

2017 年 1 月 31 日

2016 年度聖路加国際大学大学院課題研究

周産期メンタルヘルスにおける助産師の支援

Midwives' Observations of and Support for Women's Perinatal Mental Health Problems

15MW004

磯 怜央菜

目次

第1章 序論	1
I 研究背景	1
II 研究目的	3
III 研究の意義.....	3
IV 用語の操作的定義.....	3
1. メンタルヘルス	3
2. 周産期のうつ病	3
第2章 文献検討.....	4
I 周産期メンタルヘルス.....	4
II 周産期のうつ病の定義と関連因子	4
III 医療機関における周産期のうつ病に関する妊娠期からの支援.....	5
IV 周産期のうつ病のスクリーニング方法とその後の対応	7
V 医療機関と地域の連携.....	8
VI 周産期のうつ病を体験した母親と支援者の思い	8
第3章 研究方法.....	10
I 研究デザイン	10
II 研究協力者.....	10
1. 研究協力者の条件.....	10
2. 研究協力者のリクルート方法.....	10
III 調査方法	10
1. データ収集方法	10
2. データ収集期間	11
3. データ分析.....	11
4. 透明性の確保	11
IV 倫理的配慮.....	11

第4章 結果	13
I 研究協力者および研究協力者の所属する施設の概要	13
II 周産期メンタルヘルスの支援における助産師のアプローチ	14
1. 【見出す】	16
2. 【アセスメントする】	19
3. 【必要な支援を提供する】	20
III 周産期メンタルヘルスの支援に対する助産師の認識	22
1. [役割の線引き]	22
2. [チームでの関わり]	25
IV 周産期メンタルヘルスの支援において助産師が感じる課題	28
1. [コミュニケーション]	28
2. [助産師の個人差]	31
3. [支援者へのサポート]	32
4. [地域との連携]	33
第5章 考察	35
I 本研究で見出された周産期メンタルヘルスにおける助産師の役割と支援の現状 ...	35
II 助産師による支援の提供における今後の課題	36
1. 学習機会の充実	36
2. スクリーニングツールの活用.....	37
3. コミュニケーションスキルの向上	37
4. 支援を行う助産師に対する精神的サポート.....	38
5. 支援の動機づけ	38
6. 妊産褥婦と周囲の人々への情報提供.....	39
III 看護への示唆	40
IV 本研究の限界と今後の課題	40
第6章 結論	41

引用文献 エラー! ブックマークが定義されていません。

表目次

表 1	研究協力者の概要.....	13
表 2	研究協力者の所属する施設の概要.....	14
表 3	“気になる妊産褥婦”を見出す手がかり.....	18-1
表 4	【アセスメントする】.....	19
表 5	助産師が対応する支援.....	20-1
表 6	メンタルヘルスの専門家による支援.....	21
表 7	周産期メンタルヘルスの支援に対する助産師の認識.....	22
表 8	周産期メンタルヘルスの支援において助産師が感じる課題.....	28

図目次

図 1	周産期メンタルヘルスの支援における助産師のアプローチ	15
-----	----------------------------------	----

資料目次

資料 1	研究協力施設への研究協力依頼書	i
資料 2	研究協力候補者への研究協力依頼書	ii
資料 3	研究協力の同意書	iii
資料 4	研究協力の断り書	iv
資料 5	インタビューガイド	v

第1章 序論

I 研究背景

妊娠・出産は、身体的には内分泌をはじめとする母体の生理機能に急激な変化を引き起こし、出産後も母体が非妊時の状態に回復するまで時間を要する。心理的には母親になった喜びを自覚する一方で母親という新たな役割を獲得する必要がある、身体・心理・社会的に適応が迫られる。そのため、妊娠・出産・育児期は、女性のライフサイクルの中でも特にメンタルヘル스에問題をきたしやすい時期である(北村, 2007; 日本周産期メンタルヘルス学会, 2016; 吉田・山下・岩元, 2006)。

周産期メンタルヘルスの中で近年問題となっているのは、妊娠期から産褥期に発症する周産期のうつ病である。周産期のうつ病は、周産期精神疾患の一つであり、他の周産期精神疾患と比較して最も頻度が高い(佐藤, 2008)。発症すれば女性の社会的不適応や母子相互作用障害を引き起こすだけでなく、自殺や子どもの虐待等、母子の生命を脅かすこともある(永田, 2011; 吉田ら, 2006)。東京 23 区の 2005 年から 2014 年の妊娠中または出産後 1 年未満の女性の自殺者の割合は、自殺者 10 万人あたり 8.5 人で、2005 年から 2013 年の平均妊産婦死亡率の 2 倍にのぼった(合田, 2016)。自殺した出産後 1 年未満の女性の 3 分の 1 が産後うつ病を発症しており、6 割に精神疾患の通院歴があった。

これを受けて日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会(2014)は、2017 年に改訂する産婦人科診療ガイドラインに周産期メンタルヘルスに関する具体的な対策を盛り込む方針を固めている。産褥期のうつ病については以前より着目されているが、妊娠期でも産褥期と同様の約 10%という高い頻度でうつ病が発症することが報告されており(中野ら, 2000)、妊娠期からの予防的支援が求められている(岡野・南田・國分, 2010)。改訂に際しては、「妊産婦メンタルヘルスに関する合同会議 2015」で検討された、周産期精神疾患のハイリスク者を妊婦健診や産後の健診の際に抽出する方法について、新たに掲載される予定である(竹田, 2016)。

国としても周産期メンタルヘルスへの対策を進めており、厚生労働省の掲げる「健やか親子 21(第二次)」の妊産婦・乳幼児への保健対策には、母子保健水準向上の参考指標として、エジンバラ産後うつ病自己評価票(Edinburgh Postnatal Depression Scale; 以下 EPDS と略す)9 点以上、つまり産後うつ病疑いの褥婦の割合が含まれている(厚生労働省, 2016; 厚生労働科学研究補助金 健やか次世代育成総合研究事業研究班, 2016)。また、環境整備の指

標として、妊娠中の保健指導で妊婦とその家族に産後のメンタルヘルスについて伝える機会を設けている市区町村の割合を、平成25年度の43%から10年後に100%にすることや、産後1か月でEPDSが9点以上を示した人へのフォロー体制がある市区町村の割合を、平成25年度の43%から10年後に100%にすることが目標となっており、妊娠期から育児期までの切れ目ない対策が重要視されている。また、2015年に閣議決定された「少子化社会対策大綱」においても、産後うつ病の予防と対応を行うことが課題となっており(内閣府, 2016)、周産期メンタルヘルスの対策のさらなる強化が求められている。

澁谷(2013)によると、全国の85の市型保健所のうち、妊婦のメンタルヘルス把握のための客観的指標として質問紙を活用している割合は約7割、要支援家庭に対するケースに応じた社会資源の連携への支援は9割に近い実施状況であった。一方、杉下ら(2011)による全国の医療機関を対象とした調査では、周産期のうつ病等の周産期精神疾患のリスクが高い妊産褥婦のスクリーニングを実施している割合は、回答のあった周産期領域の診療科を有する120の医療機関のうち、妊娠期では9%、分娩入院中は17%、退院後は12%にとどまった。また、ある一つの県を対象とした調査では、周産期のうつ病予防のために妊娠期からなんらかの支援を行っている施設は、周産期領域の診療科を有する32の医療機関のうち、25%であった(梅崎・富岡・國方, 2013)。

こうした報告が示すように、近年周産期のうつ病を中心とした周産期メンタルヘルスへの対策として妊娠期からの継続的な支援が重要視されてきているものの、保健所等の行政に比べると医療機関におけるスクリーニングの実施率は低いことが推測される。しかし、2017年版の産婦人科診療ガイドラインに、周産期精神疾患のハイリスク者を妊婦健診や産後の健診の際に抽出する方法が明記されるのに伴い、産科医療機関が周産期メンタルヘルスの支援に果たす役割は大きくなると予想する。リスクの高い妊産褥婦を早期に抽出し、支援へとつなげていくことが、これまで以上に重要な役割として求められてくる。

そこで、本研究は、妊娠期から女性に関わる機会の多い助産師に焦点を当て、周産期メンタルヘルスにおける助産師の支援の現状を探索する。これにより、今後の支援の充実に向けて助産師には何が必要かを考察する。

II 研究目的

本研究の目的は、以下の 2 点である。①メンタルヘルスの問題が生じるリスクが高く、支援が必要な妊産褥婦を助産師はどのように発見し、支援へとつなげているのか、周産期メンタルヘルスの支援における助産師のアプローチを明らかにすること。②助産師は、周産期メンタルヘルスの支援に対してどのような認識を持っているのか、また、支援を行ううえでどのようなことを課題と感じているのかを明らかにすること。

III 研究の意義

本研究により、助産師による周産期メンタルヘルスの支援の現状、および助産師が感じている支援の課題を提示することで、周産期メンタルヘルスの支援を強化していくために、今後何が必要かを検討するための基礎的な資料となる。

IV 用語の操作的定義

1. メンタルヘルス

精神面の健康状態とする。周産期においてメンタルヘルスに問題が生じた場合に発症する代表的な周産期精神疾患として、周産期のうつ病があげられる。

2. 周産期のうつ病

妊娠期のうつ病と産褥期のうつ病を合わせて、周産期のうつ病とする。世界保健機関 (World Health Organization; WHO)(2016)の定義では、周産期は妊娠 22 週から出生後 7 日未満を意味する。しかし、妊娠期のうつ病は妊娠初期に発症することが多く(久米・堀口, 2012)、産褥期のうつ病は出産後 1 年頃まで一定の発症率があるという報告もある(Gavin, N. I. et al., 2005)。そのため、周産期のうつ病を、妊娠期から出産後 1 年までに発症し、診断がついたうつ病と定義する。なお、妊娠以前に診断を受けたうつ病を合併している場合は含まない。

第2章 文献検討

I 周産期メンタルヘルス

近年、出産年齢の上昇、不妊治療後の妊娠や基礎疾患を持つ女性の妊娠の増加、早産や低出生体重児の増加から、妊産褥婦と新生児のハイリスク化が著しい状況にある(成田, 2012)。このような身体的ハイリスクに加え、妊娠先行婚や離婚・再婚の増加、虐待やドメスティックバイオレンスの顕在化により、心理社会的にもハイリスク化している。身体的・心理社会的ハイリスク状態は、母子と家族への大きなストレスとなり、メンタルヘルスの問題につながるという悪循環が生じることもある。

周産期におけるメンタルヘルスの問題には、妊娠前から精神疾患に罹患している場合と、妊娠中もしくは出産後に新たに精神的な問題が生じる場合の2つに分類される(竹内, 2016)。

前者は精神疾患合併妊娠であり、代表的な精神疾患として統合失調症や全般性不安障害があげられる(久米ら, 2011; 岡野・鈴木・杉山・新井, 2016; 佐藤, 2008)。精神疾患合併妊娠の場合は、妊娠前からの精神症状のコントロール、適正な薬物療法、周産期特有の精神症状の変化への対応、療育支援を進めていくための多職種連携が求められる。また、妊娠中の喫煙率やシングルマザー率が高い等、健康管理や生活環境にも問題が生じていることが多いため、生理学、薬理学、心理学、社会環境等、多くの専門領域が協働して包括的な支援を提供する必要がある(Nilsson, E., Lichtenstein, P., Cnattingius, S., Murray, R. M. & Hultman, C.M., 2002)。

後者に関しては、マタニティ・ブルー、うつ病、産褥精神病等到大別されており、重症度や頻度から周産期のうつ病が最も重要視されている(竹内, 2016)。

II 周産期のうつ病の定義と関連因子

周産期のうつ病は、発症時期によって妊娠期のうつ病と産褥期のうつ病に分けられるが(久米ら, 2012)、米国精神医学会のまとめた精神疾患の診断・統計マニュアルである DSM-V(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; 以下 DSM と略す)では、どちらも「大うつ病エピソード」に該当する精神障害である(日本精神神経学会, 2014)。一つの疾患の中で下位グループを定義する特定用語は、改訂前の DSM-IV では周産期に関して「産後(出産後4週以内)発症」のみであったが、出産後の抑うつエピソードの約半数は妊娠中から始まっていることが明らかになったため、2013年に改訂された DSM-V では「出産前後

(妊娠中と出産後 4 週)発症」という分類がされている。しかし、出産後 4 週以内の発症は短期間であるとの議論があり(岡野, 2014)、出産後 7 か月頃までは高い発症率を示し、その後も出産後 1 年頃まで一定の発症率があるという報告もある(Gavin, N. I. et al., 2005)。

妊娠期のうつ病の発症は妊娠初期に多く、精神疾患の既往歴や家族歴が大きな危険因子となる(久米ら, 2012)。また、社会的サポートの欠如、予期せぬ妊娠、最近のライフイベント等の心理社会的因子との関連が高いことも示唆されている。

