

# St. Luke's International University Repository

## 助産師が抱えるメンタルヘルススクリーニングにおける困難: 質的記述的研究

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2024-03-06 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 相川, 祐里, 片岡, 弥恵子, 小黒, 道子 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.34414/0002000141">https://doi.org/10.34414/0002000141</a>

# 助産師が抱えるメンタルヘルススクリーニングにおける困難 ——質的記述的研究——

相川 祐里<sup>1)</sup>，片岡弥恵子<sup>2)</sup>，小黑 道子<sup>3)</sup>

## 抄 録

**目的：**妊産婦へのケアは身体と心理，両側面からの支援が求められる。しかし周産期に携わる助産師はメンタルヘルスケアの専門家ではないため，心理面の支援に困難を感じていることが予想される。本研究の目的は，助産師が抱えるメンタルヘルススクリーニングにおける困難を明らかにすることである。

**方法：**本研究は，産科医療機関に勤務し，エジンバラ産後うつ質問票などのメンタルヘルススクリーニングツールを用いてスクリーニングの実施経験がある助産師を対象に，2018年10月と11月にフォーカスグループインタビューを実施し，語りの内容を質的記述的に分析した。

**結果：**3か所の医療施設に勤務する10人の助産師を，2つのグループに分けインタビューを行った。周産期メンタルヘルスケアにおけるスクリーニングツール使用経験は1～5年未満の者が最も多く，施設でのスクリーニングツール導入は，いずれも産婦健康診査事業が開始された後の2018年度からであった。分析の結果，助産師が抱えるメンタルヘルススクリーニングにおける困難は，【メンタルヘルススクリーニングスキルの習得が不十分】【自分のやり方で合っているのか心もとない】【スクリーニング面接の不全感】【専門職としての自分自身へネガティブな感情を抱く】【スクリーニング面接のための人や場所，支援の不足】【スクリーニング結果から内外連携する際の苦慮】の6カテゴリーと14サブカテゴリーが抽出された。

**結論：**助産師が抱えるメンタルヘルススクリーニングにおける困難は，スクリーニングツールの適切な使用方法がわからないことから，相談先が少ない心もとなさや，役に立っていない自責感まで表出された。今後は各個人に任せられていた周産期メンタルヘルスケアのスキルアップに対する，系統立った教育システムの確立と共に，困難を感じていることを適宜相談できる機会の持続的な提供の必要性が示唆された。

**キーワード：**助産師，メンタルヘルス，スクリーニング，エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS），支援者支援

## I. 緒 言

現在の日本における妊産褥婦死亡原因の第1位は自殺であり，自殺した妊婦の約4割がうつ病もしくは統合失調症を，産褥婦では6割が産後うつ病をはじめとする精神疾患を有していた（竹田，2016）。そのため周産期メンタルヘルスは公衆衛生上の重要な課題となっているが，精神科治療に対するスティグマが強いなど，妊産褥婦は精神科などの専門的加療にはつながりにくく（Dennis et al., 2006），周産期の女性への効果的な支援提供体制の構築が急務となっている。2017年度より産婦健康診査事業（産後2週間健診）が始まり，産後うつ病予防や新生児への虐待防止などを図るという観点から，健診項目には産

後の気分変動を測定するツールとしてエジンバラ産後うつ病質問票（Edinburgh Postnatal Depression Scale；以下，EPDS）が取り入れられた（厚生労働省，2018）。周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド（日本周産期メンタルヘルス学会，2017）では，妊娠中のうつ病，不安障害のスクリーニング，EPDSを用いた産後うつ病のスクリーニングに加え，スクリーニング区分点以上者への対応が示されており，メンタルヘルス不調の母親に対して，早期発見・早期介入のゲートキーパーとしての役割が助産師にも求められている。また助産師に対するメンタルヘルスに関する教育については，助産実践能力習熟段階レベルⅢ認証申請の必須研修に，周産期メンタルヘルスが組み込まれている（日本助産評価機構，2017）。

一方，助産師は精神看護または心理の専門家ではないため，メンタルヘルスケアは戸惑いや心的負担が大きいことが推測される。先行研究においても，助産師の精神疾患に関する知識は不足しており（Buist et al., 2016；

受付日：2023年4月20日／受理日：2023年10月12日

1) 済生会横浜市東部病院心理室

2) 聖路加国際大学大学院看護学研究科

3) 東京医療保健大学千葉看護学部

Jones et al., 2011), EPDS の機能についても理解が不十分であることが指摘されている (McCauley et al., 2011; Hauck et al., 2015). また EPDS 項目10) で扱う自傷行為、自殺のリスクを評価することに抵抗を感じているという報告もある (Lau et al., 2015). 日本では、産科外来での相談業務に関する困難感に関するアンケート調査は実施されているが (亀岡ら, 2015), メンタルヘルススクリーニングに注目し、インタビューによって質的に、助産師が直面している困難を明らかにした研究はまだ実施されていない。

そこで本研究では、日本における助産師の抱えるメンタルヘルススクリーニングにおける困難を、質的記述的に明らかにすることを目的とした。本研究から、助産師によるメンタルヘルススクリーニング場面に特化した困難が抽出され、その困難の改善のために何が必要かについての示唆が得られることが期待できる。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

フォーカスグループインタビューを用いた質的記述的研究である。

### 2. 用語の定義

以下のように研究で使用する用語を定義した。

メンタルヘルススクリーニング：EPDS などのスクリーニングツールを用い、妊産婦のメンタルヘルスの評価をすること。スクリーニングを活用することでメンタルヘルスへの気づきを高め、支援関係構築のための対話の口火を切る手立てとなる (山下, 2022)。

