200400373 B

厚生労働科学研究補助金

(子ども家庭総合研究事業)

総合研究報告書

平成15～16年度

平成 17 年 3 月

主任研究者　**渡 邉 修一郎**

健やか親子 21 推進のための学校における思春期の心の問題に関する
相談システムモデルの構築

厚生労働省科学研究費補助金

（子ども家庭総合研究事業）

健やか親子21推進のための
学校における思春期の心の問題に関する
相談システムモデルの構築

総合研究報告書

平成17年3月

主任研究者　　渡邉　修一郎

目　　次

Ⅰ．総括研究報告

健やか親子21推進のための
学校における思春期の心の問題に関するシステムモデルの構築 …… 1
渡邉修一郎　昭和大学医学部小児科兼任講師
（資料）質問用紙１．
質問用紙２．
質問用紙３．

Ⅱ．分担研究報告

１．子どものQOL尺度質問紙（小学生版・中学生版・親用） …… 26
柴田　玲子　湘南医療福祉専門学校兼任講師

２．「健康な児童と病気を持つ児童のQOLの比較」 …… 46
根本　芳子　太田総合病院研究員

３．「子どものQOLと親の子どもに対する認識の差異」 …… 57
根本　芳子　太田総合病院研究員

４．「小学生版QOL尺度」と身体的問題との関係 …… 75
佐藤　弘之　昭和大学医学部小児科学教室講師

５．平成15年度、16年度研究のまとめ …… 87
古荘　純一　青山学院大学文学部教育学科助教授

６．短期集中水泳指導を中心にした喘息児健康教室における
小学生版QOL尺度、中学生版尺度を用いた評価の試み …… 91
松嵜くみ子　青山学院大学文学部心理学科兼任講師
柴田　玲子　湘南医療福祉専門学校兼任講師
根本　芳子　太田総合病院研究員

7．小児科医と心理士による公立小学校における
「健康相談室」の開設および小学生版ＱＯＬ尺度を用いた相談システムの試行
－平成 15 年度、平成 16 年度のまとめ－ …… 99
松嵜くみ子　青山学院大学文学部心理学科兼任講師
根本　芳子　太田総合病院研究員
柴田　玲子　湘南医療福祉専門学校兼任講師
古荘　純一　青山学院大学文学部教育学科助教授
佐藤　弘之　昭和大学医学部小児科兼任講師
渡辺修一郎　昭和大学医学部小児科兼任講師

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表 …… 105

Ⅳ．研究成果の刊行物・別刷 …… 109

厚生労働省科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

総合研究報告書

統括報告

健やか親子２１推進のための
学校における思春期の心の問題に関する相談システムモデルの構築

主任研究者

渡邉修一郎　昭和大学医学部小児科兼任講師

研究要旨

学校におけるさまざまな問題は、児童・生徒の QOL と関連していると考えられる。QOL の低下は問題行動や身体症状の悪化に関与し、逆にまた問題行動や学習上の問題は QOL の低下をもたらす。したがって児童・生徒の QOL 低下を早期に発見することにより、このような問題に対する早期の対応が可能になることが期待される。

我々は、簡便に使いやすく、子ども自身の報告による学校適応を含めた日常生活全般の健康度や適応度を測定できる指標として、the Kid-KINDL^{R} (Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children, Ravens & Bullinger, 2000)を翻訳し、小学生版 QOL 尺度および中学生版 QOL 尺度の開発を試みた。本研究の課題は、児童・生徒の QOL 低下をスクリーニングにより早期発見し、早期対応を可能にするシステムの作成と QOL 低値の者に対するケアシステムの構築が可能であるかを検討することである。

平成 15 年度は小学生を対象としてスクリーニング調査を行うとともに、問題を抱える児童に対するケアを行っていくことを目的とした健康相談室のあり方を検討することを課題とした。

1) 小学生版 QOL 尺度を質問紙として用い、小学校 7 校、3,700 余名の児童の QOL を調査した。QOL 得点は正規分布を示した。また健常児と比較して疾患児(今回はアレルギー疾患児を対象とした)では QOL 得点は低値を示した。従来の報告と比較して、この結果から、信頼性と妥当性をもって小学生版 QOL 尺度は児童の QOL 低下の 1 次スクリーニングに利用しうると考えられた。

2) 小学校低学年に対して、従来の小学生版 QOL 尺度を若干簡素化したもの、およびすでに標準化されている「子どもうつ尺度」、「自尊感情尺度」を実施し、妥当性の検討を行った。これらの尺度間には相関があることが示され、低学年でも QOL 尺度の質問紙による検査が可能であると考えられた。

3) QOL 低値(10 パーセンタイル以下)の児童に対する 3 次スクリーニングとして医師面接を行ったところ、およそ半数に頭痛・腹痛などの身体症状や対人葛藤を持つものが認められた。また、QOL は高いが担任から見て「気になる児童」に対しても医師面接を行ったが、この中には注意欠陥性多動障害や学習障害のものがみられた。

4) 学校における児童とその家族、担任教諭の抱える問題に対応する場として健康相談室を公立小学校内に開設し運営した。健康相談室を来室する児童たちは、それぞれの子のペースを大切に考

えながら見守る大人のスタッフのもとで、同じような問題を抱える他児との折り合いのつけ方を学んでいく。また相談室での学習や経験の中から自分の得意なことを発見することが、自尊感情を取り戻す契機となり、QOL の改善に結びつく。QOL の改善により児童の問題行動が減少、軽快することが期待され、健康相談室の存在は有意義と考えられた。

平成 16 年度は、

1)小学生版 QOL 尺度の日本における標準値にむけて、小学校における縦断的調査を継続し、平成15年度に実施した調査実施地域、調査数に加えて、全国的に実施地域を拡大し、調査数を増やした。標準値について、処理中である。

