

し、青年期の精神症状が減少し、青年期の物質使用が減少することが分かっている。しかし、MST に対する遵守性が低いとこれらの変化は起こらない。

#### D. 考察

MST サービスでの 5 日間にわたるセラピストのオリエンテーショントレーニングと 2 日間にわたるスーパーバイザーのオリエンテーショントレーニングを受講して感じたことは、スーパーバイザーはもちろん、セラピストにしても行動療法や家族療法等のベーシック・スキルがきわめて高いことである。トレーニングではロールプレイが頻繁に用いられるが、その際に技術の高さに驚かされた。しかし、このようなセラピスト達ですら、MST の独自の考え方にはかなり戸惑っているようであった。特に、問題を起こしているのが子ども達であるにも関わらず、セラピストが介入するのは子ども自身ではなく、児童を中心とした生態系の人々、特に養育者(親)である点である。その点について講師は、限られた時間内で、持続性をもった効果を得るために、このようなアプローチを取ると説明していた。

また、反社会的な問題を抱える児童の養育者自身が深刻な問題を抱えていることが多いことから、彼らを治療自体に引き込むことが困難ではないかという意見が筆者も含め研修者からしばしば出されていた。しかし、養育者のやる気(buy-in)を引き出し、週毎に親の目にもはっきりと分かる形で治療結果を出すことで、治療関係が構築されていく様がロールプレイなどで明らかにされていくと、この問題に疑問を呈する者はいなくなった。この問題に関わってきた多くの治療者は、このような養育者たちへの介入が、おそらく、単純に無理であると考えて、何もしてこなかったのではないかと思える。しかし、養育者への介入が大きな効果を生むことがセラピスト自身にもはっきりと自覚されると、治療はさらに進展していくのである。

本邦では、問題のある児童を親元から一旦離し

て何らかの施設に入れて、そこで児童に対する介入を行い、親元にまた返すという治療スタイルが一般的であり、実際、そのような体制しか、取り得ない状況にある。このような状況下で MST を本邦に導入しようとする、全く新たな治療体制を整備していかなければ実現が難しいことになる。

今年度は、妥協策としてセラピストをスクールカウンセラーから確保することも検討したが、MST の厳密なクオリティ保証システムの要件からはほど遠いものとなってしまふことから断念せざるを得なかった。今後、MST を本邦に導入していくためには、米国や諸外国と同様に、小規模でも MST プロバイダーとして独立した団体を設立し、MST サービスとライセンス契約を交わして、活動を展開するのが本筋でないかと思われた。

しかし、このためには、いくつかの深刻な課題がある。その第一は、従来の体制とは異なる独立した常勤セラピストを雇用するための安定した資金の確保である。この打開策としては、近年注目されている NPO 特定非営利活動法人として活動を始め、安定した助成金の確保を目指すことがあげられる。また、二つめの問題としては、米国 MST サービスのコンサルテーションの際に、セラピストとスーパーバイザーとのスーパービジョン・セッションを録音したものをコンサルタントが定期的にチェックしなければならないため、この日本人同士のセッションを英語で行うか、毎回、通訳したものを送付しなければならないという点である。この問題は、本邦にコンサルタントが誕生すれば解消されるが、それまでの間は、非常に大きな足かせとなる。

MST のオリエンテーショントレーニングでの実践を通して、MST がきわめてインテンシブで有効な治療技法であることは疑いのないとの確証は得られたが、これを本邦でどのように導入していくか、課題は残された。

## E. 結論

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。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 吉川和男、福井裕輝、野田隆政、吉住美保、松本俊彦、岡田幸之：脳腫瘍によりアスペルガー症候群を発症し母親を殺害した事例. 犯罪学雑誌 72(4):105-119, 2006.
- 松本俊彦、岡田幸之、千葉泰彦、安藤久美子、吉川和男. 破壊的行動障害の症状と反社会的傾向の関係-Psychopathy Checklist, Youth Version と共分散構造分析を用いた研究-. 犯罪学雑誌 72(5):135-146, 2006.

### 2. 学会発表

- 吉川和男、富田拓郎：反社会的問題行動を示す子ども達への支援ーマルチシステムック療法 MST の導入ー. 第 47 回日本児童青年精神医学会総会シンポジウム.2006.10.20、千葉幕張メッセ国際会議場

## 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

2. 実用新案登録 なし

3. その他

## 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<sup>1)</sup>

研究協力者 津富 宏<sup>2)</sup>

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

本研究の最終年度にあたる平成18年度は、昨年度までの研究で得られた、発達障害を中心とする精神障害の診断が付く児童のほうが、そうでない児童よりも予後がよいという従来の知見とは異なる結果について、事例の検討を行うことでその機序を明らかにすることを目的とした。その結果、これらの精神障害を併存する非行児童の、施設内に於ける対児童・対職員の対人関係、寮に於ける生活への適応及び成長の仕方の特異性、また退所後の施設職員との関係の特異性が明らかになり、それらが、彼らの予後に影響を与えている可能性が示唆された。また、これらに対して、児童自立支援施設の施設内処遇及びアフターフォローのあり方のユニークさが関係していることが考えられた。

### A. 研究目的

本研究は平成16,17年度の研究において明らかになった、発達障害を中心とする精神障害の診断が付く児童のほうが、そうでない児童よりも予後がよいという従来の知見とは異なる結果について、その機序を明らかにすることを目的とした。

### B. 研究方法

昨年度までの結果を受けて、精神障害を持つ児童の事例検討を行い、その特性を明らかにするとともに、それが彼らの予後とどのように関連するのかを考察した。

### 対象

対象は、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、ほぼ全例に行為障害の診断が付く）である。

### （倫理面への配慮）

本研究における事例は、その本質を損なわない範囲で、個人の特長ができないよう改変を加えている。

### C. 研究結果

検討した事例の概観を表1に示す。85例中、行為障害の診断の他にさらにせまい意味での精神障害（ここでは、ADHD、広汎性発達障害（アスペルガー症候群など）、パーソナリティ障害、鬱病性障害）の診断が付く児童は19例であった。19例中、退所後6ヶ月以内に家裁係属となった事例は3例であった（15.8%）。ただし、この3例はいずれも両親に犯罪歴があった。一方、両親に犯罪歴がない事例では、15例中全例が、退所後6ヶ月の時点では予後良好であった。以下に事例の一部を示す。

