

平成 30 年度山梨県大村智人材育成基金 若手研究者研究奨励事業費補助金
私科第 4931 号

親のうつ病が子どものケア提供行動と精神的健康に及ぼす影響

佐藤 みのり

お茶の水女子大学大学院 人間文化創成科学研究科

1. 問題と目的

うつ病とは、悲しく虚ろな気分が継続し、身体的および認知的な変化を伴うことにより、個人が機能するうえでの資質に重大な影響を及ぼす精神疾患である。米国精神医学会による『精神疾患の診断・統計マニュアル第5版』（American Psychiatric Association, 2013/2014）

は、うつ病の症状ならびに診断基準を定めるとともに、症状ならびに経過の多様性、再発率の高さ、高い死亡率（そのほとんどが自死による）などとの関連から、本疾患が非常に複雑な病理であることを指摘している。なお、図1は、多岐にわたるうつ病の症状と、診断の基準を図示したものである。

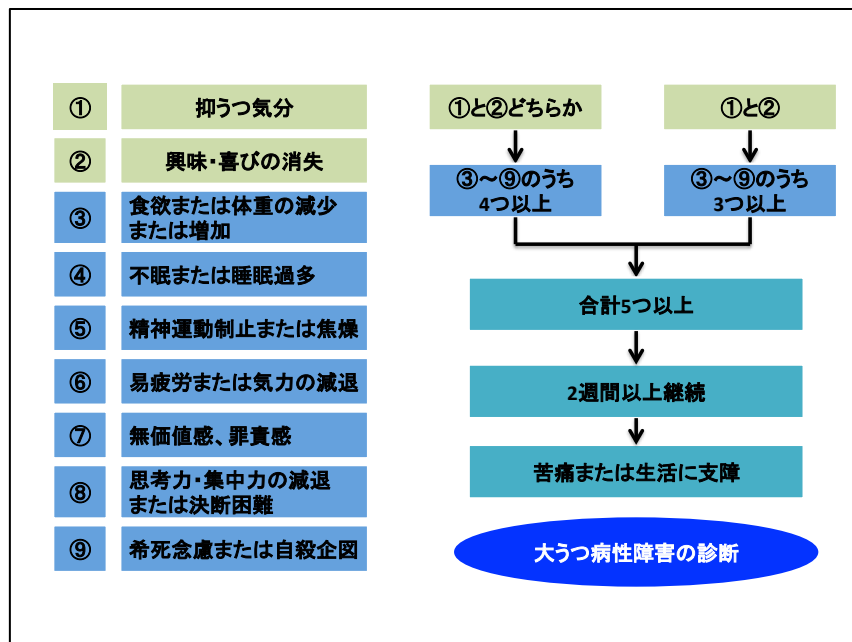


図1 うつ病の診断基準

WHO は、全世界人口の実に 4% を超える 3 億 2,200 万人もの人々が、うつに苦しんでいること、また、世界全体のうつ病患者の約 48% をアジア・太平洋地域が占めており、アジア・太平洋地域の国別推計は、中国が第 1 位で約 5,482 万人、次いで第 2 位が日本で約 506 万人であることを報告した (World Health Organization, 2017)。厚生労働省は、日本人の約 15 人に 1 人がこれまでにうつ病を経験し、約 50 人に 1 人が過去 12 ヶ月以内にうつ病を経験したことを報告した。このような状況を受け、同省は、発生頻度の高い本疾患を重点対策が不可欠な 5 大疾患のひとつに位置付けるとともに、国民の精神的健康の保持増進活動ならびにうつ病の啓発と予防のための活動を積極的に実施している。しかし、このような取り組みにも関わらず日本におけるうつ病患者数は、増加の一途を辿る。最近の調査報告では、うつ病を含む気分障害の患者数は男女ともに 40 歳代において最大であるという (厚生労働省, 2016)。これを第 1 子出生時の父母の平均年齢、父親 32.7 歳、母親 30.7 歳 (厚生労働省, 2017) と照応すると、うつ病患者の子どもの多くは 18 歳未満であると推測できる。つまり、日本において、18 歳未満の子ども期に「親のうつ病」の問題に直面する子どもたちは、少なからず存在するのだといえる。

