

塚,2004, 滝川 et al.,2005,)、回避だけでは説明できないメカニズムの存在が推定される。このメカニズムについては愛着障害、行動の学習、外傷体験、解離、脳障害など様々な観点から論じられている。

○虐待の回避・虐待的環境に対する反応

虐待を受けている子どもが初期によく行う家出や盗みや金品持ち出しなどの非行行動は、虐待を回避し虐待の被害から逃れるための適応行動と理解され、助けを求めるサインとして受け止め、虐待的環境の改善が援助の第一となる。しかしそれが反復長期化する過程で、非行文化や不良仲間との出会いなどにより、回避の意味を薄めて楽しさやスリルを求め常習化していき、粗暴・傷害や薬物依存や性的逸脱行動を示すなど非行行動がエスカレートしていくことも少なくない(橋本,2004)。

○愛着の問題

虐待的環境の中では親との安定した信頼と安心の関係を築けず、愛着関係の中断を経験することも多いため、愛着の問題を抱えることが多い。①で述べたように、愛情と保護の不足と中断を経験した子どもは反社会的行動を起こしやすい。

○反社会的行動の学習

行動心理学的研究は攻撃的な行動パターンが学習されやすいことを示しているが、暴力を自ら受けていたり、父から母へのDVなど家庭の中で暴力を目撃したりして、子どもが頻繁に暴力場面に遭遇すると、暴力を学習しそれを模倣して実行するということがおこるといふ。脳の最近の研究において、ある行為をするということと見るということが同じニューロン(ミラーニューロン)で司られていることが発見され、模倣行動や自分がされたことを人に繰り返してしまう傾向を脳レベルで説明するものとして注目されている(岡田,2005)。

○心的外傷(トラウマ)の影響

虐待は長期に反復して子どもに強いストレスを与えるため、発達途上である子どもの身体・脳、感情、認知、行動はさまざまな影響を蒙る(他に特定されない極度のストレス障害「DESNOS」:Kolk,1996)。これらの情緒・行動上の問題が反社会性を帯びることも少なくない(Greenwald,2002)。

・感情コントロールの欠如、怒りを調節することが困難

危険を予測して警戒的で緊張が強く、些細な刺激でも過敏に反応しやすく、感情のコントロールが悪い傾向がある。そのため感情を爆発させたり、怒りの感情が行動化され暴力などの攻撃的行動に及んでしまうことがある。

・外傷体験の侵襲的再体験

何かの刺激で外傷記憶が思い出されると、恐怖や怒りや悲しみの交じり合った強い感情が惹起され、パニックや突発的な激しい攻撃行動を生じさせる。または侵入症状に伴うつらい感情を麻痺させるために薬物やアルコール等に依存していくこともある。さらに自分が受けたトラウマを他者に加害を与えるというやり方でくりかえし再現してしまうこともよく知られている。

・解離、感情麻痺、現実感の希薄

自分の生活歴の一部や特定の出来事を忘れてしまったり、感情や感覚を麻痺させたり、意識を切り離したり、現実感、実在感を失わせたりするなどさまざまな「解離」を使用して、つらい状況から自分を守り、何もなかったかのように毎日を過ごしていることも多い。これ

は虐待的環境の中では生き延びるための適応的な行動と考えられるが、虐待以外のあらゆることに対しても、感じない、考えない状況を作り出してしまい、他者の痛みや感情にも鈍感になるため、極端な行動になりやすい。自分が行った反社会的行動についても「意識がとんで」覚えていなかったりすることもある。藤岡（2001）によれば、非行少年・犯罪者を含め、被害者から加害者の相に転回していく人にとっては、この感情麻痺がストレスに対する主要な対処法になっていることが多いという。

○脳への影響

最近の脳科学の進歩は、子ども時代の激しい虐待は脳の一部の発達を阻害し、脳自体の機能や神経構造に永続的なダメージを与えることを明らかにした。その脳障害としては、左半球の発達の遅れ、左半球の海馬や扁桃体の萎縮、前頭前野や脳梁の未発達、小脳虫部の異常などがいわれており、これらの変化は、ストレス反応系の過度の活性化をもたらし、怒りや攻撃・衝動行為や警戒反応を生じやすくするという。いずれも虐待という危険に満ちた過酷な世界の中で生き残るために、その不利な環境に適応しようとした結果とも考えられる。このことについて Teicher（2006）は「極端なストレスは、さまざまな反社会的行動を起こすように脳を変えていく。」と述べている。

○被害者から加害者への転回

以上のように虐待は反社会的行動を生じやすい傾向を作り出すが、虐待を受けた子どもで反社会的行動を発現するのは一部である。家族が崩壊しておらず、虐待者以外の家族や身近な大人や友人と絆といえる信頼関係が保たれていて子どもを支える環境があり、家庭、近隣に犯罪・非行文化が存在しない場合（あるいは非行文化と接する機会となる「家出」を実行しない場合）は、反社会的行動を起こすことが少ないか、もし起ったとしても常習化していくことは少ないという（松田, 2006）。

反社会的行動が固着し人格の歪みが大きくなならないうちに、早期に援助することが望まれる。脳の神経生物学的な変化が起こっていても適切な援助によって回復と成長が促されるという。適切な枠組みのある安心できる養育環境を提供し、人との安心と信頼の関係を築き、自己肯定感や自己有能感を回復・獲得することが援助の基本である。そして信頼できる人との関係を通して基本的習慣や対人関係のスキルや社会のルールなどを学び、認知のゆがみを修正し、行動のコントロール力を忍耐強く育む。さらに生活の場が安心できる居場所となった段階では、感情の言語化や外傷体験の侵入症状に対する治療も重要となる。

