないことが特徴であった。妊産婦の診療ができないと 52%が回答していた。拒否的に見える回答だが、困難の経験として妊娠中の投薬に関する訴訟や、産科ケアの調整に難渋した経験が挙げられていた。

診療できないと答えた医療機関では、産婦人科医との連携がない（100%）、緊急対応ができない(100%)ことを理由として挙げていた。診療可能と答えた医療機関でも、産婦人科医との連携があると答えたのは 1 施設のみであった。緊急時に転院等の体制ができれば対応が可能となると答えた医療機関は 75%であり、連携体制の構築が必須と思われる。

産婦人科との連携では、大学病院との連携(74%)や行政が中心となった連携システム構築を望む(65%)医療機関が多く、自由記載では「自発的なシステム構築は難しいので行政主導で進めてほしい」という意見がみられた。

出産後には外来で授乳等ができるスペースの確保が難しいとの回答や、妊産婦単独ならば外来・入院どちらでも対応が可能と答えている医療機関があることは、母子双方への対応は、施設面を含めて困難と考えていることが示唆されていた。

精神科病院が診療できると感じられる環境が整えられることが必要と考える。

5. まとめ

委員　　田邉　英一

今回、東京都における妊産婦メンタルヘルスケアの現状と課題について産婦人科医療、精神科医療、地域の保健医療の視点から調査が行われた。筆者の担当は精神科病院の立場から調査を行ったが、東京精神科病院協会（東精協）の会員 64 病院に送付したアンケートの回収率は 23 病院（36%）に留まった。なおこの場合の会員とは、院長や理事長といった精神科病院の管理者である。調査の背景にはコロナ禍という状況で、精神科病院では感染予防やクラスター発生等への対応に日々労力を費やしており、そうした状況が回答率に影響した可能性は考慮しなくてはならない。回答した精神科病院の内容と自由記載の全体を概観してみると、日頃から精神科疾患をもつ妊産婦患者の診療に関心を持っているか、直近で苦労された経験を持つ会員病院が回答したのではないかと推察された。それゆえ妊産婦患者への診療対応（Q1、Q2）について回答した 23 病院中 11 病院（48%）が応相談も含めて可能であるという数字や、周産期と産褥期のどちらにも対応する精神科病院がそのなかで半数以上であったいう結果は、塚本が考察しているように意外であった。また診療可能であると回答した精神科病院の全てが、特別な体制は整えていない（Q3）と述べている点からは、先に指摘したように日常診療のなかで精神科疾患を持つ妊産婦患者の診療について、関心をもち特別視しない姿勢が診療可能とした表れではないかと考える。産婦人科との連携があると回答したなかで、府中市医師会では精神科医との連携体制が構築されている（Q3b）とされており、本調査では深掘りできなかったが参考事例となるかも知れない。一方で精神科疾患をもつ妊産婦患者に対応できないと回答した精神科病院について、その理由の多いものは産婦人科医との連携の欠如と破水や切迫早産といった緊急時の対応不可能が挙げられた（Q4）が、この 2 つの理由は産婦人科医療との適宜迅速な連携が出来ないという点では同義であり、さらに自院の精神科医が対応困難であるからという理由もこれを支持するものであろう。妊産婦という精神科医からみれば日頃経験することが少ない女性特有の身体状態について、様々なリスクを考慮しての回答と考えられ、これらについての体制が整備されれば対応可能である（Q5）という精神科病院が多かったことからも、精神科疾患をもつ妊産婦患者の医療体制を整える鍵になると思われる。医療以外では妊産婦を受け入れる設備面の不足が指摘され、対応するにあたっては萱間も考察したように搾乳や授乳、また児との面会といった母子双方への配慮が必要とされる姿勢がうかがわれた。産婦人科との連携について望ましいものについて（Q6）は、医師会を通じてや個人的な産婦人科医とのつながりよりも、大学病院等の産婦人科のある大規模病院との連携を望むものが最も多く、先に述べたように適宜迅速な連携を考慮すれば、精神科と産婦人科の両科を備えた医療機関で診療することが望まれる結果であったと考える。それに次いで東京都等の行政が中心となった連携システムの構築が挙げられているが、これは東京都精神科病院入院者身体合併症医療（いわゆる合併症ルート）のような緊急時の精神科病院から産婦人科病院への転院を含めた対応の構築と考えられる。しかしこうした連携の構築が出来たとしても、外来対応だけでも可能とした精神科病院は（Q7）回答した 23 病院中 12 病院（52%）に留まり、冒頭の結果（Q1）から 1 病院しか増えなかった。実際に精神科疾患をもつ妊産婦を過去一年間（令和 3 年 1 月～12 月迄）に診療した患者の人数（Q8）と疾患別（Q8c）をみると、患者数は周産期、産褥期、外来、入院併せてのべ 31 名（周産期から産褥期、外来から入院またはその逆に移行した者も含まれると思われる）、疾患別では 22 名であり気分障害の F3 圏が最も多かった。回答した病院数が 23 病院であったことから、それぞれが個別の患者であったとしても、せいぜい年間 1～2 例程度の経験数に留まるようである。困難事例についての自由記載（Q9）は多くは無かったが、内容は薬剤投与に関するもの、入院中の患者で産婦人科受診に苦労したもの、意思決定について迷ったもの等が挙げられていたが、投薬に関しては矢野が考察で述べているように、抗精神病薬はどうしても使用せざるを得ない場面もあり、そのなかで訴訟に発展したという重い事例があることは、少ない回答数のなかでも目を惹く。これらの調査項目を受けて、東精協会員が精神科疾患をもつ妊産婦患者の診療につ

いて望まれる体制に関して（Q10）は、産婦人科医との連携のもと精神科病院で診るべきと言う意見がある一方で、最も多かったのは精神科と産婦人科の両科を備えた医療機関で対応すべきという意見であった。調査の最後にある自由記載（Q11）からも、様々なリスクや母子双方への影響も考慮して両科がある医療機関で診るべきであるという趣旨の回答が多かった。

単科精神科病院の管理者として日常診療を振り返ると、精神科疾患をもつ妊産婦患者を診察する機会は筆者の経験からも決して多くはなく、「滅多に経験することはないけれど、遭遇するといろいろ配慮を要し手を尽くす必要がある」という印象がある。東精協会員病院の主たる役割としての入院医療の視点からみると、会員病院は救急急性期の入院に力を入れる病院と重度慢性期の療養を中心とした病院に大きく分かれると思うが、こうした扱う患者層の違いからも精神科疾患をもつ妊産婦を経験する機会や対応の考え方にそもそも大きな差があると思われる。さらに妊産婦を診ることは、母親とともに児にも配慮する必要があり、妊娠中は投薬に関して知識と特別の注意を払い、出産後は児との関係について設備面からも配慮して準備する必要がある。こうした点に加えて、言いにくいが産婦人科医療に関する訴訟リスクの存在を考慮すると、現状で診ても良いという病院はそれで良いかも知れないが、そうではない精神科病院に対して連携を促してもなかなか困難ではないかと考えざるを得ない。連携の構築に関して全国に目を向けると、徳島県において精神科、産婦人科、医師会、地域の保健師等が関与して連携づくりの第一歩を地域で実践した事例（日精協誌第 39 巻第 2 号、2020 年）があり、東京都で同様の連携体制を構築する際の参考となるかも知れない。だが本調査のなかで少ない回答数ながらも、妊産婦のメンタルヘルスに関心を持つ東精協会員の意見の多くが示しているように、産婦人科と精神科の両科が備わった医療機関で精神科疾患をもつ妊産婦を診ることが望まれている。大都市である東京都には大学病院だけでも 13 カ所あり、その附属病院や公立私立の市中病院で外来レベルでも両科を備えたものを加えれば、条件に見合った医療機関はさらに増えるであろうし、他の道府県と比較しても医療資源に恵まれた環境にあるのではないか。まずはそうした医療機関で連携をつくりあげた上で、単科精神科病院が加わる体制の構築が、安全安心な妊産婦のメンタルヘルスケアとなるのではないかと本調査の結果から筆者は考えた。

V 妊産婦メンタルヘルスケアに関するアンケート調査（子育て世代包括支援センター等）

1. はじめに

副委員長　　石橋　幸滋

妊産婦のメンタルヘルスを考えていく上で、妊産婦が抱える心の問題や妊産婦のメンタルヘルスに取り組む行政の役割とその課題を明らかにしなければならない。そこで、我々は、妊産婦から小児に至るまでの実情を把握し、それに対処するための組織として各区市町村に設置が求められている子育て世代包括支援センター(法律上の名称は「母子健康包括支援センター、以下センターと略)に対して、アンケート調査を行った（89 ページ調査票参照)。

このセンターは、平成 28 年の母子保健法改正で新たに創設された組織で、全ての区市町村に設置が求められているが、未だ設置していない区市町村や設置はされているが未だ包括的活動がなされていない区市町村も少なくない。東京都でも、現在 62 自治体中 58 自治体（181 か所）に設置されていることになっているが、我々の調査では、解答があった 46 自治体のうちセンターがあると答えた自治体職員は、28 人で半数にも満たない。これは、センターの業務[1)]が**図 3** のように多岐に渡るにもかかわらず、その活動に法的及び予算上の裏付けがなく、既に行われている業務（母子保健事業、子育て支援事業など）として、他事業所や他課で対応されていたり、未だセンターの存在を認識していない職員が少なくないことが原因だと思われる。

しかし、今後国は令和 5 年 4 月 1 日より施行されるこども基本法[3)]に基づき、こども家庭庁（**図 4 参照**）を新設し、「こども政策の新たな推進体制に関する基本方針[4)]」（**図 5 参照**）に従った包括的なこども支援対策に取り組むことになる。

このこども家庭庁は新たな行政機関として、内閣総理大臣の直属の機関として内閣府の外局に設置され、大臣級の長官が各省庁間の壁を乗り越えて、子供の視点に立ち、全ての子どもの Well-being の向上を目標としたこども対策に取り組む組織であり、この中で、**図 6** のように、成育部門の妊娠・出産の支援、母子保健、成育医療等の事業を一括して取り扱う行政組織としてセンターを位置付け、法的な裏付けも含め新たな組織を作る予定になっている。

そのため、このセンターは**図 7** のように地域のさまざまな組織と連携をとりながら、妊娠期から子育て期に渡る切れ目ない支援を目的として、保健師、助産師、看護師などの医療系専門職を配置するだけでなく、困難事例に対応できるように社会福祉士、精神保健福祉士などの介護福祉系専門職を配置し対応すると共に、地域の医療機関などとの連携体制も構築していくことになっている。

しかし、現状のセンターの職員は、センター組織になってはいても常勤は少数で、多くはセンターを構成する複数の機関の職員であり、その中でもメンタルヘルスの専門職員はさらに少ないため、連携を含め多くの問題を抱えている。

今回のアンケート調査では、妊産婦のメンタルヘルスに関係している担当施設や担当課はどこで、それぞれが行なっている具体的活動と連携機関との関係、そしてその活動の中で対応に苦慮している事例、その他今後の対応策への提言などについてアンケート調査を行い、その結果をまとめた（93 ページ調査結果参照)。加えて、その結果から地域の医師や医師会が妊産婦のメンタルヘルスケアにどのように関わっていくべきかを、今後の国や東京都の施策を踏まえて考察した。

図３．子育て世代包括支援センターの設置目的と活動内容

子育て世代包括支援センター　【平成27年度創設】

目　的

○ 主に妊産婦及び乳幼児の実情を把握し、妊娠・出産・子育てに関する各種の相談に応じ、必要に応じて支援プランの策定や、地域の保健医療又は福祉に関する機関との連絡調整を行い、**母子保健施策と子育て支援施策との一体的な提供**を通じて、妊産婦及び乳幼児の健康の保持及び増進に関する包括的な支援を行うことにより、地域の特性に応じた**妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を提供する体制を構築すること**を目的とする。 ※平成29年度より法定化（法律上は「母子健康包括支援センター」）

内　容

◆ **実施主体**
市町村

◆ **対象者**
主として、妊産婦及び乳幼児並びにその保護者

◆ **内　容**
（１）妊産婦及び乳幼児等の実情の把握
（２）妊娠・出産・子育てに関する各種相談に応じ、必要な情報提供・助言・保健指導の実施
（３）支援プランの策定
（４）保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整

◆ **職員配置**
（１）保健師、助産師、看護師及びソーシャルワーカーを１名以上
（２）困難事例へ対応するため、社会福祉士、精神保健福祉士等の専門職を１名以上（R７までは配置しないことも可）（R3～）
（３）利用者支援専門員を１名以上（地域の実情等により配置しないことも可）
（４）補助者（任意）

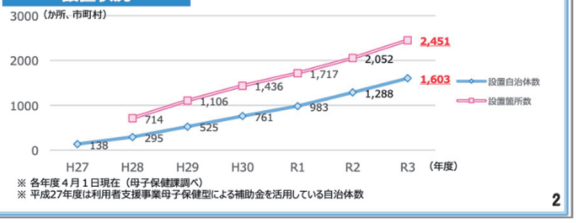
予算補助等

◆ 活用可能な予算（R4年度予算案）
子ども・子育て支援交付金（内閣府）及び重層的支援体制整備事業交付金（厚生労働省）1,800億円の内数
（R3年度予算：1,691億円の内数）

◆ 補 助 率
国2/3、都道府県1/6、市町村1/6

◆ 補助単価案（利用者支援事業母子保健型の場合）
１か所あたり年額 4,497千円～14,209千円
※ 職員配置により異なる

設置状況



※ 各年度４月１日現在（母子保健課調べ）
※ 平成27年度は利用者支援事業母子保健型による補助金を活用している自治体数

2

厚生労働省第８回自殺総合対策の推進に関する有識者会議資料１－３より

図４．こども家庭庁の目的と基本姿勢

こども家庭庁の必要性、目指すもの

◆ こども政策を更に強力に進めていくため、常にこどもの視点に立ち、こどもの最善の利益を第一に考え、こどもまんなか社会の実現に向けて専一に取り組む独立した行政組織と専任の大臣が必要。
◆ 新たな行政組織として、こどもが、自立した個人としてひとしく健やかに成長することができる社会の実現に向けて、こどもと家庭の福祉の増進・保健の向上等の支援、こどもの権利利益の擁護を任務とするこども家庭庁を創設。
◆ こどもにとって必要不可欠な教育は文部科学省の下で充実。こども家庭庁と文部科学省が密接に連携。

こども家庭庁の基本姿勢

①こどもの視点、子育て当事者の視点
こどもや若者の意見を年齢や発達の程度に応じて政策に反映。子育て当事者の意見を政策に反映。

②地方自治体との連携強化
現場のニーズを踏まえた先進的な取組を横展開し、必要に応じ制度化。人事交流の推進。定期的な協議の場の設置。

③ＮＰＯをはじめとする市民社会との積極的な対話・連携・協働
ＮＰＯ等の様々な民間団体や、民生・児童委員、青少年相談員、保護司等とのネットワークの強化。民間人の積極登用。

強い司令塔機能

◆ 内閣総理大臣の直属の機関として、内閣府の外局に。
◆ これまで別々に担われてきた司令塔機能をこども家庭庁に一本化し、就学前の全てのこどもの育ちの保障や全てのこどもの居場所づくりなどを主導する。
◆ 各省大臣に対する勧告権等を有するこども政策を担当する内閣府特命担当大臣を必置化。
◆ 別々に運営されてきた総理を長とする閣僚会議を一体的に運営。
◆ 別々に作成・推進されてきた大綱を一体的に作成・推進。

法律・事務の移管・共管・関与

◆ 主としてこどもの権利利益の擁護、こどもや家庭の福祉・保健等の支援を目的とするものは移管。
◆ こどもの権利利益の擁護、こどもや家庭の福祉・保健等の支援とそれ以外の政策分野を含んでいるものは共管。
◆ 国民全体の教育の振興等を目的とするものは、関係府省庁の所管としつつ、個別作用法に具体的な関与を規定するほか、総合調整。

新規の政策課題や隙間事案への対応

◆ こども政策に関し他省に属しない事務を担い、各省庁の間で抜け落ちることがないよう必要な取組を行うとともに、新規の政策課題に取り組む。

厚生労働省「こども政策の新たな推進体制に関する基本方針のポイント」より

図５．こども政策の新たな推進体制に関する基本方針

こども政策の新たな推進体制に関する基本方針のポイント
～こどもまんなか社会を目指すこども家庭庁の創設～

○常にこどもの最善の利益を第一に考え、こどもに関する取組・政策を我が国社会の真ん中に据えて（「こどもまんなか社会」）、こどもの視点で、こどもを取り巻くあらゆる環境を視野に入れ、こどもの権利を保障し、こどもを誰一人取り残さず、健やかな成長を社会全体で後押し。
○そのための新たな司令塔として、こども家庭庁を創設。

今後のこども政策の基本理念

こどもの視点、子育て当事者の視点に立った政策立案	◆ こどもは保護者や社会の支えを受けながら自己を確立していく主体と認識し、保護すべきところは保護しつつ、こどもの意見を年齢や発達段階に応じて政策に反映。若者の社会参画の促進。 ◆ 家庭が基盤。親の成長を支援することがこどものより良い成長につながる。子育て当事者の意見を政策に反映。
全てのこどもの健やかな成長、Well-beingの向上	◆ 妊娠前から、妊娠・出産、新生児期、乳幼児期、学童期、思春期、青年期の一連の成長過程において、良質かつ適切な保健、医療、療育、福祉、教育を提供。 ◆ 安全で安心して過ごせる多くの居場所を持ちながら、様々な学びや体験ができ、幸せな状態（Well-being）で成長できるよう、家庭、学校、職域、地域等が一体的に取り組む。
誰一人取り残さず、抜け落ちることのない支援	◆ 全てのこどもが、施策対象として取り残されることなく、当事者として持続可能な社会の実現に参画できるよう支援。 ◆ こども本人の福祉というだけにとどまらない我が国社会の持続可能性にも資するとの認識。
こどもや家庭が抱える様々な複合する課題に対し、制度や組織による縦割りの壁、年齢の壁を克服した切れ目ない包括的な支援	◆ こどもの困難は、こどもの要因、家庭の要因、家庭内の関係性の要因、環境の要因等、様々な要因が複合的に重なり合って表出。問題行動はこどもからのＳＯＳ。保護者自身にも支援が必要。 ◆ 教育、福祉、保健、医療、雇用などに関係する機関や団体が密接にネットワークを形成し支援。18歳など特定の年齢で一律に区切ることなく、こどもや若者が円滑に社会生活を送ることができるようになるまで伴走。
待ちの支援から、予防的な関わりを強化するとともに、必要なこども・家庭に支援が確実に届くようプッシュ型支援、アウトリーチ型支援に転換	◆ 地域における関係機関やＮＰＯ等の民間団体等が連携して、こどもにとって適切な場所に出向いてオーダーメイドの支援を行うアウトリーチ型支援（訪問支援）の充実。 ◆ ＳＮＳを活用したプッシュ型の情報発信の充実。
データ・統計を活用したエビデンスに基づく政策立案、ＰＤＣＡサイクル（評価・改善）	◆ 様々なデータや統計を活用するとともに、こどもからの意見聴取などの定性的な事実も活用し、個人情報を取り扱う場合にあってはこども本人等の権利利益の保護にも十分に配慮しながら、エビデンスに基づき多面的に政策を立案し、評価し、改善。

厚生労働省「こども政策の新たな推進体制に関する基本方針のポイント」より

図６．こども家庭庁の組織体制と子育て世代包括支援センターの位置づけ

体制と主な事務

◆ 内閣総理大臣、こども政策を担当する内閣府特命担当大臣、こども家庭庁長官の下に、内部部局として以下の３部門。
◆ 移管する定員を大幅に上回る体制を目指す。地方自治体職員や民間人材の積極登用。

企画立案・総合調整部門

- こどもの視点・子育て当事者の視点に立った政策の企画立案・総合調整
  - こどもや若者から意見を聴くユース政策モニターなどの実施、審議会等委員等へのこども・若者の参画促進、ＳＮＳを活用した意見聴取等の検討
  - こども政策に関連する大綱を一体的に作成・推進、地方自治体における関連計画の策定支援
  - 児童の権利に関する条約に関する取組を主体的に実施（外務省と連携）
- 必要な支援を必要な人に届けるための情報発信や広報等
- データ・統計を活用したエビデンスに基づく政策立案と実践、評価、改善
  - こどもや若者の意識調査、子どもの貧困対策や少子化対策に関する調査研究の充実、関連する国会報告（法定白書）の一体的な作成
  - こどもや家庭に能動的なプッシュ型支援を届けるためのデジタル基盤の整備推進（デジタル庁と連携）

成育部門

- 妊娠・出産の支援、母子保健、成育医療等
  - 子育て世代包括支援センターによる産前産後から子育て期を通じた支援
  - 産後ケアなどの支援を受けられる環境の整備
- 就学前の全てのこどもの育ちの保障
  - 幼稚園・保育所・認定こども園（「３施設」）、家庭、地域を含めた取組の主導、未就園児対策
  - ３施設の教育・保育内容の基準の文部科学省との共同告示
  - 認定こども園の事務の輻輳や縦割りの改善（施設整備費の一本化等）
- 相談対応や情報提供の充実、全てのこどもの居場所づくり
  - 子ども・若者総合相談センター、子育て世代包括支援センター、子ども家庭総合支援拠点、地域子育て支援拠点の充実
  - 放課後児童クラブ、児童館や青少年センター、こども食堂、学習支援の場などの様々な居場所（サードプレイス）づくり
  - 児童手当の支給
- こどもの安全（性的被害の防止、事故防止、予防のための死亡検証(ＣＤＲ)等）

支援部門

- 様々な困難を抱えるこどもや家庭に対する年齢や制度の壁を克服した切れ目ない包括的支援
  - 地域の支援ネットワークづくり（子ども・若者支援地域協議会、要保護児童対策地域協議会）
  - 児童虐待防止対策の強化
  - いじめ防止及び不登校対策（文部科学省と連携）　等
- 社会的養護の充実及び自立支援
- こどもの貧困対策、ひとり親家庭の支援
- 障害児支援

スケジュール

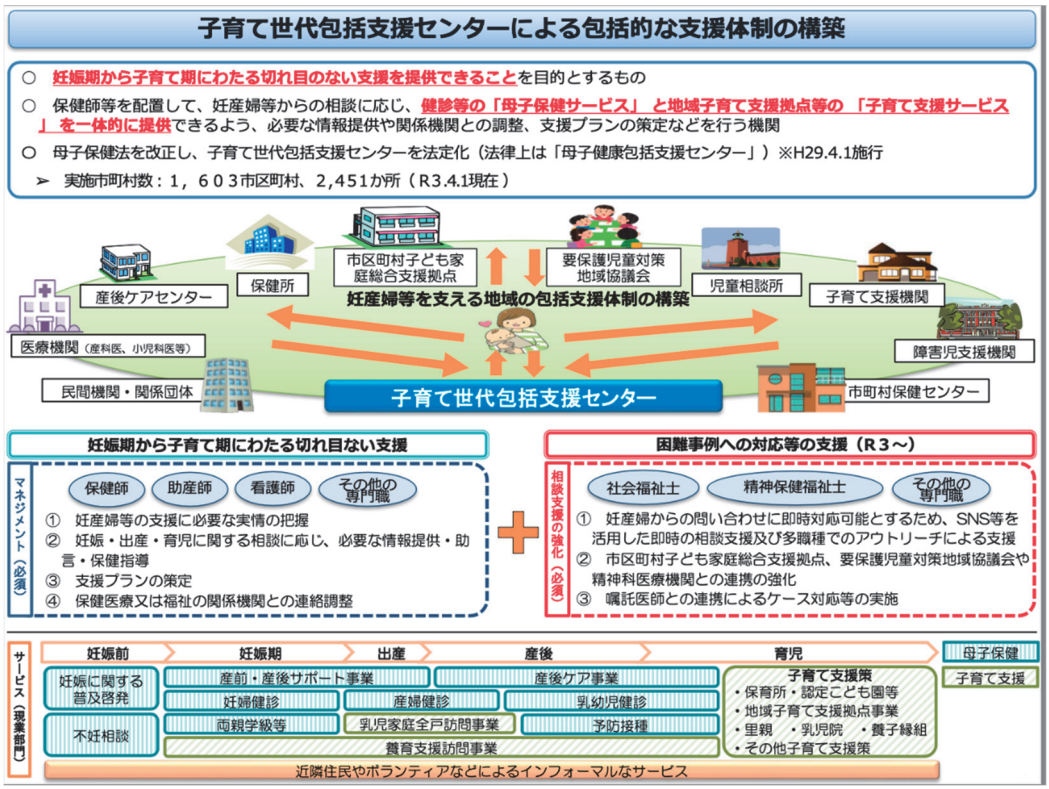
◆ 令和５年度のできる限り早い時期に創設。次期常会に法案提出。
◆ 「こどもに関する政策パッケージ」等に基づき、こども家庭庁の創設を待たずにできることから速やかに実施。

こども政策を強力に進めるための安定財源の確保

◆ 国民各層の理解を得ながら、社会全体での費用負担の在り方を含め、幅広く検討を進め、確保に努めていく。
◆ 応能負担や歳入改革、企業を含め社会・経済の参加者全員が広く負担していく新たな枠組みの検討。

厚生労働省「こども政策の新たな推進体制に関する基本方針のポイント」より

図７．子育て世代包括支援センターによる包括的な支援体制の構築



厚生労働省第８回自殺総合対策の推進に関する有識者会議資料１－３より

参考文献

1） 子育て世代包括支援センター業務ガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/kosodatesedaigaidorain.pdf

2） 第８回自殺総合対策の推進に関する有識者会議
資料１－３これまでいただいたご意見に係る関連施策について　妊産婦への取組
https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000900900.pdf

3） こども基本法
https://elaws.egov.go.jp/document?lawid=504AC1000000077_20230401_000000000000000

4） こども政策の新たな推進体制に関する基本方針について
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kodomo_seisaku/pdf/kihon_housin.pdf

5） 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報告書」
https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai_180420_c1.pdf

