

第1回目（妊娠20週頃）と第6回目（分娩3か月後）の調査データを使用した。

分析方法

1.1 虐待傾向についての産前の危険因子

1) 二変量解析

第6回目の調査票に含まれる徳永らの養育不全尺度について、虐待傾向のカットオフ値として2/3点で虐待傾向群とそうでない群の2群に分けた。第1回目の調査票には、心理社会的因子、エジンバラ産後うつ病評価尺度[3]日本語版[4]、社会コミュニケーション尺度（広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度（PARS）[5]短縮版[6]）を自記式として使用したもの、BIS/BAS尺度[7]日本語版[8]、ASRS[9]日本語版を含んでいた。

上記の2群と上記の心理社会的因子でカテゴリ変数については χ^2 乗検定、連続変数についてはPearsonの相関解析を行い、 $p<0.1$ の変数を選択した。

2) 多変量解析

2.1で選択された変数を独立変数に、虐待傾向のカットオフ値で分けられた2群を従属変数に、ロジスティック回帰分析を行い、産前の虐待傾向のリスク因子を求めることとした。

1.2 虐待についての産前の危険因子

虐待のカットオフである6/7で分けた2群について1.1と同様の解析を行った。

研究2：産後における産虐待傾向及び虐待の危険因子

対象と調査方法

第2回目（産後4,5日後）と第3回目（分娩2週後）と第4回目（1か月後）、第5回目（2か月後）、第6回目（3か月後）の調査データを使用した。

分析方法

2.1 虐待傾向についての産後の危険因子

1) 二変量解析

第6回目の調査票に含まれる徳永らの養育不全尺度について、虐待傾向のカットオフ値として2/3点で虐待傾向群とそうでない群の2群に分けた。第2回目～第5回目の調査票に含まれる心理社会的因子について、カテゴリ変数では χ^2 乗検定、連続変数ではPearsonの相関解析を用いて、虐待傾向のカットオフ値として2/3点で虐待傾向群とそうでない群の2群との解析について、 $p<0.1$ の変数を選択した。

2) 多変量解析

2.1で選択された変数を独立変数に、虐待傾向のカットオフ値で分けられた2群を従属変数に、ロジスティック回帰分析を行い、 $p<0.05$ の因子を産前の虐待傾向のリスク因子とした。

2.2 虐待についての産後の危険因子

虐待のカットオフである6/7で分けた2群について2.1と同様の解析を行った。

なお、解析にあたっては統計解析ソフトSPSS 22.0J for Windowsを用いた。

C. 研究結果

研究1. 妊娠期における産後の虐待傾向及び虐待の危険因子

1.1 産前の虐待傾向の危険因子

1171人のデータが多変量解析の対象となった。下記の因子が統計的に有意($p<0.05$)な危険因子となった。

- ・一週間の就労時間が少ないか不定期
- ・22時以後の就労がある
- ・赤ちゃんをあやした経験が乏しい
- ・望まない妊娠
- ・社会コミュニケーション尺度
- ・BIS得点（衝動性）

また、

- ・生殖医療の治療歴
- ・妊娠で仕事を失職・離職

が統計的に有意($p<0.05$)な保護的因子であった。

1.2 産前の虐待の危険因子

1,248人のデータが多変量解析の対象となった。下記の因子が統計的に有意($p<0.05$)な危険因子になった。

- ・無職または不安定な就労形態
- ・パートナーの家事手伝い
- ・赤ちゃんをあやした経験が乏しい
- ・喫煙
- ・ASRS 得点 (AD/HD 傾向)

研究 2. 産後における産虐待傾向及び虐待の危険因子

2.1 産後の虐待傾向の危険因子

854人のデータが多変量解析の対象となった。下記の因子が統計的に有意($p<0.05$)な危険因子になった。

- ・会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み
- ・産後躁うつ病で病院を受診
- ・赤ちゃんがなぜ泣いているのかわからない

2.2 産後の虐待の危険因子

826人のデータが多変量解析の対象となった。下記の因子が統計的に有意($p<0.05$)な危険因子になった。

- ・会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み
- ・パートナーの家事・手伝い
- ・赤ちゃんがなぜ泣いているのかわからない
- ・赤ちゃんへの気持ち質問票下位項目「愛情の欠如」
- ・EPDS 得点
- ・腰痛
- ・ASRS 得点 (AD/HD 傾向)

D. 考察

本研究により産前・産後の乳幼児虐待の危険因子が明らかになった。

本研究で明らかになった産前の危険因子のうち、心理尺度以外の心理社会的因子は、妊娠期の外来の間診票や面接で聴取可能である。産後の危険因子についても同様であ

る。産前・産後に得られた情報を活用し、ハイリスクの母親を早期から適切に保健師をはじめとした関係職種につなぐなどして地域母子保健で支援していくことが必要と考えられる。

本研究で、母親の発達障害傾向や衝動性などについての特有の認知特性が妊娠期において児童虐待を予測しうることが示された。特に AD/HD 傾向については、産前・産後とも重要な危険因子であることが示唆された。しかし、このような母親の特性を日常的に精神科ケアに従事していないスタッフがアセスメントするのは困難である。今後、このような認知特性へのアセスメント・対応について、母子保健関係者に周知してもらおうシステム作りが望まれる。

泣いている赤ちゃんへの対応の経験の乏しさ・とまどいが産前・産後ともに危険因子となった。赤ちゃんの泣きに対しての産前の心理教育・産後の育児指導の重要性が示唆された。

また、本研究では、生殖医療の治療歴や妊娠で仕事を失職・離職することが保護的因子となることが示唆されたが、子どもの数や母親自身の時間的・精神的ゆとりなどの交絡因子を含め、さらなる研究が必要である。

産後うつ病の危険因子としての尿漏れや、虐待傾向・虐待の危険因子としての会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛みや腰痛といった身体の痛みが重要であることが明らかになったことから、母親のメンタルケアや虐待予防の観点からも産後の身体的ケアの重要性が示唆された。近年、身体的治療にメンタルケアを一緒に行う、共同ケアの重要性が様々な医学領域で強調されている [10, 11]。本研究の結果からも、周産期医療において共同ケアが必要であると考えられる。

一方で従来母子保健領域において虐待リスクや母親のメンタルヘルスのアセスメントツールとして用いられているエジンバラ

産後うつ病評価尺度や赤ちゃんへの気持ち質問票の高得点が、乳幼児虐待の重要な危険因子となることが本研究においても示された。現在ではこれらの質問紙は保健師の乳幼児全戸訪問事業の際に実施されているが、全戸訪問は産後1か月から4か月に行われ、ハイリスクの母親に対して必ずしも適切な時期にアセスメントやそれに基づく支援がおこなわれるとは限らない。今後、保健分野だけでなく周産期医療現場においてもエジンバラ産後うつ病評価尺度や赤ちゃんへの気持ち質問票などを用いた母親の心理社会的なリスク要因についてのアセスメントが実施されることが望ましいと考えられる。

