

小学生のうつとQOL

周 防 美智子

I. はじめに

近年、子どものうつ病の存在が明らかになり、児童精神医学界だけでなく関心が高まる場所となっている。子どものうつ病は、1980年以前はまれな病気として考えられていた。しかし、アメリカの精神医学学会が定めた、精神障害の診断と統計の手引DSM-III (Diagnostic and Statistical Mental Disorders-III: 1980)¹⁾によって、操作的診断基準が用いられるようになると、大人と同じ抑うつ症状をもつ子どもの存在が注目されるようになり、疫学調査などによって、認識されていたより多く子どものうつ病が存在することが明らかになった。

子どものうつ病は、大人のうつ病と同じく増加傾向にある。欧米の疫学研究では一般人口における子どものうつ病の有病率は、児童期 (12歳以下) 0.5~2.5%、青年期 (17歳以下) 2.0~8.0%と報告されている (Harrington 1994)。わが国の研究でも、子どもの1~5%程度と推測され、年齢が上がるごとに増加傾向にある (村田 1993, 傳田 2004) と報告している。筆者は、2009年に自己記入式抑うつ評価尺度DSRS-C (Depression Self Rating Scale for Children: Birlleson 1981)²⁾を用いて小学2~6年生の1,117人を対象に調査を行っている。その結果、抑うつ状態の子どもは、全体の11.6%であった。村田や傳田のように、DSRS-C の高得点群のうち20%を大うつ病性障害³⁾であると仮定すると、2.3%がうつ病と推測される。これは、欧米の報告や村田、傳田の報告と合致するものである。以上のように、わが国の小学生の中にも欧米の報告と同じ程度のうつ病の子どもが存在することが示唆される。

さらに、子どものうつ病は、従来考えてこられたほど楽観はできず、うつ症状によって対人関係や社会生活に支障をきたすことが考えられ、QOL (quality of life) の低下を招いている。筆者は、前述の研究において、小学生の抑うつ状態の割合だけでなく、抑うつ状態による行動の関連を明らかにしている。行動評価は、教師が子どもの観察から重要と考えた内容で、「行動が年齢より幼い」「座ってられない、落ち着きがない」「やっちはいけないことをしても悪いと思わない」「暴言や暴力がある」「物を壊す」「学習意欲がある」「休み時間に友人交流がある」「学校生活全般に元気がある」の8項目とした。DSRS-Cによる抑うつ状態を示した子どもと教師が回答した行動評価を重回帰分析したところ「やっちはいけないことをしても悪いと思わない」「暴言や暴力がある」「学習意欲がある (ない)」「休み時間に友人交流がある (ない)」

「学校生活全般に元気がある（ない）」の項目に関連していた。以上の関連する行動は、子どもの学校生活のしづらさとなり、子ども自身のQOLの低下をもたらしていると考えられる。また、傳田の研究においては、抑うつ状態を示す子どもは学年が上がるほど上昇すると報告されていたが、筆者の研究においては、抑うつ状態の子どもは、2年生13.0%、3年生12.2%、4年生11.9%、5年生12.8%、6年生7.6%であり、低学年においてもその割合は高く、『日々成長する子ども』にとって、抑うつは子どもの成長に影響する大きな問題であると考えられる。

本稿では、子どものうつ病とQOLについて整理し、1年生（7歳児）に実施したDSRS-Cと行動の調査結果を踏まえ、今後の小学生の抑うつとQOL向上への支援の方向性を検討してみたい。

II. 子どものうつ病

1. 抑うつ状態

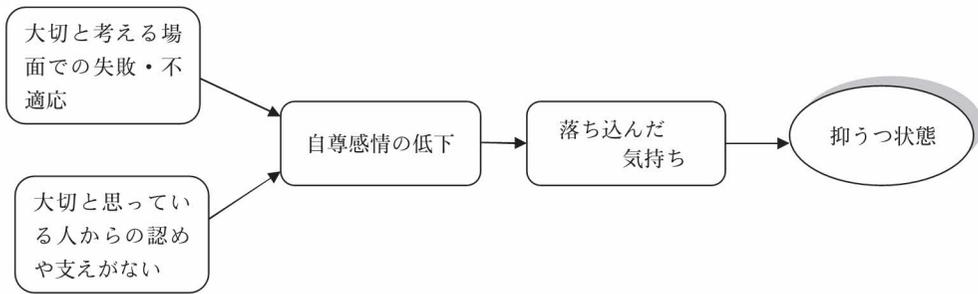
「憂うつ」「気分が落ち込む」などのうつ気分は、だれもが体験するものであり、病的な心理状態ではなく、通常、うつ気分は1日中または何週間も続くものではない。しかし、強いうつ気分が長く続くことに加え、意欲の低下や活動性の減少、不眠などの身体症状のために、日常生活に大きな支障が生じることがある。そのような状態を抑うつ状態と呼ぶ。

例えば、事故や災害などで最愛の家族や自宅を失ったりすることで、何カ月もの間深い悲しみが続き、仕事に手がつかなくなったり、学業に気が入らない場合などは、抑うつ状態と言う。また、不安やうつ気分が始まり、夜も眠れなくなり、食欲もなくなり疲労感のために1日中何もせずに寝ている状態が続くことも抑うつ状態と言える。