事例A：男、入所時年齢 12 歳。入所期間 2 年 1 ヶ月。診断：行為障害、ADHD。親の犯罪歴なし、6 ヶ月予後良好。

父子家庭に育つ一人息子。養育の主体は祖父母であった。本児就学前に祖母が死去、以後、男所帯で育つ。父は本児との関わりは希薄で、問題行動に対して叱る程度で放任に近い状態。

本児の初発非行は 5 歳時で、祖父の財布からの金銭持ち出し。小学校低学年には金銭持ち出しが常習化。学校内では傍若無人に振る舞い、遅刻常習。中学で万引き。不良仲間の家を泊まり歩く。中 2 の時自動車盗、事務所の金庫破り等で補導。県立児童自立支援施設に措置。2 回の無断外出後、父の面会あり。この時は「ここでがんばる」と言い、父は泣きながらそれを聞いていた。しかし、他児と共にその後も無断外出。その後父から切々と書かれた手紙が届き、本児も涙を流して読む。しかしその後また 2 回の無断外出。武蔵野学院に措置変更となる。学院入所時の WISC-III で IQ=93,VIQ=82,PIQ=108。行為障害、ADHD と診断される。投薬なし。

入所後、無断外出 3 回、喫煙、シンナー吸引、人間関係のトラブルは挙げていけばきりがない。刺激・誘惑に極端に弱く、軽率。人なつこく、力になびきやすく、リーダーシップをとりたいたいがとれない。問題行動を起こすことで仲間意識を強めたり、シンナーや煙草を渡したりすることで仲間をつなぎ止めようとしていた。ただし、父の面会は 10 回を数えた。ある程度行動が落ち着いたのは入所後 1 年半ほどしてからである。

特に人間関係作りについては、最後まで拙かったが、本児自身がそれに気づき、改善したいとの気持ちを持っていた。退所は、父が本児の就職先を開拓したことが契機となった。その後も寮長によく連絡してくる。

事例B：男、入所時年齢 14 歳。診断：行為障害、ADHD、軽度精神遅滞。親に犯罪歴なし、6 ヶ月

予後良好。

父親が不安障害の診断で治療歴がある。男子 2 人、女子 2 人の 4 人兄弟の第 2 子だが、幼少時よりほとんど本児のみが父親から身体的虐待を受けている。同胞に比べ、本児がやんちゃで、注意を受けるような機会が多かったのが原因らしい。初発非行は 5 歳の時で、家内窃盗。7 歳の時に万引きが始まり、9 歳の時に、学校内での暴力的ないじめ、器物損壊、現金のたかり等について指導を受ける。授業中落ち着きがない。友達の家での窃盗が頻回。中学入学後、侵入盗・店舗荒らしを繰り返し、12 歳（中 1）時に県立児童自立支援施設に入所。13 歳時に精神科受診、ADHD の診断でリタリンの服薬を開始。その後 4 ヶ月で 4 回の無断外出。武蔵野学院に措置変更となった。WISC-III で全検査 IQ=69,言語性 IQ=70,動作性 IQ=75。

武蔵野学院入所当初に家族画を描かせたところ、両親を描かず「両親はたまたま外出しているところで、両親が嫌いというわけじゃない」と弁明した。被害感が強く、相手によって態度を変え、時に横柄で反感を買うような行動が多かったが、その自分自身の問題性には気づいていなかった。その後、同様の傾向を持つ児童と一緒にいる時間は増えたが、職員に対して「あいつとは（学院の）外なら友達になっていない」と語るなど、関係は希薄。職員と一緒にくっついていることが多い。その後、手の掛かる新入生の世話係となって職員・他児から評価を受けたことから自信を付け、クラブ入部など、自発的な行動が目立つようになる。それでも他の児童とのつながりはなかなか作れず、それを他児のせいにしたりするが、職員とは話ができるようになった。離婚していた両親がどちらも本児の引き取りを希望し、本児自身が母親を選んだ。退所時には、母と一緒に職さがしを行った。退所後も時に本児から寮に電話連絡あり。

事例C：男、入所時年齢 15 歳 診断：行為障害、

境界性パーソナリティ障害。親に犯罪歴なし、6ヶ月予後良好。

第3子二男として出生。本児1歳頃母が家出を繰り返し、2歳から4歳まで養護施設入所。その後実母に引き取られた。その翌年今度は父に引き取られるが、本児が嘘をつくと言うことで、体罰を繰り返し受けていた。初発非行は小2の万引き。中1の時、親しくしていた友人が、「自分のことを、ちゃん付けで呼んだので腹が立ってボコボコに」殴ったことあり。中2で恐喝3回。このころ、体に痣ができていたことが確認され、実父からの虐待が認められ、養護施設入所となる。施設で将棋をしている際、幼稚園児が相手を応援し、本児に対し「負ければいいのに」と言ったことに腹を立てその幼稚園児に殴る蹴るの暴力を振るう。さらにそれを叱責した女性の保育士の首を失神寸前まで絞め付ける。全検査IQ=107、言語性IQ=96、動作性IQ=122。

武蔵野学院に措置後、当初は非常にさわやかで人当たりが良く見え、受けもいいが、些細なことで激高し、相手かまわず極端な暴力を振るう。その後、独善的な理由を述べ立てて、反省しようとしないうえ、間もなく集団から浮いてしまう。自己評価は高く、それを傷付けるような他人の言動を決して許さない。「人の上に立って指示することが好きだし、皆も付いてきてくれる」と述べるが、他者、特に大人に対する不信任感が強い。結局、開放集団処遇寮では、他の児童との共同生活が困難となり、予定より早く、集団寮での生活を打ち切り、個別処遇寮を経て自活寮に転寮。寮から仕事に出るようになる。その器用さを非常に評価され、高給を得たこともあってか、安定した生活を送る。8ヶ月後に退所となる。その後も自活寮にはたびたび訪ねてくる。

