第４章　情緒及び行動の問題の評価

第1節　はじめに

心身症，不登校，問題行動，ならびに心の問題をもつ児童生徒の情緒及び行動の問題の評価にあたっては，身体的基礎疾患の病状，子どもの知的発達と心理社会的発達の特徴，子どもを取り巻く環境要因等を包括的に考え併せることが必要になります。しかし，これらの情報を一つ一つ丹念に吟味するのには多大な時間と労力を要します。情報の入手ならびに整理を迅速かつ一定の方法で行うためには，効率の良い面接と質問紙評価票とを用いると便利です。

第2節　包括的評価における留意点

Ⅰ．　心理社会的発達段階

子どもの心のあり様を評価する際に最も重要なことは「子どもは常に成長と発達とを続けている」を念頭に置き，今その子どもがどのような段階にあるのかを考えることです[1)]。

年少のうちは天真爛漫であった子どもが思春期になって「どうして命はあるのだろう，命を考えると死ぬのは怖い」と悩み始めたり，「体育祭で勝ったけれど，負けた組が私たちより熱心に練習をしていたことを考えると素直に喜べない」と沈んでいたりしたら，どのように評価するのでしょうか。「今まで明るかった子どもがうつ状態になっている」=「病的な状態である」という見方と「幼少時には知らなかったことがわかり始めて悩むこともある。周囲への配慮や感情の表現ができるようになり，勝ち負けの結果だけでは喜べないこまやかな感情が芽生えている」=「健全な成長・発達である」という見方とができますが，当然後者と理解すべきです。反抗する子どもについても同様であり，成人であれば社会規範を破ることは問題視されますが，思春期の子どもが反抗すること，時に大人の作ったささやかな規範を逸脱してしまうことを，全て問題視することは必ずしも適切とはいえません。

またある年齢層の子どもにとっては心理的ストレスになることでも，その年齢以外の子どもでは気にならなかったり，さほどの負担にならないことがあります。年少児では保護者による手厚い関わりが子どもの健全育成に必要でありますが，思春期以降の生徒に同じように関わると過保護・過干渉となってかえって弊害を生むことにもなります。同じ行動であってもその子どもの知能と心理社会的発達段階がどの程度であるのかによって理解は異なります。

Ⅱ．　情報の収集と取り扱い

情報は子どもや保護者からのみではなく，可能な限り多方面から収集し，なるべく経時的に観察することが望ましいです。情報の収集と取り扱いについての留意点[2)]を表４-１に示します。

第2節　包括的評価における留意点

表4−1　子どもの心理社会的問題の評価にあたっての留意点

1．子どもの情報の信頼性。
2．複数の情報提供者（子ども，両親，関係者）の情報の扱い。
3．包括的評価にあたっての個人差の扱い。

1．子どもの情報の信頼性

回答の信頼性は子どもの年齢や回答した状況（例：母子同室で得られた情報か、保護者のみもしくは本人のみから得られた情報か）により異なります。基本的には「子どもの言葉はすべて子どもにとっての真実」と受けとめねばならない一方で,「客観的事実とどの程度かけ離れているか」も慎重に吟味します。

2．複数の情報提供者からの情報の取り扱い

問題の評価に当たり，最も適切な情報を与えるのは誰かを考えねばなりません。本人，家族，学校関係者など多くの情報が寄せられ，それらの内容に食い違いが見られる場合，どう判断するのかという点は問題を評価する上で最も重要な点です。問題の根源が家族や環境にある場合，家族からの情報に頼ることにより理解を歪めてしまうこともあります。担任教師とのトラブルの場合には，担任以外の教師や友人からの情報の方が客観性が高いと考えます。