E. 結論

本研究により、乳幼児虐待についての産前・産後の危険因子が明らかになった。母親の就労状況・望まない妊娠・家庭内の支援・喫煙が重要であることが示唆された。また、乳幼児虐待予防の観点からも、産後の身体の痛みに気づきケアすることの重要性が示唆された。また、泣いている赤ちゃんへの対応の経験の乏しさ・とまどいが産前・産後ともに危険因子となった。赤ちゃんの泣きに対しての産前の心理教育・産後の育児指導の重要性が示唆された。今後母子保健領域のスタッフに対し、発達障害傾向や衝動性などについてのアセスメントや支援法についての確立の必要性が示唆された。

F. 引用文献・出典

1. 徳永雅子, 大原美和子, and 萱間真美, *首都圏一般人口における児童虐待の調査*. 厚生省の指標, 2000. **47**(15): p. 3-10.
2. Fujiwara, T., et al., *Association of maternal developmental disorder traits with child mistreatment: a prospective study in Japan*. *Child Abuse Negl*, 2014. **38**(8): p. 1283-9.
3. Murray, L. and A.D. Carothers, *The validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale on a community sample*. *The British Journal of Psychiatry*, 1990. **157**(2): p. 288-290.
4. 岡野禎治, et al., *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*, 1996. **7**(4): p. 525-533.
5. 神尾陽子, et al., *思春期から成人期における広汎性発達障害の行動チェックリスト—日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度 (PARS) の信頼性・妥当性についての検討*. *精神医学*, 2006. **48**(5): p. 495-505.
6. 安達潤, et al., *広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 (PARS) 短縮版の信頼性・妥当性についての検討*. *精神医学*, 2008. **50**(5): p. 431-438.
7. Carver, C.S. and T.L. White, *Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales*. *Journal of personality and social psychology*, 1994. **67**(2): p. 319.
8. 高橋雄介, et al., *Gray の気質モデル*. *パーソナリティ研究*, 2007. **15**(3): p. 276-289.
9. Kessler, R.C., et al., *The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population*. *Psychological medicine*, 2005. **35**(02): p. 245-256.
10. Gilbody, S., et al., *Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes*. *Archives of Internal Medicine*, 2006. **166**(21): p. 2314-2321.
11. Katon, W.J., et al., *Collaborative care for patients with depression and chronic*

illnesses. New England Journal of
Medicine, 2010. **363**(27): p. 2611-2620.

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

妊婦からはじめる精神面の評価とケアとその後の継続支援体制 多領域支援チームへの産科、小児科、精神科医師の参加と診療連携

研究分担者 吉田 敬子（九州大学病院子どものこころの診療部 特任教授）

研究要旨

産後うつ病をはじめとして出産後の母親の精神面の評価とケアについては、医療保健スタッフに教育と啓蒙がなされてきた。その結果、産後うつ病スクリーニング票などを利用して精神面も含めた育児支援が浸透・普及してきた。今年度は、確立されてきている多領域コメディカルスタッフによる支援に加えて医師が参加する方法を検討した。その結果、妊娠中から産科がメンタル評価とケアにかかわるべくスクリーニングをすること、低出生体重児の診療や健診を行う小児科が母親のメンタル面のチェックも行うこと、精神症状により必要な場合の精神科医師との連携の実際について検討し、医師間もスクリーニングを共有して多領域チームに参入することになった。

研究協力者

山下洋（九州大学病院子どものこころの診療部）

山下春江（九州大学病院看護部）

徳田淳子（九州大学病院総合周産期母子医療センター）

梶原世津（九州大学病院総合周産期母子医療センター）

A. 研究目的

妊婦からはじめて出産後、および育児期間中の女性の精神面の評価の方法を確立し、それに基づくケアを継続的に行い母子と家族の支援をする上での多領域支援チームのあり方を明らかにする。特に、これまでの地域の保健行政機関や病院診療施設の助産師や保健師、行政スタッフに加えて、産科、小児科、精神科医師がチームに参加することを目的にそれぞれの専門の医師の役割分担と、診療連携のあり方を明らかにする。

B. 研究方法

妊婦からはじめる精神面の評価とケアとその後の継続支援体制について、多領域支援チームへ参加する医師の現状と課題について、今年度はすでに参加して実践している医師からの報告をまとめた。産科医師からは、精神科との医療連携のあり方の検討について日本産婦人科医会の活動報告、小児科医師からは日常の健診業務で可能な精神面支援の方法と結果、精神科医師からは、地域のクリニックで可能な産科医師と行う妊産婦の診療連携について、保健福祉行政からは、妊娠中から始める医師を含めた新たな多領域支援を普及させるための教育が必要との観点から、その研修方法のあり方について報告を行い、それらを結果としてまとめる方法をとった。

今年度は、報告内容の増大に伴い、1月31日と2月1日の2日間に拡大して東京大学本郷キャンパス内医学系研究科教育研究棟にて報告内容を参加した多領域全員で検討した。

(倫理面への配慮)

検討したデータには医療施設での患者個人や、地域で支援を受けた対象の妊産婦個人のデータは含まれておらず、研究に参加した医師の報告は介入研究でもなく、現状と課題を分析する方法を取ったので、倫理的な問題は発生していないと考える。

C. 研究結果

医師の参入は、以下の点から必要であり重要であった。地域の助産師・保健師などのコメディカルがと保健福祉行政スタッフが共有していた3つの質問票（育児背景を把握するための質問票Ⅰ：育児支援チェックリスト、母親のうつ病を評価するスクリーニングとしての質問票Ⅱ：産後うつ病質問票、母親の乳児への感情や育児態度を評価する筆問表Ⅲ：赤ちゃんへの気持ち質問票）を医師も共有できることが明らかになった。以下、各領域の専門医師の役割と支援方法である。

1. 産科医師

妊娠中から出産後1か月まで継続して妊婦に関わる立場にある産科医師は、助産師とともに3つの質問票を用いて妊婦の診察に活用するべく、工夫する。質問票Ⅰは、出産後の項目（赤ちゃんがなぜ泣いているかわからない、赤ちゃんをたたきたくなる）を除くと妊娠中から利用でき、特定妊婦のスクリーニングとしても利用できる。エジンバラ産後うつ病は、妊娠中からも使用できるし、産後に施行する得点との変動の有無も確認できる。特に特定妊婦のメンタル面の評価に利用する。

また特定妊婦および精神科既往歴のある妊婦は、精神科医療との連携の必要性が高くなる。このため、日本産婦人科医会の会長が産婦人科医会を代表して、日本精神神経学会など精神科医師による7つの団体に属する精神科医師に対して診療連携の要請

を行った。これを受けて現在精神科医師と産科医師による医療の連携のあり方について共同で検討することとなり、平成26年11月28日に日本産婦人科医会会長（木下勝之医師）と当研究に参加している全国からの複数の精神科医師が集まり、各地域と医療機関の特徴を示したうえで、その医療機関における妊婦の中で精神科治療のニーズがあるものの実態について調査を開始することになった。まだ調査継続中であり、最終的な分析は終了していないが、以下具体的な内容を示す。

