

## 特集：青少年暴力の原因究明と対策

### 子どものメンタルヘルスプロブレムの発生時期とその対応—調査票調査の提案

松田智大<sup>1)</sup>, 山口昌澄<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 国立保健医療科学院 疫学部

<sup>2)</sup> 中九州短期大学 幼児保育学科

#### Methodology of Measurement and Instrument Development for Mental Health Problems among Children and Adolescents

Tomohiro MATSUDA<sup>1)</sup>, Masazumi YAMAGUCHI<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Department of Epidemiology, National Institute of Public Health

<sup>2)</sup> Department of Childcare, Nakakyushu Junior College

#### 抄録

青少年の暴力行為とも関連しているメンタルヘルスプロブレム (MHP) への対策を講じるための調査分析は、公衆衛生の急務である。文献調査および平成13-15年度厚生労働科学研究の調査結果をもとに、小児期から思春期において発生するMHPを整理し、総合的に検討して、調査項目及び調査票を提案した。本人の内面に関する調査においては、主観と客観が食い違う場合があるので、子ども本人の主観的回答、保護者の客観的回答の両方を得て進めていくのがよいと考えられる。具体的には、日本において標準化が行われた既存の行動調査票、QOL調査票、パーソナリティ調査票等を組み合わせ、足りない部分を補うのが効率がよく現実的であろう。適切な調査票を利用することにより、短時間、低コストでMHP発症の環境要因を特定できるような大規模なコホート調査が実現する。また学校や健康診断の場面において効果的な疫学的調査やスクリーニングを行えば、早い段階での注意深い観察、サポート体制を整えた上での必要に応じた介入を試みる事が可能となる。

キーワード：子ども，問題行動，測定尺度，定量的方法

#### Abstract :

It is imperative in public health to investigate the mental health problem (MHP) of youth which is related to the increasing adolescent violence in Japan. We reviewed the MHP occurring in childhood and adolescent in the scientific articles and in the results of MHLW grants scientific research, and proposed the investigation items. In the investigation concerning the person's inner face, we should procure both a subjective answer of the child himself and an objective answer of the parents, because there are the cases where the subjectivity and objectivity discord. It is realistic to use existing validated questionnaires, the QOL and personality measurement scales for a survey. We can then complement a deficient domain by original questions. A proper investigation method and well designed questionnaires enable a survey with large-scale cohort that approaches the relationship between environmental agents and the MHP occurrence. Moreover, MHP screenings in the school or during a routine health checkup allow us to detect a MHP in early stage and to make an effective intervention.

**Keywords :** children, problem behavior, measurement instrument, quantitative investigation

#### 背景

メンタルヘルスプロブレム (Mental Health Problem, MHP) は、気分障害、統合失調症のようないわゆる精神疾患に加え、

行為障害や適応障害、反社会的行動など、精神医学においては「非精神病性精神障害」と称されるものを総括する語であり、「思考、身体、気分、行動に影響を及ぼし、また、成長における一過性の現象とは異なり、結果として個人を精神障害

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6  
2-3-6 Minami Wako, Saitama-ken, 351-0197, Japan.

者となしうる実体のある精神上の問題」と定義する。MHPは、いわゆる「問題行動」と呼ばれるものも範疇に含む広義の言葉であり、今日、臨床医学はもとより、疫学、教育学、発達心理学の分野においても非常に重要な概念である。

小児期から思春期のMHPは、精神病性のもとの同時に、個人のパーソナリティや、生活環境がその発症を促していると考えられる、非精神病性の精神障害が存在する<sup>9)</sup>。例えば、成人における心身症、神経症と呼ばれる心因的な精神疾患が、小児期から思春期においても同様にMHPとして発症することが知られており、その他には思春期危機 (Adolescence Crisis)、スチューデントアパシーや、不登校、社会的ひきこもりなどと呼ばれる適応障害も挙げることができる。このような障害の中には頻りに併発をしたり、精神病性精神障害のサインであったり、それらを進行のステップとして「重症化」したりするケースも稀ではないことから、MHPを包括的に捉えて検討していくことが重要だと考えられる。