行動遺伝学の先行研究によれば、うつ病の遺伝率は約 40% である (Ono et al, 2002)。このことから、うつ病患者を親に

持つ子どもは、うつ病発現に関して高いリスクを持つと言える。しかしながら、親のうつ病がその子どもに与えるリスクは遺伝的なもののみにとどまらない。日常生活において子どもに持続的なストレスを与え続ける環境ストレスラーであって、子どもが自力でその環境から抜け出すことが極めて困難であることから、子どもに対して慢性的に彼らにとっての逆境状況を作り出してしまふ要因のことを chronic adversities (CA) という

(Friedman & Chase-Lansdale, 2005)。CA には、急性の外傷的体験、貧困、虐待、親の精神疾患などがあるが、なかでも特にうつ病は、子どもの精神病理発現の重要なリスク要因として代表的であることが先行研究によって明らかにされている (Cummings et al., 2000)。また、社会福祉の領域においては、障害や慢性疾患、精神保健上の問題などを抱える家族メンバーに対する過重なケアを負担する 18 歳未満の子どもを「ヤングケアラー (young carer : YC)」と定義し (Becker, 2000)、彼らに対する研究を蓄積している。これまでに、YC はケアへの献身のために友人との交流や学習などに十分な時間を費やすことができず、11 歳から 15 歳までの YC の 4 人に 1 人は教育上の問題を抱えていることが明らかにされている (Dearden & Becker, 2004)。うつ病は、これまで述べてきた通り発生頻度の高い疾患であり、うつ病の親をケアする YC も多数存在すると言える。そして、このような子どもた

ちが「親のうつ病」というCAを負い、ケアへの献身の果てに教育上の問題を抱えることは、さらなる不適応の発現に関与しよう。なぜなら、多くの先行研究が、教育上の問題を抱えることは仲間関係の構築や維持、進学や就職における多くの困難をきたす可能性を高め、加えて傷つき体験を重ねた結果情緒の問題を抱え、精神疾患発症する可能性を高めることを明らかにしているからである。

うつ病の親を持つ子どもが、親に対する過剰なケア提供行動を経験した後に関

理社会的不適応状態を呈する場合、子どもの「うつ病の親へのケア提供行動」を媒介として、親から子へと精神疾患が世代間伝達するといえる。このプロセスに関する先行研究は1つのみであり、筆者（佐藤，2019）による臨床事例の質的検討によるものである。これにより、プロセスが図2のように示され、子どものケア提供行動には親の抑うつ症状の重症度のみならず、子ども自身の認知、家庭の受領サポート量の少なさ、家庭の危機への直面などの要因が関与することが明ら

