

妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究  
「全妊産褥婦に行う地域型「母子保健プログラム」の策定」

岡野 禎治 三重大学医学部精神神経科

協力研究者

（三重県こころの健康センター）原田 雅典

### 研究要旨

地域での産後うつ病の女性の受療経路を調査したところ、ケア・サービスが各段階で機能していないことが多く、発病から最終的な専門治療を受けるまでの期間は平均 100 日以上もかかっていた。産婦人科、小児科、精神科を含めた医療機関での知識の普及と行政保健での啓蒙および訓練が要求される。これは、個別面接をした各領域の母子精神保健に関する現状でも裏付けられた。

#### A.研究目的

少子化傾向および核家族化の増大した今日、女性のメンタルヘルスの維持・増進と母子関係の健全な発展のために、包括的な母子精神保健対策が急務である。なかでも、出産女性の 10～15%と高頻度に出現するといわれている産後うつ病に対する地域の保健医療体制は欧米に比較して十分に連携がなされていないことが先行報告でも明らかになった。

今回は、母子精神保健に関する適切なシステムの評価を目的にするために EU の産後うつ病に関する包括の Qualitative Research を用いて、産後うつ病に関するヘルス・ケア・サービスの評価を実施した。

研究課題は 1) 産後うつ病に罹患した母親の受療経過とヘルス・ケア・サービスに関する研究、2) 医療保健従事者に対する面接をヘルス・サービス・リサーチ・ガイドラインに沿ったおこなった。

#### 1) 産後うつ病の受療経過とヘルス・ケア・

#### サービスに関する研究

#### B.研究方法

対象は、過去 5 年間に三重大学精神科に受診した非精神病生の産後うつ病の患者 50 名を選択して、インフォームド・コンセントを得られた 10 名である。

上記の対象者に対して、受療経路に関する EU project の調査票を翻訳し、日本語版を作成した。郵送にて配布回収した後、聞き取り調査で把握した。Pathway 調査票は、資料 1 に示したように、受診の決断（主訴）、出産からのその時期、依頼者、披依頼者、相談までの時間、受診に要した時間、その効果を各レベル別に調査した。

#### C.研究結果

受療経路を図 1 に示した。



産科医の紹介で精神科医を受診した症例でも、抗不安薬の投与で改善せず、不満を残す症例もあった。

#### 2) レベル2の相談者

2番目の相談者を求めた9名の中で、自分自身で次の行動を決断した女性は66.7%であった。

2名の女性はそれぞれ主人と産科医から相談を受けて、次の行動に移った。

#### 3) レベル2の相談機関（相談者）

再度、援助を求めた女性が相談した相手の内訳は、地域の精神科医が9名中6名と67%を占めていた。その他、三重大学病院へ1名、市町村保健婦に1名が援助を求めた。

#### 4) レベル2の相談までの時間

2番目の支援を得るまでに要した期間は平均20.2 (SD15.9) 日であった (0~20日)。

#### 5) レベル2の所要時間

自宅から2番目の医療（相談）施設に受療に要した時間は、平均43.3分 (SD32.6) (15~120) であり、県外からの受診者も1名あった。

#### 6) 相談結果

アドバイス内容には、「ホルモンのバランスが悪い」「話しを聞いて貰ったこと」、「入院と点滴の勧め」、「自律神経失調症といわれて、漢方をもろう」などの記載があり、「精神科医への紹介」が20%、「産後のうつ病かもしれないなら専門医への紹介」された例が1名あった。中には総合病院の精神科で「子供が大きくなったら、眠れるでしょう。なるべく薬は飲まなくていいようにしてください」といわれ、薬物を処方された症例もあった。

### C) レベル3のヘルス・ケア

この段階では、対象者10名中8名が三重大学病院精神科を受診して、専門的な治療が開始された。2名は、他の精神科医に援助を求め、1名はカウンセラーを受診した。

#### 1) 援助を受けた理由

症状が軽快したが、再燃した症例と抗うつ剤の治療薬の服薬を継続しても、症状が改善せず、レベル3の援助を求めた2名の女性である。

#### 2) レベル3の相談者

2名の女性とも自ら、決断して次の行動に移った。

#### 3) レベル3の相談機関（相談者）

再度、援助を求めた2名の女性が相談した相手の内訳は、カウンセラーと神経内科医であった。

#### 4) レベル3の相談までの時間

3番目の支援を得るまでに要した期間は平均79.5 (SD27.6) 日であった (60~99日)。

#### 5) レベル3の所要時間

自宅から3番目の医療（相談）施設に受療に要した時間は、平均79.5分 (SD27.6) (20~120) であった。

#### 6) 相談結果

いずれの2名も効果がなく、1名は三重大学病院精神科を受診し、もう一名は整体師に援助を求めて、レベル4を経由して、三重大学精神科を受診した。

この整体師を最後に経由した女性は不眠が持続していたが、「不眠というのは自分がそう言っているだけで、他人にはわからない」というわれ、病院でもらった服薬も中止していた。

この実家からの支援のない女性は、あとがきに「私の場合、出産によって母体に及ぼす影響を理解するために、オムツの交換や沐浴だけでなく、育児に関連した心身ともの問題を指導されていない。産後をサポートしてくれる福祉健康サービスがもっと必要である」と記載されていた。

### D. 考察

レベル1の段階では、症状が発現しても、実際に行動に移すまでには平均1カ月以上を要していた。周囲からのアドバイスは比較的が多い。

レベル1では相談相手が多様である。しかし、半数が産科医に相談している。比較的早期に受診しているが、精神科医への依頼を勧められたのは20%しかなかった。しかも、レベル1の段階に対する効果については、半数以上が何の効果もないことが判明した。

レベル2の段階では、相談相手は少なくなり、自分で決断して、行動をおこすが、支援を受けるまでに平均20日を要した。レベル3の段階では精神科医からの紹介状にて依頼を受けることは少なかった。この段階から女性が支援を受けるまでの機関が平均80日も要して、次第に遷延していた。しかも、地域の枠では十分対応できなく、居住地から遠方への受診が目立つようになっていた。いずれにせよ、適切な専門的なアドバイスを受けにくい女性では、大学病院への受診は遅れがちになる傾向は明らかである。

日本の医療体制は明確な catchment area がなく、自由に医療機関を選択できる点で、患者へのヘルス・ケアが適切な流れの中で、展開できにくい状況にある。今回の main pathway は産科医から精神科医そして、専門の精神科へと流れが一見あるように思えるが、必ずしもレベル毎に、次のレベルに移行するために適切な紹介がなされていないことが判明した。大半が受療効果について満足している女性は少なく、しかも産後の母親自身の決断によって次のレベルに援助を求めているものが大半であった。つまり、適切な知識のあるヘルス・ケアの専門家の遭遇するかどうかで、早期の治療が決定することになる。精神科医も適切な知識と治療内容を必ずしも有していない点が問題となるかもしれない。今後は、一般の対照群の受療経路と比較する他、受療経路と予後との関連を prospective に調査において検討する予定である。

