

3. 攻撃性の臨床評価と親による怒り発作の評価との関係

過去 6 ヶ月間の怒り発作についてみると、臨床評価による攻撃性有り群では 13 名中 11 名 (84.6%) で有りとなされ、攻撃性無し群では 10 名中 5 名 (50%) で有りとなされ、有意差はないものの有り群でやや高率であった。過去 1 週間の怒り発作についてみると、臨床評価による攻撃性有り群では 13 名中 6 名 (84.6%) で有りとなされたのに対して、攻撃性無し群では 8 名中に有りはならず、有意差が認められた (Fisher 直接検定、 $p=0.046$)。

4. 攻撃性の臨床評価と CBCL との関係

CBCL の評価が得られた者は 19 名であり、臨床評価による攻撃性有り群は 11 名、無し群は 8 名であった。この有り群と無し群とで、CBCL の 8 つの行動症状に関する尺度、内向尺度、外向尺度、総合について T 得点を比較した。

8 つの尺度中 4 つで有意差が認められ、特に、不安抑うつ、思考の問題、攻撃的行動の 3 尺度については、攻撃性有り群の平均 T 得点が病理域に達していた (表 2)。さらに、内向、外向、総合についても、有り群が無し群よりも有意に高く、しかも有り群の平均 T 得点が病理域に達していた (表 3)。

5. 攻撃性の臨床評価と GAF、CGAS との関係

GAF、CGAS を臨床評価による攻撃性の有無で比較すると、有り群では平均がそれぞれ 48.9、46.1 であり、無し群よりも有意に低かった (表 4)。

6. 親から見た怒り発作の特徴

過去 6 ヶ月間に怒り発作有りとなされた 16 名についてみると、13 名 (81.3%) で怒り発作は子どもに特有であると親は回答していた。怒り発作に子どもが罪悪感を感じたりあるいは後から行為を後悔したりするのも、13 名 (81.3%) であり、特に 6 名 (37.5%) はいつも罪悪感を感じていると親は回答していた。

怒り発作に言葉による攻撃を含む者が 13 名 (81.3%)、人や物への物理的な攻撃を含む者が 13 名 (81.3%) であり、11 名 (68.8%) が言葉と物理的な攻撃の両方を有していた。

怒り発作の発生場所についての回答が得られた 14 名中では家庭が 13 名 (78.6%)、学校 3 名 (21.4%) であった (表 5)。

怒り発作時の生理や心理や行動の状態を表 6 にまとめた。身体的あるいは言葉で人々を攻撃するという行動が回答の得られた 16 名中 13 名 (81.3%) と最も高率であった。コントロールできないあるいは爆発しそうだという感じという心理状態が推察されたのも同じく 16 名中 13 名 (81.3%) であった。生理的な状態の中では、心臓の鼓動が速くなる、心臓がどきどきするが回答の得られた 12 名中 5 名 (30.8%) と最も高率であった。

子どもに怒り発作があり、介入するあるいは怒り発作から気をそらすことが可能かとの問いに親が答えた 14 名中では 11 名 (78.6%) が可能と答えていた。

D. 考察

広義の“高機能”発達障害では突如として湧き起こったように周囲には見える攻撃性が稀ならず問題となるので、行動上で類似する怒り発作あるいは爆発的な憤激に注目して評価をした。爆発的な憤激について Budman らは DSM-IV の間欠性爆発性障害 (intermittent explosive disorder) の定義も参照して以下の 4 項目で定義している (Budman et al., 2000)。すなわち、(1) 突然の制御できない攻撃的行動が週に 3 回以上起こる、(2) 自分自身や他人への言語的あるいは身体的な攻撃、物品の破壊を惹き起こすような攻撃的な衝動に適応できないことで特徴づけられる、(3) 挑発には全く釣り合わない、(4) 子どもの本来の人格とはずれている、である。

本研究における攻撃性の臨床評価では、攻撃行動の回数は規定せずに、突然で制御できない及び挑発には全く釣り合わないとの特徴に重点を置いて過去 1 ヶ月で最も攻撃性が強い時点について評価したところ、13 名が攻撃性有りとなった。

攻撃性有りの 13 名中で 6 名が親の評価で過去 1 週間に怒り発作有りとされたが、全員でその回数が 2 回以下であり、上記の Budman らの定義の (1) を満たす者はいなかった。

また、攻撃性有りの 13 名中で親の評価によると怒り発作が子どもに特有との回答が 9 名であったことと怒り発作に子どもが罪悪感や後悔を感じるとの回答が 10 名であったことを総合すると、多くの場合に怒り発作は子どもの本来の人格とは、ずれているが、そのような怒り発作を繰り返してしまうこと自体が子どもに特徴的であると思われた。

従って、攻撃性の臨床評価で攻撃性有りとされた群は、回数を除けば Budman らの定義した爆発的な憤激にほぼ近い行動症状を呈していると確認できた。

TS において爆発的な憤激を検討したところ、OCD、AD/HD、反抗挑戦性障害などを併発した場合に頻度が高いと言われている (Budman et al., 2000; Freeman et al., 2000)。CBCL で攻撃性を評価した研究でも OCD や AD/HD を併発した TS では健常対象よりも攻撃性が高いが、併発症の無い TS では健常対象と差が無かったという (Stephens & Sandor, 1999)。本研究の全対象のうち 21 名が TS であり、攻撃性有りは併発症の無い TS で 15 名中 5 名 (33.3%)、OCD や AD/HD を併発した TS で 6 名中 3 名 (50%) と有意差はないものの OCD や AD/HD を併発した TS でやや高率で、先行研究と類似の傾向があった。

