

精神疾患を有する特定妊婦の特徴とその関連要因の解明

吉岡 京子¹⁾ (YOSHIOKA Kyoko)

神保 宏子³⁾ (JIMBO Hiroko)

齋藤 タ子⁴⁾ (SAITOH Yuko)

大熊 陽子³⁾ (OKUMA Yoko)

平林 義弘⁵⁾ (HIRABAYASHI Yoshihiro)

笠 真由美²⁾ (RYU Mayumi)

鎌倉 由起³⁾ (KAMAKURA Yuki)

野村 理恵³⁾ (NOMURA Rie)

大屋 成子³⁾ (OYA Shigeko)

黒田真理子¹⁾ (KURODA Mariko)

1) 東京医科大学医学部看護学科地域看護学

2) 杉並区障害者生活支援課

3) 杉並保健所保健サービス課

4) 杉並区保健福祉部子育て支援課

5) 中野区鷺宮保健センター

要約：本研究の目的は、特定妊婦のうち精神疾患を有する者の特徴とその関連要因を解明することである。平成 25 年に特定妊婦として登録された 55 人のうち、精神疾患なし群は 31 人 (59.6%)、精神疾患あり群は 21 人 (40.4%) であった。二群比較の結果、精神疾患あり群の方が精神疾患なし群に比して、母子世帯である者、近隣の相談相手がない者および妊婦健診の受診状況が不規則な者が有意に多かった。また、抑うつ状態や不眠、不安といった症状を精神疾患あり群の方が精神疾患なし群に比して有意に多く有していた。保健師が予測した支援でも、産後の病状悪化や医療機関への受診支援、母親の睡眠確保の必要性が精神疾患あり群の方が精神疾患なし群に比して有意に多く、治療継続支援を行った者の割合も有意に高かった。本結果から、精神疾患を有する特定妊婦に対して、妊婦健診の受診状況の確認や困り事について相談にのることと、妊娠期から精神科や産科と緊密に連携しながら支援していくことの必要性が示唆された。

キーワード：特定妊婦、精神疾患、支援、保健師、虐待予防

緒言

方法 1. 研究対象とデータ収集の方法

2. 調査項目

3. 分析方法

結果 1. 特定妊婦の属性について

2. 妊娠・出産に向けた準備と保健師が予測した問題および必要な支援

3. 保健師による実際の支援と出産時点での評価

4. 精神疾患の有無別の 2 群比較について

考察

謝辞

参考文献

緒言

妊娠・出産は喜ばしいライフ・イベントのひとつである反面、この時期に精神的不調を来す女性が多いことが知られている¹⁾。このため、多くの病院や保健センターでエジンバラ産後うつ病質問票（以下、EPDS とする。）を用いたスクリーニングが行われ、高得点者に対するフォロー体制が整備されている²⁻⁴⁾。母子保健が都道府県から市町村に移管されて以後、保健師は住民に最も近い基礎自治体で支援を提供しているが、精神疾患を有する妊婦に対する支援の困難さが近年相次いで指摘されている^{5,6)}。海外でも妊産婦の精神的な脆弱性と児童虐待との関連性が指摘されており、公衆衛生の重要な課題となっている⁷⁾。また、病院において産後虐待の可能性が高い者として支援した妊婦のうち、56.3%が精神疾患を合併していたとの報告も見られ、精神疾患を有する妊婦に対するケアに関心が高まっている⁷⁾。

一方、日本では平成 21 年に児童福祉法が改正され、「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」を特定妊婦として定義し、妊娠期から虐待予防を目的として支援する必要性が明確化された⁸⁾。特定妊婦の中には精神疾患を合併する者が含まれていたとの事例研究が散見されるが、これまでのところ量的研究はほとんど行われていない⁹⁻¹¹⁾。このため、特定妊婦がどのような特徴を有するのかや、精神疾患の有無との関連要因は十分に解明されていない。また、保健師が特定妊婦に対してどのような支援を行っているのかについても十分に明文化されていない^{12,13)}。妊娠期からの切れ目のない支援を効果的に行うためには、特定妊婦の特徴を明確化することが焦眉の急の課題である¹⁴⁾。

そこで本研究では、本邦ではほとんど解明されていない特定妊婦の特徴と精神疾患を有する者の特徴およびその関連要因を解明し、その支援体制の構築に資することを目的とした。

