

## 今回のご妊娠とご出産について

1 今回のご出産はどう感じられましたか？

- 1) 思ったより軽かった
- 2) 思った通りだった
- 3) 思ったより大変だった

(中略)

## 育児・家事・生活について

1 産科病棟入院中と退院後の出来事やご様子について伺います。それぞれの項目について入院中および退院後に体験なさったことがあるなら「はい」に、なければ「いいえ」に○を付けて下さい。

「はい」の場合は、それがあなたにどれほど影響を与えたかを+100点から-100点の間の得点で評価して下さい。出来事の中には悪いものや困ったものやイヤなものもありますが、良かったものや嬉しいものや助かったものもあります。一番悪いものを-100点、一番良いものを+100点として、それぞれどれほどだったか全体的な評価でお答え下さい。このリストになることは、その他として同じように扱って下さい。

例： 空き巣にあった	(はい)	いいえ	-31
例： 宝くじに当たった	(はい)	いいえ	+56

(表16参照)

「はい」と答えられた育児・家事・生活の出来事について、内容をアンケートの最後のページにお書きください。また、お感じになったこと、考えられこともご自由にお書きください。

2 前の頁の項目でマイナス点をつけた出来事についてどの様に対応なさいましたか。苦しくて、つらい出来事が起こったときのいろいろな対処方法のリストを下に掲げました。それぞれの対処方法を、今回あなたがどれくらい用いたかについて、(1)「ぜんぜん用いなかった」(2)「少し用いた」(3)「ときどき用いた」(4)「しばしば用いた」(5)「非常にしばしば用いた」のうちから1つ選んで、その数字を○で囲んで下さい。

ぜんぜん 用いなかった	少し用いた	ときどき 用いた	しばしば 用いた	非常にしばしば 用いた
1	2	3	4	5

- |   |       |           |
|---|-------|-----------|
| (1) そのことについてあまり考えないようにした                | ----- | 1-2-3-4-5 |
| (1) 状況を軽く考えた。その事についてあまり<br>深刻にならないようにした | ----- | 1-2-3-4-5 |
| (3) 状況を改善する方法がないかを考えた                   | ----- | 1-2-3-4-5 |

- (4) 問題の原因となった人に直接言ってみた ----- 1-2-3-4-5  
 (5) 友人や身内の者にアドバイスや援助を求めた ----- 1-2-3-4-5  
 (6) 友人や身内の者に情緒的ななぐさめや支えを求めた ---- 1-2-3-4-5  
 (7) そのような状況がなくなってしまうとか、  
     何とか終わってしまえばよいのにと願った ----- 1-2-3-4-5  
 (8) あまりに性急に行動しないようにした ----- 1-2-3-4-5  
 (9) お祈りをした、あるいは神や宗教を信じた ----- 1-2-3-4-5  
 (10) 状況についての考え方を変えて、それがあまり  
     自分の気持ちを乱さないようにした ----- 1-2-3-4-5  
 (11) 専門家に相談した ----- 1-2-3-4-5  
 (12) いかにもひどい状況であるかを家族や友人には内緒にして、  
     彼等の負担にはならないようにした ----- 1-2-3-4-5  
 (13) 気恥ずかしいことにならないように、気持ちを  
     顔に出さないようにした ----- 1-2-3-4-5  
 (14) 問題を解決する努力に対して自分の感情が  
     妨げにならないようにした ----- 1-2-3-4-5

3 専門家に相談したと答えられたかたのみに伺います。相談した専門家はだれでしたか？ 当てはまるもの全ての○を付けて下さい。

産科医	助産婦	看護婦	保健婦	小児科医
精神科医	臨床心理士	ケースワーカー	その他	

4 先ほどあなたがマイナス点つけた実際に起きたいくいかの出来事について、何人の人が何をしてくれたのかについてお答え下さい。また、あなたがそのことに満足している程度について当てはまるものの数字に○を付けて下さい。

(1) あなたの気持ちをよく理解してくださった方、分かってくれた方はどなたでしたか？ 全部で何人おられましたか？ 当てはまる名前に○をして下さい。

ご主人（同棲の相手）	ご実家のお父様
ご実家のお母様	兄弟姉妹（　　）名
夫の父親	夫の母親
女性の友人（　　）名	男性の友人（　　）名
その他の人（　　）名	

合計 \_\_\_\_\_名

あなたはそのことに・・・

- 1) 不満
- 2) どちらかといえば不満
- 3) どちらかといえば満足
- 4) 満足

- (2) 冷静で適切な助言や指導をしてくれた方はどなたでしたか？ 全部で何人おられましたか？ 当てはまる名前に○をして下さい。（以下同上）
- (3) あなたにかかわって家事や仕事をしてくれた方はどなたでしたか？ 全部で何人おられましたか？ 当てはまる名前に○をして下さい。（以下同上）
- (4) 乱暴な言葉や行動で、あなたの気分を害したり怒らせたりしたのはどなたでしたか？ 全部で何人おられましたか？ 当てはまる名前に○をして下さい。（以下同上）
- (5) 話題にしてほしくないことまで話題にされて、あなたの気分を害したのはどなたでしたか？ 全部で何人おられましたか？ 当てはまる名前に○をして下さい。（以下同上）
- (6) あなたに余計な世話を焼いて、あなたの気分を害したり怒らせたりしたのはどなたでしたか？ 全部で何

- 人おられましたか？ 当てはまる名前に○をして下さい。(以下同上)
- (7) あなたが期待していたほどには気持ちを理解してくれなかったのはどなたでしたか？ 全部で何人おられましたか？ 当てはまる名前に○をして下さい。(以下同上)
- (8) あなたが期待していたほどには冷静で適切な助言や指導をしてくれなかったのはどなたでしたか？ 全部で何人おられましたか？ 当てはまる名前に○をして下さい。(以下同上)
- (9) あなたにかわって仕事をしたり手伝ってくれると期待していたのに、期待ほどにはやってもらえなかったのはどなたでしたか？ 全部で何人おられましたか？ 当てはまる名前に○をして下さい。(以下同上)

5 あなたは妊娠中、家事にどのくらい時間をかけておられましたか。週に何回でしたか。1日に平均で何分ぐらいですか。

週\_\_\_\_\_回 1日\_\_\_\_\_分

妊娠期間中に行った家事を全てに○を付けて下さい。

朝の炊事	朝の食器洗い	昼の炊事	昼の食器洗い	夜の炊事
夜の食器洗い	掃除	洗濯	洗濯物取り込み	
アイロンかけ	日用品の買い物	ごみ捨て	風呂場の掃除	

6 あなたは出産後、家事にどのくらい時間をかけておられますか。週に何回ですか。1日に平均して何分ぐらいですか。(以下同上)

7 ご主人（パートナーの方）はあなたの妊娠中、家事にどのくらい時間をかけておられましたか。週に何回ですか。1日に平均して何分ぐらいですか。(以下同上)

8 ご主人（パートナーの方）はあなたの出産後、家事にどのくらい時間をかけておられますか。週に何回ですか。1日に平均で何分ぐらいですか。(以下同上)

## 最近のご様子について

ここでは、あなたが最近どのように感じているかをお尋ねします。次の10の設問について4つの選択肢のうち、あなたのこの1週間の御様子に最も近いものに○をつけて下さい。

あなたはこの1週間に...

