

### Ⅲ. 妊産婦の精神面支援とその効果に関する研究

座長：九州大学産婦人科 中野 仁雄 先生

座長：中野 先生では、精神的支援に関連して、お二方のお話をいただきます。——山下先生、岡野先生、突然で申しわけありませんが、お一方、10分間ずつで終わらせていただきますようぜひお願いいたします。はじめに山下先生、よろしく申し上げます。

#### 1) 周産期の母子をとりまく心理的ストレスについて（九州大学医学部附属病院周産母子センターにおけるマタニティーブルーの実態調査より）

九州大学精神科  
山下 洋 先生

精神医学教室の児童精神医学グループでは、リエゾン精神医学の立場で産婦人科教室と協同して研究をさせていただいております。私は一般的な心理的ストレスとかマタニティーブルーについての実態調査を研究課題としております。現在のところ、予備調査と文献検索を行って若干のデータを得ておりますので、その紹介をしたいと思っております。

マタニティーブルーズの定義としては、表1に示したような、広範囲な症状が時間経過依存性に起こるといった特徴があります。私たちはSteinという人の13の症状を尺度として用いています。これは抑うつに関する五つの項目—涙もろさ、集中困難、困惑、疲労感、忘れっぽさ、という広い範囲の症状をチェック項目に含んでいます。

これまでのマタニティーブルーズの疫学研究は表3にあるように、さまざまな評価の尺度や方法が用いられています。その中で、岡野らのSteinの尺度を用いた「25.8%」が、私たちの最終的な今回の調査と一番近似した値でしたので、このSteinのデータを私たちの評価の基準にしたいと思っております。

一方、国外の同じようなデータをご紹介しますと、表2のように、50～80%の間と、倍以上の範囲で高くなっています。この頻度の差にはどのような要因があるのかということ、今後、イギリスにおける日本人の出産とか、比較文化的な立場で調べていこうと思っております。

ります。

今後、影響因子も調べていこうと思っております。これまでは、内分泌変動を関連要因として検討した研究が沢山あります。それ以外には月経前緊張症とか、妊娠婦の性格要因ということが指摘されます。

今回の私たちの調査を紹介します。これは6カ月間にわたって得られた調査結果であります。この間に表4に示すような自己評価質問紙を配布しました。これはそれぞれ産科外来・病棟でインフォームドコンセントを行って渡しております。この自己評価質問紙と同時に、関連要因を答えてもらったり、あるいは診療録からチェックしました（表5）。この評価の対象になった妊産婦の産科的な内訳を表6に示してあります。これを統計的に検索した結果が表7、8、9となります。ブルーズの出現頻度としては、今回は産後5日目のSteinのブルーズ質問表に答えたもので、涙もろさという症状を認めたものをマタニティーブルーズと取りました。その結果、160名中21名（13.1%）がマタニティーブルーズと判定されています。これはこの後、Steinの方法をそのまま用いた評価の仕方では25%と、さらに上がりました。評価尺度方法をそろえて検討していくことが、今後、多施設間で比較する場合に必要なと思っております。

産科要因を検討したところ（表7）、紹介後即入院しているという妊産婦の方たちにマタニティーブルーズが高率にみられました。それ以外の心理社会的要因に関しては、喫煙という項目がマタニティーブルーズと有意な関連があることを認めております。このマタニティーブルーズの関連要因などを、今後の産後うつ病のデータと含めて研究を進めていこ

うと思っております。－以上です。

表1 Maternity Blues の症状

	KENNERLEY	STEIN	PITT
1. Primary blues	涙もろさ 感情的 気分の易変性 生気のなさ 気分の上下 過敏性	○	○
2. 心配抑制	よそよそしい感情 感情がなく麻痺した 引きこもり		反抗心
3. 抑うつ	物事をくよくよ考える いらいらする 抑うつの 自己憐愍 自信のなさ 緊張 不安 落ち着きのなさ	○ ○ ○ ○ ○	○
4. 落胆	高揚感のなさ 不幸福感		
5. 精神機能低下	集中困難 ぼんやりした 不穏 くつろげない	○ 困惑	混乱
6. その他	疲労感 活気のある のぞみのなさ 忘れっぽい とめどなく泣く	○ ○	○
		多夢 食欲不振 頭痛	不眠 頭痛
7. 過敏症			
8. 自己評価の低下			

