

表1-7 各指数の性別比較(中3)

	性別	人数	平均	SD	t 値	p 値
攻撃指数	男	307	1.8	1.3	0.4521	0.6514
	女	280	1.8	1.3		
抑うつ指数	男	307	3.0	2.2	-2.4511	0.0145
	女	280	3.4	2.3		
不安指数	男	306	3.5	1.9	-6.5909	0.0000
	女	282	4.4	1.7		
強迫指数	男	302	2.7	1.3	1.2896	0.1977
	女	277	2.5	1.2		
身体指数	男	306	4.8	2.4	-4.9789	0.0000
	女	277	5.7	2.3		
学校指数	男	303	3.5	1.8	-1.1134	0.2660
	女	274	3.7	1.8		
友人指数	男	297	2.1	1.1	-0.8703	0.3845
	女	273	2.2	1.3		
家庭指数	男	290	3.2	2.0	1.7059	0.0886
	女	275	2.9	2.1		

表2-1 怒り発作の発生場所

		家庭				合計
		いつも	しばしば	時々	ない	
学校	時々	0	5	10	1	16
	ない	1	3	12	1	17
合計		1	8	22	2	33

注) 2名で学校についてのデータ無し

表 2 - 2 怒り発作時の生理や心理や行動の状態

心臓の鼓動が速くなる、心臓がどきどきする	8/28 (28.6%)
顔が赤くなるあるいは熱くほてる	9/31 (29.0%)
胸が締め付けられる、胸が痛いあるいは胸が圧迫される	4/30 (13.3%)
腕や脚のしびれあるいはひりひりする感覚	2/28 (7.1%)
頭がくらくらする、めまい、あるいは不安定な感覚	5/30 (16.7%)
息が切れるあるいは息をしにくい	5/32 (15.6%)
汗をかく	5/29 (17.2%)
揺れるあるいは震える	7/32 (21.9%)
強い恐れ、パニック感、不安	18/33 (54.5%)
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	25/34 (73.5%)
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	19/34 (55.9%)
身体的にあるいは言葉で人々を攻撃する	25/34 (73.5%)
物をあたりかまわず投げ散らかすあるいは破壊する	16/34 (47.1%)

表 2 - 3 怒り発作の対象

物	26/34 (76.5%)
同級生	15/33 (45.5%)
友人	11/32 (34.4%)
兄弟	22/34 (64.7%)
母親	29/35 (82.9%)
父親	14/34 (41.2%)
他の家族	7/32 (21.9%)
その他	9/27 (33.3%)

表2-4 怒り発作に関係する状況

欲求不満	19/34 (55.9%)
やっていることをとりやめるように言われる	24/33 (68.6%)
思うようにいかない	29/35 (82.9%)
いじめられるあるいは恥ずかしい思いをさせられる	12/33 (35.4%)
要求あるいは予定の変更に反応して	26/35 (74.3%)
ものごとが“完璧”ではない	15/34 (44.1%)
他人と競争して注意を引かなくてはならない	3/33 (9.1%)
何かを取り上げられた	18/35 (51.4%)
何かについてよくないと言われる	28/35 (80%)
全く理由がない	4/33 (12.1%)
その他	3/21 (23.8%)

表2-5 攻撃性の臨床評価とCBCLとの関係

	攻撃性の有無	N	平均	SD	t値	p
I-T得点	無	16	58.50	7.633	0.112	0.697
(ひきこもり)	有	29	59.62	9.912		
II-T得点	無	16	55.94	7.655	0.029	0.306
(身体的訴え)	有	29	58.90	9.886		
III-T得点	無	16	59.81	7.512	0.061	0.050
(不安/抑うつ)	有	29	65.76	10.377		
IV-T得点	無	16	59.00	7.348	0.535	0.079
(社会性)	有	29	63.59	8.584		
V-T得点	無	16	57.88	9.099	0.038	0.017
(思考)	有	29	66.28	11.726		
VI-T得点	無	16	63.13	7.145	0.137	0.464
(注意)	有	29	65.14	9.505		
VII-T得点	無	16	59.56	8.302	0.617	0.206
(非行)	有	29	63.17	9.400		
VIII-T得点	無	16	60.75	8.004	0.320	0.054
(攻撃)	有	29	66.59	10.175		
総合-T得点	無	16	62.00	7.866	0.169	0.047
	有	29	68.45	11.128		
内向-T得点	無	16	60.19	6.676	0.023	0.234
	有	29	64.00	11.582		
外向-T得点	無	16	60.19	9.717	0.701	0.063
	有	29	66.76	11.698		

表 2 - 6 治療の最優先課題

	攻撃性有り	攻撃性無し	p
	N=33	N=20	
チック	13(39.4%)	13(65%)	0.071
対人スキルや集団適応	7(21.2%)	6(30%)	0.471
攻撃性	7(21.2%)	0(0%)	0.037(F)
衝動性	6(18.2%)	0(0%)	0.072(F)
不注意	4(12.1%)	2(10%)	1.000(F)
不安や引きこもり	3(9.1%)	3(15%)	0.661(F)
多動性	5(15.2%)	0(0%)	0.144(F)
社会性や生活能力	4(12.1%)	1(5%)	0.639(F)
強迫症状	2(6.1%)	3(15%)	0.354(F)

注) 無印: χ^2 検定, (F): Fisher 直接検定
複数選択有り

表 2 - 7 評価時の攻撃性と経過中の最高の攻撃性との関係

		経過中の最高の攻撃性				合計
		軽度	中度	重度	最重度	
評価時の攻撃性	軽度	7	6	2	0	15
	中度	0	9	5	2	16
	重度	0	0	2	0	2
合計		7	15	9	2	33

p=0.009 (χ^2 検定)

