

## 妊娠中・産後に精神的に不安定な母親を支援する助産師の活動

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

妊娠中・産後に精神的に不安定な母親を支援する重要性が高まっている。子育て世代包括支援センター、産後ケア事業、産婦健康診査事業など母子保健施策の充実が図られている中、助産師に求められる妊産婦メンタルヘルスケアへの役割も増大している。CQ19における3つの推奨項目について助産師の活動の現状と施策との関連を確認し、今後求められる助産師の役割について考察することを目的として研究を行った。施設の中では助産師がメンタルヘルスに関わっており、産後ケア事業などの広がりとともに助産師の専門性のあるケア提供がさらに求められていることが考えられた。助産師は妊産婦メンタルヘルスに関する知識、技術力をさらに高めていくことが必要である。

### 研究協力者

新井陽子（北里大学看護学部  
生涯発達看護学）

春名めぐみ（東京大学大学院医学系研究科  
健康科学・看護学専攻  
母性看護学・助産学分野）

状と施策との関連を確認し、今後求められる助産師の役割を考察することを目的とした。

### A. 研究目的

妊産褥期の心身の安定はその後の育児、家族関係にとって重要である。妊産婦の内分泌環境の変化に加え、心理的、社会的変化を伴い、相互に関連し合っている。

特に産褥期にみられる軽度で一過性の抑うつ、あるいは涙もろさを主症状とした精神症状である「マタニティーブルーズ」は周産期に係る職種にはよく知られている。また、「産後うつ病」は、抑うつ気分、興味の減退または消失、睡眠障害、食欲低下、体重減少、易疲労性、集中力の低下、焦燥感、希死念慮または自殺企画などの症状を伴い、治療を必要とする。

本稿ではCQ19で推奨されている内容について、保健医療職である助産師を中心に精神的に不安定な母親を支援する活動の現

### B. 研究方法

1. CQ19で示されている以下の3つの推奨について助産師の活動実態と施策との関連を確認する。

1) 妊娠から子育て期まで、産科外来・助産師外来・母乳外来・産後ケアなどで継続的に支援することを推奨する。

2) 妊婦の背景を理解し、妊娠から子育て期までのメンタルヘルスに関するリスク因子の有無を妊娠期と出産後にスクリーニングし、ハイリスク事例は地域保健師と施設の助産師・看護師が協働して継続した支援にあたることを推奨する。

3) 精神的に不安定な状態の母親の場合、精神状態のアセスメント、家事その他の日常生活機能が損なわれていないかをアセスメントし、必要に応じて専門家（精神科医、臨床心理士、母性看護専門看護師、精神看護専門看護師）に紹介し、協働して支援することを推奨する。

2. 確認された助産師の活動実態と施策から今後精神的に不安定な母親を支援する助産師の役割について検討を加える。

#### (倫理面への配慮)

本報告は、妊産褥期における助産師の活動の実態と施策について述べており、個人情報扱っていないため、倫理的な問題はないと考える。

### C. 研究結果

1. 妊娠から子育て期まで、産科外来・助産師外来・母乳外来・産後ケアなどで継続的に支援することを推奨する。

妊娠から子育て期は連続した過程であることを踏まえ、支援が継続的に実施されることが望ましい。妊娠初期から助産師、保健師等保健医療職と妊産婦が接点を持つこととなる。いかに継続的に支援できるかの視点で述べる。

#### 1) 個別・集団への働きかけ

##### (1) 個別への継続的な働きかけ

#### ①医療施設

##### a. 妊娠期における働きかけ：

妊娠期間約 14 回実施される妊婦健康診査、分娩時の入院、出産後に続く産後健診で妊産婦と家族に働きかける。この間、医療施設では多くの医師、助産師が関わる。

・**情報の共有**：多くの医療職者が勤務する医療機関での継続的な支援のためには、診療録、助産録等記録の共有が基本となる。電子カルテを用いている施設では、通常は分娩による入院時に作成する基礎情報を妊娠初期から入力して、外来から入院に至るまで、情報が継続されるなどの共有が進んでいる。

・**バースプラン**：妊婦およびその家族が出産およびその後の育児に対して、どのようにしたいのかの妊娠・出産の計画、医療者に向けた出産の希望を伝え、妊婦の出産への主体的な姿勢を養うための「バースプラン」というツールを活用することも個別への働きかけとして有効である。バースプランでは、「妊娠してから今までを振り返って思っていること」、「親になるための自分とパートナーの準備」、「お産が始まったときの予定」、「産後のイメージと希望」、「退院後の生活とサポーター」、「産後の復職・保育園など」などを妊産婦が記載する。記載されたバースプランをもとに個別の希望に合わせた出産支援を行うとともに、個別の支援の必要性を明確にしていく。

