

また軽度発達障害者への特殊教育の機能を提供できていないのが日本(岡山)の現状であり、福祉施策は軽度障害児に対しては更に不十分な状況である。心の健康問題を担う養護教諭への啓発と研修、管理職に対して問題の重要性について認識させること、養護学校ほか特殊教育に軽度発達障害を明確に位置づけ、さらに後期高等教育の充実を図ることが必要である。

精神科病院への院内学級の設置は、小児科に比して大きく遅れており、とりわけ、昨今児童・思春期の精神科への入院患者において、統合失調症ではなく、軽度発達障害事例および被虐待児で行動障害を伴う事例が増加していることを考えると、不可欠の課題である。

また未診断のまま、学籍を離れる(中学校を卒業している)子どもも多く、フリースクール、通信制高校等において不適応行動が顕在化し、医療へと結びつき、過去小中学校で十分な教育の保障を得ていなかった事例も多く、15歳以上の軽度発達障害の事例に対して必要とされる教育支援策についても検討を要する。

E. 結論

成人の統合失調症を主な対象とした、旧来型の老朽化した精神科病院においても、他機関では対応困難な児童・思春期事例について、緊急対応を含めた入院治療を行うことは、ある程度まで可能であった。その経験の中で浮かび上がった事柄について記す。

1. 現状においてもできること

(ア) 関係諸機関との緊密な連携の推進

特に重要なのは、精神科医の多くがあまり馴染みのない警察署(少年課、生活安全課)や少年鑑別所、家庭裁判所、少年院、検察庁等との連携を忘れてはならない点である。虞犯、触法事例等の場合、精神科医療と社会的枠組みとしての司法手続きが、緊張感のある迅速な連携を保つことが重要である。

児童相談所をはじめとする福祉、教育機関との連携が日常的に必要なことは言うまでもない。

また連携においては、橋渡しの連携でなく、同時関与する連携が必要であり、それを可能にするための、相互機関の信頼関係の確立とともに、ある程度のシステム化が必要である。

(イ) 一般精神科医の発達障害に対する診断技術の向上

精神科医の診断技術が、あまりにも成人の疾患に偏っており、特に知的能力が軽症或いは高機能である場合には、PDD、ADHDやLDなどの発達障害を鑑別診断や併存疾患として検討されることがまだまだ不十分な現状にある。これを改善するには、コンサルテーションや専門施設での短期研修などを通じて、典型例を経験することが早道である。同時に、その地区の精神科医に対する組織的啓発、研修を実施する必要がある。近い将来、一般の精神科医にとっても、その罹患率から考えても、発達障害が統合失調症と同等の重みを持ち、診断と治療において、重複診断を発達軸・人格軸からも検討して行うようになることが必要であろう。

2. 将来的に必要なこと

- (ア) 拠点となる医療機関の整備（機能を特化させた児童・思春期専門病棟、院内学級など）
- (イ) 動的ネットワークの構築とシステム化
- (ウ) 矯正・司法との境界設定と継続的見直し、並びに同時関与の実行
- (エ) 医学診断・教育診断・心理診断・社会診断の整合性の確立

小学校高学年以降で初診した
高機能PDDの紹介元(N=85)

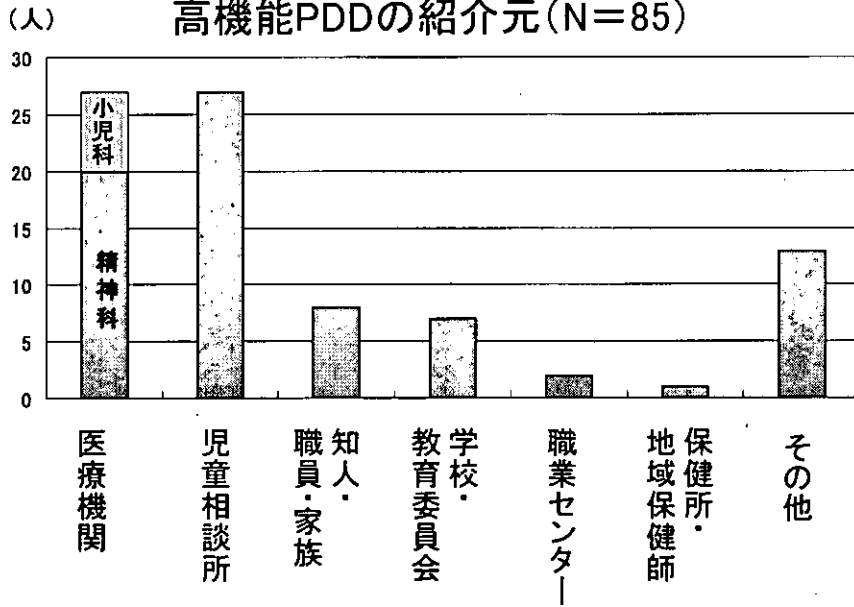


図1

診断をめぐって
9歳以降の正常知能PDD85人についての検討

男=74人
女=11人

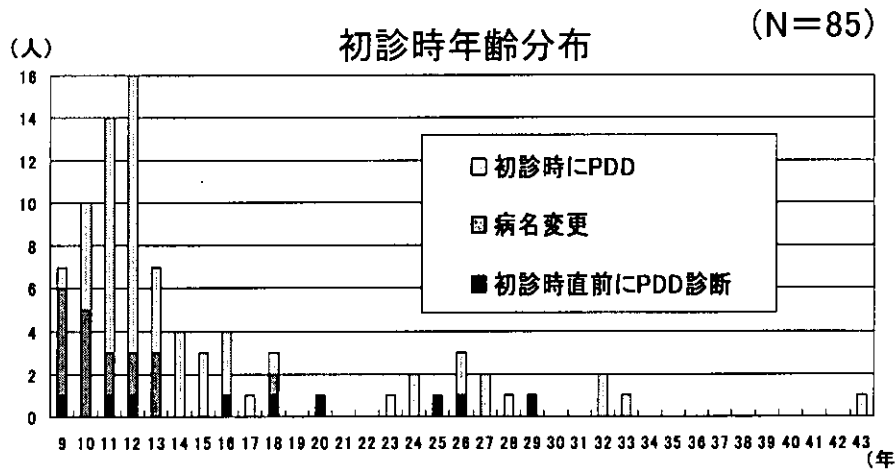


図2

行為上の障害について(高機能PDD)

