

I. 各種専門機関

ガイドラインでは各地域における対応・連携システムに児童相談所、教育機関、精神保健福祉センター、保健所（保健センターを含む）、警察、医療機関の6機関を基本的構成機関とした上で、さらに事例の特性や地域の状況に応じて、他の専門機関の参加も考慮します。

市川市モデル研究の参加予定機関（括弧内は参加予定もしくは、オブザーバー機関）

国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科	市川児童相談所
市川市教育センター	市川保健所
（市川警察）	（千葉県精神保健福祉センター）

II. 事務局および運営委員会

①事務局

本ガイドラインでは、対応・連携システムの事務局は精神保健福祉センター、あるいは児童相談所内に設置することを現状では推奨します。事務局となった機関では専門の担当者を決定してください。事務局の担当者は、各参加機関の担当者と直接連絡を取り合いながら、活動的な事務局にすることを心がける必要があります。

主な活動は以下の4つです。

1. 事務局は、本システムによる事例の検討を希望する機関がアクセスできる「窓口機能」を果たします。
2. システム利用希望があった際には、当該事例に関する基本的な情報収集を行います。運営委員と共にケース・マネジメント会議の開催を検討します。
3. ケース・マネジメント会議の開催日程、および参加機関の範囲などを運営委員と共に検討します。
4. 児童思春期の問題行動、対応・連携システムの概要およびその利用法などを地域に向けて発信する、啓発活動を計画します。

本モデル研究では、以下を事務局とします。

国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科
宇佐美政英・小平雅基
〒272-8790 千葉県市川市国府台 1-7-1
tel 047-372-3501（代）
Fax 047-318-4622

②運営委員会

参加が決まった各種専門機関から運営委員（担当者）を一人決定していただきます。市川市モデルでは、国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科、市川児童相談所、市川市教育センター、市川保健所から各一名ずつ担当者を決定していただき、平成16年12月中に第1回運営委員会の開催を目指します。その活動内容は、①対応・連携システム全体の企画運営を事務局と共に行うこと、②事務局を通じたケース・マネジメント会議開催の申し込みに応じて協議し、ケース・マネジメント会議の開催とその参加機関の決定を行います。

III. ケース・マネジメント会議

ガイドラインでは精神保健福祉センター、保健所・保健センター、児童相談所、教育機関、医療機関、警察の6機関がケース・マネジメント会議の基本的構成機関とし、これらに検討対象である事例に実際に関与してきた諸機関をその都度加えて、ケース・マネジメント会議を開催することが推奨されております。

ケース・マネジメント会議は、参加機関の担当者が直接顔を合わせ、お互いの機関の特性について常に情報交換をしい、そのことを通じて互いに理解しあうことを目指すものでもあります。そうした相互の理解を前提とした、子どもの心と行動の問題に対する治療・支援のための「顔の見える連携」ネット・ワークを地域に根付かせることを目指しております。

市川市モデルでは、国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科、市川児童相談所、市川市教育センター、市川保健所および、関係機関から事例担当者が集まり、ケース・マネジメント会議にて以下の活動を行います。

資料1 平成16年度厚労科研「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」

1. 現在の処遇をめぐる問題のために、ケース検討の必要性を感じた機関の要請により、事例の評価を行い、処遇を検討します。
2. すでに本システムが関与している事例に関する、現在主に関与している機関から提出された定期報告を検討し、処遇の再検討を行います。
3. 緊急対応を求められる事例の検討を求められた場合には、遅滞なく「緊急事例検討」のためのケース・マネージメント会議を開催します。

IV システム運用の流れ

まず、困難事例を抱えた機関からのシステム利用の申し込み（別紙使用）を事務局が受ける「受理（Acceptance）」から始まり、ケース・マネージメント会議にて「評価・介入計画の立案（Evaluation・Planning）」が行われ、その後、介入計画に基づいた各種専門機関による「介入（Intervention）」を行います。さらに、各機関による介入経過の情報を事務局が「追跡（Follow-up）」して一括管理をし、その情報を元にケース・マネージメント会議にて介入状況の再評価を行います。この事務局→ケース・マネージメント会議→各種専門機関→事務局→ケース・マネージメント会議→各種専門機関という流れが、本システム利用時の基本的な流れとなります。そして、ケース・マネージメント会議にてシステム利用の必要性がないと判断された場合には「終了（Termination）」となります。

V システムのもつ機能

ガイドラインでは対応・連携システムが持つべき機能として「事例検討機能」「情報統括機能」「処遇決定機能」の3種類の機能を提唱しております。

① 情報統括機能

下記情報をシステム事務局が統括します。

1. システム利用を希望する事例に関する情報（様式1 事例検討申込書）
2. システム利用中の事例に関する情報（様式2 定期状況報告書）
3. システム利用終了後の事例に関する情報（必要な事例のみ）

② 事例検討機能および処遇決定機能

ケース・マネージメント会議が事例検討機能を担います。システム事務局から提供された事例の情報をもとに、参加機関の担当者による包括的な事例検討を行います。事例検討には、定期的に行う定期事例検討と緊急事例検討（現在、対応困難に陥っている事例を緊急的に評価検討する）の2種類があります。ケース・マネージメント会議は、この検討に基づいて処遇決定機能を持つことが推奨されます。この処遇決定とは、1. 問題行動に応じた処遇の決定、2. システムに参加する機関の決定、3. システム利用終了の決定です。ただし、この処遇決定機能をどの範囲で保持するかは、事例の特性により柔軟に決定すべきです。

資料 2

「市川市における行為の問題を抱えた児童思春期の子どもに対応する地域連携システムの設置・運用に関する検討」

「市川市における行為の問題を抱えた児童思春期の子どもに対応する
地域連携システムの設置・運用に関する検討」

第 1 回運営委員会

参加機関・部署一覧

所属機関・部署
市川児童相談所 診断指導課
市川市教育センター
市川市健康福祉センター（市川保健所） 地域保健福祉課
市川市役所保健福祉局 保健部 子ども部 発達支援課 子育て支援課
千葉県精神保健福祉センター（オブザーバー施設）
国立精神・神経センター精神保健研究所 児童・思春期精神保健部 国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科 心理・指導部

資料3

「大分地区における行為の問題を抱えた児童思春期の子どもに対応する
地域連携システムの設置・運用に関する検討」打ち合わせ会

参加機関・部署一覧

所属機関・部署
大分県精神保健福祉センター
大分県中央児童相談所 所長
大分県警察本部 少年課 大分っ子フレンドリーサポートセンター
大分大学医学部脳・神経機能統御講座
山本病院
大分家庭裁判所 (オブザーバー参加)
国立精神・神経センター精神保健研究所 児童・思春期精神保健部 国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科

