

研 究

周産期メンタルヘルスの重要性と当院における母子支援の課題

真喜屋智子 木里 頼子 新嘉喜映佳 源川 隆一

要 旨

- 【目的】 当院で精神的支援をおこなった妊婦の実態を明らかにし、今後の母子支援につなげる。
- 【対象と方法】 2020年4月から2021年3月に当院で出産し精神的支援を要した妊婦74例とを対象とし、診療録より後方視的に検討を行った。
- 【結果】 74例中56例で精神疾患を合併し、うつ病、不安障害・パニック障害が最多だった。若年、未婚、ひとり親世帯、経済的困窮など複数の社会的リスクを有する例が多かった。出生した児3例が里親・一時保護となった。退院後、母の自殺、心中未遂、自傷行為、精神科入院、不適切養育の疑い（児の怪我、体重増加不全）など問題が生じたのは34%で、産後5ヶ月以内が多かった。
- 【考察】 母親のメンタル悪化は、母自身の健康だけでなく児への虐待や神経発達にも影響を及ぼす。今回の検討からリスク評価法の再検討、対応スタッフの増員、精神科との連携などの課題が明らかとなった。今後も地域と連携し支援体制を構築していきたい。

キーワード：周産期メンタルヘルスケア、家族支援、産後うつ病、社会的リスク、エジンバラ産後うつ病質問票

Key words：Perinatal mental health care, family's support, postpartum depression, social high risk, EPDS

I 緒 言

周産期メンタルヘルスの重要性が注目されるようになった背景に、妊産婦の自殺に関する報告と子ども虐待の増加がある。2016年、竹田ら¹⁾が東京都内の周産期母体死亡例を調査し、死亡原因の7割が自殺で、自殺した者の6割が精神疾患を合併していたと報告し、強烈なインパクトを与えた。また、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等についての概要（第17次報告）」²⁾によると、死亡事例の主たる加害者は実母（52.6%）で、背景に育児不安（14.3%）、精神疾患（10.7%）、うつ状態（8.9%）を起因とした養育能力の低さがあると考察されている。精神疾患を合併した妊婦から生まれた子どもは、児童相談所への通告率や乳児院入所率が高いとの報

告³⁾もあり、子どもを守り健やかな育ちを支援する立場の小児科医にとって、母親のメンタルヘルスの支援は重要な課題である。

現在、日本では周産期のメンタル不調を早期に発見し、支援するための取り組みが始まっている。その1つが「産婦健康診査事業の強化」であり、産後2週間健診の導入やエジンバラ産後うつ病質問票（以下EPDS）等を用いたスクリーニングが推奨されている。また、2017年に改正された母子保健法では「妊娠中から子育て期まで切れ目ない支援」を目標に、各地域で子育て世代包括支援センターの設置がすすめられている^{4) 5)}。しかし、母親のメンタル不調を疑った場合の相談窓口や、精神科への引き継ぎなど、地域とのシームレスな連携においてA県で

Importance of perinatal mental health and issues of support for mothers and children

Tomoko MAKIYA, Yoriko KISATO, Haruka ARAKAKI, Ryuichi GENKAWA

沖縄県立中部病院総合周産期母子医療センター新生児内科

Department of Neonatology, Comprehensive Perinatal Maternal and Child Health Center, Okinawa Prefectural Chubu Hospital,

はいまだに解決すべき課題が多い。

当院の総合周産期母子医療センターはA県の一医療圏を担っており、身体的合併症のみならず社会的・精神的リスクを有する妊婦を積極的に受け入れている。当院における要支援妊婦の対応を図1に示す。妊婦が産科を受診すると、助産師が（主に初診時に）問診によるリスク評価を行う。精神疾患既往や経済的困窮、若年妊娠、未受診など、特に支援が必要な症例では小児科、産科、医療ソーシャルワーカー（以下MSW）、地域保健師や家庭児童相談室（以下家児相）、児童相談所（以下児相）等を交えた支援者会議を開催し、情報共有や養育環境の調整を行う。妊娠中にメンタルの悪化がみられた場合は、精神科医や心理士と協力し診療を行っている。当院では2020年11月から産後2週間健診が始まり、EPDSによるスクリーニングを導入した。病院における分娩後の母子への関わりは産後1ヶ月で終了するが、気になる症例では小児科医が“子どもの健診”という形で親子の見守りを継続し、毎月開催される「新生児連絡会」で地域保健師と情報共有を行っている。

著者は、周産期センターの一員・小児科医として出産後の親子に関わってきたが、メンタルが不安定な母親の自殺や心中未遂、精神科入院、不適切な養

育（マルトリートメント）を経験し、より適切なリスク評価と地域連携の必要性を感じていた。本研究では、当院における精神的支援を要する妊婦の実態を調査し母子支援の課題を検討することで、今後のより良い支援を考えることを目的とした。

II 対象と方法

2020年4月から2021年3月に当院で分娩管理をおこなった症例のうち、メンタル不調のリスクが高いと判断した母親とその子どもを対象とした。先天疾患等で子どもが入院中に死亡した症例は対象から除外した。今回の検討では広い意味での“ハイリスク群”を抽出するために、精神疾患合併だけでなく、過去の心療内科受診歴、自傷行為の既往、知的障害、発達障害、関わりの中で言動が気になった症例を含め「要支援例」とした。母親の妊娠分娩歴、既往歴、家族背景、新生児の状態と転帰、退院後の支援体制等について診療録、助産録、MSW記録より後方視的に調査した。婚姻状況は助産録に記載した時点のもの、「不十分な妊婦健診」とは完全未受診、受診回数3回以下、3ヶ月以上受診なし、Late care（13週以降の初診）とした。さらに、退院後に不適切な養育や母親のメンタル不調があったものを「問題発生群」とし、問題発生の時期とその対応を診療録よ

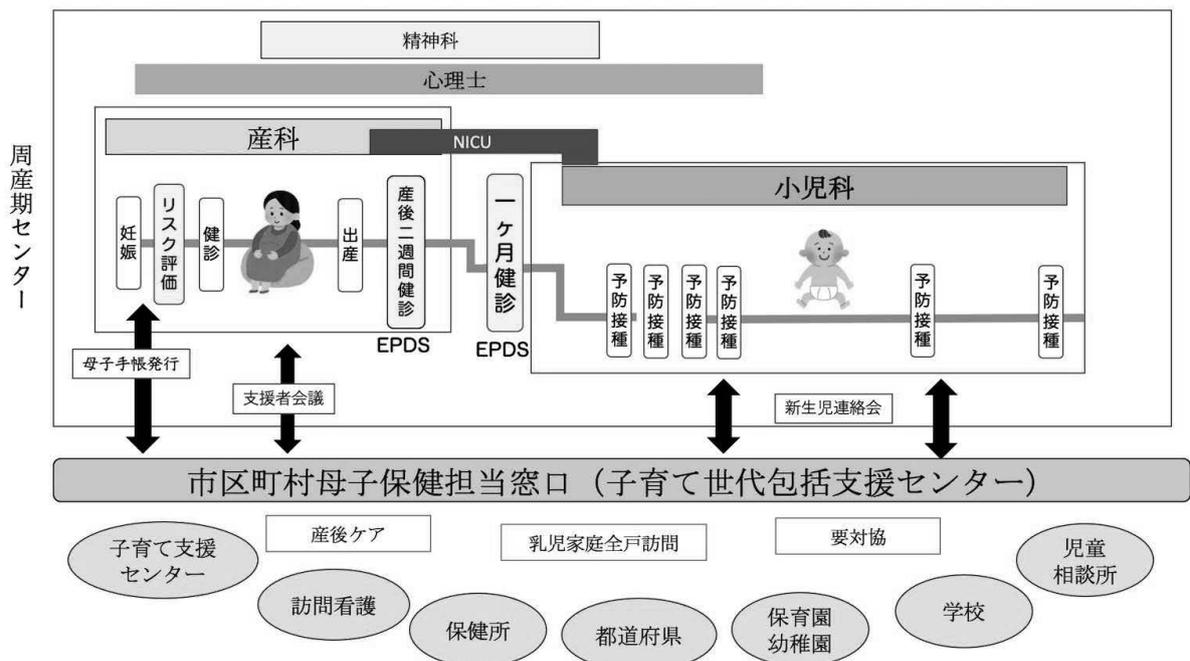


図1 当院における要支援妊婦の対応

り抽出した。

統計的解析にはSPSS ver 23を使用した。「問題発生群」と「問題なし群」の比較は χ^2 検定を用い $p < 0.05$ を統計学的有意差ありとした。本研究は著者が所属する施設の倫理審査の承認を得て実施した。

(2021 中部研究倫理第33号)

III 結果

1. 母体について

対象となる要支援例は74例で、同期間の総分娩数896例の8.2%を占めた。

i) 精神疾患の合併 (表1) と薬物療法

対象74例のうち精神疾患診断あり (以下診断あり) が56例、未診断の者が18例だった。未診断18例には自傷行為や精神科通院歴がある症例が含まれていた。診断あり56例のうち16例は2疾患重複、1例は3疾患重複だった。精神疾患の内訳はうつ病が最も多く22例 (39%)、次いで不安障害・パニック障害22例 (39%)、統合失調症7例 (13%)、双極性障害6例 (11%)、パーソナリティ障害4例 (7%)、適応障害3例 (6%)、解離性同一障害、アルコール依存症、摂食障害が各1例 (2%) の順であった。知的障害、発達障害の診断を受けている症例もそれぞれ3例認め、特に知的障害3例は全てが精神疾患を合併していた。

向精神薬の治療歴は妊娠前からの内服28例、妊娠中に開始2例、出産後に開始1例だった。妊娠前からの内服28例のうち9例が妊娠を契機に内服を中断

表1 要支援例の内訳 (N=74)

