

妊産褥婦及び乳幼児のメンタルヘルスシステムに関する研究

「地域型母子精神保健医療における母子ユニットの意識」

岡野禎治 国立診療所三重病院精神科

研究要旨：精神科母子ユニットは母子が同時に入院して、母親の心の病気を治療しながら、母性と養育能力を獲得できるように指導できるユニークな入院形態である。本邦で最初の小児科施設における精神科母子ユニットにおけるパイロット入院について、日本の母子保健体制の地域サービスの実情に対応しながら、母子ユニットの基本的運用上の規模、看護・保育の問題点、要員の確保と研修、母子分離による二次的な愛着障害などの母子相互関係への影響などについて調査し、今後の本邦における地域型精神科母子ユニットの可能性について検討した。その結果、独立型の機能のある精神科母子ユニット、高い水準の看護と保育の研修と教育などが考慮される必要があることが判明した。

A．研究目的

過去 20 年来、英国連邦を中心として地域の母子精神保健の現場では、単なる母親の産後の精神障害の分離治療という狭い枠組みにとどまらず、母子相互関係の育成と促進を目的にして、母子を同時に入院させるという、精神科母子ユニットが普及している（岡野禎治ら 1997）。通常、産後うつ病の母親は産褥期には育児や家事に忙殺されるため、基本的な環境である安静が十分に取れない。特に年長児のいる核家族や実母からの支援が得られない核家族の場合では、その負担が大きい。一方、産後うつ病の母親は、母児分離が原則である精神科医療施設への入院に対して抵抗があり、外来治療でも遷延する傾向がある。そこで、こうした育児不安を抱く産後うつ病の母親が赤ん坊と同時に入院をして、段階的には愛着を深めながら専門的な治療を受けられる施設は、今日の核家族化と少子化社会において重要な施設となると思われる。

母子ユニットを導入するに到った経緯

産後うつ病に対する地域医療は、母子保健と精神保健を統合した視点が常に必要であるが、医療保健および福祉行政の対応は個別対応にとどまり、地域の母子精神保健体制は十分に機能していない（岡野禎治他 1998）。

一方産後うつ病は長期的に見て、早期に適切なケアが受けられないと、母親自身のみならずその家族や母子相互関係に多大な影響を及ぼすことが指摘されている。特に遷延した産後うつ病の母親では、その子供に対する愛着の遅れや乳幼児の認知発達に悪影響を与え、虐待につながることも経験している。産後うつ病の治療には通常数ヶ月くらい要するが、核家族の家庭では外来通院さえも容易でない症例も多い。また母親は育児や家事から開放されて、入院したくても、気になる赤ん坊を残して単独入院は不安がある。したがって、赤ん坊と一緒に加療を受けながら、段階的に愛着を深める施設は核家族の家庭にとっては理想的な環境と思われる。

そこで、こうした精神科母子ユニットを小児病棟の一角に創設（平成 11 年 9 月）して、地域と母子保健機関との連携、母子ユニットの基本的運営上の問題点（要員、研修方法とその評価）、母子分離による二次的な愛着障害などの母子相互関係に対する影響について検討し、本邦における地域型精神科母子ユニットの有用性について考察した。

B．研究方法

母子ユニットの基本的運営

1.病棟とスタッフ

国立医療所三重病院は、小児科および小児科外来、神経内科、整形外科の総計 250 床の病棟を有し、外来診療では耳鼻咽喉科、眼科、精神科、麻酔科を標榜している。小児急性病棟など 3 つの小児病棟の中で、非感染性小児慢性病棟（主に喘息、腎炎など）50 床のうち 5 床の個室（2 床は差額ベッド）を母子ユニット用に使用している。但し、当初は緊急入院などの対応からすべての個室を長期間にわたる専有は避けて開始した。

看護スタッフは 19 名であり、スタッフの多くは小児科をはじめとする他病棟や外来の勤務経験者であり、精神科看護の経験者はいない。保育士は 2 名で、併設の養護学校（小中高校生）に通学していない年少時の保育を担当している。精神科医は 1 名で精神保健指定医である。

2.規模

必要な人口数当りの精神科母子ユニットのベッド数は、catchment area が明確でない日本の医療圏では単純に概算できないが、出産人口 5,000 名当たり 3 床、さらに人口 100 万以上の大都市圏では出産 13,000 件当たり 6 床（年間 60 名の入院）が必要であるという英国の報告（Oates 1996）を参照した。すなわち、三重県の出生数 17,829 名（平成 10 年度）であることから、5 床が必要であると想定して創設した。なお、本ユニットの開設に当たって、英国の高次機能をもつ精神科母子ユニットの Kumar 教授（Bethlem Royal Hospital(London)）と Brockington 教授（Queen Elizabeth Hospital(Birmingham)）から構造、導