ン」というツールを活用することも個別への働きかけとして有効である。バースプランでは、「妊娠してから今までを振り返って思っていること」、「親になるための自分とパートナーの準備」、「お産が始まったときの予定」、「産後のイメージと希望」、「退院後の生活とサポーター」、「産後の復職・保育園など」などを妊産婦が記載する。記載されたバースプランをもとに個別の希望に合わせた出産支援を行うとともに、個別の支援の必要性を明確にしていく。

##### b. 産後における働きかけ：

出産は必ずしも思い描いた体験ではないことも多い。自然出産から帝王切開への変更、産後の痛み、授乳の困難などを体験することも多い。医療施設では産後 1 週間前後の入院に加え、1 か月健診まで個別に支援している。

・**バースレビュー**：助産師が産後の母親と一定の時間をとって振り返りを行うバースレビューによって、自分の出産体験を語る行為を通して自己概念を再構築することが重要である。つらかったこと、出産した時の気持ちなど出産経過を語ることで自分を受け入れ、これからの育児に向かう気持ちを整理する。

・**産後健診**：産後退院時には継続が必要な事項が退院後の健診時に引き継がれるように記録を工夫する。産後は 2 週間健診、1 か月健診時に助産師が母体の身体状況と心理状況を踏まえ、育児相談、母乳相談に応じるようにしている。産後の滞在先、サポート状況、疲労・睡眠・食欲、気分やイライラ感、悲しくなったりみじめになることがないかなどメンタルヘルス状況を把握する。

厚生労働省は平成 29 年度から出産後の母親が育児への不安や重圧によって精神的に不安定になる「産後うつ」を予防するため、産後健診を受ける際の費用を助成する産婦健康診査事業を実施している。

産後の母親の心身の状況を把握し、産後ケアなど必要な支援につなげようとするものである。深刻化すれば虐待や育児放棄につながったり、自殺を招いたりする恐れがあり、不調の兆しを早めに見つけ、行政の相談窓口など適切なケアにつなげるのをねらいとしている。

妊産褥期を通じて医療施設の医師、助産師は利用できる社会資源を紹介するなど、施設外との連携も重視しながら活動をおこなっている。

#### ・院内助産

医療施設の中で助産師が医師と役割分担、連携のもとローリスク妊産婦に助産ケアを提供する院内助産では、妊産婦の主体性と家族の参加のもとで助産ケアを提供している。日本助産師会（2017）による院内助産担当助産師への調査では、「院内助産を利用する産婦のメリット」として、「産婦が主体的に出産できる」79.5%、「ローリスクのため産婦や家族の希望を多く取り入れた出産が可能である」68.4%と答えている。妊娠期から助産師が担当する助産外来、分娩期における院内助産、助産師による産後健診などで妊産婦への働きかけが継続的にできる可能性が広がっている。

#### ②保健センター等自治体

##### a. 妊娠期における働きかけ：

母子健康手帳交付、妊婦訪問等で個別に働きかける。対面できる場として母子健康手帳交付時は情報収集と発信のよい機会である。可能であれば保健師、助産師等が面談して妊産褥期に受けられるサービス、各種講座の案内を行う。妊婦訪問は妊娠による体調の変化、不安に対し、家庭訪問によって個別相談をするサービスである。求めに応じて実施する。また、若年の妊婦、妊娠期からの継続的な支援を特に必要とする場合（特定妊婦）に養育支援訪問事業を行っている。

##### b. 産後における働きかけ：

産後では生後28日以内（里帰りでは60日以内）に希望者に実施する「新生児訪問」、全員を対象とする「乳児家庭全戸訪問」がある。「新生児訪問」は保健師や助産師が新生児の発育状態、母親の心身状態に応じて相談や指導を行っている。「乳児家庭全戸訪問」では、保健師、助産師のほか、愛育班員、母子保健推進員、子育て経験者などが、生後4か月までの乳児がいるすべての家庭を訪問する。さまざまな不安や悩みを聞き、子育て支援に関する情報提供等を行うとともに、母子の心身の状況や養育環境等の把握及び助言を行い、支援が必要な家庭に対し適切なサービス提供につなげるものである。

