

原著 / Original

精神疾患患者を親にもつ子どもへのインタビュー調査

松岡美智子¹⁾，石井 隆大²⁾，永光信一郎³⁾，小曾根基裕¹⁾

1) 久留米大学医学部神経精神医学講座，2) 久留米大学医学部小児科学講座，3) 福岡大学医学部小児科学講座

【要旨】

精神疾患の親をもつ子どももヤングケアラーとなり得るが，その支援は確立されていない．精神疾患患者の子どもを支援するにあたり，精神科通院中患者の子育て状況，および精神科通院中患者の子どもの置かれる現状や求める支援を明らかにするために，精神疾患を患う親とその子ども7家庭に対して親子別々に約60分間インタビューを行った．子育て状況はひとり親家庭が2家庭，配偶者との不和を抱える家庭もあり，経済的に余裕のない家庭が5家庭で，子育ての相談窓口をもつ家庭はなかった．学校不適応を起こしながらもヤングケアラーとしての役割を担う子どもが存在する一方で，親は対人緊張やスティグマへの不安から外部支援に対して拒否的であった．子どもは親の病状を知らされておらず，支援についての知識ももち合わせなかった．治療者や支援者は，患者の養育者としての側面にも目を向け，患者だけでなく子どもへも積極的に支援する必要がある．

キーワード インタビュー調査，子ども，精神疾患をもつ親，ヤングケアラー，心理教育

I はじめに

日本でもヤングケアラーが注目されるようになり，2020年の埼玉県のカアラー支援条例¹⁾，2021年の神戸市のこども・若者ケアラー相談・支援窓口の設置²⁾を皮切りに全国の自治体にヤングケアラーの相談窓口が設置されつつある．ヤングケアラー支援は令和5年度に厚生労働省からこども家庭庁に移管され，18歳未満という文言がなくなり，「本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っているこどものこと」とされる（図1）³⁾．2020年，中学生の17人に1人，高校生の25人に1人の割合でヤングケアラーに該当すると思われる子どもが存在することが発表された⁴⁾．精神疾患をもつ親と同居する子どもは，障害や病気のある家族の代わりに家事をこなす，家族に代わって幼いきょうだいの世話や見守りをする，介護や看病，家計を支えるための労働など，図1のヤングケアラーの例に示されるほとんどすべての項目に該当する可能性がある．そのため，精神疾患患者を親にもつ子どもについては，ヤングケアラーという視点から支援の対象として注目する必要があるだろう．

一方，精神疾患をもつ親に育てられる子どもについて

は，Adverse childhood experiences（以下，ACE）研究の点からも，検討する必要がある．ACE研究とは，1998年にFelittiらが行った逆境的小児期体験と成人後の健康リスクへの関連性を調査した研究であり⁵⁾，現在では小児期の「逆境的体験」として以下の10項目が挙げられる．

1) 心理的虐待，2) 身体的虐待，3) 性的虐待，4) 身体的ネグレクト，5) 情緒的（心理的）ネグレクト，6) 家族の離別，7) 家庭内暴力の目撃，8) 家族の物質乱用（アルコール・薬物），9) 家族の精神疾患，10) 家族の収監．この研究ではさまざまな側面から逆境体験と健康リスクの関連が報告されている．Felittiらは，子ども時代の逆境的な体験が多いほど，人は社会的，情動的，認知的な問題を抱える可能性が高まり，結果的に喫煙，暴飲暴食，薬物依存等の危険な行動が多くなり，それが病気に罹患したり事故で障害をもったりする可能性を高め，犯罪の原因になるだけでなく，人が早期に死を迎える（early death）可能性を高めると考察している⁵⁾．精神疾患患者を親にもつ子どものACEスコアを考えると，少なくとも「9）家族の精神疾患」の項目は1つ当てはまる．仮に親の精神疾患のコントロールが悪い場合には，それ以外の心理的・身体的虐待，心理的・身体的ネグレクト，家庭内暴力の目撃，物質乱用などの項目にも暴露してい

