

原著論文

A県における妊娠・出産・育児期にある
精神障害をもつ女性と家族への看護援助

**Nursing Support During Pregnancy, Childbirth,
and Childcare for Women with Mental
Disorders and their Families in a Prefecture**

永井 真寿美 (Masumi Nagai)*¹ 佐東 美緒 (Mio Satoh)*²
藤代 知美 (Tomomi Fujishiro)*² 長戸 和子 (Kazuko Nagato)*²

要 約

本研究は、A県の妊娠・出産・育児期にある精神障害をもつ女性とその家族への看護援助を明らかにし、今後の看護援助への示唆を得ることを目的とした。看護師9名に半構成的面接調査を実施し、質的帰納的に分析を行った。看護師は、まず【適切な診療を提供するための体制を整え(る)】ながら、【女性と家族を支えるために必要な情報を収集(する)】し、【生活を細分化して捉えともに困難に対応する】、【生活の変化に備えて丁寧に準備する】、【苦悩を受け止めともに考える】、【家族のかたちに合わせて親役割獲得・遂行を促す】ことを通して、【女性なりのペースで親になる過程を見守(る)】っていた。また、【資源の活用を促(す)】し、【睡眠が確保できるような育児体制を整え(る)】たり、【その家族に適した支援者ネットワークを作り出(す)】したりしながら、【ライフデザインを描くことを支え(る)】ていた。【看護師自身も労りながら必要なケアを創り出(す)】し、継続的な看護援助を行っていた。この結果から、看護師は、女性とその家族がもつ受援力を捉え、安心できる距離感をもちながら援助関係を形成し、多職種で協働しながら、女性が自分のペースで親になる過程を支えることが重要であると示唆された。

Abstract

This sought to clarify the status of nursing support for women with mental disorders and their families during pregnancy, childbirth, and parenting in a Prefecture, and to obtain suggestions for future nursing support. Data from interviews with nine nurses were analyzed. Nurses gathered the information needed to support women and their families while preparing systems to provide adequate perinatal care. Further, they understood the specifics of the women's daily lives, listened to their troubles, supported them through difficulties, and encouraged the acquisition and execution of parental roles in a way that matched the family structure. Thus, the nurses watched over women as they transformed into parents at their own pace. They also encouraged women and their families to design their lives by using social resources, ensuring they got enough sleep while caring for their children, and creating support networks based on their families' needs. The nurses worked hard to provide necessary care and continuous nursing support, caring for themselves. The results suggest that continuous multi-disciplinary support is necessary to support women with mental disorders when they become parents, along with initiatives for sustainable system building to address the needs of the nurses.

キーワード：妊娠・出産・育児 親になる 精神障害 母性看護

*¹ 島根大学医学部看護学科

*² 高知県立大学看護学部

I. はじめに

日本産婦人科学会の周産期統計（2020）によると、登録施設出産数239,759例のうち7,537件（3.1%）が精神疾患合併妊婦であった。A県の年間出産数は4,000件余りであり、全国的な統計から推計すると、1年間に100人以上の精神疾患合併妊婦が妊娠・出産を経験していると考えられる。菱川ら（2015）の報告によると、女性に合併した精神疾患は、神経病性障害が最も多く、感情障害を合わせると90%を占めていた。精神疾患合併妊婦の約25%は、精神科管理されないまま自己判断による服薬の中止や、病歴が把握されずに適切な医療につなげられないといったことが生じていた。

精神疾患は、器質的要因や環境要因がある中で、対処しきれない大きなストレスが加わることで発症すると考えられている（南ら，1993；大熊，2008）。精神障害をもつ女性は、妊娠や出産といったライフイベントに柔軟に対応できず、精神症状を悪化させ、食事や水分摂取、清潔保持といった基本的なセルフケアにも影響を受ける。女性は対人関係に困難を感じ、必要な援助を求められないことも多い。また、産科・新生児合併症への対応や、精神科医師等による専門的な管理が必要となり、周産期医療提供体制の整備が重要な課題となっている。今後、看護者には妊娠・出産・育児期にある精神障害をもつ女性の特徴を踏まえ、精神症状の安定を図りながら母親としての役割を獲得することを、予防的、かつ補完的に援助することが期待されている。

本研究では、A県内の施設に所属している看護者を対象に面接調査を実施し、妊娠・出産・育児期にある精神障害をもつ女性と家族に実施されている看護援助の抽出を行う。研究結果を普及することは、今後、A県での女性と家族への看護援助の質の向上や、ガイドライン作成などの看護援助の体系化に寄与できるのではないかと考える。

II. 研究目的

本研究はA県の周産期医療に携わる看護者が

行う、妊娠・出産・育児期にある精神障害をもつ女性とその家族への看護援助を明らかにし、今後の看護援助への示唆を得ることを目的とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究デザイン

2. 用語の定義

精神障害をもつ女性とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒またはその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する女性とした。

3. 研究対象者

A県内の施設に所属しており、妊娠・出産・育児期にある精神障害をもつ女性とその家族を対象に支援を行ったことのある看護者で、本研究への参加に同意が得られた者とした。

4. データ収集方法

研究協力者に対して半構成的面接調査を実施した。印象に残っている事例を思い起こしながら、「妊娠・出産・育児期にある精神障害をもつ女性の状況をどのように把握したか」「どのように（いつ・だれに）、支援を始めたか」「誰と、どのように連携したか」「支援の際に工夫したことはどのようなことか」など、具体的な看護援助を語っていただいた。

