家庭背景が気管支喘息児に及ぼす影響

大阪府立羽曳野病院アレルギー小児科

井 上 寿 茂 土 居 悟 高 松 勇 村 山 史 秀
亀 田 誠 岡 田 正 幸 林 田 道 昭 豊 島 協 一 郎

Key words : 気管支喘息, 家庭背景, 心理的問題, 施設入院療法, 個別的心理治療

要 旨

小児気管支喘息の重症化, 難治化要因のひとつとして家庭背景の問題が挙げられる. 小・中学生の外来初診喘息児379例, 並びに施設入院療法を行った喘息児103例を対象とした単親家庭の頻度は外来児で10.0% (重症児では25.7%), 入院児で18.4%であった. また入院児では両親の離婚や別居, 家族の精神神経疾患など家庭に問題を持つ喘息児の頻度は39.8%に及んだ. 不登校や怠業, 喘息以外の心身症の合併など心理的問題を有する率は家庭に問題をもつ喘息児で53.6%で, 家庭に問題のなかった喘息児での24.2%に比べ有意に高率であった. このような心理的問題を有する児では入院期間が長期化し, 積極的に個別的心理治療が試みられていたにもかかわらず再入院の頻度が高く, 医療機関のみでの対応には限界があり, 社会的視野に立った対応策の開発の必要性を痛感した.

はじめに

小児気管支喘息の臨床症状や治療効果が家庭環境によって大きな影響を受けることは周知の事実であり, 重症化, 難治化の原因の一つとして家庭背景の問題が挙げられている¹⁻³⁾. 近年, テオフィリン RTC 療法や, Disodium Cromoglycate, 吸入ステロイド剤等の優れた薬物療法の出現にともない, 比較的容易に発作のコントロールが可能となり, 施設入院療法を必要とする喘息児は心理社会的問題を抱える例が多くなり, 好ましくない家庭背景を有している者の割合が高くなっている¹⁾⁴⁾⁵⁾. 実際当科において施設入院療法を受けた喘息児に占める単親家庭の割合は大阪府の一般家庭における頻度と比べ経年的に高くなっている(図). そこで今回, 外来初診患者と施設入院療法を受けた患者を対象に気管支喘息児の家庭背景の実状を調べるとともに, 家庭背景が喘息児の臨床面に及ぼす影響について検討した.

対象と方法

1987年と1989年に当科外来を初診した小・中学生の喘息児379例と, 1987~1989年に施設入院療法を目的に当科に初回入院した小・中学生の喘息児103例を対象として外来並びに入院診療録より初診時または初回入院時の家族構成を調べた. また入院児については診療録から家族の問題や患児の心理的問題の有無, YG 性格検査, 入院中の薬物療法, 心理治療, 入院期間について

検討した. なお対象患者の背景は表1に示したが, 男女比は約1.6と男児が多く, 年齢は入院児でやや高かった. 日本アレルギー学会重症度判定基準による喘息重

(図) 経年的にみた単親家庭の頻度

折線グラフ: 国勢調査における大阪府での18歳未満の親族のいる核家族世帯で, 親と子供からなる世帯に対する男親と子供または女親と子供からなる世帯の割合を示す.

棒グラフ: 当科にて施設入院療法を実施した喘息児に占める単親家庭の割合 (左から1981~83, 1984~86, 1987~89の平均) を示す.

症度では外来初診患者は軽症、中等症が大部分であるのに対し、入院患者ではほとんどが中等症または重症であった。

統計学的検討は Mann-Whitney 検定、または χ^2 検定にて行った。

表 1. 対象患者背景

		初診患者	入院患者
対象患者数		379	103
性別	男	235 (62.0%)	64 (62.1%)
	女	144 (38.0%)	39 (37.9%)
年齢	6～8歳	137 (36.1%)	22 (21.4%)
	9～11歳	137 (36.1%)	50 (48.5%)
	12～15歳	105 (27.7%)	31 (30.1%)
重症度*	重症	35 (9.2%)	47 (45.6%)
	中等症	238 (62.8%)	54 (52.4%)
	軽症	106 (28.0%)	2 (1.9%)