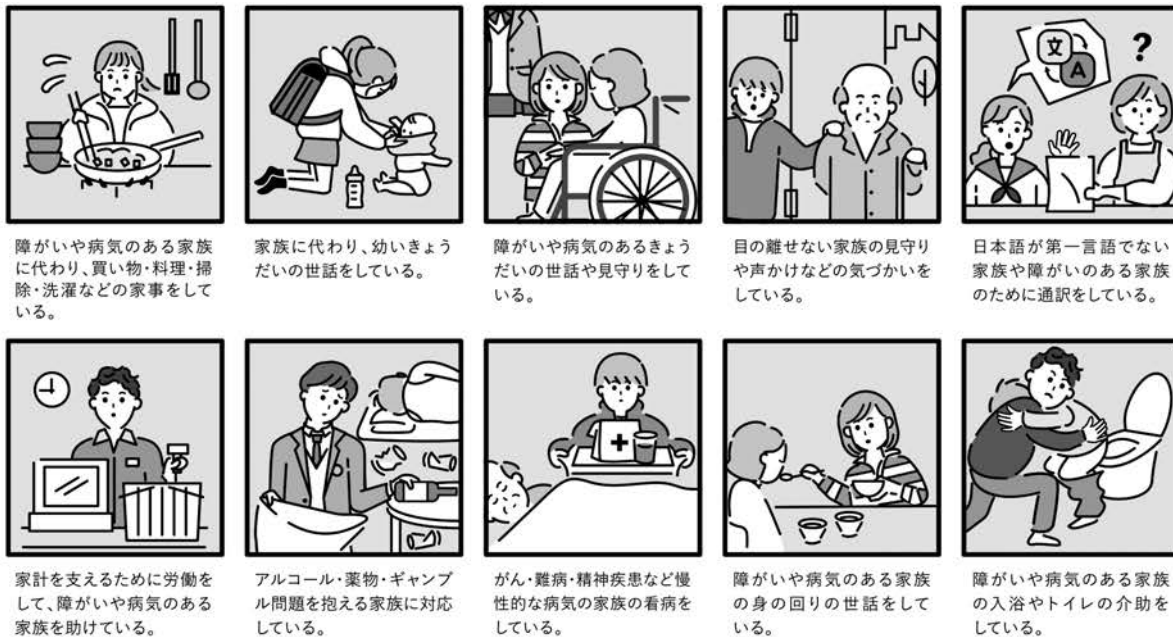


図1 ヤングケアラー（こども家庭庁ホームページより）

る可能性が否定できず、親の精神疾患の状況に依存して子どものACEスコアは複数の膨れ上がる。ACEの面から考えても、精神疾患患者を親にもつ子どもは無視できない支援対象であると理解できる。しかし、日本における精神疾患患者を親にもつ子どもに関する調査は、成人後の子どもを対象とした研究にとどまっている^{6,8)}。そこで精神疾患患者の子ども支援を検討するにあたり、精神科通院患者の子育て状況、および精神科通院患者の子どもの置かれる現状や求める支援を把握することが必要であると考え、われわれは今まさにヤングケアラーとして生活している可能性のある精神疾患患者の子どもを対象にインタビュー調査を行うこととした。研究の目的は、精神疾患をもつ親の子育て状況（生活状況、支援状況、支援が入る契機や阻害因子）、子どもの置かれる状況（親の病状説明の状況、支援体制）、求める支援を明らかにすることである。

II 対象と方法

久留米大学精神神経科外来に2000年4月以降初診し、現在も通院中で、6～20歳の子どもをもつ患者および患者の子どもを対象とした。研究参加については、子育て中の患者に対して主治医より研究の概要を説明し、後日患者、患者の子どもに対して研究責任者である著者より説明文書を用いて研究の趣旨を説明し、研究参加に関する同意を書面にて得た。子どもに対しては、年齢に合わせたアセント文書を用いて説明し書面にて研究参加の同意を得、同時に患者から子どもの保護者として、子ど

もが研究へ参加することへの同意を書面にて得た。親子別々に1回ずつ1対1の形式で約60分間の半構造化面接を行った。親インタビューでは、家族構成や就労状況、現在受けている支援等の生活状況について聞き取りを行った。子どもへのインタビュー内容は以下の通りである。なお、本研究は久留米大学医に関する倫理委員会の承認を得て実施している（承認番号：20138）。

【子どものインタビュー調査での確認項目】

- 1) 保護者が通院していることを知っていたか
- 2) 保護者の病名を知っていたか
- 3) 通院していることや病名をどのような経緯で知り、その時どう感じたか
- 4) 保護者の病名を知らなかったとしても、保護者のメンタル不調には気づいていたか
- 5) 保護者の病名を知らなかった場合、今後詳しい病状などを知りたいか
- 6) 保護者の病状について誰かと話したことがあるか
- 7) 保護者の体調や精神症状、どんな時に困ったり辛く感じたりするか
- 8) 保護者の病状についてのパンフレットや本があったら読んでみたいか

III 結果

調査には7家庭の親子が参加した（表）。患者（保護者）は30～50代、女性6人、男性1人。統合失調症、気分障害、適応障害、てんかんの診断と診断されていた。子どもは小学2年生から大学1年生の9人（きょうだいで参加

