

社会的ハイリスク妊婦の退院支援 ～自宅での育児実現に向けて～

Discharge support of social high risk pregnant woman

～ For success to child care by self ～

西4階病棟

吉沢奈緒子 宮島利佳 内川千賀 加藤文穂 藤井恵美子 上條陽子

〈要旨〉生活保護受給者や精神疾患合併などといった社会的ハイリスク妊婦の支援について、症例を通じて振り返る。社会的ハイリスク妊産婦の症例では、妊婦自身の育児能力の見極めや育児環境の調整が非常に難しい。しかし、早期から地域スタッフ、病院スタッフが協力し合うことで、妊婦の意思を尊重した支援につなげることができるのではないだろうか。Aさんの症例から学んだ内容を今後の退院支援の改善につなげていく。

キーワード：退院支援，妊婦，育児

1. はじめに

A病院は県内の助産施設の一つに指定されている。また精神科も有するため、精神疾患合併、若年、未婚、生活保護受給などといった社会的ハイリスク妊婦の受診が多く、年々増加している。このような症例では、妊婦自身の育児能力の見極めや育児環境の調整が非常に難しい。これまで、児の安全を優先するがゆえに乳児院利用により母子分離を図ることも少なくなかった。

今回、妊娠の早い時期からの密な地域連携と、入院中の個別指導の工夫などにより自宅での育児を実現するに至った症例を経験した。この症例を振り返り、今後の社会的ハイリスク妊婦の意思及び母児の絆を尊重した退院支援のあり方を模索する。

2. 倫理的配慮

事例をまとめるにあたり、対象が特定されることのないように配慮した。

3. 事例紹介

Aさん、独身、無職であり生活保護需給者。アルコール依存症、統合失調症合併。実母と弟は他界。実父は関与を拒否。今回、パートナーと知り合い妊娠した。パートナーとは妊娠前に別れており、一緒に育てる予定はない。A病院での分娩を希望し、無月経6週で初診、以降A病院で妊婦健診を実施した。統合失調症についてはA病院の精神科でフォローされていた。精神

的に不安定となることが多く、何度も病院（産科外来及び病棟、精神科外来及び病棟など）へ電話をかけてくることもあった。妊娠経過としてはおおむね順調であり、妊娠38週に経膈分娩で出産した。Aさんには自分で育てていく希望があり、出産翌日から母児同室を開始した。Aさんは産後5日目に退院。児はAさんの育児準備状況に合わせる形で生後8日目に自宅へ退院となった。

4. 看護の実際

1) 助産外来での関わり

A病院の産科外来では、初診時の問診は助産師が担当している。問診を担当した助産師が、Aさんの家族背景や既往歴の聴取に加えて、妊娠継続及び産後の育児の意思等について面談を行った。そして、A病院の医療福祉支援センターのソーシャルワーカー(以下MSW)へ連絡した。MSWは地域へ連絡し、支援の必要性を病院及び地域の双方で共有し、問題点および具体的な支援体制の明確化に向けての取り組みが始まった。外来管理において医師に相談し通常より、助産外来の頻度を多く入れてもらった。また、外来からの受け持ち助産師を決め、MSWや外来と病棟との情報共有がスムーズに行えるように努めた。

助産外来ではAさんの不安や訴えの傾聴をはじめ、育児環境や物品準備状況をAさんとの対話の中で確認していった。また、地域の担当保

健師や生活保護の担当者による家庭訪問がされ、実際の家庭環境を確認した。病院内でのAさんとの面談だけでは把握しきれない現状を、地域スタッフの協力のもと知ることができ、保健指導内容の個別性を盛り込むことにつながった。実際に、タバコの吸殻やビールの空き缶などの蓄積、不規則で偏りのある食生活、衛生管理など、育児環境として改善されるべき問題も浮き彫りになっていった。

また、通常、妊婦やその家族らが妊娠・出産・育児について学ぶ場としている両親学級についてAさんにも提案してみた。しかし、集団指導の場は、人も多く苦手意識があり、気が進まないということで個別的に助産外来で可能な範囲での指導を進めた。