参考文献

- 1) The American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, 1994 . (高橋ら訳 : DSM - IV精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院)
- 2) Andrews, D. A., Bonta, J. : The Psychology of Criminal Conduct. 3rd . Anderson. 2003.
- 3) Bowlby, J. : Effects on behavior of disruption of an affectional bond. In : The making and breaking of affectional bonds. Tavistock Publications, London. 1979.
- 4) Bowlby, J. : A secure base : Clinical implications of attachment theory. Routledge & Kegan Paul. 1988. (二木武監訳 : 母と子のアタッチメント—心の安全基地. 医歯薬出版株式会社. 1993)
- 5) Cookston, J. T. : Parental supervision and family structure. Effects on adolescent problem behaviors. Journal of Divorce and Remarriage, 32, 107 - 122. 1999.
- 6) Greenwald, R. ed. : Trauma and Delinquency. The Haworth Maltreatment & Trauma press, 2002.
- 7) Griffin, K. W., G. J. Botvin, L. M. Scheier, T. Diaz & N. L. Miller : Parenting practices as predictors of substance abuse, delinquency, aggression among urban minority youth ; moderating effects of family structure and gender. Psychology of Addictive Behaviors. 14, 174 - 184. 2000.
- 8) 橋本和明 : 虐待と非行臨床. 創元社, 2004.
- 9) Hirschi, T. : Causes of Delinquency. University of California. 1969. (森田, 清水監訳 : 非行の原因. 文化書房博文社, 東京, 1995.)
- 11) 法務総合研究所 : 少年院在院者の被害経験に関する調査. 法務総合研究所研究部報告 11, 2001
- 12) 藤岡淳子 : 非行少年の加害と被害. 誠信書房, 2001.
- 13) 藤岡淳子 : 非行と児童虐待. 臨床精神医学 32 (2) : 167 - 171, 2003.
- 14) 犬塚峰子 : 児童福祉における行為障害. 心の臨床 a・la・carte 23 (4) : 396 - 401, 2004.
- 15) 犬塚峰子, 蓑和路子, 清田晃生, 瀬戸屋雄太郎 : 児童相談所における非行相談に関する全国調査 (2). 厚生労働科学研究 (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親日治療援助に関する研究」平成 17 年度報告書, 2006.
- 16) 犬塚峰子 : 児童相談所における非行相談—非行相談に関する全国調査から. 現代のエスプリ 第 462 号, 117 - 129, 2006.
- 17) Juby, H. & D. P. Farrington : Disentangling the link between disrupted families and delinquency. British Journal of Criminology, 41. 22 - 40. 2001.
- 18) 国立武蔵野学院 : 児童自立支援施設入所児童の被虐待体験に関する研究. 2000
- 19) Van der Kolk B : The complexity of adaptation to trauma ; Self - regulation stimulus discrimination, And characterological development. In; Van der Kolk B., McFarlsne A. C., Weisaeth L. (ed) : Traumatic Stress. Guilford. 1996 (西澤哲監訳 : トラウマチック・ストレス. 誠信書房. 2001)
- 20) 松田美智子 : 虐待と非行—少年院在院者の場合. 現代のエスプリ 第 462 号, 84 - 94, 2006.
- 21) 岡田尊司 : 悲しみの子どもたち. 集英社新書, 2005.

- Rankin, J. H. & R. Kern : Parental attachments and delinquency. *Criminology*. 32 ; 495 - 515, 1994.
- 22) 滝川一廣, 四方耀子, 高田治他 : 児童虐待に対する情緒障害児短期治療施設の有効利用に関する縦断的研究. 平成 16 年研究報告書. 子どもの虹情報研修センター, 2005 年.
- 23) Taylor, T. K., Eddy, J. M. & Biglan : Interpersonal skills training to reduce aggressive and Delinquent behavior. *Clinical child and Family Psychology Review*, 2, 169 - 182, 1999.
- 24) Teicher, M. H. 監修, 友田明美著 : いやされない傷. 診断と治療社, 2006.
- 25) Wasserman, G. A., Seracini, A. M. : Family Risk Factors and Intervention. (Loeber, R. and Farrington, D. P. eds. : *Child Delinquents*. Sage Publications, Inc. 2001.)
- 26) Weiner, IB : Delinquent behavior. In : *Psychological disturbance in adolescence*. 2nd ed, Wiley & Sons, New York, 1992
- 27) Winnicott, DW : The antisocial tendency. In : *Through paediatrics to psychoanalysis*. Basic Books, New York, 1975 (北山修監訳 : 反社会的傾向. 児童分析から精神分析へ. 岩崎学術出版社, 東京, 1990)

c) 不登校・ひきこもり

志學館大学人間関係学部 境 泉洋
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

はじめに

本項では、不登校・ひきこもりといった非社会的問題の全体像について、また、不登校・ひきこもりの問題と行為障害に代表されるような反社会的問題との関連について述べる。

1. 不登校

不登校児童・生徒とは、「何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景により、登校しないあるいはしたくてもできない状況にあるため、年間30日以上欠席した者のうち、病気や経済的な理由による者を除いたもの」とされている（文部省，2003）。

2004年度の全国の小・中学校における不登校の児童・生徒数は、小学生23,318人、中学生100,040人の合計123,358人であり、2001年をピークに減少傾向をたどっている。これを児童・生徒数全体との割合で見ると、小学校では0.32%、中学校では2.73%となっている。学年別に見ると、学年が上がるにつれて不登校児童・生徒数は増加しており、とくに小学校6年生から中学校1年生の間で大きく増加している。

不登校の分類として文科省（2003）は、以下の7つの様態に分類している。

- ①学校生活に起因する型 嫌がらせをする生徒の存在や教師との人間関係など、明らかにそれと理解できる学校生活上の原因から登校せず、その原因を除去することが指導の中心となると考えられる型。
- ②遊び・非行型 遊ぶためや非行グループに入ったりして登校しない型。
- ③無気力型 無気力で何となく登校しない型。
- ④不安などの情緒的混乱の型 登校の意志はあるが身体の不調を訴えて登校できない、漠然とした不安を訴えて登校しないなど、不安を中心とした情緒的混乱によって登校しない型。
- ⑤意図的な拒否の型 学校に行く意義を認めず、自分の好きな方法を選んで登校しない型。
- ⑥複合型 上記の型が複合していていずれかが主であるかを決めがたい型。
- ⑦その他 上記いずれが主であるか決めがたい型。

2. 不登校と行為障害

こうしたさまざまな様態のうち、遊び・非行型の不登校児童・生徒に社会型行為障害や非社会型行為障害と診断されるものが含まれるものと思われる。文部科学省（2005）によれば、不登校児童・生徒のうち、あそび・非行型に分類されているのは小学校で0.8%、中学校で10.3%であり、これらの事例が中学生年代において急激に増加してくることがわかる。

また、家庭内暴力と不登校の関連も古くから指摘されている（稲村，1994）。三原・市川（1986）は、不登校と家庭内暴力の関連から不登校児140名を3群に分類している。①許容できない暴力を振るうものは26例（18.6%）、②許容できる程度の暴力を振るうものは39例（27.9%）、③暴力のみられないもの75例（53.6%）であるとしており、不登校事例の約半数に親への暴力が生じていることになる。これらの事例には、社会型行為障害と非社会型行為障害に加えて、家庭内限局性行為障害が含まれてくることになる。