ハイリスクと考えられる場合にはケース対応会議、要保護児童対策地域協議会などにつなぐこととしている。そのほか、電話相談、家事支援サービスを提供している自治体も多い。

#### ・子育て世代包括支援センター

母子保健法第22条の改正により新たに規定された「子育て世代包括支援センター」の法定化（平成29年4月1日施行、法律上の名称は「母子健康包括支援センター」）に伴い、妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目ない支援をおこなうセンターとして市町村事業として位置づけられることとなった。平成32年度末までに全国展開を目指すとしている。妊婦等からの相談を待つだけでなく、支援を要する妊婦等に積極的にアプローチすることとしている。特に妊娠・出産・育児に関する相談と支援であることから、母子保健に精通している保健師のほか、助産師が具体的な支援担当者として適している。全ての母子に対して切れ目ない支援を行うセンターとして役割が期待されている。

#### （2）集団への働きかけ

##### ①医療施設

#### a. 妊娠期における働きかけ：

出産準備教育として、母親学級、両親学級を開講し、入院する病棟の見学を行うとともに、妊産褥期の身体の整え方、児を迎えるにあたっての夫婦の準備状況について働きかける。その際には妊産婦や家族の相互交流などを促している。

#### ②保健センター等自治体

#### a. 妊娠期における働きかけ：

医療施設と同様に、母親学級、両親学級を開講している。母子手帳交付時にさまざまなサービスを紹介しているが、特に産前産後に利用できる家事サポートや、産後訪問などを案内する。また、住居地の近いカップル同士の交流などを促進している。

#### b. 産後における働きかけ

産後では母親同士の交流の場（サロン活動）を提供し、母子の孤立化を防ぎ、育児に関する相談を行っている。

2. 妊婦の背景を理解し、妊娠から子育て期までのメンタルヘルスに関するリスク因子の有無を妊娠期と出産後にスクリーニングし、ハイリスク事例は地域保健師と施設の助産師・看護師が協働して継続した支援にあたることを推奨する。

妊娠期から子育て期にわたる継続した支援では、特にメンタルヘルスに関するリスク因子の把握が重要である。妊娠期から妊産婦や家族と関わるなかで、ハイリスク者を把握して、必要に応じた支援を行っていく。妊娠期から産後にかけて、EPDS（Edinburgh Postnatal Depression Scale）を用いてメンタルヘルスのハイリスク者を把握する方法などがとられている。子育て世代包括支援センターなどが支援プランを作成し、ハイリスク母子を産後ケア事業などにつなげていく仕組みがとられつつある。

#### ・産後ケア事業

厚生労働省は、産後ケア事業の対象者として、「家族等から十分な家事、育児など

の援助が受けられない褥婦及び産婦ならびに新生児及び乳児であって、「(1)産後に心身の不調又は育児不安がある者」又は「(2)その他特に支援が必要と認められる者」としている。島田ら（2017）は産後約4か月以内の母子に対して、産後ケアを希望するもののうち、「母親要件」「授乳要件」「児の要件」を示している。母親の出産後の体調が優れず、休養が必要である、乳房トラブルがある、心理的に不安定でケアが必要である、家族等から十分な家事・育児支援が受けられない、授乳が困難である、等である。産後ケア提供では、「宿泊型」、「日帰り型」（デイケア）、「訪問型」（アウトリーチ）などがある。「宿泊型」では夜間においても専門家の支援が必要な母子、「日帰り型」（デイケア）では日中数時間程度の休息が必要な母子、「訪問型」（アウトリーチ）では、自宅における支援が必要な母子等が適応条件となっている。

3. 精神的に不安定な状態の母親の場合、精神状態のアセスメント、家事その他の日常生活機能が損なわれていないかをアセスメントし、必要に応じて専門家（精神科医、臨床心理士、母性看護専門看護師、精神看護専門看護師）に紹介し、協働して支援することを推奨する。

産後うつの発症頻度は岡野ら（1997）によると、10～20%と報告されている。助産師はメンタルヘルスのハイリスク者に対応する知識、技術が必要であるが、精神を専門としている専門家との連携が必要な事例を見極め、適切に移行させるように努力している。まずは産科医師と連携を図り、適切な連携先を見つけることが必要である。医療施設内で精神的な支援が必要な妊産婦について「精神科リエゾンチーム」が活用されている実態がある。週1回の活動について300点の診療報酬がつく仕組みともなっている。チームの職種は精神科医のほか、

