

表 3：心理社会的治療

		精神科		一般精神科		児童青年 精神科		Chi-square
		度数	列%	度数	列%	度数	列%	
Q3⑥-1AD/HD と診断され た子どもへの治療の一環 として行っている事<家族 カウンセリング・助言・指 導など>	行っている	39	12.8	36	16.0	3	3.8	*
	行っていない	265	87.2	189	84.0	76	96.2	
Q3⑥-2<学校との連携・調 整（家族を介して）>	行っている	78	25.7	71	31.6	7	8.9	***
	行っていない	226	74.3	154	68.4	72	91.1	
Q3⑥-3<学校との連携（手 紙・文章・電話など）>	行っている	121	39.8	107	47.6	14	17.7	***
	行っていない	183	60.2	118	52.4	65	82.3	
Q3⑥-4<学校との連携（先 生が来院する）>	行っている	113	37.2	99	44.0	14	17.7	***
	行っていない	191	62.8	126	56.0	65	82.3	
Q3⑥-5<学校との連携（学 校を訪問する）>	行っている	251	82.6	196	87.1	55	69.6	***
	行っていない	53	17.4	29	12.9	24	30.4	
Q3⑥-6<家族会・親グルー プなどの活動>	行っている	264	86.8	207	92.0	57	72.2	***
	行っていない	40	13.2	18	8.0	22	27.8	
Q3⑥-7<教育相談機関との 連絡・調整>	行っている	208	68.4	167	74.2	41	51.9	***
	行っていない	96	31.6	58	25.8	38	48.1	
Q3⑥-8<児童相談機関との 連絡・調整>	行っている	178	58.6	143	63.6	35	44.3	*
	行っていない	126	41.4	82	36.4	44	55.7	
Q3⑥-9<その他>	行っている	276	90.8	209	92.9	67	84.8	NS
	行っていない	28	9.2	16	7.1	12	15.2	
Q3⑦薬物療法以外の治療 プログラムの有無	無回答	8	2.6	6	2.7	2	2.5	***
	ある	153	50.3	96	42.7	57	72.2	
	ない	143	47.0	123	54.7	20	25.3	
Q3⑦-1 具体的プログラム <子ども対象の集団治療>	ない	125	41.1	89	92.7	36	63.2	***
	ある	28	9.2	7	7.3	21	36.8	
Q3⑦-2<親対象の集団治療 >	ない	124	40.8	83	86.5	41	71.9	NS
	ある	29	9.5	13	13.5	16	28.1	
Q3⑦-3<親合同の集団治療 >	ない	142	46.7	92	95.8	50	87.7	NS
	ある	11	3.6	4	4.2	7	12.3	
Q3⑦-4<SST>	ない	145	47.7	95	99.0	50	87.7	*
	ある	8	2.6	1	1.0	7	12.3	
Q3⑦-5<遊戯療法>	ない	90	29.6	55	57.3	35	61.4	NS
	ある	63	20.7	41	42.7	22	38.6	
Q3⑦-6<学習指導>	ない	128	42.1	86	89.6	42	73.7	*
	ある	25	8.2	10	10.4	15	26.3	
Q3⑦-7<子どもへの個別カ ウンセリング>	ない	56	18.4	40	41.7	16	28.1	NS
	ある	97	31.9	56	58.3	41	71.9	
Q3⑦-8<その他>	ない	109	35.9	69	71.9	40	70.2	NS
	ある	44	14.5	27	28.1	17	29.8	

*：p<.01、**：p<.001、***：P<.0001

資料1：診断基準適用にあたっての困難・問題の具体例(一部抜粋)

-
- ①頻度・重症度の評価
- また親-教師-養護教師と評価する人間の立場によってその主観が入り評価しにくいことがある
 - 症状の程度
 - 「しばしば」という表現にあてはまるかどうかの判断
 - 症状のおもいづけに妥当性がない
 - 判断基準が絶対的でない
 - 客観的な評価(主治医・家族)主観的な評価のため
 - 重症度判定が DSM-III-R までであったが DSM-IV でなくなり病的か否かの判断が難しい
 - 客観性の問題【チェックする人によって評価(有無)と重症度に違いが出る事があり】ある程度しかたがないことであるが
 - 程度の判断が難しい
 - 観察者の客観性のデータがない場合
 - 診療時間内では判断しにくい。母に状況を聞いても、母の児に対する評価が不適切な場合がある
 - 学校の先生にもチェックしてもらっているが、先生により評価がかなり違う場合がある
 - 家族の主観に左右される
 - 客観性に乏しい
 - DSM-IV の基準 A の各項目は、行動の質ではなく程度の問題なのでカットオフをどのくらいにするか、判断の難しいことがある
-
- ②場面性への評価
- 場面による症状の出方の相違
 - 状況に応じて症状が変化し診断がつけづらい
 - 本人の障害が主な問題なのか対人関係のなかで相互的に起こっている問題なのかが判断しにくい
 - 状況依存性が若干認められるケースが多い
 - 学校場面と家とのギャップ
 - 学校の担任の評価が得られ、診療・心理所見が一致すれば問題無いが場面によって状態が大きく異なることを考慮しても尚一致した所見が得られぬとき
 - 複数の場面(例えば学校と家庭)で評価が異なる場合
-
- ③複数場面の情報の入手
- 診療場面のみでは、正確な判断ができない。家庭・学校生活の様子を実際に見たいが時間的に困難
 - 診断には、学校と家庭場面ともに症状がないといけませんが診察ではそこまでははっきりわからない
 - 異なった場面で明らかな症状の存在を確認する事
 - 年齢(受診時)による相違(症状レベル)、環境場面(2つの場面)がトータルに把握できない
 - 集団生活(特に学校で、保育園は比較的細かく観察して教えていただける)の中での行動が正確にわかりにくいことがある。学校との連携がまだうまくいっていない面がある
 - 学校などから勧められた受診しても保護者からだけの情報だと客観性に乏しい事もあり障害の否認があったり、幼稚園や保育者、学校での情報が集まりにくい
-
- ④除外診断(特に、広汎性発達障害)
- PDD 度
 - PDD 圏と ADD 圏の鑑別が難しい場合があり。
 - 自閉症との dif.
 - ③高機能自閉症、ことに old type との鑑別
 - 広汎性発達障害の鑑別ができないと AD/HD を過剰診断してしまう
 - どうしても PDD 混在例があり除外するのをためらうことがある
 - 困難とは考えていないが、PDD の除外を確実にすることには注意をしている
 - アスペルガー障害など自閉症障害の否定
 - PDD 症状があった場合に AD/HD 症状をどのようにとらえるか戸惑うことがよくある
 - 広汎性発達障害を除外しているが明確に分けられないことがある
-

資料2：注意欠陥/多動性障害の治療の現状についての問題点の具体例(一部抜粋)

