

親子の心の診療が必要な家族の実態調査に関する研究

—精神疾患の母親/父親を持つ家族の検討—

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

小児は家族を含む環境要因の影響を受けながら成長しており、その治療においては、家族へのアプローチが重要なことは自明である。子どものこころ診療部では、家族を「子どもの治療協力者」として位置づけ、親子並行面接を実施している。本研究の目的は、保護者（母親/父親）に精神疾患を認める症例を対象に、その特徴と治療効果を検討し、現行治療の有用性や課題を明らかにすることである。

対象は、母親/父親に精神疾患を認める 118 症例、100 家族である。同時期に受診した症例の 14.1%を占めており、精神疾患を認めない群と比較して、初診時年齢が若い、同胞例が多い、不登校が多いなどの特徴を認めた。保護者の主治医からの紹介は 5%と少なかった。不登校症例が多いこともあり、学校からの支援を受けている症例が多かった。転帰は、治癒 39 症例（33%）、改善 36 症例（31%）、悪化 24 症例（20%）、不変 6 症例（5%）、中断 3 症例（3%）、相談のみ 10 症例（8%）だった。

一定の治療効果は得ていたが、保護者の主治医との連携は少なく、今後の課題と考えられた。また、親子の診療のためには、保護者、子どもに対する支援を組み合わせるだけでなく、家族を一単位として家事支援を行うなど、連携のための新たな施策も必要だと思われた。

A. 研究目的

思春期を含む子どもの心の問題には、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おり、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。

我々は、2017 年度に、母親に精神疾患を認める 69 症例（51 家族）の検討を報告した。同胞発症を約 3 割に、不登校を約 6 割に認めており、複数の問題が家族に集積していた。さらに、

約 4 割が母子家庭で家庭内の支援に乏しかった。よって、治療開始時に保護者の状態や家庭内外の支援者の有無を、簡便にアセスメントすることの必要性を報告した。

その後も症例を蓄積し、アセスメントを実施しながら診療を行い、図 1 を参照しながら積極的に医療、教育、福祉関係機関と連携を図るようになっている。

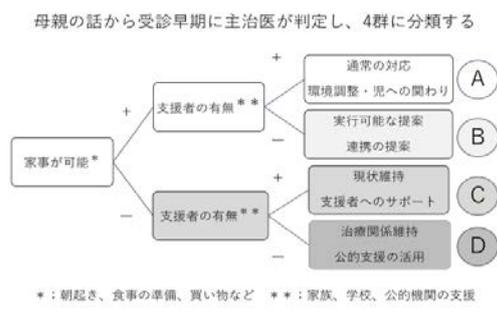


図1：母親のアセスメントと対応方針

今回は、2019 年度の診療ガイドライン作成に向けて、実際にどのような点に注目して「連携」すればよいのかを明らかにしたいと考えた。よって、当科で「家族機能のアセスメント」、「家庭内外の連携」を強化して行ったことによる診療の変化が明確になるよう、2007 年度以降の症例を抽出した。そして、親子並行面接や他領域との連携を行う必要の多い対象として、保護者（父親または母親）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。

B. 研究方法

対象：2007 年（平成 19 年）4 月から 2017 年（平成 29 年）9 月までに当院子どもこころ診療部を受診した 837 症例（783 家族）の中で、保護者（母親または父親）に精神疾患を認めた 118 症例（100 家族）。

保護者の精神疾患は、本人または家族の情報から、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、当外来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 分の親子並行面接を行うことを治療構造の基本としている。

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。精神疾患の診断は、患児、保護者共に、受診時点の状態を、精神疾患の診断・統計マニュアル第 5 版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th：DSM-5）に基づいて診断した。

患児の転帰は、下記の分類に従った。

治癒：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

なお、治療に際しては、保護者の情報から、食事の準備や掃除など基本的な生活を維持するための「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（図 1）、可能な限り支援者を増やすような連携を図るようにした。統計学的検討：検定ソフト IBBM SPSS Statistics24 を用いた。2 群間の比較は Mann-Whitney 検定、割合の差の鑑定は χ^2 検定を行った。p < 0.05 を有意差ありと判定した。

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。（研 1801-036：小児心身症患者の家族背景と治療構造についての実態調査）。

C. 研究結果

1) 患児の特徴

母親または父親に精神疾患を認める患児は118例で、治療を行った837例の14.1%だった。性別は、男児44例、女児74例、初診時年齢11.5歳だった。また、同胞例（受診期間に当院を受診した症例）のいる家族を26家族（26%）に認めた。

