

い得点であった ($p < .01$)。ただし、Aだけは 受講直後のみ高く、1 ヶ月後は有意に低くなっ

ていた ($p < .01$) (図1)。

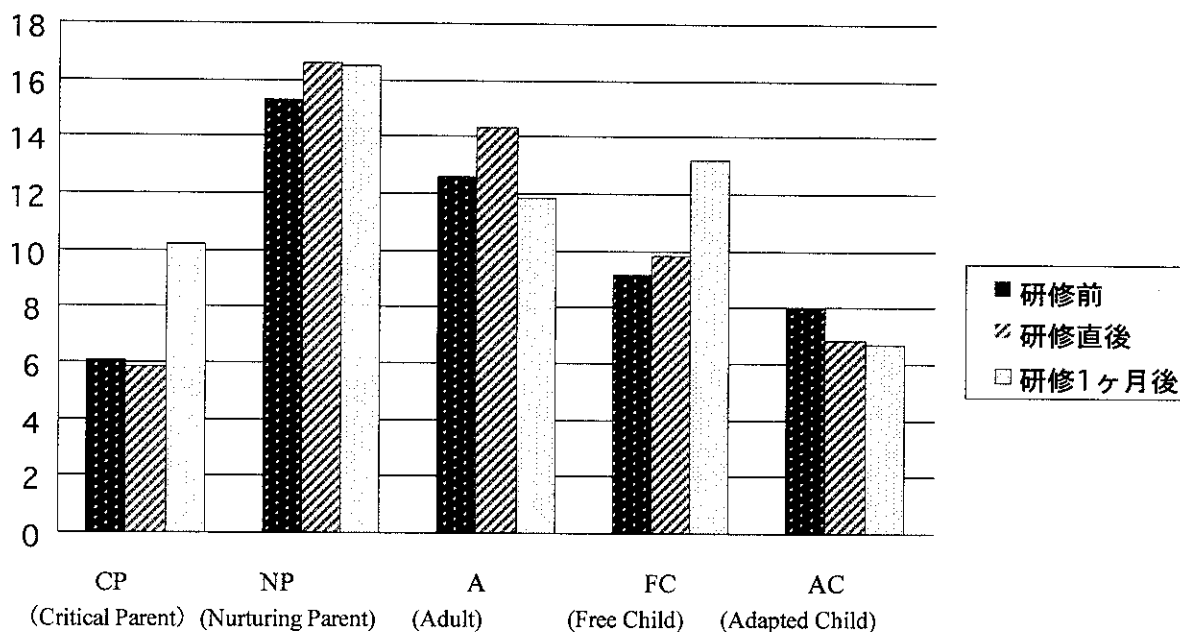


図1. TEG(東大式エゴグラム)の平均値の推移

表7. 終了後の事例展開課題 (事例1;正常妊婦の分娩室入室時のケアプラン)

事例の背景	年齢38歳、初産、身長151cm、体重79.15kg (非妊時+4.15kg)
入院時所見	40週3日目。陣痛発来にて入院。子宮口開大4cm。展退80%。ST±0。ビショップス 1710点。 胎盤後方上位に付着。EFBW2484g。児の奇形見られず。Hb12.3g/dl。 バイタルサイン (KT=36.5℃、P=104、BP=140/70mmhg) 良好。浮腫なし。
家族背景	里帰り分娩のため (建築自営) 付き添いなし。実母 (有職) が付き添ってくる。 パート事務職なので運動不足。夫は夜食の習慣あり。 妻と一緒に食べるように強要する。
妊娠の受け止め方	妊娠に気がついたのが29週の時で、あせりが見られた。その後、外来保健指導にて呼吸法の指導を受けたが出産準備教育が十分できていない。児心音を聞いても嬉しそうな顔をせず、胎児を「それ」と呼ぶ。睡眠不足・疲労感を訴える。結婚後15年間、子どもができなかったので、夫婦二人だけの老後を考えていた。

2) 受講者のカウンセリング知識について
受講者とコントロール群との比較では、受講者のカウンセリング知識が高かった。

受講前・中・後の比較では、受講前では約4割の正解率であり、カウンセリングの講義後 (中間と後) のテストでは8割以上の正解率であった。

3) 本プログラム終了後のケアプラン作成

受講終了後、受講者に事例 (表7) を提示しケアプラン立案を課題とした。その回収率は22人中20人 (91%) であった。尚、設問に沿わないケアプランを作成したものが2名あり、この2名を除いた18名のケアプランについて、

20項目の評価基準をもとに分析・点数化した。各援助項目を1点とし、平均点は10.8点であった。

心理社会的援助技術 (共感・傾聴・受容・元気づけ・感情表現を中心に捉える) が多く含まれていた項目は「産婦の精神的支援」15名、「補助動作・腹圧指導 (産痛緩和)」10名であり、反対に少なかった項目は「児娩出時の介助」5名、「児への愛着形成」3名、「分娩時の重要他者との関わり」1名、「母児相互作用を促す」1名であった (表8)。

4) 受講後1カ月間に行ったメンタルヘルスケアに関する事例、後輩・同僚の指導 (1

ヵ月後評価)
終了後 1 カ月間に受講者が行ったメンタル

ヘスケアの事例は切迫早産 6 例、精神疾患の
内服

表 8. ケアプランに含まれていた心理社会的援助について

主なケア	心理社会的援助※の内訳
産婦の精神的支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 妊娠や分娩に関連した感情を言葉にできることを伝える。(3名) ・ 自分を受け入れ助産婦に支援を求めることができることを伝える。(1名) ・ 自由に表現しやすい雰囲気作り。(4名) ・ 産婦自身の見方・考え方を否定せず受け止める。(3名) ・ 共感を持って産婦の話を受け入れ、心のわだかまりを表出させる。(1名) ・ 自尊感情の喪失を表すような産婦の発言に耳を傾ける。(1名) ・ 意思決定の過程に産婦が意見を述べる機会を提供する。(1名) ・ 分娩をすることで母親としての役割を十分果たしていることを説明し、自信を持たせる。(1名) ・ 一人ではなく子どもと一緒に乗り越えていることを話し、励ます。(1名) ・ 否定的な言動や態度は避け、受容的な態度で接する。(2名) ・ 不安感が増大する前に不安を表出するよう促す。(2名)
補助動作・腹圧指導 (産痛緩和)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 陣痛時のサポートの保証。(2名) ・ 本人の努力を認め、不十分な点は介入していく。(2名) ・ 産婦のそばに付き添う。一人にしない。一緒に取り組む姿勢を示す。(3名) ・ うまくいったら誉める。(3名) ・ 頑張っている姿勢に肯定的な態度を示す。(3名) ・ 騒ぐことがあってもいさめたり・否定したりせず、ありのままを受け止める。(2名) ・ 陣痛の短縮は分娩進行のしるしとしての知覚を促し、緩和行動により対処できるという達成感を高める。(1名) ・ 痛みや不安については言葉にできること説明し、否定しない。(1名)

() 内は回答者数を示す。

※ 心理社会的援助技術は、以下の5項目の援助 (池田明子監・1999) について取り上げた。

- ① **共感**：援助者は自分の心の琴線が、相手の感情表現に呼応して響くような形で理解を示す。
- ② **傾聴**：相手が話していることを受容し、自分の中で分析し、自分が聞いたこと、理解したことを相手に送り返す聞き方。
- ③ **受容**：相手の行動や感情に関心を示すことによって、相手を尊重していることを伝えることができる。相手を評価したり、批判したりしないことは重要である。受容は相手の自尊心を強化する。
- ④ **元気づけ**：相手が重要だと考えている事柄に注意を向け、相手を認めて励ますことは安心感を高め、相手の不安軽減を助ける。不安の軽減により、効果的問題解決や治癒に取り組める時間が増える。
- ⑤ **感情の表現**：安心して気軽に感情表出できる環境を用意することは、治療的人間関係を強化し、相手が問題解決に取り組むようにするために不可欠である。その環境において相手は反論・恐れ・落胆を言葉で表すばかりではなく実際に泣いたり、怒りを全身で表すことができる。

など妊産婦本人の問題 4 例、児の病気等の問題 4 例、出産体験の不満 2 例、出産後の日常生活に対する不安 3 例、その他 4 例である（表 9）。

対象の事例は受講前と同様に多岐にわたっているが、ケアの内容においては具体的な内容が示され、研修での内容を実践するなどの変化が見られた。

後輩や同僚へのメンタルヘルスケアについての関わりで多かった項目は、「事例検討を行った」10 名、「他のスタッフに伝達・報告」7 名、

「毎日の申し送りで話し合う」6 名、「アドバイスする」5 名であった。

また、今回学んだことを実践する上での問題点については、「他のスタッフとの方針や考え方の違い」13 名、「日常の業務が忙しく時間的な制約がある」5 名、「カウンセリング技術の未熟さを感じた（自分の能力的問題）」4 名が主な意見であった。

