メンタルヘルス・育児の問題を抱える妊産婦と家族への支援体制の構築

―１地方における支援体制の現状と課題―

研究分担者 平林 優子 （信州大学医学部保健学科 小児・母性看護学領域）
研究協力者 鈴木 泰子 （信州大学医学部保健学科 小児・母性看護学領域）

研究要旨
疾患をもつ子どもの入院や受診において、親がメンタルヘルス上の問題を持つ場合に、どのような支援を行っているのか、またどのような課題があるかについて、看護師への聞き取り調査を行い、現状や課題を明らかにする手掛かりを得ることとした。
３つの病院の病棟、外来勤務の合計 11 名の看護師に半構成的面接法により情報を得て、支援の現状、連携、支援上の課題について分類した。背景となる問題の性質は、[メンタルヘルスの親の状態からくる問題]、[親子相互の関係からくる問題]、[子どもへの影響]、[支援者への影響]に分類された。支援の方法は［早期からの情報把握］[親子の分離による保護と安定を図る]、[親のケア能力・判断能力の補完］など８つのカテゴリーが抽出された。また連携体制は様々な形で図られ、医療機関内だけでなく地域との広い連携を形成している事例もあった。支援上の課題には、[医療による支援以外で子どもが地域でフォローされない可能性］や、[子どもの成長を見通した支援が困難］[親の周囲との関係から介入の困難］など 11 カテゴリーがあげられた。
メンタルヘルス上の問題を持つ家族への支援には、安全や安定への支援だけでなく、地域全体での体制づくり、成人移行も含めた支援について検討していく必要があると考えられた。

A．研究目的

子育てをする親のメンタルヘルスの問題は、ボンディング障害、虐待やネグレクト、子育て不安やうつ、母親の自殺などの問題を生じ、早期発見、早期対応の重要性が強調されている。産科婦人科学会の調査では、精神疾患を合併した妊婦の合併症のうち、精神疾患を持つ者は2.6％と報告されている[1)]が、うつ病は妊娠中に7-20％と高率に出現し、産後うつ病の最も強いリスクファクターであると指摘されている[2)]。また妊娠中の不安障害も妊婦･胎児に影響を及ぼし、強迫性障害と出生体重の関連や外傷後ストレス障害と子どもの情緒障害の関連も報告されている[2)]。精神疾患と診断されない状態だがメンタルヘルス上の問題を抱えて出産や子育てをしている状況の親はさらに多いと推測できる。子育てを行う親のメンタルヘルスと子どもの虐待は密接に関連しており、多面的な情報収集、柔軟で個別的な対応、多職種が協働しての支援が必須であると考えられている。すこやか親子 21（第 2 次）の基盤課題においても、切れ目のない妊産婦・乳幼児への保策が掲げられ、各事業間や関連機関間の連携体制の強化を推進している[3)]。また、妊娠期から子育て期にわたるまでの様々なニーズに対して総合的な相談支援の拠点として「子育て世代包括支援センター」の整備がすすめられており、長野県では、平成 30 年 4 月 1 日現在で、29 市町村 44 箇所が設置されている[4)]。また、子ど

も・子育て世代包括ケア推進事業として、長野県看護協会では、松本支部（2市5村）を実施地区として、平成28年度に『子育て支援体制の充実と虐待予防のための連携構築』事業を実施している[5]。これらの支援を効果的に活用するためには、自治体、保健所・保健センター、助産所や産後ケアセンター、医療機関など多機関連携が欠かせない。