①診断ガイドラインの確立	<ul style="list-style-type: none"> ● 医学的検査による正確に診断、投薬開始・終了ができること ● 安易な診断、薬物投与などの症例が回ってくるが多く、危惧している ● 診断基準の見直し、投与基準を診断の中に入れる ● わが国での診断治療ガイドラインがない（小児科学会・小児神経、小児精神神経 etc） ● ①診断学上、単一疾患か否か不明確②他の疾患（？）（LD 児童）との境界があいまいで単に行為障害として対症的な処置しか出来ない③長期予後研究が少なく治療に対して確信を持った行動が起こせない ● 診断のバラツキの問題 ● 正確で使用しやすい診断基準<多少手間がかかっても小児自閉症における CARS, PEP-R ほどの質の高いものがほしい> ● 数量的客観評価 ● 適応する年齢について、年少児でも必要か有効な場合があり実際には使用されているが「学齢以上」という記載があるとやや使いにくい上限について
②薬物治療	<ul style="list-style-type: none"> ● リタリンの保険適用 ● 薬物治療ばかりが先行し、子供にも「病気だから暴れてもしかたない」と思わせてしまう Dr. が一部いる。教育と医療との連携が必要 ● 薬物療法が未確立のまま、まん延する傾向がある。具体的な対応のプログラムがないまま診断のみが先行している。本質的な部分がみえにくいまま薬物が使用されている ● 薬物（メチルフェニデート）は効果があるがやはり小学生のみの処方となり中学校で非行に走る事がある。保険病名がナルコレプシーしか使えない ● メチルフェニデートに関する（適応性 etc）治療ガイドラインがないために、必要な子が服薬していない ● 薬物療法におけるチェックリストプログラムが確立されることを期待します ● 薬物療法の適用終了条件のガイダンスが必要
③家庭・教育現場の理解、啓蒙活動の必要性	<ul style="list-style-type: none"> ● 保護者、殊に母親の意識改革を啓発すること ● 社会的に”AD/HD”に関する情報が広がる一方で、誤った情報知識を持った学校の指導員(担任や管理者)周囲の児童の保護者からの偏見への対応 ● 患者さんの周囲(親・親戚・学校 or 幼稚園の先生 etc)がこの障害について誤解があったり、全く知らなかったりするため、一般向けのパンフレット or 説明書や本人及び親の自助組織の形成なども必要ではないか ● 現在、問題となっていることはよしとしても、多少学校現場などでは正確な知識なくして過剰反応しているようにも見られる ● 関係のなかでおこっている諸現象（たとえば学級崩壊）を個人の障害に帰せられる危険性を危惧しています ● 新聞記事などで親が不安を感じる事が多いようです ● 教育現場での取り組みの立ち遅れと痛感している。教師に研修義務を課すべきだと思う
④家庭・教育現場における具体的対応プログラムの確立	<ul style="list-style-type: none"> ● 学校での個別指導や小グループ指導が必要である ● 教育現場への support system ● AD/HD, AD, Asperger も全て同じ教育プログラムで教育されている ● SST 等のプログラムが少ない ● 医療以外の場での援助・治療プログラムを行える場が極めて少ないこと ● 家族支援（心理サポート）教育-育成学級、養護学級との転校連携。普通学級で対応可か。 ● 親や本人を対象にした集団療法や SST を実施したくてもマンパワーが不足。診療では本人以外に親や学校関係者当との調整に時間を要するが診療報酬上見合わないので困る。学校現場において普通学級か特殊学級という選択しかない。本来であれば、AD/HD, LD のプロフィールに合わせた教育形態がとれることが望ましい

平成13年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

青少年の精神・行動障害に関わる精神科医療プログラムの研究

思春期のメンタルヘルスを促進する治療プログラムに関する研究 —グループ親ガイダンスと親へのサイコエデュケーション—

分担研究者 皆川 邦直 法政大学現代福祉学部
研究協力者 田上美千佳 東京都精神医学総合研究所
 新村 順子 東京都精神医学総合研究所
 中澤富美子 東京都立中部総合精神保健福祉センター
 村井 雪恵 東京都立中部総合精神保健福祉センター
 濱田龍之介 東京都立中部総合精神保健福祉センター
 北代 麻美 関西医科大学
 三宅 由子 国立精神保健研究所

研究要旨

本研究は東京都立中部総合精神保健福祉センター思春期デイケア親プログラムにおいて1999年より施行されている、思春期の養育心理教育およびグループ親ガイダンスの効果を臨床的に測定評価したものである。対象となる思春期問題は非精神病性の多様な障害であるが、多くは不登校・家庭内暴力・ひきこもりまたは怠学・非行である。そして殆どの青年は不登校中または高校ドロップアウトしている重篤な問題をもつ。

親プログラムによって改善を示すものは8割を越えるが、その一方、親自身がプログラムに参加しても子どもとの関わりに興味を示さないものが15%存在した。この群の親をもつ子どもには親以外の大人が彼らの養育に関わる必要性がある。また、希望する親に親自身のアタッチメントスタイル面接を施行しはじめた。アタッチメントに関する研究は次年度以降に分析する予定である。

A. 研究目的

思春期のメンタルヘルスを保障する精神医療・福祉ニーズは高まっている。ことに強迫性障害、パニック障害、摂食障害、不登校・家庭内暴力・ひきこもり、または不登校・非行など、思春期の非精神病性の多様なメンタルヘルス上の問題をもつ子ども

とその親への治療とケアが求められている。児童・思春期までの子どもの精神的な治療には親への専門的なかかわりが必須である。ところが親への治療的なかかわりに関する臨床研究は非常に少ない。

著者らは、東京都立中部総合精神保健福祉センターにおいて1999年より思春期の

非精神病性の情緒的な問題をもつ子ども(分裂病, 発達障害を除く)のための思春期デイケアと, 思春期のこれらの問題をもつ子どもの親を対象とする親プログラム(思春期の子どもの養育サイコエデュケーションならびに親グループガイダンス)を開始した。

本研究は, この親プログラムが子どもと親のどのような問題に対しては有効であり, どのような問題では無効であるかを検討して, 地域における親支援プログラムのモデル提示することを目的として開始した。

対象と方法

対象 併設されている思春期デイケアに子どもが通所する親には親プログラムへの参加を推奨しているが, 必ずしも参加することを子どものデイケア通所の条件にはしていない。と言うのは, 親には子どもに対する関心が欠如して通所しないものも少なくないからである。そのため親プログラムはグループ親ガイダンスと子どもの養育心理教育プログラムへの参加を希望する親を対象として都民に広く開放している。参加する親の子どもの年齢は児童期から 22 歳未満である。また, 子どもの問題としては原則として分裂病と広汎性発達障害を除外しているが, 知的障害は対象としている。しかし実際にはグループ親ガイダンスをするうちに子どもの問題が分裂病である, と判明する場合もあり, そのような時には, 適宜, 他のプログラムを紹介するようにしている。