表 9. 研修後 1 ヶ月間に行ったメンタルヘルスケア事例

対 象 の 事 例	ケ ア の 内 容
妊産婦本人の問題（4 例） <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠前からうつ病で内服している。 ・分裂病にて内服中、薬のことから母乳を断乳。児のこと、ひとつひとつ気になる様子。 ・経産婦で身体症状（足のこむらがえり、腰痛） ・若年妊婦（18 歳）夫（20 歳）、知識不足、育児に不安。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ゆっくり時間をとり、話をした。 ・カウンセリング。 ・身体症状→足浴など対応を説明。
児の問題（4 例） <ul style="list-style-type: none"> ・児が NICU 入院。母子分離。 ・大血管転移で手術が必要。マンテラ後、ショックを受ける。胎児奇形、羊水過多。出生まもなく死亡。 ・児の哺乳力緩慢、体重増加認められず児のみ居残り、母退院時泣く。 ・生後 2 ヶ月で呼吸不全で入院。 	<ul style="list-style-type: none"> ・祖父母に児の様子を母に話す。児の写真を届けてもらう。間接的な面会。夫から母親の思いを聞く。タッチング。手術のマンテラ後、術後の児の様子がわかるように説明。 ・個人面接（出産に対する思い、子どもに対する期待、家族関係の調整）、お別れ会？を行う。出棺時、主治医と共に家族尾への援助。心ない親戚の人の言葉に傷つく。現在、保健所を通して、ブレンダ一の役割を出来る人を捜している。
出産体験の不満（2 例） <ul style="list-style-type: none"> ・帝王切開分娩お産のイメージと現実がギャップがあり、ショック、自尊心低下。 ・出産時のスタッフの対応により、出産体験に不満。 	<ul style="list-style-type: none"> ・他スタッフともカンファレンスを行い、感情の表出に勤める。母乳育児確立（自信につながった）。
切迫早産（6 例） <ul style="list-style-type: none"> ・18w；長期入院必要と言われ、夫婦 2 人で泣いている。 ・切迫早産で入院中、退院間際に分娩への不安：2 例。 ・母胎搬送(27w)長期絶対安静。 ・32w の双児出産予定。絶対安静。 ・切迫で 3 ヶ月入院。水腎症合併。夫も病気で他病院入院、失業。 ・個室入院、尿道留置カテーテル、子宮収縮抑制剤入り持続点滴ポンプ、床上安静。 	<ul style="list-style-type: none"> ・夫と 3 人で話し合う。マンテラの時どう思ったか。児への思いの表出。 ・前回のお産を振り返り、不安の表出に努める。 ・プライマリ看護を行い、ケアプラン作成、実施する。 ・母親のお産に対する思いにできるだけ添うようケアを実施。
出産後の日常生活に対する不安（3 例） <ul style="list-style-type: none"> ・上の子と新生児の生活に不安 ・子どもが順調であるか不安（産後 21 日目、38 日目） ・経産婦、上の子がダダをこねる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもの発達段階、新生児については授乳時のアタッチメントの大切さを説明。 ・退院時指導。上の子へのフォローが大事。現在の状況を説明と支持、子どもの発達、乳房管理の予期的ガイダンス、全身癒しのマッサージ、電話によるサポート。
家族の病気 <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠中から夫の病気（癌）の心配あり、出産後にマタニティーブルーズ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠中、外来で話を聞く。退院後は電話相談ができることを伝える。
相談相手なし <ul style="list-style-type: none"> ・36w で胎児の水腎症指摘。21 歳、経産婦。相談相手いない。両親が今年、相次いで自殺。育った家族環境複雑。子どもの頃、虐待を受ける。夫の借金問題、最近夫婦の会話なし。親しい友人いない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・最初、ラポール形成に努める。あなたのことに関心を持っているという態度で接する。今回の妊娠に対する思い、外泊したい思いなど、本人の話をよく聞く、本人の意思を尊重、今までの育児のことなど誉め、よくやってきたことを認める。家族間調整（姑）。1ヶ月の検診の様子を見て、保健所連絡するか決める予定。
夫への不満 <ul style="list-style-type: none"> ・経産婦。育児に関する考えの違い。音動（上の子の前で授乳するな）に不満。 	<ul style="list-style-type: none"> ・夫を含み、3 人で話し合いをしてもらった。上の子の前で、授乳してもらった。
流産手術後、うつ病になった。	<ul style="list-style-type: none"> ・流産手術後についての予期的ガイダンス。接する時間を多くし、思いの表出、誤解の訂正。外来に申し送り。

3. 上司の評価

受講者の勤務先の上司（看護婦長）17名にアンケートを依頼し、10名の回答が得られた（回収率59%）。

1) 受講者に対する本プログラムについての効果の期待内容と今後の課題および目標

受講者に対する終了後の期待には、上司の多くは①メンタルヘルスに関する知識や技術を身につけ看護の質を高める、②メンタルヘルスケアにおけるリーダー的・指導者的存在として活躍等を期待していた。

また、受講者に対する今後の課題や目標としては、期待する内容と同様にメンタルヘルスケアにおけるリーダー的・指導者的存在として活躍することに加え、スタッフへの講習内容の伝達が挙げられていた。

2) 実践での研修内容の活用状況

本プログラム内容の実践への活用は、かなり活用・少しずつ活用60%、あまり活用されていない30%であるが、あまり活用されていないのは業務の煩雑さやメンタルヘルスを特に必要とする対象者がいないなどで、今後活用の可能性がみられる。

3) 対象への関わり方の変化

対象への関わり方の変化については、変化あり40%、変化なし40%、無記入20%であり、他スタッフへの影響は今のところ影響なし30%であるが、リーダー性発揮や他スタッフのメンタルヘルス関心が深まったなど何らかの影響を及ぼしていたと報告があった。

4) 本プログラムへの要望

研修期間・開催場所などはそれぞれの立場によって意見が異なっていた。例えば、期間が長い、内容から見て妥当、地方でなく中央で開催して欲しい、県内で研修が行われて良いなどである。

今後も、本研修会を希望するかどうかについては、9名の上司が開催を希望しており、希望しないという回答は無かった。

4. 受講者によるコース評価

プログラムの内容については、大変良いが77.3%、良いが22.7%、期間については、大変良いと良いが77.2%、普通18.2%、悪い4.5%であった。悪いという内容は、「募集期間が短すぎる」、「2週間続きではなく1週間ぐらいづつ分けて開催してほしい」等であった。

開催時期および講義回数等も大半が良いと回答しており、受講者の期待に対しても90%以上が良い内容であったと回答していた。グループワークについては事例の取り上げ方、グループ人数、分け方などは大変よい&よいが

ほとんどであり、グループワークの発表準備時間は悪い31.8%で時間が足りないことを示していた。

D. 考察

我が国における少子化はエンゼルプランの策定など、国をはじめとして、地方自治体やその他、いろいろな立場や人々によって、検討が加えられ、対策が練られているにもかかわらず、いっこうに改善しない。少子化対策としてはその効果はなかなか目に見える形としては現れていない。

少子化対策には、出生率の増加と出生した児を健全に育成することが含まれる。妊産褥婦のケアに従事する専門職がメンタルヘルスケア能力を高めることは上述した少子化対策に関する2つの課題の両方に関与するものと思われる。そこで、我々は今年度、妊産褥婦のケアに従事する主な専門職として助産婦を取り上げ、その専門職に妊産褥婦の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の試案（本プログラム）作成、実施、評価を行った。

本研究結果について、助産婦を対象とした妊産褥婦のメンタルヘルスケア卒後研修プログラムの必要性、本プログラムの効果、本プログラムの妥当性、卒後研修プログラムの課題について考察を加えることとする。

1. 卒後研修プログラムの必要性

科学の急激な進歩発展や我が国における経済状態の悪化は、人々の生活をストレスの多いものへと変化させ、そのことが、精神、神経疾患を病む人の増加をもたらしてきた。そのような背景において、病院や診療所のみならず学校、会社等のあらゆる場において、メンタルヘルスケアのニーズが高まってきている。また、少子化および、女性の高学歴化と社会への進出という社会現象は妊娠、分娩、育児についての知識が乏しく、妊娠以降育児までの過程における経験において容易に危機状態に陥る女性の増加をもたらしている。

妊娠や分娩、育児に関して不安であると思っている女性は多く、また、育児が負担で、育児中の生活にストレスを感じている女性も多い^{1) 2) 3)}。一方では、それらの女性は、核家族である、妊娠、分娩育児を経験した友人、知人が少ないなどの背景から、有効なソーシャルサポートシステムを有している人が少ない。これらのことは、妊産褥婦に対する専門的なサポートとしてメンタルヘルスケアを中心としたサポートシステムが必要であることを示しているといえよう。

また、近年、妊産褥婦で、精神疾患やマタニティーブルーを発症し、あるいは、子どもの虐待等の精神的、社会的問題に発展する要素を有している女性が少しずつ増加し始めている⁴⁾。これらの問題状況については発生の予防や早期発見、早期の対策の実施が求められる。妊産褥婦の最も身近な専門職である助産婦がメンタルヘルスケア能力を有していることは、精神的問題の早期発見、早期対策並びに予防に大いに寄与する事になる。また、子どもの虐待の要因のうち、育児困難を要因とするものに関しては、助産婦による妊産褥婦への系統的・継続的なメンタルヘルスケアによって予防できることが推測される。

本プログラムの受講者の参加動機に記述された「日々の業務の中で対応に困っているケース」をみると、精神的問題を有していたり、ケアに際して特別な心理的な配慮を必要とするケースが多くあげられている。このことをみても、助産婦は日々、妊産褥婦のメンタルヘルスケアを求められ、その対応に苦慮している現実が既にあることを示している。言い換えれば、メンタルヘルスケア能力育成プログラムに対する助産婦のニーズは高いと考えられる。

2. 本プログラムの効果

本プログラムの効果は、受講者の能力の向上と、受講生のケアを受けた人々の変化（ケア効果）の両方から分析することが必要と思われるが、今回は、前者のみによって効果を考察することとした。

本プログラムの受講生は、受講しなかった助産婦よりもメンタルヘルスケアへの関心や自尊心が高く、患者との関係の形成に優れているという特性を有する集団であった。これらの特性は、心に問題を有している人々に関わるためには重要な要素である。従って、今回の受講生はプログラムの参加による能力向上に十分に準備された状態であったといえよう。これらの特性は、受講により一層高められており、メンタルヘルスケアを行うことの自信を強めることにつながっていた。

