

どうしても欲しいという願望は次第に強くなる一方だった。口うるさい家人との口喧嘩をくりかえし、頭ごなしにしかられ続け、感情は激しく揺さぶられ、異様な高揚状態と精神遅滞による現状認識と事態の結末を予見する能力の未熟さの中で、腹立ちの対象者が住む家屋に放火して逮捕された。

《考察》

I T化が進む現代社会において、精神遅滞者が生きがいを覚える仕事はどんどん減っており、精神遅滞者にとって、ますます生き辛い世の中になっている以上、今まで以上に知的障害児に対する特殊教育の充実は、不可欠のものであると考えられる。

また早期診断・早期療育の場や療育と連携し相談や適切な助言が行える、発達障害(精神遅滞)を専門とする専門医の数も圧倒的に少ない。

(3) 児童期より精神科病院への入院歴が長く、服役中の事例

事例6 20歳代前半、男、境界型人格障害・反社会性人格障害(ADHDからのDBDマーチを背景にした)・軽度精神遅滞、被虐待児

患者の精神科への初診は10歳代半ばである。家庭内暴力と学校で屋上の柵外を歩くなどの逸脱行為のため教師に勧められての受診であった。衝動性と感情易変性、及び両価性が目立った。自分の問題は否認し続ける、アルコール依存症の父及び不安耐性の低い母という家族病理の重さも目立っていた。

診療所、大学思春期外来、続いて精神科単科病院(開放型)、本院と紹介されてきた。10歳代半ばで医療機関にかかっているが、

20歳を超えるまでは、暴力をふるったときにも警察に逮捕されることなく、保護を受け精神科病院に入院しており、また児童相談所へ紹介(通告)されることもなかった。このため教護院など少年保護施設に入所したこともなく、家庭裁判所で審判を受ける機会もなかった。

患者の診断は、当時、境界型人格障害(20歳以下のため暫定診断)、一過性精神病状態の合併であった。しかし本院に入院した20歳前半においても、成人型ADHDの診断基準を満たし、軽度精神遅滞も認められたが、患者は20歳に至るまで発達障害についての評価がなされていなかったことが明らかになった。現時点での診断は、反社会性人格障害(DBDマーチ)、境界型人格障害、成人型ADHD、軽度精神遅滞となる。20歳を超えてからは、遅まきながら、暴力など事件性の問題が生じたときには、対象がたとえ家族であっても司法介入という方針をとり、現在は服役中である。

《考察》

精神科医が福祉や司法で出来ることについての知識がないために、精神科医療による抱え込みが生じ、また一般の精神科医に発達障害の視点が乏しいため、治療目標についての混乱が生じ、複雑困難な家族病理に切り込むだけのマンパワーと手法の乏しさが更に問題を複雑にしていた。出所後に何が出来るのかについても、確たるものはなく、患者は年齢を重ねるごとに、行き場を失っている。

(4) 刑務所からの入院事例

事例7 20歳代後半、男、広汎性発達障害・中等度精神遅滞・トゥレット障害；殺人事

件での満期出所後の入院

言葉の発達が遅くオウム返しが目立ったが、幼稚園に入る頃には会話が可能となっていた。ゴッコ遊びはなく、幼少の頃より多動で、「ひよこを投げて殺す」など乱暴なところがあり、就学前に児童相談所で相談をされている。学童期も孤立しがちで、運動性チックや配慮のない行動のため、いじめの対象となっていた。中学校卒業時に、施設入所の可否をめぐり、児童相談所で相談をされているが、当時のIQは正常域にあり、施設措置にはならず、自宅で奔放な生活を送っていた。父には、強圧的に体罰で躰けられていたらしい。

20歳になった頃、両親（特に母）に対する家庭内暴力が激しくなり、短期間、単科精神科病院に入院しているが、性格の偏りによるもので治療対象とはならないと判断され退院している。その後直ぐに、父を無免許運転にて轢死させ、殺人にて懲役刑となった。少年刑務所にて接枝分裂病と判断され、医療刑務所に移送されるが、精神分裂病は否定され、精神遅滞とのみ診断されていた。

出所時に、精神保健福祉法第26条通報がなされ、措置入院となる。タイムスリップ、興味の限局化、ファンタジーへの没入があり、生育史と併せ、広汎性発達障害と診断し、多彩な運動性チックはトゥレット障害と診断した。入院加療により、衝動性および運動性チックは改善してきている。

《考察》

医療刑務所で正確な診断がなされないことは、患者に医療施設の選択の自由がない以上、ぜひとも避けねばならない。

医療刑務所には、多様な専門性を有する

精神科医（発達障害を含む）が、非常勤医として勤務することが望ましく、常勤医も矯正施設内のみをフィールドとするのではなく、一般精神医療の現場にも足場をもつ必要があり、常に相互に研鑽を積める体制が必要である。

（5）措置入院後、入院前の事件で逮捕された事例

事例8 20歳代、女、境界型人格障害・一過性精神病エピソード或いは精神分裂病；殺人

顔面から大量の出血のある親のそばで立ち尽くしているところを警察に保護を受ける。親は救急搬送されるが、すでに死去していた。患者は捜査員に対して「知らん」としか答えず、突然泣いたり、走りだしたりするため、保護が必要と判断され、精神保健福祉法24条通報となった。なお、患者が犯人である証拠がなく、緊急逮捕は出来ない状況だった。

緊急措置入院で入院治療を開始し、翌日には医療保護入院となり、情動安定後に逮捕となった。入院により治療がなされてのちに、逮捕されているため、精神症状は安定した状況で勾留生活は維持されている。また犯行直後の精神状態については、精神医学的見地から入院中に評価できているので、精神鑑定が行われた場合に必要な資料の一部がカルテの形で残っている。

《考察》

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、逮捕前に措置入院で入院した事例でも、司法に戻すことは、法的にも、実務上でも可能であることを示している。

(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 10才代半ば、女、性的被虐待児・解離性障害（解離症状と自傷行為）

