

令和2年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金
厚生労働科学特別研究事業
(分担) 研究報告書

新型コロナウイルス感染症流行下の自粛の影響—予期せぬ妊娠等に関する実態調査
と女性の健康に対する適切な支援提供体制構築のための研究

分担研究テーマ：COVID-19 の流行下の自粛により妊娠継続に恐怖感を覚える女性のメンタルの
諸問題の調査とその対応および支援方策の検討

研究分担者 北村 俊則（北村メンタルヘルス研究所）
研究協力者 竹田 省（順天堂大学/恩賜財団母子愛育会）
臼井 由利子（東京大学大学院）
大橋 優紀子（北村メンタルヘルス研究所）
齋藤 知見（北村メンタルヘルス研究所）
竹形 みずき（北村メンタルヘルス研究所）
羽田 彩子（北村メンタルヘルス研究所）
松長 麻美（北村メンタルヘルス研究所）
山岸 由紀子（北村メンタルヘルス研究所）
山田 露子（北村メンタルヘルス研究所）

研究趣旨

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) のパンデミックが起こり、外出自粛状況から妊娠継続への恐怖や不安を訴える妊婦が増加していることは容易に推定できる。産科医療機関をまったく受診しない、あるいは健診が非常に不規則な事例も潜在的に増加するであろう。助産師・保健師によるメンタルヘルスの評価・支援は不可避と考えられる。本研究では、コロナ禍で母子手帳を取りに行かない、健診に行かない、妊娠継続を希望しない、育児意志がないことを規定する心理社会的要因を確認した。

日本語を母国語とする妊娠12週から16週未満の妊婦を対象とし、2回のインターネット調査を実施した。妊娠初期調査では696名から、妊娠中期調査ではそのうちの246名（35%）から回答を得た。

対象者のうち16%のものは妊娠10週までに母子手帳未取得であった。また、「産んだ子を自分で育てるか」という問いに6%のものが否定的回答を、「妊娠をやめたいか」に2%のものがやめたいと回答していた。これらの否定的回答は母子手帳取得行動とは無関係であった。構造回帰モデルでは、健診に行かない、妊娠継続を希望しない、育児意志がないことに関して、COVID-19 への恐怖やスティグマの影響は全くみられず、根底にある不安定な成人アタッチメントや、特定のパーソナリティ傾向による影響が示された。

仮に COVID-19 発症率の高い地域でうつ病や妊娠中絶が多いとの所見が報告されたとしても、こうした交絡や介在について精緻な検討が必要であろう。周産期の保健医療従事者は、問題の根底にあるパーソナリティ傾向や対人関係に目を向け、ここに焦点を当てた支援・援助・治療を行う必要がある。その一助として、別添の「周産期医療・地域保健に携わるプライマリ

ヘルスケアワーカーのための周産期の心理社会的支援指針：コロナ禍における妊娠初期の妊婦を対象として 事例と解説」を作成した。

A. 研究目的

コロナ禍で母子手帳を取りに行かない、健診に行かない、妊娠継続を希望しない、育児意欲がないことを規定する心理社会的要因を確認する。

【背景】

妊婦の不適切な健康行動と新型コロナウイルス感染症への恐怖

妊娠期間は健康上の問題に注意を払う必要がある。しかし、産科医療機関をまったく受診しない、あるいは健診が非常に不規則で、十分な医療的ケアがないまま、破水や陣痛発来になり、緊急医療として産科医療機関に搬送される妊婦（いわゆる「飛び込み出産」）も少なからずみられる。母子手帳を持取していないことも多い。これは、周産期異常の把握が出来ず出産時に初めてその異常を認知し処置することになり、適切な対応が遅れ、出産にともなう母子の危険が高まる。しかし、飛び込み出産に関する実証的研究は多くない（井上, 2010）。

今年に入り新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックが起こり、その結果、国民の生活様式が大きく変化した。外出自粛状況から妊娠継続への恐怖や不安を訴える妊婦が増加していることは容易に推定できる。上記の産科医療機関をまったく受診しない、あるいは健診が非常に不規則な事例も潜在的に増加するであろう。助産師・保健師がメンタルヘルスの評価・支援は不可避と考えられる。

新型コロナウイルス感染症への知覚された脅威

災害時のメンタルヘルスの不調は、具体的客観的脅威の程度より、主観的脅威の程度が大きく影響していることが知られている。

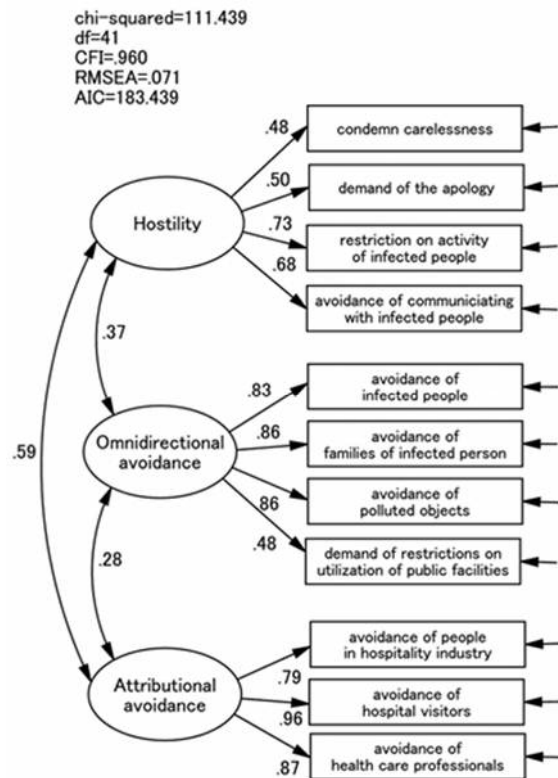
そこで本研究では、「知覚された脅威について、「高齢者や、持病さえなければ、たとえ感

染しても大ごとにはならないであろう（逆転項目）」、「感染すると重症化する」、「おそらくすでに感染していて免疫ができているから平気だと思う（逆転項目）」という 3 項目で評価した。

新型コロナウイルス感染症への偏見

ヒトの健康行動は常に合理的判断から行われるものではない。身体疾患・精神疾患を問わず、偏見（stigma）がその行動を左右していることが知られている。偏見の内容は、対象となる疾患で異なる。新型コロナウイルス感染症のパンデミックに対する偏見を測定する方法は確立されていない。そこで、従来の様々な疾患への偏見調査研究を基礎として、新しく新型コロナウイルス感染症への偏見に関する尺度を開発した。この尺度は 7 件法の 11 項目より構成されていて、因子分析の結果から 3 つの下位尺度が提案されている。下位尺度 **Omnidirectional Avoidance (OA)** は「感染者・陽性者には近づきたくない」や「感染者・陽性者の家族には近づきたくない」など、広い範囲での回避を表している。**Attributional Avoidance (AA)** は「接客業の人には近づきたくない」や「病院に通う人には近づきたくない」など、特定の属性が外から同定できる人々を避けることを表している。**Hostility (H)** は「感染は本人が不注意だから」や「感染者・陽性者は謝罪すべきだ」など、感染者・陽性者への攻撃的敵対的態度を表している。

11 項目の探索的因子分析から 3 因子が抽出され、そのモデルが 1 因子構造や 2 因子構造より適合度が良いことを確認的因子分析で明らかにした。また 3 因子構造の絶対的適合度も良好であった。初産婦と経産婦の間の測定不変性は、**configural, metric, scalar, residual, factor variance, factor covariance** のいずれにおいても不変であることを確認した。



出産恐怖

分娩に対して極端に強い恐怖感を訴える事例を出産恐怖 (tokophobia) という (Brockington et al., 2006; Hofberg, & Brockington, 2000; Takegata et al., 2018)。出産恐怖はかなり以前より報告があったものの (De Armond, 1954; Heymans & Winter, 1975)、臨床の問題として取り上げられるようになったのはごく最近のことである (Saisto & Halmesmaki, 2003)。重症例では優格観念あるいは二次性妄想程度の重症度を示し、日常生活ができなくなるほどのこともある。

分娩恐怖は麻酔分娩や医学的適応でない帝王切開を希望する女性に多く見られるものである (Pettersson et al., 2016)。児を望むものの結局、避妊、中絶をする女性のなかにかかなりの数で出産恐怖の事例もある (Poursharif et al., 2007)。また、出産恐怖は、産後に現れる分娩トラウマ症状の予測因子であることが報告されている (Takegata et al., 2017)。経産婦に比較して初産婦に強い (Fenwick et al., 2009)。

妊娠前の様々な相談業務において、出産恐怖の有無は十分注意して評価する必要がある。助

産師を中心とした看護スタッフによる支援・介入・治療が求められる領域である (Fenwick et al., 2015; Ryding et al., 2003; Saisto et al., 2001)。

分娩恐怖の女性は痛みや医療行為に恐怖感を持つことが普通である。そのため、受診に対して消極的である。挙児を希望するのであるから、にわかに中絶には向かわないが、健康な受診行動をとらない傾向がある。逡巡するうちに陣痛を迎えてしまうこともある。こうした妊婦は新型コロナウイルス感染症のパンデミックに際して、さらに健診などの健康行動をとらなくなるのが想定できる。

胎児ボンディング障害

Bowlby (1969) は、母親に対する子ども側からの結びつきをアタッチメントと称し、母親を引きつけるための、生物的特徴的なシステムである (Ainsworth, 1985; Bowlby, 1969) としている。このアタッチメントと相補的な関係にある、母親から子どもに向かう情緒的な絆がボンディングであり Rubin (1984) の母親役割獲得の理論の中で、ボンディングの概念を紹介し、Klaus and Kennel (1982) によって広められた。産後の、多くの研究において、「ボンディング (bonding)」と「アタッチメント (attachment)」という用語が使用されているが、「ボンディング」と「アタッチメント」は区別して定義すべきである (Walsh, 2010; Kinsey & Hupcey, 2013)。産後の新生児ボンディング障害に関しては様々な研究がなされ、新生児ボンディングの予測因子のひとつが胎児ボンディングである (Ohara et al., 2017a; Ohashi et al., 2016)。胎児ボンディングは、maternal-fetal attachment (Alhusen, 2008; Cranley, 1981; McNamara et al., 2019; Pisoni et al., 2014; Yarcheski et al., 2009)、prenatal attachment (Berthelot et al., 2019; Bouchard, 2011; Muller & Mercer, 1993)、parental-fetal relationships (Condon, 1985)、antenatal emotional attachment (Condon, 1993) などと、様々な呼称が用いられている。胎児ボンディングの概念は、Cranley (1981) によって、「母親が胎児に結びつきを示し、胎児との相互関係を表すような行動

の程度」と定義し、Condon and Corkindale (1997) は、「妊婦と胎児の間に通常育まれる情緒的絆である」としている。胎児に対する情緒的結びつきが不良な妊婦の症状を胎児ボンディング障害と呼ぶ (Usui et al., 2019)。胎児ボンディング障害の要因としては、望まない妊娠、配偶者との不安定な関係性、特定のパーソナリティが指摘されている (Pisoni et al., 2014)。胎児ボンディングは胎動を感じたのちに良くなる。おそらく軽度の胎児ボンディング障害は胎児超音波検査によって児のイメージを明確に持たせることで改善するであろう (Honemeyer & Kurjak, 2014; Ji, et al., 2005; Rustico, et al., 2005; Sedgmen et al., 2006)。さらに、胎児ボンディングの経時的変化 (trajectory) が明らかになれば、個人個人に対応した支援・介入・治療の方策も設定できるであろう。

胎児ボンディングが不良であれば、妊娠そのものや育児への関心も低く、健康への配慮も欠けると推定できる。特に外出自粛の風潮のなかで、健診のため医療機関に向かうことにも負の影響がある。

胎児ボンディングを測定するための尺度としては Cranley (1981) が、Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)を、Muller (1996) が Prenatal Attachment Inventory (PAI) を、Condon (1993) が Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) を開発した。これらの尺度はあくまでも妊娠中の胎児への感情を測定する尺度であり、産後に汎用できない。妊娠中から産後にかけてのボンディングの因果を明らかにするためには、妊娠中、産後共に同じ概念を同じように測定できる尺度で、経時的にボンディングを測定する必要がある。しかし、我々の知るところでは、産後まで汎用可能な、妊娠中の胎児へのボンディングを測定できる尺度は開発されていない。他に、Ohara et al. (2016) は、産後のボンディングを測定するための尺度である Mother-to-Infant Bonding Questionnaire (MIBQ; Kumar, & Hipwell, 1996) を妊娠中に使用し、胎児ボンディングを測定している。MIBQ は簡単な形容詞からなる 9 項目の、児への感情を問

う尺度で、妊娠中に汎用することができる。しかしながら、MIBQ が測定できる感情は「愛情の欠如」と「怒りと拒絶」という 2 側面であり、多くの側面から成り立っている児への感情を測定する尺度としては、測定できる側面が不足しているといえよう。

ところで、人間の感情には、基本的感情という概念と、自己意識感情という概念がある。基本的感情とは、幸福感、怒り、恐怖、悲しみ、嫌悪、驚きの 6 つとされ、それらの感情は神経を介して表情筋を動かし、表情として表現され、人類に共通のものである (Ekman, 1972)。基本的感情は自動的に生起される単純な感情であるのに対し、恥、罪悪感、誇りの感情は、自己を意識する認知的な過程を通して引き出される、複雑な感情と位置付けられている (Darwin, 1872/2009; Lewis, 1992)。自己意識感情のうち、恥は激しい怒りの感情や攻撃性との関連 (Tangney et al. 1992a)、身体化症状、強迫症状、精神病傾向、妄想的観念、敵意、不安障害、などの心理症状に関連 (Tangney et al., 1992b) が報告されている。誇りの感情は 2 つに区別することができ、 α プライドは「自分を誇りに思う」という全体的な自己に帰属する誇りの感情 (傲慢な誇り) であり、 β プライドは「自分のしたことを誇りに思う」という特殊な成功体験に帰属する感情 (真正な誇り) である (Tracy, & Robins, 2007)。このような、基本的感情と自己意識感情の側面から、親の児に対する感情を測定する尺度、Scale for Parent-to-Baby Emotions (SPBE) が Hada et al. (2020) により、開発された。SPBE は、幸福感、怒り、恐怖、悲しみ、嫌悪、驚きの 6 つの基本的感情と、恥、罪悪感、 α プライド (傲慢な誇り)、 β プライド (真性の誇り) の 4 つの自己意識感情の側面から、母親の子どもに対する感情を測定する尺度である。産後 1 か月の母親のサンプルで、経産婦のグループと初産婦のグループの間、男児の母親のグループと女児の母親のグループとの間で、同じ概念を同じように測定することができることを意味する、測定不変性と構造不変性が確認されている。SPBE は 73 項目であるが、今回の

調査においては、20 項目からなる Scale for Parent-to-Baby Emotions short version (SPBE short version) を作成し、胎児ボンディングを測定する尺度として使用する。

妊娠強迫症

強迫症 (obsessive-compulsive disorder; OCD) は強迫観念、強迫行為のいずれか、またはその両方があった場合に診断される。周産期は一般成人の約 1.5～2 倍発症のリスクが高いといわれている (Russell et al., 2013)。最新のシステムティックレビュー・メタアナリシスによる報告では、妊娠中の OCD 罹患率は 0.2～29.1%と幅があるものの、妊娠中に OCD に罹患している女性のうち、13～39%が妊娠中に発症していることから、妊娠中の OCD 発症は稀ではなく、予防的介入や治療が求められるといえる (Viswasama et al., 2019)。

妊娠中の OCD 症状で最もよくみられる強迫観念は汚染 (contamination)、強迫行為は洗浄 (washing/cleaning) であり (Starcevic et al., 2020)、OCD に罹患した妊婦は汚れや感染の脅威を感じ、執拗に手を洗い続ける、入浴をする、消毒をするといった行動をとる。妊娠中の汚染に対する恐怖は、自身の感染のみならず、胎児への感染・障害を恐れる。コロナ禍においては、自身が COVID-19 に感染するのではないかと、自身が感染したら児に重篤な影響が及ぶのではないかとという強迫観念から、過剰な手洗い・消毒、さらに外出を控えるだけでなく、受診をしないといった行動をとる可能性が考えられる。

妊娠・出産に対する態度

日本の合計特殊出生率は、過去 30 年を超えて 2.00 を下回っており、2016 年には 1.44 となった。また、晩婚化も影響し、第 1 子出生時の母の平均年齢は 30 歳を超えた (厚生労働省 2017)。出産年齢の上昇は妊娠、及び出産時の異常、ならびに不妊の増加をもたらす。こうした日本の晩産・少子化は、妊娠・出産に対する態度が影響を及ぼしている可能性が考えられる。

妊娠・出産に対する態度は、狭義の意味と広義の意味があると考えられる。狭義の意味では、後述する Söderberg et al. (2013) の表す定義を用いる。広義の意味では、以下の先行研究から、再定義する。妊娠の意図に関する概念を探索することを目的に、27 人に半構造化面接を行った研究では、以下の 5 つの側面を明らかにしている (Stanford et al., 2000)。(a) 受胎前の希望 (preconception desire for pregnancy)、(b) 妊娠のためのステップ (steps taken to prepare for pregnancy)、(c) 生殖行動と期待 (fertility behavior and expectations)、(d) 受胎後の希望 (postconception desire for pregnancy)、(e) 妊娠への適応 (adaption to pregnancy: pregnancy plans) である。これらの側面は、妊婦のインタビューを基に、データに即しているが、問題点は、概念の関係性が不明瞭であることがあげられる。

以下、5 つの側面の内容について提示しながら、その他の先行研究と比較し、妊娠・出産に対する態度の新たな操作的概念の定義と、概念と概念の関係性を提案する。まず、第 1 の側面である、(a) 受胎前の希望は、家族を持つことや結婚する重要性に関する価値観や、仕事、キャリア、経済的、他の子どもに関する準備や条件、特別なパートナーの存在といった対人関係、過去の妊娠・出産の経験、被養育体験を表す。確かに、これらの内容は、受胎前の希望という捉え方もあるが、大部分は、Söderberg et al. (2013) のいう、妊娠・出産に対する態度が表す概念と一致すると考えられる。狭義の意味での妊娠・出産に対する態度 (attitudes toward pregnancy) とは、女性が受胎して胎内に胎児を宿し、子どもを育てることに対する認識および心構えを表す。具体的には、妊娠は「人として成長する」、「重要である」、「責任を伴うことである」、「現在の生活や自分の人生が制限される」、「社会的なアイデンティティである」といった側面に対する肯定的または否定的な考えをいう。ここで、受胎前の希望でいう、家族を持つことや結婚する重要性に関する価値観は、妊娠・出産に対する態度でいう、「人として成長する」、「重要である」という価値観を意味し、

仕事、キャリア、経済的、他の子どもに関する準備は、「現在の生活や自分の人生が制限される」の内容を意味すると考える。これらの準備が整っていれば、妊娠により制限されるという価値観を抱くことは少なく、準備が整っていなければ、制限されるという価値観は強くなることが想定される。また、受胎前の希望でいう、対人関係について、妊娠・出産に対する態度には、社会的アイデンティティという下位概念があり、それと類似していると考えられる。他方、Stanford et al., (2000) が受胎前の希望の具体例として示す、特別なパートナーの存在、過去の妊娠・出産の経験、被養育体験は、妊娠・出産に対する態度に影響する因子となっているのではないかと、推測する。なお、妊娠に対する態度は、妊娠前から抱くものであり、妊娠した後にこの態度は変化する可能性があると考ええる。

次に第2の側面である、妊娠のためのステップは、通院や食生活の変化、パートナーとの話し合い、学業を終える、引っ越しといった生活状況の変化を表す。これは、妊娠・出産に対する態度で、妊娠・出産に対して肯定的に捉え、妊娠・出産を望んでいる場合において、起こり得ると考えられる。このことから、受胎前から抱いていた、狭義の意味の妊娠・出産に対する態度の影響として、受胎行動/準備状態があると位置付けられる。

そして、第3の側面である、生殖行動と期待は、避妊に対して、積極的に避妊を行うか、あるいは自然に任せるか、あるいは、避妊に消極的、つまり積極的に受胎行動を行うかということを表す。第2の側面と同様、これは、妊娠に対する態度の影響としての避妊あるいは受胎行動であると考ええる。

第4の側面である、受胎後の希望は、受胎後に妊娠を望んでいるかを表すものであり、妊娠に対する情緒的反応を表す。これは意図せぬ妊娠、妊娠判明時の喜び (Sable & Libbus, 2000) が示すものと類似し、受胎前の妊娠・出産に対する態度および避妊/受胎行動の影響として位置づけられると考える。また、受胎後の希望に

は、葛藤が生じる可能性が指摘されている (Stanford et al., 2000)。意図せぬ妊娠の影響に、妊娠判明時の喜びがあり、これらの概念は、受胎後の妊娠・出産に対する態度は密に関連していると考えられる。

最後に第5の側面である、妊娠への適応は、妊娠を希望するか、人工妊娠中絶を希望するかということを表す。これは、当然ながら、意図せぬ妊娠、妊娠判明時の喜びの帰結としてくるものだと考えられる。

以上をまとめると、5つの側面 (Stanford et al., 2000) の、(a) 受胎前の希望は狭義の意味での「妊娠・出産に対する態度」と、その予測因子に、(b) 妊娠のためのステップおよび (c) 生殖行動と期待は、「受胎行動」に、(d) 受胎後の希望は、「意図せぬ妊娠」と「妊娠判明時の喜び」に、(e) 妊娠への適応は、そのまま妊娠への適応として、新たに広義の意味での「妊娠・出産に対する態度」についての概念の定義を提案する。

このような妊娠出産への態度が否定的であれば、受診行動が不規則・不定期になることは容易に想像できる。不規則・不定期な健診について、単に教育を行えば改善するとは思えず、心理的援助を行ってはじめて健康な行動が発現するものであろう。

さらに意図せぬ妊娠と妊娠判明時の喜びの定義を補足すると、意図せぬ妊娠 (unintended pregnancy) は、望まない妊娠 (unwanted pregnancy) と将来的に子どもはほしいが今ではないという時宜を失した妊娠 (mistimed pregnancy) の両者を表し、受胎前の妊娠に対する態度に大きく影響され、妊娠判明時の否定的反応 (対極の妊娠判明時の喜び [pregnancy happiness]) とは区別される (Sable & Libbus 2000)。後者は、妊娠判明時、つまり受胎後に喜びを感じた程度を表す。時宜を失し、妊娠判明時に否定的な反応である妊婦は、妊娠継続や子育ての意志についてわからないと回答、あるいは、人工妊娠中絶や養子縁組の選択が有意に高いことが知られている (Sable, & Libbus 2005)。こうした妊娠・出産に対する態度は、母

子関係を理解する上で欠かせない背景であると考えられる。

妊娠が望んだものでなくとも挙児にいたる女性はかなり数の数に登る。身体的、経済的、暴行脅迫という母体保護法で決められた要件に合致すれば中絶も選択肢である。しかし、望まない妊娠であるにもかかわらず、妊娠を継続し挙児に至る女性も多い。この場合、妊娠期間中の胎児ボンディング障害 (Ohashi et al., 2014)、妊娠うつ病 (Kitamura et al., 1993; Kitamura et al., 1996)、産後の新生児ボンディング障害 (Ohashi et al., 2014)、産後うつ病 (Baba et al., 2020; Mercier et al., 2013)、さらには何らかの原因による新生児死亡 (Bustan & Coker, 1994) と関連している。こうした心理状態は、ひとつが他の現象の介在要因として作用していると考えられるべきであろう。つまり、望まない妊娠を全体的に把握する必要がある。

望まない妊娠の「原因」は様々である。経済的理由も当然考慮しなければならない。加えて、妊娠・出産・育児に対する事前の態度に影響する要因も検討すべきである。例えば、児童虐待を受けた経験を持つものほど、計画してない妊娠をする率が高いといわれている (Drevin et al., 2019)。今回の妊娠に対して妻が否定的態度や感情を持つ場合、夫も同様な態度や感情を有することが多い。したがって、今回の妊娠に関する態度や感情を評価し、支援・介入を行う場合は、妊娠が確定した際、産科外来や母子手帳交付の担当者は、周産期メンタルヘルスケアの評価の重要な一環として、当該妊娠がどれほど望んだものであるかの評価をし、必要に応じて支援・介入・治療を開始すべきである。

未受診妊婦であった褥婦の語りから、養育について意思決定できないままであること、誰にも相談できなく、家族に妊娠を指摘されても否定したこと、中絶先を探していたができなかったことがあげられている。また、背景の一部に、胎児の父とパートナーが異なること、中絶した子がお腹に戻ってきたといった内容がある (渡邊 & 渡邊, 2017)。妊娠継続や子どものケアについて、意思決定できないことや誰にも相談

できないことが、妊婦健診にいかない、母子手帳をとりにいかない大きな要因と仮定する。妊娠に対する態度への影響要因として、胎児の父とパートナーが異なること、中絶した子と重なることをあげる。

意図せぬ妊娠や妊娠判明時の喜びに関する測定方法については、複数の研究で用いられている測定方法 (Kokubu et al., 2012; Ohashi et al., 2016; Sable & Libbus, 2000) を基に、本研究でも同様の測定方法を用いる。また、子育ての意志については、Sable and Libbus (2000) で用いられている測定方法を基に用いる。さらに、妊娠・出産に対する態度に関連した尺度には、非妊娠女性を対象とした妊娠・出産に対する態度 (Attitudes toward Fertility and Childbirth Scale; Söderberg et al., 2013) がある。この尺度は後に日本語版では妊婦女性や男性を対象とし測定している (Miyata et al., 2017)。その他に、妊婦を対象とした乳児主導/母親主導型の指向性 (Antenatal Maternal Orientation Measure-Revised; Roncolato & McMahon, 2011) を測定したものがある。これらを基に、妊娠・出産に対する態度を測定する。

意図せぬ妊娠では、妊娠初期の妊婦健診、早期の妊娠判明が遅くなる傾向がある (Kost & Lindberg, 2015)。また、胎児ボンディングの予測因子として、意図せぬ妊娠 (Yarcheski et al., 2009; Ossa et al., 2012) や妊娠判明時の喜び (Ohashi et al., 2016) が報告されている。また、これらは産後のボンディング (Kokubu et al., 2012; Nakano et al., 2019) に影響することもわかっている。さらに、Brockington et al., (2017) は「妊娠を拒絶している場合、胎児ボンディング障害が胎児虐待を導く可能性がある」と指摘する。0歳児の死亡率を見た研究では、「望まない妊娠であった」が、生後1歳までの死亡率に強く関連するという報告がある (Bustan & Coker, 1994)。また、未受診妊婦であった褥婦へのインタビューから、ケアについて意思決定できなかったエピソードがあげられていること (渡邊 & 渡邊, 2017) から、未受診妊婦との関連に子育ての意志について意思決定できない

ことがある可能性が示唆される。意図せぬ妊娠と関連して、人工妊娠中絶を拒否されて出生した母親では、人工妊娠中絶の経験後に妊娠し出生した母親と比較し、子どもに対するボンディング障害が多いという報告がある (Foster et al., 2018)。

妊娠への適応および意図せぬ妊娠の概念枠組みにおいて、これらの外的因子として、社会的・経済的・文化的な環境因子と、パートナーとの関係に関する因子、ヘルスケアシステムに対するアクセスと相互作用があるとしている (Aiken et al., 2016)。意図せぬ妊娠の背景には、具体的に経済的状況 (厚生労働省, 2015; Tyde'n et al., 2006; Waldenström, 2016; Skoog et al., 2006)、心理的・身体的負担 (厚生労働省, 2015)、キャリアの見通しや両立 (Kemkes-Grottenthaler, 2003; Sørensen et al., 2016)、学業の修了 (Tyde'n et al., 2006)、高年齢でないこと (Sørensen et al., 2016)、責任を共有できるパートナーの存在 (Tyde'n et al., 2006; Skoog et al., 2006; Sørensen et al., 2016)、不安定な成人アタッチメント (Dempster et al., 2015)、子どもとの関わりの経験 (Skoog et al., 2006) が関連していることがあげられる。

妊娠うつ病

周産期には様々な精神疾患が発症する。日本の 5 つの大学病院の産科において行われた疫学調査の結果を見てみよう (表)。この研究は、構造化面接を用いて助産師が継続的に面接を実施し、操作的診断基準を用いて、周産期の精神疾患の発症率を確認した疫学調査であり、日本で初めて行われたものである。妊娠期間中の何らかの精神疾患の発症率が妊娠期間中で 12% であり、これは、産後 3 か月間では 12% であった (Kitamura et al, 2006)。妊娠期間中のうつ病の罹患率は 5.5% であった。

妊娠期は 5% の女性に DSM (American Psychiatric Association, (2013) のうつ病 (Major Depressive Episode) の診断基準に合致する状態が発症している (Kitamura et al, 2006)。さらに軽症うつ病まで含めればその発症率は 10%

表. 妊娠期間中および産後 3 か月間における各種精神疾患の発症率

診断名	妊娠期間中	産後 3 か月間
うつ病	5.5%	4.8%
特定不能のうつ病性障害	4.1%	5.0%
躁病	0.0%	0.3%
全般性不安障害	2.8%	0.7%
パニック障害	0.0%	0.1%
社交恐怖	0.3%	0.3%
特定の恐怖症	0.7%	0.7%
強迫症	0.7%	1.7%
何らかの精神障害	12.1%	11.7%

を超える (Kitamura et al., 1993, 1996)。従来はこれらの総称が妊娠うつ病であった。近年、周産期うつ病が DSM で採用されてからは周産期発症のうつ病に限定されるようになった。

なお、周産期うつ病の有病率に関する疫学調査では直接面接によって診断を決定する方法と、自己記入式調査票の得点から推定する方法が存在する。メタ解析では、前者の方法による有病率より後者の方法による有病率のほうが、オッズ比で 1.6 と高い値を示している (Woody et al., 2017)。これは、後者では疑陽性例がかなり含まれていることから現れているものと推定できる。正確な有病率を見るには直接面接を実施すべきである。

周産期メンタルヘルスケアを行う場合、どの範囲が支援・介入・治療の対象となるかは重要な論点である。歴史を振り返ると、うつ病を中心とした気分障害の範囲の定義はかならずしも一定していない。精神医学で扱われる抑うつ状態は様々であるが、大きくは (a) 横断面での重症度と (b) 経過の長短 (短期一過性か慢性か) で区別されている。古典的精神病理学 (psychopathology)・疾病分類学 (nosology) において、一過性重症のものが精神病性うつ病 (psychotic depression)、一過性軽症のものが神経

性うつ病 (neurotic depression)、軽症で慢性のものが抑うつ人格 (depressive personality) と呼ばれていた (Kendell, 1976)。やがて、ニューヨーク州立精神医学研究所の研究用診断基準 (Research Diagnostic Criteria: RDC) になると、精神病性うつ病に該当するものが定型うつ病 (Major Depressive Disorder) と呼称された。ここに該当しないうつ病には準定型うつ病 (Minor Depressive Disorder) と断続型うつ病 (intermittent depressive disorder) が含まれていた。やがて 1980 年に DSM-3 が発表されると、一過性重症のものがうつ病 (Major Depressive Disorder)、一過性軽症のものが特定不能のうつ病性障害 (depressive disorder not otherwise specified)、軽症で慢性のものが気分変調症 (dysthymic disorder) と呼ばれるようになった。

表. うつ病とその関連状態の診断名

	慢性軽症	短期軽症	重症
古典的診断	抑うつ人格	神経性うつ病	精神病性うつ病
RDC		準定型うつ病	定型うつ病
DSM	気分変調症	特定不能のうつ病性障害	うつ病

RDC, Research Diagnostic Criteria

ところでこれらのカテゴリーは質的に峻別できるものなのであろうか。もしそうであれば、何らかの評価尺度において二つの「峰(ピーク)」が形成され、両者の間に希少点 (point of rarity) という部分が見られるはずである (Kendell & Brockington, 1980)。しかし、実証的研究はそれを否定するものが多い (北村, 2017)。むしろ、抑うつ状態の重症度と持続期間は連続量であると考えほうが合理的であり、臨床に適うものである (北村, 2018)。周産期で扱う抑うつ状態は上記の慢性軽症、短期軽症、重症のすべてを扱わなければならない。なぜならば、いずれのカテゴリーの女性もそれぞれに援助・介入・治療を必要としているからである。そして従来の周産期精神医学の研究では、軽症の事例も含

めてうつ病と考えることが伝統であった。しかし、最近では DSM のうつ病 (Major Depressive Disorder) のみをうつ病と考え、軽症抑うつ状態をむしろ健常と考える風潮が強い。これでは、支援・介入を必要としている女性たちを、「健常であるから支援・治療・介入の必要はない」と判断して除外することになっている。

妊娠うつ病の発症要因については、多くの報告がある。妊娠うつ病の女性はそうでない妊婦に比較して、本人および配偶者が若年であり、今回の妊娠に対して否定的態度を示した者の率が非うつ病妊婦で 5.3%、妊娠うつ病妊婦で 26.7%と、効率に望まない妊娠であったことが示されていた (Kitamura et al, 2006)。強迫症とうつ病の合併は稀ではなく、妊娠うつ病発症理解には、強迫傾向の確認も大切であろう。

さらに妊娠うつ病において、以前の中絶歴 (流産歴ではない) や配偶者のサポートの不良 (Kitamura et al., 1993, 1996; Shinohara et al., 2017)、あるいは児童期の不良な体験 (Kitamura et al., 1994; Wajid et al., 2020) が危険要因であると指摘されている。こうした要因は妊娠への否定的態度の要因でもある (Ohashi et al., 2016)。

おそらく、配偶者への信頼が低いことと (Liu et al., 2008 Tanaka et al., 2008) 他のサポート源の不足 (Kitamura et al., 1999) からコミュニケーション不足と妊娠・出産・育児への自信のなさを惹起し、妊娠しても中絶を選び、挙児を考えて妊娠した場合も、妊娠に両価的で自責的な態度を示し、感情焦点対処行動 (Shikai et al., 2007) と配偶者からのサポートの不足も手伝って (Kitamura et al., 1998)、うつ病に至ると推定できる。

妊娠期間中の抑うつ状態は、産後にも影響を与える。例えば、産後 29 週の児の気質 (不快気分) が妊娠期間中の抑うつ状態から予測できるといわれている (Sharp et al., 2012)。興味深いことは、産後に母親が児をやさしくなでる回数が多いほど、この影響が減弱することである。

妊娠うつ病の治療として薬物療法が挙げられるが、抗うつ薬には催奇形性の報告も多く行われている (Byatt et al., 2013; Campagne, 2019;

Christensen et al., 2013; Grigoriadis et al., 2013a, 2013b; Huybrechts et al., 2014; Jensen et al., 2013; Jimenez-Solem et al., 2013; Knickmeyer et al., 2014; Palmsten et al., 2013; Raj et al., 2013; Ross et al., 2013; Salim et al., 2018; Spinelli, 2012; Stephansson et al., 2013; Udechuku et al., 2010; Viktorin et al., 2017; Wisner et al., 2013)。わずかなものであっても胎児に不利益や危険が起こりうるものは必ず避けたいという妊婦の心理は当然のものであり、そうであれば非薬物療法を提供できる準備は不可欠である。すでに妊娠うつ病の心理療法についてはかなりの数の報告が行われている (Miller et al., 2008; Stuart et al., 2003)。上述の妊娠うつ病発症機転を十分考慮した心理援助が求められる。現在の日本の医療保険制度のなかで、心理療法が継続的に行われるような工夫が求められている。

コロナ禍において妊娠うつ病が発生すれば、そもそも意欲減退があり、注意力低下もあるなかで、さらに自身や胎児の健康への関心は低くなり、健診行動に負の影響があるものと推定できる。妊娠うつ病は胎児ボンディング障害との関連が多くの研究で指摘されており、こうした要因が複合的に負の影響が発生しうるのである。

パートナーとの関係：成人アタッチメント

ストレス理論に従えば、外部にストレス要因が現れた時に人間は様々な対処行動をとる。そのうちのひとつが援助希求 (support seeking) である。これに対して与えられる援助のことをソーシャル・サポート (social support) という。そしてソーシャル・サポートに焦点を当てた研究も多く行われている。

ソーシャル・サポートの特徴は様々な側面から分けられる (Tardy, 1985)。まず、サポートの方向 (direction) であり、多くの研究は与えられるサポートを測定しているが、与えるサポートを測定することもある。次に、ソーシャル・サポートは、実際に与えられた (enacted) ものと、現在は (その必要がないので) 与えられていないが、必要な際に与えられることが想定で

きるもの (available support) に分けて考えられる。後者はその量 (サポートを与えてくれる人物が何人いるか) と質 (それにどれほど満足しているか) が評価される。ソーシャル・サポートの内実は、情緒的 (emotional) サポート、道具的 (instrumental) サポート、情動的 (informational) サポート、評価的 (appraisal) サポートに分けられる。妊娠後期の女性が部屋の電球が切れて困ったときに、「本当に大変だね」と声をかける (情緒的)、新しい電球を付け替えてあげる (道具的)、家事援助サービスを紹介する (情動的)、脚立を立てて電球を替えた妊婦に「よくやった」とほめる (評価的) などがこれに該当する。最後の、ソーシャル・サポートの供給源が同定される。ストレスが与える望ましくない心理的影響を減弱するのは、適切な内容のサポートが適切な供給源から与えられることである (Terry et al., 1995)。

妊娠期の女性の周囲からの援助として、配偶者からのサポートが最も重要であることが知られている (Kitamura et al., 1998)。この 1000 人以上の妊婦へのアンケート調査では 7 項目について該当する人物を多肢選択で挙げさせた (表)。するとすべての項目について 7 割以上の妊婦が配偶者を挙げていた。次に多く挙げられていたのは実母と友人であった。(表. サポート源として挙げられた人物)

こうした妊娠期間中のソーシャル・サポートは、抑うつ症状の中で、気分の症状ではなく認知の症状 (「自分は価値がない」「自分の将来は暗い」など) を有意に予測するものであった (Kitamura et al., 1998)。

周産期メンタルヘルスケアの対象は妊婦産婦褥婦に限定せず、周囲の家族などに広げべきであるが、まずは配偶者への対応が女性本人へのそれと同様におこなわれるべきものである。

さらに、配偶者との心理的關係は成人のアタッチメント (adult attachment) としてとらえられる。乳児期に親に対して持っていたアタッチメントスタイルは内的作業モデルとなり、成人になってからは重要他者との対人関係の原型

をなすと考えられる。成人のアタッチメントが不安定なものほど、望まない妊娠をすることが報告されている。従って、妊婦の健診行動に配

偶者への成人アタッチメントが影響することは十分想定できる。

表. サポート源として挙げられた人物

サポートの内容	配偶者	実父	実母	両親	友人	姑
一緒にいて落ち着く・楽しい	78%	0%	5%	1%	8%	0%
問題があったときに頼れる	62%	2%	18%	2%	7%	0%
自由に意見や考えを交換できる	69%	1%	7%	1%	13%	0%
感情を分かち合える	77%	1%	5%	1%	9%	0%
貴女を必要としている	81%	1%	3%	2%	1%	0%
秘密を打ち明けられる	85%	1%	4%	3%	0%	0%
できるだけことをしてあげたい	70%	1%	6%	5%	1%	0%

妊娠に気が付き、妊娠を継続するかについて迷う際にパートナーからのサポートは大変重要となろう。ことに妊娠初期には道具的サポートより情緒的に安定した関係がパートナーとの間にできていることが、妊婦の自尊感情を良好にして、健康行動を促すであろう。感染症のパンデミックの場合、パートナーとの間に安定した情緒的結びつきがないことが、健診行動に否定的に作用することが推定できる。

望まない妊娠：ストレス・サポート・対処行動

胎児ボンディング障害の要因として、比較的中程度の関連が認められるものにソーシャル・サポート不足がある (Yarcheski et al., 2009)。妊娠期の妊婦が期待するソーシャル・サポートの数と満足度を区別し、ボンディングと抑うつへの影響をみた研究では、サポートの数がボンディングに影響し、他方満足度が、抑うつに影響するということが示されている (Ohara et al., 2017b)。いずれの影響も胎児ボンディング障害を介して産後のボンディング障害をもたらしている (Ohara et al., 2017b)。また、ストレスコーピングとボンディングの関係をみた研究では、妊娠中にストレスに対して他者に援助を求める対処行動が、ボンディング障害を和らげることがわかっている (Kokubu et al., 2019)。つま

り、これらは反対に妊娠期間中の妊婦が利用可能なソーシャル・サポートを複数受けることで、ボンディング障害の重症化を防ぐ可能性を示唆している。しかし、これらの知見は、サポートの提供者は特定していないため、パートナーに対してのサポートとボンディングの関係は不明瞭である。

発症直前に望ましくない出来事が存在することは産後うつ病 (Paykel et al., 1980) にもうつ病一般 (Brown et al., 1972/1987) にも認められている。またライフ・イベントはうつ病の経過も規定している可能性がある (Brown et al., 1988/1992)。しかし同じ出来事でも体験する人によって個人差があり、ライフ・イベント研究者には出来事の『客観的』強さを重視するものと、個々人の『主観的』に感じた強さを重視するものがある。また、同一の出来事でも、その個人の年齢や予測性、出来事が生活に与える影響、出来事が人生計画に与える影響、出来事が自尊心に与える影響等によって主観的・客観的強さが変動すると考える。こうした状況要因を勘案した『文脈的』強さを重視するものもある。本研究では今回の妊娠がどの程度影響を与えたかを-100 から+100 の評価で回答してもらい、マイナス評価であったものは今回の妊娠が「望ましくない出来事（ストレス要因）」であ