方法

1. 研究対象とデータ収集の方法

本研究は、A 自治体と東京医科大学との間で共同研究協定を締結し、保健所保健サービス課と保健福祉部子育て支援課および大学との共同研究として実施した。A 自治体では、平成 24 年度から特定妊婦と就学前の要支援児童について、保健センター保健師が進行管理機関となり、関係機関と連携して支援している。特定妊婦は児童福祉法上に位置づけられているにも関わらず、保健師が主体的に支援をしている先駆的な自治体である。なお、A 自治体では特定妊婦は「身体医学的リスクと社会心理的・精神医学的リスクの両面から支援が必要と判断した妊婦」と定義されている。

データ収集のために、特定妊婦評価検討チーム（保健師 5 人、医師 1 人）と研究者が、先行研究^{13,15-18)}と日頃の実践活動に基づき変数を設定した。対象は、平成 25 年度に新規登録した特定妊婦 55 人である。妊娠届出アンケート及び相談記録票等に記載されている情報に基づき、特定妊婦評価検討チームの保健師が地区担当保健師から聞き取りを行い、Microsoft Excel 2010 に入力した。

2. 調査項目

(1) 属性

特定妊婦の属性として、年齢、把握経路、妊娠届出時の妊娠週数、母子手帳取得の有無、出産歴、就業の有無、生活保護受給の有無、近隣の相談相手の有無、慢性身体疾患の有無、知的障害および発

達障害(疑い例を含む)の有無、精神症状、精神科通院状況を把握した。

家族要因として、母子世帯か否か、家族からの育児支援の有無、家族内の相談相手の有無、妊婦の実親との関係性、実親からの被虐待歴の有無、実親の介護の必要性の有無、パートナーの年齢、パートナーとの関係性、パートナーからの暴力および妊娠出産への協力の有無、児のきょうだい(以下、きょうだいとする。)の人数、きょうだいへの虐待の有無、きょうだいの病気・障害の有無、きょうだいの育てにくさの有無、きょうだいの支援歴の有無について把握した。

(2) 妊娠・出産に向けた準備と保健師が予測した問題および必要な支援

妊婦健診受診状況と妊娠出産に向けた準備について計上した。また、保健師が特定妊婦を支援する際に予測した問題と産後必要な支援について計上した。

(3) 保健師による実際の支援と出産時点での評価

産後のエジンバラ産後うつ病質問票(以下、EPDSとする)の得点と支援方針、保健師による実際の支援や利用されたサービス、出産時点での評価について把握した。

(4) 精神疾患の有無について

特定妊婦の精神疾患の有無について把握した。

3. 分析方法

分析はPASW Statistics 18により単純集計を行い、精神疾患の有無別による2群比較を行った。すなわち、精神疾患を有する者を「精神疾患あり群」とし、精神疾患のない者を「精神疾患なし群」として χ^2 検定とt検定を行った。

本研究の遂行に当たり、個人情報保護に留意し、個人を特定できない状態でA自治体からデータファイルの提供を受けた。また、本研究は、東京医科大学看護研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

結果

1. 特定妊婦の属性について(表1)

年齢層は、20代が最も多く4割を占めていたが、10代の特定妊婦も9人(16.4%)含まれていた。把握経路は、妊娠アンケートが最も多く、次いで妊娠届となっていた。妊娠届出時の週数は平均15.1(SD=9.8)であった。

出産回数は、初産の者が6割以上を占めており、予期しない妊娠は約4割、望まない妊娠の者も約15%含まれていた。また、近隣の相談相手がいない者も半数以上いた。

精神疾患で最も多かったのはうつ病であった。また、精神症状で最も多かったのは不安感が26人(47.3%)、イライラ感が16人(29.1%)、抑うつ状態が14人(25.5%)であった。精神科通院状況を中断している者は、10人(18.2%)いた。

家族要因について、実母やパートナーとの関係に問題がある者はそれぞれ22人(40.0%)、18人(32.7%)であった。家族からの育児支援がある者は7割を超えていたが、家族からの被虐待歴がある者や胎児のきょうだいへの支援歴があった者は2割いた。