失立発作、失神発作がつづくため、救急搬送された総合病院にて、家庭内で性被害をうけていることが判明した。児童相談所への虐待通報がなされ、一次保護施設に収容された。

しかしそこでも、失立発作・自傷行為（リスト・カット）が続くため、一次保護施設での保護が困難となり、かつ対応可能な児童福祉施設が見つからず、児童相談所長からの依頼で、応急入院とした。両親が精神保健福祉法上の保護者として適任であるとは判断できないため、その後、市長同意による医療保護入院としている。（医療費は児童福祉法に基づき公費負担となる。）児童相談所長による次の処遇方針（養護施設等への入所措置を含む）が決定されるまでの一次保護期間を精神科病院での治療と保護を提供した事例であった。

《考察》

入院を安易に受けることにより、医原性に病状を悪化させることは避けねばならないが、児童相談所一次保護施設の機能を強化し、児童の保護を図るためには、精神科医療機関による支援は不可欠である。

近年、一次保護対象者は、被虐待児、行為障害を有する児童など、衝動性などの行動上の問題を抱える児童の比率が増加しており、精神科治療を必要とする事例が増加している。一次保護施設の人的配置基準の充実と、精神医学的診断や判定機能の強化が必要である。

(参考)

児童福祉法第25条（要保護児童発見者の通告）

保護者のいない児童又は保護者に監護させることが不相当であると認める児童を発見した者は、これを福祉事務所又は児童相談所に通告しなければならない。但し、罪を犯した満14才以上の児童については、この限りではない。この場合においては、これを家庭裁判所に通告しなければならない。

児童福祉法第33条（児童の一次保護）

児童相談所長は、必要があると認めるときは、第26条第1項の措置をとるに至るまで、児童に一次保護を加え、又は適当な者に委託して、一次保護を加えさせることができる。

2 都道府県知事は、必要があると認めるときには、第27条第1項又は第2項の措置をとるに至るまで、児童相談所長をして、児童に一次保護を加えさせ、又は適当な者に、一次保護を加えることを委託させることができる。

(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 10才代後半、男、注意欠陥多動性障害・広汎性発達障害・双極性感情障害・中等度精神遅滞

父と弟との3人暮らし。家族全員が精神遅滞をもっている。多動、衝動性のため小学高学年のときにADHDとの診断を受け、小児科で治療を受けていた。中学生になった頃より、丸い形のものに強迫的にこだわる様になり、こだわりを制止すると暴力が出るようになっていた。その頃より学校を抜け出して家に帰ることが増えていた。

養護学校高等部に入学した頃より、人の目を鉛筆で突こうとするなど衝動行為が出現し、トイレの栓など丸いものを抜き取り、級友に付きまとい、下級生に突然の暴力が出現するようになっていた。学校でも自宅でも対応不能となり、知的障害児施設でショートステイを行うが、施設内でも暴力が止まらなかった。父、教員、児童相談所職員に伴われ本院受診し医療保護入院とする。入院治療にて、ADHDに加えて、PDDの併存が診断され、薬物治療を行ったところ、衝動性と強迫行為がある程度解決した。共同生活が可能となった時点で、家族の養育基盤が脆弱であるため、児童相談所の措置で知的障害児施設に入所となった。

しかしその後、患者の施設入所、弟の就労支援施設への入所により、生活保護費が減額されたのを理由に、父が患者を施設から引き取っている。父には軽度精神遅滞があり、患者の障害の特性を理解することは困難であり、脆弱な家庭基盤において病状の悪化が十分に予想される。

《考察》

岡山県（その他多数の県に於いても）には児童精神科病床がなく、入院が必要となっても、どうしても入院治療のタイミングが遅れがちとなる。また児童精神科病棟がないため成人用の病棟での治療となる。その病棟環境は、発達障害者にとって、とりわけ大切である療育・教育機能を持たないため、病状がさらに複雑困難となっていく事例があることは否めない。

(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 10才代半ば、行為障害及び情緒の

混合性障害（反社会性人格傾向）；被虐待児
母との2人暮らし。母は覚醒剤依存症を経て、精神分裂病を発病している。母は結婚・同棲を数回にわたって行っており、患児は、常に母の恋人と生活をともにしており、小学生後半には、執拗な暴力による虐待を同居者から受けている。中学生の時には、母の自殺企図を目前で見ていた。（母はビルから飛び降り3ヶ月の入院を要する重症）。母は患児に対して「にせ者、娘の入れ替わり」と罵ることを繰り返している。なお母は、借財を重ねることはあっても、何とか生計を維持しており、生活保護ほか経済的な福祉施策とは無縁に生活している。

患者は、非行グループのリーダ的存在であり、衝動的な暴力により、補導を繰返されており、児童相談所通告を受け、児童自立支援施設へ複数回の入所歴がある。しかし施設内で解離性昏迷や憤怒発作をおこし、県外で医療保護入院を短期間行っている。

通院意欲は母には少なく、患者にもほとんどない。

母・患児ともに現在通院が途絶えているが、児童相談所からの「非行」に対する指導は続けられているものの、暴力行為は続いており、「非行」への対応は司法によるしかない状況にある。

《考察》

母は異常体験と共存しており、生計の維持は出来ているが、養育上はお金を与える以外は放任の状態であり、愛情表現も両面的で一定しない。医療の立場からみると母の医療保護入院は困難であり、患児保護のための福祉的方策の検討が必要と考えられる。

親権喪失の請求とその基準、親権喪失後

の衝動性ほか行動上の問題を抱える児童の保護施設の整備は、日本において、まだまだ発展途上であり、結局この親子についても「見守る」以上のことは出来ていない。

(参考)

児童福祉法 33 条の 6 (親権喪失宣告の宣告)

児童の親権者が、その親権を乱用し、又親権を乱用し、又は著しく不行跡であるときは、民法第 834 条の規定による親権喪失の宣告の請求は、同条に定める者のほか、児童相談所長も、これを行うことが出来る。

児童福祉法 33 条の 7 (後見人選任の請求)

児童相談所長は、親権を行う者及び後見人のない児童について、その福祉のため必要があるときは、家庭裁判所に対し後見人の選任を請求しなければならない。

(7) 強度行動障害特別処遇事業指定施設からの入所事例

事例 12 10 才代後半、男、自閉性障害・重度精神遅滞・行動障害

6 歳頃より多動。12 歳頃より、興奮、暴力、パニックが増え、14 歳からエスカレートし突発的な暴力の静止ができなくなり、その興奮時間の持続も長くなる。16 歳で強度行動障害特別事業施設に入所するが、暴力、興奮は収まらず、施設職員の怪我が絶えない状態となり、薬物療法上の調整と施設側の仕切りなおし期間の確保のために 1 ヶ月の入院とした。

