

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

「助産婦のメンタルヘルスカケア能力育成を目的とした

卒後教育プログラムに関する研究」

新道幸恵 青森県立保健大学

研究協力者

大関信子、増田早苗、吉川由希子、田中克枝、玉熊和子 青森県立保健大学

岸田泰子 島根医科大学

研究要旨：妊産褥婦・乳幼児に最も身近な存在としてケアに従事している助産婦を対象に、周産期における母子のメンタルヘルスカケア能力育成を目標とした卒後研修プログラムを策定し、助産婦のメンタルヘルスカケア能力育成のあり方を検討した。その結果、知識及び対人関係の持ち方、カウンセリング能力、自尊感情、アセスメント能力が向上していることが研修前後の自他の評価においても明らかとなり、本研修プログラムが有効であるとの示唆が得られた。今後の課題は、本研修プログラムの実施・評価を継続し、研修内容や方法をさらに検討していくことである。

A．研究目的

助産婦は母子健康領域において、母子のメンタルヘルスを左右する妊娠・分娩・産褥期に母子との密接な関わりが必要とされる職種である。それゆえ、助産婦が母子のメンタルヘルスカケア能力を高め、適切なケアを提供することが今後ますます重要になってくると思われる。

本研究は昨年、デルファイ方による調査研究¹⁾によって助産婦に必要なメンタルヘルスカケア能力及びその育成のための教育内容（看護教育・助産婦教育・卒業後研修の各教育課程別）を明らかにした。その結果をもとに、今年度は助産婦教育におけるメンタルヘルスカケア能力育成のための卒後研修プログラム試案（以下、本プログラムとする）を作成し、それに基づいて研修プログラム試案を実施、評価をとおして、その効果を検討することを目的とした。

B．研究方法

1. 卒業後研修プログラムの試案の作成

1) 一般・行動木曜の設定（表1）

昨年のデルファイ方による調査研究結果を分析し、メンタルヘルスカケア能力を育成する研修の目的・目標を一般目標（General Instructional Objectives；SBO）に整理した。一般目標は、「助産婦として妊産褥婦へのメンタルヘルスをアセスメントし、そのアセスメントに基づくメンタルヘルスカケアが実践できる能力を養う」とし、行動目標は表1に示す13項目を設定した。

2) 研修内容の検討（表2）

一般目標と行動目標から、講義及び演習の内容を検討し表2に示すプログラムと設定した。研修期間は2週間（10日間）とし、各領域の専門家の講師16名に依頼し、受講対象者は臨床経験5年以上の助産婦とした。なお、資料は各講義担当の講師の方々に講義用の資料作成を依頼し、研修

会テキストを作成した。

1週目の到達目標は表2に示したとおりである。講義と演習は基本編とし、助産診断、妊産褥婦の精神障害、カウンセリング、コミュニケーションに関する内容及びグループワーク、アセスメントを展開した。

2週目の到達目標は、表2に示したとおりである。講義と演習は応用編とし、地域との関わり、マタニティ・ブルーズ、切迫早産に関する講義等およびグループワークは異常事例のケースを設定し、ケースワーク、アセスメント、ケアプラン作成した。尚、グループワークは受講者から持ち寄った事例をもとに、5～6人のグループに分かれてアセスメントに行い、それぞれに研究協力者がチューターとして関わった。

表1. 本プログラムの一般・行動目標

<p>一般目標 (General Instructional Objectives : GIO)</p> <p>助産婦として妊産褥婦のメンタルヘルスをアセスメントし、そのアセスメントに基づくメンタルヘルス・ケアが実践できる能力を養う。</p>
<p>行動目標 (Specific Behavioral Objectives : SBO)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 正常および異常な経過をたどる妊産褥婦の心理社会的変化や特徴を理解できる。 2. 妊産褥婦の精神疾病を理解できる。 3. 妊産褥婦の精神疾病をスクリーニングできる。 4. 基本的なカウニングの理論を理解できる。 5. 基本的なカウニングの技術をメンタルヘルスケアに活用できる。 6. 母子の相互作用・母子間のコミュニケーションについて理解できる。 7. 妊産褥婦のメンタルヘルスケアに必要なコミュニケーション技法を活用できる。 8. 対象理解のために、感性・洞察力・気づき・柔軟性を築くことができる。 9. 対象を尊重した態度がとれ、信頼関係を築くことができる。 10. 妊産褥婦の危機・喪失・悲観の心理過程を理解できる。 11. 妊産褥婦の危機・喪失・悲観の心理過程について介入できる。 12. 地域社会資源を活用してメンタルヘルスに関する効果的なコーディネートができる。 13. 自主学習能力を身につけ多様なメンタルヘルスケアに対応できる。

