

低身長児の生活の質評価に関する研究:心の問題スクリーニングに向けて

主任研究者	柿沼美紀	(日本獣医生命科学大学)
共同研究者	上村佳世子	(文京学院大学)
	高橋桃子	(日本大学医学部附属板橋病院)
	宮尾益知	(国立成育医療研究センター)
	廣中直行	(NTTコミュニケーション科学基礎研究所)
	上林靖子	(中央大学)
	丹羽洋子	(育児文化研究所)
	長田久雄	(桜美林大学大学院)
	小林 登	((財)中山科学振興財団)

はじめに

低身長による二次的な問題として低身長であることに伴う精神的、知的(Stabler et al 1994)、あるいは社会的認知発達の遅れ(沖他 2003、長田他 2003、柿沼他 2004)がしばしば指摘されている。しかし、精神的あるいは社会的な問題が低身長のためなのか、あるいは親の養育不安や周囲の対応、その他の医療的問題などの要因によるかは明らかではない(Erling 2004)。

著者らはこれまでに低身長の治療を受けている親子を対象に多角的に調査を行ってきた。その結果、低身長の治療は基本的に効果が見られ、本人、家族及び医療従事者にとって満足のいくものとなっている(柿沼他 2009)。中でも低身長で受診している就学前の子どもの母親は、自分は子育てにおいて社会的に周囲に支えられていると感じていた(柿沼他 2008)。これは定期的に受診することで、医療関係者と相談ができることも関係している可能性がある。しかし、小学校高学年になると一般と同じ程度に子育てに不安を持ち、子どもに対して拒否感をいだくようになり、子どもは平均よりも高い頻度で親に対して不満(夫婦の不和、厳しいしつけ、達成要求、被拒絶感)を感じていた(柿沼他 2007)。医療関係者を対象とした調査からは、思春期に入ると子どもが治療に抵抗するようになり、多くの家族が子どもを説得しながら治療の継続を促している様子が伺えた(柿沼他 2009)。子どもは日々の皮下注射や定期的な受診、採血などを介して親や医療関係者の管理下におかれる。一般的には思春期は親子の距離が広がる時期だが、低身長児の場合は他の慢性疾患同様に治療のために親が子どもに介入せざるをえない状況にある。親に対する不満はそれを反映している可能性もある。治療を続ける子どもたちの QOL のためにも、親の負担の軽減のためにも精神的な問題を引き起こしやすい要因を特定し、予防を講じる必要がある。

本研究では、2006 年に実施した親子関係診断テスト(FDT)の結果をもとに、親子関係及び精神的状態に影響する要因について検討した。結果をふまえ、二次的な問題の予防策及び FDT をコンサルテーション資料として活用の可能性について検討する。

方法

調査方法:全国の低身長児の治療を行っている小児科 20 箇所にて調査協力を依頼。外来で親子が調査用紙に記入、医師が回収し返却。11 機関が調査用紙を返却、105 部配布、33 部回収。回収率 31%。出生時体重が 2000g 以上を対象とした。有効回答数 29 部。低身長の治療中(経過観察 2 名を含む)の小学校 4 年から中学 3 年の子と親、33 組(小学生 20 名、中学生 13 名、男児 16 名、女児 17 名、母 30 名、父 2 名)。

調査期間:平成 19 年 2 月から 5 月。

調査内容:1)FDT(東他 2002)、2)生育歴及び低身長治療歴、家族の身長などのアンケート調査。

FDT は、子どもが「親を安全の基地としているか」「親は子どもの個性を好んでいるか」といった情緒的側面から把握することを目的としており、親子に実施する市販の検査である。親用紙は、父親用または母親用として使用し、子どもは父親と母親それぞれについて回答する。子ども用の質問項目は、被拒否感・積極的回避・心理的侵入・厳しいしつけ・両親間不一致・達成要求・被受容感・情緒的接近の 8 尺度 60 項目、親用は、無関心・養育不安・夫婦間不一致・厳しいしつけ・達成要求・不介入・基本的受容の 7 尺度 40 項目で構成されている。項目の例を表 1、表 2 に示す。

