

令和6・7年度

母子保健委員会答申

もっとつながる、しっかり見守る、ずっと支える  
福岡県の母子保健を目指して

令和8年1月

福岡県医師会母子保健委員会

令和8年1月15日

福岡県医師会  
会長 蓮澤浩明様

母子保健委員会  
委員長 藤 伸裕

## 答 申

母子保健委員会では、貴職からの諮問『もっとつながる、しっかり見守る、ずっと支える福岡県の母子保健を目指して』について鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

母子保健委員会

委員長 藤 伸裕  
副委員長 黒川美知子  
委員 石崎 義人  
委員 石田 清  
委員 稲光 毅  
委員 川越信一郎  
委員 河野 雅洋  
委員 古賀 豊  
委員 坂井 和裕  
委員 佐々木宏和  
委員 田尻 友子  
委員 永光信一郎  
委員 蜂須賀正紘  
委員 姫野恵理子  
委員 古江 健樹  
委員 光永 法子  
委員 山下 洋  
(五十音順)

## — 目 次 —

I. はじめに	1
II. 「健診及び子育て支援の充実に向けた取り組み」	2
1. 1 か月児健診及び5歳児健診体制の構築	2
(1) 1 か月児健診体制の構築	2
(2) 5歳児健診体制の構築	8
(3) 総括	11
2. 産後ケア事業の充実	15
(1) 福岡県における今後の展望	15
(2) 産婦人科医療機関における産後ケアの実際	18
III. 「母子のメンタルヘルス対策」	22
1. こども家庭センターを中心とした多職種連携体制の構築・評価	22
(1) こども家庭センターの機能	22
(2) こども家庭センターの実施状況等について	24
(3) 多職種連携体制の望ましい在り方	25
2. 妊産婦のメンタルヘルスに関するネットワーク	28
(1) ネットワークの必要性	28
(2) 福岡県における今後の方向性	31
IV. おわりに	34

## I. はじめに

福岡県医師会母子保健委員会の令和6・7年度のテーマは『もっとつながる、しっかり見守る、ずっと支える福岡県の母子保健を目指して』である。

内容としては以下の2点について現状調査及び課題の検討を行った。

1. 健診及び子育て支援の充実に向けた取組み
2. 母子のメンタルヘルス対策

令和2年12月にこども家庭庁が発足して以来、母子にかかわる施策はかなり進んだといっているだろう。特に令和6年度においては1か月児健診、5歳児健診についてこども家庭庁が予算付けを行い、公費負担での実施について各市町村での実施を呼びかけている。市町村により、取り組むべく課題が多々であり、いまだ足並みはそろっていないのが現状であるが、本県一体として推進していけるような体制づくりが必要とされている。

産後ケアについても多くの利用希望者がいる中、施設の運営は必ずしも潤沢ではなく、財政面でもリスク管理においても難しい点が多い。実施主体である市町村と県が連携し、安定した運営に関して、今以上に県が関わることを課題である。

妊産婦のメンタルヘルスに関しては多職種連携とともに、コアとなる拠点の設置を含めた広域でのネットワークづくりが必要であろう。また、既に取り組んでいる市町村のようなモデルケースを参考として母子ケアユニットの市町村としての設置への働きかけが望まれる。

今後も妊娠中からの切れ目ない母子支援を行っていくためには県行政と各市町村、県医師会と専門団体等が協働して課題解決に向けて取り組んでいく事が必要と思われる。

## Ⅱ. 「健診及び子育て支援の充実にに向けた取組み」

### 1. 1 か月児健診及び5 歳児健診体制の構築

#### (1) 1 か月児健診体制の構築

##### 1) 小児科医の立場から

1 か月児健診の目的は、「早期に発見し、介入することにより疾病予後の改善が見込まれる身体疾患が顕在化する時期である1 か月児に対して健康診査を行い、疾病及び異常を早期に発見し、適切な指導を行うことで、その進行を未然に防止するとともに、養育環境を評価し、保護者への育児に関する助言を行い、もって乳児の健康の保持及び増進を図ること」とされている。

1 か月児健診で行う具体的項目としては、こども家庭庁成育局長通知（令和5年12月28日付）で挙げられているように、以下の6つがある。

- ・身体発育状況
- ・栄養状態
- ・疾病及び異常の有無
- ・新生児聴覚検査、先天性代謝異常検査の実施状況の確認
- ・ビタミンK<sub>2</sub>投与の実施状況の確認及び必要に応じて投与
- ・育児上問題となる事項

ここでは、小児科医の立場から1 か月児健診の現状と問題点及び今後の課題等について述べる。

#### ① 1 か月児健診の現状

令和6年の県内の出生場所別の出生数をみると、病院が34.9%、診療所が64.4%で、この割合は近年大きく変わっておらず自宅やその他の場所での出生は減少傾向にある。令和6年は以下の表1の通り。

表1：令和6年福岡県及び福岡市、北九州市の出生場所別の出生数（人口動態調査）

	施設内				施設外		
	総数	病院	診療所	助産所	総数	自宅	その他
福岡県	32195	11253	20780	162	85	39	46
	99.7%	34.9%	64.4%	0.5%	0.3%	0.1%	0.1%
福岡市	11453	3680	7738	35	14	11	3
	99.7%	32.1%	67.5%	0.3%	0.1%	0.1%	0.0%
北九州市	5235	2670	2518	47	32	6	26
	99.4%	50.7%	47.8%	0.9%	0.6%	0.1%	0.5%

#### ア) 病院

分娩を取り扱っている産科・婦人科標榜の病院には全施設に小児科が併設されている。新生児集中治療室（NICU）等に小児科入院管理となった新生児の診療ならびに1か月児健診は小児科医が行っているが、健常新生児については1か月児健診を産科医が行っている施設もある。

#### イ) 診療所

母親の産後健診に併せて1か月児健診を行っている施設がほとんどである。健診に当たっては、小児科医が担っているところもあるが、産科医師が行っている診療所もある。健診において異常が見出された場合は、専門性のある総合病院小児科に紹介となることが多い。

#### ウ) 助産所、自宅出産

県内には12施設（令和2年度時点）（国調査；衛生行政報告例）の助産所が開設されている。分娩を取り扱う助産所の開設者（助産師）は、万が一の事態に備えて、嘱託医療機関との連携が不可欠となっている（医療法施行規則第15の2）。その場合の医療機関とは、「診療科名中に産科又は産婦人科及び小児科を有し、かつ、新生児への診療を行うことができる病院又は診療所（中略）」と定められている。1か月児健診については、医師による1か月児健診が行われていない、あるいは、提携医療機関の小児科医が行っているケースもあると思われる。

### ②問題点、課題

#### ア) 里帰り出産の場合

里帰り出産の多くは、1か月児健診を済まされてから自宅に戻られることが多いと思われる。しかしながら、それを待たずにお帰りになられるケースもある。その場合はかかりつけの産科医宛の診療情報提供書をお持ちになられて受診されることが多く、併せて児の1か月児健診を行っている。

#### イ) 助産所、自宅出産の場合

現在のところは、医師による1か月児健診が行われていないところもあると思われるが、今後は医師（多くは小児科医が担当することになると思われる）の監督下で実施する必要があり、近隣の医療機関との連携が必須となる。

#### ウ) かかりつけ医での健診を希望された場合

ごく稀ではあるが、かかりつけ小児科での健診を希望されるケースもある。

市町村によっては1か月児健診実施医療機関としての登録が必要な場合もあるが、こども家庭庁が示している1か月児健康診査マニュアルに沿った健診を実施する必要がある。

#### エ) 健診項目、内容、評価等の標準化

健診の種類は、原則として医療機関に委託して行う個別健診である。新生児診療の研鑽を積まれている医師であれば問題はないと思われるが、1か月児を含む乳児期早期の診療に不慣れな医師にとっては評価項目の標準化が必要と思われる。また、市町村によっては母子手帳とは別に新たな健診票（用紙）を策定する必要があり、こども家庭庁が作成した健診票を使って実施することが望まれる。

#### オ) 連携体制の必要性

医療機関において実施された健診の情報については、健診情報を自治体に速やかに提供することで、同時並行して行われている関連行政施策（新生児訪問指導、乳児家庭全戸訪問事業や伴走型相談支援）との情報統合や、それらの施策で実施される保健指導などでの活用が期待されるため、早期に連携体制を構築する必要がある。

### ③まとめ

こども家庭庁が作成した1か月児健康診査マニュアルにも示されている通り、1か月児健診の精度を高めるために、「十分な経験を有し、新生児・乳児の保健医療に習熟した医師により実施すること」が必要とされている。しかしながら、すべての産科医・小児科医が対応可能かという訳ではなく、なかには新生児や早期乳児の診療を敬遠される医師もおられるので、1か月児健診実施医療機関としての登録制度も検討する必要がある。

現在のところは、1か月児健診は医療機関ごとに個別健診の形で特に問題なく実施されていると思われる。県内の4地域にはそれぞれ新生児集中治療室(NICU)機能を持つ中核病院があり、新生児期早期から1か月児健診までの間に異常を見出された症例については、受け入れ態勢からその後のフォローアップまで担っていただいている。このように県内の各地域にはそれぞれの特性と専門性を活かした医療提供体制が構築されており、また周囲の医療機関との連携も密接である。多少の課題は存在するが、1か月児健診は現状を維持する形で十分に実施可能と考える。

## 2) 産婦人科の立場から

出生後1か月の時期は、母子ともに心身の大きな変化を迎える重要な時期であり、1か月児健診は、新生児とその家族にとって重要な節目となる医療的チェックポイントである。出産後の母子に対する産婦人科医の役割は多岐にわたり、身体的・精神的な変化を見守り、家族の不安を軽減し、児の健やかな成長を支える体制の構築は、産婦人科医の専門性と責任感に大きく依存している。本稿では、産婦人科医の視点から1か月児健診体制の現状と課題、そして理想的な体制構築に向けた提言を論じることとする。

### ① 1か月児健診の現状

1か月児健診は総合病院であれ、産婦人科診療所であれ、分娩した施設で行われることが一般的である。病院であれば同施設の小児科医が、診療所や助産所では提携小児科医に依頼しているところもある。診療所では産婦人科医が1か月児健診を行っていることが多いが、助産所では医師による1か月児健診が行われていないところもあると思われる。診療所や助産院の場合には、母親の診察と同時に1か月児健診を行うことが多く、特に退院後のフォローとして、母親と新生児の両方をまとめて診ることが可能なので、母親に利便性を提供できることが特長である。

