

20030 746

厚生労働科学研究

こころの健康科学研究事業

思春期における暴力行為の 原因究明と対策に関する研究

平成15年度研究報告書

平成13～15年度総合研究報告書

主任研究者 林 謙治

平成16（2004）年3月

厚生労働科学研究

こころの健康科学研究事業

思春期における暴力行為の
原因究明と対策に関する研究

平成15年度研究報告書

主任研究者 林 謙治

平成16(2004)年3月

平成 15 年度 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
思春期における暴力行為の原因究明と対策に関する研究（H13-こころ-010）

主任研究者 林 謙 治

目 次

総括研究報告書

思春期における暴力行為の原因究明と対策に関する研究	1
主任研究者 林 謙 治	

分担研究報告書

1. 小児期から思春期におけるメンタルヘルスプログラム	5
－原因、対策と調査方法に関する検討－	
研究協力者 松田 智大, 山口 昌澄, 梅野 裕子 分担研究者 加藤 則子	
2. 自助施設で断薬を続ける薬物依存症者の実態に関する研究	47
－思春期における薬物問題と嗜癖の視点から－	
研究協力者 嶋根 卓也 分担研究者 三砂 ちづる, 加藤 則子	
3. 外国の青少年暴力予防プログラムに関する文献研究	81
研究協力者 正木 朋也	
4. 妊娠中の飲酒に関する研究	115
－市町村保健センターにおける妊婦に対する飲酒指導の実態	
－胎児のアルコール曝露の影響に関する前向きコホート研究の動向と	
少量飲酒が子どもの身体発育に及ぼす影響についての系統的レビュー	
分担研究者 須藤 紀子, 佐藤 加代子	

総合研究報告書

思春期における暴力行為の原因究明と対策に関する研究	1
主任研究者 林 謙 治	
青少年暴力の原因究明と対策	5

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

総括研究報告書

思春期における暴力行為の原因究明と対策に関する研究

主任研究者 林 謙治 国立保健医療科学院 次長

研究要旨

近年の凶悪な少年犯罪の増加は世の中に大きな衝撃を与え、これから子どもを産み育てようとする者にとっても、未来に不安を感じざるを得ない状況を作り出している。本研究は青少年暴力の要因解明のために学際的な接近を試みたものである。

1) 小児期から思春期において発生するメンタルヘルス問題を、国際疾病分類別、年齢別にまとめ、同時に当初作成した調査票原案に修正を加えて完成した。、日本において標準化が行われた既存の行動調査票、QOL 調査票、パーソナリティ調査票などを組み合わせ、足りない部分を研究班で開発した調査項目により補う形がより効率的かつ現実的であろう。

2) 市町村保健センターにおける母親教室時

調査対象：全国の市町村保健センター（2544 ヶ所）と母子保健センター（106 ヶ所）計 2650 ヶ所。母親教室時の栄養指導（妊婦に対する飲酒指導）の実態」調査

妊娠中の飲酒については、本やテキストによって、妊娠中の飲酒の可否や安全といわれる量や時期がさまざまであることも担当者を混乱させている一因であり、飲酒指導にあたっては具体的な量や時期などを示せることが望まれていた。

3) 訪問を通じて調査協力の得られた 14 ヶ所の薬物依存症者自助施設利用者約 180 人が調査対象である。薬物開始年齢、薬物使用期間、断薬機関、再使用経験、自助グループへの参加頻度、これまでの治療歴、これまでの矯正・更正歴、医薬品の大量購入経験、外国人からの購入経験、売薬経験。

①教育現場における薬物教育の開始時期は小学校高学年が妥当である。

②害や体への影響を強調する教育から、コミュニケーションスキル向上を目的とした学習プログラムへのシフトが必要である。

〈分担研究者〉

林 謙治	国立保健医療科学院	次長	山田 和子	公衆衛生看護部看護
簗輪 眞澄	疫学部	部長		マネジメント室長
田中 哲郎	生涯保健部	部長	三砂ちづる	疫学部 応用疫学室長
土井 徹	研究情報センター		福島富士子	公衆衛生看護部主任研究官
		センター長	大井田 隆	日本大学医学部
小林 正子	生涯保健部	行動科学室長		公衆衛生学教室教授
加藤 則子	生涯保健部	母子保健室長	山崎 晃資	東海大学医学部
曾根 智史	公衆衛生政策部			精神科学教室教授
	地域保健システム室長		菅原ますみ	お茶の水女子大学 文教育学部助教授

佐藤加代子 国立保健医療科学院
生涯保健部 公衆栄養室長

須藤 紀子 生涯保健部
公衆栄養室研究員

〈研究協力者〉

正木 朋也 東京大学大学院
国際保健計画学客員研究員

嶋根 卓也 国立保健医療科学院
疫学部研究生

津富 宏 静岡県立大学
国際関係学部助教授

山口 昌澄 中九州短期大学
幼児教育学科専任講師

松田 智大 国立保健医療科学院
疫学部研究員

梅野 裕子 国立保健医療科学院
公衆衛生政策部研究生

A. 研究の背景と目的

現在のわが国の社会状況の中で、子どもを巡る様々な問題が起こっている。ことに、普段おとなしい子どもが突然「キレル」といった近年の凶悪な少年犯罪の増加は世の中に大きな衝撃を与え、これから子どもを産み育てようとする者にとっても、未来に不安を感じざるを得ない状況を作り出している。思春期は乳幼児期に次いで心身ともに発育の盛んな時期であり、この時期をいかに心身ともに健康的に過ごせるかということは大人になる過程で非常に重要である。彼らの行動については、食生活や様々な環境因子も一因とも言われている。

このような現状を直視し、従来公衆衛生学で用いられてきている健康増進・疾病予防のための統計学的・疫学的分析手法を活用しつつ分析し、原因を究明して、何がこうした現実を引き起こしたのかを明らかにすることによって、改善のための対策を検討し、具体的な育児方針や教育方針を提言し、暴力行為の予防や健全育成に資するものとしてゆく。

この研究成果を生かして、マニュアルを作成し、地域の精神保健福祉センターや児童福祉施設等で行われる行政的な相談事業などに活用し、適切な支援に役立てる。

15年度は最終年度にあたるため、今後につながるよう、司法・警察・福祉と連携してできる場合の調査票を作成し、年齢別小児の問題行動と対応に関して表にまとめることとした。また、青少年暴力の原因のひとつとなりやすいAD/HDの原因のひとつに母体のアルコール摂取が疑われていることから、妊娠中の飲酒の調査を行うこととした。また青少年暴力の原因のひとつとなる薬物問題について、実態調査を行った。

B. 研究方法

1) 思春期の暴力行為の原因と対策を検討

するための調査分析方法を、本研究の開始当時から各領域の専門家が考察してきた。文献調査および平成13、14年度の中高生を対象とした調査結果をもとに、小児期から思春期において発生するメンタルヘルス問題を、国際疾病分類別、年齢別にまとめ、同時に当初作成した調査票原案に修正を加えて完成した。

