

精神障がいのある人の妊娠に対する精神科病棟での援助 —情報整理の視点から—

煤賀 隆宏

北海道公立大学法人 札幌医科大学附属病院

キーワード

妊娠と出産, 精神障害, 育児支援

I. はじめに

近年、精神保健活動が活発になるにつれ、精神障がいのある人の妊娠や出産を耳にする機会が増えている。精神障がいのある妊婦の中には、胎児への影響の懸念から服薬を自己中断し、その結果、精神症状が悪化することがある。また産褥期に精神症状の悪化が見られることもあり、精神障がいのある人の妊娠では、妊娠中から出産後まで、精神科のサポートが不可欠である。

精神症状の悪化により、精神障がいのある妊婦が入院する場合、精神科病棟では精神科急性期の看護に並行して、助産師の協力を得ながら出産の準備もサポートすることになる。しかし、それらの手引となる看護の文献は少なく、精神科病棟での看護の視点や具体的なポイントなどは、十分に蓄積されていないのが現状である。そこで私達は、精神障がいのある人の妊娠における関わりのポイントなどを検討し、情報を整理するための情報シートを試作した。

今回、精神状態が不安定なため、精神科病棟に入院した妊婦とその家族に対し、精神科スタッフ、産科スタッフ、看護師長らとミーティングや情報交換を繰り返しながら、出産準備や育児への導入等を援助した。その援助を振り返り、先に試作した情報シートにおける情報収集のポイントを検証する中で、精神障がいがある人の妊娠における精神科での援助の視点をまとめたので、報告する。

II. 情報シートの試作

私達、神経精神科看護室のスタッフは、未婚で妊娠し、幻覚妄想状態で転院してきた患者と関わる機会を得た。患者は出産を希望し、家族も出産に同意していたが、患者の生活能力は低く、また家族はいくつかの事情があり、育児のサポートができない状況であっ

た。出産は無事に終えたが、出産後も幻覚妄想が続く状態で、患者は育児に対する意識が持てず、新生児への面会にも行かなくなった。通常であれば、新生児は生まれて1週間程度で退院するが、この事例では、産科の医師とスタッフ、精神科の医師とスタッフで話し合い、新生児の入院期間を延長する中で、患者の育児に対する意識や姿勢の変化を促していくことにした。しかし、患者は育児に強い負担を感じていたことから、医師が新生児を乳児院に預けることもできると説明すると、患者はほっとした表情を見せ、新生児を預けることに同意し、患者は穏やかに別の精神科病院に転院することとなった。

私達はこのような経験から、精神障がいのある人の妊娠においては、その人の育児能力の査定や育児主体が誰かの確認、家族のサポートが得られるための働きかけなどが、妊娠の早い時期から必要であると考えた。そこで、出産や育児に対する心構えといった、出産と育児に必要なと思われる事柄を産科病棟スタッフと精神科病棟スタッフで抽出し、情報シートを試作した。その情報シートの項目は以下の11項目である。尚、これらの項目は①本人、②実母、③夫、④その他のキーパーソンにそれぞれ確認していくことを前提としている。

『情報シートに上げた項目』

- (1) 妊娠を知ってどう思ったか
- (2) 育児に対する思いはどうか
 - ①育てていく気持ちが持っているか
 - ②育児に対してどのようなイメージを持っているか
- (3) 育児の中心は誰か
- (4) 本人の育児能力についての理解はどうか
 - ①本人の育児能力をどのように理解しているのか
 - ②育児能力を過大(過小)に評価していないか
- (5) 患者が困った時に相談できる身近なサポートはあるか
 - ①出産後、本人が少しの間離れる時に子供の面倒を見てくれる人がいるか