### ② マニュアルに基づいた1か月児健診

#### ア) 産婦人科医への影響

近年、1か月児健診における質の均一化と安全性向上のため、標準化された健診マニュアルの必要性が高まり、実践的で分かりやすい1か月児健診マニュアルが作成された。マニュアルは健診内容の標準化による全国的な質向上、見落とし防止のためのチェックリスト活用などに有意義であるが、それに伴い産婦人科医には新たな課題や精神的負担が生じる可能性も出てきた。マニュアル化が進むことで、健診時の注意点や確認事項が明確になり、一見すると安全性や効率が向上したように見える。しかし、産婦人科医は乳児医学や発達評価について体系的なトレーニングを受けていないことが一般的であり、健診の質や発見力に差が生じることが懸念される。マニュアルが作成されたために、現場の産婦人科医にとっては「見落としがあってはならない」という強いプレッシャーが生じることも十分考えられる。特に小児特有の疾患や微細なサインは、産婦人科医にとって診断が難しい場合も多く、不安や負担を増幅させる可能性がある。心労の背景には、健診対象となる新生児の状態把握の困難さ、責任の重大さによる精神的ストレス、医療訴訟やトラブルへの懸念、小児科的知識の不足に対する不安などがあげられ、こうした状況は、産婦人科医の精神的負担

を大きくし、医療現場の働き方にも影響を及ぼしかねない。「新生児・乳児の保健医療に習熟した医師により実施する」と書かれたマニュアルを見て、1か月児健診を小児科医に任せたいと考えた産婦人科医は少なくないと思われる。

#### イ) 小児科医との連携

小児科医は小児疾患や新生児の発達に関して専門的な知識と経験を持っており、小児科医による1か月児健診は、よりの確な評価やフォローアップが期待できる。今後は医療体制の見直しや役割分担の明確化が求められると予想されるので、1か月児健診を小児科医が担当する体制を積極的に導入することが望まれる。産婦人科医と小児科医、さらに市町村が連携しながら、乳児とその家族にとって最善の医療を提供できる仕組みを構築することが重要である。小児科医が常駐する総合病院であれば現行の1か月児健診と変わらないが、産婦人科診療所の場合にはどのように小児科医が関わってくるか解決しなければならない課題がある。第一に乳児の身体所見取得に習熟した小児科医人材確保の問題である。地域によっては1か月児健診を担う小児科医の確保が難しく、健診の実施体制にばらつきが生じる可能性がある。第二に健診費用の問題である。1か月児健診の費用は市町村によって異なり、公費負担額が低い場合には医療機関が赤字となりやすく、健診を引き受ける医師や施設が減少する恐れがある。さらに1か月児健診を小児科医が行う場合、分娩と関係のない小児科施設で行う、あるいは分娩した産婦人科施設に小児科医が出向して行うという二つの選択がある。母親の利便性を考慮し、産婦人科施設に小児科医が出向する場合を想定すると、通常の健診費用に加えて出向に伴う交通費や人件費、診察時間の確保など追加のコストが発生することになる。市町村による費用助成は、財政状況や医療資源の分布によって大きく異なるが、1か月児健診体制の構築に向けて健診費用の全額を市町村が負担し、無料で受診可能とすること、および小児科医の出向にかかる交通費・謝金・手当等も、市町村の予算から支出していただくことを希望する。

#### ③ 1か月児健診体制の構築に向けて

1か月児健診体制の構築には、産婦人科医の専門性を活かした多職種連携、標準化された健診内容、家族全体への支援、市町村による運営支援など多様な要素が求められる。医療資源の偏在や人的不足という課題を克服し、すべての新生児と家族が安心して健診を受けられる体制の実現に向けて、今後も現場の声を反映しつつ、社会全体で健診体制の質向上に取り組む必要がある。1か月児健診体制の構築には、標準化されたマニュアルの活用と、多職種連携による柔軟な実施体制が欠かせない。産婦人科医による一貫したケアと小児科医との連携を軸に、す

べての新生児と家族が安心して健診を受けられる環境づくりを目指すことが求められる。そのためには、現場の産婦人科医、小児科医、市町村が中心となり、地域全体で支援するネットワーク型医療体制の実現が不可欠である。ICT などの新しいサービスを活用しながら、誰一人取り残さない母子保健システムの構築を目指していく必要がある。1 か月児健診体制の充実、将来の本県の健康な社会基盤を築く大きな一歩になると思われる。

### 3) 行政の立場から

#### ①福岡市における1 か月児健診体制の構築

福岡市では、令和7年9月1日より、1 か月児健診を開始した。令和6年2月より、福岡市医師会より推薦して頂いた産婦人科医、小児科医と意見交換会を実施し、協議を重ね、問診票・健康診査票については、小児科医会および産婦人科医会の意見をふまえ、こども家庭庁例示のものを一部改変して作成した。また、1 か月児健診実施後の紹介先医療機関（フォロー体制）、行政への連絡体制（各区保健福祉センターへ連絡票送付）についても、福岡市の実情に即した最適なあり方を検討し、実施することとした。

#### ②医療機関から行政への情報共有および連携

1 か月児健診を含む乳幼児健診では、児の診察のみならず、発育・発達や育児状況などについて総合的に判断し、状況に応じた支援を行うとともに、健診実施医療機関での経過観察のほか、その内容に応じて他機関との連携も必要である。

健診後、何らかの支援が必要なケースについては、ア) 健診実施医療機関で継続支援をする、イ) 他医療機関に紹介状を発行し支援を依頼する、ウ) 行政に支援を依頼するの3つの対応が考えられる。

行政に連絡するかどうかは、健診の結果や育児の状況、児の発育発達等の情報を元に健診実施医療機関が判断する。行政がすでに支援を行っているケースもあるが、介入が難しかったり拒否的であったりする場合には支援が行えていない場合があり、これまでも健診受診をきっかけに支援につながった事例もある。

現在、福岡市では、産婦人科医療機関より行政に連絡する場合、母子保健支援連絡票を用いて、区保健福祉センターに情報提供を行っている。1 か月児健診でも同様の母子保健支援連絡票を用いた連絡体制を整備する予定であるが、支援の緊急度に応じて電話連絡を行うなど、円滑に支援が開始できるよう配慮が必要である。

#### ③行政から医療機関への情報共有および連携

保健師等が継続的に支援している（支援予定や中断含む）対象児については、

必要に応じて医療機関と情報共有を図る場合がある。

乳幼児健診は、児の全身状態や保護者の様子などについて確認できる機会であることから、家庭訪問等で状況把握が難しい家庭について、健診受診やその後の円滑な支援につなげることを目的に情報共有を図ることもある。その際は、基本的に保護者の同意が必要となるが、児の状況が確認できない等、生命、身体等の保護のために必要がある場合は、保護者の同意が得られない場合にも情報共有を図り、状況把握および連携を依頼することもある。

#### ④継続的な支援の実施

1か月児健診を含む乳幼児健診の機会においては、すでに孤立している親子だけではなく、孤立する可能性のある親子（予備軍）を把握し、活用可能な地域の資源につないで孤立を予防することが期待される。行政が妊娠期や出産後から支援を行っている場合もあるが、健診は、他の医療従事者の視点で対象者を捉えるよい機会であり、保護者の気持ちや育児状況などについてその場で聞き取りを行い、必要に応じて母子保健に関する事業を紹介するほか、他機関と連携する視点を持つことが大切になる。

各区保健福祉センターでは、健康課・地域保健福祉課・子育て支援課が連携を図り、『こども家庭センター』として妊娠期から子育て期までの切れ目のない支援を行っている。具体的には、保健師等による電話や訪問での状況確認、母子保健事業などへの参加勧奨、利用可能なサービスの紹介等を行い、地域で安心して子育てができるよう支援を行っている。

#### ⑤まとめ

以上のように、1か月児健診は医学的な健康支援だけにとどまらず、育児環境支援、児童虐待予防も重要な目的であることから、1か月児健診体制の構築に健診実施医療機関と行政との連携協力は必要不可欠である。

### (2) 5歳児健診体制の構築

多くの市町村では、法定健診である3歳児健診以降、就学時健診まで健診が実施されていなかったが、乳幼児への切れ目のない母子保健を提供するため、小学校入学前に子どもの成長や発達、生活習慣を確認し、就学に向けて必要な支援に繋げることを目的とした5歳児健診が、国庫補助事業として開始されることとなった。

5歳児は、言語の理解能力や社会性が高まり、発達障害が認知される時期であり、保健、医療、福祉による対応の有無が、その後の成長・発達に影響を及ぼすと言われている。

この時期の子どもを観察し、就学に向けて地域でのフォローアップ体制を構築するため、5歳児健診の実施が奨励されている。

5歳児健診で行う項目は、以下の6つである。

- 1) 身体発育状況
- 2) 栄養状態
- 3) 精神発達の状況
- 4) 言語障害の有無
- 5) 育児上問題となる事項の確認（生活習慣の自立、社会性の発達、しつけ、食事、事故等）
- 6) その他の疾病及び異常の有無

5歳児健診の特徴は、個人の成長や発達を診察するだけでなく、集団における立ち振る舞いを評価することで、社会的な発達の状況を把握することにある。これは発達障害等のスクリーニングにつながるだけでなく、遊びや人間関係の豊かさ、子どもと家族の地域社会とのつながりなど健康の社会的決定要因を把握することにもつながる。

さらに、この時期には、学童期及び思春期に課題となるメディアの利用、生活リズム、食習慣・運動習慣などを確認し、適切な生活習慣等を身につけるための健康教育、保健指導が重要となる。

こうした支援が学童期にも切れ目なくつながるよう、5歳児健診の結果を踏まえ、就学に向けて必要な支援を提供する地域のフォローアップ体制を構築するとともに、健診結果やその後の支援の状況等の必要な情報を精査するとともに学校や教育委員会等に引き継いでいくことも重要と考えられる。

## 1) 福岡県における現状と課題

### ① 実施状況

県がとりまとめたアンケート結果から、健診を実施している市町村は5%程度で「実施予定がない」「目途が立っていない」という状況が非常に多く、令和7年度からの実施予定は10市町村となっている。

北九州市は個別健診であるため、すぐに取り組むのは難しい、筑豊・筑後の方でも、すぐに取り組むのは難しいということだった。

福岡市は、初めから5歳児全員に対して実施するのではなく、実際の健診内容、流れ、スタッフの配置、その後の支援といったものをモデル事業として実施して検証し、最適な健診体制を構築していくこととした。令和7年度は6月から12回の健診で、中央区・早良区・東区在住の希望者を対象として、500名程度の予定で開始した。5月に募集を開始した9月までの予約枠は速やかに埋まり保護者の関心の高さが伺えた。

