

# 「小学生版QOL尺度」を用いた 子どもと母親の認識の差異に関する検討

根本 芳子\* 松 壽 くみ子\*<sup>\*\*</sup> 柴 田 玲 子\*  
古 莊 純 一\*<sup>\*\*</sup> 曾 根 美 恵<sup>\*\*</sup> 佐 藤 弘 之\*  
渡 邊 修一郎\*

**Key words** : 小学生版QOL尺度, QOL, 自尊感情, 母子関係, 早期支援

要旨：本邦で唯一小学生での信頼性が報告されている「小学生版QOL尺度」を子どもと保護者（親からみた子どものQOL）に実施し，親子の認識の差を検討した。都内の某公立小学校の1～6年生の児童とその保護者488組に調査を施行し分析可能な母子387組を対象とした。児童のQOL総得点が50点以下（下位約10%）の児童を低得点群，51点以上の児童を対照群とし，両群における母親と子どものQOL得点および下位6領域の得点差についてそれぞれ比較した。QOL得点およびすべての領域において，低得点群が対照群よりも親子の得点差が有意に大きかった。また対照群は，両者の得点の間に，下位領域すべてに有意な相関が見られたが，低得点群には，身体的健康の領域以外は両者の間には有意な相関は見られなかった。この結果から，母親は子どもの精神的な面，特に内面的な問題を必ずしも把握していないことが推察された。今後は，この「小学生版QOL尺度」を用いた子どもの支援について検討する必要がある。

## I. 目 的

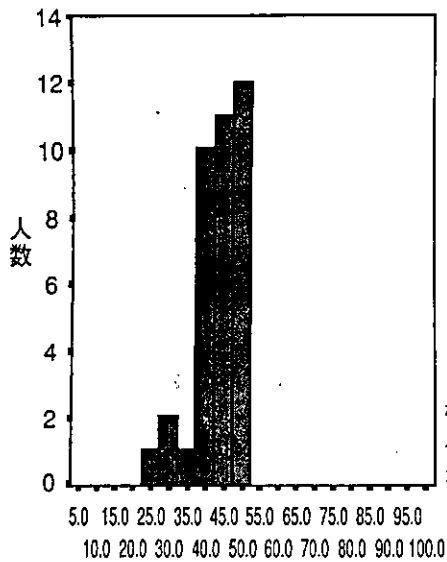
近年，子どもの精神面の問題の増加と対応の必要性が指摘されるが，それとともにQuality of life (以下QOL)に関する研究も増加している。本邦では，特定の慢性疾患を持つ児童を対象としたQOL質問紙(杉浦ら2003)や，上林ら(1999)が翻訳した親が記入するCBCLや5年生以上を対象とした自己記入方式のYSRなどの質問紙(倉本ら1999)が臨床場面で使用されている。

しかし，一般の小学生を対象とした自己記入方式の簡便なQOL質問紙はいまだ開発されていない。そこでわれわれは，子どもの日常生活全般の健康度や適応度を客観的に測定できる指標として，成人用質問紙WHOQOLの開発メンバーであるドイツのBullingerら(1994, 1997, 1998)が子ども用に開発したKid-KINDL® (Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children)を日本語に翻訳して「小学生版QOL尺度」とし，妥当性や信頼性を

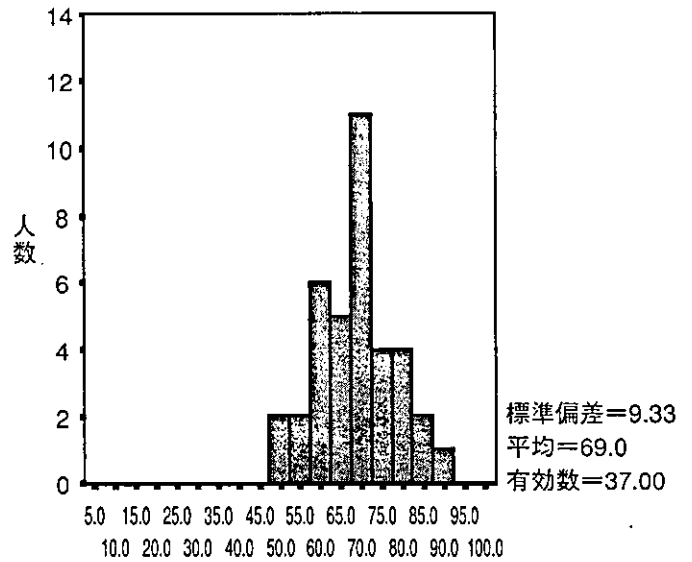
*Yoshiko NEMOTO et al* : Comparing the Result of "Questionnaire for Measuring Health Related Quality of Life in Elementary School Children" between Children Version and Parent Version

\*昭和大学医学部小児科〔〒142-8666 東京都品川区旗の台1-5-8〕

\*\*青山学院大学

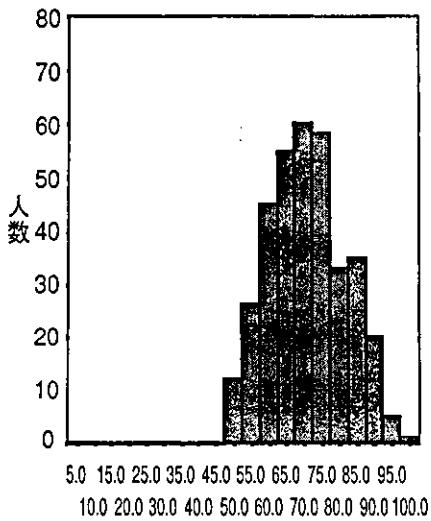


子どものQOL得点

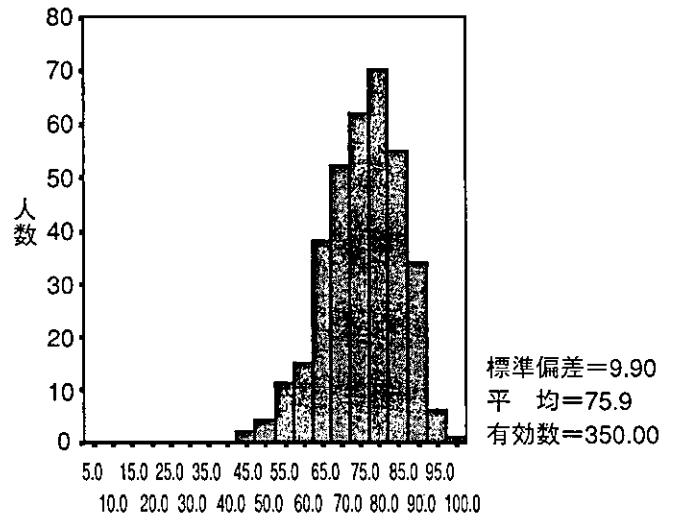


母親から見た子どものQOL得点

図1 低得点群のQOL得点と人数の分布



子どものQOL得点



母親から見た子どものQOL得点

図2 対照群のQOL得点と人数の分布

検討し、標準化を試みてきた(柴田ら, 2003)。「小学生版QOL尺度」はドイツ語版や英語版と同様, 1. 身体的健康, 2. 情動的Well-being, 3. 自尊感情, 4. 家族, 5. 友だち, 6. 学校生活, の6つの領域から構成されている。各領域4項目ずつ合計24項目について, この1週間自分の状態がどうであったかを5段階評定で答えることになっており, 6領域の合計点をQOL得点(0~100点)としている。またこの「小学生版QOL尺度」質問紙には子ども用と親用との2種類が

あり, 子ども用は子ども自身が自分で記入し, 親用は親から見た子どもの1週間の状態を親が記入する方式である。

精神面の問題を抱えた子どもを支援する際に, 安定した家庭, 特に母親が精神的に健康であることが必要と思われる。本研究は, 小学生版QOL尺度を用いて, 精神面の問題を抱えている子どもの母親が, 子どもの問題をどのくらい認識しているか検討した。また, 各領域での小学生における母子の認識の差異を比較検討し, 子

表1 低得点群の得点の平均値

	QOL 得点	身体的 健康	情動的 Well-being	自尊 感情	家族	友だち	学校 生活
子ども	43.53	51.69	51.86	21.96	51.86	46.11	37.67
母親	69.03	75.00	77.70	61.82	63.01	70.10	66.55

表2 対照群の得点の平均値

	QOL 得点	身体的 健康	情動的 Well-being	自尊 感情	家族	友だち	学校 生活
子ども	70.91	77.71	73.27	63.79	73.27	74.34	63.11
母親	75.88	83.50	84.43	65.77	66.91	78.11	76.55

どもの支援の手がかりとなり得るかどうかについて考察した。

## II. 対象と方法

対象は都内の某公立小学校の1～6年生の児童とその保護者で、488組である。回収枚数は、保護者が447枚(回収率91.6%)、子どもが480枚(回収率98.4%)である。本研究は、その中で保護者は母親が記入したもののみを抽出し、有効回答387組(男子202名、女子185名)を分析の対象とした。なお、研究にあたり、学校および家族の承諾を得ており、個人情報の保護に努め、研究関係者以外には結果を公表しないこととした。