事例D：男、入所年齢12歳。診断：行為障害、アスペルガー障害。親に犯罪歴なし。6ヶ月予後良好。

2人兄弟の二男。実父実母との4人家族。小さい頃から他児と一緒に遊ぶことが苦手で、運動場に行っても、一人で勝手に走り回ったりしていることが多かった。母親によれば「手の掛からない子」だったが、母親への要求が無く、自己表現が下手で「気持ちが察しにくい子」だったという。初発非行は10歳児の賽銭盗、菓子万引き。11歳の時、倉庫に連れ込んだ2年生女兒と裸で抱き合っているのを発見される。また、学校の昼休みに学校の女子トイレに侵入、小2女兒に自分の性器を見せる。13歳時、登校渋り、壁を蹴るなどの家庭内での問題行動あり。父が叱ると父親を殴ってくるがあったが、本児はそのことを淡々と述べ、父親を殴ることがかなり重大なことだという認識がない。その後小6女兒をスーパーの屋外のトイレに連れ込み、強姦致傷。入所時のWISC-IIIによる全検査IQ=97、言語性IQ=94、動作性IQ=101。

女性的な雰囲気、非常におとなしく、寮でも自己主張や要求が全くない。自由時間に読書などを勧めてもぼーっと一点を見つめて座っているだけ。他児からの声かけでやっと動く。「相手に自分の気持ちを伝えること」を目標として設定し、少しずつであるが、寮内ではできるようになった。入所後7ヶ月目から、精神科医による事件への直面化のプログラム(週1回、1回1時間半)を開始。また、職員が、日常場面で他児が今、どのような気持ちで発言したか、あるいは今現在どういう態度をとるべきか、と言ったことの「通訳」をきめ細かく行うことで、本児自身、徐々にではあるが、「今のはこういう気持ちで言ったんですよ」等と言えるようになっていった。一方、直面化の場面では、被害者の女兒の恐怖感を認識することが当初はほとんどできず、少しずつ変化はしたものの、理解といったレベルにとどまり、共感的に恐怖感を感じるには至らないようであった。生活場面ではほとんど問題行動はなく、非常にまじめであり、約1年半で退所となる。ただし、本児の場合、極めて再犯の恐れが高いと思われた

ため、父親の協力を得て、2週間に1度、学院に通所してもらい、カウンセリングを継続した。寮内での生活では、ほとんどなんの問題行動も起こさない優等生で、ほおっておけば全く手が掛からないのだが、事件の内容や、対人接触の特異さを考えれば、手をかけざるを得ない児童であった。投薬なし。

事例E：男、入所年齢 12 歳。診断：行為障害、ADHD。親に犯罪歴なし、6ヶ月予後良好。

2人兄弟の長男。本児生後10ヶ月の時に両親が離婚。以後、父方祖母の協力を得て、父が本児を養育したが、本児4歳の時祖母が病死、以後実父の女性関係によって本児の養育者が変化した。初発非行は4歳で放火7件。本児の問題行動が指摘されると、父が身体的虐待を加えていた。9歳時に放火。県立児童自立支援施設入所。メチルフェニデートの投薬開始。10歳時住居侵入・車上荒らし、万引き等。11歳時家庭引き取り。その後12歳時侵入盗9件。武蔵野学院へ措置される。

入寮当初より緊張感は全くなく多弁多動で周りの児童をあきれさせた。当番などのやるべき仕事は忘れる一方、欲求のままに行動し、屁理屈、文句が多い。都合の悪いことは聞こえないふりをする。自分の行動は棚に上げて他児の行動に対するチェックが激しく、トラブルが絶えない。しかし、同学年の新生生の出現により、いい意味でライバル心を燃やし、それがきっかけとなって成長を見せ、同寮生からもそれを認める発言が見られるようになる。本児から「勉強もできるようになってきた」「自分なりにできることをがんばりたい」といった発言が見られるようになる。入所前にはまだ関係のとれていなかった新しい継母との関係が良好となり、実父の引き取り希望もあって退所。その後も両親、本人、学校が寮担当職員と緊密に連絡を取り合っている。その中で父と学校との関係も改善した。また、服薬を退所後も継続している。

事例F：男、入所年齢 14 歳。診断：行為障害、特定不能の広汎性発達障害。親に犯罪歴なし、6ヶ月予後良好。

2人兄弟の長男。幼児期より多動。本児6歳時に両親が離婚、母に引き取られるが、その後実質的には祖母が養育を担う。10歳頃より反抗的態度・暴言、妹への暴力が目立ち始め、精神科受診するも診断付かず。13歳から母に対する暴力が始まり、包丁を振り回し、金銭を要求するようになる。次第に暴力がエスカレートするようになり、14歳時武蔵野学院入所となる。

入寮当初は落ち着かず、意味もなく寮内を徘徊。他児と関係を持つとしない。しばしば非常識・自己中心的な言動で周囲を驚かせた。水泳では当初水が顔にかかるだけで半ばパニック状態に陥っていたが、完全なマンツーマン体制で指導を続けると次第に泳げるようになり、「自分でもやればできるようになる」と述べた。またこれは職員との強い関係の構築にもつながった。院内オセロ大会で上位入賞したことも自信になったが、今度はそれをひけらかしたり、弱者を馬鹿にする態度が見られ、日常生活でも諍いが少なくない。しかし、繰り返し指導を受ける中で、自覚が芽生え、「僕の問題は人間関係の取り方が下手なこと」と認めるようになった。自分の将来についても、就労してやっていく自信がないから、高校で人間関係や社会体験を積んでいきたい、と目標設定した。親子関係は、地理的にも離れた状況の中、母親が繰り返し面接に来院したことなどを通じて改善されていった。また、「この子がこうなったのは私に愛情がないからだ」と述べていた母に対して、医師が本児の特性について説明したことで、その罪責感を軽減させたことも関係改善の一助となったようである。

事例G：男、入所年齢 12 歳。診断：行為障害、ADHD、軽度知的障害。親に犯罪歴なし、6ヶ月予後良好。

2人兄弟の第1子。0歳の頃から父の身体的虐待を受ける。3歳で母が父から逃れ転居。しかし、

そこでも祖父母から身体的虐待あり。小学校ではいたずらが多く不適応。9歳時に火遊び、万引きで県立児童自立支援施設へ。12歳で退所後、怠学、家庭内暴力が始まり、同児童自立支援施設へ再入所。無断外出を繰り返す、その際タクシー強盗、放火などあり、鑑別結果通知書によれば、初等少年院長期処遇との判定であったが、審判の結果、武蔵野学院へ。