2. 調査票

Q1. 貴区市町村には子育て世代包括支援センターはありますか？

□ ある　　→Q２へお進み下さい

□ その名称の施設はないが、同様の機能を持つ施設はある　　→Q３へお進み下さい

□ その施設はないが、他の課や施設で役割を分担している　　→Q４へお進み下さい

□ 現在はないが、今後設置する予定がある（　　年までに設置予定）

Q２．貴施設の人員・職種構成について教えてください

施設名（　　）

事務職（　　）人　保健師（　　）人　助産師（　　）人　看護師（　　）人

保育士（　　）人　管理栄養士（　　）人　臨床心理士（　　）人

ソーシャルワーカー（　　）人　社会福祉士（　　）人　その他（　　）人

→Q５へお進み下さい

Q３．貴施設の名称と人員・職種構成について教えてください

施設名（　　）

事務職（　　）人　保健師（　　）人　助産師（　　）人　看護師（　　）人

保育士（　　）人　管理栄養士（　　）人　臨床心理士（　　）人

ソーシャルワーカー（　　）人　社会福祉士（　　）人　その他（　　）人

→Q５へお進み下さい

Q４．役割を分担している課や施設の名称を教えてください

（名称：　　）

→Q５へお進み下さい

Q５．貴施設が子育て世代包括支援センターとして日常行っている活動を教えてください（複数回答可）

□ 保健・医療・福祉の関係機関との連絡調整

□ 医療・保健・福祉の連携構築

□ ハイリスクケースの発見と対応

□ 妊婦健診事業

□ 産婦健診事業

□ 産前産後サポート事業

□ 産後ケア（予防）事業（短期入所型、通所型、居宅訪問型）

□ 母子保健関係者のメンタルヘルスや多職種連携に関する知識及び技術の向上研修

□ その他（具体的に：　　）

→Q６へお進み下さい

Q６．貴施設と連携している施設はどこですか？（複数回答可）

□ 保健所
□ 児童相談所
□ 産後ケアセンター
□ 産婦人科医療機関
□ 精神科医療機関
□ 小児科医療機関
□ 子育て支援機関（名称：　　）
□ 障害児支援機関
□ 区市町村保健センター
□ 地区医師会
□ その他（名称：　　）

Q7. 貴施設における日常の活動で、以下のような問題で養育者の精神的支援活動に困難を感じることがよくまたはときどきありますか？（複数回答可）

□ 望まない妊娠
□ 若年妊娠・未婚
□ 妊娠・出産等に関する知識不足
□ サポート不足（両親、夫も含む）
□ 養育機能の問題
□ 家庭内暴力(Domestic Violence)
□ 子供の障害（未熟児を含む）
□ 育児不安
□ 精神障害（うつ病、不安障害、統合失調症など）
□ 知的障害
□ アルコール・薬物依存
□ 被虐待の既往
□ 経済問題
□ その他（具体的に：　　）

Q8. Q7 でチェックした問題の対応に困った時にどこに相談されますか？

困った問題（　　）　相談（連携）する機関（　　）
困った問題（　　）　相談（連携）する機関（　　）
困った問題（　　）　相談（連携）する機関（　　）
困った問題（　　）　相談（連携）する機関（　　）
困った問題（　　）　相談（連携）する機関（　　）

Q9. 今まで経験した周産期の精神障害患者の困難事例における診断について、該当するものをわかる範囲内で教えてください（複数回答可）

□ F0 圏（症状性を含む器質性精神障害）
□ F1 圏（精神作用物質使用による精神および行動の障害）
□ F2 圏（精神分裂病，分裂病型障害および妄想性障害）
□ F3 圏（気分〔感情〕障害）

□ F4 圏（神経症性障害，ストレス関連障害および身体表現性障害）
□ F5 圏（生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群）
□ F6 圏（成人の人格および行動の障害）
□ F7 圏（精神遅滞）
□ F8 圏（心理的発達の障害）
□ F9 圏（小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害）

Q10. 妊産婦の精神障害で実際に対応に苦慮した例があったら教えてください

（例：うつ病で通院中の女性患者が妊娠し、精神症状が悪化して自殺念慮を抱いたが、入院先が見つからず苦労した、等）

Q11. 妊産婦の精神障害に対処するために、今以上に産婦人科医や精神科医に支援してほしい活動にはどのようなものがありますか？（複数回答可）

□ ハイリスクケースの早期発見（具体的支援方法：　　）
□ ハイリスクケースへの早期対応（具体的支援方法：　　）
□ 妊婦健診事業（具体的支援方法：　　）
□ 産婦健診事業（具体的支援方法：　　）
□ 産前産後サポート事業（具体的支援方法：　　）
□ 産後ケア（予防）事業（具体的支援方法：　　）
□ 東京都・地区医師会・民間 NPO 法人などによる入院や受診調整における「アウトリーチ事業」
□ その他（具体的支援方法：　　）

Q12. 産婦人科医療機関との連携について今後充実していくべきだと思われる活動にはどのようなものがありますか（複数回答可）

□ 地区医師会を通じた産婦人科医や産婦人科医会等との情報交換、研修会などの連携
□ 地域の産婦人科診療所や産婦人科病院との個別連携
□ 大学病院等の産婦人科のある大規模病院との連携
□ 東京都や二次医療圏など広域的な行政が中心となった連携システムの構築
□ 区市町村が中心となった連携システムの構築
□ 産婦人科医による症例検討会等の開催
□ インターネット等を利用した症例の相談が出来るシステムの構築
□ その他（具体的に：　　）

Q13. 精神科医療機関との連携について今後充実していくべきだと思われる活動にはどのようなものがありますか（複数回答可）

□ 地区医師会を通じた精神科医や精神科医会等との情報交換、研修会などの連携
□ 地域の精神科診療所や精神科病院との個別連携
□ 大学病院等の精神科のある大規模病院との連携
□ 東京都や二次医療圏など広域的な行政が中心となった連携システムの構築
□ 区市町村が中心となった連携システムの構築
□ 精神科医による症例検討会等の開催
□ インターネット等を利用した症例の相談が出来るシステムの構築
□ その他（具体的に：　　）

Q14. 今後強化していきたい周産期メンタルヘルスに関する活動にはどのようなものがありますか？（複数回答可）

□ 妊産婦のメンタルヘルスケアに係る関係機関の活動などの把握
□ 医療機関(産婦人科)との連携体制推進
□ 医療機関(小児科)との連携体制推進
□ 医療機関(精神科・心療内科)との連携体制推進
□ 都道府県や保健所との連携体制推進
□ 妊産婦のメンタルヘルスケアに関する勉強会・研修会
□ 妊産婦のメンタルヘルスケアに関する個別ケースの検討会
□ 妊産婦のメンタルヘルスケアに係る関係機関が集まる連絡会議
□ その他（具体的に：　　）

Q15. 精神科疾患をもつ妊産婦患者の診療や支援等について、日頃考えていることや問題点、実現してほしいことなど自由にご記載ください。

Q16. 今後子育て世代包括支援センターが担うべきと考える役割や現状での課題についてご意見を記載してください。

3. 調査結果

■回答数等について

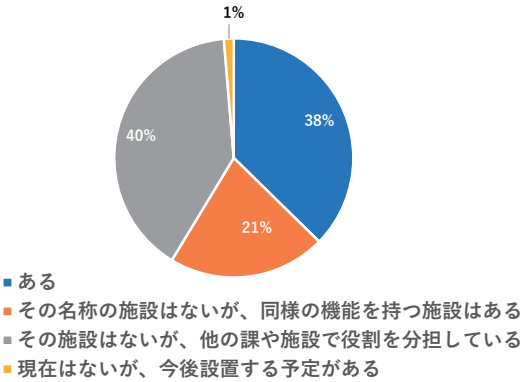
都内 62 区市町村（自治体）のうち 46 自治体（回答率 74%）計 75 人より回答があった。

Q1 貴区市町村には子育て世代包括支援センターはありますか？

東京都の調査では、2020 年現在で都内 62 自治体のうち 58 自治体（181 か所）94%に子育て世代包括支援センター（以下センターと呼ぶ）が設置されていることになっているが、今回我々のアンケートでは、センターがあると答えた自治体は 22 自治体で 48%（自治体数で%算出）であった。これは実際にセンターが少ないのか、回答者がセンターの存在を知らないのか明確ではないが、センターがしっかりした組織として活動もしくは認識されていない可能性が高い。

今回我々が実施したアンケートでは、メンタルヘルスの課題に取り組むべき自治体の対応窓口としてセンターを想定したが、窓口としてのセンターは存在するものの、実際に問題に対応するのは今までの担当課であるために回答を担当課に依頼した可能性もある。

※回答者数より％を算出



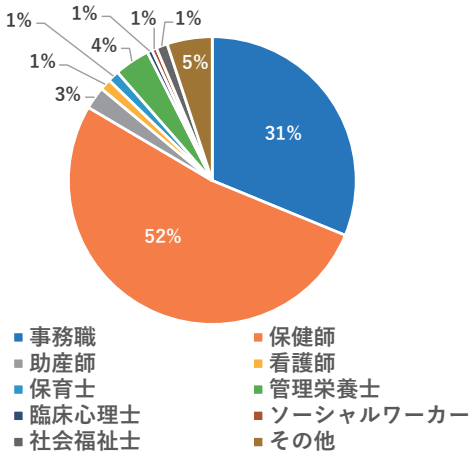
Q2 貴施設の人員・職種構成について教えてください

⇒回答対象：Q1 にて「ある」と回答

センターには保健師、看護師等の医療職を 1 名以上配置することが定められており、加えて令和 7 年までに困難事例に対処するための精神保健福祉士、ソーシャルワーカー(社会福祉士等)、利用者支援専門員、地域子育て支援拠点事業所の専任職員といった福祉職も 1 名以上配置することが求められている。

今回の調査では、センターがない自治体では保健所の職員数を記載されているところもあり、職員数に大きな差が出てしまった。保健所や保健センター、子ども家庭支援センターなどでは専門職種の数も多く、センターの設置基準を満たしているが、センターが単独で稼働しているところではこの設置要件を満たしているところは極めて少ない。特に臨床心理士や精神保健福祉士のいるところは 3 施設だけであった。

※合計人数より％を算出



Q3 貴施設の名称と人員・職種構成について教えてください

⇒回答対象：Q1 にて「その名称の施設はないが、同様の機能を持つ施設はある」と回答

■回答（複数回答可）

回答	回答数	区市町村数（対象 10 区市町村）
保健所・保健センター	12	8
子ども家庭支援センター	3	2
その他の子育て支援機関	2	2

※重複あり

回答があった 46 自治体のうち 10 自治体からは、保健所や子ども家庭支援センターがその役割を担っているという回答があった。

Q4 役割を分担している課や施設の名称を教えてください

⇒回答対象：Q1 にて「その施設はないが、他の課や施設で役割を分担している」と回答

■回答（複数回答可）

回答	区市町村数（対象 16 区市町村）
保健所・保健センター	10
子ども家庭支援センター	9
その他	9

※重複あり

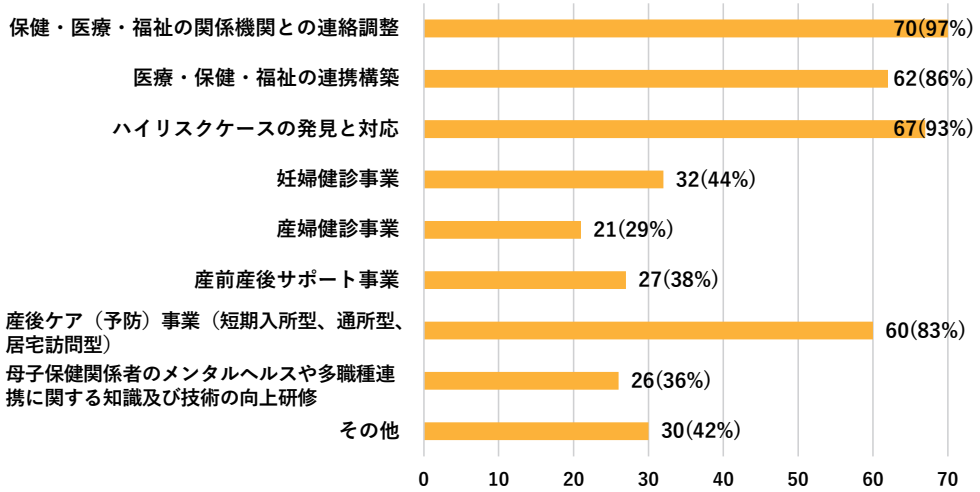
回答があった 46 自治体のうち 16 自治体からは、他の課が分担してその活動を担っているという回答があった。

内訳

保健所	町田市
保健所・子ども家庭支援センター	千代田区、中央区、足立区、品川区、練馬区、神津島村
その他	葛飾区、東村山市、八丈町、大島町、御蔵島村
保健所・その他	杉並区
子ども家庭支援センター・その他	豊島区
保健所・子ども家庭支援センター・その他	新宿区、世田谷区

Q5 貴施設が子育て世代包括支援センターとして日常行っている活動を教えてください

（複数回答可）※無回答 3 を除く



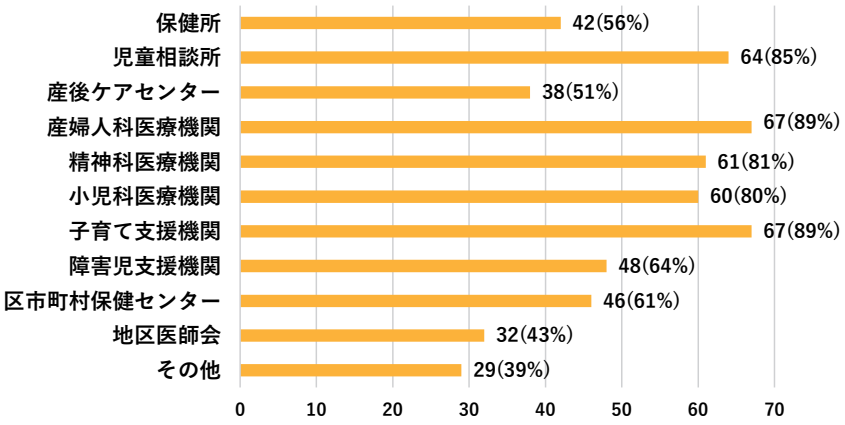
【その他】自由記載を分類

回答分類	回答数
乳幼児の相談	7
集団指導	4
健診	3
妊婦家族の個別相談	3
講座	2
その他	4

センターが行っている事業としては、保健・医療・福祉の関係機関との連絡調整や連携構築、ハイリスクケースの発見と対応、産後ケア（予防)事業（短期入所型、通所型、居宅訪問型)などは概ね 80－90%が行っているが、妊産婦健診や産前産後サポート事業、メンタルヘルス研修会などは概ね 30%前後と低くなっている。

Q6 貴施設と連携している施設はどこですか？

（複数回答可）



【子育て支援機関】自由記載を分類

回答分類	回答数
子ども家庭支援センター	65
地域子育て支援拠点	43
各区市町村担当課	24
NPO	2
その他	2

【その他】自由記載を分類

回答分類	回答数
母子生活相談窓口	7
経済的相談窓口	17
社会福祉協議会	2
その他の医療サービス	8
その他	9

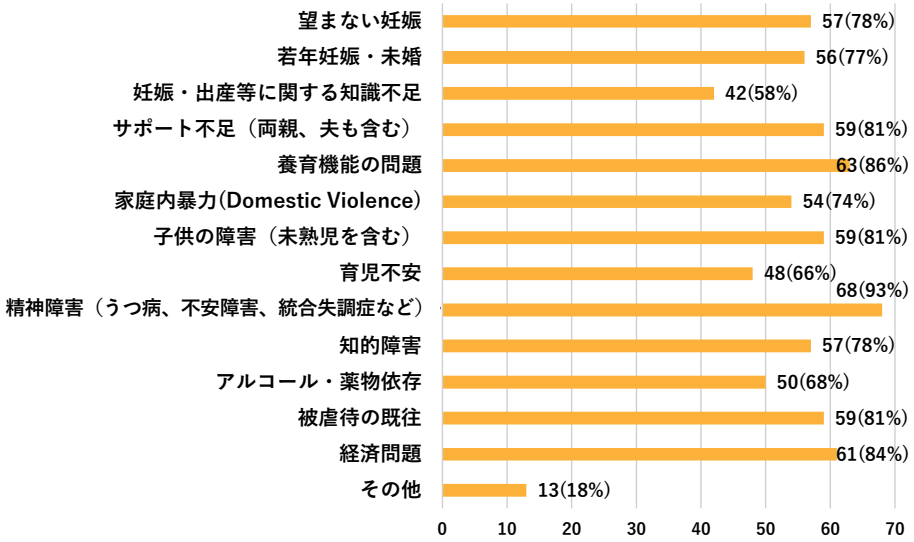
連携施設としては、児童相談所や産婦人科・精神科・小児科などの医療機関、子育て支援機関などは概ね 80%を超えているが、地区医師会との連携は 43%とあまり高くない。

因みに、平成 29 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業の「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報告書 [5)]」によると、メンタルヘルスにおける医療機関との連携は、全国 1160 区市町村からの回答では産科医療機関は 80.3%と 80%を超えるものの、小児科医療機関は 45.6%、精神科医療機関に至っては 33.6%とわずか 1/3 区市町村であった。

これに比較すると東京都は各小児科や精神科医療機関との連携も比較的スムーズに行っていると言える。今後は地区医師会がそこにどう関わっていくかが課題になる。

Q7 貴施設における日常の活動で、以下のような問題で養育者の精神的支援活動に困難を感じることがよくまたはときどきありますか？

（複数回答可）※無回答２を除く



【その他】自由記載を分類

回答分類	回答数
支援困難な母親	5
養育者の家族、子ども	3
制度的問題	1
システム的問題	1
その他	2

妊産婦の相談内容で困難を感じる場合としては、望まない妊娠や若年妊娠、子育て能力の欠如、サポート不足などその理由は多岐に渡っているが、中でも精神障害による相談に対する困難事例が最も多い。

その場合センターでは子ども家庭支援センターに紹介している場合が多いが、東京都では保健所や保健センターに関わる精神科医を含め精神科への紹介も少なくない。

Q8 Q7 でチェックした問題の対応に困った時にどこに相談されますか？

	困った問題	相談（連携）する機関
千代田区	サポート不足、精神障害、被虐待の既往	千代田区児童・家庭支援センター
	精神障害	かかりつけ医（精神科）
中央区	家庭内暴力	女性センター
	精神障害・アルコール・薬物依存	保健所・保健センター精神科医による精神保健相談・医療機関（精神科）
	子どもの障害	子ども発達支援センター
	サポート不足・被虐待の既往	子ども家庭支援センター
江東区	若年妊娠、サポート不足　養育機能等	子ども家庭支援センター
	望まない妊娠　若年妊娠　知識不足　精神障害等	産婦人科医療機関
	養育機能　育児不安　精神障害　アルコール・薬物依存等	精神科医療機関
	経済問題等	福祉事務所
	Q７すべて	関係機関
	サポート不足　養育困難　精神障害	こども家庭支援センター　児童相談所　医療機関　産後センター
	経済的問題　DV	福祉事務所
	精神障害	訪問看護ステーション　医療機関
	各種困難ケース	組織内で共有や検討し、必要に応じスーパーバイズを受けている
	各種困難ケース	ケースに応じて必要な関係機関と連携している
足立区	若年妊娠、未婚	こども家庭支援センター、福祉事務所、子育て支援機関（保育園、一時保育）、産婦人科医療機関
	家庭内暴力	こども家庭支援センター、福祉事務所（女性相談）、母子福祉施設（シェルター）、産科医療機関
	精神障害	こども家庭支援センター、福祉事務所、精神科医療機関、精神計画相談支援事務所、訪問看護ステーション、産科医療機関
	経済問題	こども家庭支援センター、福祉事務所
葛飾区	サポート不足	子ども家庭支援センター、社会福祉協議会
	精神疾患の対応	精神保健福祉センター（都）
	配偶者の暴力	福祉事務所の女性相談、男女平等推進センター、警察
	経済不安	福祉事務所、ひとり親家庭相談係
江戸川区	未受診又は受診回数が極端に少ない	児童相談所、産科医療機関
	精神科治療中断、受診拒否	精神科医療機関、産科医療機関
	経済問題、生活困窮、住所不定（友人宅を転々とするなど）	生活援護、児童相談所
	DV 問題	児童相談所、警察、女性センター
新宿区	精神障害、アルコール・薬物依存	保健センター、医療機関
	DV	生活福祉課（女性相談）、警察、区配暴センター
	子どもの障害	保健センター、障害者福祉課、発達相談係、医療機関
	ホテルやネットカフェに居住	NPO（妊娠 SOS やその他女性の支援団体等）、生活福祉課、医療機関、警察
	望まない妊娠、若年、DV、経済	生活福祉課（女性相談）、区配偶者暴力相談センター
	子どもの障害	障害者福祉課、子ども総合センター、医療機関
	精神障害、知的障害、アルコール・薬物依存	病院、AA 等の自助グループ
	全て	事例検討することあり
世田谷区	精神障害、アルコール薬物等の精神的な問題	妊産婦の精神科対応や治療について経験が豊かな精神科医療機関
	上記以外の問題	児童相談所、子育て世代包括支援センターの一部機能を担う子ども家庭支援課が子ども家庭支援拠点であるため日々共有し対応している。
	支援課が子ども家庭支援拠点であるため日々共有し対応している。	
渋谷区	望まない妊娠、若年妊娠・未婚　家庭内暴力、被虐待既往、経済問題	出産予定施設、子ども家庭支援センター、児童相談所、生活福祉課
	子どもの障害	子ども発達相談センター、療育機関、訪問看護
	精神障害、アルコール	主治医、出産予定施設、子ども家庭支援センター、児童相談所
	養育機能の問題	子ども家庭支援センター
中野区	望まない妊娠・子どもの障害	健診や出産医療機関（産婦人科）
	精神障害・知的障害・アルコール依存・薬物依存	主治医（精神科医）
	養育機能の問題・家庭内暴力・被虐待の既往	児童福祉課
	経済問題	生活援護課
杉並区	精神疾患（投薬治療あり）のある妊婦の分娩受け入れ病院の確保	精神科主治医、産婦人科医療機関
	若年妊婦（中・高校生）の精神的支援	産婦人科医、学校
	出産後、児を母が育てられない場合の養育先の確保	児童相談所、NPO 団体（養子縁組など）
	DV から安全に避難し、分娩・養育先を支援する場合	東京都シェルター等

	困った問題	相談（連携）する機関
品川区	精神障害	精神科、産科医療機関など
	アルコール薬物依存	精神科、産科医療機関など
	望まない妊娠	児童相談所、生活福祉課、子ども家庭支援センターなど
	経済問題、若年、未婚	生活福祉課（福祉事務所）、一人親支援担当部署、子ども家庭支援センターなど
大田区	上記課題（全てにチェックされている）	児童、福祉などの関係部署及び主治医（産婦人科医・精神科医）非常勤の精神科医
北区	養育等に関すること	子ども家庭支援センター、児童相談所
	養育者の心身に関すること	産婦人科、精神科医療機関
	特定妊婦、要支援家庭	子ども家庭支援センター
	ひとり親家庭で、生活基盤・経済力・育児能力に不安がある場合	ひとり親家庭等相談室（そらまめ相談室）、生活福祉課　等
	無職等経済的基盤がぜい弱	生活福祉課、くらしとしごと相談センター
	DV	北区男女共同参画活動拠点施設（スペースゆう）
豊島区	サポート不足	子ども家庭支援センター
	養育機能の問題	子ども家庭支援センター
	子供の障害	障害福祉課
	経済問題	生活福祉課
板橋区	対象の養育者に主治医がいれば主治医に相談。主治医がいない場合は、センターで行う他の事業で関係がある嘱託の精神科医や心理職などに相談する。	
練馬区	受診(妊婦健診)したがらない、妊娠確認できない、出産の意志不明	医療機関、子ども家庭支援センター、福祉事務所
	経済困窮者	福祉事務所
	サポート不足	こども家庭支援センター
	経済問題	福祉事務所、生活福祉課
	養育能力の低さ	子ども家庭支援センター
	経済問題、出産病院の検討	福祉事務所、医療機関
	若年～知的障害	所内での検討をし必要なら子ども家庭支援センター、医療機関
	被虐待の既往	所内での検討、医療機関、所内精神保健相談の活用
		精神科の病院、子ども家庭センター、福祉事務所、児童相談所
	経済問題、DV	福祉事務所
	その他	子ども家庭支援センター
	精神障害	主治医など、出産病院
	経済問題	福祉事務所
	望まない妊娠、知的障害	子ども家庭支援センター
	知的障害	子ども家庭支援センター
	家庭内暴力・未婚	福祉事務所、女性相談、経済問題
	育児不安	地域子ども家庭支援センターなど
	精神障害	医療機関、子ども家庭支援センター
	養育能力の低さ	子ども家庭支援センター、医療機関、保育園
	家庭内暴力	子ども家庭支援センター、医療機関
	すべて	子ども家庭支援センター、福祉事務所、医療機関
	望まない妊娠、サポート不足、経済的な問題など継続支援を要する事例	まずは、担当の保健相談所へつなぎ個別支援を開始する。
	養育機能の問題	子ども家庭支援センター
	家庭内暴力	総合福祉事務所、子ども家庭支援センター
	子どもの障害	こども発達支援センター、小児科医療機関、訪問看護ステーション
	経済問題	総合福祉事務所
	Q7 について（全てにチェック）	子ども家庭支援センター
	発達に課題がある可能性がある	子ども発達支援センター
	若年、未婚、養育機能の問題、精神障害、知的障害、アルコール・薬物依存、被虐待の既往	保健相談、区立子ども家庭支援センター
	経済問題、シングル	福祉事務所、ひとり親家庭支援
	家庭内暴力	福祉事務所、女性センター、区立子ども家庭支援センター
	サポート不足	練馬区立子ども家庭支援センター
	家庭内暴力	練馬区立子ども家庭支援センター
	子どもの障害	練馬区子ども発達支援センター
	精神障害（うつ病、不安障害など）	保健相談所
	若年妊娠　養育機能の問題	子ども家庭支援センター
	経済問題　DV	福祉事務所　母子相談員
	望まない妊娠　子供の障害	医療機関　産科　小児科
	精神障害　被虐児の既往	医療機関　精神科　　精神保健相談等の精神科医師
	望まない妊娠、若年妊娠・未婚、精神障害、経済問題	子ども家庭支援センター、病院、福祉事務所、特別養子縁組に係る機関等
	養育機能の問題、育児不安、アルコール・薬物依存、被虐待の既往	子ども家庭支援センター、病院、カウンセリング機関等
	家庭内暴力、子供の障害、知的障害	子ども家庭支援センター、病院、児童相談所、通所事業所、男女共同参画センター等
	妊娠・出産等に関する知識不足、サポート不足	産後ケア施設、地域子ども家庭支援センター

