

III. 初診時、および経過中に以下の症状はありましたか？（複数可）

それぞれについて、以下の表に当てはまれば○をお付け下さい。また、その問題が始まった年齢もお書きください。

- A. 以前はあったが、初診時にはなかった。
- B. 初診時にあった。
- C. 初診時にはみとめなかったが、経過中に出現した。

症状	A	B	C	年齢
1. 人（家族も含む）や動物に対する攻撃性 （いじめ、喧嘩、強奪など）				
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. 嘘をつくことや窃盗 （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）				

中心となる症状はどれですか？  
\_\_\_\_\_（上記1-5の内から）

IV. 初診時、既に問題行動について一度でも相談していた他機関はありますか？（複数可）

- 0. なし
- 1. 児童相談所
- 2. 精神保健福祉センター
- 3. 保健所
- 4. 精神科医療機関
- 5. 教育相談機関
- 6. 家庭裁判所
- 7. 少年鑑別所
- 8. 矯正・保護機関 → 次のどちらでしょうか [ 1. 保護観察所  2. 医療少年院]
- 9. 民間支援組織 機関名 \_\_\_\_\_
- 10. 警察
- 11. その他 \_\_\_\_\_

V. 中心になってケース・マネージメントしてくれた機関はありましたか？

- 0. なかった（紹介のみも含む）
- 1. あった →それは何処ですか？ （上記0-10の内からお選び下さい）

VI. 初診時での社会適応はどのようでしたか？

- 0. 施設などに入所または、他の医療機関に入院中であった。
- 1. 適応（1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）
- 2. 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）
- 3. やや不適応（1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）
- 4. 不適応（1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）

VII. 不登校がありましたか？  0. なかった  1. あった（ \_\_\_\_\_ 才から）

VIII. 外出困難はありましたか？  0. なかった  1. あった（ \_\_\_\_\_ 才から）

【ケースの背景】

I. 生育歴

- |                     |                                  |                                 |                                |
|---------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 出生時異常(仮死、黄疸、低体重)    | <input type="checkbox"/> 0. なかった | <input type="checkbox"/> 1. あった | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 始歩の遅れ(1才半の時に始歩を認めず) | <input type="checkbox"/> 0. なかった | <input type="checkbox"/> 1. あった | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 始語の遅れ(1才半の時に始語を認めず) | <input type="checkbox"/> 0. なかった | <input type="checkbox"/> 1. あった | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 固執傾向(自閉症圏のこだわり)     | <input type="checkbox"/> 0. なかった | <input type="checkbox"/> 1. あった | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 多動傾向                | <input type="checkbox"/> 0. なかった | <input type="checkbox"/> 1. あった | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 分離不安                | <input type="checkbox"/> 0. なかった | <input type="checkbox"/> 1. あった | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 人見知り                | <input type="checkbox"/> 0. なかった | <input type="checkbox"/> 1. あった | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |

II. 虐待

0. なかった
1. あった ⇒  a. 身体的  b. 性的  c. 心理的  d. ネグレクト
- 誰からの虐待か? \_\_\_\_\_ (本人との関係で書いてください)

III. 知能

0. 不明
1. 正常知能
2. 境界知能
3. 軽度精神遅滞
4. 中度、重度精神遅滞

IV. 義務教育期間における仲間関係

- 就学前  1. 不良  2. 良好、普通  3. 不明
- 小学校  1. 不良  2. 良好、普通  3. 不明  4. 未就学
- 中学校  1. 不良  2. 良好、普通  3. 不明  4. 未就学

\*「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します。「良好・普通」とは、それ以外の場合を示します。「未就学」とは、その年齢に達していない場合を示します。

V. 行為障害化した主な理由として考えられるものは何ですか? 一つだけお答えください

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0. なし        | <input type="checkbox"/> 1. 仲間関係の破綻   |
| <input type="checkbox"/> 2. いじめ       | <input type="checkbox"/> 3. 精神症状によるもの |
| <input type="checkbox"/> 4. 家庭環境      | <input type="checkbox"/> 5. 怠学        |
| <input type="checkbox"/> 6. 性的被害      | <input type="checkbox"/> 8. 不明        |
| <input type="checkbox"/> 7. その他 _____ |                                       |

VI. 親個人の問題として考えられるものは何ですか? (複数可)

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0. 特に問題なし    | <input type="checkbox"/> 1. 問題行動に対する保護者の無理解・無関心 |
| <input type="checkbox"/> 2. 精神疾患を持つ親  | <input type="checkbox"/> 3. 情緒的に不安定な親           |
| <input type="checkbox"/> 4. 虐待        | <input type="checkbox"/> 5. 不明                  |
| <input type="checkbox"/> 6. その他 _____ |   |

Ⅶ. 家庭環境の中で問題として考えられるものは何ですか？（複数可）

- 0. 特に問題なし
- 1. 親の離婚
- 2. 親の再婚歴
- 3. 家族との死別
- 4. 父母の別居（単身赴任なども）
- 5. 祖父母同居
- 6. 精神疾患遺伝負因
- 7. 不明
- 8. その他 \_\_\_\_\_

【経過】

I. 経過中に一度でも、行為障害的問題のために他機関との連携をしましたか？

- a. 連携した（緊急対応のみの場合も含まます）
- b. しない

Ⅱ. 他機関との連携に関して、お伺いします。

それぞれについて右記の表に○をつけてください（複数可）。特に有意義な連携をした機関一つに◎をつけてください。

1. 実際にどこの機関と連携をとりましたか？
2. 緊急対応機関はありましたか？
3. これから、どのような機関を利用していきたいですか？
4. これからの中心になってケース・マネジメントして欲しい機関はどこですか（例えば、退院後のケース・マネジメントなど）？

1	2	3	4	機関名
				児童相談所
				精神保健福祉センター
				保健所
				精神科医療機関
				児童精神科をもつ医療機関
				教育相談機関
				家庭裁判所
				少年鑑別所
				矯正・保護機関 保護観察所
				矯正・保護機関 医療少年院
				民間支援組織
				機関名
				警察
				その他

【治療】

現時点で初診時より何年何ヶ月ですか？ 年ヶ月

I. 各治療法についてお伺いします。

有効は◎、施行したは○、無効は×、今後施行したい治療法は△、施行せずは空欄で右の表をつけてください。

- A. 行為障害関連以外の問題に対して有効でしたか？  
（初診時および経過中に出現してきた問題を対象とします）
- B. 行為障害関連の問題に対して有効でしたか？