産褥期のうつ病はいわゆる「産後うつ病」であり、多くの褥婦が産褥 3 日から 10 日の間に経験する「マタニティ・ブルーズ」と呼称される一過性の情動不安定な状態とは区別される(久米ら, 2012)。発症のリスク因子としては、精神疾患の既往歴、虐待を受けた経験、予期せぬ妊娠、妊娠中の婚姻関係、パートナーからの暴力、かけがえのない人の死や離婚、失職、神経質、児の夜泣き、援助希求が少ない、社会的サポートの欠如、住環境の不満足がある(中野ら, 2000; 竹田, 2016)。これらに加え、妊娠初期の抑うつ状態が、産褥期の精神状態に影響を及ぼしているという報告もある(岩谷・北東・若林・吉川・成瀬, 2001)。そのため、以上のような関連因子を早期に把握し、周産期のうつ病の早期発見・早期対応および予防することが重要であると考え。助産師は、妊婦健診や母親学級等において妊娠期から女性と関わる機会が多く、身近で直接的な支援を行うことのできる職種であるため、周産期精神疾患の早期発見・早期対応および予防において大きな役割を担うと考える。

Ⅲ 医療機関における周産期のうつ病に関する妊娠期からの支援

周産期のうつ病予防のために妊娠期から支援を行っている施設は、ある一つの県内の周産期領域の診療科を有する医療機関のうち 25.0%であった(梅崎ら, 2013)。支援の内容は、周産期のうつ病のリスクが高い妊婦のスクリーニング、妊婦健診時の個別対応、受け持ち助産師の固定、家族を巻き込んだ指導や傾聴等の〈医療施設内での対応〉と、保健師や医師会等の〈関係機関との連携〉に分けられた。また、前述のように、周産期のうつ病等の周産期精神疾患のリスクが高い妊産褥婦のスクリーニングを実施している施設は、全国の周産期領域の診療科を有する 120 の医療機関のうち、妊娠期では 9%、分娩入院中は 17%、退院後は 12%にとどまっている(杉下ら, 2011)。スクリーニングの際に使用している尺度は、EPDS が最も多かった。スクリーニング実施後の対応としては、〈地域の保健センターとの連携〉と〈健診時に個別保健指導〉が多く、〈地域の保健センターとの連携〉は妊娠中に 81.1%、入院中に 85%、退院後に 92.8%、〈健診時に個別保健指導〉は妊娠中に 63.6%、入院中に

60%、退院後に 85.7%の施設が実施していた。出産前に＜産後うつ病の情報提供＞を行っている施設は 50.9%で、行っていない施設と比較して優位に＜助産師外来＞や＜精神的スクリーニング＞を実施しており、＜虐待判定ツール＞を導入していた。助産師が積極的にメンタルヘルスの支援を行っている医療機関として、総合周産期母子医療センターである埼玉医科大学総合医療センターや九州大学医学部付属病院が紹介されている(海老根ら, 2007; 山下, 2003)。この 2 つの医療機関では、助産師が精神科構造化診断面接等の訓練を受け、妊娠期からメンタルヘルスのアセスメントや心理的サポート行っていた。このように、医療機関におけるうつ病に関する妊娠期からの支援の実施率は低く、医療機関によって支援への取り組みの内容や程度に差があるのが現状である。

北村ら(2006)によると、重大な身体疾患や妊娠合併症がなく、児が単胎の初産婦あるいは 1 経産婦を対象に、1 回 60 分の個人心理療法全 8 回とグループセッション全 4 回を実施した介入群は、対照群と比較して産後 3 か月の EPDS の得点が有意に低かった。また、介入群において、妊娠中期と妊娠後期の不安得点、妊娠後期の抑うつ得点および産後 1 か月の愛着障害が、いずれも低かったことが報告されている。産後うつ病に対する妊娠期の予防的介入の効果に関する、英語および日本語論文を対象としたシステマティック・レビューでは 11 件の文献が抽出され、＜心理療法＞＜情報提供＞＜保健相談＞の 3 つに分類された介入方法のうち、＜心理療法＞3 件、＜情報提供＞1 件で予防的介入の効果が認められた(新井・高橋, 2006)。1 万 7 千人の女性を含む 28 件の研究によるコクランレビューにおいても、心理学的あるいは社会心理学的予防を受けた介入群は、対照群と比較して有意に産後うつ病の発症が抑えられていた(Cindy-Lee, D. & Therese, D., 2013)。

以上のように、周産期のうつ病は妊娠期からの介入で予防することができるため、周産期のうつ病予防のための支援は妊娠期から行うことが重要と考える。しかし、先に述べたように、現在周産期のうつ病のスクリーニングを実施している医療機関や妊娠期から予防的支援を行っている医療機関の割合は低い。また、埼玉医科大学総合医療センターや九州大学医学部付属病院のように助産師が周産期のうつ病について十分な訓練を受けている医療機関は少なく、医療機関によって支援への取り組みの内容や程度に差があるという現状がある。

IV 周産期のうつ病のスクリーニング方法とその後の対応

日本産婦人科医会(2014)が作成した「妊娠等について悩まれている方のための相談支援事業連携マニュアル」には、各医療機関において妊娠・分娩に関する情報提供や特定妊婦のスクリーニング、妊産褥婦のメンタルヘルスへの配慮を行うよう記載されている。特定妊婦とは、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であり、周産期のうつ病である妊婦も含まれる。特定妊婦を早期発見するためのチェックリストに規定はなく、日本産婦人科医会がまとめた妊婦健診時や分娩前後の観察項目や EPDS、Whooley のうつ病に関する 2 項目質問票、育児支援チェックリスト、日本語版の赤ちゃんへの気持ち質問票等が示されている。これらを参考に各医療機関でチェックリストを検討し、行政との協働に役立てることが推奨されている。

「妊産婦メンタルヘルスに関する合同会議 2015」の報告書には、周産期のうつ病等の周産期精神疾患のリスクがある妊婦を抽出する方法とその後の対応について詳細に報告されている(竹田, 2016)。この報告内容は、2017 年に改定する産婦人科診療ガイドラインに盛り込まれる予定であり、医療機関におけるスクリーニングの実施によって周産期のうつ病の早期発見・早期対応および発症予防を目指している。スクリーニングの方法は、まず妊娠初診時に、周産期精神疾患のリスク因子である産後うつ病の既往やパートナーからの暴力・性的虐待・暴行、自傷行為、不法薬物の使用、社会的サポートの欠如、統合失調症・双極性障害・大うつ病の精神科既往歴等について聴取することが望ましいと述べられている。また、妊娠初期・中期・末期の 3 回、Whooley のうつ病に関する 2 項目質問票(Mary, A. Whooley, Andrew, L. Avins, Jeanne, Miranda. & Warren, S. Browner, 1997)を用いてうつ病のリスクを有するかのスクリーニングを施行する。Whooley のうつ病に関する 2 項目質問票は、費用対効果が高いことから、国立医療技術評価機構の産前産後のメンタルヘルスのガイドラインで推奨されているスクリーニングツールである。質問項目は、「過去 1 か月間の間に、気分が落ち込む、元気がなくなる、あるいは絶望的になってしばしば悩まされたことがありますか?」、「過去 1 か月間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか?」という 2 点である。初診時にハイリスク妊婦であると判断された場合や、2 項目のうち 1 項目でも「はい」との答えがあった場合は、精神科専門医の受診を勧めていく。

V 医療機関と地域の連携

日本産婦人科医会(2014)が作成した「妊娠等について悩まれている方のための相談支援事業連携マニュアル」には、医療機関と地域が連携し、妊産婦のメンタルヘルスを支援することの重要性についても述べられている。マニュアルには、「妊娠等について悩まれている方のための相談支援事業」の概略図が示されており、各医療機関における役割や当該市区町村・都道府県との連携、産婦人科医師会との連携、対社会活動についての解説がされている。

渋谷(2013)によると、＜妊娠中からの産科医療機関等との連携会議の開催＞を実施している全国の県型・市型保健所は約 4 割で、これは「今後さらに強化していきたい」項目の上位であった。＜妊産婦のメンタルヘルスについて相談や治療可能な医療機関情報の提供＞については県型保健所で約 4 割、市型保健所で約 6 割の実施率で、「今後実施する予定」「今後さらに強化していきたい」と回答した県型・市型保健所は 1 割に満たなかった。上別府(2008)によると、紹介しやすい産科医療機関があると回答した県型保健所は、北海道・東北ブロックおよび中国・四国ブロックでは全国の県型保健所のうち 7 割で、その他の地域では 5 割程度にとどまっている。

以上のように、医療機関と地域の連携が重要視されており、地域においても妊娠期からメンタルヘルスを支援していく意識が高まっている。しかし、医療機関と地域が連携しやすい関係にあるとは言えず、県型・市型保健所による医療機関情報の提供への意識や体制に課題があると考えられる。また、これらの文献は保健所等の地域側からの視点で報告されたものであり、医療機関側からの視点で報告された文献は少ないため、医療機関側の地域との連携に関する意識についても理解する必要がある。

VI 周産期のうつ病を体験した母親と支援者の思い

吉田(2000)は、周産期のうつ病を体験した母親は、周産期のうつ病について知らないため、自分の陥っている状態について分からないまま育児を楽しめない自分を責めたり、子どもを傷つけてしまいそうな恐れに怯えたりすると述べている。また、特に日本人の場合、周産期のうつ病に伴って生じる疲労感や不眠、過度の心配等の症状に苦しみながらも、周囲にサポートを求めることができず、さらに自分自身を追い込んでいくことが多い。このような状況に陥った際の母親には、気分転換や周囲からの理解と励まし、ピアサポート、専門職からのアドバイスやカウンセリング等のニーズがあることが明らかになっている(吉田, 2000)。

岩田ら(2016)が実施した産後 1 か月の褥婦 2854 名を対象とした研究によると、家族や専

専門職からの手段的・情報的・評価的・情緒的サポートの満足度と産後うつ病との間には負の相関があり、不満足群は満足群と比較して産後うつ病のリスクが 2.7～3.5 倍であった。そのため、専門職である支援者は、母親の個別のニーズに応じてサポートを提供する、または母親が家族からのサポートを得ることができるよう調節し、その後も母親のニーズが充足されているのか確認しながら、必要に応じて支援を軌道修正することが重要である。

支援者の思いについては、精神的なサポートが必要な母親を対象とする相談外来における、産科スタッフの困難が明らかになっている(亀岡・大賀・岡部・小澤・谷島, 2015)。産科スタッフが特に困難と感じた項目は、希死念慮や自傷したい気持ち等の訴えがある母親や精神科受診を拒否した母親への対応であり、困難と感じた際の最初の相談者のほとんどは産科スタッフの先輩であった。

第3章 研究方法

I 研究デザイン

本研究は、質的記述的研究である。

II 研究協力者

1. 研究協力者の条件

スクリーニングまたはなんらかの方法により、メンタルヘルスに問題を生じるリスクが高いと考えられる妊産褥婦と複数回関わった経験のある助産師。

2. 研究協力者のリクルート方法

本研究は機縁法によるサンプリングである。

- 1) 関東圏にある、周産期を標榜する医療機関の産科師長、および助産院の代表者に研究協力依頼書(資料 1)を用いて研究協力を依頼した。承諾を得られた後に、条件を満たす助産師に研究協力依頼書(資料 2)を渡していただいた。なお、研究協力は自由意思によるものであること、研究協力の諾否については紹介者に伝わらないことを研究協力候補者に伝えていただき、紹介者の権力が働かないよう配慮した。
- 2) 研究協力候補者の希望に合わせ、インタビューの実施日時と場所を決定した。
- 3) インタビュー開始前に、研究協力候補者に口頭および文書(資料 2)で再度研究主旨と協力依頼内容、倫理的配慮を説明し、研究協力を依頼した。研究協力の同意が得られるようであれば、研究協力の同意書(資料 3)に署名していただいた。また、研究主旨等の説明時に、途中で研究協力の辞退を希望することが可能であることを説明し、研究協力の断り書(資料 4)を手渡した。

III 調査方法

1. データ収集方法

インタビューガイド(資料 5)を用いて、半構成的面接を一名につき 1 回、実施した。インタビューの時間は 1 回につき 1 時間から 1 時間 30 分であった。場所は、研究協力者の所属する施設内または研究者の所属する大学内の、プライバシーを保つことのできる個室で実施した。

インタビュー開始前に研究協力者の許可を得て、インタビュー内容を IC レコーダーに

録音し、適宜メモを取った。周産期のうつ病のスクリーニングや情報提供等を実施している場合は、その際に用いている資料等を持参していただいた。

2. データ収集期間

2016 年 10 月から 2016 年 11 月

3. データ分析

質的記述的研究の方法(グレッグ・麻原・横山, 2007)を参考に、以下の手順で分析した。

- 1) 逐語録を作成し、熟読した。
- 2) 逐語録を繰り返し読み、意味のまとまりのある文節を抽出し、コード化した。
- 3) 類似性を持つコードを一つのまとまりとし、その意味を最もよく表すと考えられるタイトルをつけ、サブカテゴリー名とした。また、各サブカテゴリーがどのようなデータを包含するか、サブカテゴリーをそれぞれ定義した。
- 4) さらにいくつかのサブカテゴリーを統合し、カテゴリーを生成した。
- 5) 各カテゴリーを、周産期メンタルヘルスの支援における助産師のアプローチ、周産期メンタルヘルスの支援に対する助産師の認識、周産期メンタルヘルスの支援において助産師が感じる課題の 3 つのテーマに分けて記述した。