	診断名 (診断重複あり)	N	
精神疾患 診断あり (N=56)	うつ病	22	
	不安障害・パニック障害	22	
	統合失調症	7	
	双極性障害	6	
	パーソナリティ障害	4	
	適応障害	3	
	解離性同一障害	1	
	アルコール依存症	1	
	摂食障害	1	
	知的障害	3	
	発達障害	3	
	未診断 (N=18)	自傷行為、精神科・心療内科通院歴あり スタッフが“要支援”と判断	

しており、その理由は「子どもの先天異常が怖い」「母乳をあげたいから」などであった。また、2例は医師からの指示で内服を中断していた。精神疾患既往の有無に関わらず、周産期管理中にメンタルが不安定となった症例には当院精神科診察 (21例) や心理士介入 (15例) が行われた。

ii) 母体背景 (表2)

母体平均年齢は 30.8 ± 6.6 歳で、10歳代が4例 (5.4%)、40歳以上7例 (9.5%) だった。妊娠分娩歴として、人工妊娠中絶の既往あり16例 (21.6%)、今回の妊娠について中絶希望・望まない妊娠5例 (6.8%)、不十分な妊婦健診11例 (14.9%) であった。

既往歴では、自傷行為・自殺企図既往あり14例 (18.9%)、精神科・心療内科通院歴あり68例 (92%) であったが、精神疾患の既往は本人が隠していることも多く、実際の数を反映していない可能性がある。母自身の被虐待歴2例 (2.7%)、家庭内暴力 (以下DV) 既往6例 (8.1%)、前児の児相介入歴が8例 (10.8%) だった。

表2 母体背景 (N=74)

		N (%)
妊娠分娩歴	母体平均年齢	30.8 ± 6.6 歳
	< 20 歳	4 (5.4%)
	≥ 40 歳	7 (9.5%)
	初産婦	24 (32.4%)
	多産婦 (≥ 5 回経産)	7 (9.5%)
	不妊治療	9 (12.2%)
	人工妊娠中絶既往	16 (21.6%)
既往歴	中絶希望・望まない妊娠	5 (6.8%)
	不十分な妊婦健診* ¹	11 (14.9%)
	身体合併症	14 (18.9%)
	産科合併症	38 (51.3%)
家族背景	自傷行為・自殺企図既往	14 (18.9%)
	精神科・心療内科通院歴	68 (92.0%)
	母自身の被虐待歴	2 (2.7%)
	家庭内暴力 (DV) 既往	6 (8.1%)
	前児の児相介入歴	8 (10.8%)
	未婚* ²	19 (25.7%)
	経済的困窮 (自己申告)	23 (31.0%)
	無職・不安定就労	16 (21.6%)
	住所不定・転居繰り返し	7 (9.5%)
	助産制度適応	10 (13.5%)
	家族の精神疾患	11 (14.9%)

*¹ 未受診、受診回数3回以下、3ヶ月以上受診なし、Late care (13週以降の初診)

*² 助産録に記載した時点のもの

家族背景として、未婚19例 (25.7%)、無職・不安定就労16例 (21.6%)、住所不定・転居繰り返しが7例 (9.5%) であった。23例 (31%) で経済的な不安の訴えがあったが、助産制度が適応されたのは10例 (13.5%) のみだった。11例 (14.9%) で夫や実母など家族に精神疾患を認めた。

2. 出生した児の背景と転帰 (表3)

品胎1組を含む76例の子どもが出生した。帝王切開率は33.8%で、平均在胎週数は 37.1 ± 3.6 週、平均出生体重は 2717.6 ± 684.3 g。24例 (31.6%) がNICUに入院し、7例で挿管による人工呼吸管理を要した。薬物離脱症候群と診断された4例は、母親が向精神薬を多剤内服 (3~10種類) しており、子どもに無呼吸や不穏などの症状を認めた。先天異常 (鎖肛、口唇口蓋裂、小脳低形成) の1例は、産後に向精神薬を開始した症例であり、子どもの疾患と

表3 新生児の背景と転帰 (N=76)

*品胎1組を含む

	N (%)
帝王切開	25 (33.8%)
在胎週数 (平均±標準偏差)	37.1 ± 3.6 週
< 37 週	14 (18.4%)
出生体重 (平均±標準偏差)	2717.6 ± 684.3 g
< 2500g	17 (23.0%)
NICU入院	24 (31.6%)
薬物離脱症候群	4 (5.3%)
先天異常	1 (1.3%)
転帰	
転院	4 (5.3%)
里親・乳児院	3 (3.9%)

内服薬の関連はなかった。

76例中4例が自宅に近い病院へ転院し、3例 (3.9%) が里親委託または児相に一時保護された。里親委託・一時保護の3例を表4に示す。症例1は若年妊娠で、不登校、自傷歴があり、特別養子縁組の予定で里親に引き取られたが、その後母親が児の引き取りを希望した。症例2は統合失調症と知的障害があり、前児の保護歴があった。夫は無職で居住不定、夫からのDV被害、経済的困窮があり育児環境が整っていないと判断され、一時保護となった。症例3は解離性人格障害で過去に複数回自殺未遂の既往があり、内服治療中であった。早産児を出産後、面会が少ないことや夫からのDV被害があり母親の精神状態が心配された。行政と対応を協議していたがコロナ禍で思うように支援介入ができず、産後2ヶ月に母が自殺し、子どもは一時保護となった。

3. 退院後の母親の精神状態と養育上の問題

対象74例中、2022年3月までの期間に養育上の問題や母親のメンタル不調が生じた25例を「問題発生群」として検討した。養育上の問題として転落、火傷、タバコ誤飲など不適切な養育 (マルトリートメント) を疑われる主訴での子どもの救急室受診、体重増加不良、出産直後の離婚などを抽出した。母親のメンタル不調として、自殺、心中未遂、精神病院入院、過量服薬やリストカットによる救急搬送、児相ホットラインへのSOS、母親の家出、飲酒後に暴れて警察介入、「子どもが泣き止まず、思わず口を塞いでしまった」「死にたい」「気分が落ち込む」などの訴え等があった。これらの子ども虐待や母親の自殺

表4 里親委託・一時保護症例の背景

症例	精神的問題	治療歴	その他のリスク	保護・里親委託理由
1	自傷行為 不登校	投薬なし 通院歴あり	若年妊娠、未婚	特別養子縁組を希望 →希望撤回し自宅養育
2	統合失調症 知的障害	通院中 内服治療中	無職 居住不安定 前児の保護歴あり DV	養育能力低い 自覚がない 養育環境が整っていない →一時保護・乳児院
3	解離性人格障害 自殺企図	通院中 内服治療中	再婚直後 早産児 DV	養育環境が整っていない 母が自殺 →一時保護・乳児院

表5 問題発生群のリスク因子

	問題発生群 (N=25)	問題なし群 (N=49)	オッズ比	95% 信頼区間	有意確率
未婚	9	10	3.667	1.333-10.084	0.010
望まない妊娠	3	2	3.201	0.499-20.574	0.210
人工妊娠中絶の既往	6	10	1.333	0.208-8.657	0.553
不十分な妊婦健診	5	6	1.792	0.488-6.574	0.288
精神疾患診断あり	20	36	1.400	0.462-4.780	0.505
妊娠前から内服あり	13	15	0.521	0.190-1.427	0.202
自傷行為既往	11	3	10.952	2.642-45.409	<0.001
DV既往	3	3	2.091	0.390-11.208	0.324
前児の保護歴	6	2	7.421	1.374-40.085	0.015
無職・不安定就労	7	9	1.728	0.556-5.370	0.341
居住不定	4	3	2.921	0.600-14.228	0.169
助産制度適応	2	8	0.446	0.087-2.278	0.271
家族の精神疾患	7	4	4.375	1.140-16.785	0.030
児のNICU入院	9	14	0.711	0.255-1.982	0.514

χ^2 検定 p<0.05

につながりかねないメンタル不調の多くが産後0～5ヶ月におこっており、妊娠中からメンタルが不安定な症例で産後も問題が発生しやすい傾向が見られた。また、産後1年以上経過した後にコロナ禍の影響や家庭環境の変化（離婚、次子妊娠など）により育児負担が増加し不安定になった症例もあった。

母親のメンタル不調で特に重大な事案は、産後2ヶ月で自殺した症例（前述）と、心中未遂の症例であった。後者は双極性障害の母親で、第二子を出産し家族の支援を受けながら1年以上経過していた。ところがCOVID-19の影響で同胞の保育園が突然休園となり、母親の育児負担が増加し、突発的に心中未遂を起こしていた。

問題発生群のリスク因子の検討（表5）では未婚（OR3.66）、自傷・自殺企図の既往（OR10.95）、前児の保護歴（OR7.42）、家族の精神疾患（OR4.37）で養育上の問題や母親のメンタル不調のリスクが増加した。問題発生群に対しては母を精神科受診へつなげる、訪問看護の導入、育児支援サービスの延長、早期の保育園入園など、地域支援者と連携して調整を行った。行政の介入を拒否したり、突然居場所不明になるなど支援が難しいケースでは、児の安全確認のため児相に通告した症例もいた。

IV 考察

今回の検討で、当院における要支援妊婦の数と背景が明らかになった。中井ら⁶⁾の調査によると、メンタルヘルスに介入が必要な妊婦の割合は0.6～8.6%で地域差があり、A県(8.2%)は、宮崎県(8.6%)熊本県(8.3%)に次いで高率であった。本検討における要支援例の割合は8.2%で、年間分娩数900～1,200件の当院では、年間70～100人程度の妊婦が要支援例に該当すると推計された。

「精神疾患の診断あり」は要支援例の76%で、うつ病、不安障害・パニック障害が多かった。妊娠を契機に32%が内服を中断していた。薬物療法は胎児・新生児への影響というリスクと、母体のメンタル安定化という利点を検討した上で調整されるべきであり、該当する女性に対するプレコンセプショナルカウンセリングの重要性が示唆された。

妊娠分娩歴では「10代出産」、「人工妊娠中絶の既往」、「不十分な妊婦健診」に該当する場合は特に注意が必要である。A県は10代出産率が全国より高い（全国0.9% vs A県2.2%）^{7) 8)}が、本調査における10代出産の割合は5.4%とさらに高かった。10代出産では不登校やリストカットの既往がある症例が多かった。要支援例で「人工妊娠中絶の既往」「不十分な妊婦健診」の割合が高い理由としては、精神

