

性非行少年の査定・治療について

分担研究者 藤岡淳子¹⁾

研究協力者 今村洋子²⁾ 寺村堅志³⁾ 橋本牧子⁴⁾ 浅野恭子⁵⁾ 今村有子⁶⁾ 毛利真弓⁷⁾

1)大阪大学大学院 2)文京学院大学 3)盛岡少年鑑別所 4)法務省矯正局

5)大阪府立修徳学院 6)さいたま少年鑑別所 7)名古屋少年鑑別所

研究要旨

本研究は、昨年度の研究を深化・拡大させ以下の2点を中心に実施した。①男子性加害少年に対する治療教育プログラムの本格実施、②女子非行少年に対するグループワークの試行である。

①関西地方にある児童自立支援施設において、性加害行動が問題となる男子小・中学生4名に対し、4名の担当者が個別面接によって、ワークブックを用いて、月2回各回1時間半で、平成18年7月から平成19年3月までにそれぞれ20回程度実施した。今回は、1名の軽度知的障害のある少年に対しても、ワークブックをより読みやすく改変し、実施した。担当者は2名を入れ替え、研修とスーパービジョンを実施した。また、児童相談所との連携もさらに強化し、各回のグループスーパービジョンに、児相職員も定期的に参加した。

②関西地方にある児童自立支援施設において、14~15歳の女子少年6名に対し、女性指導者6名が、グループワークを試行した。平成18年7月~8月の夏休み期間中に、1回1時間半のセッションを各日2回で6日間、計12回行った。グループ前後に評価表を実施した。またメンバーは、毎回日誌および特定の宿題を課された。メンバーは、自身のサイクルとそれを変えるための介入プランについて具体的に作ることができ、メンバー間の活発な相互交流が行われて、当初視線を合わせず、発言もできなかった少女たちが、表情も明るく、積極的・前向きな発言を行うようになった。

A. 研究目的

男女で態様が異なる性非行であるが、それぞれに適した性非行行動変化のためのアセスメントとトリートメントのプログラムを作成することを目的に研究を続けている。男女の性非行を合せて検討することが性非行の本質を見ることに有益であると考えている。

3年目の最終年である本年は、①昨年度試行した、性加害少年に対する性非行行動変化のための治療教育プログラムを実施し、軽度知的障害のある少年への適応についても検討を加える、②女子非行少年の性行動と性被害体験を扱うグループ

ワークを試行する。

以下においては、研究①と研究②についてそれぞれ記載する。

B. 研究方法

研究①児童自立支援施設における性加害少年への治療教育プログラムの実施

(1) 事前準備

寮担当者、送致元である子ども家庭センター職員とケース検討会を実施し、昨年度作成した性非行再犯防止ワークブックに更なる修正を加えた。

(2) 実施期間

平成18年7月～平成19年3月末 隔週1時間半
計20回程度

(3) 対象者

性加害行為のある中3男子3名および小6男子1名。うち1名には軽度の知的障害が認められる。

本人と保護者からプログラム参加の同意を得た。

(4) 指導担当者

施設心理職，児童相談所心理職3名。うち2名を新たな担当者に入れ替えた。

(5) 方法

ワークブックを使用し，毎回宿題としてやってこさせた課題を中心に個別面接後グループスーパービジョンを行った。

(6) アセスメント

試行時と同様のケースアセスメントツールを開始前および，中間，終了時に実施した。

研究②女子の性非行に対するグループワークの試行

(1) 事前準備

昨年度の基礎調査の結果から，まずは多数派である受動的性非行に留まる者に対し，①売春による利得追求の背景にある孤独感や自己評価の低さもターゲットにすること，②被害体験を扱うこと，③物質乱用や自己を傷つける体験も扱うことを目標にグループを行うこととした。

(2) 実施期間

平成18年7月～8月

(3) 対象

A 児童自立支援施設において，受動的性非行のある女子少年から各寮の担当者が選定し，個別面接で参加への同意を得て，14～15歳の6名が参加した。

(4) グループの枠組み

夏休み期間を利用し，1日2セッション(午前，午後に各90分のセッション)を計6日間行った。グループ指導担当者は，筆者と当該施設の心理職，およびガーディアン・エンジェルと呼ぶ当該施設保健師，性教育講師，親グループ主宰者，当該施設

退院生の4名で，全員女性である。グループ前後に評価表を実施した。またメンバーは，毎回日誌および特定の宿題を課された。

C. 研究結果

研究① 事例のため詳細は省略する。

以下の成果が認められる。

*4名とも性暴力行為について正直に話し，行動を変化させるための努力をしている。

*非行に関係する気持ちや考えに気づき，理解を深めることができています。

*寮での問題行動等は起きていない。

ただし，再犯防止のてだでの主体的実行を確実にするまでには至っていない。

*今後，アフターケア対策を検討する必要がある(家族との連携協力，児童相談所の通所指導等)

*軽度知的障害のある少年および小学6年生に関しても，ワークブックの内容や進め方を工夫することによって対応可能であった。

研究② グループの経過は，以下のような(別添1表参照)。

第1回～第3回：マイ・ライフ(人生を振り返る)

秘密保持の原則とその限界などについて説明した後，「ブラインド・ウォーク」などのアクティビティによってグループのまとまりを作り，雰囲気明るくした後，「私が10歳だったころ(目を閉じ，教示に応じて想起していくワーク)」および課題として出されていた「マイライフ(楽しかったこと，嫌だったこと，混乱したことをシートに記載し，皆に話す)」などを題材に，これまでの体験を共有した。

家族や友達との楽しかったたくさんのことと同時に，両親の離婚，DV，親との葛藤および身体虐待被害，性被害などの被害体験がなまなましく語られた。その中で，「(ひどい目にあったのは)自分ひとりではない」というつながりを持ち始める。

第4回～第6回：変化の目標となる行動を再評価する

小学校高学年から中学生時代にかけて、「楽しかったこと」として圧倒的に「非行体験（遊び、自由、非行）」が多くなる。嫌だったことも、暴力被害、鑑別所に入れられたことなど非行がらみがほとんどである。情報提供として、ガーディアン・エンジェルのうちの保健師および性教育講師から、薬害・性教育に関する講義を行い、「女神の天秤（非行行動の短期的・長期的メリットとデメリットを再評価するワーク）」を実施する。「欲しいものが手に入る、何でもできる、金ガッポ、楽しい、友達ができる、もてる、色気で人を操れる」等々「今楽しいこと」はたくさんあるものの、「施設に入る、おいていかれる、友達減る、変な目で見られる、迷惑かかっている」等々「将来嫌なこと」も多いことを確認する。そうはいうものの、あるいはそれだけに、「家出も飲酒・喫煙も、セックスも水商売も大人になれば問題ない」という主張がなされ、雰囲気は重苦しいものとなった。第7回～第12回：変化に向けて希望を持つ

ガーディアン・エンジェルであり、現在は大学生である退院生から、彼女自身の「非行への道のりと回復の過程」を語ってもらい、それを警告・非行サイクルおよび介入プランのモデルとして提示し、一人ひとりが自分のサイクルと介入プランとを作成した。並行して、「小さい頃の夢」、「私はどうなりたいか」、「三年後の私」について課題や発表を行い、非行以外の生き方、真に望む生き方に目を向けるとともに、「私の持っているもの」というワークを使ってお互いに肯定的なフィードバックを与え合い、希望を実現するために使えるリソースに焦点をあてた。

一人が耳下腺炎のため第9回以降欠席となったが、その他のメンバーは、自身のサイクルとそれを変えるための介入プランについて具体的に作ることができ、メンバー間の活発な相互交流が行われて、当初視線を合わせず、発言もできなかった少女たちが、表情も明るく、積極的・前向きな発言を行うようになった。

