

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

看護研究集録(2018.7) 平成29年度:46-49.

精神疾患を持つ夫婦に対する妊娠期からの継続支援

米澤 里奈, 新沼 美菜子,

精神疾患を持つ夫婦に対する妊娠期からの継続支援

キーワード：精神疾患合併妊婦、継続支援、多職種連携

旭川医科大学病院 周産母子センター 4階東ナースステーション 助産師 ○米澤 里奈 新沼 美菜子

I. はじめに

森らは、精神疾患を合併している妊婦および家族の援助について「妊婦および家族を多面的にとらえ、統一した治療・看護を行うためにも、看護師だけでなく、産科医・精神科医・助産師・保健師・ソーシャルワーカーなどの多職種でカンファレンスを持ち、チームとしてかかわるようにする」¹⁾と述べている。

今回、夫婦ともに精神疾患を抱えながらも、産後は家族からの育児支援を得られない事例を経験した。妊娠期から児の退院まで支援を行う中で、父親・母親役割獲得に向けての関わりや看護ケア、育児支援体制の整備に関して困難さを感じることも多かった。一方で、本事例での関わりを通して、精神疾患合併妊婦に対する継続支援の重要性と多職種連携の必要性を再認識することが出来た。

そこで、精神疾患合併妊婦およびその家族の継続支援において、必要な看護ケアと、多職種が連携して育児支援体制を調整していく上での看護師の役割について考察したので報告する。

II. 研究目的

本人が精神疾患を合併している事例に視点を当てた研究はあるが、夫婦ともに精神疾患を抱えている事例を分析・考察した研究は少ない。そのため、精神疾患を持つ夫婦の継続支援において、必要な看護ケアと、多職種が連携して育児支援体制を調整していく上での看護師の役割について明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：事例研究
2. 研究対象者：A 病院で妊娠管理していた女性で、精神疾患を合併している初産婦と統合失調症を持つ夫
3. 研究期間：2016年9月7日～2017年3月30日
4. データの収集方法・手順：対象患者について診療記録からデータ収集を行い、妊娠期から児の退院までの看護の振り返りを行う。
5. 倫理的配慮
本事例においては既に周産期における治療

および通院が終了しており、インフォームド・コンセントは省略した。研究データは研究目的以外に使用しない、また、個人が特定されることのないよう患者名はA氏、患者夫はB氏とし、プライバシー保護を遵守する。研究に使用するデータは厳重に保管し、研究者以外が閲覧出来ないようにした。

IV. 事例紹介

- ・妻 A 氏：30 歳代 女性 初産婦 不安障害、抑うつ状態

就職後人間関係が上手くいかず不安焦燥感、抑うつ気分、意欲低下が出現し、メンタルクリニックを受診し上記診断される。就業支援事業所で夫（B 氏）と知り合い結婚、妊娠した。家族は、市内在住の実兄を除いて遠方在住であり、実兄からも仕事の都合上育児支援は受けることが出来ない。

- ・夫 B 氏：40 歳代 統合失調症

統合失調症のため、通院・治療中である。精神障害者手帳 2 級で訪問看護も利用している。睡眠薬を内服しており、B 氏が夜間のサポートをすることは困難である。現在は無職で生活保護受給中であつた。家族とは絶縁状態である。

- ・C 氏：夫婦の居住するアパートの大家

B 氏が受診中の病院が経営するグループホームの施設長で精神保健福祉士である。B 氏が過去に同グループホームを利用していたため現在も夫婦の支援を行っている。今回の妊娠、出産に関しても相談を受けており、今後もサポートを行う予定であつた。

【妊娠発覚から A 病院搬送までの経過】

妊娠 27 週に出血と頸管長短縮あり前医に入院し子宮収縮抑制薬の持続点滴が開始となった。入院翌日に不眠を訴え、不穏、不安感も強い様子だったため、精神科受診となり薬物療法が開始された。入院後数日間は切迫早産の病状落ち着いていたが、妊娠 28 週に再び切迫早産の悪化がみられ、A 病院に母体搬送となった。

