

「妊婦に対する産前教育の意義」

メンタルヘルスの啓蒙効果

分担研究：「妊産褥婦へのエモーショナル・サポートに関する研究」

研究協力者 岡野禎治（三重大学医学部精神神経科）

共同研究者 玉木領司、増地聡子、野村純一（三重大学医学部精神神経科）

要約：過去5年間に三重大学病院産科主催の母親学級において、主に産後うつ病に関する産前教育を受けた妊婦の中で、産後に産褥婦自身がリエゾン医に相談してきた16名を対象として、臨床統計的調査を行った。総受講例483名の中で、相談例は平均3.3%であった。精神科診断としては、軽うつ状態が最も多く（43.8%）、神経症（18.8%）とうつ病（12.5%）がこれに次ぎ、非定型精神病、幼児虐待症候群もみられた。相談時期については産後7～8週後に集中して、発病後から相談に至る期間は平均約4週間であり、軽症の軽うつ状態群が最も早期に相談していた。相談経路については、助産婦や保健婦経由の例もみられたが、リエゾン医に直接相談した産褥婦が最も多かった（62.5%）。全体の87.5%は初期相談に電話を使用していた。相談例16名のうち、14名に精神科治療を行った。このような産前教育の果たす役割と産後うつ病の予防の意義について検討した。

見出し語：産前教育、コンサルテーション・リエゾン精神医学、予防、産後うつ病

はじめに

産褥期の精神障害の中でも産後うつ病はその出現頻度が高いことから、総合病院の精神科臨床でも遭遇する機会が多い。従って、その医療サービス体制¹⁰⁾や産科との連携²⁾は総合病院精神医学にとっても重要な課題の一つである。また、産後うつ病の疾病学的位置づけは従来から不明瞭な点を残していた¹²⁾が、1994年に登場したDSM-IV (APA)¹⁾では、気分障害の分類の中に「産後の発症」という特殊型として適切に位置づけられ、産後うつ病に対する関心も高まっている。

一方、出産は女性のライフ・サイクルの中でも歓喜の時期に相当するため、褥婦自身がうつ病に罹患しても、実際には自覚できなかったり、周囲に打ち明けにくいといった状況がある。また、家族からも本人の怠けや努力不足とみなされ易いため、産後うつ病は周産

期精神障害の中でも見逃されやすい疾患である¹³⁾。したがって、このような観点から産後うつ病の予防を含めたリエゾン・サービスは極めて重要であり、今日英国を中心にいくつか対策が指摘されている^{7,9,10)}。その中でも、妊産婦とその家族に対する産後の精神保健の啓蒙が産後うつ病の予防に対して重要な役割を果たす⁴⁾といわれている。

我々は産科病棟におけるコンサルテーション・リエゾン・サービス¹⁴⁾の一環として、1988年から産科主催の母親学級において産後うつ病を中心とした産後の母子精神保健に関する産前教育を実践している。そこで、今回は産前教育を受講し、産後に相談を受けた産褥婦を対象として臨床統計的に解析して、わが国における妊婦に対する産前教育の意義について検討したので報告する。

研究方法

過去5年間に三重大学病院で産科主催の母親学級第3講座（妊娠32週から分娩予定日までの希望者）を受講して、精神科医による産後の精神保健に関する講義を聴いた妊婦の中で、産後にリエゾン医に相談した産褥婦を対象とした。産前教育の啓蒙度を厳密に把握するために、対象は産褥婦自身がリエゾン医に連絡してきた相談例に限定したが、産前教育で相談窓口として紹介した大学病院産科の助産婦や地域保健所の保健婦を介してリエゾン医への相談に至った母親は含めた。なお、電話による相談のみでリエゾン医が直接診察しなかった母親は今回の対象から除外した。そして、相談例のうち精神科の「産後外来」を受診した産褥婦を従来診断とRDC (Research Diagnostic Criteria)¹⁵⁾を用いて診断した。

