母子保健検討委員会答申

令和６年５月

日本医師会母子保健検討委員会

令和６年５月

日本医師会長
　松本　吉郎　殿

母子保健検討委員会
委員長　福田　稠

母子保健検討委員会答申

本委員会は、令和４年 11 月９日に開催された第１回委員会において、貴職から諮問のありました「母子保健におけるメンタルヘルス、こころの問題～産婦人科・小児科視点から～」について、６回の委員会を開催して鋭意検討を行ってまいりました。

また、本委員会の中に母体保護法に関するワーキンググループを設置し、４回の委員会および母体保護担当理事連絡協議会を開催し検討を行いました。

その結果をとりまとめましたので答申いたします。

母子保健検討委員会委員

委 員 長　福田　　稠（熊本県医師会会長）
副委員長　三牧　正和（帝京大学医学部小児科学講座主任教授）
　　赤堀　彰夫（静岡県医師会顧問）
　　伊藤　隆一（日本小児科医会会長）
　　落合　和彦（東京都医師会理事）
　　川上　一恵（東京都医師会理事）
　　河村　一郎（山口県医師会常任理事）
　　河野　幸治（大分県医師会会長）
　　佐藤　雄一（群馬県医師会理事）
　　三條　典男（山形県医師会副会長）
　　杉原加壽子（兵庫県医師会常任理事）
　　立元　千帆（鹿児島県医師会常任理事）
　　寺本　瑞絵（北海道医師会常任理事）
　　二井　　栄（三重県医師会会長）
　　平石　英三（和歌山県医師会会長）
　　前田津紀夫（日本産婦人科医会副会長）
　　森崎　正幸（長崎県医師会会長）

母体保護法に関するワーキンググループ

委 員 長　落合　和彦（東京都医師会理事）
　　石谷　　健（日本産婦人科医会常務理事）
　　石渡　　勇（日本産婦人科医会会長）
　　二井　　栄（三重県医師会会長）
　　福田　　稠（熊本県医師会会長）
　　前田津紀夫（日本産婦人科医会副会長）
　　森崎　正幸（長崎県医師会会長）
　　水谷　　歩（日医総研主任研究員／弁護士）

目　次

はじめに …… 1

Ⅰ．産婦人科におけるメンタルヘルス …… 3
　１．日本における妊産婦メンタルヘルスケアの歩み …… 3
　２．特定妊婦の実態、課題について …… 6

Ⅱ．乳幼児期の親子のメンタルヘルス …… 10
　１．小児科医の視点から …… 10

おわりに …… 15

母体保護法に関するワーキンググループ報告 …… 21
　都道府県医師会における母体保護法指定医師制度運用に関するアンケート

はじめに

妊娠・出産・育児は女性の人生の大切な一頁である。また、身体的にも精神的にもさらに社会的にも負荷のかかる女性の人生の一頁とも言えよう。

我が国では、令和５年の出生数が速報値で 758,631 人と過去最少、８年連続の減少で少子化が進んでいる。一方、令和４年度の児童相談所における児童虐待相談対応件数 219,170 件と急速に増加している。さらに、令和５年版の「自殺対策白書」によると 2022 年の妊産婦の自殺は 65 件と出血等による妊産婦死亡よりはるかに多い。周産期におけるメンタルヘルスがいかに大きな問題か実感させられる。かつて、この問題はさほど大きなものとは認識されていなかった。周産期において精神科医療が求められるのは、統合失調症等の精神疾患を有している患者の妊娠、即ち精神疾患合併妊娠と、妊娠中あるいは出産後にうつ病等を発症するケースである。前者はかつて、統合失調症等の患者の長期入院や社会からの隔離等により患者の結婚や妊娠はきわめて少なかった。加えて当時の第一世代の抗精神病薬の多剤併用療法により排卵は妨げられ妊孕性が低かった。現在では、第二世代抗精神病薬の登場により、排卵障害が減り妊孕率も高まった。また、患者の早期の社会復帰が求められ患者が結婚し、妊娠する機会が増えた。後者についても第二世代抗うつ薬が登場し、結果として妊孕性のある女性の向精神薬の服用率が上昇した。

そこで、妊娠出産のステージに合った薬剤使用のあり方、患者の妊娠・出産・育児における家族の理解と協力、さらに地域社会や行政の支援が必要で、さらに産後の児童虐待の防止についてはその早期発見と早期介入が強く求められる。また、妊娠中に発症した精神疾患については、産婦人科医や助産師の早期の気づきと精神科へのリレーが重要である。

まさしく、医学的には産婦人科、小児科、さらに精神科の連携が必須である。ただ、３つの診療科間の医療体制や風土、スピード感の違いが課題で、社会的には政策の根拠法等の違いによる縦割り行政の壁がある。ただ近年、全国各地では３つの診療科の連携の強化が進められている。法律についても本年４月１日より『女性支援新法』（困難な問題を抱える女性への支援に関する法律）がスター

トする。これを契機に、妊娠・出産・育児のさまざまな問題の解決にむけ光明が見えてくれればと期待する。

今期の会長諮問は『母子保健におけるメンタルヘルス、こころの問題～産婦人科・小児科視点から～』である。６回の委員会を開きそれぞれの専門家を招きレクチャーを受け、そのあり方について答申とりまとめを、産婦人科は森崎委員、三條委員、小児科は川上委員にお願いした。また、今期は本委員会の中に母体保護法に関するワーキンググループが設置されその報告内容の取りまとめをワーキンググループの落合委員長にお願いした。本答申がわずかなりとも我が国の妊娠・出産・育児の諸問題の解決に寄与することを願う。

Ⅰ.産婦人科におけるメンタルヘルス

1.日本における妊産婦メンタルヘルスケアの歩み

妊産婦のメンタルヘルスは、母と子の心理的健康を支援し、促進するための取り組みである。妊娠産褥に生じる母体の心理的変化は、産後うつ病や不安障害など幅広い心的健康問題を引き起こすことが知られている。1990 年代において、多くの医療機関では母児の身体的健康に対するケアは充実してきたものの、精神的健康の重要性が完全に理解されておらず、メンタルヘルスの面での支援体制は十分に確立されていなかった。児童虐待や妊産婦の自殺は、これらの問題の重大性を社会に浮き彫りにし、妊産婦におけるメンタルヘルスケアの必要性を突きつけた。

疫学的研究によれば、妊娠中または産後の女性の 10〜15%がうつ病に罹患すると推定される[1)]。しかし、その多くが適切な支援を受けることなく放置されている状況が、当時の日本で常態化していた。子どもに対する潜在的虐待のリスク要因として、これら未介入のメンタルヘルスの問題が挙げられ、新生児に安全で保護された環境を提供するためには、周産期のメンタルヘルスケアにもっと焦点を当てるべきだという認識が高まっていた。

（1）周産期メンタルヘルスケアの始まり

日本における周産期メンタルヘルスの黎明期は、この分野に対する認識が始まったばかりの時期であり、関連する医療サービスや支援体制は非常に限られていた。1996 年に三重大学の岡野禎治らが英国で開発されたエジンバラ産後うつ病質問票(Edinburgh Postnatal Depression Scale：EPDS)の日本語版を発表した[2)]。EPDS は産後うつ病のスクリーニングを目的として作られた質問票で、妊産婦メンタルヘルスケアのためのコミュニケーションツールとして現在では広く用いられている。当時、精神医学的知識が産科医療現場に十分行き渡っていないため、産後うつ病や不安障害などの問題は適切な診断や支援を受けるのが困難な状況であった。妊産婦のメンタルヘルスケアにおける周産期うつ病のス

