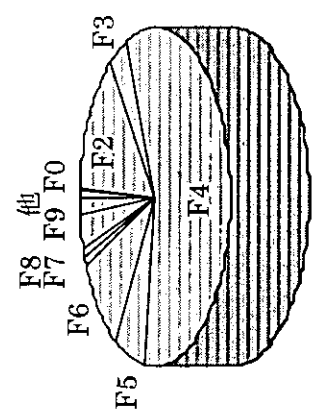


表 4 五稜会病院（札幌）この1年間の20歳未満の新患外来者

1	0	17	5	71	8	12	1	1	4	2
F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	他
0.8%	0.0%	13.9%	4.1%	58.2%	6.6%	9.8%	0.8%	0.8%	3.3%	1.6%



男	36名	29.5%
女	86名	70.5%
計	122名	

疾病内訳 合計 122
 平均年齢 17.6 歳

内 入院 46名

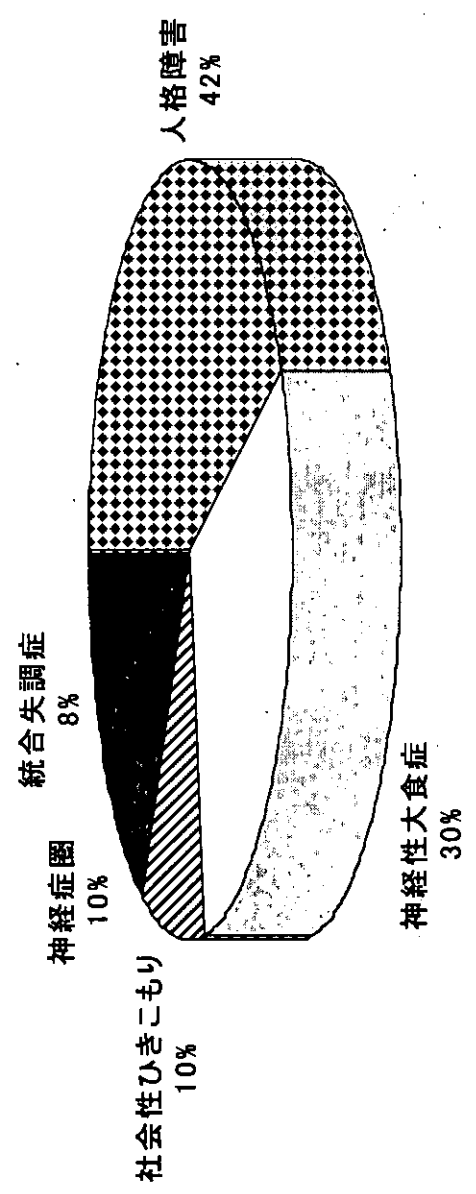


図 3 佐々木病院（千葉）20歳代 診断別

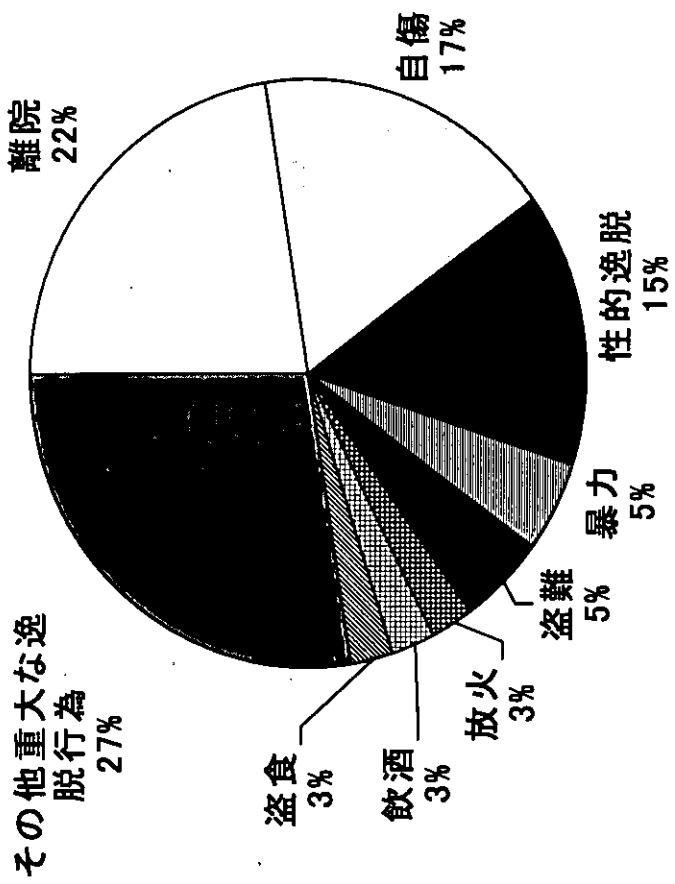


図 4 佐々木病院 (干葉) 診断別

五稜会病院（札幌）
 思春期ストレスケア病棟（開設H15.11月～12月の2ヶ月間）の20歳未満・20歳代疾患別入院患者数

表 5 20歳未満の新患入院患者数

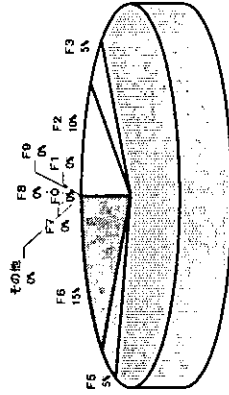
	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	その他	合計
10代	0	0	2	1	13	1	3	0	0	0	0	20
10代%	0.0	0.0	10.0	5.0	65.0	5.0	15.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100%

疾病内訳 合計 20

平均年齢 17.6 歳

男	1 名	5 %
女	19 名	95 %
計	20 名	

新患外来者 10代



F0 F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 その他

表 6 20歳代の新患入院患者数

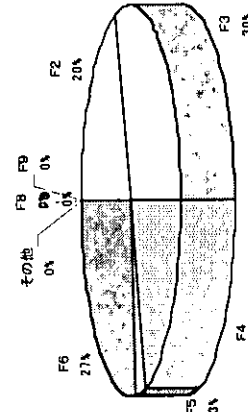
	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	その他	合計
20代	0	0	6	9	6	1	8	0	0	0	0	30
20代%	0.0	0.0	20.0	30.0	20.0	3.3	26.7	0.0	0.0	0.0	0.0	100%