表2-8 攻撃性の変動と健康調査票

	攻撃性の変動	N	平均	SD	t 値	p
攻撃指数	減少	12	1	1.206	-2.238	0.036
	増加	12	2.08	1.165		
抑うつ指数	減少	12	2.33	2.146	0.106	0.916
	増加	12	2.25	1.658		
不安指数	減少	12	2.33	2.605	-0.781	0.443
	増加	12	3.08	2.065		
強迫指数	減少	12	1.92	1.676	-0.516	0.611
	増加	12	2.25	1.485		
身体指数	減少	12	3.17	2.588	-0.684	0.501
	増加	12	3.83	2.107		
学校指数	減少	12	2.08	2.021	-0.429	0.672
	増加	12	2.42	1.782		
友人指数	減少	12	1.42	1.505	0.849	0.405
	増加	12	0.92	1.379		
家庭指数	減少	12	1.92	2.234	-1.159	0.259
	増加	12	2.83	1.586		

表2-9 攻撃性の変動に最も関連する要因

攻撃性減少に最も関連する要因	
学級、学校の変更	7
親の理解、変化	5
薬物療法	3
入院（家族との分離）	2
本人の障害の理解	1
学校での本人の立場の安定	1
合計	19
攻撃性増加または遷延に最も関連する要因	
原病（チック、気分変動など）の悪化	6
本人の発達的問題	5
親の無理解や不安	3
学校の無理解や不適切な対応	2
本人の人格的な特徴	1
年齢	1
合計	18

少年非行と行為障害との関連について

— CDCL(Conduct Disorder Check List)による行為障害の診断と下位分類 —

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：

昨年および一昨年の調査研究で、自己記入式質問紙法による行為障害のチェックリスト(Conduct Disorder Check List：以下 CDCL と略す)を作成した。CDCL は行為障害であるか否かの判別および類型化の判別の尺度であって、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つの類型から構成されている。CDCL は矯正施設・学校・保健所・児童相談所・適応指導教室など様々なフィールドを持つ研究協力者のブレインストーミングによって質問項目を独自に考案し、昨年度、予備調査を行って修正・改善したものである。今年度は、この CDCL を用いて少年鑑別所、高校、専門学校で本調査を実施した。特に少年鑑別所において操作的診断基準である DSM-IV を用いて心理技官による客観評価も同時に行い、CDCL と照合して妥当性の検証を行った。

A. 研究目的

近年、不登校、ひきこもり、家庭内暴力などの非社会的問題行動とならび犯罪・非行など反社会的問題行動が、青少年における切実な社会問題としてクローズアップされており、その対策に苦慮している。これらの問題は、狭義の医療のみで対処するのは困難で、医療、教育、福祉、司法など様々な機関が、それぞれの役割・機能を生かしながら有機的に連携して関わることによって初めて対処可能になると考えられる。青少年の問題行動と関連の深い行為障害という診断名は操作的診断基準であるが、単なる分類と現象の記述にとどまっており、現在のところ治療・処遇といった観点からの有用性は高いとは言えない。このような現状を鑑みて、本研究では非行臨床の立場から実際の治療・処遇に有用な行為障害の診断および下位分類の尺度作成の試みとして自己記入式チェックリスト CDCL を作成し、本調査を行った。

B. 研究方法

これまでの調査研究で作成した CDCL 評価尺度の質問項目に、DSM-IV の ADHD に関連した項目などいくつか追加し、質問項目の内容を再検討して改善・整備した。CDCL 調査票は、非行歴、薬物歴、受診歴などを問う 6 項目、家族構成、両親の養育態度などを問う 6 項目、CDCL

評価尺度 78 項目の計 90 項目から構成されている。CDCL 評価尺度 78 項目の内訳は、暴力型、虚言型、未分化型がそれぞれ 20 項目、その他は肯定的自己像 10 項目、Lie Scale および ADHD 関連項目などである。

自己記入式質問紙法である CDCL 調査票を用いて、2003 年 10 月～12 月の期間に少年鑑別所、高校、専門学校の 3 群を対象とし、本調査を実施した。特に少年鑑別所においては DSM-IV を用いて心理技官による行為障害の客観的判定も行った。調査対象は、少年鑑別所 233 名、高校生 453 名、専門学校 66 名、合計 752 名であった。(表①)

統計結果の分析にあたっては、前回の予備調査を参考にして CDCL の質問項目を選定して判別分析を行い、その結果をもとに判別尺度を作成して、行為障害に該当するか否かの判別を行った。特に少年鑑別所群については、CDCL による行為障害の判別および類型の判別を行い、DSM-IV を用いた心理技官による客観評価と照合し、妥当性の検証を行った。

C. 研究結果

高校生群、専門学校群は行為障害に該当する者が少ないこと、鑑別所群の女子の人数が少ないこと、性差による行動パターンの違いが予想されることから、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、前回の予備調査を参考にして鑑別所群男子を対象とした。(※ 専門学校群については今回の分析対象から除いている。)

1) 一般群 (高校生男子) と非行群 (鑑別所男子) との判別

一般群 (高校生男子) と非行群 (鑑別所男子) の判別を行うにあたって、予備調査の判別分析から得られた 10 項目からなる判別尺度を適用し、データを処理したところ一致率は 70.1% であった。(表②) 念のため、今回のデータを用いて一般群と非行群の各項目でカイ二乗検定を行い、 $p < 0.001$ の有意差の得られた項目を選択したところ 28 項目抽出された。さらに Stepwise 法で変数選択を行い、11 項目抽出したが、そのうち 5 項目は予備調査と重複しており、主に暴力因子で構成されていた。

