

◆原著論文

心理社会的ハイリスク妊産婦に支援を行う訪問指導員がメンタルヘルス研修・コンサルテーションを受ける意味

Significance of receiving mental health training and consultation for visiting nurses providing support to pregnant and postpartum women at high risk of psychosocial problems

市川久美子¹⁾, 高橋秋絵²⁾, 大谷利恵³⁾, 玉木敦子²⁾

Kumiko Ichikawa, Akie Takahashi, Rie Otani, Atsuko Tamaki

抄 録

本研究の目的は、心理社会的ハイリスク妊産婦を対象とした訪問支援事業に携わる訪問指導員が、メンタルヘルス研修およびメンタルヘルスコンサルテーションを受ける意味を明らかにすることである。7名の訪問指導員に行った半構成的インタビューの内容を質的記述的に分析した。その結果、訪問指導員が抱えていた【ハイリスク妊産婦へのメンタルヘルス支援に関するゆらぎや不確かさ】が、メンタルヘルス研修およびメンタルヘルスコンサルテーションを受けることによって、【メンタルヘルス支援技術の獲得】【ハイリスク妊産婦の理解と関わりへの促進】【支援方法の客観的評価】【心理的負担感の軽減】【チームへの波及効果】へ転換されたと考えられた。また、地域母子保健において、実践者である訪問指導員への教育的支援および継続的なコンサルテーションシステムの構築と精神科看護師の配置の必要性が示唆された。

キーワード：心理社会的ハイリスク妊産婦，訪問指導員，メンタルヘルス研修，メンタルヘルスコンサルテーション

Key words : pregnant and postpartum women at high risk of psychosocial problems, visiting nurses, mental health training, mental health consultation

I. はじめに

日本の周産期死亡率、妊産婦死亡率の低さは世界トップクラスの水準を誇り、最も安全に出産ができる国となっている。しかし、出産の高年齢化、少子化や核家族社会での出産と子育ては女性に不安感や孤立感をもたらしやすく、「社会から隔絶され、自分が孤立しているように感じる」女性は40.7%と増加し（公益財団法人児童育成協会，2020）、「子育ての悩みを相談できる人がいる」女性は43.8%と減少している（三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2014）。産後うつ病と妊産婦の自殺との関係（Orsolini，2016；Takeda，2017）、虐待による子どもの脳への影響など（友田，2019）、新たな知見と共に周産期メンタルヘルスの重要性、特に心理社会的ハイ

リスク妊産婦に対する、妊娠期からの継続した切れ目のない支援の重要性が認識されるようになった。たとえば、2009年の児童福祉法改正では、出産後の養育について出産前に支援を行うことが特に必要と認められる妊婦を「特定妊婦」と規定し、望まない妊娠や妊婦健診未受診者、若年妊婦、精神的問題を持つ妊婦など各自治体の選定基準で対象者を把握し、自ら訴えなくても支援を特に必要とする人へ妊娠期から出産・育児期にわたって継続的な支援が行われている。しかし、この継続的な支援の主要な担い手である訪問指導員は、妊娠期から予防的な支援を受け入れてもらうことや継続支援を受け入れてもらうことの難しさ、様々な精神状態の妊産婦を支援することの難しさ、支援者としての気持ちの揺れを体験していることが示されている（大谷・高橋・植田他，2019；玉木，2020）。

本研究では、特定妊婦の中でメンタルヘルス問題の顕在化や悪化のリスクが高い心理社会的ハイリスク妊産婦に支援を行う訪問指導員にインタビュー調査を実施し、メンタルヘルス研修、メンタルヘルスコンサルテーションを受ける意味を明らかにすることを目的とした。

¹⁾大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻/淀川キリスト教病院元神戸女子大学看護学部

Division of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Osaka University / Yodogawa Christian Hospital Former Faculty of Nursing, Kobe Women's University

²⁾神戸女子大学看護学部

Faculty of Nursing, Kobe Women's University

³⁾一般社団法人 belle vie

General Incorporated Association of Belle vie

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

2. 用語の定義

訪問指導員：養育支援訪問事業（注1）において、妊産婦のいる家庭を訪問し支援を行う者。本研究では、心理社会的ハイリスク妊産婦に対して支援を実施している看護職（助産師または保健師）とした。

（注1）養育支援訪問事業：養育支援が特に必要と認められる家庭に対し、保健師・助産師等がその居宅を訪問し、養育に関する指導、助言等を行うことにより、当該家庭の適切な養育の実施を確保するもの。