表2. 本プログラムの内容

<p>第1週目の目標： コミュニケーション理論やカウニング理論を活用して、母子のメンタルヘルスについての確にアセスメントできる。</p>					
月日	(9:00~10:30)	(10:40~12:10)	休憩	(13:10~14:40)	(14:50~16:20)
15日 (月)	受付 開講式	初エントランス		グループワーク：GW	「正常な妊産褥婦の心理とケア」新道幸恵
16日 (火)	「助産診断」 新道幸恵	「患者論」 大関信子		「妊産褥婦の精神障害」 北村俊則	
17日 (水)	「妊産褥婦のメンタルヘルスケアとカウニング」 北村俊則			GW	「患者論」 大関信子
18日 (木)	「カウンセリングの基礎知識と技術」 安田 勉			「家族看護学」 中村由美子	
19日 (金)	「周産期の死を経験した母親のメンタルヘルス」 竹内徹			「母子のコミュニケーション」 崎尾英子	
<p>第2週目の目標： メンタルヘルスに関する多様または複雑な問題を持つ妊産褥婦のアセスメントができ、具体的なケアプランを立案できる。</p>					
22日 (月)	「地域におけるメンタルヘルス」 岡野禎治			「マタニティブルーズ」 吉田敬子	
23日 (火)	「子どもの発達と育児不足」 吉田敬子			「切迫早産のメンタルヘルス」 岩澤和子	
24日 (水)	「母子のコミュニケーション」 小林隆児			「乳幼児との遊び方」 吉川由希子	GW
25日 (木)	「地域の妊産褥婦と の関わり」牧野昭子	「乳幼児の虐待」 益田早苗		GW	
26日 (金)	GW ; 総まとめ			「妊産褥婦へのエモショナル・サポート」 「母子のメンタルヘルスケアの動向と助産婦への期待」中野仁雄 (変更)北村俊則	修了式

3) 評価の方法 (表3)

本プログラム受講後の効果を評価するために、受講者(受講前・中間・直後・1ヵ月後)、勤務施設の上司(受講1ヵ月後)を対象に認知(知識)、情意(態度)、精神・運動(技術)領域に関する評価を行った。また、受講者とコントロール群の比較検討をするために、研修を受講しない経験5年以上の助産婦100名に評価テストを郵送し、73名(回収率73%)の回答を得た。

評価の内容は、表3に示すように認知領域ではカウンセリングテスト、事例展開、情意領域ではSEテスト、職場・人間関係、患者関係、カウンセリング知識に関するテスト、SE、エゴグラムを用いた。

2. 研修プログラム試案の実施

1) 受講者の募集

受講者の募集は、実施の約2ヶ月前から行った。専門雑誌2誌への研修内容についての広告掲載、関連学会等でのチラシ配布、関係機関への郵送にて行い、22名の申し込みがあった。

2) 実施機関と実施場所

1999年11月15日から26日まで、青森県立保健大学において、本プログラムに沿って実施した。

3. 研究における倫理的配慮

受講者募集の際に、本研修プログラムが平成11年度厚生科学研究「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」の一環であることを明記し、受講者に研究対象者として受講後の効果を測定・評価を受ける旨を周知した。また、グループワーク等使用した事例に関しては事例のプライバシーを守る配慮をした。

C. 研究結果

1. 受講者の属性およびニーズ

1) 受講者の属性

受講者は経験年数5~27年(平均13.0±.89)年、年齢27~49歳(平均37.4±6.14)歳、産婦人科病棟勤務59.1%、新生児センター勤務13.6%、その他(開業助産婦、産科外来、保健所など)27.3%である。他科での経験の有無については6名があり、準管理職は3名であった。

地域別では東北14名、関東3名、関西2名、その他(沖縄・福井・島根県各1名)であった。学歴については大学が1名、短大専攻科が11名、専門学校が10名であった。

2) 受講前の受講者のニーズ(表4)

受講前のアンケートで「メンタルヘルスケアについて困っていることは何か」とたずねたところ、表2に示すような回答が得られた。対象事例は多岐に亘っており、方法論としては対象への接し方、コミュニケーションの取り方、他部門との連携に困っているとしている。研修会への要望も表2に示すように、アセスメントや対応の方法・技法、カウンセリングの知識・技術等の基本的な内容が多かった。

表3. 本プログラムの評価テスト一覧

	n	受講者					コントロール群	受講者の上司
		受講前	受講中間	受講後				
				直後	ホームワーク	1ヵ月後		
	22	22	22	20	21	73	10	
認知領域	カウンセリングのテスト(記述式)							
	事例展開(2ケース)							
情意領域	SEテスト							
	寛恕(相手)関係テスト							
	エゴグラム							
総合領域	1ヵ月後の自己評価							
	上司からみた評価							
	プログラム企画・運営評価							