疾病内訳 合計 30

平均年齢 17.6 歳

男	2 名	6.6 %
女	28 名	93.3 %
計	30 名	

新患外来者 20代



F0 F1 F2 F3 F4 F5
F6 F7 F8 F9 その他

行為障害を伴う児童思春期の情緒・行動障害の現状とその因子の解明 および治療援助システム化に関する研究

分担研究者 佐藤泰三¹⁾
研究協力者 市川宏伸²⁾ 海老島 宏²⁾ 海野真理子²⁾ 山田佐登留²⁾
広沢郁子²⁾ 鈴木俊介²⁾ 白木沢史子²⁾ 渡辺浩樹²⁾
大倉勇史²⁾ 新井慎一²⁾ 菅野実穂²⁾ 蓮舎寛子²⁾
1) 順天堂大学 2) 東京都立梅ヶ丘病院

研究要旨：

初年度では、平成13年9月30日時点の都立梅ヶ丘病院の18歳以下の患者199人について、実態調査・分析・検討を行った。患者は養育環境・本人の資質・様々な心理社会的要因のもとに出現した行為障害を示し、かつ、学校・家庭・地域での対人関係の破綻・自己実現の不成功・妥協形成の出来無さ・現実対応能力の欠如・衝動制御困難・低い自己評価・居場所のなさ・併存障害等をも認め、医療が関与した症例であった。

入院患者の内訳は行為障害39人（男子26人、女子13人）であり、統合失調症は64人のうち36人（56.3%）、注意欠陥/多動性障害は33人中28人（85%）に、広汎性発達障害は31人中30人（97%）に行為障害症状を認めた。この様に、入院患者199人中117人（58.8%）に行為障害症状を認め、彼らは心理・社会的葛藤状況で、外在化症状（Externalizing Symptoms）を呈していることが判明した。

第2年度では、前年度対象の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性差、③行為障害を示す子どもの性格特徴、④行為障害の併存診断・併存しやすい状態、⑤行為障害の諸症状、⑥家庭・養育環境、⑦知能検査所見、⑧脳波所見、⑨薬物療法、⑩行為障害患者に最初の対応機関とその連携・共働した機関等について報告した。

第3年度は児童期・思春期の問題行動の評価（CBCL）によって調査・研究を行った。東京都立梅ヶ丘病院を受診した110名の児童の保護者にChild Behavior Checklist /4-18 日本語版の記入を依頼した。広汎性発達障害、破壊的行動障害および適応障害がその大部分を占めたため、3群76名の比較を行った。CBCLの内向尺度得点では、適応障害群が有意に高かった。CBCLの外向尺度得点では、破壊的行動障害群が有意に高かった。CBCLの総得点では3群間に差は認められなかった。外向尺度得点が70以上の患者には、広汎性発達障害や適応障害も多く含まれていた。思春期女子の適応障害群が呈する攻撃的行動ならびに非行的行動は、必ずしも行為障害の診断と直結するものではないが、注意を払うべきものと考えられた。

A. 研究目的

平成13、14年度の調査において、都立梅ヶ丘病院入院中の患者のうち、激しい問題行動は、

統合失調症・広汎性発達障害・破壊的行動障害等において高い頻度で認められた。3年目は対象を外来患者とし、一定期間内に都立梅ヶ丘病院の外来をはじめて受診した4～15歳の児童の行動上の特徴について調査することを研究の目的とした。

B. 研究目的

都立梅ヶ丘病院の初診は原則として電話予約制で、児童の保護者が電話で直接受診を申し込む形をとっている。受診予定日の約2週間前に、病院より保護者に連絡して初診日の再確認を行う。確認の際、子どもの年齢が4～15歳である場合は、チェックリストについて説明し、保護者の同意を得た場合のみ Child Behavior Checklist/4-18 日本語版（以下「CBCL」）を送付した。

CBCLはAchenbach TMらによって開発された、児童の情緒と行動の問題を包括的に評価するためのチェックリストである。日本語版は国立精神・神経センター精神保健研究所の児童・思春期精神保健部門を中心に開発され、4～15歳の児童を対象に標準化が行われ、信頼性・妥当性の検討が行われている。

平成15年11月17日～16年1月16日に受診が予定された141名より同意を得てチェックリストを送付した。そのうち121名よりチェックリストが返送された（回収率85.8%）。うち1通はチェックリスト記入上の不備があったため除外した。また10名は受診しなかったため、残る110名のチェックリストを分析の対象とした。

（倫理面への配慮）

チェックリスト送付の際に「お子さんが梅ヶ丘病院を受診される方へ」と題した手紙を同封し、チェックリスト利用の目的を保護者に対して明確化し、チェックリストの内容が外部に漏れることはないことを説明しプライバシーを保証した。こうした手続きを経たうえで、チェックリストが返送されたことをもって、保護者がチェックリスト記入に同意したものとみなした。

C. 研究結果

対象となった110名のうち男子68名（61.8%）、女子42名（38.2%）であった。平均年齢は男子9.4歳（標準偏差3.11）、女子11.6歳（標準偏差3.10）であった。表1に患者の年齢分布を示す。男女差が認められ、特に女子の場合13～15歳の受診が多いことがわかる。

表2に110名全員の初診時の主診断を示す。診断基準はDSM-IVを用いた。広汎性発達障害（以下「PDD」、31名）、破壊的行動障害（以下「DBD」、25名）、適応障害（21名）がもっとも多い。なお、ここでは「破壊的行動障害」には注意欠陥多動性障害、反抗挑戦性障害および行為障害が含まれる。