4. 透明性の確保

透明性の確保のため、サブカテゴリーごとに定義と語りの例を結果に示した。また、研究過程を通して、母性・助産学領域の専門家のスーパーバイズを受けた。

IV 倫理的配慮

本研究は、以下の倫理的配慮について研究協力者に口頭および文書(資料 2)で説明し、同意が得られた場合にのみ実施した。

1. 研究への協力は自由意思によるものであり、研究協力に同意しなかった場合にも研究協力者はそれによる不利益は受けない。また、研究協力の諾否については紹介者に伝わらないよう配慮する。
2. 研究協力者が研究協力に同意した後であってもいつでも協力を辞退でき、研究協力者がそれによる不利益を受けることはない。辞退した際、それまでに得られたデータは速やかに安全に破棄する。
3. 研究協力に同意した際、研究協力者の負担として時間的拘束が生じる。一方、研究協力者の利益として、日頃の経験を整理する機会になると期待される。また、研究に協

力することが周産期メンタルヘルスに関する支援の強化の一助となる可能性がある。

4. インタビューは個人情報保護のため個室で行い、インタビュー内容の録音は許可が得られた場合にのみ行う。また、研究協力者が話したくないことは無理に話さなくてよい。
5. 研究協力者は、他の研究協力者の個人情報の保護および本研究の独創性の確保に支障がない範囲内で、研究計画書および研究の方法に関する資料を入手または閲覧することが可能である。希望する際は、本研究に関しての問い合わせ先に連絡していただく。
6. 個人情報を特定できるデータは、逐語録を作成する段階から匿名化する。なお、逐語録の作成は研究者本人が行う。得られたデータを匿名化する際、符号や該当番号を付け対応表を作成する。対応表はデータとは別にして鍵のかかる場所に保存し、研究協力を途中で中断する旨の申し出があった際に、そのデータのみ破棄できるようにしておく。
7. 紙媒体のデータの印刷は最小限にする。紙媒体のデータと録音データは、流出・紛失しないよう施錠のできる場所で厳重に保管する。電子媒体のデータはパスワードをつけて保存し、ID とパスワードのかかるコンピューターで厳重に保管する。また、本研究で得られたデータは、本研究以外で使用しない。
8. 研究成果の報告や発表に際しても、個人や協力施設が特定されないよう匿名性を保護する。
9. 研究協力者より相談や意見がある場合には、本研究の指導教員を相談窓口として対応する。その際直ちにフィードバックをもらい、研究の方法や研究者の態度を顧みる。
10. 研究終了報告から 5 年後、本研究で得られたデータは全て安全な方法で破棄する。紙媒体のデータはシュレッダーにかけ、録音データと電子媒体のデータは削除する。
11. 本研究に関する経費は自己収入により負担する。また、研究遂行にあたって特別な利益相反状態にはない。ただし、研究協力者には小額であるが謝品をお渡しする。

なお、本研究は聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を得てから開始した(承認番号：16-A054)。

第4章 結果

I 研究協力者および研究協力者の所属する施設の概要

研究協力者は、4名の助産師である。助産師としての経験年数は、9年から42年であった。周産期のうつ病や周産期メンタルヘルスに関する学習経験として、自己学習のみと回答したのは2名(Aさん、Dさん)であった。Bさんは、自己学習に加えて講習会に参加した経験があった。Cさんは、保健センターでの勤務経験があり、事例を通して精神疾患患者との関わりを学んだと回答した。また、研修を受けた経験もあった。研究協力者の概要を表1に示す。

研究協力者の所属する施設は、病院2施設、クリニック1施設、助産院1施設であった。分娩件数は年間100件から1300件、周産期のうつ病の症例数は年間0例から2例であった。研究協力者の所属する施設の概要を表2に示す。

表1 研究協力者の概要

		Aさん	Bさん	Cさん	Dさん
助産師としての経験年数		9年目	17年目	42年目	27年目
所属する施設での勤務年数		5年目	5年目	約20年目	12年目
周産期メンタルヘルスに関する学習経験	自己学習の内容	周産期のうつ病の症状 (きっかけは、うつ病の既往歴のある女性を受け持ったこと)	周産期のうつ病の症状 (きっかけは、関わりを持った母子が自殺してしまったこと)	周産期のうつ病の病態生理	精神科一般論、現代のメンタルヘルスの特徴
	その他	なし	講習会の参加 (周産期のうつ病のケア・助産診断について)	保健センターでの精神疾患事例からの学び(精神疾患患者との関わり方について) 訪問看護事業開始に向けた研修	なし

表 2 研究協力者の所属する施設の概要

		Aさん	Bさん	Cさん	Dさん
所属施設		クリニック	地域周産期 母子医療センター	助産院	病院
診療科	小児科	なし	あり	なし	あり
	精神科	なし	あり	なし	なし
産科病床数		19床	34床	4床	48床
分娩件数		約200件/年	1200-1300件/年	約100件/年	約1000件/年

II 周産期メンタルヘルスの支援における助産師のアプローチ

本研究の協力助産師による周産期メンタルヘルスの支援のアプローチは、まず、メンタルヘルスの問題が生じるリスクが高いと感じる“気になる妊産褥婦”を【見出す】ことから始まっていた。その方法は、スクリーニングツールの活用、既存の情報からの把握、妊産褥婦との関わりからの把握、以上の3種類に分類された。

いずれかの方法で、メンタルヘルスの問題が生じるリスクが高いと感じる“気になる妊産褥婦”を発見した助産師は、その気になりが支援の必要な人を正しく捉えているのか、また、いつどのような支援を行う必要があるのかを【アセスメントする】。アセスメントには、[探索的に話を聞く]、[チームで情報を共有する]、[チームで評価する]というカテゴリーが含まれる。

次いで、助産師は、アセスメントに基づいた【必要な支援を提供する】。支援の内容は、助産師が対応する支援と、精神科医やリエゾンナース等のメンタルヘルスの専門家による支援に分類された。助産師が対応する支援には[身体的支援]、[心理的支援]、[社会的支援]、[継続的支援]というカテゴリーが含まれ、メンタルヘルスの専門家による支援には[専門家との連携]、[専門家への受診の促し]というカテゴリーが含まれる。

以上の周産期メンタルヘルスの支援における助産師のアプローチを、図1に示す。

なお、本文中の[]はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、「 / 」内の斜字は研究協力者の語りを示す。また、研究協力者の語りには、必要に応じて研究者による補足説明を()で挿入している。

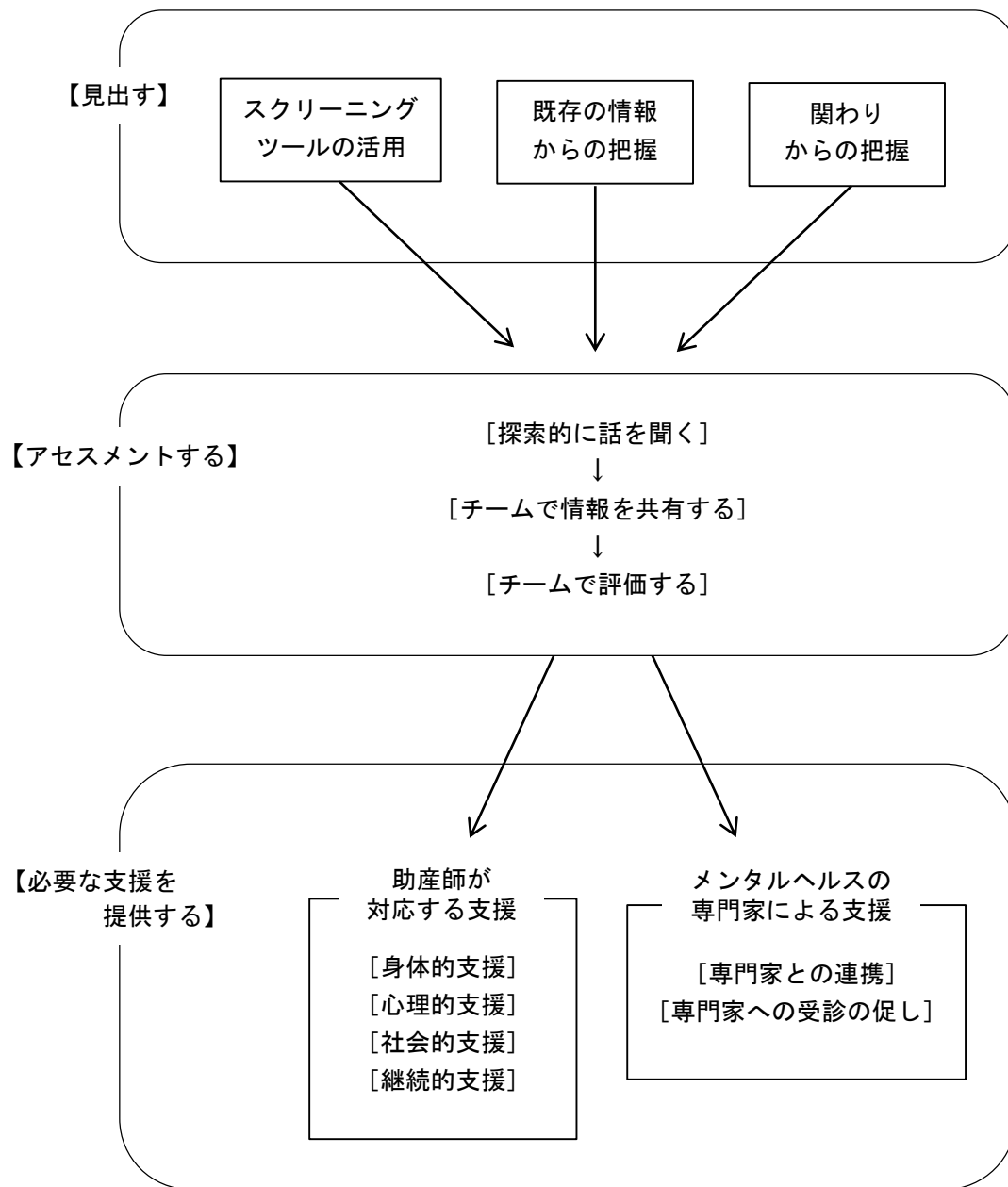


図1 周産期メンタルヘルスの支援における助産師のアプローチ

1. 【見出す】

1) スクリーニングツールの活用

本研究の協力助産師が、メンタルヘルスの問題が生じるリスクが高いと感じる“気になる妊産褥婦”を見出す方法として、まずスクリーニングツールの活用があげられる。

4名の研究協力者が所属する施設のうち、Aさんの所属する施設でスクリーニングを実施していた。使用しているスクリーニングツールは、Whooleyのうつ病に関する2項目質問票であり、まず初診時にすべての妊婦を対象に実施する。初回のスクリーニングで2項目のうち1項目でも「はい」との答えがあった場合は、妊娠中期と妊娠後期に再度同じスクリーニングを実施する。また、妊娠中期や妊娠後期のスクリーニングでも2項目のうち1項目でも「はい」との答えがあった場合は、産褥期にも再度同じスクリーニングを実施する。どの時期においても、スクリーニングで2項目のうち1項目でも「はい」との答えがあれば、助産師チームおよび必要に応じてソーシャルワーカーやリエゾンナースと情報を共有し、産褥期であれば褥婦の住む地域の保健センターに情報を提供するという流れであった。なお、本研究では、EPDSを用いてスクリーニングを実施している施設はなかった。

2) 既存の情報からの“気になる妊産褥婦”の把握

本研究の協力助産師は、問診やカルテから得た妊産褥婦の背景にあたる既存の情報からも、メンタルヘルスの問題が生じるリスクが高いと感じる“気になる妊産褥婦”を見出していた。助産師が注意を向ける既存の情報として、精神疾患の既往歴があること、妊産褥婦の親との関係性が良好でないこと、心理社会的要因により家族のサポートが期待できないことがあげられた。

3) 妊産褥婦との関わりの中からの“気になる妊産褥婦”の把握

本研究の協力助産師は、妊婦健診や産後の日々のケアにおける妊産褥婦との関わりの中で、メンタルヘルスの問題が生じるリスクが高いと感じる“気になる妊産褥婦”を見出すこともあった。その手がかりとして、[気質]、[心身の不調]、[違和感]、[妊娠や育児に対する態度]という4つのカテゴリーが抽出された。

抽出されたカテゴリー、サブカテゴリー、各サブカテゴリーの定義および研究協力者の語りを表3に示す。

[気質]とは個人の性格や性質であり、〈生真面目〉、〈内向的〉という2つのサブカテゴ

リーが含まれる。〈生真面目〉とは、物事に対して真摯であるが融通が利かないことである。

〈内向的〉とは、心を開こうとせず意思疎通が図りづらいことである。本研究の協力助産師は、話していても視線を合わせない、自分の思いを表出しないという妊産褥婦の様子に“気になり”を感じていた。

