

図-1 母子関係介入研究の方法

Year	Month	Activity / Measurement	Notes
H12年度 2000	4	介入研修	
	5	AM=7.5のトレーニング	
	6		
	7		
	8		
	9		
	10	抽出 (6.7月生まれの中から20ケース抽出)	
	11	介入20ケース 事前訪問(フォーム・イベント)	
	12	抽出 (8.9月生まれの中から20ケース抽出)	
	1	10ヶ月健診	
	2	Free Play, CES-D, Parenting Stress, Demographic, AAQ	
	3	Free Play	
H13年度	4	Free Play, CES-D, Parenting Stress, Demographic, AAQ	
	5	Free Play	
	6	Free Play	
	7	Free Play	
	8	Free Play	
	9	Free Play	
	10	Free Play	
	11	Free Play	
	12	Free Play	
	1	Free Play	
	2	Free Play	
	2001	3	Free Play
4		Free Play	
5		Free Play	
6		Free Play	
7		Free Play	
8		Free Play	
9		Free Play	
10		Free Play	
11		Free Play	
12		Free Play	
1		Free Play	
2002		2	Free Play
	3	Free Play	
	4	Free Play	
	5	Free Play	
	6	Free Play	
	7	Free Play	
	8	Free Play	
	9	Free Play	
	10	Free Play	
	11	Free Play	
	12	Free Play	
	H14年度	1	Free Play
2		Free Play	
3		Free Play	
4		Free Play	
5		Free Play	
6		Free Play	
7		Free Play	
8		Free Play	
9		Free Play	
10		Free Play	
11		Free Play	



表1 ロジスティック回帰分析による母親の抑うつ状態と母親の属性の関連

因子	カテゴリ	オッズ比	95%信頼区間
学歴	高校以上	1	
	中学校	6.50	0.98、43.0
出生順位	第一子	1	
	第二子	3.31	0.63、17.4
年齢(歳)	<=30	1	
	>30	0.85	0.19、3.79
収入(万円)	>=400	1	
	<400	2.48	0.55、11.1
家族人数	<=3	1	
	>3	2.13	0.40、11.2
夫婦関係	満足	1	
	不満	6.00	0.98、43.0
夫の暴力、アルコール(薬物)依存問題	ない	1	
	ある	2.50	0.25、24.9
アルコール(薬物)乱用した事	ない	1	
	ある	<u>7.70</u>	1.13、52.7
誰かに虐待されたこと	ない	1	
	ある	<u>9.24</u>	1.70、50.3

表2 母親の育児ストレスに関する因子分析

因子	I	II	III	
固有値	7.56	1.44	0.96	
寄与率(%)	61	11	8	
累積寄与率(%)	61	72	80	
子の気質	気に入らないことがあるとむずかかって怒る	<u>0.73130</u>	0.20136	-0.18692
	抱き癖がついてしまっている	<u>0.69879</u>	-0.08359	0.12540
	一度ぐずるとなだめにくい	<u>0.66876</u>	0.30587	-0.16353
	ちょっとしたことで激しく泣く	<u>0.66582</u>	0.29583	-0.06704
	寝つきが悪い	<u>0.63218</u>	-0.04521	0.11685
	睡眠時間がまちまちである	<u>0.59997</u>	-0.20204	0.22572
	夜泣きがひどい	<u>0.55277</u>	-0.30959	0.17323
	母以外の方が声をかけたり抱いたりすると大泣きする	0.45110	-0.08485	0.13215
	気がちりやすい	0.41296	0.23617	0.05772
	授乳がうまくいかない	0.34534	0.02905	0.23294
家族・社会のサポート	子供と接する時間がない	-0.02525	<u>0.78329</u>	-0.01121
	夫が子供をかまわない	-0.21169	<u>0.67314</u>	0.15731
	子供を放りだしたい	-0.13737	0.49362	0.39265
	夫をわずらわせて悪い	-0.05664	0.46862	0.22873
	どう接すればよいかわからない	0.36497	0.44590	0.12580
	この先どう育てるかわからない	0.30747	0.36386	0.27477
	情報が多くて混乱する	0.23370	0.31159	0.16814
	育児について何かにつけ後悔する	0.10153	0.15352	<u>0.72994</u>
自責感	こどもの悪い面を自分のせいだと思う	-0.01317	0.30023	<u>0.53338</u>
	こどもの体の調子が悪い	0.17637	0.03866	<u>0.50189</u>
	発育が遅れている	0.44630	0.04833	0.40241
	感情的に接してしまう	0.20527	0.23903	0.35805

因子抽出法：主因子法 回転法：バリマクス回転 因子負荷量：0.5以上

表3 母親の抑うつ状態と育児ストレスとの関連（ロジスティック回帰分析による）

因子	カテゴリ	オッズ比	95%信頼区間
子供の気質問題	ない	1	
	ある	1.78	0.87、3.64
家族・社会的サポート問題	ない	1	
	ある	2.31	1.13、4.71
自責感	ない	1	
	ある	4.56	1.77、11.7

表4 2才児の問題行動と母親の抑うつ状態の有無、PIRGAS得点、介入の有無との関連

説明変数	児の問題行動総得点（CBCL）	
	標準回帰係数	p
児が4ヶ月時点での母親の抑うつ状態の有無	0.3812	0.0025
PIRGAS得点	-0.2855	0.0164
介入の有無	-0.1457	0.2117