データ収集期間は、2019年3月～2020年1月である。

5. データ分析方法

面接内容を逐語録に記述し、妊娠・出産・育児期にある精神障害をもつ女性とその家族への看護援助を抽出した。類似したデータごとにコード化し、共通の意味をもつものをカテゴリー化した。データの解釈や妥当性については、母性看護学や精神看護学、家族看護学、小児看護学を専門とする共同研究者とともに検討した。

6. 倫理的配慮

本研究は、高知県立大学研究倫理審査委員会の承認（看研倫18-70、看研倫19-45）を得て実施した。研究協力施設と研究協力者に、本研究の目的、倫理的配慮（研究協力への自由意思の尊重、研究協力への撤回の自由、プライバシーの保護、研究協力者の心身の負担、不利益や危険性への配慮、研究協力者が受ける利益や看護上の貢献、研究結果の公表について）を説明し、研究協力の同意を得た後、実施した。

IV. 結 果

1. 研究対象者の概要

研究対象者は看護師5名、助産師4名であった（表1）。現在は看護実践に携わっていないが、過去に妊娠・出産・育児期にある精神障害をもつ女性とその家族を支援していた経験をもつ看護師3名も含まれている。看護師・助産師としての経験年数は、平均23.6年、妊娠・出産・育児期にある精神障害をもつ女性（以下、女性と略す）への看護援助に携わった年数は、平均19年であった。

2. A県における妊娠・出産・育児期にある精神障害をもつ女性とその家族への看護援助

データ分析の結果、女性とその家族への看護援助として、12の大カテゴリー、27の中カテゴリー、100の小カテゴリーが抽出された（表2）。以下、大カテゴリーを【】、中カテゴリーを〔〕、小カテゴリーを〈〉、研究協力者の語りを「」で示す。

1) 適切な診療を提供するための体制を整える

【適切な診療を提供するための体制を整える】とは、女性と児が必要な治療を継続的に受けられるように、施設がもつ機能に応じた診療体制を整えることである。

看護師は、「妊娠・出産を契機に精神状態が不安定になることがあるので、（他院の精神科がかりつけ医の場合は）一度は院内の精神科を受診してもらう（ケースA）」のように、精神科と連携し、〔精神症状が悪化することを想定し診療を継続（する）〕できる体制を整えていた。一方で、「（母親が）精神疾患を有しているが、児に何かしらの（健康）問題があって（精神疾患合併妊婦の受入れ施設ではなく）当院を受診している（ケースF）」というように、〔母児の健康状態に応じて必要な医療を提供（する）〕していた。

2) 女性と家族を支えるために必要な情報を収集する

【女性と家族を支えるために必要な情報を収集する】とは、精神障害についてキャッチできる病院自体の情報収集システムを構築したり、継続的に女性と家族から情報を得たり、関係機関の担当者間で情報共有したりしながら、支援のために必要な情報を収集することである。

看護師は、「精神疾患をもつ妊産褥婦の特徴について研究を行ってきた。（中略）その結果をもとにデータベースを作成して、それに沿って情報収集している（ケースA）」のように、カルテ内に新たな〈女性の支援に必要なデータベースを作成する〉といった、女性の〔精神障害についてキャッチできる情報収集システムを構築す

表1 研究対象者の概要

研究協力者	経験年数	女性とその家族への援助に携わっている年数	女性とその家族への援助を実践していた施設
A 助産師	20年	20年	3次周産期医療施設（産科）
B 助産師	20年	20年	3次周産期医療施設（産科）
C 看護師	20年	12年	3次周産期医療施設（NICU）
D 看護師 新生児集中ケア認定看護師	30年	25年	3次周産期医療施設（NICU）
E 助産師	32年	31年	2次・3次周産期医療施設（産科）
F 看護師	27年	14年	2次・3次周産期医療施設（NICU）
G 看護師 精神看護専門看護師	20年	17年	3次周産期医療施設（精神科）
H 助産師	15年	15年	1次周産期医療施設（産科）
I 看護師	28年	17年	2次医療施設（精神科）