表1 調査群背景

通院患者				子ども		
	診断	性別	年齢	性別	学年	通院
①	統合失調症	女性	50代	女兒	小学生高学年	なし
②	うつ病	女性	30代	男児	小学生低学年	なし
③	うつ病	女性	40代	女兒	高校生	なし
④ -1	うつ病	女性	40代	男児	中学生	なし
④ -2	うつ病	女性	40代	女兒	小学生高学年	なし
⑤	うつ病	男性	60代	男児	大学生	なし
⑥ -1	適応障害	女性	30代	女兒	中学生	歴あり
⑥ -2	適応障害	女性	30代	女兒	中学生	なし
⑦	てんかん	女性	40代	男児	中学生	なし

④・⑥はきょうだい児

が2家庭）。男児4人，女児5人．通院歴のある子どもが1人いたが，現在通院している子どもはいなかった．

1) 保護者のインタビューで確認した家庭背景

表2 に親の子育て状況についてまとめた通り，ひとり親家庭が2 家庭，離婚を検討している家庭が2 家庭であった．就労は家庭の状況により必要性がないために就労していないケースもあったが5 家庭が経済的な不安を抱えていた．インタビューの結果，訪問看護やヘルパーなどの外部支援が必要であると思われた家庭が5 家庭あ

たが，いずれの家庭にも外部支援は入っていなかった．1 家庭のみ，生活困窮者支援の一環として食糧支援を自治体から受けていた．支援されていない背景には，自分たちの置かれる状況が支援を受けて良いレベルであるという認識不足やどのような支援が期待できるのかという知識不足の他，スティグマへの不安，精神症状のために拒否しているケースもあった．子育てについて不安を感じているにもかかわらず，相談できずにいる家庭が3 家庭あり，医師に相談していると話したケースも主治医に

表2 子育て状況（生活状況，支援状況，支援が入る契機や阻害因子）

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
配偶者の有無	あり	あり 離婚検討中	なし	なし	あり	あり 離婚検討中	あり
子ども以外の同居者の有無	なし	あり	なし	なし	なし	なし	あり (両親)
就労の有無	なし	なし	なし	あり	あり	なし	なし
経済的不安	あり	あり	あり	あり	なし	あり	なし
外部支援の必要性の有	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり
外部支援の有無	なし	なし	なし	生活支援	なし	なし	なし
支援の阻害因子	認識不足	スティグマへの不安	対人緊張	知識不足	—	知識不足	知識不足
相談相手	夫	両親，医師	娘，医師	医師，親戚	妻，医師	医師	夫，両親
子育ての不安	不明	あり	あり	あり	なし	あり	なし
子育ての相談経験	なし	なし	あり 医師	なし	なし	なし	なし

確認すると深刻には相談しておらず、話題に挙がった程度であったとのことであった。学校に相談することについて確認すると、こんなことで相談していいのか迷っているという回答が複数の保護者から聞かれた。

2) 子どものインタビュー調査結果

(1) 保護者が通院していることを知っていたか

保護者の精神科通院を知っていたのは3人のみで、保護者に精神科入院歴があるために知っているとのことであった。インタビュー当日に精神科外来に連れてこられて驚いた子どももいれば、「精神科」がなんなのか理解しないまま来院したケースもあった。

(2) 保護者の病名を知っていたか

保護者の病名を知っていたのは2人のみ、意図的に子どもに病名を伏せていた保護者は2人であった。子どもに病名や病状を伝えたほうが良いか、あるいはどう伝えれば良いか主治医に相談したことがある保護者はいなかった。

(3) 通院していることや病名をどのような経緯で知り、その時どう感じたか

通院については前述したように、保護者の通院を把握していた子どもたちは、保護者に精神科への入院歴があるために精神科受診している事実を知り、退院後も通院を続けていることを把握しており、学校の休日には保護者の診察に付き添って病院まで一緒に訪れていた。保護者の病名を把握していた2人に病名を知った経緯について尋ねたところ、保護者のてんかん発作や幻覚妄想状態を目の当たりにし、救急搬送されたために病名を知ったとのことであった。また、保護者の病名や病状について医師等の医療者からの説明は受けておらず、親や親戚から伝え聞いたものであり、説明の中には「家族が可哀想」などの言葉かけがあったと話した。話を聞いた時にどの

ように感じたのかを聞いたところ、母親がてんかんと診断されている男児は、「(母親にいつ何が起きてもいいように)自分のことは全て自分でできるようにしないといけないし、きょうだいの世話もしないといけないと思った」とのことであった。また、母親が統合失調症と診断された女児は「(病気のためにお母さんができない)家事などは、お父さんの負担にならないように、自分がなんでもできるようにならないといけないと思った」とのことであった。