メンタルヘルススクリーニングにおける困難：メンタルヘルススクリーニングを実施するなかで、助産師が抱える不安や心配、悩み、あるいは物事を解決できないことからくる焦り、緊張や負担など適切なメンタルヘルススクリーニングを妨げるもの。

### 3. 研究参加者

研究参加者の選択基準として、本研究の目的は助産師が抱えるメンタルヘルススクリーニングにおける困難を明らかにすることであるため、参加者は、総合病院、産科単科病院、産科クリニックなどの医療機関に所属し、産婦健康診査事業の健診項目である EPDS などのスクリーニングツールを使用した経験のある助産師とした。

### 4. データ収集方法

研究参加者のリクルートは、便宜的抽出法を用いた。共同研究者が所属する施設、および同研究者が連携している施設管理者の協力を得て、それぞれの施設所属の研究参加者の条件に合致する助産師に対し、研究目的と方法を明確にした書面での研究依頼を行った。研究参加者

は、配布された研究依頼を読み、研究協力の意思がある場合は直接研究者に連絡することとした。研究の趣旨を説明し、同意書への署名を得られた者にフォーカスグループインタビュー (以下、FGI) へ参加してもらった。FGI を調査方法として選択した理由は、プライバシーが重視されるメンタルケアスクリーニングは、他者がどのような意見をもっているのかを確認する機会も少ないため、FGI とすることで参加メンバーの意見や態度が刺激となり、意見の引き出しが期待できるためである。

本研究は、10人の研究参加者を、参加者の希望日程から2018年10月と11月に、また研究参加者が発言しやすいことも配慮し、①グループ4人、②グループ6人の2つのグループに分けた。そして各グループに対し、インタビューガイドを用いて半構造化インタビューを実施した。インタビューガイドの設問は、「周産期メンタルヘルスケアを提供する必要のある臨床場面で、困っていることはありますか?」「あるとすれば、それはどんなことか、その理由は何ですか?」とした。FGIにおけるファシリテーターおよびインタビュアーは研究者が務めた。

### 5. データ分析方法

事前に研究参加者の承諾を得て IC レコーダーに録音し、逐語録を作成した。逐語録を繰り返し熟読し、コードからサブカテゴリー、カテゴリーへと抽象度を高め質的帰納的に分析した。コードは簡略化した表現とはせず、逐語録を一意味内容ごとに区切ったものをそのままコードとした。上記分析のすべての過程において、共同研究者間で検討を行い真実性の確保に努めた。また分析を進めるうえで複数回、質的研究の指導経験のある臨床心理士など臨床家2人からスーパービジョンを受け、分析結果の信頼性の確保に努めた。

### 6. 倫理的配慮

本研究は、社会福祉法人恩賜財団神奈川県済生会横浜市東部病院の倫理審査委員会 (承認番号：20190192) の承認を得て行った。研究参加者に、研究参加の自由意思、撤回による不利益は生じないこと、FGI 内容については匿名性の遵守、研究結果の還元方法などについても口頭と文書で説明し、同意書署名により研究協力の同意とした。

## III. 結果

### 1. 研究参加者の特性

研究参加者は、3か所の医療施設に勤務する10人の助産師で、年齢は20歳代1人、30歳代1人、40歳代6人、50歳代2人であった。臨床経験年数は1年以上5年未満が2人、10年以上が2人、20年以上が6人と、計8人が10年以上であった。周産期メンタルヘルスケアにおけるスクリーニングツール使用経験年数は、1年未満が5

表1 研究参加者の基本属性

研究参加者	年代	看護職 経験年数	周産期メンタルヘルス ケア経験年数	関連研修 受講の有無	所属施設
グループ①					
A	20歳代	4年	8か月	あり	産科単科病院
B	40	23	1年	なし	産科単科病院
C	40	23	7か月	あり	クリニック
D	30	3	5か月	あり	クリニック
グループ②					
E	40歳代	20年	1年未満	あり	産科単科病院
F	40	17	3年	なし	産科単科病院
G	40	21	2年	あり	クリニック
H	50	14	7か月	なし	クリニック
I	40	20	10年	あり	総合病院
J	50	21	2年	あり	総合病院

表2 研究参加者の所属施設の概要

	病床数 (床)	年間分娩 件数 (件)	1ケースあたり産前産後の スクリーニングツール使用頻度	スクリーニングツール 導入時期
産科単科病院	42	900	2-3回	2018年6月～
クリニック	13	500-600	1回	2018年5月～
総合病院	150	170	2-3回	2018年4月～

人、1年から5年未満が4人、5年以上10年未満が1人と、1年未満の者が最も多かった。また周産期メンタルヘルスケア研修の受講経験ありは7人で、関連研修への参加経験が全くない者は3人であった(表1)。各施設でのスクリーニングツール導入は、いずれも産婦健康診査事業が開始された1年後の2018年度から開始しており、それ以前から導入している施設はなかった(表2)。

## 2. 助産師が抱えるメンタルヘルススクリーニングにおける困難

分析の結果、助産師が抱えるメンタルヘルススクリーニングにおける困難は、【メンタルヘルススクリーニングスキルの習得が不十分】【自分のやり方で合っているのか心もとない】【スクリーニング面接の不全感】【専門職としての自分へのネガティブな感情を抱く】【スクリーニング面接のための人や場所、支援の不足】【スクリーニング結果から内外連携する際の苦慮】の6カテゴリと14サブカテゴリが抽出された。カテゴリは【】、サブカテゴリは【】で示した。研究参加者の語りは「」で挿入し、補足が必要な際は( )で言葉を補った。研究参加者をそれぞれ匿名化した記号表記である(A)～(J)とし、語りの後に示した(表3)。

