

思春期における非社会的問題行動（ひきこもり）と

行為障害の関連に関する研究

分担研究者 近藤直司

山梨県立精神保健福祉センター・山梨県中央児童相談所

1. はじめに

近年、ひきこもりと暴力の問題が大きな社会問題となりつつある。これまで、ひきこもりケースに対する訪問については、これまで「無理な介入を控え…」 「返事がないときは外から声をかけるだけに留め…」 といった非侵入的な姿勢が強調されてきた。確かに受診援助のみを目的とした一方的な訪問や、本人の了解を得ずに実施した訪問がさらに家族内の緊張を高め、本人のひきこもりや家族関係を悪化させることがあるのも事実である。しかし、緊急性を要するような暴力が併存するケースがあることや、訪問という活動が大きなコストを伴うだけに、画一的に非侵入的な姿勢を強調するだけでなく、今後はどのようなケースの、どのような局面で、どのような訪問を実施すべきなのか、実践的な指針が求められている。

2. 本研究の目的

本研究は、こうしたケースへの介入手法の一つとして、自宅への訪問の指針を検討することを目的とする。初年度は先行文献を検討し、暴力を伴うひきこもりケースについての基本的な理解と論点を整理することとした。

3. ひきこもりと暴力の精神病理学的分類

『ひきこもり』という現象は、依存、甘え、自己愛の傷つき、家族病理や文化・社会的な観点など、もっぱら心理的、あるいは文化的・社会的な論点に集中してきたが、的確な援助方針を検討するうえで、的確な生物学的な観点は不可欠である。

ひきこもりケースの精神医学的背景は、以下のように分類することができる。まず第一に、統合失調症や気分障害、パニック障害をはじめとする不安性障害などを背景とし、薬物療法なしでは援助が組み立てにくいと考えられる一群がある。社会恐怖などの不安障害に対しても、近年、SSRI/SNRI といった新しい抗うつ剤の有効性も報告されており、こうした薬物療法に加えて、適切な心理・社会的アプローチ、自立と社会参加を促進するようリハビリテーションが必要となる。したがって、本人を精神科治療に導入することを目的とした介入が優先される。入院治療によって病状の改善が十分に期待できる場合には非自発的入院、あるいは精神保健福祉法の改正に伴って新設された移送制度の対象となるケースもある。

第二に、発達障害（とくに軽度知的障害と高機能広汎性発達障害）による社会性やコミュニケーションの障害を基盤として、セルフ・エスティームの低下、不適応感、あるいは他者に対する被害感などの二次的な情緒的・心理的問題が積み重なったと考えられる一群がある。発達障害をもつケースに対する治療・援助は、発達特性を把握するための神経・心理学的精査と、その所見に基づいた治療・援助方針が不可欠であることなど、他の群とは異なった臨床感覚が求められる。情緒的なサポートだけでなく、ソーシャルスキルを高めるための支援が不可欠であり、援助付き就労などの福祉的なサポートを活用することになるケースも少なくない。暴力を誘発しやすい状況が明らかであったり、本人に対する過大な要求や批判的・

感情的な対応が契機となって暴力や衝動行為が繰り返されている場合には、家族の対応が変わることで速やかに暴力が消失するケースもあり、まずは丁寧な家族相談が優先される。過去の外傷的な体験がフラッシュバックすることで、突発的な暴力に及ぶケースも報告されている。

第三群は、パーソナリティの問題を背景とするケースで、力動的療法や集団精神療法的アプローチの適応となる一群であり、回避性パーソナリティ障害、分裂病質パーソナリティ障害、自己愛パーソナリティ障害に分類されるケースが多い。これらのケースには、完璧主義や強迫傾向を背景とした失敗や批判に対する過剰な恐れ、対人関係や社会的場面において活性化されるパラノイド・スキゾイド的な不安、尊大さと傷つきを極端に動揺するような自己愛の病理などが、しばしば共通してみられる。さらに、社会や親を一方的・攻撃的に批判するばかりで、現実には迫っている自らの課題に直面することを回避しつつ、万能的な空想に耽っているような嗜癖的・倒錯的傾向が目立つケースもある。こうしたケースの親に対して、子どもの暴力を正当化したり、受容するような助言は禁忌であり、暴力に対して積極的に対処しようとする家族の姿勢を強力に支援することが必要である。

ただし、ひきこもりという問題の性質上、本人との面接や診察に至らないまま家族との相談を継続することも多く、こうした場合、家族から聴ける範囲の情報によって本人の精神医学的背景を推測しつつ、対応を検討することになる。家族からの的確な情報収集によって、上記のようなアセスメントが速やかに進むこともあるし、家族相談から始まり、ようやく本人が来談して、さらに面接を継続したり心理検査を実施するなどして、次第に明らかになってくることもある。家庭内暴力ケースは、本人との面接や診察に至らないまま家族との相談を継続することも多いため、家族からの情報によって、本人のもつ精神医学的背景を推測しながら対応する必要がある。

4. 家庭内暴力の力動的メカニズム

同時に、思春期・青年期のひきこもりと家庭内暴力の力動的メカニズムを以下のように分類しておくこともケースの理解と援助方針の検討にあたって有用である。

(1) 境界を確立しようとするひきこもりと暴力
思春期・青年期の本人が親との心理的境界形成を模索する過程で生じるひきこもりや暴力がある。成田は家庭内暴力のある一群について、「支配的・侵入的な母親に対する反抗、あるいは自立しようとする子どもの行動の現われとしての暴力」という観点を示し、親への暴力が自己の境界を確立しようとする努力であるとみなし得るケースがあることを指摘している。

本城も家庭内暴力には多様な意味内容が含まれていることを指摘したうえで、「自立の試みとしての暴力」と分類できるケースがあり、それは操作的・支配的な母親に対抗して自律性を確保しようとする試みであることを述べている。

(2) 境界を否認しようとするひきこもりと暴力
思春期・青年期の発達課題である対象喪失に対して自己愛が過剰に肥大化し、万能的な空想に耽っているようなケースがある。こうしたケースにおいて顕在化しているのは、本人の未分化な自己愛的対象関係であり、暴力と支配は対象（多くは母親）との原初的な一体感を取り戻そうとする試みであることが多い。世代間境界は混乱し、子どもと（多くの場合）母親との密着した二者関係が優勢となり、思春期・青年期の発達という観点からは、きわめて退行的な様相を示す。

多くの場合、本人は暴力や恫喝、巻き込み型の強迫行為によって家族を支配している。不安や葛藤を体験することはできず、たとえば子どもの頃の育て方などについて、親を一方的に批判するなどの他罰的態度を示し、万能的・魔術的な解決を迫ったりしている。一方、親はこれまでの本人への関わり方に対する自責感や、子どもから逃げ出すことへの罪悪感などを背景に、一方的な暴力や支配に服従している状況であり、適切な介入なしには何年にもわたって長期化し、まして本人が自

ら受診・相談に訪れることはない。

5. 家庭内暴力への介入

こうしたケースの親に対して子どもの暴力に無抵抗でいることや、「理解すること」「受容すること」のみを助言することは、家族の罪悪感・自責感を強化し、事態を硬直化させる危険性がある。混乱し、かつ密着した二者関係が優位なケースでは、暴力に対して積極的に対処しようとする家族の姿勢を強気に支援することが必要であり、父親や第三者を加えた三者関係化を図ること、子どもからの暴力に両親が協調して対処することで夫婦の連合を強化し、世代間境界の強化を図ることがしばしば有効である。緊急性の高い場合には、家族が本人から距離をとるために、別居や警察への通報を勧めることもある。

こうしたアプローチは、危機的な家族状況に介入して家族を支えると同時に、本人の現実検討能力と衝動コントロールを回復させることに役立つことが多い。親に責任を押し付けることで自らが直面すべき不安や葛藤を回避してきた本人が、本来の抑うつや孤独感、無力感などを改めて体験し、精神保健相談や精神・心理療法に対する動機付けを高め、治療のコンテクストに入ってくるのが介入の目標となる。

