

2025年度
(公社)日本WHO協会 × JAGH-S 共催企画

周産期メンタルヘルス： 国際保健の視点から考える 日本の現状と課題

令和7年9月13日

13:00 - 16:30

大阪・梅田貸会議室
ティーオージー大阪

主催：



jagh-s
日本国際保健医療学会 学生部会



公益社団法人 **日本 WHO 協会**
FRIENDS OF WHO JAPAN

一般社団法人大阪薬業クラブ助成事業

タイムスケジュール

13:00 - 開会のあいさつ（中村安秀先生）・企画の説明

グループワーク①

13:15 - 国別ケーススタディ

13:45 - 発表

講義①

14:05 - 周産期メンタルヘルスー国際視点から考える
（エレーラ ルルデス先生）

休憩（10分）

講義②

14:45 - 日本における周産期メンタルヘルス 現状と課題
（笠井靖代先生）

グループワーク②

15:15 - 国際比較を通じて考える日本の課題と解決策

15:45 - 発表

16:05 - 全体ディスカッション

16:20 - まとめ・講評

16:30 閉会

jagh-sについて

- 日本国際保健医療学会(jagh)直轄の学生団体
- 2005年「国際協力に携わる人材育成」の提言により設立
- 国際保健人材を育成することを目的に設立
- 2025年で設立20年目

OUR VISION

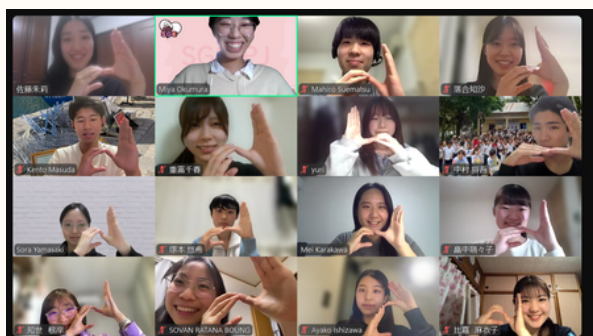
学生を対象に「国際保健に関わる人材育成」に取り組んでいる学生団体

全国にいる国際保健に関心を持つ様々な分野の学生に対して、地域格差のない情報や機会の提供を行い、世界で活躍できる人材を育成することをもって日本及び国際社会に貢献することを目指しています。

そして世界の健康格差を是正することを目的とした学問

「国際保健」＝「グローバルヘルス」

を学びたい学生のためのプラットフォームを構築しています。



ホームページ



Instagram

日本WHO協会 理事長

なかむら やすひで

中村安秀 先生



1977年東京大学医学部卒業。小児科医。
都立府中病院小児科、東京都三鷹保健所勤務などを経験する。その後、国際協力機構（JICA専門家：インドネシア）、国連難民高等弁務官事務所（UNHCR：アフガニスタン難民医療担当官）など途上国の保健医療活動に取り組む。

東京大学小児科講師、ハーバード大学公衆衛生大学院研究員、大阪大学大学院人間科学研究科教授、甲南女子大学教授などを経て、国立看護大学校特任教授・大阪大学名誉教授。国際保健、母子手帳、医療通訳士、災害保健医療など関心の幅は広いが、どこの国にいても子どもがいちばん好き。

2008年5月、公益社団法人日本WHO協会理事に就任、2018年6月から代表理事理事長に就任。
世界小児科学会(IPA)常任委員、国際ボランティア学会会長、国際母子手帳委員会代表、国立国際医療研究センター理事などを務める。

母子手帳を海外に広めた功績により2015年に第43回医療功労賞を受賞。

講義①
講師紹介



エレーラ ルルデス先生

朝日大学保健医療学部看護学科 准教授

ペルー国立サンマルコス大学医学部助産学科卒業後、ペルー共和国で助産師として約10年間活動された後、来日され研究者の道へ進まれました。母子保健支援と多文化共生を専門とされ、在日外国人支援の活動は25年以上に及びます。

日本で暮らす外国人母親が直面する言葉や文化の壁、孤立や精神的負担といった課題に実践者として向き合い、相談対応、通訳・翻訳業務、英語・スペイン語による母親学級や離乳食教室の開催、産後家庭訪問など幅広い母子保健支援に取り組まれています。助産師としての臨床経験と研究者としての視点を併せ持ち、多文化共生の観点から日本の母子保健支援のあり方を問い続けていらっしゃいます。

本講演では、国際的な視点から日本の支援体制を捉え直し、外国人女性が直面する特有の課題と支援の現状について、豊富な実践経験に基づいてお話しいたします。

講義② 講師紹介

かさい やすよ 笠井靖代 先生



日本赤十字社医療センター 第二産婦人科部長
日本周産期メンタルヘルス学会理事

東京医科歯科大学（現 東京科学大学）卒業後、国内外での臨床研修を経て、2000年より日本赤十字社医療センターにて勤務されています。産婦人科専門医、周産期（母体・胎児）専門医、臨床遺伝専門医、公認心理師として、周産期医療の最前線で豊富な臨床経験を積まれてきました。

専門は周産期、出生前相談・遺伝カウンセリング、周産期メンタルヘルス、母乳育児支援と多岐にわたり、日本周産期メンタルヘルス学会理事として学術的な活動にも尽力されています。医療現場での実践者として、日本の周産期メンタルヘルスの現状と課題を熟知されています。

本講演では、日本の周産期メンタルヘルスの現状について、臨床現場での豊富な経験と専門的な知見に基づいてお話しいたします。

グループワーク用資料



グループワーク①

1. これらの国における妊産婦のメンタルヘルス不調の背景には、どのような根本的な問題があると考えますか？
2. 各国の課題解決アプローチの中で、最も効果的・独創的だと感じた取り組みはどれですか？また、逆に効果に疑問を感じる取り組みはありますか？



グループワーク②

1. 本日学んだ海外の多様な支援のあり方と日本の現状を踏まえ、日本の周産期メンタルヘルスケアにおける課題は何だと考えますか？
2. 他国の取り組みの中から、日本の文化や社会システムに適応可能なアイデアはありましたか？日本で実現可能な具体的なサービスや仕組みを考えてみましょう。
3. 私たち一人ひとは今後どのように行動していくべきでしょうか？





関連知識と日本の背景



周産期メンタルヘルスとは？

妊娠から出産、産後までの期間における女性のメンタルヘルスの状態を指します。

周産期メンタルヘルスの問題は、自殺・虐待・子殺しという最悪の事態につながる危険因子です。
そして母親だけでなく、子どもの発達に大きな影響を与えます。

(引用：妊産婦メンタルヘルスケアの重要性について - 日本産婦人科医会)

1. 現状



日本

- 周産期うつ病の有病率：10～15%
- 妊産婦（妊娠中および産後1年以内）の自殺死亡率 7.3/10万人
- 妊娠中の自殺理由：「交際問題」、産後1年以内では「家庭問題」が多い。
- 産休は産前6週間以内、産後8週間以内（母の育休は比較的短い）

2. 課題・文化的背景

- 男女雇用機会均等法が制定 → 女性のライフスタイルの在り方が多様化
- 核家族世帯も急増し、妊娠・出産・育児は、心理的・社会的に困難を伴い、妊産婦へのストレスが大きくなったという傾向

3. 取り組み

- 市町村による産前・産後ケア
 - 支援が必要な妊産婦を対象とし、専門職または子育て経験者、シニア世代の人たちが相談に応じる支援が行われている。
 - 妊産婦の孤立を防ぐソーシャル・キャピタルの役割を担っている。
 - 産後ケアを必要とする乳児に対して、短期入所、通所または居宅訪問の形態により、助産師等が心身のケアや育児のサポートを行う。
 - 2019年の母子保健法改正により市町村に実施の努力義務が課せられたため、取り組む市町村が増えている。
- 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への取り組み

①地理・物理的な障壁

1. 現状

- 世界最低レベルの人口密度で、国民の約3分の1が遊牧生活を送る。
- 広大な国土、厳しい気候、未整備なインフラにより、医療アクセスが困難



モンゴル

2. 課題・文化的背景

- 周産期メンタルヘルスの有病率に関するデータと専門プログラムの欠如
- 身体的健康が最優先され、周産期メンタルヘルスは政策上の盲点
 - 妊産婦死亡率は劇的に改善（1990年の199人→2015年には26人/出生10万人あたり）
 - 身体的ケアへのアクセス向上に限定されており、メンタルヘルスには及んでいない。

3. 行われている取り組み

- 身体的健康のための国家戦略:
 - 妊婦待機ホームの設置：遠隔地の女性は出産前に病院近くの施設に滞在でき、出産前の長距離移動によるストレスを軽減
 - 助産師主導のケア：「女性中心」のケアを促進

1. 現状

- 妊娠中の女性の15.6%、産後の女性の19.8%が何らかの精神障害を経験

2. 課題・文化的背景



ネパール

- 険しい地形で保健施設へのアクセスが困難。
- ジェンダーに基づく制約：
 - 医療機関へ行くために夫や年長者の許可が必要。
 - 医療費を自分で管理できず、外出も制限される。
 - 女性医療者の不足：男性の医療者に体を診られることへの抵抗感。
- 社会的・文化的信念:
 - 「妊娠は自然なこと」という認識が根強く、特別なケアは不要と考えられがち。（施設で出産しない理由の62%が「不要だから」と回答）
 - 世代間の対立。
 - 近代医療への信頼が低く、伝統的な産婆が頼られることも多い。
- カーストと民族による差別：
 - 特にダリット（不可触民）は、医療現場で差別的な扱いを受けたり、コミュニティから孤立したりすることがある。
 - 差別を恐れ、自ら医療サービスを諦めてしまう「自己排除」も問題。
- 医療供給側の問題：施設の不足、医療スタッフの不在や不規則な開所時間