2) 行為障害かどうかの判別 (鑑別所男子のみ)

客観評価である DSM-IV の行為障害の診断基準を簡略化して 18 項目からなる DSM 項目を作成し、2 点以下 (非行為障害群) と 3 点以上 (行為障害群) の 2 群とした。その 2 群と CDCL の各項目との関連についてカイ二乗検定を行い、2 群間で有意差 ($p < 0.01$) のあった CDCL 14 項目を抽出した。これら 14 項目について行為障害有無の 2 群の判別分析を行い、準判別関数係数が 0.2 以上の項目を抽出すると CD10、CD20、CD33、CD65、CD75 の 5 項目となった。この 5 項目を加算した判別尺度を作成し、「12 点以下」と「13 点以上」の 2 群に分け、前者を行為障害判定群としたところ、一致率は 69.5% となった。(表③)

3) 行為障害群の類型化

前回の予備調査では鑑別所群の男子(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。これらの因子の一部を修正・変更して今回のデータを用いて同様の解析を行ったところ、第1因子「暴力型」、第2因子「虚言型」、第3因子「未分化型」、第4因子「肯定的自己認知」の4因子構造が得られた。(表④) これらは第4因子を除き、予備調査で得られた因子構造とほぼ同じであった。次に予備調査で作成した CDCL 評価尺度を用い、鑑別所男子群について下位尺度項目の得点を出し、信頼性分析を行った。(α 係数 : 暴力型 = 0.873、虚言型 = 0.773、未分化型 = 0.602) 予備調査では SD0.5 をカットオフポイントに設定したが、同じ基準で下位分類を行ったところ、暴力型 53 名 (28.5%)、虚言型 14 名 (7.5%)、混合型 40 名 (21.5%)、未分化型 8 名 (4.3%)、いずれにも該当しない者が 71 名 (38.2%) となった。ただし、下位分類の類型と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。(図①)

4) DSM 項目と CDCL 項目の比較検討

心理技官の客観評価である DSM 項目を用いて暴力型、虚言型、未分化型に分類し、CDCL 尺度による下位分類と比較したところ、暴力型ではかなり高い相関を示し、未分化型でも有意に相関していた。しかし、虚言型では有意な相関は見られなかった。(表⑤)

D. 考察

犯罪・非行など社会的な逸脱行動(または問題行動)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、青少年において経験的に見られる様々な逸脱行動のリストをもとに作成されたのが CDCL である。

一般群と非行群の判別において抽出された因子のほとんどを「暴力型」が占めており、2番目に「虚言型」、3番目に「未分化型」が寄与していた。この結果は、DSM-IVの行為障害の診断基準で暴力性が重要視されているのと同様に、非行の認定においても暴力性が重要視されて

いと解釈することができる。次に、非行と認定された鑑別所群（男子）の中で DSM-IVによる行為障害判定群と CDCL の各項目との関連を調べ、5項目が抽出された。この5項目の内訳を見ると「暴力型」が2項目、「未分化型」が3項目であることから、非行と認定され、かつ行為障害と診断されるためには産出症状である「暴力型」因子のみではなく、日常生活の様々な面に及ぶ規範意識の欠如やだらしなさ、すなわち欠落症状である「未分化型」因子の両方が必要であることが言える。これは、たとえば、いわゆる『いきなり型非行』のような単発の暴力行為は非行と認定されても、反復性・持続性・多方向性をともなわない場合には行為障害と診断されないことを反映している。

主観評価である CDCL 評価尺度と客観評価である DSM 項目との比較・照合の結果、「暴力型」と「未分化型」では有意な相関が見られた。しかし、「虚言型」では相関は見られなかった。このことから、虚言傾向のある非行少年は CDCL 調査票に回答する時にも嘘をついている可能性が高いことが示唆されるとともに、言語を用いた自己記入式質問紙法には限界があることを意味している。

E. 結論

- ① 自己記入式質問紙法による CDCL 評価尺度と操作的診断基準である DSM-IVの行為障害の客観評価を照合することにより、CDCL 評価尺度の妥当性が検証された。
- ② 一般群と非行群を判別するにあたっては、もっぱら暴力因子が重要であることが明らかになった。
- ③ 非行群において行為障害に該当するか否かを判別するにあたっては、暴力因子のみでなく、未分化因子も重要であることが明らかになった。
- ④ 類型の判別において、CDCL 評価尺度と DSM-IVによる客観評価を照合したところ、暴力因子、未分化因子では有意な相関が見られたが、虚言因子では相関は見られなかった。
- ⑤ 以上より、CDCL 評価尺度は行為障害の診断および下位分類において一定の有効性があることが認められた。