6. 危機介入の法的根拠について

家族への援助によって事態が改善せず深刻な非行問題が持続する場合には、法的な介入が必要な場合もある。危機介入の法的根拠となるのは、精神保健福祉法、少年法（刑法）、児童福祉法である。現状では、精神保健福祉法による危機介入（非自発的入院）が最も多く使われているものと思われるが、これまで適用の範囲が広すぎたことも指摘されており、今後はより厳密な運用が必要であると思われる。

精神保健福祉法以外の法的介入としては、18歳以下のケースの場合は児童相談所への一時保護や児童自立支援施設への措置入所など、児童福祉法による介入が利用しやすい。ただし、一時保

護所や児童自立支援施設の利用は本人の同意が前提となる。また、構造的な条件やマンパワーにおいても、本人の問題行動を制限する拘束力には乏しく、その点では精神科医療の代役は難しい。反社会的な性質が強い場合や重大犯罪に結びつきそうなケースについては、早い時期から少年法による介入を選択することもある。

7. 結語

以上のような基本的な観点に基づき、来年度はひきこもりと暴力が併存するケースへの介入を目的とした訪問の実践報告を収集し、事例検討に取り組む予定である。最終年度には、ガイドラインとして介入の指針を示したい。

参考文献

- 1) 後藤雅博：ひきこもりケースへの危機介入：緊急時対応の実際と原則。近藤直司編著：ひきこもりケースの家族援助。金剛出版 2001
- 2) 本城秀次：登校拒否に伴う家庭内暴力の治療。精神科治療学 4(6):699-707,1989.
- 3) 本城秀次：青年期の家庭内暴力。若林慎一郎編：青年期の病理と治療。金剛出版 1992.
- 4) 伊藤順一郎ほか：10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン。平成15年度厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）、地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究（主任研究者、伊藤順一郎）。
- 5) 狩野力八郎、近藤直司編著：青年のひきこもり。岩崎学術出版社 2000
- 6) 近藤直司：非精神病性ひきこもりの現在。臨床精神医学 26:1159-1167,1997.
- 7) 近藤直司：本人が受診しないひきこもりケースの家族状況と援助方針について。家族療法研究 17(2):122-130,2000.
- 8) 近藤直司編著：ひきこもりケースの家族援助—相談・治療・予防—。金剛出版 2001
- 9) 近藤直司：青年期のひきこもりについて。精

神神経学経誌 103(7);556-565,2001

- 10) 近藤直司: 青年期におけるひきこもりの成因と長期化について. 精神医学 45;235-240, 2003.
- 11) 近藤直司: 青年期ひきこもりケースと支援の現状. 臨床精神医学 33;385-390, 2004.
- 12) 益子 茂: 精神障害者の受診の促進に関する研究. 平成 11 年度厚生科学研究 (障害者保健福祉総合研究事業) 分担報告書 1999.
- 13) 皆川邦直: 固有の思春期までに発症する「ひきこもり」の精神病理と治療: 親ガイダンスの重要性を中心に. 近藤直司編著: ひきこもりケースの家族援助. 金剛出版 2001
- 14) 中村伸一: 家庭内暴力. シリーズ精神科症例集 6. 中山書店. 1994.
- 15) 中村伸一: 家族療法の視点. 金剛出版 1997.
- 16) 成田善弘: 境界確立の努力としての「家庭内暴力」. 思春期青年期精神医学 5(2);183-190, 1995.
- 17) 小倉 清: 親に乱暴する子どもたち. 臨床精神医学論文集 (土居健郎教授還暦記念論文集) pp241-233, 星和書店 1980.
- 18) 小倉 清: 治療的な接近を模索して. 思春期青年期精神医学 3(1);2-9,1993.
- 19) 下坂幸三: 「家庭内暴力」に対する応急の対応について. 家族療法研究 16(2);63-67, 1999.
- 20) 下坂幸三: 受診しない摂食障害者の家族援助による治療. 思春期青年期精神医学 3 (1); 10-21,1993.
- 21) 下坂幸三、中村伸一、福山和女、岡田隆介、榎林理一郎: 特集・家庭内における暴力を臨床の中でどう扱うか. 家族療法研究 16(2);61-96,1999.

発達障害と行為障害

－ 児童自立支援施設での調査結果と文献的考察 －

分担研究者 原田 謙

研究協力者 今井淳子

信州大学医学部附属病院 子どものこころ診療部

研究要旨：

本研究の初年度にあたる平成16年度は、児童自立支援施設での行為障害に併存する発達障害について再調査するとともに、行為障害に併存する発達障害について過去の文献を概観した。調査の結果、行為障害児36名中、ADHDと反抗挑戦性障害がともに61%認められた。また、言語性IQが有意に低いものは49%であり、11%に広汎性発達障害が認められた。行為障害と発達障害の関係については、過去の文献のほとんどがADHDの併存に関するものであるが、近年、児童精神医学の分野では、ADHDと広汎性発達障害との鑑別に注目が集まっており、従来考えられていた以上に行為障害には広汎性発達障害の併存が多いのではないかという仮説が成り立つ。次年度以降の研究では、この仮説を検証していきたい。

A. 研究目的

かつて筆者は、児童自立支援施設での行為障害に併存する行動・発達障害についての調査を報告した。本研究では、症例数を増して当時の結果を再検討するとともに行為障害に併存する発達障害について過去の文献を概観し、現時点での発達障害と行為障害についての知見を整理することを目的とした。

B. 研究方法

<対象> 対象は、1999年4月から2001年3月と、2003年4月から2004年3月に某児童自立支援施設に入所していた児童全員であり、男児41名、女児9名、計50名である。面接時における年齢は12歳～16歳、平均13.7歳であった。調査においては、対象児に口頭で調査の趣旨について説明するとともに、保護者に文書によって説明し、同意を得た。

<方法> まず、筆者と臨床心理士が担当教官に対して、国立精神・神経センターグループが作成した半構造化面接を施行した。さらに、入所時の調査票を元に面接を行い、心理社会的問題の有無を調べた。また、知能検査として、WISC-IIIを対象児に施行した。これらの情報を元に筆者が対象児全員に面接を行い、DSM-IVに基づいて最終的な診断を下している。なお、DSM-IVでは行為障害と診断された者は反抗挑戦性障害とは診断しない規定になっているが、特性をよりよく知るためにここではあえて重複して診断している。

C. 研究結果

対象児50名中、行為障害（CD）と診断された者は36名（72%）であった。このうちの29名（80%）に何らかの発達障害が認められた。

このうち注意欠陥多動性障害（ADHD）と診断された症例は22名（61%）、反抗挑戦性障害

(ODD)の診断基準を満たすものも22名(61%),両者を並存するものは17名(47%)であった。また、IQ70未満の精神遅滞(MR)と診断された症例は10名(27%),IQ70以上だが、言語性IQが動作性IQに比べて有意に低いものは8名(22%)であった。また、少数ながら36名中4名(11%)に広汎性発達障害が認められた。

D. 考察

1. ADHDとCD

複数のコミュニティサンプルを用いた疫学研究によれば、ADHDの18-23%はCDを呈するといわれている。逆にCDのなかで、ADHDと診断されるものは55%とも85%とも言われている。

ADHDとCDの併存については、これまで数多くの研究がある。MEDLINEで検索すれば、この20年間に約600の論文がヒットする。

Holmesらの総説によれば、「衝動コントロール機能不全と多動、不注意の存在は反社会的行動の存在に最も高率に関連する先行因子である。中でも多動は後のCDや反社会性人格障害への発展に重要である」とされている。

BarkleyはADHDの基本障害として実行機能の障害を想定しているが、ADHD児は、過去の行動を振り返り未来の行動を修正することが難しいといわれている。このため問題解決能力が低く、また、一旦身に付いた反社会的行動もなかなか変えられないと考えられている。

