

表 4 発達障害と他の問題との関連

	発達障害の有無		P 値	統計結果
	なし	あり		
対社会問題行動あり (n=65)	48	17	0.0994	傾向あり $\chi^2$ 検定
神経症的症状あり (n=67)	61	6	0.0035	P<0.01 Fisher の直接確率

害」が並んでいる。これに対して「精神病症状」は 13 事例と、問題の分類のうち最も少ない範疇となっている。

ここで各概念分類に含めた問題点を具体的に示しておきたい。

「対社会的問題行動」では“粗暴行動”が 19 事例と最も多く、“薬物乱用”が 9 事例、“家出・無断外泊”が 8 事例、“不適応行動”と“性的非行”が同数で各 7 事例、“窃盗”が 5 事例と続いており、その他少数ではあるが“家財持ち出し”“動物虐待”“恐喝”“放火”“いじめ”“怠学”が見られた。ここで“不適応行動”としたのは、粗暴行動ほど攻撃性・破壊性が顕著ではない水準の、学校や職場でトラブルの原因になるような乱暴な行動や反抗である。“性的非行”は女子の援助交際などの売春行為のみならず、男子の痴漢行為など性的犯罪行動全体を含んでおり、実際にこの 7 事例では男子が 5 事例と過半数を占めている。なお発達障害が問題としてあげられている 30 事例のうち 17 事例（57%）で対社会的問題行動が出現しており、これは発達障害が記載されていない事例における対社会的問題行動の出現率 33%に比して統計的な有意差には至らないものの、発達障害のあるもので対社会的問題行動が出現しやすい傾向は存在している（表 4）。一方、本調査で虐待の指摘されている事例の間における対社会的問題行動の出現率は、虐待の指摘されている群における出現率と比べ、統計的に有意な差は見出されない（表 5）。

「神経症的症状」では“不登校・引きこもり”が 28 事例で他に比べて著しく多く、対人関係が極めて不安定でトラブルの多い“情緒不安定”が 11 事例、“自傷行為”8 事例、“解離”が 6 事例と続いている。その他“強迫症状”“PTSD”“分離不安”など多彩な神経症症状が記載されていた。表 4 のように、神経症的症状は発達障害の指摘されていない群における出現率は発達障害があるとされた群の出現率より有意に高いことが示された。一方、虐待の有無による神経症的症状の出現の違いを検討したところ、虐待の有無と神経症的症状の出現はまったく関係ないことが示された（表 5）。

「家族要因」に含めたのは“虐待”が 35 事例と最も多く、その下位分類は“身体的虐待”27 事例、“ネグレクト”6 事例、“性的虐待”2 事例となっている。次いで“親の精神障害”が 13 事例であり、その大半は精神分裂病であるが、一部に境界性人格障害が含まれている。次いで虐待とは一線を画している“親の偏った養育姿勢”が 7 事例で記載されており、過剰に厳しい養育環境や、学習の強制などがあげられている。“その他”と分類した事例が 11 事例あるが、これには治療・援助や他機関への紹介に著しい拒否反応を示

表 5 虐待と他の問題との関連

	虐待の有無		P 値	統計結果	
	なし	あり			
対社会問題行動あり (n=65)	54	11	0.1045	N. S.	$\chi^2$ 検定
神経症的症状あり (n=67)	53	14	0.5259	N. S.	$\chi^2$ 検定

す親などを含めた。これらの家族要因を持つ事例と他の問題（ここでは対社会的問題行動と神経症的症状）とを比較すると、表 5 のように虐待については対社会的問題行動と神経症的症状の二つの問題の出現の間には特に関連は見出されない。

「家庭内限局性問題行動」としたのは全事例とも“家庭内暴力”であり、母親や年下の同胞などへの暴力が問題であったと記載されているものをこれに分類した。「精神病症状」とした事例はほぼ全例が“精神分裂病”である。最後に「発達障害」としたのは“注意欠陥／多動性障害 (AD/HD)”の 12 事例，“広汎性発達障害”の 10 事例（そのうち 6 事例が“アスペルガー障害”であった），“精神遅滞”の 7 事例であり、内容の不明な「発達障害」のみの記述が 1 事例に見られる。

#### (4) 事例の連携上の問題点について

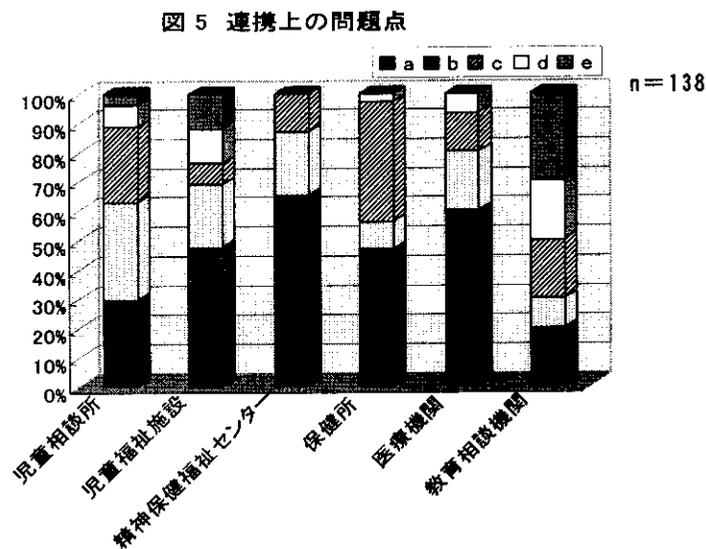
ここまで連携上困難を感じた事例の概要に関する結果を示してきたが、今回の調査ではその事例について「連携上の問題点」は何であったと感じているかを質問している。自由記述法による回答であるので、様々な表現で問題点が記載されていたが、有効な回答のあった 138 事例で記載されていた問題点を以下の 6 種類の範疇に分類して集計を行った。

- a) 連携の失敗感・不信感；「機関間で共通理解を得られず連携しにくかった」「機関間で情報が共有できなかった」「当機関の実情を理解しない」「守秘義務を守ってくれるのか疑問」「連携先担当者の専門性に疑問がある」など
- b) 連携先が無い；「地域に思春期精神科専門病院が無い」など
- c) 親の非協力；「家族の了解が得られない」など
- d) 本人の介入拒否；「病院の受診を本人が拒否するため」など
- e) その他；