入所後、些細でかつ明白な嘘が多く、同寮生からもあきれられる。また、身辺がだらしなく、やるべきことの抜け落ちが多いなど、指導には大変手がかかる。当初はよく言えば孤高の人であったが、ほぼ4年間という長期にわたり在籍したこと、また他の寮生が本児を馬鹿にするような態度をとることを寮職員が決して許さなかったこともあって、寮の中では次第に独自の地位を占め、最後の時期にはリーダーシップをとりたいという気持ちも目覚め、生活も安定した。本児と寮職員との関係は非常に強い。母親も、知的にやや低く監護力には乏しいが、月1回ほぼ定期的に面会にくるなど、本児に対する愛情はあり、また寮職員には大きな信頼を寄せていた。長期間空き待ちをした上で、知的障害者授産施設に措置変更となる。そこでも無断外出など、一時的な不適応は見られたが、武蔵野学院の寮担当者と本児の話し合いなどにより、問題行動はなくなり、以後適応した。それ以降も本児および母親からは頻りに連絡がある。

#### D. 考察

精神障害がある児童のほうが、ない児童よりも予後がよいという結果は、これまでの知見と大きく異なる。ここでの対象数は85であり、それほど大きいとは言えないが、結果が統計上有意であることはもちろん、結果は極めて明快であり、「精神障害の診断が付き、かつ家族に犯罪歴がない者」が予後がよい、何らかの理由があることはほぼ疑いようがない。わずか退所後6ヶ月での予後の結果を用いるのはどうかという意見はあるが、退所後6ヶ月の時点での結果を用いたのは、

退所後2年間に再非行する児童の過半数が退所後半年以内に再非行するという、初年度の研究の結果を踏まえたものであり、また、他の精神障害を持たない事例と条件は同じである。また、退所後時間が経てば経つほど、児童自立支援施設での支援以外の要素が予後に影響を与えるようになるのは明白であって、逆に言えば、6ヶ月の時点で比べる事で、児童自立支援施設自体の影響をより直接的に反映した予後の結果を見ることができるとも考えられる。

#### 1) 彼らの予後が良好である理由の検討

事例を概観すると、大きく次の2つに分けることができるように思われた。

- ① 問題行動が多発し、非常に手が掛かる群＝ADHD、パーソナリティ障害からなる群。
- ② 問題行動はほとんど無く、その意味では手が掛からないが、対人関係の改善（問題行動ではなく、あまりに接触がない、などの）や、事件の問題性などを考慮すると、手をかけざるを得ない群＝アスペルガーなどのPDD圏の児童、鬱病性障害からなる群。

上記の事例からもわかるとおり、彼らは、他の児童に比べ、施設内での適応が良かったとは言えない。むしろ集団適応がかなり悪かった児童のほうが多い。我々は一般に、施設における集団適応の度合いが予後と関連すると考えるが、彼らの場合はどうもそうではないようだ。非行少年はみな対人関係の問題を抱えており、それに対して小集団による濃厚な対人関係を与え、職員のきめ細やかな介入の下で、長期間を過ごさせることによって成長を促すことが児童自立支援施設の処遇の中心である。これに対し、対人関係に関して病的な要因を抱えている児童の場合、この課題を一般児童と同じようにクリアすることは困難なようである。だから、彼らは、集団の中で処遇困難と見なされることも多い。しかし、事例から見ると、児童同士の集団の中でうまく適応ができない分、他児童よりも自分を理解してくれ、守ってくれる

存在である、職員との関係がむしろ強まる場合が少なくない。このような関係は、児童集団からの「逃げ」であるとも見なされ、職員から必ずしも望ましいものとは受け取られない可能性もある。しかし、その児童にとっては、そのような職員との関係が、それまでの彼の人生では得ることのできなかった、貴重なものであり、ここで得られた対人関係の持ち方が、彼らのその後の対人関係、例えば親や職場の上司との関係の持ち方に好ましい影響を与えている可能性が考えられる。特に、親に犯罪歴がない場合に極めて予後が良いことを考えると、相手が、施設職員と同じような一般的な価値観や対人関係（言ってみればコンセンサス）を持つほど、施設で獲得した対人適応戦略がよりうまく働くということは推測可能である。

親に対する、職員や医師による児童の持つ特性についての説明や指導が、親の態度を変化させ、子どもとの関係を改善させる事も考えられる。これについても、親が犯罪歴の無いような、より常識的な価値観の持ち主であることがプラスに働くことは想像に難くない。

また、これらをさらに強化するものとして、施設退所後の、職員との関係のあり方の違いが考えられる。事例を見ると、精神障害を持つ児童が、退所後も職員に対して自ら連絡をとってくる例は少なくない。もちろん、障害を持たない児童も、職員に連絡を取ってくることはよくあるのだが、退所後、地域での仲間関係をすぐに築き直すことができる児童と、そのような事が苦手な児童とでは、職員に対する連絡の持つ意味合いや重みが違うことが想像できる。退所後の職員との関係が、太い絆とは言い難い、細くて多少いびつなものであったとしても、障害を持つ児童にとっては稀少で貴重なものである可能性は高い。

これらとはまた異なる軸として事例から読みとれるのは、彼らの多くが、児童自立支援施設にいる間に、むしろ集団内での適応がうまくいかないうちによって自分の特性・問題性に気づく、あ

るいはもっと漠然と「自分は他の子と違う」と気づくことができるらしいということである。これは、好き放題だった入所前の生活と比べ、統制のとれた安定した集団で長期間生活することにより、初めて獲得できたことかも知れない。また、診断や投薬を受けることにもよるかもしれない。気づいたからと言って、施設にいる間に必ずしもそれを修正できているわけではない。だが、広い意味での「病識」の獲得によって、それ以前に比べて、彼らが自分の行動の「ずれ」に対してより自覚的になれることで、彼らの集団内での適応が少しずつでも改善し、それが予後に良い影響を与えることは考えられるだろう。

また、今回の解析から直接的に言えることではないが、予後の違いから考えて、非行という行為自体が、精神障害を持つ児童とそうでない児童の間で、違う意味合いを持っている可能性は考えられる。つまり、精神障害を持たない児童においては、非行とは集団規範や集団役割を内面化することで行なわれる同調行動であるのに対し、精神障害を持つ児童においてはむしろ集団適応が不調であることの発散であるといった可能性である。

