

平成23年5月27日現在

期間番号：13802

研究種目：若手研究（B）

研究期間：2009～2010

課題番号：21791127

研究課題名（和文）

ブラジル系移民の乳幼児における生育環境と
認知機能の発達の疫学的関連探索研究

研究課題名（英文）

Mental Health Status Among School Students from Foreign Countries
– An Epidemiological Study Conducted in A City with A Large Community of
South Americans –

研究代表者

村木 紘子（MURAKI Hiroko）

浜松医科大学・子どものこころの発達研究センター・特任研究員

研究者番号：80535576

研究成果の概要（和文）：

目的 外国籍の子どもたちの生活支援、特にメンタルヘルスに関する支援は往々にして不足しがちである。今回、浜松市内の外国人学校に在籍し、不登校もしくは何らかのメンタルヘルスの問題を抱える児童の実態を把握し、支援のための基礎資料とする。

方法 浜松市西区の南米系外国人学校（ムンド・デ・アレグリア）に在籍する4～17歳の児童・生徒（ブラジル・ペルー人）166名（うち女性76名）に対し、教員評定による「生活の困難さ評価尺度」であるSDQ（Strengths and Difficulties Questionnaire）を施行した。

結果 166名中、SDQに基づく評価で「要精査」に該当する児は20名、12%であった。「要精査」の割合は、男女、年齢ごとに大きく異なっていた。4～10歳では男児が女児より有意に「要精査」となる割合が高かったが、11～14歳では男女とも10%を越す高い「要精査」率を示し、また男女差は有意ではなかった。困難の領域ごとに解析すると、情緒（不安・抑うつ）から「要精査」となった児において、教員の評価と実際の学習の困難度に関係（後者が高くなる傾向）が認められた。

一方、不登校の9名はいずれもSDQによって「要精査」とは判定されなかった。彼らの不登校の背景にあったものは、それまでの日本人学校における不適応であり、SDQで評価されるメンタルヘルスの問題ではないことが示された。

結語 外国人学校の子どもたちには、低年齢からさまざまなメンタルヘルスの問題が高頻度に認められた（全体で12%が要精査）。児に対する支援の必要性は、教員の感ずる支援の必要性とずれが見られ、特に抑うつ・不安などの情緒の問題についてそのずれが大きくなる傾向が明らかであった。

研究成果の概要（英文）：

Objective: Mental health of foreign-born school-age students are generally regarded as poor in Japan. To estimate need for mental health support among those children, we examined mental health as well as related factors including school-readiness of children of a school for Latin-American children in Hamamatsu, Japan.

Method: The participants were 166 children (age: 4 to 17 years, male-female ratio: 90:76), including 41 Peruvians and 125 Brazilians. To assess mental health and school-readiness, we adopted the Strengths and Difficulties Questionnaire, scored by teachers in charge of the participating children.

Results: Among 166 children, 20 children (12%) were considered to have mental health problem. For those aged 4 to 10 years, boys showed a significantly higher proportion of those with the problem than

did girls. However, the proportion was high and showed no difference between boys and girls. The detail analysis of mental health problems indicated that those with definite emotional problems (anxiety and depression), in spite of a low percentage among the participating children (2%), were more likely to have difficulties in learning (42%) than was thought by the teachers in charge (22%). Among children showing “absenteeism” (N=9), no children were assessed to have mental health problem. The reasons for absenteeism were thought to derive from language difficulties in a former school.

Conclusion: Proportion of those with mental health problem that is required to be intervened is high (12%) in children at a school for foreign-born students. The demand for help or intervention for those children should be considered higher than teachers would estimate.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2009年度	2,100,000	630,000	2,730,000
2010年度	1,200,000	360,000	1,560,000
総計	3,300,000	990,000	4,290,000

研究代表者の専門分野：精神医学

科研費の分科・細目：社会精神医学

キーワード：疫学、メンタルヘルス、在日外国人、子ども

1. 背景

国外移住という行動には、出身国を離れざるを得ない複雑な個人的、社会的背景とともに、時に言葉も通じない他国に定着する上での多大なストレスが伴う。移民のメンタルヘルスは一般に低い水準にあるとの Bhugra (2004) の指摘は一面で正しく、実際、難民として西欧にたどり着いた移民には、メンタルヘルス上の重大な懸念(たとえば、外傷後ストレス性障害の有病率が約 10%)のあることが一致して指摘されている (Fazel et al., 2005)。ところが、移民の子どものメンタルヘルスの調査結果には、細かな差異を別にすれば、興味深い一致傾向がある。すなわち、移民の子どもは、移住先の現地の子どもと比べて、メンタルヘルスの水準に大きな差がないという (Pumariega et al., 2005, Vollebergh et al., 2005 による)。しかし、この見解は、近年のわが国における外国籍の、特に「外国人集住都市」の子どもの実態と一致していないのではないかと考えられる。これは、かの国々と我が国の移民政策の違い以外にも要因がある。