2)小学生版 QOL 尺度低得点の児童と高得点の児童の身体的、心理・社会的背景を比較し、妥当性を検討するため、小学校5年生全員に対して小学生版QOL尺度の他に心理士・小児科医による半構造的面接を実施し、その結果を比較した。QOL 尺度得点に差の見られた身体的問題は、動悸、めまい、やる気が出ないこと などであった。

3)中学生版 QOL 尺度を翻訳し、その妥当性・信頼性を検討することを目的に。都内の公立中学校において全員に中学生版 QOL 尺度を、期間をおいて2回実施し、再検査信頼性を確認した。妥当性については、処理中である。

4)中学生版 QOL 尺度の日本における標準値を目指して、全国の都市部、郡部の公立および私立中学校において中学生版 QOL 尺度を実施した。再検査信頼性、内的整合性は確認された。妥当性、標準値について、処理中である。

5)「本人による QOL 評価」と「親から見た本人の QOL 評価」を比較し、親の子どもに対する認識の差異を検討するため、公立小学校児童全員に対して、小学生版QOL尺度と親用QOL尺度を実施し、縦断的調査を行い、QOL 尺度得点が低い児に関しては、本人の得点と親の認識にズレがあることがわかった。また、慢性疾患児(喘息、アトピー性皮膚炎など)に対して小学生版 QOL 尺度・中学生版 QOL 尺度を実施し、対照群の結果と比較した。その結果、慢性疾患児の親子のほうが認識の差異が少なかった。

6)臨床群(軽度発達障害、慢性疾患など)と対照群の QOL を比較し、1次スクリーニングのツールとしての妥当性を確認するため、軽度発達障害を診断された児童に小学生版 QOL 尺度を実施し、対照群の結果と比較した。軽度発達障害児群で、子どもは情動的 Well-being、家族の得点が低かったが、総得点や自尊感情は差がなかった。同様に親は、自尊感情、学校生活が低かったが総得点では差がなかった。また、短期集中水泳指導を中心にした喘息児健康教室においてその前後で「小学生版 QOL 尺度」および「中学生版 QOL 尺度」を試用し、喘息児に対する介入の効果に関する評価を試みた。「QOL 尺度得点」は介入前後で、有意な差はみられなかったが、健康教室前後の泳力の変化によって向上群と不変群に分けて検討したところ、向上群の QOL 下位領域「自尊感情」「家族」において、QOL 尺度得点の増加傾向 ($P<0.05$) がみられた。

7)公立小学校において、1次スクリーニングとして小学生版 QOL 尺度を実施し、QOL 尺度得点下位約 10%と教員の希望する児童に対して心理士・小児科医による面接を実施した。結果につい

て、学級担任全員にフィードバックし、対応について検討した。これらの児童は、心理・医療的支援を要すると考え、各機関・職種との連携し支援を開始した。また、心理スタッフによる授業参観を実施し、その結果について希望する学級担任にフィードバックし、気になる児童の対応について検討した。これらの介入についての客観的評価にまではいたっていないが、保護者、教員の感想などからは、1次スクリーニングとして「小学生版QOL尺度」を用いた、小児科医と臨床心理士による小学校の支援システムの有用性が推測された。

考察:小学生版 QOL 尺度中学生版 QOL、信頼性 妥当性の検討については、調査の実施はほぼ終了した。中学生版 QOL 尺度についても信頼性は得られたが、妥当性について更なる検討が必要である。

個人面接、臨床群と対照群の比較、介入による変化の評価などの結果からは、QOL 尺度が1次スクリーニングのツールとしての有用性が示されているといえる。

学校現場における児童の心身の問題に対して、一次スクリーニングとして QOL 尺度を用いた、小児科医と臨床心理士による支援システムを試行し、その有用性が示されたといえる。さらに、客観的な評価として、介入によるQOL尺度得点の変化、親子の差異、教員のQOLの変化などによる検討が今後の課題として考えられる。

分担研究者
古荘純一（青山学院大学文学部教育学科助教授）、佐藤弘之（昭和大学医学部小児科講師）、根本芳子（太田総合病院研究員）、柴田玲子（湘南医療福祉専門学校非常勤講師）、松嵜くみ子（青山学院大学文学部心理学科兼任講師）
研究協力者
子安ゆうこ、森田孝次、桜井俊輔、関真由美、滝元宏、中野有也、藤谷しのぶ、松野良介、宮沢篤生、校條愛子（以上、昭和大学医学部小児科）、大浦顕子、高本綾乃、羽下路子、松村陽子、宮澤俊彦、吉井華恵、米山麻衣子（以上、青山学院大学文学部）

A. 研究目的

近年、児童の非行、ひきこもり、不登校、さらに注意欠陥性多動障害（以下、AD/HD）や学習障害（以下、LD）などの問題が増加し、社会的な関心を呼んでいる。この背景には急激な社会環境や価値観の変化がもたらした学校教育環境や家庭環境の変化があると考えられる。

一方、これらの問題を抱えた児童は、対人葛藤や不定愁訴などの出現により少なからずその Quality of Life（以下、QOL）を低下させ、苦しんでいると想定される。

現場の教師や養護教諭はそれぞれ教科の指導や身体的健康の管理の専門家ではあるが、心の問題を持つ児童に対する知識や経験は乏しい。にもかかわらず多忙な中、満足なマニュアルやバックアップ体制のない状況でこれらの問題の初期対応を任されている。また、学校や家庭で問題行動が発見されたとしても、これらに対応できる児童精神科医の数は大変に少ないため、軽度の訴えや症状しかみせない児童が専門家による診察を受ける機会は少ない。また、小児期の心の変調は身体の疾患となって現れることも多く、小児科医のこれまで以上の対応の強化が必要であり、さらに、小児医療