先に述べた木下勝之会長名で、厚生労働省に提出された要望は、「妊産婦の精神科病院等への外来受診と緊急時受入態勢の整備構築に関する要望書」として平成25年11月7日に提出された（日産婦医会発第240号）。それを受けて精神科は、平成26年11月28日に開催された日本総合病院精神医学会に木下会長がシンポジストとして参加し、産科が虐待防止を視野に入れて妊娠中から特定妊婦のスクリーニングを行い、対応していく意向について発表された。同日会場内で、以下の精神科機関が出席して、妊産婦の精神科合併とケアや治療の実態を調査することにした。参加機関は、大学病院（東京医科歯科大学、東北大学、兵庫医科大学、埼玉医科大学）、地域の中核病院（済生会横浜市東部病院）であり、精神科紹介やリエゾンの実態および地域の妊産婦に対する評価とケアの前放視研究からエビデンスを集積することにした。2月下旬までにまとめた結果は以下のとおりであり、精神科への医療連携についての早急な体制作りが示された。

① 大学病院での精神科合併頻度は、各病院で年間の分娩数は異なるが、一機関の全体の娩数の1~3%、分娩数が年間1000例を超える総合病院（済生会横浜市東部病院）で5~6%、精神科リエゾン率（東京医科歯科大学および関連病

院)は2%~7%であった。ケアを行った対象女性の半数に精神科既往歴がみられ、妊娠からの取り組みから可能。

- ② 精神科外来に周産期メンタルケア外来を設立すると、紹介率は数%からすぐに10%以上に上昇され、精神科との連携の需要は確認された(東北大学病院)。
- ③ 地域のコホート研究から(国立成育医療センター、世田谷地区の地域調査)、産後うつ病スクリーニングで検出された女性は初産婦では20%以上。その3分の1が地域保健師によるケアを受けていたが、精神科治療はほとんどなされていなかった。

2. 小児科医師

低出生体重児や小児疾患を抱える子どもについては、小児科医師が子どもの診療に際して母親のメンタル面にも留意する。その理由として妊婦のストレスが、子どもの出産時のデータ(奇形、子宮内発育遅延、性出生体重児、早産児)と、その後の子どもの発達障害に関連するという種々の報告の裏付けの根拠もある(Glover, et al, 2010, Glover, 2011)。

そこで乳幼児期のワクチン接種や乳幼児健診を利用して、母親に、3つの質問票を施行したところ、母親の産後うつ病のスクリーニングも行えた。またそれをもとに母親に精神面について小児科が診療中にふれたことは、母親にとり満足のいく結果となった。つまり、自己記入式質問票3点は、小児科外来において母親に抵抗なく受け入れられる。小児科外来は、母子が自発的、定期的、継続的に来院するため、長期にわたり母子両者および相互関係の経過観察が可能であり、重要な子育て支援の場であることが意義として確認された。さらに小児の心身症外来においては、子どもの問題と母子関係に焦点を置いているが、母親自身の周産期の問題に留意すると、ケースの間

題点がより明確になることも明らかになった。

3. 精神科医師

母親のメンタルヘルスの水準が精神科診断閾値にまで到達し、育児や家事などの日常生活機能への障害が明らかである重症の場合は、精神科スタッフに紹介、連携できる診療連携が必要である。

しかし、児童精神医学や乳幼児精神医学の専門ではない、地域の精神科クリニックの精神科医師は、妊産婦や乳児を敬遠する傾向が顕著であった(平成16年度から18年度に域保健福祉機関から産後の母子訪問を行う保健師・助産師などを対象に、情緒的なサポートが得られない母親など育児機能を脆弱にするリスク因子の同定、産後うつ病スクリーニングの方法および支援の方法などをトレーニングして、産後の母親のメンタル面の支援を実践した(育児機能低下と乳児虐待の評価パッケージの作成とそれを利用した助産師と保健師による母親への介入のための教育と普及。厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業、班長、九州大学病院吉田敬子)。その結果約9%の母親がうつ病と検出され、その中で精神科既往歴のある母親は、保健師などに支援の受け入れが悪く、精神科受診につないだケースが見られた。しかし、そこで受信先の精神科医師による協力が得られないことが全国的に指摘されたが、それは今日に至るまで解消されていない。それが前述の木下会長による要望書につながっている。

そこで地域ですでに出産後の母親を対象に精神面支援に取り組んでいるコメディカルとともに、地域の医師会に所属する精神科、小児科、産科医師も参加してケースによる検討を3年間継続して、育児支援のチームに加わった(福岡県医師会、母子保健委員会:福岡県における妊娠期からの虐待予防連携体制の構築について)。その結果、

精神科医師が重症の産後うつ病および養育機能不全の母親の診療に携わるようになった（この中にはⅢの赤ちゃんへの気持ち質問票にて高得点であるわが子に否定的な感情と態度を持つ母親が含まれていた）。

地域の保健福祉スタッフとの連携の中で、精神科医師による連携と治療の対象となる妊産婦は、精神科既往歴がある（出産後のうつ病その他の精神障害のハイリスク）、精神科へ通院している患者が妊娠した場合である。精神病症状で精神科薬物療法が必要である場合、母親に病識がなくサポートをもとめていないので、訪問保健師や助産師の支援を受けたがらない場合、家族の協力や理解が得られない場合であった。

D. 考察

精神面でのケアや治療を必要とする女性ほど相談や受診をしないし、精神科医師には、自らは、ほとんど打ち明けられない場合が多い（Appleby et al, 1989）。そこで前述した3つの質問票を用いたアウトリーチ主体の支援が必要である。プライマリケアに携わる医療機関が同様にこの3つの質問票のツールを共有する意義は医療連携の意味で大きい。医師がメンタルケアと育児支援のチームの一員となることが包括的なチーム形成に不可欠である。

妊産婦の精神面支援のうち、今後さらなる精神医学の裏打ちが必要となる対象の女性として、わが子に対する情緒的な絆が持てない一群の母親がいる。これらの母親は、虐待のリスクが高くなるが、虐待する養育者には、また精神障害が高率に見いだされる。地域の母子訪問による支援を受けられない、または支援を拒否する母親は、精神科医療の対象として把握しておくのが子どもにとり安全である。これらの母親は質問票Ⅲの赤ちゃんへの気持ち質問票でスクリーニングされ、合計点が3点以上は要注意である（Yoshida et al, 2012）。母

親が子どもと情緒的な絆を結べない状況はうつ病でない場合でも存在する。子どもとの情緒的な絆が否定的であると、実際の育児機能に障害をきたす。さらに、子どもの安全が懸念されると、母親への治療や介入が必要となる。この状態を Brockington はボンディング障害と定義して、そのスクリーニング化を試みた(2001)。またその精神医学的診断カテゴリーと、母子に利益をもたらすために周産期にみられるひとつの「障害」の概念としての位置づけを提唱している。（Brockington, 2003）。

これらの母親には彼女たちの幼少児期の否定的な被養育体験との重なり、すなわち世代間伝達も考えておかなければならない。ライフサイクルにみられる母子の悪循環の連鎖を断ち切る最善の治療は、子どもの誕生からなるべく早く開始する予防であり、社会的に不利な家庭の子どもを対象にした予防的介入プログラムがある（Old et al, 2007）

さらに、より多領域協働の周産期精神面評価とケアの重要性が明らかになった現在、より簡便なスクリーニングを策定する必要がある。Mishina ら（2009）が、産後の母親を対象に、Whooley ら(1997)の簡便法を用いてうつ病のスクリーニングを行ったが、その結果については、エジンバラ産後うつ病質問票を外的基準として感受性、特異性、陽性適中率、陰性適中率をともに良好であり、プライマリケアの臨床や健診で使用できるツールとして報告している。英国のNICE ガイドラインでも簡略なこの方法を取っている。（NICE guidelines for perinatal mental health <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/>）。