表2 妊娠・出産・育児期にある精神障害をもつ女性とその家族への看護援助

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
適切な診療を提供するための体制を整える	精神症状が悪化することを想定し診療を継続する	精神科治療が継続できるように関わる 精神障害をもつ妊婦は対応可能な病院で診療を行う 外来受診時に臨床心理士とのつながりをセッティングする 精神状態が不安定になることを想定し院内の精神科を紹介する 児の健康状態によっては児の専門治療を優先する 児の離脱症状を十分に観察する
	母児の健康状態に応じて必要な医療を提供する	初診時に精神疾患の既往を尋ねる
女性と家族を支えるために必要な情報を収集する	精神障害についてキャッチできる情報収集システムを構築する	女性の支援に必要なデータベースを作成する 妊娠中の精神科受診や内服治療の継続を確認する 心理社会的ハイリスク妊婦のための助産外来を設ける
	機会を重ねて女性と家族を理解するための情報を得る	成育歴・生活歴を把握する 病歴・病いの捉えを把握する 女性と家族との関係性について把握する 対人関係の築き方を把握する 躰きやすいことを把握する 面談の中で情報を積み重ね支援の糸口を探る 聞きにくい情報は女性一人の時に聴取する
女性と家族がもつセルフケア能力を捉える	関係を機関の担当者間で情報を共有する	担当者それぞれがもつ情報を共有する 日常生活の自立度を具体的に把握する
	女性とその家族がもつセルフケア能力を捉える	産後健診を通して生活状況を把握する 女性の会話や生活状況からセルフケア行動を予測する 見立てが偏らないようチームで話し合いながら理解する 刺激となるものを避けられるよう環境を整える 自分なりの対処方法を見つけられるよう助言する
生活を細分化して捉えともに困難に対応する	女性と家族の疲労を最小限にとどめ力の発揮を促す	見通しが立てられるよう具体的な説明をする セルフケア不足を捉えて日常生活を整える SOSを出せない女性への支援方法を家族と検討する 女性がどこまでできるかを整理し育児生活を組み立てる 多職種で産後の状況に応じた支援体制を再調整する
	社会との交流を継続し家族生活を維持できるよう支援する	出産によって変化した生活や家族関係を把握する 家族だけの育児には限界があると伝え支援を受けられるよう導く 児にとってどこが安全基地になるのかを見極める 子どもの社会化とともに段階的な周囲とのつながりをとりもつ コミュニティとの繋がりを拡大させていくのを見守る
その家族に適した支援者ネットワークを作り出す	対人関係の特性を踏まえ援助関係を築く	女性への多職種の関わり方を共有する 安心できる距離感を保ち援助関係を築く 意図的に出会う機会をもち緊張感をほぐしてから関わる 妊娠中から継続的に支援する
	時間をかけて支援体制を築く	助産師が助産外来でチームとして関わる 支援者を増やして体制を幾重にもする 他部門のスタッフ間でカンファレンスを開催し情報共有する
保健師に継続的で横断的な支援を依頼する	施設部門間をつなぐ支援ネットワークを運用する	支援方針の共有によって一貫した関わりをもつ 協働してニーズを充足する 治療に合わせた授乳ができるようお互いの意見を擦り合わせる ハイリスク家族は虐待防止専門チームでモニタリングする 女性に担当保健師と情報共有することの同意を得る
	保健師に継続的で横断的な支援を依頼する	情報を担当保健師と共有する 察知したリスクは保健師につなぎ最大限活用する 保健師がその家族の連続性を理解できるように依頼する
	新規ネットワークを開拓する	病院関係者と地域の保健福祉従事者が定期的集まり情報共有する 県全体の多職種で支援に取り組む

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
生活の変化に備えて丁寧に準備する	育児に関する女性と家族の希望を確認する	女性とパートナーに養育の意思を確認する 女性とパートナーがどのような育児をしたいか確認する どのようなサポートができるか具体的に家族と話し合う 女性がつ産後生活のイメージを把握する 具体的にイメージし準備できるように投げかける
	女性が支援を受けながら育児を行えるよう妊娠期から家族と準備する	支援者になりうる家族がいるか探す 妊娠期から母児を迎えることができるよう支援計画を立てる 女性には家族の支援が必要であることを説明する 女性が家族のサポートを肯定的に捉えられるよう関わる 女性と家族を継続的に支援する
	育児技術が獲得できるよう個別支援を行う	女性が自身の課題について考える時間を設ける 継続的に関わる機会を意図的に設ける 入院期間を延長して基本的な育児技術を習得する 女性実践できる方法で個別に育児指導を行う
睡眠が確保できるよう育児体制を整える	睡眠確保をしながら継続できる育児方法を家族とともに検討する	児の「何となくおかしい」に気づき対処行動を取れるように関わる 治療継続しながら育児生活を送ることの必要性を説明する 睡眠時間を確保しながら基本的な育児技術が獲得できるようにする 入院中に夜間授乳を含む退院後の生活を体験できるようにする 入院中に支援者とともに育児生活を経験する機会を設ける
家族のかたちに合わせて親役割獲得・遂行を促す	親役割を獲得できるよう支援体制を整える 果たせる親役割の遂行を支える	女性と児が接する機会を確保する 妊娠中に具体的な育児計画を立案し産後に練り直す 望む育児ができる体制を整える 家族関係に応じた育児方法を提案する 育児開始期は周りのサポートを有効活用できるよう支援する 児の養育が困難な場合は一定期間施設での生活を検討する できていることを言葉にして伝える うまくいかないことは気づくよう投げかける
女性なりのペースで親になる過程を見守る	安全な場合は見守り女性が育児を主体的に行えるよう支援する 介入のタイミングを見計らう	家族の頑張り認め育児をともに考える 女性が考え主体的に行う育児を見守る 児の安全が確保されている場合は最小限の介入にとどめる 状況・問題解決能力に応じて介入の頻度を調整する 関わりが途切れないように訪問・受診・退院のタイミングを調整する 女性の望む支援をタイムリーに行う
苦悩を受け止めともに考える	女性の生きづらさを家族とともに理解する できないことに直面している女性の言葉を傾聴し解決策をともに考える	家族とともに女性の精神障害について知る場を設ける 精神障害をもつことを知らない家族に必要な情報を伝えない ありのままの思いを受け止める 女性の話をゆっくり聞き質問には丁寧に答える 女性の児への思いを理解し育児についてともに考える 家族員を迎えた家族の揺らぎを鎮める
ライフデザインを描くことを支える	生活設計ができるよう支える	子どもをもつことや養育について自己決定するのを支える
資源の活用を促す	状況に応じたサービスを活用する	退院時の達成度に応じた支援体制を整える 社会資源を最大限に活用する 経済的な困窮度に応じたサービスが活用できるように専門職に相談する 精神障害をもつことを知られないよう生活圏外のサービスを導入する チームで継続的な対応が取れるよう診療費加算を取得する
看護師自身も労りながら必要なケアを創り出す	チームで関わりながら看護師個々の強みを活かした関わり方を編み出す 無理をせず時には立ち止まり内省する	チームでの関わりの中から援助方法を作り上げ洗練化する 身構えず個々の強みを生かした関わり方を身につける 看護師自身が揺さぶられる場合は無理に支援者とならない 傷ついた看護師が内省できる場を設ける