受講生は、受講後に、メンタルヘルスケアに積極的に取り組み、後輩の指導にも関わり、その結果、職場の上司から望ましい評価を得ていた。また、受講後には、メンタルヘルスケアを行った事例の問題状況が多様になっていた。その内訳をみると、研修のプログラムに対応している問題が新たに含まれていた。また、課題として提示された事例に対するケアプランの内容や研修後に実際に行ったケアの内容にも、研修での学習の成果が認められる。これらの成果は、本

研修によって、妊産褥婦の精神的問題に関する知識、及びそのケアに必要な技術や態度を習得した結果であることが考えられる。

3. 本プログラムの妥当性

本プログラムの妥当性は、本研究目的を達成するものであったかという視点から検討することができる。その目的は、本研修プログラムの一般目標に表現されている。研修終了後も妊産褥婦のケアを担当できている受講生は、研修前にケアの困難さと不安を感じていたと同様な精神的疾患や問題を有するケースに対して積極的にケアを行っている。そのケアの内容は、話を聞く、カウンセリングを行う、家族ケアを実践する、子どもの成長発達の知識をケアに活用する、危機介入方法を活用する等、研修プログラムの行動目標及び内容が反映されており、研修結果の活用がみられる。

わずか2週間の研修にもかかわらず、本プログラムが効果をあげることができたのは、プログラムの一般目標、行動目標、内容に一貫性があったこと、内容に適した講師を招くことができたこと、講義のみならず、ロールプレイ、体験学習、事例学習などの演習を含めるという実践につながる教育方法を用いたことがあげられるであろう。メンタルヘルスケアのアセスメント能力やケアプラン作成の能力の向上には、妊産褥婦の精神的問題に関する知識を基盤として、アセスメントとケアプランの作成という課題に、ペーパーペーシェントを教材として、チューターの指導によってグループワークを行ったことが寄与していると思われる。グループワークにおいて、共通の課題に取り組むことは、メンバーの話に耳を傾け、意見を取り入れ、共同で、創造的な仕事を成し遂げることが求められる^{5) 6)}。このグループワークでの共同作業は、メンタルヘルスケアの基礎的能力であるコミュニケーション能力やカウンセリング能力をも高める効果があったと考えられる。

4. 研修の今後の課題

助産婦を対象にした研修会は、看護協会、日本助産婦会、全国助産婦教育競技会などで開催されている。しかし、妊産褥婦のメンタルヘルスケアの育成を目標にした卒業研修はほとんどない。

実践力につながり、後輩の育成能力を期待する卒業研修には、本プログラムのような妊産褥婦のメンタルヘルスケアに関して基本的な内容が含まれていること、事例に関するグループワークを含めることのできる期間と、講師やグループワークの指導者が必要である。

これまでに述べてきたように、少子化社会が

地域の育児力を低下させ、女性の育児力の低下を招いていることから、今後も、妊産褥婦のメンタルな問題状況は増加することが予測される。さらに、近年の医学の進歩による、切迫流産妊婦の増加、不妊治療を受ける女性、その結果妊娠や出産、育児を迎える女性の増加等がもたらす精神的な問題を抱えた妊産褥婦の増加が考えられる。即ち、今後、新たな要因も加えて、一層、妊産褥婦のメンタルヘルスケアのニーズは高まることが予想され、そのニーズは、全国の妊産褥婦の医療機関において存在していることが推測される。

妊産褥婦の精神的な健康は、児の健全育成に不可欠な要素である。妊産褥婦のケアの一環として、メンタルヘルスケアが助産婦によって行われるようになることは、妊産褥婦の精神的健康、ひいては児の健全育成のためにも望ましいことであると思われる。そのような観点から、本研究において試行した本プログラムのような研修が公的機関によって、全国規模で行われ、全国の妊産褥婦のケア施設の助産婦のうち、少なくとも1人が受講を終了するまでは継続されるようになることを提案したい。尚、受講者による本プログラムの評価から、開催時期、開催場所等については、今後再検討が必要である。

近年の社会の変化に対応した看護職の育成のために、看護教育の指定規則、特にカリキュラムの変更がたびたびなされてきた。その変更によって、精神看護学が独立した科目として認められ、全国の看護教育機関でカリキュラムに取り入れられることが義務づけられてきている。また、助産婦教育においても、母性の心理、社会的側面に関する科目を含めるように、指定規則が改訂されて久しい。しかし、助産婦の基礎教育を終わっただけでは、近年の妊産褥婦の精神的問題に対応するだけの能力が備わっていないことが、昨年の我々の調査で明らかになっている。従って、助産婦が精神的問題をもった妊産褥婦のケアを行うだけの力量を備えるためには、まず助産婦の基礎教育におけるカリキュラムの変更が行われることが必要であるが、その教育を受けた助産婦が活躍するようになるまでは、卒後研修によってその能力を育成することが求められよう。

E. 結論

助産婦のメンタルヘルスケア能力育成を目的として、卒後研修プログラム試案を作成・実施し、その効果を検討したところ次のことが明らかとなった。

1. 受講者は日常業務の中で妊産褥婦のメンタ

ルヘルスケアを求められ、その対応に苦慮しており、メンタルヘルスに関する卒後研修プログラムに対する助産婦のニーズは高いと考えられる。

2. 受講者はコントロール群に比しメンタルヘルスケアに関する関心・自尊心が高く、患者にとの関係形成に優れており、この特性は受講後に一層高まり、メンタルヘルスケアに対する自身を強めていた。
3. 受講後にメンタルヘルスケアおよび後輩への指導に積極的に取り組み、上司からも望ましい評価を得た。
4. 研修内容が知識・技術ともに実践および事例のアセスメントやケアプランに活用、反映されており、その効果が認められた。
5. 本プログラムのような助産婦を対象にした妊産褥婦のメンタルヘルスケア能力育成を目標にした研修が、全国的な規模で行われることが今後の課題である。

謝辞；

本研究において、対象者としてご協力いただいた22名の受講者の皆様および研修プログラムの講義をお引き受けいただきました講師の皆様に、深く感謝申し上げます。

F. 文献

- 1) 新道幸恵：助産婦における母子のメンタルヘルスケアに関する研究、平成10年度厚生省心身障害研究報告書、pp60-64、1999.
- 2) 新道幸恵：育児中の女性の心の健康と母児同室制及びピアサポートの関連性、平成9年度厚生省心身障害研究報告書、pp79-82、1998.
- 3) 新道幸恵：育児中の女性へのピアサポートに関する研究、平成8年度厚生省心身障害研究報告書、pp41-43、1997.
- 4) 厚生の指標(臨時増刊)国民衛生の動向、46(9)、1999.
- 5) 野島一彦編：グループ・アプローチ、現代のエスプリ385、至文堂、1999.
- 6) 松山敏剛他：九州大学における問題解決型学習、医学教育26：2(99-100)、1995.
- 7) 中野仁雄：妊産褥婦のエモーショナルサポート、母子保健情報、36(18-23)、1997.
- 8) 岡野禎治、岡村純一：「産褥精神障害」こころの家庭医学、保健同人社、1998.
- 9) 太湯好子：ナースと患者のコミュニケーション

ヨン、メヂカルフレンド社、1996.

10) 稲岡文昭：人間関係論、日本看護協会出版会、1995.

11) 菅佐和子：SE (Self-Esteem) について、看護研究、17 (2)、1994.

12) 田島桂子：看護教育評価の基礎と実際、医学書院、1997.

13) 平野馨：対人関係の基礎知識、日本看護協会出版会、1997.

14) 飯田澄美子：ケアの質を高める看護カウンセリング、医薬薬出版会株式会社、1997.

15) 川野雅資編：患者－看護婦関係ロールプレイング、日本看護協会出版会、1997.

16) G.Toress、M.Stannton (近藤潤子・小山眞理子訳)：看護教育カリキュラムその作成

課程、医学書院、1988.

17) R.C.マッケイ他編 (川野雅資訳)：共感的理解と看護、医学書院、1991.

18) Majory Gordon (松木光子他訳)：看護診断－その課程と実践への応用、医薬薬出版会株式会社、1998.

19) Linda M.Gorman (池田明子訳)：心理社会的援助マニュアル、医学書院、1999.

20) 新道幸恵、三浦育子：看護診断にもとづく母性看護ケアプラン、医学書院、1997.

21) 新道幸恵、和田サヨ子：母性の心理社会的側面と看護ケア、医学書院、1997.

