

妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究

主任研究者

中野仁雄 九州大学医学系研究科生殖常態病態学

研究協力者

北村俊則	国立精神神経センター精神保険研究所社会精神保健部
金沢浩二	琉球大学医学部産科婦人科学教室
木下勝之	埼玉医科大学総合医療センター産婦人科
工藤尚文	岡山大学医学部産科婦人科学教室
佐藤昌司	九州大学医学部附属病院周産母子センター
豊田長康	三重大学医学部産科婦人科学教室
岡野禎治	三重大学医学部精神神経科学教室
吉田敬子	九州大学医学部神経精神医学教室
竹内 徹	大阪樟蔭女子大学児童学科
仁志田博司	東京女子医科大学母子総合医療センター
小林隆児	東海大学健康科学部社会福祉学科
崎尾英子	国立小児病院心療内科・精神科
新道幸恵	神戸大学医学部保健学科
谷口初美	佐賀医科大学医学部臨床看護学

研究要旨

妊産褥婦と乳幼児に関わるメンタルヘルスの問題を特定・評価し、周産期保健・医療の向上と親子関係の健全な育成のために必要な日本版プログラムの策定を目的として、包括的な視点から総合研究を実施した。研究活動初年次の結果、次に掲げるリサーチクエスションの各項目において成果をあげることができた。その詳細は研究協力者研究報告に記述するところである。

研究目的

リサーチクエスション(RQ)：

- RQ1：本邦、全妊産褥婦に行う施設型「母子保健プログラム」の策定
- RQ2：本邦、全妊産褥婦に行う地域型「母子保健プログラム」の策定
- RQ3：産後うつ病患者の治療の現況
- RQ4：新生児合併症症例の父母のメンタルヘルスに関する実態の評価
- RQ5：母子のコミュニケーションの質的評価とありかたの策定
- RQ6：メンタルヘルスケア実施者としてのコメディカルの教育プログラムの策定

研究方法

RQ1：施設型「母子保健プログラム」の策定

多施設共同研究として埼玉医科大学、三重大学、岡山大学、九州大学、琉球大学の5施設の産婦人科が参加した。対象は、(a)初産婦(b)エントリー時時点で妊娠8か月(c)当該施設での出産予定 調査への同意が得られた者で、300例を目標とした。

面接は主として助産婦が行った。面接は、妊娠後期（9か月目）、産後1か月目、産後3か月目、産後12か月目に実施。調査期間を通じて同一の妊産褥婦には1名の面接者が専任して面接にあたる。産後面接者は精神疾患の診断並びに今回使用する構造化面接の使用法について事前の訓練を受けた。訓練は(1)通信教育と(2)スクーリングからなる。通信教育は診断練習用診断要旨集を各面接者に送付、回答させてDSM-（American Psychiatric Association, 1994）の診断技術を向上させた。

RQ2：地域型「母子保健プログラム」の策定

1) 患者からみた受療動態

過去5年間に三重大学精神科に受診した非精神病生の産後うつ病の患者50名のうちインフォームド・コンセントが得られた10名を対象として受療経路に関するEUprojectの調査票を翻訳し、日本語版を作成、これを郵送配布回収した後、聞き取り調査で評価した。Pathway調査票は受診の決断（主訴）、出産からの時期、依頼者、披依頼者、相談までの時間、受診に要した時間と効果、

の各々を各レベル別に調査した。

2) 医療保健従事者面接による問題調査

地域の母子保健と精神保健の行政と医療、福祉領域で従事されている専門家に、EU Projectのヘルス・サービス・リサーチ・ガイドラインに沿って約1時間の面接を実施した。

3) 地域保健所活動における褥婦のモニター

出産後に博多保健所の保健婦、助産婦の家庭訪問を希望した産婦100人をリクルートし対象として、出産後8~10週に訪問助産婦、保健婦による家庭訪問を行い、調査項目聴取、エジンバラ産後うつ病質問票(以下EPDS)、Bonding質問紙を訪問者同席で自己記入。EPDS9点以上か、項目10(自傷行為、自殺企図)が1点以上はケースコンサルト用紙に記入し、九大精神科母子保健担当医へFAX送付することとした。