## E. 結論

産後うつ病の女性の地域での受療経路から、

現状のヘルス・ケア・サービスの枠の中では、適切な治療まで到らないことが判明した。

## 2) ヘルス・サービス・リサーチ

### A. 研究目的

概括できる保健医療の専門家の立場から産後うつ病に関するヘルス・サービスの面接を実施して、医療行政上の問題点と今後の構想を把握する治療施設の構築などをめざす

### B. 研究方法

地域の母子保健と精神保健の行政と医療、福祉領域で従事されている専門家に、EU Project のヘルス・サービス・リサーチ・ガイドラインに沿った約1時間の面接を実施した。被面接者全員に対する面接者は第一著者に統一した。

被面接者の対象は、こころの健康センター所長（精神科医）、三重県健康福祉部児童家庭課課長（医師）、三重県健康福祉部障害保健福祉課主査（保健婦）、三重県健康福祉部医務政策監（医師）、県立精神病院院長（精神科医）である。

内容は以下の通りである。各専門家の領域における特殊な立場に焦点を当てるようにした。主な面接のテーマは、1) 出産を取り巻くメンタルヘルスの問題と精神障害の理解の程度について、2) 産後うつ病の原因、貢献、予防についての見解、3) ヘルスサービスの適切な対応についての見解、4) 厚生省や三重県の戦略ないし政策についての知識について、5) 地域サービスの範囲とタイプ、6) 地域医療の質についての満足度、7) サービスの提供における気づかれているギャップと制約についてである。

そして、それぞれの立場からの特徴を出来るだけ引き出すように面接を行った。質的なアプローチによって現在のところ何が問題となっているのか、そしてシステム作りの可能性と限界を要約した。

## 【結果】

### a) 精神保健福祉センター所長：

問題点は、その早期発見のシステムと知識の普及があまりにもされていない点大きい。もっと大きくいうと、母子保健の中にメンタルヘルスサービスがちゃんと位置づけられていない。

地域の健康問題という側面からみて、第一に、子育てという切り口の中で産後精神病があまり問題になっていない。第二番目は、その子育てに関連してチャイルドアビュースの問題がある。三番目は家庭メンタルヘルスという面で、夫婦間の葛藤という形になることもある。こうした切り口もあれば、非常にユニークな視点から提示される。

具体的な提言について、母子検診の中に母親のメンタルステートをチェックができるような項目を差し挟んで、まず、一次的なチェックをする。プライマリーなチェックをして、それを絞り込んでいくとそこを起点にして、専門家とどうむすびつけていくかというラインができれば好ましい。そして、助産婦とかソーシャルワーカーとかその職種の方のふるいをかけていく。そういうシステムは、現状ではほとんど作られていない。むしろ、システムであっても流れが作られていない。県内でもいろいろな職種の方は関心もあるし、必要性も感じている。時間的にはタイミングの問題としてどうかということです。具体的には保健婦です。もう一つは、欧米のようなソーシャルワーカーとか、訪問看護婦とか今後市民権をもったり、あるいは職種のバラエティーができると思う。もちろん保健婦とさっきいった保健婦以外のコメディカルとの棲み分けとか分担の方がそういうことの方が現実的ではないかと思う。

産うつ病の患者さんに対して、一般サービスの中でニーズっていうのはあると思うが、数字の上で現れるものではなくて、かなり潜在的なものですかね。ちゃんとケアを受けている人と

いない人のなかはかなりギャップあり、その他の人は適切にサービスを受けていないということですね。

スペシャリストのサービスの必要性については、プライマリーサービスや一時的なスクリーニングがちゃんと確立されないとスペシャリストのサービスはできない。

一般のヘルスケアレベルで産後の電話の相談はありますね。もうちょっと広くみればかなりあるし、夫婦関係とか、子育てとか関連したものがあると思います。今の時代ではむしろそのチャイルドアビュースとからめて、母子精神保健が見直されている感じがします。保健婦は市町村を含めて割合、コンタクターになることが多いし、児童相談所の先生も痛切にそれを現場において感じる。

現状の中では産うつ病に対するヘルスサービス把握されていないものが多いと言うことについては、把握されていないじゃないでしょうか。たとえば、産科医や小児科医の頭の中に産後の精神障害という考えはおそらくないでしょうね。母親の性格とかね、ほかの社会的な要因とかしかみてしまっただけ。そこに病気という考えがはいってないんじゃないでしょうか。小児科医というのは育児指導をしたりするわけで。その時病気を踏まえて指導しなければなりません。あからさまな精神病はわかるでしょうが、産後うつ病という感じだけでも、ちゃんと捕えることが大切であること、そして、プロフェッショナルな精神科医むけの教育がかなり大事ですね。

個別にはやっているという話は聞いている。しかし、なぜ個別対応でやられているにも関わらず、それを政策施策にしろという声にならないか、ようわからんところですね。母子保健行政や児童保健福祉行政の中では、まったく話題になっていないと思います。特に児童の発達とかね、児童の福祉でもいいんですがね。そういうことを話題にするときに、こういう切り口が

まったく出てこないのです。母親のメンタルステイタスを問題にするということのスタンスがないですね。ソーシャルモデルで見て、メディカル・モデルが全然入り込んでいないですよ。

地域保健は、行けない家族をいかに拾うかということにあるんですね。ところが、母子保健はこのところが、今のところすっぱり抜けているんですよ。ある地域、小さい地域の中でご主人の相手の家族に対して親族の中でのステイグマになりますよね。

日本の公的病院というのは、患者を集めて院内で教育するというやり方ですよ。アウトリーチはあまりないですね。

地域によってギャップが生じるほどの内容は少ないと思いますが・・

福祉は物質的な援助であって、そのいろんなスキルを与えとかさ、メンタルなサポートをすとか、家族調査をすとかそんなことはほとんどしていない。福祉のその領域の人には、病気になるという視点がものすごく入り込みにくい。

トレーニングには、僕なんかの経験では講義よりずっと力強い。やらざるを得ないというところでやることによって力を付けていく。

例えば、最近、岐阜の母が子殺しがあるでしょ。あれなんかは精神科的にチェックできそうな問題ですよ。もちろんマスコミはそういう視点では見てないし、社会もそうですからね。あのあたりから変えていかないとね。そこからこうと必要性を気にしだすというやり方が割と効果的です。

b) 健康福祉部児童家庭課課長（医師）：

産後うつ病や産後精神疾患の頻度については知らないが、大きな問題、例えば育児不安から虐待まで含まれている。母性の獲得にハンディになると思う。だから、勿論、地域の健康問題であると思っている。重要なことは二点ある。

1) 母親、家族、一般人に対する知識の獲得が必要である。2) 相談窓口をもうけること。市

保健センターと県の保健所があるが、これを2本建てにする。産前と産後のシステムにギャップがある。行政上の母子保健とメンタルヘルスについては、市町村の対応では十分出来ない。