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 「助産婦教育における母子精神保健教育のあり方の研究」

谷口初美 佐賀医科大学医学部臨床看護学講座

研究要旨：産後の精神機能障害に関する教材を医学情報、看護情報、臨床所見、患者教育用資料等をマルチメディアを用いて一画面上で作成する方法として Web 上に構築した。このことは、いずれの資料も利用者のコンピュータ利用環境に左右されにくく、また、学習者の自由度（学習時間、学習順序、選択、環境）を拡大できる。

A. 研究目的

出産にかかわる精神障害は、母親だけでなく児の身体的精神的な発育状態や家族にまで影響を及ぼすことが問題とされている。しかし、これらの問題を扱った教材は数少ない。本研究は、これから周産期に携わる助産婦学生を対象に母子保健教育の一環として産後のメンタルヘルスの教育を充実すべく産褥の精神障害に関する教材の開発を試みた。

B. 研究方法

1. 学習の G.I.O（一般学習目標）、S.B.O（個別学習目標）を設定し教材のコンテンツの再検討を図る。
2. 教育効果のあるマルチメディア（ビデオ、コンピュータソフト）の検討。
3. 教育教材の製作

C. 研究結果

1. G.I.O, S.B.O は以下のように設定した。これにより医学情報、看護情報、臨床所見、患者教育用資料に分類してコンテンツを構築した。
2. 教育効果のあるマルチメディア（ビデオ、コンピュータソフト）の検討。
ビデオに関しては、①時間が限られる。②リニア形式となり学習順序が一定化される。③学習者に応じた学習スピードの調整が困難等の学習効果に関する問題④製作経費の制限等があげられた。

G.I.O

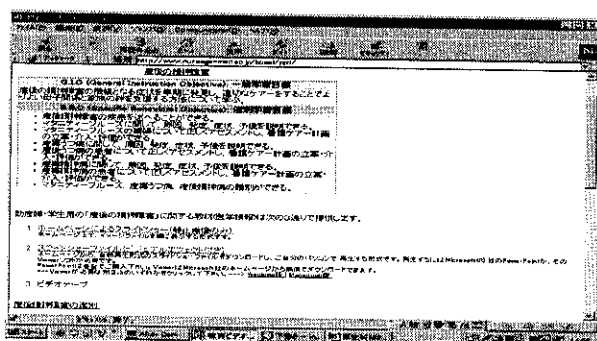
産後の精神障害の徴候となる症状を早期に発見し、適切なケアをすることでよりよい母子関係と家族の絆を支援する方法について学ぶ。

S.B.O

- ・産後精神障害の疾患を述べるができる。
- ・マタニティーブルーズに関して、原因、発症、症状、予後を説明できる。
- ・マタニティーブルーズの褥婦について正しくアセスメントし、看護ケア計画の立案・介入・評価ができる。
- ・産褥うつ病に関して、原因、発症、症状、予後を説明できる。
- ・産後うつ病の患者について正しくアセスメントし、看護ケア計画の立案・介入・評価ができる。
- ・産褥精神病に関して、原因、発症、症状、予後を説明できる。
- ・産褥精神病の患者について正しくアセスメントし、看護ケア計画の立案・介入・評価ができる。
- ・マタニティーブルーズ、産褥うつ病、産後精神病の鑑別ができる。

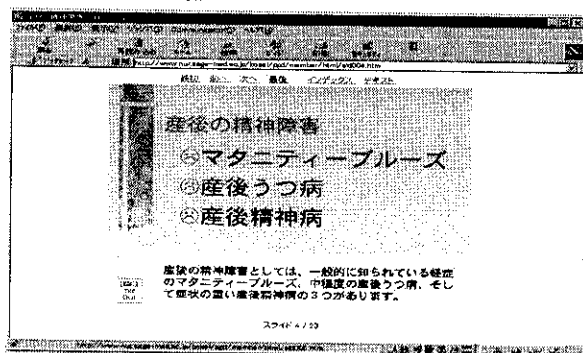
これらの問題を解決する方法としてコンピュータを使用することにした。学習教材の編集ソフト macromedia 社の Author wear、Microsoft 社 プレゼンテーションソフト PowerPoint(R)、パンフレット作成等に便利な Microsoft Publisher(R)、画像取り込みの Adobe Photoshop(R)、ビデオ編集の Adobe Premiere(R) を使用し教材開発を検討した。それぞれのプログラムを利用者のコンピュータ利用環境に左右されなく、しかも静止画、動画で編集する比較的容易な方法として Web 上のホームページを構築し利用する方法とした。ユーザー ID とパスワードによりアクセス制限を行った。ホームページは MkLinux DR3.0 を OS とし、Apache 1.3.9 をサーバとして運用した。（図 1.）

(図1.ホームページ)



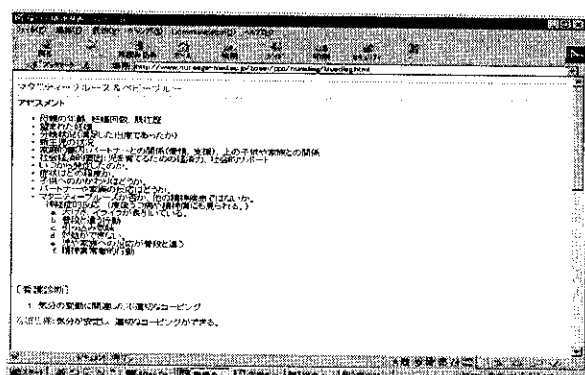
医学情報については Microsoft 社プレゼンテーションソフト PowerPoint(R)を基本に作成した。最も単純な資料提示形式として、利用者の閲覧ソフトのバージョンに左右されにくい、静止画像のみのスライドショー形式と利用者の閲覧ソフトの種類、バージョン及びその初期設定に若干左右されるが、視覚及び聴覚の面から、より理解しやすいように配慮したビジュアルエフェクト付きスライドショー形式の2形式で作成した。ただし、後者においても現在多くのパソコンに最初からインストールされている閲覧ソフトで何ら支障なく利用できる。(図2.)

(図2.医学情報)



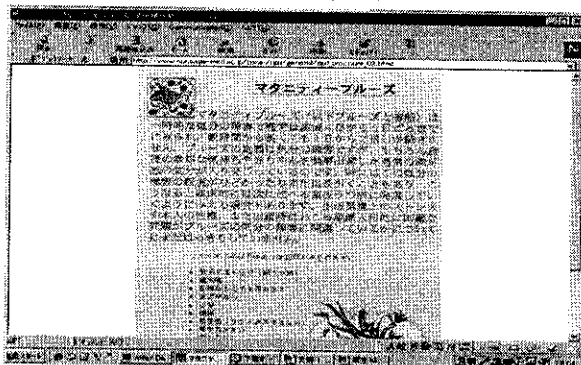
看護情報としては、マタニティーブルース、産後うつ病、及び産後精神病の看護診断と看護計画(アセスメント、観察計画、ケア計画、指導・教育計画、評価)をホームページに掲載した。(図3.)

(図3.看護情報)



患者教育用パンフレットは Microsoft Publisher(R)、Adobe Photoshop(R)および Microsoft Power Point を主に用いて作成した。これらの資料は医学的知識がなくても容易に理解できるようにほとんどのユニットが1画面(1ページ)で完結し、挿し絵なども交えて見やすさにも配慮して作成した。(図4.)

(図4.患者教育用パンフレット)



さらに教育資料の補助として、マタニティーブルースを経験した婦人のインタビューも提示した。インタビューについては、デジタルビデオカメラで撮影し、Adobe Premiere(R)で編集した。さらにインターネットでのビデオ閲覧においてはサイズ、解像度などが通信環境に大きく影響するため、よりスムーズに閲覧できるよういくつかの小さいビデオクリップに分割作成し、QuickTime形式で提供している。(図5.)

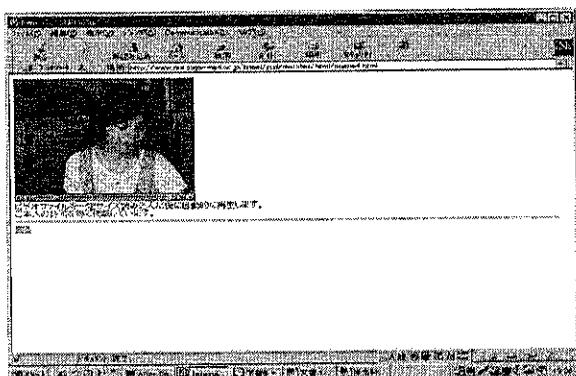
D. 考察

現在のインターネットの普及率と学生のコンピュータ利用環境下でのインターネットを使用している学習は、学習者の学習態度や環境を大きく変えている。つまり、時間や場所に左右されずそれぞれ個人のペースに合わせて学習することができるようになった。また、それぞれのソフトの特性から学習項目ごとの新規性もあり学習に対するモチベーションの増強も期待される。しかし、本研究はあくまでも教材開発のみであったため情報としての問題、つまり、ホームページの所在、今後の管理、情報としての機密性等に関しては、問題を多く残すところである。

E. 結論

情報管理としての問題を解消し教材としての利用価値を重視するために内容を CD デスクにコピーし利用することも可能である。来年度は、実際の学習効果を実証し、より臨床に活用できる教材開発への手がかりを検証し、妊産褥婦のメンタルヘルスの教育に役立てたい。

(図5.臨床所見インタビュー)



F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 谷口初美：SCS 授業を少人数助産婦教育に用いてアンケート調査から将来の展望—高等教育におけるメディア活用と教員の教授能力開発—Ⅲ. メディア活用の展開と教員支援—研究報告 09. NIME メディア教育開発センター、189-203.1999,9.
- 2) 谷口初美、松山敏剛、野中芳子、東島ゆりか、川原照美：母親の生活行動パターンにみる低出生体重児出産の現況。周産期医学 29(1), 121-125.1999
- 3) 谷口初美：アメリカの産後24時間の早期退院をめぐって（ハワイ州の実態調査から）。母性衛生 40(2) 316-324.1999.
- 4) TANIGUCHI, H. Early Discharge: Its Impact on Low-Income Mothers and newborns in the State of Hawaii. The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 25(3) 185-191.1999.
- 5) 谷口初美、小北良子、服部加代子、松山敏剛、高崎光浩：インターネットからアクセスできる目で見える看護学習—これからの看護学習—。第15回看護情報システム研究会講演集。91-94。1999.
- 6) 谷口初美、小北良子、服部加代子、松山敏剛、内田郁美、高崎光浩：インターネットを利用した医療情報—母性看護学の提供—。第19回医療情報学連合大会論文集 356-357. 1999.

