

表1 対象機関とその回答率

設立母体	送付数	施設数	回答率
公立	16	6	38%
私立	54	7	13%
総計	114	23	20%

表2 各機関の特性と症例数

特性	専門外来を持つ n=18		専門外来を持たない n=5	
	専門病棟 あり	専門病棟 なし	専門病棟 あり	専門病棟 なし
病院数	8	10	0	5
症例数	61	41	0	11

II. 行為の問題を抱えた子どもの特徴

* 以下の結果は113例の中で各質問に対して有効な回答を得ることができた症例を有効症例数として扱っている。

(1) 年齢、性別、本人の受診

初診時年齢は3歳に始まり14歳をピークとする一峰性の分布を示した(図1)。平均初診時年齢は12.5歳であり、男女比は4:1であった。また、113例のうち30例(28%)では、初診時に本人の受診を認めなかった。

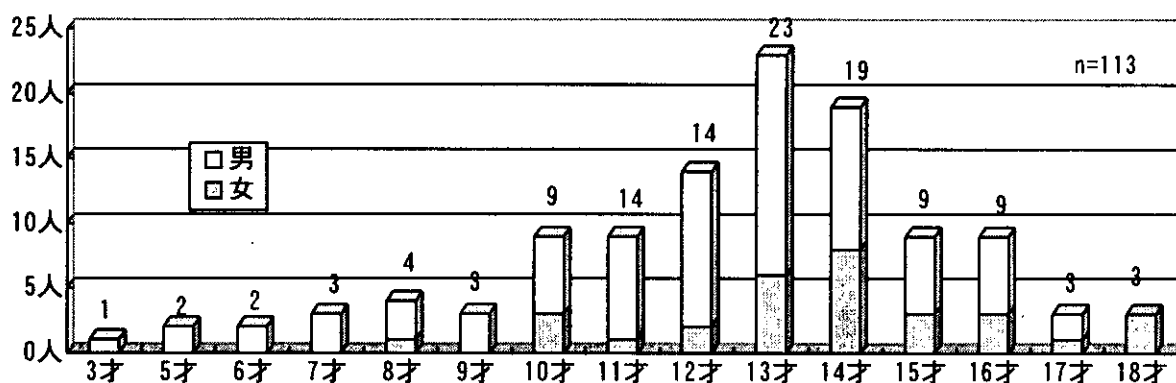


図1 年齢および性別分布図

(2) 主訴

調査表では以下の5つに分類し質問した。

1. 反社会的問題行動(家族外の人物に向けた攻撃性、非行・犯罪、家出など)
2. 神経症的問題(不登校・ひきこもり、強迫症状、解離症状など)
3. 家庭内限局性問題行動(家庭内暴力、家財持ち出し、反抗など)
4. 精神病状態(精神病状態、うつ状態、躁状態など)
5. 発達障害(広汎性発達障害、注意欠陥/多動性障害、精神遅滞など)

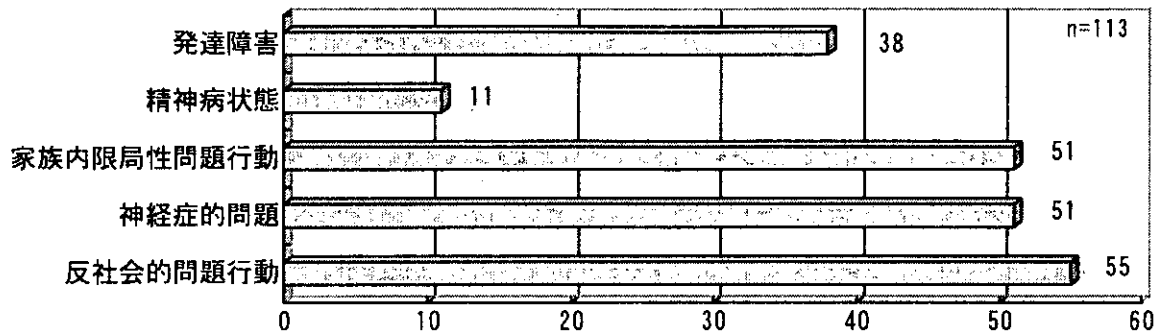


図2 主訴別の症例数

その集計結果から「反社会的問題行動」55例、「神経症的問題行動」51例、「家族内限局性問題行動」51例が多く認められた(図2)。次いで「発達障害」に関する主訴も38例に認められたが、「精神病状態」を主訴として受診する症例が11例と最も少ない結果となった。

(3) 診断

(i) I 軸診断

併存障害を含め行為障害の診断は113例中62例(55%)であった。

行為障害以外のI軸診断は113例91例(80%)であった(表3)。

*「発達障害」とはAD/HDおよび広汎性発達障害をまとめたものを示す。

行為障害のみの診断は113例中21例(19%)であった。行為障害以外のI軸診断のみの症例は113例50例(44%)であった。

(ii) II 軸診断

精神遅滞は正常知能が67例(59%)、境界知能以下が34例(30%)、不明12例(11%)であった。人格障害は11例(10%)に認められた。その内訳は依存性人格障害、回避性人格障害、強迫性人格障害、自己愛性人格障害が2例、反社会性人格障害、妄想性人格障害、抑うつ性人格障害が各1例で認められた。人格障害の発症年齢は15.3歳であった。

表3 行為障害以外の

I 軸診断

診断名	症例数
発達障害*	40
不安障害	16
精神病性障害	15
解離性障害	4
適応障害	4
気分障害	4
破壊的行動障害	2
その他	6
総計	91

(4) 行為の問題

(i) 行為の問題の出現年齢

行為の問題を以下の①-⑤に分類し、一項目でも出現した年齢を集計した。行為の問題の出現年齢は2歳に始まり6歳の時に一時的な増加を示し、14歳にピークとなる分布を認めた(図3-1)。平均出現年齢は10.9歳であった。各項目別の平均年齢は「人や動物への

攻撃性」11.3歳、「性犯罪」10.0歳、「所有物の破壊」11.5歳、「嘘をつくことや盗み」10.7歳、「重大な規則違反」12.4歳であった。

- ① 人（家族を含む）や動物への攻撃性（いじめ、喧嘩、強奪）
- ② 性犯罪（下着の窃盗、痴漢行為、強姦など）
- ③ 所有物の破壊（放火、故意に他人の所有物の破壊）
- ④ 嘘をつくことや盗み（他人の住居や車などへの侵入、他人をだます、万引きなど）
- ⑤ 重大な規則違反（家出、売春など）