主観性を重視すべき内容と客観性の方が優れている情報に分けて考えることも大切です。そわそわと立ち歩き，落ち着きの無い子どもが，自分の行動を冷静に見つめているとは考えにくいです。しかし，子どもが泣きながら「給食の食器の触れ合う音が怖くて落ち着かない，どうしてよいかわからないから笑っている」と訴え，教師が「教室ではとてもニコニコして普通に見えます」と言った場合，どちらの言葉が子どもの心を表しているのかは自明です。子どもの心の内面の問題は子ども自身が語る言葉のほうが，担任教師や親の言葉よりも信頼できます。一般的に心の内面や感情の訴え（internal problem）は子ども自身の情報の信頼性が高く，クラスで落ち着きがない，動き回るといった行動上の問題（external problem）は教師や周囲の人の情報が信頼性が高いとされています。

さらに家庭か学校か，あるいは少人数か多人数かといったように状況が変われば子どもの態度は変わる可能性があります。「授業中ぼんやりしている」「ちょっとした刺激で教室を飛び出してしまう」という学校関係者の情報は、授業中の様子を知らない親の情報よりも正確である可能性が高いです。子どもが一人っ子で家において大人とのやりとりでは落ち着いていることと，教室の中の様子とは同じではありません。

3．個体差の取り扱い

個人における発達に伴う変化と個体差や個性を考慮する必要があります。都市部の子どもと地方の子どもの行動には微妙な差があります。いわんや家庭環境によりさまざまな個人差はあって

当然のことです。個体差を疾病（障害）とするのか個性とするのか，子どもにとってよりよい理解を熟考せねばなりません。

一つ付記すべき点は，個性か疾病（障害）レベルなのかを考えるとき，あくまでも集団の中の一人としてどうあるべきかを考えねばなりません。保護者の子どもへの思いとして個性の範疇として特別の配慮を願うことは当然ですが，行過ぎるとその子自身の将来のためにもプラスにはならないこと，なわち個性として認めるのには何処かに限界があることは明確にしなければなりません。

Ⅲ．面接における情報収集

1．聴取する内容

子どもの発達の特徴と家族環境の概要を知るために聴取すべき項目を表4-2に示します。これらの情報は面接で直接聞いても問診票に記入してもらってもよいのですが，回答する時の保護者や子どもの様子も含めると面接のほうがより得られる情報は多いと思われます。ただし，口ごもったり不安そうにする場合には「後でこの質問紙に記入してください」等の声かけとともに記述に切り替え，無理をさせないようにします。

表4－2　面接で収集する情報（文献1）より引用一部改変）

1．主要症状と現病歴	・症状出現時の状況 ・症状に対する子どもの親の態度 （誰が困っているのか，親？子ども？周囲の人？） ・症状が増悪したり軽減する状況 ・今までに受けた治療 ・子ども，親ならびに周囲の人が症状をどう理解しているか
2．既往歴・発達歴（母子手帳を持参してもらう）	・周産期の状況 ・幼児期の問題，健診における問題 ・発達歴 ・内科的既往歴 ・精神科的既往歴 ・予防接種や歯科検診などの保健活動への参加 ・小学校入学後の成長曲線
3．家　族　歴	・身体疾患 ・精神疾患 ・親の生育歴（可能な範囲で）
4．養　育　者	・乳幼児期の主たる養育者と育児に対する考え方 ・現在の主たる養育者と育児に対する考え方
5．保育園、幼稚園、学校ならびにその他の集団での様子	・就園、就学時の様子（登園しぶり、母子分離不安） ・友達関係（いじめ，いじめられ体験の有無） ・学業成績（変化はないか，科目別もしくは分野別に差がないか） ・課外活動 ・遊びの様子
6．心理社会的問題	・家族関係 ・家庭の社会的、経済的問題 ・ライフイベント ・その他のストレス要因

2．面接の際の留意点

聞き取りの状況について子どもと保護者を同室で面接するのか別々にするのかは，可能な限り別室（子どものみ，保護者のみ）と同室の両方を行うのが望ましいです。一般的には家族歴、既往歴，発達歴や現在までの治療歴，学校や家庭における行動上の問題については，保護者の方が正確な情報を提供してくれますが，子どもの内面や秘密の反社会的な行為については子どもの情報が正確です。子どもは保護者に，保護者は子どもに聞かせたくない秘密を持っていることもしばしばあります。それぞれが一人ずつでは雄弁であるのに同室にした途端に互いの顔色を見合わせるような場合もあり，家庭における人間関係を推し量るのには重要な情報になります。

