

精神疾患合併妊婦の現状と課題～A病院の症例を通して～

饗場 智¹⁾ 若林 崇¹⁾ 渡辺 哲¹⁾ 目時 嵩也¹⁾ 吉田 茉莉恵¹⁾
堤 誠司²⁾ 岸 真知子³⁾

- 1) 山形県立中央病院 新生児内科
- 2) 山形県立中央病院 産婦人科
- 3) 山形県立中央病院 心療内科

【初めに】

近年精神科疾患合併妊婦の症例は増加しており、全妊婦の2%程度であると報告されている。精神疾患は多岐に渡っており、妊娠期から産科、小児科、心療内科、精神科、行政、福祉などの支援が始まり、分娩後も支援が継続される。新生児に対しても、入院中はもとより、その後も長期にわたり生育の状況を確認する必要がある。分娩直後には母の気分も変化しやすく、さらには児の養育のために睡眠パターンの変化が求められる。また、精神疾患合併妊婦は自身の生育歴に問題を抱え、家庭環境にも問題を持っていることが多い。この場合には家族が母子を支えることが難しく、母の合併疾患が児の成長に大きな影響をもたらす可能性がある。精神疾患合併妊婦及び子育ての問題について考える

【目的】

A病院における精神疾患合併妊婦の現状を具体的な症例を含め報告し、今後の支援に結びつけること。

【方法】

対象：A病院で2017年1月から2021年6月までに分娩した精神疾患合併妊婦とそのこども

調査：上記期間における分娩数、新生児数、精神疾患合併症例の頻度、疾患、薬物療法、母乳育児の可否、1か月健診での成育。

【結果】

この期間に分娩した妊婦は1730人で、出生した新生児は1813人であった（多胎を含む）。このうち周産期に精神疾患を合併していた妊婦（以後合併妊婦と略す）または既往のある妊婦は90人（5.2%）であった。合併疾患は多い順（重複）に神経症性抑うつ状態、不眠症、心身症、神経症、うつ病、統合失調症、知的障害などである（表1）。

表2に合併妊婦に投薬されていた薬剤を示す。これらの薬剤は漢方薬、リスペリドン（統合失調症治療薬）以外は傾眠を惹起し、夜間の覚醒を困難にする。分娩2週間前後の期間に精神疾患に対して投薬が行われていたのは17人で投薬回数が多いものから、不眠症に対してプロチゾラム10件、不安・緊張・抑うつに対してロラゼパム5件、不安・緊張・抑うつ・睡眠障害に対してアルプラゾラムが4件、不眠症に対してエスゾピクロン3件、不安・緊張・抑うつ、おける不安・緊張に対してジアゼパムが3件であった。

A病院で出生した新生児は、帝王切開で出生した児を含め、基本的に出生直後から母子同室となる。対象期間内で分娩した1730件の母子のうち383件は早産児、低出生体重児、呼吸障害などで母子異室となっている。精神疾患非合併妊婦（以後非合併妊婦と略す）においては1278/1640

(78%)が出生直後からの母子同室を実施し、合併妊婦においても69/90(76.7%)と同程度の母子同室が実施できている。出生週数は、合併妊婦で38.98週、精神疾患非合併妊婦で37.91週。37週未満出生の割合は合併妊婦で20.0%、非合併妊婦でも20.0%で差はなかった。同室を行っていた母子で退院時に母乳以外の補足を必要とした児は、合併妊婦から出生した新生児で37.7%であり、非合併妊婦から出生した新生児の18.6%と比較して効率であった。1か月時でも同様に、合併妊婦から出生した新生児では46.3%が補足を必要とし、非合併妊婦から出生した新生児の28.8%と比較し効率になっていた。成長に関しては、退院時には成長率（ $(\text{退院時体重} - \text{出生時体重}) / \text{出生時体重} \times 100$)は合併妊婦では-4.4%、非合併妊婦では-4.9%とほぼ同様であったが、1か月時には合併妊婦では27.4%、非合併妊婦では34.1%と合併妊婦では体重増加の遅滞が認められた。

表1 A 病院における精神心疾患合併妊婦の疾患病名

疾患名	件数
神経症性抑うつ状態	52
不眠症	42
その他	35
心身症	14
神経症	9
うつ病	7
統合失調症	5
精神運動発作	4
双極性感情障害	2
知的障害	2
躁うつ病	2
解離性障害	1