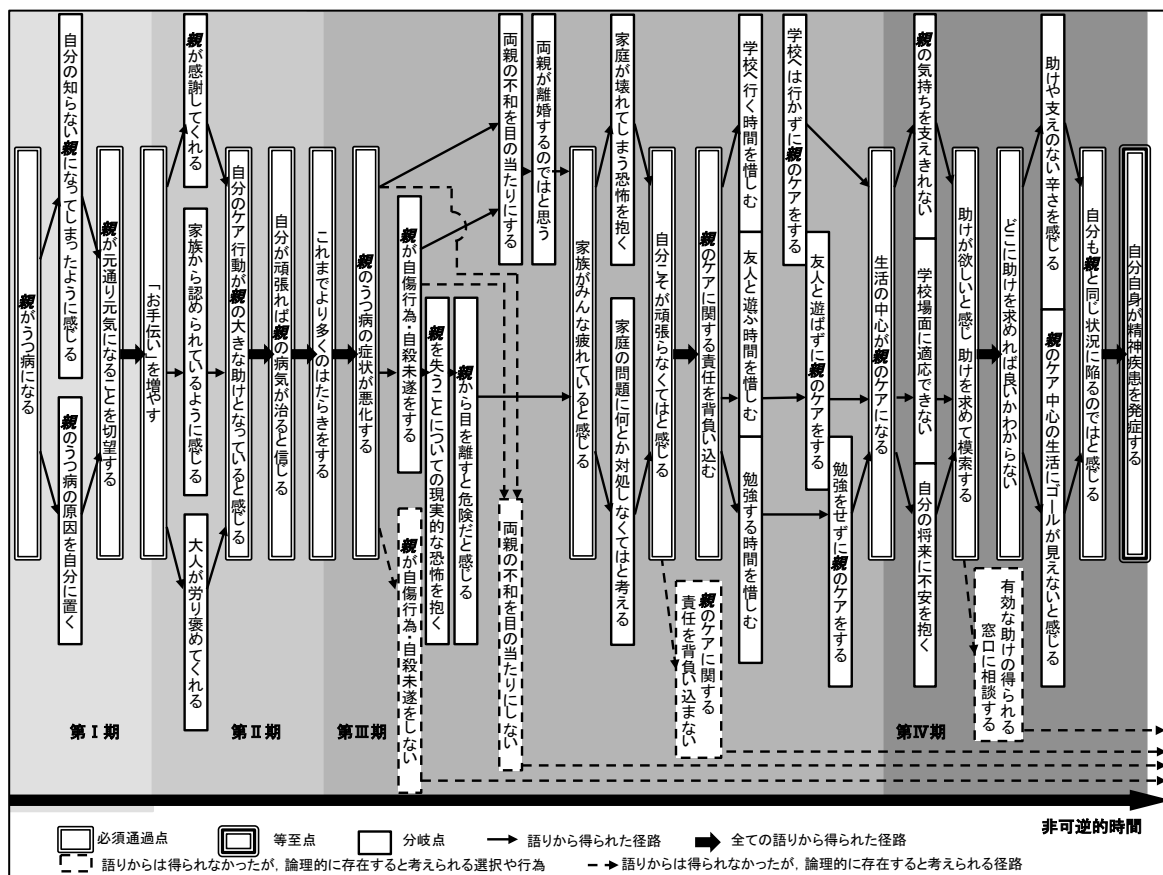


図2 質的研究によるうつ病の親を持つ子どもがヤングケアラー化し精神疾患を呈する場合のプロセス

かにされている。しかし、親のうつ病が、子どもの親に対するケア提供行動や子どもの心理社会的不適応に関連するメカニズムを明らかにした量的な実証研究はまだ行われておらず、知見の蓄積が求められる。そこで本研究では、うつ病患者である親と、その同居している子どもの親子を対象として、親のうつ病が子どものケア提供行動ならびに子どもの精神的健康に及ぼす影響に関して、プロセスの検討を行うこととした。

2. 研究の方法

(1) 調査対象者および手続き

まず、関東甲信越地方に所在し、精神保健指定医をおいている総合病院内精神科、精神科単科病院、精神科・心療内科病院またはクリニック、精神科デイケア、リワーク・デイケア計 200 施設に研究協力を依頼した。これに対し、千葉県、東京都、新潟県、山梨県に所在する総合病院精神科、精神科単科病院、精神科およ

び心療内科クリニック、精神科デイケア計 22 施設において研究協力への同意が得られた。次に、前述の 22 施設において、外来待合室またはデイケア控え室の一角に本調査に関する案内物を図 3 のように設置し、研究協力者を募った。研究協力者の募集にあたっては、上記施設において精神保健指定医によりうつ病の診断を受けた患者と、前者と同居している中学生以上 25 歳未満の子どもが協力可能であるという条件を設定した。この募集の結果得られた親子を研究協力者とした。

その後、研究協力者に対し調査に関するより詳細な説明を行ない、そのうえで改めて調査への参加の意思を問うた。ここで、18 歳未満の者に対しては、本人の同意だけでなく保護者の同意も得た。このようにして調査の参加への同意が得られた者を調査対象者とした。対象とする子どもの年齢を中学生以上 25 歳未満と限定したことに関しては、以下 2 つの理由による。



図 3 本調査に関する案内物を研究協力施設に設置した例（A クリニック内、外来情報コーナー）

第一に、上限を25歳未満としたのは、前述の Dearden & Becker (2004) による YC の定義では YC の年齢を18歳未満としているが、日本国内の先行研究には、18歳以上の若者も含む YC の定義も存在するため(澁谷, 2018 など)である。第二に、下限を中学生としたのは、自らの意志を以って調査への参加の意志を表明し、各質問項目の内容を理解したうえで質問紙への回答の記入が十分に可能な年齢であると推測されるためである。