## 2) 従来の知見との相違についての検討

ではなぜ、これまでの文献などの結果、つまり精神障害を併存する非行児童のほうが予後が悪いという結果と、今回の結果が大きく異なるのだろうか。これについては、また異なる解析が必要ではあるが、考えられる一つの要因として、本研究が、児童自立支援施設で行われたということが一つの理由かもしれない。つまり、特に対人関係面で、児童自立支援施設の処遇体制がユニークであるというのが推測される理由の一つである。下にその特徴を挙げる。

### 職員との対人距離の近さ

おそらく、児童自立支援施設は、職員と児童との対人距離が最も近い施設の一つではないだろうか。特定の職員と児童の接触時間の長さは、児

童自立支援施設の特徴である。1日当たりの接触時間が極めて長いほか、入所期間も比較的長期にわたる。また、児童福祉施設であるために、職員と児童との間では、冗談を言い合ったり、ふざけあったりといった関係も見られ、結果的に職員と児童との対人距離は極めて近くなる。

#### 対人関係のわかりやすさと豊かさ

武蔵野学院では、夫婦小舎制をとっているが、児童自立支援施設では、多くの施設で、比較的少人数の職員が寮を担当している。また、比較的少人数の児童間の関係が、インフォーマルな部分も含めて極めて密接であることも、特徴と言える。限定された対人関係の中で、しかし濃厚な関係が形作られる点で、児童自立支援施設の対人関係はわかりやすく、かつ豊かであると言えるかも知れない。

#### 退所後の関係の持続

入所時に関わりを持った職員との関係が退所後もそのまま持続するのは、児童自立支援施設の大きな特徴の一つであろう。非行児童を主な対象とする施設であるにもかかわらず、施設職員が児童の退所後も関係を継続させることが許されるのは、児童自立支援施設が児童福祉施設だからである。特に対人関係に問題を抱えている児童の場合、アフターフォローにおいてケースの受け渡しが行なわれ、児童が新たな対人関係を築きなおさなければならない体制は、望ましくないと考えられる。児童自立支援施設のアフターフォローの体制は公的な仕組みとしては極めて脆弱で、直接処遇職員と児童との個人的なつながりに依存しているのだが、それが却ってプラスに働いている可能性がある。

他の施設などとの厳密な比較検討がなされなければ明確にできないことはもちろんであるが、可能性としては、以上のような児童自立支援施設の対人関係上の特色が、今回の結果に結びついていることは充分考えられるであろう。

#### 3) 彼らの処遇上留意すべきこと

もし、これらの考察が的を射ているとすれば、彼らを処遇するに当たって、留意すべきは、次のような点ということになる。

①児童集団に対する良好な適応が必ずしも最終的な目標ではない。むしろ、児童集団からはずされがちな彼らを、職員がどう支えるかが重要である。

児童集団からはずれているからと言って、予後が不良であるとは限らない。彼らが集団からはずれて職員に寄ってくる際、それを彼らにとっての対人関係構築の機会であると捉えて職員が対応することが大切である。また、最後まで「良好」と言えるレベルには到達できないとしても、統制のとれた安定した集団の中で「折り合い」を付けていくことを彼らが少しずつ学習している可能性は高く、その点を評価すべきである。

②非常に身近な成人の影響を受けやすいことに留意する。

彼らは、対人関係を築くことが苦手であるために、障害を持っていない児童に比べ、最も近くにいる成人に強く影響されやすい。よって、退所後最も身近にいる成人に対する配慮が予後に影響を与える。彼らの特性や、望ましい対応方法について保護者に伝えることが関係改善に役立つのは当然だが、その効果は彼らにとっては特に大きいかも知れない。

③退所後も、彼らと直接関わった職員が関係を継続する。

彼らとすでに関係のできている職員との連絡が、たとえ細々とであっても続くことが、彼らにとっては極めて大きな意味を持つかも知れない。

④自己の特性についての自覚を促す。

障害名を告知すべきかどうかはケース・バイ・ケースとして、彼らに、自己の個性としての対人関係の持ち方の特色や、感情や雰囲気を読み

の苦手さ、衝動性、物事のとらえ方の独特さなどに気づかせることが重要である。

## E. 結論

前述の通り、今回の結果は、従来の見解とは大きく異なる。しかし、この結果が極めて明確に示しているのは、発達障害などの精神障害の診断が付く児童が、たとえ処遇で非常に手間が掛かるとしても、また、児童間や大人一般との対人関係がなかなか改善しないとしても、犯罪歴のない家族のもとに帰る場合、寮長寮母など、非常に近い存在との関係がなんとか形成されれば、その予後はむしろその他の精神障害が付かない児童よりも良好であるということである。この結果は、最近よく耳にする「発達障害などの精神科的診断の付く子が増えて、処遇が難しくなった」という施設職員の声に対しての、福音と言えるのではないだろうか。しかも、この結果が、これまでの数々の報告と異なることを考えると、これは、児童自立支援施設のケアの独自性が生んだものである可能性も高い。この点については、今後、より多面的な検討を行う必要があるだろう。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 富田 拓 児童自立支援施設—子ども達は変わったか— . 精神科治療学,21(12);1331-1336, 2006
- 富田 拓 児童自立支援施設入所児童の精神医学的問題. 小野善郎(編)子どもの福祉とメンタルヘルス,175-201. 明石書店,東京,2006

表 1：事例の概観

事例	診断名	退所後 6 ヶ月で の家裁係属	犯罪歴・非行歴			精神障害	
			父	母	兄弟	父	母
1	ADHD	×	×	×	×	×	○
2	境界性パーソナリティ障害	×	×	×	×	○	×
3	ADHD	×	×	×	×	○	○
4	鬱病性障害	×	×	×	×	×	×
5	境界性パーソナリティ障害	×	×	×	×	×	×
6	PDDNOS	×	×	×	×	×	×
7	ADHD	×	×	×	×	×	×
8	ADHD	×	×	×	×	×	×
9	ADHD	×	×	×	×	×	×
10	境界性パーソナリティ障害	×	×	×	×	×	○
11	アスペルガー障害	×	×	×	×	×	×
12	ADHD	×	×	×	×	○	×
13	ADHD	×	×	×	×	×	×
14	アスペルガー障害	×	×	×	×	×	×
15	ADHD	×	×	×	×	○	×
16	鬱病性障害	×	×	×	○	×	×
17	ADHD	○	○	×	×	×	○
18	ADHD	○	×	○	×	×	×
19	ADHD	○	○	○	×	×	×