攻撃性に関連する心理機制を検討するために攻撃性の臨床評価と CBCL との関連を検討した。攻撃性有りで攻撃行動尺度の得点が有意に高かったのはもっともだが、それに加えて不安抑うつと思考の問題の 2 尺度の得点も有意に高く病理域に達していたのが注目された。

不安抑うつについては、全対象の中で不安障害あるいは気分障害の併発を診断された者はいなかったが、攻撃性との密接な関連が認められたのは興味深かった。自己評価と攻撃性との関係は深く、自己評価が高すぎても、低すぎても攻撃性行動が起こりやすいとされている (Moeller, 2001)。今回解析したデータからは、攻撃性の高い方に不安抑うつが高いことが示されたわけであるが、不安抑うつが高いために自己制御が低下して攻撃性が高い

まったのか、攻撃性が高いために社会不適応をきたして不安抑うつが高まったのかを明確には決められなかった。因果関係は不明であっても攻撃性の高まりと自己評価の低下が同時に起こっているのは確かであり、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。本研究の対象は TS、OCD、AD/HD、PDDNOS のうち 1 つか 2 つを有すると診断されており、多くの場合に強迫症状あるいは強迫様症状（自我違和性や不合理性の認識のないこだわり行動を含む）を有していた。その中でも攻撃性の高い場合には強迫性がより高かったと考えられた。強迫性が高いために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。

本研究の限界としては、対象が 25 名と少ないことがあげられる。また、外来通院中の広義の“高機能”発達障害に順次協力を求めたが、結果的には治療関係ができて安定して通院している者が多く、外来の患者構成を反映して TS を伴う比率が高かった。これらのために、本研究の結果が“高機能”発達障害の全体的な傾向を反映しているとまでは結論できなかった。しかし、“高機能”発達障害における攻撃性の出現には、抑うつないしは自己評価の低下、強迫性と衝動性が重要な役割を果たしていることを考えると、これらの要因に着目することにより、攻撃行動の予防の方策への重要な示唆を含んでいると思われた (Fields & McNamara, 2003)。

今後は対象数を増やすと共に TS 以外の対象の比率が高まるように努めたい。また、十分な数が得られたら自己評価についても解析して検討を深めたい。

このようにして、“高機能”発達障害の心理機製の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。

文献

- 1) American Psychiatric Association (APA) : Global Assessment of Functioning (GAF) Scale In: APA Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) DSM-IV. p34 Washington DC USA 1994 (高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳 DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き 医学書院 1995)
- 2) Budman CL, Bruun RD, Park KS, Lesser M, Olson M.: Explosive outbursts in children with Tourette's disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39:1270-1276, 2000.
- 3) Fields SA and McNamara, JR: The prevention of child adolescent violence : A review. Aggression and Violent Behavior 8: 61-91, 2003.
- 4) Freeman RD, Fast DK, Burd L, Kerbeshian J, Robertson MM, Sandor P.: An international perspective on Tourette syndrome: Selected findings from 3,500 individuals in 22 countries. Dev Med Child Neurol 42:436-447, 2000.
- 5) 児童思春期精神保健研究会訳 (代表 上林靖子) : 子どもの行動チェックリスト

(CBCL/4-18) (親用) 2002

- 6) Moeller TG: Youth Aggression and Violence: A psychological approach. Lawrence Erlbaum Association London, 2001
- 7) 太田昌孝、永井洋子、金生由紀子ら：健康調査票 In:太田昌孝、永井洋子、金生由紀子ら：厚生省「精神・神経疾患委託費」 児童・思春期精神障害の成因及び」治療に関する研究 昭和63年度報告書 pp54-58 1989
- 8) Shaffer D, Gould MS, Brasic J, et al: A Children's Global Assessment Scale(CGAS). Arch Gen Psychiat 40:1228-1231, 1983. (永井洋子、太田昌孝、金生由紀子ら訳と補遺：CGAS In：太田昌孝(研究代表者)：自閉症児の認知発達治療および治療効果の方法論と評価尺度の開発に関する研究. 子どもの全般的評価尺度(CGAS) 三菱財団助成研究中間報告 pp24-34 1989)
- 9) Stephens RJ, Sandor P: Aggressive behaviour in children with Tourette syndrome and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder. Can J Psychiatry 44:1036-1042, 1999.

表1 攻撃性に関する臨床評価

0 : なし

攻撃性はないか、あっても適応に影響しない

1 : 軽度

攻撃性はあるがあまり目立たず、生活の諸領域（家庭・学校・仲間関係・地域など）への影響は比較的少ない

2 : 中度

攻撃性が少し目立ち、1つまたは複数の領域に明らかな影響を与えている

3 : 重度

攻撃性が目立ち、複数の領域に重大な影響を与えている

4 : 最重度

攻撃性が非常に目立ち、日常生活が困難である

表2 臨床評価による攻撃性とCBCL（その1）

	攻撃性	N	平均 ¹⁾	SD	t 値	p ²⁾
I-T得点 (ひきこもり)	無	8	55.0	5.5	-1.2088	0.2433
	有	11	60.3	11.3		
II-T得点 (身体)	無	8	54.3	6.6	-1.5624	0.1366
	有	11	60.1	8.9		
III-T得点 (不安/抑うつ)	無	8	57.9	7.8	-2.8305	<u>0.0115</u>
	有	11	<u>70.0</u>	10.1		
IV-T得点 (社会性)	無	8	54.6	4.0	-2.6286	<u>0.0176</u>
	有	11	62.7	8.0		
V-T得点 (思考)	無	8	57.8	10.8	-2.3394	<u>0.0318</u>
	有	11	<u>69.1</u>	10.2		
VI-T得点 (注意)	無	8	57.8	5.5	-1.8849	0.0767
	有	11	64.5	8.9		
VII-T得点 (非行)	無	8	55.6	9.3	-2.0760	0.0534
	有	11	64.9	9.9		
VIII-T得点 (攻撃)	無	8	56.0	7.9	-2.7656	<u>0.0132</u>
	有	11	<u>68.1</u>	10.3		

1) 下線は平均が病理域に入っていることを示す。

2) 下線は $p < 0.05$

表 3 臨床評価による攻撃性と CBCL (その 2)

	攻撃性	N	平均 ¹⁾	SD	t 値	p ²⁾
内向-T 得点	無	8	56.9	6.8	-2.3455	<u>0.0314</u>
	有	11	<u>67.5</u>	11.4		
外向-T 得点	無	8	54.6	10.3	-2.9273	<u>0.0094</u>
	有	11	<u>68.9</u>	10.6		
総合-T 得点	無	8	57.4	8.6	-2.9863	<u>0.0083</u>
	有	11	<u>70.7</u>	10.3		

1) 下線は平均が病理域に入っていることを示す。

2) 下線は p の有意差

表 4 臨床評価による攻撃性と適応状態

	攻撃性	N	平均	SD	t 値	p ¹⁾
GAF	無	12	56.2	7.7	2.2123	<u>0.0371</u>
	有	13	48.9	8.6		
CGAS	無	7	58.1	9.6	2.7167	<u>0.0176</u>
	有	8	46.1	7.5		

1) 下線は $p < 0.05$

表 5 怒り発作の発生場所と頻度

		学校で		
		無	時々	計
家で	無	0	1	1
	時々	9	1	10
	しばしば	1	1	2
	いつも	1	0	1
計		11	3	14

表6 怒り発作時の生理や心理や行動の状態

症状	回答総数	人数	%
心臓の鼓動が速くなる、心臓がどきどきする	12	5	41.7
顔が赤くなるあるいは熱くほてる	13	4	30.8
胸が締め付けられる、胸が痛いあるいは胸が圧迫される	13	2	15.4
腕や脚のしびれあるいはひりひりする感覚	12	1	8.3
頭がくらくらする、めまい、あるいは不安定な感覚	13	3	23.1
息が切れるあるいは息をしにくい	15	4	26.7
汗をかく	12	2	16.7
揺れるあるいは震える	15	5	33.3
強い恐れ、パニック感、不安	15	9	60.0
コントロールできないあるいは爆発しそうだという感じ	16	13	81.3
人々に対して身体的に攻撃したり叫んだりしているような感じ	16	12	75.0
身体的にあるいは言葉で人々を攻撃する	16	13	81.3
物をあたりかまわず投げ散らかすあるいは破壊する	16	6	37.5

少年非行と行為障害との関連について

－ 行為障害の診断および下位分類のための評価尺度について －

分担研究者 奥村雄介¹⁾

研究協力者 野村俊明²⁾ 吉永千恵子³⁾ 元永拓郎⁴⁾ 工藤 剛⁵⁾

後藤真由美⁶⁾

1) 関東医療少年院 2) 創価大学 3) 東京少年鑑別所 4) 帝京大学

5) 青梅坂本病院 6) 品川区適応指導教室

研究要旨：

前年度の報告で矯正施設に収容されている非行少年の約 90% が行為障害の操作的診断基準を満たすことを示し、行為障害の下位分類として①暴力型、②虚言型、③未分化型および①と②の両方の特徴を併せ持つ④混合型の 4 つの類型を提唱した。今年度は行為障害の下位分類を実際に行うため、自己質問紙法によるチェックリスト (Conduct Disorder Check List : 以下 CDCL と略す) の作成を行った。質問項目は、①暴力型、②虚言型、③未分化型の 3 つの枠組みから成り立っている。この CDCL を用いて、少年鑑別所、高校、大学でプリテストを実施し、因子分析などの統計処理を行い、質問項目の修正・変更・削除をしてカットオフポイントを設定し、行為障害の判別および下位分類を行った。

A. 研究目的

矯正施設に収容されている非行少年の約 9 割が操作的診断の「行為障害」の基準を満たしているが、そのすべてを医療の対象として処遇するのは現行の体制では不可能である。そのため「行為障害」の下位分類を行い、医療を要する者とそうでないものを判別し、類型や重症度に応じた治療・処遇システムを作っていくことが必要であると考えられる。本研究では、「行為障害」の診断と下位分類のために自己質問紙法による CDCL 評価尺度の作成を試みた。