〔心身の不調〕には、〈不眠〉、〈気力の減退〉、〈否定的感情〉という3つのサブカテゴリーが含まれる。〈不眠〉とは、熟眠感が得られず気分が晴れないことである。〈気力の減退〉とは、その人が持つ雰囲気にとんよりとした印象があり、生きるエネルギーが感じられないことである。時には、家事や育児に手が付かず、生活に支障を与えている場合もあった。〈否定的感情〉とは、心のわだかまりや低い自己評価による抑うつ的な気分であり、希死念慮も含まれた。

〔違和感〕には、〈状況と言動の不一致〉、〈外観に漂うおかしさ〉という2つのサブカテゴリーが含まれる。〈状況と言動の不一致〉とは、言動が本人の今おかれている状況に見合っていないことである。妊婦健診の場で妊娠に直接関係しない事柄について多弁になる様子や、保健指導中に急に泣き出してしまうことがあげられた。〈外観に漂うおかしさ〉とは、妊産褥婦の表情や雰囲気が普通ではないことである。

〔妊娠や育児に対する態度〕には、〈妊娠や育児への無関心〉、〈余裕のない育児〉という2つのサブカテゴリーが含まれる。〈妊娠や育児への無関心〉とは、妊娠を受け入れていないような言動や、子どもへの愛着や関心が薄いような言動をすることである。〈余裕のない育児〉とは、気持ちにゆとりを持って育児ができないことである。本研究の協力助産師は、育児を頑張りすぎて辛そうに見えたり、育児に対して神経質になりすぎたりしている妊産褥婦の様子に“気になり”を感じていた。

表 3 “気になる妊産褥婦”を見出す手がかり

カテゴリー	サブカテゴリー	定義	語り
気質	生真面目	物事に対して 真摯であるが、 融通が利かない	「思春期にすごい真面目で頑張って勉強してとか拒食症になったことがあるとか、うつの既往がある人はやっぱり真面目なんで完璧にやろうとするから。」(Aさん)
			「緊迫感っていうか責任感、何て言ったら良いのかな、全部自分がしなきゃいけないとか。」(Bさん)
			「几帳面とかよくいうじゃない、こうじゃなくちゃいけないみたいな。(中略)真面目とか一つのことにとこだわりを持つとか。」(Cさん)
	内向的	心を開いておらず、 意思疎通が図りづらい	「視線を合わせないとかさ、ちょっとこうふわつと(視線をそら)したりするんだよね。」(Cさん) 「自分の思いを表出してない。だから、はい、はい、で終わっちゃうみたい。だからちょっと何考えてるか分からないんだーってスタッフもちょっと昨日言ってた。」(Cさん)
心身の 不調	不眠	熟眠感が得られず、 気分が晴れない	「具体的に眠れないことが問題っていうよりは、熟眠感を得れないことでうつうつしちゃうっていうか、もやもやしちゃうことがこの人にとっての問題だから、睡眠に関してはね。」(Bさん) 「眠れないとかなんかあるでしょうね、眠りが浅いとか。」(Cさん)
	気力の減退	その人が持つ雰囲気にとんよりした印象があり 生きるエネルギーが 感じられない	「顔色が悪くて、ご飯が食べられてないって言って、なんか午前中なのに倦怠感が著明な感じの、ため息が多い人。」(Bさん)
			「なんで変だなと思うかっていうと、この人妊婦健診に来ているだろうにあれって思うの。妊婦健診って保健指導がメイン、妊婦健診に来てるのになんでこんなにうつうつとしてるのか。」(Bさん)
			「表情が暗くてなんかモヤモヤしてるんだっတာとか。やっぱりちょっとした表情ってあるよ。」(Cさん)
			「もう家事育児に何も手がつかないんですっていう夫からの電話とか。」(Bさん)
	否定的感情	心のわだかまりや低い 自己評価による、 抑うつ的な気分	「やっぱり涙もろい。(中略)私たちも何か悲しいことがあって、もう泣くだけ泣いちゃうとなんか少し気持ちに整理がつくっていうのがありますよね。だから(泣いてもカラッとした人は)根底になんか思いがあるとそれは取り切れないのかな。」(Cさん)
			「悪いお母さんじゃないかと思っちゃう。」(Bさん)
			「毎日気が重くて死にたいんですとか。まあ滅多にないですけど、死にたいっていうのは。」(Bさん)

表3 “気になる妊産褥婦”を見出す手がかり(つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	定義	語り
違和感	状況と言動の不一致	言動が本人の今おかれている状況に見合っていない	「逆に元気すぎる人、初対面なのにグイグイくる人、だから多弁。(中略)妊婦健診に来ているのにどうして逆にこんなに多弁なんだろうとか。(中略)妊婦健診に来ているのに、赤ちゃんのことじゃなくて、私に興味関心を持ってって感じ。(中略)なんでおやっと思ふのかって思うと、それは助産師とおしゃべりに来てる外来ではないから。妊婦健診だからかも知れない。」(Bさん)
			「(保健指導をしていると)涙ポロポロ泣き出したの。」(Cさん)
			「何かおかしいって、どうしてここでこのセリフ言うんだろうって思う引っ掛かりどころ。」(Dさん)
	外観に漂うおかしさ	妊産褥婦の表情や雰囲気は普通ではない	「なんか雰囲気を感じ取ったんだよね、いつもの表情じゃないとか。もしかすると。だから日頃を見てれば、その変化って感じ取ることってあるじゃないですか。(中略)いつもの感覚っていうか、そういうのも、いつもと違うっていうのも、一つあるのかなって思いますよね。」(Cさん)
			「目つきだとか行動だとか言葉の選び方だとか全てにおいて。会った時のもう本当にファーストインプレッションだったりする。」(Dさん)
妊娠や育児に対する態度	妊娠や育児への無関心	妊娠を受け入れていないような言動や、子どもへの愛着や関心が薄い言動をする	「妊娠中は、妊婦健診で話しているうちに、この人あんまり妊娠を受け入れてないのかなとか思ったり、特に泣いちゃったりする人とか、発言聞いててそれほど赤ちゃんに愛着がないのかなって思う人はなんか妊娠が嬉しかったのかそういうところから聞いて、今回の妊娠の受け止めとかどういう風に考えてるかっていうのを聞いていくので。」(Aさん)
			「赤ちゃんが泣いてても気にならないんですとか。」(Bさん)
	余裕のない育児	気持ちにゆとりを持って育児ができない	「入院中に結構泣いちゃったりとか、なんか私たちがみて育児ちょっと大変そうだなって思ったりすることがあったら(保健センターに)つなげる。」(Aさん)
			「産後だと育児ができなくなる前に、まずはやりすぎちゃう、気になりすぎちゃって寝れないくらい頑張っちゃう。」(Bさん)
			「年中泣かれるじゃない新生児期って。ほら(育児が)上手くできちゃう人は、子どもが寝てるから私も寝ちゃうって言ってがっと思える人は、違うんだと思う。(育児が上手くできない人は、)やっぱり眠りが浅いとか、眠れてないっていうのがやっぱり続いた。で、最後にばーんと(メンタルヘルスの問題が生じる)、っていう気がするのね。」(Cさん)

2. 【アセスメントする】

メンタルヘルスの問題が生じるリスクが高いと感じる“気になる妊産褥婦”を見出した助産師は、すぐにその妊産褥婦にメンタルヘルスの問題が生じていると判断せず、その気になりが支援の必要な人を正しく捉えているのか、また、いつどのような支援を行う必要があるのかを【アセスメントする】。

アセスメントは、まず助産師が個人のレベルで[探索的に話を聞く]ことに始まる。次に、他の助産師や産科医等の[チームで情報を共有する]ことで、気になる妊産褥婦をローリスクの妊産褥婦として埋もれさせないように、複数の目でメンタルヘルスに注意しながら経過をみる。そして、チームで意見を交換し合い[チームで評価する]ことで、“気になる妊産褥婦”のメンタルヘルスや必要な支援について慎重な評価を行う。

抽出されたカテゴリー、各カテゴリーの定義および研究協力者の語りを表4に示す。

表4 【アセスメントする】

カテゴリー	定義	語り
探索的に話を聞く	個人のレベルで、気になる点について詳しく話を聞く	「あまりにも苦しうだったら、なんかこういうことあったの？みたいな感じで、過去にしんどいなって思う経験あった？っていうのは聞いてみることにしますね。」(Aさん)
		「まずは話を聞きます。(中略)意図的に聞いてみる。しっかり聞く、よく聞く。(中略)キーワードをまず、何が言いたくてこれを言ってるのかわかっていうのをピックアップしてくるかも知れないね。」(Bさん)
		「2人目の今回は大丈夫だと思うって本人(前回の出産後に精神科の入院歴がある経産婦)が言うから、どうして大丈夫だと思うの？って私は聞いたのね。大丈夫の根拠がわからなかったから。」(Dさん)
チームで情報を共有する	チームのメンバーで情報を共有し、メンタルヘルスに注意しながら経過をみる	「話していくうちに、あれ、この人はって思う人は注意しようっていつてチームで共有しています。」(Aさん)
		「妊婦健診で言えば、(中略)まずは記録にそのときの事実を残して、まずは担当医とあとは外来のナースと情報を共有するかも知れない。その上で、そこをみんなで気にしながらその人の言動を要注意にしながらっていうのをB病院ではしているかな。」(Bさん)
チームで評価する	チームのメンバーで意見を交換し合い、慎重に評価する	「産婦人科の担当医にまずは相談をして、それで精神科のドクターもしくはリエゾンにコンサルテーションが必要なのかどうかを調整する、相談する。(中略)共有する、照合する、照らし合わせる、自分の考えを言って。おかしいんだけどだけじゃなくて、助産診断を含めて、こういう日齢でこうこうなので、明らかに逸脱してると思うので先生からみた見解を教えてほしいんだけどみたいな感じ。私はこう思うんだよねって、でも元々そういう感じなんだって言うかも知れないし、私があれば思ったのはちょっと考えすぎちゃったのかわかっていうところの見解を一致させないと。」(Bさん)
		「昨日の妊婦さん、私もこういう風に言ったら涙ポロポロながされちゃってさーなんて話を(他の助産師に)したときに、私もちょっと前から色々と言ったんですけどねとか表情がちょっと暗くてとか(他の助産師も言っていて)、そういう風に気になるケースに関してはカンファレンスしてる。」(Cさん)

3. 【必要な支援を提供する】

1) 助産師が対応する支援

本研究の協力助産師は、メンタルヘルスについて現段階では正常を逸脱していないとアセスメントした妊産褥婦に対しては、助産師で対応できる支援を行っていた。助産師が対応する支援として、今後も正常を逸脱しないように行う〔身体的支援〕、〔心理的支援〕、〔社会的支援〕と、見守るための〔継続的支援〕という4つのカテゴリーが抽出された。

抽出されたカテゴリー、サブカテゴリー、各サブカテゴリーの定義および研究協力者の語りを表5に示す。

〔身体的支援〕には、〈休息がとれるよう支援する〉というサブカテゴリーが含まれる。〈休息がとれるよう支援する〉とは、休息がとれるよう、環境整備や妊産褥婦の生活パターンを考慮した具体策の提案を行うことである。

〔心理的支援〕には、〈丁寧に話を聞く〉、〈視点を変える提案をする〉、〈希望を尊重する〉という3つのサブカテゴリーが含まれる。〈丁寧に話を聞く〉とは、丁寧に話を聞き、思いを受け止めることである。〈視点を変える提案をする〉とは、気持ちがより楽になるような考え方を伝えることである。〈希望を尊重する〉とは、妊産褥婦の希望に合わせて関わることであり、本研究の協力助産師は、選択肢を提示して本人に選んでもらったり、本人の希望に添うように対応したりしていた。

〔社会的支援〕には、〈周囲のサポート体制を整える〉というサブカテゴリーが含まれる。助産師は、妊産褥婦の周囲のサポート力をアセスメントし、周囲のサポート力が不足していれば家族以外にも社会資源からサポートを得られるよう、本人やその家族、ソーシャルワーカー等に働きかけていた。

〔継続的支援〕には、〈一度で判断しない〉、〈退院後にフォローをする場をつくる〉、〈退院後のフォローにつなげる〉という3つのサブカテゴリーが含まれる。〈一度で判断しない〉とは、一度きりでアセスメントを終わらせるのではなく、気になった時点から退院までの経時的な変化を確認するということである。〔継続的支援〕は退院後にも行われており、〈退院後にフォローをする場をつくる〉という支援が行われていた。これは、母乳外来や産後ケア事業を活用し、助産師が退院後も引き続き妊産褥婦と関わる機会を設けることである。助産師自身が退院後も引き続き関わるができない場合は、〈退院後のフォローにつなげる〉。これは、保健センターや小児科に情報を提供し、関わりが途絶えないようにするということである。