クリーニングの普及は精神科と産科をつなぐ重要なツールとなり、今日の周産期メンタルヘルスケアの基盤を築く貴重なきっかけともなった。

厚生労働省は21世紀の母子保健の主要な取り組みをビジョンとして示した関係者、関係機関・団体が一体となって推進する国民運動計画として「健やか親子21」を2001年からスタートさせ、母子保健領域、とりわけ周産期メンタルヘルスの関心が高まっていった[3]。さらに、2003年に日本周産期メンタルヘルス研究会(2014年に日本周産期メンタルヘルス学会へと名称変更)が発足し、産婦人科医、精神科医、小児科医、看護師・助産師、保健師の多職種の専門家での議論が活発化された。このように、少数の臨床医や研究者たちが、母親たちが直面するメンタルヘルスの課題に注目し始め、情報提供や研究を通じて、周産期メンタルヘルスの重要性を広めた。産後の母親を支援するためのサポートグループや相談体制が徐々に形成され始めたが、これらはまだ黎明期の試みであり、一部の先進的な医療施設や地域に限られた活動であった[4]。

（2）体系的な支援体制の構築

2016年に東京都での妊産婦の自殺例を検討したところ、東京23区の自殺率は8.7人/10万出生と国際的に高い頻度であること、妊婦の自殺者の39%がうつ病もしくは統合失調症を有しており、褥婦の自殺者の60%が産後うつ病を筆頭に精神疾患を有していたことが明らかになった[5]。この事実を背景に、メンタルヘルスに対する関心はさらに急速に高まっていった。

また、周産期メンタルヘルスの分野は、臨床と研究の進展によりその重要性が徐々に認識され、母体の精神状態が児の発達に及ぼす影響に関するエビデンスが増加し、周産期におけるメンタルヘルスケアの必要性がクローズアップされた。この時期の心理的ストレスは、早産や低出生体重など、出産アウトカムに悪影響を及ぼすリスクファクターとしても認識され、母親だけでなく子どもの発達にも長期にわたって悪影響を及ぼす可能性があり、妊娠中の女性が抱える心身のストレスを緩和することは、母子双方の健康に不可欠であることが示された[6,7]。この認識を背景に、より体系的なサポート体制の構築が進められた。

日本産婦人科医会は2017年に「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル～産後

ケアの切れ目ない支援に向けて～」を発刊し、妊産婦に関わる医療従事者が基礎的知識を習得し研修プログラムを受講することで、より実践的にケアを提供できる仕組み作りを開始した[8]。多職種に向けた国内初のガイドラインとしては、2017 年に日本周産期メンタルヘルス学会より「周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド」が公開された。これは精神科医、産婦人科医、小児科医、臨床心理士、看護師、助産師、保健師、ソーシャルワーカー、薬剤師、社会福祉関係者、母親とその家族に関与する関係者に向けたものである[9]。続いて、2020 年日本産科婦人科学会と日本精神神経学会とで「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」が作成された[10)11)]。より多くの精神科医が周産期メンタルヘルス領域の臨床対応が可能となるよう支援する環境が整備されている。このように、健診の段階から精神科医、産婦人科医、看護師、助産師、保健師、心理カウンセラー、行政機関等がチームを組んでトータルケアを提供する体制が整えられつつある。

診療報酬の面では、2016 年度の診療報酬改定において、ハイリスク妊娠・分娩の算定となる合併症に精神疾患が加えられた。2018 年の診療報酬改定では「ハイリスク妊産婦連携指導料」が新設され、産婦人科と精神科・心療内科および行政機関など多職種で連携することに対して評価をされるようになった。このように診療報酬の面でも母子保健領域における医療・保健・福祉の連携が活発に推進されるようになった。

これらの取り組みにより、周産期メンタルヘルスは単なる個別の医療行為を超え、一人の母親だけでなく、家族、地域社会、さらには社会全体への波及効果を目指すようになっていた。今後もこの発展が続き、周産期のメンタルヘルスがライフコース全体における健全な発達とその支援の基盤と位置づけられることが期待されている。

（3）包括的支援の広がり

現在、日本における周産期メンタルヘルスに対する取り組みは大きく進化している。厚生労働省や新たに設立されたこども家庭庁などの公的機関は、この問題に対して積極的な施策を展開していることが見受けられる。具体的には、産後

の女性の心身の健康を支えるための産後ケア事業の利用拡大や、地域における産後ケア体制の整備など、産後ケアの重要性に対する認識の向上が図られている。

具体的な取り組みとして、こども家庭庁は産後ケア施設の設置を推進しており、これらの施設では専門のスタッフによる心理的なケアや育児の相談支援が提供されている。また、予算措置を通じて、これらの産後ケアサービスが地域社会で広く利用できるよう努めており、出産後の女性がメンタルヘルス問題に直面した際に適切なサポートを受けられる体制づくりを進めている。

さらに、日本産婦人科医会では医療関係者や子育て支援者向けの研修会が積極的に開催されており、周産期メンタルヘルスの知識やケア技術の向上を促している[12)]。これは、産科医や助産師、看護師だけでなく、地域の保健師や児童相談所のスタッフに対しても行われており、多職種間での連携を強化する効果も期待されている。社会全体としても、出産を取り巻くメンタルヘルスに対する理解が深まりつつあり、それによって、産後の女性が抱えるメンタルヘルス問題に対してより早期から対応できるようになってきている。これらの進展は、母子の健康だけでなく、家庭の幸福感や社会の福祉全体の向上にも寄与していると言えるだろう。

しかしながら、全国的なサービスの均一な拡充や、さまざまな家族形態への対応、産後ケアに関する情報のアクセス性向上など、今後の課題も残されている。各地域でのサービス格差の是正と、さらなる専門職の育成を進めることで、より多くの母親と家族が必要な支援を受けられるようにする必要がある。これからも社会全体で周産期メンタルヘルスの重要性を認識するとともに、日本医師会においてはその改善に向けて努力することが求められている。

２．特定妊婦の実態、課題について

妊産婦および周産期における精神疾患は1990年代から注目されるようになり、日本産婦人科医会、日本産科婦人科学会、日本精神神経学会などではそれぞれガイ

ドブックやガイドラインなどを作成してきた。しかし、複数の診療科にわたる疾患である上、それぞれの専門性に配慮しなければならないため、それぞれの科単独で治療やサポートが完結できないという障壁が存在する。

（1）ハイリスク妊婦の要因

ハイリスク妊婦のリスク要因としては、以下のようなものが挙げられる。

①年齢（若年妊娠、高齢妊娠など）
②基礎疾患（高血圧・腎臓疾患・肝臓疾患・心疾患など）の有無
③教育のレベル
④宗教観
⑤成育環境（経済的要因を含む）
⑥心の問題（精神的疾患、環境要因など）
⑦その他

これらの中でも妊産婦の心の問題は大きく取り上げられるようになってきている。最も表面に現れてくるネガティブ事象が妊産婦の自殺である事は論を俟たない。

2017 年に厚生労働省光田班報告[13]は妊産婦の自殺に触れているが、妊産婦の死因として自殺は異状死としての統計から導き出されたもので、ようやく注目されるようになってきたという実態がうかがわれる。

2023 年 11 月には、日本産婦人科医会の関沢明彦（昭和大学産婦人科講座）が自殺による妊産婦死亡について、詳細に報告している[14]。それによれば、妊産婦の死亡原因における自殺の割合が、2010 年の２％から 2022 年 23%へと上昇している。妊産婦の自殺の時期であるが、2012 年には妊娠時、産後共にほぼ同数であった自殺数が、2022 年には圧倒的に産後期に多くなっている。近年になる程、産後うつの率が高まっているが、この報告は産後うつの増加による自殺が増えていることを示していると思われる。