表① 所属×性別

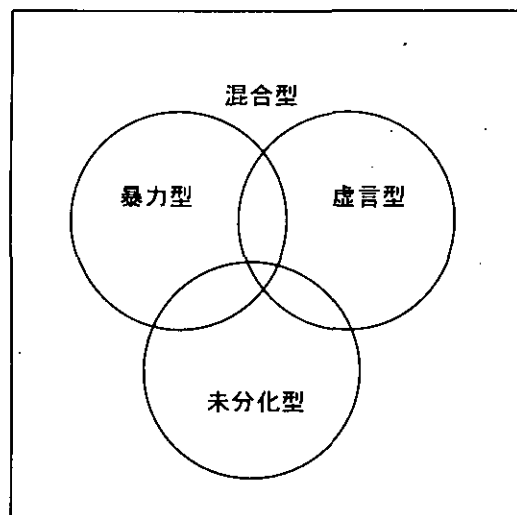
		性別		欠損値	合計
		男	女		
鑑別所	度数	186	43	4	233
	%	79.8	18.5	1.7	100
高校	度数	189	258	6	453
	%	41.7	57.0	1.3	100
専門学校	度数	40	26	0	66
	%	60.6	39.4	0.0	100
合計	度数	415	327	10	752
	%	55.2	43.5	1.3	100

表② 正準判別関数係数

	関数
10. 順番を待つのが苦手である(未分化)	0.275
20. 宿題など大事な提出物をよく忘れる(未分化)	0.250
33. 建物、看板、車などに火をつけたことがある(暴力)	0.412
65. カッとなって、暴力をふるい、後でやりすぎたと後悔することがある(暴力)	0.606
75. 将来やりたいことなど何もない(未分化)	0.207

表③ DSM得点×行為障害判別尺度

		行為障害 判定群	非行為障害 判定群
行為障害 (DSM>3)	度数	66	23
	%	51.5%	17.7%
行為障害でない (DSM<2)	度数	17	23
	%	13.1%	17.7%



図① 暴力型・虚言型・未分化型・混合型

表④ 因子分析結果(主因子法・バリマックス回転)

	暴力	虚言	未分化	肯定的 自己認 知
一方的に暴力をふるって相手を傷つけたことがある	0.732	-0.006	0.126	0.023
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	0.728	0.067	-0.018	0.063
たいした理由もないのに暴力をふるったことがある	0.693	0.081	0.161	0.131
見ず知らずの人に暴力をふるったことがある	0.623	0.076	0.121	0.030
ちょっと脅かすつもりが、つい手が出て相手を傷つけたことがある	0.587	0.192	0.065	0.087
よく作り話をする	0.070	0.550	0.198	-0.066
嘘を取り繕うために嘘を重ねることがある	0.111	0.549	0.160	0.009
見栄を張ってつい嘘を言ってしまう	-0.058	0.547	0.247	-0.090
借金を踏み倒すことがよくある	0.088	0.507	0.137	0.005
自分がついた嘘や作り話を現実と区別できなくなってしまうことがある	0.062	0.492	0.143	0.190
宿題など大事な提出物をよく忘れる	0.283	0.038	0.587	-0.007
よく物をなくす	-0.098	0.087	0.555	-0.070
順番を待つのが苦手である	0.129	0.028	0.534	0.007
あとさきを考えずにお金を浪費してしまう	0.045	0.207	0.496	0.108
なんとなく寄り道をして約束の時間を守れないことが多い	0.096	0.069	0.474	0.032
将来やりたいことがある	-0.196	0.054	-0.137	-0.551
人と話すのが好きである	-0.109	-0.172	0.070	-0.546
将来やりたいことなど何もない	0.226	-0.063	0.136	0.539
自分は明るい性格だ	0.095	-0.459	0.139	-0.498
親や先生とよく話すほうだ	0.035	-0.094	0.001	-0.473

表⑤ DSM得点による類型化×CDCLによる類型化

		暴力尺度		虚言尺度		未分化尺度	
		暴力あり	暴力なし	虚言あり	虚言なし	未分化あり	未分化なし
行為障害 である	度数	33	49	55	27	57	25
	%	40.2	59.8	67.1	32.9	69.5	30.5
行為障害 でない	度数	30	16	33	13	41	5
	%	65.2	34.8	71.7	28.3	89.1	10.9
χ ² 検定(両側)		0.007**		0.585		0.012*	

**P<.01 *P<.05

児童思春期精神障害ケースの処遇システムの日米比較

分担研究者 開原久代¹⁾

研究協力者 本間博彰²⁾ 犬塚峰子³⁾ 伊東ゆたか³⁾

柴崎喜久代³⁾ 西尾政子³⁾

1) 東京成徳短期大学幼児教育科 2) 宮城県中央地域子どもセンター

3) 東京都児童相談センター

研究要旨：

13, 14 年度は、児童福祉機関の調査や、研究者らの実務体験にふまえた現状のシステムの問題を取り上げたが、最終年度は、米国等の先駆的なシステムと日本のシステムとの比較を試みた。米国では、地域主導のシステムが、大学や病院を拠点に構築され、多領域専門家チームにより 24 時間対応、移動チーム、短期・部分入院、外来、デイケア、訪問・集中・緊急治療、家族支援、レスパイト、グループホーム、宿泊治療などの多様なプログラムが連続して利用され、入院期間の短縮と、地域と家族指導に重点がおかれている。日本は、昭和 48 年の東京都児童相談センター開設準備の児童福祉審議会答申で提言された「専門的移動チーム」がいまだに実現されず、一時保護所が 24 時間対応をおこなっているが、専門家チーム対応のレベルにいたっていない。最近、漸く、社会的入院の解消、児童福祉施設の小規模化、（専門）養育家庭重視などの行政指導がはじまり、宮城県からは知的障害者の脱施設宣言がなされるにいたった。しかし、欧米と比べて私立経営が大半を占める精神病院、児童福祉施設の脱施設への改革の歩みは遅く、乳児院廃止もまだ実現できず、年齢延長という手法をとるわが国の現状である。一方では、思春期精神障害、児童虐待関連のセンセーショナルな事件がおこるたびに、精神医療・福祉のシステムの不備が繰り返し論議され、論客を増やしているが、現状のシステムの抜本的改革とは何ら結びついていない。最近、漸く、米国とは 40 年のひらきがあるが、日本でも、地域に根ざした NPO 活動が活発となり、精神障害者のグループホームや、地域生活支援事業が小規模なシステムを担うようになってきた。行政主導のシステム改革をめざすより、民間・専門家主導の地域システムを育てる行政支援が望まれる時が来ている。

