

- 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

育児・家事・生活について

産後1か月目から今までの約2月間の間に起きた出来事やご様子について、良かったこと困ったことなど、なんでも結構なので、考えられたこと、感じられたこと、なされたことなどをご自由にお書き下さい。

妊産褥婦及び乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究

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 幸枝、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。初産婦を前方視的に追跡し、産後1ヶ月の時点で68名中5名にDSM-IVのうつ病の発症を認めた。この5症例において、夫から与えられるサポートの低下・欠如がうつ病の発症に関与していると考えられた。このような症例において、精神・心理状態の正確な把握と妊産褥婦の置かれた心理・社会的状況を理解することは重要である。産科病棟退院後から産後1ヶ月の検診までの期間に、妊産褥婦の精神心理状態の把握の機会と育児体制を確立することが必要である。

A. 研究目的

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、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。産後1ヶ月にうつ病と診断された症例について心理状態の把握と育児支援の面から検討を加えた。

B. 研究方法

平成11年4月5日から平成12年4月30日の期間に、北村ら¹⁾の作成した妊産褥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に基づき、構造化面接を実施した。対象は、初産婦、エントリー時点で妊娠8ヶ月、当施設にて出産予定であり、調査への同意が得られたものとした。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、妊娠後期、産後1ヶ月、産後3ヶ月、産後12ヶ月に実施した。一人の妊産褥婦に一名の面接員が専任して面接を行った。

産後1ヶ月面接においてDSM-IV²⁾のうつ病の発症を認めた症例について、既往歴、育児支援の有無、特に夫の支援の状況、マタニティーブルーズ発症の有無を中心に検討を加えた。

C. 研究結果

調査への同意が得られ、妊娠後期の面接を行った症例は、70例で全例が分娩にいたった。そのうち経膈分娩が56例、帝王切開が14例（帝王切開率：20%）、早産例が5例であった。表にDSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)診断基準に従い、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14例、産後1ヶ月6例、産後3ヶ月4例、産後12ヶ月1例であった。

産後1ヶ月で面接を実施したのは68名であり、そのうち5名(7.4%)にDSM-IVのうつ病の発症を認めた。それぞれの年齢は、22、24、28、28、34歳であった。5例中3例では、過去に大うつ病・不安挿話、抑うつ挿話、大うつ病・躁病・特定恐怖の精神科既往歴を有していた。2例において産後にマタニティーブルーズを認めたが、この2例ともマタニティーブルーズから回復することなく産後うつ病に移行していた。

5例とも産科病棟を退院した後は、実家に戻ることなく、自宅あるいはアパートに戻り、夫と新生児の3人の生活に入っている。子育てや家事の手伝いを実母や妹が手伝ってくれたのは、3例あったが、その3例を含めて夫が育児支援の主体であった。4例は、実際の育児はほとんど一人でっており、育児負担が大きいと答えている。しかし、育児支援に対する満足度に関して、5例とも「やや満足」「満足」と答えており、自分から援助を求めない傾向がみられた。

面接とアンケートより、夫の褥婦に対するいたわりの態度や言葉かけが少なく、そのために疎外感を感じ、夫との会話が減少している状態が3例にみられた。また、1例では、産後に育児に対する考え方の違いから、次第に夫との関係が困難となって、抑うつ気分が出現している。

産後1ヶ月の時点でうつ病と診断した5例のうち、1例が産後10日目、4例が産後2週目で発症していた。

表 面接の成績

面接数	妊娠後期 70	産後1ヶ月 68	産後3ヶ月 65	産後12ヶ月 26
大うつ病	11	5	2	0
全般性不安障害	3	1	1	0
恐怖障害	5	2	2	0
パニック障害	1	0	1	0
気分変調性障害	0	0	0	0
躁病	1	0	0	0
軽躁病	0	0	0	0
強迫性障害	0	0	0	0
自殺企図	2	0	0	0
外傷性悲哀反応	0	0	2	1

D. 考察

助産婦による構造化面接により、うつ病などのいくつかの精神科挿話が指摘された。これは、通常の産科診療では把握できなかったことであり、助産婦の面接によって初めて気づかれた所見である。産後うつ病のハイリスク例を抽出するのに、助産婦による面接は極めて効果が高い。産後1ヶ月目で大うつ病と診断したのは68例中5例(7.4%)であった。日本における産後1ヶ月時点での産後うつ病の頻度は、3.1³⁾～12%^{4) 5)}であり、今回の我々の頻度は、低い値ではない。専門家の同席による面接を行うなど助産婦による精神科疾患の診断の検討が必要と思われるが、産後うつ病を助産婦が取りこぼしなく診断していると考えられる。

5例中3例が精神科既往歴を有していた。また、マタニティーブルーから回復することなく産後うつ病に移行した例が2例みられた。精神科既往歴のあるハイリスク症例を妊娠早期から抽出し、精神支援を行うことが重要と考えられる。

5例とも、産科病棟退院後直ぐに自宅で育児を行っている。実際の育児はほとんど一人でっており、育児が褥婦に大きな負担となっている。核家族化が進み、支援者が少なくなり、身近な夫が育児の協力者の主体であった。しかし、夫との会話の減少、疎外感を訴える症例が5例中3例にみられ、単なる育児への協力だけでなく、会話を増やし、いたわりの言葉をかけるなど、妻に対する夫の精神的サポートが重要と思われる。夫の精神的サポートの欠如・不備が産後うつ病に関与している可能性が指摘された。

5例のうち、1例が産後10日、残り4例が2週目にうつ病を発症していた。産科退院後に

産科医や助産婦を母児が受診するのは産後1ヶ月である。この「空白の3週間」に7.4%の女性がうつ病を発生することを考えると、退院後1週目の早期から、精神面の支援を行っていく必要があると考える。妊産褥婦の置かれた心理・社会的環境の評価は直接看護計画につながる事項として重要である。ことに夫や他の家族の援助がどれほど得られているのかの評価は大切な事項と考えられる。その評価に応じた看護計画、支援を行うことが重要である。

E. まとめ

本共同研究に参加することにより、助産婦が構造化面接法を修得することができ、妊産褥婦の精神症状の把握・精神疾患の診断が可能となった。適切な診断により有効な支援を行うことが重要である。このような方法が今後もさらに充実発展することを期待したい。

【参考文献】

1. 北村俊則：妊産褥婦のエモーショナル・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, 4th ed. American Psychiatric Press, Washington, D.C.(DSM-IV) 精神疾患の分類兎唇団の手引き書、高橋三郎、大野 裕、染矢俊幸訳、医学書院、1995
3. 岡野禎治、野村純一、越川法子、他：

- Maternity Blues と産後うつ病の比較文化的研究 精神医学 33 : 1051-1058, 1991
4. 島 悟 : マタニティーブルーズと産後うつ病の診断学、精神科診断学、5 : 321-330, 1994
 5. 北村俊則 : 妊産褥婦におけるうつ病の出現頻度とその危険要因一周産期の各時期における心理社会的うつ病発症要因—平成 8 年度厚生省心身障害研究報告書、p26-29、1996

【論文発表】

1. 佐久本 薫、金澤浩二 : 妊娠による母体の変化、精神・心理的变化 看護のための最新医学講座 18 巻 産婦人科疾患、中山書店、印刷中

【学会発表】

1. 古波蔵真琴、他 : 当院における産後うつ病の発症因子の分析、第 41 回日本母性衛生学会総会、岐阜、2000

厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業)

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 「Client Service Receipt Inventory (CSRI) および Pathway を用いた、 産後うつ病のケアシステムに関する質的研究」

岡野禎治 三重大学保健管理センター
研究協力者

長谷川雅美 三重大学医学部看護学科、吉良信彦 前田昭彦 三重大学医学部

研究要旨 : 日本と欧米の産後うつ病の母親が受けた地域の 1) ヘルスケアサービスと 2) 受療経路について、比較検討した。1) 日本の母親では、公的援助金の援助、助産婦からの支援、家庭医の利用、託児所の利用の割合が低かった。受療行為を阻害 (Barrier to access) する要因について日本と欧米間に有意な差はみられなかったが、受療に対して抵抗がやや高い割合を示した。2) 最終の精神科サービスに到るまでの期間については、1~17 週とかなりの幅がみられた。ケアレベルが進展しても、必ずしもスムーズな連携はなく、35%の女性は自らの決断によって次のケアレベルへを求めて、経路が複雑になるにつれて、遷延傾向がみられた。さらに欧米の女性との比較では、発病から依頼までの期間、発病から保健医療機関に到る期間には差はなかったが、日本の女性の方が通院に時間を要した。つまり、プライマリ・ケアにおいて複雑な受療経路をとって、治療への時間的負担が大きいことが示唆された。

A. 研究目的

産褥期に出現する産後うつ病は、その罹患率が 10~15% と高いにも関わらず、地域における検出は困難であり、その結果、母親自身のみならず、家族や母子相互関係¹⁾ にも多大な影響を与えている。さらに医療経済における医療費などの損失や地域の人的および施設のリソースの効率的な運用が社会的要請となってきた今日、産後うつ病がケアに及ぼす損失や個人の損失は明らかになっていない。そこで、産後うつ病の母親に対する家族の援助、社会的リソースの評価、受療行動、ヘルスサービスの利用行動パターンと産後うつ病の受療経路を明らかにするために、質的調査方法を用いて日本と欧米間における実態を比較調査した。