以上の 5 種に問題点を整理し評価したところ、「a：連携先への失敗感・不信感」が 78 事例と最も多く、これは 138 事例の 57%にあたる。それに続いて「c：親の非協力」が 33 事例（同 24%）、「b：連携先が無い」が 33 事例（同 24%）となっており、最も少ない問題点として「d：本人の介入拒否」の 12 事例（同 9%）と「e：その他」の 10 事例

(同 7%) が続いている。なお「e:その他」は各機関の対応事例に対する年齢制限、管轄地域外からの相談、自機関あるいは自機関担当者の対応能力の限界など、少数ながら他に分類しがたい問題点を集めているが、中では自機関の限界を記載したものが 5 事例と もっとも目立っている。

次に、このような連携上の問題点の選択は機関により相違があるか否かを検討した。その結果は図 5 に示したように各機関により記載された問題点の内容の分布に相違が見出された。児童相談所から寄せられた連携困難事例の記載から 27 の問題点を集めることができた。それらの分布の特徴は (a) の比率が他機関に比べ比較的小さく、(b) および (c) が大きいということである。児童福祉施設は同じように 43 の問題点の記載があり、その内容は (a) の比率が最も大きく、(c) が他機関より比率が目立って小さいことである。精神保健福祉センターは 23 の問題点の記載があり、その内容は (a) の比率が他機関に比べ目だって大きく、(b) がそれに準じている。保健所は 33 の問題点の記載があり、その特徴は (a) と (c) の占める比率がほぼ同率で並んでおり、この二つの問題点で大半を占めていることである。医療機関は 30 の問題点の記載があり、(a) の比率が最も大きく、(b) がそれに準じている。教育相談機関からは 10 の問題点の記載しかないので参考的なグラフにとどまるが、(e) が比率的には大きい傾向が見られる。



#### (5) 典型的と思われる事例の概要

連携上問題があったと記載された事例について以上のような諸側面を検討してきたが、ここで集計過程において典型的な事例と思われたいくつかの事例を提示しておきたい。なおプライバシー保護のため、事例の概要についてももとの記述内容に本質を損なわない範囲で変更を加えてある。

### 事例 1 (対社会的問題行動, 神経症的症状, 虐待)

記載機関：児童相談所

事例の概要：出生後、シングル・マザーの母親によるネグレクト状態で育った中学生女子。小学校 4 年生のとき母親が病死したため、母方の祖母に引き取られた。しかし 6 年生のときアルコール飲酒による酩酊状態で警察に保護され、身柄付通告となる。一時保護するも興奮状態、攻撃、衝動行動頻発、不眠などのため精神科受診となり、薬物療法が開始された。児童福祉施設での対応困難のため、精神科病院入院となる。児童思春期病棟がなく、入院中一切教育が受けられなかった。退院後、中学校での受け入れ、適応ともに困難であり、また病弱児養護学校、適応指導教室、教育センター、精神保健センターのデイケア、保健所デイケアのいずれにも受け入れを拒否されたことから、児相の指導のみで経過している。

問題点：情緒不安定で攻撃行動をとりやすく、対人関係が不良で、非行に走りがちな児童に対して、児童福祉施設（情緒障害児短期治療施設）、教育機関、精神保健福祉機関ともに指導対象外となってしまう。精神分裂病などの病名の場合は医療で抱えるが、それ以外の児童思春期の問題の児童は、専門的に指導する体制を持っている機関がない。家庭の養育力がない場合は放置されてしまう。

### 事例 2 (対社会的問題行動, 神経症的症状, 家族要因)

記載機関：児童相談所

事例の概要：中学生女子。母子家庭である。小学校 6 年生のとき、主任児童委員より保護怠慢にて通告あり。その後本児が傷害事件を度々起こすも母親は呼び出しに応ぜず、家裁送致→監護措置→自立支援施設入所。自立支援施設入所中に幻覚様症状が出現し精神科病院に入院となる（診断は解離性人格障害）。その後保護者引取りとなり、原籍校の中学校に復帰する。しばらく安定した生活を送ったが、徐々に生活がルーズになる。母親は精神科入院歴があり、“本児がすり替えられている”という妄想があるため、親子関係は不安定なままで、本児からは母親の治療を求める要望が続いている。

問題点：自立支援施設入所期間は半年であり、退所時には家庭基盤が脆弱なことはわかっていたのに、母親のもとへ帰宅させざるをえなかった。

### 事例 3 (対社会的問題行動, 虐待)

記載機関：精神保健福祉センター

事例の概要：中学生女子。8 歳で両親が離婚。父親と生活するようになるが、父親からの虐待を受け、中学生になると自傷行為や薬物乱用が見られるようになった。その後母親のもとに身をよせるが、不登校、家出、万引き、性非行等の問題が深刻化し、母親が相談に訪れた。本人も来所に至った事例である。

問題点：関係機関が被虐待事例として本事例をとらえる共通認識を持ち連携して本人に対

応するよう努めたが、本人の学校への復帰に当たっての学校の受け入れには制限が大き  
く、本人は学校への不満や不信を強めてしまった。こうした点で教育現場との連携の難  
しさを感じた。

#### 事例 4 (対社会的問題行動, 虐待)

記載機関：児童福祉施設

事例の概要：中学生女子。継父からの性的虐待事例として一時保護所が満杯のため当施設  
を利用することになる。資料によれば家出や有機溶剤乱用も記入されており、受け入れ  
段階より当施設の対象外との見解もあった。当施設の生活では落ち着かず、職員には良  
い子のようにふるまうが、陰で動いて金銭の持ち込み、携帯電話の持ち込み、他児の衣  
類を盗む、暴力をふるう等の問題行動が見られた。他児を誘って有機溶剤を使用して警  
察に保護されたことを機に、当施設での一時保護から措置に変更される。その4ヶ月後、  
施設を「家出」し措置解除に至った。

問題点：明らかに自立支援施設の対象なのに性的虐待として当施設での一時保護扱いとな  
ったこと。当施設の子供集団に対し非行化の芽を植えたこと、集団を混乱させたこ  
と。以上において措置機関の本ケースに対する判断のあいまいさにより処遇の適性を欠  
いたこと。

