

来でみられた症例の検討. 臨床精神医学
11: 1025-1033, 1982

- 8) World Health Organization: The ICD-10
Classification of Mental and Behavioral
Disorders: Clinical descriptions and
diagnostic guidelines. WHO, Geneva,
1992

F. 研究発表

学会発表

- ・成重竜一郎, 市川宏伸, 鈴木俊介: 行為障害
の入院治療の実態. 第 46 回日本児童青年精
神医学会総会, 2005

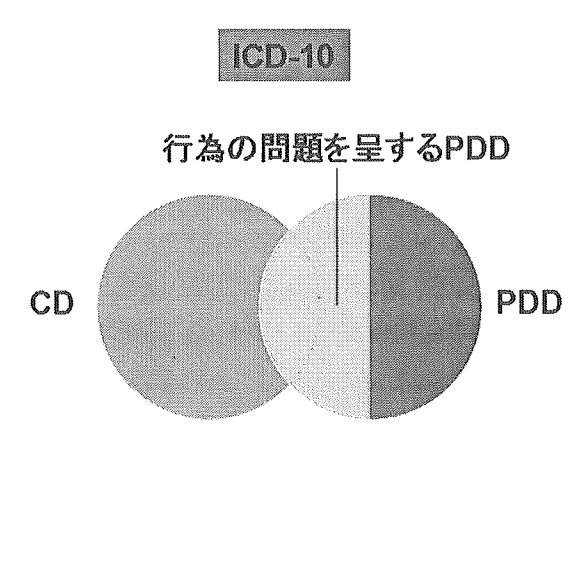


図1. ICD-10における行為障害と広汎性発達障害の関係

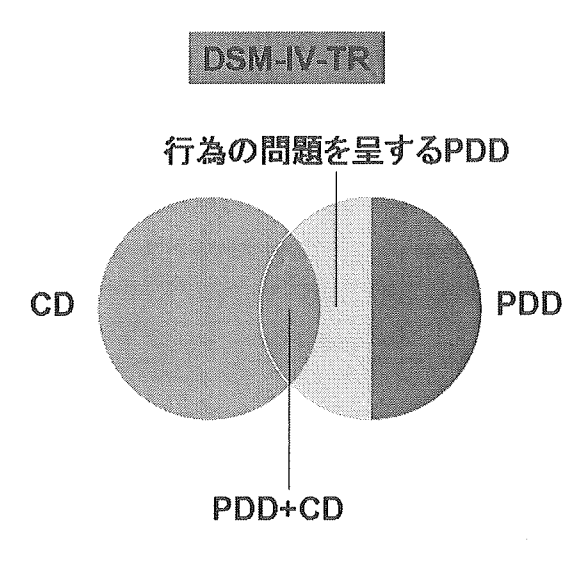


図2. DSM-IV-TRにおける行為障害と広汎性発達障害の関係

表1. 対象症例

CD	男性	35例 67.3%	女性	17例 32.7%	
診断	F90.1	F91.0	F91.1	F91.2	F91.3
	25	6	11	6	4
PDD	男性	44例 83.0%	女性	9例 17.0%	
診断	F84.0	F84.5	F84.8		
	9	15	26		

表2. 平均入院回数と平均在院日数

	CD	PDD	p値	
平均入院回数	1.5±0.8	1.3±0.7	0.085 ⁽¹⁾	有意差なし
平均在院日数	228.1±202.0	219.2±194.5	0.41 ⁽²⁾	有意差なし

(1) Mann-Whitney検定、(2) Studentのt検定

表3. 患者因子

	CD	PDD	p値	
男性	35/52	44/53	0.062 ⁽¹⁾	有意差なし
平均年齢	13.7±3.0	12.3±3.2	0.011 ⁽²⁾	CD>PDD
平均発症年齢	10.4±3.4	9.4±3.0	0.055 ⁽²⁾	有意差なし

(1) カイ2乗検定、(2) Studentのt検定

表4. 背景因子

	CD	PDD	p値	
一人親	26/52	20/53	0.21 ⁽¹⁾	有意差なし
施設入所	8/52	6/53	0.54 ⁽¹⁾	有意差なし

(1) カイ2乗検定

表 5. 家庭限局例

	CD	PDD	p値	
家庭限局	6/52	25/53	0.000063 ⁽¹⁾	CD<PDD
(1)カイ2乗検定				



図 3. 広汎性発達障害と行為の社会化

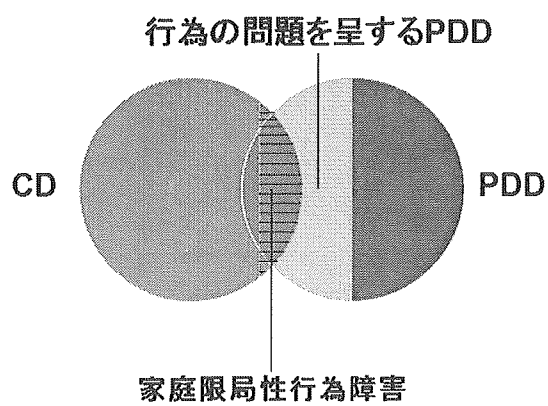


図 4. 家庭限局性行為障害の位置づけ

行為障害における発達障害の併存に関する研究

分担研究者 原田 謙¹⁾

研究協力者 酒井文子¹⁾ 田中祥子¹⁾ 富田 拓²⁾ 横井幸四郎³⁾ 宮本司郎³⁾

1) 信州大学医学部附属病院 子どものこころ診療部 2) 国立武蔵野学院 3) 国立瀬戸少年院

研究要旨

本研究は、行為障害とADHDおよび広汎性発達障害の特徴との相関を調べ、因子を抽出することを目的としている。対象は平成17年4月から平成18年1月までに信州大学医学部附属病院、A、B児童自立支援施設、C少年院に来院・入所した18歳以下の行為障害児18名である。これらの対象児本人に対して、面接およびWISC-III、CDCL（反社会性の尺度）、逆境的小児期体験についての調査を行った。保護者ないし施設職員に対しては、行為障害の内容の調査、半構造化面接、DBD-RS（ADHDと破壊的行動障害の尺度）、ODBI/ECBI（反抗挑戦性の尺度）、ASSQ/TABS（自閉性の尺度）を施行した。今年度の結果からは、ADHD症状は嘘・盗みとの、PDDのこだわり行動は、攻撃行動や嘘・盗みとの、反抗挑戦性と規則違反との関連が強いと考えられた。

