

学校保健と地域保健の連携による思春期発達障害児支援の取り組み

思春期精神保健対策の必要性

ゼン 全 有耳* ヒロハタ 廣畑 ヒロシ 弘^{2*}
 ユゲ 弓削 マリ子^{3*} フタナベ 渡邊 ヨシユキ 能行^{4*}

目的 学校保健と地域保健が連携し、発達障害に起因する二次障害を含め思春期の児童の心の問題に対する支援体制のあり方を検討する。

方法 平成21および22年度に実施した思春期心の健康支援方策検討事業の内容は①心と体の健康調査、②支援方策検討カンファレンス、③事後支援から成る。対象はモデル小学校の5年生計312人(21年度89人、22年度223人)。児童および保護者に心と体の健康調査票(子どもの強さと困難さアンケート25問および生活や心身の健康面に関する質問10問)への回答を求めた。支援方策検討カンファレンスでは、学校と保健所を含む地域の保健・福祉・教育・医療機関のスタッフが調査票への回答結果をもとに支援内容を検討し、必要に応じて個別の事後支援を実施した。

結果 本事業への保護者同意のあった294人中、発達障害等に起因する困り感に対し個別的、専門的な事後の支援が必要とされた児童が30人(10.2%)、その他友達関係がうまくいかない、不安が強い、生活習慣の乱れなど日々教師が気をつけて対応する必要のある児童が74人(25.2%)あった。一方、支援の必要度と児童の「体がだるいし元気がでない」、「理由もなくイライラする」、「好きなことでも楽しめない」、「悲しいつらいと感じる」等心身の不調面への回答には有意な関連を認めた。

結論 支援が必要と考えられた児童のもつ問題点は軽微な問題を含め多様化しており、学校現場において発達障害児の二次障害の予防の視点のみならず、ひろくメンタルヘルス対策が必要であると考えられた。母子保健や精神保健対策を担う保健所は学校保健と連携し、児童期のメンタルヘルス対策を推進する必要があると考えられた。

Key words : 特別支援教育, 発達障害児支援, 思春期精神保健, 学校保健, Strengths and difficulties Questionnaire

日本公衆衛生雑誌 2014; 61(5): 212-220. doi:10.11236/jph.61.5_212

I はじめに

平成17年の発達障害者支援法の施行により、自治体においては発達障害児・者のライフステージを通じた支援体制整備がすすめられているところである。一方、平成21年4月に施行された学校保健安全法では、児童生徒の心身の健康問題が多様化、深刻化する中、日常的な健康観察と児童と保護者に対す

る保健指導の重要性が明確に規定され¹⁾、子どものこころの問題への早期対応が求められている。

当保健所は人口約80,000人、年間出生数約800人の福知山市を管轄している。福知山市では、平成17年度から3か年にわたり当所と協働で実施した5歳児モデル健診事業²⁾をうけて、平成20年度より市事業として5歳児健診事業の実施体制が整備された。また、これらの取り組みを通じて、保健、福祉、教育、医療の連携を基盤とした就学前発達障害児支援システムの構築に至っている。

一方、福知山市教育委員会は平成19年度より文部科学省の委嘱を受け、発達障害早期総合支援モデル事業に取り組み、さらに平成21年度より文部科学省の特別支援教育総合推進事業における京都府のグラ

* 京都府中丹西保健所(現.京都府南丹保健所)