プログラムを立ち上げた 1999 年 9 月から 2001 年 8 月末までの 2 年間に, 親プログラ

ムに参加した親は実数 119 名であり, 延べ 1632 名であった。

今回, 研究対象となった親は, 2 ヶ月以上プログラムに継続参加して, 2 回以上グループ親ガイダンスに出席して我が子の問題について語り, ガイダンスを受けた親 59 名である。

- ・ グループ親ガイダンスは半閉鎖集団構造として, 保健福祉センター, 児童相談所, 小中高等学校, 思春期病棟をもつ病院から紹介される親でグループ親ガイダンスと養育心理教育プログラムへ参加を希望する都民であれば, 誰でも参加できることとしている。
- ・ 子どもの養育心理教育のプログラムは 16 回にわたる心理教育から成り立っているが, その内容はおおよそ下記の通りである。

思春期の子どもの養育心理教育

- 第 1 回 現代社会と家庭—重くなっている親の養育責任
- 第 2 回 現代の中学生・高校生の悩み
- 第 3 回 思春期の発達と親子関係—親に望まれること
- 第 4 回 親の夫婦関係と子どもの発達—少しだけ夫婦仲をよくするために—
- 第 5 回 不登校への対処
- 第 6 回 子どもの家庭内暴力への対処
- 第 7 回 祖父母と孫
- 第 8 回 親が思春期の子どもに伝えるべきこと
- 第 9 回 親子ゲンカ—子どもはそれをどう乗り越えるか
- 第 10 回 早すぎる親との別れ

- 第11回 暴力によって歪む心の育ち
- 第12回 きょうだい葛藤を考える
- 第13回 子どもの自傷行為・希死念慮・自殺を考える
- 第14回 反復強迫一繰り返す暴力・夫婦喧嘩の理解
- 第15回 思春期の性と性非行
- 第16回 頻発する青少年犯罪を正しく理解する

B. 研究方法

本研究は臨床活動で得られる資料に基づいて行うので、研究倫理委員会の審査・承認を得なければならない研究方法は使用していない。

① (助言)活用群と非活用群

親の語る親自身の子どもへの対応ならびに子どもの問題点の変化を親プログラムスタッフ5名の合意に基づいて初診時ならびに追跡調査時に評価する。親は助言を活用しようとしているか、活用して親子関係に発達方向への変化が見られれば、(1) 活用群とする。助言を活用しようとしないうち、あるいは親グループの規則を守らない場合は、(2) 非活用群に分類する。

② 子どもの変化

親の話から推測される子どもの変化について、同様にスタッフ5名で、(1)悪化(2)不変(3)症状が緩和されている(4)発達の4段階に評価した。

③ ガイダンス前後における親の気持の変化

親は毎回、ガイダンスを受けた直後に、15項目の質問(表1)への答(親の気持)を直線の左端0と右端10の間のどこに当てはま

るかをVのように記入する(表2)。この15項目には、子どもについての気持、死にたくなるなどの自分の気持、夫婦関係についての気持、父親と子どもの関係などについての質問が含まれている。なお初回ガイダンス直後には、親にガイダンスを受ける前の1ヶ月間を思い出して記入してもらっている。本研究では、初回に記入した相談前1ヶ月の親の気持と、2回目稀に3-4回目のガイダンス直後に記入した親の気持を比較することとした。

④ 59名のうち親自身のアタッチメントスタイルを知りたいと希望するものを対象として、London大学のAntonia Bifulcoらの開発したAttachment Style Interview (ASI)を施行する。また年齢・性をマッチさせた対照健常の親(親にも子ども、伴侶にも精神科受信歴のないこと)にもASIを施行して、両群における安定したアタッチメントと不安定なアタッチメントの分布について比較する。なお、アタッチメントスタイルに関する研究は1年間で終了することはできないので、この部分についての結果の分析は次年度に実施する。

C. 研究結果

- ・ 親プログラムに参加した親は、高校からの紹介25パーセント、知人23パーセント、保健福祉センター20%、病院12%、教育相談所5%、児童相談所5%、福祉事務所2%その他であった。
- ・ 親がガイダンスを求めた子どもの年齢は、男子25名、女子34名、平均年齢は16.4歳(SD1.9)であった。父親の平均年齢は、(N=54)49.6歳(SD=5.3)、母親の

平均年齢は(N=59)46.9歳 (SD=4.5)であった。

- ・ 父親の学歴は大学卒以上が57.93%, 母親の学歴は, 短大・専門学校卒が36%であった。
- ・ 子どもの問題としては, 不登校が最も多く48%, 次いで, 家庭内暴力・ひきこもり20%(不登校怠学後の), 摂食障害・強迫15%, 非行・性非行15%, 知的障害2%の順であった。発症は中学時代が多いが, 一部, 小学校高学年からのもも見られる。また, 子どもの多くは不登校中か, 高校をドロップアウトしていることが多く, 精神科入院中または入院歴を有する子ども15%, 暴力が危険であるために精神科救急鑑定経路で入院したものの2名である。従って慢性で比較的重篤な問題をもつ子どもの親が参加していると言える。
- ・ 親プログラムに参加して話をした回数は, 参加してもガイダンスを受けない人が約3割で, そのうちのほとんどは1-2回で来なくなっている。これは母親が親ガイダンスの様子を見に来ているものが殆どである。これに対して14回ガイダンスを受けた人を最高に, 2回以上10回未満の親が約4割を占めている。

① 助言活用群, 活用努力群, 非活用群

助言を活用して親子関係に変化は改善群, 助言を活用しようと努力している努力群の2群合わせて83.8%, 助言を活用しようとせず, あるいはグループの規則に違反する非活用群は16.2%であった。非活用群の親は自己愛度が高く, 子どもの問題に関心を払

うことが困難で, 親業ガイダンスではなく, 親自身の個人的なメンタルヘルスの改善を求める。

② 子どもの発達方向への変化

親が助言を活用する, しないと, 子どもの発達方向への変化とは正の相関関係(0.493)にある。親の改善群に比べて, 発達方向に向かう子どもが少ないこと, 悪化群が多いことには説明が必要である。すなわち, 子どもは前進と退行を繰り返しつつ自立に向かうので, その途上では悪化しているように見えるだけで, 実際にはその後に発達への動きが出てくる子どもが多い点に留意する必要がある。

③ ガイダンス前後の親の気持の変化

親の気持は, 子どもの状態や将来の見通しを説明されることによってかなり安定する。しかし, 子どもの発達には常に前向きに進む訳ではなく, 前進と退行を繰り返しつつ, 次第に前進するものである。親の気持は子どもの状態に従って動くことが, この調査票からも明らかであった。一例を上げるが, このケースは典型的とも言える不登校の女兒で, 中学時代より不登校が始まり, 高校1年で完全不登校, 以来, テレビを見るか, 母親とインターネットに興じるか, 母親に暴力をふるう毎日を過ごしていた。教員の父親を避け, 母親に父親の悪口を盛んに言って母親の同意を求めている。このように親の気持調査票はガイダンスの都度, 親の気持の変化を知る一助となるが, 全対象のそれぞれの設問項目に記された得点の平均値を取り著したのが, 図2である。全体の傾向;