しかし、Loeberらによる7歳-12歳の177名の臨床例を10年間追跡した研究によれば、研究開始から7年後にCDを呈した子どもの約半数が、初年度にADHDと診断されていたものの、CDを呈さなかった子どもも、その約半数がADHDと診断されており、有意差は認められなかったという。確かにCDにADHDの併存は多いのだが、特異的ではないということなのであろうか。

2. 広汎性発達障害とCD

近年、児童精神医学の分野では、広汎性発達障害(PDD)と暴力や性的問題行動の関連が注目を集めている。杉山ら(10)は、広汎性発達障害の1つであるアスペルガー症候群と暴力行為の関連を報告している。彼らによれば、アスペルガー症候群の中のごく一部の子どもは、ファンタジーと現実の切り替えが困難であること、对人的過敏性やいじめ体験から暴力行為に至るとしている。

十一は、PDDに観られる触法行動を、基本契機に基づいてa.従来型、b.性衝動型、c.理科実験型、d.高次対人過負荷型に分類している。

文献的にはPDDとCDないし非行との関係は驚くほど注目されていない。MEDLINEで検索してもこの20年間に約20ほどの論文が見つかるだけである。しかも単純に両者を比較したものや両者についての総説がほとんどで、直接、両者の関係をテーマにした論文は数本にすぎない。

そのなかで、Siponmaaら(スウェーデン)は、児童精神科医が後方視野的に触法者のDSM-IV診断を調査した研究を発表している。彼らによれば、15-22歳の、ほとんどが重大犯罪という犯罪者126名には、おのおの15%のADHD、PDDが認められたという。PDDの内訳はアスペルガー障害が3%、特定不能の広汎性発達障害(PDD-NOS)は12%であったという。このPDD15%という数字は著者らにとっても衝撃的であったと述べられている。

3. 次年度以降に向けて

近年、日本のADHD研究者の間では、ADHDとPDDとくにPDD-NOSとの鑑別に関心が集まっている。吉田らは、7-15歳の高機能(IQ>70)のPDD児53名中、ADHDの診断基準を満たしたものは36名(68%)であり、ADHDとPDD-NOSの鑑別に重要性を強調している。

自分の臨床経験からも幼少期に強い攻撃性を示す多動児はADHDというよりもPDDと考えた方がよい子の方が多数を占めている。CDに併存するのはADHDなのか、PDDなのか?自分の仮説は「CDに併存する典型的なPDD(自閉性障害

やアスペルガー障害)は、従来考えられていた通り少数であるが、従来併存するとされていた ADHDの中には、PDDの特徴を示すもの、すなわちPDD-NOSが意外に多いのではないかと?」というものである。

この点について、次年度以降明らかにしていきたいと考えている。

E. 結論

行為障害と発達障害の関係については、過去の文献のほとんどが ADHD の併存に関するものであった。けれども、近年 ADHD と PDD-NOS との鑑別に注目が集まっている。このことから、従来考えられていた以上に行為障害には PDD の併存が多いのではないかとという仮説が成り立つ。次年度以降の研究では、この仮説を検証していきたい。

F. 研究発表

1. 論文発表

- Harada Y, Saitoh K, Iida J, Sakuma A, Imai J, Iwasaka H, Hirabayashi M, Hirabayashi S, Yamada S, Uchiyama T, Ohta S, Amano N (2004) : The Reliability and Validity of The Oppositional Defiant Behavior Inventory. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 13 :185-190.

2. 学会発表

- 原田 謙 : 反抗挑戦性障害と行為障害. 第 45 回日本児童青年精神医学会, 2004.
- 原田 謙 : 児童精神科医から見た行動・発達障害と非行 (行為障害) 第 42 回日本犯罪心理学会, 2004.

行為障害の入院治療

分担研究者 市川宏伸

研究協力者 成重竜一郎 鈴木俊介

東京都立梅ヶ丘病院

研究要旨：

都立梅ヶ丘病院における行為障害入院治療例を調査し、性、下位診断、発症年齢による分類の下、背景因子、治療成績に関し統計的検討を行った。その結果都立梅ヶ丘病院における行為障害入院例は多動性行為障害、非社会性行為障害の男性例が中心であり、いずれも背景因子として発達障害、家庭状況との関連が深く、それらが転帰に関しても影響している可能性が示唆された。一方で女性例は男性例とは異なった特徴を持っている可能性が高かったが、症例数の少なさもより更なる検討の必要性が考えられた。

A. 研究目的

都立梅ヶ丘病院では児童思春期の精神科症例に対する治療を広く行っている。当院において近年行為障害の診断で治療を受ける例が増えており、そうした例が入院となる場合も少なからず認められる¹⁾。今回当院での行為障害入院治療例を調査することで、当院での行為障害入院治療の現状とその問題点を明らかにしていく。

B. 研究方法

平成 15 年度（平成 15 年 4 月 1 日～平成 16 年 3 月 31 日）において都立梅ヶ丘病院で入院治療を受けた症例総数 525 例より、主診断あるいは副診断として行為障害と診断されていた症例を抽出、性、下位診断、発症年齢により分類し、背景因子、治療成績に関し統計的検討を行った。なお症例総数の 525 例は前年度よりの継続入院者 202 例及び平成 15 年度の新規入院者 323 例の合計である。

C. 研究結果

1. 対象症例

平成 15 年度の入院治療例において、主診断あるいは副診断として行為障害と診断されていた症例は 61 例であり、全体の 11.6%に相当した。なお行為障害と診断されていた症例の中で、広汎性発達障害と重複診断されていた症例が 10 例、統合失調症と重複診断されていた症例が 2 例あったが、ICD-10²⁾において上記 2 疾患が行為障害の除外診断となっているためこの 12 例は今回の調査対象からは除外しており、61 例の中には含まれていない。

性別内訳では 61 例中男性 47 人（77%）、女性 14 人（23%）であり、男女比はほぼ 4：1 で男性が多かった。なお性別での全入院例との比較では、男性 305 例中の 15.4%、女性 220 例中の 6.4%となり、女性患者全体の中でも行為障害と診断された症例の割合は男性よりも低かった。

調査時点での平均年齢は 14.2 (±2.9S.D.) 歳であり、男女とも 15 歳にピークが見られた(図 1)。

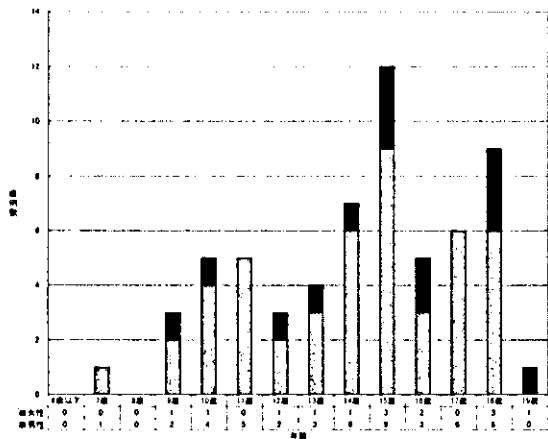


図 1. 調査時年齢分布

2. 下位診断分類

対象症例に関し ICD-10 における下位診断ごとに分類を行った (図 2)。対象症例 61 例は F90.1 多動性行為障害、F91.0 家庭限局性行為障害、F91.1 非社会性行為障害、F91.2 社会性行為障害、F91.3 反抗挑戦性障害のいずれかに分類され、F91.8 他の行為障害、F91.9 行為障害、特定不能のもの、及び F92 行為及び情緒の混合性障害に分類された症例は認められなかった。