本研究者らは、メンタルヘルスの問題を有する、または虐待リスクが高い妊婦等社会的ハイリスク妊婦（母親）と家族への支援において、地域の支援機関、医療施設、産後ケア施設等の支援の現状や連携についての現状を聞きとり調査し、6つのカテゴリーを暫定的に見出したが[6]、これらについてさらに事例を重ねて分析を進めた結果から、【地域で構築してきた連携・支援体制】、【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】、【連携・支援上の課題】の大きなカテゴリーと、下位の22のサブカテゴリーに整理した。この調査は、妊娠期から乳幼児の子育て期の親への支援のあり方が中心であった。子育てをする親の困難に関する調査や支援については、現在は多くの研究がなされてきており、子どもの生活や発達への影響も示されているが、精神疾患を持つ子どもの立場での支援のあり方の検討や調査は最近になってからである[7]。精神疾患をもつ親と子育ての関係では、愛着形成の課題、基本的生活習慣獲得への影響、子どもの社会生活の制限、学習上の問題、心理的傷つきの体験、ケアラーとしての役割の負荷、自己肯定感の低さ等、発達過程に従って様々な課題が形を変えて顕在化してくることが示されている[7)8)9]。大野らは精神疾患を持つ母親と暮らす子どもへの支援について、精神科医療機関の専門職者にインタビューを実施して質的に分析し、＜子どもの生活が脅かされないように支援する＞＜母親の理解者となり得る子どもを支える＞などを見出している[10]。当事者への調査も近年行われており、塩澤は子どもが母親の精神疾患を受容するプロセスについて当事者からの調査を行っている[11]。土田らは、精神障害の親と暮らした経験のある成人に小児期の経験や支援の要望を質問紙調査している[12]。しかし、これらの研究はまだ少ないのが現状である。さらに医療機関においては、子どもの疾患がある場合、親の子どもへのケア能力や養育環境は、子どもの支援を考える上で重要な要素であるが、親が精神疾患等のメンタルヘルス上の問題がある場合の、疾患を持つ子どもへの支援の現状や課題についてはほとんど明らかにされていない。

そこで今回、疾患をもつ子どもの入院や受診において、親がメンタルヘルス上の課題を持つ場合に、どのような支援を行っているのか、またどのような課題があるかについて、看護師への聞き取り調査を行い、現状や課題を明らかにする手掛かりを得ることとした。

本研究において、「メンタルヘルス上の問題」とは、「精神疾患の罹患、精神障害の他に、治療を要したり、特別なケアを要すると判断される程度に、精神的に不健康といえる状態」を示す。

B．研究方法

研究対象者は、疾患を持つ小児が入院している病棟、あるいは小児が受診する外来において、親がメンタルヘルス上の課題を持つ事例の支援を実施した経験のある看護師で、以下の条件を満たして研究の同意を得た者とした。

a.疾患を持ち外来受診あるいは入院している子どもの親がメンタルヘルス上の問題を持つケースの看護の経験がある者。
b.上記の状態の子どもが入院あるいは受診する部署に 1 年以上勤務した経験を持つ者。
c.上記の子どもの親のメンタルヘルス上の問題が、精神疾患、精神障害、あるいは、診断・治療を受けてはいないものの、医療的支援や特別なケアが必要であると、所属部署で認識される程度であること。
d.対象者の面接で想定してもらう子どもは、18歳未満で、入院、外来受診の主たる目的が精神科受診ではない疾患であり、子どもの疾患の管理には 3 ヶ月以上要することが見込まれる、あるいは見込まれていた。とした。
e.面接に回答できる身体・精神状態にあり、文書ならびに口頭による研究の説明について理解が可能な者。

対象者は便宜的抽出法にて選出した。研究者の所属機関の地域で小児の通院入院が一定数継続的にある医療機関 3 箇所に依頼し、研究対象候補者の紹介を得たのち、研究対象候補者には研究説明を文書で渡し、研究参加の意思があった場合に、研究者との連絡をとれるようにしてもらった。インタビューは、候補者の都合のよい日時を調整し、情報が保護される個室で実施した。インタビューの前に、再度文書および口頭にて、研究の主旨、方法、倫理配慮等について説明を行い、同意が得られたら同意書に署名を得た。

インタビューは、インタビューガイドに沿って半構成的に実施した。a.対象者の背景：病院、病棟・外来の別、部署が対象とする患者の特徴、性別、年齢、看護師経験年数、小児に関わる経験年数、どの程度の条件に合った患者数の経験があるか。経験した時期。部署には対応のマニュアルや対応の判断基準は存在するか、b.どのようなケースについて経験があるか（個人情報に留意する）。c.メンタルヘルス上の問題を持つ病児への支援の方法や支援方法の理由、d.支援上の困難やその理由、あれば対処方法、e.支援上の連携や役割、f.支援上の課題、g.支援に影響する要因、等で構成した。インタビューは 1 名約 1 時間を予定し、研究対象者の承諾を得て、IC レコーダーで録音を行った。