A. 研究目的

児童福祉機関に在籍する困難事例をとおして、児童思春期精神障害の問題に対応する日本の精神医療・保健・福祉のシステムの現状を明らかにし、最終年度は、米国等の他国の先駆的なシステムと比較し、多くの適切な提言がありながら日本ではなぜ、子どもの最善の利益という視点でのシステムが根付かなかったかを検証する。また、あくまでエビデンスにふまえた研究を心がけ、福祉・医療の行政、NPO の地域活動の動きを、欧米の流れと比較しながら、多面的

視点から検討し、システムのあり方を考える。

B. 研究方法

本分担研究は、児童福祉機関の立場を代表することが課せられたが、2点の研究姿勢で取り組んだ。第1点は、出来るだけ、記入者の専門性が不明なアンケート調査に依存することを避け、エビデンスにもとづく実態の把握を重視した。そのため、第一年度は、全国を対象とした児童福祉機関へのアンケート調査をおこなったが、集計データとともに、自由記載の記述を重視し、全記載を詳細に分析した。第二年度は、東京都を対象とし、児童福祉機関在籍の被虐待児に焦点をあてた研究協力者らによる福祉局の施設調査を取り上げたが、これはあくまで施設職員の意見の集約として参考にした。裏付けとして、分担・研究協力者みずからが面接、長期フォローをしたケースの経過所見を重視した。最終報告となる本研究は、処遇システムの国際比較を念頭に、米国を中心とする先進的なシステムの調査と、3年間の研究の総括を試みた。米国訪問による調査は、研究年度内には実現出来なかったが、方法として1966-68年に分担研究者がフルブライト留学生として Johns Hopkins 大学病院の児童精神科フェローとして体験した米国の実状を基盤に、35年の経過を、文献資料、ホームページ(HP)、当時の医師との個人的情報交換をもとに調査した。その他、欧米、カナダの児童精神科医療機関のHPを約50カ所調べ、先駆的な試みを行っているシステムを取り上げ、文献による裏づけをとった。

日本の実状については、東京都福祉局に常勤児童精神科医として34年在籍した分担研究者の体験と、平成15年より分担研究者が理事長をつとめる青年精神障害者のグループホームの実践をとおして、日本の精神科医療・保健・福祉の変遷のエビデンスをまとめた。

研究姿勢の第2点は、本研究がバスジャック事件などの頻発した少年事件を契機に企画されたが、最終年度の本年1月には、岸和田市の虐待事件が報道され、センセーショナルな事件があるたびに明るみにされる日本の児童思春期精神医療・福祉のシステムの不備が論議の的となるが、なんら手応えのある改革が実現していない背景を明らかにすることである。

C. 結果

I. 米国・カナダの児童・思春期精神医療のケアシステムの状況

1. テネシー大学医療センターの児童思春期精神科デイ・トリートメント部門の Kiser らの論文により、米国の精神保健の40年の変遷と児童・思春期の困難ケース対応の実状をみる¹⁾。

1963年、ケネディ大統領教書により、地域精神保健センター条例が施行され、脱施設、地域、家庭の役割の重視、経費の効率化が目標とされ、児童思春期の精神科治療に部分入院を中心とした包括的サービスが導入された。しかし、1980年代までは部分入院や家族治療モデルは、中等度から重度のケースにはなじまないことや、家族の負担が大きいことからあまり活用されなかった。一方、入院治療に慣れきった職員や、入院治療に高い医療費補助があることにこそ問題があるという指摘もあり、1990年代には、経費軽減と、臨床内容の充実をめざした、連続的

なケア・システムが普及していった。

Kiser によると、部分入院、デイ・トリートメント、外来の三本立てからなる「可動的な精神保健サービス連続体（Continuum of ambulatory mental health services）」の特色は、①サービス対象は、児童思春期の精神疾患と薬物依存ケースで、外来のみでは得られない集中治療が可能で、24時間入院のように拘束されないこと。②個別治療プランをたて、ケースのニーズにあわせた包括的評価による積極的な治療をサービス。③日常生活から切り離されることのないサービス。④サービスには、こどもと家族の積極的参加が前提。⑤常時サービスが受けられ、緊急時には24時間対応と入院が保証される。⑥経費の効率化。

このサービスは、最小限の制限環境で、集中治療を行うことをめざしているが、家族の協力が得られない場合は実施できない。非行、摂食障害、アルコール・薬物依存や頭部外傷による衝動的な思春期ケースの対応では、スタッフは疲労困憊し、身体拘束と静養室対応も検討課題となっている。家族の協力が得られず、地域受け入れが困難なケースは、入院の継続や地域のシェルター対応となっている。

2. 米国児童思春期精神医学会(American Academy of Child & Adolescent Psychiatry)のHPによる「子どものケアの連続体(The Continuum of Care for Children and Adolescents)」システムの説明より：