また同報告によれば既に精神疾患の診断を受けていながら自殺している割合が、妊娠中の自殺、産後の自殺両方とも非常に高い。最も多いのは既に妊娠前から精神疾患の診断がついている女性の自殺である。また、精神科最終受診から自

殺までの日数も調査されているが、直近に精神科を受診していながら自殺を防ぎ切れていない実態がある。

山形県公立置賜総合病院の手塚ら[15]は自験例について、山形県医師会症例検討会において発表しているが、周産期における精神疾患合併は過去15年間で如実に増えていると報告し、このための自殺率も高いとした。

（2）現状における問題点

山形県医師会において、産婦人科、小児科、精神科の医師でワーキンググループを設置して意見をとったところ、以下のような意見があった。

・産婦人科医サイドからは
　精神科疾患について馴染みがない。近隣に診てくれる顔の見える関係の精神科医がいない。
・小児科医サイドからは
　小児のメンタルを診る医師が少ない。異常を検知しても紹介先が分からない。近隣の精神科医に紹介しても子どもは診られないという事で診て貰えない。
・精神科医サイドからは
　子どもの精神科疾患の自験例が少ないので子どもは診たくない、同様に妊娠女性、授乳婦は診たくない。診ようとしても妊婦・授乳婦に適応する薬剤が分からない、また安全性も分からない。妊産婦については訴訟率も高いと聞くのでなるべく診たくない。

これらの事を踏まえると、妊娠前に精神疾患を抽出することが出来ても、精神科に通院している患者が妊娠すると産婦人科を受診し、その後は精神科を受診しなくなる。妊婦自身が投薬による影響を心配する側面もあるが、精神科側からも積極的にアウトリーチしていない可能性がある。

また、産婦人科側では妊婦として受診した際に精神疾患があったとしてもその情報は分からない。妊娠中に精神疾患を疑う場合においても、なかなか専門医に紹介しにくい、紹介しても妊娠中の患者は診れないというケースもある。小児

科側としては、子どもの診療は親自身の面接といえる側面があり、子どもの発達障害や他の精神疾患のみならず、親の精神疾患を疑っても、紹介先が決まらないため、親も児も治療が上手くいかない可能性が高い。

他方、妊娠前に精神科を受診していない妊婦については、産婦人科受診時の問診によって精神疾患を明らかにできない場合もあり、対応が困難となる。こうしたことに対処するために特定妊婦制度があり、各市町村、あるいは子育て世代包括支援センター（令和６年４月からこども家庭センター）の保健師等が、特定妊婦に指定された妊婦への訪問や産婦人科医師への情報提供などを行っている。

永光ら[16]によれば、特定妊婦に関する踏み込んだ調査や研究はあまり行われておらず、特定妊婦そのものに対する支援の具体的な指標もない。また、市町村の保健師や子育て世代包括支援センターの保健師は兼務体制にある事が多く、実働している職員はかなり少ない。このため取りこぼしも多く、完全に機能しているとは言いがたい。また、特定妊婦は増加しておりこの事が市町村の人手不足を助長している。特定妊婦に指定するためには市町村の窓口で妊娠の届け出をしていることが前提となっており、精神疾患を有する妊婦は母子健康手帳を受給せず、未受診妊婦となっている率も高いことが考えられると報告している。

また中板ら[17]は、妊産婦の精神障害は妊産婦の自殺率の上昇ばかりではなく、出産した児への虐待などへの関与率も高率となっていると報告している。

こうした事から、精神科・産婦人科・小児科・自治体のそれぞれが顔の見える関係性を構築し積極的に情報交換を行えば、妊産婦の自殺を防げる可能性は高い。

しかしながら、現在まで精神科・産婦人科・小児科の各領域を越えて結びつける組織は、自治体などを取り込みながら積極的に活動している大分県など一部の成功事例を除いてほとんど存在しない。

医師会は、行政と連携して、精神科・産婦人科・小児科を結びつける努力を行い、またこれに行政も巻き込んで行く必要がある。

Ⅱ.乳幼児期の親子のメンタルヘルス

１.小児科医の視点から

（１）人口動態統計からみた母子の状況

厚生労働省人口動態統計[18]によると、出生数は2015年までは100万人超を維持していたが、2016年に97万人、2019年に86万人、2021年には81万人まで減少している。2023年の出生数は約76万人であり８年連続過去最少を更新し歯止めがかからない状況である。

出産時の母親の年齢区分は2005年までは20代後半が最多であったが、2022年には30～34歳が最も多くなっている。また、初産年齢の平均は1980年26.1歳であったが、2022年には30.9歳と高齢化していることがわかる。一方、父親については1955年以降一貫して30～34歳が最も多く、次いで25～29歳となっている。

出生数が減少する一方で、出生体重2500g未満の児は1975年には4.6%であったものが2019年には8.1%と増加している[19]。

（２）新生児訪問指導、乳児家庭全戸訪問（こんにちは赤ちゃん）事業

小児科医が母子と初めて会うのは、産科のある病院では生後２週間や１か月の健診となるが、小児科診療所では初回の定期予防接種のために来院する生後２か月である。

地域の保健師等は、生後１か月前後に新生児訪問指導、４か月までに乳児家庭全戸訪問事業を実施している。ここでは赤ちゃんの身体発育の確認及び育児指導と同時に養育環境を把握するための問診や観察が実施されている。エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）や「赤ちゃんへの気持ち質問票」を利用して母親の心の状態を評価し支援することが行われている[8)20)]。多くの自治体においてEPDSが9点以上または問10「自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた」に「はい」と答えた者を支援検討対象者としている。支援検討対象者については産婦健診や新生児家庭訪問の他の要素を合わせて検討し、支援対象者が抽出されてい

る。支援対象者に対し保健所等の行政組織でフォロー（91%）、精神科または心療内科の紹介や受診勧奨（61.7%）が多く行われているのに対し、小児科との情報連携は 18.2%に過ぎない[21]。これは予防接種や定期健康診査等で受診する小児科が決まっていないことに起因すると推測される。

この頃の母親が辛いこととして訴えている内容には、家事・育児に配偶者の理解・協力が得られないことや自身や配偶者の疾病があり、児についての心配は授乳量の過不足、児の発育状況がある。

（３）乳幼児健診

かつてツベルクリン検査、BCG 接種が３～４か月児に集団で実施されていたことの名残で 73.8%の地域が３～５か月児健診を地域保健所や保健相談所で集団健診として実施している[22]。

東京都の母子保健事業報告[23]によると、３～４か月健診の有所見者率は 35.9%で内訳は皮膚、発育、発達・神経、四肢、胸部・腹部の順に多い。また、問診では、アトピー性皮膚炎の可能性を心配する保護者が多い。近年、頭蓋の変形に対しヘルメット療法を行って有効だったというタレントによる記事が投稿されて以降、頭の形についての質問が増えている。また、赤ちゃんの睡眠、特に寝付きの困難さに悩まされる保護者ではイライラ感や育児困難感が強いという報告もある。６～７か月健診、９～10 か月健診、３歳児健診の受診率はそれぞれ 91.2%、89.2%、92.7%であり、未受診者の約半数が「児が健康だから」を理由としている。３歳児健診で認められる所見として、眼、日常習慣、言語、耳鼻咽喉の項目が多く認められる。保護者からは行動・性格の問題、言葉の問題、社会性の問題に加え養育者自身の問題が相談されている。

５歳頃になると「落ち着きがない」「指示が入りにくい」「動きがぎこちない」「興味に偏りがある」など発達特性が顕著になる。このような特性のために、養育者や保育士のイライラが募り、対応に悩むようになる。子ども本人も徐々に自己肯定感を低下させ二次障害をきたす。５歳児健診は、25 年前に鳥取大学の小枝達也教授らにより提唱され、一部の地域あるいは医師個人によって実施されてきた。就学までに支援を開始することで、小学校入学後の困難さの軽減に役立