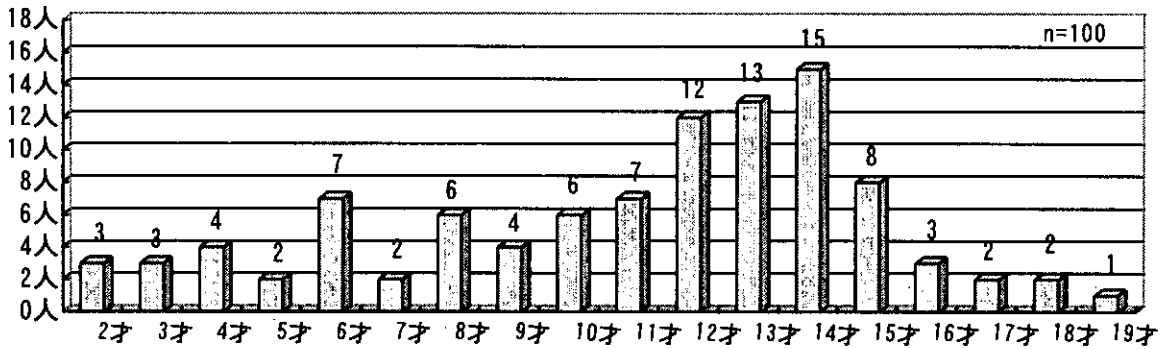


図3-1 行為の問題出現年齢

(ii)初診時における行為の問題

初診時には「人や動物への攻撃性」が65例と最も多く認められた。次いで「所有物の破壊」33例、「嘘をつくことや盗み」30例、「重大な規則違反」18例、「性犯罪」は2例であった。

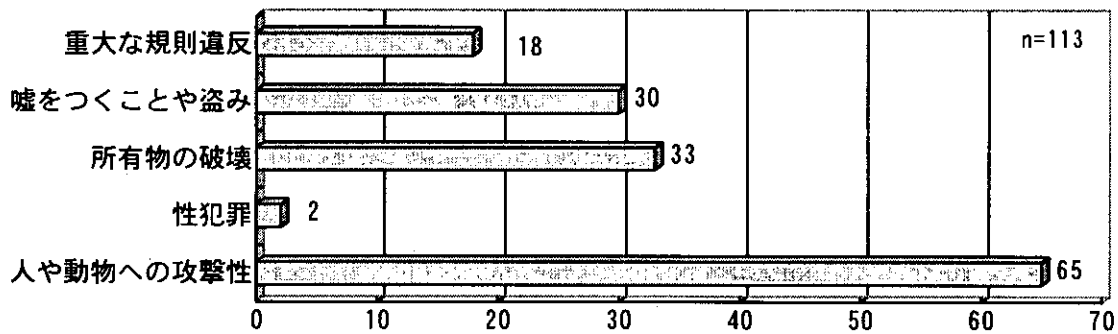
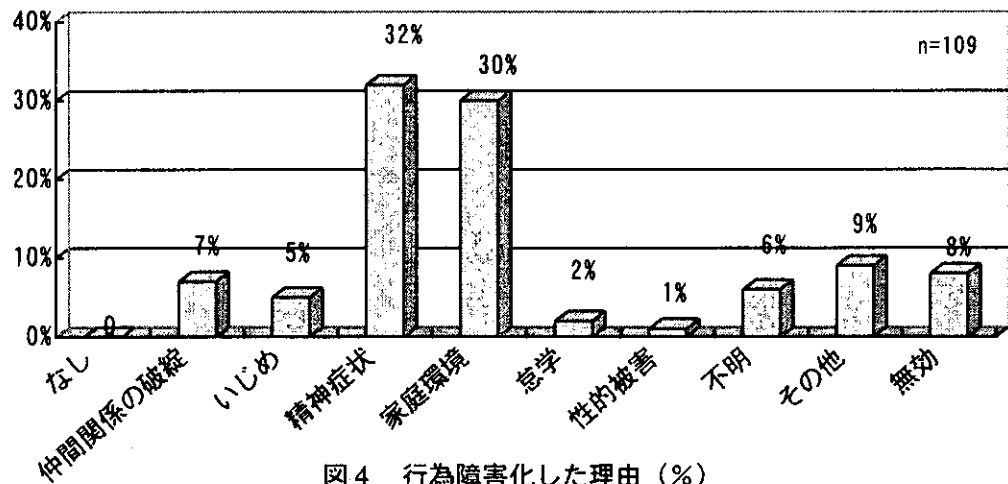


図3-2 初診時に認めた行為の問題（複数回答）

(iii)行為の問題の出現理由

集計結果では「精神症状」32%、「家庭環境」30%が多く認められた。ついで「仲間関係の破綻」7%、「いじめ」5%、そして行為の問題の出現理由が「不明」であった群6%であった（図4）。

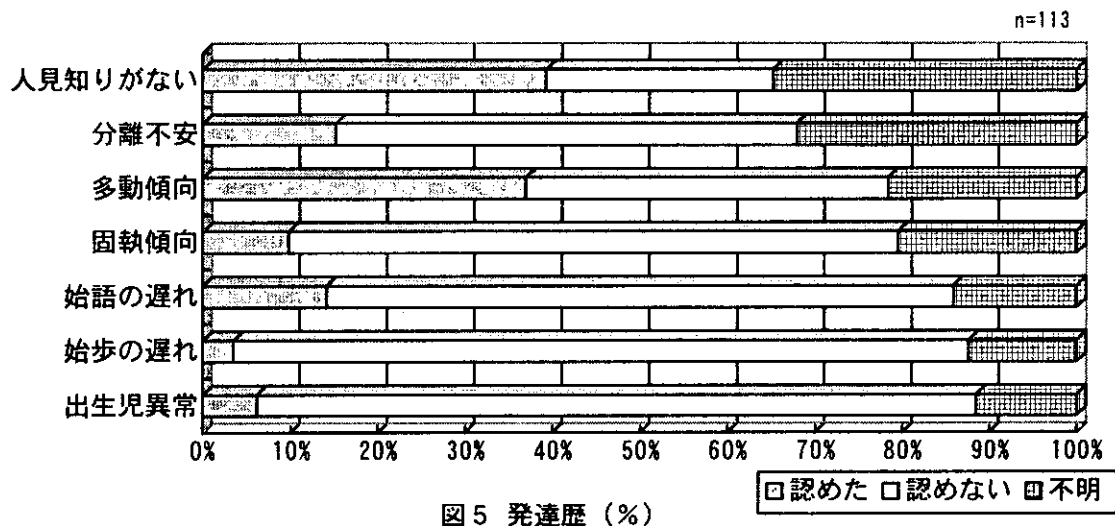


その他の自由記述回答としては「てんかんを基盤にした衝動統制の悪さと仲間の中での自己価値観の模索」、「遺尿・遺糞」、「ひきこもり」、「学業上の不適応」、「学校での対人関係上の圧力」、「受験の失敗」、「衝動統制困難」、「自己感覚の弱さ」、「職員との別れ」、「性的行動化」、「同胞葛藤」、「被虐待」、「父親の無理解」、「母親の嫉妬」、「母親の愛情不足」があげられていた。

Ⅲ.患者背景

(1)発達歴

発達歴として「出生時異常」7例(6%)、「始歩の遅れ」4例(4%)、「始語の遅れ」16例(14%)、「固執傾向」11例(10%)、「多動傾向」41例(37%)、「分離不安」17例(15%)、「人見知り」を認めない」44例(38%)であった(図5)。



(2)虐待

113 例中 37 例(全体の 34%)に虐待歴を認めた。その 37 例における虐待の分類は身体的 18 例(49%)、性的 3 例(8%)、心理的 16 例(43%)、ネグレクト 10 例(27%)であった。父親、継父、兄、祖父、祖母などの家族からの虐待が 30 例でほとんどであり、叔父、家庭教師、施設職員、学校の担任教師などの回答もあった。