(4) 保護者の病名を知らなかったとしても、保護者のメンタル不調には気づいていたか

保護者の病名や病状について説明を受けていなかった子どもたちには、保護者が寝込んだり、機嫌が急に悪くなったりするようなことはなかったかなど、具体的な症状を確認しながら保護者のメンタル不調について質問した。保護者のメンタル不調には9人中6人の子どもが「気づいていた」と答えた。中には、保護者の自傷行為を目撃してしまい、同じように自傷行為をしていた友達が「うつ病」と言っていたので、「母親もメンタル関連なのだろう」と思いながらも「なんとなく気まずくて聞けなかった」と、話した子どももいた。また、調査に参加したあるきょうだいは、「メンタル不調」を見ていたのかもしれないが、母親の「機嫌がいいか、悪いかととても敏感に見ていた。母の機嫌を損ねないように、気を付けて、とても静かに過ごしている」とも話した。保護者のメンタル不調に気づいていなかった3人の子どもの保護者に確認したところ、その保護者たちは自身のメンタル不調を絶対に子どもに知られないよう、意図的に病状を隠していたと話していた。子どもに悟られないように、どんなにきつい時でも外出し、いつも通りに夕飯の支度をするなど無理をしていることが語られた。子どもを動揺させないように、精神疾患に罹患していることは知らせない

表3 子どもの置かれる状況

	①	②	③	④-1	④-2	⑤	⑥-1	⑥-2	⑦
保護者の精神科通院を知っている	はい	いいえ	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	はい
保護者の病名を知っている	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	はい
保護者のメンタル不調に気づく	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	いいえ	はい	はい	はい
親の病状説明を受けたいか	はい	は	どちらとも言えない	どちらとも言えない	は	どちらとも言えない	どちらとも言えない	どちらとも言えない	は
学校適応の課題	友人いない 登校しぶり	不登校	不登校	成績不振	特になし	友人関係 登校しぶり	特になし		
家事を担う	はい	いいえ	はい	いいえ	いいえ	いいえ	週末のみ	週末のみ	はい

ほうが良いだろうという配慮のもとの行動であった。

- (5) 保護者の病名を知らなかった場合、今後詳しい病状などを知りたいか

保護者の病名や病状について、「知りたくない」と回答した子どもはならず、今は病名や病状を知らないが、「病状を積極的に知りたい」と答えた子どもは小学生の2人であった。中学生以上になると、「（自分が知ること）を親が嫌じゃないなら聞いてもいい」などの保護者へ配慮する発言や、「仮に自分が（保護者の病状を）知ったとして、自分に何ができるのか自信がない」という不安や、「（保護者の）病状を聞くと、本当に自分が親の世話をしないといけなくなりそうで怖い。もし聞くのであれば、自分一人ではなく、きょうだいと一緒に聞きたい。自分だけに降りかかってくるのは怖い」と言う率直な意見も聞かれた。

- (6) 保護者の病状について誰かと話したことがあるか

てんかんの母をもつ男児は家族でてんかん発作が起きた時の対処について話していたが、それ以外に保護者の疾患について話をする子どもはならず、親子間、きょうだい間でも精神疾患、メンタル不調については話題に挙がらない様子であった。保護者の病名を知っている子どもであっても、医療者や教育機関でそのことを話題に挙げたことはなかった。保護者の病名を知らない子どもに関しては保護者の呈する状態が「症状」とであるという確信もないため、その状態を誰かに相談するという発想には至らず、むしろ、隠すべき事態として学校で先生や友達に家庭のことを悟られまいと「普通に過ごす」あるいは普通にできない場合には「休む」という2つの選択肢しかなく、担任やスクールカウンセラーに相談している子どもはいなかった。

- (7) 保護者の体調や精神症状、どんな時に困ったり辛く感じたりするか

「病気なのかはわからないが、母親の機嫌が悪くイライラしているときが辛い」と話してくれた女兒は、保護者の目の前では一切そのような素振りは見せなかった。母親が同席すると女兒は明らかに母親の機嫌を伺い、その表情は少し大袈裟に表現するならば、おびえたような表情に見え、この家庭が不適切な養育環境に陥っていることが伺えた。保護者の不安が強く1人で外出ができないため、買い物や受診などに必ず子どもが同行するケースもあったが、それ自体が辛いというような訴えはなく、「ついてないと不安みたいなので、一緒に行っています」と話すに留まった。

- (8) 保護者の病状についてのパンフレットや本があったら読んでみたいか

研究に参加した9人すべてが、パンフレットや本があれば読んでみたいと答えた。

3) 症例

- (1) 症例1（表1内③）母親がうつ病の高校生女子Aさん
Aさんは小学校高学年の頃から不登校を呈し、中学生になっても登校は不規則であった。公立高校へ進学したものの、登校は続かなかった。学校からは今後について面談したいと連絡が来ているが、予定は立っていない状況であった。Aさんは不登校を繰り返していることを自身の問題（怠け、甘え、友達とうまく付き合えない）だと理解しており、今回学校に行けなくなっていることも全て自分の責任であると認識していた。残念ながらAさんの母親も同様に認識しており、Aさんの不登校問題に焦点を当てた介入は一度もなかった。