分析方法は記述的分析方法であり、音声データを逐語録に起こしたものと、研究者の面接記録を情報元とし、質問項目 a 以外に対応する内容を抽出の手がかりとして語られた文脈を抽出し、その文脈を要約するコードを作成し、コードの性質を表すラベルをつけた。ラベルおよびコード間の類似性や相違性を検討し、抽象度をあげてサブカテゴリー、カテゴリーを作成した。本研究は、「ヘルシンキ宣言」「人を対象とする医学研究に関する倫理指針」を遵守して人権擁護に配慮した。研究対象者には、研究の意義・目的、研究方法、依頼内容、倫理的配慮等について口頭及び文書で十分説明し、同意を得た。本研究は、信州大学医学部医倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：4806）。

C．研究結果

研究対象者は、小児が入院・通院する 3 箇所の病院で、大学病院、国立病院機構病院、小児の専門病院に所属する看護師 11 名で、病棟担当看護師 9 名、外来担当看護師 2 名であった。

【　】は問題の性質（カテゴリー）を、[　] はサブカテゴリーを、＜　＞は属する要約コードを示した。必要な場合は、“　”で、具体的内容を記載したが、逐語ではなく、意図・意味を示す程度に要約して示した。

なお、今回の分析結果は暫定であり、仮の分類を示した。今後さらに分析の精度を高め、説明性と確実性を高める予定である。

1)対象の背景

年齢は 20 台 2 名、30 台 2 名、40 台 3 名、50 台 1 名であった。看護師経験年数は、1-3 年 2 名、4-6 年 1 名、6-10 年 2 名、16-20 年 4 名、21-25 年 1 名、25 年-30 年 1 名であった。小児の看護経験年数は、1-3 年 5 名、4-6 年 2 名、6-10 年 1 名、16-20 年 1 名、21-25 年 2 名であった。うち、1 名は精神科外来の経験があった。

所属病棟には、親がメンタルヘルス上の課題を持つ場合の対応策や手引きなどはなく、個別のケースに合わせて対応している状況にあった。病院内の精神科チーム（精神科医、看護師、臨床心理士）への依頼等のシステムが確立されている病院もあった。また、退院に向けて対応する院内のチームの活用は行われていた。

2)【親のメンタルヘルス上の問題や背景】

今回、支援や課題について情報を得るにあたり、対象者が想起された事例から、支援上の問題、介入の必要としてあげられる、親のメンタルヘルス上の問題からくる問題や背景の性質として次のような内容があった。

［**親の状態に関する問題・背景**］＜子どもの罹患・重篤度・治療期間・予後による精神的な危機的状況＞、＜子どもの病状やケアに伴う育児ノイローゼによる親のケア能力低下＞、＜子どもの疾患のためのケア能力・理解度の低さ＞、＜医療者への子どもの状態の説明の真偽の不明確さ＞、＜親自身のコントロールの不安定さや薬物の影響からくる危険＞、＜親の方針のゆらぎ＞

［**親子相互の関係性からの問題**］＜親・子の発達障害からくる相互のストレス過多＞、＜親・子の発達障害からくるストレス対応の困難さ＞、＜親の精神疾患から子どもへの依存＞、＜子どもの疾患の世話に関連した親子関係性の悪化＞、＜医療者への過多依存や集中＞

［**子どもへの影響**］＜子どもの発達上の問題やセルフケア能力低下＞、＜家族間の関係維持の困難により、子どもの逃げ場が病院となる＞

［**支援者への影響**］＜医療者への攻撃や関係悪化＞、＜ケア提供者のストレス増大＞

3)【支援方法】

支援方法や連携については、次のような内容が挙げられた。

[早期の情報把握]

子どもや親の状態、子どもや家族の背景や家族機能などの情報収集の早期に行うことにより、家族の全体像の把握と支援の方向を検討できるようにしていた。特に外来では短時間の関わりの中で、気になるケースについて、家族の状況や支援者などを把握するようにしており、介入を手厚くするかなどの判断が早期に行えるようにしていた。