2) AD/HD (注意欠陥多動障害) やLD (学習障害) は増加しており、その中にFASが含まれている可能性は十分考えられる。こういった情報を正しく妊婦に伝える場：市町村保健センターにおける母親教室時の栄養指導「市町村保健センターにおける妊婦に対する飲酒指導の実態」調査。

調査対象：全国の市町村保健センター(2544ヶ所)と母子保健センター(106ヶ所)計2650ヶ所。

回収率：60.1% (保健センター1529ヶ所、母子健康センター34ヶ所、保健・母子健康センター、不明27ヶ所)。その他保健所40ヶ所。

3) 訪問を通じて調査協力の得られた14ヶ所の自助施設利用者約180人が調査対象である。自助活動を続けるダルクでは職員も薬物依存症者であるため、調査対象としては利用者(入寮者および通所者)に加えて、有給ではないスタッフ(ボランティアスタッフおよびスタッフ研修中のもの)も含めた。薬物開始年齢、薬物使用期間、断薬機関、再使用経験、自助グループへの参加頻度、これまでの治療歴、これまでの矯正・更正歴、医薬品の大量購入経験、外国人からの購入経験、売薬経験。

4) Pub Medをはじめ海外の社会学等の検索エンジンを用いて、海外の青少年暴力の取り組みに関するレビュー研究を行った。

C. 研究結果

1) 小児期から思春期において発生するメ

ンタルヘルス問題を、国際疾病分類別、年齢別にまとめ、同時に当初作成した調査票原案に修正を加えて完成した。本人の内面に関する調査においては、主観と客観が食い違う場合が考えられるので、青少年本人の主観的回答、保護者の客観的回答の両方を得て進めていくのがよいと考えられる。具体的には、日本において標準化が行われた既存の行動調査票、QOL 調査票、パーソナリティ調査票などを組み合わせ、足りない部分を研究班で開発した補う形がより効率的かつ現実的であろう。

2)・「妊婦に対する栄養指導（母親教室）の主な担当者」は、専任の（管理）栄養士 52.5 %、非常勤の（管理）栄養士 19.5 %、保健師 23.3 %、助産師 1.2 %、その他 3.5 %であった。

・「昨年度栄養指導した妊婦の人数」は、月平均 1 2 人くらいだった。

・「どのような点にポイントをおいて指導をしたか」は、カルシウムや鉄を多くとる 86.8 %、適正体重を維持する 75.0 %、妊娠中の飲酒について 24.0 %、その他 40.6 %（バランスのよい食事、塩分、葉酸、妊娠中毒症、喫煙、便秘）であった。

・「妊娠中の飲酒についてきかれたら、どのように指導するか」については、絶対禁酒 25.9 %、できれば禁酒した方がよい 64.0 %、控えめに飲む 5.0 %、適量ならよい 2.0 %、とくに問題なし 0.0 %、その他 3.0 %（本人と相談してきめる。ケースバイケース）であった。

3)対象者の過半数が 15 歳以前に薬物の使用を開始しており、小学生時期における乱用もみられた。たばこ・アルコールは主として 10 代前半に、有機溶剤・ガス・大麻・覚醒剤は 10 代後半に開始する者が多くみられた。15 歳以前に薬物を始めた群は、16 歳以降の群と比べて、収入スタイル、依存薬物、治療歴、矯正・更正歴、嗜癖行

動などに違いがみられた。自助活動の有効性は「依存症をあるがままに受け入れ、薬物を使わない新しい生き方を目指す」という部分においては、内的な変容を促すと示唆される。病院や刑務所などの管理下での強制的な断薬は、内面的な変容を促すとは考えにくい。

4)海外の青少年暴力の取り組みに関するレビュー研究では、スウェーデンを主とした国家施策があることが明らかとなった。

D. 結論

1)適切かつ効果的な調査票を利用することにより、短時間、低コストで広範囲にわたる大規模なコホートでの調査が実現し、その結果を分析することで、早い段階で、学校や健康診断の場面において効果的な疫学調査や、問題があった場合の注意深い観察、サポート体制を整えた上での必要に応じた介入を試みる事が可能となる。

2)妊娠中の飲酒については、本やテキストによって、妊娠中の飲酒の可否や安全といわれる量や時期がさまざまであることも担当者を混乱させている一因であり、飲酒指導にあたっては具体的な量や時期などを示せることが望まれていた。

3)①教育現場における薬物教育の開始時期は小学校高学年が妥当である。②害や体への影響を強調する教育から、コミュニケーションスキル向上を目的とした学習プログラムへのシフトが必要である。③たばこ・アルコール・有機溶剤に思春期における薬物対策の重点をおくべきである。司法的対策中心の薬物対策から、依存症者の嗜癖概念で捉え、再使用防止対策を強化するなど社会復帰の支援へシフトすることが望まれる。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
「思春期における暴力行為の原因究明と対策に関する研究」（主任研究者：林 謙治）
分担研究報告書

小児期から思春期におけるメンタルヘルスプロブレム -原因、対策と調査方法に関する検討

研究協力者

松田 智大(国立保健医療科学院・疫学部・研究員)、
山口 昌澄(中九州短期大学・幼児教育学科・専任講師)
梅野 裕子(国立保健医療科学院・公衆衛生政策部・研究生)

分担研究者

加藤 則子(国立保健医療科学院・生涯保健部・母子保健室長)

研究要旨

思春期の暴力行為の原因と対策を検討するための調査分析方法を、本研究の開始当時から各領域の専門家が考察してきた。文献調査および平成 13、14 年度の中高生を対象とした調査結果をもとに、小児期から思春期において発生するメンタルヘルスプロブレムを、国際疾病分類別、年齢別にまとめ、同時に当初作成した調査票原案に修正を加えて完成した。本人の内面に関する調査においては、主観と客観が食い違う場合が考えられるので、青少年本人の主観的回答、保護者の客観的回答の両方を得て進めていくのがよいと考えられる。具体的には、日本において標準化が行われた既存の行動調査票、QOL 調査票、パーソナリティ調査票等を組み合わせ、足りない部分を研究班で開発した補う形がより効率的かつ現実的であろう。適切かつ効果的な調査票を利用することにより、短時間、低コストで広範囲にわたる大規模なコホートでの調査が実現し、その結果を分析することで、早い段階で、学校や健康診断の場面において効果的な疫学的調査や、問題があった場合の注意深い観察、サポート体制を整えた上での必要に応じた介入を試みる事が可能となる。

背景

メンタルヘルスプロブレム（Mental Health Problem, MHP）は、本報告書においては、気分障害、統合失調症のようないわゆる精神疾患に加え、行為障害や適応障害、反社会的行動など、精神医学においては「非精神病性精神障害」と称されるものを総括する語であり、「MHP は、思考、身体、気分、行動に影響を及ぼし、また、成長における一過性の現象とは異なり、結果として個人を精神障害者となしうる実体のある精神上の問題」と定義している。MHP は、今日、臨床はもとより、疫

