

った予後調査のデータを用いて、退所後の累積家裁係属率の経時的変化の分析を行い、前掲の通りの結果が得られた。その特徴を考察し、2つの作業仮説が得られたが、次年度以降、ケースを検討した上で、予後に影響を及ぼすと考えられる因子を選定し、それらの因子と予後との関連を解析し、2つの作業仮説の検証を行う。

その結果に基づいて、行為障害例に対する施設内処遇のより望ましいあり方、退所調整・アフターフォローのあり方について検討していく予定である。さらに、特にアフターフォローについては、退所後の最初期における医療・保健・福祉の各関係機関とのより効果的な連携のあり方について検討を行っていくこととする。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

#### (1) 単行本

- 富田拓：遊び型非行／家庭裁判所調査官／児童自立支援施設／少年鑑別所／少年非行／非行深度（以上執筆項目） 作田明・福島章編：現代の犯罪. 新書館, 東京, 2005.
- 富田拓：供述をどう評価するか. 小田晋編：司法精神医学と精神鑑定. 医学書院, 東京, 2005. (印刷中)

#### (2) 雑誌

- 富田拓：児童自立支援施設—そこで何が行われているのか—. 犯罪と非行, 日立未来財団, No.143, 2005. (印刷中)
- 富田拓：思春期の非行・行為障害. 小児科診療 68(6), 2005. (印刷中)
- 富田拓：発達障害の療育に学ぶ自立支援論の試み. 平成 16 年度武蔵野学院紀要, 2005. (印刷中)

### 2. 学会発表

- 富田拓：児童自立支援施設における被虐待児の処遇の経験から. 第 42 回日本犯罪心理学会ラウンドテーブル・ディスカッション「被虐待体験のある非行少年の治療と処遇」 2004.

表 1 : 予後調査の回収率と状態把握率 (平成 10-15 年度)

調査時期 (退所後)	発送数計	回収数	回収率	状態把握		把握率 (発送数に対する)
				(児相による)	状態不明	
3ヶ月	196	86	43.9%	76	10	38.8%
6ヶ月	201	93	46.3%	84	9	41.8%
12ヶ月	203	80	39.4%	65	15	32.0%
24ヶ月	220	76	34.5%	56	20	25.5%
総計 (延べ数)	820	335	40.9%	281	54	34.3%

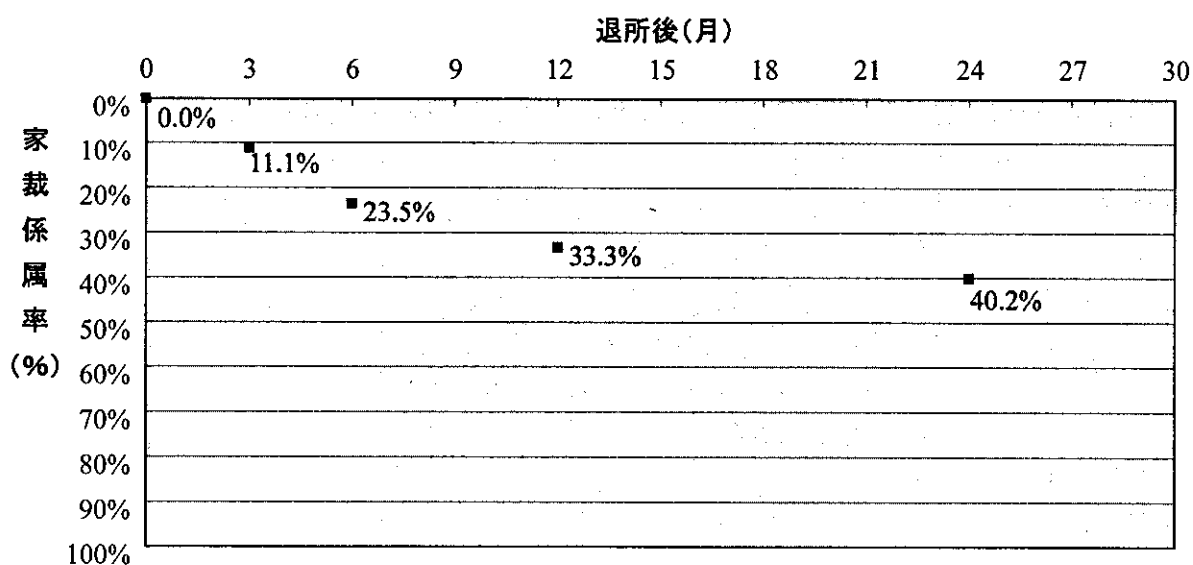


図 1 : 退所後の家裁係属率 (累積) の経過

## 行為障害の治療技法と治療効果に関する研究

分担研究者 吉川和男<sup>1)</sup>  
研究協力者 安藤久美子<sup>2)</sup> 石川信一<sup>3)</sup> 井筒 節<sup>1)</sup> 岡田幸之<sup>1)</sup> 門本 泉<sup>4)</sup>  
金井 剛<sup>5)</sup> 菊池安希子<sup>1)</sup> 小平雅基<sup>6)</sup> 坂野雄二<sup>3)</sup> 佐藤 寛<sup>7)</sup>  
下津咲絵<sup>1)</sup> 生島 浩<sup>8)</sup> 高橋雄一<sup>9)</sup> 千葉泰彦<sup>10)</sup> 津富 宏<sup>11)</sup>  
西川貴美<sup>12)</sup> 富田 拓<sup>12)</sup> 濱松百香<sup>5)</sup> 松本俊彦<sup>1)</sup> 松本英夫<sup>13)</sup>  
吉永千恵子<sup>4)</sup>

- 1) 国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部 2) 関東医療少年院  
3) 北海道医療大学大学院心理科学研究科 4) 東京少年鑑別所  
5) 横浜中央児童相談所 6) 国立精神・神経センター国府台病院児童精神科  
7) 筑波大学人間総合科学研究科 8) 福島大学大学院教育学研究科  
9) 神奈川県立こども医療センター精神科 10) 横浜少年鑑別所  
11) 静岡県立大学国際関係学部 12) 国立武蔵野学院 13) 東海大学医学部

### 研究要旨：

本研究は、行為障害の治療技法を文献的に整理し、本邦で実施可能な治療モデルを作成し、研究協力機関におけるフィールド・トライアルを通して、その効果を判定していくことを目的とする。治療技法に関する文献的精査により、随伴性マネジメント、親訓練、認知行動療法の重要性が判明したが、行為障害の発症には複合的な要因が関与することから、単一の治療アプローチには限界があることも判明した。さらに、各研究協力機関からの事例検討により、行為障害をもつ子供を効果的に治療していくためには、関係機関の一貫した連携が必要であることが示唆された。米国で行われている包括的アプローチのうち、多組織療法 MST は、これらの問題を適切に処理していると思われ、次年度以降は、MST をモデルとした治療マニュアルを作成し、フィールド・トライアルを行うこととした。

### A. 研究目的

行為障害の発症要因には、気質、遺伝、知的能力、社会性認知の欠如、家庭環境、交友関係、貧困、犯罪率の高い地域、暴力的な文化など、複合的かつ相互的な要因が関与していることが知られている。このため、単一のプロセスのみに焦点を置いた治療技法には自ずと限界がある。本研究は、行為障害の治療技法を体系的に整理し、本邦で実施可能な治療モデルを作成し、研究協力機関におけるフィールド・トライアルを通して、その