B. 研究方法

対象は産後 3 ヶ月以内に発病した産後うつ病患者 (major depressive disorder; 18,

dysthymic disorder; 2) と欧米 9 カ国 (Austria, France, Italy, Eire, Sweden, Portugal, U.S.A, U.K, Switzerland) の産後うつ病患者 41 名を対象とした。なお、診断基準 DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th edition) に準拠した。

1. ケアサービスに関する調査

住居、雇用と収入、ヘルス・サービス利用状況、家族からの援助および受療行為の阻害 (Barrier to access) 要因については CSRI-PND (Client Service Receipt Inventory)²⁾ (産後うつ病版 MAY.1999) を使用した。名義変数について Fisher's Exact Test で群間で検定を行い、連続変数間の相関関係については、Spearman の順位相関係数を用いた。

2. 受療経路 (Pathway) に関する調査

同一の産後うつ病女性を対象として、大学病院

精神科までの典型的な依頼経路と依頼の遅延に関連する要因を調査した。統計的解析はStudent's t と Mann-Whitney U tests を用いた。

C. 研究結果

1. CSRI を用いた調査

a) 居住環境について

表1に示したように、出産後の居住環境を比較すると、面接時点において日本の産後うつ病の女性は全体の21%が実家で養生していたのに対し、欧米の女性では100%が自宅で居住していた。

居住環境と居住衛生度に関しては両者の間では有意な差異はみられなかった。

表1. 居住環境

*: $p < 0.05$				
	Group	No	Yes	P
通常の居住地	日本	4	15	0.0159*
	欧米	0	41	
居住地の満足度	日本	5	14	1.3432
	欧米	9	27	
居住地の環境衛生	日本	1	18	1.4568
	欧米	2	34	

b) 雇用状況とヘルスサービスの利用状況

雇用状況について、日本では19例中18名(95%)が離職していた(専業主婦)が、欧米では41名中27名(66%)が復職または休職中であった。

日本と欧米各諸国におけるヘルスサービスの利用状況を表2に示した。地域の医療保健制度や福祉施設の相違も関連して、諸国の各項目にはかなりのばらつきがみられた。しかし、欧米と日本とを比較してみると、日本の産後うつ病群の特徴として、公的援助金の援助、助産婦からの支援、家庭医の利用、託児所の利用については、サポートを受けた割合が平均すると有意に低かった。なお、有職の有無と託児所の利用度の相関をSpearmanの順位相関係数により求めたところ、相関($r=0.319945$, $p=0.0430$)があった。

表2. 日本と欧米のサービス利用状況の比較

Country	Public benefit	Midwife	Family doctor	Primary care worker	託児所
USA	0%	0%	100%	0%	100%
UK	100%	100%	100%	20%	0%
Ireland	40%	60%	100%	80%	0%
Italy	0%	80%	60%	0%	0%
Sweden	100%	100%	33%	33%	33%
Swiss	0%	80%	100%	0%	60%
France	100%	43%	71%	14%	71%
Portugal	0%	0%	80%	0%	0%
Austria	100%	40%	80%	0%	0%
Japan	0%	10%	25%	45%	0%

c) 受療行動を阻む要因について

受療行為を阻む要因(Barrier to access)について聴き取り調査を行い、日本と欧米間で対比して、表3に示した。

表3. 産後うつ病女性の受療行動を阻む質問 (Barriers to Access)

	Group	No	Yes	p
Places for treatment are inconvenient to get to	日本 欧米	68% 71%	32% 29%	0.69
Fees / charges towards treatment / medicines are not affordable	日本 欧米	79% 71%	21% 29%	0.37
Asking for treatment centre can make patients feel embarrassed or shameful	日本 欧米	53% 76%	47% 24%	0.98
Family discourage patients from treatment	日本 欧米	84% 83%	16% 17%	0.61
Dislike taking medication or side-effects	日本 欧米	63% 54%	37% 46%	0.34
Treatment is not good enough (insufficient quality)	日本 欧米	74% 83%	26% 17%	0.88
Other reasons	日本 欧米	89% 68%	11% 32%	0.07

主な質問内容は、1) 治療施設が交通の不便なところにあったから、2) 治療や薬剤の費用が手ごろでないから、3) 治療機関を求めることは、ばつが悪くて、恥ずかしいから、4) 家族が医療を受けることに抵抗を示すから、5) 薬物療法や

副作用が嫌いであるから、6) 治療が良くないから(質的に不十分)などの項目について調査した。各項目の中では日本と欧米の間に有意な差はみられなかったが、日本女性の方が「治療機関の受診や治療に抵抗があったから」「家族や友達が受診や治療について反対したから」という項目ではやや高い割合を示した。しかし、予想に反し半数以上の日本の産後うつ病の女性は精神科受診に対する抵抗は低かったことが判明した。

2) 受療経路(Pathway)に関する調査

a) 受療経路に関する期間

発病から最初の依頼までの期間と最終レベルに到るまでの期間を表4に示した。

表4. 受療遅延(週)と通院時間(分)の比較

	N	Mean	SD	Significance
Onset-Referrals				
MIE	20	3.75	4.00	N.S
EU	23	4.04	4.48	
Onset-HLC				
MIE	20	13.55	20.35	N.S
EU	23	13.40	20.74	
Longest Travel Time				
MIE	20	58.20	4.00	* p < 0.05
EU	19	36.10	4.48	

Onset-Referrals = time from onset of condition to first referral.

Onset-HLC = time from onset to highest care level.

欧米の女性との比較では、発病から最初の依頼

までの週数は平均して4週間を要していた。また発病から最終ケアレベルに到る週数は、13~14週と長時間を要していた。両期間とも日本と欧米の間では差はなかったが、最も長い通院時間について比較すると、日本の女性の方が有意に長いことがわかった。こうした背景には、プライマリ・ケアの治療に満足できない女性では、居住地域を越えた受療行為に到る傾向があった。例えば調査対象の中でも県外からの受療例が3名含まれ、通院時間に3時間を要した症例もみられた。

b) 各ケアレベルにおける依頼の割合と精神科受療経路

表5と図に示したように、多くの女性は精神科サービスを受ける前に最初に産科医にコンサルテーションを行っていた。発病から最初のコンサルテーションまでに期間は1~17週とかなりの差がみられた。さらに産科医から精神科医、そして大学病院精神科へという経路については、必ずしも適切でスムーズな連携はなかった。受療のレベルが上がっても、受療効果について満足した女性は少なく、35%の女性は紹介状なしで自らの決断によって次の援助を求めた。そして、経路が複雑になるにつれて、精神症状も遷延する傾向がみられた。特に身体的症状が主な患者では、抑うつ気分や不安といった精神症状が優位な女性よりも受診が遅れる傾向がみられた。つまり、プライマリ・ケアにおいて適切なアドバイスを受けられない一群では、早期治療が遅れることが明らかであった。

表5. 各ケアレベルにおける依頼者の割合.

Care Level	1	2	3	4	5
Mother	75.0%	Obstetrician 36.8%	Own decision 62.5%	Own decision 75.0%	Psychiatrist 100.0%
Mother		Own decision 31.6%	Pediatrician 12.5%	Psychiatrist 25.0%	
and Partner	10.0%	Health Visitor 21.1%	Psychiatrist 25.0%		
Partner	10.0%	Pediatrician 5.3%			
Own decision	5.0%	Physician 5.3%			

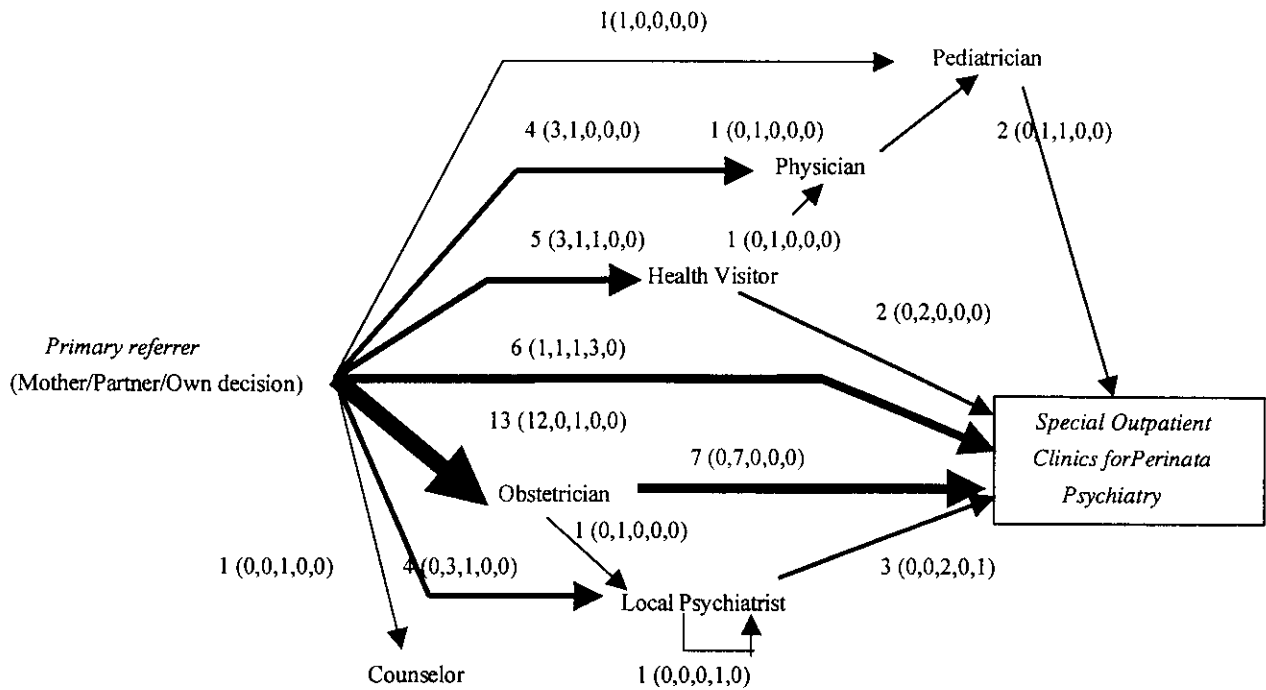


図 精神科ケアへの受療経路 (MIE)

