

図1:退所後の家裁係属率(累積)の経過

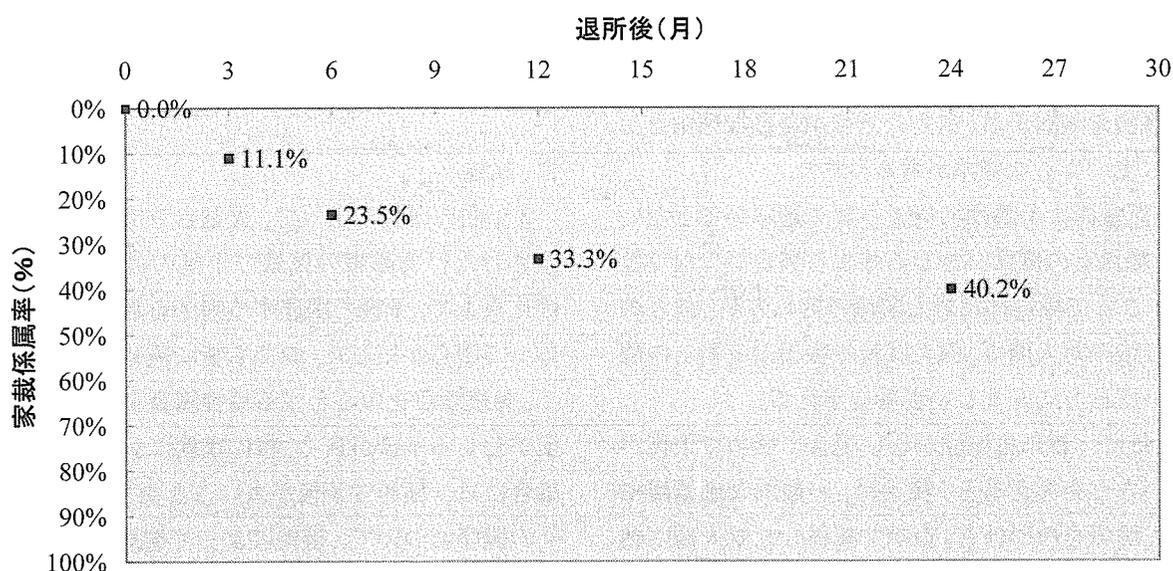


表 1 : 家裁係属の有無を説明変数とした解析の結果

	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 2 : 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 3: 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:×(家裁継続なし、が×である点に注意)

〔Ⅳ〕 行為障害の診断・治療に関するガイドライン
(案)

行為障害の診断・治療に関するガイドライン（案）

I. はじめに	69
	齊藤万比古
II. 行為障害の概念	71
1. 非行概念の有効性と限界	71
	橋本牧子
2. 疾患概念としての「行為障害」成立史	78
	安藤久美子
3. 各種臨床における行為障害の枠組み	86
a) 保健・医療における行為障害の枠組み	86
	来住由樹・中島豊爾
b) 児童福祉における行為障害の枠組み	88
	近藤直司
c) 少年司法における行為障害の枠組み	92
	奥村雄介
III. 行為障害の評価・診断	95
1. 行為障害の評価・診断	95
	宇佐美政英・齊藤万比古
2. 行為障害の医学的診断基準と評価尺度	100
a) 医学的診断基準（ICD-10 と DSM-IV-TR）	100
	安藤久美子
b) 評価尺度および心理検査	107
① 子どもの行動チェックリスト （Child Behavior Check List : CBCL）	107
	清田晃生
② 行為障害チェックリスト （Conduct Disorder Check List : CDCL）	111
	奥村雄介・元永拓郎
③ 反抗挑戦性評価尺度 （Oppositional Defiant Behavior Inventory : ODBI）	117
	原田 謙
④ 知能検査	121
	田崎美佐子
⑤ 人格検査	125
	今村洋子・寺村堅志
c) 医学的・神経学的検査	131
	酒井文子

3. 行為障害の併存障害	134
a) 発達障害	134 原田 謙
b) 脳器質性疾患（てんかんなど）	138 市川宏伸
c) 情緒障害（不安障害、気分障害など）	141 市川宏伸
d) 人格障害と精神病性疾患	144 来住由樹・中島豊爾
e) 物質乱用	145 松本俊彦
4. 注目すべき要因	153
a) 社会的環境	153 富田 拓
b) 虐待および不適切な養育環境	161 犬塚峰子
c) 不登校・ひきこもり	168 境 泉洋・近藤直司

IV. 行為障害の治療	173
1. 行為障害の治療	173 宇佐美政英・齊藤万比古
2. 医療機関による介入	177
a) 外来治療	177 来住由樹・中島豊爾
b) 入院治療	178 成重竜一郎
3. 児童相談所による介入	181 影山 孝
4. 地域保健機関による訪問支援（ひきこもり支援を中心に）	187 新村順子・田上美千佳・近藤直司
5. 地域連携	194
a) 市川地区および大分地区における取り組み	194 宇佐美政英
b) 岡山地区における取り組み	202 伏見真里子・来住由樹
6. 児童自立支援施設による介入	207 富田 拓

7. 少年院による介入	213
a) 一般少年院での介入	213
	藤岡淳子
b) 医療少年院での介入	219
	奥村雄介
8. モデル的取り組み	222
a) マルチシステムミックセラピー：Multisystemic therapy (MST)	222
	吉川和男
b) 施設内における性非行少年への治療教育	229
	藤岡淳子・浅野恭子
V. 事例	235
1. 虐待経験を持ち幼い頃から反社会的行動があった行為障害の男児	235
	蓑和路子
2. 広汎性発達障害を併存障害にもつ行為障害事例の入院治療	239
	成重竜一郎
3. 注意欠陥／多動性障害を併存障害にもつ行為障害事例の外来治療	242
	原田 謙
4. 入院治療を必要とした DBD マーチを認めた注意欠陥／多動性障害事例	247
	渡部京太
5. 長期のひきこもりと家庭内暴力を認めた事例	251
	近藤直司
6. 児童自立支援施設から地域への復帰が困難であった事例	254
	富田 拓
7. 性的非行を認めた行為障害女児への介入	258
	浅野恭子
8. 警察および司法機関との連携に工夫を要した事例	263
	来住由樹・中島豊爾
VI. 今後の課題	267
	齊藤万比古