A. 研究目的

本研究は、行為障害児における発達障害の併存率についてこれまでの研究の追試を行うとともに、行為障害とADHDおよび広汎性発達障害の特徴との相関を調べ、因子を抽出することを目的としている。

事前に立てられた仮説は以下の3点であった。

仮説1『CDに併存する典型的なPDD（自閉性障害やAS）は、従来考えられていた通り少数。しかし、従来併存するとされていたADHDの中には、広汎性発達障害の特徴を示すものが意外に多いのではないか？』

仮説2『CDを症状別・型別に分けた時、小児期発症型、攻撃性や破壊はADHDやPDDとの関連が強いのではないか？』

仮説3『CD行動を予防する参考として、社会経済的状況、環境要因、発達障害との関連である程度の予測ができないか？』

B. 研究方法

対象は2005年4月～2005年12月に信州大学医学部附属病院を受診した18歳以下の行為障害児とA児童自立支援施設に入所していた行為障害児全員、およびB児童自立支援施設、C少年院の入所児の中で、無作為に抽出した行為障害児各5名である。

こうして得られた対象は、男児16名、女児2名、計18名、平均年齢は14.9歳であった。

方法としては以下の調査を行った。

<本人に対して>

- ・面接
- ・WISC-III
- ・CDCL（行為障害の尺度）
- ・ACE（逆境的小児期体験についての調査）

<保護者（ないし保護者への施行が困難な場合）、施設職員に対して>

- ・半構造化面接
- ・社会経済的状況と行為障害の内容についての調査

- ・DBD-RS (ADHDと破壊的行動障害の尺度)
- ・ODBI/ECBI (反抗挑戦性の尺度)
- ・ASSQ/TABS (広汎性発達障害性の尺度)

これらの面接結果、評価尺度を元に、仮説1に対してはCD児の中でADHDとPDDの併存率を調査した。仮説2に対しては、CDを症状、小児期発症か青年期発症か、集団型か、単独型かに分類し、DBD-RSのCD症状とDBD-RSのADHD、ODDの得点、および、ODBI/ECBI、ASSQ/TABS得点との相関を調べた。仮説3に対しては、DBD-RSのCD症状を従属変数に、その他の評価尺度を独立変数にして重回帰分析を行い、CD行動の回帰式を求めた。

(倫理面への配慮)

対象については、原則として書面で保護者から同意を得た。個人情報と秘密を厳守し、得られたデータは匿名化し厳重に管理した。

C. 研究結果

1. CD児18名中ADHDと診断されたのは9名、PDDは3名であり、両者の診断基準を満たしたのは1例のみであった。
2. 小児期発症のCD行動と相関を認めたのは、
 - ・嘘・盗み行動得点と不注意項目得点、多動衝動性項目得点 ($r=0.824$, $r=0.789$)
 - ・攻撃行動とTABSの対人関係障害項目得点 ($r=-0.764$)
3. 青年期発症のCD行動と相関を認めたのは、
 - ・嘘・盗み行動得点と多動衝動性項目得点 ($r=0.817$)
 - ・攻撃行動、破壊行動、嘘盗みとASSQのこだわり行動得点 ($r=0.809$, 0.826 , 0.893)
 - ・規則違反行動とECBI得点 ($r=0.817$)
4. 単独型のCD行動と相関を認めたのは、
 - ・嘘・盗み行動得点と多動衝動性項目得点とTABSのこだわり行動得点 ($r=0.862$, 0.806)
 - ・規則違反行動とECBI得点 ($r=0.668$)
5. 集団型のCD行動と相関を認めたのは、
 - ・攻撃行動とASSQのこだわり行動得点 ($r=0.851$)

6. CD行動の回帰式では、採用される変数が少なく、確定した結果が得られなかった。

D. 考察

CD児の中でADHDとPDDが併存していたものは18例中1例に過ぎなかった。従ってCDに併存するADHDの中には、広汎性発達障害の特徴を示すものが意外に多いのではないかという仮説は現時点では否定的である。

CDの症状や型と発達障害の関連については、発症年齢に関わらず、また単独型においてADHD症状と〈嘘・盗み〉の関連が強かった。PDDのこだわり症状は、青年期発症のCDにおいて攻撃、破壊や嘘・盗み行動との、単独型のCDにおいて嘘・盗み行動との、集団型のCDにおいて攻撃行動との相関を認めた。青年期発症や集団型CDの規則違反行動は反抗挑戦性との相関が有意であった。

また、CD行動の回帰式では、採用される変数が少なく、確定した結果が得られなかった。これに関しては、症例数を重ねて来年度、再度検討したい。

E. 結論

今年度の結果からは、ADHD症状は嘘・盗みとの、PDDのこだわり行動は、攻撃行動や嘘・盗みとの、反抗挑戦性と規則違反との関連が強いと考えられた。

次年度は症例数を増やして再度検討を行いたい。

F. 研究発表

1. 論文発表

- ・原田 謙, 今井淳子, 酒井文子: 反抗挑戦性障害と行為障害. 上島国利 (監修), 精神科臨床ニューアプローチ 7 児童期精神障害, メジカルビュー社, 東京, 2005
- ・原田 謙, 今井淳子, 酒井文子: 反抗挑戦性障害と行為障害の精神医学. 思春期青年期精神医学 15: 59-70, 2005

- 原田 謙, 今井淳子, 酒井文子: 反抗挑戦性障害と行為障害. 臨床精神医学 34: 1082-1084, 2005
- 原田 謙: 反抗挑戦性障害と行為障害. 児童青年精神医学とその近接領域精神科 46: 285-295, 2005
- 原田 謙, 今井淳子, 酒井文子: 行為障害. 精神科治療学 20 (増): 286-287, 2005

2. 学会発表

- 原田 謙, 今井淳子, 酒井文子, 高田あや, 田中祥子, 天野直二: 軽度発達障害と行為障害. 第 24 回信州精神神経学会, 2005.
- 原田 謙: 軽度発達障害と行為障害. 第 9 回日本小児神経学会 甲信越地方会, 2005.