(3)仲間関係

就学前に全体の 34%の子どもが仲間関係が不良であった。それが小学校年代になると 55%子どもが仲間関係が不良であり、さらに中学校年代にはいると未就学を除いて 66%にまで増加し、その年代の中心群となっている(表 5)。

- * 「不良」とは、集団で友人関係が築けないか、あるいは自らの孤立傾向がある場合を示す。
- * 「良好・普通」とは、それ以外の場合を示す。
- * 「未就学」とは、その年齢に達していない場合を示す。

表 5 仲間関係

仲間関係	就学前	小学校	中学校
良好・普通	58	44	27
不良	38	59	56
未就学	0	0	17
不明	16	5	2
総計	112	108	102

(4)社会適応

初診時における社会適応を以下の①-⑤の基準で分け集計した。「入所・入院中」9 例(8%)、「適応」12 例(10%)、「やや適応」28 例(25%)、「やや不適応」51 例(45%)、「不適応」13 例(12%)であった(表 6)。

- ① 病院などに入所または、他の医療機関に入院中であった。
- ② 適応(一年間の大半は社会参加が持続しており、その適応が良好であったもの)
- ③ やや適応(1年間の大半は社会参加しているが、その間に生活上の動揺が軽度に認められたもの)
- ④ やや不適応(一年間の社会参加は断続的であり、生活上の動揺が大きかったもの)
- ⑤ 不適応(一年間まったく社会活動への参加が認められなかったもの)

表 6 社会適応

社会適応	症例数	%
入所・入院中	9	8%
適応	12	10%
やや適応	28	25%
やや不適応	51	45%
不適応	13	12%
総計	113	100%

(5)不登校・外出困難

113 例中 65 例(58%)に不登校歴を認めた。また、その不登校が始まった平均年齢は無効回答を除いた 58 例で 11.5 歳であった。また、113 例中 19 例(17%)に外出困難歴を認めた。その外出困難が始まった平均年齢は無効回答を除いた 18 例で 12.8 歳であった。

(6)家庭環境

家庭環境として「特に問題なし」28%、「親の離婚」27%が比較的多く認められた。「親の再婚歴」、「父母の別居」、「精神疾患の負因あり」が10%前後に認められ、「家族との死別」5%、「祖父母の同居」5%という結果となった。

「その他」の自由記述の回答（単語など誤解をまねくようなものは一部文章の整理を行った）としては、「父は共感性に乏しく、子どもの関心も薄い」、「父親の無理解」、「父親の借金」、「父親の浮気、夫婦の不仲」、「父親のアルコール依存、考えの押しつけ（身体的虐待はない）」、「父親が仕事のため不在がち」、「父親からの暴力的虐待」、「潜行してきた父母間の不和」、「就学前から両親と離れて住んでいた」、「患者から”両親は出て行け”と言われて、両親は子どもの言いなりで別居している」、「家庭内に母親の恋人」、「兄の暴力。母親の養育不十分」、「姉との衝突」、「転居が多い」、「同胞5人」、「乳児院入所」、「乳児期からの不安定な養育環境」、「母親の問題」、「一人っ子で過剰な期待・過干渉で自我が育たない」、「夫婦不在」、「父子家庭で育てた」、「未婚の母子家庭。母親に精神疾患。同居も妹、母、祖母と女性のみ」、「養育拒否」、「養育上、祖母が母親から患児を奪っていた」、「両親とも仕事に多忙」があった。

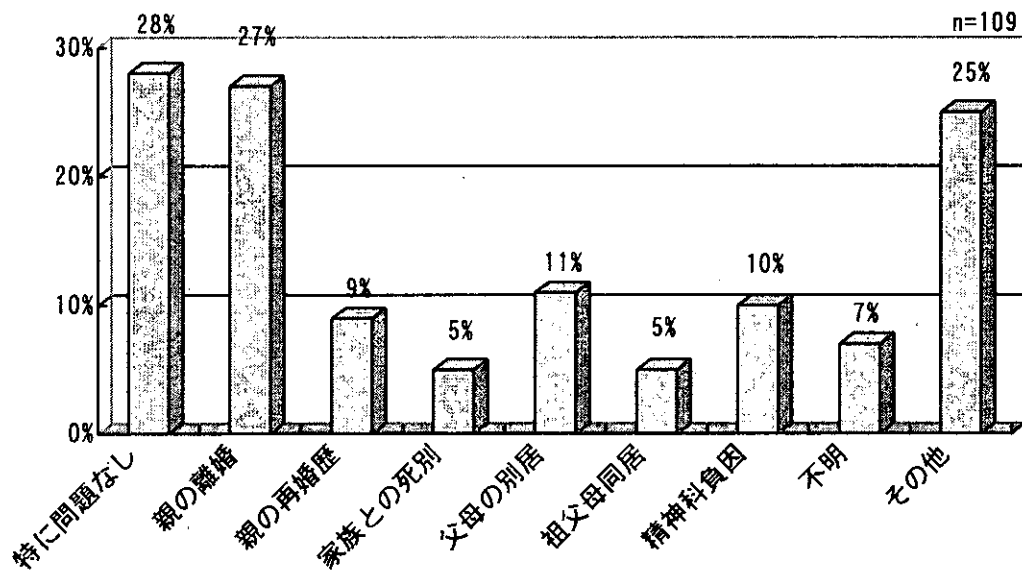


図6 家庭環境

(7)親個人の問題

親個人の問題として「情緒的に不安定な親」46%が最も多く、次いで「問題行動への無理解」26%であった。続く群として「虐待」と「特になし」が18%で認められた。さらに「親が精神疾患を持つ」14%であった。「その他」の自由記述の回答としては調査票の回答のまま表記すると「離婚」、「問題行動に当惑する母」、「厳しく躰つけようとする継父」、「本人の病態に関する理解が不十分、本人への過剰な期待」、「本人に対する関心が低い。養育能力が著しく低い」、「母親が外国国籍で日本語に限界、心理面でのすれ違い、本人はいら

いら」、「乳児期の母親の死」、「父親は大人しい人で、知的にも高い。でも、情緒を理解しない人。アスペルガーの可能性」、「患者が1才前に父親が死亡」、「障害受容できなかったこと」、「子どもに関わる時間が少ない」、「過保護」、「過干渉」、「片親で仕事に手いっぱい。養育は不十分」、「親の責任の無自覚」、「親自身の被虐待」、「5人兄弟で本児に関われない」、「1才半で両親が離婚。父はアルコールの問題」があった。

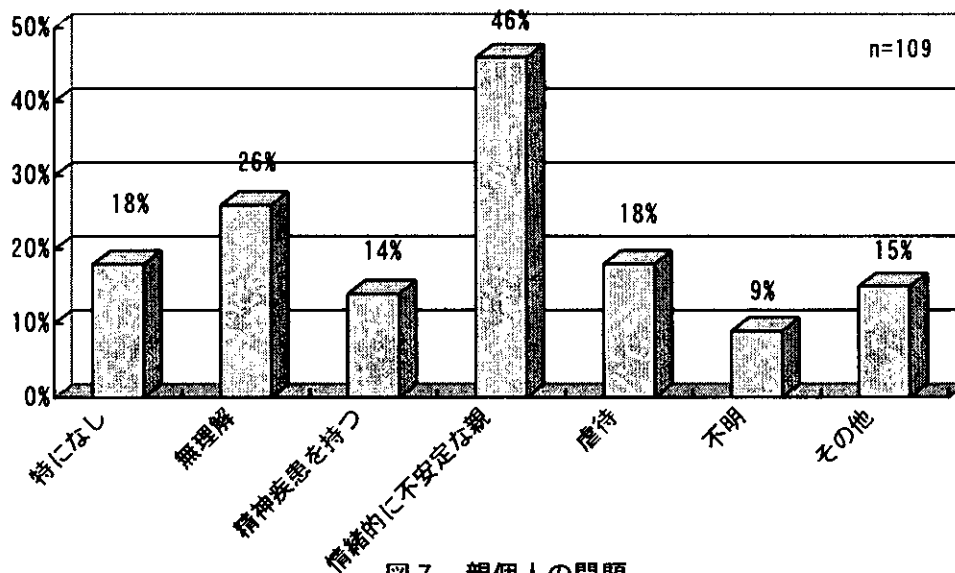


図7 親個人の問題

IV. 治療と予後

(1) 治療期間

初診時からアンケート調査時までの期間は平均 37.6 ヶ月であり、最短は初診時のみで最長 22 年 7 ヶ月までという期間であった。5 年以上の治療期間であったのは 18 例、その内 10 年以上であったのは 5 例であった。

(2) 治療法

各治療法について行為の問題の改善と行為の問題以外の改善という治療目標別に集計したところ、治療目標による大きな差は認められなかった(表7)。行為の問題には「薬物療法」75 例(68%)、「親ガイダンス」74 例(67%)、「個人精神療法」64 例(58%)が多く行われており「行動療法」、「他機関へのマネージメント」、「遊戯療法」は少ない結果となっている。また全体の 79% の例において複数の治療法を組み合わせられて行われていることがわかった。

表7 各治療法を行った症例数 (複数回答) n=109

治療法	治療目標	
	行為の問題	行為の問題以外
個人精神療法	64	79
薬物療法	75	83
行動療法	21	23
遊戯療法	12	11
集団療法	21	21
親ガイダンス	74	73
他機関への マネージメント	20	23

(3)入院治療

入院治療は 109 例中 60 例(55%)で認められた。60 例のうち「行為の問題の改善を目指す入院」が 42 例、「行為の問題以外の改善を目指す入院」が 17 例であり、1 例が検査目的の入院であった。退院時もしくはアンケート施行時での行為の問題が、入院時に比べては「消失・改善」を認めた子どもは「行為の問題の改善を目指す入院」で 42 例中 35 例(88%)、「行為の問題以外の改善を目指す入院」で 17 例中 13 例(76%)あった。

(4)アンケート調査時の状態

① 行為の問題の変化

行為の問題の変化(108 例)は、「消失・改善」73 例(68%)、「不変」26 例(24%)、「増悪」5 例(5%)、「不明」4 例(4%)であった。

② 行為障害以外の精神疾患の変化

行為障害以外の精神疾患の変化(87 例)は「寛解・軽快」49 例(56%)、「不変」34 例(39%)、「増悪」1 例(1%)、「不明」3 例(3%)であった。

(5)現時点での社会適応

108 例中 32 例(30%)が「入院中」であり、「適応」12 例(11%)、「やや適応」29 例(27%)、「やや不適応」27 例(25%)、「不適応」7 例(6%)、「不明」1 例(1%)であった。

V.機関間連携

(1)初診前

① 初診前の相談機関

113 例中 88 例(78%)において各医療機関を受診するまでに他機関と問題行動について一度でも相談していたことがわかった。その相談先の内訳は「児童相談所」が 56 例で最も多く、次いで「精神科医療機関」48 例、「相談機関なし」25 例、「教育相談機関」16 例、「警察」8 例、「民間支援組織」7 例、「司法機関」6 例であった(図 8-1)。「精神保健福祉センター」と「保健所」は極少数しか認めない結果となっている。その他の相談機関としては「小児科」6 例、「自立支援施設」3 例、「養育センター」2 例、「スクールカウンセラー、養護教諭」2 例などであった。

さらにこの結果を少年法が適応になる 14 歳を境に初診時年齢 14 歳未満(70 例)と 14 歳以上(43 例)で分けた(図 8-2)。14 歳未満では児童相談所が 40%と圧倒的に多く、次に精神科医療機関 29%と続いている。さらに教育機関が 12%と高い相談歴がわかった。14 歳以上では、精神科医療機関が 36%で最も相談件数が高いことがわかった。また教育相談機関は、14 歳未満の義務教育年代に比べて低い値となっていることと、司法機関の割合が増えている結果であった。