疾患に対する病識が不十分なこと、疾患が妊娠に及ぼす影響や避妊について学習する機会が少ないことから予期しない妊娠となる可能性や、妊娠後も周囲へ相談できない環境などが推察された。

既往歴として注目すべきは「前児の児相介入歴」が10.8%と高率だったことだ。特に知的障害を合併する症例は養育困難の自覚がない症例が多く、家庭環境が改善しないまま次子を妊娠している場合がある。また、知的障害と診断されていない症例で出産後の児への関わりを見て初めて養育能力の低さに気づくこともあり、育児指導に時間を取られることが多い。このような症例では、前児の養育状況や支援の確認、家族計画指導を行うことで不適切な養育の予防や早期発見につながる可能性が示唆された。また、子どもが一時保護された経験を持つ親は、病院や行政の介入を拒否し、スタッフへの暴言や暴力が見られることがあり、医療従事者が身の危険を感じながら対応している場合がある。「母自身の被虐待歴」や「DV既往」は母の精神疾患発症の要因・増悪因子になっている可能性もあるため、このような情報を聞き取ることはリスクの評価を行う上で重要である。

家族背景では「未婚」が多かった。A県のひとり親世帯は全国の2倍以上（A県6.4% vs 全国3.1%）⁴⁾で、今回も出産前後で未婚→入籍→離婚と婚姻状況が目まぐるしく変わる症例が多かったため、助産録に記録した時点のデータを採用した。未婚でも経済的に安定し、周囲の支援を受けて子育てを行っている家庭もあるが、精神的支援を要する母親の「未婚」の背景には「予定外の妊娠・望まない妊娠」があり、妊娠により就労を打ち切られ、経済的に困窮することが想定される。このような症例は家族関係も希薄なことが多く、子育ての負担が母親一人にかかり精神状態の悪化、という負のスパイラルに陥ってしまうことが推察される。「家族の精神疾患合併」も14.9%と高率で、家族内にキーパーソンが見つからないことも少なくない。問診で家族背景を丁寧に聞き取ることは、母親のメンタル悪化の予測やその後の支援を考える上で重要である。今回の検討では「住所不定・転居繰り返し」が7例存在した。この

7例に関しては、転居後の状況が確認できていないため問題発生の有無は不明だが、過去にニュース等で報道された虐待死亡事例は転居で児相や市町村介入が途絶えていたことを考えると、連絡がつかなくなる症例には、危機感を持って迅速に対応すべきであろう。

現在当院では、妊婦のリスク評価に産科独自のチェックリストを用いており、「児の父親不明、住所不定、DV、過去の児相介入歴、15歳未満の妊婦、警察介入を要するケース、初診が32週以降」を高リスクと判断している。妊娠中から言動の不安定な妊婦は高リスクと捉えるものの「精神疾患既往」だけでは高リスクに含まれず、小児科のフォローアップ対象に含まれていない症例が存在した。実際に対象74例中、妊娠中に高リスクと判断されていたのは23例（31%）のみで、問題発生群の半数は要支援と認識されていなかった母子だった。適切な支援を行うためには、軽症・重症に関わらずリスク症例を把握することが必要なため、今回の結果を参考に、A県独自の社会状況も考慮に入れた新たなリスク評価の方法について再検討する必要がある。

当院では退院後も小児科医が要支援母子のフォローアップを続けているが、産後うつ病の母親は、抑うつ症状ではなく「母乳が足りていないのではない」「全然泣き止まない」「なかなか眠らない」といった育児不安の訴えが多い場合がある。「赤ちゃんが私を見ない」「私のことを嫌っている」など、母親が子どもとの関わりを否定的な言葉で語る場合には、抑うつ状態によって情緒的絆の形成が阻害されていることが考えられるため注意が必要である。小児科医の診療対象は子どもだが、子どもの健診を通して母親のメンタル悪化を察知し、支援に繋げるゲートキーパーの役割も担っている。また「みんなが母の体調ばかり気遣い、私（父）にねぎらいの言葉がない」と、父が抑うつ症状を呈した症例もあり、育児を支援する家族への配慮も忘れないようにしたい。

今回の研究では、退院後の母親のメンタル不調と養育不全について、「どの時期にリスクが高いのか（我々小児科医がいつまでフォロー続けるべきか）」、「どのような背景が危険因子となるか」も検

討した。産後の問題発生群とリスク因子の関連（表5）をみると、「未婚」「自傷行為の既往」「前児の保護歴」「家族の精神疾患」が問題発生リスクを高める可能性が示された。

一方、「妊娠前から内服あり」、「助産制度適応」、「児のNICU入院」で問題発生の割合が低い傾向が見られたことから、適切な支援が入ると問題が起これにくくなることが示唆された。

問題発生群のうち、自殺や過量服薬、精神科入院など母親のメンタル不調の多くは産後0～5ヶ月に起こっていた。この時期は2～3時間おきの授乳が必要で、母親は睡眠不足になる。初産であれば慣れない育児で不安が募り、経産婦であれば複数の子どもの世話で心身の疲労が蓄積するだろう。もともとメンタル不調を有する母親がこの時期にストレスで悪化しやすいことは想像に難くない。過去の報告でも、産後の母親の自殺は産後4ヶ月以内が多いとする報告¹⁾や、産後うつ病、双極性障害の既往がある人は産後3～4ヶ月、特に最初の1ヶ月が再発注意⁹⁾とされている。今回の結果から、少なくとも生後半年間はリスクの高い時期と考え、外来で注意深く状況を確認していく必要がある。加えて昨今は新型コロナウイルスの影響で抑うつや不安を訴える妊婦の増加が懸念¹⁰⁾されており、急な環境の変化も念頭において、電話やLINEでの相談、リモート面談など対面以外の支援体制が必要かもしれない。

今回の対象74例中11例（15%）で多機関との支援者会議を開催した。以前は妊娠中から養育不全が予想されても、ほとんどの症例で出生後からのアプローチになり、準備期間が足りず、不安を残したまま母子退院となっていた。近年は小児科と産科の情報共有を密に行い、出産前から支援者会議を開催し、できるだけ母子分離ではなく行政の支援を活用しながら自宅で養育することを目指している。会議の中で、時に病院側と地域支援スタッフの認識の違いを感じることもある。その主な理由として、病院は母親の精神状態や子どもへの接し方、育児手技の獲得、夜間の授乳が母親へ負担にならないかなど、育児の状況から退院可能かを判断していることが多い。それに対して地域支援スタッフは、自宅訪問の受け入

れ姿勢や育児用品の準備状況、家族の育児支援があるかなど、自宅退院の準備状況で判断する傾向があるためと考えられる。家庭内の状況把握は医療機関では難しく、自宅訪問した保健師から「自宅が不衛生」「母親がイライラしている」「希死念慮がある」など重要な情報が得られることが多い。メンタルが悪化している最中は、母親自身が周りへSOSを求められないこともあり、行政との連携が支援の鍵となる。現状では、各関係機関はそれぞれの支援に必要な情報を把握する傾向にあり、支援が必要な妊産褥婦などの全体像を把握することが難しいことや、制度や機関により支援が分断されるという課題がある。各関係機関が十分なりしろを持って対応していけば、母親の精神状態悪化や育児放棄の際に迅速に社会資源を導入し、母子の安全を確保することができるだろう。

当院における母子支援の課題として、要支援例に関わるスタッフの人員不足と退院後の精神科相談先が見つげにくい点があげられる。メンタルヘルスに問題を抱えた妊婦は様々な社会的リスクを有する例が多く¹¹⁾、母子保健課、生活保護課、障害福祉課など多くの部署と連携が必要となる。現在、病院と地域の支援部署・児相との相談窓口は周産期担当のMSW 1人で行なっており、明らかにマンパワー不足だと感じている。今後、精神疾患合併妊婦は増加すると考えられるため、早急に院内の人員配置や支援体制の構築、退院調整の作業を評価し、診療加算をつけるなどの対応が望まれる。

精神科相談先については、信頼関係が特に重要視される診療科であるため、退院後、母親は通い慣れたかかりつけ医を受診することが多い。そのため退院後の情報が得られにくいという課題がある。精神科以外の医師にとって、精神状態の評価は難しく苦手意識も強い。「母親のメンタル不調を疑っても、どのタイミングで精神科に繋げばいいかわからない」「緊急度の高い症状を見逃していたらどうしよう」など不安を抱えながら診療していることも多く、「精神科と産科」、「精神科と小児科」の連携には改善や工夫の余地がある。また、市町村が管轄する「母子保健」と都道府県が管轄する「精神保健福祉」な

ど各専門機関の間で横の連携が十分に取れていないことも連携不足の一因と考えられる。今後、周産期メンタルヘルス不調の早期発見だけでなく、治療、支援まで速やかに対応できるよう、A県でも医療圏単位、市区町村単位で連携システムを構築する必要がある。連携システムの構築により情報の一元化が可能となれば、支援が必要な家庭について関係機関とより早い段階で情報を共有することができる。早期に適切な支援を導入し、母親の自殺や不適切な養育を防ぐことこそが、我々の目指す母子支援の体制である。

今回の研究の限界として、単施設の調査であること、精神疾患既往が妊婦本人からの申告であり、DSM分類やICD-10分類に基づいていないことが挙げられる。退院後の経過に関しても、当院以外へ受診した場合の情報は収集できておらず、気になる症例ほど外来からドロップアウトしがちなため、問題を抱えている母子は実際にはもっと多いと思われる。

今回の検討結果を今後の周産期メンタルヘルス支援体制構築の参考としたい。

V 結 論

当院における要支援妊婦の実態と、母子支援の課題について検討した。当院では総分娩の8.2%で精神的支援が必要であり、未婚、多産、経済的困窮など社会的リスクを複数有している症例が多かった。母親のメンタル悪化の時期は出産後5ヶ月以内が多いため、少なくとも半年間は母子の様子に注意し、養育不全などの緊急時に迅速に児の安全を確保する必要がある。