*：日本アレルギー学会重症度判定基準による

結 果

家族構成をみると、外来初診患者では父子家庭2例、母子家庭32例、両親または片親がなく養護施設入所中4例で合計38例 (10.0%) で両親が揃っていなかった。これに対し入院患者では父子家庭1例、母子家庭18例で合計19例 (18.4%) が片親であった (表2)。

喘息重症度別に父子・母子家庭の頻度をみると、外来初診患者では軽症・中等症児に比べ重症児で有意に高頻度であった。これに対し入院児では中等症児と重症児で差を認めなかった (表3)。また外来初診患者の両親が揃っていなかった喘息児38例中13例 (34.2%) が施設入院療法を必要としたのに対し、両親が揃っていた喘息児では341例中42例 (12.3%) が施設入院療法を受けたにすぎなかった。

次に入院喘息児において家庭背景が臨床面に及ぼす影響について詳しく検討した。とりあえず父子・母子家庭、両親が別居中の家庭、養父・養母である家庭、家族構成員に精神神経疾患を有する家庭を問題を持つ家庭とし、このような家庭背景を有する喘息児の頻度を調査した (表4)。問題がないと判断された例は62例

表 2. 家族構成

	初診患者	入院患者	大阪府*
父子家庭	2 (0.5%)	1 (1.0%)	(1.3%)
母子家庭	32 (8.4%)	18 (17.5%)	(6.9%)
施設入所	4 (1.1%)	0	

*：1990年国勢調査に基づく

表 3. 重症度別にみた父子・母子家庭の頻度

	初診患者	入院患者
重症	9/35 (25.7%)	9/47 (19.1%)
中等症	17/238 (7.1%)	10/54 (18.5%)
軽症	8/106 (7.5%)	0/2 (0%)

表 4. 家庭に問題を持つ喘息児の頻度と入院日数 (施設入院療法例)

	例 数	平均入院日数
家庭に問題のない例	62 (60.2%)	213.9 ± 119.9
家庭に問題を持つ例	41 (39.8%)	271.9 ± 206.7
父子・母子家庭	19 (18.4%)	305.8 ± 263.2
別居状態	7 (6.8%)	292.7 ± 193.3
養父	5 (4.9%)	184.0 ± 71.5
精神神経疾患	10 (9.7%)	236.9 ± 84.9

*：Mann-Whitney検定による

表 5. 心理的問題を持つ喘息児の頻度と入院日数 (施設入院療法例)

	例 数	平均入院日数
心理的問題のない例	66 (64.1%)	188.0 ± 86.9
心理的問題のある例	37 (35.9%)	324.4 ± 219.7
不登校	15 (14.6%)	309.6 ± 171.0
服薬拒否	9 (8.7%)	296.1 ± 155.6
その他の心身症 [Ⓐ]	13 (12.6%)	361.1 ± 291.2

[Ⓐ]：過呼吸症候群、チックなど喘息以外の心身症

*：Mann-Whitney検定による

(60.2%) に対し、問題を持つと判断された例は41例 (39.8%) であった。入院日数を比較すると家庭に問題のない例では平均213.9 ± 119.9日であったのに対し、

家庭に問題を持つ例では平均 271.9 ± 206.7 日で、家庭に問題を持つ例の方がやや入院期間が長くなる傾向がみられた($p < 0.1$)。しかし家庭の個々の問題別にみても入院期間に差はなかった。

次に喘息児が抱える心理的問題について入院時並びに入院中に認められた症状を検討した(表5)。不登校、服薬拒否、並びに過呼吸症候群やチックなど喘息以外の心身症を呈した場合を心理的問題がある例とし、以上のような症状のなかった場合には問題なしと判定した。心理的問題があると判定された例は37例(35.9%)に対し問題がないと判定された例は66例(64.1%)であった。平均入院日数は問題がある例では 324.4 ± 219.7 日に対し、問題がない例では 188.0 ± 86.9 日で両群の入院期間には有意差が認められた($p < 0.01$)。しかし個々の現れた症状別には入院期間に差を認めなかった。