今日、暴力行為や少年犯罪が頻りに報告されているが、それと同時に、全身倦怠感、頭痛、腹痛といった、いわば不定愁訴を持つ子どもの数の増加も観察されている。MHPの発現頻度や時期は、障害によって様々であるが、奥野らによる学校一斉調査においては、学校の保健室を利用した児童の9-14%程度に心の問題があると指摘された<sup>9)</sup>。調査期間中に受診したのは全校児童の7-10%であるが、障害の自覚があっても受診しない児童の存在も含めると、MHPが小児期から思春期において決して稀な疾患ではないということが言える<sup>9)</sup>。

本論文では、特に少年期から思春期における発症が懸念されるMHPを既発表の文献を考察して整理した上で、今後の疫学的調査票調査において、どのような方法や調査項目をもって子どものMHPを捉えていくべきかを検討する。

## 1) 平成13年度、14年度厚生労働科学研究の概要

近年、少年犯罪の増加とともに、子どもがキレ易くなったと言われる<sup>9)</sup>。その背景の解明、暴力行為に関する事例収集を目的として、厚生労働科学研究班では、平成13年度から15年度まで、首都圏の中・高校生を対象に複数の調査を行い、その結果に関して、それぞれの分野の専門家が意見を交換してきた。

平成13年度、小林・加藤らは、「キレる」に関する首都圏の中学・高校生の意識と実態および生活環境調査を実施し、首都圏(東京都、神奈川県、埼玉県)に在住の中学生2,448名、高校生2,690名、合計5,138名(男子57.9%:女子40.4%)からの有効回答を分析した<sup>9)</sup>。使用した自記式調査票は、1.性別、生年月日、家族構成等の基本的事項、2.家族、友人との関係、3.学校生活や食生活、課外活動、睡眠に関する生活習慣、4.生活の充実感や将来への希望、5.キレることに関する認識と経験、という質問群で構成され、合計41問からなる。41の質問のうち、日常の睡眠時間や、部活動の参加有無などは客観的質問で、その他においては、対象児童の主観的な回答を得ることを目的とした質問であった。調査結果から、本人の主観的な「キレ易さ」の認識と、いくつかの社会的、環境的要因との間の関連が示唆された(表1)。

これら要因は、1.朝食や睡眠時間といった客観的生活習慣、2.いじめた経験、いじめられた経験といった過去の体験、3.将来の展望に関連するパーソナリティの問題、4.家族とのコミュニケーションをはじめとする家庭環境の満足度、生活の充実度、ストレス、負担といった健康QOL (Quality of Life, 生活の質) の4つに分けられる。

平成14年度の須藤、佐藤の調査は、朝食欠食が脳への潤滑なブドウ糖の供給を阻害し、その結果として集中力の欠如、イライラ感、攻撃性の増幅が指摘されている先行研究の見解を裏付ける目的で計画された<sup>9)</sup>。都内の一貫制共学私立学校3校において、睡眠に関する生活習慣の項目と、自覚症状(眠気とだるさ、注意集中の困難、局在した身体違和感)に関する33項目、空腹感と抑うつ感それぞれ1項目の質問を用いて調査を行った。最終的に3校合計で4,122名の調査協力のもとに調査が行われ、3校に共通して睡眠時間が6時間未満のものが半数以上、朝食欠食は7.7%から14.2%と、睡眠不足や高頻度の朝食欠食といった生活習慣の乱れをうかがうことができた。統計分析の結果、それらの生活習慣と抑うつ感をはじめとする自覚症状とが関連していると考えられた。

## 2) MHPの原因

精神病性精神障害は、内因的なもの、心因的なもの、器質因的なものという大まかな区分をすることができる<sup>1)</sup>。しか

表1. キレたことがある、という回答に関連する要因

関連要因	内容
朝食	朝食を食べないものがキレ易い
睡眠時間	平日の睡眠時間が短いもの程キレ易い
負担	生活の負担を感じているもの程キレ易い
ストレス・イライラする	ストレスを感じているもの程キレ易い
自分の将来の展望	自分の将来を楽観しているもの程キレ易い
いじめられた経験	経験があるほうがキレ易い
いじめた経験	経験があるほうがキレ易い
理解してくれる人が以前いたが今いない	理解してくれる人がいなくなった、と感じているものはキレ易い
家庭環境の満足度	満足していないもの程キレ易い
家族との関係(会話)	会話が少ないもの程キレ易い
生活の充実度	充実していないもの程キレ易い