母親の年齢、学歴、家族収入、子どもの性別を調整した重回帰分析結果

表5 養育者の抑うつ状態のスクリーニング(CES-D)実施数

		対象者数 (受診者数)	実施者数 A	抑うつ状態(16点以上)		専門相談 実数	医療機 関受診	重点フォロー者	
				人数 B	率 B/A			人数 C	率 C/B
K町	4カ月健診	129	121	19	15.7	4	0	6	31.6
	1歳6カ月児健診	121	109	8	7.3	2	1	3	37.5
	3歳児健診	125	121	12	9.9	2	1	2	16.7
	計	375	351	39	11.1	8	2	11	28.2
N町	4カ月健診	121	120	10	8.3	2	1	4	40.0
	1歳6カ月児健診	113	110	12	10.9	1	0	3	25.0
	3歳児健診	135	133	7	5.3	0	0	2	28.6
	計	369	363	29	8.0	3	1	9	31.0
合計	4カ月健診	250	241	29	12.0	6	1	10	34.5
	1歳6カ月児健診	234	219	20	9.1	3	1	6	30.0
	3歳児健診	260	254	19	7.5	2	1	4	21.1
	合計	744	714	68	9.5	11	3	20	29.4

表6 K町の養育者の抑うつプロフィール状況

NO	初回 CES-D 4カ月	CES-D 1.6   3歳		母 の 32	育児 負担	病 気	相談内容				重 点 関 心 事		支 援 方 法					見 相 そ の 他
		4カ月 16	1.6 1				3歳 32	兄弟の問題 やきもち 保育園	夫婦関係	家族関係	虐待	その他	医療	心理	健診	訪問	教室	
1	4カ月	16	1	32	○													
2	4カ月	16	転出	33	○	アトピー												
3	4カ月	24	6	35	○													
4	3歳		17	30	○													
5	4カ月	17	23	転出	24													
6	4カ月	18	25	23	○													
7	3歳		16	35	○													
8	4カ月	37	15	29	○													
9	1.6歳		23	転出	29													
10	1.6歳		17	16	29													
11	4カ月	21	13	31	○													
12	1.6歳		47	22	23													
13	3歳			17	34													
14	3歳			17	33													
15	4カ月	18	17	22	○													
16	3歳			23	29													
17	4カ月	16	転出		28													
18	4カ月	18		29	○													
19	4カ月	30	8	36	○													
20	1.6歳		20	2	32													
21	1.6歳		21	15	32													
22	4カ月	48	30	36														
23	4カ月	16	17	27	○													
24	1.6歳	13	19	25	○													
25	3歳			21	50													
26	3歳			18	29	○												
27	4カ月	16		26														
28	4カ月	18		34														
29	3歳			31	36													
30	3歳		7	29	32													
31	4カ月	33		24														
32	1.6歳	11	17	32	○													
33	1.6歳	14	16	37	○													
34	4カ月	17		33	○													
35	4カ月	21		41	○													
36	3歳		13	19	36													

<資料>

乳幼児健診を活用した母子精神保健に関する支援マニュアル作成の試み

- 1 母子関係の評価についての試み
- 2 養育者のメンタルヘルスに注目した支援マニュアル
- 3 3歳時グレーゾーン児の評価方法と対応の試み

## 1 母子関係の評価についての試み

### (1) 母子関係の重要性

乳幼児精神保健における評価は、乳幼児の心理・社会的発達に対する危険因子の評価（例えば、低出生体重児、養育者の精神疾患、10代の養育者など）、乳幼児の認知・運動発達の評価、乳幼児—養育者の関係性の評価、両親の夫婦関係を含む家族の評価など様々な次元の評価法が含まれます。どの評価法もその重要性に変わりはありませんが、特に乳幼児—養育者（主に母親）の関係性に対する評価は、支援をする際の重要な情報となります。実際、近年の臨床症例研究や発達および発達の病理研究により、乳幼児精神保健の領域で、乳幼児—養育者の関係性の重要性が認識されてきたといえます。（Cramer, 1987 ; Sroufe et al., 1988 ; Sameroff et al., 1989 ; Stern-Bruschweiler et al., 1989 ; Clark et al., 1993 ; Lieberman, 1993 ; Lieberman et al., 1993 ; McDonough, 1993; Stern, 1995）

### (2) 母子関係のアセスメント方法

母子関係のアセスメントは、母子の目に見える行動に現れた相互交渉や母子それぞれのお互いに対する記憶や情緒などといったいろいろな側面からの評価が必要です。これらいろいろな面を評価するための構造化された方法・手順が開発されてきています。いくつかの例を挙げればClinical Problem Solving Procedure（臨床的問題解決プロシージャー、Crowl et al., 1988, 1991）, Nursing Child Assessment Satellite Training: NCAST (Farel et al., 1991)、母親の表象の評価にはラーキングモデルインタビュー Working Model of the Child Interview (Zeanah et al., 1984, 1994, 1995) や大人愛着インタビュー (Main et al., 1985) などがあります。

### (3) 包括的アセスメント尺度

以下に母子の関係性をはかる尺度の一例、包括的アセスメント尺度 : Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIRGAS), (Zero to Three, 1994, 本城秀次・奥野光(訳), 2000) を紹介します。ここにPIRGASを取り上げた理由は、保健師の母子に対する評価・支援活動に用いやすいと考えられるためです。というのもPIRGASは母子関係をはかる尺度ではありますが構造化された手順ではないため、観察・評価に特に決められた時間や道具や手技がなくとも用いることが可能です。そのため、乳幼児健診や家庭訪問において母子の関係性を大まかに捉えるために有用です。この尺度による評定では親子関係の適応度を包括的に評価し10点から90点で点数化します（表1）。

ちなみにPIRGASは現在乳幼児精神保健の診断の国際的な唯一のマニュアルといえるDC:0-3の中にあり、この尺度の信頼性・妥当性についての研究も進んでいます（Aoki et al., 2002; Thomas et al., 1998 ; Boris et al., 1998）。