表 1 特定妊婦の属性について

			全体 (n=55)		精神疾患なし (n=31)		精神疾患あり (n=21)		p-value		
			n	%	n	%	n	%			
属 性	年齢	10代	9	(16.4)	9	(19.4)	1	(4.8)	0.09		
		20代	22	(40.0)	15	(48.4)	6	(28.6)			
		30代	17	(30.9)	7	(22.6)	10	(47.6)			
		40代	7	(12.7)	3	(9.7)	4	(19)			
	把握経路	妊娠届出アンケート	23	(41.8)	12	(38.7)	9	(42.9)	0.38		
		妊娠届	11	(20)	8	(25.8)	2	(9.5)			
		本人からの相談	3	(5.5)	1	(3.2)	2	(9.5)			
		医療機関からの相談	5	(9.1)	3	(9.7)	2	(9.5)			
		子ども家庭センターからの相談	2	(3.6)	1	(3.2)	1	(4.8)			
		福祉事務所からの相談	3	(5.5)	3	(9.7)	0	(0)			
		その他	8	(14.5)	3	(9.7)	5	(23.8)			
	妊娠届時の妊娠週数	平均 (SD)	15.1	(9.8)	16.4	(10.3)	13.8	(9.5)	0.39		
	母子手帳取得	なし	0	(0)	0	(0)	0	(0)	—		
	出産歴	なし (初産)	35	(63.6)	20	(64.5)	13	(65)	0.69		
		予期しない妊娠：はい	23	(41.8)	15	(68.2)	7	(43.8)	0.19		
		望まない妊娠：はい	8	(14.5)	6	(28.6)	2	(11.8)	0.26		
		飛び込み出産：あり	1	(1.8)	1	(3.2)	0	(0)	1.00		
	就 業	あり	20	(36.4)	11	(35.5)	8	(38.1)	1.00		
		生活保護受給	あり	5	(9.1)	5	(16.1)	0	(0)	0.07	
		近隣の相談相手	なし	31	(56.4)	14	(50.0)	4	(20.0)	0.04	
		慢性身体疾患	あり	6	(10.9)	3	(10.3)	3	(14.3)	0.69	
		知的障害 (疑い含む)	あり	3	(5.5)	2	(6.5)	1	(4.8)	1.00	
		発達障害 (疑い含む)	あり	4	(7.3)	2	(6.5)	2	(9.5)	1.00	
		精神疾患	うつ病	8	(14.5)	—	—	8	(38.1)		
			内訳)	2	(3.6)	—	—	2	(9.5)		
			統合失調症	1	(1.8)	—	—	1	(4.8)		
			双極性障害	1	(1.8)	—	—	1	(4.8)		
			摂食障害	1	(1.9)	—	—	1	(4.8)		
			その他	8	(14.5)	—	—	8	(38.1)		
			精神症状 内訳)	不安感	26	(47.3)	10	(32.3)	15	(71.4)	0.01
				イライラ感	16	(29.1)	7	(22.6)	8	(42.1)	0.21
				抑うつ状態	14	(25.5)	3	(10.0)	10	(50.0)	0.003
				不眠	10	(18.2)	2	(6.9)	8	(42.1)	0.008
		パニック発作		8	(14.5)	1	(3.3)	7	(33.3)	0.006	
		過食・拒食		4	(7.3)	1	(3.3)	3	(14.3)	0.29	
幻覚・妄想		2		(3.6)	0	(0)	2	(9.5)	0.16		
精神科通院状況		その他	14	(25.5)	5	(16.7)	9	(50.0)	0.02		
	未治療	22	(40.0)	19	(100)	3	(14.3)	<0.001			
	治療中断	10	(18.2)	0	(0)	10	(47.6)				
	通院中	8	(14.5)	0	(0)	8	(38.1)				
家 族 要 因	母子世帯	はい	16	(29.6)	13	(41.9)	2	(9.5)	0.01		
	家族からの育児支援	あり	38	(69.1)	19	(63.3)	16	(80.0)	0.35		
	家族内の相談相手	あり	43	(78.2)	22	(75.9)	18	(85.7)	0.49		
	妊婦の実親との関係性	問題あり	22	(40.0)	15	(57.7)	7	(41.2)	0.36		
	実親からの被虐待歴	あり	11	(20.0)	7	(38.9)	4	(30.8)	0.72		
	実親の介護の必要性	あり	3	(5.5)	3	(12.0)	0	(0)	0.27		
	パートナーの年齢	平均 (SD)	31.3	(8.0)	30.7	(9.6)	32.2	(5.6)	0.54		
	パートナーとの関係性	問題あり	18	(32.7)	9	(31.0)	8	(40.0)	0.56		
	パートナーからの暴力	あり	7	(12.7)	2	(7.4)	4	(19.0)	0.38		
	パートナーの妊娠出産への協力	あり	30	(54.5)	16	(57.1)	13	(68.4)	0.55		
	胎児のきょうだいの人数	平均 (SD)	0.5	(0.8)	0.5	(0.8)	0.5	(0.8)	0.97		
	きょうだいへの虐待	あり	9	(16.4)	4	(36.4)	5	(71.4)	0.34		
	きょうだいの病気・障害	あり	3	(5.5)	2	(18.2)	1	(14.3)	1.00		
	きょうだいの育てにくさ	あり	6	(10.9)	5	(45.5)	1	(14.3)	0.32		
きょうだいの支援歴	あり	11	(20.0)	7	(63.6)	6	(72.4)	0.59			