4) ハイリスク症例の児の発達異常の実態

—産後の母子関係の評価

1994年~1995年の研究対象88名(PND 15名、nonPND 73名(うちBluse 19名))のうち、電話による調査可能であった31名(PND 5名、nonPND 26名(うちBluse 15名))を対象として、調査母集団の産後1カ月から3カ月の精神医学的診断とBonding質問紙の得点調査、電話面接調査(児の発達調査、現在の育児の問題の有無)を行った。

RQ3:産後うつ病患者の治療の現況

対象は過去5年間に三重大学病院精神科を受診した産後精神病の患者28名(産後3カ月以内に発症)であり、入院および外来の患者について調査した。対象者のうち、25%(7名)が入院患者であった。調査内容は診療録および主治医から聴取した。調査内容は、出産時からの発病時期、入院の有無、入院患者の入院期間、診断名、治療方法(薬物選択)、治療効果、予後(再発の有無)、次回妊娠時のエピソードの有無である。

RQ4:新生児合併症症例の父母のメンタルヘルスに関する実態の評価

1) 周産期の死(死産・新生児死亡)を経験

した母親のメンタルヘルスに関する研究

選択方式と記述方式によるアンケート調査を施行した。対象は1988年から1991年の4年間に周産期死亡により胎児・新生児を亡くした母親68名である。

2) 乳幼児突然死症候群で児を失った家族のメンタルヘルスに関する実態の評価

本邦におけるSIDS家族の会の会員21名にインタビューを行った。また、既にSIDS家族の会が行っているピフレンダーを中核としたメンタルヘルスサポートの現状を調査した。

RQ5:母子のコミュニケーションの質的評価と

ありかたの策定

1) 乳幼児期早期の母子コミュニケーションの質的評価とありかた

東海大学健康科学部におけるMother-Infant Unitにおける治療例を対象に、乳幼児期早期において母子間で重篤なコミュニケーションの障害を示している症例に対して事例検討を行った。コミュニケーションの病理を子どもの側のみの問題としてとらえるのではなく、あくまで両者間の関係性の病理としてとらえた。

2) 妊産褥婦と乳幼児の精神保健援助

心的外傷に注目し、これに対して、高次神経機能と精神機能の相互干渉の視点から考案されたEMDR(Eye Movement Desensitization and Reprocessing眼球運動による脱感作と再処理)の手法を中心に治療介入を18例に行い、その反応性をもとに精神病理形成過程を考察した。

RQ6:メンタルヘルスケア実施者としてのコメディカルの教育プログラムの策定

1) 助産婦教育における母子のメンタルヘルスケア

助産婦教育に必要な母子のメンタルヘルスケアに関する教育について、デルファイ法による3回の反復調査を行った。

2) 助産婦教育における母子精神保健教育のあり方

ビデオによる教材と学習内容を強化するためのテキスト作製を行うこととした。

研究結果と考察

RQ1:本邦、全妊産褥婦に行う施設型「母子保健プログラム」の策定

1) 多施設共同研究

研究中途の状況ではあるが、本邦における周産期の精神疾患の発現に関する前方視的多施設コホート調査はそれ自体画期的であり、同年度に発足したWHOプロジェクトに匹敵する。また、本邦の助産婦が精神科診断を行えることも示された。

2) 助産婦面接の効果とその評価

助産婦による構造化・非構造化面接を前方視的に施行し、精神面支援の介入効果を検討した結果次の結果を得た。_助産婦_患者の人間関係の面から、面接手順が円滑になり、患者とのコミュニケーションが良好になってきていること、_精神医学的診断に関して、面接を介して患者の特性および性格傾向が把握でき、サポートに際して診断的根拠が得られること、_実際に、面接によって発見されたハイリスク症例が存在すること、_面接に要する人的、時間的および空間的制約の解決を要することなどである。また、本プロトコールに参加した妊産褥婦13名を対象として、STAI

(State-Trait Anxiety Inventory)質問紙による構造化・非構造化面接前後の不安尺度の推移を検討した結果、状態不安尺度は、面接前が24-59(中央値:43)、面接後が22-47(中央値:37)であり、面接後は面接前に比較して、有意に状態不安尺度の低下が認められた($p < 0.05$)。以上の成績から、一般の妊産褥婦を対象とした助産婦による構造化・非構造化面接は、個別精神面支援を要する症例の抽出、支援方法の具体化および患者の不安軽減に有用な手法であることが明らかとなった。