家庭では、母親の気分変動が激しく、不安が強いため外出には常に誰かが付き添う必要があった。Aさんは母親の自傷行為を目撃したことがあり、リストカットをする友人が「自分はうつ病」と話していたため、「母もうつ病なのかな?」と感じていた。

Aさんの母はDVが原因で離婚し、その後うつ病と診断され加療されている。対人緊張が強く、支援者と会うことも不安なため支援を拒否しており、家事全般を子どもに頼っている。娘の進路を心配してはいるが、不安緊張のために学校との面談に参加できない。Aさんが登校するよりも家に居る方が母親は安心して生活できる状態であった。

母親の病状説明を受けることについてAさんに問うと、「母親が嫌じゃなければ聞いてもいいけど、自分だけで聞く自信はない」「自分だけに責任がきて、自分だけで母親を背負うのは怖い」と答えた。高校生活についてAさんに尋ねると、「本当は通信制の学校へ転校して将来はメイクアップアーティストになりたい」と答えた。

- (2) 症例2（表1内⑦）母親がてんかんの中学生男児Bくん

Bくんが小学校低学年の頃に母親がてんかん発作を起こし救急搬送され、その際に母親の病気について家族から説明を受けた。それ以来、母親に何があってもいいように、発作時の対応を覚えてだけでなく、炊事洗濯掃除など家事全般を身に付け、きょうだいの世話も行っている。友達にも母親の疾患について説明しているため、友達も理解してくれている。母親のそばにいたために部活に入らず、自宅近くの高校に進学することも決めていた。生活能力には自信があり、「どんな災害がきても生きていけるし、家族を守れると思います」と語った。

Bくんの母親は中学生の頃に初めててんかん発作を起こし、それ以来通院している。てんかんのコントロールはよく、最近の大発作は前述の1回のみ。いつ発作が起きてもいいように、家族だけでなく、子どもの友達やその親にも疾患について説明していた。

Bくんへ母親の病状説明を受けることについて尋ねる

と、「てんかん発作時の対応は知っているが、遺伝について尋ねたことがないので気にはなる。もしテキストなどで知ることができるなら勉強したい」と答えた。高校進学を控えていたため、どのような高校生活を送りたいのか聞くと、高校進学後は部活動をしてみたいこと、また、今後はきょうだいに母親のケアを引き継ぎたい希望もあると答えた。しかし、この件に関してはまだ両親に伝えられていないとのことであった。

IV 考 察

今回、精神科通院中で子育てをしている患者とその子どもに対してインタビュー調査を行った。彼らの生活状況を知り、支援を必要としているのか、どのような形なら支援を入れられるだろうかという視点で調査した。1) 子育て状況

7家庭中2家庭がひとり親家庭で、2家庭は離婚を検討している状況であったため、配偶者との関係が保護者の精神状態へ悪影響を与えていた。精神障害を抱える親の支援ニーズとして、「病気で差別されない・しないようにして欲しい」「病気がない人と同じように扱って欲しい」という支援ニーズが報告されている⁹⁾。今回の調査でも学校で自分の病気の噂が広まったため転居したという家庭もあり、支援を阻む1つの要因になっていた。一方で、「病気が障がいによる家事や育児のできないところを補う支援が欲しい」や「自分から働きかけなくても支援して欲しい」という支援ニーズも報告されている⁹⁾。今回調査した7家庭のうち、5家庭で経済的に不安を抱えており、自身の病状と就労、家事などの負担から、食事を準備するような子育ては欠かさず行っている家庭でも、子どもの進路や学校適応といった面に関しては、時間的にも体力的にも後回しにせざるを得ない現実があった。海外では精神疾患患者の子ども支援に関する考えが進んでおり、オーストラリアでは2004年に精神疾患患者の子ども支援者へ向けた提言がなされている。ここでは精神疾患患者の子どもへの支援が当然のこととして扱われており、子どもの成長発達に合わせたニーズの聞き取りやレジリエンスを高めるための社会資源の活用、情報提供や意思決定の支援などがまとめられている¹⁰⁾。ドイツではCHIMPSという、親面談、子ども面談、家族面談を組み合わせたプログラムがあり、子どもへ親の精神疾患について話す機会を提供することで、親子が日常の中で問題や感情を出し合えるように支援し、家族内外の人間関係の構築や社会資源の活用に至るまでサポートすることが報告されている¹¹⁾。フィンランドの精神疾患をもつ親と子ども・家族への支援のためのプログラムでは、子どもは患者の治療やリカバリーのモチベーションを高める存在であると考え、支援者が「親」としての患者と一緒に子どもの成長を記録し対話する中で、必要な