2. 子どもの抑うつ状態の進行

子どもの場合、抑うつ状態は何が要因として起きてくるのだろうか。抑うつ状態のメカニズムを明確にするために、古荘（2002）の理論を用いる。古荘は、重要と考えられる領域での失敗や不適応、重要な他者からの評価や支持がないことから、自尊感情が低下し、落ち込んだ感情が生じ、抑うつ状態になると論じる（図1）。古荘の理論から子どもの抑うつ状態の発症を考えると、子どもは大切な場面や期待される場面で失敗したりすることによる自信喪失や挫折感、また、自分が大切に感じている親や教師、友達などから認められない、支えられていないと感じることが抑うつ状態の発症に影響していると言える。この理論は、行動の結果と環境（居場所）を安定の方向性で捉えたものであり、支援の視点にもつながると考えられる。

日本の子どもは、他国と比べ、一般的に10歳ころから自己評価が低下し、抑うつ傾向が強い可能性が考えられるという。10歳という好発年齢については鍋田（2010）は、10歳前後より本格的なうつ病が稀ならず発症し、徐々に増加すると述べている。



新小児精神神経学 古荘純一（2006）より筆者一部改変

図1. 子どもの抑うつ状態のメカニズム

3. 子どものうつ病の分類

子どものうつ病の分類は、大人と同じであり、さまざまな病態を含むうつ状態を、うつ病性障害（大うつ病・気分変調症）と双極性障害（双極Ⅰ・Ⅱ型障害）に大別される。うつ病性障害は、典型的なうつ病である大うつ病と軽症の抑うつ状態が長時間持続する気分変調症に分類される。双極性障害は、大うつ病と躁病を繰り返す双極Ⅰ型障害と大うつ病と軽躁病を繰り返す双極Ⅱ型障害に分類される。これらの障害を併せ、気分障害と呼ぶ。

本稿では、大うつ病・気分変調・特定不能なうつ病などを含め、うつ病と称している。

4. 子どものうつ病の発症要因

うつ病は、さまざまな要因が複雑に関連して生じていると考えられている。その要因は、生物学的要因、心理的要因、社会的要因の3つに分けられる。

生物学的要因には、神経伝達物質の働きから生化学・薬理学研究が、そして、家系研究、双生児研究による遺伝学的研究など多方面から発症解明のアプローチが盛んにされている。

心理的要因については、病前性格で捉えられる部分があり、下田（1941）が、「執着性格」をあげ、几帳面、真面目、正直、凝り性、強い正義感、責任感、勤勉、良心的、秩序を重んじる、義理がたい、他人への配慮を怠らない、人と争わないなどとしている。しかし、最近ではうつ病の病前性格はない可能性もあると指摘する論もあるが、傳田（2002）は、臨床の間では、執着性格が存在すると考えていることも事実だという。これについては、今後の研究が期待されるところである。

社会的要因については、子どもを取り巻く社会環境の変化、核家族化、少子化、情報化社会、地域共同体の解体、人間関係の複雑化によるストレスが論じられている（中根 2002, 松本 2006, 鍋田 2007）。

筆者は、今後の研究において、子どものうつにおけるソーシャルワーク実践を展開していく予定であり、ここでは、ソーシャルワークが捉える社会的要因について、子どもと社会環境の

変化に焦点化して考察をする。わが国の社会・経済環境は急激に変化し、高度経済成長に伴う都市化は大量の核家族を作り上げ、産業社会の資本主義化によって効率主義や競争主義が進み、地域の共同体としての機能を崩壊させた。社会構造が変化したことで、社会の価値観も大きく変化している。また、バブルがはじけて以来、不況は続き、さらにリーマンショックの影響で、経済的に不安定な状況となり、失業者や非正規雇用を増大させた。そして、現在の社会構造は、複雑な対人関係からストレスを増加させることとなった。このような社会構造の変化は、子どもが一番影響を受ける家庭環境に変化をもたらした。女性の社会進出や核家族化、少子化、共働き、離婚の増加などによって家族形態が変化した。本来子どもの育ちには、父親と母親の機能が相補ってかかわっていくのであるが、どちらかが優位であったり、父母の機能低下が、子どもの育ちに影響し問題となることがある。さらに、核家族化、地域共同体の崩壊による育児や家庭教育伝承の衰退、地域とのつながりの希薄化など、家庭環境の変化は児童虐待とも無関係ではないと考えられる。そして、社会構造の変化や家庭環境の変化は、学校教育にも大きな変化を与えている。高度経済成長とともに、社会の風潮は学歴主義志向となり進学的価値を高めることになった。また、核家族の増加により子どもの社会化形成への価値観は父母の価値観によって決定されることになり、子どもの競争意識だけが高められるなど、ストレスを抱える子どもたちが増えだした(周防 2007)。このような社会的要因が、子どものうつに関連しているのではないかと考える。