メンタルヘルス研修：訪問指導員が産後うつおよび虐待に関する基本的知識と対応方法について、理解を深めることを目的として実施された教育研修。訪問指導員は、A市が作成した産後うつガイドライン、虐待予防ガイドラインをもとに自己学習するとともに、大学院教育において精神看護専門看護師養成に携わった経験を持つ精神看護学を専門とする大学教員（以下精神科看護師）から3日間（計7時間）のトレーニングを受けた。トレーニング内容は表1のとおりである。

表1. 訪問指導員が精神科看護師から受けたメンタルヘルス研修

	研修内容	研修方法	所要時間
1	周産期メンタルヘルスに関する基本的知識	講義	1.5時間
2	共感的援助に関する基本的知識と技術	講義・ロールプレイ・グループワーク	1.5時間
3	事例を用いたケース検討	講義・ディスカッション	2時間
4	関わりが困難なケースの理解と対応	講義・ディスカッション	2時間

メンタルヘルスコンサルテーション：訪問指導員が支援する上で困難を感じている妊産婦の精神状態に関する理解を深め、課題を解決できるようになることを目的として行うもの。精神科看護師がコンサルタントとなり、支持的態度を基本としながら、訪問指導員へ精神看護に関する知識、技術を提供し、心理的支援に関する問題解決のためのアセスメントや具体的方略を提示する。2016年～2018年に年2回、1回120分間グループで実施した。

3. 研究対象者

A市における「妊娠期からの特定妊婦訪問指導モデル事業」に携わった訪問指導員7名。なお、対象者はモ

デル事業を通して精神科看護師からメンタルヘルス研修およびメンタルヘルスコンサルテーションをすでに受けていた。

4. 「妊娠期からの特定妊婦訪問指導モデル事業」について

「妊娠期からの特定妊婦訪問指導モデル事業」とは、A市において2014年から2016年までの3年間実施されていた事業で、有効な支援プログラム作りを目的として、妊娠届出受理後から産後6か月までの間、訪問指導員による継続支援が行われた。このモデル事業における心理社会的ハイリスク妊産婦とは、「①若年②40歳以上の初産婦③精神疾患の治療歴ありまたは治療中④未婚⑤妊娠中及び産後の相談者・手伝い者なし⑥望まない妊娠の可能性あり⑦経済的な不安あり⑧第1子を10代で出産⑨不妊治療による妊娠⑩その他支援が必要な者」の中からメンタルヘルス問題の顕在化や悪化のリスクが高く、継続訪問支援が必要と認められた妊産婦であった。事業にあたる指導員は訪問開始前（2014年8月）にメンタルヘルス研修を受けた。また2015年にモデル事業の中間評価が実施され、その結果を受けて2016年からメンタルヘルスコンサルテーションが開始された。なお、モデル事業終了後も訪問指導は継続されたため、2018年までコンサルテーションが行われた。

5. データ収集方法

1) インタビュー方法

インタビューガイドに沿った半構成的面接とし、個別もしくはグループで実施した。プライバシーが保たれる安全な場所で、約1時間のインタビューを行い、対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。データ収集期間は2018年12月～2019年2月であった。

2) インタビュー内容

- (1) デモグラフィックデータ（年齢、職種、看護職経験年数、母子保健に関する経験年数）
- (2) 心理社会的ハイリスク妊産婦へのメンタルヘルス支援に関する困難
- (3) メンタルヘルス研修を受ける意味
- (4) メンタルヘルスコンサルテーションを受ける意味

6. データ分析方法

インタビューによって得られたデータから逐語録を作

成した。そこから、1つのまとまりをもった意味ごとに区切って要約、コードを作成し、意味内容の類似性に基づいてコードを分類、抽象度を上げる作業を繰り返した。共通の意味関係でつながるサブカテゴリーを生成し、統合したものからカテゴリーを生成した。データ分析の過程においては、研究者間で妥当性について繰り返し討議した上で、結果を修正し、研究の厳密性を高めた。

7. 倫理的配慮

本研究は、研究者が所属する大学の研究倫理委員会の承認（2018年11月13日、承認番号H30-18-1）を受けて実施した。研究対象者へは、本研究の趣旨、目的、個人情報保護、公表方法、ならびに研究の参加は自由意思であり、不参加や途中辞退による不利益は生じないことを文書と口頭で説明した上で、同意書による承諾を得た。