強度行動障害特別処遇事業について

自閉性障害や精神遅滞(知的障害)を基礎に、行動上の問題が強く頻繁に日常生活に出現し現在の養育環境では著しく処遇困難な強度行動障害と判定された事例を対象

に福祉処遇の場で、療育・治療のモデル事業が厚生労働省により開始されている。岡山県では初年度の平成 5 年より、民間知的障害者更正施設が指定施設となり、定員 4 名、入所期間 3 年を限度とした特別処遇事業(療育)が実施されている。同事業の経過中、福祉施設では限界のある精神医学的疾患対応が、より濃厚に求められるとき、診断と薬物療法上の調整のため 1 ヶ月程度の入院の受け入れを行っている。

《考察》

精神医学は、精神遅滞者に対して、精神遅滞そのものは本質的に治療困難であるため、治療対象として十分に位置づけてこなかった。しかし今後は精神遅滞者の行動障害の問題について、発達の視点と精神医学的病理性についての二重診断(Dual Diagnosis)の視点を持ち、福祉関係者と医療関係者とが相互に責任を持った連携が行えるよう、治療技術の向上と機関連携を進める必要がある。

(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 10 歳代後半、男、精神分裂病・中等度精神遅滞；車上狙い(全国を放浪)

幼少の頃、両親が離婚し、父方に引き取られるが、十分な養育を受けることなく、学童期より養護施設にて生活する。10 歳前後の頃より、施設からの無断退去と車上狙いを繰り返しており、教護院、医療少年院、中等少年院への入所を繰り返し、少年院から親族に引き取られ生活を始めても、仕事が続かず、また家出、放浪を繰り返していた。

ヒッチハイクしようとしている所を、挙

動不審で保護され、10才代後半で入院となった。幻覚妄想状態であり、入院治療により病状は改善し、現在、グループホームで一人暮らしをしている。

《考察》

中等度精神遅滞との診断は、医療少年院においてもなされているはずであるが、療育手帳の取得やその他の福祉的手当ては何も受けておらず、矯正施設における福祉的視点の乏しさを感じる。精神分裂病の治療をおこない、就労圧力を排し、経済的不安を生活保護によって解消してからは、無断離院や放浪は消失している。

(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 20歳代後半、男、アスペルガー障害(高機能)・双極性感情障害;パニック下での家庭内暴力

パニックを繰り返し、中学生の頃より某大学思春期外来に通院するが、診断に至らず。某県で中学生が5千万円脅し取られた事件をきっかけに、性的な虐められ体験の想起のためパニックを起こし、自宅で大暴れし、警察数名に賛巻きにされ来院した。本院での当初の診断は「持続性妄想性障害」であった。しかし、きわめて狭い範囲に興味の限局化があり、いじめを想起させるニュースに接したときには、映像も浮かぶかのようなリアルなフラッシュバックが見られ、その体験は、妄想着色されているかのようにも見え、現実と空想との混同が生じていた。

幼少時に言葉の遅れはなかったが、不器用で、仲間遊びが苦手な孤立しがちであった。生育史の詳細を確認し、かつ心の理論

検査等も行いそれらも参考にした上で、高機能広汎性発達障害と診断した。シングル・フォーカスな認知的特徴と、フラッシュバックによる虐められたときの記憶が現実と混同されることにより、また更に躁状態が加わることにより、強いパニック発作を繰り返していた。

《考察》

20歳代後半にして初めて診断が行われ、患者及び家族は、患者に起きている現象をはじめ理解し、今後の生活設計を現実的に考えることが出来るようになっていく。広汎性発達障害の中核群ですら、精神科医療機関に受診して10年以上を経て初めて診断される状況にあった。成人を主に治療の対象としている一般の精神科医にとっても発達障害の理解は不可欠であり、研修と相互研鑽が必要である。

またこのような挫折体験を共有する高機能自閉症の当事者の会や親の会など自助グループは治療的見地からも有用であり、専門医の連携と支援が必要とされている。

(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才代半ば、男、広汎性発達障害・強迫性障害・軽度精神遅滞・協調運動障害・分離不安障害(母子);登校拒否

幼少の頃より多動、ゴッコ遊びなし。幼稚園の頃よりいじめにあう。不器用で、自らボタンを留められるようになったのは、小学高学年のときであった。10才代半ばでも箸の持ち方は握り箸であった。傍若無人で、百科事典が好きであった。幼少の頃より10才代半ばに至るまで、母と一緒に入浴をしている。

小学生及び中学生のときに激しいいじめに会い、中学生になってすぐの頃より登校拒否となり、その頃より、強迫症状が強まる。エルシニア菌感染のニュースに接してから、溝のそばを通っても、生水を飲んでエルシニア感染症になるのではないかという強迫観念、商店で肉パックのそばを通ると、肉汁を飲んだのではないかという強い不安が強まった。そのため患者は、繰り返し母に対して確認を繰り返し、生水を一人で居ると飲んでしまうかもしれないと、母のトイレと一緒に入ったりと、分離不安が強まった。自分が汚れていないことを確認するために、母に身体を舐めさせたりする状態となり入院治療を行うに至った。

中学最終学年になっての入院であり、義務教育期間に、いかに教育からの援助を引き出すかが火急の課題と判断し、保健所保健婦を核に、担任、校長、適応指導教室教員等とともに地域調整会議を開き、その後学校との調整を行い「適応指導教室」に在籍した。患者は適応指導教室への登校が、初めての安心できる学校体験となった。

《考察》

診断の遅れのため、いじめに対しても有効な手立てがとられておらず、登校拒否を指導する上でも、有効な方策をとることが出来ていなかった。また母子分離の必要性について家族が理解しておらず、入院により一時的に引き離すことは出来るが、その後の手立てを見出すことが困難であった。

また広汎性発達障害において、心の理論テスト一次課題を通過する、小学5年生頃の対人関係のありようが、その後の対人関係が被害的となるか否かに大きく影響すると言われるが、患者の場合、いじめの連続

の中で、基本的な人間関係に被害念慮を形成するに至っている。

適応指導教室に登校させることにより、教育関係者からの進路指導が可能となったが、知的能力がある程度保たれている広汎性発達障害について、教育関係者はまだまだ無理解であり、進路指導は結局、知的障害者通所施設へ紹介に留まった。