現在可能なことは人材の養成と研修である。生涯教育の場にもうした問題を提起するのも方法である。産後うつ病についてヘルスサービスの適切な対応に関しては、小児科からの協力が必要である。市町村センターに重点をおいて、活発なりエゾンをおこなう。現在の保健所では十分対応ができない。この問題は一般臨床での対応の方がよいと思われる。専門的サービスは2次的サービスになると思う。国や三重県の戦略ないし政策については、明確なものはない。しかし、母子保健振興事業により、人材を確保して、サポート体制ができればと思う。出産を取り巻くメンタルな問題に対する特別な対応は、今後母子周産期センターが先駆けてやれればと思う。現状では、産後うつ病の女性に対する対応では、事例について関連して知識があるのとないのとでは大きな違いが生じる。この分野の保健婦の対応は難しい点がある。精神保健担当だけではない。今後保健婦のローテーションなどの養成が必要となると思う。

地域のギャップあると思う。そして、教育や訓練に対する地域保健担当者の知識や研修、スキルに対するニーズはあると思う。専門的サービス、外来クリニック、入院施設などに対する母親からのニーズもあると思うが、施設の分布などに関してはわからない。こうした制約として予算の問題と、医師会の分断、小児科と産科医の問題ですね。

c) 三重県健康福祉部障害保健福祉課（保健婦）：

産後のメンタルヘルスや病気についてはメンタルヘルスの面では大きいと思います。女性のライフサイクルの大きな出来事ですね。産後うつ病という言葉は聞いたことがあります。そ

の後産後うつの人を紹介されて訪問したことがあります。個人の精神病院のケースワーカーさんからです。慢性の分裂病の出産については直接対応したことはないですね。保健所で勤務していた時、「育児ノイローゼ的」な相談も多かったです。しかし、保健婦の立場からは産うつ病という診断を付けられれば一番いいですが、現実にはできませんね。地域の保健婦がトレーニングを受けて、構成面接方法などのスキルを持っているとわかりやすいですね。母性の神話については母性感じながらも、できない自分に混乱したりとかそんな人もいます。

予防への対応はとっても難しいかなと思います。それは、個々それぞれ生活様式も違うし価値観も違います。適当なヘルスサービスの問題は一般医療でやるべきと思います。産院とか小児科医院と精神科関係あるいは精神保健行政との関連が全然できていないと思います。その場の限りでどっかに電話するとか、あるいは心の健康センターに電話するとかは書いていてもね、ちゃんとしたルートがないんですよね。そういうルートをきちっとその発信する側の意識改革がまず必要だと思います。それと受ける方の問題もあると思います。一度発信さえしていただければたとえば保健婦なら依頼をしていただければ対応可能だと思います。相談内容はちょっと一度みて個別に対応して専門的な部分もいるでしょうし、日々の相談というのもいると思います。細かい相談を行い、関わりながら適切な専門的機関を紹介する。

現場では母子保健と精神医療保健との絡みで保健婦自身が専門化されていないです。その地域のお医者さんがどちらに連絡をしていただくかということにもよると思います。個別対応の訪問や相談記録については、保健所は記録は残っていると思います乳児検診が保健所でなくなってきたあたりでやっぱり少ないかもわかりません。一般的な対応プラス専門的なサービスと

いうのも両方勿論必要だと思います。具体的な産後うつ病に障害に対するガイドラインというのは、担当の課ではまだないです。お母さんが子供をみれなければ一時そのお母さんの治療のために子供を施設に預ける方法として、児童紹介所が窓口となりますのでそちらに紹介しますね。産後精神病になって子供を施設に預けたというケースはあります。その子は1歳ぐらいでした。0歳児の場合でも乳児院があります。ちょっと訪問したことがありましたけどどうまくいきませんでしたね。

職場での保健婦の立場的なものとか、児童相談所との問題などがありました。予防的または長期的にみた関わりが児童相談所には薄くて、相談があれば子供を施設にあずけよか、それで終始してしまって、保健婦としてはお母さんの訪問も必要かなあとも思いますけど、それ以上の関与が出来にくい状況です。こうした現状で産後うつ病の母親のサポートという問題を開拓していこうとするとなかなか難しいです。児童相談所のなかでは、保健婦は相談のラインに入っていないのです。ちょっと問題なのかなという時も、もうちょっとマンパワーを融通させられないかと思います。一度治療してみて、次ぎうまいくようにどうサポートしていこうといった話し合いにはなりません。個別対応に終始しています。保健婦が遠慮がちというわけではなく、ご本人は関わりたい場合が多いです。地域によってまちまちですが、産後うつ病のお母さんの場合には、病院というよりもまず近くの精神科のクリニックみたいなところを紹介するケースが多いかもしれませんね。できたらクリニックですね。クリニックですとたとえば働きながら子供を抱えていたとってそういう風になってきたときは時間の融通がつかます。残念なことですが、行政の中でこういう特別なりソースを提供するような立場、組織というものはいまんとこ無いですよ。いわゆるグループ

化みたいな形での現状の対応は難しいでしょうね。そうなると、児童家庭課と精神障害課がなんか合体するような形でやっていかないと難しいですね。人材だけ養成してグループ化して、その柔軟に対応できる機構としか機能とか今の組織では難しいですね。組織構造の中での変革があっても、スムーズには現状では、困難であると思います。対策官は両方またがって仕事をいただいているのですけども・・

母子ユニットというのはしらないですね。それから産後うつ病についての専門的に訓練された保健婦とか、訪問保健婦というのは無いんじゃないでしょうか。

d) 三重県健康福祉部医務政策監（医師）：

もちろん、産後うつ病は地域の健康問題です。産後うつ病についてヘルスサービスの適切な対応について、日本ではピックアップする時点で乳幼児検診がある。現在は市町村検診に変化しているために、状況は厳しいが、最低のスクリーニングが出きる体制が必要であると思う。何かをチェック項目にいれるとか。対応は現時点では保健所では無理である。能力的には医療機関が適切と思う。行政サービスからは効率や専門性の視点からは無理と思う。

現状では、産後うつ病に対する取り組みは、何もないのではないと思う。特にメンタルの面は取り組みが一番遅いですよね。身体面が中心となってしまう、あらゆる面で遅れている。産後うつ病に対するヘルスサービスは数もあると思うので、専門分野でやれば望ましい。国や県の政策については今はないと思う。現在は単発の重症例を個別に対応しているのが現状ではないでしょうか？受身の形での個別対応ですね。出産を取り巻くメンタルな問題に対する特別な政策はないでしょうね。国の戦略、政策、ガイドラインというものもないですね。地方サービスの範囲とタイプとしては一般臨床ですね。産婦人科医ですか。そして、専門的なリソースを

提供するに責任のある組織は行政でしょうね。産後にうつ病になったり、精神疾患になった女性に対して、どんな既存のサービス、リソース、機関はないですね。

サービスの提供における気づかれているギャップと制約では、まずスタッフですね。教育を受けた人がいませんね。日本では標準化がなされていない。スタッフが一番必要と思う。それと、予算化の問題ですね。この確保が難しいと思う。