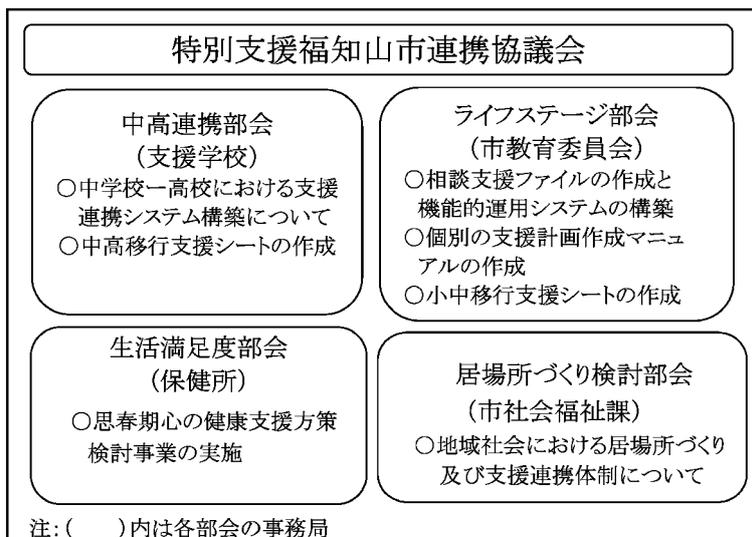
2* 京都府中丹西保健所

3* 花ノ木医療福祉センター

4* 京都府立医科大学大学院医学研究科地域保健医療疫学

連絡先: 〒622-0041 京都府南丹市園部町小山東町藤ノ木21 京都府南丹保健所 全 有耳

図1 特別支援福知山市連携協議会の概要（福知山市教育委員会作成）



ンドモデル地域指定をうけ、特別支援福知山市連携協議会を設置し、発達障害等を含む障害のある子どもの乳幼児期から成人期に至るまでの一貫した支援体制の構築に向けた取り組みを推進している³⁾。特別支援福知山市連携協議会は4つの部会により構成されているが(図1)、うち2つの部会(中高連携部会および生活満足度部会)については、地域の関係機関が依頼をうけ事務局を担当するという運営方式となっている。当所は「生活満足度部会」の事務局を担当し、発達障害児の二次障害を含め、思春期の児童の心の問題への早期支援体制のあり方を検討するため、思春期心の健康支援方策検討事業を実施した。その目的は、①児童のもつ困り感を把握し、適切な支援を行うことにより、不登校やひきこもり等の二次障害を予防し、将来的な成人期の心の健康の基礎を築くこと、②子どもの心の問題への早期対応に向けた学校内体制の構築および地域資源との連携体制が推進されること、にある。

2か年にわたる思春期心の健康支援方策検討事業の実施により、学校教育現場において発達障害児支援の視点のみでなく広くメンタルヘルス対策の推進が必要であることが明らかとなったことから、児童期のメンタルヘルスの問題に関して地域保健と学校保健の連携のあり方について考察したので報告する。

II 研究方法

1. 思春期心の健康支援方策検討事業の対象と内容

1) 対象

福知山市立小学校26校中、モデル校を選定し(平成21年度1校、平成22年度4校)、通常学級に在籍す

る小学校5年生児童を対象とした(対象児童数は平成21年度89人、平成22年度223人)。5年生を対象とした理由は、事後の支援が必要な児童について、アセスメントや支援に十分な期間を確保した上で中学校への移行支援ができること、および自己への理解がすすみ調査票への自己回答が可能な年齢であることにある。

2) 思春期心の健康支援方策検討事業の内容

内容は①心と体の健康調査(児童と保護者が回答)、②支援方策検討カンファレンス、③事後支援から成る。また、事業運営にあたっては、地域の保健、福祉、教育、医療機関に所属する専門家がチームを結成し(名称:学校支援巡回チーム)、事後のカンファレンスや事後支援等に出務し、事業への協力を行った。学校支援巡回チームの構成機関と職種は、市教育委員会(特別支援福知山市コーディネーター、教育相談室教諭および臨床心理士、通級指導教室教諭、事務担当職員)、支援学校(地域支援コーディネーター)、保健所職員(保健師、臨床心理士、精神保健福祉士、小児科医師)、市立病院リハビリテーション科スタッフ(作業療法士、言語聴覚士)、児童相談所(心理判定員、児童福祉士)から成る。心と体の健康調査票の内容は、子どもの強さと困難さアンケート(Strengths and difficulties Questionnaire: SDQ, 以下「SDQ」とする)25問⁴⁾および生活や心身の健康面に関する質問(以下「生活と健康アンケート」とする)10問の計35問から成り、児童については授業時間内に調査を実施した。

SDQは4~16歳を対象とした行動スクリーニング質問紙で³⁾、現在40以上の言語に翻訳され臨床および研究分野で広く用いられている。子どもの困難

さ (difficulty) のみならず強み (strength) も評価できる点が他の質問紙と異なるとされており、発達障害児における行動の問題をスクリーニングする有効なツールであることが示されている⁵⁻⁷⁾。また、平澤らは幼児の発達障害児支援教室の効果の検証にSDQを用い、支援によりスコアの変化が観察されることを報告している⁸⁾。質問項目は計25項目で、5つの下位尺度(行為面、多動・不注意、情緒面、仲間関係、向社会性)から構成され、Total Difficulties Score(以下「TDS」とする)は向社会性尺度を除く4つの尺度のスコア合計から算出する。評価はここ半年間くらいの様子について「あてはまる」、「ややあてはまる」、「あてはまらない」の3段階で行い、それぞれ2点、1点、0点でスコア化する(逆転項目は、「あてはまる」が0点、「あてはまらない」が2点)。それぞれの下位尺度のスコア計(0~10点)およびTDS(0~40点)から、支援の必要性を「low need(ほとんどない)」、「Some need(ややある)」、「High need(おおいいにある)」として把握できる。向社会性尺度のみ低得点ほど、その他の4つの尺度とTDSは高得点ほど支援の必要性が高いと判断する。日本人の標準データについては、Matsuishiraによる、4~12歳の子どもの親2,899人の回答によるもの⁹⁾、および野田らによる保育園・幼稚園の年少児から中学3年生までの子どもの親7,835人による回答から算出されたもの¹⁰⁾がある。後者は前者の対象者の年齢を拡張し13~16歳という臨床的・教育的に重要性の高い思春期を含めていること、単一市内のすべての公立保育園・小学校・中学校を対象としていることからより代表性の高いサンプルによる信頼性・妥当性の高いデータであるとされているが、本研究では実施期間に公表されていた前者のカットオフ値を用いた。SDQの評定者は親、教師、子どもであり、親および教師が評定する場合の適応年齢は4~16歳、子ども自身が評定する場合は11~16歳とされている。本事業では、児童自身に調査票への回答を求めることで自己のとなえや困り感を把握できること、児童と保護者の回答の比較が可能であること、および下位尺度別に設定された質問内容が事業目的に合致するものであることを考慮し、心と体の健康調査票としてSDQを採択した。