調査は、平成15年11月～12月に実施した。子どもの調査は、学校で臨床心理士が立ち会いのもと、教師が質問紙を読み上げながら施行した。ただし、1・2年生は、臨床心理士らが個別に質問紙を読みながら実施した。保護者には自宅での記入を依頼した。

分析方法は、各領域の得点およびQOL得点を算出し、有効データの中から児童用のQOL得点の結果が50点以下の下位10%の児童を便宜上「低得点群」、その他の児童を「対照群」とし、それぞれの群における「小学生版QOL尺度」子ども用と親用のQOL得点および各領域の得点の差を比較した。対象者387名の中で低得点群は

37名、高得点群は350名であった。なお、統計分析にはSPSSを使用し、t検定・相関分析を行った。

## III. 結果

低得点群と対照群のQOL得点の子ども用と親用の分布を見ると、対照群に比べて低得点群が、親と子どもで分布に明らかな差異が見られた(図1, 図2)。

低得点群の各領域別の得点の平均値は、すべての領域において母親から見た子どもの得点(親用)の方が子ども自身の得点よりも有意に高くなっていた( $p < 0.01$ )。特に自尊感情の差が大きかった(表1)。一方、対照群においては、自尊感情の領域では両者に有意な差は見られず、家族の領域では、逆に母親から見た子どもの得点の方が子ども自身の得点よりも有意に低かった( $p < 0.01$ ) (表2)。

また、子ども自身と母親から見た子どものQOL得点および各領域の得点の差の平均値を低得点群と対照群で比較した。QOL得点およびすべての領域において、低得点群が対照群よりも子ども自身と母親から見た子どもとの得点の差が有意に大きかった(図3)。

それぞれの群におけるQOL得点および各領域の得点について両者の間の相関を調べた結果、対照群においてはすべての領域において高くは

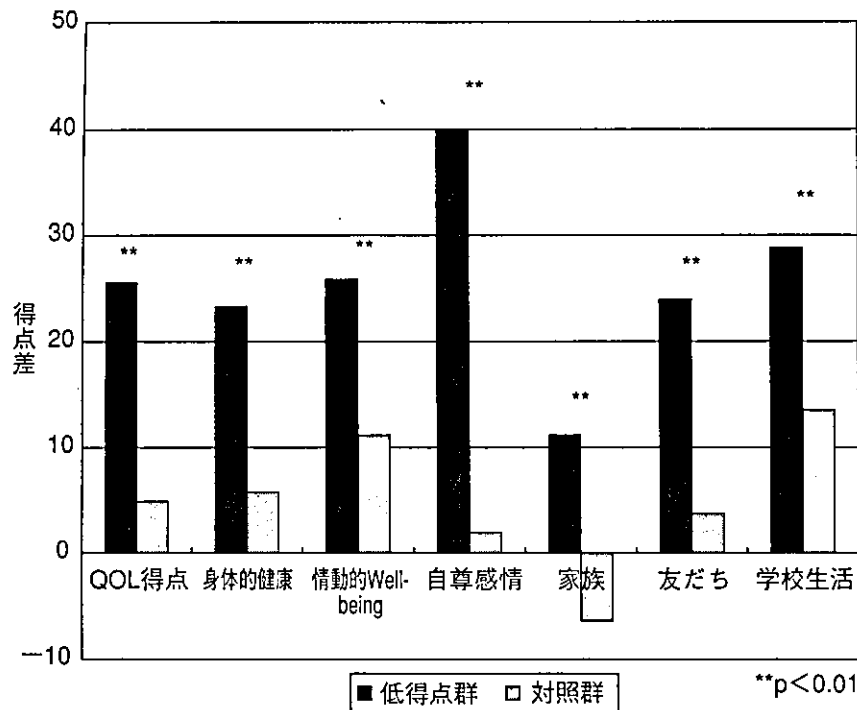


図3 子どものQOL得点と母親から見た子どものQOL得点ならびに各領域の得点の差の平均値

表3 子どものQOL得点と母親から見た子どものQOL得点ならびに各領域得点の相関係数

	QOL得点	身体的健康	情動的Well-being	自尊感情	家族	友だち	学校生活
低得点群	.103	.394**	.183	-.171	.006	.270	.170
対照群	.231**	.266**	.126**	.140**	.152**	.250**	.204**

情動的：情動的Well-being \*\*p < 0.01

ないが有意な相関が両者の間で見られたが、低得点群においては、身体的健康の領域以外は両者の間では有意な相関は見られなかった(表3)。

#### IV. 考 察

われわれは、児童の心身の健康度をチェックし、問題の早期発見につなげる一つ的手段として使用する目的で「小学生版QOL尺度」を2年前より開発し、その信頼性や妥当性を検討してきている(柴田ら, 2004)。

「小学生版QOL尺度」は短時間で実施できる簡易な質問紙であり、小学生の低学年でも使用可能である。また下位領域は6つに分かれているので、それぞれの領域における児童の問題の

早期発見と支援に有効と思われる。

今回の調査では、低得点群は、すべての領域において、母親から見た子どもの得点が子ども自身の得点よりも有意に高かった。身体的健康の領域以外は両者の間では有意な相関は見られなかったという結果も合わせて考えると、低得点群の母親は子どもの身体面以外の問題を必ずしも把握していないこと、もしくは、母親が子どもの精神面の問題を過小評価していることが考えられた。対照群は、すべての領域で子どもと母親の間に低いながらも有意な相関が見られた。しかしこの結果のみでは、対照群の母親はある程度子どものことを必ずしも把握しているとは言えず、たまたま子どもに問題がなくQOL

得点が低くなかったために両者の間で相関が見られた可能性もある。対照群の母親が、子どもの精神面の問題を把握しているかどうかは、今後縦断的な調査の必要があると考えられる。

対照群では、家族の領域で母親の得点が子どもの得点よりも有意に低かった。われわれは、家族の領域の質問項目は家庭における子どもの状態を質問しているので、子どもと接する時間が多い母親が把握しやすい領域で有意な差はないと予想していた。小松(1999)は、子どもの社会的特性に関する母子の認知の差異と母子関係の特徴との関連についての研究で、子どもの自己認知・母親による認知に関する子どもの認知・母親による実際の認知を調査している。その結果、母子間での子どもの特性に関する話題頻度が高いほど母子間の認知の差異が小さくなることから、母子間の言語的コミュニケーションが、子どもの特性に関する母子間の認知をより「正確な」ものにするを明らかにしている。今回の調査で得られたQOL得点を検討すると、家族の領域で母親のQOL得点が有意に低かったのは、母子間の話題頻度が高くなかった、すなわち、母子間の会話が少ないことがその要因とも考えられた。また、曾根(2003)は「子どもの自己観」、「子どもが認知する母親の子ども観」と「母親の子ども観」について中学生・高校生・大学生を対象に容姿・運動能力・親子関係・友人関係・学業能力・自己受容の6側面から調査を行った。その結果、容姿・友人関係・学業能力・自己受容において母子間で認知の差異があることを明らかにしている。今回の調査は小学生を対象に行った母子の認知差であるが、曾根の指摘と同様に、領域によっては、低得点群のみならず対照群でも母子間のQOL得点に差があるという結果から、対照群の母親においても必ずしも子どもを把握しているとはいえないということが支持されたと考えられる。また、眞榮城(2000)によると、子どもの自己評価は小学生5・6年生が中学1・2年生よりも有意に高

いことが示されているので、子どもの発達的变化も母親の得点が子どもの得点よりも低いことに少なからず影響を及ぼしているといえよう。今回われわれの対照群における家族の領域で母親の得点が子どもの得点よりも低いという認知の差は、母子間の会話頻度の減少や、母親の就労や核家族化による母親の子育ての負担や不安、少子化による母親の閉塞感なども考慮し、母親自身の状態の調査と子どもの発達的变化も加え、さらなる検討が必要であると思われる。

自尊感情の領域は、対照群では、親子に有意の相関関係がみられたが、低得点群では、子どもの得点が有意に低く相関もなかった。低得点群では特に自尊感情の評価に大きな差が見られた。自尊感情の低下により、QOL得点が低得点の場合は、内在化した精神障害の可能性も考えられる。越野(2002)は、児童青年期の精神障害の中で不安障害はもっとも頻度が高く、QOLの低下をきたすにもかかわらず、親が気づきにくく見逃されていることが多く、十分な治療を受けていないと述べた。この要因について越野は、子どもは、精神面の問題を持ったとしても、言語化することが苦手で身体症状を訴える傾向があることや、親の過小評価などを指摘している。Harrington(1994)は、欧米における児童期のうつ病の有病率は0.5～2.5%であると報告した。傳田ら(2004)は、Birlerson自己記入式抑うつ評価尺度(DSRS=C)を用いた調査で、わが国でも小・中学生の中に抑うつ症状をもつ子どもたちがほぼ同程度存在すると推測し、適切な治療と予防の必要性を述べている。