入国管理統計よれば、近年、海外から年 8-10 万人ほどの労働人口の流入超過が続いている。「デカセギ」とよばれる、20-30 歳代を中心とした南米移住日本人子孫の流入が中心であり、東海道ベルト地帯の製造業都市で働き、高い定着度を示している (国勢調査、2002; OECD 2006)。これにともなって、「呼び寄せ移民」および日本での出産が急激に増えており (加藤、2004)、外国籍の子どもの数の急増につながっている。一方で、子どもたちが日本語を学ぶ機会は極めて限られており、日本の公立学校に通い日本語を学んでいる子どもでさえ、その 3 割は勉強についていけないという (朝日新聞、2006 年 5 月 25 日)。高等教育への機会も限られ、統計からは高校進学率が非常に低いことが推察される (文部科学省、2005)。以上から、外国人集住都市における外国籍の子どもの日本への適応を促す態勢の不備、すなわちニーズに対するサプライの不足は明らかであり、このことが翻ってメンタルヘルスへの負の影響を与える可能性が浮かび上がる。

これに関連して、浜松市はわが国最大の南米国籍者の集住都市である。ブラジル人 1 万 3 千人をはじめとして、ペルー人 2 千人が暮らしているが (HICE, 2011)、人口動態は極めて流動的であり、労働力の定着度も低い。したがって、その子どもの学校への定着度も同様に低く、就学→退学→転校→就学→…のようなかたちで浜松市をはじめとして東海道ベルト地帯の学校を転々とするのが珍しくない。すなわち、南米国籍者の子どもの教

育機会の不備とともに、先に述べたメンタルヘルスにさらに負荷がかかることは想像に難くない。

以上のように、南米系外国人の子どものメンタルヘルスは良好な状態にあるとは考えにくい。この問題が行動化 (不法行為など) に結びつけば、解決は一層困難となり、また政治的なバイアスがかかることで不幸な顛末 (たとえば移民排斥運動など) をたどることもまれではない (Keen et al., 2010)。そこで、本研究では、南米系外国人の子どもの現状を正しく把握し、その対策の基礎資料とすることを旨とする。

2. 研究の目的

南米系外国人の子どもの対象にした調査を行い、疫学的手法を用いて、メンタルヘルスと適応 (困難) および就学状況との関連を解析する。

3. 研究の方法

外国人集住都市である、浜松市内の民間外国人学校 (学校法人ムンド・デ・アレグリア) において、幼稚園～高校級に相当する幼児、児童、生徒を対象とした疫学調査を行った。166 名のペルー・ブラジル籍の全対象者について、質問紙を用いた担任教員による評価をおこなった。評価に用いた質問紙には、年齢、性別など人口統計学的情報のほか、スペイン語版またはポルトガル語版 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997; 2001) を採用した。SDQ は、25 項目からなる質問紙である。25 項目は 0~2 点で評点され、5 領域に分けられる。すなわち、情緒 (抑うつと不安)、行為 (非行と衝動性)、注意欠陥、友人関係、向社会性を評価する。このうち 4 領域 (情緒、行為、注意欠陥、友人関係) の評点はメンタルヘルス・行動特性を反映するものと考えられ、最高 40 点となる評点において 13 点以上であると「要観察 (Some Need)」、16 点以上であると「要支援 (High Need)」と判定される。一方、向社会性の評点は望まれる適応力を反映するものと考えられ、10 点満点のうち 6 点以上であると「適応力あり」と判定される (松石ら、2009 の基準を一部改変)。