各 () の 5 組は各ケアレベルに進んだ患者数を示す。各 () の前の数字はそのパスに進んだ患者の総数を示す。例えば“Mother/Partner/Own decision”から“Health Visitor”経路の 5 (3,1,1,0,0)は 5 名の患者がレベル 1 で 3 名、レベル 2 で 1 名であることを示した

D. 考察

産後うつ病の検出の困難性は日本に限らず、欧米でも論議されている。プライマリケアで保健医療機関を訪れるうつ病患者は 5~10%といわれているが、この数字は氷山の一角で未受療例はその数倍くらいあるといわれている。仮にうつ病と診断されても、十分な治療を受ける患者の中で適切な治療を受けたものは十人に一人である³⁾といわれている。

一方実際に受診行動が遅れることも大きな問題となっており、うつ病が発病してから 1 年以内に医療機関に至る割合は 30%くらいである⁴⁾。産後うつ病の女性についても、同様に未受療例が多く、産後 1 年を経過しても産後うつ病の女性の半数は未治療であった⁵⁾。

1) CSRI でわかったこと

医療保健福祉制度が各国でさまざまであるために、単純に比較はできないが、産後うつ病の母親に対する精神科医療費など公的援助金の援助、産後数ヶ月間における助産婦からの支援、家庭医の利用 (医療圏が明確でない)、託児所の利用の割合 (健康女性に対して絶対数が欠如) など日本の母子精神保健における公的サービスの現状がそれぞれ反映された結果と推測された。今回、経済的損失および時間的労力について比較できなかったが、今後調査して具体的

な数字として調査予定である。

日本と欧米の Barrier to access の各質問からは、受療の利便性、医療費、精神科受診に対する偏見、家族の無理解、治療に対する抵抗、治療の満足度に関しては、共通した問題が多く、今後は産後うつ病の特徴的な課題をさらに検討する必要があると思われる。

2) Pathway でわかったこと

夫、子どものいる家庭、有職の女性では、受療が遅れる傾向⁶⁾、先進国では受療が短いという報告⁷⁾があるが、産後うつ病に関する詳細な報告はいまのところない。大きく問題点は 2 点に集約された。第 1 点は医療圏が明確でないために、いわゆる doctor shopping の傾向が日本の産後うつ病女性では顕著であって、client 自身が自己決定によってケアレベルが変化していた。その結果、発病から満足のいく治療レベルに到るまでの時間的経過が遷延することが判明した。しかし、欧米の産後うつ病の女性と比較して、発病から最初の依頼までの時間、発病から高度な保健医療機関に到るまでの時間については差がなかった。この点は各センター毎に詳細を個々に検討しなければならない。

第 2 点は医療保健体制の問題点で、各ケアレベルにおける適切な連携が明確でなかった。ケアレベルにおける満足度が十分でなく、専門

的な治療やアドバイスが得られない点が特徴であった。こうした二つの要因が受療経路に複雑に錯綜して、全体に混沌とした受診経路となったと思われる。この点は、精神障害者の受療遅延についても、同じような傾向が指摘されているが、結論はでない⁷⁾。

E. 結論

欧米の産後うつ病の調査と比較して、

- 1) 日本の産後うつ病の母親が受けたサービスでは、公的援助金、助産婦からのサポート、家庭医の利用度、託児所の利用などの点で低い割合であった。
- 2) 受療行為を阻む要因では大差がなかった。
- 3) 受療経路については、発病からの遅延について差異はなかったが、通院時間が長かった。ケアレベルが進展しても、母親自身による自己決定と連携のない医療保健システムのために複雑で錯綜した経路が観察された。

F. 文献

1. Cooper PJ & L Murray: Postnatal . BMJ; 1998; 316 1884-6.
2. Chisholm D, Knapp MRJ, Schene A et al (1999) Service utilisation and costs of schizophrenia in 5 European countries (the EPSILON Study). EPSILON Study Group, Document 6; Internal report.
3. Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG et al: Utilization of health and mental health services. Arch Gen Psychiatry 1984; 41:971-978
4. Kessler RC, Olfson M and Berglund PA: Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. Am J Psychiatry 1998;155: 62-69
5. Cox JL, Connor Y & Kendell RE: Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. Br J Psychiatry, 140, 111-7. 1982
6. Gater R. & Goldberg D. Pathways to psychiatric care in South Manchester. Br. J. Psychiat. 189. 90-96
7. Gater R, de Almeida e Sousa B, Barrientos G, et al: The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. Psychol Med. 1991 21:773

G. 研究発表

- 1) 論文発表

1. 岡野禎治：産前うつ病. 産科と婦人科. 67: 85-90, 2000.
2. 岡野禎治:パニック障害. 産科と婦人科. 67: 241-46, 2000
3. 岡野禎治:精神科母子ユニット.産科と婦人科. 67 : 375-80,2000
4. 岡野禎治：月経周期と関連した女性の精神障害. 産科と婦人科67: 542-48,2000
5. 岡野禎治、岡崎祐士：メンタルヘルスケア. 産科と婦人科. 67:513-59. 2000
6. 岡野禎治, Brockington IF：地域における母子精神保健サービス.産科と婦人科. 67:642-648,2000
7. 岡野禎治: 内分泌検査と診断、最新精神医学. 19: 95-101, 2000
8. 岡野禎治：死産に関連した精神及び心理学的側面.産科と婦人科. 67:793-800,2000
9. 岡野禎治：周産期における摂食障害の診断と治療.産科と婦人科.67:1067-1073,2000
10. 岡野禎治：人工中絶に関連した心理学的影響と精神疾患.産科と婦人科. 67:902-908,2000
11. 岡野禎治：女性特有の腫瘍とメンタルヘルス.産科と婦人科.67:1692-1699,2000
12. 岡野禎治：産後精神障害の診断と治療、ペリネイタルケア.19 : 95-101,2000
13. 岡野禎治：産後うつ病、臨床精神医学 29: 953-959,2000
14. 岡野禎治：妊娠と物質乱用障害.産科と婦人科. 67:1308-1313,2000
15. 岡野禎治：周産期女性のうつ病、産婦人科治療.81:105-108,2000
16. 岡野禎治：DVと女性のメンタルヘルス. 産科と婦人科.67:1196-1202,2000
17. 岡野禎治、豊田長康：産婦人科領域におけるコンサルテーション・リエゾン精神医学. 産科と婦人科. 67:1799-1805
18. 岡野禎治：産後うつ病の現状と治療—生物学的要因と社会心理学的要因の関連から—日本女性心身医学会雑誌. 5 : 17-23.2000
19. 岡野禎治：産婦人科における精神科的問題 産後精神病、臨床精神医学講座S7. 中山書店. pp325-335. 2000
20. 岡野禎治：精神疾患、偶発合併症妊娠、図説産婦人科VIEW.メジカルビュー pp150-159, 2000
21. 岡野禎治：マタニティブルーズ、産婦人科研修医ノート、診断と治療社、pp317-318.2000
22. 岡野禎治：マタニティブルーズ、産後うつ病、産褥精神病. 新女性医学体系32巻産褥.

- 中山書店.印刷中
23. 岡野禎治：精神疾患、新女性医学体系32巻。
中山書店.印刷中
24. 岡野禎治：産褥期精神病、18巻産婦人科疾患看護のための最新医学講座.中山書店.印刷中

H.学会発表

1. Transcultural Research in Health Care Services by Mother Suffering from Postnatal Depression: A Pilot Study

- The 9th Congress of Asian Chapter of the international college of psychosomatic medicine, Tokyo, 29th-30th September 2000
2. Childbirth and Mental Illness: Similarities and dissimilarities between the East and the West. Symposium: Postpartum Dysphria and depression - Anthropological, Ethnopsychia -tric & Evolutionary Dimensions-, Oct 4-7th, Badhumberg, Germany, 2000.