るとした。

外部に望ましくない出来事（ストレス要因）が現れた時、人間は様々な対処行動をとる。そのうちのひとつが援助希求（support seeking）である。

1967 年 Seligman らは長期にわたってストレスの回避困難な環境に置かれたヒトが、その状況から逃れようとする努力すら行わなくなるという現象（学習性無力感）を見出した（Seligman & Maier, 1967）。後に Abramson らは、ストレス対処行動とその結果に随伴性がないと知ったとき、ヒトはその原因を 3 つの次元で認識する（原因帰属 causal attribution）とした。すなわち Stable vs. unstable、Internal vs. external、Global vs. specific である。あるストレス要因が生じた時に、「この原因は別の出来事にも当てはまり（stable）、自分のせいであり（internal）、今後も続く（global）」とする考え方はうつ病の形成に寄与する（Maier & Seligman, 1976）。Tangney らは原因帰属の中でも特に自己への原因帰属を重要視し、恥との関連性を指摘した（Tangney et al., 1992）。恥は感情的状態であり、stable-internal-global な原因帰属からなり、うつ病への発展に寄与する。性的虐待や性被害による PTSD は内的原因帰属と恥を介して発展するという報告もある（Feiring et al., 1996）。日本人は恥に対する感受性が高く、文化の中に広く恥感情が根付いている（Lebra, 1983）。日本人の調査では否定的な性的体験が PTSD 発症に寄与する際に内的原因帰属が恥を介して影響するという報告（Uji et al., 2007）や災害時の援助希求と恥の関連性が指摘されている（Goto et al., 2002）。また自責的な帰属は抑うつ症状を増悪し、自己肯定感を下げるとする報告もある（Celano, 1992; Morrow, 1991）。このように原因帰属はパーソナリティや恥を主とした自己意識感情と関連し、うつ病や不安障害の形成に寄与すると共に援助希求と後述するソーシャル・サポートに影響を与えることが示唆される。

援助希求（support seeking）に対して与えられる援助のことをソーシャル・サポート（social support）という。ソーシャル・サポートが存在

することで、たとえ望ましくない出来事があってもうつ病の発症が抑制されることは、産後うつ病でもうつ病一般でも報告されている（Paykel et al., 1980; O'Hara et al., 1982; Terry et al., 1995）。

ソーシャル・サポートの分類方法はいくつかあるが、重要なのは実行されたサポート（enacted support）と知覚されたサポート（perceived support）の区別である。実際にある個人に与えられた援助が実行されたサポートであり、「なにかあった時に援助があるだろう」と感じていることが知覚されたサポートである。

このうち知覚されたソーシャル・サポートの不良はうつ病（Cohen et al., 1985; Kitamura et al., 1998; 友田ら, 1994）や気分障害および不安障害などの精神疾患（Furukawa et al., 1999）の発症に関連していることが認められている。知覚されたサポートが良好であれば、ライフ・イベント（ストレッサー）が加わっても心理的適応を良好に維持できる（buffering hypothesis）。またソーシャル・サポートに対する満足度と人数を区別することも重要である。これらはパーソナリティに影響を受け、前者は損害回避、後者は自己志向性によると報告されている（Kitamura et al., 1999）。

新型コロナウイルス感染症のパンデミック状況において、ソーシャル・サポートはさらに重要になる。本研究では独自に作成した尺度を使用し Emotional area, informational area, instrumental area のそれぞれについて support, undermining, let-down の 3 分野について、その人数と満足度をたずねる。こうした要因と健診行動との関係を検索する。

嗜癮

妊娠期間中の飲酒や喫煙は生物学的に非健康的な行動である。しかし、それにも関わらず、飲酒や喫煙を続けるということは、嗜癮の観点から検討すべき問題である。

大学生を対象とした調査では、飲酒と喫煙は若年の性行動とひとつの要因を形成しており、これには一定のパーソナリティ特性と、幼少期

に受けた養育が不良であるという特徴が報告されている (Watanabe et al., 2010)。この研究では、高い新奇性追求 (novelty seeking: NS) と低い損害回避 (harm avoidance: HA) は、特に嗜癖において見られる特徴でもある。嗜癖者は人間関係の失敗をきっかけとした様々な不快感情から逃れようと、効力感、あるいは一種の「酔い」を伴う行為に没入していく。嗜癖の中心的特性の一つである「酔い」は、新奇性追求のドーパミンとの関連を支持するものであろう。アルコールを代表とした物質関連依存では、この「酔い」は、主観的、客観的、科学的にも十分な理解がなされてきたものである。今回の調査では、明らかに「酔い」を伴う酒やタバコの物質関連依存と、当該行動の最中に客観的科学的な測定が困難である「危険な性行動」が一つの潜在変数 (嗜癖因子) によって説明できた。これは、「危険な性行動」という物質関連以外の耽溺行動が実は物質関連依存と共通の特性を包含していることを示している。

また損害回避との負の相関は、嗜癖の行動制御の障害を端的にあらわすものである。嗜癖につながる行動は、きっかけはそのほとんどが行動のもつ魅力に誘われた興味本位からだろう。嗜癖につながる行動に出会う機会を得た場合、新規性追求が高く、恐れや心配性といった特性を持つ損害回避が低ければ、その行動に飛びつき、頻繁に繰り返すことになる。あらゆる嗜癖につながる行動に遭遇する機会是谁にでもあるが、新奇性追求が低く、損害回避が高ければその行動に惹かれる力も弱く、行動に対する不安や用心深さからそうした行動に向かったり、自分に不利益をもたらすような行動を頻繁に繰り返すことはないだろう。

以上のことを考え合わせると、嗜癖行動の特性は、当人の気質を直接反映したものとも言える。しかし、生得的な気質だけで人間のパーソナリティ全体を説明できるわけではない。また、特定の気質が必ず同じ行為結果を生じさせるというわけでもない。

嗜癖は、性格カテゴリーの自己志向 (self-directedness: SD) と負の相関を示した。

Cloninger のパーソナリティ理論では、パーソナリティは気質と性格によって構成されており、気質は生まれ持った生得的なもの、性格は環境によって作られるものとされる。そして、パーソナリティはこれら気質と性格との相互作用によって形成されるものでもある。気質が生得的なもので静的なものとするなら、性格は動的で、気質特性によって発動される行動に変化を与えるものと言うことができよう。嗜癖行動の特性は気質をそのまま反映した行動であると捉えられるが、半面、新奇性追求が高く損害回避が低い気質特性を持った者全てが嗜癖行動に陥るとは限らない。嗜癖行動に陥りやすい傾向を持つ人が、必ず嗜癖行動に陥るというわけではないのである。嗜癖行動に陥る動的原因、または嗜癖行動の発動要因は、当人の性格特性によるものが大きいと考えられ、これは嗜癖行動と当人を取りまく環境との緊密な関係性を示唆するものである。

自己志向は、自尊心 (self-esteem) を含む概念であり、行動面では責任と自己の目標に基づいた形をとることができるという特性を持つ。つまり、ある程度自分自身に自信や価値を持ち、自律的で、自己の目標や価値に基づいた行動を取り、その行動の結果に対して自己責任をとることができるという性格特性である。解析では、嗜癖と自己志向とが負の相関を示した。この結果は、嗜癖と自尊心の低さとの強い関連性を示すものである。自己志向の特性である自己の目標に従った行動や、その行動に対する責任は、どれも自尊心に裏打ちされた行動結果であり、自己志向特性の中では二次的なものである。自尊心こそ自己志向特性の中核をなすものであり、分析結果は、我々が嗜癖の定義の中で提示した嗜癖は、自尊心の低さを原因としているということを明らかに裏付けるものである。

パーソナリティの性格因子である自己志向が嗜癖行動とかわりをもっている。このことは、嗜癖行動にとどまらず、子どもたちに関わる問題である児童虐待や PTSD、パーソナリティ障害、なかでも近年あらゆる不適応問題と関連性が示されている境界性パーソナリティ障

害などが抱える根源的問題を明らかにする上でも有効である。またこれらの個別の不応問題と相互に絡め、その関連性をみていく上でも、親の養育態度、あるいは親子関係は、問題の基底部分、あるいは根源的原因の共通因子として中心的意味を持つ構成概念であると考えられる。

こうした枠組みのなかで、新型コロナウイルス感染症は、家庭への引きこもりを惹起し、それが嗜癖行動を促進するといった、重要な影響を与えるであろう。

境界性パーソナリティ構造

オットー・カーンバーグの理論 (Kernberg, 1970/1975/1976) によると、パーソナリティの構造は、3つに分類される。神経症 (neurotic)、境界例 (borderline)、精神病 (psychotic levels) である。カーンバーグは、それまでの歴史の中で神経症と精神病に分類されないものを境界例として提示した。境界性パーソナリティ構造 (Borderline Personality Organization [BPO]) は、3つの特徴的な性質がある。(1) 原始的防衛 (Primitive Defences)、(2) 同一性拡散 (Identity Diffusion)、(3) 現実検討 (Reality Testing) である。第1の原始的防衛は、投影、否認、分裂といった行動の基となる、防衛の傾向を表す。第2の同一性拡散は、自我や対象への認識が二重のものとなり、同一のものとして統合することができないことを表す。第3の現実検討とは、現実をありのままに把握し、適切に対応する能力をいう。なお、BPOは、ボーダーラインパーソナリティ障害 (Borderline personality disorder [BPD]) の定義、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) と類似し混同されやすいが、BPDは、BPOから由来し、DSM-5が定めた診断基準で診断されたものであり、カーンバーグの理論でいう、パーソナリティ構造の境界例を表す、BPOとは区別しなくてはならない。BPOの測定には、信頼性・妥当性が高いものに Inventory of personality organization (IPO; Clarkin et al., 2001) を Kitamura が翻訳した日本語版 IPO

(Igarashi et al., 2009) がある。

意図せぬ妊娠は、BPDが重症である程多いという報告がある。過去の10代の妊娠および意図せぬ妊娠、出産数に関して、BPDと診断された女性とそうでない女性を比較した横断調査がある (De Genna et al., 2012)。対象者は、ピッツバーグの精神科外来やコミュニティセンター等でリクルートされた女性 (N=379) で、構造化面接によりBPDと診断された女性 (n=202) が含まれる。多変量解析の結果、BPDが重症である程、10代での妊娠経験が多いことが示されている。また、物質使用障害のある女性を除いた場合に、BPDが重症である程、意図せぬ妊娠および出産数が多いことが知られている。また、BPOは、抑うつ気分を起しやすく、さらに抑うつ気分を介して希死念慮を抱くリスクが高いという報告がある (Kitamura & Nagata, 2014)。その他、BPOの予測因子に、両親からの被虐待経験 (Kitamura & Nagata, 2014; Infurna, Brunner, et al., 2016; Machizawa-Summers., 2007) が考えられている。

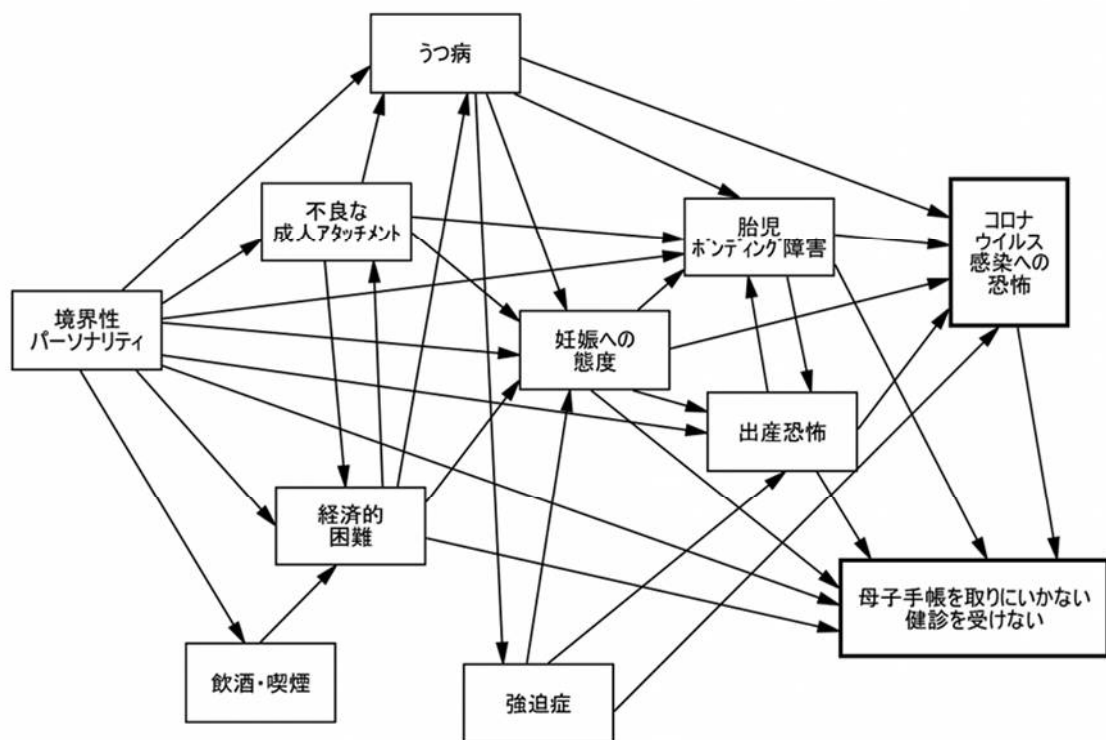
B. 研究方法

日本語を母国語とする妊娠12週から16週未満の妊婦を対象とし、インターネット調査を2020年12月7日から12月21日までの2週間に行った。調査に用いたサイトは『ルナルナ』および『ルナルナベビー』(株式会社MTI)である。対象者には、web上の説明文章にて説明を行い、web回答にて同意を得た(「コロナ禍における妊娠の支援ガイドライン作成のための研究ご協力をお願い」)。

対象とする妊娠期間に該当しないものは除外した。有効回答者は: 696名であった(妊娠初期調査)。

その後、約10週間後の2021年2月12日~2021年3月3日に、上記の妊婦に再調査の案内を送った。これに回答したものは245名(35%)であった(妊娠中期調査)。

研究全体の概念を図で表す。



研究全体の概念図

コロナ禍における妊娠の支援ガイドライン作成のための研究

ご協力をお願い

今年に入りコロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックが起こり、その結果、国民の生活様式が大きく変化しています。外出自粛状況から妊娠継続への恐怖や不安を訴える妊婦が増加しているとも伝えられています。こうした中で、妊産婦のメンタルヘルスの問題、特に恐怖や不安があるのであれば、助産師や保健師がそれに対して、評価・支援を実施できることが必要です。そこで現在、妊娠が確認できている女性を対象にした緊急調査を実施し、こうした実態を把握し、援助方法立案に基礎情報を与え、よりよい支援ガイドラインを作成する目的の調査を企画しました。

◆ 具体的にお願したいこと

以下にあてはまる方にご協力をお願いしています。

- ・ 妊娠初期（妊娠 12 週から 16 週未満）の女性
- ・ 日本語を母国語としている方

以下のことをお願いしています。

- ・ コロナ禍の妊娠における不安や困難に関する web 上でのアンケート調査へのご回答
- ・ アンケート項目は全部で約 150 問ありますが、大半はマトリックス形式での選択式質問です。アンケートご参加への謝礼としてアマゾンギフト券（1000 円相当）をメールにてお送りいたします。

また、ご協力者様には、約 1 か月後に同じアンケート調査にもう一度ご協力をお願いいたします。2 回目のアンケート調査の前にリマインダーメールをお送りいたします。しかし、2 回目のアンケート調査へのご協力は任意です。必ず 2 回やらなければいけないということではございません。その際、一部の方に、ネット上の面接調査へのご協力をお願いすることがございます。ネット面接へのご協力は任意です。謝礼としてアマゾンギフト券（3000 円相当）をメールにてお送りいたします。

なお、ご妊娠に関係するご心配ごとがあれば、ご希望によって本研究の主任研究者あるいは分担研究者（産科医・助産師・看護師・精神科医・心理師など）との相談をネットで行います。相談は無料です。当方からの謝礼は付きません。ご希望の方はアンケートの最後にご希望欄をクリックしてください。

◆ 本研究の実施代表者、資金

本研究は令和 2 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「新型コロナウイルス感染症流行下の自粛の影響—予期せぬ妊娠等に関する実態調査と女性の健康に対する適切な支援提供体制構築のための研究」（課題番号：20CA2062）（研究責任者：公益社団法人日本産婦人科医会 常務理事 安達知子）の分担研究「COVID-19 の流行下の自粛により妊娠継続に恐怖感を覚える女性のメンタルの諸問題の調査とその対応および支援方策の検討」（分担研究者：北村俊則）の一部として行うものです。

◆ 研究協力の任意性と撤回の自由

この研究（アンケートおよび一部の方のネット上面接）にご協力いただくかどうかは、研究参加

者の皆様の自由意思に委ねられています。同意いただきご回答途中でも、中断し、やめることができます。また、全ての質問にご回答後に、同意を撤回されることも可能です。その場合は、MTIの相談窓口にお申し立ていただくことで、あなたの回答データをデータセットから抜くこともできます。もちろん、途中で中断、撤回の場合にも、皆様の不利益につながることはありません。

◆ 個人情報の保護

ご回答いただいた内容は、MTI内において、皆様の身元特定につながる個人情報その他MTIが保有する他のデータとの組み合わせはされないように管理されています。したがって、研究者に渡されるのは、個人情報が匿名化されたデータ形式での内容のみです。さらに、データファイルは、研究者の所属機関において、パスワードによって管理保管されます。一部の方に行うネット上の面接では、面接室のURLを面接の直前に対象者へ送信し、パスワード（入室制限）を設定し、第3者が入室できないようにし、さらに面接者はイヤホンを装着します。個人の氏名は出さず、仮名を設定します。解析のため音声を録音しますが、画像の録画はありません。面接ではビデオをオフにして参加することも可能です。録音データはパスワード機能のついたUSBに保存します。

◆ 研究結果の公表

研究の成果は、学会や学術雑誌、データベース上において、学術的にまとめられた形で公表され、社会に成果が還元されます。この際にも個人が特定されるような公表はされません。調査結果をご協力者様個人へお伝えすることはいたしません。

◆ 研究ご協力者様にもたらされる利益及び不利益

本研究にご協力いただくことで、あなたにとっての直接的利益が高いとは言えませんが、本研究の成果が今後の妊娠中の女性への支援さらに子育て支援の発展に寄与することが期待されます。もちろん、ご協力いただいた方には、規定のポイントが付与されます。

ご協力いただくことで、時間的にご負担をおかけします。また、質問項目数が多いため、身体的疲労等のご負担をおかけする可能性があります。調査画面作成にあたり心理的苦痛や身体的疲労などの不利益とならないよう工夫をしておりますが、もし不快を感じる事があれば、すぐにご回答を中断、中止ください。皆様の任意によるご協力をお願いいたします。

◆ 研究終了後の資料（試料）等の取扱方針

「研究活動における不正行為への対応等に関するガイドライン」にしたがい、ID化されたすべてのデータ（入力されたデータファイルおよび参加者の電子メールアドレス）を、成果の公表と議論が終わるまでの一定期間保管いたします。データファイルはパスワードを設定した上で保存します。研究がすべて終了した段階ですべて消去破棄します。

◆ その他

この研究は、北村メンタルヘルス研究所倫理審査委員会の承認を受けています。

ご不明な点がございましたら、以下にご連絡ください。

「コロナ禍で母子手帳を取りに行かない、健診に行かないことの心理社会的要因」

研究機関： 北村メンタルヘルス研究所

実施責任者： 北村 俊則（北村メンタルヘルス研究所 所長）

住所： 〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷 2-26-3

富ヶ谷リバーランドハウス A 棟

調査内容

概念	評価手法	制作者	項目数	段階数
産科医療機関受診行動	Ad hoc	Authors	9	2
一般的事項	Ad hoc	Authors	11	
妊娠の基本情報	Ad hoc	Authors	25	
避妊行動・受胎行動	Ad hoc	Authors	20	2
産科既往歴	Ad hoc	Authors	14	2
養育意思	Ad hoc	Authors	1	
悪阻	Pregnancy-unique Quantification of Emesis	Koren et al.	3	5
出産恐怖	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire	Wijma et al.	33	5
胎児ボンディング	Scale for Parent-to-Baby Emotion Short version	Hada et al.	20	7
妊娠・出産に対する 態度	Attitudes toward Fertility and Childbirth Scale	Söderberg et al.	4(/25)	7(5)
妊娠・出産に対する 態度	Antenatal Maternal Orientation Measure-Revised	Roncolato & McMahon	3(/18)	7(6)
妊娠強迫症	Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)	Koike et al.	18+3	5
妊娠うつ病	Patent Health Questionnaire-9		10	4
成人アタッチメント	Relationship Questionnaire	Bartholomew et al.	4	7
ストレスとしての妊娠	Ad hoc	Authors	1	100
原因帰属	Ad hoc	Authors	11	7
対処行動	Brief Coping Scale	Shikai et al.	3	7
サポート	Social support Rating Scale	Kitamura et al.	18	2+7
嗜癖：喫煙	Ad hoc	Authors	3	2
嗜癖：飲酒	CAGE	Ewing et al.	4	2
感染症への恐怖	Ad hoc	Authors	7	7
COVID-19 への偏見	Ad hoc	Authors	28	7
境界性パーソナリティ構造	Inventory of Personality Organization Short version	Clarkin et al.	9	7

研究などにおける医学倫理的配慮

(1) 研究対象者の人権

ネット調査の中途であっても不参加することは自由である。ただし、匿名の調査のため調査終了後の参加撤回は手続き上、不可能である。

(2) 研究対象者からのインフォームド・コンセント

本研究はネット調査のため、その参加をもってインフォームド・コンセントと見做す。

(3) 研究によって生じると予知される研究対象者などについての危険性、不利益及び医学上の貢献

研究対象者には時間的負担が発生する。本研究課題に関してカウンセリングを希望する研究参加者には、ネットによるカウンセリングを実施する。

(4) 個人情報の保護の徹底

本研究は匿名によるネット調査であり、研究者が研究対象者の個人を同定することは不可能である。

(5) この研究に関連した研究費

本研究は令和2年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「新型コロナウイルス感染症流行下の自粛の影響—予期せぬ妊娠等に関する実態調査と女性の健康に対する適切な支援提供体制構築のための研究」（課題番号：20CA2062）（研究責任者：公益社団法人日本産婦人科医会 常務理事 安達知子）の分担研究「COVID-19 の流行下の自粛により妊娠継続に恐怖感を覚える女性のメンタルの諸問題の調査とその対応および支援方策の検討」（分担研究者：北村俊則）の一部として行う。

(6) 起こり得る利害の衝突および研究者などの関連組織との関わり（利益相反）

本研究に関連した利益相反は存在しない。

本研究は北村メンタルヘルス研究所倫理審査委員会の承認を得た（令和2年11月14日：

2020101501）。

C. 研究結果

【妊娠初期調査】

アウトカム変数

本研究のアウトカム変数（基準変数）は3つある。(1) 母子手帳をもらいにいったときの妊娠週数、(2) 子育てへの意志 (Sable & Libbus, 2000)、(3) 妊娠への適応 (Sable & Libbus, 2000) である。

調査時点で未だ母子手帳をもらっていないケースについてはここを16週とした。子育てへの意志は「赤ちゃんは自分で育てる」という設問（7件法）への回答で、得点が高いほど「育てることへの拒否」が強い。妊娠への適応は「できることなら妊娠をやめたい」という設問（7件法）で、得点が高いほど中絶を考慮している程度が強い。

母子手帳は98%の妊婦が取得していた。そして90%以上の妊婦は妊娠11週までに母子手帳を取得していた。

母子手帳をもらったか

現在の妊娠週数	もらっていない	もらっている	計
10	6 (2.8%)	211 (97.2%)	217
11	0 (0.0%)	163 (100%)	163
12	3 (1.8%)	162 (98.2%)	165
13	2 (1.3%)	149 (98.7%)	151
計	11 (1.6%)	685 (98.4%)	696

母子手帳をもらった時の妊娠週数

* 未取得妊婦の値は 16 を代入

妊娠週数	n	%	累計 %
3	1	0.1	0.1
4	4	0.6	0.7
5	15	2.2	2.9
6	37	5.3	8.2
7	81	11.6	19.8
8	137	19.7	39.5
9	173	24.9	64.4
10	137	19.7	84.1
11	73	10.5	94.5
12	27	3.9	98.4
16	11	1.6	100
合計	696		

子育てへの意志（「赤ちゃんは自分で育てる」）については 90%以上の妊婦が肯定的であった。妊娠への適応「できることなら妊娠をやめたい」については、2%の妊婦は中絶に肯定的であった。

子育ての意思（「赤ちゃんは自分で育てる」）

	n	%	累計 %
非常に当てはまる	399	57.3	57.3
かなり当てはまる	161	23.1	80.5
やや当てはまる	74	10.6	91.1
どちらともいえない	19	2.7	93.8
やや当てはまらない	21	3.0	96.8
かなり当てはまらない	15	2.2	99.0
まったく当てはまらない	7	1.0	100.0
合計	696		

妊娠への適応（「できることなら妊娠をやめたい」）

	n	%	累計 %
まったく当てはまらない	617	88.6	88.6
かなり当てはまらない	41	5.9	94.5
やや当てはまらない	10	1.4	96.0
どちらともいえない	16	2.3	98.3
やや当てはまる	8	1.1	99.4
かなり当てはまる	2	0.3	99.7
非常に当てはまる	2	0.3	100.0
合計	696		

母子手帳をもらいにいったときの妊娠週数、子育てへの意志、妊娠への適応の間の相関を見ると、子育てへの意志と妊娠への適応の間には有意 ($p < .001$) の相関を認めた。しかし、母子手帳をもらいにいったときの妊娠週数は子育てへの意志および妊娠への適応とは何ら有意の相関を示さなかった。このことはおそらく、3つのアウトカム指標を2群に分けて考察することが適切であることを示唆している。なお、この3つの変数と予定の健診にいけなかった回数とは有意の相関を認めなかった。

母子手帳をもらいにいったときの妊娠週数、子育てへの意志、妊娠への適応の間の相関

	母子手帳取得妊娠週数	子育て意思
母子手帳取得妊娠週数	—	
子育て意思	.01	—
妊娠への適応	.05	.24

予測変数と基準変数の相関

Bonferroni 修正を行い、 $p < .001$ を有意と考え

次に3つのアウトカム指標ごとに、今回扱った予測指標との相関を求めた。多重比較のため

人口統計学的指標

	M (SD)	母子手帳取得 妊娠週数	子育て意思	妊娠への適応
年齢	31.7 (4.5)	-.06	.03	-.03
妊娠週数	13.4 (1.1)	.05	.06	-.03
妊娠回数	0.75 (1.1)	-.00	-.00	.01
出産回数	0.38 (0.7)	.02	-.05	.02
職業	2.31 (1.8)	.03	-.08*	.02
学生	0.01 (0.1)	.04	-.01	-.03

今回の妊娠

	M (SD)	母子手帳取得 妊娠週数	子育て意思	妊娠への適応
否定的受け止め	0.27 (0.61)	.06	.17***	.46***
望まない妊娠	1.15 (1.18)	.01	.06	.25***
不妊治療	0.56 (0.97)	.00	.02	-.02
不妊治療の期間	0.29 (0.72)	.02	.01	-.04
妊娠悪阻	2.94 (2.63)	.04	-.03	.14***
妊娠のストレス	84.5 (26.5)	-.02	-.23***	-.61***

精神症状

	M (SD)	母子手帳取得 妊娠週数	子育て意思	妊娠への適応
出産恐怖	64.6 (19.6)	.05	.17***	.41***
胎児ボンディング				
幸福	10.0 (1.9)	.01	-.27***	-.49***
怒り	0.64 (1.6)	.05	.21***	.40***
恐怖	4.80 (2.8)	.00	.12**	.34***
悲しみ	1.36 (2.2)	.07	.15***	.35***
嫌悪	1.53 (2.5)	.02	.24***	.55***
驚き	3.87 (3.2)	-.03	.05	.19***
恥	1.73 (2.4)	.06	.22***	.51***
罪責	1.38 (2.3)	.10**	.18***	.41***
α 誇り	4.43 (2.6)	-.06	-.09*	-.23***
β 誇り	9.00 (2.7)	-.03	-.20***	-.43***
陽性感情総合点	23.48 (5.8)	-.03	-.22***	-.47***
陰性感情総合点	15.29 (12.4)	.048	.22***	.53***
強迫症				
洗浄	4.44 (3.8)	-.02	.04	.07
確認	4.88 (4.0)	.05	.01	.07
整頓	4.89 (3.6)	-.01	-.00	.07
強迫観念	5.79 (4.4)	.05	.03	.07
ため込み	5.49 (3.8)	.07	-.03	.05
中和	2.38 (2.87)	.06	-.01	.04
強迫総合点	27.87 (16.6)	-.03	-.01	.08
抑うつ	1.17 (1.5)	.04	.14***	.32***
喫煙	1.50 (4.4)	.07	.01	.11**
飲酒	0.57 (0.49)	.01	-.03	-.02

新型コロナウイルス感染症

	M (SD)	母子手帳取得 妊娠週数	子育て意思	妊娠への適応
知覚された脅威	.064	.02	-.06	.06
OMNIDIRECTIONAL AVOIDANCE	.031	-.04	.01	.03
ATTRIBUTIONAL AVOIDANCE		.03	.10	.07
HOSTILITY		.00	.04	.10

配偶者との関係性

	M (SD)	母子手帳取得 妊娠週数	子育て意思	妊娠への適応
パートナーの有無	0.99 (0.1)	-.05	.01	-.09
性的マイノリティ	0.00 (0.1)	.01	.01	-.02
同居	0.94 (0.2)	-.03	-.02	.02
成人アタッチメント				
Secure	4.20 (2.0)	-.01	-.07	-.10
Fearful	0.76 (1.3)	.04	.01	.21***
Preoccupied	1.03 (1.5)	.07	.02	.10
Dismissing	0.80 (1.2)	.03	.04	.12**
自己モデル	3.22 (3.1)	-.05	-.04	-.15***
他者モデル	3.68 (3.0)	.00	-.06	-.15***

性行動

	M (SD)	母子手帳取得 妊娠週数	子育て意思	妊娠への適応
性行為人数	1.19 (3.6)	-.02	-.01	.02
風俗業勤務	0.00 (0.1)	-.07	-.04	-.02
初交年齢	18.6 (3.5)	-.03	-.08	-.05
避妊	0.45 (0.5)	-.02	.02	-.01
避妊依頼の困難	0.17 (0.4)	-.14*	-.04	.10

境界性パーソナリティー

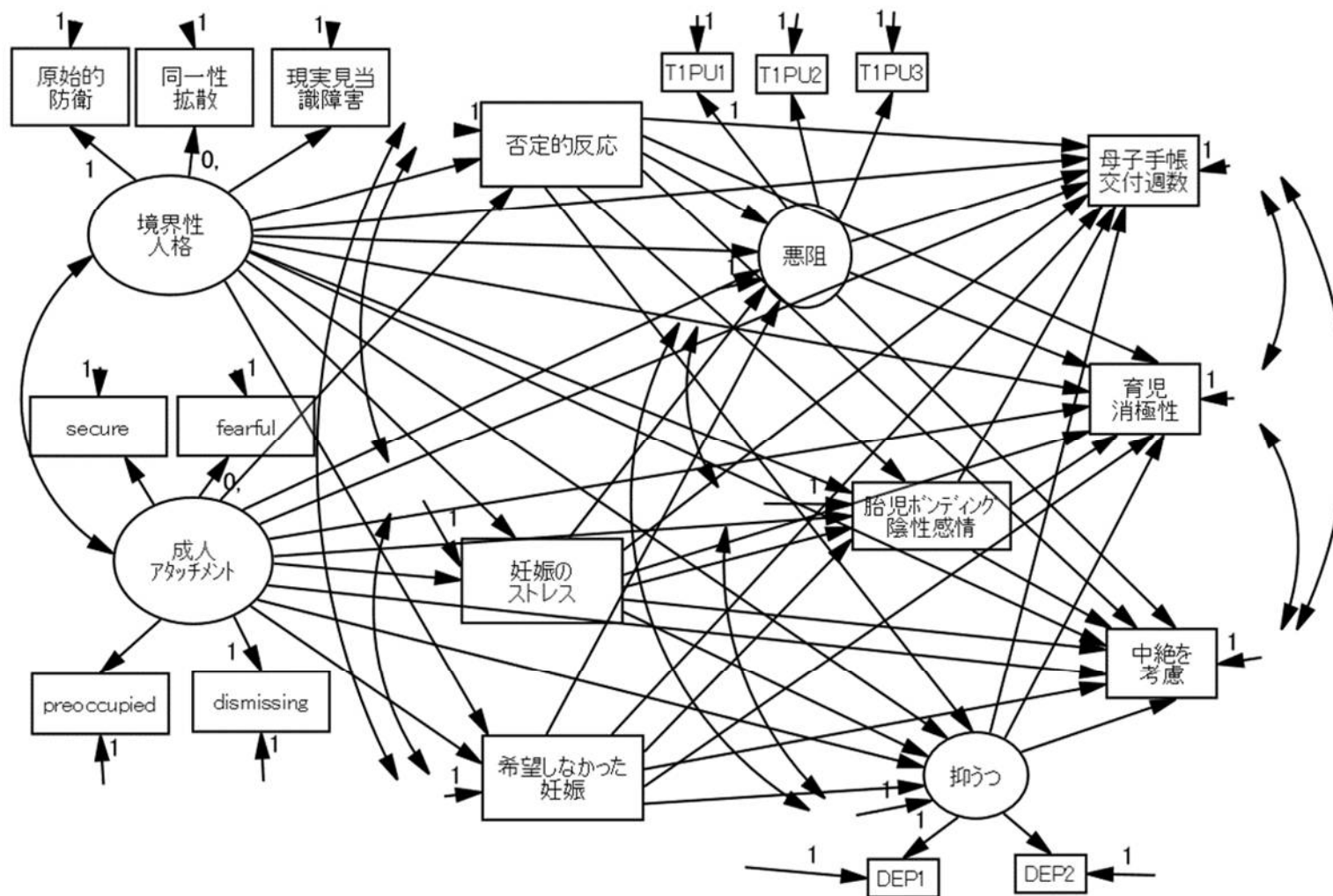
	M (SD)	母子手帳取得 妊娠週数	子育て意思	妊娠への適応
原始的防衛	4.76 (3.8)	-.01	.05	.20***
同一性拡散	7.36 (4.6)	.01	.05	.19***
現実見当識障害	2.12 (3.1)	-.04	.08*	.11**
IPO 総合点	14.2 (9.6)	-.01	.07	.20***

予測変数と基準変数の回帰モデル

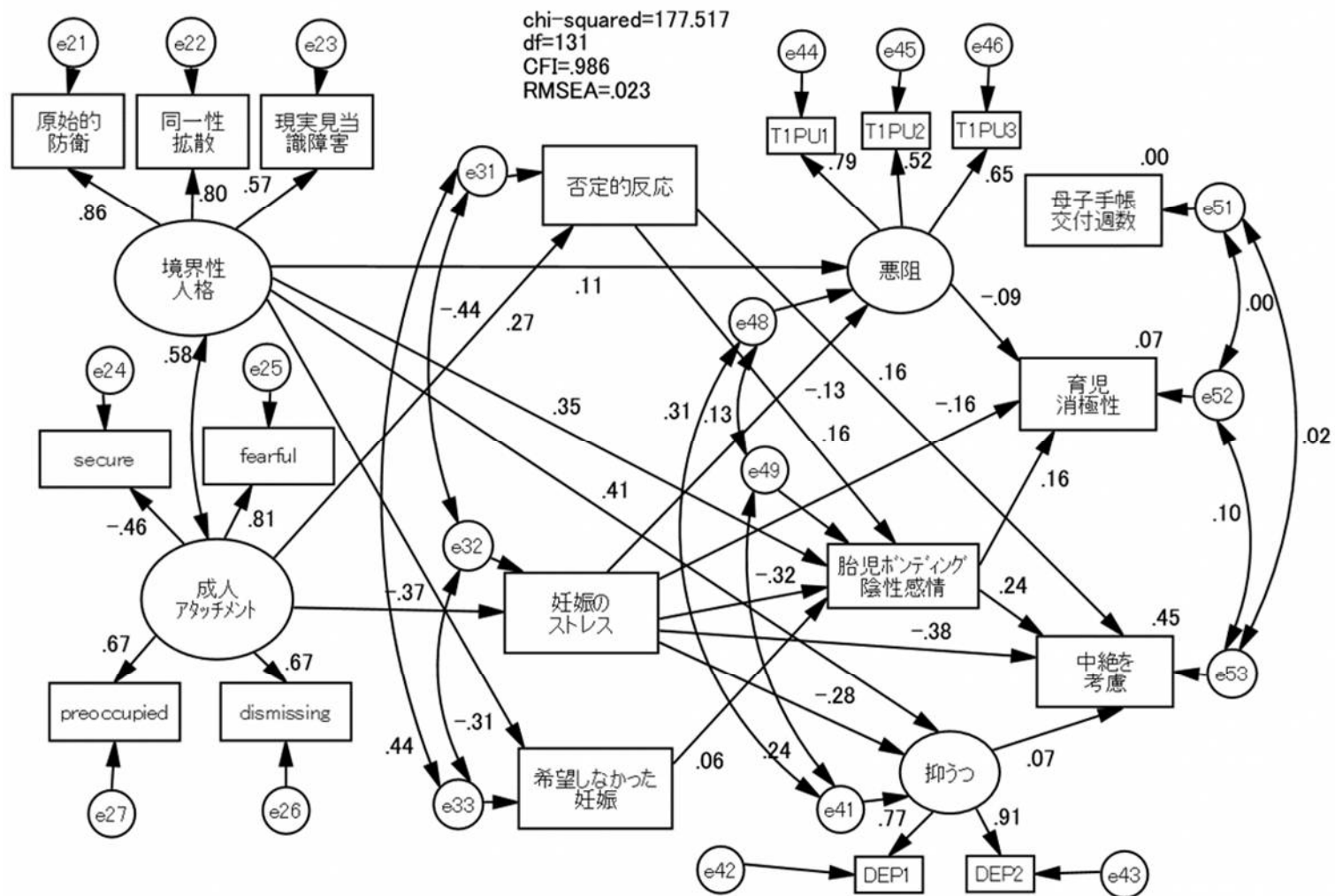
次に 3 つのアウトカム指標のいずれかに $p < .001$ の相関を示した変数をもとに、共分散構造分析による回帰モデルを作成した。

当初のモデルが十分な適合度を得た ($\chi^2/df = 1.496$, CFI = .984, RMSEA = 0.027)。そこで model trimming を行い、有意水準の最も低いパ

スを 1 本ずつ削除し、(1) 有意性のないパスで削除できるものがない (2) 適合度が許容でなくなる (3) 不適解になる、のいずれかが発生するまで継続した。その結果、最終モデルは $\chi^2/df = 1.355$, CFI = .986, RMSEA = 0.023 の適合度であり、むしろ適合度は良くなっていた。



当初のモデル（妊娠初期調査）



最終モデル（妊娠初期調査）

【妊娠中期調査】

アウトカム変数

妊娠初期の調査に参加した妊婦全員に妊娠中期（妊娠週数 22 週～ 25 週）に再度の調査依頼のメールを送付した。このうち 245 名（35%）が回答を送ってきた。妊娠中期に回答を送ってきた対象者について、妊娠初期と同様の解析を実行した。

アウトカム変数（基準変数）である（1）母子手帳をもらいにいったときの妊娠週数、（2）子育てへの意志（Sable & Libbus, 2000）、（3）妊娠への適応（Sable & Libbus, 2000）について解析を行った。母子手帳はすべての妊婦が取得していた。

母子手帳をもらった時の妊娠週数

妊娠週数	n	%	累計 %
4	2	0.8	0.8
5	3	1.2	2.0
6	9	3.7	5.7
7	30	12.3	18.0
8	55	22.5	40.6
9	57	23.4	63.9
10	44	18.0	82.0
11	20	8.2	90.2
12	13	5.3	95.5
13	1	.4	95.9
14	4	1.6	97.5
もらっていない	6	2.5	100.0
欠損値	1		

子育てへの意志（「赤ちゃんは自分で育てる」）については90.0%以上の妊婦が肯定的であった。妊娠への適応「できることなら妊娠をやめたい」については、1.2%の妊婦は中絶に肯定的であった。

子育ての意思（「赤ちゃんは自分で育てる」）

	n	%	累計 %
非常に当てはまる	127	53.1	53.1
かなり当てはまる	56	23.4	76.6
やや当てはまる	32	13.4	90.0
どちらともいえない	4	1.7	91.6
やや当てはまらない	7	2.9	94.6
かなり当てはまらない	6	2.5	97.1
まったく当てはまらない	7	2.9	100.0
欠損値	6		