D. 考察

両プログラムともに、再非行率については、今後の追跡調査を待たねばならないし、しかも厳密な無作為割付による効果評価研究ではないので、プログラムが再非効率を低下させたか否かについては確かなことは言えない。

とはいえ、対象者が寮生活には支障なく、あるいはむしろさらに充実した生活をおくっていると評価されつつ、課題を最後までやりとおし、プログラム以外では困難であった事件や被害体験の詳細について言葉にすることができ、自己の警告サイクルと非行サイクル、そして自分なりの介入プランを作成できた。

プログラム前後に実施した評価によれば、相応の改善が認められ、また本人たちの参加への満足度も高かったことが認められた。

A 学院および児相の心理職員にとっても、貴重な経験と自信を得ることができた。組織全体として、これらの取り組みを継続することとなり、施設全体の中に位置づけられるプログラムとしての承認を得たと考える。

E. 結論

当初は、少年と少女の性非行を統制的に理解し、効果的治療教育の方法を考案することは困難であると考えていた。しかし、男女の生物的・社会的違いにより、一見性非行の態様は異なるものの、どちらも対人関係における真のパワーを剥奪されている時、誤ったパワーの使い方として、「性非行」が行われていることが次第に見えてきた。

治療教育のポイントとなるのは、自他を傷つけるパワー乱用の手段としての非行を捨てさせ、替わりに適切なパワーを強化させることである。ここでいう適切なパワーとは、自信とコミュニケーション力である。さらに言えば、自他の気持ちに気づき、気持ちや考えを言葉でやり取りして欲求や行動を統制・調整できるといった人格の力である。これを実現するためには、グループを活用することが最適であり、治療教育的環境と適切な学びのプログラムと保護環境の調整の3つがそろ

えば、どの少女もあらたな暴力や犯罪に頼らない生き方を学びなおすことは可能であると考えている。

性暴力行動および性非行行動に関しては、隠蔽することなく、的確にアセスメントを実施し、さらなる被害者を出さないためにも、非行少女本人のさらなる不適応を防ぐためにも、適切なプログラムの導入と職員の研修とを続けていくことが不可欠である。

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

・藤岡淳子(2006)：性暴力の理解と治療教育.
誠信書房，東京，全 291 頁

・藤岡淳子(2006)：攻撃性と衝動性の精神療法.
精神科治療学 21(8)；847－852.

・藤岡淳子，寺村堅志(2006)：非行少女の性虐待体験と支援方法について～施設での実態調査から．子どもの虐待とネグレクト
8(3)；334－342.

・藤岡淳子，浅野恭子（2007 刊行予定）：被虐待体験のある非行少年への支援方法について～性非行を中心に．精神療法 33(2)；

2. 学会発表

・橋本牧子，浅野恭子，今村有子：女子少年の性行動と非行：その実態と治療・教育上の課題 日本犯罪心理学会第 44 回大会，
2006

・今村有子：男子非行少年の性役割意識と性行動について(1) 日本犯罪心理学会第 44 回大会，2006

・毛利真弓：男子非行少年の性役割意識と性行動について(2) 日本犯罪心理学会第 44 回大会，2006

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし

女子グループワークの概要

テーマ：自分のために、人のために

日程	午前のセッション (10:00~11:30)	午後のセッション (13:30~15:00)
7/17 (祝)	オリエンテーション・趣旨説明・自己紹介 (20分) ワーク「帽子の中の期待と不安」(30分) ワーク「ブラインド・ウォーク」(40分)	うた (5分) ワーク「私が10歳だったとき」(10分) マイライフ (各人発表7分) (60分) まとめ・約束の確認 (15分) HW: 振り返りシート
7/27 (木)	うた (5分) ワーク「振り返りシート」 書き出し&話し合い (85分)	グループ「楽しかった体験～非行」 ワーク「女神の天秤」 HW: 小さい頃の夢 (絵)
8/3 (木)	うた (5分) レクチャー「自分で自分を傷つける行動～薬物, 性, 暴力」(30分)	グループ「みんなの振り返りシートを見ながら」 HW: 地獄の鎖
8/10 (木)	うた (5分) Tさん (退院生) のライフストーリー語り (50分) みんなまでフリートーク (35分)	Tさんの「サイクル」と変化 (15分) フリートーク「私はどうなりたいか」(70分) 許可外泊期間の過ごし方 (5分) HW: 許外中の日誌
許可外泊期間 (8/12 ~ 8/20)		
8/24 (木)	うた (5分) 許外中の話 (20分) Tさんのサイクル&介入プラン説明 (15分) ワーク「私のサイクル作り」(30分) 「小さい頃の夢」発表 (20分)	ワーク「私の持っているもの」(20分) 話し合い&メッセージ交換 (70分) HW: 3年後の私 (絵)
8/31 (木)	ワーク「介入プラン作り」(30分) 私のサイクルと介入プラン (60分)	私のサイクルと介入プラン (60分) 「3年後の私」発表 (15分), 感想の共有 (15分) Tさんからのメッセージ配布・うた (メール) 写真撮影

行為障害入院治療例の予後

分担研究者 市川宏伸¹⁾

研究協力者 成重竜一郎¹⁾²⁾

1)東京都立梅ヶ丘病院 2)日本医科大学精神医学教室

研究要旨

本年度研究では入院治療を受けた行為障害症例における治療の効果を判定するために、予後調査を行った。平成15・16年度における都立梅ヶ丘病院入院症例より行為障害症例75例を対象とし、当院退院後18ヶ月における行為の問題の再燃、再燃している場合その時期、再入院の有無を外来診療録より調査した。入院治療による軽快例58例中27例(46.6%)が再燃しており、その内の23例(85.2%)が退院後6ヶ月以内に再燃していた。また再燃例と寛解例では発症年齢及び発症より入院までの期間において有意な差を認めた。入院治療は一定の有効性があるが、予後を判断する上で退院後6ヶ月がその評価点として重要である事が示された。また予後を規定する因子として発症年齢と共に治療導入までの期間、すなわち早期治療の重要性が示された。

A. 研究目的

平成16年度、17年度の研究²⁾⁾においては、都立梅ヶ丘病院における行為障害及び行為の問題を呈した高機能広汎性発達障害の入院治療例に関し統計的研究を行った。本年度研究においては、入院治療を受けた行為障害症例における治療の効果を判定するために予後調査を行った。

B. 研究方法

平成15年4月1日から平成17年3月31日の期間において、都立梅ヶ丘病院で入院治療を受け退院した症例679例中、主診断あるいは副診断で行為障害と診断されていた症例75例を対象とし、同例に関して当院退院後における行為障害の症状の再燃、再燃している場合その時期、再入院の有無を調査した。追跡期間は18ヶ月とし、研究に必要な情報は外来診療録の記載によるものとした。

対象症例の性別内訳では75例中男性57例(76.0%)、女性18例(24.0%)であり、対象症

例の平均入院回数は1.8(±0.1S.E.)回、平均入院日数は204.1(±23.1S.E.)日、入院時点での平均年齢は13.6(±0.3S.E.)歳であった。退院時の転帰は軽快58例(77.3%)、不変17例(22.7%)であった。ICD-10⁴⁾における下位診断分類では、F90.1多動性行為障害26例、F91.0家庭限局性行為障害11例、F91.1非社会性行為障害23例、F91.2社会性行為障害10例、F91.3反抗挑戦性障害4例であった(図1)。

C. 研究結果

1. 再燃率

対象症例中、退院時転帰が軽快であった58例において退院後18ヶ月までにおける行為障害の症状の再燃に関してその有無を調査した(表1)。同様にして退院時転帰が不変であった17例について、退院後18ヶ月までにおける行為障害の症状の有無を調査した(表2)。

軽快例においては、58例中27例(46.6%)で行為障害の症状の再燃を認めた。再燃例のうち

11例は外来通院継続中、12例は再入院、4例は他院へ転医となっていた。一方寛解を維持した31例では、外来通院継続中ないし終診が19例、他院へ転医が12例となっていた。