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

「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 九州大学医学部附属病院精神科神経科
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
鈴宮寛子 福岡市博多保健所
牧本道子 福岡市精神保健福祉センター

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。平成 11 年度はこの研究の対象となった母親に、出産後 6 カ月に里帰り分娩質問票および、エジンバラ産後うつ病質問票と赤ちゃんへの気持ち質問票を郵送して、母親の産後の精神状態の再評価と児に対する愛着についての調査を行った。さらに、出産後 12 カ月に面接の同意が書面で得られた 70 例の母親の精神科診断面接とその児の発達検査を施行し、今年度終了した。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有用性と、産後 6 カ月に施行した里帰り分娩質問票から得られた産後の母親が受けているサポート状況と産後の母親の抑うつ状態との関連について報告する。

【研究目的】

地域型母子精神保健プログラムの作成

【研究方法】

対象；保健所の新生児訪問（訪問指導員（保健婦、訪問助産婦）の家庭訪問）を希望した産婦 100 人

方法；

(1) 出産後 8～10 週に訪問指導員による家庭訪問

①エジンバラ産後うつ病質問票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale, Cox ら, 1987, 岡野ら, 1996, 以下 EPDS)

②赤ちゃんへの気持ち質問票 (Marks & Kumar, unpublished)

それぞれの質問票は母親自身が記入する。

(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、訪問指導員が九州大学精神科母子保健担当医へ FAX で送る。

(3) 担当医が相談内容、EPDS および赤ちゃんへの気持ち質問票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訪問指導員あてに FAX で返信する。

(4) FAX 相談ケースの全例について、担当医と訪問指導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) 産後 6 カ月に質問紙 (里帰り分娩質問票、EPDS、赤ちゃんへの気持ち質問票を郵送し、返送により回収して精神状態について質問紙の結果による再評価を行う。

(6) 出産後 1 年目の面接に同意を得た母親の自宅を訪問して母親の精神科診断面接および児の発達検査を施行した。

【結果】

1) 出産後 12 カ月までの精神科診断面接まで完了した母親は 100 例中 70 例であった。以下、この 70 例について、諸結果を示す。

(1) 新生児訪問時、出産後 6 カ月、出産後 12 カ月の EPDS の結果

新生児訪問時の EPDS の平均値は 6.2 (1SD 3.4)、出産後 6 カ月の EPDS の平均値は 5.7

(1SD 3.6) 出産後 12 カ月の EPDS の平均値は 5.0 (1SD 3.1) であった。出産後、経時的に EPDS の平均点は低下していた。しかし、個々のケースでは新生児訪問時よりは、むしろ出産後 6 カ月の方が上昇し、出産後 12 カ月でも高値を示すものがあった。

(2) 新生児訪問時の EPDS の得点が区分点以上であったのは 11 例であった。

新生児訪問時の EPDS の得点が区分点である 9 点以上であったのは 100 例中 16 例であったが、精神科入院中 1 例、面接拒否 1 例、転出先不明 1 例、連絡不能 2 例であり、11 例に 12 カ月の精神科診断面接を行った。その内、8 例に産後うつ病の診断がついた。

(3) 出産後 12 カ月の面接で、産後うつ病の診断がついたのは 70 例中 20 例であった。その内、大うつ病が 12 例、特定不能のうつ病性障害 (小うつ病) が 8 例であった。

この 20 例について、EPDS 得点の変化 (新生児訪問時、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)、プロフィールと精神科診断面接の結果および産後うつ病の罹患期間を表 1 に示す。

2) 出産後 6 ヶ月に 100 例中 75 例 (75%) から郵送した質問紙への回答を得た。この 75 例の里帰り分娩についての調査と EPDS の結果およびその関連について示す。

(1) 出産前あるいは出産後に里帰りをしたと答えたのは 52 例 (69.3%) であった。里帰りをしなかったと答えたのは 23 例 (30.7%) であった。しかし、このうち 15 例は実母あるいは夫の母親の手伝いを受けていた。8 例は里帰りをしなかったし、実母などからのサポートも受けていなかった。

A) 里帰り群 : 52 例

里帰り期間についての記載がない 5 例を除く 47 例のうち約半数の 23 例 (30.6%) が妊娠中から実家に帰った「里帰り分娩」例であった。

里帰りをした理由は、初めての出産で不安 (19 例)、実母に協力して欲しい (15 例)、夫の帰りが遅い、不在がち (11 例) 実家でゆっくり身体を休めたい (7 例) であった。

里帰り中の夫の面会は週 1 回以上が 48% であり、56% が毎日電話での接触があった。

里帰りがどんな点でサポートになったかについては、実際的サポート 35 例 (67%)、育児サポート 21 例 (40%)、情緒的サポート 22 例 (42%)、サポートにならなかった 3 例 (6%) であった。

B) 里帰りをしなかったが、手伝いを受けた群 : 15 例

里帰りしなかった理由は、産院を変わることへの不安 (8 例)、夫の世話をする人がいなくなる (4 例)、上の子の学校などの事情 (4 例)、実家の事情 (3 例) であった。その他に、実家が遠い、実家に負担をかけたくないなどの記載があった。

手伝いはどんな点でサポートになったかについては、実際的サポート 8 例 (53%)、育児サポート 7 例 (47%)、情緒的サポート 5 例 (33%)、サポートにならなかった 1 例であった。

C) 里帰りしなかったし、手伝いも受けなかった群 : 8 例

表 2 にプロフィールを示す。

里帰りしなかった理由は、実母が死亡、実母と不和 (4 例)、産院を変わることへの不安 (2 例) 夫の世話をする人がいなくなる (1 例) であった。

(2) 各群の EPDS の得点 (図 1)

A 群 (里帰り群) : 訪問時の EPDS の平均点 5.3、産後 6 カ月の EPDS の平均点 4.8

B 群 (里帰りをしなかったが、手伝いを受けた群) : 訪問時の EPDS の平均点 4.4、産後 6 カ月の EPDS の平均点 4.9

C 群 (里帰りしなかったし、手伝いも受けなかった群) : 訪問時の EPDS の平均点 7.8、産後 6 カ月の EPDS の平均点 9.6

C 群は、A 群や B 群に比べて、EPDS の平均点が新生児訪問時においても、出産後 6 カ月時においても高かった。A 群と B 群との間で EPDS の平均点に有意差はなかった。

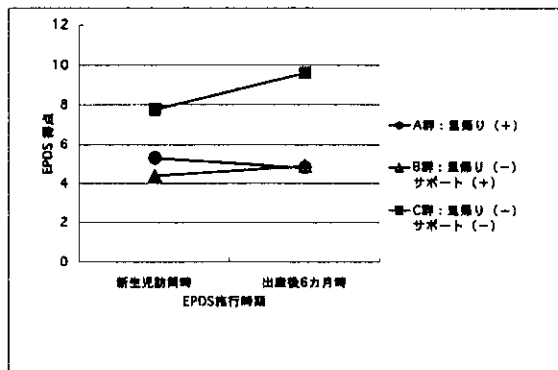


図 1 里帰りの有無と EPDS 得点

【考察】

1) 地域における EPDS を用いた産後うつ病のスクリーニングの有用性と出産後 1 年間にわたる地域保健所の母子への精神サポートのプログラム策定にむけて

(1) 今回の研究の対象となった母親は、保健所からの訪問を自ら希望した母親であったが、産後うつ病の発症のリスクが高い母親を多く含んでいた。そのことは、70 例中 20 例が精神科診断面接において産後うつ病と診断され、その高率な発症率に反映されていたと考えられる。

その理由は、1) 精神科診断面接の結果で産後うつ病の診断がついた 20 例に見られたように精神科受診歴やうつ病の既往歴があるなど、産後うつ病の発症に関してリスクの高い母親が含まれていたこと、2) 訪問を希望した母親の中には、プロフィールに見られたように家族からのサポートが少なかったり、通勤族で身近な相談相手がいなかったりした例も含まれていたこと、3) 保健婦の訪問例には双胎、未熟児、児の身体疾患など小児科的なハイリスク例が含まれていたことなどがあげられる。以上のような理由があり、これらの母親は自ら訪問を希望したり、あるいは病院が保健所に訪問を依頼したと考えられ、対象のセレクションバイアスがかかっていた。しかし同時に、これらの母親に出産後長期の地域保健所の介入が求められていることも、今回の結果は示している。

(2) 新生児訪問時に施行した EPDS の結果で、100 例中 16 例 (16%) が EPDS の日本での区分点である 9 点以上であった。この結果は、これまでの報告より高く、対象にハイリスクの母親を多く含んでいたことをスクリーニングの上からも支持していた。

新生児訪問時の EPDS の得点が区分点以上であった 16 例のうち、面接が施行できなかった 5 例を除く 11 例中 8 例に産後うつ病の診断がついており、地域においても EPDS が産後うつ病のスクリーニングとして十分有用であることが確認できた。

(3) 一方、faulse negative 例が 12 例あった。研究にあたって、訪問時の EPDS の得点が 8 点以下であっても、訪問指導員が気になった母親はケースとして相談例にあげるように決めていたが、この 12 例は 1 例もケースとしてあげられていなかった。12 例中 4 例が出産後 5 日以内、12 例中 10 例が出産後 1 カ月以内に産後うつ病を発症していた。2 例のみが出産後 3 カ月頃の発症であった。このように産後うつ病は従来報告されていたよりも出産後早期に発症していた。しかし、EPDS を施行した新生児訪

問は産後 8~10 週に行われており、産後うつ病の罹患期間が過ぎていることが多かった。

このことから、今後 EPDS を用いたスクリーニングを母子精神支援のプログラムとして行うならば、出産後早期、できれば母親が病院で退院直前に、第 1 回目の産後うつ病スクリーニングを行うことが望まれる。その結果、区分点以上の母親については、母親が生活する地域保健所の母子保健スタッフとの連携をすることが重要であろう。私たちの研究でも、産後うつ病を発症した母親の多くが産後 5 日目の時点ですでに発症していた (山下ら, 2000)。

(4) 児に小児科学的な問題が生じた場合の母親の抑うつについて

児が病気のために入院や手術を要した例について考察する。前述した faulse negative の母親の多くが、小児科的問題を抱えていた。しかも、EPDS の得点が 8~6 点と比較的閾値に近い点数の母親であり、確かに抑うつ症状は存在していたと考えられる。しかし、母親は訪問指導員に、児の病気に対する心配や不安を中心に話したため、母親自身の不安や抑うつが見過ごされた可能性がある。母親自身も自分自身の気分の落ち込みを訴える余裕がなかったと思われる。うち 2 例は、6 カ月のアンケート時の EPDS の得点が区分点以上であったため、保健婦の訪問を受けているが、その時には夫婦関係の問題に伴う自分自身の気分の落ち込みや不安などを訴えることができていた。