子どものうつ病についても大人のうつ病と同様に、これらの生物学的、心理的、社会的要因が絡み合って発症していると考えられている。

5. 子どものうつ病の症状

子どものうつ病の症状としては、主症状として①抑うつ気分(子ども・思春期はイライラでもよい)、②興味・喜びの減退、であり、副症状として③食欲不振(時に過食)、体重減少、④不眠(時に過眠)、⑤精神運動性の焦燥または制止、⑥易疲労感、気力減退、⑦無価値観、過剰な罪責感、⑧思考力・集中力の減退、決断困難、⑨自殺念慮、自殺企図がある(うつ病の診断基準DMS-IV)。実際の子どもの様子としては、「何をやっても楽しくない」「興味を持っていたものが面白くなくなった」「なにもやりたくない」「気力がわかない」「何も頭に入らない」「考えようとしても考えられない」などと訴えることが多い。

また、子どもの場合、ありふれた言葉で抑うつを表現する子どももいる。例えば、疲労感を表す言葉として「疲れた」「だるい」、集中困難を表す言葉として「いらいらする」「むかつく」、興味の減退として「別に」「どっちでもよい」、気力の低下を表す言葉では「どうせ」などがある。これらの言葉は、近年、子どもたちからよく聞かれる言葉であって、周囲の大人からすると、不適切な言葉として捉えられるものの、子どもの抑うつが関係する言葉として捉えられていることは少ないと思われる。子どもの抑うつ傾向を早期にキャッチするために、抑うつの可能

性がある言葉として、今後、子どもの周囲にいる親や学校関係者に知ってほしいところである。

III. 子どものQOL

QOLは、「生活の質」「生存の質」などと訳され、保健・医療・福祉の領域でよく使われる概念である。QOLの概念が急速に広がりだしたのは、WHO（World Health Organization）が健康の定義を『健康とは単に疾病や病弱でないということではなく、身体的、精神的、社会的にも完全に良好な状態：Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. (1948)』と宣言したことである。この健康な状態が、well-beingであり、QOLの到達目標となっている。その後、QOLの概念は1980年初頭から、欧米を中心に保健・医療・福祉の領域で導入されるも、QOLの概念は明確に定義されることはなかった。1990年WHOはQOLを『個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準及び関心に関わる自分自身の人生の状況についての認識』と定義した。

これらの概念から、具体的にQOLを考えると、QOLは二方向から捉えることができる。一つは、生活した結果の満足度や充実度、もう一つは生活している時点の状況すなわち環境を評価するということになる。それゆえに、QOLは、その人の生活にかかわる多くの要素を含んだ概念となる。例えば、子どもの場合、学校が楽しいとか、友達がたくさんいるとか、父母とよく話すとか、父母の関係がよいとか、給食や食事が楽しいとか、よく眠れるとか、ご飯がたくさん食べられるとか、スポーツができるとか、友達といっぱい遊ぶなど、その子どもの生活にかかわるすべてのことを含んだ概念となる。すなわち、子どものおかれている家庭・学校・地域の環境や状況（結果）のよさが子どものQOLということになるだろう。

IV. 子どものうつとQOL

子どもがうつになると、不眠や食欲不振などの体の不調、遊びや勉強の気力がなくなる、疲れる、自分は価値のない人間、駄目な人間だと思うようになるなど、うつ症状によって、子どもの生活にかかわるところに変化が起き、生活した結果の満足度や充実度が低下する。環境面においても、うつ症状が出現することから生活環境に不調和を起こしてしまう。すなわち、子どもが抑うつ状態になると、当然のことながら、QOLが低下することになる。

また、調査研究によって子どものうつとQOLの関係を明らかにしている先行研究もある。古荘（2009）が、DSRS-Cと日本語版のQOL尺度⁴⁾を用いた調査を中学生に行い、DSRS-Cの得点とQOL尺度の得点に強い負の相関関係が見られ、抑うつが高いほどQOLの低下がみられると実証報告している。

子どもの抑うつ状態は、子ども自身のQOLの低下を招く大きな問題であり、学校における

子どもの不適応な行動が、対人関係や学習、社会性などに支障を生じ、QOLの低下となっていることは疑わずにいられない状況である。

V. 小学生の抑うつ状態の存在と行動

1. 抑うつ状態と行動に関する調査

筆者は、2009年に実施した小学2～6年生の抑うつ状態の調査結果において、低学年の抑うつ状態の割合が高く、抑うつ状態による行動への影響が明らかになったことから、小学生の全体像を捉えるために、同じ小学校において1年生（7歳児）の子どもの抑うつ状況と行動の調査を実施した。

1) 方法

子どもの抑うつ状態の実態を、DSRS-Cを用いて調査した。DSRS-Cは子どもの抑うつ症状に関して18項目からなり、子どもたちに最近1週間どんな気持ちだったかを質問するものである。子ども自身が質問票の各項目に3段階評価（2点・1点・0点）で回答を行う。フルスコア36