I. はじめに

国立精神・神経センター国府台病院 齊藤万比古

本ガイドライン（案）は、平成16年度より取り組んできた厚生労働科学研究こころの健康科学事業による「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」の研究成果と、研究班に参加した分担研究者および研究協力者の臨床経験などをまとめる形で作成したものである。本ガイドラインで解説されているような行為障害概念は、疾患単位としてはまだまだ規定すべき側面を多数残した、過渡的で形成途上にある概念のように感じられてならない。

とはいえ、非行という社会学的な観点からの規定が中心であった子どもの反社会的問題行動には精神疾患の側面を色濃く持った、少なくはない一群があることを指摘し、医療からの光をあてることに成功したという点での意義が、行為障害概念にあることは率直に認める必要があるだろう。わが国においても、現在、発達障害や児童虐待にスポットライトが集中している中で、発達障害児も被虐待児も行為障害と結びつきやすい特有な脆弱性を持った一群を含んでいることが認知されてきたことは、行為障害への関心を高める契機となっている。

本ガイドライン（案）は、精神保健、母子保健、児童福祉、教育、そして児童思春期精神科医療や小児科医療といった子どもの心健康に関する諸専門領域で働く実践家に、わが国における現時点での行為障害概念のコンセンサスを提案すること、行為障害と診断・評価するうえでの手順や、用いるべき評価法などのうち基本的なものを明確な基準として提案すること、そして従来からの非行対応と連携しつつも独自性を持った新たな治療・援助法を提案することなどを目指し、本研究班をあげて取り組んだ成果である。もちろん、行為障害の治療・援助法は難問の多い、しかも著しくデリケートなテーマであり、本ガイドライン（案）が示した治療・援助法に関する提案はこの領域のほんの一部をカバーするに過ぎず、包括的な治療・支援システムと呼ぶ水準までにはまだまだ越えなければならない課題が多い。しかし、本ガイドライン（案）が示そうとした方向には少なくとも検討はずれな点はそれほどないと感じている。

本ガイドライン（案）の診断・治療に関する諸章で触れているような各種の評価法や治療法が、多くの場で追試され、新たなガイドラインの提案へと結びついていくことを期待したい。

Ⅱ. 行為障害の概念

1. 非行概念の有効性と限界について

法務省矯正局 橋本牧子

はじめに

「行為障害」と「非行」とは、言うまでもなく、互いに密接に関係した概念である。DSM - III (APA, 1980) が初めて「行為障害」の概念を採用したのが 1980 年、我が国では、児童殺害事件の加害少年の鑑定結果に用いられ、新聞等によって広く報道され、急速に認知が広まったのが 1997 年である。当時、行為障害の診断基準を目にした多くの人々は、「これでは、非行少年のほとんどの者が行為障害と診断されるのではないか。とすれば、あえて行為障害を診断する意味はどこにあるのか。」と反応した。

あれから 10 年間に経過している。疾患概念としての「行為障害」の成立史、また各種臨床領域における行為障害の枠組みについては、本章第 2 項、第 3 項に詳しい。本項においては、特に「非行」の概念に焦点を当て、行為障害の診断及び治療を実施する上で有効である点や、その限界について整理したい。

「非行」とは

日本語の「非行」は、「①道義にはずれた行い、不正の行為。②特に青少年の、法律や社会規範に反した行為。(広辞苑)」の二つの意味を持つ。第一の意味の「非行」は、一般的な用語であり、広く道に外れた行いを指し、成人の行為もここに含まれる。第二の意味の「非行」は、1948 年(昭和 23 年)成立の現行少年法から用いられている司法概念である。「非行のある少年(=審判に付すべき少年)」は、同法 3 条 1 項に次のとおり規定されている。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 一 罪を犯した少年 二 十四歳に満たないで刑罰法令に触れる行為をした少年 三 次に掲げる事由があつて、その性格又は環境に照して、将来、罪を犯し、又は刑罰法令に触れる行為をする虞のある少年 <ul style="list-style-type: none"> イ 保護者の正当な監督に服しない性癖のあること。 ロ 正当の理由がなく家庭に寄り附かないこと。 ハ 犯罪性のある人若しくは不道徳な人と交際し、又はいかがわしい場所に入出すること。 ニ 自己又は他人の徳性を害する行為をする性癖のあること。 |
|--|

(少年法 3 条 1 項)

さらに 1 号は、犯罪少年、2 号は、触法少年、3 号は虞犯少年とも称される。「非行少年」は、これら犯罪少年、触法少年、虞犯少年を包括する概念として用いられている(1948, 昭和 23 年第 2 回国会参議院司法委員会議録第 52 号)。以下本項では、①行為者が少年であること、②違法行為であること、の 2 つの条件を満たす行為について、司法概念としての「非行」の用語を用いることとしたい。虞犯少年については、ある行為が該当するか否かの議論の余地がかなり大きいことから、便宜上、ここには含めないこととする。

行為障害の診断基準と非行概念の汎用性

行為障害の診断基準は、ICD - 10 及び DSM - IV - TR に定められており、いわば世界統一基準が確立されているといえる。この基準の確立により、ある対象者が行為障害と診断されるか否かは、日本であっても、欧米であっても差がないという利点が生じている。一方の「非行」は、司法概念であることから、法域ごとの「少年」と「違法行為」の定義により、同一の行為が非行と判定されることもされないこともある。したがって、法域の異なる場所における非行や非行少年に関する調査研究を活用する際には、その知見が他の法域においても活用可能なものであるかどうかを吟味する手続が必要になる。

