

中学生向け包括的メンタルヘルスクリーニング尺度の 学校における臨床応用

—都内中学校での試行的調査と学校への支援—

富田拓郎¹⁾・吉川和男¹⁾・岡田幸之¹⁾・松本俊彦²⁾・菊池安希子¹⁾・美濃由紀子¹⁾・福井裕輝¹⁾

¹⁾ 国立精神・神経センター精神保健研究所 司法精神医学研究部

²⁾ 国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター

<要 旨>

学校場面において、破壊的行動障害（行為障害、反抗挑戦性障害）の理解と対応は急務であり、この問題を測定可能な児童生徒の包括的メンタルヘルスアセスメントは、今後重要性を増すものと考えられる。本研究では初めに、欧米を中心とする諸外国で開発されたさまざまなアセスメントを展望し、その有効性とわが国における利用を巡る問題点を考察した。こうしたアセスメントの有効性は高いがわが国ではさまざまな障壁があり、開発が遅れている。その背景として「学校文化」にアセスメントが定着しにくいという問題点がある。本研究では今後の新たな尺度開発に先立ち、都内公立中学校（生徒数 約 350 人）において、わが国で開発されたほぼ唯一の中高生用包括的メンタルヘルスクリーニング尺度の学校生活サポートテストを希望者に実施し、校内での生徒支援における有効性を質的に検証した。その結果、データを管理職、一般教員、スクールカウンセラー等と共有することで、少数例ではあるが、効果的な支援方法を学校サイドと協働的に模索し、実施することが可能になった。

<キーワード>

スクリーニング尺度、包括的メンタルヘルス、思春期、発達精神病理学、破壊的行動障害

【はじめに】

近年、子どもの非行や反社会的行動が増加傾向にある。平成 17 年の全刑法犯検挙数に対する少年の割合は 32.0%と前年比では 2.7%減少しているものの、依然として高い水準にある（警察庁, 2006）。とりわけ中高生の犯罪は全体の 7 割を占め、児童・思春期における子どもの問題行動の早期理解と予防は極めて重要な課題である。わが国では現在まで、conduct problem behavior（いわゆる問題行動や非行、暴力・破壊行動）の研究は行動の発生因や背景、社会復帰のための矯正と処遇等の犯罪学的研究（例えば犬塚, 2004）や、暴力行動・攻撃性についての心理学的研究（例えば安藤, 2002）が中心であったが、破壊的行動に関しては学校現場などではタブー

視されていたこともあり、現場での研究はこれまで少ない。さらに、近年社会問題化する暴力行動だけでなく、児童生徒の相次ぐ自殺、不登校の右上がりの増加、子どものうつ病、特別支援教育による軽度発達障害児童・生徒への普通学級対応など、子どもの心身の問題はしばしばクローズアップされているが、こうした問題への対応は児童・生徒本人、学校関係者、保護者、スクールカウンセラー（SC）、関連機関の専門家が情報を共有しながら理解を深め、対応を検討する必要がある、そうした方法による児童生徒のメンタルヘルス理解の必要性はこれまでになく高まっていると言える。

海外では米国を中心に conduct problem

behavior を含む包括的メンタルヘルスクリーニング尺度が開発され、信頼性と妥当性が検討され、学校現場で積極的に利用されている。わが国においても同様の包括的メンタルヘルス尺度を開発することは、児童・思春期の問題行動を早期に理解し、効果的な対応を実施する上で不可欠であると思われる。

本研究では初めに、これらの尺度についての展望を行い、その実用性について、日本の学校環境に適用する場合の問題点を考察する（研究1）。次に、わが国で現在開発されているほぼ唯一のスクリーニング尺度である学校生活サポートテストを実施し、その臨床応用について検討する（研究2）。

<研究1>

破壊的行動障害（Disruptive behavior disorder; DBD）とは、DSM-IV-TR（American Psychiatric Association, 2000）においては、反抗挑戦性障害（Oppositional Defiant Disorder ; ODD）と行為障害（Conduct Disorder ; CD）を指す（表1～2）。