以上のプロセスを経た後、調査対象者として58組の親子が得られた。その内訳は、精神科指定医によりうつ病の診断を受けた患者32名(男性9名, 女性23名, 平均年齢 49.62 ± 4.49 歳)と、前者を親に持ち現在同居している中学生以上18歳未満の子ども37名(男性13名, 女性24名, その他0名, 平均年齢 15.62 ± 1.23 歳)の37組の親子と、精神科指定医によりうつ病の診断を受けた患者18名(男性6名, 女性12名, 平均年齢 53.38 ± 4.14 歳)と、前者を親に持ち現在同居している18歳以上25歳未満の子ども21名(男性9名, 女性12名, その他0名, 平均年齢 19.95 ± 1.86 歳)の21組の親子であった。これらの調査対象者に対し、2018年10月から2019年3月までの期間に質問紙調査を行った。なお、一連の手続きにおける、研究者と協力機関、研究協力者、調査対象者とのすべてのやり取りは郵送により行ったため、質問紙の配布と回収も、郵送にて行われた。

(2) 使用尺度

①精神科指定医によりうつ病の診断を受けた患者(親)に対する使用尺度

抑うつ重症度について Radloff (1977) による Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) 日本語版(島ら, 1985)を使用した。なお、フェイスシートで、対象者の年齢、職業、うつ病の治療継続年数、併存疾患の有無、併存疾患を有する場合のその疾患名、利用しているソーシャルサポートの種類と個数を問うた。

②精神科指定医によりうつ病の診断を受けた親と現在同居している子どもであって、中学生以上18歳未満の者に対する使用尺度

親の抑うつに対する自分自身の認知について Children's Perceptions of Others' Depression Scale - Mother Version (CPOD-MV) (Goodman et al., 2011) 日本語版および父親版(菅原ら, 2014)、ケア提供行動について Multidimensional Assessment of Caring Activities Checklist for Young Cares (MACA-YC18) (Joseph et al., 2009)、自身のケア提供行動に関する認知について Positive and Negative Outcomes of Caring Questionnaire for Young Cares (PANOC-YC-20) (Joseph et al., 2009) の尺度を使用した。精神的健康については、Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) 日本語版(西村・小泉, 2013)の尺度から、情緒の問題に

関する項目の5項目を使用した。なお、フェイスシートで、対象者の年齢、学年あるいは職業、身体あるいは精神疾患の有無、身体あるいは精神疾患を有する場合のその疾患名、利用している心理的サポートやケアの種類と個数（学生相談室や適応指導教室など）を問うた。

③精神科指定医によりうつ病の診断を受けた親と現在同居している子どもであって、18歳以上25歳未満の者に対する使用尺度

親の抑うつに対する自分自身の認知について Children's Perceptions of Others' Depression Scale - Mother Version (CPOD-MV) (Goodman et al., 2011) 日本語版および父親版（菅原ら, 2014）、ケア提供行動について Multidimensional Assessment of

Caring Activities Checklist for Young Cares (MACA-YC18) (Joseph et al., 2009)、自身のケア提供行動に関する認知について Positive and Negative Outcomes of Caring Questionnaire for Young Cares (PANOC-YC-20) (Joseph et al., 2009)、精神的健康について Radloff(1977)による Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) 日本語版（島ら, 1985) の尺度を使用した。なお、フェイスシートで、対象者の年齢、学年あるいは職業、身体あるいは精神疾患の有無、身体あるいは精神疾患を有する場合のその疾患名、利用している心理的サポートやケアの種類と個数（学生相談室や適応指導教室、心理カウンセリング、デイケアなどの利用について）を問うた。

表1 各尺度日本語版の主な質問項目

CPOD-MV (FV)	お母さん（お父さん）は、悲しい気持ちになったり落ち込んだりすると、かなり長い間その状態が続く
	お母さん（お父さん）は口には出さないけれど、お母さん（お父さん）が悲しい気持ちになったり落ち込んだりするのは、私のせいだと私はわかっている
	私は、落ち込みや悲しみからお母さん（お父さん）が立ち直るのを上手に手助けできる
MACA-YC-18	お皿を洗う、またはお皿を食器洗い機にかける
	あなたがケアしている人のために、そばに座ったり本を読んであげたり話しかけてあげるなどして、付き添ってあげる
	あなたがケアしている人が大丈夫かどうか確認するために、その人から目をはなさないでいる
PANOC-YC-20	ケアをすることによって、家族と自分がより近くにいるように感じる
	ケアをすることによって、起きていなくてはならない時に眠くて困る
	ケアをすることによって、どこかへ逃げ出してしまいたいと感じる