#### 事例 5 (対社会的問題行動, 発達障害)

記載機関：精神保健福祉センター

事例の概要：広汎性発達障害が疑われる 17 歳男子。痴漢行為をくりかえしたため鑑別措  
置を受けていた。家庭裁判所では養育上の問題があると判断され、審判が保留され、家  
族がセンターでカウンセリングを受けるようにとの決定で、当センターを紹介されてき  
た。家族は精神保健福祉センターへ来る意味がわからないまま来所し、少年院送致が免  
れることを期待していた。

問題点：精神保健福祉相談は本人の動機付けがある上で、受容と共感的対応で本人の自己  
決定力を育てていくことに重点が置かれている。一方、非行問題は規則や強制力など司  
法という視点が必要であり、家裁と当センターの役割分担を明確にすべきと感じた。

#### 事例 6 (対社会的問題行動, 発達障害)

記載機関：精神科医療機関

事例の概要：注意欠陥・多動性障害 (ADHD) の診断を受けている中学校 1 年生の男子。児  
童養護施設入所していたが、衝動行為で他児や職員に暴力を振るう。暴れだすと大人 3  
~4 人で抑える必要がある。当院に入院すると穏やかにしている。

問題点：児童養護施設から精神科病院へ入院、入院後にまったく穏やかで問題がないが、  
施設は引取りを渋る。一方、当院より情緒障害児短期治療施設での生活指導を希望する

が拒否される。施設に帰るが再度暴力があり、現在は精神科病院入院中であるが、中1であるにもかかわらず教育がまったくなされていない。現在、知的障害児施設を検討中であるが、この例のような境界的（知的障害は軽く、暴力行為があり施設の引き取り拒否の状況）なケースを精神科病院に長期入院させる問題。教育問題がネックになっている。

#### 事例7（対社会的問題行動，家族要因）

記載機関：精神保健福祉センター

事例の概要：18歳男子，薬物乱用の事例。母親が本人の問題に振り回され、関係する機関に相談するが、対応方法が一致せず、相談すればするほど助言の食い違いが生じ、混乱を増す結果となった。なお関係した機関は病院，保護観察所，保護司，福祉事務所，保健所，精神保健福祉センターであった。

問題点：早い時期に医療機関の主治医を中心とした事例検討会を開けばよかったという反省がある。主治医は診断について悔やんでおり、対応方法がその間まちまちで、結果として本人の問題より母親の問題とされてしまった。

#### 事例8（家庭内限局性問題行動，精神病状態）

記載機関：保健所

事例の概要：緊急対応の中学生男子事例。祖父母と父親と本人の4人暮らしであったが、対応当時父親は病気治療のため入院中。本児が祖父母にひどい暴力をふるったため110番通報し、保健所へ警察官通報となった。本人は言葉をほとんど発せず状況把握が難しかったが、指定医診察の結果、精神疾患を指摘され、医療保護入院となった。

問題点：知的障害も疑われ、かつ祖母より児童相談所にも相談していたとの情報を得たため、総合的判断のため、児相に照会したが、プライバシー保護を理由に提供を断られた。プライバシー保護は重要なことだが、急を要する場合の関係機関の情報共有をどのようにすべきなのか考えさせられた。

#### 事例9（神経症的症状，兄による虐待）

記載機関：保健所

事例の概要：16歳男子。兄からの暴力により中学1年生より3年ほど自宅に引きこもるようになった。教育センター，学校などのカウンセラーに両親のみ相談していたが、問題解決に至らずに経過していた。最近になって兄が精神分裂病の診断で精神科入院となったが、本人は相変わらず引きこもった生活を続けており、両親とほとんど会話もしない状態である。なお児童相談所には兄の入院時に、本人の状況等を連絡してある。

問題点：3年前、本人が兄からの暴力等により引きこもった当初の時点で、教育相談機関，児童相談所との連携がなかったこと。

#### 事例 10（神経症的症状，家族要因）

記載機関：精神科医療機関

事例の概要：中学生女子。母子家庭であったが，母親が子どもを残して出奔してしまい，児童相談所の介入で祖父母宅，養護施設などを転々とするが，解離状態が頻発し，大暴れするようになったため，どの施設も対応できないケースが入院してきた。児童相談所，自立支援施設と連携しながら対応し，約1年の入院のあとほぼ寛解し安定した状態で施設に退院し，現在まで適応している。

問題点：解離状態を繰り返す暴力などの場合，当院のような単科精神病院隔離室で入院する以外の対応は困難である。単科病院が最終施設化してしまう可能性さえある。しかも一方では，単科病院では彼らに十分な教育等を与えることが困難である。

#### 事例 11（神経症的症状，虐待，対社会的問題行動）

記載機関：児童相談所

事例の概要：覚せい剤中毒で暴力的な父親による児童虐待による施設入所事例であった中学女子。父子家庭で，父親が薬物性精神病にて入院となったのを機に本児を保護したが，父親が退院直後から強引な引き取り要求を始める。本児は帰宅拒否し，児相も家庭引き取りを拒否する中で，本児はもうろう状態と解離という神経症症状を発症し，また万引きをくりかえすようになった。そのため児童精神科病棟への入院が必要となった。

問題点：父親が覚せい剤中毒で暴力的な人物であり，執拗な引き取り要求のため，入院治療の継続が困難となり，手首自傷などの問題が改善されないまま治療中断で退院となり，一時保護しなければならなかった。

#### 事例 12（発達障害）

記載機関：教育相談機関

事例の概要：注意欠陥／多動性障害（ADHD）と診断された小学生男子。検査，診断，処方に関して連携先（医療機関）が担当し，遊戯療法は当機関にて行ったが，医師と当機関治療担当者との間での連携がとりにくかった。遊戯治療の過程で薬物療法をやめ，通院も終えた。本人はその後完治し当機関においても遊戯療法の終結を迎えた。