下位診断では F90.1 が 25 例、F91.1 が 19 例であり、この 2 診断だけで全体の 72.1% を占め、当院での行為障害入院治療例の中心が F90.1 と F91.1 の症例であることが明らかとなった。性別では男性で F90.1 の症例が多い一方、女性では F90.1 の症例は有意に少なく、F91.1 及び F91.2 の症例が多くなっていた (カイ 2 乗検定、 $p < 0.05$)。

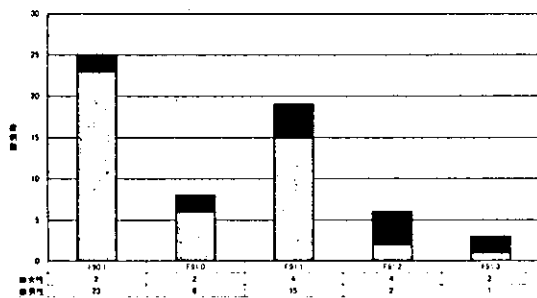


図 2. 下位診断分類

3. 発症年齢

対象症例に関し行為障害の発症年齢を調査した。平均発症年齢は $10.2 (\pm 3.3S.D.)$ 歳であった (図 3)。

発症年齢に関しては 10 歳未満発症と 10 歳以上発症で分類し、分析を行った (図 4)。対象症例中 10 歳未満発症は 28 例 (男性 25 例、女性 3 例)、10 歳以上発症は 33 例 (男性 22 例、女性 11 例) であったが、男性では 10 歳未満発症が過半数を超えるのに対して、女性では 10 歳未満発症が有意に少ないことが示された (Fisher の直接確率検定、 $p < 0.05$)。

下位診断別でも検討を行ったが下位診断間で有意な差は認められなかった。

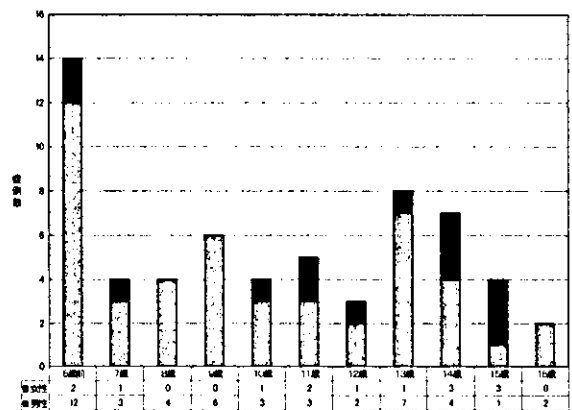


図 3. 発症年齢詳細

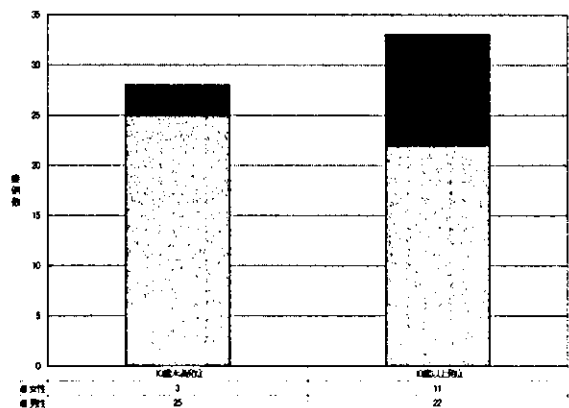


図 4. 発症年齢

4. 合併精神障害

対象症例に関し合併している他の精神障害の有無を調査した (図 5)。なお多動性障害に関しては下位診断分類における F90.1 がそれに相当

するためここでは除外されている。

対象症例中行為障害以外に何らかの精神障害を合併していた症例は 28 例 (45.9%) であり、内訳は精神遅滞が 19 例 (重度 1 例、中度 7 例、軽度 11 例)、てんかんが 7 例、適応障害が 4 例、解離性障害が 3 例、チック障害が 1 例、選択性緘黙が 1 例、強迫性障害が 1 例であった (重複あり)。

精神遅滞の合併に関しては性別、発症年齢別、下位診断別での特徴を調べた。性別では、19 例中 18 例が男性症例であり、男性症例での合併者が有意に多かった (Fisher の直接確率検定、 $p<0.05$)。下位診断分類別では、19 例中 11 例 (57.9%) が F91.1 であり、他の下位分類よりも合併が有意に多かった (カイ 2 乗検定、 $p<0.05$) (図 7)。発症年齢別では 10 歳未満発症での合併が 28 例中 11 例 (39.3%)、10 歳以上発症での合併が 33 例中 8 例 (24.2%) であり、両者の間に有意な差は認められなかった。

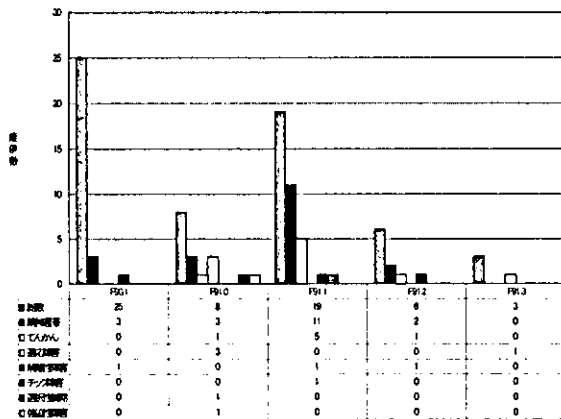


図 5. 合併精神障害

5. 家庭状況

対象症例 61 例の調査時点における家庭状況を調査した。対象症例 61 例中、両親が離婚している例が 28 例 (45.9%)、両親が別居している例が 1 例 (1.6%)、両親のどちらかが死亡している例が 2 例 (3.3%)、施設入所例が 12 例 (19.7%) (重複あり) であり、片親ないし施設入所中の症例は 35 例 (57.4%) と過半数を超えた。この割合は性別では有意な差は認められなかった。

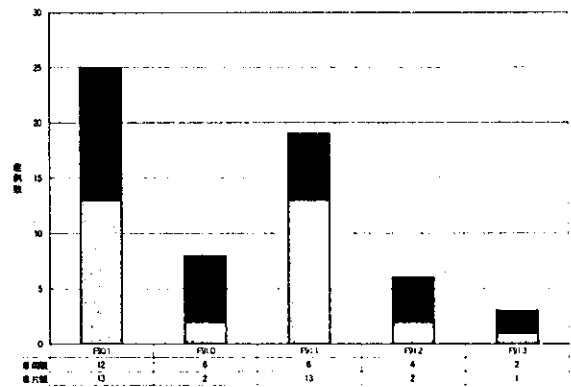


図 6. 片親の症例

下位診断別では、片親の例が F90.1 で 25 例中 13 例 (52.0%)、F91.1 で 19 例中 13 例 (68.4%) といずれも過半数を超えていた (図 6)。施設入所例では F91.1 で 19 例中 10 例 (52.6%) と他の下位診断よりも有意に多かった (カイ 2 乗検定、 $p<0.01$) (図 7)。

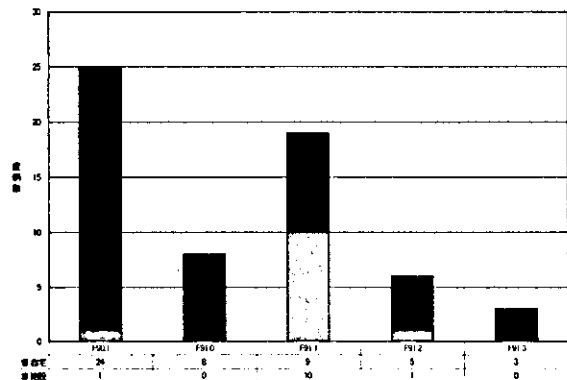


図 7. 施設入所例

発症年齢別では、片親の症例に関し 10 歳未満発症例では 28 例中 19 例 (67.9%) であるのに対し、10 歳以上発症では 33 例中 12 例 (36.4%) であり、10 歳未満発症例において有意に片親の症例が多かった (カイ 2 乗検定、 $p<0.05$) (図 8)。施設入所例に関しては発症年齢に関し有意な差は認められなかった。