V. 看護実践と結果

母体搬送後から児の退院までの経過を表 1 に示す。

表 1 母体搬送から児の退院までの経過

A 氏・B 氏の状態・反応	アセスメントと実施したケア
---------------	---------------

【母体搬送から分娩まで】

搬送時表情乏しく、強い動揺と不安から流涙し、視線が合わず、会話がかみ合わないこともあった。服薬を継続し、環境の変化にも慣れたことで精神状態は安定した。

また、入院時よりB氏はスタッフにも自らの希望などを積極的に伝えることができていたが、A氏はスタッフが確認するまで希望などを口に出せず我慢していることもあった。

入院時より、B氏から産後に利用出来る社会資源について質問があった。退院後のサポート体制については、頼れる身内がおらず、社会資源を活用して夫婦二人で子育てしていくつもりと話していた。また、夫婦は経済的心配があり、助産施設の利用の希望があった。

夫婦は、前医で母親学級を受講していたが、再度沐浴やLDRの見学などを実施したいという希望があった。

搬送後は点滴治療と安静で切迫早産症状落ち着いており、妊娠 34 週から点滴減量したところ35週で自然破水し、4日後に陣痛発来、分娩に至った。その間も陣痛の痛みなどに関する不安がみられ落ち着かない様子があった。

【分娩からA氏退院まで】

分娩中は、緊張している様子はあったが、スタッフが側につきそうことで、上手に深呼吸などを行うことが出来ていた。

分娩直後は精神状態が不安定で緊張と不安が強い状態であったが、児と触れあうことで時折笑顔もみられていた。児は早産低出生体重児で無呼吸発作もみられ継続保育治療室（以下、GCU）入院となった。分娩翌日、児の状態や治療についてインフォームド・コンセントを実施した際には「昨日からいろんなことがあってぐちゃぐちゃですね。」と話し、混乱している様子があった。

産後数日間は気分の浮き沈みは大きいですが、比較的落ち着いた様子で過ごしており、内服薬も中止となる。GCUの環境に慣れない様子があり落ち着かない印象はあったが、積極的に面会に通っていた。面会中はスタッフからは目をそらしているが、児の名前を誦んだり、児のしぐさをみて微笑んだりする姿も見られ、抱っこや授乳などの育児手技を身につけていった。

産褥4日目には今後、睡眠薬は飲まずにA氏が夜間の育児を行うと話していた。B氏は毎日睡眠薬を内服しており、夫婦間では具体的な役割分担の相談はしていなかった。

産褥7日目より育児に伴う疲労や焦燥感から不眠や情動不安定が認められ、思考もまとまらない様子があり、薬物療法が再開となった。妊娠中からの長期入院もあり心身共に限界を迎え、「夫の元に戻り気持ちを立て直したい」と流涙しながら訴えがあった。

<精神疾患をもつ夫婦の特性を踏まえた看護>

入院当初のA氏の様子から、環境の変化に対応することが困難であり、それが原因で精神状態が悪化していると考えられた。そのためプライマリーナースは部屋担当の時以外にも、勤務の際はA氏の病室を訪問し、コミュニケーションの機会を設けた。また、A氏は自ら発言することは少ないが、スタッフから声をかけると少しずつ不安や自らの考えを話すことができていたため、時間をつくり話を聴く機会を設けた。

母親学級については前医で受講しており、沐浴見学やLDR見学、分娩経過と産痛緩和の方法を説明した。また、早産となる可能性を考慮して新生児集中治療室（以下、NICU）のオリエンテーションもNICUスタッフに依頼して実施した。

自然破水後は、今後の経過に関する不安や緊張が強くなる様子もあった。そのため、スタッフが産痛緩和ケアを紹介したり、そばに付き添って痛みや不安を軽減したりしていくことを伝えた。