3. ひきこもり

青年期のひきこもりについては、総合失調症や気分障害、社会恐怖（社会不安障害）などによって生じているケースがある一方で、その背景要因となるような精神症状を見出しにくいケースが多いことも指摘され、今日的なひきこもりケースは精神障害を背景としない、あるいは、現行の診断基準には馴染まないほど病理性が軽いのではないかという見解も示されていた。しかし、諏訪・鈴木（2002）は、精神保健福祉センターで実施しているひきこもり青年の活動グループに参加していた14例の精神医学的診断を検討し、社会恐怖、強迫性障害、妄想性障害、広汎性発達障害がそれぞれ2例ずつ、身体表現性障害、うつ病性障害、注意欠陥／多動性障害、境界知能が1例ずつであったと報告した。そして従来の診断カテゴリーには分類できないとされる「一次性ひきこもり」の2例はスキゾイド、回避、自己愛などの性格傾向を有するものの、パーソナリティ障害と判断できるような固定的な性格病理はみられず、ひきこもり以外には人格の偏りに起因する他の症状や問題行動は認められなかったという。さらに近藤らは、本人に会うことができた24例のDSM-IV診断を検討した結果、情報不足により、診断を保留した3例以外は、全てのケースがいずれかの診断カテゴリーに分類されたことを報告し、軽度精神遅滞や広汎性発達障害などの発達障害、あるいは、パーソナリティ障害やその傾向、社会的な刺激を回避した状態にある恐怖症性不安障害や身体表現性障害などに注意を要することを指摘している。

また、ひきこもりケースの実数については、いくつかの疫学調査が行われている。金・堀口・森（2003）は、福岡県において高校1年から20歳代までを対象として調査を行った結果、現在ひきこもり状態にある人は1.27%、過去に引きこもっていた者は2.50%であったと報告している。また、川上・竹島・立森・三宅（2003）は、岡山、鹿児島、長崎において疫学調査を行い、0.85%の世帯にひきこもり状態にある人がいることを明らかにしている。川上ら（2003）は、これらの結果から推測値の下限としたて、全国の約41万世帯にひきこもり状態にある人がいる可能性を示唆している。さらに竹島（2004）は、栃木県と山形県において、一般住民の無作為抽出サンプルを対象に訪問式面接調査を実施した結果、0.67%の世帯でひきこもり状態にある人が存在したことから、現在、約32万世帯にひきこもり状態の人がいる可能性を示唆している。これらの疫学調査の結果から、おおよそ全国で30万～40万人の人たちがひきこもり状態にあるものと推測される。

4. ひきこもりと家庭内暴力

地域保健におけるひきこもりへの対応ガイドライン（2004）によれば、ひきこもりケースのうち17.6%には、本人から親に対する家庭内暴力が存在するという。また、境ら（2006）は、本人と家族が別居している理由として本人の暴力・暴言が42.5%に上ることを明らかにしている。近藤ら（2006）は、保健福祉事務所や児童相談所などを対象に、自宅への訪問を実施した思春期ひきこもりケースについて調査を行っている。対象となった54例のうち、暴力や他者への残虐な行為があるケースは19例（35.19%）であった。暴力の対象は母親（13例）がもっとも多く、次いで、兄弟が多かった。暴力の頻度については、月に2～3回が6例と最も多く、ほぼ毎日と回答しているケースは5例、週に2～3回と回答しているケースも3例であった。暴力の程度としては、病院に行くほどではないと回答したケースが13例であったが、訪問を要するようなケースでは、家庭内暴力はかなり頻度が高く、家族全体の生活に深刻な影響を及ぼしているものと推測された。

Ⅲ. 行為障害の評価・診断

ひきこもり状態を示すケースでは、あそび・非行型、あるいは社会型行為障害の診断基準を満たすようなタイプは少ないものと考えられる。ひきこもりケースに行為障害がみられるとすれば、家庭内暴力や残酷さを伴うような家族への嫌がらせや、自家金銭を略取し、通信販売やインターネットなどで高額の買い物をするなどの問題が続いている場合などが考えられる。

5. ひきこもりと犯罪との関連

ひきこもりの問題が犯罪と結び付けられて取り上げられるようになったのは、2000年に起こった新潟県柏崎市の少女監禁事件や西鉄バスジャック事件の報道がきっかけであり、これらの報道により、ひきこもり問題と犯罪との関連が過剰に問題視されるようになったように思われる。

上記、近藤ら（2006）の調査では、54例のうち4例（7.41%）に盗癖、放火、刃物所持などの問題が認められている。自宅への訪問という強力な介入を必要とするようなケースに限定された調査対象であることから、ひきこもりケース全体の中で犯罪性を併せもつものはごく一部であると推測され、ひきこもりと犯罪とを短絡的に結びつけて捉えることは適切ではないことが示唆された。

引用文献

不登校問題に関する調査研究協力者会議 今後の不登校への対応のあり方について（報告） 文部科学省，2003.

稲村 博 不登校の研究，1994

伊藤順一郎，吉田光爾，小林清香，野口博文，堀内健太郎，田村理奈，金子麻子 「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告 伊藤順一郎 10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン：精神保健福祉センター・保健所・市町村でどのように対応するか・援助するか，114-140，2003

金 吉晴，堀口逸子，森 真琴 若年者におけるひきこもり事例の有病率に関する予備調査 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究 平成13年度総括・分担研究報告書，13-17，2002

近藤直司，岩崎弘子，小林真理子，宮沢久江，藤井康男，宮田量治：ひきこもりの個人精神病理と治療的観点についての研究．平成17年度、厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）、思春期・青年期の「ひきこもり」に関する精神医学的研究（主任研究者：井上洋一）、研究報告書，2006.

文部科学省 平成18年度学校基本調査速報，2006

文部科学省 平成17年度生徒指導上の諸問題の現状について，2006

三原龍介，市川光洋 登校拒否の臨床的研究：家庭内暴力による分類を中心に． 児童青年医と近接領域，27（2），110-131，1986.

三宅由子，立森久照，竹島 正，川上憲人 地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 平成14年度総括・分担研究報告書，141-151，2003.

三宅由子，立森久照，竹島 正，川上憲人 地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査 心の健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究 平成15年度総括・分担研究報告書，75-78，2004

境 泉洋，中村 光 データ分析とまとめ ひきこもり家族調査委員会 ひきこもり家族の実態に関する調査報告書，7-45，2006.

諏訪真美，鈴木國文：「一次性ひきこもり」の精神病理学的特徴．精神神経誌

104(12);1228-1241,2002

近藤直司、石川信一、境 泉洋、新村順子、田上美千佳:思春期における非社会的行動（ひきこもり）と行為障害の関連に関する研究. 平成 18 年度、厚生労働科学研究（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（主任研究者：齋藤万比古）、研究報告書

IV. 行為障害の治療

1. 行為障害の治療

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

行為障害はその診断基準が改訂されるたびに行為障害の下位分類が大きく変更される 1、2、3) など、いまだ未成熟な疾患概念であるといえる。このような概念上の混乱に加えて行為障害の診断基準が反社会的な行動上の問題だけで規定されており、その疾患概念が精神病理的な側面を持ち合わせていないために、行為障害が精神科医療機関の診療対象であるのかについての議論が繰り返され、その治療技法についてまで議論があまり進まない現状である。我々がこのガイドラインで示す介入方法は、我が国において実際に行為障害児に対して行われている治療技法である。本ガイドラインではこれらの治療技法をもとに、行為障害が医療機関による治療対象であるとしたらどのような行為障害なのか、そして医療機関以外の各種専門機関の行為障害児への介入の現状について述べる。