6. 入院回数

対象症例 61 例の調査時点における入院回数を調査した。対象症例 61 例中初回入院が 37 例 (60.7%)、2 回目入院が 16 例 (26.2%)、3 回目入院が 4 例 (6.6%)、4 回目入院が 2 例 (3.3%)、

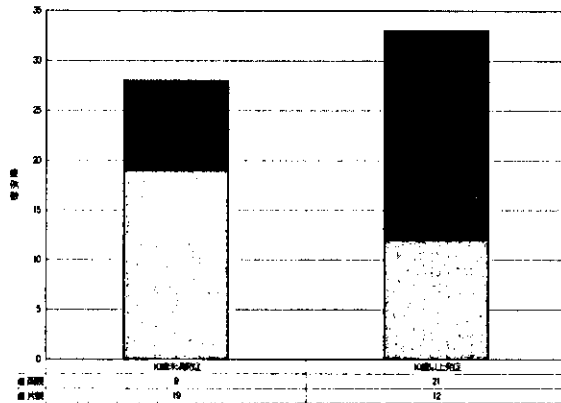


図 8. 片親の症例（発症年齢別）

6回目入院が2例（3.3%）であり、平均入院回数は1.7（±1.1S.D.）回、約4割が複数回入院であった。入院回数に関しては性別、下位診断別、発症年齢別で有意差は認められなかった。

7. 平均在院日数

対象症例61例中、平成16年12月31日時点で退院している症例51例に関し、在院日数を調査した。対象症例中の退院者51例の平均在院日数は239.1日で、当院における平成15年度退院者全体の平均在院日数287.0日と比較して有意な差は認められなかった。下位診断別ではF90.1で260.5日、F91.0で324.3日、F91.1で155.4日、F91.2で291.3日、F91.3で247.0日であり、下位診断間で有意な差は認められなかった。

性別では男性が243.5日、女性が227.7日、発症年齢別では10歳未満発症で205.6日、10歳以上発症で264.6日であったが、いずれも有意な差は認められなかった。

8. 転帰

対象症例61例中、平成16年12月31日時点で退院している症例51例に関し、転帰を調査した。51例の転帰はすべて軽快あるいは不変であり、軽快38例、不変13例であった。下位診断別ではF91.0、F91.2では全例軽快、F90.1、F91.3でもほとんどが軽快であったが、F91.1においては軽快6人に対し不変が10人と不変が軽快を上回っており、不変が有意に多く認められた（Kruskal-Wallis検定、 $p < 0.01$ ）（図9）。なお、

性別、発症年齢別では有意な差は認められなかった。

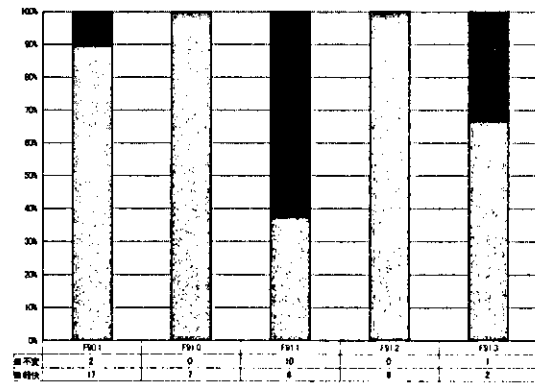


図 9. 転帰

D. 考察

平成15年度の行為障害入院例の調査を行った結果、当院における行為障害入院例では多動性行為障害及び非社会性行為障害の症例が中心となっていることが明らかとなった。中でも多動性行為障害と非社会性行為障害の当院入院例には共通する特徴と相違する特徴とが認められた。

多動性行為障害と非社会性行為障害の当院入院例に共通する特徴の一つ目として、多動性行為障害は多動性障害に合併した行為障害であり、一方非社会性行為障害の当院入院例の過半数は精神遅滞を合併している症例であったことから、双方が共に発達障害の合併を背景としていることがあげられる。加えて双方に共通する特徴の二つ目として、多動性行為障害、非社会性行為障害の当院入院例では家庭状況において片親の症例が過半数を超えており、このことは入院と家庭状況との関連性が深いことを示している。以上の特徴から当院において入院対象となる行為障害の症例では、発達障害的要因に行為障害自体の症状が重なることで対応困難となった場合が多いと考えられる。

一方多動性行為障害と非社会性行為障害の当院入院例の相違点としては、多動性行為障害の症例に比べて非社会性行為障害の症例で転帰不変例が目立って多くなっていることがあげられる。非社会性行為障害の症例で施設入所例が多く、治

療が中断しやすいことも考えられるが、多動性行為障害は薬物治療の有効性が比較的高いと考えられる多動性障害の合併を背景としているのに対し、非社会性行為障害は薬物療法の有効性が低いと考えられる精神遅滞の合併を背景としており、行為障害症例の発達障害的要因が治療効果にも大きく影響している可能性が考えられる。

当院における行為障害入院例の中心は多動性行為障害、非社会性行為障害の男性症例であったが、今回の研究における統計結果では女性の行為障害症例では男性の症例とは異なった特徴が認められている。具体的には、10歳以上発症、多動性障害、精神遅滞の合併が少ない、下位診断では社会性行為障害の割合が高いといった特徴が認められる。ただし今回の研究では女性の症例が14例と少なかったこともあり、十分な統計的検討を行うことができなかった。女性の入院例に関しては症例数を増やし、その特徴をより明確にしていく必要があると思われる。

E. 結論

都立梅ヶ丘病院の行為障害入院例の背景因子、治療成績に関し統計的検討を行った。行為障害入院例は男性が中心で、下位診断では多動性行為障害、非社会性行為障害が多く、発達障害、家庭状況との関連が示唆された。女性例は男性例とは異なった特徴を持っている可能性が高かったが、更なる検討の必要性が考えられた。

参考文献

- 1) 市川宏伸：行為障害と医療. こころの臨床 à la carte 23(4) : 50-53, 2004.
- 2) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1992(融道男, 中根允文, 小見山実監訳 : ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 1993).

青年期行為障害における精神科医療の現況と課題

一 岡山版思春期ケースマネジメント事業の効果と限界の視点から 一

分担研究者 中島豊爾¹⁾

研究協力者 来住由樹¹⁾ 岡田耕三¹⁾ 伏見真里子²⁾ 石田由美子²⁾ 中島洋子³⁾

1) 岡山県立岡山病院 2) 岡山県立精神保健福祉センター 3) 旭川荘療育センター児童院

研究要旨：

行為障害の治療において、精神保健福祉センターに事務局をおく岡山版思春期ケースマネジメント事業と、県立岡山病院における司法を含む多機関連携による行為障害の治療における現状を報告し、有効性と限界について検討し、機関連携のあり方を提示した。

行為上の障害をもつ青年に精神科治療を提供するには、医療機関が医療に専念できる構造づくりが不可欠であり、とりわけ司法機関に違法行為への明確な対応をおこなうよう要請することが必要であった。また医療と福祉、保健、教育などの関係機関が、専門性に基づいた責任をもった関与を同時並行して行うことが大切であった。

しかし対象者が15才、18才、20才の区切りを越えるごとに、児童相談所、家庭裁判所の関与は順に弱まり、連携先の確保が困難となった。また機関連携のためには基盤法規の相互理解が必要で、精神保健福祉法のみならず、児童福祉法、少年法、警察官職務執行法、刑事訴訟法などの理解をとおして、他機関の基盤理解と共通言語をもつ事が重要であるが、相互の理解にはまだ多くの困難があった。

A. 研究目的

県立岡山病院を受診した行為障害を有する20歳未満(初診時)の患者について、多機関・多職種により事例検討をおこない、精神科医療における有効な介入対象・方法・治療戦略を提示することを3年間の課題とした。

