

# 精神疾患のある親を持つ子どもと家族への支援 ～先行研究からの示唆～

大 曲 睦 恵\*

## 抄 録

近年、「ヤングケアラー」という言葉と共に、精神疾患のある親のもと育った方の体験談の共有やインタビュー、アンケート等の調査も行われ始めている。本稿では、国内外の先行研究等から精神疾患のある親を持つ子どもはどのような影響を受けているのか、また、こうした子どもと家族に対しどのようなサポートが行われているのかを整理し、必要な支援について示唆を得ることを目的とした。

精神疾患のある親を持つ子どもの多くは、乳児期から不安定な養育環境のもと育ち、その影響は思春期、そして成人以降にも続くほど深刻なものもある。一方で、親の意向や子ども自身の葛藤から、相談や支援に自らつながりづらい存在でもある。海外では web、サポートプログラム、制度政策等による取り組みが行われており、日本でも支援の必要性が認識され、取り組みが広がりつつあるが、支援を必要とする子どもと家族に広く行き届くような体制には至っていない。専門職や周囲の大人がこうした子どもや家族を気にかけていくことと共に、必要時に個々の状況に配慮したオーダーメイドの具体的な支援につなげることができるような切れ目のない体制作りが望まれる。

**Keywords:** 精神疾患のある親、不安定な養育環境、子どもと家族への支援、web・サポートプログラム・制度政策による取り組み

## 1. 背景と目的

我が国の自殺者数は過去 14 年ほど減少傾向であったが、令和 2 年度は底を打って増加に転じた（厚生労働省 2021）。令和 3 年の自殺者数は

21,007 人となり、対前年比 74 人（約 0.4%）減であるものの、男女別にみると女性の自殺者数は 2 年連続の増加となっており、引き続き社会問題として着目されている（厚生労働省 2022）。

男女共通して最も多い自殺の原因・動機は健康問題であり、それには精神疾患や精神障害も含まれる（厚生労働省 2022）。令和 3 年度の障害者白書では、精神障害を持つ人々は 419 万 3 千人にの

\* Ohmagari, Chikae  
ルーテル学院大学

ほり、その数は年々増えている（内閣府 2021）。精神障害者福祉手帳を有する人のうち子どもをもつ女性は17.5%であり（精神障害者九州ネットワーク 2005；田野中，土田，遠藤 2015）、国内の精神疾患患者数の半数を占める統合失調症患者のうち一度でも結婚する人は女性の場合5割程度、そして婚姻歴のある7～8割の人が1～2人の実子がいることも報告されている（池淵 2006, 2013）等から、精神疾患の親を持つ子どもの数は少なくないことがわかる。統合失調症以外の精神疾患の方もいることや、さらに、自殺者数のうち女性が倍増している傾向を鑑みると、深刻な状況の家族のもとにいる子どもは相当数存在することが予想される。

海外の調査では、英国で精神障害を持つ女性の60%以上と男性の50%が親であり（Condon, Driscoll, Merrell, et al. 2020）、0～18歳の子どものうちおおよそ20～30%がある時点で親の肉体的又は精神的な病気、依存症を経験する（Hafting, Gullbrå, Anderssen, et al. 2019）という報告や、ノルウェーで育っている13%以上の子どもが深刻な精神疾患または薬物乱用の親の元にいる（Gullbrå, Sivertsen, Graungaard, et al. 2016）という報告、さらに米国では5人に1人は人生においてうつ（症状または疾患）を経験するため、多くの子どもがうつ症状の親とともにいるという報告もあり（Beardslee, Gladstone, Wright, et al. 2003）、海外においても一定数の子どもが精神障害あるいは疾患（依存症含む）を持つ親に育てられていると推測できる。

これまで日本ではこうした状況にある子どもにはあまり目が向けられてこなかったが、近年、精神疾患のある親のもと育った方の体験談の共有やインタビュー、アンケート等の調査も行われ始めた。その結果、ヤングケアラーとして親の情緒的ケアや手伝い以上の家事、兄弟姉妹の面倒をみる等の負担を負わなければならなかったり、親の様々な症状を目の当たりにし、あるいは実際に親から攻撃を受けたことでPTSDになり、成人後も生きづらさを抱えていたりなど、精神疾患のあ

る親を持つ子どもの多くが困難な状況にあることが顕在化している（田野中 2019；蔭山，横山，坂本，ほか 2021）。

本稿の目的は、国内外の先行研究等から精神疾患のある親を持つ子どもはどのような影響を受けているのか、また、こうした子どもと家族に対してどのようなサポートが行われているのかを整理し、必要な支援について示唆を得ることである。

本稿で参照した文献は、学術論文データベースCiNii、Pubmedで「精神疾患 親」「精神疾患 子育て」、「children of mentally ill parents」等のキーワードで検索した論文を中心に、類似の研究で引用されている文献、精神疾患のある親のもと育った方の体験談が書かれた書籍等から選定した。

## 2. 親の疾患が子どもに与える影響

親の精神疾患が子どもに及ぼす影響について、国内外でなされてきた調査研究、精神疾患のある親のもと育った方の体験談から概観したい。

Haftingらは、精神疾患や依存症の親が抱える課題・問題の定義は同じではないし、個々の事情や疾患の症状により一緒に住む子どもたちのリスクにも幅があるが、こうした環境がもたらす子どもたちへの良くない影響については明白であると主張している（Hafting, Gullbrå, Anderssen, et al. 2019）。複数の調査報告や体験談においても親の疾患やそれに伴う様々な変化が、育児・生活・家族の感情の不安定さ等に影響すること、特に、育児に関してはほとんどの（精神・身体的な）疾患のある親は、少なくとも一定期間は育児に専念する（＝子どもの基本的な生活欲求を満たす）余裕がなくなるなどの大きな影響は避けられないことが示されている（土田 2013；Gullbrå, Sivertsen, Graungaard, et al. 2016；夏莉 2018；田野中 2019）。さらに、Gijssel（2018）は、家庭内の精神病理が、（社会的な）ネットワークの狭さ、金銭や住居の問題など、人間関係や社会的な問題を引き起こすことが多いことを挙げ、親の精神疾患が子どもの発育環境に重大な影