一方、生活と健康アンケートは、生活習慣や心身の健康面を把握することを目的に、21世紀の小児科問診表¹¹⁾、小学校高学年から中学生の生活の満足度(QOL)質問紙¹²⁾およびパールソン自己記入式抑うつ評価尺度¹³⁾から抜粋し、一部児童が回答しやすいよう文言を修正した(表1)。回答は「あてはまら

ない」、「まああてはまる」、「あてはまる」の3段階で求め(ただし、保護者用質問項目のうち、メディア機器の利用状況については具体的に時間を聴取)、質問項目10問中児童用と保護者用での共通項目を3問もうけた(表1の質問番号①~③、児童用の文言として「よく眠れるし朝はすっきり目覚められる」、「ごはんをおいしく食べられる」、「体がだるいし元気がでない」)。

支援方策検討カンファレンスは、モデル校職員(担任、特別支援コーディネーター、養護教諭等)に加え学校支援巡回チーム員が参加し、支援の必要性の判定と事後支援内容を検討した。

支援の必要性の判定は、児童および保護者の調査票への回答、主にはSDQスコアを参考とし、学校生活の中での具体的な児童の様子を根拠に行った。判定区分は、現在困り感を認めない「支援不要群」、何らかの困り感があり、学校生活の中での支援を継続する「学校生活で支援群」、発達障害等に起因する行動、社会性および精神医学的問題等について、学校生活の中での支援に加え個別的、専門的な事後支援の機会が望まれる「要支援群」および現在専門機関での支援をうけている「管理中」の4群とした。結果は文書で保護者に通知し、事後の支援が必要な要支援群については、保護者との面接相談を実施した。

事後支援は教育相談、心理相談(心理検査による

表1 生活と健康アンケートの質問項目

〈児童用〉	〈保護者用〉
①よく眠れるし、朝はすっきり目覚められる	①よく眠り、目覚めは良いようだ
②ごはんを、おいしく食べている	②食欲があり、おいしそうに食べる
③体がだるいし、元気がでない	③体がだるそうで、元気がないようだ
④親とはいろいろ話をする	④親子で話をしたり、楽しい時間を過ごす
⑤好きなことでも楽しめる	⑤朝食を食べる
⑥理由もなくイライラすることがある	⑥家族と一緒に夕食を食べる
⑦悲しい、つらいと感じることがある	⑦休みの日はスポーツしたり体を動かしていますか?
⑧親はあなたが困ったときに助けてくれる	⑧休息はとれていると思いますか?
⑨友達はあなたが困ったときに助けてくれる	⑨テレビやビデオの視聴時間
⑩学校の先生はあなたが困ったときに助けてくれる	⑩テレビゲームの時間

注) あてはまらない—まああてはまる—あてはまるで回答ただし、保護者用質問番号⑨⑩のメディア機器の利用状況については具体的に時間を聴取

アセスメントに基づいた相談あるいはスクールカウンセラーによる相談), 医師による相談(精神科医あるいは小児科医による)等既存の教育資源および地域資源を活用し, 新たな取り組みとして地域の大学の協力を得て, ソーシャルスキルの向上を目的とした小集団活動を実施した。一方, 学級運営等学校現場への具体的な助言や支援を目的に, 要請に応じて学校支援巡回チームによるコンサルテーションを実施した。

2. 心と体の健康調査票の回答結果の分析

データ分析対象は, 管理中児童を除き児童と保護者がともに完全回答であったものとし, 分析にはSPSSver.20を用いた。

(1) SDQの下位尺度およびTDSの平均スコアを, 回答者別, 判定群別に比較した。判定群間の平均スコアの比較については, 支援不要群と学校生活で支援群間および学校生活で支援群と要支援群間において, Bonferroniの多重比較法を用い検定した。