B. 研究方法

CDCL 評価尺度の質問項目については、攻撃性尺度 (FAS: Functional Aggression Scale)、ADHD 評価尺度 (WURS: Wender Utah Ration Scale)、気分評価尺度 (POMS: Profile of Mood States) など従来の評価尺度を参考にして、矯正施設を始め学校、病院、福祉施設などそれぞれの研究協力者が関与しているフィールドにおける青少年の問題行動 (または逸脱行動) に着目し、ブレインストーミングを行って内容を検討・選別した。次に①暴

力型、②虚言型、③未分化型の枠組みに対応してそれぞれ 20 項目の質問を作成し、ダミーの 10 項目を加え、合計 70 項目をランダムに配置し『はい』、『いいえ』、『どちらでもない』の 3 択で回答させる方式をとった。CDCL 質問紙は、非行歴、薬物歴、受診歴などを問う 7 項目、家族歴、両親の養育態度などを問う 6 項目、CDCL 評価尺度の 70 項目から構成されている。

CDCL 質問紙を用いて、2003 年 1 月に少年鑑別所、公立高校、私立大学の 3 群を対象とし、集団自己回答方式でプリテストを実施した。調査対象の性別および年齢構成は、鑑別所 43 名(男 40 名、女 3 名、平均年齢 16.7 歳±1.74)、高校生 104 名(男 53 名、女 51 名、平均年齢 16.8 歳±0.41)、大学生 42 名(男 19 名、女 23 名、平均年齢 21.3 歳±0.82)であった(表 1)。

統計結果の分析にあたっては、CDCL の質問項目を選定して判別関数を作り、行為障害に該当するか否かの判別を行うとともに、因子分析などにより CDCL の質問項目の修正・変更・削除を行って、①暴力型、②虚言型、③未分化型の枠組みを整理し直し、それぞれのカットオフポイントを設定した。また、年齢、性別、既往歴、補導歴、非行所属などの属性と行為障害の類型との関係について 3 群比較を行った。

C. 研究結果

大学生群、高校生群は行為障害に該当する者が少なく、鑑別所群の女子が 3 名しかいないことから、行為障害の判別および下位分類尺度を作成するにあたっては鑑別所群男子を対象とした。

1) 行為障害の判別

行為障害の判別尺度を作るにあたって、3 群を比較して鑑別所群の男子の中で「はい」回答が多かった 23 項目に着目し、ダミー変数を削除してから正準判別関数係数 0.1 以上の変数 10 項目を選び、行為障害判別尺度とした(表 2)。その結果、男子についてみると CDCL 判別の陽性者(行為障害に相当する者)は、鑑別所群 82.5%、高校生群 39.6%、大学生群 5.3%となった。

2) 行為障害の下位分類

鑑別所群の男子(N=40)について CDCL の「暴力型」、「虚言型」、「未分化型」の 3 つの枠組みで因子分析を行った。「はい」回答の少ない項目とダミー項目を削除し、主成分分析・バリマックス回転を行い、寄与の低い変数および 2 つ以上にまたがる変数を削除したところ、第 1 因子「暴力型」=15 項目(α 係数=0.88)、第 2 因子「虚言型」=13 項目(α 係数=0.82)、第 3 因子「未分化型」=13 項目(α 係数=0.78)の 3 因子構造が得られた(表 3, 4, 5)。SD0.5 をカットオフポイントに設定し、下位分類を行ったところ、暴力型 8 名(20%)、虚言型 5 名(12.5%)、混合型 6 名(15%)、未分化型 4 名(10%)、その

他どれにも該当しない者が 17 名 (42.5%) となった。ただし、下位分類の種類と 3 因子との関係は第 1 因子 = V (Violence), 第 2 因子 = L (Lie), 第 3 因子 = U (Undifferentiated) とすると、暴力型 = (V+, L-, U±), 虚言型 = (V-, L+, U±), 混合型 = (V+, L+, U±), 未分化型 (V-, L-, U+) となっている。

3) 属性と 3 群比較

- ① 年齢・性別：年齢については特別な傾向は見られなかった。性別については、大学生群の女子で CDCL 判別の陽性者はおらず、逆に鑑別所群の女子 3 名はすべて CDCL 判別陽性であった。高校生群については、CDCL 判別陽性の男子、女子がそれぞれ 39.6%, 23.5% で男子の方が陽性が多い傾向が見られた。性差と行為障害の下位分類尺度との関連を見ると、虚言型や未分化型で差異は見られなかったが、暴力型については男子で陽性者が多い傾向が見られた。
- ② 部活の所属：部活の所属について性差は見られず、大学生群と高校生群では 30% ~ 50% 所属していたが、鑑別所群で所属している者は 10% 未満であった。
- ③ 進路：大学生群、高校生群では 70% ~ 90% の者が卒業後の進路を決めていたが、鑑別所群で進路を決めている者は 20% 未満であった。特に大学生の女子は 95.7% と最も高かった。
- ④ 病気・通院歴：病気や通院歴については 3 群の間で特に差異は見られなかった。
- ⑤ 補導歴・非行所属・薬物乱用：補導歴については、鑑別所群 (88.4%), 高校生群 (30.8%), 大学生群 (12%) の順に頻度が高かった。非行所属と薬物乱用については、大学生群と高校生群では 5% 未満で低く、鑑別所群では 20 数% であり、明らかな性差は認められなかった。なお、高校生の男子については、補導歴の有無と行為障害の有無および 3 因子 (V, L, U) の有無との間には有意な相関が見られた。