統計解析には、Stata Version 10.1 を用いた。

4. 研究成果

(1) 調査票のあらまし

SDQ は、以下の構成となっており、それぞれ、過去の約半年間を振り返り、以下の 25 項目の質

問に対して「当てはまらない」:0点、「まあ当てはまる」:1点、「当てはまる」:2点の3段階で回答する。

表 1. SDQ のあらまし

「情緒」評価の質問項目
頭がいたい、お腹がいたい、気持ちが悪いなどと、よくうたえる
心配ごとが多く、いつも不安なようだ
おちこんでしずんでいたり、涙ぐんでいたりすることがよくある
目新しい場面に直面すると不安ですがりついたり、すぐに自信をなくす
こわがりで、すぐにおびえたりする
「行為」評価の質問項目
カッとなったり、かんしゃくをおこしたりする事がよくある
素直で、だいたい大人のいうことをよくきく(逆転項目)
よく他の子とけんかをしたり、いじめたりする
よくそをついたり、ごまかしたりする
家や学校、その他から物を盗んだりする
「注意欠陥」評価の質問項目
おちつきがなく、長い間じっとしてられない
いつもそわそわしたり、もじもじしている
すぐに気が散りやすく、注意を集中できない
よく考えてから行動する(逆転項目)
ものごとを最後までやりとげ、集中力もある(逆転項目)
「友人関係」評価の質問項目
一人でいるのが好きで、一人で遊ぶことが多い
仲の良い友だちが少なくとも一人はいる(逆転項目)
他の子どもたちから、だいたい好かれているようだ(逆転項目)
他の子から、いじめの対象にされたり、からかわれたりする
他の子どもたちより、大人という方がうまくいくようだ
「向社会性」評価の質問項目
他人の気持ちをよく気づかう
他の子どもたちと、よく分け合う(おやつ・おもちゃ・鉛筆など)
誰かが心を痛めていたり、落ち込んでいたり、嫌な思いをしているときなど、すすんで助ける
年下の子どもたちに対してやさしい
自分からすすんでよく他人を手伝う(親・先生・子どもたちなど)

(2) 対象者の概要

166 名の対象者の内訳は、表 2、表 3 のようである。

表 2. 対象者のあらまし:年齢と性別

	男児	女児
4-7 歳	37	22
8-10 歳	16	17
11-14 歳	22	22
15-17 歳	15	15
全数	90	76

表 3. 対象者のあらまし:年齢と母国語

	スペイン語 (ペルー系)	ポルトガル語 (ブラジル系)
4-7 歳	10	49
8-10 歳	5	28
11-14 歳	17	27
15-17 歳	9	21
全数	41	125

表 4. 対象者のあらまし:年齢と在籍級

	「幼児」 クラス	「通常」 クラス	「虹の架 け橋」*
4-7 歳	29	31	2
8-10 歳	1	29	3
11-14 歳	0	42	2
15-17 歳	0	28	2
全数	30	130	9

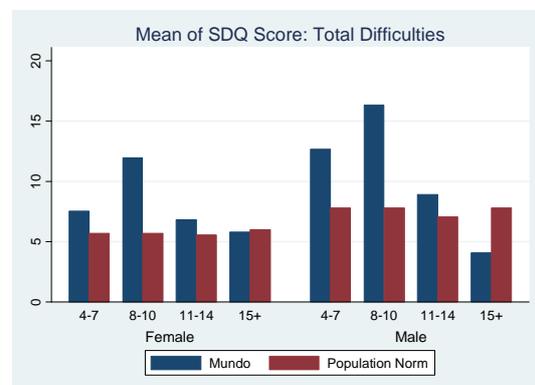
*「虹の架け橋」クラスは、文部科学省の支援により、不登校児のために用意された学級である。

(3) メンタルヘルスと向社会性(適応)、要支援の判定

A. メンタルヘルス

図 1 に、各年齢層ごとのメンタルヘルス関連 4 項目の総点の平均を示した。オーストラリアにて発表された標準データと比し、4-7 歳および 8-10 歳の 2 層において、高い平均点を示した。

図 1. SDQ のうち、メンタルヘルス関連 20 項目の総点を、男女・年齢ごとに平均したもの。対象者(青)と標準データ(赤: Mellor, 2005)を比較して示した。



メンタルヘルス関連 20 項目総点 40 点のうち、16 点以上である「要支援」の児の数および割合は表 5~7 のようであった。

この結果から、本研究の対象者では低年齢層にメンタルヘルスの問題が多く集積していることがわかった。男女別にみると、男児では 15 歳以上を除く各年齢層に要支援児が見られ、20% 近かったこと、女児では低年齢よりも思春期以降（ただし 15 歳以上を除く）に要支援児がより多いこと、ただし要支援児の割合は男児よりも低かったことが示された。