III. 結果

1. 研究対象者の概要

研究対象者は助産師2名、保健師5名で平均年齢44±10.2歳、看護職経験年数21±11.6年、母子保健に関する経験年数12±9.6年であった（表2）。なお、訪問事業対象となった妊産婦は283人であった。

表2. 研究対象者の概要

対象者	職種	年代	看護職経験年数	母子保健経験年数
A	保健師	50	36	16
B	助産師	50	33	31
C	保健師	30	6	3
D	保健師	30	7	7
E	保健師	40	19	8
F	保健師	40	20	6
G	助産師	50	25	16

2. 心理社会的ハイリスク妊産婦に支援を行う訪問指導員が抱える困難

インタビューデータを質的記述的に分析した結果、メンタルヘルス研修およびコンサルテーションを受ける前に『訪問指導員が抱えていた困難』と、『メンタルヘルス研修、コンサルテーションを受ける意味』の2つに分類された（表3）。まず、訪問指導員が抱えていた困難について、カテゴリー【】、サブカテゴリー〈〉、訪問指導員が語った言葉【/】を用いて説明する。

1) 訪問指導員が抱える【ハイリスク妊産婦へのメンタルヘルス支援に関するゆらぎや不確かさ】

心理社会的ハイリスク妊産婦に関わる訪問指導員は、〈メンタルヘルスに関する十分な知識や経験を持ち合わせておらず、不安に感じていた〉、〈ハイリスク妊産婦とうまく援助関係が築けず、悩んでいた〉、〈ハイリスク妊産婦への自分の支援方法に確信が持てず、ストレスを抱えていた〉、〈精神科・産科と連携することが難しかった〉と認識していた。

〈メンタルヘルスに関する十分な知識や経験を持ち合わせておらず、不安に感じていた〉ことについて、C氏は「自殺をおわせるような発言のある方だったんですけど。多分しないだろうなと思いつつ、でもわからないしと、ずっと不安を抱えながらかかわっていて」と語った。また、〈ハイリスク妊産婦とうまく援助関係が築けず、悩んでいた〉B氏は、「『今日はこれ以上お話ししたくなかったので、帰ってください』と言われた方がいらっちゃって、私の対応が悪かったのかなと気がなったことがあったんですけど。（中略）初めて拒否されたような感覚になったので、私の対応がこの人を傷つけたと自責の念になってしまった」と語った。

「基本的に単独で訪問に行ったり、面接したり、病院との連絡を取ったりということが多い（D氏）」訪問指導員は、自分の支援方法が本当に良かったのか、〈ハイリスク妊産婦への自分の支援方法に確信が持てず、ストレスを抱えていた〉。「相手の方がハイリスクであるがゆえに、アプローチの仕方は難しくなると思うんですけど、私自身が感じるのは、それが妥当だったかどうかというあたりが、一番ストレスになるところで。（中略）相手の方の反応もあまりよく分からず、自分でも確信的にこれでよかったと思えるものがない時に、自分の中ではすごくストレスになったり、次回へのプレッシャーになったりします」（G氏）。

3. メンタルヘルス研修、メンタルヘルスコンサルテーションを受ける意味

分析の結果、訪問指導員が抱えていた【ハイリスク妊産婦へのメンタルヘルス支援に関するゆらぎや不確かさ】が研修やコンサルテーションを受けることによって、【メンタルヘルス支援技術の獲得】【ハイリスク妊産婦の理解と関わりの促進】【支援方法の客観的評価】【心理的負担感の軽減】【チームへの波及効果】へ転換されたことが明らかになった。カテゴリーである5つの【】について、サブカテゴリー〈〉、訪問指導員が語った言葉【/】を用いて説明する。

1) 【メンタルヘルス支援技術の獲得】

〈メンタルヘルスに関する十分な知識や経験を持ち合わせておらず、不安に感じていた〉訪問指導員は、研修やコンサルテーションについて、〈メンタルヘルスに関する基本的な知識から押さえることができた〉、〈研修は実践に即した内容で、知識と経験を統合することができた〉、〈現在だけではなく、将来的に予測される問題まで根拠を持って関わられるようになった〉と捉えていた。

〈現在だけではなく、将来的に予測される問題まで根拠を持って関わられるようになった〉ことについて、E氏は「これまでは問題が起こってから対処するということが多かったのですが、お母さんが持っている発達障害であったり、精神疾患に対して、こういうことが問題として起こってくるかもしれないというところを、疾患の基礎として学ぶことができたので、予測立てはしやすくなったんじゃないかと思っています」と語った。