表2	発病率	評価方法、評価尺度
Pitt	50%	Hamiltonのうつ病尺度に基づく9項目の質問紙。 涙もろさと抑うつのある者
Stein	76%	自信の不安、抑うつ症状を含む13項目からなる質問紙。得点8点以上の者
Yalom	67%	泣き叫ぶことが観察されることを基準とする。
Kandell		幸福感、抑うつ、涙もろさ、不安、易刺激性不安定さの6項目の視覚アナログ評価尺度。 5日目の上昇の大きいものが産後うつ病につながる。

表3 マタニティーブルーズの疫学的研究

	発病率	評価尺度、評価方法
池本ら (1986)	6.5% (1047人中61人)	独自に作成した質問紙 Zung自己評定式抑うつ尺度に基づく
岡野ら (1986)	17.2% (122人中12人)	独自に作成した質問紙 Hamilton抑うつ評価表と Pitt,Steinの方法を総合して
岡野ら (1991)	25.8% (325人中84人)	Steinの質問紙を用い、その評価 方法に準じた。
我部山ら (1985)	55.2% (涙もろさ) (150人中) 40.8% (抑うつ気分)	独自に作成した質問紙 Pitt,Hamilton,Moloneyらの文献 に報告された症状に基づく17項目
北村ら (1987)	9.3% (12人中)	SADS構造化面接による診断評価
野上ら (1984)	16.1% (784人中120人)	面接調査
光本ら (1985)	18% (涙もろさ) (150人中) 9% (抑うつ気分)	独自に作成した質問紙 Pittの質問項目に臨床上よく経験 する症状を加えたもの

表4

実施時期	配布質問紙
1 初診時	精神科および産科的要因項目 PBI (Parker,1979)
2 妊娠28週～ 32週時	Pittの不安抑うつ尺度 (Pitt,1968)
3 出産後5日目	マタニティーブルーズ質問用紙 (Stein,1980) Pittの不安抑うつ尺度
4 出産後1カ月目	エジンバラ産後うつ病調査表 (Cox,1987)
5 出産後3カ月目	エジンバラ産後うつ病調査表

表5

関連要因

既往歴

年齢、結婚年齢、喫煙の有無、職業  
精神科既往歴、月経困難、妊娠への態度

産科要因

既往分娩、妊娠週数、帝王切開、緊急入院  
異常分娩の既往、産科的合併症  
出生体重、児の合併症

表6 対象の内訳

年齢	30.4±4.9歳 (18-45)
分娩回数	初産婦 69例 (43.1%) 経産婦 91例 (56.9%)
分娩週数	38.4±3.17週
分娩形式	経膈分娩 127例 (79.4%) 帝王切開 33例 (20.6%)
入院回数	1.2±0.4回
紹介後即入院例	40例 (25%)
前回分娩の異常例	29例 (18.1%)
母体の合併症	70例 (43.8%)
児の体重	2880±643 g
児の合併症	35例 (21.9%)
計	160例

表7 マタニティブルー (MB) の頻度と産科的関連要因

項目	MBなし139例 (86.9%)	MBあり21例 (13.1%)
年齢 (歳)	30.6±4.9	29.0±4.4
初産婦 (%)	56 (40.3%)	13 (62.0%)
分娩週数 (週)	38.5±3.0	37.6±4.4
帝王切開 (%)	28 (20.1%)	5 (23.8%)
紹介後即入院 (%)*	30 (21.6%)	10 (47.8%)
前回分娩異常の既往 (%)	27 (32.6%)	2 (25%)
母体合併症 (%)	59 (42.4%)	11 (52.4%)
児の出生体重 (g)	2898±619.3	2754±812.0
児合併症 (%)	28 (20.1%)	7 (33.3%)

\* : p<0.05

表8 マタニティブルー (MB) の頻度と心理的関連要因

項目	MBなし139例 (86.9%)	MBあり21例 (13.1%)
月経困難 (n=77)	8/66 (12.1%)	2/11 (18.2%)
喫煙 (n=77)*	2/66 (3.0%)	4/11 (36.4%)
精神疾患の既往 (n=77)	1/66 (1.5%)	1/11 (9%)
Pittの不安尺度		
妊娠28週	12.6 n=58	17.4 n=8
産後1ヵ月	12.0 N=64	13.4 n=7
妊娠中の肯定的態度		
妊婦	33/62 (53.2%)	5/9 (55.5%)
夫	42/62 (67.7%)	7/10 (70%)
父との良好な関係 (PBI)	20/55 (36.4%)	3/9 (33.3%)
夫との良好な関係 (PBI)	20/60 (33.3%)	4/8 (50%)