1 笑うことができたし、物事のおかしい面もわかった。

- 1) いつもと同様にできた
- 2) あまりできなかった
- 3) 明らかにできなかった
- 4) 全くできなかった

2 物事を楽しみにして待った。

- 1) いつもと同様にできた
- 2) あまりできなかった
- 3) 明らかにできなかった
- 4) ほとんどできなかった

3 物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。

- 1) はい、たいていそうだった
- 2) はい、時々そうだった
- 3) いいえ、あまり度々ではない
- 4) いいえ、そうではなかった

4 はっきりした理由もないのに不安になったり、心配した。

- 1) いいえ、そうではなかった
- 2) ほとんどそうではなかった
- 3) はい、時々あった
- 4) はい、しょっちゅうあった

5 はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。

- 1) はい、しょっちゅうあった
- 2) はい、時々あった
- 3) いいえ、めったになかった
- 4) いいえ、全くなかった

6 することがたくさんあって大変だった。

- 1) はい、たいてい対処できなかった
- 2) はい、いつものようにはうまく対処しなかった
- 3) いいえ、たいていうまく対処した
- 4) いいえ、普段通りに対処した

7 不幸せなので、眠りにくかった。

- 1) はい、ほとんどいつもそうだった
- 2) はい、ときどきそうだった
- 3) いいえ、あまり度々ではなかった
- 4) いいえ、全くなかった

8 悲しくなったり、惨めになった。

- 1) はい、たいていそうだった
- 2) はい、かなりしばしばそうだった
- 3) いいえ、あまり度々ではなかった
- 4) いいえ、全くそうではなかった

9 不幸せなので、泣けてきた。

- 1) はい、たいていそうだった
- 2) はい、かなりしばしばそうだった
- 3) ほんの時々あった
- 4) いいえ、全くそうではなかった

10 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。

- 1) はい、かなりしばしばそうだった
- 2) 時々そうだった
- 3) めったになかった
- 4) 全くなかった

## 妊産褥婦及び乳幼児のメンタルヘルスシステムに関する研究

金澤浩二 琉球大学医学部産科婦人科学教室

研究協力者

佐久本 薫、本村 幸恵、大城 順子、比嘉 国江、古波蔵 真琴、中村 幸乃

琉球大学医学部附属病院周産母子センター

**研究要旨：**一般の妊産褥婦を対象とした産後うつ病の罹患率とその危険因子の解明、ならびに、精神面支援の予防効果の検討を目的とした多施設共同研究に参加した。構造化面接法による精神疾患診断技術の教育を受けた助産婦によるアンケートと面接による精神科的診断を行った。妊娠8カ月時点で59例中9例、産後1カ月で46例中6例および産後3カ月で28例中2例に何らかの精神科的異常が認められ、通常の妊婦健診ではとらえることのできない精神科的ハイリスク症例を抽出できることが明らかとなった。そのような患者では、精神面支援を行うことにより、産後うつ病等の精神疾患の発生を予防できる可能性が示された。妊産褥婦は、妊娠・分娩・育児をしていく中で、予想以上に支援者を必要としており、話す機会と相手を求めている。育児に関する知識を有する助産婦は、母子医療の現場におけるエモーショナル・サポートの担い手に十分なり得ると考えられた。

### A. 研究目的

本邦における妊産褥婦について、産後うつ病の罹患率とその危険因子を明らかにすること、および、精神面支援の介入による予防効果を検討することを目的とした多施設共同研究に参加した。また、助産婦が、母子保健プログラムにおけるエモーショナル・サポートの担い手としてマンパワーとなり得るかどうかとも検討した。

### B. 研究方法

平成11年4月から平成12年1月の期間に、北村らの作成した妊産褥婦へのエモーショナル・サポートに関する多施設共同研究プロトコール<sup>1)</sup>に基づき、構造化面接を施行した。対象は、初産婦、エントリー時点で妊娠8カ月、当施設にて出産予定であり、調査への同意が得られた者とした。面接は事前に構造化面接法の訓練を受けた助産婦が行い、面接は、妊娠後期、産後1カ月、産後3カ月、産後12カ月に実施し、同一の妊産褥婦には一名の面接員が専任して面接を行った。

### C. 研究結果

これまでの面接施行症例数は、それぞれ後期が54例、産後1カ月が46例（脱落：2例）、産後3カ月が28例であった。既に分娩を終了したものは54例で、そのうち経膈分娩が44例、帝王切が10例であった。早産が4例であった。また、産後2カ月に乳児が原因不明で突然死した症例が1例経験された。

表に面接の成績を示した。DSM-IV（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）診断基準<sup>2)</sup>に従い、面接員が診断した精神疾患の数を延べ数で示したが、症例数としては、妊娠後期9例、産後1カ月6例、産後3カ月が2例であった。気分変調性障害、軽躁病は認められなかった。自殺行為の2例は、過去にwrist cutの既往歴があるものである。出産後2カ月目に乳幼児突然死症候群（SIDS）で児を失ったことにより外傷性悲哀反応を示した1例を経験した。その経過を報告する。

表 面接の成績

	妊娠後期	産後1カ月	産後3カ月
(症例数)	59	46	28
大うつ病	8	5	1
全般性不安障害	5	1	1
恐怖性障害	2	1	1
パニック障害	1		1
躁病	1		
強迫性障害		1	
自殺行為	2		
外傷性悲哀反応			1

【症例】：年齢24歳、初妊婦。看護婦。  
妊娠後期面接（妊娠37週） 結婚前に妊娠したため、両親の同意が得られず、妊娠初期はほとんど毎日が憂うつな状態であった。何もやる気が起

こらず、睡眠不足で疲れやすく、自分は親に信じてもらえないと思ったりした。物事に集中できなくなっていた。抑うつ気分、興味の喪失、睡眠変化、易疲労性、集中困難、自信喪失の6項目の症状を認め、大うつ病と診断した。

平成11年5月27日(妊娠40週)、正常経膈分娩にて3,078gの男児を出産した。

産後1カ月面接 産後2~3週間、実家へ戻った時、自分自身は一生懸命育児をしているにもかかわらず、母親に育児についていろいろ言われ、イライラした。

平成11年7月20日(出産2カ月後)、乳児突然死症候群(SIDS)にて、児が死亡した。児の死亡により、育児休暇が取れなくなり、9月13日より職場復帰した。

産後3カ月面接 児が死亡した日から職場復帰するまでは、毎日が不安で、神経がピリピリし、誰かと話すたびにイライラし、自分でどうすることもできないと感じながら過ごしていた。疲れやすく、肩こりなどの症状があり、物事に集中できなくなっていた。不眠も続き、夫や両親とも話すことが嫌になり、ひとりでいたいと思うことが多かった。過剰な不安と心配、不安感の制御困難、易疲労性、集中困難、易刺激性、身体的緊張、不眠、機能障害の8項目が該当するが、持続時間が短いため全般性不安障害の診断には至らなかった。

児が死亡した後、夫が出勤し、一人で家に行くと、動悸、胸が締め付けられるような感じがし、吐き気、気が遠くなるような感じ、現実でないような感じ、気が狂うのではないかという恐怖などを認めた。人と接するのがおっくうになり、夫を責めたりした。4項目以上が該当し、パニック障害と診断した。

児が死亡して2週間ほどは、ほとんど毎日が憂うつで、何もやる気がしなかった。体重減少、不眠があり、無気力で、物事にも集中できなかった。普段の行動よりも動きがゆっくりであり、一つの場所にいられなかったりした。身体も疲れやすく、自分はだめだと思ったり、児が死亡したのは自分の責任だと自分を責めたりした。以上より、大うつ病と診断した。

児をなくし、強い恐怖を体験した後で、時々似たような恐怖感が勤務中に起こることで、仕事に対する心理的苦痛を感じた。そのときの状況を思い出さないようにし、他人から孤立する行動が見られた。外傷後ストレス障害(PTSD)と診断した。児が死亡した2カ月後に転居している。

本症例は、出産後2カ月に児をなくし、様々な精神症状が出現した。面接員が頻回に連絡を取り、精神的な変化を観察した。PTSDに特有のフラッシュバックが時々出現したが、精神症状は次

第に減少し、次第に明るさを取り戻した。現在再妊娠し、妊娠28週で経過良好である。

#### D. 考察

約1年をかけて助産婦に精神科構造化面接法を教育した。実際に面接を開始し、表のような成績であった。日常の産科外来診療では把握することのできなかった過去の精神科既往歴や精神心理状態を的確に捉えることが可能であると思われた。産科主治医は、過去の自殺行為があったことを全く知らず、その原因も知らなかった。面接を通して精神科的挿話が認められた症例を精神面でのハイリスク症例であることを認識することが可能となった。症例の中には望まれない妊娠や未婚の妊娠、不妊症治療後の妊娠例も含まれ、またつわりや産科合併症のためのストレスも加わり、妊娠初期から精神科的挿話が見られる症例が認められた。本研究では、妊娠後期から面接を開始することとなっているが、妊娠初期からの対応も検討される必要がある。

