

親子の心の診療が必要な家族の実態調査に関する研究

研究分担者 岡田あゆみ（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科小児医科学）

研究協力者 重安 良恵（岡山大学病院小児医療センター小児科子どものこころ診療部）

藤井智香子（岡山大学病院小児医療センター小児科子どものこころ診療部）

研究要旨

子どものこころの診療に際しては、家族と協力して行う環境調整や子どもへの関わりの工夫が重要である。このため、親子並行面接を実施される場合もあるが、保護者が精神疾患に罹患している場合、保護者自身の病状悪化にも注意が必要となる。

診療ガイドラインの作成に先立って、保護者面接の質を担保し適切な対応を行うために、精神疾患を抱えた保護者の実態を調査し有効な対応を検討した。

1999年度から2011年度までに受診した症例860例の中で母親に精神疾患を認めたのは、69症例、51家族で、母親の8.0%だった。家族構成は、離婚19家族（37.3%）、死別2家族（3.9%）で21例（41.2%）が母子家庭だった。経済状況は、就労12例（23.5%）、生活保護10例（19.6%）だった。

複数の問題が家族に集積しているとともに、支援者が居ない場合が約半数で、これが難治化の要因と考えられた。保護者面接を通して家族の協力を得るとともに、支援者が居ない場合は家庭外の支援につなげることが必要だった。

A. 研究目的

思春期を含む子どもの心の問題は、親を含む家族の心の問題が背景に存在することが指摘されている。よって、子どもに対する診療に加えて、親を含む家族全体を診療することが求められている。本研究班では、多領域、多職種が連携して、親子の心の診療を実施するための課題整理と科学的根拠の収集を行い、その結果に基づき親子の心の診療ガイドラインなど診療支援となるツールの作成を目指している。

岡山大学病院子どものこころ診療部では、主に小児の心身症治療を行っているが、治療に際しては、家族と協力して行う環境調整や子どもへの関わりの工夫が重要である。このため、親子並行面接を治療の基本として、保護者（親）と定期的な相談を行っている。しかし、保護者

が精神疾患に罹患している場合、親役割への葛藤、新たな課題への負担感などが発生しやすく、保護者自身の病状悪化にも注意が必要である。

よって、診療ガイドラインの作成に先立って、保護者面接の質を担保し、適切に親と子の診療を行うために、精神疾患を抱えた保護者の実態を調査しどのように対応すべきかを明らかにしたいと考えた

以前我々は、保護者に精神疾患を認めた34症例を検討し、診断と転帰に関連性はないが、保護者は家事ができず家庭内外に支援者の居ない場合は悪化や中断が多いことを報告（山中、2005）した。

その後は、治療開始時に保護者（主に母親）の状態や家庭内外の支援者の有無をアセスメントし、家族の状況に合わせた対応をおこなっ

ている。

今回我々は、母親に精神疾患を認める症例を検討し、上記の対応の有効性や注意すべき点について考察したので報告する。なお、

- A) 患者家族の転帰
 - B) 患者家族への対応
- を検討した。

B. 研究方法

対象：1999年度から2011年度までに当院子どものこころ診療部（旧心身症外来）を受診した860症例の中で、3回以上受診歴があり母親に精神疾患を認めた69症例、51家族。母親は、子どもの症状出現前から発症し、精神科あるいは心療内科で診断を受けた症例とした。

なお、当院は予約制の外来を基本としており、小児科医1名または小児科医1名と臨床心理士1名が担当者となり、30～60分の親子継時面接、または親子並行面接を行う治療構造である。方法：家族構成、就業の状態、家庭内外からの支援の有無など診療録から後方視的に調査した。診断は、受診時診断としたため、アメリカ精神医学会精神疾患の診断・統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）第4版改訂版に従った。

転帰は、下記の分類に従った。

終了：主訴が改善し受診が終了

改善：主訴の改善

不変：主訴の持続

悪化：主訴の悪化、新たな問題の発生、精神科転科など

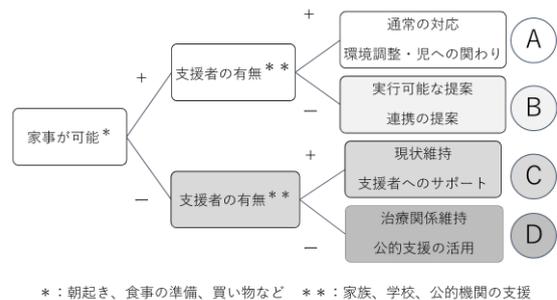
中断：無断キャンセル、受診拒否など

母親の話から、食事の準備や掃除などの「家事が可能か」、親戚、学校関係者、公的機関などの関係者と連絡を取ることに苦痛がなく相談ができるなどの「支援者が居るか」について、主治医が判断し、その有無により下記の4群に