### 1) カテゴリ1 【メンタルヘルススクリーニングスキルの習得が不十分】

助産師は、出産後数日から産後2週間健診、1か月健診の各時期でEPDSなどを用いて、メンタルヘルススク

リーニングを行っていた。メンタルヘルススクリーニングを行う際の困難として【メンタルヘルススクリーニングスキルの習得が不十分】が示された。【メンタルヘルススクリーニングスキルの習得が不十分】は、[スクリーニング方法の不確かさ][メンタルヘルスに関する知識不足][不確実な相談スキル]の3つのサブカテゴリで構成された。

#### (1) [スクリーニング方法の不確かさ]

助産師は、基本的なスクリーニングツールを用いたスクリーニングの方法が不確かで、得点をつけた後の追加質問の場面ではマニュアルを確認しながらとなり、考えなくても自然にできるケアではないと語られた。

「EPDSのスクリーニングのとり方が、どのタイミングでとるのがいちばん効果的なのかとか、もう少し知りたい」(G)

「まだ慣れていないせいで、“あんちょこ”見たいってなるスタッフもいて、まだちゃんと頭に入っていない。最終的に患者さんが退席した後に、ここ聞き忘れちゃったというところもある」(B)

#### (2) [メンタルヘルスに関する知識不足]

助産師にとって精神科領域の知識や経験は専門外で、「精神科的基礎知識が不足しており」言っている言葉や声のかけかたなど、基本的なことがわかっていないという助産師のメンタルヘルスに関する知識の不足が語られた。

「メンタルのこととかの知識が自分にそもそもないの

表3 助産師が抱えるメンタルヘルススクリーニングにおける困難

カテゴリー	サブカテゴリー
1) メンタルヘルススクリーニングスキルの習得が不十分	(1) スクリーニング方法の不確かさ (2) メンタルヘルスに関する知識不足 (3) 不確実な相談スキル
2) 自分のやり方で合っているのか心もとない	(1) 自分流への不安 (2) 相談できず心細い
3) スクリーニング面接の不全感	(1) 面接の終着地点が見通せない (2) 本音の答えなのかというわだかまり
4) 専門職としての自分自身へネガティブな感情を抱く	(1) できない自分への自責感 (2) 専門職としての自信の喪失
5) スクリーニング面接のための人や場所、支援の不足	(1) 人・場所の不足 (2) 面接のための教育・支援の不足
6) スクリーニング結果から内外連携する際の苦慮	(1) 院内で統一したケアの難しさ (2) 地域・精神科につながりにくい (3) 地域からのフィードバック不足

で、もともとの基礎知識が不足してるなっていうのはあります」(D)

「NGワードってありますかというの知りたいです。精神疾患の方にがんばれっていうのはだめとか、そういうのはわかっているけれども、どこまで自分のがんばれって思いを表現したらいいんだろう」(F)

(3) [不確実な面接スキル]

助産師の面接スキルが不確実であることが語られた。自殺念慮を連想させるような発言があった場合の面接スキルが不確かであったり、しばらく待ってみても「答えを返してくれない」、話が聞き出せないというケースに苦慮していることが語られた。

「『死にたい』までずっと言っていたので、このまま帰して、どうなるんだろうっていうのがあって」(D)

「これどうなんですかって言ったときに、向こうがずっとしゃべらないっていうか、答えを返してくれないときに、この沈黙どうしようみたいな」(B)

2) カテゴリー2【自分のやり方で合っているのか心もとない】

メンタルヘルススクリーニングの困難として【自分のやり方で合っているのか心もとない】は、根底に「自分流への不安」がある。スクリーニング面接の場は「個室なので他の人はどうやっているのか見えない」ことから、比較できる対象がなくいつまでも自信がもてない。助産師は十分なスキルが身につけているとは思えず、専門家として技術を提供するには、より所とするエビデンスや経験値が不十分で「相談できず心細い」という悩みが語られた。

(1) [自分流への不安]

スクリーニングツールを使用した精神的アセスメント方法、面接技法について「自分のやり方で合っているのか不安」「これでいいのかすごく不安になる」というよ

うな「自分流への不安」を感じ、自分のやり方に対して保証がなく心もとない気持ちが語られた。

「EPDSの聞き取り方が、本当にそれで自分のやり方が合ってるのかなって不安に思ってる(略)、自己流じゃないですけど、こういうお話って個室のなかでしてしまうから、他の人はどうやってるのかっていうのがあんまり見えない。本当にこれでいいのかって」(B)

「(具体的な聞き取り場面で)話し方だったりとか、間の取り方だったりとか、(中略)こんな聞き方で答えてもらえてるのかっていうのが、すごく不安になる」(J)

(2) [相談できず心細い]

助産師は、経験値から手探りでメンタルケアを提供するものの自信がなく、相談したくても同僚もみな同じぐらいの経験値しかないため、心細く困っている状況が語られた。

「全くみんな、本当に今までの経験で、手探りでやって(中略)やりながらモヤモヤがずっとあって」(E)

「(教える)人自身も多分、本当にこれでいいのかっていうのが、大前提として(お互いメンタルケアの)プロじゃない。もうどうしたらいいのかっていうのは、すごくあって」(J)

3) カテゴリー3【スクリーニング面接の不全感】

助産師はメンタルヘルススクリーニングにおいて、【スクリーニング面接の不全感】という困難をもっていた。サブカテゴリーとして、「面接の終結地点が見通せない」および「本音の答えなのかというわだかまり」が語られた。