A	B	治療法
		個人精神療法
		薬物療法
		行動療法
		遊戯療法
		集団療法
		親ガイダンス
		他機関へのガイダンス

Ⅱ. 入院治療をなさいましたか？

- 0. しなかった
- 1. した（以下のどちらの目的が、より中心でしたか？）
  - a. 行為障害以外の問題の改善を目指す入院
  - b. 行為障害関連の問題の改善を目指す入院

\*入院治療により、行為障害関連の問題はどのように変化しましたか？

- 1. 消失
- 2. 改善
- 3. 不変
- 4. 増悪
- 5. 不明

\* 入院治療は入院時の目的に有効でしたか？

（入院中なら現時点で、すでに退院しているのなら、退院時点で判断してください）

1. 有効だった  2. 有効ではなかった  3. どちらとも言えない

Ⅲ. 現在、行為障害関連以外の問題は変化しましたか？ 以下の中から一つだけお選びください

1. 寛解、軽快  2. 不変  3. 増悪  5. 不明

Ⅳ. 現在、行為障害関連の問題は変化しましたか？

1. 消失  2. 改善  3. 不変  4. 増悪  5. 不明

Ⅵ. 現時点での社会適応は

0. 現在、入院中である。

1. 適応（1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）

2. 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）

3. やや不適応（1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）

4. 不適応（1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）

Ⅶ. 治療を行わなかった場合、以下についてお答えください

なぜ、精神科的治療をおこなわなかったのですか、その理由について以下の中からお答えください。（複数可）

1. 専門的な知識の不足

2. 司法的な措置が優先

3. 福祉的な措置が優先

4. 貴院での治療対象とする年齢ではない。

→（ a. 年齢が高すぎるため  b. 年齢が低すぎるため）

5. その他 \_\_\_\_\_

\* 以上のご記入を通じて、どのような印象をお受けになりましたか？ 行為障害に対して精神医学はどのように関わり、その役目を引き受けていくべきとお考えですか？以下の欄にご自由にお書きください。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

（ご協力、ありがとうございました）

# 民間精神科病院を中心とする 児童・思春期精神保健ネットワークづくりの試み

分担研究者 竹内知夫<sup>1)</sup>

研究協力者 加藤由起子<sup>1)</sup> 田中稔一<sup>2)</sup> 松田文雄<sup>3)</sup>

1)愛光病院 2)五稜会病院 3)松田病院

## はじめに

敏感で不安定な思春期の子ども達を抱える現場は、家庭・学校・地域を問わず、大きな苦勞を背負っているといえる。もちろん、医療機関もその例外ではない。思春期の子ども達が持つエネルギーは莫大であり、その大ききゆえに容易に暴走し、ひとたび暴走するとそれをおさめることが困難となるからである。さらに、子ども達が心身ともに成長途上にあることを考慮すると、より良く成長できるように援助することが、彼らの問題を解決するために必要不可欠と思われる。子ども達を取り巻くさまざまな環境が整えられ、彼らの抱える問題の解決をはかるためには、教育・福祉・医療・司法の現場に携わる人々が子どもやその家族にそれぞれの立場で対応するだけでは不十分であり、連携をとりながら丸となって問題にあたることが望ましいと言える。このような視点はどの機関に属する者も同様に持っていると言ってさしつかえがないだろう。しかし、各々がその連携の必要性を実感しているにも関わらず、どのように連携を組むかがわからず、途方に暮れている現実がある。ときには、相互理解の不足から各機関の対立さえ認められる。それゆえ、連携を円滑に行なうには、いずれかの機関がリーダーシップをとり、ひとつの方向性を示す必要性がある。札幌・厚木・広島各都市では、その視点から、民間精神科病院が中心となり、児童・思春期精神保健ネットワークづくりを試みている。ネットワークは、まだ十分とは言えず、連携システムは発展途上にあるが、各々の試みとその現状を報告する。

## 1. 札幌市保健ネットワークづくりについて

札幌市においては、児童思春期に関しての市各種関係機関と民間医療機関との間の連携システムは、まだ十分に整備されていない現状にある。そのため、各々が実践でおこなっている実情を把握し、その実態に則した医療・保健・福祉のシステムづくりを目指して精神保健センターを中心に民間精神病院との連携をいかに有効なものにするか模索し始めた。なお、児童に関しては、札幌市では市立病院が長い歴史の中で行なっていること、及び民間精神科病院が児童と思春期をかねることは、能力的に負担が大きすぎることを鑑み、各種行政機関と民間精神科病院との連携システムは児童をはずし、「札幌市思春期精神保健ネットワーク推進委員会」とし検討することにした。また、治療効果も踏まえ、思春期での対象はおおよそ12～20歳とした。

札幌市の関係機関には、札幌市精神保健福祉センター、札幌市児童福祉総合センター、札幌市少年アシストセンター、家庭児童相談室、少年育成相談室、札幌市教育センター相談室、教育委員会関係、その他、少年サポートセンター（北海道警察本部生活安全部少年課）、教育臨床研修相談室（北海道教育大学）レター・ポスト・フレンド相談ネットワーク、フリースクール、不登校親の会、引きこもり親の会等がある。

現在、児童から思春期の対象者を対応する主なる窓口は、以下の4つである。

- ① 保健福祉ライン（精神保健福祉センターなど）
- ② 教育ライン（学校、教育委員会など）
- ③ 児童福祉ライン（児童相談所など）
- ④ 警察の介入による司法ライン（保護観察所、少年鑑別所など）

ちなみに、市精神保健福祉センターは年間100件の電話相談、来所相談を受けている。

平成10年1月1日から12年11月15日の約3年間に民間医療機関である五稜会病院の外来を受診した思春期症例（12～20歳）は男性56名、女性100名、合計156名であった。受診に至る経路は、他医療機関からの紹介33%、電話帳等32%、知人17%、学校3%、ホームページ2%、その他となっている。診断はICD-10でF2～F9までまたがるが、F4が73名（47%）と最多で、F2が29名（19%）であった。このうち入院治療は、F4が14名、F2が21名、外来治療はF4が59名、F2が8名であった。最近の1年間は、思春期外来は増加の傾向にあり、外来の初診者は108名（男性23名、女性85名）、入院34名、電話相談40名である。一方で、治療中断例や家族相談だけで本人の治療につながらないケースも多く、さらなる各種機関との連携が必要となっている。