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¹⁾

研究協力者 松本俊彦¹⁾ 岡田幸之¹⁾ 井筒 節¹⁾ 石川信一²⁾ 佐藤 寛³⁾

安藤久美子⁴⁾ 津久江亮太郎⁴⁾ 吉澤雅弘⁴⁾

1)国立精神・神経センター精神保健研究所 2)宮崎大学教育文化学部

3)筑波大学人間総合科学研究科 4)国立精神・神経センター武蔵病院

研究要旨

行為障害の治療技法として、米国だけでなく諸外国においても徐々にその効果が実証されてきているMST (Multisystemic Therapy)を本邦に導入するために、日本語版マニュアルを作成した。MSTにおいては、対象となる児童を社会生態系の中で捉え、多様なシステム内におけるストレングスとニーズを評価しながら、治療の鍵となる介護者を同定し、介護者が治療の終結後も継続的に児童に介入していけるようなシステムを構築することが求められる。MSTにおいては、フィット評価と呼ばれる分析過程を経て、問題行動の要因となる種々の事実から一定の仮説を導き出し、介入の糸口とする。なお、来年度にMSTを本邦で試験的に実施する場合においても、一貫性と質を担保するため、米国のMST Servicesからの助言を受けることが必要であると考えられた。

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、犯罪発生率の高い地域への居住、暴力的文化など複合的な要因が関与している。このため、行為障害の治療においては単一のプロセスのみに焦点をおいた治療技法には限界がある。また、施設主体型の治療では、家庭環境、交友関係、地域社会における要因への介入には限界が多く、児童が家庭や地域社会に戻った際に、再び同様の問題が再発したり、治療の中断が問題となる。

昨年度の文献的調査により、行為障害の包括的な治療プログラムとして米国で実施されているMultisystemic therapy (MST)がこれらの問題点を克服し、さらに、治療効果についても多数の実証的な報告がなされていることが分かった。そこで、今年度は、MSTを本邦に効果的に導入するため日本語版のマニュアルを作成すると同時に、

同マニュアルが本邦の実情に沿うように一部改変することを目的とした。将来的には、臨床現場での実行可能性の検証のために、小規模なモデル地区を選定して実施することを計画した。

B. 研究方法

MSTは、サウスカロライナ医科大学精神医学行動科学部門ファミリー・サービス・リサーチ・センターのScott W. Henggeler教授が中心となって研究開発が行われてきたが、現在はMSTの実施や教育についてはMST Servicesが担当し、米国内の様々な地域あるいは海外における普及啓発に努めている。

本研究では、Henggeler教授やMST Servicesからの助言を得ながら、MSTの日本語版マニュアルを作成し、本邦におけるMSTの普及啓発の実行可能性を検証することとした。

(倫理面への配慮)

今年度までの段階では、具体的な研究対象者を設定していないため、倫理的な配慮はなされていない。次年度に試験的な介入が実施される場合には、「臨床研究に関する倫理指針」等を守りながら実施していく予定である。

C. 研究結果

以下に MST マニュアル日本語版の概要を示す。
MST の理論的概念

図 1 に MST の理論的概念を図式化した。Bronfenbrenner の社会生態系理論に基づき、児童を取り巻く様々なシステムが示されている。児童は中心におり、次の円周に同胞、家族、友人、近隣、学校、治療機関、地域社会と続く。児童に、より近いシステムが児童の行動に相対的に大きな力と影響を及ぼしていると考えられる。例えば、家族は一日 24 時間、週に 7 日間児童に影響を及ぼす。家族ほどではないにしても児童は友人や他の社会のシステムと日々接触をもつ。友人は児童が年を経るごとに強く影響を及ぼすようになり、非行少年との関わりが思春期における反社会的行動の強い予測因子となる。学校というシステムの影響も強いが、週末や夕方以降、休日、夏休みの間などは影響を与えない。同様に考えていくと児童の居住する地域社会の特性などからも影響を受けるが、家族や友人が強い影響をもたらしていることに変わりはない。こうしてみると治療機関は児童からかなり離れたところに位置しているのが分かる。治療機関と児童の関係は自然発生の種々のシステムとの関係と比べるとその影響は限られている。このようなことから MST モデルは治療機関の治療者と児童との関係だけで臨床的効果を得るには必ずしも十分ではないと考えられている。もちろん治療者が児童と良好な関係を築けないということではない。ただ、MST においては治療の中心的な役割を介護者にもたせるべきであると考えられている。介護者は児童の生態系の中で管理者の役割を果たす。このように MST の治療の主な目的は、自然の生態系にお

いて、児童や青年の向社会的行動を支持したり、強化したりするような多面的、複層的な環境の発達を促すことにある。

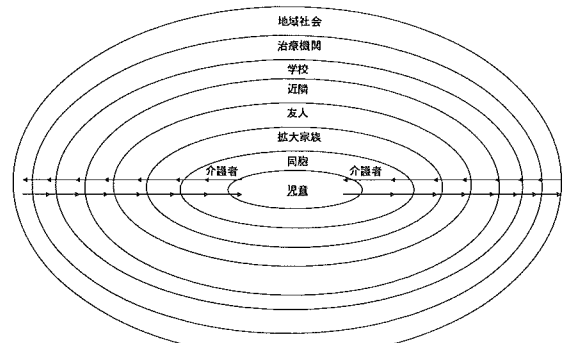


図1. 児童を取り巻くシステムによる生態環境

MST の 9 つの原則

原則 1 : 評価の主な目的は、同定された問題と広範なシステム環境の間にあるフィット (適合) を理解すること

この原則が示すように、評価は治療の一つの過程になる。MST の評価では同定された問題行動に関係する要因を児童の社会の生態系の中に見出す姿勢が求められる。この要因を MST ではフィット (適合) と呼ぶ。それぞれのシステム内 (例えば、児童、家族、学校、友人、近隣等) でストレスとニーズ (弱点) の評価を最初の治療ステップとして実施し、問題を維持している主要因についてある仮説を導き出すようにする。

