

CQ19. 妊娠中・産後に精神的に不安定な母親を支援する看護職(助産師、保健師、看護師等)の活動ポイントは？

推奨

1. 妊娠から子育て期まで、妊婦健診および産褥健診時に継続支援する。
(I)
2. 妊婦の背景を理解し、妊娠から子育て期までのメンタルヘルスに関するリスク因子の有無を妊娠期と出産後にスクリーニングし、ハイリスク事例は地域保健師と施設の助産師・看護師が協働して継続した支援する。(I)
3. 精神的に不安定な状態の母親の場合、精神状態や家事その他の日常生活機能の支障をアセスメントし、必要に応じて精神科医、臨床心理士、母性看護専門看護師、精神看護専門看護師に紹介し、協働して支援する。(I)

解説

1. 妊娠中の継続支援

妊娠から子育て期まで、助産師を中心に妊婦健診及び産褥健診(例えば、産科外来・助産師外来・母乳外来・産後2週健診・産後ケアなど)において、保健相談や育児相談を実施している。妊婦は助産師外来受診により、妊娠の不安、出産の不安、育児の不安はいずれも軽減することが多い¹⁾。助産師は、メンタルヘルスの問題を持つ妊産褥婦だけではなくすべての妊産褥婦に対して妊産褥婦の多岐にわたる悩みを解消するために支援をする。継続して支援することで、妊産褥婦の背景を理解することができ、支援方法の検討や多職種への依頼を検討することもできる。

2. リスク因子を持つ母親のスクリーニングと地域との連携

妊娠初期に、妊婦およびパートナーについて、家族構成、妊娠歴及び今回の妊娠経過、既往歴、支援者の有無、経済状況、予定外の妊娠か否か、精神疾患の有無などの情報を得る。質問紙は、独自で作成をしても良いが、育児支援チェックリストや日本産婦人科医会の初診時チェックリストなどを使ってもよい²⁾。妊娠期の抑うつ症状に関連する社会心理的リスク要因として、母親の不安、過去のうつ病、人生のストレス、ソーシャルサポートの欠如、意図しなかった妊娠、家庭内暴力(DV)、パートナーとの関係などがあり³⁾、こうしたリスク要因についても把握することが重要である。望まない妊娠や胎児への関心の欠如は、母親から児への愛着障害や母親のメンタルヘルスの障害に関連しており⁴⁾、母親の妊娠の受容や児への気持ちを把握することが重要である。精神疾患の既往をもつ母親はこれらの精神疾患をより発症しやすいハイリスク群であるため、精神疾患の既往の有無や治療歴についての情報を得ることが重要である。これらにより、妊婦の全体状況を把握し、必要時は妊娠期から地域保健師と協働して支援する。

産後は地域の保健師や助産師・看護師などが、エジンバラ産後うつ病自己評価票(Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)の他、育児支援チェックリスト、赤ちゃんへの気持ち質問票を合わせて用いてスクリーニングし、リスク因子があり医療者による支援が必要な人を抽出して支援する⁵⁾。英国の王立精神科医学会(Royal College of Psychiatrists)⁶⁾の「妊娠中のこころの健康」に関するリーフレットによれば、担当医は、上述したリスク評価での陽性者に対して、精神科専門医、臨床心理士、必要時には児童福祉に関するソーシャルワーカー等を紹介・連携し、その後の治療プランは精神科専門医の臨床的評価にしたがって治療に関わる全てのスタッフで妊娠期に検討すること、治療プランに従った育児に関する助言等を health visitor(日本では保健師にあたる)が担当することが推奨されている。

3. 日常生活状況のアセスメントと調整と専門家との協働

妊娠中に精神状態が不安定になる妊婦もいる。日本における妊娠中・産後に発症する精神疾患についての全国的な疫学的調査は行われていない。これまでの施設調査より、妊娠中・産後ともにうつ病と不安障害が多いことが指摘されている^{7,8)}。精神症状のアセスメントには、Whooley の2項目質問票、GAD-2、EPDS^{12,13)}などを用いてうつ病や不安障害の可能性のある女性をスクリーニングする。(詳細は CQ1,CQ2参照のこと)

周産期の精神障害は母親の日常生活機能に支障をきたすため¹⁴⁾、睡眠・食事・喫煙・身体活動、体重などの情報や既往歴といった身体的な健康状態について把握することはケア計画を立てる上で重要である。また、子育て・家事・仕事などの日常生活機能が損なわれていないかをアセスメントし、必要に応じて他職種と連携してソーシャルサポートを調整する。

精神症状を認めている、または、精神状態が不安定で日常生活機能が損なわれている場合は精神科医に紹介し、治療につなげるようにする。また、助産師による保健指導では対応が難しい事例では、専門看護師にコンサルテーションし支援を受けることを推奨する。母性看護専門看護師は、育児手技と育児能力、家族の支援状況の視点からより深い介入が可能である。また、精神看護専門看護師は、精神症状のアセスメント、精神症状へのかかわり方など精神症状から助言を受けることができ、それぞれの専門家の助言を受けることで、より良い支援が行える。

文献

- 1) 北部九州における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究. 厚生労働科学研究報告書.2008.
- 2) 妊娠等について悩んでいる方のための相談援助事業連携マニュアル-産婦のメンタルヘルスケア体制の構築を目指して-改訂版. 公益社団法人 日本産婦人科医会. 2014.
- 3) Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, et al: Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 202(1):5-14, 2010.
- 4) Brockington IF, Aucamp HM, Fraser C: Severe disorders of the mother-infant relationship: definitions and frequency. *Arch Womens Ment Health*. 9(5):243-51, 2006.平成 16 年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書
- 5) 平成 16 年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書
- 6) Royal College of Psychiatrists:. Mental health in pregnancy.
<http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsdisorders/mentalhealthinpregnancy.aspx>.
(2015/6/29) (Review)
- 7) 中野仁雄, 他: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;多施設共同産後うつ病研究. 平成 12 年度厚生科学研究報告書. 2001.

- 8) Kitamura T, Yoshida K, Okano T, et al.: Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health.* 9(3):121-30, 2006.
- 9) Bosanquet K, Bailey D, Gilbody S, et al: Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression a diagnostic meta-analysis. *BMJ Open* 2015;5:e008913.
doi:10.1136/bmjopen-2015-008913
- 10) Howard LM, et al.: Guideline Development Group. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. *BMJ.* 2014;Dec 18;349:g7394 PMID: 25523903
(Review)
- 11) 村松公美子, 他: GAD-7 日本語版の妥当性・有用性の検討. *心身医*, 2010;50:166
- 12) 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子他: 日本版エジンバラ産後うつ病調査票 (EPDS) の信頼性と妥当性. *精神科診断学*, 7: 523-533. 1996
- 13) Cox J, Holden J, 産後うつ病ガイドブック -EPDS を活用するために (岡野 禎治, 宗田 聡 訳), 南山堂, 東京, 2006.
- 14) Mall S, Honikman S, Evans B, et al: The impact of antenatal mental distress on functioning and capabilities: views of health care providers and service users in Cape Town, South Africa. *Disabil Rehabil.* 36(13):1092-9, 2014.