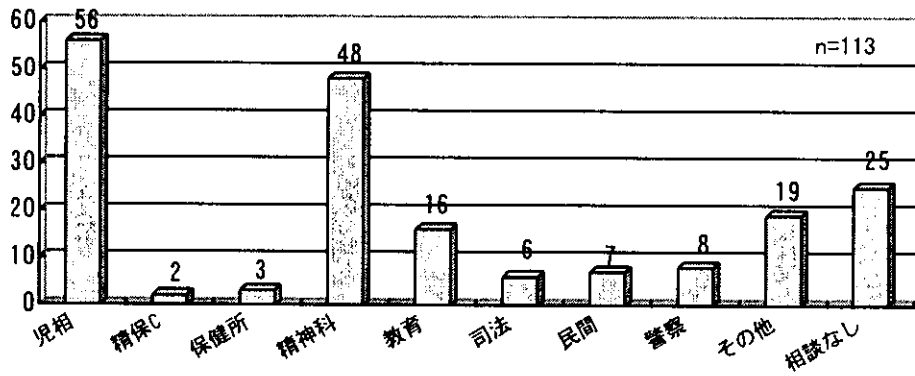


図 8-1 初診前の相談機関

児相:児童相談所 精保C:精神保健福祉センター 精神科:精神科医療機関
 児精:児童精神科のある医療機関 教育:教育相談機関 司法:司法機関 民間:民間支援組織

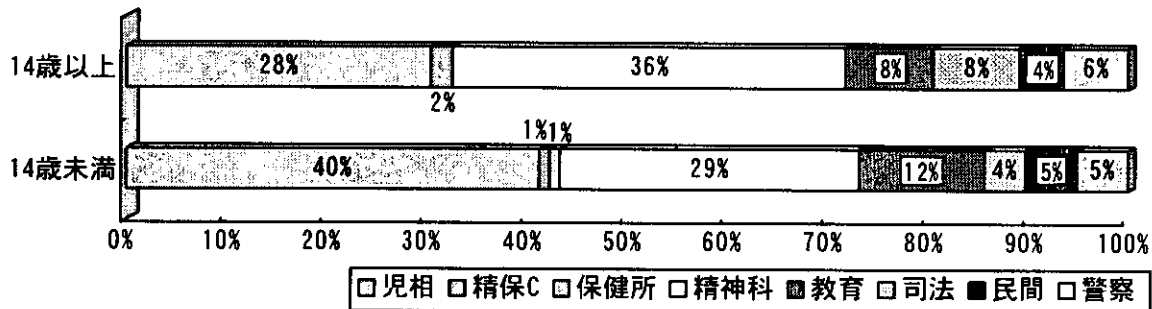


図 8-2 年齢別初診前相談機関

児相:児童相談所 精保C:精神保健福祉センター 精神科:精神科医療機関
 児精:児童精神科のある医療機関 教育:教育相談機関 司法:司法機関 民間:民間支援組織

②初診前のケース・マネジメント機関

相談歴のある 88 例のうち 48 例(55%)にケース・マネジメント機関を認めた。その内訳は児童相談所が 31 例(65%)、精神科医療機関 11 例(23%)、教育相談機関 3 例(6%)、司法機関(家庭裁判所 1 例、少年鑑別所 1 例) 2 例(4%)、民間支援組織 1 例(2%)であった。なお、ここでケース・マネジメント機能と呼んだのは、行為の問題を持つ子どもに対する処遇決定および経過のフォローアップを担う機能のことである。

(2)経過中の連携機関

109 例中 61 例(56%)に連携経験を認めた。連携先は多い順に児童相談所 38 例(62%)、精神科医療機関 11 例(18%)、教育相談機関 10 例(16%)、保健所 8 例(13%)、警察 8 例(13%)を認めた。精神保健福祉センター、児童精神科をもつ医療機関、司法機関、民間支援組織

は5例未満でほとんど連携が認められなかった(図9)。さらに児童相談所のみが10例以上の連携数で50%以上の「有効であった」という回答を得ていた。

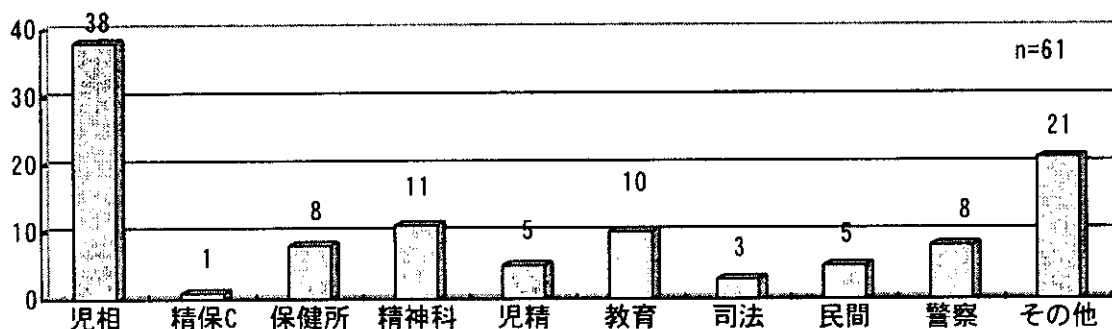


図9 経過中の連携先機関

児相:児童相談所 精保C:精神保健福祉センター 精神科:精神科医療機関
 児精:児童精神科のある医療機関 教育:教育相談機関 司法:司法機関 民間:民間支援組織

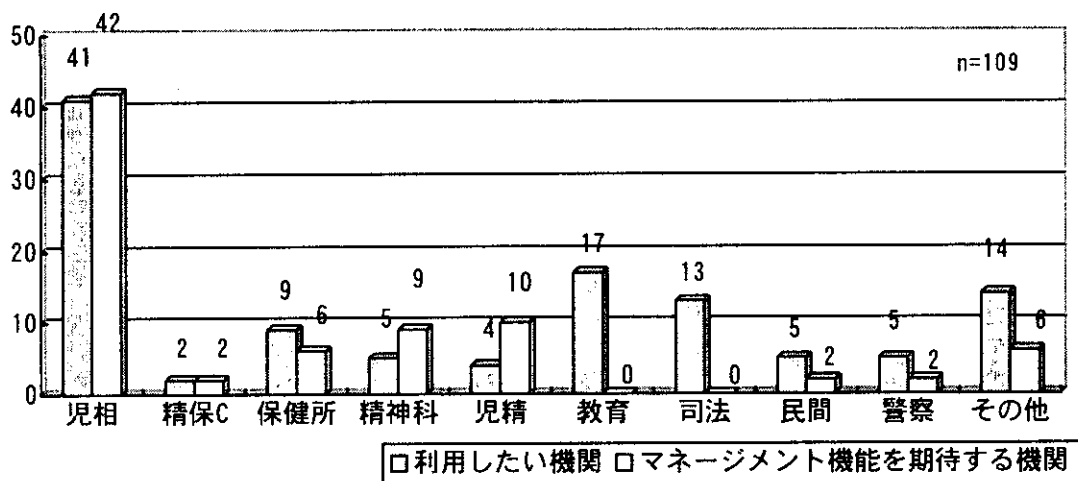


図10 今後利用したい機関とマネジメント機能を期待する機関

児相:児童相談所 精保C:精神保健福祉センター 精神科:精神科医療機関
 児精:児童精神科のある医療機関 教育:教育相談機関 司法:司法機関 民間:民間支援組織

(3)今後利用したい機関と中心となってケース・マネージメントを期待する機関

「今後利用したい機関」および「中心となってケース・マネージメント機能とする機関」とともに「児童相談所」が圧倒的に期待されている結果となった(図10)。「教育相談機関」と「司法機関」は「マネジメント機関」として期待する回答は認めなかったが、「今後利

用していきたい機関」として期待されている。「司法機関」の内訳として「少年鑑別所」と「保護観察所」がともに 6 例ずつであった。「精神科医療機関」および「児童精神科をもつ医療機関」の二つの医療機関は今後利用したい機関としてよりは、今後ケース・マネジメント機関として連携をすることへの期待が多い結果であった。

D. 考察

児童思春期に生じる暴力行為、家出、窃盗、夜遊び、売春、性犯罪などの反社会的問題行動を中心に不登校・ひきこもりなどの非社会的問題行動などをもつ子どもへの対応に関する各医療機関の現状を把握することを目的とした調査を行った。その結果から、医療機関が現在抱えている行為の問題を持った子どもの特徴及び他機関との連携について以下で考察したい。

1. 医療機関への受診

行為の問題は多くが 10 歳以降に出現し(図 3-1)、「人や動物への攻撃性」、「所有物の破壊」などの攻撃的な行為の問題が中心である。そして 12 歳前後の思春期年代に医療機関を受診することが多く、その主訴は「神経症的問題行動」、「反社会的問題行動」、「家庭内限局性問題行動」、「発達障害」が多くを占めていた。「精神病状態」を主訴として受診することは他と比較して少ないが、これは対象年齢が 18 歳未満で児童思春期精神科機能を持つ病院を対象としたことと、統合失調症の好発年齢を 10 代後半からであることから理解可能な結果である。「神経症的問題行動」、「発達障害」、「精神病状態」など精神疾患による問題で医療機関を受診する場合だけでなく、「反社会的問題行動」、「家庭内限局性問題行動」などの行為の問題を主訴として医療機関を受診する場合も少なからずあり、その背景となる精神疾患の有無と行為の問題の重大性を、別次元の問題として総合的に判断する視点が必要であろう。