PBI; Parental Bonding Scale

\* : p<0.01

表9 通常入院群および即入院群と産科的関連要因

産科的要因	通常入院 (120例)	即入院 (40例)
マタニティーブルーズ (%)**	11 (9%)	10 (25%)
年齢 (歳)	30.4±4.7	30.5±5.4
初産婦 (%)	48 (40%)	21 (52.5%)
分娩週数 (週) *	39.2±2.0	35.9±4.6
帝王切開 (%)	12 (10%)	21 (52.5%)
前回分娩異常の既往 (%)	19 (26.4%)	10 (52.6%)
母体合併症 (%) *	41 (34.2%)	29 (72.5%)
児の出生体重 (g) *	3049±413.4	2376±905.4
児合併症 (%) *	16 (13.3%)	19 (47.5%)

\*p<0.0001 \*\*p<0.05

〔 質 疑 応 答 〕

座長：中野 ありがとうございます。最初にお願いした時間制限に大変ご協力していただいたようで、お気の毒しました。

日本のデーター岡野先生がお出しになっておられる25%あたりと似たようなことが出てきた、というご報告であったと思いますが、ご質問、ございませんでしょうか。

目崎（筑波大学） ちょっとこのデータと違って申しわけないんですが…。用語の問題ですが、「マタニティーブルー」、「マタニティーブルーズ」、「マタニティーブルース」と、発表によっていろいろありまして、きょうのプリントでも「ブルー」であったり、「ブルーズ」となっていたりしていますが、一番正しい用語は何なのか、決めていただきたいと思えます。

山下 私たちは「マタニティーブルーズ」が、発音からして一番ふさわしいのではないかと考えております。そのほかには「ベビーブルー」とか、確かにいろんな呼び方がされていますので、今後、用語の統一も必要であると思えます。「マタニティーブルーズ」でいいのではないのでしょうか。

座長：中野 岡野先生は「ブルー」と書いていらっしゃるんですが…。

岡野（三重大学） 欧米ではすべて「マタニティーブルーズ」を使っております。

座長：中野 音楽会では「ブルース」とい

うんですね。(笑)

ご指摘いただいた目崎先生、「そのうち」ということでようございますね。ここで挙手で決めて、この班会議の統一用語をつくってもいいのですが、そこまでしなくてもよろしいかと思えます。「ブルーズ」が正しいであろう、「ブルー」でも、まあ、わからないことはないだろうという見解のようなので、3年後には決まっているように一まさか「レッド」にはなりますまいから(笑)、ひとつそれを期待しています。ありがとうございます。

ほかにございませんか。

大西（香川医大） ちょっと主題から外れるかもしれませんが…。我々小児科医の感じでは一私の印象で申しわけないのですが、母乳保育に関連してプロラクチン、プロラクチンに関連して母性行動、そういうbehaviorと精神的なもの種々のホルモンとの関連が重要だろうと思っています。私が聞き落としたのかもしれないんですけど、そういう見方での分析は何かなされているのでしょうか。そこを教えていただきたいのです。

山下 一つは「授乳困難」という項目で、授乳に関する心理的行動面の評価をチェックするところがあるのですが、これに関しては私たちの結果では特に有意義な関連はみられません。それ以外の、これまでの国内外の文献でも、あるというもの、ないというもの、

半々ぐらいで、一定の見解に達していないようです。

さらに内分泌的なものを相関させるということになると、また違ってくると思うんですが、少なくとも、behaviorの面では、授乳困難という項目では、特にはっきりした原因としての相関はないということのようです。

友田（大阪市大）マタニティーブルーに関して僕はあまり知らなかったというか、こんなにも多いものかと、びっくりしながら拝見しました。特にこの図表8、9、10でみると、9～10%もありますね。それは産後5日目なんですけど、もし1カ月、2カ月ということでフォローアップした場合、この数字がどうなるのか、それを知りたいのですけれども。

山下 フォローアップについては、後の岡野先生のお話になってくるのですが、マタニティーブルーは本質的には大体2週間以内に一過性に終わる情動の困難で、ピークが5日目ごろにあるといわれています。5日目より後にピークになるものを加えても、5日目までの統計をとれば、ブルーのある妊産婦は大体フォローできると思います。その後1カ月目で、もし同じような高得点を示すケースがあれば、今度は逆に産後うつ病ということを考えていく、また別の精神的要因を考えなければいけないことになると思います。