[親子の分離による保護と親の安定を図る]

＜子どもの身体的安全の確保と回復＞親の子どもの世話が難しく状態が悪化している場合は、子どもの身体状況を入院により回復させるようにしていた。

＜子どもの生活の確保＞親に世話されない状態から、子どもを保護し病院を起点に学校生活を成り立たせていたり、家にいると家族が子どもに依存することから、子ども自身が自分の生活ができるようにしているケースがあった。

＜子どもの世話から離れることによる親の安定と愛着形成＞子どもとの距離を取ることで、精神的ゆとりが生まれ愛着形成がみられるようになった事例があった。

＜妄想から子どもの安全を確保＞親の疾患の悪化から、医療行為が子どもに悪影響を与える妄想が生じ、単独での面会制限などの対応がなされるケースもあった。

[親の精神科受診やフォローを支援]

＜親が精神科受診を定期的にできる支援＞精神科医療を受けないことによる問題が生じているケースでは、親が精神科に定期的に通えるようになる支援を行っていた。これによって、子どもへの安定した関わりが可能になるといった事例があった。“小児科と母親の精神科の受診日を同じにした。母親が家族に精神科受診を隠したい思いがあり、子どもの介入という形にもっていった。親が外来で子どもに本を読んであげるような変化がみられるようになった”

＜親の精神疾患治療の環境づくり＞直接医療者が行うのではないが、一方の親が不安定な状況になり、精神科に入院する場合には、拡大家族、離婚した親、きょうだいや、親戚などが当該の子どもと生活することで、子どもが入院などしらない状況で、精神的に不安定になることを避ける環境をとっていたケースもあった。

＜専門家の介入による家族の気持ちの表出＞気持ちが病棟スタッフには表出できない家族が専門家の介入により表出でき、睡眠の確保や関わりの方向が見え始めたケースがあった。

[支援者の拡大による親の精神的安定]

親が支援者と認識できる範囲を拡大して、負担感を軽減できるようにすることであった。

＜家族との連携＞医療者に対して不信感や怒りがあり、支援を受け入れられない場合に、両親の一方から話をしてもらって、協力を得る内容があった。ただ、両親が同様に医療者に不信感を持つようなケースや、無関心等の状況も多く、かえって親が医療者への不信感を助長する関係者が拡大することもあった。

＜拡大家族の支援を受け入れたことによる親の負担感軽減＞子どもの入院で、子どもの祖父母が子どもに関わることになり、子どもをかわいがってくれることがわかり、世話をしてもらってよいという気持ちに親が変化し、負担感が軽減し、子どもに向く気持ちが変化するというケースがあった。

[親のケア能力・判断能力の補完の支援]

＜状況理解能力の補完のための対策＞状況理解や説明の理解が低い親については、その能力補完のためのさまざまな方法を検討していた。特に子どもが医療的ケアを必要としたり、感染防御を厳重に行う必要性があるが、その状況を理解できなかったり、指導内容が理解できない場合は子どもの生命に危険が生じるため、様々な職種が関わり親の理解不足への支援をおこなっていた。“説明では絶対わかってもらえない。必ず書面で出して。看護師や専門コーディネーターも IC に入って、終わったあとに親に質問したり意思確認をした”“手順が覚えられないので、全部手順を紙に記載して渡した。例えばアルコール綿の袋を切ってアルコール綿を出して拭くと書かないと臨機応変は難しい”

[親の精神的安定が図れる態度・関わり]

＜信頼関係をつくる＞まずは信頼関係を築かないと医療につながらず、相談や解決に協働できないため、親が話してもよい、医療をうけいれるという信頼関係をつくることが優先されるという内容が多く語られた。関係性が膠着状態にある困難なケースもあった。

＜親を責めない態度＞子どもにうまく対応できないことで、親が防衛により他者との心理的な壁をつくることに対し責めずに近づく態度をとることで、安定を図っていた。受診ができていることを認め、他のことで責められないようにすることが優先される場合もあった。一方で問題になかなか介入できないというジレンマも抱えていた。