DBD、PDD、適応障害の3群76名の内向尺度得点を比較した（図1）。適応障害は、DBD群、PDD群と比較して有意に高い点を獲得している。つぎにDBD、PDD、適応障害の3群の外向尺度得点を比較した（図2）。DBD群は、PDD群ならびに適応障害群と比較して有意に高い点を獲得している。なお、総得点に関して3群の間に差は認められなかった。

図3は3群76名を対象とし、外向尺度得点をY軸、内向尺度得点をX軸にとった散布図である。点線は外向尺度得点64のラインである。適応障害についてみると、外向尺度得点が64以上である(=臨床域に入る)ケースが相当数あることが分かる。

図4は外向尺度得点64以上の45名を対象とする、非行的行動をY軸、攻撃的行動をX軸にとった散布図である。DBD群は、非行的行動と攻撃的行動の間に正の相関が認められる。PDD群と適応障害群では、非行的行動はほぼ境界域(T得点で67~70)の前後におさまっている。

表3は外向尺度得点が64以上(=臨床域)の適応障害群の一覧である。女子思春期で不登校と自宅へのひきこもり、家人への暴言暴力を呈するものが多い。

D. 考察

3群を比較すると内向尺度得点が適応障害群で有意に高く、外向尺度得点がDBD群でやはり有意に高いことから、CBCLのプロフィールが診断をよく反映することが示された。ただ、医療機関受診を勧められるケースは、そうではないケースと比較して不適応の度合いが高いことが想像され、プロフィールと診断を直結することには慎重でありたい。

散布図(図3)をみると、外向尺度得点が高い児童は内向尺度得点も高いことがみてとれる。ひとつの解釈としては外向尺度得点が高いと周囲から注意や叱責を受けることが多く、児童が抑うつや不安を呈しやすいため内向尺度得点が高くなる、というものだろう。サンプル数を増やしたうえで内向尺度得点の内訳(たとえば「抑うつ」得点)をみてゆく必要があるものと考えられる。

外向尺度得点の高い適応障害は、そのほとんどが思春期女子であり、自宅にひきこもって家人に暴力を振るう者が多かった。ICD-10であれば「家庭内に限局した行為障害」と診断されるようなケースである。年齢的には「人格障害」と診断するのはためらわれるが、さりとてDSM-IVの行為障害の診断基準は満たさない一群である。非行的行動、攻撃的行動ともに著しく高くなることはない。今後も調査を続け、サンプル数が増えても独立したグループを構成するのか見守りたい。

参考文献

- 1) 新井慎一、市川宏伸:「行為および情緒の混合性障害」、精神医学症候群Ⅲ、別冊日本臨床、領域別症候群シリーズ; NO.40、31-36(2003)
- 2) 新井慎一、市川宏伸:「受診者の変化」、精神科、3巻3号;p302-305(2003)
- 3) 戸ヶ崎泰子、坂野雄二:児童期・思春期の問題行動の評価、精神科診断学、9;235-245。(1998)
- 4) 中田洋二郎、福井知美、北道子、藤井和子、上林靖子、斉藤万比古、笠原麻里、山崎透:厚生省精神・神経疾患研究委託費による11年度研究報告集、421。(2000)

- 5) 中田洋二郎、上林靖子、井澗知美、庄司敦子、伊藤香苗、北 道子、藤井和子、齊藤万比古、根岸敬矩：注意欠陥／多動性障害の情緒と行動の評価に関する研究．厚生労働省精神・神経疾患研究委託費による 11－13 年度研究報告書．注意欠陥／多動性障害の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究．37-40(2002)

表1 男女別の年齢構成

	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	計
男子	3	7	6	5	4	10	6	9	8	4	0	6	62
女子	0	3	2	1	2	2	2	3	5	9	6	7	48
計	3	10	8	6	6	12	8	12	13	13	6	13	110

表2 男女別の診断内訳

診断名	男性	女性	計
広汎性発達障害	4	27	31
破壊性行動障害	3	21	24
適応障害	14	7	21
統合失調症	0	6	6
強迫性障害	1	2	3
チック障害	0	2	2
学習能力の特異的発達障害	1	1	2
身体表現性障害	1	1	2
抜毛症	2	0	2
反応性愛着障害	1	1	2
その他	9	6	15

表3 外向尺度64点以上の適応障害のケース

症例	性別	年齢	主症状
M.K.	女	13	不登校、自宅で母親に暴言・暴力
H.M.	女	13	自宅のものを壊す、家人に暴言・暴力
A.M.	女	14	不登校、自宅で母親に暴言・暴力
Y.M.	女	13	不登校、不安
T.T.	女	12	不登校、自宅で母親に暴言・暴力
K.I.	女	12	不登校、不安、抑うつ、興奮
K.S.	女	15	不登校、対人緊張
M.Y.	女	11	自宅のものを壊す、家人に暴言、身体症状
T.Y.	男	15	不登校

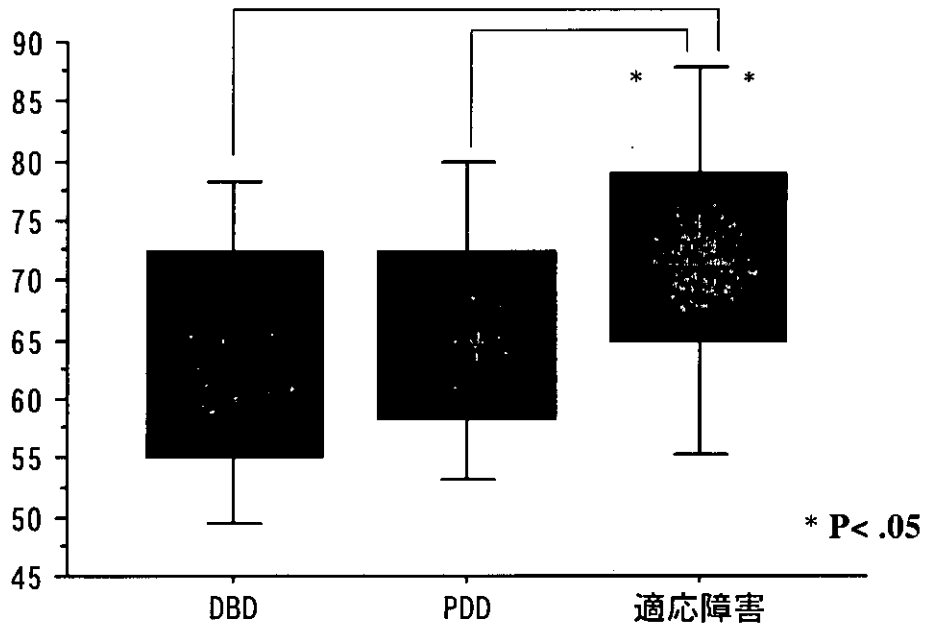


図1 3群の比較 (内向尺度得点)