3) 構造化面接がエモーショナル・サポートに有効であった事例

精神分裂病で通院治療している妊婦に助産婦が出産前に面接を行い、自傷行為、自殺念慮、育児に対する不安などの情報を得、以後の精神面支援や保健指導に役立てることができた。さらに、面接により服薬拒否および精神科受診拒否をしていることも判明し、原疾患の治療においても精神科と迅速に対応することができた。助産婦が行う面接により、個別化された有効なエモーショナル・サポートを提供できると考えられた。

4) 面接員の教育訓練

教育訓練の取りくみにおいて、以下の問題点が生じた。日常の勤務としての助産婦業務を障害しないように時間を捻出することの困難、頻回に指導を受けることの困難(地理的条件)、妊産褥婦に対する精神的ケアの経験不足、面接時間の確保、面接員の勤務移動の問題、プライバシーの保護を考慮した面接場所、その他、入院安静が必要なハイリスク妊婦の面接の方法、脱落例をなくするための工夫、乳児健診、育児指導、乳房管理指導などの組み合わせ、住所移動への対応

RQ2: 地域型「母子保健プログラム」の策定

1) 患者からみた受療動態

レベル1の段階では、症状が発現して行動に移すまでに平均1カ月以上を要していた。周囲からのアドバイスは比較的が多い。相談相手は多様だが半数は産科医に相談している。比較的早期に受診しているが、精神科医への依頼を勧められたのは20%しかない。しかも、レベル1での効果は不十分で、半数以上は何の効果もない。

レベル2の段階では、相談相手は少なくなり、自分で決断して、行動をおこすが、支援を受けるまでに平均20日を要した。レベル3の段階では精神科医からの紹介状にて依頼を受けることは少なかった。この段階から女性が支援を受けるまでの期間が平均80日も要して、次第に遷延していた。しかも、地域の枠では十分対応できなく、居住地から遠方への受診が目立つようになっていた。

いずれにせよ、適切な専門的なアドバイスを受けにくい女性では、大学病院への受診は遅れがちになる傾向は明らかである。

2) 医療保健従事者面接による問題調査

披面接者の対象は、こころの健康センター所長(精神科医)、三重県健康福祉部児童家庭課課長(医師)、三重県健康福祉部障害保健福祉課主査(保健婦)、三重県健康福祉部医務政策監(医師)、県立精神病院院長(精神科医)である。各専門家の領域における特殊な立場に焦点を当てるようにした。主な面接のテーマは、1) 出産を取り巻くメンタルヘルスの問題と精神障害の理解の程度について、2) 産後うつ病の原因、貢献、予防についての見解、3) ヘルスサービスの適切な対応についての見解、4) 厚生省や三重県の戦略ないし政策についての知識について、5) 地域サービスの範囲とタイプ、6) 地域医療の質についての満足度、7) サービスの提供における気づかわれているギャップと制約についてである。結果、潜在する問題が数多く浮き彫りにされたが、産後精神機能障害の存在、意義等への社会的理解度の未熟性が問題解決に向けた行政施策策定への動機を形作っていないとするものが多かった。

3) 地域保健所活動における褥婦のモニター

現在までに保健所からの訪問例数は50例で、そのうちEPDSの区分点が9点以上でFAXにより検討を要した例は8例(16%)であった。これは、従来の産後うつ病の報告の頻度に近似しており、地域においても産後うつ病をEPDSでスクリーニングができることを示した。8例中保健所での経過観察5、精神科の関与は3例であった。また、訪問した助産婦、保健婦から、客観的な状況把握が可能なことをはじめ、妊娠中や入院中の経過でハイリスクと考えられるケースについては出産後早期に訪問して対応する必要があるとの認識が共通して得られた。

4) ハイリスク症例の児の発達異常の実態

—産後の母子関係の評価

調査母集団の産後1カ月から3カ月の精神医学的診断とBonding質問紙の得点調査
母親の抑うつエピソードの有無に応じてBondingの否定的因子の高得点者がみられる。経過による抑うつ状態が改善すると同時に得点は下がっている。非うつ病群での高得点者(6点以上)の関連要因は精神科既往歴、児の合併症、初産、ライフイベント、帝切など様々である。

電話面接による児の発達調査および現在の育児の問題の有無

追跡可能であった対象はPND 5 / 15名、MB 11 / 19名、Normal 15 / 54名であった。産褥期におけるBondingの障害は産後うつ病の母親で多

