

精神疾患の親を持つ子どもに対する、日本での適用可能な介入の検討

——ナラティブレビューを用いて——

志 賀 由 梨

1. 目的

本研究の目的は、①海外文献を網羅的に収集し、精神疾患の親を持つ子どもに対して、どのような介入があるかを把握すること、②①を基に日本で実践できそうな介入を検討すること、の2点である。

なお、以降登場する「精神疾患」という用語は、海外の先行研究に倣い、「深刻な精神疾患 (severe mental illness ; SMI)」を指すこととする。SMI は、統合失調症、双極性障害、うつ病で構成される。

2. 背景

平成29年の厚生労働省の調査によると、日本における精神患者数は増加傾向にあり、約206.8万人であると推計されている (厚生労働省、2017)。このため、精神疾患の親を持つ子どもも多いことが推定できる。また、精神疾患の親を持つ子どもは、家族の介護やケアを担うヤングケアラーとしても、支援の対象として近年注目が集まっている (朝日新聞、2020)。

3. 先行研究の概観

3-1. 統合失調症の家族研究から心理教育への発展

統合失調症の家族研究に基づき、特にアメリカにおいて1950～60年代に統合失調症の家族療法が発展するも、成果は上がらず、家族への偏見を助長した (Anderson, C. M., et al., 1986)。しかし、統合失調症の家族研究は、患者の家族に注目が集まる端緒となり、感情表出 (Expressed Emotion、以下 EE) に関する研究の発展に貢献した。EE とは、精神疾患者に対し

て、その家族が、批判、敵意、感情的巻き込まれの形で表出する否定的な態度のことである。

EE 研究は、1950年代からの脱施設化による、地域社会でのケアの困難さを背景とし (Leff, J. P., et al., 1985)、退院した患者の良好な予後の要因の検討を目的として行われた。統合失調症やうつ病の再発防止のために EE を下げる必要性が示され (Brown, G. W., et al., 1972 ; Vaughn, C. E., et al., 1976)、EE を下げる家族への介入が相次いで開発された。それらは家族心理教育として知られ、いずれも知識や情報を提供する教育的部分と、家族への心理社会的なサポートや病気への対処技能を提供する家族療法的部分の組み合わせからなる (後藤, 1995)。家族心理教育は、統合失調症・双極性障害・うつ病に効果的だとされている (Miklowitz, D. J., et al., 2003 ; Donker, T., et al., 2009)。日本では、欧米のものとは異なり、日本の実情に合わせた簡易的なものが普及している (後藤, 1995)。このような家族心理教育の 1 つとして、「精神疾患の親を持つ子ども」への介入がある。

3-2. 精神疾患の親を持つ子どもの支援について

世界各国において、およそ15～23%の子どもたちが精神疾患の親と一緒に住んでいるとされる (Leijdesdorff, S., et al., 2017)。このような子ども達は多くのリスクを抱える。心理的な問題や物質依存の問題を抱える者、法に触れている者の割合は合わせて54%にのぼるとされる (Mowbray, C. T., et al., 2006)。また、成人までに自らも32%の確率で何らかの精神疾患を発症し、そのリスクは健康な親を持つ子どもの2倍以上であることが明らかになっている (Rasic, D., et al., 2014)。精神疾患の親を持つ子どもに関する研究の中で、特に文献数が多いものが、うつ病の親を持つ子どもに関する研究である。

うつ病の生涯有病率は5～17%とどの精神疾患より高率であり (American Psychiatric Association, 2013)、特に女性は、世界中ではほぼ普遍的に男性の2倍の有病率を持つ (Sadock, B. J., et al., 2016)。また、妊娠中の女性の9%、出産後の女性の12%がうつ病を患うとされる (O'Hara, M. W., 1986)。このため、多くの子ども達が母親の抑うつにさらされる危険性があると考えられる。

加えて、うつ病の親を持つ子どもは、統合失調症の親を持つ子どもと同じかそれ以上の影響を受けることが明らかになっている (Downey, G., et al., 1990 ; Grunebaum, H., et al., 1978)。このため、親のうつ病が子どもに与える影響を調査することは社会的に重要となり、研究がすすめられた (Downey, G., et al., 1990)。以下にうつ病の親を持つ子どもの特徴について記載していく。

うつ病の母親を持つ子どもは、健康な親を持つ子どもよりも、内在的な問題行動 (internalizing : 抑うつ気分、不安、引きこもりなど) と外在的な問題行動 (externalizing : 攻撃性、反社会的行動、非行、過活動、注意の散漫性など) が多いとされる (Goodman, S. H., et al., 2011)。

なお、内在的な問題行動（internalizing）と外在的な問題行動（externalizing）は、子どもの問題行動を2つに大別する際に用いられる概念である。加えて、うつ病の親を持つ子どもは、健康な親の子どもと比べて不安障害・うつ病・物質依存症を発症するリスクが約3倍高く（Weissman, M. M., et al., 2006）、自殺念慮や自殺行動に至る割合も高いとされている（Klimes, D. B., et al., 1999）。

うつ病を患う母親は、抑うつ症状によって引きこもりがちになったり、子どもと愛情のこもったスキンシップを行う機会が少なくなったりしがちである（Lovejoy, M. C., et al., 2000）。また、易怒性や易刺激性によって、子どもに対して些細なことで子どもを叱ったり、過干渉になりやすいとされている（Lovejoy, M. C., et al., 2000）。このような母親と子どもとの関わりは、子どもの気分障害の発症や、対人関係の困難と発達課題に取り組む困難を引き起こしやすいとされる（Beardslee, W. R., et al., 1997）。

加えて、うつ病の配偶者を持つ夫婦では、否定的・不平等的・非対称的なコミュニケーションが多い（Hautzinger, M., et al., 1982）。このような夫婦関係は、子どものコンピテンスとレジリエンスの獲得を支える親の力を下げるとされる（Beardslee, W. R., et al., 1997）。

さらに、うつ病の親を持つ子どもは、対人関係における慢性的なストレスや自尊心の低さ、抑うつ的帰属スタイルを抱えることが多いとされる（Feurer, C., et al., 2014 ; Garber, J., et al., 2001）。その理由としては、子どもは対立の多い両親を見て育つため、他者との建設的な関係のモデルを知らなくなりがちとなったり、親のコーピングスキルを模倣することが仮説化されている（Hammen, C., et al., 2001 ; Feuer, C., et al., 2016）。なお、うつ病を患う母親は、子どもが対人関係のストレス（例えば、いじめなど）にさらされた際に、認知再構成的な提案をあまり行わず、認知的回避的な提案を行うことが多いことが明らかになっている（Monti, J. D., et al., 2014）。

子どもによる主観的な生活の苦しさとしては、①親の病気を理解しないまま親の症状に振り回される、②心を許せる友達や安心できる場所がない、③日常生活の世話をされない、④生きづらさを抱えることなどが示されている（田野中、2019）。母親のうつ症状による感情や行動を、子どもは自らのせいだとして認識しやすいとされ（Beardslee, W. R., et al., 1997）、子どもが親の病気を理解することは、子どもの不安を軽減し、子どもの生きやすさにつながるとされている（長江ら、2013）。

幼少期に逆境（例えば、家庭内暴力、親の精神疾患やアルコール依存症、親の死、両親の不和や離婚）に1つ以上さらされた女性は、そうでない女性より、少ないストレスでもうつ病になりやすいことが示されている（Hammen, C., et al., 2000）。また、ネガティブなライフイベント（例えば、虐待、貧困、親の不和、親の死など）の多さは、より抑うつ的な認知帰属スタイルと、

低い自尊心感、無力感に関係する (Garber, J., et al., 2001)。

うつ病の親を持つことは、青少年がうつ病の初発エピソードを発症する最大の危険因子の1つとされている (Beardslee, W. R., et al., 2011)。このため、欧米では、1990年代頃から様々な心理教育的な予防的介入が作られている。このような介入によって、子どもたちの問題の発症リスクが40%減少することが明らかになっている (Leijdesdorff, S., et al., 2017)。