っている。５歳児健診を実施することの意義は認められつつも、公費による健診とならなかったこともあり、なかなか普及しなかった。2024 年 1 月から国は自治体が５歳児健診を実施する場合に費用を補助することを決定した。

（４）課題と対応

1）情報の共有

「妊婦自身や家族に知的障害・精神障害などがあるために育児が難しい」「望まない妊娠やパートナーのＤＶによりサポートする人がいない」「若年妊娠」「生活困難」などの背景を持つ特定妊婦に対し、妊娠期から保健師や社会福祉士などによる支援が行われている。三重県や大分県などの先進県では、特定妊婦について要保護児童対策協議会などの会議体に小児科医を含め多職種が参加し情報共有が図られているが、多くの自治体では小児科医に情報がもたらされることは稀である。小児科医が会議体に参画できない理由として、会議の開催と診療時間が重なることがある。昼休みや夜間などに開催する、WEB 会議など移動時間を必要としない開催形式など、より多くの関係者が参加できる工夫が求められる。

また、予防接種等で小児科診療所を訪れた親子について気になることがあった場合に、子育て世代包括支援センター（令和 6 年 4 月よりこども家庭センターに変更）や保健所、児童相談所へ相談もしくは通告をした経験のある医師は多くない。「システムがよくわからない」「個人情報保護に違反するのではないか」「相談や通告をすることで養育者との信頼関係が崩れるのではないか」というのがその理由として挙げられる。保健所や児童相談所、精神科など関連する診療科への相談について、あらかじめ養育者の同意が得られることが望ましいが、それができないときには「要保護児童に関わる情報提供である」ということを診療所医師と保健師等との間で最初に確認してから事例についての話を始めるといった方法を個々の医師が知っておく必要がある。

2）養育者のメンタルヘルスの把握と支援・指導のあり方

小児科では、診察の対象は子どもであり、養育者のメンタルヘルスについての知識も乏しく、十分な支援を行えていないのが実情である。

支援を要する状態か否かを評価するEPDSや赤ちゃんへの気持ち質問票などを利用するのも一法であるが、生後１か月児健康診査問診票[24]や日本小児科医会が作成した「初めて来院する赤ちゃんの保護者の方へ」という質問票[25]を利用しても良いだろう。

アメリカ小児科学会はBright Futures[26]で、出生から21歳までの子どもとその養育者に対する問診・診察・評価・指導について詳細に記している。日本医師会は「Bright Futures ポケットガイド第４版」の日本語版を2018年５月から３年間掲載していた。同書をもとに日本向けに記された書籍も出版されている[27][28]。

従来、乳幼児健診における身体診察についての講習会は日本小児科学会、日本小児科医会、日本小児保健協会、日本小児外科系学会連合協議会を構成団体とする４者協を中心に実施されてきたが、乳幼児健診や予防接種の担い手は小児科医に限られているわけではなく、他科のかかりつけ医も関わっている。日本医師会においても乳幼児健診の診察手技に加え各月齢・年齢毎の親子のメンタルヘルスの評価・支援について具体的に学ぶ機会を設けることが望まれる。

3）産後ケア事業や地域子育て支援事業へ小児科医の参画

出産し退院直後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等きめ細やかな支援を実施するのが産後ケア事業で、自治体が実施主体となり、事業内容に応じて助産師、保健師、看護師等が担当して実施されている。産後ケア事業は、助産所や産婦人科診療所などが多く参画しているが、小児科診療所や病児保育施設で実施することも可能である。また、地域には「乳幼児と子育て中の親が交流を深める場所」「子育ての不安や悩みを相談できる場所」（地域子育て支援拠点）として子育て支援センターが全国に7,970か所（2022年時点）設置されている。こういった場に小児科医が出向き、発達相談をはじめとする育児に関する相談・支援を行うことも有用である。そのためには、小児科医は産後ケア事業について学習する機会を持ち、対応できる小児科医を育成する必要がある。

4）地域の社会資源を知る

子育てや養育者のメンタルヘルスに関して「どこに相談したら良いかわから

ない」「地域にどんな社会資源があるかわからない」という声が聞かれる。これを解消するためにフィンランドのネウボラを参考に、「子育て世代包括支援センター」が各地に設置され保健師を中心として活動し、ワンストップサービスを目指している。子育て世代包括支援センターには関係する社会資源についての情報が集約されているが、個々の小児科医は地域の子育て支援関係の資源について把握しておくときめ細やかな指導を行うことができる。地区医師会を中心に地域内の医療や福祉に関する社会資源のリスト（名称、連絡先、事業内容など）を作成し、会員への周知を図ることが求められる。

（5）まとめ

生後１か月を過ぎると母子保健の舞台は小児科に移る。小児科医は地域における医療・福祉の社会資源を把握し、児の身体診察だけでなく養育者の心と体の健康への配慮を行い、適切な指導・支援を行なっていく必要がある。そのために、医師会には必要な情報を提供し、診療技術や支援方法を学ぶ機会を設けることが求められる。

おわりに

我が国の妊産婦や新生児・乳児の死亡率は極めて低く、周産期・小児期の医療体制は世界的にも高い水準を達成・維持している。一方、妊産婦・母親の産前・産後うつや自殺、児童虐待、心の問題を抱える子どもの増加など、従来の周産期・小児医療のみでは十分に対応できない課題に直面している。このような背景のもと、今期の母子保健検討委員会では、会長諮問『母子保健におけるメンタルヘルス、こころの問題～産婦人科・小児科視点から～』を受け、メンタルヘルスに不調を抱える妊産婦の支援や、乳幼児期の親子の心のケアについて検討を重ねた。

我が国では1990年代から周産期メンタルヘルスケアの重要性が認識され始め、2001年からスタートした国民運動計画「健やか親子21」による啓発活動、診療報酬の改定や公的機関の支援もあり、徐々に体系的な支援体制が整備されてきた。しかしながら、支援の地域格差の是正や、産後ケアに関する情報アクセス性の向上などの課題が残されている。特定妊婦の実態と課題についての検討でも、妊産婦の精神疾患が重要な社会問題であることが再確認された。また、産婦人科・小児科・精神科の連携が不足しており、それぞれの専門性を活かしたサポートが十分に行われていない現状も指摘された。

乳幼児期の親子のメンタルヘルスに関する議論でも、乳幼児の身体的な健康だけでなく、養育者の心の健康の重要性が明らかとなった。特に、小児科医の役割が注目され、行政や産婦人科との情報共有や、養育者のメンタルヘルスの把握と支援のあり方が課題となっていることが確認された。産後ケア事業や地域子育て支援事業への小児科医の参画、地域の社会資源の把握などの対応策を講じる必要がある。また、発達特性をもつ子どもの早期発見・支援と生活習慣の指導を目指して５歳児健診が新たな母子保健医療対策総合支援事業として設定されたことを受け、医師会は行政と協働して取り組むことが求められる。健診後の支援体制も課題であり、小児の診療にあたる医師が発達障害に対応できるようスキルアップを図る必要がある。

本答申に記載された課題解決に向けた取り組みを全国で推進し、妊産婦や乳

幼児期の親子のメンタルヘルスへの対応・支援の充実を図ることは、周産期と小児の医療・保健活動に従事する者の大きな責務である。次代の社会を担う子どもたちの心身の健やかな成育を確保するためには、母子保健行政と協働しつつ、産婦人科・小児科・精神科をはじめとした診療科横断的、かつ成育過程における切れ目ない支援を行うための縦断的連携が必要であるため、医師会の役割は極めて重要である。