座長：中野 山下先生、ありがとうございます。一次に岡野先生、お願いします。

## 2) 本邦における産後精神病と産後うつ病の実態とその影響因子の抽出

三重大学精神科  
岡野禎治 先生

私に与えられた担当課題は「本邦における産後うつ病の実態とその影響因子の抽出」ということです。まず産後精神障害一般について、以前のデータを使って概括して、最後に調査方法について簡単に触れさせていただきます。

出産した女性が心の病気に陥ることは決して珍しいことではありません。1987年の調査

によると、イギリスでは450人の妊婦のうち約1人が入院すると見積もられています。こうした疾患自体は、母子関係とか家族関係に重要な影響を及ぼすことが多いために、産後のメンタルヘルスの中でも最も考慮されなければならない問題だと思います。しかし、我が国では、そのような産後精神障害の実態は明確ではなく、支援体制も非常に貧弱であります。今日では、出生率の減少、核家族の増加に伴って分娩をめぐる女性のライフスタイルが大きく変わっております。こうした背景を踏まえて、産後の精神障害について簡単に触れてみます。

産後精神障害の歴史としては、古くはヒポクラテスの記載もありますが、実際に体系的な研究活動が行われるようになったのは、ごく最近のことでありまして、1980年に分娩に関する精神疾患への理解とか、予防、治療を進展するためにマルセンサエティというものが設立されていまして、イギリスを中心に組織的な活躍が行われております。

〔表1〕この心の病気を産後精神障害の概観ということで具体的に分けてみました。

①マタニティーブルー。実際に問題となってくるのは②から⑤ですね。マイルドな、神経症的な産後うつ病は10～15%に起こるといわれています。次に、1000人の出産に対して1～2名に発症する産後精神病があります。もちろん、既往の精神疾患が産後に再発することも多く、30～40%といわれています。まれにSheehanなどの疾患もありますが、これはほとんど問題ないでしょう。

〔図1〕実際に、産後精神障害の好発時期は、産後直後に多いということは従来いわれています。我々の調査結果のグラフでは産後1週間目が一番多い。しかし、急性に発症する産後1カ月群よりも、1～3カ月の時期に主にうつ状態で発病する遅発群に第2のピークがあって、注目されております。こういう方は大体、実家から婚家先に帰宅した直後に発病していることもわかっております。産後の養生を終えた時期に特別な注意を払うことも大

切であることがわかりました。

〔表2〕産後精神障害の中で一番問題となる産後うつ病の出現頻度を表にしてみました。欧米では大体10～15%だとされていますが、私たちの調査では精神科の診断基準を使って、きちんと面接した結果では、DSM-IIIで3.2%、RDCで8.2%、エジンバラの産後うつ病調査表を使ったもので3.1%と、いずれも欧米に比べて非常に低い値を示しておりました。もっとも、実際に低いのかどうかということは、もう少し疫学的な調査をしていかないとだめだと思われまます。

産後うつ病で特に注意していただきたいものは、まず、症状が重くなりやすいということです。普通のうつ病よりも精神病像を伴ったり、夢幻・錯乱状態に陥るといふこともあり、後述する産後精神病と区別できないようなこともあります。次に、経過が遷延しやすいということですね。産後うつ病は3～6カ月続く場合が多いのですが、約半数の患者さんは、1年後でも十分に回復していないという報告もございます。3番目としては、産後の肥立ちが悪い（精神的な意味）—いわゆる回復が悪いわけですが、そういう症状以外に肩凝り、頭痛などの、いろいろな身体症状をまじえてくることがある。こういう場合は身体疾患として誤診されることもあるのですが、やはり、仮面うつ病と考えていただいて、身体検査で異常がなければ、うつ病を疑って、専門的なドクターに回す方がよろしいと思います。次は、最も重篤な産後精神病についてちょっとお話しさせていただきます。

先ほど申し上げたように、1000人に1～3人の頻度で発現してくるものでして、急性の幻覚・妄想状態、急性の夢幻・錯乱状態に陥っていることが多い。うつが悪化してこういう病態になるときもあります。典型的な産後精神病では、やはり活発な精神症状のために自殺とか嬰兒殺しの危険も高いので、入院が必要となってきます。