E. 結論

出産後のうつ病やボンディング障害をきたす要因は妊娠中からすでに把握できる。ライフサイクルにみられる母子の悪循環の

連鎖を断ち切るには、妊娠中からの支援が必要であり、妊婦のストレスを軽減する支援や治療についての具体的な方法の検討と実践が必要となる。

引用文献・出典

1. Appleby, L., Fox, H., Shaw, M. & Kumar, R. : (1989). The Psychiatrist in the Obstetric Unit Establishing a Liaison Service. *British Journal of Psychiatry*, 154, 510-515.
2. Brockington IF, Oats J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C & Murdoch, C. : (2001) . A Screening Questionnaire for mother-infant disorders *Archives of Womens Mental Health*, 3, 133-140.
3. Brockington, I.F.(2003).母子間のボンディング形成の障害の診断学的意義. 吉田敬子(訳)精神科診断学, 14(1),7-17.
4. Glover, V., O'Connor, T.G. & O'Connell, K. : (2010). Prenatal stress and the programming of the HPA axis. *Neuroscience and Biobehaviour Review*, 35 (1), 17-22.
5. Glover, V. : (2011). Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 356-367.
6. Mishina H., Hayashino, Y. & Fukuhara, S. : (2009) .Test performance of two-question screening for postpartum depressive symptoms. *Pediatrics International*, 51, 48-53.
7. O'Hara, M W : (2014) Psychosocial and psychological interventions reduce the risk of postnatal depression compared with standard care." *Evidence Based Nursing* 17(2): 38-39.

8. Old, D.L., Sadler, L. & Kitzman, H. : (2007) . Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Psychology and Psychiatry* 48(3-4), 355-391.
9. Whooley, M.A.1., Avins, A.L., Miranda, J. & Browner, W.S. : (1997). Case-finding instruments for depression. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439-445.

F. 研究発表

1. 論文発表

Yoshida K, Yamashita H, Conroy S, Marks M, Kumar C: (2012) A Japanese version of Mother-to Infant Bonding Scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. *Archives of Women's Mental Health* 15:343-352,

2. 学会発表

Yoshida K, Yamashita H: (2014) Mothers with bonding disorder and perinatal psychiatric disorders, X VI World Congress of Psychiatry (WPA), 9.17, IFEMA, Madrid, Spain

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

母児訪問助産師が捉えた産後早期における初産婦のメンタルヘルスの状況

研究分担者 葛西 圭子（公益社団法人 日本助産師会 専務理事）

研究要旨

新生児訪問を実施している助産師が産後 1 か月以内の母親のメンタルヘルス状況をどのように受けとめているかを明らかにすることを目的に 13 名の助産師にインタビュー調査を実施した。【母親の状況】は＜表出＞＜生活行動＞＜住状況＞＜産後の身体回復＞＜個人特性＞＜考えていたことと実際とのギャップ＞＜コーピング＞＜経済状況＞の 8 つのサブカテゴリーに分けられ、【児と育児状況】については、＜児の状況＞＜育児状況＞＜母乳＞の 3 つに分類された。母親のメンタルヘルス状況と育児状況に関連する【体験】では＜育児疑似体験＞＜成育歴＞＜仕事＞＜精神的既往＞＜出産時の体験＞＜大切な人の死＞の 6 つに、【支援】では＜パートナー、血縁からの支援＞＜医療者からの支援＞＜関係性と支援＞＜質問＞＜自らの発信＞の 5 つのサブカテゴリーに分類された。助産師によって観察された母親と児、育児状況に関連していた母親の体験は、育児疑似体験や出産時の体験などであった。それらを補う体験の場を提供するとともに、身近な人からの支援を中心に、社会的サポート体制を整えるとともに、医療者として専門性を発揮した対応が望まれる。

研究協力者

山城五月（東京衛生病院）
田村千亜希（公益社団法人日本助産師会）
北目利子（トコ助産所）
渡邊香（公益社団法人日本助産師会）
岡本弘美（公益社団法人日本助産師会）

A. 研究目的

出産後の入院期間の短縮化と、出産年齢の高齢化、核家族化など、産後の母児を取り巻く環境は変化している。

虐待リスクなどに関しては、特に出産前後の母親への専門職の関与が重要である。

「社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」が平成 25 年 7 月に発表した「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」第 9 次報告では、0 日・0 か月児の心中以外の虐待死

事例 11 例の状況を報告している。複数回答ではあるが「望まない妊娠」が 6 例、「若年妊娠」が 2 例、「母子健康手帳の未発行」が 8 例、「妊婦健康診査未受診」が 9 例となっている¹⁾。

妊娠中は公的補助がある約 14 回の妊婦健診と産後 4、5 日間の入院期間の中で産科医師、助産師等から継続した身体面の観察と指導が受けられる仕組みになっている。退院後は医療機関において 1 か月健診、行政保健師等による訪問等が実施されている。産後訪問のうち「新生児訪問指導」は主に新生児の発育等に関する相談を保健師、助産師等によって出生後約 1 か月までに行っている。「乳児家庭全戸訪問事業（こんには赤ちゃん事業）」は生後 4 か月までに保健師、助産師の他、愛育班員、子育て経験者等によって子育てに関する相談を訪問

によって実施し、平成 23 年の実施市町村は 9 割超となっている。「養育支援訪問事業」は、子育てに対して不安や孤立感等を抱える家庭に子育て経験者による援助または保健師等による家庭訪問によって実施され、平成 23 年度は全市町村の 6 割超の実施率であった²⁾。

産後 2 週間健診について西巻ら³⁾の調査では、母乳不足感の解消、児の発育状況の確認、母親への育児支援を目的として医療施設の 64.6%が実施しており、母親からは「母乳が足りているのかどうか、わからない」などの悩みが聞かれ、2 週間健診によってそれが「解消された」と 9 割が回答している。日本未熟児新生児学会は、「正期産新生児の望ましい診療・ケア」⁴⁾で 2 週間健診の重要性を指摘し、経験を積んだ産科医・小児科医および助産師によって行われ、退院後の育児等のアドバイスをを行うことが望ましい、としている。

平成 24 年度から 25 年度に実施された「妊産婦のメンタルヘルスの実態把握及び介入方法に関する研究」^{5) 6)}の縦断的調査では、日本版エジンバラ産後うつ病自己評価表 (EPDS) において経産婦に比して初産婦のハイリスク者の割合が高い結果となった。経産婦では妊娠 20 週から産後 3 か月まで大きな変動はなく、産後 2 週間から産後 3 か月では妊娠 20 週時のハイリスク者割合より減少している結果であるのに対し、初産婦では産後数日から産後 2 週にかけてハイリスク者割合が上昇し、産後 2 か月で妊娠 20 週時と同水準までハイリスク者割合が減少している。同研究の分担研究者立花⁷⁾は、産後 2 週の抑うつ状態について妊娠中期の予測因子として、「パートナー以外に手伝ってくれる人が身近にいない」、「家族としてのまとまりを感じられない」等を挙げ、分娩 2 週後の抑うつ状態を予測する産後直後 (4、5 日後) の因子としては、「母乳栄養でない」、「尿漏れがある」等を挙