産後うつ病の抽出に重要な者はスクリーニングのスタッフと伴にその後のフォローアップ体制ですね。検出しても、対応が出来ないと言う点が問題ですね。

地域におけるギャップとしては、小児科と産婦人科の地域における関与はまちまちである。産婦人科がカバーしているところもあるし、小児科が関与させてもらえないという地域もある。いろんなパターンがあると思う。それと小児科医はお母さんを診ないですね。子供に関する情報を聞くことはあっても、お母さんの気持ちを聞く余裕はないですね。そういう意味でも連携は悪いと思う。

小児科医による出産前検診という新しいモデル事業はかなり先駆的ですね。

Prenatal visit を最も医師全部がやるかどうかという問題がありますね。助産婦さんのリソースも可能性があり、対応も可能かと思う。予想される困難はプライマリケアにおける適正配置がなされていないのではないかと思う。欧米型のチーム医療というのは日本ではなかなか複数関与することは難しいと思う。コメディカルの助けが必要である。大学病院や県立の大きな病院であれば、そうしたモデル的なことをやって、その成果をコメディカルに訓練として反映させるというやり方が現実的ではないかと思う。こうしたモデル事業化は医療施設の成立が元来異なるために普遍化は日本ではちょっと困



難であるかもしれない。しかし、工夫はできると思う。助産婦のレベルであれば何とか検診でも、予算的にはスクリーニングは可能と思う。また、ちょっとした初期の対応は可能と思う。

e) 県立精神病院院長：

今の精神医療からみたら、かなり家族側に大きなストレスがかかるとは思いますけど、もちろん、本人以外に、例えば核家族とか経済的な問題とか、社会的にも偏見がある。特にいうのが、一番大きく感じます。今まで病気ではない人がお産して悪くなって、遑って話がややおこしくなるし、なおかつ予後聞かれるとつらいとことがある。産後うつ病についてはあまり実際のところ知らないけれど、産褥精神病は昔からうちの病院にも来ます。

分裂病者の出産に経験はあまり多くない。後で聞いてきたりとか、総合病院で出産して悪くなったとかは聞くことがあります。ここで外来で妊娠して、また産後来るという症例はありますよね。総合病院との連携は特に無いと思います。例えば、やっぱり家族からの電話相談を聞いておると相当、家族内で対応が難しいと、そういうレベルまであるんじゃないと見取るわけです。ただ、そういう人たちに受診するようにといっても私のところにはなかなか敷居が高い。電話でも匿名が多い。この病院ではある意味で言うと、かなり悪くなったの相談でしょ、もっと軽いところで相談できたら、対応も速ければ、そんなに大事にはならない。そこらへんでは間口を広くしておくことはメリットがあるんじゃないですか。

地域で母子を含めた機能については、事前にはやっぱり来んと思う。1次、2次、第3次ぐらいの医療機関とした流れというのはやられていないです。現状は、個別対応で、産婦人科の先生から相談があって、みんな個別的相談ですよ。それに関連して、長く見た場合、例えば分裂病の患者さんは母性を獲得しにくい家族か

ら相談を受けられたことはあります。具体的な相談内容はやっぱり、現実に育てられるかどうか。実際、保育に関して調子が悪くなってきたら、できないわけです。そういうときに例えば、保育所に預ける、それがいいかどうかとか現実、保育所に預けるということをやろうとすると、母親自身、患者である母親がものすごく抵抗するの場がだいたい多いです。わたしらの経験でも、それで解決するのはもう並大抵じゃないですね。母子ユニットみたいな精神科で赤ちゃんとか子供といっしょに居させるようなそういう施設があったら、また違うかもしれないですね。医療的入院となっているときは仕方が無いですよ。ちょっとかわいそうかなという感じですね。しかし、実際時期が過ぎたらやれるんですけれどね。その間のサポートは祖父母がおれば、まだ助かる。ご主人との葛藤状況になってくるもので、祖父母がいない家族ではうまくいかないですね。福祉系列からの依頼はあると思う。分裂病の方はときどき入院するんですけどもね。まあ、数は少ないですし、後サポートしていくのはなかなか難しいですね。長い意味での経過は見れないですよ。だから、分裂病という狭い範囲でなかったら、婦人相談所は非定型精神病の領域で低所得の人で、本当に生活面とそういう精神面の両方を見ないいかんという人は割りと多いでしょ。なんかそこは補強してあげないとあかんのかなとわりと思う。

今は保健所は母子の検診は市町村に移しているでしょ。市町村の保健センターがそこまで機能がやれるかどうか知りませんが。ある意味で言うと3カ月検診とか、何か月検診とかでチェックしてもらっておくとか、そうしないと、現実的には不可能とちがいますかね。

産後の相談窓口がはっきりちゃんとしておれば、いいと思う。不安を思った人は相談してくるし、そういうやり方でも私は良いと思います。経験者のデータを見直さないとどこが問題なの

か解かってこないと思うんです。段階があるん  
とちがいます？プライマリーでジェネラルで相  
談できる領域から、より専門家にバトン・タッ  
チいくというか、そういうシステムになってお  
れば、一番望ましいと思います。

人的資源についてはなんとも言えないけれど  
も、構造面はね、かなりね。やれる可能性はあ  
ると思う。私ところの病院は。それには、精神  
のリハビリと関係がある、リハビリで空床がで  
きてこないといけない訳です。将来展望では、  
私ところの400床は多いから、そうなってく  
ると役割機能というのを変えていってもいいん  
とちがうかと思います。敷居が低くなって、  
一般のメンタル・ヘルスケアの人も入ってく  
るような時代になってくれば、こちらでも提供  
できるようになる。

地域でのこうした産後うつ病に関する行政、  
医療、福祉のサービスの提供というのは本当に  
機能しているとは思えないです。保健所の保健  
婦さんよりも市町村の保健婦さんの方がより家  
族を含めてみな知っているのです。そういう意  
味ではね、今のは保健所の保健婦さんから市町  
村の保健婦さんの方へ主力が移ってますで、あ  
の市町村の保健婦を、少し組織化してやったら  
いいと思います。やはり、村単位とか町単位の  
保健婦さんは家族がらみでね、身体的な重い病  
気のことから含めて精神的なことまでよう知っ  
ていますね。

予防という点では、やっぱり小児科医と産婦  
人科医に知識を持ってもらうのがいいですよ。ね。  
制約、制度的な問題については、今はちっと、  
特に医療行政あるいは、保健行政は非常に流動  
的なんで～。例えば、過去なんかは精神衛生に  
関して行政が非常に積極的であったかという  
そうではないんですよ。だから、やっぱりあ  
るいは行政側を動かすというか、そういう精神

科の力をぶっつけたかということもなかったか  
ら、行政側もそれほど動かんし、こちら側もそ  
れほど望まなかった。やっぱり働きかけてい  
って行政を動かすとそうしないといつまでたっ  
ても、それは展開はしてこないと思うよ。