総合領域は認知、情意、精神・運動領域を総合した領域

表4．受講者のニーズ（複数回答）

	内容
方法について	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠各時期における正常・異常の見極め方、アプローチ、アセスメントの方法。 ・コミュニケーションの取り方、関わり方。 ・メンタルヘルスケアしたケースのフォローアップの方法。 ・今後メンタルヘルスケアが必要と思われる問題の発見について。（例 母とこの絆が出来ないことを妊娠中から予測できるか。） ・「聞く（傾聴）」・「共感」のテクニック。 ・自己受容を積極的にすすめていくためのテクニック。 ・指導を効果的にするカウンセリングの活用法。 ・他部門との連携のとり方（地域と病院施設）。
対象事例	<ul style="list-style-type: none"> <妊産褥婦の心理について> <ul style="list-style-type: none"> ・若年妊娠。 ・出産治療後妊娠したケース。 ・出産前診断にて奇形を告知されたケース。 ・障害児・未熟児・低体重児を出産したケース <周産期の死を経験した母親のメンタルヘルス> <ul style="list-style-type: none"> ・死の受容過程、次の妊娠への期待と受け入れ、社会生活に復帰していく上での両親の援助。 <切迫早産のメンタルヘルス> <ul style="list-style-type: none"> ・長期入院ケース（妊娠の継続について、家族に対しての母性・父性や家族の絆を深めるためのアプローチの仕方）。 ・内面に問題を抱え込むケースのメンタルヘルスケア。 <乳幼児の虐待に関して> <ul style="list-style-type: none"> ・他職種や関係機関との連携 ・精神障害を持つケース。 ・HIV 養成のケース。 ・計画外・望まれない妊娠をしたケース。 ・分娩後育児拒否をしたケース。

表5．受講者とコントロール群の比較（SEテストと患者関係テスト）

	n	SEテスト M(SD)	患者関係テスト M(SD)
研修前受講者	22	29.2 (± 4.7)	82.4 (± 6.7) *
コントロール群	73	26.5 (± 4.6)	78.5 (± 7.7)

* p < .05

表6．SEテストと患者関係テストの研修前・中間・後の変化（n=21）

	SEテスト M(SD)	患者関係テスト M(SD)
研修前	29.4 (± 4.8) *	82.3 (± 6.8)
研修中間	29.5 (± 4.6) **	80.3 (± 7.5)
直後	31.1 (± 4.8)	82.5 (± 8.8)
研修後 1ヶ月後	30.4 (± 4.5)	84.4 (± 6.0) *

4回ともテストを行うことができた人は21名 ** p < .01、* p < .05

2. 受講者の本プログラムにおけるメンタルヘルスケア能力の変化と評価

1) 受講者の情意領域について

情意領域（態度面）把握のため SE（Self-Esteem、自尊感情）テスト、患者関係テスト、東大式エゴグラム（TEG）テストを行ったが、受講前よりコントロール群との比較では、両テストとも有意に高い得点であった（p < .05）（表5）

本プログラム受講前と直後、中間と直後の比較では、SEテストは受講直後がどちらとも有意に高い得点（p < .01、p < .05）であり、患者関係テストは中間と1ヶ月後に高い得点であった（p < .05）（表6）。

東大式エゴグラム（TEG）テストの受講前後の変化は CP・NP・FC が受講後有意に高い得点であった（p < .01）。ただし、A だけは受講直後のみ高く、1ヶ月後は有意に低くなっていた（p < .01）（図1）。

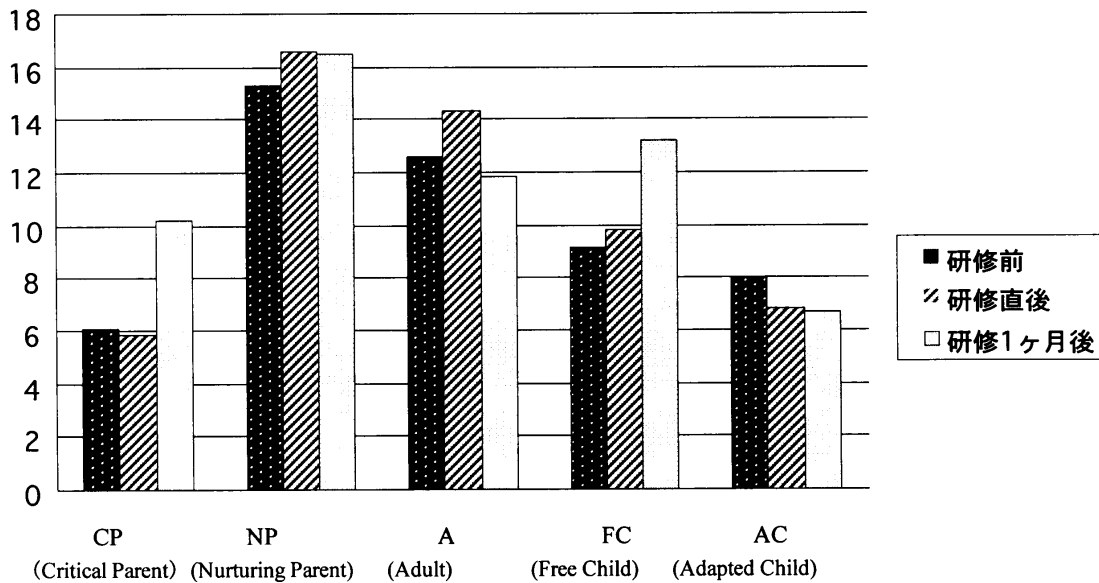


図1. TEG(東大式エゴグラム)の平均値の推移

表7. 修了後の事例展開課題(事例1:正常妊婦の分娩室入室時のケアプラン)