<多職種連携・社会資源の活用の調整>

家族による育児支援を得られないことから社会的ハイリスクと判断し、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）に情報提供、夫婦との面談の調整を行う。また、MSWとの面談は、プライマリーナースも同席の上実施した。面談ではMSWより出産後に利用出来る社会資源について情報提供が行われた。またその面談の中で、夫婦にとってC氏がキーパーソンであることが明らかになった。そのため、37週以降に分娩となる場合には、助産施設である前医に戻って分娩する予定となった。

<精神疾患をもつ夫婦の特性を踏まえた看護>

インフォームド・コンセントの際には、説明などの理解度を確認した。分娩後数日は本人の心身の状態も整っていなかったため、夜間は休息をとれるように本人と相談した。

心身の疲労はある様子だが、慣れない環境であるGCUへも面会に通うことができていた。GCUスタッフとの関わりには戸惑う様子も見られていたが、児に声をかけたり児のしぐさをみて微笑んだりしていることから児への愛着は良好であると考えた。

産後4日目のA氏の発言から、母子分離状態で夜間の育児のイメージが付かず、退院後の生活について具体的な役割分担などをB氏と相談出来ていないことが分かった。産後の不眠から疲労が増強し精神状態の悪化につながる可能性もあることを伝えた上で、本人の意思を尊重し、夜間の授乳や育児などは本人と児の状況をみながらスタッフと検討していく事を提案した。

産褥7日目には、夫婦ともにA氏のみでの退院を希望された。育児行動についてはまだ夫婦のみでは自ら主体的に判断したりして行うことは難しく、父親母親役割の獲得は十分に進んでいなかった。しかし、児への愛着形成は良好に進んでいたこと、精神的な安定を優先することが児にとってもよい影響を与えると考えられたため、夫婦の意思決定を尊重し、母子同室は中止することとなった。一旦A氏は退院し、児はGCUで入院継続、自宅から面会に通うこととなった。

<多職種連携・社会資源の活用の調整>

A氏入院中に、新生児科医師・産科医師・病棟薬剤師・MSW・産科看護スタッフ・GCU看護スタッフ合同のカンファレンスを開催した。カンファレンスでは育児手技獲得状況・退院後のサポート・経済的心配、A氏の精神状態について情報共有を行った。その結果、A氏の入院を延長して母子同室し、育児手技獲得と社会的サポートの整備を行ってから退院とする方針となった。退院後の養育支援体制として訪問看護活用が考えられること、他利用できる社会資源はないことも含めてMSWから精神科医師へ相談し、A氏も訪問看護を導入することとなる。

<p>【退院後から児の退院まで】</p> <p>精神状態は落ち着いてきているが、まだ万全ではないようだった。児は退院可能な状態であるが、B氏からは「本調子に戻るには2～3週間は要する、身体的にも精神的にも回復してから病棟にて児と同室、退院を目指したい。」と発言があった。児への面会は1日おきに夫婦揃って来ているが、本人たちの体調が整わないことや人が多い環境に対する緊張もあり短時間で帰宅することが多かった。</p> <p>退院後の育児支援体制に対してB氏は、育児支援を行うNPO法人と契約し、夫婦二人で育児を行っていくと話したが、利用出来るのは生後6ヶ月以降であり、A氏は退院後の育児やサポートが得られないことに対して不安を抱えている様子があった。</p> <p>児の退院前に母児同室を行った際には、「児が泣き続けたことでパニックになった。」と話していたが、スタッフにナースコールし、困った時には支援を求めることができていた。</p>	<p><精神疾患をもつ夫婦の特性を踏まえた看護></p> <p>面会日毎に習得してもらいたい育児手技を定めてスタッフ間で共有し、短時間でも充実した面会時間となるよう計画した。</p> <p>退院前の母児同室では、夫婦一緒に過ごしていたが、B氏は夜間睡眠薬を内服しており、主体となって育児行動をとっているのはA氏であった。母児同室中の様子からは困った時には支援を求めることができていると判断し、ある程度の他者の支援があれば育児を継続できると判断し、退院に至った。</p> <p><多職種連携・社会資源の活用調整></p> <p>児の退院前に、新生児科医師、精神科医師、産科・GCU 師長・助産師2名、MSW、訪問看護ステーション看護師、C氏で合同カンファレンスを実施した。退院後はA氏の訪問看護、C氏の定期訪問等で見守り、育児が継続困難となった場合は児童相談所へ通告を行うこととなった。保健師に今後の哺乳量、予防接種、体重増加具合等児の成長に伴う相談対応を依頼し、退院後1週間以内に訪問と継続的な支援を行ってもらおうよう調整している。</p>
--	--