巡回と園医のハイブリッド形式で開始した大野城市では、保育士が今まで気

になっていた子どもたちを医療や行政につなぐことができるようになり喜んでいる、という情報提供があった。

宗像市では、平成24年度から発達障害早期発見事業の拡充として5歳児健診を実施しており、その実施方法について情報提供があった。医師会、保育所連盟、幼稚園連盟、行政で、スムーズに意見が一致して実施に至ったということ、実施方法についても、様々な工夫をしている。

こども家庭庁が令和6年度分をまとめた現在の補助金申請状況では、令和5年と令和6年の比較をみると5歳児健診に関しては60の市町村中、3%から13%となっており、伸びが非常に悪いということが伺える。

そのような中、先日開催された小児保健協会主催の保健師対象のセミナーには多くの保健師が参加し、多くの市町村が健診実施の準備を進めていることも伺えた。今後も小児科医会や小児保健協会が他職種を対象とした研修会を計画しており、参加を支援する仕組みも必要と思われる。

## ② 事業評価

小児科医からは、5歳児健診は地域、市町村を超えて保育所等に通っている児童も一定数いることから、周囲の市町村が足並みをそろえて実施した方が良いのではないかという意見があった。

行政の方からは、集団健診のやり方や工夫に試行錯誤している、予算が課題となっているという意見があった。

また、成果については、3歳児健診以降、就学時健診までの2年間を補う健診となっており、早期の相談や療育につながることで、安心して就学を迎えられる体制が整っているという非常にいい結果が得られているという報告があった。

## ③ 今後の課題

開始したいが目途が立っていない、もしくは予定のない市町村が多く、県からある程度方向性を示していただけると、市町村も進めやすくなるを考える。本県でも他都道府県と同様に小児科医会、大学病院、こども病院からなるコンソーシアム会議が設置されることで、今後の1か月児健診および5歳児健診の推進に大きな役割を果たすことが期待される。こども家庭庁の「5歳児健診ポータルサイト」も参考に、今後さらに健診の実施率を上げる取組みが必要である。

## ④ まとめ

5歳児健診の実施方法については、各市町村の健診体制についての具体例が

先述のポータルサイトに順次公開されており、市町村の規模に応じて参考にできるようになった。健診医の確保が困難という課題については、当面の間は発達等に課題のある幼児等を対象に健診を実施することが可能という通知があり、二段階方式での対応でよいこととなった。健診において所見が認められた場合に地域のフォローアップ体制に係る課題があるが、福祉面においては児童発達支援センターとこども家庭センター等の連携を強化すること、教育面においては保育所・幼稚園・認定こども園・学校・教育委員会等と情報共有し、個別の支援に配慮することなどにより課題解決を目指す。いずれにおいても市町村・医療関係・保育所や学校等に求められるそれぞれの役割を果たすことが重要である。

### (3) 総括

#### 1) 1か月児健診

##### ① 実態調査の必要性

1か月児健診は、母子保健法に定められた市区町村の事業である3～4か月児健診などとは異なり、これまで多くの場合は医療機関において任意で、保護者の自己負担で行われてきた。今後、1か月児健診の実施主体は市区町村となるが、その内容や実施方法は、国が示す基本的な項目はあるものの、健診内容の非標準化のため、健診の質にばらつきが生じる可能性がある。令和6年度こども家庭庁成育局母子保健課調査による「1か月児」健康診査支援事業の都道府県別交付決定状況は、全国1,741市町村中643市町村(37%)である。県内(60市町村)で交付決定された市町村数は、2市町村(3%)のみと本県は決定状況が極めて低い。県内における1か月児健診が、どこで、誰によって、どのように実施されているかの実態を早期に把握する必要がある。

##### ② 多領域診療科による連携体制の構築

1か月児健診の目的は、「早期に発見し、介入することにより疾病予後の改善が見込まれる疾病及び異常を早期に発見し、適切な指導を行うことで、その進行を未然に防止するとともに、養育環境を評価し、保護者への育児に関する助言を行い、もって乳児の健康の保持及び増進を図ること」としている。1か月児で発見される疾病には、生命にかかわる重篤な疾患(先天性心疾患、代謝疾患、胆道閉鎖症等)や、発育性股関節形成不全等の早期発見により侵襲的処置を回避できる疾患に加え、難聴、生殖器異常、眼科疾患、小児科系疾患等多岐に渡る。また、産後うつ、虐待、育児不安等の心理的・社会的健康課題への対応も必要とされる。これらの課題に適切に対応するためには、産科婦人科、小児科、新生児科を核としつつ、耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科、小児外科、形成外科、脳神経外科、精神

科など多岐にわたる診療科による連携が不可欠である。そこで医師会が中心となり、円滑な連携体制を協議・推進するための会議体を設置することを提案する。

### ③ 標準化と精度管理（質の向上）

実施医療機関や市町村によって、健診内容や判定基準にばらつきが生じないように、研修会等を定期的を開催して、健診内容の標準化を県内で整えていく必要がある。1か月児健診問診票についても、令和5年12月にこども家庭庁から発出された問診票（図1）を共有し、将来の母子保健DXの基盤となるようにすることが望ましい。1か月児健診の判定結果に基づいた事後指導が、その後の乳幼児健診（4か月児健診、1歳6か月児健診等）の判定結果に与える影響等を検討することで、1か月児健診の重要性がさらに高まるものと思われる。例えば、市町村間における発育性股関節形成不全疑いの陽性率の比較や、発育性股関節形成不全の早期発見と予後の改善について、過去のデータと比較することで、1か月児健診の重要性がさらに高まるものと思われる。1か月児健診の健診票を示す（図1）。乳児の健康の保持及び増進、重篤な身体疾患の早期発見に視点を置いた医師の所見による判定と、健康を決定する社会的要因の評価や育児相談支援に対する子育て支援の必要性の判定を実施する必要がある。県内市町村間で共通の健診票を用いて、判定に基づいた具体的支援基準を設ける必要がある。

(別添1)

1か月児健康診査問診票

問診票は、乳児とご家族の健康状態をよりよく知るため記入してください。

性別	出生別体系 ( )	
1	お乳をよく飲みますか。	(はい/いいえ)
2	吐乳に大変ではありませんか。	(はい/いいえ)
3	大腸が膨らんだり手足を伸ばしたり、泣き止まらなくなることはありませんか。	(はい/いいえ)
4	お乳を飲む時や泣いた時に息が変になることはありませんか。	(はい/いいえ)
5	からだが硬い・柔らかい・むくみなど心配なことはありませんか。	(はい/いいえ)
6	お乳を飲む時、むくみなど心配なことはありませんか。	(はい/いいえ)
7	お乳を飲む時、むくみなど心配なことはありませんか。	(はい/いいえ)
8	顔に赤い・青い・紫い・黒いなどがありますか。	(はい/いいえ)
9	現在、お子さんの成長が心配ありませんか。	(はい/いいえ)
10	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙していますか。	(はい/いいえ)
11	現在の生活環境が心配ありませんか。	(はい/いいえ)
12	アトピーやアレルギーなど心配なことはありませんか。	(はい/いいえ)
13	お乳を飲む時、むくみなど心配なことはありませんか。	(はい/いいえ)
14	赤ちゃんの泣き声は心配ありませんか。	(はい/いいえ)
15	子育てについて不安や悩みなどありませんか。	(はい/いいえ)
16	子育てについて不安や悩みなどありませんか。	(はい/いいえ)
17	お父さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力して家事・育児をしていますか。	(はい/いいえ)
18	お父さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力して家事・育児をしていますか。	(はい/いいえ)
19	お父さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力して家事・育児をしていますか。	(はい/いいえ)
20	現在の暮らしの経済的状況は心配ありませんか。	(はい/いいえ)
21	気分が落ちたり、憂うつな気持ちになったりすることがありませんか。	(はい/いいえ)
22	睡眠が足りず、疲れがなかなか取れないなど心配なことはありませんか。	(はい/いいえ)
23	お父さん・お母さん自身も心配なことはありませんか。	(はい/いいえ)
24	お父さん・お母さん自身も心配なことはありませんか。	(はい/いいえ)
25	お父さん・お母さん自身も心配なことはありませんか。	(はい/いいえ)

1か月児健康診査票

受診日	年月日	氏名	性別	年齢	出生別体系	問診票	実測値	実測値
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25	25

(資料:「こども家庭庁」1か月児及び5歳児健康診査支援事業について) 図1

## 2) 5歳児健診

### ① 健診の実施体制について

令和6年度こども家庭庁成育局母子保健課調査による「5歳児」健康診査支援事業の都道府県別交付決定状況は、全国1,741市町村中230市町村(13%)である。県内(60市町村)で交付決定された市町村数は、3市町村(5%)のみと本県は決定状況が極めて低い。申請の障壁が、企画段階(企画段階、企画人材不足、実施場所、予算確保)なのか、体制構築段階(市町村の体制、医療機関の体制、および両者の協力)なのか、実施段階(受診率、精度管理、多職種連携、日程調整)なのかについて精査が必要である。健診医の確保やフォローアップ体制の構築が困難な市町村も少なくなく、こうした地域では、複数の市町村が連携する広域での健診実施も有効な選択肢として検討すべきである。

### ② 健診の方式について

健診の方式については、集団健診、二段階方式(抽出健診)、巡回方式、園医方式、個別健診等がある。令和7年8月14日にこども家庭庁成育局母子保健課から事務連絡が発出され、対象となる年齢の幼児全てに、発達相談や巡回相談等による聞き取りやアンケート等を組み合わせて実施等(一段階目)したうえで、医師の関与のもと発達等に課題があると考えられた幼児を対象に医師が診察する健診(二段階目)(以下「二段階方式」という。)を行うことも、差し支えないことが示された。市町村および地域のリソースを考慮して、健診の方式を検討することが求められる。なお、二段階方式において、SDQ(Strength and Difficulties Questionnaire:子どもの強さと困難さアンケート)の間診票が活用されることがあるが、知的発達症をスクリーニングできない可能性もあることに留意すべきである。こども家庭科学研究班は、令和5年12月にこども家庭庁から発出された間診票を推奨している(図2)。二段階方式を採用する場合は、一段階目のアンケート等の方法や内容について、二段階目の医師による健診の受診勧奨の基準の検討、適切なフォローアップ体制の整備等を、地域の医師会等と定期的な協議を続ける必要があることが明記されている。

### ③ フォローアップ体制の構築について

フォローアップ体制の構築においては、保健、医療、福祉、教育分野の連携が不可欠である。行政機関、医師会、医会、大学病院、勤務医協会、療育センター、福祉機関、心理職機関、保育機関、教育委員会等を含めたコンソーシアム会議を設立し、フォローアップ体制に関する情報共有を継続的に実施していく必要がある。なお、5歳児健診実施にあたっては、医療機関等での受入れ態勢が現在も逼