表 5. 対象者のうち 16 点以上の「要支援」児

	人数	各年齢層の総数に対する割合
4-7 歳	8	14%
8-10 歳	5	15%
11-14 歳	7	16%
15-17 歳	0	0%
全数	20	12%

表 6. 男児のうち 16 点以上の「要支援」児

	人数	各年齢層の総数に対する割合
4-7 歳	8	22%
8-10 歳	4	25%
11-14 歳	4	18%
15-17 歳	0	0%
男児全数	16	18%

表 7. 女児のうち 16 点以上の「要支援」児

	人数	各年齢層の総数に対する割合
4-7 歳	0	0%
8-10 歳	1	6%
11-14 歳	3	14%
15-17 歳	0	0%
女児全数	4	5%

B. 精神障害が示唆される児

SDQ のメンタルヘルス 4 領域得点を利用して、精神障害診断を示唆する指標を計算するモジュールが開発されている (Goodman, 2001)。これを利用して、以下の 3 障害の診断の可能性が示唆される (原文では probable となっている) 児の割合を以下の表 8~16 にまとめ、検討した。

★なお、3 障害とは、情緒障害 (Emotional disorder、大うつ病障害および不安障害を含む)、注意欠陥多動性障害、行為障害である。その診断の妥当性は、有名な評価尺度である Child Behaviour Checklist と比較しても優れているという報告がある (Goodman & Scott, 1999)。

その結果は深刻なものであった。

情緒障害 (大うつ病性障害または不安障害) の可能性が示唆される児の割合は、全体として 4% 程度であり、顕著な男女差は認められなかったが、男児の低年齢層、女児の高年齢層にやや多くみられる傾向が観察された。

注意欠陥多動性障害の可能性が示唆される児の割合は、全体で 10% に上った。男児で 15%、女児で 4% と、男女差が顕著であったが、男児で年齢とともにその割合が低下する様相を示したのに対し、女児ではそれが観察されなかった。

行為障害のデータは最も深刻であった。対象者全体で 30% に障害が認められる可能性が示唆された。男女差も顕著であった一方、傾向として、男児において年齢とともにその頻度が大きく低下する一方、女児における年齢に沿った低下傾向はより小さかった。

しかしながら、この結果の解釈には若干慎重さが必要である。なぜなら、表 5~7 で示された結果、すなわち、4 領域の総得点から示唆される「要支援」性と整合性を欠き、overestimate された値である可能性が考えられるからである。

表 8. 情緒障害児の可能性が示唆される児

	人数	各年齢層の総数に対する割合
4-7 歳	2	3%
8-10 歳	1	3%
11-14 歳	3	7%
15-17 歳	1	3%
全数	7	4%

表 9. 男児のうち、情緒障害の可能性が示唆される児

	人数	各年齢層の総数に対する割合
4-7 歳	2	5%
8-10 歳	1	6%
11-14 歳	0	0%
15-17 歳	0	0%
男児全数	3	3%

表 10. 女児のうち、情緒障害の可能性が示唆される児

	人数	各年齢層の総数に対する割合
4-7 歳	0	0%
8-10 歳	0	0%
11-14 歳	3	14%
15-17 歳	1	7%
女児全数	4	5%

表 11. 注意欠陥多動性障害の可能性が示唆される児

	人数	各年齢層の総数に対する割合
4-7 歳	9	15%
8-10 歳	6	15%
11-14 歳	3	7%
15-17 歳	0	0%
全数	17	10%

表 12. 男児のうち、注意欠陥多動性障害の可能性が示唆される児

	人数	各年齢層の総数に対する割合
4-7 歳	8	21%
8-10 歳	4	25%
11-14 歳	2	9%
15-17 歳	0	0%
男児全数	14	15%

表 13. 女児のうち、注意欠陥多動性障害の可能性が示唆される児

	人数	各年齢層の総数に対する割合
4-7 歳	1	4%
8-10 歳	1	5%
11-14 歳	1	4%
15-17 歳	0	0%
女児全数	3	4%

表 14. 行為障害の可能性が示唆される児

	人数	各年齢層の総数に対する割合
4-7 歳	20	33%
8-10 歳	15	45%
11-14 歳	11	25%
15-17 歳	4	14%
全数	50	30%