分類して検討した。（図1）

- A群：家事が可能、支援者が居る
- B群：家事が可能、支援者が居ない
- C群：家事が不能、支援者が居る
- D群：家事が不能、支援者が居ない

母親の話から受診早期に主治医が判定し、4群に分類する



*：朝起き、食事の準備、買い物など **：家族、学校、公的機関の支援

図1：母親のアセスメントと対応方針

倫理面への配慮：守秘に留意し、個人が同定されないように検討した。岡山大学病院倫理委員会の承認を得て実施した。（番号 1609）（番号研 1801-036）。また、提示症例は、研究発表について同意を得て行った。

C. 研究結果

1) 患児の特徴

対象となる患児は69例で、治療を行った860例の8.0%だった。性別は、男児26例、女児43例、平均年齢10.0歳だった。

診断は、適応障害19例、身体化障害（鑑別不能の身体表現性障害例を含む）16例、排泄障害（遺尿症・遺糞症）8例、社交不安障害7例、摂食障害4例、転換性障害4例、強迫性障害2例、分離不安障害3例、全般性不安障害1例、外傷後ストレス障害2例、疾病恐怖症1例、反応性愛着障害1例、うつ病性障害1例と様々だった。

発達障害の合併は、26例（37.8%）に認められた。内訳は、広汎性発達障害17例、注意欠陥多動性障害2例、軽度知的障害7例だった。

不登校の合併は42例(60.9%)だった。

2) 母親の特徴

精神疾患の診断の内訳は、統合失調症7例、うつ病性障害16例、不安性障害21例、パニック障害4例、摂食障害2例、身体表現性障害1例だった。

家族構成は、離婚19家族(37.3%)、死別2家族(3.9%)で21例(41.2%)が母子家庭だった。経済状況は、就労12例(23.5%)、生活保護10例(19.6%)だった。

3) その他の特徴

4家族では、父親も精神疾患に罹患しており、両親ともに治療中であった。診断の内訳は、うつ病性障害2例、双極性障害1例、薬物関連性障害1例だった。また、5家族は家庭内暴力(DV)のため離婚しており、子どもも父親から母親への暴力・暴言を目撃していた。

同胞発症は、17家族(33.3%)に認めた。

4) 転帰(表1)

51家族(母親51例)の内訳は、A群18例、B群11例、C群10例、D群12例だった。患児の内訳は、A群27例、B群14例、C群12例、D群12例だった。

転帰は、A群は、終了19例、改善7例、不変0例、悪化0例、中断1例だった。B群は、終了2例、改善6例、不変1例、悪化3例、中断2例だった。C群は、終了3例、改善3例、不変3例、悪化3例、中断0例だった。D群は、終了2例、改善5例、不変0例、悪化6例、中断3例だった。

表1: 転帰

	母親	状況		患児の転帰(69例)					合計
		家事	支援	終了	改善	不変	悪化	中断	
A群	18例	可能	あり	19例	7例	0例	0例	1例	27例
B群	11例	可能	なし	2例	6例	1例	3例	2例	14例
C群	10例	不能	あり	3例	3例	3例	3例	0例	12例
D群	12例	不能	なし	2例	5例	0例	6例	3例	16例
合計	51例			26例 37.7	21例 30.4	4例 8.4	12例 17.4	6例 8.7	69例 (%)

5) 悪化した症例の特徴(表2)

母親のアセスメントとしてA群は認めなかった。同胞例は2家族で、両親共に精神疾患を認めた家族と母子家庭で生活保護を受けていた家族だった。患児らは、精神病やうつ病を疑う状況で精神科転医が必要であった。その他の患児も、発達障害で不登校状態を呈しており、行動上の問題が悪化して転医が必要となった。