2. 精神医学的診断

本調査対象における診断は行為障害 55%、行為障害以外の精神疾患 80%であり、行為障害のみと診断されたもの 19%、行為障害以外の精神疾患のみと診断されたもの 44%であった。行為障害以外の精神疾患の診断としては、AD/HD を中心に広汎性発達障害を含んだ「発達障害」が最も多く、113 例中 40 例(37%)に認められた(表 3)。多数の研究において「多動」が行為障害の要因として特に重要であるとの指摘がなされており(中根 1999、上林 1999、Eddy,J 1996、Loeber 1991)、本調査においても発達歴から 47%に「多動」を認めるとともに、AD/HD が最も多く認められる診断であった。

本調査の結果から行為の問題が単独に行為障害と診断される子どもにだけ生じるわけではなく、さまざまな精神疾患の過程で生じる症例が多いことが示された。このことは、行為の問題の発現理由として「精神症状」が多く上げられていることからとも言えるだろう(図

4). すなわち DSM-IV にしろ ICD-10 にしろ「行為障害」という疾患概念はその行動様式だけをとらえて定義された概念であって、その子どもの心性や背景となる精神疾患の病理について定義上はまったく触れていない。したがって精神疾患を抱える子どもにもそうでない子どもにも、行為障害を含む行為の問題は生じてくる可能性があると考えてよいだろう。行為障害を、そのまま全てが医療的介入の対象と考えるのではなく、背景となる精神疾患の関与について十分に吟味した上で、医療的介入の対象か否かの評価をすべきである。

3. 行為の問題と年齢

DSM-IV において行為の問題の発症年齢は行為障害の予後を規定する因子とされており、行為障害の下位分類では、10歳を境に小児期発症型と青年期発症型に DSM-IV では分けられている。本調査による対象の中で、行為の問題の発現年齢が記載されていた 100 例を DSM-IV に従い 10歳を境に小児期発症群と青年期発症群に分け比較した（表 8）。

表 8 小児期発症群と青年期発症群と各要因

要因		小児期発症群 n=31	青年期発症群 n=69
仲間関係	就学前仲間関係不良	18 (58%)	16 (23%)
	小学校仲間関係不良	20 (65%)	31 (45%)
	中学校仲間関係不良	8 (26%)*	43 (62%)
背景	多動歴	18 (58%)	20 (29%)
	虐待	14 (45%)	17 (25%)
	正常知能	17 (55%)	42 (61%)
診断	AD/HD	16 (52%)	10 (14%)
	広汎性発達障害	3 (10%)	8 (12%)
	精神病性障害	1 (3%)	10 (14%)
	気分障害	0 (0%)	3 (4%)
	不安障害	1 (3%)	13 (19%)
	行為障害	22 (70%)	33 (48%)
入院治療	施行した	13 (41%)	41 (59%)
行為の問題の予後	消失・改善	18 (58%)	46 (67%)
	不変	7 (23%)	15 (22%)
	増悪	2 (6%)	3 (4%)

*中学生年代でない 9 例を除く

診断について比較すると、小児期発症群 30 例のうち AD/HD と広汎性発達障害を含めた「発達障害」であるものが 19 例であり、その中核群を形成している。逆に青年期発症群 69 例は統合失調症などの精神疾患が中心であり「発達障害」は 18 例と少ない結果であった。すなわち「発達障害」の子供の示す行為の問題は、10 歳未満の幼い段階に始まっているものが多いと言えるだろう。

行為障害の診断に該当した症例は、調査対象では小児期発症群の方に多い結果となり、小児期発症群の方がより反復し重大性の高い行為の問題に進んでいく可能性が高いことが示唆された。また仲間関係においては小児期発症群の 58% が就学前に仲間関係不良であり、青年期発症群の 23% と対照的な結果となり、より幼い段階で行為の問題を認める子どもは仲間関係においても就学前の早期から不適応的で孤立傾向が認められる。予後については、DSM-IV において小児期発症型の方が青年期発症型の行為障害より予後が良くないと言われているが、本調査による対象では予後について有意な差は認められなかった。

4. 医療的介入による変化

本調査でも全体の 78% において薬物療法や親ガイダンス、個人精神療法を中心とする複数の治療法が行われており、行為の問題に対する決め手となる単独の治療法がない現状を表していると言えるだろう。それではそのような医療機関の現状における医学的介入は、どのような特徴を持った子どもたちの行為の問題を改善させやすいのであろうか。

本調査結果から入院治療および行為の問題の変化について、年齢、診断、行為の問題の種類、環境、治療などについて比較検討し（表 9、表 10）、さらに行為の問題の変化とその背景となる精神疾患の変化との関連についても比較した（図 10）。その結果、入院治療を行った子どもの特徴として 1. 「人や動物への攻撃性」を認めること、2. 「嘘や窃盗」を認めないこと、3. 「重大な規則違反」を認めないこと、4. 「情緒的に不安定な親」、5. 「不登校」の 5 点が浮かび上がってきた（表 9）。これらは入院治療を行った子どもに有意に多い要因であり、おそらくはこの 5 要因をもつ症例は入院治療が必要と評価されやすいと考えられる。特に「情緒的に不安定な親」の場合では家庭での行為の問題を持った子どもを受け入れ支える力が低いために、より安定した環境として入院治療を必要と判断された可能性が考えられる。

次に医療的介入によって行為の問題が改善した子どもたちの特徴としては 1. 「人や動物への攻撃性」を認めること、2. 「重大な規則違反」がないこと、3. 「入院治療」を行ったこと、4. 背景疾患の有無に関わらず行為障害の診断がつかないことの 4 点が浮かび上がってきた（表 10）。このうち 1. と 2. から行為の問題の種類によって背景となりやすい精神疾患に違いがあり、入院治療の必要性や治療反応性が異なることによると推測される。また行為の問題が繰り返されるか、もしくは問題が非常に重大な場合である行為障害のついた症例では医療機関の介入による行為の問題の改善が難しいこと、背景となる精神疾患の改善とともに行為の問題も改善していくこと（図 10）の 2 点が今回の調査で明らかと

表 9 入院治療

要因	入院治療 (60人)	入院治療なし (49人)	
平均初診年齢	12.9才	12.1才	n. s.
平均発症年齢	11.5才	10.3才	n. s.

Mann-Whitney U test

性別 男/女	17人/43人	14人/35人	n. s.
人や動物への攻撃性	48人(80%)	29人(59%)	p<0.05
性犯罪	6人(10%)	0人(0%)	
所有物の破壊	27人(45%)	15人(30%)	n. s.
嘘や窃盗	20人(33%)	27人(55%)	p<0.05
重大な規則違反	11人(18%)	18人(37%)	p<0.05
情緒的に不安定な親	35人(70%)	15人(30%)	p<0.05
不登校	40人(63%)	23人(37%)	p<0.05
行為障害の診断あり	32人(54%)	27人(46%)	n. s.