コミュニティは、精神疾患の子どもに異なった治療プログラムやサービスを提供し、その総称を「ケアの連続体」と呼ぶ。どのコミュニティも、すべてのサービスプログラムを「連続体」として用意する必要はない。精神病院や他のケア・システム組織が多くのサービスを「連続体」として用意しているから。いくつかのサービスが用意出来れば、その組織はヘルスケア・システムと呼べる。子どもの行動・情緒の問題を心配した時、まず児童精神科医のような認定された精神保健の専門家の評価を受けること。その評価の結論により、専門家はその地域の「連続体」の中からある種のサービスやプログラムをすすめる。専門家は通常、保険会社か、精神保健給付金管理組織（managed care organization）の認定を受けることが要求されている。また、公的財源によるプログラムは、特定の州機関の認可が必要。プログラムやサービスが無認可であると支払いが受けられない。「ケア連続体」の中の様々なサービスやプログラムには下記のものがある。

相談室や外来クリニック：1時間以内の面談で、ニーズにより週の回数がきまる。

集中的ケースマネージメント：訓練を受けた職員が、子どもが家庭や地域でうまく生活出来るように、精神科医療、金銭的、法律、医療面のサービスの調整や提供をおこなう。

家庭を基盤とした治療サービス：特別な訓練を受けたスタッフ・チームが家庭訪問をして子どもと家族支援の治療プログラムを実践する。

家族支援サービス：子育て支援サービスで、親訓練や親支援グループなどがある。

デイ・トリートメント・プログラム：集中治療プログラムで、特別教育を伴う精神科治療を提供する。子どもは通常、週5日通所。

部分入院 (デイ・ホスピタル)：精神病院のすべての治療サービスが提供されるが、患者は夕方帰宅する。

救急・危機介入サービス：緊急時は1日24時間サービスを提供（例：病院救急室利用、移動型危機介入チーム利用）

レスパイト・ケア・サービス：患者は特別訓練を受けた人と家から離れて短期間生活する。

治療的グループホーム (地域住居)：1家庭に6～10人の子どもを含む治療プログラムで、デイ・トリートメントや特別教育プログラムと連携している。

緊急時住居：通常15日以内の短期危機介入と治療を提供。患者は毎日24時間指導を受ける。

宿泊治療施設：重い症状の患者が学園風環境で、長期滞在して集中的で包括的な精神科治療を受ける。

入院治療：病院で包括的精神科治療を受ける。治療は子どものために特別にデザインされたもので、治療期間は様々。

3. ミシガン大学の精神保健システム (HP より)

これは、2.の「子どものケアの連続体(The Continuum of Care for Children and Adolescents)」をまるごと実施。HPも人稱をかえる程度ですべて同じ内容。

4. テキサス州のNIX医療センターのHealth Care SystemのBehavioral Health Servicesの入院部門 (HP より)

思春期プログラムは12～17歳対象で、急性症状の安定化と教育と治療、本人と家族システムへの変化をもたらすプログラム。児童プログラムは情緒・行動上の問題のある5歳～12歳児対象。学校教育と多専門職による治療プログラム。家族治療に重点がおかれ2日ごとの家族セッションがある。特色として休日なしの24時間体制。地域資源との連携。迅速対応。家族治療、薬物依存教育、バイリンガル・スタッフなどが強調されている。

5. Johns Hopkins 大学病院の児童・思春期精神科の臨床サービス (HP より)

分担研究者がフェローとして参加した1966-68年当時も既に先駆的な試みがなされており、多動児(ADHD)を中心とする予約外来治療、地区内の黒人ケース対象の一般外来があり、入院は別フロアの小児センターを利用しており、地域精神医学の考え方ははじまったばかりであったが、自閉症児は郊外の邸宅で小グループの宿泊治療が行われていた。

1975年代には、健保制度、ケア内容の監査、地域ケア重視、メリーランド州立大との児童虐待対応の連携、医師の地域偏在解消などが報告されている。

現在は、外来は、専門医相談、親教育、ケースマネジメント、服薬マネジメント、心理治療が行われ、ADHD、Tic、うつ病、広汎性発達障害などの専門外来があるが、1966年当時も同様のことが実施されていた。しかし、郊外の関連クリニックの増加、長期フォローアップクリニック、小児病院内の入院、デイ・トリートメントが充実している。入院は15床³⁾、デイ・トリ

ートメントは定員 6 で、市外の家族のための宿泊施設が安い費用で隣接した場所にある。治療は多領域専門家チームによるサービス体制をとっている。その他、小児科、小児救急室との連携、東ボルチモア住民（黒人地区）への包括サービスを市の精神保健部と 19 箇所の公立学校と連携しておこなっている。そこでのサービス内容は、危機介入と急性症状の安定、外来診断と治療、学校からの相談と治療、放課後と夏休みプログラム、家庭サービス、トラウマ対応である。

6. カナダの North York 総合病院の児童・思春期の精神保健サービス・システム（HP より）

これは、健康・長期ケア省庁により設置されたトロント周辺地区のネットワーク・サービスの一つで、North York 総合病院は 5 カ所の地区小児保健センターの一つとして選ばれている。内容は、19 歳までが対象で、重い精神保健の問題をかかえていることが条件。入院は 6 床で、4~6 人対象のデイ・ホスピタルと救急サービスと緊急ケア・クリニックからなる。入院対象は重症で不安定な患者で 10 日間限度の入院、デイ・ホスピタルは、地域復帰を支援し、3~6 週間通院、入院候補にも対応する。緊急ケア・クリニックは、救急部門で扱ったケースで入院を必要としない患者を 24 時間から 72 時間フォローし、地域資源につなげる。児童・思春期精神保健サービスは包括的で、家族中心、個別治療、学校を含めた他機関との連携をめざし、5 カ所の機関と連動する家庭訪問指導の移動チームがある。年間入院は約 200、デイ・ホスピタルは 100 を対象とする。

