

表1 ICD および DSM の変遷

年	ICD、DSM	特徴
1900	第1回国際疾病死因分類改訂国際会議	
1909	第2回国際疾病死因分類改訂国際会議	
1920	第3回国際疾病死因分類改訂国際会議	精神障害は独立した章として扱われていない
1929	第4回国際疾病死因分類改訂国際会議	
1938	第5回国際疾病死因分類改訂国際会議	
1948	第6回国際疾病死因分類改訂国際会議	初めて精神障害が「精神病、精神神経症および人格異常」として独立した
1952	DSM- I を発表	精神障害を「精神病」「神経症」「性格障害」の3群に分類した 「反応」という用語が採用された
1955	第7回国際疾病死因分類改訂国際会議	
1965	第8回国際疾病死因分類改訂国際会議 (1967年 ICD-8 出版)	①精神病、②神経症、人格障害およびその他の非精神病性精神障害、③精神遅滞に分類した
1968	DSM- II を発表	「反応」という用語が大幅に減少した 精神障害を10群に分けた、重複診断を認めた
1975	第9回国際疾病死因分類改訂国際会議 (1978年 ICD-9 出版)	精神障害と身体障害が独立した軸となった(二重分類法) 初めて行為障害という用語が採用された
1980	DSM- III を発表	操作的診断基準を採用した 診断を障害(disorder)で統一した多軸診断を採用した
1987	DSM- III -R を発表	診断のヒエラルキーが減少し、重複診断が重視された 多軸診断が強調された
1989	第10回国際疾病死因分類改訂国際会議 (1992年 ICD-10 出版)	分類項目数が14000と増加し、研究、臨床、教育へ使用範囲が拡大した
1994	DSM- IV を発表	文献の検討、データ再分析、実地施行を徹底した、エビデンスを重視し、大きな改訂はなかった ICD-10とコード番号を対応するようにし、用語を一致させた
2000	DSM- IV -TR を発表	最新のデータを採用した 診断基準について本質的な変更はなかった

表2 DSMにおける診断基準と病型分類の変遷

DSM- III		DSM- III -R		DSM- IV	
社会性	攻撃性	形態	重症度	発症年齢	重症度
社会化型	攻撃型	集団型	軽症	小児期発症型	軽症
社会化不全型	非攻撃型	単独攻撃型	中等症	青年期発症型	中等症
		分類不能型	重症	発症年齢特定不能	重症
非定型行為障害					
DSM- IIIの攻撃性は重症度として解釈			特定不能の破壊的行動障害を追加		
反抗挑戦性障害を追加			発症年齢により分類		
			持続期間が1年へ変更(そのうち)		
診断基準の項目が13項目中3項目以上へ変更			障害が著しい社会的、学業的、または職業機能的の障害を引き起こしているという基準を追加		
以下の項目を追加					
・ 他人の家、建物、車に侵入したことがある			診断基準の項目が15項目中3項目以上へ変更		
・ 動物に身体的虐待を加えたことがある			以下の項目を追加、変更		
・ 喧嘩で武器を用いたことが2回以上ある			・ 無断欠席に13歳以前からという年齢制限を追加		
・ 人に身体的虐待を加えたことがある			・ 夜遅くの外出が13歳以前から始まる		
			・ 他人をいじめ、脅迫し、威嚇する		

### 3. 各種臨床における行為障害の枠組み

#### a) 保健・医療における行為障害の枠組み

岡山県立岡山病院 来住由樹・中島豊爾

行為障害が 1980 年に DSM III に現れて以来、行動上の形式だけから定義され、生物学的ないし心理学的な中核症状が明確でない行為障害という疾病概念は、DSM の 1 軸診断に位置づけられているとはいえ、2000 年の大分での少年事件など「いわゆる 17 歳問題」までは、わが国の精神科の日常臨床で話題に上ることは少なかった。一方で、家庭内暴力、ひきこもりなど、持続する行動の現象面から、精神保健福祉の対象として検討し、臨床の対象とすることは継続してきた。

行為障害は、「他者の基本的権利を侵害するような行為や、年齢相応の社会規範を破る行為が、反復し持続する障害」であり、DSM IV-TR では、予後等をもとに、小児期発症型と青年期発症型とに分けられ、ICD-10 では、家庭内限局型、非社会化型、社会化型、反抗挑戦性障害に類型されている。この定義に見られるように、ひとつの特徴は、反復し持続する行動の様式であること、もうひとつの特徴は、社会規範や他者の基本的権利を侵害することである。

非行少年の精神保健（メンタルヘルス）の問題は、被虐待、親の犯罪親和性、精神発達などの文脈の中で議論されてきた。精神疾患の罹患率は非行青年で一般人口集団よりも少なくとも 2 倍多く、非行少年に必要なメンタルケアがなされなかったとき青年期の再犯率は高いとされている。非行におけるメンタルヘルスの問題の検討とは、逆のベクトルである、非行ないし犯罪にいたりうる児童思春期の精神医学的状態をとりだし、治療介入対象として「行為障害」を定義したのであるだろうか。

このように考えると、行為障害は疾病類型としては、まだ発展途上である。研究と検討に耐えるように、診断基準に基づいた診断を行うことは重要であるが、行為障害の診断のみでは、具体的な治療に結びつかないため、日常の臨床に直接的には役に立たない。行為障害の基盤にあるメンタルヘルスおよび精神疾患の鑑別を十分に行い、基盤障害の治療を通して、精神科医療と保健とにできる治療介入を組み立てることが、現在のところは最も臨床的ではないだろうか。