表2 A 病院における精神心疾患合併妊婦に対する主な処方薬

処方薬	投薬回数	効能・適応疾患	傾眠作用
ブロチゾラム	10	不眠症	+
ロラゼパム	5	不安・緊張・心気・抑うつ・睡眠障害	+
アルプラゾラム	4	不安・緊張・抑うつ・睡眠障害	+
エスゾピクロン	3	不眠症	+
ジアゼパム	3	不安・緊張・抑うつ	+
スシタロプララムシュウ酸塩	3	うつ病・うつ状態	+
フルニトラゼパム	3	不眠症	+
抑肝散	3	神経症、不眠症	-
エチゾラム	2	不眠症	+
スポレキサント	2	不眠症	+
フルボキサミンマレイン酸塩	2	うつ病・うつ状態	+
リスベリドン	2	統合失調症	-
安中散	2	ストレスによる胃のあたりの膨張感	-
アリピプラゾール	1	統合失調症	+
オランザピン	1	統合失調症	-
クロチアゼパム	1	不安・緊張・心気・抑うつ・睡眠障害	+
クロナゼパム	1	抗てんかん薬	+
セルトラリン塩酸塩	1	うつ病・うつ状態	+
トラゾドン塩酸塩	1	うつ病・うつ状態	+
パロキセチン塩酸塩水和物	1	うつ病・うつ状態	+
リルマザホン塩酸塩水和物	1	不眠症	+
加味逍遙散	1	貧血、不眠症、精神不安、神経症	-
柴胡加竜骨牡蛎湯	1	抑うつ、不安、イライラ、不眠	-
ブロチゾラム	10	不眠症	+

【考案】

新生児早期の子育ては、分娩前から既にその準備が始まっており、母となる大きな喜びと、可愛い赤ちゃんに会うことができる期待感が子育てに向かうためのエネルギーになる。これに対して精神疾患合併の妊婦は不安が強く、十分にお腹の中の子供と向き合えないままに、我が子と対面することになる。不安が喜びに勝り、気分がさらに抑うつ的となる。母の健康がなければ、児も健康を保つことができず成長に困難を抱えることになる。

母の体調を整えるため、または精神的な不安を和らげるために薬剤が投与されるが、表2に示した通り、ほとんどの薬品が夜間の覚醒を困難にする。夜間に育児行動を取れないことは、大きな障害となり、母子関係の確立や、子育ての基本となる母乳育児にも影響している。

分娩直後からの母子同室は、その後の母子関係の構築に重要な意味を持つと考えられる。精神疾患合併妊婦においても同様と考えるが、合併妊婦は自身のことだけで「精一杯」であることが多いため、児に対する愛情を示せないことがおおい。このため、母子同室を行う際の目標を、「母が児に対しての愛情を表出できること」においている。分娩直後の辛い時期にこそ、様々な支援をしながら、母子同室を実施することが必要と考える。

合併妊婦においては、退院時の母乳育児率に差がないことから示されるように、分娩後病院に滞在している間は、母乳による栄養を行うことができているが、退院後は人工乳に依存的になる。夜間の授乳の困難さがこの原因であろうと考えられる。

精神疾患合併の有無による、1か月健診での体重増加率の差の原因は特定できていないが、家族の支援を十分に得ることができない母子の存在が考えられる。家族の支援が十分でない場合、母のみによる養育となるが、夜間授乳の困難さ、授乳ができているかどうかの判断の困難さが体重の増加不全につながっていると考えられる。

精神疾患合併妊婦が直面する問題を以下に報告する事例を参考にいただきたい。

症例 1

【母の合併精神疾患】

統合失調症

【母の周産期以前の既往】

中学3年、登校困難。23歳、意欲低下、早期覚醒、食欲低下。同年、幻覚妄想、興奮が出現し統合失調症の診断で初回入院。その後3回入院（最終入院は今回の妊娠の3年前）。妊娠時、母の実母も統合失調症で入院中。

【出生前後の経過】

30歳、最終入院後に、精神科病院通院中に知り合った現在の夫（父）の子を妊娠し、妊娠判明後1か月後に婚姻した。父は再婚で、初婚の時にうつ病を発症し、同病院に通院中であった。母の内服薬は統合失調症に対しアリピプラゾール。