(2) SDQの「High need」の該当の有無について, 下位尺度別, 判定群別に児童と保護者の回答の一致性について κ 係数を算出し検討した。

(3) 生活と健康アンケート10問について, 判定群(支援不要群, 学校生活で支援群, 要支援群)と回答結果の関連を χ^2 検定で検討した。

統計解析については有意水準5%で判定した。

3. 倫理的配慮

事業実施にあたっては保護者説明会を実施し, 事業内容の説明, 個人情報の管理に十分に留意することおよび調査票への回答内容について個人が特定できないデータとして分析に使用し, 事業評価に活用させていただくことを文書および口頭にて説明し, 保護者用調査票の提出をもって本事業への参加同意

とすることへの了解を得た。なお本研究の実施にあたっては, 京都府立医科大学医学倫理審査委員会の承認を得た(承認日:平成25年4月4日)。

III 研究結果

1. 思春期心の健康支援方策検討事業の結果

2か年の対象, 判定結果およびデータ分析対象を表2に示した。保護者用調査票の提出のあった実施児童数は, 21年度86人(実施率95.6%), 22年度208人(同93.3%)であった。初年度のモデル校が1校とデータの偏りが存在し2か年でのばらつきはあるが, 2か年計でみて「要支援群」は10.2%, 「学校生活で支援群」は25.2%あり, 両者をあわせると3割強の児童が軽微な問題を含め, 困り感に対して何らかの支援が必要であると判断された。

データ分析対象者数は234人(男児113人, 女児121人, 10歳130人, 11歳141人)であった。

判定の根拠となった児童の困り感の内容は, 学習面, 多動・衝動性, 注意力の問題, 食行動の問題, 友達関係, ソーシャルスキルの課題, 暴力, 心身症的な訴え, 登校しづり, 生活習慣の乱れ, 親子関係, 養育環境の問題等があり, 発達障害の1次的, 2次的問題を含め多岐に及んだ。また, 複数の問題をあわせもつ児童も多くあり, 学校支援巡回チームの多職種によるカンファレンスが, 子どもの困り感の要因を発達特性, 親子関係および養育環境等多面的な側面からとらえる機会となった。教員の世代交代がすすむ学校現場において, 子どもと家族をアセスメントする技量が高まったと, その有用性があらためて認識される結果となった。

要支援群のうち個別の事後支援を利用した児童は(2か年計), 教育相談1人, 心理相談18人, 医師に

表2 思春期心の健康支援方策検討事業の対象, 判定結果およびデータ分析対象

	対象児童数	実施児童数	判定結果(人数/%)			
			支援不要群	学校生活で支援群	要支援群	管理中
21年度	89	86	51 59.3%	20 23.3%	14 16.3%	1 1.2%
22年度	223	208	135 63.9%	54 26.0%	16 7.7%	3 1.4%
2か年計	312	294	186 62.6%	74 25.5%	30 10.2%	4 1.4%
	計	234	157	58	19	
データ分析対象	男児	113	59	37	17	
	女児	121	98	21	2	

注) 管理中児は分析対象から除外

よる相談6人、小集団活動5人であり、医療機関への受診に至ったケースはなかった。小集団活動は今回の事業の事後支援として新たに教育大学の協力を得て計画・実施したものである。社会性の発達に課題がある、あるいは集団の中で自分を表現することが苦手な子どもにとっては、楽しい活動を通じて社会性のスキルを身につける機会となり、参加後に学校生活において変化が観察される児童もあった。また、子どもの活動と並行して実施した保護者交流会では、同じような悩みをもつ保護者同士の交流を通じて、子どもがもつ苦手な部分への理解が深まることで、我が子に必要な支援について前向きに考えていかれる様子が観察された。

2. 心と体の健康調査票の回答結果の分析

子どもが評定する場合のSDQの対象年齢は11～16歳であるが、本事業対象である小学校5年生では調査実施時期により10歳児と11歳児を含むため、年齢差の有無を評価した。TDSおよび下位尺度別に10歳と11歳の平均スコアをt検定で比較したところ、いずれも有意差を認めなかった。よって今回の分析対象については、年齢によらず小学校5年生集団に属するものとして一括して扱うこととした。

(1) SDQ下位尺度およびTDS別の平均スコアを回答者別、判定別に比較した結果を表3に示した。児童回答では、支援不要群と学校生活で支援群間の比較において、向社会性を除き有意差を認める($P < 0.001$)一方、学校生活で支援群と要支援群間ではすべての下位尺度およびTDSに差を認めなかった。保護者回答では、多動・不注意、行為面および

TDSについて、支援不要群と学校生活で支援群間および学校生活で支援群と要支援群間に有意差を認め(前者が $P < 0.001$, 後者が $P < 0.01$)、その他については向社会性の支援不要群と学校生活で支援群間にのみ有意差を認めた($P < 0.05$)。

また、児童と保護者回答の情緒面については要支援群に比して学校生活で支援群の平均スコアが高値であった。

(2) 「High need」の該当の有無について、児童と保護者の回答の一致率を下位尺度別、判定別にみた結果を表4に示した。多動・不注意および向社会性尺度については全体と支援不要群で一致率が有意である一方、学校生活で支援群および要支援群では差を認めなかった。また支援不要群では情緒面尺度が、要支援群では行為面尺度において一致率が有意であった。