表 5 助産師が対応する支援

カテゴリー	サブカテゴリー	定義	語り
身体的支援	休息がとれるよう支援する	休息がとれるよう、環境整備や具体策の提案を行う	「あとは、疲れてるなって思ったら無理させない。何かあれば夜でも(赤ちゃんを)預かったりとかしますね、みんなしてると思うんですけど。」(Aさん)
			「どのくらい眠れるとこうなのかしらねとか、あとはじゃあ夜の寝れない分はお昼寝でリカバーできるのか、そういう生活のパターンなのか、それもちょっと難しいのかによってまたお話しする具体策が変わってくるかなと思うんですけど。」(Bさん)
心理的支援	丁寧に話を聞く	丁寧に話を聞き、思いを受け止める	「なるべく聞くようにするっていうか、判断したりとかせずにただ聞くようにしてるかな。ああそっかーって言いながら。聞いてもらえるだけで良いっていう場合もあるし。」(Aさん)
			「なんかこう多分漠然と、何が不安か何があるか分からないっていうか、なので1つ1つこういうことが不安だっていうのがあったらそれを聞いて。」(Aさん)
			「眠れないのは辛いもんねーってそして同調して。同感っていうの同調っていうの、何て言ったら良いのかな。ちゃんとした言語がちょっと思いつかないんだけど。」(Bさん)
			「ただ産後に、入院中になんか涙もろくなっちゃうっていう人がいるじゃない。そうすると、そうだよ、産後ってよくホルモンのバランスが崩れるって言うもんね、泣きたくなっちゃうよね、ってそういう話はするけども。」(Cさん)
			「時々話を聞いて少しガス抜きをしていってもらう感じで、まあお姑さんとかとの関係性がって言ってたから。」(Dさん)
	視点を変える提案をする	気持ちがより楽になるような考え方を伝える	「その人たちの性格とかそういうのもあるので、なるべくこういう風に考えたらいいんじゃないかみたいな話とかケアはして。」(Aさん)
			「育児は完璧にやろうとすると上手いじゃないので、そこを産後やっぱみんな手を変え品を変え、もうちょっと気持ちを楽にとか言ったりする。」(Aさん)
			「本人の言動をみて家族をみて、でも家族は私たちから見るとサポータータイプにやってくれる人だなって思ったら、それを本人に伝えてみることもありますね。なんか本人が1人でファースト夫は何もしてくれないみたいになっても、いやいや結構やってくれてますよとか、他の人と比べると結構やってくれてる方ですよとか、あっそうなのかって思ってもらうというか。」(Aさん)
			「こんなケースもあるよ、あんなケースもあるよっていう感じで、自分だけじゃないよみたいな感じのところを伝えたりはしますけどね。」(Aさん)
			「あなたは(産後うつ病になった)お姉さんとは違った環境で起るわけだからそこまで(自分も産後うつ病になるということまで)考えなくてもいいんじゃないっていう話もしただけ。」(Cさん)
			「それ(涙もろくなること)がある意味では多少当たり前なんだよね、それを病気として捉えなくてもまだいいんじゃないとか、そういう話はもっていくけど。」(Cさん)
	希望を尊重する	妊産褥婦の希望に合わせて関わる	「本人が望むようにしようとしてます。例えば、さっきは無理させないように(赤ちゃんを)預かるって言ったけど、預かるよって言っても、本人は預けることが自分ができないことだという風に思っちゃうから、本人のナースコールを待つというか。」(Aさん)
			「(メンタルヘルスに特化した外来枠はないが)それでも例えば個別で助産師さんとお話したいんですって言われたら、もちろんそれはお話しする場っていうのは作りますけど。」(Bさん)

表5 助産師が対応する支援(つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	定義	語り
社会的支援	周囲のサポート体制を整える	妊産褥婦の周囲のサポート力をアセスメントし、不足していれば家族や社会資源からサポートを得られるようにする	「家族がサポートしてくれるかどうか、だから夫婦仲が良くて、なんだかんだこの人が落ちていても旦那さんが献身的にサポートしてくれるのであれば、そこまで外部の人にみてもらわなくても大丈夫かなって。あとは実母がいるとか、お父さんお母さんがいてとか。だけとお父さんお母さんもないとか遠くにいたりとか、旦那さんも例えば出張とか上手く疎通ができてない人とか、あとは結婚してすぐ子どもができて、なんか関係性があんまり深まってないのに子どもができた場合、(中略)結構一人で抱えていっちゃうんですね。そしたら外部の人に入ってもらった方がいいなって思いますね。」(Aさん)
			「その人が何かあったとき言える窓口があったらいいなと思うので、それこそ保健センターとか、近所の人でもいいし児童館の人でもいいし、色んなところに窓口を作っとくといいいよみたいな話はしますかね。一人で抱え込まずにとか。」(Aさん)
			「前回の(出産時にメンタルヘルスの変調の)経験があるのでここまでいったら自分は大変だになっていうところが多分あると思うですよ、(中略)何となくサインがあると思うから。例えば食べられる物が食べられなくなったとか、涙もろくなってきちゃったとか、そういうのがあると思うから、そうやってきたら早目のうちにみんなにSOS出してサポートしてもらおうようにしようかっていう話をしますね、予防って意味ではね。」(Aさん)
			「(退院指導のとき、退院後のヘルプがなさそうだったら)ソーシャルワーカーと情報共有して、情報を提供できるように整えたりとか。妊娠初期もそうですね。」(Bさん)
継続的支援	一度で判断しない	一度きりでアセスメントを終わらせるのではなく、退院までの経時的な変化を確認する	「あとは(産後)頻回に訪問して、どうかなって顔を見るとか。なんかそういう人って、そのとき訪問してそのとき色々話して表情が良くなったとしても、また一時間後くらいにはまた暗くなったりするんですね。だからそのときの会話だけでやっぱ解消しない根深いものがあると思うので、何回も行く感じにしますかね。」(Aさん)
	退院後にフォローをする場をつくる	母乳外来や産後ケア事業等を活用し、助産師が退院後も引き続き妊産褥婦と関わる機会を設ける	「母乳外来に来てもらって何かあったらしゃべってもらってって感じにしていますかね。」(Aさん)
			「1か月健診とか、あとは大抵母乳相談室で2週間後くらいでとる母乳相談室っていうのは何かしら母乳育児が上手く気道に乗り切れない方なので、なかなか思い悩む方がいらっしゃるから、その辺でどうかなっていうところの反応を見るかも知れない。」(Bさん)
			「アウトリーチ(訪問型の産後ケア事業)の依頼で、結構訪問回数5-6回くらい行ってるもん。」(Cさん)
			「電話とかはするよね、私たちも気になるから。どうですか、その後、上手くいってますか?っていう電話での対応はしたりする。電話訪問っていうか、俗に。」(Cさん)
	退院後のフォローにつなげる	保健センターや小児科等に情報を提供し、関わりが途絶えないようにする	「(産後もメンタルヘルスが気になる妊産褥婦については)地域につなげるっていう風にしています。(中略)多分すごいたくさん産後の人がいると思うので、誰を重点的にみていくかっていうのあると思うので、この人はちょっと重点的にみていく人にして下さいっていう感じでやってますけど。」(Aさん)
			「(退院後のフォローが)必要な方に関しては、地域の保健センターに連絡して情報共有します。情報診療提供書を早目に送りますのでってことでここも情報共有は早目にしますね。」(Bさん)
			「Bクリニック(Aクリニックと同じ組織の小児科)で健診してるので、確かそこでフォローしてる。(中略)子どもに対してちょっとおかしいなって思う人は、そこでフォローしてる。」(Aさん)
			「B病院で出産された方に関しては赤ちゃんのカルテが残るので、赤ちゃんの健診をBクリニック(B病院と同じ組織の小児科)でした場合に、何かしらお母さんに気になるよっていうリストに載ってると、お母さんが気になるリストだよっていう親子で連動してるんですね。だからそういう風な目で小児科でもみってくれるから。」(Bさん)

2) メンタルヘルスの専門家による支援

本研究の協力助産師は、正常を逸脱している可能性があり、精神科医やリエゾンナース等のメンタルヘルスの専門家による支援が必要であるとアセスメントした妊産褥婦に対しては、専門家による支援を受けることができるように働きかけていた。メンタルヘルスの専門家による支援として、[専門家との連携]、[専門家への受診の促し] という2つのカテゴリーが抽出された。

抽出されたカテゴリー、各カテゴリーの定義および研究協力者の語りを表6に示す。

[専門家との連携] とは、メンタルヘルスの専門的な知識を持つ職種に情報を提供し、専門的な視点からの評価や支援を得ることである。[専門家への受診の促し] とは、メンタルヘルスの専門的な知識を持つ職種を受診するように本人や家族に伝えることである。

表6 メンタルヘルスの専門家による支援

カテゴリー	定義	語り
専門家との連携	メンタルヘルスの専門的な知識を持つ職種に情報を提供し、専門的な視点からの評価や支援を得る	「(妊産褥婦との)相性もあると思うので、自分のときはちょっと難しかったっていうときは、自分とタイプの違う助産師さんから言ってもらって、みんなやってもダメだったってなれば、ダメっていうか難しいってなればリエゾンの人に入ってもらうことが多いかな。」(Aさん)
		「あとはこっちで必要だったらソーシャルワーカーとかリエゾンとかつなげて、そこでまた必要だったら精神科の受診を促してもらうのかなのかな。」(Aさん)
		「本当に病的な状況であれば、精神科にコンサルテーションする。ここ(産科)では抱えない。(中略)それかりエゾンか。」(Bさん)
専門家への受診の促し	メンタルヘルスの専門的な知識を持つ職種を受診するように本人や家族に伝える	「退院の前日に実母が来て、病気を持ってるって聞いたから、ちょっとお母さんこれはちょっと病院に行かせてあげないと本人ももっともっとしんどいから、病院受診させてあげてくださいって。」(Cさん)
		「(褥婦の)お父さん、これから精神科の方に行かれた方がいいですよ、いままでのちょっとお疲れも溜まっていっぱいと思うけど、今ご覧いただいたようにやっぱりおかしいですよ、ちょっとね、って言って。」(Dさん)

Ⅲ 周産期メンタルヘルスの支援に対する助産師の認識

周産期メンタルヘルスの支援に対する助産師の認識として、[役割の線引き]、[チームでの関わり] という 2 つのカテゴリーが抽出された。

抽出されたカテゴリー、サブカテゴリーおよび各サブカテゴリーの定義を表 7 に示す。

表 7 周産期メンタルヘルスの支援に対する助産師の認識

カテゴリー	サブカテゴリー	定義
役割の線引き	業務の優先順位	妊娠・分娩・産褥期が正常な経過をたどるように、また、育児技術を獲得できるように支援することが、助産師として最優先にすべきメインの仕事である
	助産師が実施できる支援の限界	助産師の責任で精神疾患の診断や治療をすることはできず、助産師は診断されていない妊産褥婦にのみ支援を行う役割がある
	助産師が関わる期間の限定	医療機関に所属する助産師は、妊産褥婦と関わることでできる限られた期間にのみ、支援を行う役割がある
チームでの関わり	複数の目で、複数の支援	一人の助産師だけでは、メンタルヘルスの支援が必要な妊産褥婦を正しく捉え、適切な支援を行うことができないため、複数で関わるのが重要である
	職種の専門性の活用	職種ごとの専門性を活かして支援を行う必要がある

1. [役割の線引き]

[役割の線引き] には、〈業務の優先順位〉、〈助産師が実施できる支援の限界〉、〈助産師が関わる期間の限定〉 という 3 つのサブカテゴリーが含まれる。

〈業務の優先順位〉とは、妊娠・分娩・産褥期が正常な経過をたどるように、また、育児技術を獲得できるように支援することが、助産師として最優先にすべきメインの仕事であるということである。そのため、メンタルヘルスの支援まで全て抱えることはできないと考え、役割の線引きをしているという語りが聞かれた。

「みんな産科で来てるから、妊娠して出産するために来てるから、そこまで中に入っていけないというか。まず妊娠期を無事に過ごして出産して産後育児やってみ

たいなメインのところをまず伝えたいから、精神的なサポートももちろん必要なんだけど、深く入っていくのが難しいというか、そこ(メンタルヘルスの支援)までやっているところ(助産師のメインの仕事)が疎かになっちゃうっていうか、まあそれも含めてなんですけどね。」(Aさん)

「私たちは基本的には産後のケアをして育児の技術を身につけてもらってとか、母乳育児をとかそういうことで、なんていうかやることがたくさんあるので、全部抱えているととても大変なので、(メンタルヘルスの支援は)やっぱ専門の人にみてもらうっていうのがいいかなと思っています。」(Aさん)

〈助産師が実施できる支援の限界〉とは、助産師の責任で精神疾患の診断や治療をすることはできず、助産師は診断されていない妊産褥婦にのみ支援を行う役割があるということである。

そもそも助産師という職種は、医学的な診断や治療をすることはできず、助産診断を通して妊産褥婦の状態をアセスメントし、支援を行っている。

「(助産師は)診断をする立場ではないから、診断の部分(に関する話)はもちろん(妊産褥婦から)聞きますけど私は診断できないから。なんて言ったらいいのかな。助産診断ができるか。」(Bさん)

また、精神疾患と診断された人への治療としてのカウンセリングも、助産師は行うことができない。むしろ、カウンセリングの資格を持っていない助産師は、精神疾患と診断されている妊産褥婦に対して、慎重に関わる必要があるという語りも聞かれた。