また、国家的に青少年の MEB 障害 (Mental, emotional, and behavioral disorders) の予防に取り組むアメリカでは、費用対効果の高い MED 障害の予防的介入の1つとして、うつ病の親を持つ子どもへの介入の必要性が唱えられている (O'connell, M. E., et al., 2009)。なお、MEB 障害とは、DSM-5 で診断可能な障害とそれに関連する問題行動 (例えば、薬物やアルコールの早期使用、反社会的または攻撃的な行動、暴力など) を包含する概念である。アメリカでの MEB 障害を持つ若者の割合は14~20%であり、それによる年間の定量化可能なコストは、2,470億ドルと推定されている。

3-3. うつ病の母親から子どもへのリスクの伝達モデル

うつ病の親を持つ子どもが、自らもうつ病や他の精神疾患、行動上の問題などに至る概念図を、図1 (次ページ) に示した。

うつ病の親を持つことは、青少年がうつ病の初発エピソードを発症する最大の危険因子の1つであるが、その調整変数には、①父親の状態、②母親のうつ病の発症のタイミングと経過、③子どもの特性が存在する。それらの因子によって、子どもは①遺伝的な影響、②母親の否定的で不適応的な認知・行動・情動、③ストレスの多い環境の影響を受ける。その結果、子どもは心理的な機能不全を生じたり、不適応的な認知・行動スタイルを形成する。そして、うつ病やその他の障害に至るとされている (Goodman, S. H., et al., 1999)。なお、子どもの脆弱性と、母親の子どもへの関わりやストレスの多い環境は相互作用する。

3-4. 日本における支援

日本では精神疾患の親を持つ子どもに対する支援は一般的には行われておらず、介入についても十分認知されていない。ただし、2009年に自助グループ、2015年に Web で心理教育を行う NPO が発足し、徐々に支援が広まりつつある。

研究においては、各国の支援プログラムを紹介する研究 (田野中ら、2015; 上野、2019)、当事者への半構造化面接によって生活状況や困難を抽出する研究 (例えば、田野中、2019; 羽尾ら、2019)、WED でのアンケート調査によって心理教育に関する子どものニーズを掘り起こす研究 (土田・宮越、2017)、子どもの日常生活と成長発達への影響に関するレビュー (長江ら、

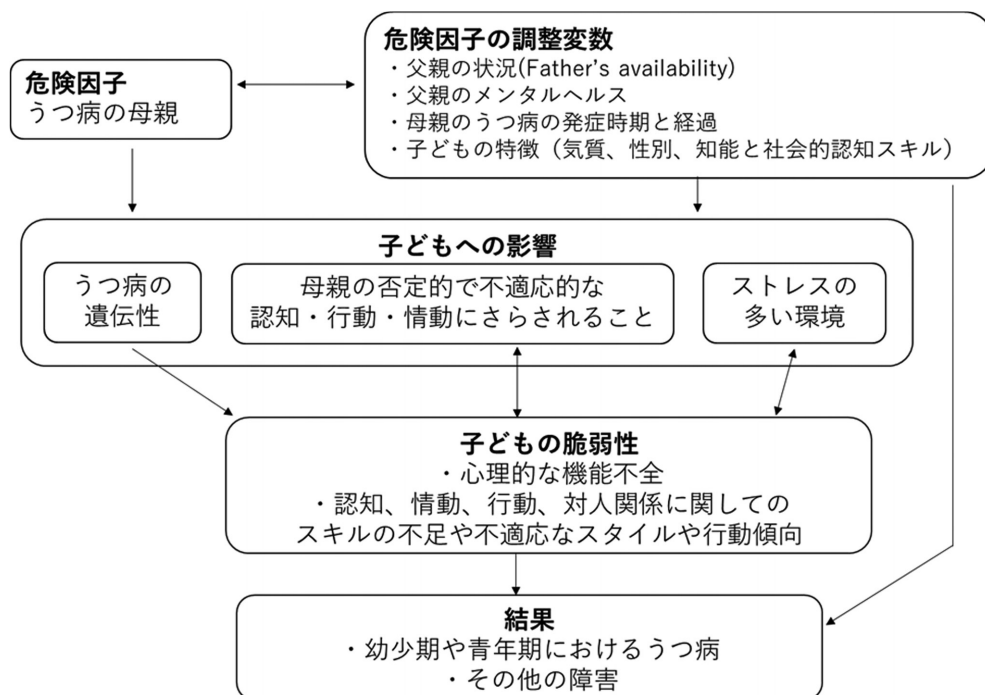


図1 うつ病の母親から子どもへのリスクの伝達モデル Goodman, S. H., et al. (1999) を改変

2013) などが蓄積されている。いずれも、精神疾患の親を持つ子どもに対する日本の支援の遅れを指摘し、心理教育、生活支援、社会での啓発運動などの必要性を述べている。

3-5. 本研究の位置づけ

先行研究の多くは、精神疾患の親を持つ子どもに対して、海外の知見を参考にした支援を日本においても進める必要性を唱えるが、海外と日本では、研究や実践の土壌が異なる。例えば、アメリカでは青少年のメンタルヘルス対策が重要な国家政策として位置付けられているが(O'connell, M. E., et al., 2009)、日本は異なる。また、1950年代からの脱施設化を皮切りに、欧米では1970年代から多職種チームによる訪問型の包括的生活支援プログラム(ACT)が普及している。一方、日本では欧米より脱施設化が進展せず、地域ケアの進展が遅れており、ACTの導入は2003年に開始されたばかりである(伊藤、2012)。精神疾患の親を持つ子どもに対する心理教育的アプローチの土台となる、心理教育に関する研究・実践も日本では少ない。統合失調症の家族心理教育も、欧米で効果が実証された綿密なものとは異なり、日本の実情に合わせた家族会という形で独自の家族心理教育を発展させている(後藤、1995)。

しかし、このような海外と日本の違いを考慮して、精神疾患の親を持つ子どもへの支援につ

いて論じている研究は存在しない。また、海外ではこの分野において、レビュー研究が多数存在するが、日本では、長江ら（2013）のナラティブレビューのみである。よって、文献研究を行い、海外の知見を日本に紹介することは意義があると考えた。

以上より、本研究の目的は、①海外文献を網羅的に収集し、精神疾患の親を持つ子どもに対して、どのような介入があるかを把握すること、②①を基に日本で実践できそうな介入を検討すること、の2点である。

4. 方法

精神疾患の親を持つ子どもに対する介入の効果を検証した文献を選定しナラティブレビューを行った。

4-1. 文献の選定

文献を選定するにあたり、「PICOS」というスキームを用いて適格性基準を定めた。「PICO」とは、Participants, Interventions, Comparisons, Outcomes の頭文字であり、Higgins, J. P. T., et al. (2020) が網羅的に検索を行うために推奨している、検索式の立て方の考え方である。近年では研究デザインの「S (Study Designs)」を加え、「PICOS」として用いられることが多い。

P (Participants) は、少なくとも一人の精神疾患の親を持つ、精神疾患を発症していない子ども（20歳未満、乳児は除く）または精神疾患を有する親とした。I (Interventions) は、精神疾患の親を持つ子どもに対して影響を与えることを意図する介入に限定した。なお、子どもに直接影響をもたらさずとも、親を介して間接的に子どもの状態の改善を意図したものも可とした。C (Comparisons) は、未治療か、代わりの治療を受けた対照群を設け、比較しているものとした。O (Outcomes) は、介入が子どもにもたらした影響が量的に記載されているものとした。S (Study Designs) としては、無作為化比較試験 (randomized controlled trial) とした。加えて、英語で書かれた査読付き論文のみを対象とした。

4-2. 検索戦略

図1に選別の過程を記した。2021年1月までに発表された、査読付き論文を対象とし、オンラインデータベースの MEDLINE/Pubmed、PsycINFO を検索した。MEDLINE/Pubmed では、対象となる文献を網羅できるように以下の検索式を作成した。そして、研究デザインを無作為化比較試験のみとしてフィルターをかけ、検索する範囲を、タイトルのみとして検索した。