表1. Birllesonの自己記入式抑うつ評価尺度（DSRS-C）の16項目

私たちは、楽しい日ばかりではなく、ちょっとさみしい日も、楽しくない日もあります。みなさんが、この1週間、どんな気持ちだったか当てはまるものに○をつけてください。良い答え、悪い答えはありません。思ったとおりに答えてください。			
	年	組	番 男・女
	いつもそうだ	ときどきそうだ	そんなことはない
1. 楽しみにしていることがたくさんある。	()	()	()
2. とてもよく眠れる。	()	()	()
3. なきたいような気がする。	()	()	()
4. 遊びに出かけるのが好きだ。	()	()	()
5. 逃げだしたいような気がする。	()	()	()
6. おなかがいなくなるようなことがある。	()	()	()
7. 元気いっぱいだ。	()	()	()
8. 食事が楽しい。	()	()	()
9. やろうと思ったことがうまくできる。	()	()	()
10. いつものように何をしても楽しい。	()	()	()
11. かぞくと話すのが好きだ。	()	()	()
12. こわい夢を見る。	()	()	()
13. ひとりぼっちの気がする。	()	()	()
14. おちこんでいてもすぐに元気になれる。	()	()	()
15. とてもかなしい気がする。	()	()	()
16. とてもたいくつな気がする。	()	()	()

(用紙の漢字にはすべてルビをうち配布)

点でカットオフスコア（抑うつ状態）は16点として、村田ら（1996）によって日本語版が作成され、信頼性と妥当性が確認されている。また、DSRS-Cの適用年齢は7～13歳とBirleson（1981）が報告している。本研究では、教育現場での実施であることを配慮し、18項目のうちの『いじめ』『自殺』の2項目を省き調査を行った。DSRS-Cの16項目（表1）の3段階評価（2点・1点・0点）でフルスコア32点、カットオフスコア16点は、佐藤ら（2002）によって信頼性と妥当性が検討され確認されている。

子どもの行動調査については、最近の学校での行動を担任教師によって評価してもらった。評価項目は教師らが子どもの観察から重要と考えた内容とし、各項目を3段階（2点・1点・0点）で評価した。行動評価の内容は、①行動が年齢より幼い、②座ってられない、落ち着きがない、③やってはいけないことをしても悪いと思わない、④暴言や暴力がある、⑤物を壊す、⑥学習意欲がある、⑦休み時間に友人交流がある、⑧学校生活全般に元気がある、の8項目とした。項目①～⑤については、『よくある・ときどき・ほとんどない』の3段階評価、⑥については『意欲的・普通・無気力』の3段階評価、⑦については『楽しそう・普通・孤立しがち』の3段階評価、⑧については『とても元気・だいたい元気・元気がない』の3段階評価とした。

調査実施前に、担任教師にDSRS-Cの調査手引を配布、説明した。それに基づき担任教師が、子どもたちに調査の説明を行った。調査手引の内容は、①本研究は、子どもたちの普段の気持ちや考えについて尋ねていること、②よい答えや悪い回答はないこと、③回答は強制ではないこと、子どもが回答したくない場合は未記入でもよいこと、④回答の内容が家族や友達にもれることはないこと、⑤子どもが不明に思うことについて担任教師から説明を行う、などである。担任教師が子どもたちに研究説明を行い、同意した子どもたちを対象に調査を実施した。調査は2010年2月24日から26日の3日間、各クラス一斉に行った。

2) 対象

対象は、2小学校の1年生全児童228人と担任教師8人とした。その結果、DSRS-Cの回答223人のうち、有効回答222人（97.4%）を分析対象とした。222人のうち、男子は107人、女子は115人であった。

3) 倫理的配慮

研究の目的と方法、プライバシー保護などに関する説明を2小学校長および全教師に行い調査の協力を依頼し書面にて同意を得た。教育委員会へは、各校長から研究協力を承諾する旨が報告され、教育委員会から個人が特定できないように配慮をするうえでの許可を得た。なお、本研究は大阪府立大学大学院人間社会学研究科研究倫理委員会の承認を得た。

4) 分析方法

統計分析はSPSS for Windows 15.0を用いて、DSRS-Cで得点がカットオフスコア16点以上の抑うつ状態と行動評価との関連を性別においてt検定、重回帰分析にて検討を行った。

抑うつ状態と行動を検討する際に、行動評価の質問項目①行動が年齢より幼い、②座ってられない、落ち着きがない、③やっではいけないことをしても悪いと思わない、④暴言や暴力がある、⑤物を壊すについて「よくある」「ときどき」の割合で、⑥学習意欲がある、⑦休み時間に友人交流がある、⑧学校生活全般に元気があるについては「ない」の割合で検討を行った。