以上

#### 関連文献

- 1) 岡野禎治:「マタニティブルーズ」新女性  
医学体系、第24巻「正常分娩」総編集 武  
谷雄二 編, 287-300. 中山書店(1998)
- 2) 岡野禎治 「産褥期精神障害」こころの家  
庭医学 保健同人社 1998.
- 3) Okano T., Nomura J., Kumar et al.  
Epidemiological and biological aspects of  
postpartum psychiatric illness, In  
Neurobiology of depression and related  
disorders(edited by J.Nomura), 143-161.  
1998
- 4) Okano.T, N. Nagata, M. Hasegawa, et al:  
Effectiveness of Antenatal Education  
about Postnatal Depression: A  
Comparison of Two Groups of Japanese  
Mothers. Journal of Mental Health. 7, 2,  
191-198, 1998
- 5) Okano, T. Nomura J., R. Kumar, et al:  
An epidemiological and clinical  
investigation of psychiatric illness in  
Japanese mothers. Journal of Affective  
Disorders. 48,233-240, 1998
- 6) 岡野禎治:産後の精神障害、女性の医学16、  
日医雑誌 119 巻、7号 1998
- 7) 岡野禎治:周産期の精神障害、産科と婦  
人科 特大号「次回妊娠へのアドバイス」、  
Vol. 65 No11.1560-1565,1998

厚生科学研究研究費補助金（こども家庭総合研究事業）  
研究協力者報告書

妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究  
「妊娠中および出産後の母子精神保健プログラムの作成」  
産後の母子関係の評価（ハイリスク症例の児の発達異常の実態に関する評価）

吉田敬子 九州大学医学部神経精神医学教室

研究要旨

地域型母子精神保健プログラムの作成のため、福岡市の一保健所と連携して保健所の保健婦および助産婦が従来から施行している新生児訪問（出産後の母子の家庭訪問）の制度を利用して、訪問時に産後うつ病と母子の愛着の障害が疑われるケースについての同定と介入についての研究を開始した。産後うつ病の同定にはエジンバラ産後うつ病質問票を使い、地域においても従来の報告と同様に区分点を9点としてスクリーニングが可能になったことがわかった。また母子の愛着の障害については、Bonding 質問票により問題ケースを取り上げた。研究協力者らの医療機関と保健所の間で FAX の往復フォーマットを作成し、これらのケースについて母児のモニターの方法を含めた検討を行った。これらの連携サービスにより、精神科を受診しなかったと思われるケースも精神科医を含めて検討された。また保健婦、助産婦からは母子の身体面についてだけでなく、母親の精神面についても積極的かつ構造的に把握できると評価されており、現在継続してこの連携サービスによる母子保健プログラムの効果を検討中である。母子の Bonding については、必ずしも産後うつ病の母親とその児のみが問題ケースではなく、うつ病スクリーニングの得点が低い母親にも育児不安が強い問題のケースが認められ、新たな同定と介入方法が検討される必要がある。

【研究目的】

1. 地域型母子精神保健プログラムの作成
2. ハイリスク症例の児の発達異常の実態に関する評価を地域保健所の家庭訪問と乳幼児健診を利用して行う方法を策定する。

1. 地域型母子精神保健プログラムの作成について

【研究方法】

対象；出産後に博多保健所の保健婦、助産婦の家庭訪問を希望した産婦100人をリクルートし、対象者とする。

方法；

- (1) 出産後 8～10 週に訪問助産婦、保健婦による家庭訪問
  - ① 調査項目聴取
  - ② エジンバラ産後うつ病質問票（以下 EPDS）
  - ③ Bonding 質問紙を訪問者同席で自己記入。
- (2) EPDS 9 点以上か、項目 10（自傷行為、自殺企図）が 1 点以上はケースコンサルト用紙に記入し、九大精神科母子保健担当医へ送る。

【結果】

- ① 現在までに保健所からの訪問例数は 50 例で、そのうち EPDS の区分点が 9 点以上で FAX により検討を要した例は 8 例（16%）であった。

これは、従来の産後うつ病の報告の頻度に近似しており、地域においても産後うつ病を EPDS でスクリーニングができることを示した。当該保健所の出生に関する資料を示す。

参考資料)

博多保健所管内の出生状況 (平成 9 年)

管轄区人口	164,531
出生数	1,798
出生率	10.9 / 千人)
低出生体重児	174 (9.7%)
訪問数	208 (未熟児 86、新生児 27、乳児 95)

(博多保健所保健婦の家庭訪問対象基準)

2500g 未満の未熟児、2800g 以下の第 1 子  
病院より訪問依頼があったのケース。

家庭事情が複雑なケース

なお、EPDS が 8 点以下のケースについても保健婦、助産婦による訪問時に母親の抑うつが疑われた場合には精神科医師に連絡することにしてきたが、現在まではそれに該当するケースはなかった。これまでの集計の詳細と検討した 8 例のプロフィールを示す。8 例中保健所で経過をみたのは 5 例で、精神科が関与したケースは 3 例であった。

集計結果(平成 10 年 10 月～平成 11 年 1 月現在)

訪問者(人)	対象産婦(人)	EPDS 9 点以上(人)	
助産婦	2	26	2
保健婦	9	24	6
合計	11	50	8

訪問時期(日)	対象数(人)	EPD9 点以上	15 点以上
1～28	10	3	2
29～56	23	2	0
57～84	13	2	0
85～109	4	1	1
計	50	8	3

FAXにてコンサルトが必要であったケース概要

番号	年齢	産後日数	EPDS 得点	判断*
1	37	24	18	2
2	33	67	12	1
3	29	23	17	2
4	38	71	12	1
5	28	35	9	1
6	28	53	9	1
7	25	19	10	1
8	27	109	16	2

各ケースのプロフィール

- 1 高齢初産、人工授精、切迫早産、双胎
- 2 初産、手のかかる子、育児疲れ
- 3 初産、中絶の既往、対人関係の問題、虐待のリスク
- 4 第 2 子、帝切、上の子に手がかかる、身体愁訴
- 5 第 2 子、年子、育児疲れ
- 6 初産、不妊治療、胎盤早剥、未熟児、義母同居
- 7 高齢初産、ブルーズ、職場復帰のあせり
- 8 高齢初産、育児不安、産後 4 カ月でなお涙もろい

判断\*

1. 経過観察して下さい。再度相談をご希望の場合は、FAX での交信を再開してください。
2. 九大の母子保健担当医師と連携して経過をみる必要があります。まとめを郵送してください。

② 訪問した助産婦、保健婦の感想；

(助産婦) 訪問時に EPDS を使用することによって、母親の訴えの内容や程度がよくわかった。思ったより点数が高く、見た目と差があるケースがある。本人も気づかないことも書くことで出てくると思うし、記録を残すことで指導の目安になる。夫の協力が産後の母親の精神的安定

に関係がある印象を持った。

(保健婦) 児を保健婦が観察している間に質問紙記入してもらおうなど、利用してみて無理なく書ける範囲と思う。訪問中の情報収集も短時間で多くの情報を得やすいと思った。一方、高得点の人ほど時間がかかり、指導の時間が足らなくなることがある。保健婦に対して気持ちを表出しにくい方の場合、紙面でのチェックが役に立つと思った。EPDS の項目について詳しく話しを聞くことによって、客観的な状況把握だけでなく、お母さんがどういう捉え方をするかを知ることもできると思った。妊娠中や入院中の経過でハイリスクと考えられるケースについては出産後早期に訪問して対応する必要があると認識した。