(parent* OR mother* OR father* OR maternal* OR paternal* OR famil*) AND (((mental* OR psychiatric* OR Bipolar* OR anxiety OR mood* OR affectiv* OR emotion*) AND (disorder*

OR illness* OR health*)) OR (schizo* OR depress* OR addict* OR substance OR alcohol* OR drug)) AND (intervent* OR treatment* OR therap* OR prevent*) AND (child* OR adolescen* OR infant* OR juvenile* OR kid* OR minor* OR offspring OR youth*)

PsycINFO では、以下の検索式を用いて、検索する範囲はタイトルのみとして、検索を行った。また、PsycINFO に契約しなくとも入手できる文献のみを対象とした。

(parent* OR mother* OR father* OR maternal* OR paternal* OR famil*) NEAR/3 (((mental* OR psychiatric* OR Bipolar* OR anxiety OR mood* OR affectiv* OR emotion*) AND (disorder* OR illness* OR health*)) OR (schizo* OR depress* OR addict* OR substance OR alcohol* OR drug)) AND (intervent* OR treatment* OR therap* OR prevent*) AND (child* OR adolescen* OR infant* OR juvenile* OR kid* OR minor* OR offspring OR youth*) AND (RCT OR "Randomized Controlled Trial")

なお「*」は、後に続く語がいかようであっても、「*」の前の語が一致していれば検出される。「NEAR/」は、「/」の後に続く数字の範囲以内で近接している語を検出する。MEDLINE/Pubmed では、近似演算子「NEAR/」は使用することができないため、「NEAR/」は用いなかった。以上のデータベース検索の結果、1270件の文献が集まった。

また、精神疾患の親を持つ子どもへの介入に関する主要なシステマティックレビュー (Döhnert, M., et al., 2021 ; Loechner, J., et al., 2018 ; Oja, C., et al., 2020 ; Siegenthaler, E., et al., 2012 ; Thanhäuser, M., et al., 2017) を選定し、引用文献から文献を収集した。結果、280件の文献が集まった。

4-3. 文献の選定の結果

適格性基準に照らし合わせてデータベース検索、引用文献検索を行った結果、31件の文献が集まった (図2参照)。

4-4. コーディング

コーディングは、(a) 出版年、(b) 著者、(c) タイトル、(d) 親の病名、(e) 子どもの年齢、(f) 介入方法、(g) 介入の対象 (親か、子どもか、親と子どもの両方か)、(h) 介入期間、(i) 主な結果変数、(j) サンプル数、(k) フォローアップ期間、(l) データ収集方法、(m) より成功していた群、(n) 地域とする。

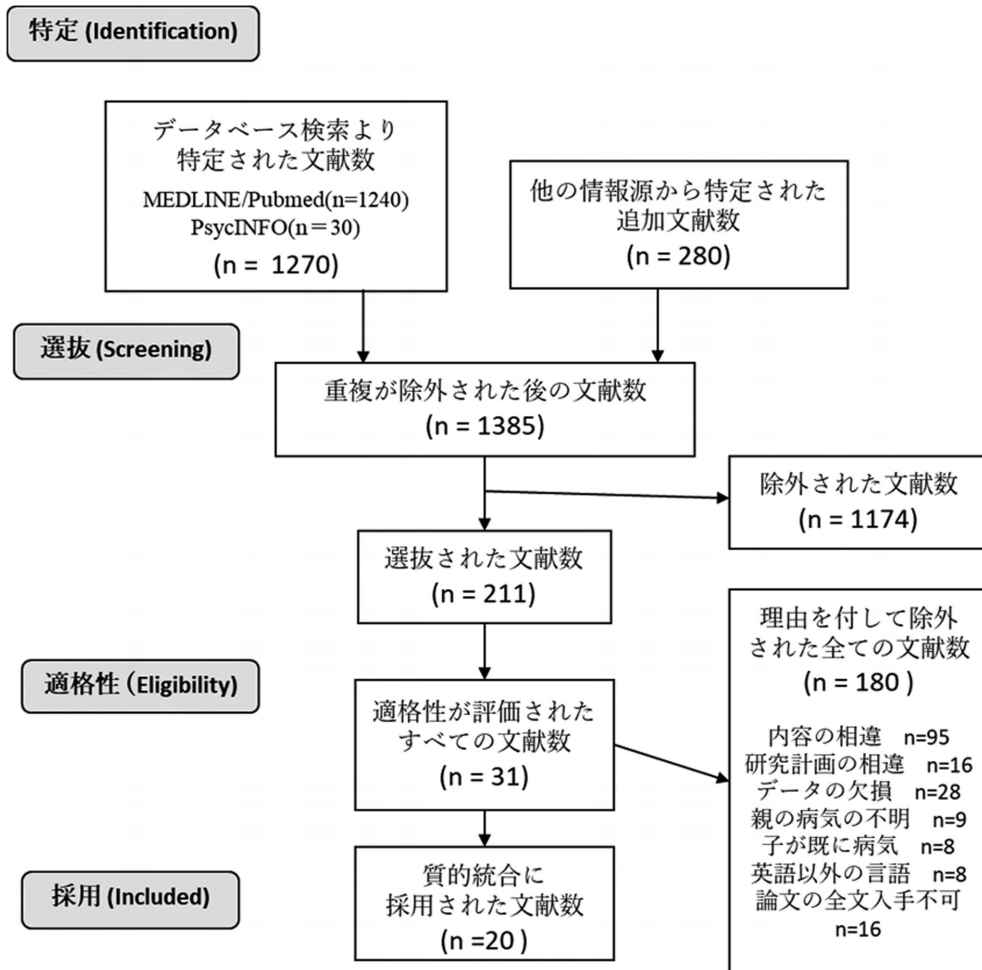


図2 文献選定の流れ

5. 結果

適格性基準を満たした31文献の内訳は、うつ病の親を持つ子どもへの介入に関する文献が20件、物質関連障害の親を持つ子どもへの介入に関する文献が6件、その他の精神疾患の親を持つ子どもへの介入に関する文献が5件となった。

うつ病の親を持つ子どもを対象とした研究が多い結果となったため、うつ病の親を持つ子どもへの介入について報告する20文献を対象として、さらに分析を行った。その結果、介入は概ね4つに分類された。それぞれの論文数と併せて記述すると、①家族全員を対象とする介入が5件、②認知行動療法に基づく介入が6件、③①と②を折衷した介入が5件、④親への介入が