る] ことの重要性を語っていた。また、「初回の面談で必要な情報すべてを得ることはできないので、数回の面談で必要な情報が得られるように、次回の面談で得たい情報をカルテに記載している(ケースA)」のように、「機会を重ねて女性と家族を理解するための情報を得(る)」ていた。さらに、「医療ソーシャルワーカーが担当保健師や(かかりつけ医の)ソーシャルワーカーと連絡を取る(ケースB)」というように、「関係機関の担当者間で情報を共有(する)」しながら、看護援助に必要な情報を収集していた。

3) 生活を細分化して捉えともに困難に対応する

【生活を細分化して捉えともに困難に対応する】とは、女性とその家族の生活を具体的に聞きながらセルフケア能力を捉え、不足を支援者の支えで補完し疲労を最小限にとどめることで、社会との交流を継続し、家族生活を維持できるよう援助することである。

「本人は夜眠れないことに困っていたが、薬を飲めば眠れるので対処はできている印象だった。ただ、ひも解いていくと、料理、掃除ができていなかった(ケースH)」のように、看護者は「女性とその家族がもつセルフケア能力を捉え(る)」ていた。そして、「(女性) 食事が取れておらず体重が減っていた。(中略)(産後) やるべきことがあり過ぎて、どのタイミングで食事を取っていいかが分からなかったのではないか。(中略)(女性に) 休養を取りつつ、今困っていることにどう対処すればいいのかを伝えた(ケースH)」のように、「女性と家族の疲労を最小限にとどめ力の発揮を促す」という看護援助を行っていた。さらに「社会との交流を継続し家族生活を維持できるよう支援(する)」ために、「保育園入園や小学校入学を機に地域とのつながりをもつのではなく、段階をおって少しずつ繋がっていけるよう、母親が集まれる場があるとよい(ケースF)」と語っていた。

4) その家族に適した支援者ネットワークを作り出す

【その家族に適した支援者ネットワークを作り出す】とは、女性の対人関係の築き方の特性

を踏まえて援助関係を築いたり、施設部門・専門職者間の新たなネットワークを開拓して、支援体制を網の目のように張り巡らせ、女性と家族を継続的に支援できるネットワークを作り出すことである。

看護者は、「(女性たちは) 人間関係を構築するとか、距離感をうまくとることが苦手な人たちであることを前提に、(児がNICUに入院する前から) 顔見知りになっておかなければいけない(ケースC)」のように、「対人関係の特性を踏まえ援助関係を築(く)」いていた。「時間をかけて支援体制を築(く)」き、支援を行う際には「(本人が) どうしたいっていうのを一番大事にする。それに対して、私たちができることがどんなことなのかっていうことを提案する。実現していくためには私たちだけではやれないからこそ、地域につながらなきゃならないし、家族とも協力していかなきゃいけないっていうこと」の理解を進めていく(ケースH)」というように、「施設部門間をつなぐ支援ネットワークを運用(する)」したり、「保健師に継続的で横断的な支援を依頼(する)」していた。このようにしながら、女性と家族が、必要な時に、必要な支援を受けられるよう、常に「新規ネットワークを開拓(する)」し続けていた。

5) 生活の変化に備えて丁寧に準備する

【生活の変化に備えて丁寧に準備する】とは、女性や家族の望む育児を確認した上で、出産前後に変化する生活を予測して妊娠期から家族も含めて準備することで、女性ができる育児を模索することである。

看護者は、「本人が自分で(児の) お世話をしたいが夜は眠なきゃだめだから、(中略) 妊娠健診に同伴していた実母に会い、本人の育児の希望を話し、実母に夜間授乳を手伝ってもらえるとしたらどの位可能か、何時頃ならできるか、など実母のサポート状況を具体的に聞いた(ケースH)」というように、「育児に関する女性と家族の希望を確認(する)」して、「女性が支援を受けながら育児を行えるよう妊娠期から家族と準備(する)」していた。また、「母親自身が、自宅でも十分に哺乳できているかそうでないかを判断できなければいけないし、それが図でな

ければ判断できない人、数字でないと判断できない人がいて、だいたい3時間おきに授乳するという、アバウトな感覚では判断できない人もいる。(中略)母親に合わせた指導の方法を考えていかなければいけない(ケースF)」のように、女性が実践できる方法で、「育児技術が獲得できるよう個別支援を行(う)」っていた。

6) 睡眠が確保できるよう育児体制を整える

【睡眠が確保できるよう育児体制を整える】とは、重要な治療の一つである睡眠時間の確保と内服治療を継続し、母親自身の生活と育児のバランスをとりながら継続可能な育児方法を支援者とともに編み出すことである。