<連絡先>

煤賀 隆宏

所属：北海道公立大学法人 札幌医科大学附属病院

011-611-2111

- ②少しの時間で行ける距離にサポートできる人がいるか
- (6) 本人の病気についてどのように理解しているか
- (7) 出産の準備はできているか
 - ①出産準備は誰が行うか
 - ②どの程度まで出産準備が行われているか
- (8) 保健センターへの連絡や出産手続きの主体は誰か
- (9) 入院費・出産費は誰に説明するのか
- (10) 出産後の精神状態の見通しはどうか
 - ① 育児が落ち着いてできる精神状態になるか
 - ② 育児できる認知力や集中力はあるか
 - ③ 育児できる体力はあるか
- (11) 乳児院の手配の必要はないか

Ⅲ. 情報シートを活用した援助について

平成X年に、支離滅裂で多動を呈する精神障がいのある妊婦のA氏が入院した。私達は、情報シートを用いて情報収集し、その情報を手がかりに援助を行った。以下に、経過に沿ってその関わりを振り返る。なお、事例については個人情報保護のため、病態や背景などの情報は、分析に支障のない範囲で修正している。また妊婦、褥婦、患者などの表現での混乱を避けるため、それらの記載は、便宜上“患者”と表現する。

1. 入院までの経過

A氏は、20代で既婚、初産である。平成X-2年に結婚し、2か月後に支離滅裂になったため、精神科病院へ1ヶ月ほど入院している。平成X年に妊娠し、クリニックの指示で服薬を中止して経過を見ていたが、パニック状態で支離滅裂となり、妊娠20週で精神科病棟に医療保護入院となった。妊娠確定の時期には、クリニックの医師と産科医のそれぞれが指導していたようであるが、妊娠、出産に伴う様々なリスクはどこまで説明されたのか不明確であった。

2. 入院後の経過と援助

1) 入院前期

A氏は幻聴のため困惑し、支離滅裂で、精神状態は不安定だった。治療においては、胎児への影響が懸念されるため、向精神薬は可能な限り少なくする方針で進めたが、最終的には隔離や拘束を行う中で向精神薬の投与量を最低限に減らし、精神状態の安定を図ることとなった。

2ヶ月後、滅裂さは残存するものの、精神状態はある程度安定した。私達は、その時期から回復の見込みについても査定していった。A氏のセルフケア行動は不十分であり、生活能力は低く、育児できる精神状態ではないことが伺えた。また、その時の精神症状では、精神科での入院を継続する必要がある。

A氏の病気について、A氏の夫(以下“夫”とする)

の理解ははっきりしなかったが、A氏の母親(以下、“実母”とする)は、A氏の病気についてかなり理解していた。また実母は、A氏の生活能力が低いことも理解していた。さらに実母は、A氏と夫だけでの育児は困難と考え、実母自身が主体になって育児をするイメージを持っていることが確認された。私達は、これらの情報から乳児院等の手配の必要はないだろうと推察した。

患者が困った時に相談できる身近なサポートについては、夫が協力できるのは仕事の合間だけだったが、実母が宗教関係者にも相談しており、実母以外の支援も得られる環境であった。

A氏の精神状態についての見通しは、出産後に薬物治療を再開することで、病状は比較的安定する可能性があるかと主治医は考えていた。しかし、育児できる認知力や集中力が持てるのか、落ち着いて育児ができる精神状態になるかは、主治医も看護師も予測が難しかった。そのような中で私達は、この家族がどのようなスタイルであれば育児が可能なのかを模索した。主治医、看護師でそれぞれに実母と話し合い、出産後の生活は、実母が全面的に育児をする中で、夫とA氏を少しずつ巻き込んでいき、徐々に夫婦2人に育児を移行していくプランが描かれた。

2) 入院後期

夫は入院当初から、A氏の精神状態が落ち着いたら退院し、前医の産科での自然分娩を望んでいた。しかし、A氏の精神状態は不安定なままであり、また前医には精神科の入院施設がないため、夫の希望の実現は難しかった。さらに胎児が骨盤位であったため、帝王切開の必要性が高まり、産科医から、当院での帝王切開による出産について説明し、A氏、夫、実母から同意を得た。