表 10 行為の問題の予後

要因	消失・改善 (73人)	不変・増悪 (31人)	
平均初診年齢	13才	12才	n. s.
平均発症年齢	11才	11才	n. s.
Mann-Whitney U test			
性別 男/女	54人/19人	22人/9人	n. s.
人や動物への攻撃性	58人(79%)	17人(54%)	p<0.05
性犯罪	5人(7%)	1人(3%)	n. s.
所有物の破壊	30人(41%)	11人(35%)	n. s.
嘘や窃盗	28人(38%)	17人(55%)	n. s.
重大な規則違反	10人(13%)	17人(55%)	p<0.001
入院治療	48人(66%)	10人(32%)	p<0.05
行為障害の診断あり	34人(47%)	24人(77%)	p<0.05

χ^2 test

なり、行為の問題を繰り返すか重大化する前にその背景となる精神疾患の治療を含めた包括的な医療的介入を行うことが重要であると考えられる。

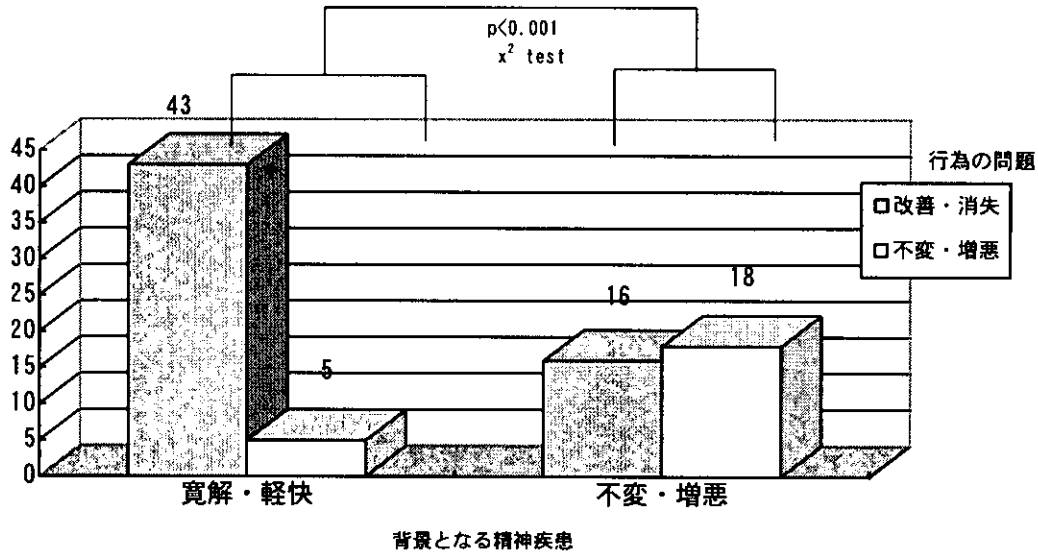


図10 背景となる精神疾患と行為の問題

5.他機関との連携

現状でも児童思春期の子どもにおける行為の問題は複数の分野での機関間連携がなされているが、実状はどのようにになっているのであろうか。本調査では初診前と経過中の二つの時期で他機関との連携について調査を行った。

① 初診前の他機関連携

本調査結果(図8-2)より14歳未満では児童相談所が40%と圧倒的に多く、次に精神科医療機関、教育機関が続き、14歳以上では精神科医療機関が児童相談所を抜いてもっとも相談数が多いことがわかった。児童相談所は「児童福祉法の第一線の現業機関であることから、児童福祉法に定める指導を行うことになる。法そのものが児童の福祉を優先することを求めていることから、ケースワークを行い心理面のアセスメントを行った上で、児童の問題の解決に最も適した指導あるいは処遇を図る」(本間 2001)という機能と公的機関として各地域に存在する利点も併せ持っていることから、行為の問題を持つ症例に対しても、地域性を活かしたスクリーニングを含めたケースワークとアセスメント機能、そして処遇の決定機能という児童相談所の機能が発揮され、医療機関の受診につなげる中継機能を果たしたものと推測される。

また他の精神科医療機関への相談歴も特に14歳以上の年代で高い結果となっているが、その理由として背景となる精神疾患が疑われる場合などに、最初に医療機関を受診する症

例があることは身体疾患と同様に当然の結果である。しかし現状の医療体制では、受診した精神科医療機関に児童思春期精神科専門医療としての機能がない可能性が高い。それは現状の精神科医療は多くが成人の統合失調症の対応を中心に考慮された治療体制となっているため、行為の問題を抱えた児童思春期の子どもに対して有効な手段を持つことが難しいためであるとの指摘もある（清水 1998、山崎 2000）。そのために医療機関を受診した後に、調査対象となった児童思春期精神科医療の専門性のより高い病院への転医と考えられる。さらに他の機関として 18 歳未満では教育相談機関への相談を忘れることができない。18 歳未満という本調査の対象では学校に所属している可能性が高く、子どもたちの行為の問題への最初の介入機関として、学校（スクールカウンセラーを含む）や教育相談機関も重要な役割を果たしている。14 歳未満と比較して 14 歳以上での司法機関への相談件数の高まりは、年齢の上昇とともに行為の問題がより重大な問題に発展する可能性と、14 歳以上という少年法の適応年齢に達していることによるものであろう。その他、小児科医療機関は子どもたちにとって精神科医療機関より身近に存在しており、また警察も行為の問題を持った子どもたちへの緊急介入として利用され、どちらも最初の介入機関となる可能性がある。

② 経過中および今後の他機関連携

他機関との連携経験はほぼ過半数で認め、その経過中の連携先は児童相談所が中心であり（図 9）、同時に今後利用したい機関および中心になってマネジメントしてほしいと期待をする機関においても、児童相談所にその回答が集中した結果となっている。これは現状の機関間連携において中心的な役割を果たしている児童相談所にさらに過度な期待をかける可能性があり、それは児童相談所に過度な重荷をおわせる恐れがある。さらに今後利用したい機関の中で教育相談機関と司法機関（少年鑑別所、保護観察所、医療少年院）があげられている。これは教育を受けるべき年代である児童思春期の子どもたちが対象であることと、また重大な犯罪に及んだ場合などには医療機関だけの対応には限界があることを示していると考えられる。

5. 今後

本調査の対象となった子どもたちの 80%に、背景となる行為障害以外の精神疾患を認めた。その 44%が AD/HD を中心に広汎性発達障害を含んだ「発達障害」であり、より低年齢から行為の問題を認める場合には「発達障害」を背景に持つ症例が多いことがわかった。一方で背景となる精神疾患を認めず行為の問題のみで医療機関を受診する子どもたちの存在が明らかとなった。今後、医療機関が行為の問題を持つ子どもと関わっていくときには背景となる精神疾患の有無や、行為の問題の種類と重大性、家族背景などについて十分に評価していく必要がある。そして行為の問題よりも背景となる精神疾患への治療が優先される場合には、行為の問題が重大になる前に入院治療も含めたできるだけ早期からの治療的介入を開始するべきである。その結果、精神疾患のみならず行為の問題の改善を期待す

ることができる可能性が高いことも明らかとなった。

本調査において主に児童相談所、教育相談機関、司法機関との連携の必要性を各医療機関が感じている結果となっており、行為の問題を持つ子どもへの医療機関だけでの対応の限界を示している。それは行為障害以外の精神疾患を持っているが現状の医療機関だけでは支えきれず十分な行動修正ができない場合など、個々の必要性に合わせて他機関との連携を考えていく必要がある。今後、医療機関が行為の問題をもった子どもたちと関わる際に、行為の問題の改善だけに問題の焦点を定めるのではなく、背景となる精神疾患の改善に伴って必要な他機関との連携を推進し、子どもの成長を支えていく必要があるだろう。