効果を判定していくことを目的とした。

### B. 研究方法

本研究では、行為障害の治療技法について文献的なレビューを行い、行為障害の治療に実際に携わっている研究協力者との討論を通して、この障害に有効な治療技法を体系的に整理する。また、事例を検討することにより、本邦において上記治療技法を実施していく上での問題や限界などを整理する。その結果に基づいて、本邦で実施可能

な行為障害の治療モデルを作成し、研究協力機関においてフィールド・トライアルを実施し、その効果を判定していく。なお、治療効果を判定するための評価ツールについても検討していく。

### C. 研究結果

文献的には、行為障害の治療において高い効果が示されているのは、行為上の問題が比較的少なく、かつ、年齢の若い（例えば、8歳以下）の児童であった。また、ほとんどの治療は重度の行為障害になる前の予防に焦点が置かれているのが特徴である。治療効果はある場所（例えば、矯正施設）で得られても他の場所で得られないことも指摘されている。また、多くの問題が家庭や学校などの児童を取り巻く自然の社会生態系の中で起きているため、介入は地域ベースで行われるのが理想である。

行為障害の発症要因には、生物、気質、遺伝、知的能力、社会性認知の欠如、家庭環境、交友関係、貧困、犯罪率の高い地域、暴力的な文化など、複合的かつ相互的な要因が関与していることが知られている。このため、単一のプロセスのみに焦点を置いた治療技法には自ずと限界がある。このため、後述する包括的アプローチ（複数の確立された治療要素を一つのパッケージに組み込む）が必要となる。

行為障害の治療には、生物学的要因も関与していることが予想されるため、薬物療法も重要であるが、ここでは、薬物療法以外の基本的な治療技法について整理していく。

#### (1) 随伴性マネージメント Contingency Management

行為障害の全治療に共通した基本的技法であり、関係する治療提供者のみならず家族や学校教師もこの技法を周知し、統一的な対応が取れるようにする必要がある。理論的には、行為を変容させる際にオペラント条件付けの過程を利用することである。例えば、適切に怒りを表出したり、仲間との向社会的な関係を維持したり、大人に対

する礼儀をわきまえた意見を述べたりするなど、肯定的な行為が現れたときには、常に、トークンやポイント、特別な活動、褒美、特権を与えるなど、肯定的な結果となるようにして、その行為を増やすように誘導する。これを肯定的なコントロール戦略と呼んでいる。反対に、攻撃的行動、大人の意見に従わない、規則違反行為などの否定的な行為が現れたときには、常に、無視する、叱責する、タイムアウトなどの否定的な結果となるようにして、その行為を減らすように誘導することである。

実際、行為障害の患者の両親は、社会化の担い手として、一貫した適切な結果を与えていないことは経験上も明らかなことであろう。つまり、行為に対して、明確な行動期待と一貫した結果を確立することによって、矯正的な学習環境を提供することが重要となる。しかし、この治療を肯定的あるいは適応的な行動を促すために用いずに、単に否定的な行動を罰するための行動抑制の手法として用いると、効果的でないばかりか、むしろ有害になる。

この治療を実施していく際には、行動が注意深く観察され、結果が一貫性を持って実施されるような環境が求められる。

#### (2) 親訓練 Parent Management Training; PMT

この治療の主な目的は、長期的に矯正的環境を提供する担い手である両親に、子供の社会化が起きる中心的場所としての家庭で、十分に構造化された随伴性マネージメント・プログラムを実施させるよう指導することにある。行為障害の家庭では、両親は嫌悪的な方法（怒鳴りつける、ののしる等）で子供の行動を変えようとし、子供は両親の行動を変えるのに否定的な行動（かんしゃく、反抗的態度）に頼る傾向が指摘されている。このような家庭環境で生育した子供は家庭以外の対人関係においても否定的かつ威圧的な手段でコントロールするようになる。PMTにおいてはこのような家庭内の「威圧的なサイクル」を修正するのが目的である。

具体的には、罰を与えるときは、タイムアウトを行ったり、何らかの特権を中止したり、当番をさせるなど力に頼らない様を用いるようにする。この際、罰の程度よりも一貫性を保つことの方が重要で、不適切な行動に対する内面化を強化することに主眼をおくようにする。力に頼った様をすると逆に子供の覚醒度を上げ、行為に対する即時的な結果に焦点がいきやすくなり、内面化がなされなくなると言われる。

近年では、施設、外来、地域社会（家庭、学校）でも実施可能なように修正されたプログラムが提供されているが、年齢の高い行為障害を対象としていないことや、少年が両親の住む場所から離れた施設で治療を受けている場合、家庭の機能不全が著しく両親がプログラムに参加しようとしていない場合は、そもそも実行不可能であるという欠点がある。また、PMTは行為障害の発達ないし維持に重要な他の要因（仲間からの影響、学業不振等）を扱っていない点にも限界が指摘されている。

### (3) 認知行動療法 Cognitive Behavioral Therapy; CBT

認知行動療法 CBT は行為障害の対象者に直接働きかけて、最終的には衝動性をコントロールさせることを目的とする。行為障害の子供には、他人の行動に敵意や悪意のある意図を読み取ろうとする傾向があったり、仲間からの挑発に対して攻撃的でない別の方法で対処したりする能力が欠如していることが多いため、攻撃的な行動の要因となる社会的認知能力を改善させることが重要となる。通常は、3 から 5 人の少数のグループセッション（18 から 22 セッション）を構成するが、治療者は、参加者がお互い否定的な行動を教えあったり強化したりしないよう、集団の否定的ダイナミクスが発展しないよう調整する。注意すべき点としては、明確な課題を要求しないような時間は最小限にし、全てのセッションに高度な構造を持たせること、全セッションで随伴性マネジメント（トークンやポイントなど）を用い、学

んだ技術を利用するよう強化し、不適切な行動に対しては相応の代価で応えるようにすることが挙げられる。

しかし、CBT には、グループ外で技術を用いることができない、治療で得た技術を長期間維持できない等の限界が指摘されており、学校などのようなクリニック以外の場所（ニーズのある場所）で実施できるようにデザインしたり、直面するあらゆる実生活の状況に適用できるように訓練したり、子供の周囲にいる人（教師や両親等）にも関与してもらい、グループ外でもその技術が使えるように促し励ましてもらう必要がある。

代表的なプログラムとしては、以下のものが挙げられる。

1. 自己教示訓練 Self-Instructional Training (Kendall & Braswell, 1985)
  - 1) 即時的かつ衝動的な反応をしないようにするため個々の問題となる状況の鍵となる点を認識同定させる
  - 2) 個々の問題となる状況を解決するための複数の解決法や戦略を展開させる
  - 3) 問題と無関係な点に注意を向けず、問題となる状況の重要な点に集中させる
  - 4) 個々の解決策によって起こりうる結果を前もって想定し、最も適応的な行動を選択することにより、複数の解決策の評価の仕方を教える
  - 5) 5 段階の問題解決技法を使ったことに対して自己強化（自身で褒める等）を援用させる
2. 怒りの適応プログラム Anger Coping Program (Lochman & Wells, 1996)
  - 1) 対人関係の状況で自動的かつ衝動的な攻撃の反応をしないように、自己教示的な表現（「待て、考えよ！」等）を利用するように指導
  - 2) 見通しをはかる課題：曖昧な状況の絵を見せ絵の人物の意図を討論させ、他人の意図を誤解しやすいことをロールプレイで訓練させる