小児科医は、出産後も小児保健の領域から長期間親子に関わり続けることができる職種であり、子育て全般を総合的に支援していくことが大切である。

今回の発表に関して開示すべき利益相反はありません。

参考文献

- 1) 竹田省. 妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦. 日産婦会誌 2016 ; 68 : 1815-1822.
- 2) 厚生労働省 (2021) : 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について (第17次報告) の概要. https://www.jpa-web.org/dcms_media/other/こども虐待による死亡事例等の検証結果等について_第17次報告_概要及び報告書_210831tue.pdf (2022年8月31日アクセス)
- 3) 星野裕子、永野玲子、船倉翠、他. 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 2013 ; 49 ; 248-254.
- 4) 沖縄県ホームページ. 母子健康包括支援センター導入の背景及び沖縄県の現状. <https://www.pref.okinawa.lg.jp/site/hoken/chiikihoken/boshi/documents/99-kosshi.pdf> (2022年8月31日アクセス)
- 5) 厚生労働省子ども家庭局母子保健課. 厚生労働省における妊娠・出産、産後の支援の取組. https://www.gender.go.jp/kaigi/senmon/jyuuten_houshin/sidai/pdf/jyu23-03.pdf (2022年8月31日アクセス)
- 6) 中井章人、光田信明、木下勝之. メンタルヘルスに問題がある妊産婦の頻度と社会的背景に関する研究. 日本周産期・新生児医学会雑誌 2017 ; 53 : 43-49.
- 7) 沖縄県ホームページ : III 母子保健の主なる統計 (R 元年度資料). <https://www.pref.okinawa.lg.jp/site/hoken/chiikihoken/boshi/okinawakenbosihoken28.html> (2022年8月31日アクセス)
- 8) 厚生労働省ホームページ : 令和2年人口動態統計 (確定数) の概況、表4母の年齢・出生順位別にみた出生数. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei20/dl/08_h4.pdf (2022年8月31日アクセス)
- 9) T Munk-Olsen . TM Laursen , T Mendelson , et al. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. Arch Gen Psychiatry 2009 ; 66 : 189-195.

- 10) C Lebel, A Mackinnon, M Bagshawa, et al. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders* 2020 ; 277 : 5 -13.
- 11) 竹田省、竹田純、牧野真太郎. 妊産婦の自殺と虐待 その現状と対策. *日精協誌* 2020 ; 39 : 11-18.

研究

妊娠や出産を契機に医療的ケア目的以外で訪問看護を導入した10例の検討

新嘉喜 映佳 源川 隆一 真喜屋 智子 木里 頼子

要旨

- 【目的】 育児支援目的に訪問看護を導入する機会が増えてきたことより、当院の医療的ケア目的以外の理由で訪問看護を導入した母児の状況について明らかにする。
- 【対象と方法】 2017年4月から2022年2月に、当院で周産期管理を受けた母子のうち、医療的ケア目的以外で訪問看護を導入した10例について診療録を後方視的に分析検討した。
- 【結果】 4年間の分娩件数は4,823件で、医療的ケア目的以外の訪問看護は10例だった。児への導入は6例で、全例育児支援が目的であった。母への導入は4例で、育児支援目的2例、精神的ケア目的2例だった。早産児・低出生体重児・多胎・養育者の精神疾患や知的障害などで育児困難が予測される場合に、医療的ケア目的以外の訪問看護が導入されていた。
- 【考察】 精神疾患や早産児など専門性の高い育児指導が必要なケース、育児指導に時間がかかるケース、育児不安や育児負担の軽減が必要なケースは訪問看護の導入が適切と考えられた。多職種連携で支援を考えることの重要性が明らかになった。

キーワード：訪問看護、育児支援、多職種連携、周産期メンタルヘルス

Key words：home nursing, childcare support, multi-professional cooperation, perinatal mental health

I. はじめに

近年、子育て世代の孤立化に伴い、地域による育児支援の必要性が増してきている。国は、地域における育児支援対策として「子育て世代包括支援センター」の設置を法定化し、妊娠中から切れ目のない支援体制の構築を推進している¹⁾。育児支援には多職種連携が必要で、医療機関もその一つである。医療機関が提供できる育児支援の一つに医療保険制度の訪問看護がある。谷口らは、NICU退院時に育児支援目的で訪問看護を導入したところ、育児能力の獲得、母親の精神的安定、育児負担の軽減に有効であったと報告している²⁾。当院でも近年のコロナ禍による面会制限や、新生児訪問がしづらくなった社会情勢も相まって、育児支援として訪問看護を導入する症例が増加している。一方、育児支援として訪問看護を活用するのは一般的ではない。報告も少な

く、どのような症例が適応になるのか手探りの状態である。そこで、医療的ケア目的以外で訪問看護を導入した症例を分析検討し、育児支援目的の訪問看護のあり方について考察する。

II. 目的

育児支援目的に訪問看護を導入する機会が増えてきたことより、当院での医療的ケア目的以外の理由で訪問看護を導入した母児の状況について明らかにする。

III. 方法

1. 研究方法

訪問看護指示書リストと、退院支援室のリストから、訪問看護導入例を抽出した。出生週数、出生体重、基礎疾患、医療的ケアの有無、家族背景、関係者会議の回数、訪問看護導入理由、訪問看護利用期間、訪問看護指示記載者などを、診療録より後方視

A study of 10 cases of perinatal home nursing for non-medical purposes.

Haruka ARAKAKI, Ryuichi GENKAWA, Tomoko MAKIYA, Yoriko KISATO

所属先：沖縄県立中部病院 総合周産期母子医療センター 新生児内科

勤務先：沖縄県立中部病院

的に検討した。また、妊娠前に訪問看護が導入されていた場合は除外した。

2. 研究対象

当院で周産期管理を受けた母子のうち、医療的ケア以外で訪問看護を導入した10例。母乳育児支援に特化した2例は除外した。

3. 研究期間

2017年4月から2022年2月の4年11ヶ月間。

4. 倫理的配慮

沖縄県立中部病院のホームページを利用してオプトアウトを行い、当院の研究倫理審査委員会の承認

を得た（承認番号2022中部研究倫理第5号）。

IV. 結果

図1に訪問看護導入例のフローチャートを示す。4年間の分娩件数4,823件だった。訪問看護導入は42例で、医療的ケア以外での導入は10例だった。児への導入は6例で、全例育児支援目的だった。母への導入は4例で、育児支援目的2例、精神的ケア2例だった。

図2に当院での育児支援の取り組みと、自治体との連携について示す。当院では、産科が社会的ハイリスク妊婦のスクリーニングを行い、産前にハイリ

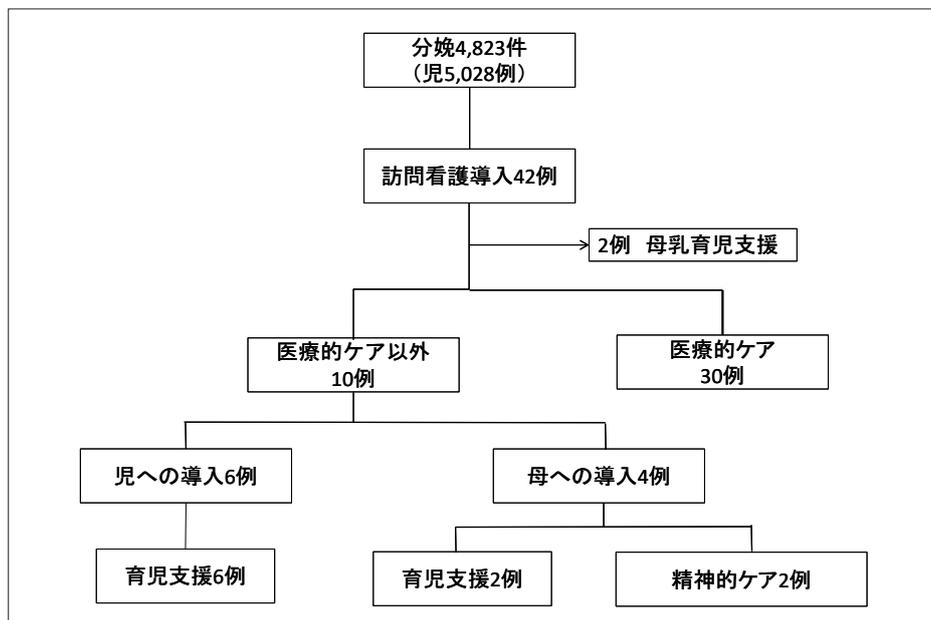


図1 分娩と訪問看護導入理由(2017～2022年)

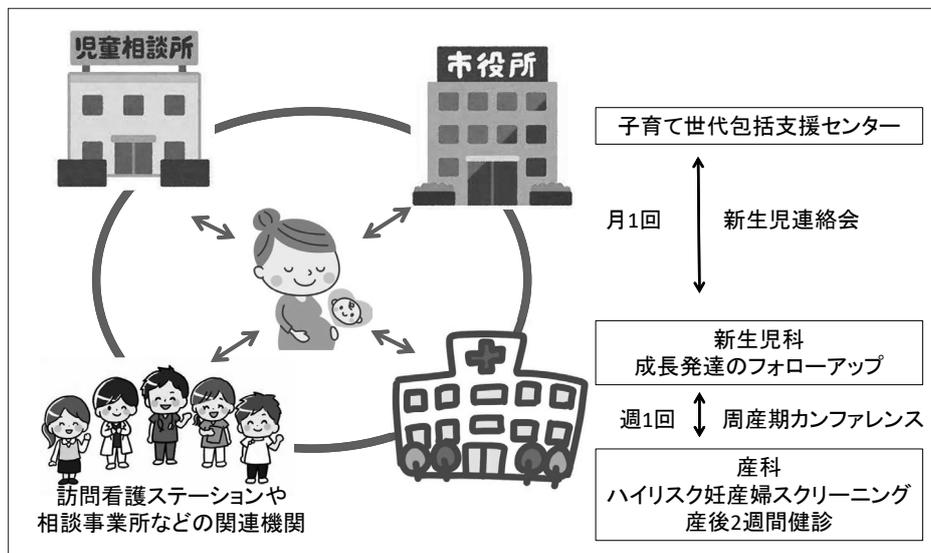


図2 当院の育児支援の取り組みと自治体との連携

スク症例をピックアップしている。また、エジンバラ産後質問票などを用いた産後2週間健診で、産後のメンタルヘルスや育児状況を確認している。新生児科は、ハイリスク妊婦から出生した児の成長発達をフォローアップし、育児環境の確認や育児不安への対応を行なっている。産科と新生児科で週に一回、周産期カンファレンスを開催し、社会的ハイリスク妊産婦の情報を共有している。育児困難が予想されるケースでは、個別に関係者会議を開催し、妊娠中から退院後を見据えて支援プランを関係機関で策定している。