結果は子ども用は 5 つの型、安定型、ほぼ安定型(危険区域を含む)、典型的 불안定型(親から完全に拒否されていると感じていて、みずからも情緒的な行動の面でも、親を激しく拒否している状態)、やや不安定型、不安定・無感動型に分類される。親の結果は 4 つの型安定型、ほぼ安定型(危険区域を含む)、典型的 불안定型(子どもにあまり関心がもてず、子どもを受容することが困難になっている状態)、やや不安定型である。対象年齢は小学校高学年から高校生で、所要時間は子どもが 30 分、親が 15 分である。

表 1 子ども用尺度の項目例

尺度	項目
被拒絶感	母は、わたしのことを「こんな子でなかったらよかったのに」と思っているようだ
積極的回避	母と、できるだけ顔を合わせないようにしている
心理的侵入	母は、何かにつけて、いろいろと口を出してくる
厳しいしつけ	母から大きな声でどなられたり、注意されたりすることがある
両親間不一致	母は、父がわたしのことをあまり考えていないと思っている
達成要求	母は私に「そんなことをしていると将来ろくな人間にならない」と言う
被受容感	母は私の幸福を心から願っている
情緒的接近	母と、一緒にいると楽しい

表 2 親用尺度の項目例

尺度	項目
無関心	自分のことや他のことで頭がいっぱいで、子どものことに関心を向ける余裕がない
養育不安	自分は親として失格ではないかと思う
夫婦間不一致	夫(妻)には、子どもの将来のことは任せておけないと思う
厳しいしつけ	子どもは小さいうちにしっかりとしつけなくてはいけない
達成要求	子どものためにはおしまず金を使う
不介入	子どもが外で何をしてきたか、あまり気にならない
基本的受容	この子と話していると楽しい

結果

平均治療期間は 45.8 ヶ月 ± 38.5 (最低 0 ヶ月、最高 135 ヶ月、中央値 35.5 ヶ月)であった。中央値を参考に、治療 3 年未満と 3 年以上に分けた。

FDT の結果でそれぞれの項目の危険区域(20%)に入った子どもの人数を表 3 に示す。危険区域に入る親の数はそれぞれの項目で 20%以下であったが、子どもの場合は 20%を大きく越える項目があった。

表3 危険区域に入る子どもの人数(母について29人、父について28人中)

尺度	被拒絶感	積極的回避	心理的侵入	厳しいしつけ	両親間不一致	達成要求	被受容間	情緒的接近
母について	7	2	高い5 低い1	高い11 低い1	12	8	2	0
父について	6	5	高い7	高い4 低い2	9	12	4	4

親子が危険区域に入る平均合計項目数は 3.06 ± 1.65 であった。ここでは親子合計で5尺度以上が危険区域に入ったものを問題あり群とした。

また特定の尺度に関して親子で認識に隔たりが見られた(柿沼他 2007)。ここでは親子の各尺度の数値が上位 50%と下位 50%に分かれた尺度数に着目した。尺度の組み合わせは、被拒絶感/無関心、積極的回避/養育不安、心理的侵入/不介入、厳しいしつけ/厳しいしつけ、両親間不一致/夫婦間不一致、達成要求/達成要求、被受容感・情緒的接近/基本的受容の 7 組とした(父が記入の場合は父に対する結果を利用)。親子で分かれた平均項目数は 2.5 ± 1.63 であった。ここでは5項目以上分かれた3組を問題あり群とした。

診断の分類パターンを表 4 に示す。フィッシャーの直接確率を行うと親子でその関係性の捉え方に違いが見られた($p=0.001$)。子どもは関係性を安定型と捉えるのに対し、親の場合は多少不安定な要素が含まれていた。やや不安定型を問題あり群とした。

表4 FDT 検査結果

	典型的安定型	ほぼ安定型	典型的不安定型	やや不安定型
親(n=29)	2	23	0	4
子(n=29)	14	13	0	2

上記の結果をふまえ、検査結果がやや不安定型(5 組)、あるいは親子合計4項目以上危険区域に入っている(11組)、もしくは親と子どもの認識の差に隔たりがある3(3組)を問題あり群とした。その結果、13名が問題なし群、16名が問題あり群となった。その内訳を表 5 に示す。