### [評定における観察のポイント]

Zero-to-Threeのマニュアルに記載されているように、PIRGASで評定する際には、関係性の3つの側面を観察することが求められます。

第一の側面が、相互作用の行動的な質です。

この側面での観察のポイントは、①乳幼児側の行動 ②母親側の行動 ③母子の相互交流的行動です。

乳幼児の側の行動としては、①母親に示す行動がどれだけ信号として明確か（例えば、おなかがすいた時の泣き方、眠たい時の行動などがどれだけ明確であるか）、②母親の方をどれだけ向き、母親の表情をモニターしているか（例えば7-9ヶ月を超えた乳児では、自分が何か出来ない時や不安な時などに母親に助けを求めてその表情を見ます：社会的参照social referencing）、③母親といてどれだけリラックスして玩具や周囲の環境に興味を持ち探索できるか、などの行動が観察のポイントとなります。

母親の側の行動では、①どれだけ児の安全に配慮しているか、②児の行動や情緒を正確にモニターしているか、③子どものペースに合わせ刺激のレベルなどを調節しているか（例えば、眠たくなってきた赤ちゃんを寝かせようとして、ゆったりとした一定のペースで揺すったり、撫でたりする行動）、あるいは侵襲的か、③励ましなどを含む声かけは多いか、などの点を注意します。

母子の相互交流的行動で、①視線がどれだけ会うか、あるいは避けあうかなど、②楽しさなり、つらさなりをどれだけ共有しあうか（例えば、ニコニコと笑い会って互いに盛り上がるなど）、③交互に遊べるか（例えば、月齢12か月の児が母親の頬を撫でると、その後母親が児の頬を撫で返しそれが何回か続くなど）、などの点です。

第二の側面は情緒の調子で、母子に特徴的な感情の調子の評価です。お互いがイライラしたり、怒ったりといった否定的な情緒が特徴なのか、暖かい穏やかな調子、あるいは楽しい気分が基調なのかといった面を評価します。

第三が心理的な関与の側面です。どれくらい双方が他方に情緒的に入れ込んでいるかを評価します。児が1人遊びをしていて母親が抑うつ的で引きこもっているような場合はお互いの関与が低いこととなります。あるいは母親が何か必死に子どもに関わろうとしていますが、児が母親から遠ざかったり顔を背けたりしていれば心理的関与がアンバランスと評価されます。

### [点数化]

これら3つの側面を観察し、母子の関係性の包括的な適応度を点数化します。点数は表1に示したように、「良く適応している」の90から、「はなはだしく障害された」の10までの連続的な配分がなされます。例えば90の「よく適応している」という関係は、相互に楽しく、お互いの発達にとって成長促進的である場合です。60の「かなり混乱している」は、両者の関係はあるところでは損なわれているが、まだ大部分は適切であり、両者にとって満足のいくレベルのスコアとなります。例えば、幼児が新しい兄弟の誕生後にはじめて食べ物を拒否するといった例がこのレベルです。10の「はなはだしく障害されている」という関係はかなり損なわれており、養育者によって乳幼児の生命に危険が及ぶ場合です。例えば、食事を与えないで衰弱させてしまっている場合などが挙げられます。



実際の評価は、乳幼児検診での母子の行動観察と母親への面接後に行ったり、家庭訪問の後に点数化することで行います。可能であれば母親の同意の元にビデオ録画を施行して、後に複数のスタッフで評価し議論することが出来れば理想的でしょう。この評価を行うことにより、複数のスタッフがだまかに母子関係の適応性に対する評価を共有し、問題となった点の改善を目指して支援を行い、支援結果を後に評価することが容易になります。

表1 PIRGAS

---

90	よく適応している
80	適応している
70	混乱している
60	かなり混乱している
50	苦しんでいる
40	妨げられた
30	障害された
20	ひどく障害された
10	甚だしく障害された

---

出典:Zero to Three, 1994(本城・奥野(訳),2000)

<参考文献>

- 1) Zero to Three (1994) : Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Washington, DC. National Center for Clinical Infant Programs. (本城秀次・奥野光 (2000) : 精神保健と発達障害の診断基準—0歳から3歳まで—, 京都, ミネルヴァ書房.)  
\*PIRGASは、原本ではpp.67-69. 翻訳本では、 p.99-103
- 2) Aoki, Y., Zeanah, C. H. Bakshi, S. et al. (2002) : Parent-infant relationship global assessment scale: a study of predictive validity. Psychiatry and Neurosciences, 56, 493-497

(相州メンタルクリニック 青木 豊)

## 2 養育者のメンタルヘルスに注目した支援マニュアル

### (1) 乳幼児を持つ養育者のメンタルヘルス上の問題

従来から母子保健活動では、精神障害や知的障害を持つ養育者、若年者や単身者など育児困難が予想されるケースについては、妊娠期から支援対象として位置付けられてきました。しかし、こうした障害や育児困難な背景がなく、正常な妊娠出産を経過した母親については、子どもの疾病や発育発達、育児の支援が中心となり、養育者に着目した視点が少なかったように思います。

近年、情報化や核家族化など社会状況が変化する中、乳幼児をもつ母親の育児不安は母子保健の重要な課題となっています。特に、児童虐待への対応は急務です。育児不安や虐待には、子どもの病気や発達など子ども側の要因、養育者の健康状態や育児経験など養育者側の要因、夫婦関係や家族関係、地域からの孤立など社会環境的要因が考えられますが、ここでは養育者のメンタルヘルスの問題、特に、抑うつ状態に注目した支援について述べます。