学、教育学、発達心理学の分野においても非常に重要な概念である。

近年、少年犯罪の増加とともに、子供がキレ易くなったと言われる。その背景の解明、暴力行為に関する事例収集を目的として、当研究班では、平成 13 年度、平成 14 年度と、文献研究とともに、作成された質問票を用いて、首都圏の中学生、高校生を対象に複数の調査が行われ、その結果に関して、それぞれの分野の専門家が意見を交換してきた。本研究では、平成 15 年度を最終年度として、それらの調査や議論の結果を踏まえて、特に少年期から思春期における発生が懸念される MHP

を整理すると共に、既発表の文献を考察した上で、今後の研究において、どのような調査項目をもって MHP を捉えていくべきかを検討した。

平成 13、14 年度調査の考察

平成 13 年度調査の概要

平成 13 年度、当研究班において、分担研究者の小林正子および加藤則子によって、「「キレる」に関する首都圏の中学・高校生の意識と実態および生活環境調査」という題目で、首都圏（東京都、神奈川県、埼玉県）に住む中学生と高校生で、各 3000 名を目標に行われた調査で、中学生 2448 名、高校生 2690 名、合計 5138 名からの有効回答を（男子 57.9%：女子 40.4%）の情報を分析に用いた。

使用した自記式調査票は、1.性別、生年月日、家族構成等の基本的事項、2.家族、友人との関係、3.学校生活や食生活、課外活動、睡眠に関する生活習慣、4.生活の充実感や将来への希望、5.キレることに関する認識と経験、という質問群で構成され、合計 41 問からなる。直接的に被験者の「キレ」経験を尋ねる質問は「あなたは「キレた」ことがありますか。」というものであり、回答は「キレたことがある（その場合にはキレる頻度）」、「キレそうになったが、がまんした」、「キレそうになったことはないし、キレた経験もない」、の三つから一つを選ぶ形式となっていた。

41 の質問のうち、生活習慣に関しては、日常の睡眠時間や、部活動の参加有無を問う客観的質問があったが、その他においては、対象児童の主観的な回答を得ることを目的としたものであった。

キレ体験に関する調査の結果

調査結果から、キレるという現象と、いくつかの社会的、環境的要因との間の関連が示唆された（表 1）。

表 1. キレたことがある、という回答に関連する要因

関連要因	内容
朝食	朝食を食べないものがキレ易い
睡眠時間	平日の睡眠時間が短いもの程キレ易い
負担	生活の負担を感じているもの程キレ易い
ストレス・イライラする	ストレスを感じているもの程キレ易い
自分の将来の展望	自分の将来を楽観しているもの程キレ易い
いじめられた経験	経験があるほうがキレ易い
いじめた経験	経験があるほうがキレ易い
理解してくれる人が以前いたが今いない	理解してくれる人がいなくなった、と感じているものはキレ易い
家庭環境の満足度	満足していないもの程キレ易い
家族との関係(会話)	会話が少ないもの程キレ易い
生活の充実度	充実していないもの程キレ易い

調査の結果から、キレ易いという本人の認識に関わる項目は、1. 朝食や睡眠時間といった客観的生活習慣、2. いじめた経験、いじめられた経験といった過去の体験、3. 将来の展望に関連するパーソナリティの問題、4. 家族とのコミュニケーションをはじめとする家庭環境の満足度、生活の充実度、ストレス、負担といった主観的 QOL (Quality of Life、生活の質) の 4 つに分けられると考える。

平成 14 年度調査

平成 14 年度の調査では、朝食欠食が脳への潤滑なブドウ糖の供給を阻害し、その結果として集中力の欠如、イライラ感、攻撃性の増幅が指摘されている先行研究の見解を裏付ける目的で計画された。都内の一貫制共学私立学校 3 校において、睡眠に関する生活習慣の項目と、自覚症状(眠気とだるさ、注意集中の困難、局在した身体違和感)に関する 33 項目、空腹感と抑うつ感それぞれ 1 項目の質問を用いて調査を行った。

調査の結果

最終的に 3 校合計で 4122 名の調査協力のもとに調査が行われ、3 校に共通して睡眠時間が 6 時間未満のものが半数以上、朝食欠食は 7.7% から 14.2% と、全体としての睡眠不足や高頻度の朝食欠食といった生活習慣の乱れをうかがうことができた。統計分析の結果、それらの生活習慣と抑うつ感をはじめとする自覚症状と関連していると考えられた。

小児期から思春期にかけての MHP

精神医療分野の一般的文献および「小児期から思春期にかけての MHP」に関わる国内外の先行研究を参考にして、成長や環境の変化と共に遭遇する小児期から思春期にかけての MHP を表としてまとめた(表 2)。小児期から思春期の MHP は、精神病性のもものと同時に、個人のパーソナリティや、生活環境がその発症を促していると考えられる、非精神病性精神障害が存在する。その他にも、思春期危機 (Adolescence Crisis)、スチューデントアパシーや、不登校、社会的ひきこもりなどと呼ばれる適応障害も挙げることができる。

これらの MHP 症状と、キレ現象との直接的な関連は定かではないが、平成 13、14 年度の研究結果と、他疾患の先行研究の結果を照らし合わせてみると、少なからず環境的要因が、キレ現象を含めた障害全般と関連していることを窺わせる。

また障害の中には頻繁に併発をするものや、適応障害、神経症から精神病性精神障害へと重症化するケースも稀ではないことから、今後は、調査対象をキレ現象に限定せず、MHP を包括的に捉えて検討していくことが重要だと考えられる。

小児期から思春期に発症する MHP

成人における心身症、神経症と呼ばれる心因的な精神疾患が、小児期から思春期においても同様に MHP として発症することが知られている。近年では、背景で述べたとおり、暴力行為や少年犯罪の増加が顕著であるが、それと同時に、全身倦怠感、頭痛、腹痛といった、いわば不定愁訴を持つ児童の数の増加も観察されている。

MHP の発現頻度や時期は、障害によって様々であるが、他の研究班(主任研究官：奥野晃正)において学校で実施した一斉調査によれば、学校の保健室を利用した児童の 9・14% 程度に心の問題があると指摘された。調査期間中に受診したのは全校児童の 7・10% であるが、障害の自覚があっても受診しない児童の存在も含めると、MHP が小児期から思春期において決して稀な疾患ではないということが言える。

MHPの原因

MHPは精神病性精神障害として、内因的なもの、心因的なもの、器質因的なものという大まかな区分をすることができる。しかしながら、そうした区分自体、現時点では科学的な根拠が完全に実証されたものではなく、例えばその原因が主として内因的、器質因的とされる疾患に関しても、依然、「キレる」原因として挙げたような環境要因が、発症を遅らせる、または症状を軽減させることに関与していると考えられ、予防介入・対策を講じることは意味があるだろう。本研究3年間に先立って行われた、平成12年度の小児科医、臨床医へのアンケート結果においても、専門家がキレ現象と家庭要因、社会環境要因との関連を重要視していることが判っている。

また一般的に、子供は感情的ストレスの影響を受けやすく、また逆に身体の不調が精神の不調にもつながることから、身体的疾患との関連も無視できない。平成12年に行なわれた全国一斉病院調査の結果（主任研究官：奥野晃正）、12,719名の対象児童のうち、5.8%に「心の問題」があると診断され、診断されたものにおいて、「だるい、疲れやすい」、「頭痛」、「吐き気」、「腹痛」の具体的症状が有意に多く見られた。

MHPの対策、治療

治療には、大きく分けて薬物療法、心理療法の2つがあり、近年では多くの精神疾患において、その両方を併せて適用することが一般的な治療方針となっている。薬物療法は、初期介入、また心理療法に対する補助療法として重要な位置を占めているが、小児期から思春期という精神的、肉体的な成長時期においては、重大な副作用（認知機能障害など）がもたらされる危険もあり、とりわけその投与方法、投与量に注意が必要である。ADHDに対する精神刺激薬、うつ病に対する抗うつ薬（TCAや選択的セロトニン再取り込み阻害薬など）、気分障害に対するリチウム、統合失調症に対する神経遮断薬、不安障害に対する鎮静薬などが、現在の代表的な薬物療法適用例である。

心理療法は、本人に対する（力動的、支持的）精神療法をはじめとし、両親に対するカウンセリング、家族療法、行動療法、集団療法などを総括するもので、児童と治療者との信頼関係を築き上げ、注意や励ましを用いて本人の自尊心ややる気、

自立、抵抗力を高めていく方法である。

MHPの予防

1. 子育てスキル（妊婦のメンタルヘルス、両親の自覚的学習）の向上
妊娠・出産に関わる人間的なケアの一環として、妊婦の精神的負担を軽減し、夫婦が満足して出産できる環境を作っていくことに加え、産後の両親のメンタルヘルス問題、新生児のメンタルヘルス問題についての情報提供を行う。また同時に、親として子供を育てていくことの自覚を与えることができるようなプログラム作りが必要である。産後の助産師の家庭訪問や、産婦同士に助産所などを交えた育児ネットワークの構築なども対策となる。オーストラリアにおいては、Triple-P (Positive Parenting Program、積極的な育児プログラム)と題して、様々な介入レベルにおいて作成された教材をもとに育児能力の向上を図る政策を導入している。わが国においても、同様の積極的介入の実現が期待される。

2. 社会のメンタルヘルスリテラシーの改善
精神障害に対する偏見や、障害を持つものに対する差別を無くすことと併せ、MHPはごく一般的に発症しうる疾患であること、効果的な治療することにより完治・軽快が期待できること、などの事実を社会全体に広めていく。関連機関に所属する職員においての知識の向上は非常に重要で、とりわけ教育従事者の理解を深め、兆候のある児童に対して適切な対処ができるように対策するとともに、学校におけるスクリーニングや精神保健教育が逆に児童の精神疾患を悪化させることがないように、知識向上の研修プログラム実施などを検討する。このためには、マスメディアにおいて、青少年の暴力行為や精神疾患を、興味本位の視点ではなく、その背景、予防、発症、治療、社会復帰といったプロセスを重視して人々の理解を深化させるのに役立つ報道のあり方を見直す必要があるだろう。

3. 学校における精神保健プログラム
個人が環境の変化に柔軟に対応でき、また困難な状況に陥ってもそこから回復できるような精神性を養う教育を模索する。また、精神の不

調を感じたときに、躊躇することなく自発的に支援を得ることができるようなシステム（校内カウンセリング、他機関との連携等）を作っていく。

4. 家族、職場におけるサポート

良好な家庭環境を築いていく一環として、女性が一方的に家事育児を負担しなければならない状況を改善する。有給休暇・育児休暇制度や、また育児において不利な状況におかれている家庭に、託児所やベビーシッターなどのサポートが提供できるような制度を充実させていく。主たる狙いは、幼児期、学童期において、子供が学校から帰宅後に一人になる時間をできるだけ減らすことで、両親が共働きで必然的に子供と過ごす時間を余裕を持って確保できない場合には、学童保育や、地域住民間での保育サポート等の代替手段を選択することができるような支援政策を講じていく。

5. 薬物、アルコール等の取り締まり

青少年に、興味本位での薬物の入手やアルコール乱用を促すような状況を改善するために、違法な流通経路を断ち、適正な管理を行う。薬物、アルコール摂取に関する教育も早期において学校での予防介入として行う。また家庭、職場における啓蒙活動、マスメディアを利用したキャンペーンを行い、社会全体に薬物、アルコールに関して正しい知識を広め、各個人が自制できるように促す。また、近年わが国においても注目されている、行動障害や学習障害を引き起こす胎児性アルコール症候群（Fetal Alcohol Syndrome、FAS）の予防のためにも、特に妊婦における啓蒙活動に力を注ぐ。

6. 法制度の整備

劣悪な生活環境におかれている児童を、速やかに救済することができるように、虐待防止法等の法制度の整備が急がれる。また、MHPに関する診療報酬の見直しなど、医療保険上の制度の整備も必要である。

7. 精神保健福祉士（PSW）をはじめとするソーシャルワーカーの活用

家庭や教育機関だけでは、児童を心理的にサポートする機能を果たせない場合に、第三者として、医療機関、社会復帰施設、グループホーム

などで、精神保健福祉士や、ソーシャルワーカーが積極的に介入できるようなシステムを作る。家族会支援やデイケア等の整備も彼らを中心として行なわれることが望ましい。

8. 学校、社会における差別の撤廃

性別、国籍や、身体的特徴、家庭環境などによる差別をなくし、いじめや不登校、行為障害につながる問題を解決することで、子供が高いQOLとともに生活できる社会作りを心がける。

9. 各機関の連携

教育機関と、都道府県行政機関、精神保健センター、保健所、児童相談所（都道府県、指定都市）、福祉事務所（家庭児童相談室）、医療機関、警察、鑑別所等、青少年のメンタルヘルスに携わる機関が連携して問題に対峙することが重要である。MHPの症例を発見した、もしくはその相談を受けた機関において、内部で対処しきれないと判断した場合には、速やかに対象者を他施設に紹介する、もしくは他施設の援助を要請し、必要であれば小児神経科医、児童精神科医等の助言を仰いで最良の解決方法を選択できる環境を実現することが望まれる。一般的に、プライマリケアとして、地域における対処に重点を置くことも重要な点である。

今後の調査において

調査票と調査のデザインに関して

スクリーニングや、施設単位、または市区町村単位での大規模な調査において最も適した手法は、自記式調査票の利用である。調査方法には、青少年自身が回答する方式と、家族、教師、医療従事者等が回答する方式の 2 種類考えられる。青少年対象に限らず、本人の内面に関する調査においては、客観的にはまったく症状が見受けられないが、本人は疾患に苦しんでいる場合や、本人に主観的な病識がないものの、周囲から見ると、言動が明らかに一定の疾患を示している場合も多い。今後の調査においては、青少年本人の主観的回答、保護者の客観的回答の両方を得て進めていくのがよい。

平成 12 年に調査票の原案が作成された当時は、鑑別所等の施設において、暴力行為を起こした経歴のある青少年のみを対象に調査を行うことを想定していたが、思春期における暴力行為の原因究明という研究目的を達成するため、同時に一般青少年における調査を、いわばコントロール群での調査と位置づけて行なうことが望ましい。また、調査対象の年齢層も、できる限り幅を広げ、低年齢において兆候を示す児童を観察することにも努める。

実際の調査は、実施に関して特に技術的講習が必要ではないので、各施設の担当者、または研究室から派遣される調査員が中心となって行なう。

既存尺度利用の利点

調査にあたり、研究目的や対象者、調査者、分析方法に合わせる形で全ての質問事項を独自に開発して行う方法も選択肢として考えられる。しかしながら、既存の質問紙を利用することで、一つには先行研究との比較が可能となり、もう一つには妥当性、信頼性、敏感性においての検証する手間を省けるという意味で、既存の調査票を骨組みとして、足りない部分を補う形がより効率的かつ現実的だと考えられる。

分析方法を予期することの重要性

調査票を用いた調査に当たっては、常に調査終

了後、その収集した情報を用いて分析をし、その解釈をすることを念頭に置かなくてはならない。すなわち、少数のフォーカスグループに対するインタビューベースの事例研究とは違い、本研究のように数千単位の調査対象を想定している場合には、各項目においてスコアリング（数量化）ができるような形態が適している。

調査の目的と合致しやすい分析方法は、MHP の有無や、重症度などを従属変数、家庭環境、QOL、パーソナリティ、身体的情報などを独立変数として設定して、回帰分析や対応分析、それに付随するクラスター分析である。この方法により、MHP の有無に関連する要因や、調査票の回答パターンを分析した上で、対象者である青少年を行動、パーソナリティ、QOL 等でタイプ別に分類することができる。また出生から発症までの期間に着目して、生存分析的な方法も考えられる。

関連要因と調査項目

MHP の発症とそれに関連する要因とは、以下の図のようにまとめることができる。

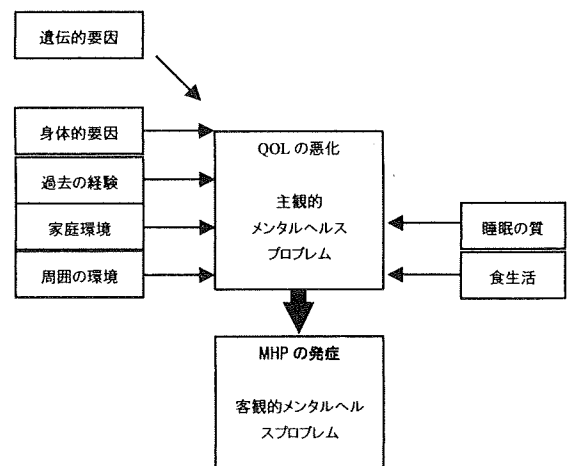


図 1. メンタルヘルスプロブレム発症のモデル

調査項目

平成 12 年度に調査票の素案を作成し、以後考察を加え修正したものを、平成 13 年度に実施した「“キレル”に関する首都圏の中学・高校生の意識と実体および生活環境調査からの検討」にて利用した。その結果から推察される調査項目の妥当性を踏まえて、以下の項目を今後の調査票に盛り込

むことを推奨する。できるだけ多くの情報を得ることが重要だが、被験者の負担や調査のコスト等とのバランスを考えた上で、実現可能かつ詳細・多次元な構成の調査票が理想である。下記の項目において調査を行った場合、保護者または施設担当者記入用の調査票は50分間、児童用は1時間を回答所要時間として想定している。

- 保護者、教育従事者、警察、鑑別所等回答の調査
 1. 基本事項
 2. 妊娠時から現在までの子供、家庭の様子
 3. MHPの有無
- 児童本人回答の調査
 4. 基本事項
 5. 客観的生活習慣
 6. 過去の体験
 7. 本人のパーソナリティ
 8. QOL (Quality of Life、生活の質)
- その他補助的情報
 9. 身体・臨床的情報
 10. 地域の犯罪

保護者、教育従事者、警察、鑑別所等回答の調査 (添付1、添付2)

1. 基本事項

基本事項として、年齢、性別、家庭の状況、喫煙、飲酒習慣を調査する。

2. MHPの有無

MHPの有無に関しては、各精神疾患に特化したスクリーニング目的のテストもあるが(例: Louisville Fear Survey for Children)、暴力行為(キレ経験)を含むMHPを総合的にとらえる質問事項を含むことが望まれることから、オーストラリアでの調査でも用いられている、Child Behaviour Checklistを今後の調査で用いることを想定している[1]。

2001年に改定された最新版のCBCL for ages 6-18は児童の問題行動傾向を広く把握できる尺度であり(合計201項目)、1) 内的問題(不安、抑鬱など)、2) 外的問題(非行、暴力など)、3) 全

体的問題という包括的な基準の他に、特異的な項目として、1) 身体的な問題の訴え、2) 非行尺度、3) 注意力尺度、4) 暴力尺度、5) 社会問題尺度(友人関係など)、6) 内向性尺度 7) 不安抑鬱尺度、8) 思考問題尺度(異常な行動、思考など)の8つの基準で、保護者(両親、家族、教育従事者)が測定する。測定結果は、それぞれの下位尺度においてスコアを計算し、グラフ上で、MHP問題なし、境界域、問題ありのどの領域に位置するかを把握することができる。(添付3)

この調査票で、MHPの他に研究開始当初からの関心事であるクラブ活動や趣味、友人の多さ、といった項目も記録することが可能である。

日本においては、坂野雄二、上林靖子らが、以前のバージョンであるCBCL/4-18の日本語への翻訳に携わり、完成した質問票をいくつかの調査で利用している[2]。

最新のバージョンには、マークシート式の解答用紙、自動採点するコンピュータプログラムが開発されており、大規模調査においても効率よく集計ができるようになっている。

3. 妊娠時から現在までの子供、家庭の様子

保護者もしくは施設が、当該児童に関して、妊娠時、乳児期、幼児期、学童期における児童の発育の様子や、家族構成、両親の職業や経済状態といった家庭の状況について時系列的に記入する。家族構成の変遷に関しては、特に、幼少時代に両親がいたかどうか、両親がいなければ祖父母や親戚などがいたかどうか、学校から帰宅後もしくは週末に一人でいる時間がどのくらいであったか、という点に注意して情報を収集する。

児童本人回答の調査(添付4)