く、かつ抑うつ状態の経過とも相関することから、母子関係の障害のハイリスクグループとしてうつ病をフォローする必要がある。一方、うつ病以外の母親にも母子関係の障害は見られ、リスクファクターは今のところ特定できない。

RQ3：産後うつ病患者の治療の現況

産後うつ病の母親および家族は、入院を要する重要な病像にも係わらず、母子分離に対する抵抗が強く、また入院例でも、退院後の育児不安を訴える母親がいる。こうした産後うつ病の母親に対して、今後精神科母子ユニットが有用であると示唆された。

RQ4：新生児合併症症例の父母のメンタルヘルスに関する実態の評価

1) 周産期の死（死産・新生児死亡）を経験した母親のメンタルヘルスに関する研究

周産期の死（死産、新生児死亡）を経験した母親は、悲嘆過程を経過するが、たとえ急性期であっても、医療従事者による初期から同情的対応と納得のいく説明が必要である。悲嘆過程を緩和・変化させることはできないが、まず最初に死を現実の事として受け止めるための対応（死産児でも抱くなど）が必要である。死後の儀式へのスタッフの参加も有意義である。退院後も医療従事者から、次回の妊娠・出産について、また身体的精神的不調について相談できるような、開かれたシステムが必要である。施設には死別対応チーム（bereavement team）、一定期間のfollow-upシステムの存在が望ましい。自助グループへの紹介も大切である。

2) 乳幼児突然死症候群でを失った家族のメンタルヘルスに関する実態の評価

21名のインタビューの結果は、次の子どもへの不安（24%）、育児そのものへの不安、自責の念、相談相手のない不安、原因不明ということへの不安、病院・保育所への不信（9.5%）であった。また、現状では、医師や地域、あるいは行政の支援のなかで最も大切な役目をしているのは家族の会によるサポートである。すなわち、SIDSで児を失った悲しみから立ち直りインタビューなどの技術のトレーニングを受けた家族の会の会員（ピフレンダーと呼ぶ）が個別にSIDSの家族と面接する形と、SIDSの家族が数人グループミーティングの形で話し合うスタイルが機能している。

RQ5：母子のコミュニケーションの質的評価

1) 乳幼児期早期の母子コミュニケーションの質的評価とありかたに関する研究

乳幼児期早期の母子コミュニケーションの質的評価を行った。情動的コミュニケーションの破綻の要因として接近・回避動因的葛藤に注目する必要がある。

2) 妊産褥婦と乳幼児の精神保健援助

子どもの精神科臨床現場において、子どもの呈する様々な症状を「心的外傷」が関係している、と仮定してEMDR治療（およびその変法）を行ってみた。その結果、子どもの示す様々な精神科疾患に直接的あるいは間接的に「心的外傷」の影響介在を想定して、治療を行ってみた結果、これまでの伝統的な対話を中心とする精神療法と比較してはるかに速やかに症状の改善が観察された。

RQ6：メンタルヘルスクエア実施者としてのコメディカルの教育プログラムの策定

1) 助産婦教育と母子のメンタルヘルスクエア

助産婦、産婦人科医他の医師、心理の専門家及び助産婦学校教員を対象にした調査結果から、助産婦に必要な母子のメンタルヘルスクエア能力とそのための教育内容について、次のことが明らかとなった。能力及び教育内容は助産学、産科学、心理学、家族社会学等の広範囲にわたる知識・技術・態度であると認識されていた。教育内容の重要性の認識は、教育担当者は基礎的な内容を、実践者は異常や障害のある場合の心理に関する内容をより重要と認識していた。教育内容について、看護教育、助産婦教育、卒業後の教育の各時期間で、共通して必要な内容と、特有に必要な内容とがあった。重要度が高いとするものは、人間性やケアニーズの判断力、カウンセリング能力の育成をめざした教育であった。

2) 助産婦教育と母子精神保健教育の教材

内外の文献検索により研究デザインを立案した。教材の開発としてテキストの原稿とビデオ作製のための構成、シナリオの原稿を作成した。

研究発表

- 1) 中野仁雄：母子精神保健とヘルスプロモーション.1998, ペリネイタルケア,17:1081-1086.
- 2) 中野仁雄：母子精神保健.1998,日本新生児学会雑誌,34:677-682.
- 3) 中野仁雄、吉田敬子：精神神経症状とその管理 - マタニティー・ブルーズを中心に. 1999（3月発刊予定）,臨床エビデンス産科学