	困った問題	相談（連携）する機関
国分寺市	若年妊娠，未婚，養育機能の問題	子ども家庭支援センター
	子供の障害	こどもの発達センターつくしんぼ，障害福祉課
	精神障害	障害福祉課
	アルコール，薬物依存	多摩立川保健所
昭島市	養育機能の問題、被虐待の既往、その他	子ども家庭支援センターなど
	経済問題	ひとり親女性支援係、生活保護担当係、医療機関
	家庭内暴力	ひとり親女性支援係、子ども家庭支援センター、警察
	精神障害、知的障害、アルコール・薬物依存	保健所、医療機関など
東村山市	養育機能の問題、虐待	子ども家庭支援センター
	経済問題	福祉事務所、就労支援担当部署等
	家庭内暴力	警察等
	アルコール・薬物依存	警察、医療機関等
清瀬市	家庭内暴力	アイレック、生活福祉課母子相談員、子ども家庭支援センター
	被虐歴の既往、サポート不足、望まない妊娠、若年妊娠・未婚、養育能力	子ども家庭支援センター
	経済問題	生活福祉課、社会福祉協議会、子ども家庭支援センター
	子どもの障害、精神疾患、アルコール・薬物依存、知的障害	出産病院の MSW など、子ども家庭支援センター
狛江市	全般的に	庁内子育て支援部署、子ども家庭支援センター、児童発達支援センター
国立市	サポート不足、家庭内暴力	子ども家庭支援センター、女性支援
	精神障害	医療機関、子ども家庭支援センター、しょうがいしゃ支援課
	子どもの障害	保健所、しょうがいしゃ支援課
	経済問題	生活保護
東大和市	未受診	医療機関（出産、健診先）、都立小児総合医療センター、公立昭和病院、庁内担当課（子ども家庭支援センター、保育園）
	養育力、サポート不足、若年、育児不安、未婚	子ども家庭支援センター、そえる（経済困窮相談窓口）
	望まない妊娠	子ども家庭支援センター（児童相談所案内）
調布市	経済困難	生活保護担当，社会福祉協議会等
	育児サポート不足	子ども家庭支援センター，ヘルパー事業所等
	保護者のメンタルヘルス	医療機関，子ども家庭支援センター
	外国人妊産婦への支援	国際交流協会等
武蔵野市	項目を総合的に判断して他機関連携が必要となった場合	子ども家庭支援センター
町田市	望まない妊娠、若年妊娠・未婚	子ども家庭支援センター、産科
	サポート不足、養育機能の問題、家庭内暴力、経済問題	子ども家庭支援センター、生活援護課
	子どもの障害	産科、小児科、東京都福祉保健局
	精神障害	精神科
稲城市	問題ごとに、どこに相談するか所内で協議しています。患者さんの課題は多様なので、背景や経緯とともに、どこに相談するか協議しています。主な相談機関は、子ども家庭支援センター、精神科、産科等です。所内にスーパーバイズの心理士や精神科医師が来所する日を設けているのでそこで相談することもあります。	
八王子市	全般	子ども家庭支援センター
	精神障害、アルコール依存	保健所
	経済的問題	生活自立支援課
日野市	望まない妊娠、若年妊娠、サポート不足、養育能力の問題、家庭内暴力	子ども家庭支援センター相談援護係
	精神障害、育児不安、アルコール・薬物依存	病院、保健所
	若年妊娠・未婚、サポート不足、経済問題	セーフティーネットコールセンター、子ども家庭支援センター相談援護係
	子どもの障害、精神障害、知的障害	障害福祉課、発達・教育支援課
多摩市	望まない妊娠、若年妊娠、未婚、子の障害、精神障害、アルコール、薬物	医療機関
	養育の問題、育児不安	児童福祉関係機関
	経済問題	生活困窮者自立支援機関、生活保護担当部署
	DV、養育の問題	母子自立支援担当機関など
立川市	妊娠、出産に関する問題	子ども家庭支援センター、産婦人科医療機関
	家庭内暴力、経済問題	生活福祉課
	養育機能の問題、育児不安	子ども家庭支援センター
	子供の障害、精神障害、アルコール・薬物依存	保健所
小金井市	アルコール、依存問題他、精神保健医療に関する情報	保健所
小平市	望まない妊娠、若年妊婦、知識不足、養育機能の問題	子ども家庭支援センター
	精神障害、アルコール、薬物依存	精神科医療機関、子ども家庭支援センター
	子どもの障害	出産医療機関、訪問看護ステーション、児童発達支援事業所等療育機関
	サポート不足	家事支援事業所、ファミリーサポートセンター、子ども家庭支援センター

	困った問題	相談（連携）する機関
青梅市	精神疾患、養育昨日の問題、知的障害など	医療機関、子ども家庭支援センター
福生市	上記の複合的な課題から特定妊婦となった場合	子ども家庭支援センター、児童相談所
	精神障害、アルコール・薬物依存	精神科医療機関、産科医療機関、障害福祉課、保健所等
	経済問題	生活福祉係
	DV	母子相談員
あきる野市	全ての問題を総合的にみて安全に出産を迎えられない可能性がある場合	市役所（健康課母子保健係）、子ども家庭支援センター、産院
	精神障害、アルコール・薬物依存	障がい者支援課（知的障害含む）、精神科、保健所
	経済問題	生活福祉課、女性相談（入院助産）
瑞穂町	望まない妊娠、若年妊娠	子ども家庭支援センター
	Q７のチェック項目	医療機関
	精神疾患	保健所
日の出町	望まない妊娠・若年妊娠・未婚・精神障害・知的障害	子ども家庭支援センター
檜原村	精神障害	精神科医療機関
	育児不安、養育機能の問題	保健センター、子ども家庭支援センター
	子どもの障害	発達専門医
大島町	発達の遅れが見られる子の療育の方針を決める為の受診が出来ない	医療機関、子ども家庭支援センター
三宅村	望まない妊娠、被虐待の既往	児童相談所、産婦人科医療機関
	養育機能の問題	児童談所、産婦人科医療機関、島内診療所
	精神障害、	保健所、児童相談所、島内診療所（精神科専門外来含む）、産婦人科医療機関
	経済問題	福祉事務所（島内の場合は東京都三宅支庁）
八丈町	子どもの障害に対する保護者の受け入れに関して	委託臨床心理士、発達小児科医師、子ども家庭支援センター
	精神障害	子ども家庭支援センター、町立病院
	知的障害	子ども家庭支援センター、町立病院

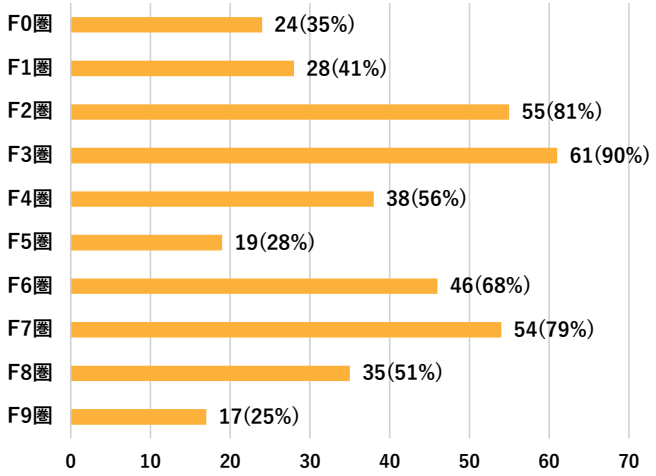
センターからの紹介先としては、子ども家庭支援センターや子ども発達支援センター、児童相談所、保健所など公的な施設が多いが、医療機関や訪問看護ステーション、こどもや妊産婦支援の民間 NPO 団体、などさまざまな組織を活用しており、これも東京都の特徴である。

Q9 今まで経験した周産期の精神障害患者の困難事例における診断について、該当するものをわかる範囲内で教えてください

F0（症状性を含む器質性精神障害）～F9（小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害）までの疾患すべてを半数の施設が選択していることから考えて、困難事例の診断名が多岐に渉っていることがわかる。このことは、例えば、統合失調症中心の対応モデルでは対応しきれないことを示唆している。

また、周産期精神障害患者の困難事例では、F3 圏（気分障害）が 90%と最も多く、次いで F2 圏（精神分裂病、分裂型障害および妄想性障害）81%、F7 圏（精神遅滞）79%と続いているが、人格障害やストレス障害も決して少なくない。

（複数回答可）※無回答７を除く



Q10 妊産婦の精神障害で実際に対応に苦慮した例があったら教えてください

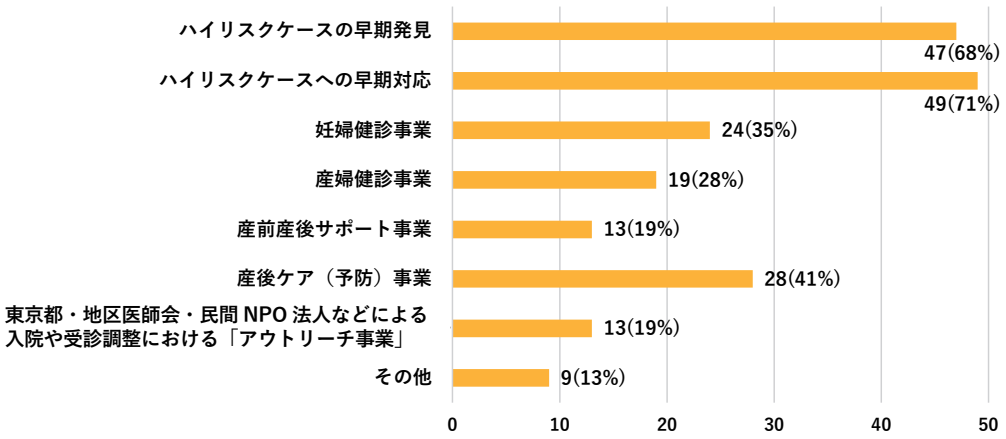
■回答（自由記載を分類）

回答分類		回答数
本人・家族の問題	精神的に不安定な妊産婦の対応	46
	発達障害・精神遅滞のある妊産婦の対応	7
	母親以外の家族の非協力	10
精神的に不安定な妊産婦の対応	精神科医療拒否	13
	精神症状	3
	抑うつ・不安感・パニック発作・焦燥感・イライラ	7
	希死念慮・自殺企図	12
	その他の対応困難	11
医療機関的問題	産科探し	8
	精神科探し	12
	産科と精神科の連携	3
	行政と医療機関との連携	5
その他	医療以外のサービス導入困難	3
	母親入院時の子どもの処遇	2

実際の対応困難例を挙げてもらったが、極めて多岐にわたっておりかつ深刻な例が少なくない。内容としては、圧倒的に精神的不安を抱える妊産婦の相談が多いが、特に対応してくれる医療機関を探すのに苦労している一方で、精神科への受診拒否も少なくない。
このような例に対して、どこが責任をもって対応していくべきか、どのように地域の資源を上手に活用して対応していくべきかなど課題は少なくないし、その解決方法を見つけることも簡単ではない。

Q11 妊産婦の精神障害に対処するために、今以上に産婦人科医や精神科医に支援してほしい活動にはどのようなものがありますか？

（複数回答可）※無回答 6 を除く



妊産婦の精神障害に対処するために、今以上に産婦人科医や精神科医に支援してほしい活動としては、ハイリスクケースの早期発見、早期対応であり、全回答者の 7 割前後が希望している。

そのためには、妊産婦健診をさらに充実していくと共に、健診実施機関と行政のきめ細やかな連携が求められている。特に健診医療機関に求められるものとして、若年妊婦や精神障害を持つ妊婦などハイリスク者の早期発見と早期連絡、相談および受診勧奨、行政に繋いだ後の継続的な支援など、妊娠初期から産後まで産科と精神科が連携した継続的な支援が求められている。

▶ハイリスクケースの早期発見：具体的支援方法

・特に妊婦健診のみ受け入れている婦人科クリニックの理解が必要
・精神障害を把握した時点での保健所・保健センターへの情報共有
・保健所との連携、早めの情報提供
・地域支援者との情報共有

・電話やケース会議などによる情報共有
・オンライン受診や内服薬の処方
・妊婦健診の状況からリスクありとキャッチした方速やかに連携をしてほしい
・妊娠期から早めに情報共有をお願いしたい
・連携強化
・医療機関で把握した際には、保健センターに繋いでいただきたい
・妊娠中からの情報共有
・市との連携及び精神科医療へのつなぎ
・病院受診時、本人の言動からリスクを把握
・産前産後を通して、地域で統一的なアンケート(産前産後メンタルチェック)を実施する
・精神疾患を持つ妊婦は「特定妊婦」として保健センターにご連絡を頂きたい
・虐待予防の視点、子どもの安心・安全を意識してほしい
・生活に支障を来す状況になったり入院となった場合地域連携してほしい
・健診で発見したハイリスク妊婦について保健所へ連絡の徹底
・早めの地域への連絡
・情報提供（電話、情報提供書など）、本人へ関係機関を紹介
・妊婦健康診査や定期受診の際気づいた変化について地域との情報連携
・本人の了承を得て市に情報提供して欲しい
・精神科通院中で妊娠していた場合の早めの情報提供と連携
・精神科との連携（個人情報の関係で、連携の取りづらい産科や精神科がある）
・当センターとの情報共有（計４件）
・妊婦健診でのアセスメントの徹底(メンタル面・養育環境・虐待リスク)
・精神疾患のあるケース、地域のサポート、支援の少ない場合に連絡をいただきたい
・産科で未治療や医療中断を把握した患者については妊娠中、入院中を通じて連携し支援をしていきたい

▶ハイリスクケースへの早期対応：具体的支援方法

・妊娠初期から産後まで、産科と精神科が連携した継続的な支援
・授乳による服薬拒否ケースへの服薬支援
・母親の精神面のフォローや家族支援状況の把握
・地域支援者へのつなぎなど連携強化、医師同士の連携
・電話やケース会議などによる情報共有
・関係機関への連絡を入れることへの本人同意を取ってほしい
・早めに自治体に連絡をしてほしい
・精神疾患があるが通院中断している妊婦に対して、病院からも受診勧奨をお願いしたい
・精神症状についてこちらから聞き出すのは困難な場合があるため、うまく繋いでほしい
・妊娠期から産科と精神科で併診できても、１か月健診で終診となる
精神科医療が途切れないよう医療機関で引継ぎ先を確実に紹介していただくとともに、医療が引き継がれたことの確認までしていただきたい
・産科と精神科の連携
・退院前の早めの情報共有、支援の受け入れの橋渡しをしてほしい
・市との連携、支援者への対応相談
・適切な医療機関への受診勧奨、カウンセリング、内服薬処方
・妊婦の家族など周囲にも状況を理解し対応していただけるよう働きかける。その際、行政機関との連携もお願いしたい
・精神疾患を持つ妊婦は「特定妊婦」として保健センターにご連絡を頂きたい
・主治医より本人の同意を得て、妊娠期から市の保健師につなげてほしい
・ハイリスクと判断した時点で児相や自治体につないでほしい
・特に精神科は連携を取りにくいため、地域連携してほしい
・健診で発見したハイリスク妊婦について保健所へ連絡の徹底
・関係機関・対象者双方へ情報提供
・未受診や医療中断している方の病状の見立て、受診や入院調整をしてほしい（計４件）
・メンタル不安定の時に速やかに関係機関との連携を取っていく
・本人の了承を得て市に情報提供して欲しい
・母にメンタル不調等があった際の主治医と関係機関との連携
・精神科医療機関と連携して、相談や受診ができるようにする
・臨機応変な相談や妊産婦の受け入れ(断られることがある)
・精神科における妊産婦の受診のしやすさ
・精神疾患を持つ妊婦は精神科病院も産科病院も入院を断られる
・円滑な情報提供や情報共有

・精神科・産婦人科・地域でのケース検討会議（計４件）
・気になる妊婦については早期に地域につないでほしい
・受診、治療支援

▶妊婦健診事業：具体的支援方法

・精神障害を把握した時点での保健所・保健センターへの情報共有
・母親の精神面のフォロー。家族支援状況の把握
・メンタル不調のある妊婦の精神医療へのつなぎ
・妊娠中の EPDS 等のスクリーニングの実施
・精神疾患があり、不安強い場合受診に対し、精神面からの支援も欲しい
・分娩受け入れが不可でも妊婦健診は診察のご協力をお願いしたい
・全数島外での出産となるため、産院にばらつきがある
　気になった妊産婦がいる場合には、市町村へ連絡いただけるとありがたい
・妊婦健診にメンタルチェックや精神科医の診察を入れる
・健診で発見したハイリスク妊婦について保健所との連携
・行政への報告欄への記載（妊婦の言動等）、精神科主治医との情報共有
・妊娠経過のみでなく、メンタルヘルスを並行で診ることができる仕組み
・妊婦健診を途中で未受診となった際に市に情報提供してほしい
・不安が強い。産後サポートがないなどの場合地域へつないでほしい
・避妊の相談
・産後うつやこころの健康づくりについての本人や家族教育
・連携に必要な情報の取り扱いの徹底を図ってほしい
・産婦人科において把握されたハイリスクケースの精神科へのつなぎ
・気になるケースは、ご本人の了承の上、連絡をいただきたい
・電話連絡等による情報提供
・妊婦健診でのアセスメントの徹底(メンタル面・養育環境・虐待リスク)
・メンタル的な課題がありそうな人には行政などの相談先の情報提供をする
・受診時、本人の言動、身体状態からリスクを把握

▶産婦健診事業：具体的支援方法

・授乳による服薬拒否ケースへの服薬支援。産科と精神科の連携強化
・母親の精神面のフォローや家族支援状況の把握
・メンタル不調のある妊婦の精神医療へのつなぎ
・子の体重増加が不良、不安が強い母に対して追加で病院でのフォロー
・産後１か月健診で、産後うつの症状があったら保健センターにご連絡を頂きたい
・全数島外での出産となるため、産院にばらつきがある。気になった妊産婦がいる場合には、市町村へ連絡いただけるとありがたい
・産婦健診での EPDS の実施と結果によるフォロー
・妊娠期及び産後に急激に精神症状を悪化したケースについての連携
・精神科受診勧奨・情報共有
・EPDS の活用と事後フォロー
・産婦健康診査で発見したメンタルヘルスの課題の地域との連携
・産後うつや不安が強い場合など地域の保健相談所へつないでほしい
・産婦健診時、母にメンタル不調等があった際の病院と自治体間の連携
・産科医が要受診の産婦を直接精神科受診へつなげるシステムづくり
・産婦人科において把握されたハイリスクケースの精神科へのつなぎ
・産後うつへの対策
・退院後の養育のアセスメント
・メンタル的な課題がありそうな人には行政などの相談先の情報提供をする
・母児の様子からリスクを把握

▶産前産後サポート事業：具体的支援方法

・メンタル不調のある妊婦の精神医療へのつなぎ、地域支援者へのつなぎ
・何かあれば母の入院を受け入れてほしい
・産婦が休めるサポート
・初産は特にサポート的なケアが必要
・メンタル的な課題がありそうな人には行政などの相談先の情報提供をする
・精神疾患のある妊産婦の受け入れ枠を多くしてほしい

・内服できない間の精神科フォローを丁寧にお願いしたい
・特に初産の利用者について、産後の生活への支援強化
・事業紹介と連携
・ゆりかご面接

▶産後ケア（予防）事業：具体的支援方法

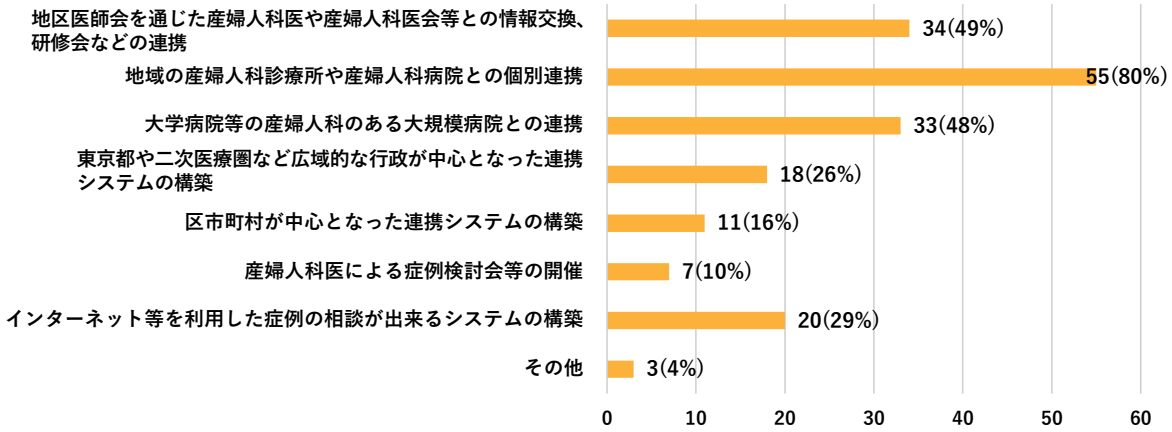
・産科と精神科の連携が図れる病院での産後ケア
・本区は服薬治療中は、産後ケアを利用できないため、ルール変更が必要
・メンタル不調のある妊婦の精神医療へのつなぎ、地域支援者へのつなぎ
・医療機関での産後ケアの実施
・ショートステイの受け入れ病院が増えてほしい
・病院での産後ケアの導入
・精神疾患のある妊産婦の受け入れ枠を多くしてほしい
・精神科医や心理士を入れて欲しい
・事業利用者へのアセスメントをしっかりした上で地域と連携してほしい
・保健指導の実施や、休養できる場の提供
・精神疾患のある人が利用している時の困った際の対応の相談先として、精神科医にご支援をいただきたいです
・産科医療機関で受診が必要なうつ状態の産婦を発見した場合、直接、早急に精神科受診へつなげてくださるとありがたい
・出産後に発見されたうつ病に対する早急な受診・治療への対応に協力してほしい。受診予約がすぐに取れず、苦慮している
・助産院では担えない精神障害に対応できる産後ケアの実施
・産科医療機関が実施する産後ケアでは、要支援の産婦のケアを希望する
・産後のメンタルが不安定な時期に社会的入院ができる施設の整備
・事業紹介と連携
・各産婦の在宅での生活をイメージした授乳や育児の支援
・利用状況等を報告書に記載するなど情報提供
・入院が必要でないメンタル歴のある産婦の受け入れ
・精神疾患のある産婦の産後ケア入所を断られる
・各産後ケア施設からの相談先となる
・産後に精神科受診ができた場合、産婦の身体に理解を示してもらいたい

その他※未回答１件（自由記載を分類）

回答分類	回答数
妊産婦へのサポート強化	1
受入体制の整備	4
精神科医の協力	3

Q12 産婦人科医療機関との連携について今後充実していくべきだと思われる活動にはどのようなものがありますか

（複数回答可）※無回答 6 を除く



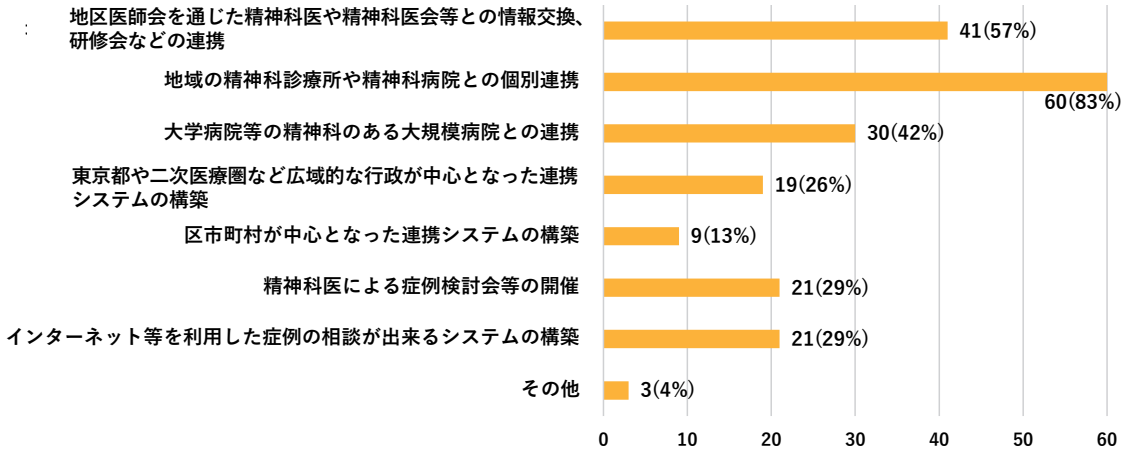
【その他】自由記載を分類

・区内医療機関との精神科既往や現病歴のある方（軽度）、サポートが必要な方の受け入れ体制づくり
・明らかな精神的不調がある妊産婦や EPDS 高得点の産婦に対応可能（受診可能）な医療機関の相談ができるシステム構築
・精神科との連携

産婦人科医療機関との連携で最も求められているものは、地域の各医療機関との個別連携（80%）で、地区医師会や大病院を通した連携システムや研修会の希望は約半数であった。インターネットを活用した相談や産婦人科医による症例検討会の希望はそれほど多くはない。

Q13 精神科医療機関との連携について今後充実していくべきだと思われる活動にはどのようなものがありますか

（複数回答可）※無回答 3 を除く



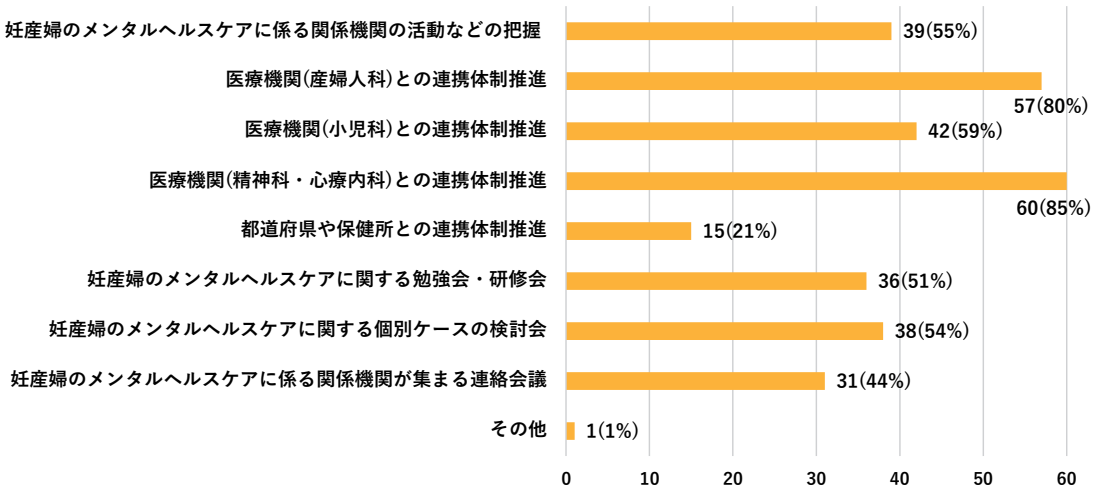
【その他】自由記載を分類

回答分類	回答数
情報交換	2
地域を超えた連携	1

精神科医療機関との連携で最も求められているものは、地域の各医療機関との個別連携（83%）で、地区医師会や大病院を通した連携システムや研修会の希望は産婦人科と同様約半数であった。インターネットを活用した相談や精神科医による症例検討会の希望も 3 割程度とそれほど多くはない。