(1) [面接の終結地点が見通せない]

スクリーニング面接を、あらかじめ決まっている時間内に収めることができなかつたり、どこまで踏み込んでいいか、どこまでかわればいいのかと悩み、「面接の終結地点が見通せない」という気持ちを抱えていた。

「うまく切れないっていうか、あれも話したいこれも話したいってなっているのを、時間内に収めるっていうか、自分の業務のなかに収めるの、まだうまくできない」(D)

「ぐるぐる同じような話が回るときもあって（切れない）」(G)

(2) [本音の答えなのかというわだかまり]

助産師は、スクリーニングの質問に対する妊婦の回答について「本音なのか？」と疑問を感じ、その回答に対し「モヤモヤがある」とわだかまりの気持ちが語られた。特にEPDSを用いたスクリーニングは、妊娠期から産後まで複数回実施されるため、スクリーニングで区分点以上にならないよう意図的に回答していると思われる産後女性に遭遇し、助産師から困惑する気持ちが語られた。

「ものすごく質問慣れしてるっていうか、(中略)それ本音なのっていうような満点な答えだったり、やりながらもモヤモヤ」(E)

「『こういうふうには書けばいいですよ』って(中略)1か月健診で言われるんです。満点の答えを。(中略)『これだったら0点だね。大丈夫だね』みたいな形で返されると困る」(F)

4) カテゴリー4【専門職としての自分自身へネガティブな感情を抱く】

普段は専門職として、母子へのケアを自信をもって提供している助産師が、メンタルヘルスクリーニングを実施する場面では「できない自分への自責感」や「専門職としての自信の喪失」といった【専門職としての自分自身へネガティブな感情を抱く】ことが表出された。

(1) [できない自分への自責感]

助産師からは「私の聞き方が悪いから」「自分じゃなくて他の人だったら」というフレーズで、メンタルヘルスクリーニングを正確にまたは適切に実施できていない自分に対し、責める気持ちが語られていた。

「私の聞き方がやっぱり悪いから、点数にすると軽く出てきちゃう。」(H)

「自分じゃなくて他の人だったら、もっとうまくアプローチして、その人の本心が引き出せたのかなってようなことは多々あります」(G)

(2) [専門職としての自信の喪失]

メンタルヘルスクリーニング実施に際し、助産師として求められる役割を満たせていないのではという自信の喪失が表出された。自信が失われてしまったため自分ではなく「経験値が高い人にやってもらいたい」との思いも語られていた。

「本当に私、正しく聞けてるのかな、聞き取れてるのかなって、私、何か役に立てているのかなって」(E)

「(メンタルケアは)私じゃなくて、あなたがやればよかったってというような、経験値が多い人たちにゆだねる傾向が出てきてしまっている」(F)

5) カテゴリー5【スクリーニング面接のための人や場所、支援の不足】

カテゴリー【スクリーニング面接のための人や場所、支援の不足】は、[人・場所の不足]と[面接のための教育・支援の不足]のサブカテゴリーから構成された。院内ではスクリーニング面接のための助産師が不足していること、適切な場所で行われていないこと、さらに助産師への教育や支援が不足していることが語られた。

(1) [人・場所の不足]

スクリーニング面接のための助産師の人員不足があり、そのため面接が「やっつけ仕事になる」と語られた。また、スクリーニング面接に人員が必要になるため、これまで助産師が行ってきた助産師外来(妊婦健診)の枠が確保できなくなるなど他の仕事にしわ寄せがいくなどの苦労も語られていた。さらにメンタルヘルスケアは、一般的にプライバシーが確保された静かな場所でケアは提供されるべきであるが、実際には、適切な場所が確保されていないときもあることが語られた。

「1日に何人もEPDSをとらないといけない日があったりすると、少しスタッフの数の問題から、やっつけ仕事の感覚になる」(H)

「その(メンタルヘルスケアの)せいで、助産師外来枠が減っちゃう」(G)

「結局、いろんな人が待っている待合のど真ん中でお話を聞いてしまう」(I)

(2) [面接のための教育・支援の不足]

メンタルヘルスクリーニングスキルの習得が不十分であるなか、それに対する教育や支援が不足していることが語られた。特にメンタルヘルスケアという特徴から、他の業務のようにモデリングする機会が制限され、またケースカンファレンスの機会もなく、助産師のなかで経験や知識の共有ができないという悩みが語られた。また、今回研究のためのFGIそのものが、ある意味助産師たちの支援になり「そうか、そういうやり方もある」という希望が語られた。

「『だれかがやってる後ろでこっそり聞かせてくれませんか』って言ったら、『患者さんにもプレッシャーになるし、2人もスタッフがいたら正直なこと言ってくれないよね?』って言われて。さて、どうしようと思った」(E)

「定期的にカンファレンスってというのがなくて、振り返りをする場ってというのが、みんな集まってってというのがなくて」(J)

「こういうようなやりとり(FGIで困難を語ったこと)があれば、まるでその場にいたみたいに関心して。そうか、そういうやり方もあるんだって思える。」(E)

6) カテゴリー6【スクリーニング結果から内外連携する際の苦慮】

【スクリーニング結果から内外連携する際の苦慮】は、3つのサブカテゴリー[院内で統一したケアの難しさ][地域・精神科につながりにくい][地域からのフィード

バック不足]から構成された。助産師は、主に妊娠期から出産後1か月健診までの女性と家族を対象としたケアを提供し、連携する職種は院内では主に産婦人科医師などに限定されている。しかしメンタルヘルスケアを必要とする妊産婦に関しては、通常の連携している職種や機関を超えたかかわりが必要となってくる。スクリーニング結果を元にメンタルケアを提供する際は、通常業務以上の多職種連携を求められる場面が増えるため、自施設内部あるいは外部の他職種・他機関との連携・協働に苦慮していた。