(5) 今後、より精度の高い産後うつ病スクリーニングを行い、母親を有効に援助するためには、①病院の産科病棟あるいは産科医院と地域保健所が連携するシステムが有効と思われる。その場合、退院直前の産科病棟および 1 カ月褥婦健診で EPDS を用いたスクリーニングをして、母親の精神サポートを行う。②EPDS の得点が区分点以上であった例に新生児期の早期の訪問を行い、③さらに、4 カ月乳幼児健診時に再度スクリーニングを行えば、出産後に児についての小児科的問題や夫婦関係などの対人問題が重なって、遅れて発症した例も見いだすことが可能になると考える。

(6) スクリーニングとしてではなく、精神面のサポートのための EPDS の活用
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。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 (吉田、山下, 2000)。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、それに基づいて訪問指導員に、自分の抱えている問題を相談するきっかけにもなった。また、指導員にとっては、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、母親自身の精神面を理解し、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。

2) サポートとしての里帰りについて

里帰り分娩については過去にもいくつかの調査がなされているが、主に産科医や助産婦、産科勤務の看護婦などから里帰りをするることによって妊娠経過のモニターが中断したり、妊娠中や出産後早期に長距離あるいは長時間の移動をすることによって妊娠・分娩や新生児の異常が高率であるなど、そのデメリットに関する報告と警告がなされることが多かった（品川ら、1987、岡根ら、1993、高橋ら、1989）。また、夫婦が別れて生活することによって夫婦関係に影響を与えたり、父性の確立が遅れたりなどの家族に関する社会心理学的な立場からのそのデメリットが指摘されている（杉本ら、1987、野村ら、1983）。

今回は、比較精神医学の立場から、産後うつ病発症とサポートの有無との関連に着目して、先進国の中ではわが国だけにみられる妊産婦へのサポートシステムとしての「里帰り分娩」に注目した。「里帰り分娩」は、(1) 相当の長途・長時間の旅行をして、妊産婦が実家ないしはそれに準ずるところに帰る (2) 妊娠の経過を観察していた医師や助産婦と、分娩を取り扱う医師や助産婦とまるっきり変わる (3) 妊娠末期から分娩・産褥期にかけて、妻と夫とが相当の期間、離ればなれに暮らす、の 3 つの条件を備えた場合と定義されている（品川ら、1987）。ここでは品川らの定義による「里帰り分娩」のみでなく、広義に「妊娠中あるいは出産後に実家ないしそれに準ずるところに帰ることを「里帰り」として調査を行った。また実母や義母が妊産婦の家へ手伝いにくること（逆里帰り）も、妊産婦へのサポートとして重要と考えた。

こうして里帰りをしたか、手伝いを受けたかという軸で、3 群に分けて比較検討した結果、里帰りしなかったし、手伝いも受けなかった群に実母や夫との不和の問題を抱えている人が多かった。実母との疎遠な原因として幼少時に両親

の離婚を経験している人が多かったが、親との離別と抑うつとの関連についての報告もある（Kumar, Robson, 1984）。

里帰りにおけるサポートの評価は、人間関係を含めた質的評価が重要なのである。つまり、里帰りにより、あるいは里の親に出産を機に手伝いを受けたサポートが母親にとって、どのような精神的あるいは実質的援助となっているのか、そしてそれが実際に産後うつ病の発症あるいはうつ得点などの結果と関連しているかを検討する事が重要である。また里帰りに関する研究は、サポートの研究のみには終わらない。周産期の母親の出産に当たっての心理的な自己評価や、母親自身の親との関連については、多数の報告がある。この観点から里帰りを考える時に、母親と里の親（特に母親）との関係が問題となってくる。本研究では、里帰りができず、あるいは、母親からの手伝いを受けたという広い意味での里帰りもしなかった母親が述べた、実母との関係が興味深い。結果では、C群にあたる母親であるが、これらの母親にこそ、地域保健所等を中心としたスタッフによる出産後早期からの母子訪問および、その後の長期的母子介入のシステムが望まれるのである。

【文献】

1. Cox, JL, Holden, JM, Sagovsky, R: Detection of postnatal depression: development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150: 782-786, 1987
2. Kumar, R, Robson, KM: A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiat* 144: 35-47. 1984
3. 野村雪光, 河村豊, 品川信良, ら: 里帰り分娩における親子関係. *周産期医学* 13(12): 380-383, 1983
4. 岡根真人, 宗田聡, 藤田佳世, ら: 里帰り分娩の問題点—母体搬送との関連について. *周産期医学* 23(2): 281-284, 1993
5. 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子, ら: 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. *精神科診断学* 7(4): 525-533, 1996
6. 品川信良, 野村雪光, 片桐清一, ら: 「里帰り分娩」に対する社会医学的考察. *日本医師会雑誌* 80(3): 351-355, 1978
7. 杉本久美, 門川久子, 河野穂波, ら: 里帰り分娩における父性意識の調査—里帰り分

- 娩と地元分娩を比較して- 第 18 回日本看護学会(母性看護)集録:165-167,1987
8. 高橋裕, 内海透, 真田広行, ら: 里帰り分娩の問題点-胎児情報の面から-. 周産期医学 19(8):1157-1160,1989
9. 吉田敬子, 山下洋: ライフイベントとしての子どもの誕生. 精神科治療学 15(8):

- 851-856, 2000
10. 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 58: 145-154, 2000

表1 出産後12カ月目のSCID診断で産後うつ病と診断した20例

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	DSM-IV診断		
					出産後1年間	うつ病の期間 訪問時期	
17	14	10	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	特定不能のうつ病性障害・小うつ病/ 産後の発症	3d~20d 23d	過去の既往 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) 高齢初産	孤立した育児	うつ病性障害・大うつ病/ 産後の発症	3d~2m 109d	社会恐怖
14	7	5	羊水過少、骨盤位、帝王切開	実母・姑との不和、家族(夫、弟)の病氣 児のヘルニア・入院・手術	うつ病性障害・大うつ病/ 産後の発症	20d~2m 43d	
12	7	10	帝王切開	上の子が多動、育児疲れ、身体愁訴	うつ病性障害・大うつ病/ 産後の発症	10d~40d 71d	
12	10	7		夫婦不和、対人緊張が高い	特定不能のうつ病性障害・小うつ病/ 産後の発症	30d~60d 53d	
11	13	2	未熟児のための母子分離	身体愁訴、孤立した育児、対処能力が低い	うつ病性障害・大うつ病/ 産後の発症	4d~6m 36d	
10	11	10		育児疲れ、家業のトラブル	特定不能のうつ病性障害・小うつ病/ 産後の発症	7d~30d 3m~6m 67d	
10		10	高齢初産、未熟児	復職のあせり 児の肺炎・入院	うつ病性障害・大うつ病/ 産後の発症	4d~5m 9m~12m 19d	大うつ病
8	17	9	切迫早産、鉗子分娩	両眼白内障・左眼視力障害、夫婦不和 児のアトピー性皮膚炎・入院	特定不能のうつ病性障害・小うつ病/ 産後の発症	3m~5m 43d	神経性食思不振症
8	13	13		結婚に反対され実母と不和 交通事故・入院 児の川崎病・入院	うつ病性障害・大うつ病/ 産後の発症	3d~3m 11m~12m 45d	
8		8	継続するつわり (妊娠5カ月から出産まで)	経済的問題 児の貧血、ヘルニア・入院・手術、発達障害	うつ病性障害・大うつ病/ 産後の発症	7d~1.5m 86d	
8		8	遅延分娩、帝王切開	夫の家族との不和、出産直前の転院 児の尿路感染症・入院	特定不能のうつ病性障害・小うつ病/ 産後の発症	6d~2m 109d	
7	2	2	過呼吸発作、ひどいつわり 子宮頸管ボリープ・手術 カウンセリング	児の心奇形、発育障害	うつ病性障害・大うつ病/ 産後の発症	4d~40d 49d	
7	1	2	(自律神経失調症) 嘔吐瀉、ひどいつわり	親友との不和、夫の家族との不和	特定不能のうつ病性障害・小うつ病/ 産後の発症	3m~4m 52d	
6	7	8	偏頭痛	育児疲れ(年子)、日光過敏 児の喘息様気管支炎・通院	うつ病性障害・大うつ病/ 産後の発症	2d~3w 27d	大うつ病
6	3	2		実母が白血病(産後)、児の夜泣き 第2子妊娠、児のヘルニア・入院・手術	特定不能のうつ病性障害・小うつ病/ 産後の発症	7d~1m 45d	大うつ病
4	9	3	習慣性流産	同居している夫の両親との不和・別居 乳腺炎、児の肺炎・通院	特定不能のうつ病性障害・小うつ病/ 産後の発症	25d~5m 39d	
4		4	妊娠中の自傷行為、異常過敏 ひどいつわり	夫婦不和、対人不信	うつ病性障害・大うつ病/ 産後の発症	妊娠中~10m 15d	
3	2	2	アトピー性皮膚炎		特定不能のうつ病性障害・小うつ病/ 産後の発症	22d~40d 52d	薬剤性二次性うつ
1	1	14	不妊治療	夫婦不和、経済的問題	うつ病性障害・大うつ病/ 産後の発症	6d~1m 79d	(過食嘔吐)