思春期精神保健ネットワークづくりは、平成14年10月より準備委員会として検討されて来たが、今後準備委員会を立ち上げ、平成15年度から本格的活動を開始する予定である。その際、市精神保健福祉センターが中心となり、入り口、出口の精神科アセスメント的役割をすること、関係機関は柔軟にかつ実際的に動きやすいように可能な範囲にすることを考えている。

## II. 厚木児童思春期精神保健ネットワークについて

### 立ち上げ

平成7年、精神疾患の早期発見・早期治療・早期社会復帰を目指し、愛光病院の思春期病棟が作られた。当然、その目的を達成するためには、他機関との強い連携が必要となる。その前年の平成6年、思春期精神保健問題のネットワーク化を繰り返していた財団法人安田生命事業団より、厚木地区における児童思春期精神保健ネットワークづくりの誘いがあったことが追い風となり、厚木児童思春期精神保健ネットワーク推進委員会の立ち上げが検討された。立ち上げ時には竹内知夫・山崎晃資両者の公職が役立ち、厚木医師会・厚木市教育委員会・神奈川県厚木保健福祉事務所・神奈川県厚木児童相談所などの賛同を得て、推進委員会が発足した。

厚木児童思春期精神保健ネットワーク推進委員会は平成6年からスタートした。各委員が建設的で活発な意見交換を繰り返し、人が人を呼び、委員会のメンバーも学校医・小中学校校長会代表・神奈川県警察本部少年相談員と仲間に加わり、それぞれの専門家も医師・看護師・保健師・精神保健福祉士・臨床心理士・小中学校教諭・養護教諭など、児童思春期精神保健福祉にかかわるほとんどすべての職種に広がった。

## 活動

推進委員会では、いかに底辺を広げていくかが主眼として話し合われた。より多くの人に関心を持ってもらい、参加してもらうために、どのようにひとを集めるかが課題である。そのため、著名な先生に今日の話題をテーマに話をしてもらうことで参加者をつのり、それによって参加者各自が顔見知りとなり、自然なネットワークが生まれることを期待した。このもくろみは成功し、徐々に人の輪が広がりを見せた。

具体的には年1回の本講座と2回のミニ・ワークショップを開催した。本講座は、参加者全体へのレクチャーと小グループに分かれての事例検討、市民の参加もつる公開講座の3本だてで行なわれた。ミニ・ワークショップでは、厚木地区で実際に活躍しているそれぞれの機関の人々にスポットをあて、その活動内容を紹介してもらうなど、より緊密な連携に結びつくよう意識したテーマが検討された。

当初の3年間は（財）安田生命事業団の助成を受けたが、その後、神奈川県厚木保健福祉事務所が共催、厚木市医師会・神奈川県精神病院協会・神奈川県厚木児童相談所・愛川町教育委員会・清川村教育委員会が後援となり、平成11年には厚木市教育委員会の多大な尽力により、厚木市の委託事業として位置付けられた。

## 発展

平成10年、厚木児童思春期精神保健ネットワーク活動を通じ、スクールカウンセラー・養護教諭・教諭・学校医・精神保健福祉士の有志による任意の勉強会が発足した。持ち寄った事例を全員で意見交換し、事例提供者のかかわりを知り、ネットワークの中でどのような更なるかかわりが可能かを模索するものである。それぞれが、自分の立場で自由に型にとらわれない発言をし、肩の力を抜いて弱音も吐けるような勉強会が作られつつある。

## 現状の問題点と今後の展望

厚木思春期精神保健ネットワーク推進委員会の活動は、どうすれば子ども達の心のケアのために有効な連携をとることができるかという疑問に答えるべく始まったと理解できる。それぞれの立場で限界を感じたとき、他機関からの適切な援助が得られ、連携して問題解決をはかることができるならば、子ども達により良い対応を提供できるという観点である。より良い連携をとるためには、まず、それぞれがお互いの機関・職種の理解を深めることが必要である。それぞれの立場で何ができるのか、どのような問題を抱え、限界はどこに

あるのか、他の機関・職種に何を期待しているのか、また、何を期待されているのかなどということをお互いによく知ることが連携の第一歩と考えられる。この点がおさえられていないと相手に無理な要求をし、期待するような結果が得られず失望したり、逆に無理な要求をされて、相手に陰性感情を抱いたりすることとなる。

本講座でケースカンファレンスを重視した背景には、連携を必要としている実際のケースを通じて、子どもに対するそれぞれの考え方や対応の違いを意識し、理解を深める意図があったと理解できる。職種による子どもへの関わり方の差異は、通常なかなか意識されにくく、それが連携を難しくする原因にもなっている。実際のケースを通じて、他機関に対する要望・期待や自分たちの限界を率直に話し合うことで、相互理解がすすみ、相手に対する過度の要求を軽減させ、具体的かつ現実的な連携の持ち方の検討が可能となる。それぞれの立場で感じる限界や不全感を共有することは、連帯感を増し、より強い連携を生じさせると考えられる。また、連携に関する成功や失敗の体験をもちより、どうすれば良い連携がとれるかをそれぞれの立場から提言することは、今後の対応に生かされるものと期待できる。このような意味で、多職種が集まったケースカンファレンスは、相手を知る手段として非常に有効と考えられる。

厚木におけるネットワークづくりは少しずつではあるが、実を結んでいるように感じられる。一方で、そのネットワークが有効に機能しているかという点に関してははまだ不十分といわざるを得ないだろう。連携とはともに支える意識が必要であるが、他機関への単なる橋渡しに終わってしまう危険も存在している。これまで、自分たちだけでなんとかしなければならぬと抱え込んでいた問題を、連携という大義名分のもとに相手にすべて任せて手を引いてしまうという現実もみられる。今後も試行錯誤の連続と思われるが、あきらめずにやり続けることで、真の連携が根付いていくものと思われる。

### Ⅲ. 広島県「思春期こころのケア110番」について

#### 1. プロジェクトの目的

思春期・青年期のこころの問題について、広島県精神病院協会が中心となり、組織的、機能的な構造を持ち地域住民に開かれた相談窓口を設け、問題の早期介入、早期解決に向けて援助することを目指した。