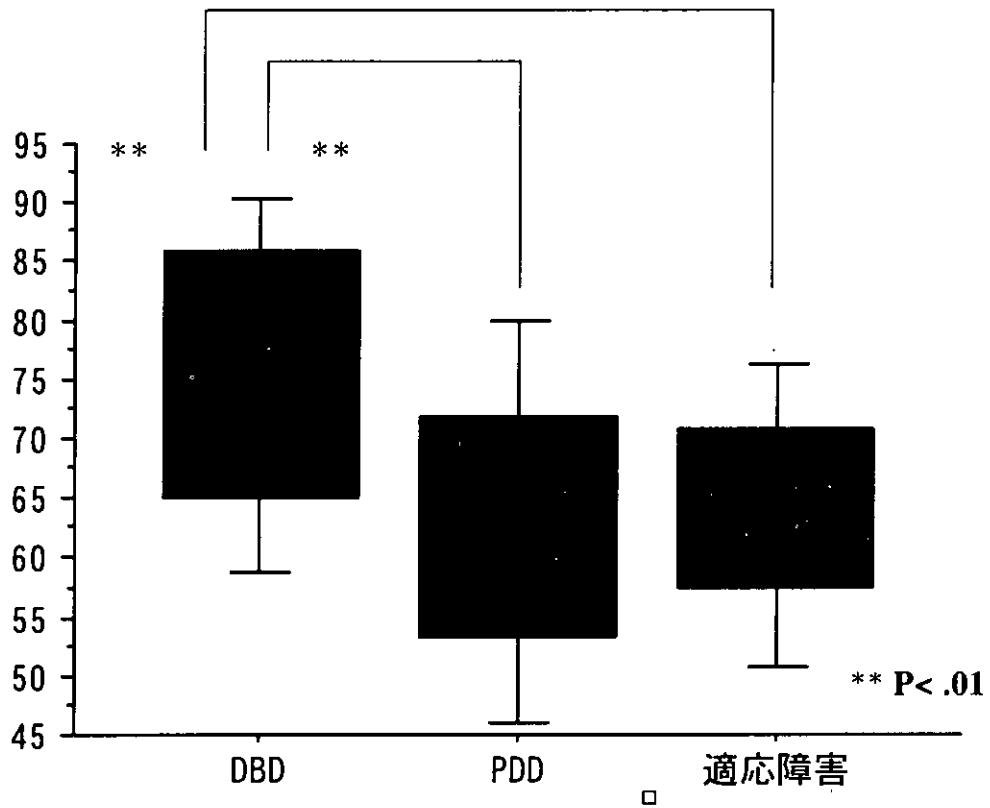


図2 3群の比較 (外向尺度得点)

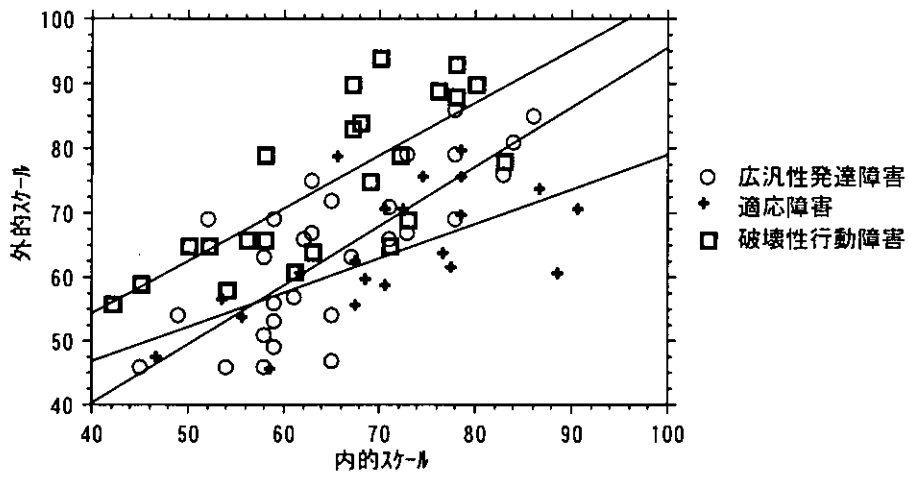


図3 3群76名の比較（内向尺度得点と外向尺度得点）

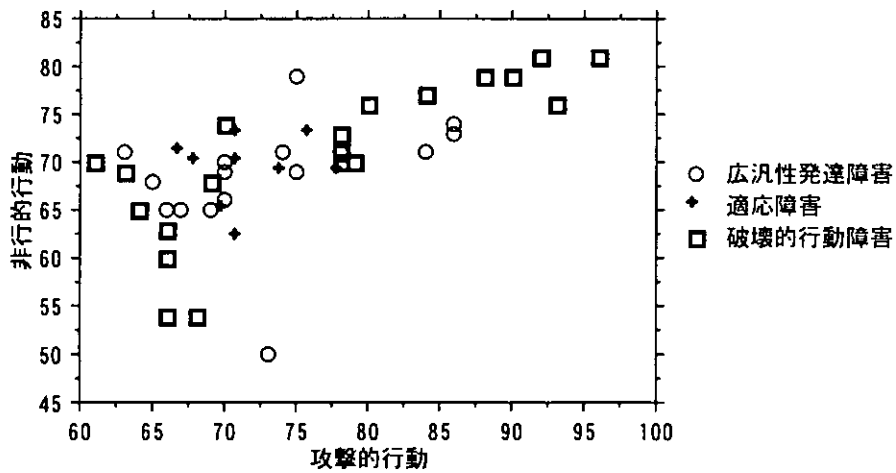


図4 外向尺度得点64点以上の3群45名の比較(非行的行動と攻撃的行動)