VI. 考察

1. 対象の強みを生かした支援の重要性

精神疾患を合併している妊婦はA病院にも多くいるが、本人や家族の病識が乏しく、産後の育児に危機感を持っていないと、社会資源の活用を拒むケースもあり、退院支援に難渋することも多い。今回の事例では、夫婦ともに精神疾患患者であることについての病識があり社会的サポートに対する受け入れが良好、自分達が困難に感じていることをB氏が中心となって医療者に表出し、入院当初からMSWの面談を希望したり、NPO法人との契約をしたりするなど、サポート体制を調整しようとする積極性がみられた。夫婦自ら妊娠、育児に関する不安を表出できること、必要なサポートを求められることは、この夫婦にとって強みであったと考える。

産後は夫婦が実際に育児を経験し、退院後具体的にどの様なサポートが必要か納得した上で、支援を求められるように関わった。また、児の退院前にA氏が先に退院して自宅に戻るにより、まずは慣れ親しんだ環境への安心感と休息時間の確保が図られ、夫婦の精神症状悪化を防ぐことが出来た。その結果、夫婦は自分達のペースを守りながら児と向き合い、父親・母親役割を獲得し、夫婦自らが意思決定しながら育児を行っていくことが出来たと考えられる。

2. 精神疾患を持つ夫婦に対する看護

出口は精神科チーム医療における看護師の役割について「近年までの診療補助的な役割を見直し、

急性期・慢性期のいずれであっても患者のベッドサイドで行う看護援助が最も重要な業務だという認識を持たなければならない²⁾と述べている。本事例においては環境変化への適応が困難なA氏に対し、訪室回数を積極的に設けるなど精神状態を安定させるためのケアを行った。また育児技術の習得に向けては、前医で母科学級を受講していたが、早産となる可能性を考慮して、A病院でも産前教育を行ったことで、分娩中A氏は落ち着いて分娩に臨めたと考えられる。また産後は、夫婦の限られた面会時間を有効に活用するために、夫婦の状況に合わせて支援方法を工夫した。夫婦の面会時間は短時間であり、児と一緒に過ごすことのできる時間は限られていた。夫婦ともに精神疾患を抱えており、児の反応をみながら育児を行ったり、あやしたりするという育児行動をとれるようになるまでには、通常の両親と比較すると時間を要していた。そのため、面会日毎に夫婦に習得してもらいたい育児手技を定めたことで、限られた面会時間を有効に活用することができた。また、退院前に母児同室を行ったことで、日中の児の様子だけを見ていた夫婦が、夜間の児の様子を知ることができていた。自分たちの睡眠時間などを考慮しながら育児行動を経験出来たことは、退院後の育児のイメージや問題点を明確にすることにつながった。

これらの援助は、日々患者のベッドサイドでケアを行い対象者の特徴や現在の状況を把握することのできる、看護職者の専門性を反映したものであると考える。精神疾患を持つ妊・産・褥婦およびその家族に対して継続的に支援していく上で、看護職はその症状の安定や妊娠・分娩・産褥各期