表5 問題あり群となし群の内訳

	性別		年齢		身長#		治療年数#	
	男	女	小学生	中学生	-1SD	-2SD以上	3年未満	3年以上
問題あり	7	7	5	9	5	8	3	11
問題なし	6	9	12	3	3	11	9	5

#1名未記入

フィッシャーの直接確率を行うと問題あり群となし群では性差は見られなかった($p=0.715$)。年齢による違いもなかった($p=0.253$)。身長による差もなかった($p=0.677$)。治療年数では、長い方に問題が多い傾向が見られた($p=0.054$)。

問題あり群の親子の FDT のプロフィールを図 1 と表 6 に示す。

図1 FDTの結果

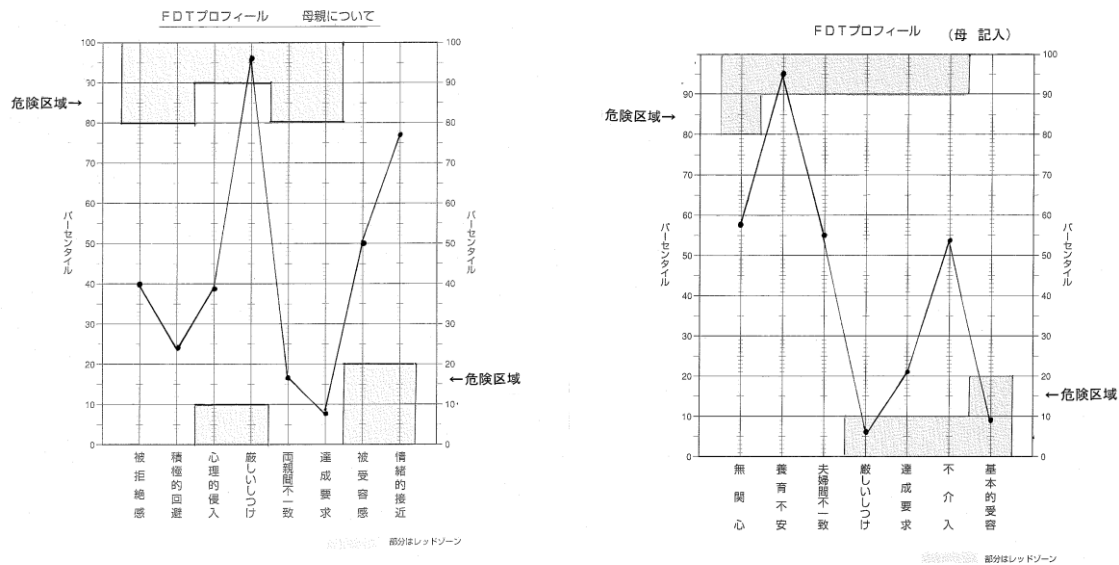


表6 事例に関する情報とFDT結果

性別	男児	年齢	13歳7ヶ月
診断名	成長ホルモン分泌不全性低身長症		
治療内容	ヒューマトロープ注射(毎日)、リュープリン(月1回)		
低身長に気がついた年齢	3歳2ヶ月	治療開始	3歳11ヶ月
治療前の身長・体重	88.3cm	12kg	
治療1年経過時	96.6cm	14.5kg	
現在	135.7cm	31.75kg	
FDT結果	子 典型的安定型	母親	やや不安定型
危険区域	子 厳しいしつけ(高)	母親	養育不安、厳しいしつけ(低)、基本的受容
コメント	<p>全体的に子どもへの関心が低く、距離を取りたいという気持ちが強い。一方で、子どもが思うように育たないのは自分の責任ではないかと感じている。それに対して子どもは母親の不安をさほど感じておらず、一緒にいたいと思っている。勉強等に関しては期待されないことは理解しているが、しつけは厳しいと感じている。親子でその関係性の認識に大きなずれが見られる。</p>		