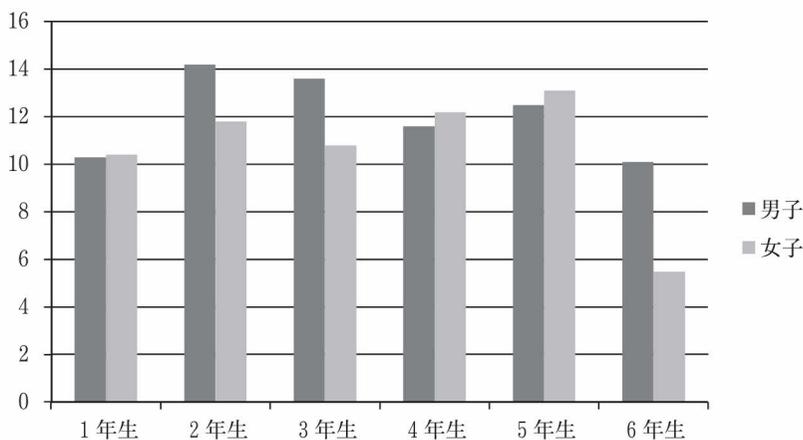
5) 結果

DSRS-Cの平均得点（標準偏差）は8.99（±4.75）点であった。性別における平均得点（標準偏差）は、男子9.40（±5.00）、女子8.61（±4.49）であった。DSRS-Cの得点が16点以上の抑うつ状態の子どもは全体の10.4%（23/222人）、男子10.3%（11/107人）、女子10.4%（12/115人）であった（表2）。DSRS-Cの平均得点および抑うつ状態において男女差、2小学校差はほとんど見られなかった。また、2009年に実施した2～6年生の平均得点および抑うつ状態と大きな差はなかった（図2）。図3にDSRS-Cの得点分布を示した。

行動評価について、担任教師が授業中や休み時間、学校での様子などを行動評価表で評価した結果を図4に示した。行動評価のうち、『行動が年齢より幼い』『座ってられない、落ち着

表2. DSRS-Cの平均得点と得点16点以上（抑うつ状態）

	平均得点（標準偏差）	得点16点以上（抑うつ状態）
全体（n=222）	8.99（±4.75）	10.4%
男子（n=107）	9.40（±5.00）	10.3%
女子（n=115）	8.61（±4.49）	10.4%



* 2～6年生の抑うつ状態は2009年7月の調査結果。学年比較をするため引用。

図2. DSRS-Cにおける抑うつ状態の子ども（%）

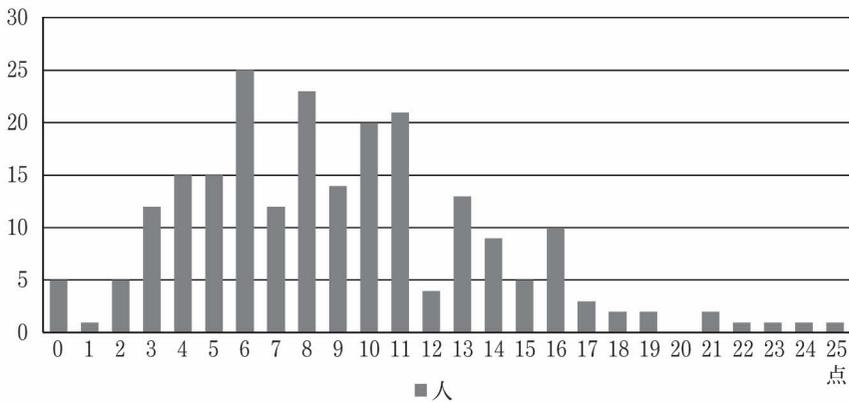


図3. DSRs-Cの得点分布

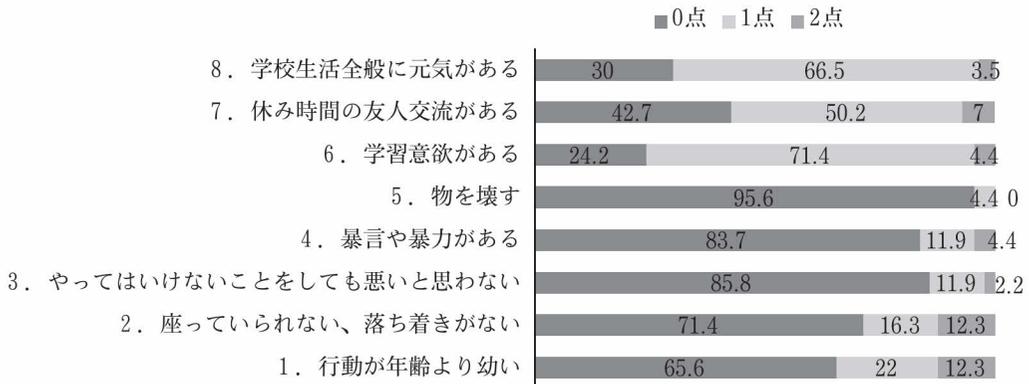


図4. 行動評価の分布 (%)

きがない』『やってはいけないことをしても悪いと思わない』『暴言や暴力がある』の項目について「ときどき・よくある」の評価において、『行動が年齢より幼い』『座ってられない、落ち着きがない』の割合が高い。『学習意欲がある』において「ない」は全体の4.4%、『休み時間に友人交流がある』において「ない」は全体の7.0%、『学校生活全般に元気がある』において「ない」は3.5%であった。行動評価の傾向について、2009年の調査と比較して大きな差はない。また、抑うつ状態の子どもの行動評価の得点に関して2×2表において検討した(表3)。抑うつ状態と行動の関連を性別においてt検定、重回帰分析した結果、『やってはいけないことをしても悪いと思わない』『休み時間の友人交流がある』の項目に抑うつとの関連が見られた。