＜時間をかけて介入＞必要な医療的指導も受け入れを考慮して時間をかけて介入していといった内容である。

＜窓口を決める＞親の相談の窓口となる人を一定にし、親が安心して話せるようにしていた。

＜家族の話を聞いてストレスを和らげる、自信をつける＞家族の話を聞いたり、自信のなさに、大丈夫だと保証するような関わりで、親のストレス緩和を図っていた。医療メディエーター（よろず相談口室）で医療者にはできない話ができるようにしたケースもあった。

＜親の生活を整える＞疾患が判明しつらい治療に入る子どもにつきそい緊張と不安が続く親に休息や食事、清潔の確保ができるように保育士との協力で支援を行っていた。

[子どもの世話上の困難を軽減]

＜親が子供の世話で課題になっている点の解決を図る＞子どもの世話の仕方で難しくなっている内容を親が世話しやすいようにする方策をさぐっていくことを示した。

＜子どもの生活・療養スキルの向上＞子ども自身のセルフケア能力を向上する支援であるが、まずは日常的な生活スキルを向上させることで、子ども自身と親の負担の軽減をはかるようにしているケースがあった。医療的ケアがあると家族が子どもの世話をすることが難しいため、病院で子どもの自立に向けて支援することが複数ケースで行われていた。

＜服薬支援を医療者がひきうける＞特に子どもにとって課題である服薬支援は親にとっても非常に大きなストレスであるため、医療者が引き受けるようにするケースがあった。

［地域の支援体制を共同でつくる］

次項の多職種連携にも重なるが、地域にいる子どもをめぐる関連機関や学校、支援機関などが連携して、地域全体で家族を支える体制を組んでいる内容が示された。“みんなでその子だけでなくて、その家を支えていきましょうみたいな感じで、けっこう大掛かりに支援会議をやっている。”

4)【多職種連携】

[日常的な対応の決定]

＜看護師間の連携や判断の相談＞看護師間でカンファレンス、日々の話し合いで決めることが多いが、特に師長が毎日いるので、基本的に師長が中心的に担って決めることも多いという病棟もあった。

＜医師・看護師による病棟内カンファレンス＞

対応が必要なケースを判断したり、連絡を決定したり、日々のかかわりについて話し合い、方針を決めるなどを日常的に実施していた。外来では気になるケースをピックアップする際や、医師の診療時に注意してもらえるように情報提供するなどを行っていた。

＜療育指導員、ソーシャルワーカー、保育士を含めたカンファレンス＞療育指導員が存在する病棟では子どもの日常生活スキル獲得の支援を療育指導員が行っており、日々の関わり方について中心になって進めていた。

＜子どもの身体的ケアの専門的介入＞親の世話が十分いきとどかない結果生じた子どもの身体状況により、WOC などの専門家の介入があった。また、親が世話する上で難しい内容を専門家が介入して解決策を検討していた。

＜退院支援カンファレンス＞退院支援が必要なケースは退院支援部門の看護師、病棟の看護師と MSW が中心になって週 1 回情報交換をしている病院もあった。

[見通しや方針の決定の連携]

＜配慮ケースの情報提供＞配慮の必要なケースに関しては、連携室からの情報等で地域も関わっていけるように外来や病棟に情報が入るようになっていた。

＜多職種による支援会議やカンファレンス＞必要時多職種による支援会議やカンファレンスが実施されていた。“医師、看護師、ソーシャルワーカー、保育士、療育指導員、時々家族も加わって支援会議が月 1 回は実施されている”“精神科医師、小児科医師、小児科看護師、

地域保健師、支援センターケースワーカー、保育園の保育士などが集まって支援会議を開催した”“医療的ケアが必要なケースで、病棟師長、プライマリー、基礎疾患の主治医、神経科医師、チャイルドライフスペシャリスト、心理士、ケースワーカー、薬剤師、院内学級教師、外来看護師、小学校の養護教論と小学校看護師、訪問看護師、放課後ディの方”が１年に３−４回支援会議を実施する”