QOL低得点群の児童はほとんどが、学校、友人関係に悩んでおり、自己評価も低い。親が身体面だけに注目しがちになることが、さらに子どものQOLを低下させる可能性も危惧されるところである。母親のみならず、小児科医も身体症状の対応で解決を図ろうとするが、改善しないばかりか根底にある精神障害が見逃されている場合も少なくない(古荘ら2003)。従来、子ど

もの精神面の問題は、多動や衝動行為など外面的な問題のみが注目されていたが、QOL尺度は、親を含めた大人が気づかない内面的な問題の把握に有用な可能性が示唆された。低得点群は、今回は対象数が少なく男女別や学年別に両者の比較を行うことができなかつた。今後は母親と子どもの認知の差の要因を検討するには細分化が必要であろう。

本研究ではQOL得点の低い児童を便宜上低得点群としたが、QOL総得点は低くはないが、ある領域の得点が低くなっている児童も存在する。これらの児童について下位領域各得点の cut off pointを考慮し、その要因や支援方法についても検討が必要であろう。また、今回の調査を曾根の調査と比較すると、親子の認識の差が小学生では家族のみにみられたのに対し、中学生以上では友人関係や学校、自尊感情などに認知の差が認められた。これは、Montemayorら(1977)や柏木(1983)の研究で明らかにされているように、自己概念に包括される領域が10~12歳頃から年齢とともに広がり、より内面的な特徴が増えてくるといふ発達的变化を表しているともいえる。この年齢(学年)での差異は、QOL調査を、経過を追って検討していく必要性を示唆している。

「小学生版QOL尺度」は自己記入方式で、子ども用単独であっても心身両面の問題の早期発見に役立つと言えるが、親用と子ども用の両方を実施することにより、親子の認識の差を理解した上で、学校や教育相談機関や医療機関で、子どもの精神面の問題について、母親と子どもの支援に役立つと思われる。今後は、子どもの心身両面の問題の早期発見のために「小学生版QOL尺度」子ども用だけでなく、親からみた子どものQOL尺度も同時に行うことで親子の認識の差を把握し、教師・臨床心理士と医師が連携して、家族への助言を含めた子どもを心身両面から支援していくシステム作りが必要と思われる。

本論文の一部は第92回日本小児精神神経学会(久留米)にて発表した。

## 文 献

- Bullinger M, KINDL (1994) : a questionnaire for health-related quality of life assessment in children. *Zeitschrift fur Gesundheits psychologie* 1 : 64-77
- 傳田健三, 賀古勇輝, 佐々木幸哉, 他(2004) : 小・中学生の抑うつ状態に関する調査. *児童青年精神医学とその近接領域* 45 (5) : 424-436
- 井瀧知美, 上林靖子, 中田洋二郎, 他(2001) : Child Behavior Checklist/4-18日本語版の開発. *小児の精神と神経* 41 (4) : 243-252
- 古荘純一, 市橋いずみ, 松寄くみ子, 他(2003) : 小児科外来を受診した不安障害の検討. *日本小児科学会雑誌* 107 : 1347-1351
- Harrington R (1994) : Affective disorders. *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (3) : 330-350
- 柏木恵子(1983) : 子どもの「自己」の発達. 東京大学出版会 : 42-78
- 小松孝至(1999) 児童の社会的特性に関する自己認知と母親による認知の差異. *教育心理学研究* 47 : 49-58
- 越野好文(2002) : 小児の不安性障害. *児童青年精神医学とその近接領域* 43 : 111-118
- 倉本英彦, 上林靖子, 中田洋二郎, 他(1999) : Youth Self Report (YSR) 日本語版の標準化の試み. *児童青年精神医学とその近接領域* 40 (4) : 329-344
- Landgraf JM, Ravens-Sieberer U, Bullinger M (1997) : Quality of Life Research in Children. *Methods and Instruments. Dialogues in Pediatric Urology* 20 : 5-7
- 眞榮城和美(2000) : 児童・思春期における自己評価の構造. *応用社会学研究, 東京国際大学大学院社会学研究科* 10 : 64-81
- Montemayor R, Eisen M (1977) : The developmental of Self-conceptions from childhood to adolescence. *Developmental Psychology* 13 : 314-319
- Ravens-Sieberer U, Bullinger M (1998) : Assessing health-related quality of the life in chronically ill children with the German KINDL. *First psychometric and content analytical results. Quality of Life Research* 7 : 399-407
- 柴田玲子, 根本芳子, 松寄くみ子, 他(2003) : 日

本における Kid-KINDL Questionnaire (小学生版 QOL 尺度) の検討. 日本小児科学会雑誌 107 (11) : 1514-1520

柴田玲子, 根本芳子, 松崎くみ子, 他 (2004) : 「小学生版 QOL 尺度」の標準化にむけて. 平成 15 年度厚生労働科学研究報告書 : 21-36

杉浦太一, 浅野みどり, 石黒彩子, 他 (2003) : 喘息をもつ学童の QOL 測定の試み. 日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌 1 (1) : 15-23

曾根美恵 (2003) : 思春期・青年期の自己概念と母子関係. 2003 青山心理学研究 3 2003 年度修士論文要約集 : 20-23

\*

\*

\*

105 小児気管支喘息長期管理薬の服薬コンプライアンス(第2報)

荒井 純<sup>1)</sup> 太神和廣<sup>2)</sup>  
(ハート調剤薬局<sup>1)</sup> おおがチャイルドクリニック<sup>2)</sup>)

【目的】昨年本学会にて報告したように薬剤別服薬コンプライアンスは一日一回服用の薬剤が比較的コンプライアンス不良であった。今回は服用薬剤数別、年齢別等の服薬コンプライアンスを検討した。【対象】持続型気管支喘息で6ヶ月以上の長期服薬・吸入を必要とした患者143名。【方法】薬剤情報提供時、質問用紙及び口答により服薬状況について調査した。【結果】服用薬剤数別の服薬率75%以上の患者割合は内服薬1剤90.1%、内服薬2剤91.2%、吸入薬1剤89.1%、吸入薬2剤89.3%、内服薬1剤+吸入薬1剤89.4%、内服薬1剤+吸入薬2剤88.9%、内服薬2剤+吸入薬1剤90.3%、内服薬2剤+吸入薬2剤92.1%となった。年齢別の内服薬(吸入薬)における服薬率90%以上の患者割合は0~1才75.0%(75.0%)、2~3才60.0%(57.1%)、4~5才79.2%(78.9%)、6~8才66.7%(66.7%)、9~11才78.3%(76.5%)、12~14才75.0%(66.7%)、15~19才46.7%(50.0%)、20~40才62.5%(71.4%)となった。【考察】服薬コンプライアンスは使用薬剤の剤形、併用剤数に影響されにくいと考えられた。また年齢別では2~3才、15~19才でのコンプライアンス低下が見られ、その理由としてそれぞれ睡眠、日常生活の多忙が多かった。服薬コンプライアンス向上には個々の日常生活行動も踏まえた薬剤の選択が必要と思われる。

106 気管支喘息患児における喘息発作の誘因

南部光彦  
(天理よろづ相談所病院小児アレルギーセンター)

【はじめに】喘息発作はアレルゲン吸入の他にもさまざまな誘因で出現する。各患児が発作の誘因を知っていれば、それを避けることによって発作を予防できる。また、その誘因に暴露される時にだけ吸入ステロイド薬のような予防薬を使用する、あるいは、吸入ステロイド薬を増量する、というような対策を立てることもできる。今回は喘息発作をきたす誘因について調査した。【対象・方法】当院小児アレルギー(南部)外来定期受診中の気管支喘息患児84人に対し、アンケート調査を行った。アンケートには患児または保護者が記入した。【結果】発作の誘因について記載があった80人中、発作の誘因として「かぜを引いた時」は77人、「夜間~朝方にかけて」は49人、「冷たい空気を吸ったとき」は41人、「運動をしたとき(急に走ったりしたとき)」は33人であった。【考察】かぜをきっかけに喘息発作が出現すると答えた患児が多かった。ただ、各患児において喘息発作を引き起こす誘因はいくつかあり、またその寄与のしかたもさまざまである。発作の誘因を知り、それに適切に対応することによって発作を回避できる可能性がある。今後さらに喘息日誌を参考にして、各患児における発作の誘因を詳しく分析する予定である。