表1: DSM-IV-TRによる行為障害の診断基準

他者の基本的人権または年齢相応の主要な社会的規範または原則を侵害することが反復し持続する行動様式で、以下の基準の3つ（またはそれ以上）が過去12ヶ月の間に存在して、基準の少なくとも1つは過去6ヶ月の間に存在したことによって明らかとなる。	
A.	人々や動物に対する攻撃性
(1)	しばしば他人をいじめ、強迫し、威嚇する。
(2)	しばしば取っ組み合いの喧嘩を始める。
(3)	他人に重大な身体的危害を与えるような武器を使用したことがある（例：バット、鎌刀、割れた瓶、ナイフ、銃）。
(4)	人に対して残酷な身体的暴力を加えたことがある。
(5)	動物に対して残酷な身体的暴力を加えたことがある。
(6)	被害者の面前での盗みをしたことがある（例：人に隠いかる強盗、ひったくり、強奪、武器を使っての強盗）。
(7)	性行為を強いたことがある。
（所有物の破壊）	
(8)	重大な損害を与えるために故意に放火したことがある。
(9)	故意に他人の所有物を破壊したことがある（放火以外で）。
（嘘をつくことや窃盗）	
(10)	他人の住居、建造物、または車に侵入したことがある。
(11)	物や好意を得たり、または義務を逃げるためにしばしば嘘をつく（すなわち、他人を“だます”）。
(12)	被害者の面前ではなく、多少価値のある物品を盗んだことがある（例：万引き、ただし破壊や侵入のないもの；偽造）。
（重大な規則違反）	
(13)	親の禁止にもかかわらず、しばしば夜遅く外出する行為が13歳以前から始まる。
(14)	親または親代わりの人の家に住み、一晩中、家を空けたことが少なくとも2回あった（または、長期にわたって家に帰らないことが1回）。
(15)	しばしば学校を欠ける行為が13歳以前から始まる。
B.	この行動の障害が臨床的に著しい社会的、学業的、または職業的機能の障害を引き起こしている。
C.	その者が18歳以上の場合、反社会性パーソナリティ障害の基準を満たさない。

表2: DSM-IV-TRによる反抗挑戦性障害の診断基準

少なくとも6ヶ月持続する拒絶的、反抗的、挑戦的な行動様式で、以下のうち4つ（またはそれ以上）が存在する。	
A.	(1) しばしばかんしゃくを起こす。 (2) しばしば大人と口論をする。 (3) しばしば大人の要求、または規則に従うことに積極的に反抗または拒否する。 (4) しばしば故意に他人をいらだたせる。 (5) しばしば自分の失敗、不作法を他人のせいにする。 (6) しばしば神経過敏または他人によって容易にいらだつ。 (7) しばしば怒り、腹を立てる。 (8) しばしば意地悪で執念深い。
注: その問題行動が、その対象年齢および発達水準の人に普通認められるよりも頻繁に起こる場合にのみ、基準が満たされたとみなすこと。	
B.	その行動上の障害は、社会的、学業的、または職業的機能に臨床的に著しい障害を引き起こしている。
C.	その行動上の障害は、精神病的障害または気分障害の経過中にのみ起こるものではない。
D.	行為障害の基準を満たさず、またその者が18歳以上の場合、反社会性パーソナリティ障害の基準を満たさない。

歴史的に見れば、DSM-III（American Psychiatric Association, 1980）から ODD、CD の2種の診断基準が登場したが、これ以前にはいわゆる非行（delinquency）や補導、逮捕といった観点から子どもの問題行動を論じることが多かった（原田・今井・酒井, 2005）。原田ら（2005）は、これまでの疫学研究を展望し、ODD は男児4%、女児2%、CD は男児6%、女児1%程度に見られると推測している。さらに、注意欠陥／多動性障害（Attention Deficit Hyperactivity Disorder ; ADHD）が行為障害を合併することもよく知られており（Biederman *et al.*, 1991; Offord *et al.*, 1992）、こうした情動・行動障害のスクリーニングアセスメントは極めて重要である。例えば ODD と CD について、わが国で現在開発されている評価尺度は Child Behavior Check List（CBCL; Achenbach, 1991）、行為障害チェックリスト（奥村・元永, 2007）、反抗挑戦性評価尺度（Harada *et al.*, 2004）などがあげられるが、こうした尺度は医療現場や矯正施設における専門家による利用を前提としたものが中心であり、学校現場で教員等が用いるスクリーニング目的のツールとしては利用が困難である。ここでは諸外国で開発された conduct problem の測定尺度について広範に展望し、日本でこうしたツールを用いる場合の問題点と今後の課題を考察する。