あり：○ なし：×(家裁係属なし、が×である点に注意)

#### 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(2006)：向精神薬の使い方. 大関武彦, 古川 漸, 横田俊一郎 (編)：今日の小児治療指針 第14版, pp517-518.
- 齊藤万比古(2006):家庭内暴力. 上島国利, 久保木富房(監修):レジデントハンドブック◆Case Study 抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬・気分安定薬の使い方, pp89-93, アルタ出版, 東京.
- 齊藤万比古(2006):治療の基本的考え方—児童精神科の立場から. 加我牧子, 稲垣真澄(編):医師のための発達障害児・者診断治療ガイド—最新の知見と支援の実際, pp115-121, 診断と治療社, 東京.
- 齊藤万比古(2006)：不登校の児童・思春期精神医学. 金剛出版, 東京.
- 齊藤万比古, 渡部京太 (編) (2006)：改訂版注意欠陥／多動性障害—AD/HD—の診断・治療ガイドライン. じほう, 東京.
- 齊藤万比古(2006)：児童期の精神障害. 精神保健福祉白書編集委員会 (編)：精神保健福祉白書 2007年版 障害者自立支援法—混迷の中の船出, pp176, 中央法規出版, 東京.
- 齊藤万比古(2006)：Q & Aこんなとき、どう対処するか？ Q. 入院治療が必要になった時. いとしご増刊 自閉症ガイドブック シリーズ4 成人期編, 日本自閉症協会, 東京.
- 齊藤万比古(2006)：発達障害としてみた不登校. 太田昌孝 (編)：発達障害, pp171-181, 日本評論社, 東京.
- 奥村雄介(2006)：非行精神医学. 医学書院, 東京.
- 奥村雄介(2006)：少年犯罪. 司法精神医学第3巻, 犯罪と犯罪者の精神医学, 138-145, 中山書店, 東京.
- 犬塚峰子, 伊藤くるみ, 伊東ゆたか他 (2006)：虐待を受けた子どもの心理診断のための半構造化面接法の開発. 厚生労働科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業)「児童福祉機関における思春期児童における心理的アセスメントの導入に関する研究」平成17年度分担研究報告書, 7-74.
- 犬塚峰子 (2006)：子ども虐待と家族支援. こころの健康シリーズⅢ, メンタルヘルスと家族支援, 日本精神衛生会, pp1-7.
- 犬塚峰子 (2006)：児童相談所における精神科医療のニーズ. 小野善郎編著: 子どもの福祉とメンタルヘルス, 明石出版, pp89-129.
- 近藤直司(2006)：青年期のひきこもりをめぐる臨床研究の課題. 平木典子, 稲垣佳世子, 岩田純一他: 児童心理学の進歩 2006年度版, pp162-183, 金子書房, 東京.
- 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.
- 原田 謙(2006)：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.

原田 謙(2006): 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.

富田 拓(2006): 児童自立支援施設入所児童の精神医学的問題. 小野善郎(編): 子どもの福祉とメンタルヘルス, 175-201, 明石書店, 東京.

## 雑誌

齊藤万比古(2006): 児童面接における心得と工夫. 精神科臨床サービス 6(3); 347-350.

齊藤万比古(2006): 強迫性障害の精神療法. 児童青年精神医学とその近接領域 47(2); 113-119.

奥村雄介(2005): <座談会> 矯正施設における精神医療の実際. こころの臨床アラカルト第 24 巻 3 号特集 司法精神医療の臨床, 277-294, 星和書店, 東京.

近藤直司(2006): 青年期ひきこもりケースと「ひきこもり」概念について. 精神科治療学 21(11); 1223-1228.

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).

成重竜一郎, 市川宏伸(2007): 小児精神医療における子どもの攻撃性. 心と社会 127. (投稿中)

酒井文子, 今井淳子, 原田 謙, 天野直二(2006): 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.

吉川和男, 福井裕輝, 野田隆政, 吉住美保, 松本俊彦, 岡田幸之(2006): 脳腫瘍によりアスペルガー症候群を発症し母親を殺害した事例. 犯罪学雑誌 72(4); 105-119.

松本俊彦, 岡田幸之, 千葉泰彦, 安藤久美子, 吉川和男(2006): 破壊的行動障害の症状と反社会的傾向の関係－Psychopathy Checklist, Youth Version と共分散構造分析を用いた研究－. 犯罪学雑誌 72(5); 135-146.

富田 拓(2006): 児童自立支援施設－子ども達は変わったか－. 精神科治療学 21(12); 1331-1336.

## V. 研究成果の別刷

## 児童面接における心得と工夫

齋藤万比古\*

抄録 児童面接は、心の発達段階に特有な心性を十分に心得た上で行うべきである。面接法は幼児期、学童期前半、学童期後半および中学生という3つの発達段階に分けて考えるのが合理的であるだろう。子どもへの働きかけはこうした発達段階に合わせて工夫される必要がある。また、児童面接において遊びの要素は年代を超えて常に意識しておくべき重要な要因であることを強調した。 精神科臨床サービス 6 : 347-350,2006

キーワード：幼児期、学童期、思春期、発達、面接技法

### 1. 子どもの心の特徴

ここでは児童面接の対象を、乳幼児から15歳までの年代の子どもを指しているものとしておきたい。この年代はわずか15年間ではあるが、発達路線に沿ったライフ・ステージ各期の中でも際立った心身の変貌を特徴とする時期である。この劇的な変化を見せる15年間をいくつかの発達段階に分類し、各段階の特有な発達課題、対人関係、内的衝動をめぐる主要な葛藤などについて十分に理解することから、児童面接のトレーニングは始めなければならない<sup>1)</sup>。