7. 関係者との交信による情報から

HP や文献からの情報では、エビデンスを把握することは難しいが、脱入院、脱施設の流れの中で地域復帰をさせるには数倍の苦労があること、地域復帰がホームレスを増加させるというレポートが 1970 年代の Johns Hopkins の医学誌にみられ、1990 年代には Managed Care(HP)の圧力の中での医師たちの苦悩が語られている。米国は精神科医 4 万、児童精神科医 6900 と日本より多いが、人口が 2 倍、困難ケースの割合は日本より多い中で、たえず様々な取り組みがなされている。社会情勢により財政的圧迫、地域による偏見により児童・思春期精神医療・保健のシステムの運用が必ずしも順調でないという情報も寄せられている。

II. 日本の児童・思春期精神医療・保健・福祉のケア・システム

児童福祉機関の立場から、分担研究者らが担当した東京都児童相談センターの治療指導課と一時保護所の医療・保健のケア・システムと、分担研究者がかかわっている青年期精神障害者のグループホーム（社会福祉法人めぐはうす）のケア・システムを紹介する。

1. 東京都児童相談センター治療指導課のデイ・トリートメントと宿泊・通所治療^{2,4,5,6,13)}

昭和 50 年、児童相談センター開設に伴い、常勤児童精神科医師を配置し、心理、指導員、

保育士、非常勤療法士（音楽、造形、言語、レクリエーション）による多職種チーム治療が開始された。ソーシャルワーカーは配置されず、ケースは地区担当の児童福祉司が選んだものが送られる仕組みであったため、治療ニーズより、福祉ニーズの高いものが送られてきた。治療指導課を希望する都民があっても、担当福祉司の意向にそぐわないと紹介されないという事情もあった。初期の 10 年間は主に発達障害幼児と母親のデイ・トリートメントが中心で、学齢情緒障害児の通所指導が土曜日に行われた。昭和 60 年から定員 16 の宿泊治療が開始され、不登校を主訴とする学齢児を対象とし、3 ヶ月単位の包括的短期集中治療がおこなわれ、平行して通所、フォロー指導も実施し、欧米の先進的プログラムを参考に治療体系を築いてきた。障害、不登校児童に対応する地域機関の増加に伴い、平成 9 年からは、従来の学校不適応児童とともに、被虐待児の一時保護機能も代行するようになり、社会のニーズにあわせた対応をたえずおこなってきている。不登校が主訴であっても、行為障害、精神疾患、被虐待の児童が含まれており、家族背景も両親がそろっている児童は常に 50% 以下で、医療機関の対象とは大きく異なり、治療援助と福祉援助の両者が必要なケースが多いのが特徴である。

2. 東京都児童相談センター 一時保護所

全国の中央児童相談所と一部の児童相談所には一時保護所が併設されているが、児童相談所自体に常勤の精神科医が配置されているところは最近の調査でも 18 カ所¹⁴⁾で、極めて少ない。本研究の 13 年度調査では、一時保護所に専門サポート機能を期待する意見と、現状では不可能という消極意見がよせられたが、児童相談センター一時保護所では、児童・思春期精神医療関連では下記のことがおこなわれてきた。入所対象は 2 歳から 17 歳で、定員は開設時より縮小され、現在は 48 で、常時満杯状態となっている。一時保護所専属の医師の配置はないが、他課の常勤医（非常勤医）が、入所直後に、全員の総合診察をおこない、入所中の健康管理を担当し、行動上の問題がある時には頻繁な面接と関係者協議をおこなっている。困難事例については入所前の協議、入所後の行動観察と受け入れ先との交渉や、時に管外児相ケースも引き受けて全都的対応をおこなっている。一時保護所は 24 時間対応であるため、疾病、怪我には夜中、休日も小児科医が対応し、必要な場合は緊急入院の手配をとっている。警察経由の入所は、迷子、家出浮浪者、被虐待児等が、夜間遅くに入所することが多く、中には、年齢を 17 歳以下に偽る家出放浪者や、精神疾患・知的障害の成人も年齢不詳として送り込まれることがある。診断選別して警察に戻しているが、システムが明確でないために、関係者は多大な苦勞を強いられる。また、一時保護所の学齢児は、教護、養護関係児童も、情緒障害児童も一緒に集団生活が原則であるため、入所により新たな不安症状を加え、その対応も精神科医の役割となっている。静養室は通常、感染症などの疾患児に使用しているが、定員に余裕がある時は、集団参加ができない児童のために 1 室を空けて対応することがあるが、一時保護所に個室処遇の場を設けること、教護、養護、情緒障害の児童の混合処遇の改善は長年の悲願であるが、常に、早く退所させ、病院や施設に移すこと、入所を断ることが前提となり、処遇方法の改善に結びついてこなかった。

家庭内暴力、虐待のために緊急入所する子どもの真の姿を最初に総合診断する場として一時保護所は最高の児童・思春期精神医療の場となっており、米国の緊急介入、24時間対応のシステムに匹敵するが、ソーシャルワーカーの配置がなく、別の部署にいる地区担当児童福祉司との連絡には多くの困難を伴っている。大半の一時保護所は、医師不在、専門職員不在という状況であるため、処遇に必要な診断がなされずに、受け入れ拒否やたらいまわしという結果となっているのが実状である。