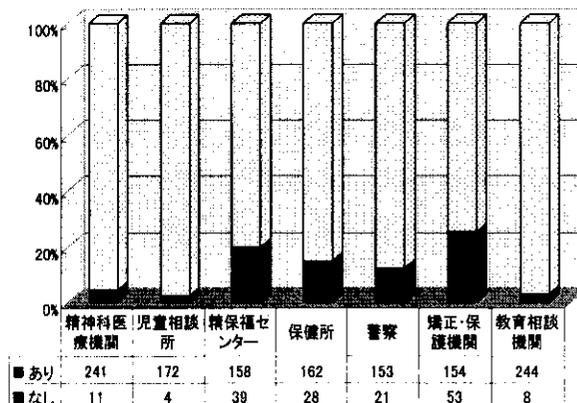
問題点：医療現場と教育相談機関において心理療法に対する認識の違いがある。

### 3. 連携の必要性

#### (1) 回答機関全体における連携ニーズの傾向

ここまで連携の実情を見てきたが、次に各機関との連携ニーズについて知るために、まず回答機関全体で各分野の機関との連携をどの程度必要と認めているか見てみたい。調査票では各機関との連携の必要性を「あり／なし」で答えるよう求めている。その集計結果は図6のようになった。なお図のグラフ部分は比率を表わしており、表部分は実数を示している。ここで示

図6 各機関との連携の必要性



した比率は各機関に関する連携ニーズを回答してくれた機関数を分母にしており、そのため連携対象機関により回答機関数（分母）の相違がある。その結果は図に示されているように、7分野の機関のいずれに対しても、非常に高い連携ニーズが寄せられている。中でも児童相談所、教育相談機関、および精神科医療施設との連携の必要性を認める回答機関が非常に多く、各々97%、96%、94%である。以下警察が90%、保健所が86%、精神保健福祉センターが82%、矯正・保護機関が76%と続いている。

#### (2) 各分野における連携ニーズの傾向

次に各分野の回答機関は他機関（同分野を含む）との連携の必要性をどの程度認めているか各分野ごとに集計を行い、その結果を図7から図12に示した。なお各軸に記載した数字は連携の必要性を認める機関数を示す実数である。

図7は児童相談所がどのくらい他機関との連携の必要性を認めているかを示したものである。回答を寄せた28児相では精神科医療機関（必要性を認めるのは28児相中28児相で100%）、教育相談機関（96%）との連携の必要性が最も多く認められている一群となっており、保健所、精神保健福祉センターとの連携がそれに準じた連携ニーズの高さを示す一群を形成し、警察と矯正・保護機関は連携ニーズが50%前後の一群となっている。他児相との連携の必要性は最も少なく7%にすぎない。

図7 連携の必要性:児童相談所

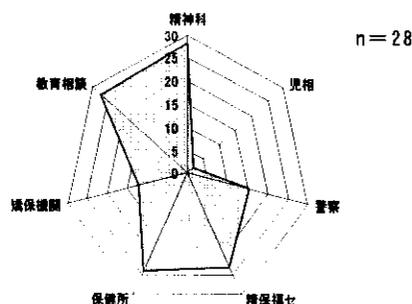


図 8 は児童福祉施設がどのくらい他機関との連携の必要性を認めているかを示している。回答を寄せた 86 施設で見ると、精神科医療機関（80%）および教育相談機関が最も高い連携ニーズの一群を形成している。それ以外の児童相談所（59%）、精神保健福祉センター、矯正・保護機関、保健所、警察は最も多い児相で 59%、最も少ない警察が 40%とほぼ一団となっている。

図 8 連携の必要性:児童福祉施設

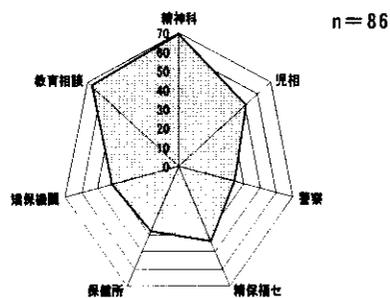


図 9 は精神保健福祉センターがどのくらい他機関との連携の必要性を認めているのかを、回答を寄せた 43 センターで示したものである。他の精神保健福祉センターとの連携の必要性は 2%と非常に少ないが、他分野機関との連携ニーズは最も高い精神科医療機関が 100%、最も低い矯正・保護機関が 72%と、いずれの機関に対しても高い連携ニーズを認めている。

図 9 連携の必要性:精神保健福祉センター

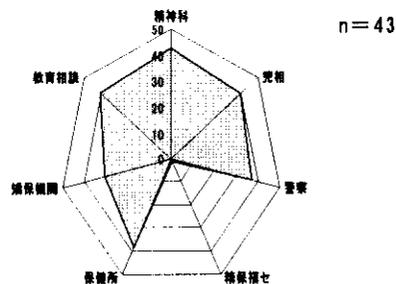


図 10 は保健所がどのくらい他機関との連携の必要性を認めているのかを、回答を寄せた 36 保健所で示したものである。精神科医療機関および教育相談機関との連携ニーズを認めた保健所の比率はいずれも 94%と、最も高い一群を形成している。その他の精神保健福祉センター（75%）、児童相談所（72%）、警察（67%）、矯正・保護機関（58%）がおおむね第 2 群を形成し、他の保健所との連携ニーズは非常に低く 6%にすぎない。

図 10 連携の必要性:保健所

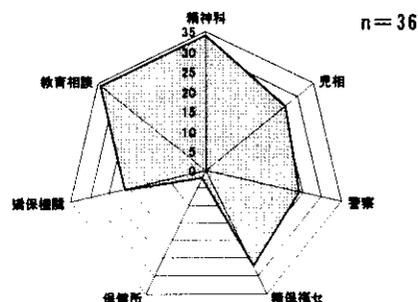


図 11 は精神科医療機関がどのくらい他機関との連携の必要性を認めているのかを、回答を寄せた 51 病院で示したものである。教育相談機関との連携ニーズがずば抜けて高く 92% で認めており、次いで保健所 (78%)、精神保健福祉センター (78%)、他の精神科医療機関 (76%) の 3 分野が第 2 群を、矯正・保護機関 (61%)、児童相談所 (59%)、警察 (59%) の三分野が第 3 群を形成している。