行為上の障害をもつ青年期精神科医療の現状と問題点の解明

分担研究者：中島豊爾¹⁾

研究協力者：来住由樹¹⁾ 中島洋子²⁾ 藤田健三³⁾

1) 岡山県立岡山病院 2) 旭川荘療育センター児童院

3) 岡山県精神保健福祉センター

研究要旨：

岡山県において、12歳未満の精神科外来受診の約70%、PDD・ADHDの新規事例の外来受療の約80%を占める旭川荘療育センター児童院、および警察の介入による20歳未満の入院事例が県内の約70%であるなど行動上の問題が理由で入院する事例が集積している岡山県立岡山病院の2施設における、行為上の障害をもつ児童・青年の受療と機関連携の現況を検討した。これらに2施設での機関調査は、人口200万人の地方都市である岡山県での行為上の障害をもつ児童・青年期精神科医療の現状の近似になると考えた。

また思春期精神保健ケースマネジメント事業など、連携のあり方を具体的に考察することにより、現状においてできる青年期行為障害に対する精神科治療のあり方と、将来の課題とを分けて明らかにした。

A. 研究目的

行為上の問題をもつ児童・思春期の精神科治療の実態を明らかにし、精神科医療の役割と限界（医療が有効な事例と効果を上げない事例）について、事例検討を通して検討し、精神科治療プログラムについての提言につなげることを研究目的とした。また事例検討を通して青年期精神科医療における機関連携の現状を明らかにするとともに、その成果と限界についても検討した。

B. 研究方法

研究対象は、平成14年度の岡山県における児童・思春期の精神科受療調査をもとに、行動上の問題をもつ児童・青年の受療が集積していた2施設での機関調査を行った。1施設は外来受療が集中している旭川荘療育センター児童院であり、ここでは12歳未満の精神科外来受診の約70%、PDD・ADHDの新規事例の外来受療が県内の約80%である。次の1施設は行動上の問題が理由で入院する事例が集積している岡山県立岡山病院であり、同院では警察の介入による20歳未満の入院事例が県内の約70%である。よってこれら2施設での事例検討は、人口200万人の地方中核都市である岡山県での近似になると考えた。

また、いわゆる「17歳問題」を契機に行われたモデル事業である「思春期精神保健ケースマネジメント事業」（事務局：岡山県精神保健福祉センター）を介して機関連携が行われた事例

(そのほとんどが旭川荘療育センター児童院ないし岡山県立岡山病院の事例である)の検討も加え、機関連携の成果と限界について考察する題材とした。

研究1では、平成10年度から14年度の5年間に、旭川荘療育センター児童院(児童精神科)に外来初診した高機能自閉症225人のうち、初診時年齢が9歳以上の正常知能事例85人について、行為上の障害の合併や治療の現況を検討した。

研究2では、平成12年度4月から15年9月までの3年6ヶ月の間に、岡山県立岡山病院に、外来ないし入院で初診した20歳未満の全236例のうち、障害年金診断書を目的とした33名と、性同一性障害の診断であった11名、少年鑑別所入所者の精神科診察31名を除く、161名を対象とした。これら、行為上の問題を持つ患者の治療について、治療の形態について、①精神科外来治療のみ、②精神科入院治療と外来治療、③教育機関(県・市教育委員会、各学校)との連携、④児童福祉との機関連携、⑤司法(家庭裁判所・少年院・警察)との機関連携、⑥思春期精神保健ケースマネジメント事業、⑦多機関連携(⑥以外)の7つのカテゴリーに層別化し、事例検討を行った。

C. 結果

1. 研究1 未診断・未介入で経過した高機能自閉症の行為上の問題の現況

平成10年から14年度の5年間に、旭川荘療育センター児童院(児童精神科)に外来初診した高機能自閉症225例のうち、初診時年齢が9歳(小学校4年生)以上の正常知能事例は85例であった。

初診時年齢が9歳(小学校4年生)以上の正常知能事例85例の紹介元は、児童相談所27例(32%)、医療機関27例、うち精神科20例(24%)、小児科7例(8%)であり、つづいて、家族・知人8例、教育委員会・学校7例(8%)であった。その一方で保健所からの紹介は1人(1.1%)であり、小学校4年生以上で正常知能広汎性発達障害事例の、発見機関としては、医療機関を除くとその多くに児童相談所が関与していた(図1)。

これら85例の初診時年齢は、12歳が16例(19%)、11歳が14例、10歳が10例、9歳と13歳が7例と、12歳をピークに分布し、12歳までに56%が診断されているが、20歳を超えての診断事例も20歳から43歳まで分布し計16例(19%)あった(図2)。

行為上の障害の内容は、興奮・パニック、衝動・攻撃性、家庭内暴力、反社会的問題行動の4類型に分け、重複チェックしたところ、重度のものが、それぞれ、13%、9%、8%、15%あり、その傾向があるものを含めると、77%、95%、90%、96%であった(図3)。

さらに、反社会的行動の内容は、虚言が13例、徘徊が9例、盗みが8例、恐喝・暴行が8例、金品持ち出しが3例、浪費が3例、性的問題が2例であった(図4)。

精神科治療については、診断告知、特性説明などとともに、62例(73%)で薬物療法を用いており、半数以上で改善の経過を辿っているものの、21例(25%、小学生8例、中学生7例、高校生3例、成人5例)で行動上の問題についての改善がなく、他機関連携を要する状態にあった(図5)。