3) 怒りのコントロール: 怒りの覚醒の生理学的なサインに気づかせ、問題解決を行う際の鍵を認識させる

#### (4) 包括的アプローチ

前述したように、行為障害の発達には複数の要因が関与し、また、同じ行為障害でもその要因の組み合わせが様々であるため、単一の要因に焦点をおいた治療が無効であったり、同じ治療手法でも効果が一定しないことが指摘されている。このため、近年の傾向としては、複数の治療要素を組み合わせて、包括的な介入手法をとるのが一般的となっている。例えば、両親に PMT を行い、子供に CBT を実施することは相乗効果が期待でき、実際に、有効性についても多数の報告がある。ここでは、代表的な包括的アプローチを二つ紹介しておく。

#### 1. FAST Track (Families and Schools Together) Program

米国の行為問題予防調査グループ Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG, 1992)が、複数の代表地域で実施している、重度行為障害の防止プログラムである。小学校の入学時から介入する。介入の選択条件としては、1) 重度行為障害のハイリスクを予測する明確な標識が子供と家族にある、2) 学校への入学が子供と家族の両者にとって発達上の移行期となり、再編と変化に、より大きな反応をもたらす可能性があることの2点が設定されている。このプログラムは行為障害の発達に関するリサーチとリンクしている点の特徴である。

基本的には、地域型介入で学校を通して実施し、精神保健からのサービスに抵抗を抱く子供や家族、精神保健や刑事司法が関与するに至っていないレベルの子供も介入対象に含められる点で優れている。具体的なプログラムは以下の通りである。

① 強化 PMT : グループ形式による 22 のセッションから構成。通常の PMT に加え、両親が

子供の学習を促進するのを支援し、さらに、肯定的な家族学校関係を発達させるプログラムを有する。また、両親が子供たちに怒りのコントロール技術と問題解決戦略を促進させ、両親自身にも同様の自己コントロール戦略を使えるように支援している点も特徴的である。

- ② 家庭訪問/ケース・マネージメント: ケース・マネージャーが 2 週に 1 回訪問し、PMT グループで学んだ両親の技術を支援する。生活管理上の問題を解決する能力を発展させたり、家族内の信頼感を回復させ、組織としての家族の安定をはかるように務める。
- ③ CBT: ソーシャル・スキル・トレーニング (交友関係と遊びに焦点) や認知的問題解決介入 (怒りの適応戦略、対人関係問題解決技法) を小規模グループで毎週 30 分、クラスの仲間と誘導型のセッションを持つ。
- ④ 学業指導: フォニクス (つづりと発音) を元に朗読訓練を 1 週間に 3 回実施する。少なくとも週に 1 回は両親が参加する。
- ⑤ 代替思考戦略促進カリキュラム PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies) curriculum (Bierman & Greenberg, 1996) : FAST Track に参加している子供だけでなく、クラス全員が参加し、教師が実施するカリキュラム。情緒的な気づき、自己コントロール、対人関係の問題解決技術を促進する。クラスの中での破壊的な行動を効率的に管理するため、随伴性マネージメント・プログラムを教師に身につけさせる。

これらの介入は時間制限付きで実施し、最初の 1 年はインテンシブにプログラムを提供するが、その後、ケース・マネージャーは 1 ヶ月毎に家庭訪問と 1 週間毎に電話でのコンタクトをもち、2 年目は、1 年目よりもやや緩和されたプログラムを両親、教師、子供に提供していくなど徐々にフェードアウトする。学業指導に関しては個々の子供の必要度に合わせて継続していくこともある。

限界としては、ケース・マネージャーが個別的

な調整はするものの、治療の要素を個々のニーズに合わせていくシステムがなく、同じ治療を全ての子供と家族に提供するなど画一的な部分が否めない。重度の行為障害を示す年長の子供たちを治療する明確な構造がない点が指摘されている。

## 2. 多組織的療法 Multisystemic Therapy (MST; Henggeler & Borduin, 1990)

重度の行為障害を有する年長者にも有効性が示されている（ある報告では平均年齢 15 歳）。個別のニーズに対応可能な柔軟性を持っている点が特徴で、治療や介入の一形態というよりも治療のオリエンテーションに近い概念である。社会生態学 social ecology (Bronfenbrenner, 1979) の理論を応用し、子供の問題を対象者を取り巻く生態環境（学校、仲間、家庭、地域等）のダイナミズムなかでとらえ、広範なシステムにおける鍵となる仮説を治療の標的とする。

学校での実施例 (Missouri; Henggeler & Borduin, 1990) や地域精神保健センターでの実施例 (South Carolina; Henggeler, Melton, and Smith, 1992) がある。

包括的評価が特徴であり、問題の程度を把握し、生態環境の文脈で理解する。「治療者は問題が、家族の構成員の個々の特質（態度、信念、認知レベル、社会的能力等）、家族との関係性（両親と子供、夫婦間の情感の質等）、家族外における要因（両親に対する社会的支援ネットワーク、子供の仲間との関係等）とどのように「適合 fit」しているかを決定する」と指導される。

個別の特性に応じた治療計画を作成するのが FAST Track との最大の違いであり、メリットでもある。学校での実施例では、83% に家族療法、60% に学校での介入プログラム（両親と教師のコミュニケーションの促進、学業改善、学級内での問題行動管理等）、57% に友人との問題介入（スカウトや運動チーム等の向社会的な交友関係に加わることへの指導や情緒的支援や友人への直接介入）、28% に CBT による子供への個別治療、26% に夫婦間療法を実施していた。

MST では、治療者のレベルを維持することに留意しており、地域精神保健センターでの例では、博士課程修了後平均 1.5 年の常勤の治療者を配置し、治療者は、経験のあるマスターレベルの心理学者から 1 週間に 1 時間、現場でのスーパービジョンを受け、さらに、MST の開発者と 1 週間に 1 時間、電話での相談を受け、2 ヶ月おきに 1 日間のブースター・トレーニング・セッションを受けることが義務づけられている。さらに、治療記録には定期的な調査とフィードバックが入るなど細やかな対応がなされている。

MST に関する調査では、再逮捕率（回数、重大犯罪、暴力犯罪）が MST 群で少ないとの報告が多いが、MST の成功の可否は、治療を実施する臨床家の能力とトレーニングの質、実施機関が中身を高度なものに維持しようとする意志（包括的評価、治療者のケースロードを少なくする、濃厚なスーパービジョン等）に高度に依拠すると言われる。

## 事例検討

### 〈症例 1〉 19 歳 男性

家族歴：父がアルコール依存症で、家族へ暴力。  
生活歴：小学校では学業成績不良で、落ち着きがなく、いじめられっこであった。中学では、いじめめる側になり、喫煙、飲酒、万引きが始まった。高校は、傷害事件で退学し、少年鑑別所に入所。現病歴：小学校 4 年より希死念慮が生じ、自傷行為が始まった。中学時にウェイトトレーニングに凝り、過食、自己誘発性嘔吐の問題が顕在化。高校時代より、不眠により飲酒し、希死念慮高じて、精神科クリニックを受診する。18 歳以降は、ガスパン吸引、過食、自傷行為、他人への暴力、措置入院を反復し、最終的に 20 代で自殺した。

### 〈症例 2〉 16 歳 男性

家族歴：母方祖父が大酒家で飲酒すると大暴れし、近隣から孤立。母親は不良グループに入り高校中退。父親は威圧的、暴力的な躰けを行っている。生活歴：独歩が始まった頃から多動目立ち、小学校より家出や放浪、窃盗、学校での暴力行為が見