「あのと(褥婦が被害妄想を訴えていたとき)、あの人は(精神疾患と)診断される前だったから私が関わって話をしたけれども、もし診断を受けてたらそれは私の責任のキャパを超えているから、私は話をしませんって断ったと思う、診断されてたらね。そういう線引きも必要。なんでも自分で抱えたらいいものではない。責任の所在が明らかにならないでしょ？ちゃんと診断されていて、きちんとプロトコルに則ったカウンセリングがなされるべき人に対して、素人が自己判断でやっちゃいけないことよ。」(Dさん)

そのため、助産師は、助産診断以上のことは行わず、精神疾患と診断されている妊産褥婦に対する支援はメンタルヘルスの専門家に任せるという、役割の線引きをしていた。

「助産師は助産診断しかできないから、医学的な診断っていうのは医師かなって

いうところですね。」(Aさん)

「(精神疾患と)診断されたら本物だからね、カウンセリングの資格を持ってない私は話はしない。診断されたらプロフェッショナルにみたいな。」(Dさん)

一方、メンタルヘルスの問題が生じるリスクが高いと感じるが、精神疾患と診断されていない妊産褥婦に対しては、助産師としての特性を発揮し、精神疾患の予防やウェルネスの視点で丁寧に関わろうという意識がみられた。

「ウェルネス？助産師だから。ならないようにすることが私たちの仕事じゃない？」(Bさん)

「あくまでも(精神疾患の)診断がされてないうちはミッド(助産師)が普通の感覚で苦しみについて聞くとか、何を表現したくて表現できないんですかって聞くとか、それはとても大切なことだよ。」(Dさん)

〈助産師が関わる期間の限定〉とは、医療機関に所属する助産師は、妊産褥婦と関わることのできる限られた期間にのみ、支援を行う役割があるということである。

医療機関に所属する助産師が妊産褥婦と密に関わることができる期間は、妊娠中から産後数日間の入院期間である。また、本研究の協力助産師が所属する施設では産後 1 か月健診が行われているため、産後 1 か月健診までは関わりを持つことができる。しかし、その後は関わる機会がなくなり、継続的に支援を行うことは難しい。そのため、助産師が密に関わることのできる妊娠中から産後数日間の入院期間や産後 1 か月健診までの期間は助産師が直接支援を行い、退院後や産後 1 か月健診以降の支援は地域の保健センターに任せるといように、時期によっても役割の線引きをしていた。

「私ね、よく言うんだけど、(退院後は)ある程度責任が持てないっていう部分ね、自分たちは。だから自分の責任を逃すためとかそうじゃないけど、実際問題(退院後の支援は)できないんだからもう福祉センターに任せるしかないとか。(中略)やっぱりラインを引かないと。何が何でもできますっていうことは嘘になるし。」(Cさん)

「一応私たちは退院して 1 か月健診やったらおしまいなので、継続ケアってことで地域の人にみてもらうために、そういうサマリーみたいな(気になったこと)を送って、こういうところを重点的にみて下さいっていうことをお願いしているんで。」(Aさん)

産褥入院を行っている施設では、産後 1 か月健診以降も関わりを持つことができるが、その期間は長くても 3 か月程度である。また、産後 1 か月健診以降の支援の必要性を感じていても、施設に所属する助産師が直接その支援を行うことは現実的ではない。そのため、長期的な支援は地域が担うことが望ましいという語りも聞かれた。

「わりと 3 か月くらいは関わる人がいると思うんですよ、1 ヶ月健診までは産んだ病院の人が関わって、1 か月に新生児訪問の人が関わって、3 か月のときも赤ちゃんの健診があつたりして、そこまでは結構産褥入院もあつたりするから。(中略)なんかそれ以降の支援があんまりないから、それ以降苦しくなっちゃうっていうか大変になっちゃう人が多いって聞くから、そっちができるようになればいいのかなって思う。でもそれって病院の仕事じゃないので、それがこう地域でできたら良いのかな。(中略)病院だとやれることは本当に限られてるかな。」(A さん)

以上のように、助産師にはできることとできないこと、すべきこととすべきでないことがある。そのため、本研究の協力助産師は、周産期メンタルヘルスの支援すべてを助産師が抱え込むのではなく、[役割の線引き] という認識を持って周産期メンタルヘルスの支援を行っていた。

2. [チームでの関わり]

[チームでの関わり] には、〈複数の目で、複数の支援〉、〈職種の特性の活用〉という 2 つのサブカテゴリーが含まれる。

〈複数の目で、複数の支援〉とは、一人の助産師だけでは、メンタルヘルスの支援が必要な妊産褥婦を正しく捉え、適切な支援を行うことができないため、複数で関わるのが重要であるということである。

一人の助産師だけでは、メンタルヘルスの問題が生じるリスクが高いすべての妊産褥婦を見出すことはできない。そのため、B さんは、他の助産師や他職種等のチームのメンバーと情報を共有し合い、メンタルヘルスの支援が必要な妊産褥婦を見落とさないようにする必要があると感じていた。

「誰も(産後うつ病に)ならないと思っちゃだめかなって思う。みんななる可能性はあるから、気になってるってことは、気になるからね。気にならない人は全く気にならないからノーマルとしてね。でも自分が気にならない人でも他の人にとって

は気になる人かも知れないから。一人の助産師がね、親子の命は救えないのですよ、この日本では。」(Bさん)

また、助産師という職種は、妊産褥婦との距離が近い分、客観的な判断ができなくなることもある。自分の“気になり”は絶対ではなく、思い違いということもある。そのため、助産師が一人で支援の必要性を検討することはしないという語りが聞かれた。

「(気になったときチームに相談するのは)どうしてかっていうと、助産師が一番ベッドサイドに近いから。でも近い分、近過ぎちゃうこともあるから。近寄りすぎちゃって、何て言うのかな、共鳴しすぎちゃうと見えなくなっちゃうのよね。自分がなんとかしてあげないととかって思っちゃうと絶対なんとかできないから。病的になっちゃうとやっぱりそれは、治療が何かしら必要な状態なのかって客観的な判断がないとやっぱり親子の幸せにはつながらないから。」(Bさん)

「気になった時点で一人では抱えない。自分の気になりが絶対とは思わないから。特に産後うつは拾わないと自殺しちゃうから、これは私の強い思いね。」(Bさん)

さらに、助産師と妊産褥婦は、人間同士であるため相性もある。そのため、複数のメンバーで関わり、妊産褥婦と相性の合うメンバーが支援を行っていく必要があるという語りも聞かれた。

「相性もあると思うので、自分のときはちょっと(支援が)難しかったっていうときは、自分とタイプの違う助産師さんから言ってもらって、みんなやってもダメだったってなれば、ダメっていうか難しいってなればリエゾンの人に入ってもらうことが多いかな。(中略)アプローチの仕方もみんなそれぞれ違うと思うので、色んな人が関わって、この人合うっていうのが見つければその人に。」(Aさん)

〈職種の専門性の活用〉とは、職種ごとの専門性を活かして支援を行う必要があるということである。

Cさんは、メンタルヘルスの支援の中でも特に産後の期間は、助産師だからこそ養われている助産師としての視点を活かした関わりができることがあると考えていた。

「産後の方だったらもう、本当に助産師っていう職種(であれば)、育児とかそのへんでお母さんの子どもに対する関わりなんか専門的にみれるよね。だからその産後うつとか産後の方だったら、助産師としての職種は活かされてるってやっぱり思いますよね。」(Cさん)

ここで、助産師だからこそできる具体的な関わりとして、授乳の支援の例があげられた。

「福祉センターを利用しながらもこっち(助産院)に質問することもあるじゃない？お母さんが。おっぱいのこととか。だから福祉センターに言ったって全然わかってくれないからっていう感じで。これはしょうがないよね。だから(おっぱいの)相談の電話が入ったりとかそういうことはあるけど、実際に。そういう関わりだよ、私たちにできるのは。」(Cさん)

一方、他職種の専門性としては、地域の公的機関の活用方法を熟知している保健センターの例があげられた。

「全てここ(助産院)だけでいいって問題じゃないってこと。今言ったように自分たちもこういう(助産師としての)視点では見てます、でも(地域の児童相談所や療育センター等の)公的な機関を利用する(ための支援)ってのは福祉センターの人の方が専門的じゃない、情報も持ってるわけだから。」(Cさん)

このように、助産師には助産師だからこそできる関わりがあり、他職種にはそれぞれの職種だからこそできる関わりがある。そのため、職種の専門性をお互いに理解し、補い合いながら、チームで妊産褥婦の支援を行っていく必要があるという語りも聞かれた。

「(職種ごとに)役割ってのは違って当然だし、地域の中で1人の人をみたときに、全てが保健所、全てが訪問看護じゃなくて、地域でどういう風に関わっていこうかっていうような見方が、ちょっと綺麗事言ってるかもわかんないけど(笑)、そんなような気がするのよ。」(Cさん)

以上のように、本研究の協力助産師は、周産期メンタルヘルスの支援において、支援は一人で抱えるべきものではないこと、それぞれの職種が専門性を発揮しながら支援を提供すること、すなわち助産師間および多職種間のチームという連携の中で支援を提供する、[チームでの関わり]という認識を持って支援に臨んでいた。

IV 周産期メンタルヘルスの支援において助産師が感じる課題

周産期メンタルヘルスの支援において助産師が感じる課題として、[コミュニケーション]、[助産師の個人差]、[支援者へのサポート]、[地域との連携]の4つのカテゴリーが抽出された。

抽出されたカテゴリー、サブカテゴリーおよび各サブカテゴリーの定義を表8に示す。

表 8 周産期メンタルヘルスの支援において助産師が感じる課題

カテゴリー	サブカテゴリー	定義
コミュニケーション	コミュニケーションの難しさ	メンタルヘルスに関して、思うように話を聞いたり話をしたりすることができない
	コミュニケーションスキルの向上	メンタルヘルスの問題を早期に発見するための意図的なコミュニケーションをとることができるよう、コミュニケーションスキルを高める必要がある
助産師の個人差	—	助産師個人の性格や技量、知識、意識、経験の差によって、妊産褥婦との関わりにも差が生じてしまう
支援者へのサポート	—	メンタルヘルスの支援を行う助産師に対してもサポートが必要である
地域との連携	—	地域の保健センターに情報を提供した後の妊産褥婦の経過を知ることができない

1. [コミュニケーション]

[コミュニケーション]には、〈コミュニケーションの難しさ〉、〈コミュニケーションスキルの向上〉の2つのサブカテゴリーが含まれる。

〈コミュニケーションの難しさ〉とは、メンタルヘルスに関して、思うように話を聞いたり話をしたりすることができないということである。助産師が感じているコミュニケーションにおける難しさは、3つに分類された。

まず、メンタルヘルスに影響を与える要因に関する情報や妊産褥婦の思いを拾いきれないことがあるという難しさである。Dさんは、メンタルヘルスの支援が必要な妊産褥婦ほど表面的にはその徴候を出さず、発見しづらいと考えていた。

「正直言ってむしろ、(精神疾患の既往歴を)自己申告全くしない人の方が本物なんですよ。既往歴にも書かないんだよ。(中略)黙ってるから、産後にとんでもないこ

とになるんだよ。リスキーなのはそっちの方なんだよ。だから聞き方、言葉の選び方っていうか(に気を付けている)。」(Dさん)

2つ目に、メンタルヘルスに関する情報はプライベートなことに立ち入ることが多い。そのため、Cさんはメンタルヘルスに関して気になることがあっても、特に信頼関係を築けていない段階では、詳細に聞きにくいというコミュニケーションの難しさを感じていた。

「なんて言うんですかね、あんまり聞けない、根掘り葉掘りって。たしかに関係性っていても、お産することによってまた関係性が深まることがありますよね。だからそうなるともう少し突っ込んだこちらの質問もできるんだろうけど。外来中だけだとなかなか。まあリピーターさんになっちゃうと私も何となく気さくにぼんと聞けるけど、何となく初めての方って。だから気になれば意識的にこっちで、意識して入るようにするとかはするけど、そこまではわかりにくいよね。よっぽど本人からの訴えとかが出てきてくれればいいし。」(Cさん)

3つ目に、妊産褥婦の気持ちが高くなるように支援をしたくても、相手の心に言葉が届かないという難しさがあった。

「やっぱコミュニケーション難しいなって思う時もありますね。こっちはこんな風にすれば良いなって思うときでもすごいかたくなになってる人とかは、いくらこう話をしてもなかなか本人も解消していかないし、話をしても解消しないっていうタイプの人もありますよね。(中略)ただのうつの症状だけだったら、それほど難しいとはあまり思わないんだけど、完璧主義みたいなのが入ってくると、なんか本人が辛そうだなっていうのが話しててわかるけど、なかなかこう、難しいなって思ったりしますね。」(Aさん)

〈コミュニケーションスキルの向上〉とは、メンタルヘルスの問題を早期に発見するための意図的なコミュニケーションをとることができるよう、コミュニケーションスキルを高める必要があるということである。

助産師としての経験年数に関わらず、どのような助産師でも効果的なコミュニケーションをとることが、ケアの質の担保につながる。そのため、全ての助産師がコミュニケーションスキルを身につけ、高めていく必要があるという語りが聞かれた。