事例の背景	年齢 38 歳、初産、身長 151cm、体重 79.15kg (非妊時+4.15kg)
入院時所見	40 週 3 日目。陣痛発来にて入院。子宮口開大 4cm。展退 80%。ST±0。ビョップスア 10 点。 胎盤後方上位に付着。EFBW2484g。児の奇形見られず。Hb12.3g/dl。 バイタル (KT=36.5、P=104、BP=140/70mmhg) 良好。浮腫なし。
家族背景	里帰り分娩のため(建築自営)付き添いなし。実母(有職)が付き添ってくる。 パート事務職なので運動不足。夫は夜食の習慣あり。 妻と一緒に食べるように強制する。
妊娠の受け止め方	妊娠に気がついたのが 29 週の時、あせりが見られた。その後、外来保健指導にて呼吸法の指導を受けたが出産準備教育が十分にできていない。児心音を聞いても嬉しそうな顔をせず、胎児を「それ」と呼ぶ。睡眠不足・疲労感を訴える。結婚後 15 年間、子どもができなかったため、夫婦二人だけの老後を考えていた。

2) 受講者のカウンセリング知識について

受講者とコントロール群との比較では、受講者のカウンセリング知識が高かった。

受講前・中・後の比較では、受講前では約 4 割の正解率であり、カウンセリングの講義後(中間と後)のテストでは 8 割以上の正解率であった。

3) 本プログラム終了後のケアプランを作成

受講終了後、受講者に事例(表7)を提示しケアプラン立案を課題とした。その回収率は 22 人中 20 人(91%)であった。尚、設問に沿わないケアプランを作成したものが 2 名あり、この 2 名を除いた 18 名のケアプランについて、20 項目の評価基準をもとに分析・点数化した。各援助項目を 1

点とし、平均点は 10.8 点であった。

心理社会的援助技術(共感・傾聴・受容・元気づけ・感情表現を中心に捉える)が多く含まれていた項目は「産婦の精神的支援」15 名、「補助動作・腹圧指導(産痛緩和)」10 名であり、反対に少なかった項目は「児娩出時の介助」5 名、「児への愛着形成」3 名、「うぶ弁じの重要他者との関わり」1 名、「母児相互作用を促す」1 名であった。(表8)

4) 受講後 1 カ月に行ったメンタルヘルスケアに関する事例、後輩・同僚の指導(1 カ月後評価)

終了後 1 カ月間に受講者が行ったメンタルヘルスケアの事例は切迫早産 6 例、精神疾病の内服

表8．ケアプランに含まれていた心理社会的援助について

主なケア	心理社会的援助 の内訳
産婦の精神的支援	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠や分娩に関連した感情を言葉にできることを伝える。(3名) ・自分を受け入れ助産婦に支援を求めることができることを伝える。(1名) ・自由に表現しやすい雰囲気作り。(4名) ・産婦自身の見方・考え方を否定せず受け止める。(3名) ・共感を持って産婦の話を受け入れ、心のわだかまりを表出させる。(1名) ・自尊感情の喪失を表すような産婦の発言に耳を傾ける。(1名) ・意思決定の過程に産婦が意見を述べる機会を提供する。(1名) ・分娩をすることで母親としての役割を十分果たしていることを説明し、自信を持たせる。(1名) ・一人ではなく子どもと一緒に乗り越えていることを話し、励ます。(1名) ・否定的な言動や態度は避け、受容的な態度で接する。(2名) ・不安感が増大する前に不安を表出するよう促す。(2名)
補助動作・腹圧指導 (産痛緩和)	<ul style="list-style-type: none"> ・陣痛時のサポート保証。(2名) ・本人の努力を認め、不十分な点は介入していく。(2名) ・産婦のそばに付き添う。一人にしない。一緒に取り組む姿勢を示す。(3名) ・うまくいったら誉める。(3名) ・がんばっている姿勢に肯定的な態度を示す。(3名) ・騒ぐことがあってもいさめたり・否定したりせず、ありのままを受け止める。(2名) ・陣痛の短縮は分娩進行のしるしとしての知覚を促し、緩和行動により対処できるという達成感を高める。(1名) ・痛みや不安については言葉にできることを説明し、否定しない。(1名)

()内は回答者数を示す。

心理社会的援助技術は、以下の5項目の援助(池田明子監・1999)について取り上げた。
 共感：援助者は自分の心の琴線が、相手の感情表現に呼応して響くような形で理解を示す。
 傾聴：相手が話していることを受容し、自分の中で分析し、自分が言いたいこと、理解したことを相手に送り返す聞き方。
 受容：相手の行動や感情に関心を示すことによって、相手を尊重していることを伝えることができる。相手を評価したり、批判したりしないことは重要である。
 元気づけ：相手は重要だと考えている事柄に注意を向け、相手を認めて励ますことは安心感を高め、相手の不安軽減を助ける。不安の軽減により、効果的問題解決や治療に取り組める時間が増える。
 感情の表現：安心して気軽に感情表現できる環境を用意することは、治療の人間関係を強化し、相手が問題解決に取り組むようにするに不可欠である。その環境において相手は反論・恐れ・落胆を言葉で表すばかりでなく実際に泣いたり、怒りを全身であらわすことができる。

