

妊産婦への心理的支援の現状について

橋本 優花里

福山大学人間文化学部心理学科

キーワード：子育て支援、妊産婦、心理的支援

はじめに

少子高齢化が懸念される昨今、行政的な子育て支援が次々と展開されている。子育て支援は、少子化対策と連動しており、育児を支援し、子を生み育てやすい環境づくりをすることで少子化の進行に歯止めをかけようとするものである。国民の高学歴化のなかで、特に女性の高学歴化が進み、それに伴って女性が結婚や子育てより仕事に価値を見出すようになったことにより、少子化が進んだといわれている(平山, 2002)。そこで、従来の子育て支援は、仕事と子育ての両立を図ることに焦点を当てた施策が実施されてきたわけである。厚生労働省は、2005年に第4回21世紀成年者縦断調査(国民の生活に関する継続調査)を実施しており、対象となった夫婦の3年間の子ども出生状況や子どもを持つ意欲の変化を明らかにしている(厚生労働省, 2007)。この調査によれば、子どもがいなかった夫婦は、妻の仕事が正規の場合に40.7%に第1子が生まれていること、また、第1子が生まれる割合は、育児休業があり、かつそれが利用されやすい雰囲気の場合に高いこと、夫の休日や家事・育児時間が長いほど第2子が生まれる割合が高くなること、子どもが1人いる夫婦では、妻の職場に育児休業制度があると更に子どもが欲しいと感じていることなど、経済的に安定し、育児と仕事が両立できる環境が整っていれば、子どもを持つ割合が高くなる傾向が示されている。また、平成17年度児童関連サービス調査研究等事業における子育て家庭の経済状況に関する調査研究では、子育て費用の実態把握と子育てに対する経済的負担感の意識について検討されている(子ども未来財団, 2006)。この調査によれば、子どものいる家庭は、家庭所得の高低によらず、いない家庭に比べて家計が苦しいと感じる割合が高く、また、養育費の負担感は子どもをもつかどうかの判断にも影響していることが明らかになっている。これらの結果は、これまでの少子化対策の方向性が正しかったことを裏付けるものであるが、実際には、少子化傾向に変化はないのが現状である。先の家庭の経済状況に関する調査研究では、子育てにたいする負担感には、経済的なもの以外に子どものしつけや子どもへの接し方といった、心理的な負担が多く含まれていることも明らかになっている。

2001年から2010年まで、健やか親子21運動という国民運動が実施され、関係機関や団体において様々な取り組みがなされている(<http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/abstract.html>)。これは、21世紀へ向けての母子保健の問題解決への提言であり、その中には心の健康に重点をおいた子育て支援がある(平山, 2002)。つまり、これまでの主として出産後の環境調整を行っていた子育て支援から、出産前後の不安軽減といった心理的支援までも含んだものへと変わってきつつあるのである。妊産婦は、初産婦、経産婦に限らず、妊娠、出産、産後のいずれの時期においても多少とも何らかの不安と恐怖を感じる。そして、その不安は医療の進歩によって、妊産婦、胎児、新生児の死亡率が著しく低減しても、解消されるものではない(河村, 2002)。また、産後うつ病の問題にも見られるような、重篤な心理的状態が引き起こされることもある。

行政的な取り組みもあって、わが国の育児環境は徐々にではあるが充実しつつあるといえよう。しかしながら、安心して子どもを生み、ゆとりをもって子を育てるための心の支援の充実は、まだ始まったばかりである。本稿では、新しい子育て支援の方向として、妊産婦の心理的支援に注目する。最初に、国の子育て支援策の移り変わりを概観した後、それに伴って行われてきた様々な専門家の取り組みを紹介し、妊産婦の心理的支援の課題について考える。