3. 行われている取り組み

- 女性地域保健ボランティア（FCHV）の活用:
 - 全国約5万人のFCHVが、WHOの心理療法（認知行動療法）プログラムの研修を受ける。
 - 妊産婦の家庭を訪問し、カウンセリングなど
- 2024年12月、首都カトマンズの病院に、政府運営では初となる周産期メンタルヘルス専門外来が設立。

② 社会・ジェンダーに基づく障壁



1. 現状

- 周産期うつ病の有病率：約20%
- 周産期の自殺が、妊産婦死亡の主要な原因の一つ
- 原因：貧困、男児を好む文化的偏重、パートナーからの暴力、婚家との複雑な関係など

2. 課題・文化的背景

- 強い偏見：
 - 精神疾患が「家族の恥」と見なされ、女性が助けを求めにくい。
 - 正式な医療の前に、祈りや信仰療法に頼る傾向が強い。

3. 行われている取り組み

- 精神保健ケア法（2017年）：周産期の女性を脆弱な集団と法的に位置づけ、母子の分離を禁止するなど画期的な内容。
- 自治体で母子保健サービスにメンタルケアを組み込む取り組みが進行。
- 偏見を克服するため、地域に根差した保健活動家（ASHA）がケアへの重要な入口となっている。デジタルツールでASHAを支援し、遠隔地でのスクリーニングや医療機関への紹介も促進されている



1. 現状

- 産後うつ有病率 24%
- 配偶者からの暴力：妊娠中に68.7%、産後1年間に58%の女性が経験。
 - 妊婦のうつを3倍、不安障害を4倍、PTSDを7倍に増加
 - 早産、低出生体重、子供の発達への悪影響

2. 課題・文化的背景

- IPVに対する公的なスクリーニングや介入の仕組みが存在しない。
- 男性の育児への不参加：
 - 男性の参加を妨げる要因：経済的な力関係、知識不足、文化的障壁、医療スタッフの態度、羞恥心、社会的スティグマなど。
 - 父親の不参加は、早産や低出生体重のリスクを増加させる。
- IPVのリスク要因: 教育レベルの低さ、経済的困窮、専業主婦であることなど
- 宗教との関連：
 - 「祈り、神への信頼などは不安を軽減し、神への不信感などは不安を増強する」考え方

3. 行われている取り組み

- 社会的なサポート: 友人や家族など、周囲からのサポート
- 不安を和らげるため、コーランを聞く、礼拝するなどの宗教的行為で個人的に対処
- 限定的な男性参加プログラム：
 - 一部の医療機関で、出産準備クラス（全8回）のうち1～2回、配偶者が参加可能。ただし、実施施設は非常に少ない。
 - SDGs達成のため男性参加を促す動きはあるが、現場レベルでの実践や効果検証は進んでいない。

1. 現状

- 産後うつ有病率：約40%
- 社会構造的な要因: 貧困、ジェンダーに基づく暴力、食料不安

2. 課題・文化的背景

- 西洋医学と伝統医学の併存
 - 伝統医学：占い師や伝統的な出産介助者（ababelethisi）。
 - 地域社会に根差した伝統ヒーラーへの相談は、文化的に受け入れられやすい。不調は呪文や有害な霊が原因と考える。
 - 西洋医学と伝統医学は連携していない
 - ➔ 矛盾したアドバイスによる混乱や効果的な介入の遅れ
- 精神医療の利用に対するスティグマ

3. 行われている取り組み

- Perinatal Mental Health Project（プライマリケア+メンタルヘルスサポートの支援モデル）やSouth African Depression and Anxiety Group（メンタルヘルス支援団体）
 - カウンセリングや養成・研究・啓発活動を展開。



南アフリカ

③ 先進的な公的制度がある国々

1. 現状

- ・ 周産期うつ病の有病率：10~15%
- ・ 分娩・入院費用、助産師や医師によるサービスは、在留許可のない女性を除き全額公費負担。
- ・ ノルウェーは世界で最も安全に出産できる国の一つ。



2. 課題・文化的背景

- ・ 産後1週間以内に助産師の家庭訪問が1回あるが、その後のケアを担う地域母子保健センターは、多くの自治体で人員・資源不足
- ・ ガイドラインの曖昧さ：メンタルヘルスの問題を抱える妊産婦を特定することは推奨されているが、具体的な方法や特定後の支援体制が定められていない。
- ・ 精神科は小児科か成人精神科に分かれており、周産期メンタルヘルスは担当が曖昧な領域
 - 助産師や保健師は、問題を特定しても明確な紹介先がないため、母親のメンタルヘルスについて踏み込んで尋ねることに消極的になる傾向がある。
- ・ 支援体制の地域差：地域の母子保健センターへの心理士配置は増えているが、義務ではないため未配置の施設も多い。

3. 行われている取り組み

- ・ 充実した育児休暇制度：
 - 最大52週間の有給育休を取得可能（うち最低15週間は父親または母親専用）。
 - 父親の育休取得率：71%
- ・ 医療従事者への周産期メンタルヘルスに関する研修プログラムが提供されている。
- ・ 地域母子保健センターでの支援: 親子関係や育児の悩みに関する支援を提供している。

1. 現状

- ・ 産後うつ有病率：12%
- ・ 多文化社会：人口の24%が外国ルーツを持つ移民



スウェーデン

2. 課題・文化的背景

- ・ 移民への支援格差：
 - 整備された公的制度があるが、移民の母親は産後うつ病のリスクが高いにもかかわらず、スクリーニングやカウンセリングを受ける割合が低い。
 - 言語や文化の壁が、スクリーニングやカウンセリング利用の障壁となっている可能性
- ・ 重い精神疾患を持つ母親や、専門的な周産期メンタルヘルス治療への対応はまだ不十分

3. 行われている取り組み

- ・ 無料で普遍的な周産期ケア：
 - 妊娠中の診察から出産費用まで全て無料。医療施設も自由に選択可能。
 - 妊娠初期から助産師とケアプランを作成し、不安について相談できる体制。
- ・ 切れ目のない育児支援（CHS）：
 - 出産後、専門の小児看護師が子供が5歳になるまで一貫して担当。
 - カバー率はほぼ100%で、チームには心理士が含まれることも多い。
 - 軽度のうつには、身近なCHS看護師によるカウンセリングを提供。
- ・ 産後うつの体系的スクリーニング：
 - 出産後、エジンバラ産後うつ病質問票によるスクリーニングを実施。
 - スクリーニングで陽性となった人のうち、半数は看護師のカウンセリング、半数は精神科医などの専門家へ繋がるフォローアップ体制がある。

- 1. 現状**
- ・ 周産期うつ病の有病率：7.4% ～14.8%
 - ・ 妊産婦の周産期自殺率（2.3人/10万人）＝日本の約1/3倍



イギリス

2. 課題・文化的背景

- ・ 財源不足や人手不足 → 専門医の治療を受けるまでの待機時間が長い、または適切な治療が施されない場合がある。
- ・ 公式のケアは地域差が大きく、質が一様ではない。
- ・ メンタルヘルスの不調が「恥」と見なされる社会的な偏見が根強く残る。
- ・ 妊婦自身が主体的に情報を求め、行動しないとサービスを受けられない傾向がある

3. 行われている取り組み

- ・ 国民保健サービスにより、妊娠検査から出産、メンタルヘルスサービスに至るまで、原則無料で医療を受けられる。
- ・ 産休・育休制度：
 - 女性：最大52週間の産休を取得可能（最初の6週間は給与の90%保障）。
 - 父親は2週間の有給育休を取得可能。
- ・ Mother and Baby Unitの整備：産後うつなどを患った母親が赤ちゃんと一緒に入院できる専門病棟。
 - 精神科医、看護師、保育士、心理士など多職種が24時間体制で常駐し、母親の回復と母子の愛着形成を支援。自殺予防に高い効果を上げている。
- ・ 人員不足への対策：
 - 海外からの専門職の積極的な受け入れ、医療従事者の柔軟な働き方の推進、ボランティアの倍増計画などを進めている。
- ・ マタernal・メンタルヘルス・アライアンスなどの民間団体が、公的サービスの地域差を埋める形で、質の高いケアや心理療法を提供している。
- ・ 国家目標：2025年までに妊婦関連死を半減させることを目標に掲げ、300億円以上の予算を投じ、認知行動療法のセラピストを1万人規模で養成

1. 現状

- ・ 周産期うつ病の有病率：約10%
- ・ 周産期メンタルヘルスケアを国家レベルでシステム化した先進国。
- ・ 約8割の母親が妊娠中と産後の両方でメンタルヘルスのスクリーニングを受けており、支援へのアクセスが確保されている。



オーストラリア

2. 課題・文化的背景

- ・ 多文化社会の壁：
 - 移民コミュニティでは、言語の壁や文化的な価値観の違いから、既存のサービスが利用しにくい。
 - 先住民コミュニティは、歴史的経緯から主流医療への不信感が根強い。精神的な苦痛を西洋医学的な「病気」とは捉えない独自の健康観を持つ。
- ・ 地方や遠隔地では、都市部と同等の専門ケアを受けにくい。
- ・ スクリーニングで問題を特定できても、その後の治療へスムーズに繋がらない。

3. 行われている取り組み

- ・ 専門機関COPEが策定する国家ガイドラインを定期的に更新→早期発見・早期介入の体制
 - 2023年の改訂：父親やパートナーのメンタルヘルス、出産トラウマの項目を追加し、ケアの対象を家族全体へと拡大。
- ・ 活発なNPO活動
- ・ 先住民コミュニティに対し、画一的なスクリーニングの代わりに、地域の長老や保健ワーカーと協力。文化や価値観を尊重した対話ベースのアセスメントツールを開発・導入。