2. 妊娠・出産に向けた準備と保健師が予測した問題および必要な支援(表2)

妊婦健診の受診状況が、未受診・不定期の者が約3割存在した。出産に向けた準備のうち、出産費用の工面や入院先の確保は約7割にとどまっていた。また、母親学級を受講している者や出産前後のきょうだいの世話の確保をしている者は約2割であった。

保健師が予測した産後の問題として、「不慣れ・理解育児能力低下による養育困難」が36人(65.5%)と最も多く、次いで「過重な育児介護負担」26人(47.3%)、「産後胎児を虐待する可能性がある」22人(40.0%)、「愛着形成不全」19人(34.5%)、「慢性疾患の悪化の可能性がある」18人(32.7%)、「支援拒否」13人(23.6%)、「産後きょうだいを虐待する可能性がある」12人(21.8人)の順となっていた。

産後必要と保健師が予測した支援(複数回答)として、「アウトリーチによる相談」が9割以上と大半を占め、「細やかな育児相談」や「育児技術習得のための援助」、「休養の場の確保」、「日中集える場の確保」も7割以上で必要と予測されていた。また、「母親の睡眠確保」や「家事支援」は半数以上で、「医療機関への受診支援」は約4割で必要と予測されていた。

児やきょうだいへの支援として、「児の見守り保育支援」が36人(65.5%)、「新生児期からの児の預かり」が18人(32.7%)、「きょうだいを含めた支援」が15人(27.3%)となっていた。

表2 妊娠・出産に向けた準備と保健師が予測した問題および必要な支援

		全体 (n=55)		精神疾患なし (n=31)		精神疾患あり (n=21)		p-value	
		n	%	n	%	n	%		
妊婦健診の受診状況	未受診	2	(3.6)	2	(7.1)	0	(0)	0.04	
	不定期	17	(30.9)	6	(21.4)	10	(55.6)		
	定期	28	(50.9)	20	(71.4)	8	(44.4)		
妊娠・出産に向けた準備	出産費用の工面	あり	40	(72.7)	27	(90.0)	12	(70.6)	0.12
	入院先の確保	あり	38	(69.1)	23	(79.3)	13	(68.4)	0.50
	保健師との関係性構築	できる	37	(67.3)	23	(74.2)	13	(65.0)	0.54
	衛生的な環境の確保	あり	25	(45.5)	14	(93.3)	11	(64.7)	0.09
	金銭管理/生活設計	あり	23	(41.8)	15	(60.0)	8	(44.4)	0.37
	妊娠・出産に関する知識不足	あり	21	(38.2)	14	(51.9)	11	(61.1)	0.76
	出産育児用品の用意	あり	20	(36.4)	10	(58.8)	10	(71.4)	0.71
	母親学級の受講	あり	13	(23.6)	8	(34.8)	5	(29.4)	1.00
	出産前後のきょうだいの世話の確保	あり	10	(18.2)	8	(40.0)	2	(28.6)	0.68
保健師が予測した問題	不慣れ・理解・育児能力低下による養育困難	あり	36	(65.5)	19	(61.3)	14	(66.7)	0.77
	過重な育児・介護負担	あり	26	(47.3)	14	(45.2)	10	(47.6)	1.00
	産後、児を虐待する可能性	高い	22	(40.0)	9	(33.3)	6	(20.0)	0.08
	愛着形成不全	あり	19	(34.5)	11	(36.7)	8	(38.1)	1.00
	慢性疾患(精神疾患含む)の悪化の可能性	あり	18	(32.7)	3	(13.6)	15	(83.3)	<0.001
	支援拒否	あり	13	(23.6)	6	(20.0)	6	(28.6)	0.52
	産後、きょうだいを虐待する可能性	高い	12	(21.8)	8	(66.7)	4	(80.0)	1.00
産後必要な支援	アウトリーチによる相談	必要	52	(94.5)	30	(96.8)	19	(90.5)	0.56
	細やかな育児相談	必要	48	(87.3)	27	(87.1)	18	(85.7)	1.00
	育児技術習得のための援助	必要	43	(78.2)	23	(74.2)	17	(81.0)	0.74
	休養の場の確保	必要	40	(72.7)	21	(67.7)	17	(81.0)	0.35
	日中親子が集える場の確保	必要	39	(70.9)	24	(80.0)	12	(57.1)	0.12
	児の見守り・保育支援	必要	36	(65.5)	17	(54.8)	17	(81.0)	0.08
	母親の睡眠確保	必要	31	(56.4)	12	(38.7)	17	(81.0)	0.004
	家事支援	必要	30	(54.5)	16	(51.6)	12	(57.1)	0.78
	新生児期からの児の預かり	必要	18	(32.7)	7	(23.3)	9	(42.9)	0.22
	きょうだいを含めた支援	必要	15	(27.3)	10	(83.3)	5	(83.3)	1.00
	医療機関への受診支援	必要	21	(38.2)	5	(16.7)	15	(75.0)	<0.001