107 短期集中水泳指導を中心とした喘息健康教室の試み

松寄くみ子<sup>1)</sup> 今井孝成<sup>1)</sup> 根本芳子<sup>1)</sup> 斎藤多賀子<sup>1)</sup>  
廣畑裕子<sup>1)</sup> 校條愛子<sup>1)</sup> 勝沼俊雄<sup>2)</sup> 小田島安平<sup>1)</sup>  
板橋家頭夫<sup>1)</sup>  
(昭和大学医学部小児科<sup>1)</sup> 東京慈恵会医科大学小児科<sup>2)</sup>)

【目的】喘息児を対象とした健康教室は一部形骸化してきている。品川区では2001年度より、従来の健康教室に替え短期集中水泳指導を中心とした教室を開催してきた。泳力が短期間に向上することで得られる達成感や自己効力感を喘息教育とリンクさせ、児の喘息フォローに対する様々な効果を期待し行われた。その概要を示し有効性について検討する。【方法】第3回喘息健康教室(2003年7月26日から8月2日の7回の集中教室およびフォローアップ3回、計10回)の参加者25名(男児16名、女児9名、小2~中2)に対し、品川区水泳指導連盟指導員による集中的水泳指導と、昭和大学医学部小児科スタッフによるセルフケア教育および希望する本人と保護者に医療・心理両面の個別面接を行った。また毎日スパイロメーターによる肺機能の測定と、教室前後で喘息QOL尺度およびアンケートを実施した。【成績】参加者は著しい泳力の向上を示し、達成感の向上、喘息QOL得点の上昇、肺機能の改善、セルフケアの向上がみられた。【結論】短期集中水泳指導は喘息児の泳力向上を可能にし、結果として得られる達成感、自己効力感は治療コンプライアンスに良い影響を与えたと考えられた。

108 小児アレルギー疾患の発症の予知に関する検討(第5報):アトピー性皮膚炎及び喘息の発症要因の比較

川野 豊<sup>1)</sup> 森川みき<sup>2)</sup> 渡邊美砂<sup>3)</sup> 大柴晃洋<sup>4)</sup>  
野間 剛<sup>5)</sup> 小田嶋博<sup>6)</sup>  
(横浜赤十字病院小児科<sup>1)</sup> JR仙台病院小児科<sup>2)</sup> 東邦大学大森病院小児科<sup>3)</sup> 東京医科歯科大学小児科<sup>4)</sup> 北里大学小児科<sup>5)</sup> 国立療養所南福岡病院小児科<sup>6)</sup>)

(目的)我々はこれまで、生後1年間の病歴を検討し、アレルギー疾患の発症に関係する因子について報告してきた。今回はアトピー性皮膚炎(AD)及び喘息(BA)の発症要因について比較検討を行ったので報告する。(対象・方法)対象は各施設の小児科外来を受診した生後1歳以上、2歳未満の児。家族により記載された問診表により、AD及びBAの発症要因を検討した。(結果・考察)ADの発症促進因子としては、ADの家族歴、父親のアレルギー歴、母親のAD、母親のアレルギー性鼻炎、妊娠中の母親の気道症状などがあげられた。BAの危険因子としては、BAの家族歴、妊娠中の母親のAD、生後の気道感染症があげられた。一方、家族のアレルギー疾患罹患患者数と両疾患の発症率の相関が認められた。以上より、ADとBAの発症要因に関しては一部共通するものもあるが、疾患特異的なものもあり、さらに調査を継続することにより、両疾患の発症要因の差異や病態の違いを明らかにすることができる可能性があると考えられた。



第21回 日本小児喘息、アレルギー疾患学会 抄録集  
(日本小児喘息、アレルギー疾患学会誌 Vol.2 No.2, 2004.)  
14 健康な小学生とアレルギー疾患を持つ小学生の QOL の比較

○根本芳子<sup>1)</sup> 松崎くみ子<sup>1)</sup>, 柴田玲子<sup>1)</sup>, 小田嶋安平<sup>2)</sup>

1) 昭和大学医学部小児科 臨床心理士 2) 同 医師

【目的】ドイツの Bullinger らが開発した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心身両面からの健康度や適応度を客観的に測定できる the Kid-KINDL<sup>®</sup> をわれわれが翻訳し、「小学生版 QOL 尺度」として小学生に実施し、その結果を健康な児童と小児喘息やアトピー性皮膚炎を持つ児童で比較し、アレルギー疾患が患児の QOL に及ぼす影響について検討した。【対象】東京と神奈川の小学 1-6 年生 (計 2987 人)。【方法】自己記入方式で実施した。【結果】健康な児童の QOL 総得点のほうが、喘息を持つ児童の QOL 総得点よりも有意に高かった。各領域の得点についても、両群で差が見られるものもあり、それは男女や学年によっても異なることが明らかになった。【結語】QOL が低い慢性疾患を持つ児童に対しては特に、医療側と学校側が連携して、心身両面からサポートして QOL を高めていく必要があると思われる。

不安になったり、病気について質問できないということがストレスになっている。親も告知していないことで不安になったり、不自然になったりすることがあると思うが、そのあたり子どもへの告知について先生のご意見があれば教えてください。

回答 船越 俊一

今回の5例では大きな影響はなかったが、先行論文には告知を重要視するものもあり、今後例数を増やすと違う結果が出るかもしれない。

コメント 座長：塩川 宏郷

(自治医科大学小児科)

PTSDという概念が拡散してしまわれないう適切な術語を使用して今後も研究を進めていただきたい。

## 2. 小学生版QOL尺度が低得点であった学童の検討

古荘純一<sup>1)</sup>、森岡孝次<sup>2)</sup>、子安ゆうこ<sup>2)</sup>、  
佐藤弘之<sup>2)</sup>、柴田玲子<sup>2)</sup>、根本芳子<sup>2)</sup>、  
松寄くみ子<sup>1,2)</sup>、渡辺修一郎<sup>2)</sup>、  
青山学院大学教育学科<sup>1)</sup>  
昭和大学医学部小児科<sup>2)</sup>

子どもが抱えるさまざまな困難を早期に発見し、早期に医学的、心理社会的支援につなぐためのスクリーニング方法として小学生版QOLを試用し、その中でQOL低得点の児童を個別面接を行い、その原因を検討した。東京都内公立の小学校1校で、児童488名を対象に小学生版QOLを施行し、そのうちQOL得点54.17点以下(下位約15%)の児童53人、それ以外で教師が、医師面接を希望した22名を対象とした。教師が指摘した22名中11名は、欠席などで検査施行できなかったかもしくは検査不十分のため除外した。面接は、学校内の健康相談室で1人もしくは2人の医師で問診した。担当医は、身体所見などの質問用紙を用い、必要に応じて家族背景

や学校内の葛藤などを問診した。問診結果を3名の小児科医で判定した。低得点群53名は、不安障害疑い8名、AD(H)D疑い4名、対人葛藤15名(家族11名、学校4名)、受験によるストレス6名、身体の不定愁訴によるもの10名、特定できない10名であった。指摘群11名は、不安障害疑い2名、AD(H)D疑い4名、対人葛藤3名(家族2、学校1)、塾が多忙1名であった。以上より、小学生版QOL尺度低得点児は、多くの事例で不安障害や行動障害的な要因、対人葛藤、身体不定愁訴が推測された。また小学6年は受験による評価低下が考えられた。一方教師が医療面接を希望した子どもは、比較的AD/HDなど行動面の問題が多いと思われた。今後の課題として、標準化に向けての作業、相談可能な心理士、診察可能な医師の確保があげられる。さらに学校側と医師・心理士の連携および役割分担および家族内葛藤の事例に対し、家族へどう対応するか検討する必要がある。

質問 浅倉 次男(山形県立保健医療大学)

スクリーニングには有効であるが、小学生の子どもにQOLという尺度は言語的にすっきりしない。「LIFE」には生命、生活、人生の意味があり、小学生の子どもがQOLを測られるというのは人格、生き方を決められてしまうようで、名称を考えていただきたい。

回答 古荘 純一

QOLという語句の使用については、海外で使用されているものをそのまま翻訳して使用したものが、用語については検討させていただきたい。

質問 永光信一郎(久留米大学医学部小児科)

数多くの子どもたちが不安を抱えていることがわかった。その子どもたちの心理的背景に対して受け皿についてどう対応していくのか。どう介入されるのか。

回答 古荘 純一

特定の1カ所の調査で、医療心理士の支援は必要と考えられたが、これを広めていくにあた

り、医療心理関係者の理解が必要であろう。

質問 座長：塩川 宏郷（自治医科大学小児科）

この尺度は「何の」スクリーニングを目的とした尺度か。低QOL得点児に不安障害が多かったとのことだが、不安をスクリーニングすればよいのでは。

回答 古荘 純一

特定のスクリーニングとしては使う目的ではなく、いろいろな精神、家族背景に気づき支援の一助として使用したい。

質問 奥山真紀子（国立成育医療センター）

QOL尺度をスクリーニングと使う時、自記式検査の問題点があるのではないか。われわれの調査でもトラウマ尺度等も日本の小学生では出にくい傾向があった。スクリーニングとして使われるのであれば、親のチェックリストを組み合わせるなどの方法も必要かと思われるが。

