

報 告

知的または精神障害を有する母親の産科入院中の
育児状況とその後の育児経過について

永井秀之

〔論文要旨〕

知的障害を有する母親3例, 精神障害を有する母親2例の育児態度と能力, 育児経過について検討した。1例が反復性帝王切開での分娩, 児は1例が低出生体重であったが, 母児の健康状態はおおむね良好であった。産科入院中の夜間睡眠や午睡を中断しての母親の授乳困難は4例に認められ, 改善が困難で退院後も続いた。その内の2例は他の要因も考慮して乳児院に入所, 1例は祖父母の協力の下で親による養育, 1例は祖父母による養育となった。また, 産科入院中に睡眠を中断して授乳が可能であった症例では, 母親は1か月後に著明な体重減少を来しており, 児は調乳ミスによる体重増加不良を起こしていた。

産科入院中における夜間や午睡を中断しての授乳の困難は改善が難しくその後の育児の大きな妨げになること, 知的または精神障害を有する母親は強い精神的ストレスを抱えていることが推測された。

Key words : 知的または心理的障害を有する親, 育児, 夜間授乳困難 (または授乳困難)

I. 目 的

知的または精神障害を有する母親と出生した新生児や乳児に対する育児支援は, 母親の障害の程度・児の健康状態や発達段階・親や児や家族の状態・支援者側の体制・住所や季節などを考慮して画一的でなく個々の症例に合わせて実施していくものと考えられる^{1~5)}。両親への理解しやすい指導・両親を取り巻く家族による援助の促進・家族などへの指導と環境調整・保健師や介護ヘルパーによる訪問看護または指導・病院や診療所での指導により育児を支援していくが, 不適切な育児や過度の育児ストレスなどで養育困難時は乳児院への入所が考慮される⁴⁾。特に児が幼少であるほど迅速に対処する必要がある。母児の周産期の状態と状況から退院後の養育困難を予測することが可能か, また,

どういう点に関係するかについて筆者は関心を持ち本研究を行った。また, 過度な精神的緊張のため著しい体重減少を生じた母親・調乳ミスのため体重増加不良であった児・福祉を受けることに抵抗のある家族を経験し, 産科退院後の支援の難しさを再認識させられたのであわせて報告する。

II. 対象・方法

当院は無料または低額診療事業を行っており, ハンディキャップを有する患者の診療が比較的多い。当院産科外来を受診し平成21年4月から平成22年12月に出産して身体的に良好な母児の経過をとり, 母親に知的障害または精神障害を伴った5症例を対象とした(表)。産科入院中および退院後およそ10か月までの状況について, 診療録および担当した病棟スタッフから

The Attitude and Capability of Child Raising During an Early Postnatal Period and Afterward in Mothers with Mental Deficiency or Psychosis

Hideyuki NAGAI

社会福祉法人宇治病院小児科 (医師/小児科)

別刷請求先: 永井秀之 〒607-8433 京都府京都市山科区御陵池堤町45の4

Tel/Fax : 075-581-1026

(2314)