響を与えるとしている。

池淵（2013）によると、デンマークの調査においては、遺伝、環境要因、喫煙飲酒等生活習慣、妊娠・出産時のケアの不十分さ、薬物療法による影響により、一般人口と比べ気分障害などによる親の入院の既往が新生児の死亡リスクを高め、統合失調症の場合はそれが2倍以上になることが報告されている。母親の症状が安定していた場合でも服薬中断や、育児による身体的、精神的、そして経済的な負担により妊娠・出産後の再発リスクは高く（池淵 2013）、こうした周産期の母親の心身の不安定さは、適切なサポートがない場合には乳児の命に関わるリスクになり得ることが予測される。

このように、特に母親が疾患を持つ等、母親の負担が大きい場合は、父親が疾患を持つ場合よりも子どもへの影響が大きいと言われている（Gijssel 2018）。例えば、子どもが幼い場合、母親の（精神疾患による）深刻な精神病理により、子どものサインやニーズに対する母性としての繊細さが低下することにより、不安定で破壊（混乱）された乳幼児期の愛着の状態となり、愛着障害のリスクが高まることが複数の研究者により指摘されている（Beardslee, Wright, Salt, et al. 1997; Gullbrå, Sivertsen, Graungaard, et al. 2016; Cavanaugh, Riebschleger, Tanis 2021）。Condon とも、母親のうつ病などの有害な経験は、生後2年で子どもの脳の最適な成熟に影響を与え、長期的な認知発達の低下につながるため、この時期の子どもは最も危険にさらされると警告している（Condon, Driscoll, Merrell, et al. 2020）。

Gijssel（2018）も、親の疾患や症状に伴う予測不可能性（疾患自体について知らされていないことによる不安と混乱を持つ子どもも少なくない）と慢性的なストレスが、子どもの前頭前野の記憶の働きを変化させ、将来の経験を処理する基盤を減少させるといった脳の発達への影響を挙げている。

疾患によっては、幻覚・妄想により暴力が子どもを含めた家庭内に向くこともあり、親が家事や育児

に十分に関われないネグレクト以外にも身体的・心理的暴力などの児童虐待が起こったり（Beardslee, Gladstone, Wright, et al. 2003; 三輪 2013; Condon, Driscoll, Merrell, et al. 2020）、さらにそれらは時に子どもにとってトラウマとなるような出来事に発展したりすることもあるため、子どもはこうした不安定な環境の中で心身へのリスクを抱えながら育つことになる。

その結果、子どものこうした様々なストレスや抑圧への反応が、外向的または内向的な問題行動として表出されることも報告されている（Beardslee, Wright, Salt, et al. 1997; Maybery, Reupert, Patrick, et al. 2009）。

外向的な行動とは、例えば、怒りを表出したり、学校で不適応を起こすなどであり、内向的な行動とは、身体的な訴え（頭痛・腹痛・筋肉痛・食欲不振・睡眠障害）や感情的な問題で表現される（Gullbrå, Sivertsen, Graungaard, et al. 2016）。Gijssel（2018）はさらに、もうひとつの目に見える結果が、「子どもという役割を（親の）配偶者や親と交換する役割の逆転」としており、その結果本来負うべきではない過度な負担を抱えてしまうヤングケアラーの状況となっていることも想像される。精神疾患の症状の中には認知機能障害が生じ、家事などの作業や社会機能に影響を及ぼすといった特性もあるため、こうした疾患を抱えた親を持つ子どもがヤングケアラーという状況に置かれる背景にあると考えられる（蔭山, 横山, 坂本, ほか 2021）。

また、精神疾患のある親を持つ子どもは、成人した後も、原因不明の身体的愁訴や人間関係の問題を抱えることが多いことも指摘されている（Gijssel 2018）。その一因として、土田（2013）は、精神疾患のある親は気分変動によって子どもへの対応が変化するために、子どもは混乱し、親（他者）の顔色を読む傾向が強くなってしまふことから、自分の進学や就職等の人生の岐路に立たされた時に自身で選択することが難しく、「自分がない」「自分が分からない」状態に気づき苦しむといった例を挙げて説明している。さらに、親か

ら認められた経験が少ない子どもは、相手の受け入れや反応を過度に気にする傾向があるため、人から突っ込んだ質問をされないように、必要以上に親密にならないように他者と一定の距離を置いて接することになる。結果、対人関係の枠をさらに狭め、自信のなさにつながってしまう可能性も指摘されている（土田 2013；田野中 2019）。夏莉（2018）は、自身が統合失調症の母のもとで育った経験から、思春期以降に、友人の家庭と自分の家庭の違いが分かりつつあったため「自分には何か欠けている」と悩み、「自分はまともなしつけを受けなくて育ってきたのではないか」という劣等感から「何をしても自信の持てない人間」になってしまい、「相手はきっと自分のことを嫌だと思っているに違いない」「人との適切な距離がイメージできない」ことから人と距離を取ってしまう、または友達ができない等、人間関係に大きな影響があったことを振り返っている。

さらに、精神疾患のある親あるいは祖父母のもとで育った子どもが、将来的に両親や祖父母の病態を繰り返す事例が多いことも複数の調査研究の中で挙げられている（Beardslee, Gladstone, Wright, et al. 2003；池淵 2013；Gijssel 2018；Hafting, Gullbrå, Anderssen, et al. 2019；Condon, Driscoll, Merrell, et al. 2020）。