支援や関係機関への連携を促すシステムが報告されている¹²⁾。わが国においても、精神疾患をもちながら子育てする家庭に対して、支援者のほうから働きかけることのできるシステムが必要である。

2) 子どもの置かれる状況

家庭内では、多くの子どもが親の精神疾患を知らされないまま、しかし親のメンタル不調には気づいて生活しており、場合によっては家事を担いながら親の精神面に配慮しつつ暮らしていることがわかった。症例として挙げたAさんもその1人であり、母親の自傷行為を目の当たりにしながらも直接話題にできずに、母親が負担の少ない生活ができるよう家事をこなし、母親の外出に付き添っていた。筆者から見ると母親に対して全面的にサポートティブであるAさんの口から「母親の病状説明を1人で聞く自信がない」と語られたことは予想外であり、「病状説明を聞く＝本当に母親の保護者としてこれからずっとケアを続けたいといけなくなる」という潜在的な不安が現れていた。てんかんの母親をもつBくんも同様に、母親のために部活動にも参加せず、率先して母親のケアを担ってきた流れとは裏腹に「進学後はきょうだいに母親のケアを引き継いでもらいたい」と発言しており、親のケアをしてきたこととこれからは親のケアを続けたいかどうかは別問題である可能性があった。一方で、公的サポートを受けるという発想はなく、きょうだいに母親のケアを引き継がないといけなそう思い込んでいた。

子どもの置かれる学校での状況をみると、調査に参加した多くの子どもが不登校を含む学校不適応状態を呈したが支援が入っているケースはなかった。ただし、抑うつ状態など症状レベルの子どもはおらず、すぐに医療につなぐ必要があるとも言え難く、医療の介入が非常に難しい一群でもあった。子どもを支える機関が「教育」「医療」「行政」に分けられるとして、子どもの異変に真っ先に気づけるのは教育機関と思われるが、今回調査に参加した親子のうち、親の精神疾患について教育機関と情報共有しているケースはなかった。家族の精神疾患がACEsの1項目に挙がるように、保護者の精神疾患が子どもに何らかの負担をかけている可能性は否定できない。他の保護者と同じように授業参観や学級懇談会に出席できないこと、提出物の管理をしてあげられないこと、子どもの友達関係までフォローできていないこと、子どもは遊ぶ時間や勉強時間を削って家の手伝いを頑張ってくれていること、それらが保護者の精神疾患に起因することを、子どもが学校に相談する、あるいは開示することは、医療者が想定している以上に抵抗の高いものであった。精神疾患の親に育てられた人を対象として小・中・高校生時代の体験や学校での相談状況を調べたアンケート調査では、学校で相談したことのある子ども

もは8.3 ～ 21.4%にとどまり、相談しない理由としては「恥ずかしいこと、隠すべきことだと思っていた」「信頼して相談できる相手がいなかった」「困っている自覚がなく、相談するという発想がなかった」などが報告されている⁷⁾。学校が安心して相談できる場であることを子どもだけでなく家庭へいかに伝えるかは1つの課題である。

また、親の精神的不安定性と子どもの問題発生との関連性が指摘されるように¹³⁾、親のサポートが得られないことが子どもの学校不適応につながっていた。精神疾患をもつ患者の子育て負担について、一般の養育者と比較して、養育不安が高い一方で、無関心で、不介入であると報告されている¹³⁾。養育自体には不安を抱きつつも、症状がコントロールできず結果的に養育できず、しかし、相談場所がわからないなどの理由で支援を受けられずにいる^{13, 14)}。精神疾患患者を治療する際には、治療者は患者の養育者としての側面にも目を向け、患者の子どもが学校に適応できているか、興味をもって聞く必要がある。精神疾患患者の治療の一環として、ソーシャルワーカーや訪問看護師と連携するなど、精神疾患患者が地域社会において子育てを行うためのサポートを充実させることが結果的に患者の子どもを支援することにつながっている。

3) 必要な支援

今回調査に参加した子どもたちのどこまでがヤングケアラーなのか、というのは議論の分かれるところであるが、症例で紹介したAさん、Bくんのように、物心がついた頃から家族を支えることが生活の一部である場合、多くの子どもは自分がヤングケアラーであるという認識に欠ける⁸⁾。家庭内にさまざまな動きがあって、結果的に子どもがヤングケアラーとして機能することでその家庭はバランスを保ち、これまで家庭生活を続けている¹⁵⁾。支援者には、子どもがヤングケアラーであることを責めず、また子どもをヤングケアラーにしてしまった保護者を責める姿勢にならない配慮が必要である。保護者の病状説明を子どもに行う際には、子どもが「(病状説明を聞いたからには)子どもとして親のケアを頑張らないといけな」と思い込み、ますますヤングケアラーとして邁進してしまう可能性があることを認識する必要がある。