## 2. 産後ケア事業の充実

### (1) 福岡県における今後の展望

産後ケア事業は、出産後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行い、産後も安心して子育てができる支援体制の確保を行うことを目的とし、新生児や乳幼児の健やかな成長を育む上で重要な事業である。

この事業は、令和元年度の改正母子保健法により法定化され、令和3年度から、産後ケア事業の実施が市町村の努力義務となった。また、令和5年度から、対象者を「産後ケア事業を必要とする者」に見直し、ユニバーサルな事業であることを明確化した。さらに、令和7年度から、産後ケア事業を「地域子ども・子育て支援事業」に位置付ける「改正子ども・子育て支援法」が施行され、これまでの国・市町村による負担に加えて都道府県の負担が導入された。

現在、本県においては、県内の全60市町村で産後ケア事業が実施され、県全体での体制整備が着実に進んでいる。これは、医療機関をはじめとする関係者の多大な御尽力と御協力の賜物であり、この場を借りて深く感謝申し上げる。

#### 1) これまでの取組み

##### ①利用者負担を軽減する補助制度の創設

本県では、全市町村で産後ケア事業が実施されているが、利用者負担が大きい等の理由から、利用が進んでいない状況が見受けられる。このため令和6年度から、県による市町村への独自補助制度「ママと赤ちゃんのための産後ケア利用促進費」が創設され、利用者負担の軽減を図ることで、産後ケアの利用を促進している。

表2：福岡県における産後ケアの利用者数及び利用率

	令和4年度	令和5年度
利用者数(a) ※1	4,478	7,503
対象産婦の人数(b) ※2	36,309	34,318
利用率(a/b)	12.3%	21.9%

※1 サービス種別毎（短期入所型、通所型、居宅訪問型）の各利用実人数の合計

※2 分娩件数

##### ②報告様式の統一、安全管理マニュアルの作成

令和6年度に、広域的に産後ケア事業を受託する病院や助産所等の負担軽減を目的とした報告書の様式の統一を行った。

令和7年度には、産後ケア事業を実施するにあたり、福岡県産婦人科医会及び



表3：委託料の差が最も大きかった施設の状況

同一施設に対する「短期入所型」の委託契約の場合（1泊利用の場合）

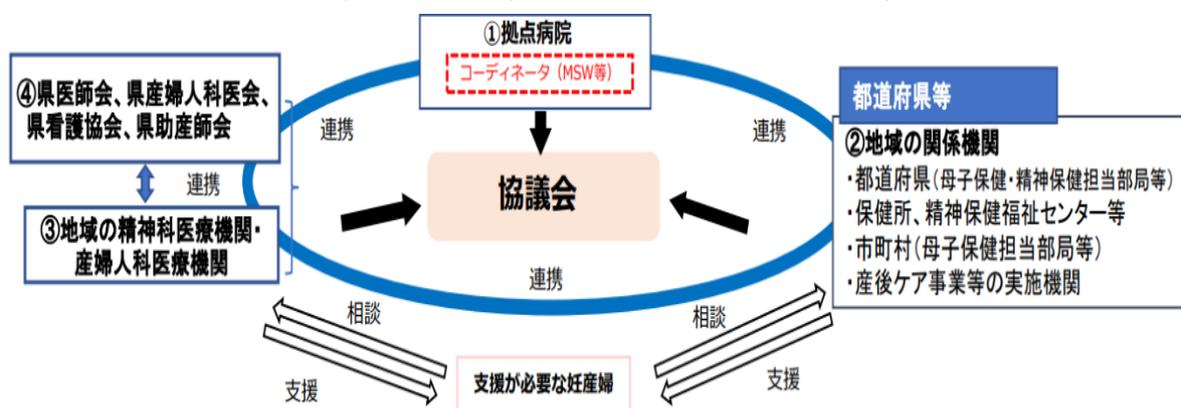
	委託料の考え方	契約金額（円）	備考
市町村A	1泊あたり	30,000	入退所時間10時と設定
市町村B	1泊あたり	33,000	入退所時間10時と設定
市町村C	1日あたり	61,110 (30,555円×2日)	入所時間を10時、退所時間19時と設定

（資料：令和7年5月福岡県調査）

このため、市町村間で委託料に差異が生じないように、委託の仕様を統一する必要がある。県、市町村と県医師会、県産婦人科医会、県助産師会との協議の場を設け、委託料の統一に向けた協議を進めていく必要がある。

### ② 医療機関との連携体制強化（メンタルヘルス）

産後の母親のメンタルヘルス対応のため、地域における精神科等の医療機関との連携体制強化も重要である。平成22年度から開始している「妊娠期からのケア・サポート事業」に加えて、今後、本県において実施される「妊産婦のメンタルヘルスに関するネットワーク構築事業」などを積極的に活用しながら、地域のネットワーク体制の積極的な構築を図っていく必要がある。



（資料：こども家庭庁「妊産婦のメンタルヘルスに関するネットワーク構築事業」） 図4

### ③ 多様な利用ニーズに対応したサービス提供体制の構築

国の補助基準改定や加算制度の導入（兄弟や生後4か月以降の子どもを受入れる施設への加算など）の動向を踏まえ、医療機関がこれらの制度を有効に活用できるように、研修機会の提供を検討する必要がある。

多胎児家庭、医療的ケア児を持つ家庭など、特別な支援を必要とするケースに対し、医療機関がよりきめ細やかなケアを提供できるように、関係機関との連携を密にし、具体的な支援策の検討を進める必要がある。

### 3) 今後の展望と果たすべき役割

県は、実施主体である市町村を広域支援することが期待されており、例えば、管内市町村を取りまとめて委託契約を調整することや、委託先と市町村間との報告様式の統一化による事務負担等の軽減も含め、市町村間の広域連携に向けた調整・情報提供などを行うことが想定される。併せて、県は、産後のメンタルヘルスに係る課題に対応するため、「妊産婦のメンタルヘルスに関するネットワーク構築事業」などを積極的に活用し、県、市町村と産婦健康診査・産後ケア事業等の母子保健事業の実施機関等が連携するための地域のネットワーク体制の積極的な構築が期待される。

県医師会は、委託料の統一やメンタルヘルスへの対応等において、県が担う広域的な調整機能に対して、医療機関側の知見を提供し、市町村間の連携強化を支援していく。これにより、管内に施設が無い市町村の利用者や多様なニーズへの対応も、近隣の医療機関で産後ケア事業を利用しやすくなるなど、地域全体のサービス提供体制の強化に貢献することが期待される。

最後に、本県における産後ケア事業の更なる充実を図ることは、母子の健康を守り、安心して子育てができる社会を構築するために極めて重要である。今後も県、市町村と県医師会、県産婦人科医会、県助産師会等の関係機関が十分に連携を図りながら、産後ケア事業の円滑な実施につとめ、産後の母子の支援体制を強化していく。

## (2) 産婦人科医療機関における産後ケアの実際

### 1) 背景

北九州市は令和2年9月28日から、遠賀郡（遠賀町・水巻町・芦屋町・岡垣町の4町）・中間市は令和5年4月1日から各市町村の委託事業として開始された。令和6年10月1日からは通所型、宿泊型、居宅訪問型いずれも利用料（自己負担額）が半額になり産婦にとって利用しやすくなった。本事業の開始とともにその実施にあたり産婦人科医療機関が企画・立ち上げにどのように取り組んでいるか当院を例にその実際を報告する。

### 2) 産後ケア立ち上げから現在までの経緯

当院は北九州市八幡西区にある産婦人科単科病院で周産期医療を主に行っている。分娩数はこの数年減少傾向にあるが年間1,300例前後である。近年、少子・晩婚・高齢出産化、核家族化に伴い子育てに苦渋している産婦が増えており、メンタルヘルスに問題のあるハイリスク妊産婦も年々増えている。このため我々は産婦が母乳哺育や育児に対する自信を確立するため、また産婦の不安感や睡眠不足などによる心身の負担感の軽減や孤立感の改善のためには、出産直後から数か月間の産婦へのサポートがとくに重要であると感じていた。

そこで当院は妊産婦を孤立化させないこと、子育てに自信をつけさせること、癒

しの場合となることを目的として令和2年4月より産後ケア施設（つくしんぼ）を立ち上げた。開始当初は病院の空き部屋を利用し、まず通所型（短時間）を産婦1日2名・週4日で、院内での人員体制を保つため常勤助産師1名で対応することとし、当初は産後4か月までの母児を対象として始めた。

令和2年9月北九州市産後ケア事業委託受付が開始されたため当院も申請。同年10月19日より北九州市と正式に提携、委託事業として助成が受けられるようになった。令和3年1月以降新型コロナウイルス感染症の流行期となり令和5年5月までゾーニングの問題があったため利用者の減少はあったが、新型コロナウイルス感染症5類化とともに利用者は増えた。令和5年より人員体制を見直し助産師3名（非常勤2名）に増員、令和7年は4名の助産師（非常勤4名）で対応している。令和5年4月1日より遠賀郡・中間市でも産後ケア事業委託が開始され助成が始まるようになった。助成額は北九州市とほぼ同額の料金である。令和6年1月より通所型（短時間）のみから通所型（1日）も週1日ペースで開始し令和7年4月より通所型（短時間）9枠/週と通所型（1日）3日/週で行うようになった。

産婦の利用に関しては北九州市、遠賀郡・中間市とも全部で7回助成があり、北九州市では通所型（短時間）は産後4か月までに3回までの利用しかできないが遠賀郡・中間市は通所型が産後1年間を通して7回まで助成を受けられる違いがある。そのほかの助成内容は同じである。

### 3) 産後ケアの実際

産後ケア開始当初は原則として当院出産の産婦を対象とした。開始当初は廃止したレストラン1室を利用していたが、令和5年9月より別の空き部屋（管理棟）を改装して新しく通所型（短時間）産後ケア専用の部屋を作った。通所型（1日）は院内病室を利用している。

利用者は来院したらまず問診を行い、北九州市の産婦は利用申請書と調査票を記入する。遠賀郡・中間市の産婦は本人が事前に市町役場に申請するようになっている。その後、産婦に対しては、睡眠や食欲、メンタルの状況を聞き取り、授乳（母乳）の状態を確認し、また育児における家族のサポートがあるのかなど社会的支援が必要かどうかを聞き取っている。児に対しては、体重測定を行い、健康状態・月齢にあった成長発育発達をチェックし、児の空腹時に合わせて授乳を行い母乳哺育の評価、ミルクの補充が必要かどうか、沐浴方法や皮膚の手入れのアドバイスを行うとともに、育児に関する質問を受け指導する。お茶やお菓子を提供しゆったりと過ごしていただき、最後に総評を行い母子手帳に記入後産婦は退所。助産師はカルテ記載、北九州市・遠賀中間市への報告書を記入し、問題があると思われるケースはそれぞれの役所に連絡するようになっている。産婦の利用時間は通所型（短時間）2時間程度、通所型（1日）6時間程度だが、担当する助産師は事前準備と産後ケ