不変例においては17例中16例(94.1%)で行為障害の症状が持続しており、1例のみが外来通院の中で症状が改善し、通院を継続していた。症状持続例のうち、外来通院継続中が2例、再入院が7例、他院へ転医が7例であった。

2. 再燃・再入院までの期間

退院時転帰が軽快であった58例中症状の再燃のあった27例において、「退院後いつの時点で行為障害の症状が再燃したか」を調査した。また再入院例12例に関して、「いつの時点で再入院となったか」を同様に調査した。調査点は退院後1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月、18ヶ月とし、症状の有無の判断を行った(表3, 図2)。なお再入院例に関しては、退院から再入院までの実際の日数も調査した。

その結果、症状再燃例、再入院例共に対数関数的に増加しており、症状再燃例27例中23例(85.2%)、再入院例12例中10例(83.3%)が6ヶ月以内に再燃、あるいは再入院となっていることがわかった。また再入院例12例の再入院までの平均日数は152.8日(±33.4S.E.)であった。

3. 未治例と寛解例の比較

対象となった行為障害症例75例を転帰不変例17例、症状再燃例27例、18ヶ月後寛解例31例に分け、発症年齢、入院時年齢、発症より入院までの期間、入院回数に関して比較を行った(表4, 図3, 図4, 図5, 図6)。各群間の統計的検討に関してはStudentのt検定を用いた。なお発症より入院までの期間に関しては、発症より調査対象となった入院までの年数で考えた。

入院時年齢、入院回数に関しては各群間で有意な差を認めなかった。発症年齢に関しては症状再燃例で8.9歳に対し、18ヶ月後寛解例で10.9歳でと症状再燃例で早く、5%水準で有意差を認めた($p=0.032$)。また発症より入院までの期間に関しては、症状再燃例で4.4年に対し18ヶ月後

寛解例で2.7年と18ヶ月後寛解例で短く、5%水準で有意差を認めた($p=0.012$)。

4. 下位診断ごとの比較

対象となった行為障害症例75例に関し、ICD-10における下位診断による予後の違いに関して比較を行った。予後の違いに関しては下位診断ごとに転帰不変例、症状再燃例、18ヶ月後寛解例に分類することで比較を行った(表5)。下位診断ごとの統計的検討に関してはFisherの直接確率検定を用いた。不変例に関してはF91.1において23例中12例と目立って多く、1%水準で他の分類と比較して有意な差を認めた($p=0.00013$)。18ヶ月後寛解例と症状再燃例では、各下位診断間で有意な差は認められなかった。

D. 考察

行為障害症例に対する入院治療の有効性を検討するために、退院例の予後の調査を行ったが、18ヶ月の経過の中で一旦は入院治療で軽快した行為障害症例の約半数(46.6%)に再燃を認め、約2割(20.7%)で再入院となっているという結果となった。再燃率としては決して少ない数ではないが、一方で軽快例の半数は18ヶ月後まで外来通院にて寛解を維持しており、このことから、「行為障害に対する医療的な関与として入院治療に一定の有効性がある」と考えることができるだろう。

さらに行為障害の症状再燃例を考えると、27例中23例(85.2%)が6ヶ月以内に再燃しており、再入院例に関しても12例中10例(83.3%)が6ヶ月以内に再入院となっている。再入院に関しては再入院例12例の再入院までの平均期間は152.8日であり、やはり6ヶ月以内を示している。これらの結果を考えると、行為障害入院治療例における予後の判定には、退院後6ヶ月という評価点が重要であることが示唆される。

行為障害の予後を考えた場合、DSM-IV-TR¹⁾においては発症年齢を重視しており、分類自体も発症年齢が10歳未満であるか10歳以上であるかによって規定されている。ICD-10-DCRにお

いても同様の分類の仕方について言及されている。本研究においても症状再燃例では18ヶ月後寛解例と比較して発症年齢が低く、平均発症年齢も10歳未満となっていた。しかしそれ以上に、本研究においては入院までの期間に関して、症状再燃例と18ヶ月後寛解例との間でより有意な差が認められており、本研究からは「治療導入までの期間が予後に大きく影響している」ことが想定された。このことは、行為障害においても早期治療が重要であることを示していると言えるだろう。

なお平成16年度の研究においては、入院の導入においてICD-10の下位診断における差があることが示されているが²⁾、入院治療で軽快した例の予後に関しては、下位診断間で有意な差は認められず、下位診断の差があまり影響していないと考えられた。

E. 結論

行為障害入院治療例の予後を調査した本研究において、入院治療が行為障害の治療に一定の有効性があり、予後を判断する上で退院後6ヶ月がその評価点として重要である事が示された。また行為障害の入院治療において、発症より入院までの期間が予後を規定する上で重要な要素であると考えられた。行為障害に対して入院治療が一定の有効性があるとして、入院におけるどのような治療が行為障害の改善に有効であったかに関しては今回の研究において十分検討しきれてはならず、今後更なる検討が必要と考えられた。

参考文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Text Revision). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000
- 2) 市川宏伸, 成重竜一郎, 鈴木俊介: 行為障害の入院治療. 厚生労働科学研究費補助金(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 平成16年度 総括・分担研究報告書: 85-89, 2005

- 3) 市川宏伸, 成重竜一郎: 高機能広汎性発達障害における行為の問題に対する検討. 厚生労働科学研究費補助金(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 平成17年度 総括・分担研究報告書: 95-101, 2006
- 4) 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: 高機能広汎性発達障害の入院理由に関する検討. 第47回日本児童青年精神医学会総会, 2006

図1. 下位診断分類

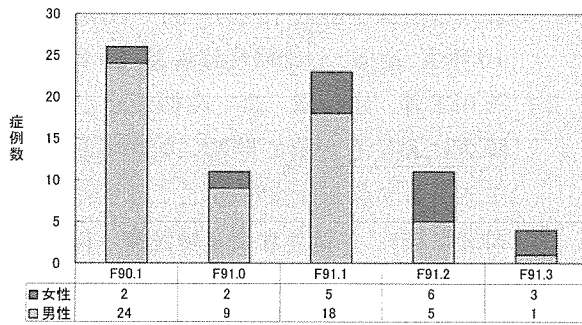


表1. 軽快例の予後

再燃あり			再燃なし	
27例(46.6%)			31例(53.4%)	
通院	再入院	転医	通院	転医
11例	12例	4例	19例	12例

表2. 不変例の予後

症状あり			症状なし	
16例(94.1%)			1例(5.9%)	
通院	再入院	転医	通院	転医
2例	7例	7例	1例	0例

表3. 再燃までの期間

退院後期間	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	12ヶ月	18ヶ月
再燃	8例	12例	23例	26例	27例
(再入院)	(0例)	(5例)	(10例)	(11例)	(12例)
(悪化転医)	(0例)	(1例)	(2例)	(4例)	(0例)

図2. 再燃までの期間

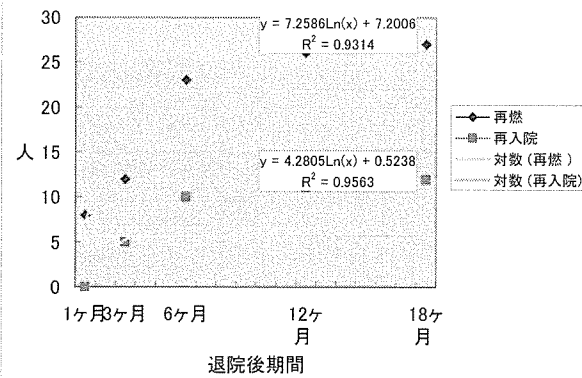


表4. 未治例と寛解例の比較

	不変例	症状再燃例	18m後寛解例
発症年齢	10.2歳 (±0.5S.E.)	8.9歳 (±0.6S.E.)	10.9歳 (±0.6S.E.)
入院時年齢	14.3歳 (±0.5S.E.)	13.3歳 (±0.6S.E.)	13.6歳 (±0.7S.E.)
発症より入院までの期間	4.1年 (±0.7S.E.)	4.4年 (±0.5S.E.)	2.7年 (±0.4S.E.)
平均入院回数	1.9回 (±0.3S.E.)	1.8回 (±0.2S.E.)	1.6回 (±0.2S.E.)

図3. 発症年齢

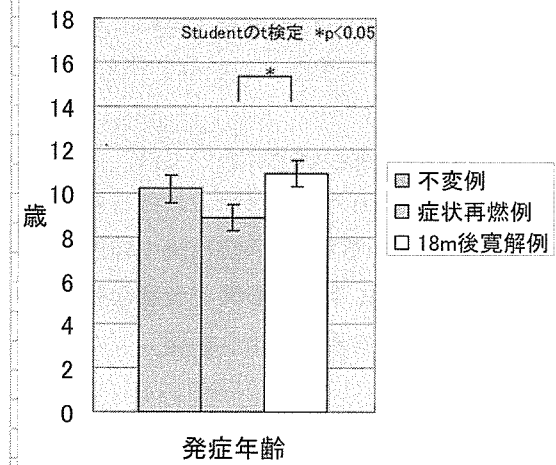
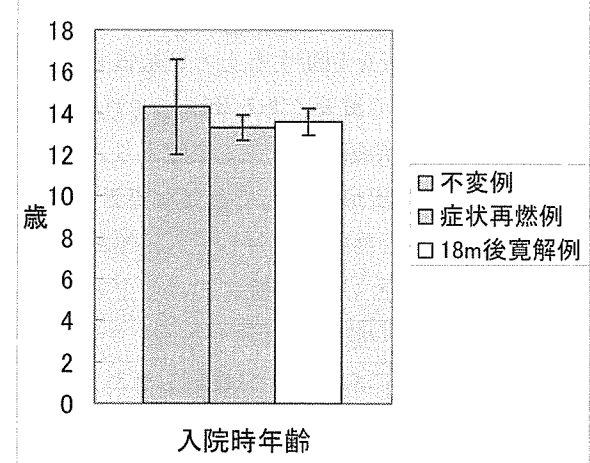


図4. 入院時年齢



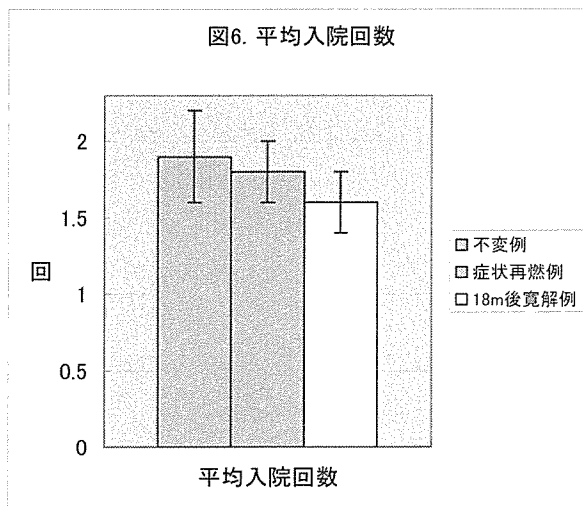
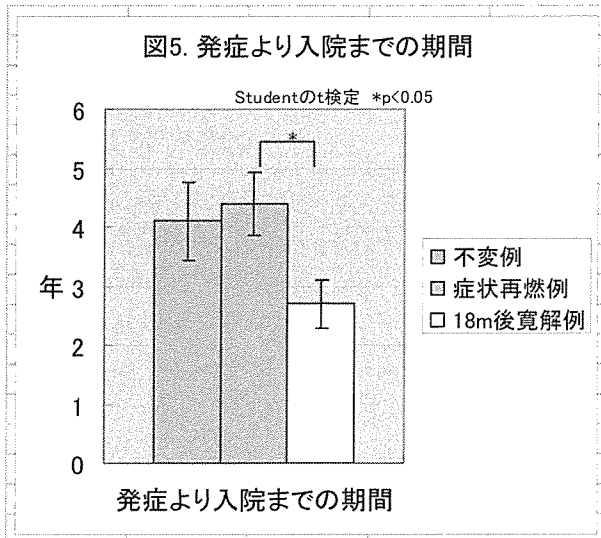


表5. 下位診断ごとの比較

	F90.1	F91.0	F91.1	F91.2	F91.3
18m後寛解例	13例	6例	7例	4例	1例
症状再燃例	11例	3例	4例	7例	2例
不変例	2例	2例	12例	0例	1例

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⁾ 浜 孝明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

<目的>本研究は、行為障害と ADHD および広汎性発達障害（PDD）の特徴との相関を調べ、因子を抽出することを目的とした。<方法>対象は平成 17 年 4 月から平成 18 年 10 月までに信州大学附属病院、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 57 名である。これらの対象児本人に対して、面接および WISC-III、逆境的小児期体験についての質問紙を、保護者ないし施設職員に対して、行為障害（CD）行動の内容についての調査、発達障害に関する半構造化面接、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。<結果>1. CD に併存する ADHD の 19%、PDD の 50%は、両者の診断基準を満たしていた。2. CD 行動は、低い言語性知能、不注意、多動・衝動性、反抗、そして PDD 症状との有意な相関が認められた。3. ADHD 症状や反抗はすべての CD 行動と強く相関していた。低い言語性知能は攻撃性と、PDD 症状は嘘・盗み行動との相関が強かった。4. 青年期発症の、あるいは反抗的な CD 児のほうが、心理社会的評価尺度との相関が強かった。5. CD 行動は発達障害と心理社会的要因によって 67%が説明可能であった。<結論>CD の予防を考えると、低い言語性知能、ADHD ないし PDD を併存し、なおかつ心理社会的要因を併せ持つ子どもには重大な関心を払うべきである。この際 ADHD と PDD の鑑別には十分な注意が必要である。

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（以下 PDD と略す）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 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、PDD 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、特定の発達障害、あるいは反抗挑戦性との関連が強

いのではないか?』

仮説 3『CD 行動を予防する参考として、社会的経済的状況、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>

対象は 2005 年 4 月～2006 年 10 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である。

こうして得られた対象は、男児54名、女児3名、計57名、平均年齢は15.5±1.7歳であった。これらの対象を小児期発症か青年期発症か、集団型か単独型か、攻撃型か非攻撃型かに分類し、解析を行った。

<方法>

方法としては以下の調査を行った。

<本人に対して>

- ・通常面接
- ・WISC-III
- ・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（SES）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（自閉性の尺度）

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、両者の重複を調査した。仮説2に対しては、DBD-RSのCD項目得点と知能指数、DBD-RSのADHD（多動・衝動性、不注意）、ODD項目の得点、および、ODBI/ECBI得点、ASSQ/TABS得点との相関を調べた。仮説3に対しては、上記評価尺度、社会経済的状況（SES）、小児期の逆境的体験（ACE）を用いて、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、保護者と連絡がとれない場合には施設長からの同意を得た。個人情報には秘密を厳守し、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57名中ADHDの診断基準を満たしたものは32名（56%）、PDDは12名（21%）であり、両者の診断基準を満たしたのは6例であった。小児期発症のCD児20名中PDD児は10