に臨床心理士が加わることで支援の質の向上が期待できる。この思春期の心の問題への対応は「健やか親子２１」でも取り上げられているところである。

そこで我々は、小児科医と臨床心理士が自ら現場である学校へ赴き、児童の心の問題を早期発見し対応するために積極的に活動することを意義深いと考え、平成11年より、大学病院に隣接する公立小学校において、校長と大学病院小児科の教授が話し合いの上、「健康相談室」を開設した。20 分休み、昼休みはどの子どもも自由に遊べるオープンルームとし、その他に個別相談として、子ども、家族、教員が心身両面について相談できるシステムと、授業中、学級で過ごすことの難しい子どもたちの居場所としての機能を提供している（根本ら、2001：根本ら、2002：飯倉ら、2002）。実際、20 分休み、昼休みにたくさん遊びにくる子ども達と直接接することで、配慮、支援を要する児童を早期に発見することが可能になり、保健室登校の児童も健康相談室の安心できる雰囲気の中で、友達や、スタッフとの交流を通して、対人関係の能力が向上し、その子の進度に合わせての学習指導で、自信を回復し、段々と教室に足を運ぶようになった。健康相談室での小児科医師・臨床心理士、他のメンバーとの交流は、子ども達に大きな自信になっている。また、養護教諭との定期的カンファレンス、教員全体との情報交換会を持ち、学校との連絡を密にすることで、児童のいろいろな側面を話し合うことができ、その対応策を検討できた。また、児童の問題解決に保護者の協力が重要な場合、さらに、保護者自身が児童との関わりに悩むこともあり、保護者との面接も学校で行うことで、待ち時間の長い病院とは異なり、気軽に、手軽に、安心して相談できる場を保護者にも提供している。（根本他、2001）。

本研究は、小学校での児童の行動や授業状況の把握、問題を抱える児童の相談等を積極的に行い、学校の教員、養護教諭、学校医等と一緒に児童を多面的にケアしていくモデルを構築し、不登校、いじめ、学級崩壊を防ぐ組織を構築していく等のことを通じ、学校保健現場への小児科医、臨床心理士等の介入のあり方、その効果について検討するとともに、対応マニュアルの作成を行うことを目的とする。本研究の基本構造を図に示す。

平成 15 年度は、

1) 公立小学校における健康相談室の開設とその運営、

2) 小学生版 QOL 尺度による 1 次スクリーニングの試み（QOL 得点標準値の設定に向けて）

3) 小学生版 QOL 尺度による 1 次スクリーニングの試み（妥当性の検討：健常児と病児-アレルギー疾患児-間の QOL の比較）

4) 臨床心理士個別面接による、2 次スクリーニングおよび小学生版 QOL 尺度による 1 次スクリーニングの評価、（特に 1、2 年生における信頼性および妥当性の検討）

5) 医師による 3 次スクリーニングと医学的・心理的支援を必要とする児童の検討、

6) 以上をふまえた上で、ケアシステムの構築および対応マニュアルの作成を準備すること、とした。

平成 16 年度は、

1) 小学生版 QOL 尺度の日本における標準値にむけてさらに調査をすすめる。

2) 小学生版 QOL 尺度低得点の児童と高得

点の児童の身体的、心理・社会的背景を比較し、1次スクリーニングのツールとしての妥当性を確認する。

3)中学生版 QOL 尺度を翻訳し、その妥当性・信頼性を検討する。

4)中学生版 QOL 尺度の日本における標準値を求める。

5)「本人による QOL 評価」と「親から見た本人の QOL 評価」を比較し、親の子どもに対する認識の差異を検討する。

6)臨床群(軽度発達障害、慢性疾患など)と健常群のQOLを比較し、その特性を検討する。1次スクリーニングのツールとしての妥当性を確認する。

7)小学校において、1次スクリーニングとして小学生版QOL尺度を実施し、学校へのフィードバックまでの支援システムを試行し、その有効性を検討する。

以上のことを目的に、公立小学校において小児科医と臨床心理士が学校と連携をとりながら行う健康相談室における学校支援の実践を通して本研究の研究課題にそった検討を行った。

B. 研究方法

【平成 15 年度】

1) 平成 11年から都内の一公立小学校において健康相談室を開設、臨床心理士を中心として活動しているが、今回活動概況を以下のよう整理し、利用状況について調査した。

健康相談室の開設状況

(1)週 2 回の開設(臨床心理士、小児科医師、大学院生)

(2)20 分休み、昼休みのオープンルーム

(3)お話カードによる児童の個別相談

(4)予約制の保護者・教員の相談

(5)健康相談室登校および不登校児童の支援

2)および 3) 分担研究者柴田らは、Kid-KINDLR(Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children, for children between the ages of 8 and 12, Ravens &Bullinger, 2000)を翻訳して、「小学生版 QOL 尺度」の開発を試み、本邦における学童の QOL の評価に利用できることを示してきた[1]。Kid-KINDLR は、Bullinger らがドイツで開発したもので、6つの下位領域(身体的健康、情緒的ウェルビーイング、自尊感情、家族、友だちとの関係、学校生活)からなる計 24 の質問を有する質問紙であるが、詳細は柴田の報告を参照されたい。

この小学生版 QOL 尺度を 1 次スクリーニングとして行うためには信頼性と妥当性を検討する必要があり、以下のように計画し実施した。

(1)調査対象(学校数、児童数)を増やすこと:本質問紙による調査を首都圏の小学校 7 校(神奈川県下政令指定都市の小学校 2 校、その他の市の小学校 2 校、町村部の小学校 1 校(計 5 校 2,580 名)、都内区部公立小学校 1 校(488 名)、都内私立小学校 1 校(679 名))計3,747名に実施方法や注意事項を記した文書を添付したうえで郵送により配布し、学校単位で実施した。

(2)健常児と病児(アレルギー疾患児)の QOL を比較:QOL 総得点および各下位領域得点を健常児群とアレルギー疾患児群との間で比較した。

(3)1、2 年生に対してやや簡略化した質問紙を試用:都内区部一公立小学校の 1、2 年生全員計 185 名(男児 102 名、女児 83 名)に対し、個別面接により「小学生版 QOL 尺度・