出産1週間前には、実母がいささか緊張気味で、気持ちも高ぶっている印象であった。出産当日の付き添いは実母が行う予定になっていたが、看護師から実母に、A氏の夫と役割を確認するよう促したところ、実母と夫が話し合い、出産当日は夫が付き添うことになった。実母は緊張がほぐれたようだった。そして入院から4か月後、帝王切開で2800gの女児を出産した。

出産後A氏は、精神状態も安定し始め、現実検討能力も回復してきたが、情動不安定になることがあり、入院の継続が必要だった。A氏自身は、夫との生活をいささか過剰に不安がっていた。そのため、A氏は面会中や面会後に感情的になりやすく、夫も無言で面会する姿が見られるようになり、A氏は夫と上手くコミュニケーションが取れなくなっていた。さらに実母も夫に遠慮し、実母の思いが夫には伝えられず、それぞれの気持ちがすれ違う状況になっていた。主治医

と家族の面談や看護師と実母との話し合いを繰り返し、A氏と夫と実母の思いを医師と看護師でそれぞれに受け止めながら、サポートしていった。

実母と夫に育児体験をしてもらうことを産科が計画し、出産6日目に実施した。夫は、実際に育児に参加する中で新生児に優しく語りかけ、看護師に「ようやく実感が湧いてきた」と気持ちを表出するようになった。そして産後の手続きについても、全て夫が行うとの意思表示が確認された。

しかし、A氏の精神状態は安定せず、出産8日目で新生児が退院する際には、A氏は一緒に帰りたいという気持ちと、夫や実母といることで苛立つ気持ちの中で、家族を振り回すような言動があった。看護師から「夫が大変な思いで育児をするのだから、夫に負担をかけないようにしなければいけない」と諭されると徐々に落ち着きを取り戻し、夫、新生児と握手をして退院を見送ることができた。

その後、A氏は出産3週間後に、精神状態が安定し、外泊を繰り返す中で家族との生活を体験し、出産後35日に退院した。

3. 情報シートについての考察

事例においては、情報シートの(1)~(11)の項目を確認したことで、介入のポイントを見定めることができた。しかし情報シートの項目については、【出産施設と出産方法の決定】に関する事柄が不足していたことがわかった。またシートにあげた項目は、単なる看護介入の一部分であることが明らかになってきた。そのためこれらの項目について、その必要性や看護援助との関連性を検討し、看護援助の視点を抽出した。その内容は、以下のⅣ-(1)から(3)である。

Ⅳ. 精神障がいのある人の妊娠における精神科病棟での援助の視点

(1) 出産の意思決定に伴うサポート

精神障がいのある人の出産の意思決定では、妊娠中の精神状態の悪化や出産後に精神症状が再燃する可能性、催奇形などの薬の影響といったリスクを、医師が十分に説明し、患者が理解していることが必要である。また、育児をする心構えがしっかりしていること、家族のサポートがあることなども重要である。これらの事柄が確認され、妊娠時からサポートされることが望ましい。これらの情報が不明な場合、精神科病棟では、担当医と相談しつつ、早くから情報を収集するようところがけていく必要がある。

(2) 精神症状と精神状態の安定を図る

妊娠による薬物使用量の減量や、妊娠中のホルモンバランスの変化、妊娠についての精神的な動揺等により、精神症状や精神状態は悪化しやすい。そのため、

個室の使用などにより、入院環境を整えながら刺激を減らし、精神症状や精神状態の安定を図っていくことが必要となる。

(3) 出産後の回復や体力についての見通しの査定

出産後に、精神状態の安定が期待できるのか、育児できる認知力や集中力があるのか、育児できる体力があるのかの査定は、患者がどのくらい育児できるかを予測するために必要な情報である。ケースによっては、出産後の精神状態の回復の見込みが予測できない場合もあるが、それは患者が新生児と一緒に退院できない可能性を示し、第3者が育児を全面的にサポートする必要があること、そして看護介入が必要であることを意味していると言えるだろう。