表1 うつ病の親を持つ子どもへの介入に関して収集した文献の概要

著者、出版年	介入	対象群の介入	介入のセッション数	介入対象	介入対象の子どもの年齢	主な調査内容	サンプル数	調査のフォローアップ期間	結果概要	地域
1 Compas, E. B. et al. (2009)	Family Group Cognitive-Behavioral preventive intervention(FGCB)	自己学習式の心理教育	12回(週1×8回+月1×4回)	親子	9~15歳	子ども、うつ症状、心理社会的な状態、親、うつ症状	111家族	介入から2、6、12ヶ月後	FGCBは、介入から12カ月後において、子どものうつ症状や内在化問題に低下させ、特に外在化問題を大幅に低下させた。その効果は、FTI+CBTと同程度～それ以上だった。	アメリカ(北東部、南部)
2 Compas, E. B. et al. (2010)	Family Group Cognitive-Behavioral preventive intervention(FGCB)	自己学習式の心理教育	12回(週1×8回+月1×4回)	親子	9~15歳	子ども、うつ症状、心理社会的な状態、親、うつ症状、育児スキル	111家族	介入から6ヶ月後、12ヶ月後	FGCBは、子どものコーピングスキルと親の肯定的な意見行動に有意な変化をもたらした。結果として子どものうつ症状や心理社会的な不適応を減少させた。	アメリカ(北東部、南部)
3 Compas, E. B. et al. (2011)	Family Group Cognitive-Behavioral preventive intervention(FGCB)	自己学習式の心理教育	12回(週1×8回+月1×4回)	親子	9~15歳	子ども、うつ症状、心理社会的な状態、親、うつ症状	111家族	介入から18ヶ月後、24ヶ月後	FGCBでは、子どものうつ病の診断率が大幅に下がり、外在化問題が減少した。だが、親のうつ症状には効果かなかった。 ※Compas, E. B. et al. (2009)を引き続き調査した研究。	アメリカ(北東部、南部)
4 Compas, E. B. et al. (2015)	Family Group Cognitive-Behavioral preventive intervention(FGCB)	自己学習式の心理教育	12回(週1×8回+月1×4回)	親子	9~15歳	子ども、うつ症状、心理社会的な状態、親、うつ症状、病歴、その他、家族の社会的地位	90家族	介入から2、6、12、18、24ヶ月後	FGCBでは、子どものうつ症状、内在化および外在化問題が有意に減少した。	アメリカ(北東部、南部)
5 Breslend, L.N. et al. (2019)	Family Group Cognitive-Behavioral preventive intervention(FGCB)	自己学習式の心理教育	12回(週1×8回+月1×4回)	親子	9~15歳	子ども、うつ症状、心理社会的な状態	180家族	介入から6、12、18、24ヶ月後	FGCBによる子どもの内在化問題の減少は、子どもの社会的な問題行動の減少に効果を生むことが示された。	アメリカ(北東部、南部)
6 Beardslee, R.W. et al. (1997)	臨床医による個別の心理教育(FTIの前身)	講義による集団での心理教育	6~10回 ※子どもの人数に応じて変動	親子	8~15歳	子ども、うつ症状、心理社会的な状態、親、うつ症状、夫婦関係、家族関係など	37家族	介入から8週間後	両方の介入に効果認められたが、臨床医による個別の心理教育の方が、以下の点で効果が大きかった。 ・子どもの、親の病気への理解度 ・親の、子どもの体感への理解度 ・配偶者の気持ちの理解と、配偶者とのコミュニケーションの増加 ・病気への新たな対処方法の適用	アメリカ北東部
7 Beardslee, R.W. et al. (2007)	Family Talk Intervention(FTI)	講義による集団での心理教育	平均7回。 ※子どもの人数に応じて変動	親子	8~15歳	子ども、精神症状、親、精神症状、親機能、その他、家族機能	105家族	介入から4.5年後	どちらの介入も、家族機能の改善と、子どもの内在化問題の減少を同程度もたらした。ただ、FTIの方が、親の子どもへの関わりと、子どもの親の病気に関する理解を有意に高めた。	アメリカ北東部全域
8 Solantaus, T. et al. (2010)	Family Talk Intervention(FTI)	Let's Talk about the Children(LT)	FTI=6回 (子どもの人数に応じて増加)、LT=最大2回(各15~45分)	FTI: 親子、LT: 親	8~16歳	子ども、心理症状および社会的行動、不安症状、親、うつ症状、不安症状	119家族	介入から4、10、18ヶ月後	どちらの介入も子どものうつ症状や不安を低減させ、向社会的行動を促進させた。FTIは、特に介入直後の情動的な症状にLTより効果的であり、LTの効果は時間を経てから強まった。	フィンランド全土
9 Punamäki, L.R. et al. (2013)	Family talk intervention(FTI)	Let's talk about the children(LTC)	FTI=6回 (子どもの人数に応じて増加)、LT=最大2回(各15~45分)	親子	8~16歳	子どもの認知帰属、うつ症状、情動的な症状、	145家族	介入から10ヶ月後、18ヶ月後	LTCは、子どもの肯定的で機能的な認知を増加させ、うつ症状や情動的な症状を減少させた。一方、FTIの群においては、子どもの認知や抑うつ症状に変化は起こらなかった。	フィンランド全土

著者、出版年	介入	対照群の介入	介入のセッション数	介入対象	介入対象の子どもの年齢	主な調査内容	サンプル数	調査のフォローアップ期間	結果概要	地域
10 Giannakopoulos, G. et al.(2021)	Family Talk Intervention(FTI)	Let's talk about the children (LTC)	FTI=6回(子ども1人毎に増加)、LTI=最大2回(各15~45分)	FTI: 親子、LTI: 親	8~16歳	親、うつ症状、不安症状、子どもへの態度、家族機能、ソーシャルサポート	62 家族	介入から4、10、18ヶ月後	FTIとLTCの双方が、親と子どものうつ症状と不安症状を減少させ、受けたソーシャルサポートを増加させた。また、家族機能と親の子育てスキルの向上、子どもの問題行動の改善や社会的行動の増加もみられた。なお、LTCの子どもへのうつ症状に対する効果は、FTIに劣らなかった。	ギリシャ(アテネ)
11 Clarke, N. G. et al.(2001)	Group Cognitive-Behavioral Program (CBP)	通常のケア	15回(各60分)	子ども	13~18歳	子ども: 心理社会的な状態、精神症状、うつ症状	94 家族	介入から12ヶ月後、24ヶ月後	CBPは、うつ病エピソードの発生率を5分の1に減らし、しかし、介入から2年後のフォローアップにおいては効果が減少した。	アメリカ(北西部)
12 Lynch, L. F., et al.(2005)	Group Cognitive-Behavioral Program (CBP)	通常のケア	15回(各60分)	子ども	13~18歳	子どもに關して・うつ症状のない日数・医療費	93 家族	介入から12ヶ月後	CBPには、他の治療方法と同じくらい費用対効果があることを示した。	アメリカ(北西部)
13 Garber, J., et al.(2009)	Group Cognitive-Behavioral Program (CBP)	通常のケア	14回(週1×8回+月1×6回、各90分)	子ども	13~17歳	親子のうつ症状と経過	316 家族	介入から8週間後、6ヶ月後	Clark(2001)のCBPが、他の地域や他の臨床医によって行われても効果があることが示された。しかし、介入時にうつ症状がある親を持つ子どもには、効果が認められなかった。	アメリカ(南部、北西部、東部、北西部)
14 Beardslee, R. W., et al.(2013)	Group Cognitive-Behavioral Program (CBP)	通常のケア	14回(週1×8回+月1×6回、各90分)	子ども	13~17歳	親子のうつ症状と経過	316 家族	介入から2、9、21、33ヶ月後	CBPは子どもへのうつ症状を有意に減少させた。しかし、介入時に親に強いうつ症状があるとき、その効果は認められなかった。	アメリカ(南部、北西部、東部、北西部)
15 Brent, A. D., et al.(2015)	Group Cognitive-Behavioral Program (CBP)	通常のケア	14回(週1×8回+月1×6回、各90分)	子ども	13~17歳	子どものうつ症状、発達能力(学力や対人能力、SQ)	316 家族	介入から3、9、21、33、37ヶ月後	CBPは、全体として子どものうつ症状を減らし、発達能力に良い影響を与えた。その効果は介入から9か月後、最も強く、6年後まで続いた。ただ、介入時に親がうつ病である場合、効果が見られなかった。	アメリカ(南部、北西部、東部、北西部)
16 Weersing, R.V., et al.(2016)	Group Cognitive-Behavioral Program (CBP)	通常のケア	14回(週1×8回+月1×6回、各90分)	子ども	13~17歳	親子のうつ症状とその経過、子どもの家族葛藤に関する認知と親への信頼や感情のコントロール	310 家族	介入から9ヶ月後	CBPの効果が高い子どもの特徴として、①母親のうつ病の程度が重い、②対人関係のトラウマがある、③家族の葛藤にさらされている、④物質使用がある、が確認された。	アメリカ(南部、北西部、東部、北西部)
17 Mason, A. W., et al.(2012)	Project Hope	待機リスト対照群	14回(週1×8回+月1×6回、各90分)	親子	12~15歳	家族全員の病状への認識、家族の相互作用、親の子育て能力、親と子どものうつ症状とコピングスキル、子どもの物質使用	30 家族	介入から5ヶ月後	家族の病状に対する受け止め方、親の子育て能力、親と子のコピングスキル、子どものアルコール摂取量に有意な改善がみられた。	アメリカ(西海岸)
19 Weissman, M. M., et al.(2006)	母親に、薬物治療と必要に応じて認知行動療法を奨励まで行う	待機リスト対照群	—	母親	7~17歳	子ども: 精神症状、心理社会的な状態、臨床医による発達のアセスメント、母親: うつ症状	母子 151組	介入から3ヶ月後	母親のうつ病の寛解は、子どものうつ病の診断とうつ症状の減少に有意に関連した。	アメリカ
18 Plotsky, J. D., et al.(2008)	母親に、薬物治療と必要に応じて認知行動療法を奨励まで行う	待機リスト対照群	—	母親	7~17歳	子ども: 精神症状、臨床医による発達のアセスメント、母親: うつ症状	母子 151組	介入から3、6、9、12ヶ月後	治療による母親のうつ症状の減少と、子供の精神症状の減少には、有意な関連があった。	アメリカ
20 Coiro, J.M., et al.(2012)	母親に、薬物療法または認知行動療法を寛解まで行う	通常のケア	—	母親	4~11歳	子ども: うつ症状と適応スキル、母親: うつ症状	母子 82組	介入から6ヶ月後、12ヶ月後	治療の割り当てに関連なく、うつ病が寛解した母親の子どもは、母親がうつ病のままであった子どもよりも行動の問題が有意に少なかった。	アメリカ