受付 11. 3. 10

採用 12. 4. 4

表 症例概要

	症例 1	症例 2	症例 3	症例 4	症例 5
病名, 状態	精神不安定型人格障害 (非定型精神病?), 知的水準は高い	schizophrenia, panic disorder, 知的水準は高い	mild mental retardation (療育手帳 A)	mild mental retardation (療育手帳 B)	mild mental retardation (療育手帳 B)
服薬	トレドミン, デパス, ワモキシサン, セロクエル, ユーロジン, グートミン, ランドセン, ヒルナミン。デパケン妊娠後中止	強いパニックが出現時	なし	なし	なし
家庭状況	母はパートナーとは別居住。母, 母方祖父母, 長兄 (5歳男児) が同居	母, 父, 長兄が同居。父は仕事している。長兄は幼少から入所	母はパートナーと同居, 未入籍。パートナーも軽い知的障害を持つ。母の姉が, 長姉と次姉を養育	母はパートナーと結婚, 同居。パートナーも軽い知的障害を持つ	パートナーと結婚し同居。軽い知的障害のある父は工場勤務。父方祖母がときどき家事や買い物を援助する
親類などのサポート	聴取できず	母方祖父母が月に数回援助	母の姉。母やパートナーの食事を援助	なし	父方祖母がときどき家事や買い物を援助する
家庭での食事作り	不可	体調が良い時可能	困難	可能	ほぼ可能。父が勤務している日は即席の食事
家庭での掃除など	不可	体調が良い時可能	たまに行う程度	可能	ほぼ可能
買い物の可否	可能	可能	ある程度可能	可能	ある程度可能。金銭の管理は父方祖母に任せている
日常生活の計算	問題なし	問題なし	難しい	ある程度可能	簡単な足し算, 引き算のみ
生活リズム	朝に眠けが強い	日中は就眠することが多く, 夜は不眠傾向	まあまあ規則的	規則的	朝に眠気あり
精神的安定度	定期的に神経科に通院中。不安が多いようだ	不安定気味	安定	不安定気味	安定
医療者の指示に対するコンプライアンス	良好	ほぼ良好, パニックを起こした時は難しい	良好	ほぼ良好	良好
出産状況	在胎39週0日, 正常分娩, APS 10/10, 2,796 g, 頭囲 32.5cm	在胎40週3日, 正常分娩, APS 9/10, 2,680 g, 頭囲 33.5cm	在胎37週3日, 反復性帝王切開で出生, APS 9/10, 2,088 g, 頭囲31.4cm	在胎40週6日, 正常分娩, APS 9/10, 2,694 g, 頭囲 31.0cm	在胎41週2日, 正常分娩, APS 9/10, 2,556 g, 頭囲 32.5cm
児の状態, 合併症	特に問題なし	特に問題なし	低出生体重以外問題なし	特に問題なし	特に問題なし
産科入院中の児の状態	当初びくびくした動き, 体を固くして発汗する10分ほどのエピソード。哺乳はまあまあ	特に問題なし	特に問題なし	特に問題なし	特に問題なし
産科入院中の母の状態	ぼっとしていることが多い。Day 2より日中は母児同室。最後まで夜間の同室は許可せず	感情の起伏が大きい。その時は体が固まったりする。朝は眠い。時間どおりに授乳できず。母児同室できず。児に対して愛情は乏しく見える	日中の調乳と授乳は可能であるが, 夜間の授乳ができない。母児同室許可できず	調乳ができない, 授乳は可能であるが夜間はおざなり。おむつ交換可能。気持ちが乗らない時は授乳を怠る。日中だけの母児同室許可	指導を受けて頑張って調乳, 授乳, おむつ交換可能。母児同室許可
1か月時の授乳形態	人工乳	人工乳	人工乳, 搾母乳	人工乳	人工乳
1か月時の体重, 増加率, 頭囲	4,438 g, 頭囲38cm, 59.1g/day	3,600 g, 頭囲36.5cm, 39.7g/day	day7で2,088 g, day30で2,782 g, 頭囲35cm, 30.1g/day	3,988 g, 頭囲36.5cm, 45.5g/day	2,898 g, 頭囲35.5cm, 13.1g/day, 即入院へ
1か月時の児の清潔	問題なし	湿疹はあるが, おむつかぶれなし	問題なし, 入院中	問題なし	問題なし
1か月時の母の育児状況	日中は母, 夜は母方祖母が育児	母方祖母が援助するが, 祖母に疲れが生じる。母はパニック起こしそうになる	低出生体重のため児は入院観察中。母は定期的に面会に来るが, 父は不規則。退院後乳児院に入所	産科退院後乳児院に入所	父方祖母の援助を時々受けながら育児。母親の体重減少, 「60mlのお湯にミルク3杯」丸覚えで, 量を増やしても3杯のままであった
その後の経過	児が3か月になってからパートナー方祖父母に養育される	2か月時に日中は保育園で養育	産科退院後に乳児院入所	産科退院後に乳児院入所	1か月児健診後に入院。調乳を再始動。訪問看護を拒否したので, 1~2週間ごとに小児科受診を指示。育児ノートに記載を指示

情報を得た。児が乳児院入所となった症例は、入所までの状況を同様にして得た。産婦を母親と呼び、その配偶者を婚姻関係にあれば父親、なければパートナーと呼ぶことにした。母親の両親を母方祖父母、父親やパートナーの両親を父方またはパートナー方祖父母と呼ぶこととした。