年 齢

日本では、「少年」を「20歳に満たない者」（少年法2条, 1948年（昭和23年）法律第168号）と定義し、さらに「14歳に満たない者の行為は、罰しない」（刑法41条, 1907年（明治40年）法律第45号）としている。14歳に満たない触法少年については、「都道府県知事又は児童相談所長から送致を受けたときに限り」（少年法3条2項）家庭裁判所における審判に付することができる。ただし、家庭裁判所における審判に付することができる触法少年の年齢の下限は法律上設定されておらず、触法少年の年齢別補導数、家庭裁判所係属数等の統計も公表されていない。

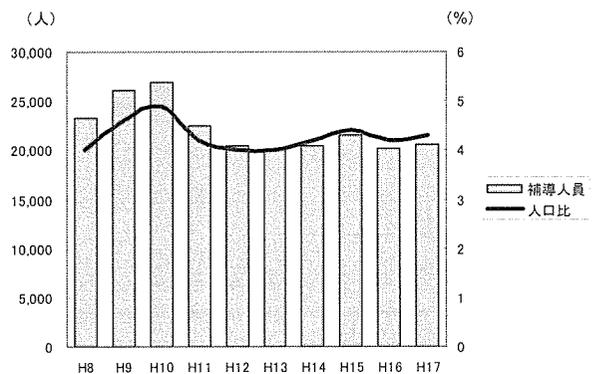


図1 触法少年（刑法）の人員及び人口比の推移

ここ数年は、触法少年の重大事件が多く報道されており、非行の低年齢化が進んでいるのではないかとの印象を与えている。しかし、13歳未満の触法少年全体の補導人員及び人口比を見れば、ここ10年間の推移は図1のとおりであり、共に増加傾向は認められない。

アメリカでは、7～12歳を「非行児童 (child delinquents)」, 13～17歳を「非行少年 (juvenile delinquents)」と区別しており、18歳以上は成人として扱われている。米少年司法省が1998年に設置した「超若年加害者研究会 (a study group on very young offenders)」の構成員であった Tremblay (2003) は、非行児童の年齢下限を7歳に設定した理由を「聖書が7歳を分別の年 (age of reason) と謳っているため」としている。しかしながら、この7歳についても、アメリカ国内で共通に用いられている下限年齢であるとはいえ、州ごとのばらつきが大きいのが実情である。成人と同様の司法手続きに乗せることができる少年の年齢の下限を定めている州もある一方で、20州以上が、こと殺人事件の場合に限り、下限年齢を適用しないとしている。

さらに、少年年齢の上限についても、21歳未満、20歳未満、18歳未満、16歳未満など法域によりばらついている。日本においても、大正11(1922)年に成立した少年法(法律第42号)では、非行少年年齢の上限を18歳未満としていたが、これを昭和23(1948)年に現行少年法(法律第168号)に改正するにあたって、20歳未満に引き上げたという経緯がある。このように、非行少年を定義する上での法域ごとの年齢の取扱いは、かなり異なっており、非行を行った者の性質等について比較検

討する上では、これを十分に考慮する必要がある。

違法行為

ある行為が違法であるかどうかについては、①法律の内容の違い、②法律の運用の違いの2面から検討する必要がある。法域ごとの法律の違いは、比較的明らかにしやすいが、司法機関による法律の運用の違いとなると、その違いを特定することが困難になる。例えば、特定の種別の事件に対して国民の不安や厳罰感情が高まると、司法機関は当該事件について特に熱心に捜査し、検挙し、起訴し、有罪化するという動きが生じやすい上、犯罪対策を強化しようと警察官の増員を図れば、検挙される加害者の人員は増加するとされている (Becket & Sasson, 2000)。また、家庭内や学校内などの非行がどの程度司法機関に係属されるかについても、時代によって異なることに留意する必要がある。

このように、同一の法域内における同一の法律の適用も、時代のすう勢に応じて異なるものであり、法域をまたがるとなると、この差はなおさら大きくなる。したがって、非行概念を用いる際には、「非行」の定義が法域や時代によりぶれやすいという問題がついて回るといえ、その質的な変化を検討する際は注意が必要になる。

行為障害の診断基準と違法性

行為障害の診断基準については、後に詳述されているが (第II章, 第III章), ここでは, DSM-IV-TR (APA, 2000) の診断基準Aが記述する15種の行為を違法性という観点から検討してみたい。

表1 行為障害の診断基準と違法性

診断基準	該当する非行名の例
<人や動物に対する攻撃性> ①しばしば他人をいじめ、脅迫し、威嚇する。 ②しばしば取っ組み合いの喧嘩を始める。 ③他人に重大な身体的危害を与えるような武器を使用したことがある (例: バット, 煉瓦, 割れた瓶, ナイフ, 銃)。 ④人に対して残酷な身体的暴力を加えたことがある。 ⑤動物に対して残酷な身体的暴力を加えたことがある。 ⑥被害者の面前での盗みをしたことがある (例: 人に襲いかかる強盗, ひったくり, 強奪, 武器を使つての強盗)。 ⑦性行為を強いたことがある。	①脅迫 ②暴行, 傷害 ③暴行, 傷害, [銃刀法違反] ④暴行, 傷害 ⑤ [器物損壊] ⑥強盗, 窃盗 ⑦強姦, 強要
<所有物の破壊> ⑧重大な損害を与えるために故意に放火したことがある。 ⑨故意に他人の所有物を破壊したことがある (放火以外で)。	⑧放火 ⑨器物損壊
<嘘をつくことや窃盗> ⑩他人の住居, 建造物, または車に侵入したことがある。 ⑪物や好意を得たり, または義務を逃れるためしばしば嘘をつく (すなわち, 他人を「だます」)。 ⑫被害者の面前ではなく, 多少価値のある物品を盗んだことがある (例: 万引き, ただし破壊や侵入のないもの; 偽造)。	⑩建造物侵入, 住居侵入 ⑪ [詐欺] ⑫窃盗