3. 保健師による実際の支援と出産時点での評価 (表 3)

支援方針は、特定妊婦の約 6 割が要支援へ移行し、要保護となった者は約 1 割だった。区外転出した者は 25.5%であった。

保健師による特定妊婦に対する実際の支援として、「信頼関係構築への努力」、「訴えの傾聴」、「大変さへの共感」、「良いところを支持する」支援は 9 割以上で行われていた。また、「妊婦健診受診結果の確認」と「妊娠週数や児の月齢に合わせた育児知識の提供」も 8 割以上で行われていた。さらに、「医療機関の検索と紹介」、「育児支援サービス・制度の情報提供」、「治療継続支援」、「医療機関への受診支援」といった調整を中心とした支援も行われていた。

家族への支援は、「家族へ妊婦の健康問題を説明する」が約 2 割で実施されており、家族の健康問題への介入支援や育児指導、家族関係の調整も約 1 割と少数ながら行われていた。

特定妊婦が利用したサービスは、生活保護制度が最も多く 6 人 (10.9%) であり、次いで入院助産

表 3 保健師による実際の支援と出産時点での評価

		全体 (n=55)		精神疾患なし (n=31)		精神疾患あり (n=21)		p-value
		n	%	n	%	n	%	
EPDS 得点	平均(SD)	6.9	(6.5)	4.5	(5.1)	10.6	(6.8)	0.009
	要支援	33	(60.0)	19	(63.3)	14	(66.7)	0.52
	要保護	5	(9.1)	3	(10.0)	1	(4.8)	
	区外転出	14	(25.5)	6	(20.0)	6	(28.6)	
	特定妊婦継続	2	(3.6)	2	(6.7)	0	(0)	
保健師による実際の支援	信頼関係構築への努力	あり	53 (96.4)	30 (96.8)	21 (100)	1.00		
	訴えの傾聴	あり	52 (94.5)	29 (93.5)	21 (100)	0.51		
	大変さへの共感	あり	51 (92.7)	28 (90.3)	21 (100)	0.26		
	良いところを支持する	あり	51 (92.7)	28 (90.3)	21 (100)	0.26		
	妊婦健診受診結果確認	あり	45 (81.8)	24 (80)	19 (90.5)	0.45		
	妊娠週数や児の月齢に合わせた育児知識の提供	あり	45 (81.8)	26 (83.9)	17 (85.0)	1.00		
	乳児健診における継続フォロー	あり	25 (45.5)	13 (68.4)	11 (78.6)	0.63		
	具体的な家事の知識・技術の提供	あり	19 (34.5)	13 (43.3)	6 (28.6)	0.38		
	医療機関の検索と紹介	あり	19 (34.5)	9 (29)	9 (42.9)	0.38		
	育児支援サービス・制度の情報提供	あり	18 (32.7)	8 (25.8)	9 (42.9)	0.24		
	治療継続支援	あり	14 (25.5)	3 (12)	11 (52.4)	0.004		
	家族へ妊婦の健康問題の説明	あり	10 (18.2)	4 (12.9)	5 (25.0)	0.29		
	家族の健康問題への介入・支援	あり	9 (16.4)	1 (3.7)	0 (0)	1.00		
	家族への育児指導	あり	7 (12.7)	3 (9.7)	3 (15.8)	0.66		
家族関係の調整	あり	6 (10.9)	4 (12.9)	2 (9.5)	1.00			
医療機関への受診支援	あり	6 (10.9)	2 (6.5)	3 (14.3)	0.38			
家族の経済問題への介入・支援	あり	5 (9.1)	3 (10)	2 (9.5)	1.00			
利用されたサービス	生活保護	利用あり	6 (10.9)	6 (20.7)	0 (0)	0.07		
	入院助産	利用あり	5 (9.1)	4 (16)	1 (6.7)	0.63		
	産前産後ヘルパー	利用あり	5 (9.1)	3 (12.5)	2 (11.1)	1.00		
	精神保健相談	利用あり	3 (5.5)	2 (6.5)	2 (9.6)	0.46		
	こどもショートステイ	利用あり	3 (5.5)	2 (7.7)	1 (6.7)	1.00		
	母子生活支援施設入所	利用あり	2 (3.6)	2 (7.7)	0 (0)	1.00		
	児の一時保護・施設入所	利用あり	1 (1.8)	1 (3.7)	0 (0)	1.00		
出産時点での評価	お産場所が確保できる	はい	40 (72.7)	22 (95.7)	17 (100)	1.00		
	費用や物品など出産準備ができる	はい	39 (70.9)	21 (91.3)	17 (100)	0.50		
	居住が安定する	はい	36 (65.5)	20 (87.0)	16 (88.9)	1.00		
	こどもがかわいいと思える	はい	36 (65.5)	21 (95.5)	15 (93.8)	1.00		
	児の発達・発育が順調である	はい	36 (65.5)	21 (95.5)	14 (82.4)	0.30		
	適切な育児ができる	はい	35 (63.6)	20 (90.9)	15 (88.2)	1.00		
	協力が得られ、負担が軽減する	はい	34 (61.8)	19 (82.6)	15 (88.2)	1.00		
	出産に向けて前向きに思える	はい	33 (60)	19 (86.4)	14 (93.3)	0.63		
	保健師との関係構築ができる	はい	31 (56.4)	18 (78.3)	13 (68.4)	0.50		
	親になるための自覚が生まれる	はい	31 (56.4)	17 (85.0)	14 (93.3)	0.62		
	パートナーとの適切な関係形成ができる	はい	31 (56.4)	20 (90.9)	11 (73.3)	0.20		
	体調・病状が安定している	はい	31 (56.4)	20 (87.0)	11 (64.7)	0.13		
	不安が軽減する	はい	29 (52.7)	17 (81.0)	12 (70.6)	0.70		
	適切なサービスを利用できる	はい	28 (50.9)	13 (61.9)	15 (93.8)	0.05		