子育ての失敗に悩む, どうでもよいとい

う気分になる、死にたくなる、解決への希望などの母親自身の気持、なかなかよくなるらない、子供とのケンカの減少などの子ども像、父親と子どもの会話の増加、父親と子どもと一緒に楽しむことがないなどの父子像について有意の改善が認められる(検定)。次に活用群、努力群、不活用群ごとの親の気持の変化を検討した。

<活用群>

活用群では、ガイダンス初期に母親の子どもについての気持に希望が灯り、自分自身についてのどうでもよくなる、死にたいなどの気持は楽になり、父子関係が改善することが分かる。

<努力群>

努力群では母親の自分自身や夫婦関係についての気持、そして父子関係については有意の変化は生じないが、ただ一つだけ、子どもの問題は解決する希望があると感じるようである。この希望を頼りに、ガイダンスから得た助言を実践していこうとする努力が始まるが、この努力が実を結ぶには長い時間を必要とする。

<不活用群>

不活用群では子どもについての気持に有意差はなく、死にたくなるという自分の気持と結婚についての不満な気持が改善する。子どもについての気持に変化がない理由として推測されることは、臨床的な印象の域を出るものではないが、親の気持として子どもに希望がもてないと記入するものの、内心では実はガイダンスを受ける以前から子どもに深刻な問題があるという気持が少なく、子どもは自分一人で何とかするという全能感が肥大している事、または、自分

の子育て失敗にとらわれ過ぎて、自分を責め、その自責感から逃れることに多大の関心を払うために子どもへの関心が減少してしまうという極端な自己愛性を上げることができる。

なお、アタッチメントスタイル面接の施行状況は以下のとおりである。思春期問題をもつ母親群 20 名、正常群の母親 18 名のアタッチメントスタイル面接を終了した。さらに 1 年間面接を続けて、両群比較分析を次年度に施行する。

D. 考察

思春期の子どもの養育心理教育によって親が得る知識は現代の児童思春期精神医学、臨床心理学、発達心理学および精神分析学から得られた知見に基づくものであり、親がわが子の問題あるいは自分と子どもの親子関係についてこれらの系統的な知識に照らして客観的に理解することが可能になるため、比較的冷静に自分と子ども並びに伴侶を眺めつつ、子どもに対処することが容易になるように思われた。

これに対してグループ親ガイダンスでは、個別の親ガイダンス同様、家庭および学校その他の社会における子どもに対する対応について親は具体的な助言を受ける。助言の通りにすぐ実行することのできない親も勿論存在するが(努力群)、活用群および努力群の親の子どもは全体の 8 割を越えて、社会に向かって自己形成の道を歩み始めることが分かった。対象となる子どもの平均年齢が 17 歳、彼らの殆どが、ひきこもり中または高校ドロップアウト中である、すなわち重篤な思春期問題を抱えている青年た

ちであることを考えると、その8割以上が改善の方向に向かうという事実は、心理教育プログラムとグループ親ガイダンスの効果は相当にあると言ってよいであろう。グループ親ガイダンスは個別ガイダンスとは比較にならないほど、時間経済効率が高いので、今後、この種の親子支援プログラムを設置していくことが望まれる。

E. 結論

- ① 親プログラム（グループ親ガイダンス）は、さまざまな思春期問題をもつ子どもの親支援として有用である。
- ② 親プログラムを活用できない親が一部存在するが（15%）、活用できない親は親自身が自分の問題にとらわれていて（自己愛の重篤な病理）、子どもに対する関心を払うことができないと言える。そのため親業を代償する子育て機能を現在以上に地域に組み込む必要性が示唆された。
- ③ 親プログラムによって最も改善しにくいのは、両親の夫婦関係であるが、夫婦関係が改善しなくても、親業を改善することは可能である。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表（発表誌名巻号・頁・発行年）
皆川邦直ほか：グループ親ガイダンスの構造と流れ，第19回日本集団療法学会，2002.3.

平成13年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

青少年の精神・行動障害に関わる精神科医療プログラムの研究

青年期行為障害における現行診療状況の問題点の解明

分担研究者 中島 豊爾 岡山県立岡山病院院長

研究協力者 来住 由樹 岡山県立岡山病院医師

研究要旨

分担研究者の所属する旧来型の公的精神科病院における、児童・思春期の受診・入院状況の経年変化を調査し、17例の機関連携を必要とした児童・思春期事例の検討をおこなった。

人的にも構造的にも極めて不十分な、老朽化した成人型精神科病院においても、積極的に機関連携を迅速に行い続けることにより、他機関では対応困難な、緊急事態対応と入院治療とが、ある程度可能であることが明らかとなった。また機関連携においては、教育、福祉、保健機関のみならず、司法機関との連携が不可欠であった。

一方、一般の精神科医にとって、発達の視点、特にPDD（広汎性発達障害）、ADHD（注意欠陥多動性障害）についての基本的な知識の習得と経験の蓄積が、喫緊の課題であることが浮かび上がった。連携のあり方を具体的に考察することにより、現状においてできる青年期行為障害に対する精神科治療のあり方と、将来の課題とを分けて明らかにした。

A. 研究目的

20歳未満の行動上の問題を有する少年について、精神科医療施設（単科精神科病院）と警察・少年鑑別所などの司法機関、及び児童相談所・児童自立支援施設など児童福祉施設等の、強制力（逮捕・勾留・措置制度など）をもつ施設との機関連携について、事例を提示しながら検討し、現行法制下でも可能な処遇・治療について明らかにした上で、更に今後必要な事柄についても検討する。

B. 研究方法

平成9年度以降5年間の岡山県立岡山病院で診察を行った20歳未満の少年について、

外来及び入院統計の経時変化を検討する。疾患別の経年変化を見ることにより、県立精神科単科病院の担う役割の変化を分析する。また近年、衝動性制御が困難なために、事例化することが増えている軽度発達障害に対する精神科医療機関の役割について検討するために、初診時20歳以上で発達障害（精神遅滞を除く）と診断された年次変化についても調べる。

次に司法機関連携を考察するために、逮捕後の入院治療件数とその後の法的裁定、入院中の逮捕件数（覚醒剤取締法及びそれ以外）を提示し、且つ事例分析を加える。また児童福祉機関との連携を考えるために、児童相談所を介した入院事例について検討