回答 古荘 純一

より正確性を求めるためには親からの評価を含めて検討が必要である。

### 3. 失立失歩を呈した転換性障害の3例の臨床的検討

山本明代，北山真次，常石秀市，

松尾雅文

神戸大学医学部附属病院小児科・親と子の心療部

【目的】心因性失立失歩は転換性障害の運動性の症状にあたる。起立障害をきたす身体疾患を否定したうえで診断できる疾患であり、その発症要因や予後についてはいまだ一定した見解は得られていない。今回、失立失歩を呈した転換性障害の3例について、その背景因子や治療経過について考察したところ、発症要因について若干の知見が得られたので報告する。

【方法】2003年4～12月の間に神戸大学医学部附属病院親と子の心療部を受診した転換性障害

と考えられる失立失歩を呈した児3例について、その背景因子や治療経過について比較検討した。【結果】いずれの症例も女児で年齢は10代前半であった。3例中2例に発達障害を認め、その2例の背景因子として家庭内でのマルトリートメントが考えられた。発達障害を認めない1例では競争回避が背景因子として考えられた。いずれの症例も精査あるいは治療のために早期に入院を要していたが、治療は支持的療法や環境調整を中心に加療し、治療として有効であったと考えられた。

【結論】少数例の検討ではあるが、家庭内でのマルトリートメントを受けた発達障害を認める女児が10歳を過ぎたころに失立失歩を呈する転換性障害を発症する可能性があることが示唆された。症状再発の可能性を含め、今後も臨床経過を観察していく必要があるが、症例数を増やしてさらに検討を加えていきたい。

質問 米山 明

（心身障害児総合医療療育センター小児科）

1. 発表症例2例について脳波検査が記載されていないが実施されたか。Epilepsyを鑑別しておく必要があるだろう。

2. 知的障害と正常児の「転換」の疾病利得に基本的差はあるのか。私の経験ではそれ程違いと感ぜないのだが。

回答 山本明代

1. 今回の症例では（失立）症状はあっても足を動かしたりすることが可能であり、Epilepsyとは考えられず脳波はとらなかった。

2. 発達障害児では全体的な知能低下のため、心理的防衛機能が発達していない。発達障害のない児では精神的に未熟な面があり、心理的防衛機制が未熟なため起こる病態と思う。

### 4. 小児病棟に入院し心理療法が有効であった解離性運動障害（心因性歩行障害）の1例

中村こず枝，倉坪和泉，長尾みづほ，

## 公立小学校における小児科医と臨床心理士による「相談室」での活動

## —登校に恐怖を訴え不登校となった小2男児に対する校内での連携—

松寄くみ子<sup>1) 2)</sup> 根本芳子<sup>1) 3)</sup> 柴田玲子<sup>1) 4)</sup> 佐藤弘之<sup>1)</sup> 古荘純一<sup>1) 5)</sup>

- 1) 昭和大学医学部小児科 2) 青山学院大学文学部心理学科 3) 太田総合病院 4) 聖心女子大学心理教育相談所  
5) 青山学院大学文学部教育学科

【はじめに】昭和大学医学部小児科では、地域の公立小学校と協力して、小児科医と臨床心理士が、校内に「相談室」を開設し、休み時間のオープンルーム、児童の個別相談、保護者の相談、教員の相談などの活動を進めてきた。本報告では、健康相談室に担任から依頼されて支援を開始し、臨床心理士が、家族、主に母親と面接をし、放課後スクール（希望する児童が、申し込み制で、放課後、休日、異学年で、遊んだり、勉強したりして過ごす場）指導員、担任と連携をとりながら本人に働きかけ、教室に復帰するまでの経過を報告し、不登校児童に対する関わりについて検討する。

## 【事例の概要】

事例：A君 小2男児

主訴：登下校時の恐怖を訴え、学校に行けない。クラスに嫌なことを言う子がいる。学校のそばに怖い人がいる。外出も怖がる。母の外出もいやがる。家庭内ではとても元気で、友人との交流もある。

相談歴：開業精神科クリニックに受診中

相談者：担任、母親、本人

家族構成：祖母、父、母、姉（小4）本人：

生育歴：特記すべきことなし。

見立てと対応の方針：不登校の背景として、主に分離不安を考えた。治療的な関わりはクリニックで、当相談室では現実場面での不安・恐怖を段階的に緩和することを方針とした。具体的には、家庭訪問、外遊び、放課後の相談室訪問・などのステップが考えられた。母親の「子育てが間違っていたのか」「このような対応でよかったのか」などの不安、家族との意見の相違などの混乱も強かったので、具体的な対応、学校側との連絡について、支援することとした。

## 【経過】

担任から依頼があり、校長からの情報提供、母親との面接のあとすぐ、家庭訪問を試みる。本児に対して心理的に圧迫を与えることのないように気をつけて関わったと

ころ、母親の後ろに隠れてはいるが、訪問を継続することに同意した。クリニックとも連絡をとり、「遊び相手」として係わることに承諾を得る。「学校関係者」がなるべく多く「登校を促さない形で関わる」ことが「不安・恐怖」の緩和に繋がると判断し、放課後スクール指導員にも家庭訪問の協力を依頼した。初めは臨床心理士と指導員と一緒に家庭訪問し、ゲーム・遊びを介して関わり、その後は、臨床心理士と指導員が一週間おきに交代した。遊びの内容は、初期は本人の得意なテレビゲームが中心であったが、後期は指導員が誘うと外遊びをすることも可能になった。この頃から時々、「相談室」の説明をし、放課後の訪問を提案してみる。遊びの中で、時々「学校に戻る」ことが話題になる。「戻りたい」という気持ちも出てきた。本人との話し合いの中で、「学校に戻るための作戦をねろう」と提案し、同意を得る。希望として、「友人と家で勉強したい」とのことであったので、友人同席の上での学習の支援をはじめた。教材については放課後スクール、担任の協力を得た。この頃、学校の話について話しても、「恐怖」はみられなくなった。また、この頃、在学級で魚の稚魚がかえり、「放課後にでもみに来る」ことについて担任から提案したところ、放課後母と共に登校することができた。学年がかわり、新しい担任も訪問したが、母親の後ろに隠れることもなかった。少しずつ登校日数が増え、相談開始から約半年で教室に復帰した。

## 【考察】

登校に対して、不安・恐怖を訴える小2男児に対して、「不安・恐怖」を緩和することを目的に、家庭訪問をはじめとした段階的な支援を試みた。教室への復帰の背景として、臨床心理士、指導員、担任、保護者とが連携し、様々な働きかけのタイミングが調節できたことが考えられた。追記：「相談室」の活動は平成15年度厚生労働省科学研究費補助金の助成を受けた。

また、プライバシー保護のため一部変更を加えた。

## 公立小学校における小児科医と臨床心理士による『相談室』での活動

一身体症状を訴え健康相談室登校となったAくん(小4男児)が教室に戻るまで一

柴田玲子<sup>1) 2) 3)</sup> 根本芳子<sup>1) 4)</sup> 松崎くみ子<sup>1) 5)</sup> 小貫亜希子<sup>6)</sup> 古荘純一<sup>1) 7)</sup>

1) 昭和大学医学部小児科 2) 聖心女子大学大学院文学研究科 3) 聖心女子大学心理教育センター 4) 太田総合病院  
5) 青山学院大学文学部心理学科 6) 都留文科大学学生相談室 7) 青山学院大学文学部教育学科

## 1. 目的

大学病院に隣接する小学校に、小児科医と臨床心理士らが児童の心身両面の支援をする『相談室』を開室している。そこで、個別ケースとして小学4年生から6年生まで関わった児童が元気にクラスに溶け込んでいくまでのプロセスを発表する。そのプロセスをふり返りながら、なにが子どもにとって必要であったか、相談室ができる支援とはなにかについて考えていきたい。

## 2. 事例の概要

〔事例〕Aくん, 小4男児

〔主訴〕風がふくと学校に行きたくない, 給食がいや, 食べられない, 吐き気などの不定愁訴

〔家族構成〕父(会社員), 母(会社員), 兄(高1), 兄(高2), Aくんの5人家族

〔生育歴〕2歳のとき気管支喘息と診断される。5歳~小1, 2年生では、熱性けいれん、ひきつけなどあり、給食をはいてしまうことや拒食もありやせていたが、3年生になり、学童クラブに行きはじめて、食欲も増し、太り始め、元気に通学していたという。

〔見立て〕天候によって学校に行きたくないと訴えるのは、回りからは精神的なものと受け取られていたが、喘息の症状によるものと考えられた。また、兄たちとの年齢差があるため、家庭内に問題があっても、その相談時には入れず、Aくんとしてはひとり置き去りにされていると感じているように思えた。