名（50%）であり、青年期発症のCD児（37名中2名）に比べて有意に多かった（ $P<0.01$ ）

2. DBD-RSのCD行動項目と各種評価尺度との相関を表に示した。

表1；対象児全体

表2；小児期発症のCD児

表3；青年期発症のCD児

表4；ODDの診断基準を満たすCD児

表5；ODDの診断基準を満たさないCD児

表6；単独行動型のCD児

表7；集団行動型のCD児

表では有意差を示した項目を網掛けにした。

表1 DBD-RSにおけるCD行動項目得点と各種評価尺度得点との相関

	DBD_CD	CD_攻撃	CD_破壊	CD_嘘盗	CD_規則
FIQ	-0.028	0.012	-0.091	-0.028	-0.028
VIQ	0.004	0.016	0.075	-0.002	-0.037
VIQ-PIQ	.532(**)	.573(**)	-0.346	-0.189	-0.113
不注意	.558(***)	.393(**)	.332(*)	.457(***)	.383(**)
DBD_多動	.558(***)	.438(**)	.386(**)	.417(**)	.323(*)
DBD_反抗	.606(***)	.512(***)	.414(**)	.429(**)	.313(*)
ODBI	0.25	.267(*)	0.17	0.173	0.05
ASSQ_I	0.208	0.064	0.228	.358(**)	0.087
ASSQ_C	0.219	0.042	0.216	.444(**)	0.092
ASSQ_H	.338(*)	0.155	.265(*)	.517(***)	0.159
ASSQ_計	.305(*)	0.097	.285(*)	.522(**)	0.15
TABS_I	0.144	0.107	.302(*)	0.08	0.056
TABS_C	0.108	0.064	0.195	0.127	0.024
TABS_H	0.176	0.202	0.043	0.189	0.004
TABS_計	0.173	0.141	0.244	0.158	0.039
ACE_A	0.086	0.028	0.114	0.003	0.136
ACE_F	0.19	0.114	0.095	0.092	0.222
ACE_計	0.165	0.087	0.122	0.059	0.213
SES	-0.041	-0.02	-0.08	-0.175	0.067

*:P<0.05, **:P<0.01, ***:P<0.001, I:社会性の障害, C:コミュニケーションの

障害, H:同一性保持, A:虐待, F:家族機能障害

表2 10歳以下の対象児におけるCD行動得点と各種評価尺度の相関

	DBD_CD	CD_攻撃	CD_破壊	CD_嘘盗	CD_規則
FIQ	-0.06	-0.025	-0.071	0.045	-0.118
VIQ	-0.253	-0.177	-0.079	-0.22	-0.191
VIQ-PIQ	-.526(*)	-.535(*)	-0.469	-0.032	-0.341
不注意	.606(**)	0.346	0.267	.664(**)	.496(*)
多動	.473(*)	0.325	0.303	0.398	0.356
反抗	.623(**)	.476(*)	.490(*)	0.431	0.432
ODBI	0.138	0.202	0.172	0.129	-0.083
ECBI	0.174	0.005	0.007	.491(*)	0.103
ASSQ_計	0.399	0.147	0.397	.669(**)	0.216
ASSQ_I	0.243	0.058	0.299	.457(*)	0.124
ASSQ_C	0.329	0.181	.538(*)	0.382	0.134
ASSQ_H	.476(*)	0.122	0.087	.810(***)	0.453
TABS_計	0.088	0.029	0.085	0.172	0.037
TABS_I	-0.097	-0.17	0.054	0.165	-0.127
TABS_C	0.02	0.047	0.067	-0.075	0.009
TABS_H	0.4	0.36	0.054	0.278	0.287
ACE_計	-0.313	-0.429	-0.082	-0.168	-0.027
ACE_A	-0.321	-0.462	-0.099	-0.155	0
ACE_F	-0.194	-0.242	-0.035	-0.122	-0.047
SES	-0.478	-0.164	-0.304	-.570(*)	-0.432

*:P<0.05, **:P<0.01, ***:P<0.001, I:社会性の障害, C:コミュニケーションの障害, H:同一性保持, A:虐待, F:家族機能障害

表3 11歳以上の対象児におけるCD行動項目得点と各種評価尺度の相関

	CD_計	CD_攻撃	CD_破壊	CD_嘘盗	CD_規則
FIQ	-0.015	0.026	-0.102	-0.057	0.007
VIQ	.588(*)	0.413	0.302	0.37	0.215
VIQ-PIQ	-0.493	-.597(*)	-0.197	-0.427	0.236
不注意	.558(***)	.463(**)	.342(*)	.342(*)	.334(*)
多動	.625(***)	.528(**)	.428(**)	.430(**)	0.311
反抗	.592(***)	.524(**)	.411(*)	.434(**)	0.243
ODBI	0.315	0.305	0.171	0.197	0.124
ASSQ_I	0.242	0.144	0.113	.321(*)	0.094
ASSQ_C	0.174	-0.007	0.036	.475(**)	0.077
ASSQ_H	0.276	0.192	.345(*)	.364(*)	0.008
ASSQ_計	0.287	0.115	0.188	.460(**)	0.135
TABS_I	0.29	0.287	.362(*)	0.046	0.154

TABS_C	0.152	0.069	0.271	0.228	0.031
TABS_H	0.139	0.17	0.078	0.191	-0.056
TABS_計	0.221	0.205	0.305	0.154	0.044
ACE_A	.348(*)	.339(*)	0.2	0.09	0.249
ACE_F	.342(*)	0.248	0.175	0.163	.337(*)
ACE_計	.391(*)	.327(*)	0.211	0.149	.339(*)
SES	0.145	0.067	-0.068	-0.042	0.318

*:P<0.05, **:P<0.01, ***:P<0.001, I:社会性の障害, C:コミュニケーションの障害, H:同一性保持, A:虐待, F:家族機能障害

表4 ODDの基準に合致する対象児におけるCD行動と各種評価尺度の相関

	CD_計	CD_攻撃	CD_破壊	CD_嘘盗	CD_規則
FIQ	0.226	0.299	0.036	0.035	0.164
VIQ	0.196	0.207	0.187	0.209	0.009
VIQ-PIQ	-.696(**)	-.674(*)	-.695(**)	-0.334	-0.462
不注意	.410(*)	0.265	0.153	0.198	.525(**)
多動	.509(*)	.450(*)	0.361	0.304	0.372
反抗	.417(*)	0.218	0.357	0.297	.477(*)
ODBI	0.354	0.241	0.227	0.259	0.339
ECBI	0.235	0.067	-0.075	0.248	0.39
ASSQ_I	0.097	0.016	0.09	0.174	0.035
ASSQ_C	0.264	0.138	0.088	0.393	0.138
ASSQ_H	0.276	0.229	0.168	.428(*)	-0.004
ASSQ_計	0.239	0.136	0.155	0.371	0.073
TABS_I	-0.235	-0.217	0.075	-0.335	-0.063
TABS_C	-0.082	-0.092	0.189	0.082	-0.206
TABS_H	0.266	0.225	0.065	0.357	0.117
TABS_計	-0.072	-0.069	0.163	-0.019	-0.12
ACE_A	0.266	0.262	0.269	0.097	0.193
ACE_F	0.262	0.166	0.18	0.009	.417(*)
ACE_計	0.311	0.245	0.259	0.056	0.375
SES	-.34	-0.294	-0.221	-.458(*)	-0.071

*:P<0.05, **:P<0.01, ***:P<0.001, I:社会性の障害, C:コミュニケーションの障害, H:同一性保持, A:虐待, F:家族機能障害

表5 ODDの基準に合致しない対象児におけるCD得点と各種尺度の相関

	CD_計	CD_攻撃	CD_破壊	CD_嘘盗	CD_規則
FIQ	-0.199	-0.152	-0.161	-0.072	-0.13
VIQ	-0.269	-0.216	0.015	-0.136	-0.104