【症例1】として紹介したAさんの母親が仮に支援につながり、Aさんが自由に動ける時間ができたとして、Aさんの「進路問題」に関してはどこが支援できるかという課題が残る。「患者家族」としてのAさんではなく、「Aさん自身」に焦点を当てた支援が必要となる。学校やスクールソーシャルワーカーなど教育機関が積極的に動いてくれると良いが、高校を中退した場合には義務教育期間でもないため支援が途切れてしまう。そのような

場合に、現在各自治体で設置が進んでいる「ヤングケアラー相談窓口」に、進路相談を受けられるシステムが必要である。

心理教育は日本でも統合失調症の家族へ対する家族心理教育が1980年代後半から始まり¹⁶⁾、現在ではさまざまな精神疾患に対する心理教育が行われている。これまで精神科で行われてきた家族心理教育は主に患者の両親や成人したきょうだいを対象としており、患者の子どもを対象にすることは想定されてこなかった。従来の心理教育の内容は疾病の理解や薬物療法の必要性に加えて、生活面で患者が再発せずに健やかな生活を送るために家族にどのような配慮できるかといったことが中心であった¹⁷⁾。しかし、家族心理教育の対象が「患者の子ども」となった場合、本来は子どもが患者に保護してもらう立場であるため、従来の心理教育を押し通すと子どもに(患者の保護者としての)負担をかけることになる。患者の子どもに対して家族心理教育を行う場合には、「子どもは親の保護者ではない」という治療者、患者、患者の子ども間での共通認識が重要であると考え、患者の子どもに対しては、患者の疾患についてのみならず、患者の精神疾患発症や病状変動は子どもが原因ではないことを伝えるなど、子どもを主体とした「患者の子どもであること」についての心理教育を行うことが必要となる。

【症例1】のAさんのように、患者である母親が子どものサポートを当たり前だと認識している場合もあるため、患者に適切な認識を促す説明も必要だろう。Aさんのケースで望ましい支援を考えるのであれば、母親に訪問看護やヘルパー等の支援を入れる必要があることを再度説明し、母親の強い対人緊張をコントロールできるように薬物療法等本来の精神科治療を強化することが必要となる。母親の支援が整ってからAさんに対して母親の病状を説明するなど、子どもへの負担を念頭に子どもへの病状説明のタイミングや誰と一緒に説明を聞くのかなどの配慮も重要である。ただし、患者が精神科治療の強化や社会資源の利用を拒否することも懸念される。そのような場合にも、治療者は患者の子どもがヤングケアラーとしての役割を果たしていることが患者の生活を支えている可能性を認識しつつ、患者が自立して生活できるように支援を続ける必要がある。

精神障害の親と暮らした経験のある「かつての子ども」への調査によると、大人への要望として親の病気や精神症状について説明がほしかった、あるいは受けられる支援についてもっと知りたかったという意見が多かった⁸⁾。そのため、筆者は今回のインタビュー調査でも親の病状説明を積極的に聞きたいという意見が多く挙がるのではないかと予想していた。しかし、現実はその単純ではなく、前述した通り親の病状を説明されることを躊躇うような意見も多く聞かれ、それは無視できない子ど

ものの想いでもあった。一方で、今回インタビュー調査に参加した子どもたち全員が、保護者の病状について説明されているようなテキストがあれば読んでみたいと回答した。テキストを読むことは主治医や医療従事者から直接病状を説明される時に生じるような「責任が重くなる」という感情は抱きにくく、不安は軽い様子であった。そこで、精神疾患をもつ子どもがもし保護者の精神疾患や受けられる支援について知りたいと思った時の比較的侵襲性の低い選択肢のひとつとして、子どもを対象とした心理教育テキストを作成することとした。テキストは患者の子どもが対象だが、精神疾患を患うことで親がどのようなことに困り、患者の子どもが親のメンタル不調をどのように感じているのかを支援者が理解することにも役立つ。

V まとめ

今回のインタビュー調査は症例数が少なく、患者である親の病状（診断名や重症度）や罹病期間も一定ではなく、統計学的な検討は行えなかった。しかし、精神疾患患者の親のもとで、今まさにヤングケアラーとして生活しているかもしれない子どもの声を直接聞くことができ、精神疾患患者の子ども支援を行うための知見が得られた。精神疾患患者の治療者は、患者の養育者としての側面に目を向け、患者の子どもの養育環境としての生活に興味をもって確認することが重要である。また、子どもの支援者は、ヤングケアラーや精神疾患患者とともに暮らす子どもがいることを知り、目の前でサインを出している子どもにその可能性がないかを考えることで、これまで支援の届きにくかった子どもたちへの支援の道が開ける可能性がある。今後は、精神疾患患者の子どもを対象とした心理教育テキストを作成し、それをを用いて医療機関をはじめ、教育機関、行政機関へ対する啓発活動の強化に努めたい。