する。これらの事例を通して、現時点でも出来ることと、出来ていないことを抽出し考察する。

倫理的配慮

研究目的の治療でなく、日常臨床を、統計的解析と事例検討により考察した。また個別事例については、事例が特定できないように、内容を一部改変し、プライバシーの保護に配慮した。このため、倫理上の問題は無いと考える。

研究対象施設である岡山県立岡山病院の概況と背景

岡山県の人口は195万人、地理的には、山陽道は兵庫県と広島県の間に位置し、気候温暖にして自然災害も少ない。県庁所在地である岡山市の人口は63万人で、瀬戸内海に面している。岡山県立岡山病院は、県内唯一の県立病院で、岡山市の中心部に位置する。病床数240床、4病棟からなる老朽化した単科精神科病院である。設立は昭和39年で、児童・思春期精神医療の専門教育や研修を受けた職員はいない。成人の精神分裂病を主な対象とした、典型的な旧来型の精神科病院である。もちろん病棟開放化や、地域リハビリテーションは熱心に行ってきた。

県内に、児童・思春期精神科を専門とした施設は、民間に1ヶ所あるのみであり、外来で発達障害を中心とした診療を活発に行っているが、残念ながら精神病床を持たない。総合病院には、大学病院を除いて、精神病床はない。大学病院は2施設あるが、そこでの児童・思春期精神科医療は、神経症性障害・摂食障害が中心であって、行為

障害や広汎性発達障害についての診療は、ほとんどなされていない。

また、少年鑑別所は1ヶ所、家庭裁判所は支部をふくめて8ヶ所、地方裁判所は1ヶ所あり、拘置所は2ヶ所にある。さらに、児童相談所が3ヶ所、県所轄保健所は9ヶ所にあり、児童福祉法に基づく一次保護施設、児童自立支援施設、情緒障害児短期治療施設が各1ヶ所ある。

以上のような岡山県の児童・思春期精神医療の現状は、地方都市の典型例の一つではないかと考える。

県立岡山病院は、平成14年度、全面建て替えに向けて着工する(平成17年度竣工予定)。これを機に、機能別専門病棟と外来を持つ、県民ニーズに答える精神科病院への脱皮を図ろうとしている。その機能の一つが、県内初の16床の児童・思春期病棟の設置である。対象年齢は中学生を中心に学童年齢、対象疾患は衝動性制御を目的に急性期短期医療処遇を必要とする軽度発達障害圏、児童相談所・児童養護施設・少年鑑別所・少年院・警察などの強制力を有する機関において急性期短期医療処遇が必要となった事例、その他急性期治療の必要な精神病圏を考えている。その準備を意図して、少年鑑別所からの精神保健診察のほぼ全例の受け入れと往診、20歳未満の少年を含むほぼ県内全例の簡易精神鑑定の実行、毎年、県警との困難事例検討会を開催している。また児童相談所・刑務所・拘置所への非常勤精神科医師の派遣を開始し、保健所(県及び市)へは、非常勤医師を派遣する圏域を広げている。

なお、分担研究者が県立岡山病院に赴任したのは平成10年4月のことであった。

C. 研究結果

構成

I. 岡山県立岡山病院の受診状況

1. 岡山県立岡山病院における 20 歳未満の患者の外来・入院医療状況

(1) 概観

(2) 外来 (20 歳未満) の疾患別年次推移

(3) 入院 (20 歳未満) の疾患別年次推移

2. 初診時 20 歳以上の、発達障害 (精神遅滞を除く) の診断状況

3. 少年法 17 条監護措置取消・監獄法 43 条・刑事訴訟法 95 条執行停止による移送に基づく入院について (平成 13 年度)

(1) 少年法 17 条・監獄法 43 条・刑事訴訟法 95 条の概略

(2) 20 歳未満の事例 (少年法 17 条)

(3) 20 歳以上 (監獄法 43 条・刑事訴訟法 95 条・刑事訴訟法 482 条)

4. 入院患者の逮捕について

(1) 覚醒剤依存症による入院

(2) 覚醒剤取締法違反以外での入院中の逮捕者

II. 事例検討

(1) 少年鑑別所を介した入院事例

【事例 1】

【事例 2】

(2) 少年鑑別所での精神保健診察事例

【事例 3】

【事例 4】

【事例 5】

(3) 児童期より精神病院に入院歴長く、服役中の事例

【事例 6】

(4) 刑務所からの入院事例

【事例 7】

(5) 措置入院後、入院前の事件で逮捕された事例

【事例 8】

(6) 児童相談所を介した入院事例

(ア) 児童福祉法に基づく一次保護施設では保護不能となった事例

【事例 9】

(イ) 知的障害者授産施設に措置されたが衝動性のため入所不能となった事例

【事例 10】

(ウ) 児童自立支援施設、児童相談所等との機関連携を行ったが介入困難な事例

【事例 11】

(7) 強度行動障害特別処遇事業指定施設からの入院事例

【事例 12】

(強度行動障害特別処遇事業について)

(8) 警察に警職法に基づく保護をされ、入院となった事例

(ア) 20 歳未満の入院事例

【事例 13】

(イ) 20 歳以上で発達障害 (精神遅滞を除く) と診断された入院事例

【事例 14】

(9) 教育との調整が極めて重要であった入院事例

【事例 15】

(10) 母親の強制入院が児童の保護のために不可欠であった事例

【事例 16】

(11) 母親の強制入院が遅れたため、子殺しに至った事例

【事例 17】

本論

I. 岡山県立岡山病院の受診状況

1. 岡山県立岡山病院における 20 歳未満の患者の外来・入院医療状況

(1) 概観

20 歳未満 (実人数)	外来初診	入院	少年鑑別所 被収容者の診察
平成 9 年度	9	3	5
平成 10 年度	30	5	12
平成 11 年度	22	10	10
平成 12 年度	37	8	12
平成 13 年度 (12 月末)	24	10	7

平成 10 年及び 12 年は、児童・思春期精神医学の専門医ではないが、同分野での診療をある程度担ってきた医師が、本院へ赴任してきたために若年患者の転医による増加が生じている。その点を考慮に入れても、外来初診数は平成 9 年の 10 人未満より 30 人前後へと増加の傾向にある。入院患者数は平成 9 年の 3 人から徐々に増え、平成 13 年度には 10 人を超える状況であり、年々 20 歳未満患者の入院数は増加している。

岡山少年鑑別所には、非常勤の精神科医

もおらず、昭和 40 年代に建設された鑑別所の特徴でもあるが保護室が存在しない。そのため少年鑑別所が必要と認めた場合、精神保健診察（精神鑑定ではない）を行っているが、その数は年間 10 例強と変化はない。また保護室がないため、保護に限界があるときは、平成 13 年度から、少年法 17 条に基づく監護処分の取消と、精神保健福祉法 26 条通報による措置入院による治療を行い、回復後は少年鑑別所に戻すことも始めた。