Q14 今後強化していきたい周産期メンタルヘルスに関する活動にはどのようなものがありますか？

（複数回答可）※無回答 4 を除く



【その他】
・困難ケースの事例検討会のスーパーバイズが依頼できるような協力体制

今後強化していきたい周産期メンタルヘルスに関する活動としては、産婦人科や精神科医療機関との連携強化が 8 割を超え、メンタルヘルスの研修会や症例検討会も 5 割以上が望んでいる。

Q15 精神科疾患をもつ妊産婦患者の診療や支援等について、日頃考えていることや問題点、実現してほしいことなど自由にご記載ください

■回答（自由記載を分類）

回答分類		回答数
機関連携（59 件）	産科の対応の充実	12
	精神科の対応の充実	11
	精神科医療機関との連携	14
	産科医療機関との連携	8
	産科と精神科の連携	7
	行政機関との連携	6
	その他の連携の問題	6
妊産婦や家族の対応（19 件）	妊産婦への支援	8
	精神科医療を拒否する人の問題	5
	妊産婦や支援者への情報提供	4
	妊産婦や家族の障害	1
	妊産婦の情報	1

精神疾患を持つ妊産婦支援を行っていく上で、行政職員が望んでいることは、産婦人科や精神科医療機関の対応強化と連携強化であり、相談しやすい雰囲気づくりが求められている。また行政として更なる体制整備、支援強化も望まれている。

Q16 今後子育て世代包括支援センターが担うべきと考える役割や現状での課題についてご意見を記載してください。

■回答（自由記載を分類）

回答分類			回答数
他機関との連携（19件）	医療機関との連携		4
	関係機関との連携（15件）	相互理解	3
		情報共有	2
		連携の仕組み	10
妊産婦や家族への支援（30件）	支援体制の整備		10
	支援の充実		13
	妊産婦や家庭との関わり方		3
	情報発信		4
その他（3件）	法制上の問題		2
	経済的な問題		1

センターとして今後充実させていくべき活動としては、地域連携体制の強化や妊産婦支援体制の強化が求められている。

4. 考　察

委員長　　芦刈　伊世子

区市町村で子育て世代包括支援センターという名称がある地域は 46 か所中 22 か所であり、人口数万人から多くても 23 万規模の区市町村であった。30 万人以上の 23 区では専従で運営する「ワンストップセンター」の形をとってないことが多く、妊産婦の面談や健診を従来からおこなっている部署が機能を果たそうと努力していることが浮かび上がった。

連携に関しては産婦人科、精神科、小児科、子ども家庭支援センター、児童相談所などと 80%以上連携していると答えており、職員は連携に努力していることがよくわかる。

「養育者の精神的支援活動に困難を感じる」というのは、多岐にわたるが、精神障害（うつ病、不安性障害、統合失調症など）は 93%と高値。どの項目も高値であるが、養育機能や両親や夫のサポート不足、子供の障害や養育者が知的障害、養育者が被虐待の既往があり、経済的にも困窮しているなど、あらゆる項目に困難を感じていることがわかる。また、困難事例の中でも 90%が気分（感情）障害であり、ついで 81%統合失調症、79%精神発達遅滞であることから、妊産婦がうつ状態や混乱状態に陥っているときにスムーズに安心領域に支援することの難しさが伺われる。精神発達遅滞に関しては、本人や配偶者の同意をとりながら子育てを進めていくことの困難さが浮かび上がってくる。

特に Q10 と Q11 の自由記載は担当職員の壮絶な苦労が浮かび上がっている。精神科医はこの個別の処遇困難事例を共有し、早急に保健師・助産師・ワーカーをサポートする仕組みが必要であると考えた。産婦人科医も同様にハイリスクケースを早期発見したら、すぐに保健師につないでほしいという要望が多く、産婦人科医が手間と考えるケースも多いので、産婦人科医が直接でなくてもそこで働く看護師が連絡できるようにシステムが必要と思われた。

連携に関しては精神科医とも産婦人科医とも個別の連携が求められている。医療機関にとっては年に数回しか処遇困難事例は起きてこないと思われるので、その際は、個別で顔の見える関係になっている地域作りが要請されているのだと思った。地区医師会との連携が比較的少ないのは、個別性連携が要求されているためと思われる。医師会がまとめ役をするために、個別の連携の仕組みを作れるよう支援していくとよいと考えた。

今後強化していきたい周産期メンタルヘルスは精神科および産婦人科医療機関との連携体制が 80%以上を占め、急務であると考えられた。担当者は生活支援の観点からも、疾患の観点からも、自分たちが妊産婦の中心的支援者としての意識を持っており、妊産婦が安心して産み育てることができる支援をするために、地域の個別の産婦人科医療機関そして個別の精神科医療機関とのつながりを求めている。

認知症対策で「初期集中支援チーム」というものがあるが、「周産期」でも、産婦人科医がなるべく早めにハイリスクを発見して、子育て家族の同意を得ながら、集中的にセンターが中心となって、医療機関やその他の施設とのサポート体制を作っていけるようにしていく必要があると思われた。

自由記載の事例こそが、保健師・助産師・ワーカーの悩ましい貴重な体験であるので、これらの事例をどう対応したらよいかということの研修会も必要と考えられる。また、さらに上層機関も必要と考えた。地域で解決しにくく、他の意見も聞いてみたいと思ったときに、ワンストップで相談にこたえられる高いレベルの相談窓口も必要なのではないかと考察した。

委員　　羽藤　邦利

子育て世代包括支援センター(法律上の名称は“母子健康包括支援センター”)は平成 28 年の母子保健法改正で新に規定されたものである。区市町村は設置するように努めなければならないとある。

子育て世代包括支援センター（以下、センター）の目的は「主に妊産婦及び乳幼児の実情を把握し、妊娠・出産・子育てに関する各種の相談に応じ、必要に応じて支援プランの策定や、地域の保健医療又は福祉に関する機関との連絡調整を行う」「母子保健施策と子育て支援施策との一体的な提供を通じて、妊産婦及び乳幼児の健康の保持及び増進に関する包括的な支援を行う」こととされている。

事業内容としては、各種の相談に応じる他に、母子保健事業（妊娠の届出・母子健康手帳の交付、母親学級・両親学級、妊産婦健康診査、妊産婦訪問指導、低体重児の届出、新生児訪問指導、未熟児訪問指導、乳幼児健康診査、予防接種、産前・産後サポート事業、産後ケア事業等の母子保健事業）や、子育て支援事業（乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業、子育て短期支援事業、地域子育て支援拠点事業、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業等の子育て支援事業）も含まれている。これらは長く保健所・保健センターで行われてきた事業であり、現在も行われている。このことからわかるように、センターは、実態として、母子保健や子育て支援に関わっている複数の機関で構成されているのだ。

センターの職員は、保健師等を 1 名以上配置する、利用者支援専門員を 1 名以上配置する、ソーシャルワーカー（社会福祉士等)のみを配置する場合には近隣の区市町村保健センター等の保健師、助産師又は看護師との連携体制を確保するとされており、ごく少数である。このことからわかることは、事業を担っているのは「センターを構成する複数の機関」の職員だ。これに関連することだが「実施場所は 1 つの施設・場所である必要はなく、複数の施設・場所で、役割分担をしつつ必要な情報を共有しながら一体的に支援を行うことができる」とある。

センターの運営要綱に「センターと、センターを構成する複数の機関との関係」について何も述べられていない。このことからセンターは複数の機関に対する権限を付与されていないことがわかる。センターは、現状は、“包括”という大きな風呂敷である。風呂敷の中に保健所・保健センター、こども家庭センター、子ども発達相談センター、児童相談所などがあり、それらは従来通りに業務を行っている。とは言え、様々な機関がセンターというひとつの風呂敷の中に入ったので、これまでよりも相互の繋がりが太くなるだろう。やがては、様々な機関を統合した「子育て世代包括支援センター」になっていくかもしれない。

さて、アンケートの集計結果を見てみよう。

- 回答 75（46 区市町村）のうち「センターがある」のは 28（38%)、「その施設はないが、他の課や施設で役割を分担している」が 30（40%）であった。2017 年 4 月に施行されてから 5 年経過しているが、まだ普及途上である。
- 人員・職員構成についての質問の回答をみると、区市町村でバラツキが大きい。江東区は 88 名、国分寺市は 3 名などである。江東区は母子保健と子育て支援に関わるすべての施設の人数をカウントしているのに対して、国立市は“純粋に”「センター」に所属している人数である。職種は、どの区市町村でも、保健師が過半を占めている。
- アンケートの回答者は、センターのスタッフの場合と、センターを構成している施設（以下、施設）のスタッフの場合が混在している。回答内容は、センターとしての回答と、施設としての回答が混在している。

・　「センター・施設」の活動内容についての質問への回答で、最も多かったのは、「保健、医療、福祉の関連機関との連絡調整、連携構築」9 割、次いで、「ハイリスクケースの発見と対応」、「産後ケア事業」の順であった。
・　「日常の活動で養育者の精神的支援活動に困難を感じる場合」として、“望まない妊娠”、“サポート不足”、“精神障害”など、14 の場合を列記して、困難を感じる場合があるかどうか回答してもらったところ、驚くことに、どの選択肢も 8 割前後のセンター・施設で「感じる」と回答していた。このことから、殆どすべての区市町村で、多様な対応困難事例を経験していることがわかる。
・　「今まで経験した周産期の精神障害の困難事例」の診断病名では、F0（器質性精神障害）～F9（小児及び青年期に発症する行動及び情緒の障害）までの疾患を、回答したセンター・施設が挙げていた。困難事例の診断名が多岐に渉っている。このことは統合失調症中心の対応モデルでは対応しきれないことを示唆している。
・　妊産婦の精神障害で実際に対応に苦慮した事例を自由記載で挙げてもらったところ、回答したセンター・施設 75 箇所すべてから、それぞれ 1 例～10 例を挙げていただいた。事例の内容は多彩である。それらを分類したところ、幾つかのグループに分けられた。（その中身については、分量が多いので、ここでは記載しない）。
・　「妊産婦の精神障害に対処するために、今以上に産婦人科医や精神科医に支援して欲しい活動内容」について、選択肢を並べて選んでいただいたところ、「ハイリスクケースの早期発見」、「ハイリスクケースの早期対応」を回答施設の 7 割が選んでいた。産婦人科医や精神科医からの早期の診立て、早期の医療的対応がとても求められていることがわかった。
・　センター・施設の事業である「ハイリスクケースの早期発見、ハイリスクケースの早期対応、妊婦健診事業、産婦健診事業、産前産後サポート事業、産後ケア事業」などを行う際の“具体的支援方法（具体的な工夫や対策）”について考えていることを質問したところ、多数の回答が寄せられ、その内容は多岐に渉っていた。このことから、どのセンター・施設も、対応に困ることを経験していて、具体策を色々に模索していることがわかる。
・　「産婦人科医療機関との連携」「精神科医療機関との連携」で今後充実していくべき活動についての質問への回答をみると、「医師会を通じた情報交換や研修」は 5 割であったが、「個別連携」の回答は 8 割を超えていた。医療機関と個別に連携することを強く望んでいることがわかる。
・　「精神科疾患をもつ妊産婦患者の支援等について日頃考えていることや問題点、実現してほしいこと」を自由記載してもらったところ、回答したセンター・施設 75 箇所すべてから、それぞれ 1～数項目の記載があった。内容は多岐に渉っている。（詳細はここでは記さない）。対応困難事例を抱えていて苦慮していることがひしひしと伝わってくる。

本調査の集計結果を通覧して、3 点のことがわかる。

① 回答したセンター・施設 75 箇所すべてで様々な対応困難事例を抱えていて大変苦労されている
② 施設の多くが、産婦人科医療機関や精神科医療機関に個別連携を求めている
③ 施設の多くが、ハイリスクケースについて、産婦人科医や精神科医に、早期診立て、早期医療的対応を求めている

この集計結果を「東京精神神経科診療所協会による「妊産婦に対する診療についてのアンケート調査」」結果と対比すると、著しい温度差がある。

・　精神科診療所は受診してきた妊産婦を普通に診療していて、診療することに積極的に見える。しかし、診療している妊産婦の数は少数であり、その中に対応困難事例は少ない。

・　センター・施設は、担当地域の妊産婦すべてを対象に支援を行っている。支援対象者の中に対応困難事例が多数あって対応に苦しんでいる。

センター・施設が対応している地域の人口は数万～50 万と多数であり、妊産婦は相当な数である。対応困難事例が日常的に発生していると推測される。自由記載を読むと、対応困難事例には「関わられることに抵抗している」「産科や精神科への受診を嫌がっている」事例が多い。

妊産婦支援で最重要課題は対応困難事例への対応である。対応困難事例に日常的に対応していて苦労が絶えないのは、地域のセンター・施設である。そのセンター・施設を、産科医療機関や精神科医療機関はもっと支える必要がある。支えることを可能にする具体的な対策・仕組みが強く望まれる。

委員　　西村　由紀

１．回答者について

子育て世代包括支援センターへのアンケートではあるが、特別にその名称を持つ施設からの回答は、全回答46区市町村75件のうち、22区市町村28件（38%）であった。その28件のうち10区市町村16件は保健センターや役所の健康福祉課と兼務しており、2市区町村2件は子ども家庭支援センターなどの子育て支援の部署と兼務であった。

子育て世代包括支援センターの名称のない24区市町村47件のうち、1件は同様の機能を現在持っておらず今後設置予定となっているが、それ以外では保健センターや健康福祉課のような部署の回答が20区市町村27件、子ども家庭支援センターなどの子育て支援の部署が13区市町村19件、という回答割合であった。（同一区市町村で両者それぞれから回答があったため、区市町村の合計は46を超えている。）

今回のアンケートでは、子育て世代包括支援センターのような包括的な支援を統括している部署からの回答よりも、保健センターや子ども家庭支援センターなどの子育て支援を部分的に担う部署からの回答が多かったことは念頭に置くべきである。

２．連携機関

①現在連携している機関について

連携施設の筆頭は子ども家庭支援センター等の子育て支援機関（65件）である。具体的には子ども家庭支援センター、区市町村の子育てに関する担当課、保育園、幼稚園、学童、ファミリーサポートなどが含まれる。ついで産婦人科医療機関の67件、児童相談所64件、精神科医療機関61件、小児科医療機関60件、障害児支援機関48件、区市町村保健センター46件、保健所42件と、想定された施設のほとんどと連携を取っていることがわかる。

また「その他」の記載には、生活費に関連する部署（福祉事務所（計15件）、生活福祉課、生活福祉係、経済困窮相談窓口）、訪問サービス（訪問看護ステーション（計3件）、ヘルパー事業所）、入所施設（母子生活支援施設、乳児院、児童養護施設）、教育機関・教育相談室、助産院・助産師、民生・児童委員（計2件）、社会福祉協議会、母子相談員、子どもや母親の障害支援（児童発達支援センター、精神計画相談支援事業所）、自傷他害への対応（警察（計2件）、配偶者暴力支援センター）、外国人相談（国際交流協会等）、NPO妊娠SOS、NPO（養子縁組）ファミリーサポートなどが挙げられた。これらの記載からは、経済や家庭、母子以外の家族全般の問題が子育ての問題に関わっており、それらに関係する機関と連携を取っていることがわかる。

②困難理由別の連携機関について

支援困難の理由別に、連携先の施設等を調べてみると、例えば経済的な問題であれば生活保護の部署、DVであれば女性相談員やシェルターなど、目的に応じた機関との連携が行われている。しかし、最も困難が多いと回答されている精神障害が原因の場合でも、精神科医療機関だけでなく、子ども家庭支援センターや保健所等の機関との連携が多く挙げられており、治療の問題だけでなく日頃の対応そのものに困っている様子がうかがえる。中には、わざわざ「妊産婦の精神科対応や治療について経験が豊かな精神科医療機関」との記載も見られ、通常の精神疾患患者への対応方法では解決できないことも少なくないことが推測される。

養育機能の問題や若年妊娠など子育てすべての問題に関わってくる困難ケースの場合には、子ども家庭支援センターと連携を取ることが多いようであるが、それに加えて個々の医療機関ではなく「（精神科医や心理職の）スーパーバイザー」という記載も散見され、妊産婦メンタルヘルスにより精通した専門家の関与が望まれ

ている。

また、ネットカフェやホテル暮らしのケースについては、女性支援を行っているNPOなど、特別な支援を行っている民間団体と連携していた。

③連携の課題

精神科疾患をもつ妊産婦の診療や支援等について、課題を自由記載してもらった中で「機関連携に関すること」が59件あった。さらに細かくみると下記のとおりである。

- 「産科対応の充実」(12件)では、精神疾患を持つ妊産婦を受け入れてくれる産科が少なく、苦労している
- 「精神科対応の充実」(11件)では、妊娠出産に伴う発症・再発・転院へ対応してもらえる精神科が少なく、対応まで時間がかかること、妊産婦が抱える産後うつ以外の問題（夫婦関係、被虐のトラウマ等）の相談に乗ってくれる医療機関が少ないことなどを訴えていた
- 必要に応じて往診に応じてもらいたいという希望も2件あった。選択式回答でも、入院や受診時に付き添えるアウトリーチ事業の要望が13件あったことを考えると、何らかのアウトリーチ体制の構築を求める声が少なくない
- 「精神科医療機関との連携」(14件)では、「保健所や子ども家庭支援センターと情報共有してほしい、特に虐待のリスクがある場合には連絡が欲しい」という切実な訴えがあった。そのためには、かかりつけの精神医療機関で「妊産婦の生活面、育児面、家族関係などについても把握してもらいたい」「虐待につながりやすい被虐体験についても情報共有をしてほしい」という意見があった
- 「産科医療機関との連携」(8件)では、ハイリスク妊婦については「できるだけ妊娠初期から連絡が欲しい」、「退院時にはケース会議を開くなど、丁寧な引継ぎが欲しい」という要望があった
- 「産科と精神科の連携」(7件)では、「それぞれの医師の意見が異なり本人が混乱した」「産科からの精神科受診勧奨の時には紹介状を渡すだけでなく医療機関の予約を取るところまでやってほしい」など丁寧な対応が望まれている
- 行政との連携その他では、「個人情報保護によるやりにくさ」「ケースによっては小さなことまでの共有が必要」「多機関が連携するには連携の核が必要」と言った意見があった

上記自由記載に加え、選択式回答の中で、産科精神科共に「地域の医療機関との個別連携」を求める回答が多かったことからも、支援者はどの医療機関でも良いから妊産婦を受け入れてほしいというのではなく、周産期の問題に理解があり、妊産婦の生活や子育てや家族問題にまで配慮してくれるような信頼できる医療機関につなげたいと考えていることがわかる。

その他「都の施設と区市町村の施設と両方に連絡が欲しい」「医療機関と子ども家庭支援センターの情報共有の間に保健師が入るのではなく直接連絡を取りたい」逆に、「子ども家庭支援センターだけでなく、保健所や保健センターにも連絡が欲しい」など行政機関同士の連携にも課題が見える。

④連携における「妊産婦や家族への対応の課題」

- 「妊産婦への対応」(8件)では、「精神疾患を持つ妊産婦が増えているように思われる」「年々フォローを必要としている人が増えている」という意見があり、「養育困難」「抱えてきた家庭内人間関係の問題に配慮が必要」などから、連携先として「精神障害の方が妊娠した時のサービスがあったらよいのではないか」という意見があった
- 一方、精神科の既往もなくEPDSにひっかからない場合でも、精神的な困難を抱えている（連携の網から漏れてしまう）方がいるという意見もあった
- 「精神科医療を拒否する人の問題」(5件)では、授乳と服薬の問題、受診の拒否、女性医師の希望がかなわないなどである

・　「妊産婦や支援者への情報提供」(4 件)では、精神科医療に抵抗感のある妊産婦やその家族にすすめやすい仕組みや、支援者の同席、精神科医による妊産婦に寄り添った説明、などが求められている
・　妊産婦だけなく家族の障害、経済状況や妊婦健診の受診状況の情報共有が必要である

３．支援が困難となるケースの原因や傾向について

①精神的に不安定な妊産婦

精神的に不安定な原因では、養育者の精神疾患が最も多い。その中でも「F3 気分障害」「F2 統合失調症」については、それぞれ回答者の 9 割、8 割が経験していた。「未治療、病識なし、服薬中止による再発」という言葉も散見される。

それ以外にも、人格障害、アルコール・薬物依存・ASD・ADHD・摂食障害（子どもへのミルクの制限も出てくる）・被虐による PTSD・解離性障害・適応障害・強迫性障害（妊娠中に発症することもあった）などもみられた。

表に出てくる問題は、「精神科医療拒否・中断」(13 件)「希死念慮・自殺企図」(12 件)「抑うつ・不安感・パニック発作・焦燥感・イライラ」(7 件)「精神症状そのもの」(3 件)などである。中には腹部を叩く自傷行為によって切迫早産となったケースもあった。被虐による PTSD を持つ患者に、出産子育てに伴って症状が表れることを懸念していたケースもあった。

また、支援者との関係の困難性についても多く記載が見られ、「訴えや要望の多い患者に支援者が振り回される」「子どもの首を絞めるなどハイリスク情報があったにも関わらず支援の拒否、連絡がとれなくなった」「失踪」「出産病院や保健師等の支援者へのクレーム」「医療機関や導入サービスのスタッフと関係が悪くなり出入り禁止になってしまう」など苦慮している例が多数報告された。

一方で、精神障害の中でも「発達障害・精神遅滞のある妊産婦の対応」(7 件)は、「援助交際を続ける」「避妊しないことにより多子となって養育困難が増す」「指示に従えない」「理解がなかなかできず説明に時間がかかる」などの困難を極める例や、分類された以外にも、診断はついていないがグレーゾーンと思われるケースが散見された。

その他「母親以外の家族の非協力」(10 件)では、「夫や祖父母等が子育てに協力してくれない」だけでなく、「支援や医療を拒否させる」「ＤＶや虐待がある」場合や、虐待・夫等への DV、寝たきり・家事や子育てができない、奔放な生活・失踪、精神障害があり自宅出産されたなど、多様な問題を含んでいることがわかった。

②家族の問題

貧困、夫からの DV、経済的 DV、夫婦ともに精神障害、妊産婦の父母や兄弟も知的障害で養育能力が低い、家族のほうが受診やサービスの導入を拒む、そもそも連絡を取っている家族がいないなど、問題が多々あることは、自由記載のあちこちに見られる。連携先機関が多種多様になる理由でもある。

「産む段になってパートナーが非協力になった」という本当に困ったであろうケースもあった。

③医療機関関連の問題

「産科探し」(8 件)では、重い精神疾患、薬物の過剰摂取やリストカットなどの自傷行為、他害歴などのある患者の産科探しが難しいことがわかる。しかし、それよりも「精神科探し」(12 件)の困難ケースが多く、産前産後に精神的に不安定になり精神科入院が必要になっても受け入れ先が見つからない、産後うつなどの症状があり、できるだけ早く受診させたいのに外来初診の予約が取れないなどである。

「産科と精神科の連携」(3 件)では、

・　「うつ病で妊娠中の方が衝動的に死にたいと訴えるが、本人の意向を重視する精神科主治医のクリニックの判断と産院の主治医の判断が合わず、入院がなかなかできなかったために毎日訪問支援をした（子ども家庭支援センター、児童相談所が協力）」

・　「うつ病で通院中の妊婦が出産直前にペットを殺すという心配なエピソードがあり、産院へ情報提供し、新生児の安全確保のため協力を求めたが理解されず。精神科主治医が直接産科医へ連絡したが「今落ち着いているので先のことはわからない」と対応してくれなかった」
・　「精神科既往のない妊婦が出産後うつ状態となった。退院直後だったが、総合病院である出産病院で精神科のコンサルテーションにかけてもらえなかった」

という、現場の状況が語られていた。

また、「行政と医療機関との連携」(5件)では、「産院が入院中に得ていた大事な情報（食べ吐きをしていた、精神科通院歴がある）を行政に伝えてくれなかった」「精神科のかかりつけが定まっていない、住民票だけ残して転居してしまったなどの理由から連携を取ることができなかった」「本人が情報提供に同意してくれない」など問題例が上がってきた。

④その他

「医療以外のサービス導入困難」(4件)では、母親の精神疾患を理由にシェルターや母子入居施設が見つからなかった、ヘルパーなどのサービス業者が入りたがらない、一時保育やショートステイについて家族との調整がつかない、などであった。

「母親入院時の子どもの処遇」(2件)については、「母が精神科入院となった際の子どもの処遇について、父も知的障害がありサービスを整えることに苦慮した」「妊娠中に精神疾患を発病した事例では、精神科入院中に出産するも母親が退院できず児が先に退院することになり、乳児院措置になった」などのケースが報告された。

４．今後子育て世代包括支援センターが担うべき役割や現状での課題についての意見

（医療機関との連携に求めるもの）

産科小児科精神科共に、子育てや家族問題を理解し、子育て支援機関と連携して対応してほしい。精神科受診拒否や中断の時には情報共有してほしい。スーパーバイズをしてほしい。

（医療以外の機関との連携の課題）

お互いの機能や役割の明確化、相互理解。母子保健、子育て支援、発達支援、役所などがタイムリーに情報共有できること。機関同士をつなぐ仕組み。妊産婦に直接かかわらない機関や民間の支援団体との連携。行政区を超えた連携。