#### 2. プロジェクトチーム

広島県精神病院協会の会員病院からプロジェクトチーム委員が指名された。主任 1 名、委員 4 名の計 5 名である。平成 12 年 6 月 14 日に第 1 回委員会が開催された。以後月 1 回の委員会が開催されている。

#### 3. 具体案

地域住民（本人または家族）が、決められた相談窓口（会員病院）に相談電話をする。



そして、マニュアルに従った方法を用いて、コメディカルを中心にインテイクを行ない、精神科医が振り分け先（受け入れ可能な病院、専門相談機関など）を判断し、本人または家族に電話連絡する。

#### 4. 立ち上げ

平成 13 年 1 月 23 日に広島県精神病院協会会員、県内の既存電話相談機関、県の福祉保健部健康対策課、児童相談所、警察、法務局人権擁護部などに対し、本プロジェクトチームの目的や具体的方法、協力体制の必要性などを説明する説明会を開催した。また、広島県精神病院協会会員病院に対し、事前に行なった各病院の実情と相談窓口に関するアンケート調査の結果を共有した。調査結果から、月曜日から金曜日までの日勤帯、担当病院を振り分けた。そして、精神科救急情報システムと連携し、精神科救急情報センターにかかってきた電話相談のうち、思春期の問題に関しては担当病院の電話番号（病院名を公表せず）を伝えるという方法であった。また、夜間、休日は精神科救急指定病院が対応することとなった。その結果、システム全体の立ち上げは、平成 13 年 5 月となった。システムの立ち上げについては新聞記事にて一般公開した。

一方、説明会において、既存の各相談機関に対し、実態を共有するためにアンケート調査を実施し、結果を配付することとなった。

#### 5. 研修会および懇親会

第 1 回研修会（平成 13 年 7 月 4 日開催）では、さらに理解と連携を促すため関連機関からの参加を呼びかけ、経緯と実績報告、3 名の講師による講習会（引きこもり、薬物依存、行為障害）を行なった。

第 2 回研修会（平成 14 年 10 月 23 日開催）では、実績報告の後、2 病院から実際の事例報告、シンポジウム（3 名のシンポジストから、「思春期精神医療におけるインテイクについて」）を行なった。

#### 6. 実績（表 1）

#### 7. システム変更

平成 14 年 12 月 19 日の広島県精神病院協会総会において、精神科救急情報センターから思春期のケース相談を各担当病院にそのまま転送するシステムをとることが採択された。これは、相談者が 2 度電話する（精神科情報センター → 担当病院）ことの煩雑さ（実際に苦情が寄せられている）、相談者が電話をかけ直す時点でドロップアウトする場合があるなどの理由も含め、システムの流れを円滑にするためである。

また、各病院での対応や事例に関する情報を 1 病院に集め、情報を構築し整理し研修会などで報告する。

## 8. 現状の問題点と今後の展望

相談件数が減少してきているが、この解釈として「思春期こころのケア110番」の存在に関する情報不足、システムの煩雑さなどの問題が指摘された。しかし、一方ではポジティブな解釈として、既存の相談機関が活性化してきているため、相談機関の連携がスムーズに動き始めたために相談件数が少なくなったなどの意見がある。

研修会では、知識や情報を共有しながら連携のあり方に付いて模索する目的も含まれているが、県内の相談機関がネットワークを構築するための場としても有効である。相談のあった事例に関する立ち話的情報交換も有用である。

今後の課題として、このシステムの問題点と今後の役割について積極的な意見交換が必要である。話し合われるべき点としては、

- ・個人と機関の相互関係が混乱する可能性
- ・各相談機関の役割と明確化が、譲り合いにつながる可能性
- ・情報伝達が十分に行なわれない可能性
- ・情報伝達の段階で守秘が守れない可能性
- ・専門機関に対する期待と幻滅の関係に陥る可能性
- ・機能や連携を不活性化する可能性
- ・ネットワークが相互依存の関係に変化する可能性
- ・ネットワークの広がりによって、