面接においては、面接室を設置し、プライバシー保護に努めた。面接時間の設定は外来待ち時間に行うようにしたが、患者と面接員双方に時間的な制約、負担がかかった。面接員の勤務内で面接が行えるよう調整したが、通常業務との両立はかなり困難な事がある。また、面接後の記録整理や患者のフォローアップなど面接員への時間的負担が大きかった。また、妊産褥婦を長い期間にわたって経過観察するため、面接員の勤務移動、欠員がでた場合の面接員の補充、再教育が問題となっている。

面接技術をさらに深めていくため、継続した学習が必要であり、教育プログラムの作成や研修会の実施が強く望まれる。妊産褥婦への精神面支援の重要性が認識され、産科医師と助産婦にはエモーショナル・サポートの必要性と重要性の認識が非常に高まった。エントリー対象外の症例に対しても、検討会の開催、精神科医との連携など積極的な取り組みが行われるようになった。

患者が精神的なサポートを必要としている時に即時に援助することが大切であると思われる。面接等で問題が生じた場合に即時に精神科医師と緊密な連携がとれ、適切な対応ができることが望ましい。母子保健に携わる人々を包括した精神面支援のシステム構築が強く望まれる。

予想以上に妊産褥婦は、妊娠・分娩・育児をしていく中で、支援者を必要としており、話す機会と相手を求めている。産科的知識や育児に関する知識を有する助産婦は、母子医療の現場におけるエモーショナル・サポートの担い手に十分なり得ると考えられる。精神面支援が産後うつ病などの

精神疾患を減少させるかどうかは、多施設共同研究の成績で最終的な結論がでると思われるが、面接を通して精神的にハイリスク例と認識した症例については、早期に精神的介入を行うことが、精神疾患の早期発見につながると思われる。

**【参考文献】**

- 1.北村俊則：妊産褥婦のエモーションナル・サポートに関する多施設共同研究：研究の概要と妊娠期間中の抑鬱症状・不安症状の危険因子. 平成10年度厚生省心身障害研究報告書、p25-44、1998
- 2.American Psychiatric Association (1994) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed. American Psychiatric Press, Washington, D. C. (DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引書、高橋三郎、大野 裕、染矢俊幸訳、医学書院、1995)

## 妊産褥婦及び乳幼児のメンタルヘルスシステムに関する研究 「地域型母子精神保健医療における母子ユニットの意義」

岡野禎治 国立療養所三重病院精神科

**研究要旨：**精神科母子ユニットは母子が同時に入院して、母親の心の病気を治療しながら、母性と養育能力を獲得できるように指導できるユニークな入院形態である。本邦で最初の小児科施設における精神科母子ユニットにおけるパイロット入院について、日本の母子保健体制の地域サービスの実情に対応しながら、母子ユニットの基本的運営上の規模、看護・保育の問題点、要員の確保と研修、母子分離による二次的な愛着障害などの母子相互関係への影響などについて調査し、今後の本邦における地域型精神科母子ユニットの可能性について検討した。その結果、独立型の機能のある精神科母子ユニット、高い水準の看護と保育の研修と教育などが考慮される必要があることが判明した。

### A. 研究目的

過去 20 年来、英国連邦を中心として地域の母子精神保健の現場では、単なる母親の産後の精神障害の分離治療という狭い枠組みにとどまらず、母子相互関係の育成と促進を目的にして、母子を同時に入院させるという精神科母子ユニットが普及している（岡野禎治ら 1997）。通常、産後うつ病の母親は産褥期には育児や家事に忙殺されるため、基本的な環境である安静が充分に取れない。特に年長児のいる核家族や実母からの支援の得られない核家族の場合ではその負荷は大きい。一方、産後うつ病の母親は、母児分離が原則である精神科医療施設への入院に対して抵抗があり、外来治療でも遷延する傾向がある。そこで、こうした育児不安を抱く産後うつ病の母親が赤ん坊と同時入院をして、段階的に愛着を深めながら専門的な治療を受けられる施設は、今日の核家族化と少子化社会において重要な施設となると思われる。

### 母子ユニットを導入するに到った経緯

産後うつ病に対する地域医療は、母子保健と精神保健を統合した視点が常に必要であるが、医療保健および福祉行政の対応は個別対応にとどまり、地域の母子精神保健体制は十分に機能していない（岡野禎治他 1998）。

一方産後うつ病は長期的に見て、早期に適切なケアが受けられないと、母親自身のみならずその家族や母子相互関係に多大な影響を及ぼすことが指摘されている。特に遷延した産後うつ病の母親では、その子供に対する愛着の遅れや乳幼児の認知発達に悪影響を与え、虐待につながることも経験している。産後うつ病の治療には通常数ヶ月くらいを要するが、核家族の家庭では外来通院さえも容易でない症例も多い。また母親は育児や家事

から開放されて、入院したくても、気になる赤ん坊を残しての単独入院は不安がある。したがって、赤ん坊と一緒に加療を受けながら、段階的に愛着を深める施設は核家族の家庭にとっては理想的な環境と思われる。

そこで、こうした精神科母子ユニットを小児病棟の一角に創設（平成 11 年 9 月）して、地域と母子保健機関との連携、母子ユニットの基本的運営上の問題点（要員、研修方法とその評価）、母子分離による二次的な愛着障害などの母子相互関係に対する影響について検討し、本邦における地域型精神科母子ユニットの有用性について考察した。

### B. 研究方法

#### 母子ユニットの基本的運営

##### 1. 病棟とスタッフ

国立療養所三重病院は、小児科および小児外科、神経内科、整形外科の総計 250 床の病棟を有し、外来診療では耳鼻咽喉科、眼科、精神科、麻酔科を標榜している。小児急性病棟など 3 つの小児病棟の中で、非感染性小児慢性病棟（主に喘息、腎炎など）50 床のうち 5 床の個室（2 床は差額ベッド）を母子ユニット用に使用している。但し、当初は緊急入院などの対応からすべての個室を長期間にわたる専有は避けて開始した。

看護スタッフは 19 名であり、スタッフの多くは小児科をはじめとする他病棟や外来の勤務経験者であり、精神科看護の経験者はいない。保育士は 2 名で、併設の養護学校（小中高校生）に通学していない年少時の保育を担当している。精神科医は 1 名で精神保健指定医である。

##### 2. 規模

必要な人口数当りの精神科母子ユニットのベッ



ド数は、catchment area が明確でない日本の医療圏では単純に概算できないが、出産人口 5,000 名当たり 3 床、さらに人口 100 万以上の大都市圏では出産 13,000 件当たり 6 床（年間 60 名の入院）が必要であるという英国の報告(Oates 1996)を参照した。すなわち三重県の出生数 17,829 名（平成 10 年度）であることから、5 床が必要であると想定して創設した。なお、本ユニットの開設に当たって、英国の高次機能をもつ精神科母子ユニットの Kumar 教授（Bethlem Royal Hospital(London)）と Brockington 教授（Queen Elizabeth Hospital (Birmingham)）から構造、導線、評価機能について有用なアドバイスもらった。

3.母子ユニットの対象 小児科病棟への入院が基本前提であることから、非精神病性のうつ病を対象とした。特に愛着障害や母子関係障害がうつ病による二次的な影響を受けている母子を主要対象とした。ただし産後うつ病でも乳幼児への虐待や自殺年慮のある母親は除外した。そのために周産期の母子精神保健専門外来で、十分に患者の状態を把握して、本人と配偶者の希望と同意を得た上で入院の決定をした。

#### 4.母子ユニットの機能評価

1) 入院に到るまでの家族の背景、2) 母親と赤ん坊の病棟内での導線の評価、3) 母子に対する看護と保育水準の評価、4) 母親の養育に関しての評価、5) 愛着の段階と精神状態の相関について調査した。人的リソースに関しては、要員研修方法とその評価（誰をどのようにして研修してどのように配置するのか）を検討する予定である。

### C. 研究結果

#### 1) 基本的な入院治療

入院初期は、適切な薬物療法によるうつ病の治療を優先するため、午睡中や夜間は個室から母子分離をして十分な静養と睡眠をとらせるようにした。その後、母親のうつ病の回復状態に従って、段階的に担当看護婦と保母（保育士）による養育支援と愛着の評価を行い、また集団保育にも参加させた。そして退院前には外泊を繰り返して、家庭生活と病棟生活の差が少なくなった段階で退院とした。希望者には地域の市町村保健センターに退院後のサポートを依頼する。