なお、MACA-YC-18 ならびに PANOC-YC-20 は、原著者から日本語版使用の許可を得たうえで、日本語を母語とする筆者と日本語と英語の2か国語を母語とする研究者1名とで日本語へのトランスレーションならびにバックトランスレーションを行った。その後、英語を母語とする研究者1名に、バックトランスレーション版と原版の語彙的な同義性の検討を依頼し、語彙的な同義性の確認を行った。以上の手続きを経て邦訳した MACA-YC-18 ならびに PANOC-YC-20 を、日本語版 MACA-YC-18 ならびに日本語版 PANOC-YC-20 とし、本研究に使用した。上記表1は、使用尺度の主な質問項目を示したものである。

(3) データの分析

上記の手続きで行った質問紙調査の結果得られたデータの分析には、統計解析ソフトウェア SPSS Statitics 25.0 を用いた。

3. 結果および考察

本報告書においては、紙面の都合上、子ども期を18歳未満とみる世界的な定義に合わせ、うつ病の親を持つ18歳未満の子どものケア提供行動の実情ならびにケア提供行動の生起と心理社会的不適応の発現のプロセスに関して報告することとした。そのため、以下は、精神科指定医よりうつ病の診断を受けた患者と、その同居する子どもで中学生以上18歳未満の者の親子セット37組（親：男性9名、女性23名、平均年齢49.62±4.49歳、子：

男性13名、女性24名、その他0名、平均年齢15.62±1.23歳）のデータに関する報告である。

(1) うつ病患者とその同居する子どもの実情

うつ病を持つ親の、うつ病の治療継続年数は平均6.97±6.13年であった。また、全体の41.38%に最大1つの併存疾患があり、その内容は神経発達障害、不安障害、身体表現性障害のいずれかであった。親のうつ重症度は、CES-D 平均得点にして30.26±8.80点であり、これは親のうつ重症度が平均して高い状態にあることを示した。また親は、平均1.77±0.77個のソーシャルサポートを利用しており、うち利用度の高かったものは障害者年金、精神科デイケア（リワークに特化した精神科デイケアを含む）、心理カウンセリング（認知行動療法、家族療法、カップルセラピー、心理療法を含む）であった。

うつ病の親と同居する18歳未満の子どもについて、まず、親の抑うつに対する子どもの認知はGPOD 平均得点にして28.60±5.77点と高い値であった。このことは、当該の子どもが、親のうつ病の症状ならびに機能の障害を重いものとして認知しており、親の抑うつに対する高い自己非難感情と、親の抑うつを和らげることができるという強い信念を有していることを示した。次に、子どものケア提供行動量はMACA 平均得点にして5.54±5.05点であり、平均的なケア提供行動量が少ないことを示した。しかし、全体の

5.7%はかなり多いケア提供行動量を示した。この5.7%の子どもたちの示したケア提供行動量は、英国であれば「かなり多くのケア提供行動を担うことから、彼自身に何らかのケアやサポートが必要な子ども」として特定されるべきレベルのものである。さらに、上記のようなケア提供行動の、自身への肯定的影響ならびに否定的影響に関する子どもの認知は、PANOC 平均得点にして前者が 8.14 ± 3.29 点、後者が 2.51 ± 2.81 点であり、肯定的影響の認知得点の低さからケア提供行動の影響により懸念される兆候が認められる可能性の高いことが示された。加えて、子どもの精神的健康に関して、情緒の問題は SDQ 当該項目の平均得点にして 1.03 ± 1.10 点、 1.57 ± 2.09 点であり、援助が必要となる問題をやや呈していることが示された。向社会性に関しては、平均得点にして 7.80 ± 1.23 点であり、彼らは同時に高い向社会性を有することが示された。

(2) 関連性の検討

各変数間の相関分析を行った結果、以下のような関連性が示された。まず、親のうつ重症度と子どもによる親の抑うつ認知とには、有意な相関は認められなかった。一方で、親のうつ病の治療継続年数と、子どもによる親の抑うつ認知とには有意な相関が見られた ($r = .42, p < .05$)。子どもの認知と子どもの行動の側面をみると、親の抑うつ認知とケア提供行動量とに ($r = .72, p < .01$)、親の抑うつ認知と