行動の制御は精神科医療や保健のみでは困難なことは自明であり、年齢や破壊行動の程度に合わせて、必要な支援体制を組み立てる必要がある。鑑別診断と基盤障害をきちんと見立て、必要な援助構造を他機関と連携し組み立てる必要がある。止まらない破壊行為の制止には、司法機関に違法行為への明確な対応を要請し、精神科医療は医療に専念できる構造設定が必要である。また生活基盤への介入が必要となることも多く、単一機関では支援が困難である。崩壊家族など生活基盤そのものがない場合、精神医学的治療だけでは解決できないため、児童自立支援施設ほか児童福祉施設への入所など、生活支援と医療との両方が提供されることが必要となる。教育機関との連携も不可欠であり、自尊心の維持は、学業や職業訓練の機会の保障を抜きには考えがたい。

対象者の年齢への留意は不可欠である。児童・青年の年齢に応じた発達課題へ配慮はもちろんのこと、専門機関が協同して重層的な関わりを行うには、年齢とともに関与可能な機関が変化することへの留意は不可欠である。14 才までは少年法において刑罰法令が適応されず、15 才までは学籍があり義務教育年齢であるため教育機関からの支援は厚い、18 才で多くの場合児童福祉施設の利用は満了となるなど児童福祉法による支援が終結する、20 才になると成人であり、少年法は不適用となり少

---

1) E. Jane Costello, Adrian Angold, Bad behaviour: a historical perspective on disorders of conduct: Conduct Disorders in childhood and adolescence. Cambridge University Press, 2001: 1-31  
Naomi E. Sevin Goldman et al, Mental Health Disorders: The Neglected Risk Factor in Juvenile Delinquency: Juvenile Delinquency-prevention, assessment, and intervention. Oxford, 2005: 85-110

年院等の保護処分は新規には受けられなくなる。法令のみでなく、各地域の実情により、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設、児童養護施設、一時保護所等の機能と対象年齢とに特性があり、それらの実情を把握しておくことは、有機的な機関連携のためには不可欠である。

これらの整備を念頭におきながら、通常精神科治療を、行為の障害に圧倒されることはあっても、忌避せずに、司法介入ほか他機関の介入後も、継続することが重要である。精神科鑑別診断、合併精神疾患の治療、薬物療法、被虐待ほかメンタルヘルス課題への介入などであり、医療機関内でも、多職種チーム医療により重層的関与が必要となることが多い。

## b) 児童福祉における行為障害の枠組み

山梨県立精神保健福祉センター／山梨県中央児童相談所 近藤直司

### 児童相談所で受け付ける相談の種類と行為障害概念

児童福祉の支援対象は、一部の例外規定を除く 18 歳未満の子どもである。児童相談所や市町村の児童家庭支援センターなど、児童福祉分野における相談分類を表-1 に、相談までの経路を表-2 に示す。

司法や矯正分野と同様に、児童福祉分野では子どもの反社会的・破壊的行動に対して「非行」という概念が用いられてきた。また、「非行相談」は警察署からの児童福祉法第 25 条による通告の有無など、相談までの経路の違いによって、「ぐ犯等相談」と「触法行為等相談」に分けられている。この区分は援助者にとって、すでに警察が関与するまでの問題に至っているケースと、そこまでは至っていないケースといったように、ある程度、非行の深度を予測できるという点で有用性がある。

非行と行為障害とは概念上の整合性がつきにくい場合がある。たとえば、重大な非行があっても単発の場合や非行問題の発現から 6 ヶ月以内の場合には行為障害とは診断されないし、家庭内暴力や残酷さを伴うような家族への嫌がらせ、自家金銭の持ち出しなどがみられ、精神医学的には家庭限局性行為障害と診断されても、問題行動が家庭内に限られていれば非行には該当せず、性格行動相談に分類されることが多い。また、児童養護施設の措置している事例は、児童相談所では非行の有無にかかわらず養護相談に分類されている。つまり、精神医学的に行為障害と診断されるケースは、ぐ犯等行為と触法行為等相談からなる非行相談、あるいは育成相談の一つである性格行動相談、さらには養護相談に分散することになる。

### 児童福祉分野の「診断」と行為障害概念

児童相談所における「診断」は、児童福祉司や相談員などによる社会診断や児童心理司による心理診断の他、必要に応じて実施される医学診断や、一時保護した場合に一時保護所において実施される行動診断などにもとづいて、多角的・包括的に行われるのが特徴である。このうち医学診断に最も期待されるのは、非行の背景に統合失調症や気分障害、薬物起因性精神障害などの精神障害が見いだされ、それらに対する精神科治療によって非行が改善ないしは軽減できる可能性が示されたり、精神科治療によって、実際に問題が軽減することである。また、注意欠陥／多動性障害や広汎性発達障害などの発達障害が非行と関連している場合も、それぞれの発達特性に応じて療育的な関わり方や薬物療法の可能性を検討できる点で、やはり診断する価値は高い。

これらに比べると、現時点における行為障害概念の有用性はやや限定的である。児童福祉分野の中核を担う福祉職・心理職の多くは、行為障害という診断名を、<診断だけで治療がない><診断はされても、精神科医療の対象として医療機関や精神科医が積極的に治療に取り組んでくれるわけではないもの>と捉えているように思われる。むしろ現時点では、従来の相談分類には当てはまらない、あるいは治療可能性や具体的な治療指針が示されることの少ない診断が付与されることによって、「特別に処遇の難しい子ども」という否定的なイメージが先行し、その子どもに積極的に関わろうとする援助者の意欲を低下させてしまったり、過剰な警戒感を抱かせてしまうなど、子どもとの援助関係の構築にあたり、ネガティブな影響を与えることが懸念される。

その一方で、行為障害についての精神医学的研究は、以下のような点においては、児童福祉分野においても一定の意義があるのではないだろうか。一つは、小児期発症や非社会型といった下位分類が

障害の重症度と関連しているという知見が、支援方針を検討する際にも有用であるという点である。また、行為障害の形成過程を示すいくつかの発達精神病理学モデルとともに、予防的早期支援の可能性が示されたことも重要である。たとえば、子ども側の危険因子として注意欠陥／多動性障害を重視する必要があるという認識は、注意欠陥／多動性障害の早期把握や治療・支援に対する児童福祉専門職の問題意識を高めたと同時に、的確な薬物療法や心理社会的な治療・援助を展開するために、信頼できる児童精神科医療が必要であるという社会的な認識を形成することにもつながってきたものと思われる。