(3) 判定(支援不要群, 学校生活で支援群, 要支援群)と「生活と健康アンケート」への回答結果について、 χ^2 検定にて有意差を認めた7項目(児童4項目, 保護者3項目)の結果を表5に示した。

児童回答では「体がだるいし元気がでない」、「悲しいつらいと感じる」($P < 0.01$)、「好きなことでも楽しめない」、「理由もなくイライラすることがある」($P < 0.001$)、保護者回答では、「よく眠り目覚めは良いようだ」、「体がだるそうで元気がない」、「休息はとれている」($P < 0.05$)について、判定と回答には有意な関連が認められた。

表3 SDQ下位尺度およびTDSの平均スコア(回答者別, 判定別)

SDQ下位尺度	全 体		Ⅰ：支援不要群		Ⅱ：学校生活で支援群		Ⅲ：要支援群		多重比較 ²⁾		
	平均	標準誤差	平均	標準誤差	平均	標準誤差	平均	標準誤差	I-Ⅱ群間	Ⅱ-Ⅲ群間	
	P 値										
児童	多動・不注意	3.90	0.14	3.23	0.15	4.97	0.24	6.16	0.45	<0.001	0.052
	行為面	2.33	0.10	1.80	0.11	3.24	0.20	3.95	0.30	<0.001	0.130
	仲間関係	2.35	0.11	1.95	0.12	3.24	0.26	3.32	0.43	<0.001	0.913
	情緒面	3.02	0.14	2.58	0.15	4.17	0.30	3.16	0.44	<0.001	0.138
	向社会性	6.71	0.12	6.94	0.14	6.31	0.24	6.00	0.41	0.058	0.785
	¹⁾ TDS	11.61	0.36	9.56	0.37	15.52	0.60	16.58	1.09	<0.001	1.000
保護者	多動・不注意	3.10	0.15	2.41	0.16	4.09	0.25	5.79	0.58	<0.001	0.005
	行為面	1.83	0.10	1.43	0.11	2.50	0.22	3.16	0.38	<0.001	0.007
	仲間関係	1.40	0.10	1.20	0.12	1.66	0.20	2.26	0.52	0.184	0.226
	情緒面	3.02	0.11	2.58	0.13	4.17	0.25	3.16	0.45	0.255	0.531
	向社会性	6.71	0.12	6.97	0.15	6.16	0.23	6.16	0.46	0.012	1.000
	TDS	7.78	0.34	6.28	0.35	9.93	0.65	13.63	1.27	<0.001	0.008

注¹⁾ TDS: Total Difficulties Score (向社会性を除く4尺度の合計)

注²⁾ Bonferroni法

表4 High need 該当の有無でみた児童と保護者の回答の一致率（下位尺度別，判定別）

下位尺度	全対象		支援不要群		学校生活で支援群		要支援群	
	κ 係数	P 値						
多動・不注意	0.157	0.016	0.230	0.004	0.043	0.736	0.377	0.729
向社会性	0.149	0.023	0.163	0.038	0.012	0.924	0.080	0.084
情緒面	0.063	0.234	0.165	0.016	0.090	0.275	0.066	0.764
行為面	0.107	0.093	0.029	0.713	0.157	0.227	0.486	0.013
仲間関係	0.103	0.081	0.090	0.258	0.078	0.341	0.159	0.421

IV 考 察

学校現場における子どもの心の健康支援活動として様々な先進的な取り組みが報告されている^{14~16)}。今回我々は発達障害児への支援体制整備を目的とした事業の中で、学校現場における子どもの心の問題の早期対応・早期支援体制のあり方を検討した。

1. 学校現場における本事業の意義について

本事業では「子どもからの発信を支援にかす」ことに重きをおき、児童自身に調査票への回答を求めた。小学5年生の児童は自己理解がすすんでおり、回答へも協力的であった。児童の回答からは、教師が「本人自身も苦手な部分を認識し、困っている」とあらためて認識できたものから、意外な児童が「新しい場面に直面すると不安になり、自信をなくしやすい」、「他の子からいじめられたり、からかわれたりする」と回答したりと、多忙な学校現場において、子どもからの発信を支援につなげることの意義が再認識される結果となった。中村らは小学校中学年から中学生の生活の満足度（QOL）質問紙の標準化の試みの中で、児童生徒自身の主観的な満足度をとらえ、必要な支援方法を考えていくことが重要であるとしている¹⁷⁾。また根本らは「小学生版 QOL 尺度」¹⁸⁾を用いた子どもと母親の認識の差異に関する検討の中で、親は子どもの精神的な面、とくに内面的な問題を必ずしも把握していないことを推察している¹⁹⁾。今回の結果でみると、SDQ の下位尺度別にみた High need 該当の有無の児童と保護者の一致率は、多動・不注意および向社会性尺度については全対象と支援不要群において、情緒面尺度については支援不要群でのみ有意である一方、学校生活で支援群および要支援群では、要支援群の行為面のみが有意であった。 κ 係数としては要支援群の行為面を除き一致性が高いとは言えない結果であるが、「落ち着きがない」、「衝動性が高い」など外面的な問題については周囲からの気づきが得られやすいのに対し、情緒や友達関係などより内面的な問題

については、年齢的にも保護者がとらえにくいことが推測される。一方、支援が必要な児童ほど本人と周囲のとらえの不一致が観察された。その要因として、支援が必要な児童の中にはその認知特性から自己のとらえが十分でない児童が含まれる可能性、および自己評価の低さや不安の強さからスコアが高値となりやすい傾向があること等が考えられる。自己理解がすすむ高学年では、児童自身が回答する調査が心理的、精神医学的な問題発生への早期支援への一助となる可能性が示唆されると同時に、その解釈においては、児童の認知特性や周囲のとらえとのギャップ等を考慮する必要があると考えられた。

弓削らは田研式不安傾向診断検査（GAT）を用いた児童生徒の心の健康調査の中で、過剰な不安が不適応を引き起こすことから、児童のもつ不安を明らかにすることで不適応をきたしている児童生徒やその予備軍を発見し、具体的な援助の参考にできる可能性を報告している²⁰⁾。また古庄は、小学生版および中学生版 QOL 尺度が簡便で臨床につながりやすく、とくに自尊感情に着目することにより様々な精神疾患のスクリーニングに応用できる可能性を示している²¹⁾。今回用いた SDQ は行動、情緒、社会性等の特性を児童自身がどうとらえているかという視点での把握が可能であったが、「強さ」は自信を、「困難さ（困り感）」は自己評価の低さを表しており、自尊感情と本質的な差異はないことが推測される。

本邦において SDQ を学校現場における児童の困り感のスクリーニングに使用された先行研究はみられない。

SDQ の5つの下位尺度は、学校生活の中での児童の困り感や特性の把握が具体的に可能であること、かつスコアからその程度が推測できる点で支援方針の検討に役立つツールとなった。その他簡便に使用できる点および回答者（児童、保護者、教師）間の回答結果の比較から考察が可能であること等も含め、本研究を通じて学校現場における子どもの困り感の把握と支援方針の決定に活用できるツールである可能性が示唆された。一方、教育現場からは、

客観的なデータがあることで保護者と学校が児童の特性を共通理解できる機会となること、学校職員全体での児童理解につながることもおよび職員のアセスメント能力の向上にも役立つとの報告があった。

今回の結果では、軽微な問題を含め学校生活の中で何らかの困り感を有し配慮が必要な児童数は約3割に及んだ。また、発達障害、心身症、精神疾患、親子関係を含む養育環境上の問題等を含め複数の問題点をあわせもつ児童も多く、子どもの問題を多面的にとらえる機会が必要であると考えられた。中村らは不登校傾向と自覚症状、生活習慣関連要因との関連を分析し、心身の不調にさらされた「学校に行きたくない」としばしば感じている」子どもがかなり多い状況から、すべての子どもを対象とした公衆衛生的、教育的な援助の必要性とその他の関係者（家族、学校、地域、医療関係者）の連携および関係者を支援する枠組みの整備が重要であるとしている²²⁾。

本研究ではSDQのスコアを参考とし、学校生活の中での具体的な児童の様子を根拠に支援の必要性を判定した結果、判定別の下位尺度およびTDSの平均スコアの2群間（支援不要群と学校生活で支援群間および学校生活で支援群と要支援群間）の比較において、児童回答の支援不要群と学校生活で支援群間において大きくスコア差が認められた。さらに児童回答の情緒面尺度では学校生活で支援群のスコアが要支援群より高値であった。これより、要支援群のみでなく学校生活で支援群の児童についても困り感への理解と日々の支援が、不適応の予防にむけ重要であることが示唆される結果となった。

さらに、判定の際に補助的に用いた「生活と健康アンケート」の回答と実際の判定の関連を検討した結果、支援が必要な児童ほど「体がだるいし元気がでない」、「好きなことでも楽しめない」、「理由もなくイライラする」、「悲しいつらいと感じる」等心身