保護者に精神疾患を認める群は、精神疾患を認めない群と比較して、表1に示すように、有意に初診時年齢が低い（11.5歳 VS 12.2歳）、同胞例が多い（26症例・26% VS 35症例・4.9%）、不登校の割合が多い（75症例・63.6% VS 386症例・53.7%）などを認めた。男女比（44：74 VS 333：386）に差は認めなかった。

表1：母親/父親に精神疾患を認める群の特徴

	認める群	認めない群	P 値
患者数 (人)	118	719	
家族数 (家族)	100	683	
初診時年齢 (歳)	11.5±3.2	12.2±5.5	0.038 <0.05
男女比 (男：女)	44:74	333:386	0.068
同胞例* (家族)	26 26%	35 4.9%	<0.01
不登校 (人)	75 63.6%	386 53.7%	0.046 <0.05

*調査期間以前に同胞が受診した症例を含む

患児の診断については、以下の通りである。精神疾患：58例（49.2%）に認めた。適応障害22例、摂食障害12例（AN6例、ARFID6例）、社交不安症6例、転換性障害4例、分離不安症3例、身体症状症2例、全般性不安症1例、強迫性障害1例、外傷後ストレス障害1例、病気不安症1例、うつ病性障害1例、反抗挑戦症1例、性同一性障害1例、診断保留4例だった。発達障害：52例（44.1%）に認めた。重複例もあり、自閉スペクトラム症41例、注意欠如・多動症9例、軽度知的能力障害～境界知能9例だった。

身体疾患：44例（37.3%）に認めた。起立性調節障害27例、過敏性腸症候群10例、その他（片頭痛、周期性嘔吐症候群など）10例だった。

不登校の合併は75例（63.5%）だった。

2) 家族の特徴

同胞例が含まれたため、母親または父親に精神疾患を認める家族は100家族で、治療を行った783家族の12.8%だった。

家族構成：核家族が66家族、3世代家族が5家族、母子家庭が27家族だった。母子家庭の原因は、離婚24家族、死別（自死）3家族であった。父子家庭は2家族で、原因は離婚であった。

経済状況：生活保護を14家族（14%）が受けていた。

家事の状況：家事が困難なのは19家族で、いずれも母子家庭だった。

精神疾患：診断の内訳を、表2に示す。両親ともに精神疾患を認める家族が5家族（5%）あった。

なお、5家族は家庭内暴力（DV）のため離婚しており、全例子どもが父親から母親への暴力・暴言を目撃していた。

表2：母親/父親の精神疾患の特徴

	うつ病性障害			
	統合失調症	双極性障害	その他	発達障害
母親のみ (73家族)	6	37	36	6 ASD2 ADHD3 ID2
父親のみ (22家族)	3	14	8	0
両親 母親：父親 (5家族)	1：0	3：2	1：3	

ASD:自閉症スペクトラム障害、ADHD:注意欠如多動障害
ID:知的能力障害、DV:家庭内暴力

3) 支援・連携状況

保護者の主治医からの紹介は5家族（5%）だった。

支援者の有無を確認したところ、家庭内外の支援が、全くない、または、拒否のために孤立していたのは2家族のみであった。支援者として、不登校を伴う症例では、学校関係者が支援を担当していた。

治療期間中は、学校との連携が85症例、公的機関との連携が28症例で行われていた。特に支援を要する症例については、ケース会議などを12例に実施して、関係機関が対応を協議した。

4) 有効だった対応

表3にいくつかの例を示した。親子並行面接により、患児や保護者それぞれから情報収集を行い、治療法や連携方法を選択していた。レスパイト入院は、患児を守る保護者機能を補完する役割を担った。心理面接では、保護者に代る「親イメージ」としてのロールモデルを提示する機能を担った。

同胞例が多いことから、特に発達障害児の診療では、家族全体の相談を行う中できょうだい例の受診につながった。また、保護者の主治医との連携により、保護者への支援として精神障害者居宅介護等事業を利用したことで、患児にとってもよい変化を得ることができた症例もあった。

表3：有効だった対応や連携

症例	診断	対応
15歳 女性	摂食障害	母が祖母から叱責されて疲弊していたが、母子のレスパイト入院を行ったことで、精神的に安定した
14歳 女性	適応障害	心理面接により安定した対象関係を持つことができ、面接者がロールモデルの一つとなった。
3歳 男児 7歳 女児	ADHD ADHD	兄が受診中で、家族の状況を確認する中で妹や弟の発達への心配が語られ、妹弟の受診に結びついた
9歳 女児	全般性不安障害	母が家事に支障を来していたが、公的機関と連携し、母の主治医と連携して家事支援をスタート*することができた