げている。これらの研究はいずれも母親に対する質問紙による調査研究である。また、産後うつ病に関してはスクリーニングに関する調査研究が多く報告されている⁸⁾。

母親に対する直接的な調査は行われている一方で、母親に接する助産師を対象とした研究報告は少ない。母親による自己評価とともに客観的視点も大切である。母親を対象とする専門職である助産師によるメンタルヘルスの評価を明らかにすることで、母親と、支援を行う助産師との両方向からの視点を合わせることにより、効果的かつ望ましい支援のあり方を構築することが可能となる。

本研究は、質問紙による母親への調査に対し、新生児訪問を実施している助産師が産後一か月以内の母親のメンタルヘルス状況をどのように受けとめているかを明らかにすることが目的である。

B. 研究方法

1 研究対象

- 1) 研究協力者：パイロットスタディとして新生児訪問指導経験のある助産師 1 名、A 地区で EPDS 測定を含む産後新生児訪問を行っている以下の選定条件を満たす助産師 10 名～20 名。
- 2) インタビューを受ける助産師の選定条件：平成 25 年 4 月より 1 年以内に「新生児訪問指導」を行っている者とした。産後母子に関する知識、経験を有していることを前提に訪問指導回数、経験年数は問わないこととした。

2 調査期間と研究期間

調査期間は日本助産師会の倫理委員会承認から 2014 年 12 月 25 日までとし、研究予定期間は 2015 年 2 月 28 日までとした。

3 研究方法

- 1) インタビューの担当者：助産師経験 10

年以上の6名で実施することとした。

2) パイロットスタディ：新生児訪問指導経験のある助産師1名に対し、予備的にインタビューを実施した。インタビュー担当者全員で予備的なインタビューの逐語録を共有した。6名の担当者全員でロールプレイを実施し、担当者間でインタビュー内容、問いかけの方法を確認した。インタビューガイドに沿って質問し、研究協力者の応答を具体的に深めるような問いかけにするようにした。

3) 調査内容・方法の修正：パイロットスタディ後に、調査内容、方法の修正を行った。

4) 研究協力者の紹介：都内A区で、行政から委託を受けている東京都助産師会地区分会の会長に説明文書を用いて依頼し、研究協力者の紹介を受けた。

5) 協力研究者への説明と同意：文書を用いて口頭で説明し署名による承諾をとった。

6) インタビューの実施：1時間程度の個別の半構成的インタビューとして、日時は面接担当者が研究協力者と調整し決定した。あらかじめ設定した調査項目（インタビューガイドを使用）に沿って、発言を求めた。調査の実施場所は個人情報をもれない個室とし、研究協力者に承諾を得てレコーダーに録音した。

7) 謝礼：交通費込みとしてクオカード5,000円分を謝礼として渡した。

4 調査内容（インタビューガイド項目と内容）

調査項目は立花の報告などを参考に、助産師や精神科医、質的研究の経験のある研究者などで検討した。

インタビュー内容は、新生児訪問指導時における初産の母親を中心としたメンタルヘルス状況とした。

1) 研究協力者の属性

(1) 年齢

(2) 卒後年数（助産師養成所卒業からの年数）

(3) 助産師としての経験年数及び現在に至るまでの業務形態

(4) 平成25年度4月～平成26年度3月までの新生児訪問指導件数

2) 産後1か月以内の初産の母親のメンタルヘルス状況について

(1) 母親のメンタルヘルスや育児状況の良い状態の人とそうではない人に関する捉え方

(2) その違いを生じさせている要因について

(3) 訪問時に実施しているEPDSの得点結果に対する判断

(4) 初産婦と経産婦の産後EPDS結果の相違について

平成24年度から25年度に実施された「妊産婦のメンタルヘルスの実態把握及び介入方法に関する研究」^{5) 6)}の初産婦が経産婦に対してハイリスク割合が高くなっている縦断的調査結果のグラフ（図1）を用いて、初産と経産婦の違いに対する考えを問うた。

5 分析方法

インタビュー担当者がインタビュー内容を逐語録に起こした。母親のメンタルヘルスに及ぼす身体的、心理的、社会的状況毎に文脈単位で抜き出し、適宜ラベルを付与してコード（以下《》で示す）化した。類似した内容をまとめてサブカテゴリー（以下<>で示す）、カテゴリー（以下【】で示す）へと集約した。真実性を確保するために、共同研究者と分析を行った。数人終了する毎で分析し、カテゴリーの抽出が完了したと判断した時点で、新たな研究協力者の面接調査を終了した。妥当性と信頼性を高めるために質的研究者の助言を得て分析作業を進めた。

6 倫理的配慮

調査への協力は任意であり、同意のある助産師のみにインタビューした。研究趣旨について文書を用いて口頭で説明し、いつでも承諾を撤回できることも含めて署名による承諾をとった。研究協力者が同意しない場合や承諾後撤回した場合でも所属する助産師会等からなんら不利益を被らないことを説明した。研究協力者が、インタビューに負担を感じた場合には、インタビューを中止する。インタビュー後に同意の撤回があった場合にはデータを削除することとした。回答内容を逐語録に起こす際には人名や場所などは全て記号化し個人情報特定されないようにする。

録音データは、平成 27 年 3 月に、平成 26 年度 厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）「妊産婦のメンタルヘルスの実態把握及び介入方法に関する研究」（主任研究者久保隆彦）の分担研究として報告後 3 年間鍵のかかる保管庫に保存し、その後削除することとした。本研究計画は公益社団法人日本助産師会の倫理審査を受け承認されている。

7 予想される成果・研究の意義

産後母児訪問を実施している助産師が母親のメンタルヘルス状況をどう捉えているかを明らかにすることで、母児支援の必要性を具体的に解説する資料となることが期待される。

C. 研究結果

13 名の助産師にインタビューを実施した。インタビューに要した時間は平均 61 分であった。

1) 研究協力者の属性（表 1）

（1）年齢：33 歳から 72 歳で、平均年齢は 49.3 歳であった。

（2）卒後年数（助産師養成所卒業からの年数）：10 年から 45 年の卒後年数で平均 25.5 年であった。

（3）助産師としての経験年数及び現在に至るまでの業務形態

臨床経験、教員経験、保育所等実務経験は平均 16.1 年の経験であった。

（4）平成 25 年度 4 月～平成 26 年度 3 月までの新生児訪問指導件数

全ての助産師が産後訪問に関わっていたが、新生児訪問件数は、年間 1 件から 125 件であった。

2) 産後一か月以内の初産の母親のメンタルヘルス状況について（表 2）

助産師が訪問によって産後一か月以内の初産婦のメンタルヘルス状況や育児状況をどのようにとらえているかについては、助産師が客観的に観察した【母親の状況】【児と育児の状況】、その状況の関連として【体験】【支援】という 4 つのカテゴリーに分類された。

「母親のメンタルヘルスや育児状況の良い状態ではない人」に関して多く語られており、その内容を中心に報告する。

（1）母親の状況について

【母親の状況】については<表出><生活行動><住居状況><産後の身体回復><個人特性><考えていたことと実際とのギャップ><コピーング><経済状況> 8 つのサブカテゴリーに分けられた。