（支援内容を充実させるための課題）

メンタル不調の母親の負担軽減。例えば、幼稚園保育園の開園時間延長。父親への支援。ハイリスク者への支援。妊娠期～学齢期まで切れ目のない支援。

（支援を担う人材の課題）

人材の量的確保と資質の向上。委託業務の内容の点検。多様な課題をアセスメントし支援方針を立てられる人材教育。困難事例へのアプローチ方法の工夫。

【まとめ】

・　子育て世代包括支援センターのアンケートは、独立したセンターとしての回答よりも、保健センターや子ども家庭支援センターなど、子育て支援を部分的に担う部署からの回答が多かった
・　子育て世代の支援のためには、多種多様な機関との連携が必要で、手間暇がかかる。子ども家庭支援センターと保健センター等が中心になっているが、精神科・産科医療機関、子育てに関連した機関だけでなく、母親自身や先に生まれている兄弟の生活を支える機関やサービスが必要である
・　医療機関との連携については、できるだけ早く入院や外来を受け入れてもらいたくても受け入れ先が見つからない状況もある一方、支援者としては妊産婦や子育ての理解があり、うまく対応してくれる医療機関と個別に繋がりたいと思っている

- 連携の課題として、それぞれの機関が直接詳細な情報共有を求めているが、間に誰かが入ることや、小さいが大事な情報が共有されないことに不満を持っている
- 困難ケースでは、妊産婦の精神障害を背景にしたものが多いが、症状そのものへの対応だけでなく、医療の拒否や中断、サービスの拒否、関係性の作りにくさ、必要な指示に従ってもらえない、精神障害があるために受け入れてもらえない機関がある、家族全体にも問題があるなど複雑な問題が絡み合っている
- 現場では、精神疾患等を持つ妊産婦が増えていると感じており、妊産婦に対して子育てと精神疾患等の両方について理解があり対応できる医療機関、医療者、サービス提供事業者へのアクセスを向上させるシステムが必要である
- 妊産婦の子育てとメンタルサポート両方に対応できる支援機関及び支援者を育てていく仕組みを作り、一部の支援者だけが手間暇のかかるケースによって疲弊してしまうことがないようにすることが望まれる

5. まとめ

副委員長　　石橋　幸滋

このアンケートは、実際の妊産婦メンタルヘルスにおいてどのような問題があり、行政はそれにどう対処しようとしているのかをセンターの職員に回答してもらい、地域で働く我々医師が妊産婦のメンタルヘルスケアにおいてどのような活動をすべきであるかを知るための一助とすることを目的として実施した。

そこでまずわかったことは、センターがまだ十分に機能していないことであった。このセンターは、2016 年に全区市町村に設置することが定められ、現在 2486 施設（2022 年 4 月現在）が設置されている。東京でもすでに 58 自治体（181 か所）に設置されていることになっているが、実際の活動はまだ不十分である。例えば、センターの必須業務は、**表 3** のように、実情把握、相談業務、支援プラン策定、関連機関との連携調整などと定められているが、そのための現状の課題はたくさんあるし、新しく設置されたセンターがこの課題を解決することはとても難しい（**表 4** 参照）。本来なら全ての役割を 1 か所にまとめられれば良いが、あまりにも役割が多く、関連する機関も多いため、センターが全てを行うのではなく、各機関の連携をスムーズにする役割が最も重要とされている。

また、現状センター機能として実施している相談事業の中でも、対応困難事例やその対応に関する自由意見から、行政改革ももちろんのこと私たち地域で働く医師や医師会の意識改革や行動変容が求められていることがわかる。国は、2023 年 4 月こども家庭庁を新設し、**図 4・5・6** にあるような取り組みによりこの課題に対応しようとしているが、我々医療者もこの新しい体制を支える重要な役割を担う必要がある。

しかし、今回のアンケート結果から子育て世代包括支援センターの担当者が多くの対応困難事例によって苦しんでいるにもかかわらず、東京精神神経科診療所協会による「妊産婦に対する診療についてのアンケート調査」では、多くの精神科診療所の医師が「精神科診療所は受診してきた妊産婦を普通に診療しており、対応困難事例は少ない」と回答している。実際の対応困難事例には「関わられることに抵抗している」、「産婦人科や精神科への受診を嫌がっている」事例が少なくない。このような例に対して、最初に対応した医療機関が連携して積極的に受診を勧めたり、子育て世代包括支援センターとの更なる連携強化によって支援していく必要がある。

また、今回のアンケート調査では、妊産婦の精神障害で実際に対応に苦慮した例を挙げてもらったが、精神的に不安定な妊産婦の対応での例が際立って多かったが、それ以外にも**表 5** のように様々な問題がある。そして、これらの問題に対処するために産婦人科医や精神科に支援してほしい活動として、ハイリスクケースの早期発見と早期対応を挙げている職員が最も多かったが、それ以外にも**図 8** に挙げた事業への支援を望んでいる。我々地域の医師や医師会は、事業への参画はもちろんのこと、行政と産婦人科や精神科医療機関の密な連携体制を構築していく必要があるし、地域の中核病院や地区医師会が中心となった研修会や症例検討会などの開催が求められている（**図 9・図 10 参照**）。

最後に、今後強化していきたい周産期メンタルヘルスに関する活動としては、地域連携体制の強化や妊産婦支援体制の強化という言葉にまとめられる（**図 11** 参照）が、その中で「妊産婦の生活面や育児面、家族問題等を理解し、センター等と連携し、支援していただける産科小児科精神科の医療機関が増えるとよい」という言葉にセンター職員の本音が込められている。関係する我々医師は、センターの役割を理解した上で、妊産婦のメンタルヘルスケア支援を行っていかなければならない。

表３．子育て世代包括支援センターの必須業務

①妊産婦及び乳幼児等の実情を把握すること

- □ 保健師等によるセンターでの面談や家庭訪問、関係機関からの情報収集等を通じて、妊産婦や乳幼児等の実情を継続的に把握する。
- □ 収集した情報は、個別の妊産婦及び乳幼児ごとに記録するとともに、支援台帳を整備し適切に管理する。

②妊娠・出産・子育てに関する各種の相談に応じ、必要な情報提供・助言・保健指導を行うこと

- □ 妊産婦や保護者の個別の疑問や不安にできる限り丁寧に対応し、本人にとって必要な情報提供や助言、適切な表現・コミュニケーション方法によって行う。

③支援プランを策定すること

- □ 妊産婦や乳幼児等の課題や支援ニーズに的確に対応するために、必要に応じて支援プランを策定する。
- □ 支援プランは、妊産婦や保護者の「親になる力を育てる」支援に資するツールの１つであり、個別の妊産婦や保護者の状況や経過を反映させつつ、可能な限り本人との対話を通じて作成する。
- □ 自治体の事業スケジュール等の提示・情報提供とは異なる。また、全ての利用者について体系的に情報を管理する支援台帳とも異なることに注意する。

④保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整を行うこと

- □ 利用者目線に立って支援の継続性と整合性が確保できるよう、関係機関と十分な連絡調整を行う。

子育て世代包括支援センター業務ガイドライン 2017 年 8 月より

表４．妊産婦・乳幼児支援の現状と子育て世代包括支援センター設置後の望ましい姿

現状の課題	子育て世代包括支援センター設置後
・妊産婦・乳幼児等の支援には、医療機関（産科、小児科、歯科等）、こども園・幼稚園・保育所、地域子育て支援拠点事業所、市町村保健センター、保健所などの多くの機関が関わっている。このため、妊産婦等が、自らが必要とする支援を選択することが難しい。	⇒全ての支援を１つの機関に集約して提供することは困難であるが、センターが妊産婦等に助言したり、関係機関を連絡調整したりすることにより、妊産婦・乳幼児等が切れ目なく必要な支援を受けられるようにする。
・各機関は、それぞれが行う支援に関する情報しか把握できていない（例　産科医療機関では妊婦健診結果のみ　等）。このため、妊産婦・乳幼児等の状況を継続的に把握できている機関がない。	⇒センターにおいて、直接、妊産婦等の面談を行うほか、各関係機関が把握している情報（14 回分の妊婦健診結果を含む。）を集約し、全ての妊産婦等の状況を継続的に把握する。
・各機関が個別対応により支援を行っているため、担当外の支援ニーズが把握された場合に、適切な対応ができていない。	⇒各関係機関には、担当外の支援ニーズも含めて妊産婦・乳幼児等の状況を包括的に把握するよう要請する。担当外支援ニーズが把握された場合には、センターを通じて他機関の必要な支援につなげることが可能となる。
・各機関の間で、相互に顔の見える関係が構築できていないため、十分な連携が図れていない。	⇒センターによる関係機関の連絡調整の結果、各機関の間で、相互に顔の見える関係が構築される。各機関の支援内容を相互に理解することにより、センターを経由しなくても、各機関の有機的な連携が可能となる。

子育て世代包括支援センター業務ガイドライン 2017 年 8 月より

表５．妊産婦の神経障害（Q10）

回答分類		回答数
本人・家族の問題	精神的に不安定な妊産婦の対応	46
	発達障害・精神遅滞のある妊産婦の対応	7
	母親以外の家族の非協力	10
精神的に不安定な妊産婦の対応	精神科医療拒否	13
	精神症状	3
	抑うつ・不安感・パニック発作・焦燥感・イライラ	7
	希死念慮・自殺企図	12
	その他の対応困難	11
医療機関的問題	産科探し	8
	精神科探し	12
	産科と精神科の連携	3
	行政と医療機関との連携	5
その他	医療以外のサービス導入困難	3
	母親入院時の子どもの処遇	2

図８．産婦人科医や精神科に支援してほしい活動（Q11）

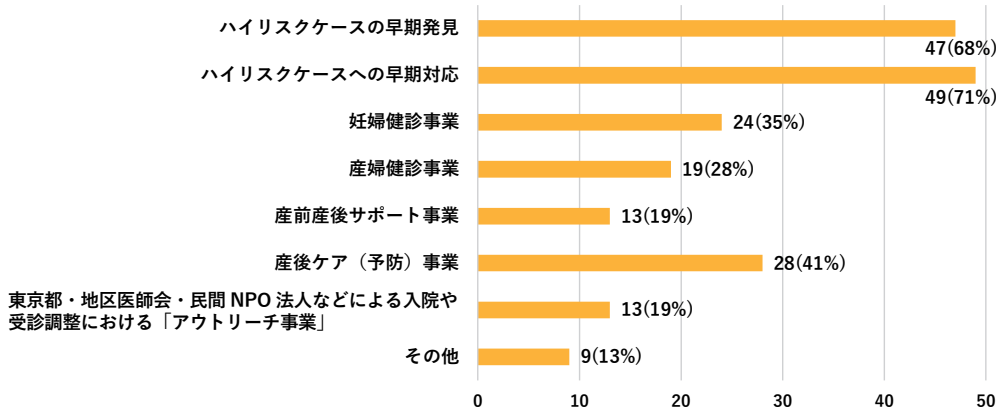


図９．産婦人科医療機関との連携について今後充実していくべきだと思われる活動（Q12）

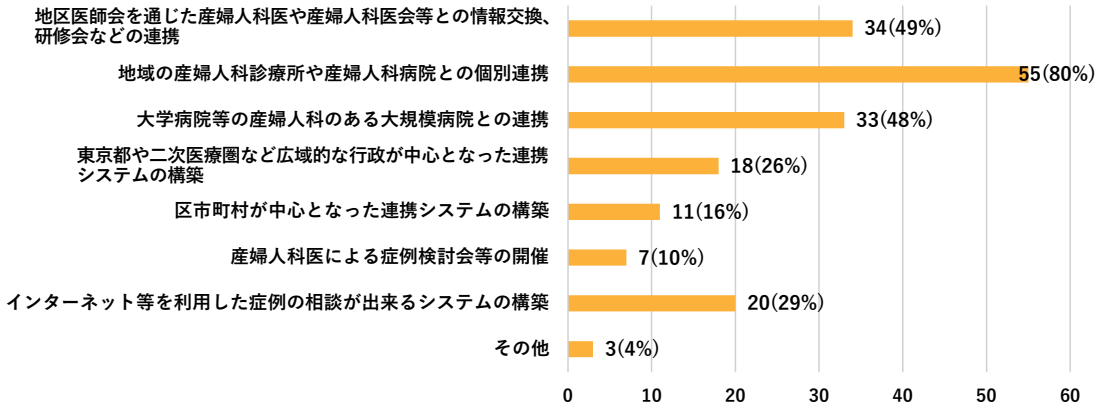


図 10．精神科医療機関との連携について今後充実していくべきだと思われる活動（Q13）

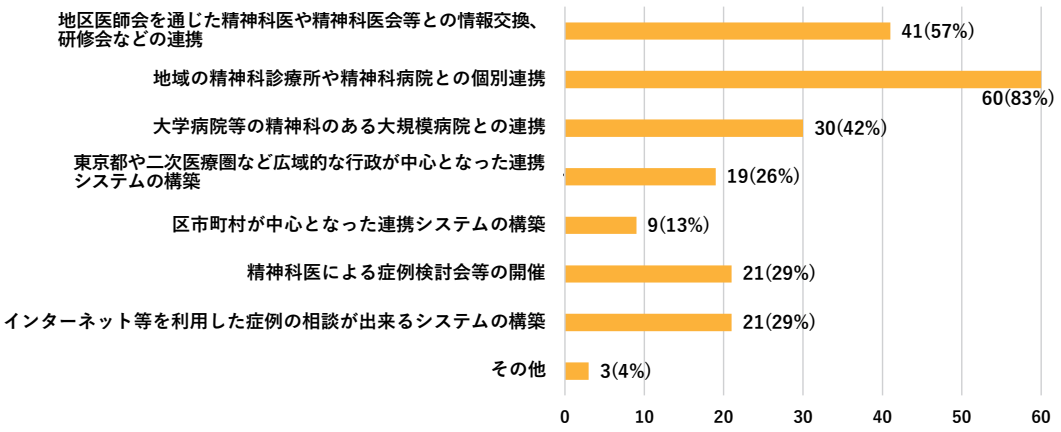
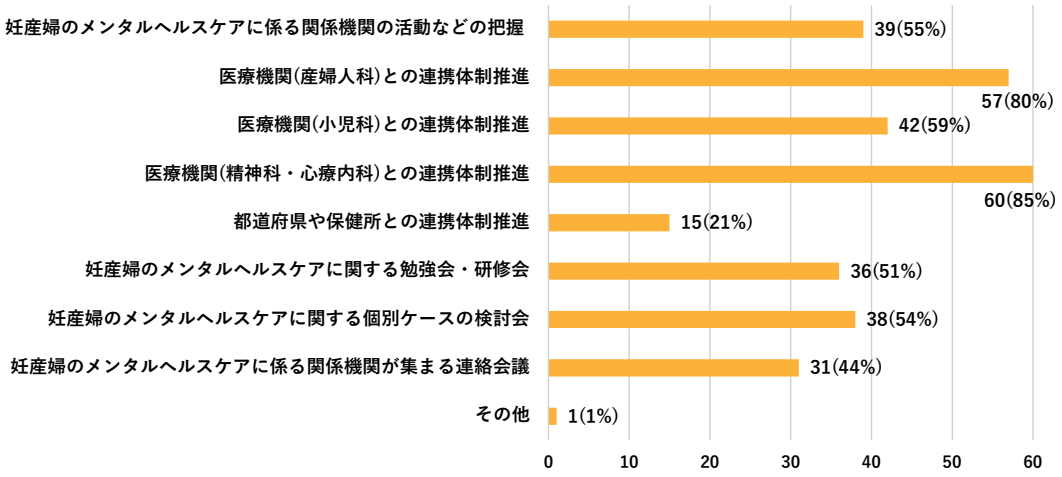


図 11．今後強化していきたい周産期メンタルヘルスに関する活動（Q14）



6. 提　言

副委員長　　石橋　幸滋

今回の子育て世代包括支援センターへのアンケートで、貴重な調査結果を得ることができた。この結果をもとに今後の東京都医師会として様々な活動を展開していきたいと考えているが、それ以上にアンケートの自由回答をまとめていく過程で、行政で働く方々の切実な思いが伝わってきた。そこで、自由回答の内容を中心に地域行政担当者の思いとそれに対する対応方法を別途まとめ、我々医師や東京都が検討すべき課題と解決策について考察した。

１．妊産婦の精神障害で実際に対応に苦慮した例（Q10）

Q10 では、精神的課題を抱えた妊産婦への対応において実際に苦慮した例を**表 6** に挙げた。その課題は、１.医療機関との連携、情報共有等、２.妊産婦及び周囲の問題による育児支援・環境調整等、３.地域の育児支援体制の構築等の３つに分けられるが、それに対して我々医師が特に関わるべき課題としては、１の医療機関との連携、情報共有等である。もちろん２や３に対しても積極的に協力していく必要があることは言うまでもないが、まず我々が今すぐ取り組むべき課題に対して、どう取り組むべきかを考えてみたい。

まず重要な課題としては、精神科医療機関や産科医療機関、そして今回はアンケートを行わなかった小児科医療機関と行政の情報共有がしっかりされていないと思われることである。全ての地域や全ての医療機関において情報共有がなされていないわけではないが、一部地域や医療機関でそのような状況があることが問題である。この問題を解決するためには、行政が日頃より個々の医療機関と綿密な情報共有をすることが重要であるが、そこで問題となるのが個人情報保護である。

この場合、行政から求められる情報をむやみに提供してはならないが、患者やその家族の安全や生命保護、児童虐待防止などの観点から以下の点を考慮して、本人の同意を得ることなく情報提供することは差し支えないと定められている[1)]。

１）法令に基づく場合
２）人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
３）公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
４）国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

と定められており、このような場合、妊産婦や子供の命や心を守るためには情報共有が不可欠である。

もちろんそのためには、日頃からの行政と個々の医療機関の顔の見える関係づくりが必要であり、行政との積極的な関係作りが望まれる。加えて、地区医師会でこのような関係づくりを進めるための機会作りが必要であろう。精神科、産科、小児科医療機関と行政が一堂に顔を合わせる機会を構築することは地区医師会の役割と思われる。

また、地域医療計画で定められている５疾病５事業のうち、精神科連携事業においても、二次医療圏において妊産婦メンタルヘルスをテーマにした講演会や連携会議の開催を企画することが必要ではないだろうか。その上で、SNS を用いた患者情報共有と患者支援チームの構築及び活動などの対応策が取れるようになれば、安心して子供を産み育てられる社会の構築につながるものと思われる。

2．妊産婦の精神障害に対処するために、今以上に産科医や精神科医に支援してほしい活動（Q11）

妊産婦の精神障害への対処のために、産科医や精神科医に最も望まれているのがハイリスクケースの早期発見、早期対応であり、全回答者の７割前後が希望している。

そのためには、妊産婦健診をさらに充実していくと共に、健診実施機関と行政のきめ細やかな連携が求められている。現状の連携体制は一部個人的な連携により極めて良好な支援体制が組まれているところもある。今後、連携が取れるようにするために、症例検討会や研修会の開催、情報共有システムなどを構築していく必要がある。

また、妊婦健診や産後健診を行う健診医療機関に求められるものとして、若年妊婦や精神障害を持つ妊婦などハイリスク者の早期発見と早期連絡、相談および受診勧奨、行政に繋いだ後の継続的な支援など、妊娠初期から産後そして学童期までつながる支援システム、特に行政と産科、小児科、そして精神科が連携した継続的な支援体制が求められている（**表７参照**）。

特に医師であるからこそ行政にはできない支援があることを再認識して、患者の信頼に基づく支援のあり方を考え、取り組んでいくことが必要である。

3．精神科疾患をもつ妊産婦患者の診療や支援等について、日頃考えていることや問題点、実現してほしいこと（Q15）

子育てに携わる行政職員は多くの課題を抱え日々苦労されている。特に精神疾患を抱える妊産婦への対応は非常にデリケートであり、困難なことが少なくない。今回Q15 で、精神科疾患をもつ妊産婦患者の診療や支援等について、日頃考えていることや問題点、実現してほしいことなどについて自由意見を求めたところ、多くの意見が返ってきた（**表８参照**）。これらの意見は以下の３点にまとめることができる。

1）地域の医師や医療機関に望むこと

精神疾患を抱える妊産婦への理解と配慮はもちろんのこと、行政へのスムーズな情報提供や産科と精神科医療機関間の連携強化、予約のいらない診療体制やオンライン診療の普及、訪問診療体制の整備など様々な希望が返ってきた。また、妊産婦のメンタルケアにおける予防活動や早期発見、早期治療の仕組みの促進、地域における情報共有システムの構築、そして何よりも地域で働く全ての精神科医や産科医に妊産婦メンタルヘルスへの理解と協力が求められており、これらの要望に対して、我々医師は真摯に対応していくことが求められている

2）地域の医療システム及び行政システムの課題

医療や行政のシステムに対する要望としては、都道府県単位で精神疾患を持つ妊婦の分娩受け入れ病院やベッド数などを調整するシステムや、精神科疾患を抱えた妊婦に対応可能な医療機関の情報収集・提供システムが求められている。また、精神科疾患をもつ妊産婦患者が必要時にすぐに入院できる体制や、早急に受診・治療につなげる体制が求められており、大阪府の産前産後の精神疾患に特化した大阪府妊産婦こころの相談センターのような周産期に関わる総合相談窓口の設置を求める意見もあった。

これら要望に対応するには、行政と医療界が共同で地域や東京都全体のシステムを構築してくことが必要であるし、地区医師会や東京都医師会としての対応が必要だと思われる。

3）母子保健業務に携わる職員の思い

今回のアンケート調査では、母子保健業務に携わる職員の悲痛な思いと本音がひしひしと伝わってきた。我々医師との連携が必要と言いながら、その垣根の高さをどう乗り越えていくかがなかなか見えてこない現状の中で、「医師に気楽に相談できる関係になりたい」や「連携が難しい医療機関においても、地域との連携ができるようになってほしい」などの意見はその思いを込めた言葉であり、この垣根を崩していく役割は我々医師にあると思われる。

中には「産科医には、妊娠中から退院後自宅でどう養育できるのかについて想像力をもってアセスメントを行っていただき、リスクがあれば早期に行政につないでいただきたい」という厳しい指摘もあったが、こ

れが彼らの思いであり、この思いを受け止めるために個々の医師だけでなく東京都医師会や地区医師会が行動していく必要があるだろう。

4．今後子育て世代包括支援センターが担うべき役割や現状での課題について（Q16）

近年、望まない妊娠や出産、子育てが難しい親による育児放棄や児童虐待などが増加している。この状況を改善する役割を、行政だけに任せるのではなく、我々医師も問題解決の手伝いをしなければならない。そのために精神科医会、産科医会、小児科医会などの各専門集団や地区医師会、そして東京都医師会が何をすべきか、しっかり検討していかなければならない。

日本の少子化対策は待ったなしの状況であり、それは我々医師にとっても避けては通れない重要な課題である。国はこの少子化に対して異次元の取り組みを行うと宣言しており、こども家庭庁の創設や全区市町村でのこども家庭センターの設置など[2)]が行われようとしている。我々もこの取り組みの一員として活動していくことが求められている（**図 12 参照**）。

このような状況の中で、行政担当者が考える子育て世代包括支援センターの活動の問題点と今後のあり方について知ることは我々医師にとって重要である。**表 9** は、彼らの意見をまとめたものであるが、今後システムの変更があるとしても、我々が積極的に子育て支援に協力していくことが求められているのは間違いない。

参考資料

1） 厚生労働省：医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス
https://www.mhlw.go.jp/content/000681800.pdf
2） 児童福祉法改正法案による子育て支援について
https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000987724.pdf

表６．精神的課題を抱えた妊産婦への対応において実際に苦慮した例（Q10）

１．医療機関との連携、情報共有等

・精神科疾患を持つ妊産婦の受け入れ医療機関を探すのに苦労した
・精神科医との連携がとりにくい
・精神科受診に抵抗する妊産婦を受診させることが大変である
・産科医との連携が取りにくい
・精神科疾患で通院している妊産婦の情報が、行政に伝わらない、伝えてもらえない
・精神病状が悪化した時に、妊産婦であると受け入れ可能な病院やクリニックが限られてしまうことがあるので、入院調整が難しい
・精神科通院中の産婦でいろいろな問題があるため精神科医と連携したいが、患者の同意がないため情報共有ができず、母の病状や主治医方針等が確認できない
・精神障害がある産婦の早期発見や早期受診のための受診が、予約制のためスムーズに行かなかった
・離島ゆえ、児童相談所との密なやり取りや、入院機関へ出向いてのカンファレンスがこまめに行えなかった(オンライン調整が普及する前)

２．妊産婦及び周囲の問題による育児支援・環境調整等

・精神症状が重く希死念慮や自殺企図などを持っている妊産婦への対応が難しい
・養育環境が劣悪であったり、周囲のサポートが望めない
・両親共に精神障害、知的障害があり、養育できないにも関わらず、支援を拒否する
・重度の障害を持つ子の母親支援、特に精神障害を持つまたは発症した母親支援と育児支援が難しい
・夫からの DV や夫の育児協力が全くない中での、周囲や行政等による育児支援拒否などがある
・母親の発達障害、精神障害により子供を連れ回す
・アルコールや薬物依存の妊産婦への対応が難しい
・境界領域の精神疾患や知的ボーダーラインの妊産婦への対応が難しい
・ADHD・うつ病を持つ妊婦で、電話でのやりとりができず、訪問にも応じないため連絡が取れない
・精神遅滞があり養育困難であるにも関わらず、避妊行動ができず、多子世帯となってしまう

３．地域の育児支援体制の構築等

・育児支援等のサービス提供事業者を探すことが困難な場合がある
・第 1 子出産後自殺未遂。第 2 子妊娠してから精神科通院中断しているが、産院はこのことを知らない。母親に産後の支援体制を組むことを提案するが希望しない
・精神疾患を持つ妊産婦の他自治体からの転入転出への対応が難しい

表７．妊産婦の精神障害に対処するために、今以上に産科医や精神科医に支援してほしい活動（Q11）

１．ハイリスクケースの早期発見、早期対応

・問題があるケースはできるだけ早く行政に連絡いただきたい
・行政や地域支援者との情報共有
・オンライン受診や内服薬のオンライン処方に対応してほしい
・虐待予防の視点、子どもの安心・安全を意識してほしい
・産科、精神科、行政間の情報共有と共同対応
・医師による受診勧奨
・妊娠から出産そして学童までつながった継続支援体制
・精神科・産科・地域でのケース検討会議の開催

２．妊婦健診事業

・精神障害を把握した時点での保健所・保健センターへの情報共有
・母親の精神面のフォローや家族支援状況の把握
・妊婦健診にメンタルチェックや精神科医の診察を入れる
・不安が強い妊婦や産後サポートがない妊婦を行政や精神科につないでほしい
・妊婦健診でのメンタル面・養育環境・虐待リスクなどのアセスメントを徹底してほしい