【ブロードバンド尺度とナローバンド尺度】

DBDを中心とする測定尺度には大きく分けてブロードバンド尺度とナローバンド尺度の2種類が存在する (Reitman & Hupp, 2002; Freeman, 2004)。ブロードバンド尺度とは「あらゆるクライアントについて問題となる可能性のある多様な側面に関する情報を収集するために」 (Freeman, 2004, p.371.) 開発されたものである。例えばわが国でも邦訳 (井瀬ら, 2001) のあるCBCLの場合、抑うつ、不安、ひきこもり、身体症状 (こうした症状を内向症状 *internalizing problem* と呼ぶ)、非行行動、攻撃行動 (こうした行動を外向症状 *externalizing problem* と呼ぶ)、注意、思考、社会性などといった下位尺度群で多面的に問題行動・症状を測定する (清田, 2007)。これに対して、ナローバンド尺度とは「特定の主たる問題症状の生起と因果メカニズムに関する情報を収集するために」 (Freeman, 2004, p.374.) 開発されたものであり、例えば抑うつ尺度、あるいは破壊行動尺度といった特定化された標的・行動を測定する尺度を指す。いずれも①行動評価尺度 (他者評価、自己評価)、② (半) 構造化面接、行動観察などの方法がある。本稿ではスクリーニング目的である趣旨を踏まえ、主として行動評価尺度を中心に概観する。

【代表的尺度】

1) ブロードバンド尺度

ブロードバンド尺度には行動評価尺度による方法としてCBCLの他に、Behavior Assessment System for Children second edition (BASC-2; Reynolds & Kamphaus, 2004)、コナーズ評価尺度改訂版 *Conners Rating Scale Revised* (CRS-R; *Conners et al.*, 1997, 1998a, b) などがある。いずれの尺度もCBCLと同様、破壊行動の他に抑うつ、不安、身体症状、多動、注意性、怒りなど、数種から十数種程度の下位尺度、数十から百数

十項目程度で構成され、行動面の問題を多面的、包括的に測定する尺度である。これらの尺度は観察者 (主として親、教師) による評価尺度と児童生徒本人の評価による尺度の2種類から構成され、各々の評価尺度を総合的に判断して、臨床評価が行われる仕組みになっている。こうした尺度類は自己評価と他者評価を組み合わせた多面的な評価が可能であり、例えばBASC-2のように、いくつかの下位尺度を組み合わせることで合成尺度を新たに作ることも可能になるという長所がある。反面、測定手続きが煩雑になりやすく、現場でのスクリーニング目的にはやや使いにくいという欠点がある。(なおBASC-2にはASSISTというパソコン用分析ソフトが開発され、簡便さを求める利用者の便宜に供している。)

他の自己評価尺度として、Beck Youth Inventories second edition (BYI-2; Beck *et al.*, 2005) が挙げられる。自己概念、不安、抑うつ、怒り、破壊行動の5種類の下位尺度を有し、各20項目、計100項目で評価し、信頼性と妥当性が確認されている。開発されて日が浅く、これを利用した研究もまだ限られているが、今後の発展が期待できる尺度である。

構造化面接としては、ニューヨーク州コロンビア大学児童精神医学部門で開発されたThe National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule for Children (NIMH-DISC) (展望論文としてShaffer *et al.* (1999) を参照) とDiagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) (Angold & Fisher, 1999) の2種類がある。これらはともにDSM-IV-TRの症状項目に即し、各疾患の症状有無について「はい」、「いいえ」で回答するものであり、コンピュータ化もなされている。NIMH-DISCについては日本版が開発され (吉田, 2002)、こちらもコンピュータ

化が終了している。

2) ナローバンド尺度

行動評価尺度によるものとしては Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI; Eyberg & Pincus, 1999) がある。36 項目からなる、親による評価尺度であり、問題行動について強さ (Intensity) と問題 (Problem) の 2 種の下位尺度で測定する。同様の尺度には Children's Symptom Inventory (CSI-4; Gadow & Sprafkin, 1995) がある。双方とも、ODD、CD の行動的症狀の頻度について測定し、高い信頼性と妥当性が得られている。さらに学校場面に特化した評価尺度として Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory Revised (SESBI-R; Eyberg & Pincus, 1999) がある。SESBI-R は ECBI の教師評価版と言えるものであり、項目内容的にはほぼ同じである。両者を併用することで、より多面的な視点からの行動評価が可能になる。出版元の Psychological Assessment Resources (PAR) 社の最新カタログ (2007 年 3 月現在) によれば、ECBI の日本語版が PAR 社を通じて入手可能となっている。

この他に、他者評価によるナローバンド尺度として、Home Situations Questionnaires-Revised (HSQ-R; DePaul & Barkley, 1992)、School Situations Questionnaires-Revised (SSQ-R; DePaul & Barkley, 1992) がある。前者は家庭における、後者は学校における問題行動について測定する。また自己評価によるナローバンド尺度として、Self-Report Delinquency Scale (SRD; Elliott, Huizinga, & Ageton, 1985) がある。SRD は 11 歳から 19 歳までの青少年に適用可能で、47 項目から構成され、反社会行動、非行行動を広範に測定する。年少版 (6 歳~10 歳) の Self-Reported Antisocial Behavior Scale (SRA; Loeber *et al.*, 1989) もある。