制度、産前産後ヘルパーが5人(9.1%)であった。

出産時点での評価として、「お産場所が確保できる」や「費用や物品など出産準備ができる」が7割、「居住が安定する」、「こどもがかわいいと思える」、「児の発達・発育が順調である」、「適切な育児ができる」が6割となっていた。

4. 精神疾患の有無別の2群比較について(表1~表3)

精神疾患の有無別に2群に分けたところ、精神疾患なし群は31人(59.6%)、精神疾患あり群は21人(40.4%)であった。

属性について2群比較を行ったところ、精神疾患あり群の方が精神疾患なし群に比して、近隣の相談相手がない($p=0.04$)、不安感($p=0.01$)、抑うつ状態($p=0.003$)、不眠($p=0.008$)、パニック発作($p=0.006$)といった精神症状を有する者の割合が有意に高かった。家族要因については、精神疾患あり群の方が精神疾患なし群に比して、母子世帯の割合が有意に高かった($p=0.01$)。

妊娠・出産に向けた準備の状況については、妊婦健診の受診状況が不定期($p=0.04$)の者が精神疾患あり群の方が精神疾患なし群に比して有意に多かった。

保健師の予測した産後の問題と必要と予測された支援については、精神疾患あり群の方が精神疾患なし群に比して、慢性疾患(精神疾患含む)の悪化の可能性のある者($p<0.001$)、母親の睡眠確保が必要な者($p=0.004$)、医療機関への受診支援が必要な者の割合が有意に高かった($p<0.001$)。

EPDS得点は、精神疾患あり群の方が精神疾患なし群よりも有意に高かった($p=0.009$)。実際に行われた支援では、精神疾患あり群の方が精神疾患なし群に比して、治療継続支援を行った者の割合が有意に高かった($p=0.004$)。なお、利用したサービスと出産時点での評価、支援方針については2群間で有意差は認められなかった。

考察

本研究では、特定妊婦の特徴と精神疾患を有する者の特徴を解明した。その結果、特定妊婦には10代の特定妊婦が16.4%含まれており、予期しない妊娠や望まない妊娠の者を合わせると4割以上となっていた。さらに妊婦健診の未受診者と不定期の者は約4割を占め、出産育児用品の準備や知識が不足している者も同程度存在した。先行研究でも、10代の若年妊娠や妊婦健診未受診者の飛び込み出産の問題が指摘されている¹⁰⁾。本結果は、先行研究を裏付ける知見であると共に、妊娠・出産の準備が不十分な特定妊婦に対して、妊娠期から虐待予防の視点を持って親になるための支援を行う必要性が必要と考えられる。