られた。

現病歴：8歳時、身体的虐待、ネグレクトの疑いで児童相談所が一時保護。解除2ヶ月後に再保護。9歳時、児童精神科入院。11ヶ月後、母親の養育への無関心変わらず、衝動性や他児への威圧的態度続いたため、児童自立支援施設へ入所したが、他児や女性職員への暴力を認めていた。小学校卒業時に母親が引き取り退所。しかし、中学入学後も家出や不適応起こし、児童自立支援施設や精神病院への入所、入院を繰り返した。15歳時に養護学校へ入学し、寮生活を始めたが、他児や教師への暴力が続き、医療少年院への転院が検討されている。

#### 〈症例3〉 12歳 男性

家族歴：父が分裂病質人格障害の疑い。母は知的能力に問題がある。夫婦仲は悪く、母の浮気が元で治療経過中に離婚。

生活歴：幼稚園で一人遊び、他児への嘔みつき、女兒のスカートをめくる、成人女性の胸を触るなどの問題行動が認められていた。

現病歴：小学校では、多動傾向指揮され、4年次に児相でADHDの診断を受けた。5年から6年次にかけて自らの陰部をなめさせる事件を3回起こし警察が介入し、アスペルガー障害の診断で精神科病院へ入院。入院中、他児への攻撃的行動、男児を自室に連れ込み下着の中に手を入れる等の性的逸脱行為や、女性スタッフへの身体的接触行動が頻回となり、国立自立支援施設へ紹介転入所。性的逸脱行動等一切認められずに経過している。

#### 〈症例4〉 10歳 男性

家族歴：父は子の養育に無関心で、母は人格障害の診断で通院中。児に対し怒鳴る、叩くなどの対応をし、自ら家出し、過量服薬を行う。姉は10歳まで伯母に養育され、摂食障害の診断。妹は吃音、チック、不適応、喘息の症状がある。

生活歴：母親に威圧的に躰けられ、体罰を頻回に受ける。小学校低学年よりいじめに会う。

現病歴：小学4年より吃音、喘息が悪化し、精神科を受診。母、妹に対する攻撃性が高まり、刃物

を振り回すなどしたため入院。児童相談所が対応することで退院したが、母子間での葛藤高まり、暴力が増加したため、中学入学後に再入院。その後、病棟では安定したため、情緒障害児短期治療施設に転入所となった。

事例検討からは、以下のような問題点が整理された。

- 1) 小学校低学年より兆候がありながら、早期介入の遅れがその後の対応、予後を困難にしている（症例1）。
- 2) 精神科医療のみでの対応に限界があり、矯正的な枠組みが有効な場合がある（症例3）
- 3) 地域（家庭、学校等）の問題が放置されているため、矯正施設退所後に同様の問題が再燃する（症例2、3、4）。
- 4) 地域で関係組織が統一的に関与できていないなど、地域でのケース・マネージメントが必要である（全例）。

#### D. 考察

平成13年度から15年度にかけて実施された厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研究」（主任研究者斎藤万比古）においては、問題行動を有する児童への介入に関しては、対応連携システムの確立が急務であることが指摘された。

本研究は、行為障害という問題に対し、どのような治療技法が有効であるか文献的レビューと各関係機関からの事例により検討したが、単一的な治療アプローチには限界があり、また、単一の機関による介入にも限界があることが明らかになった。

現在のところ、最大の効果を発揮している治療法としては多組織的療法MSTが挙げられるが、これはケース・マネージメント同様、特別な治療技法というよりは支援の手法あるいはオリエンテーションに近いものであった。しかし、複数の組織が統一的に行為障害の問題に関与していく



ためには必要不可欠な手法であると思われ、今後、わが国においても MST をモデルにした独自の治療マニュアルが必要であると思われた。従って、次年度以降は、このモデルの作成に取む予定である。しかしながら、随伴性マネージメント、親訓練、認知行動療法等の基礎的治療技法は、行為障害に接する全ての関係機関、両親、本人自身も熟知している必要があることは明らかであり、今後、関係者が理解を深められるように上記マニュアルに盛り込む必要がある。

このマニュアルをベースに、複数の地域で、フィールド・トライアルを行い、実際の有効性について検証していくのが、さらなる研究課題となる。

#### E. 結論

文献的調査により、行為障害の治療には単一的な手法によらない包括的アプローチが必要であることが明らかになった。また、複数の関係機関における事例検討によっても、単一機関のみが関与するのではなく、複数の関係機関が統一的に対応していく必要性が明らかとなった。このために、我が国においても、MST をモデルにした独自の治療マニュアルが必要であることが検討された。

#### IV. 研究成果の刊行に関する一覧

## 研究成果の刊行に関する一覧

### 書籍

- 齊藤万比古, 渡部京太, 藤井 猛, 小平雅基, 宇佐美政英, 秋山三左子, 入砂文月, 佐藤至子(2004):  
児童精神科における ADHD の診療の現状. 厚生労働科学研究 (効果的医療技術の確立推進臨床研究事業)「小児科における注意欠陥/多動性障害に対する診断治療ガイドラインの作成に関する研究」平成 15 年度総括・分担研究報告書, 1-11.
- 齊藤万比古(2004): 不登校・ひきこもりは時代を写す鏡. 斎藤 環監修; hikikomori@NHK  
ひきこもり, pp76-79. NHK 出版, 東京.
- 齊藤万比古(2004): 2 次性障害と ADHD の経過. 上林靖子, 齊藤万比古, 小枝達也ほか; こころのライブラリー(9) ADHD (注意欠陥/多動性障害) —治療・援助法の確立を目指して—, pp159-170. 星和書店, 東京.
- 齊藤万比古(2004): 児童精神科. 吾郷晋浩監修; ストレスと病い 診断・治療と予防, pp215-221.  
関西看護出版, 大阪.
- 齊藤万比古(2005): 学校予防と対策 (スポーツクラブを含む). 石川俊男, 鈴木健二, 鈴木裕也他編; 摂食障害の診断と治療ガイドライン 2005, pp142-144. マイライフ社, 東京.
- 齊藤万比古(2005): 精神科医の立場からみた子どもの不安症. 久保木富房編; 子どもの不安症, 小児の不安障害と心身症の医学, pp15-30.
- 奥村雄介(2005): 精神障害と非行・犯罪. 新・心理学の基礎知識; 中島義明編, 有斐閣, 東京.
- 犬塚峰子, 伊東ゆたか, 柴崎喜久代等(2004): 児童相談所における子ども・家族のアセスメントに関する研究—児童相談所で保護した被虐待児の前方視的追跡調査. 厚生労働科学研究 (子供家庭総合研究事業)「児童福祉機関における心理的アセスメントの導入に関する研究」平成 15 年度研究報告書.
- 犬塚峰子(2004): 子どもの人権とは. 市川宏伸等編; 子どものこころのケア. 永井書店, 東京.
- 犬塚峰子(2004): 家族再統合のための援助事業の試み. 児童虐待防止対策支援・治療研究会編;  
子ども・家族への支援・治療するために—虐待を受けた子どもとその家族と向き合うあなたへ—. 日本児童福祉協会, 東京.
- 富田 拓(2005): 遊び型非行, 家庭裁判所調査官, 児童自立支援施設, 少年鑑別所, 少年非行, 非行深度. 作田 明, 福島 章; 現代の犯罪, 12,42,94,100-103,183. 新書館, 東京.
- 富田 拓(2005): 供述をどう評価するか. 小田 晋; 司法精神医学と精神鑑定. 医学書院, 東京.  
(印刷中)

### 雑誌

- 梶原荘平, 齊藤万比古, 樋口重典, 田中英高, 長瀬博文(2004): 不登校の心身症的側面を評価するための問診票. 日本小児科学会雑誌 108(1); 45-47.
- 齊藤万比古(2004): “軽度発達障害”—教育および医療の取り組み—. 子どもの健康科学 5;

65-71.