定期的な会議の時間と場を確保することが困難となる可能性

などである。おそらく、これらの予測される問題点を解決するための方向性として「質の良いコミュニケーション」のとり方が検討されるべきであろう。

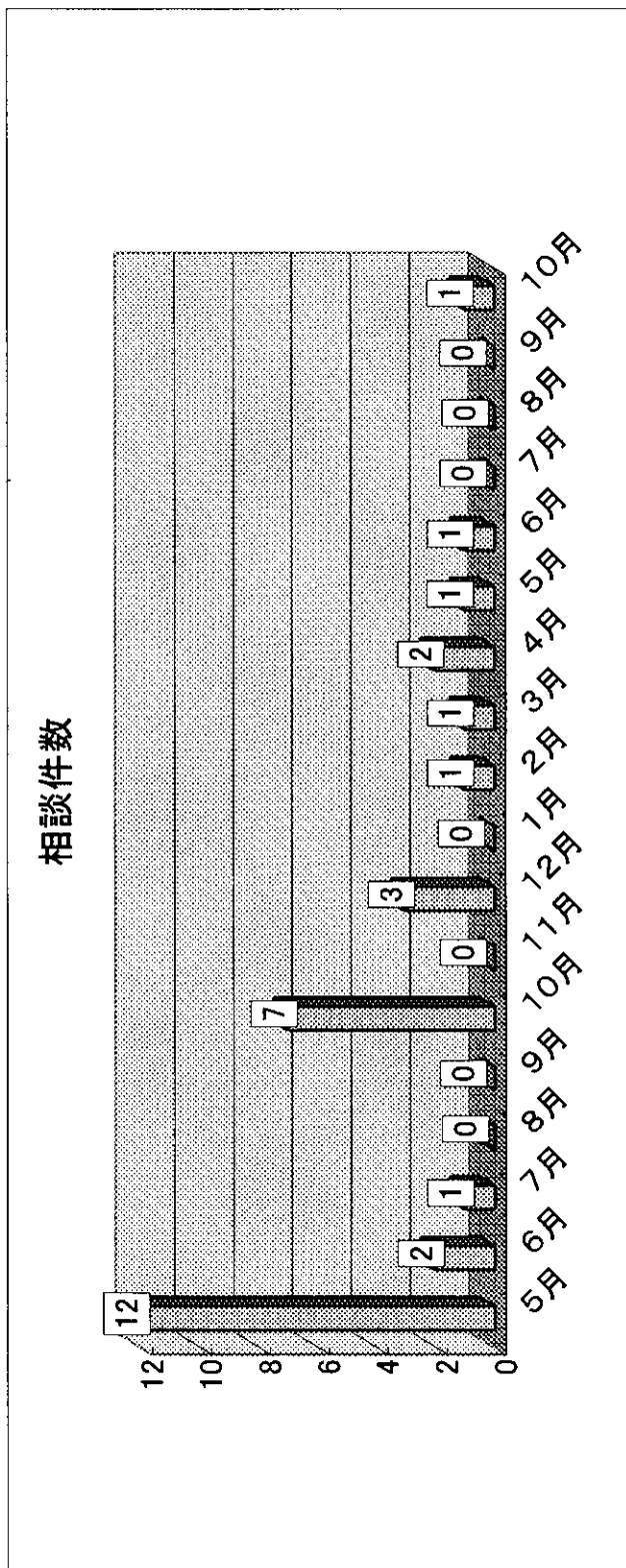
### まとめ

札幌・厚木・広島の各都市における民間精神科病院が中心となる児童・思春期精神保健のネットワークづくりの試みを報告した。その方法は三者三様であり、ネットワークづくりの発想と活動がまだ初期の段階にあることが伺える。しかし、思春期の精神保健を考える上で各機関の連携は必要不可欠である。したがって、この視点のもとにネットワークづくりを試みる動きも少しずつ明確になっていくのではないかと思われる。今後これらの活動が核となりさらに発展していくことが期待される。

表1 広島県精神病院協会「思春期ころのケア110番」相談実績報告

報告期間：2001年5月(110番開始時)～2002年10月

		2001年												2002年											
		5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月						
相談件数		12	2	1	0	0	7	0	3	0	1	1	2	1	1	0	0	0	1						



# 児童・思春期の行為障害

## — 梅ヶ丘病院入院患者の病態の多面的検討 —

分担研究者 佐藤泰三  
研究協力者 市川宏伸 海老島 宏 海野真理子 山田佐留登 広沢郁子  
鈴村俊介 白木沢史子 大倉勇史 新井慎一 尾崎純子  
東京都立梅ヶ丘病院

少子化・合計特殊出生率減少の時代にもかかわらず、子どもの情緒・行動の問題・不適応が増加している。①教育面では、不登校が多く、文部科学省によれば平成 13 年度一年間に 30 日以上欠席した小学生は 275 人に一人 (0.36%)、中学生は 36 人に一人 (2.78%) であり、前年度に比して増加している。この現象はひきこもりに関連すると思われ深刻化している。②児童福祉面では、厚生労働省によれば、平成 13 年度の児童虐待も増加を示し全国の児童相談所への虐待通報件数は過去最高の 24,792 件で、適切な予防と対応が必要となっている。③司法面では、平成 12 年度版犯罪白書によれば、少年鑑別所への新収容人員も平成 8 年度から増加に転じ平成 11 年度には、前年度より 961 人 (4.96%) 増加している。④児童精神科医療面では、東京都立梅ヶ丘病院の 18 歳以下の外来新患の推移をみると、平成 4 年度新患者 701 人から平成 14 年度新患 1,515 人となり、約 2.5 倍と増加している。

本研究では、この様な状況下にある子どもの反復し持続する反社会的、攻撃的・反抗的な行動パターンを示す行為障害症状および行為障害について検討を行った。

前回、平成 13 年 9 月 30 日における都立梅ヶ丘病院の 18 歳以下の総ての入院患者 199 人の行為障害症状について報告した。今回は前回報告の 39 人の行為障害患者について、1)調査時年齢と行為障害発現年齢、2)行為障害患者の性格傾向、3)行為障害の併存診断・状態、4)症状・問題行動、5)家庭・養育環境、6)知能検査、7)脳波検査、8)薬物療法、9)対応した関係諸機関等を行い、児童・思春期の行為障害の構造の一側面を検討した。

### 1) 調査時年齢と行為障害発現年齢

発現年齢は行為が見過ごされたり、深刻に受け止められぬため、その報告は遅れることが一般的である。通常、小児期発症型 (10 歳までに行為障害の特徴を認めるタイプ) と青年期発症型 (10 歳になるまでに行為障害の特徴的な診断基準は全く認められないタイプ) に大別されている。小児期発症型は持続的な行為障害を示すことが多く、成人期の反社会性人格障害に発展しやすいともされている。この 2 つのタイプは軽症、中等症、重症の形をとりながら推移して、様々な経過を呈する。

### ①調査時年齢（行為障害を主訴として、梅ヶ丘病院を受診した年齢）

7歳～8歳は3例、11歳以降の症例は36例であった。14歳～15歳が16例で最も多く、次いで17～18歳が9例である。行為障害の症状が顕著となり事例化した時期と考えられる。

すなわち、症状や問題行動が許容範囲を超えた、長期間にわたる、増悪する、家庭・学校等関係機関では対応し難くなった場合である。

### ②行為障害発現年齢

最小は6歳で、10歳以下の発症、いわゆる小児期発症型は17例である。そのピークは7～8歳の9例であった。11歳～18歳の発症、いわゆる青年期発症型は22例で、そのピークは12～13歳であった。

子どもの成長につれて、生活全般にわたる期待度・要求度・課題と目標の高さなど、人生のハードルが徐々に高くなる時期に一致する。また、思春期のスパート等による衝動性亢進、精神的発達に伴う社会的認知の発達、自我心理学的発達、いわゆる分離個別過程、自我同一性獲得問題等を目の当たりにしたいわば成長の好機と危機が同時に押し寄せる時期である。この様な状況で行為障害および行為障害症状が誘発される可能性がある。

### ③性差

男子26例、女子13例であった。

## 2) 行為障害を示す子どもの性格特徴

性格傾向を形成する因子は多様と思われるが、性格形成要因、性格構成要因に大別して調査・検討すると、概ね、性格形成要因では養育環境、成長過程（成熟度）、脳器質・機能的背景、体験因子が強く関与している。性格構成要因では、認知、衝動制御、感情の反応性、対人関係等全般的に未熟、未学習、脆弱性をみとめた。