2) 【ハイリスク妊産婦の理解と関わりの促進】

〈ハイリスク妊産婦とうまく援助関係が築けず、悩んでいた〉訪問指導員が研修やコンサルテーションを受けることによって、〈言動の意味や背景を含めてハイリスク妊産婦を理解できるようになった〉、〈ハイリスク妊産婦へ自信を持って関わられるようになった〉と捉えていた。

〈言動の意味や背景を含めてハイリスク妊産婦を理解できるようになった〉ことについて、E氏は「妊婦の時から要望が多かったり苦情が多かったり、一見困った人だったんです。(中略)コンサルテーションを受けて、発達障害の特性がベースにあるんじゃないかというお話をいただいて、その人の全体像というか、今まで生きてきた中で困っていたこととか、これから困っていくであろうことが見え始めて、すごく理解が深まったなというのがありました」と語った。

3) 【支援方法の客観的評価】

〈ハイリスク妊産婦への自分の支援方法に確信が持たず、ストレスを抱えていた〉訪問指導員が、コンサルテーションを受けることによって、〈自分の支援方法を客観的に評価することができた〉と認識していた。「自分自身の関わり方が、果たしてそれでいいのかどうかという疑問を常に持ちながら、いろんなことをしているので、それを評価していただける機会があるというのは、今後の関わりにとってもいいのかと思います」(G氏)。

4) 【心理的負担感の軽減】

〈ハイリスク妊産婦への自分の支援方法に確信が持たず、ストレスを抱えていた〉訪問指導員が、コンサルテ-

ーションを受けることによって【支援方法の客観的評価】と同時に精神的安定を得て、〈自分に安心感がもたらされ、心理的負担が軽減した〉と感じていた。「ハイリスクな妊産婦さんは、こちらが支援しても劇的に良くなることはそんなになくて、自分の支援が正しかったのかどうかという判断がすごく難しかったりするんですけど、コンサルテーションの中で(中略)支持的なご意見をいただくことで、(中略)これを続けていけばいいのかなという自信につながったり、そのあたりでの心理的負担は軽減されたと思います」(F氏)。

5) 【チームへの波及効果】

コンサルテーションの波及効果について、〈他のケースに役立てることができた〉、〈チーム全体の力量が上がった〉、〈関係者間の連携が促進した〉と捉える訪問指導員もいた。「チームメンバーがコンサルテーションを順番に受けていくことで、チームとしてのスキルが上がるので、何かあったときはみんなに相談したら、チームの中で解決できるというスキルの蓄積にもなったり…」(F氏)。

IV. 考察

1. 訪問指導員が体験していたゆらぎや不確かさの背景

本研究の対象者である訪問指導員は、地域母子保健に関して十分な経験を持ち合わせているにもかかわらず、〈メンタルヘルスに関する十分な知識や経験を持ち合わせておらず、不安に感じていた〉、〈ハイリスク妊産婦とうまく援助関係が築けず、悩んでいた〉、〈ハイリスク妊産婦への自分の支援方法に確信が持たず、ストレスを抱えていた〉、〈精神科・産科と連携することが難しかった〉という体験をしていた。このゆらぎや不確かさの背景には、以下の3点が関係しているのではないかと考えられた。

1) 心理社会的ハイリスク妊産婦自身が抱える複合困難性

吉岡・笠・神保他(2016)の調査では、ある自治体において精神疾患を有する特定妊婦は約4割にのぼり、抑うつ状態や不眠、不安といった症状を多く有していたと報告している。また、心理社会的ハイリスク妊産婦は、精神疾患を有するだけでなく、望まない妊娠や家族の非協力、経済的困窮など複合的な心理社会的背景を抱えていることが多い。渡邊(2018)は、精神的不調をもつ妊産婦の特徴を、精神疾患としての疾病性と、生じている