謝 辞

本研究はJSPS 科研費20K13963、令和3年度内村助成金の援助を受けて行われた。

利益相反

日本小児心身医学会の定める利益相反に関する開示事項はありません。

参考文献

- 1) 埼玉県庁福祉部地域包括ケア課. “埼玉県ケアラー支援条例” <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/chiikihoukatukea/jourei.html> (参照 2023-8-12)
- 2) 神戸市役所福祉局相談支援課. “こども・若者ケアラーへの相談・支援” 神戸市役所 https://www.city.kobe.lg.jp/a77853/kodomowakamono_carer.html (参照 2023-8-12)
- 3) こども家庭庁支援局虐待防止対策課. “ヤングケアラーについて” <https://www.cfa.go.jp/policies/young-carer/> (参照 2023-8-12)
- 4) 三菱UFJ リサーチ& コンサルティング株式会社政策研究事業本部. 令和2年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業 ヤングケアラーの実態に関する調査研究報告書. 2021. https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2021/04/koukai_210412_7.pdf (参照 2023-8-12)
- 5) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; 14: 245-258.
- 6) 田野中恭子. 精神疾患の親を持つ子どもの困難. *日公衛看会誌* 2019; 8: 23-32.
- 7) 蔭山正子, 横山恵子, 坂本 拓, 他. 精神疾患のある親を持つ子どもの体験と学校での相談状況: 成人後の実態調査. *日公衛誌* 2021; 68: 131-143.
- 8) 土田幸子, 宮越裕治. 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—子どもを対象とした心理教育の充実のために—. *鈴鹿医療大紀* 2017; 24: 53-65.
- 9) 加藤ねね, 蔭山正子, 岩崎りほ. 精神障がいを抱える親の妊娠期から学童期における支援ニーズ—質的記述的研究—. *日地域看護会誌* 2023; 26: 32-40.
- 10) emerging minds®. “Children of Parent with a Mental Illness (COPMI)” <http://www.copmi.net.au> (参照2023-9-4)
- 11) 田野中恭子, 土田幸子, 遠藤淑美. ドイツにおける精神に障害のある親をもつ子どもへの支援—CHIMPSに焦点をあてて—. *佛教大学保健医療技術学部論集* 2015; 9: 71-83.
- 12) 上野里絵. フィンランドで家族支援の仕組みを学ぶ—精神疾患をもつ親と子ども・家族への支援. *精神看護* 2018; 21: 82-87.
- 13) 羽岡健史, 梅田忠敬, 富田絵梨子, 他. 子どもの問題発生と親のストレス対処能力の関連—筑波研究学園都市における5年ごとの横断調査より. *思春期学* 2009; 27: 204-210.
- 14) 田中裕子, 森田展彰, 斉藤 環, 他. 精神的な問題を抱える親の養育困難に関する調査. *日社精医会誌* 2022; 31: 328-343.
- 15) 横山恵子, 蔭山正子. 精神障がいのある親に育てられた子どもの語り—困難の理解とリカバリーへの支援. 東京: 明石書店, 2017.
- 16) 後藤雅博. 心理教育の歴史と理論. *臨精医* 2001; 30: 445-450.
- 17) 前田正治, 内野俊郎. 分裂病患者のリハビリテーション 分裂病患者及び家族に対する心理教育. *精神科治療学* 2000; 15: 247-251.

ABSTRACT

Interviews with children whose parents are suffering from mental illness

Michiko Matsuoka¹⁾, Ryuta Ishii²⁾, Shinichiro Nagamitsu³⁾ and Motohiro Ozone¹⁾

1) *Department of Neuropsychiatry, Kurume University School of Medicine*

2) *Department of Pediatrics & Child Health, Kurume University School of Medicine*

3) *Department of Pediatrics, Fukuoka University Faculty of Medicine*

Children of parents with a mental illness sometimes act as “young caregivers,” but support for this population has not been established in Japan. To investigate the support needs of children of parents with a mental illness in seven families, we interviewed parents with mental illness and their children separately for approximately 60 minutes each, to clarify the parenting situation, children’s current situation, and the support they were seeking. Among the seven families, the parenting situation included two single-parent families, several families with spousal discord, and five families with limited financial resources, none of which had access to parenting counseling services. Although the child’s young caregiver role was acknowledged while experiencing school maladjustment, the parents rejected outside support because of interpersonal tension and fear of stigma. Children were not informed about their parents’ medical conditions and had no knowledge about available support. Therapists and supporters of patients with mental illness who are raising children should pay attention to aspects of parenting and actively support them.

Key Words: interview, child, parents with mental illness, young carers