低学年用」、「子どもうつ尺度」、「自尊感情尺度」を実施した。

4) 一公立小学校全児童 488 名を対象として行った小学生版 QOL 尺度得点の低値の児童および、担任教師からみて「気になる」児童に対し、問診票を用いて医師による個別面接を行った。最終的に質問に対する回答および問診時の観察記録を3人の医師で検討し、医療や心理士による介入が必要な児童をピックアップした。

5) これらの結果を念頭に、配慮が必要となった児童に対してどのような対応を行っていくかに関して健康相談室のスタッフ(臨床心理士、大学院生)7 名によるフォーカス・グループ・インタビュー調査が行われた。この記録から作成された逐語録をもとに健康相談室の果たしている機能と今後の課題について検討を行った。

【平成 16 年度】

1)「小学生版QOL尺度」の標準値に向けて:前年度から今年度にかけてより幅広い調査を行なうことによって、調査地域、調査時期、調査対象校を拡大し、本年度は、6～7月に、首都圏の公立小学校11 校、市部にある国立小学校1校、町村部の公立小学校11校に、調査用紙を配布し、各学校で学級ごとに集団実施した。調査時期を考慮し、小学1年生は省いた。

2)「小学生版 QOL 尺度」低得点の児童と高得点の児童の身体的、心理・社会的背景の比較:

東京都内の公立小学校1校第5学年の全生徒 82 名に小学生版 QOL 尺度を施行した。同時期に独自に作成した問診表を用いて身体的問題に関して医師、心理士による個別面接調査を行った。

3)中学生版 QOL 尺度を翻訳および、その妥当性・信頼性の検討:

4)中学生版 QOL 尺度の日本における標準値に向けて:

the Kid-KINDLR の 13 歳から 16 歳用を翻訳し、「中学生版 QOL 尺度」とした。首都圏の公立私立中学校 4 校、市部にある国公立中学校 2 校、町村部の公立小学校 3 校に質問紙を配布し、各学校で集団実施された。その内の 2 校には信頼性検討のために 1～2 週間後に再調査を依頼した。287 人 (男児 142 人, 女児 145 人) の有効回答が得られた。

5)「本人による QOL 評価」と「親から見た本人の QOL 評価」の差異の検討:

①一般群:都内の公立小学校の1年生から6年生(2回目は 2－6 年生)とその保護者を対象に「小学生版 QOL 尺度」を1回目 2003 年 10 月と2回目 2004 年6月に実施した。児童には、担任の指示の下に学校で実施してもらい、保護者には自宅で実施してもらい回収した。**②健常群と喘息群:**都内の小学校1校の子どもと親、市部の中学校1校の子どもと親及び小児科に受診した患者とその親を対象に「小学生版 QOL 尺度」及び「中学生版 QOL 尺度」子供用・親用をそれぞれ実施してもらい、その中から、健康群と喘息群を抽出し、2 群に分け、それぞれの群で子どもと親の得点を比較した。

6)臨床群(軽度発達障害、慢性疾患など)と対照群比較および妥当性の検討。

①軽度発達障害:通常学級に在籍し医療機関を受診している6歳から 12 歳の軽度発達障害児 20 名とその母親を対象に「小学生版QOL尺度」および母親には「小学生版QOL尺度親用(親から見た子どものQOL)」を

施行した。また東京都内の公立小学校通常学級在籍する 382 人とその母親のQOL得点(対照群)と比較した。

②喘息児健康教室介入前後の比較

行政が主催する喘息児健康教室において、水泳連盟指導員による短期集中水泳指導、医療スタッフによるセルフケア支援、臨床心理士によるカウンセリングを組み合わせた介入がおこなわれた。参加した喘息児２５名（男児１３名、女児１２名）に対してその前後で「小学生版 QOL 尺度」および「中学生版 QOL 尺度」を実施した。

7)「小学生版QOL尺度」スクリーニングツールとしての試用と小学校における相談支援システムの試行

都内公立小学校において、1 次スクリーニングとして小学生版QOL尺度および担任教員による「気がかりな児童」に関するチェックリストを実施し、低QOL得点の児童および担任教員からみた「気がかりな児童」に注目し、その後の支援として、①各学年の担任教員団毎に、臨床心理士からQOL尺度得点の結果のフィードバックおよび実際の対応についてのディスカッション②臨床心理士による授業参観③相談を希望する担任教員に対する、実際の対応についての個別相談、を実施した。

C. 研究結果

【平成 15 年度】

1) 平成 15 年度に某公立小学校の健康相談室を利用した小児の数はのべ 1,640 名であった。総数では 5、6 年生の来室者が多い傾向がみられた。年度後半に来室者数が多い傾向がみられた。

2) 3,747 名に配布された小学生版 QOL 尺度質問紙のうち、有効回答を 3,382 名(90%)から得た。全体の QOL 得点は平均 67.0、標準偏差 13.67 で正規分布を示した。QOL 得点は学年が高くなるにつれて低くなる傾向がみられ、特に自尊感情の領域ではその傾向は顕著だった。

3) 健常児群(2,664 名)と疾患群すなわち喘息群(169 名)、アトピー群(107 名)、合併群(47 名)との間の QOL 得点について比較検討したところ、総得点および身体的健康と情緒的ウェルビーイングの両下位領域得点で喘息群が健常児群より低値であった($p<0.01$)。他疾患群では低値をとる傾向があったものの有意ではなかった。

4) 一公立小学校の 1、2 年生 185 名に実施した個別面接の結果、有効回答数 181 名(98%)を得た。 QOL 総得点と 6 つの下位領域得点と「子どもうつ尺度」との間には Peason の積率相関で中程度の負の相関がみられた。QOL 得点と「自尊感情尺度」との間には Peason の積率相関で中程度の正の相関がみられた。