4. 基本事項

基本事項として、年齢、性別、家族構成のほか、研究開始当初より注目されていた、「持ち家か否か」、「家の部屋数」、「自室の有無」を家庭環境要因として引き続き挿入する。

5. 客観的生活習慣(食生活、睡眠の質)

近年、疾患の発現や、QOLへの影響要因の一つとして睡眠の質が注目されており、日本でも、2000

年に世界的に有名なピッツバーグ睡眠調査票の日本語訳が行われ[3]、多分野において幅広く利用されている。睡眠と同時に、欠食や栄養摂取などとMHPの関連を疑う先行研究は数多くあり、本研究班の平成14年度の須藤紀子・佐藤加代子の調査においても、疲労や抑鬱の自覚症状と朝食欠食との関連が明らかになっている。

一般的に、乱れた生活習慣は非行などの逸脱行為と相関が見られ、家庭環境や学校生活の指標ともなることから、MHPとの関連において科学的な根拠は明らかになっていないまでも、今後も慎重に生活習慣と精神障害との関連を観察していく必要がある。

6. 過去のいじめ体験

平成13年度調査の結果を考慮し、加害・被害の両面においていじめ体験の有無をその経験時期とともに調査する。

7. パーソナリティ

関連要因として本人のパーソナリティを先に挙げたが、現行の標準化されたパーソナリティ・テスト(Y-G, MMPIなど)の多くは、項目数も100問以上と多く、被験者の負担など実施上の困難をともなう。それに比してTEG(東大式エゴグラム)は、全55問と項目数も少なく(所要回答時間は15分程度)、医療・教育・産業場面等において幅広く利用されている。エゴグラムは、「個人のパーソナリティの各自が状態同士の関係と、外部に放出している心的エネルギーの量を評価し、それを棒グラフで表したもので、自我状態は、「感情及び思考、さらにはそれらに関連した一連の行動様式を総合した一つのシステム」と定義されている。回答は、はい、どちらでもない、いいえの3つの中から選択し、それぞれの「自我状態」の合計得点を計算して評価する。

例えばエゴグラムの5つの「自我状態」(CP:批判的親の自我状態、NP:養育的親の自我状態、A:理解・判断の自我状態、FC:自由な子ども、AC:順応した子ども)のひとつである、FC(自由な子ども)が高すぎると衝動的で自己中心的な傾向が高いなど、本研究が検討すべきパーソナリティを捉えるにあたって適したものと期待できよう。このテストは、特性的にも類型的にも比較的簡便に結果の診断ができ、少ないコストで多くの有益な

情報が得られることで知られている。

なお、小学校1年生から高校2年生を対象とした小児ANエゴグラムも開発されており、本研究の対象となるような幅広い若年齢層に対して実施・診断が可能である。またCBCL同様、マークシートの活用も可能で、大規模調査においての使用にふさわしい。

8. QOL

QOLは、日本語では「生活の質」と訳される概念であり、主観的かつ多次元の要素によって構成されている。QOLを測定する試みは80年代から行なわれており、代表的な方法として質問票を用いた測定法がある。現在では日常生活におけるQOLを一般人口において測定することを目的として開発された包括的QOL測定尺度、主に臨床試験や医学的介入によるQOLの変化を観察することを目的とした疾病特異QOL尺度の2種類が存在し、多くの研究によって標準化されたものがいくつかある。現在のQOLの尺度は、大半が複数の質問による多次元なQOL評価であり(例:身体、社会、精神など)、平成13年度調査においてキレ経験との関連で問題となった、生活への満足度や、家族とのコミュニケーション、将来への希望などをカバーすることができる。今後の青少年のメンタルヘルス研究におけるQOLを調査項目とすることは非常に重要であり、QOL尺度の利用は、その目的から妥当性が高い。

児童におけるQOL研究は、英のC. Eiser、米のJ.M. Landgrafがその中心となって90年代初頭より精力的に行なわれており[4-6]、青少年向けの包括的QOL尺度の開発も進められている。青少年は、成人に比して認知力が低く、質問の表現や、質問票の構成などの表面的妥当性(Face Validity)に細心の注意を払わなければならない。代表的な尺度で、本研究のようにある程度広範囲な年齢層を対象とするものには、CHQ[7]、PedsQOL[8]、Nordic Quality of Life Questionnaire for Children[8]、KINDL[9]等が存在する。オーストラリアでの青少年に対する大規模なメンタルヘルスの調査では、両親が測定したCHQのスコアが利用されている[10]。しかしながら、CHQはアイテム数の多さから、コストと対象者の負担を考えると、大規模かつ多項目の調査には適していない。

上記のQOL尺度は、例として添付したKINDLをはじめとして日本語版が存在するものはいくつ

かあるが、その信頼性や妥当性が大規模の対象で検証されたものは皆無であることから、調査と同時に、調査票の翻訳・検証作業を盛り込むことが期待される。

その他の補助的情報

9. 身体・臨床的情報

前述の通り、小児期・思春期における適応障害では、心身の相関が注目されており、一般的には気管支喘息、起立性調節障害、虚弱体質、肥満などが問題となっている。こうした身体的疾患が、その子供の精神状態に影響を及ぼすことが推察されることから、小児期から思春期におけるMHPを調査する場合には、精神、社会環境、家庭といった要因のほかに、身体的な情報を収集することが重要となる。定期健康診断の結果をはじめ、既往症や、家族歴とともに、情報を収集し、検討する必要がある。

10. 環境要因

少年非行と適応障害との関連は双方向に可能性があり、注目される。具体的には、殺人、傷害、窃盗、強制わいせつなど、本人の刑法犯の補導歴や、家出、飲酒・喫煙といった社会的逸脱行為経験との関連が問題となるであろう。こうした情報は、本人や家族の経験に加えて、調査地区におけるマクロ的なプロファイルとして先立って入手しておき、環境要因として疫学的調査手法にて地区ごとの比較をすることで、環境とMHPとの関連を明らかにすることができる。

まとめ

メンタルヘルスにおいては、その発現機序が決定的に異なると考えられる心因的精神障害と、内因的または器質因的精神障害の両者において、実際には困難だとしても、現時点で可能な限り明確な診断をして、各ケースにおいて最良の対策を立てていくことが重要である。例えば今日の医療で、医学的介入の効果が根拠に基づいて確立されている内因的MHPに関して、その診断や解釈を誤り、家庭環境に代表される社会的要因に安易に帰結させることは、周囲のものへの精神的負担を強いることとなり、結果的にデメリットしか生み出さないという事態にもなりかねない。逆に、極めて心因的なMHPのケアに関して、近代医療に傾倒しすぎれば、ただでさえ副作用の強い精神疾患治療薬のover diagnosis、over treatmentという問題を引き起こす。

社会生活や、学校・家庭での環境に端を発する、より事例的な障害に関しては、第一に、調査をもとに予防策を講じる必要がある。予防策としては、他国において国家レベルでの政策として行われているような、第一次、第二次、第三次のケアを参考にしつつ、わが国の実情に合わせた政策を推進する。