### 行為障害概念が児童福祉実践に定着するために

認知行動療法や問題解決志向の個人精神療法的アプローチ、あるいは薬物療法の有効例があることなど、行為障害に対する治療方針やそのエビデンスは、児童福祉においても大いに参考になるものではあるが、現時点においては、これらの知見が十分に活用されるまでには至っていないのが実情であろう。

今後、児童福祉分野で行為障害概念が定着し、積極的に活用されるためには、何よりも治療研究の進展が前提になる。また、児童福祉分野の専門職が治療研究の成果を取り入れやすくするために、たとえば児童相談所への精神科医の常勤職員など、高い専門性を有する医療職が児童福祉実践と密接に連携できるような体制整備が望まれる。

### 参考文献

子ども・家族の相談援助をするために―市町村児童家庭相談援助指針・児童相談所運営指針―。財団法人日本児童福祉協会 2005

表－1 受け付ける相談の種類及び主な内容

養護相談	1. 養護相談	父又は母等保護者の家出、失踪、死亡、離婚、入院、稼働及び服役等による養育困難児、棄児、迷子、虐待を受けた子ども、親権を喪失した親の子、後見人を持たぬ児童等環境的問題を有する子ども、養子縁組に関する相談。
保健相談	2. 保健相談	未熟児、虚弱児、内部機能障害、小児喘息、その他の疾患（精神疾患を含む）等を有する子どもに関する相談。
障害相談	3. 肢体不自由相談	肢体不自由、運動発達の遅れに関する相談。
	4. 視聴覚障害相談	盲（弱視を含む）、ろう（難聴を含む）等視聴覚障害児に関する相談。
	5. 言語発達障害等相談	構音障害、吃音、失語等音声や言語の機能障害をもつ子ども、言語発達遅滞、学習障害や注意欠陥多動性障害等発達障害を有する子ども等に関する相談。ことばの遅れの原因が知的障害、自閉症、しつけ上の問題等他の相談種別に分類される場合はそれぞれのところに入れる。
	6. 重症心身障害相談	重症心身障害児（者）に関する相談。
	7. 知的障害相談	知的障害児に関する相談。
	8. 自閉症等相談	自閉症若しくは自閉症同様の症状を呈する子どもに関する相談。
非行相談	9. ぐ犯等相談	虚言癖、浪費癖、家出、浮浪、乱暴、性的逸脱等のぐ犯行為若しくは飲酒、喫煙等の問題行動のある子ども、警察署からぐ犯少年として通告のあった子ども、又は触法行為があったと思料されても警察署から法第 25 条による通告のない子どもに関する相談。
	10. 触法行為等相談	触法行為があったとして警察署から法第 25 条による通告のあった子ども、犯罪少年に関して家庭裁判所から送致のあった子どもに関する相談。受け付けた時には通告がなくとも調査の結果、通告が予定されている子どもに関する相談についてもこれに該当する。
育成相談	11. 性格行動相談	子どもの人格の発達上問題となる反抗、友達と遊べない、落ち着きがない、内気、緘黙、不活発、家庭内暴力、生活習慣の著しい逸脱等性格もしくは行動上の問題を有する子どもに関する相談。
	12. 不登校相談	学校及び幼稚園並びに保育所に在籍中で、登校（園）していない状態にある子どもに関する相談。非行や精神疾患、養護問題が主である場合等にはそれぞれのところに分類する。
	13. 適性相談	進学適性、職業適性、学業不振等に関する相談。
	14. 育児・しつけ相談	家庭内における幼児のしつけ、子どもの性教育、遊び等に関する相談。
	15. その他の相談	1～14のいずれにも該当しない相談。

表－2 相談受付経路

1	都道府県・市町村 ・福祉事務所 ・児童委員 ・他の児童相談所 ・その他
2	児童家庭支援センター
3	児童福祉施設・指定医療機関
4	警察等
5	家庭裁判所
6	保健・医療機関 ・保健所・市町村保健センター ・医療機関
7	学校等 ・学校 ・教育委員会
8	里親
9	配偶者暴力相談支援センター
10	家族・親戚
11	近隣、知人
12	子ども本人
13	民間団体
14	その他

## c) 少年司法における行為障害の枠組み

関東医療少年院 奥村雄介

## はじめに

近年、少年によるセンセーショナルな凶悪犯罪が次々に発生して世間の耳目を集めている。人を死に至らしめるような重大犯罪ではしばしば精神鑑定が行われるが、平成9年、神戸連続児童殺傷事件の精神鑑定で『行為障害』という診断名が登場し、少年司法において注目されるようになった。それ以前は、そもそも非行少年の大半が『行為障害』の診断基準を満たすにもかかわらず、そのような精神医学的観点から省みられることがなかったのである。また、一般の病院臨床の場でも『行為障害』という診断名がつけられることは稀であった。今のところ『行為障害』は、症状・経過・病理および原因といった一連の疾患単位を形成しておらず、未分化な概念であるといわざるを得ない。本稿では少年非行との関連で『行為障害』を論じ、その枠組みをより明確にすることを試みる。