Ⅳ．質問紙評価票（心理検査）

児童生徒の心理社会的問題の特徴は，子どもは心とからだの発達の途上であるがゆえに，何らかのストレスに対して気分障害のみ，行動面の問題のみではなく，子どもをとりまく日常生活のさまざまなところに徴候が現れることです。例をあげると，単にうつや不安といった気分のみではなく，食欲低下，眠れない，学業成績の低下，友達と遊ばないあるいはトラブルをおこす，表情がかたい，ぼんやりとする，といったさまざまな症候が現れます。評価票には，これらの問題を包括的に評価する方法と不安，うつなど特定の気分に焦点をあてて評価する方法とがあります。前者の例としては，PSC日本語版，CBCL，後者の例としては，抑うつ尺度，不安尺度があげられます。

1．包括的評価

（1）PSC（Pediatric Symptom Checklist）日本語版[3－7]

PSCは米国Massachusetts General Hospitalの児童精神科医Jellinekら[3,4]により開発された子どもの心理社会的問題のスクリーニング検査です。開発目的は多忙な小児科外来における簡便な心理社会的問題の発見でしたが，その後さまざまな現場や疫学調査でも用いられるようになりました[8,9]。筆者らは原作者の許可を得て日本語版を作成し，心理社会的問題を発見するためのカットオフ値を設定しました[6]（表4-3）。

PSC日本語版は、35項目の質問文に対し子ども自身ではなく保護者に「全くない」，「時々ある」,「しばしばある」の3段階で記入を求め，それぞれ0，1，2点として合計点（PSCスコア）を算出します。PSCスコアが17点以上の場合，スクリーニング陽性とし「心理社会的問題あり」と判定します[6]が，何らかの最終診断を下すものではありません。すなわちこの検査で陽性であった場合には，子どもが何らかの心理社会的問題を持つと考えて，更にどのような問題であるのかの検索を続けねばならないでしょう。一方でこの検査はそのスコアだけが役立つのではなく，「そわそわして，じっと坐っていられない」「まるで“モーターで駆られるように”ふるまう」といった多動症状,「よく眠れない」「あまり楽しそうに見えない」といったうつ症状など，どの項目がチェックされているのかを見ることにより，次に進むべき検索の方向が推察されます。また特に介入を必要としないような軽度の問題であっても，チェックされた項目がその子どもの今後の観察ポイントであることが理解されます。注意しなければならない点として，保護者が記入するため，問題発現直前の社会適応が良好である場合や，保護者の精神疾患や養育不全などの記入者側に問題が大きい場合には，正確な評価が得られない場合があります。

表４－３　ＰＳＣ日本語版

ＰＳＣ日本語版健康調査票

お子さんの状態について最もよく合っていると思う所に印（✓）をつけて下さい。

	全くない	時々ある	しばしばある
1 何らかの体の痛みを訴える			
2 一人で過ごすことが多い			
3 疲れやすい，あまり元気がない			
4 そわそわして，じっと坐っていられない			
5 先生とトラブルがある			
6 学校にあまり興味がない			
7 まるで "モーターで駆られるように" ふるまう			
8 空想にふけることが多い			
9 気が散りやすい			
10 新しい状況をこわがる			
11 悲しい，幸せでないと思う			
12 いらいらしたり，怒ったりする			
13 希望がないように見える			
14 一つのことに集中できない			
15 友達と遊びたがらない			
16 他の子供達と喧嘩をする			
17 学校を休む			
18 学校の成績が悪くなっている			
19 自分を卑下する			
20（体調の不調を訴え）診察してもらっても			
どこも悪い所はないと言われる			
21 よく眠れない			
22 心配性である			
23 以前と比べて親と一緒にいたがる			
24 自分は悪い子だと思っている			
25 必要がないのに危険なことをする			
26 よくケガをする			
27 あまり楽しそうに見えない			
28 自分の年齢よりも幼稚にふるまう			
29 規則を守らない			
30 気持ちを表さない			
31 他の人の気持ちを理解しない			
32 他の人をからかう			
33 都合の悪いことを人のせいにする			
34 他人の物をとる			
35 物を分けあうのをいやがる			