#### 2) 対象者の背景：（平成 11 年 9 月～12 月）

表に平成 11 年度の母子ユニットに入院した症例の背景を示した。

表：母子同時入院症例の詳細

	Case 1	Case 2	Case 3
受診経路	小児科医	産科医	保健所 保健婦
家族背景	核家族	核家族	拡大家族
初診時～入院までの期間	3 ヶ月	3 ヶ月	6 ヶ月
外来経過	遷延	遷延 増悪	遷延 増悪
精神科既往歴	(-)	(+)	(-)
居住地区	近郊	近郊	北部
経産回数	経産	経産	初産
入院時児の月齢	5 ヶ月	5 ヶ月	9 ヶ月

#### 依頼機関：

全例が依頼による受診であった。1 名は精神保健担当の保健婦経由であった。

#### 家族背景：

3 組中 2 組は核家族であり、そのうち 1 組は近在の両親が高齢のため援助が困難であった。他方は片親でしかも病気療養中であったため、親族からの療養や保育に対する援助は全く得られなかった。さらに Case2 の核家族は年長児が病的退行や赤ん坊に対する暴力を見かねた夫が 2 ヶ月間の育児休暇をとって年長児への対応した。拡大家族の Case3 は産後うつ病に対する実母の理解が欠如し、怠けていると責められることが多く、実家では療養が出来なかった。全般に各症例の夫は病気を理解して、可能なかぎりサポートをしていた。

#### 初診時から入院にいたる期間：

各症例とも外来治療中は家事や育児の負担が大きく、十分に休養が取れない状況であった。しかも日常生活に支障をきたさないように配慮したために十分な抗うつ薬を投薬することは困難であった。また、同時入院については躊躇していた。そのため外来通院中の経過は全例が遷延したり、増悪を繰り返したため入院までの期間が長期化する傾向がみられた。

#### 精神科診断名：

全例が大うつ病エピソード：産後の発症（DSM-IV）と診断された（1 名は不安障害の並存診断され、既往に治療歴のない同様のエピソードがあった）

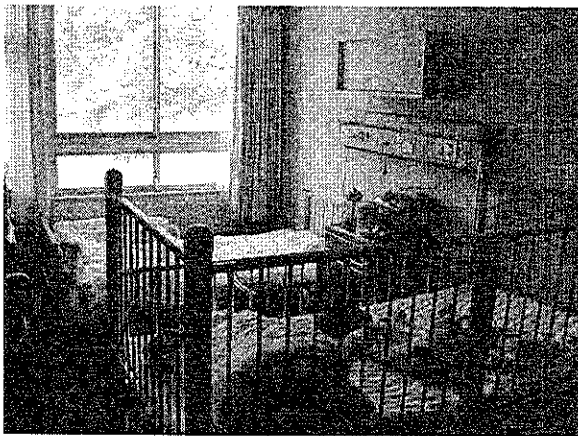
#### 3) 地域での社会的資源の活用

Case 3 では保健所からの保健婦の電話による

サポートを外来受診中に受けた。Case 2 は市町村保健センターからの NPO の 0 歳時保育の斡旋を受けたが、高額で長期の経済的な負担が多いため断念した。また年長児の保育園への送迎については、病院ケースワーカーを通してボランティアに打診してもらったが、不定期スケジュールのために断念した。

#### 4) 同時入院への動機

全例が最初から同時入院を希望していなかった。経過が増悪して、子どもの突然の病気という理由から入院に到っていた。言うまでもなく、赤ん坊を分離して入院できる家庭環境ではなかったことが最大の理由である。



図：精神科母子ユニットの個室の内部

#### 5) 施設内での母親と赤ん坊の導線の評価、

個室では図に示したように、ベビーベッドを同時にいれると手狭である。双子の場合にも対応できる面積 (46 m<sup>2</sup>) が必要である。小児科病棟の一角の個室という限られた空間以外に病棟に併設してある豊部屋やデイルームなども十分利用が可能であったが、小児科病棟で付添っている母親の目を意識して、自室に閉居がちになった患者もいた。施設が子供用であるため、同病者との交流ができる談話室などの要望が強かった。個室はナースステーションの横にあるために常に観察が可能で、分離保育も対応しやすい反面、0 歳児専用の育児室が併設されていないことから、赤ん坊の泣き声が個室にいる母親に容易に聴こえるため、防音などの点で工夫が必要であった。

日常生活の面ではコインランドリーが別棟にあるため、病棟内での設置が望まれた。

#### 6) 看護や保育の対応：

日中は大多数の児童・生徒が併設する養護学校

に通学しているため、看護力に余力があるが、朝や夜間の時間帯や業務が煩雑になると児への対応が相対的に減少し、母親に任せきりになるといった場面もみられた。そして、複数の母子同時入院が重なる場合には、マンパワーの不足から母子への対応に対する限界があった。

当初うつ病に対する看護に対する看護スタッフの不安があったが、基本的な対応は時間と伴に可能となった。しかし、小児看護に慣れているため、母親 (成人) に対する基本的な看護の視点に欠けている点がみられた。こうした点は成人の精神科看護の知識と研修が必要である。また、育児経験のある看護婦を中心に担当したが、0 歳時保育に関した研修もこれからの課題である。

#### 7) 母親からの養育に関する評価

家庭では不可能であった十分な休養が取れるために、合同保育や分離保育については治療上はよい環境であった。そして、特に初産婦の場合保育士などによる指導については好評であった。児への影響についても、よい効果が観察された。入院当初は機嫌が悪い赤ん坊も身体的ケアや哺乳と離乳食などが十分に供給されるにしたがって、機嫌良く適応でき、分離保育に対しても抵抗がなくなった。そして合同保育などを通して、他の幼児との接触もスムーズに進行した。

#### 8) 愛着の段階と精神状態の相関

定期的に Bethlem Mother and Baby Scale と母子相互関係のビデオを用いて愛着など母子相互関係について評価を行っている。こうした結果は、うつ病による愛着障害の有無やうつ病による二次的な影響を明らかにする予定である。

#### D. 考察

産後に発病した母親とその赤ん坊へのケアは、年長の子供たちの情動的及び身体的ニーズよりも優先しなければならない。その治療はできるだけ家庭で行われることが望ましいが、核家族といった社会的支援の得られない状況では困難となる。長期の経過をたどれば、愛着障害などの母子相互関係への影響 (乳幼児の認知障害 (Cogill et al.1986)、行動の障害 (Murray.1992)、知的発達障害 (Sharp et al.1995) ) にも影響を及ぼす。こうした英国を中心に発展した同時入院のねらいは、母親が精神および行動面で混乱がしばしば存在するにも係わらず、母子関係を出来る限り保持し、促進することである。できれば家庭のような入院患者用ユニットで行なわれる方が望ましい。

産褥期の育児や家事に忙殺されながらの外来治療は、十分な治療環境とはいえない。特に本症例のように家族からのサポートが得られないため、こうした状況が悪循環となって、うつ病の経過が遷延し、増悪していた。また母親の分離入院に対する不安感とうつ病が遷延すれば一層強くなる傾向がみられた。特にうつ病親和型の性格傾向の強い母親の場合は執着が強まった。こうした悪循環を断ち切る意味でも母子の同時入院は有効であると思われる。

日本の地域における母子精神保健システムは母子保健と精神保健の大枠で分断され、包括的な連携が不十分であって、産後うつ病の母親に対する地域でのサポートは十分に機能しているとはいえない。今後新エンゼルプランも計画されているが、特に支援の得られない精神疾患に罹患した母親に対して緊急で即時対応できる0歳時保育が優先されなければならないし、こうした母子という単位に対する対応が地域の保健福祉機関側に十分に認識されなければならない。

従来から精神科病棟での入院に対する偏見が強いが、本ユニットのような小児科病棟への入院に対しては全般的に抵抗は少なかった。しかし、独立型の病棟の構造でないために、プライバシーの確保という点ではいくつかの問題が生じた。

マンパワーの面では、本施設のような併存型の母子ユニットでは、絶対的に不足していた。赤ん坊に対する安全性を確保するために、少なくとも子供の世話が出来るまでの期間は1対1の看護が可能な24時間体制が望ましい。独立型の母子ユニット(6~9床)でも、夜勤と週末勤務の看護人員は3人の母親に対して最低1人の看護婦が必要である(Brockington1996)といわれている。