31歳、在胎40週0日2895g、自然分娩で出産。母子同室、直接授乳を助産師の介助で行う。日齢1、母の精神的な状態が悪化し、母のみでは授乳のタイミングを把握できず、人工乳の補足についても決められなかった。誰にも会いたくないと、新生児科医の面談にも応ずることができなかった。以上のことから、母子同室の続行は困難と判断し、母子異室の上、人工乳の補足を開始した。日齢2より父（夫）による母への付き添いを開始した。父は状態の悪い母（妻）を初めて目にした。日齢3、父との同室により母の状態が少し改善し、児に対して関心を示すようになったため、母子同室を再開した。しかしながら、母は、具体的な育児行動はできなかった。夜間の不穏に対し、ロラゼパムの内服が開始された。日齢4、父の補助の元、育児行動（直接授乳、人工乳の瓶哺乳、オムツ替え）を少し行えるようになった。日齢5、父、父方祖母と小児科医が面談し、①父が1か月間夜勤を免除してもらえること、②父が不在の間は、父方祖母が支援できることを確認した。同日の夜、母、父、祖母とで同室で過ごす。この間の目標は母が児を可愛いと思えることであった。

日齢6 体重 2808g で自宅へ退院。

【母子退院後の経過】

日齢11 外来初診 両親と祖母で来院。体重増加あり 2936g (25.6g/day)、完全ミルク栄養

2週間健診 両親と祖母で来院。体重 3128g 直母1回 ミルク8回 40～60ml 夜間の授乳は母と父。

1か月健診 両親と祖母で来院。体重 4225g 混合栄養 比較的安定し過ごせる。

1歳まで月1回のペースで外来を受診、発育発達に問題ないことを確認し以後6か月に1回受診。

1歳6か月、両親と祖母で来院。独歩可。おしゃべり、パパ、ママ。

2歳0か月、両親と祖母で来院。おしゃべり、パパ、ママ、あまり増えず。

診察時の涕泣が激しい

2歳10か月、母と祖母で来院。

発育 体重16kg 身長93.6cm 頭囲48.5cm

発達 おしゃべり2語文は未。指示に従えない。会話が成り立たない。日中母との話が少ないことが影響している可能性がある。3歳から保育所に入所予定。コミュニケーション能力の評価のために、3か月に1回の外来受診に変更となった。

課題

支援者（父、父方祖母）がいることで育児が可能となっている。

本来は妊娠期間中に退院後の支援についての計画を立てるべきであったが、妊婦健診等でも母が安定していたことから、行政、福祉との連携はなされなかった。このため出生後に慌ただしく、父、父方祖母との面談が行われた。

分娩後はおよそ6日間で退院となることから、精神疾患合併妊婦では出生前からの支援体制の構築が重要。この症例ではどうにか退院前に養育環境を整えることができたが、父及び義母は分娩後に、状態の悪い母を初めて目の当たりにして、かなりの動揺があった。

症例2

【母の疾患】

知的障害、うつ病、双極性障害、アルコール依存症、てんかん

【母の周産期以前の既往】

母の実母も軽度知的障害、離婚再婚歴があり、家事、養育が十分できなかった。母の妹も知的障害（他市の要対協の対象）、うつ病があり、婚姻、離婚、再婚をしている。母は小、中学の時に情緒的問題を抱えていた。小学4年、てんかんの診断。同年、支援クラスに編入。16歳うつ病の診断。21歳で妊娠した。2か月後、児の父（元夫、18歳）と婚姻した。元夫が起こしたトラブルでアパートに住めなくなったため、元夫の実家（夫、夫の父母、夫の祖母）での同居を開始した。同居後に、母は夕食の準備を含めた家事が上手にできないことが明らかになった（夫の父母が不満を持つ）。

35週で分娩、父母の養育能力の不足、父方（元夫）家族の支援が十分に受けられないこと（新生児科医との面談に応じない）など問題が多く、児童相談所も含め退院支援カンファレンスを行った。同時に保健師による定期訪問が開始された。児の退院後は、低出生体重児であったこと、父母の養育能力が不足し

ていること、元夫のDVがあったことから、要保護児童対策協議会で協議がもたれている。母22歳、第2子を分娩。第1子は4歳まで、第2子も3歳までA病院で経過観察。この間に母はWAIS-IIIによる発達評価を受け、VIQ63, PIQ62, FIQ59と知的障害ありとされた。A病院の外来受診時に子どもたちに痣があり、A病院から保健師に連絡。元夫のDV、母の子どもに対する虐待が判明した。同年、すぐに第3子を妊娠し、家族に相談せず人工中絶。この間元夫の父（舅）と性的関係があったとされる。母（25歳時）に養育能力の不足があること、母から「お酒を飲まないで眠れない」「子どもの首を絞めてしまった」「絞めている時の記憶がない」などの告白があったことから、町より児相に報告され、子どもたちは緊急一時保護となった。この間に、母はアルコール中毒に対して入院治療が行われた。また同時期に児相で行われた発達評価で姉妹ともに発達遅滞が指摘された。その後も両親、父方祖父母は養育ができず、母が27歳のとき、第2子は5歳で養護施設に入所した（第1子は父の実家に残った）。母はこの時から別居した。別居後半年（母28歳）で、現夫（50歳）と交際を始め、1年後、母（29歳）は離婚。