＜移転先の病院との連携＞主治医、市の職員の参加やプライマリーナース、療育支援部の保健師、ケースワーカーなどが移転候補の病院で話し合いを持つなどが行われていた。

＜精神科院内チームとの協働＞

院内に精神科チームが存在する病院では、チームに依頼が必要なケースについて病棟のスタッフとチームとの情報交換を行って関わりの方向性を決めていた。

[ケアの代理者との連携]

＜学校･保育園との連携＞親の実施が難しいケアを保育園に行っている間は保育士ができるようにケアの指導を、病院から行うといった連携があった。

［**地域の情報共有**］当該地域での周産期関連の関係者が集まり情報共有を行う、地域独自の「こどもカンファ」において、他機関にわたり、継続した支援が必要なケースの情報共有を行い、協働体制がつくられている。“そういう方がピックアップされることで、情報を事前に得ており、なにかあれば情報提供している。だからここ単独で抱え込むことはそんなにないんです”

5)【支援上の課題】

これらの課題は、1)に示すような問題の性質や背景があり、介入や支援を行っていても、なお課題として残る内容として語られたものを示した。

[子どもの状態の受け入れ困難による子どもの世話の問題]

＜子どもの未熟性や医療的ケアの必要性から子どもの状態の受け入れ困難＞子どもの状態の受け入れが困難な親が、子どもの世話を受け入れられない状態になり、さらに周囲の支援に拒否的、攻撃的な反応を示すために、子どもに必要な世話が受け入れられず、現在も解決がつかずにいる状況が示されていた。

＜子どもの状態の受け入れ困難により、在宅移行が進展しない＞在宅移行に向けた支援をしたいが、親が状況の受け入れが困難であり進展がなかなかみられないケースもあった。

[親が医療とつながっていない]

明らかに精神疾患と周囲が考える状況があっても、親の拒否や無自覚などで親自身が医療につながっていない場合に、医療機関で、子どもへの対応は行うものの、その後の親の状態変化が期待できない問題があがっていた。

［**親の状態の不安定さ**］

精神疾患を持つ親の状態はいわゆる『波がある』不安定さがあり、自宅での子どもの安全やケアの安定性を求めるためには、安全な環境や支援者の拡大、観察や連絡といった体制をつくっておく必要があった。

[医療による支援下以外に子どもが地域でフォローされない可能性]

＜医療とつながらないと、問題をキャッチできなくなる可能性＞“ぎりぎり病院に来る微妙な状態で、そのため行政も介入していない。でも外来にかからないと誰も注意して状況を把握していない。実際には世話ができていなくて、子どもひどい状態になっていることがしばしばである”“たぶん、たまたまこのケースは受診してくるからいいけど、きっと発見されずに埋もれているケース、たくさんあると思いま

す”
＜小児のフォローと成人とは医療対応が異なる＞現在は小児の医療の中で対応するので、背景が考慮されて必要時入院という体制をとっているが、成人期になると医療につながらないのではないという懸念がされていた。“同じ問題を抱えても成人なら入院してのフォローとは違ってくる可能性がある。大人の病棟に入院することはないと思う”

[子どもの成長を見通した支援が困難]

＜学校につながらなくなると成長発達の見通しをたてた支援が困難＞学校につながっているときや、小児科で対応されている場合には、成長発達を考慮に入れられるが、義務教育や特別支援教育を終えたあとに、発達状況を考慮したサポートがきめ細かく受けられるのかが課題としてあげられた。

＜将来的な見通しの立たなさ＞生じている問題への対応は行っているものの、親も現実に精一杯であり、将来を見越しての見通しをたて、支援のプランをたてられるような道がなかなかみえないことが示された。

[親の周囲との関係の拒否から介入の困難]

＜周囲に助けを求めない＞メンタルヘルス上の問題を持つ親は、コミュケーションがうまくいかないために、周囲に支援を求めにくく、医療機関から離れている間に子どもが危機的状態になる可能性があった。

＜支援の拒否＞社会的支援の拒否がある親について、適切な介入にいたらない場合もあった。

＜医療者との関係性が適切な介入を拒む＞医療者への非難からくる関係性の悪さから、状態の受容や介入の意図が伝わらないケースもあり、家族と医療者間の緊張した関係が継続することで、先にすすんでいかないケースもあった。

[家族関係の弱さや家族機能の低下]