3件、となった。詳しくは、表1にまとめた。

以下、順に抽出された介入の概要を述べる。

①家族全員を対象とする介入：Family Talk Intervention（以下、FTI）（5件）

FTIの目的は、親の子育てスキルを伸ばすこと、子どもの親の病気への理解を促すこと、親の病気に対しての家族内のコミュニケーションを促進することである。親のうつ病に対する子ども達の自責の念を減らし、子ども達が交友関係を育み、自立することを助けるようにデザインされている。

FTIは、プライマリ・ケア医やソーシャルワーカー、精神科看護師、心理士などの精神保健の専門家によって、6～11セッションで行われる。介入は、①親セッション、②子どもセッション、③親のみの計画セッション、④家族セッションという流れで行われる。なお、参加する子どもの人数が増えるたびに、子どもセッションの数が増える。

親セッションでは、うつ病を患う親と、可能であれば配偶者を対象し、家族史や家族の現在の状況について聞き取り、うつ病や子どものレジリエンスに関して支援者が心理教育を行う。続く②子どもセッションでは、親の病気に対する子どもの疑問や不安を聞き取り、子どもの心理社会的な状態をアセスメントする。その後、③計画セッションでは、うつ病を患う親と可能であればその配偶者を対象とし、子どもセッションの内容を受けて、今後の子どもへの関わり方や、病気と家族がうまく付き合っていく方法などを話し合う。最後に、④家族セッションでは、親は、支援者の助けを借りながら、病気と家族がうまく付き合っていく方法を子どもと話し合う。

②認知行動療法に基づく介入：Coping With Stress course（以下、CWS）（6件）

CWSの目的は、子どものコーピングスキルの向上と、自らとうつ病の親に対する非機能的信念を変えることである。CWSは、3～10人の10代の子ども達を1グループとし、週に1回のセッション（90分間）を8回、その後フォローアップセッションとして月に1回のセッションを6回、計14回行われる。実践場所としては、小・中・高等学校、地域保健医療福祉機関、医療機関、放課後における課外プログラムがあげられている（Kilburn, M. R., et al., 2014）。実施者としては、修士号を取得しており、児童に対してグループでの心理教育を行った経験のあるスクールカウンセラー（以下、SC）によって行われる。実施者は、ロールプレイなどの40時間のトレーニングを受けてから行う。

子ども達は、SCから認知再構成法や、対人的な問題解決スキルを習ったり、コミュニケーション能力を養う。認知再構成法では、例えば「母親がうつ病だから自分も病気になる運命

だ」と思いこむような、うつ病の親に関連する非現実的で否定的な認知の変容に焦点が当てられる。

なお、CWS はうつ病歴がある親を対象としているため、介入の対象となる親には寛解した者も含まれている。

③ FTI と CWS を折衷した介入：Family Group Cognitive-Behavioral preventive intervention (以下、FGCB) (5 件)

FGCB は、FTI と CWS を折衷した介入である。認知行動療法をベースとし、親と子どもの関わり方を変えることと、子どものコーピングスキルの向上を目的とする。

FGCB は、FGCB は、およそ 4 家族を 1 グループとし、ソーシャルワーカーと臨床心理学専攻の大学院生によって、計 12 回行われる。流れとしては、①親子合同セッション（親子一緒にうつ病の家族への影響や対処方法を学ぶ、週 1 回を 3 回）、②親子分離セッション（親子は別室に分かれ、親は子どもへの関わり方、子どもは認知再構成法や問題解決スキルを別々に学ぶ、週 1 回を 5 回）、③フォローアップセッション（親子別に今までの学びの振り返りや追加のスキルの学びを行う、月 1 回を 4 回）の順に行われる。

④ 親への介入：Let's Talk about the Children (以下、LTC) (3 件)

LTC は、親のみに対する支援であり、親の子どもへの関わり方の向上を目的とする。実施者は、ソーシャルワーカーや精神科看護師、心理士、プライマリケア医などの精神保健の専門家であり、15分～45分間のセッションを 2 回程度行う介入である。支援者は、普段の治療の一部の中で、親が、病気を抱えながら子育てを行うことに関する悩みや不安を聞き、より良い子どもとの関わりができるように親と一緒に考える。また、親には子どもと関わる際に参考になるガイドブックも渡される。ガイドブックには、症状がある時の子どもへの接し方などの情報が掲載されている。

LTC は、FTI の対象群として介入の効果測定に用いられていたが、FTI と同程度ほどの効果を持つことが示されている。LTC と前述した FTI は、フィンランド全国の成人向けの精神科にて、精神科医やかかりつけ医によって実施されている。フィンランドでは、子どもの精神的健康の推進のために、Effective Child and Family (EC&F) programme を 2001 年より国全体で開始したが、その際に FTI を導入し、より簡易的な介入として独自に LTC を開発し実施したという経緯がある。

⑤その他の介入：親への薬物療法（3件）

親に薬物治療を行い、うつ病が寛解すると、間接的に子どもの抑うつ症状とうつ病の診断率が減少することを明らかにしている文献が3件あった。

6. 考察—うつ病の親を持つ子どもへの介入について—

精神疾患の親を持つ子どもへの介入を検索した結果、うつ病の親を持つ子どもへの介入に関する文献が多かった。うつ病は他の精神疾患と比べて有病率が高く、うつ病の親が子どもに与える負の影響も大きい。また、青年期のうつ病の発症においては、親がうつ病であることが危険因子の1つとして認知されている。以上より、うつ病の親を持つ子どもへの介入の必要性に注目が集まり、文献数が多いのではないかと考える。

6-1. 介入の効果の違いの検討

考察の1点目として、FTI、CWS、FGCB、LTCの4種類の介入について、効果の違いを検討する。CWSは、子どもの抑うつ症状の発症リスクを5分の1にしたが、親が介入時にうつ症状がある場合に効果が乏しいことが抽出したすべての文献において報告されていた。CWSは、親を介入の対象とせず、子ども側のリスク要因にのみ働きかける介入である。うつ病の親を持つ子どもがリスク要因を抱えるに至るには、母親や環境との相互作用があると考えられる（Goodman, S. H., et al., 1999）。CBTは、母親や環境にまでアプローチしないため、いくら子どものストレスコーピングスキルを向上させても、母親のうつ症状が強いと効果が薄くなったと考える。

一方、CWSとFTIを折衷した介入であるFGCBは、CWS・FTIと同程度かそれ以上の効果を示した。FGCBは、母親の子育て行動と子どもの認知・対人関係スキルの双方にアプローチするため、強い効果が認められたと考える。

FTIは、親に関しては子育て能力の向上、抑うつ症状の改善をもたらし、子どもに関しては、親の病気への理解の増加、抑うつ症状、行動問題の改善をもたらした。また、家族機能や配偶者とのコミュニケーションの増加にも介入の効果が認められる点がFTIの特徴である。FTIは、子どもの認知や対人関係スキルに介入しないものの、母親の子どもとの関わり方や家庭内の環境を整えることによって子どもに対して効果を上げたのではないかと考える。