表2: 悪化例の特徴

状態	母親の診断	家族の特徴	性別・年齢	患児の状態・診断	悪化転医の要因	
1	B	不安性障害	12歳, 女	不登校, PDD	家出・受診拒否	
2	B	パニック障害・被虐待	父家庭内暴力	12歳, 男	不登校, PDD	問題行動
3	B	不安性障害	父ギャンブル	14歳, 男	遺棄症, PDD	不登校
4	C	統合失調症	父双極性障害	14歳, 女	摂食障害	幻聴
			14歳, 男	不登校	摂食障害	
5	C	不安性障害	15歳, 男	不登校, PDD	ひきこもり	
6	D	うつ病性障害	母子家庭	12歳, 男	遺棄症, PDD	不登校
7	D	うつ病性障害	母子家庭	12歳, 男	不登校, PDD	家庭内暴力
		生活保護	16歳, 女	不登校, PDD	抑うつ	
8	D	パニック障害・被虐待	11歳, 女	愛着性障害, MR	問題行動	
9	D	うつ病性障害	14歳, 女	不登校, PDD	抑うつ	
10	D	統合失調症	19歳, 男	頭痛, 不登校	ひきこもり	

MR: 知的障害, PDD: 広汎性発達障害, ADHD: 注意欠陥多動性障害

6) 有効だった対応

【症例1】小6、女兒、C群

主訴: 歩けない、学校へ行けない

診断: 身体化障害

家族構成: 父親、母親(統合失調症)、患児

経済状況: 父親は契約社員、母親は無職

支援状況: 母親は家事ができないことが多く、症状が悪化すると、不眠、外出困難、物を盗まれるなどの被害妄想が出現する。

家庭内：父親は母親の診断を知らず、家事ができないと暴力・暴言を認める。

家庭外：母方祖父母は母親の家事を手伝っている。父親と母方祖父とが対立し、父親は祖父の介入を拒否していた。母親は学校との連携も困難だった。

アセスメント：家事不能、支援ありでC群

治療経過：患児は母親の疾病を告知されておらず、親子継時面接を実施した。家族面接で父親や祖父と面接し、母親への支援と双方の協力を依頼した。また、家庭外支援として、学校連携により別室登校開始した。その後、独歩が可能となり、中学校で別室登校、高校は通常の登校が可能となり、大学進学した。一時父親もうつ病を発症し休職したが、母親面接を継続し、不安の傾聴や具体的な生活上の問題解決を図った。

【症例2】小4、女兒、D群

主訴：夜は眠れない、登校を嫌がる

診断：恐怖症

家族構成：母親（双極性障害）、長女、次女（広汎性発達障害）、患児

経済状況：母親は無職、生活保護受給

支援状況：母親は気分が波があり、周期的に家事ができなくなる。症状悪化時には、イライラ、子どもへの暴言などが出現する。

家庭内：父親とは離婚し支援はない。母方祖母とは疎遠で支援を受けられない。

家庭外：母親は母子登校を提案されているが、学校との連絡・連携を負担に感じている。

アセスメント：家事不能、支援なしでD群

治療経過：親子並行面接を実施した。患児は臨床心理士が面接を行い、呼吸法を修得するなど、不眠や登校への不安について対処行動を学んだ。母親は当初家事の困難さを訴えなかったが、経過の中で家事ができないことへの罪悪感や焦燥感を語った。地区担当保健師と連携し、母

親の精神科主治医の協力を得て、精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）を導入したところ、安定した。

D. 考察

1) 母親と家族の特徴

同胞発症を約3割に、不登校を約6割に認めており、因果関係は不明だが、複数の問題が家族に集積して難治化につながっていると推測された。

上野（2010）は、精神疾患を有し子育てをしている女性の実態調査で、離婚率が高い（23%、一般人口 5.2%）ことを指摘し、9.5%に相談者がいないと報告している。今回の検討でも、約40%が母子家庭で、家庭内の支援に乏しかった。親子の診療にあたって、家族内支援が乏しい場合は、外部機関との連携を勧めることが必要となる。

この際に、子ども側だけでなく、母親も含めた保護者側にどのような提案が可能か、治療者は常に検討しなければならない。近年スクールソーシャルワーカーを配置する教育委員会が増えるなど、利用できる資源は増えているので、診療ガイドライン作成においては、このような情報の提供が有用と考えられた。

2) 母親面接による診療

患児の転帰は、約70%が終了・改善となっており、保護者に精神疾患の罹患があっても必ずしも転帰不良ではないと考えられた。しかし、D群の家事不能、支援者なしの症例では、悪化や中断が多く治療には課題が残った。「受診を労い現状維持を目標として伝える」「信頼関係を構築し家庭外支援の利用を提案する」などに配慮することで中断例を減らす効果があると推測されたが、家庭訪問や家事支援の提案を行っても拒否する症例があり、難治化につながっていると考えられた。