④独自の産後ケア文化を持つアジア諸国

1. 現状

- 産後うつ病の有病率：約20～30%
- 伝統的な産後ケア文化「産後調理（サヌジョリ）」を基盤にした専門施設の社会インフラ化（新米母親の85.5%が利用）
- ホテル並みの手厚い身体的ケアが提供されるが、利用者の68.5%が産後うつ症状を経験。



2. 課題・文化的背景

- 産後調理院の利用目的は「健康回復」が91.2%を占め、精神的サポートの優先順位が低い。
 - 新生児室での集中ケアが主流のため、母親と赤ちゃんが離れる時間が長い。
- 手厚い施設に1ヶ月ほど滞在し退所後、一人で育児に直面することでストレスが急増。
- 産後ケアは巨大な民間市場が主導しており、公的な役割は限定的。
- スクリーニングを行っても、ケアモデルが精神的支援に最適化されていないため、その後の介入が十分ではない。

3. 行われている取り組み

- 全国的に普及している産後調理院そのものが、韓国の産後ケアを支える主要な取り組み
- 政府による補助：利用費用を支援するバウチャー（利用券）の支給や少数の公的産後調理院の運営など
- 「母子保健法」に産後うつ病のスクリーニングやカウンセリング支援を規定。
- エンジンバラ産後うつ病質問票などを活用したスクリーニングを実施。

1. 現状

- 臨床的な産後うつ病の有病率：約15～20%
- 身体面のケアが優先され、メンタルヘルスへの対応は遅れがち。
- 抑うつ症状があっても医療従事者に相談した母親は20%未満
- 産科健診での精神状態のチェックや、産科から精神科への連携体制が十分に整備されておらず、地域差も大きい。



2. 課題・文化的背景

- 根強い偏見：
 - 産後うつは「甘え」と誤解されがち。母親自身が恥と感じ、症状を隠してしまう傾向が強い。
- 伝統習慣「坐月子」の影響：
 - 産後1か月間、母親は実家や義実家で栄養のある食事を取り十分に休養するなど、手厚く世話をされる習わし。身体回復の助けになる一方、過度な行動制限や同居家族（特に義父母）との関係がストレスの原因になることも。
- 都市部と農村部で医療資源の偏在が深刻。地方では専門のカウンセラーや精神科医が不足しており、相談できる環境が整っていない。

3. 行われている取り組み

- 2018年、国が公式に妊産婦のうつ病スクリーニングを妊婦健診・産後訪問に組み込む方針を通達。
 - 「生育友好医院（出産に優しい病院）」の建設計画を推進。2030年までに全国90%以上の施設で、心理ケアを含む包括的支援体制を定着させる国家目標を掲げている。
 - EPDSなどのスクリーニングツールの導入が各地の産院で拡大。
 - 母親学級などで、家族も対象に含めたメンタルヘルス教育を強化。
- WeChat（微信）や専門アプリを用いた取り組みや、婦人連合会やNPOによる母親同士の交流会や相談ホットラインが広がりつつある。

1. 現状

- 産後うつ病の有病率：約20%
- 需要は大きいが、供給は追いついていない。メンタルヘルスケアが母子保健制度に統合されておらず、うつ病のスクリーニングも標準化されていない。



2. 課題・文化的背景

- 根強い偏見：
 - 「心の不調を打ち明けるのは恥」「弱い母親だと思われたくない」という意識が強く、妊婦の約4割が不調を隠したり、専門家を避けようとする。
 - 産後の不調は「母親失格」「気の持ちよう」と見なされることも。
- 伝統的に出産後、妻の実家の母親が数か月間手伝いに来る習慣や、親戚・近所が集まって産婦を助ける文化
 - 孤立を防ぐ一方、過度な干渉や迷信的な助言が母親のプレッシャーになることもある。
- 都市部と農村部、主要民族と少数民族の間で、医療アクセスやメンタルヘルスへの認識に差
 - 精神科医や臨床心理士も都市部の精神科病院に集中→地域の診療所や保健センターで気軽に相談できる体制がない。
- 公的な支援が乏しいため、母親たちはエビデンスに基づく医療より、占いや民間の口コミに頼る傾向がある。

3. 行われている取り組み

- WHOの精神保健計画を承認するなど、国としてメンタルヘルス対策の重要性を認識し始めている。UNFPAやUNICEFと協力し、少数民族支援や母子手帳へのカウンセリング要素導入など、モデル事業を実施。
- 2007年ハノイでUNFPA（国連人口基金）とWHOの共催による「生殖健康とメンタルヘルスの統合」国際専門家会議が開かれ、「リソースの乏しい国でこそ母親のメンタルヘルスに注力すべき」だとの「ハノイ宣言」
- 国内の大学やNGOが、母親同士のピアサポートグループの運営や、ベトナムの状況に合わせたスクリーニングツールの研究・開発を進めている。
- テクノロジーの活用（dMOMプロジェクト）：保健省も協力し、山岳地帯の少数民族など遠隔地の母親に、スマホアプリやAIチャットボットで保健情報やメンタルヘルスに関するアドバイスを届ける国家プロジェクトが進行中。

<参考文献>

• 日本

- 1.公益社団法人 日本産婦人科医会 (2021).『産婦メンタルヘルスマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～ 改訂版』.
- 2.公益社団法人 日本産婦人科医会, 一般社団法人 いのち支える自殺対策推進センター (2024).「いのちを育む妊産婦の危機～新たな自殺統計項目が明かす自殺の実態～」. 2024年7月10日発表資料.
- 3.こども家庭庁 成育局 母子保健課 (2025).「母子保健施策の動向について」. 令和7年度保健師中央会議 行政説明 資料14.

• モンゴル

- 1.Tali, Didem (2018). "How Mongolia revolutionized reproductive health for nomadic women". Maternal Health Task Force, Harvard T.H. Chan School of Public Health. <https://hsph.harvard.edu/maternal-health-task-force/news/how-mongolia-revolutionized-reproductive-health-for-nomadic-women/>
- 2.Dovdon B, McCarley N, Kim J (2024). "Midwifery practice in Mongolia: Policy implications for accelerating care delivery transformation". European Journal of Midwifery, 8. doi: 10.18332/ejm/184209.

• ネパール

- 1.World Health Organization (2024). "Breaking Ground in Maternal Mental Health Care in Nepal". WHO Nepal. <https://www.who.int/nepal/news/detail/24-12-2024-breaking-ground-in-maternal-mental-health-care-in-nepal>
- 2.Nepal Health Sector Support Programme (NHSSP). "PULSE: 7. Barriers to Accessing Maternal Health Services". <http://www.nhssp.org.np/pulse/peer/07%20%20PEER%20Maternal%20Health.pdf>

• インド

- 1.UNFPA India (2021). "Why pregnant mothers' mental wellbeing needs to be given priority". <https://india.unfpa.org/en/news/why-pregnant-mothers%E2%80%99-mental-wellbeing-needs-be-given-priority>
- 2.Insan, N., et al. (2022). "Perceptions and attitudes around perinatal mental health in Bangladesh, India and Pakistan: a systematic review of qualitative data". BMJ Open. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8988352/>
- 3.Ganjekar, S., et al. (2020). "Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in India". BJPsych International. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8277535/>
- 4.Votrubá, N., et al. (2023). "SMARThealth PRegnancy And Mental Health study: protocol for a situational analysis of perinatal mental health in women living in rural India". Frontiers in Global Women's Health. <https://www.frontiersin.org/journals/global-womens-health/articles/10.3389/fgwh.2023.1143880/full>

• イラン

- 1.Wang, Z., et al. (2021). "Mapping global prevalence of depression among postpartum women". Translational Psychiatry. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>
- 2.Abdoli, L., et al. (2024). "The relationship between spousal violence, maternal functioning, depression, and anxiety among Iranian postpartum mothers: a prospective study". Maternal Health, Neonatology and Perinatology. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02036-6>
- 3.Hajian, S., et al. (2022). "The barriers and facilitators of Iranian men's involvement in perinatal care: a qualitative study". Reproductive Health. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01350-9>
- 4.Mehran, N., et al. (2020). "Spouse's participation in perinatal care: a qualitative study". BMC Pregnancy and Childbirth. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03111-7>
- 5.Mirzaee, F., et al. (2022). "Correlation between religious coping, demographic and fertility factors, and pregnancy anxiety of Iranian primiparous women: a cross-sectional study". BMC Psychiatry. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03922-2>
- 6.Maghalian, M., et al. (2024). "Comparison of maternal-fetal attachment, anxiety, depression, and prevalence of intimate partner violence in Iranian women with intended and unintended pregnancy: a cross-sectional study". Maternal Health, Neonatology and Perinatology. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01847-x>

• 南アフリカ

1. Wang, Z., et al. (2021). "Mapping global prevalence of depression among postpartum women". Translational Psychiatry. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>
2. Honikman, S., et al. (2020). "Perinatal depression and anxiety in resource constrained settings: interventions and health systems strengthening". South African Health Review 2020. https://www.hst.org.za/publications/South%20African%20Health%20Reviews/SAHR_Chapter8_Artifacts_07052021.pdf
3. Peltzer, K. (2009). "Traditional health practitioners in South Africa". The Lancet. <https://hsr.ac.za/uploads/pageContent/1550/25aug09lancetpeltzer.pdf>