産前教育の方法は母親学級のテキストの他、「産後の精神保健」と題した小冊子とビデオを用いて、毎回15分程度の講義を行っている。講義内容の主なポイントは以下の通りである。1) 産後の精神障害に関しては、マタニティ・ブルーズと産後うつ病のそれぞれの

概念、出現頻度、発病時期、関連性などについて簡単に説明して、臨床症状については産褥婦が簡単に自己チェックできるように小冊子を用いている。また、産後うつ病にはいわゆる「産後の肥立ちが悪い」という病態が含まれることを強調している。2) 予防に関しては、里帰り分娩や実家での養生についての意義を説き、社会的習慣が産後うつ病の防止に有用であること、産後に早期復職や引越などといった環境的ストレスを回避することを強調している。3) 治療については、母子関係をはじめ家族関係に及ぼす影響を防止するために、専門医への早期受診と早期治療を薦めている。また、相談窓口として、当科の「産後外来」の他、三重大学病院産科助産婦や県内の地域保健所の保健婦を紹介している。

統計処理としては、 χ^2 検定、2群間の母平均値の差(Welchのt検定)を用いた。

結果

1. 相談人数と相談率

5年間の母親学級第3講座の受講者数とリエゾン医への相談人数を表1に示した。受講総計483名(初産婦240名、経産婦243名)のうち合計16名(初産婦8名、経産婦8名、平均年齢25.5±3.2:初産婦22.9±1.9歳、経産婦28.1±2.0、 $p < 0.001$)からリエゾン医に相談があった。5年間の総受講者数に占める相談者の割合(相談率)は2.4~5.7%であり、平均3.3%であった。経産回数別では初産婦と経産婦がそれぞれ50%であり、受講妊婦の比率に対して有意な差はなかった。

表1 相談件数と相談率

	1988	89	90	91	92	合計
相談件数	2	4	3	3	4	16名
受講数	35	138	126	97	87	483名
相談率	5.7	2.8	2.4	3.1	4.6	3.3%

2. 産後精神障害に占める割合

今回の調査期間中に当院精神科を初診した産後3カ月以内に発病した精神障害の症例は合計39名(表2)であり、相談例の占める割合は平均41.0%(27.3~50.0%)となり、高い割合を占めた。

表2 産後精神障害(初診)に占める割合

	1988	89	90	91	92	合計
相談例	2	4	3	3	4	16名
受講数	4	7	11	8	9	39名
相談率	50.0	57.1	27.3	37.5	44.4	41.0%

3. 精神科診断

相談例16名に対する精神科診断を表3に示した。まず便宜的に従来診断を用いて分類すると、最も多いのは、軽うつ状態群が7名(43.8%)で、次いで神経症群が3名(18.8%)、うつ病群が2名(12.5%)の順で、精神科既往歴のある非定型精神病群、幼児虐待症候群がそれぞれ1名ずつみられた。2名は精神科診断に該当しない育児相談群であった。従って、産後うつ病(うつ病群と軽うつ状態)は精神障害の64.3%を占めたことになる。

次に対象をRDCを用いて診断して、同じく表3に示した。従来診断と対比すると準定型うつ病、定型うつ病、強迫症、全般型不安症、恐慌発作、特定不能の機能性精神病、分裂型特徴、既往にも全く精神障害なしの8つの類型に分類された。

表3 精神科診断

従来診断	RDC診断	
軽うつ状態	準定型うつ病	7名(43.8%)
うつ病	定型うつ病	2名(12.5%)
神経症		3名(18.8%)
不安神経症	恐慌発作症	1名
不安神経症	全般性不安症	1名
強迫神経症	強迫症	1名
非定型精神病	特定不能の機能性精神病	1名(6.2%)
幼児虐待症候群	分裂型特徴	1名(6.2%)
診断なし	既往にも全く精神障害なし	2名(12.5%)
合計		16名(100%)