診療ガイドライン作成にあたっては、保護者への直接支援のみならず、家庭内外の支援につなげる診療を行う必要があると考えられる。井上（2017）は、「ひとたび医療側との信頼関係をつくることができれば治療を安全に続けられるため、こうしたケースとの面接においては通常より人的・時間的リソースを投入することの意味は大きいと思われる」と述べている。今回の検討でも、症例 1、2 については、母親面接を行うことで信頼関係を形成することが可能となり、病院以外の支援の提示を受け入れたことを契機に母親自身の負担が軽減し、最終的に子どもの改善につながったと考えられた。

3) アセスメントの課題と本研究の限界

今回の検討は、予約制、30 分以上の面接時間の確保が可能な治療構造における一施設の結果で、これを汎化するには課題がある。また、家事が可能か否か、支援者が居るか否かを主治医が母親との面談の内容から判断しており、客観的な指標にかける。今後、診療ガイドラインの作成にあたっては、限られた時間で（1）一定の健康度（家事ができるレベル）、（2）支援者の存在、（3）外部と関係を持つ力などの評価を行い、これに合わせた対応を提案できるような工夫が必要である。

芳賀（2011）は、小児科診療で遭遇する親を 5 群に分け、E 群：精神障害タイプについては、「精神病理性を把握し対応：病理性に巻き込まれない」ことの重要性を指摘している。今回の検討でも、悪化例の中で、精神科転科後心理的虐待を疑われた症例を認めた。表面的に問題のない保護者に見えても、親の要求が一方的、治療への操作性が高い場合は、背景に虐待環境が形成されている可能性に注意を要する。また、このような場合、保護者の診療に過度の期待を持たず、他の方法を探すことも必要となる。

よって、図 2 に示すように、各段階での状況

をアセスメントし、各段階に応じた支援方法を提案できるような診療体制の構築が重要である。



図2：保護者支援の方略

E. 結論

診療ガイドライン作成のための課題整理として、母親に精神疾患を認める症例の治療について後方視的に検討した。69 症例、51 家族について検討を行ったところ、母親の診断にかかわらず、家事が可能か否か、支援者の有無などでアセスメントを行い対応することで一定の治療効果を認めた。

【謝辞】

本研究の実施にあたって、山中医院小児科山中絵里子先生にご協力いただきました。ここに深謝致します。

【参考文献】

- 1) 山中絵里子、細木瑞穂、他：保護者の精神疾患が子どもに与える影響。心療内科：9 号；p159-164, 2005
- 2) 上野里絵、上別府圭子：精神疾患を有し子育てをしている女性の特徴およびサポートの実態。こころの健康：25 (2)；p35-43, 2010
- 3) 芳賀彰子：患児とその親—小児科医師との治療的信頼関係の確立と治療的自己。日本

- 小児心療内科学会誌：15；p137-145, 2011
- 4) 井上祐紀:親がメンタルヘルスの問題を抱えているケースへの対応. 小児の精神と神経：57 (Suppl)；p112-113, 2017

2. 実用新案登録

なし

3. その他

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 岡田あゆみ、藤井智香子. 心因性発熱 16 症例の検討. 心身医学：57 (12)；P1252-1260, 2017.
- 2) 梶原彰子、岡田あゆみ、堀内真希子、鶴丸靖子、赤木朋子、藤井智香子、重安良恵、塚原宏一. ドメスティック・バイオレンス(DV)を目撃した 2 例の検討. 発達に課題のある児の心理療法について
- 3) 藤井智香子、岡田あゆみ、鶴丸靖子、赤木朋子、**重安良恵**、梶原彰子、堀内真希子、塚原宏一. 長期に経過を観察した起立性調節障害患者 23 例の検討. 子どもの心とからだ 26 (1) ;P34-38, 2017

2. 学会発表

- 1) 藤井智香子、岡田あゆみ、重安良恵、鶴丸靖子、赤木朋子、梶原彰子、堀内真希子、塚原 宏一. 過敏性腸症候群児の患者背景についての検討:第 35 回日本小児心身医学会学術集会. 子どもの心とからだ:26 (2)； P187, 2017
- 2) 重安良恵、岡田あゆみ、藤井智香子、鶴丸靖子、赤木朋子、梶原彰子、堀内真希子、塚原宏一. ネグレクト環境への対応 心因性発熱男児例の治療を通して. 子どもの心とからだ:26 (2)； P214, 2017

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし