

5. 厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業))
分担研究報告書

思春期のレジリエンス向上のための科学的論拠に基づいた包括的介入プログラムの作成

研究分担者 笠井 清登 東京大学医学部附属病院

研究要旨 思春期レジリエンス向上(困難やストレスに対する適応力)に有用な介入プログラムの開発完了のための基礎的資料となる、思春期を対象とした疫学調査を実施した。調査の結果、約5人に一人の思春期児に精神的健康の問題が認められた。

A. 研究の目的

思春期は小児期と成人期の間の時期を指し、身体的成長と共に心理的発達も認められる。思春期は、社会との接触が増え人間関係が複雑化し始める時期であり、精神的成熟の過程において重要である。一方、精神疾患の発症が認められやすくなるのも、思春期の特徴の一つである。10代後半の死因の1位は自殺であり(平成30年版「自殺対策白書」、厚生労働省)、思春期児の自殺予防のための対策が求められている。近年、困難やストレスに対する適応力(レジリエンス)が注目されており、思春期児のレジリエンスの獲得により精神疾患の発症や増悪、自殺を予防できる可能性が考えられる。

また、2019年の新型コロナウイルス感染症(coronavirus disease 2019, COVID-19)流行により思春期児の精神的健康は著しく阻害されている。COVID-19発生の5か月後以降の日本における思春期の自殺率について前年比約150%増加が報告された(Tanaka, 2021, Nat Hum Behav)。COVID-19流行下では生活様式の変化が余技なくされパンデミック以前に有効だった支援策が、十分な効

果を発揮しない可能性もある。

代表者らがすでに着手している、思春期レジリエンス向上に有用な介入プログラムの開発完了のための基礎的資料とするため、COVID-19流行下の思春期児の心の健康の問題について実態把握を目的とした疫学調査を行った。また、発達段階による比較とサンプルサイズ確保のため、中学生および高校生を対象として調査を実施した。

B. 研究方法

S県私立中高協会の協力のもと、調査参加申出のあった21校(9中学校、12高等学校)に対し、東京大学から無記名アンケートを送付した。無記名アンケートは、2020年10月1日～11月7日に各校で実施された。無記名アンケートは、最初の質問で調査への参加同意(はい/いいえ)を聴取し、参加同意が得られた者の回答のみを解析対象とした。無記名アンケートは回答者自身が回答後に封筒にいれ、各校で教員が回収の上、東京大学に返送した。本研究の実施にあたり、東京大学医学部[審査番号2019271NI-(3)]の倫理委員会の承認を得た。

心の健康の問題は、Strength and Difficulties Questionnaire を用いて、情緒症状の有病率を調べた。情緒症状は、カットオフ値に従って 2 値変数にした (Goodman et al., 1998)。

(倫理面への配慮)

本研究で用いるデータは、東京大学医学部倫理委員会にて事前に審査され、承認された方法で取得されている。

C. 研究結果

調査参加申出のあった 21 校において、5538 名の生徒に調査票を配布した。最終的に有効回答が得られたのは 5000 名 (中学生 780 名、高校生 4220 名) であり、有効回答率は 90.3%であった。回答が得られなかった 538 名分のうち、未回収は 233 名、参加辞退/参加表明なしは 305 名であった。

調査実施の結果、情緒症状のカットオフ値を超える中高生は、18.9%であった。

発達段階ごとの比較としては、中学生より、高校生の方が多く情緒症状を報告する傾向にあった (中学生:15.6%;高校生 19.5%; $\chi^2 = 6.2$, $df = 1$, $p < 0.05$)。

D. 考察

本研究では、COVID-19 発生から半年後頃の思春期児の心の健康に関する実態把握調査をおこなった。

調査の結果、18.8%の生徒が心の健康の問題 (情緒症状) を抱えていることがわかった。この割合は、パンデミック直後の時期の中国の疫学調査よりは少ない値であるも

の (抑うつ症状: 43.7%-44.5%; 不安症状: 37.4%-38.0%) (Qi, 2020; Zhou, 2020)、パンデミック以前の知見と比べて多い値であった (何らかのうつ病: 2.6%; 何らかの不安障害: 6.5%) (Polanczyk et al., 2015)。また、この結果は、いくつかの海外の報告とも一貫する結果であった (Qi, 2020; Ren, 2020; Qin, 2021)。

さらに、中学生よりも、高校生の方が心の健康の問題を抱えている傾向にあった。この結果から、学年が高いほど心の健康の問題を抱えやすいことが示唆された。この結果は、パンデミック以前の知見とも類似していた (e.g., Ojio et al., 2016)。

今後の研究では、以下の通りいくつかの課題に対応する必要がある。まず、データの解析をすすめ、精神的問題の予防/危険因子について検討する必要がある。例えば、パンデミック以前においては、睡眠や運動などの生活習慣は精神的健康の予防因子であった (e.g., Morishima, 2020)。しかし、COVID-19 流行下では生活様式の変化が余技なくされ、精神的健康の悪影響が懸念されている (Guan, 2020, Lancet Child Adolesc Health)。また、ソーシャルサポートなど対人交流も重要な予防因子だが、フィジカル・ディスタンスが求められる社会情勢下では十分な効力を発揮していないかもしれない。次に、2021 年度以降も本調査を継続し、長引く COVID-19 流行下の精神的健康の実態を経時的に把握していく必要もある。特に、思春期の精神的健康の問題は、パンデミック直後より、数か月経過

後の方が顕著になる可能性もある (Tanaka, 2021, Nat Hum Behav)。

E. 結論

思春期レジリエンス向上に有用な介入プログラムの開発完了のための基礎的資料とするため、COVID-19 流行下の思春期児の心の健康の実態把握を目的とした疫学調査を行った。約 5 人に 1 人の思春期児は心の健康の問題を抱えていることがわかった。また、発達段階が進むにつれ、心の健康の問題を抱えやすいことが示唆された。今後の研究では、心の健康の予防/危険因子の特定を行うとともに、2021 年度以降の経時的変化も把握していく必要がある。

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (1. 特許取得、2. 実用新案登録、3. その他)

該当なし

厚生労働科学研究費補助金
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業))
分担研究報告書

子どもレジリエンス向上に有用な連携を通じた介入プログラムの開発

研究分担者 田中 恭子

国立成育医療研究センター こころの診療部 児童・思春期リエゾン診療科 診療部

研究要旨：本分担研究では、東京都の小児科医、世田谷区の教育機関職員を対象に、コロナ禍における子どもや各機関に携わる医師・職員の心身の変化についての実態調査アンケートを実施し、新型コロナウイルス感染症の感染拡大・流行という社会情勢において、子どもの心身を守り、さらに子どものレジリエンス向上のための成育環境を担う地域小児科と教育機関との連携の在り方および連携における課題を検討することを目的とする。結果、47名の小児科医、349名の教職員から回答を得た。小児科医・教職員ともに子どもの総合的な健康状態に対する評価について半数ほどが中程度の評価をしているが、新型コロナウイルスが子どもの精神的健康に影響しているかどうかについては9割以上の者が程度は違えど、何らかの影響を受けていると感じていることが明らかとなった。また、子どものアドボケイトとして、子ども自身の相談できる環境づくりや、相談に伴う専門家の配置の必要性が示された。子どもたちの心身の健康の向上のため、教育、小児医療、地域の専門機関との連携が重要であり、今回の結果をもとに、子どものアドボケーションサポートプログラム構築が、今後の検討課題としてあげられる。

A. 研究の目的

子どもの成育を支える環境として、家庭の他に、各種教育機関、福祉機関、医療機関など、様々な行政サービスや人的資源がある。昨今の新型コロナウイルス感染症のパンデミックは、こうした子どもの成育環境へ大きな変化をもたらした。例えば、外出の自粛や社会的隔離、休校や卒業式や入学式などの大切なイベントの中止などもたらされ、こうした変化は、生活様式の変化、家族内コミュニケーションの変化などにつながり、DVや児童虐待の増加など、子どもの心身への影響や子どもの成育環境を担う人々の困難が懸念されており、国際的に深刻な問題となっている。

そこで、本研究では、このような社会情勢において、子どもの心身を守るため、子

どものレジリエンス向上のための成育環境を担う地域小児科と教育機関との連携の在り方および連携における課題を検討することを目的とし、With+After コロナにおける子どものレジリエンス向上に向けた連携に関する実態調査を行った。

B. 研究方法

【調査1】コロナ禍における子どもの心の診療実態調査

対象：東京都小児科医会に所属する小児科医

方法：東京都小児科医会の協力を得て実態調査実施の周知を図り、東京都小児科医会のメーリングリストに、アンケート調査(ウェブサイト)用URLを送信した。なお、アンケートの回答の際に同意欄にチェックい

ただき、当該研究への同意とみなした。

結果を集計し、子どものこころの診療における連携に必要と思われる体制を抽出し、子どもの心の診療ネットワーク事業で報告したい体制構築に関し提言を行う。

【調査 2】 世田谷区内教育機関等および人権擁護機関等を対象にした子どものメンタルヘルス実態調査

対象：世田谷区教育機関の養護教諭、スクールカウンセラー、学年主任、人権擁護機関（せたほっと）、ほっとスクール（教育支援センター）職員、児童擁護施設職員

方法：世田谷区教育委員会の協力を得て実態調査実施の周知を図り、対象者にアンケート調査用紙を郵送した。なお、アンケートへ回答の際の同意欄のチェックをもって当該研究への同意とみなした。アンケートは同封した返信用封筒によって回収された。

倫理面への配慮：

本研究は、回答者の個人情報に関する内容は一切ふくまれない。回答者の同意は、アンケート用紙の冒頭に同意欄を設け、回答者が任意で回答いただくことで、本研究への同意とみなした。

当該研究は当センター倫理審査委員会での承認を得て実施している。

C. 研究結果

【調査 1】

東京都小児科医会に所属する小児科医を対象に、新型コロナウイルス流行における子どもたちの心身の変化に関するアンケー

ト調査をウェブサイト上で実施した。2021年3月末時点で47名の小児科医からの回答を得た（回答者の内訳は表1に示す）。

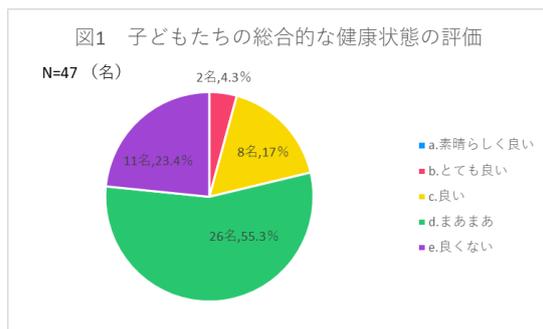
表1 回答者内訳

| | 人数 (名) | % |
|--------------|--------|------|
| ①子どものこころ相談医 | 19 | 40.4 |
| ②子どものこころ専門医 | 5 | 10.6 |
| ③小児心身医学認定 | 2 | 4.3 |
| ④小児精神神経学会認定医 | 2 | 4.3 |
| ⑤小児神経学会専門医 | 4 | 8.5 |
| ⑥園医または校医等を担当 | 25 | 53.2 |
| ⑦無回答 | 14 | 29.8 |

N=47 (名)

※①～⑥は複数回答あり

子どもたちの総合的な健康状態に関する評価については“まあまあ”と回答した者が26名と、全体の50%以上だった。また“良くない”と回答した者は11名と、全体の2割以上であった(図1)。



コロナ禍以前と比較したとき、地域で増加していると感じる児童の健康状態についての回答では、1番多かった回答は“登校渋り”(37名,78.7%)、次いで、“ゲームやインターネット依存に関する相談”(25名,53.2%)、“登校拒否”(23名,48.9%)であった。また実際の診療において増加した児童の健康状態についての回答では、1番多かったのは“登校渋り”(39名,83%)、次いで、“登校拒否”(24名,51.1%)、“睡眠に関する相談”と“ゲームやインターネット依存に関する相談”(23名,48.9%)であった。このことから、コロナ禍において子ど

もたちの通学に関する問題が生じている傾向がみられる。

「子どもの精神的健康は新型コロナウイルスの影響を受けているか」という設問に関しては、47名全員が新型コロナウイルスの影響を受けていると感じており、“とてもそう思う”、“非常に強くそう思う”と回答した者は計30名と、全体の6割以上であった。

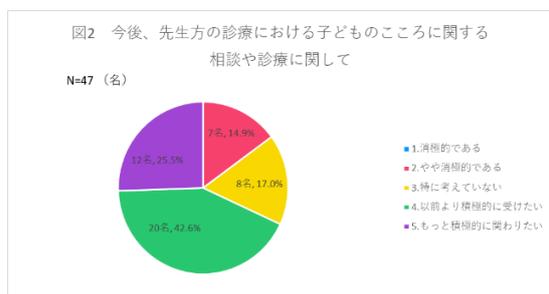
実際に小児科に受診された子どもたちの疲労や新型コロナウイルスに対する恐怖について医師自身がどの程度感じるかの設問については、「疲労」と「恐怖」それぞれ“全く疲れていない(恐れていない)”と回答した者が4名であり、全体の1割に満たなかった。

子どもたちへの診療に際して、診断が難しい疾患について、1番多かった回答は“うつ病やその疑い”(30名,63.8%)、次いで、“繰り返す心因性の痛み”、“不登校、適応障害”(29名,61.7%)、“インターネットやゲーム依存”(24名,51.1%)であった。また、診療に際して治療が難しい疾患についても、“不登校、適応障害”(34名,72.3%)、“インターネットやゲーム依存”(33名,70.2%)、“繰り返す心因性の痛み”、“うつ病やその疑い”(30名,63.8%)と、診断に困難を有する項目の上位4項目と同様であった。

実際の診療において、コロナ禍前と比較した際に子どものこころに関する相談のケースが“微増した”と回答する小児科医が最も多く33名と、全体の7割以上であ

った。また“微増した”と“著増した”と回答する者を合計すると、全体の8～9割であった。

各小児科医の、今後の子どものころに関する相談や診療における意向として、“以前より積極的に受けたい”または“もっと積極的に受けたい”と回答した者が、計32名と、全体の7割弱であった(図2)。



以下、各項目における主な回答理由を示す(表2)。

表2 今後の診療における子どものころに関する相談や診療に関する意識 各項目の回答理由 (各2～3件抜粋)

| | |
|--|--|
| <p>2. やや消極的である</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 診療に追われている ・ 自分に出来るとは思えない ・ 診療後の受け皿を探すことが困難 | <p>4. 以前より積極的に受けたい</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 必要性が増しているため ・ 患者が少なく、時間がとれるから ・ 受け皿が不足していると感じるから |
| <p>3. とくに考えていない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 必要は感じるが、自分に知識とスキルがないから ・ 従前も今後も、あらゆる主訴での初期診療を拒まないが、自ら受けたい・受けたくない調整できるような専門外来ではないので | <p>5. もっと積極的に関わりたい</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ニーズが増えた。こういう時こそかかりつけ小児科医の出番だと思う ・ コロナ禍がまだ続いていること、影響が出てくるのはエピソードからタイムラグがあり、今後もニーズが増えると思うので |

子どものころの診療において必要と考えられるものに関しては、“児童精神科医との連携”(39名, 83.0%)が最も多く、次いで“福祉機関との連携”、“子どものころ拠点病院における…子どものころ専門医によるコンサルテーション機能”(37名, 78.7%)、さらに“診療報酬加算増額”(30名, 63.8%) 関しても回答数が多かった。“診療報酬加算増額”については、その詳細を8項目の選択肢を設けて回答していただいた。

その結果、上位3項目の回答が、“育児相談、発達相談における診療報酬”(44名, 93.6%)、“思春期診療報酬加算(親と子どもと別々に診療するための加算)”(36名, 76.6%)、“小児カウンセリング料(心身症を対象にした加算)”(34名, 72.3%)であった。

また子どものアドボケイト(権利擁護)として小児診療に必要なものに関しては、“子ども自身が相談できる場所”(40名, 85.1%)と最も多く、次いで“スクールカウンセラーなどの心理士”(36名, 76.6%)、“スクールソーシャルワーカーなどの社会福祉士”(34名, 72.3%)と、子ども自身の相談できる環境づくりや、相談に伴う専門家の配置の必要性に関する回答が多くみられた。

アフターコロナにおける子どものころへの影響や心配事に関する自由記述の回答に関しては、“家庭環境の変化”、“親の貧困に伴う子どもの貧困”や“学力”や“(マスクの使用、またはオンライン使用増加による)コミュニケーション能力“の低下、あるいは阻害への懸念が多くみられた。

子どものころの診療に関する自由記述の回答については、新型コロナウイルスの感染拡大や、それに伴う休校措置、家庭や学習環境の変化がもたらす子どものころの問題を懸念する声が多い反面、児童精神科や心療内科についてもコロナによる診療への影響が生じているため、子どもが相談先や診療先につながるまでに時間

を要しているという回答が多かった。また、診療報酬についても、時間や労力に見合ったものへの改定を必要とする声が多かった。

【調査 2】

世田谷区の幼稚園、小学校、中学校の教職員を対象に、新型コロナウイルス流行における教職員および児童・生徒の心身の健康状態に関するアンケートを郵送にて配布・実施した。2021年3月末時点で、園・校、合計349名から回答があった。(回答者の内訳は、表1に示す)

表1 回答者内訳

| | 人数 (名) | % |
|-----|--------|------|
| 幼稚園 | 14 | 4.0 |
| 小学校 | 292 | 83.7 |
| 中学校 | 43 | 12.3 |

N=349 (名)

(1) 教職員自身の心身の変化について

新型コロナウイルスが流行したことによる身体の健康への影響について、影響を受けていないと回答する者が145名と約4割

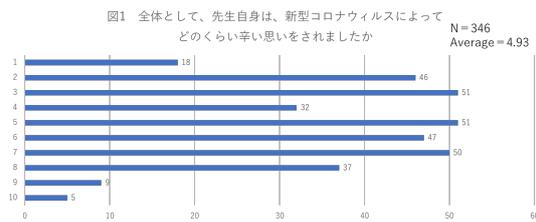
だったのに対し、影響を受けていると感じる者が約6割であった。また精神的・感情面での健康については、約9割の教職員が影響を感じており、半数以上の教職員が、新型コロナウイルスの流行により、心身に影響を感じていることがわかった。教職員自身の心配や不安感、疲労に関する質問項目では、9割以上の教職員が心配や不安感、疲労を感じていると回答した。

物事に対する集中力に関して、8割が集中力の低下を感じていないものの、68名、約

2割の教職員が集中力の低下を感じ、普段よりイライラや怒りっぽくなっていると感じている者は、243名と全体の7割を占めていた。孤独感については、「まったく孤独には感じない」と回答した者が180名と、5割以上であり、また「常に孤独を感じていてつらい」と思っている者はいなかった。

教職員の仕事に対する意欲については、やる気に満ちている者は約1割にとどまり、普段より意欲を保てないと感じている者が302名と8割以上いた。

教職員自身が新型コロナウイルスでどの程度辛い思いを抱いているかの項目では、平均値が4.93であり(1.辛くはない～10.極めて辛い)の10段階評価)、図2に示した通り、M字型の分布となった。



(2) 児童・生徒の心身の変化について

子どもたちの総合的な健康状態に関する評価については“まあまあ”と回答した者が144名と、全体の4割以上だった。また“良くない”と回答した者は112名と、全体の3割以上であった。

「子どもの精神的健康は新型コロナウイルスの影響を受けているか」という設問に関して、全体の約2%（7名）は“まったく思わない”と回答したが、それ以外の教職員については程度は様々だが、子どもたちの精神的健康に影響していると感じていると回答している。

コロナ禍における児童・生徒同士の交流に関する変化については、「ほぼ変わらない」と感じる教職員が203名と全体の約6割弱であった。

コロナ禍における子どもたちの支援において教職員が必要と考えるものについて、上位3項目の回答は“保護者のこころの支援”（222名、63.6%）、次いで“子どもたちのこころの支援”（216名、61.9%）、“生活リズムの支援”（154名、44.1%）であった。

また子どもたちのアドボケイト（権利擁護）として教職員が必要だと考えるものに関して、上位3項目は“子ども自身が相談できる場所”（242名、69.3%）と最も多く、次いで“スクールカウンセラー”（222名、63.6%）、

“スクールソーシャルワーカー”（101名、28.9%）であり、子ども自身の相談できる環境づくりや、相談に伴う専門家の配置の必要性に関する回答が多くみられた。

D：考察

コロナ前後でみる子どもたちのこころの状態の変化に対し、子どもに関わる専門職として小児科医、教育機関教員の気づきは重要である。2020年初冬に発生した重症急性呼吸器症候群コロナウイルス2による感染症（COVID-19）によるパンデミックにより子ども達を含む世界中の人々の生活は一変した。日本においても、感染制御を目的として2020年2月に全国的な学校閉鎖が行われたことを筆頭に、4月には新型コロナウイルス感染症に係る緊急事態宣言が発出され、2回目の緊急事態宣言が解除されている2021年3月現在においても国内外においてCOVID-19は終息の目途はついていない。COVID-19はその影響範囲の広さや社会的影響の大きさにおいてこれまで日本が経験してきた他のパンデミックや自然災害とも異なる様相を呈している。このような子どもを巡る社会環境の変化は、発達期の子どもたちの心身の健康、特に心の健康（メンタルヘルス）にとって多層的・複合的に子どもに影響を及ぼすと考えられる。また心理的ストレスが高まっている中で、社会的隔離策により外部からの支援や見守りが入りにくい状況は、家庭内暴力や虐待が起りやすい状況である。内海らは災害時における子どもたちの心

理社会的支援の在り方をリスクレベルに応じてピラミッドで示している。トラウマ症状が顕著で生活に支障が生じている場合は専門家にリファーするがそこに至らないケースは子どものストレス症状に非専門家であっても子どもに近い大人が気づきケアを行うことを提唱している。パンデミック状況下における子どものメンタルヘルスの問題を予防・軽減するには、子どもの安心安全の確立がまず第一である³⁾。そのためには、親や学校の先生、そしてかかりつけ医など、子どもに近い立場で子どもと接することが可能な専門家をはじめとする周囲が子どもと安定した関わりを維持することが重要であると考えられる。これらの保護的要因を促進する関わりは、パンデミック下における子ども達のメンタルヘルスの問題を予防し、軽減することにつながる。教職員や小児科医が子どものこころの診療や子どものアドボケイトとしてより機能する体制が強化されれば、子どもたちは自身の暮らす地域の中でより適応的な生活が保障され、また困難が生じたときにより速やかに援助希求を発することが可能であろう。五十嵐らは、神川らとともに、地域に住む子どもたちが健やかに成長し成人になるまで小児科や内科かかりつけ医が *biopsychosocial* な面から子どもと家族を評価・支援し予防することの重要性などを提言し、実践への展開を図ってきた。例えば6～20歳までは年1回の個別健診を義務とし、個別健診を行う医療側に適切な対価が支給される制度を構築する

ことが必要である、と強調してきた。そうした背景をベースに2020年成立した成育基本法は、「成育過程にある者の多様化し高度化する需要に的確に対応した成育医療等の切れ目ない提供」を明記している。五十嵐らは、胎児期から若年成人に至る者に必要な成育医療やそれに関連する保健・教育・福祉に関する具体的施策を遂行すること、障害の有無にかかわらず、すべての子どもの成育に必要な施策を具体的に提言し、効果的に運用することこそが小児科医の責務であると強調している。永光らは、思春期世代が最も医療受診をする機会が少ないことに注目し、学童期・思春期の子どもたち自身が自分たちの健康に自ら関心を持ち(セルフモニタリング)、健康行動を日々の生活の中に取り入れていくこと(セルフプロモーション)、その機会の一つとして、米国ですでに実施されている「かかりつけ医による思春期相談事業」の実装化を提唱している。中高生217名を対象とした思春期健診とCBTアプリを用いたランダム化比較試験において、介入群では抑うつスコアの低下(高校生)、ヘルスプロモーションの向上(中学生)、さらには希死念慮の抑制に効果が得られたとしている。アメリカ小児科学会は子どものメンタルヘルスに対するアプローチにおいて、学校と地域それぞれを拠点とした多面的フレームワークを想定し、かかりつけ小児科医 *Primary Care Practitioner* の果たす役割について提言している。第1層はすべての子どもを対象とした予防的プログラ

ムであり、レジリエンスを育むこと、情動面での健全な発達を支える取り組みを含む。小児科医は子どもや家族のアドボケートを担い、学校と連携し子どもたちのためのメンタルヘルスプログラムを構築する。第2層は、何らかのサポートを必要とする子どもを対象とし、個別あるいはグループカウンセリング、学習援助など、その子に応じた支援を提供する。小児科医の役割は、子どもの問題に気づき必要な支援につなげることである。第3層は、より深刻なメンタルヘルス上の問題を抱えた子どもを対象とする。緊急対応や入院治療などの対応が必要とされることもある。学校、小児科医、地域の専門機関との連携が重要であるとしている。そこで、今回の結果をもとに、子どもアドボケーションサポートプログラムの提唱も検討したい。

- ① かかりつけ医は、各自治体教区機関と連携しヘルスリテラシー教育、定期的な健診における予防教育、場合によってはコンサルテーションを受けながらの子どもの心の臨床、とくに2次障害のない発達障害の臨床などを担う。
- ② 地域における病院は、入院精査、心理検査などが必要な子どものこころの臨床を担う。
- ③ 各自治体における拠点病院を明確に位置付け、かかりつけ医や地域の病院、教育機関に対するコンサルテーションとフィードバック、トラウマ治療、調査研究を担う。また、かかりつけ医との連携、調査研究などによる子どもの心の

臨床のブラッシュアップと持続可能な子どものこころのケアに関する啓発、福祉、教育機関と連携し、オンラインによる顔の見える形での事例検討カンファレンスの開催なども重要であろう。

今般のコロナ禍を一つの機に、各地域や各機関の強みを生かした子どものこころの臨床連携の実現と実装にむけ、関連団体、関連学会、各自治体を通じた“第一歩”を進める必要がある。

| | |
|---|---|
| <p>123 回日本小児科学会学術集会, 神戸, 2020/8/21 (Web 開催) .</p> <p>2) 田中恭子, 子どもの権利と療養, 第 123 回日本小児科学会学術集会, 神戸, 2020/8/22 (Web 開催) .</p> <p>3) 田中恭子, 乳児健診, 日本小児保健協会第 5 回多職種のための乳児健診講習会, 2020/9/6 (Web 開催) .</p> <p>4) 田中恭子, 新型コロナウイルスと子どものメンタルヘルス, 世田谷区教育委員会研修, 2020/9/25 (Web 開催) .</p> <p>5) 田中恭子, 小児がんと子どもの心理発達, 小児がん拠点病院相談員研修, 2020/9/26 (Web 開催) .</p> <p>6) 田中恭子, 発達障害の早期発見とその支援, 第 1 回発達障害者支援研修 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 知的・発達障害研究部, 東京, 2020/11/11.</p> <p>7) 田中恭子, 子どもの高次脳機能障害のアセスメントとその支援, 第 18 回日本小児がん看護学会学術集会, 2020/11/21 (Web 開催) .</p> <p>8) 田中恭子, 子どもの自律支援 ヘルスリテラシーの獲得, 小児がん拠点病院事業相談員継続研修, 2020/11/28 (Web 開催) .</p> <p>9) 田中恭子, with コロナにおける子どもの心のケア, 第 115 回東京小児科医会学術講演会, 2020/11/29 (Web 開催) .</p> <p>10) 田中恭子, 体験をばねに 新型コロナウイルスと子どものメンタルヘルス, 鎌倉市思春期保険研修, 2020/12/4 (Web 開催) .</p> | <p>催) .</p> <p>11) 田中恭子, 体験をばねに 新型コロナウイルスと子どものメンタルヘルス, 静岡県医師会学校保健研修, 2020/12/12 (Web 開催) .</p> <p>12) 田中恭子, コロナ禍をばねに, 日本小児科医会こどものこころ相談医研修会, 2021/1/10 (Web 開催) .</p> <p>13) 田中恭子, 子どものこころと AI シンポジウム 2 AI と病児保育, 第 30 回記念全国病児保育研究大会, 2021/1/16 (Web 開催) .</p> <p>14) 田中恭子, コロナ禍をばねに 子どものこころの支援, 大阪府教育委員会幼児教育推進フォーラム, 2021/2/9 (Web 開催) .</p> <p>15) 田中恭子, コロナ禍をばねに 子どものこころの支援, さいたま市講演会, 2021/2/16 (Web 開催) .</p> <p>16) 田中恭子, 子どもの自立支援 オンライントークライブ, トランジションフェスティバル, 2021/2/28 (Web 開催) .</p> <p>17) 田中恭子, コロナ禍をばねに 子どものこころの支援, プライマリケア医研修会小児神経学会, 2021/3/6 (Web 開催) .</p> <p>18) 田中恭子, コロナ禍をばねに 子どものこころの支援, 熊本県小児保健研修会, 2021/3/6 (Web 開催) .</p> <p>19) 田中恭子, 子どもの自立支援～疾病受容の評価～, 小児がん長期フォローアップ研修会, 2021/3/13 (Web 開催) .</p> <p>H. 知的財産権の出願・登録状況</p> |
|---|---|

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業))
分担研究報告書

思春期 ADHD における心理社会的適応とその影響因の解明

研究分担者 高橋 史 信州大学学術研究院教育学系

研究要旨 本研究の2021年度の活動では、中高生におけるADHDと生活の質の関連性を検討した。分析の結果、ADHDは幅広い領域の生活の質の低下と関連しており、それは小学1年生から高校3年生のいずれの学年でも一貫していた。

A. 研究の目的

注意欠如・多動症 (attention-deficit/hyperactivity disorder : 以下、ADHD) は、多動・衝動性と不注意に特徴づけられる神経発達症であり、人間関係や学業、職業機能など、さまざまな生活機能に困難を生じさせることが知られている。特に幼児期から児童期(小学生以下)については膨大な研究知見が積み重ねられており、近年では、大学生および成人期を対象とした研究知見の報告から、ADHDの生涯にわたる影響性と、ライフステージに応じた支援の必要性が指摘されている。

一方、ADHDの研究を発達の視点から概観すると、思春期および老年期に関する研究知見が非常に限られている。ライフステージに応じた支援の構築について、臨床家、研究者、および政策立案者が的確な活動を行うためには、各発達段階におけるADHDの実態に関する基礎的知見の蓄積が必要不可欠である。特に、思春期のADHDに関しては、成人期の社会適応状態を予測することが知られており、基礎研究の開始および

応用研究への展開を早急に行う必要がある。こうした研究は、未就学児、小学生、成人と比較して支援サービスの選択肢が少ないとされる中高生に、厚生福祉行政が的確な支援を届けるための科学的根拠を提供できるという点で、社会貢献に資する学術研究の好例となる。

以上の議論をふまえて、本研究では、思春期ADHDに焦点を当てて、心理社会的適応の実態およびその影響因を明らかにすることを目的とする。2021年度は、生活の質(quality of life : 以下、QOL)を多面的に把握し、中学生および高校生においてもADHDのある人にはQOLの低下が見られる、という仮説を検証する。

B. 研究方法

オンライン調査会社にモニター登録している成人のうち、小学1年生から高校3年生の子と同居している者を対象として、段階的調査を実施した。第一段階であるスクリーニング調査では、同居している子にADHDの診断を受けている人がいるかど

うかを尋ねた。第二段階である本調査では、スクリーニング調査にて「いる」と回答した者（以下、ADHD 群）と「いない」と回答した者（以下、control 群）の本調査回答データがそれぞれ 1,000 名分に到達するまで、データ収集を行った。その結果、計 2,000 名からの回答を得た。本調査の質問項目については、スクリーニング調査にて「いる」と回答した者は ADHD の診断を受けている子について、「いない」と回答した者は任意の子について、回答を求めた。

質問項目は、デモグラフィック項目、ADHD 症状、慢性怒り、健康関連 QOL から構成された。デモグラフィック項目が含む内容は、子の性別、年齢、学年、きょうだいの数、学業達成度、回答者の性別、年齢、国籍、学歴、週当たり就業日数、配偶者の有無、世帯年収、居住地域（都市部、郊外、田舎）であった。

ADHD 症状の測定には、ADHD-RS (DuPaul et al., 1998; Tani et al., 2010) を使用した。この尺度の得点が高いほど、ADHD 症状を強く示していると解釈できる。慢性怒りの測定には、Affective Reactivity Index (Stringaris et al., 2012; Takahashi & Kishida, 2020) を使用した。この尺度の得点が高いほど、ADHD 症状を強く示していると解釈できる。健康関連 QOL の測定には、KIDSCREEN-52 (Nezu et al., 2015; Ravens-Sieberer et al., 2008) を使用した。この尺度の得点が高いほど、QOL が高いと解釈できる。いずれも、世界的に広く用いられている質問紙尺度であり、

日本語版の信頼性および妥当性が確認されている。KIDSCREEN-52 については、平均値 50 点（標準偏差 10）の分布となる国際 T 得点を用いることで、国内健康サンプル（control 群）の諸外国との比較、および国内 ADHD サンプル（ADHD 群）との比較を同時に行う。

（倫理面への配慮）

本研究における以上のすべての手続きは、信州大学教育学部研究委員会倫理審査部会による審査と承認を経て実施した（管理番号：20-24）。

研究参加に関連する権利事項および質問項目を吟味して研究参加可否を判断できるよう、研究参加同意を得る画面において、権利事項および質問項目を閲覧可能な状態にした。これは、回答に伴って不快感を経験するリスクについて、研究参加者自身が事前に情報を得て判断できるようにするためである。同リスクに関する評価は、学内研究倫理委員会およびオンライン調査会社の担当者によるチェックも受けて、リスクおよび侵襲性は十分に低いということが確認されている。また、対象者が使用する端末の画面上に表示された権利事項を読んだ上で、「上記の権利事項をよく読んで理解した上で研究に参加する」のチェックボックスにチェックを入れた者（インフォームドコンセントを行った者）のみが回答画面に進めるよう、オンライン調査フォームを構成した。

C. 研究結果

本調査への回答者 2,000 名の内訳は、男性が 1,094 名、女性が 906 名、年齢は、最小値が 23 歳、平均値が 44.4 歳（標準偏差 7.07）、最大値が 70 歳であった。世帯年収の中央値は 7 点（600 万円以上 700 万円未満）であり、日本全体の年収の中央値（437 万円；厚生労働省，2020）よりも高い値を示した。各学年における ADHD 診断を受けている子の割合は小学 1～3 年生で 50.6%（519 名中 263 名）、小学 4～6 年生で 49.3%（481 名中 237 名）、中学 1～3 年生で 58.4%（565 名中 330 名）、高校 1～3 年生で 39.1%（435 名中 170 名）であり、ADHD 診断を受けている子のサンプルは高校生よりも中学生にやや偏っている傾向があった。