など、妊産婦本人の問題4例、児の病気等の問題4例、出産体験の不満2例、出産後の日常生活に対する不安3例、その他4例である(表9)。対象の事例は受講前と同様に多岐にわたっているが、ケアの内容においては具体的な内容が示され、研修での内容を実践するなど変化が見られた。後輩や同僚へのメンタルヘルスケアについて関わりが多かった項目は、「事例検討を行った」10

名、「他のスタッフに伝達・報告」7名、「毎日の申し送りや話し合う」6名、「アドバイスする」5名であった。また、今回学んだことを実践する上での問題点については、「他のスタッフと方針や考え方の違い」13名、「日常の業務が忙しく時間的な制約がある」5名、「カウンセリング技術の未熟さを感じた(自分の能力的問題)」4名が主な意見であった。

表9．研修後1ヶ月間に行ったメンタルヘルスケア事例

対象の事例	ケアの内容
妊産婦の問題(4例) <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠前からうつ病で内服している。 ・分裂症にて内服中、薬のことから母乳を断乳。児のこと、ひとつひとつ気になる様子。 ・経産婦で身体症状(足のこむらがえり、腰痛) ・若年妊娠(18歳)夫(20歳)知識不足、育児に不安。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ゆっくり時間をとり、話をした。 ・カウンセリング。 ・身体症状 足浴など対応を説明。
児の問題(4例) <ul style="list-style-type: none"> ・児がNICU入院。母子分離。 大血管転移で手術が必要。マンテラ後、ショックを受ける。胎児奇形、羊水過多。出生後まもなく死亡。 ・児の哺乳力緩慢、体重増加認められず児のみ居残り、母退院時泣く。 ・生後2ヶ月で呼吸不全で入院。 	<ul style="list-style-type: none"> ・祖父母に児の様子を母に話す。児の写真を届けてもらう。間接的な面会。夫から母親の思いを聞く。タッチング。手術のマンテラ後、術後の児の様子がわかるように説明。 ・個人面接(出産に対する思い、子どもに対する期待、家族関係の調整)お別れ会?を行う。出棺時、主治医と共に家族尾への援助。心ない親戚の人の言葉に傷つく。現在、保健所を通して、ブレンダーの役割を出来る人を探している。
出産体験の不满(2例) <ul style="list-style-type: none"> ・帝王切開分娩お産のイメージと現実がギャップがあり、ショック、自尊心低下 ・出産時のスタッフの対応により、出産体験に不满。 	<ul style="list-style-type: none"> ・他スタッフともカンファレンスを行い、感情の表出に勤める。母乳育児の確立(自信につながった)
切迫早産(6例) <ul style="list-style-type: none"> ・18w;長期入院必要と言われ、夫婦2人で泣いている。 ・切迫早産で入院中、退院間際に分娩への不安:2例。 ・母胎搬送(27w)長期絶対安静。 ・切迫で3ヶ月入院。水腎症合併。夫も病気で他病院入院、失業。 ・個室入院、尿道留置カテーテル、子宮収縮抑制剤入り持続点滴ポンプ床上安静。 	<ul style="list-style-type: none"> ・夫と3人で話し合う。マンテラの時どう思ったか。児への思いの表出。 ・前回のお産を振り返り、不安の表出に努める。 ・プライマリー看護を行い、ケアプランを作成、実施する。 ・母親のお産に対する思いにできるだけ添うようなケアを実施。
出産後の日常生活に対する不安(3例) <ul style="list-style-type: none"> ・上の子と新生児の生活に不安。 ・子どもが順調であるか不安(産後21日目、38日目) ・経産婦、上の子がダダをこねる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもの発達段階、新生児については授乳時のアタッチメントの大切さを説明。 ・退院時指導。上の子へのフォローが大事。現在の状況を説明と支持、子どもの発達、乳房管理の予期ガイダンス。全身癒しのマッサージ、電話によるサポート。
家族の病気 <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠中から夫の病気(癌)の心配があり、出産後にマタニティブルー。 	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠中、外来で話を聞く。退院後は伝 w な相談ができることを伝える。
相談相手なし <ul style="list-style-type: none"> ・36wで胎児の水腎症指摘。21歳、経産婦。相談相手いない。両親が今年、相次いで自殺。育った家族環境複雑。子どもの頃、虐待を受ける。夫の借金問題、最近夫婦の会話なし。親しい友人いない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・最初、ラポール形成に努める。あなたのことに関心を持っているという態度で接する。今回の妊娠に対する思い、外泊したい思いなど、本人の話をよく聞く、本人の意思を尊重、今までの育児のことなど誉め、よくやってきたことを認める。家族問調整(姑)1ヶ月の検診の様子を見て、保健所連絡するか決める予定。
夫への不満 <ul style="list-style-type: none"> ・経産婦。育児に関する考えの違い。言動(上の子の前で授乳するな)に不満。 	<ul style="list-style-type: none"> ・夫を含み、3人で話し合いをしてもらった。上の子の前で授乳してもらった。
流産手術後、うつ病になった。	<ul style="list-style-type: none"> ・流産手術後についての予期的ガイダンス。接する時間を多くし、思い出の表出、誤解の訂正。外来に申し送り。

