

# 妊産褥婦へのエモーショナル・サポートに関する研究

分担研究者

九州大学 中野仁雄

【要約】：リサーチクエスションと成果

RQ1 本邦の母子精神保健プログラムとはなにか？

地域型母子精神保健プログラムを策定するために、三重県と福岡県をモデル地区として現状を調査した。市町村、県保健所、福祉事務所、児童相談所などの行政機関で活動する母子保健担当者を対象とした調査では、いずれの部署も母子の「こころの相談」の必要を自覚しており、大凡60-70%の機関でこれに対応していた。しかし、問題症例に遭遇しても、後方医療機関との連携がある市町村は20%以下にとどまっているなどサポートの実効をあげるにはほど遠い状況が判明した。

RQ2 ハイリスク妊産褥婦抽出法はいかにあるべきか？

ハイリスク妊産褥婦の抽出法とともに、施設型母子精神保健プログラムを策定するために、多施設共同研究を行った。5地域5大学病院産科を実施場所として、インフォームド・コンセントに基づき症例エントリー（登録）を行い、追跡調査のコホートとした。同一助産婦が同一妊産褥婦に個人面接を行い、産前、産後に精神診断を行うとともに、同時期のアンケート調査を付加して精神疾患の有無と、精神症状の如何を評価した。その結果、調査時点での時点有病数として強迫性障害など7例の精神機能障害例を抽出した。また、抑うつ・不安の精神症状に対して、それぞれに相関する認知症状と感情症状の特徴を抽出した。さらに、妊娠後期の抑うつ症状と不安症状が心理社会的要因で説明できること、及び心理的支援（の欠如）が精神症状の発現に関与していることが示された。

RQ3 有効なエモーショナル・サポートの方法とはなにか？

サポートの方法は直接面接が最良である。電話相談はその前後での不安解消効果は著明でないが、常設の窓口としての意義は大である。支援介入者には保健婦、助産婦などのコメディカル・スタッフが充分

に機能する。エモーショナル・サポートの有効性には介入者の資質や技能が大きく影響する。これに対して、コミュニケーション理論に基づき、直接面接のための教育・研修用ビデオ・ソフトを作成した。

【見出し語】：妊娠・分娩・産褥、精神機能障害、産後うつ病、エモーショナル・サポート、地域・施設型プログラム、コ・メディカル・スタッフ支援介入、直接面接、コミュニケーション技法、多施設共同研究、スタッフ研修モデル

【研究方法・結果】

1 地域型母子精神保健プログラムの策定（岡野禎治、吉田敬子）

母子のこころの健康と疾病の対策を確立するために、産後精神機能障害、なかでも産後うつ病を対象に発症予測、早期発見、早期治療を可能にする行政施策の提案を目的とした。三重県、福岡県をモデル地域に設定し、市町村、政令都市、県保健所、福祉事務所、児童相談所、女性センター、こころの健康センターの母子担当者を対象にアンケート調査を行った。

結果、行政機関の窓口を訪れ、こころの相談を希望する妊産褥婦は相当数にのぼるにもかかわらず、専門研修を経験した担当者が不足していること、あるいは地域の中で後方の医療機関との連携が不十分であることの実態が明らかになった。概して、乳幼児の、ことに身体的問題に対する支援体制は確立されているが、産後の母親のこころの健康相談に関してはその取り組みが不足している。

問題解決のためには、①地域の母子精神保健体制の整備：市町村、医師会、関係団体、医療機関との連携のため「母子精神保健協議会（仮称）」を設置する、②母子精神保健思想の普及・啓発：市町村の保健機関を中心に、母子保健担当者の研修と妊婦への産前教育による受療率の向上をはかる、③妊婦・

乳幼児定期健康診査の再評価：産後1か月健診から後続の育児関係健診までの期間に担当保健婦による訪問活動を実施する、④市町村レベルでのモデル事業の開始：平成10年度から妊婦健診の実施主体が市町村に移行する時期をとらえて、メンタルヘルスの整備と有用性、あるいは福祉・医療の経済的効果を評価する。

## 2 ハイリスク妊産婦抽出法の策定、ならびに施設型母子精神保健プログラムの策定（北村俊則、岡村州博、木下勝之、工藤尚文、佐藤昌司、西島正博）

エモーショナル・サポートを要する症例を有効に抽出するとともに、必要な介入支援を行い、その有効性を確定すること、ならびに周産期母子医療の3次医療機関において実施可能な母子精神保健サービスのプログラムを策定することを目的とした。方法は多施設共同研究である。準無作為的に妊娠第8月に初産婦を対象として、インフォームド・コンセントを得たうえで登録し、以後、分娩後3年間にわたる追跡調査のコホートした。方法は、個人面接とアンケート調査により、構造化面接（精神科面接）と精神疾患診断とを行った。個人面接の実施者は各施設の助産婦（固定の複数名によるチーム）とし、同一の精神医学者による複数回に及ぶ訪問教育・指導（6時間×3回/施設当たり）によって構造化面接の専門研修を行わせた。スタインのマタニティー・ブルーズ評価尺度とエジンバラ産後うつ病スクリーニング尺度（EPDS）を使用した。現在なお、エントリー継続中であり、また追跡予定期間未了の状況にあるが、1997年12月24日までにエントリーが行われた症例36例（産後1ヶ月までの追跡調査終了例）についての解析結果から次の成果が得られた。