行政的な子育て支援の経過

まず、これまでの行政的な子育て支援の取り組みを概観する。1990年、わが国の合計特殊出生率が1.57という過去最低の数値を記録した。この数値は、ひのえうまという特殊要因により過去最低であった1966年の合計特殊出生率1.58を下回っており、その衝撃から1.57ショックと呼ばれている。わが国において、子育て支援対策の検討がなされ始めたのは、この1.57ショックが契機となっている(内閣府, 2005)。1994年、子育て支援の最初の具体的な計画として、エンゼルプランが策定された。エンゼルプランは、国や地方公共団体をはじめ、職場や地域社会も含めて、社会全体で育児を支援するための10年間の取り組み計画であった。エンゼルプランでは、保育所の量的拡大や低年齢児保育や延長保育などの多様な保育サービスの充実や子育て支援センターの整備が、緊急保育対策等5か年事業として進められた。その後、エンゼルプランと緊急保育対策等5か年事業の見直しとして、1999年、新エンゼルプランが策定され、2004年までの5年間続いた。新エンゼルプランは、保育サービス関係だけでなく、雇用、母子保健、相談、教育などの事業も加えた幅広い内容であった。

2002年、それまでの子育て支援が、仕事と子育ての両立支援の観点から、特に保育に関する施策中心であったのにたいして、家庭や地域社会全体での総合的な取り組みを促すべく「少子化対策プラスワン」がまとめられた。そして、少子化対策プラスワンで掲げられた取り組みの方向性は、次世代育成支援に関する取組方針となり、次世代育成支援対策推進法の制定へとつなげられた。また、次世代育成支援対策推進法の制定と時期を同じくして、少子化対策基本法が制定され、これにより、少子化社会対策大綱が策定された。この大綱では、子どもが健康に育つ社会、子どもを生み、育てることに喜びを感じることでできる社会への転換を喫緊の課題とし、少子化の流れを変えるための具体的な施策が掲げられている。しかしながら、このような対策にもかかわらず、2005年には合計特殊出生率が1.26と更に低下し、少子化が進行した。このような急速な少子化の進行に対処し、少子化対策の抜本的な拡充、強化、転換を図るため、2006年には、新しい少子化対策の概要が決定された。この対策は、家族・地域のきずなの再生や社会全体の意識改革を図るための国民運動の推進を強調していること、親が働いているかいないかにかかわらず、全ての子育て家庭を支援するという観点から子育て支援策の強化を打ち出していること、子どもの成長に応じて子育て支援のニーズが変わっていくことに着目し、妊娠・出産から高校・大学生期に至るまで、年齢進行ごとの4期に分けて子育て支援策を掲げていることに大きな特徴がある(内閣府, 2007)。特に、子どもの成長に応じた支援では、妊娠・出産といった子どもが生まれる前の支援も含まれており、その点は特筆に価する。つまり、子育て支援の出発点は子どもが生まれた後の支援であったが、その経過の中で、子どもが生まれる前の支援までも含まれるようになってきているのである。

上記の少子化対策に関連して、先述のように、2001年から2010年まで、健やか親子21運動という国民運動が実施されている。この国民運動では、1)現在の母子保健の水準の維持、2)20世紀中に達成し切れなかった課題の克服、3)21世紀に更に深刻化することが考えられる新たな課題への対応、そして4)これから取り組むべき課題の探求という4つの視点から、①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進、妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と赴任への支援、小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備、②妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援、③小児保健医療水準を維持向上させるための環境整備、④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減という4つの課題が掲げられている(中村, 2002)。そして、さらにその下に具体的な61の指標が設定されており、種々の取り組みの成果が具体的に評価されるようになっている。妊産婦の心理的支援については②と④において示されており、②については、産後うつ病の発生率の低減が、④については、子育てに自信が持てない母親の割合や子どもを虐待していると思う親の割合の減少などが具体的な指標として取り上げられている。2005年の中間報告においては、産後うつ病の発生率および子育てに自信が持てない母親の割合や、子どもを虐待していると思う親の割合はともに減少傾向を示している(「健やか親子21」推進検討会, 2006)。

妊産婦にみられる心理的問題

利島(1987a, 1987b)において指摘されるように、妊婦の心理的状态は、妊娠期間において一定の節目をもって変化する。また、周産期におけるホルモンの変動が精神機能の変化に影響を及ぼすとする報告にもあるように(網野・松永・隅, 2004; 柳田・諸川, 2005), 妊娠・出産が心身の変化を促すことは明らかであり、これらの変化は、産前・産後うつ病や育児不安といった具体的な問題として顕在化する。しかしながら、妊産婦の心の問題について省みられるようになってきたのは、先述の施策の経過においても明らかのように、最近のことである(河村, 2002)。近年、妊産婦の心理的支援は、主に産科医、小児科医、助産師、看護師などによって検討されてきている。ここでは、妊産婦の心理的問題について、産前産後のうつ病を中心にまとめる。