II. 行為障害の概念

<p><重大な規則違反></p> <p>⑬親の禁止にもかかわらず、しばしば夜遅く外出する行為が13歳以前から始まる。</p> <p>⑭親または親代わりの人の家に住み、一晩中、家を空けたことが少なくとも2回あった(または、長期にわたって家に帰らないことが1回)。</p> <p>⑮しばしば学校を怠ける行為が13歳以前から始まる。</p>	<p>⑬該当なし</p> <p>⑭該当なし</p> <p>⑮該当なし</p>
---	--

注：[]内の非行名は、限定的に該当する場合を指す。

表1は、行為障害の診断基準Aの行為が、非行に該当するか否か、該当した場合、どのような非行名を付される可能性があるかをまとめたものである。「重大な規律違反」の3項目を除けば、他の項目は、いずれも違法行為となる可能性があるといえる。ただし、⑤の動物に対する暴力が「器物損壊」に該当するのは、その動物が他者の所有物である場合に限定されるし、⑩の嘘が「詐欺」に該当するのは、嘘の結果として得るものが財物であった場合に限定される。また、他の行為についても、その結果の軽重によっては、示した非行名に該当しない場合が想定される。

つまり、行為障害の診断基準は、すべて行為者の意図と行動を記述したものであるが、その行為の結果の重大性は勘案していない。つまり、望ましくない意図と行為が認められれば、行為の結果の重大性にかかわらず、行為者の問題性を認定するという発想である。一方の非行は、司法概念であるという性質上、行為の結果の重大性と、他者に与えた実質的な損害の大きさを重視しており、行為者の意図と行為の内容は、結果の重大性と悪質性を判断する上での材料といった副次的な位置づけとなっていることが分かる。つまり、どんなに悪意ある行動を計画していても、反社会的な思考を持っていても、それが行動として顕在化し、問題となる結果をもたらして司法機関に発覚しない限り、法の裁きを受けることはない。

有無概念と連続体概念

行為障害は、「他者の基本的人権または年齢相応の主要な社会的規範または規則を侵害することが反復し持続する行動様式 (APA, 2000)」の有無により診断される精神障害である。行為障害があるとされた場合、その重症度は、問題の数と行為の結果の重大性によって3段階に分けられている。診断の有無という意味では、二分法概念であるが、有とされた場合の重症度は、連続体概念としてとらえられているといえる。

<p>○ 軽症</p> <p>診断を下すのに必要な項目数以上の行為の問題はほとんどなく、および行為の問題が他人に比較的軽微な害しか与えていない (例：嘘をつく、無断欠席、許しを得ずに夜も外出する)。</p> <p>○ 中等度</p> <p>行為の問題の数および他者への影響が”軽症”と”重症”の間である (例：被害者に面と向かうことなく盗みを行う、破壊行為)。</p> <p>○ 重症</p> <p>診断を下すのに必要な項目数以上に多数の行為の問題があるか、または行為の問題が他人に対して相当な危害を与えている (例：性行為の強制、身体的残酷さ、武器の使用、被害者の面前での盗み、破壊と侵入)。</p>

「非行」は司法概念であり、上述のとおり、目に見える、顕在化した行動によって定義される。したがって、非行という行為そのものは、有無の二分法概念としてとらえられる。一方で、行為障害の場合と同様に、非行があるとされた場合、その背景にある問題性の程度（＝非行性）を深度、あるいは進度という観点でとらえようとする試みがある。非行性の深度は、主に次の4つの観点から判断される。

①問題行動の範囲

1種のみの問題行動を行う場合と、多種多様な問題行動を行う場合では、後者の方が非行性が進んでいると判断される。

②問題行動の深刻さ

同種の問題行動でも、より深刻な被害を及ぼすものを行う方が、非行性が進んでいると判断される。

例えば、同じ粗暴行為を行う場合でも、物を壊す場合から、物を人に投げ付けて人を傷つける、怪我を負わせる場合では結果の深刻度が異なる。また、窃盗についても、菓子などの飲食物を万引きする場合から、鍵を破壊するなどして住居に侵入し、金品を窃取する場合では、結果の深刻度が異なると考える。

③問題行動の期間

問題行動の発現が比較的短期間で収まる場合と、長期間に渡る場合では、後者の方が非行性が進んでいると判断される。

④介入の緊急性

上記①から③の集大成といえる概念であるが、非行性が進んでいる場合、より緊急的な介入を要する。自傷他害のおそれが高いほど、介入の緊急性が高まり、非行性が進んでいると判断される。

このように、非行性という視点を取り、これを連続性概念としてとらえると、行為障害の重症度診断と非常に観点が似かよっていることが分かる。

さらに、非行性を詳細に検討する上では、顕在化した行動に限らず、その背景となる問題性を考慮の対象とするため、非行に対するとらえ方（非行の結果や責任をどのようにとらえているか、非行を後悔する程度はどの程度か、など）も判断基準に含まれてくる（Hoghghi, 1992）。リスク・マネジメントの観点に立つと、顕在化した行動によるアセスメント結果は、処遇・介入による変化の余地がない静的要因（static factors）であることから、ある一時点における問題性の査定には役立っても、処遇・介入の結果を踏まえた再評価には役立たない。一方で、非行に対するとらえ方などの潜在する認知は、処遇・介入による変化の余地がある動的要因（dynamic factors）であることから、処遇・介入の結果による再評価と、その後の処遇計画策定に役立てることが可能になる。このように、処遇・介入の観点からは、司法概念としての「非行」の背景にある動的要因を特定し、ここをターゲットとしたマネジメントを展開することが望まれているといえる。

原因論研究

とはいえ、非行の原因論研究は、他の領域と比較して進んでいないとされている。その理由として、Tremblay (2003) は、①非行概念の不統一性、②非行研究における実験デザインのとりにくさ、の2つの要因を挙げている。第一の非行概念の不統一性は、年齢及び違法行為の定義に関連するものであり、第二の実験デザインのとりにくさは、非行という行為が対象者と周囲に与える影響の大きさ等による倫理的な問題から、他の行動科学分野と比較して説得力の弱い研究デザインを採ることが多い