行為障害の介入方法

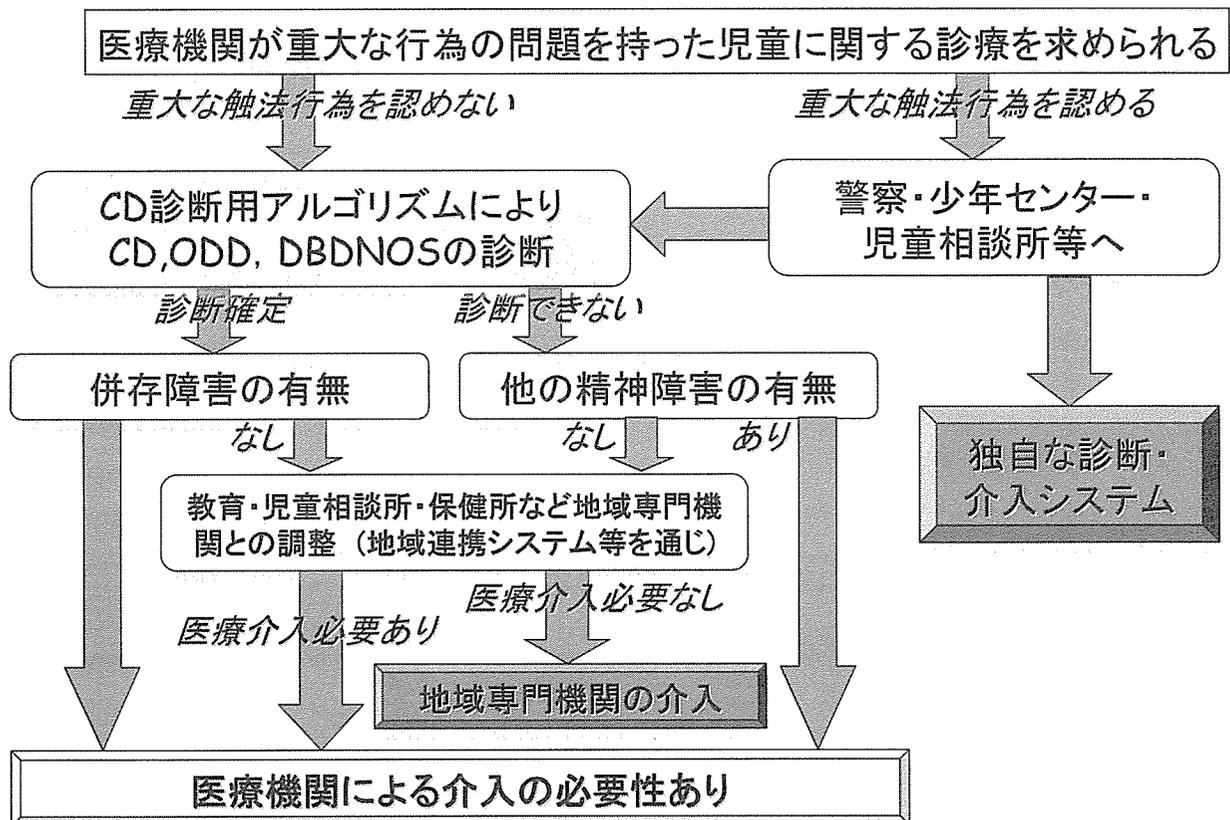
行為障害の介入方法については、行為障害と診断された児童に対して介入する機関の専門領域ごとに分けられる。それは大きく分けて①医療による介入、②福祉による介入、③司法による介入、の三つである。さらに、これらの専門領域別の介入方法に加えて地域の医療機関、教育機関、福祉機関が集まって、激しい行為の問題のために一機関だけでは対応困難な事例に対して地域の資源を有効利用した介入を行う「多機関による地域連携」も介入方法の一つにあげることができるだろう。これら四つの介入方法については、第IV章-2～7に詳細が述べられている。

医療機関の行為障害診療の現状

医療機関の行為障害診療の現状については「行為障害は医療機関の診療対象か」という問いに対してわが国の医療機関が未だ明確な答えを見いだしていないために、行為障害を取り扱う臨床現場が今後も混乱し続ける可能性は極めて高い。そのような混乱をすこしでも改善していくためにも、我々は行為障害に対する治療の有効性とその限界について明確な指標を設定する必要があると考えた。そこで、我々は平成 17 年にわが国の医療機関における行為障害診療の現状を把握する目的で全国調査（第III章-1を参照）を行った。この調査は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。その集計結果から全回答のうち 91%が何らかの条件を満たしていれば行為障害は医療機関の診療対象であるという回答であった。さらに医療機関が行為障害の診療を行う条件として「併存障害の有無」という回答が最も多く全体の 74%に認め、次いで「他機関連携の有無」という回答であった。このような結果になったことは、医療機関が行為障害のみの診断しか確定しない事例に対して有効な治療手段を持ち合わせていないこと、加えて併存障害を認める行為障害事例においては、優先して併存障害の治療を行うことが併存障害の症状の軽快と同時に行為の問題の軽快に至る可能性があると考えているためであろう。また行為障害は反復性と多様性を持った反社会的行動によって定義された精神疾患であるために医療機関単独ではたとえ併存障害を認めたとしても対応が

困難な場合があり、十分な治療行為が行えない可能性がある。そのため、医療機関は、警察や児童相談所との連携を行いながら治療行為を行っていく必要があると考えている。このような調査結果と我が国の現状を考慮して「CDの医療介入の必要性を判別するためのフローチャート」(図1)を作成した。

図1: CDの医療介入の必要性を判別するためのフローチャート



CDの医療介入の必要性の判別のフローチャート

このフローチャートは行為の問題を持った児童が医療機関を受診した際に、外来診療にあたる医師がその児童が医療機関の診療対象であるかについて判断していく手順を示すものである。この手順には三つの大きなクリティカル・ポイントがある。それは①重大な触法行為の有無、②行為障害以外の精神疾患の有無、③地域の他の専門機関による介入の必要性、の3項目である。①重大な触法行為の有無については、殺人や強盗などの重大な触法行為はもはや背景に精神疾患を認める事例や年少事例であったとしても、司法的な介入が優先されることを指し示している。また万引きなどの軽微な触法行為に関しては、警察と同調しながらも医療的な介入が必要になることもあるため、図1のような分類とした。次に②行為障害以外の精神疾患の有無については、我々の全国調査でも併存障害の有無は行為障害児が医療機関の診療対象であるか否かに関する重大な判断基準となっている。即ち、行為障害事例が医療機関を受診した際には、併存障害の有無を確認することが、その後の医療的介入をどのようにおこなうべきか決定する上で極めて重要である。一方で併存障害を認めずに行方障害のみ認める事例に関しては地域の各種専門機関との協議を積極的に行っていくべきである。この協議によっ