(N=85)

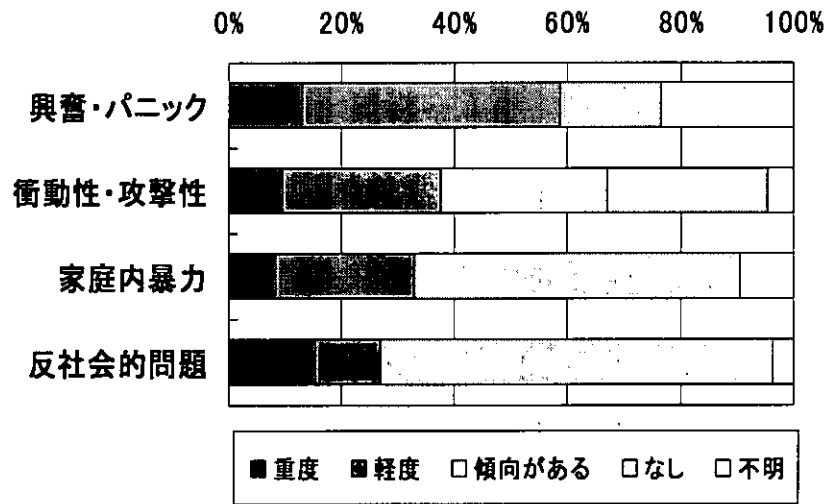


図 3

行為上の問題について(高機能PDD)

反社会的問題の内容

(N=85)

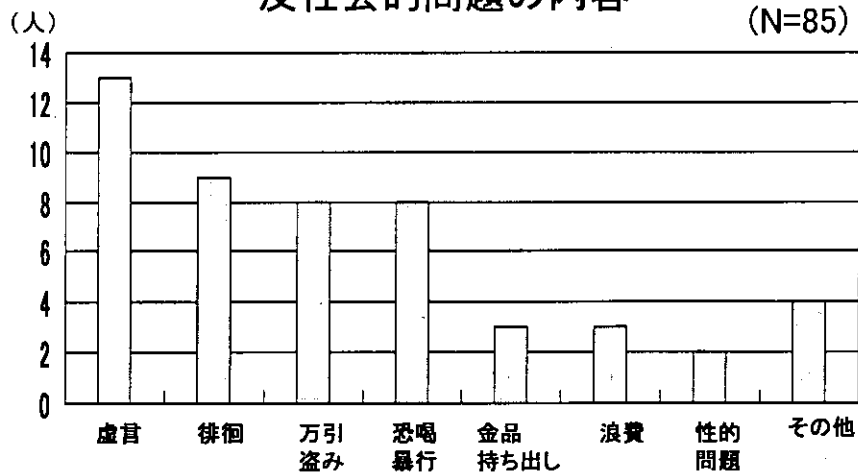


図 4

精神科治療について(高機能PDD) (N=85)