Condon らは、子どもは親の短期的な感情的および行動的問題にその時はうまく対処するかもしれないものの、より深刻で長期的な場合は子どもたちの健康に大きな影響を与え、両親が精神疾患を患っている子どもの約3分の2は、治療を必要とする精神的健康上の困難を経験すると述べている（Condon, Driscoll, Merrell, et al. 2020）。池淵（2006）によると、片親が統合失調症の場合、その子どもの統合失調症型人格障害など統合失調症スペクトラムの発症率は高くなるという。それに加え、遺伝的素因の高いものは劣悪な環境の影響に脆弱であるとし、例えば親の養育能力の低下や入院などの問題により、子どもに適応障害や行為障害のリスクもあると付け加えている（池淵 2006；2013）。Beardslee らは、感情障害のある

親を持つ子どもは、そうでない親を持つ子どもに比べて精神系疾患、あるいは精神系障害の割合が増すことを挙げ、61%の主なうつ疾患を持つ親の子どもが子ども時代または思春期において精神疾患（障害）を発現すること、そしてこうした子どもたちは、病気でない親を持つ子どもに比して感情障害を発現する可能性が4倍になるとした（Beardslee, Gladstone, Wright, et al. 2003）。Gijssel（2018）も、精神的な問題を抱えた片親を持つ子どもは33%の確率で、心理的問題のある両親を持つ子どもは60%以上の確率で、安定した両親を持つ子どもに比べ、精神障害を発症する可能性があり、この割合は、がんなどの重篤な身体疾患を持つ両親の子どもよりも高いと述べている。

Gijssel はこうした子どもへの影響は「子どものニーズに即した他のケアギバーがいるか」「サポートネットワークにつながれそうか」等の家族の状況にも左右されるとしているが（Gijssel 2018）、子どもたちはこれまで述べたような様々なリスクが高まる一方で、両親の意向（ニーズ）により、治療（対応）から見落とされがちで、社会的においては「見えない」ように語られ、ゆえに健康管理や予防といったものにつながることは難しいという側面もある（Kaye, Taylor, Barley, et al. 2009；田野中, 土田, 遠藤 2015；Hafting, Gullbrå, Anderssen, et al. 2019）。

そこには、精神疾患・精神科医療に対する「精神障害は治らない」「精神障害者は何をかわからなくて怖い」「精神疾患は心が弱いわがままな人の病気だ」といった偏見、差別（スティグマ）の存在が大きいことも一因として挙げられる（坂井 2007）。

こうした根拠のないスティグマを背景に、心身の疾患や依存症を持つ親の中には、自分自身の育児や子どもへのサポートの必要性に気付きながらも、「普通の家庭」と思われたい、悪い親と思われることを恐れている、家庭に問題があるとなると子どもが保護されて（児童福祉の関連団体に連れていかれて）しまうかもしれない、子どもに余計な心配をさせた

くないなどの複雑な葛藤やアンビバレントな思いを抱え、サポートや社会サービスの利用を躊躇する人も多い (Gullbrå, Sivertsen, Graungaard, et al. 2016; Gijssel 2018; Hafting, Gullbrå, Anderssen, et al. 2019; Cavanaugh, Riebschleger, Tanis 2021)。

さらに、精神疾患のある親は、前述のように認知機能障害を伴う場合は家事など通常の親役割が果たせなくなることが多く、朝ごはんがない生活が当たり前で、洗顔や歯磨きなどの生活習慣が確立しないまま育つ子どももいる。しかし、子どもは、親や他の家族の様子から「人に言うてはいけない」と察し、または直接家族から、家族（親）の疾患を口外しないようにと言われ、誰にも相談できずに過ごしている子どもも少なくないという調査報告もある（土田 2013; 田野中 2019）。

口外しないようにと言われていない場合でも、親の疾患に対し子ども自身が罪悪感や恥（子どもの発達段階によっては自分と他の同年代の子どもとを比べ、違う・劣っていると認識することで劣等感が増す時期があり、恥ずかしい・隠すべきと思う場合もある）等の葛藤がある場合はさらに一人で抱えてしまうことも容易に想像できる。

蔭山らが、精神疾患のある親を持つ成人 240 名を対象にしたアンケートでは、小・中・高校時代に学校への相談歴のなかった人は小学生の頃 91.7%、中学生の頃 84.5%、高校生の頃で 78.6% だった。相談しなかった理由としては、問題に気づかない・発信することに抵抗がある・相談する準備性がない・相談環境が不十分というものであった。学校の先生等に相談できた場合でも、精神疾患に関する偏見や差別的な言動、プライバシーへの配慮不足などで嫌な思いをしていたという報告もあり、子ども時代の周囲への相談の難しさが伺える。ただし、この調査では 30 歳代以下の人は、40 歳代以上の人に比べて小学生や高校生の頃に学校への相談歴がある人が有意に多かったとあり、現時点の子どもの状況は改善している可能性がある、と補足されている（蔭山、横山、坂本、ほか 2021）。

このように、精神疾患のある親を持つ多くの子どもは、乳児期からリスクが高い状況にさらされ、様々な葛藤や抑圧のもと育ち、その影響は思春期、そして成人以降にも続くほど深刻なものもある。一方で、親の意向や子ども自身の葛藤から、相談や支援に自らつながりづら存在であるため、周囲がより細やかに気に掛けることが大変重要である。

### 3. 精神疾患のある親を持つ子どもと家族への支援

こうした精神疾患のある親を持つ子どもの実態調査とともに、様々な支援策についての研究や実践が国内外においてなされている。本項では、WEB を介した支援、サポートプログラム、政策・制度面から整理したい。