その実現のためには、まず人々に対するMHPの啓蒙と、患者や家族にやいする偏見や差別を無くしていく努力が必要であり、MHPを患っても、本人もしくは周囲のものが早期においてその兆候を発見し、躊躇、抵抗なく診察、相談ができるような社会の風潮を作り、学校と医療福祉施設間のネットワークを緊密にしていく必要がある。一方で、予防介入の一つとしての良好な家族関係を築くための両親の職場環境のサポート、また社会での家族中心の価値観の形成にも尽力する。

早い段階で、学校や健康診断の場面において効果的な疫学的調査を行い、問題があれば、注意深く観察し、必要に応じて介入を試みることも非常に重要である。

予防の手が及ばず、障害がやむなく生じた場合には、医学的な効果が根拠を持って証明されている症状に対しては適切に薬物療法をはじめとする医療介入を行う。それと同時に、医療福祉機関が、その心因的原因を速やかに排除できる原因究明能力を持ち、家庭や社会の環境の改善、カウンセラーやケアワーカーの介入を行わなければならない。

また、それと同時に、当事者である青少年が、回復後に無理なく社会生活に復帰できるような社会福祉システムの構築を目指す。

以上のような MHP の原因究明とその治療予防対策の策定に寄与する研究は、適切かつ効果的な調査票を利用することにより、短時間、低コストで広範囲にわたる大規模なコホートでの調査が可能となるが、予防介入プログラムの評価や、対象児童の感情の変化や散発的な症状は、横断的な研究で行なうことは困難で、質的研究の手法を交えた、臨床的により立ち入ったアプローチが必要となる。また、近年急速に発達している MRI、PET 等の画像診断技術により、脳における糖代謝や、血流の異常を敏感に捉えることができるようになった[11]。アルツハイマー病をはじめとする精神疾患への技術応用が本格化される中、小児・思春期における脳器質の変成、脳機能の変化を主因とする MHP の診断やその原因究明においても、その役割が期待される。

引用文献

1. Achenbach, T.M. and C.S. Edelbrock, *Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen*. Monogr Soc Res Child Dev, 1981. 46(1): p. 1-82.
2. Kawashima, H., et al., *Children Behavior Checklist (CBCL)/2-3 in children with febrile episodes under 3 months of age and enterovirus infection*. *Pediatr Int*, 2002. 44(3): p. 341-3.
3. Doi, Y., et al., *Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects*. *Psychiatry Res*, 2000. 97(2-3): p. 165-72.
4. Eiser, C., H. Mohay, and R. Morse, *The measurement of quality of life in young children*. *Child Care Health Dev*, 2000. 26(5): p. 401-14.
5. Eiser, C. and R. Morse, *Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood*. *Health Technol Assess*, 2001. 5(4): p. 1-157.
6. Landgraf, J.M. and L.N. Abetz, *Measuring Health Outcomes in Pediatric Populations: Issues in Psychometrics and Application*, in *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, B. Spilker, Editor. 1996, Lippincott-Raven Publishers: Philadelphia. p. 793-802.
7. Landgraf, J.M., et al., *Canadian-French, German and UK versions of the Child Health Questionnaire: methodology and preliminary item scaling results*. *Qual Life Res*, 1998. 7(5): p. 433-45.
8. Varni, J.W., M. Seid, and C.A. Rode, *The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory*. *Med Care*, 1999. 37(2): p. 126-39.
9. Ravens-Sieberer, U., E. Gortler, and M. Bullinger, *[Subjective health and health behavior of children and adolescents--a survey of Hamburg students within the scope of school medical examination]*. *Gesundheitswesen*,

2000. 62(3): p. 148-55.

10. Sawyer M.G., et al., *Child and Adolescent Component of the National Survey of Mental Health and Well-Being*. 2000, Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care.
11. Chetelat, G., et al., *Mild cognitive impairment: Can FDG-PET predict who is to rapidly convert to Alzheimer's disease?* *Neurology*, 2003. 60(8): p. 1374-7.
12. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. 1994, Washington DC: American Psychiatric Pr.
13. Lewinsohn, P.M., D.N. Klein, and J.R. Seeley, *Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995. 34(4): p. 454-63.
14. Pynoos, R.S., et al., *Life threat and posttraumatic stress in school-age children*. *Arch Gen Psychiatry*, 1987. 44(12): p. 1057-63.
15. Ritvo, E.R., et al., *The UCLA-University of Utah epidemiologic survey of autism: prevalence*. *Am J Psychiatry*, 1989. 146(2): p. 194-9.
16. Cohen, P., et al., *An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence*. *J Child Psychol Psychiatry*, 1993. 34(6): p. 851-67.
17. Biederman, J., et al., *Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997. 36(1): p. 21-9.
18. Cohen, D.J. and J.F. Leckman, *Developmental psychopathology and neurobiology of Tourette's syndrome*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1994. 33(1): p. 2-15.
19. Munekata, T., *[A study of gender difference in student apathy]*. *Shinrigaku Kenkyu*, 1997. 67(6): p. 458-63.

参考文献

- 小林正子, 加藤則子. 分担研究《キレル》に関する首都圏の中学・高校生の意識と実態および生活環境調査からの検討. 厚生科学研究 研究費補助金 厚生科学特別研究事業 思春期の暴力行為の原因究明と対策に関する研究 (主任研究者 小林秀資) 平成 13 年度研究報告書. 2002.3; 17-149.
- 山下格. 新版 精神医学ハンドブック 1997 日本評論社
- Dulcan M.K., Martini D.R. 小児・思春期の「心の問題」診療ガイド 2000. メディカルサイエンスインターナショナル.
- TEG: 解説とエゴグラム・パターン 東京大学医学部心療内科 TEG 研究会編 2002 金子書房
- 宮下 一博, 大野 久. キレル青少年の心—発達臨床心理学的考察 2002 北大路書房
- 灰田美知子, 奥平博一, 須甲松伸. 気管支喘息患者の症状と心理の相関について COPD 臨床心理研究班調査. *Progress in Medicine* 1991;11(10):2807-2810.
- 西野力男. 起立性調節障害(OD)の心理的背景. *小児科臨床* 1990;43(11):2387-2390.
- 西見寿博, 市川光太郎. 外来受診の母親への育児不安調査. *小児科診療* 1997;60(2):307-311.
- 土井徹. 【少年犯罪と攻撃性の心理】 県別にみた少年犯罪(14-19歳)検挙人員の対人口割合. *思春期学* 2001;19(3):248-259.
- 上野豪志, 古山佳子, 平井清. 児童虐待行為の背後にある不安に着目した薬物療法(その1). *東京精神医学会誌* 1999;17(1):24-29.
- 野口規久男. 口唇裂口蓋裂児の矯正治療期における精神医学的問題. *日本口蓋裂学会雑誌* 1995;20(4):181-192.
- Buchanan, A. and B. Hudson, *Promoting Children's Emotional Well-being*, 2000 New York, Oxford University Press.
- J.M. Dusney, *Egogram*, Harper & Row, New York 1977, p. 12
- 山縣然太郎. 分担研究 心身症、神経症等の実態把握の全国調査の解析. 厚生科学研究 研究

費補助金(子ども家庭総合研究事業)心身症、
神経症等の実態把握及び対策に関する研究。
(主任研究者奥野晃正)平成10-12年度総合研
究報告書.2001.3;326-73.