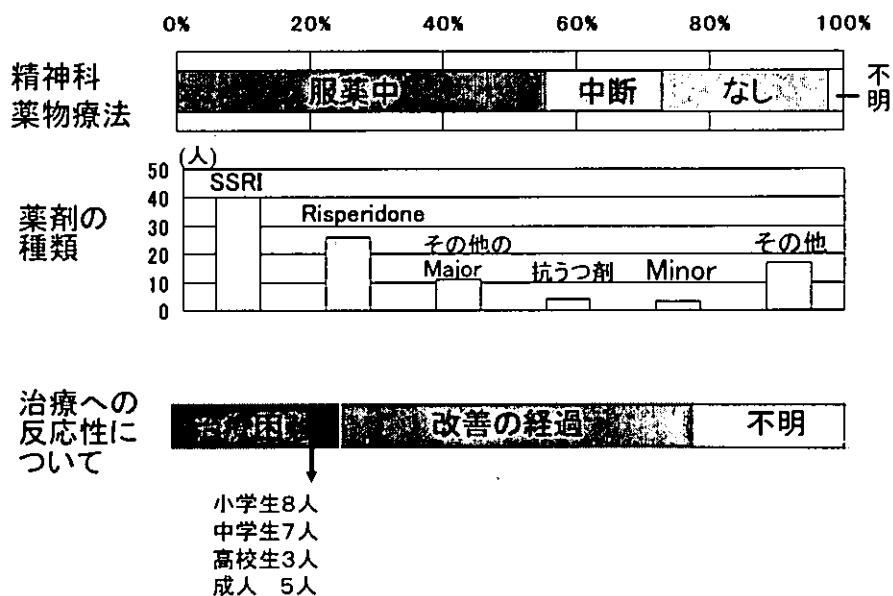


図5

主病名別新規ケースの推移

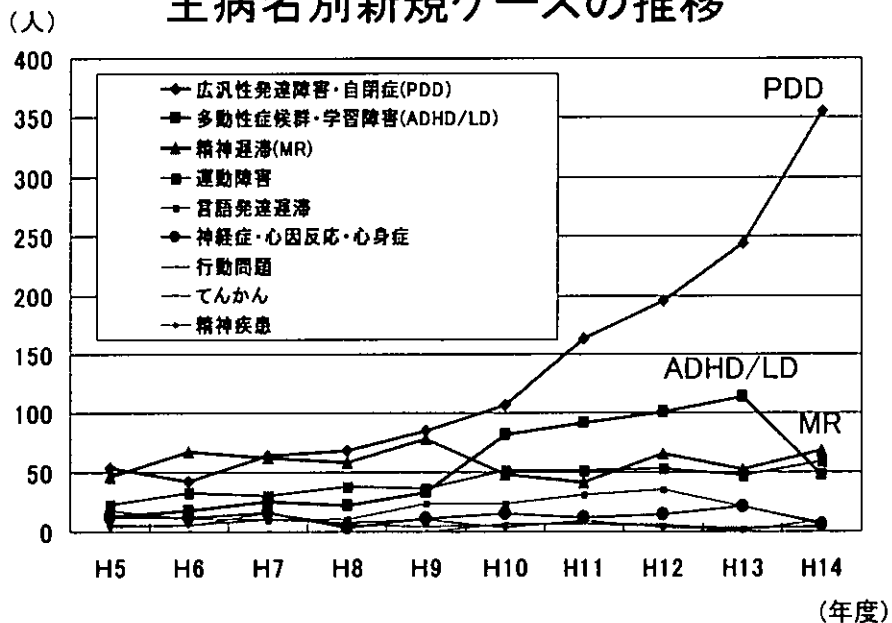


図6

PDD IQ別件数の変化

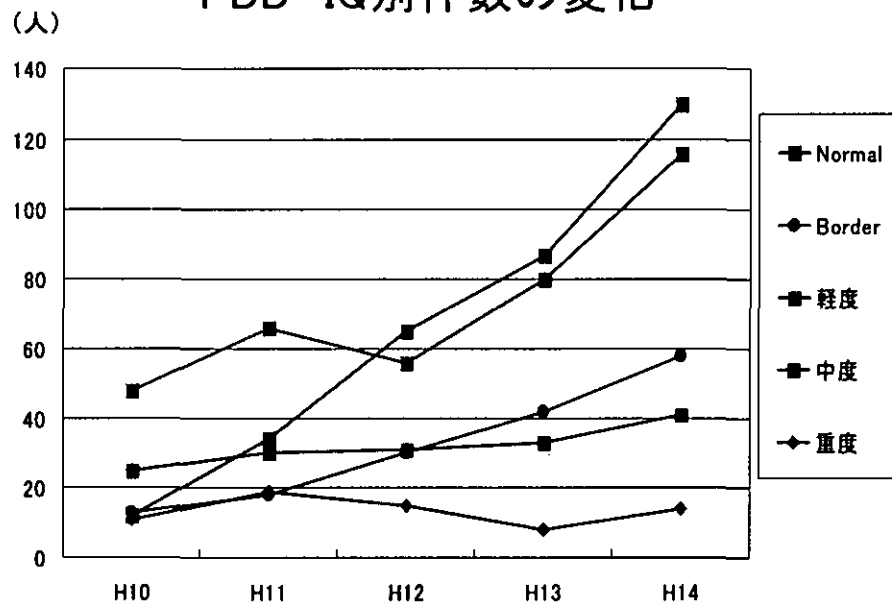


図 7

精神・行動障害を持つ児童・青年の攻撃行動の心理的解明と 対処およびシステム化に関する研究

分担研究者 太田昌孝¹⁾

研究協力者 金生由紀子²⁾ 永井洋子³⁾ 新井卓⁴⁾

1) 東京学芸大学 2) 北里大学大学院医療系研究科

3) 静岡県立大学 4) 神奈川県立子ども医療センター

研究要旨：

本研究は、「きれる」とか「はらを立てる」という日常用語で表現される行動に着目して、(1)一般児童・生徒について「きれる」という現象の実態を自己評価法を用いて検討すること、(2)広義の高機能発達障害について「きれる」に相当する怒り発作に関連する心理機制を解明することを目指してきた。

今年度は、第一の研究では、2000年に中学生1,751名を対象に行った調査データを解析して、攻撃性指数を算出して性別、年齢別に検討すると共に他の指数との関連を検討した。第二の研究では、広義の高機能発達障害53名を対象に、怒り発作に重点を置いた攻撃性の評価、全般的な心身の健康や行動の評価、適応状態についての評価について検討した。

第一の研究では、攻撃性指数で最高点をとった生徒の割合は男女共に約10%であり、攻撃性指数は他の7つの指数のすべてと有意な相関があった。第二の研究では、攻撃性が過半数に認められ、攻撃性有り群で無し群よりもCBCLの不安/抑うつ及び思考の問題の2尺度のT得点が有意に高かった。一般の児童・生徒のみならず高機能発達障害を持つ児童・生徒でも、攻撃性は低い自己評価や強迫的傾向と関連していた。経過中の攻撃性減少は約1/3に認められ、最も関連する要因としては学級や学校の変更、親の理解や変化が多くあげられた。

本研究全体を通して、攻撃性の低減のためには、学校や家庭または友人関係において精神保健的な働きかけが重要であり、そのような観点から専門家間の連携を行うことは、攻撃行動の予防につながると考えられた。

A. 研究目的

本研究は、「きれる」とか「はらを立てる」という日常用語で表現される行動に着目して進められてきた。これらは突然と起こる攻撃性を表す行動の噴出と考えられるが、その強さや頻度には様々な程度が存在する。「きれる」という事象が、一般児童・生徒あるいは高機能発達障害においてどの程度起こるか、どのような形でみられるか、さらにはどのような心的メカニズムが働いているか、どんな予防的働きかけや介入が必要かについては明らかになっていない。この「きれる」という事象のメカニズムを明らかにすることにより、発達障害を持つ