児童精神科外来における反抗挑戦性障害と行為障害

主任研究者 齊藤万比古¹⁾

研究協力者 宇佐美政英²⁾ 小平雅基²⁾ 渡部京太²⁾ 清田晃生¹⁾ 金樹英²⁾

前田亜紀²⁾ 柳下杏子²⁾ 水本有紀²⁾ 藤井 猛²⁾ 山田慎二²⁾ 伊藤一之²⁾

佐藤至子²⁾ 入砂文月²⁾ 秋山三左子²⁾

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所 児童・思春期精神保健部

2) 国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科

研究要旨：

本研究では、平成16年6月25日から平成17年1月21日までに国立精神・神経センター国府台病院児童精神科を受診した400名の児童を対象に反抗挑戦性障害(ODD)症状および行為障害(CD)症状の有無について調査を行った。400名中にODD症状を認めた児童は169名、ODDと診断された児童は58名であった。CD症状は62名に認め、CDと診断された児童は11名であった。ADHDと診断された児童53名のうち66%にODD症状を認め、34%にCD症状を認める結果であった。CDと診断された11名のうち4名がADHDの重複診断を受けていたこともわかり、様々な文献で指摘されているようにADHDとCDの併存率の高さが明らかとなった。この400名をODD症状およびCD症状の有無で4群に分けて比較検討した。その結果、CD症状を認めた児童のうち11%はODD症状および攻撃的CD症状(喧嘩、イジメ)を一つも認めないことがわかった。このことは諸外国の文献でも示唆されているようにADHDを中心とする「ODDから展開する攻撃的CD」とそのような展開をしない「ODDを認めない非攻撃的CD」という二つの疾患概念を指し示していると考えられる。今後はCDと診断された児童を対象にこの二つの疾患概念を中心とした調査を行っていきたい。

A. 研究目的

1980年にアメリカ精神医学会における「精神疾患の診断・統計マニュアル第Ⅲ版」によって「行為障害」という疾患概念が登場したことで、わが国ではそれまで「非行」として扱ってきた問題が、精神科医療の関与すべき問題となり混乱が生じた。その結果、行為障害だけの診断であっても年少例や、行為障害以外の精神疾患が存在しており、その治療が優先される事例では、精神科医療機関の介入が社会的に求められるようになった。それと時期を同じにして、重大な少年犯罪を契機に社会的に行為障害への注目が集まってきており、そ

の早期発見・早期介入について議論されるようになってきた。

本研究は、そのような社会的背景を元に、主任研究の一環として児童精神科を受診する全ての児童の中に、DSM-IV-TR¹⁾において破壊的行動障害として規定されている反抗挑戦性障害(ODD)および行為障害(CD)の診断基準に記載されている行動様式(以下ODD症状およびCD症状とする)を初診時に認める児童の実態を把握することを目的として行われた。

B. 研究方法

平成 16 年 6 月 25 日から平成 17 年 1 月 21 日までに国立精神・神経センター国府台病院児童精神科外来を受診した 20 歳以上の成人を除く 413 名を対象としたアンケート調査を各主治医に調査用紙（別紙 1）を用いて行った。アンケート調査では、年齢、性別、DSM-IV-TR における I 軸診断および II 軸診断、虐待歴、不登校、社会適応、DSM-IV-TR における反抗挑戦性障害および行為障害の診断基準各 8 項目および 15 項目それぞれの有無、そのような問題行動の家庭内限局性、などを調査内容とした。本研究ではアンケート調査を行った 413 名のうち診断保留を除いた義務教育年代 400 名を対象とし、主診断および ODD 症状、CD 症状などについての検討を行った。

（倫理面への配慮）

本調査において研究対象者の人権が損なわれないように、細心の注意を払い、人権の保護に努力した。具体的には調査は個人が特定されるような質問事項は設置せず、個人が特定される恐れのある情報を収集しなかった。

C. 研究結果

1. 年齢・性別・診断

調査対象とした児童 400 名の平均年齢は 10.2 ± 3.3 歳、性別は男子 242 名、女子 158 名で男児が圧倒的に多い結果であった(図 1)。年齢では 6～8 歳をピークと、12～14 歳をピークにする二峰性の特徴を認める結果であった。

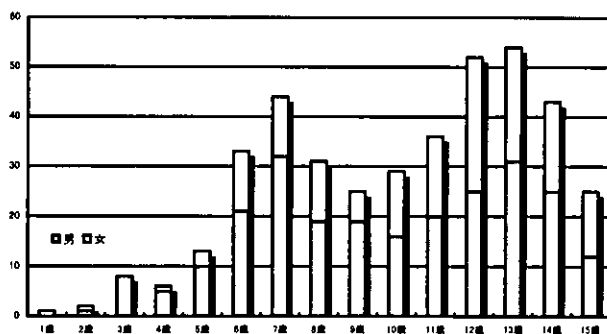


図 1：年齢・性別分布 (n=400)

次に DSM-IV-TR における I 軸診断および II 軸診断について述べる。対象とした 400 名全ての主治医から回答を得た。重複診断の際には、各

主治医に主診断を一つ選択してもらい、その結果を集計した（表 1）。最も多い一群として、自閉性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害を含めた広汎性発達障害（PDD）で、126 名(32%)であった。ついで、適応障害が 55 名(14%)であり、注意欠陥/多動性障害（ADHD）が 53 名(13%)、不安障害が 48 名(12%)、身体表現性障害が 26 名(7%)であり、この 5 疾患で全体の 78%を占めている。その他に認めた疾患としては、精神遅滞が 15 名、気分障害が 13 名、精神病性障害が 10 名、反抗挑戦性障害が 8 名、行為障害・摂食障害・分離不安障害およびチック障害が各 6 名、解離性障害・選択性緘黙が各 4 名、学習障害が 3 名、睡眠障害や常同運動障害などのその他の障害が 11 名であった。

他の主診断との重複診断を含めると反抗挑戦性障害は 62 名(15%)となり、同様に行為障害は 11 名（3%）であり、以下にその詳細を述べる。

表 1：400 名の初診時主診断

診断名	児童数
広汎性発達障害	126
適応障害	55
ADHD	53
不安障害	48
身体表現性障害	26
精神遅滞	15
気分障害	13
精神病性障害	10
反抗挑戦性障害	8
摂食障害	6
行為障害	6
分離不安障害	6
チック障害	6
解離性障害	4
選択性緘黙	4
学習障害	3
その他	11
計	400