4. 相談時期

出産からの相談時期については、全体では平均10.7±10.6週で、経産回数別には有意な差はなかった（初産婦9.1±3.3 週 vs. 経産婦12.3±15.5 週）。

図1に相談時期を診断別に表わしたところ、まず全体では最も相談件数が集中した時期は産後7～8週目であり、その後減少し、産後10週以降は一定の割合となった。診断別には軽うつ状態群が産後2カ月（5週～8週）後に集中していたことが特徴であった。平均相談時期は非定型精神病群が産後2.0週後と最も早く、次いで軽うつ状態群（平均6.3±1.1週後）、うつ病群（9.5±1.5週後）、神経症群（10.3±2.1週後）、育児相談群（11.5±4.5 週後）の順となり、幼児虐待症候群は産後50週後と最も遅かった。

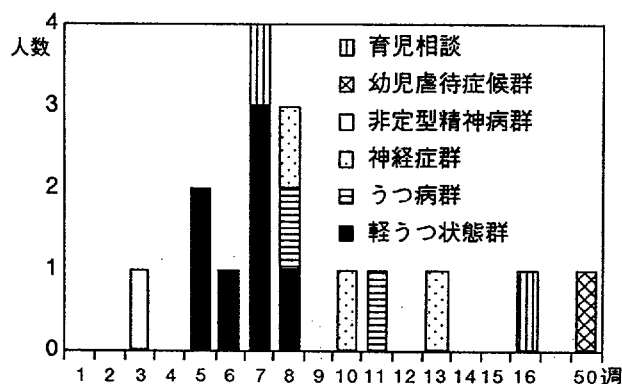


図1 相談時期

5. 発病時期

発病時期については、育児相談群は除外したところ産後平均6.6±9.3週後であった。経産回数別には有意な差はなかった（初産婦4.1±1.3週 vs. 経産婦9.1±13.7週）。

診断別内訳を図2に示した。軽うつ状態群及びうつ病群では産後1カ月以内に、神経症群では産後1カ月～2カ月後に集中していた。

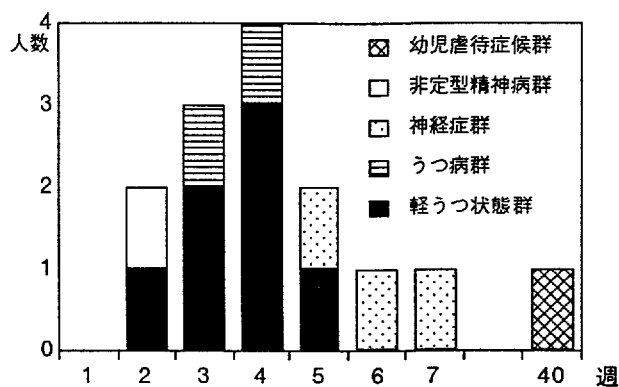


図2 発病時期

6. 発病から相談までの期間

次に産前教育の産褥婦に対する教育効果の目安として、発病から相談に至る期間を検討した（図3）。発病後相談に至る期間は平均3.9±2.4週であり、経産回数別には差はなかった（初産婦 4.0±1.5週 vs. 経産婦3.9±3.3週）。

診断別では、精神科既往歴のある非定型精神病群が最も早く1週間であった。次いで軽うつ状態群（平均2.5±0.5週）、神経症群（平均4.7±1.7週）、うつ病群（平均6.0±1.0週）の順で、幼児虐待症候群は10週と最も時間を要していた。結局、産後うつ病の相談態度の特徴として、軽うつ状態群は早期の相談であったが、うつ病群では遅延していたことがわかった。また、いずれの相談例も、気軽にというより思い余って相談に至った例が多かった。