図3に年度毎の訪問看護導入理由をグラフで示す。2020年11月にハイリスク妊婦のスクリーニングと産後2週間健診を開始以降、育児支援目的の訪問看護導入数が増加した。

表1に訪問看護を導入した症例の概要を示す。症例①-⑥は児を対象に訪問看護を導入した。症例①は31週の早産児で、両親の知的障害や多子世帯であることから、育児困難が予測された。NICU退院時に訪問看護を導入したが、生後5ヶ月にSIDSで死亡した。症例②③、④⑤は、低出生体重児の双子で、多子世帯や片親世帯であり、家族背景からも育児負担が大きいために予測された。症例⑥は38週の低出生体重児で、養育者の知的障害と授乳困難に伴う体重増加不良を認め訪問看護を導入した。重要な症例

のため、詳細については後述する。表1に示すように、訪問看護の導入目的は、6例とも育児支援目的だった。早産児・低出生体重児・双子などの児自体の問題に加え、養育者の知的障害・多子世帯・シングルマザーなど、育児支援が必要となりうる心理・社会的背景があった。

症例⑦-⑩は、母を対象に訪問看護を導入した。症例⑦は、母の知的障害に伴う育児困難感に対し訪問看護を導入した。指示書記載者は当院の産科医だった。症例⑧は、産後うつ病に対し訪問看護が導入されていた。本研究の分析中に、母へ訪問看護が導入されていた事を新生児科医が偶然発見した。母の診療録に、「児が泣いた時の接し方がわからない」と記載されていた。育児困難感への対応が必要と考え、児のフォローを開始した。生後4ヶ月で受診したが、予防接種は未接種だった。母はアルコール依存症と産後に診断されており、児を叩いてしまったと保健師へも相談していた。虐待リスクが高いため予防接種をしながら育児環境の見守りを行なっている。

症例⑨⑩は、精神的ケア目的に母へ精神科訪問看護を導入した。うつ病などの精神疾患は、妊娠や出産を契機に悪化するため、精神科訪問看護に精神的ケアを担ってもらった。指示記載者は精神科医だった。症例⑨はかかりつけが他院のため、情報把

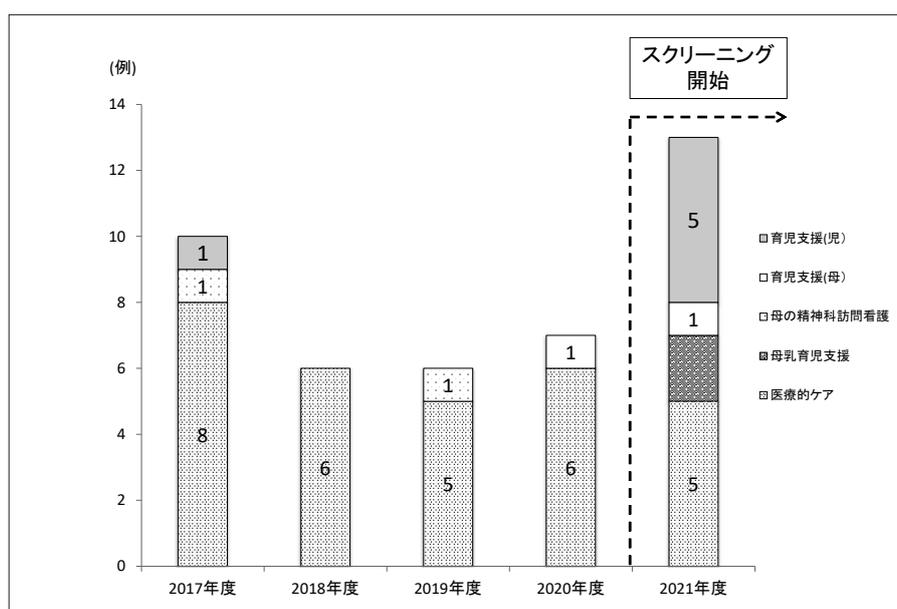


図3 訪問看護導入理由

表1 訪問看護を導入した症例

症例	出生週数(週)	出生体重(g)	家族の基礎疾患	家族背景	関係者会議	訪問看護導入目的	指示記載者	訪問看護		特記事項
								開始時期	利用期間	
訪問看護の導入対象者：児										
①	31	1604	両親知的障害	同胞8人	3回	育児支援	新生児科	退院時	—	生後5ヶ月でSIDS
②	31	1748	なし	同胞3人	0回	育児支援	新生児科	生後2ヶ月	6ヶ月	同胞3人の育児が大変
③		1431								
④	36	2184	なし	シングルマザー	0回	育児支援	新生児科	退院時	2ヶ月	NICU入院中に母の面会が少ない
⑤		2130								
⑥	38	2335	母・祖母知的障害	シングルマザー	5回	育児支援	新生児科	2回目退院時	6ヶ月	体重増加不良で再入院
訪問看護の導入対象者：母										
⑦	40	2695	母：知的障害 てんかん 父：白血病 知的障害疑い		5回	育児支援	産科	退院時	9ヶ月	
⑧	39	2735	母：産後うつ てんかん		0回	育児支援	産科	産後1ヶ月	継続中	アルコール中毒、 児への虐待へ発展
⑨	36	2325	両親 双極性障害		2回	精神的 ケア	精神科 クリニック	不明 (産後)	不明	
⑩	37	2936	母：知的障害 ADHD うつ病		2回	精神的 ケア	産科 + 精神科	出産前	不明	妊娠中大量服薬 産後に転居

握が困難であった。

育児支援目的の訪問看護の利用期間は、最初に指定した終了日まで利用を継続した症例が多かった。多くの症例で利用期間は6ヶ月に指定されていた。

関係者会議の回数は、症例⑥⑦が5回と他の症例に比べ多かった。両者とも初産婦で、養育者は知的障害を合併していた。そのような状況では、産後の育児手技の習得状況により支援プランが変わるため、支援プランの策定に複数回の関係者会議が必要だった。

<個別事例の紹介：症例⑥>

本症例は、今回の研究のきっかけとなった症例である。

母は25歳の初産婦で、知的障害があり療育手帳を取得していた。妊娠判明からわずか1週間で分娩となった。母は、育児指導に拒否的で児の面会に進んで来ることはなく、自室で折り紙を折ったり、スタッフへ手紙を書いたりしていた。スタッフへ宛てた手紙からも小学生相当の知的レベルと推察され(図



図4 母からの手紙

4)、母に育児は困難と判断した。祖母も知的障害で療育手帳を有していたが、一般雇用で就労しており育児経験もあることから、祖母へ育児指導を行った。児の経過は良好で、日齢8に退院した。退院後は1

日2回、役所の保健師らが交互に訪問支援を行っていたが、児の哺乳意欲に波がみられ、祖母が必要量を授乳させられず体重が減少していると保健師から連絡があり、日齢11に再入院となった。児と祖母の特性に合わせた声かけと指導が、継続的に必要と考えられたため、育児支援目的に訪問看護を導入した。訪問看護へは授乳の補助や、体重増加の確認、育児の見守りを依頼した。訪問看護を導入後は、祖母の育児不安は軽減した。後日届いた訪問看護報告書には、「再入院となった時に、役所の人から育児放棄と言われた。このままだと育てられないかも。一生懸命やっていたのにどうしていいかわからない。」と祖母の不安が記載されていた。本症例を振り返ってみると、出産まで時間がなかったことと、コロナ禍による面会制限が重なり、支援の調整と育児指導が不十分になってしまったと考えられた。家族へ不安を与えてしまったことが反省点としてあげられ、児の初回退院時に訪問看護を導入すべきだったと考えられた。しかし、時間が経つにつれ訪問看護への依存がみられ、「沐浴を訪問看護に任せきりにする、児が泣いてもあやしにこない」と報告があった。児は生後2ヶ月から保育園通園を開始し、訪問看護は生後6ヶ月で終了した。現在は、訪問看護の代わりに保育園が育児の見守りを行なっている。

V. 考 察

1. 医療的ケア以外の訪問看護の適応について

当院では、母の心理・社会的要因や児のリスク因子がある場合に訪問看護を導入し、家庭での育児が継続できていた。育児支援目的で訪問看護を導入する場合、母児どちらで導入するかは、それぞれの基礎疾患に依存していた。当院の場合、母に基礎疾患がある場合は母を対象に導入しており、母と児の両方に基礎疾患がある場合は児を対象に導入する傾向があった。

児の基礎疾患には、早産児・低出生体重児があった。早産児や低出生体重児は、傾眠傾向や哺乳力の問題で、授乳に工夫を要することがあるため、未熟性を考慮した育児支援が必要となる。