表 3. 訪問指導員がメンタルヘルス研修, メンタルヘルスコンサルテーションを受ける意味

	カテゴリー	サブカテゴリー	コード
訪問指導員が抱えていた困難	ハイリスク妊産婦へのメンタルヘルス支援に関するゆらぎや不確かさ	メンタルヘルスに関する十分な知識や経験を持ち合わせておらず, 不安に感じていた	メンタルヘルスに関してこれまで十分な経験や学ぶ機会がなかったため, 特定妊婦への関わりに不安を抱いていた. 実践では, 自殺や自傷のリスクの見立てが難しかった. 実践では, 見立て後の受診勧奨が難しかった.
		ハイリスク妊産婦とうまく援助関係が築けず, 悩んでいた	対象者を理解できず, うまく関係が築けず, 悩んでいた. 対象者から拒否された時, 自分の対応に自責感をもった.
		ハイリスク妊産婦への自分の支援方法に確信が持てずストレスを抱えていた	ハイリスク妊産婦への支援方法が本当に良かったのか, 確信がもてないことがストレスだった. 自分の対応に自信がもてなかった.
		精神科・産科と連携することが難しかった	対象者とのかかわりの中で自分が不安を抱えていた. 地域の保健師と精神科との連携が難しい現状があった. 地域の保健師と産科との連携に課題があった.
メンタルヘルス研修, コンサルテーションを受ける意味	メンタルヘルス支援技術の獲得	メンタルヘルスに関する基本的な知識から押さえることができた	研修に参加して, メンタルヘルスの基本から押さえることができた.
		研修は実践に即した内容で, 知識と経験を統合することができた	研修会で発達障害の特徴や対応を学び, 実践に役立った. 研修では, 事例を用いた具体的な内容やロールプレイが実践に即して役立った. 実践と並行して教育的介入の機会を得たことに意味があった.
			研修によって, 経験と知識を統合することができた. 全人的な視点での情報収集や連携の必要性について, より深く学ぶことができた.
	現在だけではなく, 将来的に予測される問題まで根拠を持って関われるようになった	研修に参加することで, 対象者の言動の意味や背景を理解し, 根拠をもって関われるようになった. 研修を受けて発達障害や精神疾患の知識を得ることで, 根拠をもって予測を立てながら関われるようになった. 妊娠中にコンサルテーションを受けられてよかった. 乳児期にコンサルテーションを受けられてよかった. 現在だけではなく, 将来的に予測される問題も含めて相談できた.	
	ハイリスク妊産婦の理解と関わり	言動の意味や背景を含めてハイリスク妊産婦を理解できるようになった	コンサルテーションによって, ケースの全体像が見えるようになった. コンサルテーションによって, 対象者を理解できるようになった. 研修に参加することで, 対象者の言動の意味や背景を理解し, 根拠をもって関われるようになった.
		ハイリスク妊産婦へ自信を持って関われるようになった	研修を通して, 特定妊婦へ積極的に関われるようになった. コンサルテーションを受けることで対象者にかかわりやすくなった.
	支援方法の客観的評価	自分の支援方法を客観的に評価することができた	コンサルテーションによって, 自分の支援を(冷静に客観的に)振り返ることができた. コンサルテーションで自分のかかわりについて評価を得た.
	心理的負担感の軽減	自分に安心感がもたらされ, 心理的負担が軽減した	コンサルテーションによって, 安心がもたらされ, 心理的負担が軽減した. 定期的なコンサルテーションがあることで, 困った時には相談できるといふ心強さがあった.
	チームへの波及効果	他のケースに役立てることができた	コンサルテーションから得たものを他のケースに役立てることができた.
		チーム全体の力量が上がった	コンサルテーションによって, チームとしてのスキルアップにつながった.
		関係者間の連携が促進した	コンサルテーションによって, 関係者間の連携ができるようになった.

心理社会的問題という事例性の課題が絡む「複合困難性」であると表現し, 双方向から包括的な支援を計画する必要があると述べている. 複合困難性を抱える妊産婦への支援においては, 複数の課題に対し同時並行的に介入する必要があり, かつ連携は多職種・多機関に渡るため高度な調整能力をも必要とされる. このような状況から, 訪問指導員は気持ちのゆらぎや不確かさを体験していたのではないかと考えられた.

2) 訪問指導員の精神看護学に関する教育背景

心理社会的ハイリスク妊産婦に関わる訪問指導員は, 〈メンタルヘルスに関する十分な知識や経験を持ち合わせておらず, 不安に感じていた〉と捉えているなど, 様々な精神状態の妊産婦を支援することに伴う困難を感じていた. この点についてわが国の精神看護学教育に着

目してみると, その歴史はまだ浅く, 1997年に成人看護学から独立した背景を持つ. 本研究対象者の平均年齢は44歳であり, 看護基礎教育を修了した1996年頃の時代背景を鑑みると, 精神看護学を専門とする教員による教育が十分でなかった実態が指摘されている(荻野・武井・稲岡他, 1997). このような背景の中, 訪問指導員は精神的問題を有する妊産婦の居宅を基本的に単独で訪問し, アセスメントを行いながら支援方法を見出す必要があり, 個人の力量に委ねられるところも大きい. メンタルヘルス支援技術に自信が持てない中での継続支援により, 訪問指導員はゆらぎや不確かさを体験していたのではないかと考えられた.