しながら、精神障害のそうした区分へのあてはめ自体、科学的に完全に明確なものではない。罹患原因が主として内因的、器質因的とされる疾患に関しても、依然、「キレル」原因として挙げたような環境要因が、発症を遅らせる、または症状を軽減させることに関与していると考えられている。平成13、14年度の厚生労働科学研究の結果と、他疾患の先行研究の結果を照らし合わせてみると、少なからず環境的要因が、キレ現象を含めたMHP全般と関連していることを窺わせる。平成12年度に行われた小児科医、臨床医へのアンケート結果においても、専門家がキレ現象を初めとしたMHPと家庭要因、社会環境要因との関連を重要視していることが判っている。

一般的に、子どもは感情的ストレスの影響を受けやすく、また逆に身体の不調が精神の不調にもつながることから、身体的疾患とMHPの関連も無視できない。同年に行われた全国一斉病院調査の結果、12,719名の対象児童のうち、5.8%に「心の問題」があると診断され、診断されたものにおいて、「だるい、疲れやすい」、「頭痛」、「吐き気」、「腹痛」の具体的症状が有意に多く見られた。

こうしたことから、MHPに関する調査での調査項目は、以下のようなモデルにまとめることが出来る。

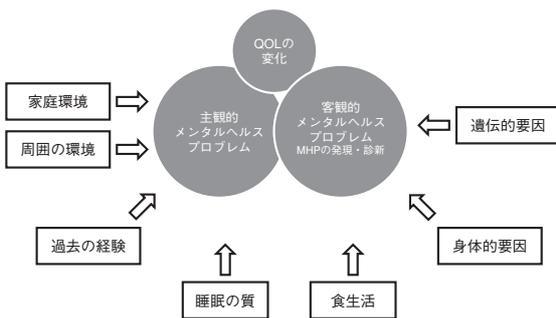


図1. メンタルヘルスプロブレム調査における要因と発現のモデル

## 調査において

### 1) 調査票と子どものMHP疫学調査のデザインに関して

公衆衛生の観点から、MHPに関する疫学的調査を大きく分け2種類のデザインで考えることができる。一つは発症のメカニズムを解明する手がかりとなる大規模集団による長期コホート研究、もう一つは疾患の早期発見を目的とした、学校や健診会場におけるスクリーニングである。

### 2) 既存尺度利用の利点

施設単位、市区町村単位での大規模な疫学調査において最も適した手法は、自記式調査票の利用である。調査にあたり、研究目的や対象者、調査者、分析方法に合わせて全ての質問事項を独自に開発して行う方法も選択肢として考えられる。しかしながら、既存の標準化された調査票を利用することで、先行研究との比較が可能となり、妥当性、信頼性、敏感性に

おいての検証する手間を省ける。既存の測定尺度や調査票を骨組みとして、足りない部分を補う形がより効率的かつ現実的である。

### 3) 分析方法を予期することの重要性

疫学的調査票に当たっては、長期に渡る調査の後、収集した情報を用いて分析をし、その解釈をするまでのデザインを念頭に置かななくてはならない。少数のフォーカスグループに対するインタビューベースの事例研究とは違い、大規模な調査対象を想定している場合には、各項目においてスコアリング（数量化）ができるような形態が適している。

MHP発症と関連する環境要因の探索を目的とする調査結果の分析方法は、MHPの有無や、重症度などを従属変数、家庭環境、QOL、パーソナリティ、身体的情報などを独立変数として設定して、回帰分析や対応分析、それに付随するクラスター分析が適している。その結果、MHPの有無に関連する要因や、調査票の回答パターンを分析した上で、対象者である子どもを行動、パーソナリティ、QOL等でタイプ別に分類し、公衆衛生行政に役立てることが出来る。また出生から発症までの期間に着目した生存分析的なアプローチや、潜在成長曲線モデルなどの縦断分析に適した統計分析も考えられる。

### 4) 調査項目

被験者の負担や調査のコスト等とのバランスを考えた上で、実現可能かつ詳細・多次元な構成の調査票が理想である。子どもに限らず、成人においてもMHPでは客観的にはまったく症状が見受けられないが、本人は疾患に苦しんでいる場合や、本人に主観的な病識がないものの、周囲から見ると、言動が明らかに一定の疾患を示している場合も多い。子ども本人の主観的回答、保護者の客観的回答の両方を得て進めていくのがよい。