精神疾患と診断された症例は、特異的恐怖症5例、広場恐怖症1例、強迫性障害1例の計7例である（DSM-IV、時点有病率）。精神症状はHAD

（Hospital Anxiety and De-pression Scale）で測定すると、抑うつ得点と不安得点が高い症例の心理社会的要因が明らかになり、また相互に関連が低いことも分かった。現時点では、まだ産後うつ病と診断された症例は含まれていない。精神機能障害の検出頻度の妥当性から、①コ・メディカル・スタッフ（助産婦）を直接面接実施者とすることができることと共に、②その教育・研修方法のモデルが示された。③地域の第3次母子医療機関業務の枠組みに母子精神保健サービスを組み込める可能性が示された。

④コホート形成による前方視的調査から真の産後うつ病の発生の実状が明らかになる。

今回の多施設共同研究は、前方視的コホート研究として本邦において嚆矢となるものである。

## 3 有効なエモーショナル・サポート法の提言（岡野禎治、岡村州博、崎尾英子、佐藤昌司、工藤尚文、西島正博）

サポートに関連する、人的、物的資源の開発法、あるいは具体的な介入法の提案を目的にいくつかの方法を試行した。

### 1) 母親学級による集団支援効果（その一）

産後うつ病に罹患した症例40名を対象に、事前に産前教育の受講の有（18例）無（22例）で比較検討したところ、受講例では精神科早期受療率が有意に高く、EPDS平均得点は有意に低値であった。母親学級での集団支援は有効である。

### 2) 母親学級による集団支援効果（その二）

母親学級の前後にSTAI(State Trait Anxiety Inventory)不安尺度による測定を行った、産科合併症のない初産婦117例を対象として、分娩予後との関連を調べた。分娩所要時間が17時間以上の群、分娩時出血量が500ml以上の群、ならびにSGA(Small for Gestational Age)出産群では妊娠中期の状態不安が後期にかけて有為な低下を示さなかった。

### 3) 個人面接による個別支援効果

多施設共同研究プログラムの一環として、助産婦による個別支援により安定した支援が行われた。一例をもって示せば、妊娠後期面接で大うつ病および強迫障害との診断が付された妊婦は、妊娠末期にパニック障害として医療側の対処が行われ、過換気症候群発作の程度が軽減するなど支援者の積極介入による効果が明確であった。

非エントリー例の間からエントリーを希望するものが多いことから、こころの問題への関心の高まりが浮き彫りにされ、これに対して個人面接に期待する者が多い事実も明らかになった。

### 4) 電話相談の効果

褥婦141名を対象として、電話相談（訪問）の実施の有無で比較検討した。電話相談の重点項目は、児に関する事、褥婦自信に関する事、育児に関する事の3点である。STAIによる尺度と重点項目の程度の変化により評価すると、電話相談は身体的要因に基づく重点指導項目の変化には有効であるが、不安解消には有効でな

い。しかし、相談窓口の存在自体が有する不安の軽減効果も無視することはできない。

#### 5) コミュニケーション技法について

エモーショナル・サポートは人の交わりに端を発する。ひと様々といえるほどの不安定が原則となる測度と評価をどのように標準化できるかは重大な問題であり、介入者の基本的な技法に委ねられるものである。この問題解決の方策として、AV教育素材を作成した。今後の素材の活用に期待が寄せられる。

#### 【考察】

母子救急あるいはハイリスク母子医療の地域化など先行して進められてきた周産期の保健医療は、その過程において「こころの問題」の重要性を指摘するに至った。平成4年、厚生省「これからの母子医療に関する検討会」がまとめた中長期プランに「親子の心の問題」の重要性が初めて盛り込まれるところとなったが、以後、これを受けて、平成4年度から9年度に亘る6年間、厚生省心身障害研究の枠組みで母子精神保健における問題解決のための調査研究が施行された。その成果を概括すれば次のとおりである。

平成4年度、マタニティブルーと産後うつ病の本邦における実態を把握するにあたり、種々の測定尺度を検定するためのパイロット研究を行い然るべき尺度を選定した。併せて、英国における産後精神障害の実態を調査し比較研究を行った。

平成5年度、マタニティブルーと産後うつ病の日本版診断尺度が完成した。

平成6年度には、日本版尺度を用いて本邦各地とロンドンとで調査した。結果、本邦のマタニティブルーの発症は約250/1000分婉と推察された。ロンドン在住日本人では約400/1000分婉の頻度が得られた。産後うつ病は約100/1000分婉が発症のハイリスク集団であり、これは英国の状況と近似した。このうち実際の発症は約10/1000分婉と見積られ、うち精神科診療を受けるものは約1/1000分婉であった。