家族: 吉川 和男 治療者: 賢藤 万比古 日付: 平成18年2月3日

システム内のストレングス	システム内のニーズ(弱点)
個人 学校を希望 真面目で自立している 親しみやすく礼儀正しい 明確 サッカーが趣味 兄弟の理解力が高い 家族 父親が定職に就いている 交通手段として車がある 両親は共に子供に愛情がある 祖母や叔母が協力可能 学校 学校と両親との関係が良好 児童は問題をよくする 教師を信頼している 友人 石原に向社会的な交友関係がある 地域社会 近所にコミュニティセンターがある 石原の友人の子供たちも住んでいる	個人 向社会的活動が限定 逃避 切実 ADHDの行動問題 (不注意、衝動的) 家族 経済的に貧しい 夫婦間のコミュニケーションに問題 母親がうつ病 学校 数字が苦手 行動上の問題 (不注意、おしゃべり) 友人 反社会的な友人との接触 地域社会 高い犯罪率と器物乱用率 地域での暴力

図2. ストレングスとニーズのサマリー

図 2 にストレングスとニーズのサマリーを示した。ストレングスとニーズは児童が生活している様々なシステムについて評価される。このような評価を行うためには家族や教師、地域社会の協

力者と面接を行う必要がある。治療が始まるとニーズ側の要因が介入の標的となり、ストレンクス側の要因は変化を助けるために用いられる。例えば、放課後に課外活動(地域社会のストレンクス)がある場合、それは親の監督不足(家族のニーズ)を部分的に補う形で利用できる。治療者は親とストレンクスを利用し、親が児童を放課後の課外活動に通わせるようにすることで、そのニーズを満たすようにする。治療が進展すると、表のストレンクス側の項目が増加し、ニーズ側の項目は減っていくことになる。

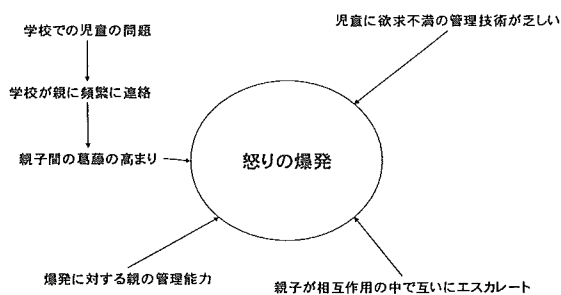


図3. フィット・サークル

図3はフィット・サークルと呼ばれ、フィット評価の構成を示している。同定された問題行動(例えば、怒りの爆発、不登校、監督不足、親子の葛藤など)が円の中に描かれる。円中の行動のフィットの要因を評価するため、治療者は複数の情報に基づいて、行動の要因に対する仮説を立てる。要因は児童を取り巻く様々なシステムの中にも存在するし(例えば、両親、同胞、学校、友人、近所など)、また児童の性質の中にも存在する(例えば、うつ病症状など)。次に、治療者は同定された問題のフィット要因を支持する事実を書き入れる。これらは直接の観察や児童の社会生態系内のキーパーソンからの情報に基づいている。

フィット要因は、問題を解決するために介入するターゲットとなるため、MSTにおいては非常に重要である。さらに、治療が進展すると治療者は家族とその生態系を理解するようになるため、フィット要因の図式も変化することになる。このため、治療者は毎週変化を記録し、同定された問題の要因を理解しなければならない。治療過程で

環境が変わり、フィット要因の図の意味する内容も変わってくる(例えば、祖母の様態が悪化し、働いている母親が児童の放課後の監督を手伝えなくなくなるなど)。このような場合、治療者は新しいフィット要因の相互の影響を考慮し、どの要因に優先して介入するかを決定しなければならない。

原則2: 治療的な接触においてはプラスの部分を確認し、システムのストレンクスを変化のための「てこ」として用いる

この原則では、治療においてはストレンクスに焦点をおいて、これを活用することが強調されている。そのために、行動の変化に利用可能なストレンクスをシステム内に同定することが必要である。例えば、「母親はボーダーラインだから、子供が問題を起こしても仕方がない」といったような親に対するネガティブな見方をして、電話での連絡を回避するなど家族に対してネガティブな行動をとってしまう場合がある。この場合には、スーパーバイザーと問題を解決する必要がある。

原則3: 介入は家族の構成員の責任ある行動を促し、無責任な行動を減らすように計画される

MSTは児童に責任ある行動を促すことに焦点をおいている。また、一方で、児童の行動を管理するために、生態系の他の協力者に積極的な役割を担わせて児童の能力を促進することがある。介護者が責任をもって行動するには、児童の問題行動を支えてしまっている自分たちの行動を修正しなければならないし、保護的要因につながるような行動を増やす必要もある。例えば、両親の児童に対する監督能力の問題が、親の物質使用の問題を改善することで変化し、結果的に、児童に対する管理技術能力が高まる場合がある。

原則4: 介入は現在に焦点を置き、行動指向型とし、具体的で明確な問題を標的にする

原則4では、ターゲットにする行動を明確に定め、行動と行動上の変化の計測方法を定めて、行動に焦点をおいた確実な介入方法を用いることが強調される。明確な規定を用いることで、治療者、家族、他の参加者がその介入が実施されてい

るかどうか、機能しているかどうかを正確に知ることができる。もし、介入で期待された結果が得られないならば、治療者は速やかに決断し、新たな方向性を導かなければならない。

原則 5: 介入は、同定された問題を維持する複数のシステム内あるいはシステム間の行動の連続体を標的にする

システム理論では、行動は相互作用の連続対の要素とみなされる。行動の連続体を同定し、変化させることで、結果的に人は行動を変えることができる。重要なことは、これらの連続体が家族内でのちょっとしたやりとりの中にも認められることである(例えば、威圧的な口論など)。もちろん、この連続体は、家族と学校などの家族外システムとの間にも認められる。いずれの場合でも、治療者は、関係における変化が、問題行動を変えるための鍵となることを忘れてはならない。

原則 6: 介入は発達上適切でなければならず、児童の発達上のニーズに適合させる

この原則の基本的な点は、介入は児童の発達上のニーズに歩調を合わせるべきだということである。しかし、発達上の適正さというのは、個人が何を認知的に対処しているかということだけでなく、治療過程において親子が発達上どのような段階にあるのかにも関係している。例えば、ある親が住居を見つけるのに困っており、また、それを一人で行うのに十分な経験がないとする。ここで治療者は、その親は、自己啓発の発達過程において初期の段階にあることを認識する。このため、治療者は親に不動産屋さんへの電話のかけ方や訪問の仕方も実演しなければならない場合がある。このように、MST は介護者も含めて生態系における全ての人の発達上のニーズに歩調を合わせて介入し、その場合には、介入対象者が必要としている知識、技術、支援を提供する必要がある。