(4) 病気の認識の査定

精神疾患では、患者に病名が告知されない場合もあり、患者の病気について、本人や家族が十分に理解していない場合がある。また家族が精神障がいを有していたり、家族が高齢であると、患者の病気について理解できないこともある。

患者の病気に対する家族の理解は、出産と育児をサポートする必要性の理解にもつながっていく。家族の病気に対する理解と家族のサポートが十分にある場合、患者の精神状態の安定に大きく影響する。樋口ら¹⁾は、「患者および夫の精神症状に対する理解の程度は、妊娠後の服薬も含めた計画妊娠の実施に重要であり、精神症状再燃の抑止力になると考えられた」、「再燃後の夫の態度は、その後の精神症状悪化の抑止力になるが、夫の精神疾患に対する理解を促したり、夫婦関係を支持援助したり、夫に代わり治療的環境を与える家族の態度が精神症状の安定に最も重要と考えられた」として、家族の病状理解や家族のサポートといった環境要因が整えられていることで、妊娠時から出産後の精神症状や精神状態の悪化を防ぐことにもつながることを示している。

(5) 医療者のサポートに対する受け入れの査定

患者や家族が被害妄想などで、医療者のサポートを受け入れない場合、患者の精神状態の安定を妨げたり、出産準備が遅れたりすることにもなりかねない。さらに出産後の育児にも大きく影響するだろう。

医師や看護師は、患者とのラポールが図られるように努め、医療者のサポートの必要性を理解してもらうよう援助していく。

(6) 出産と育児に現実的に向きあうことのサポート

精神障がいがある人は、現実検討力の低下や自己の過小(過大)評価などが見られ易く、また他者からの評価を受け入れられないこともある。

育児に対する受け止め方や意欲、育児に対する現実的なイメージなどを、本人と家族に確認しながら、育児という現実と向き合うよう援助をしていく。また家族が患者の力量を認識できるよう援助していくことが必要である。育児の具体的なイメージ化などは、出産準備や助産師からの教育指導などの際にも大きく影響するものである。

岡崎、本多ら²⁾は、産褥期における再発予防プログラムにおいて、「妊娠から分娩にかけて患者を理解し、再発予防プログラムにもとづいて援助できるキーパーソンを家族内に設けることが極めて重要である。」と家族の協力体制の確立の重要性を述べている。

(7) 育児の主体の明確化

患者が育児の主体になれない場合、家族の誰が育児の主体となるかを確認し、必要があれば、そのプロセスをサポートしていかなければならない。佐々木ら³⁾は統合失調症のある妊婦と家族に対する養育者支援において、「家族の精神分裂病への認識を把握する→精神分裂病の病態の理解を図る→入院長期化のため養育者が必要という理解を図る→家族間の調整を図る→養育者の決定」と、養育者決定のプロセスを報告している。育児の主体が明確になれば患者の負担も軽減でき、家族の役割も明確になっていく。

(8) 出産・育児についての具体的準備のサポート

出産と育児の準備については、如何に家族にコミットしてもらうかが鍵となる。やはり準備の主体は家族であり、家族に育児の準備を行ってもらうことが、育児意識を高めることにもつながる。また役割分担を明確にすることで、家族の負担が分散し、家族全体に余裕を持つことができるだろう。出産に伴う手続きなども、家族による代行が必要となるため、出産準備の役割を確認する中で、誰が手続きをするのか、助産師からの説明は誰が受けるのかを明確にしていく。

準備が進む中で、育児に関連する事柄について、具体的にイメージできることが望ましい。サポートが得られる身近な人や地域の人材の有無を確認したり、場合によっては家族の近隣への引っ越しを提案してみるなど、より具体的に考えられるように支援することが有効であろう。