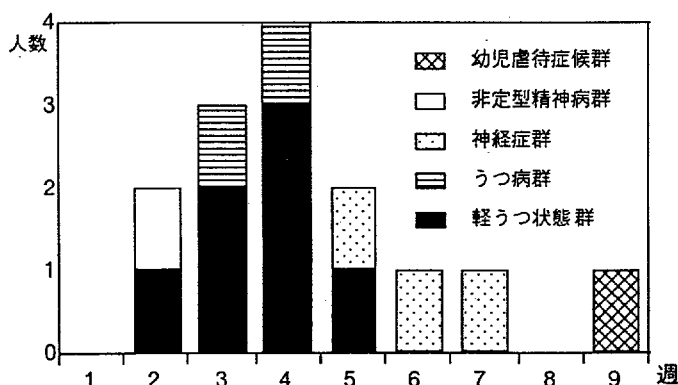


図3 発病から相談までの期間

7. 相談経路

相談に至る経路の中で最も多いものは、褥婦自身からリエゾン医への直接相談が62.5%と最も多く、次に三重大学病院助産婦からの紹介例が25.0%、地域の保健所保健婦を経由した例が12.5%であった。また、相談例全体の中で電話による初期相談の占める割合は87.5%と高率であった。相談時期との関係では、助産婦を経由した相談時期（6.6±2.1週）の方が、リエゾン医への相談時期（8.6±3.3週）より早期であった。

8. 治療例

相談例のうち精神科診断のついた87.5%について精神科治療（外来治療13名、入院治療1名）を行った。なお、育児相談群2名については、内容から判断して適切な機関を紹介した。治療例の中で産前教育が効果的であったと思われる症例として、比較的早期に受診に至った産後うつ病、特に軽うつ状態の産褥婦があげられた。

考察

妊婦に対する妊娠期の社会心理的支援は、1) 情動的支援、2) 情報の提供による支援、3) 物資的支援の3つに大きく分類される³⁾が、この中でも産前教室で実施されるアドバイスやガイダンスといった情動的支援は、従来から産後の身体的合併症を減少させるだけでなく産後の精神保健の増進に寄与する^{5,6)}といわれている。最近でも、Holden⁸⁾は妊婦とその配偶者に対する特別な教育は重要な役割を果たし、産後うつ病の長期予後に対して極めて有益であると述べている。例えば、英国ではAssociation for Postnatal Illness on the Baby Blues and Postnatal Depression が出版している妊婦向けの小冊子が普及しており、妊婦が産前クリニックで簡単に入手することで、産後うつ病について適切な知識を容易に得ることができる。

このような妊婦に対する欧米のような精神保健の啓蒙活動は、わが国の産科領域では定着しておらず、現時点でも精神科医による産前教育の実践を行っているのは、わが国では著者の知る限り、些少ではないかと思われる。その背景には、産褥期の精神障害に関する講義は健康な母親を余計な不安に陥れたり、動揺させるのではないかという危惧が産科スタッフ側にあり、こうした産前教育が馴染みにくい点があることは否めない。しかしながら、著者らのこれまでの経験から、産後の精神保健の産前教育は、産科とのリエゾン活動を円滑に進展させるだけでなく、産科スタッフに対する教育的役割を果たしていると思われる。

5年間の平均相談率は3.3%であり、この期間に三重大学病院精神科を初診した産後精神障害に占める割合は平均41.0%と高率であった。しかし、産前教育を受けた相談例の共通した感想として、精神科受診はやはり「敷居の高い」ものであったことから、精神科受診に抵抗感があって相談できない潜在的な受講例はかなり存在すると思われた。したがって、産前教育を受講した母親の意識や態度が、どのように変化したかという啓蒙度の結果をアンケート調査などを通して把握して、今後の産前教育の在り方を検討する必要があると思われた。

受診例の中で育児相談例を除いて、精神科診断がついた症例は全体の87.5%であり、産後うつ病はそのうち64.3%を占めた。特に軽うつ状態群は50%であった。したがって、軽うつ状態という段階で受診した症例が高い割合を占めたことは、産前教育の主な目標が産後うつ病についての啓蒙であったことから、教育効果はあるものと思われた。