参考文献

1) 中野仁雄. 妊産婦の精神面支援とその効果に関する研究. 厚生省心身障害研究報告書. 1994.
2) 岡野禎治ら. 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）の信頼性と妥当性. 精神科診断学; 1996.
3) 厚生労働省. 「健やか親子２１」最終評価報告書. 2013. https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11908000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Boshihokenka/0000034788.pdf
4) 中野仁雄. 産後うつ病の実態調査ならびに予防的介入のためのスタッフの教育研修活動. 総合研究報告書. 2002.
5) 竹田省. 妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦. 日本産科婦人科学会雑誌. 68, 1815-1822, 2016.
6) Glover, V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 28, 25-35, 2014.
7) O'Donnell, K. J. et al. The persisting effect of maternal mood in pregnancy on childhood psychopathology. Development and psychopathology, 26, 393-403, 2014.
8) 日本産婦人科医会. 「妊産婦メンタルヘルケアマニュアル～産後ケアの切れ目ない支援に向けて～」2017. http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/03/mentalhealth2907_L.pdf
9) 日本周産期メンタルヘルス学会. 「周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017」 2017. http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html
10) 日本精神神経学会, 日本産婦人科学会. 精神疾患を合併した, 或いは可能性のある妊産婦の診療ガイド: 総論編. 2020. https://fa.kyorin.co.jp/jspn/guideline/sALL_s.pdf
11) 日本精神神経学会, 日本産婦人科学会. 精神疾患を合併した, 或いは可能

性のある妊産婦の診療ガイド: 各論編. 2021.
https://fa.kyorin.co.jp/jspn/guideline/kALL_s.pdf
12) 相良洋子. 周産期メンタルヘルスの重要性と日本産婦人科医会の取り組み. 女性心身医学. 26, 309-313, 2022.
13) 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　光田班報告　2017.11.27
14) 日本産婦人科医会 医療安全部/母子保健部. 関沢 明彦. (昭和大学医学部産婦人科学講座). 2023.11.8.
15) 手塚尚広. 山形県医師会雑誌　第824号　P34-35
16) 永光 信一郎､他. 特定妊婦の実態調査とその出生児の転帰に関する研究　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)
17) 中板育美、佐野信也：産後の母親のうつ傾向を予測する妊娠期要因に関する研究　子ども虐待防止の視点から　小児保健研究 71 (5)、737－747 (2012)
18) 人口統計資料集：国立社会保障・人口問題研究所.
https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2023RE.asp?chap=0［閲覧：2024.2.27］
19) 令和3年度出生に関する統計の概況 2 出生動向の多面的分析：厚生労働省
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyu/syussyo07/dl/02.pdf［閲覧：2024.2.10］
20) 乳児家庭全戸訪問事業ガイドライン：こども家庭庁
https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/fdf4848a-9194-4b7c-b228-1b7ed4847d58/75c0cf1f/20230401_policies_jidougyakutai_hourei-tsuuchi_100.pdf［閲覧：2024.2.10］
21) 令和元年度子ども・子育て支援推進調査研究事業　産婦健康診査におけるエジンバラ産後うつ病質問票の活用に関する調査研究報告書：三菱ＵＦＪリサーチ&コンサルティング
https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000757461.pdf［閲覧：2024.2.10］

22）乳幼児健診について：こども家庭庁
https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/ce28e632-7504-4f83-86e7-7e0706090e3f/5a476375/20231122_councils_shingikai_seiiku_iryou_tWs1V94m_07.pdf［閲覧：2024.2.10］
23）母子保健事業報告年報令和４年度版：東京都福祉保健局少子社会対策部家庭支援課　pp37-50,2023［閲覧：2024.2.10］
24）１か月児及び５歳児健康診査支援事業について：こども家庭庁
https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/4dfcd1bb-0eda-4838-9ea6-778ba380f04c/f5fc5951/20240105_policies_boshihoken_tsuuchi_2023_74.pdf
25）初めて来院する赤ちゃんの保護者の方へ：日本小児科医会
https://www.jpa-web.org/dcms_media/other/子育て支援のための問診票（乳児期前半用）.pdf［閲覧：2024.2.10］
26）Bright Futures 4th ed.：American Academy of Pediatrics　(2017)
27）正常ですで終わらせない！子どものヘルス・スーパービジョン：坂下和美、東京医学社（2017）
28）子どものためのサイコソーシャルアプローチ：五十嵐隆　監修、東京医学社（2020）

母体保護法に関するワーキンググループ報告

・都道府県医師会における母体保護法指定医師制度運用に関するアンケート

母体保護法に関するワーキンググループ報告

１．ワーキンググループ設置の経緯

母体保護法に示す指定医師は、各都道府県医師会が指定することになっている。またその運用は各都道府県医師会が定める「指定医基準」に則って行われている。昨今、各県における運用に相違があるのではないか、同意についての考え方などについても違いがあるのではないか等疑義が生じてきたこと、新たに経口妊娠中絶薬が上市されることになったことから全国的な運用について整理する必要が生じてきたこともあり、母子保健検討委員会の中に「母体保護法に関するワーキンググループ」として令和５年１月 31 日に設置され令和５年２月 15 日第１回委員会が開催された。