母の基礎疾患には、精神疾患や知的障害があった。医療保険制度を用いた訪問看護の3割は精神疾患が

対象であるため³⁾、精神疾患の対応に慣れている訪問看護師は多いと推察する。当院でも状況に応じて、精神疾患の対応に慣れている訪問看護ステーションを活用している。うつ病などの精神疾患の場合は、精神の不調で親子の相互関係が阻まれると子どもの発達に影響し得るため⁴⁾、母の精神的ケアは重要である。次に、知的障害の場合は繰り返し指導をしないと育児手技が習得できないため、育児指導に時間を要する。さらに、自宅での育児状況を継続して見守る必要もある。故に、より手厚い支援と時間が必要になるため、病院での指導や市町村の支援だけでは限界がある。また、症例⑥⑦⑧のように母に知的障害や精神疾患が合併する場合は、育児困難感や育児不安を抱えやすく、不適切養育や虐待リスクが高まる。知的障害や精神疾患があり育児不安が強い場合は、訪問看護のよい適応と考えられた。

基礎疾患以外の要因には、シングルマザー・多子世帯・双胎があげられた。育児におわれ養育者の身体的疲労が強くなると、子どもへの受容的な関わりが難しくなるため²⁾、育児負担の軽減が必要である。

以上より、精神疾患や早産児などで専門性の高い育児指導が必要なケース、育児指導に時間がかかるケース、育児不安や育児負担の軽減が必要なケースは、訪問看護の良い適応と考えられた。産後うつ病、精神疾患、知的障害、孤立した家庭、シングルマザー、早産児、多胎は虐待のリスク因子とも言われている⁵⁾。訪問看護による育児支援によって、家庭での育児が安心安全に継続できる可能性が示唆された。

2. 多職種連携での育児支援

平成29年に母子保健法が改正され、子育て世代包括支援センターの設置が法定化された¹⁾。沖縄県は、子育て世代包括支援センターを各市町村に設置し、妊娠中から切れ目のない支援ができる体制作りを進めている。育児支援には、病院・市町村・児童相談所・訪問看護ステーション・相談事業所など、多くの機関の関わりが必要である。医療・福祉・保健・教育の各方面から必要な支援プランを提案することで、包括的な支援プランが策定できる。市町村が提供する支援には、産前産後のサポート事業、産

後ケア事業があるが、市町村によって内容は様々で、受けられる期間や回数に制約がある^{1, 6)}。地域で包括した育児支援ができるよう、月に一回、当院と中部地区を中心とした各市町村の保健師で新生児連絡会を開催し、気になる家庭の情報共有を行なっている。さらにハイリスク症例の場合は、個別で地域との関係者会議を開催している。

今回、症例⑥を通して、多職種連携の重要性を学んだ。試行錯誤ではあったが、関係者会議を繰り返すことにより、変化する育児状況に合わせて育児支援を適宜修正することができた。育児を取り巻く環境は刻々と変わるため、継続的な連携が必要であると考ええる。

3. 訪問看護について

訪問看護は1983年から医療保険制度の対象となった。医療的ケアの有無によらず、主治医が必要と判断したら利用できるようになった⁷⁾。疾病の適応基準もなく、医師が訪問看護指示を記載し、訪問看護ステーションが決まればすぐに利用できる。訪問看護ステーションは、訪問看護指示を記載した医師へ訪問看護報告書を提出し、主治医と連携しながら訪問看護を行なっている。

これまで当院での訪問看護対象者は、気管切開や経管栄養などの医療的ケア児が中心だった。しかし、図3に示すように、2020年11月にハイリスク妊婦スクリーニングの開始以降、育児支援目的の訪問看護が増加した。スクリーニングによって、産科側がハイリスクに“気がつく”スキルが向上し、病院主導で関係者会議を開催する機会が増えた。多職種連携の中に病院が入ることで、医療である訪問看護が育児支援の選択肢として提示される機会が増加したと考えられる。しかし、育児支援を目的とした訪問看護の報告は少なく、どのような症例に導入したらよいかコンセンサスはない。「訪問看護アクションプラン2025」には今後の訪問看護の目標が掲げられており、その中に育児支援の項目はあるものの、「NICUからの退院児や、医療機関を退院する利用者や家族に対応できるようにする」⁸⁾の一文のみしかない。どのような場合に育児支援として訪問看護を利用してよいのか手探りの状態である。しかし

今回、医療的ケア以外の目的で10例の訪問看護を導入できたことは、新生児連絡会や関係者会議を重ねたことで医師、看護師、保健師の“育児支援の気づき”に医療的ケア以外の視点が定着していることの表れだと考えられた。

4. 育児支援目的の訪問看護の課題について

本研究を通じていくつかの課題が浮き彫りになった。一つ目は、情報の分断である。訪問看護報告書には、育児環境の把握に必要な情報が詰まっている。しかし、訪問看護報告書は、訪問看護指示を記載した医師に届くため、母で導入された場合は、母の主治医にしか届かない。育児支援目的の場合、報告書の内容は、関連機関にとっても必要な情報であるが、その情報を共有できるシステムはない。例えば、症例⑧のように、産科が「育児の見守りが必要」と判断し育児支援目的の訪問看護が導入されても、同じ病院で働いている新生児科へはその情報が届かなかった。精神疾患の場合はかかりつけ病院が他院のことが多く、医療機関が跨ることでさらに情報の分断が生じる。訪問看護アクションプラン2025には、多職種間の情報共有効率化にオンラインシステムの導入が必須と記載されているが⁸⁾、現場ではまだ導入が進んでいない。例えば、訪問看護報告書を関連機関へタイムリーに情報共有するオンラインシステムを開発するなど、新たなシステムの構築が必要である。

二つ目は、医療保険制度である訪問看護の適切な利用期間についてである。訪問看護指示書には開始と終了日の記載欄があり、最大6ヶ月後まで指示が出せる。最初に指示した終了日まで漫然と継続され、自動的に中止となった症例が多かった。訪問看護指示書の利用期間の適切性を判断する必要がある。訪問看護指示書を記載した医師は、訪問看護が不要と判断したら、指示期間内でも中止を検討し、限りある資源を有効活用する配慮が必要である。しかし、病院継続受診は難しい場合もあるため、訪問看護や保健師との情報共有は重要である。

三つ目は訪問看護への依存である。母親にとって、訪問看護師は育児を手伝ってくれる上に心強い相談相手でもある。また、こども医療費助成制度が適応

されると、金銭的な負担も少ないため依頼しやすくなる。健やか親子21でも示されているように、育児支援の目標は、「家庭や地域社会で育児をできるようにすること」である。訪問看護の長期利用は、母親の自立支援を妨げる可能性がある。このようなリスクを我々が理解し、訪問看護の目的や終了の目安を家族や関係機関へ事前に伝えておくことが必要である²⁾。そして適切なタイミングで、「訪問看護から地域へ」育児支援をシフトチェンジしていくことが重要であると考えられる。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、単施設での検討のため症例数が少なく、他院で訪問看護指示が出された場合は把握できない。今後は、育児支援目的の訪問看護についての全県的なアンケート調査を訪問看護ステーションにすることで、適応すべき患者背景や問題点を明らかにできる可能性がある。また、今回は訪問看護を導入しなかった症例は検討できていない。ハイリスク症例で、訪問看護を導入した群としなかった群と比較検討すると訪問看護の適応となるリスク因子が明らかになる可能性がある。

VII. 結論

精神疾患や早産児などで専門性の高い育児指導が必要なケース、育児指導に時間がかかるケース、育児不安や育児負担の軽減が必要なケースに訪問看護を導入することで、家庭での育児を継続できていた。母の心理・社会的問題や児の問題により、通常の育児支援で対応が困難な場合は、訪問看護の有用性が示唆された。訪問看護は有用な育児支援の一手段となりうるため、今後需要は高まると考えられた。育児支援に関わる機関が訪問看護の知識を持ち、多職種連携で適応を考え、限りある資源を有効活用することが重要である。

利益相反に関する開示事項はありません。

引用文献

- 1) 厚生労働省. 子育て世代包括支援センター業務ガイドライン (平成29年8月): <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/kosodatesedaigaidorain.pdf>, (2022年8月15日アクセス)
- 2) 谷口美希、横尾京子、中込さと子. NICU退院児の育児支援のための訪問看護－訪問看護実践と母親に生じた変化との関連探索研究－. 日本新生児看護学会誌2005;11(2):9-15.
- 3) 厚生労働省. 訪問看護: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000661085.pdf>, (2022年8月15日アクセス)
- 4) 公益社団法人日本産婦人科医会. 妊産婦メンタルヘルスマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援にむけて～平成29年3月: http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/11/jaogmental_L.pdf (2022年8月15日アクセス)
- 5) 厚生労働省. 子ども虐待対応の手引き (平成25年8月 改正版): https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/120502_11.pdf, (2022年8月24日アクセス)
- 6) 山岸由紀子, 《知識編～各職種の立場から》母子のメンタルヘルスマニュアル～訪問助産師の立場から. ペリネイタルケア2021;9:27-33.
- 7) 清崎由美子、宮崎和加子. 訪問看護師のための診療報酬&介護報酬の仕組みと基本第4版. 大阪:メディカ出版, 2022.
- 8) 公益財団法人日本訪問看護財団. 訪問看護がつくる地域包括ケア～データから見る「訪問看護アクションプラン2025」の今～: https://www.jvnf.or.jp/wp-content/uploads/2019/12/actionplan2025_2019ver.pdf, (2022年8月15日アクセス)

研 究

育児負担感と親子遊びの知識との関連

—沖縄県においてCOVID-19流行下で乳幼児を育てる親に関する研究 第一報—

川上 紗英 桃原 日菜 當山 裕子 外間知香子 當山 紀子

要 旨

- 【目 的】 COVID-19流行下で乳幼児を育てる親の育児負担感と親子遊びの知識との関連を明らかにすることである。
- 【対象・方法】 沖縄県A市内で了承の得られた10園の保育園を利用する母親826名、父親768名を対象に、2022年4月から6月に無記名自記式質問紙調査を実施した。本研究は、琉球大学倫理審査の承認を得て実施した。
- 【結 果】 対象者の基本属性は、父親・母親共に30代が最も多く、育児負担感の得点の平均値±標準偏差は母親 9.9 ± 6.2 、父親 7.3 ± 5.8 であった。ロジスティック回帰分析の結果、育児負担感は、親子遊びの知識低群に比べて高群のオッズ比は母親0.31 (95% CI: 0.15-0.63)、父親0.50 (95% CI: 0.26-0.95) であった。
- 【考 察】 親子遊びの知識高群の親は育児負担感が低いことが示された。このことから、乳幼児を育てる親の育児負担感を軽減するためには、保育園における親子遊びの知識の提供や、SNS・オンラインでの発信など、親が親子遊びの知識を獲得できるよう支援を行うことが必要と考えられる。