図 11 連携の必要性:精神科医療機関

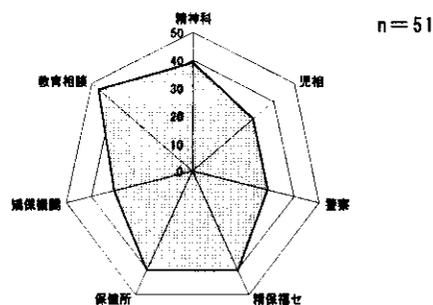
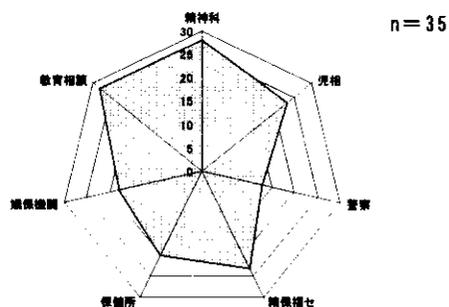


図 12 は教育相談機関がどのくらい他機関との連携の必要性を認めているのかを、回答を寄せた 35 機関で示したものである。他の教育相談機関と精神科医療機関との連携ニーズがいずれも 80% と最も高い一群を形成し、児童相談所 (66%) と精神保健福祉センター (66%) から、保健所 (57%)、矯正・保護機関 (51%) までがほぼ第 2 群を形成している。警察との連携ニーズは他分野よりかなり低く 37% である。

図 12 連携の必要性:教育相談機関



#### 4. 連携システムの現状と望まれる連携システム

##### (1) 現存する連携システム

今回の調査票では「貴機関が関与しておられる精神障害を持つと思われる少年事例の対応について協議したり紹介しあうことができる連携システムがありますか」という質問を行っている。この質問に対して回答のあった 257 機関のうち、「そのような連携システム」があるとした機関は 80 機関（31%）であり、それらのうち 47 連携システムが名称を与えられていた。

##### (2) 望まれる連携システムに参加すべき機関

「連携システムに加わるべきとお考えの機関をすべてご記入ください」という質問に回答を寄せた機関は 234 機関である。その回答を集計した結果、実に 77 の機関名あるいは職種名が記入されていた。その全てをあげることは無理があるので、ごく少数の機関しかあげていない機関等は省略し、主なものの名称およびそれをあげた機関数を各分野ごとに示す。

<b>a) 医療機関等</b>	
精神科	144 機関
医療機関・クリニック（医師）	46
児童精神科	21
小児科	20
<b>b) 児童福祉機関等</b>	
児童相談所（一時保護所）	204 機関
児童福祉施設	14
<b>c) 地域福祉機関等</b>	
福祉事務所	40 機関
民生委員（児童委員）	29
市町村	12
<b>d) 精神保健機関等</b>	
保健所	116 機関
精神保健福祉センター	58
市・町保健センター	15
<b>e) 教育機関等</b>	
学校・幼稚園	131 機関
教育相談機関	50
教育委員会	20

教育機関・教育関係者	27
スクールカウンセラー	9
<b>f) 警察等</b>	
警察	165 機関
少年センター	
青少年補導センター	
県警少年サポートセンター以上 3 機関	計 18 機関
<b>g) 矯正・保護機関等</b>	
家庭裁判所	37 機関
矯正・保護機関	14
少年鑑別所	13
保護観察所	8
<b>h) その他</b>	
弁護士・弁護士会	17
民間支援組織・NPO 等	8

### (3) 望まれる連携システムの持つべき機能

「その連携システムが持つべき機能について重要とお考えの順にご記入ください」という質問に対して 198 機関が何らかの記入を行っている。その代表的な意見をここであげておきたい。なお表現があいまいなものや遠まわしな表現のものなどは意味を損なわない範囲で文章の整理や追加を行った。

#### a) 持つべき機能は何か

1. 治療方針・指導方針の確定、各機関への遵守勧告機能
2. 施設措置を含めた決定権、措置機能
3. 処遇計画の作成・決定・見直し
4. 多角的な見解による幅広い処遇の展開
5. ケース・マネージメント機能
6. 支援の継続性を確認する機能
7. アフターケア・予後調査機能
8. 児童の援助にあたる諸機関への助言・指導機能
9. 福祉・医療・教育・保健のネットワークの調整機能（コーディネート機能）
10. 問題を感じた人（家族、教師、隣人など）の相談を受け、適切な機関を紹介、子ども本人がどこかにつながるまで問題を感じた人を援助する機能
11. 問題行動に至る前の早期発見・早期療育の振興にとりくめる

12. 問題が生じた際の緊急対応機能・危機介入機能
13. 問題発生時に迅速に連絡をとりあい援助計画を迅速に立てる機能
14. 複雑・困難な事例の処遇を検討する機能
15. 精神科医療による対応が必要なときの迅速な対応ができる機能
16. 情報交換機能，児童の保護・判定機能，検診・治療機能
17. 訪問による診断・ケア機能
18. 子どもを取り巻く家族・環境の調査と把握
19. キーパーソンの選定機能
20. 親に対する指導と支援
21. 家族が子どもの行動・症状を理解するのを助け，適切なかわりが持てるよう支援する指導・支援機能
22. 養育の場の確保と保護者への指導機能
23. 家族支援のためのプログラム
24. 学校・家庭間の連携の支援機能を持つ
25. 本人に適した教育の実施機能
26. 非行児の補導相談，治療機関への橋渡し，身柄の確保機能
27. 本人の医学的治療の必要性の判断と治療機能
28. 事例ごとに医療に載せるオーダーメイド・システムの構築
29. 地域生活のサポート体制
30. 年長児の「受け皿」機能
31. 情報センター機能（事例の集積と結果分析と情報の共有化をめざす）
32. 児童の評価・診断・治療が可能な機関についての情報提供機能
33. オンライン情報システム機能
34. 連携システム参加機関の技術水準を高めるための研修機能
35. 学校，諸機関，地域，家族に対しての啓蒙機能
36. 児童思春期対策の課題を施策に反映させる機能

**b) 運用上の工夫・システムの活用法**

1. 必要に応じて，必要なときに，必要な機関が連携する日常的な関係ができていることが必要
2. 各事例にそった連携ができることが大切
3. 随時，連携の必要が生じたときに，一次的に関与した機関が必要な範囲で連携会議を招集できるようなものにする
4. 実質的な人と人のつながりが必要で，形式的な「〇〇連絡会」という形で年数回集まるだけでは役に立たない。
5. システムとして構造化されなくても，日常的な関係が大切
6. お互いの専門性の確認（どの機関で，どの程度まで，何をするのかについて）