岡野(2007)によれば、妊娠・出産における精神疾患に関する研究は、1980年代から精神疾患の病態モデルとして、様々な分野からのアプローチが試みられてきた。産前うつ病については、妊娠期特有の生理学的身体症状の変化(睡眠障害、食欲低下、意欲の低下など)とうつ病の鑑別が難しいことや病態も軽症で状況依存的事であることから、その有病率は低いと考えられてきた。しかしながら、最近の米国の調査では、妊娠期のうつの有病率は、非妊娠期の女性と比べて高く、12~13.5%であることが示されている(岡野, 2007)。また、Kitamura, Shima, Sugawara, & Toda(1993)による日本の調査でも、調査対象120人の妊婦のうち16%がうつ病を発症し、その半数以上は妊娠初期に発症したことが明らかになっている。そして、これまでの研究から、産前うつ病には、幼少期の喪失体験や望まない妊娠、ソーシャルサポートの欠如など、心理社会的な要因が主に影響していることも明らかになっている(Kitamura, Sugawara, Sugawara, Toda, & Shima, 1996; Kitamura, Toda, Shima, Sugawara, & Sugawara, 1998a; Kitamura, Toda, Shima, Sugawara, & Sugawara, 1998b)。

産後うつ病は、罹患率が10-15%といわれ、非産褥期の女性と比較した研究では、産褥早期の発症頻度は非産褥期の女性に比べて3倍高いことが示されている(岡野, 2007)。産後うつ病の症状としては、1)抑うつ気分、2)日常の満足できる活動においての興味の消失、3)集中困難、決断ができない、4)イライラして落ち着かない、物分りが悪くなった、5)全身倦怠感、6)睡眠や食欲の障害、7)厭世的になったり、自殺年慮がしばしば起こる、8)自責的となり、自分が無価値なものと思う(特に、母性や子育てに自信をなくす)、9)子どもの病気などに過度に不安になるといった症状が4週間以上続く場合をいう(岡野, 2002)。産後うつ病は、母子関係や子どもの発達などについて短期的~長期的な望ましくない影響を与え(中野, 2000)、母親の育児行動とともに悪循環に陥ることが明らかになっている(岡野, 2007)。これまでの研究から、産後うつ病の危険因子については、産前うつ病、育児ストレス、産前の不安、ソーシャルサポートの欠如、望まない妊娠などが挙げられている。吉田・上田・山下は、中野(1999)の一連の研究の一部として、初産婦145名の妊娠後期から産後1ヶ月までについて、産後うつ病の危険因子と抑うつ状態得点の関連性を助産師による面接とアンケート調査により検討している。その結果、産後1ヶ月目の抑うつ状態得点には、妊娠後期の不安、マタニティ・ブルーの程度、子育ての困難、月経前緊張症、若年期における母親からの被虐待経験が影響していることが明らかになり、産後のメンタルヘルスケアには、産後すぐの精神状態や育児の困難性についての確認のみならず、詳細な生活史聴取の必要性が示唆された。

一般的に産後うつ病と混同されやすいものに、マタニティ・ブルーがある。マタニティ・ブルーとは、出産直後(産後3~5日)に、涙もろさ、抑うつ気分、不安、緊張、集中力の低下、焦燥感などの精神症状と、頭痛、疲労感、食欲不振などを主要症状とする情動障害であり、産後の急激な内分泌変動に伴って発生すると考えられている。日本人における発生頻度は25~50%程度で、産後1週間以内に自然に消失するため治療を必要としない(岡野, 2002)。しかしながら、退院後も継続する場合や再燃する場合は、産後うつ病へ移行するケースもあるため、注意が必要である。