2. 反抗挑戦性障害

DSM-IV-TRにおける反抗挑戦性障害の診断基準である以下の(1)～(8)までの各項目(以下 ODD 症状)について、その初診時での有無について「認めた」・「認めない」の選択肢の中から選ぶ形式で質問を行い、400名すべての結果を得ることができた。

- (1) しばしばかんしゃくを起こす
- (2) しばしば大人と口論をする
- (3) しばしば大人の要求、または規則に従うことを積極的に反抗または拒否する
- (4) しばしば故意に他人をいらだたせる
- (5) しばしば自分の失敗、無作法な振舞を他人のせいにする
- (6) しばしば神経過敏または他人からいらいらさせられやすい
- (7) しばしば怒り、腹を立てやすい
- (8) しばしば意地悪で執念深い

(a) 反抗挑戦性障害の診断項目を一つでも満たした児童 169名

上記の8項目の行動様式のうち1項目でも認めた児童は400名中169名(42%)であり、平均年齢10.1±3.1歳、男子242名、女子158名であった。満たした項目数をみると、8項目のうち1項目を認めた児童が47名、2項目を認めた児童が32名、3項目が29名、4項目が16名、5項目が17名、6項目が9名、7項目が11名、8項目が9名であった(図2)。

各項目別に見てみると、「しばしばかんしゃくを起こす」が最も多く127名(75%)であり、ついで「しばしば怒り、腹を立てやすい」が87名(51%)、「しばしば大人と口論をする」が70名(41%)、「しばしば神経過敏または他人からいらいらさせられやすい」が69名(41%)、「しばしば大人の要求、または規則に従うことを積極的に反抗または拒否する」が67名(40%)、「しばしば故意に他人をいらだたせる」が53名(31%)「しばしば自分の失敗、無作法な振舞を他人のせいにする」が45名(27%)、「しばしば意地悪で執念深い」が33名

(20%)であった(図3)。

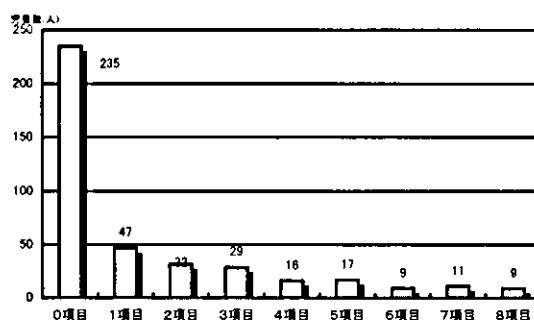


図2: ODD診断項目数 (n=400)

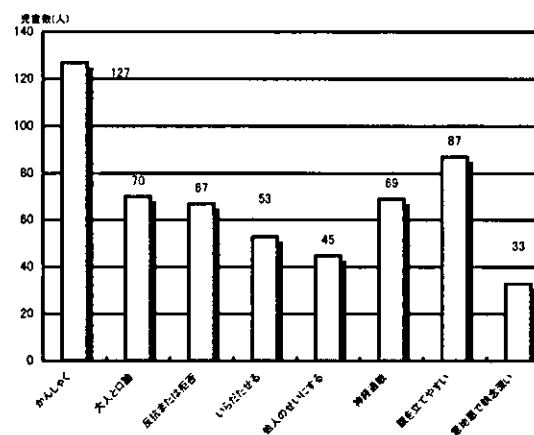


図3: ODD診断項目 (n=169)

次にこの169名の児童の主診断についてみると、表2で示すように広汎性発達障害が65名(38%)と最も多く、ついでADHDが35名(21%)、適応障害が26名(15%)と多く認め、この3疾患だけで全体の74%を占めている。その他のODD症状を認めた疾患として、反抗挑戦性障害が8名、行為障害が6名、不安障害が6名、精神遅滞が5名、身体表現性障害が4名、気分障害が4名、精神病性障害が3名、チック障害が3名、分離不安障害が1名、摂食障害が1名、解離性障害が1名、その他の児童青年期の障害が1名であった。

(b) 反抗挑戦性障害と診断された児童

重複診断も含めると反抗挑戦性障害は400名中58名(15%)であり、その平均年齢10.2±2.9歳、男子40名、女子18名であった。その主診断の内訳は、反抗挑戦性障害のみの診断であった児童が

表 2 : ODD 症状を認めた 169 名の診断名

主診断名	児童数
広汎性発達障害	65
ADHD	35
適応障害	26
反抗挑戦性障害	8
行為障害	6
不安障害	6
精神遅滞	5
身体表現性障害	4
気分障害	4
精神病性障害	3
チック障害	3
分離不安障害	1
摂食障害	1
解離性障害	1
その他	1
計	169

ADHDが16名(25%)で最も多く、次いで広汎性発達障害16名、適応障害11名、身体表現性障害が2名、精神病性障害が1名、不安障害が1名、気分障害が1名、精神遅滞が1名、チック障害が1名であった(表3)。

3. 行為障害

DSM-IV-TRにおける行為障害の診断基準である以下の(1)～(15)までの各項目(以下CD症状)について、その初診時での有無について「認めた」・「認めない」の選択肢の中から一つを選ぶ形式で質問を行った。なお、(1)～(7)は「人や動物に対する攻撃性」に関する項目、(8)および(9)は「所有物の破壊」に関する項目、(10)～(12)は「嘘をつくことや窃盗」に関する項目、(13)～(15)は「重大な規則違反」に関する項目とDSM-IV-TRでは規定されている。

表 3 : ODD と診断された 62 名の診断名

主診断名	児童数
ADHD	16
広汎性発達障害	16
適応障害	11
反抗挑戦性障害	8
行為障害	6
身体表現性障害	2
精神病性障害	1
不安障害	1
気分障害	1
精神遅滞	1
チック障害	1
計	58

表 4 : 各診断別 ODD 症状の有無

主診断名	ODD 症状あり	ODD 症状なし	計
広汎性発達障害	65(52%)	61(48%)	126
適応障害	26(47%)	29(53%)	55
ADHD	35(66%)	18(34%)	53
不安障害	6(13%)	42(87%)	48
身体表現性障害	4(15%)	22(85%)	26
精神遅滞	5(33%)	10(67%)	15
気分障害	4(31%)	9(69%)	13
精神病性障害	3(30%)	7(70%)	10
行為障害	6(100%)	0(0%)	6

- (1) しばしば他人を虐め、脅迫し、威嚇する
- (2) しばしば取っ組み合いの喧嘩をはじめる
- (3) 他人に重大な身体的危害を与えるような武器をしようとしたことがある
(例えばバット、煉瓦、割れた瓶、小刀、銃)
- (4) 人に対して身体的に残酷であったことがある
- (5) 動物に対して身体的に残酷であったことがある
- (6) 被害者に面と向かって行う盗みをしたことがある
(例えば、背後から襲う強盗、ひったくり、強奪、武器を使つての強盗)