看護師は、女性が睡眠時間を確保できることが症状の安定には重要であり、「妊婦が『育児はできると思う』と答えても、(妊娠中期頃に)24時間の育児サイクルや、内服治療の継続や睡眠時間の確保が必要であり、育児で眠れなくなれば精神状態が不安定になり育児ができてなくなることを説明する。また、支援者になる方に妊婦健診に同伴してもらい、妊婦と一緒に話をする時間を作る(ケースA)」というように、「睡眠確保をしながら継続できる育児方法を家族とともに検討(する)」していた。

7) 家族のかたちに合わせて親役割獲得・遂行を促す

【家族のかたちに合わせて親役割獲得・遂行を促す】とは、妊娠中から育児計画を立て児の安全を確保しながら、女性とパートナーが、果たせる親役割を継続して遂行できるよう援助することである。

看護師は、「親役割を獲得できるよう支援体制を整える」際には、「育てられない理由を探したのではなく、産後に育児をする上で、『母親と家族が困らないように今から準備をしていきたい』というのを伝えるようにしている(ケースB)」と述べていた。時には、「育児をやってみて、本人と家族では育児が難しいんじゃないかと思う場合は、同意を得て児を施設で一時的に預かる。納得が得られない場合は職権保護する場合があります(ケースA)」のように、「児の養育が困難な場合は一定期間施設での生活を検討す

る)。特に、育児開始期には多くの社会資源を導入して、女性と家族が「果たせる親役割の遂行を支え(る)」っていた。

8) 女性なりのペースで親になる過程を見守る

【女性なりのペースで親になる過程を見守る】とは、女性と児の安全が守られるよう関わりを継続し、うまくいかないことがあれば原因に気づけるよう導き、女性のペースで主体的に行う育児を見守っていくことである。

「看護師は、沐浴指導を母親と家族一緒に行いがちだが、まずは母親が主体となって行うという雰囲気をつくる。支援が必要そうとなった時に実母に手伝ってもらうなど、母親が主体となって行うということを念頭に置いて支援しなければ、実母が張り切りすぎることがある(ケースD)」のように、「安全な場合は見守り女性が育児を主体的に行えるよう支援(する)」していた。その際「介入のタイミングを見計ら(う)」い、「見守る体制が続くように、保健師が訪問する間隔を調整したり外来受診時の母児の様子を関係者と情報共有する(ケースA)」のように、タイミングを逃さず支援を提供できるように、継続的に関わっていた。

9) 苦悩を受け止めともに考える

【苦悩を受け止めともに考える】とは、自身が抱える生きづらさをわかってもらえないまま妊娠・出産・育児という新たなことにチャレンジする中で、「できないこと」に直面し苦悩している女性の言葉を受け止め、どうしたらよいかをともに考えることである。

看護師は、「女性の生きづらさを家族とともに理解する」ことができるよう、精神科と連携し〈家族とともに女性の精神障害について知る場を設ける〉こともあれば、「出産の数か月前に入籍し家族になった場合、夫と十分に分かり合えているといえず、ましてや義母とは分かり合える関係ではなく、(中略)精神疾患のことを知らないの『なぜ夜は寝ないといけないのか』となる。(看護師は女性に関する)情報をもっているが、義母が知らない情報を伝えてしまわないように十分配慮する(ケースD)」のように、家族の関係性に注目して、〈精神障害をもつことを知らな

い家族に必要以上の情報を伝えない) ようにもしていた。そして、「育児のことで困っていることはないかと聞くと、(女性は) できると思っ

10) ライフデザインを描くことを支える

【ライフデザインを描くことを支える】とは、女性や家族が、子どもをもつことや養育など、妊娠・出産・育児にかかわる決断に参画できるよう援助することである。

「(女性が) 自宅で児を養育していくためには、苦手な実母にも支援してもらわなければ難しいが、(女性が) 実母には支援を頼めないと。このまま実母に支援は頼まず、施設入所や乳児院を利用するか、自宅で育児を行うか、どうするかを決めようとした時に、女性が家族から支援を受けることを必要だと思えるように、現実を伝えた(ケースD)」のように、看護師は状況を整理し選択肢を提示したり、家族内コミュニケーションを促し、女性と家族が「生活設計ができるよう支え(る)」していた。

11) 資源の活用を促す

【資源の活用を促す】とは、経済的負担が大きくならないよう配慮しながら、女性と家族が母親自身の生活と育児とのバランスをとれるよう、社会資源を最大限に活用できるように援助することである。

看護師は、「(育児が) 自分一人でできたら、昼間だけでも女性と児が一对一で過ごす。自分一人でできない場合は、昼間も見守る人に来てもらう。夜は、睡眠が必要な人だったら、(家族の) 誰かが1、2回の授乳を補うという体制が整わないと退院はできないと思っている(ケースD)」というように、育児生活開始に向けた準備状況を丁寧に査定し、「状況に応じたサービスを活用(する)」していた。サービスを導入する際には、「『市役所に知り合いがいるから保健師には一切言って欲しくない』と家族が希望しても、(母児の) 安否が確認できないと危険なので、

居住地ではない地域の訪問看護ステーションに訪問を依頼する(ケースD)」と語り、「精神障害をもつことを知られないよう生活圏外のサービスを導入(する)」していた。

12) 看護師自身も労りながら必要なケアを創り出す

【看護師自身も労りながら必要なケアを創り出す】とは、チームで関わり、効果的であった看護実践は共有したり、支援者であることに疲弊した看護師を労りながら、女性とその家族が求める支援を提供できるよう実践知を積み上げていくことである。

