

家族を含めた精神疾患合併妊婦への関わり

Relation to the pregnant woman with mental disease and her family

西 4 階病棟

宮島利佳 太田まさえ 原ゆかり

〈要旨〉精神疾患を合併しながら妊娠・出産をする妊婦は年々増加傾向にある。疾患を抱えながら出産・育児をしていくことは家族のサポートが必要不可欠となる。今回、精神疾患合併の妊婦を受け持ち、妊娠中から出産、退院まで患者本人・家族と関わる機会を得た。外来初診時から家族を含めた関わりが必要と考えられたため、病棟でプライマリー体制を整え、家族の思いの変化に寄り添いながら関わる中で、家族の中でキーパーソンを決め自宅で育児をしていく環境が作れた。妊娠初期から一貫したスタッフが関わることで、家族との話し合いを重ねる中で、キーパーソンの決定が家族とともにでき、スムーズな退院につなげることが示唆された。

キーワード：精神疾患合併妊婦、受け持ち助産師、キーパーソン

I. はじめに

精神疾患合併の妊婦は、年々増加傾向にある。今回、精神疾患合併妊婦を受け持ち、妊娠中から出産、退院まで患者本人・家族と関わる機会を得た。家族を含めて出産・育児について話し合いを行う中で家族の意向に寄り添いながら関わることの大切さを学んだので、ここに報告する。

II. 目的

精神疾患合併の妊婦を受け持ち、患者・家族の希望を取り入れた妊娠・出産・育児への看護ケアについて振り返り、有効な援助について明らかにする。

III. 研究方法

診療録から対象患者の外来受診時の言動に対しての看護介入を抽出し、ケアについて振り返りを行う。

IV. 倫理的配慮

個人が特定されることのないような表記とし、情報の管理には十分に注意した。本研究は信州大学医学部医倫理委員会の審査を経て、医学部長の承認を得た。

研究をまとめるにあたり、義母へ目的を説明し承諾を得た。

V. 事例紹介

1. 患者本人

Aさん、30代女性、統合失調症、初産婦

20代で統合失調症を発症し、薬物療法で生活面・精神面の安定が保たれていた。妊娠中期に亜昏迷状態となり、他院精神科に医療保護入院。妊婦であるため、産科のある病院での管理が望ましいと考えられ、妊娠32週よりA病院精神科に管理入院となった。

妊娠中に意思疎通が困難で、不眠・不安・暴言がみられたため、妊娠34週から電気痙攣療法が施行された。特にトラブルなく、治療は終了。妊娠41週で自然陣痛発来し産科病棟へ転科、正常経膈分娩に至った。分娩直後より、精神科に転科。本人は、分娩後も入院継続が望ましいと考えられたため、自宅近くの病院へ転院となった。

児は正常経過をたどり、生後5日目に退院となった。

2. 家族背景

実母は精神科通院中。自分の生活で精一杯、育児面においてもサポートはできない状況。

入院前は、夫・義父母と同居。

義母は、デイサービスで週に3回パートをしている。義父は無職。夫は最近再就職し仕事が忙しく、育児サポートは難しい。家族の中では義母がキーパーソンであった。

VI. 看護の実際

1. 妊娠期の関わり

1) 産科初診時

産科初診時、Aさんは精神科医師2名に付き添われながら受診された。診察中は終始泣いており、質問に対しては頷くのみであった。自分の思いを伝えることが困難で反応が乏しく、1人での育児は不可能で家族を含めた関わりが求められると考えられた。病棟でプライマリーとして受け持ち助産師をつけた。

2) 精神科病棟への訪問

受け持ち助産師が病棟へ訪問を行い、Aさんと面談を実施した。妊娠中は、胎動があるか尋ねると「わからない。」「帰りたい。」と、胎児に対しての発言が少なく、母性が乏しい印象であった。

受け持ち助産師として勤務の日は精神科病棟へ訪問し、Aさんとの信頼関係が築けるように努めた。Aさんとの会話が成立しない日も多く、妊娠や育児について触れても反応が鈍かった。反応が乏しい時は、体調や思いを傾聴するような関わりを行った。時折、育児雑誌に目を向ける姿も見られたため、その時は児に対する思いを聞きながら関わった。

3) 産科カンファレンス

妊娠33週、34週、36週でチームカンファレンスを実施した。

スタッフが統一したケアが実施できるように、Aさんの状態・家族の思いについて情報共有を行った。また、医師との話し合いを行い、緊急時の帝王切開に備えて、インフォームド・コンセントの場を設けた。

4) 関係者カンファレンス

妊娠34週から電気痙攣療法が開始されたため、早産となる可能性も考えられた。そのため、NICU・GCUスタッフにも情報提供を行い、Aさんの状態を把握してもらった。

分娩直前まで精神科病棟に入院をしていたため、どのような状態になったら産科病棟へ転科をするのか、産後は精神科入院が必要かなど、精神科医師・産科医師と看護師を含め話し合いを行った。