- (7) 性行為を強いたことがある
- (8) 重大な損害を与えるために故意に放火したことがある
- (9) 故意に他人の所有物を破壊したことがある（放火による以外で）
- (10) 他人の住居、建造物または車に侵入したことがある
- (11) 物や好意を得たり、または義務をのがれるためしばしば嘘をつく（すなわち、他人を“だます”）
- (12) 被害者と面と向かうことなく、多少価値のある物品を盗んだことがある
(例：万引き、ただし破壊や侵入のないもの、偽造)
- (13) 13歳未満ではじまり、親の禁止にも関わらず、しばしば夜遅く外出する
- (14) 親または親代わりの人の家に住み、一晩中、家をあげたことがすくなくとも2回あった（または長期にわたって家に帰らないことが1回）
- (15) 13歳未満からはじまり、しばしば学校を怠ける

(a) 行為障害の診断項目を一つでも満たした児童71名

上記の15項目の行動様式のうち1項目でも認められた児童は400名中71名（18%）であった。平均年齢は11.2±2.5歳で、男児54名、女児17名であった。その内訳は1項目だけ認めた児童が31名、2項目が19名、3項目が11名、4項目が5名、5項目が1名、6項目が2名、8項目が2名であった（図4）。

(1)～(15)の診断項目別に見てみると、「しばしば取っ組み合いの喧嘩をはじめめる」が最も多く約35名(49%)であり、続いて「しばしば他人を虐め、脅迫し、威嚇する」が25名(35%)、「被害者と面と向かうことなく、多少価値のある物品を盗んだことがある」が23名(32%)であることがわかった。大項目では「人や動物への攻撃性」が48名(68%)で最も多く認める結果であり、続いて「嘘をつくことや窃盗」が29名(41%)、「所有物の破壊」が21名(30%)、「重大な規則違反」が7名(10%)であることがわかった(表5)。

さらに、初診時にCD症状を認めた71名の主診断についてみてみると、ADHDが71名中18名(25%)で最も多く、ついで広汎性発達障害が15

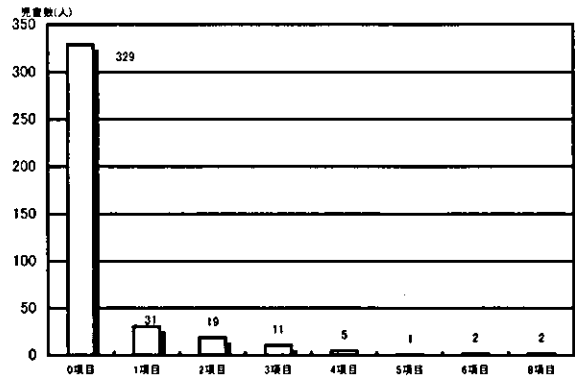


図4：初診時のODD項目数 (n=400)

表5：CD診断項目

大項	下位	児童数	児
人や動物への攻撃性	虐め、脅迫し、威嚇する	25	48
	取っ組み合いの喧嘩	35	
	身体的危害を加えるような武器	10	
	人に対して身体的に残酷	11	
	動物に対して身体的に残酷	3	
	面と向かって行う盗み	0	
	性行為を強いる	0	
所有物の破壊	故意に放火	2	7
	故意に他人の所有物を破壊	5	
嘘をつくことや窃盗	住居、建造物または車に進入	2	29
	しばしば嘘をつく	16	
	面と向かうことなく盗む	23	
重大な規則違反	しばしば夜遅く外出する	9	21
	一晩中、家を空けた	7	
	学校を怠ける	12	

名(21%)、適応障害が13名(18%)、反抗挑戦性障害が6名(8%)、行為障害が6名(8%)、気分障害が3名(4%)、身体表現性障害が3名(4%)、不安障害が2名(3%)、解離性障害・精神遅滞・チック障害・分離不安障害・受容一表出性障害が各1名(1%)、であった(表6)。

(b) 行為障害と診断された児童

行為障害と診断された児童は400名中男子9名、女子2名で、計11名(3%)であった。そ

表 6：CD 症状を認めた 71 名の診断名

主診断名	児童数
ADHD	18
広汎性発達障害	15
適応障害	13
反抗挑戦性障害	6
行為障害	6
気分障害	3
身体表現性障害	3
不安障害	2
解離性障害	1
精神遅滞	1
チック障害	1
分離不安障害	1
受容—表出性言語障害	1
計	71

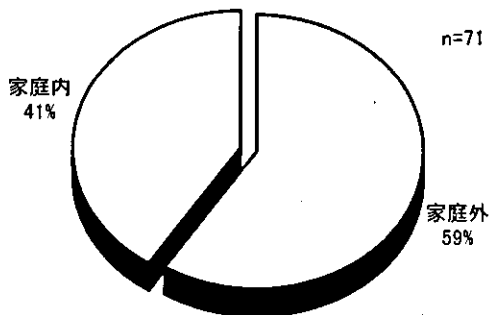


図 5：問題行動の家庭内限局性

の下位分類は小児期発症型が 9 名、青年期発症型が 2 名であった。11 名の診断についてみると、行為障害のみが 6 名で最も多く、以下行為障害の重複診断として ADHD が 11 名中 4 名、気分変調症が 1 名であり、精神遅滞が 1 名だった。CD 症状として「人や動物への攻撃性」は 11 名中 10 名に認め、「所有物の破壊」は 11 名中 3 名に、「嘘をつくことや窃盗」は 11 名中 7 名に、「重大な規則違反」は 11 名中 6 名に認めることがわかった。また、11 名中 8 名は反抗挑戦性障害の診断基準を満たしており、11 名中 2 名だけが家庭名限局性の行動であることがわかった (表 7)。

表 7：行為障害と診断された児童 11 名

年齢	性別	診断	知能	年齢	家庭内 限局性	攻 撃	破 壊	嘘 をつく	違反
12	男	ADHD*	正常	小児	家庭外	あり	-	あり	-
13	男	ADHD*	正常	小児	家庭外	あり	あり	あり	あり
11	女	気分変調症*	正常	小児	家庭外	-	あり	-	-
9	男	CD	MR	小児	家庭外	あり	-	-	-
8	女	CD	正常	小児	家庭内	あり	-	-	-
8	男	ADHD*	正常	小児	家庭内	あり	-	あり	あり
14	男	CD	正常	青年	家庭外	あり	-	-	あり
14	男	CD	正常	青年	家庭外	あり	-	あり	あり
13	男	ADHD*	正常	小児	家庭外	あり	-	あり	あり
8	男	CD	正常	小児	家庭外	あり	あり	あり	-
9	男	CD	正常	小児	家庭外	あり	-	あり	あり