#### 【考察】

今回は妊娠中からの全妊婦のリクルートは現行の保健所業務を使つてのシステムでは、妊娠中は、地域の産婦人科での妊婦健診や母親学級に通うものもあり、全員の把握が困難なため、出産後保健所に家庭訪問を希望した母親を対象とした。現在はまだ研究途中であるが、出産をした病院のスタッフと地域の保健所の連携でできる母子メンタルヘルスシステムの活用として、無理なく実施できそうな案の提言をすると1) 2) のようになるが、3) 以下の問題点も同時に述べる。

- 1) 出産後入院中に助産婦により EPDS 1 回目  
→高得点 (9 点以上) →本人同意なら  
地域保健所へ連携 →保健所より訪問
- 2) 出産後入院中に EPDS 1 回目 →低得点  
→褥婦健診時 (通常出産後 1 カ月) に  
EPDS 2 回目 →高得点 →本人同意なら  
地域保健所へ連携 →保健所より訪問
- 3) 保健所をベースにした母子保健プログラムの効用の評価はとりあえず 100 例をリクルートしてから行い今後の改善点に取り入れる。

- 4) 現在実施中の研究モデル様地域型をベースにしたプログラムが有効と評価された場合、誰が助産婦、保健婦などスタッフへの教育、ケースのスーパーバイズを行うのか? 現在は私達精神科医師が地域保健所と連携しているが、出産に関する母子精神医学の専門医師の数は限られている。今後助産婦への教育が必要となる。
- 5) どの時期に保健所から母親を対象とした家庭訪問をするのか、里帰り分娩のケースの引継をどうするのか?
- 6) 訪問を希望しない母親への働きかけ (産前の母親学級の活用)
- 7) EPDS で False Negative のケースについてどうするか? EPDS が低得点であっても、先行研究で PND と関連する発症リスク要因を複数持つ例 (たとえばサポートの乏しい母親や精神科既往歴のある妊産婦)、困難な出産体験をしている例などについてのサポートをどうするか?
- 8) 助産婦や保健婦、あるいは精神科医師との連携により、精神科での治療的関わりが必要と判断したケースで、精神科受診を拒否された場合にどうするか?

付記)

『子ども家庭総合研究推進事業』の外国人研究者招へい事業 (社会福祉法人恩賜財団母子愛育会) により英国のロンドン大学精神医学研究所周産部門の Marks 準教授を、九州大学医学部婦人科学産科学教室中野仁雄教授の招へい者として招き (1999 年 2 月) 学術交流を行った。

Marks 準教授の学術講演の中で、①うつ病の既往歴のある妊婦は産後うつ病の罹患の危険性が高いハイリスク妊婦であること、②ハイリスク妊婦については地域助産婦担当制による妊娠中からの一貫した妊産婦の精神面の援助とケアが出産後のうつの発症に対して予防的効果があ

ることが明らかにされ、助産婦の役割が強調された。

本研究では現行のシステムを利用したために、保健所の助産婦、保健婦の介入は出産後からとしたが、今回の学術交流を通じて今後は妊娠中からの介入が重要であると考えられた。

## 2. ハイリスク症例の児の発達異常の実態に関する評価—産後の母子関係の評価

—retrospective 調査—

### 【研究方法】

対象；1994年～1995年の研究対象88名（PND 15名、nonPND 73名（うちBluse 19名））のうち、電話による調査可能であった31名（PND 5名、nonPND 26名（うちBluse 15名））

方法；

(1)調査母集団の産後1カ月から3カ月の精神医学的診断とBonding質問紙の得点調査

(2)電話面接調査

①児の発達調査

②現在の育児の問題の有無

### 【結果】

(1)調査母集団の産後1カ月から3カ月の精神医学的診断とBonding質問紙の得点調査

	PND群 (15名)	nonPND 群 (73名)	比較 (t検定)
産後1カ月	4.7 (3.2)	1.8 (2.0)	P<0.0001
産後3カ月	3.2 (2.9)	1.9 (1.99)	P<0.04

(資料1) Bonding 質問票は以下のものを使用した。これはロンドン大学精神医学研究所周産部門のKumar博士の考案により、それをback translationの手続きを経て日本語版として作成したものである。本邦の対象者を使った標準値は非うつ病群の母親の平均値として表示しているが、英国からの発表を待ち、かつ標準値に平均値を用いてよいかどうかは検討を要するが、本報告では平均値を示した。

母親の抑うつエピソードの有無に応じてBondingの否定的因子の高得点者がみられる。経過による抑うつ状態が改善すると同時に得点は下がっている。非うつ病群での高得点者(6点以上)の関連要因は精神科既往歴、児の合併症、初産、ライフイベント、帝切など様々である。

(2)電話面接による児の発達調査および現在の育児の問題の有無

追跡可能であった対象はPND 5/15名 MB 11/19名 Normal 15/54名であった

①児の発達調査

Q1; 現在の児の年齢 4～5歳

Q2;

(a)健診の受診状況；4カ月、1歳半、3歳時の各健診で受診していなかったものは各2名であった。

(b)健診による言葉の遅れのスクリーニング；PND 1名 MB 2名 Normal 3名

(c)小児科の検査、療育状況

(d)健診での問題のスクリーニング；

PND 1名 MB 2名 Normal 7名 この中には心理的問題はあげられていなかった。

②現在の育児の問題の有無

Q3; 現在の育児の悩み；

PND 2名 MB 2名 Normal 5名にそれぞれ育児の悩みがあった。身体的問題が多く、一部に親子関係の問題も含まれていた。

Q4; 抑うつエピソードの持続期間（PND群のみ）；

3～4週から3年にわたったものまでいた。またこの間健診時の相談や専門医の受診を行っていなかった。

### 【考察】

産褥期におけるBondingの障害は産後うつ病の母親で多く見られ、かつ抑うつ状態の経過とも相関があることから、母子関係の障害のハイリ

スクグループとしてうつ病をフォローする必要がある。しかしうつ病以外の母親にも母子関係の障害は見られ、リスクファクターは今のところ特定できない。今後、現行の保健所による乳幼児発達健診に加え、母子関係についての評価、スクリーニング法を開発する必要がある。また今回行った追跡調査の結果では、母子関係についての精神面の評価は現行の健診システムにお

いては十分行われておらず、また母親の側も精神面のサポートを保健所での健診時に求め、また実際的な援助を受けた者はいなかった。産褥期のメンタルヘルスが3-4年経過後の転帰に与えるインパクトについては今回は明らかな結果は得られなかったが、母親の精神面および母子関係についてのより sensitive なスクリーニングと援助体制の構築が望まれる。

(資料1)

あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？

ここに、赤ちゃんが生まれてからお母さんが抱くさまざまな気持ちがとりあげてあります。赤ちゃんに対する気持ちは、出産直後に赤ちゃんを見てからずっと変わらないお母さんもいるし、少しずつ変わっていくこともあります。下にあげているそれぞれの気持ちについて現在が一番近い気持ちにマルをつけてください。