２．活動の概要

1）委員会の開催

① 令和 5 年 2 月 15 日

② 令和 5 年 3 月 14 日

③ 令和 5 年 6 月 28 日

④ 令和 5 年 10 月 6 日（全国担当理事連絡協議会）

⑤ 令和 6 年 2 月 27 日

2）各都道府県医師会に対してのアンケート調査

母体保護法ならびに同法による指定医制度については各都道府県医師会において、それぞれ独自に行われているが、各県の取り組み状況や問題点を把握する目的で実施した。

調査対象：各都道府県医師会

回答期間：令和５年５月 26 日～令和５年６月 15 日

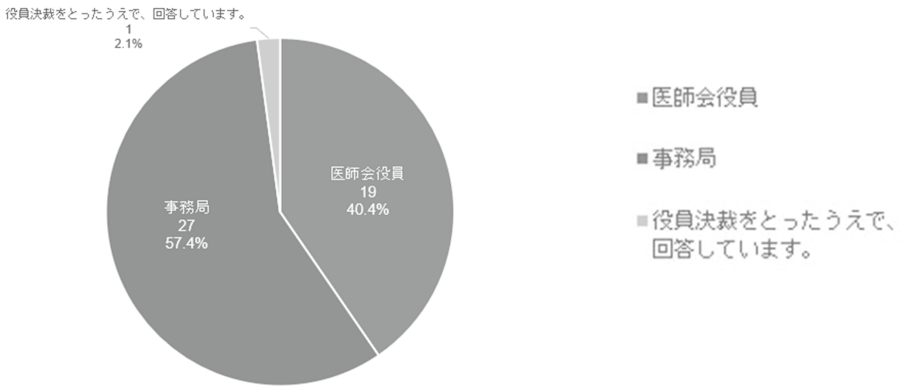
回答方法：Google フォーム

アンケート設問と回答の分析

1．都道府県医師会名を選択してください。

回答数：47（回答率100％）

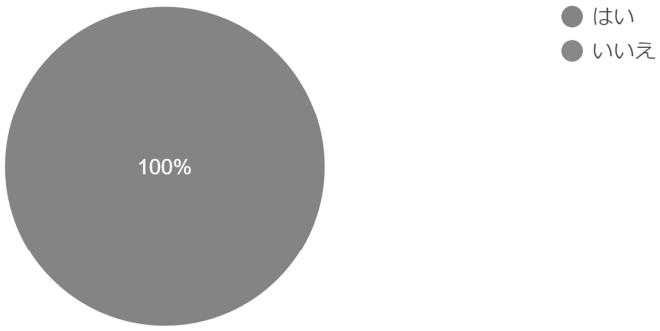
2．回答される方の属性を教えてください。



1

3．母体保護法指定医師制度を担当する役員はおられますか。

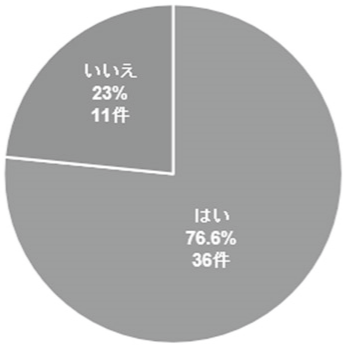
47 件の回答



2

４．母体保護法指定医師の指定基準は日医モデルと同じ内容ですか。（例：研修期間中の症例数等）

47 件の回答



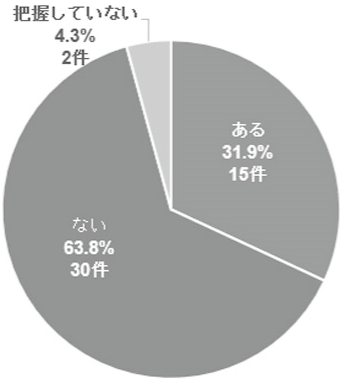
● はい
● いいえ ➡ 具体的な変更点を簡潔に記入してください。

◆ 23%（11医師会）で日医モデルと異なると回答したが、大きく異なる医師会はなかった。

3

５．現在、母体保護法の運用上問題になっている事例はありますか。
（例：研修・異動に関する他都道府県医師会との連携、報告に関する事務的な問題等）

47 件の回答



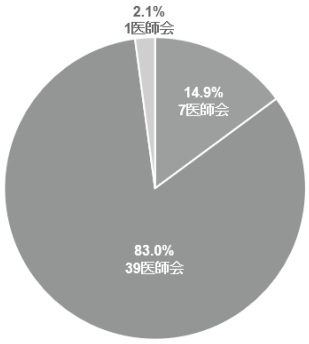
● ある ➡ 可能な範囲で記載してください
● ない
● 把握していない

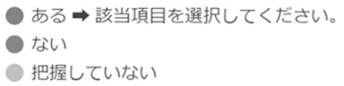
◆ 「ある」と回答したのが31.9%（15医師会）
ほとんどは異動など事務的な問題

4

6．過去５年間、母体保護法指定医師の取り消し等の事例はありますか。

47 件の回答



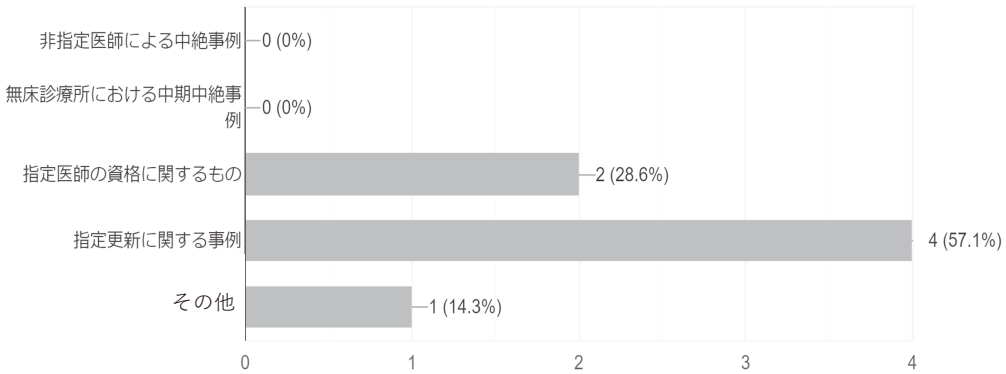


◆ 取り消しなどの処分が実施されたのは14.9%（7医師会）

5

６．過去５年間、母体保護法指定医師の取り消し等の事例（理由）

7 件の回答



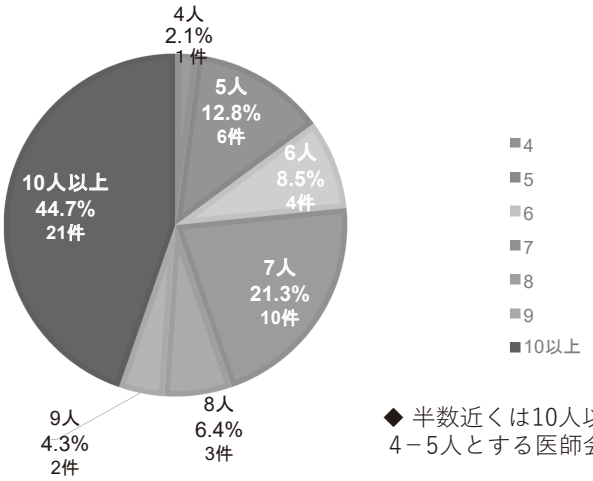
※主な理由は、指定医師の更新要件（研修会未受講）の不備、設備指定の不備、届け出書類の不実記載など
（「ある」と回答した７医師会への聞き取り）

◆ 心配された他施設での中絶例、無資格者の中絶例はなかった。

6

7. 母体保護法指定医師審査委員会のメンバー構成を教えてください。（回答時点）

① 母体保護法指定医師審査委員会メンバーの人数

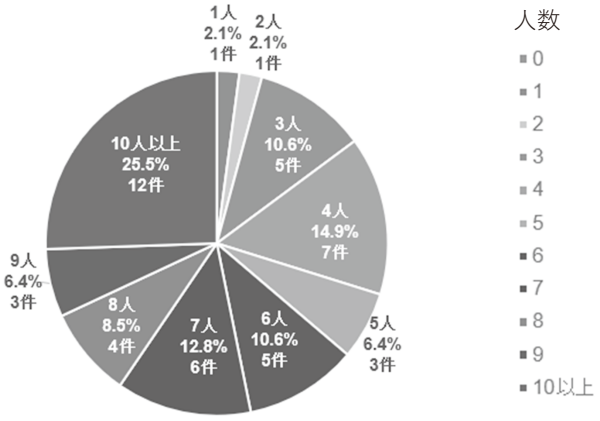


◆ 半数近くは10人以上
4－5人とする医師会も7医師会存在した

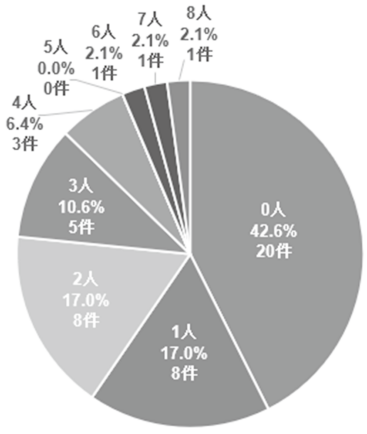
7

7. 母体保護法指定医師審査委員会のメンバー構成

② 産婦人科の医師



③ 産婦人科以外の医師



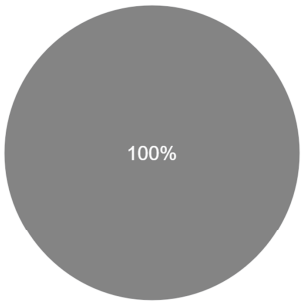
④ 弁護士資格を有する法律家：４件
⑤ その他：５件（行政関係者、担当課課長、不服審査委員会が開催される場合に弁護士が入るなど）