て必要に応じた地域の専門機関、例えば児童相談所や警察などによる介入を治療に取り入れていくべきである。また、行為障害のみの診断であった事例でも抑うつ、不安、衝動性の亢進、リストカット、自殺念慮などを認めるために精神科医療機関以外の専門機関が単独では対応が困難なことがある。そのような場合、本来主に関わっていくべき専門機関の介入の前に医療的介入が求められることがあるため、医療機関を含めた地域の専門機関の間で積極的な協議を行っていくべきである。

行為障害の治療

行為障害に関しては確固とした治療技法がなく、実際の臨床の現場では行為障害を持つ児童に対して個人精神療法、薬物療法、認知行動療法、集団療法、など様々な治療技法を組み合わせる治療が行われている状況である。もちろん行為障害以外の精神疾患を認めるのならば、その精神障害の治療体系に沿った介入方法を選択していくべきである。ただし、行為障害の治療において臨床家が最も気をつけなくてはならないことは、どの治療技法を選択すべきかではなく、どのような治療構造のもとで治療行為を行っていくべきかを決定することである。ここでいう治療構造とは反社会的な問題行動を持つ行為障害事例に対して法的に強制力を持って治療を導入できる環境か、それとも本人の意思を尊重した任意による治療なのかである。たとえば、医療機関による行為障害への介入に関しては外来治療と入院治療の二つの治療構造レベルがある。外来治療に関しては精神療法や薬物療法など本人の治療意欲に応じたアプローチと、親ガイダンスなどや学校との対応方法の協議といった環境調整を行うことが主体になる。これらは強制力に乏しく、本人の主体性が重要となってくる。一方で入院治療に関しては外来治療で行えた内容に加えて、精神保健福祉法の下で医療保護入院など強制的な治療介入が可能となる。また生活全般に関与することが可能となるために行動療法的なアプローチや、非行集団との交遊など不適切な刺激の遮断など適切な環境下での生活の提供するといった環境調整も可能となる。もちろん、行為障害を持つ児童の入院治療を導入する際においても精神保健福祉法が規定する入院の要件に準じて行われるべきである。これら治療構造の違いは福祉領域では、児童相談所への通所相談なのか、それとも情緒障害児短期入所施設や自立支援施設への入所なのかという例があげられる。司法領域でも保護観察なのか少年院への入所なのかによって治療構造が法的に分けられる。これら多領域に及ぶ多様な治療構造がある中で、どの治療構造のもとで治療行為を行っていくべきかについては、法的に決定される場合もあるし、治療者が行為の問題の重篤さを判断して決定する場合もある。どちらにしても重大な触法行為を認める場合や暴力性・衝動性・興奮が著しい場合には、物理的にも確固とした治療構造が必要であり、多くの場合には少年法や精神保健福祉法による強制力を持った治療環境のもとで治療が行われることが望ましいと考えている。

最後に

行為障害は、その主症状が児童思春期における反社会的な問題行動であることから医療機関だけでなく、司法、教育、福祉の各分野の専門機関が治療に関与することが多い疾患である。しかしながら、最初に行為障害を規定したはずの精神医学において、行為障害は疾患概念もその治療技法も未だ確立しておらず、今後の調査研究が期待される未成熟な精神疾患である。一方で、近年わが国では重大な少年犯罪に社会的注目が集まり、同時に行為障害診療への注目も高くなっており、そのため、行為の問題をかかえた子どもたちに関わる専門家たちはその治療経験を共有し、今後の行為障害診療の発展を目指していかなくてはならない。本ガイドラインで紹介した治療方法や取り組みについても現時点で医療・福祉・教育・司法の各種専門機関で実際に行われている介入技法であるが、今後さらなる検

討が行われるものと考えている。

参考文献

- 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, 3rd ed.(DSM-III-R). APA, Washington DC, 1994 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳: DSM-III-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)

2. 医療機関による介入

a) 外来治療

岡山県立岡山病院 来住由樹・中島豊爾

行為上の障害を有する児童・青年への対応は、医療、保健、福祉、司法、教育機関ともに日常的に対応を求められているが、その介入、治療には、いずれの機関も限界感をもっている。精神科医療の立場から、援助と治療を検討するには、精神医学的アプローチを可能とする構造形成が必要となる。特に年齢が、青年期であるときには、医療機関が医療に専念できる構造づくりが不可欠であり、とりわけ司法機関に違法行為への明確な対応をおこなうよう要請することが必要となることも多い。

また本人特性を理解し支援することが必要であり、その場合、合併精神障害の診断は、治療上有効であるので、広汎性発達障害・注意欠陥多動性障害・精神遅滞・解離性障害・気分障害・依存症等について除外診断とせず、重複診断するアプローチが有効であると考えられる。

薬物治療などの狭義の精神科治療は、合併精神障害（基盤精神障害）への治療となり、それを機軸として、必要な環境条件の整備等のための介入を要する時には、機関連携のなかで枠組みを設定することとなる。

また行為上の障害をもつ青年は、本人特性や診断だけでなく、生活基盤にも併せて介入する事が必要である事が多く、児童養護施設、児童自立支援施設などの関与が必要となることもあり、児童福祉と矯正教育と児童青年期精神科医療との関係についての留意することが必要である。また医療と福祉、保健、教育などの関係機関が、専門性に基づいた責任をもった関与を同時並行して行うことが必要となることが多い。

しかし対象者が14才、15才、18才、20才の区切りを越えるごとに、児童相談所、児童福祉施設、教育機関、家庭裁判所などの少年司法の関与は順に弱まり、連携先の確保が困難となる。また機関連携のためには基盤法規の相互理解が必要で、精神保健福祉法のみならず、児童福祉法、児童虐待防止法、少年法、警察官職務執行法、などの理解をとおして、他機関の基盤理解と共通言語をもつ事が重要であるが、相互の理解にはまだ多くの困難がある。なお司法介入がおこなわれた後も、精神科医療機関を含む各専門機関が、専門性に基づき責任をもった関与を協働して行うことが重要である。そのためには、関係機関が、課題や目標を共有する事が大切であり、責任を持った機関が調整機能（ケースワーク）を維持しつづけることが不可欠であった。なお医療、児童福祉圏ごとに、情緒障害児短期治療施設、児童養護施設、児童自立支援施設、精神科医療機関の現況について相互に理解し、家庭裁判所と少年法上の施設（少年院他）の現況についても理解した上で、必要な連携を事例ごとに構成することが必要となる。

これらの精神科治療や援助が、単独機関では困難な場合、難しい事例であればあるほど、援助機関が孤立しがちとなり、結果として対象者は安定せず、援助機関は混乱し疲弊していく。

実際の診療現場では、まずは行為障害ないし行為上の障害の程度とその診断とともに、並存する精神医学診断を行い、並存疾患をターゲットとした薬物療法等の精神医学的治療を行いつつ、行為上の障害を促進する因子と、阻止する因子を査定し、介入手法を組み立てることを意識しつつも、診断と薬物療法のほかには、踏み込んだ治療を構成できないことも多いのではないだろうか。現実的には、関与機関（児童福祉施設、教育機関等）が行っている援助を、いかに精神科医療の立場からエンパワーできるのかとの関与が、現状では、精一杯のように考えられる。

b) 入院治療

日本医科大学精神医学教室 成重竜一郎

行為障害は医学的な診断であるが、現時点において行為障害に対して医療機関が介入できる部分は極めて限定的であるといえる。一つには重度の行為の問題は触法行為、犯罪行為として医療機関よりもむしろ司法領域での介入が中心となるためであり、また患者本人が行為の問題自体を病的なものとして捉え、それに対して治療意欲を持って医療的な介入を求めることが非常に稀であるためでもある。さらには医療機関側に行為障害そのものに対する定式化された有効な治療法が十分でないということもあげられるだろう。

それでは実際に医療機関が行為障害の患者に関与することが少ないのかというと決してそうではなく、行為障害を含め行為の問題を主訴、あるいは主な問題として医療機関を訪れる患者は多い。そしてそうした行為障害患者に対して入院治療が選択されることもしばしばある。

小児専門の精神科病院である都立梅ヶ丘病院を例にとると、平成15年4月1日から平成17年3月31日の期間における入院治療例中主診断あるいは副診断として行為障害と診断されていた症例は679例中75例であり、入院治療例の1割強は行為障害の症例であることがわかる。ただしこの中には広汎性発達障害や統合失調症を背景として行為の問題を呈した例は含まれておらず、そうした例まで考えた場合、医療機関が行為の問題に対して入院治療で対応することは決して稀なことではないといえる。

ただし冒頭に述べたとおり、医療機関が行為障害への介入の中心ではないということは、実際に行為障害入院患者の詳細を検討することでも示唆される。先に示した都立梅ヶ丘病院の行為障害入院治療例75例のICD-10における下位分類を見ると、多動性行為障害(F90.1)が26例(34.7%)、家庭限局性行為障害(F91.0)が11例(14.7%)、非社会性行為障害(F91.1)が23例(30.7%)、社会性行為障害(F91.2)が11例(14.7%)、反抗挑戦性障害(F91.3)が4例(5.3%)である。この中で社会性行為障害での入院例は行為障害入院例全体の1割強にすぎないが、社会性行為障害はいわゆる『非行集団』に属して行為の問題を呈する例が含まれ、行為障害の中核群というべき分類である。行為障害入院例において社会性行為障害例の割合が小さいことは医療機関が行為障害の介入において中心的な役割を果たしていないことの傍証となるだろう。

一方で都立梅ヶ丘病院における行為障害入院治療例で多動性行為障害が大きな割合を占めているが、この分類は多動性障害に行為の問題を併発した例であり、発達障害例における行為の問題が医療的関与の対象となりやすいことが示されている。

発達障害に関しては広汎性発達障害例における行為の問題も無視できない。前述の行為障害例と同じく平成15年4月1日から平成17年3月31日の期間における都立梅ヶ丘病院入院治療例中、広汎性発達障害の高機能例で行為の問題が原因で入院治療を受けた例は679例中53例であり、この数は多動性行為障害例よりも多い。これら全例を行為障害と同等とみなすことはできないにしても、広汎性発達障害においても行為の問題に関して医療機関の果たす役割は大きいと言えるだろう。

それでは行為障害の患者に対して設定できる入院治療の目標、言い換えれば医療機関として行為障害の患者に対してできることを考えると、次の4つを挙げるができる。以下に挙げる事項は実際に臨床場面において行為障害患者に対して入院治療という形で行われていることでもある。

暴力、攻撃的行動のコントロール

これは医療機関において『治療』という形で行われるものそのものであり、薬物療法、精神療法、行動療法等が実際に臨床場面において行われている。

薬物療法に関しては、非定型抗精神病薬のリスペリドン、気分安定薬である炭酸リチウム、バルプロ酸において行為障害に対する一定の有効性が示されており、入院治療の中でも多く使用されている。またその他の抗精神病薬、気分安定薬、抗うつ薬が症状によっては選択されることも多く、多動性障害例に対してはメチルフェニデートの使用も選択される場合がある。こうした薬物療法は行為障害そのものを改善させることにはなりにくい、自分自身の力で抑えがたい衝動性や攻撃性をコントロールすることに関しては有効である場合が多い。精神療法に関しては、行為障害患者の多くにおいて自尊心の低さ、自己評価の低さ、劣等感が顕著であり、そうした自己否定的感情が攻撃性や自暴自棄的な逸脱行動に結びついていることが多いため、精神療法において支持的な状況の中で自己肯定感を高めることの高効性は高いと思われる。加えて行為障害患者の中には表現力が乏しく自らの悩みや葛藤をうまく言語化できないためにストレスを上手くコントロールできない例も多く見受けられる。そうした患者の自己表現力向上のために精神療法的アプローチは有効であると思われる。行動療法に関しては入院環境という一定の枠の中で、攻撃的行動や問題行動に対して時には行動制限を含めたはっきりとした否定的メッセージを与えていくと共に、適切な行動や攻撃的行動や問題行動を抑えられたことに対して肯定的なメッセージを与えていくという形で行われ、それにより自ら行動をコントロールする力を高めていくことを目標としていく。その結果として適切な行動が増えることによって自己肯定感自体が高まることも期待できる。

適切な社会的経験の提供

行為障害症例においては養育環境の問題から適切な愛情を受けられなかったり、十分なしつけや教育を受けられなかったりすることがあり、また患者自身の逸脱的行動によって学校生活や人間関係が破綻してしまっていることがよく見られる。またひきこもりに家庭内暴力を併発しているような場合には患者自身の社会的能力がそもそも低い上に家族以外との対人交流が乏しいために社会的能力を高める機会がほとんど得られない場合も多い。親子関係、友人関係、学校生活等年齢相応の社会的刺激が十分でない場合、必要な社会性が身につかないだけでなく、社会的経験によって得られる精神的な成長、発達も滞り、そのことが患者の社会適応力をより低下させることへつながる。入院によって不適切な社会環境から離し、年齢相応の適切な社会的経験ができる環境に入れることは、行為障害患者の精神的成長を促すこととなり、行動修正につながる可能性が考えられる。また入院生活における病棟スタッフの支持的、保護的対応が患者の自己肯定感を高めることに役立ち、行動修正につながることも臨床場面では決して珍しくない。

家族への支援

行為障害患者では養育環境や家庭状況の問題がしばしば認められる。そのような場合家族の側に患者自身や患者の問題行動に対処する力や余裕がなく、そうした家族の弱さそのものが患者の行為の問題をより悪化させる要因となりうる。また元々は力のある家族であっても度重なる患者の問題行動によって疲労困憊し、対処する力がなくなってしまうこともある。さらには患者の問題行動に対して家族のみで何とか対処しようとして行き詰っている場合もしばしば認める。行為障害患者に対して入院治療を導入することによって家族にとっては医療機関、医療者という『同盟相手』ができるわけであ

IV. 行為障害の治療

り、そのことによる安心感に加えて医療者からの直接的なアドバイスや援助によって家族の力を引き上げることができる。家族の力の強化は患者の退院後の生活を考えた上で治療上非常に重要な要素となる。また入院をきっかけとして医療機関を介した形で地域や各種機関との連携がしやすくなり、患者や家族をサポートする体制を作りやすくなるという場合も多い。

継続的な治療ないし関与の導入

行為障害患者は冒頭に述べたように患者自身が行為の問題に関して治療意欲を持って医療的な介入を求めることが非常に稀であり、外来治療のみでは家族だけが相談のため来院をするのみで患者自身の治療につながらないことも多い。また患者の多くはそもそも自身の問題が医療によって改善すること自体に疑いを持っていることが多い。入院治療の中で患者自身に行動上の問題を自覚させると共に、実際に治療により改善したという実感を持ってもらうことによって治療の必要性を理解させ、退院後も含めた継続的な医療的関与の下地を作っていくことは重要である。

以上医療機関における入院治療という形での行為障害患者に対する介入について述べてきたが、実際には多くの場合入院治療だけでは行為障害に対する介入の効果としては不十分であり、こうした医療機関の治療に加えて地域、司法、福祉、教育等との協力、連携が極めて重要であることを最後に強調しておく。

3. 児童相談所による介入

立川児童相談所 影山 孝

児童相談所の機能

児童相談所は、児童福祉法の「児童の福祉を保障する」という法の理念のもとに「児童の福祉に関する事項」について相談・調査・判定・指導・保護等を行います。

また、法は児童相談所が、子どもの福祉を守るために必要な場合には、子どもや保護者の意思に反しても一時保護や、家庭裁判所へ審判の申し立てを行い、子どもの援助を行うこととしています。

このことは、児童相談所が非行相談の対応にあたって、あくまでも子どもの福祉の観点から子どもを理解し、子どもや保護者に社会の意思を代表して指導・援助の必要性を伝え、可能な援助の手立てを見出して実行していくことを求められているということです。

子どもや保護者の周囲には、学校や就労先をはじめとして、それぞれを支える様々な関係者が存在しています。児童相談所は子ども・保護者の力を最大の拠りどころとして、関係者との協力関係を構築しながら、在宅での援助を柱に、施設入所や家庭裁判所送致も含んだ援助を展開しています。

児童相談所の非行相談に対応する主な機能としては、次のものが挙げられます。

相談援助機能

家庭等からの子どもに関する非行相談に対して、必要に応じて専門的な角度から総合的に調査・診断・判定（総合診断）を行い、それに基づいて援助方針を定め、子どもへの援助を行う機能。

一時保護機能

必要と認められる場合に、子どもを児童相談所の一時保護所に一時保護を行うか、警察、医療機関、児童福祉施設、その他児童福祉に深い理解と経験を有する適当な者に、一時保護を委託することにより、緊急保護及び行動観察並びに短期入所指導の目的を達する機能。

措置機能

子ども又は保護者を児童福祉司や児童委員に指導させる。児童自立支援施設、児童養護施設等の児童福祉施設に入所させる機能。また、家庭裁判所の審判に付することが適当であると認められる子どもを家庭裁判所に送致する機能。里親に養育を委託すること及び子ども又は保護者に訓戒を与え、誓約書を提出させる機能も含まれます。

児童相談所の非行相談の特徴

(1) 児童の年齢的特徴

警察の少年非行による検挙・補導人員の大半が義務教育終了後の子どもたちであるのに比べて、児童相談所が関わる非行相談は小・中学生が中心となっています。

東京都の児童相談所における非行相談について、平成15年度の全件調査を行った「東京都の児童相談所における非行相談と児童自立支援施設の現状」（以下「非行相談白書」）によれば、中学生の相談が約71%、小学生が約16%とその大半を占めています。一方、警察庁の平成17年「少年の補導及び保護の概況」によれば、少年刑法犯検挙人員の約7割は義務教育終了後の児童が占めています。

(2) 家族の特徴

児童相談所において非行相談のあった子どもの属する家族形態の特徴は「非行相談白書」によれば、実父母がそろっている家庭が約37%、実親ではないが養継父母も含めた父母がそろって

IV. 行為障害の治療

いる家庭が約 49%を占めています。家族形態について別の見方をすれば、実母のみの家庭が約 33%、実父のみの家庭が約 9%であり、約 42%がひとり親家庭であることがわかります。

(3) 虐待の影響

非行相談を受けた子どもの調査過程で、過去も含めて虐待を受けた割合は約 3 割となっています。(非行相談白書)

子どもが幼少期から不適切な養育を受け、やがて虐待の要素が強まり、不良行為や非行に至ったケースが多数あることが推定されます。

このように、児童相談所が関わる非行相談は、比較的低年齢で要保護性が高いケースが数多く占めていることが特徴です。

非行相談の受付

(1) 警察からの相談

警察は、児童福祉法第 25 条にもとづいて警察が関わった子ども（検挙・補導少年・保護した子ども等）で「保護者のない児童又は保護者に監護させることが不相当と認める児童（要保護児童）」を児童相談所に通告しますが、その多くを非行行為があった子どもが占めています。

刑罰法令に触れる行為を行った子どものうち 14 歳未満の子どもについて警察は家庭裁判所に通告することが出来ませんので、要保護性を判断したうえで、児童相談所に通告することになります。また、少年法第 3 条による虞犯少年については、年齢に関係なく要保護性を判断して児童相談所に通告します。(14 歳以上の虞犯少年は家庭裁判所、児童相談所いずれにも通告可能)

警察からの通告の場合に、子どもの身柄を伴っての通告と子どもの身柄は在宅のみで書類が送られてくる場合があります。

(2) 家庭裁判所からの送致

家庭裁判所は調査の結果、児童福祉法上の措置が相当と認めるときは、事件を児童相談所長に送致します。

これは家庭裁判所の審判で児童自立支援施設や児童養護施設への入所措置が決定され、その執行を児童福祉司にゆだねられるのとは異なり、児童相談所が相談援助活動を行っていくこととなります。