【考察：尺度の問題点と今後の課題】

これまで見てきたようなスクリーニング目的のアセスメントにはさまざまな利点がある。

第一に、学校場面での適切な早期対応を可能にするための基礎データが容易に収集できるようになる。平成 19 年度より特別支援教育が開始され、軽度発達障害のスクリーニング尺度などが開発されつつある。こうした尺度を用いることで、学校心理学におけるいわゆる一次的援助サービスから二次的、三次的援助サービス (石隈, 1999) への各々の橋渡しが可能になり、適切な支援を早期に検討・実施することが可能となる。DBD は学校や家庭で重大な問題が起こってからの対応になることが多いが、例えば米国で開発された青少年移行プログラム Adolescent Transitions Program (ATP; Dishon & Kavanagh, 2003) のように、早期にアセスメントを試みることで DBD 傾向を把握し、ターゲットを絞ることがより効果的であることも示されている。わが国でもこうした試みを行う価値は十分あると考えられ、その意味で児童生徒全体を対象としたスクリーニングアセスメントの実施は極めて重要である。

第二に、スクリーニングを実施することでさまざまな問題を多角的に評価することが可能になる。DBD はさまざまな症状を合併することが多く (例えば McMahon & Wells, 1998)、スクリーニングにおいても多面的な行動・症状の評価は不可欠と言える。この点では、ブロードバンド尺度には一日の長があると言えるであろう。また学校における生徒理解は主として教師による行動観察、過去の生徒指導記録、保護者や友人等からの情報提供に基づくことが多いが、特別支援教育で用いられ始めたいくつかのアセスメント尺度でも見られるように、客観的に信頼性と妥当性の確認されたツールによって生徒の

特徴を理解することは今後の生徒支援においても極めて重要なことと考えられる。

多面的評価という意味では構造化面接法にもメリットがある。しかしながら、構造化面接法は主として精神医学的なバックボーンを強く有するために、医療機関を始め、児童相談所や福祉施設、司法機関など、専門機関での適用の可能性が示唆されるが、学校場面における利用については、現状ではまだ障壁がいささか高いと推察される。この障壁を克服するためには、教員への啓蒙活動を続け、精神症状、精神疾患への理解を高めていくことと同時に、実施の可能性として、例えば臨床心理士資格を有する SC などがこうした面接技法のトレーニングを受けたり、知識を習得したりすることが、今後は必要となってくるであろう。わが国においても、こうした構造化面接のトレーニングセミナーが一日も早く行われ、多くの SC や臨床心理士が、構造化面接法を用いて、児童生徒の行動をより正確に理解できるようになることが望まれる。

ブロードバンド尺度に対して、ナローバンド尺度の利点は項目数が少なく、実施が容易ということである。疫学的に見て、ECBIなどを一般児童生徒に用いることで少年犯罪の予防に結びつく可能性があることは既に示唆されており（土井, 2005）、こうした尺度の利用はスクリーニング目的においても利点となる。しかし学校場面で直接的に破壊行動を尺度で尋ねることについては、いわゆる「寝た子を起こしてしまう」のではないかと、あるいは質問紙の実施によって保護者側の否定的反応に遭遇するのではないかと教員側の抵抗感や不安が根強い。こうした障壁を取り除くには、ブロードバンド尺度と同様、SC やアセスメントに造詣の深い教員らが、一般教員へ粘り強く啓蒙活動を行い、アセスメントの意義を理解してもらえるように働きかけ

ると同時に、問題が発覚した場合のアフターフォローとして、精神保健の専門家（精神科医、臨床心理士など）との密接な連携体制を構築しておくことが不可欠となろう。加えて、学校（教員）サイドにどのようなニーズがあるか（例えば破壊行動を理解することが学校側にとって必要とされているのかどうか）を、十分に把握し、ニーズに合致したアセスメントの利用を促すような働きかけも重要である。この意味では、コミュニティ心理学におけるニーズ・アセスメント（中村, 2007）を援用することは、学校場面でのスクリーニングアセスメントの導入においても有効であると言える。ニーズ・アセスメントを適切に行うことで、例えば、ある学校で当初は破壊行動にニーズが低い場合でも、抑うつ症状の理解にニーズが高い場合であれば、まず抑うつ尺度の利用から働きかけ、続いて他のブロードバンド的な尺度の利用を働きかけてみる、あるいは、特別支援教育の盛んな学校であれば LD、ADHD などのスクリーニング尺度の利用を提案するのも一法であろう。