*精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）

5) 連携を拒否していた症例への対応

(守秘のため一部内容を改変している)

【症例1】小5、女児、B

主訴：登校を嫌がる

診断：適応障害（初診時）、神経性やせ症、社交不安症（転科時）

家族構成：母親（看護師）、姉（自閉スペクトラム症、神経性過食症）、患児

家族歴：姉は他院精神科通院中で、母も適応障害として同医で加療を受けていた。

経済状況：母親は常勤看護師だったが、パニック障害を発症し休職、生活保護受給に至った。

家庭内支援状況：姉は就労しておらず、気分の変動が大きいため家事手伝いも難しい。患児は、母親の家事を手伝うこともある。

家庭外支援状況：受診当初、母親は一定の家事が可能で、支援者は特にいなかった。中学校入学時に学校連携を図ったが、患児が関わりを拒否して継続しなかった。患児が通信制高校2年時に、母親がパニック障害を発症し休職、その後退職した。母親は家事ができず、自宅に引きこもり状態となった。

アセスメント：受診当初は、家事可能、支援なしでB群だったが、母親のうつ病発症後はD群になった。

治療経過：患児は、母親の主治医の紹介で受診した。小中学校時代は対人恐怖のため外出が難しかったが、通信制高校進学後は登校が可能となり不安も軽減した。しかし、母親のパニック障害発症頃から、体型にこだわり、食事制限をするようになった。栄養指導や疾病教育を行ったが、やせは進行し神経性やせ症と診断した。母親は自身の疾患と患児への対応でさらに疲弊した。母親は自らが専門職であることから、家庭外機関の利用について不安を持っていたが、地区担当保健師との相談や発達支援センターの利用を繰り返し勧めたところ同意した。生活保護の受給、姉の自立支援事業所の利用など

が進み、母も安定した。患児の卒業を契機に、精神科へ転科を行った。

【症例 2】小 6、男児

主訴：登校を嫌がる

診断：適応障害、自閉スペクトラム症

家族構成：母親（うつ病性障害）、患児

経済状況：母親は無職、生活保護受給

家庭内支援状況：父親とは離婚し支援はない。

母方叔母家族が近隣に居るが、生活保護受給中で不登校の子どもと精神疾患の夫を抱えており、支援は受けられない。

アセスメント：家事不能、支援なしで D 群

治療経過：居宅は掃除が行き届かず、患児の生活環境の悪化が危惧された。親子並行面接を実施し、母親に子どもの支援のために家庭外機関との連携を提案したが、「人が家に来るのは心理的ストレスだ」と語り、保健師の訪問や精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）の利用を勧めても拒否していた。

患児は中学校へ進学しても登校できなかつたため、家の外で訪問を受けるという約束で、学校から支援員の派遣を開始した。これにより、患児が話をしたり運動をしたりするようになり、母親の認識も変化した。また、教育・福祉関係者とケース会議を複数回行い、母親が拒否をしないと予想される児童発達支援事業の利用を提案した。母親は、子どもの支援であれば家庭訪問することについて同意し、月 1～2 回の訪問サービスを受けるようになった。中学卒業後は、患児の自立に向けて、デイサービスの利用を行い、就労支援に移行する予定である。

6) 転帰

治癒は 39 症例(33%)、改善は 36 症例(31%)、悪化は 24 症例 (20%)、不変は 6 症例 (5%)、中断は 3 症例(3%)、相談のみが 10 症例(8%)

だった。

悪化 24 例の内訳は、精神科転科 23 例、継続 1 例だった。不登校の相談で受診し、摂食障害、社交不安障害などの精神疾患を発症して転医した症例が 14 例であった。また、保護者が統合失調症またはうつ病性障害で、定期的な受診が難しい家族が 10 例だった。

D. 考察

1) 家族（患児と母親、父親）の特徴

因果関係は不明だが、患児の初診時年齢が低く、同胞例も多いことから、親子ともに負担が大きく、治療も長期にわたることが推測された。実際に、思春期以降も症状が持続したり、新たな精神疾患を発症したりして、約 4 分の 1 が精神科への転科を要していた。

背景には、精神疾患や発達障害の遺伝的負因があるとともに、家族構成員の負担の増大による家族機能低下が考えられる。登校が継続していれば、家族機能を補完する意味でも学校で社会的体験をすることが可能だが、不登校になると、学校で教育や支援を受けることが困難となり、レジリエンスとなる力を子ども自身が身に付けることができなくなる。この点で、不登校の割合が約 6 割を占めることは、結果であると同時に予後に影響する因子でもあり、注意を要する。