産後うつ病は、その経過が短いにも関わらず、愛着障害や児童虐待の素地となりうる可能性も示唆されており、

介入や援助が強く求められている(北村, 2006)。岡野(2007)によれば、産前産後のうつ病の治療では、通常のうつ病と同様に薬物療法と心理的介入が行なわれるが、産前のうつ病において、妊娠期初期は投薬によるリスクを伴うため、心理的介入が中心とされる。また、産後うつ病においても、投薬中の母乳哺育が乳幼児に与える長期的な影響は明らかになっていないことから、慎重になされなければならない。産後うつ病にたいする心理的介入については、認知行動療法、対人関係療法、グループによる心理教育、カウンセリング、ピア・サポートなど様々な報告があるが、方法を問わずそのほとんどにおいて有効性が示されている。

近年、産後うつ病にたいする予防的な心理的介入の効果の有効性が検討されている。これについては、方法的な制限から研究自体が少ないが(岡野, 2007)、新井・高橋(2006)は、産後うつ病にたいする予防的介入研究についてシステマティック・レビューを行い、その効果を検討している。その結果、11件の研究が抽出され、そのうち、心理療法を行なった3件と情報提供を行なった1件に効果が認められている。3件の心理療法の内容は、産後うつ病の危険因子を持つ母親への母親役割の葛藤にたいする対処方法の教授、ソーシャルサポートの獲得方法の教授、産後の過ごし方などをテーマとした話し合いにもとづく心理療法であった。このことから、新井・高橋(2006)は、産後うつ病の予防的介入として、産後うつ病の危険因子をもつ母親を対象とした心理療法が効果的であることを示唆している。

専門職による妊産婦への心理的支援の現状

産後うつ病は産前の不安やうつ状態と大きく関連し、妊娠期の母親のストレスや不安は胎児の器官・先天形成異常、分娩時の合併症(低体重、早産)、出産後の子どもの社会的発達に関連するなど、妊娠期の心理的状態が母子の心身の健康や発達に与える影響が指摘されている。また、利島(1987b)によれば、妊娠期の心理状態と出産後の母子の絆について調査した結果、初産婦では、妊娠期の望ましくない心理状態は出産後の母親の心理状態にも大きく影響し、妊娠期において胎動に否定的な情動反応を示した妊婦ほど、子どもを初めて見たときの不快感が強く、育児を楽しめない傾向が示された。一方、経産婦では、胎動や体型の変化に否定的であればあるほど、分娩を困難と感じ、子どもを初めて見たときの不快感や母親役割への不安感を持ち、産後の不全感やイライラが強い傾向が示された。このように、産前の心理状態が出産後の母子の心身の状態に大きな影響を与えることを考えると、産後のみならず産前の心理的支援の重要性は明らかである。

利島(1987a, 1987b)は、母性形成に関する一連の研究から、そのプロセスを妊娠初期、中期、後期に分け、女性の発達過程としてとらえている(表1)。そして、妊娠期に見られる不安や混乱は、発達過程における危機に相当し、妊娠気の10ヶ月間を通してそれぞれの危機を克服することが、精神的な成長につながるとする。そして、利島(1987b)は、このような女性の妊娠・出産およびそれに伴う心理的危機への心理的支援を行なうドゥーラの必要性を主張している。ドゥーラとは、出産する母親の心身を支援する仲間のことを指し、ドゥーラが与える心理的効果をドゥーラ効果と呼ぶ。利島(1987b)は、わが国におけるドゥーラの役割を果たす専門家として、助産婦や保健婦を上げており、ドゥーラが行なうプレグナナシー・カウンセリングの重要性を説いている。

助産師による妊産婦への心理的支援については、これまでいくつかの大規模な厚生科学研究が行なわれている(たとえば、中野, 2000; 北村, 2006)。中野(2000)は、初産婦290例を対象として、助産師が支援を要するハイリスク妊産婦を抽出するシステムを構築するために、個人面接とアンケート調査によって精神疾患診断を行い、妊娠8ヶ月～分娩後3ヶ月に至るまでの追跡調査を行なった。個人面接の実施者は、各施設の助産師であり、構造化面接の専門研修を受けた者であった。一連の流れは、アンケート妊娠後期と産褥1～5日、および産後1ヶ月と3ヶ月に行い、面接を妊娠後期に1回および産後1ヶ月と3ヶ月の2回、計3回行なった。アンケートでは、不安とうつの評価尺度(hospital anxiety and depression scale)、マタニティ・ブルーズの評価尺度、およびエジンバラ産

後うつ病尺度を使用し、面接では、精神疾患診断のための構造化面接と助産師による助言やカウンセリングの非構造化面接を行なった。この結果、産前産後ともに30%以上のうつ病や不安障害が特定されたとともに、それに伴った積極的支援が行なわれた結果、症状の軽減も認められた。また、中野(1999)の研究協力者である吉田・上田・山下は、妊娠後期からの助産師の積極的関与(担当助産婦制、1時間にわたる面接など)が産後うつ病の発症の低減につながった調査も報告している。

中野(2000)の一連の研究は、産後うつ病の発症にたいする助産師の支援を検討したものであったが、北村(2006)は、助産師による妊娠期間中の支援が産後うつ病の重症度に与える予防効果の研究を行なっている。北村(2006)は、先行研究において心理療法的アプローチが有効であった Zlotinck et al. (2001)の研究をもとに、4回のグループセッションと8回の個別の心理面接による介入を行なった。グループセッションと個別面接は、心理的援助を促すものであり、講習を受けた看護師または助産師によって行なわれた。介入の効果は、産後うつ病の重症度、愛着障害、子どもへの虐待的養育、妊娠期間中の不安状態・抑うつ状態の4側面から評価され、この結果、介入群における産後3ヶ月の産後うつ病尺度の得点が有意に低下することが見出された。

表1 利島(1987a, 1987b)による妊娠期の母性形成プロセス

	内的環境	自己	外的環境			妊娠という発達の 危機のプロセス
	胎児		対人関係	物理	社会文化	
初期	身体的変化の認識。母の体になりつつあること。	理想的母親像のイメージアップ	母親との関係の再評価	新しい対象の認知		身体的変化の認識
中期	実感を伴った内的イメージの形成	母親役割への試み。位置づけと展望	母親との関係の再評価	関心の増大		期限つきモラトリアム
後期	現実的イメージの獲得と外的環境への移行	母親役割のメンタルリハーサル	安定した対人関係の獲得	認知的再構造化		対象との関係の変化、再構造化
テーマ	胎児の現実性の獲得	母親としての自己像の確立と受け入れ	出産・育児に必要な対象関係の獲得			母親役割を含んだ自我同一性の再確立

結語

本稿は、子育て支援の新しい方向性として、妊産婦にたいする心理的支援を中心に、これまでの施策や研究を概観してきた。国の積極的な取り組みにより、わが国の育児環境は徐々に改善されつつあるといえる。しかしながら、これまでの子育て支援対策は環境調整が中心となっており、妊産婦にたいする心理的支援については遅れをとっているのが現状である。妊産婦が抱える心理的不安やストレスが子どもの心身の発達に影響を与えるという事実や、産後うつ病が妊娠期における心理的介入によって予防できる可能性を考えると、妊娠期における心理的支援は、長期的で健全な母子育成をするための重要な課題である(岡野, 2007)。

現在、妊産婦にたいする心理的支援は、主に助産師や保健師がその役割を担うべく研究が行なわれているが、妊婦の健康管理や分娩に忙しい臨床現場における負担は大きいと考えられる。佐藤(2007)によれば、大分県では平成17年度より県下全域で、母親のメンタルサポートの充実を目指した母子メンタルサポート事業が行なわれて

いる。この事業では、①マニュアルに基づく周産期領域の精神障害・疾患の基礎知識の啓蒙、②産後うつ病スクリーニングを目的とした各医療機関へのポスター・パンフレットの配布、③褥婦に対する医療機関入院中、1ヶ月検診時および保健師訪問時の産後うつ病尺度の記入、④3~4ヶ月訪問検診を利用した産後うつ病尺度の記入および面談などの具体策を通じて、妊産褥婦にたいする心理的支援必要性および方法について各医療機関、患者本人および家族に啓蒙・啓発をはかると共に、行政面から財政的ならびに市町村、保険所との連携を指導している。しかしながら、大分県に見られるような妊産婦の心理的サポートシステムが全国のどの自治体にも存在するとは限らないし、個々の病院において積極的な支援を個別に行っている例もあるが、その内容等は病院によるところが大きいであろう。したがって、全ての妊産婦が同質・同量の支援を享受できているとはいえないのである。