ケア提供行動の肯定的影響の認知とに ($r = .37, p < .05$)、親の抑うつ認知とケア提供行動の否定的影響の認知とに ($r = .74, p < .01$)、おやの抑うつ認知と情緒の問題とに ($r = .57, p < .01$)、ケア提供行動量とケア提供行動の肯定的影響の認知とに ($r = .49, p < .01$)、ケア提供行動量とケア提供行動の否定的影響の認知とに ($r = .80, p < .01$)、ケア提供行動量と情緒の問題とに ($r = .58, p < .01$)、ケア提供行動量と向社会性とに ($r = .43, p < .05$)、ケア提供行動の肯定的影響の認知とケア提供行動の否定的影響の認知とに ($r = .34, p < .05$)、ケア提供行動の肯定的影響の認知と情緒の問題とに ($r = .40, p < .05$)、ケア提供行動の肯定的影響の認知と向社会性とに ($r = .41, p < .05$)、ケア提供行動の否定的影響の認知と情緒の問題とに ($r = .58, p < .01$)、ケア提供行動の否定的影響の認知のと向社会性とに ($r = .36, p < .05$)、それぞれ有意な正の相関が認められた。

(3) プロセスの検討

(2)での関連性の検討結果を踏まえ、予測された親のうつに対する子どもの認知→子どものケア提供行動→ケア提供行動の自身への否定的・肯定的影響に関する子どもの認知→子どもの情緒の問題について、階層的重回帰分析を用いてプロセスの検討を行った。図4は、分析の結果、標準偏回帰係数 (β) が5%以上の水準で有意になったものを取り上げ、決定係数 (R^2) とともに、ダイアグラムに示したものである。

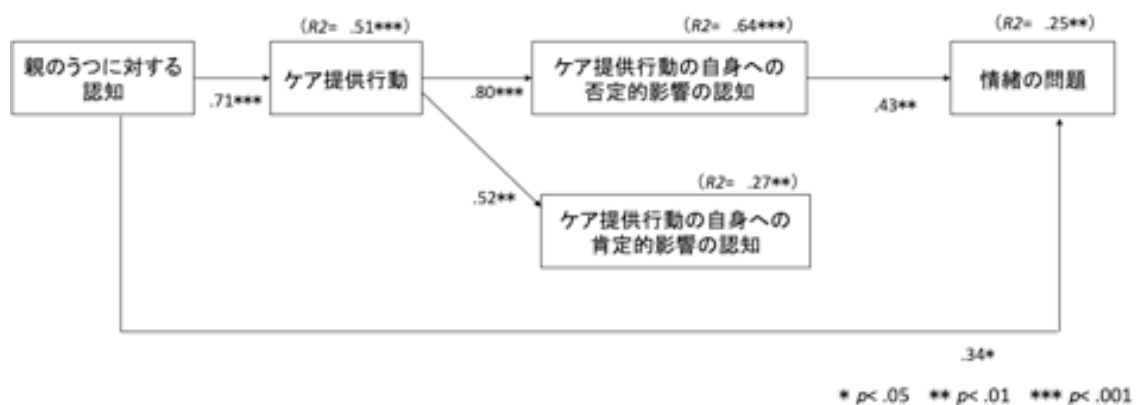


図4 うつ病の親を持つ子どものケア提供行動の生起と情緒の問題発現までのプロセス

以上から、親のうつ病と子どものケア提供行動および精神的健康との関連に関して、以下のようなストーリーが存在すると考察する。うつ病の親を持つ子どもは、親が長く病院にかかっているとかいつも薬を飲んでいっていることに示される親の治療継続年数の長さから、親自身に大変なことが起きていると感じ、不安を抱き、親の症状緩和に貢献しようとする。この子どもの認知は、必ずしも親の抑うつ重症度の実際を反映していないものの、実際のケア提供行動量はこの認知に比例して増大する。ケア提供行動量が増すにつれ、子どもはケア提供行動の肯定的影響を認知する反面、ケアすることでストレスを感じたり、自分自身に関することはそっちのけでケアに当たらなくてはならないと感じたりするようにケア提供行動の否定的影響を認知する。子どものケア提供行動に関する自身の影響の認知は、このように両価的である。つま

り、うつ病の親の症状を和らげてあげたいし、自分が頑張ることでそれが可能になると信じているし、一生懸命ケアに従事することで自分自身が役に立つ存在だと感じられるという一方で、それでも心身の疲れを感じ、ときに逃げ出したい思いに駆られているのである。さらに、このようなケア提供行動をめぐる生活のなかで、子どもは自身に情緒の問題を感じ、その存在を具体的に認識するようになるのである。