#### 1. 乳幼児期

乳幼児期の心の発達過程を、ここでは乳児期、幼児期前半、幼児期後半の3期に分類し、各々の特徴を整理してみたい。

乳児期には、母親が適度に没頭してくれることを前提に、精神的生存の基盤である自己肯定感お

よび他者との関係性における基本的信頼感という基本的な自我機能を獲得する。人生の2年目以降4年目までの幼児期前半では、親離れにしたがって母子関係は「<sup>しつけ</sup>躰」の時期を迎え、幼児は徐々に衝動統制を獲得していくと同時に、母親への愛着と怒りの両面性に直面する。人生の5から7年目に当たる幼児期後半に入ると幼児は同性の親と異性の親と自分という3人関係をめぐる葛藤の時代に入っていく、同性の親とのライバル関係は、男子では父親の理想化と愛着が優勢となることで抑圧され、女子では能動的母親像に同一化することで父親への愛着は隠蔽される。

こうした発達過程は表1の「心理社会的発達課題」をたどったものである。こうした各発達段階に特有な発達課題を適切に獲得するには、「推進要因」に記載した諸要因がバランスよく存在している必要がある。

しかし、こうした発達課題はいつも達成され続けているわけではなく、例えば母子の感情がすれ違う場面のように、発達課題の達成に失敗することを誰でも経験する。その失敗を一種の「危機」ととらえた場合の、危機を通じて経験する感情体験と、その結果獲得した対処法を、表1の「危機

さいとう かずひこ

\*国立精神・神経センター国府台病院

[〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1]

表1 児童期の心の発達過程

発達段階	年齢	心理社会的発達課題	推進要因	危機がもたらすもの
乳児期	0歳	自己肯定感と基本的信頼感の獲得；分離-個体化過程の開始	共生的母子関係；母親の乳児への没頭；母親への愛着	曖昧な自己肯定感；基本的信頼感の形成不全；空虚感・無力感
幼児期前半	1～3歳	分離-個体化の進行；衝動統制の確立；両価性に耐えられる心性を獲得	母親への愛着；母親を中心とする適度な躰；父親の母性的かかわりと母性的父親への愛着	能動性の放棄；自己の貪欲性への恐れ；強迫性；過剰な羞恥心
幼児期後半	3～6歳	対象恒常性を確立；異性の親と同性の親との3人関係の葛藤を克服	両親への愛着；前エディプスの父親像の存在；エディプスの父親像の存在	本心を見抜かれ罰を受ける恐れ；息子の受動性亢進；娘の能動性亢進
学童期前半	6～10歳	学校生活への適応；学習・運動・社会機能の拡大	両親への愛着；学校生活への適応；組織的な学習および運動；身体機能と認知・思考能力の発達	自信喪失；自尊感情の低下；幼児期心性への退行；分離不安
学童期後半	10～13歳	母親離れの再開；両価性の高まりとその克服；ギャング仲間集団への没頭	第2次性徴へ向けた身体発達；母親への愛着；母親の適度な関与；「煙りたい」父親の存在；学校生活への適応	外界への被圧倒感；孤立感・無力感；母親への退行的・両価的なしがみつき；父親への恐れと回避
中学生	13～15歳	母親離れの進行；親友的な友人関係への没頭；外部の大人への傾倒；自我理想の探求	自己愛の高まり；適切な友人の存在；両親の適度な関心；学校生活への適応（教師との交流・学習・運動など）	恥への過敏性；自尊心の傷つきを回避（社会的回避傾向を含む）；母親への退行的・両価的しがみつくと支配

がもたらすもの」で挙げた。心の危機は、たしかに苦痛をもたらす適応を妨げるものではあるが、けっして無ければよいというものではない。母子関係にはすれ違いが付き物であるように、人の心は発達課題の達成に基づくポジティブな心性だけで成立するのではなく、必ずネガティブな心性を陰影のように持っている存在である。問題となるのはネガティブな心性が過剰すぎる場合である。

## 2. 学童期前半

この時期は学校生活と出会い、そこで適応することで、学習能力や運動能力、そして社会的能力が鍛えられ、拡大するときである。この時期は家族への愛着と学校環境の適切さが発達の推進要因となる。これらの活動が危機に晒されると、自尊感情の低下、分離不安の亢進、そして心理的退行が生じやすい。

## 3. 学童期後半と中学生

10歳過ぎに子どもは思春期の入り口をくぐる。

この時期は、母親離れへの取り組みが再び盛んになり、母親への甘えと反発を典型とする両価的な感情が高まる。この年代の発達課題への取り組みは、部分的とはいえ幼児期心性への退行を伴っている。この時期の心を支えるのがギャング的な仲間集団とされる。

中学生になると、子どもは母親からさらに心理的距離を置くことが可能となり、理想化した友人関係への没頭がいつそう目立つようになる。

中学生は友人の存在や自己愛の高まりを推進要因に発達を継続しようとする一方で、「失敗する・恥をかく」といった社会的体験に過敏となる。その結果、自尊心が傷つきそうな場面を回避しようとする姿勢が際立つ場合もある。

## II. 幼児との面接

幼児の面接には、小児科や児童精神科などの医療機関、あるいは地域の母子保健担当部門、児童相談所、児童福祉施設などが行う子どもの問題点

と病態を評価するための診断・評価面接と治療を目的に行う面接がある。児童虐待の有無および被害の実態を評価するための面接は前者の特殊な面接のひとつである。

幼児は親への依存度が極めて高く、思考は空想が混じり込みやすいため、被暗示性が強く、大人の影響を受けやすい。また、十分な言語表現能力を持っていないこともあって、その発言内容はきわめて象徴的なものとなりやすい。この象徴性は様々な解釈を可能にするため、大人の思い込みで一定の方向へ発言を誘導しようとするれば、幼児は容易にその意に沿い、やがては自身がそれを現実に経験したと感ずるようになる。評価のためであれ、治療のためであれ、幼児との面接に予見を持って臨むことは、面接者が厳に慎まねばならないところである。

幼児との面接は遊びの要素を十分に加える必要がある、面接者は常に遊びのよきパートナーでなければならない。面接者は遊びに参加しつつ、その遊びを通して幼児が表現している感情や葛藤の内容を感じとらねばならない。言うまでもなく、会話であれ遊びであれ幼児が豊かに表現できるように、穏やかで安心できる面接構造の設定に面接者は心を砕くべきである。