線、評価機能について有用なアドバイスをもらった。

3.母子ユニットの対象 小児科病棟への入院が基本前提であることから、非精神病性のうつ病を対象とした。特に愛着障害や母子関係障害がうつ病による二次的な影響を受けている母子を主要対象とした。ただし産後うつ病でも乳幼児への虐待や自殺年慮のある母親は除外した。そのために周産期の母子精神保健専門外来で、十分に患者の状態を把握して、本人と配偶者の希望と同意を得た上で入院の決定をした。

4.母子ユニットの機能評価

1)入院に到るまでの家族の背景、2)母親と赤ん坊の病棟内での導線の評価、3)母子に対する看護と保育水準の評価、4)母親の養育に関する評価、5)愛着の段階と精神状態の相関について調査した。人的リソースに関しては、要員研修方法とその評価(誰をどのようにして研修してどのように配置するか)を検討する予定である。

C.研究結果

1)基本的な入院治療

入院初期は、適切な薬物療法によるうつ病の治療を優先するため、午睡中や夜間は個室から母子分離をして十分な静養と睡眠をとらせるようにした。その後、母親のうつ病の回復状態に従って、段階的に担当看護婦と保母(保育士)による養育支援と愛着の評価を行い、また集団保育にも参加させた。そして退院前には外泊を繰り返して、家庭生活と病棟生活の差が少なくなった段階で退院とした。希望者には地域の市町村保健センターに退院後のサポートを依頼する。

2)対象者の背景:(平成11年9月~12月)

表に平成11年度の母子ユニットに入院した症例の背景を示した。

表:母子同時入院症例の詳細

	Case1	Case2	Case3
受診経路	小児科医	産科医	保健所 保健婦
家族背景	核家族	核家族	拡大家族
初診時~ 入院までの 期間	3カ月	3カ月	6カ月
外来経路	遷延	遷延 増悪	遷延 増悪
精神科既往歴	(-)	(+)	(-)
居住地区	近郊	近郊	北部
経産回数	経産	経産	初産
入院時児 の月齢	5カ月	5カ月	9カ月

依頼機関:

全例が依頼による受診であった。1名は精神保健担当の保健婦経由であった。

家族背景:

3組中2組は核家族であり、そのうち1組は近在の両親が高齢のため援助が困難であった。他方は片親でしかも病氣療養中であったため、親族からの療養や保育に対する援助は全く得られなかった。さらにCase2の核家族は年長児が病的退行や赤ん坊に対する暴力を見かねた夫が2カ月間の育児休暇をとって年長児への対応をした。拡大家族のCase3は産後うつ病に対する実母の理解が欠如し怠けていると責められることが多く、実家では療養ができなかった。全般に各症例の夫は病気を理解して、可能な限りサポートをしていた。

初診時から入院にいたる期間:

各症例とも外来治療中は家事や育児の負担が大きく、十分に休養が取れない状態であった。しかも日常生活に支障をきたさないように配慮したために十分な抗うつ薬を投薬することは困難であった。また、同時入院については躊躇していた。そのため外来通院中の経過は全例が遷延したり、増悪を繰り返したため入院までの期間が長期化する傾向がみられた。

精神科診断名:

全例がおうつ病エピソード:産後の発症(DSM-)と診断された(1名は不安障害の並存診断され、既往に治療歴のない同様のエピソードがあった)

3)地域での社会的資源の活用

Case3では保健所からの保健婦の電話によるサポートを外来受診中に受けた。Case2は市町村保健センターからのNPOの0歳時保育の斡旋を受けたが、高額で長期の経済的な負担が多いため断念した。また年長児の保育園への送迎については、病院ケースワーカーを通してボランティアに打診してもらったが、不定期スケジュールのために断念した。

4)同時入院への動機

全例が最初から同時入院を希望していなかった。経過が増悪して、子どもの突然の病気という理由から入院に到っていた。言うまでもなく、赤ん坊を分離して入院できる家庭環境ではなかったことは最大の理由である。



図：精神科母子ユニットの個室の内部

5) 施設内での母親と赤ん坊の導線の評価、

個室では図に示したように、ベビーベッドを同時にいれると手狭である。双子の場合にも対応できる面積（46㎡）が必要である。小児科病棟の一角の個室という限られた空間以外に病棟に併設してある畳部屋やデイルームなども十分利用が可能であったが、小児科病棟で付添ってる母親の目を意識して、自室に閉居がちになった患者もいた。施設が子供用であるため、同病者との交流ができる談話室などの要望が強かった。個室はナースステーションの横にあるため、常に観察が可能で、分離保育も対応しやすい反面、0歳児専用の育児室が併設されていないことから、赤ん坊の泣き声が個室にいる母親に容易に聴こえるため、防音などの点で工夫が必要であった。