表2 里帰りせず手伝いもなかった群(8例)のプロフィール

初産/ 経産	訪問時 EPDS	産後 6カ月 EPDS	産後 1年 EPDS	産科/周産期/小児科 要因	夫のサポートへの 満足と内容	両親の離婚の経験 離婚時年齢	プロフィール	SCID
								DSM-IV診断
初産	17	14	10	人工妊娠中絶後に パニック発作	-	+	実母と疎遠、中卒 孤立した育児、児への虐待	大うつ病/産後の発症
初産	11	13	2	未熟児のため 母子分離	+	?	実母と疎遠、中卒 孤立した育児、ネグレクト	大うつ病/産後の発症
初産	9	10	10	胎盤早期剥離、未熟児 /両腎肥大、母子分離	-	+	23歳時に実母が自殺・死別反応 義母・夫と不和	第1軸の診断 または状態なし
経産	9	6	4	吸引分娩	-	+	実母と疎遠、義父母と不和 孤立した育児	第1軸の診断 または状態なし
経産	8	7	6	なし	+	+	実母と疎遠 夫以外の人に関心がない	第1軸の診断 または状態なし
経産	7	14	-	なし	夫がいない	?	母子家庭	面接拒否
初産	5	6	-	なし	+	?	姉が出産、里帰りしたため里帰りせず 夫との仲は良好	面接拒否 (就職のため)
経産	2	7	3	切迫早産で2回入院	-	-	過去にライフイベント 精神科受診歴、パニック発作	第1軸の診断 または状態なし

「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 青森県立保健大学健康科学部看護学科

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、高橋 佳子

青森県立保健大学健康科学部看護学科

岸田 泰子 島根医科大学

研究要旨：平成 10 年に行った、助産婦のメンタルヘルスケア能力育成に関するデルファイ法による調査の結果をもとに、妊産褥婦・乳幼児に最も身近な存在である助産婦を対象に、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プログラム試案を作成した。昨年度から 2 年間実施し、助産婦のメンタルヘルスケア能力育成コースのあり方を検討した。その結果、知識、カウンセリング能力、アセスメント能力は向上し、実践に生かされていることが、研修前後の自他の評価によって明らかとなり、本研修プログラムの有効性が確認された。

A. 研究目的

本研究は一昨年、デルファイ法による調査研究¹⁾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、昨年および今年度は、助産婦のメンタルヘルスケア能力育成を目的としたプログラムの開発を目標として、助産婦の卒業後研修プログラム試案を作成し、実施、評価を行った。

B. 研究方法

1. プログラムの作成

デルファイ法による調査研究結果をもとに、昨年度はメンタルヘルスケア能力育成のための研修の目標を表 1 のとおり整理した。それに基づきプログラム（表 2）（以下、基礎コースと称す）を検討し、内容に照らして、本研究のメンバーを中心に講師 16 名を選定した。

今年度は、表 3 の目標と表 4 のプログラム（以下、応用コース）を追加し、昨年度の講師陣に 5 名加えた。講師の職種は、精神科医師、母性・小児看護および心理学領域の大学教員、助産婦、保健師等であった。

2. プログラムの実施

昨年度基礎コースは研修期間を 2 週間（10 日間）とし、青森で行った（受講者 22 名）。

今年度基礎コースは 5 日間を 2 期に分けて青森で行い（受講者 30 名）、応用コースは 5 日間で東京にて行った（受講者 21 名）。いずれのコースも受講対象者を 5 年以上の助産婦を原則とした。

受講者募集の際には、本研修プログラムが厚生科学研究「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、グループワーク等で使用した事例に関しては事例のプライバシーを守るよう配慮した。

3. プログラムの評価

本プログラム受講後の効果を評価するため、受講者（受講前・中間・直後・1 ヶ月後・昨年度受講者は 8 ヶ月後）、勤務施設の上司（受講後 1 ヶ月）を対象に認知、情意、総合（認知・情意・精神・運動）領域に関する評価を行った。また昨年度は、受講者とコントロール群の比較をするため、研修を受講しない 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、認知領域ではカウンセリングテスト、情意領域では SE（Self-Esteem、自尊感情）テスト・患者関係テスト、総合領域では自己評価・上司から見た評価・事例展開を用いた。

C. 研究結果

1. 受講者の属性およびニーズ

昨年度基礎コース受講者は経験年数 5～27（平均 13.0±8.9）、年齢 27～49（平均 37.4±6.14）、今年度基礎コース受講者は経験年数 5～20（平均 12.8±5.05）、年齢 25～44（平均 36.8±5.88）、応用コース受講者は経験年数 3～21（平均 10.5±6.11）、年齢 25～44（平均 33.7±6.83）であった。

表.1 基礎コースプログラムの一般・行動目標（青森コース）

一般目標（General Instructional Objectives：G I O） 助産婦として妊産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カケアが実践できる能力を養う。	
行動目標（Specific Behavioral Objectives：S B O）	
1. 正常および異常な経過をたどる妊産婦の心理社会的変化や特徴を理解できる。 2. 妊産婦の精神疾患を理解できる。 3. 妊産婦の精神疾患をスクリーニングできる。 4. 基礎的なカウンセリングの理論を理解できる。 5. 基礎的なカウンセリングの技術をメンタルヘルスカケアに活用できる。 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。 7. 妊産婦のメンタルヘルスカケアに必要なコミュニケーション技法を活用できる。	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。 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。 10. 妊産婦の危機・喪失・悲嘆の心理過程を理解できる。 11. 妊産婦の危機・喪失・悲嘆の心理過程について介入できる。 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。 13. 自主的学習能力を身につけ多様なメンタルヘルスカケアに対応できる。

表.2 基礎コースプログラム

	月日	(9:00~10:30)	(10:40~12:10)	(13:10~14:40)	(14:50~16:20)
第Ⅰ期	9月18日	オリエンテーション	助産診断	正常な妊産婦の心理とケア	グループワーク
	19日	カウンセリングの基礎知識と技術		乳幼児の発達と育児不安	患者論
	20日	妊産婦のメンタルヘルスカケア		母子のコミュニケーション	
	21日	乳幼児の発達と遊び方	グループワーク	家族看護学	
	22日	周産期死を経験した母親のメンタルヘルス		地域におけるメンタルヘルス	
第Ⅱ期	10月30日	グループワーク	異常経過のある妊産婦のメンタルヘルスカケア	グループワーク	妊産婦へのエモーショナルサポートと助産婦への期待
	31日	妊産婦の精神疾患の診断と治療—精神科疾患のスクリーニング—		他者を援助できる以前に必要なこと	
	11月1日	青森県の母子保健対策	地域の妊産婦との関わり—青森市の母子保健行政とその実際—	患者論	乳幼児の虐待
	2日	グループワーク		マタニティブルーの予防とケア	
	3日	妊婦のメンタルヘルスカケア—切迫流産の母親へのメンタルヘルスカケア—		総まとめ	

表.3 応用コースプログラムの一般・行動目標（東京コース）

一般目標（General Instructional Objectives：G I O） 周産期における母親〔特に精神疾患を持っている人〕のメンタルヘルスをアセスメントし、早期発見、メンタルヘルスカケアの実践できる能力を養う。	
行動目標（Specific Behavioral Objectives：S B O）	
1. 正常および異常な経過をたどる妊産婦の心理社会的変化や特徴を理解できる。 2. 妊産婦の精神疾患を理解できる。 3. 妊産婦の精神疾患をスクリーニングできる。 4. 家族心理学を理解できる。 5. 基礎的なカウンセリングの技術をメンタルヘルスカケアに活用できる。 6. 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。	7. 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。 8. 妊産婦の危機・喪失・悲嘆の心理過程を理解し、介入できる。 9. 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。 10. 自主的学習能力を身につけ多様なメンタルヘルスカケアに対応できる。

表.4 応用コースプログラム

	月日	(9:00~10:30)	(10:40~12:10)	(13:20~14:50)	(15:00~16:30)
11月	20日	オリエンテーション	助産診断	精神的問題をもつ妊産婦のケア	マタニティブルー—臨床的意義と助産婦の役割—
	21日	妊産婦の精神障害、精神疾患のある妊産婦の診断と治療		精神疾患のある妊産婦ケアにおける助産婦の役割	妊産婦の精神疾患と児童虐待
	22日	精神科疾患をもつ妊産婦のカウンセリング		家族心理学	
	23日	妊産婦のリエゾンナース		地域におけるメンタルヘルスカケアシステム	
	24日	精神科疾患をもつ妊産婦のケア	グループワーク	21世紀の母子保健と母子のメンタルヘルスカケアにおける助産婦への期待	まとめ

受講生の勤務場所は、68.5%が産婦人科病棟で、その他新生児センター・小児病棟・助産院・保健所等であった。

昨年度基礎コースを受講し、更に今年度応用コースを受講した者は5名、今年度基礎コースと応用コースの両コースを受講した者は4名であった。

受講者の受講目的（ニーズ）では、障害児や奇形児の母親・精神科疾患をもつ妊産褥婦・児が死亡した母親・家族のサポート問題、育児放棄等の事例への対応やカウンセリング技術について学びたいとの回答が多かった。