• ノルウェー

1. Høivik MS, Eberhard-Gran M, Wang CEA, & Dørheim SK (2021). "Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Norway". BJPsych International, 18(4), 102-105. <https://doi.org/10.1192/bji.2021.2>
2. RBUP (Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør). "Perinatal Mental health education in Norway". <https://nordicmarce.org/wp-content/uploads/perinatal-mental-health-training-in-Norway.pdf>
3. Haga, SM (2013). "A web-based program for depressive symptoms and life satisfaction during pregnancy and after childbirth". ISRCTN registry. <https://doi.org/10.1186/ISRCTN91808706>

• スウェーデン

1. Wang, Z., et al. (2021). "Mapping global prevalence of depression among postpartum women". Translational Psychiatry. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>
2. The World Bank (2023). "Birth rate, crude (per 1,000 people) - Sweden". <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN?locations=SE>
3. The Nordic Council and the Nordic Council of Ministers. "Pregnancy and childbirth in Sweden". <https://www.norden.org/en/info-norden/pregnancy-and-childbirth-sweden>
4. Wickberg B, Bendix M, Wetterholm MB, & Skalkidou A (2020). "Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Sweden". BJPsych International, 17(1), 6-8. <https://doi.org/10.1192/bji.2019.23>

• イギリス

1. 河上 祥一 (2023). 「シンポジウム 妊産婦及び産後の自殺について—公的機関ならびに福田病院の支援—」. 自殺予防と危機介入, 43(2), 39-44.
2. 日経DUAL編集部 (2017). 「イギリス 妊娠・出産に手厚い制度、産後は困難も 妊娠検査や出産はすべて無料！でも子どもの預け先は高く、預かってくれない日も多い」. 日経クロスウーマン. <https://woman.nikkei.com/atcl/dual/column/17/1111123/120100001/>
3. GOV.UK (2024). "Paternity pay and leave". <https://www.gov.uk/paternity-pay-leave> (最終アクセス日: 2025年9月4日).
4. NHS (2024). "NHS Talking Therapies, for anxiety and depression". <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/nhs-talking-therapies/> (最終アクセス日: 2025年9月4日).
5. 柳井 優子, et al. (2018). 「〈展望〉認知行動療法の実践で必要とされるコンピテンスの概念構成の検討—英国のImproving Access to Psychological Therapies 制度における実践家養成モデルに基づく検討—」. 認知行動療法研究, 44(2), 115–125. <https://doi.org/10.24468/jjbct.17-190>
6. NHS Education for Scotland (2023). "Common Mental Health Problems in the Perinatal Period". <https://www.matrix.nhs.scot/evidence-summaries/populations-requiring-special-considerations-and-adjustments/common-mental-health-problems-in-the-perinatal-period/>

• オーストラリア

1. COPE (Centre of Perinatal Excellence) (2023). "Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline 2023 REVISION". <https://www.cope.org.au/health-professionals/national-perinatal-mental-health-guideline/new-2023-national-perinatal-mental-health-guideline>
2. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2024). "Perinatal mental health screening in Australia". <https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/perinatal-mental-health-screening-australia>

- 韓国

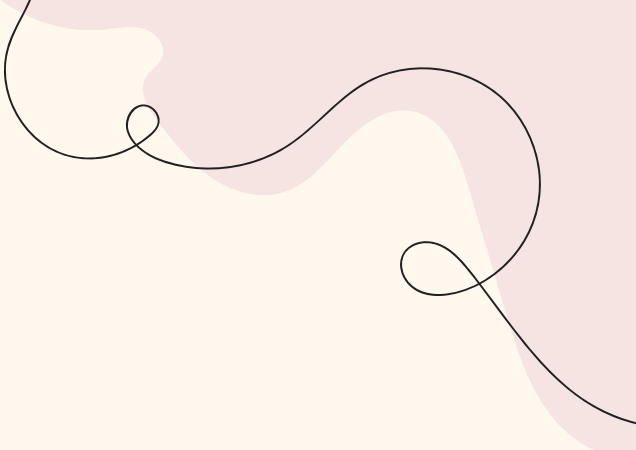
1. Shim SH, Lee SY, Jung I, et al. (2024). "Risk Factors of Postpartum Depression Among Korean Women: An Analysis Based on the Korean Pregnancy Outcome Study (KPOS)". *Journal of Korean Medical Science*, 39(3), e31. <https://doi.org/10.3346/jkms.2024.39.e31>
2. Kim S, Kim DJ, Lee MS, & Lee H (2023). "Association of Social Support and Postpartum Depression According to the Time After Childbirth in South Korea". *Psychiatry Investigation*, 20(8), 750-757. <https://doi.org/10.30773/pi.2023.0042>
3. Jung, Min-ho (2025). "Over 85% of Korean women turn to postpartum care centers". *The Korea Times*. <https://www.koreatimes.co.kr/southkorea/health/20250205/over-85-of-korean-women-turn-to-postpartum-care-centers>

- 中国

1. Bo, Hai-Xin, et al. (2021). "The Prevalence of Depression and Its Association With Quality of Life Among Pregnant and Postnatal Women in China: A Multicenter Study". *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.656560>
2. Peng, Songxu, et al. (2021). "Living With Parents-In-Law Increased the Risk of Postpartum Depression in Chinese Women". *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.736306>
3. 新華社 (2025). 「孕产期抑郁症筛查将被纳入常规孕产期保健服务 (周産期のうつ病スクリーニングを通常の妊産婦保健サービスに導入)」 . 中華人民共和國中央人民政府. https://www.gov.cn/zhengce/2025-01/16/content_6987178.htm

- ベトナム

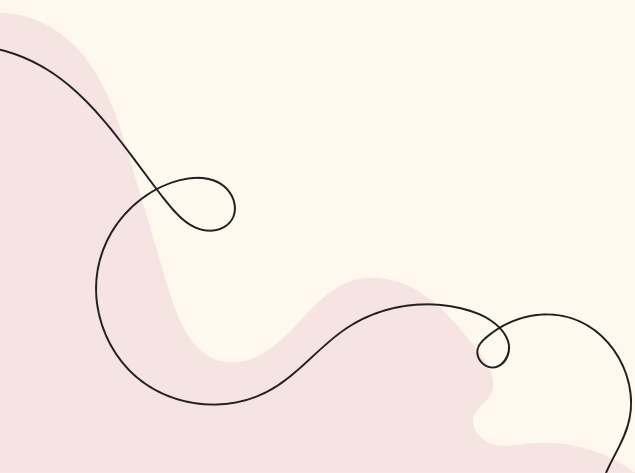
1. Fisher JR, de Mello MC, Izutsu T, & Tran T (2011). "The Ha Noi Expert Statement: recognition of maternal mental health in resource-constrained settings is essential for achieving the Millennium Development Goals". *International Journal of Mental Health Systems*, 5(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-2>
2. Thi, LM., Manzano, A., Ha, BTT., et al. (2024). "Mental health stigma and health-seeking behaviors amongst pregnant women in Vietnam: a mixed-method realist study". *International Journal for Equity in Health*, 23, 163. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02250-z>
3. Nguyen, T., Tran, T., Tran, H., et al. (2019). "Challenges in Integrating Mental Health into Primary Care in Vietnam". In: Okpaku, S. (eds) *Innovations in Global Mental Health*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-70134-9_74-1
4. Nguyen HTH, Hoang PA, Do TKL, et al. (2023). "Postpartum depression in Vietnam: a scoping review of symptoms, consequences, and management". *BMC Women's Health*, 23(1), 391. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02519-5>



講義資料

①周産期メンタルヘルスー国際視点から考える
(エレーラ ルルデス先生)

②日本における周産期メンタルヘルス 現状と課題
(笠井靖代先生)



周産期メンタルヘルス 国際視点から考える

朝日大学保健医療学部看護学科

エレーラ ルルデス

2025年9月13日

メンタルヘルスの定義 (WHO 2022年)

Mental health is a state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their community.

メンタルヘルス (精神的健康) は、全体的なウェルビーイングで、個人が自分の能力を発揮でき、日常のストレスに対処でき、良い状態で学ぶ・働くことができ、コミュニティに貢献できる良い状態。

国際視点から考える周産期メンタルヘルス

- ・メンタルヘルスの定義
 - ・ペルー共和国における周産期メンタルヘルスの背景と今後の対策
 - ・在留外国人における周産期メンタルヘルスの現状と課題
- 人口動態：外国籍出生数
- メンタルヘルスリスク要因 Risk Factors
- メンタルヘルス予防・保護要因 Protective Factors
- 外国人コミュニティの取り組み

ペルー共和国周産期医療制度・背景

社会保険医療:ESSALUD
全国の社会保険病院
社会保険の導入：1936年
対象者：社会保険の被保険者
治療費の自己負担：0
母子保健サービス：一切無料 （6か月以上加入）
出産育児一時金

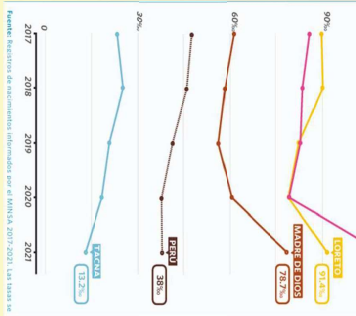
<https://www.gob.pe/essalud>

国民健康保険 (SIS)：MINSA（保健省）
全国の公立病院、市民病院、保健所
国民健康保険の導入：2002年
対象者：社会保険被保険者以外
治療費の自己負担：プラン別
母子保健サービス：一切無料
妊婦栄養助成金