6) 考察

小学1年生(7歳)を対象に、DSRS-Cを用いて教育現場で子ども自らが回答した調査研究はほとんどない。DSRS-Cにおける抑うつ状態の結果において、筆者が2009年に2～6年生に実施した調査結果と大きな差はないことから、本研究は信用できる結果が得られたのではない

表3 DSRS-Cの平均得点と得点16点以上（抑うつ状態）

	DSRS-C16点以上 (%)	2×2表 有意確率
①行動が年齢より幼い	52.2	NS
②座ってられない、落ち着きがない	52.2	NS
③やっちはいけないことをしても悪いと思わない	30.4	0.018
④暴言や暴力がある	30.4	NS
⑤物を壊す	8.7	NS
⑥学習意欲がある（ない）	13.1	NS
⑦休み時間の友人交流がある（ない）	17.4	0.023
⑧学校生活全般に元気がある（ない）	4.3	NS

かと考える。さらに、Birlson（1981）がDSRS-Cの適用年齢7～13歳と報告しているが、今回の調査においても質問内容が分からない、回答が分からないなどを訴える子どもはほとんどなく、DSRS-Cの質問内容は低年齢でも回答しやすく、わが国の子どもにおいても適用が可能であるということが明らかになった。また、教育現場で実施できたことで、親のバイアスがかかりやすい年齢期の子どもの気持ちを尊重したデータ回収ができたことに意義があると考えられる。

DSRS-Cの平均得点（標準偏差）は、8.99（±4.75）点で、2～6年生に実施した平均得点（標準偏差）とほとんど差が見られなかった。先行研究において傳田（2004）が、1年生323人を対象に、DSRS-Cを用いて自宅での回答調査を実施し、平均得点（標準偏差）を6.91（±4.13）と報告している。また、筆者の調査では抑うつ状態の子どもは全体の10.4%であったのに対し傳田の報告では4.3%である。2者の調査結果には、学校での本人回答と自宅での回答という調査方法の違いや地域性、実施時期などが影響しているものと考えられる。

また、1年生の抑うつ状態と行動評価の関連において、2～6年生に関連が見られた『暴言や暴力がある』『学習意欲がある』『学校生活全般に元気がある』の項目において、関連が認められなかった。この結果は、1年生の子どもが表出する行動に対する教師の受け止め方が影響しているのではないかとと思われる。教師が行動を評価する際に基準となるのが、行動の頻度や強度、不適切な場所での行動の出現、発達状況、社会ルールなどである。1年生の心身の発達段階では、教師が中高学年で評価対象とする行動が、評価対象とならないことが考えられる。評価間の信頼性の検討については、今後の課題である。

1年生の抑うつ状態の研究により、わが国の小学生の中に、学年を問わず抑うつ状態の子どもが存在が考えられる。そして、新しい研究報告ほど、子どもの抑うつ状態の割合が高いことから、小学生において抑うつ状態が多くなっている現状がうかがえる。子どもの抑うつについて、家庭や学校での認識が高まり、早期発見、早期対応につながる対策を講じることが急がれる。

VI. おわりに

本稿は、子どものうつ病とQOLの概念を整理することによって、子どもの抑うつがQOLの低下を招いていることを明らかにしてきた。そして、小学生の抑うつ状態の存在の検証により、QOLの低下が見られる子どもたちの存在と増加を明らかにした。近年の不登校、いじめ、無気力傾向、対人関係の問題や暴力行為などの現状（結果）と子どもたちの行動が起きている環境を評価した時、子どものQOLの低下がそこに見えてくる。言いかえれば、QOLの低下を招いている要因の一つに子どもの抑うつ状態があり、教育現場が子どもの不適応行動と捉える行動の要因の一つとして子どもの抑うつ状態が考えられるということである。

今まで、これらの子どもの行動を社会病理や教育病理で考えてきた傾向があった。もちろん子どもの行動を社会病理や教育病理で捉えることは子どもの行動を理解する重要な側面である。今後、子どもの抱える不登校やいじめ、無気力傾向や対人関係の問題や暴力行為など、子どもの抑うつへの視点を持ちつつ支援していくことが必要であると考えられる。それが、子どものQOL支援に広がりを見せることは言うまでもないことだろう。

現在は、『うつの時代』と言われる社会状況であり、今後、学校関係者、子ども、子どもの家族を対象としたメンタルヘルス対策が必要である。うつ病に関する正しい理解と対応を学校の中で教えていく必要があるだろう。そして、学校におけるメンタルヘルスを展開するために、教育、医療、福祉の連携がこれからの課題である。

注)