(1) [院内で統一したケアの難しさ]

小児科と産科など、同じ施設内でもそれぞれの専門領域によってもっている情報が異なると、統一したケアを提供することが難しいことが語られた。

「こちら(小児科)でやったことも、産科のほうのスタッフに伝えられなくて、こっちでは大丈夫と思っても、向こうではやっぱり不安ですとかあって」(I)

「(情報を)渡した側は、やっぱり渡したら終わっちゃうじゃないですか。なかなか組織として回すのが難しくなって、今、感じている」(G)

また看護職は交替勤務であり、常勤や非常勤など様々な働き方のスタッフで組織が構成されている。それがメンタルヘルスケアを提供する場面では信頼関係を築くことへの障壁として表出された。

「私たちは勤務の変わり目がありますから、引き継いでいくけれど、いい関係性を作ってきたのに、また人が替わってしまう」(H)

(2) [地域・精神科につながりにくい]

メンタルヘルスケアが必要な母親に関して、担当保健師や精神科医師とうまく協働できないため、助産師が苦慮している様子が語られた。協働ができない場合、産科医療機関でどこまで対応を続けたらよいのかという悩みも発生していた。

「精神科に行っても、お薬出すと母乳はやめてっていうパターンとか、保健センターに連絡しても、今までどおりそちらで話を聞いてくださいみたいなお答えだったりして、なかなか(つながらない)」(C)

「保健センターと連絡をとりたいけど、(妊産婦から)『保健センターには言わないで』って言われたり……。その後どこまで(助産師だけで)その人とかかわりをもっていっていいのか」(J)

(3) [地域からのフィードバック不足]

医療機関での助産師のかかわりは、一般的に1か月健診までとなるケースが多いため、その後の母子や家族を見守ってもらえる専門職と連携をとっていく必要がある。しかし連携しても、その後その母子がどう生活しているのかのフィードバックがタイムリーには得られないことが多く、自分たちの連携・支援の方法が間違っていたのかなど、ケアの評価や振り返りをしにくい状況が語られた。

「(地域につないだ後に、先方から)サマリーが返ってくるって、とても遅いですよね。数か月後か、8月ぐらいにお産した人のサマリーが12月に返ってきてました」(G)

「保健センターからの情報は直接っていうのは、なかなかやっぱり、その後っていうのは少ないです」(J)

## IV. 考 察

本研究において、助産師が抱えるメンタルヘルススクリーニングにおける困難について6つのカテゴリーが明らかになったが、カテゴリー間の関係を構造的に示すには至らなかった。しかしながら、これらのカテゴリーは相互に関係し合っていると考えられる。そこで助産師側と環境側それぞれの視点から考察し、その困難の改善のためになにが必要かについての示唆を述べたい。

まず、助産師が抱えるメンタルヘルススクリーニングにおける困難を助産師側から考えると、助産師はメンタルヘルスを専門業務とはしていないため【メンタルヘルススクリーニングスキルの習得が不十分】であることにより、スクリーニングを実施する場面で【自分のやり方で合っているのか心もとない】気持ちとなっていた。そして母親たちが率直な気持ちを打ち明けてくれていないのではという【スクリーニング面接の不全感】が残り、それはつまり、自分の対応が不十分だからと【専門職として自分自身へネガティブな感情を抱く】結果となっていた。さらに、助産師を取り巻く環境から考えると、【スクリーニング面接のための人や場所、支援の不足】と、【スクリーニング結果から内外連携する際の苦慮】も重なり、より助産師のメンタルヘルススクリーニングへの困難を助長していることが考えられた。

### 1. 助産師側の抱える困難

助産師はメンタルヘルススクリーニング実施に際し、【メンタルヘルススクリーニングスキルの習得が不十分】であると語り、精神・心理状態を把握するためのスクリーニングツールを使用する場面で、サブカテゴリー[スクリーニング方法の不確かさ]として抽出された。具体的にはスクリーニングツールは何回実施してよいのか、最も適切な実施時期はいつなのか、そして自分の実施方法で間違いはないのかという不確かさを抱えていた。

日本における周産期メンタルヘルスケアの臨床現場では、①育児支援チェックリスト、②EPDS、③赤ちゃんへの気持ち質問票の3枚の質問票を多角的に使用し、早期対応することが推奨されている(日本産婦人科医会、2017)。FGIに参加した10人中7人の助産師は、各医会や学会が開催する研修会などに最低1回は参加し、スクリーニングツール点数のつけ方や日本人における区分点の意味、問診の重ね方などは知識として習得していた。しかしサブカテゴリー[メンタルヘルスに関する知識不

足]で示されたように、数回の研修だけでは、スクリーニングツールや精神疾患の基本的知識に関する不確かさの解消には至らないことがわかった。

単発の研修は助産師の自信、安全感やその保証につながらないことは先行研究でも報告されている(Noonan et al., 2017; Legere et al., 2017)。また自殺を連想させるような抑うつ的な言動が表出されたり、気になる対象者から十分に発言が引き出せない場合の対処方法もわからないと、[不確実な面接スキル]が語られた。過去の研究でも、助産師はEPDSの機能と限界について十分な理解をもっておらず(Jones et al., 2011; McCauley et al., 2011; Hauck et al., 2015)、EPDSをスクリーニングツールとして認識している助産師はわずか13.4%という報告もある(Hauck et al., 2015)。また今回のFGIにおいても10人中3人は研修会に参加していないと回答していることから、トレーニングを受ける機会をもたないままメンタルケアに携わる現状も明らかとなっている。このような課題は、まず看護基礎教育課程において、メンタルヘルスクリーニングツールを活用した面接技法を習得するためのカリキュラムの導入することで、改善する可能性があると考ええる。