(3) その他の相談

保護者、学校、地域等から子どもの問題行動についての相談がよせられます。ごく少数ですが、子ども本人から相談が寄せられることもあります。

相談の経路別割合は、警察からの通告が約 5 割、家庭裁判所からの送致が約 5%、残りが家庭等からの相談となっています。(非行相談白書)

調査・診断

非行相談を受け付けた後、児童相談所は調査を行います。調査にあたっては児童相談所が子どもの福祉を守るための援助活動を行う立場にあること（処罰する機関でないことを）を説明します。子どもや保護者の中には処罰を受け、不利益をこうむるのではないかと誤解して、なかなか真実を話してくれないこともあるからです。

子どもの援助にあたっては、子どもの状態をできる限り正確に把握することから始まります。

(1) 相談者からの調査面接

相談者が相談するに至った動機と相談の目的を聞き取り、相談者がわかっている子どもの問題

行動や相談者が考えている子どもの行動の背景や動機、子どもの周辺環境の状態、相談援助に当たった疑問、不安等を聞き取ります。相談者が子どもや保護者以外の場合には、相談者が行える援助方法と限界についても確認を行います。そのうえで、児童相談所が今後どんな立場で援助を行えるのかなどの説明を行います。

(2) 子どもの調査面接

子どもは、自分が置かれた環境の中で、一生懸命生きています。そして自分には大人や社会の保護や援助が必要であることを実感しています。しかし、そのことを認識しながらも様々な事情や周囲の影響によって問題行動を起こしているのです。

子どもは、援助者が自分の行動スタイルを変化させようとしていることを感じ取ると他人に責任を転嫁し、事実を否定して、その場から逃れようとする場合があります。しかし、援助者である児童相談所は「子どもは社会参加の意欲を持ち続けて、適切な援助が得られれば驚くほどの可逆性をもって成長していける」との姿勢で面接に挑み、児童相談所が子どもと面接することになった理由や経緯、その役割を伝え、難しい立場にある子どもがどのように行動したらいいのか一緒に考える立場にあることを伝えます。

次に、児童相談所に相談・通告されたきっかけになった事実を子どもから確認しますが、子どもの背後にある事情によって矛盾した言動をとらせていないか、社会規範や道徳から逸脱しているかの側面よりも、一人の人間の考えとして理解できるかという視点から理解を進めていくことが大切です。

面接を通して子どもとの関係が築けたら、生活上の課題を話し合います。その際に、当面の課題・目標として子どもが周囲との折り合いを保ちながら生活していくうえで実現可能な課題設定を行います。「今より悪くならないようにやってみる」という課題に取り組みさせることが子どもの考え方の転機になります。一方、実現可能性の低い課題設定は子どもの挫折感や援助者への忌避感を招くことになるので、よく話し合っって具体的な課題設定を行います。

(3) 保護者への調査面接

保護者のほとんどは、子どもと共に生活し、子どもの行動に強い責任感を持ち、成長と自立を願っているものです。しかし、子どもの心情を理解しようとしなかったり、虐待を行うなど子どもの非行の要因と考えられる側面を持っている場合もあります。また、子どもの問題行動が深刻なほど、長期にわたって悩み続け、諦めや怒りなどの複雑な感情を抱いている場合、孤立感を持っている場合や援助者に対する警戒感を持っている場合もあります。

しかし、保護者は今後も子どもの成長に深くかかわっていく存在であり、子どもにとっても愛憎入り混じった様々な感情を持ちながらも最も強い絆を持ち続ける援助者的な存在でもあるのです。そこで、児童相談所は保護者との面接にあたっては、保護者が行ってきた養育について共感しながら、いつから子どもと噛み合わなくなってしまったのか、またその背景について、一緒に考える姿勢で面接に臨みます。

また、養育する中で保護者が楽しく感じたエピソードなどを傾聴しながら、子どもの生育歴を調査します。そして、子どもの問題行動をどのように考え、今後どのようにかかわっていくことができるのかを援助者の助言を交えて、保護者自らが考えていけるように援助します。

(4) 心理診断

心理検査などを用いて、子どもの問題行動の原因や子どもの特徴などについて診断を行います。診断項目の内容としては、自我の発達程度・知能レベル・知能構造・学力の状態、家庭・学校・

IV. 行為障害の治療

地域での対人関係や適応状況、性格・情緒の安定度や自己評価・将来展望の有無と妥当性、非行の質などに整理できます。

また、子どもの問題行動は発達障害や知的障害の二次障害として発生することもあるので注意が必要です。

(5) 医学診断

非行相談の調査・診断過程で重篤な心的外傷体験がある場合、発達障害の疑いがあるが医師の診断を受けた経験がない場合、逸脱行動が奇異であり、説明を求めても理解しにくい場合には、積極的に医学診断も行うようにします。

医学診断の機能としては、非行発生の精神医学的メカニズムを明らかにすること、医学的な視点を他職種との協働の中に加えることにより包括的な援助方法を立てること、必要に応じて医学的な治療を開始し、医療機関と連携することにあります。

(6) 一時保護による行動診断

一時保護は、子どもの緊急保護、観察・診断、生活指導、関係調整、施設入所のための動機付けなどの機能を持っています。

一時保護の期間は、原則として2ヶ月を超えてはならないと定められていますので、一時保護の生活が長期に及ばないようにします。

一時保護所の生活の中で、子どもの行動観察は重要な要素を持ちます。一時保護所の職員が子どもと起居を共にする中で、生活を中心とした観察・調査、集団生活の中での対人関係を調査し、行動診断を行います。

また、非行相談でかかわる子どもは、生活リズムを乱し、時には昼夜逆転の生活や不規則な生活パターンが身につけていることが多いのですが、一時保護所で規則正しい生活を体験させることができます。

ただし、一時保護所の生活は限られた生活空間と限定された人間関係、さらには期間が限定されているので、そこでの規則正しい生活がそのまま社会生活につながらないこともあります。

(7) 総合診断

社会診断、心理診断（必要に応じて医学診断）、行動診断を行ったうえで、子どもに対しての総合診断を実施し、援助方針を策定します。各種調査・診断が、子どもや保護者にとっての指導や援助の要素も含んでいますので、調査・診断過程を通じて、子どもの問題が収束していく場合も少なくありません。

子どもは、児童相談所が調査・診断のためにかかわることで「社会の壁」を認識したり、子どもを取り巻く人間関係の短期的な関係調整によって、行動の改善が図られることもあります。

児童相談所では、相談の受付から援助方針の策定までを一定期間に行うこととしています。（東京都の場合、おおむね3ヶ月）

こうした調査・診断過程を経ても、子どもの行動の改善が期待できない場合には、援助措置について検討することになります。

主な援助措置

児童相談所の援助措置は、子どもの内面の特性を把握し、可能性や限界などについて理解させ、自分を見つめ直すことや自己決定ができるように自立を支援することを目的とします。

子どもに対して、社会の仕組みや様々な環境で生きている人たちの現実などについて、正確に理解