D. 考察

社会的な逸脱行動に対してアクセル&ブレーキ・モデルを当てはめ、アクセルの踏み込み過剰 (動因の亢進) とブレーキの故障 (制御能の低下) の 2 つの成分に分け、さらに動因の亢進を非言語的なタイプ = 「暴力型」と言語的なタイプ = 「虚言型」に分けた。ブレーキの故障は、社会化または規範の内化が不十分であることを意味し、「未分化型」と呼ぶことにした。逸脱行動を行動症状として捉えると「暴力型」と「虚言型」は産出症状に、「未分化型」は欠落症状に対応していると考えられる。このような理論背景をもとに 3 つの枠組みを設定し、経験的に見られる様々な逸脱行動のリストから作られたのが CDCL である。したがって CDCL により判別するのは人間の社会行動パターンであり、狭義の精神障害の診断は念頭に置いていない。主に 3 つの理由 (社会規範は相対的であること、言語を媒体としていること、自己質問紙法を用いていること) から、CDCL には自ずと限界があるのは明らかである。しかし今回の調査結果を見ると行為障害に相当する者は、男女合

わせて鑑別所群 83.7%、高校生群 31.7%、大学生群 2.4%であったことから質問項目の内容を再検討し、大規模集団で実施すれば、より信頼性の高い結果が得られることが予想される。また臨床診断と比較・照合することにより妥当性が高められると思われる。次に男女を合わせた鑑別所群について行為障害の下位分類を行ったところ「暴力型」、「虚言型」、「混合型」、「未分化型」およびその他が、それぞれ 20.9%、11.6%、14%、11.6%、41.9%に分かれ、ある程度判別できた。しかし因子構造はより複雑性が高く、質問項目の選定はより困難であると考えられた。さらに臨床像との対応関係については今後の検討課題である。

属性と CDCL 判別および類型判別結果の関連についてはすでに述べたが、特に興味深かったのは表 6 にあるように虚言型が鑑別所群（男子）で 12.5%であったのに対し、高校生群（男子）と大学生群（男子）で高く、それぞれ 35.8%、31.6%と 3 倍近い数字であったことである。このような結果となった原因としては、第 1 に虚言型の質問項目が、たわいのない日常的な嘘までも拾っているために感受性が高くなり過ぎていること、第 2 に鑑別所群（男子）は嘘をついている自覚がないかあるいは『嘘も方便』といった適応的な嘘がつけられない可能性があること、第 3 に鑑別所群（男子）は拘禁状況にあるために回答する際にバイアスがかかっている可能性があることなどが挙げられる。また、暴力型と混合型の頻度については予想通り、鑑別所群>高校生群>大学生群の順で共通のパターンであった。未分化型については 3 群の間で特に差はなかったが、これは、鑑別所群<高校生群<大学生群の順で規範意識や内的な統制力が高まることと、拘禁状況にある鑑別所群を筆頭として、鑑別所群>高校生群>大学生群の順で外的な束縛や強制力が強まることから相殺されていることから理解できる。

E. 結論

CDCL は行為障害の診断に有効である。また行為障害を下位分類することが可能である。さらに CDCL を用いると、非行として法的に認定されたり、行為障害と診断される手前で、問題行動（または逸脱行動）の特性・傾向を計測することができるので、対象集団の非行親和性を評価し、その対策を講じることが可能となる。

表1 所属と性別

所属	性別		合計
	男子	女子	
鑑別所群	40	3	43
高校生群	53	51	104
大学生群	19	23	42

表2 質問項目および正準判別関数係数

項目番号	質問項目の内容	係数
CD 8	見ず知らずの人に暴力を振るったことがある	0.146
CD12	よく夜遊びをする	0.351
CD13	嘘をついてもすぐばれてしまう	0.446
CD25	アルバイトや仕事が長続きしない	0.237
CD29	喧嘩をする時はタイマン(1対1の対等な喧嘩)が多い	0.358
CD41	言葉巧みに相手を騙して金品をせしめたことがある	0.128
CD48	金遣いが荒く、親から小遣いを前借したり友人から借金をすることがある	0.343
CD59	カッとなって暴力を振るい、後でやりすぎたと後悔することがある	0.357
CD66	暴力的手段で金品を奪ったことがある	0.528
CD70	相手が骨折したり、病院にかかるほどのケガをさせたことがある	0.274

表3 下位尺度項目および信頼性係数(暴力型因子: α 係数=0.88)

項目番号	質問項目の内容
CD 8	見ず知らずの人に暴力を振るったことがある
CD15	(暴力を)やられたらやり返す方だ
CD18	一方的に暴力を振るって相手を傷つけたことがある
CD33	たいした理由もないのに暴力を振るったことがある
CD46	ちょっと脅かすつもりが、つい手が出て相手を傷つけてしまったことがある