(2) 外来（20 歳未満）の疾患別年次推移

	F.0	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6.	F.7	F.8	F.9
平成 9 年度	0	0	4	2	2	1	0	0	0	0
平成 10 年度	0	1	10	3	10	1	1	1	1	3
平成 11 年度	2	3	5	2	4	1	2	0	0	3
平成 12 年度	0	4	16	4	4	0	2	4	1	1
13 年度(12 月)	1	2	5	1	6	1	2	2	5	1

平成 9 年までは、F 8（心理的発達の障害）、F 9（小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害）と診断された患者は 0 人であった。しかし平成 10 年以降は、2～6 人が診断されており、増加の傾向にある。この理由は、若年の受診者が増加

していること、広汎性発達障害（PDD）や注意欠陥多動性障害（ADHD）を鑑別診断として意識するようになったこと、および診断技術の向上が考えられる。

F 7（精神遅滞）は、平成 12 年度より、受診者が増加の傾向にあるが、その理由は、

本院が児童相談所、児童福祉施設、強度行動障害モデル事業施設などとの機関連携を意識的に行い始めたこと、および複雑困難事例は公的病院へという流れが生じているからであると考えられる。

F 1 (精神作用物質による精神及び行動の障害)は、平成9年までの0人から、3人

前後へと増えているが、はっきりした増加傾向にはない。若年者の依存症の治療は、現在の枠組みではうまくいっていないと言わざるを得ない。

なおF 2 (精神分裂病圏)の変動は、赴任した医師に伴う患者の移動であり、統計上の意味はないと考える。

(3) 入院 (20歳未満) 実人数の疾患別年次推移

	F.0	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8	F.9
平成9年度	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
平成10年度	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0
平成11年度	0	1	5	0	1	0	1	0	0	2
平成12年度	0	0	6	0	0	0	0	1	1	0
13年度(12月)	0	1	1	0	0	0	3	2	2	1

平成12年度を境に、入院患者の疾患分布構造に大きな変化がおきている。平成10年度まではF 2 (精神分裂病圏)、F 3 (感情障害圏)での入院が全てであったが、平成11年度よりそれ以外の診断での入院がみられるようになった。さらに、平成12年度にはF 2、F 3との合計が6例に対して、F 7 (精神遅滞)、F 8 (心理的発達の障害)との合計が3人となり、平成13年度(12月末まで)にはF 2、F 3の合計が1人に対して、F 1 (精神作用物質)、F 6 (人格及び行動上の障害) F 7、F 8、F 9の合計が9人となり、いわゆる内因性精神病よ

りも、行動上或いは発達上の疾患で入院する例が増加している。

この理由は、内因性精神病については、建て替え等によりアメニティの向上した他の精神科医療機関へ紹介入院とすることで、築後40年の汚れた収容所をイメージさせる病院への入院を可能であれば避けていることもあるが、むしろ司法・福祉などとの機関連携を進めていること、及び民間医療機関に対しては複雑困難事例への対応を宣言していることによる紹介事例が増加していることにあると考えられる。

2. 初診時20歳以上で、発達障害(精神遅滞を除く)と診断された年度別実人数

	PDD	ADHD	その他
平成9年度	0	0	0
平成10年度	2	0	0
平成11年度	2	0	0
平成12年度	6	1	1
13年度(12月末まで)	8	0	0
合計	18	1	1

平成9年度までは、障害基礎年金取得のための診断書の発行を目的とした、精神遅滞以外では発達障害の診断は行われていない。しかし平成10年度より階段状に診断件数が増加しており、平成13年度には12月末の時点で8人となっている。全20人の内訳は、18例が広汎性発達障害（PDD）、1例が注意欠陥多動性障害（ADHD）、1例がトゥレット障害である。

20歳を超えるまで、発達障害を、教育機関でも、福祉機関でも、医療機関でも見逃され、人格障害、適応障害、精神分裂病などとして対応を受けてきた患者が多いことは特記すべき事実である。診断件数の増加の理由は、相互教育により広汎性発達障害（PDD）や注意欠陥多動性障害（ADHD）を鑑別診断として意識するように診察医が変化したことが考えられる。

3. 少年法17条監護措置取消・監獄法43条・刑事訴訟法95条執行停止による移送に基づく入院について(平成13年度12月末)

(1) 少年法17条・監獄法43条・刑事訴訟法95条の概略

少年法第17条（観護の措置）

第17条の1 家庭裁判所は、審判を行うため必要があるときは、決定をもって、次に掲げる観護の措置をとることができる。

家庭裁判所調査官の観護に付すること。
少年鑑別所に送致すること。

第17条の8 観護の措置は、決定をもって、これを取り消し、又は変更することができる。

少年法第17条 解説（注釈少年法、改訂版、田宮裕編、有斐閣）

観護措置は、少年を少年鑑別所に送致す

る決定及びその執行である。執行停止（刑事訴訟法95条）の準用は、否定説が有力である。

なお観護措置自体の取消や調査官観護への変更も可能であるので、勾留の場合より必要性に乏しい。

家庭裁判所の許可により鑑別所外の病院に入院した場合には、在監者としての地位は継続するので、観護措置を取消さない限り、期間は進行する。監護措置は、いつでも取消・変更ができ、必要がなくなれば速やかな取消が義務付けられている。更新以前に監護措置を取消し再び同一事件について監護措置の更新の時期は新たな監護措置決定後2週間と解される。

監獄法43条・44条

43条 精神病、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律ニ定ムル感染症其他ノ疾病ニ罹リ監獄ニ在テ适当ノ治療ヲ施スコト能ハスト認ムル病者ハ情状ニ因リ仮ニ之ヲ病院ニ移送スルコトヲ得

43条の2 前項ニ依リ病院ニ移送シタル者ハ之ヲ在監者ト看做ス

第44条 妊婦、産婦、老衰者及ヒ不具者ハ之ヲ病者ニ準スルコトヲ得

監獄法43条 解説（改訂監獄法、ポケット注釈全書（8）有斐閣）

病院移送は、勾留の執行に影響を及ぼすことなく、拘禁の枠内において、専ら病者の治療という趣旨から、とり得る、監獄法上の制度である。病院移送と刑又は勾留の執行停止とは、制度上別個のものであって、検察官の処分を俟って、病院移送の処置がとり得ると解すべきではない。「情状に因り」とは対社会的影響の大きい、所謂兇悪犯人等ではないことなど疾病自体以外の情

状を言うものと解する。

刑事訴訟法第 95 条

95 条 裁判所は、適当と認めるときは、決定で、勾留されている被告人を親族、保護団体その他の者に委託し、又は被告人の住居を制限して、勾留の執行を停止することができる。

刑事訴訟法 95 条 解説 (条解刑事訴訟法 松本時夫編著 弘文堂)