看護師は、「一生懸命、女性の話を聞いていたけど、(中略) 話をすることで症状が悪くなるんじゃないかなっていうのがある。専門領域外の看護をしている感じが強い(ケースE)」と語った。戸惑いを抱きつつも、「(精神状態が) 非常に悪くなる方とはコミュニケーションが取りにくいこともあるが、身構えずに、普通に人として関わる。身構えるとよくない(ケースD)」、「女性との面談の方法は、対象者との関わりの中から作り上げてきた(ケースA)」のように、「チームで関わりながら看護師個々の強みを活かした関わり方を編み出(す)」していた。しかし、「スタッフの中にもメンタルヘルスの問題を抱えてる人がいて、(女性に接すると) 自分も揺さぶられるので対応するのを嫌がる。無理に接することがないように、人員配置や日々の業務分担をしながらやっている(ケースD)」のように、「看護師自身が揺さぶられる場合は無理に支援者とならない) ようにしたり、「(児が) 一時保護された時、担当看護師たちは自分たちを責めた。余計なことをしたんじゃないか、児を母親から奪ったのではないかと(ケースE)」のように、「傷ついた看護師が内省できる場を設け(る)」していた。

V. 考 察

本研究の結果、妊娠・出産・育児期にある精神障害をもつ女性への看護師の看護援助には、「女性とその家族がもつ受援力を捉えた看護援助」、「女性が親になる過程を支える看護援助」、

「安心できる距離感をもちながら援助関係を形成する看護援助」という3つの特徴が見られた。ここでは、その特徴について考察し、今後の看護援助への示唆へ繋げる。

1. 女性とその家族がもつ受援力を捉えた看護援助

本研究において、看護者は、妊娠・出産・育児期にある【女性と家族を支えるために必要な情報を収集(する)】し、【その家族に適した支援者ネットワークを作り出す】していた。関係を築く中で、看護者は、女性が精神障害をもつことを医療者や家族に知らせず、症状が悪化した後に精神疾患を有していることがわかること、家族が周囲の目を気にして保健師への情報提供を拒むことなど、女性とその家族が求行動を起こしにくいという特性をもつと捉えていた。このような状況の中、看護者は、女性とその家族に対し【資源の活用を促(す)】し、【生活の変化に備えて丁寧に準備する】看護援助を行っていた。

宗像(2010)は、病気対処行動(Illness behavior)を左右するものとして、病気の恐れが現実となる可能性が高いと認知するかどうかや、専門家に助けをもらうことに伴う身体的・心理的・社会的・経済的・実存的負担や支障などがあると述べている。実際にA県は、約20年間で、周産期医療提供施設が半数にまで減少し、分娩を取扱っている医療機関は、ほとんどが県中央部に偏在しており、かつ、ほとんどが精神科を併設していない。精神疾患を有している女性が妊娠すると、ほとんどの場合、対応可能な病院に紹介となる。対人関係に困難感を抱えている女性にとって、通院歴のない医療機関を受診し見知らぬ医療者との関係性の構築を求められることは、身体的・心理的負担を増加させ、自身で病気対処行動をとることを妨げるとも考えられる。

対象との継続的な援助関係を築きにくい状況の中で、看護者は、精神疾患既往の有無だけでなく、女性の対人関係の築き方、躰きやすいこと、対処行動の特徴など、【女性と家族を支えるために必要な情報を収集する】看護援助に重点をおいていた。看護者は、〔育児に対する女性と家族の希望を確認(する)〕しながら、【その家族に

適した支援者ネットワークを作り出す】ことで、妊娠期から顔見知りとなる看護者を増やし、女性とその家族が求行動をとれる相手とつながれるよう支援していた。

看護者は、【生活の変化に備えて丁寧に準備する】という看護援助を通して、女性とその家族が具体的に出産後の生活を想像できるよう投げかけ、親になる準備を促していた。また、精神障害をもつ女性が自身の親との関係性をふり返り、親になることに葛藤を抱いたり、実母からの支援を拒む場合、〔育児に関する女性と家族の希望を確認(する)〕しながら、〈女性が家族のサポートを肯定的に捉えられるよう関わ(る)〉り、女性とその家族が、育児によって生活が大きく変化することを受け入れ、支援者からの援助を受けながら、出産前後の生活を組み立てられるような看護援助も展開していた。

このように、看護者は、精神疾患の再発、増悪のリスクが高まる、妊娠・出産・育児期にある女性とその家族の多様なニーズを把握し、多職種で協働しながら、女性とその家族への看護援助を実践していた。これは、女性が抱える対人関係の困難さや、家族を含む支援者に精神障害をもつことが伝えられにくいといった、女性とその家族がもつ受援力を捉えた看護援助であったと考えられる。

2. 女性が親になる過程を支える看護援助

本研究で看護者は、妊娠・出産・育児期にある精神障害をもつ女性とその家族に対して、【苦悩を受け止めともに考え(る)】、【家族のかたちに合わせて親役割獲得・遂行を促(す)】し、【女性なりのペースで親になる過程を見守(る)】っていた。