<https://www.gob.pe/minsa/>

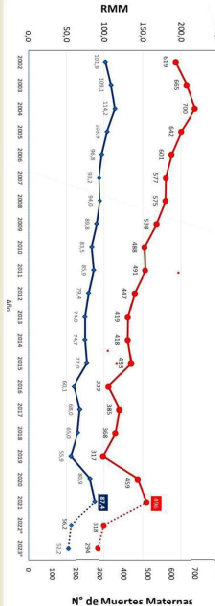
ペルーにおける母子保健の課題

ペルー 若年妊娠 2017年～2021年
出生率 (15～19歳1000人当たり)

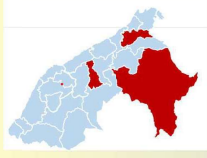


出所：ペルー保健省 <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/003/teleconferencia/2024/SEI42024/03.pdf>

ペルーにおける妊産婦死亡率 MMR 2002～2023



地域別MMR



母子保健サービスにおける周産期メンタル
ヘルスの一体化のためのWHOガイド2022年

- 妊娠・出産・育児といった人生の転機は、女性やそのパートナーにとってストレスになることがある。
- 女性は精神的に不安定になる。
- 以前からあった精神状態が悪化することがある。



https://www.jsage.jst.go.jp/article/jsshp/6/1/6_HRP2018-006/_pdf/-char/en

女性に対する暴力

- 15歳～49歳女性の暴力被害体験（身体的・心理的・性的暴力）
2023年 53.8% 2024年 52%
- 妊娠中の暴力被害体験の実態（身体的暴力）
2016年：9.9% 2018年：8.6% 2019年：6%
- 暴力を受けた後助けを求めない女性の% 43.3%～45%
- 暴力を受ける女性の特徴・リスク因子
学歴の低い層、離婚・離別、40歳以上の妊婦、貧困
- 15歳以下女子に対する性暴力
- 10歳～14歳の出産数 1162件（保健省管理病院2016年）

出典： http://www.sciebo.org.pe/sciebo.php?script=eq_article&pid=52227-4731202200020006

ペルー全人口動態と家族の健康ENDES (2016年～2024年)



カルテ情報を用いた研究調査
①妊婦健診を受けた女性2021年～2022年
対象者 659人
妊娠中家庭内暴力被害体験 15.63%
経産婦 子ども4人以上
年齢 29.29歳以上
結婚 未婚・内縁関係
Beyrune-Gaston 2024
<http://dx.doi.org/10.2376/frmh.v24i4.6455>

在留外国人父母の国籍別出生数 1987～2023

年次	実数				割合 (%)			
	総数	父日本人 ¹⁾	父日本人 ¹⁾	父日本人 ²⁾	父日本人 ¹⁾	父日本人 ¹⁾	父日本人 ²⁾	父日本人 ²⁾
1987	1,354,232	1,336,636	5,536	4,464	98.70	0.41	0.33	0.56
1990	1,229,044	1,207,899	8,694	4,991	98.28	0.71	0.41	0.61
1995	1,197,427	1,186,810	13,371	6,883	97.44	1.12	0.57	0.87
2000	1,202,761	1,188,210	13,388	8,941	97.13	1.11	0.74	1.02
2005	1,073,915	1,040,657	12,872	9,001	96.90	1.20	0.84	1.08
2010	1,023,616	1,049,399	11,990	9,976	96.84	1.11	0.92	1.14
2015	1,020,036	986,642	9,458	9,820	96.73	0.93	0.94	1.40
2020	859,632	824,028	7,720	9,087	95.86	0.90	1.06	2.19
2021	830,057	795,397	7,504	8,716	95.82	0.90	1.05	2.22
2022	787,633	755,488	8,534	8,737	95.92	0.86	1.08	2.14
2023	747,002	712,188	8,858	8,482	95.34	0.88	1.13	2.64

厚生労働省政策統括官（統計・情報）事務局「人口動態統計」による。割合は出生統計についてのもの。①日本国籍の帰化でない者を含む。②外国籍の帰化でない者を含む。

外国人母 26,372

国立社会保障・人口問題研究所
<https://www.ipss.go.jp/syouseisaku/obkeh/Report/Detail2025.asp?name=104-02.htm5>

外国人妊産婦が直面する問題

1. 医療制度の違い、医療情報へのアクセス。
2. 外国人の妊娠・出産支援は自治体や支援機関によって異なる。
3. 医療機関での対応。
4. 在留資格の問題。
5. 婚姻状況、子どもの認知と子どもの在留資格。

望まない妊娠

- 日本と海外の避妊方法の違い
- 人工妊娠中絶手術・母体保護法

『三重県の商品雑貨販売店経営者が経口避妊薬「ダイアン35」を販売して逮捕』

[illegible]

出典：<https://www.yakujihou.com/yakujinews/592/>



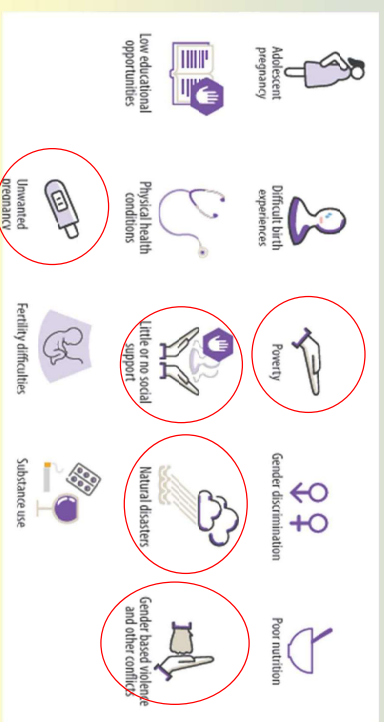
愛知県警に押収された医薬品などは2月、名古屋・中川

写真：病院避け薬の違法通販利用　在日バトナム人、避妊薬も背景に言葉の壁　医療通訳、情報発信急務

出典：<https://www.okinawatimes.co.jp/articles/gallery/1571015>

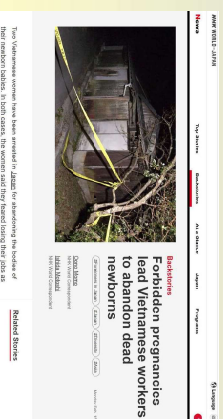
周産期におけるメンタルヘルスリスク

Social determinants of mental health guide (WHO, 2022)



技能実習生による孤立出産

- 未婚女性の望まない妊娠
- 家族・パートナー社会的サポートがない
- 医療施設での対応：通訳者不足



Two Vietnamese women have been arrested in Japan for abandoning the bodies of their newborn babies. In both cases, the women said they feared losing their jobs as

コムスタカ—外国人と共に生きる会

大切なおしらせ

技能実習生が日本で出産する場合の留意点
 の出産に際し日本で受けられる各種支度制度のほか、出産する病院の選択や入院手続、入院に必要な物や書類の用意など、技能実習生に必要な支

【出産に伴う手当等の支給制度】
健康保険や国民健康保険の加入者が出産したときは、出産育児一時金が出払われ

[illegible]

ひ技能実習生が留前・留後休業を取得する場合は、技能実習の一時中断となるため、外国人技能実習機関に技能実習実施困難時期を提出する必要があります。また、在留資格の手続きについては、地方出入国在留管理局へ相談してください。

の技能実習生に、育児休業制度の利用可否について説明し、取得希望を確認してください。一正の要件を満たした技能実習生から、育児休業の申出があった場合は、育児休業を取得させなければなりません。

實況表は、1層別面積が1年以上であり、子どもが1歳未満に達する日と子どもが学齢期に達する日との間の、なかで子どもが1歳未満に達する日と子どもが学齢期に達する日とは、在留期間はなく、持帰国費の戻りの対象期間と同く、在留期間（その年又は翌年の1月1日現在）を予定しているからで帰国して、在留費を交付金は、在留期間にかかわらず支給されます。

確認するなどし、在留資格の取得手続きについては、地方出入国在留管理局に相談し、技能実習生に必要な支援をするよう努めてください。

問い合わせ先:外国人技能実習機構 (TEL:03-3453-8000)

出入国在留管理庁・厚生労働省・外国人技能実習機構

<https://www.moi.go.jp/isa/content/001349019.pdf> (accessed in December 2021)

産後の強いストレス

- 入院中のお見舞いや見回りの世話
- パートナー、家族のサポートがない
- 言葉の壁による不安
- 医療文化などの違い
- 入院期間、母乳育児
- 子育ての不安
- 帰国して出産するという選択

母子の別れ

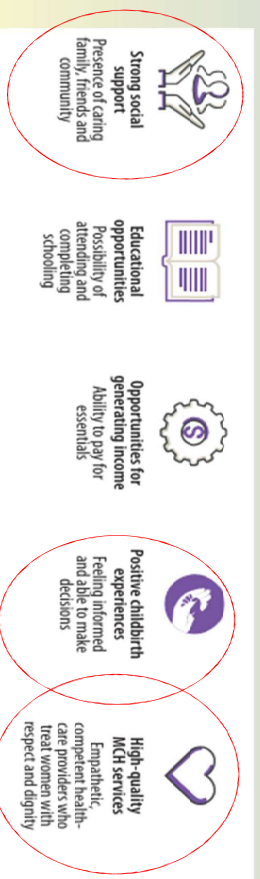
- 母国で出産した後子どもを親や親族に預けて、日本で仕事を続ける。
- 日本で出産した後子どもを母国に送る。
- 1990年代ブラジル人、ペルー人などを経験した。
→ うつ病
- 現在ベトナム人が直面としている課題。