なお広汎性発達障害の診断事例は、平成5年度が52例であったが、平成10年度に103例、平成14年度には355例と、平成10年度以降、急激に増加している（図6）。また、知能指数ごとに分類すると、正常知能群が、平成10年度には12例、平成14年度には130例と急激に増加しており、続いて境界知能群が、14例から58例と増加している。一方で中度精神遅滞群と重度精神遅滞群では増加はなく、横ばいであった（図7）。

2. 研究2 県立岡山病院（単科）での行為上の問題をもつ事例の治療の現況

対象は平成12年4月から15年9月までの3年6ヶ月の間に行為上の障害をもち、岡山県立岡山病院に外来受診・入院した20歳未満の患者と、思春期精神保健ケースマネジメント事業に登録された患者とした。うち行為上の問題を持つ患者の治療について、岡山県立岡山病院に、外来・入院受診した全236例のうち、障害年金診断書を目的とした33名と、性同一性障害の診断であった11名、少年鑑別所入所者の精神科診察31名を除く、161名を対象とした。これら、行為上の問題を持つ患者の治療について、治療の形態について、①精神科外来治療のみ、②精神科入院治療と外来治療、③教育機関（県・市教育委員会、各学校）との連携、④児童福祉との機関連携、⑤司法（家庭裁判所・少年院・警察）との機関連携、⑥思春期精神保健ケースマネジメント事業、⑦多機関連携（⑥以外）の7つのカテゴリーに層別化し、検討を行った。

また各機関との連携の現状について、検討し、事例の提示を行い、今後の課題を考察した。

（1）機関連携の概括

161例の全例について、疾病と機関連携の有無について検討すると、統合失調症が50例（機関連携は8例・16%）であり、続いて、広汎性発達障害が38例（機関連携は33例・86%）、薬物依存症が8例（機関連携は3例・38%）、境界型人格障害が9例（機関連携は1例・11%）であった。発達障害圏および薬物依存症圏において、機関連携が積極的に行われていた。

次に主訴と機関連携の関係をみると、161例のうち、91例（57%）が、家庭内暴力、傷害・暴行、飛び降り、自傷、家出などの行為上の障害が受診理由であり、52件で何らかの機関連携を行っていた。

一方、行為障害が主診断となる事例は、3例であり、1例は思春期ケースマネジメント事業で、1例は家庭裁判所と機関連携して治療をおこない、1例は連携を形成できないままに治療を行なったが、3例ともに早期発症型で医療機関での関与をおこなっても改善を得ることができていなかった。

発達障害圏の行動上の問題と合併精神疾患の治療との関係をみると、広汎性発達障害38例のうち、6例で気分障害を合併し、これらでは、躁状態において、家庭内暴力他の標的症状が悪化しており、気分障害の治療により、行為上の問題は全例で改善した。ついでトゥレット障害が合併した1例の治療は、ある程度軽快したものの、まだ自宅に引きこもりながらの安定が

やっとの到達点であった。

広汎性発達障害 38 例のうち、高機能群は 17 例であった。全例が幼少期には未診断で、問題行動は小学生年齢以降に顕在化し、思春期以降に受診して、診断と治療がなされていた。これらの事例では、おこした行動上の問題に対して、明確な対処がなされなかったときに、行為上の問題はさらに増悪していた。なお衝動性制御に対して薬物療法はある程度有効であった。ひきこもり事例は、対応が困難であったが、家庭内暴力合併していたとき入院が有効であった。

注意欠陥多動性障害は主診断、従診断をあわせて、6 例であった。行為障害に発展した事例は、医療的関与に限界があった。

(2) 行為上の障害をもつ事例の機関連携の構成

- ア) 精神科外来のみ
- イ) 精神科外来・入院のみ
- ウ) 児童福祉（児童自立支援施設・児相ほか）
- エ) 教育（県・市教育委員会、各学校）
- オ) 司法（家庭裁判所、少年院）
- カ) 多機関連携（同時関与）
- キ) 思春期精神保健ケースマネジメント事業

(3) 各機関との連携の現況

ア) 児童福祉法上の一時保護所との機関連携

触法事例、被虐待事例、家出事例など様々な事情を抱えた 18 歳未満の事例を保護するため、一時保護所の運営は時に困難で、かつ精神医学的関与が必要なことが多い。県立岡山病院には 4 例の一時保護下での入院があった。

うち 2 例は、家出人の保護の届出が警察より、児童相談所にあったが、複雑酩酊等、衝動行為の制御が一時保護所では不可能であるため、一時保護下に（応急）入院とした。翌日酩酊から覚め、自傷行為等が消失した時点で退院とした。

他の 1 例は、性虐待の被害者を一時保護するが、心的外傷後ストレス障害のため、自傷行為が激しく、しかし自宅には加害者がおり帰宅できないため、本人の症状の治療と保護を目的に入院とした。なお入院後のケースワークは、児童相談所が主導し継続し、児童福祉施設への入所の転機をとった。もう 1 例は、親族に対する殺人未遂の触法少年について、病状（広汎性発達障害、中等度精神遅滞、躁気分）により行動に制止がまったく利かず、一時保護所への保護が不能であり、まったく疎通がとれないことにより警察は逮捕を行わない状態であった。各機関と協議ののち、一時保護下での、治療目的での入院とした。精神科治療以外については、児童相談所が主導し関与を続け、衝動性制御を薬物療法と生活の構造化により達成したのちに知的障害児授産施設への入所となった。

イ) 児童養護施設、知的障害児施設との連携

強度行動障害事例が4例入院治療している。これは強度行動障害特別処遇事業にて療育を受けている児童・青年の精神医学的評価と薬物療法上の調整を24時間観察しつつ行うための一定期間の入院である。

また行動上の問題のために児童福祉上は施設入所を要する状態にあるが、行動上の問題のために施設入所が不能となっている事例、例えば目に対するこだわりのために他者の目を突く自閉症児などの精神医学的治療のため、5事例が入院している。