VIQ-PIQ	-0.34	.525(*)	-0.12	-0.009	0.165
不注意	.630(***)	.417(*)	.411(*)	.649(***)	0.282
多動	.556(**)	.378(*)	.377(*)	.490(**)	0.279
反抗	.746(***)	.631(***)	.468(**)	.623(***)	0.234
ODBI	-0.066	0.081	0.031	0.043	-0.296
ASSQ_I	0.26	0.05	0.297	.494(**)	0.107
ASSQ_C	0.141	-0.081	0.277	.475(**)	0.045
ASSQ_H	.383(*)	0.107	0.313	.579(***)	0.245
ASSQ_計	0.328	0.036	0.342	.624(***)	0.184
TABS_I	.374(*)	0.263	.411(*)	.362(*)	0.11
TABS_C	0.245	0.121	0.167	0.162	0.223
TABS_H	0.128	0.197	0.031	0.088	-0.053
TABS_計	0.33	0.232	0.273	0.308	0.133
ACE_A	-0.057	-0.131	0.02	-0.082	0.098
ACE_F	0.141	0.088	0.042	0.175	0.08
ACE_計	0.054	-0.02	0.037	0.061	0.103
SES	0.188	0.191	0.02	0.024	0.147

*:P<0.05, **:P<0.01, ***:P<0.001, I:社会性の障害, C:コミュニケーションの障害, H:同一性保持, A:虐待, F:家族機能障害

表6 単独型の対象児におけるCD行動得点と各種評価尺度の相関

	CD_計	CD_攻撃	CD_破壊	CD_嘘盗	CD_規則
FIQ	0.174	0.147	0.044	0.243	-0.023
VIQ	-0.021	-0.007	0.014	-0.102	-0.121
VIQ-PIQ	-0.454	-.591(*)	-.548(*)	-0.194	0.23
不注意	.637(**)	0.357	0.384	.630(**)	0.324
多動	.623(**)	0.443	.500(*)	.532(*)	0.201
反抗	.526(*)	0.427	0.396	0.417	0.124
ODBI	0.008	-0.021	-0.121	0.019	0.08
ASSQ_I	0.259	0.053	0.132	.446(*)	0.118
ASSQ_C	0.373	-0.01	0.114	.505(*)	.448(*)
ASSQ_H	0.37	-0.02	0.204	.736(***)	0.226
ASSQ_計	0.42	0.015	0.166	.647(**)	0.383
TABS_I	0.155	0.039	0.248	0.255	0.012
TABS_C	0.157	0.092	0.25	0.032	0.123
TABS_H	0.316	0.056	0.247	.555(*)	0.127
TABS_計	0.196	0.055	0.269	0.242	0.09
ACE_A	-0.026	-0.049	-0.099	0.043	0.013
ACE_F	0.043	-0.182	-0.29	0.16	0.38

ACE_計	0.007	-0.129	-0.22	0.114	0.214
SES	-0.044	-0.061	0.064	-0.143	0.085

*:P<0.05, **:P<0.01, ***:P<0.001, I:社会性の障害, C:コミュニケーションの障害, H:同一性保持, A:虐待, F:家族機能障害

表7 集団型の対象児におけるCD項目得点と各種評価尺度得点との相関

	DBD_CD	CD_攻撃	CD_破壊	CD_嘘盗	CD_規則
FIQ	-0.222	-0.156	-0.248	-.331(*)	-0.059
VIQ	-0.078	-0.051	0.065	-0.217	-0.017
VIQ-PIQ	-.568(*)	-0.497	0.219	-0.263	-0.482
不注意	.515(**)	.426(**)	0.285	0.275	.430(**)
多動	.511(**)	.410(*)	0.276	.340(*)	.407(*)
反抗	.651(***)	.569(***)	.429(**)	.470(**)	.412(*)
ODBI	.339(*)	.382(*)	0.31	0.311	0.029
ECBI	0.115	0.096	-0.059	0.167	0.084
ASSQ_I	0.213	0.103	0.301	0.318	0.089
ASSQ_C	0.14	0.078	0.29	.407(*)	-0.106
ASSQ_H	.337(*)	0.277	0.316	.346(*)	0.131
ASSQ_計	0.26	0.169	.377(*)	.424(**)	0.031
TABS_I	0.173	0.186	.372(*)	-0.079	0.102
TABS_C	0.106	0.082	0.181	0.196	-0.016
TABS_H	0.13	0.241	-0.037	0.074	-0.043
TABS_計	0.18	0.212	0.249	0.083	0.027
ACE_A	0.106	0.025	0.203	-0.015	0.176
ACE_F	0.215	0.175	0.213	0.084	0.18
ACE_計	0.194	0.126	0.243	0.047	0.208
SES	-0.061	-0.014	-0.211	-0.219	0.054

*:P<0.05, **:P<0.01, ***:P<0.001, I:社会性の障害, C:コミュニケーションの障害, H:同一性保持, A:虐待, F:家族機能障害

3. CD項目得点を従属変数とした回帰式では、2.において相関を示した各種評価尺度得点を独立変数として強制投入し、回帰式を求めた。結果を表8に示した。

表8 CD行動項目を従属変数とした回帰

従属変数	R(相関係数)	R2(決定係数)	F
CD	0.75	0.563	4.230**
CD_攻撃	0.699	0.489	3.148*
CD_破壊	0.441	0.195	0.794

CD_嘘盗	0.747	0.558	4.156**
CD_規則	0.432	0.187	0.756

独立変数として WISC_V-P, DBD_不注意, 多動, 反抗, ASSQ_I, ASSQ_C, ASSQ_H を投入

従属変数	R	R2	F
CD	0.819	0.67	3.250*

独立変数として WISC_V-P, DBD_不注意, 多動, 反抗, ASSQ_I, ASSQ_C, ASSQ_H, ACE_A, ACE_F, SES を投入

D. 考察

1. ADHD と PDD

今回まず『CDに併存する典型的なPDD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、PDDの特徴を示すものが意外に多いのではないか?』という仮説を立てた。

今回の結果ではPDD児は21%と従来の報告よりも高い割合を示した。これは、対象が病院や児童自立支援施設の子どもの多くを含んでいるためであると思われた。

一方、ADHDの診断基準を満たしたものの32名中6名、実に18.8%はPDDの診断基準も満たしていた。(注; DSMではこの両者の併存は認めておらず、この6例はPDDと診断される) また、PDDと診断されたものの50%はADHDの診断基準も満たしていた。従って仮説1は肯定された。PDDは、そのPDD的特徴に留意しないと、前景にたつADHD症状に目を奪われて、ADHDと診断される可能性が指摘されており、臨床家は、CDに併存するADHDを診断する場合、PDDを慎重に除外する必要があるといえる。

2. CD 行動と各発達障害の特徴との相関

次にたてた仮説は『CDを症状別・型別に分けた時、特定の発達障害、あるいは反抗挑戦性との相関が強いのではないか?』というものである。以下群分けを元に順次考察したい。

A. 対象児全体のCD行動と各発達障害の特徴

対象児全体では、低い言語性知能、不注意、多動・衝動性、反抗、そしてPDD症状との相関

が認められた。これは以前、Harada らが報告した結果を追認する形となった。なお、ADHD 症状や反抗はすべての CD 行動と強く相関していたが、低い言語性知能は攻撃性と、PDD 症状は嘘・盗み行動との相関が強かった。

B. 発症年齢による相違

発症年齢によって2群に分けた場合でも、上記の全対象で認められた相関は両群で認められた。しかし、青年期発症のCD児では、その上にACEスコアとの相関も弱いながら認められた。すなわち、青年期発症のCD児のほうが、より親子関係や家族機能不全との関連が高いといえる。

C. 反抗挑戦性の有無による違い

ODDの有無で2群に分けた場合でも、全対象で認められた相関は両群で認められた。しかし、ODDありのCD児では、その上にACEスコアやSESスコアとの相関も弱いながら認められた。すなわち、反抗的なCD児のほうが、より親子関係や家族機能不全、経済的な影響との関連が高いといえる。