利用する尺度の選択は、現場でどのように用いるかということを一十二分に検討することが必要になる（Freeman, 2004）。例えば学校現場においては、学力や知的発達の側面も含めたアセスメントが必要になることが少なくない。ここに挙げたさまざまな尺度で、こうした側面を部分的にでも包含するものは、CBCL と BASC 程度であり、それも発達障害の症状項目の一部として含まれている程度である。たとえメンタルヘルススクリーニングのアセスメントを実施する場合でも、生徒指導上の資料として学力データや、複数の視点からの多角的な行動観察のようなデータは有効であり、今後はこうした校内資料と併せてメンタルヘルスアセスメントのデータを用いることが必要になる。Mash and Terdal

(1997)によれば、あらゆる心理行動的アセスメントの目的として、1) 現在の問題の原因を明確化する、2) 臨床上の問題の経過と、特定条件下での肯定的な帰結の可能性に関する仮説を一般化する、3) クライアントへの最善の介入を計画するために必要な情報を収集する、4) 介入効果があるかどうかを明確化する、という点を挙げている。こうした点は現在の特別支援教育でも同様であり、こうした側面について学校(教員、保護者)と専門家との間で共通の理解を持つことが重要であり、そのための校内説明会や教員研修会は大きな意味を持つ。また、学校場面でスクリーニングアセスメントを利用する場合、尺度の項目数や実施に必要な時間的制約を考慮することも必要であり(Freeman, 2004)、このような点を十分に吟味したアセスメントの開発が今後強く求められる。

こうして見ていくと、ブロードバンドとナローバンドいずれの尺度でも、わが国での学校現場での利用においてはさまざまな障壁を除去する必要が生じる。現在の学校現場の実情を考えると、破壊行動のみを測定するナローバンド尺度を利用するよりも、多面的なブロードバンド尺度の利用が望ましいのではないかと筆者は考えている。またわが国の研究者も現在の学校場面に即した、新たなメンタルヘルスクリーニング尺度の開発を積極的に行っていくことが極めて重要であり、こうすることで学校現場と専門家との効果的なコラボレーションが可能になり、ひいては生徒支援にとって有効な方略を開発することにもつながるであろう。

<研究 2>

研究1で見てきたようにメンタルヘルスクリーニング尺度の有用性は極めて高く、日本の学校場面における臨床応用が望まれるが、こうした尺度はまだ極めて少ない。この背景の一つ

として、わが国の「学校」という独自のコミュニティがある。

歴史的に振り返ると80年代初頭まで全国の学校で集団的知能検査が行われていたが、一部の保護者団体等から人権侵害であるとの指摘を受け、学校内部でも児童生徒の内面に関するアセスメントへの抵抗感や偏見が生まれ、教育支援目的のアセスメントそのものが実施しにくくなった。その他、学校場面特有の「文化」的な問題が存在することから、アセスメントを用いて学校で効果的な介入を実施するためには、こうした側面を十分に認識した上で、学校をシステムとして理解し、学校全体を支援する姿勢が求められる(吉川悟, 1999)。そのためには、尺度を単に研究ベースでデータ収集し開発するだけではなく、「学校文化」や「学校風土」を含めた学校というシステム全体を考慮に入れながら、尺度による効果的な校内コンサルテーションの方法とは何かを、模索・検討する必要がある。本研究では、今後の新たな尺度開発に先立ち、都内公立中学校において、わが国で開発されたほぼ唯一の中高生用包括的メンタルヘルスクリーニング尺度の学校生活サポートテスト(School Life Support Test [SLST]; 杉原ら, 2002)を希望者に実施し、公立中学校内での生徒支援における有効性を考察した。

【方法】

2006年11月、都内公立A中学校で、管理職、教員の了解の元に全生徒(約350人)と家庭に調査協力を依頼した。10名(男6名、女4名)の生徒・保護者から協力の申し出を受け、同年12月にSLST質問紙を生徒宅宛に郵送し、10名全員から返却を得た。

○ SLST(田研出版):9種の下位尺度(不登校・学校嫌い傾向[8項目]、ひきこもり・非社交性傾向[8項目]、いじめの問題傾向[7項目]、体

調不良 [11 項目]、思いつめ傾向 [9 項目]、注意の問題・衝動性傾向 [12 項目]、反社会傾向 [8 項目]、家族関係の悩み [5 項目]、結果の信頼性 [4 項目]) + 相談ニーズ項目 [2 項目] + 付加項目 (採点に無関係) [12 項目]、キー項目 (摂食障害症状) [1 項目]、以上 全 87 項目から構成される。4 点尺度 (相談ニーズ項目については 3 点尺度) により回答する。