子どもはもちろん、一般の子どもにおいても攻撃性の緩和や強い攻撃行動の低減に寄与するものとする。

このような観点から最終年度として以下の2つの研究を行い、それも含めて3年間の研究をまとめて攻撃性の対処について検討した。

I. 自己評価法による中学生の攻撃性の検討

自己評価尺度である健康調査票による2000年の調査によると、12年前と比較して中学生の精神保健が全体として悪化していると言いつつ同時に、少数であるが精神的な不健康度のかなり高い生徒が増加していた(太田ら; 2002)。そこで、2000年の調査データを用いて攻撃性に関する項目と他の精神保健に関する項目との関連を検討し、「きれる」という観点から子どもの精神保健の理解を深めて、攻撃性への対処の糸口を探ることを目的とした。

II. 怒り発作からみた高機能発達障害における攻撃性の検討

「きれる」に相当する怒り発作に注目し、広義の高機能発達障害の児童・青年を対象として、怒り発作を含めた攻撃性に関連する心理機序の解明を目的とした。また、攻撃性及びその変動と治療や教育上の対応との関連を含めて検討を加え、攻撃性への対処の手がかりを得ることも目指した。

B. 研究方法

I. 自己評価法による中学生の攻撃性の検討

対象は2001年度の研究と同じくK県F市の公立中学校18校中17校の1、2、3年の各学年1クラスずつの生徒であり、中学1年531名(男281名、女250名)、中学2年620名(男329名、女291名)、中学3年600名(男313名、女287名)で、総計1,751名(男923名、女828名)であった。調査は2000年7月にクラス毎に行われ、健康調査票に生徒に無記名で記入してもらった。

健康調査票は、65項目からなる自己評価式の調査用紙で、抑うつ気分や身体愁訴のような精神・身体的側面、学校生活、友人関係、家庭生活などの生活的側面から、心身両面の健康について幅広く尋ねているものである。毎日の気分などの全般的な状態を問う5項目は4者択一、死んでしまいたいかを問う項目は3者択一、それ以外は2者択一となっている。

過去の研究で設定した攻撃性指標、抑うつ指標、不安指標、強迫性指標、身体指標、学校不適応指標、友人不適応指標、家庭不適応指標について健康度が下がるほど点数が高くなるように指数を算出した(太田ら, 1990)(表1-1)。2者択一であれば0点か1点、3者択一であれば0点か1点か2点、4者択一であれば0点か1点か2点か3点が与えられるので、各指数の満点は、攻撃性指数4点、抑うつ指数9点、不安指数9点、強迫性指数7点、身体指数12点、学校不適応指数8点、友人不適応指数7点、家庭不適応指数8点となった。

なお、攻撃性指標は、Q52 あなたは、ばかにされたと思うとひどく腹が立つことがありますか、Q58 あなたは、「親に乱暴な口をきいたり、暴れたりしたい」と思うことがありますか、Q59 あなたは、「先生に乱暴な口をきいたり、暴れたりしたい」と思うことがありますか、Q60

あなたは、イライラしたりすぐに腹が立つほうですか、の4項目であった。

攻撃性指数を性別、年齢別に検討すると共に、他の指数との関連を検討した。

統計解析にあたっては、対応のないt検定、分散分析、Spearmanの相関係数を用いた。

II. 怒り発作からみた高機能発達障害における攻撃性の検討

全国療育相談センター、東京大学医学部附属病院精神神経科、神奈川県立子ども医療センター精神科、北里大学病院精神神経科の外来で我々が診療を担当する広義の高機能発達障害の児童・青年の親及び本人に本研究の趣旨を順次説明して協力の得られた場合に、対象とした。本研究での広義の高機能発達障害には、高機能自閉症圏障害（精神遅滞を伴わない自閉症、非定型自閉症、アスペルガー症候群）、注意欠陥/多動性障害（attention-deficit/hyperactivity disorder: AD/HD）、学習障害（言語発達遅滞児や不器用児なども含む）、境界知能、トゥレット症候群（Tourette syndrome: TS）、チック関連性強迫性障害（tic-related obsessive-compulsive disorder: tic-related OCD）を含めた。また、知能の目安としては、少なくとも全IQ、言語性IQ、動作性IQのうちのいずれかが70以上とした。

その結果、対象は53名（男45名、女8名）となった。年齢は、平均12.4歳（SD: 3.6; 範囲6~21歳）であった。DSM-IVによる診断をみると、TSが24名、TS+AD/HDが6名、AD/HDが6名、TS+OCDが5名、自閉症圏障害が5名、学習障害が3名、その他が4名であった。

評価バッテリーの構成は以下の通りであった。

(1) 原則として全例について行うもの

(1) 攻撃性/怒りについての評価

①怒りのスクリーニング質問紙及び怒り発作評価尺度：状況には過度または不適切に見える方法で他の人々や物に対してひどく腹を立てるという怒り発作に関する質問紙であり、親が記入した。怒りのスクリーニング質問紙は、過去6ヶ月間の怒り発作の有無と、怒り発作時の生理や心理や行動の状態、怒り発作の発生場所、向けられる対象、関連するできごと、介入の可能性、その後の疲労などについて尋ねていた。怒り発作評価尺度は、過去1週間の怒り発作の有無と、頻度、強さなどについて尋ねていた。

②攻撃性に関する臨床評価：過去1ヶ月で最も攻撃性が強いと思われる時点について、「なし」から「最重度」までの5段階で攻撃性を治療者が評価した。この際に攻撃性は怒り発作に重点を置いて評価することとした。