母親の気分障害は発症率が高く、多くの母親が経験する問題であり、子どもの発達への影響や虐待の要因となる場合がありますが、精神科治療や周囲の支援による早期対応で改善や悪化の予防が可能な問題です。

### (2) うつ病の発症パターン

山下は、うつ病が発症するパターンを以下の4つにまとめています。<sup>1)</sup>

#### ① 心理・社会的要因が重要な場合

これまで伝統的に抑うつ神経症、神経症性抑うつ状態、反応性うつ病などと呼ばれてきた抑うつ状態である。人生には、病気を含めてさまざまな不幸が起き、失意や不遇に見舞われ、悲しみや口惜しさにくれる日々がある。そのとき人は、憂うつになり、自分の能力を疑い、意欲を失う。言葉も笑いも少なく、時には食欲がなく、眠りも浅く、身体も重く感じる。一般に健康な人は、このような状態に陥っても症状はそれほど重くはなく、一時的であり、自然に回復していく場合がほとんどである。また、憂うつが、当人の元来の性格、これまでの対処パターン、失意に至る事情、周囲の状況、将来の見込みなどから、十分によく了解でき、かつ事情の変化や本人の決心、周囲の援助などによって明らかに軽快するならば、神経症性の抑うつ状態とみなすことができるのである。

#### ② 体質的素因が重要な場合

上記の心理・社会的要因が少なくとも明瞭には存在しないのにも関わらず、したがって特別の理由がない(ただし本人および周囲の人々は主々の理由を考えることが多い)のに、定型的な抑うつ状態が、徐々にあるいは急速に出現して、一定期間続いた後、再び理由なく軽快ないし完全に消失する。その後も同様の症状が周期的に反復することがある。すなわち、いわゆる内因性の(したがって普通のからだの病気としての)うつ病である。

この臨床症状には、前述したように、①の神経症性の抑うつ状態と違って、本人にも不可解で周囲の人々にも追体験できない興味・関心の低下、意欲の低下、集中力の低下、睡眠障害、食

欲障害、午前中に悪い日内変動などのうつ病の中核症状がみられ、あるいは生活環境の改善や周囲の励ましや慰めでは回復せず、抗うつ薬が有効なことなどから、何らかの身体的変化(神経伝達物質の異常)によるものと考えられる。

### ③内因性うつ病が環境因によって誘発される場合

定型的な内因性うつ病が、生活の特定の節目や環境の変化にともなって出現する。次のふたつの場合がある。

第一には、執着性格あるいはメランコリー親和型性格の人が、例えば昇進にともなう転勤、進学や転校による移住、新築した家への引っ越し、就職後の生活などのあと、新しい生活状況に適合する努力を重ねるうちに、疲労感に続いて定型的な内因性うつ病を生じることがある。精神的ないし身体的過労と関係が深い。その後、特別な生活状況の変化のないときにも定型的なうつ病を起こすことが比較的多いことから、うつ病が誘発された状態と考えられる。わが国ではこのパターンがもっとも多いと考えられる。

第二には、精神的な要因があまり関与しない生理的な変化、例えば日照時間が不足する冬期間(季節性うつ病)、純粋な身体的過労、あるいは出産のあと(産後うつ病)などに、繰り返し抑うつ状態をきたす場合がある。症状も定型的で、うつ病のひとつのタイプと考えられる。

### ④うつ病以外の病気による場合

うつ病とは違う精神疾患の経過中に、明瞭な抑うつ状態があらわれることがある。おそらくその病気によって、うつ病を生ずる身体的変化に類似の神経科学的变化が生じているものと思われる。この状態を改めてうつ病と呼ぶか否かは別として、純粋なうつ病との鑑別診断はつねに必要である。

第1には、神経症性障害(強迫性障害、パニック障害、摂食障害、対人恐怖症など)の経過中に抑うつ状態を呈することがある。神経症性抑うつ状態と内因性うつ病の区別が重要であると考えられる。第二には、精神分裂病の初期あるいは病気が一応おさまった時期などに、抑うつ症状が全面にあらわれることがある。第三には、アルコール依存症、シンナー乱用、覚醒剤乱用などの薬物乱用によって抑うつ状態をきたすことがある。第四に、明瞭な脳機能の変化をきたす疾患(例えば、交通事故後の脳損傷後など)の際にも、しばしば抑うつ症状があらわれる。

この他に、パーソナリティ障害とうつ病との合併も少なくありません。また、広汎性発達障害や注意欠陥/多動性障害を持つ成人例にもしばしばうつ病が見られます。抑うつ状態のスクリーニングの支援の対象となった人には以上のような多様性がみられることに留意してください。

## (3) 妊娠中の抑うつ状態

妊娠うつ病の発症率は約15%で、その多くが妊娠前期に発症しており、発症要因として、精神科疾患の既往や社会的支援の有無が関与していると言われています。症状は他の期間のうつ病と特に変わりはありませんが、病状が比較的軽症で多くは出産までに消失しており、妊娠うつ病と

産後うつ病はほとんど重複していないと報告されています。<sup>2)</sup> また、妊娠うつ病の母親から生まれた子どもは、健康な母親から生まれた子どもに比べ、外界からの反応性が低い傾向があるという報告もあります。<sup>3)</sup>

妊娠は、母子保健において母子手帳交付をはじめとしたサービスの出発点であり、うつ病に限らず、今後の出産や育児にむけて支援を必要とするケースを早期発見する機会でもあります。参考までに、母子手帳交付時の母親アンケート(資料①)と育児困難ハイリスク者アセスメント票(資料②)を紹介します。