〔面接の方針〕相談室登校として対応する。喘息治療のたてなおしを促す。母親のストレスを緩和し、家族の協力を求める。保護者面接を継続する。

## 3. 面接過程

小4の2学期後半、頭痛、吐き気、気持ちが悪い、せきなどで、頻繁に保健室にいき、休みがちとなり、養護教諭から相談を受けた。その後、校長、担任、養護教諭、保護者からの依頼により、開室時には、担任からその日

の課題(勉強など)をもらい、相談室で過ごすことになった。

はじめは、相談室にある約1メートル四方の木製の収納箱や机の下など狭いところに閉じこもり、ものを投げつけるなど言葉で気持ちを表現できず、相談室登校の他児とのトラブルも多かった。喘息治療がはじまるとともに、食欲が少しずつ向上していき、体調がよくなった。また、家庭での対応の変化もあり、時折明るさや素直さが見られるようになった。相談室のスタッフが課題に取り組むのをサポートするとともに、遊んだり、一緒に遊びを考えたりした。次第に遊びに興味を持ち始め、相談室のスタッフとの関わりや他の相談室登校児との関わりを求めるようになった。少しずつ先生や友達に自分の気持ちを言葉で伝えられるようにもなった。1年後には、子どもらしい明るさをもどり、放課後友だちと外で遊ぶ姿が見られるようになる。6年生では5月の移動教室(2泊3日)に参加し、それからは自信のある算数の授業から教室に戻り、給食以外は教室で過ごし、3学期には給食も教室でとれるようになり、何事もなかったかのように元気に卒業していった。

## 4. 考察

小児科医による身体的治療、家族の協力、学校の先生方、相談室の若いスタッフとの関わりなど周りのサポートや、さらに相談室の他児とのふれあいのなか、身体疾患の問題、家族内の問題、対人関係のスキルの問題、学業の遅れ、友だちや先生との関係、自尊感情の低さなどを克服していったと考えられた。身体症状を含む本人の訴えをしっかりと受け止めること、健康相談室のような安心できる居場所があること、そして当たり前とはいえずスタッフが子どもと一緒に遊べることの重要性を教えられる事例であった。

(この活動は、平成15年度厚生労働科学研究補助金の助成を受けた。)

ープと頭痛と腹痛と両方ある、あるいは頭痛と腹痛と気持ちが悪いという訴えがあるというようなグループが統計的にいくつか差が出てくるんですけれども、思い起こしてみると、頭痛が非常に主体だった子どもたちの中には、確かに心理的な背景が少ないとか、行動上の問題が少ないということがあって、その中の一部はやはりこういった、まあその当時はMRIも簡単にはとれませんし、見落としていた、そしておそらく副鼻腔炎みたいなものが一部にあって、そういった症状を作っていたものもあるかと思ひまして、そんな一連の仕事の中でこれをやってまいりました。もう少しまた詳しく調べてみたいと思ひます。

井上：どうもありがとうございました。

山崎（国立天竜病院）：海野先生の発表の中でコメントなんですけれど、われわれもトラウマ治療ってことで、多くの大人や子どもの患者さんを見ています。フラッシュバック的な想起に伴って、球状の発疹ですよね、点々点々、多分ステロイドを塗っても効かないと思うんですけど、それが出てくることはよく観察をしています。それで言われる通りでフラッシュバック的な想起がおさまってくると、スーッとやんできて、また出てくると点々点々と出てくるということはたくさんケースで観察しておりますので、そのコメントです。どうもありがとうございました。

井上：ありがとうございました。まだまだいろんな質問などあると思ひますが、この後はフロアの方でお願いしたいと思ひます。本日はどうもありがとうございました。

## V. 一般演題 (5) QOL・うつ

### 20. 「小学生版QOL尺度」の妥当性の検討：小学1, 2年生の場合

柴田玲子<sup>1,2)</sup>, 松寄くみこ<sup>1,3)</sup>, 根本芳子<sup>1)</sup>, 古荘純一<sup>1,3)</sup>, 佐藤宏之<sup>1)</sup>, 渡邊修一郎<sup>1)</sup>

昭和大学医学部小児科<sup>1)</sup>

聖心女子大学大学院<sup>2)</sup>, 青山学院大学<sup>3)</sup>

-----  
[目的] 子どものQOL質問紙である the Kid-KINDLR (Questionnaire for Measuring Health - Related Quality of Life in Children, Ravens & Bullinger, 1998) を翻訳し、「小学生版QOL尺度」と名づけた。原尺度同様、6下位領域（身体的健康、情動的Well-being、自尊感情、家族、友だち、学校生活）の各4項目ずつ合計24項目で構成される。集団質問紙調査では困難だった「小学生版QOL尺度」1, 2年生に対する妥当性を、インタビュー形式の個別面接を実施し、他の2つ心理的適応尺度との関連性によって検討した。

[方法] 2003年12月に都内の公立小学校の小学1, 2年生185名(男児102名, 女児83名)に1人20~30分の個別面接調査を実施した。調査内容は、小学生版QOL尺度24項目、子どもうつ尺度(Kovacs, 1985) 19項目、自尊心尺度(Rosenberg, 1965) 10項目である。

[結果] QOL得点と子どもうつ尺度得点の間にはPearsonの積率相関で-.66となり、6下位領域得点との間も-.32~-0.52と、いずれも負の有意な相関が見られた。また、QOL得点と自尊感情尺度の得点との間には.55となり、6下位領域得点との間にも.24~.41と、正の有意な相関が見られ、理論的に期待される方向での相関が見られた。

[結語] 小学生版QOL尺度と2つの心理的適応尺度との関連性が明らかになり、1, 2年生における「小学生版QOL尺度」の有効性が示された。

### 21. 「小学生版QOL尺度」の子ども用と親用の結果の比較検討

根本芳子<sup>1)</sup>, 松寄くみ子<sup>1)</sup>, 柴田玲子<sup>1)</sup>, 古荘純一<sup>2)</sup>, 佐藤弘之<sup>1)</sup>, 渡邊修一郎<sup>3)</sup>  
昭和大学医学部小児科<sup>1)</sup>

-----  
[目的] われわれが翻訳し標準化している日本版 Kid-KINDL 子どもアンケート調査 (小学生版 QOL 尺度) の子ども用と親用の両方をそれぞれ実施してもらい、子どもとその母親が記入したもので、子ども用の QOL 得点の低い児童とそれ以外の児童の 2 群に分類し、それぞれの群での子ども自身と母親から見た子どもの得点とを比較することにより、子どもと母親の認識の差を検討した。

[方法] 東京都内公立小学校 1 校で、1～6 年の児童とその保護者を対象に「小学生版 QOL 尺度」を施行し、有効データの中から、QOL 得点が 50 点以下 (下位約 10%) の児童を低得点群、51 点以上の児童を対照群とし、両群における親と子どもの QOL 総得点および下位領域の「身体的健康」・「情動的 Well-being」・「自尊感情」・「家族」・「友だち」・「学校生活」の 6 項目の得点差についてそれぞれ比較した。

[結果] 対照群は、子どもと親の QOL 得点および各領域の得点に相関が見られたが、低得点群においては、親の QOL 得点の方が子どもの QOL 得点よりも有意に高く、各領域についても、「健康」以外の領域については相関が見られなかった。

[結論] 今回の結果からは、親が子どもの身体面以外の問題を必ずしも把握していないことが示唆された。今後は、小学生版 QOL 尺度を、さまざまな精神面の問題を抱えている児童のスクリーニングとして使用可能かを検討するとともに、低得点の児童を、教師・臨床心理士、必要に応じて医師が連携して支援していくシステム作りが必要と思われる。

-----  
22. 小学校における児童の QOL と担任の QOL の関係

-----  
[目的] 近年、学校における児童の心の問題は深刻化し、教員の負担も大きくなっていることが予想される。また、その負担がさらに児童に対しても影響を及ぼしている可能性がある。本報告では、小学校における教員の生活の質 (QOL: Quality of life) と、教員の職場におけるストレスを把握し、児童の QOL との関連を検討する。

[方法] 都市部の小学校 1 校において、担任をもっている教員全員 (男性 7 名, 女性 17 名) に WHOQOL/26 と職場のストレスチェックリストを配布し回収した。また同時期に、全児童 474 名 (男児 257 名 女児 217 名) に対して小学生版 QOL 尺度を実施し、学級ごとの平均 QOL 得点と下位領域平均得点を算出した。

[結果] 担任全員の QOL 得点は、全国平均得点と有意な差はみられなかったが、QOL 得点の高低と職場のストレス (特に、「精神的消耗感」「職場風土」「評価懸念」「個人的ストレス」) との間に関連がみられた。また、担任の QOL と学級の平均 QOL との間にも有意な相関 ( $r = 0.58 \sim 0.79$ ,  $p < 0.05$ ) がみられた。