5) 一公立小学校全児童 488 名を対象として行った小学生版 QOL 尺度得点の低値の者に対して、医師による 3 次スクリーニングを実施した。対象は QOL 得点 10 パーセンタイル以下、同点者を含む 62 名とした。また、担任教師の指摘による気になる児童 21 名も 3 次スクリーニング面接を同様に行った。

QOL 低得点者に対する 3 次スクリーニング結果をもとに身体的問題について検討したところ、体格としては肥満の児童はみられたがやせの児童はみられなかった。76%の児童で入眠困難や中途覚醒の訴えがみられた。週 2～3 回以上の頭痛、腹痛を訴える者はそれぞれ 24%、19%みられた。明らかな頻尿は 2%、逆に尿が 1 回／日のものは 5%、

排便回数の10回／日以上の児童が2%に1回／1～2 週のものは 4%にみられた。一方で便秘や下痢を自覚的に訴える児童は43%であった。夜尿・遺糞は 20%にみられた。脱毛・抜毛は13%にみられた。全ての身体所見と QOL 得点の間に相関は認められなかった。

また、身体所見の他に対人葛藤などの有無について検討を行ったところ、不定愁訴を頻回に訴えるもの、欠席の多いなど日常生活に支障があるものは 29 名、学校や家庭での対人葛藤が明らかなものは 18 名あり、両者を併せ持つものは 16 名であった。

教師が問題ありと指摘した児童の中では、QOL が低得点のものは不定愁訴および対人葛藤の両方がみられた。しかし、QOL が低得点でない児童の中に問診中に AD/HD や LD の示唆されるものが 6 名存在した。

6) スクリーニング後のケアシステムおよび対応マニュアルの作成に向けてフォーカス・グループ・インタビューの記録を整理し、以下に示す結果を得た。健康相談室の果たしている機能として、各児童のペースを尊重し、安心と信頼を寄せられる大人のスタッフのもとで、(1)他の児童との交流が進められること、(2)色々な要望を持つ他児童との「折り合い」のつけ方を覚えること、(3)色々なことを経験する中で自分の得意なことを発見し自尊感情を回復すること。

今後の健康相談室での対応の課題として、(1)学習に役立つ教材の提供と充実、(2)担任教員との綿密な連携・連絡、(3)さらにきめ細かい学習面での支援策の検討、である。

【平成 16 年度】

1)「小学生版QOL尺度」の標準値に向けて:

回収された小学生 2279 名のうち、回答が不備なものなど 333 名を除くと 1946 名（有効回答率 85%）であった。前年度の 19 校のうち今年度と重複している 1 校と 16 年度に合わせて 15 年度からも 1 年生を除外して、平成 15 年度と 16 年度あわせた 19 校 4607 名（男児 2348 名，女児 2259 名）を分析対象とした。はじめに、首都圏、市部、町村部に分けて地域による差異を検討したが、小学生の QOL 得点は、学校間の差はそれぞれあるが、地域による差はみられなかった。下位領域では、身体的健康と学校生活の得点が町村部は高く、市部、首都圏と低くなり、逆に自尊感情の得点は町村部が最も低く、市部、首都圏と高くなっていた。小学生の QOL 得点は、ほぼ正規分布しており、平均値は 67.46、標準偏差は 13.49 の結果となった（男児 67.57，SD=13.66，女児 67.35，SD=13.31）。地域を選択しランダムサンプリングをしたなかでの多くの日本の小学生の平均であり、1つの標準を表していると考えられる。年齢的な特徴としては、学年ごとに QOL 得点、下位尺度の自尊感情、友だち、学校の得点が低下しており、特に学校、自尊感情の 5，6 年生の平均は他の学年の平均より有意に低くかった。前年度の調査や 2001 年度から毎年継続されている 1 校の調査でもほぼ同様の結果であった。性別による差は、QOL 得点では見られなかったが、下位領域では身体的健康と自尊感情の得点は男児の方が女児より高く、家族と友達の得点は女児の方が男児より高かったのも興味深い。自尊感情得点の年齢による低下傾向については今後多面的に検討していく課題が含まれていると考える。

2)「小学生版 QOL 尺度」低得点の児童と高

得点の児童の身体的、心理・社会的背景の比較:

QOL 点数に差がみられた項目はよく下痢をすること、疲れやすさ、やる気がでないこと、めまい、立っていて気持ち悪くなること、目が疲れること、動悸、胸痛、の有無であった。

3) 中学生版 QOL 尺度を翻訳および、その妥当性・信頼性の検討:

4) 中学生版 QOL 尺度の日本における標準値にむけて:

再検査を依頼し回収した回答のうち 287 人（男児 142 人，女児 145 人）の有効回答が得られた。その結果、1 回目と再テストは強い相関が示された。

また、全体として回収された中学生 3164 名のうち、回答が不備なものなど 235 名を除き 2926 名（男子 1440 人，女子 1486 人，有効回答率 92%）を分析対象とした。内的整合性として α 係数も下位尺度の学校得点以外は高い内的整合性がみられ、充分な信頼性が得られた。また、治療中の疾患がある群と健康群との間には有意な差がみられ、基準関連妥当性が確かめられた。構成概念妥当性の検討は今後の課題である。

また、小学生と同様に、QOL 得点は学校間の差はあるものの地域による差はみられなかった。中学生の QOL 得点もほぼ正規分布しており、平均値は 60.9、標準偏差は 13.04 の結果となった（男児 60.98, SD=13.66, 女児 60.8, SD=13.31)。

年齢的な特徴としては、学年ごとに QOL 得点、下位尺度の情緒的 Well-being、自尊感情、学校の得点が低下しており、身体的健康と友だちの得点の中学 3 年生の平均は他の学年の平均より有意に低くかった。家族の得点のみは小学生と同様に年齢による差はみられなかった。性別による差も QOL 得点では見られず、下位領域の自尊感情の得点は男児の方が高く、家族、友達の得点は女児の方が高かった。中学生版 QOL 尺度に関してはまだ検討の課題も残されているが、QOL の測定具として小学生から中学生を一貫して測定できる有効な質問紙であることが示唆された。