(9) 出産施設と出産方法の決定

事例でも見られたように、患者家族が希望する医療機関の中には、精神科の入院施設を有していないため、精神障がいのある人の出産がサポートできない施設もある。

出産方法についても、精神状態が不安定で分娩に耐えられないような場合、家族の希望に反して帝王切開が選択されることもある。

出産施設や出産方法について、患者家族の希望と、受け入れる施設での方針が異なる場合、患者家族が納得できるように説明した上で意思決定が為されるようサポートする必要がある。

(10) 育児環境を整えるための家族関係の調整

精神障がいのある人の妊娠において、家族のサポートが十分でなかったり、家族の事情によってサポートできない場合、患者と家族は、不安を抱えながら出産に臨むことになる。それは家族の役割や関係性にも大きな影響を与え、それまで形成されてきた家族関係が揺らぐこともある。

家族関係の調整に介入し、サポート体制の維持を図ることが、妊娠中から出産後までの環境要因を整えることにつながると考えられる。

(11) 愛着行動の促進

出産後、精神症状が悪化したり、精神状態が落ち着かなくなったりすることもあり、患者は新生児が愛しいと思っても、精神的に関わる余裕がなかったり、育児に意識を向けることが困難になることもある。

産科のスタッフのサポートを受けながら、精神状態に合わせた愛着行動が促進されるよう、新生児への面会時間を調整したり、面会後の感想を話してもらう機会を作るなど、精神科で行える援助を検討していくことが必要である。

(12) 産後の入院継続に伴う育児の支援

精神障がいのある人の妊娠では、妊娠中には薬物使用量を極力減らし、出産後には薬物療法を再開、増量するが、産褥期における精神症状の再燃などでは薬物調整に時間を要するため、入院の継続が必要となる。その状況で、家族の誰もが育児を代行できない場合、止むを得ず、乳児院への入所も検討されることになる。

高嶋⁴⁾は、統合失調症合併妊婦へのケアの中で、「今のところ、本邦には無いが、英国などに見られるような精神疾患がありながら母児ともに通所または入所でき、専門家のフォローが受けられる施設が存在が理想的であると考えられる」と述べている。このモデルは、家族のサポートが得られないような妊娠においても、その一役を担うことが可能になると考えられ、日本においてもそのような施設と施策が望まれる。

そのような施設がない現状においては、家族のサポートのない人の妊娠や出産は、地域の精神科と産科、訪問看護や福祉施設、行政などで、如何に連携できるかが課題となる。

(13) 退院後の不安に対する援助

これから育児が始まる中で、患者や家族の各人が、退院後について不安を抱えることも予測される。不安の原因は個別にあるだろう。

例えば育児に関する不安であれば、地域の保健師との連携や地域で活用できる社会資源を紹介し、退院前からコンタクトをとることで、不安の軽減につながるだろう。

おわりに

今回、精神障がいがある人の妊娠に対する精神科病棟での援助の視点を13項目にまとめた。しかし本研究はわずか数事例からの検証であり、その精度は低く、内容は十分ではない。

今後、さらに精神障がいのある人の妊娠をサポートする中で、情報収集から看護の視点についての検証を繰り返し、精神障がいのある人の妊娠に対する看護について、洗練していくことが課題である。

文 献

- 1) 樋口英二郎、玉置暢子、和久津里行、顛原禎人、牛島定信：妊娠中の分裂病患者の治療過程における環境要因の重要性. 臨床精神医学. 2000；Vol.29.No.5：517.
- 2) 岡崎祐士、本多裕. 精神障害の既往のある妊産婦の産褥期における再発予防プログラム. 助産婦雑誌. 1985；Vol.39.No.9：37.
- 3) 佐々木紀子、三上薫子、福島洋子. 精神分裂病を合併した妊婦と家族に対する妊娠期からの養育支援の分析—2事例を通して—. 日本看護学会論文集. 母性看護. 2000；Vol.31：121.
- 4) 高嶋幸江. 統合失調症合併妊娠へのケア事例をとおして. 助産雑誌. 2003；Vol.57.No.2：49.

受付：2008年11月30日

受理：2009年2月13日