母乳についての希望も他の妊婦と同様に、Aさんの意向を聞いてみた。Aさんからは「やりたいですね。」との言葉があり、内服している向精神薬と授乳への影響について薬剤師との面談を取り入れた。実際に母乳育児が可能であるかは問題とせず、外来の場面では、母性からの訴えとして率直に傾聴する姿勢で対応した。

2) カンファレンス

妊娠中から出産後の退院までに、合計3回にわたり病院スタッフ（産科医師、精神科医師、病棟師長、助産師、MSWなど）と地域スタッフ（保健師、訪問看護師、児童福祉課、児童相談所、生活保護担当者など）との合同カンファレンスを開催した。妊娠23週頃、精神科医師を交えて、統合失調症やアルコール依存症という観点も踏まえてのAさんとの関わり方について検討した。34週頃には、地域スタッフ、産科・精神科医、助産師、MSWなどで今後起こりうる状況予測や産後の支援体制を検討した。産後2日目のカンファレンスでは、Aさんの入院中の様子を踏まえ、自宅で育児していく方針が固まり、地域で支援体制の具体化を進めることと、緊急時の児の保護などについて検討した。精神科医師から育児手技の習得状況においてチェックリストを使用してみてはどうかとのアイディアが出され、導入してみた。また、入院中は、連日病棟の助産師間で日々の育児の習得状況や注意点などを共有し、ケアの統一に努めた。

3) 母子同室・個別指導

今回、精神科医師の助言をもとに育児手技習

得チェックリストを作成した。日々の習得状況の変化を一覧表に記録し、毎日関わるスタッフが変わっても上達に合わせた関わりができるように工夫した。自宅に帰りAさんが主となり育児していくことを念頭に、調乳や授乳は夜間も含めてAさんにやってもらい、よりこまめに巡視した。児が退院するまでに合計4回の沐浴練習を実施した。そして、Aさんの生活（内服や喫煙など）を考慮した児との生活リズムの指導パンフレットを作成し、注意点も踏まえてAさんと退院後も訪問指導に入る保健師にも同様に説明した。

入院中、Aさんは児と一緒に生活することを願い、一生懸命児のお世話になれていこうと取り組まれた。母乳については産後もAさんと話し合いをした。しばらく睡眠時間の確保が安定しないことや手技の獲得は決して容易なことではないことなど母乳育児の実情を話し、睡眠が十分確保できないことによる精神的負担も考え、今回は母乳育児は行わないことにAさんと共に決めた。

4) 退院後の地域スタッフによる見守り

退院後は、保健師・助産師・訪問看護師・ヘルパーなどが連日家庭訪問し、児の安否確認と育児指導を継続し、自宅での育児が始まった。地域スタッフにより細かな部分まで密な支援スケジュールが組まれていった。

5. 考察

今回、妊娠初期から地域と連携し、退院後の生活を見据えた支援体制を慎重に検討できた。また、外来から産後までの受け持ち助産師を決めたことや、育児手技習得チェックリストの活用で情報共有やケアの統一がうまく図れたと思われる。

子育てにおいては、当然であるが予期せぬことが何度となく起こりうる。また、そのような場合に親は臨機応変に対応していかなければならない。しかし、今回のAさんの場合、精神疾患及びアルコール依存症という背景があり、いつ不安定な状況となるかもわからない。また、育児への応用力や判断力という点についても不安要素が強かった。しかし、Aさんは実際、努力して育児の練習に取り組まれ、退院までの間に児と分離する必要性を迫られる事態は起こら

なかった。地域の協力を全面的に受ける形ではあるが、支援のもとに自宅での育児を実現することが可能となった。この症例を通じて、母性の可能性を感じると共に、親子の一生を大きく左右する大切な周産期という時期に関わることの難しさを改めて実感することになった。

6. 結語

社会的ハイリスク妊婦は児童虐待のリスクが高いと言われており、児の安全面の確保が課題となる。しかし、今回の症例の経験を活かし、最初から母子分離で解決するのではなく、早期から多職種と連携し、可能な限り妊婦の意思を尊重した育児環境の調整が実現できるように今後も取り組んでいきたい。