日本においては、精神科医療領域におけるファミリーカンファレンスの導入が進んでいない。むしろ親がうつ病であることを子どもに知らせること自体めらう家族も多く、親の症状の実際やそれがいかにして起こるものか、親の病気に関し子どもに非があるものなのか、子どもがどのようにふるまうことが適切かといった説明を家族が受ける機会や、専門家の立会いのもとに家族の話し合いが行わ

れる機会も僅少である。そのため子どもは、親の疾患の実際を把握できないままに、自分自身の解釈から不安になったり過剰なケア提供行動に及んだりし、心理社会的不適応状態を呈することにもなるのである。ケア提供行動をめぐる子どもの認知は両価的であり複雑に絡み合っている。事実、データからはケア提供行動は子どもにとって「良いことだとは思いますが、同時に心身ともに大変疲れてしまうこと」だと示された。うつ病治療には医療専門職だけでなく、家族や身近な人、多くのソーシャルサポーターの介入と支援が求められるが、さまざまなサポーターがケアを担ううえで、被ケア者の実情やニーズを把握することが不可欠であるのと同様に、うつ病の親を持つ子どもも、早期段階において親の病気について適切に知ることがまず必要であることが、本調査の結果から示唆された。

4. 今後の展望

今後は、同内容の調査を継続しさらに多くのデータを収集することで、ますます本テーマに関する情報の蓄積と精緻化をすすめる。また、横断的研究のみならず長期縦断研究の実施により、因果関係を詳細に明らかにすることを目指す。そのうえ、このようにして得られた知見を心理臨床に還元してゆきたいと考える。

5. 研究成果の発信方法（予定を含む）

本研究の成果は、国内の学会におけるポスター発表と口頭発表を経た後、論文

の形式にまとめ、学術誌に投稿する予定である。まず、2019年8月に開催される、日本パーソナリティ心理学会第28回大会において、ポスター発表を行う。次に、2020年8月に開催される日本心理臨床学会において、本調査の結果を含むヤングケアラーに関する一連の調査研究について、シンポジウム形式での口頭発表を行う。その後、これらの学会発表の内容をふまえて精査を重ね、論文の形式にまとめ、海外あるいは国内の心身医学系あるいは心理社会学系の学術誌に投稿する。また、本研究の結果は、筆者の博士論文の一部として公表予定である。

引用文献

- American Psychiatric Association (2013).
Diagnostic and statistical manual of
mental disorders. fifth edition. 高橋三郎・
大野裕（監訳）(2014). DSM-5 精神疾患の診断・
統計マニュアル. 医学書院.
- Becker, S. (2000). 'Young carers', In M.
Davies, (ed) The Blackwell Encyclopedia of
Social Work. Oxford: Blackwells, p.378.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B.
(2000). Developmental Psychopathology
and Family Process. Research, theory, and
clinical implications. New York: Guildford
Press.
- Dearden, C. & Becker, S. (2004). Young Carers
in the UK: The 2004 Report. London: Carers UK.
- Friedman, R. J., & Chase-Lansdale, P. L. (2005).

- 子どもに不利益をもたらす慢性的に持続する逆境要因. マイケル・ラター&エリック・テイラー (編). 日本小児精神医学研究会 (訳) 児童精神医学, pp. 303-321, 明石書店.
- 厚生労働省 (2016). 平成 26 年 (2014) 患者調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/kanja.pdf> (2019年2月5日取得)
- 厚生労働省 (2017). 平成 28 年 (2016) 人口動態統計 (確定数). <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/index.html> (2019年2月5日取得)
- 佐藤みのり (2019). うつ病の親を持つ子どもがヤングケアラー化し精神疾患を発症する場合. 心理臨床学研究, 36 (6), pp. 646-656.
- Ono, Y., Ando, J., Onoda, N., Yoshimura, K., Momose, T., Hirano, M., & Kanba, S. (2002). Dimensions of temperament as vulnerability factors in depression. *Molecular Psychiatry*, 7, 948-953.
- World Health Organization (2017). Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?jsessionid=2528F5A324EFA9AAB1D19D5137D9D979?sequence=1> (2019年2月5日取得)