齊藤万比古(2004)：最近の不登校. 臨床精神医学 第33巻第4号；373-378.

渡部京太, 齊藤万比古(2004)：成人におけるADD, ADHDの精神病理. 精神科治療学, 425-432.

齊藤万比古, 今井淳子(2004)：行為障害, 反抗挑戦性障害. 小児内科 36(6)；925-930.

齊藤万比古(2004)：不登校, ひきこもり, 対人恐怖症など. 日本医師会雑誌特別号 131(12)；S196-S197.

齊藤万比古, 山田慎二(2004)：自閉症とアスペルガー障害. 小児看護 27(9)；1155-1161.

齊藤万比古(2004)：児童・思春期における行為障害等の問題行動に対する地域の対応・連携システムについて. 心の臨床 à·la·carte 23(4)；427-432.

奥村雄介(2004)：「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.

奥村雄介(2004)：精神障害を抱える非行少年の矯正治療と社会復帰－保護観察制度をめぐる諸問題. 日本衛生会 117, 心と社会 35(3), 特集「児童思春期の精神保健活動をめぐって」；36-44.

奥村雄介(2004)：悪性ひきこもりの現在. 臨床精神医学 33(4)；391 - 395.

奥村雄介(2004)：行為障害の定義と分類, 特に少年非行との関連について. こころの臨床アラカルト 23(4)；391-395.

犬塚峰子(2004)：家族再統合－児童相談所での取り組み. 発達 100(25)；24-30.

犬塚峰子(2004)：児童福祉における行為障害. 心の臨床 a'·la·cart 23；396-401.

近藤直司(2004)：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.

藤岡淳子(2004)：女子の行為障害の特性をめぐって. こころの臨床アラカルト 23(4)；413-416.

市川宏伸(2004)：行為障害と医療. こころの臨床 à·la·carte 23(4)；422-425.

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.

富田 拓(2005)：児童自立支援施設－そこで何が行われているのか－. 犯罪と非行 143. (印刷中)

富田 拓(2005)：思春期の非行・行為障害. 小児科診療 68(6). (印刷中)

富田 拓(2005)：発達障害の療育に学ぶ自立支援論の試み. 平成 16 年度武蔵野学院紀要. (印刷中)

## V. 研究成果の別刷



## 児童・思春期における行為障害等の問題行動に対する地域の対応・連携システムについて

齊藤 万比古\*

### 1. 今なぜ連携システムなのか？

筆者は、2001年から厚生労働省こころの健康科学研究事業による「児童思春期精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研究」という課題名の厚生労働科学研究研究班を編成する機会を得て、3年間にわたって、子どもと青年の問題行動のうち精神疾患を背景に持ち、一機関だけでは対応が困難であったケースに対して各種専門機関の連携によって対応する地域連携システムの現状および望まれる姿について調査し、各地に設置すべき対応・連携システム案の作成に取り組むという経験をした。

この研究班発足のきっかけは第1に、2000年に発生した佐賀バスジャック事件のような従来の精神医学ではとらえがたい精神疾患を背景に持つ少年犯罪の多発という社会状況にあった。そして第2に、児童思春期の問題行動に対して一専門機関の関与だけでは対応できないケースが各地で実際に増加していると専門家たちが実感していること

にあった。それは例えばこのようなケースである。

ケースは小学校4年生の男子で、診断は注意欠陥／多動性障害（ADHD）と破壊的行動障害だった。この破壊的行動障害とは反抗挑戦性障害（ODD）と行為障害（CD）からなる疾患群だが、このケースの場合、その情緒面の特徴はODDの心性と考えて矛盾はない甘えと怒りの混在する両面的なものであったが、暴力の激しさと広汎さはCDの診断基準を満たす領域に入っていた。家庭の養育能力の重大な欠陥のため幼児期より児童養護施設に入所していたが、小学校3年になった頃から多動と衝動性が激しくなり、他児への暴力と恐喝まがいの金品の要求、スタッフへの攻撃的な反抗が増加し、施設として耐えがたい水準になってしまった。このため数カ所の医療機関で治療を受けたが、いずれも安定した改善を得ることはできず、担当児童相談所が児童精神科病棟のある病院に紹介し、保護委託の形で入院となった。現在このケースは、入院治療における投薬と行動修正法などの治療により破壊的行動障害に関しては著明に改善してきたが、ADHD症状はまだ中等度に存続している。このケースを中学生以降支えていくためには、サポート機能に著しく欠ける家庭への対応、安定した治療の維持、退院後の受け入れ場所の確保などについて見通しを持つ必要があるだろう。入院に際しての医療機関が受け手であった連携が、今度は医療機関から児童相談所、地域の福祉担当者、および養護施設にケースの支援とフ

On a case-managing system for problem behaviors of children and adolescents with mental disorders

\*国立精神・神経センター精神保健研究所

[〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3]

Kazuhiko Saito, M. D.: National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 1-7-3 Kono-dai, Ichikawa-shi, Chiba, 272-0827 Japan.

フォローアップをバトンタッチしていく連携の時が差し迫ってきている。

こうしたケースでは、一養護施設だけで、あるいは一医療機関だけで養護や治療を担い、ずっとケースを抱えていくということは考えにくく、むしろ非常に困難であるといわざるを得ない。しかし、そのためには必須である地域内の各専門機関による共同での取り組みが可能なシステムは、これまでごく限られた地域にしか存在しなかった。

ここで挙げたようなケースが青年期の終わり近くに至って、独立した一市民として社会に活動の場を見出すことができるように、いくつかの地域内専門機関が、ある時期は一機関で、またある時期は複数機関の連携によって、一貫性をもって支えていくというシステムを全国に早急に普及させる必要があるのではなかろうか。

## 2. 機関間連携の実態

2001年に筆者ほか<sup>3)</sup>は上記の調査の一環として、全国児童相談所59カ所、児童福祉機関155カ所、精神保健福祉センター51カ所、保健所110カ所、精神科医療機関110カ所、教育相談機関88カ所からなる計573機関に「現状調査アンケート」を依頼し、回答を得た279機関（回答率49%）のアンケート結果を検討した。

アンケートの中で各回答機関が「行動上の問題を示している事例の治療・援助において他領域の機関との連携を経験したことがあるか」を各分野の機関ごとに質問している（図1）。その結果、精神科医療機関、児童相談所、教育相談機関の3機関は90%近くの回答機関から連携経験のある機関として挙げられており、これらは連携対象として選ばれやすい現状にあるようである。確かに少年事例、特に背景に精神障害の関与がうかがえるような事例の対応の一線に立つのはこの3機関であり、互いに1次的窓口機能と2次的対応機関の機能を果たしながら、事例のやり取りを盛んに行っていることがうかがえる。これに対して保健所と警察は、それぞれ60%弱ほどの回答機関が連携経