【出生前後の経過】

現夫と同居開始1年後（母30歳）に妊娠。現夫は露天症。母無職。経済的に困窮し市に相談。妊娠7か月にお腹の子に対して、要保護児童対策等地域協議会（児童相談所、A病院、社会福祉協議会、子育て健康課、福祉課）が開催された。経済的には困窮しているものの父母の仲は非常に良い状態であり、母は現在までで最も幸せである時期を過ごしているかもしれない。この状態を維持できるように支援してくことを申し合わせ。経済的にかなり困窮し、タクシーも利用できないことなどから緊急時、または陣痛発来時には救急車の利用が可能になるように調整した。出生前より定期的に、保健師、福祉課職員が家庭訪問することとした。

元夫と妊娠9か月で婚姻（31歳）。

在胎39週2日2895gで出生。出生後母子同室で過ごせ、母はよく児の面倒を見ることができた。退院時の栄養は母乳。この時点での母の内服薬はなし。退院前に母の養育能力の不足、家庭環境（住環境が悪く、父が高齢で定職がない、時に支援者に声を荒らげる）、収入の問題があるため、再び要保護児童対策等地域協議会が開催された。このときA病院の定期受診を退院後1週目、2週目、以後1か月ごととすることとしたが、新型コロナ感染の流行状況から、保健師が定期的に訪問することは困難と考えられた。

日齢6 退院時体重2688g(-7.1%) 直接授乳14回 尿回数10回、便回数5回

【母子退院後の経過】

日齢 13 体重 2742g 母は父がこれまでとは違い愛情を示してくれないことに不満を感じ始めた。直接授乳 10 回/日 7.7g/day の体重増加

日齢 16 体重 2780g 12.6g/日の体重増加 直接母乳授乳 10 回/日。母は嘔吐について（溢乳）をかなり気にする。体重増加不良。

日齢 23 体重 2830g 7.1g/日の体重増加 母に人工乳を直母後に 30ml 程度補足することを提案。吸気時の軽度喘鳴を認めた。体重増加不良。

1 か月 体重 2950g 20g/day の体重増加。1 回補足量を 50ml まで増量することを提案。養育状況を確認するため、先天性喘鳴を名目に、訪問看護の導入を決定

1 か月 10 日 体重 3135g 18.5g/日の体重増加。体重増加不良。ミルク 45ml を 6~7 回程度補足

1 か月 20 日 体重 3260g 12.5g/日の体重増加。1 回 50ml は哺乳できていると。

2 か月 体重 3530g 24.5g/日の体重増加 訪問看護開始

3 か月 体重 3930g 13g/日の体重増加 体重増加不良。人工乳 1 回 60ml を 2~3 回の補足。喘鳴は消失。

訪問看護報告：母体調不良と訴える。母親が調子悪く抱っこできない。授乳後も泣き止まない。母は夫に対する不満が少しずつ不満を持つようになっていく。ただし両親は協力して育児を頑張っている。

4 か月 体重 4500g 19g/日の体重増加 人工乳 1 回 50~60ml を 3 回補足。補足量、回数を増やすように提案するがなかなか増やせず。

訪問看護報告：月 2 回の予定が訪問日に突然キャンセルし 1 回に。

5 か月 体重 4795g 直接授乳 6~7 回 人工乳 1 回 60ml を 2~3 回。ミルクをもう少し増やそうと提案。

訪問看護報告：定期訪問は全て突然キャンセル。尿回数が少ない、便が白いなどで緊急訪問 3 回。訪問看護師との関係が崩れ、訪問看護を中止。

6 か月 体重 5465g 直接授乳 6~7 回 人工乳 1 回 60ml を 2~3 回。ミルクをもう少し増やすことを提案。同時に離乳食を開始する。開始にあたり、病院管理栄養士に離乳食の作り方について栄養指導を実施。