7. 各機関の役割と専門性を明確に定義する
8. 各専門家が自分のできる範囲を理解しているべき
9. 各機関の共通認識を図る
10. 介入方針，援助方針の統一により介入チャンスを逃さないこと
11. 福祉領域と医療領域の間のグレイゾーンの明確化を図る
12. 役割分担，連絡体制，到達目標の明確化が必要
13. 各機関の役割分担の明確化
14. 各機関の持っている機能を発揮しあえるよう役割分担をしていく
15. 協働・連携の中での各機関・人の役割分担を明確にする
16. チーム・サポートとしてのゴールと評価ができること（必要な地域ネット誕生の契機となればよい）
17. 定例的なネットワーク会議での情報交換
18. 情報の共有
19. 各機関のプライバシー保護義務を免責された情報の共有を背景にした事例の処遇検討，治療方針・指導方針の確定，各機関への遵守勧告機能を持つべきである。
20. 協議会の発足
21. 定期的に関係機関が対応を協議する場を持つ
22. 定期的な会議を開催し連携のあり方，相談内容の実態，統計資料などを検討する場とする
23. 事例検討を通じた個々の機関の役割の明確化と確認，結果としての対応技術の向上
24. 対応に必要な時期に適切な連携の上での対応ができるよう何でも相談でき共有できる関係作りが必要
25. 情報交換と事例検討を行う，事例検討システムの構築
26. 詳細な情報共有に基づくケース検討の充実
27. 各機関の末端や下部組織まで周知徹底と啓発を図る
28. 事例ごとの処遇方針確立とその結果に対応する機関の選定のための定期的カンファレンスが開かれること
29. 事例に応じた柔軟な連携が迅速にとれること
30. 児童の理解特に問題児の理解に際し，問題児と見るのではなく，「問題」を共通項として，児童の発達段階を考慮した理解をする
31. その場かぎりの処遇に終わらない，この先どのように生活していくのかという視点を持つこと
32. 各機関間で「共通する関わり方の基準」を作成する。考えは多様でも，実行に際しての一致を図る必要がある。
33. 現在の問題への対処と同時に，その後のフォローに際しての役割を各機関ごとに

提示し、全体で確認しあう

34. リーダーシップを取れる人（キーマン）きちんと位置づける必要がある
35. キーとなる機関，キーパーソンを明確にし，継続的にサポートしていくこと
36. さまざまな機関がかかわるため全体のコーディネーター役の機関が必要
37. 必要に応じて連携をとるためにコーディネーターは必要だが，どこがその役割を担うべきかが重要である
38. 対応が迅速にできること
39. ふだんから連絡がいきとどいていること
40. 対等の立場で議論できること
41. 迅速かつ効率的に対応するという点でシステムのスリム化が必要
42. 集団生活の中での精神科の面からの対応についての助言・指導をする
43. 少年本人だけでなく，周囲で負担を抱える親や学校に対するケアをある機関から他の機関につなげる場合にスムーズに進むような各機関の連携体制の整備を必要としている
44. 教育的配慮ができること
45. 各機関が自分の機能の限界について率直に実情を話し合えること
46. 1機関が抱え込まないようなサポート機能
47. 会議が批判や追及の場にならずに発言できること
48. 各事例の対応をスーパーバイズする機能
49. スーパーバイザー的視点の助言者は必須である
50. 研修会開催等による各機関の相互理解を図る
51. 連携システムで取り扱った事例など援助を要する少年が地域でレッテルを貼られ差別や排除を受けないように工夫する必要がある
52. 専門機能を持たせるため連携システムのスタッフには必ず児童精神科医が参加していること
53. 民間の援助グループに力を貸すこと

c) リーダーシップを握る機関はどこであるべきか

1. 児童相談所が中心となる
2. 児童相談所がケースについて統括的な把握をし，他の機関のマネジメントをしてもらいたい
3. 一次的には児相職員が対応し，対応困難事例の場合には必要に応じ精神科医による投薬や入院治療も視野に入れる。場合によっては警察の協力も仰ぐ
4. その時点で最優先される対処を提示した機関が，その都度実行のリーダーシップを握る
5. 児童相談所は児童に対する適切な処遇をするための連携に中心になるべきで，適切な調整をすべきである

6. 児童相談所または精神保健福祉センターが相談窓口となり、状況に応じて適当な機関に紹介する
7. 全体的なコーディネーターをどの機関がとるのか(事例ごとに変更してよいのではないか)
8. 統合本部的な施設を設置する(そこに事例を持ち込み戦略戦術を練ってもらい、それをフィードバックしてもらう)
9. コーディネート機能は参加機関が分担する(回していくということか?)

d) 参加機関に期待する機能

1. 警察は保護の際の判断・見極め(児相の一時保護所に対応できるケースか否かの見極め)をしてほしい
2. 警察は不良行為をなすか、なすおそれのある児童および家庭に対して適切な指導を行う
3. 警察は安易に精神科対応にゆだねようとせず、法に基づく対処をきちんと行うとともに、教育的配慮もし、関係機関に橋渡しする
4. 警察は非行事例への指導や援助を
5. 保健所、精神科医療機関は緊急ケースの判断機能を持ち、入院システムを構築する
6. 児童相談所は医療により一定の病状安定ができれば一時保護や施設利用を行う
7. 児相の措置権、立ち入り調査権
8. 児童相談所は専門相談機関としてまずどんな相談も受け止め嘱託医と相談の上、必要なケアを実施、適切な専門機関との連携を実施する
9. 児相は虐待に近い事例等の情報交換などを
10. 児童福祉施設で緊急事態が生じた際、必要なら再度の入院処置が行われる
11. 学校は施設退園後学校へ戻る際に、問題行動の再発を防ぐための適切な処遇をすべきである
12. 学校は教育の機会を学校外でも提供できるゆとりを持てることが望ましい
13. 学校や青少年センターは早期発見と適切な関係機関への橋渡しをする
14. 精神科医は事例が病的か否か、家族の精神状態はいかがかを見きわめ、必要に応じて治療を引き受ける
15. 精神科医の診断を必要とする事例が多い
16. 児童委員は地域に密着し、児童福祉の専門知識を身につけ、各機関の適切な橋渡しをする

