

## 支援に当たられる看護職の方へ

薬物療法の進歩と地域サービスの拡充を背景に、統合失調症をはじめ、精神障害である人たちが地域で暮らす時代となりました。

インターネット上では、統合失調症でありながら妊娠を望む女性の書き込み、実際に子育てしている人のブログ等の情報発信が多く見られるようになってきました。精神障害である人が親になる体験は「ケアを受け、ケアをすること(上別府、2007)」と言われていました。子どもをケアするために、親が自分の障害をセルフケアし、他者からケアを受ける。子育てが障害を受け止め、人とつながっていく力を育てていくことを意味しています。

障害がなくても子育てが困難な時代、この過程は容易なことではありません。しかし、本人が十分な説明を受け、正しい情報、必要な資源を得ながら、満足のいく意思決定ができるような支援が求められています。私たちは、必要とされる支援を明らかにするため、精神看護、母性看護、小児看護、地域看護領域担当者でチームを作り、看護職と当事者を対象に調査研究を行いました。その結果に基づき、看護職が共通認識を持って支援するために役立つような簡便なケアガイドを作成しました。ご活用くだされば幸いです。



### 参考文献

- ①塚田和美：妊娠・出産・授乳期における統合失調症の治療ストラテジー.臨床精神薬理, 7:1875-1881, 2004
- ②上別府圭子ら：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集(18):29-36, 2007
- ③野村総一郎監修：精神科身体合併症マニュアル.医学書院, 2009
- ④池端恵美：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, 2010
- ⑤福西勇夫：統合失調症がわかる本 正しい理解と対処のすべて.法研, 2002

## 関係機関・活用できる資源

### ● 親の病気に関する相談

札幌市精神保健福祉センター 011-622-0556  
北海道立精神保健福祉センター 011-864-7121  
札幌市各区精神保健福祉相談員  
各北海道立保健所の保健師

### ● 子育て・子育てに関する相談

各市区町村の保健師・助産師  
児童家庭支援センター  
(24時間電話相談対応、子どものショートステイなど)  
<http://www.zenjikasen.org/index.html>参照  
各地区の児童委員・主任児童委員

北海道児童相談所・札幌市児童相談所  
乳児院：2歳未満  
児童養護施設：乳児を除いた18歳未満  
里親：養子、養育里親（一定期間）  
専門里親（被虐待児を2年以内）  
自立援助ホーム：就労しなくてはならない15歳から20歳までの青少年：道内2か所（函館、札幌）

### ● 経済的問題に関する相談

各市区町村の生活保護課  
各市区町村の児童福祉課  
各病院のソーシャルワーカー

### ● DV相談

北海道立女性相談援助センター 011-666-9955  
札幌市配偶者暴力センター 011-728-1234  
各支庁の環境生活課

### ケアガイドについてのご意見・問い合わせ先

〒060-8556 札幌市中央区南1条西17丁目  
電話：011 (611) 2111 (内線2861)  
FAX：011 (612) 5525  
電子メール：lzumi@sapmed.ac.jp

札幌医科大学保健医療学部看護学科  
澤田 いずみ

## 看護職のためのケアガイド

## 統合失調症を治療しながら 子どもを希望される方の 看護支援のために



### 統合失調症を持つ人への子育て支援研究班

代表 澤田いずみ（札幌医科大学）  
宮島 直子（北海道大学）、吉野 淳一（札幌医科大学）  
平塚 志保（北海道大学）、今野 美紀（札幌医科大学）  
高橋由美子（札幌医科大学附属病院）  
野村 美樹（札幌医科大学）、影山セツ子（天使大学）  
丸山 知子（天使大学）

平成19～22年度科学研究費補助金基盤研究B「統合失調症を持つ人の妊娠・出産・子育てへの看護支援プログラム構築に関する研究」にて作成

### ◇アドバイスのコツ

統合失調症の特性として、不安を持ちやすく焦ったり緊張しやすい、情報の取捨選択が難しいため複数のことを同時に進めたり、決断することが苦手などあります。穏やかで分かりやすい態度を心がけ、①先々のことまで説明せず目の前のごことを段階的に扱う、②説明は具体的に簡潔に、③言葉より行動で見せる、④本人にやってもらいたい点・改善点をフィードバックする、⑤混乱しやすい場合は分かりやすい決まり事を作る（ミルクは一定量つくり残りは捨てる）などを配慮すると、理解・行動につながりやすいかも知れません。

些細なことを不安に感じるので丁寧に対応する必要がありますが、その際、内容に応じて相談窓口を明確にすること、支援者間と言うことがぶれないことが大切です。出産後、子育てを頑張りすぎたり、逆に、病状悪化後の疲弊期のため意欲の低下が生じる場合があります。育児は長いので、休息、服薬の確保を優先し、状況によっては乳児院・保育所・ショートステイの活用も検討しましょう。その際、無力感を強めないように資源を積極的に利用できた点を評価しつつ、本人・家族の育児力にも働きかけ、できていないことよりできていることに着目し自信を促すことが大切です。

### ◇家族関係の調整

未婚の妊娠、家族の病識不足、病名を隠蔽しての婚姻、家族の支援力が乏しい等、妊娠から子育て期の全てにわたり家族関係の調整は不可欠です。1例毎に家族関係を見極め、医療者・本人・家族で今後の育児の見通しを共有し、夫婦の話し合いを促し、家族の役割分担を促進することが必要です。実父母の協力を得たり、保育所等の資源を活用し、育児負担を和らげることで、夫婦に協力関係が生まれ、家族に見合った育児スタイルが確立されていきます。