II. 行為障害の概念

ことに関連している。

ここにさらに、疾病等と比較した場合の、出現率（Prevalence Rate）の高さが加えられるだろう。平成16年の犯罪少年の検察庁新規受理人員は、155,353人（人口比19.4）、家庭裁判所に係属された少年は、258,040人（人口比32.2）（法務総合研究所、2005）、同じく平成16年に少年鑑別所に収容された少年は20,365人（人口比2.5）、少年院に収容された少年は5,300人（人口比0.7）（法務省、2005）と少ないが、自己報告調査を実施すると、大体数の少年が何かしらの違法行為を行ったことのあるとの結果が繰り返し示される。したがって、司法概念である非行自体は二分法概念でありながら、実際には、重大な非行を行う少年から軽微な非行のみを行う少年までを特定することが困難であるといえる。この実態と概念の乖離も、非行の原因研究が進みにくい要因の一つとなっている。

まとめ：有効性と限界

ここまで、非行概念が司法概念であること等をめぐる特徴について述べてきたが、ここで、行為障害を理解する上での非行概念の有効性と限界を次の3点にまとめたい。

(1) 非行の「違法性」

行為障害の診断基準の多くが違法行為となる可能性があることから分るとおり、「他者の基本的人権または年齢相応の主要な社会的規範または規則を侵害すること」の多くは、法により規制されている。非行は、「違法」であり、その結果として周囲に損害を与えるために、非行少年に対する処遇・介入制度は確立されている。このように、法的な枠組みが存在にすることによって、確実な介入に結びつく点は、非行概念の有効性の一つといえる。

(2) 非行研究の歴史

犯罪研究と並んで、非行研究も1940年代ころから欧米を中心に盛んに研究されており、行為障害研究と比較すると長い歴史を持っている。上述のように、他の行動科学の分野と比較して、原因論研究等の実証研究実績が上がりにくいとされている分野であるが、これを補おうとするかのように、生物学的・心理学的な個人要因のみならず、非行少年を取り巻く環境要因、家族や友人関係、地域の様子などの様々な要因を幅広く検討対象としてきている。このようなアプローチから、行為障害の理解に適用可能な知見が得られる可能性も期待できるといえる。

(3) 結果重視の原則

とはいえ、述べてきたように非行は司法概念であり、当該法域において違法行為であるか否かが判断の分かれ目であることには変わりなく、違法行為とされた場合にも、その「結果」の重大性に基づいた処遇・介入計画が立てられる。したがって、背景に大きな問題性を抱えていたり、いわゆる非行性が進んでいる場合でも、非行の結果が重大でないことを理由に、処遇・介入の機会を逃すことがあり得る。この点に、対象者の問題行動を抑止するための処遇・介入を行う上で非行概念を用いることの限界がある。

なお、この限界を回避するためには、非行性の概念をより客観的で汎用性の高いものとして確立していく必要があるが、その際には、行為障害研究で積み重ねられた知見が大いに活用されることが期待される。そのような段階に至ったとき、行為障害の重症性と非行性の関係について、再考する必要が出てくるだろう。

人口比は、10歳以上20歳未満の少年人口1,000人当たりの各人員の比率である。

文 献

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition, Text revision: DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, Washington D.C.
- 高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 (訳)(2002).DSM-IV-TR: 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院.
- Becket, K., & Sasson, T. (2000). The politics of injustice: Crime and punishment in America, Pine Forge Press, Inc., Thousand Oaks, CA.
- Hoghghi, M. (1992). Assessing child and adolescent disorders: A practical manual, Sage Publications Inc, Newbury Park, CA.
- 法務省 (2005). 第 107 矯正統計年報 II.
- 法務総合研究所 (2005). 平成 17 年版犯罪白書: 少年非行.
- Tremblay, R.E. (2003). Why socialization fails: the case of chronic physical aggression, in Lahey, .B., Moffitt, T.E., & Caspi (Eds.), Causes of conduct disorder and juvenile delinquency, pp. 182-224, The Guilford Press, New York: NY.
- 財団法人矯正協会 (編) (1984). 少年矯正の近代的展開 (少年法施行 60 周年記念出版), 財団法人矯正協会.

2. 疾患概念としての「行為障害」成立史

国立精神・神経センター武蔵病院 安藤久美子

はじめに

児童精神医学の分野において行為障害という疾患概念の歴史は浅く、およそ 30 年である。行為障害の概念は、法社会的用語である「非行 Delinquency」とほぼ同意に用いられてきたということや、反社会的な行動だけをとらえて精神医学的介入の根拠とするには、あまりにもあいまいであるということから、医学的な疾患名としての意義について専門家の間でも常に疑問がもたれてきた¹¹⁾。一方、こうした批判を受けながらも、とくに 1980 年以降、少年犯罪が社会的問題として取り上げられるにしたがって、現在では、「行為障害」という診断名は精神医学の領域だけではなく一般にも広く知られるようになった。

本項では、現在の行為障害の診断基準に至るまでの歴史的変遷について、世界保健機構 WHO による国際疾病分類 International Classification of Diseases (以下、ICD) と、アメリカ精神医学会 APA による精神疾患の診断・統計マニュアル Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (以下、DSM) の 2 つの診断基準を比較して概説することとする。

ICD と DSM のはじまり— 19 世紀末から 20 世紀前半

ICD の歴史をさかのぼると、1893 年に発表された初版の「国際死因分類 International Classification of Causes of Death : ICD」にたどりつく。これは、国際統計協会 International Statistical Institute が作成した死因統計のための分類であり、精神障害についてはまだ独立して扱われていなかった。その後、概ね 10 年ごとに改変を重ね、1948 年に WHO が中心となって改訂した第 6 版では、死因に加えてはじめて疾病についても分類されることになり、名称も「国際疾病死因分類 The Sixth Revision of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death : ICD-6」に変更された。この ICD-6 以降、精神障害がひとつの章として取り上げられるようになり、現行の ICD 国際疾病分類「精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン」の基礎となった。しかしながら、ICD-6 の分類では精神障害を「精神病」、「精神神経症」と「性格、行動および知能の障害」の 3 つに大別したにすぎず、それぞれの下位分類についてもまだ洗練されたものとはいえなかった。