(暴力型因子 15 項目のうち 5 項目)

表4 下位尺度項目および信頼性係数(虚言型因子: α 係数=0.82)

項目番号	質問項目の内容
CD20	よく作り話をする
CD23	友達に誘われると悪いことでも断れない
CD35	嘘を取り繕うために嘘を重ねることがある
CD39	その場を取り繕うために嘘をついてしまったことがある
CD41	言葉巧みに相手を騙して金品をせしめたことがある

(虚言型因子 13 項目のうち上位 5 項目)

表5 下位尺度項目および信頼性係数(未分化型因子: α 係数=0.78)

項目番号	質問項目の内容
CD 4	生活リズムが不規則だ
CD28	よく人に借りた金を忘れる
CD49	あまり風呂に入らない
CD60	よく物をなくす
CD68	将来やりたいことなど何もない

(未分化型因子 13 項目のうち上位 5 項目)

表6 行為障害の類型と3群比較(男子)

	暴力型	虚言型	混合型	未分化型	その他
鑑別所群 40 名	20%(8)	12.5%(5)	15%(6)	10%(4)	42.5%(17)
高校生群 53 名	5.7%(3)	35.8%(19)	11.3%(6)	13.2%(7)	34%(18)
大学生群 19 名	0%(0)	31.6%(6)	0%(0)	10.5%(2)	57.9%(11)

児童福祉機関を利用する児童に見られる 児童思春期精神障害への現状システムの問題点

分担研究者 開原久代¹⁾

研究協力者 本間博彰²⁾ 西尾政子¹⁾ 犬塚峰子¹⁾ 伊東ゆたか¹⁾

柴崎喜久代¹⁾

1)東京都児童相談センター 2)宮城県子ども総合センター

研究要旨：

児童福祉機関に在籍する児童が、児童思春期精神障害に相当する困難症状を呈した時の精神科医療の受け入れ体制の諸問題を、分担研究者らが関与した困難事例を中心に検討し、研究協力者らが取り組んだ東京都の児童福祉施設アンケート調査と東京都児童相談センターに一時保護した被虐待児の追跡調査の結果も踏まえ考察を加えた。昨年全国の代表施設へのアンケート調査から得た知見を研究者らの実務体験からも裏付け、現状システムの問題を更に明らかにして、新たなシステム構築への布石としたい。

研究目的

前年度のアンケート調査で、特に自由意見の中で強調されていたことは、児童福祉機関は、著しい暴力、自傷行為を呈する児童の処遇に苦慮しているが、精神科医療機関の協力が十分でないため、困難事例は、児童養護施設（以下養護施設）、児童自立支援施設（以下自立支援施設）等のたらいまわしで負担を分散させ、最終的には家庭裁判所、児童自立援助ホーム、時には措置解除という処遇とならざるをえない現状が報告された。また、児童の全経過への責任をもつべき児童相談所は、困難事例の長期援助の体制を十分備えていないことも明らかにされた。

これまでは、児童福祉機関に在籍する困難事例の長期経過に関するエビデンスにもとづいた研究が極めて少ない。福祉領域の研究の多くは、伝聞による情報やアンケート調査によるもので、現場の状況を専門的視点で明らかにした研究が少ない。ケースの本質的な実態が明確にされないまま、単に、困難性のみが強調され、職員の増員、受け入れ施設の増設への要求が論議されるだけであった。そのため本研究では、研究者らが直接担当した困難事例についての長期経過を分析し、従来のシステムの欠陥について検討した。

最近の被虐待相談件数の著増に伴い、乳児院・養護施設・自立支援施設には家庭で虐待を受けた体験を持つ子どもが増えており、その適応の悪さが将来処遇の困難さにつながる懸念されている。研究者らは詳述した困難事例が決して一部の特殊な事例ではなく、同様の経過をとる可能性のある子どもが多く存在すると考えている。今回児童福祉施設の

アンケート調査からは問題行動を持つ子どもの割合、医療機関などの受診状況などを把握し、潜在的な処遇困難事例の存在を明らかにすることを試みた。また児童精神科医が行なった被虐待児の5年間の追跡調査からは、その大多数が施設入所した経験を持つ子どもの精神症状の変化について検討した。これらの具体的数値より、有効な治療連携システムの構築の必要性を示したい。

最近、受刑者の死亡事件の問題が報道されている。これらが児童思春期に適切な対応がなされなかった困難事例の経過像であることも視野に入れたい。また、「心神喪失者等医療観察法案」が論議されているが、そこに至る前に、児童福祉機関、精神科医療機関、司法機関の予防、治療システムの構築の充実を急ぎたい。