## 行為障害と少年非行の定義・概念

行為障害は操作的診断基準である DSM- III (1980) によって採用された概念で、その特徴は「他者の基本的人権または年齢相応の社会規範または規則を侵害するような行動様式が反復し持続すること」である。行為障害は破壊的行動障害のグループに属し、反抗挑戦性障害と比較すると、顕在化した破壊的行動、特に対人暴力が重視されている。行為障害は、反社会的な行動パターンが多方向に広がり、反復・持続しているという点において反社会性人格障害に類似しているが、人格の可塑性が残っている未成年であるという点、行為の心理・社会的な意味づけや価値判断が未分化であるという点において異なっている。非行・犯罪と最も親和性の深い障害であるとされている反社会性人格障害の診断基準には15歳未満の行為障害の既往が不可欠であるが、逆に行為障害から反社会性人格障害に発展するのはその一部に過ぎない。行為障害の診断はI軸（疾病軸）に、反社会性人格障害の診断はII軸（人格軸）に準拠している。つまり、行為障害では環境との相互作用における何らかの生物学的脆弱性が想定されており、反社会性人格障害では生物学的脆弱性だけではなく、その後の心理・社会的要因による人格形成の歪みも必須条件と考えられている。この意味で行為障害から反社会性人格障害への発展を阻止することが臨床家の重要な役割であるといえよう。表Iは行為障害と人格障害を比較したものである。行為障害の診断基準は15項目の問題行動から成り立っているが、その重症度は該当する項目の数と攻撃・破壊的傾向がどの程度みられるかで判断される。

表I 行為障害と人格障害

	行為障害	人格障害
多軸診断	I軸（疾病軸）	II軸（人格軸）
年齢	18歳未満	18歳以上
人格の可塑性	あり	なし
類型化	困難	可能
収容目的	保護・健全育成	刑罰
司法判断	非行	犯罪

一方、現行少年法によると「非行のある少年」（以下、非行少年と略す）とは「家庭裁判所の審判に付すべき行為ないし行状のある少年」であり、① 14 歳以上 20 歳未満の少年による刑法またはその他の刑罰法令を犯した行為（犯罪行為）、② 14 歳未満の少年で刑法またはその他の刑罰法令に触れた行為（触法行為）、③ 20 歳未満の少年でその性格・環境に照らして将来罪を犯し、または刑罰法令に触れる虞のある少年の虞犯事由、の 3 つのいずれかに該当する行状のある少年を指している。（表Ⅱ）ちなみに虞犯事由とは a. 保護者の正当な監督に服さない性癖のあること、b. 正当な理由がなく家庭に寄りつかないこと、c. 犯罪性のある人または不道德な人と交際し、いかがわしい場所に入出入りすること、d. 自己または他人の徳性を害する行為をする性癖のあること、の 4 つである。これまで同じ違法行為でも①に該当する 14 歳以上の犯罪少年は少年法によって処遇され、②に該当する 14 歳未満の触法少年は児童福祉法によって処遇されてきたが、近年、非行少年の増加や粗暴・凶悪化をはじめとした変化に対応して刑事処分可能年齢を 16 歳から 14 歳に引き下げる「刑罰化」ないし「厳罰化」の動きが見られ、少年法等の一部が改正された。その他、少年法改正案には審判手続きや保護処分のあり方の見直し、被害者への配慮、保護者の責任の明確化などが盛り込まれている。

表Ⅱ 非行少年の分類

非行少年	年 齢	行為または行状
犯罪少年	14 歳以上 20 歳未満	刑法またはその他の刑罰法令を犯した行為
触法少年	14 歳未満	刑法またはその他の刑罰法令に触れた行為
虞犯少年	20 歳未満	性格・環境に照らして将来、罪を犯し、または刑罰法令に触れる虞がある場合

### 行為障害と少年非行の関係

精神医学的概念である行為障害と法的概念である少年非行は必ずしも一致しない。たとえば殺人など単発の反社会的行動は、非行・犯罪と認定されることはあっても行為障害には該当しないし、逆に行為障害と診断される少年の問題行動が必ずしも法に触れるわけではない。行為障害の診断基準と非行・犯罪を比較すると表Ⅲのようになる。また、表Ⅳは行為障害と少年非行の比較である。したがって、いわゆる『いきなり型非行』、窃盗癖や放火癖など単一方向の非行、および薬物乱用の 3 つを除けば、少年非行は重症の行為障害に該当するといえることができる。

表Ⅲ 行為障害の診断基準（DSM-Ⅳ）と非行・犯罪

行為障害の診断基準	非行・犯罪
A 他人や動物への攻撃的行為	暴行、傷害、殺人、強姦など
B 他人の財産に損失や損害を与える行為	器物損壊、放火など
C 嘘をつくことや盗み	詐欺、横領、窃盗など
D 重大な規則違反	怠学、家出、不良交友など

II. 行為障害の概念

表IV 行為障害と少年非行

	行為障害	少年非行
概念	医学的モデル	法的モデル
触法性	必ずしも満たさない	満たす
反復性・持続性 多方向性	満たす	必ずしも満たさない

したがって少年非行は行為障害という概念を用いて規定し直すと3つのタイプに分けることができる。(表V)第1は多方向にまたがる反社会的行動が反復・持続している場合で行為障害の中核群に、第2は心理社会的なストレス状況で生じた一過性の反社会的行動の場合で行為障害を伴う適応障害に、第3は単発性または単一方向の反社会的行動の場合で行為障害ではなく臨床的関与の対象となることのある他の状態に、それぞれ相当している。

表V 行為障害概念を用いた少年非行の分類

少年非行の分類	状態像
行為障害の中核群	多方向にまたがる反社会的行動の反復・持続
行為障害を伴う適応障害	ストレス状況で生じた一過性の反社会的行動
行為障害でない臨床的関与の対象	単発性または単一方向の反社会的行動

## Ⅲ. 行為障害の評価・診断

### 1. 行為障害の評価・診断

国立精神・神経センター国府台病院 宇佐美政英・齊藤万比古

#### はじめに

行為障害は1980年にDSM-Ⅲ 1)によって反社会的問題行動の多様性と反復性に注目して定義されたことに始まる診断概念である。その疾患概念は精神病理学的な観点からの規定をいっさい含んでおらず、反社会的な行動についての診断基準を満たすか否かを評価するだけで診断が可能となっている。しかしながら、このような評価方法にはこれまでいくつかの問題点が指摘されてきた。例えば、行動上の問題だけに治療者が注目してしまう結果、子どもが背景にかかえるより重要な問題に取り組むことができないまま、治療が膠着してしまう可能性である。

実際には、臨床家は行為障害と診断された子どもの評価を行う際に、子どもがなぜ行為障害に至ったのかを考えながら臨床活動を行っていかなくてはならない。それは行動上の問題だけでなく、その行動の背景にある様々な要因について考慮することにつながり、その結果ときには背景疾患の治療を優先することで行為の問題もまた軽快へとつながることがある。そのため、実際には後の章で詳しく触れられる併存障害、器質的な要因、心理社会的要因（環境要因など）、他の反社会的行動との関連などを詳細に評価し、子どもの包括的な理解へと至らなくてはならない。

以下では、行為障害を持つ子どもの医療・保健・児童福祉・教育などの各側面に関する多軸的な評価を通じて診断を確定していくフローチャートについて説明したい。

#### 行為障害の包括的評価のフローチャート

図1に本ガイドラインの項目に沿って作成された「行為の問題を抱えた子どもの包括的評価」のフローチャートを示す。その流れは、行為の問題を持った子ども自身に関する評価と本人を取り巻く環境の評価の二つに大きく分別される。本人自身についての評価方法は①行為の問題の操作的診断基準による評価、②行動の評価と人格評価、③併存障害の評価、④医学的・神経学的評価の四つに分けられている。

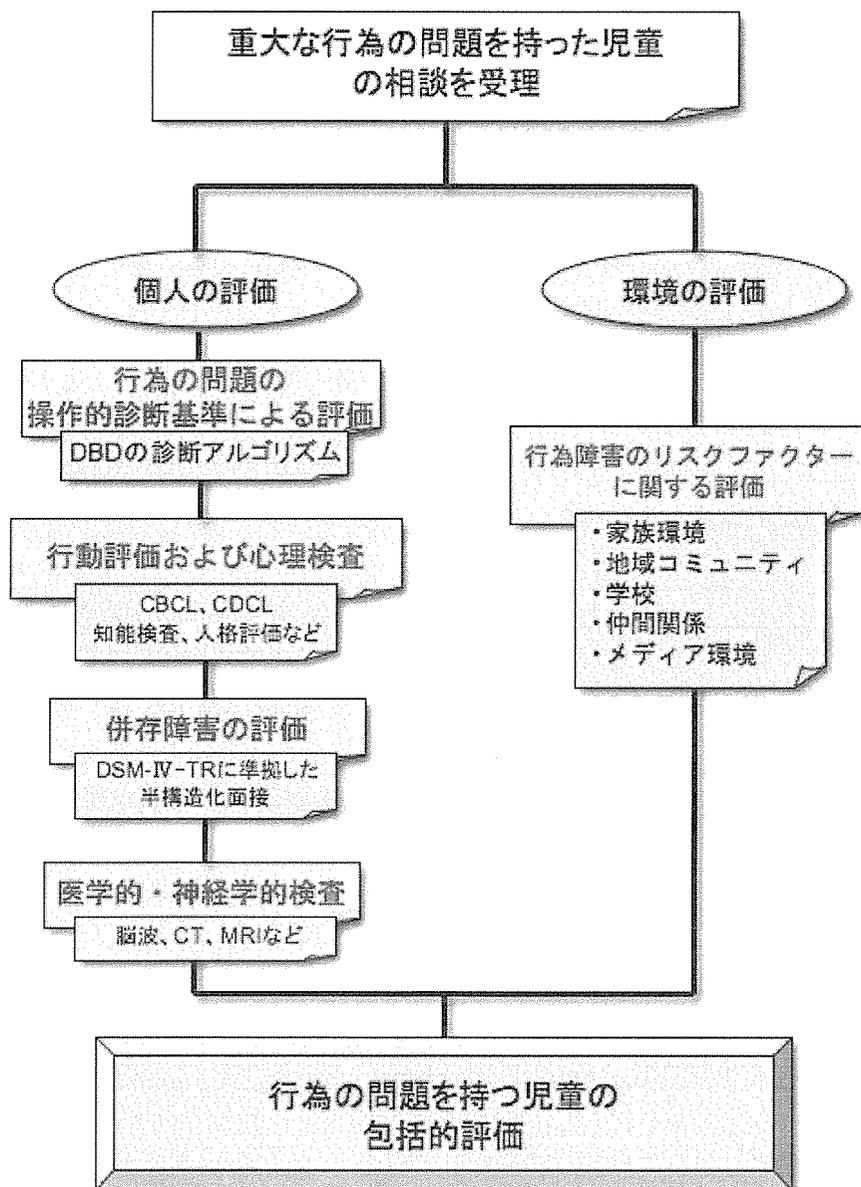
行為の問題を持った子どもの評価は、行動の問題だけでなく個々の持つ心理的・社会的・生物学的問題を評価することを目的としている。ただし、④医学的・神経学的評価に関しては実施可能な医療機関では当然行うべきであるが、その機能や設備を持たない機関では、①行為の問題の操作的診断基準による評価、②行動の評価と人格評価、③併存障害の評価を行った上で、神経系疾患などの身体疾患を疑いがいささかでもあるとの囑託医などの意見がある場合には実施可能な医療機関へ検査を依頼すべきである。①の行為の問題の操作的診断基準については別項にて説明する。②の行動の評価については、子どもの行動チェックリスト、行為障害チェックリスト、知能検査、人格評価に関しては第3章の2bに詳細が記載されている。

以上の評価に続いて併存障害の診断過程に移っていく。併存障害はDSM-Ⅳ-TRによれば、CDと診断された子どもが示しているCDの主症状以外の問題行動や精神症状がある精神疾患の診断基準を満たす場合に、これを重複診断（multiple diagnosis）として併記し、併存障害（comorbidity）と呼ぶことを推奨している。本ガイドラインはCD児を対象としたものであるため、CD以外の重複診断をすべて併存障害と呼ぶことになる。第3章-3で示すようにCDにも多くの併存障害が存在することが知られている。特に注意欠陥／多動性障害（AD/HD）の合併率の高さは特筆すべきものがあり、

多くの文献においてもこの点は繰り返し指摘されている。併存障害の有無については DSM-IV-TR の各診断基準に準拠した半構造化面接を行うことが望ましく、本研究班においても CD の併存障害診断用フォームの作成を急ぐ必要がある。

次に、本人を取り巻く環境についての評価は富田が第Ⅲ章の 4a に詳しく記載しているが、その中で富田は五つの観点から環境を評価すべきであると指摘している。それは①家族環境、②地域コミュニティ、③学校、④仲間関係、⑤メディア環境の五つのレベルでの評価である。特に①家庭環境については虐待と行為の問題との関連性に近年注目が集まっており、この点に関しては第Ⅲ章の 4b で大塚が詳細に述べているとおりである。③学校については第Ⅲ章の 4c で近藤らが不登校・ひきこもりと行為障害との関連性、特に ICD が規定する家庭内限局性行為障害との関連性を指摘している。

図1: 行為障害(CD)の包括的評価



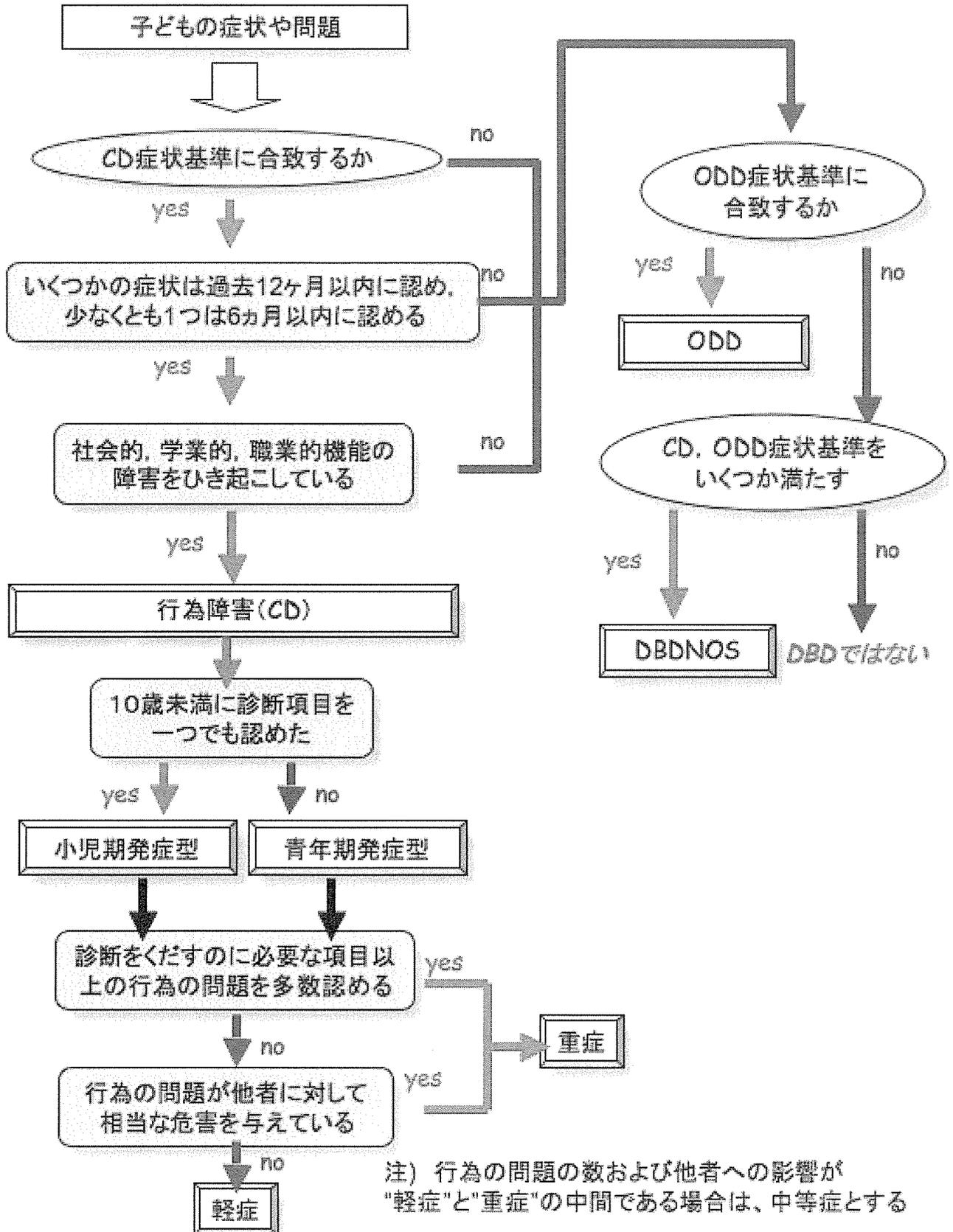
## 行為障害を含む破壊的行動障害の精神医学的評価

DSM-IV-TRにおいて行為障害は破壊的行動障害の下位項目とされている。破壊的行動障害には行為障害、反抗挑戦性障害、特定不能の破壊的行動障害の三つの障害が含まれている。その三つの障害を鑑別するために図2に「DSM-IV-TRに準拠した破壊性行動障害（DBD）の診断アルゴリズム」として示す。このアルゴリズムに沿って問題行動をもつ子どもの行動を評価していくことで、DBDの三つの障害のいずれかに該当するのかが診断できるようになっている。特に行為障害に関しては年齢による下位分類と重症度の分類まで行うように作成した。これらの分類は小児期発症型が予後不良であると(DSM2) および幾つかの文献(345) で指摘されるように、行為障害の予後を規定していく因子として重要な項目となっている。