３．産婦健診事業

・産科と精神科の連携強化により授乳による服薬拒否ケースへの服薬支援をしてほしい
・メンタル不調のある産婦を精神医療へ繋いでほしい
・EPDS（エジンバラ質問票）の活用と事後フォロー
・妊娠期及び産後に急激に精神症状が悪化したケースについての産科と精神科の連携強化
・産婦健診時、母にメンタル不調等があった際の病院と自治体間の連携強化
・産後うつ病の対策強化

４．産前産後サポート事業

・メンタル不調のある妊婦の精神医療へのつなぎ、地域支援者へのつなぎ
・何かあれば母の入院を受け入れてほしい
・精神疾患のある妊産婦の受け入れ枠を多くしてほしい
・内服できない間の精神科フォローを丁寧にお願いしたい
・特に初産の利用者について、産後の生活への支援強化

５．産後ケア（予防）サポート事業

・産科と精神科の連携が図れる病院での産後ケア
・ショートステイの受け入れ病院が増えてほしい
・精神科医や心理職を入れて欲しい
・精神疾患患者の問題で困ったときに相談できる精神科医がいてほしい
・入院が必要ではないメンタル歴のある産婦も受け入れてほしい
・助産院では担えない精神障害に対応できる産後ケアの実施

６．その他

・医療的ケアを受けている患者だけでなく、周産期メンタルケアが必要な場合は、産科医でも訪問看護の案内や指示書の記入をお願いしたい
・必要時にすぐ相談・受診が可能な体制を作ってほしい
・産後のメンタルをきちんと診ることができる医師が増えてほしい
・精神科等に受診したことのない知的障害者の症状が悪化した場合の連携体制構築
・精神科のある分娩施設であれば、精神面に課題がある妊産婦に対しては精神科につなげ、精神面や産後の養育能力の見立てやリスクマネジメントをしてほしい

表８．精神科疾患をもつ妊産婦患者の診療や支援等について日頃考えていることや問題点、実現してほしいことなど（Q15）

１．地域の医師及び医療機関に望むこと

・妊産婦の生活面や育児面、家族問題等を理解し、保健所や保健センター、子ども家庭支援センター等と連携し、支援してくれる産科・小児科・精神科の医療機関が増えてほしい
・妊娠中から産科と精神科が連携して対応できる通院及び入院医療機関を増やしてほしい
・精神科の新患予約が難しいので、予約なしで見てもらえる医療機関や優先的に見てもらえる医療機関を増やしてほしい
・一人で子育てしている産婦（ワンオペ産婦）のために、産後のメンタル不調を診療してもらえるクリニックや往診医療機関を充実してほしい
・女性医師の増加
・オンライン診療を行ってくれる医療機関が増えてほしい
・病院で養育困難な家庭を発見した場合や虐待の可能性がある場合は、保健センターだけでなく子ども家庭支援センターなど関係する機関にも連絡してほしい
・不妊治療後や流産を経験した後の妊婦に対して、医療機関での支援や行政が行なっている支援情報を提供してほしい
・精神科でもプレコンセプションケア（女性やカップルを対象として将来の妊娠のための健康管理を促す取組み）をしてほしい
・精神疾患をもつ妊婦の場合、受診・出産できる医療機関を病院間で調整してほしい
・妊娠、出産により精神病状が悪化することが予想される場合は、パートナーやその家族に対して、精神科医師から十分に説明をしてほしい
・本人の病識によるが、疾患の状態について正確な情報を掴むため、主治医との情報共有させてほしい
・精神科と産科の考え方の違いで、妊婦が混乱することがあるので、できるだけ矛盾のないようにしてほしい
・個人情報保護のため、精神科医から対象者の情報提供を得られないことが多い。産後の精神症状を考えると、妊娠中から情報共有や連携をしたい
・精神科医療機関に問題を抱える母子への行政支援について知ってもらいたい

２．地域の医療システム及び行政システムの課題

・妊産婦に関わる機関が多いほど核となる機関や役割分担が難しい
・専門職が少ないためフォローも困難である
・オンラインで受診・処方・相談が出来ると当事者の安心感につながる
・精神科疾患をもつ妊産婦が増えているが、可能な範囲で本人が主体的に育児に関われる機会をもてるように家族を含めた支援が必要である
・都道府県単位で、精神疾患を持つ妊婦の分娩受け入れ病院やベッド数などを調整するシステムがほしい
・精神科疾患を抱えた妊婦に対応可能な医療機関の情報収集、提供システムがほしい
・大阪府のように産前産後の精神疾患に特化した精神科センターを設置してほしい
・精神科疾患をもつ妊産婦患者について、必要時はすぐに入院できる体制や、早急に受診・治療につなげる体制が必要
・地域で問題を抱えた妊産婦や児童、家庭などに関する情報を共有するために、市役所、児童相談所、学校、警察、病院などで構成する「要保護児童対策地域協議会（略して要対協）」のような組織が必要である
・「ママパパこころの相談」というような、医療機関受診の手前で専門医へ相談でき、必要に応じて受診につなげられるしくみがほしい
・カウンセリングを希望する産婦に対する情報提供が必要である
・精神障害手帳を持つ妊産婦への障害福祉サービスを充実させてほしい
・精神的に不安定な妊産婦や家族が、精神科に受診しやすいしくみ、支援者が相談しやすいしくみ、紹介しやすいしくみがほしい

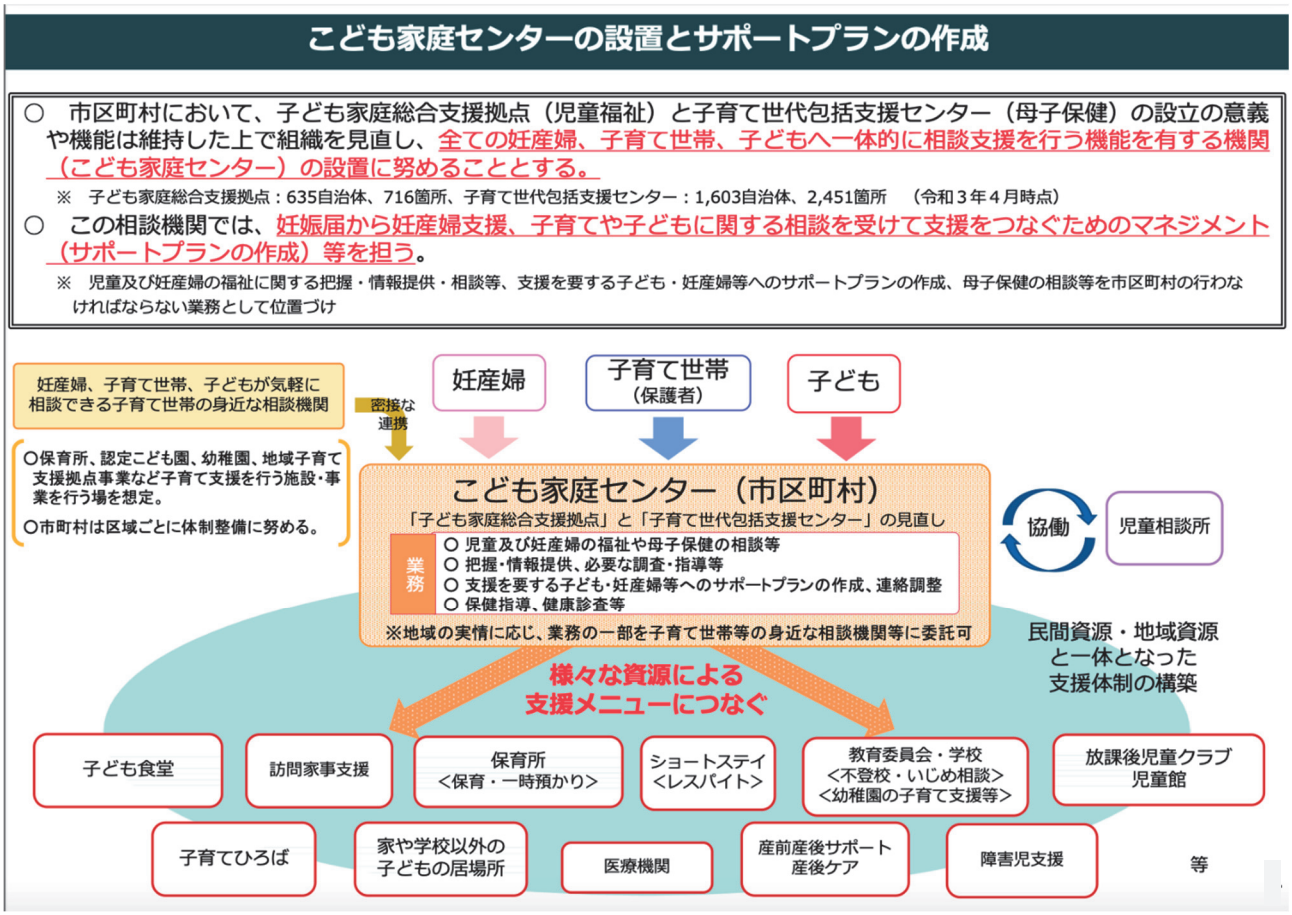
３．母子保健業務に携わる職員の思い

・妊娠・授乳を理由に薬物治療に抵抗感のある方への受診勧奨が難しい
・医師に気楽に相談できる関係になりたい
・支援者が学習できる機会がほしい
・妊婦だけでなく、パートナーや実母などが精神障害や発達障害をもつ家庭も増えており、対応に苦慮することが多い
・連携が難しい医療機関においても、地域との連携ができるようになってほしい
・カウンセリング費用が高いため、必要な人を気軽に繋げることができない
・本人の病識によるが、疾患の状態について正確な情報を掴むため、主治医との情報共有をタイムリーにできると良い
・早めに受診させたい妊産婦をスムーズに受診させられるような医療機関がほしい
・退院後の支援に注力して、その際に行政職員も同行受診ができれば、介入のきっかけになり得るし、切れ目のない支援ができる
・医療をはじめ、児童相談所等との連携や家族・親族の支援調整などをタイムリーに実施して行くことが必要であるが、活用できる社会資源や人員配置にも限界があり、対応に苦慮している
・どの時点で医療機関を受診したらよいのか判断に迷う
・精神科を受診する際に、同席したり、事前に情報提供ができるとよい
・産科医には、妊娠中から退院後自宅でどう養育できるのかについて想像力をもってアセスメントを行っていただき、リスクがあれば早期に行政につないでいただきたい

表９．今後子育て世代包括支援センターが担うべき役割や現状での課題（Q16）

・周産期のメンタルヘルスの対応ができる精神科クリニックの一覧などがあるとよい
・子育て世代包括支援センターに限らず、新しいガイドラインの作成や組織編成を伴う施設を設立する場合などは、全国統一でなく、自治体の大きさを考えた自由度のある制度にしてほしい
・メンタル不調がある妊産婦、ハイリスク妊産婦、養育困難家庭などへの支援を充実してほしい
・子育て世代包括支援センターの立ち位置や、市民・関係機関へのセンターの役割を伝えていく情報発信が必要である
・精神症状が重い妊産婦や被虐待妊産婦の場合、産前産後だけでなく、その後もずっとフォローし続ける必要がある
・子育てについて相談できる場所として広く周知し、誰もが相談できるようになるとよい
・母親だけでなく、父親のメンタルヘルスの相談も増えてきており、父親支援の必要性を感じている
・生活保護や非課税世帯までには該当しないが、経済面の困窮を抱える家庭がここ数年増加している印象がある
・治療中断や受診拒否の場合が少なくなく、医師との情報共有ができないことが課題である
・担当職員が変わっても継続して切れ目ない支援を実現させるためのシステム構築が課題である
・妊産婦・乳幼児等の状況を継続的に把握し、妊産婦や保護者の相談に対応しているが、児童福祉法の改正に伴い、どのように整備されるか現在のところ不透明である
・子ども総合相談窓口、子ども保健・発達支援係、子ども家庭支援センターの連携をより密にしていく必要がある

図 12. こども家庭センターの役割



厚生労働省子ども家庭局： 「児童福祉法改正法案による子育て支援について」より
https://www.digital.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/6b5f4e23-911b-4b36-a7e4-ceb114734ca0/3f28d3f8/20220407_meeting_children_outline_06.pdf

Ⅵ 東京都の現状の取り組み、重点課題

委員　　石黒　雅浩

佐藤　淳哉

Ⅰ　東京都が実施主体である相談事業

1. 妊産婦向け助産師相談

① オンラインによる相談

○　妊娠中のこと、産後のこと、生まれてくる赤ちゃんのことなど、妊産婦の悩みに対応するため、助産師によるオンライン相談を実施している。（公益社団法人東京都助産師会への委託事業）

○　相談時間等：週 4 回（月・水・金・土曜日）10 時から 17 時　　要予約

○　相談例

・妊娠や出産により、周りとの人間関係に悩んでいる。

・里帰り出産を控えることにしたが、初めての出産であり、不安。

・在宅の時間が増えて、精神的に辛い。話を聞いてほしい。

・産後の身体や体調のことで悩んでいる。

・思いがけない妊娠をして戸惑っている。

※パートナー、家族の方と一緒の相談も受け付けている。

② 訪問や電話による相談

○　長期化するコロナ禍において、多様化する妊産婦の不安や悩みに関する相談を訪問や電話により受けている。

○　相談時間等：助産師と個別に調整

※　オンライン相談と同様に、妊娠中のこと、産後のこと、生まれてくる赤ちゃんのことなどの相談にも幅広く応じている。

2. 東京都妊娠相談ほっとライン

○　妊娠や出産に関する様々な悩みを抱える方からの相談に看護師などの専門職が対応し、内容によっては適切な関係機関の紹介も行っている（株式会社法研への委託事業）。

○　相談時間等：毎日（元日を除く）　午前 10 時から午後 10 時まで　メールでの相談も実施

Ⅱ　都内区市町村が実施主体である相談事業

○　区市町村は、妊娠届の際の面接等の機会を通じ、悩みを抱える妊婦を把握し、支援につなげる取組を行っている。都では、とうきょうママパパ応援事業等において支援を行っている。

○　地域における相談先の例

地域の保健センターのほか、地域の子育て支援拠点、児童発達支援センター、児童相談所など。地域の妊産婦、乳幼児を見守り、困りごとに寄り添って支援している例も多い。話を聞いてもらい共感を得るだけでも有効である。

○　事例（小平市の事例）

身近に相談できる人がいない、子育てに自信がない、心身に不調がある等の妊産婦を対象に、助産師が訪問（妊産婦訪問相談）を実施。相談会や交流会も行っている。

Ⅲ　都が実施する母子保健研修

○　妊産婦のメンタルヘルス支援（令和 3 年度実施例）

・受講対象者を限定し、期間限定のオンデマンド配信で実施

・受講対象者は、区市町村・都保健所の母子保健医療従事者（医師、保健師、助産師、看護師、栄養士、歯科衛生士、保育士、児童福祉従事者 等）

・講師：国立成育医療研究センターこころの診療部　乳幼児メンタルヘルス診療科
　　診療部長　立花　良之　氏

・受講者実績：オンライン 218 名

Ⅳ　周産期母子医療センター等が実施する精神疾患を合併する妊産婦に関する検討・研修等

東京都保健医療計画（平成 30 年 3 月改定）において、精神疾患を合併する妊産婦の帝王切開率が全分娩における帝王切開率よりも高いなど、早産や低出生体重などの産科的合併症や新生児合併症のリスクが指摘されていることから、精神疾患を合併する妊産婦へのケアの強化を今後の取組として実施する旨を記載。

これを受け、平成 30 年度以降の東京都周産期医療ネットワークグループ事業（周産期母子医療センター等へ委託）において、精神疾患を合併する妊産婦への対応検討（妊産婦のメンタルヘルスにかかる症例検討会、研修の実施等含む。）について計 30 回実施。

Ⅴ　おわりに

都としても、妊産婦のメンタルヘルスへの対応は、重要な課題と考えています。都庁内関係部課及び区市町村関係部課で連携し、引き続き取り組んで参りたいと考えています。

Ⅶ 東京都医師会として

東京都医師会　副会長　　平川　博之

今期の東京都医師会精神保健医療福祉委員会は、妊産婦のメンタルヘルスケアに関しての調査研究を実施し本報告書として取りまとめた。

妊産婦のメンタルヘルスを取り上げた理由の一つとして、我が国の妊産婦死亡率、周産期死亡率が低く押さえられているにも関わらず、周産期の自殺率は欧米諸国と比較して高いことが挙げられる。

妊産婦に対しての身体面の管理は高水準にある一方で、メンタルヘルス対策が立ち遅れている象徴的な数値である。

その結果、自殺、母子心中、虐待、育児放棄等の不幸な事象を生むことになる。

令和 2 年度の厚労省調査によると虐待による死亡例は 77 人（66 例）、心中以外の虐待死は 49 人であった。死亡例の年齢は 0 歳児が 32 人（65.3%）と最多を占め、このうち月齢 0 カ月児が 16 人（50%）と高率を示した。これらの数値からも出産前後の妊産婦のメンタルヘルスケアが重要であることがわかる。

ここで少し、本報告書の内容について触れてみたい。

まず、冒頭に石橋幸滋副委員長が一般科医師の視点で「妊産婦のメンタルヘルスケアの現状と課題」について、現状を俯瞰しながら課題も含めて要点を簡潔明瞭に取りまとめている。

この石橋副委員長の問題提起ともいえる「まえがき」を受けて、実態把握、問題点の抽出、現場の生の声を集めるために東京産婦人科医会、東京精神科病院協会、子育て世代包括支援センター等を対象に「アンケート調査」を行った。加えて、日本産婦人科医会、東京精神神経科診療所協会が実施したアンケート調査結果も両会のご厚意により活用させていただいた。また、妊産婦のメンタルヘルスケアに実際に取組まれている関係諸機関の方やこの領域の専門医からもお話を伺った。

本報告書では、こうして収集された調査結果（データとして見ても貴重価値がある）を基に芦刈伊世子委員長を中心に精神科医（診療所・病院）、産婦人科医、一般科医（診療所・病院）、看護師（看護大学所属）、精神保健福祉士、東京都福祉保健局障害者施策推進部障害者担当部長・精神保健医療課長等の委員がデータを分析・考察した上でそれぞれの立場から妊産婦メンタルヘルスケアを向上させるための提言をしている。特に今回委員に加わっていただいた水主川純東京女子医科大学病院産科・母子センター教授には専門の立場から示唆に富む意見を数多くいただくことができた。

今回のアンケート結果で改めて関係者達の問題意識は高いものの多職種連携・機関連携が不十分であること、連携の基本となる産婦人科と精神科医の連携も道半ばであることが詳らかとなった。

その一方で、地域によっては既に妊産婦のメンタルヘルスを支援する仕組みが構築されていることもわかった。また、各自治体も妊産婦のメンタルヘルス対策に取組み始めており、例えば東京都では助産師による妊産婦相談、東京都妊娠相談ホットライン等の相談事業や周産期母子医療センターの精神疾患を合併する妊産婦に関する検討会・研修会をはじめとする各種研修事業が実施されている。

今後も本委員会として好事例の紹介や研修会の案内等を積極的に発信していきたい。

ところで最近、少子化問題が大きく取り沙汰され様々な対策・施策が議論されているが、子どもが欲しい方にとっては、安心、安全な妊娠・出産・子育て環境の整備も重要な施策である。この施策を実現させるためには、くどいようだが医師・看護師・助産師・保健師・公認心理師・臨床心理士・医療ソーシャルワーカー・精

神保健福祉士・社会福祉士等の専門職間連携と区市町村、地域の福祉センター・子ども家庭支援センター・子育て世代包括支援センター等の関連機関連携によって、妊産婦の心身をしっかりと支える仕組み作りが求められる。特に急がれるのが今期の本員会のテーマである妊産婦のメンタルヘルスケア対策である。

東京都医師会は本報告書の内容を重く受け止め、今後の施策、事業運営に反映していく所存である。また、東京都に対しては区市町村への更なる支援、モデル事業の展開等を要望していきたい。

最後にアンケート調査に協力いただいた関係団体・機関に心より御礼申し上げます。

報告書をご一読の上で、ご質問やご意見をいただければ幸甚に存じます。

Ⅷ 勉強会まとめ

精神保健医療福祉委員会　勉強会

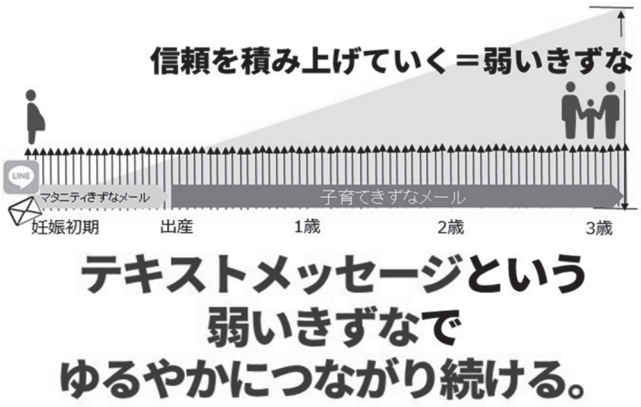
内　容		講　師
第 3 回	きずなメールについて	特定非営利活動法人きずなメール・プロジェクト 代表理事　大島 由起雄 様
第 6 回	東京精神神経科診療所協会より情報提供	東京精神神経科診療所協会 事務局長　海老澤 佐知江 先生
第 8 回	妊産婦の患者さんへの支援について	中野区北部すこやか福祉センター 山本 尚佳 様
		八王子市医療保険部大横保健福祉センター 保坂 七美　様、堀内 朋子 様
第 10 回	産後メンタルヘルスの領域における 地域保健師との連携方法	明治学院大学心理学部 教授　西園 マーハ文 先生

1. NPO 法人きずなメール ・プロジェクトと「きずなメール事業」

NPO 法人きずなメール・プロジェクト 代表理事　　大島　由起雄

はじめに

「きずなメール」とは、複数の専門家が制作監修したテキストメッセージである。孤育て（孤独な子育て）予防を主目的とする NPO 法人きずなメール ・プロジェクトが実施する「きずなメール事業」のテキストメッセージとして、養育者に届けられる。



「きずなメール」には、妊娠期の「マタニティきずなメール」と出産後の「子育てきずなメール」の 2 つがある。2 つ組み合わせることで、妊娠初期から子どもの 3 歳の誕生日までを「切れ目なく」支援する。基礎自治体の「子育て応援情報配信事業」として予算化されることが多く、2022 年 3 月末日現在 33 の自治体で配信されている。また 5 つの産院で「患者への情報提供サービス」としても展開されている。

きずなメール事業

「きずなメール事業」には 2 つの水準がある。第一水準が情報知識提供機能。エビデンスに裏付けられた情報と知識は、読み手の知識向上と不安軽減につながる。さらにここに、行政サービスや支援情報も入ることで利用率が高まり、地域にもつながることができる。利用しなくても、知っているだけでも安心感につながるところが重要である。

第二水準が「弱いきずなでゆるやかにつながり続ける」機能。きずなメールのテキストメッセージは「必要なタイミング」に「必要な分」だけ。登録時に入力する情報も出産予定日、子どもの誕生日、赤ちゃんのニックネームのみ。事業者側の事情で一方的に大量の情報を送ることはしない。

平時から「弱いきずなでゆるやかにつながり続ける」ことで、非常時には「緊急連絡手段」に早変わりすることもできる。事実として、新型コロナウイルス感染症感染拡大の初期、複数の自治体から「臨時でこの情報を発信してほしい」との要望を多数いただき団体負担（無償）で対応した。

社会学に「弱いきずなの強さ」("The strength of weak ties" M・グラノヴェター，1973）という考え方がある。「きずな」は「強いきずな」と「弱いきずな」が補い合って十全に機能する。「きずなメール事業」は、テキストメッセージを「弱いきずなのセーフティネット」として活用するコミュニケーション設計で養育者を支え、産後うつや子ども虐待の予防を目指す。広義には、子どもの最善の利益実現のため、その養育者を支える間接支援である。

子育てきずなメール

「子育てきずなメール」は、きずなメール事業の中で自治体等の子育て SNS（LINE、メールを含む）に利用されることを前提に、乳幼児を育てる養育者の子育てに関する不安や孤立感を解消し、前向きな気持ちで子どもと生活に向き合ってもらいたいという願いを込め、総合医、小児科医、産婦人科医等の複数専門家によって制作されたテキストメッセージである。「3 つの福祉的編集方針」と「7 つの視点」に基づいて作られている。

1. 3 つの福祉的編集方針

① 乳幼児を持つ養育者の不安解消につながる情報・メッセージの提供

② 信頼できる情報・知識を、タイムリーに、正しく、わかりやすく提供

③ 子育て世帯と公的機関の「弱いきずな」となる情報・メッセージを提供

2. 7 つの視点

① 養育者の心身の健康管理

② 赤ちゃん（子ども）の成長と発達

③ 赤ちゃん（子ども）の生活習慣

④ 赤ちゃん（子ども）の病気とその対応、ホームケア

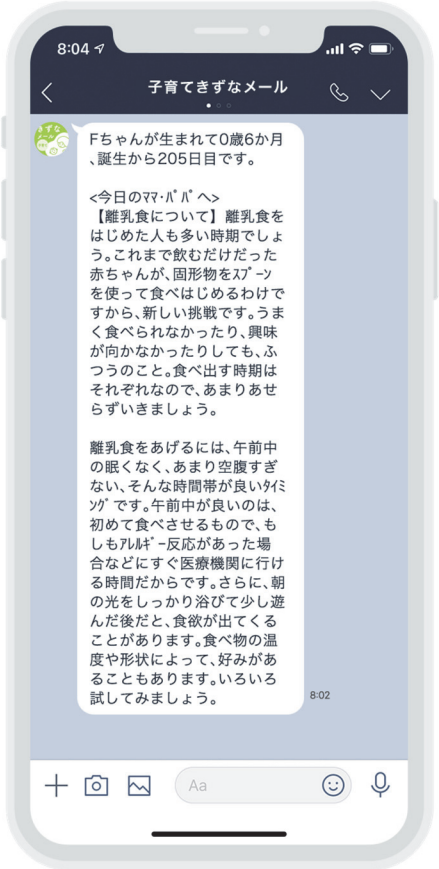
⑤ 赤ちゃん（子ども）の予防接種、乳幼児健診

⑥ 乳幼児を持つ家庭における事故予防

⑦ 養育者への子育て応援アドバイス

この「子育てきずなメール」は、きずなメール事業独自の配信システムにより、子どものニックネームと誕生日を登録すると、生後 100 日までは毎日、1 歳の誕生日までは 3 日に 1 回、2 歳の誕生日までは週 1 回程度、3 歳の誕生日までは 2 週間に 1 回程度の頻度で配信される。配信媒体（メディア）となる SNS は LINE、メール、アプリ、Twitter など状況に応じて選択される。