③攻撃性と治療・対処に関する追加調査票：攻撃性の経過中の変化、攻撃性の軽減及び増悪または遷延に関連したと思われる要因について、治療者が評価した。

(2) 全般的な心身の健康や行動についての評価

①子どもの行動チェックリスト（CBCL）（4-18歳用）：親が記入した。

(3) 適応状態についての評価

①GAF及び/またはCGAS：治療者が評価した。CGASは4-16歳用なので、それ以上の年齢ではGAFのみの評価であった。

(2) 本人の記入が可能な場合にのみ行うもの

原則としては本人が小学6年生以上の場合に記入を依頼するが、発達水準に合わせて依頼するか否かは適宜判断した。

(1) 攻撃性/怒りについての評価

①怒りのスクリーニング質問紙(本人用)及び怒り発作評価尺度(本人用):怒りのスクリーニング質問紙及び怒り発作評価尺度を自己記録式に改変したものである。

(2) 全般的な心身の健康や行動についての評価

①健康調査票:65項目からなる自己評価式の調査用紙であり、2000年の調査では大多数の質問項目が2者択一であったが、本研究では4者択一に改変したものをを用いた。

研究にあたっては、親から書面による同意を得た。本人にも必ず了解を求めて、可能であれば書面による同意を得ることとした。

統計解析にあたっては、 χ^2 検定、Fisher直接検定、対応のないt検定、Spearmanの相関係数を用いて、 $p<0.05$ 以下を有意差があるとした。

C. 研究結果

I. 自己評価法による中学生の攻撃性の検討

攻撃性指数で最高点をとった生徒の割合は男女共に約10%であった(表1-2)。男女共に学年が上がるにつれてその割合は高くなり、中3男子で14.3%、中3女子で12.5%であった。

設定した8つの指数の中で、攻撃性指数を含めた7つの指数は、学年が上がると共に高くなっており、Bonferroniの修正をして $p<0.0063$ ($0.05/8$)を有意としても学年別に有意差を認められた(表1-3、1-4)。強迫性指数のみは学年別でほとんど差がなかった。

学年毎に性別で比較すると、攻撃性指数はいずれの学年でも差はなかった(表1-5、1-6、1-7)。これに対して、抑うつ、不安および身体指数は、中2と中3では女子で有意に高くなっていった。

攻撃性指数と他の指数との関係をみると、中1男子、中2男子、中3男子、中1女子、中2女子、中3女子のいずれでも、他の全ての指数との間に有意な相関が認められた。

II. 怒り発作からみた高機能発達障害における攻撃性の検討

1. 攻撃性の臨床評価及び親による怒り発作の評価

攻撃性の臨床評価をみると、高機能発達障害53名中、なし20名(37.7%)、軽度15名(28.3%)、中度16名(30.2%)、重度2名(3.8%)であり、33名(62.3%)が攻撃性有りとされた。攻撃性の有無で年齢、性別、診断に差はなかった。

親による怒り発作の評価は50名で行われ、35名(70%)が6ヶ月以内に怒り発作有り、18名(36%)が1週間以内に怒り発作有りとされた。1週間以内に怒り発作有りとしてその回数回答があった17名中、1週間に3回以上は4名であった。

攻撃性の臨床評価と親による怒り発作の評価との関連をみると、攻撃性有り33名では怒り発作の有無に回答があった32名中27名(84.4%)で6ヶ月以内に怒り発作有りであったのに対して、攻撃性無し17名では8名(47.1%)で有りとされ、有意差が認められた($p=0.009$, Fisher

直接検定)。1週間以内の怒り発作についても、攻撃性有り群で33名中18名(54.5%)、攻撃性無し群で16名中0名(0%)であり、有意差が認められた($p=0.000$, Fisher直接検定)。

2. 親からみた怒り発作の特徴

過去6ヶ月間に怒り発作有りとされた35名についてみると、25名(71.4%)で怒り発作は子どもに特有であると親は回答していた。怒り発作に子どもが罪悪感を感じたりあるいは後から行為を後悔したりするが28名(80%)であり、特に10名(28.6%)はいつも罪悪感を感じていると親は回答していた。

怒り発作に言葉による攻撃を含む者が30名(85.7%)、人や物への物理的な攻撃を含む者が26名(74.3%)であり、23名(65.7%)が言葉と物理的な攻撃の両方を有していた。

怒り発作の発生場所については家庭が33名(94.3%)、学校が16名(45.7%)であり、15名(42.9%)が家庭と学校の両方で怒り発作を認めた(表2-1)。

怒り発作時の生理や心理や行動の状態を表2-2にまとめた。身体的あるいは言葉で人々を攻撃するという行動が、回答の得られた34名中25名(73.5%)と最も高率であった。コントロールできないあるいは爆発しそうだという感じという心理状態が推察されたのも同じく34名中25名(73.5%)であった。生理的な状態の中では、顔が赤くなるあるいは熱くほてるが、回答の得られた31名中9名(29.0%)と最も高率であった。

怒り発作の対象としては、母親が、回答の得られた35名中29名(82.9%)と最も高率であった(表2-3)。

怒り発作に関係する状況を表2-4にまとめた。「思うようにいかない」が、回答のあった35名中29名(82.9%)と最も高率であった。各項目間の相関をみると、その項目自体以外の10項目中の過半数との間に有意な相関を認める項目が11項目中8項目であった。残りの3項目は、「いじめられるあるいは恥ずかしい思いをさせられる」、「他人と競争して注意を引かなくてはならない」、「全く理由がない」であった。

子どもに怒り発作があり、介入するあるいは怒り発作から気をそらすことが可能かとの問いに親が答えた35名中では25名(75.8%)が可能と答えていた。

3. 攻撃性の臨床評価とCBCL及び社会適応との関係

CBCLの評価が得られた者は45名であり、臨床評価による攻撃性有り群は29名、無し群は16名であった。この2群間でCBCL得点を比較すると、有り群で無し群よりも不安/抑うつと思考の問題の2尺度のT得点及び総合T得点が有意に高く(各々 $p=0.050$, $p=0.017$, $p=0.047$, t検定)、社会性と攻撃の2尺度のT得点及び外向T得点が有意に高い傾向にあった(各々 $p=0.079$, $p=0.054$, $p=0.063$, t検定)(表2-5)。