- 保護者、教育従事者、警察、鑑別所等回答の調査
  1. 基本事項
  2. MHPの有無
  3. 妊娠時から現在までの子ども・家庭の様子、経験
- 子ども本人回答の調査
  4. 基本事項
  5. 客観的生活習慣
  6. 本人のパーソナリティ
  7. QOL
- その他補助的情報
  8. 身体・臨床的情報
  9. 地域の犯罪
- 保護者、教育従事者、警察、鑑別所等回答の調査

### 1. 基本事項

基本事項として、年齢、性別、家庭の状況（家族構成、同居家族）、住所地の地理的条件（商工業地域であるか、農漁村地域であるか、など）、喫煙・飲酒習慣を調査する。

### 2. MHPの有無

MHPの有無に関しては、各精神疾患に特化したスクリーニング目的のテストもあるが（例：Louisville Fear Survey for Children<sup>8)</sup>）、暴力行為（キレ経験）を含むMHPを総合的にとらえる質問事項を含むことが望まれることから、オーストラリアでの調査でも用いられている、Child Behaviour Checklist (CBCL<sup>9,10)</sup>がMHPの疫学調査に適していると考えられる。

2001年に改定された最新版のCBCL for ages 6-18は子どもの問題行動傾向を広く把握できる尺度であり（合計201項目）、1) 内的問題（不安、抑鬱など）、2) 外的問題（非行、暴力など）、3) 全体的問題という包括的な基準の他に、特異的な項目として、1) 身体的な問題の訴え、2) 非行尺度、3) 注意力尺度、4) 暴力尺度、5) 社会問題尺度（友人関係など）、6) 内向性尺度 7) 不安抑鬱尺度、8) 思考問題尺度（異常な行動、思考など）の8つの基準で、保護者（両親、家族、教育従事者）が回答する。測定結果は、それぞれの下位尺度においてスコアを計算し、グラフ上で、MHP問題なし、境界域、問題ありのどの領域に位置するかを把握することができる。この調査票では、クラブ活動や趣味、友人の多さ、といった項目も記録することが可能である。

日本においては、坂野・上林らが、旧版であるCBCL/4-18の日本語への翻訳に携わり、完成した質問票をいくつかの調査で利用している<sup>11)</sup>。英語の最新版には、マークシート式の解答用紙、自動採点するコンピュータプログラムが開発されており、大規模調査においても効率よく集計ができるようになっている。

### 3. 妊娠時から現在までの子ども、家庭の様子、経験

保護者もしくは施設が、当該児童に関して、妊娠時、乳児期、幼児期、学童期における子どもの発育の様子や、家族構成、両親の職業や経済状態といった家庭の状況について一貫した調査項目をもって時系列的に記録する。家族構成の変遷に関しては、特に、幼少時代に両親がいたかどうか、両親がいなければ祖父母や親戚などがいたかどうか、学校から帰宅後もしくは週末に一人である時間がどのくらいであったか、という点に注意して情報を収集する。また平成13年度調査の結果を考慮すれば、加害・被害の両面においていじめ体験の有無をその経験時期とともに調査することも重要かもしれない。

いわゆる「思い出しバイアス」のために、過去を振り返って記入した家庭環境や成育状況は、科学的根拠としてはほとんど意味をなさないものとされている。今後の研究においても、MHP発症の一因として成育環境を考慮する場合には、長期的なコホート調査のデザインにて、実時間的記録を取る

べきであろう。何らかの理由で過去のことを思い出して記入するような横断的なデザインを採用せざるを得ない場合には、当時の気分等の主観的な項目をできるだけ避け、現存する資料などから推測しうる客観的な項目を測定すべきである。

### ● 子ども本人回答の調査

#### 4. 基本事項

基本事項として、年齢、性別、家族構成のほかに、MHP発症のリスク要因として注目されている「持ち家か否か」、「家の部屋数」、「自室の有無」を家庭環境要因として挿入する。