#### 1) WEB を介した支援

オーストラリアでは精神障害のある親を持つ子どもに対し、オーストラリア政府のサポートのもと COPMI (The Children of Parents with a Mental Illness) と呼ばれる WEB による支援が実施されている (Woolderink, Smit, Zanden, et al. 2010; 上野 2018)。これは、national initiative と呼ばれる政府の発案のもと行われている活動であり、支援者向けのツールや精神疾患の親を持つ子どもや家族のための様々な資源（親向けのブックレット、子ども向けの動画等）を提供することで、こうした環境下の子どものメンタルヘルス向上のための早期支援を目指している。その中の一つの取り組みとして、精神疾患や依存症の親を持つ 16 歳～25 歳の子ども（若者）を対象に、オンラインのチャット機能を媒体とし、構造化されたサポートプログラムも行われている。プログラムは家族の状況・家庭内の自分の役割・自分の気持ちや感情・親の疾患や依存症の症状・社会資源・自分の将来について考える内容で構成されており、これらを通し子ども自身のセルフコントロール感・心理的健康の増進・精神疾患や精神的な混

乱を防ぐなどの保護因子を強化することが目的とされている。このプログラムに参加することで、参加者（子ども・若者）の問題行動や深刻な心理的負担が減り、情緒・社会的機能と適応能力が強化され、病気の親との関係の改善等も見られており、将来的には学校中退や非行の防止、医療費の削減にもつながることも期待されている（Woolderink, Smit, Zanden, et al. 2010）。こうしたWEBを介したサポートは例えばフィンランドの「Let's talk about Children（上野 2018；MIELI Mental Health Finland 2022）」、日本では「子ども情報ステーション（NPO 法人ぶるすあるは 2022）」等があり、前出のオーストラリアのCOPMI同様、精神疾患を有する親やその子ども・家族向けに支援・資源の情報提供、専門家向けに支援に関する情報提供と具体的な支援方法が記載されている。

Cavanaugh は、オンラインでの情報提供の利点として、臨床でのサポートにつなげられない（孤立している）子どもや若者にとって、親の病気の症状や接し方を含めた周囲の態度、困ったときのサポート、自分のケア等の情報を得ることでレジリエンスが高まり、子ども・若者自身の精神疾患の予防になることを挙げている（Cavanaugh, Riebschleger, Tanis 2021）。

一方で、こうした誰でも作成可能なホームページは作成元（情報発信源）により、情報の内容にも差があり、さらにオンラインでの情報提供は信頼性がなく危険なものもあるというリスクもある（Cavanaugh, Riebschleger, Tanis 2021）。Cavanaugh によると、アメリカ国内での調査ではこうしたホームページは成人向けに作成されているものが多く、子ども向けのはまだ少ないことや、子どもの置かれている個々の背景や状況は異なること、さらに子どもの理解力にも差があるなどがオンラインでの情報提供の限界であるため（Cavanaugh, Riebschleger, Tanis 2021）、オンラインでの様々な情報普及と同時に、学校教育等を含め、多様な場における情報リテラシー教育も望まれるところである。

## 2) サポートプログラム

ドイツでは精神障害のある親をもつ子ども（3歳～21歳）と家族を対象にしたサポートプログラム「CHIMPS（Children of mentally ill parents）」があり、2005年より家族面談を中心としたプログラムが展開されている（田野中, 土田, 遠藤 2015）。プログラムは親の主治医からの紹介ルートが多く、家族療法士、児童思春期精神科医、臨床心理士（診断を行う心理士を含む）がスタッフとして参加している。プログラムは①精神疾患の説明と生活の中での対応力の強化、②家族内外の人間関係の強化、信頼できる他者との関係づくり（社会資源の紹介と活用）、③家族内のダイナミクスの強化を目的に、a) 親面談、b) 子ども面談および子どもの診断的面談（精神状態に関する問診）、最後にc) 家族面談の順で構成されている。

プログラムでは特に親自身が子どもと精神的な病気について一緒に話すことが重視されており、親との対話の中で子どもが抱えていた疑問が大幅に解消され、これまで子どもの中で形成されていた罪悪感（自分のせいで親の症状を悪化させたのでは等）についても話題となり、子どもの負担を取り除くことに貢献するとの報告もあった（田野中, 土田, 遠藤 2015）。

米国では主に気分障害を伴う精神疾患のある親やそのパートナー、子ども（8歳～15歳）を対象に、看護師、ソーシャルワーカー、心理士によるプログラムを実施した介入調査が行われた（Beardslee, Gladstone, Wright, et al. 2003）。プログラムは医療機関を含めたメンタルヘルスの専門機関で個別支援が行われている親とその家族を対象に実施された。家族を一つのユニット（集合体）として扱い、親（またはパートナー）のみへの集団講義（2回）と、親（またはパートナー）のみのグループ・子どものみのグループに分かれファシリテーターが入るグループワーク（6～11回）の2種類の介入がなされた。

親（またはパートナー）に対しては集団講義・グループワークによる介入とともに①気分障害の情報伝える、②子どもとそうした情報のコミュニ

ケーションを行うためのスキルを授ける、③親のうつ症状による影響について率直に会話をするについて推奨する、といった要素が含まれた。集団講義では参加者の経験の共有ではなく、病気や症状（病気による気分変調のことなど）、子どもと病気について話す大切さなどが伝えられた（が、子どもに話すか話さないかは参加者に委ねられた）。

子どもへのグループワークによる介入では、①気分障害について、②レジリエンス（回復力）についての心理的教育と共に、子どもの罪悪感と自責の念が低下するような働きかけが行われた。

結果、集団講義とグループワークの2種類の介入共に、親自身の態度が変わり、家族内への影響も変化し、子どもの自己理解や子ども自身のうつの症候にも変化をもたらしたことが示された。

さらに、集団講義のみに参加した親の子どもよりも、直接子ども自身がグループワークの介入を受けた子どもの方が親の疾患に関わることに對して理解に変化はあったが、親への集団講義のみの介入だけでも子どもに良い変化があった。従って、子ども自身がプログラムに直接参加していなくても、親の「子どもと疾患について話す」という認識の変化が子どもに大きな（プラスの）変化を与えることが指摘された。

また、子どもがグループワークの直接的な介入を受けていなくても、調査内のアセスメント時に自分の経験を話すだけでもその子どものYSR（ストレスを計測する値）が有意に下がったことも同研究内で報告されており、様々な思いを一人で抱えないでいることだけでも、子どものストレスが軽減されることが推察できる。