生後 45 日目のメッセージには、読み手がすぐにセルフチェックできる「エジンバラ産後うつ質問票」の URL（http://www.kizunamail.com/epds/）もあり、産後うつ病の早期発見、早期対処の一助としている。



例）生後 205 日目の子育てきずなメール

マタニティきずなメール

「マタニティきずなメール」は、「子育てきずなメール」と同様の目的と理念にもとづいて、編集者、産婦人科医、管理栄養士等の複数専門家によって制作監修されたテキストメッセージである。

メッセージは、胎児の発達について伝える<赤ちゃんの様子>と、妊婦への助言である<今日のあなたへ>で構成されている。妊娠 4 週 0 日から 41 週 6 日の間「毎日」配信される。読者は妊婦だけでなく、そのパートナーや祖父母等、家族全員で読むことを前提に作られている。

一例として下記は、妊娠 9 週 2 日目のメッセージである。

（きずなメールより）

＜赤ちゃんの様子＞

手の発達に少し遅れながら、足も発達しています。いまではひざ、足首、かかとが区別できるようになってきました。手の指はさらに長くなりますが、指と指の間は、水かき状にくっついています。

＜今日のあなたへ＞

妊娠前から心の不調を抱えている人は、今、大きな不安の中にいるかもしれません。一日一日を過ごすのが精いっぱい、妊娠経過がすすんでいくのがこわい人もいるでしょう。いまはつわりの影響はもちろん、からだの変化に心が追いつかなかったり、ホルモンバランスの変化で、だれでも気持ちが不安定になりがちです。

いまはなるべく自分が楽になれる方法を見つけ、そして、ひとりで不安な気持ちを抱えこまないよう、パートナーや医師、助産師、健診スタッフ、これまでのかかりつけ医といった人に伝えましょう。きっとあなたの支えになってくれます。

今後の課題や取り組み

きずなメール事業として自治体や医療機関に採用されることは、セーフティネットの網をかけ、登録者を増やして網の目をつめることであると考えている。今後も「網を増やし」かつその「目をつめる」ことに注力していく。そのためにもこれからは、国政に対し、産後うつや子ども虐待予防における「ポピュレーションアプローチ」の重要性と緊急性を政策提言していく。

現在行われている子ども虐待予防施策は、「うまく相談できない人」への対応が遅れている。ストレスや悩みを言葉にして他者に伝える「相談」を「うまくできない人」が、問題を抱え込んでしまわぬように支えて行くための方策が「きずなメール事業」である。文字と基本的な配信プログラムしか使わないので、あらゆるメディアとデバイスに即応できる。平時から「弱いきずなでゆるやかにつながり続ける」ことは、相談してもらう関係性の下地作りにもなる。

「ハイリスクアプローチ」を補完する「ポピュレーションアプローチ」として重要な手法が「きずなメール事業」であり、これを日本全国の区市町村で使っていただけるように活動していきたいと思っている。

加えて、「きずなメール事業」を私たちが独占するのではなく、地域の NPO 等への事業移植も視野に入れている。自治体や医療機関等の法人事業に採用されるのは、セーフティネットの「網をかける」こと。これを地域の NPO や社会福祉法人等が自治体と二人三脚で展開できれば、地域の中で支え合う形になる。「網」は多い方がいいし、重なってもいい。

少子化が進み将来に不安を感じる国民が多い中、あらゆる形で「網をかけ」「その目が細やかになること」が、国から国民への「誰一人取り残さない」（leave no one behind）メッセージとなり、安心感につながる。

2. 東京精神神経科診療所協会より情報提供

東京精神神経科診療所協会 事務局長　　海老澤　佐知江

東京精神神経科診療所協会
２０２２年３月３日

東京精神神経科診療所協会
事務局長　海老澤　佐知江

1

妊娠・周産期の精神科臨床に関する
Webカンファレンス

第1回　令和３年１０月２１日（木）２０時から
第２回　令和３年１２月２日（木）２０時から

2

目次

- 妊活
- 妊活～妊娠・周産期前期
- 妊娠したら
- 出産後
- 話題提供　　生まれてきた子供が愛せない　育児能力がない
  児童虐待のことなど

3

妊活

- 計画的に進める人が多い。
- 事前に薬物調整。
- パートナーも来院してもらい、出産後に続く育児などの話、覚悟の確認など。妊娠して出産がゴールではない。時には、医者としての意見や男としての意見を述べることもあるが、決定権は医者にはない。
- 妊娠できる年齢の幅が広がっていることに注意。５０歳でも油断できない。

4

妊活～妊娠・周産期前期

- 初診時に挙児希望の有無の聴取　希望がある場合の処方
- 妊娠が発覚したら　なるべく減薬、なるべく中止、変えない
- 妊娠前妊娠中の薬物療法

　パロキセチン、Li、VPAは中止（そもそも処方しない）
　抗うつ薬、メジャー、マイナーなどの場合
　感情調整薬　　ラモトリギン使用経験者多数
　ADHDは、中枢刺激薬は中止　アトモキセチンは使用例あり
　漢方薬の使用例

・胎児や新生児に問題がある例はほとんどない。そもそも毒性が高ければ、妊娠が成立しないのでは？

・最近は授乳もOK？

5

妊娠したら

- 不妊治療で妊娠の場合などは不妊治療のクリニックから紹介を受けていたり、自分で病院を見つけてくる人が多い。
- 成育医療研究センターや大学病院など、NICU設備があるところに紹介する。セカンドオピニオン外来などで意見を聞く。
- 「妊娠と薬」じほう、第２版
- 「妊娠と授乳」南山堂
- 出産する病院に関して　大学病院や総合病院側より、精神科的に安定した患者さんを紹介されるのは困る。特殊な事情、精神的に混乱している人を紹介するようにしてほしいというキャンペーンが過去にあった。

・地域の産科病院と連携しているクリニックもある。

6

出産後

- コロナ禍での出産で孤立、出産後に抑うつ状態になって子育てができないなど

　子供家庭支援センター　１８歳未満の子供や子育て家庭に関するあらゆる相談に応じる。（ショートステイ、サークルなど）

・うつ病症状が継続している人など注意が必要な人には、退院する時点で、訪問看護や保健師の訪問の申し込みをして、サポート体制を固めておく。一方、精神科に通院していたということで、必要以上に何度も「大丈夫？」と確認され、辟易とした人もいた。

7

生まれてきた子どもが愛せない

・多くは、妊娠中から愛せない。胎児への虐待が産後ボンディング障害に。

　本来は、妊娠が分かったときに取り扱わなければいけないこと

　であるが・・・有効な薬はない。生まれてきた子供に対する気持ちの問題にどう対峙するか。小さい頃からの親子関係や育児に関するイメージはどうか。

- 育児能力がない　スキルがない－教える。ペアレンティング。
　モチベーションがない－ボンディング障害。

8

児童虐待のことなど

・児童虐待ー身体的な虐待のみ取り上げられ、言語的な精神的な虐待は見逃されている。成長発達に影響大なのに。

・嬰児殺しー　自宅や公園のトイレなど医療機関以外での出産

・シェイクンベイビー（乳幼児揺さぶられ症候群）

・虐待　治療したら治る「疾患」もある。ケースとして見守るだけでは、どんどんケースが増えるだけ。ケースワークするだけでなく、親に対しての心理支援や「治療」が必要。

要保護児童対策地域協議会、児童相談所、一時保護所、母子生活支援施設の実際は・・・？？？

里親、養父母の育児ストレスへの心理支援はない。

9

まとめ

・初診時に、妊娠の希望や予定をあらかじめ聞いておくことが重要。

・挙児希望がある人には、禁忌薬は使わない。

・妊娠は、出産がゴールではなく、長い道のりのスタートであることを確認、覚悟してもらう。

・妊娠中、授乳中も薬物療法を続ける。

・妊娠中から、子供がかわいいか？のチェックが必要。

・産婦人科と精神科の双方がわからないことだらけ、常識を学んで行きたい。

10

ご清聴ありがとうございました。

この後のWeb会議にて、ご質問にお答えします。

11

3. 中野区、八王子市における妊産婦の患者さんへの支援について

▌中野区

中野区北部すこやか福祉センター　　山本　尚佳

中野区北部すこやか福祉センター

令和4年度　中野区 妊娠・出産・子育てトータルケア事業

産前・産後、子育てを切れ目なく応援します！

妊娠おめでとうございます。中野区では、妊婦・産婦さんとそのご家族が安心して赤ちゃんを迎え、子育てができるように保健師等が妊娠期から相談をお受けし、お一人おひとりに適したサービスをご提案します。

～妊娠したら～

母子健康手帳交付　妊婦健康診査

妊婦さんの体とおなかの赤ちゃんの体を守るため、定期的に妊婦健康診査を受けましょう。

かんがるー面接＆かんがるープランの作成

保健師等が妊婦（妊娠20週以降）・産婦さんからの相談を受け、妊娠から出産、子育て期に適したサービス等をご紹介し、支援プラン（かんがるープラン）を作成します。

◆妊娠中に面接を行った方には「妊娠・子育て応援ギフト券（1 万円相当）」をお渡しします。

◆家族の同席も可能です。

こんにちは赤ちゃん学級

はじめて出産を迎える妊婦さんとその家族のための講座です。

【開催場所】●各すこやか福祉センター

マタニティケアクラス

身体づくりや妊娠期間中からのおっぱいのお手入れ等をお伝えします。はじめて出産を迎える妊娠28週から36週までの方が対象です。

【開催場所】 ●堤式助産母乳育児相談処

妊婦さんクラス

妊娠中の体のこと、出産・子育ての準備、産後の生活などについて助産師がお話します。

【開催場所】 ●各すこやか福祉センター

産前家事支援事業

家族等からの支援がなく、体調が悪いため家事を行うことが困難な妊婦さんを対象に、ご家庭に家事支援者が伺い、日常的な家事支援を行います。

【問い合わせ先】

●お住まいの地域のすこやか福祉センター

妊婦さんの歯っぴいお食事講座

妊婦さんを対象に口腔ケアや食事のポイント、栄養バランスの取り方、手軽な調理法の講話や体験・試食があります。妊娠初期からの受講が可能です。

【開催場所】●各すこやか福祉センター

～父親等向け講座～

パパが体験！家族の健康ごはんと離乳食

家族に妊婦さんや 8 か月未満の乳児のいる男性が対象です。簡単な調理体験があります。

【開催場所】●各すこやか福祉センター

なかの子育て応援メール

登録すると、時期ごとのお腹の赤ちゃんの成長の様子や育児のアドバイスを LINE でお届けします。

1. 中野区 LINE 公式アカントの友だち追加
   ① LINE アプリのメニューのホームから「中野区」または「@nakanoku」と検索し、登録
   ② 二次元コードを読み取り登録
2. 友だち追加後、トーク画面上リッチメニュー「なかの子育て応援メール」を選択
3. 登録手続き用のメッセージから登録用ページに進み、必要事項を入力してください。

【問い合わせ先】

●子育てサービス係 ☎3228-5612

↑登録はこちら

～手続きのご案内～

◆**出産育児一時金**：ご加入の健康保険に確認しましょう。（直接支払制度については出産する医療機関へお問い合わせください）

◆**子ども医療費助成**：お子さまの保険診療の自己負担分を助成する制度です。出産後お子さまの健康保険証ができましたら、すぐに手続きをしましょう。

◆**児童手当**：出産後、15 日以内に手当の手続きを！

～産まれたら～

～産後ケア事業～

産後の体調が心配、育児が不安など、困ったときにご利用できる事業です。
詳しくはお住まいの地域のすこやか福祉センターまでお問い合わせください。
＊利用対象：かんがるープランを作成した方。

ショートステイ
医療機関、助産院に宿泊して産後の疲労回復ケア、赤ちゃんのケア、育児相談などを行う事業です。

デイケア
医療機関、助産院で日帰りで産後の疲労回復ケア、授乳相談や育児相談などを行う事業です。

アウトリーチ（助産師訪問）
助産師がご家庭に訪問して、産後の疲労回復ケア、授乳相談や育児相談などを行う事業です。

産後家事・育児支援事業
1歳未満のお子さんがいるご家庭に家事育児サポーターが伺い、日常的な家事・育児支援を行います。
【問い合わせ先】
●お住まいの地域のすこやか福祉センター

こんにちは赤ちゃん訪問
赤ちゃんがいるご家庭に訪問指導員が伺い、赤ちゃんの発育や子育ての相談をお受けします。
出生通知票（ハガキ）を投函してください。

ウエルカム!!はじめてママ
はじめて育児をする赤ちゃんとお母さんのための事業です。助産師と一緒に、育児や健康管理について情報交換を行います。
【開催場所】●各すこやか福祉センターほか

赤ちゃんがきた！
BP1（初産婦さん）・BP2（経産婦さん）プログラム
赤ちゃんとお母さんが集まり、子育て支援者と一緒にグループワークをします。BP1は4回、BP2は5回の連続コースです。
【開催場所】●各すこやか福祉センターほか

0歳のあかちゃん、集合
赤ちゃんとの暮らしの中での疑問や心配なこと、助産師や他のお母さんと話してみませんか？赤ちゃんと一緒に遊びながら、体も動かします。
【開催場所】●各児童館

離乳食講習会
楽しく無理なく離乳食を進めていけるように，保護者が試食を通して味付けや調理形態を体験します。赤ちゃんと一緒に参加できます。
【開催場所】●各すこやか福祉センター

子育てひろば・児童館など
親子で過ごしたり、他の利用者の方と交流することができます。
【開催場所】●各すこやか福祉センター、各児童館ほか

●中部すこやか福祉センター：中央3-19-1　☎ 3367-7788
●北部すこやか福祉センター：江古田4-31-10　☎ 3388-0240
●南部すこやか福祉センター：弥生町5-11-26　☎ 3380-5551
●鷺宮すこやか福祉センター：若宮3-58-10　☎ 3336-7111

窓口開設時間：月曜～土曜日　8時30分～17時
（日曜日、祝日、12月29日～1月3日は休みです）

他にもご参加いただけるイベントを
随時HP等でお知らせします。
是非ご参加ください。

←中野区HP「妊娠・出産」

担当すこやかはこちらから→

▌八王子市

八王子市医療保険部大横保健福祉センター　　保坂　七美、堀内　朋子

妊産婦困難事例の支援について
～八王子市～

大横保健福祉センター

東浅川保健福祉センター

南大沢保健福祉センター

令和4年（2022年）6月2日
八王子市医療保険部大横保健福祉センター　保坂・堀内

1

八王子市の概要

- 位置　東京都心から西へ約40キロメートル
- 面積　186.38平方キロメートル
  平成27年に中核市に移行
  平成29年に市制100周年を迎える

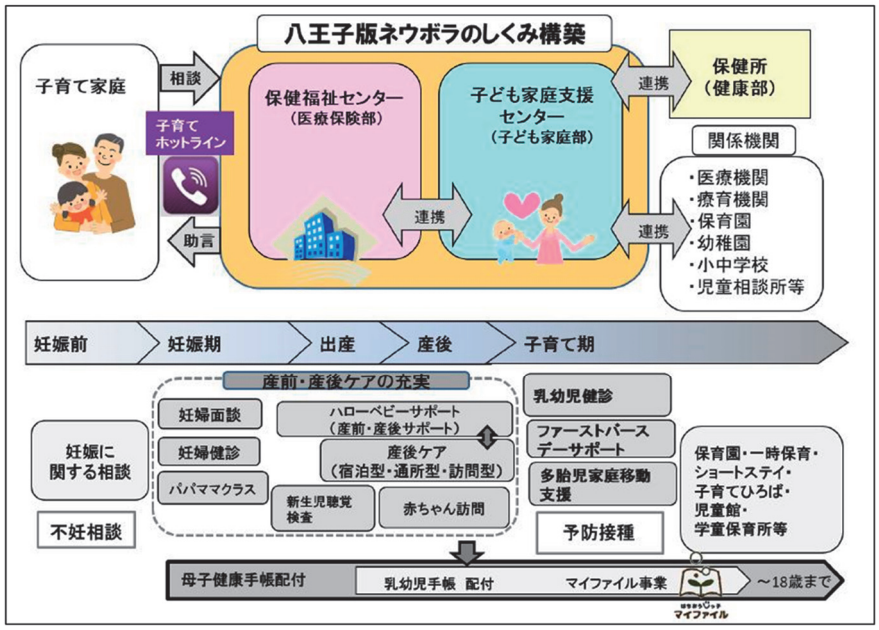
- 人口　561,828人　(R3年)
- 出生　　2,924人　(R3年)

引用：八王子市役所ホームページ
八王子市の概要
統計八王子令和3年版　統計表No.11-12より

2

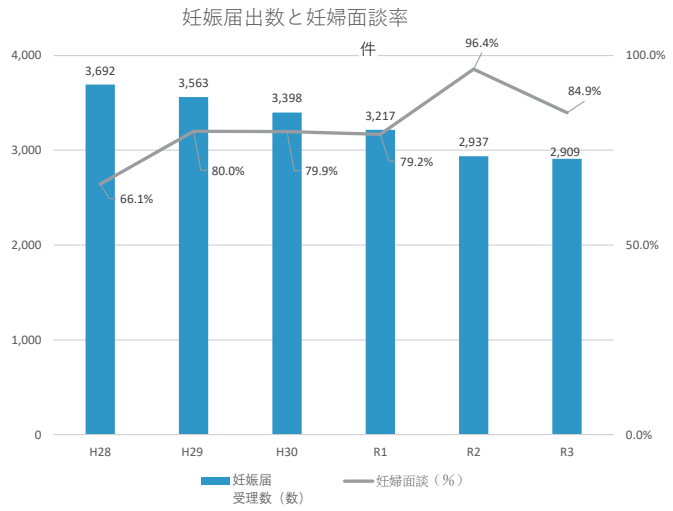
八王子版ネウボラの全体像

R4(2022年)年6月現在



3

妊婦面談率について



4

産後ケア事業の実績について

利用できる方

次の全てにあてはまる方
- 八王子市に住所がある方
- ご家族から充分な援助が受けられない方
- 育児不安や心身の不調がある方

※感染症にかかっている方、もしくは入院加療の必要がある方を除く。

産後ケアの内容

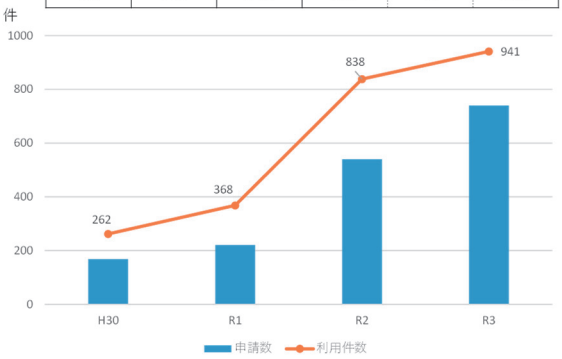
病院や自宅で、お母さんや赤ちゃんの体調に合わせて、助産師によるケアを受けることができます。医療行為は含まれません。また、預かり保育はありません。
- お母さんのケア（乳房ケアなど）
- 赤ちゃんのケア（健康状態のチェック）
- 授乳・沐浴の相談や指導、育児相談等

産後ケアの種類

種類・内容	宿泊型	通所型	訪問型
	病院に宿泊し、ケアを受けられます	病院で日帰りのケアを受けられます	助産師の訪問により、ケアを受けられます
利用期間	産後4か月未満	産後1年未満	
利用料金（自己負担分）※1・2・3	1泊 6,000円	1回 3,000円	1回 1,600円
利用時間	病院によって異なります	6時間以内	2時間以内
実施場所	米山産婦人科病院 みなみ野グリーンゲイブルズクリニック 東京医科大学八王子医療センター 東海大学医学部付属八王子病院	米山産婦人科病院 みなみ野グリーンゲイブルズクリニック	ご自宅
利用回数 ※4・5	7日まで（分割利用可）	原則として合わせて6回まで	
利用可能日	土日祝日も利用可能	月曜日から金曜日 （年末年始・祝日を除く）	

産後ケア事業の申請・利用状況

	申請数	利用件数	利用内訳 宿泊型	利用内訳 通所型	利用内訳 訪問型
H30	168	262	—	—	262
R1	221	368	—	—	368
R2	540	838	143	65	630
R3	740	941	297	65	579



5

4. 産後メンタルヘルスの領域における地域保健師との連携方法

明治学院大学心理学部 教授　　西園　マーハ文

東京都新宿区では、平成 12 年から月に 1 度の「親と子の相談室」を開催している。これは、区内 4 か所の保健センターの母子担当保健師と、外部から精神科医 1 名と心理職 2 名が参加するもので、その日の面接予定の区民の方の担当保健師が参加することもある。面接への道筋としては、各センターで実施する乳児健診と 1 歳半健診の際に、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）を配布し、高得点者に面接を促すというルートが主だが、他にも、医療機関からの依頼や、本人や配偶者からの申し込みもある。この相談室の基本は、精神面と生活状況のアセスメントを行い、医療機関やカウンセリング機関を紹介したり、区内の幼児相談につなげることである。その月の新しいケースは次の月まで待たずに対応できるよう、継続ケースだけで予約が埋まらないよう、積極的に外につなぐようにしている。医療機関を紹介する場合は、確実に受診していただくために、動機付けに重点を置いて面接を行っている。

乳児健診で面接を勧めても予約に至らないケースは少なくないため、各センターでは「高得点者シート」に簡単な記入を行い、「親と子の相談室」ではその読み合わせも行っている。本人が面接を拒否しても援助が必要と思われるケースは、保健師の家庭訪問などを依頼している。その結果、翌月の相談室に来所される場合もある。

来所される方は女性が多いが、夫との関係を抱えている場合も多く、状況確認や治療の必要性をご理解いただくため、夫の来所を促すこともある。夫以外にもさまざまな対人関係の問題を抱えている方が多く、心理療法を勧めたいケースも多いが、経費的に困難な場合も多い。保険診療の中で心理職の心理療法が実施できるようになることが望まれる。

この事業は保健師が中心となっているが、事業開始後 22 年間参加してきた精神科医の立場から、次の 2 点については、保健師に強調してアドバイスをしている。

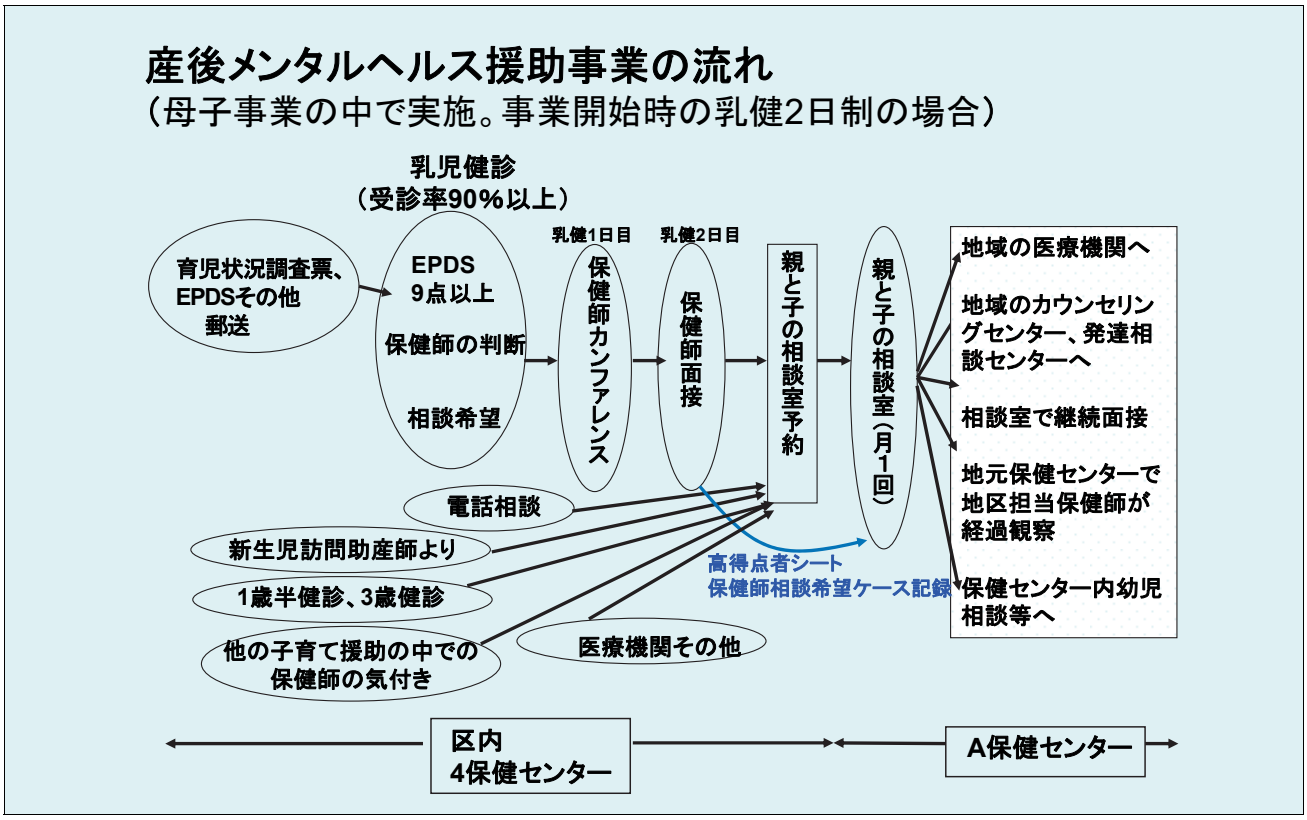
① エジンバラ産後うつ病スケールだけで診断や病状評価はできないこと。

EPDS は産後うつ病スクリーニング尺度であり、高得点の場合にうつ病の可能性が高いのは当然であるが、不安症、PTSD、摂食障害などの併存症も少なくない。高得点域に入らなくても、ある程度点数が出ている方の中には統合失調症などが見られることがある。うつ以外の病状にも注意が必要である。