母子ユニットで看護スタッフに要求される資質とは、基本的には精神科看護である。これについては基本的な精神医学に関する広義、症例検討会の開催などで、教育研修が必須である。総合病院であれば、精神科病棟の勤務経験者が中心となつて、精神科看護の実践を指導してもらえらるが、本院のように経験者がいない本院の場合には教育の面では身体的な看護技能の習得よりは困難な点が多く、看護スタッフの育成は小児科病棟における母子ユニット設置の今後の最大の課題である。入院適応の障害の対象については、施設の構造や機能によって入院適応の疾患は異なるが、小児科病棟では、自殺年慮や精神病像を伴う疾患、乳幼児への虐待を抱えた母親を入院させることは危険である。

産後うつ病の母子関係の中でも、例えば子供に対する敵意、拒絶といった母親としての役割が障害されている女性にとって、同時入院という環境

は障害された関係に焦点を当てることができて、母親の観察や的確な診断も可能であると思われる。たとえ、母子関係が正常に維持されていても、産後うつ病の同時入院は適切である。今回の同時入院の母親では、自己評価が低下して、全例家事や育児という日常生活にも支障をきたしていた。しかも母子分離は母親の満足感を低下させて、長期に及ぶ場合には二次的な愛着障害を引き起こす場合がある。この問題はこれからの評価で明らかになるとと思われる。

退院後の通院についてもデイ育児の機能が病棟において対応できれば、母親の育児指導に関して有用なものとなる。これは従来から母子ユニットにデイ・ケアを併設すれば人員や施設を有効に使用できる。バーミンガムにあるクイーン・エリザベス病院の精神科母子ユニットでは、特別な予算措置によって、外来クリニック、地域の産科病院と密着なネットワークを形成し、さらに家庭治療サービス(往診システム)とデイ・ケアを組み合わせ、患者のニーズに対応して地域でのケアを実施している。

地域の医療システムや医療行政は国々により異なるため、母子精神保健サービスの理想的なシステムを導入すること困難であるが、小児科病棟に併設ないし独立した母子ユニットに、小さな赤ん坊のいる母親に対応するために専門的な技能や理解を持つ専門的なチームが配置され、また在宅の母親とその家族に対しては地域の専門的な医療保健チームによって支えられれば、地域の日本の母子精神保健は改善していくと思われる。

## E. 結論

同時入院の有用性については試行錯誤の段階であるが、これからの精神科母子ユニットには以下の点が考慮されなければならない。

### 1) 独立型機能のある精神科母子ユニット

精神医学的には高い水準の診断および治療(看護スタッフは母子関係を評価し、障害された関係を母親と一緒に援助し、養育を教授できる)

### 2) 高い水準の看護力の研修と教育

3) purpose-build unit: 病棟の施設と機能は最初から母子という単位のために設計

4) 母親同士のメリット(同じ困難な状況をもった他の母親が入院しているため、メリットがある)。つまり回復中の入院患者はすぐれた理解者とアドバイザーである。

## 【文献】

1. Brockington I: Services. In Motherhood and Mental Health (eds, I, Brockington)

pp:555-585, Oxford, Oxford University Press,1996.

2. Cogill, S. R., Caplan, H. L., Alexandra, H., et al (1986) Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. Br Med J (Clin Res Ed), 292 (6529), 1165-7.
3. Murray, L. (1992) The impact of postnatal depression on infant development. J Child Psychol Psychiatry, 33 (3), 543-61.
4. Oates, M: Psychiatric services for women following childbirth. International Review of Psychiatry. 8, 87-98, 1996.
5. 岡野禎治他：「英国における母子精神保健体制の現状と課題」、平成8年度厚生省心身障害研究「これからの妊産褥婦の健康管理システムに関する研究」pp30-37. 1997.
6. 岡野禎治：「日本の母子精神保健体制の現状と今後のプログラムの策定について」。平成9年度厚生省心身障害研究 17-24, 1998.
7. Sharp, D., Hay, D. F., Pawlby, S., et al (1995) The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. J Child Psychol Psychiatry, 36 (8), 1315-36.

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

1. 岡野禎治 (分担執筆)：「ホルモン療法—甲状腺製剤とエストロゲン製剤」「精神科治療の理論と技法、一薬物療法と生理的治療—」, 井上雄一、岸本 朗編著、星和書店、pp83-90, 1999
2. 岡野禎治、野村純一：「産褥期精神障害」こころの家庭医学. pp968-705, 保健同人社1999.
3. 岡野禎治：現代精神医学体系「産後精神病」、中山書店、印刷中
4. 岡野禎治 (監訳) Brockington IF: Motherhood and Mental Health. Oxford University Press 「母性とメンタルヘルス」日本評論社 (1999)
5. 岡野禎治：産褥精神障害、日本医事新報、No.3919、43-47、1999.
6. Okano T :Thyroid function and postpartum psychiatric disorders. Archives of Women's Mental Health. 1 : 157-165,1999.
7. 岡野禎治、岡崎祐士：母体疾患の母乳哺育「産後の精神疾患」産科と婦人科10.1309-1316, 1999.
8. 岡野禎治：女性の精神医学シリーズ「産前うつ病」産科と婦人科、67.85-90、2000.
9. 岡野禎治：女性の精神医学シリーズ「パニック

ク障害」産科と婦人科、87 : 241-246、2000.

10. 岡野禎治：女性の精神医学シリーズ「精神科母子ユニット」産科と婦人科 (印刷中)
11. 岡野禎治、Brockington IF：女性の精神医学シリーズ「地域における母子精神保健サービス」産科と婦人科 (印刷中) .

## 2. 学会発表

1. The workshop on menstrual psychosis: "Nosology and strategies for treatment-resistant cases of periodic psychosis" Birmingham, 1<sup>st</sup>-2<sup>nd</sup> August.1999.

## 妊産褥婦及び乳幼児のメンタルヘルスシステムに関する研究 「妊娠中および出産後の母子精神保健プログラムの作成」

吉田敬子 九州大学大学院医学系研究科精神病態医学教室  
研究協力者

上田基子 九州大学大学院医学系研究科精神病態医学教室

山下春江 九州大学医学部付属病院周産母子センター

**研究要旨：**地域型母子精神保健プログラムの作成のため、平成 10 年度から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出産後の母親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行っている。今年度はこの研究の対象となった母子全員に、出産後 6 カ月にエジンバラ産後うつ病質問票と Bonding 質問票（母親用、父親用）を郵送して、母親の産後の精神状態の再評価と母親および父親の児に対する愛着について調査を行った。さらに、出産後 1 年目に母親の精神科診断面接とその児の発達検査を行っているところであり、地域におけるエジンバラ産後うつ病評価票を用いた産後うつ病のスクリーニングの妥当性と、母親の産後うつ病が児の発達に及ぼす影響について検討を行う。

### A. 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乳幼児健診を利用して行う方法を策定する。

### B. 研究方法

- 1.地域型母子精神保健プログラムの作成について  
対象；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

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）
  - ③Bonding 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へ送る。
- (3) 担当医が相談内容、EPDS および Bonding 質問紙の得点と内容を検討し、経過観察の方法について保健所の担当者あてに FAX にて返信する。
- (4) FAX 相談ケースの全例について、担当医と保健所の担当者全員が集まり定期的に会議を行い、経過と介入の方法について検討を行う。
- (5) 4 カ月乳児健診（保健所）の児の発達のデータを収集

- (6) 産後 6 カ月に質問紙（EPDS、Bonding 質問紙（父親用、母親用）を郵送し、返送により回収して精神状態についての再評価を行う。
- (7) 産後 1 年目の面接に同意を得た母親の自宅を訪問あるいは保健所にて、母親の精神科診断面接および児の発達検査を施行。

### C. 研究結果

今回は 100 例中で初回の保健所からの訪問で EPDS の得点が区分点 9 点以上であり、FAX 相談ケースとなった 16 例について、その後行った調査について現在も継続している出産後 12 カ月の精神科診断面接の結果（SCID/DSM-IV）まで含めて報告する。