勾留の執行停止は、勾留の執行を一時的に停止し、被告人の拘束を解く制度である。執行停止が認められるのは、実務では被告人の病気の例が最も多い。執行停止を受けた被告人は、親族、保護団体等に委託されるか、住居を制限される。

刑事訴訟法第 482 条

第 482 条 懲役、禁錮又は拘留の言渡を受けた者について左の事由があるときは、刑の言渡をした裁判所に対応する検察庁の検察官又は刑の言渡を受けた者の所在地を管轄する地方検察庁の検察官の指揮によっ

て執行を停止することができる。

「刑の執行によって、著しく健康を害するとき、又は生命を保つことのできない虞があるとき」「年齢 70 年以上であるとき」「受胎後 150 日以上であるとき」「出産後 60 日を経過しないとき」「刑の執行によって回復することのできない不利益を生ずる虞があるとき」「祖父母又は父母が年齢 70 年以上又は重病若しくは不具で、他にこれを保護する親族がないとき」「子又は孫が幼年で、他にこれを保護する親族がないとき」「その他重大な事由があるとき」

刑事訴訟法第 482 条 解説 (条解刑事訴訟法 松本時夫編著 弘文堂)

重病のため瀕死の状態にある者または瀕死に至らないまでも身体が非常に衰弱する等、著しく健康を害するおそれのある者を保護する趣旨である。

刑の執行を停止した期間は、刑の時効は進行しない。執行停止の事由がなくなった時には速やかに取消して残刑を執行すべきものである。

(2) 20 歳未満の事例 (少年法 17 条)

	事例 1 10 歳代後半の男	事例 2 10 歳代半ばの男
罪名	覚醒剤取締法違反	傷害 (連続)
診断	覚醒剤精神病性障害	広汎性発達障害
状態像	精神運動興奮・幻覚妄想状態	精神運動興奮
入院期間	7 日	8 月
入院形態	措置	措置
退院後の法的裁定	医療少年院	保護観察 (入院中に審判)

「Ⅱ. 事例検討」の項で事例の概略を紹介している。事例 1 (10 歳代後半の男) は入院治療により収容可能となる程度に回復した後に、再監護措置がとられ家庭裁判所による審判を受け、医療少年院に送致され

ている。事例 2 (10 歳代半ばの男) は、入院に伴い、少年鑑別所に収容する監護措置を調査官監護処分への変更を受け、入院治療継続中に、家庭裁判所に出頭して審判を受け、保護観察処分となった。入院中も保

護監察官の面接を受けており、退院後も継続している。

これら 2 事例は、必要な医療と、その後に必要な矯正処分との両方を受けており、

機関連携の意味でも、患者に必要な処遇と治療の提供の意味でも必要最低限のことはできた事例と考えられる。

(3) 20 歳以上の事例 (監獄法 43 条・刑事訴訟法 95 条・刑事訴訟法 482 条)

成人事例	50 才代前半 男	50 才代後半 男	30 才代前半 男
罪名	傷害・公務執行妨害	殺人 (精神科病院内)	覚醒剤取締法違反 (売人)
診断	躁病	精神分裂病	精神分裂病
状態像	躁状態	意識障害 (熱中症)	昏迷
入院期間	22 日	5 日	14 日
入院形態	医療保護	医療保護	医療保護
退院後の法的裁定	実刑 (一般刑務所)	不起訴 (→措置入院)	実刑 (医療刑務所)

入院形態を医療保護としているのは、精神保健福祉法 26 条の 1 に基づく、矯正施設長による措置通報なしに、監獄法或いは刑事訴訟法に基づく移送により入院となったためである。しかし本来、拘置所に収容中の患者の入院であり、且つ移送を要するほどの状態なのであるから、「自傷・他害の恐れ」はあるので、矯正施設長による通報を入院の打診時に依頼するか、或いは精神保健福祉法 26 条の 2 に基づく精神病院の管理者の届出による、措置診察により、措置入院 (或いは緊急措置入院) をとることが今後は望ましいと考えられる。

なお医療保護入院の場合、保護者が入院を拒否し引き取りを申し出た場合、退院となるが、監獄法或いは刑事訴訟法に基づく

移送により入院となった場合は、住所地が指定してあり且つ、そこからの逃亡の恐れがあるときには即再収容となる。よって保護者が入院を拒否したときにも自宅等の退院となることはあり得ない。

平成 13 年度 12 月までに経験した 3 例において、2 例は懲役刑の実刑判決を受け、1 例は起訴便宜主義のもと、検察官の判断で心神喪失による不起訴となり精神保健福祉法 25 条による措置通報がなされ、措置入院となった。

これら 3 事例は、現行法下でも、司法から医療へ、そして再度医療から司法へと、その患者に必要なとされている処遇と治療の役割分担がある程度可能であることを示している。

4. 入院患者の逮捕について

(1) 覚醒剤依存症による入院 (括弧内が逮捕者数)

	警察	医療機関	本人・家族
平成 11 年度	4(2)	1(0)	5(0)
平成 12 年度	4(2)	3(0)	2(1)
平成 13 年度 (12 月)	6(4)	3(0)	2(1)

本院において、覚醒剤依存症者のトリアージュは、①「急性精神病状態にあり」且つ「警察の保護」により来院した場合は、急性期治療終了後、原則として司法へ戻し、②「急性精神病状態にあり」且つ「警察には保護されず」に来院した場合は、急性期治療後、治療契約を結び、③「急性精神病状態にない」場合は、来院経路に関係なく、外来にて治療契約を結ぶこととしている。

警察保護事例を司法に戻す原則をとる理由は、①強制治療から開始した場合の有効な薬物依存症治療プログラムが確立されていないこと、②警察の保護を必要とする症状・行動があり、再度覚醒剤を使用した場合、同程度の症状が起こる可能性が強いこと、③警察保護事例は傾向として、家族・友人・地域などの支持基盤が弱いこと、④患者の任意の治療意欲が確認できていない状態であり、治療契約の困難が予測される

こと、⑤病院機能を維持し、病院を単なる逃げ場にしないこと、などである。

守秘義務についての法的側面からの解決は、刑事訴訟法 239 条 2 項「官吏または公吏はその職務を行うことにより犯罪があると思料するときには、告発をしなければならない」との規定、及び刑事訴訟法 197 条の 2 項「捜査については、公務所又は公私の団体に照会して必要な事項の報告を求めることができる」に基づき、警察からの照会に対して「公益と患者の利益とを考慮した」上で、院内での覚醒剤検査の結果を回答することは可能と考えている。

以上の理由から、警察による保護事例以外は原則として司法には戻していないが、平成 12 年度と 13 年度に、各 1 人逮捕事例があるのは、外来における患者との治療契約についての話し合いにより、患者が自ら逮捕を選択した事例である。