3) 予防的介入である訪問指導の特徴

自分の支援方法が適切であったのか確信が持てないと

いった不確かさは、基本的に単独で訪問するため他者からの評価やフィードバックの機会が乏しい訪問指導の構造上の特徴と共に、妊娠期からの予防的介入という支援方法の影響も受けていると思われた。つまり、予防的介入においては問題が顕在化していない、あるいは妊産婦が症状や問題を自覚していないため、妊産婦の支援ニーズは低い場合が多い。また、妊婦訪問は産後の訪問に比べて一般的でないため支援を受け入れてもらうことが難しく、さらに成果が見えにくい予防的支援に関わりの意味を見出すことも困難である（大谷・高橋・植田他, 2019）。このような中、訪問指導員はゆらぎや不確かさを感じながら支援を続けていたのではないかと考えられた。

2. 訪問指導員がメンタルヘルス研修を受ける意味

Broom・Shirk・Pehrson et al. (2008) は、「ケア提供者が精神症状やそのマネジメントについて理解を深めることで、彼らのメンタルヘルスに関するスキルが向上し、精神的問題をもつ患者について自律的なアセスメントや介入が可能となる」と述べている。本研究の訪問指導員は、メンタルヘルス研修において周産期メンタルヘルスに関する基本的知識を学び、支援ニーズが低い妊産婦にも支援を受け入れてもらえるような共感的援助に関する技術を演習し、事例を用いたケース検討の機会を得ていた。その結果、訪問指導員には〈メンタルヘルスに関する基本的な知識から押さえることができた〉〈研修は実践に即した内容で、知識と経験を統合することができた〉という【メンタルヘルス支援技術の獲得】がもたらされていた。特に、実践者である訪問指導員への教育では、メンタルヘルスに関する知識を実践や経験の中に落とし込んでいくことが重要であり、ロールプレイや事例検討などを組み込みながら、知識と経験を統合できるようなメンタルヘルス研修を行ったことに意味があると思われた。また、周産期のメンタルヘルス問題をもつ妊産婦に関わる上では、精神疾患や精神的ケアに関する十分な知識や能力が求められる（Jones・Creedy & Gamble, 2011）ことから、今回精神科看護師がもつ専門的知識・技術に基づいた内容を提供したことによって、【メンタルヘルス支援技術の獲得】を実感できたことにつながったのではないかと考えられた。

3. 訪問指導員がメンタルヘルスコンサルテーションを受ける意味

上別府・山下・栗原他（2007）は、地域保健スタッフ

の母子精神保健活動を支援する研修（レクチャー、グループワーク、プレゼンテーション）を実施し、3か月後評価を行った。産後の母親のメンタルヘルスに関する知識習得については自己評価が高かった一方で、援助スキルの自己評価が低かったことから、難易度の高いケースに関しては、継続的なスーパービジョンシステムが必要と述べている。また、育児支援システム構築のための援助職者の教育とケアについて、スペシャリストによる困難事例への助言やスーパービジョンの機会の保証、援助職者自身の怒りや疲弊感などをケアすることの必要性の認識と時間等が保証されることが必要と示唆している（上別府・杉下・栗原他, 2010）。

本研究対象者の訪問指導員は地域母子保健に従事し、メンタルヘルスを専門としない保健師もしくは助産師であった。スーパービジョンでは、スーパーバイザーと同じ専門領域のスーパーバイザーが助言を行うのに対し、コンサルテーションでは非専門家であるコンサルティに専門家であるコンサルタントが援助を行うプロセスである。Underwood (1995) は、コンサルテーションを「内外の資源を用いて、問題を解決したり変化を起こすことができるように、その当事者やグループを手助けしていくプロセス」と定義し、「コンサルタントは問題解決や変化を起こすために資源を集めてくるだけでなく、再び同じような問題が生じた時に、コンサルティがそれに対応できるように働きかける」と述べている。本研究では、〈チーム全体の力量が上がった〉〈他のケースに役立てることができた〉というコンサルテーションの波及効果を認めており、コンサルテーションで得たものをチーム内で他のケースに活かす経験につながっていた。