今までの研究結果と同じく知識やスキルの不確かさは本研究でも示され、そこから新たにメンタルヘルスクリーニングを実施する場面で【自分のやり方で合っているのか心もとない】という困難を感じていたこともわかった。助産師は、卒後教育としてそれぞれの就労現場で、各施設の先輩助産師から分娩介助、母乳ケアなど、継続的に臨床上必要なケアを習得できる教育方法が整っていることが多い。

一方メンタルヘルスケアに関しては専門的指導を担える人材が不足していることから、職場内で系統立った教育が提供される施設はまだ少ない。そのため[自己流への不安]で示されたように、自分のやり方で合っているのかについて、評価やフィードバックを適切に受けられないことで不安になり、不安全感や不安感を抱えたまま[相談できず心細い]状況となっていた。うつ病、不安神経症、死産、新生児死亡、乳幼児疾患など様々な状況に対して、助産師による心理的健康の評価と情緒的支援を行うことは、国際助産師連盟によって必須の能力として示され(International Confederation of Midwives, 2019)、助産師はメンタルヘルス支援において重要な役割を果たすことが期待されている。その重要性にもかかわらず、実践的な助産師のための効果的・効率的な教育システムについてはほとんど研究されていない(Alhassan, 2019)。さらに助産師が行う周産期メンタルヘルス支援については、教育資源や研修の不足、時間的制約など様々な課題があり、その必要性が指摘されている(Bayrampour et al., 2018)。日本においてもメンタルヘルスクリーニングの教育的サポートがあるのは6割に満たない(小倉ら, 2022)という先行研究結果が示され

ている。これら現状のメンタルヘルスケアに関する教育システムでは[できない自分への自責感]や[専門職としての自信の喪失]が起こることが、本研究では新たにわかった。

また、メンタルヘルスクリーニングにおいて【スクリーニング面接の不安全感】として[面接の終着地点が見通せない]ことに、焦りや負担を感じることも語られていた。助産師が臨床場面で不安なくメンタルヘルスクリーニングツールを活用することや、また助産師がツールを正しく使用できないことによって、母親らの産後うつなどが早期発見されず、適切な治療やケアにつながる機会が失われるというリスクを避けるためにも、臨床助産師に対してメンタルヘルスケアのスキル習得機会が継続して十分に提供されること、かつ相談とフィードバックの機会があることも同時に求められていると考える。

「心理的危機には個別性があり、支援者は常に同一ではない対象の危機に対応しなければならない」(平木, 2017)とあるように、臨床は応用の連続であり様々な対象者が存在するため、実際の現場では基本的な知識だけではわからない、判断に迷うケースを多数経験する。そのため現場の助産師は、まずメンタルヘルスケアは様々な困難を伴うケアであることを自覚し、自らも相談や支援を受ける必要性があることを認識すること。そして次に相談しやすい自施設内の多職種とつながることなどが、課題解決のひとつと考える。

自らの施設には医師と看護職のみで施設内で他職種と協働することが容易ではない場合は、目的を共有し協働できる他の専門職は所属施設の外に、地域にいる可能性がある。また協働メンバーのなかには患者本人や家族が含まれていることが多職種協働の本来あるべき姿である(日本精神神経学会多職種協働委員会(編), 2020)とする考えもあり、支援者である自身が孤立しないためには、視野を広げ協働できる相手を検討していくという柔軟な発想力をもつことも、助産師の困難を軽減するひとつの工夫になるかと考える。

## 2. 環境側の抱える困難

日本周産期メンタルヘルス学会のコンセンサスガイドや研修会では、周産期メンタルヘルスケアを提供する場合は、プライバシーが確保された場所で担当者が個別に対応することが望ましいとされている。しかし実際の臨床現場では、理想的な面接環境を整えるのは難しく、助産師指導のように前もって予約時間や対応場所が設定されていることは少ないため、対応が必要になってから場所や人を確保するために奔走している現状があった。このような【スクリーニング面接のための人や場所、支援の不足】は、これまでの研究でも述べられてきた。助産師の精神医療を診療に取り入れる能力を妨げる様々な組織的障壁として、過重な仕事量、時間不足、プライバシーが確保できない、対象者に会う機会が少ない、組織

的優先順位との衝突が挙げられている (Bayrampour et al., 2018; Gamble et al., 2017; Higgins et al., 2018; Jones et al., 2012)。

また、プライバシーの確保された相談対応は望ましいが、それが「面接のための教育・支援の不足」という弊害を起こす可能性もあることが本研究では示された。相談業務はその性質上他者が同席することは困難で、後で他者と自分の経験をシェアする機会や時間も限られている。そのため今回研究のためのFGIに参加した助産師からは、適切なフィードバックやピアグループで困難を話し合う場があればという希望が語られていた。今後は助産師の安心感になり、ひいてはケア対象者の安全につながるような、系統立った支援者支援方法の確立が早急に必要だと考える。

周産期では各領域や専門職によるつながりのあるケアが求められるが【スクリーニング結果から内外連携する際の苦慮】として「院内で統一したケアの難しさ」で表されたように、同じ職場内でも連携の難しさが起こっていた。看護職は交替勤務であり、常勤や非常勤など様々な働き方のスタッフで組織が構成されている。それがメンタルヘルスケアを提供する場面では、ケアにつながりがないという弊害として表出された。また小児科と産科など、同じ施設内でもそれぞれの専門領域によって持っている情報が異なると、統一したケアを提供することが難しいことも語られた。