3. 社会福祉法人めぐはうすの実践⁹⁾

世田谷区で最初の精神障害者グループホームで、精神病院の勤務経験のある看護師らを中心として精神保健福祉士、医師らの協力で1993年に任意団体として設立され、全国のグループホームでは数少ない青年精神障害者を対象とし、4人定員のグループホームと、共同作業所、地域生活支援センター、電話相談、面接相談等の活動をおこなっており、利用者は複数のプログラム参加により社会復帰をめざしている。スタッフはグループホーム利用者には24時間対応の体制をとり、電話相談事業は、土日祭日を含め、夜間9時まで行い、ボランティア、ユーザーの協力も得て、少数のスタッフで、食事会、商店街清掃、ピア活動等の多数のプログラムを運営している。児童福祉施設、児童精神病院を経由した困難事例（14年度報告例を含む）の受け入れもあり、中には、分担研究者らが、児童相談センター治療指導課、一時保護所で小学校低学年からかかわった事例もあり、ピアスタッフとして成長している姿がみられている。

D. 考察

1. 日・米・カナダの処遇システムを比較して

日本の児童精神科医療機関については他の分担研究者の報告にゆだねるが、入院定員数、入院期間の大きさから米国のシステムとの比較は困難である。むしろ児童福祉機関の立場から、東京都児童相談センターの治療指導課および一時保護所、社会福祉法人めぐはうす、児童福祉施設の実状にふまえて、日米（カナダ）のシステムの比較を試みたい。

1. 米・カナダの「連続体」専門システムの多くは、精神・行動上の問題の重いケースが入院対象となっており、短期入院のあと地域システムに移行させている。また、治療スタッフ、治療プログラムは別組織の監査を受け、適切でなければ医療費補助が受けられない仕組みとなっている。

日本の福祉機関は定員主義で、児童福祉施設は、扱い易いケースで定員を満たし、早期退所による家族再統合や里親委託に消極的となり、困難ケースの受け入れ拒否や、たらいまわしに結びついているが、これは行政監査が定員充足や事故発生を重視し、処遇の必要度や緊急入所の優先度をチェックする機能をもたないためと考えられる。また、13年度調査の自由意見でも、児童相談所の施設入所の決定への疑問がだされていたが、子どもの心と行動の所見より、関係者の伝聞情報に支配されることがあるので、子どものニーズにあわせた監査のシステムが必要

となっている。

2. 24 時間対応、短期入所、他機関・警察との連携、児童精神科医師の常駐と多職種チームのかかわりについては、東京都児童相談センターの治療指導課と一時保護所は多少、米・カナダのケアシステムに近い面があり、しかも指導費は無料という特色がある。しかしシステムとして確立したものではなく、在職医師たちの個人的努力によるものが大きい。児童相談センター開設の準備段階で提言されていた専門移動チームは、米・カナダではどこにもみられる体制であるが、日本の医療・福祉機関ではまだ実現されていない。

3. 米・カナダの処遇システムでは、大学病院や医療センター内に設置されたものを紹介したが、カナダは行政主導のシステム、米国も大学主導でも、地域保健センターなどの公的機関と連携している。一つのケア・システムの入院ベット数は少ないが、地域内病院のシステムと連動したり、「連続体」システムの中でやりくりしている。東京都児童相談センターでは、児童・思春期精神科等の医療機関との連携は、両者の医師たちの努力で類似の活動はおこなっているが、福祉・医療のシステムとして確立されたものではない。13 年度の児童福祉機関へのアンケート調査において、少数ではあったが、児童・思春期の心と行動の問題を有するケースは病院で扱うべきという意見が寄せられているが、児童相談所のシステムを充実させるべきか、病院内に米・カナダのようなシステムをつくるべきかが今後の課題である。

4. 米国の脱施設、脱長期入院の歴史には、地域の生活支援、グループ・ホームやシェルターの発展が基盤となっているが、日本でも 10 数年前からそうした動きがはじまり、専門家と利用者の視点で設立された精神障害者のグループホーム「めぐはうす」を紹介した。任意団体として発足し、NPO 法人となったが、個人奉仕に依存するところが大きく運営は苦しかったが、2000 年の社会福祉事業法の改正で社会福祉法人の要件緩和があり、2003 年にグループホームと地域生活支援センターの社会福祉法人として認可された。児童福祉機関と児童精神病院を經由した 18 歳以降の事例や、精神病院の入退院を繰り返す青年を受け入れ、児童・思春期精神・福祉システムの一部としての役割を果たしている。

II. なぜ、日本では脱施設、脱長期入院と地域支援のシステムが発展しなかったのか。7.8.10.12.15)

1. 既存システムが優先され、利用者、子どもの視点にたつ監視システムがない。

日本では 1919 年に精神病院法が施行されて以来、一貫して私立病院を中心に、精神病床が増え続け、先進国の窺感をかってきた。米国は、精神病院の大部分が州立、郡立の公立病院であったため、1960 年代後半の脱入院の施策改革がやりやすかったといわれている。日本では、平成 6 年にウォルフレンの「人間を幸福にしない日本というシステム」が多くの人に読まれ、そのころから、市民、利用者の視点での活動が盛んとなり、医療・福祉領域の施策の改革の波が押し寄せてきた。平成 7 年にノーマライゼーション施策が立ち上がり、平成 14 年には児童福祉領域にも、施設の小規模化、グループホーム、養育家庭、専門里親の推進が打ち上げられた。しかし、精神病院と同じように児童福祉施設も民間経営が多いため、縮小、解体は、米国、