訪問看護報告：一旦中止となったが、発熱ありと父が訪問看護師に連絡。訪問してもらった。主治医が電話連絡し、両親には引き続き見てほしい希望があること、離乳食を開始するので、露乳の進行状況について確認してほしいことを伝え。訪問介護を続行。A 病院、管理栄養士から指導内容について訪問看護師に連絡。父より病院管理栄養士に離乳食の進め方について頻回に電話で相談。回答してもらおう。この後毎日のように訪問看護師に電話。

6 か月 15 日 体重 5250g と減少。便が緩いと離乳食をほとんど食べさせずにいた。どうにか離乳食を再開。

7 か月 体重 5465g 管理栄養士から再度栄養指導。

8 か月 体重 5900g 座位不可。離乳食 2 回

9 か月 体重 6220g ずり這い可。座位可。

訪問看護報告：再び訪問看護師との関係が崩れ主治医に報告しないまま解約を一方的に宣告。ここで再び訪問看護を中止。

10 か月 体重 6360g 支え立ち可。離乳食 2 回。朝離乳食が間に合わない。

下痢にて A 病院を夜間に受診ノロウイルス感染の診断。

課題

A 病院小児科医、訪問看護師を中心として支援してきたが、自らの言動で訪問看護師との関係が崩れ、危うい状態にある。母は精神科の受診を続けているが、時に不安が強くなる。今後、児の食事をつくることができるかが次の課題となる。また日常を見守ってくれる支援者が不可欠だろう。病院には疾患を持たない子の成長を見守っていく機能は十分ではなく、外来だけの支援では今後行き詰まる可能性が大きい。保育園については未定。

症例 3

【母の合併精神疾患】

自閉スペクトラム症、注意欠陥多動性障害、強迫神経障害、解離性障害、複雑性 PTSD

【母の周産期以前の既往】

母方祖父は双極性障害。心療内科医、精神科医の母への聞き取りでは『家族（祖父母）は発達障害があり、幼少期から、両親からの暴力、異食の強要、性的虐待があった。クラスメートに馴染めず、イジメにあった。自分を執拗に虐めた元クラスメートに強い恨みがあり、頻回にそのことに関してフラッシュバックが生じる。高校卒業と同時に就職し上京したが、職場は長続きせず、例外的に水商売は続いた。ただし待遇の不満から頻回にオーナーと衝突し、店は 150 店以上を点々とした。このころから、過食嘔吐、抑うつ気分、食思不振等の症状が加わった。

同棲した男性から執拗な暴力行為を受けつつも妊娠し、相手から逃げるように、30 歳で実家に戻った』

【出生前後の経過】

母は実家に戻った後、A病院産婦人科での分娩を希望し、産婦人科、心療内科を受診。この時、精神状態は安定しており、投薬はなし。無職。妊娠期間中に WAIS-III による発達評価が実施された。VIQ89 PIQ83 FIQ 85 で、正常下限から、境界領域であった。認知能力にアンバランスさが認められ、コミュニケーションに難がある可能性が指摘された。

在胎 41 週 0 日 3130g で出生。退院時の栄養は混合。

【母子退院後の経過】

発育は問題なし。母のリスクを考慮し、毎月の外来受診とした。

4 か月 母乳栄養 体重 5535g 育児に関して心配なことなし 児は軽度肺動脈狭窄の診断。母と祖母の関係が不良となる。母の話が心療内科医の質問に噛み合わないことがある。母「誰も家で手を洗わないから自分が必死になって何回も洗ってしまう」と話す。

5 か月 母は祖母との関係が悪化し、実家を出て母子寮に入寮。母子寮への入寮をきっかけに行政の支援が開始された。一度に1つのことしかできない。

6 か月 離乳食開始、ただし自分では準備できず市販のものが中心。

9 か月 体重 7445g 育児に関して心配なことなし

1 歳 就労のための職業訓練を受け始める。母のストレスが大きくなり始める。

1 歳 6 か月 母、自分に関してのさまざまな体調不良を訴え始める。掃除ができない等。母にメチルフェニデートの処方が始まる。母、職業訓練中にさらに不調になり過食、拒食となったと。やらなければならないことを忘れる。興味がないことは覚えられない。母子寮のスタッフとの関係が不良となり、「○○してもらえない」という不満が蓄積する。この頃から食事の準備ができなくなり、コンビニ弁当が中心になる。母は、毎日、自分の友達（東京で暮らしていた頃の）と、電話で6時間程度話すという。

2 歳 保育園入園 母は「同じ子と比べて落ち着かず、児が生ゴミなどを食べる」という。母子寮への不満がさらに高まる中、前述した友人が死亡する。

2 歳 4 か月 児は心房中隔欠損の診断。母は将来的に手術が必要になる可能性微ついて説明を受けたが。「運動を制しなければならない、重篤な疾患で、このために顔色が悪くなる」と思い込む。