【苦悩を受け止めともに考える】という看護援助は、女性のありのままの自分を認めてもらえない、親になることに葛藤を抱えている、妊娠・出産・育児によって生活のペースが乱れる、これまで疎遠だった家族員と新たな関係を築く必要が生じるなど、妊娠・出産・育児というライフイベントにチャレンジすることで生じた、家族の揺らぎを鎮めようとする看護援助であった。精神障害をもつ女性にとって妊娠・出産・育児は、重要な意味をもつライフイベントであ

る。Rubin (1997) は、母性は胎動の自覚や腹部の隆起など、「わが子」を感じる母-子間の相補的相互関係によって発達していくものであるとし、この相互関係が母親自身と子どもが単一体である感覚を生じさせると述べている。出産後、何が自分(母親)で何が胎児であるかの区別をしていくことは、妊娠中のきずな形成より難しいとされ、こうした出産後の個体形成と境界形成の過程は、自我の脆弱性を有する女性の場合には大きな課題となる。看護師は、女性と児が接する機会を奪わず、「睡眠を確保しながら継続できる育児方法を家族とともに検討(する)」しながら、「家族のかたちに合わせて親役割獲得・遂行を促(す)」し、女性が個として存在している児のニーズを充足することができるよう援助していた。

看護師は、「女性なりのペースで親になる過程を見守る」看護援助として、母児の安全が確保できる時は、女性が安心できる距離感を保ち、「状況・問題解決能力に応じて介入の頻度を調整(する)」し、「親になろう」としている女性が主体的に妊娠・出産・育児に取り組むのを見守っていた。しかし、母児に危険が及ぶときには、乳児院入所や児童相談所での一時保護などの社会資源を活用し、積極的な介入を行っていた。一般的に女性は、出産や育児の体験の間、家族や社会とぐっと接近する(Rubin, 1997)が、対人関係が極端に変動しやすい精神障害をもつ女性は、家族、社会との関係の平衡状態のバランスを保つことが難しく、特別な支援を必要とする。また、上別府ら(2006)は、精神疾患を有する女性が親になるプロセスでは、子どもやその他の環境から自分がケアされながら自分も子どもをケアし、自分自身が病いをもつ自分自身をケアしながら子どもをケアするという、ケアの授受が可能になることであると述べており、母児への看護援助が途切れないようにすることが必要不可欠となる。

このような看護援助は、精神障害のある女性が、家族や専門職からの支援や社会資源を活用しながら、自分のペースで母親としての自己(Maternity Identity)を確立し、親になる過程を継続的に支援する看護援助であると考えられる。

3. 安心できる距離感をもちながら援助関係を形成する看護援助

本研究で看護師は、「その家族に適した支援者ネットワークを作り出(す)」し、「看護師自身も労りながら必要なケアを(創り出す)」看護者、女性とその家族が相互に、安心できる距離を保ちながら展開していた。

看護師は、自分が関わることで女性の精神状態が悪化するのではないかと、戸惑いながら関わっていることを自覚していた。一方で、女性に対して身構えず、「チームで関わりながら看護者個々の強みを活かした関わり方を編み出(す)」していた。そして、妊娠期からの継続的な関わりによって、女性の対人関係の築き方、女性と家族の関係性を捉え、「安心できる距離感を保ち援助関係を築(く)」き、女性とその家族が、協働して妊娠・出産・育児に取り組めるようにしていた。

【看護師自身も労りながら必要なケアを創り出す】看護援助では、精神障害をもつ女性と関わることで、感情が揺さぶられる体験をした看護師がチーム内にいることを察知し、人員配置や業務分担を工夫し、無理に支援者にならないよう配慮していた。看護師は感情を外に表すことは不適切とする感情規制が働き、強い感情が湧くたびに、同僚に気持ちを吐露したり、涙をこらえて何も感じないふりをして、その感情をなんとか自分で管理しようとする(武井, 2001)。本研究では、看護管理者が看護師の感情体験にも目を向け、女性とその家族の内面世界に入り込み、自分と看護の対象者(女性とその家族)とを切り離せなくなっている状況を表出し、自分と相手の体験している世界の境界を明確にできる場を設けて、自分一人で対処しようとせず、「チームでの関わりの中から援助方法を作り上げ洗練化(する)」していた。

このような看護援助は、看護師、女性とその家族が安心できる距離を保ち、援助関係を形成していくという看護援助であると捉えることができる。

VI. 看護実践への示唆

本研究において、妊娠・出産・育児期にある

精神障害をもつ女性と家族を支えるための基盤づくりとして、女性と家族に会う機会を重ね、女性と家族が抱える困難を捉えて、必要な支援者ネットワークを創出していくことが重要であると明らかとなった。さらに、支援者ネットワークを運用することで、女性が主体的に育児に取り組むのを見守ったり、児の安全を優先するために積極的な介入をするなどして、親になる過程を支えていくことが重要であると示唆された。このように、女性とその家族を支援するには、多職種による継続的な支援が必要であり、持続可能な体制づくりに向けた取り組みが必要となる。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究の結果は、これから精神疾患合併妊婦の支援体制を拡充しようとする施設において有用なデータとなりうる。しかし、各施設がもつ機能に応じて提供可能な看護援助は異なるため、今後、研究対象施設を広げ、一次・二次周産期医療提供施設を中心とした精神科を有しない施設における看護援助の現状についても明らかにする必要がある。また、妊娠・出産・育児を経験している精神障害をもつ女性を対象とした研究にも取り組み、より具体的に、女性とその家族の体験の特性・ニーズを捉え、看護援助の体系化を行う必要がある。