「コミュニケーションスキル。コミュニケーション力とは言わないかな、その人の力量じゃないから。別に1年目の助産師でも、例えば何年目の助産師でもそのツ

ールを使って意図的にコミュニケーションをとれるかとれないか。でもそのスキルが分らないと、技法がね、能力とかじゃなくて技法が分らないと演じられないじゃない、表現ができないじゃない、助産師としての。ただそこかな一つ最近と思う。心意気とか、その人のエモーショナルな部分でとかじゃなくて、もちろんそこもあるけど、それではやっぱり同じ質の助産師としてはね、なかなか介入が難しくなるので。やっぱその部分のレベルをみんなで磨いていくのが大事って思うから。」(Bさん)

「経験で失敗して痛い思いをして、そこから勉強したのかもね。もうその積み重ねでしかないかな、私はね。成功体験で良くなるっていうのじゃなくて失敗かな、私は。とんでもない失敗いっぱいしてるからね。」(Bさん)

また、コミュニケーションスキルを高める方法として、熟練者を見て学ぶことができるのではないかという語りも聞かれた。

「(助産師のコミュニケーションスキルは)例えば口調であるとか、声のトーンであるとか、選ぶ言葉であるとかで、あとは言葉の区切りの間とかだと思わない？目つきだとか、視線の行き場所だとか。でも長くやってる人たちはみんなそうよ(コミュニケーションスキルが高い)。だからそれは人を相手にする商売を長年やってるからじゃないの？(中略)要するにそういう(コミュニケーションスキルが高い)先輩を見つけて、自分もそのクライアントの立場になって、彼女を観察するってこと(がコミュニケーションスキルを磨く方法)じゃない？悩みを話したら、どういう風に言ってもらったときに心が軽くなったっていうのを参考にするだとか。それからすごくカウンセリングの上手な先輩のところに行ってカウンセリングを見させてもらうとか、後ろで聞かせてもらうとか、クライアントの邪魔にならないようにカーテンの後ろで話聞かせてもらうとかそういう。」(Dさん)

以上のように、本研究の協力助産師は、周産期メンタルヘルスの支援において、[コミュニケーション]の難しさを感じており、そのスキルを高めていくことが課題であると述べていた。

2. [助産師の個人差]

[助産師の個人差] とは、助産師個人の性格や技量、知識、意識、経験の差によって、妊産褥婦に対する関わりにも差が生じてしまうということである。

助産師には、性格や技量、知識、意識に個人差がある。そのため、妊産褥婦との関わりの内容や質も、助産師ごとに異なっているという語りが聞かれた。

「でもスタッフによっても、そういうメンタルの相談を、話をされると辛くなっちゃう人もいないじゃない？特に若い助産師さんとか。経験いっててもそういう話するの全然平気っていう人もいれば、なんか嫌だっていう人もいるから、結構スタッフの技量もあるかなって思ってた。(中略)多分スタッフによってはそこまで深入りして突っ込んで話を聞く人と妊娠期のことで終える人というと思うし。」(Aさん)

「でもそうやって例えば聞き方を工夫することが一律、みんなでそういうわけじゃないから、ずるずると(重要な情報が)抜けてみたり。」(Dさん)

助産師の個人差の中には、経験の差もある。CさんとDさんは、自身の助産師としての経験を振り返り、助産師としての経験を積んでいるからこそ、メンタルヘルスの支援が必要な妊産褥婦を正しく捉え、適切に関わることができるのではないかと感じていた。

「やっぱり五感じゃないけど、看護職の五感を通してっていう言葉があるじゃないですか、私人生あれだからかもわかんないですけど、そういうの(気になり)は(五感で)感じるような気はする。(中略)こう文字に表せない、言葉に表せないね、それはあるような気はする。」(Cさん)

「だから逆に言えばそういうの(妊産褥婦との関わり)って、若くないから上手くできるようになってきてるのもあるかもしれないね。若いころもそれは仕事だからやってたけど、キャパシティに関してはやっぱりミッドっていうのは、昔からそう思ってたけど、年を重ねた方がいろいろと上手くいくことがあるというか。」(Dさん)

また、助産師の関わりの内容や質の差を減らすためには、助産師の知識レベルや組織のルールを統一化する必要があるという語りも聞かれた。

「(スクリーニングを)個人のスキルっていうか個人の力量に任せちゃうとやっぱり誤差が生じてきちゃうから、ある一定のルールは、組織として関わるのであればルール作りっていうのはやっぱり必要になってくるかなっていう風には思います。」(Bさん)

以上のように、本研究の協力助産師は、周産期メンタルヘルスの支援において、助産師個人の性格や技量、知識、意識、経験の差といった「助産師の個人差」により、必要な支援が抜けてしまう可能性に課題があると感じていた。

3. 「支援者へのサポート」

「支援者へのサポート」とは、メンタルヘルスの支援を行う助産師に対してもサポートが必要であるということである。

Aさんは、特に若い助産師は、妊産褥婦の言動に影響を受けてしまうことがあるため、助産師間で支え合っていく必要があると考えていた。

「経験がいってれば別に(助産師自身の負担を)解消できるけど、若い人だとそこにお姉さんがついて話を聞いてあげた方がいいですよ。こういうしんどい人をもってるんだ、プリセプターとかそういう関係の人いますよね、この子はすごいしんどい人をもってるんだってなったら、その話を積極的に色々聞いてあげた方がいいなと思います。多分この子は頑張ってる1人で抱えていくから。うつにならないようにどうしたらいいかって考えちゃったりするから、サポートはやっぱり必要かなって思う、精神的にしんどいなっていう人をみるときは。」(Aさん)

また、助産師間の支え合いだけではなく、支援者側のメンタルヘルスについて学習する機会を設ける等、よりメンタルヘルスの支援を行いやすい環境をつくることが望ましいという語りも聞かれた。

「あと前私習ったけど共感疲労っていうか引っ張られて一緒に辛くなっちゃうみたいなのあるじゃない？そういうのがある程度助産師も経験してるとその切り替えってできるけど、若い人だと結構しんどいんじゃないかなって。私は前の職場で、2年目、3年目くらいでそのうつの人を担当したときはすごい辛かったんですよ。辛いなーって思ってたから、なんかそういう例えば研修をやるとしたらそういうのを援助する側のメンタルヘルスとかそういうのも含めて講習とかやってくれるといいのかなー。」(Aさん)

以上のように、本研究の協力助産師は、周産期メンタルヘルスの支援において、助産師自身も精神的に疲労することがあるため、「支援者へのサポート」に課題があると感じていた。

4. [地域との連携]

[地域との連携]とは、地域の保健センターに情報を提供した後の妊産褥婦の経過を知ることができないということである。AさんとBさんが所属する施設では、1か月健診後の母子との関わりはほとんどない。また、地域の保健センターに情報提供をしても、その後の情報を保健センターから得ることはできず、地域での様子がわからない現状であった。

「結局私たちがやってるケアなり何なりが良いか悪いかって判定がないんですよ。で、妊娠中に落ち込んでるなって人でも産後赤ちゃん産んですっきりして、1か月健診まではとりあえず良くなりました、元気ですって話を表情明るく聞けたら良かったなって思えるけど、その先は知らないからね、私たちも。だから自分たちの関わりが今の段階では悪い方向には働いてないなとかそういう判断はその時点時点ではできるけど、その先の保証までにはならないからなって思いますけどね。」(Aさん)

「区にそういう風をお願い(気になるケースの情報提供)はしますけど、だいたい(保健センターが家庭訪問に)行きましたよっていう連絡は基本的には来ない。もう生活者になるので。」(Bさん)

一方、Dさんの所属する病院では、特に支援が必要だと判断したケースについては、保健センターと情報を共有しながら支援を行っている。保健センターからのフィードバックとして地域での様子の情報を得ることは、助産師の学びにつながる。しかし、密に連携している地域はDさんの所属する病院のある市に限られており、全てのケースの地域での様子を知ることができるわけではない。

「d市(Dさんの所属する病院のある市)の保健センターとは密着してるんだけど、e市とかf市とかその辺の地域からも産みに来るのに、もうちょっとすごい大変なケースだったんだけどっていう人はe市で、そことは密な連絡を取ってないわけ。だからあの人はどうなったのか知らないんだよね。」(Dさん)

しかし、保健センターからのフィードバックとして地域での様子の情報を得ることは、助産師の学びにつながる。そのため、Dさんは、保健センターとの連携がより効果的に行われることが望ましいと考えていた。

「お産終わってるから、ここ(Dさんの所属する病院)に戻してもよ、(中略)この人たち(Dさんの所属する病院の人)がそれを聞いて駆け付けるってこともないわけ

じゃん、っていう風に(保健センターの人は)多分思ってると思う。報告してもいいけど忙しいんだよねって言われちゃえばそれまでっていうかね。(中略)だけど本当はそういうフィードバックがあった方がミッドとかスタッフの学びにはなりますよね。こういう風だったのでこう変わって行って、こういう関わりをした、こういう台詞を言ったとかっていうのを聞かせてくれれば、ああそうだったんだねっていうことにはなるんですよ。生きた素材なんだよ。」(Dさん)

以上のように、本研究の協力助産師は、周産期メンタルヘルスの支援において、気になる妊産褥婦を紹介してもその先を知ることができない[地域との連携]に課題があると感じていた。

第5章 考察

I 本研究で見出された周産期メンタルヘルスにおける助産師の役割と支援の現状

一人の専門職が、妊娠から子育てに至るまで長期間にわたってすべての支援を行うことはできないため、多職種連携が不可欠である(北村, 2007)。そのため、妊産褥婦のメンタルヘルスの問題の早期発見・早期対応を含め、周産期メンタルヘルスの支援は、産科や小児科のスタッフ、精神科医やリエゾンナース等のメンタルヘルスの専門家、地域の保健師等の多職種が協働して行われている。

このようなチームという支援の輪の中で、本研究では、周産期メンタルヘルスの支援に対する助産師の認識として「役割の線引き」、「チームでの関わり」が見出され、「役割の線引き」においては、「業務の優先順位」、「助産師が実施できる支援の限界」、「助産師が関わる期間の限定」というサブカテゴリーが見出された。すなわち、本研究の協力助産師は、周産期精神疾患と診断されていない妊産褥婦を対象に、メンタルヘルスに関する助産診断や支援を行う役割を認識していた。また、助産師が支援を行う期間は、妊産褥婦と直接的に関わることのできる1か月健診までであり、その後の支援は地域の保健センターが担うものであると考えていた。このことから、本研究の協力助産師は、妊産褥婦のメンタルヘルスの問題を見つけ、可能な範囲で支援を行い、さらに専門的または継続的な支援が必要であれば他職種につなげるという、周産期メンタルヘルスにおける初期の対応、つまりプライマリケアを行う役割を認識していると考えられた。

このようなプライマリケアにおいて、助産師がメンタルヘルスに問題が生じるリスクの高い「支援が必要な妊産褥婦」を早期に発見する役割を担うことは重要である。本研究の協力助産師は、メンタルヘルスに問題が生じるリスクが高いと感じる「気になる妊産褥婦」を【見出す】にあたり、精神疾患の既往歴、妊産褥婦の親との関係性、家族からのサポートの欠如という既存の情報に注意を向けていた。これらは全て先行研究で明らかにされている周産期精神疾患のリスク因子(橋口, 2016; 中野, 2000; 竹田, 2016)と一致していた。また、妊産褥婦との関わりを通して得た手がかりの中にも、先行研究で明らかにされている周産期精神疾患のリスク因子と一致している項目がみられた。その項目は、「気質」というカテゴリーの〈生真面目〉、〈内向的〉および「妊娠や育児に対する態度」というカテゴリーの〈妊娠や育児への無関心〉、〈余裕のない育児〉であった。さらに、妊産褥婦との関わりを通して得た手がかりである「心身の不調」というカテゴリーの〈不眠〉、〈気力の減退〉、〈否定的感

情〉は、過度になると周産期のうつ病の診断基準に該当する項目であった(日本精神神経学会, 2014)。これらのことから、本研究の協力助産師は、既存の情報や妊産褥婦との関わりから、周産期精神疾患のリスク因子や症状を“気になり”として把握する力を持っており、“支援が必要な妊産褥婦”をきちんと見出していたと考えられる。

II 助産師による支援の提供における今後の課題

周産期精神疾患として代表的な周産期のうつ病は、妊娠期からの介入で発症予防が可能であり(新井ら, 2006; Cindy-Lee, D. & Therese, D., 2013)、メンタルヘルスに問題が生じるリスクの高い“支援が必要な妊産褥婦”を早期に、そして見落とすことなく確実に発見し、支援につなげることが重要である。しかし、本研究では周産期メンタルヘルスの支援を行ううえでの課題として、[コミュニケーション]、[助産師の個人差]、[支援者へのサポート]、[地域との連携]の4つのカテゴリーが見出された。以下に、“支援が必要な妊産褥婦”を確実に支援につなげていくために何が必要か、助産師の視点から考察する。