カウンセラーとの面談で、母は「体が動かない、だるい。動きが遅い。尿意を感じない。一時は、意識なく排尿、排便たれ流しになっていた。脅迫症状があり、皿洗いに1時間もかかってしまう。母子寮から出たい。」と言う。

2 歳 6 か月 発達発育は問題なし。ただし、母は児が ADHD ではと考え出す。母「近くのスーパーのお弁当が腐っていて、買うのが怖い。玉ねぎを切っ

たらネバーっと腐っていたり、卵を買ったら翼がついていたり・・・」。母は A 病院心療内科から、精神科病院に紹介となったが通院が続かず。

3 歳 母子寮を出て 2 人暮らしを始める。母こどもが「ココスで生肉を食べた」という。退寮にともない保育園を変更する。この頃から母は「子供の顔色が悪くなった。34 度の低体温だった」と頻回に訴えるようになってきた。保育園の担任に A 病院主治医から連絡し、子供は健康的には問題のない状況であったことを確認した。

3 歳での支援体制

A 病院、療育施設、祖母（母が言うには「あてにならず、適当」。実際母子の支援には非協力的だが A 病院の通院の送り迎えはしている。）、家庭支援課、児童相談係、相談支援事業所、相談支援センター（ヘルパー派遣 2 時間程度 週 1 回）、保育園（8 時 30 分から 19 時（最大）まで）、障害福祉課、生活福祉課

3 歳 6 か月 児の発育は問題なし。母は「児が ADHD と療育センターから診断された」と。

3 歳 9 か月 児が初めて診察に応じず。

4 歳 母の状態が思わしくなく、行政指導のもと、母の希望もあり、児は児童養護施設に一時（3 日間）預かり。

母は、現在の自分の環境に大きな不満を持ち、自分をコントロールできなくなっている状態。食事が作れない、家の環境整備ができない。

4 歳 4 か月 他職種カンファレンスが実施された。

児童相談所

精神科病院、母の主治医、精神保健福祉士

A 病院 小児科主治医

児童養護施設

児の相談支援専門員

介護事業所

山形市生活福祉課

保育園園長

山形市家庭支援課

【提示された概要】

出生時、要対策協議会対象。分娩後実家で祖父母と生活するも折り合いが悪く母の精神不安定さが見られたことから、4か月時に、母子寮に入所。入所後も妄想、非現実的な言動があり、母子寮でのルール従えず、職員の指導も被害的に捉えるなどトラブルが多かった。3歳で退所し、アパートに転居。母は強迫性障害で調理、清掃ができず適切な養育ができていない。水道光熱費が高額であるとし生活困窮を訴えるも、生活保護ケースワーカー（生活保護受給中）の指導には乗らない。電気代がかかると言う理由でエアコンを使用せず。このため児が度々体調不良となり病院を受診。最近、母は、乖離症状（健忘）がひどくなってきたと病状悪化を訴えることが多い。保育園にはほぼ休まずに通園できているが、毎日遅刻してくる。またヘルパーからは、住環境はひどく、清掃できていない。

この会議で母の精神的状態を落ち着け、住環境を整えるために、児を一時的に養護施設に収容し、この間、母は精神病院に入院し状態の改善を図る、その後、母は、アパートの生活環境を整備する、という計画を立てたが、母は入院できず、この計画は実行できなかった。

4歳10か月 さらに母の精神的状況が悪化して、母の入院、及び児の養護施設への預かりが行なわれる予定であったが、子どものみの預かりが行われただけで、母の入院は実現できなかった。

課題

児の就学まで1年となり、住環境、学習環境の整備が急務となるが、母の精神状態はかなり悪く、この状態で環境を整えるのは困難と予想される。また児はADHDと診断されたが、養育環境が大きく関与していることが推察され、児のADHDへの対処が問題となる。

この症例では、家族に支援者がおらず、日常的な見守りができないことが大きな障害になった。また母の治療を必要な時に行えていないことも問題である。

このような症例では、公的機関での支援が重要になるが、それぞれの機関ごとに別々に支援が行われているため、この母子の全体像が見えにくく、効果的な支援に繋げることが難しい。より綿密な連携が必要と考えられる。またこのような状況で、毎日母子と顔を合わせる機会を持つ保育所の見守りは非常に大きな意味を持った。就学後は学校との連携が鍵になるだろう。