精神科看護師が行うコンサルテーションのプロセスの中で特徴的なのが心理的サポートである。心理的サポートにはカタルシスの促進、受容、保証という側面がある（野末, 1994）。コンサルティが無力感や罪責感といった否定的な感情を十分に表出できるようカタルシスの促進を図り、コンサルティを尊重しながら受容し、これまで取り組んできたことを肯定した上でコンサルティが選択した方向性について専門的な立場から保証する（野末, 1994）。本研究の訪問指導員は、複合困難性を抱える心理社会的ハイリスク妊産婦を支援する中で、気持ちのゆらぎを体験していた。さらに、フィードバックの機会が乏しく自分の関わりが評価しづらい状況で、確信が持てず不安を抱えながら支援を続けていた。このような訪問指導員に対して、精神科看護師はこれまでの取り組みを

否定せず、肯定的に評価しながら支持するという姿勢を大切にしていた。その結果、訪問指導員は自分の支援方法に確信を得て、自信を持って心理社会的ハイリスク妊産婦へ関わることができるようになったと考えられる。また、メンタルヘルスの専門家である精神科看護師から客観的で肯定的な評価を得たことが、訪問指導員の安心感や自信につながり、改めて心理社会的ハイリスク妊産婦へのケア意欲を取り戻す機会になったのではないかと思われた。さらに、実践と並行して、継続的にコンサルテーションの機会が保証されていることに対し、訪問指導員は「定期的にコンサルテーションがあることで、困った時には相談できるという心強さがある」と語り、安心感をもちながらハイリスク妊産婦への支援に携わることができていたのではないかと考えられた。

4. 地域母子保健における精神保健看護実践への示唆

最後に、地域母子保健における精神保健看護実践の役割について考えたい。本研究において、心理社会的ハイリスク妊産婦を支援する訪問指導員に対し、メンタルヘルス研修のみならず継続的なメンタルヘルスコンサルテーションが重要であることが示唆された。米国コロラド州では、既存の公衆衛生プログラムに精神保健サービスを統合した実践モデルを開発し、メンタルヘルスコンサルタントとして CNS を配置した成果が報告されている (Gaul & Farlcas, 2007)。CNS はメンタルヘルスサービスを必要とする人への直接ケアと並行して、保健師らスタッフに対しメンタルヘルス教育、トレーニング、コンサルテーション (年 46 回) を行った。その結果、精神科医療へのアクセスが上昇したことに加え、スタッフのアセスメントと介入技術の向上、援助関係の促進、職務満足度の向上、セルフケアの改善を示した (Gaul & Farlcas, 2007)。今後、我が国においても精神科看護師をはじめとするメンタルヘルスの専門家をコンサルタントとして地域に配置し、訪問指導員らに教育的支援およびコンサルテーションを継続して提供できる連携システムの構築が望まれる。

V. 結論

心理社会的ハイリスク妊産婦に支援を行う訪問指導員がメンタルヘルス研修およびメンタルヘルスコンサルテーションを受けることによって、【ハイリスク妊産婦へのメンタルヘルス支援に関するゆらぎや不確かさ】が【メンタルヘルス支援技術の獲得】【ハイリスク妊産婦

の理解と関わりの促進】【支援方法の客観的評価】【心理的負担感の軽減】【チームへの波及効果】へ転換されたと考えられた。

また、地域母子保健においては、実践者である訪問指導員への教育的支援および継続的なコンサルテーションシステムの構築と精神科看護師の配置の必要性が示唆された。

VI. 本研究の限界と課題

本研究は一自治体のモデル事業に携わる訪問指導員 7 名のインタビュー内容を分析した結果であり、継続支援が必要と認められた妊産婦の選定基準は自治体が独自に定めていることから、データに偏りがあることは否めない。また、今回の研究対象者は地域母子保健に関して十分な経験を持ち合わせた熟練看護職であったことから、今後は様々な自治体において経験の少ない看護職を対象に新たに検証していく必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただきました訪問指導員の皆様に心より感謝申し上げます。なお、本研究は科学研究費 (平成 27～30 年度、基盤研究 (C) : 課題番号 15K11832) の補助を受けて実施した研究成果の一部であり、本論文の要旨は第 30 回日本精神保健看護学会学術集会において発表した。

著者資格

KI はデータ収集と分析および論文作成、AT と RO はデータ分析、AT は研究の着想から研究プロセス全体への助言を行った。すべての著者が最終原稿を読み、承認した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