ア後の事務処理を行うため実働はそれぞれ3時間、7時間を要している。事故が発生した場合の補償については医療施設責任賠償保険に加入している。

#### 4) 実績

令和2年4月1日～令和7年3月31日の5年間のデータをまとめた。この間の分娩数は6,855名、産後ケア利用者は715名(10.3%)、延べ回数2013回(通所型(短時間)1960回、通所型(1日)52名53回)。利用回数は一人平均2.8回。他院分娩は11名で利用者のほとんどは自院分娩であった。初産婦465名(65.0%)・経産婦250名(35.0%)と2/3が初産婦であった。平均年齢は32.8歳(17～44歳)。利用時期はほとんどが産後1か月～4か月であったが、分娩後入院中のEPDS(エジンバラ産後うつ病質問票)高値やメンタルヘルスに問題のある産婦は産後2週間～1か月での早期利用や産後4か月以降の助成対象でない場合も助成を使わずに利用していた。この場合は本人負担のみ徴収した。利用者は北九州市523名、遠賀・中間市95名と86.4%が近隣在住者であり里帰りの産婦は88名であった。利用者の1か月健診時EPDSは平均5.91点(中央値5点)で9点以上が170名(23.8%)(9点～23点)とおおよそ4人に1人が高値であった。精神科・心療内科を受診したことのあるあるいは現在通院している産婦は134名(18.7%)とおおよそ5人に1人であり、メンタルヘルスに不調を抱えた妊産婦の産後ケア利用の割合は高いと思われた。

利用者に対して行ったアンケート調査では、利用者が求めるものとして食事・休息の時間が欲しい、不安・悩みの相談、授乳など育児がうまくいっているのかの確認、夫や家族に対する相談が多く、看護側から感じることとして、産後ケアはやはり孤立化解消(相談相手がない、実家が遠い、家族(実母)との不仲など)、不安や悩みの解消(育児の方法が正しいのかどうか第三者に評価を求める)になっていると思われた。

#### 5) まとめ

産後ケアは利用回数を重ねるごとに児への愛着形成が促され、また産婦の心理的問題が解決するケースは多く育児への自信となる。身体的に気分転換・癒しの場ともなっている。産婦を孤立化させないため、社会的支援が必要な産婦の情報を行政や他科と共有し支援体制を確立する一役ともなっている。産科医療施設での産後ケアは妊娠中からの本人の性格や生活環境などが前もってわかっており出産後の産婦の心身の変化に対応しやすく、特に産後2週間健診や1か月健診のときに産後ケアに連携しやすい利点がある。しかし治療を必要とする産後うつ病、精神異常の産婦に対しては精神科や行政と円滑に連携可能となるシステム構築が今後も重要である。産婦の不安を解決するためには家族の協力は必須であることは言うまでもな

い。北九州市では産後ケア事業のほかに補助が出る産後ヘルパー派遣事業、子育てファミリーサポート事業（会員制）もありこれらの活用も含めて産婦への支援をさらに強めたい。

#### 6) 今後の課題

当院では産後ケアの利用希望者が増え通所型（短時間）の予約待機が1か月である。昨年より通所型（1日）も開始したがその利用も増えてきており、予約待機が長い原因のひとつとして需要に対する供給（スタッフ人員）の不足がある。最近では産婦の宿泊型の要望も多く当院でも宿泊型の申請を検討しているが、この物理的要因を解消するためには事業委託額が低額であることが問題である。事業委託額が人件費・サービス費等を加味した利用者一人当りの経費よりかなり低額であるため産後ケア事業を行っている施設として赤字が出ているのが現状である。需要に対して宿泊型を取り入れたいが大きな赤字が出るため当院でも躊躇しており、事業委託費を適正金額にあげてもらいたいのが実情である。

また事業委託費は各市町村で多少の差がある。北九州市は他地域で里帰り分娩し産後ケアを受け北九州市に帰ってくる産婦の償還払いを認めているが、他地域（市町村）から北九州市に里帰り分娩した産婦の中には償還払いを受けられない地域もある。産後ケアは広域地域事業であり県内で統一し集合契約を進めていただきたい。

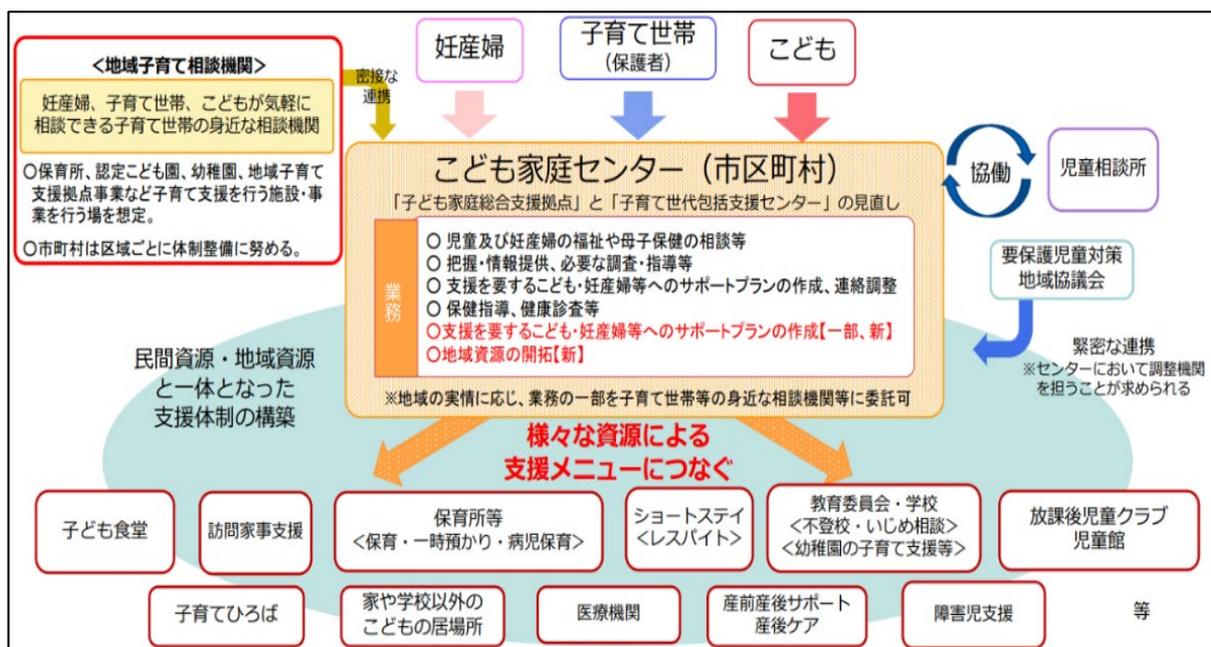
### Ⅲ. 「母子のメンタルヘルス対策」

#### 1. こども家庭センターを中心とした多職種連携体制の構築・評価

##### (1) こども家庭センターの機能

「こども家庭センター」は、母子保健と児童福祉の両分野の一体的な運営を行うことにより、全ての妊産婦、子育て世帯、こどもに対し、出産前から子育て期にかかる切れ目ない支援を行うとともに、新たに、支援を要するこども・妊産婦等へのサポートプランの作成、支援体制を強化するための地域資源の開拓などを担うこととされている。

令和4年の改正児童福祉法等により、従前の「子育て世代包括支援センター」と「こども家庭総合支援拠点」の設立の意義や機能を維持した上で組織を見直し、令和6年4月から、市町村は「こども家庭センター」の設置に努めなければならないとされている。



(こども家庭庁資料こども家庭センターの設置) 図5

#### こども家庭センターの要件

- ① 母子保健機能（旧子育て世代包括支援センター）及び児童福祉機能（旧市区町村こども家庭総合支援拠点）双方の機能の一体的な運営を行うこと。
- ② 母子保健機能及び児童福祉機能における双方の業務について、組織全体のマネジメントを行う責任者である、センター長をこども家庭センター1か所あた

り1名配置すること。(※)小規模自治体等、自治体の実情に応じてセンター長は統括支援員を兼務することができる。

- ④ 母子保健機能及び児童福祉機能における双方の業務について十分な知識を有し、俯瞰して判断することのできる統括支援員をこども家庭センター1か所あたり1名配置すること。
- ⑤ 改正後の児童福祉法第10条の2第2項及び母子保健法第22条に規定する業務を行うこと。
- ⑥ 当該施設の名称は「こども家庭センター」(又はこれに類する自治体独自の統一的名称)を称すること。

#### こども家庭センターが担うべき主な役割

- 従前の「子育て世代包括支援センター」及び「市区町村子ども家庭総合支援拠点」が果たしてきた機能の一体的な運営を通じて
  - ① 妊産婦及び乳幼児の健康保持・増進に関する包括的な支援
  - ② こどもと子育て家庭(妊産婦を含む)の福祉に関する包括的な支援を切れ目なく、漏れなく提供する
- 妊産婦、こどもやその家庭の課題・ニーズを、母子保健・児童福祉それぞれの専門性を活かし、合わせることでより深く汲み取る
- 個々の家庭の課題・ニーズに応えるために、家庭支援事業や母子保健サービス、その他の多様なサービスや地域資源を有機的に組み合わせ、サポートプランとして必要な支援内容を組み立てる
- サポートプランに沿った支援が適切に提供されるよう関係機関のコーディネートを行い、変化する家庭の状況に応じた支援内容の見直し等を含めた継続的なマネジメントを実施する
- 地域全体のニーズ・既存の地域資源の把握を行うとともに、不足する地域資源については新たな担い手となり得る者を発掘・育成し、地域資源のネットワークを形成していくなかで、既存のサービスや団体とつなげることや、マッチングをさせていく
- 財政支援等と結びつけること等により地域資源を開拓し、関係機関間の連携を高めることにより、地域内の子育て家庭へ必要な支援を着実に提供できる体制を整備する
- こどもの権利や育児方法などについての普及啓発を地域に向けて行い、子育てしやすい環境を整備する