キーワード：育児負担感、親子遊び、COVID-19流行

Key words：childcare burden, parent-child play, COVID-19 pandemic

I. 緒 言

近年、わが国において、核家族化や少子化が進行し、地域のつながりが希薄になるなど、社会環境が変わる中で、身近に相談できる相手がおらず、孤立した状態で子育てすることにより、親の負担感が増大している¹⁾。また、2020年からCOVID-19が流行し、感染拡大の抑止策としてテレワークや時差通勤の促進や、保育施設における臨時休園や登園自粛の要請により、乳幼児を育てる共働き世帯では、親の育児負担感が増加した可能性がある。田口らの研究によると、親の育児負担感、育児不安と虐待的行為得点との間に強い関連性が示されており、親の育児負担感が高くなると虐待につながる可能性が高くなることが報告されている²⁾。

母親の育児負担感、夫のサポート、親族以外のサポートの有無、子どもの特性、扱いにくい子どもであることが影響していることが報告されている³⁻⁴⁾。また、岩渕らが行った母親を対象とした先行研究では、子どもの成長・発達や病気に関する育児の知識と技術の不足が母親の育児負担感に影響していると報告している³⁾。

近年わが国において少子化や核家族化が進行しており、乳幼児を育てている親に子どもとの関係性を構築する知識や技術が伝えられていない現状がある⁵⁾。このことから、育児中の親が乳幼児との遊びの知識を得られず、育児負担を感じている可能性があると考えられるが、親子遊びと育児負担感の関連を明らかにした研究は見当たらない。そこで、本研

究はCOVID-19流行下で乳幼児を育てる親の育児負担感と親子遊びの関連について検討し、乳幼児を育てる親の育児負担感軽減への支援に資することを目的とした。

また、近年は男性の育児参加が促進されていることから、母親、父親共に調査を行い、母親と父親を比較することで父母間に育児負担の偏りがいないか検討する意義があると考え。そのため、本研究では「母子遊び」ではなく「親子遊び」として母親、父親共に調査を行い、母親と父親の育児負担感を比較することとした。尚、本研究での「親子遊び」とは、戸田らの母子遊びの定義⁶⁾を参考に、親と子がお互いに関わりをもって楽しく遊ぶことと定義した。

II. 方法

沖縄県A市内の認可保育園26園から無作為抽出した20園の内、了承の得られた10園の保育園児を育てる母親826人、父親768人を対象に、2022年4月下旬から6月上旬に無記名自記式質問紙調査を実施した。調査対象者には、調査依頼文にて調査の趣旨とプライバシーの保護等について説明し、調査用紙の同意回答欄に記入してもらうことで同意を得た。調査用紙は、母親及び父親それぞれに1部ずつ配布し、個別に回答を得た。

先行研究によると、育児に携わる時間の長い専業主婦が有職の母親よりも負担感が高いと報告されており⁷⁾、働いていないあるいは休業中の者は育児に携わる時間の長い専業主婦に近いと考えられる。そこで交絡因子を制御するため、回答の得られた母親457人(回収率55.3%)、父親358人(回収率46.6%)のうち、分析項目に欠損のある者、子どもと同居していない者及び働いていないあるいは休業中の者を除いた母親379人(有効回答率45.9%)、父親321人(有効回答率41.8%)を分析対象とした。

調査内容は、対象者の特性(年齢、就業形態、経済状況、同居している子どもの人数)、育児負担感、親子遊びの知識、親子遊びについて情報を得たいと希望する場所や方法、子どもの特性である。育児負担感の指標には、中嶋ら⁸⁾が作成した育児負担感指標を用いた。この指標は母親の子どもに対するネガティブな感情と育児に伴う母親自身の社会

的な活動の制限に関連した育児負担を測定する尺度である。指標は8項目からなり、「全くない」から「いつもある」の5段階で評価する。得点の範囲は、0~32点であり、得点が高いほど育児負担感が強いことを表す。本研究における尺度合計得点のChronbach α 係数は、母親は0.87、父親は0.86であった。親子遊びの知識は、「子どもとどう遊べばよいかわかっていきますか」という質問に対して、「よくわかっている」「どちらかといえばわかっている」「どちらかといえばわかっていない」「よくわかっていない」の4件法での回答とし、分析では「よくわかっている」「どちらかといえばわかっている」を知識高群、「どちらかといえばわかっていない」「よくわかっていない」を知識低群の2群とした。なお、親子遊びとは、いないいないばあ、ガラガラであやす、ごっこ遊びなど、親と子が互いに関わりをもって楽しく遊ぶことであることを書面にて説明した。親子遊びについて情報を得たいと希望する場所や方法は、複数選択式とした。子どもの特性は吉永ら⁹⁾が作成した育児ストレス尺度の下位項目である子どもの特性を用いた。この尺度は、「よく泣いてなだめにくい」や「かんしゃくを起こす」などの5項目からなり、「ほとんど無い」から「いつもある」の4件法で評価する。得点の範囲は5~20点であり得点が高いほど、育てにくい子どもの特性を示す。本研究における尺度合計得点のChronbach α 係数は、母親は0.79、父親は0.76であった。

分析方法として、基本属性の就業形態をフルタイム、パートタイム、その他の3群に、経済状況をゆとりがある、普通、苦しいの3群に、同居している子どもの人数を1人、2人以上の2群に分けた。子どもの特性は尺度合計得点を平均値で2群に分け、それぞれ高群・低群とした。育児負担感も中央値で2群に分け、それぞれ高群・低群とした。基本属性および親子遊びの知識の関連を見るために χ^2 検定を行った。また、従属変数を育児負担感、独立変数を親子遊びの知識、調整変数を年齢、就業形態、経済状況、同居している子どもの人数、子どもの特性の中から二変量解析で関連の見られた変数とし、二項ロジスティック回帰分析を実施した。さらに、

父母間の育児負担感の差を比較するため、Mann-WhitneyのU検定を行った。本研究の分析には統計解析ソフトSPSSver.28を使用し、統計学的有意水準は5%未満とした。尚、本研究は、琉球大学人を対象とする生命科学・医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。(許可番号1930)

III. 結果

1. 対象者の特性

年代は、母親は20代が70人(18.5%)、30代が231人(60.9%)、40代以上が78人(20.6%)、父親は20代が43人(13.4%)、30代が181人(56.4%)、40代以上が97人(30.2%)であった。就業形態では、母親はフルタイムが262人(69.1%)、パートタイムが97人(25.6%)、その他が20人(5.3%)、父親はフルタイムが308人(96.0%)、パートタイムが3人(0.9%)、その他が10人(3.1%)であった。経済状況については、母親はゆとりがあるが53人(14.0%)、普通が213人(56.2%)、苦しいが113人(29.8%)、父親はゆとりがあるが42人(13.1%)、普通が173人(53.9%)、苦しいが106人(33.0%)であった。同居している子どもの人数については、母親は1人が135人(35.6%)、2人以上が244人(64.4%)、父親は1人が109人(34.0%)、2人以上が212人(66.0%)であった。子どもの特性については、母親は高群が114人(30.1%)、低群が265人(69.9%)、父親は高群が85人(26.5%)、低群が236人(73.5%)であった。育児負担感については、母親は低群が200人(52.8%)、高群が179人(47.2%)、父親は低群が191人(59.5%)、高群が130人(40.5%)であった(表1)。

表1 対象者の特性

		母親(N=379)	父親(N=321)
		n(%)	n(%)
年齢	20歳代	70(18.5)	43(13.4)
	30歳代	231(60.9)	181(56.4)
	40歳代以上	78(20.6)	97(30.2)
就業形態	フルタイム	262(69.1)	308(96.0)
	パートタイム	97(25.6)	3(0.9)
	その他	20(5.3)	10(3.1)
経済状況	ゆとりがある	53(14.0)	42(13.1)
	普通	213(56.2)	173(53.9)
	苦しい	113(29.8)	106(33.0)
同居している	1人	135(35.6)	109(34.0)
子どもの人数	2人以上	244(64.4)	212(66.0)
子どもの特性	低群	265(69.9)	236(73.5)
	高群	114(30.1)	85(26.5)
育児負担感	低群	200(52.8)	191(59.5)
	高群	179(47.2)	130(40.5)

2. 育児負担感

本研究の対象者において、育児負担感の尺度合計得点の平均値±標準偏差は、母親 9.9 ± 6.2 、父親 7.3 ± 5.8 であった(表2)。また、Mann-WhitneyのU検定の結果、母親と父親に有意差があった(p 値: <0.01)。

表2 育児負担感

	Mean ± SD		p 値
	母親	父親	
尺度合計得点	9.9 ± 6.2	7.3 ± 5.8	<0.01

Mann-Whitney のU検定

3. 親子遊びの知識

親子遊びの知識低群の母親は44人(11.6%)、父親は49人(15.3%)であった。知識高群の母親は335人(88.4%)、父親は272人(84.7%)であった(表3)。

表3 親子遊びの知識

		母親 n(%)	父親 n(%)
知識	低群	44(11.6)	49(15.3)
	高群	335(88.4)	272(84.7)
合計		379(100)	321(100)

4. 親子遊びについて情報を得たいと希望する場所や方法

希望する場所や方法で最も多かったのは、母親、父親共に保育園であり、母親306人(80.7%)、父親184人(57.3%)であった。次いで多かったのは、母親父親共にSNS・オンラインでの発信であり、母親227人(59.9%)、父親147人(45.8%)であった(表4)。