1. 学習機会の充実

本研究の協力助産師は、周産期メンタルヘルスについての自己学習や研修への参加の経験があり、周産期精神疾患のリスク因子や症状について知識を持っていたと予測される。周産期精神疾患のリスク因子は、周産期精神疾患のハイリスク者を抽出し、必要な支援につなげるために不可欠な確認項目である(竹田, 2016)。また、周産期のうつ病を中心とした周産期精神疾患に特徴的な症状の理解は、自殺予防の観点からも重要である(菊池, 2016)。そのため、新人助産師や周産期メンタルヘルスについて学習経験のない助産師であっても、周産期精神疾患のリスク因子や症状を理解し、妊産褥婦の支援に日々臨むべきである。

そのためには、周産期メンタルヘルスに関する学習機会が不可欠である。厚生労働省(2017a)が作成した「助産師教育の技術項目の卒業時の到達度」によると、産後うつ症状の早期発見と支援は、卒業時には指導のもとでできるレベルに到達することが求められている。そのため、助産師教育の中での周産期精神疾患のリスク因子や症状に関する学習は必須となり、多くの助産師が周産期メンタルヘルスの知識を持つようになると予測される。また、助産師教育に加え、周産期メンタルヘルスに関する卒後教育のさらなる充実も必要であろう。

2. スクリーニングツールの活用

“支援が必要な妊産褥婦”を早期に、そして見落とすことなく確実に発見するための対策として、スクリーニングツールの活用があげられる。スクリーニングツールはあくまでスクリーニングのために利用するものであるため、スクリーニングツールのみではその事例が“支援が必要な妊産褥婦”かどうかを判断することはできない。しかし、スクリーニングツールは、周産期精神疾患の疑いがある事例を抽出するためには有効であり、スクリーニングツールを活用することでメンタルヘルスの問題が生じるリスクの高い妊産褥婦を早期に発見し、早期対応や予防的介入につなげることもできる。また、2017年版の産婦人科診療ガイドラインに明記される Whooley のうつ病に関する 2 項目質問票は、メンタルヘルスの専門家ではなくても、周産期精神疾患の疑いがある事例を早期に発見できる簡便な方法である(岡野ら, 2016)。そのため、スクリーニングツールの利用に際してはその原則を十分に理解しておく必要があるものの(西園, 2011)、メンタルヘルスの支援に特化した訓練を受けていない助産師にとって、スクリーニングツールは実用的な指標であると考えられる。

本研究でスクリーニングツールを活用していた施設は、1 施設のみであった。また、前述したように、杉下ら(2011)による全国の医療機関を対象とした調査によると、周産期精神疾患のリスクが高い妊産褥婦のスクリーニングを実施している割合は、回答のあった周産期領域の診療科を有する 120 の医療機関のうち、妊娠期では 9%、分娩入院中は 17%、退院後は 12%にとどまっている。このように、スクリーニングツールは日本全国に普及していない現状であるといえる。しかし、2017 年版の産婦人科診療ガイドラインに周産期精神疾患ハイリスク者のスクリーニング方法が明記されることにより、今後スクリーニングツールの認知度および“支援が必要な妊産褥婦”の早期発見への意識が高まると期待される。

3. コミュニケーションスキルの向上

“支援が必要な妊産褥婦”を早期に、そして見落とすことなく確実に発見するためには、潜在しているメンタルヘルスの問題について探っていくことのできる意図的なコミュニケーションが必要である。本研究の協力助産師は、“気になる妊産褥婦”を見出した後、〈探索的に話を聞く〉ことで、支援の必要性をアセスメントしていた。しかし、一方で、本研究の協力助産師は、周産期メンタルヘルスの支援において「コミュニケーション」に課題を感じていた。具体的には、コミュニケーションを通して、メンタルヘルスに

影響を与える要因に関する情報や妊産褥婦の思い等を拾いきれないという難しさと、“気になり”があっても詳細に聞きにくいという難しさがあった。

しかし、松島・仙波(2015)は、精神科の臨床は主に患者と医師とのコミュニケーションによって進められ、女性は男性に比べて個人的な関係を重視する対人パターンをとりやすいという特徴があることから、周産期のうつ病を含めた女性の精神疾患患者には特有のコミュニケーション技法があると示唆している。そのため、周産期メンタルヘルスに関する知識を養うだけではなく、妊産褥婦のメンタルヘルスに特化した、実践的なコミュニケーションスキルを磨くことが重要である。

4. 支援を行う助産師に対する精神的サポート

中野・新道・北村(2005)は、助産師のケアは身体的、心理社会的側面のニーズに対応した全体的なケアを目標としているが、現実的には身体的側面に偏ったケアに陥りがちであると述べている。また、助産師の周産期ケア傾向として、助産師は心理社会的ケアの必要性や役割を認識していながらも、多忙で妊産褥婦の話を聞く時間がない、あるいは心理的ケアの方法がわからず苦手である等の理由によって、妊産褥婦の心理的問題への対応を避ける傾向があると指摘している。実際に、本研究の協力助産師は、周産期メンタルヘルスに関わることは特に新人助産師にとって精神的な負担になりうると述べており、[支援者へのサポート]の必要性を感じている。

そのため、支援者が一人で問題を抱え込まず、周囲に助言や支援を求めやすい体制の整備が求められる(加藤, 2009)。また、春日(2011)は、支援者の精神的負担が増強しないための心構えとして、心の病んでいる人の思考と自身の思考に違いがあるということを念頭に置くことの必要性を述べている。このような意識を持つことで、支援者は妊産褥婦の言動に影響を受けにくくなると考えられる。このように、メンタルヘルスの専門家から支援者としての心構えについてアドバイスを受けることで、メンタルヘルスの支援を行う際に生じる精神的な負担を軽減させることができると考える。

5. 支援の動機づけ

周産期メンタルヘルスの支援は、多職種で行うことが前提とされている。しかし、本研究の協力助産師は[地域との連携]に課題を感じており、地域の保健センターに情報を提供した後の母子の経過を知ることができず、行った支援がその後も良い方向に向かっている保証はないという語りが聞かれた。この語りから、関わりを持った母子のその後の経過について知り、自身の支援の成果が明確になることで、周産期メンタルヘルスの支援に対

するモチベーションおよび質の向上につながると考えられる。また、他職種が行っている支援について知る機会がないことで、他職種との連携が単に業務の一つという位置づけになってしまうことが懸念される。

堀内ら(2015)は、チームアプローチの根幹は、依頼と報告によって機能する多職種の分業ではなく、多職種が直接のコミュニケーションによって互いの視点を重ね合わせていくことであると述べている。そのため、地域の保健センターに情報を提供した事例の経過についてフィードバックできる連携体制をつくり、他職種が行っている支援について知る機会を設ける必要があると考える。

6. 妊産褥婦と周囲の人々への情報提供

妊産褥婦のメンタルヘルスの問題を発見するのは、医療職のみではない。妊産褥婦にとって最も身近な存在である家族等の周囲の人々が“気になり”を感じる時は、妊娠前と比較して明らかな機能低下が起きていたり、既往にある精神疾患が再発していたりと、支援が必要な状態である場合が多い(西園, 2011)。そのため、周囲の人々が妊産褥婦のメンタルヘルスの変化に気付くことができるよう、周囲の人々の周産期メンタルヘルスへの理解を促すための情報提供が必要であると考えられる。

周産期メンタルヘルスに関する情報提供は、産後うつ病の抑制に効果があることが明らかにされている(Gordon, R. E. & Gordon, K. K., 1960)。しかし、本研究では先行研究で効果が明らかにされているような、周産期メンタルヘルスに関する具体的な情報提供を妊産褥婦やパートナーに行っているという語りは聞かれなかった。また、梅崎ら(2013)によるある一つの県内の周産期領域の診療科を有する医療機関を対象とした研究によると、出産前教育で産後うつ病の情報提供を実施している医療機関は12.5%、退院指導で産後うつ病予防のための情報提供を実施している医療機関は21.9%に過ぎないという現状がある。

このように、周産期メンタルヘルスに関する具体的な情報提供が行われていない要因として、精神疾患に抵抗を感じる人は少なくないこと(神庭, 2016)に加え、周産期メンタルヘルスの支援に関する実践的な報告が、周産期精神疾患の関連要因を明らかにした研究と比較して少ないこと(梅崎・富岡・國方, 2012)が考えられる。つまり、周産期メンタルヘルスに関する情報提供の効果や方法への認知度は、低いと予測される。今後は、リスクがあるという理由でメンタルヘルスの情報を提供するのではなく、誰でもなり得る可能性があるが予防可能な疾患として、周産期メンタルヘルスに関する情報を妊産褥婦とその周囲の人々に妊婦健診等の場で提供することが重要である。

Ⅲ 看護への示唆

今後、メンタルヘルスに問題が生じるリスクの高い“支援が必要な妊産褥婦”を早期に、そして見落とすことなく確実に発見するためには、助産師の“気になり”を捉える力が不可欠である。そのために、周産期メンタルヘルスに関する知識を養うだけではなく、潜在しているメンタルヘルスの問題について探っていくことのできる実践的なコミュニケーションスキルを磨く必要がある。また、助産師個人だけではなく、組織としての取り組みも課題となる。具体的には、スクリーニングツールの活用や支援者へのサポート体制の強化、学習環境の整備等を検討すべきであると考ええる。さらに、周産期メンタルヘルスにおける多職種連携は、妊娠・出産・育児という時間の経過に合わせてリレー式に支援を行うという時間軸と、転院や里帰り出産等の理由で妊産褥婦が移動するという空間軸があることを理由に、困難な現状がある(厚生労働省, 2017b)。このような職種間の壁を越えるためには、それぞれの職種が周産期メンタルヘルスに対する意識を高め、お互いの役割を知ることが必要である。そのため、今後は周産期メンタルヘルスに関わる職種同士が顔を合わせ、意見を交換し合える機会を増やしていくことが望ましいと考える。

Ⅳ 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、研究協力者のサンプリングの問題がある。本研究は便宜的な方法を用いて研究協力者をリクルートした。そのため、研究協力者が所属する施設の特徴には、共通性がない。しかし、施設の種類、施設内の精神科や小児科の有無、児童虐待への取り組み、スクリーニング実施状況等、周産期メンタルヘルスの支援における組織の体制は、助産師の支援の内容に影響を及ぼすと考えられる。今後はそうした影響を考慮した、目的に沿ったサンプリングを行うことが必要である。

また、本研究の研究協力者の所属する4つの施設は、周産期メンタルヘルスの対策において先駆的な実践を行っている代表的な施設というわけではない。そうした意味で、本研究は、現在の日本における一般的な周産期医療の現場での、周産期メンタルヘルスの支援の現状を明らかにした。今後は、積極的に周産期メンタルヘルスの対策を行っている施設に勤務する助産師を対象とすることで、より先駆的なアプローチを明らかにし、周産期メンタルヘルスの支援の促進に何が必要か、検討を重ねていきたい。

第6章 結論

本研究は、以下の2点を目的に行った。①メンタルヘルスの問題が生じるリスクが高く、支援が必要な妊産褥婦を助産師はどのように発見し、支援へとつなげているのか、周産期メンタルヘルスの支援における助産師のアプローチを明らかにすること。②助産師は、周産期メンタルヘルスの支援に対してどのような認識を持っているのか、また、支援を行ううえでどのようなことを課題と感じているのかを明らかにすること。

その結果、以下が明らかになった。

1. 助産師は、メンタルヘルスの問題が生じるリスクが高いと感じる“気になる妊産褥婦”を、スクリーニングツールの活用、既存の情報からの把握、妊産褥婦との関わりからの把握、のいずれかの方法で【見出す】。ただし、本研究でスクリーニングツールを活用していた施設は、1施設のみであった。“気になる妊産褥婦”を見出した助産師は、[探索的に話を聞く]、[チームで情報を共有する]、[チームで評価する]という過程を経て、支援の必要性を【アセスメントする】。助産師で対応できるとアセスメントすれば[身体的支援]、[心理的支援]、[社会的支援]、[継続的支援]を提供し、メンタルヘルスの専門家による支援が必要とアセスメントすれば[専門家との連携]、[専門家への受診の促し]を行っていた。
2. 周産期メンタルヘルスの支援に対する助産師の認識として、[役割の線引き]、[チームでの関わり]が見出された。
3. 周産期メンタルヘルスの支援において助産師が感じる課題として、[コミュニケーション]、[助産師の個人差]、[支援者へのサポート]、[地域との連携]が見出された。

すなわち、助産師は、周産期精神疾患と診断されていない妊産褥婦を対象に、妊娠・分娩・産褥期という限られた期間の中で、メンタルヘルスに関する助産診断や支援を行う役割、およびチームという支援の輪の中で“支援が必要な妊産褥婦”を早期に発見し、可能な範囲で支援を提供し、専門的または継続的な支援が必要であれば他職種につなげるという、周産期メンタルヘルスにおける初期の対応を行う役割を認識していた。

今後、メンタルヘルスに問題が生じるリスクの高い“支援が必要な妊産褥婦”を早期に、そして見落とすことなく確実に発見するために、助産師個人の周産期メンタルヘルスに関する知識レベルおよびコミュニケーションスキルの向上、スクリーニングツールの活用や支援者へのサポート体制の強化等の組織としての取り組み、周産期メンタルヘルスの支援に関わる職種間の顔の見える関係作りが課題である。