#### 5. 客観的生活習慣（食生活、睡眠の質）

近年、疾患の発現や、QOLへの影響要因の一つとして睡眠の質が注目されており、日本でも、2000年に世界的に有名なピッツバーグ睡眠調査票の日本語訳が行われ<sup>12)</sup>、多分野において幅広く利用されている。睡眠と同時に、欠食や栄養摂取などとMHPの関連を疑う先行研究は数多くあり、前述のとおり平成14年度の須藤・佐藤の調査においても、疲労や抑鬱の自覚症状と朝食欠食との関連が明らかになっている<sup>6)</sup>。一般的に、乱れた生活習慣は非行などの逸脱行為とMHPとは相関が見られ、家庭環境や学校生活の指標ともなることから、「因果関係の時間性」は明らかになっていないまでも、今後も慎重に生活習慣と精神障害との関連を観察していく必要がある。具体的には、朝食、外食、間食の摂食状況を調査し、また家族と一緒に食事を摂るかどうかの確認を行う。

#### 6. パーソナリティ

現行の標準化されたパーソナリティ・テスト（Y-G, MMPIなど）の多くは、項目数も100問以上と多く、被験者の負担など実施上の困難をとまう。それに比してTEG（東大式エゴグラム）は、全55問と項目数も少なく（所要回答時間は15分程度）、医療・教育・産業等の場面において幅広く利用されている<sup>13)</sup>。エゴグラムとは、「個人のパーソナリティの各自が状態同士の関係と、外部に放出している心的エネルギーの量を評価し、それを棒グラフで表したもので、自我状態は、「感情及び思考、さらにはそれらに関連した一連の行動様式を総合した一つのシステム」と定義されている。回答は、はい、どちらでもない、いいえの3つのうちから選択し、それぞれの「自我状態」（CP：批判的親の自我状態、NP：養育的親の自我状態、A：理解・判断の自我状態、FC：自由な子ども、AC：順応した子ども）の合計得点を計算して評価する。このテストは、特性的にも類型的にも比較的簡便に結果の診断ができ、少ないコストで多くの有益な情報が得られることで知られている。

小学校1年生から高校2年生を対象とした小児ANエゴグラムも開発されており、子どものMHP研究の対象となるような幅広い若年齢層に対して実施・診断が可能である。また

CBCL同様、マークシートの活用も可能で、大規模調査においての使用にふさわしい。

## 7. QOL

QOLを測定する試みは80年代から行なわれており、代表的な方法として質問票を用いた測定法がある。現在では日常生活におけるQOLを一般人口において測定することを目的として開発された包括的QOL測定尺度、主に臨床試験や医学的介入によるQOLの変化を観察することを目的とした疾病特異QOL尺度の2種類が存在し、研究によって標準化されたものが多く存在する。QOLの尺度の大半は複数の質問による多次元評価であり(例:身体, 社会, 精神など), キレ経験との関連が考えられる, 生活への満足度や, 家族とのコミュニケーション, 将来への希望などを調査においてカバーすることができる。

子どもにおけるQOL研究は, 英のC. Eiser, 米のJ.M. Landgrafがその中心となって90年代初頭より精力的に行なわれており<sup>14,16)</sup>, 子ども向けの包括的QOL尺度の開発も進められている。代表的な尺度で, ある程度広範囲な年齢層を対象とするものには, CHQ<sup>17)</sup>, PedsQOL<sup>18)</sup>, Nordic Quality of Life Questionnaire for Children<sup>18)</sup>, KINDL<sup>19)</sup>等が存在し, 世界的に最も利用されている子ども向けのQOL尺度はCHQである。オーストラリアでの青少年に対する大規模なメンタルヘルスの調査では, 両親が測定したCHQのスコアが利用されている<sup>20)</sup>。KINDLをはじめとして日本語に翻訳されているものはいくつかあるが, その信頼性や妥当性が大規模の対象で検証されたものは皆無であることから, 調査と同時に, 調査票の翻訳・検証作業を盛り込むことが期待される。

長期に渡り子どもの主観を捉えるには, 成長によるレスポンスシフト(応答変移, 価値観の変容)を考慮に入れる必要があるが, 価値観の変容を捉えるSEIQol (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)のような個別尺度で子ども向けのものが存在しないことから<sup>21)</sup>, 統計モデルで対応しなければならないであろう。