○ 倫理的配慮：本研究では研究目的のデータ利用に当たり、同意書に生徒と保護者による署名同意を求めた。さらに中学校と個人情報の共有を図るため、管理職と協議の上、①本人と家庭のみ、②学校のみ、③その両者という、3通りの開示選択肢を設け、これについて選択による情報開示同意を、研究目的の同意とは別に生徒と保護者に求め、学校への開示許諾を得た生徒については、データを学校に開示した。開示に当たっては、学校側から学校長からの依頼状を調査実施者が受理した後、原則として調査実施者がデータの複写物 (紙媒体) を学校に直接持参し、学校長に手渡しし、これと引き替えに学校長から調査実施者宛の受領状を受理した。本研究の実施にあたり、国立精神・神経センター倫理委員会の研究倫理審査の承認を得た。

【結果】

質問紙の送付と返却後、結果の送付については、本人・保護者に対しては結果 (生徒用) プロフィールに調査実施者からのコメントを添付して返送した。学校側にはこれらの資料に加え、結果 (教師用) プロフィールを返送した。開示可能な全生徒のデータがそろった時点で、管理職、生徒指導主任とのコンサルテーションを 1 回、加えて管理職への電話によるコンサルテーション、教員研修会を随時実施した。このような活動を通じて、学校内におけるアセスメントへの意識が高まり、当該校における特別支援教

育へのとり組みも、以前にも増して積極性が高まる結果を示した。

表 3 生徒の SLST 得点データ

生徒学年性別	不登校・学校離れ傾向	ひきこもり・非社交性傾向	しつめの問題傾向	体調不良	思いつめ傾向	注意の問題・衝動性傾向	反社会傾向	家族関係の悩み	結果の信頼性	相談したいの有無	相談できる人の有無
A 1年 男	5	0	0	0	0	5	7	6	5	あまりない	たくさんいる
B 1年 女	2	2	4	4	2	7	8	1	7	あまりない	少ない
C 1年 男	4	3	0	2	4	13	7	3	9	あまりない	たくさんいる
D 1年 男	16	<u>12</u>	5	15	7	18	7	8	7	あまりない	あまりいない
E 1年 女	2	1	2	1	5	7	6	11	7	あまりない	少ない
F 2年 男	6	3	0	13	0	7	0	3	7	少しある	あまりいない
G 2年 女	10	6	<u>12</u>	<u>20</u>	16	19	8	7	10	あまりない	あまりいない
H 2年 男	1	6	6	0	0	8	0	0	8	あまりない	少ない
I 3年 男	1	0	6	1	3	7	2	0	5	あまりない	たくさんいる
J 3年 女	0	6	0	3	2	10	4	4	8	あまりない	たくさんいる

(下線は 5% タイル水準でその傾向が強いことを示す)

【考察】

初めに調査実施に至る経緯を述べる。本研究は目的の特異性から、研究者と学校関係者の信頼関係が重要になった。そのため、調査実施者がかつて SC として勤務した中学校 3 校に依頼したが、2 校からは「破壊行動を含む広範なメンタルヘルス指標の測定に対して、一般教員の一部に強い抵抗があり、理解が得られない」等の理由で、拒否された。結局、管理職が調査趣旨を十分に理解し、個人情報保護の厳格な維持を条件に、調査協力の姿勢が得られたのが 1 校のみであった。前述の倫理的配慮と調査同意方法についても学校長と綿密な協議の上、決定された。学校コミュニティによってアセスメントへの意識や動機づけが異なることが如実に示されていると言えよう。調査依頼を行った学校においても、質問紙回収率が極めて低く (約 3%)、全校へのスクリーニングを可能にしたとは言い難い。今後、こうした点を克服する手法を検討する余地があると言える。前述したニーズ・アセスメントの手法はこの問題をうまく切り抜ける手段となることが考えられ、今後検討していきたい。

次にアセスメントが学校コミュニティにもた

らした成果であるが、本研究でアセスメントを実施することにより、校内での生徒理解への意識が高まり、一層の効果的支援を模索する学校側の姿勢が明確になった。この学校では今後も支援活動を継続し、一層の効果を検討することにしている。さらに、新たなメンタルヘルスクリーニング尺度の開発にも役立てることを計画している。しかし、抑うつや不安、破壊行動、多動などについては、学校・教員側からの報告により、データを収集できた生徒の中でも、学校や家庭で高頻度に問題行動が観察されていても、尺度から検出しにくい可能性があることも示唆された。このことは SLST の臨床妥当性について今後十分に検討する余地があることを示すものであり、尺度改善や新たなアセスメントツール開発の必要性が示唆された。