LCTに関しては、親のみへの介入であり、親の子育て能力の向上、うつ病への理解の増加をもたらした。さらに、子どもに対しても肯定的な認知の変化や抑うつ症状、行動問題の改善をもたらした。この結果は、親の育児スキルを支援することで、親が子どもに与える負の影響が減ったためだと考える。また、LTCは、セッション数が2～3回の簡易的な介入でありな

がら、セッション数が6回程度のFTIと同程度の効果を示す。ただ、LCTはFTIに比べて時間を経てから効果が現れることが報告されている。FTIによる効果は、介入から4か月の間に発生する傾向があったが、LTCの効果が現れるまでにはより時間がかかった。その理由は、親のみに対する介入であるLCTでは、親の子どもへの関わりが変わり、子どもに影響が与えられるまで時間がかかるためだと考える。なお、日本でLCTを試験的に実施し、安全性や有用性を確認した研究も存在した(Ueno, R., et al., 2019)。

以上より、精神疾患の親を持つ子どもを支援するには、子どもだけを支援するより、親を含めた支援の方が適していると考ええる。その理由は、児童期青年期において子どもだけを支援しても、子どもは親の影響を免れることができないためである。ただし、うつ病が寛解した親の子どもや、親と別居する子どもには有効だと考える。

6-2. 日本における介入の実践のしやすさの検討

考察の2点目として、FTI、CWS、FGCB、LTCの4種類の介入について、日本での実践のしやすさを検討する。

FTIに関して

FTIは、主に総合診療専門医による実施を想定して開発されている(Beardslee, R. W., et al., 2003)。総合的診療専門医とは、プライマリ・ケアを行う医師のことであり、プライマリ・ケアとは、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである(一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会, 2021)。なお、日本でプライマリ・ケアを行う医師については、「かかりつけ医」「家庭医」「総合診療医」などの名称があるが(河田ら, 2021)、本稿では総合診療専門医と記載する。

総合診療専門医は、患者の家族・生活背景まで考慮して診療を行うため、家族全体にアプローチするFTIに馴染みやすいと考える。加えて、欧米では総合診療専門医の存在が一般的であり、総合診療専門医への精神医療に関する体系的な教育も進んでいる(Xierali, I. M., 2013)。そのため、FTIはフィンランド全土で実践され、アメリカやギリシャにおいても研究・実践が進んでいると考える。

日本においては、2017年より総合診療専門医が19番目の基本領域専門医として追加され(厚生労働省, 2011)、2018年より日本専門医機構が総合診療専門医の育成を行っている(一般的社団法人日本専門医機構, 2021)。このように日本でも総合診療専門医の育成は進んでいるが、普及は諸外国に比べて遅れている(フィリップ・ザゾフら, 2015)。また、総合診療専門医に対する精神医療の教育体系も日本では十分ではなく(河田ら, 2021)、精神科医療における脱施設化

や地域ケアも進展が遅れている（伊藤、2012）。このため、日本において FTI が実践しやすい環境が整うまでにはもう少し時間がかかり、現段階では FTI は実践しにくいと考える。

FGCB に関して

FGCB は親と子どもの両方に働きかける介入であり、ソーシャルワーカーや心理士によって行われる。そのため、FGCB を実践するならば、親が通う精神科において行われると推測する。しかし、FGCB は心理教育の 1 種であるが、心理教育は診療報酬には反映されておらず、精神医療の日常臨床の中で、当たり前に行われるには至っていない（伊藤、2015）。加えて、精神科病院における心理教育の実施における困難として、職員の数や質の確保、心理教育を行う時間的余裕のなさや知識不足などがあげられている（根本、2014）。これらの問題は、もとをたどれば精神科特例による精神科病院の人員配置の少なさや、診療報酬獲得を優先した病院の経営があるとされている（根本、2014）。

また、FGCB は日本で行われる通常の心理教育よりもセッション数と頻度が多い。FGCB は、週 1 回を 8 回、月 1 回を 4 回行う計 12 回のセッションからなり、親と子どもを別々のグループに分けて行う。日本の家族心理教育は、よく取り上げられる国府台方式で、月 1 回計 8～10 回の頻度で実施される（後藤、1995）。このため、FGCB は日本で行われる通常の心理教育よりも負担が大きいと考える。

また、FGCB を実践するにあたっては、親が通う精神科に子どもを連れてくることになると思う。しかし、病院には安全面を考慮して家族を病棟に入れないという従来の収容管理意識が残っている場合がある（根本、2014）。また、精神科医療機関における支援者は、直接担当する患者の支援で手いっぱいであり、患者の子どもを支援することまで手が回らないことがあるとされる（大野ら、2015）。

以上より、FGCB を精神科病院で行うにあたっては、困難が大きく、日本での導入は実用的ではないと考える。

CWS に関して

CWS は主に教育機関において、修士号を持ち、児童に対してグループでの心理教育の経験がある SC が実施することが想定されている（Kilburn, M. R., et al., 2014）。しかし、日本での SC の業務は個人臨床が中心であり、心理教育を含むグループアプローチは SC としての必須の業務や経験であると考えられていない（楠本、2009）。また、学校において心理教育の主な実施者は教員であるが、教員の多忙さと学校カリキュラムの可塑性の無さにより、学校で心理教育が行われることはほとんどない（山崎ら、2021）。このため、現在、CWS を教育機関で実施

することは難しいと考える。

ただし、近年 SC には、道徳や総合的な学習の時間における心理教育の実践が求められており、事例報告も複数例存在する（石倉ら、2016）。また、SC の多くを占めている臨床心理士にかわり、今後は公認心理士の活躍が期待されている。公認心理士の養成時には「心の健康教育」に関連した授業が設定されており、心理教育の実践が広まることが予想される（山勝ら、2019）。今後、学校教育において SC による心理教育の実践が行われれば、教育機関内で CWS を実施できる可能性があると考ええる。ただし、うつ病の親を持つ子どもをどのように特定するかに課題があると考ええる。

次に、CWS の実施において、家族会運動と連携した支援の可能性を検討する。伊藤（2015）は、家族支援は支援ニーズが高いにも関わらず、支援が十分にいきわたっていないことを問題としてあげる。科学的に根拠のある実践でも、現場にとって複雑であったり、財源が確保されないために実践・維持が困難なことがしばしばあるとし、その際の 1 つの選択肢として、家族会運動などと連携しながら支援を展開する可能性を示している（伊藤、2015）。

家族会運動は、ピア（peer：仲間）の関係にある家族同士が、自分達の生活を取り戻し（recovery）、自分達で支え合い元気を取り戻すために（empowerment）行われ、精神保健の専門家によって行われる「治療」とは異なる枠組みを持っている（伊藤、2015）。日本でのピアによる支援プログラムには、家族による家族学習会がある（伊藤、2015）。これは、全 5 回を 1 コースとして精神障害のある家族を対象者に、全国各地域の家族会が開催している。決められたテキストを小グループで読みながら体験を語り合い、家族自身の体験に基づいた知識や知恵を共有する。また、疾患・治療・対応の仕方などの情報も提供される。これにより、家族同士の支え合いの場が生まれ孤独感が和らぎ、正しい知識や対応の仕方でも学ぶことができる（公益社団法人全国精神保健福祉会連合会、2018）。このような家族学習会や家族会は、多くが精神障害の子どもを持つ親を対象にするものが多かった。しかし、2018年には「精神疾患の親を持つ子どもの会（子どもびあ）」が発足し（塩入、2018）、子どもの立場向けの家族学習会や「つどい」が各都市で行われるようになりつつある（子どもびあ、2021）。

このような家族学習会やつどいに心理職を招き、CWS を行うことも 1 つの方法であると考ええる。CWS は子どものみのグループで行われるため、子どもの立場向けの家族学習会との親和性は高いと考える。

また、精神疾患の親を持つ子どもは、成人後も人との接し方や距離感に対する苦手意識や、自分への自信のなさ、生きづらさを抱えている（田野中、2019）。このような苦しさは、家族学習会やつどいに参加した者からもよく語られている（こどもびあ、2021）。子どもの認知・対人関係スキルにアプローチする CWS を、家族学習会やつどいにおいて導入すれば、子どもが対