#### (4) マタニティーブルー

マタニティーブルーは、出産直後から1週間頃までに出現する一過性の気分と体調の障害です。日本では出産後の女性の約3割にみられます。具体的には、気分がふさぐ、ささいなことで涙が出る、不安になる、リラックスできない、落ち着かない、疲れやすい、眠りが浅い、食欲がない、頭痛がする、イライラし集中しにくい、もの忘れしやすい、どうしていいのかわからないなどの症状があります。マタニティーブルーの症状は、持続が短くかつ自然に軽快するので、通常、薬物療法の必要はありません。原因については、家族背景や社会的要因、精神科既往歴、産科的要因などからの報告がありますが、関連は明らかになっていません。また、マタニティーブルーが子どもの愛着形成に影響を与えるという報告もありません。しかし、産後うつ病を発症した母親は、発症しなかった母親より、マタニティーブルーをより多く経験していたという報告が多くみられ、産後うつ病との関連は留意すべき現象です。<sup>4)5)6)</sup>

#### (5) 産後うつ病

産後うつ病は、出産後数週から3カ月以内におこり、出産後1カ月頃に発症のピークがあると言われています。産後うつ病の発症率は、調査期間により若干異なりますが、鈴宮らによる産後1～4カ月の調査では13.9%と報告されています。発症要因として、配偶者との関係や社会的サポート、精神科既往との関係を示した報告が多くみられますが、各要因は単一で関与しているのではなく、いくつかに関連していると考えられています。<sup>7)</sup>

産後うつ病の主な症状は、他の期間のうつ病と変わりありません。気持ちが落ち込み、物事を悪い方にばかり考え、憂うつ感や不安感が持続します。また、やる気がない、考えがまとまりにくい、集中力がなくなることから、買い物や食事の献立など日常の家事を決めるのにも時間がかかるようになっていきます。加えて、疲れやすく、身体症状が現れたり、食欲低下、不眠などの症状も伴います。また、何でも自分のせいにして自分を責めたり、ひどい場合は自殺のことを考えるようになることもあります。産後うつ病に特徴的な訴えとしては、「赤ちゃんの具合が悪い。」「母乳の飲みが悪い。」など、子どものことを必要以上の心配をしたり、「愛情が持てない。」「母親としての資格がない。」など、母親としての自責感や自己評価の低下を訴えることがあります。重症例では、「赤ちゃんが病気になっている。死んでしまう。」という妄想をもったり、さらに極端な例では、母子心中

の考えにおよぶこともあります。<sup>4)5)6)</sup>

産後うつ病の治療と支援については後述しますが、全ての人に薬物療法などの精神科治療が必要なわけではありません。吉田らは、精神科的援助が必要な妊娠婦のうち、20%は精神科医師によるモニターと治療が必要で、残りの80%は精神科医師との連携により、助産師や保健師による経過観察で大丈夫であると述べています。近藤らの調査でも、抑うつ状態の母親のうち継続的な個別支援を必要と判断したケースは約40%で、そのうち医療機関や心理相談を利用しているケースは約20%でした。その他の約60%のケースは、乳幼児健診や育児教室や電話相談など通常の保健サービスのなかで保健師が継続してかかわることで改善していました。精神科治療の他に、自分の落ち込んでいる状態や気持ちを理解してもらう、子どもの世話や家事を代わってもらうなどの家族や周囲の人のサポートが重要と思われまます。<sup>9)10)</sup>

#### (6) 育児中の抑うつ状態

近藤らによる調査では、1歳6ヶ月健診と三歳児健診を受診した母親の約7～10%にうつ状態がみられました。これらには、産後早期から遷延化した産後うつ病と考えられるケースと、産後早期は問題がなかったもののその後の育児中にうつ状態が生じたケースがありました。この時期の母親の訴えに特徴的なことは、子どもの行動やしつけについての悩みが多くなることです。動きの激しい子どもの行動をコントロールすることの困難さや疲労感、なかには虐待や虐待ハイリスクと思われるケースもありました。1～3歳は子どもの行動が活発になり活動範囲が広がる時期ですが、母親の訴える育て難さに、発達上の問題がないか検討する必要があります。<sup>10)</sup>

#### (7) 抑うつ状態の養育者の把握

母子保健システムを活用した養育者の抑うつ状態のスクリーニングについて紹介します。スクリーニングの時期や対象は、それぞれの地域の社会資源やマンパワーを考慮してください。大事なことは、スクリーニングされたケースは必ずフォローするということです。

##### ①うつ病自己評価尺度によるスクリーニングの方法

抑うつ状態の養育者のスクリーニングには、一般に標準化されている「うつ病自己評価尺度」を使用する方法が簡便で客観的な結果が得られます。参考までに次の2つのスケールを紹介します。(資料③④)

・エジンバラ式産後うつ病自己評価尺度

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

・NIMH原版準拠/CES-D Scale【うつ病(抑うつ状態)/自己評価尺度】

##### ②スクリーニングの場合

母親の抑うつ状態のスクリーニングの場合として、新生児訪問や未熟児訪問などの家庭訪問と、乳幼児健診などの集団健診が考えられますが、実施時期や方法により、抑うつ状態の性質やスクリーニング率が異なりますので、それに応じた体制の検討が必要です。例えば、産後早期であれ

ば、生理的な変化を要因とする産後うつ病が考えられ、精神科医療機関へつなげるケースが多くなるかもしれません。また、他の時期に比べるとスクリーニングされるケースが多くなりますので、マンパワーの確保が課題となるかもしれません。新生児訪問の実施率や乳幼児健診受診率などからフォロー者数を実際に算出して検討したほうがよいでしょう。