専門性の高い看護師、臨床心理技術者などから構成され、チームで診療実施計画書を作成、カンファレンスや回診を行うものである。退院後も医療が必要な場合は調整する役割も担っている。

助産所等での場面で、特定妊婦等の情報提供について本人の同意が得られずに困難な状況が生じる場合がある。情報提供については「児童福祉法等の一部を改正する法律」が平成28年6月3日に交付され、第21条の10の5の規程が、10月1日に施行された。それにともない、平成28年12月16日に発せられた「要支援児童等（特定妊婦を含む）の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一生の推進について」（雇児総初1216第2号）（雇児母発1216第2号）により、要支援児童等を把握したときには、当該者の情報をその所在地の市町村に提供するように努めなければならない、とされた。本人から同意が得られない状況でも、個人情報保護法違反にはならないことに留意する必要がある、必要であれば積極的な情報提供が求められることとなっている。

#### D. 考察

妊娠中から産後にかけての妊産婦メンタルヘルス状況について、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」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。以下にCQ

の3つの推奨に沿って、助産師を中心とした支援について考察を加える。

#### 1. 妊娠から子育て期まで、産科外来・助産師外来・母乳外来・産後ケアなどで継続的に支援することを推奨する。

医療施設の産前・産後のメンタルヘルスケアの実施状況については、日本看護協会（2017）によると、一般病院で74.6%となっており、助産師の関わりの有無については「関わっている」が98.3%であった。出産は女性にとって心身ともに大きな体験である。その後の育児、母親のメンタルヘルス状況に影響を及ぼす。バースレビューによって出産を振り返り、その体験を意味あるものとして妊産婦自身が整理するためには出産時の中心的な支援者である助産師による実施が適している。そこで行われた医療行為や、医療者のことばがけなどに対して、妊産婦が解釈している内容を今一度解釈し直す必要がある場合も多いからである。バースレビューの時期は、必ずしも出産後の入院期間には限らない。医療施設の助産師に限らず、母子訪問を担当する助産師がその役割を担うことも十分考えられる。

健やか親子21（第2次）では基本課題Aとして「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」を挙げている。その13番目の指標として「妊娠中の保健指導（母親学級や両親学級を含む）において、産後のメンタルヘルスについて、妊婦とその家族に伝える機会を設けている市町村の割合」があり、平成25年度の母子保健課調査によれば全国では43.0%の実施状況となっている。12番目の指標である「妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している市区町村の割合」は92.8%と比して少ない割合であり、妊娠中から産後のメンタルヘルスに関する妊産婦と家族への働きかけの充実が求められる。

妊娠期から産後にかけて母親同士の交流や家族間の交流など仲間づくりもメンタルヘルスには効果的である。助産師は皆が集まれる場を提供し、自らも参加しながら妊産婦同士の交流を促進するようにする。

2. 妊婦の背景を理解し、妊娠から子育て期までのメンタルヘルスに関するリスク因子の有無を妊娠期と出産後にスクリーニングし、ハイリスク事例は地域保健師と施設の助産師・看護師が協働して継続した支援にあたることを推奨する。

健やか親子 21（第2次）では基本課題 A「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」の 14 番目の指標である「産後 1 か月で EPDS 9 点以上を示した人へのフォロー体制がある市区町村の割合」は全国で 11.5% となっている。産後のメンタルヘルスに関する支援体制強化体制整備が急がれる。その意味で平成 29 年度から実施される産婦健康診査事業は産後の母親のメンタルヘルスケアに関して期待できる事業と言える。

日本産婦人科医会（2017）では「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」を発表し、助産師（看護師・保健師）の役割について述べている。妊産婦メンタルヘルスケアでは多領域協働での対応が欠かせず、いかに協働し連携するかが支援の要である。周産期メンタルヘルスケアを提供する上では助産師（看護師・保健師）の専門的知識、スクリーニングの力、ハイリスク妊産婦に対する専門的知識、支援技術の向上が必要となる。加えて他領域の専門家へ依頼するタイミングや役割分担についても適切になされるようにする。

産後ケア事業では、必要性に応じた母子への具体的な支援が可能である。「宿泊型」「日帰り型」（デイケア）、「訪問型」（アウトリーチ）などでメンタルヘルスのハイリスク者に対して母子とその家族の状況に合わせた個別的な支援を行うこと事業とし