Ⅲ. 症例提示

症例1は精神不安定型人格障害と診断されてユーロジン・ヒルナミン・トレドミンなどを服用中で、母方祖父母と一緒に生活している。前のパートナーとの間に長兄がいる。無職で食事は母方祖父母が作っている。内服薬のため眠気は強いが知的障害はない。定期的に神経科を受診している。新たなパートナーと知り合い、妊娠出産に至った。破水の治療方針をめくりパニックを起こしたが、産科主治医の説明を受け当院での診療を継続することになった。児は正常分娩で出生、母体の薬の影響と推測される一過性の不随意運動が見られたが哺乳は良好であり、明らかな身体的合併症を認めなかった。母親は日中の調乳と授乳が可能であったが、眠気強い夜間と朝には不可能であった。母児同室は許可されなかった。夜間は母方祖父母が児の世話をする条件で退院し家庭での育児となった。1か月児健診時の児の状態は良好であった。その後母親はパートナーと別れたため、2か月過ぎからパートナー方祖父母が児を養育した。11か月時に健診目的で来院した際、身体面の発達は良好、体重は10.2kgであったが、人見知りや物への興味に乏しい様子が見られた。

症例2は統合失調症およびパニック障害と診断されて定期的に神経科クリニックに通院している。父親との間に長兄がいるが、日中は保育所で世話を受けている。母方祖父母は電車で1時間のところに居住、父方祖母は近辺に居住している。父親は朝早くから夜遅くまで勤務している。母親は日中睡眠していることが多く、体調の良い時以外は家庭内での食事作りや掃除は不可能である。食事はインスタント食品が多い。今回は第2子を妊娠して出産に至った。児は正常分娩で出生し一般状態と哺乳は良好であった。母親は朝の眠気が強く、感情の起伏が大きく、困りごとが生じた際に体がこわばって何もできなくなった。病棟スタッフの対応により短時間で改善した。規則的な調乳と授乳は不可能であった。母児同室は許可されなかった。入院時と退院前に母親・父親・母方祖母・父方祖母・市区

町村の保健師・当院看護師と助産師・当院ソーシャルワーカーで協議され、母方祖父母の育児サポートを受ける条件で退院し家庭での育児となったが、母親や祖父母の疲労が強くなり、児は2か月時より保育園で日中の世話を受けることになった。児は7か月時に笑顔が豊富で運動面や知的な発達は順調と考えられたが、体重は6.4kgと小さめであった。

症例3は軽～中度の精神発達遅滞で療育手帳Aを持っている。食事は、近隣に居住されている母親の姉の世話になっている。前のパートナーとの間に長姉と次姉がおり、母親の姉に養育されている。新たなパートナー(軽度知的障害あり)と知り合い妊娠出産に至った。児は反復性帝王切開で出生したが出生時体重が2,100g弱のため小児科管理とした。一般状態と哺乳は良好であった。母親は調乳と授乳が日中に可能であったが、夜間には眠りから覚醒できず不可能であり、母児同室は許可されなかった。パートナーは予定していた話し合いを故意に欠席したことがあった。数度、母親・パートナー・市区町村の保健師・子ども支援センターの担当者・福祉事務所・児童相談所・地域生活支援センターの担当者・当院助産師・当院ソーシャルワーカー・当院の小児科医師で協議され、適切な育児が困難と判断されて児は退院後に乳児院入所となった。

症例4は軽度の発達遅滞で療育手帳Bを持っている。パートナー(軽度知的障害あり)と結婚して独立した生活をしている。調理、家事、金銭の管理は可能である。今回初めての妊娠出産に至った。児は正常分娩で出生して一般状態と哺乳は良好であった。調乳は難しく、授乳は夜間に実行できない時があった。日中だけの母児同室を許可した。母親は自身での育児願望があったが、父親は難しく感じていた。父親・母親・市区町村の保健師・児童相談所の担当者・当院助産師・当院ソーシャルワーカーで協議され、児は退院後に乳児院入所となった。