表 15. 男児のうち、行為障害の可能性が示唆される児

	人数	各年齢層の総数に対する割合
4-7 歳	15	40%
8-10 歳	9	57%
11-14 歳	7	32%
15-17 歳	2	13%
男児全数	37%	37%

表 16. 女児のうち、行為障害の可能性が示唆される児

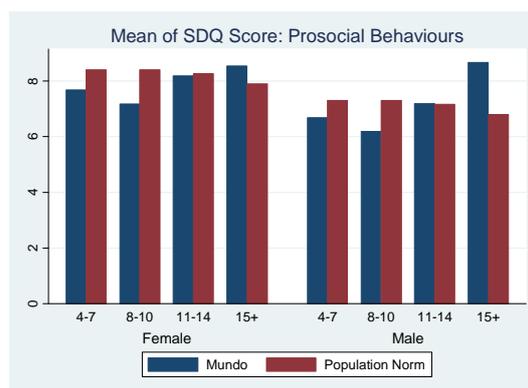
	人数	各年齢層の総数に対する割合
4-7 歳	5	23%
8-10 歳	6	25%
11-14 歳	4	18%
15-17 歳	2	13%
女児全数	17	22%

C. 向社会性 (適応)

SDQ の向社会性分野(5 項目)の得点から、対象児の向社会性について検討した。

まず、図 2 に、各年齢層ごとの向社会性総点の平均を示した。オーストラリアにて発表された標準データと比し、4-7 歳および 8-10 歳の 2 層において、わずかに低い平均点を示した。すなわち、この 2 年齢層において適応力が低下している可能性が示唆される。

図 2. SDQ のうち、向社会性 5 項目の総点を、男女・年齢ごとに平均したもの。対象者 (青) と標準データ (赤: Mellor, 2005) を比較して示した。



ついで、向社会性得点が 4 点以下である「要支援」児の割合は、以下の表 17-19 のようであった。

この結果は、全対象者のうち 25% に何らかの支援が必要であることを示唆するとともに、「要支援」児の割合に男女差が認められた。これは、メンタルヘルス 4 領域総得点から得られた結果 (表 5-7) と類似しているが、その結果よりも「要支援」児の割合が高い。

表 17. 対象者のうち 4 点以下の「要支援」児

	人数	各年齢層の総数に対する割合
4-7 歳	17	29%
8-10 歳	11	33%
11-14 歳	10	23%
15-17 歳	3	10%
全数	41	25%

表 18. 男児のうち4点以下の「要支援」児

	人数	各年齢層の総数に対する割合
4-7 歳	12	32%
8-10 歳	6	38%
11-14 歳	7	32%
15-17 歳	2	13%
男児全数	27	30%

表 19. 女児のうち4点以下の「要支援」児

	人数	各年齢層の総数に対する割合
4-7 歳	5	23%
8-10 歳	5	29%
11-14 歳	3	14%
15-17 歳	1	7%
女児全数	14	18%

そこで、「要支援」の判断に当たり、メンタルヘルス4領域総得点による判定と、向社会性（適応力）得点による判定の整合性を検討した。その結果、メンタルヘルスによる判定と向社会性（適応力）による判定にはかなりの程度の不整合があることが示された（表20～22）。それぞれが対象児の行動特性や心性の別々の側面を測定していることに基づく不整合であることが示唆された。ただし、メンタルヘルス4領域総得点と向社会性得点の相関においては、中等度の相関が示されている（図3, $r = -0.56, p < 0.001$ ）。

表 20. 2つの判定の適合度

メンタルヘルスによる判定	向社会性による判定	
	支援不要	要支援
支援不要	93	19
要支援	32	22

表 21. 男児における2つの判定の適合度

メンタルヘルスによる判定	向社会性による判定	
	支援不要	要支援
支援不要	43	11
要支援	20	16

表 22. 女児における2つの判定の適合度

メンタルヘルスによる判定	向社会性による判定	
	支援不要	要支援
支援不要	50	8
要支援	12	6

D. 予測モデルの作成

これまでの結果を受けて、「メンタルヘルス得点に基づく要支援判定」「向社会性（適

応）得点に基づく要支援判定」を、統計学的モデル（ロジスティック回帰モデル）を用いて予測を試みた。いずれのモデルにおいても、年齢、性別、母語、および、前者のモデルにおいて年齢と性別の交互作用が有意に寄与していた（結果略）。そこで、これらのモデルを用いて、年齢・性別・母語ごとの要支援度予測グラフを作成した（図3、4）。