<表出>では<<険しくつらい表情>><<泣いている>><<疲れている>>が挙げられた。<<険しくつらい表情>><<泣いている>>は 5 名の助産師から挙げられた。「下を向いた感じ」「ドアを開けた瞬間に泣いている」「ワーツと泣く」状況が観察されている。

<生活行動>では<<食べていない>><<睡眠がとれていない>><<自分のことが構えない>>であり、「1 日一食ですとか、二食です」「寝れる時間があるのに寝れないのは要注意」「髪を振り乱して」という状況が

観察され、「母親のメンタルヘルスと育児状況の良い状況の人」（以下「良い状況の人」）に関しては「気づかいはできる」余裕を観察し、「食べることが好きな人は大丈夫」と助産師は判断していた。

観察された<住状況>では、《きれいすぎる》《片付いていない》と、相反する状況が報告され、「使いかけの化粧水が何本もあったりすると、あれっ、大丈夫かな」とする一方、「モデルルームのよう」な状況も報告された。また、《家で完結して近所づきあいがいい》状況も観察され、「お買い物もネットスーパーなんです」という情報通信を利用した生活と、今回の対象地域が東京都内という地域性から、《高層マンションでひきこもり状態》という、近年の都市の住環境による影響と考えられる答えがあった。報告がされた。

<産後の身体回復>では《傷の痛みを感じている》として「お産のエピ、ナートが深かったり。個人差はあるかもしれませんが、まだまだ思うように動かない」状況が語られた。

母親の<個人特性>については、「いい妻、いい嫁、いい母親でいたい、我慢して頑張る」という《規範意識が強い》状態、「自分のなかで知らず知らずにルールを作っちゃってる」《がんじがらめ》になり、「この子がなにか訴えて泣いているのに、わかってあげられない自分はダメです」という《自責傾向》が見られ、「子どもにも泣き止んでほしい。旦那にもやってほしいことをきちんとやってほしい」《相手に多くを求める》傾向も観察されている。

また、「家のことができないことに、そういう自分が許せなくて。育児も自分の中の完璧を求めたい」《育児と家事ができるだろう》という予測による<考えていたことと実際のギャップ>が観察された。

<コーピング>としては、「毎晩1リッター、ビールを晩酌している」という《逸

脱状況がある》状況が報告されている。「良い状況の人」では、「気分転換さえできればOK」という<コーピング>が観察されている。

<経済状況>では《貧困で児に暴力をふるう》状況と、「裕福だからこそ、旦那さんが不在で、追い詰められている」《裕福でもパートナーが不在である》ことが報告されている。メンタルヘルスと育児状況の良い人では、《経済力がなくてもたくましい》《裕福だとベビーシッターが雇える》状況も報告された。

(2) 児と育児状況について

【児と育児状況】については、<児の状況><育児状況><母乳>の3つのサブカテゴリーに分類された。

観察された<児の状況>は《泣きやまない》、「さわったときの、緊張している感じ」として《緊張している》状況が報告され、授乳との関連で《吸着がぎこちない》ことが観察された。児が《緊張している》状況の観察とともに、「良い状況の人」では、「こうさわったりなんかしながら。それで、反応が返ってくる子（母親とのかかわりがいいと判断）」として《落ちついている》状況が観察されている。

<育児状況>では「泣いたとき、自然に声が出ない」《接し方がぎこちない》状況と、「将来この子は大丈夫かとか。ほんとに漠然とした未来まで考えて不安」などの《発育への不安がある》状況が観察された。

<母乳>では《授乳不安がある》ことと、「母乳、母乳、母乳って思いながら、それで、飲ませなきゃ、飲ませなきゃ」「ミルクをたすことに罪悪感があったり」という《母乳に関する信念がある》状況が報告された。

(3) 母親の体験について

【母親の状況】【児と育児状況】に関連する母親の【体験】では<育児疑似体験><成育歴><仕事><精神的既往><出産

時の体験><大切な人の死>の6つのサブ
カテゴリーが示された。

「甥っ子、姪っ子とも接していない（一
人っ子も多い）」<赤ちゃんに接した経験
がない><育児疑似体験>がなく、「自分
が母子家庭で育ったので。お母さんと同じ
ような状況になっちゃうといけない。そう
いう恐怖感もあった」<母子家庭であった
>、「『お姉ちゃん是可以のあなたは
どうして』と育った」<兄弟で比較された
>という<成育歴>が語られた。

<仕事>では、「ステップを踏めばこう
なるんだってという人生を送ってきた方がほ
とんどなので、子育てに関しては、なんだ
これはみたい。やることはやったのにい
つまでも泣き止まないとか、誰も100点
をくれない」<キャリアが邪魔をする>状況
が報告された。

<出産時の体験>では「普通に産んで普
通に赤ちゃん抱っこしている自分を想像し
ていたのかもしれないけれども、ちょっと
違う道にそれたりした（突然点滴が始ま
った、突然帝王切開の話が）」という<予
期しない出産のトラブルがあった>体験をし、
<つらい思いが残る出産だった>として、
「自然に産めなかったのは自分の努力が足
りなかったんだ」「助産師が卵膜剥離をし
たらしいんですね。ぐーっと。そのときに
まったく説明がなかった」ことも体験して
いた。「何年も何年も治療してようやく授
かって46で産みました。こんなはずではな
かった」という<妊娠することがゴール>
という体験状況も報告された。

出産間際に、「相談相手だった親友が亡
くなったとか、親友の赤ちゃんが亡くな
った」<大切な人の死>の体験が報告された。

（4）母親に対する支援について

母親の状況、児と育児の状況に関連する
【支援】については<パートナー、血縁か
らの支援><医療者からの支援><関係性

と支援><質問><自らの発信>の5つの
サブカテゴリーに分類された。

「パパの帰りが遅い、手探りで子育てし
ている」「脱ぎっぱなし、片付けない、箸
持ってこい」「母子家庭状態、パートナ
ーは戦力外」という<パートナーには頼れ
ない>状況と、「実父母が介護状態等サポ
ートに回らなければならない」「実母が70
歳以上だったりして、聞いても参考になら
ない」<実父母に頼れない><パートナー、
血縁からの支援>があった。また、「お母
さんの主張が強すぎる人（わたしのとき
にはこうした）」「実の親だからこそ容赦
ない」という<過度な実母の介入がある>状
況という<パートナー、血縁からの支援>
も観察された。

<医療者からの支援>では、医療者は「何
も言ってこない人には手をかけない」「病
院では話す時間がなかった」<医療者が関
わらない、関われない>状況があり、「病
院でのネガティブな出来事の影響（乳房の
手当で怒られた）」という<医療者からの
不適切な支援>が報告された。「一カ月健
診でみてもらえるから、それまでは自分で
何とかやらなきゃ」「聞く人がいない」「隣
の人誰？弱音を吐けないわけですよ」とい
った<孤独>、そして「初対面だと、変な
人と友達になっちゃって、えらい目に遭
った経験がある」<不適切な友人関係がある
><関係性と支援>があった。