研究対象と研究方法

I. 事例研究

研究対象は児童福祉施設が苦慮した暴力や自傷を伴う困難事例6例である。研究者らが個別にフォローした経過を報告した。全例とも東京都児童相談センターで一時保護、または宿泊治療を行ったもので、入所時に常勤医が診察し、研究者らが面接および生活全般の観察をおこなったものを選んだ。児童福祉機関を利用する子どもは、乳児院から養護施設に措置が継続される場合、乳児院の小児科医の診察所見があるのみで、思春期に問題行動を呈してはじめて精神科医師の診察が求められるのが現状である。対象事例については、医師の面接、心理検査等エビデンスに基づく所見を重視し、経過の中で、関与した関係者の報告も参考にしている。6例中3例は、別の関係者が著書、論文^{1) 2) 4)}に引用し、2例は分担研究者が引用^{3) 5)}しており、全事例とも関係者会議でその処遇が検討されている。プライバシー保護に留意しながら、現状のシステムの問題点を論じる上に重要な情報である、ケースの行動特徴、そうした行動に至った背景、児童精神医学的所見等について報告した。(表1 対象事例の概略)

II. 児童福祉施設アンケート調査^{6) 7)}

平成13年7月1日現在、東京都で児童福祉施設に措置している子どもに関して担当職員にアンケートを依頼した。分析の対象は乳児院(362人、月齢 16.6 ± 8.9 ヶ月、入所期間 10.5 ± 7.8 ヶ月)、養護施設(2761人、年齢 10.0 ± 4.4 歳、入所期間 4.2 ± 3.6 年)、自立支援施設(137人、年齢 13.5 ± 1.2 歳、入所期間 0.9 ± 0.6 年)で措置児のほぼ全員にあたる(回収率:乳児院・自立支援施設は100%、養護施設97%)。アンケートの集計をもとに問題行動、それに対するケアの状況を分析した。養護施設の施設長にも別途、子どもの問題行動による被害・影響についてのアンケートを依頼した。

III. 被虐待児追跡調査^{8) 9)}

平成9年6月から14年3月までの期間に、東京都児童相談センター治療指導課に一時

保護された被虐待児 113 例のうち、追跡調査が可能であった 65 例を対象とした。児童精神科医が定期的に面接し、CDI（小児抑うつ評価尺度）、CBCL（child behavior check list）などを使った客観的評価も加え諸症状の経過を把握した。また医療との連携についても確認した。

結果

I. 事例研究（表 1）

事例 1 男子。放浪癖と激しい暴力行動のため、小 2 から養護施設、自立支援施設、小児病院、精神病院、自立支援施設、医療少年院、中等少年院を転々とした事例¹⁾。（小 2 から中 3 までに東京都児童相談センターに 5 回一時保護。）

経過：他県の乳児院に措置されていたことがある。3 歳時、母が家出したため小 1 まで祖父に養育された。祖父との死別後父に引き取られるが遠方への放浪癖著しく、4 ヶ月で養育を拒否されている。一時保護を経て小 2 の時、養護施設入所。小 4、暴力、性的逸脱行動、遠方無断外出で自立支援施設、中 1 の時には別の養護施設に措置変更となった。偽てんかん発作が出現したため小児科を受診し、長身から染色体異常が疑われたが両親の協力がなく精査は中断されている。中 2 では無断外泊と性的逸脱行動、学校でのトラブルが頻発。非難が集中すると偽てんかん発作を繰り返し病院に逃避しようとし、施設と学校を拒否した。入院中退院を迫られて、乳児室に籠城し拒否する事件があった。入院希望に対しては一般精神病院に 1 週間入院し、次に精神病院の精神遅滞者の閉鎖病棟に精査のための転院にしたが、継続的入院は許可されず一時保護に至った。この保護中に無断で父の家を訪問し、継母に拒否されると、偽てんかん発作を起こした。救急車で近医受診を経て一時保護所に戻されることがあった。再度の無断外出を制した職員に暴力を振るったため、精神病院への入院がなされたがまたすぐに無断離院した。中 3 より自立支援施設に措置されている。そこでも職員への暴力事件を起こし、少年鑑別所を経て自立支援施設に。再三の職員への暴力と器物破損で再度少年鑑別所から医療少年院 2 ヶ所を転々とした。父の拒否は激しく、仮退院先を、身元引受人としたが、引受人への暴力のため、戻し収容申請により中等少年院に収容された。

面接所見と問題点：愛着関係のあった祖父との死別、父親の再婚家庭からの拒否を体験している。大柄で甘えの強い少年。個別対応では気分は安定しているが、児童集団には参加できない。言語性優位で記憶力抜群の特異な知能と放浪癖が際だっており、職員から制止されると巨体にまかせて暴力を振るうことが繰り返されている。幼少時けいれんで入院した時の体験から入院願望が強く、偽てんかん症状を繰り返しているが、脳波所見、発作の観察からてんかんは否定されている。本人も小児科に入院したくて発作の真似をすることを告白した。暴力により大人を屈服させられることを学習したため、少年院対応となった。

3ヶ所の精神科入院も継続的な治療の場とならなかったし、病院と連携しながら一貫して受け入れる児童福祉機関がなかった。作文、書字、日常行動から知的障害は否定的で、愛着障害、解離性障害が疑われる。

事例2 男子。乳児院より養育家庭に引き取られたが、暴力のために小3より養護施設と自立支援施設を交互に利用。中学卒業後は措置解除で自立生活をすすめられた事例²⁾。(小3より中3までの施設入所中は児童相談センター医師が定期的にフォローした。)