担当している生徒を通じて一部の教師の研修は進んでいるが、全体としてみれば軽度発達障害者への特殊教育の機能を提供できていないのが日本(岡山)の現状であり、福祉施策もまた同様である。

(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 30才代前半、女、精神分裂病

夫婦と小学校入学直前の子どもとの3人での生活。3年ほど前より、自宅に引きこもりがちで、近隣等とも付き合いなく、親に対しても「子どもを盗っていく」等と言ひ、周囲を拒否して、一方的に子どもを取り込み、幼稚園等に入れることも拒否していた。

精神科を一度受診したが、錐体外路症状が出現したため、その後は産婦人科を受診し、「うつ病」と言われ、漢方薬が処方されていた。

入院半年前より「夫には再婚相手がいて、子どもがいっぱい居る」と興奮することが増え、入院5日前に、夫を包丁で切りつけ、顔面に大怪我を負わせた。しかしその後も興奮が治まらないため、来院し入院となった。

患者の治療が開始できたこととともに、子どもは小学校入学前に、何とか幼稚園に

入園し、社会との接点を持つことが出来た。
《考察》

精神障害者の治療を検討するとき、患者本人の立場から治療方針を考えるのはもちろんのことであるが、その患者に養育されている子どもの立場についても十分に考慮に入れることが不可欠である。入園拒否や就学拒否が親の側から行われている時には、両親の精神疾患の有無についての評価、子どもの側から行われているときには、子どもの発達評価と生活環境についての評価が不可欠である。

(11) 母親への強制入院が遅れたため、子殺しに至った事例

事例 17 30 才後半、女、うつ病・軽度精神遅滞

育児の過程で、被害者である子どもに対して「育てにくい子ども」と感じており、多動で、他の子どもに対して暴力を振るったりするため、悩んでいた。併せて父がうつ病に罹患しており、治療の経過も思わしくなく、精神科医療に対する不信を持つとともに、父の看病等のためゆとりを失っていた。

事件の 10 ヶ月前より、自身の精神的変調を自覚していた。早朝覚醒と中途覚醒を認めるようになっており、イライラして家の中を歩き回ることが生じていた。また怒りっぽくなり子どもに対する体罰の頻度も増えていた。2 ヶ月前には、これらの症状は悪化し、子どもを連れて公園等に家から出たときは、「このまま家に帰りたくない」と感じるが増えていた。子どもを殺すことについての想念は、「増水している川に落とそうか」や、「お風呂に沈めようか」な

ど、長期にわたり何度も生じており、実際に子どもの首に手をかけることもあった。

そして、ある日、子どもが眠っているところを、殺害するに至った。殺害後、死亡した子どもを布団に寝させ、目を覚ました幼い子どもの世話をするなど、淡々とした日常にもどっていた。その後、家人から電話をうけて「ハッ」と我に返り、解離状態より回復している。

《考察》

本人が相談に訪れた児童相談所からの紹介で、市町村保健婦が訪問活動を始めていたが、本人のうつ状態の深刻度は十分に把握できておらず、子どもの発達上の評価も不十分であった。父を診察している医療機関も、その家族状況について、把握しておらず、父の入院を含めた危機介入についての検討を行うことが出来ていなかった。

D. 考察

1. 司法・矯正・行刑施設との関係について

第一線の司法機関は、警察であり、警察との緊張感ある迅速な連携を抜きに、少年の行為障害への適切な対応は出来ない。相互に責任を果たしながら、少年に対しても有効且つ有益な精神科治療を行うには、お互いの仕事の内容と限界について十分に理解する必要がある。その意味で、毎年行っている県警各署との、困難事例の検討会は極めて有効に働いている。

精神科医療の役割を、社会の要請により常に点検を繰返しながら、その限界点、治療可能性の有無の視点から、困難事例の検討を通して、警察に理解を得ていく努力が必要である。

また現行法制下においても、限定的とはいえ、行刑施設・少年保護施設（少年鑑別所・少年院など）収容者に対して、差し迫った病状の悪化があるときには、医療施設への移送を可能とする法制度があるのでその運用に対しては、更に積極的に行うべきである。とりわけ少年においては、必要な精神科の治療と矯正処分の両者を提供することが、機関連携により可能であるので、互に責任を持って運用すれば、患者にとっても多大の利益があると考えられる。

なおその際の入院形態は、少年鑑別所・拘置所・行刑施設に収容中であり、かつ移送を要する症状を有する患者の入院であるから、「自傷・他害の恐れ」はあることが多いので、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）を優先することが望ましいと考えられる。

ところで少年矯正施設（少年鑑別所を含む）、行刑施設（拘置所を含む）における医療は、強制収容している以上、少なくとも国内医療の標準レベルにならねばならないが、とても十分とは言えない状態にある。とりわけ精神科医療においては、少年保護施設・行刑施設内での医療の質が、退院・出所後の患者の予後を大きく左右すると考えられるため、同施設内での医療の充実は特に留意される必要がある。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の概念がとりわけ重要と考えられた。

従来、医療と司法は、背反律の関係にあり、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

が多かった。また司法で処遇された患者の（入院）治療については、医療が消極的となることも同様であった。しかし現制度下においても、法的にも、実務的にも、相互の信頼を前提に機関連携を行うことが出来れば、医療と司法との関係を一定程度までは、双方向性の関係を保つことが可能であることが、事例を通して明らかにされた。また最初に医療が関与した場合、取調べ・裁判中も、適切な薬物療法が継続されることが可能となる。

むろん、検察の不起訴裁定を覆すことは、基本的に不可能であるので、少年の精神保健診察、簡易精神鑑定、正式の精神鑑定の質を高めるための、システムを構築することが必要なのは言うまでもない。

2. 児童相談所など児童福祉施設との関係について

岡山県（多数の県に於いても）には児童精神科病床がなく、どうしても入院治療のタイミングが遅れがちとなる。入院する場合も、児童精神科病棟がないため、成人が主たる対象の病棟での治療となる。発達障害者にとってはとりわけ大切である療育・教育機能を持たないため、かえって病状が複雑困難となっていく事例があることは否めない。

また児童精神科医及び発達障害にも着目できる一般精神科医の配置を充実していくには、専門的な臨床実践を深めていけるような拠点施設の整備が必要になる。拠点施設には入院施設、外来診療機能、デイケア・個別心理セッション・療育セッションに対応できる施設と人員の確保が必要であろう。拠点施設は、医療、福祉、教育、保健の融