	とても強く 感じている	そう感じ ている	ほんの少し 感じている	全くそう 感じない
いとしい	( )	( )	( )	( )
がっかりしている	( )	( )	( )	( )
特になにも感じていない	( )	( )	( )	( )
自分のものだと思う	( )	( )	( )	( )
腹立たしい	( )	( )	( )	( )
好きではない	( )	( )	( )	( )
守ってあげたい	( )	( )	( )	( )
うれしい	( )	( )	( )	( )
攻撃的になる	( )	( )	( )	( )



妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究

「入院施設における産後うつ病治療の現状」

岡野 禎治 三重大学医学部精神神経科

協力研究者

（三重大学医学部精神神経科）長田 成巨

研究要旨

入院施設における産後うつ病の治療の現況として、三重大学病院精神科病棟における過去 5 年間の治療の現況を報告した。発病時期は従来の指摘のように 2 峰性を示した。重症のうつ病の母親の場合でも、母子分離の入院形態に対する抵抗や退院後の育児不安を訴える母親が多く、育児支援、愛着の強化が可能な精神科母子ユニットが日本でも必要であることが示唆された。

A.研究目的

将来、日本における精神科母子ユニット構築のための基礎資料として、現入院施設での産後うつ病の入院治療の現況を把握し、母子関係における問題点を若干の考察を加えて報告した。

B. 研究方法

対象は過去 5 年間に三重大学病院精神科を受診した産後精神病患者 28 名（産後 3 カ月以内に発症）であり、入院および外来の患者について調査した。対象者のうち、25%（7 名）が入院患者であった。調査内容は診療録および主治医から聴取した。調査内容は、出産時からの発病時期、入院の有無、入院患者の入院期間、診断名、治療方法（薬物選択）、治療効果、予後（再発の有無、次回妊娠時のエピソードの有無である。

C.研究結果

1) 発病時期（図 1）

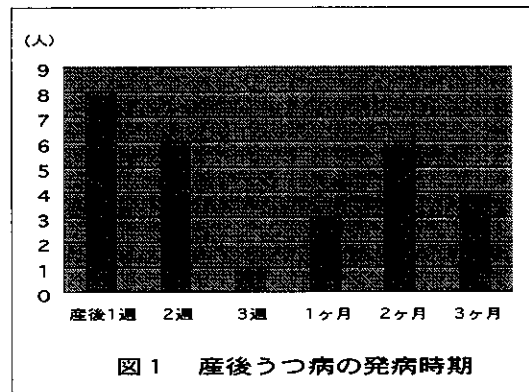


図 1 産後うつ病の発病時期

図 1 に示したように、産後の 1 週間以内の発病が最も多く、32%を占めた。その後漸減するが、産後 1 カ月から、増加し 2 カ月目に第二のピークを示し、2 峰性のパターンを示した。この 1 カ月以降の後発群は、全体の 25%に相当していた。

2) 精神科診断

対象患者のうちで、大うつ病は全体の 64%（18 名）と半数以上を占めた。しかし、18 名中 3 名のみが入院しているだけで、15 名の母親の中で 10 名は、外来での治療を望み、外来での継続加療を続けた。主な理由

は、精神科入院に対する偏見と母子分離の入院に対する抵抗が半数ずつにみられた。次に短期精神病性障害が14%（4名）、メランコリアが4%（1名）、気分変調性障害が9%（2名）、双極性障害が9%（2名）であった。

### 3) 入院期間

入院患者の平均在院日数は92日間（SD:144）（10日～504日）であった。

### 4) 精神科治療

薬物療法に関しては、抗うつ薬主体79%（22）、14%（4）が抗精神病薬主体で、双極性障害の患者にmood stabilizerを使用した。

### 5) 治療効果

治療の転帰として診療録の記載より寛解（9名：25%）、軽快（15名：54%）、不変（4名：14%）、増悪（0）、不明（0）の各段階に分けて評価した。不変の患者4名のうち、家族の要望で、外来通院治療に切り替えたものが、2名みられた。

### 6) 経過

調査時点での再発の有無について調査した範囲では、11%（3名）が再発した。そのうち、次回妊娠時に再発した患者が1名（4%）あった。

## D. 考察

発病時期は、先行研究でみられたように、

産後3カ月以内に2峰性をしめしていた。短期精神病性障害などの急性の病像を示す症例は、従来から指摘されているように、産後2週間以内の発病であった。

産後うつ病患者の中で、64%がうつ病の中でも、より重症な大うつ病と診断された。しかし、18名中3名だけが入院しただけで、患者自身や家族の大半が精神科入院と母子分離（兄弟姉妹の世話もできないという理由も含めて）の入院に対する抵抗感が強く、外来治療を継続した。こうしたケースの場合に精神科母子ユニット、周産母子ユニットなどの専門的な治療ユニットが併存している施設があれば、入院治療も容易に可能であったと思われる。また、いくつかの症例では、抑うつ状態が軽快した後に、共通して育児不安を訴えていた。母子ユニットのような施設での早期治療が導入できれば、急性症状回復後の時点で、母子間の接触を維持できれば、産後うつ病の母親の不安を軽減できることが期待できると思われた。

## E. 結論

産後うつ病の母親および家族は、入院を要する重要な病像にも係わらず、母子分離に対する抵抗が強く、また入院例でも、退院後の育児不安を訴える母親がいる。こうした産後うつ病の母親に対して、今後精神科母子ユニットが有用であると示唆された。

妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究

「周産期の死（死産・新生児死亡）を経験した  
母親のメンタルヘルスに関する研究」

竹内 徹 大阪樟蔭女子大学児童学科  
研究協力者

東 百合子、北島智恵美、山本由美子、須田洋子、船戸正久、椋樺正昌（淀川キリスト教病院）

研究要旨

少産少子化の進んだ今日、生れてくる子どもは、両親が待ち望んだ子どもである。それだけに妊娠が死産に終わったり、出生したばかりの新生児が死亡すると、両親とくに母親は高度な医療への失望と、予期せざる突然の喪失に対処しなければならなくなる。周産期の死（死産、新生児死亡）を経験した母親を対象に、悲嘆過程への援助を評価し、今後の援助のあり方を考えるため、アンケート調査を施行した。その結果新しい生命の誕生に対し礼節を持って対応すべきと同様、突然の死に対しても同様の対応が不可欠であること、また次回の妊娠への指導も含めた母親への援助の必要性を強調した。

A. 研究目的

死産や新生児死亡を経験した両親とくに母親の悲嘆過程への援助を評価し、今後の医療従事者の対応およびシステムづくりを考察する。

B. 研究方法

選択方式と記述方式によるアンケート調査を施行。対象は1988年から1991年の4年間に周産期死亡により胎児・新生児を亡くした母親68名。（なお当該施設における年間分娩数は1550～1650件で、うち死産数は6～13例、早期新生児死亡数は6～9例であった。）