（2）CBCL（Child Behavior Checklist）

幼児期から思春期にいたる子どもの情緒や行動を包括的に評価する質問紙として，米国Vernmont大学のAchenback[10, 11] が開発した一連の調査票があります。保護者が記入する Child Behavior Checklist（CBCL），ほぼ同じ内容で本人が回答する Youth Self Report（YSF），ならびに教師が回答する Teacher's Report Form（TRF）です。CBCLは2-3歳の幼児版（CBCL/2-3）と年長児版（CBCL/4-18）とに分かれます[12]。

CBCLなど一連の評価用紙の構成の特徴は，子どもの情緒と行動を多面的に評価することであり，それぞれ男女別に標準化されています。CBCL/4-18は社会的能力尺度と問題行動尺度から構成されています[12]。社会的能力尺度は，子どもの趣味や友達関係，家族関係など生活状況を調べるものです。問題行動尺度は118の質問項目と書きこみ可能な1項目から構成されています。これらの質問により評価される症状群尺度は，「ひきこもり」，「身体的訴え」，「不安／抑うつ」，「社会性の問題」，「思考の問題」，「注意の問題」，「非行的行動」，「攻撃的行動」の8つの軸からなり，さらに「ひきこもり」，「身体的訴え」，「不安／抑うつ」からなる内向尺度，「非行的行動」と「攻撃的行動」からなる外的尺度と総得点があります[12]。これらの得点は標準化されたプロフィール表にプロットするとT得点に換算されます。このプロフィール表には2つの点線が記入されており，2つの点線にはさまれた領域は境界域，その下は正常域，その上は臨床域と評価されます（図4-1）。これらの結果から，子どもの情緒面及び行動面の発達や問題の特徴を一目で包括的につかむことができます。さらに対象年齢がひろいことから追跡調査によるその子どもの変化を観察することが可能です。