ここでアセスメントによる効果的支援を模索・実施する際の注意点を考察したい。第一に学校側の意志決定を尊重（ヒエラルキーに注意）することである。本研究では中規模の都内公立中学校に依頼したが、学校長の判断が調査実施に大きな影響をもたらしたことは言うまでもないが、学校によっては一般教員の発言権が非常に強い場合もあり、こうした学校でのアセスメントの実施は高い障壁を伴うことが多い。学校側の意志決定機能がどのように行われているか、十分な学校への“見立て”を行いながら、アセスメントの実施を検討する必要がある。第二に個人情報保護についての意識を持ち、このために取り得ることのできる方法を共有化することで、情報保護に関する障壁を克服することが可能である。第三に管理職を中心とするキーパーソンとの信頼関係を構築し、可能な範囲での情報共有を実施することである。個人情報保護には十分配慮する必要があるが、生徒のメンタルヘルスマネジメントは危機管理の一種であり、集団守秘義務

を徹底しながら必要な範囲で情報共有を図ることが重要である。第四に十分な支援リソースの確保である。学校側の反応として「破壊行動の激しい重大な事例が出た場合の対処をどうするか」という抵抗感でアセスメント実施に至らないことが多かった。今回は希望者についてアセスメントを実施したために、非行傾向、暴力行為の激しい生徒は少なかったが、危機的状況におかれた生徒に専門機関がどう対処するか、明確な対応策を示し、相談・援助機能のアフターフォローを実施できるようにしておくことが重要である。

最後に本研究の限界と今後の展望を述べる。今回の結果は調査実施者と信頼関係が極めて深く、特別支援教育にも関心の深い中学校 1 校のみで得られた結果であり、一般化できる知見とは言えない。今後、他校におけるフィールドワークを広範に行い、「場」（状況）、「対象」（学校の特徴）、「関係性」（専門家との関係）（福田, 2002）が異なる場合のフィールドアプローチを精緻に実施することが重要である。次に、当初の目的は破壊的行動のアセスメントを実施することであった。本研究を行うにあたり、学校側には「非行行動も含めた広範なアセスメントの有効性」を説明したが、実施方法の限界と使用尺度の問題から破壊的行動の強い生徒についてのアセスメントは十分に実施できたとは言い難い。この障壁を乗り越えるには、アセスメントが破壊的行動を始めとする問題行動の早期理解と支援の実施に有効であること、そして先述した専門機関による十分なアフターフォローを実施することを学校に伝え、確実に実行することが必要となる。こうすることで“学校”（教員），“生徒”（保護者），“専門機関”（病院、相談機関等）の三者の有機的な連携構築（コラボレーション）にも寄与することが可能である。今後は

こうした点についても、フィールドワークやケーススタディ、ならびに調査を行い、さらに詳細に検討していきたいと考えている。

<文献>

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the CHILD BEHAVIOR CHECK LIST/4-18 and 1991 Profile*. VT: Department Psychiatry, University of Vermont.

American Psychiatric Association (1980). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington DC: Author.

American Psychiatric Association (2000). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text rev.)*. Washington DC: Author.

(高橋三郎・大野裕・染谷俊幸(訳) DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院.)

安藤明人 (2002). 攻撃性概念と測定方法. 島井哲志・山崎勝之(編) 攻撃性の行動科学(健康編), ナカニシヤ出版, pp.35-51.

Angold, A. & Fisher, P. W. (1999). Interviewer-based interviews. In D. Shaffer, C. P. Lucas, & J. E. Richters (Eds.) *Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology* (pp.34-64). New York: Guilford.

Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. B., & Steer, R. A. (2005). *Beck Youth Inventories second edition for children and adolescents: Manual*. TX: Harcourt Assessment.

Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. E. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorder. *American Journal of Psychiatry*, **148**, 564-577.

Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D. A., et al. (1998a). Revision and restandardization of the Conners parent rating scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **26**, 257-268.

Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D. A., et al. (1998b). Revision and restandardization of the

Conners teacher rating scale (CTRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **26**, 279-291.

Conners, C. K., Wells, K. C., Parker, J. D. A., et al. (1997). A new self-report scale for assessment of adolescent psychopathology: Factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **25**, 487-497.