2. 本プログラムの評価

1) 情意領域について

SEテストは、コントロール群との比較では、昨年度受講者はコントロール群および今年度受講者よりも有意に高い得点（ $p < .05$ ）であったが、今年度受講者は昨年度のコントロール群との有意差はなかった。受講前後のSEテスト（表5）をみると、受講前と1ヵ月後・8ヵ月後との有意差はないが、平均点が経時的に高くなっていった。患者関係テストにおいても、有意差はみられなかったが、平均点が経時的に高くなっていった。

表5. 基礎コース受講のSE（自尊感情）テストの結果

平成11年度			平成12年度		
時期	n	M(SD)	時期	n	M(SD)
受講前	21	29.4 (±4.8)	受講前	30	26.0 (±4.9)
中間	21	29.5 (±4.6)	中 1期終了	30	27.4 (±5.4)
直後	21	31.1 (±4.8)	間 II期開始前	28	26.6 (±5.7)
1ヵ月後	21	30.4 (±4.5)	直後	29	28.9 (±5.6)
8ヵ月後	18	30.2 (±4.6)	1ヵ月後	25	29.0 (±6.2)

* $p < .05$, ** $p < .01$

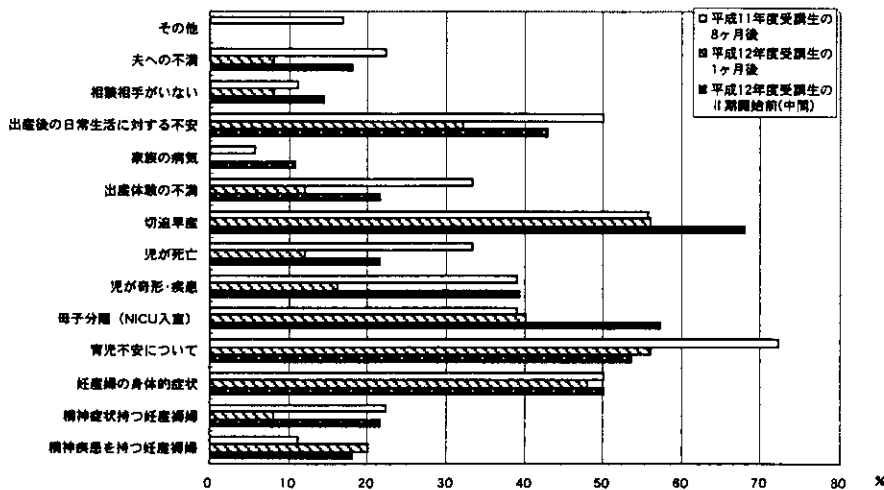


図1. メンタルヘルスクエアを行った対象事例（コース受講後の時期別比較）

2) 総合領域について

受講終了後の調査において、その時点の過去1ヶ月間にメンタルヘルスクエアを行った対象事例の問題状況は広範にわたっていた（図1）。

後輩または同僚の指導について（図2）も、直接、または報告会やカンファレンス等を通じて行われており、6～8割の上司から、研修後実践に活用されていると評価されていた。

本プログラムの感想等については、本プログラムの継続・対象者の保健婦や看護婦等他職種への拡大と、事例検討会・フォローアップ研修会の開催を望む声が目立った。

D. 考察

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を背景として、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)}。また、近年、妊産褥婦で、精神疾患やマタニティブルーを発症し、あるいは、子供の虐待等の精神的、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⁾。

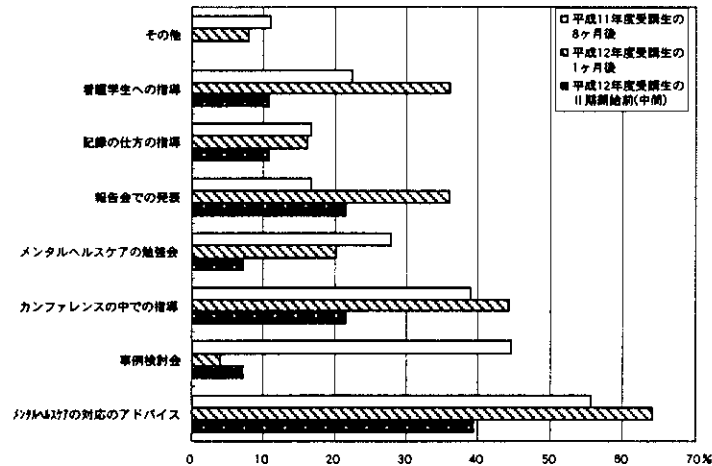


図2. 後輩または同僚へ行ったメンタルヘルスクアの指導内容(コース受講後の時期別比較)

本プログラムに対する受講者のニーズからも、助産婦が上記の問題解決のための専門的能力を持ち、展開させていくことが切望されているといえる。

SE・患者関係テストにおいて平均点が経時的に高くなっていったこと、1ヶ月または8ヶ月経っても、様々なケースに対しメンタルヘルスクアを行い、同僚や後輩の指導を行っていたことから、本プログラムを受講したことにより、母子のメンタルヘルスクアに対するモチベーションを高く持ち、継続的に経験を重ね能力を維持または向上させていると考えられる。また、本プログラム受講後更にフォローアップ研修会・事例検討会を望む声からも、多様化する事例に対応できるよう継続学習が必要と考えられる。今後は本プログラム受講者を中心に、学習会や事例検討会が継続できるようなサポート等も考えていきたい。

E. 結論

助産婦のメンタルヘルスク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になった。

- 1) 受講者は日常業務の中で妊産褥婦のメンタルヘルスクアを求められ、メンタルヘルスに関する助産婦の卒後教育プログラムに対するニーズは高い。
- 2) 受講後は、自尊感情・患者関係形成が良好であり、メンタルヘルスクア能力を維持・展開している。
- 3) 受講後にメンタルヘルスクアに関する学習会や同僚・後輩への指導等に取り組み、上司からも高く評価されている。
- 4) 本プログラムの継続・対象者の保健婦や看護婦等他職種への拡大、事例検討会・フォロー

アップ研修会の開催が望まれている。

F. 参考文献

- 1) 新道幸恵他：助産婦における母子のメンタルヘルスクアに関する研究，平成10年度厚生省心身障害研究報告書：60-64，1999。
- 2) 新道幸恵他：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：79-82，1998。
- 3) 新道幸恵他：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：41-43，1997。
- 4) 厚生省の指標(臨時増刊)国民衛生の動向：46(9)，1999。

G. 研究発表

- 1) 論文発表
 1. 新道幸恵他，「助産婦のメンタルヘルスク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」，母性衛生学会誌(投稿中)
- 2) 学会発表
 1. 玉熊和子他，「助産婦のメンタルヘルスクア能力育成のための卒後研修について—第1報. 研修プログラムの紹介—」第41回母性衛生学会学術集会(岐阜市)，学術集会抄録集 p.115，2000。
 2. 田中克枝他，「助産婦のメンタルヘルスクア能力育成のための卒後研修について—第2報. 研修後の評価—」第41回母性衛生学会学術集会(岐阜市)，学術集会抄録集 p.116，2000。
 3. 益田早苗他，「助産婦のメンタルヘルスクア能力育成プログラムについての有効性—評価に焦点をあてて—」，第15回日本助産学会学術集会(金沢市)，日本助産婦学会学術集会集録 p.78，2001

助産婦教育における母子精神保健教育のあり方の研究

－知識とその実践に向けて：教材製作とその教育効果－

谷口初美 佐賀医科大学医学部臨床看護学講座

研究要旨：出産に関連するメンタルヘルス（産褥編）の教材を学習者の自由度（学習時間、学習順序、選択、場所、環境等）で学べる方法としてコンピューターを用いた CAI 教材を開発し、その教育効果を 4 年制看護学科の 2 年次生（母性の看護）と助産選択コース（4 年次生）・専攻生を対象におこなった。この結果、使用前後の学習効果は両者とも高く、特に看護学科 2 年次生において有位差がみられた。マルチメディアを用いた本教授法は学習者に新規性とおもしろみを与えこれらが学習に対するモチベーションを促進した。本 CAI 教材の内容は看護学科 2 年次生のレベルで充分習得可能であり、助産学生にはさらに臨床実習に生かす実践力を養うカリキュラムの必要性が示唆された。

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発育状態、パートナー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、周産期に携わる専門職もこの知識は乏しくこれらの問題を扱った教材も数少ない。そこで、産後のメンタルヘルスの教育を充実すべく教材を開発し、これから周産期に携わる助産婦学生、看護学生の母子精神保健教育の充実と学習支援に活用されることを試みた。

B. 研究方法

1. 教材開発

1) G.I.O, S.B.O.を設定し基礎編（医学情報、看護情報、臨床所見）、応用編（患者インタビュー、疾患の鑑別、診断ツール、患者教育用資料）に分類してコンテンツを構築した。教材内容は共同研究者吉田敬子精神神経医師の指導のもとに内容の正確さと充実をはかった。

図 1. 出産に関連するメンタルヘルス（産褥編）
タイトル画面



2) コンピューターを利用した CAI 学習形態として製作した。(図 1)。

2. 教育効果の研究

1) 対象

佐賀医科大学医学部看護学科 2 年次生 54 名
助産専攻・選択コース学生 60 名
(九大、長大、鹿児島大、佐賀医科大)

2) 方法

学習効果の研究のためこの CAI 教材を一時的にコンピューター環境に左右されない Web 上にパスワードを設定して載せた。教材アクセス前後に個別学習目標 (S.B.O) 別に分類した同じ内容のアンケート調査を施行した。このアンケートの解答は 4 段階の順序尺度を使用した。1:できない 2:少しできる 3:まあまあできる 4:充分できる