また、近隣の相談相手がない者が半数以上を占めており、この項目は精神疾患の有無別の2群比較でも有意差が認められた。精神疾患を有する妊婦の社会的孤立については海外では指摘されているが、本邦ではほとんど言及されていない¹⁹⁾。児童虐待の防止にはソーシャルキャピタルの有効性が示唆されている²⁰⁾ため、保健師は特定妊婦がどのようなソーシャルキャピタルを有するかをアセスメントし、その醸成を支援する必要があると考えられる。

さらに、実親との関係性に問題がある者は4割存在し、きょうだいへの支援歴がある者も2割いた。先行研究では、子どもを虐待する親と虐待されている子どもだけに焦点をあてており、妊婦と実親との関係性の問題やきょうだいに対する支援の重要性については十分には言及されていなかった^{13,15)}。本結果は虐待予防の視点を持ち、特定妊婦の丁寧な成育歴の把握と胎児やそのきょうだいも含めた家

族全体への支援が必要と考えられる。

また、保健師が予測した産後の問題では、育児の不慣れや養育困難が6割以上で指摘されており、児の月齢に合わせた育児知識の提供が8割以上で行われていた。本結果から、保健師がアセスメントした問題を確実に解決するための働きかけが行われていた可能性が考えられる。特定妊婦が利用したサービスは、生活保護制度が最も多く、他のサービス利用は1割にとどまっていた。保健師が予測した産後必要な支援の大半が、日中集える場や母親の睡眠確保であったため、産後直後の休養を目的としたサービスメニューが乏しかったことが、実際のサービス利用に十分つながっていないことに影響していた可能性が考えられる。わが国では晩婚・晩産化が進行している²¹⁾ため、親世代の育児への協力が思うように望めない者も存在すると考えられる。先駆的な活動として産後ケアセンター^{22, 23)}のような産後早期の休養や交流を目的としたサービスが提供され始めているが、今後さらなる社会資源の整備が期待される。

一方、特定妊婦から要支援へ移行した者は6割であり、産後も継続的な支援が必要な者が多数いることが解明された。また、区外転出した者が25.5%いたことから、妊婦健診の受診状況や母親学級等の受講状況などを折に触れて確認し、転出時には遅滞なく転出先の自治体の担当者に確実に引き継ぐことが必要と考えられる。さらに要保護となっていた者が約1割いたが、この中には支援していたにも関わらず産後児の安全が守られず要保護となった場合と、妊娠期から支援していたため早期に児の安全を確保できた者に大別されると考えられる。先行研究でも5人の特定妊婦のうち2人の児が乳児院に保護されているとの事例報告がある¹⁰⁾。今後は事例数を重ねて検討を続けると共に、要支援や要保護となった家族への支援についても検討する必要があると考えられる。

精神疾患を有する特定妊婦は約4割にのぼり、抑うつ状態や不眠、不安といった症状を有意に多く有していた。特に精神疾患あり群の方が精神疾患なし群に比して、母子世帯や近隣の相談相手がいないう者、妊婦健診の受診状況が不定期な者が有意に多かった。保健師が必要と予測した支援でも、産後の病状悪化や医療機関への受診支援、母親の睡眠確保の必要性が有意に多く、実際に治療継続支援を行った者の割合も有意に高かった。先行研究でも、精神疾患を有する妊婦の周産期の管理は健康な妊婦よりも困難であることが知られている¹¹⁾。このため、精神疾患を有する特定妊婦に対しては、妊婦健診の受診状況の確認や日頃から困り事について相談にのることと、妊娠期から精神科や産科と緊密に連携しながら支援していくことが極めて重要と考えられる。

本研究の限界は、横断調査による単年度の結果であるため、因果関係が特定できないことと、本結果を他の自治体の特定妊婦に当てはめることが難しいことである。今後は、産後ケアのサービスメニューの充実や支援体制の確立とあわせて、特定妊婦への支援が適切であったのかを中長期的に把握・検証するための研究が必要と考えられる。

謝辞

本研究の実施にあたりご協力を賜りました保健師ならびに関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 西園マーハ文：母子愛着形成 産前産後の母親のメンタルヘルス. 小児科臨床 57 (増刊), 1287-1293 (2004).