合したものであり、且つそのような人員から構成される必要がある。行政上の核となる施設は児童相談所であり、それと近接の連携が保たれるように、上記施設が機能することが望ましい。薬物介入や入院を安易に受けることにより、医原性に症状を悪化させることは避けねばならないが、児童相談所の機能を強化し、児童の保護を図るためには、精神科医療機関による支援は不可欠である。また児童相談所への常勤児童精神科医の配置も急務である。

軽度発達障害への対応は児童福祉・思春期福祉においても火急の課題である。アメリカ合衆国ノースカロライナ州全域において、自閉症（広汎性発達障害）に特化した、早期から就労までの教育支援システム（TEACCHプログラム）が展開されている。そのため、ノースカロライナ州では、自閉症者が成人期以降も95%が、家庭やグループホームに居住し、地域社会で日常生活を送っている。一方それ以外の州では自閉症者の40～70%が、成人期以降では家庭等での生活が困難となり、長期間の施設内生活となっている。

日本においても、乳幼児健診の充実により、知的障害を合併したPDDでは早期診断・早期療育の成果が見られつつあるが、高機能PDDについての早期介入は残された課題となっている。今後は高機能PDDについても、積極的早期介入を行った地域（県ごとなど）により、長期予後の比較検討を行う必要がある。厚生労働省による、モデル地区を用いた先駆的試みを行う必要があると考えられる。

一次保護施設の人的配備の充実や判定機能の強化は、優先度の高い課題であり、一

次保護施設、児童養護施設の保護能力の強化は不可欠である。そして現実的に実現していくには施設全体の基準強化という手法よりも、「機能別」の概念を児童福祉にも更に導入し、一部の児童養護施設を被虐待事例やADHDやPDDなどの発達障害事例により特化したものとする必要があるように考えられる。

情緒障害児短期治療施設は、精神医学的評価と治療を職員配置にも反映させた「医療型情短」と、療育機能を重視した「福祉的情短」に機能分化がすすむと考えられるが、両者を併せても、配置されていない都道府県の方が多く、特に「医療型情短」の数は少ない。情短には、被虐待事例や軽度発達障害事例が入所する比重が高いため、設置数の拡大とともに、「医療型情短」の増加が望まれる。また児童自立支援施設へも、児童精神科医或いは軽度発達障害を理解した精神科医の関与が不可欠であり、それにより発達にも着目した教育機能を強化できると考えられる。

軽度発達障害児を早期療育につなげるための保健事業と早期療育の経済的保障は、今まで以上に必要である。とくに対応を誤れば行動障害に発展するリスクの高いPDDでは、適切な一貫性のある発達支援を保障するために、自閉症・発達障害支援センター事業の開始は、その第一歩として評価できるが、その設置はゴールではなく、スタート地点として捉える必要がある。

なお一般精神医療における、親世代の精神科治療の際に、子どもの養育状況についても留意する必要性についても強調しておきたい。

3. 学校など教育機関との連携について

知的能力に特段の遅れがない場合、教育機関では発達障害を想定することは非常に少ない。そのため診断が遅れ、いじめに対しても有効な手立てがとられておらず、登校拒否を指導する上でも、有効な方策をとることが出来ていない事例が見受けられた。また広汎性発達障害において、心の理論テスト一次課題を通過する、小学5年生頃の対人関係のありようが、その後の対人関係が被害的となるか否かに大きく影響すると言われるが、いじめの連続の中で、基本的な人間関係に被害念慮を形成し、精神医学的に破綻するに至った後に、精神科医療機関に訪れる事例も多い。なかには20歳代後半にして初めて診断が行われ、患者及び家族は、患者に起きている現象をはじめて理解し、今後の生活設計をようやく現実的に考えることが出来るようになった事例もあった。広汎性発達障害の中核群ですら、教育機関ではもちろん、精神科医療機関においてさえ、正確な診断がなされない現状が現在の日本はある。

21世紀の特殊教育を考える委員会の答申のなかで、PDD、ADHD、LDなど軽度発達障害への教育的支援の必要性が指摘され、平成13年1月省庁改編に際して、文部省特殊教育課が、通常学級在籍児の問題も視野に入れた文部科学省特別支援課に名称変更された。

しかし現実には、軽度発達障害者への特殊教育の機能を提供できていないのが日本（岡山）の現状であり、福祉施策は軽度障害児に対して更に不十分な状況である。心の健康問題を担う養護教諭への啓蒙と研修、管理職に対して問題の重要性について認識

させること、養護学校ほか特殊教育に軽度発達障害を位置づけ、さらに後期高等教育の充実を図ることが必要である。

E. 結論

成人の精神分裂病を主な対象とした、旧来型の老朽化した精神科病院においても、他機関では対応困難な児童・思春期事例について、緊急対応を含めた入院治療を行うことは、ある程度まで可能であった。その経験の中で浮かび上がった事柄について記す。

1. 現状においてもできること

(ア) 関係諸機関との緊密な連携の推進

特に重要なのは、精神科医の多くがあまり馴染みのない警察署（少年課、生活安全課）や少年鑑別所、検察庁等との連携を忘れてはならない点である。虞犯、触法事例等の場合、精神科医療と社会的枠組みとしての司法手続きが、緊張感のある迅速な連携を保つことが重要である。

児童相談所をはじめとする福祉、教育機関との連携が日常的に必要なことは言うまでもない。

(イ) 一般精神科医の発達障害に対する診断技術の向上

精神科医の診断技術が、あまりにも成人の疾患に偏っており、特に知的能力が軽症或いは高機能である場合には、PDD、ADHDやLDなどの発達障害を鑑別診断としてさえ思いつかない状況である。これを改善するには、コンサルテーションや専門施設での短期研修などを通じて、典型例を経験することが早道である。同時に、その地区の精神科医に対する組織的啓蒙、研修

を実施する必要がある。近い将来、一般の精神科医にとっても、その罹患率から考えても、発達障害が精神分裂病と同等の重みを持つようになることが必要であろう。

2. 将来的に必要なこと

- (ア) 拠点となる医療機関の整備（機能を特化させた児童・思春期専門病棟など）
- (イ) 動的ネットワークの構築
- (ウ) 矯正・司法との境界設定と継続的見直し
- (エ) 医学診断・教育診断・心理診断・社会診断の整合性の確立
- (オ) 児童相談所における診断・相談機能の強化（児童精神科医の配置など）