妊娠への適応（「できることなら妊娠をやめたい」）

	n	%	累計 %
まったく当てはまらない	203	84.9	84.9
かなり当てはまらない	17	7.1	92.1
やや当てはまらない	9	3.8	95.8
どちらともいえない	7	2.9	98.7
やや当てはまる	1	0.4	99.2
かなり当てはまる	1	0.4	99.6
非常に当てはまる	1	0.4	100.0
欠損値	6		

母子手帳をもらいにいったときの妊娠週数、子育てへの意志、妊娠への適応の間の相関を見ると、子育てへの意志 と妊娠への適応の間には有意 ($p < .001$) の相関を認めた。しかし、母子手帳をもらいにいったときの妊娠週数は子育てへの意志および妊娠への適応とは何ら有意の相関を示さなかった。このことはお

そらく、3つのアウトカム指標を2群に分けて考察することが適切であることを示唆している。なお、この3つの変数と予定の健診にいけなかった回数とは有意の相関を認めなかった。

母子手帳をもらいにいったときの妊娠週数、子育てへの意志、妊娠への適応の間の相関

	母子手帳 取得妊娠週数	子育て意思
母子手帳取得 妊娠週数	—	
子育て意思	.07 ^{NS}	—
妊娠への適応	.07 ^{NS}	.23***

予測変数と基準変数の相関

次に3つのアウトカム指標ごとに、今回扱った予測指標との相関を求めた。多重比較のため Bonferroni 修正を行い、 $p < .001$ を有意と考えた。

人口統計学的指標

	M (SD)	母子手帳取得 妊娠週数	子育て意思	妊娠への適応
年齢	32.22 (4.2)	-.00	.09	-.11
妊娠週数	13.22 (1.1)	.17**	-.04	-.06
妊娠回数	0.80 (1.1)	.12	-.02	-.10
出産回数	0.38 (0.67)	-.01	-.03	-.08
職業	2.40 (1.8)	-.07	-.06	-.04
学生	0.01 (0.1)	-.02	-.05	.01

今回の妊娠

	M (SD)	母子手帳取得 妊娠週数	子育て意思	妊娠への適応
否定的受け止め	0.27 (0.6)	.05	.19**	.44***
望まない妊娠	1.08 (1.2)	-.00	.08	.21**
不妊治療	0.62 (1.0)	-.00	-.01	.07
不妊治療の期間	0.28 (0.7)	.01	.02	.05
妊娠悪阻	1.03 (1.6)	.10	.06	.16*
妊娠のストレス	84.0 (27.7)	.02	-.21**	-.62***

精神症状

	M (SD)	母子手帳取得 妊娠週数	子育て意思	妊娠への適応
出産恐怖	66.07 (21.4)	.13*	.14*	.37***
胎児ボンディング				
幸福	10.27 (1.8)	-.10	-.24***	-.42***
怒り	0.56 (1.6)	.04	.22**	.41***
恐怖	4.72 (2.9)	.07	.10	.34***
悲しみ	1.38 (2.1)	.12	.10	.35***
嫌悪	1.62 (2.5)	.01	.21**	.56***
驚き	3.13 (3.0)	-.12	.03	.18**
恥	1.59 (2.3)	-.01	.22**	.54***
罪責	1.35 (2.3)	-.02	.11	.45***
α 誇り	4.40 (2.6)	-.12	-.24***	-.29***
β 誇り	9.53 (2.4)	-.10	-.26***	-.45***
陽性感情総合点	24.20 (5.5)	-.12	-.30***	-.47***
陰性感情総合点	14.38 (11.9)	.01	.19**	.56***
強迫症				
洗浄	5.88 (4.2)	-.03	.04	.25***
確認	4.33 (3.8)	-.02	.10	.21**
整頓	5.46 (3.7)	-.04	.07	.15*
強迫観念	5.93 (3.9)	-.02	.07	.30***
ため込み	4.56 (3.6)	.03	.09	.29***
中和	1.90 (2.6)	-.07	.04	.22**
強迫総合点	28.08 (17.6)	-.03	.09	.29***
抑うつ	0.89 (1.2)	.11	.19**	.33***

新型コロナウイルス感染症

	M (SD)	母子手帳取得 妊娠週数	子育て意思	妊娠への適応
知覚された脅威	12.90 (3.4)	.00	.06	-.13*
OMNIDIRECTIONAL AVOIDANCE	16.78 (5.8)	.05	.01	.13*
ATTRIBUTIONAL AVOIDANCE	3.90 (4.0)	.00	.08	.18**
HOSTILITY	4.37 (4.1)	-.04	.00	.24***

配偶者との関係性

	M (SD)	母子手帳取得 妊娠週数	子育て意思	妊娠への適応
パートナーの有無	1.00 (0.1)	-.02	.03	-.18**
同居	1.00 (0.2)	.07	.01	.02
成人アタッチメント				
Secure	4.34 (1.9)	-.01	-.08	-.11
Fearful	0.72 (1.2)	.01	.18**	.32***
Preoccupied	1.10 (1.5)	-.08	.15**	.26***
Dismissing	0.91 (1.3)	.03	.16**	.34***
自己モデル	3.44 (3.2)	.05	-.12	-.17**
他者モデル	3.80 (2.9)	-.07	-.12	-.24***

性行動

	M (SD)	母子手帳取得 妊娠週数	子育て意思	妊娠への適応
性行為人数	1.44 (5.9)	-.05	-.04	-.02
風俗業勤務	0.01 (0.1)	-.07	-.06	-.03
初交年齢	19.05 (3.8)	-.15	-.02	.02
避妊	0.50 (0.5)	.04	-.01	-.01
避妊依頼の困難	0.15 (0.4)	-.09	.11	-.06
ピル	0.53 (0.2)	.10	-.05	.08

境界性パーソナリティー

	M (SD)	母子手帳取得 妊娠週数	子育て意思	妊娠への適応
原始的防衛	4.51 (3.7)	-.01	.11	.27***
同一性拡散	7.30 (4.7)	-.02	.08	.27***
現実見当識障害	1.63 (2.8)	-.05	.09	.20**
IPO 総合点	13.44 (9.3)	-.03	.11	.30***

予測変数と基準変数の回帰モデル

次に、妊娠初期のデータ解析で3つのアウトカム指標のいずれかに重要な相関を示した変数をもとに、共分散構造分析による逐次回帰モデルを作成した。逐次モデルの容量を考慮し、扱う変数は境界性人格、成人アタッチメント、

胎児ボンディングのうち陰性感情、抑うつとした。また、3つのアウトカム指標のうち最も高い重相関平方をしめした「中絶を考慮」を基準変数（アウトカム指標）とした。

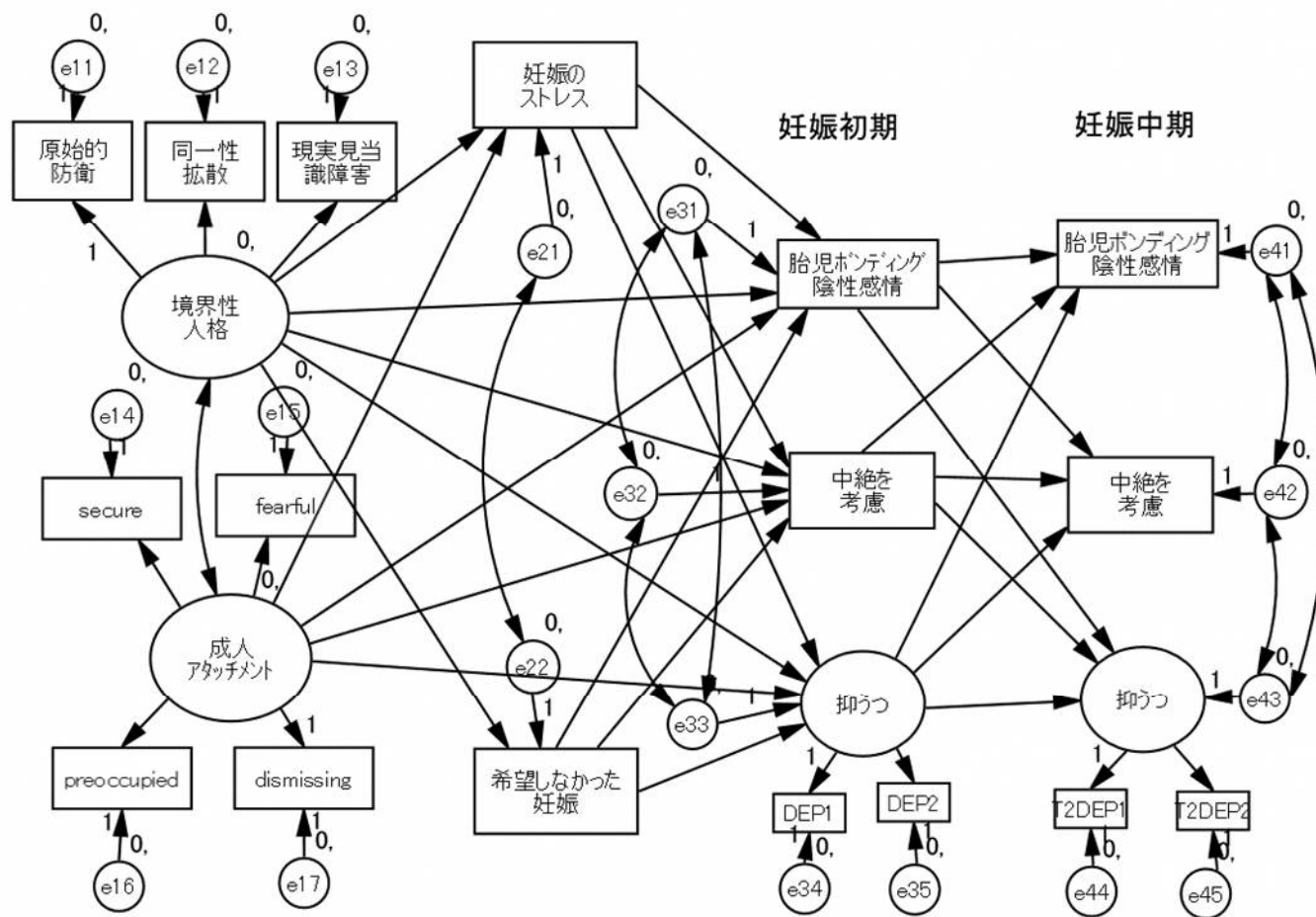
当初のモデル（妊娠初期・妊娠中期調査）では、外生変数として境界性人格と成人アタッチ

メントを設定し、介在変数として妊娠のストレスと希望しなかった妊娠を設定し、内生変数として胎児ボンディングの陰性感情、抑うつ、および中絶の考慮を設定し、内生変数は妊娠初期と妊娠中期の2時点を設定した。

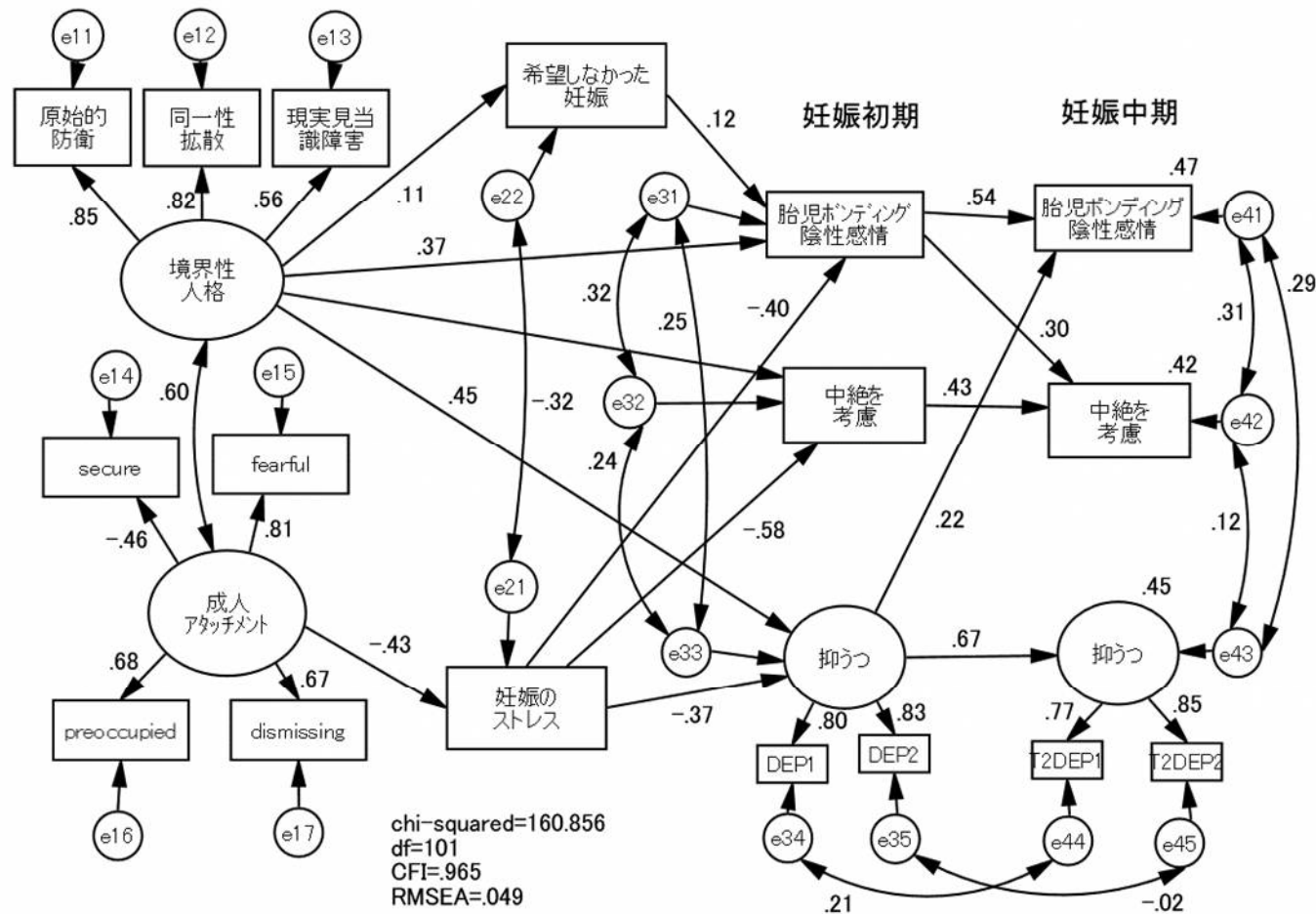
結果を見ると当初のモデルが十分な適合度を得た ($\chi^2/df = 1.665$, CFI = .965, RMSEA = 0.052)。そこで model trimming を行い、有意水準の最も低いパスを1本ずつ削除し、(1) 有意性のないパスで削除できるものがない (2) 適合度が許容できなくなる (3) 不適解になる、

のいずれかが発生するまで継続した。その結果、最終モデル (妊娠初期・妊娠中期調査) は $\chi^2/df = 1.593$, CFI = .965, RMSEA = 0.049 の適合度であり、むしろ適合度はやや良くなっていた。

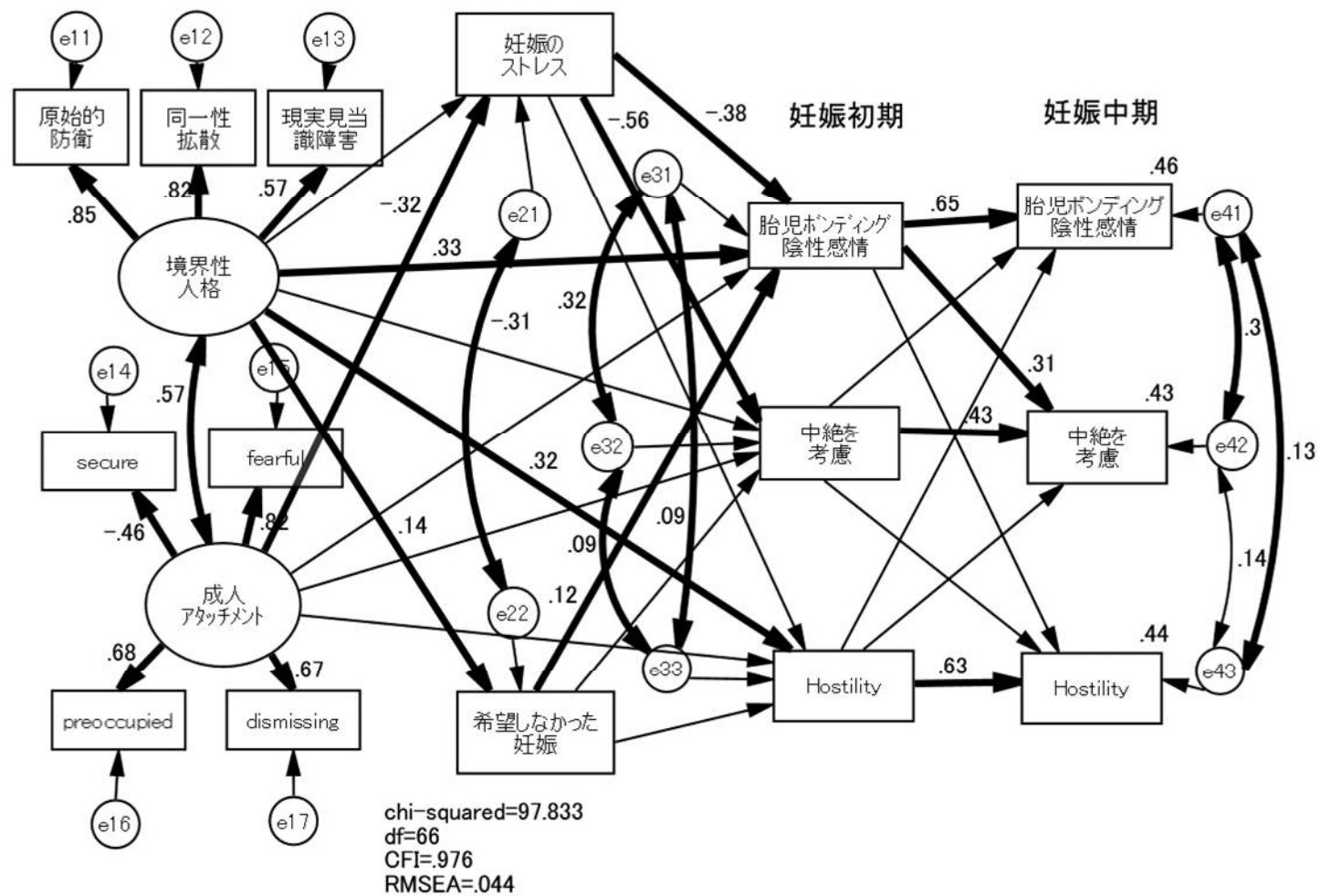
新型コロナウイルス感染に対する偏見の下位尺度のうち Hostility が中絶考慮とわずかであるが相関があったので、これを組み込んだ逐次モデルを作成した (別モデル (妊娠初期・妊娠中期調査))。しかし、偏見下位尺度と基準変数の間には何ら因果関係は認められなかった。



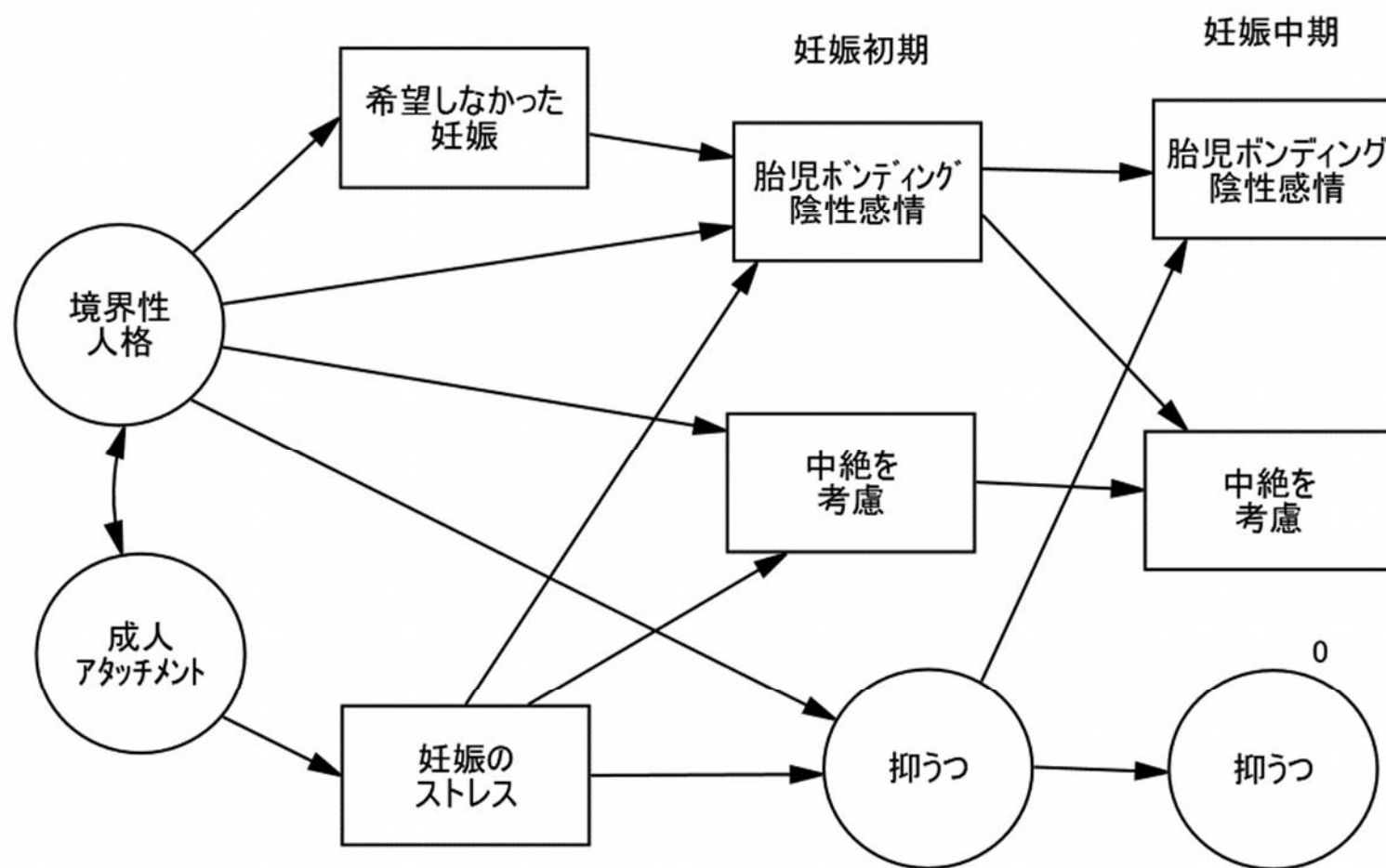
当初のモデル（妊娠初期・妊娠中期調査）



最終モデル（妊娠初期・妊娠中期調査）



別モデル（妊娠初期・妊娠中期調査）



模式図

D. 考察

【妊娠初期調査より】

今回の妊娠初期の妊婦において、約2%のものはまだ母子手帳を取得しておらず、16%のものは妊娠10週までに母子手帳を取得していない。また、産んだ子を自分で育てるかという問いに、やや当てはまらない、かなり当てはまらない、まったく当てはまらない、を合わせると、6%のものがそうした否定的回答をしていた。さらに、妊娠をやめたい（妊娠への適応）、つまり中絶希望を2%のものが示していた。こうした健康行動上、望ましくない反応について、後者の2変数は有意に相関していたが、これは母子手帳取得にはまったく相関を示さなかった。

これら3つの基準変数をそれぞれの予測変数との単純相関を求め、有意 ($p < .001$) の相関を示したものを使用して、構造回帰モデルを作成し、その model trimming を行った。

その結果、

＊育児消極性は妊娠悪阻、胎児ボンディングの陰性感情から直接の影響を受け、さらに境界性パーソナリティ傾向および不安定な成人アタッチメントから間接的影響を受けていた。

＊中絶考慮は妊娠への否定的反応、胎児ボンディングの陰性感情、妊娠のストレス、抑うつから直接の影響を受け、さらに境界性パーソナリティ傾向および不安定な成人アタッチメントから間接的影響を受けていた。

＊境界性パーソナリティは胎児ボンディングの陰性感情、抑うつを有意に予測していた

＊不安定な成人アタッチメントは妊娠への否定的反応と妊娠のストレスを有意に予測していた。

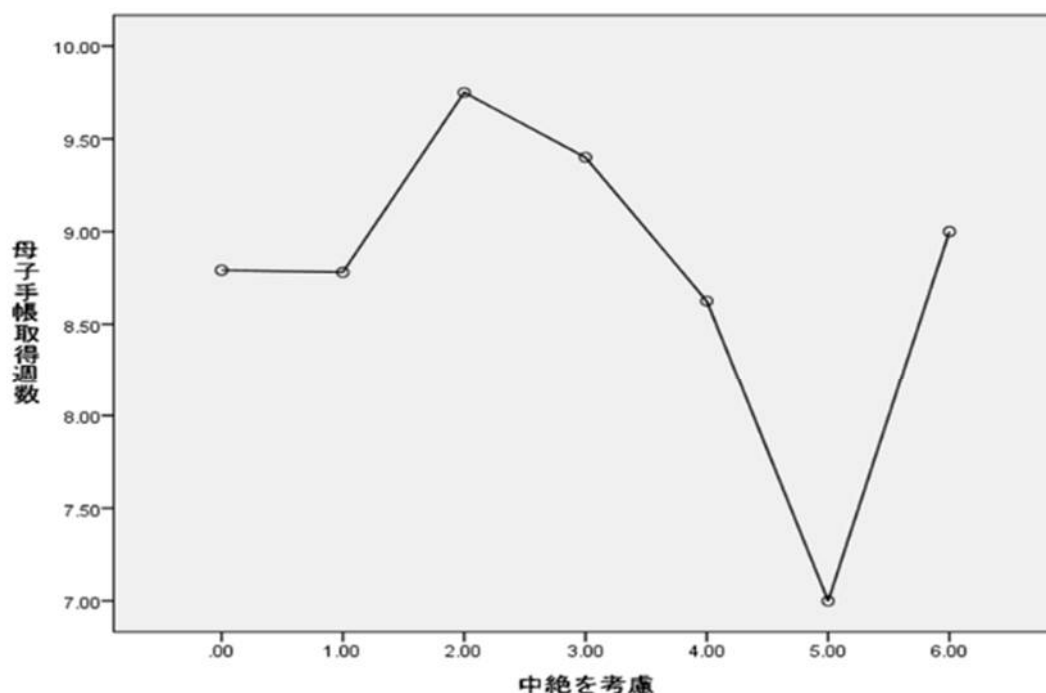
＊母子手帳交付週数はこのモデルでは予測できなかった。

＊基準変数の重相関平方をみると、中絶を希望において0.45という非常に高い値を示していた。

上記の所見は最終モデル（妊娠初期調査）に示すとおりである。

これまでも周産期医療のなかでいわゆる「飛び込み出産」の危険性は大きな問題であった。しかし、その心理社会的メカニズムはほとんど研究されていなかった。臨床的にはこうした女性の多くは、パーソナリティに問題があることが言われてきたが、今回の解析はこれを裏付けるものであった。境界性パーソナリティ傾向の女性がパートナーとのアタッチメントが不安定になることは容易に推定できるが、この点も構造回帰モデルが示すものであった。そして、今回の調査で、中絶を考慮する程度が高くて母子手帳を早い段階で取得していた。つまり、中絶を考えているものほど母子手帳取得を逡巡するものではないことが明らかとなった。こうした妊婦は、妊娠をストレスととらえ、妊娠が判っても「困った」といった否定的な反応を示すことも明らかとなった。そして、境界性パーソナリティ傾向、不安定な成人アタッチメント、妊娠をストレスととらえることが、妊娠悪阻や抑うつを惹起させ、結果として妊娠継続をあきらめる方向に向かうのである。母子手帳交付の時点で、こうしたハイリスクの女性を同定し、心理的援助を開始する必要がある。

COVID-19への恐怖やスティグマが今回の基準変数に与える影響は全く認められなかった。おそらく、あるとすればCOVID-19パンデミックによって生活環境が変わることが、今回明らかにあった様々な心理社会的要因に交絡要因として影響することはありうるであろう。さらに、COVID-19の発症率の高い地域でうつ病や妊娠中絶が多いという所見が報告されたとしても、こうした交絡や介在について精緻な検討が必要であろう。むしろ、感染の蔓延は、不健康な意思決定や行動を行う際の「かくれみの」として利用されると考えられる。周産期医療の現場で勤務する専門家は、問題の根底にあるパーソナリティ傾向や対人関係に目を向け、ここに焦点を当てた支援・援助・治療を行う必要がある。



【妊娠中期調査より】

妊娠中期においてもいまだ中絶を考える傾向があることが認められた。これは周産期ケアにおいて医療担当者が注目し、援助を行うべき事柄である。そして共分散構造分析の逐次モデルを作成し、その model trimming を行った。

その結果、

＊中絶考慮は前の時点の胎児ボンディングの陰性感情から影響されており、その逆はなかった。

＊妊娠初期の解析結果と同様に、境界性パーソナリティと成人アタッチメントが希望しなかった妊娠と妊娠のストレスを介在して中絶考慮に影響していた。

上記の所見は模式図に示すとおりである。

E. 結論

一定数の妊婦が「妊娠の受け止め方」について問題があり、妊娠を肯定的にとらえることができず、中絶を考え、法的に中絶ができない回数になってもなお中絶したいと望んでいる。このことは従来から臨床上、よく知られていた。

今回の新型コロナウイルス感染症の蔓延がこうした事情を悪化させているのではないかと、本研究の当初の仮説であった。こうした妊婦は分娩医療機関にもなかなか受診しないことが想定されたため、本研究では完全匿名のネット調査を2時点（妊娠初期と妊娠中期）で実施した。妊娠初期で696名の妊婦が参加し、そのなかで245名の妊婦が妊娠中期でも参加した。

新型コロナウイルス感染症の脅威の知覚や感染者への偏見はこうした妊婦の態度に何ら影響を与えていなかった。一方、境界性パーソナリティ傾向や配偶者との不安定な関係が、希望しなかった妊娠と妊娠のストレスを介在して、中絶の希望を規定していた。境界性パーソナリティは若い人には稀ならず認められるものであるが、これまで周産期医療の現場では等閑視されていた。しかし、「問題事例」のなかには境界性パーソナリティの事例が多いと推定できる。

この所見は感染症のパンデミックの有無にはかわらず、心理的問題を抱えている妊婦に対し日常の周産期医療場面で医療スタッフがこれまで以上に、評価、支援、介入、治療を行

うことの必要性を示唆するものである。さらに、これらの心理的問題の背景にはパーソナリティ傾向や配偶者との関係性が基底要因として関与しており、こうした点は従来のような Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) のみでは評価・同定できるものではない。EPDS ではうつ病あるいは抑うつ状態の有無のスクリーニングができるだけであり、EPDS で陽性とされた事例をすべて精神科に紹介することも現実性が乏しい。周産期医療の現場で勤務する医療者が、今まで以上に広範囲の心理状態のアセスメントと日常業務において行える心理支援技法の研修が喫緊の課題である。別添の「周産期医療・地域保健に携わるプライマリヘルスケアワーカーのための周産期の心理社会的支援指針: コロナ禍における妊娠初期の妊婦を対象として 事例と解説」はこうした研修の一助として作成したものである。

References

- Aiken, A. R. A., Borrero, S., Callegari, L. S., & Dehlendorf, C. (2016). Rethinking the pregnancy planning paradigm: Unintended conceptions or unrepresentative concepts? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 48*(3), 147-151.
- Ainsworth, M. D. (1985). Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61*(9), 771.
- Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 37*(3), 315-328.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington.
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., & Muzik, M. (2019). Prenatal attachment, parental confidence, and mental health in expecting parents: The role of childhood trauma. *Journal of Midwifery & Women's Health, 65*, 85-95.
- Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss. Vol.1. Attachment*. Basic Books.
- Bouchard, G. (2011). The role of psychosocial variables in prenatal attachment: an examination of moderational effects. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 29*(3), 197-207.
- Brockington, I. F., Macdonald, E., & Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of Women's Mental Health, 9*, 253-262.
- Brown, G. W., Adler, Z., & Bifulco, A. (1988). Life events, difficulties and recovery from chronic depression. *British Journal of Psychiatry, 152*, 487-498.
- Brown, G. W., Bifulco, A., & Harris, T. O. (1987). Life events, vulnerability and onset of depression: Some refinement. *British Journal of Psychiatry, 150*, 30-42.
- Brown, G. W., Lemyre, L., & Bifulco, A. (1992). Social factors and recovery from anxiety and depressive disorders: A test of specificity. *British Journal of Psychiatry, 161*, 44-54.
- Brown, G. W., Sklair, F., Harris, T. O., & Birley, J. L. T. (1972). Life-events and psychiatric disorders: Part 2: Nature of causal link. *Psychological Medicine, 3*, 159-176.
- Bustan, M. N., & Coker, A. L. (1994). Maternal attitude toward pregnancy and the risk of neonatal death. *American Journal of Public Health, 84*(3), 411-414.
- Byatt, N., Deligiannidis, K. M., & Freeman, M. P. (2013). Antidepressant use in pregnancy: A critical review focused on risks and controversies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 127*, 94-114.
- Campagne, D. M. (2019). Antidepressant use in pregnancy: Are we closer to consensus? *Archives of Women's Mental Health, 22*,

- 189-197.
- Celano, M. P. (1992). A developmental model of victims' internal attributions of responsibility for sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 57-69.
- Christensen, J., Grønborg, T. K., Sørensen, M. J., Schendel, D., Parmer, E. T., Pendersen, L. H., & Vestergaard, M. (2013). Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. *Journal of the American Medical Association*, 309, 1696-1703.
- Clarkin, J.F., Foelsch, P.A. & Kernberg, O.F. (2001). *The inventory of personality organization*. Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Weill College of Medicine of Cornell University.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357
- Condon, J. T. (1985). The Parental-foetal relationship-a comparison of male and female expectant parents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4(4), 271-284.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66(2), 167-183.
- Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70(4), 359-372.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*. 30(5), 281-284.
- Darwin, C. (2009). *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. In Cain, J & Messenger, S. (Eds.). Penguin Classics. (Original work published 1872)
- De Armond, M. (1954). A type of post partum anxiety reaction. *Disease of Nervous System*, 15, 26-29.
- De Genna, N. M., Feske, U., Larkby, C., Angiolieri, T., & Gold, M. A. (2012). Pregnancies, abortions, and births among women with and without borderline personality disorder. *Women's Health Issues*, 22(4), Article e371-e377.
- Drevin, J., Hallqvist J., Sonnander, K., Rosenblad, A., Pingel, R., & Bjelland, E. K. (2019). Childhood abuse and unplanned pregnancies: A cross-sectional study of women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BJOG*, 127, 438-446.
- Dempster, D., Rogers, S., Pope, A. L., Snow, M., & Stoltz, K. B. (2015). Insecure parental attachment and permissiveness: Risk factors for unwanted sex among emerging adults. *Family Journal*, 23(4), 358-367.
- Ekman, P. (1972). *Universals and Cultural Differences in Facial Expressions of Emotions*. In Cole, J. (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation (pp. 207-282). University of Nebraska Press.
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (1996). A process model for understanding adaptation to sexual abuse: the role of shame in defending stigmatization. *Child Abuse & Neglect*, 20, 767-782.
- Fenwick, J., Gamble, J., athan, E., Bayes, S., & Hauck, Y. (2009). Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 667-677.
- Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., Scuffham, P. A., & Ryding, E. L. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy*

- & *Childbirth*, 15, 284.
- Foster, D. G., Biggs, M. A., Raifman, S., Gipson, J., Kimport, K., & Rocca, C. H. (2018). Comparison of health, development, maternal bonding, and poverty among children born after denial of abortion vs after pregnancies subsequent to an abortion. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1053-1060.
- Furukawa, T. A., Harai, H., Hirai, T., Kitamura, T., & Takahashi, K. (1999). Social Support Questionnaire among psychiatric patients with various diagnoses and normal controls. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 216-222.
- Goto, T., Wilson, J. P., Kahana, B., & Slane, S. (2002). PTSD, depression and help-seeking patterns following the Miyake Island volcanic eruption. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 157-171.
- Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Roerecke, M., Rehm, J., Dennis, C.-L., Koren, G., Steiner, M., Mousmanis, P., Cheung, A., & Ross, L. E. (2013a). Antidepressant exposure during pregnancy and congenital malformations: Is there an association? A systematic review and meta-Analysis of the best evidence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, e293-e308.
- Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Eady, A., Tomlinson, G., Dennis, C.-L., Koren, G., Steiner, M., Mousmanis, P., Cheung, A., & Ross, L. E. (2013b). The effect of prenatal antidepressant exposure on neonatal adaptation: A systematic review and meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, e309-e320.
- Hada, A., Imura, M., & Kitamura, T. (2020). Scale for Parent-to-Baby Emotions: Concepts, development, and factor structure. (in preparation)
- Heymans, H., & Winter, S. T. (1975). Fears during pregnancy: An interview study of 200 postpartum women. *Israel Journal of Medical Science*, 11, 1102-1105.
- Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases. *British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85.
- Honemeyer, U., & Kurjak, A. (2014). Pregnancy and loneliness: The therapeutic value of 3D/4D ultrasound. *Psychology*, 5, 744-752.
- Huybrechts, K. F., Palmsten, K., Avorn, J., Cohen, L. S., Holmes, L. B., Franklin, J. M., Mogun, H., Levin, R., Kowal, M., Setoguchi, S., & Hernández-Díaz, S. (2014). Antidepressant use in pregnancy and the risk of cardiac defects. *New England Journal of Medicine*, 370, 2397-2407.
- Igarashi, H., Kikuchi, H., Kano, R., Mitoma, H., Shono, M., Hasui, C., & Kitamura, T. (2009). The Inventory of Personality Organisation: its psychometric properties among student and clinical populations in Japan. *Annals of General Psychiatry*, 8, Article e9.
- Infurna, M. R., Brunner, R., Holz, B., Parzer, P., Giannone, F., Reichl, C., Fischer, G., Resch, F., & Kaess, M. (2016). The specific role of childhood abuse, parental bonding, and family functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 177-192.
- Infurna, M. R., Fuchs, A., Fischer-Waldschmidt, G., Reichl, C., Holz, B., Resch, F., Brunner, R., & Kaess, M. (2016). Parents' childhood experiences of bonding and parental psychopathology predict borderline personality disorder during adolescence in offspring. *Psychiatry Research*, 246, 373-378.

- 井上寿美 (2010). 飛び込み分娩をめぐる研究の動向と課題：周産期医療を組み込んだ子育てハイリスク群支援ネットワークの実践モデル構築に向けて. 関西大学社会福祉学部紀要, 14(1), 17-23.
- Jensen, H. M., Grøn, R., Lidegaard, Ø, Pedersen, L. H., Andersen, P. K., & Kessing, L. V. (2013). Maternal depression, antidepressant use in pregnancy and Apgar scores in infants. *British Journal of Psychiatry*, 202, 347-351.
- Jimenez-Solem, E., Andersen, J. T., Petersen, M., Broedbaek, K., Lander, A. R., Afzal, S., Torp-Pedersen, C., & Poulsen, H. E. (2013). SSRI use in pregnancy and risk of stillbirth and neonatal mortality. *American Journal of Psychiatry*, 170, 299-304.
- Kemkes-Grottenthaler, A. (2003). Postponing or rejecting parenthood? results of a survey among female academic professionals. *Journal of Biosocial Science*, 35(2), 213.
- Kendell, R. E. (1976). The classification of depressions: A review of contemporary confusion. *British Journal of Psychiatry*, 129, 15-28.
- Kendell, R. E., & Brockington, I. F. (1980). The identification of disease entities and the relationship between schizophrenic and affective psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 137, 324-331.
- Kernberg, O. F., (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Academy of Psychoanalytic Association*, 18, 800-822.
- Kernberg, O. F., (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson.
- Kinsey, C. B., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal-infant bonding: A principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314-1320.
- 北村俊則 (2018). うつ病の過剰診断を防ぐために. 精神科, 33(3), 274-276.
- Kitamura, T., Kijima, N., Watanabe, K., Takezaki, Y., Tanaka, E., & Takehara, S. (1999). Precedents of perceived social support: personality, and early life experiences. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53, 649-654.
- Kitamura, T., & Nagata, T. (2014). Suicidal ideation among Japanese undergraduate students: relationships with borderline personality trait, depressive mood, and childhood abuse experiences. *American Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 1(2), 7-13.
- Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M., & Toda, M. (1993). Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychological Medicine*, 23(4), 967-975.
- Kitamura, T., Sugawara, M., Sugawara, K., Toda, M. A., & Shima, S. (1996). Psychosocial study of depression in early pregnancy. *British Journal of Psychiatry*, 168(6), 732-738.
- Kitamura, T., Toda, M. A., Shima, S., & Sugawara, M. (1994). Early loss of parents and early rearing experience among women with antenatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 15, 133-139.
- Kitamura T, Toda, M. A., Shima, S., Sugawara, K., & Sugawara, M. (1998). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52, 37-45.
- Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N., Ito, M., Kudo, N., Tada, K., Kanazawa, K., Sakumoto, K., Satoh, S., Furukawa, T., & Nakano, H. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates. *Archives of Women's Mental Health*, 9(3), 121-130.

- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1982). *Parent-infant bonding* (2nd ed.). C. V. Mosby Co.
- Knickmeyer, R. C., Meltzer-Brody, S., Woolson, S., Hamer, R. M., Smith, J. K., Lury, K., & Gilmore, J. H. (2014). Rate of Chiari I malformation in children of mothers with depression and without present SSRI exposure. *Neuropsychopharmacology*, 39, 2611-2621.
- Koike, H., Tsuchiyagaito, A., Hirano, Y., Oshima, F., Asano, K., Sugiura, Y., Kobori, O., Ishikawa, R., Nishinakano, H., Shimizu, E., & Nakagawa, A. (2017). Reliability and validity of the Japanese version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R). *Current Psychology*, 39, 89-95.
- Kokubu, M., Okano, T., & Sugiyama, T. (2012). Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy: A longitudinal study of pregnant women in Japan. *Archives of Women's Mental Health*, 15(3), 211-216.
- Kokubu, M., Okano, T., Sugiyama, T., & Kitamura, T. (2019). Effects of negative life and coping style on postnatal maternal-infant bonding among Japanese community women: A longitudinal cohort study. In T. Kitamura & Y. Ohashi (Eds.), *Perinatal bonding disorders: Causes and consequences*. (pp. 82-131). Cambridge Scholars Publishing.
- Kost, K., & Lindberg, L. (2015). Pregnancy intentions, maternal behaviors, and infant health: Investigating relationships with new measures and propensity score analysis. *Demography*, 52(1), 83.
- 厚生労働統計協会. (2017). 平成 29 年 我が国の人口動態. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 一般社団法人 厚生労働統計協会.
- 厚生労働統計協会. (2015). 平成 27 年 現代日本の結婚と出産: 第 15 回出生動向基
本調査 (独身者調査ならびに夫婦調査) 報告書. 国立社会保障・人口問題研究所編. 一般社団法人 厚生労働統計協会.
- Kumar, R., & Hipwell, A. E. (1996). Development of a clinical rating scale to assess mother-infant interaction in a psychiatric mother. *British Journal of Psychiatry*, 169, 18-26.
- Lebra, T. S. (1983). Shame and guilt. *Ethos*, 11, 192-209.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. Free Press.
- Liu, Q., Shono, M., & Kitamura, T. (2008). The effects of perceived parenting and family functioning on adult attachment: A sample of Japanese university students. *Open Family Studies Journal*, 1, 1-6.
- Machizawa-Summers, S. (2007). Childhood trauma and parental bonding among Japanese female patients with borderline personality disorder. *International Journal of Psychology*, 42(4), 265-273.
<https://doi.org/10.1080/00207590601109276>
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3-46.
- McNamara, J., Townsend, M. L., & Herbert, J. S. (2019). A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PloS One*, 14(7), e0220032.
- Miller, L., Gur, M., Shanok, A., & Weismann, M. (2008). Interpersonal psychotherapy with pregnant adolescents: Two pilot studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 733-742.
- Miyata, M., Matsukawa, T., Suzuki, Y., Yokoyama, K., & Takeda, S. (2017). Psychometric properties of Japanese version of the attitudes towards fertility and childbearing

- scale (AFCS). *British Journal of Medicine and Medical Research*, 19(7), 1-12.
- Morrow, K. B. (1991). Attributions of female adolescent incest victims regarding their molestation. *Child Abuse & Neglect*, 15, 477-483.
- Muller, M. E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 25, 161-166.
- Muller, M. E., & Mercer, R. T. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *Western journal of nursing research*, 15(2), 199-215.
- Nakano, M., Upadhyaya, S., Chudal, R., Skokauskas, N., Luntamo, T., Sourander, A., & Kaneko, H. (2019). Risk factors for impaired maternal bonding when infants are 3 months old: a longitudinal population based study from Japan. *BMC Psychiatry*, 19, Article e87.
- Ohara, M., Okada, T., Kubota, C., Nakamura, Y., Shiino, T., Aleksic, B., Morikawa, M., Yamauchi, A., Uno, Y., Murase, S., Goto, S., Kanai, A., Masuda, T., & Ozaki, N. (2016). Validation and factor analysis of mother-infant bonding questionnaire in pregnant and postpartum women in Japan. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-7.
- Ohara, M., Okada, T., Kubota, C., Nakamura, Y., Shiino, T., Aleksic, B., Morikawa, M., Yamauchi, A., Uno, Y., Murase, S., Goto, S., Kanai, A., Masuda, T., Ando, M., & Ozaki, N. (2017). Relationship between maternal depression and bonding failure: a prospective cohort study of pregnant women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(10), 733-741.
- Ohara, M., Okada, T., Aleksic, B., Morikawa, M., Kubota, C., Nakamura, Y., Shiino, T., Yamauchi, A., Uno, Y., Murase, S., Goto, S., Kanai, A., Masuda, T., Nakatochi, M., Ando, M., & Ozaki, N. (2017b). Social support helps protect against perinatal bonding failure and depression among mothers: a prospective cohort study. *Scientific Reports* 7, Article e9546.
- O'Hara, M. W., Rehm, L. P., & Campbell, S. B. (1982). Predicting depression: A role for social network and life stress variables. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 336-341.
- Ohashi, Y., Kitamura, T., Kita, S., Haruna, M., Sakanashi, K., & Tanaka, T. (2014). Mothers' bonding attitudes towards infants: Impact of demographics, psychological attributes, and satisfaction with usual clinical care during pregnancy. *International Journal of Nursing and Health Science*, 1(3), 16-21.
- Ohashi, Y., Sakanashi, K., Tanaka, T., & Kitamura, T. (2016). Mother-to-infant bonding disorder, but not depression, 5 days after delivery is a risk factor for neonate emotional abuse: A study in Japanese mothers of 1-month olds. *Open Family Studies Journal*, 8(1), 27-36.
- Ossa, X., Bustos, L., & Fernandez, L. (2012). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery*, 28(5), Article e689-e696.
- Palmsten, K., Huybrechts, K. F., Williams, P. L., Michels, K. B., Achtyes, E. D., Mogun, H., & Setoguchi, S. (2013). Use of antidepressants near delivery and risk of postpartum hemorrhage: Cohort study of low income women in the United States. *British Medical Journal*, 347, f4877.
- Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, J., & Rassaby, E. S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 136, 339-346.
- Pettersson, F. D., Hellgren, C., Nyberg, F., Åkerud,

- H., & Sundström-Poromaa, I. (2016). Depressed mood, anxiety, and the use of labor analgesia. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 11-16.
- Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., ... & Stronati, M. (2014). Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. *Early human development*, 90, S45-S46.
- Poursharif, B., Korst, L. M., MacGibbon, K. W., Fejzo, M., Romero, R., & Goodwin, T. M. (2007). Elective pregnancy termination in a large cohort of women with hyperemesis gravidarum. *Contraception*, 76, 451-455.
- Raj, D., Lee, B. K., Dalman, C., Goldberg, J., Lewis, G., & Magnusson, C. (2013). Parental depression, maternal antidepressant use during pregnancy, and risk of autism spectrum disorders: Population based case-control study. *British Medical Journal*, 346, 12059.
- Ross, L. E., Grigoriadis, S., Mamisashville, L., VonderPorter, E. H., Roerecke, M., Rehm, J., Dennis, C.-L., Koren, G., Steiner, M., Mousmanis, P., & Cheung, A. (2013). Selected pregnancy and delivery outcomes after exposure to antidepressant medication: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 70, 436-443.
- Ryding, E. L., Persson, A., Onell, C., & Kvist, L. (2003). An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 10-17.
- Sable, M. R., & Libbus, M. K. (2000). Pregnancy intention and pregnancy happiness: Are they different? *Maternal and Child Health Journal*, 4(3), 191-196.
- Saisto, T., & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 201-208.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E., Könönen, T., & Halmesmaki, E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetrics and Gynecology*, 98, 820-826.
- Salim, M., Sharma, V., & Anderson, K. K. (2018). Recurrence of bipolar disorder during pregnancy: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 21, 475-479.
- Seligman, M. E. P., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74(1), 1-9.
- Shinohara, E., Yoshida, K., Sakumoto, K., Tada, K., Sato, S., Kitamura, T., & Takeda, S. (2017). Effects of partners' attitudes towards wife's aspirations on depression after childbirth. *Open Journal of Depression*, 6, 79-88.
- Sørensen, O. N., Marcussen, S., Backhausen, G. M., Juhl, M., Schmidt, L., Tyden, T., & Hegaard, H. K. (2016). Fertility awareness and attitudes towards parenthood among danish university college students. *Reproductive Health*, 13(146), 1-10.
- Spinelli, M. (2012). Antidepressant treatment during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 169, 121-124.
- Stephansson, O., Kieler, H., Haglund, B., Artama, M., Engeland, A., Furu, K., Gissler, M., Nørgaard, M., Nielsen, R. B., Zoega, H., & Valdimarsdóttir, U. (2013). Selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of stillbirth and infant mortality. *Journal of the American Medical Association*, 309, 48-54.
- Stuart, S., O'Hara, M. W., & Gorman, L. L. (2003). The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6 [Suppl. 2], s57-s69.
- Roncolato, W., & McMahon, C. (2011). Facilitators and regulators: Psychometric

- properties of maternal orientation measures in pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29, 420–438.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2011.635421>
- Rubin R. (1984). *Maternal identity and maternal experience*. NY:Springer.
- Russell, E. J., Fawcett, J. M., & Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 377–385.
- Rustico, M. A., Mastromatteo, C., Grigio, M., Maggioni, C., Gregori, D., & Nicolini, U. (2005). Two-dimensional vs. two- plus four-dimensional ultrasound in pregnancy and the effect on maternal emotional status: A randomized study. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 25, 468-472.
- Sable, M. R., & Libbus, M. K. (2000). Pregnancy intention and pregnancy happiness: Are they different? *Maternal and Child Health Journal*, 4(3), 191-196.
- Sedgmen, B., McMahon, C., Cairns, D., Benzie, R. J., & Woodfield, R. L. (2006). The impact of two-dimensional versus three-dimensional ultrasound exposure on maternal-fetal attachment and maternal health behavior in pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 27, 245-251.
- Shikai, N., Shono, M., & Kitamura, T. (2009). Effects of coping styles and stressful life events on de-pression and anxiety in Japanese nursing students: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 198-204.
- Shikai, N., Uji, M., Chen, Z., Hiramura, H., Tanaka, N., Shono, M., & Kitamura, T. (2007). The role of coping styles and self-efficacy in the development of dysphoric mood among nursing students. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 29(4), 241-248.
- Skoog Svanberg, A., Lampic, C., Karlström, P., & Tydén, T. (2006). Attitudes toward parenthood and awareness of fertility among postgraduate students in Sweden. *Gender Medicine*, 3(3), 187-195.
[https://10.1016/S1550-8579\(06\)80207-X](https://10.1016/S1550-8579(06)80207-X)
- Söderberg, M., Lundgren, I., Christensson, K., & Hildingsson, I. (2013). Attitudes toward fertility and childbearing scale: An assessment of a new instrument for women who are not yet mothers in Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 197.
- Sørensen, N. O., Marcussen, S., Backhausen, M. G., Juhl, M., Schmidt, L., Tydén, T., & Hegaard, H. K. (2016). Fertility awareness and attitudes towards parenthood among Danish university college students. *Reproductive Health*, 13(1), 146.
<https://10.1186/s12978-016-0258-1>
- Stanford, J. B., Hobbs, R., Jameson, P., DeWitt, M. J., & Fischer, R. C. (2000). Defining dimensions of pregnancy intendedness. *Maternal and Child Health Journal*, 4(3), 183-189.
<https://doi.org/10.1023/A:1009575514205>
- Starcevic, V., Eslick, G. D., Viswasam, K., & Berle, D. (2020). Symptoms of obsessive-compulsive disorder during pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 91, 965-981.
- Takegata, M., Haruna, M., Matsuzaki, M., Shiraishi, M., Okano, T., & Severinsson, E. (2017). Aetiological relationship between factors associated with postnatal traumatic symptoms among Japanese primiparas and multiparas: A longitudinal study. *Midwifery*, 44, 14-23.
- Takegata, M., Haruna, M., Morikawa, M., Yonezawa, K., Komada, M., & Severinsson, E. (2018). Qualitative

- exploration of fear of childbirth and preferences for mode of birth among Japanese primiparas. *Nursing & Health Sciences*, 20, 338-345.
- Tanaka, N., Hasui, C., Uji, M., Hiramura, T., Chen, Z., Shikai, N., & Kitamura, T. (2008). Correlates of the categories of adolescent attachment styles: Perceived rearing, family function, early life events, and personality. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(1), 65-74.
- Tangney, J. P., Wagner, P., Fletcher, C., & Gramzow, R. (1992a). Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(4), 669-675.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992b). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 469-478.
- Tardy, C. H. (1995). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187-202.
- Tracy, J., L., & Robins, R., W. (2007b). The nature of pride. In Tracy, J., L., Robins, R., W. & Tangney, J., P (Eds). *The self-conscious emotions*. (pp263-282). Guilford Press.
- Terry, D. J., Rawle, R., & Callan, V. J. (1995). The effects of social support on adjustment to stress: The mediating role of coping. *Personal relationships*, 2, 97-124.
- Terry, D. J., Mayocchi, L., & Hynes, G. J. (1996) Depressive Symptomatology in New Mothers: A Stress and Coping Perspective, *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 220-231.
- 友田貴子・北村俊則.(1994). 第一次希望の大学の合格・不合格が入学後の軽症うつ病, 自覚的健康度, ソーシャル・サポートに及ぼす影響について. 日本社会精神医学会雑誌. 3, 33-38.
- Tydén, T., Svanberg, A. S., Karlström, P., Lihoff, L., & Lampic, C. (2006). Female university students' attitudes to future motherhood and their understanding about fertility. *European Journal of Contraception and Reproductive Healthcare*, 11(3), 181-189. <https://10.1080/13625180600557803>
- Udechuku, A., Nguyen, T., Hill, R. et al. (2010). Antidepressants in pregnancy: A systematic review. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 978-996.
- Uji, M., Shikai, N., Shono, M & Kitamura, T. (2007). Contribution of shame and attribution style in developing PTSD among Japanese University women with negative sexual experiences. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 111-120.
- Usui, Y., Haruna, M., Sakanaashi, K., Tanaka, T., & Kitamura, T. (2019). The psychometric properties of the Maternal Antenatal Attachment Scale and the identification of a cluster of pathological mater-nalfetal bonding: A study in Japanese non-clinical mothers. In T. Kitamura & Y. Ohashi (Eds.) *Perinatal bonding disorders: Causes and consequences* (pp. 37-58). Cambridge Scholars Publishing.
- Viktorin, A., Uher, R., Reichenberg, A., Levine, S. Z., & Sandin, S. (2017). Autism risk following antidepressant medication during pregnancy. *Psychological Medicine*, 47, 2787-2796.
- Viswasama, K., Eslickb, G. D., & Starcevic, V. (2019). Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta analysis. *Journal of Affective Disorders*, 255, 27-40.
- Wajid, A., van Zanten, S. V., Mughal, M. K., Biringer, A., Austin, M.-P., Vermeyden, L., & Kingston, D. (2020). Adversity in childhood and depression in pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 23,

169-180.

Waldenström, U. (2016). Postponing parenthood to advanced age. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 121(4), 235-243.

Walsh, J. (2010). Definitions matter: if maternal-fetal relationships are not attachment, what are they? *Archives of Women's Mental Health*, 13(5), 449-451.

Watanabe, J., Lu, X., Liu, Q., Uji, M., Shono, M., Chen, Z., & Kitamura, T. (2010). The effects of perceived childhood rearing on substance and behaviour addiction among Japanese university students: Mediation through personality traits. In C. L. Goossens (Ed.), *Family life: Roles, bonds and impact* (pp. 119-137), Nova Science Publishers.

渡邊幸恵, 渡邊淳子. (2017). 未受診妊婦であった褥婦の児や育児への思い：未受診妊婦への支援の在り方. *日本母子看護学会誌*, 10(2), 73-79.

Wisner, K. L., Bogen, D. L., Sit, D.; McShea, M., Hughes, C., Rizzo, D., Confer, A., Luther, J., Eng, H., & Wisniewski, S. W. (2013). Does Fetal Exposure to SSRIs or Maternal Depression Impact Infant Growth? *American Journal of Psychiatry*, 170, 485-493.

Woody, C. A., Ferraria, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86-92.

Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 708-715.

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

Kitamura, T., Matsunaga, A., Hada, A., Ohashi, Y., & Takeda, S. (2021). Development of a scale for COVID-19 stigma and its psychometric properties: A study among pregnant Japanese women. (submitted)

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

周産期医療・地域保健に携わるプライマリーヘルスケアワーカーのための

周産期の心理社会的支援指針

コロナ禍における妊娠初期の妊婦を対象として

事例と解説

令和 2 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
「新型コロナウイルス感染症流行下の自粛の影響-予期せぬ妊娠等に関する実態調査と女性の健康に対する適切な支援提供体制構築のための研究」(研究代表者:安達知子)

分担研究「COVID-19 の流行下の自粛により妊娠継続に恐怖感を覚える女性のメンタルの諸問題の調査とその対応および支援方策の検討」(分担研究代表者:北村俊則)

目次

事例	2
事例 1	2
事例 2	12
事例 3	22
事例 4	30
支援技術の習得	44
最初の面接	44
心理援助	54
希死念慮への対応	81
希死念慮の把握と理解	82
自殺リスクのアセスメント	83
危機介入	85
希死念慮軽減のための支援	87
支援システムの構築	90
第一発見者が責任をもとう	90
特定妊婦と認定して要対協を立ち上げよう	91
電子母子手帳を活用しよう	93
心理支援の技法を習得しておこう	93

この支援指針は、令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）（安達班）分担研究「妊娠初期の健康行動、妊娠継続意思、育児意思を決定する心理社会的要因」（分担研究代表者：北村俊則）の一部として作成されました。

周産期医療や地域保健に携わる、保健師、助産師、看護師、その他すべてのプライマリヘルスケアワーカーの皆様に役立てていただければ幸いです。

事例

事例 1

ことの始まり：内科クリニック受診

小佐野由佳梨様は25歳の独身女性です。元来生理が不規則で、妊娠に気づいたのが、最終月経から20週もたった時でした。体調が悪くて内科に行ったら腹部の超音波で妊娠だと言われたのです。今回の妊娠の相手は特定できません。可能性のある男性は何人かいました。彼らと時々会うことで生計を立てていたのです。

妊婦：わたしが妊娠ですか？

内科医：超音波検査からはそうです。

妊婦：胃腸の病気でしょ？

内科医：ちがいますね、ご妊娠です。

妊婦：まさか。

内科医：最後に生理があったのはいつですか？

妊婦：5か月くらい前かな・・・

内科医：では妊娠20週くらいでしょうね・・・産科のクリニックを紹介しましょう。

妊婦：でも、分娩予約だけで数十万円前払いしなければいけないでしょ？

内科医：しかし、もう中絶は無理かもしれませんし・・・

妊婦：だから・・・陣痛がきたら腹痛のフリをして救急車を呼べばいいって、以前先輩から聞いたことが・・・

内科医：それは危険でしょ？

妊婦：お腹は目立たないし・・・

内科医：そういった話ではないでしょ。

妊婦：体で生活費を稼がなければいけないので・・・

内科医：困りましたね。すぐに産科に行かないのなら、とりあえず市役所の保健師に自宅訪問

してもらいましょう。

妊婦：えーっ！

内科医：産科に行くか、保健師に来てもらうか、どちらかですね。

妊婦：じゃあ・・・保健師さんに・・・

内科医：私から母子保健課に連絡をいれておきますよ。

保健師の面接

保健師：小佐野由佳梨様ですね。市役所母子保健課の保健師、清水です。よろしくお願いします。
【自己紹介】

妊婦：はあ・・・

保健師：今日は1時間ほどとってあります。ゆっくりお話を聞かせてください。

妊婦：別に話すこともあんまりないし・・・

保健師：早速ですが、今回は鈴木内科クリニックの鈴木先生から電話がって、小佐野様を訪問
するようにと依頼を受けました。それで一昨日、小佐野様にお電話したわけです。

妊婦：ええ・・・

保健師：ご妊娠だそうですね。

妊婦：そんな風に言われました。でも間違いかもしれないですよ。

保健師：生理は止まっているのですね？

妊婦：まあ・・・

保健師：最後の生理はいつだか覚えていますか？

妊婦：たしか・・・（スマートフォンを触る）ああ、6月の第1週ですね・・・

保健師：だとするとちょうど22週間前ですね。

妊婦：もうスルーはできない？

保健師：ですよ。【プローブのプロンプト】

妊婦：でも、体形はあまり変わっていないし・・・

保健師：たしかに、外から見ただけでは分からないですよ。

妊婦：ううん、妊娠してないと良いんだけどな・・・

保健師：妊娠する前にもどれたら・・・【共感】

妊婦：どんなに良いか・・・ですよ。

保健師：でも・・・【プローブのプロンプト】

妊婦：でも、やっぱり・・・

保健師：やっぱり・・・妊娠してますよね。【焦点化】

妊婦：しかたないか・・・でも仕事もあるし、忙しいのよ。

保健師：どんなお仕事ですか？【プローブの質問】

妊婦：エンコウ。

保健師：エンコウ？【プローブの質問】

妊婦：援助交際ですよ。

保健師：相手は何人かいるのですか？【プローブの質問】

妊婦：6人ぐらいかな・・・

保健師：お腹の中の赤ちゃんのパパは？【プローブの質問】

妊婦：だから分からない・・・

保健師：鈴木先生からは、小佐野様が陣痛まで待って、最後に救急車で搬送されることを考えていると聞きました。【焦点化】

妊婦：そうですね・・・

保健師：それで？【プローブのプロンプト】

妊婦：それで？

保健師：その後はどうするおつもりですか？【プローブの質問】

妊婦：考えてないな・・・

保健師：いま考えてなくても半年ちょっと経つと・・・【プローブの協調】

妊婦：生まれちゃいますよね・・・

保健師：お産みになった後のことです・・・【焦点化】

妊婦：・・・・・・・・

保健師：そうか、そこをもう考えているのでしょうか。【促進：妊婦盲点】

妊婦：考えてなんかいないですよ。

保健師：と言えたらどんなに良いか・・・ですか？【深い共感】

妊婦：また、乳児院に預けるかな・・・

保健師：赤ちゃんを乳児院に預けたことがおありなのですよね？【プローブの質問】

妊婦：・・・・・・・・

保健師：いつのことか聞かせていただけますか？【プローブのコメント】

妊婦：・・・・・・・・・・

保健師：あなたがおいくつの時ですか？【プローブの質問】

妊婦：高校生の時、付き合っていた奴がいて・・・・

保健師：それで？【プローブのプロンプト】

妊婦：妊娠しちゃったんです。

保健師：まだ学生の間ですよ？【プローブの質問】

妊婦：そうです。

保健師：赤ちゃんは男の子？女の子ですか？【プローブの質問】

妊婦：女の子です。

保健師：お名前を教えてください。【プローブの質問】

妊婦：迷ったのですが・・・

保健師：いくつも候補があって迷いますよね。【基本的共感】

妊婦：結局、一番古風な「花子」にしました。

保健師：キラキラネームでなくて、かえって新鮮だと思います。【基本的共感】

妊婦：私もそう思ったのです。

保健師：育児とか、どうなさったのですか？【プローブの質問】

妊婦：相手は同級生で、親は反対でした。学校は自然と休学となって・・・・でも結婚したんです。育てていくつもりで頑張ったんです。友人数人が集まってくれて。結婚式の1か月後に産みました。彼も最初は頑張ってくれました。親からは「勘当」みたいな感じで・・・・「絶対許さない」とか「家の恥だ」とか言われて・・・・

保健師：では結婚式にも来てくれなかったのですね？【経験の共感】

妊婦：あんな親、来なくていいんです。彼が学校中退して、工事現場で働いてくれて・・・・

保健師：それで・・・・【プローブのプロンプト】

妊婦：でも・・・・

保健師：でも？【プローブのプロンプト】

妊婦：アイツが他に女を・・・・

保健師：浮気ですね？【プローブの質問】

妊婦：しょうがない奴でした。喧嘩がしょっちゅうになって・・・・

保健師：どんなことが喧嘩のきっかけでしたか？【プローブの質問】

妊婦：アイツの携帯メールに女からのメールがあったりして・・・

保健師：それで？【プローブのプロンプト】

妊婦：親とは喧嘩別れして東京に出てきたし、近くに友達もいないし、・・・結局、彼が出て行ってしまって・・・あとで離婚届が送られてきて・・・

保健師：それで花子ちゃんを乳児院に預けたのですね？【プローブの質問】

妊婦：引き取るつもりで・・・一時的に預かってもらうつもりで・・・バイトの掛け持ちをして・・・

保健師：必死だったのでしょ？【深い共感】

妊婦：必死でした。でも私って不器用でもの覚えも悪くて、どのバイト先からも「来なくていい」っていわれて・・・何回、バイト先変わったか覚えていません。定食屋、コンビニ、美容院、本屋・・・それとよく遅刻したのも首切られる理由でした。学校の成績も悪かったし、私って何やってもビリなんです。

保健師：それで・・・【プローブのプロンプト】

妊婦：寂しいから出会い系アプリ使って・・・

保健師：交際を始めたのですね。おいくつ時ですか？【プローブの質問】

妊婦：花子を産んだ3年後・・・

保健師：相手の男性はどんな人でしたか？【プローブの質問】

妊婦：35歳くらいで、自営業で結構、羽振りがよくて・・・

保健師：けっこう妻子持ちだったりして・・・【プローブの質問】

妊婦：そうです。妊娠したのを伝えると、養育費は出すというので・・・

保健師：お産みになったのですね？【プローブの協調】

妊婦：男の子でした。

保健師：お名前は？また古風な？【プローブの質問】

妊婦：一郎です。

保健師：やっぱり！【プローブの協調】

妊婦：彼が子どもの認知はしてくれました。

保健師：今回は育児を？【焦点化】

妊婦：しました。楽しかったです。

保健師：でも・・・【プローブのプロンプト】

妊婦：そう、彼と彼の奥さんの関係が悪くなって・・・

保健師：予想した通り？【プローブの協調】

妊婦：はい、それで彼が私のところに来なくなり・・・

保健師：養育費は？【プローブの質問】

妊婦：養育費も来なくなりました。面倒なことにはしたくなかったので、裁判もせず・・・

保健師：結局？【プローブの質問】

妊婦：また乳児院に預けることに・・・

保健師：一郎君を育てたのはどのくらいの期間ですか？【プローブの質問】

妊婦：一郎の2歳の誕生日に親子二人の誕生パーティーをして・・・翌日、乳児院に連れて行きました。

保健師：・・・【プローブのプロンプト】

妊婦：それから・・・援助交際で生計を立てるようになって・・・

保健師：一郎君の2歳の誕生パーティーのお写真を見せていただけますか？【促進：妊婦の盲点】

妊婦：えっ、写真ですか？

保健師：はい、よければ。

妊婦：・・・（スマートフォンを操作して）これです。

保健師：一郎君はママ似ですね。にっこりして、嬉しそうです。ママもニコニコしていて・・・

【プローブの協調】

妊婦：・・・

保健師：あれからは？【プローブの質問】

妊婦：会っていません。会いに行きたいとも・・・

保健師：思わないのですか？【プローブの協調】

妊婦：・・・

保健師：会いたいですよね・・・【葛藤の共感】

妊婦：・・・

保健師：素敵な誕生パーティーの写真ですね。【共感】

妊婦：あの頃、私って結構、凹んでいて・・・もっと写真を撮ってあげればよかった。駄目

な母親だな、私って・・・・・・何をやってもダメなんです。女の子の時もダメ、男の子の時もダメ・・・・・・

保健師：セックスのこと聞いてもいいですか？【**焦点化**】

妊婦：はい・・・・・・

保健師：最初は何歳の時ですか？【**プローブの質問**】

妊婦：中学2年だった。近所の大学生で・・・・・・家庭教師で来てくれていた・・・・・・

保健師：どうして？【**プローブの質問**】

妊婦：寂しかったんだと思う。両親は仲が悪くて・・・・・・親は私よりお兄ちゃんのほうが可愛かったみたいで・・・・・・えこひいきされたし・・・・・・お兄ちゃんは中学に入ったら時計買ってもらっていたけど、私には「まだ早い」とか言われて・・・・・・

保健師：お兄ちゃんは時計を買ってもらったりと、自分よりもお兄ちゃんの方がかわいがられているように感じられて、寂しかったのですね。その寂しさを紛らわすために？【**深い共感**】

妊婦：煙草も吸ったし、シンナーもやった。でもハードなのはやってないよ。

保健師：セックスも？【**プローブの質問**】

妊婦：そう・・・・・・相手は正直、だれでもよかった・・・・・・

保健師：避妊はしたのでしょうか？【**プローブの質問**】

妊婦：知ってたよ・・・・・・でも・・・・・・

保健師：でも？【**プローブのプロンプト**】

妊婦：男がゴム使うの嫌がると・・・・・・

保健師：仕方ないから・・・・・・【**経験の共感**】そのまま？【**プローブの質問**】

妊婦：そう・・・・・・

保健師：もし、「ゴム付けないならしない！」と言ったらどうなると思うのですか？【**プローブの質問**】

妊婦：嫌われるでしょ。

保健師：捨てられるとを感じるのですね？【**感情の共感**】

妊婦：はい・・・・・・それが怖い・・・・・・っていうか恐ろしい。

保健師：もしも「ゴム付けないならしない！」と言ったら、相手に捨てられてしまうと思うと、怖かったのですね。花子ちゃんの時も・・・・・・【**感情の共感**】

妊婦：そう。でも、花子は可愛かった。セックスと子どもは違うと思う。

保健師：どんなふうに違いますか？【プローブの質問】

妊婦：赤ちゃんは自分の分身だと思う。何でもしてあげたい。でも、授乳に失敗したり、おむつ替えの時に泣き止まなかったりされると、なんて自分はダメな母親だと思い知らされるの・・・あれは辛い・・・花子の体重がなかなか増えない時は死んじゃうんじゃないかと思った。

保健師：花子ちゃんの体重が増えなくて、自分の失敗で花子ちゃんが死んでしまうと考えると、地底に落ちるような感じだったのでしょうか？【深い共感】

妊婦：奈落の底に落ちていく・・・そんな感じで、気分も滅入って、心臓がバクバクして、何も手につかなくなったの・・・乳児院に預けたら、寂しいけれど、かえって気持ちが落ち着いて、なんか変な感覚だった。

保健師：乳児院に花子ちゃんを預けたら寂しくなって？【深い共感】

妊婦：こころのなかにぽっかり大きな穴が開いたみたいな感覚だった。それで、出会い系で・・・相手は誰でもよかった。あの人は、それでも結構、やさしかった。でも、男はいつも同じ・・・ゴムを嫌がって・・・

保健師：断れなくて・・・ですか？でも彼とは結婚できないことはわかっていたし、もしあの時、はっきり断ったら？【プローブの協調】

妊婦：私みたいな女はいくらもいるでしょ。すぐにほかの女に乗り換えますよ。出会い系使えば、私よりずっとすてきな女性はいくらもいます。

保健師：一郎ちゃんとの生活は？【プローブの質問】

妊婦：楽しかったけど、いつも一郎に申し訳ないと感じていました。自分より素敵なママの子どもで生まれればどんなに良かったか、って思っていました。一郎が寝付いてから、よく一人で泣いていました。食欲も出なくて、朝起きてても疲れた感じが残っていて・・・家事のミス多かったし・・・

保健師：花子ちゃんの時も同じですか？【プローブの質問】

妊婦：そうです。

保健師：援助交際しながら、あとは何をしているのですか？【促進：妊婦盲点】

妊婦：何も・・・

保健師：ほかの仕事は？【プローブの質問】

妊婦：してない・・・したいと思わないし・・・やってもミスばかりだし・・・

保健師：気分も晴れないのですね？【感情の共感】

妊婦：そう・・・今日の天気みたい（窓の外は黒い雲がかかっている）。

保健師：興味も湧かないし・・・【感情の共感】

妊婦：そう・・・中学の頃は、それでも女の子らしく、編み物をしてたんです。

保健師：ところで、今回のご妊娠はどうなさいますか？【焦点化・質問】

妊婦：・・・・・・・・・・

保健師：小佐野様のオデコを見ると、ちゃんと育ててみたい・・・今度こそ誰にも渡さないで育てたい・・・って書いてありますよ。【深い共感】

妊婦：うそ！・・・二人をまた引き取ることはできますか？

保健師：もちろん。【プロープの協調】

妊婦：清水さんと話をしたら、少し勇気が出てきた気がします。でも私はできの悪い母親だから・・・

保健師：花子ちゃんにも一郎君にも申し開きできない落第ママですか？【プロープの質問】

妊婦：そう、「もう会いたくない」と言われそうで、怖い・・・

保健師：乳児院は一時的で、すぐに引き取ろうと思って、必死にバイトの掛け持ちをして、貯金をしようとしたママが・・・定食屋、コンビニ、美容院、本屋で働き詰めだったママが・・・乳児院に預けるのを延ばして、二歳の誕生パーティーをしてくれたママが・・・あの時の写真を削除せず保存しているママが・・・会いに行くの辛いから会いに行けないママが・・・「落第点だ！」と二人に言われるのでしょうか？【促進：妊婦盲点】

妊婦：・・・・・・・・

保健師：今回はどうしましょう？【行動の結末の促進】

妊婦：産みます・・・育てます・・・

保健師：・・・【プロープのプロンプト】

妊婦：私でもできる仕事ってあるでしょうか？

保健師：明日にでも一緒に職安に行きましょう。家にいてもできる仕事を探しましょう。【促進：行動の結末の探索】

妊婦：シングルでも診てくれる産科クリニックってありますか？

保健師：お任せください！

妊婦：ありがとうございます。

事例 2

ことの始まり：救急病院

初田なずな様は28歳の独身女性です。20歳の頃から数多くのメンタルクリニックを受診していました。バイト先で知り合った彼とは1年前から同棲中で、妊娠したことに早くから気づいていましたが、妊娠を伝えると彼に逃げられるのではないかと心配して、なかなか言えずにいました。ある晩、彼との喧嘩の末に妊娠していることを伝えると、彼は「聞いていない、俺の子どもかわからない」と吐き捨て家を出ていき、連絡は途絶えてしまいました。その後、薬を大量に飲み、自殺未遂で救急病院に運ばれた際に、救急医から、妊娠24週相当の胎児がいると言われたのです。

救急医：初田様、医師の陣内と申します。（名刺を渡し、椅子に腰をかける）【自己紹介】

妊婦：はい。（沈黙）

救急医：さて、どこからお話をしましょうか。【開かれた質問 open-ended question】

妊婦：うーん、どこからって。話すことないし。

救急医：30分と時間はたっぷりございますので、今、頭に浮かんでいることでも、別のことで
も、ご自由にお話したいところからお話ください。【面接時間を明確に伝える】

妊婦：えっとー、うーんと・・・

救急医：（リラックスした姿勢でholdingするような表情で待つ）【沈黙の時間を共有する・非言語的コミュニケーションの活用】

妊婦：死にたかったのに、どうして死なせてくれなかったの。

救急医：死にたいほどのお気持ちで、どうして私のことを何も知らないあなたに、それを邪魔
されなければならないのとお感じでしょうか。【感情の共感】

妊婦：（黙って下を向く）…彼に…妊娠のことを伝えたら、彼はうちを出ていったの。

救急医：え？彼に妊娠のことを伝えたら、家を出て行かれたのですか。【プローブの強調】

妊婦：そう、同棲していたんだよ。僕は君の傍から一生離れないって言って。なのに、あいつ
は妊娠したら、逃げたの。

救急医：あなたの傍から一生離れないと言って同棲していたにもかかわらず、妊娠を告げたら

逃げて・・・裏切られたとお感じでしょうか。【感情の共感】

妊婦：そう、裏切られた。もう誰も信用できない。私には居場所がないの。あいつだって、私がいなくなった方が清々するよ。薬を飲んで、このまま目を覚まさないで、どんなにいいかって思った。

救急医：あなたがなくなったら、彼は清々するだろうと考えられたのですよね。それについて話していただけますか。【コメント】

妊婦：あいつだけは違ったの。私、彼氏が5人いるんだけど、お金がないからご飯を奢ってもらったり、遠出したい時にタクシー代わりにしていたの。でも皆、一緒に住もうとは言わなかった。あいつは唯一、私の帰る場所を作ってくれたの。子どもも欲しいって何回も聞いていたから、私も子ども産んでもいいかなと思えた。でも段々と半年前から冷たくなって。家にあまり帰ってこなくなって。何か嫌な感じがして。

救急医：それで？【プロンプトのプロンプト】

妊婦：案の定、妊娠したって伝えたら、家を出て行って。次の引っ越し先を探すまでは家を借してくれるっていうけれど、引っ越し代だってないし、行く先もない。頼れる人は誰もいなくなった。だからもうどうでもいいやって薬を飲んだ。

救急医：その彼以外には結びつきを感じる人が、どなたかおられますか。【プロンプトの質問】

妊婦：誰もいない。もう生きている意味なんてないの。毎日が辛くてしんどくて、もう限界なの。

救急医：（前かがみとなり目を見つめ）他の彼とは違って、唯一、自分の居場所を作ってくれた人で、彼に会ったお陰で唯一、子どもを産んでみたいと思ったのに、そんな彼が段々と冷たくなって、妊娠を伝えたら逃げるように家を出て行って、死にたいぐらい、もう辛くてしんどくて、もう無理、限界ってお感じでしょうか。【基本的共感】

妊婦：そう。

救急医：その死にたいというお気持ちですが、そう思った時は、薬を飲む以外にも、具体的な計画を考えることはございますか。【身についた自殺潜在能力及び計画立案と準備の評価】

妊婦：昔はリストカットしてたけれど、今は薬以外考えてない。

救急医：飲もうと思っておられる薬は、ご自宅にございますか。【計画立案と準備の評価：自殺のための準備】

妊婦：精神科医が処方した薬があったけれど、大体飲んだから、3錠くらいしか残ってない。

救急医：昨晚は、死にたいということは、どのくらいの時間、考えていましたか。【自殺企図直前の持続期間（考えへのとらわれを探す）】

妊婦：うーん、日が暮れて、インターネットで動画を観たり、死に方が書いたサイトを見て… 5時間くらいだと思う。

救急医：その間、その考えが頭の中に出てきたり、消えたりしていたのですか。それともその時間、ずっと、死にたいということに集中していましたか。【考えが出たり消えたりするか、あるいは持続するか】

妊婦：他のことは考えていなかった。

救急医：普段は、おおよそどのくらいの時間、そのことを考えますか。【概しての持続期間】

妊婦：夜に頭から離れなくなって、2時間くらい考えているかな。

救急医：初田様、こうした症状はとても心配です。どうしたらいいか、一緒に考えていきましょう。今の時点で、どのくらい強く自殺する意思があるかという程度について教えてください。10点満点で考えましょう。1点がまったく意思がないで、10点が想像できる最も強い意思としましょう。今、あなたはどの辺でしょうか。【自殺する意思の強さ】

妊婦：身体が疲れてだるいせいか、昨日程強くないです。6点かな。

救急医：昨日は？

妊婦：9点。

救急医：それでは、これまでの人生で一番悪かった時は？

妊婦：高校生の時でその時も9点かな。薬をたくさん飲んだのは2回目で、その時も死にたくて飲んだのに、目が覚めちゃった。

救急医：そのこと以外には、過去に自殺を試したことはございますか。いつ実行するとか、時間帯を選ぶとか。【過去の自殺行動及びいつ計画を実行するか】

妊婦：それ以外はない。高校生の時と昨日は、衝動的になって自分でも止められなかった。

救急医：ご自身で止められないくらい衝動的になっていたのですね。例えば、酒を飲む、違法なドラッグを使う、家出する、過食に走る、誰でもいいやとセックスに走る、暴力的になる、万引きするなど、気分を紛らわすためにこうしたことを試したことはありますか。【衝動性】

妊婦：お酒を飲むこともあるし、夜誰かといないと眠れないってこともあるし、過食はないけれど、一時期食べ物受け付けなかったことあるし、万引きしていたこともある。今はたま

にお酒ぐらい。

救急医：なるほど、お酒を飲んで、どうでもいいやっていう感じになるのですね。死にたいという考えは、どのくらい恐いですか。1 点がまったく恐くない。10 点が本当に怖いという 10 段階で点数をつけるとしたら？【自殺についての考えへの恐怖心】

妊婦：5 点かな。お酒を飲むと、不思議と恐くなくなるの。

救急医：怖いというお気持ちが出てくるのですね。それでは、今後、死にたいと思いが出てきて、怖いという風を感じた時にどうしましょうか。初田様は、どんなことをしている時が楽しいですか。【促進：妊婦の盲点（自殺についての考えを抑える方法として楽しいことの探索）】