- (1) EPDS 得点の変化（出産後の保健所からの訪問時、出産後 6 カ月、出産後 12 カ月）、発症危険因子（精神科および産科・周産期要因）、プロフィールと方針および介入と転帰、精神科診断面接の結果を表 1 に示す。16 例中面接が終了しているのは 9 例、これから面接予定は 4 例、精神科入院中 1 例、面接拒否 1 例、連絡不能 1 例である。
- (2) EPDS 得点の変化は、初回の訪問時から 6 カ月時点の調査時にかけて、得点が下がっているものが大多数であった。出産後 6 カ月から 12 カ月については、EPDS 得点の変化は少なく、得点上は変化がないか、むしろ上昇しているものが多かった。そのプロフィールを見ると、上の子が多動、あるいは今回出産した児の小児科的な問題な

ど児に関する要因に加え、育児疲れが持続しているケースが多かった。また離婚の危機や家業に関する夫の両親とのトラブルなど、母親をとりまく対人関係上のストレス因子が持続している例があった。

(3) 出産後 12 カ月の EPDS 得点については、現在 9 例が結果が得られている。そのうち、6 例は区分点の 9 点以上である。それは(2)でも一部述べたが、出産 12 カ月後に行った診断面接で、そのうち 1 例のみが現在でも大うつ病であった。その発症は、母親の復職のあせりや児の入院と一致していた。

(4) 出産後 12 カ月に行った診断面接から、出産後 1 年間のエピソードについては次の結果が得られた。診断面接を終了した 9 例中の 6 例は、DSM 診断がついた。大うつ病が 3 例、小うつ病が 3 例であった。同時に、大うつ病の診断がついた全例が、出産後 12 カ月目の EPDS 得点が区分点以上であった。小うつ病については、1 例のみ 7 点と区分点以下であった。

(5) 診断面接で出産後 12 カ月間にわたり診断の該当がなかったものは 3 例で、初回訪問時の EPDS 得点はすべて 9 点で区分点であった。3 例中 2 例は、出産後の時間の経過とともに、EPDS 得点も区分点以下にさがり、1 例は出産後 12 カ月を通して、ほとんど変化がなかった。しかしながらこの例は、不妊治療、胎盤早剥、未熟児出産などの周産期要因があり、加えてその後も夫や義母との不和や離婚の危機など、持続するストレスが見られた。これが一貫して区分点付近の EPDS 得点に反映されていると思われた。たとえ精神的診断がつかない場合でも EPDS を用いることは、これらの背景をもっている母親に対して介入やサポートを行うための良い指標をなりうることを示している。

(6) 初回訪問時から EPDS 得点が高かった 3 例に児への虐待行為が認められた。

#### D. 考察

(1) EPDS を用いた産科病棟など施設における産後うつ病のスクリーニングの有用性はすでに報告されている。今回、EPDS を出産後から 12 カ月までの異なる 3 時点で使用したところ、出産後早期はこれまでの報告どおり地域においても産後うつ病のスクリーニングとして有効であることが確認できた。

(2) 一方、出産後 6 カ月および 12 カ月は EPDS の得点そのものはうつ病の発症および重症度を反映していなかった。EPDS はうつ病の症状だけでなく、不安の症状を反映すると報告されているが、特に出産後 6 カ月と出産後 12 カ月で得点が

持続して高いケースについては、児に関する問題や夫をはじめとする周囲との人間関係などの心理社会的な問題に基づく不安や緊張状態を反映していると考えられた。このような結婚関係や生活状態に基づく不安や緊張は、しばしば母親自身の問題としてではなく、育児の不安として訴えられることがある。EPDS を用いることにより、母親自身は自分の気持ちを確認することができ、それに基づいて助産婦や保健婦など直接母親を援助してくれる第 3 者に、かかえている問題を相談するきっかけにもなった。また、援助するスタッフにとっては、このような訴えを単に母子関係の問題として捉えて対処するのではなく、母親自身の抱えている問題を理解し、適切な援助を行う糸口になった例も多い。このように EPDS はスクリーニングのみでなく、地域の母親に対して臨床的な効用があることを示している。

(3) 直接出産後の母親に関わる助産婦や保健婦が対処に困るような症例に出会ったときに、専門家が連携して問題ケースについて検討を加える機会があることにより、必要な場合は保健所を通じて精神科受診へつなぐことができたし、精神科受診に至らなくとも保健婦の継続訪問と関与によって適切な環境調整を行うことができた。さて、専門家が地域の母子を訪問することについては、とくに母親が出産後の精神障害により育児の機能を障害されている場合に、精神科および周産医療スタッフが連携して行う重要性が認められている。これについては特にこのシステムが確立しているロンドン南部の地域における実際の活動状況を視察および経験してきた同大学周産母子センターに勤める助産婦の山下の報告を付記する。

(4) 出産後 12 カ月の精神科診断面接は、現在なお継続中であるが、終了時には初回の保健所からの訪問時に EPDS 得点が 8 点以下であった母親の面接結果を含めて (100 例のうち転出などを除く約 70 名の母親について出産後 12 カ月の精神科診断面接の結果まで得られる予定である) EPDS の効用をはじめ出産後 1 年間に見られる母親の精神医学的評価および関連要因について解析を加えることにしている。

#### 【文献】

1. Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, Tashiro N. Postnatal depression In Japanese women - Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood -. J Affect Disord, 1999 (In press)
2. 中野仁雄, 吉田敬子. 精神神経症状とその管

理—マタニティー・ブルーズを中心に。(佐藤和雄, 藤本征一郎 編) 臨床エビデンス産科学 pp514-521, 1999

3. Stuart S, Couser G, Schilder K, O'Hara MW, Gorman L. Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity In a community sample. J Nerv & Ment Disease. 186(7): 420-424, 1998

### 「ロンドン南部における妊産褥婦に対するメンタルヘルスサービス」

妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルシステム作りに関する研究の一環で、ロンドン大学精神医学研究所周産母子部門の Kumar 教授、Marks 博士を訪問し、英国における出産に関連して精神障害を発症した母親とその児に対する精神保健サービス、および妊産褥婦へのメンタルヘルスサポートにおける助産婦の役割に関する研修を 6 ヶ月間行った。この体験をもとに日本における母子精神保健サービスおよび、助産婦の役割について検討した。

ロンドン大学精神医学研究所は、①精神科スタッフが周産医療スタッフに対して行っているコンサルテーション・サービス、②精神科と産科の間で行われるリエゾンサービス、③重症の精神疾患の入院管理を行う母子ユニットの 3 本柱からなる包括的なサービスを提供し、妊産褥婦へのメンタルヘルスサポートのモデルとなっている。しかし、英国全土で、同じようなサービスが提供されているわけではなく、まして日本においては、このような包括的サービスは、現在行われていない。日本で英国のようなサービスを展開するには、日本の医療制度や、英国との文化的違いを考慮して、日本に適した包括的サービスのシステム化が必要である。

今回、前述した一連の包括的サービスである King's College Hospital Obstetrics Psychiatry Liaison Meeting、Maudsley Hospital Perinatal Outpatient Service、The Bethlem Royal Hospital Mother and Baby Unit Inpatient Service などに参加し、多くのメンタルヘルスに問題のある妊婦、褥婦の面接に立ち会うことが出来た。また、英国では、妊産褥婦のメンタルヘルスのスクリーニング、産前外来や産科病棟および妊産褥婦の居住する地域でのメンタルヘルスサポートにおいて、助産婦が重要な役割を果たしていた。King's College Hospital の産前外来では、登録時必ず、精神科的既往、現在の精神状態を助産婦がチェックし、精神的援助が必要な妊婦に対する援助方法をリエゾンサービスのミーティング

で検討している。地域では、地域助産婦が、いくつかのチームに分かれて家庭訪問を行い、妊産褥婦の援助を展開している。メンタルヘルスに問題のある妊産褥婦の援助を専門に活動をしている地域助産婦のチームもあり、リエゾン精神科医と連絡を取り合い、ケアを行っていた。

また、英国では様々な分野で専門化が進んでいた。周産期専門の地域精神科看護婦やソーシャルワーカーが地域で活動している。保健婦も日本のように担当地域で別れているのではなく、対象年齢で分かれており、ヘルスピジーターとは、妊婦、及び 5 歳までの子供と母親を対象としている保健婦のことである。このような専門化、細分化は、妊産褥婦を取り巻く分野でのより適切な援助を可能にするために日本のチーム医療にも必要であろう。