F. 研究発表

1. 学会発表

- (1) 第9回日本精神科救急学会総会 2001.11
一般演題 監獄法43条或いは少年法17条
監護措置取消により、病院移送され入院治療を行った4例 西中哲也、来住由樹、高橋正幸、河本泰信、秋元潔、津尾佳典、中島豊爾
- (2) 第39回日本犯罪心理学会 2001.9
特別講演 一般精神科臨床から見た軽度発達障害の意義 中島豊爾
- (3) 第39回四国犯罪心理学会 2002.2
特別講演 特異な少年事件における高機能
広汎性発達障害の意味 中島豊爾
- (4) 岡山県臨床心理士会総会 2002.3
講演 精神科医から見た危機介入—強制入院を要した思春期事例から 来住由樹

2. 論文発表

さらにプライバシー保護についての配慮を高め、考察を重ね、投稿を予定している。

文献

- 1. 注釈少年法、改訂版、田宮裕、廣瀬健二、有斐閣、2001.6.30
- 2. 改訂監獄法、ポケット注釈全書（8）、小野清一郎、朝倉京一、有斐閣、2000.8.10
- 3. 最新児童福祉法・母子及び寡婦福祉法・母子保健法の解説、児童福祉法規研究会編、時事通信社、1999.12.1
- 4. 平成12年矯正統計年報 法務省矯正局、2001
- 5. 平成12年検察統計年報 最高検察庁、2001
- 6. 平成12年司法統計年報 2刑事編 法曹会、2001
- 7. 平成12年司法統計年報 3家事編 法曹会、2001
- 8. 平成12年司法統計年報 4少年編 法曹会、2001
- 9. 自閉症の療育と青年期以降の対応、西脇俊二、研究精神保健、14号、47号、49～54、2001

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

診断モデルに基づく医療プログラム施行の検討—行為障害と虐待との関係

分担研究者 中根 允文 長崎大学医学部神経感覚医学講座精神病態制御学

研究協力者 松本 亜子 長崎大学医学部附属病院精神神経科

（長崎県中央児童相談所嘱託医）

川原ゆかり 長崎県中央児童相談所

角田 耕平 長崎県中央児童相談所児童虐待対応協力員

本田 純久 長崎大学医学部原爆後障害医療研究施設

研究要旨

行為障害と被虐待との関連をテーマに、精神科医療の枠組みの中で行いうる範囲を明確にし、医療プログラムを準備するために、児童相談所に非行相談として上がってくるケースをもとに統計学的予備調査を行い、特に、行為障害を持つ被虐待児に対しての早期介入の方向性を検討した。その結果、1) 被虐待の既往、被虐待の開始年令、同胞間のトラブル、父親の職業、母親自身の被虐待の経験に、対象群に比し有意差を認めた。2) 特に、行為障害のケースは、明らかに多く保護者から虐待された体験を有しており、その有り様にしても単一の被虐待より様々なタイプの虐待を受けていた。3) さらに、被虐待がより若年で始まっていた。以上のことより、今回は、十分な調査対象例数ではなかったが、精神障害の一つである行為障害と被虐待の体験との間に何らかの関連性が示唆された。それは、被虐待体験の有無に止まらず、その質（タイプ）の違いにも認められた。早期に始まり、何種類かにわたる虐待を受けた子どもたちは、その後の問題行動が予想できるだけでなく、いわゆる行為障害といわれる問題行動に発展する可能性があると考えられた。故に、被虐待体験の有無だけでなく、その質をも考慮した、早期のアプローチの重要性が示唆された。

A. 研究目的

近年、高齢化や少子化、経済不況およびITの一般化による情報化などといった社会状況の変化は児童・青少年を取り巻く環境にも多大な影響をもたらし、新たな精神科医療の構築の必要性が高まっている。特に、重大な少年事件に際して加害者の診断名と

して注目されるようになった行為障害は日本国内において馴染みの疾患名でないためか、十分に妥当な理解を得ることなく人口に膾炙してしまった感があり、その日本での詳細な精神医学的検討および精神科医療における位置づけと具体的対応の検討が急務である。

また一方では、保護者等による児童虐待の問題も急浮上してきており、その急増についてはマスメディアだけでなく、児童精神科医療の中でも周知のことになっており、行為障害と同様に、成因としての背景要因や様態の研究は社会的にも強く要請されている。

青少年期における精神科医療の特徴の一つとして、精神科医単独ではその治療が困難なことが少なくなく、福祉的視点および教育との関わりを考慮して、関連の各種施設、ケースワーカー、心理専門職、および教師等との連携が重要なポイントになることである。しかし、児童青年期における事例の治療においては、たとえ関係機関との連携をもってしても、期待通りに進展しないのが現状のようである。そこで、行動上の問題として青少年期に現れた症状に関わる治療はもとより、関係者への早期介入、問題発生への予防など改めて再構築していく必要がありそうである。

われわれは、行為障害と被虐待との関連をテーマに、精神科医療の枠組みの中で行いうる範囲を明確にし、そのための医療プログラムを準備するために、児童相談所に非行相談として上がってくるケースをもとに予備的調査を行い、特に、行為障害を持つ被虐待児に対しての早期介入の方向性を検討した。

B. 研究方法

1. 対象

平成13年4月から同年12月末までの間に、長崎県中央児童相談所に非行相談として届け出があり、受理したケースを対象とした。対象抽出における作為性を避けるた

めに、受理した順番に当初計画した例数に達するまで登録した。各事例について、相談所内でインタビュー収集された情報の記録は、下記の必要事項については相談所スタッフと討議を加えたが、研究協力者であるMAとKYのみが見直し整理するなどして、個々のプライバシー保護には十分に配慮した。

2. 調査方法

対象は行為障害および行為障害という診断には至らないものの若干の非行を見た少年（対照群）の事例であり、まず行為障害30例が収集されるまで対照群例の抽出も継続された。