E. 結論

児童思春期の子どもが医療機関を受診する場合に、精神疾患による問題だけでなく、行為の問題を主訴として受診していることがわかった。すなわち行為の問題は、精神疾患を抱える子どもにも、そうでない子どもにも生じてくる現象であるといえる。精神疾患を背景に持つ子どもが症状の一つとして行為の問題を示すのであれば、それは背景となる精神疾患のプロセスに生じる一症状として扱っていくことができ、そのような場合に医療的介入の必要性が高いと考えられる。

現在の精神科医療において児童思春期の行為の問題に対する有効な単独の治療法は確立されていない。しかしながら背景となる精神疾患の改善とともに行為の問題も改善していくことがわかり、その背景となる精神疾患の治療が重要であることがわかった。即ち、行為の問題をもった子どもに対して医療機関の果たす役割としては、背景となる精神疾患の有無と行為の問題の重大性を別次元の問題として総合的に判断する視点を持ち、その子どもの心性や背景となる精神疾患の病理に合わせた医療的介入をしていくことをあげることができる。しかし医療機関だけで行為の問題を持つ子どもを抱えていくことに対して医療機関は限界を強く感じているのが現状であり、そのため医療的介入と平行して教育機関との連携を行うことや、行為の問題への介入が最優先される場合には警察及び司法・矯正機関との連携が焦眉の課題となっていると言えるだろう。

参考文献

- 1) 生島浩、松村励編；非行臨床の実践．金剛出版、東京、1998
- 2) 中根晃；行為障害．精神科治療学 14(2):127-133,1999
- 3) 上林靖子；行為障害-注意欠陥/多動性障害として-．精神科治療学 14(2):135-140,1999
- 4) 佐藤泰三；行為障害の予後．精神科治療学 精神科治療学 14(2):175-179,1999
- 5) 本間博彰；非行と児童相談所．精神医学 43(11):1209-1214,2001
- 6) 齊藤万比古；児童精神医学の立場から．こころの科学 102(3),2002
- 7) 松田文雄；青少年犯罪や暴力と行為障害．精神療法 27(6):610-620,2001

- 8) 石川義博; 少年非行と精神医学—対策と治療. 精神医学 25:1051-1064,1983
- 9) J.M.Eddy 著、藤生英行訳; 行為障害 キレる子の診断と治療・指導・処遇. 金子書房、東京、2002
- 10) American Psychiatric Association:Diagnostic and statistical manual of mental disorders.Forth ed.,American Psychiatric Association,Washington,D.C.,1994(高橋三郎訳; DSM-IV精神障害の診断・統計マニュアル, 医学書院、東京、1994)

医療機関における行為障害に関するアンケート

【アンケートのお願い】

本アンケートは厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）「児童思春期精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研究」（主任研究者 齊藤万比古）の一環として、児童思春期の様々な精神障害*を背景として生じる暴力行為（家族を含む）、家出、窃盗、夜遊び、売春、性犯罪などの反社会的問題行動や不登校・引きこもりなどの非社会的問題行動をもつ子供への対応に関する、皆様の機関の現状を調査させて頂くことを目的に作成いたしました。昨年度にみなさまの御協力を得て実施しましたアンケート調査において、様々な御意見や御感想をお寄せ頂いて、多数の事例や問題点が明らかになってきました。そして、未だ対応システムの整備が十分に進んでいないこの分野に対して、子供に関わる各機関の連携をより円滑に行なうことができるシステムの必要性を強く感じました。

今回のアンケートでは、そのシステム化の中でも医療機関を対象とさせて頂いております。医療機関が関与しなくてはならない児童思春期の様々な精神疾患を背景として生じる問題を明らかにしていくことが目的であり、特に精神疾患を伴う様々な問題行動をもつ子供たちの中で行為障害を中心とした子供達と、今後行為障害化していく可能性の高い子供達も調査していきたいと考えています。そのため、現状の医療機関がどのような問題行動をもった子供を診療対象にしているのかお教えいただけたらと思います。

子供達の問題克服と成長への支援を少しでも充実させることにつながったらと計画させていただきました。お忙しい時期にご面倒なお願いでまことに恐縮でございますが、よろしくお願いいたします。

【アンケート対象について】

平成14年11月11日から平成14年11月15日の間のすべての外来初診、再診患者、現在入院患者の中で、過去も含めて行為障害、もしくはその周辺の障害であるという印象をお持ちになった全ケースを対象とします（周辺の障害とは、DSM-IVの行為障害の診断基準の一項目でも満たす場合を示します）。上記の期間が終わるか、各機関で15部に達したところでアンケートの御記入は終了とさせていただきます。

なお、アンケート用紙は、同封の返信用封筒をご使用のうえ、**11月22日まで**にご投函下さい。よろしくお願い申し上げます。

平成14年度厚生労働科研（こころの健康科学研究事業）
「児童思春期精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研究」
主任研究者 齊藤万比古
（国立精神・神経センター国府台病院 心理・指導部長）

医療機関における行為障害に関するアンケート

貴機関名： _____

御回答者の職種・職名： _____

よろしければ御回答者の御氏名もお書き下さい： _____

貴機関の特性について

1. 設立母体は[1. 国立 2. 公立 3. 私立]
2. 児童思春期専門外来が[1. ある 2. ない]
3. 児童思春期専用病棟が[1. ある 2. ない]

【症例】

名前 (イニシャル) 性別 男 女 初診時年齢 才

【初診時】 0. 本人受診せず 1. 本人受診した

I. 主訴はなんでしたか？（複数可）

- 1. 反社会的問題行動（家族外の人物に向けた攻撃性、非行・犯罪、家出）
- 2. 神経症的問題（不登校・引きこもり、強迫症状、解離症状など）
- 3. 家族内限局性問題行動（家庭内暴力、家財持ち出し、反抗など）
- 4. 精神病状態（精神病状態、うつ状態、躁状態など）
- 5. 発達障害（広汎性発達障害、注意欠陥／多動性障害、精神遅滞など）
- 6. その他 _____

その中で中心的な問題はなんでしたか？上記の1-6のうちから一つだけお答えください

II. 初診時の診断について、行為障害関連とそれ以外の二つに分けてお伺いします。

初診時診断1（行為障害関連以外の診断）

- 1. 分裂病圏
- 2. 感情障害圏
- 3. 神経症圏
- 4. 発達障害圏（広汎性発達障害、注意欠陥／多動性障害、精神遅滞など）
- 5. てんかん
- 6. 人格障害圏
- 7. 精神遅滞（境界知能も含む）
- 8. なし

初診時診断2（行為障害関連の診断）

- 0. なし
- 1. 行為障害（CD）
- 2. 反抗挑戦性障害（ODD）

*DSM-IV診断 I軸 _____ コード番号 _____ 発症年齢 _____ 才
II軸 _____ コード番号 _____ 発症年齢 _____ 才