症例5は軽度の発達遅滞で療育手帳Bを持っている。パートナー(軽度知的障害あり)と結婚して独立した生活をしている。調理、家事はほぼ可能である。金銭は父方祖母が管理している。父親は自動車を運転して工場に通勤している。今回初めての妊娠出産に至った。児は正常分娩で出生して一般状態と哺乳は良好であった。母親は病棟スタッフから指導されたように調乳と授乳を行い、夜間の授乳も可能であった。母

児同室を許可され、通常通りに産科を退院した。1か月児健診時、児の体重増加不良(13g/日)および母親の体重減少(産科退院時より10kg減)が認められた。児への授乳は120ml/回、6~7回/日行っていたとのことであった。精査治療のために児を入院させたが身体的な疾患は否定的であった。ミルク粉末をさじ3杯(60mlのミルク分)としたままお湯だけを増やしていたことが判明し、調乳を再度指導した後は児の体重が増加した。母親の体重減少は精神的ストレスから食欲が低下し食生活が不規則となったことが原因と推測されたが、自ら積極的に内科や産婦人科を受診することはなかった。児の処遇について父親・母親・父方祖母・市区町村の保健師・当院助産師・当院ソーシャルワーカー・当院小児科医師で協議され、週1~2回の保健師と指導員の訪問を受けることになった。援助や指導を受けることに対する抵抗が強く保健師訪問を門前で拒むようになったため1~2週間ごとに小児科外来で指導を実施した。いったん順調に増加した児の体重は、その後伸び悩んできている状態であるが(4か月時5.4kg, 6か月時6.1kg, 8か月時6.7g, 10か月時7kg), 粗大運動と精神面の発達は順調である。母親の体重は、回復はしていないもののそれ以上の減少は生じていない。

IV. 結 果

精神障害を有する母親が2例、知的障害を有する母親が3例であった。4例が正常分娩、1例が前回は帝王切開のために帝王切開での分娩であった。児は1例が低出生体重で、4例が標準体重であった。児の一般状態と哺乳状態は良好であった。症例1の児は日齢0~1に一過性の不随意運動を認めた。

母親について、3名は祖父母・夫(父親)・姉に食事や家事を依存しており2名は独立していた。産科入院中は5名とも病棟スタッフの指導に良好に応じ、病棟の規則に反することはなかった。症例4は調乳が困難であったが、他の4名は可能であった。ただ、夜間や睡眠を遮っての授乳は症例5以外困難であった。症例3と4について当事者での育児は困難と判断され産科退院後に乳児院入所となったが、他の症例について家庭での育児となった。症例1と2は家庭に戻った後も夜間や睡眠を遮っての授乳が困難で、祖父母が主として育児を行った。

夜間や睡眠を遮っての授乳が可能であった症例5は

主として母親が育児を行ったが、児の1か月児健診時に体重増加不良があり調乳ミスがあったと判明した。また、母親の著しい体重減少を認めた。その後に保健師やヘルパーの訪問を拒否したため、当院で定期的に指導を実施した。

V. 考 察

当院産科では通常正常分娩後に5~6日、帝王切開後に10日の入院管理を行っている。昼夜にわたる健康状態の観察と育児指導を行うので、母親の考え方・性格・物事への対応力をうかがい知ることができる。母児の健康状態と母親の育児能力が良ければ母児同室を許可している。報告した5例はスタッフの育児指導に従って病院の規則に反することなく入院生活を送っており、学習意欲や対人関係に大きな問題はないと考えられた。また、おむつ交換や授乳が可能であり、症例4を除けば調乳が可能で、基本的な育児の能力に問題がないと考えられた。

夜間または午睡を中断しての授乳は、産科入院中に繰り返して指導や注意を行い複数の目覚まし時計の使用を勧めたにもかかわらず、5例中4例が困難であった。そのうち2例は退院後の育児困難が強く予想されたので児は乳児院への入所となったが、残りの2例で家庭においても夜間授乳困難が続き、1例は祖父母の養育となり1例は保育所と祖父母の助力を受けることになった。症例1と2については服薬の影響も考えられるが、児に対する責任感や危機意識の不足が一つの要因と考えられた。産科入院中の1週間程の指導で育児知識と技能の向上は期待できるが、責任感と危機意識の向上は困難であるのかもしれない³⁾。出産後早期の夜間などの授乳困難はその後も改善されない危険があり、産科退院後の育児支援を考慮するうえで重要な点と考えられる。