(1) 行為障害の診断

表1（要約）に示すようなDSM-IV基準を参考に、精神科医1名（MA）が、他の児童相談所精神科嘱託医のケース記載と診断を参照して、診断した。更に、事例担当のケースワーカーおよび当該事例とは無関係のケースワーカー、併せて2名に臨床心理的観点から想定可能な診断を設定してもらった。これらを一括したところ、いずれの診断も、ほぼ一致していた。一方、比較検討のための対照群は、行為障害の診断基準を充足しない事例、もしくは事例記載からみて行為障害の診断を明らかに満たさないと診断された非行事例を同数、やはり受理した順番に登録した。

表1 行為障害の診断基準 (DSM- IV)

- A. 他者の基本的人権の侵害、または、年齢相応の社会規範や規則の侵害が反復し持続する行動様式で、以下の基準のうち、3つ（またはそれ以上）が、過去12ヵ月間に存在し、基準の少なくとも1つは過去6ヵ月間に存在した。

人や動物に対する攻撃

- (1) しばしば他人をいじめ、脅迫し、威嚇する。
- (2) しばしば取っ組み合いの喧嘩をはじめめる。
- (3) 他人に重大な身体的危害を与える武器の使用。
- (4) 人もしくは動物に対しての身体的な残酷さ。
- (5) 被害者に面と向かって行う盗み（強盗など）。
- (6) 性行為の強要。

所有物の破壊

- (1) 重大な損害を与えるための故意の放火。
- (2) 他人の所有物の故意の破壊（放火以外）。

嘘をつくことや窃盗

- (1) 他人の住居や車への侵入。
- (2) 他人をだますような嘘。
- (3) 被害者と面と向かうことなく行う盗み（万引きなど）。

重大な規則違反

- (1) 13才未満で始まる夜間の無断外出。
- (2) 一晩中家に帰らないことが少なくとも2回。
- (3) 13才未満で始まる怠学。

- B. これらの行動が社会的、学業的に著しい障害を起こしている。

- C. 18才以上の場合、反社会性人格障害を除外診断する。

(発症年齢による病型)

小児期発症型：10才になるまでに基準の少なくとも1つが発症。

青年期発症型：10才まで基準項目は全く認められない。

(重症度分類)

軽症：診断基準数ギリギリの問題行為で、他人に軽微な害しか与えていない（嘘をつく、怠学、夜間外出など）。

中等症：軽症と重症の間（破壊行為、万引きなど）。

重症：診断基準以上に多数の問題行為があるか、または、他人に相当な危害を与えている（性行為の強制、強盗、身体的残酷さなど）。

(一部、省略または要約)

(2) 虐待の既往

平成 12 年度厚生省（当時）「子ども虐待対応の手引き」に基づき、上記ケースワーカーが付加的に虐待に関する聞き取り調査を行った。ただ、遡及的に聞き取りを行ったことから、一部の事例では十分な情報を含む回答が得られず、そうした事例では被虐待歴の有無に関して「不明」のまま記録することにした。虐待は、身体的虐待、心理的虐待、ネグレクト、性的虐待の 4 分類からなり、いずれも先の手引きに記載された概念に従った。なお、虐待が単一のタイプであるのか、この 4 種類を組み合わせた複合型であるかについても記録した。

(3) 虐待開始年齢

虐待に関する「サンフランシスコ・リスク・アセスメント」を参考に、その重傷度とも関連するとされた年齢群、すなわち 10 歳以上、5-9 歳、および 5 歳未満の 3 群に開始年齢を分けて記録した。

(4) 虐待の期間

虐待を受けた機関については、明確に 1 年未満であると確認できたものだけを「単一」とし、それ以外は「常習」的と見なすことにした。

(5) 知的レベル

来談時に行われた鈴木ビネー式知能検査を用いて、境界例以下の知能であるとき「遅滞あり」と判断した。実施できなかった事例については「不明」とした。

(6) ADHD の合併

児童相談所に嘱託勤務している小児科医

または精神科医によって、DSM-IV等を参考に注意欠陥多動性障害（ADHD）と診断されたものだけを「合併あり」と記載した。ただし、事例記録を診断基準に照らして見たとき同診断に至らなかった事例、および情報不足の事例については「不明」とした。

(7) 交友関係

児童相談所で通常的に使用する児童調査票において、他人に対する攻撃が同年代および更に広く見られるもの、いじめやいじめられている事実が確認されているものを、交友関係における「関係不良」とし、明らかな問題はないものの、友人がいないと明示されている場合を「孤立傾向」とした。

(8) 同胞間のトラブル

兄弟・姉妹など同胞間における万引きなどの虞犯・行為障害的行為の強要、医療を要するほどの同胞間抗争（喧嘩）の記載があるとき、同胞間の「トラブルあり」とした。

(9) 家族構成

この項は、事例と彼らの両親の血縁関係に関わるものであり、両親のいずれか又は両方が義理の関係、つまり養父母や継父母である場合を、家族構成において特異な関係「あり」と記録した。

(10) 父親の職業

家庭の経済状態を見る指標として、多くは親の収入が関わるので、両親の就業状態を見ることにした。母親が就業中の場合も少なからず見られたが、パイロット的に検討したとき両群間に有意差を見なかった（但し、今後詳しい解析は必要であろう）、

ここでは父親の就業状態のみを評価の対象とした。その際、職種や勤務時間（フルタイムかパートタイムか、など）にふれず、安定した仕事であるか否かを、職業歴や職種などから判断することにした。

(11) 両親自身の虐待

これは、事例の両親自らが主体的に語ったものだけをデータとして採用しており、この件について聞き取りのできなかつたもの、および曖昧な表現の場合は「不明」とした。養育者が中途から替わった場合は、現在養育に関わっているもの、もしくは最も長期間養育に携わっていた者について記載した。

(12) 両親間のトラブル

離婚歴およびドメスティック・バイオレンス (DV) など、明らかに両親間にトラブルが存在したと記載されたものだけを採用した。

(13) サポート可能な人物

青少年を養育する過程で急に周囲から支援の必要性が生じた時に、青少年の養育や保護を支援できる状況があるか否か、例えば親たちの実家からのサポートや、親戚および知人・友人などがいるかということである。

統計解析は、上記の項目を変数として χ^2 検定で以て検討したが、被虐待の既往および被虐待の開始年令については、拡張 Mantel 検定も行った。

C. 研究結果

(1) 行為障害と診断のついた者(行為障害群、以下 CD 群と略す) 30 名と、つかなかつた者(対照群、以下 non-CD 群と略す) 30 名について、以下のような比較検討を行った。