DePaul, G. J., & Barkley, R. A. (1992). Situational variability of attention problems: Psychometric Properties of the Revised Home and School Situations Questionnaires. *Journal of Clinical Child Psychology*, **21**, 178-188.

Dishon, T. J., & Kavanagh, K. (2003). *Intervening in adolescent problem behavior*. New York: Guilford.

土井徹 (2005). 少年犯罪の統計. 保健医療科学, **54**, 88-93.

Elliot, D. S., Huizinga, D., & Ageton, S. S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. CA: Sage.

Eyberg, S., & Pincus, D. (1999). *Eyberg child behavior inventory and Sutter-Eyberg student behavior inventory: Professional manual*. FL: Psychological Assessment Resources.

Freeman K. (2004). Conduct disorders. M. Hersen (Ed.) *Psychological assessment in clinical practice: A pragmatic guide*. New York: Brunner-Routledge.

石隈利紀 (1999). 学校心理学—教師・スクールカウンセラー・保護者のチームによる心理教育的援助サービス. 誠信書房.

井濶知美・上林靖子・中田洋二郎他 (2001). Child Behavior Check List/4-18 日本語版の開発. 小児の精神と神経, **41**, 243-252.

Gadow, K., & Sprafkin, J. (1995). *Manual for the Child Symptom Inventory (4th ed.)*. New York: Checkmate Plus.

原田謙・今井淳子・酒井文子 (2005). 反抗挑戦性障害と行為障害の精神医学. 思春期青年期精神医学, **15**, 59-70.

Harada, Y., Saitoh, K., Iida, J., et al. (2004). The

- reliability and validity of The Oppositional Defiant Behavior Inventory. *European Child & Adolescent Psychiatry*, **13**, 185-190.
- 福田憲明 (2002). 学校アセスメント. 村山正治・鵜飼美昭 (編) 実践! スクールカウンセリング, 金剛出版, pp.49-62.
- 犬塚石夫 (編) (2004). 矯正心理学—犯罪・非行からの回復を目指す心理学— (上・下) 東京法令出版.
- 警察庁 (2006). 警察白書: 平成 18 年版. <http://www.npa.go.jp/hakusyo/>
- 清田晃生 (2007). 子どもの行動チェックリスト (Child Behavior Check List: CBCL). 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業『児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断および治療・援助に関する研究』平成 16~18 年度総合研究報告書 (主任研究者: 齊藤万比古), pp.107-110.
- Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W. B., et al. (1989). Development of a new measure of self reported antisocial behavior for young children: Prevalence and reliability. In M. W. Klein (Ed.) *Assessment of childhood disorders* (3rd ed., pp. 130-193). New York: Guilford.
- Mash, E. J., & Terdal, L. G. (1997). Assessment of child and family disturbance: A behavioral-systems approach. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.) *Assessment of childhood disorders* (3rd ed., pp.3-68). New York: Guilford.
- McMahon, R. J., & Wells, K. C. (1998). Conduct problems. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.) *Treatment of childhood disorders* (2nd ed., pp.111-207). New York: Guilford.
- 中村裕子 (2007). ニーズ・アセスメント. 日本コミュニティ心理学会 (編) コミュニティ心理学ハンドブック, 東京大学出版会, pp.400-412.
- Offord, D., Boyle, M., Racine, Y. et al. (1992). Outcome, prognosis, and risk in a longitudinal follow-up study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **34**, 499-509.
- 奥村雄介・元永拓郎 (2007). 行為障害チェックリスト. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業『児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断および治療・援助に関する研究』平成 16~18 年度総合研究報告書 (主任研究者: 齊藤万比古), pp.111-116.
- Reitman, D., & Hupp, S. D. A. (2002). Behavior problems in the school setting: Synthesizing structural and functional assessment. In M. L. Kelly, D. Reitman, & G. H. Noel (Eds.) *Practitioner's guide to empirically based measures of school behaviors*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *BASC-2: Behavior Assessment System for Children second edition*. MN: AGS Publishing.
- Shaffer, D., Fisher, P. W., & Lucas, C. P. (1999). Respondent-based interviews. In D. Shaffer, C. P. Lucas, & J. E. Richters (Eds.) *Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology* (pp.3-33). New York: Guilford.
- 杉原一昭ら (2002). 学校生活サポートテスト, 田研出版.
- 吉田敬子 (2002). 子どもの心や問題行動を見立てるための日本版精神科診断面接の開発. 日産科学振興財団 2001 年度研究助成報告書. <http://www.nissan-zaidan.or.jp/index.php>
- 吉川悟 (編) (1999). システム論から見た学校臨床, 金剛出版.