GAFを臨床評価による攻撃性の有無で比較すると、平均が有り群で53.7、無し群で55.4と有意差が認められなかった。CGASについても2群間で有意差がなかった。

4. 攻撃性と治療や教育上の対応との関連

治療者が評価時における治療の最優先課題にあげたものをまとめると表2-6のようになり、攻撃性有り群で攻撃性が有意に多かったが、それ以外は有意水準に達しなかった。診断による

影響をみるために、TSのみ、TS+何らかの併発症、その他の3群で比較したところ、チック、対人スキルや集団適応、多動性、強迫症状については有意差を認めたが、攻撃性については全く差がなかった。

薬物療法についてみると、53名中35名が何らかの向精神薬を服用しており、主なものは、ハロペリドール15名、ピモジド11名、リスペリドン6名、フルボキサミン6名、パロキセチン4名、カルバマゼピン3名、メチルフェニデート3名であった。これらについて攻撃性の有無で有意差はなかった。また、通級やフリースクールなどの教育上の対応がなされていた者が7名いたが、それについても攻撃性の有無で有意差はなかった。

5. 攻撃性の変動と治療や教育上の対応との関連

評価時までの経過中の攻撃性の変動は、攻撃性減少が19名(35.8%)、攻撃性増加または遷延が18名(34.0%)、ずっと無しで持続が16名(30.2%)であった。経過中の最高の攻撃性は、軽度9名(17.0%)、中度17名(32.1%)、重度9名(17.0%)、最重度2名(3.8%)であった。攻撃性有り群では表2-7のように重症度の変動があり、攻撃性無し群でも以前に軽度及び中度の攻撃性を認めた者が各々2名いた。

健康調査票の評価が得られた24名中21名が臨床評価による攻撃性有り群であったが、この24名の攻撃性の変動をみると、攻撃性減少が12名、攻撃性増加または遷延12名とに分かれた。「I. 自己評価法による中学生の攻撃性の検討」で用いたと同じ指数を算出して2群間で比較すると、攻撃性指数についてのみ有意差を認めた($p=0.036$, t検定)(表2-8)。

攻撃性減少及び攻撃性増加または遷延に最も関連する要因は表2-9のようにまとめられた。攻撃性の減少に最も関連する要因は、学級や学校の変更が7名で最多であり、親の理解や変化が5名で次いでいた。

D. 考察

I. 自己評価法による中学生の攻撃性の検討

2001年度の研究では、攻撃性に直接的に関連する項目として5項目を設定して個々の項目について検討したが、今回はQ48あなたは「友だちをいじめたり仲間はずれにしたい」と思うことがありますかという友人関係の不適応に関する項目は除いた4項目から攻撃性指数を算出して検討を加えた。この方法でも、2001年度の研究と同様に、学年が上がるにつれて攻撃性は高まっており、性別では差がないことが確認された。

攻撃性指数は、抑うつ指数、不安指数、強迫性指数、身体指数、学校不適応指数、友人不適応指数、家庭不適応指数のいずれとも有意な相関があり、攻撃性の高い生徒は、全般的な精神保健上の問題をより多く持っていると考えられた。

II. 怒り発作からみた高機能発達障害における攻撃性の検討

2002年度の研究では、25名の高機能発達障害を対象として攻撃性に関連する心理機制的検討を行ったが、今回は、対象を53名に増やして検討を進めると共に、攻撃性及びその変動と治療や教育上の対応との関連についても検討した。対象の診断は過半数がTSを伴っていたが、

2002年度よりは多様であり、高機能発達障害全体の傾向を反映していると思われた。

このような対象で攻撃性の心理機制を検討する上で、怒り発作の特徴の解析は有用と思われる。Budman, et al. (2003) は怒り発作が1週間に3回以上あるTS患者を対象として怒りのスクリーニング質問紙のデータを因子分析して、怒り発作が、特異的な前兆に関連する場合、安心な環境で起こりやすい場合、非特異的な前兆に関連する場合、特に関連するものがなくいつもイライラしている場合の4つに分けられると報告している。今回は十分な例数ではなかったため因子分析は行わなかったが、怒り発作に関連する状況の回答から、他者の評価と密接に関連する怒り発作及び全く理由を見出せない怒り発作はそれ以外とはやや質が異なる可能性があると思われた。

また、攻撃性の臨床評価とCBCLとの関連をみると、2002年度の研究と同様に、攻撃性有り群で不安/抑うつと思考の問題の2尺度の得点が有意に高かった。TS以外の高機能発達障害をかなり含む今回の対象においても、強迫性と衝動性が重要な役割を果たしていることが再確認されたと言えよう。

評価時までの経過中における攻撃性の変動を見ると、減少した者が19名(35.8%)おり、攻撃性がかんりの割合で減少することが示された。攻撃性減少に最も関連する要因は、学級や学校の変更、親の理解や変化、薬物療法の順であり、学校や家庭の状況が重要であることが示された。攻撃性の予防や治療にあたっては、学校や家庭において精神保健の増進を図ることが大切と思われた。

Ⅲ. 3年間の研究全体

この3年間の研究では、攻撃行動への対処及びシステム化に際しては攻撃行動のみならずその背後にある攻撃的心性についても考慮する必要があると考え、攻撃行動の心理的解明に重点をおいて行ってきた。