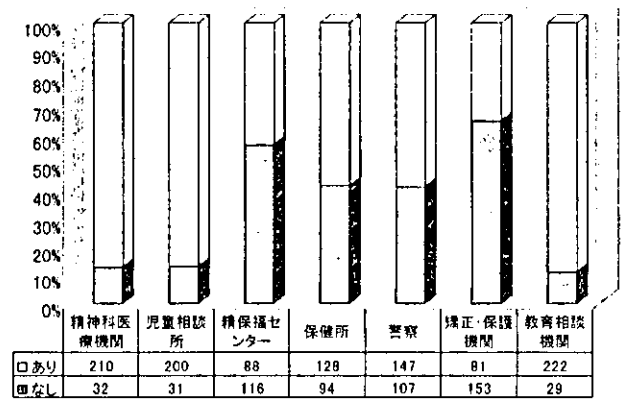


図1 各機関との連携の経験

験ありと答えており、連携対象の選択されやすさとしては2番目の水準にある。この2機関は1次的窓口機能が中心の機関という性格が強く、警察を2次的機関として他機関から紹介する場合には、かなり犯罪性の高い事例に限局されているのではないだろうか。精神保健福祉センターと矯正・保護機関が連携対象として選択される比率は40%前後とかなり低い。精神保健福祉センターは、都道府県および政令指定都市に各1カ所設置されている機関であり、連携対象として身近でないという意味で選択しにくい面があると同時に、1次的窓口機能が優勢であるからではないだろうか。また、矯正・保護機関は司法体系内の2次的機関であり、一般社会における1次的機関（学校、児童相談所、病院など）から直接紹介することがないという意味で、事例の紹介先ではなく、むしろ矯正・保護期間終了後の事例の紹介元であることが多いことを意味しているのではないだろうか。

またアンケートで、「連携上非常に困難を感じた事例」のうち最も困難と感じた事例を1つ挙げることを求めたところ、150事例の概要が寄せられた。それらの性別は男子63%に対し女子37%と、男子が過半数を占めていた。また、その年齢分布は、13～15歳が57事例、16～19歳が50事例となり、これら13～19歳の思春期年代が80%を占めており、13歳未満の20%を大きく引き離していた。

寄せられた事例の問題点のうち主な問題点を、非行的行動を中心とする「対社会的問題行動」、不登校・ひきこもり、あるいは強迫症状（不潔恐怖）

などの「神経症的症状」、虐待など家庭の養育機能の問題を示す「家族要因」、家庭内暴力を中心とする「家庭内限局性問題行動」、幻覚や妄想などの「精神病症状」、ADHDや広汎性発達障害（PDD）などの「発達障害」、「その他」の7カテゴリーに分類し集計した結果、対社会的問題行動56事例、神経症的症状36事例、家族要因22事例、家庭内限局性問題行動17事例、精神病症状10事例等々という結果を得た。同じようにその事例の持っていた問題のすべてをカテゴリーに分けて集計した結果は、神経症的問題67事例、家族要因66事例、対社会的問題行動65事例と、これら3カテゴリーがほぼ同数で並び、それ以外のカテゴリーを大きく引き離した。以上2つの結果を並べて示したグラフが図2であるが、これを見ていると、対社会的問題行動や精神病症状はそれ自体主要な問題と受け止められやすいという特性を持つのに対し、家族要因と発達障害は他要因に重なることでその問題の深刻度を増加させる特性をより強く持ち、神経症的症状と家庭内限局性問題行動はそれらのちょうど中間にあるという印象を受ける。

このときのアンケート調査では、このような少年事例に対応するための連携システムが実際に回答者の地域に存在するか否かを質問しているが、「ある」とした回答機関は回答機関257機関の31%ほどにすぎなかった。一方、回答機関が他分野の機関とどのくらい連携したいというニーズを持つかを調査した結果はこの実態とは異なっていた。図3に示すように、連携の糸口が乏しい矯正・保護機関の76%を除いたすべての領域の機関に対して、80%以上の回答機関が連携のニーズを持っており、中でも児童相談所、教育相談機関、精神科医療機関、および警察との連携のニーズは90%を超えていた。このように、各分野の機関が他機関との連携を望むニーズはお互いにかなり高いことがわかる。

### 3. 連携システムの持つべき機能

筆者ほか<sup>1)</sup>は2003年に、それまでの調査で「連携

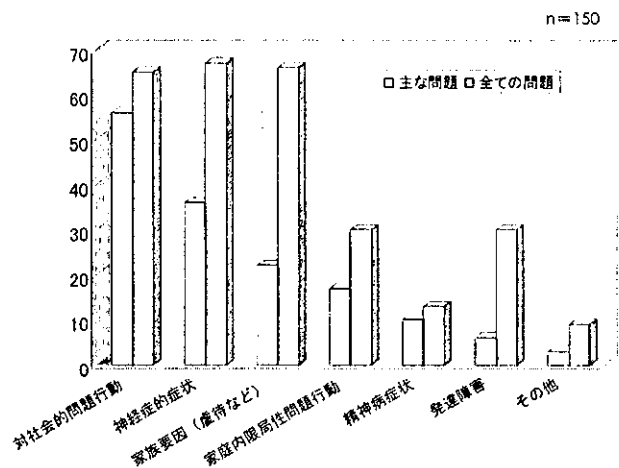


図2 困難事例の概要

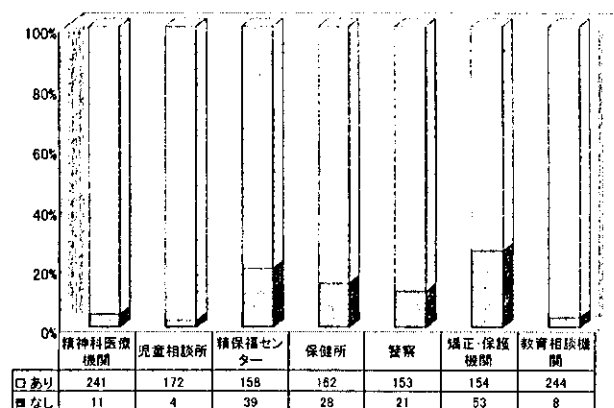


図3 各機関との連携の必要性

システムがある」と答えた機関が記載した80連携システムを対象に、その機能をめぐる調査を行い、次のような結果を得た。

連携システムを構成する機関として、調査した80システムの50%以上で参加を認めた機関は児童相談所、教育機関、精神科医療機関、警察、精神保健福祉センター、保健所・保健センター、そして精神科医療機関であった。連携システムを運営しているのは県あるいは政令指定都市が57%と最も多く、市町村や児童相談所等がそれに続いていた。また、連携システムが実際に有効に機能しているかどうかを質問したのに対して、その評価は図4に示すように、「機能している」との評価が11%で、「ある程度機能している」とした49%と合わせて60%はある程度良好な評価を得ているものの、40%は「どちらともいえない」から「機能していない」までの評価を受けており、現存の連携



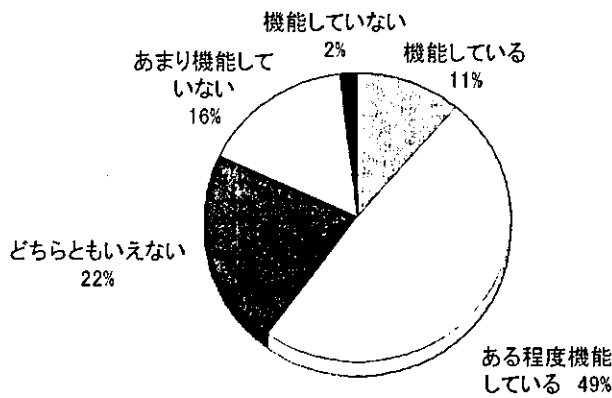


図4 連携システムの機能評価

システムは必ずしも十分に機能しているとはいいがたいことがわかる。

この調査では対象とする連携システムがどのような機能を持っているかを聞いているが、その結果は図5のように「事例検討機能」が回答80システムの80%に認められ、最も多かった。各機関が困難を感じたケースに関する事例検討機能が、現存のシステムの中心機能となっていることがわかる。その他、「啓発機能」「情報統括機能」「早期発見・早期介入機能」「処遇決定機能」が各々3分の1ほどのシステムに存在した。なお、これら諸機能のうち事例検討機能、情報統括機能、早期発見・早期介入機能のいずれかがあるシステムは、それが無いシステムより参加機関による評価が高いことがわかった。