D. 単独行動か、集団行動かによる違い

単独行動が多いか集団行動が多いかで2群に分けた場合でも、全対象で認められた相関は両群で認められた。しかし、両者には明確な違いが見いだせなかった。調査中においても、明らかに単独行動だけ、あるいは集団行動だけというCDはほとんどおらず、発達障害の併存という観点からは、2群の群分けには明確な意味を見いだしにくいといえる。

3. CD行動の回帰

最後に立てた仮説は『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?』というものであった。

CD行動の回帰を求めた分析においては、低い言語性知能、不注意、多動・衝動性、反抗、そしてPDD行動でCD行動の56%が説明され、これに心理社会的要因を加えると67%が説明されることが示された。前述したように、今回

の対象は、病院や低年齢の CD 児を多く含んでいるため発達障害の影響が高い割合の回帰式になったと考えられるが、それを割り引いても、CD に対する発達障害の影響が大きいことが窺われる。CD 行動の予防を考えると、何らかの発達の障害を併存し、心理社会的要因を併せ持つ子どもには重大な関心を払うべきであることが示唆された。

E. 結論

今年度の結果から、以下の 5 点が見いだされた。

1. 従来 CD に併存するとされていた ADHD の中には、PDD の特徴を示すものが意外に多いと考えられ、CD に併存する ADHD を診断する場合、PDD を慎重に除外する必要がある。
2. CD 行動は、低い言語性知能、不注意、多動・衝動性、反抗、そして PDD 行動との有意な相関が認められた。
3. ADHD 症状や反抗はすべての CD 行動と強く相関していた。低い言語性知能は攻撃性と、PDD 症状は嘘・盗み行動との相関が強かった。
4. 青年期発症の、あるいは反抗的な CD 児のほうで、その行動形成過程における心理社会的要因との関連が高いことが示唆された。
5. CD 行動の予防を考えると、発達障害を併存し、心理社会的要因を併せ持つ子どもには重大な関心を払うべきであることが示唆された。

F. 健康危険情報

特に危険はなかった。

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・原田 謙：併存障害 1. 行動障害群（反抗挑戦性障害、行為障害）ほか. 齊藤万比古, 渡部京太（編）, 注意欠陥多動性障害の診断治療ガイドライン, pp100-104 ほか, じほう社, 東京. 2006
- ・原田 謙：反抗挑戦性障害・行為障害と軽度

発達障害. 石川 元(編), 現代のエスプリ スペクトラムとしての軽度発達障害 I, pp195-204, 至文社, 東京. 2006.

- ・酒井文子, 今井淳子, 原田 謙, 天野直二：統合失調症と診断された高機能自閉症の 1 例. 精神科 8 : 515-520, 2006.
- ##### 2. 学会発表
- ・酒井文子, 原田 謙, 田中祥子, 天野直二：ADHD における Voxel-based morphometry を用いた脳形態学的異常の検討. 第 47 回日本児童青年精神医学会, 2006

H. 知的財産権の出願・登録状況；特になし

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 富田拓郎¹⁾ 松本俊彦¹⁾ 岡田幸之¹⁾ 石川信一²⁾ 佐藤 寛³⁾ 安藤久美子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

MST は反社会的な問題を抱える児童・青年に対し、世界各国においてその効果が実証されている治療技法である。治療は子どもの生態系の中で最も影響力をもつ養育者（親）に、自然の生態系の中で直接働きかけ、養育者自身が適切に子どもの問題に対処できるようにしていく。また、セラピストやスーパーバイザーらは MST を遵守しているかを常にモニタリングされ、治療効果が検証される体制をとっている。このような MST は本邦においてもその有効性が期待されるが、従来の治療体制とは全く異なる MST を本邦に導入する際には、独立した治療チームを立ち上げるための安定した運営資金の確保と MST サービスからのコンサルテーションを受ける際の言葉の問題が課題である。

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。

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。そこで、本研究では、MST を本邦に効果的に導入するための予備的研究を行うことを目的とした。

B. 研究方法

昨年度は、行為障害の包括的な治療プログラムとして米国で効果が実証されている Multisystemic therapy (MST) を本邦に効果的に導入するため MST の各種マニュアルを翻訳したが、今年度は、米国 MST サービスからのアドバイスを受けながら、本邦に MST を導入するための具体的な計画を立案することとした。また、分担研究者らが渡米し、米国 MST サービスにおいてスーパーバイザーおよびセラピストの養成研修を受講し、認定を受け、米国 MST サービスの副理事マーシャル・スウェンソン氏を招聘し、普及活動の一環として公開講演を実施することとした。また、本邦で治療チームの編成とトレーニングの準備を行うこととした。

（倫理面への配慮）

これまでのところ、具体的な研究対象者を設定していないため、倫理的な配慮はしていない。試

験的な介入が実施される場合においては、「臨床研究に関する倫理指針」等を遵守しながら実施していく予定である。

C. 研究結果

分担研究者らは米国で 5 日間のセラピストのための研修と 3 日間のスーパーバイザーのための研修を受け、認定を受けてきた。また、米国 MST サービスの副理事マーシャル・スウェンソン氏を招聘し講演会を開催したので、それらの概要を以下に示す。

MST の研究と普及活動

MST は元々サウスカロライナ医科大学の家族サービス研究センターでスコット・ヘンゲラー教授らが中心となって開発が進められ、当初は研究センターの大学院生がセラピストとして研究レベルで治療が提供されていた。実証研究の成果によって MST が研究レベルで有用であることが確認されると、今度は、実際の地域社会の中でもその有効性が確認された。その後、地域社会に MST を普及させることを目的として、MST サービスを立ち上げ、MST のセラピストやスーパーバイザーの養成、コンサルテーション業務を実施してきた。同時に、セラピストやスーパーバイザーが MST の治療原則やマニュアルに忠実に従っているかどうかを検証するための研究機関として MST インスティテュートを設立し、ウェブ上でデータを収集し解析している。

MST を地域で提供するためには、MST プロバイダーとして MST サービスとライセンス契約を結び、コンサルテーションを受けなければならない。MST プロバイダーは最低でも 1 つの MST チームを構成し、1 チームあたりに 2~4 人のセラピストと 1 名のスーパーバイザーを持たなければならない。MST プロバイダーのチーム数が拡大し、かつ、スーパーバイザーの中からコンサルテーションを行うことができる者が誕生すると MST サービスからのコンサルテーションは不要となり、MST ネットワークパートナーとして

ある程度独立した運営が可能となる。しかし、この場合においてもライセンス契約を交わすことに変わりはない。

現在、MST は米国 34 州以上で導入されており、そのうちコネチカット、ハワイ、オハイオ州では全州規模で MST が実施されている。また、海外では、ノルウェーで全国規模のプログラム (25 チーム以上) が稼働しており、他に、カナダ、デンマーク、アイルランド、英国、スウェーデン、オランダ、オーストラリア、ニュージーランドにおいても規模は様々であるが導入されている。

MST とは

MST は、反社会的行動・非行を示す児童や青年に対し、地域において家族介入を中心に行う治療技法であり、養育者 (親) 自身が現在あるいは将来の子どもに関連する諸問題を解決できるようにすることが目標である。

MST のクライアントは、子どもを取り巻く全ての生態系、すなわち、家族、仲間、学校、近隣の人々である。また、実施する際には、後述するように高度に構造化されたスーパービジョンとクオリティ保証システムを用いる点に特徴がある。

MST が関与する最も重要なグループはサービスを受ける家族である。MST では家族は子どもの行動を変化させる鍵であると考えられている。というのも家族は子どもが取り囲まれているシステムの中で最も大きな影響を及ぼすからである。MST は、子どもの養育者に知識や技術や資源を与えて啓発し、関係機関からの継続的な支援を受けなくとも子どもたちを効果的に養育できるようにする。