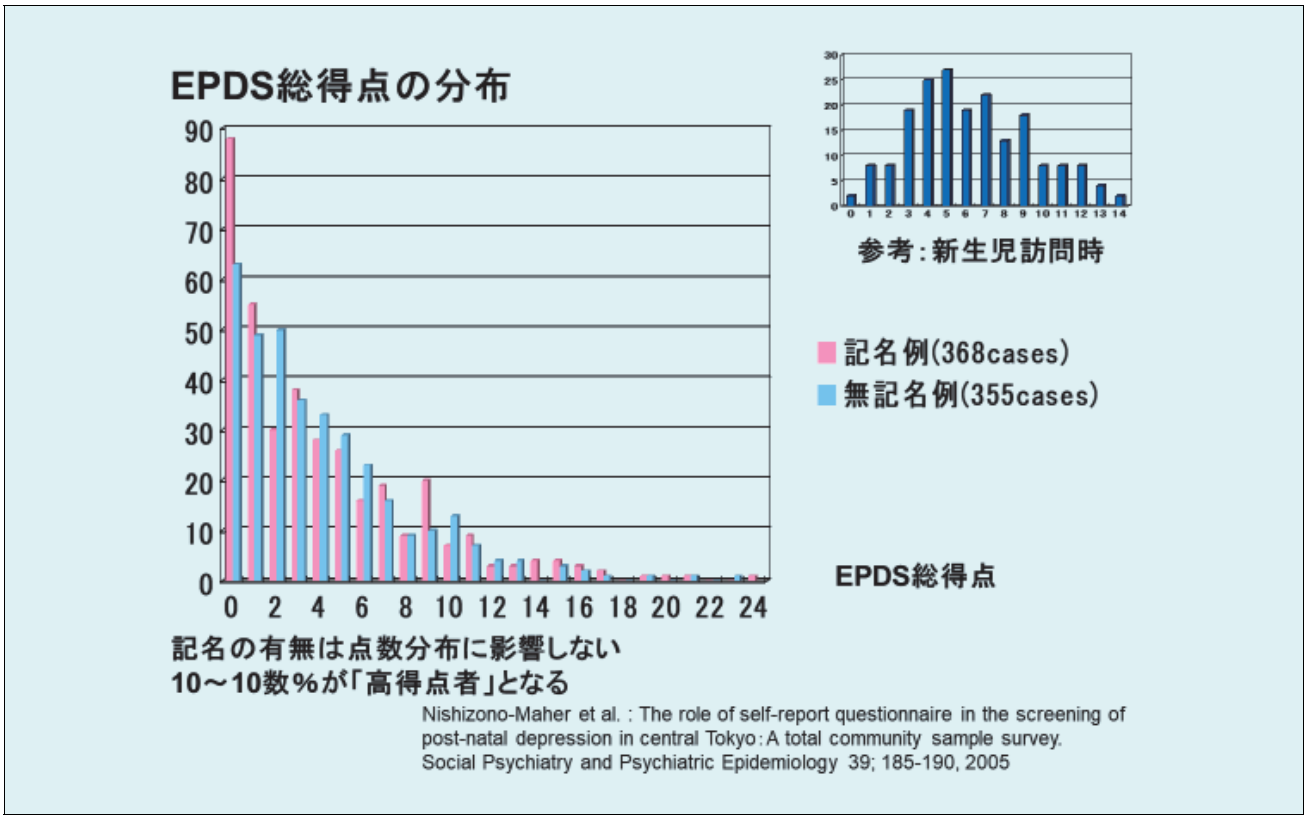
② 切れ目ない支援は重要だが、産後新たに発生する病状もあること。

産前からの切れ目ない支援が強調されており、「メンタル妊婦」を産前に発見して継続支援することが重要ということが強調されがちだが、産前に病歴はなく、産後に初めて不調をきたす場合も少なくない。時に応じてアセスメントをすることが重要である。

地域の方々の精神科受診への抵抗は大きいことが少なくない。医療機関の外にあって、精神科医師が入った形で保健師や心理職と共にチームを作り、受診や支援につなげる「親と子の相談室」は、母子のメンタルヘルスを実践する上で一つのモデルになるだろう。


産後メンタルヘルス援助事業の流れ
（母子事業の中で実施。事業開始時の乳健2日制の場合）
乳児健診
（受診率90％以上）
育児状況調査票、EPDSその他郵送
EPDS
9点以上
保健師の判断
相談希望
乳健1日目
保健師カンファレンス
乳健2日目
保健師面接
親と子の相談室予約
親と子の相談室（月1回）
地域の医療機関へ
地域のカウンセリングセンター、発達相談センターへ
相談室で継続面接
地元保健センターで地区担当保健師が経過観察
保健センター内幼児相談等へ
電話相談
新生児訪問助産師より
1歳半健診、3歳健診
他の子育て援助の中での保健師の気付き
医療機関その他
高得点者シート
保健師相談希望ケース記録
区内
4保健センター
A保健センター

1


EPDS総得点の分布
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24
EPDS総得点
記名例(368cases)
無記名例(355cases)
参考：新生児訪問時
記名の有無は点数分布に影響しない
10～10数％が「高得点者」となる
Nishizono-Maher et al. : The role of self-report questionnaire in the screening of post-natal depression in central Tokyo : A total community sample survey.
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 39; 185-190, 2005

2

保健センターでの多職種連携（乳児検診⇒「親と子の相談室」を例に）

保健師＠乳児検診

- EPDS採点
- 医療が必要かどうかの判断
- 子供の発達相談がメインか母親の相談がメインかの判断

保健師＠毎月の相談室の間

- 家庭訪問、電話連絡
- 離乳食相談等での様子観察
- 地元の社会資源紹介

看護師(助産師)(託児担当)

子供の観察
母子愛着の観察

臨床心理士（公認心理師）

- 見立て、リスク評価
- 心理的問題であることの示唆
- 治療計画
- 継続面接

精神科医

- 診断、リスク評価、治療計画
- 医療機関、精神療法クリニックへ紹介状
- 保育園入園のための診断書

3

各自治体のニーズに合わせた対応システム

区	運営方式	母子事業	職種	質問紙等の工夫	保健センターでの相談の役割
新宿区	4センター分を1か所に	乳健 1歳6ヶ月健診	精神科医1 看護師1 臨床心理士2		主に、診断、動機付け、医療機関、心理療法へ紹介。一部継続。
N区	2センターで独自に開催（2ヶ月に1度）	乳健。その他は適宜	精神科医1 臨床心理士1		主に、診断、動機付け、医療機関、心理療法へ紹介。一部継続
S区	年に数回	乳健。その他は適宜	臨床心理士による症例検討。保健師にアドバイス		
A区	年に数回	乳健。その他は適宜	精神科医1		保健センター内で出来るだけ指導。心理療法の紹介は難しいので、特に心理面のケアは丁寧に。
M市	年間を通じて	乳健前	助産師		電話相談 保健師に紹介

資料：西園マーハ文：産後メンタルヘルス援助の考え方と実践―地域で支える子育てのスタート.岩崎学術出版社,2011

4

Ⅸ おわりに

委員長　　芦刈　伊世子

以前より妊産婦のメンタルヘルスを支援するにあたって、産婦人科と精神科そして子育て世代包括支援センターの地域連携が重要と言われる中、なかなかその実態やシステムそして期待されている具体的なことがわかりにくかった。それらを把握し、今後の医療や保健福祉で必要なことを考察するために、東京都医師会精神保健医療福祉委員会が中心となって、東京産婦人科医会、東京精神科病院協会、子育て世代包括支援センターにアンケートを行った。また、日本産婦人科医会で毎年行っているアンケート調査の東京都部分を抽出した結果や、東京精神神経科診療所協会にて行ったアンケート結果も参考にした。

・アンケートまとめ

①妊産婦メンタルヘルスケアに関するアンケート調査票（東京産婦人科医会）
（回答数 252／1188：回答率 21%）

精神科通院中の妊産婦についてはできる範囲で診療を行っているが、精神科主治医と連携をとっている産婦人科医は必ずしも多くない。精神科のある病院では連携していることが多く、診療所では少ない傾向がある。全体としてみると、多くの医療機関が精神科との連携に困難を感じており、困難の内容としては、妊産婦を受け入れてくれる精神科医療機関を探すのが難しい、即時の対応が難しい、本人が受診を拒否するなどの理由である。産後に精神状態が悪化した場合、分娩を取り扱っている診療所では主治医と連携しているところが多いが（73.9%）、妊婦健診のみの診療所は精神科と産科のある高次医療機関と連携する場合が多く（68.8%）、精神科のある病院では院内の精神科医にコンサルトしていた（96.6%）。望ましい体制としては、東京都などの行政や医師会が中心となった連携システムと同時に、地域の精神科診療所や精神科病院との個人的連携も挙げられていた。

②日本産婦人科医会による「令和 3 年度妊産婦メンタルヘルスケア推進に関するアンケート調査」（東京産婦人科医会が検証）（回答数 128）

東京都内の分娩取り扱い施設に関する情報を使用している。精神疾患合併妊娠の受け入れ可能な施設は半数強で、全国と変わらない。全国と比べて目立って少ないのは産後ケア事業で、アウトリーチを行う病院がほとんどないというところである。

③東京精神神経科診療所協会による「妊産婦に対する診療についてのアンケート調査」
（回答数 86／238：回答率 36%）

通院している患者の妊娠出産育児には責任感をもっていることがわかった。半数以上の精神科医は妊娠可能な女性に対する処方に配慮していた。8 割近くの精神科医は年に数人の患者の妊娠を経験していたが、産科医療機関への積極的な情報提供や産後の育児支援体制についてのアドバイスを行っている精神科医は 30%である。通院中の患者以外の妊産婦に対する対応については、4 割以上の精神科医が対応した経験があるが、年間 10 人以下であり、多いとは言えない。環境調整や行政との連携、向精神薬の使い方に問題を感じていた。7 割以上の精神科医は今後条件が整えば、妊産婦の診療を行っていくと答えており、診療マニュアルや研修、多職種連携や連携コーディネーターを条件に挙げていた。

④妊産婦メンタルヘルスケアに関するアンケート調査結果（東京精神科病院協会）
（回答数 23／64：回答数 36%）

精神疾患合併妊娠に対応できると回答した病院は 11 施設であったが（周産期対応可能 8 施設、産褥期対応可能 10 施設）、対応できないと回答した病院では、産婦人科との連携がない、緊急時の対応が困難、受け入れ体制がない等がその理由として挙げられていた。精神疾患合併妊娠については、精神科と産婦人科の両科がある大学病院等で対応すべきという意見も見られていた（55%）。いずれにしても単科の精神科病院の場合は、行政が中心となって構築した連携システムの中で、必要に応じて関わっていくという立場が受け入れやすいように思われる。

⑤妊産婦メンタルヘルスケアに関するアンケート調査結果（子育て世代包括支援センター等）
（回答数 46／62：回答率 74%）

子育て世代包括支援センター（以下センター）は自治体への設置が義務付けられているが、センターとして設置されているのは 38%にとどまっていた。また構成人員も自治体によって大きく異なっており、自治体によってセンターの考え方が異なっている様子がうかがわれた。精神的支援活動における困難さは精神障害、経済的問題が上位にあったが、その他にも多岐にわたる問題が挙げられており、問題解決のために多くの機関と連携していた。対応に苦慮した事例（自由記載）からは、受け入れ先が見つからない、多職種間の相互理解が困難、本人・家族の病識不足、病気そのものの不安定性、サポート不足など深刻な問題が挙げられていた。産科・精神科への希望としては、ハイリスク事例の早期発見、情報共有、産科と精神科の連携強化などが挙げられており、医療機関との連携については地域の産科・精神科医療機関との個別連携が求められていた。目の前の患者を近隣の医療機関に早く受け入れてほしいという思いが感じられるが、ハイリスク事例が多くの社会的問題を抱えていることを考えると、より専門的な支援体制が必要かもしれない。

以上の結果から、様々な問題を抱え、早急な対応を要する精神疾患合併妊娠に対応するためには、医療（医師会）と行政（東京都）が協働できる専門的なシステムが必要である。精神症状が重い妊産婦への対応と社会的課題が大きい妊産婦の福祉への対応をわけて考えていかないといけない。医療だけでは解決できない社会福祉的課題も多くあり、そのためにも地域にコーディネーターが必要になってくることが見えてきた。

・具体的な将来イメージの提案

【東京都全域で妊産婦メンタルヘルス支援事業】

精神科医療にまだ繋がっていない妊産婦に精神症状があるときや妊産婦を取り巻く家庭環境に様々な問題がある場合、その評価や対応方法を考えていく専門的な組織が必要であり、精神科医や産婦人科医がその組織を支援する仕組みも必要である。特に産婦人科医や精神科医の関わりについては行政がその仕組みを作り、区市町村の保健師が個別の情報だけに頼るだけではなく、システム化された仕組みの中で安心して妊産婦のメンタルヘルスに関われることが重要と考える。例えば東京都周産期医療ネットワークは東京都を 8 ブロックに分けて、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、周産期連携病院というすべての妊産婦が身体的に安全に妊娠、出産できるような仕組みが作られ、公表されている。周産期メンタル医療に関してもこういった仕組みが必要と考える。周産期メンタル医療の拠点を担う病院は精神科医が産婦人科医に相談しながら東京都の担当部署とその機能や仕組みを作ることは急務である。精神科病棟を持っている病院を合併症病院に指定し、その機能を仮に「東京都拠点型妊産婦メンタルケアセンター」と名前をつけるとすると医療保健福祉の 3 つの専門的な観点から妊産婦を支援する機能が必要である。また連携病院は産科と精神科の両方の機能のある病院であり、今まで精神科医がコンサルテーションリエゾンを行ってきた病院である。「東京都地域連携型妊産婦メンタルケアセンター（仮称）」として地域医療や地域福祉がアクセスできる仕組みをつくることが重要と考える。地域によっては 1 つの病院の院内で精神科医と産婦人科医のコンサルテーションリエゾンが

できない場合もあるので、その際には産婦人科のある病院が地域のケースワーカーのいる精神科医療機関と連携してその組織を作るとよいと考える。

【子育て世代包括支援センターで産後メンタルヘルス支援事業】

「子育て世代包括支援センター（2024 年 4 月以降はこども家庭センター）」が地域全体の中核的なワンストップセンターとして機能することが期待されているが、そこに新宿区の「親と子の相談室」のような月に 1 回開催される産後のメンタルヘルスや子どもの支援も相談できるような時間や場所が必要だと思われる。そこで事例検討の機会があることは重要であり、保健師、助産師をサポートするシステムが必要と考える。

医療機関同士、医療機関と保健福祉の連携のためには、コーディネーターが必須と考える。「妊産婦メンタルケア連携相談員」が区市町村の子育て世代包括支援センターに数名必要ではないだろうか。地域の保健師や精神保健福祉士が地域の処遇困難例を抱え込んだり、孤軍奮闘したりしないシステムを作る必要がある。その体制には訓練された精神科医が協力医として配属されるとよいと思う。またその相談室では、拠点型、地域連携型などの周産期メンタル医療センターの情報や、東京精神科病院協会との支援システム、地域の病院の精神科医や産婦人科医、医師会でつながった診療所間の連携が必要と考える。

23 区や多摩地区などでモデル事業を作って始めてみてはどうであろうか。

精神科医療に繋がっている女性患者が妊娠出産する際は、緊急を要しないので、精神科主治医は前向きにその準備を行うことができる。産婦人科医は診療所の精神科医と診療情報提供書でもよいのでつながっていることが重要と考える。東京精神神経科診療所協会のアンケートでは周産期精神医療に関心のある精神科医が予想以上にいることがわかった。コンサルテーションリエゾンの経験が多数ある病院の精神科医もいる。そういった人材を生かしてシステムを作るとよいと考える。

【相談セーフティネット】

NPO 法人メンタルケア協議会が委託されている東京都の「こころといのちのサポートネット」のような緊急事案を相談できるシステムの中に周産期や妊産婦の対応で困った時に相談できる最後の砦のような相談電話の存在も重要と考える。

【民間、NPO 法人で妊産婦メンタルヘルス支援事業】

妊産婦全員にいつメンタルケアが必要になるかもわからないので、NPO 法人きずなメール・プロジェクトが実施する「きずなメール」のような妊娠したときからスタートできる情報提供システムも必要だと思う。

【小児科医との連携】

子どもが産婦人科医の領域でなくなったとき、今度は小児科が子どもを診るようになるが、小児科医が両親のメンタル不調に気が付くことがあると思う。その時には小児科医と精神科医、子育て世代包括支援センター（2024 年 4 月以降はこども家庭センター）などとの連携が必要になってくると思うので、切れ目のないサポートのために医師会の役割は大きい。

【地域包括的視点】

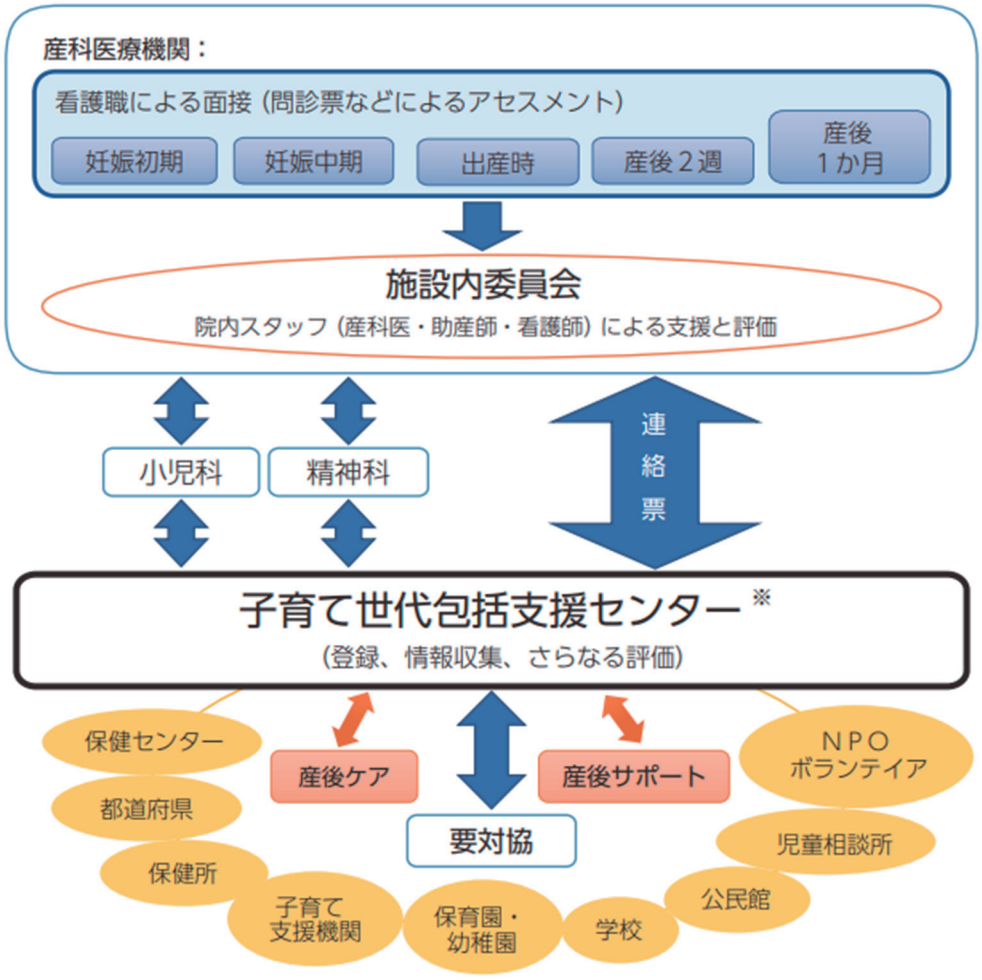
かかりつけ医も妊産婦の身体管理をする場合もあるので、見逃さずに関われるようになっていくとよいと思う。妊産婦が孤立しないためにも、地域の生活者全体が「子育てサポーター」になることによって、子育て世代が安心して生活できるような優しい社会を作れるようになる。また、医師会も行政も応援できるとよいと思う。

以上アンケートの総括とこのアンケートから見えてきた方策について記載してみた。

謝辞

この報告書をつくることにあたって、アンケートに回答してくださった多くの関係者の皆様、東京都医師会精神保健医療福祉委員会副委員長の石橋幸滋先生、本委員会委員の皆様、精神科病院のアンケートを作ってくださった精神科病院の先生、東京精神神経科診療所協会のアンケート調査（厚生労働科学班研究）をご配慮で情報提供及び相談にのっていただいた立花良之先生・相良洋子先生、東京都医師会役員の先生方、そして本委員会のために講義をしてくださった保健師、精神科医の先生方、NPO 法人きずなメール・プロジェクト代表理事 大島様に心より感謝申し上げます。

図 13．妊産婦メンタルヘルスケアのために評価と連携

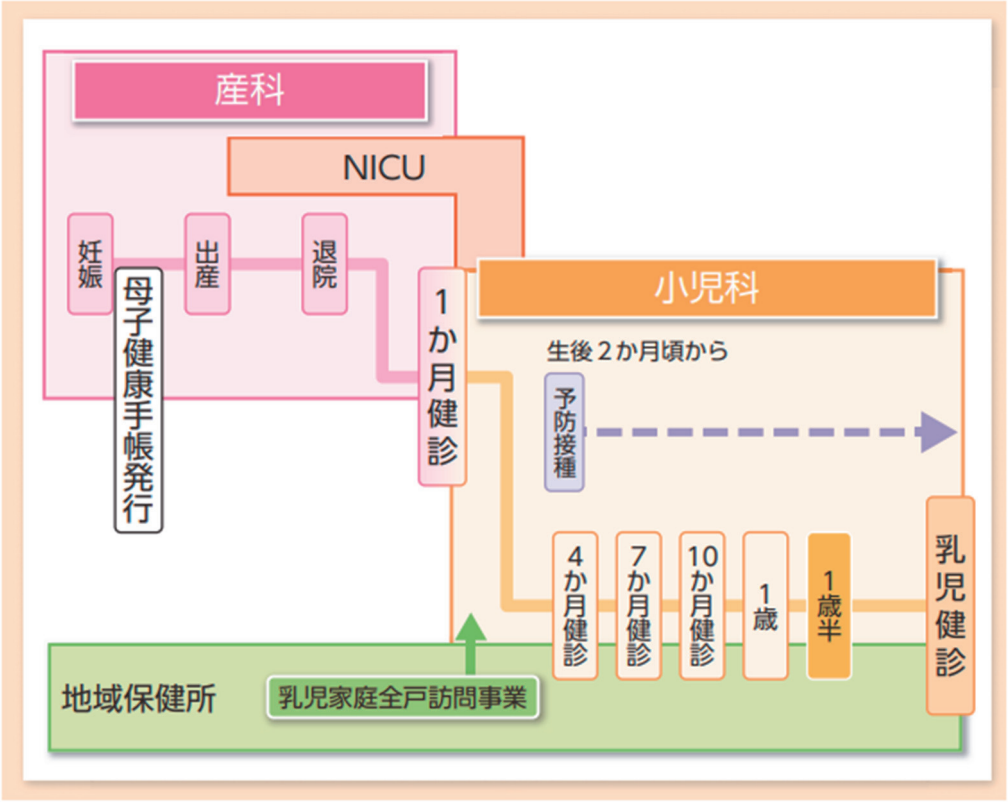


※子育て世代包括支援センターは、子育て支援のためのワンストップ窓口として平成 32 年までに全国に整備される予定であるが、当面は市町村の母子保健課、児童福祉課などがこの業務を行っているので、各市町村で窓口を確認しておく必要がある。

妊産婦メンタルヘルスケアのための評価と連携

日本産婦人科医会：妊産婦メンタルヘルスケアマニュアルより

図 14.



日本産婦人科医会：妊産婦メンタルヘルスケアマニュアルより

参考資料

１）日本産婦人科医会：妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル
http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/11/jaogmental_L.pdf

X 参考資料

エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

母氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　実施日　　年　　月　　日（産後　　日目）

ご出産おめでとうございます。ご出産から今までのあいだにどのようにお感じになったかをお知らせください。今日だけでなく、過去７日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。必ず 10 項目全部に答えてください。

例）幸せだと感じた。

（　）　はい、常にそうだった
（○）　はい、たいていそうだった
（　）　いいえ、あまり度々ではなかった
（　）　いいえ、まったくそうではなかった

“はい、たいていそうだった”と答えた場合は過去７日間のことをいいます。このような方法で質問にお答えください。

1）笑うことができたし、物事のおかしい面もわかった。

（　）　いつもと同様にできた。
（　）　あまりできなかった。
（　）　明らかにできなかった。
（　）　まったくできなかった。

2）物事を楽しみにして待った。

（　）　いつもと同様にできた。
（　）　あまりできなかった。
（　）　明らかにできなかった。
（　）　ほとんどできなかった。

3）物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。

（　）　はい、たいていそうだった。
（　）　はい、時々そうだった。
（　）　いいえ、あまり度々ではない。
（　）　いいえ、そうではなかった。

4）はっきりした理由もないのに不安になったり、心配した。

（　）　いいえ、そうではなかった。
（　）　ほとんどそうではなかった。
（　）　はい、時々あった。
（　）　はい、しょっちゅうあった。

5）はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。

（　）　はい、しょっちゅうあった。
（　）　はい、時々あった。
（　）　いいえ、めったになかった。
（　）　いいえ、まったくなかった。

6）することがたくさんあって大変だった。

（　）　はい、たいてい対処できなかった。
（　）　はい、いつものようにはうまく対処しなかった。
（　）　いいえ、たいていうまく対処した。
（　）　いいえ、普段通りに対処した。

7）不幸せなので、眠りにくかった。

（　）　はい、ほとんどいつもそうだった。
（　）　はい、ときどきそうだった。
（　）　いいえ、あまり度々ではなかった。
（　）　いいえ、まったくなかった。

8）悲しくなったり、惨めになった。

（　）　はい、たいていそうだった。
（　）　はい、かなりしばしばそうだった。
（　）　いいえ、あまり度々ではなかった。
（　）　いいえ、まったくそうではなかった。

9）不幸せなので、泣けてきた。

（　）　はい、たいていそうだった。
（　）　はい、かなりしばしばそうだった。
（　）　ほんの時々あった。
（　）　いいえ、まったくそうではなかった。

10）自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。

（　）　はい、かなりしばしばそうだった。
（　）　時々そうだった。
（　）　めったになかった。
（　）　まったくなかった。

© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).

母と子のメンタルヘルスケア（日本産婦人科医会）より　https://mcmc.jaog.or.jp/pages/epds