表5 判定（介入不要群、学校生活で支援群、要介入群）と「生活と健康アンケート」の回答（ χ^2 検定）

回答者	質問内容	判定	回答（人数，%）						P値	
			あてはまらない		まああてはまる		あてはまる			
児童	体がだるいし元気がでない	支援不要群	132	84.1%	23	14.6%	2	1.3%	0.008	
		学校生活で支援群	30	51.7%	27	46.6%	1	1.7%		
		要支援群	13	68.4%	3	15.8%	3	15.8%		
	好きなことでも楽しめない	支援不要群	150	95.5%	7	4.5%	0	0.0%		<0.001
		学校生活で支援群	44	75.9%	9	15.5%	5	8.6%		
		要支援群	12	63.2%	6	31.6%	1	5.3%		
	理由もなくイライラすることがある	支援不要群	113	72.0%	37	23.6%	7	4.5%		<0.001
		学校生活で支援群	31	53.4%	21	36.2%	6	10.3%		
		要支援群	8	42.1%	6	31.6%	5	26.3%		
悲しいつらいと感じる	支援不要群	94	59.9%	52	33.1%	11	7.0%	0.001		
	学校生活で支援群	23	39.7%	25	43.1%	10	17.2%			
	要支援群	7	36.8%	7	36.8%	5	26.3%			
保護者	よく眠り目覚めは良いようだ	支援不要群	5	3.2%	64	40.8%	88	56.1%	0.030	
		学校生活で支援群	6	10.3%	31	53.4%	21	36.2%		
		要支援群	0	0.0%	10	52.6%	9	47.4%		
	体がだるそうで元気がない	支援不要群	148	94.3%	8	5.1%	1	0.6%	0.034	
		学校生活で支援群	49	84.5%	7	12.1%	2	3.4%		
		要支援群	15	78.9%	4	21.1%	0	0.0%		
	休息はとれている	支援不要群	5	3.2%	46	29.3%	111	70.7%	0.010	
		学校生活で支援群	6	10.3%	27	46.6%	30	51.7%		
		要支援群	0	0.0%	11	57.9%	8	42.1%		

の不調を訴えるものが有意に多い結果であったことから、発達障害児支援の視点のみならず広く精神保健の視点で、学校現場における体制整備が急務であると考えられた。そのためには身体面のみでなく心の問題を把握できる健康調査票が整備される必要があり、表5に示した心身の不調に関する項目が心の健康度の指標として活用できる可能性が示唆される。その他にも、保護者への理解啓発の機会、教員の精神保健に関する理解、専門職種の配置あるいは専門家によるコンサルテーションの機会の充実および学校内での連携体制（特別支援、生徒指導、教育相談、学校保健）の確立等が求められる。

2. 地域保健の立場から

保健所は地域保健法に基づき母子保健および精神保健を担い、就学後児童の健康は学校保健安全法により管理されているところである。今回の事業を通じて、児童の心の問題の現状と課題についてあらためて認識できる機会となった。核家族化、個人の価値観の変化、児童虐待の増加等社会環境、生活環境の変化に伴い様々な心の問題をかかえる児童が増加している現代においては、学校現場のみでなく様々な関係機関がそれぞれの専門性をもってこの問題に関わっていく必要があると考えられる。松田は首都圏の中学生のメンタルヘルス問題を調査し、こころの健康状態に何らかの問題を持つ生徒が増加しており、それに対し学校はこころの健康問題に対応する時間がない、あるいはこうした問題について保護者や医療機関とどのように関わったらよいかかわからないと感じている現状から、学校・保護者・地域の医療機関の連携や協働を支援するシステムの確立が今後の課題であるとしている²³⁾。村瀬は今後の教育と児童福祉の連携について、支援対象児童の拡大と医療や心理治療に加え、生活領域の支援を含む包括的支援の必要性から、各機関の連携を一層深めなければならないとしている²⁴⁾。今回の事業は今後求められる体制づくりへのきっかけとなることが期待されるが、多忙な学校現場での定着に向けては、有用性の検証とともに効率化に向けた検討が必要である。

地域保健を担う保健所は、学校保健と連携を密に保健師と養護教諭の連携を深め、地域の医療、福祉機関とのネットワークの構築や、保護者を含む地域住民への理解啓発等推進する必要がある、その中には母子保健や精神保健対策へフィードバックすべきヒントが数多くあることが推察された。

V 結 語

(1) 市教育委員会が実施する文部科学省特別支援教育総合推進事業におけるモデル事業の中で、学校

現場と地域の関係機関が連携し、発達障等害に起因する二次障害を含め思春期を前にした児童の心の問題への早期支援体制のあり方を検討した。

(2) 小学校高学年における心の問題の発生子防と早期対応への取り組みとして、児童自身が回答する健康観察票の導入や、他職種による支援方策の検討の機会の充実とそれにより得られる教職員のメンタルヘルス問題への理解の向上、校内連携体制の整備等が必要であると考えられた。

(3) 地域保健を担う保健所は、学校保健と連携を密に保健師と養護教諭の連携を深め、地域の医療、福祉機関とのネットワークの構築や、保護者を含む地域住民への理解啓発等を通じて、児童のメンタルヘルス対策を推進する必要がある。