C. 研究結果

対象68名中回答の得られた母親は28名（回収率41.2%）、うち初産婦19名、経産婦9名であり、死産12名、早期新生児死亡例19名であった。

1. 初回説明時の医療者の態度（図1）

6割以上が肯定的に受け止めていたが、3割以上は、否定的で、説明が事務的、もっと説明してほしい、まず自分自身に直接話して欲しいというなどの希望があった。

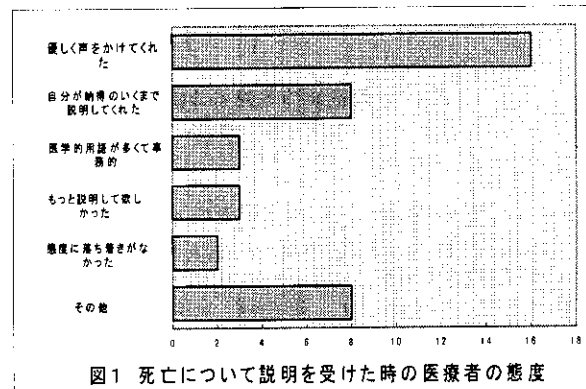


図1 死亡について説明を受けた時の医療者の態度

2. 分娩直後の医療者の態度および説明（図2, 3, 4）

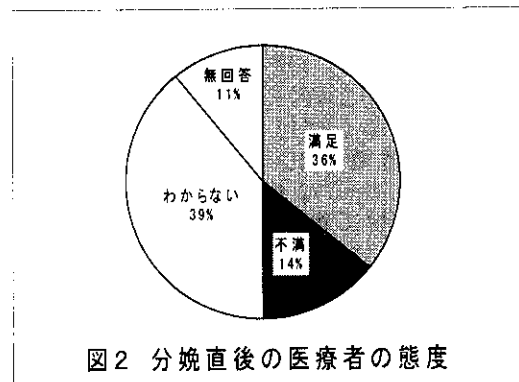
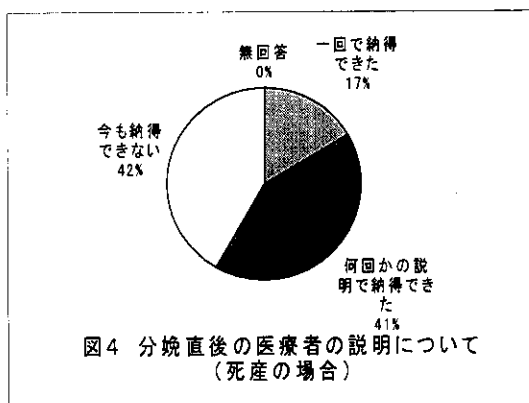
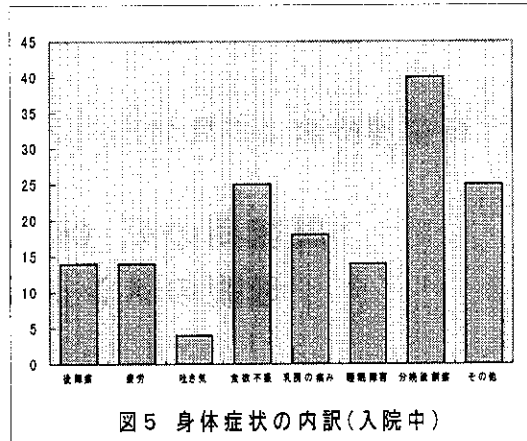
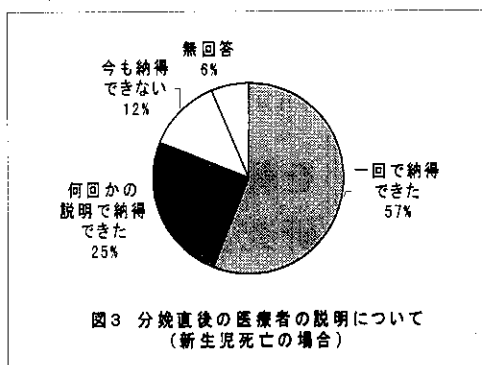


図2 分娩直後の医療者の態度

態度については「不満」「どちらともいえない」を含め53.6%あり、否定的であった。分娩後の医師の説明は、早期新生児死亡の場合は、56.3%が1回の説明で納得したのに対し、死産の場合は83.3%が、何回

かの説明がないと納得できない、未だに納得していないと回答。



### 5. 死亡時面会に対する満足度。

87.7%が面会しており、面会していない人もその後何らかの形で「お別れ会」をしていた。この面会に対して、57.1%は満足、25%が不満と答えた。なお「わからない」3.6%、無回答14.3%であった。不満と答えた人の理由は、「もっと長い間赤ちゃんを抱いていたかった」と長時間の面会を希望するものが多かった。

### 6. 「お別れ会」施行の有無。

死後何らかの形でお別れ会を行なった人は92.9%。その形式は当院で行なっているキリスト教式は、全体の6割、その他自己の信仰する宗教で行なった人は、約3割であった。

### 7. 退院後の身体的・精神的症状 (図6)

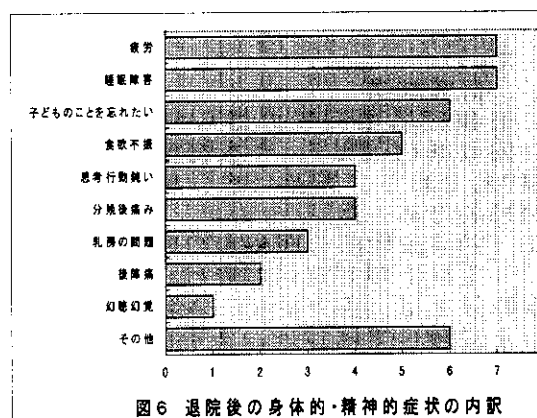
退院後の身体的・精神的不調を覚えた人は71.4%と高率であり、その内訳は個人差があり多種多様であった。

### 3. 入院中気持ちを打ち明けられたか。

入院中自分の気持ちを誰かに打ち明けられた人は89.3%、その対象は夫71%、医療者は8%であった。また打ち明けられなかった人10.7%では、「周囲に心配かけたくなかった」「医療者に対する怒りの念があり話す気持ちになれなかった」などがその主な理由であった。

### 4. 身体的および精神的不調 (図5)

入院中身体的・精神的不調を訴えた人64.3%、内訳は分娩後創痛、食欲不振、睡眠障害が多く、他は個人差があり多種多様であった。これらの症状に対する医療者の援助に対する満足度は、39.3%。不満理由は、「医療者が忙しすぎて言葉を掛けにくい」「薬とかでなく話を聞いて欲しかった」「甘えさせて欲しかった」などであった。



### 8. 退院後の援助

退院後の身体的・精神的不調を抱きながら、援助を頼る対象をみると、9割以上が夫であり、ついで実母、友人であった。しかし退院後医療者からの援助の必要性については、57.1%の人が必要なし、39.3%が必要あり、3.6%が無回答であった。(図