## V. 考察

近年、新潟の女儿誘拐監禁事件や佐賀のバスジャック事件など長期にわたって引きこもり状態にあった青年や不登校状態にあった子どもが突如として犯罪行為に走ったとされる事件、神戸の連続小学生殺害事件や愛知の老女殺人事件のように犯人の少年が逮捕後の精神鑑定によって精神疾患であったことが明らかになったといわれる事件が次々と発生した。こうした事件の続発に国民は強い衝撃を受け、児童思春期の子どもの心の障害に有効な対応策の欠けたわが国の現状を問題とする声が高まってきたことは当然のことといえよう。しかしわが国においては、残念なことにこのような子どもの心の障害に対応できる治療・対応システムは未開発状態に近いのが現状である（清水，1998；山崎，2000）。精神医療分野一つを見ても、児童思春期専用の精神科病棟を有する“児童精神科”部門のある国公立病院は全国児童青年精神科医療施設協議会加盟の10病院および同協議会オブザーバー施設のうちの8病院の計18病院にすぎず、これに青年期精神医療部門を持つことを明らかにしている私立病院5病院を加えても全国でわずか23病院にすぎない（全国児童青年精神科医療施設協議会，2001；竹内，2000）。またベッド数でみると全国児童青年精神科医療施設協議会の正会員施設の合計病床数（予算定床で計算した）は582床、定床が明らかになっている3オブザーバー施設の合計病床数が93床の計675床である。これに私立精神科5病院思春期病棟の合計病床数253をくわえても総計928床であり、わが国における児童思春期精神科専用病棟における総ベッド数は1000床弱にとどまることがわかる。また児童思春期精神医療機関に準ずる治療機能を有する児童福祉機関である情緒障害児短期治療施設（以下「情短」）も全国に17ヶ所しかなく、専用病棟を持つ児童思春期精神科施設も情短もまったくない県が少なからず存在しているのである。さらに日本児童青年精神医学会の学会認定医が現在80余名にすぎないことから明らかのように、児童思春期精神医療の専門家もわが国では非常に不足している。そのため問題の相談を受けた各地の一般精神科医療機関、精神保健福祉センター、児童相談所、警察等の諸機関は児童思春期精神医療の専門機関との連携がスムーズに行えず、しばしば適切な治療・援助・保護を提供できずに対応に苦慮することになっているのではないだろうか。もはや窓口となった機関が単独で対応するだけでは解決できない少年事例が大きなボリュームで存在する時代に突入しているわが国において、精神障害と深い関連を持って発現してくる子どもの問題行動に対する何らかの有効な対応策を策定する必要があり、その対応策の重要な柱として児童思春期の子どもに関与する様々な機関や専門家の連携システムが位置づけられるべきであるというのが、本研究を計画した意図である。

今回行った調査は、精神障害が関連したと思われる少年問題への対応における各種機関の連携をめぐる現状を明らかにするために総括研究の一環として実施したものである。この調査は、児童思春期の精神疾患と関連して現れてくる反社会的問題行動および非社

会的問題行動の治療・援助および処遇の決定等に関与する児童相談所，児童福祉施設（養護施設，自立支援施設，情短など），精神保健福祉センター，保健所，精神科医療施設，教育相談機関の各々から調査対象を適宜選択している。可能な限り全国状況を反映する対象選択を図ったが，保健所および教育相談機関は前者が3都道府県，後者が千葉県のみを対象にしているという地域的偏りがある。いずれもかなり機関数の多い分野であることから，分担研究者の調査に付加する形で行ったため，このような対象選択となった。本調査の回答率（表1）は全体で49%と調査票送付総数のほぼ半数であり，対象選択法も考慮すれば得られた結果が各分野の機関全体の動向を完全に示しているとは言えないという限界に意識的であるべきだろう。しかしながら得られた結果は，各分野の機関の傾向をかなり反映しているものと考えてよいのではなかろうか。特に精神保健福祉センターは国内全センターの84%が回答を寄せてくれており，ほぼ精神保健福祉センター全体の連携に関する考えや感覚を示した結果と理解することが可能である。

#### （1）各分野における少年事例取り扱いの現状

すでに結果に記したように，この点に関する質問のあいまいさから数の上での比較（表2）は無意味であるものの，児童相談所が少年事例の取り扱い数において圧倒的に多いことは明らかである。取り扱った問題別の事例数（図1）も，同じ理由で数値そのものの比較にはあまり意味がないが，各分野の機関が各々対象とする問題の傾向を知ることは大きな障害とならない。集計の結果からは，精神病を中心とする「精神障害」は精神科医療機関と精神保健福祉センターが，「非行」は児童相談所と児童福祉機関（児童自立支援施設を中心に）が，「不登校・引きこもり」は児童相談所，教育相談機関，精神保健福祉センター，精神科医療施設が，「虐待」は児童相談所および児童福祉施設（児童養護施設を中心に）がそれぞれ主要な取り扱い機関であることがわかる。一方「家庭内暴力」は教育相談機関を除いた各分野が満遍なく取り扱っているようである。なお虐待は児童相談所など児童福祉施設が取り扱いの第一線機関であることは図1のとおりであるが，保健所と精神科医療機関も児童福祉機関に次ぐ第二の取り扱い機関のグループを形成しているように見え，虐待問題においてこれら2分野の機関が児童福祉機関の虐待への取り組みにおける重要なサポート役であることが推測される。

各問題の取り扱い数のプロフィールを見ると，児童相談所と児童福祉施設が相似的な類似性を色濃く示しているが，これは評価・診断および措置決定を行う機関である児童相談所と，措置の受け入れ機関である児童福祉施設の関係から当然である。また精神保健福祉センターと精神科医療機関の各プロフィールにもある程度の相似性が見られるが，これもまた精神保健福祉と精神医療の深い関連から理解可能な結果といえよう。