本研究の要旨は第70回日本公衆衛生学会総会（秋田）で発表した。

（受付 2013. 5.16）
（採用 2014. 3.10）

文 献

- 1) 文部科学省スポーツ・青少年局長. 学校保健法等の一部を改正する法律の公布について（通知）. 20文科学第522, 2008.
- 2) 弓削マリ子, 全 有耳. 5歳児モデル健診に取り組んで: 京都府中丹西保健所と福知山市の協働事業. LD研究 2007; 16(3): 273-281.
- 3) 吉田真紀. 配慮や支援を要する子どもの生涯にわたる一貫した支援のために. 特別支援教育 2011; 44: 20-23.
- 4) Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry 1997; 38(5): 581-586.
- 5) 小枝達也. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）総括・分担研究報告書軽度発達障害児の発見と対応システムおよびそのマニュアル開発に関する研究（主任研究者 小枝達也）2007.
- 6) Iizuka C, Yamashita Y, Nagamitsu S, et al. Comparison of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) scores between children with high-functioning autism spectrum disorder (HFASD) and attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD). Brain Dev 2010; 32(8): 609-612.
- 7) 堀内史枝, 長谷川美美, 河邊憲太郎, 他. 広汎性発達障害児の行動特徴: 強さと困難さ質問票 (SDQ) による検討. 日本児童青年精神医学会総会抄録集 2010; 51: 282.
- 8) 平澤紀子, 小枝達也, 坂本 裕. Strengths and Difficulties Questionnaire からみた幼稚園等における発達障害支援教室の効果. 小児の精神と神経 2009; 49(3): 231-238.

- 9) Matsuishi T, Nagano M, Araki Y, et al. Scale properties of the Japanese version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a study of infant and school children in community samples. *Brain Dev* 2008; 30(6): 410-415.
- 10) 野田 航, 伊藤大幸, 藤田知加子, 他. 日本語版 Strengths and Difficulties Questionnaire 親評定フォームについての再検討: 単一市内全校調査に基づく学年・性別の標準得点とカットオフ値の算出. *精神医学* 2012; 54(4): 383-391.
- 11) 田澤雄作. 小児医療と学校教育の接点 小児科医ができる学校教育支援「21世紀の問診表」: 生活習慣・心・家族の絆. *日本小児科学会雑誌* 2009; 113(4): 682-687.
- 12) 中村伸枝, 兼松百合子, 遠藤巴子, 他. 小学校高学年から中学生の生活の満足度 (QOL) 質問紙の検討. *小児保健研究* 2002; 61(6): 806-813.
- 13) Birlerson P. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report. *J Child Psychol Psychiatry* 1981; 22(1): 73-88.
- 14) 久場川哲二, 久江洋企, 古荘純一. いま学校で起きている子どものこころの問題 学校訪問を通して: 川崎市における心の健康相談活動支援事業として. *小児の精神と神経* 2007; 47(4): 255-261.
- 15) 古荘純一, 柴田玲子, 根本芳子, 他. 小学生版 QOL 尺度をスクリーニングとして用いた学童の支援システムの検討. *小児保健研究* 2006; 65(1): 35-40.
- 16) 稲葉雄二, 新美妙美, 石田修一. 軽度発達障害児の支援を目的とした学校への outreach clinic の実践. *脳と発達* 2010; 42(4): 267-272.
- 17) 中村伸枝, 星野美穂, 二宮啓子, 他. 小学校中学年から中学生の生活の満足度 (QOL) 質問紙の標準化. *小児保健研究* 2007; 66(5): 682-687.
- 18) 柴田玲子, 根本芳子, 松崎くみ子, 他. 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* 2003; 107(11): 1514-1520.
- 19) 根本芳子, 松崎くみ子, 柴田玲子, 他. 「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. *小児の精神と神経* 2005; 45(2): 159-165.
- 20) 弓削マリ子, 伊藤盛夫, 石原貞尚. 田研式不安傾向診断検査 (GAT) を用いた児童生徒の心の健康調査の試み: 小学4年生~中学3年生について. *小児の精神と神経* 1997; 37(4): 311-318.
- 21) 古荘純一. 小学生版および中学生版 QOL 尺度を用いた精神疾患の早期発見の検討. *日本小児科学会雑誌* 2011; 115(4): 760-768.
- 22) 中村美詠子, 近藤今子, 久保田晃生, 他. 不登校傾向と自覚症状, 生活習慣関連要因との関連: 静岡県子どもの生活実態調査データをを用いた検討. *日本公衆衛生雑誌* 2010; 57(10): 881-890.
- 23) 松田 修. 首都圏の中学生の最近のメンタルヘルス問題. *日本公衆衛生雑誌* 2011; 58(2): 111-115.
- 24) 村瀬 修. 学校精神保健 教育と児童福祉との連携について. *児童青年精神医学とその近接領域* 2007; 48(2): 124-130.
-