MST では、家族はすでにやれるだけのことはやっているということを前提にしているため、家族に非難や批判を向けることは全く意味をなさない。その代わりに、MST では、家族の最大限に努力しているにもかかわらず、なぜ子どもの能力を発揮させたり、成功したりすることにつながらないのかということを考える。MST では成功を

妨げている障壁を理解するために家族の背景を評価し、介入はこのような障壁を克服するために実施される。そして、両親もしくは両親の役割を担っている人物がこのような役割を正しく担えるように支援する。

「動機付けが乏しい」、「治療に抵抗している」という表現は家族を非難するものであり、そのような表現を用いれば、家族はますます治療に参加しなくなる。MST では、行動には意味があると考えられ、行動がその状況にどのようにフィットしているのかを見出すことが仕事となる。例えば、両親が治療に乗ってこないとなれば、介入自体が構造化されていないためであると考えられる。このように、MST では問題を解決可能な方法で明確にしていくのである。

効果的な介入のために必要とされること

50 年以上に及ぶ研究の知見から、非行や薬物乱用は家族、仲間、学校、地域、個人などの多様なリスクファクターによって決定されることが分かっている。例えば、家族であれば、不十分な監督や養育態度、あるいは葛藤が強いこと、仲間であれば、違法行為をする仲間と行動をともにすること、学校であれば、退学、学業成績が悪いこと、地域であれば援助資源が少ないことや流動性が高く近隣との交流が乏しいこと、個人であれば言語能力や社会技能が乏しいことなどがあげられる。

このようなことから、もし、有効な治療プログラムを開発するとすれば、子どもの行動に良い影響を与える自然のシステムを妨げるような生態系の全ての要因をターゲットにする包括的なサービスが必要であることは明白である。

また、もし親が子どもに言うことを聞かせたいと思うならば、治療で親がそれを効果的に行えるように指導しなければならない。介入は親が納得できるものでなければならず、いずれはセラピストがいなくとも実行できるように支援する必要がある。さらに、行動は自然環境の中で起こるのであって、従って、介入の継続性を確認できるよ

うな環境で治療されるべきである。

MST は具体的な手法であるが、治療結果を達成するには熟練した治療者が必要である。治療者は有効性が証明された方略を使って変化を起こす責任を持っている。

MST の提供の実際

治療の場としては、MST は問題が発生し解決が必要な場所（家庭、学校、近隣、地域社会）で行う。治療は、問題行動を維持してしまったり、あるいは解決の糸口となる子どもの生態系の中の広範な要因を扱う。MST は治療目標を達成する上で、終結を決定することとしているが、調査では 3～5 ヶ月以内で済むことが示されている。時間が限られているという期待を込めることで「仕事を終えること」に緊迫感がもたらされ、いくらでも時間やお金があるのだという感覚に陥らないようにすることが必要である。MST は臨床的な効果を促すだけでなく、臨床的な効率性も促す必要性がある。

ケースマネージャーはしばしば家族のニーズを既存の地域資源につなげる役割を果たすが、MST は、ほとんど例外なく、ニーズを同定すると同時に、サービスを直接提供する。

MST では、スーパーバイザー1名と 2～4 名のセラピストを有する複数のチームが運営されている。全てのチームメンバーは全家族を熟知し、全家族の治療に責任を持っている。このようにしてメンバーはお互いをカバーしあうことになる。

一人のセラピストは通常 4～6 家族受け持っており、年間で 15 家族ほどを担当する。確かに、受け持ちの数が少ないとそれだけ集中的な治療が可能であるが、あまりにも少なすぎると限られた臨床的資源に配慮する感覚が失われてしまう。

MST では、チームで 1 日 24 時間週 7 日間の対応をするのが原則である。というのも、家族の問題というものは、就労時間内（例えば 9 時から 5 時の間）で発生するわけではないからである。

MST では、介入方略を実施すると、すぐに変化が測定できるようにデザインされており、それ

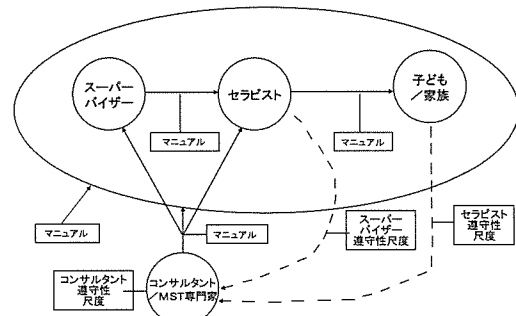
が徐々に積み重なって長期的な成功につながる。MST では、調査研究で効果が実証された介入方略を選択する。例えば、行動療法、認知行動療法、家族療法（構造的家族療法、戦略的家族療法）、薬物による介入（例：ADHD）などがあげられる。

MST のクオリティ保証システム

MST のクオリティを担保するために、MST では構造化されたトレーニング（オリエンテーショントレーニングとブースタートレーニング）を提供し、セラピストには毎週ケースレビューを行わせ（オンジョブトレーニング）、かつスーパーバイジョンを受けさせることを義務づけている。さらに、ある特定の臨床スキルが要求されたり、学ぶ必要が生じた場合には、スーパーバイザーが各セラピストの臨床スキル向上計画を作成し、研修会等に参加させるなどして必要なスキルの獲得を目指すようにする。

さらにMSTのクオリティを保証する重要なシステムとして、図に示すように、セラピストはマニュアル（市販されている”マルチシステムミックセラピーMST-児童・青年の反社会的行動に対する治療“）に従ってクライアント（子どもと家族）にセラピーを提供し、スーパーバイザーもマニュアル（市販されていない）に従ってセラピストをスーパーバイズする。コンサルタントも同様にマニュアルに基づいてスーパーバイザーのコンサルテーションを行う。さらに興味深い点は、コンサルタントがクライアントにセラピスト遵守性尺度と呼ばれる質問紙を配布して記入してもらい、セラピストが実施したセラピーがMSTを遵守しているかどうかを測定し評価することである。また、コンサルタントはセラピストにもスーパーバイザー遵守性尺度と呼ばれる質問紙を配布し、今度はスーパーバイザーがMSTを遵守しているかどうか測定し評価している点である。同様にコンサルタント自身もスーパーバイザーからの評価を受ける。これらの情報は、前述したMSTインスティテュートにウェブを介して収集

され、解析される。このように、MSTの完全性を保つために厳密な検証を常時行って、それを治療効果の判定に生かしている。実際、このような遵守性を担保できないと十分な治療効果が得られないことが実証されている。



MSTクオリティ保証システムの概要

MST の無作為割り付け試験（RCT）

MST では 25 年以上にわたって科学的実証研究が進められてきたが、そのうち現在まで 9 つの RCT が発表されている。暴力的な常習少年犯罪者を対象にしたものは 3 件 (Missouri Delinquency Project, Borduin et al., 1995; Diffusion Study, Henggeler et al., 1997; Simpsonville, Henggeler, Melton & Smith, 1992)、少年の性犯罪者を対象にしたものが 1 件 (Borduin, Henggeler, Blaske & Stein, 1990)、ノルウェーでの重大な反社会的青少年を対象としたものが 1 件 (Ogden & Halliday-Boykins, 2004)、物質依存の少年犯罪者を対象としたものが 1 件 (Henggeler, Pickrel & Brondino, 1999)、精神科救急にかかった少年を対象 (Henggeler, Rowland, et al., 1999)、虐待家庭を対象としたものが 1 件 (Brunk, Henggeler & Whelan, 1987)、スラム街の非行少年を対象としたものが 1 件 (Henggeler et al., 1986) である。

これらの研究結果から、MST では、クライアントの満足度が高く、長期的な再逮捕率が 25～70%減少し、家庭外の場所（少年院、精神病院等）に置かれる長期的割合が 47～64%減少し、家族関係と家族機能が改善され、学校への登校が増加