#### 性格形成要因

- ① 養育環境
- ② 成長過程（成熟度）
- ③ 脳器質・脳機能的背景
- ④ 体験因子

#### 性格構成因子

- ① 認知
- ② 衝動制御
- ③ 感情の反応性
- ④ 対人関係

等の要因にみられる諸問題が目立つ。集団の中での適応、困難な状況・課題への取り組み・同年代で competitive な仲間 (com-peer) との付き合いや種々の葛藤を背景に背負った状態で、行為障害をはじめ様々な病理的症状が出現すると推定される。

それ故、情報処理機能としての認知・諸刺激や状況に対する衝動コントロールに関する治療・教育的配慮、感情反応の低閾値・激しさ・持続時間等への対応、家庭・地域・学校等での対人関係の問題点を明確にして、成長に伴うあるいは見合った具体的な対応策を提供することが重要となる。いわば、特徴ある性格または問題となる性格を明確に把握・理解することが問題解決あるいはより良い適応性獲得の大切な鍵である。

### 3) 行為障害の併存診断・併存しやすい状態

- ① 注意欠陥/多動性障害は 19 例（男子 18 例、女子 1 例）
- ② 不登校 12 例（男子 7 例、女子 5 例）
- ③ 適応障害 8 例（男子 5 例、3 例）
- ④ 人格障害傾向 5 例（女子のみ 5 例）
- ⑤ 解離性障害 3 例（女子のみ 3 例）

行為障害が様々な状況で適応を困難させていて上記のような併存診断・状態がみられる。さらに、一般的には、自己評価の低さ、抑うつ、友人の少なさ、孤立等が認められる。不登校に伴う行為障害は家庭限局性行為障害が多い。

この様に、行為障害に伴い、多彩な形で子どもの心理的 SOS であり、Defense を思料し、見過ごすことなく、早期から対応することが肝要である。

### 4) 行為障害の諸症状（39 例につき重複例あり）

①暴力・他害 22 例（男子 17 例、女子 5 例）、②性的逸脱行為 14 例（男子 7 例、女子 7 例）、③盗み 12 例（男子 10 例、女子 2 例）、④器物破壊 11 例（男子 8 例、女子 3 例）、⑤刃物による威嚇 11 例（男子 7 例、女子 4 例）、⑥家庭内暴力 9 例（男子 4 例、女子 5 例）、⑦家出 9 例（男子 5 例、女子 4 例）⑧弄火・放火 7 例（男子 5 例、女子 2 例）、⑨自傷 6 例（女子のみ 6 例：本症状を一応行為障害として取り上げた）。行為障害の症状は多岐にわたり、年齢依存性、現象出現の前倒し現象・延長現象が見られ、また、現代の子どもの文化的背景から生ずる現象も色濃く諸症状に影響を与えている。

### 5) 家庭環境・養育環境

①離婚家庭は全症例 39 例のうち、25 例である。一人親は 25 例（男子 19 例、女子 6 例）で、母子家庭 22 例、父子家庭 3 例である。

②虐待：全症例 39 例中、7 例に明らかな虐待が認められた。多くは身体的虐待であった。

殆どの症例が親子からの病歴聴取・医療的対応による入院・来院であるため、当事者によって虐待が語られることが少ない。

反応性愛着障害等の子どもの神経症を併存することも考慮される。乳幼児期からの長期的・中期的・短期的子ども・家庭対策が必要と思われる。すなわち、家庭を中心とした養育の場への地域・関係機関のバックアップ機能を強化することが急務である。

## 6) 知能検査

全症例 39 例に WISC-ⅢまたはRを施行している。

全 7 例 IQ について、①50 以下：3 例（男子 3 例、女子 0 例）、②50-70：7 例（男子 5 例、女子 2 例）、③71-80：8 例（男子 4 例、女子 4 例）、④81-90：15 例（男子 9 例、女子 6 例）、⑤91-100：3 例（男子 2 例、女子 1 例）、⑥101 以上 3 例（男子：3 例、女子 0 例）。

テストの下位分類：一般的理解、符合問題、数唱問題、算数問題、積木問題、絵画完成、絵画配列でのスコアの落ち込みがみられる。不注意、注意集中困難、知識習得度の低さなどが推察できる。知的面から、学校・社会的適応をみると、子どもの社会的対処・対応能力等が問題となる。これらの機能を向上させるためには、教育システムの改善、新しい教育的受け皿の設置、現在教育場面で行われつつある特別支援教育の推進・強化、家庭—地域—学校での養育・教育の有効な連携が望まれる。また、行為障害を呈する子どものみでなく、子どもの社会技能訓練（Child Social Training）や類似の社会的対処機能訓練も必須と考える。さらに、家族心理教育的アプローチや家族支援作りに力が注がれるべきである。

## 7) 脳波所見：全症例 39 例に脳波検査を施行した。

- ・ 正常 9 例
- ・ 異常 30 例

脳波異常の内訳は 30 例で重複異常所見を含めて挙げてみると、次の通りである。

①6Hz SP & W. 10 例（男子 7 例、女子 3 例）、②14Hz & posi. Sp. 8 例（男子 4 例、女子 4 例）、③ slow wave 6 例（男子 5 例、女子 1 例）、④SP & W. 4 例（男子 3 例、女子 1 例）、⑤O-slow train 2 例（男子 1 例、女子 1 例）であった。

上記の異常脳波は子どもの刺激—反応における独特な情緒・行動パターンを示すことがある。すなわち、情動不安定、激しい衝動行為、長時間にわたる興奮性、著しい視野狭窄、解離症状等を示すことがある。特に、①・②・⑤の波形の carrier は外部あるいは内部からの刺激に対して低い閾値にて反応することがしばしばである。この様な症例に対しては、事項に述べる抗けいれん剤の投与が功を奏することが多い。

## 8) 薬物療法

許容範囲を超えた激しい精神症状や脳波異常を呈する脳器質的背景を示す症例に対して、適切で、正確・的確に症状出現状況を把握したうえで、適切なインフォームド・コンセントを行い、最小限・短期間の薬物療法を行った。使用した主な薬物や次の通りである。