わが子と一緒に暮らせない 在日ベトナム人 母たち

出典： <https://www.nhk.or.jp/mnplus/0018/top/c035.html>

メンタルヘルス予防・保護要因



外国人コミュニティの取り組み



NPO法人日越共生支援会
ウェブサイト： <https://nv-omoi.jp/>

- 母国語による医療情報提供
- ラジオ、雑誌、ウェブサイト
- SNSなどを活用する
- 電話相談
- 医療通訳



<https://latn-a.org/?s=salud+de+la+mujer+en+japont>

周産期医療サービスの向上

母と子のメンタルヘルスケア研修会 (日本産婦人科医学会)
産後うつ病スクリーニングEPDS (Cox 1987)
異文化理解研修など

●外国版EPDSは下記よりダウンロードしてください

アラビア語	中国語	ノルウェー語	ポルトガル語
Arabic	Chinese	Norwegian	Portuguese
バングラデシュ語	英語	スウェーデン語	スウェーデン語
Bangladeshi	English	Swedish	Swedish
ヒンディー語	ベトナム語	オロモ語	アムハラ語
Hindi	Vietnamese	Oromo	Ambic
トルコ語	ペルシア語	フィリピン語/タガログ語	ギリシア語
Turkish	Persian	Filipino / Tagalog	Greek
ヘブライ語	ヒンディー語	インドネシア語	クメール語/カンボジア
Hebrew	Hindi	Indonesian	Khmer / Cambodia
韓国語	ビルマ語	マダガスカル語	セルビア語
Korean	Burmese	Madagascar	Serbian
スロベニア語	ソマリ語	タイ語	ウルトワ語
Slovenian	Somali	Thai	Ulwu
オランダ語	フランス語	ドイツ語	イタリア語
Dutch	French	German	Italian
イタリア語	ペレー語	ベルタ語	スウェーデン語
Italian	Pelay	Bertha	Swedish English

出典：日本産婦人科医学会
<https://mcnc.jaog.or.jp/pages/epds>



Thank you for your kind attention !

2025.9.13

日本国際保健医療学会 学生会会 ×(公社) 日本WHO協会 共催企画フォーラム
周産期メンタルヘルス：「国際保健の視点から考える日本の現状と課題」
日本における周産期メンタルヘルス 現状と課題

日本赤十字社医療センター 産婦人科
笠井 靖代

1

1

日本赤十字社医療センター

1 2022年に周産期部門が100周年（1922年 大正11年に開設）

2 母体救命対応総合周産期母子医療センター（東京都 6 施設）区西南部ブロック
ハイリスク妊娠と母体救命（超早産、産科DIC、産後大量出血、など

3 BFF: Baby Friendly Hospital 「赤ちゃんにやさしい病院」
WHO, UNICEF から 2000 年に認定. (国内 61 施設 2023年)
母乳育児支援, 安全に配慮して早期母子接触, 母子同室.

4 母子の安全を前提とし, 自分らしく満足のいく「主体的な出産」を支援
総分娩数 (2024年) 1285, 自然分娩 704, 鉗子・吸引分娩198, 帝王切開分娩 377
帝王切開率 29.3%

5 硬膜外麻酔分娩 224 (総分娩数の17.4%) 水中分娩 9
硬膜外麻酔分娩 2021年6月より開始 (経産婦) 2022年8月 初産婦にも適応
21年 20件 / 22年 106件 / 23年 158件 / 24年 224件

3

日本赤十字社医療センター 東京都渋谷区広尾

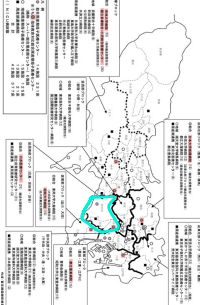
1 2022年に周産期部門が100周年（1922年 大正11年に開設）

2 母体救命対応総合周産期母子医療センター（東京都 6 施設）区西南部ブロック
ハイリスク妊娠と母体救命（超早産、産科DIC、産後大量出血、など）

3 BFF: Baby Friendly Hospital 「赤ちゃんにやさしい病院」
WHO, UNICEF から 2000 年に認定. (国内 62施設 2025年)
母乳育児支援, 安全に配慮して早期母子接触, 母子同室.

4 母子の安全を前提とし, 自分らしく満足のいく「主体的な出産」を支援.





2

2

初経産・35歳以上未滿別の4群の母乳率

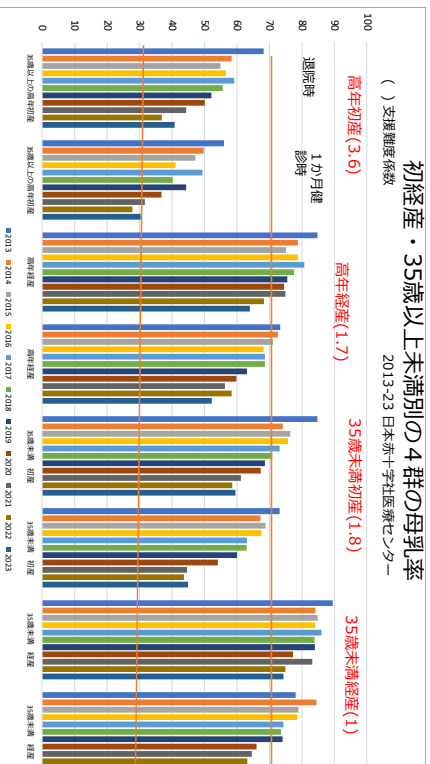
2013-23 日本赤十字社医療センター

() 支援制度係数

高年初産(3.6) 高年経産(1.7) 35歳未満初産(1.8) 35歳未満経産(1)

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

退院時
1か月健診時



■2013 ■2014 ■2015 ■2016 ■2017 ■2018 ■2019 ■2020 ■2021 ■2022 ■2023

母乳率は、母体の年齢、初産・経産で大きく異なり、最も母乳率が低いのは35歳以上の初産婦。
この群の退院時母乳率は40%、1か月母乳率は30%となっている。

4

1

本日の内容

- 1 現在の周産期医療を取り巻く課題
- 2 産後うつと父親の産後うつ
- 3 産後うつにならないために大切なこと
- 4 当センターの産後ケア

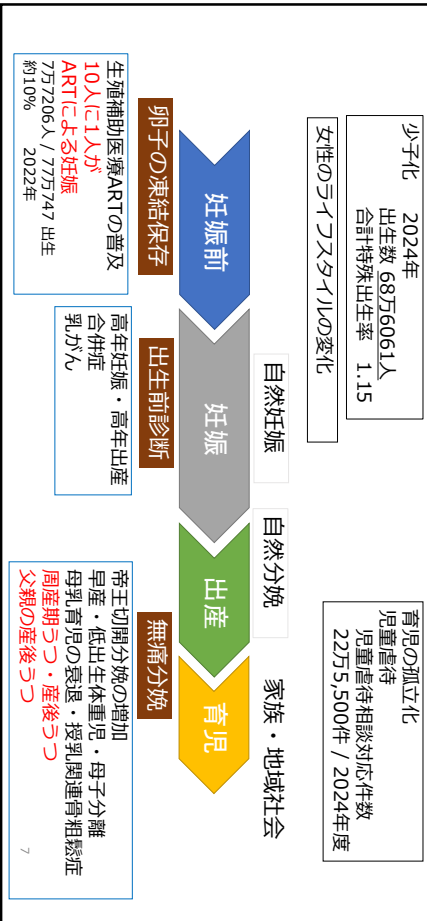
5

本日の内容

- 1 現在の周産期医療を取り巻く課題
- 2 父親の産後うつとその影響
- 3 産後うつにならないために大切なこと
- 4 当センターの産後ケア

6

妊娠・出産・育児を取り巻く課題



詳細データ③ 先進諸国における合計特殊出生率の推移

	日 本	アメリカ	フランス	ドイツ	イタリア	スウェーデン	イギリス
1950年 (昭和25)	3.65	3.02	2.90	1.88	...	2.32	2.18
1970年 (昭和45)	合計特殊出生率とは						
1980年 (昭和55)	15歳から49歳の女性の年齢別出生率の合計						
1990年 (平成 2)	2であれば人口は横ばい						
2000年 (平成12)	先進国における自然増と自然減との境目：2.06						
2010年 (平成22)	緩少子化国・超少子化国 1.5以上・1.5未満						
現在	*1.26 (2022)	U 1.66 (2021)	E*1.84 (2021)	E 1.58 (2021)	E 1.25 (2021)	E 1.67 (2021)	E 1.68 (2018)

資料：日本は厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」
日本以外はUN, Demographic Yearbook

2024年 合計特殊出生率 出生数

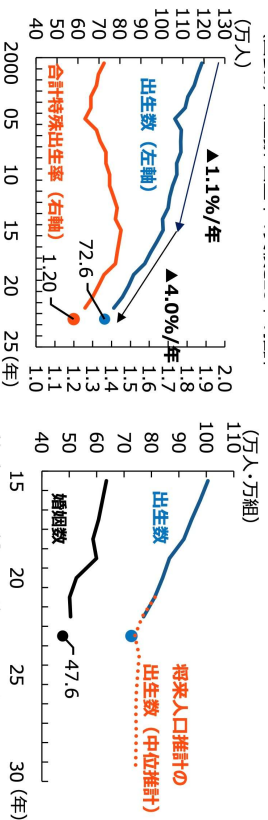
日本 1.15 (予測値) 68万6,061人

韓国 0.75 (前年0.72) 23万8,300人 (前年より+8,300人)