[考察] 小学校の児童の QOL と担任の QOL とは密接に関連しており、児童の QOL を考える上で、教員の QOL も重要と考えられた。そのためには、教員の働きやすさ、やりがい、評価のシステムなど、職場のストレスへの対応も検討されるべき課題であると考えられた。

-----  
23. 小・中学生の抑うつ症状の背景 (日本とオーストラリアの比較)

-----  
[目的] 本研究は、日本とオーストラリアに在住する10歳から14歳の子どもの抑うつ症状の実態とその関連要因を、両国間で比較した。

[対象と方法] 調査対象地域は人口・経済の特徴が近似していることを条件として、日本は兵庫県飾磨郡夢前町在住者(男子119名, 女子107名), オーストラリアがQueensland州Brisbane市近郊のIpswich町在住者(男子36名, 女子36名)を選んだ。抑うつ症状は、Kovacsが作成したChildren's Depression Inventory (CDI) により評価した(54点満点)。関連要因検討項目として、生活行動、家族の支援度、学校生活規則遵守度、先生に対する不満度、友人との親密度を選んだ。

[結果] 男女別にみた日本とオーストラリアのCDI平均得点は、日本が男子 $15.4 \pm 6.4$ , 女子 $15.7 \pm 6.3$ であり、オーストラリアは男子 $9.6 \pm 8.3$ , 女子 $8.4 \pm 7.1$ であった。男女ともオーストラリアよりも日本の方がCDI平均得点は有意に高かった(各 $P < 0.01$ )。CDI得点の高低と関連要因検討項目の間でクロス集計分析を行った結果、日本は生活行動と先生との関係との間に有意な関連がみられ、オーストラリアは生活行動との間には有意な関連がみられず、家族関係・先生との関係・友人関係といった対人関係との間に有意な関連がみられた。多重ロジスティック回帰分析(ステップワイズ法)の結果、日本の子どもは抑うつ症状の高さと「夕食の欠食」(OR:20.51, 95% CI:2.28-184.27), 「塾通い」(OR:6.60, 95% CI:1.80-24.27), 「先生にいわれたことで傷ついたことがある」(OR:5.21, 95% CI:1.74-15.59), 「授業中は先生のはなしをきちんと聞かない」(OR:3.43, 95% CI:1.24-9.45)の間に関連がみられた。

[考察] CDIの因子の自己意識や自己評価に関する項目で日本とオーストラリアの間に有意差がみられ、自己内省の強い子どもが日本には多いことが確認された。日本の小・中学生の生活の

不規則さは際立っており、基本的な生活時間の確保が急務であると考えられる。

#### <一般演題5 質疑応答>

庄司(青山学院大学): QOLに関する研究で、基本的にいずれも男女差について検討していないようなふうに見受けられたんですけども、主観的な捉え方というのは、あるいはそれをどう言葉で表現するか子どもでも大人でもたとえば、男女で違うような気がするんですけども、そのへんいかがでしょうか。

柴田: 今回の1, 2年生には男女差が出ていなかったのですが、発表の中には含まれておりませんでした。2001年度の調査では明らかに男女差が出まして、特に自尊感情で、男児の方が有意に高かったです。実は、これは、1, 2年生は特にインタビュー調査をしなければなかなか取れない、集団の質問紙だけではとれなかったもので、そこをちょっと強調して今回発表させていただいたんですが、全体的には今3,000くらいのデータをすでに取りっておりますので、その辺では男女差が明らかになってくると思われま

庄司: 教師の場合は、いかがでしょうか?

松崎: 先生方のQOLに関しては男女差は見られませんでした。

山下(久留米大学小児科): QOLの自尊感情が学年が上がるとずっと下がってきますよね。日本だけの問題なのかそれともドイツでも、1年生と6年生で違うのか。それから松浦先生にも、うかがいたいのですが日本の子どもは、何年生でやられたのでしょうか。

松浦: 小学校5年生6年生, 中学1年生, 2年生です。

柴田: 私たちの方の調査では自尊感情が学年ごとに下がっていきます。それは、1つには子どもが、周りが見えてくる。小学校低学年ではまだ自分がやれるんだみたいなのが、だんだん周りが見えてきて、1つにはそれで下がってくるということが考えられますし、あとはその親の対応、



学校の対応なので、なかなか自己評価を高くもてないという背景もあると思います。まだそこを一概にこれだからこうだということまではできませんが、いつのときの調査でも学年ごとに自尊感情は低くなっておりま

山下：じゃあ、海外のオリジナルのドイツの子どもたちでもそうですか？

柴田：日本の方がより低くなってました。

根本：中学生についても少し今年はやっているのですけれども、中学生になるとさらに自尊感情は下がっているというような結果が出ております。

山下：ありがとうございます。

太田（東京学芸大学）：興味深い発表をありがとうございます。実は最近、ソーシャルスキルズトレーニングとか、そういうことが行われているわけで、そのエフェクティブネスというものを調べるときに、自尊感情というのはかなり重要なファクターになるんじゃないかと思うんですね。それで今の場合だったら、行動だけが1つの目安になったり、出来高が目安になったりしているわけなんですよ。そうするとこれはそういうものの自尊感情が向上したというかそういうものに使えるんだらうかなあということで、1つ何か教えていただければということ、多分、今のは、要するに年齢別に見ているわけですよ。「1人の人がどういうふうに変ったのか。」というのをやるような計画というのはいりませんかでしょうか。

根本：現在病院の患者さんにも臨床的に治療前と治療後とやってみてやっぱりQOLの得点が高くなったという結果が出て、そういう治療面でも実際に今使っています。

柴田：私たちは、たまたま公立の小学校がとても協力してくださっているので、2001年から毎年、今年もとらせていただきましたので、少しずつデータは積みあがっているのです、縦断的に検討できるかと思

太田（東京学芸大学）：ありがとうございます

した。

山崎（国立天領病院）：松浦先生に質問です。実は僕が、中学3年生の時にメルボルン市の郊外でホームステイを2週間ほどしたことがあって、もう20年以上も前になるので、随分現状との感覚のギャップがあるのかもしれませんが、印象的だった点として、まず勉強机がないんですよ、子どもたちの家に。それから2点目に、僕は、中学3年生で行ったのですが、やっているその内容そのものが中学1年生とか、場合によっては、え～これ小学校でやるんじゃないの？というのをやっていたってところの、教育ない子どもに関する要求基準のギャップというものを中3ながら僕は非常にショックな気持ちで受けとめた記憶があります。これがやっぱり資源の豊富な国と資源のない国の違いなのかなと中学時代に一番最初に思ったのです。比較研究のときにこういう文化的な背景というものをどのくらい計算に入れてやっていかなきゃいけないのかなあということも思ったもんですから、単純に子どもたちが自己肯定感を高く持てないって原因の背景ってところで、今申し上げたような文化的な背景って点から単純な比較ってというのが、すごく難しいのかなって思ったものですから、その辺をお教えいただけたらなと思ったのですが、いかがでしょうか。

松浦：おっしゃる通りだと思いますけれども、この統計的な調査はCDIから単純に統計学的な解析をしたにすぎないので、またCDIの日本語版と英語版とそれぞれつかっているだけであるので、その内容に関して1つ1つの項目がどの程度文化的背景を差し引いて考えないといけないかというのが、なかなか難しい問題で、現状ではちょっと無理なんじゃないかと思っています。

小石（愛知小児保健医療総合センター心療科）：壇上のどの先生でも結構ですが、こういうQOLなどに関しましては、かなり脳の状態というものも関係すると思うのですが、多分日本人というのは端的に言うと例えばセロトニン系

の神経の発育などにかんして人種的にかなり特異な点が指摘されていると思うのですが、こういう人種的な差というものを考えに入れようとすると、横断的な調査で同じ日本人で社会構造が変化するとともにどう変わっていったかということが必要になると思うんですが、そういう時代ともにこういう調査の結果がどういうふうに変ったかというデータをお持ちでしょうか？

松崎：私たちはまだ始まったばかりなので、そこまでできていませんが、そこまでできればいいかなと思います。ありがとうございます。

小石：ありがとうございます。

松崎：松浦先生に、この項目の中に先生との関係の悪さという項目が出てきているのですが、具体的に何かありましたら、教えていただきたいのですが。

松浦：先生との間の関係なんですけれども、内容に関しては、「先生に言われたことで傷ついたことがある。」「成績の良し悪しで全てを判断されている。」「えこひいきをされている。」「先生が厳しい。」その項目について、調査をしました。「先生が厳しい。」という点に関したらオーストラリアの方が有意差がありまして、より厳しいという返事でした。また女子では先生がえこひいきがあるということに関して有意に日本の方が高かったです。以上です。