自己評価尺度である健康調査票のデータ解析からは、2000年の調査では12年前と比較して中学生の精神保健が全体として著しく悪化しているとは言い難かったが、同時に、少数ながら精神的に不健康度の高い生徒が増加しており、それらの生徒では攻撃性の高さが示唆された。2000年の調査の解析を進めて精神・身体的側面や生活的側面の指数を算出したところ、攻撃性指数の最高点をとった生徒の割合は男女ともに約10%であり、攻撃性指数は他のすべての指数と有意な相関があった。攻撃性の高い生徒は一般の児童・生徒の中にも約10%おり、多側面の精神保健上の問題を持っていて、それらに対する配慮が必要と思われた。

高機能発達障害を持つ児童・生徒では何らかの攻撃性が過半数に認められ、攻撃性は不安・抑うつおよび思考の問題と関連していた。一般の児童・生徒のみならず高機能発達障害を持つ児童・生徒でも、攻撃性は低い自己評価や強迫的傾向と関連しており、それらへの対処が必要と思われた。

以上のこと及び高機能発達障害を持つ児童・生徒で攻撃性減少に関連する要因として学級や学校の変更、親の理解や変化が多くあげられたことを総合すると、攻撃性の低減のためには、学校や家庭または友人関係において精神的な健康の保持・増進を目指す働きかけが重要である

と指摘できた。このような精神保健的な働きかけを進めるという観点から専門家間の連携を行うことは、攻撃行動の予防につながると考えられた。

文献

- ・ Budman CL, Bruun RD, Park KS, Lesser M, Olson M: Explosive outbursts in children with Tourette's disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(10): 1270-1275, 2000.
- ・ Budman CL, Rockmore L, Stokes J, Sossin M: Clinical phenomenology of episodic rage in children with Tourette syndrome. *J Psychosom Res*, 55(1): 59-65, 2003
- ・ 太田昌孝、永井洋子、金生由紀子、式場典子、上出弘之、藤波襄二：児童・思春期の精神保健に関する研究。厚生省「精神・神経疾患研究委託費」62 公—3 児童・思春期精神障害の成因及び治療に関する研究 平成元年研究報告書, 21-56, 1990.
- ・ 太田昌孝、金生由紀子、永井洋子、新井 卓：精神・行動障害を持つ児童・青年の攻撃行動の心理的解明と対処およびシステム化に関する研究。厚生科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 児童思春期精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研究 平成 13 年度総括・分担研究報告書, 67-76, 2002.
- ・ 太田昌孝、金生由紀子、永井洋子、新井 卓：精神・行動障害を持つ児童・青年の攻撃行動の心理的解明と対処およびシステム化に関する研究—怒り発作からみた“高機能”発達障害における攻撃性についての研究—。厚生科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 児童思春期精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研究 平成 13 年度総括・分担研究報告書, 75-86, 2003.

表1-1 健康調査票の各指標

		攻 撃 性 指 標	抑 う つ 指 標	不 安 指 標	強 迫 性 指 標	身 体 指 標	学 校 不 適 応 指 標	友 人 不 適 応 指 標	家 庭 不 適 応 指 標
Q1	あなたは、毎日気分よくすごしていますか		○						
Q2	あなたは、健康に自信がありますか					○			
Q3	あなたは、学校で楽しくすごしていますか						○		
Q4	あなたは家で楽しくすごしていますか								○
Q5	あなたは、将来のことが心配ですか			○					
Q6	あなたは、「疲れやすい」と思うことがありますか					○			
Q7	あなたは、「夜、眠れない」と思うことがありますか					○			
Q8	あなたは、「なんとなくさびしい」と思うことがありますか		○						
Q9	あなたは、「朝起きるのがつらい」と思うことがありますか					○			
Q10	あなたは、「学校に行きたくない」と思うことがありますか						○		
Q11	あなたは、「食事がしたくない」と思うことがありますか					○			
Q12	あなたは、「すぐ不安になる」と思うことがありますか			○					
Q13	あなたは、「何をしても楽しくない」と思うことがありますか		○						
Q14	あなたは、「何のために生きているのかわからない」と思うことがありますか		○						
Q15	あなたは、「死んでしまいたい」と思うことがありますか		○						
Q16	あなたは、悩みや心配事がありますか			○					
Q17	あなたは、学校の勉強や成績のことで悩んだり心配することがありますか						○		
Q18	あなたは、進学や受験のことで悩んだり心配することがありますか						○		
Q19	あなたは、自分の性格のことで悩んだり心配することがありますか								
Q20	あなたは、友達から仲間はずれにされることで悩んだり心配することがありますか							○	
Q21	あなたは、友達にいじめられることで悩んだり心配することがありますか							○	
Q22	あなたは、性のことで悩んだり心配することがありますか								
Q23	あなたは、学校の先生がわかってこないことで悩んだり心配することがありますか						○		
Q24	あなたは、親がわかってこないことで悩んだり心配することがありますか								○
Q25	あなたは、悩みや心配事がある時に、だれにいちばん相談したいですか								
Q26	あなたは、自分をつまらない人間だと思うことがありますか		○						
Q27	あなたは、友達と話しをすることが楽しいですか							○	
Q28	あなたは、人の前で顔が赤くなって困ることがよくありますか								
Q29	あなたは、チック症(目をパチパチしたり、顔をピクピクしたりするなど)がありますか				○				