日常生活の面ではコインランドリーが別棟にあるため、病棟内での設置が望まれた。

6) 看護や保育の対応：

日中は大多数の児童・生徒が併設する養護学校に通学しているため、看護力に余力があるが、朝や夜間の時間帯や業務が品雑になると児への対応が相対的に減少し、母親に任せきりになるといった場面も見られた。そして、複数の母子同時入院が重なる場合には、マンパワーの不足から母子への対応に対する対応に対する限度があった。

当初うつ病に対する看護に対する看護スタッフの不安があったが、基本的な対応は時間と共に可能となった。しかし、小児看護に慣れていないため、母親（成人）に対する基本的な看護の視点に欠けている点が見られた。こうした点は成人の精神科看護婦の知識と研修が必要である。また、育児経験のある看護婦を中心に対応したが、0歳時保育に関する研修もこれからの課題である。

7) 母親からの養育に関する評価

家庭では不可能であった十分な休養が取れるために、合同保育や分離保育については治療上はよい環境であった。そして、特に初産婦の場合保育

士などによる指導については好評であった。児への影響についても、よい効果が観察された。入院当初は機嫌が悪い赤ん坊も身体的ケアや哺乳と離乳食などが十分に供給されるにしたがって、機嫌良く適応でき、分離保育に対しても抵抗がなくなった。そして合同保育などを通して、他の幼児との接触もスムーズに進行した。

8) 愛着の段階と精神状態の相関

定期的に Bethlehem Mother and Baby Scale と母子相互関係のビデオを用いて愛着など母子相互関係について評価を行っている。こうした結果は、うつ病による愛着障害の有無やうつ病による二次的な影響を明らかにする予定である。

D. 考察

産後に発病した母親とその赤ん坊へのケアは、年長の子供たちの情動的及び身体的ニーズよりも優先しなくてはならない。その治療はできるだけ家庭で行われることが望ましいが、核家族といった社会的支援の得られない状況では困難となる。長期の経過をたどれば、愛着障害などの母子相互関係への影響（乳幼児の認知障害（Cogill et al.1986））、行動の障害（Murray.1992））、知的発達障害（Sharp et al.1995）にも影響を及ぼす。こうした英国を中心に発展した同時入院のねらいは、母親が精神および行動面で混乱がしばしば存在するにも係わらず、母子関係をできる限り保持し、促進することである。できれば家庭のような入院患者用ユニットで行われる方が望ましい。

産褥期の育児や家事に忙殺されながらの外来治療は、十分な治療環境とはいえない。特に本症例のように家族からのサポートが得られないため、こうした状況が悪循環となって、うつ病の経過が遷延し、増悪していた。また母親の分離入院に対する不安感やうつ病が遷延すればいっそう強くなる傾向が見られた。特にうつ病親和型の性格傾向の強い母親の場合は執着が強まった。こうした悪循環を断ち切る意味でも母子の同時入院は有効であると思われた。

日本の地域における母子精神保健システムは母子健康と精神保健の大枠で分断され、包括的な連携が不十分であって、産後うつ病の母親に対する地域でのサポートは十分に機能しているとはいえない。今後新エンゼルプランも計画されているが、特に支援の得られない精神疾患に罹患した母親に対して緊急で即時対応できる0歳時保育が優先されなければならなし、こうした母子という単位に対する対応が地域の保健福祉機関側に十分に認識されなければならない。

従来から精神科病棟での入院に対する偏見が強いが、本ユニットのような小児科病棟への入院に対しては全般的に抵抗は少なかった。しかし、独立型の病棟の構造でないために、プライバシーの確保という点ではいくつかの問題が生じた。

マンパワーの面では、本施設のような併存型の

母子ユニットでは、絶対的に不足していた。赤ん坊に対する安全性を確保するために、少なくとも子供の世話ができるまでの期間は1対1の看護が可能で24時間体制が望ましい。独立型の母子ユニット(6~9床)でも、夜勤と週末勤務の看護人員は3人の母親に対して最低1人の看護婦が必要である(Brockington1996)といわれている。

母子ユニットで看護スタッフに要求される資質とは、基本的には精神科看護である。これについては基本的な精神医学に関する広義、症例検討会の開催などで、教育研修が必須である。総合病院であれば、精神科病棟の勤務経験者が中心となって、精神科看護の実践を指導してもらえるが、本院のように経験者がいない本院の場合には教育の面では身体的な看護技能の習得よりは困難な点が多く、看護スタッフの育成は小児科病棟における母子ユニット設置の今後の最大の課題である。入院適応の障害の対象については、施設の構造や機能によって入院適応の疾患は異なるが、小児科病棟では、自殺年慮や精神病像を伴う疾患、乳幼児への虐待を抱えた母親を入院させることは危険である。