◆ 産婦人科医は最低1人は参加、多くは5人以上

8

8．母体保護法指定医師の名簿管理を行っていますか。

47 件の回答

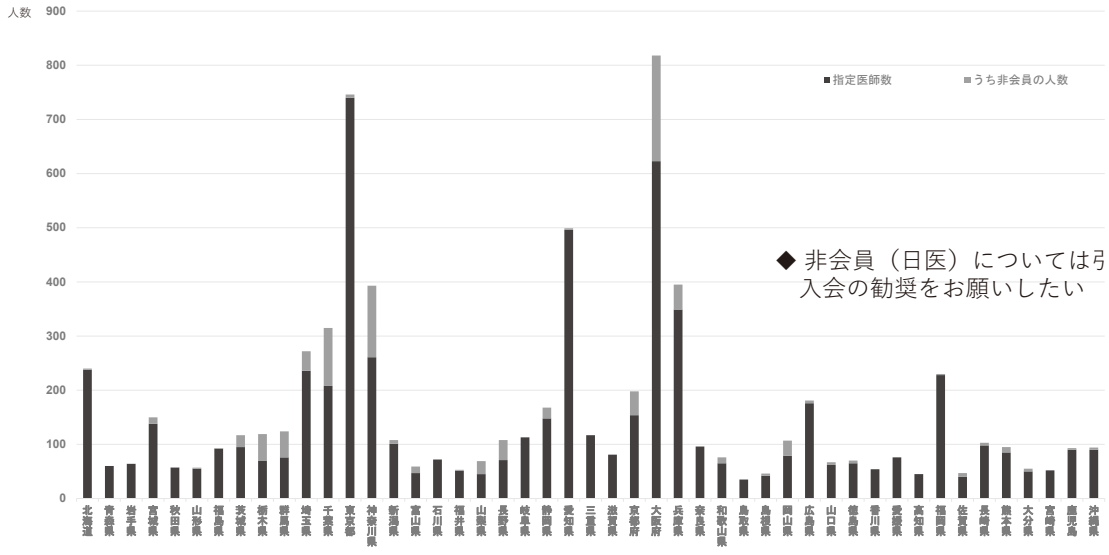




◆ 指定医師は100％名簿管理されていた

9．母体保護法指定医師数等を把握している範囲で教えてください。

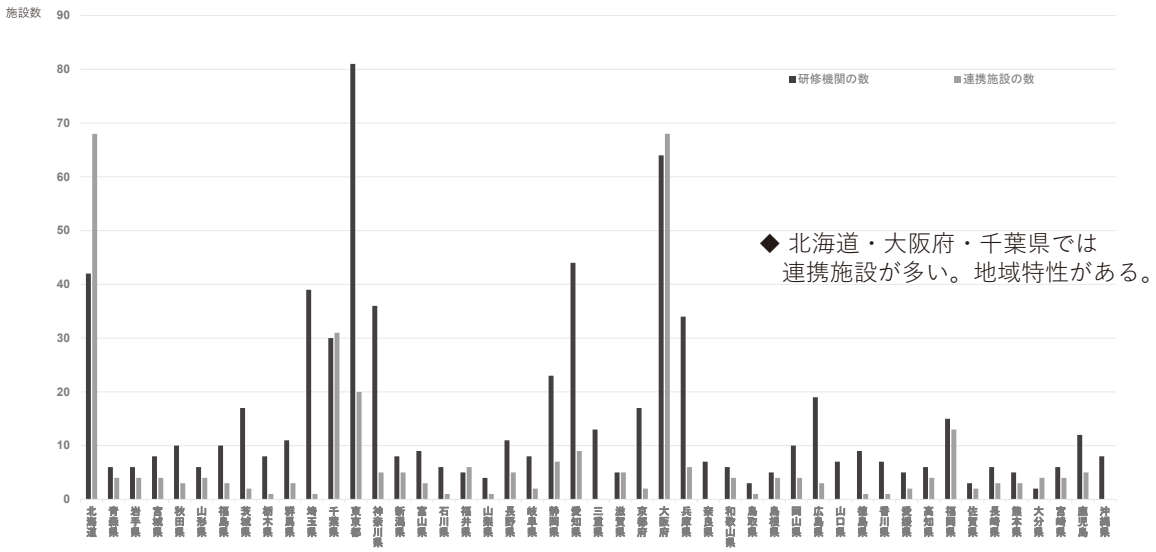
① 母体保護法指定医師の人数



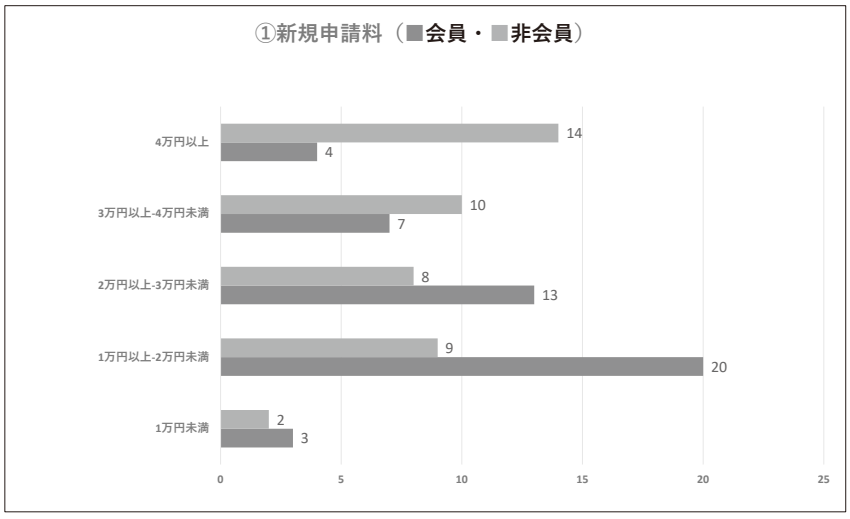
◆ 非会員（日医）については引き続き入会の勧奨をお願いしたい

9．母体保護法指定医師数等を把握している範囲で教えてください。

② 指定医師研修機関および連携施設の数

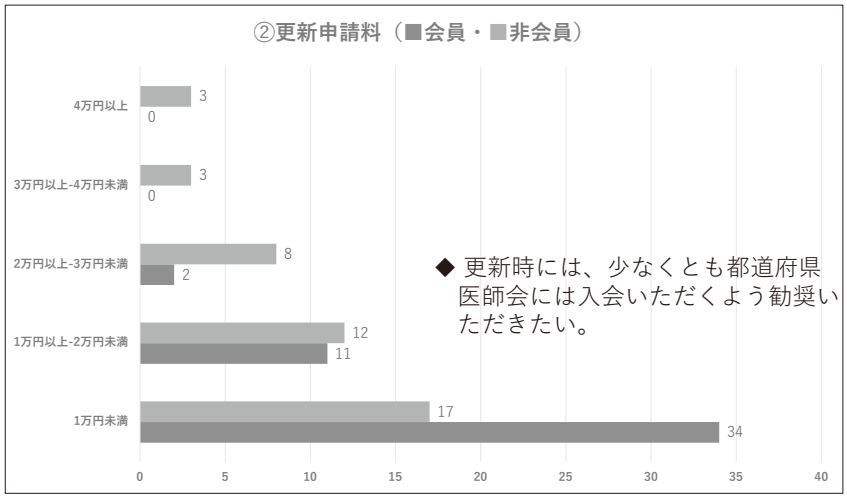


10．母体保護法指定医師制度の各種手続きや研修会の費用について教えてください。（追加質問）
①新規申請料　②更新申請料　③研修会受講料（会員、非会員別）



12

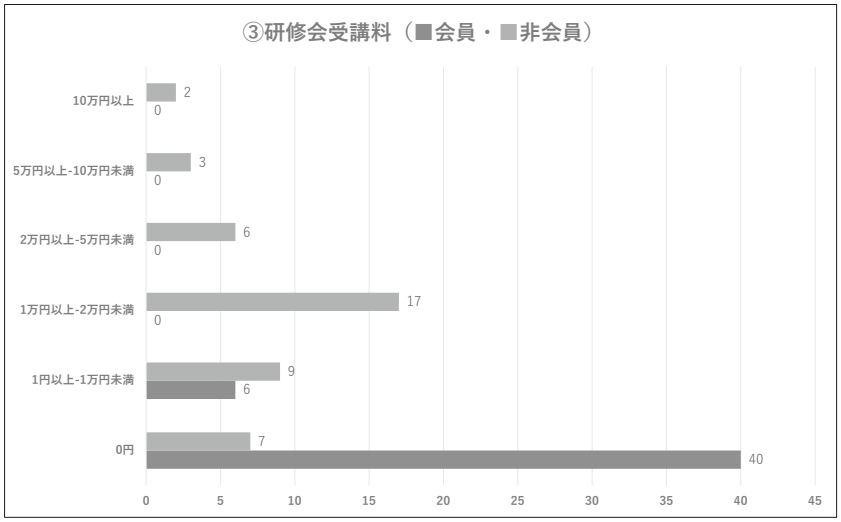
10. 母体保護法指定医師制度の各種手続きや研修会の費用について教えてください。（追加質問）
①新規申請料　②更新申請料　③研修会受講料（会員、非会員別）



◆ 更新時には、少なくとも都道府県医師会には入会いただくよう勧奨いただきたい。

13

10. 母体保護法指定医師制度の各種手続きや研修会の費用について教えてください。（追加質問）
①新規申請料　②更新申請料　③研修会受講料（会員、非会員別）



14

指定基準日医モデルとの違い・母体保護法の運用上の問題点

◆指定医研修会
　他県での受講・・全国統一化はできないか？
　コアカリキュラム（①生命倫理に関するもの、②母体保護法の趣旨と適正な運用に関するもの、③医療安全・救急処置に関するもの）を分割して受講

◆研修機関、連携施設の要件
　3年間の平均数症例数で判断する
　連携施設で施術できる医師の条件
　研修機関・連携施設の双方の承諾

◆新規指定の場合の要件
　担当役員の現地視察

15

指定基準日医モデルとの違い・母体保護法の運用上の問題点

◆異動時の対応
・郡市区医師会との連携
・県境付近の病院に隣県の大学から派遣される場合
・異動手続きが煩雑

◆更新時の問題点
・更新時期が都道府県により異なる
・資格取得後２年または特定時期か？
・産休、病欠、留学などの対応

◆非会員の対応
・新規申請、更新時費用、講習会受講料の差別化

◆前任地での資格停止処分をどのように把握するか
・本人の同意を得て、前任地へ照会

16

指定基準日医モデルとの違い・母体保護法の運用上の問題点

◆施設に関する問題点
・すでに指定を受けている施設が同一都道府県から異動した場合の手続きの簡素化
・矯正施設の入院施設において中絶手術が必要な場合の例外的な対応

◆毎月の中絶報告書
・産休、病気、留学中の取り扱い

◆他県の前任地退職から新規申請までの時間的許容範囲

◆指定医師取り消しに関する基準

◆同意取得に関する相談窓口の設置

17

母体保護法に関するWGで検討している事項

※母子保健検討委員会内にWG設置（R５.1.31）



- 指定医師の指定基準モデルの改定について（特に「技能」の項目）
- 配偶者同意に関する事項
- メフィーゴパックの運用上の問題点
- 問題事例の検討、日本産婦人科医会との連携・・・窓口の設置
- 指定医師の資格停止に関する不利益処分に関する件
- 多胎妊娠に対する母体保護法の適用・胎児条項についての検討（倫理上の問題も含めて）

18

日医発第 429 号(健Ⅱ)
令和５年５月２６日

都道府県医師会担当理事　殿

日本医師会常任理事
渡　辺　弘　司
(公印省略)

都道府県医師会における母体保護法指定医師制度運用に関する
アンケート調査の実施について

貴会におかれましては、母体保護法指定医師の適正な運用にご尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