#### （2）機関間の連携が必要な事例の特徴

本調査に返信のあった279機関から処遇をめぐる他機関との連携に困難を感じたとき

れる 150 事例の概要を得ることができた。これら連携上の困難事例は約 6:4 の比率で男子が多く、年齢的には 13 歳から 19 歳までの年代が大半を占めているが、その年代の中では 13 歳から 15 歳までの事例数が 16 歳から 19 歳までの事例数より多いという結果を得た。これは各種の問題行動を示す事例の実数が中学生年代に必ずしも多いということではなく、おそらく 16 歳以降の年長少年事例には警察および司法・矯正機関の関与が若年のものより大幅に増加することに影響を受けるからではなかろうか。なお 12 歳以下の事例も 13 歳以降に比べ連携上の困難は少ないとはいえ存在していることを忘れてはならない。結論として連携上の困難を伴う事例の多くは思春期・青年期事例であり、男子のほうが多い。しかし 12 歳以下の年少事例にも連携困難な事例は確実に存在していることを忘れるべきではないと言ってよいだろう。

次に連携上の問題があった事例とはどのような特徴を持つ事例であるのかについて検討する。図 4 で見たように各事例において最も前面に立つ症状や問題行動を分類した中で最も数の多い範疇は粗暴行為、家出・無断外泊、性的非行などを含んだ「対社会的問題行動」であり、提示された全 150 事例の 37% を占めていた。以下、非精神病性の不登校・引きこもり、情緒不安定、自傷行為、解離症状、強迫症状等からなる「神経症的症状」が 24%、虐待、親の精神障害、偏った養育姿勢等からなる「家族要因」が 15%、家庭内暴力を中心とする「家族内限局性問題行動」が 11%、幻覚や妄想などの「精神病症状」が 7%、注意欠陥／多動性障害、広汎性発達障害、精神遅滞などの「発達障害」が 4% と続いている。これらの各問題のいずれもが「主な問題」として真っ先にあがる場合、各々がかなり対応困難性の高い症状ないし問題であったものと推測される。

しかし多くの事例では、この「主な問題」以外にも様々な症状や問題行動が描かれており、それらを各範疇に分けることで「全ての問題」としたことは結果で示したとおりである。「全ての問題」としてあげられた問題の中で最も多い一群は、「神経症的症状」「家族要因」「対社会的問題行動」の 3 範疇で、各々全事例（150 事例）の 45%、44%、43% とほぼ同数で並んでいる。次いで「家族内限局性問題行動」と「発達障害」が同じ 20% で並んでおり、「精神病症状」は最も少なく 9% であった。このような結果は連携困難な事例の問題は複数の分野にわたって問題が重なり合っているものが多いことを示唆している。実際に本調査で記載された事例の概要に描かれた「全ての問題」が 1 範疇だけであったのは 53 事例（150 事例全体の 35%）であり、残り 97 事例（65%）は問題が 2 範疇ないしそれ以上記載されている。図 4 で見て取れるとおり、「対社会的問題行動」と「家族内限局性問題行動」は主な問題とされる確率が高いのに対して「家族要因」と「発達障害」は主な問題ではなく、二番目三番目の問題、すなわち背景要因となる可能性が前の 2 問題に比べ相対的に高いように見える。それに対して、「神経症的症状」は主な問題になる確率が以上の二群の間にあるといえよう。なお他の問題に負荷する可能性の高い「家族要因」と「発達障害」については、家族要因の主問題である「虐待」が対社会的問題行動や神経症的症状と特に結びつきやすいという傾向は見出せなかったが、

「発達障害」は対社会的問題行動と結びついた際に困難性が増す傾向をある程度示唆する結果であり、逆に神経症的症状とは結びつきにくい傾向が示されていた。このことから、虐待はその存在によってどの問題の対処困難性をも増させることを意味しているとも理解できる。発達障害については、特に反社会的問題行動に結びついた際の対処困難性をこの結果だけから明確にすることはできないので、さらに検討が必要であろう。

以上のような諸点から、結論として児童思春期の問題の中で、機関間の連携ニードの高いものは様々な神経症的症状を背景に生じてきた不登校・引きこもり、虐待を中心とする家族内の問題、非行を中心とする対社会的問題行動の3領域の問題であるということと、問題の範疇が複数重複することで、非常に重篤な単一の障害や問題を持つ事例に匹敵する対応困難性や連携困難性を有することになる事例が相当数存在することの2点をあげることができるだろう。

### (3) 機関間連携の現状

現状でも児童思春期の子どもの問題は複数の分野の機関間で連携がなされているが、その実態はどのようになっているのであろうか。今回の調査で回答機関がどのくらい他機関と連携しているかを聞いている（図2）。回答機関は教育相談機関、児童相談所、および精神科医療機関との連携経験について、いずれの機関とも90%弱で「あり」としており、精神医療、保健福祉機関、児童福祉機関、教育相談機関のいずれの機関もこれら3機関との連携を日常的に行っていることがわかる。これら3機関に続く連携機関として60%弱の機関が連携経験を「あり」としたのが警察と保健所である。一方、精神保健福祉センターおよび矯正・保護機関との連携経験のある機関は最も少なく、連携経験のある機関は40%前後の水準にとどまっている。

以上から対社会的問題を含めた児童思春期の問題には教育相談機関、児童相談所、児童精神科専門病院を含めた精神科医療機関の3分野が第一次ないし第二次の対応機関として早くから関与することが多く、しかもこの3機関間で盛んに連携が模索されていることが示されているものと理解できる（本間，2001；衣斐，2002；木下，2000；高坂，2000；齊藤，2002；竹内，2000）。警察や保健所との連携経験率はそれよりは少し低い水準にとどまっているが、連携ニードが最も低い精神保健福祉機関や矯正・保護機関を含め、これらの機関は児童相談所や教育相談機関等に比べ児童思春期の事例、特に若年事例にとっては連携ニードがまだあまり大きくないことによるのではなかろうか。

次にこのような連携の結果に対して連携を経験した機関はどのくらい満足しているのかを質問した結果（表3）を見ると、満足度（1：不満足，2：やや不満，3：やや満足，4：満足）で最も高い平均得点を示したのは保健所との連携の $2.9 \pm 0.8$ 点（平均値±標準偏差）で、これと最も低い得点であった矯正・保護機関との連携の $2.6 \pm 0.8$ 点との間に残りの児童相談所、精神科医療機関、精神保健福祉センター、警察、教育相談機関がすべて入っており、これら全ての機関との連携への満足度は「満足とも不満足ともいえない」とい