## ● その他の補助的情報

### 8. 身体・臨床的情報

小児期・思春期における適応障害では, 心身の相関が注目されており, 気管支喘息, 起立性調節障害, 虚弱体質, 肥満などが問題となっている<sup>22)</sup>。こうした身体的疾患が, その子どもの精神状態に影響を及ぼすことが推察されることから, 小児期から思春期におけるMHPを調査する場合には, 精神, 社会環境, 家庭といった要因のほかに, 身体的な情報を収集することが重要となる。定期健康診断の結果をはじめ, 既往症や家族歴などの情報を収集しなければならない。

### 9. 環境要因

少年非行と適応障害との関連は双方向に可能性があり, 注目される<sup>23)</sup>。具体的には, 殺人, 傷害, 窃盗, 強制わいせつ

など, 本人の刑法犯の補導歴や, 家出, 飲酒・喫煙といった社会的逸脱行為経験との関連が問題となるであろう。前述のCBCLを利用して本人や家族の経験を調査することに加えて, 調査地区におけるマクロ的なプロフィールを地域環境要因として比較に用いることでMHPとの関連を分析することもできる。

## まとめ

MHPの原因究明とその治療予防対策の策定に寄与する研究, MHPを早期に発見し適切な治療につなぐスクリーニング的研究には, 適切かつ効果的な調査票を利用することにより, 短時間, 低コストで広範囲にわたる調査が可能となる。予防介入プログラムの評価や, 対象児童の感情の経時的変化や散発的な症状は, 横断的な研究で行なうことは困難であることから, 縦断研究のアプローチが必要である。

MHPの原因や環境要因を解明する調査の実施と同時に, その予防や環境改善の実現を進めていく必要がある。精神障害に対する偏見や差別を無くすことと併せ, MHPはごく一般的に発症しうる疾患であること, 効果的な治療を施すことにより完治・軽快が期待できること, などの事実を社会に浸透させる。MHPを患っても, 本人もしくは周囲のものが早期においてMHPの兆候を発見し, 躊躇, 抵抗なく診察, 相談ができるような社会の風潮を作り, 学校と医療福祉施設間のネットワークを緊密にしていかなければならない。乳幼児期のMHP予防介入としては妊婦の精神的負担を軽減し, 夫婦が自らの望む形で満足して人間的に出産できる環境を作っていくことに加え, 産後の両親および新生児のメンタルヘルス問題についての情報提供を行う。良好な家族関係を維持するためには両親の職場環境のサポート, また射幸心をあおり, 消費を促すような社会を改め家族や人間関係中心の価値観の形成にも尽力する必要があるであろう。法的な面からは, 薬物, アルコール等の取り締まりや, 劣悪な生活環境におかれている子どもを, 速やかに救済することができるような法制度の整備が急がれる。家庭や教育機関だけでは, 子どもを心理的にサポートする機能を果たせない場合に精神保健福祉士(PSW)をはじめとするソーシャルワーカーの活用も一つの選択肢である。

近年急速に発達しているMRI, PET等の画像診断技術により, 脳における糖代謝や, 血流の異常を敏感に捉えることができるようになった<sup>24)</sup>。アルツハイマー病をはじめとする精神疾患への技術応用が本格化される中, 本論文で提案したような調査研究の結果に併せて, 小児・思春期における脳器質の変成, 脳機能の変化を主因とするMHPの診断やその原因究明において, その役割が期待される。今後は, 発現機序を解明する基礎医学, 個々の症例の治療・ケアにあたる臨床医学, 集団を対象とする疫学, さらに社会学, 心理学等の分野が互いの垣根を取り払い共同で問題に取り組んでいく必要があるであろう。