この調査では連携システムの運用面に関する現状の問題点を記述してもらっているが、情報統括や事例検討会議の開催などといったシステムの運営機能を担い、システム利用時の窓口機能を果たす事務局および運営委員会が必要という旨の意見が多数寄せられた。また、連携システムに相談が持ち込まれた場合、緊急性が高いと思われる事例に関しては、状況を静観するのではなく、速やかに具体的な採るべき介入を検討し、実際に支援していくことができる機能を持つべきであるとする意見や、各機関の担当者同士がお互いのことを知る機会が少ないなどの意見が目立った。連携というからには、相手の顔が見える連携、すなわち各機関の特徴を互いによく知り合った連携が前提であるという感覚を示しているものと思われる。こ

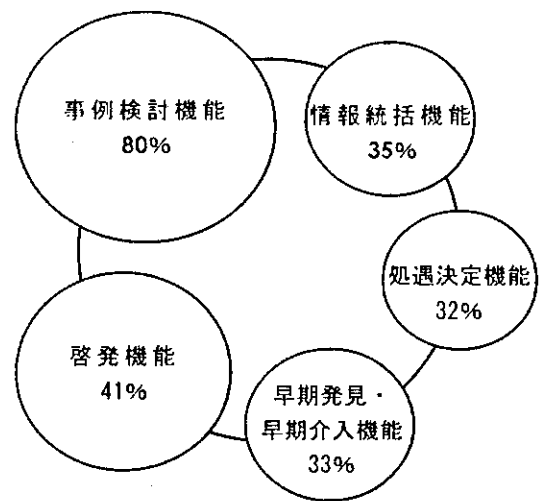


図5 連携システムが持つべき機能

これらのニーズに応えるために、検討機能と合議による対応機関の決定機能を持つ「ケース・マネジメント会議」を設置・運用する必要があるだろう。

#### 4. 対応・連携システムに関するガイドラインについて

以上のような調査結果をまとめ発展させる形で作成した対応・連携システム案が『精神疾患を背景に持つ児童思春期の問題行動に対する対応・連携システムの設置および運営に関するガイドライン』<sup>2)</sup>の中で示したシステムである。このシステム案は理想的な形を求めるものとは異なり、ある程度努力すれば各地域に実現可能なシステムの形態と機能を明確に規定することを目指したものである。

この対応・連携システムが目指す目標は第1に、問題行動を示す精神障害を抱えた児童思春期事例が、その問題行動のために十分な援助を受けられないといった事態が生じない地域社会を実現させることにある。そして第2に、問題行動を示す事例を抱えた機関が、他機関との連携をとれずに対処困難な状況に至るといった事態が生じない地域社会を目指すことである。

この対応・連携システムが取り扱う問題行動としては、暴力行為、家出、窃盗、攻撃的性犯罪な

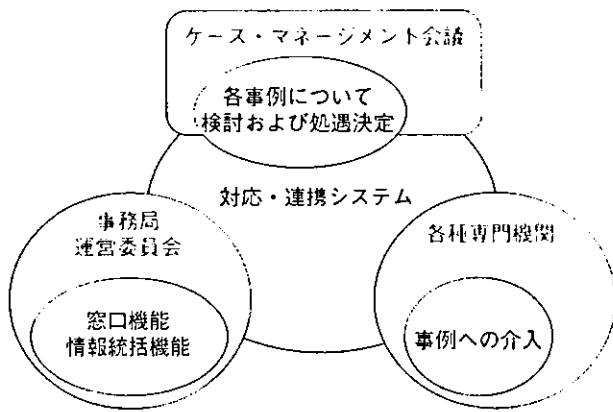


図6 対応・連携システムの基本構造

どを意味する『反社会的問題行動』、不登校とひきこもりを意味する『非社会的問題行動』、家財持ち出しや家庭内暴力を意味する『家族内限局性問題行動』、手首自傷（リスト・カット）、薬物乱用、女子の性非行などを意味する『自己破壊的問題行動』の4種類の問題行動をガイドラインは想定している。

このような「問題行動の背景にある精神疾患」とは、精神科医療機関以外の各種専門機関が精神疾患あるいは心の病気の関与を疑った状態を基本的に想定しており、精神病性疾患、重度の神経症性疾患、発達障害などの精神科診断が確定しているものだけを意味しているわけではない。すなわち精神障害の診断が困難な事例の病態に関する評価もこのシステムの機能の1つである。

この対応・連携システムは、具体的にどのような構造を持つべきであろうか。筆者ほか考えたその基本構造は図6のとおりである。このシステムは、窓口機能と情報統括機能を受け持つ『事務局および運営委員会』、事例検討および処遇決定機能を受け持つ『ケース・マネージメント会議』、そして実際に事例への介入を受け持つ『各種専門機関』の3つのモジュールから構成されている。

対応・連携システムに参加する各種専門機関は精神保健福祉センター、児童相談所、教育機関、保健所、精神科医療機関、警察、家庭裁判所、各種児童福祉施設など、地域の特性に応じた多彩な機関となる。なかでも精神保健福祉センター、児童相談所、教育機関、保健所、精神科医療機関、

警察の6機関は現存のたいていのシステムに加わっており、必須専門機関といえそうである。

システムの事務局は地域の実情に応じて、精神保健福祉センターもしくは児童相談所に設置することが現実的といえよう。事務局機能は内部から事務局機能を中心となって果たす担当者を決定する。事務局の機能は、システム利用希望機関に対する『窓口機能』、システム利用希望があった事例の『情報収集』『ケース・マネージメント会議の運営』『会議の日程および参加機関の調整』、地域への『啓発活動の計画』などである。

運営委員会は、精神保健福祉センター、保健所・保健センター、警察、児童相談所、教育機関、医療機関とその代表者から構成するのが合理的である。運営委員会の機能は地域連携システム全体の企画運営と、事務局からのケース・マネージメント会議の開催申し込みに応じて、会議の開催とその参加機関を協議のうえ決定することである。

ケース・マネージメント会議の参加機関および担当者は運営委員会を構成する機関に加えて、実際に検討対象となる事例に関与している機関と今後関与する可能性のある機関の実務担当者の参加を求めるべきである。ケース・マネージメント会議の機能はケース検討を求められた事例の評価と処遇の検討、これまでシステムが関与した事例の定期報告の検討と、それに基づく処遇の再検討である。

ケース・マネージメント会議における事例の評価は、上記のような4種類の問題行動のどれに当たるかを特定する『問題行動の評価（第1軸）』と、虐待および重大な家庭の問題があるか否か、各種の発達障害を持っているか否か、発達障害以外の精神疾患（統合失調症、双極性気分障害、強迫性障害など）に罹患しているか否かという『背景要因の評価（第2軸）』の2軸評価とすることを筆者は推奨したい。これら3種の背景要因はそれぞれが存在することによって、第1軸の問題行動に対する介入法に特有な修正を加える必要が出てくるからである。