*重複診断として行為障害を認める

(c) 各診断と CD 症状

10 名以上の児童数を認めた各主診断を対象に CD 症状を持つ児童と持たない児童について集計した(表 7)。主診断として ADHD を最も多く認め、53 名中 18 名 (34%) に何らかの CD 症状を認める結果であった。ついで適応障害が 24%、気分障害が 23%、広汎性発達障害が 12%、身体表現性障害が 12%、精神遅滞が 7%、不安障害が 2%であり、精神病性障害は 0%であった (表 8)。

表 8：各診断別 CD 症状の有無

主診断名	CD 症状あり	C 症状	合
広汎性発達障害	15(12%)	111(88%)	126
適応障害	13(24%)	42(76%)	55
ADHD	18(34%)	35(66%)	53
不安障害	2(4%)	46(96%)	48
身体表現性障害	3(12%)	23(88%)	26
精神遅滞	1(7%)	14(93%)	15
気分障害	3(23%)	10(77%)	13
精神病性障害	0(0%)	10(100%)	10

D. 考察

1. ODD 症状と CD 症状による分類

本調査で対象とした児童400名をODD症状の有無とCD症状の有無によって以下の4群に分類した(表9,10,11)。



表9：各群における児童数・性別・平均年齢とODD・CD診断

	第1群	第2群	第3群	第4群
ODD症状	あり	なし	あり	なし
CD症状	あり	なし	なし	なし
児童数(人)	63名 (16%)	8名 (2%)	106名 (27%)	223名 (56%)
性別	男子49名 女子14名	男子5名 女子3名	男子76名 女子30名	男子112名 女子111名
平均年齢	11.2±3.0	10.8±2.4	9.4±4.1	10.1±4.4
ODD診断(人)	38	0	24	
CD診断(人)	11	0	0	0

この四群の特徴について、それぞれ簡単に説明しておく(表9,10,11)。まず「ODD症状およびCD症状を認める第1群」だが、ここに行為障害と診断された児童11名はすべて含まれ、CD症状を持つ児童の90%がこの一群に属している。主診断は他群に比較してADHDの割合が高いことがわかった(表10)。

さらにODD症状もしくはCD症状のどちらか一つを認めた第2群と第3群について述べる。まず「ODD症状は認めないがCD症状を認める第2群」は400名中8名で四群の中で最も児童数が少なかった。この群は10代の児童が中心であり、ODD症状を認めず「嘘をつくことや窃盗」および「重大な規則違反」といった非攻撃的なCD症状だけを認めることが特徴といえる(表11)。

次に「ODD症状を認めるがCD症状を認めない第3群」は全体の27%を占めていた。第3群の52%が広汎性発達障害児という特徴を認め、次いでADHD(18%)が多い結果であった(表10)。

最後に「ODD症状およびCD症状を共に認めない第4群」の特徴としては不安障害、適応障害、身体表現性障害といった神経症水準の児童が中心であり、第1群や第3群に比べてADHD児の割合が低い結果であった。

表10：各主診断の群分類

	第1群	第2群	第3群	第4群	合計
広汎性発達障害	14	1	51	60	126
適応障害	12	1	14	28	55
ADHD	16	2	19	16	53
不安障害	1	1	5	41	48
身体表現性障害	1	2	3	20	26
精神遅滞	1	0	4	10	15
気分障害	3	0	1	9	13
精神病性障害	0	0	3	7	10
反抗挑戦性障害	6	0	2	0	8
摂食障害	0	0	1	5	6
行為障害	6	0	0	0	6
分離不安障害	1	0	0	5	6
チック障害	1		2	3	6
解離性障害	1			3	4
選択性緘黙				4	4
学習障害				3	3
その他		1	1	9	11
合計	63	8	106	223	400

2. 各群の関係と行為障害

上記四群の関係について考える際に、本調査結果(表4,8,10)においてADHD児ではODD症状もしくはCD症状を抱えた児童の割合が他の疾患に比べて多いことから、ADHDとODDおよびCDとの関係について注目し、その上で四群の経時的な関係とCDの病態について考えてみた。

ODDの併存障害としてはADHDが、CDの併

表 11：第 2 群

(CD 症状を認めるが、ODD 症状をみとめない児童 8 名)

年齢	性別	診断	知能	家内外	座席	規則違反
11	女	全般性不安障害	正常	家庭内	-	あり
10	男	身体表現性障害	正常	家庭内	-	あり
10	男	ADHD	軽微	家庭内	-	あり
13	男	受容一歩出目言語障害	正常	家庭内	-	あり
6	男	広汎性発達障害	正常	家庭内	-	あり
10	男	ADHD	正常	家庭内	-	あり
12	女	適応障害	軽微	家庭内	-	あり
14	女	身体表現性障害	正常	家庭内	-	あり

存障害としては ADHD、不安障害、気分障害が多いと言われており²⁾⁴⁾⁵⁾、特に ADHD は ODD および CD 共にその併存率の高さが指摘されている。Barkly の報告²⁾や、2000 年に我々が行った調査⁴⁾においても、反抗挑戦性障害と行為障害が ADHD 児に比較的多く認められる併存障害であることが示されている。齊藤ら⁶⁾は、その中で特に ADHD 児の一部に加齢に伴う衝動性の高まりや自己評価の低下から ODD を経て CD へと展開し、最後に反社会的人格障害へと至る一群を指して DBD(Disruptive Behavior Disorder)マーチという概念を提唱している。

このような DBD マーチの概念を上記四群に当てはめてみると、第 2 群を除く三群で 1 つの仮説が考えられる。それは背景疾患や環境因子など様々な要因によって第 4 群の一部の児童が第 3 群を経て第 1 群へと展開し、そして CD へと至る仮説である。ただし、本調査では経時的な調査を行っていないために、ここではその ODD もしくは CD 発症要因を含む経過の検証については十

分な考察を行うことができない。一方で極めて少数ではあるが第 2 群のような「ODD 症状を持たない非攻撃型(嘘・怠学など)の CD 症状」を持つ児童については「ODD から展開する CD」という概念では捉えることができないといえる。