この研究結果からは、子どものメンタルヘルスにおける長期の予防効果（メンタルヘルスの問題の発生の減少）も検証されており、親の病気に長くさらされ深刻なリスクのもとにいる子どもにとっては、予防の観点からもこうした介入には大きな意義があるだろう。

日本においては、構造化されたサポートプログラムによる介入は、親の疾患ががんである場合に

おいては、親の疾患（がん）やそれに伴う様々な環境や気持ちの変化、ストレスに対処していく能力を高めること（メンタルヘルスの増進）を目的とし、米国で開発された「CLIMB<sup>®</sup>プログラム」というサポートプログラムが、がんの親を持つ子ども（6～12歳）とその家族を対象に、全国の医療機関を拠点に広がっている（Hope Tree 2022；小林，大沢，小澤 2012）。「CLIMB<sup>®</sup>プログラム」への参加により、子どもの孤立感や自責の念が減少し、セルフコントロール感が増す等の効果が示されている（小林，大沢，小澤 2012）。

親の疾患が精神疾患である場合はこうしたサポートプログラムは国内ではほとんど見られないが、Cavanaughらは、精神疾患を持つ親が、自分の子どもを対象としたメンタルヘルスやその回復、遺伝的なリスク、コーピングスキルの発育、偏見や差別への対処法に関する心理教育的なプログラムを望んでいるという研究報告を挙げており（Cavanaugh, Riebschleger, Tanis 2021）、日本でも開発や導入が望まれる。

構造化されたサポートプログラムではないが、日本国内では「こどもびあ」という団体が精神疾患の親に育てられた子どもの立場の人（対象年齢は20代歳前後～60代の方など、年齢に幅があり）が出会える場・集える場作り（ピアサポート）に取り組んでおり、つどいや学習会などが対面・オンラインで開催されている（朝日新聞厚生文化事業団 2020；こどもびあ 2022）。

先行研究では思春期以降のこうした子どもの立場の人たちからのピア等社会的なつながりや自分と同じ境遇の人（家族のことで負荷がかかっている人）と話すこと、気持ちを出せる場の希望も確認されており（Gullbrå, Sivertsen, Graungaard, et al. 2016）、「こどもびあ」のような活動の必要性は極めて高い。

前出のWEBを介した支援の中で実施されていたオンラインチャットもネット上の「居場所」であるが、サポートプログラムやつどいの場は現実的な「居場所」であり、精神疾患のある親を持つ子どもにとってこうした多様な居場所があり、語

りたいときに語れる場があることで、「自己肯定感の回復につながる（夏莉 2013）」機会になるという見方もあり、このような場を整えていくことも欠かせない支援であると言える。

### 3) 政策・制度

支援の基盤としての政策・制度的な社会資源（支援）の整備は不可欠であり、海外における一例として、例えば英国では、health visitors（\*1）という専門職が、精神疾患の親を持つ子どもを含めた0歳～5歳の子どものいる家庭への支援を行っており、ケースに応じて health visitors により子どもと家族を地域の支援団体やボランティアにつなぐ等の取り組み例が報告されている。さらに、こうした専門職を対象に、親が精神疾患のある家庭の支援を目的とした研修も行われている（Condon, Driscoll, Merrell, et al. 2020）。

日本でも、保育・教育、医療、各種福祉施設・福祉サービス、自治体の相談窓口等の各支援機関が様々な支援を行っている。

例えば乳児家庭全戸訪問事業、市町村の乳幼児健診等は要支援ケースの早期発見、地域子育て支援拠点事業は子育て中の親子の孤立予防、ファミリー・サポート・センター事業は親の通院や緊急時の乳幼児・小学生の預かり等の一般的な子育て支援策に加え、精神疾患のある親に関しては、児童相談所からの委託により、精神科医等が保護者等の精神保健相談に対応し、心理的側面からのケアを行う「カウンセリング強化事業」などが実施されている（宮崎 2003）。

「精神疾患のある親を持つ子どもの支援」においては「精神疾患を持つ人の子育て支援」という視点も欠かせない。この支援においては、北海道浦河地域の「応援ミーティング（浦河地域子どもの虐待防止ネットワークが行う子育て支援会議）」が取り組み例の一つとして挙げられる（伊藤 2011）。「応援ミーティング」は、子育て支援に携わる地域の関係機関が「応援団」として月に一度定期的に集まり、精神疾患を持つ本人とともにこれまでの経過を振り返り、取り組む課題を共有

し、活用するサービスやプログラムを具体的に検討する。本人と関係者が協力して必要な取り組みや支援体制を検討する中で、ストレングスモデル（本人の持つ能力に着目し、それを伸ばしていくことを応援する）が意識して行われていると言う。子どもの安心・安全を守ることを最優先に考え、生活が破綻する状況下では、子どもの救出を本人と共に率直に話し合う場として設定されている（伊藤 2011）ため、状況に応じ適切な支援につながれることが大きな利点であろう。

このように、日本では、様々な機関が横断的に連携し、精神疾患を持つ人本人のみならずその家族も包括的に支援する取り組みがされている地域もある一方で、精神疾患を持つ人（親）とその子どもの支援は、親子ともに年齢や障害等ごとに支援の根拠法や支援機関が異なるため、支援の分断化が起きやすいことが課題として挙げられる。精神障害のある本人やその子どもの生活ニーズとライフステージを考慮した世帯・家族単位の支援のためには、法制度の谷間を越えた機関連携、社会資源の開発に向けた活動など一貫性、継続性のある支援が不可欠である（池淵 2006；榎原， 栄 2013；土田 2013；蔭山， 横山， 坂本， ほか 2021；栄， 辻本 2021）。