平成7年度、エモーショナル・サポートのプログラムを特定するための研究に移行した。関連する心理的、身体的要因、あるいは環境要因について調査した。また、電話相談による個別支援と母親学級による集団支援とによりサポートを試行した。

平成8年度、サポートの対象と方法を研究した。結果、ハイリスク集団に対する強化サポートとして

運営すべきこと、ハイリスク症例の早期発見には、妊産褥婦に直接的に介入（テスト）し、スクリーニングを行う方法がよいこと、Zungのうつ病尺度やSTAIに修正を加えて行うのとともに、母体合併症を有し、長期に入院する妊婦を対象とすべきことが分かった。サポートの具体的な方法としては面接個別が有効な方法であった。

今年度の研究成果を踏まえれば、日本版プログラムともいべき母子精神保健サービスの実施は地域型と施設型とに分けてそれぞれのシステムを策定し、両者の連携のもと、ハイリスク症例の抽出、支援介入、予後追跡を行うのが有効である。地域型プログラムに対しては、現有の人的、機構的資源を活用するとの立場に立てば、周産期のこころの問題についての要員研修、専門の相談機関とのネットワーク、母子ユニットと専門スタッフ養成、デイ・ホスピタルの開設、ボランティア組織活動、電話サービスなどによるシステム強化が必要である。施設型プログラムとしては妊娠後期からハイリスク例を抽出することが重要である。抽出の方法は長期入院例など身体的問題に注目するとともに、個別面接を広範囲に実施することが重要である。今後、どのような形に依るにせよ、現有の前方視的症例コホートをを用いて、コ・メディカルによる支援介入法の試行を継続する。もって、母子精神保健サービスの施設バージョンを策定する。また、母子精神保健サービスの地域バージョンの策定には現有の地域モデルを継続活用し、ネットワークのありかたを明らかにする。

産後うつ病の研究は欧米で進んでおり、発症の要因として難産や、夫や家族のサポートの乏しさ、妊娠出産に先行するライフイベントなどがあげられている。妊娠、出産という家族形成における重要な時期に、母親となる女性の精神的な危機状態を支援することは、母親自身のみならず、良好な夫婦関係や母子相互関係の確立など安定した家族関係の形成に役立つことも報告されている。本邦ではこの領域の調査研究はまだ少なく、少子化、女性の就業率の増加、離婚や未婚による単親家庭の増加など家族のあり方が急激に変化してきている今まさに、この領域の研究をさらに充実させる必要がある。1998年より、WHO後援の産後うつ病の国際共同研究が、英国を統合主体として開始されているこの時期、さらなる展開を図ることが必要である。



## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用 論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



【要約】 :リサーチクエスションと成果

RQ1 本邦の母子精神保健プログラムとはなにか?

地域型母子精神保健プログラムを策定するために、三重県と福岡県をモデル地区として現状を調査した。市町村、県保健所、福祉事務所、児童相談所などの行政機関で活動する母子保健担当者を対象とした調査では、いずれの部署も母子の「こころの相談」の必要を自覚しており、大凡 60-70%の機関でこれに対応していた。しかし、問題症例に遭遇しても、後方医療機関との連携がある市町村は 20%以下にとどまっているなどサポートの実効をあげるにはほど遠い状況が判明した。

RQ2 ハイリスク妊産褥婦抽出法はいかにあるべきか?

ハイリスク妊産褥婦の抽出法とともに、施設型母子精神保健プログラムを策定するために、多施設共同研究を行った。5 地域 5 大学病院産科を実施場所として、インフォームド・コンセントに基づき症例エントリー(登録)を行い、追跡調査のコホートとした。同一助産婦が同一妊産褥婦に個人面接を行い、産前、産後に精神診断を行うとともに、同時期のアンケート調査を付加して精神疾患の有無と、精神症状の如何を評価した。その結果、調査時点での時点有病数として強迫性障害など 7 例の精神機能障害例を抽出した。また、抑うつ・不安の精神症状に対して、それぞれに相関する認知症状と感情症状の特徴を抽出した。さらに、妊娠後期の抑うつ症状と不安症状が心理社会的要因で説明できること、及び心理的支援(の欠如)が精神症状の発現に関与していることが示された。

RQ3 有効なエモーショナル・サポートの方法とはなにか?

サポートの方法は直接面接が最良である。電話相談はその前後での不安解消効果は著明でないが、常設の窓口としての意義は大である。支援介入者には保健婦、助産婦などのコメディカル・スタッフが十分に機能する。エモーショナル・サポートの有効性には介入者の資質や技能が大きく影響する。これに対して、コミュニケーション理論に基づき、直接面接のための教育・研修用ビデオ・ソフトを作成した。