Bayrampourら(2018)による統合レビューでも、サービスの断片化とケアの継続性の欠如が、メンタルヘルスケアを助産師の実践に統合するための重大な障壁になっていることが明らかにされている。また渡邊ら(2017)によると、多職種連携を難しくしている障壁として、診療科それぞれの専門知識や重視する点に差があること、妊娠中、出産や産後でかわる機関が異なること、「里帰り出産」により関係機関の引継ぎがうまく行われないことを挙げており、日本でも同様の課題を抱えていることが明らかとなっている。

「地域・精神科とつながりにくい」では、地域の担当保健師など次の専門家とつながりたいと考えても、本人の同意が得られない場合や、同意が得られたとしても他専門職との役割分担が不明確であった。さらに「地域からのフィードバックが不十分」で述べられたように、苦勞して連携してもその後の経過フィードバックが不十分なため、自分のかかわりが正解であったのか不正解な部分があったのかがいつまでもわからず、助産師に対する支援や評価の欠如を感じていた。その傾向はこれまでの研究でも明らかであり (Jomeen et al., 2013; Redshaw et al., 2016)、周産期におけるよりよいメンタルヘルスケアを提供するためには、メンタルヘルスサービスと産科サービス間のサービスの統合と連携の強化が求められている。

しかし双方の関係者共に複雑なニーズをもつ女性には

専門家同士の協力が不可欠と考えているものの、助産師がメンタルヘルス専門職の助力を受けてメンタルヘルスケアを行えることはまれである。また、周産期・乳幼児期のメンタルヘルスの臨床家は、女性との関係構築に長けているが、他のサービス提供者との信頼関係の構築にはさらなる支援が必要であるとの指摘もある (Myors et al. 2015)。本研究により、日本においても同様の課題があることが明らかとなった。

### 3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の参加者は、一地域内で活動する助産師のみを対象としたため、その地域の周産期メンタルヘルスケアを提供する対象妊産婦の特徴が、語りに潜在的に反映されている可能性がある。また参加助産師の経験年数もやや偏りが生じている。そのため、今後は複数の地域で、施設規模や臨床経験年数の異なる助産師を幅広く網羅した研究が必要であると考える。

## V. 結 論

10人の助産師へのフォーカスグループインタビューの分析の結果、助産師が抱えるメンタルヘルススクリーニングに関する困難は、【メンタルヘルススクリーニングスキルの習得が不十分】【自分のやり方で合っているのか心もとない】【スクリーニング面接の不安全感】【専門職としての自分自身へネガティブな感情を抱く】【スクリーニング面接のための人や場所、支援の不足】【スクリーニング結果から内外連携する際の苦慮】の6カテゴリーと14サブカテゴリーが抽出された。助産師が適切なメンタルヘルスケアを実施するためには、本研究で明らかとなったメンタルヘルススクリーニングにおける困難を軽減し、支援者である助産師がまず安心・安全を得る必要があると考える。

### 利益相反

本論文内容に関連し、開示すべき利益相反の事項はない。

### 謝辞

本研究にご協力いただきましたみなさまに心より感謝致します。なお本研究は、2018年度日本助産学会奨励研究助成Bを受けて行った研究の一部である。

### 引用文献

- Alhassan M (2019) : Effect of a 2-Day Communication Skills Training on Nursing and Midwifery Students' Empathy : A Randomised Controlled Trial. *BMJ Open*, 9 (3) : e023666.
- Bayrampour H, Hapsari AP, Pavlovic J (2018) : Barriers to Addressing Perinatal Mental Health Issues in Midwifery Settings. *Midwifery*, 59 : 47-58.
- Buist A, Bilszta J (2006) : Health professional's knowledge