3.上司の評価

受講者の勤務先の上司（看護婦長）17名にアンケートを依頼し、10名の回答が得られた（回収率59%）。

1) 受講者に対する本プログラムについての効果の期待内容と今後の課題および目標

受講者に対する終了後の期待には、上司の多くはメンタルヘルスに関する知識や技術を身につけ看護の質を高める、メンタルヘルスケアにおけるリーダー的・指導的存在として活躍等を期待していた。

また、受講者に対する今後の課題や目標としては、期待する内容と同様にメンタルヘルスケアにおけるリーダー的・指導的存在として活躍することに加え、スタッフへの講習内容の伝達が挙げられていた。

2) 実践での研修内容の活用状況

本プログラム内容の実践への活用は、かなり活用・少しずつ活用60%、あまり活用されていない30%であるが、あまり活用されていないのは業務の煩雑さやメンタルヘルスを特に必要とする対象者がいないなどで、今後の活用の可能性がみられる。

3) 対象への関わり方の変化

対象への関わり方の変化については、変化あり40%、変化なし40%、無記入20%であり、他スタッフへの影響は今のところ影響なし30%であるが、リーダー性発揮や他スタッフのメンタルヘルス関心が深まったなど何らかの影響を及ぼしていたと報告があった。

4) 本プログラムへの要望

研修期間・開催場所などはそれぞれの立場によって意見が異なっていた。たとえば、期間が長い、内容から見て妥当、地方ではなく中央で開催して欲しい、県内で研修が行われて良いなどである。

今後も、本研修会を希望するかどうかについては9名の上司が開催を希望しており、希望しないという回答は無かった。

4.受講者によるコース評価

プログラムの内容については、大変良いが77.3%、良いが22.7%、期間については、大変良いが77.2%、普通18.2%、悪い4.5%であった。悪いという内容は、「募集期間が短すぎる」「2週間続きではなく1週間ぐらいづつ分けて開催してほしい」等であった。

開催時期および講義回数等も大半がよいと回答しており、受講者の期待に対しても90%以上がよい内容であったと回答していた。

グループワークについては事例の取り上げ方、グループ人数、分け方などは大変良い&良いがほとんどであり、グループワークの発表準備時間は悪い31.8%で時間が足りないことを示していた。

D. 考察

わが国における少子化はエンゼルプランの策定など、国をはじめとして、地方自治体やその他、いろいろな立場や人々によって、検討が加えられ、

対策が練られているにもかかわらず、いっこうに改善しない。少子化対策としてはその効果はなかなか目に見える形としては現れていない。

少子化対策には、出生率の増加と出生した児を健全に育成することが含まれる。妊産褥婦のケアに従事する専門職がメンタルヘルスケア能力を高めることは上述した少子化対策に関する2つの課題の両方に関与するものと思われる。そこでわれわれは今年度、妊産褥婦のケアに従事する主な専門職として助産婦を取り上げ、その専門職に妊産褥婦のメンタルヘルスケア能力育成のための卒後研修プログラムの試案（本プログラム）作成、実施、評価を行った。

本研究結果について、助産婦を対象とした妊産褥婦のメンタルヘルスケア卒後研修プログラムの必要性、本プログラムの効果、本プログラムの妥当性、卒後研修プログラムの課題について考察を加えることとする。

1. 卒後研修プログラムの必要性

科学の急激な進歩発展や我が国における経済状態の悪化は、人々の生活をストレスの多いものへと変化させ、そのことが、精神、神経疾病を病む人の増加をもたらしてきた。そのような背景において、病院や診療所のみならず学校、会社等のあらゆる場において、メンタルヘルスケアのニーズが高まってきている。また、少子化および、女性の高学歴化と社会への進出という社会減少は妊娠、分娩、育児についての知識が乏しく、妊娠以降育児までの過程における経験において容易に危機状態に陥る女性の増加をもたらしている。

妊娠や分娩、育児に関して不安であると思っている女性は多く、また、育児が負担で、育児中の生活にストレスを感じている女性も多い^{1), 2), 3)}。一方では、それらの女性は、核家族である、妊娠、分娩育児を経験した友人、知人が少ないなどの背景から、有効なソーシャルサポートシステムを有している人が少ない。これからのことは、妊産褥婦に対する専門的なサポートとしてメンタルヘルスケアを中心としたサポートシステムが必要であることを示しているといえよう。