妊婦：なんだろう。現代アートを観ることかな。

救急医：それは素晴らしい！どんな風に現代アートを鑑賞されるのですか？【プロープの質問】

妊婦：世界中の現代アートを集めているアプリがあつて。

救急医：世界中の芸術家が投稿して、その作品が鑑賞できるようなものでしょうか。【プロープの質問】

妊婦：そうそう、それ。あれを見ていると、へえーこんな発想があるんだとか、綺麗とか素直に思えて、視野が広がるんですよ。

救急医：美しい作品に出会うと、新たな発見があつて、わくわくしますよね。【コメント】

妊婦：そうなの。

救急医：そしたら、もし今度、もう生きていることがしんどいと思う気持ちが出てきそうになったら、そのアプリで現代アートを鑑賞するというのはいかがでしょうか。【コメント】

妊婦：それならできそう。

救急医：できそうですね。【プロープの質問】 また、そういうお気持ちが出てきたらアプリを開いて、世界中の芸術家の作品を見てみましょう。そらすことができるはずですよ。【コメント】

妊婦：そうかもしれない。

救急医：他には、楽しめそうなことは？【プロープの質問】

妊婦：本当は秘湯が好きで。秘湯に行く計画を立てるのが楽しくて。

救急医：多くの人に知られていない、自分だけの場所を探ことができ、自然が作りだす温泉を楽しめて。ああいうところって泉質もいいんですよ。【プロープの強調】

妊婦：そうなの。結構それにはまっていて、肌もすべすべになるし、温泉浸かって、その後に
美味しいご飯を食べるのが好き。

救急医：いいじゃないですか。是非、秘湯に行く計画を考えましょう。【コメント】

妊婦：そうね、やってみる。

救急医：それでは時間になったので、今日はここまでになりますが、お話をしてみて、お気持ちはどうでしょうか。【プローブの質問】

妊婦：少し楽になった。

救急医：それを聞いて安心いたしました。私は、今日お話しいただいたことは、とても大切な内容なので、また、続きの話もお聞かせください。明後日の 15 時-15 時 30 分は、ご都合いかがでしょうか。【次回以降の面接の約束】

妊婦：何もないから、あけとくよ。

救急医：それでは、明後日の 15 時-15 時 30 分にお話ししましょう。そしてその後、16 時から、初田様をご自宅に戻って生活する時のことを考えて、オンラインでカンファレンスを開きたいと思います。その時に、例えば週 2-3 回、ご自宅に訪問し、初田様が話したいことを自由にお話できる場として、訪問看護師を紹介したいと思いますが、いかがでしょうか。

【退院後に備えた多職種連携】

妊婦：わかった。いいよ。

救急医：それでは、明後日、またお目にかかりましょう。最後に、私は、今日から 3 日間は日中の時間に院内におりますので、話したい時にスタッフに伝えてもらえればその日の間に私が伺います。それと、初田様の医師として私、陣内の他に成瀬、看護師として榊原と夏目がチームで担当いたします。最初にお渡した名刺の裏に、チームメンバーの名前が書いてありますので、私の他にも、他の医師や看護師に話したいという時は、是非そちらもご活用ください。【急な場合の指示】

妊婦：わかった。ありがとう。

救急医：こちらこそ、お話を聞かせていただき、ありがとうございます。

退院後の訪問看護：自宅

その後、初田様は、退院前カンファレンスで、訪問看護師を紹介され、精神科の訪問看護師から、退院翌日から週 2 回の訪問を受けることになった。また、退院前に、救急医の陣内先生

が初田様に、「できれば薬を多量に飲む前に私に連絡することを約束してください。それが難しかった場合に 119 番する前に連絡してください」と言い、二人は約束を交わした。

看護師:さて、お話したいことから、どうぞご自由にお話ください。**【開かれた質問 open-ended question】**

妊婦:これからどう生きていったらいいかわからない。私には家族と呼べる人がいないの。

看護師:というと・・・**【プローブのプロンプト】**

妊婦:私を生んだ人は、すぐに家を出て行ったらしいの。

看護師:そのことは、どなたかに聞かされたのですか。**【プローブの質問】**

妊婦:もう連絡を取っていないけれど、物心ついた時に父という人に聞いた。

看護師:それで?**【プローブのプロンプト】**

妊婦:この子を産みたい気持ちもあるけれど、育てられるか、怖いんです。

看護師:どんな風に怖いか、詳しく聞かせてください。**【コメント】**

妊婦:私、母ってどんなものなのか、わからなくて。赤ちゃんって泣くでしょ。うるさいって思っちゃいそうだし、逃げ出したくなりそう。

看護師:そうそう、赤ちゃんは泣きますよね。泣き続けると、当然、うるさいって思ったり、逃げ出したくなることもありますよね。**【感情の共感】**

妊婦:そうなの。

看護師:それで?**【プローブのプロンプト】**

妊婦:私、一生独身を覚悟していたの。割と小さい頃から。家族になるって面倒くさいことだし。

看護師:面倒くさい?**【プローブの強調】**

妊婦:父は、何もしない人で。私は放っておかれたの。アルコールに溺れていて。家の中もぐちゃぐちゃで汚かった。

看護師:お酒を飲んでばかりで、家事も子育ても何もしない人で、こうしてほしいなと望んでいても、何もしてくれなくて、そんなお父様を観ているのに、嫌気が指していたのですね。

【基本的共感】

妊婦:そう。嫌だったの。でも、前の彼が、子ども欲しいって言ってから、私も子どもとの生活を少し考えたりしてみたの。

看護師：どんな風にですか。【プローブの質問】

妊婦：正直、恐いし、かわいがれるかわかんないし、やっぱ子ども嫌いつて思うかも。責任が重すぎて、私には、背負えないし。それに、つわりも辛かったし、今もたまに気持ち悪いし、胎動とかも「ぐによぐによ」して、嫌。

看護師：なるほど、ご自身の妊娠に気づいてから、子どもを産んで自分で育てたいという希望がある一方で、いざ、子どもとの生活を考えると・・・責任が重すぎて、かわいがれる自信がない、自分の父親もどうしようもないダメな父親だったから、自分自身もダメな母親になってしまうのではないかと自信がなくなり、怖くなるのですね・・・。その上つわりもあって、胎動も「ぐによぐによ」して気持ち悪いし、嫌になってしまいますね。【葛藤の共感】

妊婦：そう・・・。だからこんな気持ちから解放されたい・・・。

看護師：今回、妊娠に気がついた時のことですが・・・【プローブの質問】

妊婦：けっこう生理は順調なのに、2週間もなかったの・・・

看護師：テスト薬を買って、ご自分で・・・【プローブの質問】

妊婦：調べたら陽性だった・・・

看護師：それで・・・【プローブのプロンプト】

妊婦：彼には言えなかった・・・

看護師：言ったら、嫌われそうで・・・【プローブの強調】

妊婦：逃げていくだろうとわかっていたし・・・

看護師：でも緊急避妊薬は使わなかったのですね。【コメント】

妊婦：知ってたけどね。

看護師：それで・・・【プローブのプロンプト】

妊婦：薬を飲んでいたのが心配で、通っていたメンタルクリニックの先生に聞いたの。「妊娠したみたい」って。

看護師：そしたら・・・【プローブのプロンプト】

妊婦：妊娠中は精神科のある大きな病院の産科で診てもらおうようにって言われ、紹介状を手渡された。

看護師：「えっ！」ですよね・・・【コメント】

妊婦：見放された感じだった。

看護師：そして・・・【プローブのプロンプト】

妊婦：そのクリニックには通わなくなった。薬は結構残っていたし・・・

看護師：そして・・・【プローブのプロンプト】

妊婦：吐き気と気持ち悪さと・・・体もだるいし・・・

看護師：つわりですね。【コメント】

妊婦：絶望感で・・・途方にくれた・・・だれにも相談できず・・・

看護師：そして、【プローブのプロンプト】

妊婦：イライラして、感情のコントロールも難しくなって・・・泣きたくなった。

看護師：本当に泣き叫んだのでしょうか？泣きながら、彼を叩いたり、物を投げつけたのでしょうか？【感情の共感】

妊婦：そう、毎晩のように喧嘩して・・・「妊娠した」って言ったら、「聞いてない、俺の子供かわからない」って・・・

看護師：そんなのひどいじゃないですか。【感情の共感】

妊婦：そう・・・

看護師：「妊娠した」ってどんな風に言ったのですか？【プローブの質問】

妊婦：「妊娠した。でも薬飲んでいるので心配なのよ」って。

看護師：そしたら？【プローブのプロンプト】

妊婦：「知るか。お前の責任だ」って。

看護師：・・・【沈黙の時間を共有する】

妊婦：ひどいよ、それでその夜にあいつ出て行った。

看護師：薬を飲んでいるので心配だったのですね？【促進：妊婦の盲点】

妊婦：うん・・・

看護師：薬を飲んでいるので？【プローブの強調】

妊婦：・・・

看護師：どうして？【プローブの質問】

妊婦：・・・

看護師：赤ちゃんに悪い影響があったらいけないからですね？【深い共感】

妊婦：・・・

看護師：妊娠中に精神科の薬を飲んでいると赤ちゃんに奇形ができるとかですか？【プローブ

の質問】

妊婦：ネットでそういうのを・・・読んで・・・

看護師：怖くなった？【深い共感】

妊婦：そう・・・

看護師：赤ちゃんに悪い影響があったらいけないから？【プローブの強調】

妊婦：・・・

看護師：赤ちゃんに悪い影響があったらと考えたときは、お腹の中の赤ちゃんのことを考えて

いたのでしょうか？【プローブの強調？コメント？】

妊婦：うん・・・・・・・・

看護師：赤ちゃんになんと言ったのですか？【プローブの質問】

妊婦：「ごめん」・・・「でも薬は止められないの」・・・

看護師：陣内先生の病院に入院して、入院して1週間経ちましたがあれから薬は飲んでないの

ですよね？【促進：妊婦の盲点】

妊婦：はい・・・

看護師：ここまですればご出産まで薬はなしでも平気でしょ・・・【コメント】

妊婦：そうかも・・・

看護師：いまは、赤ちゃんに何と言いますか？【プローブの質問】

妊婦：難しいな・・・

看護師：赤ちゃん、待っていますよ。【コメント】

妊婦：もう薬は飲まないから・・・

看護師：もう薬は飲まないから？【プローブの強調】

妊婦：ちゃんと生まれてきてね・・・

看護師：赤ちゃんの返事を聞いてみましょう。きこえるでしょ？【コメント】

妊婦：はい・・・

看護師：赤ちゃん、なんと言っていますか？【プローブの質問】

妊婦：僕は・・・

看護師：男の子ですね・・・【プローブの強調】

妊婦：僕は・・・ちゃんと元気に生まれるから・・・

看護師：ちゃんと元気に生まれるから？【プローブの強調】

妊婦：安心してね・・・

看護師：「ありがとう！ママも頑張るよ！」【コメント】

妊婦：はい・・・頑張ります。

看護師：そろそろ時間です。来週また参ります。【次回以降の面接の約束】

妊婦：あの・・・お願いがあります。

看護師：何でしょう。

妊婦：精神科の妊婦でも診てくれる産科クリニックを紹介してくれませんか？

事例 3

ことの始まり：保健師との面接

南川亜紀世様は23歳の独身女性です。20歳の時に妊娠25週の早産で女兒（歩ちゃん）を出産し現在3歳になるお子さんを実家の両親に手伝ってもらいながら育てています。歩ちゃんは超未熟児だったためこれまでに入院を繰り返していますが、現在は経鼻栄養チューブをつけて実家で暮らしています。歩ちゃんの父親とは出産後半年で別れました。今回、半年前くらいからピルをもらいにいくのが出来なくなっていました。生理が来なくなり、なんとなく心配だったけれど相談したり検査したりするタイミングを逃して先延ばしにしていました。一昨日、お風呂上りに母親に突然、「亜紀世、あなた妊娠してるんじゃない？」と言われて、妊娠検査薬を試したところ陽性がでました。お付き合いしているのは働いているガールズバーの店長です。母親が子どものことでお世話になっている保健師さんに連絡して面接することになりました。

保健師：こんにちは。保健師の渋谷です。**【挨拶】**

ゆっくりお話するのは久しぶりですね。今日は1時間ほど時間をとってあります。

妊婦：母が連絡したんですよね。なんて言っていました？

保健師：そうですね、お母さまからご連絡いただいて、歩ちゃんのことかなと思ってたら亜紀世さんのことでした。妊娠してるみたいだって。そのこと、お話聞かせていただけますか？

【プローブのコメント】

妊婦：妊娠のことっていわれても・・・まだ病院に行ったわけでもないし、

保健師：そうなのですね。**【プローブのプロンプト】**

妊娠検査薬か何かでわかったのですか？**【プローブの質問】**

妊婦：おととい母親が突然、私のお腹見ながら「亜紀世、妊娠してるんじゃない？」って言ってきて検査薬まで買ってきて。

保健師：なるほど**【プローブのプロンプト】**、それで検査をしたのですね？**【プローブの質問】**

妊婦：そんなにお腹出てる訳でもないのに、検査しなさいってうるさく言われて・・・陽性だった。

保健師：そうだったのですね、それで？**【プローブのプロンプト】**

妊婦：渋谷さんだったら話きいてくれるから相談しなさいっていうからきたんですけど、渋谷さんだって困りますよね。こんな相談。

保健師：保健師の私が困る？のですか？【プロープの質問】

妊婦：だって、シングルで結婚もしてないし、実家にいて障害のある子どももいるのに妊娠したんだから・・・母親に相談にのってやってください、とか頼まれても困りますよね？

保健師：結婚してなくて、障害のある歩ちゃんを育てている南川さんに相談されて私が困ると思ってくれたのですね。【感情の共感】

それはなぜ？【プロープの質問】

妊婦：…だって、病院も行っていないし、そもそも育てられるのかって。

保健師：育てられるのかって？それは南川さんご自身がそう思ってるってことかしら？【感情の共感】

妊婦：・・・・（小さくうなづく）

保健師：もう少し詳しく教えていただけますか？【プロープのコメント】

妊婦：昨日母親にすごく怒られた。歩のお世話だってできてないのに何やってんの？って。相手は誰なの？とか、育てられるの？とか、歩はどうするの？とか・・・・
私だって妊娠してたらどうしよう？ってちょっとは思ってた・・・・いきなり検査させられて妊娠してるってわかってそれだけで頭ぐるぐるしてるのに、母親にガミガミ言われて（涙）

保健師：（うんうん、うなづきながら）【プロープのプロンプト】

妊婦：そしたら、ちょっとしてから、渋谷さんだったら相談にのってくれるんじゃないのって言われた。育てられないかもって相談してきなさいって言われた・・・・

保健師：そうだったのですね。妊娠してるかもしれない・・・・って思いながら過ごしていたのですね。心配だったでしょう。今日ここに来るのも気が重かったでしょう？【行動と感情の共感】

妊婦：（うなづく）

保健師：その、お母さんに育てられないでしょって言われたってことだけれど、亜紀世さん自身がどう思ってるのかを聞かせていただけますか？【プロープのコメント】

妊婦：わかんないけど・・・・私も自分で育てるの無理だと思う。父親だれかわかんないし

保健師：赤ちゃんのパパのことですか？【プロープの質問】

妊婦：そう、

保健師：お付き合いしている人がいるのかしら？【プローブの質問】

妊婦：いるけど・・・

保健師：いるけど？【プローブのプロンプト】

妊婦：今は一人だけど・・・

保健師：今は一人だけど前は何人か同じ時期にお付き合いしてたってことですか？【プローブの強調】

妊婦：別に付き合っていないけど、セフレはいた。

保健師：そうなのですね。今お付き合いしている人はどんな人ですか？【プローブの質問】

妊婦：職場のひと。

保健師：職場は？【プローブの質問】

妊婦：ガールズバー、そこの店長。

保健師：そうだったのですね。彼が赤ちゃんのパパかもしれないし、違うかもしれないってことなのですね？【プローブの強調】

妊婦：（うなづく）

保健師：そうだとすると、妊娠のこと伝えるの戸惑いますよね。【感情の共感】

妊婦：言えないし言わない。きっと私の妊娠にだって気付かない・・・

保健師：彼はこの後も妊娠に気付かない？ってことですか？【プローブの質問】

妊婦：そう、付き合ってるって言ってもたぶん大勢のうちの一人な気がする。でも、私はちょっと特別な存在。でも、そういうこと聞くと機嫌が悪くなって喧嘩になるから聞いてない。最近コロナのことでお客さんも減って仕事も休みが多いし、体調が悪いっていったら休ませてくれると思う。

お産の時も2週間くらい休んだら動けますよね？2週間くらい休むくらいならバレないでしょ？

保健師：なるほど・・・これからお腹も大きくなってくると思うけど・・・もしバレずに出産したとして、で、赤ちゃんは？【プローブの強調】

妊婦：（沈黙）だから親が育てる。

保健師：親御さんが？歩ちゃんと赤ちゃんの二人を？【プローブの強調】

妊婦：（沈黙）

保健師：そうか、昨日妊娠ってわかったのだし、そこまで考えられないでしょうかね【**行動の共感**】。

最後の生理がいつだったか覚えていますか？【**プローブの質問**】

妊婦：ピル飲んでたんだけど、忙しくて病院いけなくなって、飲まなくなった。よく考えたらピルやめてから生理きてない・・・かも・・・。

保健師：ピルがなくなったのはいつ頃ですか？【**プローブの質問**】

妊婦：半年前くらいかもっと前か。

保健師：なるほど、すこし時間が経ってるのですね。お母さんが気づいたのはお腹が大きくなってきたからっておしゃってましたね。【**経験の共感**】

妊婦：もう中絶できないですよね・・・

保健師：ううん、知っていると思うけれど妊娠 22 週を超えていたら「出産」ということになります。

妊婦：そうですね・・・産むしかないですよね。

保健師：赤ちゃん産んでも赤ちゃんのパパが誰かわからないし、お母さんにも怒られるし、赤ちゃんもいるから子育てってそれなりに大変なこともわかってるんですよ、だから簡単に自分で育てるって言えないって気持ちもあるのしら・・・【**感情の深い共感**】

妊婦：（うなずく）

保健師：そうですね・・・【**プローブのプロンプト**】

保健師：今日、亜紀世さんのお話聞いて、いくつかできるだけ早く対応した方がいいなと思うことがあるのだけれど、その話をしますね。

妊婦：（うなずく）

保健師：まずは今妊娠何週なのかちゃんと病院に行ってみてもらうこと。そうすると出産予定日がわかって見通しをつけることができるかな、それと、もうひとつ、亜紀世さんも心配している、出産した後のことを考えることこと。大きくはこの二つかなと思うけれど、いかがですか？【**促進：行動の結末の探索**】

妊婦：うん・・・昨日、夜中にネットみてたら、養子って書いてあったけど詳しくは見てない。

保健師：そうだったのですね。すばらしい【**プローブの強調**】、

連絡してみたのですか？【**プローブの質問**】

妊婦：（首を横に振る）赤ちゃん欲しい人がたくさんいるって書いてあった。自分で育てるより

いいかもって思った。

保健師：産んでもいろんな理由で自分で育てられないってこともあるから・・・赤ちゃんを育てるか誰かに託すとかってことは赤ちゃんにとっても亜紀世さんにとってもとってもとっても大事なことですから、ちゃんと考えて決められるようにしましょう。お母さんや私たちがこうしなさい、ということではないですからね。

妊婦：（うなづく）

保健師：そういえば、歩ちゃんの時は突然 25 週で破水したから産科クリニックから大学病院に搬送されたのですよね。

妊婦：そう、なんか水っぽいものが出てきて病院行ったら破水って言われて、え？今？もう？って。

保健師：そうでしたね。歩ちゃんのお産をした大学病院のソーシャルワーカーさん覚えてますか？

妊婦：うん。歩がすごく小さかったから、いろいろ気にかけてくれました。

保健師：そうでしたか【プローブのプロンプト】、小山さんというお名前なのですが、私から連絡いれて相談してみましようか。

妊婦：大学病院・・・診てもらうのに時間かかりそうだけど・・・

保健師：そうですね、お仕事のこともあるし心配ですよ【感情の共感】。妊娠してからだいぶ時間がたっているみたいだし、今、新型コロナウイルスの影響もあって出産する病院もいろんな対策しているから、そこも考えないといけなくてね。ソーシャルワーカーがいてくれる病院がいいと思うので、小山さんに相談してみましよう。

その場で渋谷保健師から小山ソーシャルワーカーに連絡。状況説明し、翌日受診できることとなった。母子健康手帳はこの時に発行された。翌日、大学病院の産科を受診。ソーシャルワーカーが診察に同席。妊娠 30 週相当であることが判明。現時点では切迫早産の兆候はなく胎児の異常も認められず経過は順調とのことだった。ただ、前回 25 週で前触れなく破水で出産になっているので、無理しないようにとの話があった。また、出産後の生活で赤ちゃんの養育について担当医からも質問したが、明確な答えがなかったと。また、受診中の様子として、一人で来院し、淡々としていたが腹部超音波検査中は胎児の様子をじっとみていた。彼との関係を続けたい、父親が彼かわからないから妊娠のことは言いたくない、という主張はしていたと

のこと。次回妊婦健診は2週間後の予定。

保健師面接（家庭訪問にて）：2回目

保健センターでの面接の1週間後、家庭訪問にて面接。

南川亜紀世さんと歩ちゃんが在宅。母はご自身の病院受診のために不在。歩ちゃんは新型コロナの影響で保育園利用がストップしている。

保健師：久しぶりに歩ちゃんに会いました。大きくなりましたね。元気いっぱい目が離せないでしょう？保育園もお休みで大変ですよ **【基本的共感】**

妊婦：大きくなったのかな？毎日みてるとうまくわかんない。保育園休みはイタイですよ。母が仕事休んで面倒みてくれてるけど。

保健師：そうだったのですね。お母さんは今日は？

妊婦：今病院行ってます。血圧が高いのでいつもの内科ですけど。

保健師：そうでしたか。歩ちゃんもお昼寝してる間にお話しましょうか。その後いかがですか？

【プローブのコメント】

妊婦：・・・

保健師：1時間あるから何でも、亜紀世さんが気になってることからお話して下さったらいいですよ。 **【プローブのコメント】**

妊婦：赤ちゃんのことですけど、やっぱり育てるのは難しい・・・歩の時は旦那もいたし、別れたけど・・・すごいここまで大きくなったのが奇跡っていうか、だけどほとんど母が育ててみたいなもんで。仕事もコロナのこともあって結局そんなに給料もらえなくて。母親に赤ちゃんの父親わからないっていったら・・・また怒られて。そりゃあそうですよね。怒りますよね。

保健師：（うなづきながら聞く） **【プローブのプロンプト】**

妊婦：でも本当に誰が父親かなんてわかんないから彼にも言えないし、そもそも彼は絶対に子ども育てるような人じゃない。歩のことも言ってない。彼との関係はやめたくない。母親はそんな人別れないさい、って言われたけど彼には私が必要なんだと思う。この前から体調悪いってことで休んでるけどけっこう気にしてくれてる。優しくしてくれるし安心する。妊娠には気づいてないと思う。でも気づいちゃうかな。この前大学病院でエコーみて赤ち

ゃんは結構大きくなってみたいで産むしかないのは覚悟した。でも育てるのはどう考えても無理っぽい。親にも言ったら「そうだよ、無理だね」って言われた。もう 20 過ぎてるんだから自分で考えなさいって。

保健師：そう、自分で考えなさいって？【**プローブの強調**】それで？【**プローブのプロンプト**】

妊婦：だからもう一回ネットで検索したら、この前、渋谷さんが言ってた特別養子縁組っていうのがあるってわかったから匿名でメール送ってみた。

保健師：あら、そうだったのですね。【**プローブのプロンプト**】

妊婦：そしたら、返事がきたとこと、まだ来てないことあって。返事がきたところは、一度電話で話そうってなって今日この後に話すことになってる。

保健師：そうだったのですね。【**プローブのプロンプト**】

その団体はNPOとかそういうところでしょうか？もしよかったら教えていただけますか？

【**プローブの質問**】

妊婦：ここ。

保健師：なるほど、(スマホで調べて) その団体は東京都の許可を受けているって書いてありますね。もし、相談進めるってことになるなら、私の方でもその団体の方と連絡とお話うかがえたらと思うのだけれどそうしてもいいですか？私の名前を伝え私が話したいって言ってたって伝えてくれたらありがたいけれど。いろんな団体があるから、お話できると安心です。【**情報提供**】⇒不要？

妊婦：じゃあ電話の時に伝えます。

保健師：特別養子縁組ってちゃんと法律に従って進めることなのだけど、法律上親子でなくなるってことを決めることだから、ちゃんと制度のことがわかって進めることが大事なの。生まれてくる赤ちゃんのためにも、亜紀世さん自身のためにも、しっかり考えてどうするかを考えることだから、ちゃんと説明をききましょう。この団体みたいな民間団体で進めることもできるし、児童相談所でも特別養子縁組のことを相談することもできるから、そのあたりも違いがどうなのかきいてみるといいかもしれません。あとは、育てないって言う時の選択肢として、特別養子縁組のほかに、里親制度っていうのもあるので、それどんな制度か知ってどうしたいかって決めるのがいいと思うけれどいかがでしょうか。【**情報提供**】⇒不要？

妊婦：ありがとうございます。病院の先生も小山さんも心配してくれてたから、ちゃんと考え

ないといけないことなんだなと思ってる。

保健師：そうですね。お母さんともお話できたらと思うのですが、いかがですか？

妊婦：渋谷さんとなら母も話すと思います。もうすぐ帰ってくると思うんですけど。

保健師：そうですか、あと 15 分くらいあるから戻ってこられたら、一緒にお話しましょう。

でも全部は無理かもしれないから次の約束ができたらいいなと思います。**【次回の約束】**

妊婦：ありがとうございます。親に赤ちゃんみてもらおうって思ってたけどそれがダメだって

言われて・・・本当にどうしようかって思った・・・自分がいけないんだけど。コロナ

で仕事が減ってお給料も少なくなってピル買うのもお金かかるし病院に行くのも面倒だ

し、病院行こうと思った日に歩が熱出したとかそういうので行けなくなったり、なんかうまく

行かなくて。もし妊娠して中絶したらいいかってちょっと軽くみてたかも。

保健師：そうだったのですね、自分の身体のこと後回しになってたのでしょうか**【行動の共感】**。

助産師さんにも相談してまずは妊婦健診うけながら元気に出産して、その後どうするか一

緒に考えましょう。

事例 4

ことの始まり：保健師との面接

笹原愛実さんは 19 歳の独身女性です。高校を卒業してから、フリーターをしています。ご両親は愛実さんが 10 歳の頃に離婚し、現在は母と 6 歳年下の弟の一真くん、そして母方の祖母と一緒に生活しています。愛実さんの祖母は、2 年前に脳梗塞を患って介護が必要な状況になり、愛実さんの母親が、仕事を続けつつ、自宅で介護しています。愛実さんは、元々生理が不規則だったのですが、しばらく生理がきておらず、なんとなく体調もすぐれず、お腹が大きくなってきたことに気づいていましたが、誰にも言いませんでした。母親が愛実さんの妊娠に気づき、愛実さんを近くの産婦人科に行くように説得しました。しかし、愛実さんはかたくなに、受診を拒否しています。困り果てた愛実さんのお母さんは、自分の母の自宅介護のことで、親身になって相談にのってくれた、松田保健師に相談しました。

妊婦の母親：あの、今日電話したのは、私の母のことではなくて、娘の愛実のことなんですけど。

保健師：愛実ちゃんですか？愛実ちゃん、以前お目にかかったときは高校生でしたけど、今は・・・？【プローブの質問】

妊婦の母親：何とか卒業させることが出来ました。でも、大学までは・・・本当は短大くらい行かせてあげたかったんですけど、何しろ私がこういう状況なので、愛実の学費まで手が回らずに・・・受験勉強してた様子もあったりしたんですけど、高校 3 年生の夏頃から、パタッと勉強しなくなって、進学しないって言い出して。私も、母の介護と、仕事で忙しくしていたものですから、結局そのまま・・・それで今は、フリーターです。

保健師：その愛実ちゃんが、どうかなさったのですか？【プローブの質問】

妊婦の母親：どうやら、妊娠しているんです。

保健師：そうでしたか。それで？【プローブのプロンプト】

妊婦の母親：とにかく、産婦人科に行ってみてもらいなさいって言っているんですけど、予定があるとか、バイト休めない、とか、なんだかんだ言って今まで一度もそのことで産婦人科は受診してなくて。

保健師：「そのことで産婦人科は受診してない」、というと、それ以外には、今まで産婦人科を受診したことはあるんですね？【プローブの質問】

妊婦の母親：あ、そうですね。あの子、生理が始まってから、生理不順だったりして。それで、私も心配で、母が脳梗塞で倒れる前だったから、高校生になった頃かと思いますが。ピルをしばらく飲んでました。

保健師：じゃあ、ピルはやめてらっしゃったのですね？【プローブの強調】

妊婦の母親：そうですね。私もあまり詳しく聞かないでいたものですから。私がちゃんと愛実を気にかけてやっていれば良かったんですけど・・・それがこんなことになってしまうなんて・・・。私も本当にどうして良いものか、と、途方に暮れてしましまして。

保健師：そうなんですね・・・それで・・・。【プローブのプロンプト】

妊婦の母親：つわりがあったのかなかったのか。確かに、あまり食事をこのところ食べてなかったような様子ではあったんですけどね。体調も、だるそうだったり、朝起きられないのが続いていた。「大丈夫？何か体調が悪そうだよな？」と声かけるんですけど、「大丈夫」の一点張りで。午後からアルバイトに出掛けて、夜の 11 時頃に帰ってきて。家ではほとんど、自分の部屋にこもって携帯いじったりしている状況で。私も、朝、デイケアに母を送り出したあと仕事をして、仕事から帰ってきたらヘルパーさんと交替して、家のことをして、母のお世話をして、とやっていると、なかなかあの子と話すタイミングがなくて。あの子は、午前中は寝てたり、ですしね。結局話をするまもなく 1 日が終わってしまつて。

保健師：お母様としては、ご心配ですよ。それで、なぜ愛実ちゃんをご妊娠されていると？

【プローブの質問】

妊婦の母親：愛実ね、以前はけっこう、おしゃれに気を遣っていて、体系も、自分の娘なのにこういうのもおかしいんですけど、スレンダーでね。

保健師：ああ、そう言われてみれば、以前お目にかかったときに、細身のジーンズをカッコよく履きこなしていて、スタイル良いなあなんて思っていました。【プローブの強調】

妊婦の母親：そうなんです。それが最近全くそういう服装をしなくなって。どうやらジーンズのウエストが締まらないみたいなんです。だぼつとした服装ばかり。何かお腹を隠しているんです。それで、夜中、愛実がシャワーを浴びたあとに、私がたまたま、喉が渴いて水を飲み台所に起きていったら、愛実が薄手のピタッとした T シャツ姿でいたものから、お腹の形が妊婦のような感じに見えたんです。それでおかしいな、と思って、愛実

に訊いたんです、「あなた妊娠してるんじゃないの？」と・・・。

保健師：そうしたら、愛実さんは何と・・・？【プローブの質問】

妊婦の母：「うるさいな、関係ないでしょ！」と・・・。そこで言い合いになって、しまいには、

「だったらなんだっていうのよ！」というので、「とにかく、産婦人科に行きなさい」と。

私も結構強く言ったつもりなんですけれど、どうにも聴き入れる様子がなくて。愛実は、怒って自分の部屋に行ってしまった、それっきり。

保健師：それは、いつの出来事だったのですか？【プローブの質問】

妊婦の母親：そうですね、土曜日の夜だったので、もう1週間たちますけど。朝、私がいつものように、愛実の部屋の前で、行ってくるね、と声をかけても、起きてるんだか、寝ているんだか、返事もなくて・・・。

保健師：そうでしたか・・・。お母様としては、愛実ちゃんがもしも妊娠していたら、これから先、どうしようか、と、ご心配ですよね・・・。【感情の共感】

妊婦の母親：そうなんです。心配で心配で・・・。本当にどうしたものか、と・・・。

保健師：いずれにしても、まずは、受診していただきたいですものね・・・私が愛実ちゃんとお話をしましょう。愛実ちゃん、明日はご在宅でしょうか？【次回以降の面接の予約】

妊婦の母親：ありがとうございます！本当にそうしていただければありがたい。私だけではどうにも・・・。愛実は、明日はいないと思いますし、私も明日は急には仕事を休めないもので・・・明後日でしたら、水曜日なので、毎週水曜日はアルバイトもお休みみたいで、自分の部屋で過ごしていることがほとんどです。なので、今日、明日にでも、愛実に、松田さんがお話ししたいって言ってたって、伝えます。松田さんのいる保健センターに行けて愛実に言っても、あの子、きっと行かないでしょうから。

保健師：かしこまりました。では、水曜日、何時頃がよろしいですか？

妊婦の母親：そうですね。午後でしたら、何時でも。水曜日は私の母がデイケアにいく日で、午前中は母を送り出したあと家の用事を済ませたりしたいので。

保健師：かしこまりました。では午後1時頃でいかがでしょう。

妊婦の母親：大丈夫です。

保健師：では水曜日、午後1時にご自宅にお伺いいたします。よろしくお願いいたします。

保健師との面接：家庭訪問

妊婦の母親：ほら、愛実、携帯いじってばかりいないで。ここに来て。ここに座りなさい。

保健師：愛実さん、お久しぶりですね。以前お目にかかったのは、確か、愛実さんが高校3年生の時ね。

妊婦：・・・(うつむいて、ふてくされた表情)

保健師：どうしましょう、お母様と一緒にお話しますか？それとも、愛実さんだけがいいですか？【妊婦の希望を優先する】

妊婦：・・・

保健師：愛実さんはどうしたいですか？おひとりがいい？【自己決定を促す】

妊婦：・・・お母さん、あっち行ってて。

保健師：愛実さん、今日、私が愛実さんにお話しに来た理由は、愛実さん、おわかりでしょう？

【面接の目的を本人の口から言葉にして出してもらう】

妊婦：・・・

保健師：ご妊娠、されてるのよね？【プローブの質問】

妊婦：うちの母親に、私のこと、なんてきいたの？

保健師：お母さんが、私に何と話したのかが、気になるんですね？【感情の共感】

妊婦：母親には、病院に行けて、散々言われたから。

保健師：それで、愛実さんはどう思ったのかしら？【プローブの質問】

妊婦：うるさいなあって。

保健師：うるさいなあ、って、それだけですか？【プローブの質問】

妊婦：そう。それだけ。

保健師：そうですか。それじゃあ、病院に行かないっていう理由にはなりませんよね。【矛盾点をつく】

妊婦：まあね。でも、コロナとか、流行っちゃってるし。いまは、病院に行くのも怖いでしょ。

保健師：と、言うことは、妊娠してる可能性があるってことですね。【直面化】

妊婦：・・・

保健師：病院に行くのが怖いって、おっしゃったでしょう？ということは、病院に行く必要があるのは分かっているけど、怖くて行けないということですよね？【プローブの強調】

妊婦：・・・

保健師：もう一度、お伺いします。ご妊娠されているのよね？【直面化】

妊婦：・・・(黙って頷く。)

保健師：いつ、ご自分で気づいたのですか？【プローブの質問】

妊婦：・・・もう、ずいぶん前。身体が変にだるくて、気持ち悪いし。

保健師：なるほど、それでご自分で検査をしたのですね？【プローブの質問】

妊婦：そう。そしたら陽性だった。

保健師：そうでしたか、それで？【プローブのプロンプト】

妊婦：別に・・・それだけです。

保健師：それだけ、ですか？じゃあ今日はどうして私とこうして会ってお話してくださっているのですか？【こころの苦しさについて、どうにかしたいと思いがあったことを意識化する】

妊婦：え？何言ってるの、だってうちの母親が困って、保健センターに泣きついていったんでしょ。

保健師：・・・お母様がね。【プローブの強調】

妊婦：そう。「松田さん、お願い、うちの娘、どうにかして」って。困ってるのはうちの母親なんだから、私、関係ないし。

保健師：そうですか。愛実さんには関係のないことなのですね。【プローブの強調】

妊婦：そう。

保健師：なるほど、確かにお母様はお困りでした。【プローブの強調】

妊婦：困るの当たり前でしょ。だって、うちの母親働いてるし、おばあちゃんの介護もやってるし。弟だってまだ中学生だし。経済的にも困るでしょ！私みたいのが家族にいたら迷惑なんだよね、そんなの、分かってるよ。私が母親を困らせてるだけなんですよ。

保健師：そう。確かにお母様はどうしたら良いかとお困りでした。でも、困っているだけではなく、それ以上にとても心配されています。【コメント】

妊婦：心配？うちの母親が私のことなんか、心配してるわけじゃないじゃない。迷惑なだけでしょ。

子どもなんか作って、ひとりで育てられるわけがないんだから！

保健師：あなたに子育てできるわけがないじゃない？と、お母様に、そう言われると？【プローブの質問】

妊婦：そう。松田さんだってそうでしょ！私みたいな、学歴もなくて、フリーターでろくな仕事してなくて、結婚もしてなくて、そんな人が、母親になれるわけないって、鼻で笑っちゃうでしょ！

保健師：・・・母親になれるわけない・・・？母親になりたいのね？【促進：妊婦の盲点】

妊婦：・・・。

保健師：もう一度お伺いします。今日はなぜ、あなたはここにいるのですか？今日はどうして私とこうして会って、私と面接を？（正面からしっかり妊婦の目を見て）【面接の目的を本人の口から言葉にして出してもらう】

妊婦：・・・。（視線をそらす）

保健師：「ひとりで育てられるわけがない、フリーターでろくな仕事してなくて、結婚もしてなくて、そんな人が、母親になれるわけない」と・・・。一番困ってらっしゃるのは愛実さんではないのですか？【基本的共感】

妊婦：・・・。

保健師：コロナが怖いから病院に行けない、それは口実ですよ。【直面化】

妊婦：・・・

保健師：「あなたに子育てなんて出来るわけがないじゃない」と・・・そういわれると思うと、病院に行くのも、本当は怖いんでしょう？怖くて怖くてたまらないんでしょう？【深い共感】

妊婦：・・・（うつむく）

保健師：どうしましょうか。私が一緒に、産婦人科に行きましょか？妊娠してるのであれば、お腹の赤ちゃんが元気なのか、確認しておきたいでしょう？【行動の結末の促進】

妊婦：・・・

保健師：別に良いんですよ、無理に受診しなくても。しばらくすれば、お腹の赤ちゃんが元気などうかは、胎動でわかるでしょうしね。そのうち、嫌でも自然に陣痛が来て生まれるわけだし・・・【いやがる馬を厩舎にいれる：厩舎と反対方向に馬を引っ張る】

妊婦：・・・いきます！行けば良いんですよ！別に怖くなんかないから！

保健師：じゃ、どこの病院に行きますか？【具体的計画】

妊婦：・・・バス通りのところにある、けやきの森クリニック。あそこなら、前、ピルもらいに行ったりしてた。診察券もある・・・

保健師：そうでしたか。あのクリニックですね。私も一緒に行きましょか？【安全基地を作る】

妊婦：平気。1人で行ける。

保健師：そうですか。じゃあ、クリニックに連絡しておきましょうか、スムーズに診察してもらえるように、予め、情報を共有させてもらっても良いですか？【専門家の医療への紹介】

妊婦：分かった。連絡して。明日行く・・・

保健師：そうしましょう。約束ね。【約束をする】

妊婦：・・・分かってます！ちゃんと、行くから。

保健師からクリニックへ電話：情報共有

保健師：〇〇市保健師の松田です。

助産師：あ、お世話になります。外来助産師、吉田です。

保健師：今日はある患者様のことで、情報を共有させていただきたくて、ご連絡差し上げました。

助産師：どなたでしょう、当院を受診したことがある方ですか？

保健師：はい、そうです。笹原愛実様という19歳の女性です。

助産師：今カルテ開いて、調べてみます・・・。

助産師：ああ、笹原様ですね。存じ上げています。以前、当院にピルをもらいに来ていましたけど・・・。その笹原様が、何か？

保健師：ご妊娠されてるようなんですけど、まだどこの医療機関も受診されていなくて。

助産師：そうですか。最終月経がいつでしょうか？

保健師：それがはっきりしないんです。でもご自宅で妊娠反応出ているとのことですし、お腹も少々目立ってきているので、もしかしたら、もうかなり週数が進んでいるかもしれません。

助産師：19歳、ですね・・・。ご結婚されているのでしょうか。

保健師：いえ、それが・・・。

助産師：そうですか・・・。そういえば、愛実さんのこと、思い出しました。おとなしそうな印象でしたけれど。学校帰りの夕方にもいつも受診されて。弟が待ってるから、早く家に帰ってあげなくちゃいけないからって、いつも急いでましたっけ。「高校生なのに？弟のために早く帰る？」って思って、色々お話を伺ったことがあるんです。愛実さん、頑張り屋さんで、お母さんがお仕事で帰りが遅いからって、買い物をして、弟のために、おばあちゃまと一緒に、ごはん作るんだって、言っていましたっけ。何でも母子家庭で、お母さんが仕事