### ③スクリーニングの実施手順

- 1) 「うつ病自己評価尺度」は、対象者本人が記入します。プライバシーが確保できる場所を設定します。
- 2) 実施前に、目的、方法、実施後の支援について説明し、実施の同意を得ます。

#### <インフォームドコンセント・対象者への説明例>

出産後(育児中)は、子育てに不安になったり、気持ちが憂うつになりやすい時期です。お母さんの心が健康であることは、お母さん自身だけでなく、子どもの発育や発達にとっても大切なことです。私たちは、お母さんの心の健康状態をできるだけ理解し、子育ての支援をしていきたいと思えます。アンケートは、質問の該当する項目に○をつけていただく方法です。結果は保健師からお伝えします。プライバシーは厳守します。また、アンケートの実施を希望しない場合はお断りいただいても、何ら不利益になることはありません。記入をお願いできますか？

- 3) 記入時に、記入者から質問紙の内容について質問があった場合には答えます。記入間違いや不明な点は、実施後に確認し、必要があれば訂正します。
- 4) 抑うつ状態の有無は、カットオフ点で判定しますが、カットオフ点以下でも訴えや症状のある人には注意が必要です。
- 5) 結果は本人に説明します。自己評価尺度の点数は、伝えても伝えなくてもかまいませんが、抑うつ状態を示す対象者には、後述の(3)抑うつ状態を示す養育者への支援を参考に、必ずアセスメントを行い、支援につなげることが重要です。

### (8)抑うつ状態を示す養育者への支援

抑うつ状態であると判断された対象者には、自己評価尺度の結果を説明し、アセスメントと支援のための面接を行います。乳幼児健診では、面接時間が限られていることやプライバシーが確保しにくいことなどの問題がありますので、緊急性を考慮したうえで、後日に面接の約束をするほうがよい場合もあります。

また、抑うつ者への支援経験が少ない担当者には、事例検討やスーパービジョンの機会が必要です。特に、自殺リスクや虐待リスクがあるケースは、担当者がひとりで抱え込まないような体制が重要です。

#### ①抑うつ状態のアセスメント

対象者に抑うつ状態であるという結果が出たことを説明し、できるだけ支援したいこと、そのためには、どのような状態なのかもう少し詳しくおしえてほしいということを伝えます。なお、抑うつ状態が重い場合は、整理して話すことが困難なことがあるので、わからないことはわからないと答えてかまわないこと、話したくないことは話さなくてもかまわないことを伝え、対象者の負担感の軽減を図ることが必要です。アセスメントの質問に、特に順序はありませんが、次の①から④を参考にしてください。

なお、抑うつ状態には様々な発症パターンがありますので、(2)うつ病の発症パターンを参考に、どのような抑うつ状態が考えられるのか、あたりをつけながら質問することが重要です。

#### ②抑うつ状態の誘因・要因

- ・ 誘因となる出来事(いつごろからですか。きっかけになる出来事がありますか。)
- ・ 抑うつ状態の原因(思い当たる原因がありますか。)
- ・ 抑うつ状態の既往(今までに、このような状態になったことがありますか。)
- ・ その他の精神科既往(精神科に関する事で病院にかかったことはありますか。)

#### ③抑うつ状態の程度

自己評価尺度に記入のあった項目について、どういうことか、どういう状態なのか、頻度や具体的なエピソードなどを確認します。例えば、「普段は何でもないことがわずらわしい。」「何をするのもめんどろだ。」に○のついている人には、どんなことがわずらわしいと思うのか、めんどろなのか聞きます。食欲不振は体重が減少するぐらいなのか、不眠は寝つきが悪いのか、途中で目がさめるのか、その程度を確認します。

うつ病の症状については、M. I. N. I 精神疾患簡易構造化面接法 A. 大うつ病エピソード(資料⑤)を参考にしてください。<sup>11)</sup>

#### ④育児、子どもへの影響

- ・ 育児の様子(栄養、排泄、睡眠、入浴、着替え、病気やトラブルの対応 など)
- ・ 子どもへの言葉かけ、対応(言葉かけの有無、口調、抱き方、遊び方、あやし方など)
- ・ 子どもの発育、発達(身体発達、運動発達、精神発達 など)

#### ⑤サポートの有無

- ・ 相談できる人(夫、夫の家族、実家の家族、友人、その他)
- ・ 育児、家事、受診などの具体的な支援が得られる人

#### (9)リスクアセスメントが必要な場合

緊急を要するケースとして、次の場合が考えられます。

#### ① 自殺アセスメント

抑うつ状態がみとめられた場合は、希死念慮を確認します(「何もかもいやになって、いっそ、死

んでしまいたいと思うようなことはありますか。」など)。援助者には、死を話題にすることへの抵抗や言葉にすることで行動してしまうのではないかという不安があるかもしれませんが、むしろ希死念慮について共通の理解とし、それをどうやったら防げるかを話し合うことが、予防につながると言われています(「死にたいと思うぐらいつらい状態なのですね。」など)。

希死念慮が、どんな状況の時に、どんな考えであったか、本当に行おうとしたか、そのことを誰かに話したかなど、内容を聞きます。M.I.N.I精神疾患簡易構造化面接法 C. 自殺の危険(資料⑥)を参考にしてください。<sup>11)</sup>

その上で、自殺企図や自傷行為は、はっきりと止めることが大切です。死にたい気持ちが起きたときは、家族に話すこと、家族に話せない場合は、保健師に連絡をすることを約束します。あわせて、精神科に受診することをすすめます。うつ状態が重いケースは、判断力や決断力が低下している場合がありますので、どの病院に、いつ、誰と受診するかなど、具体的な受診方法の確認や受診援助が必要です。また、緊急を要する場合は、許可を得たうえで、家族に伝えることも必要です。