また、近年、妊産褥婦で、精神疾病やマタニティーブルーを発症し、あるいは、子どもの虐待等の精神的、社会的問題に発展する要素を有している女性が少しずつ増加し始めている⁴⁾。これからの問題状況については発生の予防や早期発見、早期の対策の実施が求められる。妊産褥婦の最も身近な専門職である助産婦がメンタルヘルスケア能力を有していることは、精神的問題の早期発見、早期対策ならびに予防に大いに寄与する事になる。また、子どもの虐待の要因のうち、育児困難を要因とするものに関しては、助産婦による妊産褥婦への系統的・継続的なメンタルヘルスケアによって予防できることが推測される。

本プログラムの受講者の参加動機に記述された「日々の業務の中で対応に困っているケース」をみると、精神的問題を有していたり、ケアに際し

て特別な心理的な配慮を必要とするケースが多くあげられている。このことをみても、助産婦は日々、妊産褥婦のメンタルヘルスケアを求められ、その対応に苦慮している現実が既にあることを示している。言い換えれば、メンタルヘルスケア能力育成プログラムに対する助産婦のニーズは高いと考えられる。

2.本プログラムの効果

本プログラムの効果は、受講者の能力の向上と、受講生のケアを受けた人々の変化（ケア効果）の両方から分析することが必要と思われるが、今回は前者のみによって効果を考察することとした。

本プログラムの受講生は、受験しなかった助産婦よりもメンタルヘルスケアへの関心や自尊感情が高く、患者との関係の形成に優れているという特性を有する集団であった。これらの特性は、心に問題を有している人々に関わるためには重要な要素である。従って、今回の受講生はプログラムの参加による能力向上に十分に準備された状態であったといえよう。これらの特性は、受講によりいっそう高められており、メンタルヘルスケアを行うことの自信を強めることにつながっていた。

受講生は、受講後に、メンタルヘルスケアに積極的に取り組み、後輩の指導にも関わり、その結果、職場の上司からも望ましい評価を得ていた。また、受講後にはメンタルヘルスケアを行った事例の問題状況は多様になっていた。その内訳をみると、研修のプログラムに対応している問題が新たに含まれていた。また、課題として提示された事例に対するケアプランの内容や研修後に実際に行ったケアの内容にも、研修での学習の成果が認められている。これらの成果は、本研修によって、妊産褥婦の精神的問題に関する知識、及びそのケアに必要な技術や態度を習得した結果であることが考えられる。

3.本プログラムの妥当性

本プログラムの妥当性は、本研究目的を達成するものであったかという視点から検討することができる。その目的は、本研修プログラムの一般目標に表現されている。研修終了後も妊産褥婦のケアを担当できている受講生は、研修前にケアの困難さと不安を感じていたと同様な精神的疾患や問題を有するケースに対して積極的にケアを行っている。そのケアの内容は、話を聞く、カウンセリングを行う、家族ケアを実践する、子どもの成長発達知識をケアに活用する、危険介入方法を活用する等、研修プログラムを行動目標及び内容は反映されており、研究結果の活用が見られる。

わずか2週間の研修にもかかわらず、本プログラムが効果をあげることができたのは、プログラムの一般目標、行動目標、内容に一貫性が合ったこと、内容に適した講師を招くことができたこと、講義のみならず、ロールプレイ、体験学習、事例学習などの演習を含めるという実践につながる教育方法を用いたことがあげられるであろう。メンタルヘルスケアのアセスメント能力やケアプラン

の作成のという課題にペーパーペーシエントを教材として、チューターの指導によってグループワークを行ったことが寄与していると思われる。グループワークにおいて、共通の課題に取り込むことは、メンバーの話に耳を傾け、意見を取り入れ、共同で、創造的な仕事を成し遂げることが求められる^{5),6),7)}。このグループワークでの共同作業はメンタルヘルスケアの基本的能力であるコミュニケーション能力やカウンセリング能力をも高める効果があったと考えられる。

4.研修の今後の課題

助産婦を対象にした研修会は、看護協会、日本助産婦会、全国助産婦教育競技会などで開催されている。しかし、妊産褥婦のメンタルヘルスケアの育成を目標にした卒後研修はほとんどない。

実践力につながり、後輩の育成能力を期待する卒後研修には、本プログラムのような妊産褥婦のメンタルヘルスケアに関して基本的な内容が含まれていること、事例に関するグループワークを含めることのできる期間と、講師やグループワークの指導者が必要である。

これまでに述べてきたように、少子化社会が地域の育児力を低下させ、女性の育児力の低下を招いていることから、今後も、妊産褥婦のメンタルな問題状況は増加することが予測される。さらに、近年の医学の進歩による、切迫産婦の増加、不妊治療を受ける女性、その結果妊娠や出産、育児を迎える女性の増加等がもたらす精神的な問題を抱えた妊産褥婦の増加が考えられる。即ち、今後、新たな要因も加えて、いっそう、妊産褥婦のメンタルヘルスケアのニーズは高まることが予想され、そのニーズは、全国の妊産褥婦の医療機関において存在していることが推測される。