2. 学会発表

- 1) 谷口初美、小北良子、服部加代子、松山敏剛、高崎光浩：インターネットからアクセスできる目で見える看護学習—これからの看護学習—。第15回看護情報システム研究会 1999.6.26. 第15回看護情報システム研究会講演集。91-94, 1999

- 2) 谷口初美：シンポジウム「世界の助産教育と助産業務」 米国ハワイ州の状況。第40回日本母性衛生学会、1999.9.30. 母性衛生 22(3) : 87, 1999
- 3) 谷口初美、小北良子、服部佳代子、松山敏剛：低出生体重児出産にみる母親の生活行動パターン。第40回日本母性衛生学会、1999.10.1. 母性衛生 22(3) : 87, 1999
- 4) 谷口初美、小北良子、服部加代子、松山敏剛、内田郁美、高崎光浩：インターネットを利用した医療情報—母性看護学の提供—。第19回医療情報学連合大会論文集 356-357. 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 「NICUにおける倫理的・医学的意志決定前後の家族への対応」

竹内 徹（大阪樟蔭女子大学児童学科）

研究協力者

船戸正久（淀川キリスト教病院小児科）

川野克子（淀川キリスト教病院NICU）

研究要旨：NICU重症新生児に対する医療上、倫理的・医学的意志決定が現在どのように行われているか、また意志決定前後の家族への対応および死後の両親へのケアについてアンケートによる全国調査を施行した。

A. 研究目的

医療技術の急速な進歩により、人工呼吸器を代表とする生命維持装置および治療が開発され、NICUにおける児の予後が大きく左右されるようになった。重症新生児に対する高度医療がNICUを中心に実施されている現在、わが国における倫理的・医学的意志決定が、どの様に行われているのか、また決定後の患児および家族（とくに両親）への対応、さらに死後の対応について現状を把握することを目的とした。

B. 研究方法

新生児医療連絡会に登録された施設代表者あてに、NICUにおける倫理的・医学的意志決定前後の対応に関するアンケート調査用紙を送付した。アンケート調査票は、9項目にわたり、うち6項目は、5～10個の細項目に分かれ、複数回答可能な設問を多くして、できるだけ設問者及び解答者のbiasを避けるよう努めた。

なお予後不良児に対する治療行為の選択に際しては、仁志田らの分類を中心に作製した淀川キリスト教病院の「倫理的・医学的意志決定のガイドライン」を資料として送付した。また決定後の医学的対応としてはClass A：あらゆる治療を行う。対象はほとんどの患児（積極的医療）、Class B：一定限度以上の治療は行わない（心臓手術や血液透析など）（制限的医療）、Class C：現在行っている以上の治療は行わず、一般的養護（保温、栄養、清拭および愛情）に徹する（緩和的医療）、およびClass D：これまでの治療をすべて中止する（看取りの医療）の4段階である。（なおカッコ内用語はキリスト教病院で用いているものである。）

C. 研究結果

アンケート発送数 163、回答数 116 で、回答率 70%であった。

1. ガイドラインについて：施設で独自のガイドラインを作成しているものは、2施設（1.7%）で81施設（69.8%）は作成しておらず、文章はないがコンセンサスはある施設32（27.6%）、無回答1施設であった。作成することへの賛成施設は82（70.7%）、反対8（6.9%）、わからない23（19.8%）、無回答3（2.6%）。

ガイドライン作成の主体については、各施設45（38.8%）、学会57（49.1%）、厚生省12（10.3%）、その他6（5.2%）、無回答2（1.7%）であった。（複数回答あり）

2. 家族が延命治療の中止を希望した場合、誰が主体で意志決定するか。

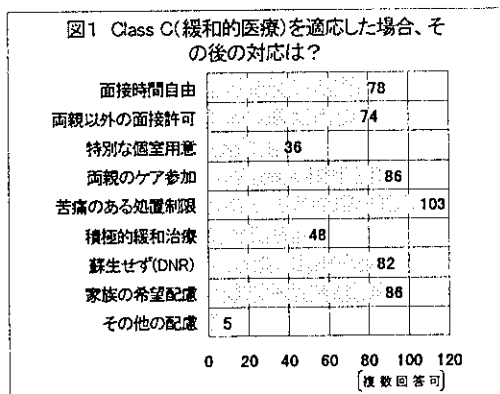
医療チームとするものが83（71.6%）、倫理委員会17（14.7%）、NICU責任者16（13.8%）、主治医6（5.2%）、その他4（3.4%）であった。」医療チームの内容については、医師74（63.8%）、看護婦70（60.3%）、ケースワーカー23（19.8%）、その他8（6.9%）であった（複数回答あり）。

3. 典型的な染色体異常症の場合

E-トリソミーには緩和的医療63（54.3%）、制限的医療27（23.3%）、家族の希望優先20（17.2%）など、また重複奇形合併のダウン症に対しては、制限的医療41（35.3%）合併症による30（25.9%）、家族の希望優先21（18.1%）、倫理委員会9（7.8%）などであった。また後者の場合、対応内容・意見が多数述べられていた。

4. 緩和的医療適応後の対応 (図1)

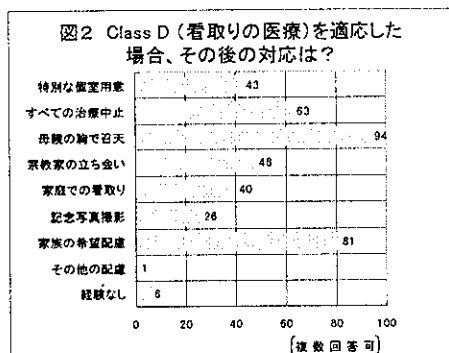
苦痛を伴う処置制限 103 (88.8%)、両親のケア参加 86 (74.1%)、家族の希望配慮 86 (74.1%)、蘇生せず 82 (70.7%)、面会時間自由 78 (67.2%)、両親以外の面接許可 74 (63.8%)、積極的緩和治療 48 (41.4%)、特別な個室用意 36 (31.0%)、その他 5 (4.3%)であった。その他心理療法士、牧師の介入、自宅療法、外泊などの行われた例の報



告あり。

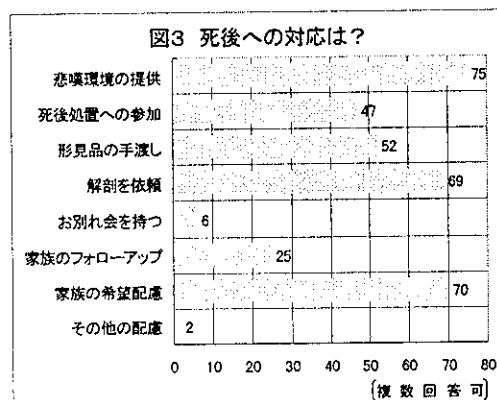
5. 看取りの医療 (ClassD) を適応した後の対応 (図2)

母親の胸で召天 94 (81.0%)、家族の希望配慮 81 (69.8%)、すべての治療中止 63 (54.3%)、宗教家の立会い 48 (41.1%)、特別な個室用意 43 (37.1%)、家庭での看取り 40 (34.5%)、記念写真撮影 26 (22.4%)、経験なし 6 (5.2%)、その他 1 (0.9%)であった。また家族への精神的負担とならないような十分な配慮の必要性を強調する意見が述べられていた。



6. 死後への対応 (図3)

悲嘆環境の提供 75 (64.7%)、家族の希望配慮 70 (60.3%)、解剖依頼 69 (59.5%)、形見の品手渡し 52 (44.8%)、死後処置への参加 47 (40.5%)、家族のフォローアップ 25 (21.6%)、お別れ会を持つ 6 (5.2%)、その他 2 (1.7%)。解剖結果の報告、退院後の心理的サポート、自宅訪問、相談外来、年1回の追悼ミサ招待などの配慮も記載されていた。



D. 考察

倫理的・医学的意志決定後の医療チームによる治療行為については、現在どのように行われているか、現実の姿を知ることは、非常に困難である。今回は、淀川キリスト教病院に例をとって具体的な治療行為選択のためのガイドラインを提示し、アンケート調査を施行した。ガイドラインについては約7割の施設が作成していないが、作成には賛成であり、文章はないがコンセンサスはあるとしたもの27.6%であった。何らかのガイドラインを持ちたいという意見が強かった。実際に施設として持っていることを明記したのは2施設であった。ガイドラインの作成主体は学会(49.1%)、各施設(38.8%)、厚生省(10.3%)とする回答(合計88%)がみられたが、各施設としての考えが必要なのか、学会レベルなのか、現在のところ断言することは困難であろう。家族が延命治療の中止を希望した場合、意志決定をする主体は、医療チームとした施設は71.6%、NICUの責任者、倫理委員会がそれぞれ13.8%、14.7%みられた。医療チームの内容は、医師および看護婦がそれぞれ63.8%、60.3%あったことは、看護ケアの立場からの意見も重視されていることを示している。その他意見として倫理委員会、牧師、臨床心理士、家族などがあげられていた。

予後の悪い、または重複奇形を持つ染色体異常症例に対する対応は、家族の希望、合併症の種類、予後の重症度により、対応の異なる様子が明らかになった。

Class C, D 適応後の対応については、主として看護ケアの内容をいかに両親の悲嘆過程に適応したものにするかがうかがえる回答が多かった。Class Cの場合、ケア場所の用意、必要に応じた個別的支援(外泊、自宅治療など)、またClass Dに対しては、母親に抱かれて死を迎えるなど家族のプライバシーを守れる環境とケア内容が多かった。今回の設問では、各施設が実際に行っているケア内容そのものなのか希望する内容か、明確にする