産後うつ病の母子関係の中でも、例えば子供に対する敵意、拒絶といった母親としての役割が障害されている女性にとって、同時入院という環境は障害された関係に焦点を当てることができて、母親の観察や的確な診断も可能であると思われる。たとえ、母子関係が正常に維持されていても、産後うつ病の同時入院は適切である。今回の同時入院の母親では、自己評価が低下して、全例家事や育児という日常生活にも支障をきたしていた。しかも母子分離は母親の満足感を低下させて、長期に及ぶ場合には二次的な愛着障害を引き起こす場合がある。この問題はこれからの評価で明らかになるとと思われる。

退院後の通院についてもデイ育児の機能は病棟において対応できれば、母親の育児指導に関して有用なものとなる。これは従来から母子ユニットにデイ・ケアを併設すれば人員や施設を有効に使用できる。パーミンガムにあるクイーン・エリザベス病院の精神科母子ユニットでは、特別な予算措置によって、外来クリニック、地域の参加病院と密着なネットワークを形成し、さらに家庭治療サービス(往診システム)とデイ・ケアをを組み合わせ、患者のニーズに対応して地域ケアを実施している。

地域の医療システムや医療行政は国々により異なるため、母子精神保健サービスの理想的なシステムを導入すること困難であるが、小児科病棟に併設ないし独立した母子ユニットに、小さな赤ん坊のいる母親に対応するために専門的な技能や理解を持つ専門的なチームが配置され、また住宅の母親とその家族に対しては地域の専門的な医療保険チームによって支えられれば、地域の日本の母子精神保健は改善していくと思われる。

E. 結論

同時入院の有用性については試行錯誤の段階であるが、これからの精神科母子ユニットには以下の点が考慮されなければならない。

1) 独立型機能のある精神科母子ユニット

精神医学的には高い水準の診断及び治療(看護スタッフは母子関係を評価し、障害された関係を母親と一緒に援助し、教育を教授できる)

2) 高い水準の看護力の研修と教育

3) purpose-build unit: 病棟の施設と機能は最初から母子という単位のために設計

4) 母親同士のメリット(同じ困難な状況をもった他の母親が入院しているため、メリットがある)、つまり回復中の入院患者は優れた理解者とアドバイザーである。

【文献】

1. Brockington I: Services. In Motherhood and Mental Health (eds, I, Brockington) pp:55-585, Oxford, Oxford University Press, 1996
2. Cogill, S. R., Caplan, H. L., Alexandra, H., et al (1986) Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. Br Med J (Clin Res Ed), 292(6529), 1165-7.
3. Murray L. (1992) The impact of postnatal depression on infant development. J Child Psychol Psychiatry, 33(3), 543-61.
4. Oates, M: Psychiatric services for women following childbirth. International Review of Psychiatry. 8, 87-98, 1996.
5. 岡野禎治他:「英国における母子精神保健体制の現状と課題」、平成8年度厚生省心身障害研究「これからの妊産婦の健康管理システムに関する研究」pp30-37. 1997.
6. 岡野禎治:「日本の母子精神保健体制の現状と今後のプログラムの策定について」、平成9年度厚生省心身障害研究 17-24, 1998.
7. Sharp, D., Hay, D. F., Pawlby, S., et al(1995) The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. J Child Psychol Psychiatry, 36(8), 1315-36.

F. 研究発表

1. 論文発表

1. 岡野禎治(分担執筆):「ホルモン療法__甲状腺製剤とエストロゲン製剤」「精神科治療の理論と技法、一薬物療法と生理的治療」、井上雄一、岸本 朗編著、星和書店、pp83-90, 1999
2. 岡野禎治(監訳) Brockington IF: Motherhood and Mental Health. Oxford University Press 「母性とメンタルヘルス」日本評論社(1999)
5. 岡野禎治:産褥精神障害、日本医事新報、No.3919, 43-47, 1999
6. Okano T: Thyroid function and postpartum psychiatric disorders. Archives of Women's Mental Health. 1: 157-165, 1999.
7. 岡野禎治: 女性の精神医学シリーズ「産前うつ病」産科と婦人科、67.85-90, 2000.

9.岡野禎治：女性の精神医学シリーズ「パニック障害」産科と婦人科、87：241-246、2000.

10.岡野禎治：女性の精神医学シリーズ「精神科母子ユニット」産科と婦人科（印刷中）

11.岡野禎治、Brockington IF：女性の精神医学シリーズ「地域における母子精神保健サービス」産科と婦人科（印刷中）

2.学会発表

1.The workshop on menstrual psychosis: “Nosology and strategies for treatment-resistant cases of periodic psychosis” Birmingham, 1st-2nd August.1999.