今般、標記アンケート調査を、別添のとおり実施することとなりましたので、ご連絡申し上げます。

本アンケート調査は、今期の本会母子保健検討委員会 母体保護法に関するワーキンググループ（WG委員長：落合和彦東京都医師会理事）の中で母体保護法に関する諸問題を検討していることから、都道府県医師会における母体保護法の運用の現状等を把握するため行うものです。

つきましては、会務ご多端の折誠に恐れ入りますが、本アンケートの趣旨をご了解いただき、ご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

また、貴会の母体保護法指定医師指定基準について、日医モデルの内容と変更点がありましたら、健康医療第二課(k2@po.med.or.jp)宛てお送りくださいますよう、重ねてお願い申し上げます。

都道府県医師会における母体保護法指定医師制度運用に関するアンケート実施要綱

1．目的

母体保護法指定医師は各都道府県医師会が指定しており、各都道府県において適正に運用されております。今般、各都道府県医師会の取り組み状況や問題点を把握するため、母体保護法指定医師制度の運用について、本アンケートを実施いたします。

2．調査対象

都道府県医師会

3．回答方法

Webによる回答（Google フォーム）

https://forms.gle/MHmJt8HutYq34cYQ6

4．回答締切

令和５年６月15 日（木）

5．問い合わせ先

日本医師会健康医療第二課（03-3942-8181、k2@po.med.or.jp ）

Google フォームを用いたアンケートです。Web により回答願います。

母体保護法指定医師制度運用に関するアンケート調査

母体保護法指定医師は各都道府県医師会が指定しております。今般、各都道府県医師会における母体保護法の運用上の問題点についてお伺いいたします。

「母体保護法指定医師制度がどういう形で運用されているか」についての重要な調査ですので、何卒よろしくご協力のほどお願い申し上げます。

1．都道府県医師会名を選択してください。

2．回答される方の属性を教えてください。

□　医師会役員
□　事務局
□　その他（　　）

3．母体保護法指定医師制度を担当する役員はおられますか。

□　はい
□　いいえ

4．母体保護法指定医師の指定基準は日医モデルと同じ内容ですか。（例：研修期間中の症例数等）

□　はい
□　いいえ　➡　具体的な変更点を簡潔に記入してください。
※日医モデルと変更点がありましたら貴会指定基準を健康医療第２課（k2@po.med.or.jp）宛お送りください。

5．現在、母体保護法の運用上問題になっている事例はありますか。（例：研修・異動に関する他都道府県医師会との連携、報告に関する事務的な問題等）

□　ある　➡　可能な範囲で記載してください。
□　ない
□　把握していない

Google フォームを用いたアンケートです。Web により回答願います。

6. 過去５年間、母体保護法指定医師の取り消し等の事例はありますか。

□　ある　➡　該当項目を選択してください。
　□　非指定医師による中絶事例
　□　無床診療所における中期中絶事例
　□　指定医師の資格に関するもの
　□　指定更新に関する事例
　□　その他
□　ない
□　把握していない

7. 母体保護法指定医師審査委員会のメンバー構成を教えてください。（回答時点）

人数　（　　）名
・産婦人科の医師（　　）名
・産婦人科以外の医師（　　）名
・弁護士資格を有する法律家（　　）名
・その他（　　）

8. 母体保護法指定医師の名簿管理を行っていますか。

□　はい
□　いいえ

9. 母体保護法指定医師数等を把握している範囲で教えてください。（回答時点）

・指定医師数　（　　）名　（うち非会員　　）名
・研修機関数　（　　）
・連携施設数　（　　）

10. 母体保護に関して、ご意見等がございましたらご記入ください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。