(2) 覚醒剤取締法違反以外での入院中の逮捕者

	入院前の事件による逮捕	入院後の事件による逮捕
平成 11 年度	0	0
平成 12 年度	0	0
平成 13 年度 (12 月末)	1	0

この 3 年間で覚醒剤取締法違反以外での逮捕は 1 人であった。殺害された母の横で、立ちすくんでいた女性が、緊急逮捕の要件を満たさず、錯乱した状態にあったため、24 条通報に基づく緊急措置入院とし、翌日には医療保護入院となり、病状安定後逮捕された。

いったん措置入院により医療対応となると、その後の司法対応がなされないことが多いが、現行法においても、相互の信頼を前提に機関連携を行えば、司法に戻すこと

も法的にも、実務上にも可能であることを示している。この場合、最初に医療が関与しているため、逮捕・取調べ中も、適切な薬物療法が継続されることが可能となる。

II. 事例検討

(1) 少年鑑別所を介した入院事例

事例 1 10 歳代後半、男、急性覚醒剤中毒・覚醒剤精神病性障害；覚醒剤取締法違反

祖父母と 3 人暮らし。保護観察中（覚醒剤の自己使用）。半年間の放浪の後、覚醒剤

の自己使用と所持とのため逮捕される。警察署内留置室では、興奮、滅裂、大暴れのため対応不能で、少年鑑別所に收容されるが、激しく暴れて制止不能の状態のため、26条通報により措置入院となった。

7日間の入院治療で、精神症状は軽減したため、再度観護処分となり、少年鑑別所に再收容される。少年鑑別所にも往診を行い病状の安定を維持した。その後、家庭裁判所にて審判を受け、医療少年院へ送致された。

事例2 10歳代半ば、男、アスペルガー障害・トゥレット障害・双極性感情障害；傷害

2日間にわたり、歩行中の小学生集団に対し、突然殴りかかり、更に自転車で走行中の高校生を棒で叩くなどの衝動的な傷害及び暴力行為により逮捕された。

少年鑑別所で大声が止まらず、不眠で、制止が不能の状態であり、26条通報により、精神分裂病の疑いで措置入院となる。生育史、対人関係の様式より、多動を伴うアスペルガー障害と診断した。

さらに音声チック障害と躁うつ病とを合併しており、対人緊張と著しい衝動性亢進を背景に、タイムスリップ現象が重なり、突発的な暴力行為が誘発されたと考えられた。薬物治療により衝動性の制御が効を奏するまでの間、院内でのケンカやトラブルが絶えなかった。入院後6ヶ月が過ぎ、入院のまま、家庭裁判所まで両親と行き審判を受けた。保護観護処分となり、入院中も保護監察官の面接を受けており、退院後も継続している。

《考察》

これら2事例は、必要な医療と、その後に必要な矯正処分との両方を受けている。

少年の場合、患者に必要な処遇と治療の提供が、機関連携により、現行制度上でも可能である。

(2) 少年鑑別所での精神保健診察事例
事例3 10歳代後半、男、広汎性発達障害（高機能）；傷害

学校内でバットを振り回し、患者を虐めていた生徒を殴りつけ、傷害を負わせ、さらに自宅でも親を「親が苦しむのを見るのは耐えられない」と、バットで殴りつけている。

非言語的対人接触能力にかなりの障害を認め、対人的、情緒的相互性の欠如は顕著であり、融通の利かないパターン化した行動や一定の生活習慣をみとめ、「一度決めたことはとことんやり通す」というこだわりは、状況を度外視するほどに顕著であった。

《考察》

患者の場合、高機能広汎性発達障害としての診断は、事件後精神保健診察を受けるまでなされたことはなく、教育関係者はもとより、少年鑑別所他司法機関においても鑑別診断として検討されることはなかった。

この事例ではアスペルガー障害を疑ったが、幼児期の言語発達の状況について詳細が不明であるため、診断を高機能PDDにとどめた。このような機関連携を必要とする少年の診断に際しては、教育診断、心理診断、司法診断、医学診断が、相互補完しながら整合性を保つことの重要性を示している。

また軽度発達障害は、教育・保健医療の

領域で、その診断と援助体制の充実が必要とされているが、触法事例では司法の領域でも、発達障害としての視点からの理解と対応が必要である。

事例4 10才代半ば、男、行為障害（小児期発症型、ADHDからのDBDマーチを基盤にしている）・軽度精神遅滞・被虐待児；窃盗

小学校1年生のとき、教室内で着席出来ず、小学校6年生においても1時限を着座することは困難であった。注意散漫で一つのことを持続できない、暴力など衝動制御が出来ないなど、ADHDの診断を、幼少の頃より満たしていたが、初めてその診断を受けたのは、10才の頃である。また10才代半ばの時点でも、感情易変性、癩癩もちで直ぐに暴力につながるなどの衝動性の問題を持っており、課題遂行や集中力持続が困難で、多動性は消退してきているが、ADHDの診断基準を満たしている。

繰返す車上狙いのために、児童相談所への通告を何度も受けており、そのたびに、情緒障害児短期治療施設（福祉型）、複数の養護施設、複数の児童自立支援施設へ措置されているが、衝動制御についての効果はほとんど出ていない。14歳を超えても、同様の事件を繰返すため、家庭裁判所送致となっている。

《考察》

以上の経過を振り返ると、注意欠陥多動性障害から、反抗挑戦性障害、続いて行為障害へと移行してきており、いわゆるDBDマーチ（Disruptive Behavior Disorder March）を生じている。

精神医学的立場からこの事例についてみ

ると、軽度発達障害についての早期診断と早期治療が不首尾に終わり、措置された児童福祉施設でも、発達障害についての治療という立場からの対応がなされておらず、現在の日本における児童福祉と児童精神科医療の後進性を示している事例ともいえる。青年期・成人精神医学の立場からは、早期介入がうまく出来なかった軽度発達障害の事例に、我々はいったい何が提供できるかという深刻な課題を突きつけられているといえよう。また少年矯正施設においては、軽度発達障害の治療と療育を強く意識することは不可欠であり、これもまた現在の喫緊の課題である。

事例5 10才代半ば、女、中等度精神遅滞；現住建造物放火

小学校・中学校では小規模の特殊学級に在籍し、ほとんど教師が付きっきりの対応で問題が顕在化することなく過ごしていた。その後知的障害者のためのコースを併設した全寮制職業専門校に入り、卒業後は、十分に保護的な就職先はなく、ごく短期間工場勤務を体験しただけだった。

特殊学級での義務教育を終了したばかりの、田舎育ちの知的障害児が、大きな町の専門学校で寮生活を始め、恋愛を体験し、携帯電話など手軽な通信手段にふれることとなった。専門学校においては、技術的な職業教育はある程度なされたが、自分の能力や社会的立場を認識させ、将来の社会生活に備えるべく、発達障害を意識した教育は十分ではなかった。

携帯電話がほしいという気持ちは、専門学校時代から続いており、便利な道具としても、新しく広がった世界の象徴としても、