一方、米国でも ICD-6 から数年遅れて、APA が独自の診断システムとして DSM-I を刊行した。この目的は、専門家間で精神障害の診断名に関するコンセンサスを得ることであったため、APA メンバーから広く意見を聴取して作成された。DSM-I では、精神障害を「器質性脳障害」、「機能的障害」と「精神遅滞」の 3 群に分類しているが、なかでも機能的障害の下位分類は、当時の米国で主流であった力動精神医学の影響を受け、とくに環境要因や精神分析的な観点を重視したものになっていた。この DSM の初版では、反社会的行動群は、「社会病質人格 sociopathic personality : 反社会的反応 antisocial reaction」という診断のなかに示されていた。この疾患概念は、現在の DSM-IV-TR でも反社会性パーソナリティ障害 antisocial personality disorder として Axis II の診断のなかに受け継がれているものである。しかし、成人の場合には持続的な人格の障害として考えることができる一方で、まだ人格の発達形成の途上にある子どもの場合には、問題となる行動が一過性の行動パターンとしてとらえられる可能性もあるとして、初版の DSM ではそれを障害としてみなすことから除外し、成人についてのみ該当するものと定義していた。

もつとも、このように ICD や DSM が作られたばかりの 20 世紀半ばまでは、精神医学における疾病概念やその分類システムはまだ十分に体系化されていたとはいえ、これらの診断基準は国際的に用いられるには至らなかった⁷⁾。表 1 は ICD と DSM の変遷についてまとめたものである。

児童・思春期の精神医学の発展— 20 世紀半ばから

20 世紀半ばまでの精神医学は、児童・思春期にみられる障害についても、成人の精神疾患の概念をそのままあてはめて考えており、当時の診断基準に含まれていた児童・思春期に関する項目は、ICD-6 では「幼児の行動異常」、DSM-I では「幼児期/児童期の適応反応 adjustment reaction」のみであった。しかし、1960 年代以降、成長過程で生じる精神の障害は、生物学的にも心理学的にも成人の応用として考えるだけでは不十分であるとして、児童・思春期の精神医学はひとつの専門分野として考えられるようになってきた。こうした流れを背景に、1968 年に発表された DSM- II では「児童・思春期の行動障害」という項目が設けられ、子どもの攻撃行動や非行に関する「反応」を含めた 7 つの下位分類（「その他の反応」を含む）が示された。その後、DSM- II への改訂にもなつて「児童・思春期の行動障害」のなかに「児童（あるいは思春期）の非社会的攻撃反応 unsocialized aggressive reaction」「児童（あるいは思春期）の逃走反応 runaway reaction」「児童（あるいは思春期）の集団的非行反応 group delinquent reaction」の 3 つが反社会的行動群と関連するものとして取りあげられることになり、これらの症状群をもとに行為障害が概念化したと考えられる。

同時期に改訂された ICD-8 でも ICD-6 の考え方を引き継ぐかたちで、「児童期行動異常」として、幼児期と児童期に分けた「不適応反応」や児童期の「嫉妬」「自慰」「かんしゃく発作」「学校ざらい」といった項目を取りあげた。しかし、これらの分類は特定の根拠に基づいたものではなく、診断の実施に際して信頼性が低いという批判もあった。そこで、調査研究が重ねられた結果、ICD-9、DSM- III では、児童に関する診断分類はより詳細なものに改変され、その後の児童・思春期精神医学の発展にも大きく貢献した。

行為障害 Conduct Disorder の登場までの背景— 1980 年頃まで

1978 年に発表された ICD-9 では児童に関する項目が大幅に増加した。ICD-8 では「児童期行動異常」のなかに一括されていた不適応反応とその他の異常行動は明確に区別され、後者の一部は「他のどこにも分類されない行為の障害 Disturbance of conduct not elsewhere classified）」という疾病カテゴリーに吸収された。これが ICD に行為の障害 Disturbance of conduct という診断名が採用されたはじまりであり、下位項目として「非社会化型行為障害」、「社会化型行為障害」、「強迫的行為障害」、「行為と感情の混合性障害」などがあげられていた。

一方、1980 年に刊行された APA の DSM- III では「通常幼児期、小児期あるいは思春期に発症する障害」というカテゴリーが新たに設けられた。このなかには発達の障害、情緒の障害と行動の障害が含まれており、行動の障害のひとつとして DSM にも「行為障害 Conduct Disorder」という診断名が登場した。これが現在の行為障害の概念に直接つながるものである。DSM- III に採用された行為障害は、他者の基本的権利を侵害するような攻撃的行為や、その年齢にふさわしい主要な社会規範や規律に違反するような非攻撃的行為の反復的かつ持続的なパターンを特徴とする障害と定義されており、これらの行動様式は、それまで「非行」という司法の概念のなかにくられてきた反社会的な行動群と一致している。

このように、DSM- III の行為障害は「非行」という概念を前提として捉えられており、病型の分類

II. 行為障害の概念

もその行動様式から「攻撃型」と「非攻撃型」、および「社会化型」と「非社会化型」という2つの軸に分けられ、それぞれの組み合わせによって「社会化型、攻撃型」、「社会化型、非攻撃型」、「非社会化型、攻撃型」、「非社会化型、非攻撃型」の4つに分類された。このような分類は、Rutterら⁸⁾が行為障害を「社会化されていない攻撃行動」と「社会化された非行」に分類していた流れを汲んだものといえる。攻撃性に関する分類は、問題となる行動の質によって分けられており、「攻撃型」とは公共物破壊や強姦、放火、暴行、強盗、ひたくりなどの他者の基本的権利を攻撃的に侵害する行動をさし、「非攻撃型」とは、物質乱用や常習的な怠学、家出や外泊の繰り返し、悪質な虚言癖、空き巣などの受動攻撃的な問題行動や間接的な他者への攻撃行動をさしている。もうひとつの軸である社会性に関する分類は、対人関係にみられるパーソナリティーの傾向によって分けられており、「社会化型」は他者との社会的接触のあるタイプであるため集団非行となりやすく、「非社会化型」は他者との間に愛情や共感、連帯感をもちにくいタイプであるため、単独非行の形態をとりやすいと考えられる。