人関係に問題を抱えるリスクを減らしたり、認知的な偏りに対処できるようになると考える。うつ病の親を持つ子どもは、対人関係のスキルや他者の認識の困難によってうつ病を発症しやすいため（Hammen, C., et al., 2001）、CWSを行うことによってうつ病の親を持つ子どもの精神疾患の発症リスクを減らすことができると考える。加えて、つどいそのもののピアの効果によって孤立感が減ったり、エンパワメントされたりする効果もあると考える。

なお、精神疾患の親を持つ子どものつどいや家族学習会の参加者は、成人が多いとされている。CWSは介入時点で親がうつ病であると効果がみられなくなるが、成人であれば親と別居することもでき、うつ病を患う親や家庭環境からの影響がある程度制限されると考える。ただし、児童期青年期の子どもに対して開発されたCWSを成人に適用するにあたって、内容が適当であるか、効果が見られるかに関して検討が必要であると考ええる。また、全5回を1コースとする家族学習会と異なり、CWSは全14回のプログラムであるため、実施者や参加者の負担についてより検討する必要があると考える。

上記のような障壁はあるが、家族学習会やつどいと連携してCWSを行うことは1つの方法であると考ええる。

LTC に関して

LCTは、専門家が日常業務の中でも実施できるよう、特別なセッティングを用いずに、専門家と親の双方に敷居が低くなるように開発されている（上野、2019）。また、簡潔に構造化され、セッション回数は2～3回、1回30～40分程度と少ない。それ故、LTCはフィンランド全土における成人の精神科領域や、学校、幼稚園、保育園、ネウボラ、児童福祉機関などで実施されている。なお、ネウボラとはフィンランドの子育て中の子どもと家族を対象とした、医師、看護師、保健師などが対応する相談の場である（吉川、2016）。実施者は、精神科医、精神科看護師、心理士、ソーシャルワーカー、教員、家族療法家、児童保護に関わる福祉職などであり、多様である（上野、2019）。

LTCならば、親が通院する際に、精神科医療機関において心理士や精神保健福祉士などのコメディカルが実践しやすいと推察する。ただし、成人を対象とする精神科において育児支援を行うにあたって、患者に子どもがいるかを確認する必要や、支援者が家族や子育てに関する知識を備える必要があるなどの障壁があると考ええる。

そこで、LCTを保健所において実践していくことが1つの方法ではないかと考える。保健所における、精神疾患の親に対する育児支援は、既に事例報告が複数例存在している。保健師は、病状の育児への影響を小さくしたり、家族全体での育児能力を高めたり、関係機関と連携を行ったりして母親の育児を支援していた（蔭山ら、2013）。

うつ病を患う母親は、易怒性や易刺激性によって子どもに対して否定的・強制的な関わりが多く、抑うつによって子どもとの十分なふれあいの機会が少ない (Lovejoy, M. C., et al., 2000)。このような育児は、子どものうつ病発症などのリスク要因となる (Beardslee, W. R., et al., 1997)。よって、蔭山ら (2013) が報告する保健師による育児支援は、子どもにとって健全な母子関係と過ごしやすい家庭環境を作り、間接的に子どもの支援になると考える。また、保健師による育児支援は、親の育児支援によって子どもを支援する LCT と似ていると考える。そのため、保健師が行っている育児支援の中に LCT を取り入れるとよいのではないかと考える。

ただ、保健師の支援が行われる時期は、子どもの出産直前～出産後が多く、子どもの児童～青年期までは行われない。このため、課題として、児童・青年期の子どもを持つ親まで対象に入れることがある。しかしながら、実践例も存在するため、保健師による育児支援の中に LCT を組み込み、うつ病の親を持つ子どもの母親に対しての育児支援が行われると良いと考える。

7. 結論

精神疾患の親を持つ子どもへの介入には、うつ病の親を持つ子どもへの介入に関する報告が多く、FTI、CWS、FGCB、LTC の 4 種類の介入が見つかった。日本においては、LTC を医療分野や保健分野において、CWS を精神疾患の親を持つ子どものつどいにおいて実践できる可能性が高いと考えた。

8. 今後の課題と本研究の意義

本稿では、文献を収集する際に研究デザインを無作為化比較試験に限定したため、本稿で抽出した FTI、CWS、FGCB、LTC 以外にも精神疾患の親を持つ子どもに対する介入が存在する可能性がある。また、筆者は現場を十分には知らない大学院生の立場であるため、日本における適用可能な介入を論じるにあたって、机上の空論にしか過ぎない可能性がある。さらに、長沼 (2021) は、精神疾患の親を持つ子どもの世帯を支援する上で、医療機関以外にも、家事援助サービスの利用や各種の経済的支援、子どもに対する居場所の提供支援などを行う必要性を述べている。今後は福祉的な視点も取り入れ、支援をより包括的に考える必要がある。

以上の課題はあるものの、本稿はうつ病の親を持つ子どもに関する海外の知見と介入方法を幅広く紹介し、日本の現状に即して支援方法を考察した。このことは、うつ病の親を持つ子どもの支援を進めるにあたって、一定の意義があると考ええる。

参考文献

- American Psychiatric Association (2013) DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS FIFTH EDITION、高橋三郎・大野裕監訳、染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村将・村井俊哉（2014）DSM 5 精神疾患の診断・統計マニュアル、医学書院
- Anderson, C. M., Reiss, D. J., Hogarty, G. E. (1986) SCHIZOPHRENIA AND THE FAMILY A Practitioner's Guide to Psychoeducation and Management., Guilford Press, 鈴木浩二・鈴木和子監訳、鈴木浩二・鈴木和子・崎尾英子・木下敏子・中村はるみ訳（1988）統合失調症と家族—心理教育とその実践の手引き—（上）、金剛出版
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., O'Connor, E. E. (2011) Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: a review., *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*., 50-11, pp.1098-1109
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., Wright, J. E., Cooper, B. A. (2003) A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk — Evidence of Parental and Child Change —, *Pediatrics*, 112-2, pp.119-131
- Beardslee, W., Versage, E., Wright, E., Salt, P., Rorhberg, P., Drezner, K., Gladstone, T. (1997) Examination of preventive interventions for families with depression: Evidence of change., *Development and Psychopathology*, 9-1, pp.109-130
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., Wing, J. K. (1972) Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication., *The British Journal of Psychiatry*, 121-562, pp.241-258
- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., Christensen, H. (2009) Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis., *BMC Medicine*, 7-79
- Downey, G., Coyne, J. C. (1990) Children of Depressed Parents: An Integrative Review., *Psychological Bulletin*, 108-1, pp.50-76
- Feurer, C., Hammen, C. L., Gibb, B. E. (2016) Chronic and Episodic Stress in Children of Depressed Mothers., *J Clin Child Adolesc Psychol*., 45-3, pp.270-278
- Garber, J., Flynn, C. (2001) Predictors of depressive cognitions in young adolescents., *Cogn Ther Res*., 25, pp.353-376
- Goodman, S. H., Gotlib, I. H. (1999) Risk for Psychopathology in the Children of Depressed Mothers: A Developmental Model for Understanding Mechanisms of Transmission., *Psychological Review*., 106-3, pp.458-490
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., Heyward, D. (2011) Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review., *Clin Child Fam Psychol Rev*, 14, pp.1-27
- Grunebaum, H., Cohler, B. J., Kauffman, C., Gallant, D. (1978) Children of depressed and schizophrenic mothers., *Child Psychiatry and Human Development*, 8-4, pp.219-228
- 後藤雅博（1995）心理教育的アプローチ—再発防止のための家族プログラム—、伊藤順一郎・後藤雅博・遊佐安一郎編（1995）援助技法の実際、星和書店、pp.171-197
- 畑山敦子、母はうつ16歳「頼りたいのに」、朝日新聞、2020.12.23、朝刊、p.25（聞蔵Ⅱビジュアル）
- 羽尾和紗・蔭山正子（2019）精神疾患を患う母親をもつ子どもの生活体験と病気の気づき、日本公衆衛生看護学会誌、8（3）、pp.126-134
- Hammen, C., Brennan, P. A. (2001) Depressed adolescents of depressed and nondepressed