喘息児が問題のある家庭で養育された場合の心理的な影響や、入院期間、YG 性格検査、入院中の薬物療法、個別的心理治療、再入院との関連性などについて検討した(表6)。併用薬剤数とは入院中の喘息症状が比較的安定し、呼吸機能検査が正常化あるいはそれに準じた状態を維持するのに必要であった喘息予防薬の数を示している。個別的心理治療とは個別に行われたカウンセリングや箱庭療法、遊戯療法を意味している。また再入院とは施設入院療法をやり直すための長期の再入院のことで発作治療のための短期入院は含まない。家庭に問題のある喘息児41例中22例(53.7%)は心理的問題を持っていたのに対し、家庭に問題のない喘息児62例では15例(24.2%)のみが心理的問題を持っているに過ぎず、家庭に問題を持つ喘息児では有意に高率に心理的問題を有していた($p < 0.01$)。しかし入院期間に直接関与しているのは家庭の問題を有しているか否かということより、患児自身が必理的問題を有しているか否かということであった。入院時年齢や喘息重症度には差はなかった。入院時 YG 性格検査は家族の問題の有無、本人の心理的問題の有無によってタイプの分布に差はなかった。また表には示さなかったが、入院時と退院時に検査できた84例で YG 性格検査のタイプの動きをみたが個別心理治療や再入院の有無との間に関連性はみられなかった。併用薬剤数も家族の問題や心理的問題の有無とは関連性がなく、吸入ステロイド剤を必要とした頻度にも差はなかった。個別的心理治療は58例(56.3%)で行われていたが、特に心理的問題を有する例では78.4%に適用されており、心理的問題を有さない例での43.9%とは有意差がみられた

($p < 0.01$)。また再入院の頻度も心理的問題を有する例では37.8%と心理的問題を有さない例での4.5%に比べ有意に高くなっていた($p < 0.001$)。

表6. 家庭背景が喘息児に及ぼす影響(施設入院療法例)

家庭に問題 心理的問題	有 有	有 無	無 有	無 無
例数 (人)	22	19	15	47
平均入院日数(日)	332.4 ± 256.3	201.9 ± 83.6	312.7 ± 150.1	182.3 ± 87.6
年齢				
6-8歳	4	3	1	14
9-11歳	12	8	7	23
12-15歳	6	8	7	10
重症度				
重症	9	12	4	22
中等症	12	7	10	25
軽症	1	0	1	0
YG 性格検査				
A	3	2	4	8
B	2	2	3	5
C	9	6	4	14
D	0	2	1	4
E	7	5	3	9
併用薬剤数				
0	1	3	4	2
1	5	7	5	11
2	15	8	6	30
≥3	1	1	0	4
個別的心理治療				
有	18	9	11	20
無	4	10	4	27
再入院				
有	9	1	5	2
無	13	18	10	45

考 察

小児気管支喘息の重症化、難治化要因のひとつとして家庭背景が強く関与しているということは実地臨床に携わる誰しもが多かれ少なかれ実感している所であり、これまでも概念的にはよく理解されている^{3,6)}。しかしその実状を報告した文献は極めて少ない^{4,5,7)}。今回我々は当科での経験を通してその実態について検討してみた。父子・母子家庭の頻度は外来初診喘息児全体では国勢調査の頻度と差を認めなかったが、重症児では明かに高率であった。また入院患者においても有意に高頻度であり、単親家庭においては喘息発作時の対応を含めた養育態勢に支障をきたし、喘息症状が重症化、難治化し、施設入院療法を必要とする頻度が高くなると推察される⁸⁾。これは単に精神面のみならず、経済的、あるいは社会的な面をも含めた問題として捉えられるべきであろう⁸⁻¹¹⁾。

家庭背景が具体的に喘息児の心理面に及ぼす影響についての分析を試みたが、家庭が正常に機能している

か否かを客観的に評価することは極めて困難であり、今回はとりあえず父子・母子家庭、両親が別居中の家庭、義父・義母である家庭、家族構成員に精神神経疾患を有する家庭の4項目の問題だけを取りあげた。また心理的問題のある喘息児としては心理的要因が強く影響していると考えられる喘息以外の心身症状を表現した児だけを取りあげた。当然このような心身症状を合併した喘息児では心理的要因が喘息症状にも強く影響していると考えられる⁶⁾¹²⁾からである。したがって心理的問題が推察されても症状化されなかった場合今回は問題なしと判定した。その結果明かに家庭背景に問題を持つ喘息児ではこのような心理的問題の合併率が高くなっていた。心理的問題が強く関与している喘息児では入院することにより急速に症状が軽減し、予防的薬物投与を必要としなくなる例が多く⁵⁾¹²⁾、気道過敏性の改善も顕著であるとの報告¹²⁾がみられるが、我々の例では予防的薬物投与の内容や薬剤数に差はみられなかった。YG性格検査ではこれまでの報告¹³⁾と同様C、Eタイプが多くDタイプの頻度は低かった。入院時と退院時のタイプ比較では一定の傾向を認めることはできなかったので今後尺度値による検討も必要と思われる¹⁴⁾。

我々は施設入院療法の目的を表7のように考えているが、特に家庭背景に問題を持ち、深刻な心理的問題を抱えた例では親への働きかけだけではなく、患児に個別的心理治療を行い患児自身の自己表現能力を高め精神的自立を促すことが不可欠である¹⁵⁾。今回の対象では56.3%の患児に対し個別的心理治療が適応されているが、特に心理的問題を有する例で高率であった。しかし再入院の頻度は心理的問題を有する例に高率であり、積極的に個別的心理治療を行っているにも関わらず尚十分ではないことが推測された。これは単に心理治療だけではなく社会的援助をも必要とする家庭が少なくないことに起因しているのであろう²⁾⁹⁾。家庭に

問題がある場合でも患児が自分のおかれている環境の中でその直面している問題を受容あるいは克服できて長期に心理的葛藤を起こさない場合にはさほど問題はないが、心理的葛藤を生じ何等かの症状を呈しているような例に対しては積極的な心理的援助が必要となり、克服するためには長い日数を必要とする⁵⁾。そして一旦退院できても環境の改善が十分でなく葛藤を継続あるいは再燃し再入院を必要とする例の頻度も高い²⁾。このような例に対しては今後更に積極的に個別的心理治療を実施し患児のストレス耐性を高め社会生活への適応を計るとともに、既存の保健所や学校などの福祉・教育関連施設と医療機関が密に連携し個々の症例に応じた有機的援助を提供できる体制の確立が必要と思われる⁷⁾⁹⁾。更に保護者の社会的安定度を高めるための労働・福祉面での社会的援助システムの開発も必要であろう。現にどうしても家庭生活への復帰が困難であったため養護施設に入所した4例、並びに再入院後養護施設に入所した3例はその後入院を必要としなくなっており、個別的心理治療や家族、学校、地域社会への働きかけだけでは解決できず、家庭環境に代わる養育環境の確保が必要な例もあり⁷⁾、狭義の医療にとらわれず医療、心理、教育、福祉（経済）のネットワークを包括的に見据えた社会的視野をもって対策を推進する必要がある。

稿を終えるにあたり御校閲頂きました岸本進院長に深謝致します。

本論文の要旨は第3回日本アレルギー学会春季臨床集会、並びに第8回日本難治喘息研究会において発表した。

文 献

- 1) 豊島協一郎：喘息児の心理的側面と心理療法。Medical Way 4, 66-71, 1988.
- 2) 西間三馨：精神環境面の変化について。寺道由晃、古庄巻史編著“喘息はなぜ増えているか”。国際医学出版、東京、pp.98-109, 1987.
- 3) 赤坂徹：小児気管支喘息の心身医療。心身医療2, 1241-1249, 1990.
- 4) T. L. Creer, J. Ipacs, P. P. Creer : Changing Behavioral and Social Variables at a Residential Treatment Facility for Childhood Asthma. J. Asthma 20, 11-15, 1983.
- 5) 内田幸憲、井口光正、伊藤正寛、吉住完：欠損家庭と喘息児施設入院療法。「小児慢性疾患の治療・管理に関する研究」報告書 P. 55-61, 昭和57年度