今年度は、行為障害の治療において、精神保健福祉センターに事務局をおく岡山版思春期ケースマネジメント事業と、県立岡山病院における司法を含む多機関連携による行為障害の治療における現状を報告し、有効性と限界について検討し、機関連携のあり方を提示することを目的とした。

また多忙な日常臨床の中で、治療援助に有用な

要素を見出すために、有用でかつ簡潔な事例フォーマットを模索し、既存施設において可能な治療戦略の標準と限界、および課題について検討するための事例集積を課題とした。

B. 研究方法

本研究は、行為上の問題をもつ児童・青年の入院が集積し、警察介入による20歳未満の入院事例が県内の多くが集積する県立岡山病院での司法を含む機関連携と、いわゆる「17歳問題」を契機に行われた「思春期精神保健ケースマネジメント事業」における機関連携の成果と限界について、相互に比較し検討した。

なおこの研究で行為障害として取り上げた事

例の範囲は、反復し持続する反社会的、攻撃的あるいは反抗的な行動パターンを特徴とする事例とし、他の併存する精神科診断(広汎性発達障害・注意欠陥多動性障害・精神遅滞・解離性障害・気分障害・依存性障害等)を可とした。

(倫理面への配慮)

研究目的の治療でなく、日常臨床を、統計的解析と事例検討により考察した。また個別事例は、事例が特定できないように、内容を一部改変し、プライバシーの保護に配慮した。このため倫理上の問題はないと考える。

C. 研究結果

1. 行為障害の治療における岡山版思春期ケースマネジメント事業の現況

岡山版思春期ケースマネジメントは、思春期に事例化した当事者の問題解決と成長発達支援・治療を総合的に複数の機関で協働して行う手法である。図1にあるように、一機関のみでは関与が困難な事例を、事務局に登録を申請し受理会議を経て援助活動チームを多機関から編成する。援助活動チームは、評価検討委員会からの支援を受け、全ての関与機関が専門性と責任をもって関与することが可能となる。事例は法律・福祉制度の谷間のものが多く、行為障害を伴う軽度発達障害が多かった。

i. 効果

行為上の障害をもつ事例については、事例登録された時点ですでに関与機関は援助の手法に限界を感じていることが多く、問題行動へのアプローチは専門機関が多機関になると重層して関与することが可能となり、事例自体への援助とともに、関与機関への援助ともなった。多機関が関与することにより、それぞれの機関の果たすべき役割が明確になり、本人の治療構造も明確になる効果を得た。よって広汎性発達障害を基盤とする行為上の障害をもつ事例など治療の枠組みが必要な事例に効果を有した。広汎性発達障害の問題行動は比較的早期に落ち着かせることができ、家庭内で安定する事例が多かった。

また関与機関(者)支援では、抱え込み・孤立を防ぎ、負担を軽減できた。また本手法では「顔の見える」少人数の支援活動チームで活動するため、支援者間の相互信頼が強まり、各機関の支援の意欲が高まるようであった。また、事務局は支援活動チームに対してシステミックなアプローチで介入し、意図的に支援活動チームの志気を高めるよう努めている。

また関与機関の連携は、事務局が情報収集・発信・分析を十分におこなったため比較的スムーズであった。

支援の質の確保と多機関が当事者として関与する上で、評価検討委員会の役割は大きかった。評価検討委員会は事務局の上部機関として各機関の責任者(長)により構成され、マネジメント全般へのスーパーバイズを行うとともに、関与機関の現場スタッフの活動を保障するために効果を持った。

また、本手法では専門職によるアセスメント会議を重視している。医学診断、発達診断、心理診断を含めたアセスメントを実施しており、思春期事例に多いが見逃されがちな軽度発達障害の発見することも多かった。

ii. 限界

ひきこもりなど非社会的な問題とする事例については、多機関が関与しても、一機関を除いては見守り体制となることが多く、情報共有以上には効果を持たず、結局事例の支援や治療につながることは少なかった。広汎性発達障害等の事例では、家庭内で安定する事例が多いのは前述したとおりであるが、社会参加のための適切な資源がないために、問題行動の制御が可能となったのちに将来の見通しや活動の場が発見できない現状にある。

また連携会議は臨機応変に開催する必要があるが、援助活動チームのスタッフは多忙であり、日程調整が困難であった。また具体的な援助をおこなう機関連携であるため、事業で関与できる事例数には限界があった。

(事例1) 15才 男性

診断: #1 行為障害 #2 自閉症 #3 AD/HD
関係機関: 旭川荘児童院、市教委、中学校、警察
事例化理由: 家庭内外での暴力、器物破損、夜間徘徊、不良交友など。

関与の概要: アセスメント会議を実施し、薬物調整、親支援、進路指導などを各機関で分担し対応しようとしたが、本人が拒否するため学校での通常の進路指導以外は実施できなかった。本人の非行は激化し、友人への暴力のため警察への通報が頻繁になった。また関与機関の相互の関係が険悪になった。

ケースマネジメントでは、支援活動チーム(関係機関)内の調整をはかり協働の意欲をひきだした。さらに、保護者の過剰な反応を「熱意」と肯定的意味づけを行うなど、熱意に適切な方向性を与えて活用することを支援活動チームに提案。保護者を交えた会議で支援活動チーム一丸となって保護者の労をねぎらい自信をひきだし具体的な助言を行った。その結果、父が本児に対して有効な対応を行うようになり、服薬が可能となった。服薬により衝動性が制御され、受験の準備をする生活を受け入れ、家庭で安定する時間が長くなり、その結果非行グループとは自然に疎遠になった。暴力については意図的に事件化し、司法の介入を行って明確な枠作りをした。現在は高校を中退してアルバイトに励んでいる。家族との関係は良好。問題行動はなく、外来受診でも落ち着いている。

事例の小括: 直接支援機関が、限界感をもち、事例の問題行動の悪化から、援助機関相互の関係性および本人と両親の関係性が悪化したとき、第三者機関である事務局が各機関の調整とポジティブな評価により、支援機関の連携の破綻を防ぎ、各機関が専門性を発揮しやすい環境を構築できた。

2. 行為障害の治療における県立岡山病院の現況

県立岡山病院の行為障害事例の特徴は次の4点である。①精神科診断が遅れた事例が多い、②紹介元では、児童・思春期医療を行っている医療機関(外来治療が困難であるまで治療構造が崩

れた時)、児童相談所が多い、③行動化が重篤で、警察等司法関与が必要となった事例が県内(人口200万)から集積している、④行動化の程度は入院が必要なもので、県内事例の殆んどが紹介されてきている。

医療介入時の工夫として、14歳未満の触法事例の場合、児童相談所と同時関与で外来診療、児童福祉法上の一時保護下での入院、児童自立支援施設に入所後に外来治療を行うなど、医療機関が医療に専念できる条件を整えるように努力している。また14歳以上の犯罪事例の場合、少年鑑別所での精神科診察、鑑定留置(発達障害圏では特に措置入院より優先)を引き受け少年法上の保護処分を優先、家庭裁判所からの紹介で受診し、審判でも継続診療の勧奨、警察に対し家庭裁判所への送致を勧奨(緊急時の医療対応行うとの約束の下)、児童福祉法上の一時保護下での入院などを行っている。

行為上の障害をもつ児童・青年の精神科治療は、司法機関との同時関与体制と児童相談所の継続関与をひとつの要として運用している。

〈事例2〉 16才 男性 高校1年生

(医療介入時の工夫)

事例化因子: 熱湯を14才の妹の腕にかけ火傷を負わせる、頻発する母ほか家族への暴力

診断: 広汎性発達障害(高機能)