- 1) DSM (Diagnostic and Statistical Mental Disorders) とは、アメリカの精神医学会が発行している精神障害の診断と統計のためのマニュアル。1952年に第1版DSM-I (1952) が発表され版を重ね、現在ではDSM-IV-TR (2000) が使用されている。もともとは、アメリカ1国だけで使用することを目的に作られたものだが、第3版DSM-III (1980) から精神症状の記述を重視した分類に変わり、一人のクライアントを同時に5軸①臨床疾患、②人格障害と精神遅滞、③一般身体疾患、④心理社会的および環境の問題、⑤機能の全体評価から評価する「多軸評定法」を採用するようになり、診断基準が明確になり、国際的に使用されるようになった。子どものうつは、「多軸評定法」により診断が明確になった。
- 2) DSRS-C (Depression Self Rating Scale for Children : Birleson 1981) は、子ども自身によって記入する自己記入式抑うつ評価尺度であり、①楽しみにしていることがたくさんある、②とてもよく眠れる、③泣きたいような気がする、④遊びに出かけるのが好きだ、⑤逃げ出したいような気がする、⑥おなかが痛くなるようなことがある、⑦元気いっぱいだ、⑧食事が楽しい、⑨いじめられても自分で「やめて」と言える、⑩生きていても仕方がないと思う、⑪やろうと思ったことがうまくできる、⑫いつものように何をしても楽しい、⑬家族と話すのが好きだ、⑭こわい夢を見る、⑮一人ぼっちの気がする、⑯落ち込んでいてもすぐに元気になれる、⑰とても悲しい気がする、⑱とてもたいくつな気がする、の18項目からなる。各項目を「いつもそうだ」「ときどきそうだ」「そんなことはない」の3段で回答する。
- 3) うつ病は、うつだけが生じるうつ病と、うつと躁の波を繰り返す躁うつ病に大別される。典型的なうつ病のことを大うつ病性障害と呼び、軽症のうつ病が長期間続く場合を気分変調性障害と呼ぶ。

4) 日本語版QOL尺度は、「Kid-KINDL」(Ravens & Bullinger, 1998)を、古荘純一らが翻訳し作成したもので、「身体的健康度」「情緒的well-being」「自尊感情」「家族」「友だち」「学校」の6領域についてそれぞれに4項目の質問をする。6つの下位領域が0~100点に変換され、同様に総得点も0~100点に配点され、高い得点のものが、より高いQOLを示すことになる。小学生版と中学生版がある。

文 献

- Tomoda A., Mori K., Kimura M., et al. (2000) : One-year prevalence and incidence of depression among first-year university students in Japan : A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54, 583-588.
- 新井邦二郎 (2006) : 一般児童における抑うつ症状の実態調査. 児童青年精神医学とその近接領域, 47, 57-68.
- Birleson, P. (1981) : The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale. *J. Child Psychiatry*, 22, 47-53.
- Birleson, P., Hudson, I., Buchanan, D.G. et al. (1987) : clinical evaluation of a self-rating scale for depressive disorder in childhood (Depression self-rating scale). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 43-60.
- Bowlby, J. (1979) : *The Making & Breaking of Affectional Bonds*. Tavistock Publications Limited, London. (=1981. 作田勉監訳: ポウルビィ母子関係入門. 星和書店)
- Charman, T. & Pervova, I. (1996) : Self-reported depressed mood in Russian and UK school-children. A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 879-883.
- 傳田健三 (2002) : 子どものうつ病—見逃されてきた重大な疾患—. 金剛出版.
- 傳田健三・賀古勇輝・佐々木幸哉ら (2004) : 小・中学生の抑うつ状態に関する調査—Birleson自己記入式抑うつ評価尺度 (DSRS-C) を用いて—. 児童青年精神医学とその近接領域, 45, 423-436.
- 傳田健三 (2006) : 子どものうつ病, 見逃されてきた重大な疾患. 金剛出版,
- 傳田健三 (2007) : 子どものうつ病. 母子保健情報, 55, 69-72.
- 傳田健三 (2008) : 児童・青年期の気分障害の診断学—MINI-KIDを用いた疫学調査から—. 児童青年精神医学とその近接領域, 49, 60-66.
- 傳田健三 (2009) : 子どもの双極性障害をめぐる最近の動向. 児童青年精神医学とその近接領域, 50, 2-8.
- 傳田健三 (2009) : うつ病・躁うつ病. 児童青年精神医学とその近接領域, 50周年記念特集号, 209-216.
- Harrington, R. (1994) : Affective disorders. In : Rutter, M., Taylor, E. & Hersov, L. (eds) : *Child and adolescent psychiatry Modern approaches 3rd ed. Oxford, Blackwell Science*, 330-350.
- 古荘純一 (2006) : 新小児精神神経学, 日本小児医事出版.
- 古荘純一 (2009) : 日本の子どもの自尊感情はなぜ低いのか, 光文社.
- 柴田玲子・松崎くみ子・根本芳子 (2008) : 子どものQOL研究の現状, 教育と医学, 慶応義塾大学出版社, 665, 72-79.
- 周防美智子 (2007) : 子どものためのソーシャルワーカー—子ども家庭相談室からスクールソーシャルワークを考える—, 龍谷大学大学院研究紀要, 14, 97-116.
- 周防美智子 (2010) : 子どもの問題行動とうつの関連—支援技法に関する一考察—, 帝塚山大学心理福祉学部紀要, 7, 85-96.
- 周防美智子・三野善央 (2010) : 子どものうつへの教師心理教育—小学生抑うつ調査後の介入—, 心理教育・家族教室ネットワーク第13回抄録集, 47.
- 下寺信次 (2006) : うつ病の心理教育—精神科病棟や外来での実践—, 最新精神医学, 541-545.
- Satake H., Yoshida K., Yamashita H., et al. (2003) : Agreement Between Parents and Teachers on