における知識提供や、父親・母親役割獲得に向けて個別性を生かしたケアを提供することが重要な役割の一つであると考えられる。

3. 精神状態を考慮したケアの必要性

本事例においては、産後早期の本人の精神状態の悪化の可能性を予測していながらも、GCUへ面会に行くという環境の変化や、スタッフとの関係構築によるストレスを考慮したケアを実施できていなかった。分娩後、児が早産低出生体重児でありGCUへ入院となったことは、A氏にとってストレスになっていたと考えられる。思っていたように児のそばにいられないことやGCUという不慣れた環境に自ら足を運ばなくてはならないことは精神疾患を持っていなくても、精神面に大きな負担となる。本人の気持ちを考慮して、A氏がGCUへ面会に行くときには、産科スタッフが付き添うなどの対応も行っていたが、授乳や育児手技の獲得に向けてのケアはGCUスタッフが中心となって支援することも多かった。慣れない環境やGCUスタッフとの関係を改めて構築しなくてはならない状況が、A氏にとってストレスとなり心身共に限界を迎えたことが、産後の育児を困難にさせていた。

入院からの経過も長く、本人のパーソナリティの把握もできていたことから、A氏がGCUに面会に行く際は産科スタッフがそばに付き添う時間を長くしたり、B氏とともに面会に行けるよう時間を調整したりするといった、本人の精神状態とこれまでの経過を考慮したケアが必要であったと考えられる。

4. 多職種連携の必要性

中野らは施設助産師の育児支援の関わりにおいて「妊娠期から地域の関連機関とカンファレンスを開き早期から各機関の役割を検討し、計画されることで支援態勢が強化される。」³⁾と述べている。A病院では産後の入院期間はおよそ1週間であり、その短期間で母親の育児技術習得と退院後のサポート体制の整備を行わなくてはならない。ハイリスク症例においてはそのどちらにおいても時間を要するため、可能な限り早期から支援を開始することが望ましい。

本事例では、A氏入院後早い段階でMSWへ情報提供を行い、本人達も交えて面談の機会を設けることが出来た。そのため、夫婦は産後利用可能な社会資源について具体的な情報を得ることができスムーズな利用につながっていた。

また、キーパーソンの特定はサポート体制を整えていく上で非常に重要である。本事例は夫婦と

もに精神疾患を持つ中、双方の家族にサポーターとしての役割を期待することが出来ない稀な事例であった。早期から社会的ハイリスク症例であることを見極めたことで、キーパーソンがC氏であることを明確化することができた。

また、本事例では退院前に多職種間の合同カンファレンスを二度開催している。そのカンファレンスでは各々の持つ情報を共有し、その結果から今後の支援の方向性を定めた。関係職種での対応を統一出来たことで、夫婦の混乱を防ぐ効果が得られた。また、C氏や訪問看護ステーション看護師も同席したことで、入院中の夫婦の状況を伝えることが出来、より確実性の高い支援方策を検討することにつながったと考察する。

VII. 結論

精神疾患を持つ夫婦の継続支援において、必要な看護ケアと、多職種が連携して育児支援体制を調整していく上での看護師の役割ついて、以下のように考察する。

1. 精神疾患があっても、夫婦で考えて意思決定できるように支援していくことが重要である。
2. 妊娠期より継続的に支援を行い、夫婦の育児能力や生活リズムに合わせたケアを提供することで、父親・母親役割獲得を促進できるように支援していく必要がある。
3. 対象のパーソナリティを考慮し、精神状態の安定を図りながらケアをすすめていく必要がある。
4. 看護師は、妊娠期から社会的ハイリスク症例を見極め、早期に多職種・地域の関連機関と情報を共有し、分担することで支援体制を整備・強化する。

【引用・参考文献】

- 1) 森恵美、他：系統看護学講座専門分野Ⅱ 母性看護学各論、医学書院、p477、2012.
- 2) 出口禎子：ナーシング・グラフィカ精神看護学② 精神障害と看護の実践、メディカ出版、p141-142、2014.
- 3) 中野真紀、他：混迷を繰り返す母親と家族への援助—地域との連携を行って—、第40回日本看護学会論文集 母性看護 2009年、p120-122.