5)「本人による QOL 評価」と「親から見た本人の QOL 評価」の差異の検討:

①一般群：調査対象人数は1回目の配布枚数が児童・保護者各 488 枚で回収枚数は児童 480 枚（回収率 98.4%)、保護者が 447 枚（回収率 91.6%）で、2回目の配布枚数は児童・保護者各 421 枚で回収枚数は児童 417 枚（回収率 99.0%)、保護者が 402 枚（回収率 95.5%）であった。その結果、親のほうが子どもの QOL を高く認識する傾向があり、子どもの QOL が低くなっても親からみた子どもの QOL は必ずしも低くならないことがわかった。②健康群と喘息群：小学校における回収枚数は保護者 402 枚、児童 417 枚で、病院での回収枚数は保護者・児童各 159 枚で、その中で健康群 289 組（男子 157 名、女子 132 名)、喘息群 104 組（男子 62 名、女子 42 名）の有効データを分析対象とした。喘息群のほうが、小学生においても中学生においても親子に認識の差が健康群に比べて少なかった。

6) 臨床群(軽度発達障害、慢性疾患など)と健常群比較および妥当性の検討。

①軽度発達障害：対照群と比し、子どもは、QOL総得点、情動的 Well-being、家族、友

達、学校の得点が有意に低かったが、健康および自尊感情は差がなかった。親からみた子どものQOLの比較では、対照群と比べて、家族の項目のみ有意差がなかったが、それ以外の下位領域と総得点は軽度発達障害の方が低かった。軽度発達障害の親子の認識の差では、QOL総得点では差がないが、下位領域では、親が、健康、気持ち、学校をより低く評価しているのに対し、子ども、自尊感情、および家族の評価が低く、友達の項目のみ有意差がなかった。以上より、軽度発達障害児の家族は、対照群と比較し子どものQOLを低く判断する傾向があった。特に学校の項目での評価が低かった。また、発達障害児の親子の認識の差が目立ち、家族は学校を子どもは家庭での評価が低かった。

②喘息児健康教室介入前後の比較

「QOL 尺度得点」は介入前後で、有意な差はみられなかったが、健康教室前後の泳力の変化によって向上群と不変群に分けて検討したところ、向上群の QOL 下位領域「自尊感情」「家族」において、QOL 尺度得点の増加傾向($P<0.05$)がみられた。

7)「小学生版QOL尺度」スクリーニングツールとしての試用と小学校における相談支援システムの試行:

効果についての評価はまだ終わっていないが、小学生版QOL尺度を用いた小学校における相談支援システムを試みた。個々の事例に関しては、有効なディスカッションが行われ、支援の必要な児童を学年全体で理解し、教員が同学年の教員団からのサポートを受けながら支援するのに有用であったと推測される。

D. 考察

3,300名を超える有効回答を得られたことから「小学生版QOL尺度」の得点および分散には一定の信頼性があると考えられる。正規分布を示したことから適切なカットオフポイントを置くことによりスクリーニング検査として有用となると考えられる。

Kid-KINDL^{R}は喘息、アトピー性皮膚炎、肥満といった慢性疾患患児では健常児と比較して低値となることが知られている。今回の報告では全ての下位領域ではないものの、「小学生版QOL尺度」の総得点と2つの下部領域ではQOL得点は有意に低値を示した。この結果をもって全ての慢性疾患児童のQOLを類推することはできない。このQOL尺度が、基礎となったKid-KINDL^{R}と同様の傾向を認めるのかさらに対象を増やして評価していく必要がある。

今回の研究では、都内公立小学校1校について、QOL得点が10パーセンタイル以下の児童に対して2次、3次スクリーニングとして個別面接を行うこととしたが、QOL調査から余り時間が経過しないうちに個別面接を済ませたいという制限があったため、調査可能な数としてカットオフポイントを10パーセンタイルに設定したのであって明らかな根拠がある訳ではない。本来全数に対して面接を行い、身体症状や対人葛藤の出現頻度を調査してこれら症状とQOL得点の関係を検討すべきであろうと考える。

「小学生版QOL尺度」の各設問は5者の中から回答を選択するために1、2年生ではこれを3者の中から選択するように変更した。すでに標準化がなされている「子どもうつ尺度」および「自尊感情尺度」との間に相関関係がみられたことから、低学年用のものも信頼性、妥当性を有すると考えられる。

QOL得点が低く医師による個別面接を受けた児童の半数以上が睡眠障害を訴え、半数近くが便秘あるいは下痢傾向があると自覚している。睡眠不足で日常生活に影響が出ている児童は殆んどいないし、実際の便の回数から医学的に問題となりそうな便秘や下痢は数%に過ぎない。実際に頻回に頭痛や腹痛などの身体症状を呈する児童と比較してこれらの頻度は高いことから、身体症状を呈す以前にQOLの低下が現れる可能性がある。QOLの低下が身体症状や対人関係の悪化に関連するのであれば早期にこれを是正することによって問題行動を回避することができるかもしれない。

健康相談室を利用している児童にとっては、現状の普通教室とのあいだの学業面でのギャップが復帰の妨げとなる可能性がある。担任との綿密な連絡はもとより相談室における教材の充実が望まれる。また、今後QOLの低下がみられる児童に対する早期のアプローチを行う場として相談室を位置付けていく必要がある。

【平成16年度】

1)「小学生版QOL尺度」の標準値に向けて:

「小学生版 QOL 尺度」が子どもの日常生活にそった生活全体の健康度や満足度を考慮した適応尺度として広く使えることを示してきた。

今後は、4 歳から 7 歳の幼稚園や保育園に通う子どもを対象とした Kiddy-KINDL^{R} と Kiddy-KINDL^{R} Parent Version を検討をしていきたい。