ことはできなかったが、一定の方向性は把握することができたと思われる。死後の対応についても、同様なことが考えられた。すなわち悲嘆感情を十分表現できる環境提供、遺品を残す、お別れ会をする、死後処置への参加、写真撮影、解剖依頼、さらに家族のフォローアップなど、多くの施設で、希望内容も含めた解答がみられた。

E. 結論

1. 倫理的観点から行われた医療方針決定前後の対応についてアンケート調査を行い、全国 NICU 116 施設から回答を得た（回答率 70%）。

2. 倫理的・医学的意志決定のガイドラインは、各施設、学会などが主体となって作成することが望ましいとする意見が強かった（87.9%）。

3. 意志決定後の緩和的医療、看取りの医療および死後のケアについては、家族の希望および悲嘆過程を十分考慮した上チームで対応し、とくにケア場所と一般的養護の提供、必要性に応じた個別の支援が必要である。また両親の正常な悲嘆過程を妨げないような工夫と配慮、さらに母親の精神的な follow up が行われる必要がある。

F. 研究発表

1. 竹内 徹：周産期の死と家族への対応。周産期医学 29：1525-1529、1999

2. 船戸正久、玉井 晋、川野克子：新生児における看取りの医療。周産期医学 29：1537-1543、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 「乳幼児突然死で児を失った家族のサポートのあり方に関する研究」

仁志田博司 東京女子医科大学母子総合医療センター
研究協力者

橋本洋子 聖マリアンナ医科大学西部病院周産期センター

研究要旨：乳幼児突然死症候群（SIDS）は元気であった児が主に家庭内で突然に死亡するところから、それらを考慮した遺族のサポートが必要となる。SIDS の遺族におよぼす心身への影響を知る目的で、5名の SIDS を経験した母親にインタビューを行なった。その結果、児を亡くした悲しみはいつまでも過去にならず、さらに亡くなった児を発見した時のトラウマが残っているが、十分に悲しみに浸る時間のないまま仕事に移っている事が一つの大きな問題点であった。しかしながら、悲しみを抱えながら児の死亡の意味を見いだそうとする姿勢は共通であり、専門職や家族の会のサポートが役立つ余地を残していると考えられた。

A. 研究目的

乳幼児突然死症候群（SIDS）による死亡は、他の原因で死にいたる場合に比べ幾つかの極めて特徴的の側面を有し、それらを考慮した遺族となる母親のサポートが必要となる。本研究では日本SIDS家族の会が「職種別、SIDSに対応するためのガイドライン：あなたがSIDSに出会ったら」を作成する際に、5名のSIDSで児を失った母親に臨床心理士である研究協力者の橋本洋子が直接インタビューした内容を分析し、突然死で児を失った家族のサポートのあり方を検討する基礎資料とした。

B. 対象および方法

対象は、日本SIDS家族の会のビフレンダーとして活動している会員の中で、研究の主旨を理解しインタビューに同意した5名の母親、32才から45才の主婦でSIDSの経験は5から9年前、一例以外は第2子以上で一例（保育所死亡）以外は自宅で発生し母親が第一発見者であった。いずれも児が一人で睡眠中に発生し、2例は添い寝中、1例は30分ほど外出中、1例は夕食の仕度中であった。研究協力者（橋本洋子）が個室にて時間制限のない個人面談するかたちで行われた。面談内容はテープに記録され、後に個々の例において面談全体の印象および記録内容からSIDSが母親に及ぼす心理的影響を読みとる作業がおこなわれた。

C. 研究結果】

このような複雑な心理的・精神的内容にかかわる研究は、従来のマスを対象としたアンケート調

査や定められた事項の聞き取り調査では表層的な結果しか得られないことが知られている。すなわち、何人が医療者に不満を持ったかとか何人が精神科を受診したかなどは、この問題の内面に迫るためにほとんど役に立たない。それゆえ、5例と症例数は少ないが、その事例事例を大切に、突然に児を失うという出来事が、どのような深く複雑なトラウマを当事者の心身におよぼすかを、辛抱強く読みとる作業の重要性が理解されるようになった。

言葉という一見デジタルに見える情報で示された精神的・心理的内容は、実は膨大なアナログ情報であり、簡単にその一部なりとも表出する事は困難であるが、あえて当事者の心の中を垣間みる一断面として、以下のごとく具体的な言葉で表記する。

事例1：児の異常を見つけた時点でスウェット膜が下りた感じで、色のない世界を眺めている自分がいた。我を忘れて泣くことは葬儀の時もなかったが1年半ほどしてでてきた。1年後喘息・不眠・仕事が辛いなどから鬱状態になり精神科を受診した。小学校教師として子どもに接するのが辛くなり仕事も辞めた。児が亡くなったことは、大切に一生懸命育てていたのに、それが断ち切られたような虚無感である。

事例2：母を幼児期に亡くしており、忍耐強い方で、人前では気丈に振る舞っていたが一人になるとわんわん泣きながら家事などこなしていた。自分を切り刻むように責めていたら、弟夫婦が「自分を責めるの

は亡くなった赤ちゃんに悪いよ」と言ってくれた。体の調子も悪くなりよく倒れそうになった。5年ほど精神安定剤を持っていた。亡くなった子どもは、天使が連れてきてまた連れていってしまった様な気がする。

事例3：警察が帰った後、泣いて騒ぎ精神科に連れて行かれて注射され、10日程眠りっぱなしで、葬儀のことも覚えていない。実家に帰り1カ月ほどほとんど寝ていた。10カ月後ぐらいにSIDS家族の会に参加し、人前で泣いたり話したり出来ない性格だが、少しでもお手伝いすることで自分が癒されるといふか、自分だけではないことを知りたかった。精神科の医師から、そうなるのは当たり前という言葉が欲しかった。子どもが亡くなったことはしょうがないという気持ちになった。そのことで人の気持ちが深いところまで分かってあげられるようになるかも。

事例4：なにかしてはポロポロ泣き、2-3カ月泣き続けた。次の子どもを妊娠してから家族の会に入り、ようやくみんな同じなんだと思った。自分の体の一部をぽっかり取られたような感じで母親失格なのかなと思った。亡くなった子どもと向き合う時間がだんだん少なくなるのが辛い。

事例5：泣いていたが、人にすがって泣くタイプではない。赤ちゃんが本当に帰ってこないんだと思ったのは1カ月半程たってからで、仕事から帰って号泣した。普通に仕事をしていてもところどころで切れて泣いてしまうことがあった。亡くなってしまった子どものことは、この世の現実に生きていない、はかないものが帰って行くような運命的なもの結びつけて考えた。生きていた8カ月間何かを伝えに来てくれたなら、それを探さなければと思っていた。家族の会発足の時は、「これだ、これにしよう」という感じだった。

D. 考察】

インタビュー者である共同研究者の橋本は、「何年たっても赤ちゃんを亡くした悲しみは過去にならない。さらに悲しみに加えて、亡くなった児を発見した時のトラウマが残っている。それにもかかわらず、ほとんどの事例が十分に悲しみに浸る時間を自分自身与えないまま仕事や次の活動に移っている事が、一つの大きな問題点であった。」と述べている。

しかしながら、悲しみを抱えながら赤ちゃんが

SIDSで亡くなった意味を見いだそうとする姿勢は共通であり、臨床心理士・医師・看護婦などの専門職さらに家族の会等のサポートが役立つ余地を残していると考えられた。特に家族の会において、befrienderと呼ばれる悲しみの過程(grief period)あるいは喪の作業(grief work)を経た家族が、精神的サポートの手技を学んだ後に遺族に接するシステムが取られているが、その役割は際めて大きいと評価された。そのシステムは、遺族がbefrienderを介してお互いに悲しみの心情を吐露しあうpeer counselingのスタイルであり、共感(compassion)と呼ばれる心の触れ合いが、大きな氷のような悲しみの塊を融かしていく浄化作用(catalysis)の過程であった。

これらの調査による遺族の心情調査が基礎となり、SIDS家族の会からの「職種別、SIDSに対応するためのガイドライン：あなたがSIDSに出会ったら」が作成されたことを付記する。

【文献】

- 1) 赤ちゃんを亡くした両親への援助 ドナー&ロジャー・ユイ メディカ出版 1990
- 2) SIDSの手引き 仁志田 博司(編) 東京医学社 1993
- 3) 周産期の死—死別された両親へのケア SANDS(竹内 徹訳) メディカ出版 1993
- 4) 乳幼児突然死症候群とその家族のために 仁志田 博司 東京書籍 1995
- 5) SIDSを経験した親のケア 水田耕三、竹内 滋子 小児内科15:515, 1983
- 6) 突然死で新生児を失った家族への対応 白井徳満 周産期医学22:353 1993
- 7) 悲嘆の心理過程と心理学的援助 富田拓郎 他 カウンセリング研究30:49 1997

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 乳幼児期早期の母子コミュニケーションの質的評価とありかたに関する研究 (その2) 母子コミュニケーションの成立を左右する要因に関する検討