令和5年

8

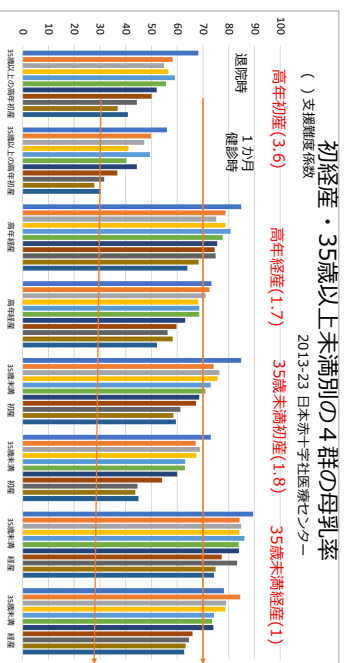
出生数と合計特殊出生率の年次推移



少子化は、コロナ禍を経てさらに加速。
身近に赤ちゃんがいない。
子育てを担う夫婦 → 我が子が、初めて抱く赤ちゃん。

9

母乳率の減衰

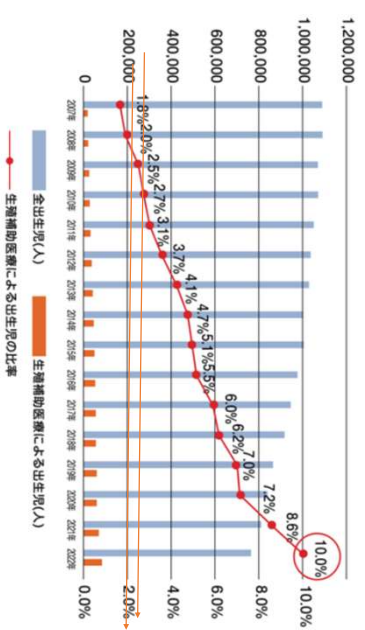


母乳率の減衰が明らかである.

コロナ禍で低下した母乳率は、回復の兆しが見えてこない。

11

全出生児に占める生殖補助医療による出生児の割合



（出典：厚生労働省国勢調査による出生実数、公益社団法人日本産科婦人科学会「ARTデータブック（2022年）」、全出生実数、厚生労働省「令和4年（2022）人口動態統計（確定数）」）

10

10

本日の内容

- 1 現在の周産期医療を取り巻く課題
- 2 産後うつ、父親の産後うつ
- 3 産後うつにならないために大切なこと
- 4 当センターの産後ケア

12

12

妊産婦のメンタルヘルスの重要性

妊産婦の自殺

妊産婦の自殺率 7.7 / 10万出生、2022-2023年
2023年妊産婦死亡
①頭蓋内出血・梗塞 ②自殺 ③産科危機的出血 ③羊水塞栓 ③感染症
2020年以降増加
半数は精神疾患をもって妊娠した女性

増加する児童虐待

養育者
精神疾患や抑うつ状態(産後うつ、スタニティ・ブルース等あるいは知的障害
自ら適切な支援を求められない)

子どもの発達への影響

発達過程 (胎児期や生後早期) における様々な環境の変化に対応した不可逆的な変化
この変化が発達の完了した時期の環境と適応すれば健康に、
適応できなければ疾患を発症する。
DOHAD (Developmental Origins of Health and Disease)仮説
メタボリックシンドローム
精神疾患を含めたさまざまな疾患、自閉症や統合失調症との関連

13

産後うつ病

妊娠中・出産後に、気分の落ち込み、育児疲れでは説明できない
全身疲労感や不眠、食欲低下、体重減少などが徐々に悪化する心身の不調。

- ・育児不安、自責感や自己評価の低下。
- ・赤ちゃんに対して、忌避的。
- ・最も深刻な場合：希死念慮 (死にたい気落ち) 。

半数は妊娠期から始まっている。“周産期うつ病”
DSM-5 2013年改訂 米国の精神医学会 抑うつ障害群の中に「周産期発症」
気分症状が妊娠中または分娩後4週以内に始まった場合に「周産期発症のうつ病」

スタニティ・ブルース
産後数日間、一時的に少し気持ちが落ち込み、涙もろくなる。
症状は軽く、自然によくなる。

赤ちゃんをか
わいいたいと思え
ない。
→ 母子間の愛着形成の障害
ホッテイシツカ障害 子ども虐待のリスク

14

13

14

父親の産後うつ

10.4 % (95%信頼区間 ; 8.5%-12.7%) 2010 JANMA

8.4 % (95%信頼区間 ; 7.2%-9.6%) 2016 Journal of Affective disorders

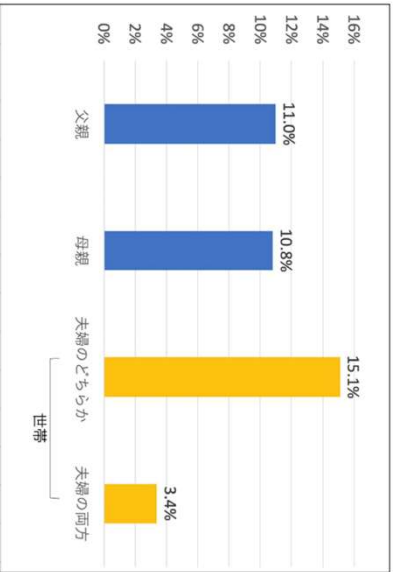
産前 9.8%

産後 8.8%

父親の産後うつ 10 % 前後
母親の産後うつ 10-15 %

父親にも母親と同じくらいメンタルの不調が起こっている。

15



生後1歳未満の子どもを育てる夫婦における、**中程度以上のメンタルヘルスの不調のリスクあり**
と判定された父・母・世帯割合 国民生活基礎調査(2016) K6
竹原健二 Scientific Reports 2020 10(1)

16

15

16

父親の産後うつ		イギリスの大規模親子コホート研究	
特定の要因に曝露した集団と曝露していない集団を一定期間追跡し、研究対象となる疾病の発生率を比較する前向き研究		Lancet 2005; 365: 2201-05	
出産後8週間の両親のうつ；生後3.5歳の子どもの発達			
母親のうつ		Depressed	Not depressed
		(95% CI)	
		Adjusted OR (n=5939)*	
Maternal depression (n=9507)			
○情動 ○行動 ○多動 ○社交性	Emotional	21.9%	12.1%
	Conduct	20.7%	10.7%
	Hyperactivity	12.5%	6.8%
	Prosocial	10.9%	8.9%
	Total	20.7%	7.8%
父親のうつ		depression (n=7030)	
○情動 ○行動 ○多動 ○社交性	Emotional	18.5%	12.9%
	Conduct	16.5%	10.6%
	Hyperactivity	11.2%	7.1%
	Prosocial	10.8%	9.1%
	Total	16.9%	8.5%
		1.52 (1.10-2.11)	1.37 (0.87-1.87)
		1.66 (1.18-2.35)	1.84 (1.27-2.68)
		1.65 (1.10-2.47)	1.68 (1.08-2.62)
		1.22 (0.81-1.84)	1.24 (0.78-1.98)
		2.19 (1.55-3.08)	2.09 (1.42-3.08)

*Adjusted for effects of social class, degree of maternal education, and depression in other parent.

Table 1: Parental postnatal depressive symptoms and emotional and behavioural problems in children aged 42 months

17

父親の産後うつ	
リスク因子	
所得	
学歴	
望まない妊娠	
子どもの病気	
パートナー（母親）の産後うつ	
家族や社会からの支援不足	
影響	
⇒育児の質や量の低下とそれとともなう子どもとの愛着形成不全	
⇒学齢期・思春期になった子どものメンタルヘルスの不調	
⇒パートナー（母親）の産後うつ	
⇒夫婦関係の悪化	
愛着形成	
親が子どもを可愛いと思う⇒ボンディング	
子どもが親を心の基地とするつながり⇒アタッチメント	

19

父親のうつ		OR (95% CI)*	
		Paternal depression	Maternal depression
		母親のうつ	
○情動 ○行動 ○多動 ○社交性	Emotional	0.87 (0.51-1.51)	1.88 (1.42-2.48)
	Conduct	1.73 (1.06-2.85)	2.17 (1.63-2.90)
	Hyperactivity	1.96 (1.12-3.43)	1.62 (1.12-2.33)
	Prosocial	1.47 (0.81-2.67)	1.23 (0.78-1.62)
	Total	1.59 (0.92-2.75)	3.10 (2.32-4.14)

*Adjusted for effects of social class, degree of maternal education, depression in the other parent, and later paternal depression. 4430 children assessed.

Table 2: Paternal depression and subsequent emotional and behavioural problems in children (controlling for later paternal depression at 21 months)

18

父親の育児休暇取得と父親のメンタルヘルス	
----------------------	--

20

TABLE 4 | Model coefficients for the simple mediation analysis of the association between duration of paternal leave and father-infant bonding through weekly hours spent on childcare including six confounders.

		Consequent
		Y (Father-infant bonding)
		M (Weekly hours spent on childcare)
Antecedent		p
X (Dural)	出産後14ヶ月	0.048
M (Week	637人の父親	0.090
C ₁ (Cum	ドイツ	0.861
C ₂ Part-	コホート研究	0.115
C ₃ (Dura	DREAM “Dresden Study on Parenting , Work, and Mental Health”	0.377
C ₄ (Age)	父親の育児休暇の長さは、父のボンディングにマイナスに働く。	0.137
C ₅ (Edu	パートナーシップの充足は、父のボンディングにプラスに働く。	0.347
C ₆ (Part		0.018
Constant		< 0.001

Ronja Schabber et al. Frontiers in Psychology (12) 2021

Table 3. Association of paternity leave taking and father–infant bonding impairment.