2)「小学生版 QOL 尺度」低得点の児童と高得点の児童の身体的、心理・社会的背景の比較:

以前の小学校 1 年から 6 年までの QOL 尺度低得点児での検討で差があると思われた肥満や睡眠障害に関しては小学校 5 年生全員を対象とした検討では QOL 得点で差が見られなかった。一方、新たに検討した動悸、胸痛、めまい、立っていて気持ち悪くなること、目が疲れること、やる気がでないことで差が認められた。QOL 尺度が反映する身体的問題は学年によって異なる可能性が考えられ、今後、他の学年でも全数調査を行う必要があると思われる。

3) 中学生版 QOL 尺度を翻訳および、その妥当性・信頼性の検討:

4) 中学生版 QOL 尺度の日本における標準値にむけて:

「中学生版 QOL 尺度」も日本の子どもたちに使えることが示唆された。また、「小学生版 QOL 尺度 ; 親用」に関しても信頼性と妥当性の検討がされたことで、今後、使える指標となった。小学生版と中学生版が使えることにより小学生から中学生の一貫した指標によって縦断研究が可能になること、また横断的にも小学生中学生の年齢的な特徴を把握しやすくなる。これらの質問紙を使った発展的研究はすでにはじまっており、日本における標準値を知りたいという要望もよせられている。

5)「本人による QOL 評価」と「親から見た本人の QOL 評価」の差異の検討:

①一般群:

親は子どもの心身両面の問題を必ずしも認識していないことがわかり、特に身体的に健康な子どもを持つ親は子どもの状態をあまり認識していないのではないかということが示唆された。

②健康群と喘息群:

小学生においても中学生においても、喘息を持つ子どもの親のほうが、身体的に健康な子どもの親よりも子どものことを認識しているのではないかということが示唆された。

6)臨床群(軽度発達障害、慢性疾患など)と健常群比較および妥当性の検討。

①軽度発達障害:

今回は、はじめての調査であり、年齢・臨床診断、性別、てんかんや気管支喘息など合併する症状の有無での検討は加えていない。また個人差は大きいと考えられた。従って、年齢、性別、臨床診断別、生活習慣の問題、ＩＱによる比較、支援経過による得点の変化、軽度発達障害を担当する学校の教員からみた子どものＱＯＬ、などの検討を加えて、よりよい支援につなげたいと考えている。

②喘息児健康教室介入前後の比較;

「小学生版 QOL 尺度」「中学生版 QOL 尺度」を用いて、喘息児に対する、短期集中水泳指導を中心にした健康教室前後の評価を試みた。泳力の向上に対応したQOLの増加が示された。子どものQOLを 評価する指標としての妥当性につきさらに検討を進める。

7)「小学生版QOL尺度」スクリーニングツールとしての試用と小学校における相談支援システムの試行:

今後、児童自身のQOLの変化、教員からの評価を検討し、「相談システム」の試行に関する評価としてゆきたい。さらに、健康相談室の有効性を示し、経済面、スタッフの手配を含め検討していく必要がある。

E．結論

小学生版 QOL 尺度および中学生版 QOL 尺度の標準値の設定、信頼性　妥当性の検討については、調査の実施はほぼ終了した。十分な信頼性と妥当性が推定されるが、統計的に、慎重に検討する必要があり、さらに作業をすすめる予定である。

個人面接、臨床群と健常群の比較などの結果からは、QOL 尺度が 1 次スクリーニングのツールとしての有用性が示されているといえる。

学校現場における児童の心身の問題に対して QOL 尺度を用いた、小児科医と臨床心理士による支援システムを試行し、その有用性が示されたといえる。さらに、客観的な評価として、
介入による QOL 尺度得点の変化、親子の差異、教員の QOL の変化などによる検討が今後の課題として考えられる。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

なし

H．知的財産権の登録状況

なし

参考文献

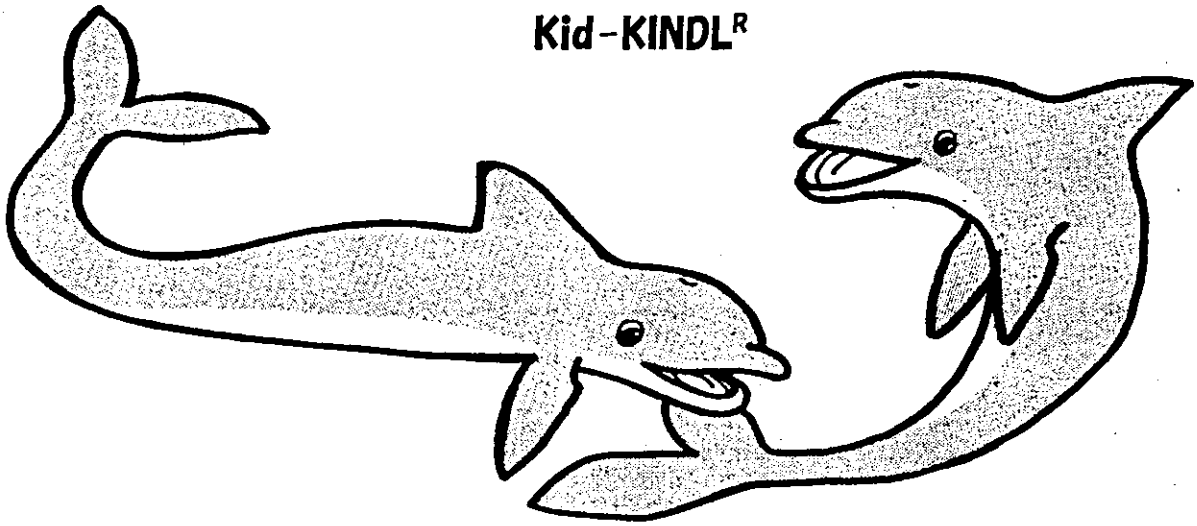
1) 柴田玲子，根本芳子，松嵜くみ子，他．日本におけるKid-KINDL（小学生版QOL尺度）の検討．日本小児科学会雑誌 107(11):1514-20,2003