VIII. 結 論

女性は、揺らぎながらも、親になることを望み、家族や医療者などからの支援を受けながら、自分のペースで母親としての自己を確立しようとしている。看護者は、女性とその家族がもつ受援力に注目し、多職種で協働しながら、女性とその家族のニーズに沿った看護援助を実践し、親になる過程を支援することが重要となる。

女性とその家族と援助関係を形成する際、看護者が強い感情体験をすることがある。そのような場合には、無理に支援者とならない、女性とその家族への関わりにくさを出せる場を設けるなど、女性の対人関係の築き方の特性を捉え、看護者、女性とその家族が安心できる距

離感をもちながら援助関係を形成していくことが重要となる。

謝辞：本研究へご協力いただきました研究協力者の皆様、各施設の皆様、高知医療センター看護局田鍋雅子局長様、関正節部長様に心より感謝申し上げます。本研究は、高知県立大学戦略的研究プロジェクト推進経費を受けて行ったものである。なお、本研究において申告すべき利益相反事項はない。We would like to thank Editage (www.editage.com) for English language editing.

著者資格：MNは、本研究の着想および研究方法の選択、文献検討、データ収集、データ分析、論文政策を主として行った。MS・TFは、研究プロセス、データ収集への助言、継続的なデータ分析と洗練化、論文作成に関わった。KNは、研究プロセスへの助言、データ分析及び解釈について妥当性の確保に向けた助言、論文作成に助言を行った。

<引用参考文献>

- 菱川賢志, 久保隆彦, 吉居絵理他 (2015). 単一周産期センターにおける精神疾患合併妊婦の10年間の後方視的検討. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 51(1), 210-214.
- 池淵恵美(2006). 統合失調症の人の恋愛・結婚・子育ての支援. 精神科治療学, 21(1), 95-104.
- 池淵恵美(2010). 統合失調症の人の恋愛・結婚・子育て 症例を通しての考察. OTジャーナル, 44(7), 572-578.
- 池淵恵美 (2013). 特集 恋愛・結婚・子育て 第1章 総論: 精神障害をもつ人の「恋愛・結婚・子育て」を支援するということ 精神障害者の恋愛・結婚・子育てをめぐる障壁. 精神科臨床サービス, 13, 286-291.
- 上別府圭子, 上野里絵, 牛島定信 (2006). 次世代育成に関わる者のメンタルヘルス (その2) 精神疾患を有する女性が「親になること」に関する質的研究. メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告書, 18, 29-36.
- 高知県総務部統計分析課 (2021). 高知県の推計人口年報 (令和2年) ~令和2年10月1日現在

- ～. <https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/111901/files/2014021401751/r02nenpou.pdf> (2021. 06. 03 現在).
- 高知県 (2018). 第7期高知県保健医療計画 (平成30年度～平成35年度), 第7章 5 事業及び在宅医療などの医療連携体制 第2節 周産期医療, 207-233. https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/131301/files/2018032800404/file_20183305113722_1.pdf (2021. 06. 03現在).
- 厚生労働省 (2016). 第6回周産期医療体制のあり方に関する検討会 資料2 「合併症を有する妊娠と周産期医療体制」. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000134646.pdf> (2021. 06. 03現在).
- 南裕子, 稲岡文昭監修 (1993). セルフケア概念と看護実践 - Dr. P.R. Underwoodの視点から -. 第1版, 39-64. 東京都: ヘルス出版.
- ミルトン・メイヤノフ著 (1971) / 田村真, 向野宣之訳 (1987). ケアの本質 生きることの意味 (初版), IV 人をケアすることの特殊な側面, 91-107. 東京都: ゆるみ出版.
- 宗像恒次 (2010). 最新 行動科学からみた健康と病気 (第1版), 130-138. 東京: メヂカルフレンド社.
- 日本産科婦人科学会 (2020). 周産期委員会報告. 日本産科婦人科学会雑誌, 72(6), 684-696.
- 日本産婦人科医会 (2017). 妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル～産後ケアへの切れ目ない支援に向けて～ (初版), 25. 東京都: 公益社団法人日本産婦人科医会.
- 大熊輝雄 (2008). 現代臨床精神医学 (第11版), 320-393. 東京都: 金原出版株式会社.
- 太田操 (2017). 第1章 看護過程とは, 第2章 ウェルネス看護診断. 太田操編. ウェルネス看護診断にもとづく母性看護過程 (第3版), 2-16. 東京都: 医歯薬出版株式会社.
- Ramona T. Mercer (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- Reva Rubin (1984) / 新道幸恵, 後藤桂子訳 (1997). 母性論 母性の主観的体験 (第1版), 第1章 序章, 1-13. 東京都: 医学書院.
- 澤田いずみ (2012). 精神障害をもつ人が親になる過程を支える看護. *小児看護*, 35(3), 331-336.
- 澤田いずみ (2012). 統合失調症を持つ人の妊娠・出産・子育てを多職種で継続的に支えていくために「ケアガイド」を作成してみました. *精神看護*, 15(6), 90-96.
- 武井麻子 (2001). 感情と看護 人とのかかわりを職業とすることの意味 (第1版), 8 傷つく看護師、傷つける看護師, 172-188. 東京都: 医学書院.
- 渡部衣美, 根本清貴, 小島真奈他 (2018). 精神疾患合併妊婦の周産期における病状悪化リスクの検討. *精神医学*, 60(10), 1145-1153.