小林 隆児 東海大学健康科学部社会福祉学科

研究要旨：これまでの母子関係の研究は、両者の行動水準での相互作用を客観的に分析する手法が主であったが、母子関係を基盤として形成されていく子どもの認知過程の内実に肉薄するには、行動水準のみならず母子双方の主観、および間主観の世界を視野に入れる必要がある。そこでわれわれは、母子コミュニケーションの破綻の要因について、乳幼児期の自閉症圏障害を対象に、①乳幼児の愛着パターン、②養育者の成人愛着表象(Adult Attachment Interview)を評価するとともに、各症例にみられる母子コミュニケーションの質的検討を行った。その結果、養育者のAAI安定型では、愛着形成を促す治療介入が功を奏すると、急速に母子間の情動調律が改善し、コミュニケーションが深まっていきやすいことが示された。しかし、AAI軽視型では、子どもを行動水準で捉えやすく、子どもの行動の意図を察知することに困難さを示しやすいことがわかった。以上より、養育者自身の愛着表象の質が母子コミュニケーションの成立過程に大きな影響をもたらす可能性が示唆された。

A. 研究目的

昨年度、われわれは、Mother-Infant Unit (MIU) (小林, 1998; 小林ら, 1997) における臨床実践の知見をもとに、乳幼児期における母子間のコミュニケーションの破綻をもたらす要因として、nature (個体素質) と nurture (養育環境) に分けて検討した。その中で、特に養育者の子どもに対して抱く内的表象 (内的ワーキングモデル) の質的問題を主に検討した。

これまでの母子関係の研究は、両者の行動水準での相互作用を客観的に分析する手法が主であったが、母子関係を基盤として形成されていく子どもの認知過程の内実に肉薄するには、行動水準のみならず母子双方の主観、および間主観の世界を視野に入れる必要がある (小林, 印刷中)。

B. 研究対象と研究方法

1. 研究対象

今回の対象はMIUにおける治療例で、年齢・性別による構成 (表1)、臨床診断別構成 (表2)、知的水準別構成 (表3) を表に示した。

年齢 (歳)	>1	1-	2-	3-	4-	5-<	合計
男性	1	3	5	3	5	0	17
女性	0	1	1	2	3	0	7
合計	1	4	6	5	8	0	24

ICD-10	(F code)	男性	女性	合計
反応性愛着障害	(F94.1)	1	0	1
自閉症	(F84.0)	6	5	11
その他の広汎性発達障害	(F84.8)	8	2	10
注意欠陥多動性障害	(F90.0)	2	0	2
合計		17	7	24

知的水準	正常	軽度	中等度	重度	最重度	合計
男性	7	3	5	1	0	16
女性	2	5	0	0	0	7
合計	9	8	5	1	0	23

2. 研究方法

われわれは、母子コミュニケーション破綻の要因の解明にあたって、乳幼児期の自閉症圏障害を対象に、①乳幼児の愛着パターン(Ainsworth's Strange Situation Procedure; SSP)、②養育者の成人愛着表象(Adult Attachment Interview; AAI) (小林・財部, 1998) を評価するとともに、各事例にみられる母子コミュニケーションの質的検討を試みた。

C. 研究結果

1. SSPとAAI

① 乳幼児の愛着パターン (表4)

SSPによる分類では、安全型 (Secure type; B) 0例、回避型 (Avoidant type; A) 18例、アンビヴァレント型 (Ambivalent type; C) 6例、崩壊型 (Disorganized type; D) 0例で、回避型が最も多く75%を占めていた。

SSP	B	A	C	D	合計
男性	0	13	4	0	17
女性	0	5	2	0	7
合計	0	18	6	0	24

② 養育者の成人愛着表象(AAI) (表5)

現時点では、主に母親を対象にAAIを実施したの

で、今回の結果は母親のみを対象とした。実施した16例では、安定型(Secure type; F) 8例、愛着軽視型(Dismissing type; Ds) 6例、とらわれ型(Preoccupied type; E) 2例、未解決型(Unresolved type; U) 0例の結果を得た。

表5: Adult Attachment Interview (AAI)

AAI	F	Ds	E	U	合計
母親	8	6	0	2	16

2. 事例検討

養育者のAAI安定型では、愛着形成を促す治療介入が功を奏すると、急速に母子間の情動調律が改善し、コミュニケーションが深まっていきやすいたことが示された。

しかし、AAI軽視型では、子どもを行動水準で捉えやすく、子どもの行動の意図を察知することに困難さを示しやすいことがわかった。

具体的な治療経過からみた母子コミュニケーションの特徴について、1例のみ呈示する。本事例は、母親のAAIが安全型で、実際治療経過において、実に望ましい養育行動がとれていた。それにもかかわらず、養育者の子どもに抱く内的表象の質が容易に母子コミュニケーションの破綻をもたらすことを示していたので、ここに取り上げた。

事例 K男 治療開始時 3歳3ヶ月

臨床診断: 自閉症

SSP: 回避型

AAI: 安全型

治療開始直後から接近・回避動因的葛藤(Richer, 1993)が顕著に認められたが、治療介入が功を奏してから、急速に母子間の愛着関係が深まり、母子交流は豊かに展開していた。次第に、K男自身の内的世界の広がりや芽生え始めていた頃、治療開始後16ヶ月経過していた第49回セッションで、母親の目の前に様々な物を差し出して誘示するように、これは何かと言わせようとするのでした。母親が的確に反応してくれると機嫌がよいが、当たらないと不機嫌になり、顔を背けてしまいました。ブロックが沢山重ねられている治療室で、K男は半円形のブロックを二つ重ねて「ガー、ガー」といって、母親に分かってもらおうと誘示する仕草をするようになった。その時、なぜか母親はK男の要求に即座に回答できず、母親は寂しそうな申し訳なさそうにした。その時の母親のことばには強い困惑と頼りなさを感じられた。するとそれまでの母親への積極的な行動が急速に後退し、回避的行動を取り始めた。

その時の心境を母親はセッションの終わりに次のように説明した。母親はブロックの合わせ目が気になっていただけで、母親は彼のこうしたブロックへのとられを受け入れがたいところがあっ

たという。治療開始直後にK男はこのようにしてブロックを積み重ねる遊びに没頭していた。その際彼はブロックの継ぎ目を神経質なまでのきちんと合わせていたのが印象的であったが、そのような行動を母親は自閉的な子どもの特徴として捉えていたので、治療初期の状態を想起していた。この時は母親に映ったK男の行動は、「またブロックをきちんと合わせるこだわりが始まったのかしら」という現実不安が高まっていたために、K男の無様式知覚の世界、すなわち相貌的な世界と一緒に入っていくことができなかったのである。

D. 考察

母子治療による介入が功を奏すると、子どもに積極的な愛着行動が出現する。その際、養育者の愛着表象(AAI)が安全型であれば、子どもの行動の背後にある意図を容易に察知することが可能になり、母子コミュニケーションが進展していく。しかし、AAIが軽視型ないしとらわれ型であると、子どもの行動を捉える際に、自己の愛着表象が投影され、否定的に捉えてしまう危険性が高い。

さらに安全型のAAIをもつ養育者においても、時に子どもの行動に対して過去の外傷的体験が投影されて否定的に捉える危険性が潜んでいることがわかった。ここに子ども自身の生物学的脆弱性による傷つきやすさを想定する必要があることが示された。

E. 結論

母子間のコミュニケーションが、子どもの愛着パターンのみならず、養育者の成人愛着表象の質にも大きく左右されることが示された。しかし、たとえ養育者のAAIが安定型であっても、子どもに対する不安の質によって、容易に母子コミュニケーションが破綻する危険性ははらんでいた。

以上より、養育者自身の愛着表象の質が母子コミュニケーションの成立過程に大きな影響をもたらす可能性が示唆された。

【文献】

- 小林隆児 (1998). 母と子のあいだを治療するー Mother-Infant Unit での治療実践からー. 乳幼児医学・心理学研究, 7(1), 1-10.
- 小林隆児 (印刷中). 社会情緒的発達と言語認知的発達をつなぐものー自閉症の関係障害臨床ー. 東海大学健康科学紀要.
- 小林隆児・財部盛久(1998). 自閉症児の母親たちー母子治療からみた世代間伝達ー. 臨床精神医学, 27(増刊号), 158-165.
- 小林隆児ら(1997). 東海大学健康科学部における Mother-Infant Unitの活動紹介. 乳幼児医学・

心理学研究, 6, 31-43.

Richer, J. M.(1993). Avoidance behavior, attachment and motivational conflict. *Early Child Development and Care*, 96, 7-18.

F. 研究発表

1. 論文発表

小林隆児 (1999a). 自閉症の発達精神病理と治療. 東京, 岩崎学術出版社.

小林隆児 (1999b). 関係障害臨床からみた自閉症理解と治療. 季刊発達, 78, 22-35.

小林隆児(1999c). 青年期・成人期の自閉症. (中根晃編). こころの科学セレクション「自閉症」. pp.115-134, 日本評論社.

Kobayashi, R. (1999). Physiognomic perception, vitality affect and delusional perception in autism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53, 549-555.

小林隆児 (2000). 関係障害臨床からみた多動. 教育と医学, 48, 28-35.

小林隆児 (印刷中a). コミュニケーションの成り立ちからみた強迫性の起源—自閉症の関係障害臨床—. 小島秀夫・速見敏彦・本城秀次 (編). 人間発達研究と心理学. 金子書房.

小林隆児 (印刷中b). 社会情緒的発達と言語認知的発達をつなぐもの—自閉症の関係障害臨床—. 東海大学健康科学紀要.

小林隆児 (印刷中c). 乳幼児期の自閉症圏障害に対する早期介入—自閉症の関係障害臨床—. 別冊発達 特別企画「乳幼児精神保健の新しい風」, 24.

小林隆児 (印刷中d). 母と子のあいだを治療する—自閉症の関係障害臨床—. ミネルヴァ書房.

Kobayashi, R. (in print-a). Ambiguity of speech in communication with people with autism. In J. Richer & S. Coates (Eds.), *The search for coherence from fragments of autism*. London: Jessica Kingsley.