原則 7: 介入は家族の構成員の毎日もしくは毎週の努力を要求するよう計画される

これは一連の課題を達成し、成功するために全

ての参加者が守らなければならない原則である。毎日毎日課題を達成することで、目標指向的に行動変化を行うやり方が次第に家族のスタイルとなっていく。治療上必要な宿題が出されるが、これは治療に対する家族の姿勢について貴重な情報を提供してくれる。

原則 8: 介入効果は複数の視点から絶えず評価され、治療者は結果が成功に至るまで、あらゆる障壁を克服する責任を負わなければならない

それぞれの介入では全ての参加者が進展状況と成功の度合いをモニターできるように計画する必要がある。治療者は、参加者と一緒に介入方法を計画し、その効果を継続的に評価し、その介入の妥当性を参加者に伝える。効果は介入に関わった参加者からの観察とフィードバックからも評価される。もし、介入で期待されたような行動上の変化がみられない場合は、治療者は障壁を同定し、その障壁を乗り越えるための戦略を参加者と一緒に計画しなければならない責任がある。

原則 9: 介入は、治療の一般化を促進し、治療による変化が長期的に維持されるよう計画されなければならない。これによって、介護者は家族の構成員のニーズを多数のシステム環境の中で処理できるようになる

治療の一般化というのは、治療者がいなくても介護者がひとりで介入し、児童の行動を自然の生態系の中で継続的に管理できるようになることを意味する。治療者が治療を終結し家族の元を離れるためには、介護者に、児童や家族の日々の問題を解決する何らかの道具を提供しなければならない。標準的な児童の心理療法では、治療者と児童の関係が最も重要である。これに対し、MST では、親と児童の関係が治療者と児童の関係よりも優先される。親は児童に必要なとされる治療に対処できるよう知識と技術を教育される。親は治療の最中、あるいは治療の終了後も、治療者なしの状況で介入できるよう教育されなければならない。

分析過程

これまで述べてきた 9 つの治療原則に従い、

MSTでは図4のような分析過程を経る。最初に、介護者、児童、教師、保護観察官、他の関係機関、公式記録等の複数の情報から問題行動を同定することから始める。これをMSTでは照会行動と呼ぶ。

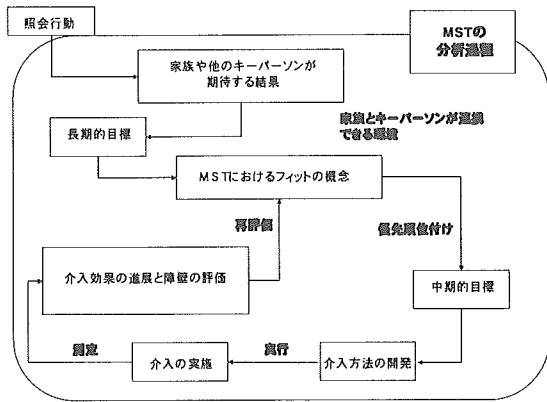


図4. MSTの分析過程

治療者は変化のための標的を確定し、ベースラインとして問題行動の現在のレベルを測定する。次に、児童の自然の生態系の中でキーパーソンを同定し、治療の参加者として要請を行う。それぞれの人に面接し、問題に対する見解を得る。彼らの持っているストレンスを同定し、成功するためにどのような変化が必要であるかについて決定する。

これらの情報は、治療の長期的目標を達成させるのに利用され、キーパーソンに協力を促すようにする。長期的目標によってMST治療の展望や終結点が決定される。長期的目標が達成されたとき、治療は終了する。長期的目標は治療の時間的制約からも現実的なものでなければならない。さらに、目標はキーパーソンが目標を達成したかどうか判別できるように具体的で測定可能なものでなければならない。その後の介入は焦点を絞って実施するため、長期的目標の少なくとも一つが有効である必要がある。

分析過程の次の段階としては、どれが優先的に必要とされる相互作用あるいは関係の変化なのかを順位付けすることである。これは、児童の自然の生態系の環境内で生じる問題行動のフィットを同定することで行われる。

例えば、図3に示したように、もし、児童が家

庭内で怒りの爆発について問題を抱えているとすると、治療者はそれぞれのシステムからの情報を考慮し、観察から家族のこの問題に関する知識や能力を把握し、「フィット・サークル」に怒りの爆発に至る要因を可能な限り記録する。例えば、治療者は次のようなフィット要因を決定するとする。(1) 児童は欲求不満の管理技術が乏しい、(2) 親子が相互作用の中で互いにエスカレートしている(例えば、威圧的な相互作用の連続体)、(3) 爆発に対する親の管理能力が問題を悪化させている、(4) 学校での児童の問題に親が頭を悩ませていると、学校はその親に頻繁に連絡をする。これによって親子間の葛藤が高まり、爆発をエスカレートさせている。

フィット要因が包括的に同定された後に、治療者と治療チームはどの要因が問題行動の駆動力となっているのかを決定する。これらの要因は変化のための標的と捉え、その変化が中期的な目標となる。例えば、児童の爆発に対して親が意図せず強化をおこなっているとすると、それは問題を維持している中心的な要因とみなされる。そして、治療的な注意として、初めに親子の相互作用に焦点が注がれる。例えば、爆発に対する親自身の管理能力を変えることが中期的な目標になり、それがやがて長期的な目標において期待されている変化につながることになる。もし、怒りの爆発が親の効果的な行動管理で改善されたとした場合、もはや他のフィット要因に注意を払う必要がない可能性もある。しかし、学校での問題を解決するには長期的目標の他の要素も考慮する必要があるだろう。

介入は全ての参加者と共同で実施されるが、参加者は進捗状況をモニターし、治療者と介護者にフィードバックをする。介入過程を通して、治療者と介護者は、目標を現実の結果と比べ、どの程度成功したかを測定する。仮に成功が得られなかった場合、治療者と参加者は治療目標を達成するために何が障壁であるかを同定する。その後、行動が自然の生態系内でどの程度「フィット(適合)」しているかが検討される。そして、この分

析過程が再び毎週繰り返される。この構造化された分析過程は長期的目標が達成されるまで続けられる。治療の最後に、治療者と家族は長期的目標が達成されたかどうか確認し合う。治療を通じて、治療者は家族ができるだけ単独で問題を処理できるように支援し、相互の変化を支える自然発生的なシステムを構築することになる。