<sup>12)</sup>

## ②虐待アセスメント

虐待が疑われる場合は、抑うつ状態のアセスメントとともに、虐待のリスクアセスメントが必要です。虐待のリスクアセスメント(資料⑦)を参考にしてください。<sup>13)</sup>

## (10)うつ病の治療

うつ病の治療には、薬物療法や精神療法があります。あわせて、心身の休養が重要です。

抗うつ薬には、三環系抗うつ薬、四環系抗うつ薬、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)、ベンザミド誘導体などがあります。抗うつ薬の明らかな効果が現れるまでには、少なくとも2週間程度の期間を要します。最近では、比較的、副作用の少ないSSRIやSNRIが使用されるようになりましたが、抗うつ効果が現れる前に、口渇、便秘、排尿障害、かすみ目、眠気、めまいなどの副作用が出現することがあるため、服薬が中断されることがありますので注意が必要です。<sup>14)</sup>

出産後の薬物治療については、薬物の母乳への移行による乳児への影響が問題になりますが、吉田は、「母乳栄養のために向精神薬を中止したり減量することは、母親の精神障害の経過を増強させたり長引かせることになる。一方、母親が母乳栄養を希望しているにもかかわらず、むやみにそれを中止させることは、母親の育児に対する不全感や子どもに対する自責の念を助長させたり、母子の愛着の二次的な障害も引き起こしかねない。母乳栄養の問題については、これまで報告されている乳児への安全性や発達、母子愛着の観点を含めた実証的な研究結果を参考にして、母乳栄養を続行した場合と禁止した場合の両者の利点と不利益な点を想定し、個別に判断すべきである。」と述べています。いずれにしても、本人の状態や希望を主治医とよく相談することが必要です。<sup>6)</sup>



## (11) 支援のポイント

### ① アクティブリスニング(積極的傾聴)

最近、産業保健の中で注目されている方法で、ロジャースによるクライアント中心療法の理論による技法の一つです。自分の視点ではなく話し手の立場になって理解しようとする、アドバイスをすることではなくその人を理解しようとする傾聴(共感的理解)、聞き手の価値観で判断しない、相手の言っていることを取捨選択なく聴く(無条件の肯定的関心)、聞き手が自分自身の気持ちに気づいていること(自己一致の状態)などの条件がありますが、相手を理解しようという意図を持って聴くことが重要です。

ただし、自殺や虐待などのリスクがある場合は緊急に情報収集や介入が必要で、知識や情報不足による育児不安には具体的なアドバイスを提供することが有効な場合もあります。

### ② 心身の休養の勧め

一般的に、抑うつ状態になりやすい人には、真面目で頑張りやが多いと言われていています。自分は怠けているのではないか、もっとがんばらなければいけない、という焦りや無理ながんばりから、さらに悪循環や病状の悪化を招くことがあります。うつ病は、わがままや怠けではなく病気であること、特に、産後や育児中は抑うつ状態になりやすく、母親の約1割に抑うつ状態がみられることなどの情報を提供し、本人からのSOSが出せる雰囲気や休養が取れる環境をつくる必要があります。

### ③ 養育指導

母親には、育児の苦労や努力、子どもの成長発達を認め、不安の軽減や自信の回復を図るよう支持的にかかわります。また、抑うつ状態が重い時は、簡単なことでも考えることが困難な場合があるので、育児のアドバイスは、現実可能な方法を具体的に提案しましょう。例えば、子どもが泣きやまない時の対応は、すぐに抱いた方がいいのか、抱き方は強めがいいのか、揺すった方がいいのか、場所を移動した方がいいのか、母乳をあげるのかなど、できるだけ具体的な対処方法を相談します。うまくいかなかった時は、また相談にのることも保証しましょう。

### ④ 抑うつ状態の再発予防と早期発見

子どもの成長や次の子どもの妊娠などの状況の変化により、抑うつ状態の悪化や再発も考えられます。母親には、抑うつ状態に早期に気づくことや気づいた時には相談することの大切さを教育しておきましょう。

<参考文献>

- 1) 山下格:精神医学ハンドブック「第4版」. 日本評論社, 2002.
- 2) 北村俊則:妊娠中の精神疾患の診断学. 精神科診断学, 5(3);303-309, 1994
- 3) 菅原ますみ:妊娠中の母親の抑うつと新生児の行動特徴. 小児保健研究, 47(5);577-581, 1988
- 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(3);321-330, 1994
- 5) 岡野禎治:産褥精神病の診断学. 精神科診断学, 5(3);311-320, 1994
- 6) 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
- 7) 鈴宮寛子、吉田敬子:産後うつ病の全国実態調査ならびに早期スクリーニングと援助方法の検討. 平成14年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書(主任研究者:中野仁雄), 2002
- 8) 鈴宮寛子、山下洋、吉田敬子:出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害. 精神科診断学, 14(1);49-57, 2003
- 9) 山下春江他:妊産婦の抱える精神的問題のスクリーニング. 助産雑誌, 157(2)106-112, 2003
- 10) 近藤直司、青木豊、河西文子:児童・思春期不適応の予防を目的とした母子メンタルヘルス活動のあり方についての研究. 平成14年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書(主任研究者:近藤直司), 2003
- 11) David V. Sheehan, Yves Lecrubier(大坪天平、宮岡等、上島国利 訳):M. I. N. I. 精神疾患簡易構造化面接法. 星和書店, 2000
- 12) 高橋祥友:医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント. 医学書院, 2002
- 13) 佐藤拓代他:子ども虐待防止のための保健師活動マニュアル. 平成13年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書(主任研究者:庄司順一), 2002
- 14) 森信 繁:抗うつ剤. 今日の精神科治療200. 臨床精神医学 増刊号, 121-127, 2000