「メンタルヘルス得点に基づく要支援判定」では、年齢と性別に交互作用が見られ、その結果、図3に示したように、男児ではメンタルヘルスの問題が年齢に従って小さくなるのに対し、女児ではその逆の傾向がみられた。

一方、「向社会性（適応）得点に基づく要支援判定」では、男女とも年齢とともに向社会性・適応度が上昇し、それに伴うリスクが低下していくことが明らかとなった。

以上より、メンタルヘルスと向社会性の男女ごと、年齢ごとに異なる属性が示された。このような違いに留意しながらニーズを探る必要があるものとする。

図3. メンタルヘルス得点によって「要支援」と判定される確率の予測グラフ

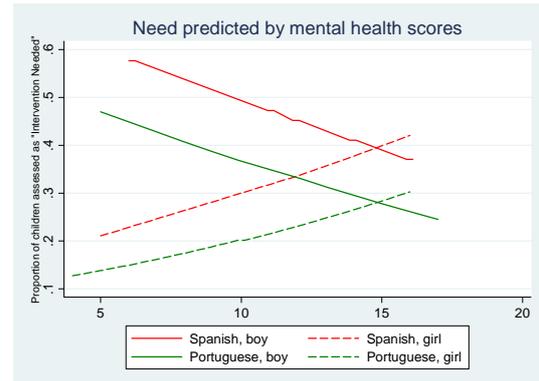
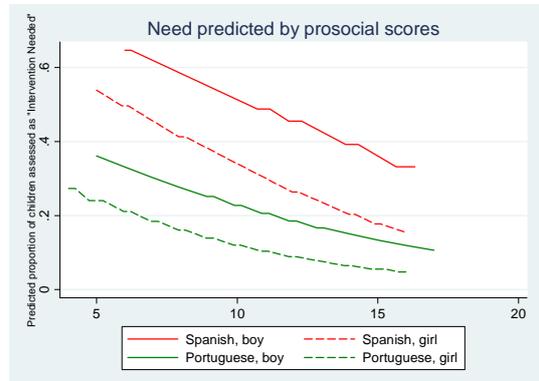


図4. 向社会性（適応）得点によって「要支援」と判定される確率の予測グラフ



(4) 結果のまとめ

南米系外国籍の子どものメンタルヘルスにいくつかの問題点が指摘された。

- 広くメンタルヘルスの観点から評価を行うと、全体の12% (男児18%、女児5%) に何らかの支援が必要である可能性が示唆された。
- 注意欠陥多動性障害、行為障害が高頻度に見出される可能性が高い。ただし、この知見は慎重に解釈する必要がある。
- 向社会性 (適応) の観点から評価を行うと、全体の25% (男児30%、女児18%) に何らかの支援が必要である可能性が示唆された。
- メンタルヘルスの観点からの評価と向社会性 (適応) の観点からの評価は全く異なる結果を導き出した。また、それぞれの評価から得られる「要支援」性は、男女ごと、年齢ごとに大きく異なるものであった。
- メンタルヘルスの観点からの評価において、「要支援」児が見出されやすいのは、低年齢 (10歳以下) の男児と、高年齢 (10歳以上) の女児であることが示唆された。

研究の限界として、①サンプルサイズの問題、②退学の影響を評価できないこと、の2点を挙げておきたい。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計0件)

[学会発表] (計1件)

Mori T, Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Muraki H, Takahashi S, Takabayashi R, Suzuki Y, Sato R, Narumiya M, Takei N, the HBC Study Team. Postpartum depression and prepregnancy BMI: the HBC Study. *Longitudinal and Life Course Studies* 1 (suppl 3): 372, 2010. [conference proceeding]

[図書] (計0件)

[産業財産権]

○出願状況 (計0件)

○取得状況 (計0件)

[その他]

ホームページ等

6. 研究組織

(1) 研究代表者

村木 紘子 (MURAKI Hiroko)
浜松医科大学・こどものこころの
発達研究センター・特任研究員

(2) 研究分担者

なし

(3) 連携研究者

なし

(4) 研究協力者

土屋 賢治 (TSUCHIYA Kenji)
浜松医科大学・こどものこころの
発達研究センター・特任准教授
松本 雅美 (MATSUMOTO Masami)
学校法人 ムンド・デ・アレグリア校長
岡 則子 (OKA Noriko)
学校法人 ムンド・デ・アレグリア教員