(2) こども家庭センター実施状況等について 調査時期：令和7年8月1日現在

1) 各市町村の設置状況

令和6年4月1日に設置済	59 市町村
令和7年4月1日に設置	1 市

2) 設置箇所数

72 箇所 複数設置：北九州市（7）福岡市（7）、1 か所設置：58 市町村

3) 統括支援員の職種

保健師	36
事務職員	29
その他（社会福祉士等）	7
計	72

【統括支援員】

母子保健及び児童福祉の双方の業務について十分な知識を有し、俯瞰して判断することのできる者

4) 合同ケース会議の開催頻度：令和7年8月1日現在

① 週に1回	7
② 月に1回	30
③ 月に2回	8
④ その他	27
計	72

【合同ケース会議】

市町村の母子保健と児童福祉の部署が合同で実施する会議（その他：必要時開催、緊急時は随時開催 等）

5) サポートプランの作成実績

① 実績あり	54
② 実績なし	18
計	72

【サポートプラン】

市町村が支援対象者の希望に沿うよう作成する支援計画  
ヘルパー派遣など地域資源の活用等について掲載

6) 関係機関との連携体制の確保状況

① 設置している	20
② 設置していない	50
③ 今後設置予定	2
計	72

7) 県の取組 市町村こども家庭センター等職員向け研修

研修種別	目的	令和6年度参加延数
基礎研修	妊産婦及び乳幼児の相談に対応する職員が、虐待発生产生予防や早期発見について理解を深めるとともに、保健・福祉が協働で支援を行うことができる。	410 名
サポートプラン策定等研修	母子保健・児童福祉の担当者が互いに専門性を生かし、ワンチームで虐待への予防的な対応から子育てに困難を抱える家庭まで、切れ目なく支援を行うことができる。 要支援児童等に対し、母子保健機能、児童福祉機能の職員が協働でサポートプランの作成ができる。	389 名
統括支援員向け研修	統括支援員が自身の役割を理解し、スキルを向上するとともに、統括支援員同士や関係者とのつながりを深める。	159 名

### (3) 多職種連携の望ましい在り方

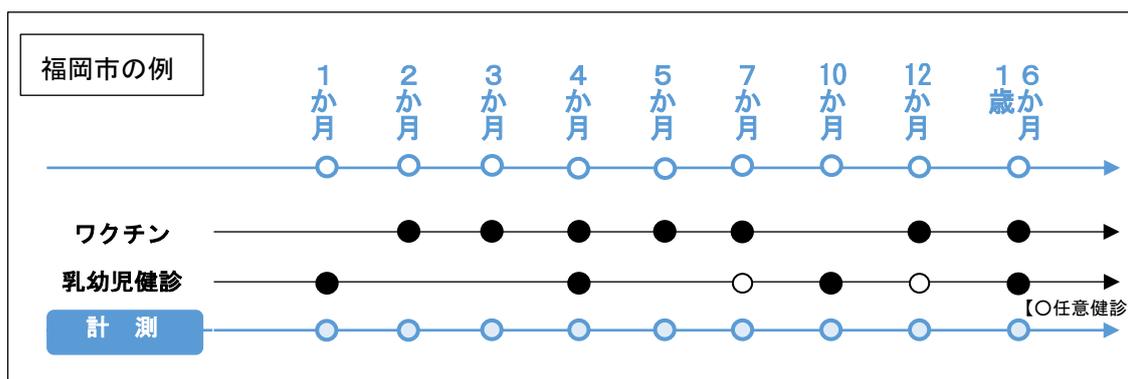
#### 1) 子育てを支援する仕組みの必要性の高まり

少子化の進行によって子育て世帯が少数となり、子育てについて近隣の理解を得ること、援助を求めることが難しくなっている。このような背景から、制度として子育てを支援する仕組みの必要性が高まってきた。市町村が実施する母子保健事業は、妊娠届出・母子健康手帳交付に始まり、妊婦健診、妊婦訪問、母親学級・両親学級、産婦健診、新生児・未熟児訪問、乳児家庭全戸訪問、乳幼児健康診査が行われる。妊産婦の保健サービスとして、妊娠届出はほぼ全数の妊婦が行い、妊婦健診の平均受診回数はおよそ10回であり、出産後の産婦健診の実施も広がりつつある。

一方で、出生後の子どもの育ちに視点を置いた保健サービスは、新生児訪問が出生数の4人に1人とどまっておらず、乳児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)は出生家庭の95%をカバーされているが、ほとんどは乳児期に1度の訪問となっている。1か月児健診が国の補助事業となり広がりつつあるが、次の公費健診は早くも3～4か月の乳児健診であり、行政サービスのみでのポピュレーションアプローチとして十分な見守りの実現はハードルが高いと考えられる。

#### 2) かかりつけ医療機関による子育て支援

令和5年度補正予算から「1か月児及び5歳児健康診査支援事業」が始まり、多くの自治体で1か月児健診が公費健診として行われるようになってきた。また、日本において、2010年以降ワクチンギャップの解消が進み、Hibワクチン、肺炎球菌ワクチンの公費化、定期接種化に伴い予防接種のためのかかりつけ医療機関の受診が生後2か月まで早まり、1か月児健診以後、乳児期を通しておよそ月1回、ほぼすべての乳児が定期的にかかりつけ医療機関を受診するようになっている。1か月児健診に始まり、乳児期の予防接種の機会を捉えて児の育ちの確認、子育て家庭に寄り添った見守り・支援を行うことができれば切れ目のない支援を実現できる。予防接種の際に身長・体重を測って母子手帳の成長曲線にプロットすることで順調な成長を確認する、あるいは何らかの課題に気づくことにつながる。予防接種のための受診、初めての小児科受診の際に、かかりつけ小児科で、子育ての悩み・不安、保護者の体調についてなど、なんでも相談できる、というメッセージを伝える。場合によっては、地域における「子育て支援の資源」、「支援メニュー」につなぐことが必要となることもあり、病児保育、産後ケア、放課後デイ、子ども食堂など、地域にどのような支援メニューがあるか知っておくことが求められる。そのためには、地域の医療機関と保健・福祉行政との情報共有・情報交換が必要となる。



(資料：こども家庭科学研究班こどもたちのための well-care visits マニュアル：行政機関（子育て世代包括支援センター等）との連携より一部改変) 図 6

### 3) 保健福祉センターとかかりつけ医療機関の連携

福岡市では、平成7年度から行政と地域の関係機関をつなぐ「育児支援ネットワーク作り事業」が行われてきた。本事業では、保健福祉センターにおいて、管内の医療機関、保育所、公民館、児童相談所等の連携を強化し、母子の健康の保持、増進を図るとされている。福岡市に子育て世代包括支援センターが設置された平成29年ごろから医療機関に声がかかるようになり、令和6年度は市内7区のうち5区で本事業が実施されている。保健福祉センターから、統計情報や支援事業・支援メニューの説明、小児科医療機関と連携して保健指導の介入が行われた事例の紹介などがあり、小児科医にとって、行政サービスの情報を更新し、地域担当保健師との関係性を深めることにつながっている。このような会議を定期的に行うことにより、地域の子育てを支える力の1つに育っていくのではないかと考えている。

### 4) こども家庭センターと地域子育て相談機関

令和6年から「子育て世代包括支援センター」と「子ども家庭総合支援拠点」が、全ての妊産婦・子育て世帯・子どもへ一体的に相談支援を行う「こども家庭センター」に統合されることになった。こども家庭センターは、地域のすべての妊産婦・子育て世帯・子どもを把握し、必要に応じて、子ども食堂、訪問家事支援、保育・一時預かり、ショートステイ等々、様々な支援事業・支援メニューにつなぐなど、多職種連携のハブとして機能する。地域の実情に応じ、業務の一部を子育て世帯に身近な相談機関等に委託可とされており、民間資源・地域資源と一体となった支援体制の構築が行われる。児童福祉法等の一部を改正する法律(令和4年法律第66号)には、「市町村は、地域の住民からの子育てに関する相談に応じ、必要な助言を行うことができる地域子育て相談機関(保育所、認定こども園、地域子育て支援拠点事業を行う場所等であって、的確な相談及び助言を行うに足りる体制を有すると市町村が認めるものをいう)の整備等に努めなければならないものとし、地域子育て相談

機関は、必要に応じこども家庭センターと連絡調整を行うとともに、地域の住民に対し、子育て支援に関する情報提供を行うよう努めなければならない」とされている。

#### 5) community pediatrics の実現

乳児期にすべての母子が定期的に足を運ぶ場所は、予防接種、健診を受けるかかりつけ医療機関である。かかりつけ医療機関が子育て支援の入り口として機能する能力を持ち、さらに地域子育て相談機関としてこども家庭センターとの連携し全住民を把握する行政と連携することにより、地域のすべての子育て家庭を見守り、必要に応じた支援を提供するポピュレーションアプローチ、community pediatrics が実現される。こども家庭庁の創設、こども家庭センターのひろがりをつきかけとし、かかりつけ医療機関と行政の連携が進み、community pediatrics の実現につながることを期待される。

## 2. 妊産婦のメンタルヘルスに関するネットワーク

### (1) 妊産婦メンタルヘルスケア推進に向けて

#### 1) 妊産婦メンタルヘルスケアの現況と課題

妊娠・出産期は女性にとって心身の変化が最も大きく、メンタルヘルス不調が生じやすい時期である。国内調査では産後うつは出産女性の約10%前後に発症し、妊産婦死亡の主要因として自殺が高い割合を占めている。母親の精神的健康は児の発達や愛着形成、さらには虐待予防にも直結することから、妊産婦メンタルヘルスケアは母子保健の喫緊の課題である。

#### ①制度的状況

国は平成29年度に産褥健康診査（産褥健診助成制度）を創設し、産後2週・1か月の健診費用を公費助成とした。メンタルヘルスチェックを必須化したことでEPDSによるスクリーニングの実施率は9割に上った。直近の調査でも実施率は全国で75%であり産後1か月の母親の約1割(9.9%)が産後うつリスクを示した。スクリーニング後は保健師訪問、精神科受診につながりメンタルヘルスケアの起点となっている。本県においては市町村の44%で助成制度が導入され、今後さらに全市町村で「切れ目のない支援の起点」となることが目指されている。

妊産婦死亡においてうつ病等による自殺は産科的な死亡を依然として上回る。さらに児童虐待の報告件数の増加傾向は続く中、子ども家庭庁のこども虐待による死亡事例等の検証結果第21次報告（令和5年度）では、死亡事例は0歳児が最も多く68.8%を占めその約半数は0日児であり、事例の多くは実母すなわち妊産婦が関わっていた。このような現状を踏まえ、妊産婦メンタルヘルスケア・システムを拡充し周産期におけるメンタルヘルスに加え養育者の自殺および不適切養育の予防を推進する必要がある。