相談時期については、産後2カ月後の時期に集中したことが特徴的であった。わが国の現況の母子保健体制では、産後1カ月検診から4カ月の乳児健診までの2カ月という期間は、医療機関との接触がなく、精神保健対策の空白期間であることから、この期間における精神保健の相談窓口が必要であると思われた。

発病時期に関しては産後うつ病群では産後1カ月前後に集中していた。特に産後1カ月以降に実家から自宅に帰宅して後に発病した症例が多かった。この時期は従来から指摘されているわが国のうつ病の好発時期¹²⁾でもある。

発病から相談までの平均期間は、約4週間であった。軽症の軽うつ状態群は比較的早期に相談に至っていたが、産後うつ病群では、やや遅延していた。一方、今回の調査では、産褥婦にとって育児中心の生活のため精神科受診が困難であることや、精神科受診に対する抵抗感から電話による初期相談の比率が87.5%と高いことがわかった。こうしたことから、英国の”Mothers for Mothers”、や豪州の”PaNda” (POST & ANTE-NATAL DEPRESSION ASSOCIATION INC) のような専門のホットライン⁴⁾を産後の相談口として活用することは有用であり、今後のわが国でも普及することが期待される。

相談経路について、63%は直接リエゾン医への相談であった。しかし25%の母親は最初に産科の助産婦に相談しており、しかもこうした助産婦への相談時期は精神科医への相談時期と比べて早期であったことから、メンタル・ヘルスに関して気楽に相談できる窓口を産科医療機関に設けることも推奨される。欧米では、産後うつ病の予防と治療に対する窓口としてAssociation for Post Natal Illness やPacific Post Partum Support Society といった自助支援グループが有名である。こうしたグループの活動は産後うつ病に対する知識の普及、専門的医療機関へ紹介といった役割の他、うつ病の母親を孤立させないように仲間同志の集団援助もおこなっている。しかも、このような支援団体は、一般医、ソーシャルワーカー、保健婦、精神科医などプライマリーケアの専門組織と連携している点で有機的な機能を有している。

一方、家族に対する産後の精神保健の啓蒙も重要である。最近では母親学級の受講例の中には、配偶者が妊婦と一諸に同席することも多くなっている。こうした機会には産後の父親の役割についても言及するように努めている。実際産前教育を夫と一緒に受講した相談例の中には、夫の病気に対する理解や支援も良好で

あり、治療も円滑に進展する場合が少なくない。従って本来なら妊娠中に「父親学級」あるいは「親学級」があってもしかるべきであると思われる。

近年、わが国では少産主義を反映して妊産婦の精神的支援の行政研究や子育て支援に関するモデル事業が進行しているが、わが国の地域母子精神保健対策は、欧米と比較して依然立ち遅れている。こうした意味から妊産婦に対する精神保健の産前教育は、今後の妊産婦のエモーショナル・サポート体制として十分に貢献すると思われる。

文献

- 1) American Psychiatric Association.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. American Psychiatric Association: Washington, D.C. 1994.
- 2) Brockington I: The provision of services for postpartum mental illness in the United Kingdom. In Hamilton JA, Harberger PN (ed.): Postpartum psychiatric illness - A picture puzzle. University of Pennsylvania Press. Philadelphia, 126-136.1992
- 3) Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw CM: Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. Journal of Personality and Social Psychology 65: 1243-1258,1993.
- 4) Cox JL: Prevention. In Cox JL (ed.): Postnatal depression - A guide for health professionals. Churchill Livingstone, New York, 72-77, 1986
- 5) Gjerdingen DK, Froberg D, Fontaine P: The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. Family medicine 23:370-375,1991
- 6) Gordon RE, Kapostins EE, Gordon KK: Factors in postpartum emotional adjustment. Obstet.Gynecol 25:158-166, 1965
- 7) Herz EK: Prediction, Recognition, and Prevention: In Hamilton JA, Harberger PN (ed.): Postpartum psychiatric illness - A picture puzzle. University of Pennsylvania Press. Philadelphia, 66-77, 1992
- 8) Holden J: Can non-psychotic depression be prevented? In Cox J, Holden J (ed.): Perinatal Psychiatry. Gaskell. London, 54-81, 1994
- 9) Kumar R: Services for mentally ill mothers and their babies. 精神科診断学 5 : 331-338, 1994
- 10) Oates M: Postnatal mental illness: organization and function of services. In Cox J ,