「良い状況の人」では、「気持ちを聞け
る人がそばにいる、ちょっと手伝ってく
れる、家のことやってくれる」「弱音を吐
ける人がいるか。つまり、それが実母であ
れ、義母であれ、いとことか友達であ
れ、あるいはヘルパーさんにアウトソー
シングして、どこかにたどりつけている
のか」など、誰かが<そばにいる>こと
が大切だと報告された。

「善悪を聞きたがる」「不安な方は、箇
条書きですよ。もう、こう紙一面にチェ

ック項目で。これは質問したって、ひとつひとつチェックする」《過大な質問と答えを執拗に求める》<質問>があり、「誰に聞いたらいいいのか分からない」「人にモノを頼めない、他人が家に入ってほしくない、自分のやってる手順と違うやり方をやられるのがいやだ」という《ヘルプを発信できない、発信しない》状況と、「母子手帳と共に配布される山のような区のガイド、サービスを全く読んでいない」《情報をうまくとれない》については<自らの発信>に分類された。

3) 初産婦と経産婦の EPDS 結果 (図 1) に関する助産師の考え

初産婦と経産婦の EPDS ハイリスク者割合の変化に対する助産師の考えを問うた。

初産婦の産後 2 週間のハイリスク者割合が 25% であることに関しては、「赤ちゃんを抱いていると帰宅時車のドアが開けられない、退院してすぐの食事をどうするか」、「子育てがわからないから高く出るのは当然」といった《産んだ後の現実の大変さ》があり、この生活が「永遠に続くような気がする。現状が見通せないことで不安が高い」「先の出口の見えないトンネル」の《先が見通せない》状況に加えて、「実母が帰る」「パートナーの休みが終わる」等の《支援がなくなる時期》がその理由として語られた。

児の状況としては、「1~2 か月が泣きのピークだが、泣き始めか」「泣きのピークに入ってくる。自分が休めない。昼も夜も関係なく」といった《泣きのピークになってくる》といった要因がある。産後一か月後にハイリスク者割合が減少し始めるのは「とりあえず何とかやっていけそう」「自分なりに工夫した結果、実ってくるのが 2 週間過ぎてなのかなあ」といった《やっていけそう》な状況と、《身体の回復》が理由である。

この推移に関して、「2 週間っていうのも感じるんだけど、3 週目も多いかなあっていうのをすごく」感じるという意見と、「山を越えるのが 3 か月」と考えている助産師もいた。

経産婦では、「赤ちゃん返りなど上の子の心配があり、もうちょっと高いと思ってた」「上の子の対応で自分を責める(たたいちゃった)」という《上の子の悩みがある》という考えがみられた。一方、「先が見える状況がある」「2 人目はこんなもんなんですかね」といった《先が見える》状況と、「第 1 子のことでもう落ち込んでいる暇がない」「やってかなきゃというか、悩んでいる暇がない」といった《落ち込んでいる暇がない》という意見がみられた。

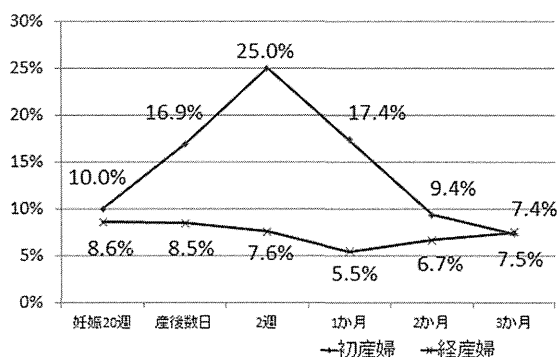


図 1. 初産婦・経産婦別の EPDS ハイリスク者割合

D. 考察

1 助産師によって観察された母親のメンタルヘルスや育児状況について

本研究は新生児訪問に携わっている助産師に、産後一か月以内の初産婦の状況をどのようにとらえているかについてインタビューを実施したものである。母親のメンタルヘルスや育児状況について多く語られたのは、「母親のメンタルヘルスや育児状況の良い状態ではない人」についてである。援助のニーズに応えようという援助者の姿勢が関係していると考えられる。

表1 研究協力者の属性

研究協力助産師	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
インタビュー時間 (分)	55	46	66	68	56	112	84	54	85	39	41	36	53
年齢(歳)	47	47	64	40	72	59	37	46	33	47	66	42	48
助産師養成校卒業後年 数(年)	23	14	39	16	45	33	13	24	10	25	44	20	26
臨床、教員、保育所 等経験年数(年)	18	2	30	7	34	13	6	6	10	15	41	7	20
訪問経験年数(年)	5	9	4	9	11	22	7	13	3	7	3	11	5
平成25年4月～平成 26年3月までの新生 児訪問指導件数(件)	56	50	23	125	1	14	14	60	16	15	6	30	35

表2. 「母親のメンタルヘルスや育児状況の良い状態ではない人」に関する分類と語り例

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	語り例	助産師
母親の 状況	表出	険しくつらい 表情がある	表情が険しい(ピリピリしている感じ)(F) 表情が能面(J)	BDFJL
		泣いている	何をしても、何を見ても、とにかく涙が出る(A) ドアを開けた瞬間に泣いている(M)	AFIJM
		疲れている	げっそり度合(D)	DFJ
	生活行動	食べていない	1日1食ですとか、2食です(D) 自分の食事がとれない(F)	BDF
		睡眠がとれて いない	寝れる時間があるのに寝れないのは要注意(H)	BFH
		自分のことを 構えない(衣 服が乱れてい る)	髪を振り乱して(D)	DM
	産後の身 体回復	傷の痛みを感 じている	お産のエピ、ナートが深かったり。個人差はある かもしれませんが、まだまだ思うように動かない (F)	DF
	住居状況	きれいすぎる	モデルルームのよう(D)	DFGL
		片付いていな い	使いかけの同じような化粧水が何本もあったり とかすると、あれっ、大丈夫かな(G) 部屋は荒れている、自分はダメだダメだ、赤ちゃ んのことはできているのに、できてないという 方向になってます(M)	BGLM
		家で完結して 近所付き合 いが ない	お買い物もネットスーパーなんです(B)	BF
		高層マンショ	着替えないと下まで降りれない(D)	DF