このような二つの CD の存在を示唆する調査結果と、Loeber が「すべての ODD 症状や軽度の攻撃的 CD 症状(喧嘩、イジメ)」と「隠れた非攻撃的な CD 症状(盗み、怠学など)」の二つを小児の反社会的行動の因子として取り上げ、前者のように ODD から展開する CD と後者につながる CD は質的に異なると述べている²⁾ことから、我々児童精神科が診療対象としている CD の中に異なる二つの病態を認める可能性が考えられた(図 7)。そしてこのように異なる病態であるのならば、その治療法も異なってくる可能性がある。はじめに述べた「ODD から展開した CD」については「CD の治療反応性の低さ故に可塑性のある ODD 段階での治療が重要性である」といわれている³⁾。一方で ODD 症状を持たない非攻撃型の CD については、その病態を明らかとしていくことが、当面の目標と言わざるを得ない。その上で治療的な戦略についても考えていくべきであると考えられる。

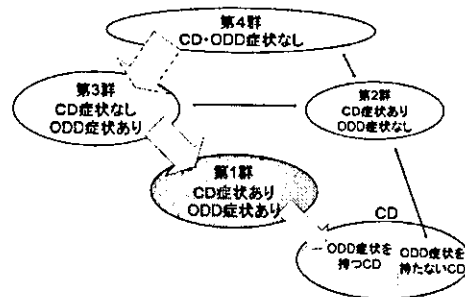


図 7. 各群の関係図

E. 結論

本調査では児童精神科を受診した 400 名の児童を対象に ODD 症状および CD 症状の有無について調査を行った。初診時に ODD 症状を認めた児童は 400 名中 169 名、ODD と診断された児童は 58 名であった。CD 症状は 62 名に認め、CD

と診断された児童は 11 名であった。この 400 名を ODD 症状および CD 症状の有無で 4 群に分けて比較検討した。その結果、CD 症状を認める児童の 89%は ODD 症状を認めたが、残り 11%は ODD 症状を認めず、CD 症状は盗みや怠学のみで喧嘩やイジメなどの攻撃性は認めない結果であった。このことは①ADHD を中心とする ODD から展開した攻撃型 CD と、②万引きや怠学を繰り返す、ODD 症状を持たず発症した非攻撃的 CD という二つの病態を示唆している。特にその中で②ODD 症状を持たず発症した非攻撃的 CD の病態把握こそが、CD 概念の明確化には重要であると考えられる。今後は CD と診断された児童の過去の ODD 症状の有無、虐待を含む家庭環境、知能などの背景因子などについて後方視的調査を行い、行為障害という疾患概念の確立を目指していきたい。

参考文献

- 1) American Psychiatric Association:
Diagnostic and statistical manual of
mental disorders.Forth ed.Text-
Revision,American Psychiatric Association,
Washington,D.C.,2002 (高橋三郎ほか訳:
DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル,医学書院,東京,2002)
- 2) Barkly,R.A.:Comorbid Disorders,social
Relations and Subtyping.in
Attention-Deficit Hyperactivity Disorder,a
Hand Book for Diagnosis and Treatment
2nd edition.,The Guilford Press,N.Y.,
p.139-163,1998
- 3) Loeber,R.,Lathy,B.B.,Thomas,C.:
Diagnostic conundrum of oppositional
defiant disorder and conduct disorder.
j.abnorm.Child Psychol.,100:379-390,1991
- 4) 上林靖子,齊藤万比古,北道子:注意欠陥/
多動性障害 AD/HD の診断・治療ガイドライ
ン,じほう,2003
- 5) J.M.Eddy 著,藤生英行訳:行為障害 キレ

- る子の診断と治療・指導・処遇,金子書房,東
京,2002
- 6) 齊藤万比古,原田謙:反抗挑戦性障害,精神
科治療学 14(2):153-159,1999

行為障害アンケート調査票(国府台用)

台帳NO. _____

アンケートNo. _____

主治医 _____

I. 症例

年齢・性別 _____ 歳 男・女

II. 初診時診断名

DSM-IV 1軸 _____ コード番号 _____

反抗挑戦性障害・行為障害(小児期・青年期)

2軸 B I F・MR _____ コード番号 _____

3軸 てんかん・脳波異常・その他 _____

4軸 虐待(身体的・心理的・性的・ネグレクト) _____

III. 社会適応

初診時での社会適応はどのようでしたか？

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)

初診時に不登校を認めましたか？

認めた ・ 認めない

IV. 行動の問題(初診時)

反抗挑戦性障害

(1) しばしばかんしゃくを起こす

認めた ・ 認めない

(2) しばしば大人と口論をする

認めた ・ 認めない

(3) しばしば大人の要求、または規則に従うことを積極的に反抗または拒否する

認めた ・ 認めない

(4) しばしば故意に他人をいらだたせる

認めた ・ 認めない

(5) しばしば自分の失敗、無作法な振舞を他人のせいにする

認めた ・ 認めない

(6) しばしば神経過敏または他人からいらいらさせられやすい

認めた ・ 認めない

(7) しばしば怒り、腹を立てやすい

認めた ・ 認めない

(8) しばしば意地悪で執念深い

認めた ・ 認めない

行為障害

人や動物に対する攻撃性

(1) しばしば他人を虐め、脅迫し、威嚇する

認めた ・ 認めない

(2) しばしば取っ組み合いの喧嘩をはじめる

認めた ・ 認めない

(3) 他人に重大な身体的危害を与えるような武器をしようとしたことがある
(例えばバット、煉瓦、割れた瓶、小刀、銃)

認めた ・ 認めない

- (4) 人に対して身体的に残酷であったことがある
 認めた ・ 認めない
- (5) 動物に対して身体的に残酷であったことがある
 認めた ・ 認めない
- (6) 被害者に面と向かって行う盗みをしたことがある
 (例えば、背後から襲う強盗、ひったくり、強奪、武器を使つての強盗)
 認めた ・ 認めない
- (7) 性行為を強いたことがある
 認めた ・ 認めない

所有物の破壊

- (8) 重大な損害を与えるために故意に放火したことがある
 認めた ・ 認めない
- (9) 故意に他人の所有物を破壊したことがある (放火による以外で)
 認めた ・ 認めない

嘘をつくことや窃盗

- (10) 他人の住居、建造物または車に侵入したことがある
 認めた ・ 認めない
- (11) 物や好意を得たり、または義務をのがれるためしばしば嘘をつく
 (すなわち、他人を“だます”)
 認めた ・ 認めない
- (12) 被害者と面と向かうことなく、多少価値のある物品を盗んだことがある
 (例：万引き、ただし破壊や侵入のないもの、偽造)
 認めた ・ 認めない

重大な規則違反

- (13) 13歳未満ではじまり、親の禁止にも関わらず、しばしば夜遅く外出する
 認めた ・ 認めない
- (14) 親または親代わりの人の家に住み、一晩中、家をあけたことがすくなくとも2回あつた (または長期にわたって家に帰らないことが1回)
 認めた ・ 認めない
- (15) 13歳未満からはじまり、しばしば学校を怠ける
 認めた ・ 認めない