2) Ravens-S U., Bullinger M. Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL : first psychometric and content analytical results. Quality of Life Research 7:399-407,1998

小学生用

こどもアンケート 2004R

Kid-KINDL[R]



記入した日：　平成＿＿＿＿年＿＿＿＿月　＿＿＿＿日

＿＿＿＿ねん

おとこ ／ おんな

1. きょうだいは　じぶんをいれないで　なんにんいますか？
　（　いない　/　ひとり　/　ふたり　/　３にん　/　４にん　/　５にんいじょう　）

2. いま，びょういんで　ちりょうちゅうのびょうきが　ありますか？（　ある　/　ない　）
あるひと（ぜんそく / アトピーせいひふえん / じんぞう / かぜ / そのた＿＿＿＿＿＿＿＿）

3. あさごはんを　たべていますか？
　（　まいにちたべる　/　ときどきたべる　/　たべない　）

このアンケートは，あなたの けんこうや せいかつについて おききするものです．
１ぶんずつよんでください．そして，この１しゅうかんぐらいのことを　おもいだして　じぶんに　１ばん あてはまる こたえを　えらんでください．
これには　ただしいこたえや　まちがったこたえは　ありませんので，おともだちや おうちのひとに そうだんしないで　こたえてください．

あなたが　1ばん あてはまると　おもうところの □ に　はみださないように
○をかいてください.　　いつも／たいてい／ときどき／ほとんどない／ぜんぜんない
のことばのいみは，したのまるの　おおきさを　みて　かんがえてください.

たとえば， この１しゅうかん・・・	ぜんぜんない	ほとんどない	ときどき	たいてい	いつも
…わたしは　アイスクリームをたべたいなあと　おもっていた.		○			

1．あなたの けんこう について きかせてください. この１しゅうかん・・・・・	ぜんぜんない	ほとんどない	ときどき	たいてい	いつも
①…わたしは　びょうきだと　かんじた.					
②…わたしは　あたまが いたかった，または おなかが いたかった.					
③…わたしは　つかれて ぐったり していた.					
④…わたしは　げんき いっぱいだった.					

2．あなたは どんな きもちで すごしましたか この１しゅうかん・・・・・	ぜんぜんない	ほとんどない	ときどき	たいてい	いつも
①…わたしは　たのしかったし，　たくさん わらった.					
②…わたしは　つまらないなあと　おもった.					
③…わたしは　ひとりぼっち のような きがした.					
④…わたしは　なにもないのに こわい かんじが した.					

3．あなたは じぶんのことを どのように かんじていましたか。 この１しゅうかん・・・・・	ぜんぜんない	ほとんどない	ときどき	たいてい	いつも
①…わたしは　じぶんに じしんが あった。 （ じぶんは よくやった という いみ です ）					
②…わたしは　いろいろなことが　できるような きが した。					
③…わたしは　じぶんに まんぞく していた。 （ じぶんのことが すきだ という いみ です ）					
④…わたしは　いいことを たくさん おもいついた。					

4．あなたと　あなたの　かぞくについて　きかせてください。 この１しゅうかん・・・・・	ぜんぜんない	ほとんどない	ときどき	たいてい	いつも
①…わたしは　おや（おとうさん または おかあさん）と　なかよくしていた。					
②…わたしは　いえで　きもちよく　すごしていた。					
③…わたしは　いえで　けんか　していた。					
④…わたしは　おや（おとうさん または おかあさん）に　やりたいことを させてもらえなかった。					

5．　あなたと　ともだちとの ようすを　きかせてください。 この１しゅうかん・・・・・	ぜんぜんない	ほとんどない	ときどき	たいてい	いつも
①…わたしは　ともだちと　いっしょに　あそんだ。					
②…ほかの ともだちは　わたしのことを すきだ（きらわれていない）とおもった。					
③…わたしは　わたしのともだちと　なかよくしていた。					
④…わたしは　ほかのこどもたちにくらべて　かわっているようなきがした。					

6．がっこうでのようすを　きかせてください． この１しゅうかん・・・・・	ぜんぜんない	ほとんどない	ときどき	たいてい	いつも
①…べんきょうは　かんたんだった（よくわかった）．					
②…わたしは　じゅぎょうが　たのしかった．					
③…わたしは　つぎのしゅうが　くるのを　たのしみにしていた．					
④…わたしは（テストで）わるいてんすうを　とらないか　しんぱいしていた．					

あなたが　なにかびょうきを なおすために　にゅういん していたり，　びょういんに　かよっているときには　7．にすすんでください．　（ そのほかの ひとは　6．で おわりです．）

7．　あなたは　びょうきのことを　どのようにかんじていましたか この１しゅうかん・・・・・	ぜんぜんない	ほとんどない	ときどき	たいてい	いつも
①…わたしは　じぶんの びょうきが　ひどく　なってしまうのではないか　しんぱいした．					
②…わたしは　びょうきのせいで　かなしかった．					
③…わたしは　びょうきが　よくなるように　がんばった．					
④…おとうさんや　おかあさんは　びょうきのせいで　わたしを　あかちゃんのように あつかった．					
⑤…わたしは　じぶんの　びょうきのことを　ほかのひとに　しられたくなかった．					
⑥・・・わたしは　びょうきの せいで　がっこうの ぎょうじなどに　でられなかった．					

ぬけているところがないか　○がきちんとかいてあるか　もういちど　みなおしてください．
どうしてもこたえたくないときは　ばんごうのところに　×をかいてください．
　ごきょうりょく ありがとうございました．

不許複製