山崎¹⁾は、「ひとり親家庭」の現状と課題の報告の中で、「母子家庭であることが重症疾患を呈する原因ということではなく、母子家庭に至るまでの経緯が子どもと母親にとって逆境的境遇になっているという点である」ことを強調し、家族背景の一つとして、DV や保護者の精神科受診歴を上げ、ひとり親家庭に至るまでの過程における逆境的境遇の存在の重要性を指摘している。

今回の検討でも、母子家庭が27家族(27%)を占めており、一般人口に比して有意に多かった。我が国の母子家庭の貧困率は約50%で推移しており、大きな問題となっていることと合わせて、子どもの診療を協力して行う家族としての機能の維持が難しいことが予想される。

以上より、早期から養育の負担が大きいかつ継続していると推測し、家族を単位として診療、支援することが必要となることが改めて明らかになった。

2) 受診の契機と連携の方法

同胞の受診が多いこと、不登校を主訴とする受診が多いことは、リスクでもあるが同時に、早期発見のヒントになると考えられた。

今回の検討では、保護者の精神科主治医からの紹介が5%と少ないが、この点については改善の可能性がある。精神科主治医が、患者である保護者の子どもの登校状況を確認し、登校しづりや不登校に至っている場合に、保護者の状態に合わせて相談を提案することは有益と考えられる。保護者は、子どもの関係者から指摘されると、被害的、指示的に受け止める可能性があるが、主治医からであれば、比較的受け入れやすいと考えられるからである。

また、近年の子ども虐待の増加に伴い、気になる親子を早期に把握する施策が各自治体で展開されている。岡山県では、子ども虐待を防止するために、ハイリスク妊婦や新生児を把握し早期に地域保健の支援と結びつけるための「ハイリスク妊産婦支援システム」が立ち上げられている。今後小児科診療での運用も検討されているが、各診療科で同様の取り組みを行うことも、家族支援につながる方策となると考えられる。保護者のプライバシーを守り、支援が負担や強制にならないためにも、親子の診療を担う小児科と精神科の共通理解と連携が必要

である。

また、小児科で親子を分離して面接を行うことで、保護者の心情に配慮しながら、その状態を把握したり保護者の主治医への連絡の可否を問うことは、連携を行う上で実際的である。さらに診療が必要な場合、施設によっては保護者自身の治療を同時に行うこともある。杉山³⁾は、「子育て支援外来」で必要に応じて親の側のカルテを作り、親子平行した治療を行っており、子どもの重症度が異なるが46例(16.6%)で家族面接だけでなく保護者自身の診療が必要だったことを報告している。今回の我々の検討では、保護者に精神疾患を認めた症例は14.0%だった。よって、子どもの問題で受診した場合、約1割は保護者も受診が必要、または、受診を過去にしている可能性があると考えて、配慮しながら対応することが肝要である。

保護者と治療関係が形成されれば、家庭外機関の支援を受けることへの抵抗感も軽減しやすい。治療者は日頃から、地域の医療、教育、福祉の情報を収集し、複数の方法を提案できるよう準備することが理想だが、限界もある。施設によってはメディカルソーシャルワーカーに依頼することも可能だが、重症例では相談先を提示しても行動することが難しい場合があり、医療機関の対応だけでは限界がある。よって、診療ガイドラインでは、医療機関が情報提供しても解決に至らない場合を想定した連携の方法を提示する必要がある。

①保護者支援：生活面、特に経済面が問題になることが多いので、地区担当保健師や福祉事務所など、訪問機能を持ちどこに相談に行けばよいかを提示することが可能な機関へつなぐ、②子ども支援：子どもの診療の一環として支援を提示する方が、保護者にとって受け入れられやすい場合がある。不登校を合併している場合が多いので、地域によって呼称は異なるが、学校

の支援員、スクールソーシャルワーカーなど、アウトリーチできる支援者とつなぐ、などは従来から活用されてきた。これに加えて、現在はまだ実施している自治体は少ないが、③家族支援：ネグレクト家庭への家事支援など家族を一つの単位としての支援、が今後必要となると考えられる。従来の施策は、個人を対象としたものの組み合わせで成り立っていたが、子どもの心の診療の今後の課題として、家族機能を補完し支援するための有効な施策が検討されるべきである。