V. 上記すべての問題行動は家庭以外 (学校など) でも認めましたか?

認めた ・ 認めない

VI. 初診時以前に、上記の問題行動について関与していた機関はありますか? (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. 医療機関 (精神科・小児科・その他)
5. 教育機関 (学校・教育相談機関・フリースクール・その他)
6. 家庭裁判所
7. 少年鑑別所
8. 矯正・保護機関 (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 _____

ご記入ありがとうございました

Ⅲ. 平成 16 年度 分担研究報告

少年非行と行為障害との関連について

— CDCL(Conduct Disorder Check List)による性差および年齢差に着目した分析 —

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⁾ 月野木竜也⁷⁾ 槇野葉月⁸⁾

- 1) 関東医療少年院 2) 東京拘置所 3) 東京少年鑑別所 4) 帝京大学
5) 秩父中央病院 6) 品川区適応指導教室 7) 千葉県中央児童相談所
8) 都立大学人文学部社会福祉学科

研究要旨：

報告者らは平成13年～15年度の厚生科学研究において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、高校、少年鑑別所で調査を実施した。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。またCDCLの対象年齢は14歳から20歳までであり、質問項目は矯正施設、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独自に考案され、予備調査により修正・改善されたものである。本研究では、これらのデータをもとに高校生群と鑑別所群を比較し、『薬物使用経験』、『非行集団所属経験』、『補導歴』などの属性との関係を調べ、さらに男女差、年齢差に着目して分析を行った。

A. 研究目的

報告者らの作成した行為障害のチェックリストを一般集団（高校生群）と非行集団（鑑別所群）の二群で実施して属性との関係を調べ、特に性差、年齢差に着目して分析し、行為障害の特性について検討した。本研究の目的は、これらの知見を通して非行と行為障害の関連を明らかにし、行為障害の診断および治療・援助に寄与することである。

B. 研究方法

平成13年度～15年度の厚生科学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。（対象年齢は14歳から20歳まで）CDCLは矯正施設、学校、病院、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、予備調査を行って修正・改善したものである。平成15年度は、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。（表①、②）本研究では、これらのデータをもとに高校生群と鑑別所群について『薬物使用経験』、『非行集団所属経験』、『補導歴』などの属性との関連を調べ、さらに男

女差および年齢差に着目して分析を進めた。(ただし、今回の分析では専門学校を除外している。)

なお本研究における調査の実施および結果の公表をするにあたっては被験者の人権とプライバシーを配慮し、個人が特定されないよう工夫している。

C. 研究結果

1. 全般的な分析結果

1) 高校生群と鑑別所群の回答パターンについて

高校生群と鑑別所群を比較すると、CDCL78項目のうち男子では53項目、女子では18項目において鑑別所群の方が「どちらでもない」という留保の回答率が有意に少なかった。(グラフ①, ②留保率の比較) 次に「はい」という回答率についてみると「2 将来やりたいことがある」「8 流行に敏感でおしゃれ好きだ」「34 自分は明るい性格だ」「77 人と話をするのが好きである」など肯定的自己像のカテゴリーに属する項目において男女とも鑑別所群の方が有意に高かった。(表③肯定的自己像項目の陽性率の二群比較)

2) CDCL項目と薬物使用経験、非行集団所属経験、補導歴などとの関連(ただし、女子は人数差があるため男子のみを分析対象とした)

鑑別所群男子を『薬物使用経験』の有無で二群に分けると、CDCL78項目のうち『薬物使用経験』のある方が有意に高かった項目は10項目あり、暴力項目を中心としたグループと未分化項目を中心としたグループの二つに分かれ、それぞれ5項目ずつであった。(グラフ③, ④) 次に『非行集団所属経験』についてみると鑑別所群の方が回答陽性率が有意に高かった項目は暴力項目6、未分化項目2であった。(グラフ⑤, ⑥)同様に、『補導歴』については、暴力項目と未分化項目それぞれ1つずつであった。(グラフ⑦)

次に高校生群男子の中で『補導歴』のある方が高かった項目は表④のように、いわば陰性症状(未分化項目)と陽性症状(暴力項目、肯定的自

己像項目など)の二つのグループに分かれた。

2. 男女差に関する分析結果

暴力項目の陽性率については男子の方が女子より高く、中でも特に鑑別所群男子の暴力性が高かった。(グラフ⑧)しかし「45 むかつく相手呼び出してリンチにしたことがある(暴力項目)」の陽性率は鑑別所群、高校生群ともに男子より女子の方が高かった。(グラフ⑨)未分化項目の陽性率について性差はほとんどみられなかった。その他「9 一旦うそをつくと最後までつき通すほうだ(虚言項目)」「44 その場を取り繕うためにうそをついてしまったことがある(虚言項目)」「13 他人の噂をすることがある(Lie Scale)」「50 いろいろ相談できる友達がいる(肯定的自己像)」など言語活動に属する項目では女子の方が男子より陽性率が高く、特に高校生女子で顕著であった。

3. 年齢差に関する分析結果

今回は鑑別所群女子の数が少なかったため、男子のみ18歳以上と17歳以下に分けて分析を行った。鑑別所群では全般的に問題行動の陽性率が多かったが、年齢差による違いが見られた項目は「45 むかつく相手呼び出してリンチにしたことがある」「65 カット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」の二つである。(グラフ⑩, ⑪)前者では高年齢群の方が陽性率が高く、後者では低年齢群の方が陽性率が高かった。

高校生群に着目すると、「7 見ず知らずの人に暴力をふるったことがある」「19 一方的に暴力を振るったことがある」「48 ナイフやバットなどの道具を使って人を傷つけたことがある」の三つの暴力項目、「23 家財や金品を勝手に持ち出したことがある」「52 学歴や職歴をごまかしたことがある」の二つの虚言項目、「12 よく夜遊びをする」「63 街中で見知らぬ人に声をかけられて行ったことがある」の二つの未分化項目で、高年齢群の方が陽性率が高かった。

(グラフ⑫, ⑬, ⑭)

D. 考察

1. 回答パターンおよび属性との関連について

一般群（高校生群）と非行群（鑑別所群）と比較して、特徴的であったのは CDCL 項目の内容にかかわらず、「どちらでもない」という回答の留保率が男女ともに非行群において少なく、特に男子で顕著であったことである。これらは非行群における全般的な刺激に対する反応パターンとして短絡性、衝動性、極端さ、慎重さの欠如などを反映しているという解釈が可能である。非行群におけるこのような反応特性が非行すなわち規範から逸脱する傾向を助長していると考えられた。次に「はい」という回答率についてみると「2 将来やりたいことがある」「8 流行に敏感でおしゃれ好きだ」「34 自分は明るい性格だ」「77 人と話するのが好きである」など肯定的自己像のカテゴリーに属する項目では男女とも非行群の方が有意に高かった。これらの結果は非行群では、客観的には社会不適応であるにもかかわらず、主観的な自己評価は肯定的であることを意味しており、自己中心性、内省力の欠如、願望充足的構え、虚構性、自己顕示性などの性格傾向や拘禁状況における現実回避・躁的防衛・審判への迎合などを反映していると考えられた。このような現実検討力の欠如は、思春期特有の蛮行と相俟って非行への傾性を強化する要因のひとつであろう。