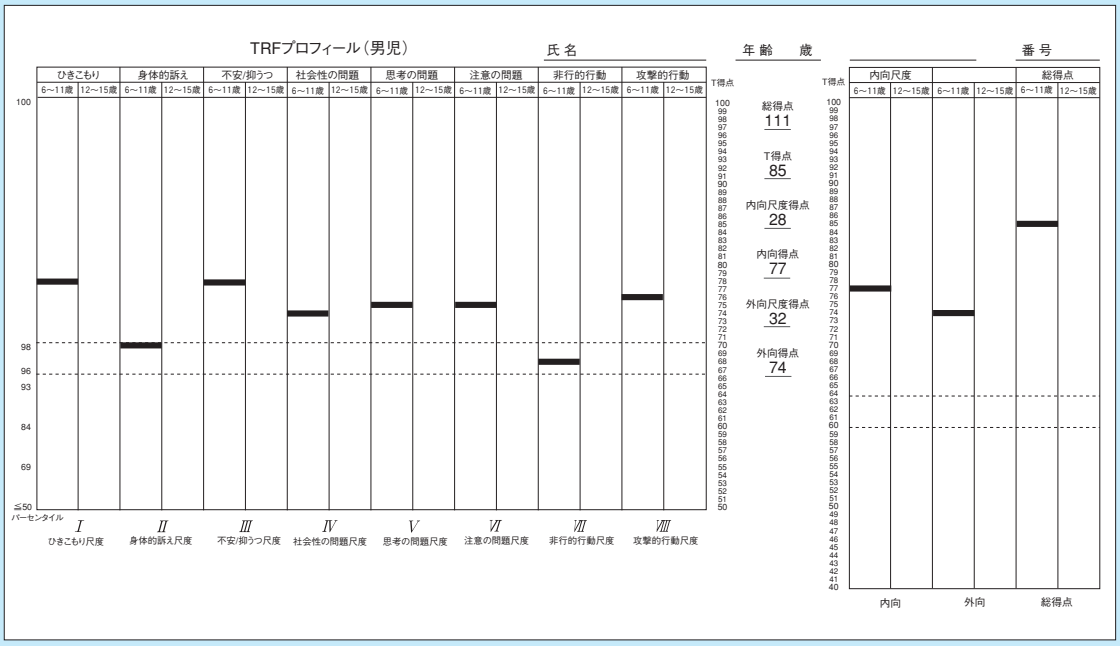

図4－1　TRFプロフィール

2．抑うつ尺度

（1）Children's Depression Inventory（CDI）

CDIはKovacs[13]により開発された小児のうつを評価する質問紙で，子どもの生活にあわせて，学校や友達との関係に関する質問など27の項目から構成されています。3種類の選択肢の中から子どもが検査時点における自分の気持ちに最も近いものを子ども自身が一つ選んで回答します。対象年齢は6-17歳です。3種類の選択肢にそれぞれ0-2点が配点され，得点を合計します。日本語版の使用に当たって，質問紙はMulti　Health　System社[14]に注文して取り寄せます。

3．不安尺度

（1）State-Trait Anxiety Inventory（STAI）

Spielbergerにより開発された検査法で，不安を状態不安（State　anxiety）と特性不安（Trait anxiety）とに分けて評価します[15]。状態不安とは，人が有害なものと判断したときに短時間に誘発される不安，つまり「いま」ある不安のことであり，一方特性不安とは人格とも云うべき生来持っている不安，すなわち「いつも」ある不安のことです。検査は状態不安と特性不安とに関する質問項目が各々20問，合計40問より構成され，それぞれの質問について不安の程度を4段階で自記式で回答します。対象は中学生以上です。各々の回答に1-4点が配点され，状態不安と特性不安とに分けてそれぞれ20項目の点数を合計し，判定を行います。合計点は，男女ごとに，特性もしくは状態不安別にそれぞれ「非常に低い」,「低い」,「普通」,「高い」,「非常に高い」の5段階で評価されます。

（2）Children's Manifest Anxiety Scale（CMAS）；児童顕在性不安検査

Castanedaらが作成した検査であり，日本語版は坂本により開発されました[16]。42問からなる不安測定項目のほかに虚構性項目（11問）を含む全53項目から構成されており，回答の信頼性，妥当性を評価することができます。回答は「はい」「いいえ」「わからない」の中から一つを選んでそれぞれ○や×を自記式で記入します。対象は小学4年から中学3年です。採点方法は，用紙の説明に沿って「○」の数をカウントします。合計数により，不安の程度を「非常に低い不安」,「低い不安」,「正常」,「高い不安」,「非常に高い不安」の5段階に分けて評価できます。

Ⅴ．知能発達検査

さらに質問紙ではありませんが知能発達の輪郭を評価する発達検査も，広義の心理検査の範疇に含まれます。児童生徒の知能検査としてはWISC-III（Wechsler　Intelligence　Scale　for Children）[17]が代表的であり，とりわけ最近は発達障害児の評価に用いられることが多いので，WISC-IIIの基礎知識を付記します。

WISC-IIIでは「絵画完成」や「単語」などの下位項目の課題から，知的水準を測定して平均を100とする指数で表します。全検査による知能指数（FIQ），言語性IQ（VIQ），動作性IQ（PIQ）と言語理解（VC），知覚統合（PO），注意記憶（FD），処理速度（PS）の4つの群指数が得られます。その結果から，子どもの知能発達のアウトラインと発達の偏りの有無を推察することができます。知的水準はIQ69以下が精神遅滞，70-79が境界線です。VIQとPIQの差が15以上ある場合に学習障害，4つの群指数の中でFDが低い場合に注意欠陥／多動性障害を疑う，あるいは