現病歴: 中2の頃から聴覚過敏(時計・近隣の声)があり、中3から祖母のタバコの煙臭に臭覚過敏が出現した。高1から自分は神であるといい母・妹を支配する。学校では、まじめに授業に出席し、成績に強くこだわる。孤立がちで友人はいない。被害者の妹が学校等の援助で被害届けを出す、警察は「神を名乗る」などおかしいので病院への入院を勧奨する。警察が自宅訪問後は、一時的に家庭内支配は減じる。母のみの相談を受けるがPDD圏が強く疑われる。また頻発する暴力と支配は家庭内に限局していた。

病院から警察へ連絡し、責任能力はあり、医療のみでは限界があり、司法との同時関与が必要な事例と伝え、家庭裁判所への送致を勧奨する。そ

の後、家庭裁判所に送致後、調査官からの勧奨で受診し、精神科医療と司法とで同時関与している。事例の小括:安易に警察から医療へ橋渡しをされるのではなく、少年法枠内での矯正保護を用いることが必要であり、かつ精神科医療も家庭裁判所の関与下で必要な治療を行う必要があった。

〈事例3〉 14歳 男性 (児童相談所事例検討会議でケースマネジメントを施行)

診断: #1 行為障害 #2 広汎性発達障害
#3 中等度精神遅滞 #4 単極性躁状態
#5 てんかん

関係機関: 児童相談所、県立岡山病院、警察署、知的障害児施設、自閉症発達障害支援センター
事例化理由: 肉親への刃物での傷害

現病歴: 母を背後から警告なく包丁で切りつけ、頸部・背部・両手部に切傷を負わせた。肉親であり被害届けが出ないので逮捕は不可能と警察から県立岡山病院へ第一報がある。児童相談所とも協議し、一時保護下に県立岡山病院へ応急入院とした。

10歳のころから、不適応行動を頻発させ、パニックに伴う破壊・暴力行為や、時間割など社会規範のなかで存在することが出来なくなり、とにかくマイペースの生活に、自宅でも学校でも陥っていた。

i. 濃厚治療期 (居室は施設管理できる保護治療室)

入院後の対応は、衝動性・パニック・こだわり・タイムスリップを治療ターゲットとした薬物療法と、本人の特性理解に基づき TEACCH アプローチを意識した生活の枠組み設定とトークンを導入した。

ii. 療育への移行期 (居室は通常個室)

一般個室へ移室した。室内には、整理のためのロッカーを一つ設置し、床に物を置かず、患児の持ち物は全てロッカーに片付けることを習慣づけた。また「約束」をかいたはり紙、絵カードなども導入した。構造化によりパニックはなく安定した日々をすごした。

iii. 施設入所および養護学校への入学準備

〈第1期〉

3人部屋へ移室した。しかし必要以上の刺激を避けるため、他患との境界は、ロッカーとボードをおくことと赤いビニールテープを床に張り、境界を区切ることにより行なった。児相主催の事例検討会(マネジメント会議)を開始した。

iv. 施設入所および養護学校への入学準備

〈第2期〉

施設のロッカーを病院の居室に運びこむなど、本人の入所後の生活を具体的にイメージしたものにしていた。施設スタッフの訪問も計画した。施設への外泊をおこなった。

v. 施設入所から中学校卒業、そして養護学校高等部入学、施設生活の1年

施設では特別に個室を準備し、人刺激など混乱要素を最小限に絞り込み施設生活を開始した。生活には本人にわかるスケジュールと役割を導入した。また在籍中学校からの毎週の訪問授業、自閉症・発達障害支援センターからの訪問による毎週の療育と評価、県立岡山病院から毎週2回の工作時間の継続、毎週一回の通院、施設での個別活動など、週間スケジュール表をつくり、カードを用いたフィニッシュ確認を行った。

中学校の卒業、高等部への入学、施設の工事に伴う居室変更、再度の居室変更の際に、4人部屋2段ベット(通常居室)への転室と段階的にクリアしてきている。なお現在も3~4ヶ月ごとに施設主催の検討会(学校を含むマネジメント会議)を行っている。

事例の小括:本人の支援を精神科医療のみが孤立して行うのではなく、司法関与の可能性をまずは追求し、続いて少なくとも事例化した時点から、児童福祉の同時関与を医療の側から求め、実現している。精神科医療機関は、必要な治療行為に専念し、ケースワーク機能は児童相談所が責任をもつ体制とった。また施設に入所してからは、施設を中核に、入所前から関与していた機関が継続してマネジメント(会議)に専門性を持って関与している。

3. 事例フォーマットの作成

多忙な日常臨床の中で、治療援助に有用な要素を見出すために、有用でかつ簡潔な事例フォーマットの作成を課題としたが、今年度は十分な検討ができなかった。行為上の障害をもつ事例の治療を行う上で臨床上の判断に役立つ事例フォーマット作成は次年度の課題とする。

D. 考察

行為上の障害をもつ青年に精神科治療を提供するには、医療機関が医療に専念できる構造づくりが不可欠であり、とりわけ司法機関に違法行為への明確な対応をおこなうよう要請することが必要である。また医療と福祉、保健、教育などの関係機関が、専門性に基づいた責任をもった関与を同時並行して行うことが必要である。

特に初診・入院時に医療だけが抱え込まず連携機関の枠組み構成意識することが大切である。また退院後にも多機関チーム体制の継続が必要で、マネジメント事業を活用するなど、初診・入院時に構築が不十分であった枠組みの再構成も必要となる。また医療機関内において重層的関与をおこなう多職種チーム医療が重要となる。

公式のマネジメント機構として次のものがあり、既存の機能を臨床上熟知し、必要な連携について検討することが大切である。

- ①思春期ケースマネジメント事業(精神保健福祉センター)
- ②事例検討会議(児童相談所)
- ③地域調整会議(保健所)
- ④生徒指導地域支援ネットワーク会議(教育委員会)
- ⑤各機関独自のケースマネジメント会議(児童福祉施設主催等)

また非公式の機関連携(マネジメント協議)を、①家庭裁判所(家裁調査官や審判の活用)、②少年鑑別所、③警察、④児童相談所、⑤児童福祉施設(情緒障害児短期治療施設・児童養護施設・児童自立支援施設)、⑦教育機関とも行っている。

当院での連携の特徴は、図2にあるとおり司法機関を含むことにあり、精神科病院で引き受け

る前に明確な役割調整を行うところにある。ただし緊急時は即応した上で同時関与・連携先を調整している。

また対象者が15才、18才、20才の区切りを越えるごとに、児童相談所、家庭裁判所の関与は順に弱まり、連携先の確保が困難となる点が問題である。

また機関連携のためには基盤法規の相互理解が必要で、精神保健福祉法のみならず、児童福祉法、少年法、警察官職務執行法、刑事訴訟法などの理解をとおして、他機関の基盤理解と共通言語をもつことが重要であるが、相互の理解にはまだ多くの困難がある。