行為障害という診断名の登場により、反社会的な行動を示す子どもたちに対して、医療的観点から早期介入が行われるようになったことはDSM-IIIの大きな功績であったが、病型の分類に関してはいくつかの疑問もあった。

行為障害の概念の展開— 1980年代後半

1987年のDSM-III-R (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition Revised: DSM-III-R)への改訂では、攻撃性による病型分類を廃止し、動物虐待などの攻撃行動を追加した13項目の問題行動のリストのなかから3項目以上該当することが診断の条件となった。病型については「集団型」、「単独攻撃型」および「分類不能型」に変更し、新たに重症度も特定することになった。これは、「非攻撃型」に含まれる怠学や家出は年少者にみられることが多いが、後に「攻撃型」のような非行的行動に発展することもあるため、病型ごとの診断基準ではうまく説明できないこと、攻撃性の二分は攻撃性の重症度に置き換えられることなどが関係していたと考えられる。

行為障害の現在— 1990年代以降

1994年のDSM-IVへの改訂以降、行為障害は注意欠陥/多動性障害 Attention Deficit Hyperactive Disorder : ADHD や反抗挑戦性障害 Oppositional Defiant Disorder : ODD とともに「注意欠陥および破壊的行動障害」のカテゴリーのなかに分類されている。この背景には行為障害とADHDの併発や、ADHDからODD、ODDから行為障害へという障害の移行に関する多くの知見³⁾が影響していると思われる。

DSM-IV、DSM-IV-TRの改訂からは、問題行動のリストに「しばしば他人をいじめ、脅迫し、威嚇する」「親の禁止にもかかわらず、しばしば夜遅く外出する行為が13歳以前から始まる」の2項目が加えられ、合計15項目のうち3項目以上の特徴的行動が過去12ヶ月間に存在し、少なくとも1つは過去6ヶ月以内に存在することに診断基準が変更された。また、多くの疫学研究の結果^{3,5,6)}にもとづいて、病型分類を行動様式から発症年齢へ変更し、10歳未満に発症する「小児期発症型」と10歳以降にはじめて発症した「青年期発症型」に分けた。3段階の重症度の特定についてはDSM-III-Rから継続されている。表2にDSMの診断基準と病型分類の変遷についてまとめた。

1992年に改訂された現行のICD-10では、行為障害を次のように説明している。行為障害とは、反復し持続する反社会的、攻撃的あるいは反抗的な行動パターンを特徴とする障害で、極端なときには年齢相応に社会から期待されるものを大きく逸脱し、行為のいくつかは少なくとも6ヶ月以上持

続している。性差としては男児に多く、他の疾患との関係では多動とは明確には区別できず重複することもあり、非社会性パーソナリティ障害へと発展することもある。また、ICD-10の研究用診断基準 ICD-10-Diagnostic criteria for research: ICD-10-DCR によると、発症年齢を特定する場合には、10歳を区切りとして小児期発症型と青年期発症型に分けている。つまり、DSM とほぼ同様の疾患概念を表していることがわかる。DSM との大きな違いは病型分類である。ICD-10 では「家庭内に限られる行為障害」、「非社会化型（グループ化されていない）行為障害」、「社会化型（グループ化された）行為障害」、「反抗挑戦性障害 ODD」、「他の行為障害」、「行為障害、特定不能のもの」に分けている。下位項目においては ICD-9 と異なり、神経症や感情障害との合併例は別の項目に分離したものの、現在においても社会化および非社会化といった非行の形態を重視したものとなっている。さらに、DSM と対比すると、ODD を行為障害の下位分類に含めていることも特徴である。ODD は、行為障害の全般基準を満たすことを前提とし、9、10歳未満の小児にみられ、極めて挑戦的で不従順で挑発的な行動が存在し、法や他人の権利を侵害する、より重大な反社会的あるいは攻撃的な行動が存在しないことを診断基準としている。ICD ではこれを行為障害に含めた理由として、行為障害と質的に異なる型というより、行為障害の軽度な型と考える専門家が多いことをあげている。しかしながら、本文のなかに、行為障害との差が質的なものなのか量的なものなのかについては、研究データが不足しているという記載もあり、分類方法について明確なエビデンスがある訳ではない。これについて齊藤 10) は、そもそも行為そのものの反社会性だけで定義したはずの行為障害に、ODD という、母親や担任教師などとの情緒的結びつきの強い関係（「よく知っている大人や仲間たち」）に生じる依存と怒りの混合した情緒状態と行動で定義された疾患概念を含めてしまったことは、それがたとえ ODD を行為障害の軽症型と考えたからだとしても不徹底のそしりを避けがたいように感じると述べている。

行為障害の併存障害

ここで、行為障害としばしば並存する障害の診断分類についても触れておく。行為障害と ADHD、ODD の関連については ICD および DSM にも示されているが、これらの障害が合併した場合には薬物依存 2) や反社会性パーソナリティ障害 4,9) に発展する割合が有意に高くなることが指摘されている。その他にも不安障害、気分障害や強迫性障害なども併存障害として知られており、早期診断・早期介入が重要である。併存障害の扱いについては、ICD と DSM では異なっており、ICD-10 では「多動性行為障害」や「行為および情緒の混合性障害」といった別の診断名が与えられるが、DSM-IV-TR では両者を併記することになっている。成長過程にある子どもの場合には、さまざまな症状あるいは行為として問題があらわれてくるが、行為障害の問題行動に注目が集まり、併存障害が見逃されやすい 1)。早期の治療的介入を行うためには、行為障害に併存する障害の診断システムについても検討していく必要がある。