次に CDCL 項目と属性との関連を分析したが、統計的に有意な差異がみられたのは薬物使用経験、非行集団所属経験、補導歴の 3 つであった。ただし、女子は人数差があるため男子のみを分析対象とした。

非行群の中で『薬物使用経験』のある方が高かった項目は 10 項目あり 5 項目ずつ、二つのグループ（アクセル過剰とブレーキ故障）に分けることができた。二つのグループは薬物嗜癖の形成過程についての二大要素である negative feedback の不全と向こう見ずな薬物への着手にそれぞれ対応しており、非行の深度に関連していると思わ

れた。次に『非行集団所属経験』のある方が高かった項目は暴力項目 6 つ、未分化項目 2 つであり、非行群の中で行為障害に該当する群が暴力項目だけでなく未分化項目においても問題性が高かったことと類似していた。同様に、『補導歴』のある方が高かった項目は暴力項目、未分化項目それぞれひとつずつであった。累犯性を意味する『補導歴』は行為障害の特性である反復性や持続性に関連していると解釈された。以上より、『薬物使用経験』、『非行集団所属経験』、『補導歴』は問題行動の反復性・持続性・多方向性に関連しており、行為障害のリスクファクターであると言える。

次に一般群の中で『補導歴』のある方が高かった項目は、未分化項目を中心した、いわば陰性症状（だらしなさ：浪費、約束・時間が守れないことなど）と陽性症状（活動性の高さ：暴力性、衝動性、顕示性など）の二つのグループに分かれた。このことから非行に発展する経路である『補導歴』のある者は、『ブレーキの故障』と『アクセルの踏み込み過剰』の両面に問題があり、報告者の提唱する『アクセルブレーキモデル』を支持するものと考えられた。一般群におけるこれら陰性症状と陽性症状の分析が、非行の予測・防止につながる可能性がある。

2. 男女差について

両性の生物学的差異から予測されたとおり暴力項目の陽性率については男子の方が女子より高く、中でも特に非行群男子の暴力性が高かった。しかし「45 むかつく相手呼び出してリンチにしたことがある（暴力項目）」の陽性率は非行群、一般群ともに男子より女子の方が高く、暴力性における計画性、組織性、間接的攻撃性などを反映していると考えられた。未分化項目の陽性率についてほとんど性差は見られなかったが、一般群女子において若干多い印象があった。この結果は肯定的自己像において非行群の方が「はい」と答えた率が高かったのとは逆で、一般群女子は自分の『だらしなさ』についての自覚が高いため鋭敏に

反応したのかもしれない。

「9 一旦うそをつくると最後までつき通すほうだ(虚言項目)」「44 その場を取り繕うためにうそをついてしまったことがある(虚言項目)」「13 他人の噂をすることがある(Lie Scale)」「50 いろいろ相談できる友達がいる(肯定的自己像)」など言語活動に属する項目では女子の方が男子より陽性率が高く、特に一般群女子で顕著であった。これらの結果は、言語活動が暴力的な行動化を抑制している可能性を示唆している。

3. 年齢差について

今回は非行群女子の数が少なかったため、男子のみ18歳以上と17歳以下に分けて分析を行った。なお18歳を区切りとした理由のひとつは、DSM-IVにおいて行為障害の診断はおおむね18歳未満でなされ、人格障害と適切に診断できる年齢は18歳以上であるとされていることによる。非行群では全般的に問題行動の陽性率が多かったが、年齢差による違いが見られた項目は「45 むかつく相手呼び出してリンチにしたことがある」「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」の二つである。前者では高年齢群の方が陽性率が高く、後者では低年齢群の方が陽性率が高かった。これらの結果は低年齢では未分化・短絡的・衝動的であった暴力性が、高年齢になると組織化・計画化・構造化されてくると解釈された。

次に一般群に着目すると、「7 見ず知らずの人に暴力をふるったことがある」「19 一方的に暴力を振るったことがある」「48 ナイフやバットなどの道具を使って人を傷つけたことがある」の三つの暴力項目、「23 家財や金品を勝手に持ち出したことがある」「52 学歴や職歴をごまかしたことがある」の二つの虚言項目、「12 よく夜遊びをする」「63 街中で見知らぬ人に声をかけられてついて行ったことがある」の二つの未分化項目で、高年齢群の方が陽性率が高かった。これらは年齢が上がるにつれ、能動性・攻撃性・暴力性が上るとともに、社会進出や活動範囲の広がりによ

って逸脱する機会が増えることと関連していると思われた。視点を変えて見れば、性行動をはじめとして早熟である非行群と比較し、一般群では年齢が上がるにつれ非行群に類似した逸脱行動が顕在化してくると言える。

E. 結論

- ① 非行群では回答の留保率が少なく、肯定的自己像のほとんどで陽性率が高かった。この結果は行為障害の特性を考える上で示唆的である。
- ② 『薬物使用経験』、『非行集団所属経験』および『補導歴』は非行深度に関連しており、行為障害のリスクファクターであると考えられた。
- ③ 『補導歴』は非行に発展する経路であり、一般群における陰性症状と陽性症状の分析が、非行予防につながる可能性があると考えられた。
- ④ 性差についてみると全般的に男子は女子より暴力的であり、特に非行男子で顕著であった。
- ⑤ 虚言傾向については必ずしも男子が有意に高いとは言えず、女子の方が言語活動が盛んで、むしろ逆転している可能性があることが示唆された。
- ⑥ 年齢差についてみると一般群については年齢が上がるにつれ、能動的・活動的になり、行動範囲も広がるとともに社会進出して逸脱する機会が増えるものと思われる。
- ⑦ 非行群男子の暴力性についてみると、低年齢では未分化・短絡的・衝動的であったものが、高年齢になると組織化・計画化・構造化されてくると解釈された。

F. 研究発表

1. 論文発表など

- ① 奥村雄介：「少年犯罪を考える」－精神科医の立場から。東京小児科医会報 23(1)；8-10, July, 2004.
- ② 奥村雄介：精神障害を抱える非行少年の矯正