ウ) 児童自立支援施設との機関連携

6例が、児童自立支援施設から、当院外来へ通院をおこなっている。(行動上の問題に属さない精神科診療は非常勤精神科医により行われている。)

主診断は、3例が注意欠陥多動性障害(行為障害合併を含む)、1例が気分障害、1例が解離性障害、1例が広汎性発達障害であった。

虐待が基盤にある解離性障害の1例は、繰り返す自傷や衝動的破壊行為により、処遇が極めて困難となり、入院治療をおこなったのち再入所した。また注意欠陥多動性障害からDBDマ―チをきたしている1例は、繰り返す脱走や放火事件のため、強制処遇が可能な児童自立支援施設へ再判定のち送致された。

エ) 少年鑑別所との機関連携

日常の少年鑑別所との連携は、観護処分を受けた少年(少年鑑別所入所中)の必要な精神科診察と薬物処方、ならびに脳波等の少年鑑別所では施行できない検査の実施、精神科医の面談所見と診断等が必要なときの精神科診察と診察結果報告書の作成である。人口200人の岡山県規模の都市にある少年鑑別所の場合、常勤精神科医は不在であることが多く、このような連携が必要になってくる。

また少年鑑別所から入院となることも、精神科症状が重篤であるときには必要となり、3例が少年鑑別所から直接入院した。しかし治療後は全例が、家庭裁判所での審判を受けている。

2例が観護措置取消をうけ、入院治療を行った。覚醒剤精神病性障害の1例は、幻覚妄想状態が入院治療により消退したのちに、再度観護措置となり、審判を受け、医療少年院へ送致された。広汎性発達障害を基盤とした気分障害の1例は、入院のまま、家庭裁判所に出廷し、傷害事件について審判をうけ、保護観察処分となった。

もう1例が、観護措置中に、病状悪化し、鑑定留置へと移行し、治療と鑑定・鑑別とを行い、審判をうけ医療少年院へ送致された。標的事件は放火で、診断は広汎性発達障害を基盤に統合失調症が合併した事例であった。

オ) (医療) 少年院との機関連携

医療少年院を退院してからの治療を継続する際、少年院に保護処分と判定される際の少年鑑

別所での鑑別資料や精神鑑定書、家裁調査官による報告書はもとより、医療少年院内での治療内容や処遇環境、教育内容、家族状況等の資料の提供はなく、簡単な宛名なしの紹介状（診療情報提供書）のみで医療を行わなければならなかった。

医療少年院を退院後の連携が5例あった。

うち1例は精神保健福祉法26条通報により、少年院からの移送ののちの措置入院となった統合失調症の事例であった。

また3例は、特に紹介先を指定しない簡単な紹介状を持参しての受診であった。1例は、行為障害を基盤に、頭部外傷後遺症による高次脳機能障害をもち、職場と総合病院リハビリテーション科と連携しつつ、外来治療を続け、もう1例は、広汎性発達障害で、再犯後の少年鑑別所入所時の行動上の問題等により鑑定留置。もう1例は、有機溶剤精神病性障害で外来治療とした。

1例は、軽度精神遅滞と統合失調症事例で、車上荒しの常習で、医療少年院退院ののち、放浪中に滅裂状態で保護され、応急、つづいて医療保護入院として治療ののち、グループホームへ退院し、外来継続としている。

なお医療少年院以外の少年院からの直接の紹介はなかった。

カ) 家庭裁判所との機関連携

鑑定や鑑別等で家庭裁判所と連携をとり続ける中で、調査官観護処分を受け、審判前の鑑別期間中から、精神科治療を行い、その結果が審判に反映される（審判の際に、治療の継続が勧告されるなど）こともみられるようになった。3例を家庭裁判所と直接機関連携して治療した。従来、司法との機関連携は橋渡し（バトンタッチ）連携であったが、相互の日常的な機関連携により、同時関与による機関連携が可能となってきている。

1例は、広汎性発達障害・気分障害・トゥレット障害事例で、入院中に標的事件について、審判を受け、保護観察下に入院、外来治療を続けた。

1例は、広汎性発達障害・場面緘黙事例で、審判までの間に、調査官より治療導入され、審判時にも、医療の継続が勧告されている。

1例は、強迫性人格傾向をもつ行為障害事例で、保護観察処分時に治療の継続が勧告されている。

キ) 思春期精神保健ケースマネジメント事業との機関連携

岡山県では、平成13年7月以降、思春期精神保健ケースマネジメント事業を、事務局を岡山県精神保健福祉センターにおき、モデル事業として運営している（平成15年度で終了）。主たる関与機関が事務局に、登録を申請し、多機関からなる援助活動チームを構成し、事務局が調整会議を組み立て、方針を共有し、事例を援助していくものである。また評価検討委員会を多機関（青少年課、教育庁指導課、教育庁生涯学習課、児童相談所、保健所、弁護士、県警、大学精神科、県精神科医会等）から構成し、各ケースのスーパービジョンをおこない、側面支

援していくものである。

現在までに 18 例が登録されており、うち 7 例に県立岡山病院が関与し、11 例に旭川荘療育センター児童院が関与しており、3 例は重複して関与している。残りの 2 例は、発見機関が、市保健所と県精神保健福祉センターである。18 例のうち、13 例が広汎性発達障害事例であり、2 例が軽度精神遅滞の被虐待児、1 例が行為障害の 14 歳未満（家裁送致が困難）、であり、発達障害を基盤に、行動上の問題をもつ事例が、16 例（89%）であった。県立岡山病院が関与した事例の概要は下記の通りである。