て今後広がり期待できるが、そのためには利用者への財政支援とともに、安定的な運営ができるような産後ケア事業者への財政支援が課題となってくる。

3. 精神的に不安定な状態の母親の場合、精神状態のアセスメント、家事その他の日常生活機能が損なわれていないかをアセスメントし、必要に応じて専門家（精神科医、臨床心理士、母性看護専門看護師、精神看護専門看護師）に紹介し、協働して支援することを推奨する。

医療施設では母性看護専門看護師、精神看護専門看護師との協働が考えられる。平成 26 年までのそれぞれの教育課程修了者は、母性看護専門看護師が 117 名、精神看護専門看護師が 388 名となっている。臨床心理士は平成 28 年までに 32,914 名が資格認定されている。医療施設に従事する精神科医師数は平成 26 年 12 月で 15,187 名となっている。看護を基本として専門性の高い母性看護・精神看護専門看護師がメンタルヘルスのハイリスク者に支援する役割をとることが期待されるが、その人数は多いとはいえない。医学的専門家である精神科医師との連携のほか、近年資格認定が進んでいる臨床心理士など他分野の専門家との連携可能性が高まっていると考える。

3つの推奨については切り離して考えることができず、相互に重なり合う部分が多い。助産師は個別、集団に関わっていくが、継続した支援には同職種、多職種による連携が効果的である。必要とする支援である「産後サポート事業」「産後ケア事業」「医療的サポート」は互いに密接であり、関連し合っている。地域子ども・子育て支援事業や子育てサークル、児童相談所等とも連携して対応していく。その際の要となる調整役は子育て世代包括支援センターであることが期待されている(図 1)。

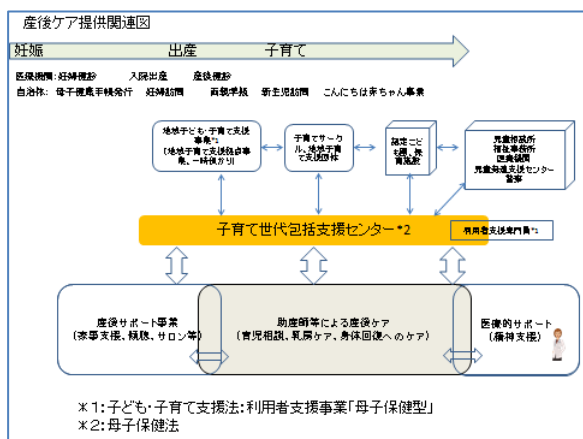


図1 産後ケア提供関連図

出典：平成28年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業「産後ケアガイドラインの作成及び産前・産後の支援のあり方に関する研究」報告書

### E. 結論

妊産褥期のメンタルヘルスケアの重要性が高まっている中で、妊産婦に関わる助産師の役割が増している。母子関連施策の充実とともに医療施設、自治体で母子へ積極的に関わることが期待されている。助産師はメンタルヘルスに関する知識、技術力をさらに高めていくことが必要である。

### 引用文献・出典

1. 公益社団法人日本助産師会（2017）、助産所における分娩の安全性確保の方策に関する調査報告書、日本助産師会。
2. 島田真理恵、安達久美子、葛西圭子他（2017）、平成28年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業「産後ケアガイドラインの作成及び産前・産後の支援のあり方に関する研究」報告書、日本助産師会。
3. 島田真理恵他（2016）、平成27年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業「より効果的な妊娠出産包括支援事業としての産後ケアのあり方に関する研究」研究報告書、日本助産師会。
4. 岡野禎治・村田真理子他（1991）、Maternity blues と産後うつ病の比較文化的研究、精神医学、33、1051-1058。

5. 久保隆彦他（2013）、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、平成24年度総括・分担報告書、厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服次世代育成基盤研究事業（主任研究者久保隆彦）。
6. 久保隆彦他（2014）、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、平成25年度総括・分担報告書、厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服次世代育成基盤研究事業（主任研究者久保隆彦）。
7. 公益社団法人日本看護協会（2017）、平成28年度分娩取扱施設におけるウイメンズヘルスケアと助産ケア提供状況等に関する実態調査報告書」。
8. 公益社団法人日本産婦人科医会（2017）、平成28年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業「産前・産後の支援のあり方に関する調査研究」、日本産婦人科医会。

### F. 健康危険情報

なし

### G. 研究発表

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