経過：母は精神疾患で浮浪中に本児を出産。乳児院を経て、3歳から小2まで養育家庭で育てられる。暴力、万引きなどのため、小3より養護施設。刃物使用の暴力で小6より自立支援施設に措置変更された。中2より別の養護施設に移るが、再び暴力事件のため半年で自立支援施設に再措置している。中3になると反抗的で学習放棄、怠業が続き、中学卒業と同時に措置解除された。就労は不安定だったが、アパートで自立。養育家庭を慕い、金銭せびりを続ける生活の中でバイクによる交通事故で死亡している。

面接所見と問題点：暴力行為のため施行した脳波検査には異常なく、しっかりした子ども。中2になると転々と措置変更され、帰属する場のないことへの不信感を、「どうせ親がないから」と発言しているが、生存している母親と弟との交流の機会のないことへの不満は訴えていない。プライドのみ高く、空想、作話の世界に逃避し、追いつめられるとしびれ感、意識喪失症状が出現した。中3の面接では、多弁であるが、話題によっては表情が豹変し、「自立支援施設は、福祉法で名前を変えただけの場所でしょ」と鋭く批判、何事にも反抗的で拒否的な構えが目立った。暴力行為を理由に転々と措置変更が繰り返され、母と同じ精神疾患か、意識もうろう発作の確認のために時折児童相談所の精神科医の面接が依頼されたが、付き添う職員の負担が大きいとの理由で頻回のフォローは困難であった。養育家庭委託中には、児童相談所の専門的支援の体制がなく、不調になってから初めて相談があり、実母や弟との交流を実施する体制もなかった。不調になる前からの専門的支援の体制と、肉親と何らかの交流を通してルーツへの帰属感を育てることが必要であった事例である。児童期発症型の行為障害と反抗挑戦性障害が中核をなし、一過性に解離性障害が疑われた。

事例3 男子。小2で養護施設入所、中学時代は暴力、不登校、自殺企図などのため精神病院、別の養護施設、自立支援施設を転々とし、中学卒業後、グループホームに移った事例³⁾。

経過：乳児期に母が家出し、高齢の祖母に養育された。父の自殺、祖母の入院が重なり養護施設に措置される。堂々と理不尽なことに抗議をするため、年長児からの暴力の対象と

なり、小3時、リンチを受け全身打撲を負う。その恐怖が、PTSDの再体験として以後繰り返されてゆく。中学に入り不穏状態になると、包丁を持ち出して自殺企図を宣告したり、「殺してやる」というセリフのため、施設措置のまま精神病院に入院した。施設への外泊を繰り返すたびに、年少児への暴力が頻繁となり、中2、職員が暴力を制裁した際、刃物をふりまわす大パニックを起こし、不登校状態となった。中3、別の養護施設に移るが、不登校と年少児への暴力は変わらず、半年で自立支援施設に措置変更となっている。3ヶ月目に不穏パニックと自殺予告、職員への暴力のため、一時保護を経て再度の精神病院入院を1年間継続した後精神障害者のグループホームへ退院した。定時制高校もアルバイトも転々とし、ひきこもりが繰り返されたが、関係者の援助でアルバイトと通学が安定するようになり、服薬は中止のまま安定、自立している。

面接所見と問題点：小2の一時保護時も11歳並の体格の肥満児であった。社会的で多弁であるが、自己主張強く、自分の非を認めないためトラブル多く、興奮して大泣きしたり、被害的であった。父の遺書にこだわったり、「祖母がいやなヤツと言っていたから」と母を否定した。中3の時の一時保護時は、大量の向精神薬服用による肥満、皮膚亀裂が著しく認められた。話題により表情が豹変して不穏となることもあるが、人なつこく、ユーモアある会話が可能であった。刃物、火、高所に対する恐怖や年少児に親に関することを言われるとカッとなる心境を語った。爪かみが著しく、不登校でありながら高校受験への執着が強い。精神病院入院後も定期的面接を続けると最初の施設からの見捨てられ感が強いことが認められた。また暴力への制裁を行った職員への怨念が激しく、「殺してやる」という発言で施設に押しかけることもあったが、入所当時から親身に対応してくれた施設職員の支えで次第に落ち着き、服薬を中止しても順調な経過が保たれている。ひきこもりや感情の起伏の激しさ、父が自殺していることから、関係者は本児の自殺予告に過剰に反応していたが、主症状は年長児から受けた施設内暴力によるPTSD症状と不登校であった。精神病院は服薬中心の治療で、通学、自立訓練の機会がなく、また外泊先がないために勝手な外出をすることが問題となっていた。祖母の死亡に伴い、18歳を過ぎてからは児童福祉司が後見人を代行し、現在まで支援している。最初の施設への帰属感が強く、当時の施設職員との交流が一貫して保たれている。

事例4 女子。小2より選択性緘黙・火遊び・失神など多彩な問題行動が続き、中1時、ネグレクトによる児童虐待として弁護士が親権喪失の申し立てをして保全処分となった。親権代行者を立てた後、養護施設、精神病院などを転々とし18歳より禁治産宣告と後見人選任により知的障害者施設に入所した事例⁴⁾ ⁵⁾。

経過：両親ともに精神疾患の既往があり、親族に依存する生活であった。幼少時より、喘息と登園・登校渋りがあり幼稚園時代からいじめの対象となっている。就学前から、教育