表 2 に示すように、性別比(男:女)は CD 群で 8:7、non-CD 群で 7:8 であり、有意差を見ない。また、年齢構成は CD 群の中央値が 14.0 歳(最小 8 歳、最大 17 歳)、non-CD 群では 13.0 歳(最小 4 歳、最大 17 歳)であり、これにも有意差を見ない。

(2) CD 群における行為障害の発症は、少年期が 20 例、青年期が 10 例であった。重症度別では、重症 6 例、中等症 20 例、軽症 4 例であった。少年期発症例に重症例が多いとの報告があるが、今回の対象例ではこの両者の相関関係を認めなかつた。なお、触法と見なされた事例は 2 例であった。

(3) non-CD 群における精神科的診断は、表 3 に示すように、適応障害 5 例、精神遅滞(以後 MR と略す)による問題行動 4 例、家族の問題 3 例、社会恐怖 1 例、抑うつ状態 1 例である。また、行為障害の診断基準を満たさない単一の非行行動(万引き、家出、夜間無断外出等)が 16 例と多く見られた。なお、反抗性挑戦性障害(以後、ODD と略す)と診断された事例はなかつた。

表 2 対象群のプロフィール

	行為障害	非行為障害	人、才 (%)
性別			
男児	16 (53.3)	14 (46.7)	
女児	14 (46.7)	16 (53.3)	
年齢*1	14.0 (min 8.0) (max 17.0)	13.0 (min 4.0) (max 17.0)	

*1 中央値

表 3 非行為障害群の診断名の内訳

診断名	人数	%
適応障害	5	16
MRによる問題行動	4	13
家族の問題	3	10
社会恐怖	1	3
抑うつ状態	1	3
単一の非行	16	55
計	30	100

(4) 各比較要因の結果について (表 4 に示す)

回答を拒否されたり、協力の得られなかった項目では、当然ながら不明なケースが多い。対象例数が少なく得られたデータ数も少ないに関わらず、次の 5 項目で有意差を認めた。すなわち、被虐待の既往、被虐待の開始年令、同胞間のトラブル、父親の職業、母親自身の被虐待の経験である。これら CD 群および non-CD 群を対比させて、図 1-図 5 に示した。

それによると、CD 群が non-CD 群より明らかに多く保護者から虐待された体験を有しており、その有り様にしても単一の被虐待より明らかに様々なタイプの虐待を受けていた。更には、CD 群の方が、被虐待は明らかに若年で始まっていたのである。

同胞間のトラブルは、CD 群に有意に多い結果であったが、対象としたトラブルの性質上、行為障害の結果でもあり得るため、その意味については疑問が残る。

事例の家庭の経済状態に関わる指標の一つとして、父親の職業の安定性を見たところ、これについても CD 群で、有意に、無職で雇用の見通しのない父親が多かった。母親の職業については前記したように調査を試みたが、いわゆる専業主婦という立場を如何にとらえるかなどをはじめ、幾つかの課題が残り、今後の検討が必要であろう。

事例の母親自身における被虐待の体験は、CD 群の方に有意に多いという結果が出た。ただ、問題の質がナイーブで回答拒否もあって「不明」とされた件数が多く、データ数はかなり少ないものであり、更に多数例

での再解析が必要であろう。
 その他の項目については、有意差がなかった。すなわち、行為障害にとって併発症 (Comorbidity) として注目されている ADHD や MR は両群間で明らかな差異を以て見ることはなく、交友関係の良し悪しについては、CD 群で半数以上が不良な交友関係であったが顕著なものになっていない。

家族構成において、実父母であるか否かは明らかな差異でなく、両親間のトラブルについては、両群ともかなり高率にトラブルを認めており両群間では有意差になり得なかった。また、周囲からの支援に関しては、CD 群に孤立傾向にある家族が多く存在したが、やはり両群間での差異にはなっていない。

表 4-1 行為障害の有無と各要因 (その 1)

各要因		行為障害 人 (%)	非行為障害 人 (%)
被虐待**1	なし	10 (33.3)	14 (56.0)
	単一	13 (43.3)	10 (40.0)
	複合	7 (23.3)	1 (4.0)
	不明	0	5
虐待開始年齢**1	0-4	13 (81.3)	3 (37.5)
	5-9	2 (12.5)	1 (12.5)
	10-	1 (6.3)	4 (50.0)
	不明	4	3
期間	一時期	1 (7.1)	1 (11.1)
	常時	13 (92.9)	8 (88.9)
	不明	6	2
知的レベル	正常	19 (73.1)	13 (61.9)
	境界知能以下	7 (26.9)	8 (38.1)
	不明	4	9
ADHD 合併	なし	21 (80.8)	14 (93.3)
	あり	5 (19.2)	1 (6.7)
	不明	4	15
交友関係	普通	1 (3.5)	2 (7.1)
	孤立傾向	11 (37.9)	16 (57.1)
	不良	17 (58.6)	10 (35.7)
	不明	1	2

1 拡張 Mantel 検定

** 0.01 < p < 0.05

表 4-2 行為障害の有無と各要因 (その 2)

各要因		行為障害 人 (%)	非行為障害 人 (%)
兄弟間トラブル**2	なし	15 (50.0)	22 (81.5)
	あり	15 (50.0)	5 (18.5)
	不明	0	3
家族構成	実父母	19 (63.3)	22 (73.3)
	養、義、継父母	11 (39.7)	8 (26.7)
	不明	0	0
父親の職業*2	常勤、または安定	14 (63.6)	18 (85.7)
	雇用の見通しなし	8 (36.4)	3 (14.3)
	不明	8	9
父親自身の被虐待	なし	0 (0.0)	1 (50.0)
	あり	2 (100.0)	1 (50.0)
	不明	28	28
母親自身の被虐待***2	なし	0 (0.0)	1 (100.0)
	あり	7 (100.0)	0 (0.0)
	不明	23	29
両親間のトラブル	なし	11 (37.9)	7 (28.0)
	あり	18 (62.1)	18 (72.0)
	不明	1	5
サポート可能な人物	なし	24 (80.0)	17 (65.4)
	あり	6 (20.0)	9 (34.6)
	不明	0	4

2 χ^2 検定

* $0.05 < p < 0.1$

** $0.01 < p < 0.05$

*** $p < 0.01$