Outcome	Crude Model		Adjusted Model	
	β	95% CI	β	95% CI
Total score	0.61 *	0.05 to 1.17	0.51 *	0.06 to 0.96
Lack of affection	0.15	−0.12 to 0.42	0.10	−0.13 to 0.34
Anger and rejection	0.29 *	0.02 to 0.56	0.26 *	0.03 to 0.49

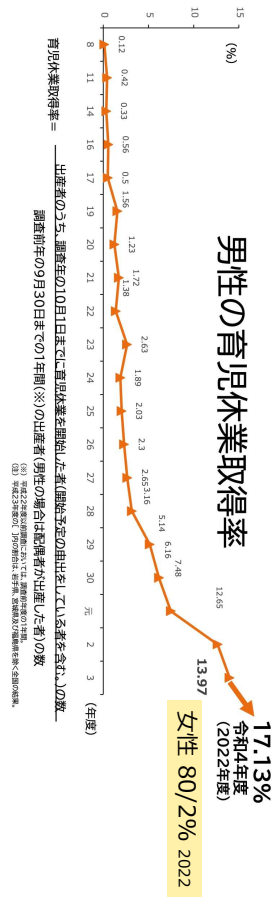
日本 出産後2年未満の父親 1194人 2021年7－8月
父親の育児休業取得が、ボンディング「怒り・拒絶」に関連。

Shuhei Terada at al. International Journal of Environmental Research and Public Health (19) 4251. 2022

本日の内容

- 1 現在の周産期医療を取り巻く課題
- 2 産後うつ・父親の産後うつ
- 3 産後うつにならないために大切なこと
- 4 当センターの産後ケア

男性の育児休業取得率



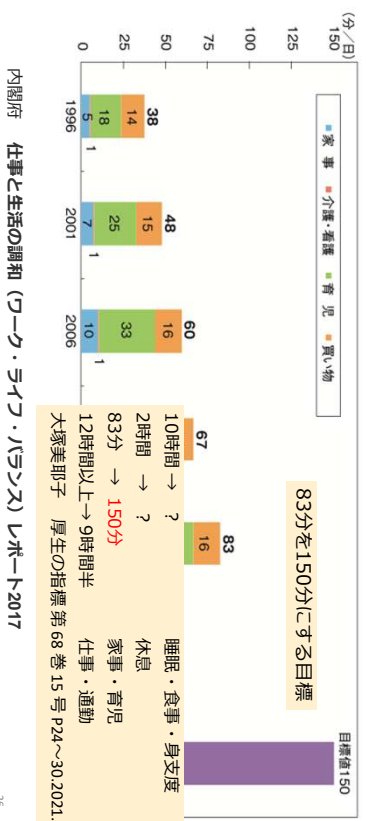
目標 2025年までに50%
2030年までに85%

父親の育児取得が子どもとのボンディングに負の結果をもたらす背景

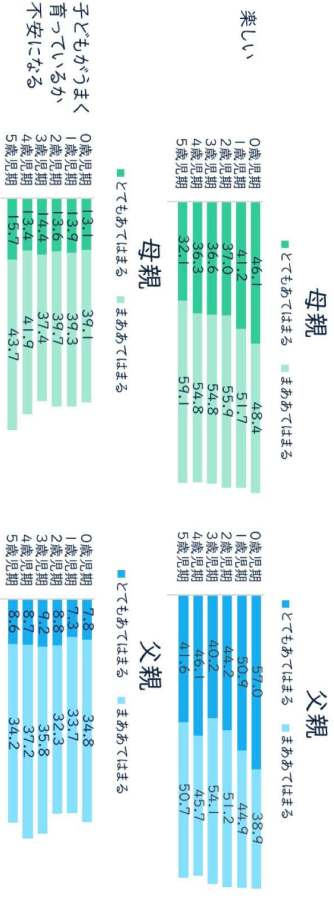
- 1 親になることへの自信の欠如
ロールモデルの不在
育児知識の欠如
- 2 父親の孤独
育児を相談できる友人を持つ父親は半数
そのうち60%は職場の同僚
育休中には連絡を取れない
育休を取る父親は少数派
- 3 職場を休むことへの罪悪感

Shuhel Terada et al: International Journal of Environmental Research and Public Health (19) 4251, 2022

図表 13 6歳未満の子どもをもつ夫の育児・家事関連時間★



子育てに関する意識



子どもの育ちに不安を抱える親は父・母を問わず4割を超える.

乳幼児の生活と育ちに関する調査 2017-2022 東京大学発達保育実践政策センター・ベネッセ教育総合研究所

育児休業の取得の推奨・育児家事関連時間の目標値の設定

育児のスキルを身につけずに仕事に疲弊する父親に
さらに負荷をかける懸念



参考文献

小児期の逆境的体験と保護的体験
子どもの脳・行動・発達に及ぼす影響とレジリエンス

2020年
Jennifer Hays-Grudo
Amanda Schfield Morris

逆境的小児期体験
ACEs Adverse Childhood Experiences

保護的・補償的体験
PACes Protective and Compensatory Experiences

29

29

ACEs尺度の質問票

18歳の誕生日を迎えるまでに、以下のようなことがありましたか。

1

罵倒されたり、侮辱されたり、けなされたり、屈辱をうけたりする体験。身体的に傷つけられるのではないかと心配になるような行動をとられた体験。

2

突き飛ばされたり、つかみかかられたり、叩かれたり、痕が残る怪我の体験。

3

性的虐待。

4

家族の誰からも愛されていないと感じたり、あなたを大切に思う家族がいなく感じたりした経験。

5

十分な食べ物なかったり、汚れた服を着るしかなかったり、誰からも守られていないという体験。両親がアルコールや薬物に夢中になり面倒をみてもらえない体験。

6

母親あるいは父親が身体的暴力を受けていた体験。

7

両親の別居・離婚。

8

アルコール依存症 違法薬物依存家族との同居。

9

家族の誰かが抑うつや精神疾患、あるいは自殺未遂を起こした体験。

10

家族の誰かが刑務所に収監された体験

11

その他の問題。

30

30

保護的・補償的体験 (PACes)の質問票

18歳を迎えるまでに、以下のことがありましたか。

幼少期のトラウマ体験に対して、保護的・保護的に働く体験として
“ボランタリー活動”
誰かの役に立つこと
助けられた人だけでなく、援助者の心にもプラスの作用。

↓

育児をしている親が孤立しない、
社会の一員として、親以外の役割を持ち、必要とされる存在であること。
・育児休暇期間も育児だけでなく、社会との繋がりを維持すること。
・まわりに助けを求められること

31

31

本日の内容

1

現在の周産期医療を取り巻く課題

2

産後うつ・父親の産後うつ

3

産後うつにならなかったために大切なこと

4

当センターの産後ケア

32

32



母と子のサポートプログラム
(産後ケア入院)

～ ゆっくり、楽しく育児をしたいママへ ～

助産師が側で見守り

病院という安心感のもとサポートします！

33

33

くつろぎ

睡眠や休息で心身ともに回復をしたいお母様
夜間や日中のお子様のお預かりをしてほしいお母様
お母様の休息中はお子様のお預かりやミルクや
搾乳の補充をお手伝いします。

はぐめ

育児に慣れず、時間をかけて練習したいお母様
母乳育児を頑張りたい方、母乳分泌を促したいお母様
助産師が授乳、育児練習、相談にのります。

Family サポート

退院後のサポート不足から心配なお母様
パートナー協力して育児練習をしたいお母様
自宅での育児をイメージできるように支援します。
パートナーの宿泊も可能です。

35

— 対象者 —

・当センターでご出産され、医師の退院許可がある方。
・当センターまたは他院でご出産されたお母様と生後
4 か月未満のお子様（双子を含む）。

（NICU / GCU 卒業のお子様も生後 4 か月未満であれば対象となります）

— 基本料金 —

・1 日 33000 円、（双子の場合 1 日 38500 円）
個室利用料込み・消費税込み

— 別途料金 —

・お母様の食事代（1 食 1320 円）
・パートナー宿泊代（1 泊） 5500 円
（朝夕食代、簡易ベッド・消費税込み）

港区
渋谷区
目黒区
品川区

区の助成
1－2割程度の自己負担

34

34

周産期医療について何ができるか

少子化・女性のライフスタイルの変化

高年妊娠の増加

妊娠前

妊娠

出産

育児

生殖補助医療

ハイリスク妊娠

帝王切開分娩
夫の立ち会い
早期母子接触

医師と助産師のチーム健診
安心母と子の委員会・多職種

バーン
レビュー

授乳サポート外来
産後ケア

育児の孤立化
児童虐待

医療者ではなく母子の視点、管理ではなく支援、多職種 出産はゴールではなく育児のスタート、妊娠・出産・育児期を連続して俯瞰する。

36

「子育て支援センター」の役割と意義

まとめ

出産はゴールではなく育児のスタート

「妊娠」「出産」「育児」の中で、「育児」に十分な目が向けられていない。

「出生前診断」「無痛分娩」に関心が向けられがちであるが、

育児の準備もしておく。

育児の援助者 社会資源の活用 産後ケア

産後うつは、半数が妊娠前に発症、父親にも「産後うつ」がある。

母親・父親としてだけでなく、社会の一員として他者から必要とされる存在
孤立しない・仲間を得る。育児のスキルを身につける。

SOSを発信できる

産後うつについて知っておく

育児を担う母親も父親も自分自身の心身の健康が不可欠

子どもと離れてリフレッシュできる時間の確保など

ワークライフバランスの見直し ジェンダーギャップの克服

パートナー同士の協働作業

[illegible]



公益社団法人 **日本 WHO 協会**
FRIENDS OF WHO JAPAN



jagh-s

日本国際保健医療学会 学生部会

主催 日本国際保健医療学会 学生部会
共催 公益社団法人 日本WHO協会
一般社団法人大阪薬業クラブ助成事業