#### ②成育環境の変化と制度再構築の必要性

国内の周産期メンタルヘルスケアの動向として、コロナ禍で産前産後支援が大きく制限された後、メンタルヘルスケア・システムの再構築の途上にある。国内の動向でも令和7年3-4月に実施された日本産婦人科医会調査でも母親学級や面会の中止の傾向は残り、その代替として提案されたリモート支援の導入は全施設の16.5%にとどまる。出生数の減少と超少子化の過程がコロナ禍により加速し、地域の子育て世帯の急速な減少と共に子育て支援の資源の不足がみられる。妊産婦の地域における孤立は産後うつや虐待リスクの増加を招き、平時・非常時のいずれにも機能する柔軟な体制整備が不可欠である。

## 2) ネットワーク構築の取り組み

本県では平成 17 年度より産後うつ病予防事業を開始し平成 22 年度から妊娠期からのケアサポート事業を全県下で実施し妊娠届け出からの切れ目のない継続支援体制の基盤整備を行った。平成 26 年からは産前産後サポート事業を通じて支援の受け皿整備の取組みが継続されている。令和 7 年からはこども家庭庁が重視する妊産婦メンタルヘルスケアにおける子ども虐待予防に向けた切れ目のない支援体制の構築に向けた「妊産婦メンタルヘルスネットワーク構築事業」の推進を受けて、妊産婦こころの健康向上支援事業が新たにスタートする。

妊産婦メンタルヘルスケアの本県での取組の経緯を表 4 に示す。

表 4 福岡県における妊産婦メンタルヘルケア事業

事業名	開始年度	対象者	概要	課題
産後うつ予防事業	平成 17 年	産婦	EPDS 導入、 支援マニュアル配布	妊娠期からの介入
妊娠期からの ケアサポート事業	平成 20 年 →平成 22 全県	ハイリスク 妊産婦	3 つの質問票 →行政共有	小児科との情報共有不足
産前・産後 サポート事業	平成 26 年～	妊産婦・家族	訪問・相談支援体制	担い手確保、地域格差
産後ケア事業	平成 27 年～	産婦・乳児	宿泊・デイ・訪問型	利用率、人材
妊産婦こころの 健康向上支援	令和 7 年 (令和 5 補正予算)	メンタルヘルス 不調妊産婦	拠点病院+協議会	人材確保、持続性

### ① メンタルヘルスケアの受け皿の充実と連携の課題

産後ケア事業（ショートステイ/デイケア/訪問型）が本県では全市町村で展開され、県補助により利用料減免制度が 40 市町以上に拡大している。しかし利用率は十分ではなく、さらなる情報提供による利用促進が課題である。のぞえの丘病院（久留米市）では精神疾患合併妊産婦を対象とした「母子ユニット」を設け、母子同室入院や精神科救急・迅速外来・ピアサポートを含む包括的ケアを展開している。これは精神科と産科の連携で精神科治療と産後ケアから地域支援への流れを統合する先駆的モデル「久留米トライアル」として注目されている。また産後ケアでは施設型の支援のみならず訪問型産後ケアや精神科訪問看護などアウトリーチの支援も重要な受け皿となっている。

小児医療機関による取り組みとして北九州市で平成 17 年より継続されているペリネイタルビジット事業および福岡市でも平成 28 年から産婦人科と連携して実施しているペリネイタルビジット事業がある。これらの小児医療からの周産期における関わりは子どものみでなく養育者の育児不安等に対するメンタルケアの

重要な機会となっている。

施設型（プル型）および訪問型（プッシュ型）の支援のいずれにおいても支援の資源へのアクセスの困難がメンタルヘルスケア推進の障壁となっている実情がある。資源の地域間格差、人材不足、情報共有の不十分さなどの課題が残されている。

## ②多職種連携によるネットワーク構築

妊産婦メンタルヘルスは母と子そして子育てを支える家族と地域に直結するため、精神科・産科に加え、小児科・助産師・保健師・心理士を含めた多職種・多領域連携が必須と考えられる。地域行政の側での妊産婦メンタルヘルスケアの窓口は全市町村に設置されたこども家庭センターである。センターを起点として多職種多領域のスタッフが母子ごとの個別のサポートプランにもとづきチームとして継続的支援を提供することが求められる。

多職種チームによる支援体制構築に際し、当委員会でもネットワーク構築に小児医療機関の参加が望ましいとの見解がある。周産期医療機関による妊産婦メンタルヘルスにおける地域でのネットワーク構築に小児医療機関が参加することで子ども虐待防止ネットワークとの協働が可能となりライフステージを通じた切れ目のない支援体制が実現する。顔の見える支援ネットワークの構築に向けては妊産婦メンタルヘルスケアの知識と技術をもつ多職種のスタッフの育成が急務である。本県ではこども家庭センターの多職種スタッフ向けの妊産婦メンタルヘルスケアについての基礎知識の教育研修がスタートしたが、産科、精神科、小児科など母子保健に関わる医療スタッフもまた地域行政の側と同様な知識を共有することが望まれる。

県産婦人科医会は令和5年より「MCMC 母と子のメンタルヘルスケア研修会を日本産婦人科医会との共催で継続的に実施している。医師・助産師・保健師・心理職・行政関係者など妊産婦支援に関わる多職種を対象に、入門篇ではメンタルヘルス・スクリーニングの実際、基礎篇ではメンタルヘルスの実践知識や共感・傾聴技法を学び、指導者篇ではハイリスク困難事例、精神科救急事例の多職種チームでの連携カンファレンスと対応の実際を系統的に学ぶ。

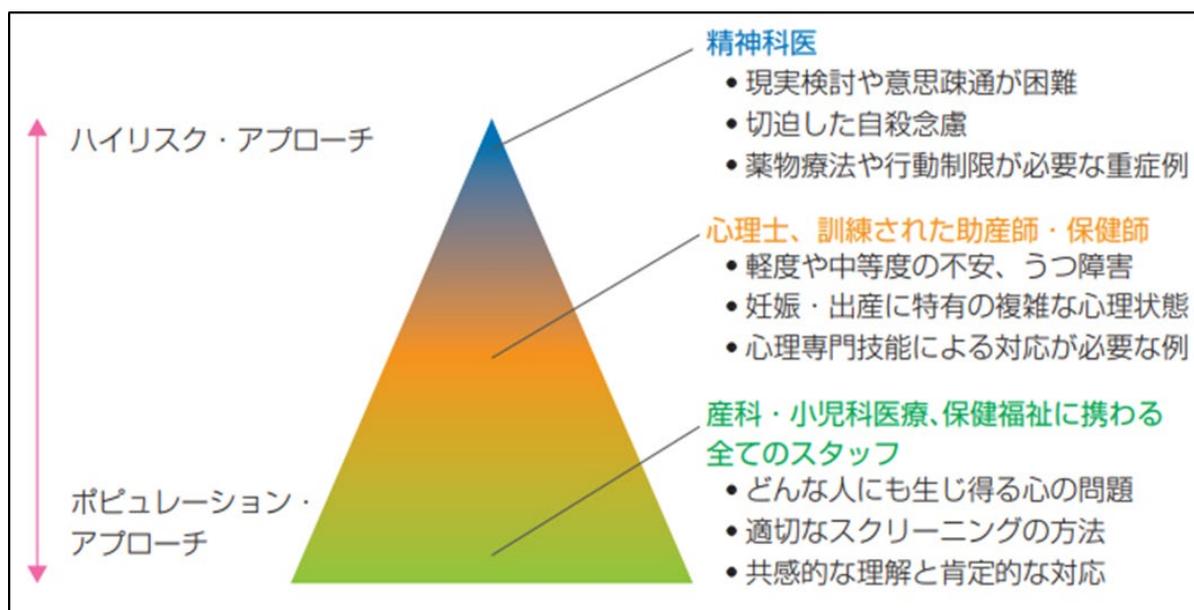
このような継続的な人材育成とメンタルヘルスケアの技術の均てん化のための研修プログラムとネットワーク構築事業とが両輪となって、ポストコロナ時代の包括的な子育て支援システムを推進していくことが期待される。

## ③課題と提言

妊産婦メンタルヘルスケア推進に向けての課題として、ア) 産科医療機関での産褥健診および小児医療機関での1か月健診におけるメンタルチェックの方法

とその後のサポート・プランの作成から支援へのスキームの均てん化、イ) 地域ごとのネットワーク構築に向けた知識の共有と専門性をもつ人材（精神科医・精神保健福祉士・公認心理師等）の育成、ウ) ネットワークを支えるこども家庭センターと医療の情報共有の仕組みの整備（行政・医療・福祉の連携）が挙げられる。また地域ぐるみでの妊産婦と家族が孤立しない支援文化の醸成は不可欠である。

これらの課題の解決に向けて、本県独自の小児医療の妊産婦メンタルヘルスケアへの積極的な参加による多職種連携+虐待防止ネットワーク統合による包括的な支援体制の構築が望まれる。また緊急対応の必要な事例に対する産科・精神科の円滑な連携に向けたコーディネート事業の推進が急務である。ハイリスクケースに対する産前・産後ケアの受け皿の拡充を目指して精神疾患合併妊産婦への産前産後ケア — 母子ユニットによる支援などの先進的な取り組みの推進が挙げられる。最後に多職種・多領域横断的な教育研修プログラムの継続的な実施により地域が一体となった「子育て世代応援チーム」の育成が望まれる。



（資料：包括的な妊産婦メンタルヘルスケアと多職種の人材育成に向けて）図7

## （2）福岡県における今後の方向性

妊産婦は、妊娠期から育児期にわたり様々な不安を抱え、ホルモンバランスの乱れや環境の変化、育児ストレス等でメンタルヘルスの不調が生じやすい状況にあり、これは、妊産婦のうつや自殺のリスク要因になるとともに、こどもの心身の発達にも影響を及ぼし、養育不全等のリスクにもなる。

本県では平成 22 年度から「妊娠期からのケア・サポート事業」を開始し、不安を抱えている等、支援が必要な者を妊娠初期から把握し、妊娠期からの早期介入を行い、出産を見守り、出産後の育児不安軽減等のための養育支援を行うことにより、乳幼児虐待予防を図る取組みを継続しているところである。

市町村、医療機関の双方向による連携により支援が必要とされる妊産婦のフォロー体制が構築されているところであるが、市町村からは精神科との連携について困難さを感じるという意見が挙げられていた。また、前述の産後ケア事業においても妊産婦のメンタルヘルスへの対応が課題となっている。