してて大変だからって。1年くらい前からピルをもらいに来る姿を見かけなかったのですから……。どうしてるかなって思っていましたけれど。

保健師：ああ、そうだったんですね。

助産師：……。笹原さんがお越しになるご予約はいつでしょうか？

保健師：明日、とおっしゃっていました。クリニックに、連絡してもいいかお伺いしたところ、連絡して、ちゃんと行くから、とおっしゃったので、受診されると思います。

助産師：そうですか。あ、早速、明日予約が入ったみたい。夕方の4:30の枠で、笹原様のお名前でご予約が入ってます。かしこまりました。私、明日もまた外来勤務なので、時間をとって、お話伺ってみようと思います。笹原様のこと、私も、気になっていましたので。

保健師：ありがとうございます。どうぞよろしくお願いいたします。

助産師との診察前の面接：（助産師外来の個室）

助産師：笹原様、お久しぶりです、助産師の吉田です。当院では、初診のかたは診察の前にお話を伺うことになっています。笹原様は、最後に当院を受診されたのが1年ほど前ですので、初診の方と同じように、まず、お話をお伺いしても良いですか？【自己紹介】

妊婦：あ、はい……

助産師：ではこちらへどうぞ。おかけください。

妊婦：はい。

助産師：さて、笹原さん、お久しぶりですね。私が最後に笹原さんにお目にかかったのは、確か、1年ほど前……。保健師の松田さんからご連絡をいただいて、大体の状況は把握しています。【同意の後、情報共有していることを伝える】

妊婦：……

助産師：ご自分でも妊娠してることくらい、わかってらっしゃったわよね。お母さんに言われなくたって……。【感情の共感】

妊婦：……。そう。わかってた……

助産師：ご妊娠に気がついたとき、どんなお気持ちだったのですか？お聞かせいただけますか？

【コメント】

妊婦：……。えっ！まさか、私が妊娠してるなんて！どうしよう！と……

助産師：どうしよう、それから？【プローブのプロンプト】

妊婦：それから、怖いって。なんで妊娠なんてしちゃったんだろう？って。

助産師：なんで妊娠なんてしちゃったんだろう、と、頭で考えて、こっち（自分の胸に手をおいて）は？【プローブの質問：感情について聞く】

妊婦：妊娠しちゃったのは、自分が悪いんだ、恥ずかしい、と思って、嫌になりました。

助産師：妊娠しちゃったのは自分が悪い、恥ずかしい、嫌になる……。それは、なぜだと思いますか？【コメント】

妊婦：だって、いま妊娠したら困るのはわかりきってる。結婚もしてないし、仕事だって、ちゃんとしてないし。それに、ひとりでなんて、子どもを育てられるわけがない。学歴だって高卒だし。私が妊娠したら、みんなを困らせるだけ。みんなを困らせるのわかりきってるのに妊娠しちゃうなんて、恥ずかしいでしょ！ふふっ、馬鹿ですよねぇ！

助産師：みんなを困らせる、って……。その、みんなって？【プローブの質問】

妊婦：そんなのわかってるでしょ！母親と、弟と、おばあちゃんと……

助産師：それだけ？ですか？【プローブの質問】

妊婦：……。

助産師：お腹の赤ちゃんのお父さんとは、どこで知り合ったの？【プローブの質問】

妊婦：バイト先……

助産師：バイト先の人なのですね？彼は、妊娠していること、知ってるのですか？【プローブの質問】

妊婦：……知らない。まだ話してない。彼、店舗が変わって、仕事も忙しくなったから。なかなか会えないって。ときどき連絡は来るけど。もうしばらくあってない。

助産師：アルバイトは、どんなお仕事でしたっけ？【プローブの質問】

妊婦：……ダイニングバーの、ホール・スタッフ。

助産師：ダイニングバーね、彼は……きっと年上？【プローブの質問】

妊婦：……12歳年上。……ねえ、なんでそんなに根掘り葉掘り聞いてくるわけ？話したくないの！あなたに関係ないでしょ！そんなのきいて、何になるのよ！どうでもいいじゃん！ほっといてよ！

助産師：根掘り葉掘り、きかれるのは嫌なんでしょう？お話したくない、話をするのが嫌なのは、お気持ちがつらくなるからでしょう？誰にも言いたくない、言えば、つらいこと思い出しちゃうから。自分がさらに傷つきそうで怖いから。だから言いたくない話したくないの

でしょう？それほどにつらいお気持ちなんでしょう？【深い共感】

妊婦：・・・

助産師：その話したくない、つらいお気持ちを聞くために、私は今、ここにいます・・・（じっ

と妊婦を見つめる）どうかそのつらいお気持ちを聞かせていただけませんか？【焦点化】

妊婦：・・・（唇をかみしめて、涙を流す）。なんで？？なんでみんな私から離れていくの？？

助産師：彼のこと、ですか？【プローブの質問】

妊婦：・・・（泣きながら頷く）

助産師：彼は・・・彼は、どんな方なのですか？【プローブの質問】

妊婦：・・・見た目はちょっとチャラい感じに見えるんだけど、本当はすごく真面目な人。私のバイト先の店長で、マネージャー候補だった。

助産師：マネージャー候補ってことは、正社員で、アルバイト先の店舗の人たちだけでなく、経営者のほうからも有望視されているような、そんな方なのですね？【プローブの強調】

妊婦：そう。

助産師：じゃあ、人望も厚くて、いろいろなことに目が行き届いて・・・【プローブの強調】

妊婦：すごく頼りがいがあった。

助産師：頼りがいがあった・・・どんな風に、ですか？具体的には・・・？【プローブの質問】

妊婦：具体的に・・・。私が、お客様にオーダーされた物を間違えちゃったときに、すごくお客さんを怒らせてしまったことがあって。それで、その時に、彼がすぐに出てきて、対応してくれて・・・。

助産師：それで・・・その時の彼、どんな対応だったのですか。【プローブの質問】

妊婦：どうしようって、困っていた私のところに来て、きみはもう下がってて、僕がちゃんと話をしてこの場を収めるから、僕に任せて、と。

助産師：それで？【プローブのプロンプト】

妊婦：お客様も、落ち着いて、その場が収まって。最終的にはお客様、笑顔になって、帰って行ったんです。彼がどういう話をしたのかは、分からないですけど。

助産師：それで、そういう彼の姿を見て、愛実さんはどう思ったのですか？【プローブの質問：感情について聞く】

妊婦：どういう話をしたんだろう、この場をこうやって収めて、お客様を笑顔にさせるなんて、すごいな、と。

助産師：さっきまで、怒っていたお客様が笑顔になって、すごいな、と。そして？【プローブの
プロンプト】

妊婦：頼りがいがあるなって。こういう人と一緒にいられたら、安心だろうなって。

助産師：そうですか……。真面目で、頼りがいがあるって……。そして優しい方なのでしょう？

【プローブの質問】

妊婦：優しいっていうのかどうか……。でも、その時も、きみのせいじゃないよ、そんなに気に
しなくて良いよ、きっと他の人だって、同じ間違いをしたと思うよ、と。

助産師：愛実さんのせいじゃないよ、と、かばってくれたような……。大丈夫だよ、安心して、
と。優しくホールディングしてくれて、と、そんな感覚？【深い共感】

妊婦：そう、ですね……。

助産師：そういうことがあって、愛実さんは彼のことが好きになったのですね？【深い共感】

妊婦：そう。彼の、そういうところが好きだった……。

助産師：お付き合いが始まったきっかけは？【プローブの質問】

妊婦：う、ん……。付き合ってるっていうのかどうか……。そういう出来事があるって、色々
相談したりしているうちに、お互いに仕事が終わってから一緒にちょっと飲みながら、話
しようか、とか、仕事が休みの日にご飯食べに行ったら話そうか、みたいな。それでそのま
ま、なんとなく……。

助産師：なんとなく、身体を許しちゃったってことですね？【プローブの強調】

妊婦：そう……。彼なら、許しても良いと思った。

助産師：許しても良い、と……。？【プローブの強調】

妊婦：そう……。

助産師：許しても良い、だけじゃなくて、本当は、そうしないと、彼に捨てられてしまうんじや
ないか？って怖かったんでしょう？それくらいに、彼のことが好きだったのしょう？

【深い共感】

妊婦：……。そう……。(ポロポロ涙を流す) 彼に捨てられちゃうんじゃないか、いつもそう思
ってた。私と違って、彼はちゃんと大学出てて頭もキレるし、頼れるし、友達も沢山いる。
私なんかには釣り合わない。いつかきっと私は捨てられる……。そう思うと……。エッチ
するのも嫌だっていったら……。きっとまた、彼も離れてく……。その上、妊娠した、な
んて言ったら、絶対に彼に迷惑がかかる、彼の人生の邪魔になる……。そうになったらきっ

と私を見捨てて、離れて行ってしまう……。なんで妊娠なんてしちゃったんだろう……。ちゃんと避妊しておけば良かった、こうなるって分かってたのに……。惨めな気持ちになるって分かってたのに……。

助産師：きっとまた、彼が離れてく、私を見捨てる……。と……。以前にも、そういうことがあったのですね。**【これまでの経験に基づいているか、根拠探し：根拠がなければ、認知の歪みであることの認識につながる】**

妊婦：……。そう。高校生の頃も、付き合ってた人がいたけど、すぐに別れちゃった。

助産師：そう、それは、どうしてかしら？ **【プローブの質問】**

妊婦：その時の彼は……。その時の彼も、優しくったんだけど、エッチしたいって言うたときに、嫌だって、断ったの。そうしたら、何か急に関係がギクシャクし出して。別れようって、急に言われて。それっきり。

助産師：そう……。その時、愛実さんはどう思ったのですか？ **【プローブの質問】**

妊婦：……。ああ、私、ふられちゃったんだ、って……。

助産師：彼は、私のことが本当に好きなわけじゃなかったんだ、と、見捨てられてしまったような感覚になって……。 **【深い共感】**

妊婦：……。そう。

助産師：私には愛されるだけの価値がないんだ、と、そんな風に感じたのですね？ **【深い共感】**

妊婦：そう……。そう、そう……。お父さんだって……。お父さんだって、私を見捨てて、家を出て行って、他の女の人と再婚してる。お母さんだって、いつも一真ばかり！ 弟ばかりをかわいがる！ 結局いつも、私は……。私はひとりで……。一真のこと見ててね、一真のことお願いね……。一真がうらやましい！ みんな私のことなんてどうでも良いのよ！ でも、でも、一真は私にとってかわいい弟で……。たった1人の弟で……。お姉ちゃん、お姉ちゃんって慕ってくれて……。一真を恨むことも出来ない……。！

助産師：……。お父さんは……。愛実さんのお父さんは、一真くんだけをかかわいがっていたのですか？ **【プローブの質問】**

妊婦：えっ？ お父さん？ お父さんは……。小学生の頃に出て行っちゃったから、あんまり記憶にない……。

助産師：お父さんは……。愛実さんの記憶に残っているお父さんは……。？ 一真くんと、愛実さんと、遊んでくれたりしたかしら？ **【プローブの質問】**

妊婦：お父さん・・・そういえば・・・、すごく青空がきれいな日に・・・4人で、お父さんとお母さんと一真と私と・・・4人で、近くの公園に遊びに行っていました。

助産師：4人で公園に・・・？【プローブの強調】

妊婦：そう。ブランコがあって、滑り台があって。そんなに広い公園ではなかったんですけど、私たちにちょうど良い広さで、たまたま、私たち家族以外に遊びに来ている人もいなくて、ブランコも、滑り台も、貸し切り状態で・・・。

助産師：それで・・・？【プローブのプロンプト】

妊婦：私と一真は走り回って。多分、一真がやっと走るのが上手になった頃だから、2歳か3歳か・・・。

助産師：じゃあ、愛実さんが、7歳か、8歳か・・・。【プローブの強調】

妊婦：そう。一真が滑り台をやりたいって言い出して。それで、お母さんが、私に、「愛実、愛実、一真のこと、ちゃんと見ててね、けがしないようにね」って。私は一真のそばで滑り台をやるのを見ていて、でも、私も一緒に滑り台をやりたい。私が先に滑って、そのあとについて、一真が滑って。それで、私はまた滑りたい、一真が滑り終わるのを見届けられないまま、滑り台の階段の方に走っていったんです。そうしたら、うしろで、ズルって、滑ったような音がして、「ウエーン」って一真の泣き声がして。振り返ったら一真が転んで、手と顎をすりむいていて。私も慌てて走って行って「一真、大丈夫？ごめんね、ごめんね！」と、抱き起こして・・・。「けがをさせちゃった、私が見てあげれば良かった、ごめんね、ごめんね」って、声に出したかどうかは分からないけど・・・。そこにお母さんが駆け寄ってきて、「愛実、ちゃんとみててっていったじゃない！」と・・・。私は悲しくなって泣き出して・・・。でもお父さんは・・・(泣きながら)・・・その時お父さんは、私のこと・・・「愛実、いいから、大丈夫だから。ちゃんと一真を見てなかったお父さんも悪いんだ、愛実だけのせいじゃないよ」って・・・。そう言って、手を取ってぎゅっとしてくれて・・・。お父さんの手・・・大きくて、あたたかかった・・・。ごめんなさい・・・、お父さんごめんなさい・・・(号泣)。

助産師：・・・先ほど、一真くんは、たった1人の弟で、一真くんを恨むことも出来ない、と、おっしゃいましたね・・・。お腹の赤ちゃんは？【促進：妊婦の盲点】

妊婦：・・・。

助産師：そろそろ診察の順番が来ます。お腹の上から超音波で検査をして、赤ちゃんが元気か

どうか、みてもらいましょうか。私も一緒に、診察室に入っても良いですか？【妊婦の希望を優先する】

妊婦：・・・はい。お願いします・・・。

腹部超音波検査：（診察室で）

産科医師：赤ちゃん、元気ですよ。ほら、こんなに大きくなってる。ここで心臓が動いてますね。わかりますか？推定体重を測って・・・。多分、この大きさだと・・・19 週か、20 週かかってところかな・・・。まだ、人工妊娠中絶が可能な時期ではありますが・・・どうしましょうかね・・・。21 週 6 日まで、あとおよそ 2 週間・・・方針を決めないと・・・

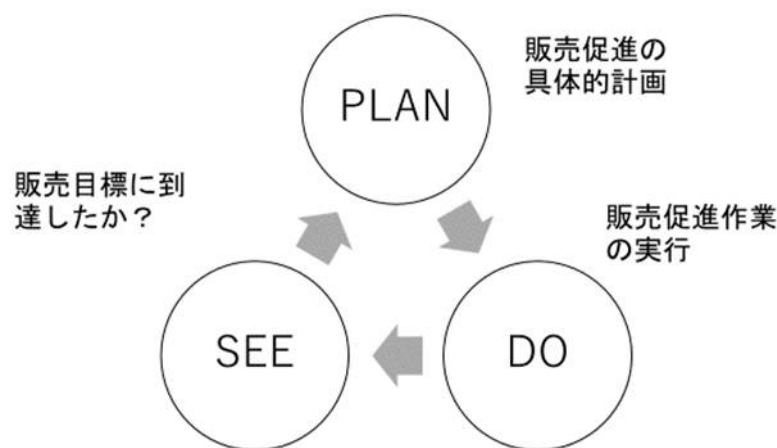
妊婦：産みます・・・私が育てます。一真もたった 1 人の弟・・・この子もたった 1 人の私の子・・・。

支援技術の習得

最初の面接

支援計画の策定

妊婦の心理支援・援助・介入・治療を行う場面はさまざまであり、そこで担当する職種もまたさまざまです。それは母子手帳を交付する際に窓口の担当者かもしれません。妊娠期間中の健診で産科医が察知することもあります。家庭訪問に訪れた保健師が見つげ出すこともあります。妊婦本人が精神科診療所を受診することもあります。上の子どもが通っている保育園の保育士が発見者のこともあります。さらに、周囲からの通報を受けた市区町村役場の担当者（相談員）や児童相談所の担当者が気付くこともあります。状況は多種多様であっても共通する部分は多くあります。まず、最初の面接時点で支援計画を策定することです。初回面接で治療計画を立てるのは無理と思われるかもしれません。しかし、最初の面接時点での支援計画がないと、以降の支援・援助・介入・治療が困難になることはよく見られることです。

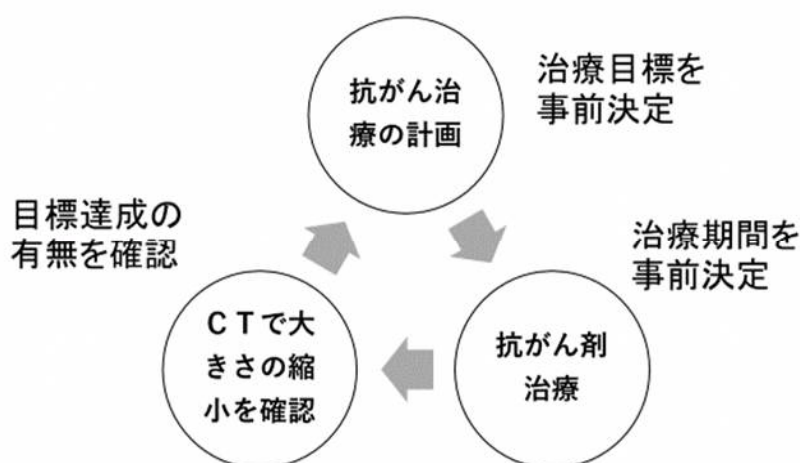


まず PLAN-DO-SEE という考え方を見てみましょう。これはもともと営業の領域で使われ始めた概念です。例えばある商品を販売することを考えましょう。広告の計画を立てます。それが PLAN です。どのような内容で、どれほどの期間、どのような媒体を使って宣伝するかを決めるのです。この計画に沿って宣伝活動行います。これが DO です。予定の期間が経ったら、

予定していた通りに、商品が売れているかの確認をします。目標の販売量に達したかを確認するのは、これが SEE です。目標の販売量に到達していないこともあるでしょう。その場合は、見直しを行います。なぜ売れなかったのか考えるのです。反省に立って再度、計画を立てなおします。もちろん、予定通りの売りができていることもあります。そうであれば、次のステップに進みます。こうして、PLAN, DO, SEE のループは継続してゆくのです。

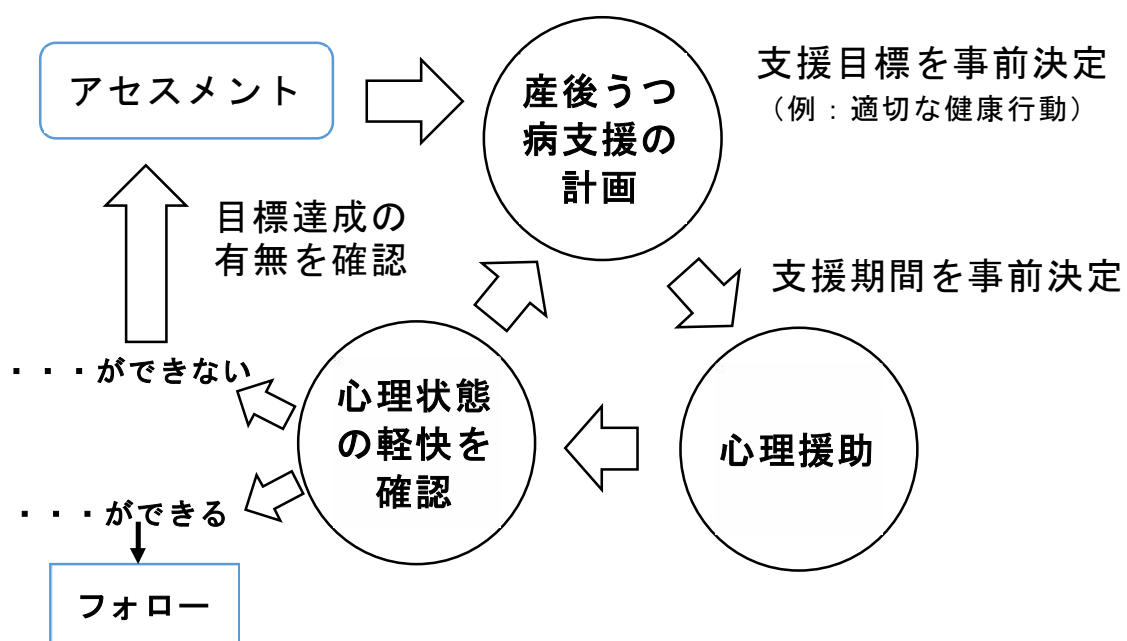
こうした考え方は医療現場での考え方と全く同じです。臓器にがんが見つかった場合を考えましょう。当然、どのように治療するかが検討されます。外科的手術か、抗がん剤による化学療法か、放射線治療か、あるいは緩和治療かを考えるでしょう。治療計画を立てるのです。抗がん剤が選ばれたとしましょう。

抗がん剤の種類、投与期間が決められます。さらに期待できる効果も設定されます。悪性腫瘍がどれほど小さくなるか、何パーセント縮小すれば治療が成功と考えるのかを事前に決めます。これが PLAN です。その上で、決められた治療計画に沿って治療が実行されます。漫然と抗がん剤を投与することはしません。「抗がん剤を 3 年投与したががんはいつこうに小さくならなかった」といったことは許されません。決められた量を、決められた期間だけ投与するという原則は堅持されます。この抗がん治療のステージが DO です。予定した治療期間が経ったら、がんが縮小しているかを CT などを使って確認します。当初の目標に到達したか、治療は成功だったかを確認します。これが SEE です。もし、がんがまったく小さくなっていないなら、その治療は失敗でした。そこでほかの治療法を考えるでしょう。例えば外科治療や放射線療法などです。つまり PLAN に戻るのです。このように医療においても、PLAN, DO, SEE がめぐっているのです。保健師分野では、一般的に PDCA サイクルといいます。Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善）の 4 段階を繰り返すことです。内容は PLAN, DO, SEE と全く同じです。



周産期メンタルヘルスケアも医療の一環です。原理は変わりません。まずは対象となる女性について詳細で正確なアセスメントが必要です（がんの診断に相当する部分です）。仮に妊娠

うつ病があったとしましょう。うつ病に対する支援目標を設定します。ところで、通常の精神科医療であれば、うつ病ですから抑うつ状態を減弱させることが支援の目標となるでしょう。しかし、周産期メンタルヘルスでは、必ずしもそれほど単純ではありません。その女性の抑うつ状態はさほど重症ではないこともあります。そうではなく、出産に対する意欲がなく、分娩に関連した不安が発生し、現実にも受診行動が困難になっているのです。そこで、周産期メンタルヘルスケアの立場からは、受診行動の困難の解消のほう支援目標として重大になります。そうしたことから、支援の具体的計画を考えましょう。そして、支援期間を設定します。例えば、1 か月と設定し、支援の目標（がんがどれほど縮小するかに対応する部分です）として、その女性が自分自身で受診行動ができるようになることを選びます。治療・支援はその上で開始されます。予定の 1 か月が経ったら、再びアセスメントを行います。心理状態が良くなっていると受診行動が行えるようになっていることが予測されます。アセスメントの結果、目標に達していれば、支援・介入・治療は成功です。支援・介入・治療は終了です。いきなりすべての接触を断ってしまうことは心配があるでしょう。その場合は、良い状態が持続していることを確認するために、追跡的な援助が必要です。例えば 1 か月に 1 回ほど、短時間の家庭訪問をすることもよいでしょう。いわゆる「見守り」の作業です。一方、1 か月目のアセスメントで、支援が失敗であることが明らかになることもあるでしょう。心理状態も改善せず、受診行動もしていません。今回の支援計画はこの女性には不適切です。この状態で漫然と面接を継続することは、してはいけないことです。アセスメントのやり直しをします。その内容を受けて、別の支援計画を立てるのです。こうやって見てみると、商品の宣伝広告も、がん治療も、周産期の心理支援・介入・治療は、すべて同じ考え方で行われていることがわかるでしょう。周産期メンタルヘルスケアでは、一種類のケアを漫然と行い、不幸な転機を迎えることが時に見られます。こうした失敗は、PLAN, DO, SEE のプロセスが守られなかったことが原因のことが多いものです。



面接の準備

心理支援・援助・介入・治療は準備なしに行えるものではありません。われわれが扱うのは妊婦の臓器ではなく、こころの中にある状態ですから、妊婦が口を開いて語ってくれてはじめてできるものです。妊婦自身が心の中のことを語りたいという動機が必要です。しかし、こころの問題を抱えている妊婦はそうした心理状態について恥ずかしさを感じていることが多いのです。簡単に語れる内容ではないものです。面接者がどのような職種であっても、妊婦が面接者に信頼を持ってもらう、それも最初の数分で持ってもらうことがとても重要なのです。また妊婦はこうした事柄が支援・援助・介入・治療の対象であることも理解していないでしょう。妊婦側からすると各専門職種について一定のイメージを持っています。場合によって、それは偏見に近いこともあります。産科医は妊娠分娩の身体的管理だけをする人、助産師はその援助と乳房の管理だけをする人、精神科医は安定剤の処方だけをする人、保健師は公的資源の紹介だけをする人、保育士は子どもの世話をするだけの人というイメージを持っています。加えて、支援者にとって最初の面接は、たいてい初対面です。かかりつけ医や地域で以前から知っている保健師であればある程度の面識はあるでしょう。そうでなければ「はじめまして」の関係です。初対面の妊婦に「私を信用して何でも話してください」というメッセージを伝えるには、初対面の支援者に妊婦が信頼して話をしてもらえただけの状況を作らなければならないのです。

心理支援・援助・介入・治療は通常、二名の人間が相対する言語的交流場面であっても、友人とのお喋りや商売相手との面談とは本質的に性質が異なるものです。日本語では、前者を面接、後者を面談と呼び分けているのは意味のあることなのです。

服装

妊婦に不快感を与えない服装を考えましょう。信頼感を増すような服装を状況に応じて選択する必要があります。世間一般で丁寧と認められる服装を選ぶべきです。ところで産科医や助産師は通常、白衣を着用しています。しかし、白衣は先ほど述べた職種に関する固定観念を引き出す効果を持っています。つまり、「産科医＝妊娠分娩の身体管理の専門家」→「産科医＝白衣を着用する人」→「白衣を着用する人＝妊娠分娩の身体管理の専門家」という三段論法が起こるのです。絶対的が必要がなければ（例えば保健師や助産師の家庭訪問、病棟の教授回診）、白衣は脱ぎましょう。精神科医や心理師も同様です。日本では精神科医が白衣を着用することが一般的です。しかし、国外（少なくとも英語圏の国々）では、私服が一般的です。

私服を着用する場合、そのメタメッセージを考えましょう。妊婦に自分が尊重されていると感じられる面接者の服装はどのようなものに注意します。男性支援者では、スーツ・白いシャツ・ネクタイの着用、黒・紺の靴下は当然でしょう。無精ひげもいけません。女性では、イヤリング・指輪などのアクセサリを身につけないなどは基本です。男女共通していえることは、高価な時計・靴、サングラスは用いないことです。面接日の朝（または前夜）に入浴・シャワーを浴びることも必要でしょう。家庭訪問に際しては使用する自動車についても注意すべきです。高級車を（持っていたとしても）妊婦の家庭訪問に用いるのは避けます。

言葉使い

敬語（尊敬語・謙譲語）を正しく使います。馴れ馴れしい語り言葉は「ためぐち」と呼ばれますが、妊婦に親近感を与えるものと誤解されることも見受けられます。通常のサービス業で用いる敬語を用います。

《不適切な例：第 3 事例》

妊婦：今は一人だけど・・・

保健師：今は一人だけど前は何人が同じ時期にお付き合いしてたってこと？

妊婦：別に付き合っていないけど、セフレはいた。

保健師：そうなのね。今お付き合いしている人はどんな人？

妊婦：職場のひと。

この第 3 事例では、いわゆる「ためぐち」で会話を進めています。妊婦にとっては親しみ易いどころか、自分が尊重されていないと感じるかもしれません。

《不適切な例：第 4 事例》

助産師：アルバイトは、どんなお仕事でしたっけ？

妊婦：・・・ダイニングバーの、ホール・スタッフ。

助産師：ダイニングバーね、彼は・・・きっと年上？

妊婦：・・・12歳年上。・・・ねえ、なんでそんなに根掘り葉掘り聞いてくるわけ？話したくないの！あなたに関係ないでしょ！そんなのきいて、何になるのよ！どうでもいいじゃん！ほっといてよ！

上記の第 4 事例では、助産師の質問のあとに妊婦は怒りの感情を表出しています。後で触れますが、話を聴いて欲しいけれど苦痛を伴うので話したくない、そういった心理的な「抵抗」がある話題に触れられた上に、助産師の「ためぐち」とも言える「ダイニングバーね、彼は・・・

きつと年上？」という言葉遣いは、妊婦に自分がひとりの大人の人間として尊重されていない印象で、さらには自分の心の内に侵入してくるように受け止められて、怒りの感情に拍車をかけたのでしょう。以降の会話の中では助産師は敬語を使い続けています。妊婦にとって、適切なこころの距離を保つことができ、会話が進んだのでしょう。

個室での面接

妊婦が聞いてもらいたい事柄はかなりプライバシーにかかわるものです。当然に他人には聞いてもらいたくないものです。ゆっくりとした環境で面接することが大切です。こういう場所設定によって、妊婦が初対面の支援者に信頼を持つことができます。通常の外来診察室では話が周囲に聞かれてしまいます。別途に個室を準備してから評価や支援を開始すべきです。妊婦に男性の支援者が面接を行う場合は、女性の同僚（例：担当助産師）と同席面接をするように配慮します。

面接室の構造や室内のアメニティも支援面接の効果に大きな影響を与えます。椅子の形や高さ、机の種類、インテリアなどにも、十分な配慮が必要です。

自己紹介

支援者の名前を知らなくて、気持ちを伝えることはありません。「外来看護師の〇〇です」「初期研修医の〇〇です」と自己の氏名を伝えると同時に、必ず名刺を差し上げます。名刺を差し出しながら自分の所属と氏名を伝えます。名刺は相手側がそれを読める方向で差し出すのが礼儀です。名刺には通常、氏名、所属、立場、住所、電話番号、FAX 番号、電子メールアドレスなどが書かれています。

時間をかけた面接

妊婦に対する評価・診断や支援・介入・治療を行う技法の基本は時間をかけた面接（interview）です。面接の基礎は後で述べる妊婦との契約にあります。この契約の中で 1 回の面接セッションの時間の長さとセッション頻度を取り決めます。その具体的内容は妊婦の状況によって臨機応変に決めますが、最も基本的内容は、1 回のセッションが 60 分で、週に 1 回のセッションを持つ方法です。通常の産科診察、助産指導、保健師の家庭訪問から考えるとかなりの長いセッションに思えるかもしれません。しかし、意味のある支援結果を期待するにはこのくらいの時間は必要です。

特に最初の面接は、診断・評価に加え、支援計画を立て、とりあえずの心理支援を行い、今後の方針について妊婦と合意に至るというように、多くの作業をしなければなりません。です

から 60 分でなく、90 分ほどを設定することも推奨できます。

妊婦との面接が事前の予約によってなされる場合、面接の開始時刻（例：午後 2 時 00 分）だけでなく、終了時刻（例：午後 3 時 20 分）を伝えましょう。通常の産科診察をしている中で周産期ボンディングの不良を疑うような妊婦に遭遇した際は、可能であれば近い日時を指定した予約を設定しましょう（例：「大切なお話なので、80 分ほど時間をとって再度お話をさせてください。例えば明日の午後 2 時ではいかがですか？」）。予約がなくて面接をする場合は、「今日は60分準備しています」などと述べて、面接時間を妊婦に明確に伝えます。

一方、面接の長さが 90 分以上になると、妊婦、支援者双方の疲労が溜まり、集中が続かなくなります。必ず最初に予定した時間内に面接を終了することが成功の秘訣です。外来、病棟、電話の対応などで、ごく短時間で心理的支援・介入・治療を行うこともありますが、これは標準的面接の応用です。初心者はまず標準的面接を行って技術を身に着けることに専念してください。

面接セッションの頻度が週 1 回より少なくなると（例：2 週に 1 回）、非常に治療がやりにくくなります。最初から月に 2 回といった設定は不適切です。保健師・助産師の家庭訪問は多くの場合、月に 1 回程度ですが、これでは受診をためらう妊婦への支援・介入・治療はできません。

心理状態の評価

心理症状を全般的に評価するには、構造化面接を利用することが推奨されます。それに先立ち、精神科症状学と精神科診断学の基本のおさらいは必要です。精神科医でなくても、例えば助産師が十分な確かさをもって精神疾患の診断ができることが報告されています。

コロナ禍における妊婦の支援の現場で、先の PDCA サイクルを当てはめて考えるときに、Plan（計画）、Check（評価）の段階で、きちんと心理状態の評価をすることが求められます。この段階での心理状態の評価、つまり、正確なアセスメントは、治療のサイクルの中でも方向性を決定する、重要なポイントのひとつになっているのです。妊婦の間で発症する精神疾患は、うつ病だけではなくありません。当然、双極性障害、強迫性障害、パニック障害、全般性不安障害等の不安症、等の気分障害を発症することもあります。加えて周産期のメンタルヘルスの領域で、精神疾患としての明確な診断基準は存在しないものの、ボンディング障害（bonding disorder/bonding failure）は、早急に介入すべき健康課題です。「お腹の中の赤ちゃんがかわいいと思えない、愛情を感じられない」というボンディング障害の症状は妊娠期にも存在し、

それが産後の精神状態やボンディング、育児行動に影響することは明白です。このような心理状態は、妊婦のもつパーソナリティからの影響も受けています。元来どのようなパーソナリティなのかも含めて、妊婦のパーソナリティを評価する必要があるでしょう。

妊婦の支援をする上で精神疾患の診断如何によって、支援のためにとるべき方略は異なります。また、その妊婦が罹患している疾患のために、その妊婦自身のもつ全体的機能のうち、どの部分がどの程度損なわれているのかの評価もすべきでしょう。母子の健康を保つために必要な妊婦健康診査を受診しない、あるいは受診を拒む、ということに関してもセルフケアの機能が損なわれている状態で、母子の健康に重大な影響を及ぼす虞があり、早急に介入すべき状況です。受診しない、受診を拒む、という行動を単なる「問題行動」として捉えるのではなく、その背後にはどんな心理症状があり、どんな心理的な葛藤があるのか、どんなパーソナリティなのかを踏まえた上で、その妊婦のもつ健康行動、いわばセルフケア機能が損なわれているのであれば、それを健全な状態に回復させるための介入が必要なのです。

支援契約

支援内容と支援目標の提案を行います。支援内容はひどく専門的で具体的詳細にまでわたる必要はありません。重要なのは、これが支援者と妊婦の独立した立場での共同作業の契約であることを、妊婦ができるようにすることです。契約ですから双方に責任と権利が発生します。支援経過中であっても妊婦は自由に自己の意見を述べることを認識できます。加えて、妊婦は支援を支援者に「丸投げ」するのではなく、自身も支援の成果に責任を持つという意識が生まれます。支援の目指す目標は実現可能な範囲で決めます。元来のパーソナリティまで変化させるのは困難でしょう。しかし、現在の適応困難が少し改善することは十分可能です。家事と育児を周囲の支援なく、妊婦一人ですべてこなすことは困難でしょう。しかし、現在、子どもの沐浴をすべて配偶者が行っているのを、夫婦で半分ずつ行うようになることは十分可能です。不安の発作がまったく起こらず、日常生活でなんの不安を感じなくなるようになるのは困難かもしれません。しかし、家事をしているときに不安感が出ても、「仕事が終わるまで不安を『抑え込む』ことができる」ことは、支援目標になるでしょう。

さらに、支援回数を取り決めます。「〇〇という状態になるのに何回のセッションが必要だと思いますか?」、「何週間で良くなると思いますか?」などと。聞きます。妊婦の自主性に任せるという意味に加え、ここで相談するのは「良くなるの何回のセッションか」であり、良く

ならない可能性を言外に否定しているのです。つまり、「自分は健康を回復する」という、いわば自己暗示をかけているのです。また、支援面接の回数を設定することは、当然、その回数に達した時に所期の目標に達したか否かの振り返りをするることになります。「今回の支援は、支援を漫然と続けることではありません。支援内容を決めます。回数を決めます、目標を決めます。予定の回数に達したら振り返りをします。予定した回復が得られていれば、当然に支援は終結です。かなりの回復が得られていて、あともう少しなのであれば、支援セッションを追加してもよいでしょう。予定の回復にほど遠いのであれば、支援方針を再検討し、他の方法を考えます」という趣旨のメッセージを伝えましょう。支援者のこうした正直な説明が、妊婦の信頼を得て、妊婦が自発的に支援に参加する意欲を持つことにつながるのです。

初回面接 60 分の最後で、この面接支援の振り返りを行います。評価診断が第一の目的であっても、初回面接では様々な心理援助技法を駆使しています。妊婦にしてみれば、60 分かけて自分の悩みを聞いてもらった経験はほとんどないはずです。心理状態にわずかでも良くなった部分があれば、そこについて支援者と妊婦で共通の認識をもつのです。類似の面接セッションを繰り返すことで、さらに心理状態が良くなるであろうという実感を妊婦に持たせることが、こうした振り返りの目的です。辛かった経験を語ったことで妊婦の心理状態がかえって悪くなったのであれば、支援者側のスピードが速すぎたのでしょう。「次回からはアクセルの踏み方をもうすこし弱くしましょう」といって妊婦に安心感を与えます。

通常は週に 1 回のセッションを持ちます。できるだけ、同じ曜日、同じ時間帯に予約を入れるようにします。最初の面接の最後で、第 2 回セッションの予約を入れるのが推奨されます。そして緊急時の連絡方法を伝えます。

《支援契約の例：第 2 事例》

救急医：それでは時間になったので、今日はここまでになりますが、お話をしてみて、お気持ちはどうでしょうか。

妊婦：少し楽になった。

救急医：それを聞いて安心いたしました。私は、今日お話しいただいたことは、とても大切な内容なので、また、続きの話もお聞かせください。明後日の 15 時-15 時 30 分は、ご都合いかがでしょうか。

妊婦：何もないから、あけとくよ。

救急医：それでは、明後日の 15 時-15 時 30 分にお話しましょう。そしてその後、16 時から、

初田様がご自宅に戻って生活する時のことを考えて、オンラインでカンファレンスを開きたいと思います。その時に、例えば週 2-3 回、ご自宅に訪問し、初田様が話したいことを自由にお話できる場として、訪問看護師を紹介したいと思いますが、いかがでしょうか。

妊婦：わかった。いいよ。

救急医：それでは、明後日、またお目にかかりましょう。最後に、私は、今日から 3 日間は日中の時間に院内におりますので、話したい時にスタッフに伝えてもらえればその日の間に私が伺います。それと、初田様の医師として私、陣内の他に成瀬、看護師として榊原と夏目がチームで担当いたします。最初にお渡した名刺の裏に、チームメンバーの名前が書いてありますので、私の他にも、他の医師や看護師に話したいという時は、是非そちらもご活用ください。

この場面では、救急医がこの面接の振り返りをして、妊婦は「少し楽になった」と答えています。面接を振り返って「良くなった」という共通認識を持つことは、妊婦が「自分はこの支援と一緒に取り組む必要があるのだ」という認識を持つことが出来るようになり、次回のセッションへの動機付けにもなります。救急医は次回のセッションの日時を設定し、約束をして、緊急時の連絡方法を伝えています。約束を交わす、ということは、面接者対妊婦の支援関係の証であるというメッセージが込められています。さらには、この救急医は緊急時の連絡方法やチームのメンバーについても紹介しています。妊婦にとって、大きな安心感につながります。

心理援助

基本的技法

リラックスした姿勢：

心理援助のセッションを待つ場合、常に必要な基本技法についてまず学習しましょう。面接者が緊張すれば、それが姿勢や態度に出てしまい、妊婦も緊張します。心理援助の基本は「話したいことを何でもお話しください」ですが、面接者と妊婦の双方が緊張しては、支援効果が激減します。本来、日本文化のなかで「お行儀のよい姿勢」は時として固い印象を与えます。就職活動をしているときの面接場面で、背筋をピンと伸ばしたままで長時間椅子に座るのは、求職活動には良いことですが、心理援助は非常に不適切です。肩の力を抜き、ゆっくり椅子に座り、セッション中に自由に（そして意図的に）座る姿勢を変えます。特に両手を用いた非言語的コミュニケーションを取ることは、リラックスした態度を示すとても有効な方法です。

「私が理解したことが」と右手で面接者自身を指し、「あなたの感じたことを正しく反映しているか・・・」と妊婦に手を向けるなど、かなり演技的と思えるほどのアクションを取ってみましょう。妊婦の発言がどんどんと増えていくことに気が付くでしょう。当然、妊婦や付き添いの配偶者・家族もリラックスできる状況を作りましょう。固くて背の高い事務机ではリラックスできません。ソファのような椅子が最も良いように思います。

この部分は文章で表現するには限界があります。さまざまな心理療法の動画教材を見て勉強してください。

視線の活用：

「目は口ほどに」の例えがあるように、ことばの重要性以上に表情や眼差しの重要性は多くの臨床家が指摘しています。適当な量の視線を適切なタイミングで妊婦に向けます。睨み付けられれば妊婦は怖がります。面接者が横を向いてしまえば、妊婦は無視されたと感じます。

視線を向けさえすればよいわけではありません。面接者のどのようなメッセージを伝えたいのかをまず考えます。「聞いています」という思いが妊婦に伝わらなければ意味をなしません。