- ①haloperidol(4~18mg), ②carmabazepine(50~800), ③risperidone(1~6),
- ④chlorpromazine(12.5~150), ⑤methylphenidate(5~20), ⑥levomepromazine(5~200),

④chlorpromazine(12.5~150), ⑤methylphenidate(5~20), ⑥levomepromazine(5~200), ⑦sodium valproate(100~1000)である。

## 9) 行為障害を示す子どもに最初に対応した機関

行為障害を示す子どもの初期対応は非常に困難なことが多い。教育・福祉・保健・医療・司法等のどの領域で対応すべきかを決定すること難しく、該当施設受け入れまでに時間がかかり、問題行動・情緒的問題等が遷延化・重篤化することもまれではない。

関係機関の初期対応と緊密な連携の見直しと新しいストラテジーを加えた方策を行うべきである。教育分野で行われ始めている特別支援教育（学校集団にあって、現在の受け皿では対応困難な児童・生徒に対して、教育的対応・援助のみでなく、医療・福祉等からの専門的支援を行うといった趣旨の支援教育）と同様に、行為障害を持つ子どもへのセンター機能を持つ特別支援体制の確立が必要と考える。

具体的に、今回の全症例 39 例についての調査によると、次のようになる。

①児童相談所（21 例）、②養護施設（10 例）、③警察（5 例）、④精神病院（5 例）、⑤家庭裁判所（4 例）、⑥児童自立支援施設（3 例）、⑦少年鑑別所（2 例）である。

これらの症例を見直し、連携が円滑であったケース、不十分であったケース、対処・処遇・治療等に関して困難を極めたケース、判断がしにくいケース等をレトロスペクティブに検討して、今後活用する必要がある。同種の機能を持つ機関や他機関のケース共有・検討や peer review を活発に行う必要がある。

## 研究の概要

都立梅ヶ丘病院入院中の 199 人のうちの行為障害患者 39 人（男子 26 人、女子 13 人）について多面的な臨床的検討を行った。次に述べる諸事項は行為障害発現の病理の錯綜・重層している要因を示している。これらの諸要因の把握・理解・分析は行為障害発現の予防・対応・治療及び予後への対策の一助となり得ると考えられる。

1) 行為障害を示す子どもの性格傾向：心理学的、養育環境要因、生物学的要因によるものと考えられる性格傾向・行動パターン特性がみられた。

2) ①調査時年齢：7～8 歳に発現する症例は 3 例。11 歳以降の症例は 36 例であった。14～15 歳が 16 例で最も多く、次いで 17～18 歳が 9 例である。性差（男子 26：女子 13）。

②発現年齢：6 歳が最小で、10 歳以下は 17 例で、ピークは 7～8 歳の 9 例であった。11～18 歳は 22 例で、ピークは 12～13 歳の 13 例であった。

3) 併存診断：①注意欠陥／多動性障害（19 例）、②不登校（12 例）、③適応障害（8 例）、④人格障害傾向（5 例）、⑤解離性障害（3 例）等である。

4) 症状・問題行動：行為障害の診断基準を満たし、①暴力・他害（22 例）、②性的問



題行動（14例）、③盗み（12例）、④器物破壊（11例）、⑤刃物による威嚇（11例）、⑥家庭内暴力（9例）、⑦家出（9例）、⑧弄火・放火（7例）等が主たるものである。女子のうち4人に援助交際が認められた。

5) 家庭環境・養育環境：離婚家庭は39人中25人、母子家庭（22例）、父子家庭（3例）であった。また、明らかな虐待は7例に認められた。

6) 知能検査（WISC-Ⅲ）：IQ70以下は10人、境界知は8人、正常範囲内は21人。

7) 脳波所見：39人中30人に脳波異常を認めた。

8) 上記の所見から、行為障害を示す子どもは養育環境・性格傾向・知能・脳波等の生物学的背景に問題を有することが多いことが判明した。行為障害発現にあたっては、前記の子どもが持つ特性に加えて、①様々な対人関係の障害・破綻、②自己実現の不成功、③こころの居場所・安らげる場所のなさ、④子どもの持つエネルギーを適切に発散・開放する場所の乏しさ、⑤家庭・学校・地域での子どもへの対応・対処機能不全等が認められる。

これらの事実・実態の把握と理解・問題解決が重要なことであることも明らかになった。

行為障害を示す子どもへの対応は特別教育支援対応と同様に、幼児期から本人を養育する家庭・子ども本人を中心に据えた特別支援体制（教育・福祉・保健・医療・司法）の構築・強化が急務である。

# 精神・行動障害を持つ児童・青年の攻撃行動の心理的解明と対処 およびシステム化に関する研究 －怒り発作からみた“高機能”発達障害における攻撃性についての研究－

分担研究者 太田昌孝<sup>1)</sup>

研究協力者 金生由紀子<sup>2)</sup> 永井洋子<sup>3)</sup> 新井 卓<sup>4)</sup>

1) 東京学芸大学 2) 北里大学大学院医療系研究科

3) 静岡県立大学 4) 神奈川県立子ども医療センター

## 研究要旨：

怒り発作を含めた攻撃性とそれに関連すると思われる要因の評価バッテリーを作成し、広義の“高機能”発達障害の児童・青年を対象として、攻撃性に関連する心理機制的解明とその対処の手がかりを得ることを目的とした。対象は25名(男21名、女4名；平均13.7歳、SD:4.1歳)であった。診断はトゥレット症候群(TS)が15名で最も多く、次いでTS+強迫性障害が5名であった。怒り発作は状況には過度または不適切に見える方法で他の人々や物に対してひどく腹を立てるという行動症状である。評価バッテリーは、(1)攻撃性/怒り(親による怒り発作の評価及び攻撃性に関する臨床評価)、(2)全般的な心身の健康や行動(親によるCBCLなど)、(3)適応状態(GAFやCGAS)からなっていた。攻撃性の臨床評価で、攻撃性有りは13名、無しは12名であった。親の評価では16名で過去6ヶ月間に怒り発作があり、攻撃性有り群13名中11名で怒り発作があった。CBCLでは、8つの行動症状の尺度のうちで、不安抑うつ、思考の問題、攻撃的行動の3尺度で、攻撃性有り群の平均T得点が有意に高く病理域に達していた。攻撃性の高まりと自己評価の低下が同時に起こっており、両方へのアプローチが必要であると思われた。思考の問題尺度には強迫性に関連する項目が含まれていることから、強迫性が高いため自分の思い描いた通りにいかないと攻撃性が高まる面があるのかもしれない。“高機能”発達障害の心理機制的解明を進めてその防御因子について整理することによって、対処システムを考える一助としたい。