### ◇ネットワーク・連携について

通院している病院の精神科看護師、産科助産師、本人が居住している地区担当保健師が妊娠期から情報を交換することや、育児期の支援担当である保健師の役割と連絡方法を医療機関の看護職に伝え、切れ目の無いケアが継続されることが理想です。病棟看護師や助産師は交代制勤務であるため、連携部門に情報を一元化するなどの各病院のシステムに合わせた工夫が必要です。助産師は支援期間が短いので、引継いだ結果のフィードバックを求めています。支援者同士の信頼を高めるためにも結果報告を確実に実施したいものです。資源を導入する際には、本人の信頼を得た人が軸となりタイミングを図りながら早めに資源につなげていくことが必要です。

困難事例の場合は、各市区町村の児童福祉担当者を通じて要保護児童対策地域協議会を活用しましょう。親の同意が得られなくても子どもを一時的に保護しなくてはならない場合もありますが、子どもの健全な育ちを支援することは結果的には親を支援することになります。児童相談所を含めた多職種ネットワークの中で継続的な支援を行うことが重要です。

## 妊娠から出産まで

### ◇妊娠中・授乳中の薬物療法

治療薬が胎児に影響がないとは言えませんが、母体の病状悪化は母体と胎児の安全だけでなく、その後の子育てにも影響します。薬物は基本的に減量・中止となりますが、妊娠週数に応じて（下記の緑枠）リスクとベネフィットを考え、適切な薬物使用が検討される必要があります。

### ◇妊娠中の不安や病状悪化について

病気の理解がある人ほど児への罪悪感や不安から、拒薬・怠薬をする場合があります。母を守ることが児のためであること、児に配慮して投薬していることを説明する必要があります。また、児を攻撃する言動が見られる場合がありますが、不安から生じるアンビバレンスと考えられます。病状悪化時は不安を言語化することは難しいので、薬の影響、出産や育児の見通しなど不安の要因を予測し、夫や家族、時には地域機関と連携しながら、安心できる情報を伝えることが大切です。興奮が激しくやむなく抑制・隔離をする場合は、目的と解除基準を説明し、児を思う気持ちを励ましながら理解を得ましょう。できれば、薬物減量開始前に、本人・家族に抑制・隔離の可能性について同意を得ておくことよいでしょう。喫煙者には児の発育促進のために禁煙をすすめます。しかし、禁煙による精神症状の悪化や薬の副作用の出現（薬の代謝変化のため）の可能性があるため、禁煙を周囲の人に知ってもらう、頑張りすぎない、何度でも禁煙に挑戦できることを伝え禁煙を励ますことよいでしょう。精神科・産科の支援方針が一致するよう、看護師・助産師間の情報交換を密にすることが大切です。

### ◇出産に際して入院する場・出産方法について

行動制限や頻回の薬物調整が必要な場合、妊婦の処置への抵抗感が強い場合などは精神科入院を検討する必要があります。出産は自然経産分娩が可能です。安全を十分考慮し、産科医と本人が相談し決定するとよいでしょう。

## 妊娠する前に

### ◇統合失調症の遺伝について

片親が統合失調症の場合、子どもの生涯発症危険率は約10%で、一般人口の約10倍です。しかし、単一の遺伝子によって必ず遺伝するのではなく、効果の小さな遺伝子の累積と環境要因で起こると考えられています。健常人同士の結婚であっても子どもが発症する可能性があります。大切なのは、子どもを育てる環境を整えておくことです。

### ◇子どもを持つ準備状況について

- 本人・パートナーの育児希望が一致している
- 本人・パートナーの病気についての理解が一致している
- 本人・パートナー以外に子育てを手伝える（特に夜間）家族、知人、資源がある
- 本人・パートナーが自然分娩、母乳栄養にこだわらず母子の安全を優先できる
- 本人・パートナーの生活基盤が安定している
- 本人・家族が精神科入院に抵抗がない

### ◇障害についての心理教育

病気について本人・家族が正しい知識を持つことが不可欠です。当事者・家族の心情を配慮した心理教育の教材は「統合失調症情報局すまいるナビゲーター」のHPからブックレットがダウンロードできます。URL: <http://www.smilenavigator.jp/>

### ◇家族計画

発症時期が若いため性に関する知識が十分でなく、特に女性は避妊について自己主張できない場合があります。また、ある種の治療薬は高プロラクチン血症や勃起・射精障害を起こすため、妊娠を望んで怠薬する場合があります。治療を中断することなく、計画性を持って妊娠できるよう、本人・パートナーと家族計画について話し合えることが大切です。

**妊娠 2 週 ~ 3 週** all or noneの法則で流産に至るか無事継続するかのいずれかであり、薬物投与の影響はない時期

**妊娠 4 週 ~ 15 週** 薬剤への感受性が高く12週までは催奇形リスクが最も高く、薬物の減量・中止が望ましい時期。精神症状の悪化が著しい場合には、薬物使用を最小限にしつつ妊娠の継続について再検討が必要となる。使用する場合は多剤併用・大量投与は避ける。

**妊娠 16 週 ~ 36 週** 催奇形のリスクは減少し胎児中毒が問題となる。胎児の発育をみながら薬物による精神症状の積極的管理が可能。

**妊娠36週から出産まで** sleeping baby、離脱症候群の予防のためにベンゾジアゼピン系やSSRI等は減量・中止が望ましい。

**授乳期** 産後は精神症状の悪化、再燃のリスクが高まる時期であり、薬物が増量、再開される場合が多い。向精神薬服用時の授乳は原則中止となる。乳腺炎予防が必要である。