「つわりの症状で起きることさえつらいのに、何も手伝ってくれない夫に不愉快になり、不愉快に思う自分が情けなく感じたのですね」を、口に出さず、表情と眼差しで伝えてみましょう。

「あなたが不安で不安でたまらないのに、あなたのパートナーがあなたに対して何の関心も示

してくれないので、残念を通り越して、怒りの感情が出てきたのですね」を、口に出さず、表情と眼差しで伝えてみましょう。心理援助で必要とする表情と眼差しはこれくらいのことが要求されるのです。かなりな演技力が必要です。十分練習を積んでください。

重要な話題のときに上体を乗り出す：

妊婦の話に面接者が純粋な興味を持っているというメッセージを与える非言語的手法のひとつは、重大な話題が出てきたときに面接者が「身を乗り出す」ことです。この時、自然に両手が両膝の上に乗ることもあります。そして眼差しも相手に注がれます。こうした姿勢の効果を高めるには、まず支援者が自身の姿勢がどうなっているか常に意識します。そして、通常の話題の間は姿勢の角度は普通にしておき、「ここで話を深めたい」と感じた際に、間髪を入れずに上体を前に傾けます。

反対に面接者が上体を後ろに傾けると、その動作や姿勢、態度が「あなたの話は聞きたくない」という意味を妊婦に与えることになります。このように、本来の意味を超えて、別の意味を伝えるようになっていることをメタメッセージと言います。もし妊婦の話が重要性が低い話題について繰り返されるようならば、上体をすこし後ろに傾けると、そこで伝わるメタメッセージを妊婦が感じ取り、その話題が次に進むこともあります。加えて、このときに大切なことは表情です。いかにも「私はそんな話を聴きたいんじゃないんです、それは本音じゃないでしょう？」という表情をつくるのがポイントです。しかし、これは結構上級技法ですので、注意して使ってください。

《「あなたの話は聞きたくない」というメタメッセージ：第 4 事例》

妊婦：まあね。でも、コロナとか、流行っちゃってるし。コロナのせいで外に出るのだって本当は怖い。一時期は飲食店の営業停止、とかって、私のバイト先も休業したりしていたけれど、やっと最近またお客さん増えだして。バイトも人数減ってるし、忙しいし。

保健師：ふうん…。(上体を後ろに傾け、そんなことを訊いているんじゃないんです、という表情)

妊婦：そんなんだから、私がコロナになったらバイト先も大迷惑でしょ。飲食店でクラスターなんて言ったら、それこそ大騒ぎになる。病院なんて行ったらコロナもらっちゃうかもしれないし。だから、病院に行くのも怖いでしょ。

積極的な態度：

心理援助の初心者にみられる失敗は、面接者が妊婦に遠慮し、消極的な態度をとることです。

「どこまで妊婦のプライバシーに踏み込んだ質問をしてよいのか？」という問への答は「必要

な質問であれば、丁寧に（失礼のないように）、しかし積極的に聞くべき」です。妊婦から見ると、支援者の消極的態度は、遠慮しているというより、「私の話に興味がない」、「私の話を嫌がっている」と取られます。積極的な態度は、「私の話に興味を持っている」と取られます。面接者側が「私に聞かせてください」という積極性があらわれるにはその他の非言語的表現（声のトーン、姿勢、眼差し、手振りなど）は必須の条件です。積極的態度と上体を前に乗り出す姿勢を上手に合わせてみましょう。

《消極的態度：第 1 事例》

保健師：だとするとちょうど 22 週間前ですね。

妊婦：もうスルーはできない？

保健師：ですよ。

妊婦：でも、体形はあまり変わっていないし・・・

保健師：たしかに、外から見ただけでは分からないですよ。

妊婦：ううん、妊娠してないと良いんだけどな・・・

保健師：妊娠する前にもどれたら・・・

妊婦：どんなに良いか・・・ですよ。

保健師：でも・・・

妊婦：でも、やっぱり・・・

保健師：やっぱり・・・妊娠してますよね。

妊婦：しかたないか・・・でも仕事もあるし、忙しいのよ。

この支援者の言葉遣いは丁寧ですが、消極的です。これでは妊婦から本音は出てきません。「しかたないか・・・でも仕事もあるし、忙しいのよ。」という空を掴むような発言で終わってしまいます。そこで積極的態度を見てみましょう。

《積極的態度：第 1 事例のつづき》

妊婦：嫌われるでしょ。

保健師：捨てられるとを感じるのですね？

妊婦：はい・・・それが怖い・・・っていうか恐ろしい。

保健師：花子ちゃんの時も・・・

妊婦：そう。でも、花子は可愛かった。セックスと子どもは違うと思う。

保健師：どんなふうに違いますか？

妊婦：赤ちゃんは自分の分身だと思う。何でもしてあげたい。でも、授乳に失敗したり、おむつ替えの時に泣き止まなかったりされると、なんて自分はダメな母親だと思い知らされるの・・・あれは辛い・・・花子の体重がなかなか増えない時は死んじゃうんじゃないかと思った。

保健師：花子ちゃんの体重が増えなくて、自分の失敗で花子ちゃんが死んでしまうと考えると、地底に落ちるような感じだったのでしょうか？

妊婦：奈落の底に落ちていく・・・そんな感じで、気分も滅入って、心臓がバクバクして、何も手につかなくなったの・・・乳児院に預けたら、寂しいけれど、かえって気持ちが落ち着いて、なんか変な感覚だった。

支援者が積極的に「妊婦のこころの内面の話を聞くぞ！」という態度に出たために、普段なら他人に言わない「本音」を語り始めています。

※強い希死念慮、繰り返す自殺企図、見捨てられ不安が強いなど、境界性パーソナリティ障害が疑われるケースでは、常に積極的に話を聴く姿勢で面接に臨むことが有効です。面接者側が非言語的表現（声のトーン、姿勢、眼差し、身振り、手振り、上体を前に乗り出す姿勢など）をふんだんに使って、「私に聞かせてください」という積極的な態度で臨みましょう。このようなケースの妊婦は、人の表情や動作を自分にとってネガティブな感覚で受け止める傾向があるからです。

安全基地を提供する表情：

周産期ボンディング障害の妊婦は心理的困難を抱えることに加えて自責感を抱いていることが多く、それを周囲に語ることもできずにいます。いわば孤立無援の心理状態なのです。心理援助の第一の目標は、妊婦に「安全基地に戻ってきた」ような安心感を与えることです。ここまで述べてきた技法はすべてこの目標に沿ったものです。しかし、専門職者は（真剣である故に）妊婦に対し（無意識で）硬い表情を取ることがよくあります。通常の業務では真剣な態度は望ましいものです。しかし、心理支援の際は親権で硬い表情は、必ずしも良い結果を生むとは限りません。比喩的に述べれば、転んで泣いている 3 歳児を抱き上げた母親が取る態度と表情を心掛けましょう。泣いている子どもは母の柔らかい表情を見るだけで泣き止みます。妊婦の不安を和らげ、安心感を与える表情を作りましょう。初心者は、冷たい表情、怖い表情になりがちです。支援者が自身の表情を鏡で確認することもよいでしょう。自分の表情は妊婦を明るく、優しく、温かく、穏やかに、そしてのんびりと迎える表情になっているだろうか？ぜひ確認してみてください。

基本的技法のポイント：

症状の基礎には過去の出来事が存在します。妊婦は無意識のうちにそれに気づいているのでしよう。しかし、そのことを話すことは不愉快で苦痛を伴い、それよりも症状の苦痛のほうが、まだ耐えられると感じているのでしよう。しかし、症状を改善するのは、そのことを話して面接者に理解してもらうことであることも無意識のうちに分かっているのでしよう。こうした相反するふたつの「欲動」がぶつかりあっているのです。そこで、第 4 事例で見たように、「聞いてもらいたいが話したくはない」という態度になるのです。治療が進むと、遅刻、欠席、無駄話などの形で、「抵抗」するのも、ここに由来します。一方、話しやすいこと、話して強い苦痛を伴わない内容は容易に話せます。

《重要な事柄について：第 4 事例》

助産師：ダイニングバーね、彼は・・・きっと年上？

妊婦：・・・12歳年上。・・・ねえ、なんでそんなに根掘り葉掘り聞いてくるわけ？話したくないの！あなたに関係ないでしょ！そんなのきいて、何になるのよ！どうでもいいじゃん！ほっといてよ！

助産師：根掘り葉掘り、きかれるのは嫌なんでしょう？お話したくない、話をするのが嫌なのは、お気持ちがつらくなるからでしょう？誰にも言いたくない、言えば、つらいこと思い出しちゃうから。自分がさらに傷つきそうで怖いから。だから言いたくない話したくないのでしょ？それほどにつらいお気持ちなんでしょう？

妊婦：・・・

助産師：その話したくない、つらいお気持ちを聞くために、私は今、ここにいます・・・（じっと妊婦を見つめる）どうかそのつらいお気持ちを聞かせていただけませんか？

この場面で助産師は、まさに、症状の基礎に過去の出来事が存在することが分かっている、そのことを語ることで症状の改善が図れることが分かっているながらも、話すことに苦痛を伴い、「聴いて欲しいのにことがあるのに、話すことに苦痛を伴う」という、相反する欲動がぶつかり合っている状態であることを、助産師が「根掘り葉掘り、きかれるのは嫌なんでしょう？お話したくない、話をするのが嫌なのは、お気持ちがつらくなるからでしょう？誰にも言いたくない、言えば、つらいこと思い出しちゃうから。自分がさらに傷つきそうで怖いから。だから言いたくない話したくないのでしょ？それほどにつらいお気持ちなんでしょう？」と、深い共感を示し、指摘しています。さらには「その話したくない、つらいお気持ちを聞くために、私は今、

ここにいます」と、「あなた」と「私」は「支援契約」の元に存在していて、そこには硬い約束と正直な気持ちが存在していることを伝えています。このテクニックは、抵抗を示す妊婦に有効です。

プローブ

心理援助の基本は支援者が妊婦に共感することです、ところで、共感と同情は異なるものです。共感とは、自分がもし妊婦と同じ生い立ち、同じ生活史、同じ友人知人を有し、同じ性格であり、同じ出来事を経験したら、どう感じるかを思いはかることです。ですからかなり認知的作業を要するものです。一方、同情は相手の状況を自らのことのように共有することであって、情緒・感情の作業なのです。共感という作業を行うには同情がなければできません。しかし、同情だけでは専門家による支援・介入・治療にはなりません。

ところで、周産期ボンディング障害の妊婦に接する我々にとって、妊婦とはたいてい初対面です。初対面の相手に感情移入し、共感するにしても情報が足りません。足りない情報は妊婦から教えてもらうしかありません。この時使用する技法がプローブです。プローブを多く使用することで妊婦は話しやすさを感じ、普段であれば話さないであろう自分の体験、行動、感情を語りやすくなります。これがないと、後で述べる傾聴共感はできません。

プローブには (a) プロンプト、(b) コメント、(c) 質問、(d) 強調があります。

プロンプト：

我々は日常会話でたいていは合いの手を入れます。「うん」「はい」「なるほど」「えっ！」などがそれです。個人の癖もあるので、合いの手はさまざまです。合いの手が入ることで会話が弾みます。これがプロンプトです。プロンプトを全く使用しないと、妊婦は黙ってしまいます。支援者は、日常会話よりもっと積極的にプロンプトを使います。繰り返しになりますが、周産期ボンディング障害の妊婦は、本来恥ずかしい、話したくないと思っていることを、支援者に語るのですから、支援者には思い切ったプロンプトの使用が求められます。プロンプトには表情の変化や視線を合わせる事が伴います。初心者は緊張して、表情も硬くなることが多いものです。すでに学習した積極的態度を思い起こしましょう。そして、妊婦がリラックスできる環境を作りましょう。

第2事例では、精神科の訪問看護師が妊婦の自宅を訪問し、面接をしています。看護師は妊婦に掛かっている負担について傾聴共感し、心理的支援を行おうとしています。そのためには、

妊婦に多く語ってもらう必要があります。プロンプトを適切に使用している場面を見てみましょう。

《プロンプト：第 3 事例》

妊婦：そしたら、ちょっとしてから、渋谷さんだったら相談にのってくれるんじゃないのって言われた。育てられないかもって相談してきなさいって言われた・・・

保健師：そうだったのですね。妊娠してるかもしれない・・・って思いながら過ごしていたのですね心配だったでしょう。今日ここに来るのも気が重かったでしょう？

妊婦：（うなずく）

保健師：その、お母さんに育てられないでしょって言われたってことだけれど、亜紀世さん自身がどう思ってるのかを聞かせていただけますか？

妊婦：わかんないけど・・・私も自分で育てるの無理だと思う。父親だれかわかんないし

保健師：赤ちゃんのパパのことですか？

妊婦：そう、

保健師：お付き合いしている人がいるのかしら？

妊婦：いるけど・・・

保健師：いるけど？

妊婦：今は一人だけど・・・

保健師：今は一人だけど前は何人か同じ時期にお付き合いしてたってことですか？

妊婦：別に付き合っていないけど、セフレはいた。

保健師：そうなのですね。今お付き合いしている人はどんな人ですか？

妊婦：職場のひと。

保健師：職場は？

妊婦：ガールズバー、そこの店長。

表向きの建前を述べた妊婦は、看護師のプロンプトに促されて、語り始めました。もし、面接者がプロンプト使わなかったらどうでしょう。第 2 事例で見てみましょう。精神的な問題を抱えながら妊娠し、妊娠初期の身体の不調と誰にも助けを求められない絶望感と孤独感から、感情のコントロールが困難になり、攻撃的な感情を抱いた妊婦に、精神科訪問の看護師が訪問し面接している場面です。

《プロンプトを使わない：第 2 事例》

患者：薬を飲んでるのが心配で、通っていたメンタルクリニックの先生に聞いたの。「妊娠したみたい」って。

看護師：・・・

妊婦：妊娠中は精神科のある大きな病院の産科で診てもらおうようにって言われ、紹介状を手渡された。

看護師：・・・

妊婦：・・・え、と・・・ねえ、ちょっと、なんなの？あんた私の話ちゃんと聴いてる？

ご覧のように妊婦の反感を買ってしまいました。妊婦は「私の話をちゃんと聴いてもらえていない」と感じてしまったのでしょう。しかし、プロンプトの過剰使用も控えなければいけません。プロンプトの過剰使用してしまうとどうなるのでしょうか？第 4 事例の助産師と妊婦の診察前の面接場面です。

《プロンプトの過剰使用：第 4 事例》

助産師：ご妊娠に気がついたとき、どんなお気持ちだったのですか？お聞かせいただけますか？

妊婦：・・・えっ！まさか、私が妊娠してるなんて！どうしよう！と・・・

助産師：そして？

妊婦：それから、怖いって。なんで妊娠なんてしちゃったんだろう？って。

助産師：ええ。

妊婦：私が妊娠してるなんて、ウソだ、って。

助産師：それで？

妊婦：検査の結果の見方、間違っていないよね、って、検査の説明をゴミ箱ひっくり返して探し出して、読み返したりして。

助産師：それで？

妊婦：何度説明書読んでもやっぱり、尿検査の結果は間違無かったみたいで。

助産師：そうだったのですね。

妊婦：はい、妊娠に間違いはないなって・・・。

助産師：それで？

妊婦：やっぱり怖いって。

助産師：それで？

妊婦：・・・。

このように、プロンプトの過剰使用はかえって話の流れを遮ってしまいます。この事例の妊婦は妊娠したことに対して怖いという感情を表出したところで、助産師がプロンプトを過剰に使用してしまったために、怖いという感情以外に何を感じたのかを旨く引き出せないままに、妊婦が沈黙してしまいました。面接者は妊婦の話の流れのスピードに合わせる事が大切です。適切なプロンプトを先ほどの第 2 事例で見てみましょう。

《プロンプト：第 2 事例》

看護師：そして…

妊婦：そのクリニックには通わなくなった。薬は結構残っていたし…

看護師：そして…

妊婦：吐き気と気持ち悪さと…体もだるいし…

看護師：つわりですね。

妊婦：絶望感で…途方にくれた…だれにも相談できず…

看護師：そして、

妊婦：イライラして、感情のコントロールも難しくなって…

看護師：彼に当たるようになったのですね。

このように、妊婦の「絶望感で…途方にくれた…」という感情や「イライラして感情のコントロールが難しくなって…」と、その時に感じた感情を引き出すことが出来ました。話の流れの中で相手の反応を待ちつつ、適切なタイミング、適切なスピードで、プロンプトを入れることが効果的です。

コメント：

面接者にとって妊婦は初対面ですから、妊婦に関する情報をほとんどしりません。ですから、直接コメントすることは、妊婦からみると「積極的に私を理解しようとしている」と映ります。直接的依頼が妊婦の発言を先に進めるのです。

「そのことについてもっと聞かせてください」は多くの面接者が用いる常套句です。「そのことをもうすこし聞かせてください」という依頼によって、支援者がそのことに強い関心があることを伝えることができます。妊婦情報のなかで特に重要と感じた場面で、使いましょう。「もっと話してください」という表現を使用する際は、身を乗り出すなどの姿勢を加えることでさらに効果を強められます。妊婦は「聞いてもらえている」という満足感を得ることができます。次の例を見てみましょう。

《コメント：第 3 事例》

保健師：そうだったんですね。妊娠してるかもしれない・・・って思いながら過ごしていたので
すね心配だったでしょう。今日ここに来るのも気が重かったでしょう？

妊婦：（うなずく）

保健師：その、お母さんに育てられないでしょって言われたってことだけれど、亜紀世さん自身
がどう思ってるのかを聞かせていただけますか？

支援者が疑問に感じた状況でも、妊婦に「もっと話してください」と問いかけるのは、深い
情報を得るとても有効な手法です。

第 1 事例の、援助交際で生計を立てていて、妊娠に気づき、陣痛がきたら腹痛のフリをして
救急車を呼べばいい、行っている妊婦に、保健師が面接をしている場面です。その背景には何
があるのでしょうか。保健師が直接に疑問を投げかけます。

《コメント：第 1 事例》

保健師：赤ちゃんを乳児院に預けたことがおありなのですよね？

妊婦：……

保健師：いつのことか聞かせていただけますか？

妊婦：……

保健師：あなたがおいくつの時ですか？

妊婦：高校生の時、付き合っていた奴がいて…

「おさしつかえなければ…」「お話しいただける範囲で…」などをつけ加えるのも丁寧な
方法です。しかし、社会人としてのエチケットから相手のプライバシーにはあまり立ち入らな
いというエチケットは、心理援助の場面ではあてはまりません。丁寧すぎる対応は、かえって
支援者が話題を避けたがっているという印象を妊婦に与えかねません。正直に直接質問する技
法を身につけましょう。

質問：

質問を多発すれば支援者が会話の流れを決めてしまいます。妊婦は自由に話せなくなります。
しばらく待てば妊婦は支援者が知りたいことのほとんどの部分を話してくれます。しかし、適
切な質問をすることで、妊婦の発言が先に進み、問題の所在が明確になり、さらに妊婦の心理
的安定を得ることができます。第 1 事例を見てみましょう。

《質問：第 1 事例》

保健師：捨てられるとを感じるのですね？

妊婦：はい・・・それが怖い・・・っていうか恐ろしい。

保健師：花子ちゃんの時も・・・

妊婦：そう。でも、花子は可愛かった。セックスと子どもは違うと思う。

保健師：どんなふうに違いますか？

妊婦：赤ちゃんは自分の分身だと思う。何でもしてあげたい。でも、授乳に失敗したり、おむつ替えの時に泣き止まなかったりされると、なんて自分はダメな母親だと思い知らされるの・・・あれは辛い・・・花子の体重がなかなか増えない時は死んじやうんじやないかと思った。

保健師：花子ちゃんの体重が増えなくて、自分の失敗で花子ちゃんが死んでしまうと考えると、地底に落ちるような感じだったのでしょうか？

妊婦：奈落の底に落ちていく・・・そんな感じで、気分も滅入って、心臓がバクバクして、何も手につかなくなったの・・・乳児院に預けたら、寂しいけれど、かえって気持ちが落ち着いて、なんか変な感覚だった。

ここでの質問のポイントは「開かれた質問 open-ended question」です。「セックスと子どもは違う」という妊婦の発言に保健師が、「どんな風に違いますか？」と質問しています。はい、いいえで答えられるような質問の仕方ではなく、開かれた質問をすることにより、妊婦は自由に自分の経験、思考、感情を表現することができるのです。

次に、第 2 事例では、自分の妊娠に気づいてから、子どもを産んで自分で育てたいという希望がある一方で、子育ての責任が重すぎて、自分の被養育体験からも、自分はダメな母親になってしまうのではないかと、自信が持てずに子どもを産んでも育てられないと考えている妊婦の事例です。どれほどに「お腹の子のことを考えているのか」を繰り返し「赤ちゃんに悪い影響があったらいけないからですね？」と質問しています。

《質問：第 2 事例》

妊婦：・・・

看護師：赤ちゃんに悪い影響があったらいけないからですね？

妊婦：・・・

看護師：妊娠中に精神科の薬を飲んでいると赤ちゃんに奇形ができるとかですか？

妊婦：ネットでそういうのを・・・読んで・・・

看護師：怖くなった？

妊婦：そう・・・

看護師：赤ちゃんに悪い影響があったらいけないから？

妊婦：・・・

看護師：赤ちゃんに悪い影響があったらと考えたときは、お腹の中の赤ちゃんのことを考えていたのでしょうか？

妊婦：うん…………

看護師：赤ちゃんになんと言ったのですか？

妊婦：「ごめん」・・・「でも薬は止められないの」・・・

質問は単に情報量を増やすだけでなく、後で述べる妊婦の盲点を突くこととなり、妊婦が入りかけている負の螺旋階段から妊婦を引き戻す効果を持ちます。

強調：

妊婦の話のなかで特に焦点を当てたい部分を短く繰り返すのが強調です。妊婦の述べる内容の中で支援者が最も重要と思う部分を、短い表現で協調します。第 2 事例で見てみましょう。精神科訪問の看護師が訪問し面接している場面です。精神的な問題を抱えながら妊娠した第 2 事例の妊婦では、妊娠初期の身体の不調と誰にも助けを求められない絶望感と孤独感から、感情のコントロールが困難になり、攻撃的な感情を抱いた点がポイントでした。妊婦の「面倒くさい」という表現が重要だと思った看護師が、「面倒くさい？」という表現で強調しています。

《強調：第 2 事例》

妊婦：私、一生独身を覚悟していたの。割と小さい頃から。家族になるって面倒くさいことだし。

看護師：面倒くさい？

妊婦：父は、何もしない人で。私は放っておかれたの。アルコールに溺れていて。家の中もぐちゃぐちゃで汚かった。

看護師：お酒を飲んでばかりで、家事も子育ても何もしない人で、こうしてほしいなと望んでも、何もしてくれなくて、そんなお父様を観ているのに、嫌気が指していたのですね。

妊婦：そう。嫌だったの。でも、前の彼が、子ども欲しいって言ってから、私も子どもとの生活を少し考えたりしてみたの。

妊婦はなぜ家族になることが面倒だと感じるのか、妊婦にとっては、妊婦の内面にある、とても触れられたくない部分なのでしょう。助産師が、妊婦の発言の「面倒くさい」を強調したことにより、意識

に上りにくく語りにくい部分である、自らの幼少期のネグレクトを受けていた体験を語り始めました。

この場面で、別の部分を強調していたらどうなるでしょう？強調の不適切な例を見てみましょう。

《不適切な強調：第 2 事例》

妊婦：私、一生独身を覚悟していたの。割と小さい頃から。家族になるって面倒くさいことだし。

看護師：一生独身ですか？

妊婦：そう。だってその方が楽ちんでしょ。バイトしてれば何とかなるし。住むところがなくた

って、彼氏の家とか、適当にとまらせてくれそうな誰かのところに行けばどうにかなるじゃ

ん。その方が好き勝手できるし、全然気楽。だから一生独身が良いって思ってた。

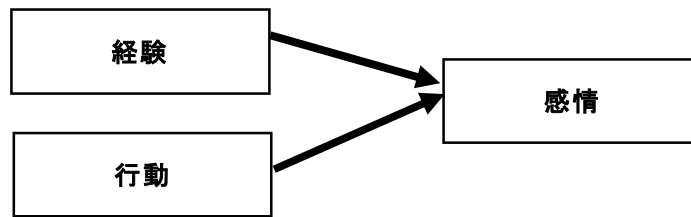
このように、妊婦の発言の中であまり重要ではない部分を強調してしまうことにより、妊婦の話は同じ話の繰り返しになってしまっていて、先に進まなくなってしまう。妊婦が語っている内容から、妊婦が気づいていない重要な側面に気づくことが出来るように、光を当てるのが、面接者の役割なのです。

基本的共感

何を傾聴するか：

妊婦の置かれた状況について十分な情報が得られてから行うのが基本的傾聴共感です。傾聴とは妊婦から発せられる言語的および非言語的情報を聞き取り、理解することです。そして、その理解したことを妊婦に言語的および非言語的に伝えることが共感です。「わかってもらえた」という感覚を妊婦が持つことが、過剰な不安、抑うつ、恐怖を低減させることにつながるのです。妊婦から発せられる情報はさまざまです。支援者はこれを分解して理解する必要があります。

傾聴すべきポイントは、(a) 経験、(b) 行動（思考）、(c) 感情です。人は経験したことに対して行動を起し（あるいは何かを考え）、その結果として感情が発生します。ここで行動に含まれるものは (a) 妊婦が実際に行った行動 (b) 妊婦が取りたかったが取れなかった行動 (c) 妊婦が考えたこと の 3 種類です。治療効果があるのは、妊婦がどのように感じた、もしくは感じているかを理解することです。「私がどう感じたのかを分かってくれた、共有してくれた」という感覚を感じが抱くことが、妊婦の心理の安定につながります。感情は自然発生するものではありません。周囲で発生した出来事を経験・体験し、それについて何を考え、何をして、あるいは何がしたくてもできなかったかという土台があってはじめて、感情が発生します。傾聴するというのは、このメカニズムを妊婦の発言から読み解くことなのです。



人は経験と行動について語ることに秀でています。しかし、感情について語ることは苦手です。特に日本の文化では、感情を正直に述べることに大変抑制的です。妊婦の感情を引き出すには、基本的技法（例：リラックスした姿勢、効果的眼差し等）と各種のプロンプト（質問、協調等）を有効に使用する必要があります。妊婦から出てくる感情に関する表現が非常に少ないときは（a）感情について語ることを妨げているものは何かを考えると、（b）支援者の側に妊婦の感情表出を妨げる要因がないかについて考えることが重要です。

どのように共感するか：

基本的共感の基礎は、妊婦の発言の主要部分をそのまま繰り返します。構造は以下の通りです。

「〇〇という経験（体験）をし、
〇〇という行動を行い（と考え、ができず）、
〇〇と感じた（感じている）のですね」

第 1 事例を見てみましょう。

《基本的共感：第 1 事例》

患者：寂しかったんだと思う。両親は仲が悪くて・・・親は私よりお兄ちゃんのほうが可愛かったみたいで・・・えこひいきされたし・・・お兄ちゃんは中学に入ったら時計を買ってもらっていたけど、私には「まだ早い」とか言われて・・・

保健師：お兄ちゃんは時計を買ってもらったりと、自分よりもお兄ちゃんの方がかわいがられているように感じられて、寂しかったのですね。その寂しさを紛らわすために？

この事例で、妊婦は「寂しかった」という感情を最初に述べたあと、その理由として、「親がお兄ちゃんの方をかわいがっていた」、「えこひいきされた」と考えたこと、「お兄ちゃんは中学に入ってから時計を買ってもらっていた」という体験があったこと、と体験、思考、感情が自由連想的に述べられています。どうして「寂しい」という感情が生じたのか明確に理解できていないのです。体験、思考、感情を、妊婦の発言から抽出して明確に述べ基本的共感を示すこ

とで、妊婦自信の自分の感情に対する理解が深まります。

第 3 事例を見ましょう。20 歳の時に妊娠 25 週の早産で女兒（歩ちゃん）を出産し現在 3 歳になるお子さんを実家の両親に手伝ってもらいながら育てている妊婦の母親が保健師に連絡して面接することになりました。保健師の初回面接の場面です。

《基本的共感：第 3 事例》

妊婦：昨日母親にすごく怒られた。歩のお世話だってできてないのに何やってんの？って。相手

は誰なの？とか、育てられるの？とか、歩はどうするの？とか…

私だって妊娠してたらどうしよう？ってちょっとは思ってた…いきなり検査させられて妊娠し

てるってわかってそれだけで頭ぐるぐるしてるのに、母親にガミガミ言われて（涙）

保健師：（うんうん、うなずきながら）

妊婦：そしたら、ちょっとしてから、渋谷さんだったら相談にのってくれるんじゃないのって言

われた。育てられないかもって相談してきなさいって言われた…

保健師：そうだったのですね。妊娠してるかもしれない…って思いながら過ごしていたのですね。

心配だったでしょう。今日ここに来るのも気が重かったでしょう？

妊婦：（うなずく）

ここでわかることは、妊婦が自身の体験、行動、思考、感情を、自由連想的に話しており、妊婦自身も気持ちの中でまとまっていないことです。妊婦の体験は、「母親にすごく怒られた」「いきなり検査させられた」、「母親にガミガミ言われた」、「育てられないかもって相談してきなさいって言われた」などです。妊婦の行動・思考も、「私だって妊娠してたらどうしよう？」、「妊娠だってわかって頭がぐるぐるしている」、そして妊婦の感情は、「子どもを育てられないと心配」、「相談するのは気が重い」でしょう。妊婦は起きた出来事、つまり体験したことについて雄弁に語り、また行ったことについても十分語っていますが、感情については急に言葉数が少なくなっています。

感情を共感することが支援上、最も重要です。感情の共感をするには、まず妊婦の発言を振り返ります。妊婦の発言は、紙に書けば数行に亘るでしょう。この中で最も重要な感情表現を探すのです。もうひとつの方法は、妊婦の発言の「行間」を読んでその感情を探索することです。基本的共感の技法を使うには、日本語表現・語彙の豊富さが求められるのです。日常から、言葉の表現の範囲を広げる勉強が必要です。よくある「お辛かったですね」「大変でしたね」は陳腐の極みであり、妊婦には通り一遍の「外交辞令」にしか聞こえません。面接者は妊婦の発

言を聞きながら、「どのような表現が妊婦の感情を的確に表現できるだろうか」を集中して考え、いくつか出てきた候補の用語のなかから、最も適切だと考えられる表現を選ぶのです。そして、妊婦の発言が一息つくタイミングで共感を示します。

もちろん、こうした基本的共感が妊婦の感情を正しく反映していれば、妊婦は「そうなんです！」という反応を示し、妊婦の発言は先に進みます。「話したら分かってもらえた」という感覚が支援効果を生みます。一方、支援者が行った基本的共感が妊婦の真の感情とずれていることも良くあります。自身の感情が伝わっていないと（無意識のうちに）感じた妊婦は、「いや、本当はこうなんです」と、面接者に自分の感情についてさらに述べ始めるでしょう。これが面接者に再度基本的共感をする機会を与えます。妊婦の感情とはずれた基本的共感であっても、「妊婦の気持ちを理解したい」という支援者の態度が、妊婦にとって「支援者は必死に私の気持ちを理解しようとしている」という信頼感を生み出していきます。

基本的共感の水準を上げるには：

心理支援のなかで基本的共感是非常に重要なものです。「重要だ」ということを妊婦に強調する必要があります。これまでの面接の流れでさまざまなプローブを用いてきたスピードと違い、基本的共感ではスピードを落として語り掛けることが有効です。ここでは眼差し、上体を前に傾斜する、両手の表現、声のスピードに加えてピッチ（高さ）を変えるなどの工夫をしましょう。

妊婦から支援者に対し質問が投げかけられることもあります。質問に正直に答える前に基本的共感をしてみましょう。次の事例を見てください。過量服薬した妊婦が救急医に質問しています。

《第 2 事例》

救急医：30 分と時間はたっぷりございますので、今、頭に浮かんでいることでも、別のことでも、ご自由にお話したいところからお話ください。

妊婦：えっとー、うーんと・・・

救急医：（リラックスした姿勢で holding するような表情で待つ）

妊婦：死にたかったのに、どうして死なせてくれなかったの。

救急医：死にたいほどのお気持ちで、どうして私のことを何も知らないあなたに、それを邪魔されなければならないのとお感じでしょうか。

もちろん、妊婦の「死にたかったのに、どうして死なせてくれなかったの。」という質問に対

して、「命を助けることは医師の使命です。」とって一般論で答えることもあるでしょう。しかし、希死念慮の対応の前に、まず基本的共感することで、面接者が妊婦に「私は貴女に寄り添っています」という暗黙のメッセージを伝えることができます。

妊婦の体験、行動・思考、感情を傾聴・理解するには虚心坦懐に妊婦の発言に耳を傾けることが最も重要です。しかし、人の心を理解する事前の知識があれば、傾聴・理解はさらに促進されるでしょう。面接の入る前の学習の重要性がここに 있습니다。精神病理学、精神科症状学、精神科診断学、基礎心理学、パーソナリティ心理学、発達心理学、社会心理学、家族心理学など、さまざまな関連領域の正しい知識を身につけていることは、傾聴・理解の有効な補助手段です。

水準の高い共感をするポイントを次のようにまとめてみました。

- (a) いきなり共感的発言をしない
- (b) 適切な共感をするに十分量の情報を得ているか自問する
- (c) 情報が少ないと感じたらプローブの手法を多用する
- (d) 発言する前に発言のメニューをいくつか準備する
- (e) 面接の流れの中で最も適切な発言はどれか検討する
- (f) 特に重要な共感ゆっくり丁寧に発語する
- (g) 妊婦の反応を確認する

葛藤の共感

人のところが不安定になるのは葛藤があるからです。周産期ボンディング障害の事例の背景にしばしば葛藤が存在することがあり、葛藤の解決が治療の重要ポイントになることがあります。相反する複数の感情が同時にこのころの中に存在し、そのバランスを取れないと感じている状態が葛藤です。いずれの感情も先験と行動があります。葛藤への共感、基本的共感をそれぞれに感情について行い、それがコントロールできないことを明確にすることで成立します。つまり以下のような公式となるのです。

第 1 の共感「あなたはA 1 という経験をなさり、そしてA 2 という行動をとり（と見え）、そしてA 3 と感じられたのですね」

第 2 の共感「あなたはB 1 という経験をなさり、そしてB 2 という行動をとり（と見え）、そしてB 3 と感じられたのですね」

葛藤の共感「あなたはA 1という経験をなさり、そしてA 2という行動をとり（と考える）、そしてA 3と感じられたのですね。でもその一方で、B 1という経験をなさり、そしてB 2という行動をとり（と考える）、そしてB 3と感じられたのですね。そして、この両者の折り合いがつかないからXと感じておられるのですね」

葛藤の共感は大変重要な技法です。次に実例を見てみましょう。産んだ赤ちゃんの養育を頑なに拒んでいる母親です。

《葛藤の共感：第 2 事例》

看護師：どんな風にですか。

妊婦：正直、恐いし、かわいがれるかわかんないし、やっぱ子ども嫌って思うかも。責任が重すぎて、私には、背負えないし。それに、つわりも辛かったし、今もたまに気持ち悪いし、胎動とかも「ぐによぐによ」して、嫌。

看護師：なるほど、ご自身の妊娠に気づいてから、子どもを産んで自分で育てたいという希望がある一方で、いざ、子どもとの生活を考えると・・・責任が重すぎて、かわいがれる自信がない、自分の父親もどうしようもないダメな父親だったから、自分自身もダメな母親になってしまうのではないかと、と自信がなくなり、怖くなるのですね…。その上つわりもあって、胎動も「ぐによぐによ」して気持ち悪いし、嫌になってしまいますね。

妊婦：そう…。だからこんな気持ちから解放されたい…。

この女性は、実は今回の妊娠に気づいて自分で産んで育てたいという希望を持った一方で、過去の自分の父親の、自分に対する養育態度を回想して自分も父親と同じようになってしまったのではないかと考えて、子どもを育てる自信がなくなり、怖くなるという感情を抱き、子どもを育てたいと思うほど後者の感情が強くなるという葛藤状況にあったのです。そのことを精神科訪問の看護師が深い共感の手法を用いて葛藤の解消を図っていたのです。

何気ない普通の会話に見えて、実は看護師の計算しつくされた葛藤の共感が、この妊婦とおなかの中の赤ちゃんの生命と人生を守り、支えていたのです。

深い共感

心理支援はプローブと基本的共感を中心に行います。しかし、それだけではなかなか効果が出ないこともあります。妊婦の洞察が進まず、いわば負の螺旋階段から抜け出せないことも多いのです。こうした時に取るべき手法は、深い共感と妊婦の盲点の探索です。

妊婦が気が付いているが言葉に表現していないことや、本当は心の中にあるものの妊婦がそれに気づいていないことを、支援者が言語化することが深い共感です。いわば「一歩先」を行った共感です。妊婦の述べることを受け身で聞くだけでは深い共感是不可能的です。「言いかけていることは何だろうか」「ほのめかしていることは何だろうか」「戸惑いながらも言おうとしているのは何だろうか」「はっきりしているものの裏から聴こえてくるのは、どのようなメッセージなのだろうか」などという問を支援者が自問自答するのです。「行間を読む」理解といってもよいでしょう。この作業は、妊婦の性格、生活史、置かれた状況、体験した出来事の内容から「読み解く」作業が必要です。支援者の勝手な思い込みではありません。簡単な例から見てみましょう。

《深い共感：第4事例》

妊婦：・・・ああ、私、ふられちゃったんだ、って・・・。

助産師：彼は、私のことが本当に好きなわけじゃなかったんだ、と、見捨てられてしまったような感覚になって・・・

妊婦：・・・そう。

助産師：私には愛されるだけの価値がないんだ、と、そんな風に感じたのですね？

この場面で、妊婦は「ふられちゃった」という事実を述べているだけで、そこでどのような感覚になったか、どの様な感情を感じたのかまでは言及していません。助産師は妊婦が「このように感じるだろう」と感覚や感情を読み取り、「見捨てられてしまったような感覚」「私には愛されるだけの価値がない」と非常にネガティブな感情体験を代弁しています。つまり、深い共感面接者が妊婦の代弁をするという機能を持っているのです。

次の第1事例を見てみましょう。援助交際で生活費を稼いでいた妊婦と保健師が面接している場面です。

《深い共感：第1事例》

妊婦：赤ちゃんは自分の分身だと思う。何でもしてあげたい。でも、授乳に失敗したり、おむつ替えの時に泣き止まなかったりされると、なんて自分はダメな母親だと思い知らされるの・・・あれは辛い・・・花子の体重がなかなか増えない時は死んじゃうんじゃないかと思った。

保健師：花子ちゃんの体重が増えなくて、自分の失敗で花子ちゃんが死んでしまうと考えると、地底に落ちるような感じだったのでしょうか？

妊婦：奈落の底に落ちていく・・・そんな感じで、気分も滅入って、心臓がバクバクして、何も手につかなくなったの・・・乳児院に預けたら、寂しいけれど、かえって気持ちが落ち着いて、なんか変な感覚だった。

妊婦は「死んじゃうんじゃないかと思った」と、思考を表現していますが、「怖い」という感情までは明確に言及していません。そこで面接者が「地底に落ちるような感じだったのでしょうか？」と、「花子ちゃんの体重が増えなくて、自分の失敗で花子ちゃんが死んでしまうと考える」ときに、どれほど怖かったのかを深く表現して返したのです。

深い共感のもうひとつの技法は、妊婦の表現の幅を大きくして共感することです。感情を表出したとしても、本当の強さでそれを表すことを避ける傾向は多くの人に共通することです。本当はひどく悔しくても「少し残念だった」などと表現するのです。その人の教養や社会的地位が、ストレートな表現を抑えているのです。過小表現は日本の文化と日本語の特徴です。「困りました」ではなく、「ちょっと困りました」と表現したり、「ぐっすり眠れた」ではなく「まあまあ眠れた」などの表現です。「ストレスを感じたというのではないですが・・・」（実際にはストレスを感じたのです）もそういった表現のひとつです。「一方、心理援助では、妊婦にその心の中にある感情を十分に表出してもらうことが何よりも大切です。そこで、面接者は、妊婦の表現の「音量」を上げて共感することが必要です。これも深い共感です。

第2事例でその実例をご覧ください。妊婦は「イライラして、感情のコントロールも難しくなって・・・泣きたくなかった。」と述べています。「泣きたくなかった」が過小表現です。基本的共感として「泣きたくなかったのですね」と述べても、音量は変わりません。

《深い共感：第2事例》

妊婦：絶望感で・・・途方にくれた・・・だれにも相談できず・・・

看護師：そして、

妊婦：イライラして、感情のコントロールも難しくなって・・・泣きたくなかった。

看護師：本当に泣き叫んだのでしょうか？泣きながら、彼を叩いたり、物を投げつけたのでしょうか？

妊婦：そう、毎晩のように喧嘩して・・・「妊娠した」って言ったら、「聞いてない、俺の子供かわからない」って・・・

看護師は「音量」を上げて、「本当に泣き叫んだのでしょうか？」と対応しています。そしてこれがその通りだったので、妊婦が「そう」と、つまりそのように叫んだことを認め、以降、話が深くなっていきました。