3) アセスメントの課題と本研究の限界

我々は、保護者に精神疾患を認めても、支援者が居て一定の家族機能が維持されていれば、予後は必ずしも悪くないことを報告した⁴⁾。今回の検討でも、相談のみを除いた108例のうち約7割は治癒または改善しており、小児科での親子並行面接やアセスメントを通じた連携の強化には、一定の治療効果があると考えた。

しかし、このアセスメント方法は客観性がなく、支援が必要な着目点を挙げているのみに過ぎないので一般臨床で実施するためには不十分である。先行研究では、Olsonらによって提唱された円環モデル⁵⁾とその評価法である家族システム評価尺度 FACESIII (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III) をはじめとして、様々な評価方法が提唱されている。本邦で使用可能な日本語版が標準化されているものも複数あるが、梶谷は家族評価尺度 (Family Assessment Device : FAD と FACES の使用頻度が高かったと報告している⁶⁾。いずれも有用だが、回答項目数が20~50項目程度と多い。項目数が少なく簡便な評価として Family APGAR Score⁷⁾があり、日本語版も報告されている⁸⁾。これは5項目の簡便な評価方法で、新生児のアプガースコアと同様

の採点方法で、小児科領域では取り入れやすいと考えられる。今後、アセスメントツールとしての使用を検討する予定である。

なお、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あり、対象に偏りがある点が課題である。

E. 結論

保護者（母親/父親）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。118症例、100家族について検討を行ったところ、不登校や同胞例が多い特徴を認めた。様々なレベルで連携が行われており、学校や公的機関からの支援を受けている家族が多かった。一定の治療効果は得ていたが、保護者の主治医との連携は少なく、今後の課題と考えられた。

【参考文献】

- 1) 山崎知克、青田奈津紀、他、子どものこころの診療における「ひとり親家庭」の現状と課題。子の心とからだ (JJSPP) 27:332-339;2018.
- 2) 杉山登志郎、子どものこころの発達を守るために：虐待臨床からみえる日小医会報 28：26-30；2004
- 3) 『ハイリスク妊産婦支援システム』について <http://www.pref.okayama.jp/page/detail-84146.htm> 1 (2019年3月22日確認)
- 4) 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 9：159-164；2005
- 5) Olson D.H.Sprenkie D.H.et al. Circumplex model of marital and family system : I Chesion and adaptability dimensions. Family types and clinical applications . Family Process18 (1), 3-28; 1979.

6) 梶谷みゆき. 家族評価尺度を用いた家族研究の文献概観. 島根県立大学出雲キャンパス紀要 13: 121-131; 2018.

7) Smilkstein G: The Family APGAR; a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 6: 1231-1239; 1978. 8) 塩川宏郷, 宮本信也, 柳澤正義: 小児科入院児の養育者とのかわりに関する考察—「養育者アセスメント」の試み—。子どもの心とからだ 2: 91-97; 1993.

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 鶴丸靖子、岡田あゆみ、堀内真希子、梶原彰子、赤木朋子、藤井智香子、重安良恵、塚原宏一。小児科長期入院における発達特性への支援 - 小児科-と子どものこころ診療部の連携による2症例。子どもの心とからだ 日本小児心身医学会雑誌 27(1): 48-53 2018.

2) 鶴丸靖子、岡田あゆみ、藤井智香子、重安良恵、梶原彰子、石田悠志、金光喜一郎、藤原かおり、鷺尾佳奈、嶋田明、塚原宏一。小児科病棟に長期入院した悪性疾患患者への発達支援。日児誌 122 (10): 1553-62 2018.

3) 岡田あゆみ、藤井智香子、重安良恵、梶原彰子、鶴丸靖子、赤木朋子、島内彩、細木瑞穂、宗盛 絵里子、塚原宏一。小児科で診療を行った摂食障害 112 例の特徴。日児誌 123 (1): 36-46 2019.

2. 学会発表

1) 藤井智香子、岡田あゆみ、重安良恵、赤木朋子、梶原彰子、堀内真希子、塚原 宏一。医学生に対するエゴグラムを用いたメンタルヘル

ス教育の取り組み: 第 36 回日本小児心身医学会学術集会.

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。起立性調節障害患者 41 名の自尊心の検討。第 36 回日本小児心身医学会学術集会. 2018

3) 岡田あゆみ、藤井智香子、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。回避/制限性食物摂食障害 52 例の検討。第 36 回日本小児心身医学会学術集会. 2018

4) 重安良恵、岡田あゆみ、藤井智香子、梶原彰子、堀内真希子、塚原宏一。入院中の子どものための心理・発達支援のための講習会—発達障害児への支援—。第 62 回岡山県小児保健協会研究発表会. 2019

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他