表1-2 攻撃性指数の性別、学年別点数分布

学年		攻撃性指数					合計
		0	1	2	3	4	
男子	中1	75	79	64	43	15	276
	(%)	(27.2)	(28.6)	(23.2)	(15.6)	(5.4)	(100)
	中2	79	80	78	56	32	325
	(%)	(24.3)	(24.6)	(24.0)	(17.2)	(9.8)	(100)
	中3	59	80	66	58	44	307
	(%)	(19.2)	(26.1)	(21.5)	(18.9)	(14.3)	(100)
合計	213	239	208	157	91	908	
(%)	(23.5)	(26.3)	(22.9)	(17.3)	(10.0)	(100)	
女子	中1	74	58	61	36	12	241
	(%)	(30.7)	(24.1)	(25.3)	(14.9)	(5.0)	(100)
	中2	60	72	73	47	33	285
	(%)	(21.1)	(25.3)	(25.6)	(16.5)	(11.6)	(100)
	中3	50	74	78	43	35	280
	(%)	(17.9)	(26.4)	(27.9)	(15.4)	(12.5)	(100)
合計	184	204	212	126	80	806	
(%)	(22.8)	(25.3)	(26.3)	(15.6)	(9.9)	(100)	

表1-3 各指数の学年別比較 (男子)

	学年	人数	平均	SD	F 値	p 値
攻撃指数	中1	276	1.4	1.2	7.0021	0.0010
	中2	325	1.6	1.3		
	中3	307	1.8	1.3		
	合計	908	1.6	1.3		
抑うつ指数	中1	269	1.9	1.6	23.0210	0.0000
	中2	315	2.3	1.9		
	中3	307	3.0	2.2		
	合計	891	2.4	2.0		
不安指数	中1	272	2.9	1.9	6.8236	0.0011
	中2	322	3.2	1.9		
	中3	306	3.5	1.9		
	合計	900	3.2	1.9		
強迫指数	中1	271	2.4	1.2	3.2410	0.0396
	中2	316	2.6	1.2		
	中3	302	2.7	1.3		
	合計	889	2.6	1.2		
身体指数	中1	272	3.8	2.4	11.6475	0.0000
	中2	318	4.4	2.4		
	中3	306	4.8	2.4		
	合計	896	4.4	2.4		
学校指数	中1	268	2.1	1.6	44.3357	0.0000
	中2	312	2.9	1.8		
	中3	303	3.5	1.8		
	合計	883	2.9	1.9		
友人指数	中1	265	1.8	1.0	6.4639	0.0016
	中2	318	1.9	1.0		
	中3	297	2.1	1.1		
	合計	880	1.9	1.1		
家庭指数	中1	258	2.2	1.8	21.8777	0.0000
	中2	306	2.6	1.9		
	中3	290	3.2	2.0		
	合計	854	2.7	2.0		

表1-4 各指数の学年別比較 (女子)

	学年	人数	平均	SD	F 値	p 値
攻撃指数	中1	241	1.4	1.2	7.0455	0.0009
	中2	285	1.7	1.3		
	中3	280	1.8	1.3		
	合計	806	1.6	1.3		
抑うつ指数	中1	238	1.9	1.6	36.6429	0.0000
	中2	278	2.9	2.0		
	中3	280	3.4	2.3		
	合計	796	2.8	2.1		
不安指数	中1	230	3.1	1.9	33.1400	0.0000
	中2	277	4.0	1.8		
	中3	282	4.4	1.7		
	合計	789	3.9	1.9		
強迫指数	中1	235	2.3	1.2	4.5499	0.0108
	中2	279	2.5	1.2		
	中3	277	2.5	1.2		
	合計	791	2.5	1.2		
身体指数	中1	228	4.3	2.6	22.0135	0.0000
	中2	281	5.0	2.4		
	中3	277	5.7	2.3		
	合計	786	5.1	2.5		
学校指数	中1	230	2.0	1.6	63.9977	0.0000
	中2	277	3.2	1.7		
	中3	274	3.7	1.8		
	合計	781	3.0	1.8		
友人指数	中1	227	1.7	0.9	8.9562	0.0001
	中2	269	2.0	1.1		
	中3	273	2.2	1.3		
	合計	769	2.0	1.1		
家庭指数	中1	224	2.0	1.9	13.2749	0.0000
	中2	267	2.7	2.1		
	中3	275	2.9	2.1		
	合計	766	2.6	2.1		

表1-5 各指数の性別比較(中1)

	性別	人数	平均	SD	t 値	p 値
攻撃指数	男	276	1.4	1.2	0.3832	0.7017
	女	241	1.4	1.2		
抑うつ指数	男	269	1.9	1.6	-0.1610	0.8722
	女	238	1.9	1.7		
不安指数	男	272	2.9	1.9	-1.4996	0.1343
	女	230	3.1	1.9		
強迫指数	男	271	2.4	1.2	1.5020	0.1337
	女	235	2.3	1.2		
身体指数	男	272	3.8	2.4	-2.1322	0.0335
	女	228	4.3	2.6		
学校指数	男	268	2.1	1.6	0.8883	0.3748
	女	230	2.0	1.6		
友人指数	男	265	1.8	1.0	0.2974	0.7663
	女	227	1.7	0.9		
家庭指数	男	258	2.2	1.8	0.8465	0.3977
	女	224	2.0	1.9		

表1-6 各指数の性別比較(中2)

	性別	人数	平均	SD	t 値	p 値
攻撃指数	男	325	1.6	1.3	-0.8226	0.4110
	女	285	1.7	1.3		
抑うつ指数	男	315	2.3	1.9	-3.6459	0.0003
	女	278	2.9	2.0		
不安指数	男	322	3.2	1.9	-5.6344	0.0000
	女	277	4.0	1.8		
強迫指数	男	316	2.6	1.2	0.5990	0.5494
	女	279	2.5	1.2		
身体指数	男	318	4.4	2.4	-2.9016	0.0039
	女	281	5.0	2.4		
学校指数	男	312	2.9	1.8	-2.2891	0.0224
	女	277	3.2	1.7		
友人指数	男	318	1.9	1.0	-0.9652	0.3348
	女	269	2.0	1.1		
家庭指数	男	306	2.6	1.9	-0.5181	0.6046
	女	267	2.7	2.1		