精神科受診に抵抗のある女性は多く、産後うつ病に罹患した褥婦が医療機関を受診する率は 10%と言われている。そのため母子精神保健における助産婦の果たす役割は大きい。妊婦と接する機会の多い助産婦は、妊婦の良き相談相手になり、スクリーニングを行い、必要時リエゾンサービスを紹介し、リエゾン精神科医と協力し合い、妊産褥婦が適切な精神的援助を受けることが出来るように努めなくてはならないと考える。今回、英国における母子精神保健の先進的医療チームの活動に参加し、英国の妊産褥婦へのメンタルヘルス・サービスの現状を知り得た。英国同様、日本でも妊産褥婦と一番接する機会の多い助産婦が、スクリーニング、その後のサポート体制作り、重要な役割を果たすことが示唆された。(山下春江)

表1 エンジンバラ産後うつ病質問票によりスクリーニングされた16例 (区分点9点)

EPDS 得点 訪問時	EPDS 得点 6カ月	EPDS 得点 12カ月	発症危険因子 既往歴 産科/周産期要因	プロフィール	介入と転帰	DSM-IV診断 出産後1年間	DSM-IV診断 過去の既往
22			精神科治療歴 (解離性障害)	虐待	精神科医の面接 母親は精神科入院、児は乳児院入所	(某精神病院入院中) 解離性障害、精神遅滞 (1年目の面接を拒否)	
18			人工授精、双胎、未熟児	虐待	他の精神科へ紹介 (転居のため)		
17	14	10	自殺未遂 (大量服薬) 心療内科治療歴 妊娠中絶	虐待、母親の入院 出産直後姉と絶交 孤立した育児	"	特定不能のうつ病性障害・小うつ病 /産後の発症	広場恐怖を伴う パニック障害
16	13	13	精神科治療歴 (神経症)	孤立した育児	"	うつ病性障害・大うつ病/産後の発症	社会恐怖
14	7		高齡初産	産後うつ病疑い	"	(面接予定)	
12	7	10	帝王切開、児の手術	上の子が多動	児の手術後うつ症状は軽快 保健所スタッフの介入	うつ病性障害・大うつ病/産後の発症	
12	10	7	帝王切開	育児疲れ、身体愁訴 夫婦不和	"	特定不能のうつ病性障害・小うつ病 /産後の発症	
11				対人緊張が強い 強迫性障害疑い	精神科医の面接	(面接予定)	
11	13			強迫的な家事や育児 身体愁訴、孤立した育児 対人能力が低い	保健所スタッフの介入	(面接予定)	
10	11	10	未熟児のための母子分離	育児疲れ	"	特定不能のうつ病性障害・小うつ病 /産後の発症	
10		10	高齡初産、未熟児	家業のトラブル 復職のあせり	"	うつ病性障害・大うつ病/産後の発症	
10			切迫流産	子どもの入院 夫婦不和、経済的不安	"	(連絡不能)	
10				夫外国籍、夫と実母の不和 移住の不安	"	(面接予定)	
9	6	4		育児疲れ 孤立した育児	"	第1軸における診断または状態なし	特定恐怖
9	10	10	不妊治療、胎盤早剥、未熟児	義母、夫との不和 離婚の危機	"	第1軸における診断または状態なし	死別反応 (妻母自殺)
9	8	4	中絶の既往	分娩時の狂乱状態 過喚起症候群	"	第1軸における診断または状態なし	大うつ病



## 妊産褥婦及び乳幼児のメンタルヘルスシステムに関する研究

### 「助産婦のメンタルヘルスケア能力育成を目的とした

### 卒後教育プログラムに関する研究」

新道幸恵 青森県立保健大学

研究協力者

大関信子、益田早苗、吉川由希子、田中克枝、玉熊和子 青森県立保健大学

岸田泰子 島根医科大学

研究要旨： 妊産褥婦・乳幼児に最も身近な存在としてケアに従事している助産婦を対象に、周産期における母子のメンタルヘルスケア能力育成を目標とした卒後研修プログラムを策定し、助産婦のメンタルヘルスケア能力育成のあり方を検討した。その結果、知識および対人関係の持ち方、カウンセリング能力、自尊感情、アセスメント能力が向上していることが研修前後の自他の評価においても明らかとなり、本研修プログラムが有効であるとの示唆が得られた。今後の課題は、本研修プログラムの実施・評価を継続し、研修内容や方法をさらに検討して行くことである。

#### A. 研究目的

助産婦は母子保健領域において、母子のメンタルヘルスを左右する妊娠・分娩・産褥期に母子との密接な関わりが必要とされる職種である。それゆえ、助産婦が母子のメンタルヘルスケア能力を高め、適切なケアを提供することが今後ますます重要になってくると思われる。

本研究は昨年、デルファイ法による調査研究<sup>1)</sup>によって助産婦に必要なメンタルヘルスケア能力及びその育成のための教育内容（看護教育・助産婦教育・卒業後研修の各教育課程別）を明らかにした。その結果をもとに、今年度は助産婦教育におけるメンタルヘルスケア能力育成のための卒後研修プログラム試案（以下、本プログラムとする）を作成し、それに基づいて研修プログラム試案を実施、評価をとおして、その効果を検討することを目的とした。

#### B. 研究方法

##### 1. 卒業後研修プログラム試案の作成

###### 1) 一般・行動目標の設定（表1）

昨年のデルファイ法による調査研究結果を分析し、メンタルヘルスケア能力を育成する研修の目的・目標を一般目標（General Instructional Objectives ; GIO）と行動目標（Specific Behavioral Objectives ; SBO）に整理した。一般目標は、「助産婦として妊産褥婦のメンタルヘルスをアセスメントし、そのアセスメントに基づ

くメンタルヘルスケアが実践できる能力を養う」とし、行動目標は表1に示す13項目を設定した。

###### 2) 研修内容の検討（表2）

一般目標と行動目標から、講義および演習の内容を検討し表2に示すプログラムを設定した。研修期間は2週間（10日間）とし、各領域の専門家の講師16名に依頼し、受講対象者は臨床経験5年以上の助産婦とした。なお、資料は各講義担当の講師の方々に講義用の資料作成を依頼し、研修会テキストを作成した。

1週目の到達目標は表2に示したとおりである。講義と演習は基礎編とし、助産診断、妊産褥婦の精神障害、カウンセリング、コミュニケーションに関する内容及びグループワークは正常事例のケースを設定し、ケースワーク、アセスメントを展開した。

2週目の到達目標は、表2に示したとおりである。講義と演習は応用編とし、地域との関わり、マタニティーブルーズ、切迫早産に関する講義等およびグループワークは異常事例のケースを設定し、ケースワーク、アセスメント、ケアプラン作成した。尚、グループワークは受講者が持ち寄った事例をもとに、5～6人の4グループに分かれてアセスメントに行い、それぞれに研究協力者がチューターとして関わった。

表1. 本プログラムの一般・行動目標

<p>一般目標 (General Instructional Objectives : G I O)</p> <p>助産婦として妊産褥婦のメンタルヘルスをアセスメントし、そのアセスメントに基づくメンタルヘルス・ケアが実践できる能力を養う。</p>
<p>行動目標 (Specific Behavioral Objectives : S B O)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 正常および異常な経過をたどる妊産褥婦の心理社会的変化や特徴を理解できる。</li> <li>2. 妊産褥婦の精神疾患を理解できる。</li> <li>3. 妊産褥婦の精神疾患をスクリーニングできる。</li> <li>4. 基礎的なカウンセリングの理論を理解できる。</li> <li>5. 基礎的なカウンセリングの技術をメンタルヘルスケアに活用できる。</li> <li>6. 母子の相互作用・母子間のコミュニケーションについて理解できる。</li> <li>7. 妊産褥婦のメンタルヘルスケアに必要なコミュニケーション技法を活用できる。</li> <li>8. 対象理解のために、感性・洞察力・気づき・柔軟性を築くことができる。</li> <li>9. 対象を尊重した態度がとれ、信頼関係を築くことができる。</li> <li>10. 妊産褥婦の危機・喪失・悲嘆の心理課程を理解できる</li> <li>11. 妊産褥婦の危機・喪失・悲嘆の心理課程について介入できる。</li> <li>12. 地域社会資源を活用してメンタルヘルスに関する効果的なコーディネーションができる。</li> <li>13. 自主的学習能力を身につけ多様なメンタルヘルスケアに対応できる。</li> </ol>