奥山：まず松浦先生の方に、かつて日本で集団でCDIをとられたという結果が何回か報告されていると思うんですけれども、先ほど小石先生がおっしゃっておられたようなその時代と今の時代と、どういうふうに関しても海外との差にしても得点の差があるのかどうか、もしあるとしたら、どういうふうに関しても先生テレビのこととか、塾のことをおっしゃっていましたが、そういうことに関連があるのかどうか、そのへんを1つ教えていただきたいと思います。それから、松崎先生の方に、どうもお話をうかがっていると非常に協力的な学校で、そういう学校だから教師のQOLが高いのか、それとも全体にそ

ういうことが言えるのか、そのへんのところちよっとお教えいただきたいと思います。

松浦：時代の変化に対してCDIがどんな風に変わるかということなんですけど、今後われわれは調査を予定しております、それについて検討をするつもりです。それから、テレビとかそのような関係なんですけど、生活行動に関したら、さきほど言いましたように、多変量解析をいたしまして、さきほどのスライドにありました結果ですが、夕食の欠食とか、塾通い、先生に言われて傷ついたことがある、など、そういう順番に、相関関係があると思います。それからテレビは別々にしたんですけど、男子では2時間以上見る時間が日本では多かったんですけど、女子では有意差がなくて、テレビを見る時間では男子では有意差がなくて、女子では日本の方が3時間以上長かったです。だからこのことに関しても時代ともに状況がすごく変わりやすいので、これ調査したのが2001年なので、今状況がどうなっているか。

奥山：わかりました。確か九州の村田先生方が、随分昔にその標準値の調査をなさっているんですけど、せっかく九州なのでどなたかそれに、関係された人はいらっしゃいませんか。CDIの標準について、その後も1, 2回群馬の先生がやられていたと思うんですけど、なんかその辺の昔の調査の結果と比較していただくと、少し示唆が出てくる可能性があるのではないかと思いますので、よろしく願いいたします。

松崎：先生のQOL、確かにとっても協力的で、チームワークもいい学校なので、平均的なQOLが高いことは予想されます。で、先生全体がそうかということ、本当に推測ですが、学校として全体のQOLが低い学校も確かにあるんじゃないかなと思います。ただここで申し上げたいのは、ここの学校の中にもQOLが低い先生方がいらして、その高い低いと子どもたちのQOLの高い低いが関係があったということで、どっちが先か

は本当に分かりませんが、できれば両方からアプローチして両方のQOLが高まるってことが、とっても大事なことなんじゃないかなと思います。

奥村：ありがとうございます。

古庄：私の方から、松浦先生、CDIはうつものスクリーニング的なことではなくて、やはり全体的な子どもの生活面の、関連になりますけど、QOLとかそういったものを知りたいということでお使いになったという形でしょうか。うつ病のスクリーニングということではなくて、全体的の……。

松浦：そうです。それからさっき奥山先生が言われた以前との差なんですけど、村田先生と比較してまして値はほとんど変わらなかったんです。

奥山：ああそうですか。はい、わかりました。ありがとうございます。

豊田（開業医）：松浦先生のお話でちょっと立ってみようかと思ったのですが、私どものところでは私が長年勤めました、九州大谷短期大学の山田真理子教授が私どもの全郡に約2年前、ノーテレビデイ、テレビを見ない日というのを作りました。それは今の子どもたちの生活を損なっているものに、このマスメディアとしてのテレビがあり、一日中親も含めて一家総出で見ない日を作ろうじゃないか、ということでやってまいりまして、山下先生が実態をよく知っていらっしゃるんじゃないかと思うんですか、そんなことをやっておりました。実情はちょっと残念なことですけど、全郡をあげてやっておりましたところが、少し先細りをしてきまして、保育園がそういうことをやって提唱しているところも少なくはなりましたが、やはりこれは考えていいことではございまして、この子どもをめぐるマスメディア、非人間的な関係を示唆するものはやはりテレビをみることじゃないかと思えますね。でございますので、松浦先生、1つ少し頑張ってみていただきたいという気がいたして

おります。どうもありがとうございました。

根本：松浦先生にお聞きしたいんですけど、よろしいですか？先ほどファミコンの話が出ましたけれども、オーストラリアではファミコンを持っているというのは、調査対象の人全員だったのでしょうか？

松浦：調査をした人数が同意を得られた方に限られているので、ちょっと全員かどうかわかりませんが、持っていたことは事実です。

根本：年齢別に見るとどういう結果が出たかというのは、出してあるんでしょうか。CDIについて。

松浦：年齢別にはしていません。10歳から14歳までまとめて計算してあります。

古庄：他によろしいでしょうか。これらの調査は子どもたちの生活の質を高めるといいますか、支援につなげるということに関しては、非常に今から応用が利くといえますか重要な研究だと思います。どうぞ今後も研究を続けていただきたいと思います。それではこのセッションを終わらせていただきます。ありがとうございました。

## VI. 一般演題 (6) AD/HD

### 24. 治療薬から見たAD/HDと脳

石松 秀, 木谷有里, 赤須 崇  
久留米大学医学部生理学第二講座

情動に関する中枢神経には、セロトニン(5HT)系、ノルアドレナリン(NE)系、ドーパミン(DA)系があり、これらは共通して前頭前野に投射しており、AD/HDと前頭前野の関連を深く示唆している。AD/HD治療薬にはmethylphenidate(MPH)のようなNE、DAの再取込み阻害剤、最近米国では選択的NE再取込み阻害剤が使われている。AD/HDの原因はDA仮説が唱えられているが、治療薬ではNE系の薬が多く選択されているのでNE、DA再取込み

## 小学生版 QOL 尺度が低得点であった学童の精神面の検討

○古荘 純一<sup>1</sup>、渡辺 修一郎<sup>2</sup>、松崎くみ子<sup>2</sup>、根本芳子<sup>2</sup>、柴田玲子<sup>2</sup>、久場川哲二<sup>3</sup>、河合洋<sup>4</sup>

<sup>1</sup>青山学院大学文学部教育学科、<sup>2</sup>昭和大学医学部小児科、<sup>3</sup>川崎市立川崎病院精神科、<sup>4</sup>かわいクリニック

【はじめに】我々は、日本版 Kid-KINDL 子どもアンケート（小学生版 QOL 尺度、以下 QOL）の信頼性と妥当性について報告した（柴田他、日児誌 2003）。今回は QOL 低得点の学童の精神的な問題の要因を検討した。

【方法】東京都内公立の小学校 1 校で、生徒 488 名を対象に QOL を施行し、そのうち QOL 得点 54.17 点以下（-SD 以下、下位約 15%）の学童 61 人および、教師から見て精神的に問題のある児童 21 名を面接し比較検討した。面接に際し文章で家族の承諾を得、個人情報保護など倫理面に配慮した。学校内の健康相談室で 1～2 人の小児科医（小児精神科医を含む）で問診した。問診医は、家族背景や学校内の葛藤について問診した。

【結果】面接結果を医師が評価した。1）身体の不特定愁訴（28）、家族や学校での対人葛藤がみられる（18）が存在した。身体症状と対人葛藤の両者を併せ持つ（16）、合計 30 名が問題ありと判定した。対人葛藤があるものは 2 人を除いて身体の不特定愁訴を訴えた。一方教師が指摘した学童の中に、学習障害や注意欠陥多動性障害が疑われる児童が数名存在した。症例 1、10 歳女子（小学 4 年生）。家族歴、祖父母、父母、姉、妹の 7 人暮らし。既往歴に特記すべき事はない。本人の言では、家庭よりも学校の方が楽しい。家庭は楽しくない。母は仕事を理由に家事に就かず祖母や姉が行っている。母は本例へ暴力（殴打）をふるい、時に父や姉も母と同じく暴力を振るった。母は休日も本例へ関心を向けず、暴力を振るったことを他の家族に公言することがないよう本例に強要した。母親が暴力を振るわないようにしてほしいと本例は問診医に語った。症例 2、12 歳男子（小学 6 年生）。家族歴、父（2 年前に離婚、うつ病であるが本人の病識ないため受診歴はなし）。母（外国籍、昼夜を問わず就労している）。既往歴に特記すべき事はなし。本人の言では、母親が家事をせず、自分に食事を作ってくれない。母と接触は週 1～2 回の夜間のみで殆ど母親は家庭に不在勝ちである。本人はそのため、家庭での孤独感強く、友人との接触と漫画を読むことのみが楽しみであると語った。

【まとめ】2 例では、QOL 低得点の背景には子どもにとって家庭が心の居場所でないことがあり、その理由として、母親の暴力や育児放棄、母親への配偶者の理解度の欠落が考えられた。このような例は本人を含めた家族を、連携機関を含めて治療路線に早急につなげるべきであろう。今回我々の調査検討した、QOL について低得点であった学童は、身体精神的に問題化する必要があると思われる。さらに、身体疾患や軽度発達障害よりも、対人葛藤が多いもの、不安・抑うつが身体化しやすいものが調査で多いと思われた。今回の事例をふまえると、QOL の必要性和選別性（精神的にも身体的にも）の標準化を進めていく必要がある。今後 QOL を普及する予定である。