- 2) 上別府圭子, 杉下佳文, 栗原佳代子, 他: 周産期のメンタルヘルスと虐待予防のための育児支援システム構築に関する研究(1)—地域母子保健からの検討. 子どもの虐待とネグレクト 12(1), 61-68 (2010).
- 3) 杉下佳文, 栗原佳代子, 古田正代, 他: 周産期メンタルヘルスと子ども虐待対応に関する全国医療機関の取り組み. 日本周産期・新生児医学会雑誌 47(1), 86-91 (2011).
- 4) 西園マーハ文: 地域における精神病理の理解 産後メンタルヘルスの援助活動から社会精神医学を考える. 日本社会精神医学会雑誌 19(1), 84-90 (2010).
- 5) 永谷智恵: 子どもの虐待の支援に携わる保健師が抱える困難さ. 日本小児学会誌 18(2), 16-21 (2009).
- 6) 中板育美, 佐野信也: 産後の母親のうつ傾向を予測する妊娠期要因に関する研究 子ども虐待防止の視点から. 小児保健研究 71(5), 737-747 (2012).
- 7) Seng JS, Sperlich M, Low LK, et al: Childhood Abuse History, Posttraumatic Stress Disorder, Postpartum Mental Health, and Bonding: A Prospective Cohort Study. Journal of Midwifery & Womens Health 58(1), 57-68 (2012).
- 8) 厚生労働省. 児童福祉法. <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S22/S22HO164.html>(2015.3.6)
- 9) 永野玲子, 星野裕子, 船倉翠, 他: 社会的リスクと周産期医療 当院における出産後虐待予想ケースへの介入について. 日本周産期・新生児医学会雑誌 46(4), 1077-1082 (2010).
- 10) 利部徳子, 森耕太郎, 小西祥朝, 他: 特定妊婦に対する当科での取り組み. 秋田県産科婦人科学会誌 18, 7-10 (2013).
- 11) 佐々木綾, 岩佐弘一, 松尾精記, 他: 精神病合併妊婦の周産期管理についての検討. 女性心身医学 17(2), 206-212 (2012).
- 12) 高橋知久, 佐野信也, 小暮由美, 他: 胎児虐待する母親と精神科治療—各科連携と地域連携によって出産を迎えた女性例を通じて. 子どもの虐待とネグレクト 14(3), 386-395 (2012).
- 13) 蔭山正子, 田口敦子: 精神障がいをもつ母親への保健師による育児支援技術 病状と育児のバランスを図る. 日本地域看護学会誌 16(2), 47-54 (2013).
- 14) 石川博康: 特定妊婦 (児童福祉法), 胎児虐待と maternal—fetalconflict. 精神科治療学 28(6), 801-803 (2013).
- 15) 有本梓: 児童虐待に対する保健師活動に関する文献レビュー. 日本地域看護学会誌 9(2), 37-45 (2007).
- 16) 有本梓, 岩崎りほ, 尾形玲美, 他: ネグレクトのリスクを持つ家庭に対する保健師による個別支援の方法. 横浜看護学雑誌 6(1), 15-22 (2013).
- 17) 徳永雅子: 虐待の世代間連鎖の背景とその対応. 教育と医学 61(10), 829-837 (2013).
- 18) 長鶴美佐子: 周産期の実母との関係性が産褥1ヵ月の褥婦のメンタルヘルスに及ぼす影響. 母性衛生 46(4), 550-559 (2006).
- 19) Howard LM, Hunt K.: The needs of mothers with severe mental illness: a comparison of assessments of needs by staff and patients. ARCHIVES OF WOMENS MENTAL HEALTH 11 (2), 131-136 (2008).
- 20) OECD. The Well-being of Nations THE ROLE OF HUMAN AND SOCIAL CAPITAL (2001). <http://www.oecd.org/edu/innovation-education/1870573.pdf> (2015. 3. 6)
- 21) Takahashi H, Watanabe N, Sugibayashi R, Aoki H, Egawa M, et al. Increased rate of cesarean

section in primiparous women aged 40 years or more: a single-center study in Japan. Archives of Gynecology and Obstetrics 285, 937-41 (2011).

- 22) 青山廣子, 萩原玲子, 丹波恵津子: 産後ケアセンターでの母子支援. 助産雑誌 64(4), 313-319 (2010).
- 23) 小堀由祈子: 世田谷区における「産後ケア事業」の取り組み 出産退院後のショートステイとデイケアで育児不安を軽減. 保健師ジャーナル 66(1), 14-19 (2010).