実際に行う治療としては薬物療法、入院療法がありますが、ここで注目していただきたい

いのは、入院療法で子供と一緒に入院させる、母子ユニットというものが1948年、イギリスのメイン (Main) という人によって創設されて、最近では、イングランドやウェールズでは約20%の医療機関に母子ユニットが併設されるようになってきております。今日では、可能な限り母子を一緒に入院させて母子の自然なきずなを守ろうとするのが、イギリス流の動向のようであります。

実際に、こういう患者さんをどのようにサポートしていくかということが問題となってきます。プリント (表3) に挙げたように、欧米にはいろいろなサポートシステムがございます。褥婦さんの場合、産後1カ月の検診以後、医療機関との縁が切れてしまひまして、心の問題が相談できずに途方に暮れることがあるわけですね。そういったときに、欧米のように、精神障害の母親に高度な専門知識を持つ医療従事者が地域ぐるみでサポートしていく、といった体制づくりが必要ではないかと思ひます。

そういったことで、私の方はまず最後精神障害、特に産後うつ病と産後精神病に関する疫学的な調査を行うということを考えております。それと、産後の母子精神保健に関する現状の支援システムの実態調査ですね。いわゆる産褥期にかかわる関係機関の支援体制の現状を把握して、その中でいろいろな問題点を出してきて、今後の母子精神保健に反映していきたいと思ひております。—以上です。

表1 産褥期に現れる主な精神障害

- (1) マタニティ・ブルー (一過性50～80%)
- (2) マイルドあるいは神経症的な産後うつ病 (10～15%)
- (3) 重篤な産後精神病 (1000の出産1～2名)
- (4) 既往の精神疾患の再発 (30～40%が産後に再発)
- (5) 分娩に関連した器質性疾患に伴うもの

表2 INCIDENCE OF POSTPARTUM DEPRESSION

Study					
Saks	(1985)	U. S. A	DSM-III	10	%
Hariss	(1989)	U. K.	DSM-III	15	%
Hapgood	(1988)	N. K.	DSM-III	15	%
Okano	(1989)	J a p a n	DSM-III	3.2	%
Kumar	(1984)	U. K.	RDC	14.9	%
O' Hara	(1990)	U. S. A	RDC	19	%
Troutman	(1990)	U. S. A	RDC	26	%
Okano	(1990)	J a p a n	RDC	8.2	%
Harris	(1989)	U. K.	EPDS	20	%
Okano	(1991)	J a p a n	EPDS	3.1	%

表3 RESOURCE

U.S.A

The Family Resource Coalition  
 Postpartum Support International  
 Depression After Delivery

U.K.

Marce Society  
 The National Childbirth Trust  
 The Association for Postnatal Illness

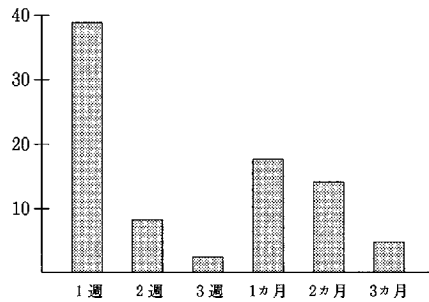
Canada

Pacific Postpartum Support Society

Australia

Post-and Ante-Natal Depression Association

図1 産後精神障害の好発時期





〔 質 疑 応 答 〕

座長：中野 ありがとうございます。早速ご討論をお願いいたします。母児同室は産後精神病でも大切だということですね。先ほどの母子ユニットのお話を演繹すれば、ところが、一方において、母児同室制の導入は半分もいってないという日本の実情もあります。ご質問、ございませんか。

伊藤（香川医大） 妊娠中にどういう性格の人に発症しますか、その判定法はありますか。

岡野 いろんな心理テストがありますが、やはり、多少未熟な人にお産が精神障害になりやすいということは、割と一般的にいわれています。ただ、心理テストで特にこういう傾向のある人が必ず精神疾患に陥る、ということはないのですが…。

一番注意していただきたいのは、以前に精神疾患のエピソードがある場合ですね。やはり30～40%が再発するといわれていますから、そういった方を妊娠中にチェックしていただくことが望ましいと思われまます。

目崎（筑波大学） 産後の精神障害の一部に、一過性のhypothyroidismが関係しているのだということがよくいわれているようですが、その辺の鑑別などは実際にどうやればわかるのですか。検査すればわかるというだけなのですか。