Kobayashi, R.(in print-b). Affective communication of infants with autistic spectrum disorders and internal representation of their mothers. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*.

2. 学会発表

渡邊静香・佐藤菜奈子・竹本久美子・金沢信一・小林隆児(1999).強度行動障害における愛着形成と自傷の成り立ち. 第3回発達障害療育研究会(1999.02.20. 東京都).

Kobayashi, R. (1999). Therapy of relationship disturbances between infants and their

mothers. 2nd Congress of ASCAPAP (1999.05.06-05.07, Seoul)

Kobayashi, R. (1999). Early intervention of infants with autistim in Japan. Post-Congress of 2nd Congress of ASCAPAP (1999.05.08, Seoul)

鈴木紀子・金沢信一・小林隆児(1999). 成人期自閉症にみられた思春期の対象喪失と母子愛着形成をめぐって. 第81回日本小児精神神経学会, (1999.06.11.-06.12. 大宮市)

竹本久美子・斉藤理歩・金沢信一・小林隆児(1999). 挑発行動を示す自閉症者に対する関係支援. 第34回日本発達障害学会(1999.08.07.-08.08.静岡市).

小林広美・小林隆児・金沢信一(1999).自閉症者のコミュニケーションにおけることばの持つ生命感. 第34回日本発達障害学会(1999.08.07.-08.08.静岡市).

小林隆児(1999). 自閉症の症状形成の新しい理解—強迫症状を中心に—. 第40回日本児童青年精神医学会プレコンgres(1999.06.19.札幌市).

小林隆児(1999). 発達障害の母子治療. 第10回日本小児科学会中国・四国地方会特別講演 (1999.07.31, 山口市)

Kobayashi, R. (1999). Ambiguity of speech in communication with people with autism. Autism Oxford Conference (1999.09.17-09.19, Oxford)

小林隆児(1999). 関係障害臨床からみた自閉症症候学再考(その1) 強迫的行動. 第40回日本児童青年精神医学会(1999.10.20.-10.22.札幌市)

小林隆児(1999). 関係障害臨床からみた自閉症症候学再考(その2) 遅延性反響言語. 第40回日本児童青年精神医学会(1999.10.20.-10.22.札幌市)

小林隆児・小林広美・竹之下由香・財部盛久(1999). ことばのもつ相貌性と字義性—自閉症の関係障害臨床—. 第9回乳幼児医学・心理学研究会 (1999.12.04. 東京都)

村田光彦・大笹史生・伊藤大介・金沢信一・小林隆児(2000).強度行動障害を呈した自閉症青年にみられる愛着行動と自律性. 第4回発達障害療育研究会(2000.02.19.-02.20. 東京都).

研究協力者: 竹之下由香 (聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院神経精神科)、小林広美 (東海大学大学院健康科学研究科)・財部盛久 (琉球大学教育学部)

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 「乳幼児の母親の自己否定的認知スキーマ」

崎尾 英子 国立小児病院心療内科・精神科

研究要旨：心的外傷（トラウマ）を免れる人間はいない。心的外傷の治療では、不適応行動の背景に自己否定的認知スキーマがあることが明らかになっている。乳幼児を持つ母親に自己否定的認知スキーマがどの程度見られるのかを調査したところ、1135名の回答のうち、1.9%がかなり強い程度（日常の40%）で自己否定的認知スキーマを自覚していることが分かった。乳幼児を持つ母親と関わる職種での対人関係治療技術の向上が求められる。

A. 研究目的

母親がどのような心性で育児に当たるかは、乳幼児にとって母親は全世界を意味するとも言えるだけに、極めて大きな影響力を持つ。心的外傷にもとづく諸症状を治療する経過で、人生早期に身につけた自己否定的な認知スキーマが影響していることが頻りに明らかになるため¹⁾、乳幼児期の子どもを持つ母親たちの自己否定的認知スキーマを調査した。

B. 研究方法と結果

Jeffrey Young によって開発された認知スキーマ調査質問表を用いた。

質問表（付録1）を某赤ちゃん雑誌に掲載し、回答を集計した。

この調査質問表は“つながりの欠如と拒絶”、“自立や遂行の障害”、“境界の障害”、“他者指向性”、“過剰警戒と抑制”の5つの分類項目別に、それぞれの項目に属す10-20個の質問（例：私を親身になって育ててくれ、あらゆることを打ち明けて相談できる人は、これまでほとんどいない）に分けられており、合計75の質問から成っている。それぞれを自覚的に当てはまる程度（1から6までの数値が0%から100%に相当する）で判断してもらう。この数値が全項目で3以上（40%以上）である回答の割合を見たところ、全回答（1135名）の1.9%（22名）に上った。

C. 考察

近年、精神科諸疾患における心的外傷の影響の大きさが認識されるに至っている。現在精神疾患診断において一般的に使用される診断基準はDSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)第4版である。しかし、児童期、成人期における心理的な諸困難の発生に対して心的外傷の果たしている役割の大きさが近年

ますます認識されつつあり、状態像、症状のみではない診断基準が求められている。^{2, 3)}

臨床場面ばかりでなく、子どもの精神病理の状態を展望して、「子どもの発達経過や、発達の生じる脈絡、そして適応的、あるいは不適応的行動が形成される経過」が重視されつつあり、18歳までに調査人口の2/5がDSM基準で少なくとも1つは心的外傷を持っているという資料⁴⁾も、心的外傷が及ぼしうる影響の大きさを示唆している。

認知スキーマの中でも、自己否定的なもの（例：私は人から疎外されている。私は人に愛されたり、注目されたり、尊敬される価値がないと思う、など）が強い場合、当然乳幼児の情緒発達に及ぼす負の影響は大きい。例えば、母親が「自分は誰からも好かれない」と強く思っていれば、乳幼児との間で、乳幼児と過剰に密接な情緒関係を形成するか、または乳児が思い通りにならない場合に攻撃心を向ける対象とみなすようないずれかの傾向が生じ易い。

人は誰でも自分のことをよく知れば、それだけ自分に対して相対的な位置を取りやすくなると考えられる。（だからこそ、人間は心理に関心を持つ。）

D. 結論

一般人口における調査で2%弱の母親が自己否定的認知スキーマを持つことが分かった。

自己否定的認知がある上に、心的外傷を想起させるストレスが加われば、不適応行動は助長されたり、あるいは持続しやすい。乳児期に子ども、あるいは周囲との関わりで生じる不適応行動を治療できる技術を、乳幼児を持つ母親に提供できる環境がより整備されれば、母親たちの持つ自己否定的認知スキーマが改善する可能性が生じる。

(付録)

いまどきママの弱点はどこだ！
わたしの赤ちゃん大調査

回答して下さるかたへ

以下の質問は「あなたがどんな弱点を持ったお母さんなのか」を知るためのものです。それぞれの質問について、自分に当てはまると思う数値を下の1-6から選んで書き込んでいってください。あまりじっくり考えずパツパツと思いついた数値を記入してください。

- 1 完全に違う。私とは全く違う人だ！(0%)
- 2 だいぶ自分とは違う。こんな風に感じることは少ない。(20%)
- 3 どちらかと言えば自分にもあてはまる場所が多い。(40%)
- 4 かなり自分にあてはまる部分がある。(60%)
- 5 ほとんど自分にあてはまる。多くの点で自分の感覚と同じだ。(80%)
- 6 完全にあてはまる。わたしそのものだ。(100%)

質問

第一群：つながりの欠如と拒絶を問う質問群

- 1 私を親身になって育ててくれ、あらゆることを打ち明けて相談できる人はこれまでほとんどいない。
- 2 私にあたたかく接し、抱きしめて愛情を示してくれる人はいなかった。
- 3 いままで、自分がだれかにとって特別な存在であったことがほとんどない。

以下略(4から25まで)

第二群：自立や遂行の障害を問う質問群

- 26 仕事や勉強を、ほかの人のようにきちんとはできない。
- 27 何かを達成するというのが、私にはできない。
- 28 仕事や勉強の面で、わたしはほとんどの人より劣っている。

以下略(29から45まで)

第三群：境界の障害を問う質問群

- 46 私が好きなことを好きなようにやると、必ず問題がおきる。
- 47 ほかの人が望むように振る舞わないと仕返しされたり、仲間はずれにされると思う。
- 48 人との関係で、私はいつも相手に譲ってしまう。

以下略(49から55まで)

第四群：他者指向性を問う質問群

- 56 自分の感情(愛情とか、自慢とか)を表現

するときに、自意識過剰になる。

- 57 私は自分の考えを他人に伝えるのがへただ。
- 58 あたたくみがあり、のびのびと自然体にふるまうことは、私にとってむずかしい。

以下略(59から65まで)

第五群：過剰警戒と抑制を問う質問群

- 66 他人に何かを頼んで「ノー」と言われると腹が立つ。
- 67 自分は特別な人間だから、他の人々が受ける制約を受ける必要はないと思う。
- 68 自分のやりたくないことを制限されたり、したいことができないのはがまんできない。

以下略(69から75まで)

【参考文献】

- 1) Tinker, R. H. & Wilson, S. A. (1999) Through the Eyes of a Child: EMDR with Children, Norton
- 2) Briere, J. (1992) Child abuse trauma : Theory and treatment of the lasting effects. New York: Sage
- 3) Schwartz, E. D. & Perry, B. D. (1994) The post-traumatic response in children and adolescents. Psychiatric Clinics of North America 17, 311-326
- 4) Mash, E. J. & Dozois, D. J. A. (1996) Child Psychopathology: A Developmental Systems Perspective. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds). Child Psychopathology 66, 400-410