本システムの活動は次のような流れに沿って進

行する。システム参加機関などから事例の検討を  
求める依頼があった際には、速やかに事務局が『事  
例の受理』を行い、運営委員会の意見を求めたう  
えで、ケース・マネジメント会議を招集し、ケ  
ース・マネジメント会議は事例の問題行動とそ  
の背景要因についての『評価』を行い、検討のう  
え事例に対する『介入計画』を作成する。その結  
果を受けて、各種専門機関が実際の『介入』を担  
当する。事務局は、当該事例に対する介入の途中  
経過を定期的に報告書として提出することを関与  
機関に求め、その結果を運営委員会で協議し、必  
要に応じケース・マネジメント会議に諮るとい  
う『追跡調査』を担当する。このような流れで必  
要な期間、本システムは事例の経過を追跡し、必  
要ならば介入計画の修正を加える。そして、い  
ずれこのシステムが必要でなくなると追跡は『終  
了』となる。

最後に、対応・連携システムに加わる各種専門  
機関およびその担当者は、検討する事例の個人情  
報に関して、特別に配慮する必要があるという点  
について触れておきたい。本システムは、個人情  
報を共有することなしにはその機能を有効に発揮  
できないため、この点をなんとかクリアしなければ  
ならない。そこで本システム案は、守秘義務を  
厳守する旨を記載した誓約書にすべての参加担当  
者が署名を行い、個人情報に関する守秘義務を確  
認することを推奨している。しかし個人情報の守  
秘義務に関しては未だ確たる形式は成立しておら  
ず、今後もこの点に関して法律関係者を交えた検  
討を続ける必要があると思われる。

## 5. おわりに

ここまで厚労科研で行ってきた筆者ほかによる  
研究の3年間の成果を中心に述べてきたが、この

ガイドラインは残念ながら現在のところ机上の案  
に過ぎない。これを実際に設置・運用しながら現  
実的な修正を加えて完成したシステム案としてい  
く必要がある。また、精神疾患を背景要因として  
問題行動を示す事例というとき、避けては通れな  
い行為障害概念についての見解をこのガイドライ  
ンでは示していない。筆者の臨床感覚からすると、  
「行為障害すべてを精神疾患とするのには無理があ  
る。いわんや行為障害のすべてを医療機関の受け  
入れ対象とすることにはもっと無理がある」とい  
う思いを禁じえない。幸い、今年度から『行為障  
害』に焦点をあてた厚労科研の研究班が筆者を主  
任研究者に発足している。わが国においてコンセ  
ンサスを得られるような行為障害概念、行為障害  
の診断・評価法、そして介入法に関する指針を示  
すことができるよう努力したい。

## 文 献

- 1) 齊藤万比古,宇佐美政英,小平雅基ほか: 児童思春  
期における行為の問題に対する連携システムの  
現状と今後. 厚生労働科学研究(こころの健康科学  
研究事業)「児童思春期精神医療・保健・福祉の  
システム化に関する研究(主任研究者 齊藤万比  
古)」平成13年度-15年度総合研究報告書,平成15  
年度総括・分担研究報告書, 47-68, 2003.
- 2) 齊藤万比古ほか: 精神疾患を背景に持つ児童思春  
期の問題行動に対する対応・連携システムの設  
置および運営に関するガイドライン. 厚生労働科  
学研究(こころの健康科学研究事業)「児童思春期  
精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研  
究(主任研究者 齊藤万比古)」平成13年度-15  
年度総合研究報告書,平成15年度総括・分担研究  
報告書, 7-41, 2003.
- 3) 齊藤万比古,笠原麻里,小平雅基ほか: 児童思春期  
における情緒・行動の障害に対する精神医療・  
保健・福祉の対応・連携システムについて—  
「現状アンケート」の結果と考察—精神保健研究,  
49; 49-59, 2003.

Yuzuru Harada  
Kazuhiko Saitoh  
Junzo Iida  
Ayako Sakuma  
Hidemi Iwasaka  
Junko Imai  
Michiko Hirabayashi  
Satoru Yamada  
Shinichi Hirabayashi  
Tokio Uchiyama  
Setsuko Ohta  
Naoji Amano

## The reliability and validity of the Oppositional Defiant Behavior Inventory

Accepted: 24 September 2003

A. Sakuma, M.D. · N. Amano, M.D., Ph.D. ·  
Dr. Y. Harada, M.D., Ph.D. (✉)  
Mental Health Clinic for Children  
Shinshu University Hospital  
3-1-1 Asahi, Matsumoto  
390-8621 Nagano, Japan

K. Saitoh, M.D., Ph.D. · J. Imai, M.D.  
Dept. of Child and Adolescent Psychiatry  
Kohnodai Hospital  
National Center of Neurology  
and Psychiatry  
Chiba, Japan

J. Iida, M.D., Ph.D.  
Nara Medical University College  
of Nursing  
Nara, Japan

H. Iwasaka, M.D.  
Dept. of Psychiatry  
Nara Prefectural Rehabilitation Center  
Nara, Japan

Michiko Hirabayashi, M.D., Ph.D.  
Dept. of Pediatrics  
Matsumoto Kyoritsu Hospital  
Nagano, Japan

S. Yamada, M.D., Ph.D.  
Dept. of Psychiatry  
Tokyo Metropolitan Umegaoka Hospital  
Tokyo, Japan

S. Hirabayashi, M.D., Ph.D.  
Dept. of Neurology  
Nagano Children's Hospital  
Nagano, Japan

T. Uchiyama, M.D., Ph.D.  
Dept. of Human Welfare  
Faculty of Human Relations  
Otsuma Women's University  
Tokyo, Japan

S. Ohta, M.D., Ph.D.  
Dept. of Public Health  
Shinshu University School of Medicine  
Nagano, Japan

**Abstract** *Objective* The aim of this study was to develop an evaluation scale for use as a supplementary tool for the diagnosis of oppositional defiant disorder (ODD). *Method* The subjects were 98 Japanese children (91 males and 7 females), aged 6–15 years, diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or ODD. Internal consistency, test-retest reliability, concurrent validity and divergent validity of the oppositional defiant behavior inventory (ODBI),

an evaluation scale of oppositional defiant tendency, were examined. *Results* Cronbach's  $\alpha$  coefficient of the ODBI was 0.925. The correlation coefficient between the test and the retest was 0.820 ( $p < 0.0001$ ). Both the ODBI scores (test and retest) were correlated with the number of items that matched the ODD diagnostic criteria of DSM-IV ( $r = 0.660, 0.659, p < 0.001$ ), and with the ODD-scale of Disruptive Behavior Disorders Rating Scale ( $r = 0.725, 0.654, p < 0.001$ ). Compared with the ADHD group or controls, the ADHD and ODD group showed a significantly higher ODBI score at  $p < 0.0001$ . *Conclusion* The concurrent use of this scale with clinical examination is expected to increase the accuracy of the diagnosis of ODD.

**Key words** oppositional defiant disorder – attention-deficit/hyperactivity disorder – rating scale – reliability – validity

### Introduction

Follow-up studies [7, 10] indicate that 25–47% of children with oppositional defiant disorder (ODD) are diagnosed with conduct disorder (CD) when re-examined 3–6 years later. Moreover, of the children diagnosed with CD, 80–82% had been previously diagnosed with ODD.

From these results Lahey et al. [8] argued that ODD can be a developmental precursor of CD. Biederman et al. [5] concluded that one subtype of ODD is prodromal to CD. According to Loeber [9], treatments probably could become more effective when directed at ODD rather than CD symptoms because of the greater malleability of ODD symptoms.

Accurate diagnosis of ODD is necessary for effective