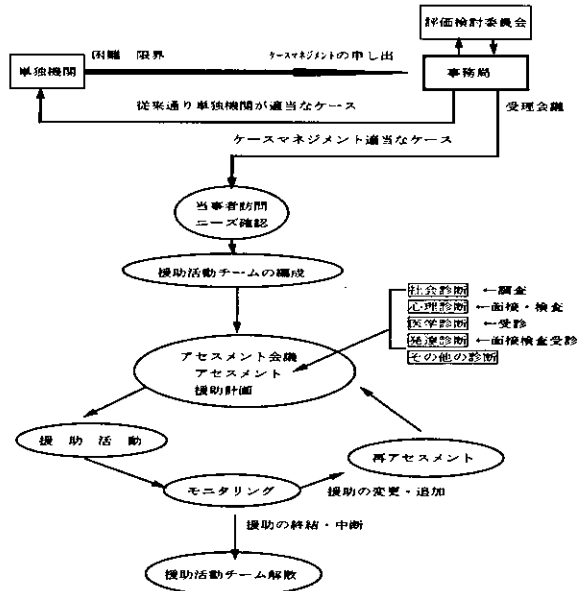


図1 岡山版思春期精神保健
ケースマネジメント支援フロー図

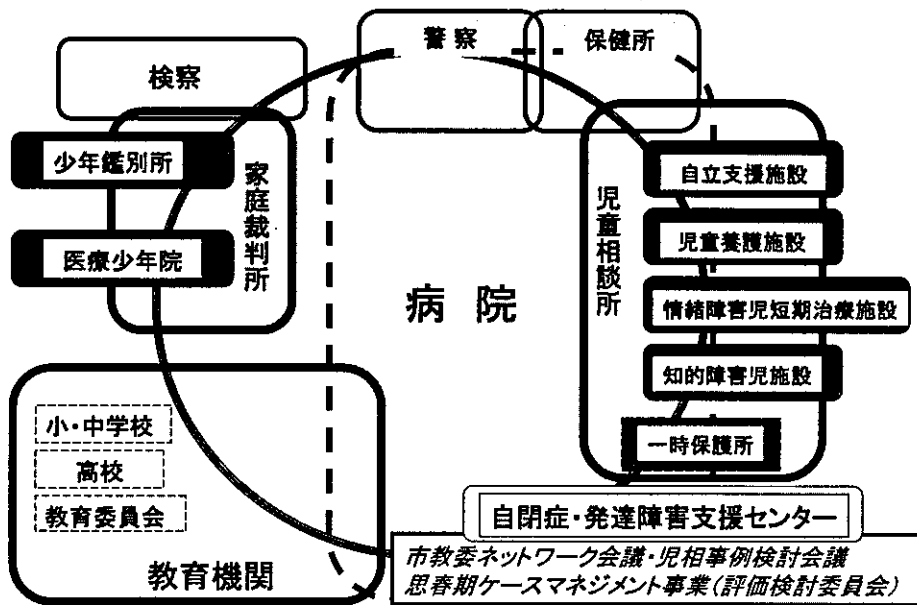


図2 行為障害をもつ少年に必要な治療構造
(事例ごとに必要な構造を構築—県立岡山病院モデル)

児童自立支援施設に措置された行為障害例の

予後と関連する因子について

分担研究者 富田 拓¹⁾

研究協力者 津富 宏²⁾

1) 国立武蔵野学院 2) 静岡県立大学国際関係学部国際関係学科

研究要旨：

本研究の初年度に当たる平成16年度は、行為障害例に対する処遇・その他の要因と予後との関連を研究するに当たり、まず、対象となる国立男子児童自立支援施設の退所児童の予後の経時的変化を見ることにより、その特徴を概観した。平成10年から15年に児童相談所を対象として行われた退所後3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月、24ヶ月の4ポイントの予後調査のデータを用い、退所後の家庭裁判所係属の有無を指標として予後の判定を行った。それによると、退所後3ヶ月の時点で11.1%が家裁係属となり、6ヶ月の時点（累積）では23.5%が家裁係属となっていた。この傾向はその後やや緩やかになり、12ヶ月後の家裁係属率は33.3%であった。また、その後この傾向はさらに低減し、12ヶ月後の累積での家裁係属率は40.2%であった。

A. 研究目的

本研究は、国立男子児童自立支援施設に措置された児童のうち、行為障害と診断された児童の退所後の予後調査データを用いて、

研究 1) その経時的変化と、

研究 2) 予後に関連する因子の分析

を行い、行為障害の治療・援助に資することを目的とする。

今年度は初年度として、研究 1)を行った。

B. 研究方法

本研究は、国立男子児童自立支援施設である国立武蔵野学院において、平成 8 年度から平成 15 年度の 8 年間に退所した児童 286 名に対して平成 10 年度から 15 年度にかけて行った、予後調査延べ 820 件を対象として分析を行った。退所後の児童について、退所後 3 ヶ月、6 ヶ月、12 ヶ

月、24 ヶ月の 4 つの時点で児童相談所に対して武蔵野学院から調査を依頼し、退所児童の状態の把握と判定を行った。

状態の判定は記述によるものの他、総合判定として、

A：社会適応（自立が定着、再非行なし）

B：問題行動はあるが補導歴なし

C：補導歴あり

D：家裁係属処分歴あり（少年院送致、保護観察、不処分等も含む）

以上 4 段階の判定を行い、その経時的な変化を見た。

（倫理面への配慮）

本研究における調査対象は、児童福祉施設である児童自立支援施設の退所者であるため、個人のデータは全て統計量としてのみ扱い、対象者の人

権が損なわれることがないよう、細心の注意を払い人権保護に努力した。

C. 研究結果

結果を表 1、図 1 に示す。

調査の回収率、及び最終的な予後の把握率は表 1 に示す通りであった。また、調査における 4 段階の評定のうち、「D：家裁係属あり」の全把握数に対する比率の経時的变化を見たのが図 1 である。ただし、ここではいわゆる「生存曲線」に倣い、退所後、一旦家裁係属になったものは以後評価 D として扱うこととして累積してグラフ化している。なお、「D：家裁係属あり」には、少年院送致の他、保護観察、不処分等のやや広い範囲を含んでいる点に注意を要する。図に示すとおり、退所後 3 ヶ月の時点で、家裁係属率は 11.1% であり、6 ヶ月の時点で 23.5% とここまではほぼ直線的に下降していることがわかる。その後、この傾向は緩やかとなり、12 ヶ月後の時点の家裁係属率は 33.3% であった。また、グラフの傾きはその後さらに緩やかとなり、退所 24 ヶ月後の時点での累積での家裁係属率は 40.2% であった。

D. 考察

今回得られたデータについて、対照となる適当なデータが見あたらないため、数値の評価に関して難しい面があるが、以下のような点が指摘しうる。

1. フィールドとした国立男子児童自立支援施設は、全国で唯一の施設であり、地方児童自立支援施設での処遇が困難で措置変更がなされたケース、あるいは地方児童自立支援施設では処遇が困難と思われて直接措置された重大事犯のケースが年間 30 例ないし 40 例入所するという、特殊性がある。例えば、入所年齢が比較的近い初等少年院が地域ごとに設置されているのに比べると、当然ながら重大なケースが集中する。
2. 入所者の非行初発年齢の低さ。当施設では、入所者のほぼ半数が 10 歳未満で非行を初発

している。非行初発年齢の低い者の予後が悪いことが知られている。

3. 退所時年齢の低さ。当施設では、退所のピークは中学卒業ころであるが、これは少年における非行人口比が最も高くなる時期に重なる。例えば、退所年齢がこれに比べてやや高い少年院に比べ、条件が悪くなることが予想しうる。
4. 退所時の受け入れ環境の劣悪さ。児童自立支援施設は、少年院に比べて入所者の家庭環境がより劣悪であることが知られている。受け入れ環境の悪さは予後と直接的に関係するものと思われる。

以上のような点を考慮する必要があるが、累積家裁継続率のカーブを見ると、特に退所後 6 ヶ月までの下降が著しく、その後次第に緩やかになる傾向が見て取れる。これに対して、以下のような 2 つの異なった考察が可能である。

1. 退所後最初期に家裁継続となる群が、何らかの特徴を持った群である可能性がある。
2. あるいは、現在児童自立支援施設で行われているアフターフォローを改善し、特に退所後 6 ヶ月以内に重点的な介入を行うことが予後の改善に効果的である可能性がある。

もちろん、この両者が複合している可能性がある。

なお、本研究の問題点として、退所者の把握率が低い点が挙げられる。予後調査は児童相談所にとって業務ではなく、当施設から協力を依頼して行っているものであり、回収率そのものの向上が困難な面もあるが、近年、回収率は改善しつつある。また、家裁係属となった時点で、調査官から児童相談所に対して調査依頼がなされることが多く、どちらかと言えば予後が悪い事例のほうが把握率が高いと思われることを付言しておく。

E. 結論

平成 10 年から 15 年にかけて武蔵野学院が行