精神障害を有した2例のうち1例はパニックになりやすく、その間は児と関わるができなかった。本症状が生じる時は、母児をその場で援助する者が必要であると考えられた。精神症状が強い場合は精神科医、精神保健や母子保健担当者と協力して母児を支えていくことになる⁴⁾。

症例5について、1か月児健診時に児の体重増加不良に気付かれ調乳ミスをしていたことが判明した。後に気付いたことであるが、母親は数の概念が弱く計算が難しく金銭の管理を父方祖母に任せている状態であ

あった。この点に気付いていれば、母親に理解しやすいように調乳の指導が可能となり体重増加不良を防げたかもしれない³⁾。また、退院して1~2週間後に受診を勧めるべきであったと反省している。

この症例において母親に10kgの体重減少が生じていたが、初産であることが加わり育児一般を習得するのに非常に大きな注意を払う必要があり精神的ストレスを受けていたと推測される。産科入院中に表面上は特に困難なくスタッフの指導を受け入れて着実に育児を覚えていったので、精神的ストレスに気付くことができなかつた。もしくは退院してからストレスを受けることになったのかもしれない。知的障害や精神障害を有する母親は大きな精神的ストレスを抱えていることが推測され、産科入院中は問題なく見えても退院後に十分な心理的サポートを行うことが大切と考えられた⁶⁾。

両親・祖母・保健センターの担当者・当院の担当者で協議のうえで保健センターなどからの育児支援を受諾したにもかかわらずその後拒否したことに関して、出産前から祖母等から他人の世話にならないように独力で育児をすることを指導されており母親がそれを実践しようと努めていたためであると考えられた。難しいことであるが、親や家族の考え・心構えを汲み取って尊重しつつも、福祉の受け入れについて理解してもらうように時間をかけて働きかけることが大切と考えられた。

謝 辞

本研究の実施にあたりご協力頂いた産科村上利樹先生、産科江口雅子先生、小児科伊藤洋子先生、産科病棟・産科外来・小児科外来・医療相談室の方々に感謝し、お礼申し上げます。

文 献

- 1) 寺川志奈子, 溝口由美, 稲垣真澄, 他. 知的障害のある母親の子育て支援に関する研究—全国保健師アンケート調査—. 小児保健研究 2005; 64: 301-307.
- 2) 山口夏帆, 井本清美, 大島ゆかり. 母親が知的障害を持つ場合. Neonatal Care 2008; 21: 34-43.
- 3) 夏野美雨. 知的障害があり育児が困難な母親. クリニカルスタディ 2008; 29: 4-8.

- 4) 高田美也子, 堀井節子. 精神障害者の子育て支援における保健所・医療機関・乳児院の役割と連携. 保健師ジャーナル 2010; 66: 918-923.
- 5) 平松謙一, 西澤 治. 統合失調症女性の妊娠・出産・育児に対するサービス. 精神科臨床サービス 2008; 8: 174-178.
- 6) 本田隆光. 本人の願いに寄り添う支援—いわき福音協会の取り組み. ノーマライゼーション 2009: 30-31.

〔Summary〕

Childbirths involving 3 mentally deficient and 2 psychotic mothers were encountered over 2 years. Four were normal vaginal deliveries and one was a repeated cesarian section. All babies were delivered favorably, one of whom was of a low birth weight (2,100g). Although all mothers were positive about obtaining information from ward nurses, 4 of them were incapable of nocturnal feeding and their behaviors mostly remained unchanged despite nurses' advices. Two of the 4 mothers, who clearly lacked a sense of responsibility for their babies, were persuaded to entrust them to child welfare institutions. The remaining two took their babies home but had persistent difficulty with nocturnal feeding, and so were obliged to entrust their babies to the grandparents, etc.

A mother who had managed to feed nocturnally during hospitalization had lost 10 kg in body weight a month later and erred in the dose of powdered milk, leading to the poor weight gain of her baby.

Incapability of nocturnal feeding during hospitalization may be a significant problem that is hard to overcome, and mentally handicapped mothers may remain strained. Close observation and assistance should be provided after leaving hospital for mentally deficient or psychotic mothers.

〔Key words〕

mentally deficient or psychotic mothers, child raising, nocturnal feeding