＜親の配偶者の無関心や無理解、非協力＞
＜家族構成の変化からくる家族機能の低下＞
問題について一方の親が無関心や非協力的、あるいはさらに問題を増長させてしまうような家族機能の問題が背景に多く、介入の困難を感じていた。また離婚など、家族構成の変化がさらに課題を深刻にさせている状況もあった。

＜キーパーソンの弱さ＞家族構成にも関連するが、親子の問題へのキーパーソンの存在が問題解決への力となりにくい場合があった。シングルマザーなどで支援が得られない場合や、支援機関の人材がキーパーソンになりうるかといった課題が生じていた。

＜両親の意思決定の力関係により子どもの関わりが決定してしまう＞両親のどちらか（多くは父親）の意思が、子どもへの関わり方を左右し、片方の親の関心はそれを叶えることだけに向いて子どもに向かない状況もあった。

[社会的資源が活用しにくい]

＜公的資源活用の基準に満たない＞親のケア能力の低さに対して、ヘルパーなどの公的資源の活用ができない問題が挙げられた。“親による医的ケアが必要な子どもだが、子どもの関わりがうまくいかないケースで多職種で支援会議を開いて方針をきめたり、親の心理検査等も行ったが、手帳をとるまではIQも低くなく、ヘルパーの導入ができなかった。指導内容を詳細に文章化して、退院までの指導を実施して退院していってもらった。”

＜社会資源の活用に時間や手間がかかる＞児相の一時保護や緊急保護も時間もかかる。またレスパイトを受け入れている施設も満床や、事前の施設での面談や手続き等も大変で時間をとる必要があるので、タイムリーに対応できない場合もあることが話されていた。

[親の状況理解や意思確認・意思決定の困難]

＜親の状況理解が低く、最善の対策をとりにくい＞親の状況理解が難しいケースでは、子ども

や親の意思確認が難しく、治療の決定や方針の決定が困難であると感じていた。本来は子どもにとってよい状況をつくりだしたい場合でも、親が認識できないために、それが十分かなわないといった課題を語っていた。

＜家族が同じ方向を向いていないことが判明する＞周囲が最もよいと考えられる方策を固めていても、それまで同方向をむいていたと思われた家族の足並みが急にそろわなくなることがある。最後の受け入れは家族なので、家族が向かないと整えた体制が使えない。

＜家族が社会的体裁を優先するために、適切な教育をうけにくい＞家族が発達的な問題があることを体裁が悪いと思っており、特別支援学校や特別支援教育を受けることを拒否している事例もあった。

[親や支援者が相談できる窓口や人材の必要性］

親にとって、また医療者にとっても、長期の見通しに関わる支援機関の存在が望まれていた。

＜長期的な見通しのフォローをしてくれる機関や人材が必要＞子どもの先々の見通しについて、医療機関を離れても相談できる場が必要である。親が相談する場としても、支援者が相談する場としても、社会資源の紹介を得られるなど、サポートの窓口がほしい。また中心となって家族とともに考えてくれる存在が必要であると話されていた。

＜親がヘルプを出せる場所の必要性＞“病院じゃなくても地域でもいいし、学校の先生でも、いいんですが、お母さんがヘルプを出せる場所があるといい”

［支援者の精神的フォローアップの必要性］

＜医療者への不審や攻撃に対するストレスフルな状態の継続のフォロー＞医療者の一挙一同に非難の目を向けている家族と対応していく際の心理的負担感・緊張感が続くため、支援者のフォローも必要となる。ケースカンファレンスを行う場合には、場面について客観的な分析をチームで行うと同時に、看護師の気持ちも共有できるようにし、支援者のフォローが行える体制をつくっていると話された例もあった。

＜距離感の難しさからの精神的負担＞親が人間関係の距離感がとりにくいために、支援者として頼られると、近い距離での対応が必要となり、支援者にとっての負担感も大きくなると感じていた。