5. 育児負担感との関連

(1) 各項目と育児負担感との関連

二変量解析(χ^2 検定)の結果、母親、父親の育児負担感について、母親は同居している子どもの人数、子どもの特性、親子遊びの知識に有意な関連が見られ、父親は子どもの特性、親子遊びの知識に有意な関連が見られた(表5)。

表4 希望する場所や方法

	母親(N=379) n(%)	父親(N=321) n(%)
保育園	306(80.7)	184(57.3)
市町村役場	52(13.7)	36(11.2)
児童館	59(15.6)	40(12.5)
図書館	35(9.2)	25(7.8)
子育てサークル	40(10.6)	21(6.5)
ショッピングセンター	102(26.9)	64(19.9)
公報誌	104(27.4)	69(21.5)
SNS・オンラインでの発信	227(59.9)	147(45.8)
その他	8(2.1)	17(5.3)

※複数回答

表5 各項目と育児負担感との関連

		母親の育児負担感			父親の育児負担感		
		高群 (n=179) n(%)	低群 (n=200) n(%)	p値	高群 (n=130) n(%)	低群 (n=191) n(%)	p値
年齢	20歳代	28(15.6)	42(21.0)	0.24	15(9.4)	28(17.3)	0.09
	30歳代	109(60.9)	122(61.0)		91(57.2)	90(55.6)	
	40歳代以上	42(23.5)	36(18.0)		53(33.3)	44(27.2)	
就業形態	フルタイム	122(68.2)	140(70.0)	0.77	152(95.6)	156(96.3)	0.69
	パートタイム	46(25.7)	51(25.5)		1(0.62)	2(1.2)	
	その他	11(6.1)	9(4.5)		6(3.8)	4(2.5)	
経済状況	ゆとりがある	33(18.4)	20(10.0)	0.06	21(13.2)	21(13.0)	0.53
	普通	96(53.6)	117(58.5)		81(50.9)	92(56.8)	
	苦しい	50(27.9)	63(31.5)		57(35.8)	49(30.2)	
同居している 子どもの人数	1人	48(26.8)	87(43.5)	<0.01	47(29.6)	62(38.3)	0.10
	2人以上	131(73.2)	113(56.5)		112(70.4)	100(61.7)	
子どもの特性	低群	107(59.8)	158(79.0)	<0.01	105(66.0)	131(80.9)	<0.01
	高群	72(40.2)	42(21.0)		54(34.0)	31(19.1)	
親子遊びの知識	低群	30(16.8)	14(7.0)	<0.01	32(20.1)	17(10.5)	0.02
	高群	149(83.2)	186(93.0)		127(79.9)	145(89.5)	

χ^2 検定

表6 育児負担感と親子遊びの知識の関連

		母親 (N = 379)			父親 (N = 321)		
		AOR	95%CI	p 値	AOR	95%CI	p 値
親子遊びについての知識	低群	1			1		
	高群	0.31	0.15-0.63	<0.01	0.50	0.26-0.95	0.03

ロジスティック回帰分析

AOR：調整済みオッズ比，95% CI：95%信頼区間

※従属変数：育児負担感（0：負担感が高い群，1：負担感が低い群）

※独立変数：親子遊びの知識（高群 / 低群）

※調整変数：母親〈子どもの特性（高群 / 低群）〉，同居している子どもの人数（1人 / 2人以上）），
父親〈子どもの特性（高群 / 低群）〉

(2) 育児負担感と親子遊びの知識との関連

母親、父親それぞれの育児負担感と親子遊びの知識の関連について、ロジスティック回帰分析の結果、親子遊びの知識低群に対して高群のオッズ比は母親0.31（95% CI：0.15-0.63）、父親0.50（95% CI：0.26-0.95）であり、親子遊びの知識高群は育児負担感が低かった（表6）。

IV. 考察

1. 乳幼児を育てる親の育児負担感の状況

本研究対象者の育児負担感については、尺度全体の平均値±標準偏差は母親9.9±6.2、父親7.3±5.8であった。2007年に実施された岩淵³⁾の研究で、福祉センターを訪れた乳幼児を持つ母親を対象とした先行研究では平均値±標準偏差は9.0±6.3で、本研究と近い値であり、COVID-19流行下で育児負担感が高くなっているという結果は認められなかった。また、2021年に実施された保育園児を育てる母親を対象とした上原¹⁰⁾の研究では、平均値±標準偏差は8.0±6.0で、母親に関しては本研究の方がやや高い値であった。上原¹⁰⁾の研究もCOVID-19流行中に実施されたものであるため、育児負担感の高さは、COVID-19流行以外の要因が影響した可能性がある。

母親と父親の育児負担感を比較すると、母親と父親の間に有意差が見られた。総務省「令和3年社会生活基本調査」¹¹⁾によると、6歳未満の子どもを持つ夫の一週間の育児・家事時間は、約1時間35分であり、妻は6時間52分であった。また、総務省「平成28年社会生活基本調査」¹²⁾によると、共働き世帯の夫の一週間の育児・家事時間は、約31分、妻は約

4時間12分であった。このことから、わが国では母親が主として育児を担っている現状があると考えられるため、母親の方が父親よりも育児負担感が高いと考えられる。

2. 乳幼児を育てる親の育児負担感と親子遊びの知識との関連

本研究では、乳幼児を育てる親の育児負担感と親子遊びの知識との関連について、多変量解析を用いて検討した。乳幼児を育てる親の育児負担感、親子遊びの知識高群に対して低群が有意に高かった。すなわち、親子遊びの知識が低い親は、育児負担感が高いことが示された。

この理由として、親子遊びの方法がわからず子どもへの対処不能感が高まることにより、子どもと遊ぶことに対してのわずらわしさや、遊びを頻繁に求めてくる子どもに対して苛立ちを感じ、育児負担感へつながると考えられる。

先行研究では、養育者が子どもの気質に合った遊びを意識的に行うことで、乳幼児を育てる親は“子どもとの遊び方がわかる”“子どもとの遊びがうまくいく”と感じやすくし、子どもへの遊びの対処可能感を高める可能性がある¹³⁾と報告している。このことから、乳幼児を育てる親へ親子遊びの知識を提供することにより、子どもへの遊びの対処可能感を高め、育児負担感を軽減することができると考えられる。

親子遊びの知識を提供する方法として、保育園やSNS・オンラインでの発信で親子遊びについての情報を得たいと希望する者が多かったことから、保育園での親子教室を通じた親子遊びの知識提供や、

SNS・オンラインを用いて親子遊びについての知識を発信することにより、乳幼児を育てる親の育児負担感を軽減できる可能性があると考えられる。

本研究の限界は、共働きの親のみを対象とし、地域が限定されており、協力施設にも偏りがみられ、横断研究で、自記式質問紙調査であることがあげられる。これらの限界はあるものの、本研究はCOVID-19流行下で乳幼児を育てる親を対象に、育児負担感と親子遊びの知識との関連を明らかにした数少ない意義のある研究と考えられる。

V. 結論

本研究では、親子遊びの知識が高い親の育児負担感が低いことが示された。よって、乳幼児を育てる親の育児負担感を軽減させるためには、保育園やSNS等で親子遊びの知識を提供するサポートが必要と考えられる。

謝辞

本研究にご協力頂きました皆様に、深く感謝申し上げます。

利益相反に関する開示事項はありません。

本研究はJSPS科研費 JP21K10998の助成を受けたものです。

引用文献

- 厚生労働省. 平成23年度版厚生労働白書 社会保障の検証と展望～国民皆保険・皆年金制度実現から半世紀～ 第2部現下の政策課題への対応 第1章安心して子どもを産み育てることができる環境の整備. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/dl/02-01.pdf> (2023年2月3日アクセス)
- 田口(袴田)理恵, 河原智江, 西留美子. 虐待的行為指標の妥当性の検討—母親の虐待的行為得点と社会経済的状況・育児感情の関連—. 共立女子大学看護学雑誌 2014 ; 1 : 1 - 8 .
- 岩淵祥子, 奥澤聡子, 神川洋平, 他. 母親の育児負担感への寄与因子の検討に関する研究. 信州医誌 2009 ; 57 : 155-161.
- 上村佳世子, 田島信元. 発達初期の母子関係と子どもの発達(その2) 子どもの気質と母子関係の発達との関連. 日本教育心理学会第30回総会発表論文集 1998 : 180-181.
- 小島賢子. 母子関係に関する文献レビュー—身体接触が及ぼす効果—. 大阪総合保育大学紀要 2017 ; 11 : 131-140.
- 株式会社 日本能率協会総合研究所. 厚生労働省委託事業 令和2年度 仕事と育児等の両立に関する実態把握のための調査研究事業 仕事と育児等の両立支援に関するアンケート調査報告書(労働者調査) 2021.
- 荒牧美佐子, 無藤隆. 育児への負担感・不安感・肯定感とその関連要因の違い: 未就学児を持つ母親を対象に. 発達心理学研究 2008 ; 19(2): 87-97.
- 中嶋和夫, 齋藤友介, 岡田節子. 母親の育児負担感指標に関する尺度化. 厚生指標 1999 ; 46(3): 11-18.
- 吉永茂美, 真鍋えみ子, 瀬戸正弘, 他. 育児ストレス尺度作成の試み. 母性衛生 2006 ; 47 : 386-395.
- 上原蘭, 眞榮田ひなた, 外間知香子, 他. 第3報 COVID-19流行下で乳幼児を育てる母親の育児負担感とパートナーのサポートの関連. 第81回日本公衆衛生学会総会抄録集 2022 ; 348.
- 総務省統計局. 令和3年社会生活基本調査 生活時間及び生活行動に関する結果 結果の概要. 2022 : 4 - 5 .
- 総務省統計局. 平成28年社会生活基本調査—生活時間に関する結果—結果の概要. 2017 : 10-13.
- 門田昌子, 寺崎正治, 奥富庸一, 他. 子どもの気質と関連する遊びが養育者の遊びにおける対処可能感を介して育児不安, 育児満足に及ぼす影響. パーソナリティ研究 2016 ; 25(3) : 206-217.