		令和5年度	令和4年度	令和3年度	令和2年度	令和元年度
フォローした実件数		12,962	13,607	13,041	13,064	12,188
(再掲)	①妊娠期から把握している件数	7,867	7,988	8,020	8,129	7,747
	②医療機関にケース連絡した件数	1,201 <sup>※2</sup>	991 <sup>※2</sup>	990 <sup>※2</sup>	957 <sup>※2</sup>	985 <sup>※1</sup>

※1福岡市除く ※2福岡市、那珂川市除く

(資料：「妊娠期からのケア・サポート事業」により市町村がフォローした要支援者の状況) 図 8

令和 5 年度妊娠期からのケア・サポート事業市町村実施状況調査 (複数回答可・数字は市町村数)

産科との連携	19
小児科との連携	10
精神科との連携	40
医療機関から情報が得られない (本人の同意を得られない等の理由)	13
困難事例等に対する相談窓口 (市町村への助言・支援) がない	19
支援が必要な対象者が多く、全員へのサポートが困難。	10
その他	5

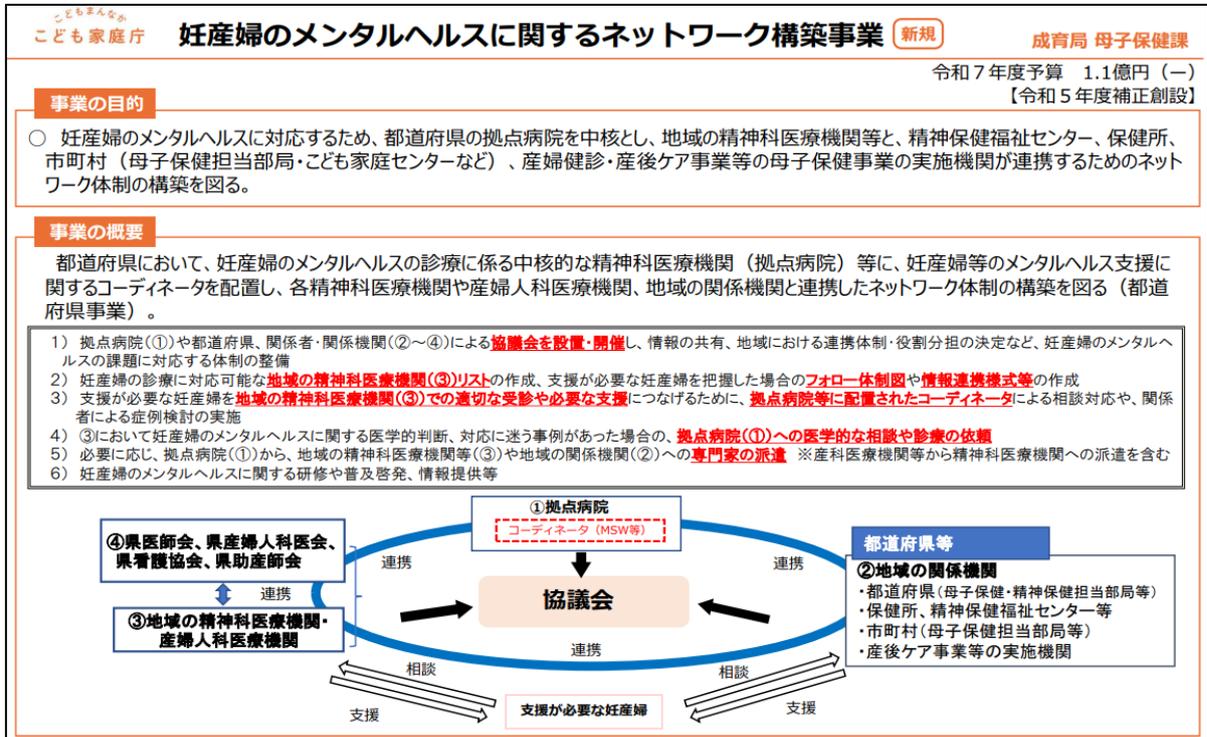
(資料：「妊娠期からのケア・サポート事業」の課題及び困難点) 図 9

国においては、令和 3 年度母子保健事業実施状況調査において、精神科医療機関を含めた地域関係機関との連絡会等を定期的実施していると回答した市町村が 7.2%にとどまっていること、令和 4 年度研究事業による産後ケア事業にかかる調査において、精神疾患のある妊産婦への対応に課題ありと回答した市町村が 43.6%あることなどから、妊産婦のメンタルヘルス対応のための関係機関ネットワーク体制構築を進めるため、医療体制を担う都道府県との連携が重要とされ、都道府県が実施主体となる「妊産婦メンタルヘルスネットワーク構築事業」を国庫補助事業として、令和 5 年度補正予算で創設した。

具体的な事業内容としては、妊産婦のメンタルヘルスに対応できる都道府県の拠点病院を中核として、地域の精神科医療機関、市町村の精神保健福祉センター、保

健所、さらには産後ケア事業等の母子保健事業の実施機関が連携してネットワーク体制の構築を図ることとしている。

このネットワーク構築事業を積極的に活用し、本県においてどのように展開していくかということについて、検討を重ねた。

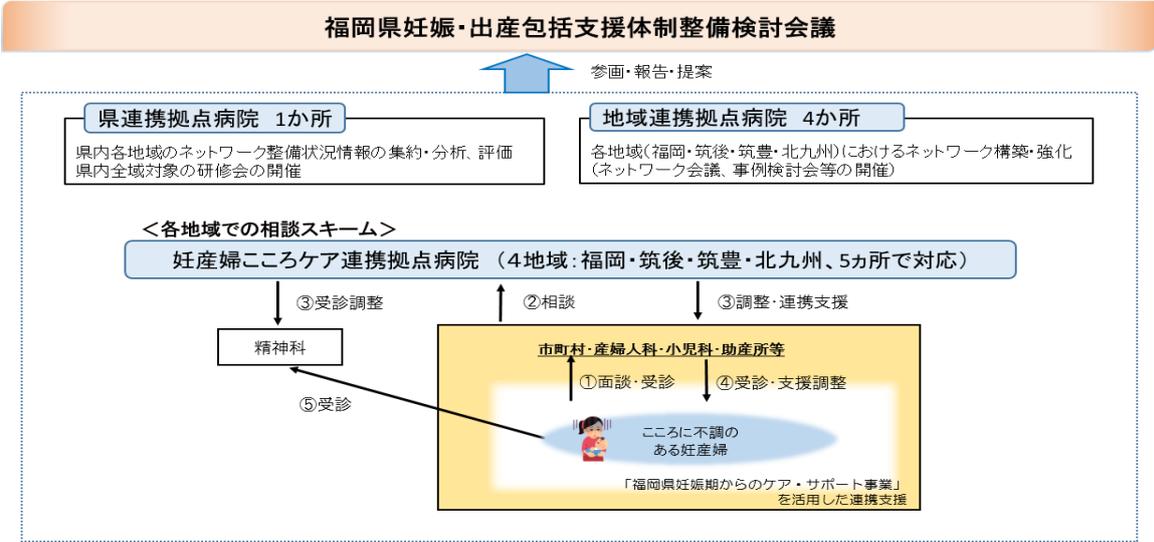


（資料：令和7年度母子保健対策関係予算概要資料） 図10

本県においては、県内4地域それぞれで妊産婦のメンタルヘルスケアに関するネットワークの基礎があり、既に取り組みされているところである。このため、4地域の実情に応じた事業展開を検討する必要がある。

国のモデルでは、都道府県単位で1か所の拠点を設置し、ネットワーク構築を図る方向で示されているが、本県においては、各地域のネットワーク活動について集約・分析等を行う役割を担う機関を1か所、4地域においてネットワーク構築の中心となる機関を1か所ずつ設け、本事業の展開が図られるよう進めている。

福岡県妊産婦こころの健康向上支援事業スキーム(全体)



(資料：福岡県妊産婦こころの健康向上支援事業スキーム) 図 11

## IV. おわりに

もっとつながる、しっかり見守る、ずっと支える福岡県の母子保健を目指して、委員の方々にはご多忙の中、委員会にご参加いただきご意見をまとめていただきました。未曾有の少子化、若年妊娠、高齢妊娠、核家族化、シングルマザー、妊産婦の孤立、貧困、メンタルヘルスの問題など、妊娠出産育児を取り巻く環境悪化の要因は、多岐にわたります。また、妊産婦へはさまざまな支援が行われ始めましたが、支援の地域差や、必要な方に適切な支援が届かないなどの問題もあります。

本委員会では、健診および子育て支援の充実に向けた取り組みとして、新たに助成が始まった1か月児健診・5歳児健診、産後ケア事業の充実について検討されました。伝統的に分娩施設で行われてきた1か月児健診においては、その精度の確保と産婦人科・小児科・整形外科・行政との連携、5歳児健診においては小児科・内科・精神科・行政との連携の重要性が確認されました。

産後ケア事業は、産婦の大きな支えになることが期待されていますが、自治体によってその助成に大きな差があります。本来産婦が求めている宿泊型のサービスには十分な助成が行われず受託医療機関側に大きな負担を強いていることが、今後の事業展開において大きな障害となっている事実が明らかになりました。さらに、この事業が助産師不足に拍車をかけ、危機に瀕している周産期医療を崩壊に導く懸念も示されました。

メンタルヘルスケアの重要性について医療関係者、行政ともに、認識が深まってきました。福岡県においては、4つの医療圏における医療情勢が大きく異なるためそれぞれの地域に即した体制作りが必要とされました。すなわち、福岡、北九州、筑後、筑豊の4ブロックにおいてそれぞれの地区の精神科中核病院が中心となって対応を進めていくよう準備が進んでいます。画期的な取り組みですが、やはりいわゆる多職種連携が大きな課題です。医師会が主導して、産婦人科・精神科・小児科のみならず医師会全体と、行政との連携を進めていくことが望ましいと考えます。

メンタルヘルス悪化の要因として、冒頭に挙げた以外に、思いがけない、あるいは望まない妊娠もあります。近年プレコンセプションケアということにも関心が持たれるようになってきました。子どもたちに対して、性、妊娠、出産、育児のみならず、生き方などについて適切に判断できるように、包括的な教育が行われていないことに大きな懸念があるのです。正しい知識がなければ正しい判断はできません。医師会が行政と協同して行っている健康相談事業の充実も、産婦のメンタルヘルス向上に寄与すると期待されます。

すでに行われている事業がより充実し、新しく始まる事業などと有機的に結びつき、より効果的な支援が行われるようになるには、医師会を中心とした関係各科の連携・協働が欠かせないものと考えます。

最後になりますが、委員の先生方にはそれぞれのお立場から多くのご意見をいただき、多面的な検討を行うことができました。心より御礼申し上げます。ありがとうございました。