表7. 施設入院療法の目的

濃厚な総合治療の実践

1. 喘息発作時の自己対処能力の向上
2. 悪い環境（物理的、免疫学的、精神的）からの緊急避難による症状の安定
3. 鍛錬活動を取り入れた規則正しい集団生活、野外活動による心身の鍛錬
4. 親と離れた集団生活による年齢相応の生活能力の獲得
5. 受容的環境下での自己表現能力の向上
6. 病棟、個別的心理治療
病棟、個別的心理治療
長所を発見し自信の回復
学習空白の回復、個性の適切な評価
7. 親（その他の家族）への働きかけによる家族内人間関係の調整
8. 地域学校との連携による社会復帰の促進
9. 細かい症状観察による必要十分な予防的薬物療法の選択

- 6) 吾郷晋浩：アレルギーと心身症。アレルギー 39, 63-68, 1990.
- 7) 吉住昭, 足立雄一, 高波厚子, 山口哲雄, 小柳満雄：虐待・登校拒否・家庭崩壊など深刻な問題を抱えた気管支喘息症例のQOL向上へのアプローチ—病院・養護学校の連携から—。呼吸器心身研誌7, 139-142, 1991.
- 8) 西間三馨：思春期喘息へのアプローチ。アレルギー—38, 1295-1301, 1989.
- 9) 豊島協一郎：学童期・思春期の気管支喘息。呼吸器心身研誌5, 29-32, 1988.
- 10) H. R. Anderson, P. A. Bailey, J. S. Cooper, J. C. Palmer : Influence of morbidity, illness label, and social, family, and health service factors on drug treatment of childhood asthma. Lancet 2, 1030-1032, 1981.
- 11) 十河真人, 末松弘行：いわゆる非行少年における気管支喘息—発生頻度の調査—。アレルギー35, 960-967, 1986.
- 12) 吉住昭, 高田恒郎, 柳原俊雄, 原正則, 足立雄一, 黒瀬京子, 五十嵐隆夫, 高波厚子, 寺尾史子, 山口哲雄, 小柳満男：気管支喘息と登校拒否。新潟県医師会報488, 2-13, 1990.
- 13) 岡田正幸, 安達邦子, 馬場美子, 高松勇, 安浪純, 林田道昭, 豊島協一郎：Y-G 性格検査による中学生気管支喘息児の性格特性の検討。小児科診療49, 1385-1388, 1986.
- 14) 岡田正幸, 安達邦子, 馬場美子, 高松勇, 安浪純, 林田道昭, 豊島協一郎：中学生気管支喘息の施設入院療法における心理的变化。小児科診療49, 1389-1393, 1986.

THE INFLUENCE OF FAMILY CIRCUMSTANCES ON THE CLINICAL COURSE OF CHILDHOOD ASTHMA

Toshishige Inoue, Satoru Doi, Isamu Takamatsu, Norihide Murayama, Makoto Kameda, Masayuki Okada, Michiaki Hayashida, and Kyoichiro Toyoshima

Department of Pediatric Allergy, Osaka Prefectural Habikino Hospital

In most asthmatic children, their family circumstances are one of factors which can affect their clinical courses. We analysed 379 first-time visiting outpatients with asthma in 1987 and 1989, and 103 asthmatic children who had residential therapy between 1987 and 1989. The incidence of asthmatic children in a single parent family was higher in severe cases of outpatients and residents. Patients with undesirable family circumstances, for example, divorce or separation of parents, neurotic or psychotic patients in the family and so on, had psychological complications such as refusal to go to school, refusal to take their medicine, and psychosomatic disorders in significantly high frequency. Psychotherapy was introduced to these patients with psychological problems in order to promote their self-reliance, but some of them needed residential therapy for a longer time. It seems that we must care for asthmatic children in problematic family not only with biological and psychological treatment but also with socioeconomical supports.

(Accepted : April 24, 1992)