\*1：「訪問助産師」あるいは「訪問看護師」と訳される。助産師や看護師の資格にプラスして子どもがいる家庭を訪問するトレーニングを受けた専門スタッフ。家庭訪問を行い、子育ての援助・指導や健康状態のチェックなどのアドバイスやサポートを行う。

### 4. 支援への示唆

Gijssel（2018）は、精神疾患のある親を持つ子どもとその家族の支援について、①病気の親自身の治療、②健康な親とその家族への支援、③子どもへの心理教育からなる家族ぐるみの取り組みが、最も良い結果をもたらすと提唱している。

①の「病気の親自身の治療」については、サポー



トどころか治療にもつながりにくい家族もあること、親が適切な治療を受けていること（親の疾患に関する情報）を知ることにより子どもは安心感を得ることが複数の先行研究において示唆されている（澤田、大野、塚本 2013；土田 2013；大野、上別府 2015；田野中、土田、遠藤 2015；Gullbrå, Sivertsen, Graungaard, et al. 2016；Condon, Driscoll, Merrell, et al. 2020；Cavanaugh, Riebschleger, Tanis 2021）。そのため、病気の親自身が診断を受け必要な治療につながっていることが、こうした子どもと家族への支援の大前提である。

②の「健康な親とその家族への支援」については、周囲の関係者が、経済面、心理面、生活面において適切な社会資源（サポート）につながることが求められる。子どもの年齢が小さければ子どもが自らSOSを出し支援につながることは難しいが、前出の蔭山ら（2021）が行った調査（精神疾患のある親を持つ成人240名を対象にしたアンケート）では、小・中・高校時代に学校で相談しやすかった人として「担任の先生」が最も多く挙げられており、身近に関わる学校関係者との連携は必須であると言える。もし親が家事・育児が困難な状況であれば各種福祉サービスや相談窓口、子どものメンタルサポートであれば学校や医療福祉機関だけでなく前出のWEB・またはサポートプログラムなどを通した第三の居場所も活用できる。

③の「子どもへの心理教育からなる家族ぐるみの取り組み」については、親の病気の治療内容や周囲の人達の対処法、困ったときに助けを求める方法だけでなく、子ども自身のレジリエンス（回復力）をサポートする内容を取り入れることで、こうした状況にいる子どもが持つ罪悪感を含めた親への葛藤を和らげ、状況に適応していく力が強化されることが期待できる。Gullbråら（2016）も、リスク要因を減らす予防になるものとして子ども自身の課題解決能力を挙げているため、子ども自身のコーピングスキルを高めるような関わりやサポートも必要である。

一方で、こうした支援を検討・提案する際に

は、（その家族が置かれている状況によるものの）家族や子どもの意思を最大限尊重することが大切である。前述のように、精神疾患を持つ親は、育児や子どもへのサポートを嫌がり、またはつながりづらい人も少なくなく、日本国内の調査において、31%の人が専門職者に相談できるようになるまでに3年以上かかったという報告もあり（特定非営利活動法人全国精神保健福祉会 2010；大野、上別府 2015）、こうした家族らがサポートにつながりにくく、様々な問題を抱え込みやすい状況に置かれていることが分かる。

しかし、そのような中でも状況をよく知っていて信頼できるサポーターであれば、親自身が率直な意見や異なる視点、修正など受け入れやすく、子どもの状況に関する話題も話しやすいという指摘もあり（Gullbrå, Sivertsen, Graungaard, et al. 2016；Hafting, Gullbrå, Anderssen, et al. 2019）、親のみではつながりづらい支援につながるためにも、こうしたキーパーソンの存在は極めて大事である。

サポートに対する子どもの思いに関しては、蔭山ら（2021）が行った調査内では小中高の先生に対し、小学生では「行事など親が対応できないことへ配慮してほしい」と、高校生では「病気や支援についての情報提供をしてほしい」と、そして全ての時期で「家庭の事情や悩みを気にかけ、話を聞いてほしい」といった希望があった。精神疾患を含めた様々な疾患や、薬物またはアルコール依存の親を持つ子ども（16歳～25歳）へのインタビューでは「自分のちょっとした変化を気にしてほしい」「見て見ぬ振りをしないでほしい」という語りがあった（Gullbrå, Sivertsen, Graungaard, et al. 2016）。

一方で、子どもの中には、様々な理由から家族の疾患や家庭内の状況という繊細な話題について話しづらい子もいる（Gullbrå, Sivertsen, Graungaard, et al. 2016）。前出のGullbråらが行ったインタビュー内でも、「偏見や哀れみなしに「普通の子」として扱ってほしい」「例えば、親のことを全く何も知らない友達と自由に過ごす

時間など、親の病気やそれに関するいろいろな問題を考えなくてもいい時間（timeout）が欲しい」「親の疾患や家族の状況については限られた人だけが知っていてほしい」といった語りがあった（Gullbrå, Sivertsen, Graungaard, et al. 2016）。

このように、子どもの年齢や発達段階ごとのニーズにもよるが、子どもに関わる周囲の大人が、子どもが家庭の問題から離れる時間、それぞれの興味があることに打ち込んだり楽しんだりする時間、そしてその子らしくいられる時間を尊重しながら、子どもの表情や疲れている様子、友達との関係性（付き合い方）や日常生活の中での違和感（集中力・注意力の散漫等）などのサインに気付き声をかける等、子どもが思いを吐露しやすい環境を作っていくことが、それぞれができる支援の第一歩になるのではないだろうか。

## 5. 考察

精神疾患のある親を持つ子どもの多くは、不安定な養育環境のもとにあり、一見、他の子たちと同じような日常を送っているように見えることもあるが、様々な葛藤や、子ども自身の生活に制約・障害があることへのストレスを感じ、成人以降もそうした葛藤が消えずに苦しみ続ける等の深刻な影響を受けることも少なくない。海外ではweb、サポートプログラム、制度政策等による取り組みが行われており、日本でも支援の必要性が認識され、取り組みが広がりつつあるが、支援を必要とする子どもと家族に広く行き届くような体制には至っていない。