- Behavioral/Emotional Problems in Japanese School Children Using the Child Behavior Checklist. *Child Psychiatry and Human Development*, 134, 111-115.
- Ivarsson, T, Lidberg, A & Gillberg, C (1994) : The Birlson Depression Self-Rating Scale (DSRS). Clinical evaluation in an adolescent inpatient population. *Journal of Affective Disorders*, 32, 115-125.
- Ivarsson, T & Gillberg, C. (1997) : Depressive symptoms in Swedish adolescents : Normative data using the Birlson Depression Self-Rating Scale (DSRS). *Journal of Affective Disorders*, 42, 59-68.
- 泉本雄司・下寺信次 (2010) : 子どものうつの臨床尺度と調査研究. *児童心理*, 59, 6, 25-30.
- Kovacs, M (1981) : Rating scale to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiat*, 46, 305-315.
- 清田晃生 (2008) : 不登校とうつ. *精神治療学*, 23, 847-854.
- 黒田祐二・桜井茂男 (2002) : 子どもの抑うつ研究の概観. *筑波大学心理学研究*, 23, 129-138.
- 木村直子 (2005) : 子どものウェルビーイングとは, 現在のエスプリ, 453, 31-39.
- 三野善央 (2003) : 家族心理教育の現状と課題, *精神障害とリハビリテーション* 7 (2), 118-123.
- 三野善央 (2007) : 精神保健福祉サービスにおける根拠に基づく実践 (evidence-based Practice) と疫学方法論, *精神神経誌* 109, 10, 981-987.
- 村田豊久・堤龍喜・皿田洋子ら (1989) : 児童・思春期の抑うつ状態に関する臨床的研究II. CDIを用いての検討. 厚生省『精神・神経研究委託費』63公一3 児童・思春期精神障害の要因および治療に関する研究, 昭和63年度報告, 69-76.
- 村田豊久・堤龍喜・皿田洋子ら (1992) : 日本版CDIの妥当性と信頼性について. *九州神経精神医学*, 38, 42-47.
- 村田豊久・堤龍喜・皿田洋子ら (1992) : 児童思春期における自己認識の発達と抑うつ傾向の関連について. 厚生省児童・思春期精神障害の成因と病態に関する研究平成3年度報告, 7-12.
- 村田豊久・皿田洋子・堤龍喜ら (1993) : 児童・思春期の自己認識の発達と抑うつ傾向との関連について そのII. 経年的視点からの検討. 厚生省児童思春期精神障害の成因と病態に関する研究平成4年度報告, 23-30.
- 村田豊久・清水亜紀・森陽次郎ら (1996) : 学校における子どものうつ—Birlsonの小児期うつ病スケールからの検討一. *最新精神医学*, 1, 131-138.
- 村田豊久 (1998) : 小児・思春期のうつ. *臨床精神医学講座*, 4, 503-515.
- 松本真理子編集 (2005) : うつの時代と子どもたち. 現代のエスプリ別冊.
- 中根允文 (2002) : 変貌する現代社会とうつ病. *教育と医学*, 50, 388-395.
- 鍋田泰孝 (2007) : 変わりゆく思春期の心理と病理. 日本評論社.
- 鍋田泰孝 (2010) : 楽しめない・身動きできない子どもたち. *児童心理*, 59, 6, 1-11.
- 佐藤寛, 新井邦二郎 (2002) : 子ども用抑うつ自己評価尺度 (DSRS) の因子構造の検討と標準データの構築. *筑波大学発達臨床心理学研究*, 14, 85-91.
- 佐藤寛, 永作稔, 上村佳代ら (2006) : 一般児童における抑うつ症状の実態調査. *児童青年精神医学とその近隣領域*, 47, 57-68.
- 斎藤万比古編集 (2009) : 子どもの精神病性障害. 中山書店,

Depression and quality of life (QOL) of children : in elementary school

Michiko Suwo

Abstract

The depression of children is clear recently and it is said that it causes the fall of QOL. I conducted research on child depression using the DSRS-C, and the existence of depression in children was empirically proved. This study analyzes child depression and the direction of support is considered in the future. Through literature review, this paper focuses child depression and QOL. The analysis shows that a change in children's condition of depression, leads to a decline in life satisfaction and the feeling of an incomplete life. Further, the decline in QOL is a result of the disharmony in a living environment. In order to improve schoolchildren's QOL, it is thought required the support having a viewpoint of depression about the problems such as truancy, bullying, a spiritless tendency, interpersonal relations and violence action.

Keywords : Depression, quality of life (QOL), elementary school