D. 考察

本年度は、米国 MST services の協力を得て、日本語版マニュアルを作成した。米国版マニュアルは行為障害の問題を抱える児童を取り巻く米国独自の文化的、社会的背景があるため、日本語版の作成の際には、その点に配慮する必要がある。

MST のマニュアルは MST の理念の理解に重要であり、この問題に携わる関係者に広く普及啓発する必要があるため、18 年度内に出版する予定である。しかし、MST を本邦で実施するためには、MST の組織体制の整備や、運営予算の確保について大きな課題がある。

米国では、MST は、当初、Henggeler 教授らが中心となって、研究ベースで開発が進められ、事例を積み重ねていった経緯がある。その後、MST は米国内の各地域に徐々に普及し拡大することとなったが、実際、米国各地域で展開されている現在の MST は、一貫性と質を担保するため、MST services という事業団体が一括して、教育と指導にあたっている。その内容には、プログラム自体に加え、組織体制の予算計画、実行タイムスケジュール、サービスの開始と終了の基準やプロセス、プログラムの初期評価計画等、組織を立ち上げる際に必要な具体的事項も含まれる。このため、本邦で MST を展開していくためには、研究ベースで事例を積み重ねていく場合であっても、治療を進めていく際には MST services からの助言を受けることが必須であると思われた。

来年度は、MST を試験的に行う小規模な地区を選定し、そこで、実際に活動可能な MST 治療者にトレーニングを施し、MST services からの

スーパーバイズの元で本邦における初の MST を実施していく予定である。

E. 結論

行為障害の治療技法として、米国だけでなく諸外国においても徐々にその効果が実証されてきている MST (Multisystemic Therapy) を本邦に導入するために、日本語版マニュアルを作成した。MST においては、対象となる児童を社会生態系の中で捉え、多様なシステム内におけるストレスとニーズを評価しながら、治療の鍵となる介護者を同定し、介護者が治療の終了後も継続的に児童に介入していけるようなシステムを構築することが求められる。MST においては、フィット評価と呼ばれる分析過程を経て、問題行動の要因となる種々の事実から一定の仮説を導き出し、介入の糸口とする。なお、来年度に MST を本邦で試験的に実施する場合においても、一貫性と質を担保するため、米国の MST Services からの助言を受けることが必要であると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 吉川和男：書評 Conduct and Oppositional Defiant Disorders – Epidemiology, Risk Factors, and Treatment (行為と反抗挑戦性の障害—疫学、危険因子、治療) . Cecilia A. Essau 編 犯罪学雑誌 71(4): 125-131, 2005.

2. 学会発表

- 吉川和男：児童青年に対する認知行動療法の理論と実践:基礎研究の臨床への応用可能性 指定討論 ー行為障害の問題を通してー. 日本心理学会第 69 回大会. 慶應義塾大学, 2005.

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 医務課 2)静岡県立大学 国際関係学部

研究要旨

本研究の2年目にあたる平成17年度は、平成16年度の本研究において見いだされた施設退所後の再非行の経過の知見に基づき、国立児童自立支援施設退所後6ヶ月後の予後と関連する因子についての解析を行った。予後に最も強い影響を与えているのは家族の犯罪歴の有無であった。また、行為障害の重症度は、家裁係属の有無には影響を与えないが、少年院入所の有無には影響を与えることがわかった。また、退所年齢が高いほど予後は良好であったが、これはこれまでの一般的な非行予後予測の知見と一致している。また、行為障害以外の精神障害（薬物依存、精神遅滞を除く）の併存が予後良好の因子であることが示されたが、この点については今後検討を重ねる必要があると思われた。

A. 研究目的

平成16年度に本研究で行った、国立男子児童自立支援施設である国立武蔵野学院の予後調査の結果によれば、退所後、6ヶ月の間に再非行に陥る（家裁係属となる）事例が23.5%を占めるが、それ以降は再非行に陥る事例が少なくなることが判明した（図1）。よって本年度は、退所後6ヶ月の時点での再非行の有無に影響を及ぼす因子について解析を行い、予後を改善する方法について検討するための基礎データを得ることを目的とする。

B. 研究方法

対象：

国立武蔵野学院に2000年1月1日以降に入所し、かつ2005年5月31日以前に「児童自立支援達成」と判断されて退所した児童85名（全て男子、退所時年齢 15.0 ± 1.4 歳）を解析の対象とした。対象とした児童の平均初発非行年齢は9.0

±2.2歳、平均IQ(WISC-Ⅲ)は 84.5 ± 14.9 、平均在籍日数は 511 ± 201 日、行為障害の診断が付く児童は85例中84例であった。行為障害の診断の下位分類等を表1に示す。また、行為障害以外の精神障害の診断について表2に示す。

方法：

退所後6ヶ月の時点での再非行の有無（家裁係属、少年院入所）を従属変数とし（表3）、対象児童・その家族・在院中の諸特性（表4）を説明変数として、ロジスティック回帰分析（尤度比を用いたステップワイズ変数減少法）を行った。統計処理にはSPSS統計パッケージを用いた。

C. 研究結果

まず、退所後6ヶ月の家裁係属の有無を従属変数として解析を行った。

結果1：児童の属性を用いたロジスティック回帰分析（尤度比を用いたステップワイズ変数減少法）

従属変数を、退所後 6 ヶ月の家裁係属の有無とし、説明変数として対象児童の属性である知能、行為障害の病型、行為障害の重症度、薬物依存の有無、行為障害以外の精神障害（薬物依存・精神遅滞を除く）の 5 変数を投入して、尤度比を用いたステップワイズ変数減少法によるロジスティック回帰分析を行った。その結果、選択された変数は「行為障害以外の精神障害（薬物依存、精神遅滞を除く）」のみであり、回帰係数 $B = -1.219$ 、有意確率 $p = 0.076$ 、推定オッズ比 $\text{Exp}(B) = 0.296$ であった。

結果 2：家族の属性を用いた分析

従属変数を同じく退所後 6 ヶ月の家裁係属の有無とし、説明変数として児童の家族の属性である父母の精神科的問題の有無、家族の犯罪歴・非行歴の有無、虐待の有無、実父母の有無の 4 変数を投入した。その結果、選択された変数は「家族の犯罪歴・非行歴」のみであり、 $B = 1.448$ 、 $p = 0.003$ 、 $\text{Exp}(B) = 4.255$ であった。