## 文献

- 1) 山下格. 精神医学ハンドブック—医学・保健・福祉の基礎知識. 東京: 日本評論社; 1997.
- 2) 山縣然太朗. 心身症, 神経症等の実態把握の全国調査の解析. 厚生科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業「心身症, 神経症等の実態把握及び対策に関する研究」(主任研究者: 奥野晃正) 平成 10-12 年度総合研究報告書. 2001.p.326-73.
- 3) 菅原ますみ. 学童における精神疾患の出現頻度とその発生要因. 厚生省精神・神経疾患研究「神経疾患及び精神疾患の発症要因に関する疫学的研究」6・7・8 年度研究報告書. 1997. p.5-9.
- 4) 宮下一博, 大野久. キレル青少年の心 - 発達臨床心理学的考察. 京都: 北大路書房; 2002.
- 5) 小林正子, 加藤則子. 《キレル》に関する首都圏の中学・高校生意識と実態および生活環境調査からの検討. 厚生科学研究費補助金厚生科学特別研究事業「思春期の暴力行為の原因究明と対策に関する研究」(主任研究者: 小林秀資) 平成 13 年度研究報告書. 2002. p.17-149.
- 6) 須藤紀子, 佐藤加代子. 中学・高校生の朝食摂取と午前中の自覚症状に関する調査. 厚生科学研究費補助金厚生科学特別研究事業「思春期の暴力行為の原因究明と対策に関する研究」(主任研究者: 小林秀資) 平成 14 年度研究報告書. 2003. p.9-82.
- 7) 奥野晃正. 心身症, 神経症等の実態把握及び対策に関する研究. 厚生科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業「心身症, 神経症等の実態把握及び対策に関する研究」(主任研究者: 奥野晃正) 平成 10-12 年度総合研究報告書. 2001. p.326-73.
- 8) Miller LC. Method factors associated with assessment of child behavior: fact or artifact? *J Abnorm Child Psychol* 1976;4:209-19.
- 9) Achenbach TM. Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
- 10) Achenbach TM, Edelbrock CS. Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monogr Soc Res Child Dev* 1981;46:1-82.
- 11) Kawashima H, Iiyama M, Kashiwagi Y, Aritaki K, Uejima H, Takami T, Numabe H, Takekuma K, Hoshika A. Children Behavior Checklist (CBCL)/2-3 in children with febrile episodes under 3 months of age and enterovirus infection. *Pediatr Int* 2002;44:341-3.
- 12) Doi Y, Minowa M, Uchiyama M, Okawa M, Kim K, Shibui K, Kamei Y. Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects. *Psychiatry Res* 2000;97:165-72.
- 13) 東京大学医学部心療内科 TEG 研究会. TEG: 解説とエングラム・パターン. 東京: 金子書房; 2002.
- 14) Eiser C, Mohay H, Morse R. The measurement of quality of life in young children. *Child Care Health Dev* 2000;26:401-14.
- 15) Eiser C, Morse R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assess* 2001;5:1-157.
- 16) Landgraf JM, Abetz LN. Measuring health outcomes in pediatric populations: Issues in psychometrics and application. In: Spilker B, ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. p. 793-802.
- 17) Landgraf JM, Maunsell E, Speechley KN, Bullinger M, Campbell S, Abetz L, Ware JE. Canadian-French, German and UK versions of the Child Health Questionnaire: methodology and preliminary item scaling results. *Qual Life Res* 1998;7:433-45.
- 18) Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL. Measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care* 1999;37:126-39.
- 19) Ravens-Sieberer U, Gortler E, Bullinger M. [Subjective health and health behavior of children and adolescents—a survey of Hamburg students within the scope of school medical examination]. *Gesundheitswesen* 2000;62:148-55.
- 20) Sawyer MG, Arney FM, Baghurst PA, Clark JJ, GBW, Kosky RJ, Nurcombe B, Patton GC, Prior MR, Raphael B, Rey J, Whaites LC, SRZ. Child and adolescent component of the National Survey of Mental Health and Well-Being. Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.
- 21) McGee HM, O'Boyle CA, Hickey A, O'Malley K, Joyce CR. Assessing the quality of life of the individual: the SEIQoL with a healthy and a gastroenterology unit population. *Psychol Med* 1991;21:749-59.
- 22) 灰田美知子, 奥平博一, 須甲松伸. 気管支喘息患者の症状と心理の相関について COPD 臨床心理研究班調査. *Progress in Medicine* 1991;11:2807-10.
- 23) 土井徹. 【少年犯罪と攻撃性の心理】 県別にみた少年犯罪 (14-19 歳) 検挙人員の対人口割合. *思春期学* 2001;19:248-59.
- 24) Chetelat G, Desgranges B, de la Sayette V, Viader F, Eustache F, Baron JC. Mild cognitive impairment: Can FDG-PET predict who is to rapidly convert to Alzheimer's disease? *Neurology* 2003;60:1374-7.