- Broom,C., Shirk,M.J., Pehrson,K.M.,et al. (2008).Perspectives in psychiatric consultation liaison nursing; Psychiatric-mental health-advanced practice nurses;Transforming nursing practice. Perspectives in Psychiatric Care,44 (2),131-134.
- Gaul,C.E.,& Farlcas,C. (2007). Perspectives on Psychiatric Consultation Liaison Nursing—Public Health and Mental Health: A Model for Success—Perspectives in Psychiatric

- Care,43 (4),227-230.
- Jones,C.J.,Creedy,D.K.,& Gamble,J.A. (2011).Australian midwives' knowledge of antenatal and postpartum depression: a national survey.Journal of Midwifery & Women's Health,56 (4),353-361.
- 上別府圭子, 杉下佳文, 栗原佳代子, 他 (2010). 周産期のメンタルヘルスと虐待予防のための育児支援システム構築に関する研究 (1) - 地域母子保健からの検討. 子どもの虐待とネグレクト, 12 (1), 61-68.
- 上別府圭子, 山下洋, 栗原佳代子, 他 (2007). 地域保健スタッフの母子精神保健活動を支援する研修の評価. 小児保健研究, 66 (2), 299-306.
- 公益財団法人児童育成協会 (2020). 子育て中の親の外出等に関するアンケート調査【結果サマリー】. <https://www.kodomo-shiro.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/04/research2019.pdf> (2022年7月24日検索)
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 (2014). 子育て支援策等に関する調査2014報告書概要. https://www.murc.jp/uploads/2014/12/diversity_kosodate_fubo_gaiyou.pdf (2022年7月24日検索)
- 野末聖香 (1994). リエゾン精神看護におけるコンサルテーションの機能とその効果. 聖路加看護大学大学院看護学研究科博士論文, 1-155.
- 荻野雅, 武井麻子, 稲岡文昭, 他 (1997). わが国の精神看護学教育の実態. 日本精神保健看護学会誌, 6 (1), 12-25.
- 大谷利恵, 高橋秋絵, 植田奈津実, 他 (2019). 心理社会的ハイリスク妊産婦に訪問指導員としてメンタルヘルス支援を行う看護職が感じる困難. 日本精神保健看護学会誌, 28 (2), 69-78.
- Orsolini, L., Valchera, A., Vecchiotti, R., et al. (2016). Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 138.
- Takeda, S., Takeda, J., Murakami, K., et al. (2017). Annual Report of the Perinatology Committee, Japan Society of Obstetrics and Gynecology, 2015: Proposal of urgent measures to reduce maternal deaths. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 43 (1), 5-7.
- 玉木敦子 (2020). ハイリスク妊産婦への訪問指導員の役割と課題. *精神科治療学*, 35 (10), 1081-1085.
- 友田明美 (2019). 子ども虐待と脳科学: アタッチメント (愛着) の視点から. *小児保健研究*, 78 (6), 519-524.
- Underwood,P.R. (1995). コンサルテーションの概要-コンサルタントの立場から. *インターナショナルナーシングレビュー*, 18 (5), 4-12.
- 渡邊博幸 (2018). 精神科医は, 母子保健とどのように連携していくのか? - 松戸市の取り組みを例に -. *精神神経学雑誌*, 120 (1), 52-59.
- 吉岡京子, 笠真由美, 神保宏子, 他 (2016). 精神疾患を有する特定妊婦の特徴とその関連要因の解明. *日本ヘルスサポート学会年報*, 2, 1-10.

Significance of receiving mental health training and consultation for visiting nurses providing support to pregnant and postpartum women at high risk of psychosocial problems

Kumiko Ichikawa, Akie Takahashi, Rie Otani, Atsuko Tamaki

Abstract

The purpose of this study was to clarify the significance of receiving mental health training and mental health consultation for visiting nurses providing support to pregnant and postpartum women at high risk of psychosocial problems. A qualitative descriptive analysis was conducted with semi-structured interview data from seven visiting nurses. The results showed that the fluctuations and uncertainties that the visiting nurses had about mental health support for pregnant and postpartum women at high risk of psychosocial problems were replaced by the following positive effects of mental health training and mental health consultation: acquisition of mental health support skills, promotion of understanding and involvement with pregnant and postpartum women at high risk of psychosocial problems, objective evaluation of their support, reduction of psychological burden, and ripple effect on the team. In addition, the study suggested the necessity of providing educational support on mental health to visiting nurses, building a continuous mental health consultation system, and assigning psychiatric nurses to community maternal and child health care.

Key words : pregnant and postpartum women at high risk of psychosocial problems, visiting nurses, mental health training, mental health consultation