精神保健医療福祉施策は、入院から地域生活へと移行しており、今後、より多くのこうした子どもと家族へのサポートが必須になってくることは明らかである。精神疾患の特性、それぞれの家族の個別の事情に加え、近年の地域のつながりの希薄化等もこうした子どもと家族がサポートにつながりづらい状況の背景として考えられる。しかし前出の統合失調症の母のもとで育った方の「家族は感情的になってしまう。冷静に対処してくれる第三者の存在は大きいかつ治療的（夏莉 2018）」

の言葉からも、第三者的な立場の人の介入が必要とされていることが伺える。また、サポートプログラムの実施を行った先行研究（Beardslee, Gladstone, Wright, et al. 2003）では、子どもへの直接介入はなくても、親（またはパートナー）のみへの意識付け（集団講義）だけでも子どもに良い変化があったという結果が示されており、家庭内の疾患の取扱い方、子どもとの対話について考える機会そのものを持つ、という視点も支援においては大変重要であることが分かる。

虐待の予防、公衆衛生（メンタルヘルス）における早期介入という観点からも、精神疾患のある親やその子ども・家族と関わる可能性のあるすべての専門職、そして周囲の大人がこうした子どもや家族を気にかけることと共に、必要時に個々の状況に配慮したオーダーメイドの具体的な支援につなげることができるような切れ目のない体制作りが求められている。

## 6. 限界と課題

本稿の限界として、参照した文献は、CiNii、Pubmedを中心に検索しているため、それらに登録されていない先行研究もあることが考えられる。さらに、先行研究内の引用文献や書籍も含めており、体系立てた論文検索の形ではないため、内容に偏りが生じている可能性もある。

また、精神疾患のある親の背景や状況、子どもが受ける影響、なされている支援については国内外のものを織り交ぜて概観しており、臨床・実践の視点では文化的な背景等の違いに留意する必要がある。

\*本研究は、科研費 JSPS KAKENHI 22K13566、2022 年度 若手・女性研究者奨励金助成の成果報告の一部である。

### 文献

朝日新聞厚生文化事業団(2020)「精神疾患をもつ親に育てられた子どもの立場の「つどい」

- ～「第1回 Zoom つどい」を開催しました(2020年7月19日)」  
 (<https://www.asahi-welfare.or.jp/archives/2020/08/tsudoi-20200719.html>, 2022.8.23).
- Beardslee, W.R., Wright, E.J., Salt, Patricia, et al. (1997) Examination of Children's Responses to Two Preventive Intervention Strategies Over Time, *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 196-204.
- Beardslee, W.R., Gladstone, T.R., Wright, E.J., et al. (2003) A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change, *PEDIATRICS*, 112(2), 119-131.
- Cavanaugh, D. L., Riebschleger, Joanne., Tanis, J. M. (2021) Mental health literacy websites for children of parents with a mental illness, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(3), 720-733.
- Condon, Louise., Driscoll, Timothy., Merrell, Joy., et al. (2020) Promoting children's health when a parent has a mental health problem: a mixed methods study of the experiences and views of health visitors and their co-workers, *BMC Health Services Research*, 20:195.  
 (<https://doi.org/10.1186/s12913-020-5015-z>, 2022.8.26).
- 榎原紀子, 栄セツコ(2013)「生きる力へとつながる子育て支援－親役割を持つ20の事例が教えてくれたこと－」『精神科臨床サービス』, 13(3), 377-382.
- Gijssel, E. V. (2018) Let op kinderen van ouders met psychische problemen (メンタルヘルスの問題を抱える親の子どもを見守る), *HUISARTS EN WETENSCHAP* (一般開業医と科学), 61(10), 1-3.
- Gullbrå, F., Sivertsen, S. T., Graungaard, A. H., et al. (2016) How can the general practitioner support adolescent children of ill or substance-abusing parents? A qualitative study among adolescents, *SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE*, 34(4), 360-367.
- Hafting, Marit., Gullbrå, Frøydis., Anderssen, Norman., et al. (2018) Overcoming Clinician and Parent Ambivalence: General Practitioners' Support of Children of Parents With Physical or Mental Illness and/or Substance Abuse, *Front Psychiatry*, 8:9724.  
 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30670986/>, 2022.8.26).
- Hope Tree (2022)「子どものためのプログラム」  
 (<https://hope-tree.jp/program/climb/>, 2022.8.29).
- 池淵恵美(2006)「統合失調症の人の恋愛・結婚・子育ての支援」『精神科治療学』, 21(1), 95-104.
- 池淵恵美(2013)「精神障害者の恋愛・結婚・子育てをめぐる障壁」『精神科臨床サービス』, 13(3), 286-291.
- 伊藤恵理子(2011)「結婚・出産・子育て(支援者の立場から)」『精神科臨床サービス』, 11(3), 353-355.
- 蔭山正子, 横山恵子, 坂本拓 ほか(2021)「精神疾患のある親をもつ子どもの体験と学校での相談状況：成人後の実態調査」『日本公衛誌』, 6(2), 131-143.
- Kaye, P., Taylor, C., Barley, K., et al. (2009). An emergency department intervention to protect an overlooked group of children at risk of significant harm, *Emergency Medicine Journal*, 26(6), 415-417.
- 小林真理子, 大沢かおり, 小澤美和(2012)「子育て中のがん患者と子どもへの支援に関する研究－子どもサポートグループの効果に関する検討－」『2011年度公益財団法人 明治安田こころの健康財団 研究助成論文集』, 47, 92-99.  
 ([https://www.my-kokoro.jp/books/research-aid-paper/vol47\\_2011/pdf/mykokoro\\_research-aid\\_paper\\_47\\_11.pdf](https://www.my-kokoro.jp/books/research-aid-paper/vol47_2011/pdf/mykokoro_research-aid_paper_47_11.pdf), 2022.8.28).
- こどもびあ(2022)「精神疾患のある親に育てられた私たち」  
 (<https://kodomoff.amebaownd.com/>, 2022.8.27).
- 厚生労働省(2021)「令和3年版自殺対策白書」  
 (<https://www.mhlw.go.jp/content/1-1-01.pdf>, 2022.8.23).
- 厚生労働省(2022)「令和3年中における自殺の状況」  
 (<https://www.mhlw.go.jp/content/R3kakutei01.pdf>, 2022.8.23).
- 毎日新聞(2021)「15歳のニュース－ヤングケアラー実態調査の結果公表 “クラスに1人”高2」  
 (<https://mainichi.jp/maisho15/articles/20210417/dbg/048/040/005000c>, 2022.7.18).
- Maybery, D. J., Reupert, A. E., Patrick, K. et al. (2009) Prevalence of parental mental illness in Australian families, *The Psychiatrist*, 33(1), 22-26.  
 (<https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.018861>, 2022.8.26).
- MIELI Mental Health Finland(2022)「Let's talk about Children」  
 (<https://mieli.fi/en/front-page/society-and-advocacy/the-effective-child-and-family-work/lets-talk-about-children/>, 2022.8.28).
- 三輪健一(2013)「医師の立場からの「恋愛・結婚・子育て」支援」『精神科臨床サービス』, 13(3), 368-372.
- 宮崎全代(2013)「子育て支援と虐待予防」『精神科臨床サービス』, 13(3), 333-336.
- 内閣府(2021)「令和3年度障害者白書」