産後は家族が中心となって育児をしていく予定であったため、ソーシャルワーカーから地域のサポートについても情報提供してもらった。

5) 家族との話し合い

夫は、「Aさんのせいで前回の仕事が首になった。」と話されていた。最近、新しい職場に就職したため、仕事を優先に考えていた。育児全面において、実母に頼っている印象があった。夫に育児サポートをして欲しいが、自分のことで余裕がない様子であった。当初、義母から「育児は全面的に私がやります。」と自宅での育児を考えている発言が聞かれていた。

Aさんが産後も入院継続が必要な状況であったことから、ソーシャルワーカーより乳児院に関しての情報提供があった。それに対して、義母より「児を預かってもらえるなら有り難い。首が据わるまでお願いしたい。」との意向に変化した。そのため、Aさんは母乳をやめ、人工乳で育児をしていく方針とした。

2. 分娩に向けた関わり

分娩に対するイメージは「何も分かりません、恐いです。」と聞かれ、漠然としていた。精神状態が不安定な時もあったため、両親学級への参加は不可能だと判断した。妊娠40週に入り、Aさんより「家族が買ってくれた育児雑誌を読んでいます。」とお産に対する発言が聞かれるようになった。そのため、分娩経過についてAさんと夫へ個別指導を実施した。分娩はAさんの精神状態が不安定になる可能性が考えられた。Aさんが安心できる存在が必要であったため、信頼関係が築けている夫の立ち会いが不可能な場合は、義母に分娩時に付き添ってもらうことを特例で許可した。しかし実際の分娩は、家の事情により夫しか立ち会う事ができなかったが、取り乱すことなく分娩が終了した。

3. 育児に向けた関わり

妊娠中から産後の育児についてAさんと家族の思いに相違があるため、夫・義父母より情報収集し、誰がキーパーソンとなるかアセスメントを行った。夫は就職したばかりで仕事が忙しく、実母は病気のため両者ともサポートになる状況ではなかった。義母は孫の育児を経験していたため、新生児のケアについての理解があった。当初、義母は「もともと物静かな感じだと思っていた。意思疎通ができない時もあるので、出産を通して母親になれるのか心配。」と話され、出産後の育児やAさんの精神状態に対して、不安が強かった。義母はAさんに向かって「赤ちゃん

んのことに目が向けられるようになって欲しい。自分がお母さんとして頑張らないといけないよ。」と声をかける一方で、Aさんは退院したい気持ちや、なぜ治療を受けないといけないのかという思いが強く「家に帰りたい。治療はしたくない。」との言動が聞かれた。妊娠や育児に目を向けられないAさんについて義母は面談当初「Aさんの状態が悪いので乳児院に数ヶ月預けたい」と話されていたが、妊娠後期に近づくと「自分が仕事を辞めて、Aさんと一緒に育児をしていく考えています。」と話されるようになった。そのため義母との面談を増やし、気持ちの変化に寄りそうこととし、退院後の具体的な育児方法について一緒に考えていった。その結果、Aさん、夫、義父母たちは児を自宅へ連れて帰り、家族で協力して育児をするため、乳児院に預ける意思がないことを確認できた。義母は「自分で保健師さんと連絡をとっています。訪問も頼む予定です。」と地域の介入も望まれたため、ソーシャルワーカーと面談設定し地域のサポート体制や育児が困難となったときの乳児院の利用について情報提供を行った。義母を主たる養育者と考え、児の退院へ向け育児環境を整え、育児のイメージができるように指導を行った。Aさんは産後「私はいつから赤ちゃんのお世話をしますか？みんな母児同室していますか？赤ちゃんに会いたい。」という発言が聞かれるようになり、育児への関心がみられた。そのため1日1～2回はスタッフが付き添い、授乳やおむつ交換、抱っこを実施した。産後は、表情良く児と関わっていた。

VII. 考察

Aさんの表情や発言から精神状態を判断し、

体調がよいときに家族を含めた個別的な指導を実施したため、分娩に対するイメージができ、安全に分娩に臨めたと考えられる。

産科初診の面談時に精神状態の不安定さから、産後の養育が困難と考え、受け持ち助産師が早期から介入した。伊藤は、精神疾患合併妊婦の家族環境や社会環境の調整について「地域の保健師を中心としたサポート体制の確立が重要となる。一貫した対応が必要となることが多く、可能であれば専任の担当者が望ましい。次に家族の中でのkeypersonを見つける必要がある。」¹⁾と述べている。初診時から退院まで一貫して受け持ち助産師が介入したため、家族は当初育児について乳児院という考えも持っていたが、家族の思いの変化に寄り添いながら関わったため、Aさんと家族全員がキーパーソンは義母だと認識し、義母を中心とした養育体制を整えることが出来たと考えられる。義母が育てる意思決定が出来てから、ソーシャルワーカーとの面談を設定したため、地域のサポートの重要性を家族が受け入れやすかったと考える。

VIII. 結論

妊娠期は精神状態が不安定になりやすいため、妊娠初期より一貫したスタッフが患者家族の反応に合わせた関わりを持つことで、キーパーソンの決定が家族とともに出来、スムーズな退院へとつながると考える。

引用参考文献

- 1) 伊藤耕一：精神疾患合併妊娠のケアー精神科医の立場から一，周産期医学，38（5），p.538，2008.