- mothers: tests of an interpersonal impairment hypothesis., *J Consult Clin Psychol.*, 69-2, pp. 284-294
- Hammen, C., Henry, R., Daley, S. E. (2000) Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 782-787
- Hautzinger, M., Linden, M., Hoffman, N. (1982) Distressed couples with and without a depressed partner: an analysis of their verbal interaction., *J Behav Ther Exp Psychiatry.*, 13-4, pp.307-314
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., Welch, V. A. (2020) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.1* (updated September 2020)., Cochrane. Available from www.training.cochrane.org/handbook.
- 石倉篤・中田行重 (2016) 学校の授業におけるスクールカウンセラーが行う心理教育の今日的課題、*関西大学心理臨床センター紀要*、7、pp.57-66
- 伊藤順一郎 (2012) 精神科病院を出て、町へ ACT がつくる地域精神医療、岩波書店
- 伊藤順一郎 (2015) 統合失調症患者の家族支援、精神保健研究、61、pp.13-21
- 一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会 (2021) プライマリ・ケアとは？ (医療者向け)、<http://www.primary-care.or.jp/paramedic/>、2022.1.17
- 一般社団法人日本専門医機構 (2021) 総合診療専門医とは、<https://jmsb.or.jp/sogo/>
- 藍山正子・田口敦子 (2013) 精神障がいをもつ母親への保健師による育児支援技術—病状と育児のバランスを図る—、*日本地域看護学会誌*、16(2)、pp.47-54
- 河田祥吾・岡田唯男・高橋亮太・鶴飼万実子 (2021) 総説 家庭医の専門医養成におけるメンタルヘルスの competency に関する scoping review、*日本プライマリ・ケア連合学会誌*、44(3)、pp. 116-127
- Kilburn, M. R., Cannon, S. J., Mattox, T., Shaw, R. (2014) Programs That Work, from the Promising Practices Network on Children, Families and Communities., RAND Corporation
- Klimes-Dougan, B., Free, K., Ronsaville, D., Stilwell, J., Welsh, C. J., Radke-Yarrow, M. (1999) Suicidal ideation and attempts: a longitudinal investigation of children of depressed and well mothers., *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, pp.651-659
- こどもぴあ (2021) 家族学習会・つどい、https://kodomoftf.amebaownd.com/pages/828211/page_201702012156、2021.1.15
- 公益社団法人全国精神保健福祉会 (2018) 家族による家族学習会 手引書、https://seishinhoken.jp/files/view/articles_files/src/bf3b0b0451f58c9e8c166d294089e99e.pdf、2022.1.17
- 厚生労働省 (2011) 専門医の在り方に関する検討会報告書、<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r985200000300lb.pdf>
- 厚生労働省 (2017) 患者調査の概況、<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/kanja.pdf>、2022.1.19
- 楠本和彦 (2009) スクールカウンセラーによる構成的なグループ・アプローチ実施の留意点—個人臨床との異同を中心に—、*人間関係研究*、8、pp.208-215
- Leff, J. P., Vaughn, C. (1985) Expressed emotion in families., 三野善央・牛島定信訳 (1991) 統合失調症と家族の感情表出、金剛出版
- Leijdesdorff, S., van Doesum, K. T., Popma, A., Klaassen, R. M., van Amelsvoort, T. (2017) Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review., *Current Opinion in Psychiatry*, 30, pp.312-317

- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., Neuman, G. (2000) Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review., *Clin Psychol Rev.*, 20-5, pp.561-592
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., Suddath, R. L. (2003) A Randomized Study of Family-Focused Psychoeducation and Pharmacotherapy in the Outpatient Management of Bipolar Disorder., *Archives of General Psychiatry.*, 60-9, pp.904-912
- Monti, J. D., Rudolph, K. D., Abaied, J. L. (2014) Contributions of maternal emotional functioning to socialization of coping., *J Soc Pers Relat.*, 31-2, pp.247-269
- Mowbray, C. T., Bybee, D., Oyserman, D., Marfarlane, P., Bowersox, N. (2006) Psychosocial outcomes for adult children of parents with severe mental illnesses: demographic and clinical history predictors., *Health and Social Work*, 31, pp.99-108
- 長江美代子・土田幸子 (2013) 精神障がい親と暮らす子どもの日常生活と成長発達への影響、日本赤十字豊田看護大学紀要、8 (1)、pp.83-96
- 長沼葉月 (2021) 精神疾患のある親と暮らす子どもの世帯を支える制度の整備状況に関する探索的検討、人文学報、社会福祉学、37、pp.63-82
- 根本友見 (2014) 精神科病院における心理教育の実施に向けて—導入期における意見交換に焦点をあてた経過報告—、了徳寺大学研究紀要、8、pp.27-40
- O'connell, M. E., Boat, T., Warner, K. E., Children, B. O. (2009) Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities., The National Academies Press
- O'Hara, M. W. (1986) Social Support, Life Events, and Depression During Pregnancy and the Puerperium., *Archives of General Psychiatry*, 43-6, pp.569-573
- 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)、pp.2-13
- Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., Uher, R. (2014) Risk of Mental Illness in Offspring of Parents With Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Family High-Risk Studies., *Schizophrenia Bulletin*, 40-1, pp.28-38
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2016) Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 2015、井上令一監修、四宮滋子・田宮聡訳 (2016) カプラン臨床精神医学テキスト: DSM-5 診断基準の臨床への展開 第3版、メディカル・サイエンス・インターナショナル
- 塩入彩 (2018) 「親が精神疾患」語り合おう 経験者たちが会を発足、朝日新聞、2018.1.22、朝刊、p.29 (開蔵Ⅱビジュアル)
- 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)、pp. 23-32
- 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、9、pp.71-83
- 土田幸子・宮越裕治 (2017) 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—、鈴鹿医療科学大学紀要、24、pp.52-65
- 上野理絵 (2019) フィンランドにおける精神疾患をもつ親と子ども・家族への支援—Let's Talk About Childrenを中心—、こころの健康、33 (2)、pp.48-57
- Ueno, R., Osada, H., Solantaus, T., Murakoshi, A., Inoue, T. (2019) Safety, Feasibility, Fidelity, and Perceived Benefits of an Intervention for Parents with Mood Disorders and Their Children —“Let's Talk About Children” in Japan., *Journal of Family Psychotherapy*, 30 (4), pp.272-291

- Vaughn, C. E., Leff, J. P. (1976) The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness: A Comparison of Schizophrenic and Depressed Patients., *The British Journal of Psychiatry*, 129-2, pp.125-137
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., Verdelli, H. (2006) Offspring of depressed parents: 20 years later., *Am J Psychiatry*, 163, pp.1001-1008
- Xierali, I. M., Tong, S. T., Petterson, S. M., et al. (2013) Family Physicians Are Essential for Mental Health Care Delivery., *J Am Board Fam Med*, 26-2, pp.114-115
- 山崎勝之 (2019) 公認心理師としての学校予防教育から教育臨床へのかかわり方、鳴門教育大学学校教育研究紀要、33、pp.85-94
- 山崎勝之・青木多寿子・横嶋敬行・影山明日香・野口太輔・伊住継行・原範幸・滝あい・内田香奈子・田村隆宏 (2021) 自主企画シンポジウム JG 学校での「心理教育」を促すもの、阻むもの—教員こそができること、やるべきこと—、日本教育心理学会 第63回発表論文集、pp.98-99
- 吉川はる奈・尾崎啓子 (2016) フィンランド・ネウボラにみる子どもと家族を支えるしくみの検討—支援のしくみと利用者の意識の特徴—、埼玉大学教育学部附属教育実践総合センター紀要、15、pp.129-134
- Zazove, P.・井上真智子・本原理子・Fetters, M. D. (2015) 大学における家庭医療学講座設置の意義 (総説)、日本プライマリ・ケア連合学会誌、38(4)、pp.358-368