次に、ADHD 診断有無による ADHD 症状の比較を行った。その結果、多動衝動性、不注意、ADHD 総得点のいずれも ADHD 群において有意に高く、標準化平均値差はそれぞれ 1.07、1.22、1.22 と高い値を示した。この結果から、control 群と ADHD 群の区別は妥当に行われたといえる。

最後に、慢性怒りおよび KIDSCREEN-52 の国際 T 得点の分布を群別に算出した。その結果、慢性怒りの平均値は control 群 (0.84) よりも ADHD 群 (3.95) の方が高く、その標準化平均値差は 0.97 と強い差を示唆した。KIDSCREEN-52 に含まれる 10 の下位尺度(身体的幸福感、心理的幸福感、気分と情緒、自己知覚、自律性、親子関係と家庭環境、経済状況、友人、学校、社会の受け入れ)の平均値については、control 群では 43.2 点（経済状況）～51.1 点（身体的幸福感）であり、

世界水準と比較してやや低い値を示す傾向があった。特に、自分で使えるお金が十分に与えられている状態である「経済状況」下位尺度において得点がやや低かった。ADHD 群の下位尺度得点の平均値は、38.0 点（親子関係と家庭環境）～43.6 点（身体的幸福感）であり、いずれも control 群より ADHD 群の方が低い値を示した。また、control 群と ADHD 群の標準化平均値差は、-0.22（自己知覚）～-0.64（学校）であり、弱から中程度の差が見られた。これらの結果は、子の学年に限らず一貫していた。

D. 考察

本研究の目的は、思春期（中学生および高校生）においても ADHD のある人には QOL の低下が見られる、という仮説の検証を通して、思春期 ADHD と心理社会的適応の関連性を明らかにすることであった。分析の結果、児童期（小学生）と同様に思春期においても、ADHD のある人には広範な領域に渡って QOL の低下が見られることが明らかになった。ADHD 症状、特に多動衝動性は加齢と共に減少すると指摘されているものの、児童期と成人期のいずれにおいても ADHD と QOL の負の相関関係が報告されており、その中間にあたる思春期において ADHD が低い QOL と関連するという本研究の結果は、了解可能な結果であるといえる。また、ADHD の診断を受けている子は慢性怒りを示しやすく、ADHD 症状を標的とする従来の薬物療法に加えて、怒り感情に焦点を当てた心理社会的支援の充実化を図る必要性があると

いえる。

一方、本研究の知見は保護者という単一の情報源から得られたデータに基づいており、特に抑うつ気分や不安等、自己評定の方が妥当なデータが得られるとされる指標については、測定バイアスの影響性を否定しきれない。今後は、自己評定、保護者評定、臨床家評定など、複数の情報源を用いたアセスメントを導入することで、より頑健な知見の蓄積を行う必要がある。

E. 結論

このような限界点はあるものの、本研究の結果から、思春期においても ADHD が心理社会的適応の低下と関連していることが示された。特に地域支援が充実しやすい児童期や、近年注目を集めている成人期だけでなく、その狭間にある思春期においても、途切れのない支援が届く臨床活動および政策立案が望まれる。

F. 健康危険情報

総括研究報告書を参照。

G. 研究発表

1. 論文発表

未発表

2. 学会発表

未発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特記事項なし

2. 実用新案登録

特記事項なし

3. その他

特記事項なし

引用文献

- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation. New York, NY, US: Guilford Press.
- 厚生労働省 (2020). 令和元年国民生活基礎調査
- Nezu, S., Iwasaka, H., Saeki, K., Ishizuka, R., Goma, H., Okamoto, N., . . . Kurumatani, N. (2015). Reliability and validity of the Japanese version of the KIDSCREEN-52 health-related quality of life questionnaire for children/adolescents and parents/proxies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 20(1), 44-52. doi:10.1007/s12199-014-0427-1
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., . . . Kilroe, J. (2008). The KIDSCREEN-52 Quality of Life Measure for Children and Adolescents: Psychometric Results from a Cross-Cultural Survey in 13

European Countries. *Value in Health*,
11(4), 645-658.

doi:<https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00291.x>

Stringaris, A., Goodman, R.,

Ferdinando, S., Razdan, V., Muhrer,
E., Leibenluft, E., & Brotman, M. A.
(2012). The Affective Reactivity

Index: A concise irritability scale
for clinical and research settings.

*Journal of Child Psychology and
Psychiatry*, 53(11), 1109-1117.

doi:[10.1111/j.1469-7610.2012.02561.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02561.x)

Takahashi, F., & Kishida, K. (2020).

Disruptive mood dysregulation
disorder symptoms and
emotional/behavioral problems in a
Japanese community sample aged 6 to
18. Poster Presented at 54th Annual
Convention of Association for
Behavioral and Cognitive Therapies,
Philadelphia.

Tani, I., Okada, R., Ohnishi, M.,

Nakajima, S., & Tsujii, M. (2010).

Japanese version of home form of the
ADHD-RS: An evaluation of its
reliability and validity. *Research
in Developmental Disabilities*,

31(6), 1426-1433.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.06.016>