D 考察

今回示された事例は、親が精神疾患を持っている状況や、親も子ども双方に行動上の問題が生じる事例、親の状態が子どもに影響を与えている事例などがあった。子どもが疾患を持つ場合に、親のケア能力の低下は子どもの疾患の予後に関わることになる。また、親の理解力や現状把握の能力や、親の疾患に影響された医療に対する誤解等が重なると、子どもの疾患治療にも影響がでてくる様相も見られた。特にメンタルヘルスの問題をもちながら医療につながっていない親に対するアプローチの難しさ、一時的に子どもの安全や回復をはかっても、その後の繰り返しが懸念されるケースなど、親、子どもの双方の安全と安定を基本としたケアを行いながらも、課題が多くあることが示唆された。

また、今回の面接で出された事例では、親にはもともと精神的な問題はなかったが、子どもの疾患罹患や状態悪化をきっかけとして、精神的な危機状態に陥り、なかなかその回復ができない事例が複数例あげられた。この結果、医療者との間に緊張的な関係が生じたり、自分のことを相談できずに悪循環に陥る状況が続いている現状も語られた。精神科リエゾンチームなどの専門的チームとの連携、医療メディエーター等の導入、在宅移行専門部門の活用など、院

内の様々なシステムを活用することで、緊張緩和や親のカタルシス、問題解決の緒が見えることとも見いだせていることから、院内におけるサポートシステムの活用例を提示することで、今後同様の事例の対策へのヒントとなると考えられる。本研究で想定している家族は、全体として家族機能の低下が生じていることが多かった。家族全体の支援が必要であるが、病院内だけでなく、事例にあったように、地域の機関や人的資源も含めて、地域全体でどこにいてもその家族をサポートする体制がとれることが望ましい。

また、今回多くの研究協力者が語った内容として、医療につながっている、あるいは学校に通っている間は子どもの成長発達を見込んだ支援が考えられやすいが、小児を対象とした医療や教育が受けられない状態下で、家族の状況に合わせた支援の難しさであった。小児から成人移行も考慮した家族の支援ができる体制づくりが課題でないかと考えられた。

今回は数例からの分析であったが、今後さらに例数を増やし検討したい。

E.結論

メンタルヘルス上の問題を持つ家族への支援には、安全や安定への支援だけでなく、地域全体での体制づくり、成人移行も含めた支援について検討していく必要があると考えられた。

参考文献

1)金山尚弘、池田智明、板倉敦夫他.報告　周産期委員会.日本産科婦人科学会誌.2017.70(6).1505-1519.

2)メンタルヘルス学会：周産期のメンタルヘルスコンセンサスガイド 2017.
http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html

3)厚生労働省.健やか親子 21（第 2 次）「健やか親子　21」の基盤課題・重点課題と目標.thhp://shukoyaka21.jp/about

4)厚生労働省.子育て世代包括支援センターの実施状況.
https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000371561.pdf

5)日本看護協会健康政策部保健師課.看護がつなぐ地域包括ケアの推進.平成 28 年度子どもと子育て世代を対象にした地域包括ケア推進.子どもと子育て世代包括ケア推進のためのモデル事業報告書.2017.

6)平林優子,芳賀亜希子,徳武千足他.　メンタルヘルス･育児の問題を抱える妊産婦と家族への支援体制の構築— 1 地方における支援体制の現状と課題—,平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）.親子の心の診療を実施するための人材育成方法と診療ガイドライン･保健指導プログラムの作成に関する研究（主任研究者　永光信一郎）,2018.

7)横山恵子、蔭山正子：精神障害にある親に育てられた子どもの語り.明石書店.2017；102-137.
8)蔭山正子：メンタルヘルス不調のある親への育児支援；保健福祉専門職の支援技術と当事者・家族の語りに学ぶ,明石書店.2018；46-77.
9)メンタルヘルスに問題のある親の子育てと暮らしへの支援.福村出版.
10)大野真実,上別府圭子.精神疾患を持つ母親と暮らす子どもへの支援—精神科医療機関における専門職者インタビューからの質的分析—.家族看護学研究.21(1).2015.2-13.
11)塩澤彩香.子どもが母親の精神疾患を受容する心理プロセスの検討.発達研究.31.2017.83-94.
12)土田幸子、宮越裕浩.精神障害の親と暮らした経験のある成人した“子ども”へのアンケート調査.鈴鹿医療大学紀要.24.2017.53-65.