表2. 本プログラムの内容

<p>第1週目の目標： コミュニケーション理論やカウンセリング理論を活用して、母子のメンタルヘルスについての的確にアセスメントできる。</p>					
月 日	I (9:00~10:30)	II (10:40~12:10)	休 憩	III (13:10~14:40)	IV (14:50~16:20)
15日 (月)	◎受付 ◎開講式	◎オリエンテーション		グループワーク：GW①	「正常な妊産褥婦の心理とケア」新道幸恵
16日 (火)	「助産診断」 新道幸恵	「患者論Ⅰ」 大関信子		「妊産褥婦の精神障害」 北村俊則	
17日 (水)	「妊産褥婦のメンタルヘルスケアとカウンセリング」 北村俊則			GW②	「患者論Ⅱ」 大関信子
18日 (木)	「カウンセリングの基礎知識と技術」 安田 勉			「家族看護学」 中村由美子	
19日 (金)	「周産期の死を経験した母親のメンタルヘルス」 竹内徹			「母子のコミュニケーション」 崎尾英子	
<p>第2週目の目標： メンタルヘルスに関する多様または複雑な問題を持つ妊産褥婦のアセスメントができ、具体的なケアプランを立案できる。</p>					
22日 (月)	「地域におけるメンタルヘルス」 岡野禎治			「マタニティーブルーズ」 吉田敬子	
23日 (火)	「子どもの発達と育児不安」 吉田敬子			「切迫早産のメンタルヘルス」 岩澤和子	
24日 (水)	「母子のコミュニケーション」 小林隆児			「乳幼児との遊び方」 吉川由希子	GW③
25日 (木)	「地域の妊産褥婦との 関わり」牧野昭子	「乳幼児の虐待」 益田早苗		GW④	
26日 (金)	GW⑤；総まとめ			「妊産褥婦へのエモーショナルサポート」 「母子のメンタルヘルスケアの動向と助産婦への期待」中野仁雄→(変更)北村俊則	◎修了式

### 3) 評価の方法 (表3)

本プログラム受講後の効果を評価するために、受講者(受講前・中間・直後・1ヶ月後)、勤務施設の上司(受講1ヶ月後)を対象に認知(知識)、情意(態度)、精神・運動(技術)領域に関する評価を行なった。また、受講者とコントロール群の比較検討をするために、研修を受講しない経験5年以上の助産婦100名に評価テストを郵送し、73名(回収率73%)の回答を得た。

評価の内容は、表3に示すように認知領域ではカウンセリングテスト、事例展開、情意領域ではSEテスト、職場・人間関係、患者関係、カウンセリング知識に関するテスト、SE、エゴグラムを用いた。

#### 2. 研修プログラム試案の実施

##### 1) 受講者の募集

受講者の募集は、実施の約2ヶ月前から行った。専門雑誌2誌への研修内容についての広告掲載、関係学会等でのチラシの配布、関係機関への郵送にて行い、22名の申し込みがあった。

##### 2) 実施期間と実施場所

1999年11月15日から26日まで、青森県立保健大学において、本プログラムに沿って実施した。

##### 3. 研究における倫理的配慮

受講者募集の際に、本研修プログラムが平成11年度厚生科学研究「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」の一環であることを明記し、受講者に研究対象者として受講後の効果を測定・評価を受ける旨

を周知した。また、グループワーク等使用した事例に関しては事例のプライバシーを守る配慮をした。

## C. 研究結果

### 1. 受講者の属性およびニーズ

#### 1) 受講者の属性

受講者は経験年数5~27年(平均13.0±.89)年、年齢27~49(平均37.4±6.14)歳、産婦人科病棟勤務59.1%、新生児センター勤務13.6%、その他(開業助産婦、産科外来、保健所など)27.3%である。他科での経験の有無については6名が有り、準管理職は3名であった。

地域別では東北14名、関東3名、関西2名、その他(沖縄・福井・島根県各1名)であった。学歴については大学が1名、短大専攻科が11名、専門学校が10名であった。

#### 2) 受講前の受講者のニーズ (表4)

受講前のアンケートで「メンタルヘルスケアについて困っていることは何か」とたずねたところ、表2に示すような回答が得られた。対象事例は多岐に亘っており、方法論としては対象への接し方、コミュニケーションの取り方、他部門との連携に困っているとされている。研修会への要望も表2に示すように、アセスメントや対応の方法・技術、カウンセリングの知識・技術等の基礎的な内容が多かった。

表3. 本プログラムの評価テスト一覧

	n	受講者					コントロール群	受講者の上司
		受講前	受講中間	受講後				
				直後	ホームワーク	1ヵ月後		
認知領域	カウンセリングのテスト(記述式)	○					○	
	事例展開(2ケース)				○			
情意領域	SEテスト	○	○	○		○	○	
	患者(相手)関係テスト	○					○	
	エゴグラム	○						
総合領域	1ヵ月後の自己評価					○		
	上司からみた評価							○
プログラム企画・運営評価				○				

※総合領域は認知、情意、精神・運動領域を総合した領域

表4. 受講者のニーズ（複数回答）

	内容
方法について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠各時期における正常・異常の見極め方、アプローチ、アセスメントの方法。</li> <li>・コミュニケーションのとり方、関わり方。</li> <li>・メンタルヘルスケアしたケースのフォローアップの方法。</li> <li>・今後メンタルヘルスケアが必要と思われる問題の発見について。（例 母と子の絆ができないことを妊娠中から予測できるか。）</li> <li>・「聞く（傾聴）」・「共感」のテクニック。</li> <li>・自己受容を積極的にすすめていくためのテクニック。</li> <li>・指導を効果的にするカウンセリングの活用法。</li> <li>・他部門との連携のとり方（地域と病院施設）。</li> </ul>
対象事例	<p>〈妊産褥婦の心理について〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・若年妊婦。 ・精神障害を持つケース。</li> <li>・不妊治療後妊娠したケース。 ・HIV 陽性のケース。</li> <li>・出生前診断にて奇形を告知されたケース。 ・計画外・望まれない妊娠をしたケース。</li> <li>・障害児・未熟児・低体重児を出産したケース。 ・分娩後育児拒否をしたケース。</li> </ul> <p>〈周産期の死を経験した母親のメンタルヘルス〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・死の受容過程、次の妊娠への期待と受け入れ、社会生活に復帰していく上での両親の援助。</li> </ul> <p>〈切迫早産のメンタルヘルス〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・長期入院ケース（妊娠の継続について、家族に対しての母性・父性や家族の絆を深めるためのアプローチの仕方）。</li> <li>・内面に問題を抱え込むケースのメンタルヘルスケア。</li> </ul> <p>〈乳幼児の虐待に関して〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・他職種や関係機関との連携。</li> </ul>

表5. 受講者とコントロール群の比較（SEテストと患者関係テスト）

	n	SEテスト M (SD)	患者関係テスト M (SD)
研修前受講者	22	29.2 (±4.7)	82.4 (±6.7)*
コントロール群	73	26.5 (±4.6)	78.5 (±7.7)

\*p<.05

表6. SEテストと患者関係テストの研修前・中間・後の変化(n=21)

	SEテスト M (SD)	患者関係テスト M (SD)
研修前	29.4 (±4.8) *	82.3 (±6.8)
研修中間	29.5 (±4.6) **	80.3 (±7.5)
研修後 直後	31.1 (±4.8)	82.5 (±8.8)
研修後 1ヶ月後	30.4 (±4.5)	84.4 (±6.0) *

※4回ともテストを行うことができた人は21名 \*\*p<.01、\*p<.05

## 2. 受講者の本プログラムにおけるメンタルヘルスケア能力の変化と評価

### 1) 受講者の情意領域について

情意領域（態度面）把握のため SE (Self-Esteem、自尊感情) テスト、患者関係テスト、東大式エゴグラム (TEG) テストを行ったが、受講前よりコントロール群との比較では、両テストとも有意に高い得点であった(p<.05) (表

### 5)

本プログラム受講前と直後、中間と直後の比較では、SE テストは受講直後がどちらも有意に高い得点 (p<.01, p<.05) であり、患者関係テストは中間と1ヶ月後に高い得点であった (p<.05) (表6)。

東大式エゴグラム (TEG) テストの受講前後の変化は CP・NP・FC が受講後有意に高