		ンで引きこもり			
個人特性	規範意識が強い	いい妻、いい嫁、いい母親でいたい、我慢して頑張る (F) 子育てをつらいと思ってしまっている自分を責めてます (子どもがかわいいと思えないなんて、おかしいんじゃないの、わたし) (M)		FM	
	がんじがらめ	自分のなかで知らず知らずにルールを作っちゃってる (G)		ADFG	
	自責傾向がある	この子がなにか訴えて泣いているのに、わかってあげられない自分はダメです (M)		BEM	
	相手に多くを求める	子どもにも泣き止んでほしい。旦那にもやってほしいことをきちんとやってほしい (G)		G	
考えていたこと実際とのギャップ	育児と家事ができるだろう	家のことができないことに、そういう自分が許せなくて。育児も自分の中での完璧を求めたい (L) 赤ちゃんと育児と多分家のことができる妥当っていうイメージがあるみたいで。こんなに自分が赤ちゃんのことだけで手がかかっている現実によっと驚いているっていうか、自分のイメージと現実のギャップがある (I)		GIL	
コーピング	逸脱行動がある	1リッター、ビールを晩酌している (E) うちにこもっている人 (K)		EK	
経済状況	貧困で児に暴力をふるう	貧困で児に暴力をふるう (M)		M	
	裕福でもパートナーが不在である	裕福だからこそ、旦那さんが不在で、追い詰められている (M)		M	
児と育児状況	児の状況	泣きやまない	置いたら泣く (D) よく泣く子 (F,K)	ABDF K	
		緊張している	さわったときの、緊張している感じ (D)	D	
		吸着がぎこちない	赤ちゃんが吸えなくて (I)	AI	
	育児状況	接し方がぎこちない (ことばかけがない)	泣いたとき、自然に声が出ない。抱き方もぎこちない (H)		ACDH M
		発育への不安がある (泣きへの心配)	なんで泣いているんだかわからなくて (D) 将来この子は大丈夫かとか。ほんとに漠然とした未来まで考えて不安 (I)		ADGHI L
	母乳	授乳不安がある	足りてるかわからないとか、自分のおっぱいをちゃんと飲めてるのか心配 (L)		FIJLL
母乳に関する信念がある		母乳、母乳、母乳って思いながら、それで、飲ませなきゃ、飲ませなきゃ (F) ミルクをたすことに罪悪感があったり (D) 混合栄養が一番悩んでいる (L)		DFJF	
体験	育児疑似体験	核家族の人が増えてしまって、自分のところしかわからない (I)		ILM	

		い	甥っ子、姪っ子とも接していない（一人っ子も多い）（M）	
成育歴		母子家庭であった	自分が母子家庭で育ったので。お母さんと同じような状況になっちゃうといけない。そういう恐怖感もあった（K）	K
		兄弟で比較された	「お姉ちゃんはできるのにあなたは どうして」と育った（F）	F
仕事		キャリアが邪魔をする	子育てってきちっこうでというふうにならないのが嫌っているような感じ、たぶんきっとそれは仕事でずっと成功してきた人（C） ステップを踏めばこうなるんだっていう人生を送ってきた方がほとんどなので、子育てに関しては、なんだこれはみたい。やることはやったのにいつまでも泣き止まないとか、誰も 100 点をくれない（H）	CDFH M
精神的既往		心療内科受診歴がある	心療内科かかったっていう人は EPDS が高い（E） まわりのことが見えなくなっちゃって、うつになっちゃった経験のある人は要注意です（M）	BEFIJ M
出産時の体験		予期しない出産のトラブルがあった	普通に産んで普通に赤ちゃん抱っこしている自分を想像していたのかもしれないけれども、ちょっと違う道にそれたりした（突然点滴が始まった、突然帝王切開の話が）（A）	AD
		つらい思いが残る出産だった	お産がたいへんだったということと言いたかったみたいで、そっちばかり表出していた（A） 助産師が卵膜剥離をしたらしいんですね。ぐーっと。そのときにまったく説明がなかった（J） 自然に産めなかったのは自分の努力が足りなかったんだ（M）	ABCD FIJM
		妊娠することがゴール	ゴールが違う（「やっとできました」）（C） 何年も何年も治療してようやく授かって 46 で産みました。こんなはずではなかった（B）	BC
大切な人の死		大切な人の死を体験した	相談相手だった親友が亡くなったとか、親友の赤ちゃんが亡くなった（M）	M
支援	パートナー、血縁からの支援		パパの帰りが遅い、手探りで子育てしている（E） 脱ぎっぱなし、片付けない、箸持ってこい（K） 母子家庭状態、パートナーは戦力外	BCDEF IK
			実父母に頼れない	実父母が介護状態等サポートに回らなければならない（B） 実母が 70 歳以上だったりして、聞いても参考にならない（L）
		過度な実母の介入がある	お母さんの主張が強すぎる人（わたしのときにはこうした）（C） 実の親だからこそ容赦ない（G） 余計なことと言われても（H）	DFGM
	医療者からの支援		入院中医療者が関わらない、関われない	何も言っておかない人には手をかけない（C） 病院では話す時間がなかった（B）

		医療者からの不適切な支援	病院でのネガティブな出来事の影響（乳房の手当で怒られた）（D）	D
関係性と支援		孤独である	一カ月健診でみてもらえるから、それまでは自分で何とかやらなきゃ（G） 聞く人がいない（L） 隣の人誰？弱音を吐けないわけですよ（M）	ACFG HLM
		不適切な友人関係がある	初対面だと、変な人と友達になっちゃって、えらい目に遭った経験がある（M）	D
質問		過大な質問と答えを執拗に求める	善悪を聞きたがる（A） 不安な方は、箇条書きですよ。もう、こう紙一面にチェック項目で。これは質問したって、ひとつひとつチェックする（L）	ADFGI L
自らの発信		ヘルプを発信できない、発信しない	誰に聞いたらいいのか分からない（A） 人にモノを頼めない、他人が家に入ってほしくない、自分のやってる手順と違うやり方をやられるのがいやだ（D）	AD
		情報をうまくとれない	母子手帳と共に配布される山のような区のガイド、サービスを全く読んでいない（D）	DM

初産婦における EPDS 得点が 9 点以上のハイリスク者割合は産後 2 週間で 25%⁵⁾⁶⁾であることを踏まえると、報告された【母親の状況】はその内容を具体的に説明できる語りである。新生児訪問によって実際に観察された状況として〈表情〉や〈生活行動〉に表れていた。特に母親が「泣いている」という情動的な表出は 5 人の助産師によって報告された。また、自らの衣食住の基本が乱れている状況も観察されている。〈住状況〉でも母親のメンタルヘルス状況と関連させて助産師はアセスメントしている。訪問によって住状況を見ることは、短時間で妊産婦の生活状況を捉える上ではかなり有効である。それぞれの生活状況に応じた支援が助産師の役割であるからだ。

「家で完結して近所づきあいがいい」状況については、情報通信は現代社会では生活に欠かせない手段となっていることを表している。総務省の平成 25 年通信利用動向調査⁹⁾では 20 歳から 49 歳のインターネット利用率は 95% 以上であり、世帯単位での家庭内でのインターネット利用頻度は「毎日少なくとも 1 回」と回答したのは 70.8%

と前年調査を 7 ポイント上回っている。産後生活においても今後さらに活用されていくと考えられ、情報通信利用を前提とした関わりの推進が望まれる。

身体的状況では「傷の痛み」が報告された。出産時の会陰切開、裂傷、帝王切開による創部痛などが産後の生活に影響を及ぼしており、特に初産婦では会陰部の創傷による苦痛が考えられる。可能な限り出産時の身体への侵襲を少なくする努力が医療者には必要である。

〈個人特性〉では「規範意識が強い」「がんじがらめ」「自責傾向がある」いずれも、「いい妻、いい嫁、いい母親でいたい」ということばに表れているように、文化的社会規範としての「いい母親」像を妊産婦自身が内面化し、実際にそれが実行できないことで悩んでいる状況が表れており、それは「考えていたことと実際のギャップ」でも観察されている。このように観察された状況に対して、助産師は「あたしたちの役割は手抜きを教えますね。だから、両手で抱っこする必要のないのよって。ちゃんと頭をここで支えて、片手で抱っこして、電