- 名取道也. 発達期の脳障害の予防・診断・治療
に関する臨床研究 妊娠・分娩期,新生児期,小
児期のデータベース統合. 厚生省精神・神経疾
患研究委託費による12年度研究報告集 2002:
512.
- 菅原ますみ. 学童における精神疾患の出現頻
度とその発生要因. 厚生省精神・神経疾患研究
6・7・8年度研究報告書 神経疾患及び精神疾
患の発症要因に関する疫学的研究 1997: 5-9.

表1. 小児期から思春期にかけてのメンタルヘルスプロブレム

CD-10分類		メンタルヘルスプロブレム		児童期(2-5歳)		学童期(6-12歳)		思春期(13-17歳)		青年期(18-25歳)	
F10-F19	精神作用物質使用による精神および行動の障害 Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use					予防介入		思春期後半から若年成人にかけてピーク。日本の中学生における、有機溶剤、大麻、覚せい剤の生産経験率は、0.4-1.3%。		日本では14-15歳で使用を開始し、16-17歳で依存するケースが多い。その後の減少する。	
<p>原因: 薬物やアルコールの精神効果を期待したり、中断時の不快感を解消するために持続的・周期的に薬物使用する。 対策・予防: 家族、周囲のものが、依存症が疾患であることを理解して治療に協力し、家族の支援に期待ができない場合には、医療福祉関係者がその役割を果たす必要がある。依存症の離脱症状には、鎮静作用薬の投与をもって対処する。小学校において、薬物のリスクを啓蒙するような予防プログラムを実施し、行政や司法と連携をとりながら、リスクとの接触をできる限り自主的に抑制できるような予防政策を講じる。両親の薬物使用や暴力など、好ましくない家庭環境にある児童に関しては、積極的に行政と司法が介入を行い、未然に発生を防ぐ。また、「使用」から「依存」への移行、心身への影響の弱い薬物から強い薬物への移行を食い止めるために、薬物使用の早期発見を心がける</p> <p>参考文献: 1. 祝部大輔. 薬物乱用に対する中・高校生及びその保護者の意識. 思春期学 2002; 20(1): 179-187. 2. 加藤千津子, 芝木美佐子, 笹嶋由美, 高校生の薬物使用の実態に関する調査(第1報) 就酒喫煙及び心理社会的変容との関連. 学校保健研究 2002; 43(6): 482-494. 3. 鈴木健二, 村上優, 紅岳文, 比江島誠人, 藤林武史, 武田綾. 高校生に対する薬物乱用予防対策. 厚生科学研究補助金 医薬安全総合研究事業10~12年度研究報告書 薬物依存・中毒者のアプターケアに関する研究 2001; 93-101. 4. OhHak, 山崎喜比古, 川田智恵子. 日本における青少年の薬物使用の実態及びその説明モデルの検証. 日本公衆衛生雑誌 1998; 45(9): 870-882. 5. 守島利佳. アルコール依存症の家族の子どもに関する研究. アルコール依存とアディクション 1997; 14(1): 98-105. 6. 妹尾栄一, 阿部恵一郎, 庄司正実. 非行少年における薬物乱用の実態(V) 暴力傾向とのかわり. 日本アルコール薬物医学学会雑誌 1996; 31(4): 384-385. 7. 吉村公雄. ニコチン依存症と児童期の親からの体罰との関連について. 精神神経学雑誌 1995; 97(11): 1010-1011.</p>											
F20-29	統合失調症 Schizophrenia							日本の一般人口における有病率は0.7%前後とされる。		大部分は14歳から35歳の間に発症。 男性: 20-25歳でピーク 女性: 25-30歳でピーク	
<p>原因: 気分障害同様の遺伝、神経科学的要因(ドパミン仮説、病状発現へのセロトニンの関与)とともに、体質、環境因と心因が挙げられているが、今日、発症に関して、体質、心因を主因とする考え方は否定的に見られている。但し環境因が発症の誘引をすることは充分ありうると考えられる。 対策・予防: 薬物療法を効果的に用い、医療と福祉関係者の協力の下、症状の軽減を目指す。必要と状況に応じて、入院治療、療養、在宅ケアを利用して治療を行う。疾患に対する偏見を無くし、社会全体のMHPリテラシーの向上を図ることによって、差別や誤った判断による処置が状態を悪化させることを防ぐ。また発症すると、福祉サービスの対象となる障害を併発することが多いことから、福祉行政と医療との連携が不可欠である。</p> <p>参考文献: 1. 武田隆綱. 思春期発病統合失調症患者に対する高校就学援助. 精神療法 2003; 29(6): 706-714. 2. 長嶺敬彦. 統合失調症の有害事象からみたQOL. 日本医学新報 2003; 4149: 23-26. 3. 原田誠一, 佐々木司, 福田正人, 高橋象二郎, 増井寛治, 高桑光俊, 飯田茂, 永久保昇治, 池淵真美, 岡崎祐士. 精神分裂病の「病前特徴と発症予防」及び「発症後の認知療法」の研究. 分裂病を片親に持つ子どもたちの20年転帰を中心として. 厚生労働省精神・神経疾患研究「2年度総括報告書 精神分裂病の病態治療・リハビリテーション」に関する研究 2001: 177-180. 4. 仲本晴男. 【精神分裂病の初回エピソード】 分裂病性初回エピソードの発症様式と早期介入. 臨床精神医学 2001; 30(11): 1341-1348. 5. 岸下真弓, 吉川紀子, 上田代恵子. 恐怖体験のある分裂病患者の看護. 父親の暴力と衝動的な体診をした患者の看護. 日本精神科看護学会誌 1999; 42(1): 494-496. 6. 原田誠一, 岡崎祐士, 亀山知道. 精神分裂病の発症予防の試み. 分裂病の一次・二次予防のためのパンフレットの使用経験. 通信医学 1998; 50(7): 487-493. 7. 中安信夫. 初期分裂病の表現変異. 難入症. 発作様不安. 攻撃的行動が前兆化した3症例. 思春期青年期精神医学 0917-3307 1995; 5(2): 145-158. 8. 弟子丸元紀, 金山寿一, 渡辺健次郎. 児童・思春期(18歳以下)発症の精神分裂病の状態像. 昭和38-42年と昭和56-60年入院例の比較. 精神医学 0488-1281 1988; 30(8): 865-875.</p>											