Holden J (ed.): Perinatal Psychiatry. Gaskell. London, 8-33, 1994.

11) 岡野禎治、野村純一、原田雅典他：産後精神病の臨床統計的研究. 精神医学 28: 505-512,1986

12) 岡野禎治：産褥精神病 - その概念と今日的意義について-精神科治療学 9 (2) :148-156,1994

13) 岡野禎治：妊娠中や産褥期の精神障害の診察. ペリネイタルケア 13:186-190, 1994

14) 岡野禎治、増地聡子、玉木領司、井上 桂、野村純一：産科病棟におけるコンサルテーション・リエゾン精神医学-精神科依頼率について-. 総合病院精神医学 vol. 7. No2, 176-185, 1995

15) Siptzer R, Endicott J, Robins E: Research Diagnostic Criteria (RDC) for Selected Group of Functional Disorders. New York State Psychiatric Institute Biometric Research Department, New York.1981(本多裕, 岡崎祐士 (監訳) (1984). 精神医学研究用診断マニュアル. 国際医書出版; 東京.)

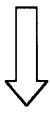
英文抄録 (ABSTRACT)

"A Study of Prenatal Education for Pregnant Women."
TADAHARU OKANO

At Mie University Hospital, we make a lecture of the prenatal education on postpartum mental health for pregnant women at late "mother course" in the obstetric ward. This paper describes a clinical investigation from 16 mothers who directly consulted to Liaison psychiatrist after delivery for 5 years.

The average consultation rate for women participated in the prenatal education was 3.3 %. Of all mothers interviewed, 87.5 % received clinical diagnosis: depressive state (43.8 %), neurosis (18.8 %), depression (12.5 %) and so on. The time of consultation was focused on 7-8 weeks after delivery. The average period from onset to consultation was about 4 weeks. Particularly depressive state group consulted more earlier than other group. There were three consultation routes that to Liaison psychiatrist, midwife and health visitor from postpartum women. Of these contacts, 62.5 % was directly consulted with Liaison Psychiatrist and 87.5% of mother phoned for initial contact. Fourteen mothers have been treated with psychiatric medication.

Thus, the informational support of prenatal education as role of prevention for postnatal depression was discussed.



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:過去 5 年間に三重ナ学病院産科主催の母親学級において、主に産後うつ病に関する産前教育を受けた妊婦の中で、産後に産褥婦自身がリエゾン医に相談してきた 16 名を対象として、臨床統計的調査を行った。総受講例 483 名の中で、相談例は平均 3.3%であった。精神科診断としては、軽うつ状態が最も多く(43.8%)、神経症(18.8%)とうつ病(12.5%)がこれに次ぎ、非定型精神病、幼児虐待症候群もみられた。相談時期については産後 7～8 週後に集中して、発病後から相談に至る期間は平均約 4 週間であり、軽症の軽うつ状態群が最も早期に相談していた。相談経路については、助産婦や保健婦経由の例もみられたが、リエゾン医に直接相談した産褥婦が最も多かった(62.5%)。全体の 87.5%は初期相談に電話を使用していた。相談例 16 名のうち、14 名に精神科治療を行った。このような産前教育の果す役割と産後うつ病の予防の意義について検討した。