考察

低身長児の心の問題が指摘される中、必ずしも低身長であることがその原因ではない可能性が指摘されている(Earling 2004)。著者らはこれまでに FDT を用いて低身長児の親子関係について検討してきた(柿沼 2007)。その結果、子どもは比較的安定していたが、親子で、その関係の捉え方に違いがあり、子どもは親のしつけが厳しい、両親の考え方に不一致がみられると感じていた。本研究では同じデータを用いて身長、治療年数などにも焦点をあて、親子関係の認識のずれや、不安定な関係との関連を検討した。

本研究の結果も先行研究同様(Zimet et al 1995)、低身長の度合いは必ずしも心の問題と関連しなかった。また小学校高学年から中学校にかけては、年齢による差も見られなかった。ただし、年齢に関しては高校生を含むと異なった結果が出てくる可能性はある。治療年数に関しては、治療が長期にわたると問題が生じやすいことが示唆された。これは医療関係者を対象にした調査でも指摘されていたことである(柿沼他 2008)。長期間

に及ぶ治療による制約を子どもは「厳しいしつけ」や「達成期待」と捉えている可能性もある。しかし親は自分のしつけが厳しい、あるいは子どもに多くを期待しているとは感じていなかった。これは、治療に関わる制約はしつけの一貫というよりは、日常生活の一貫ととらえているためともいえる。両親間不一致の認識に関しては、治療にともなう負担に関する夫婦の葛藤を反映している可能性もある。

長期間にわたる治療は親に精神的な負荷となりやすく、結果として子どもとの関係を悪化させる可能性を含む。従って治療を継続するにあたっては、親へのサポートも重要である。今回使用した FDT はそういった危険性を含む親子のスクリーニング、またコンサルテーションの資料として用いることが可能である。受診時に実施し、他の心理テストの結果などと合わせて子どもの特性にあった形で親子をサポートすることが望ましい。

<謝辞>

本調査を実施するにあたりご協力をいただいた医療機関の方々および保護者、お子さんにお礼を申し上げます。

<引用文献>

- 東洋、柏木恵子、繁多進、唐澤眞弓 2002. FDT 親子関係診断検査
- Earling, A. 2004. Why do some children of short stature develop psychologically well while others have problems? *European J. of Endocrinology*, 151, S35-S39.
- 柿沼美紀、上村佳世子、高橋桃子他 2009. 母子相互作用の視点から考える低身長児の QOL 成長科学協会研究年報 32,39-42.
- 柿沼美紀、上村佳世子、高橋桃子他 2008. 低身長児の QOL に関する研究(2)―親の養育不安― 成長科学協会研究年報 31,39-42.
- 柿沼美紀、上村佳世子、高橋桃子他 2007. 低身長児の QOL に関する研究(1)―親子の情緒的接近について― 成長科学協会研究年報 30, 57-64.
- 柿沼美紀、上村佳世子、高橋桃子他 2004. 低身長児及び軽度発達障害児の親子関係に関する研究 成長科学協会研究年報 27,57-66.
- 柿沼美紀、宮尾益知、紺野道子 2003. 心の理論の発達に関する基礎的研究 成長科学協会研究年報 26,79-82.
- 沖潤一、白井勝他 2003. 低身長児の対人認知と QOL に関する研究 成長科学協会研究年報 26,67-78.
- 長田久雄、柿沼美紀、紺野道子、宮尾益知 2002. 「心の理論」の発達に関する基礎的研究 成長科学協会年報 25,93-100.
- Stabler, B, Clopper, R.R., Siegel, P.T., Stoppani, C., Compton, P.G., & Underwood, L.E. 1994. Academic achievement and psychological adjustment in short children. *J. of Developmental and Behavioural Pediatrics*, 15, 1-6.
- Zimet, G.D., Cit;er. <., Litvene, M., Dahms, W., Owens, R. & Cuttler, L. 1995. Psychological adjustment of children evaluated for short stature: a preliminary report. *J. of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 16, 264-270.