結果 3：処遇・退所状況属性を用いた分析

従属変数を同じく退所後 6 ヶ月の家裁係属の有無とし、説明変数として処遇時・退所時の属性である無断外出の回数、在籍日数、家庭への退所の有無、進学・就職、退所年齢の 5 変数を投入した。その結果、選択された変数は「在籍日数」と「退所年齢」の 2 つであり、「在籍日数」に対する $B = 1.576$ 、 $p = 0.099$ 、 $\text{Exp}(B) = 4.838$ であり、「退所年齢」に対する $B = -0.428$ 、 $p = 0.064$ 、 $\text{Exp}(B) = 0.651$ であった。

結果 4：全ての変数を用いた分析

従属変数を同じく退所後 6 ヶ月の家裁係属の有無とし、説明変数として前記の児童、家族、処遇・退所時の属性の全てである 14 変数を投入した。その結果、選択された変数は「家族の犯罪歴・非行歴」のみであり、 $B = 1.735$ 、 $p = 0.002$ 、 $\text{Exp}(B) = 5.667$ であった。

次に、退所後 6 ヶ月の少年院入所の有無を従属変数とした解析を行った。

結果 5：児童の属性を用いた分析

従属変数を退所後 6 ヶ月の少年院入所の有無とし、説明変数として対象児童の属性である知能、行為障害の病型、行為障害の重症度、薬物依存の有無、行為障害以外の精神障害（薬物依存・精神遅滞を除く）の 5 変数を投入した。その結果、選択された変数は「行為障害以外の精神障害（薬物依存、精神遅滞を除く）」のみであり、 $B = -1.711$ 、 $p = 0.111$ 、 $\text{Exp}(B) = 0.181$ であった。

結果 6：家族の属性を用いた分析

従属変数を同じく退所後 6 ヶ月の少年院入所の有無とし、説明変数として児童の家族の属性である父母の精神科的問題の有無、家族の犯罪歴・非行歴の有無、虐待の有無、実父母の有無の 4 変数を投入した。その結果、選択された変数は「家族の犯罪歴・非行歴」のみであり、 $B = 1.364$ 、 $p = 0.024$ 、 $\text{Exp}(B) = 3.913$ であった。

結果 7：処遇・退所状況属性を用いた分析

従属変数を同じく退所後 6 ヶ月の少年院入所の有無とし、説明変数として処遇時・退所時の属性である無断外出の回数、在籍日数、家庭への退所の有無、進学・就職、退所年齢の 5 変数を投入した。その結果、選択された変数は「退所年齢」のみであり、 $B = -0.664$ 、 $p = 0.026$ 、 $\text{Exp}(B) = 0.515$ であった。

結果 8：全ての変数を用いた分析

従属変数を同じく退所後 6 ヶ月の少年院入所の有無とし、説明変数として前記の児童、家族、処遇・退所時の属性の全てである 14 変数を投入した。その結果、選択された変数は「退所年齢」「家族の犯罪歴・非行歴」「行為障害重症度」の 3 つであり、「退所年齢」に対する $B = -0.645$ 、 $p = 0.043$ 、 $\text{Exp}(B) = 0.525$ 、「家族の犯罪歴・非行歴」に対する $B = 1.395$ 、 $p = 0.040$ 、 $\text{Exp}(B) = 4.033$ 、「行為障害重症度」に対する $B = 1.693$ 、 $p = 0.129$ 、 $\text{Exp}(B) = 5.437$ であった。

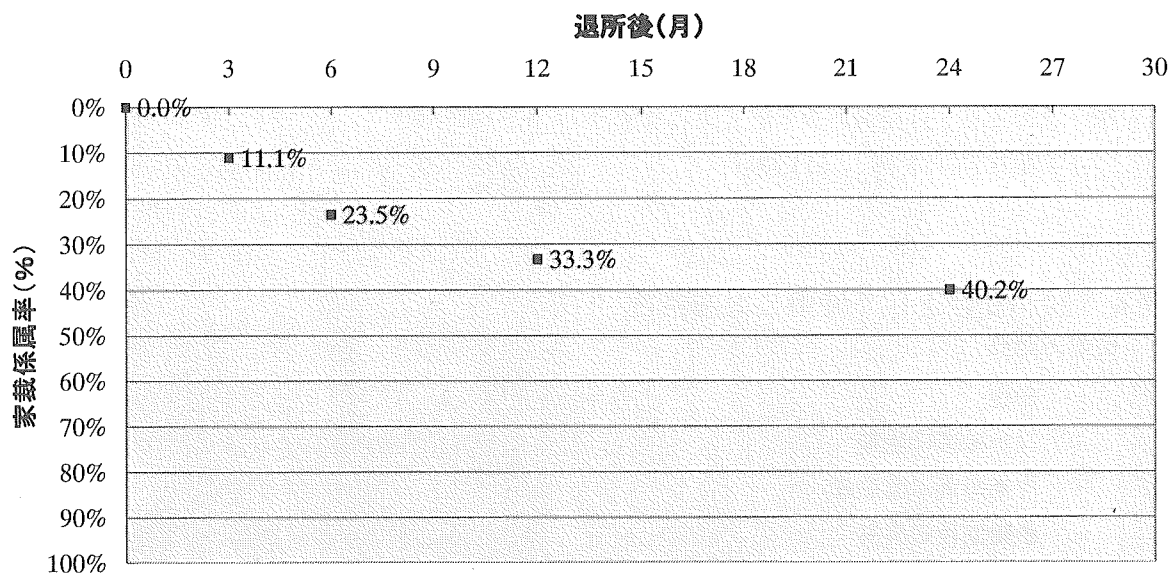


図1: 退所後の家裁係属率(累積)の経過

表1: 行為障害診断 (n数)

	行為障害・重症度			計
	軽症	中等症	重症	
小児期発症型	0	11	29	40
青年期発症型	0	9	35	44
		20	64	84

表2: 行為障害以外の精神障害

主たる精神障害	主たる精神障害	
	(n)	(%)
精神科的診断なし	54	63.5
ADHD	11	12.9
PDDNOS	3	3.5
精神遅滞	7	8.2
統合失調症	0	0
鬱病性障害	2	2.4
パーソナリティ障害	3	3.5
薬物依存	5	5.9
計	85	100