岡野 網野先生のおっしゃっているような、産後の内分泌性症候群というものです。あれは産後精神障害の産後うつ病を対象にして、イギリスなのでかなり行われていますが、いわゆる一過性のhypothyroidismと、我々のいうsubclinicalはちょっと違うわけですね。かなりオーバーラップするものもあるんですけど、実際的には、「精神疾患に伴う内分泌の低下」とする方が当たっているのではないかと考えております。

大西（香川医大） 只今の中野先生のお話とか、先ほどのお話に関連しますが、せっかく厚生省の先生もおいでになりますので、母児同室のことに関連して、ちょっとだけ申しあげたいと思います。

院の中のご話です。

病院の中の妊婦とは私、直接関係ないのですが、聞くところによると、産科の病棟の構造、スペース、人的な体制の問題がある。小児病棟でもプレイルームとか、診察室とか小児に特有のいろんな施設が本来要るんですが、そういうものが整えられるような体制にほとんどなっていない。人的なことも非常にブアーである。それが母児同室のときに非常にネックになっているようなことを聞いているわけなんです。そういう点で母と子を取りまく環境の面が大きく改善されることが必要ではないかと、私、かねがね思っておりますので、この際、ちょっとお願いさせていただきたいと思えます。

座長：中野 ありがとうございます。そうですね、ちょうど時間どおりで次にお譲りしたいのですが、「オープンフォーラム」と題した以上、討論しないといかないでしょうか。—岡野先生、先生何かありますか。

岡野 僕は心の病気を扱っているものから…。

母子ユニットの小児遊戯室などの施設は、イギリスなどに見学に行くと、必ず備えられておりますね。遊戯室もnursery nurseがちゃんと対応しているというように、非常にきめが細かい。だから、そこから類推すれば、当然正常な方に対するケアも、これから必要になってくると思っております。

座長：中野 結局、リサーチクエストそのものなんですね。何が、いつ、どのように、どの程度—と、規模の推定は、比較文化の話も少し出しましたが、迫り来る不安というものを一応見積もって、必要なものがあれば、それをつくっていききたいというふうにお願ひしたい、というのがこのリサーチクエストなのです。

正林先生、そういう受け止め方でよろしんでしょうか。先ほどお名前が出たようなので、黙っておくわけにはいかないのじゃないかと思うんですけど。(笑)

正林 いろいろ研究していただいて、提言

等があれば、報告書に書いていただければ…と思います。

座長：中野 大西先生、サクラのようなご質問をいただきまして、大変ありがとうございます。

越野（日医大） 先生の表1で、産後うつ病が10～15%となっていますが、この産後うつ病は本質的な、いわゆるうつ病とは違うものと考えてよろしいのですが、それともマタニティーブルーズと何か絡みのある状況なんでしょうか。

実際に我々が褥婦さんに対応するときに、マタニティーブルーズとして考えていいのか、うつ病として考えればいいのか、そのセレクションが非常に難しい場合がありますので、ちょっと教えていただきたいのです。

岡野 産後うつ病という言葉自体を考えれば、一般的なうつ病と症状には大差はありません。ただ、先ほど申し上げましたように、少しpsychoticになるということが一つの特徴ではないか、また、育児不安などの不安が強いことも特徴だと思います。

マタニティーブルーズとの比較では、私たちも、産後直後にそういう症例に出会うと、どちらかなと迷うことがあります。しかし、少し様子を見てみると、マタニティーブルーズの方は、産後10日前後で症状がとれてきます。それに比べて産後うつ病の場合は、症状がずっと持続して、本格的なうつ病の症状が非常に明らかになってきます。ただ、マタニティーブルーズになった人は、産後うつ病にもなりやすいという私たちの調査もありますから、その辺は多少チェックして、経過を追っていただけたらと思います。

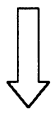
座長：中野 岡野先生、どうもありがとうございました。

私どものこの精神的支援に関連した班においては、まず、尺度を幾つかお出しいただいてまいりました。そのうち、できるだけ共通の尺度で測定しようという準備が整ったところでございます。それに対しては、いろいろな管理の方法の違いによる精神的支援の状況

実態が次第に浮かび上がってくると思いますし、幾つかのやり方—母児同室であったり、あるいは精神看護であったり、そういうものを導入した効果ということが記述できる状態にどうやら見通しが立ってまいりました。また、そういう形で支援と効果のご発表ができるものと思います。大変ありがとうございました。



**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



.妊産婦の精神面支援とその効果に関する研究

- 1)周産期の母子をとりまく心理的ストレスについて
- 2)本邦における産後精神病と産後うつ病の実態とその影響因子の抽出