3) 学習効果の判定

個別学習目標 (S.B.O) 別に順序尺度の点数を教材前後の変位で調べ、検定にはノンパラメトリック符号検定 (sign test) を用いた。

C. 研究結果

1. 統計的な教育効果

教材アクセス前後のアンケートから得られた順序尺度の点数を個別学習目標 (S.B.O) 別に分類したのが図 2、3 である。前後の点数の変位を見るために、アクセス後の点数－教材アクセス前の点数（基礎点数）＝習得点数とした。この習得点数の看護学生 2 年次と助産学生の比較では、全体的な習得点数は 2 年次生の方が明らかに高い傾向にあった。特に、産後の精神障害の理解の分野（医学情報）では助産学生よりも優位に習得点数が高い。しかし、基礎点数においては助産学生の方が看護学生に比べ優位に高かった。これは助産学生の今までの学習背景から察知される。これら前後の教育効果をノンパラメトリック符号検定で検証した結果が表 1、2 である。

図2. 個別学習目標(S.B.O)別分類：2年次

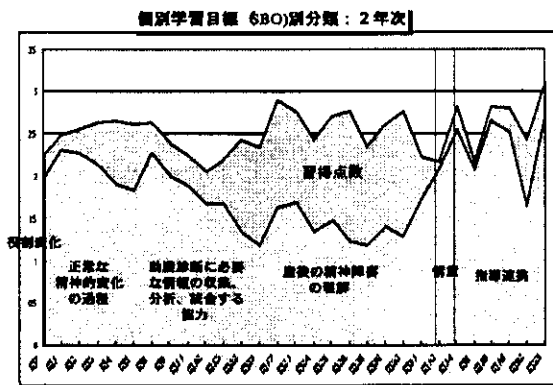
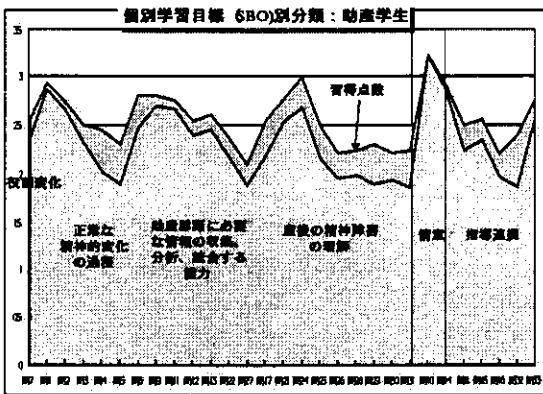


表2. 個別学習目標 (S.B.O) 別学習効果

個別学習目標(S.B.O)別学習効果		2年次 助産学生	
問題17	↑	**	**
問題21		**	*
問題24		**	
問題25		**	**
問題26	精神医学	**	*
問題28		**	*
問題29		**	**
問題30		**	**
問題31	↓	**	**
問題10	情報		
問題14	情報	**	
問題8	↑		
問題15		*	*
問題16	指導連携	*	*
問題32		**	**
問題33	↓	**	**

* P<0.05 ** P<0.01

図3. 個別学習目標(S.B.O)別分類：助産学生



2. 教材使用後の学生の感想

図4に示すように看護学生、助産学生ともに今まで以上に産褥期のケアに関心が高まったという反応があった。

図4. 産褥期のケアの関心

産褥期のメンタルヘルスの教材を使用したことで、今まで以上に産褥時のケアに関心が高まったと思いますか？

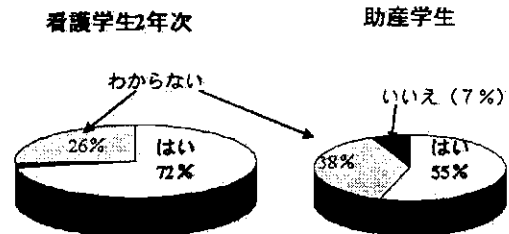


表1. 個別学習目標(S.B.O)別学習効果

個別学習目標(S.B.O)別学習効果			
問題	役割	2年次	助産
問題7		**	*
問題1	↑	*	
問題2		**	
問題3	正常	**	
問題4		**	**
問題5		**	**
問題6	↓	**	**
問題9	↑	**	
問題11		**	
問題12	助産診断	**	
問題13		**	
問題22		**	**
問題27	↓	**	*

* P<0.05 **P<0.01

看護学生 2年次においてはほとんど全ての分野において有位差 (*P<0.05, **P<0.01)を示した。助産学生は役割、産後の精神障害(医学情報)、指導連携の分野に有位差が示された。また、正常な精神的変化の過程と助産診断に必要な情報の収集、分析、統合する能力の分野では一部有位差が示された。

3. 教材としての適正(自由記載の学生の反応)

1) CAIとしての利点として

- ・自分のペースで見れる
- ・画面が鮮明で楽しい
- ・興味のある部分、理解不十分なところは何度も繰り返し学習できる
- ・インターネットだと集中できる
- ・新鮮さ

- ・ビデオで生の声が聞けるのは生きた勉強だ
- ・自分で理解しようとする意識が積極的に働く、やる気がでた
- ・自分で考える余裕が生まれる
- ・復習に最適

2) CAIの欠点とも思える反応として、

- ・教官の話ほどリアルさにかけるのもものたりなさがある
- ・認識してみていないと頭の中ですどおりしてしまう
- ・画面を見るだけでは記憶の定着が薄れる

- ・どこが重要なのか把握しにくい
 - ・自分の主観が入ったり、変な解釈が入る不安
 - ・興味のある分野とそうでない分野で学習にムラができる
 - ・字が多いと読む気がしない。飽きてしまう
 - ・視覚に訴えるものだけでは興味が持ちにくい
 - ・集中力が欠けがちになった
 - ・目が痛くなった
- という感想が得られた。

3) 教材の内容に関する感想を下記に示す。

- ・自分で見て読めばわかる程度の難易度だった
- ・精神的変化が看護の視点でまとめられていて分かりやすかった
- ・1つの事柄に関し、さまざまな教材を開くことで密に学ぶことができた
- ・図、表もありプログラムが分かりやすかった
- ・自己学習には最適で分かり易い教材であった

D. 考察

妊産婦のメンタルヘルスの学習支援に、一度に多くの事柄を短時間で伝達でき、興味を持って学習できる方法としてマルチメディアを用いたCAI教材の開発を試みた。本研究での学生の反応として自分のペースで何度も繰り返し学習でき、画面が鮮明でしかも学習するのが楽しくなるなどの反応が得られたことは現在の学生達の習性にあった教授法であったことがうかがえた。また反面として目が痛くなる、内容が素通りしてしまうなどの点もあった。教材内容に関しては、読んで理解しやすい言葉の使用に心がけ再三の内容の審議を検討をした結果、学生の反応として自分で見て読めばわかる程度の難易度だった。精神的変化が看護の視点でまとめられていて分かり易かった。1つの事柄に関し、さまざまな教材を開くことで密に学ぶことができた。自己学習には最適で分かり易い教材であった。などの感想は学生に合った内容であったことがうかがえる。統計的教育効果の結果もさることながらやはり実際の学生の教材使用体験結果から得られる感想は大変重要な意味をもたらす。

E. 結論

今回、看護学生2年次における母性の看護と助産学生を対象に試みた結果、知識の習得は母性の看護学習時の2年次生で充分可能である。助産学生はそれをどのように臨床実習に生かす実践力を養うカリキュラムの必要性が示唆された。

今後のカリキュラム作成時には今回の研究の結果を反映して、それぞれの学習のレディネ

スと必要性に応じた学習カリキュラム改訂が望まれる。

F. 参考文献

- 1) 吉田敬子：母子と家族への援助—妊娠と出産の精神医学。金剛出版.2000
- 2) Compendium of postpartum care. AWHONN(Association of women's Health, Obstetric and Neonatal Nurse),1996.

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 谷口初美、松山敏剛、島田三恵子：日本人女性の異文化での妊娠・出産に関するコーピング（対処）と今後の母子保健対策—ハワイ州ホノルルでの調査—。母性衛生 41(4):388-397, 2000
- 2) Taniguchi, H., Hattori, K., Matsuyama, T., Takasaki, M.: Introduction of a Support System for Maternal Nursing Using the Internet For Nursing Education. Japan Journal of Medical Informatics 20(5):385-391, 2001

2. 研究発表

- 1) Taniguchi, H., Hattori, K., Matsuyama, T., Takasaki, M.: Introduction of a Support System for Maternal Nursing Using the Internet For Nursing Education. The 7th International Congress Nursing Informatics, New Zealand, 2000, 5, 2.
- 2) 谷口初美、小北良子、服部佳代子：インターネットによる周産期看護知識の提供—迅速でかつ適切な看護実践のための看護計画—。第41回日本母性衛生学会総会.2000,9,29.母性衛生 Vol.41, No3:218
- 3) 服部佳代子、小北良子、谷口初美、新井香奈子、天神静代：カリキュラム改正「正常分娩の取り扱い件数10例程度を目安」へ—全国助産婦教育機関の取り組み—。第41回日本母性衛生学会総会. 2000,9,29. 母性衛生 Vol.41, No3:131
- 4) 谷口初美、小北良子、服部佳代子、高崎光浩：ホームページを利用した公開講座のアクセスログ解析と今後の展望.第20回医療情報学連合大会.2000,11,24. 第20回医療情報学連合大会論文集