(山梨県立精神保健福祉センター 近藤直司 河西文子)

### 3 3歳時グレーゾーン児の評価方法と対応の試み

#### (1)はじめに

近年の保健所活動における健診の主眼は、早期発見・早期対応であった。そのため、従来の保健師による養育者に対する健診時の指導内容は、「様子を見ましょう」から、「言葉の遅れがあるので、相談あるいは療育機関を活用してみたらどうでしょう」といったような心配な面を不明瞭な表現をとりながらも強調しすぎていた傾向があった。

一方で、養育者に対する後ろ向き調査によると、軽度発達障害圏にいる子どもへの気づきは3歳であったという。

我々は、子どもにある傾向がやや明らかになりつつある3歳時に、発達状況を丁寧に見定め、なおかつ障害の有無を同定することよりも、児の発達促進と親への育児支援を適切に行うための保健師の関与を明確にするような健診活動を目指したい。

そのため、今回3歳児健診において、保健師が日頃の健診活動のなかで、子どもにある微妙な発達のアンバランスさを抽出することで、親の子育ての大変さを労い、よりよき養育状況を創り出すことを支援はできないだろうかと考え、従来の健診体制に付加するような質問事項(自己記入式)を提案した。

この方式で健診を行うことで、養育における難しさのある子どもと養育者の関係を認めることができ、保健師が本来の母子保健活動としての児の発達促進と親への育児支援を適切に行うことを強化したい。

#### (2)健診における考え方

発達の遅れを早期発見し経過観察することは、発達の遅れを指摘することが目的ではなく、児の発達促進と親への育児支援を適切に行うことである。

#### (3)発達評価法

従来的には、早期の発達状況を検討するものとして、乳幼児の発達を社会性、言語性、微細運動・粗大運動の4面から診て、各項目の通過率で評価する日本版デンバー式発達スクリーニング検査と、運動(移動、手の運動)、社会性(基本的習慣、対人関係)、言語(発語、理解)の3面6項目で評価する遠城寺式・乳幼児分析的発達検査法が有名である。

前者は、標準的な発達を、75%あるいは90%通過年齢で判定し、軽度遅滞例はこの75・90%の間、あるいは90%年齢をわずかにこえた例と考える。ここでの「遅れ」は、「異常」ではなく、「疑問」であり「個人差」があること、置かれた状況等で結果は変異するというを理解しておく必要がある。また、機能的な評価ではないことに注意する。つまり、「丸を描く」が、手掌握りのクレパスで描くの、鉛筆を正しく持って描くのでは、発達程度は異なる。そのため能力評価の目安になるが、機能的な評価を加味して判断する必要がある。

後者は、発達の通過項目をチェックすることで、発達のムラや程度を視覚的に捉えるもので、機能的評価の見落としへの配慮はデンバー式発達スクリーニングと同様である。

しかし、これらを正確に行うことは、時間がかかりかつ専門的な技術が必要となる。

#### (4) 母親記入式の質問紙の内容について(資料1)

質問紙は、以下の諸項目について尋ねることになっているが、内容の理由についても簡単に説明しておく。

##### 1) 赤ちゃん時代の育てやすさ・育てにくさ

- ・赤ちゃん時代の育て方は、母子関係を知るのに役立つ。
- ・軽度発達障害のある子どもは、かなり育てやすい(反応が鈍感)か、とても育てにくい(外的刺激に敏感)かのいずれかで在る場合が多い。
- ・これを尋ねる長所は、これまでの母子関係(虐待など)に当たりをつけることと、育てにくさがあれば労いの言葉をかけることができることである。

##### 2) 1歳6カ月健診で疑問に思ったこと、実は心配していたこと

- ・これは、保健師との関係をよくするための一里塚的な尋ね方である。
- ・以前の健診の印象を尋ねておくことで、今後の関わりが必要であれば、どのようなアプローチをすればよいか見当を付けることができる。不本意なことをいわれたかどうか、襟を正して聞く姿勢に誠意を込めるべきである。
- ・また、この質問が一方的なものではないという姿勢を伝える。保健師は今後も相談相手となる点をアピールしている。
- ・さらに実は気になっていたことがここから聞き出せればなおよい。

##### 3) 気性

- ・気むずかしい子か、なだめやすい子か、おっとりした子かといった気性を尋ねることで、障害をあまり前面に出さないで(できる、できないという評価でなく)子どもを理解しようとしている姿をアピールできる。
- ・「癪が強い、偏食」とか、「生活リズムの困難さ」が語られると親を慰労できる。
- ・正常範囲内での特質であるが、

育てにくい子、気むずかしい子	(Difficult child) : 10%
育てやすい子、気楽な子	(Easy child) : 40%
ゆっくり育つ子、おっとりした子 (slow-to-Warm-Up child)	: 15%
- といわれている。

##### 4) 発達面

この質問は、基本的な発達の様子を診ている。

歩き始めと言葉の出始め、どちらが早かった？

二語文の出始めは？

構音、言葉の置き換え(イチゴをイゴチとか)倒置(あげるをくれとか)は？

言葉の遅れは健診で最も確認しやすい点である。言葉の遅れを来す障害としては、発達性言語障害、精神遅滞、自閉症・広汎性発達障害、難聴、後天性失語(Landau-Kleffner症候群)などである。他に、広汎性発達障害のうち、アスペルガー症候群は言葉