- and awareness of perinatal depression : Results of a national survey. *Women and Birth*, 19 : 11-16.
- Dennis CL, Chung-Lee L (2006) : Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences : A qualitative systematic review. *Birth*, 33(4) : 323-331.
- Gamble J, Toohill J, Slavin V, et al.(2017) : Identifying Barriers and Enablers as a First Step in the Implementation of a Midwife-Led Psychoeducation Counseling Framework for Women Fearful of Birth. *International Journal of Childbirth*, 7 (3) : 152-168.
- Hauck YL, Kelly G, Dragovic M, et al.(2015) : Australian Midwives Knowledge, Attitude and Perceived Learning Needs Around Perinatal Mental Health. *Midwifery*, 31 (1) : 247-255.
- Higgins A, Downes C, Monahan M, et al.(2018) : Barriers to Midwives and Nurses Addressing Mental Health Issues with Women during the Perinatal Period : The Mind Mothers Study. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (9-10) : 1872-1883.
- 平木典子 (2017) : 心理臨床スーパーヴィジョン 学派を超えた統合モデル. 19, 金剛出版, 東京.
- International Confederation of Midwives (2019) : *Essential Competencies for Midwifery Practice 2019 UPDATE*. [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019\\_final\\_18-oct-5 db05248843e8.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5 db05248843e8.pdf) (2022/12/25).
- Jomeen J, Glover L, Jones C, et al.(2013) : Assessing Women's Perinatal Psychological Health : Exploring the Experiences of Health Visitors. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31 (5) : 479-489.
- Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA (2011) : Australian Midwives' Knowledge of Antenatal and Postpartum Depression : A National Survey. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56 (4) : 353-361.
- Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA (2012) : Australian Midwives' Attitudes Towards Care for Women with Emotional Distress. *Midwifery*, 28 (2) : 216-221.
- 亀岡美紀, 大賀公子, 岡部菜摘, 他 (2015) : 産科スタッフが 行う相談外来での困難の実態. *日本看護学会論文集 : 精神看護*, 45 : 219-222.
- 厚生労働省 (2018) : 産婦健康診査事業の実施に当たっての留意事項について (厚生労働省通知雇児母発0331第1号). [https://www.soumu.go.jp/main\\_content/000788811.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_content/000788811.pdf) (2022/12/12).
- 厚生労働省 (2021) : 令和2年度 児童相談所での児童虐待相談対応件数. <https://www.mhlw.go.jp/content/000863297.pdf> (2022/12/12).
- Lau R, McCauley K, Barnfield J, et al.(2015) : Attitudes of Midwives and Maternal Child Health Nurses Towards Suicide : A Cross-Sectional Study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24 (6) : 561-568.
- Legere LE, Wallace K, Bowen A, et al.(2017) : Approaches to Health-Care Provider Education and Professional Development in Perinatal Depression : A Systematic Review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (1) : 239.
- McCauley K, Elsom S (2011) : Midwives and assessment of perinatal mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18 : 786-795.
- Myors KA, Cleary M, Johnson M, et al.(2015) : A Mixed Methods Study of Collaboration between Perinatal and Infant Mental Health Clinicians and Other Service Providers : Do they Sit in Silos? *BMC Health Services Research*, 15 (1) : 316.
- 一般財団法人日本助産評価機構 (2017) : 助産師個人認証制度 (クリニカルラダー CLoCMiP). 認証制度概要・研修基準, [https://www.josan-hyoka.org/personalidentification/application-2/\(2022/12/12\)](https://www.josan-hyoka.org/personalidentification/application-2/(2022/12/12)).
- 公益社団法人日本産婦人科医会 (編) (2017) : 妊産婦メンタルヘルスマニュアル : 産後ケアへの切れ目ない支援に向けて. 7, 中外医学社, 東京.
- 日本精神神経学会 多職種協働委員会 (編) (2020) : 多職種でひらく次世代のこころのケア. 23, 新興医学出版社, 東京.
- 日本周産期メンタルヘルス学会 (2017) : 周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド. [http://pmhguideline.com/consensus\\_guide/consensus\\_guide2017.html](http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html) (2022/12/12).
- Noonan M, Doody O, Jomeen J, et al.(2017) : Midwives' perceptions and experiences of caring for women who experience perinatal mental health problems : An integrative review. *Midwifery*, 45 : 56-71.
- 小倉果緒里, 飯田真理子, 竹内翔子 (2022) : 助産師の産後1か月健診時のメンタルヘルスクリーニング実践と関連要因の検討. *母性衛生*, 63 (2) : 390-399.
- Redshaw M, Henderson J (2016) : Who is Actually Asked about their Mental Health in Pregnancy and the Postnatal Period? *BMC Psychiatry*, 16, Article number : 322.
- Robinson N (1999) : The use of focus group methodology : With selected examples from sexual health research. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (4) : 905-913.
- 竹田 省 (2016) : 妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦. *日本産科婦人科学会雑誌*, 68 (9) : 1815-1822.
- 渡邊博幸, 榎原雅代 (2017) : 精神保健と母子保健の連携はなぜ困難なのか? : 3つの連携障壁とその解決. *精神科治療学*, 32 (6) : 719-722.
- 山下 洋 (2022) : エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) はか各種質問票によるスクリーニング. 事例でまなぶ助産師ができる周産期メンタルヘルスマニュアル, 110, メディカ出版, 東京.

# Midwives' Difficulties in Mental Health Screening

## —A Qualitative Descriptive Study—

Yuri Aikawa<sup>1)</sup>, Yaeko Kataoka<sup>2)</sup>, Michiko Oguro<sup>3)</sup>

1) Department of Psychiatry, Saiseikai Yokohamashi Tobu Hospital

2) St. Luke's International University, Graduate School of Nursing Science

3) Chiba Faculty of Nursing, Tokyo Healthcare University

**Objectives** : Supports for antenatal and postpartum women requires both physical and psychological perspectives. However, midwives involved in the perinatal period are not specialists in mental health care. Therefore, it is anticipated that they may face difficulties with providing psychological support. This study aimed to clarify midwives' difficulties in mental health screening.

**Method** : The study was a qualitative descriptive design using semi-structured focus group interviews. Focus group interviews were conducted in October and November 2018. Participants were 10 clinical midwives from three medical facilities. They were divided into two focus groups for interviews. They had between one and less than five years of experience using the Edinburgh Postnatal Depression Scale and another perinatal mental health care assessment. These screening tools were introduced at the facilities in fiscal year 2018, one year after the Maternal Health Screening Program was launched. Narrative data were analyzed using content analysis.

**Results** : The analysis revealed 6 categories and 14 subcategories of mental health screening difficulties for clinical midwives. The categories were : 1) Insufficient mastery of mental health screening skills, 2) Uncertainty about whether my methods are appropriate, 3) Inadequate screening interviews, 4) Negative feelings about myself as professionals, 5) Lack of people, places, and support for screening interviews, and 6) Difficulties in internal and external collaboration from screening results.

**Conclusion** : Midwives' difficulties in mental health screening ranged from not knowing how to properly use screening tools to a feeling of insecurity and a sense of self-blame for not being helpful enough to consult. The results suggest the need to establish a systematic educational system to improve skills in perinatal mental health care, which heretofore has been left to each individual midwife, and to provide ongoing opportunities to discuss difficulties felt by midwives as needed.

**Key words** : midwife, mental health, screening, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), supporter support