- (<https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/r03hakusho/zenbun/pdf/ref2.pdf>, 2022.8.23).
- 夏莉郁子(2018)『心悩む母が遺してくれたもの－精神科医の回復への道のり』日本評論社.
- NPO 法人ぶるすあるは(2022)『子ども情報ステーション』(<https://kidsinfost.net/>, 2022.8.28).
- 大野真実, 上別府圭子(2015)「精神疾患をもつ母親と暮らす子どもへの支援－精神科医療機関における専門職者インタビューからの質的分析－」『家族看護学研究』,21(1),2-13.
- 栄セツコ, 辻本直子(2021)「精神障害のある親とその子どもの生活支援に関する文献レビュー」『桃山学院大学総合研究所紀要』,47(1),99-114.
- 坂井正晴(2007)「精神医療に対する誤解と偏見」(<https://www.niigata-shi-ishikai.or.jp/citizen/psychiatry/psychiatry-info/2007032994.html>, 2022.8.28).
- 澤田いずみ, 大野真実, 塚本美奈(2013)「精神障害を抱える親のいる家庭への支援－オーストラリア COPMI (Children of Parents with a Mental Illness)の取り組み－」『精神科臨床サービス』,13(3),341-345.
- 精神障害者九州ネットワーク(2005)『精神医療ユーザーアンケート調査報告書／ユーザー 1000 人の現状・声』, 精神障害者九州ネットワーク調査研究委員会.
- 田野中恭子, 土田幸子, 遠藤淑美(2015)「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』第 9 号, 71-83.
- 田野中恭子(2019)「精神疾患の親をもつ子どもの困難」『日本公衆衛生看護学会誌』, 8 (1),23-32.
- 特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会 平成 21 年度家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会(2010)『平成 21 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業障害者自立支援調査研究プロジェクト－精神障害者の自立した地域活動を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究－報告書』平成 21 年度家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会.  
([https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyou/jiritsushien\\_project/seika/research\\_09/dl/result/01-23a.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyou/jiritsushien_project/seika/research_09/dl/result/01-23a.pdf), 2022.8.28).
- 土田幸子(2013)「親が精神障がいである子どもたちへの成育支援」『精神科臨床サービス』,13(3),337-340.
- 上野里絵(2018)『精神疾患を有する親の子どもに向けた web-based サポートプログラムの開発』2017 年度科学研究費助成事業 研究成果報告書(基盤研究 C), 東京医科大学.  
(<https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-26463394/26463394seika.pdf>, 2022.8.27).
- 有限責任監査法人トーマツ(2022)『多機関・多職種連携によるヤングケアラー支援マニュアル～ケアを担う子どもを地域で支えるために～』令和 3 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 多機関・多職種連携によるヤングケアラーへの支援の在り方に関する調査研究, 有限責任監査法人トーマツ.  
([https://www.pref.kumamoto.jp/uploaded/life/143134\\_302109\\_misc.pdf](https://www.pref.kumamoto.jp/uploaded/life/143134_302109_misc.pdf), 2022.8.27).
- Woolderink, Marla., Smit, Filip., Zanden, Rianne van der., et al. (2010) Design of an internet-based health economic evaluation of a preventive group-intervention for children of parents with mental illness or substance use disorders, BMC Public Health, 10:470.  
(<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/470>, 2022.8.27).

# Support for Children and Families of Parents with Mental Illness: Implications from Previous Studies

Chikae Ohmagari

In recent years, along with the term "young caregiver," studies, stories and interviews about parental mental illness have been seen. The purpose of this paper is to examine how children are affected by parental mental illnesses, what kind of support is provided to these children and their families, and to gain suggestions for necessary support based on previous studies in Japan and overseas.

Many children of parents with mental illness grow up in unstable environments from infancy, and some of the effects can be so severe that they continue into adolescence and even adulthood. On the other hand, the parents' intentions and the children's own conflicts make it difficult for them to seek counseling and support on their own. In some foreign countries, support is being made through the web, support programs, institutional policies, and so on. In Japan, the need for support has been recognized and efforts are spreading. However, the system has yet to reach a sufficient number of children and families in need of support.

It is important that professionals and adults who are close to children, pay attention to these children and their families. Also, it is strongly recommended that a seamless system be established to provide tailor-made, specific support based on each individual situation when necessary.

**Keywords:** Parents with mental illness, unstable growth environment, support for children and families, supports through the web, support programs and institutional policies