人はなかなか本音を語りにくいものです。面接の場面でも、最も大切な感情表現で妊婦が言い淀むことも多くあります。ここでも極力「音量」を上げた共感を行います。第 4 事例の妊婦は沈黙を続けています。感情はほとんど出てきません。そこで面接をしている保健師は深い共感を行います。

《深い共感：第 4 事例》

保健師：もう一度お伺いします。今日はなぜ、あなたはここにいるのですか？今日はどうして私とこうして会って、私と面接を？（正面からしっかり妊婦の目を見て）

妊婦：…。(視線をそらす)

保健師：「ひとりで育てられるわけがない、フリーターでろくな仕事してなくて、結婚もしてなくて、そんな人が、母親になれるわけがない」と…。一番困ってらっしゃるのは愛実さんではないのですか？

妊婦：…。

保健師：コロナが怖いから病院に行けない、それは口実ですよ。

妊婦：…

保健師：「あなたに子育てなんて出来るわけがないじゃない」と…そういわれると思うと、病院に行くのも、本当は怖いんでしょう？怖くて怖くてたまらないんでしょう？

妊婦：…（うつむく）

妊婦の本音は「怖い」です。しかもその理由が「母親になれる」「『あなたに子育てなんて出来るわけがないじゃない』といわれる」と思い込んでいることにあります。これは本人が気づいているか気づいていないかは不明です。そこで保健師は単刀直入に「『あなたに子育てなんて出来るわけがないじゃない』と…そういわれると思うと、病院に行くのも、本当は怖いんでしょう？怖くて怖くてたまらないんでしょう？」と切り込んだのです。

行動の結末の促進

「馬が厩に入らない、手綱を引いて厩に馬を入れようとするのですが、馬が反発してどうにもびくともせず、一向に厩に入ろうとしない。そこに、子どもがやって来て、厩とは反対の方向に馬の尻尾を引っ張ったら、馬がびっくりして厩に入った。」という逸話があります。この力動を面接の場面で活用します。妊婦の抵抗を上手く利用して、解決の方向へと導くのです。具体的に第 4 次例を見ていきましょう。

《行動の結末の促進：第 4 事例》

妊婦：そう。松田さんだってそうでしょ！私みたいな、学歴もなくて、フリーターでろくな仕事してなくて、結婚もしてなくて、そんな人が、母親になれるわけないって、鼻で笑っちゃうでしょ！

保健師：・・・母親になれるわけない・・・？母親になりたいのね？

妊婦：・・・。

保健師：もう一度お伺いします。今日はなぜ、あなたはここにいるのですか？今日はどうして私とこうして会って、私と面接を？（正面からしっかり妊婦の目を見て）

妊婦：・・・。（視線をそらす）

保健師：「ひとりで育てられるわけがない、フリーターでろくな仕事してなくて、結婚もしてなくて、そんな人が、母親になれるわけない」と・・・。一番困ってらっしゃるのは愛実さんではないのですか？

妊婦：・・・。

保健師：コロナが怖いから病院に行けない、それは口実ですよ。

妊婦：・・・

保健師：「あなたに子育てなんて出来るわけがないじゃない」と・・・そういわれると思うと、病院に行くのも、本当は怖いんでしょう？怖くて怖くてたまらないんでしょう？

妊婦：・・・（うつむく）

保健師：どうしましょうか。私と一緒に、産婦人科に行きましょうか？妊娠してるのであれば、お腹の赤ちゃんが元気なのか、確認しておきたいでしょう？

妊婦：・・・

保健師：別に良いんですよ、無理に受診しなくても。しばらくすれば、お腹の赤ちゃんが元気かどうかは、胎動でわかるでしょうね。そのうち、嫌でも自然に陣痛が来て生まれるわけだし・・・

妊婦：・・・行きます！行けば良いんですよ！別に怖くなんかないから！

この場面で妊婦は「私みたいな、学歴もなくて、フリーターでろくな仕事してなくて、結婚もしてなくて、そんな人が、母親になれるわけないって、鼻で笑っちゃうでしょ！」という発言からもおわかりのように、妊婦は「母親にならない」とは言っていません。「母親になりたいのになれない」という葛藤が存在していることに気づいた助産師は、「『母親になれるわけない』と・・・。一番困ってらっしゃるのは愛実さんではないのですか？」と、「その葛藤を指摘し、さらには「コロナが怖いから病院に行けない、それは口実ですよ。」「『あなたに子育てなんて

出来るわけがないじゃない』と・・・そういわれると思うと、病院に行くのも、本当は怖いんでしょう？怖くて怖くてたまらないんでしょう？」と深い共感をしています。妊婦の抵抗を引き出した上で、「別に良いんですよ、無理に受診しなくても。しばらくすれば、お腹の赤ちゃんが元気などうかは、胎動でわかるでしょうしね。そのうち、嫌でも自然に陣痛が来て生まれるわけだし・・・」と、好ましい行動とは反対のことを言い、その場合にはどういう結末が待っているのか、付加情報を提示しています。このように、妊婦が様々に話す内容から導き出される結論を面接者が提示することで、行動の結末の促進をします。その結果、妊婦は新しい展望を得ることが出来ます。事例の妊婦は、行動の結末の促進の結果、「行きます！行けば良いんですよ！別に怖くなんかないから！」と受診の決断をしています。厩に入ろうとしない反発する馬の反発力を使って厩に入れる、つまり、「受診しない」と言い張って反発している妊婦の反発力を使って、「受診する」方向に押しやったのです。難しいテクニックではありますが、抵抗を示す妊婦には有効なテクニックのひとつです。

妊婦の盲点

妊婦は一方向からの話をするものです。負の螺旋階段に入り込んでいるのですから、他の方向から自身を見ることができずにいます。心理支援の要点は、妊婦に問題の所在や解決方法を「講義する」ことではありません。自身で気づいてもらうことです。これを洞察（insight）といます。別方向から自身を見直せば、事態の眺めは一変します。妊婦は「盲点」がありますが、盲点は自分では気が付かないのです。盲点を気付かせることは心理援助で大変重要なことです。

妊婦の盲点を気づかせる方法に定型的なものはありません。それが基本的共感や葛藤の共感とは異なる部分です。妊婦は一定の思考パターンに固執していて、他の思考選択肢を思いついていません。事態を考える他の切り口を「講義」してはいけません。「あなたは看護師だからそんな楽な言い方ができるのよ」、「理屈はそうでしょう。でも私には無理です」という反応が返ってきます。

支援者はまず妊婦の思考パターンを（頭の中で）整理してみます。妊婦の思考パターンは異常ではありません。しかし、何か違和感を感じるはずですが。それは一方の極端から物事を見ていないことでしょう。物事に対する味方はいくつもの側面が存在するはずなのですが、妊婦がそのうちのひとつの側面だけに限って物事を見ていることに気がつくはずですが。では、ほかの

考え方はないのでしょうか？支援者は（再び頭の中で）思いつukだけの他の考え方の選択肢を挙げてみます。これはブレーストーミングの手法です。いわば一人ブレーストーミングです。そのうえで、目の前の妊婦をどのように誘導するかについて策を練るのです。

いくつか事例を見てみましょう。

《妊婦の盲点：第 1 事例》

保健師：乳児院は一時的で、すぐに引き取ろうと思って、必死にバイトの掛け持ちをして、貯金をしようとしたママが・・・定食屋、コンビニ、美容院、本屋で働き詰めだったママが・・・乳児院に預けるのを延ばして、二歳の誕生パーティーをしてくれたママが・・・あの時の写真を削除せず保存しているママが・・・会いに行くの辛いから会いに行けないママが・・・「落第点だ！」と二人に言われるのでしょうか？

妊婦：……

保健師：今回はどうしましょう？

妊婦：産みます……育てます……

この事例では、「必死にアルバイトをしたこと」、「働き詰めだったこと」、「乳児院に預けるのを延ばして、二歳の誕生パーティーをしたこと」、「誕生パーティーの写真を削除せず保存していること」、「会いに行くの辛いから会いに行けないこと」を「頑張っていたママ」であることの証拠として挙げて、『落第点だ！』と二人に言われるのでしょうか？」と指摘しました。妊婦の意識には上ってきていなかった側面です。

《妊婦の盲点：第 2 事例》

妊婦：ひどいよ、それでその夜にあいつ出て行った。

看護師：薬を飲んでいるので心配だったのですね？

妊婦：うん……

看護師：薬を飲んでいるので？

妊婦：……

看護師：どうして？

妊婦：……

看護師：赤ちゃんに悪い影響があったらいけないからですね？

妊婦：……

看護師：妊娠中に精神科の薬を飲んでいると赤ちゃんに奇形ができるとかですか？

妊婦：ネットでそういうのを・・・読んで・・・

看護師：怖くなった？

妊婦：そう・・・

看護師：赤ちゃんに悪い影響があったらいけないから？

妊婦：・・・

看護師：赤ちゃんに悪い影響があったらと考えたときは、お腹の中の赤ちゃんのことを考えていたのでしょうか？

妊婦：うん・・・・・・・・

この事例では、本当は、妊婦はお腹の中の赤ちゃんのことを大切に思っていたのです。だからこそ、ネットで薬について検索したり、赤ちゃんに悪い影響があるのではないかと考えて心配になったりしたのです。このような、妊婦の意識には上ってこなかった側面を看護師が指摘し盲点をついたのです。

《妊婦の盲点：第 4 事例》

妊婦：そう・・・そう、そう・・・お父さんだって・・・お父さんだって、私を見捨てて、家を出て行って、他の女の人と再婚してる。お母さんだって、いつも一真ばかり！弟ばかりをかわいがる！結局いつも、私は・・・私はひとりで・・・。一真のこと見ててね、一真のことお願いね・・・。一真がうらやましい！みんな私のことなんてどうでも良いのよ！でも、でも、一真は私にとってかわいい弟で・・・たったひとりの弟で・・・お姉ちゃん、お姉ちゃんって慕ってくれて・・・。一真を恨むことも出来ない・・・！

助産師：・・・お父さんは・・・愛実さんのお父さんは、一真くんだけをかわいがっていたのですか？

この事例の妊婦は、誰も自分のことを愛してくれない、私は誰にも愛される価値がないと思いついていました。しかし、助産師の「愛実さんのお父さんは、一真くんだけをかわいがっていたのですか？」の質問に、父親の記憶とともに自分に対する父親の存在を探索し、父親から受けた愛情に気づいたのです。

妊婦の自己解決能力を信じる

心理支援の重要課題は、妊婦自身が自分の問題の本当の所在を理解して、その問題をどのように解決していけば良いのかを、自己決定できるように支えていくことにあります。そのため、面接者や支援者が妊婦の行うべきことを全て代行する様な方法では、妊婦のもつ本来

の自己解決能力が損なわれてしまいます。次の事例を見てみましょう。

《妊婦の自己解決能力を信じる：第 1 事例》

保健師：乳児院は一時的で、すぐに引き取ろうと思って、必死にバイトの掛け持ちをして、貯金

をしようとしたママが・・・定食屋、コンビニ、美容院、本屋で働き詰めだったママが・・・

乳児院に預けるのを延ばして、二歳の誕生パーティーをしてくれたママが・・・あの時の写

真を削除せず保存しているママが・・・会いに行くの辛いから会いに行けないママが・・・

「落第点だ！」と二人に言われるのでしょうか？

妊婦：・・・・・・・・

保健師：今回はどうしましょう？

妊婦：産みます・・・・・・・・育てます・・・

保健師：・・・

妊婦：私でもできる仕事ってあるでしょうか？

保健師：明日にでも一緒に職安に行きましょう。家にいてもできる仕事を探しましょう。

妊婦：シングルでも診てくれる産科クリニックってありますか？

保健師：お任せください！

妊婦：ありがとうございます。

この事例の保健師は、妊婦の自己解決能力を強く信じています。だからこそ、妊婦が「私でもできる仕事ってあるでしょうか？」と妊婦が示した自己解決に向かう意思を尊重し、「家にいてもできる仕事を一緒に探す」提案をしているのです。解決するために何かを与えたり、やってあげたりするのではなく、何ができるかを共に考えて、妊婦の持つ能力を引き出し、妊婦の自己決定を支えその方向へと手助けすることは、妊婦の自己解決能力を高めま

す。

ケースワーク：

コロナ禍における妊婦支援では、ケースワークも重要な課題のひとつです。次の第 3 事例を見てみましょう。

《ケースワーク：第 3 事例》

妊婦：だからもう一回ネットで検索したら、この前、渋谷さんが言ってた特別養子縁組ってい

うのがあるってわかったから匿名でメール送ってみた。

保健師：あら、そうだったんですね。

妊婦：そしたら、返事がきたとこと、まだ来てないことあって。返事がきたところは、一度電話で話そうってなって今日この後に話すことになってる。

保健師：そうだったのですね。その団体はNPOとかそういうところでしょうか？もしよかったら教えていただけますか？

妊婦：ここ。

保健師：なるほど、（スマホで調べて）その団体は東京都の許可を受けているって書いてありますね。もし、相談進めるってことになるなら、私の方でもその団体の方と連絡とお話うかがえたらと思うのだけれどそうしてもいいですか？私の名前を伝え私が話したいって言ってたって伝えてくれたらありがたいけれど。いろんな団体があるから、お話できると安心だなと思ひまして。

妊婦：じゃあ電話の時に伝えます。

この事例では、妊婦が提案してきた特別養子縁組について、保健師が、特別養子縁組を行っている団体との相談を進めていくことになりました。このような支援はあくまでもケースワークであり、心理支援とは異なります。しかし、妊婦にとって何が問題なのかを理解した上で自己解決の目標が明らかになり、様々な社会資源の利用が必要で、そのための情報提供を求めるのであれば、面接者はケースワークをすることになります。しかし、ケースワークばかりを行うと、妊婦が面接者や支援者に依存する関係になり、自己解決の妨げになってしまいます。面接者は、今、自分が行うべきことが、心理支援なのか、ケースワークなのかを意識しながら関わるのが大切です。

希死念慮への対応

メンタルヘルスの問題を抱えている人はしばしば、希死念慮を有することがあります。それは妊産婦であっても例外ではなく、我が国の直接産科死亡原因として自殺が最も多いことが報告されています (Takeda et al., 2020)。

妊婦が希死念慮を抱えた場合、それを最初に感知するのは恐らく産科スタッフや地域の母子保健スタッフといった、精神科を専門としない支援者であることは珍しくないと考えられます。そうした場合の対応として、精神科への紹介が優先的に検討されることもあるかもしれませんが。しかしながら、それが有効な手段であるかについては疑問が残るところです。精神科受診については様々な理由からそれをためらう者も少なくなく (Andrade et al., 2014)、日本における精神科の受療率は一般的に低い (Ishikawa et al., 2016) ことが報告されています。自殺既遂者を対象とした研究でも、自殺に至る前1年間に精神科を受診した者は50%に過ぎないという報告もあり (Hirokawa et al., 2012)、たとえ希死念慮があったとしても受診の強い動機付けにはなり得ないと考えられます。また、妊娠期には服薬に不安感を抱く者もあり、そうした理由からも安易な精神科受診の勧奨により支援を他機関に「つなぐ」ことで自身の支援を終結させることは、結果として妊婦の精神科受診の忌避による支援の中断を招きかねません。

一方で、自殺予防の支援を直接的に行うことへの不安感が支援者側にもあると考えられます。例えば、「自分が自殺について話題にすることで、自殺を誘発してしまうのではないか」といったものです。そしてその不安感から、「そんなことを言わないで」「死んじゃだめです」「それであれば精神科を紹介しますね」といった話題の転換、中断や(無意識的な)支援における責任の転嫁につながることもしばしばあります。しかしながら、自殺について尋ねることで希死念慮や自殺関連行動が増加するといったエビデンスは今のところなく、むしろ積極的に尋ねることで予防的な支援につながるなどのメリットが上回るとされています (Bolton, Gunnell & Turecki, 2015; Decou, & Schumann, 2017)。また、後述のとおり、希死念慮は対人関係上の問題から発生すると考えられます。そういった問題を背景に希死念慮を有する妊婦にとって、対人支援の中で自身の心理的問題について適切に対応されないことは希死念慮の悪化すら招きかねません。したがって、産科医療、母子保健に関わる支援者に

とっても希死念慮への対応・自殺予防は習得しておくべき重要な支援技法であると言えます。ここでは、自殺の対人関係理論 (Joiner et al., 2009; Van Orden et al., 2010) に則って希死念慮を有する妊婦への対応を説明します。

希死念慮の把握と理解

この理論では、希死念慮は対人関係における「所属感の減弱」ならびに「負担感の知覚」から生ずると説明されます。所属感の減弱とは、家族や仲間、集団などの他者から疎外されているという感覚を、負担感の知覚とは、自分が周囲の人の「お荷物」であり、自分がないほうが周りの人にとって良い、と感じることを言います。また、この2つが同時に存在すると、より積極的に死ぬことを考える、自殺願望が生ずると考えられています。事例を見てみましょう。

《第2事例》

救急医：え？彼に妊娠のことを伝えたら、家を出て行かれたのですか。

妊婦：そう、同棲していたんだよ。僕は君の傍から一生離れないって言って。なのに、あいつは妊娠したら、逃げたの。

救急医：あなたの傍から一生離れないと言って同棲していたにもかかわらず、妊娠を告げたら逃げて・・・裏切られたとお感じでしょうか。

妊婦：そう、裏切られた。もう誰も信用できない。私には居場所がないの。あいつだって、私がいなくなった方が清々するよ。薬を飲んで、このまま目を覚まさなければ、どんなにいいかって思った。

救急医：あなたがいなくなったら、彼は清々するだろうと考えられたのですよね。それについて話していただけますか。

妊婦：あいつだけは違ったの。私、彼氏が5人いるんだけど、お金がないからご飯を奢ってもらったり、遠出したい時にタクシー代わりにしていたの。でも皆、一緒に住もうとは言わなかった。あいつは唯一、私の帰る場所を作ってくれたの。子どもも欲しいって何回も聞いていたから、私も子ども産んでもいいかなと思えた。でも段々と半年前から冷たくなって。家にあまり帰ってこなくなって。何か嫌な感じがして。

救急医：それで？

妊婦：案の定、妊娠したって伝えたら、家を出て行って。次の引っ越し先を探すまでは家を借してくるっていうけれど、引っ越し代だってないし、行く先もない。頼れる人は誰もいなくなつた。だからもうどうでもいいやって薬を飲んだ。

救急医：その彼以外には結びつきを感じる人が、どなたかおられますか。

妊婦：誰もいない。もう生きている意味なんてないの。毎日が辛くてしんどくて、もう限界なの。

救急医：（前かがみとなり目を見つめ）他の彼とは違って、唯一、自分の居場所を作ってくれた人で、彼に会ったお陰で唯一、子どもを産んでみたいと思ったのに、そんな彼が段々と冷たくなって、妊娠を伝えたら逃げるように家を出て行って、死にたいぐらい、もう辛くてしんどくて、もう無理、限界ってお感じでしょうか。

妊婦：そう。

この事例では、妊娠を告げた途端にパートナーが自分の元を去り、そのことにより強い所属感の減弱（「頼れる人は誰もいない」）と、負担感（「あいつだって、私がいなくなった方が清々する」）を感じ、それにより「薬を飲んでこのまま目を覚まさなければ、どんなにいいか」と考えるに至っています。

自殺リスクのアセスメント

希死念慮の存在を把握したら、次に自殺リスクのアセスメントを行います。ここでは、自殺の計画やそのイメージの鮮明さの把握、希死念慮の持続時間のほか、自殺の対人関係理論におけるもう一つの重要な概念である、「身についた自殺潜在能力」の把握を行います。これは、過去の疼痛や恐怖感を伴う体験を通じて獲得された、痛みや死の恐怖に対する慣れの程度をいい、自殺を可能にする能力であると考えられています。自殺の対人関係理論においては、自殺願望が生じている際に、身についた自殺潜在能力が十分備わっていた場合に自殺企図に至るとされます。したがって、希死念慮を有する妊婦に出会った際、自殺の実行可能性のアセスメントのために自殺潜在能力の程度を把握します。自殺潜在能力を身につけるような経験には、過去の自殺企図や自傷行為、虐待を受けた経験、大きなケガや侵襲的な治療の経験、複数回のピアッシング、タトゥー、コンタクトスポーツの経験など、疼痛を伴ったり刺激誘発的な経験のほか、近しい人の自殺、他者に暴力をふるったり侵襲的な行為をするこ

となど、他者がそうした経験をすることも含まれます。また、これに加えて衝動性の評価を行うことも重要です。再び、事例に戻しましょう。

《第2事例》

救急医：初田様、こうした症状はとても心配です。どうしたらいいか、一緒に考えていきましょう。

今の時点で、どのくらい強く自殺する意思があるかという程度について教えてください。10点満点で考えましょう。1点がまったく意思がないで、10点が想像できる最も強い意思としましょう。今、あなたはどの辺でしょうか。

妊婦：身体が疲れてだるいせいか、昨日程強くないです。6点かな。

救急医：昨日は？

妊婦：9点。

救急医：それでは、これまでの人生で一番悪かった時は？

妊婦：高校生の時でその時も9点かな。薬をたくさん飲んだのは2回目で、その時も死にたくて飲んだのに、目が覚めちゃった。

救急医：そのこと以外には、過去に自殺を試したことはございますか。いつ実行するとか、時間帯を選ぶとか。

妊婦：それ以外はない。高校生の時と昨日は、衝動的になって自分でも止められなかった。

救急医：ご自身で止められないくらい衝動的になっていたのですね。例えば、酒を飲む、違法なドラッグを使う、家出する、過食に走る、誰でもいいやとセックスに走る、暴力的になる、万引きするなど、気分を紛らわすためにこうしたことを試したことはありますか。

妊婦：お酒を飲むこともあるし、夜誰かといないと眠れないってこともあるし、過食はないけれど、一時期食べ物受け付けなかったことあるし、万引きしていたこともある。今はたまにお酒ぐらい。

救急医：なるほど、お酒を飲んで、どうでもいいやっていう感じになるのですね。死にたいという考えは、どのくらい恐いですか。1点がまったく恐くない。10点が本当に怖いという10段階で点数をつけるとしたら？

妊婦：5点かな。お酒を飲むと、不思議と恐くなくなるの。

ここでは、現在の希死念慮の程度、過去の自殺企図、衝動性のアセスメントと共に飲酒、薬物、暴力などの刺激誘発性の体験の有無などの身についた自殺潜在能力の獲得に関する情報を尋ねています。

危機介入

現在の自殺リスクに応じ、その後の方針を決定します。もし、希死念慮がかなり強く、直ちに実行しそうな場合には精神科救急の受診や入院などを検討する必要がありますが、そうでない場合には冒頭にも述べた通り、まず希死念慮を把握したスタッフが危機介入を行うことが望ましいでしょう。また、仮に即座に精神科との連携が必要な場合であっても、そこに至るまでの説明や安心感を得られるような心理的準備を行うのはその時点で対応しているスタッフが責任を持って行うことが重要です。

危機介入では、自殺のリスクアセスメントも兼ねて希死念慮の程度や持続時間の長さ、またその日内変動、希死念慮が高まる状況を本人と確認した上で、希死念慮が高まった際にそれを「やりすごす」方法をまず考えます。事例を見てみましょう。

《第2事例》

救急医：怖いというお気持ちが出てくるのですね。それでは、今後、死にたいと思いが出てきて、
怖いという風に感じた時にどうしましょうか。初田様は、どんなことをしている時が楽しいですか。

妊婦：なんだろう。現代アートを観ることかな。

救急医：それは素晴らしい！どんな風に現代アートを鑑賞されるのですか？

妊婦：世界中の現代アートを集めているアプリがあって。

救急医：世界中の芸術家が投稿して、その作品が鑑賞できるようなものでしょうか。

妊婦：そうそう、それ。あれを見てみると、へえーこんな発想があるんだとか、綺麗とか素直に思えて、視野が広がるんですね。

救急医：美しい作品に出会うと、新たな発見があって、わくわくしますよね。

妊婦：そうなの。

救急医：そしたら、もし今度、もう生きていることがしんどいと思う気持ちが出てきそうになったら、そのアプリで現代アートを鑑賞するというのはいかがでしょうか。

妊婦：それならできそう。

救急医：できそうですよね。また、そういうお気持ちが出てきたらアプリを開いて、世界中の芸術家の作品を見てみましょう。そらすことができるはずですよ。

妊婦：そうかもしれない。

救急医：他には、楽しめそうなことは？

妊婦：本当は秘湯が好きで。秘湯に行く計画を立てるのが楽しくて。

救急医：多くの人に知られていない、自分だけの場所を探ことができ、自然が作り出す温泉を楽しめて。ああいうところって泉質もいいんですよね。

妊婦：そうなの。結構それにはまっていて、肌もすべすべになるし、温泉浸かって、その後に美味しいご飯を食べるのが好き。

救急医：いいじゃないですか。是非、秘湯に行く計画を考えましょう。

妊婦：そうね、やってみる。

救急医：それでは時間になったので、今日はここまでになりますが、お話をしてみて、お気持ちはどうでしょうか。

妊婦：少し楽になった。

救急医：それを聞いて安心いたしました。私は、今日お話しいただいたことは、とても大切な内容なので、また、続きの話もお聞かせください。明後日の 15 時-15 時 30 分は、ご都合いかがでしょうか。

妊婦：何もないから、あけとくよ。

救急医：それでは、明後日の 15 時-15 時 30 分にお話しましょう。そしてその後、16 時から、初田様のご自宅に戻って生活する時のことを考えて、オンラインでカンファレンスを開きたいと思っています。その時に、例えば週 2-3 回、ご自宅に訪問し、初田様が話したいことを自由にお話できる場として、訪問看護師を紹介したいと思います。いかがでしょうか。

妊婦：わかった。いいよ。

救急医：それでは、明後日、またお目にかかりましょう。最後に、私は、今日から 3 日間は日中の時間に院内におりますので、話したい時にスタッフに伝えてもらえればその日の間に私が伺います。それと、初田様の医師として私、陣内の他に成瀬、看護師として榊原と夏目がチームで担当いたします。最初にお渡した名刺の裏に、チームメンバーの名前が書いてありますので、私の他にも、他の医師や看護師に話したいという時は、是非そちらもご活用ください。

妊婦：わかった。ありがとう。

救急医：こちらこそ、お話を聞かせていただき、ありがとうございます。

ここでは、希死念慮が高まった際に気分を変えられるような「楽しめる」ことを探し、それを実行するよう勧めています。また、それだけでは対処しきれない場合を想定し、支援者の連絡先を伝え、いつでも対応する保証をするほか、継続した支援の約束もしています。こうした対応は、単に危機時の連絡手段、支援先を伝えるというだけでなく、所属感の減弱や負担感の知覚を強く感じている妊婦にとって、「自分が大切にされている」という感覚を得ることを通じた支援的効果をももたらすことでしょう。

希死念慮軽減のための支援

前項で紹介したのはあくまで危機対応であり、「その場しのぎ」の対応に過ぎません。したがって、引き続き自殺リスクそのものの低減を図ることが必要です。

希死念慮につながる「所属感の減弱」「負担感の知覚」、希死念慮を自殺の実行に至らしめる「身についた自殺潜在能力」のうち、「身についた自殺潜在能力」は生活史の中で蓄積されるものであり、基本的に低減することは考えにくく、また比較的安定的なものであると考えられています。また、仮に自殺潜在能力が非常に高かったとしても、希死念慮が存在しなければ自殺に至ることは考えにくいでしょう。一方、「所属感の減弱」「負担感の知覚」はその時の対人関係の主観的評価に依存するため、変動しやすいものです。したがって、自殺予防のための根本的な介入のターゲットは対人的な問題の解消に伴う「所属感の減弱」「負担感の知覚」の減少となります。

「所属感の減弱」「負担感の知覚」の減少のためには、本人が他者の役に立ったり、社会において重要な役割を果たしているという感覚を持てるよう働きかけること、また他者との「つながり」を意識できるようなかわりをするのが有用であると考えられます。事例でのかかわりを見てみます。

《第2事例》

看護師：薬を飲んでいるので心配だったのですね？

妊婦：うん・・・

看護師：薬を飲んでいるので？

妊婦：・・・

看護師：どうして？

妊婦：・・・

看護師：赤ちゃんに悪い影響があったらいけないからですね？

妊婦：・・・

看護師：妊娠中に精神科の薬を飲んでいると赤ちゃんに奇形ができるとかですか？

妊婦：ネットでそういうのを・・・読んで・・・

看護師：怖くなった？

妊婦：そう・・・

看護師：赤ちゃんに悪い影響があったらいけないから？

妊婦：・・・

看護師：赤ちゃんに悪い影響があったらと考えたときは、お腹の中の赤ちゃんのことを考えていた
のでしょうか？

妊婦：うん・・・・・・・・

看護師：赤ちゃんになんと言ったのですか？

妊婦：「ごめん」・・・「でも薬は止められないの」・・・

看護師：陣内先生の病院に入院して、入院して1週間経ちましたがあれから薬は飲んでないのです
よね？

妊婦：はい・・・

看護師：ここまでくればご出産まで薬はなしでも平気でしょ・・・

妊婦：そうかも・・・

看護師：いまは、赤ちゃんに何と言いますか？

妊婦：難しいな・・・

看護師：赤ちゃん、待っていますよ。

妊婦：もう薬は飲まないから・・・

看護師：もう薬は飲まないから？

妊婦：ちゃんと生まれてきてね・・・

看護師：赤ちゃんの返事を聞いてみましょう。きこえるでしょ？

妊婦：はい・・・

看護師：赤ちゃん、なんと言っていますか？

妊婦：僕は・・・

看護師：男の子ですね・・・

妊婦：僕は・・・ちゃんと元気に生まれるから・・・

看護師：ちゃんと元気に生まれるから？

妊婦：安心してね・・・

看護師：「ありがとう！ママも頑張るよ！」

妊婦：はい・・・頑張ります。

ここでは、妊婦の服薬に伴う胎児への影響について、それが胎児への負担感の知覚につながっていたことを明確にした上で、そうした感覚が児を大切に思う気持ちの表れでもあり、児とのつながりを妊婦が感じていることを意識させるように関わっています。こうした働きかけを重ね、本人の所属感の減弱や負担感の知覚の軽減を図ることができれば、希死念慮は徐々に落ち着いてゆくでしょう。

支援システムの構築

第一発見者が責任をもとう

母子手帳を取りにいかない、あるいは産科健診がひどく不規則な妊婦を最初に気が付く専門家の職種は様々です。妊婦の心理支援・援助・介入・治療を行う場面はさまざまであり、そこで担当する職種もまたさまざまです。それは母子手帳を交付する際に窓口の担当者かもしれません。妊娠期間中の健診で産科医が察知することもあります。家庭訪問に訪れた保健師が見つげ出すこともあります。妊婦本人が精神科診療所を受診することもあります。上の子どもが通っている保育園の保育士が発見者のこともあります。さらに、周囲からの通報を受けた市区町村役場の担当者（相談員）や児童相談所の担当者が気付くこともあります。だれであっても、こうした妊婦を最初に気が付いた専門家は責任を持ちましょう。他の職種に「つなぐ」という名目の「丸投げ」をしてはいけません。

第一の責任は、このガイドブックの支援技術の習得に書いてある手法を用いて、当該妊婦が適切な健康行動ができるよう支援することです。事例から分かるように、こうした妊婦は専門家に対し自ら積極的に支援を求めることは少ないものです。「次回のお約束」を持ってもキャンセルされる可能性も高いです。家庭訪問に行っても居留守をつかわれることもあります。ですから、他の専門職者に渡そうとすると、関係が途切れてしまう可能性が高くなります。発見したその時点で、効果的支援を、それもできれば一回のセッションで行う必要があります。これを逃すと後を追えなくなる危険性があります。

第二の責任は、少なくとも経過を確認する作業です。一回目のセッションで適切な健康行動が開始されたとしても、こうした妊婦は動機付けが薄らぎ、再び医療機関から離れてしまう危険性があります。こうした妊婦のパーソナリティを考えれば十分考えられることです。目を離さず、出産後まで見守りましょう。本当の意味で、切れ目のないサポートを提供しましょう。少しでも健康行動に問題が見られたら、時間を空けることなく（「しばらく様子を見る」ことなく）、再度の支援を実施してください。第一発見者が最後まで、つまり安定した育児が行えるようになるまでの責任を持ちましょう。

第三の責任は多職種連携チームのリーダーとなることです。法律上は要保護児童対策地域協

議会（要体協）のとりまとめは子ども家庭センター担当者です。しかし、当該妊婦の情報を最も多く持っていて、当該妊婦とのコンタクトが取れているスタッフは第一発見者です。必ず当該妊婦との連絡を維持しましょう。そして第一発見者が多職種連携チームのリーダーとなり、子ども家庭センターの担当者と密に連絡を取り、チームをまとめましょう。

特定妊婦と認定して要対協を立ち上げよう

特定妊婦は「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」です。母子手帳を取りにいかない、あるいは産科健診がひどく不規則な妊婦は、出産後の支援が必要なことは明白であり、したがって特定妊婦することが相当です。特定妊婦であれば、市区町村子ども家庭総合支援拠点、子育て世代包括支援センター等に連絡し、要対協事例とするか検討してもらいます。

多職種連携を図る際に、妊婦の承諾が得にくいこともあり、その場合、放置するわけにはいきません。要対協であれば守秘義務違反の違法性が阻却されます。

健康行動に問題のある妊婦への支援は多くの側面の支援が必要になることが稀ではありません。異なる種類の専門職者のスキルを集結する必要があります。多職種連携とは、ある職種の専門家が他の職種の専門家に、妊婦を紹介すれば済むというものではありません。ところで、それぞれの役割とその範囲を考えるというのは、例えば精神科医は薬物療法を行う、保健師は育児支援の公的資源を提供する、心理師は心理療法を行う、弁護士は法律相談を行う・・・といったように、各専門職の特徴に応じて、役割を「縦割り」に分離するということでは決してありません。こうした「お役所仕事」をすると、多職種連携支援は必然的に失敗します。精神科医が処方した薬物をきちんと服用しているかを確認するのはファミリーサポートセンターが上手に行えます。薬物の副作用として出てきた症状をいち早く確認できるのは保健師でしょう。心理師の心理療法に抵抗を示して受診をしなくなった母親にサポートをするのは保育園の保育士かもしれません。保健師の薦める育児支援プログラムに消極的な母親の「理由」を聞き出すのは心理師かもしれません。妊娠に向けた助産師の指導を「権威的」と感じる妊婦の気持ちをいち早く察知するのは、ひょっとしたら精神科医かもしれません。精神科医の薬物中心の治療方針に後ろ向きな女性の気持ちを最初に聞くのは産科医かもしれません。そして、褥婦が「もう死のう」と決めたときに、その気持ちを打ち明ける相手を決めるときに、職種で決める

ことなど決してありません。もし、育児指導に行った保健師を信頼し、「今日の午後、マンションの屋上から飛び降ります」という自身の希死念慮を母親が述べたなら、自殺の危機介入をするのは、その保健師の仕事です。「それは精神科医の対応する事柄ですから、私から連絡しておきます。再来週の受診時に相談してください」といった対応は、言語道断という他ありません。同様に、男性の心理士がつわりのことを相談されたら、「それは助産師さんと相談してください」と言わず、まず直接に相談に乗るべきである。まさに、ここが心理療法の各種技法を活用する場面なのです。周産期メンタルヘルスケアを行う際、職種の専門性など、考慮してはいけません。その場に居合わせた専門職種のものが、行うべき支援をするのが鉄則です。そのためには、自分の専門分野以外の知識と技術を常日頃から身につけておきましょう。

入院中の外科患者を考えてみましょう。手術をする前に、外科医や病棟看護師、手術室の看護師が会議を行い、さらに必要に応じて他科の医師、言語療法士、作業療法士、ケースワーカーなどが参加します。それぞれが専門の立場から意見を述べます。しかし、意見が集約できないときは、担当の外科医が医療者として責任を持ち、最終決定を行います。民法上の責任もこの外科担当医に向くことは当然です。

施設外の患者について、こうした責任体系は不明瞭になりがちです。例を見てみましょう。産科クリニックで妊婦にエジンバラ産後うつ病評価票（EPDS）が渡され採点したところ 18 点という、大変高い得点が認められました。そこで担当産科医が病院助産師に町役場に連絡するよう指示を出しました。この電話を受けた町役場の保健師が、この母親の自宅に月に 1 回のペースで家庭訪問を行いました。1 回のセッションは 10 分でした。毎回 EPDS が施行されました。月ごとに EPDS 得点は低くなってきました。しかし、3 か月後のある日、その女性はマンションの屋上から投身自殺をしました。遺族は産科クリニックと町長を相手取った民事訴訟を起こしました。この事例の民事上の責任の所在については別途考察します。ここで重要なのは、多職種連携といいながら、包括的に責任を取る人物が誰なのかが明確でないことです。この女性のケアの全体像を見渡し、必要なケアを適切な部署に指示命令する人物が存在しなければ、地域ケアは空中分解します。

最近の制度設計を考えれば、市区町村の子育て世代包括支援センターの担当者がこの役割を担うのが適切かもしれません。また、特定妊婦や要支援児童あるいは要保護児童がいる家庭に対しては、子ども家庭支援センターの担当者が適任でしょう。病院や診療所の医師がその役を取ることもあるでしょう。重要なことは、その事例にかかわる援助者全員が、その事例に対す

る支援・援助・治療の「司令塔」が誰であるか認識していることです。子育て世代包括支援センターや子ども家庭支援センターの担当者は、「我々は調整役である」と述べるのがよくあります。「司令塔」は調整も行いますが、その事例の支援・援助・治療の最初から最後までを見極め、計画・実行の責任をとる自覚が必要です。

電子母子手帳を活用しよう

発見された妊婦がその後適切な受診行動をとっているかを確認する有効な方法は電子母子手帳でしょう。入院中の患者について情報共有することは比較的容易です。最近は電子カルテが主流になっています。どの部署のスタッフも電子カルテを閲覧することで、当該患者の情報を現在進行形で入手することができます。しかし、入院患者であっても院内スタッフが院外の専門家と情報を共有したり、在宅患者について地域の多職種連携チームが情報を共有する時は、往々について情報伝達の即時性に問題が生じます。例えば、家庭訪問した保健師に患者が希死念慮をはじめて訴えたとき、あるいは妊婦が腹部を殴打している（胎児虐待）と心理士に述べた時など、関係する他の職種の人々がこの情報を共有することは大変重要です。

地域連携が必要な事例では、関係する専門職者に人数が 10 人を超えることも少なくありません。これらの人々に電話による情報伝達をするのは容易ではありません。診察中、会議中、出張中、研修中、休暇取得などで、すぐに伝わらないことも稀ではありません。伝言を頼んだのであれば内容が不正確になることは避けられません。匿名性を確認したうえで電子メールによって情報を共有したり、スカイプなどを用いたテレビ電話による会議を開くなどは有効な方法です。しかし、特に公的機関ではこうした IT による情報共有が許されないことが多く見受けられます。遠隔地医療が日常的になるなかで、情報の安全性を担保したうえでの IT 技術を使った情報共有は不可避であると考えられます。

心理支援の技法を習得しておこう

心理支援は一冊のマニュアルを読めば明日からできるといったものではありません。身体的ケアとは大きく異なるスキルが必要になります。普段から、教科書、動画教材、研修会参加などによって、ご自身の心理支援スキルを向上させましょう。

文献

- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., . . . Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine, 44*(6), 1303-1317.
- Bolton, J. M., Gunnell, D., & Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ, 351*, h4978.
- DeCou, C. R., & Schumann, M. E. (2018). On the Iatrogenic Risk of Assessing Suicidality: A Meta-Analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 48*(5), 531-543.
- Hirokawa, S., Matsumoto, T., Katsumata, Y., Kitani, M., Akazawa, M., Takahashi, Y., . . . Takeshima, T. (2012). Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death: a psychological autopsy study of 76 cases. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 66*(4), 292-302.
- Ishikawa, H., Kawakami, N., Kessler, R. C., & World Mental Health Japan Survey, C. (2016). Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. *Epidemiol Psychiatr Sci, 25*(3), 217-229.
- Takeda, S. (2020). The current status of and measures against maternal suicide in Japan. *Hypertension Research in Pregnancy, 8*(2), 34-39.
- Joiner Jr, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*: American Psychological Association.

令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

「新型コロナウイルス感染症流行下の自粛の影響-予期せぬ妊娠等に関する実態調査と女性の健康に対する適切な支援提供体制構築のための研究」（安達班）

分担研究「妊娠初期の健康行動、妊娠継続意思、育児意思を決定する心理社会的要因」

分担研究代表者

北村 俊則（北村メンタルヘルス研究所）

竹田 省（順天堂大学・恩賜財団母子愛育会）

研究協力者

臼井 由利子（東京大学大学院）

大橋 優紀子（北村メンタルヘルス研究所）

齋藤 知見（北村メンタルヘルス研究所）

竹形 みずき（北村メンタルヘルス研究所）

羽田 彩子（北村メンタルヘルス研究所）

松長 麻美（北村メンタルヘルス研究所）

山岸 由紀子（北村メンタルヘルス研究所）

山田 蒔子（北村メンタルヘルス研究所）