妊婦にたいする心理的支援の検討はまだ始まったばかりであるが、妊産婦が抱える様々な心理的問題に種々の心理療法が効果的であることは明らかである。現在の心理臨床学においては、周産期領域での心理的支援を対象とした研究は少ない。しかしながら、種々の心理療法に精通した心理士が心の専門家として積極的に介入していくことで、周産期領域での心理的支援は心理臨床学の新しい一領域となりうるのではないだろうか。また、これまで、産科・小児科領域を中心に行なわれてきた妊産婦の支援について、心理の専門家に限らず、種々の専門家がそれぞれの専門性を生かした支援を確立することで、さらに充実した子育て支援つなぐと期待できる。多くの専門家の積極的なかわりが、これからの育児支援の課題の一つであろう。

引用文献

- 網野信行・松永秀典・隅 寛二(2004). ホルモン環境の変動と精神機能の変化 臨床精神医学, 33(8), 1003-1010.
- 新井陽子・高橋真理 (2006). 産後うつ病の妊娠期予防的介入におけるシステマティック・レビュー 母性衛生, 47(2), 463-473.
- 平山宗宏 (2002). 日本の育児の変遷 周産期医学, 32(増刊号), 385-388.
- 堀内 勁 (2002). 母親(両親)学級での小児科医の役割 周産期医学, 32(増刊号), 395-404.
- 「健やか親子21」推進検討会 (2006). 「健やか親子21」中間評価報告書
- 河村 堯 (2002). 母親学級 周産期医学, 32(増刊号), 101-104.
- 北村俊則 (2006). 周産期母子精神保健ケアの方策と効果判定に関する研究 平成 17 年厚生労働科学研究報告書
- Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M., & Toda, MA. (1993). Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychological Medicine*, 23 (4), 967-975.
- Kitamura, T., Sugawara, M., Sugawara, K., Toda, MA., & Shima, S. (1996). Psychosocial study of depression in early pregnancy.
- Kitamura, T., Toda, MA., Shima, S., Sugawara, K., & Sugawara, M. (1998a). Social support and pregnancy: I. Factorial structure and psychosocial correlates of perceived social support. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 52(1), 29-36.
- Kitamura, T., Toda, MA., Shima, S., Sugawara, K., & Sugawara, M. (1998b). Social support and pregnancy: II. Its relationship with depressive symptoms among Japanese Women. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 52(1), 37-45.
- 子ども未来財団 (2006). 児童関連サービス調査研究等事業報告書
- 厚生労働省 (2007). 第4回21世紀成年者縦断調査(国民の生活に関する継続調査)結果の概要
- 内閣府 (2005). 少子化社会白書 平成16年度版 ぎょうせい
- 内閣府 (2007). 少子化社会白書 平成18年度版 ぎょうせい
- 中村 肇 (2002). 「健やか親子21」とこれからの育児支援——出生前小児保健指導の持つ意味—— 周産期医

学, 32(増刊号), 389-394.

中野仁雄 (1999). 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 平成 11 年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究)報告書, 35-38.

中野仁雄 (2000). 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 平成 12 年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究)報告書

岡野禎治 (2002). 産後うつ病はマイナートラブルか? 周産期医学, 32(増刊号), 31-34.

岡野禎治 (2007). 妊娠・産褥期——最近の予防・介入に関する知見—— 日本臨床, 65(9), 1689-1693.

利島 保 (1987a). 話の聴ける助産婦の役割——プレグナシー・カウンセリングを考える—— 助産婦雑誌, 41(12), 1012-1016.

利島 保 (1987b). 妊婦の心理と母性形成過程 ペリネイタルケア, 6(5), 413-419.

柳田 浩・諸川由実代 (2005). 女性のライフサイクルとうつ病 治療, 87(3), 507-513.

The current state of psychological support to pregnant women

Yukari Hashimoto

This article summarizes the current status of childrearing support and proposes new direction of it. Up to now, the government measure of childrearing supports has strengthened the improvement of childrearing environment. However, psychological support to pregnant woman is very important task for childrearing support because psychological stress during pregnancy affect on fetal development. Furthermore, psychological support under the pregnancy has the possibility of preventing postpartum depression. Although mainly trained midwives and public health nurse support pregnant woman in local prinaltal support system, psychologist should be actively involved because psychotherapy is effective to psychological stress during prinaltal period.