## A. 研究目的

広義の“高機能”発達障害が従来考えられていたよりも頻度が高いことが近年知られるようになってきた。医療機関を受診する広義の“高機能”発達障害では攻撃性がしばしば問題になり、しかも攻撃性が突如として湧き起こったように周囲には受けとられることが稀ではない。トゥレット症候群(Tourette syndrome: TS)で注目されている怒り発作(rage attack)または爆発的な憤激(explosive outbursts)と行動上は類似している。しかし、広義

の“高機能”発達障害の攻撃性がすべて怒り発作としてまとめられるとは限らず、それに関連する要因も同様とは言いがたい。

本研究では、怒り発作を含めた攻撃性とそれに関連すると思われる要因の評価バッテリーを作成し、広義の“高機能”発達障害の児童・青年を対象として、攻撃性に関連する心理機制的な解明とその対処の手がかりを得ることを目的とした。

## B. 研究方法

全国療育相談センター、東京大学医学部附属病院精神神経科、神奈川県立こども医療センター精神科の外来で我々が診療を担当する広義の“高機能”発達障害の児童・青年の親及び本人に本研究の趣旨を順次説明して協力の得られた場合に、対象とした。本研究での広義の“高機能”発達障害には、高機能自閉症圏障害（精神遅滞を伴わない自閉症、非定型自閉症、アスペルガー症候群）、注意欠陥/多動性障害（attention-deficit/hyperactivity disorder: AD/HD）、学習障害（言語発達遅滞児や不器用児なども含む）、境界知能、TS、チック関連性強迫性障害（tic-related obsessive-compulsive disorder: tic-related OCD）を含めた。また、知能の目安としては、少なくとも全IQ、言語性IQ、動作性IQのうちのいずれかが70以上とした。

その結果、対象は25名（男21名、女4名）となった。年齢は、平均13.7歳（SD: 4.1; 範囲11~21歳）であった。DSM-IVによる診断をみると、TSが15名、TS+OCDが5名、AD/HDが2名、AD/HD+OCDが1名、TS+AD/HDが1名、特定不能の広汎性発達障害（PDDNOS）が1名であった。

評価バッテリーの構成は以下の通りであった。

### (1) 原則として全例について行うもの

#### (1) 攻撃性/怒りに関する評価

① 怒りのスクリーニング質問紙及び怒り発作評価尺度: 状況には過度または不適切に見える方法で他の人々や物に対してひどく腹を立てるという怒り発作に関する質問紙であり、親が記入した。怒りのスクリーニング質問紙は、過去6ヶ月間の怒り発作の有無と、怒り発作時の生理や心理や行動の状態、怒り発作の発生場所、向けられる対象、関連するできごと、介入の可能性、その後の疲労などについて尋ねていた。怒り発作評価尺度は、過去1週間の怒り発作の有無と、頻度、強さなどについて尋ねていた。

② 攻撃性に関する臨床評価: 過去1ヶ月で最も攻撃性が強いと思われる時点について、「なし」から「最重度」までの5段階で攻撃性を治療者が評価した（表1）。この際に攻撃性は怒り発作に重点を置いて評価することとした。

#### (2) 全般的な心身の健康や行動に関する評価

③ 子どもの行動チェックリスト（CBCL）（4-18歳用）: 親が記入した（児童思春期精神保健研究会訳 2002）。

### (3) 適応状態についての評価

④ GAF 及び/または CGAS : 治療者が評価した。CGAS (Shaffer et al. 1989)は 4-16 歳用なので、それ以上の年齢では GAF (APA 1994)のみの評価であった。

#### (2) 本人の記入が可能な場合にのみ行うもの

原則としては本人が小学 6 年生以上の場合に記入を依頼するが、発達水準に合わせて依頼するか否かは適宜判断した。

#### (1) 攻撃性/怒りについての評価

① 怒りのスクリーニング質問紙 (本人用) 及び怒り発作評価尺度 (本人用) : 怒りのスクリーニング質問紙及び怒り発作評価尺度を自己記録式に改変したものである。

#### (2) 全般的な心身の健康や行動についての評価

② 健康調査票 : 昨年度の研究で使用した 65 項目からなる自己評価式の調査用紙であり、大多数の質問項目についての回答を二者択一から四者択一の改変したものである (太田ら 1989)。

研究にあたっては、親から書面による同意を得た。本人にも必ず了解を求めて、原則としては書面による同意を得ることとした。

自己評価への記入が得られたのが 25 名中 12 名のみであったので、今回は家族及び治療者による評価についてのみ解析した。統計解析にあたっては、 $\chi^2$  検定、Fisher 直接検定、対応のない t 検定を用いて、 $p < 0.05$  以下を有意差があるとした。

## C. 研究の結果

### 1. 攻撃性の臨床評価とその人口統計学的特徴及び診断

攻撃性の臨床評価は、なしが 12 名、軽度が 6 名、中度が 7 名であり、13 名が攻撃性有りとされた。攻撃性有り群 13 名と無し群 12 名について、性別をみると、両群共に女性が 2 名ずつであった。年齢をみると、攻撃性有り群は平均 13.5 歳 (SD:3.9)、無し群は平均 14.0 歳 (SD:4.5) であり、有意差はなかった。診断については、攻撃性有り群は、TS が 6 名、TS+OCD が 2 名、AD/HD が 2 名、AD/HD+OCD が 1 名、TS+AD/HD が 1 名、PDDNOS が 1 名であり、攻撃性無し群は TS が 9 名、TS+OCD が 3 名であった。

### 2. 親による怒り発作の評価

親による怒り発作の評価は過去 6 ヶ月間では 23 名、過去 1 週間では 21 名について得られた。過去 6 ヶ月間に怒り発作有りとされた者は 16 名 (69.6%)、無しとされた者は 7 名 (30.4%) であった。過去 1 週間に怒り発作有りとされた者は 6 名 (28.6%)、無しとされた者は 15 名 (71.4%) であった。過去 1 週間に怒り発作有りとされた 6 名全員でその回数が 2 回以下であった。