「知識」の得点がよいのに対して「理解」が低い場合には言葉の社会的な使用の稚拙さが伺われるなど，発達の特徴とその偏りを知る上で得られる情報は多いです。

Ⅵ．結果の活用

評価を行う前に得られた結果をその子どものためにどのように役立てるかを必ず考えておく必要があります。単に点数を伝えるだけに終わり，問題の原因の追及に終始してより良い対処法を提示しなければ，事態は更に悪化する可能性があります。決して評価した側の自己満足に終わらせてはならないのです。

結果を伝える際に保護者に伝えるのか，子どもに伝えるのか，あるいは両者同席の上で伝えるのかも非常に重要な問題です。その問題に対してどのような対処法がありどのようなプログラムを提供できるのかを説明する際には，子どもが同席することは，子ども自身が自分を理解し努力するために大切な機会になります。さらにプログラムが複数あるならば，その選択を子どもとともに検討する事は子どものモチベーションを高めるためにも有効です。このように結果の伝え方は一連の評価の中で特に重要なプロセスであり，評価を行うことの意義が問われることを認識して，慎重かつ真摯に行わねばならないでしょう。

文献

1）石崎優子（2000）診断.（星加明徳，宮本信也編著）よくわかる子どもの心身症．永井書店，41-52 .

2）石崎優子（2000）米国における思春期医学，治療，83，1227-1233.

3）Jellinek MS, Murphy JM, Burns BJ.（1986）Brief psychological screening in outpatient pediatric practice. J Pediatr, 109，371-378.

4）Jellinek MS, Murphy JM, Robinson J, et al.(1988) Pediatric Symptom Checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction. J Pediatr, 112，201-209.

5）石崎優子，深井善光，小林陽之助（1997）米国マサチューセッツ総合病院Jellinekらの開発したPediatric Symptom Checklistの日本語版の作成－小児心身症早期発見のために－. 日児誌，101，1679-1685.

6）石崎優子，深井善光，小林陽之助，小澤亨司（2000）Pediatric Symptom Checklist日本語版のカットオフ値．日児誌，104，831-840.

7）石崎優子，深井善光，小林陽之助（2002）Pediatric Symptom Checklist日本語版の小・中学校および教育相談所における有用性の検討．子どもの心とからだ，10，39-47.

8）Jellinek MS, Murphy JM, Little M, et al.（1999）Use of the Pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care. A national feasibility study. Arch Pediatr Adolesc Med, 153，254-260.

9）Murphy JM, Ichinose C, Hicks RC, et al.（1996）Utility of Pediatric Symptom Checklist as a psychosocial screen to meet the federal Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment（EPSDT）standards : A pilot study. J Pediatr, 129，864-869.

10）Achenbach TM.（1991）Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

11）Achenbach TM.（2000）The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. Pediatrics in Review, 21, 265-271.

12）井潤知美，上林靖子，中田洋二郎，他（2001）The Child Behavior Checklist/4-18日本語版の開発．小児の精神と神経，41, 243-252.

13）Kovacs M.（1980/1981）Rating scales to assess depression in school-aged children. Acta Paedopsychiat, 46，289-298.

14）Multi Health Systems : **http://www.mhs.com/**

15）水口公信，下中順子，中里克治(1991)日本版STAI使用手引，三京房，京都.

16）坂本龍生（1989）日本版児童顕在性不安検査CMAS使用手引，三京房，京都.

17）日本版WISC-III刊行委員会訳編著（Wechsler D著）（1998）日本語版WISC知能検査法，日本文化科学社，東京.

検査の入手方法

1）PSC日本語版

利益を伴わないコピー使用は可能であるが，使用にあたっては以下へ連絡する。
関西医科大学小児科学教室　石崎優子
FAX：06-6993-5101　E-mail：ishizaky@takii.kmu.ac.jp

2）CBCL

以下にFAXで問い合わせる。
国立精神・神経センター　精神保健研究所　児童・思春期精神保健部
FAX：042-346-1979

3）CDI

以下のウェブサイトにアクセスしカスタマーサービスに問い合わせる。
http://www.mhs.com/

4）STAI，CMASの発売元

三京房 : 075-561-0071

5）WISC-IIIの発売元

日本文化科学社 : 03-3946-3131