### Ⅲ. 学童期前半の子どもとの面接

学童期前半とは、幼児期の心と思春期の心という2つの異なる次元をつなぐダイナミックな橋渡し段階である。この年代の前半は幼児期の要素を色濃く残し、その後半は近づきつつある思春期の気配に影響されるため、その面接は前節の幼児期の面接と、次節の学童期後半（小学校高学年）および中学生の面接の混合型もしくは折衷型となる。

### Ⅳ. 学童期後半（小学校高学年） の子どもおよび中学生 との面接

学童期後半、そして中学生年代は表1で整理し

たように、思春期への入門とそれに続く時期であり、さまざまな発達課題と取り組みながら、母親から独立した個としての自己を確立していく段階である。

この年頃の子どもとの面接に必要な配慮の第1は、この年代の子どもの発言や行動が自立をめぐる両面的心性の影響を強く受けるため、それらを字義通りに解釈するのでは、彼らとのコミュニケーションは不可能という点である。彼らの表現は言葉、声音、行動、表情などを総合して、その真意を判断すべきである。もちろん情報収集は診察室だけで行われるものではなく、待合室での親子の様子さりげない観察から始まっていることを、この年代の子どもでは特に意識する必要がある。

第2に、子どもの心理的な葛藤は不安や抑うつなどの精神症状だけに表現されるのではなく、様々な身体症状と、自傷行為や反抗などの問題行動が重要な内的葛藤の表現手段となっているという点である。また、この年代の子どもとの交流において、その表現のわざとらしさを受容する度量を持つことも、面接者の大切な心得といえそうである。演技性が際立っていた問題行動や精神症状が、重要な葛藤の表現や救援信号であった経験を筆者は数多く持っている。

第3に、治療・援助的な介入における心得として、この年代の子どもへの働きかけはさりげなく、過剰に強制的な響きを持たないように配慮することが大切である。大人の発言に強制的な響きが強いほど、この年代の子どもは主体性を奪われる恐れを刺激され、過敏にガードを固め、心を閉ざしてしまう。新たな動きを勧めたり、症状との直面を迫るようなときには、あえて複数の選択肢を提示したり、提示した後にすぐに答えを求め態度決定を迫るのではなく、さらりと次の話題に移っていくことが大切である。後になって、面接者が推奨した方向を子どもが自分の考えとして語ることが稀ならずある。この自己決定は、子ども自身が勝ち取った主体性の根拠となる。

第4に、この年代の子どもとの面接では、言葉で遊ぶという気持ちで面接者は子どもと交流する必

要がある。これは、言葉を意思表示の道具としてだけでなく、遊び心あふれる快適な感情交流の道具として用いるということを意味しており、両価性の高いこの年代の子どもとの交流では必須の心得といえよう。

### おわりに

子どもの発達段階特有な心性とそれを心得た面接法とは何かという点について解説した<sup>2)</sup>。面接者にとって大切なことは、子どもへの働きかけは子どもの発達段階に適合させて工夫せねばならないということ、そしてすぐに結果を求めるのではなく、面接者との交流が子どもの内面で消化され、自らの判断・意思として顕在化してくるのを待つ度量と忍耐力、そして豊かな遊び心ではないだろうか。

### 文 献

- 1) 齋藤万比古：思春期のこころの発達とその問題。小児科診療, 68 (6) ; 989-998, 2005.
- 2) 齋藤万比古：子どもの診察・診断の仕方。上島国利ほか編：精神科ニューアプローチ 7 児童期精神障害。メジカルビュー社, 東京, p.2-13, 2005.

## 青年期ひきこもりケースと「ひきこもり」概念について

近藤 直司\*

抄録：現在、「ひきこもり」概念、あるいは「社会的ひきこもり」の精神医学的な捉え方は混乱した状況にあり、このことが本人や家族への支援・治療を進展させるうえで一つの障壁となっているように思われる。本稿では、こうした混乱の背景を検討し、精神医学における「社会的ひきこもり」の捉え方や精神疾患・障害との関連、ひきこもりケースの診断をめぐる特有の困難について考察した。また、ひきこもりケースの精神病理学的背景に応じた支援・治療方針を整理したうえで、精神科医や精神保健福祉サービスに求められる役割にも言及した。

精神科治療学 21(11) ; 1223-1228, 2006

Key words : *social withdrawal, adolescence, definition, psychiatric diagnosis*

### I. はじめに

厚生労働省は平成17年5月から、教育訓練も受けず就労することもできない若年者等を対象に若者自立塾創出推進事業を創設し、全国20カ所のNPO法人に運営を委託した。こうしたNPOや民間支援団体が運営する居場所や就労体験、宿泊訓練などの支援プログラムは、ひきこもりに悩む当事者が活用しやすく、きめの細かい支援を提供できる社会資源として期待が寄せられている。

しかし、ここで懸念されるのは、「社会的ひきこもり」「ニート」といった概念のもとに、多様な精神病理学的背景をもつ人たち、たとえば、生物学的治療を要する精神障害をもつ人たちや、そ

れぞれの発達特性に応じた支援が必要な発達障害圏の人たちまでもが、必要な個別的配慮を欠いたまま一様に扱われるような事態である。平成18年5月、施設入所者への逮捕監禁致死容疑によって、「引きこもり者更生支援施設」と称するNPO法人の代表らが逮捕される事件が起きた。今後、民間支援施設の活動内容とともに、個々の利用者が支援対象として適当であるかどうかという判断が課題になり、精神保健福祉行政や精神科医、精神保健福祉専門職の果たすべき役割が問われることになるかもしれない。

また、薬物療法の適応となるような不安障害を背景としてひきこもっているケースを、診療機能をもたない精神保健福祉センターに「ひきこもりだから…」という理由で紹介してくる医療機関もある。これらに共通する背景として、精神医学的に「社会的ひきこもり」をどのように捉えるのか、ひきこもりと精神疾患・障害との関連をどのように理解するのかといった点について、専門職の間に混乱があるように思う。本稿では、精神医学における「ひきこもり」の概念や、ひきこもりケースに対する精神科医や精神保健福祉サービス

Social Withdrawal in adolescence and defining social withdrawal.

\*山梨県立精神保健福祉センター/山梨県中央児童相談所  
〔〒400-0005 山梨県甲府市北新1-2-12山梨県福祉プラザ〕  
Naoji Kondo, M.D.: Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center./Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center. 1-2-12, Kitashin, Kofu-shi, Yamanashi, 400-0005 Japan.