おわりに

行為障害は、精神病理学的観点からも疾病分類学的観点からも、他の精神疾患とは異なった性質の概念であるため、その病型や併存障害の扱いについてもまだ未成熟な部分を多く残しているといえる。

ここ 30 年の行為障害の成立史を概観すると、ICD は多くの知見を取り入れようとすることで行為と病理が未整理のまま交錯しているという印象があった。一方、DSM はさまざまなエビデンスに基づいた変遷を重ねており、その診断基準は非常に整合性の高いものになりつつある。しかし、行為障

II. 行為障害の概念

害は単独で生じるだけではなく、さまざまな併存障害を持ち合わせていることも少なくないため、行為の背景にある精神病理を完全に排除したかたちで行われる操作的診断には注意を払うべきであろう。

家出から殺人までを網羅するという、もはや精神医学においてもっとも広く深い精神病理を包含することになった「行為障害」という概念を、今後どのように整理し導いていくかは、専門家にとって非常に大きな課題となるであろう。

引用文献

- 1) 安藤久美子：発達障害と犯罪。山内俊雄，山上皓，中谷陽二編：司法精神医学第3巻，犯罪と犯罪者の精神医学，中山書店，東京，p253-266, 2006
- 2) Barkley RA, Fischer M, Smallish L et al : Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 45(2), 195-211, 2004
- 3) Bryan R. Loney and Elizabeth N. Lima: Part1.General Issues. 1. Classification and Assessment., Cecilia A. Essau(Ed):In *Conduct and Oppositional Defiant Disorder Epidemiology, Risk Factors and Treatment*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, London, p3-31, 2003
- 4) Burke JD, Loeber R, Birmaher B : Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(11), 1275-1293, 2002
- 5) Lahey B, Applegate B, Barkley RA, et al : DSM- IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 151, 1163-1171, 1994
- 6) Lahey B, Loeber R, Quay HC et al: Validity of DSM- IV subtypes of conduct disorder based on age of onset. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37, 435-442, 1998
- 7) 中根晃：行為障害の概念の歴史．*臨床精神医学* 30(6), 569-573, 2001
- 8) Rutter M, Hersov L (Ed): *Child Psychiatry*. Blackwells Scientific, London, 1977
- 9) Robins LN: Conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 32(1), 193-212, 1991
- 10) 齊藤万比古：非行臨床 児童精神医学の立場から．*こころの科学* 102, 28-35, 2002
- 11) Soderstrom H, Sjodin AK, Carlstedt A. et al: Adult psychopathic personality with childhood-onset hyperactivity and conduct disorder: a central problem constellation in forensic psychiatry. *Psychiatry Res* 121(3), 271-280, 2004

参考資料

- 1) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed (DSM-III). APA, Washington DC, 1980 (高橋三郎，藤縄昭訳：DSM - III精神疾患の分類と診断の手引き．医学書院，東京，1982)
- 2) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed.(DSM-III-R). APA, Washington DC, 1994 (高橋三郎，大野裕，染矢俊幸訳：DSM-II IV-R精神疾患の診断・統計マニュアル．医学書院，東京，1995)
- 3) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed.(DSM-IV). APA, Washington DC, 1994 (高橋三郎，大野裕，染矢俊幸訳：DSM- IV精神

- 疾患の診断・統計マニュアル．医学書院，東京，1995
- 4) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision (DSM-IV-TR). APA, Washington DC, 2000 (高橋三郎, 染矢俊幸, 大野裕, 訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル．医学書院, 東京, 2002)
 - 5) 厚生省大臣官房統計調査部: 疾病, 傷害および死因統計分類提要．昭和33年版第1巻・2巻, 厚生統計協会, 東京, 1962
 - 6) 厚生省大臣官房統計調査部: 疾病, 傷害および死因統計分類提要．昭和43年版第1巻・2巻, 厚生統計協会, 東京, 1969
 - 7) 厚生省大臣官房統計情報部: 疾病, 傷害および死因統計分類提要．昭和54年版第1巻・2巻, 厚生統計協会, 東京, 1978
 - 8) 厚生省大臣官房統計情報部: 疾病, 傷害および死因統計分類提要 ICD-10 準拠 第2巻, 内容例示表．厚生統計協会, 東京, 1993
 - 9) 厚生省大臣官房統計情報部: 疾病, 傷害および死因統計分類提要 ICD-10 準拠 第1巻, 総論．厚生統計協会, 東京, 1995
 - 10) 厚生省大臣官房統計情報部: 疾病, 傷害および死因統計分類提要 ICD-10 準拠 第3巻, 索引表．厚生統計協会, 東京, 1996
 - 11) 丸田俊彦: 3. アメリカ精神医学における疾患概念と分類の歴史的概観．浅井昌弘他編, 臨床精神医学講座 第1巻 精神症候と疾患分類・疫学, p406-415 中山書店, 東京, 1998
 - 12) 中根允文: 国際疾病分類－疾病, 傷害及び死因統計分類 the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death(ICD). 浅井昌弘, 中根允文総編集, 臨床精神医学講座別巻1 精神科データブック．p3-37, 東京, 2001
 - 13) 高田浩一: 4.WHO の精神障害に関する国際分類 (ICD). 浅井昌弘他編, 臨床精神医学講座 第1巻 精神症候と疾患分類・疫学, p416-438 中山書店, 東京, 1998
 - 14) 高橋三郎, 山根秀夫, 花田耕一ほか: DSM III 診断基準の適用とその問題点 その1. DSM- から DSM- IIIへ．臨床精神医学 9(10), p1097-1105, 1980
 - 15) World Health Organization: Manual of the Ninth Revision of the International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD-9). World Health Organization, Geneva, 1978
 - 16) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992 (融道男, 中根允文, 小見山実訳: ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン．医学書院, 東京, 1993)
 - 17) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research. World Health Organization, Geneva, 1993 (中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子訳: ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準．医学書院, 東京, 1994)