ここでこのアルゴリズムをなぜDSMに準拠して作成したのかについて述べておきたい。

本研究班では平成17年度に厚生労働科学研究「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」の一環として、医療機関における行為障害治療の現状を把握するためのアンケート調査を実施し、日本児童青年精神医学会および日本小児神経学会の医師会員648名（精神科212名、児童精神科116名、小児科134名、小児神経科175名、その他11名）から回答を得ることができた。この集計結果からDSM-IVもしくはDSM-IV-TRを用いて行為障害の診断を行っている医師は回答者の72%に及び、ICD-10を用いて診断を行っている医師（30%）を大きく引き離していた。その理由としては、ICDに比較してDSMが採用している診断基準が明確、かつ明快であることによるところが大きいと考えられる。DSMにおける行為障害の診断基準については、15項目の行動様式により診断基準が明確化されているが、ICDの診断基準では明確な行動の規定はされておらず、その行動様式の概念的な規定が中心である。行動の有無と程度を評価するだけのDSMの方がより確実に診断にたどり着けるという利点がある。以上のような理由で、本ガイドラインではより構造化された面接が可能であるDSMに準拠してアルゴリズムを作成することになった。

図2: DSM-IV-TRに準拠した破壊性行動障害 (DBD) の診断アルゴリズム



## 参考文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third ed, American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1980 (高橋三郎ほか訳: DSM-III 精神疾患の診断・統計マニュアル、医学書院、東京、1980)
- 2) 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)
- 3) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Oct;36(10 Suppl):122S-39S
- 4) 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)
- 5) 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: 435-332, (1998)

## 2. 行為障害の医学的診断基準と評価尺度

### a) 医学的診断基準 (ICD-10 と DSM-IV-TR)

国立精神・神経センター武蔵病院 安藤久美子

#### はじめに

近年、児童精神医学の分野でも行為障害の診断名が広く知られるようになってきている。しかし、小児期から青年期に診断される障害としてはやや特殊で、その病因や症状に関しても不明確な部分が多く、まだ未熟な概念といえる。また、法社会的用語である非行 delinquency とほとんど同意に用いられるという点で、精神医学的な意味に疑問をもつ専門家も少なくない。本稿では、行為障害に関する診断学上の問題点を探りながら、現在、世界で汎用されている DSM-IV-TR<sup>4)</sup> と ICD-10<sup>16)</sup> にある行為障害の診断基準を見直し、その類似点と差異について再考することとする。

#### DSM の歴史的背景

米国精神医学会による DSM に行為障害という診断名がはじめて登場したのは、DSM-III<sup>1)</sup>である。この背景には、それまで非行という枠組みのなかだけで捉えてきた子どもたちの反社会的な行動を、医療的観点からも見直そうという流れがあった。これにより米国においても反社会的な行動を示す子どもたちに対して、法的な処遇にいたる前段階での早期介入が行われるようになったといわれている<sup>10)</sup>。当時の DSM-III では、行為障害は社会化 socialized と攻撃性 aggressive という社会生態学的な 2 つの軸によって類型化されていたが、DSM-III-R<sup>2)</sup>ではその重症度についても付されることになった。1994 年に DSM-IV<sup>3)</sup>に改訂されてからは、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」のカテゴリーに分類されるようになり、この分類は現行の DSM-IV-TR においてもとくに変更されていない。また、このカテゴリーのなかには他にも行為障害と関連するものとして、特定不能の破壊的行動障害が新しく追加されている。これは、行為障害または反抗挑戦性障害の基準を完全には満たしていないが、臨床的に著しい障害が認められるものについて定義された診断名であり、臨床的に重症で反復性のある子どもの反社会的行動を判断するにあたっては、ある範囲での臨床家の裁量を認めたものになっている。

#### 診断的特徴

行為障害の診断基準自体は反社会的行動を列挙したチェックリストとなっており、精神病理学的な症状や病因論についてはとくに触れられていない<sup>5)</sup>。つまり、この診断名がつくことによって一様な病因が想定されるわけではなく、個々の精神病理は多様であることを示している<sup>9)</sup>。

表 1 DSM-IV-TR 診断基準

A. 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で、以下の基準の3つ（またはそれ以上）が過去12カ月の間に存在し、基準の少なくとも1つは過去6カ月の間に存在したことによって明らかとなる。

＜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。

＜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）。

＜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)。

＜重大な規則違反＞

- (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。
- (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)。
- (15) しばしば学校を怠ける行為が13歳以前から始まる。

B. この行動の障害が臨床的に著しい社会的、学業的、または職業的機能の障害を引き起こしている。

C. その者が18歳以上の場合、反社会的パーソナリティー障害の基準を満たさない。

発症年齢による病型でコード番号をつけよ

312.81 行為障害、小児期発症型：10歳になるまでに行為障害に特徴的な基準の少なくとも1つが発症。

312.82 行為障害、青年期発症型：10歳になるまでに行為障害に特徴的な基準はまったく認められない。

312.89 行為障害、発症年齢特定不能：発症年齢が不明である。

重症度を特定せよ

軽 症 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。

中等症 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。

重 症 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者に対して相当な危害を与えている。

DSM-IV-TR の診断基準を表 1 に示した 4)。DSM-IV-TR の診断基準によれば、A 基準として、他者の基本的人権や社会的規範あるいは規則を侵害する行動を 4 群に分けて記載されている。具体的には、「人や動物に対する攻撃的行動」に関する 7 項目、「所有物の破壊」に関する 2 項目、「嘘をつくことや窃盗」に関する 3 項目、「重大な規則違反」に関する 3 項目の合計 15 項目からなっている。このなかで新たに加わった項目は、「人や動物への攻撃」に含まれている「A1. しばしば他人をいじめ、脅迫し、威嚇する」と、「重大な規則違反」のなかに含まれている「A13. 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」である。前者は関係性のある相手への攻撃行動を表しており、これは男子よりも女子に多くあてはまる傾向があるとしている 4)。後者は、いわゆる徘徊 wandering と称される一群の行動のひとつである<sup>13)</sup>。親の「監視」の欠如は子どもの反社会的行動を強く予測させるものとされているが、親が決めた規則にもかかわらず徘徊するという行動は、もはや反社会的行動の予測因子という範疇を超え、その行動自体が行為障害の症状であるという考えかたに基づいている。診断にあたっては、これらの行動様式が反復的に持続することが条件であり、3 つ以上の特徴的な行動が過去 12 ヶ月間に存在し、少なくとも 1 つは過去 6 ヶ月以内に存在していなければならないとされている。