表 3 : 従属変数に用いた変数

- ・ 1, 退所後 6 ヶ月以内の家裁係属の有無
 - あり: 29 例 (34.1%)
- ・ 2, 退所後 6 ヶ月以内の少年院入所の有無
 - あり: 15 例 (17.6%)

表 4 : 説明変数として使用した諸特性

- ・ 児童の属性
 - 知能
 - 行為障害の病型
 - 行為障害の重症度
 - 薬物依存の有無
 - 行為障害以外の精神科的診断 (薬物依存、精神遅滞を除く)
- ・ 家庭・環境等の特性
 - 家族の犯罪歴
 - 両親の精神科的問題
 - 虐待の有無
 - 実父母の有無
- ・ 処遇・退所の状況
 - 無断外出の回数
 - 在籍日数
 - 家庭への退所の有無
 - 進学・就職
 - 退所年齢

表 5 : 家裁係属の有無を説明変数とした解析の結果

	選択された変数	B	標準誤差	Wald	有意確率	Exp(B)
児童属性	精神障害	-1.219	0.688	3.14	0.076	0.296
家族属性	家族の犯罪歴	1.448	0.489	8.781	0.003	4.255
処遇属性	処遇日数	1.576	0.955	2.723	0.099	4.838
	退所年齢	-0.428	0.231	3.433	0.064	0.651
全変数	家族の犯罪歴	1.735	0.548	10.021	0.002	5.667

表 6：少年院入所の有無を説明変数とした解析の結果

選択された変数	B	標準誤差	Wald	有意確率	Exp(B)	
児童属性 精神障害	-1.711	1.074	2.538	0.111	0.181	
家族属性 家族の犯罪歴	1.364	0.605	5.090	0.024	3.913	
処遇属性 退所年齢	-0.664	0.298	4.967	0.026	0.515	
全変数	退所年齢	-0.645	0.318	4.103	0.043	0.525
	家族の犯罪歴	1.395	0.679	4.220	0.040	4.033
	行為障害重症度	1.693	1.116	2.302	0.129	5.437

表 7：家族の犯罪歴・非行歴の有無と児童の精神障害の有無との関連

		家族の犯罪歴・非行歴	
		なし	あり
精神障害 (薬物依存、精神遅滞除く)	なし	36	30
	あり	15	4
		p=0.067 (Fisher, 両側)	

D. 考察

児童自立支援施設退所後の児童（ほとんどが行為障害）の予後に関連するいくつかの因子が得られた（表 5, 6）。

家族の犯罪歴、退所時年齢など、よく知られた強い因子の他、ここでは精神遅滞・薬物依存などを除いた精神障害（ADHD, PDDNOS, うつ病性障害, パーソナリティ障害）を伴う場合にむしろ予後が良いとの結果を得た。従来、行為障害にこれらの併存障害が存在する場合、予後が悪いとの報告があるから、これは今後十分な検討を要する結果である。精神障害を伴う児童そのものの特性によるものの他、これらの障害が併存する場合に施設内でのケアが手厚くなる傾向にあることが影響している可能性もある。また、表 7 に示すとおり、家族の犯罪歴の有無と児童の精神障害の有無は強い逆相関を示しており、家族の犯罪歴の有無が予後に強い影響を与えていることを考えると、これが精神障害の有無と予後との関係に影響を与えている可能性がある。さらに、予後の追跡期間の問題も考えられよう。

また、処遇日数が長いほうが予後が悪いという結果が得られた。児童自立支援施設は、入所の時点で入所日数が決められておらず、本人の成長が認められ、かつ、受け入れ先が整った時点で退所することとなっており、本研究での対象児童の平均在籍日数は 511 ± 201 日であった。処遇日数が長い事例をみると、処遇が困難で成長に長期を要した例、あるいは児童の成長は認められても家庭環境が劣悪なために受け入れ先が見つからずに結果的に極端な長期処遇となる事例などが認められ、このような事例が結果に影響を及ぼしている可能性が考えられ、さらに精査が必要である。

一方、行為障害の発症型や、IQ、進学と就職、家庭への退所の有無、ADHD の存在など、影響が予想されるものによる予後の差が見られなかった。これは対象が、全国の非行少児童のうち、年間数十例程度の入所数である武蔵野学院に入所している事例であるという非常に強いバイアスの影響も考えられる。

先に触れたとおり、家族の犯罪歴の有無と、児童本人の精神障害の有無にかなり強い逆相関が見られた（表 7）。これは、武蔵野学院に来る児童が非行に陥る際に 2 つの異なった因子、つまり家族の犯罪歴と言った環境因子と、本人の精神障害とがあることを反映したものである可能性がある。

E. 結論

国立男子児童自立支援施設に措置される児童（ほとんどが行為障害の診断基準を満たす）の予後と関連するいくつかの因子が明らかになった。予後に最も強い影響を与えているのは家族の犯罪歴の有無であった。また、行為障害の重症度は、家裁係属の有無には影響を与えないが、少年院入所の有無には影響を与えることがわかった。また、退所年齢が高いほど予後は良好であったが、これはこれまでの一般的な非行予後予測の知見と一致している。また、行為障害以外の精神障害（薬物依存、精神遅滞を除く）の併存が予後良好の因子であることが示されたが、この点については今後検討を重ねる必要があると思われた。

今後、さらに入所中の処遇の因子など、コントロール可能な因子についての解析を行い、行為障害の予後の改善に資するモデルの構築を進めたい。

F. 研究発表

1. 論文発表

(1) 単行本

- ・富田 拓：供述心理学。司法精神医学 2 中谷陽二編，刑事事件と精神鑑定。中山書店。東京。2005

(2) 雑誌

- ・富田 拓：児童自立支援施設。現代のエスプリ 462 シリーズ非行の現在 生島浩編，非行臨床の課題。至文堂。東京。2006。

2. 学会発表

- ・富田 拓：行為障害の精神療法の可能性一児

童自立支援施設での経験から. 第 18 回思春期青年期精神医学会. 2005.

- 富田 拓: 非行少年は自然の中で立ち直れるのか—北海道家庭学校での経験から. 日本野外教育学会. 2005.

IV. 研究成果の刊行に関する一覧