- 13 歳女、行為障害、恐喝・暴行等、母が覚醒剤精神病性障害、司法を含む援助チーム
- 14 歳男、PDDNOS、家庭内・学校内暴力、崩壊家族、教育を含む援助チーム
- 17 歳女、軽度MR・解離、性虐待被害、居住地がない、地元市町村をふくむ援助チーム
- 17 歳男、HFPDD・躁・トゥレット、連続傷害事件、保護観察所をふくむ援助チーム
- 19 歳男、HFPDD、ストーカー等、障害者職業センターを含む援助チーム
- 20 歳女、PDDNOS、放浪等、グループホームを運営する社会福祉法人を含むチーム
- 24 歳男、HFPDD・強迫性障害、長期のひきこもりと家庭内暴力・支配、自閉症・発達障害支援センターを含む支援チーム

岡山県における思春期精神保健ケースマネジメント事業において、うまく機能している点は、事務局が関係機関との連絡調整をするため、労力少なく、情報量が増え、多機関が会して調整会議が開けること、3 施設以上の連携が行いやすいこと、各施設（各専門機関）が当事者となるため、他の機関任せになりにくいことがある。一方で課題を残す点は、会議が多く、対人日常業務への時間が削られること、事務局が、多機関の共有方針をつくる力量がないとき問題が複雑化することがある。

また通常のケースマネジメントとの大きな違いはなく、精神科治療が効果を上げないとき（崩壊家族・非行傾向の進行）には、有効に機能しにくい。

D. 考察

1. 広汎性発達障害が小学校高学年に至るまで未診断であった事例の行動の障害について

広汎性発達障害について、9 歳以降で初診したケースでは、約 9 割が未診断であり、20 歳を超えての診断事例も 20 歳から 43 歳まで分布し計 16 例（19%）あった。これらの症例では、精神科合併症、行為上の障害、適応障害、反社会的問題など、複雑な情緒行動問題を多く合併していた。

軽度発達障害の未診断から生じる二次障害と思春期以降の不応行動の問題は、当面の精神科医療での治療上の課題であるとともに、重複診断を含む発達軸からの診断が青年期精神医療においても不可欠である。

また早期療育のシステム化も課題である。

2. 機関連携のあり方について

行為上の障害をもつ児童・青年について、統合失調症などいわゆる精神病圏については、医療機関のみで回復している事例も多かった。すなわち、精神科病院が、従来統合失調症を中心疾患と位置づけて発展してきた歴史があるため、治療技法はもとより、訪問看護、グループホームなどの社会支援の方法論も統合失調症についてはある程度、医療機関のみで支援できる事例が多いと考えられた。一方、発達障害圏、薬物依存症圏については、一機関のみでは対応不能となっている事例も多く、多機関の連携を要した。とりわけ青年期においては司法との連携を視野に入れつつ、橋渡しでない同時関与の連携が不可欠であった。

なお崩壊家族の中での混乱など、主要なニードが症状以外にあるときや、犯罪行為を曖昧に決着させることを繰り返すなど、問題行動への明確な介入がなされていなかった事例については、機関連携を行ってもなお十分な効果は得られなかった。

3. 警察・少年鑑別所・家庭裁判所・少年院・児童自立支援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。そのため毎年、県警各署と県立岡山病院との間で、困難事例の検討会を行っていることが有効に働いている。現在は生活安全課との検討会であるが、今後は少年課との検討会も行うことも必要である。

精神科医療の役割を、社会の要請により常に点検を繰り返しながら、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。

また犯罪（触法行為）を行った事例についても、精神科が関与すべき役割については、忌避することなく関与することが必要である。そのためには少年鑑別所及び家庭裁判所との連携が不可欠となる。矯正保護施設（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ついては、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、互い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。

家庭裁判所に検察ないし児童相談所から送致された時点から、必要な精神科診断と治療が提供できるよう、家庭裁判所との信頼関係の構築は不可欠である。保護観察処分下や調査官観護措置下においては、事例によっては治療の動機付けを強化でき、必要な治療が行いやすい。また精神疾患を理由に、医療少年院送致となる場合、現行法制上は、審判内容・鑑別結果・少年院での処遇状況等が、退院後の治療施設に提供されないため、年齢経過の中での変化を十分に把握しないままの断片的な治療になることとなる。しかし家庭裁判所・少年鑑別所での精神科診察・鑑定に対応するなどして、医療少年院入院の前後に関与することにより、縦断的な治療が可能となりうる。なお医療機関のみが努力して治療の継続性を構築するのではなく、制度的に

医療と司法の連携が保障されることが望ましい。

また矯正保護施設を退院してのちの福祉や支援における、精神科医療の役割は必ずしも大きなものではないため、司法・福祉機関における支援施策の具体化も不可欠である。

4. 児童相談所・児童養護施設を含む入所型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、それと緊密な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。薬物治療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・青年期の保健・医療・福祉および教育における火急の課題である。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り、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。

一時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、一時保護施設、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すべきである。

また児童相談所が扱う業務のなかの、被虐待児の精神症状や行動上の問題や 14 歳未満の触法事例のうち軽度発達障害が関係する事例等については、精神科医療の関与が必要であり、それを可能とする連携が必要である。

5. 保健所・精神保健福祉センターとの関係について

児童・青年期の行動上の問題に対して、保健機関が果たしている役割は、直接的には大きくない。また今回の研究においても、小学校高学年以降に広汎性発達障害と診断された事例の発見機関としての役割は果たせていなかった。

しかし乳幼児健診は保健機関の中核となる業務であり、かつ母子保健の立場から児童を支援する主要機関である。保健機関はこれらの中核業務を強化し、こどもの発育について単に身体・言語・神経だけでなく、社会性の発達の側面からの評価を重視した検診業務の強化や、母子保健の立場からの対人サービスを強化し、他機関に必要な情報を提供して連携することが望まれる。

精神保健福祉センターは、必要な精神保健福祉ニーズを評価し、行政として施策に反映させる役割をもつが、従来のように自閉症は福祉モデルとみなし、業務に含めないことを変更し、軽度発達障害問題への関与と施策の提言を行うことが必要である。デイケアや職業訓練・支援を具体化させる事業が必要である。なお思春期精神保健ケースマネジメント事業等の事務局機能等、関係機関の連携の要機関としての役割を明確にする必要がある。

6. 学校など教育機関との関係について

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今なおある。