B 基準では、行動の障害が臨床的に著しい社会的、学業的、または職業的機能の障害を引き起こしていることを診断の条件として定義している。A 基準に示された一連の行動様式は、通常は家庭、学校や地域社会などの 1 箇所以上の状況でみられるとされているが、年齢的にもまだ社会適応能力の発達が不十分な子どもの場合には、ある特定のストレス状況下においてのみ問題となる行動が引き起こされていることもあるため、状況への反応として生じた行動様式とは明確に区別する必要がある。

C 基準は、18 歳以上の者について反社会性パーソナリティ障害を除外する項目となっている。

### 病型と重症度

DSM-IV-TR では、発症年齢によって 2 つの病型が設けられている。また、重症度は軽症、中等症、重症の 3 つに分類され、いずれの病型においてもこれを特定することが定義されている。発症年齢による病型は DSM-IV 以降の重要な変更点である。これはいくつかの研究結果に基づいて改訂されたもので<sup>6)</sup>、たとえば、小児期発症型（10 歳になるまでに少なくとも 1 つ以上の症状がみられる場合）は青年期発症型（10 歳以前には特徴的な症状が認められない場合）と比較して、成人になっても反社会的な行動が持続する危険性が高いことを明らかにした Lahey らの疫学研究<sup>7,8)</sup>もそのひとつである。また、小児期発症型が、将来、反社会性パーソナリティ障害に発展しやすいことについては DSM にも明記されているとおりである。DSM の各病型の説明をみると、この両者を分ける大きな違いは攻撃性の高さと仲間関係の維持に集約されると思われるが、行動様式の現症による分類よりもその予後に焦点をあてた病型の分類は、行為障害をひとつの疾患としてより治療的な観点で捉え、早期に介入する機会を広げようとしているという点では意義があると思われる。

### ICD-10 (WHO, 1992)

ICD に行為障害の診断名が取り上げられたのは、1977 年に制定された ICD-9<sup>14)</sup>にさかのぼる。ICD-9 では、「他に分類できない行為障害」という一群のなかには、「非社会化的行為障害」、「社会的行為障害」、「強迫的行為障害」と「行為と情動の混合障害」などの下位分類があげられていた。1992 年に改訂された ICD-10 では、この下位分類にも変更が加えられたが、行為障害の診断をより広くとらえているという特徴は現行においても継承されているといえる。

表 2 ICD-10 DCR

G1. 他者の基本的権利を侵害するような、または年齢相応の社会的規範や規則を破るような、行動パターンが繰り返し持続的にみられるもので、少なくとも6ヶ月間持続し、その間に以下の症状のうちいくつかが存在すること（症状の数や細かい取り扱いについては各亜型の項を見よ）。

注：症状11、13、15、16、20、21、23は1回でもみられれば、基準を満たす。

- (1) その小児の発達水準にしては、あまりに頻繁で激しい癇癢がある。
- (2) 大人とよく口論する。
- (3) 大人の要求やルールを、積極的に否定したり拒絶したりすることが多い。
- (4) 明らかに故意に、よく他人を苛立たせるようなことをする。
- (5) 自分の間違いや失敗を他人のせいにする人が多い。
- (6) 短気なことが多く、他人に対してすぐ苛々する。
- (7) よく怒ったり腹を立てたりする。
- (8) 意地が悪く、執念深いことが多い。
- (9) ものを手に入れたり好意を得るため、または義務から逃れるために、よく嘘をついたり約束を破ったりする。
- (10) 頻繁に自分からけんかを始めることが多い（兄弟げんかは含まない）。
- (11) 他人に大きなケガをさせる可能性のある、武器を使用したことがある（例：バット、れんが、割れたビン、ナイフ、銃）。
- (12) 親から禁止されているにもかかわらず、しばしば、暗くなっても帰宅しない（13歳以前に始まるもの）。
- (13) 他人への身体的虐待体験（例：被害者を縛りあげたり切傷したり、やけどさせたりなど）。
- (14) 動物への身体的虐待行為。
- (15) 他人の所有物を故意に破壊（放火によるものではなくて）。
- (16) 深刻な被害をもたらす恐れをとまなう、またはそれを意図した故意の放火。
- (17) 家庭内または家庭以外で被害者とは直面しないようにして、高価なものを盗む（例：万引、住居侵入、偽造）。
- (18) 13歳以前に始まる頻繁な怠学。
- (19) 親または親代わりの人の家から少なくとも2回家出したことがある、または、1回だけでも一晩以上いなくなったことがある（身体的・性的虐待を避けるためではない）。
- (20) 被害者と直面するような犯罪（ひったくり、ゆすり、強盗を含む）。
- (21) 性的行為を強要する。
- (22) 他人を頻繁にいじめる（つまり、持続的に威嚇・拷問・妨害を含めて、故意に他人に苦痛や傷害を負わせる）。
- (23) 他人の家、建物、または車に押し入る。

G2. 非社会的パーソナリティ障害 (F60.2)、統合失調症 (F20.-)、躁病エピソード (F30.-)、うつ病エピソード (F32.-)、広汎性発達障害 (F84.-)、または多動性障害 (F90.-) の診断基準を満たさないこと。（情緒障害 (F93.-) の診断基準を満たす場合は、F92.- 行為および情緒の混合性障害と診断せよ）。

発症年齢を特定しておくことが勧められる。

小児期発症型：10歳以前に行為障害の問題が少なくとも1つは発症

青年期発症型：10歳以前には行為の問題なし