妊産褥婦の精神的な健康は、児の健全育成に不可欠な要素である。妊産褥婦のケアの一環として、メンタルヘルスケアが助産婦によって行われるようになることは、妊産褥婦の精神的健康、ひいては児の健全育成のためにも望ましいことであると思われる。そのような観点から、本研究において施行した本プログラムのような研修が公的機関によって、全国規模で行われ、全国の妊産褥婦のケア施設の助産婦のうち、少なくとも1名が受講を修了するまでは継続されるようになることを提案したい。尚、受講者による本プログラムの評価から、開催時期、開催場所等については、今後再検討が必要である。

近年の社会の変化に対応した看護職の育成のために、看護教育の指定規則、特にカリキュラムの変更がたびたびなされてきた。その変更によって、精神看護学が独立した科目として認められ、全国の看護教育機関でカリキュラムに取り入れられることが義務づけられてきている。また、助産婦教育においても、母性の心理、社会的側面に関する科目を含めるように、指定規則が改定されて久しい。しかし、助産婦の基礎教育が終わっただけでは、近年の妊産褥婦の精神的問題に対応するだけ

の能力が備わっていないことが、去年の我々の調査で明らかになっている。従って、助産婦が精神的問題を持った妊産褥婦のケアを行うだけの力量を備えるためには、まず助産婦の基礎教育におけるカリキュラムの変更が行われることが必要であるが、その教育を受けた助産婦が活躍するようになるまでは、卒後研修によってその能力を育成することが求められよう。

E. 結論

助産婦のメンタルヘルスケア能力育成を目的として、卒後研修プログラム試案を作成・実施し、その効果を検討したところ次のことが明らかとなった。

1. 受講者は日常業務の中で妊産褥婦のメンタルヘルスケアを求められ、その対応に苦慮しており、メンタルヘルスに関する卒後研修プログラムに対する助産婦のニーズは高いと考えられる。
2. 受講者はコントロール群に比しメンタルヘルスケアに関する関心・自尊心が高く、患者にとの関係形成に優れており、この特性は受講後に一層高まり、メンタルヘルスケアに対する自身を強めていた。
3. 受講後にメンタルヘルスケア及び後輩への指導に積極的に取り組み、上司からも望ましい評価を得た。
4. 研修内容が知識・技術ともに実践および事例のケースメントやケアプランに活用、反映されており、その効果が認められた。
5. 本プログラムのような助産婦を対象にした妊産褥婦のメンタルヘルスケア能力育成を目標にした研修が、全国的な規模で行われることが今後の課題である。

謝辞：

本研究において、対象者としてご協力いただいた22名の受講者の皆様および研修プログラムの講義をお引き受けいただきました講師の皆様に、深く感謝申し上げます。

F. 文献

- 1) 新道幸恵：助産婦における母子のメンタルヘルスケアに関する研究、平成10年度厚生省心身障害研究報告書、pp60-64、1999.

- 2) 新道幸恵：育児中の女性の心の健康と母児同室制及びピアサポートの関連性、平成9年度厚生省心身障害研究報告書、pp79-82、1998.

- 3) 新道幸恵：育児中の女性へのピアサポートに関する研究、平成8年度厚生省心身障害研究報告書、pp41-43、1997.

- 4) 厚生指針(臨時増刊)国民衛生の動向、46(9)、1999.

- 5) 野島一彦編：グループ・アプローチ、現代のエスプリ385、至文堂、1999.

- 6) 松山敏剛他：九州大学における問題解決型学習、医学教育26：2(99-100)、1995.

- 7) 中野仁雄：妊産褥婦のエモショナルサポート、母子保健情報、36(18-23)、1997.

- 8) 岡野禎治、岡村純一：「産褥精神障害」こころの家庭医学、保健同人社、1998.

- 9) 太湯好子：ナースと患者のコミュニケーション、メヂカルフレンド社、1996.

- 10) 稲岡文昭：人間関係論、日本看護協会出版会、1995.

- 11) 菅佐和子：SE(Self-Esteem)について、看護研究、17(2)、1994.

- 12) 田島桂子：看護教育効果の基礎と実際、医学書院、1997.

- 13) 平野馨：対人関係の基礎知識、日本看護協会出版会、1997.

- 14) 飯田澄美子：ケアの質を高める看護カウンセリング、医薬業出版会株式会社、1997.

- 15) 川野雅資編：患者 - 看護婦関係ロールプレイング、日本看護協会出版会、1997.

- 16) G.Toress、M.Stannton(近藤潤子・小林真理子訳)：看護教育カリキュラムその作成過程、医学書院、1998.

- 17) R.C.マツケイ他編(川野雅資訳)：共感的理解と看護、医学書院、1991.

- 18) Majory Goldon(松本光子他訳)：看護診断 - その家庭と実践への応用、医薬業出版会株式会社、1998.

- 19) Linda M.Gorman(池田明子訳)：心理社会援助マニュアル、医学書院、1999.

- 20) 新道幸恵、三浦育子：看護診断にもとづく母性看護ケアプラン、医学書院、1997.

- 21) 新道幸恵、和田サヨ子：母性の心理社会的側面と看護ケア、医学書院、1997.