

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

発達障害とライフステージ

青年期における発達障害と精神科医療

近 藤 直 司

精神神経学雑誌 第 111 卷 第 11 号 別刷

平成 21 年 11 月 25 日 発行

PSYCHIATRIA ET NEUROLOGIA JAPONICA

Annus 111, Numerus 11, 2009

第 105 回日本精神神経学会総会

シ | ソ | ポ | ジ | ウ | ム

青年期における発達障害と精神科医療

近藤 直司（山梨県立精神保健福祉センター、山梨県中央児童相談所）

近年、さまざまな精神医学的問題をもつ青年期ケースの中に発達障害を背景とするものが少なくなっていることが明らかになってきている。本稿では、青年期のひきこもり問題における発達障害、青年期の発達障害ケースを支援する地域ネットワーク支援における精神科医療の役割、さらに、青年期における発達障害の診断に関する課題について検討した。

全国の発達障害者支援センターと精神保健福祉センターを対象とした調査結果からは、発達障害ケースに対する地域ネットワーク支援において、精神科医療機関には薬物療法、デイケア利用、危機介入的な入院治療などの他、確定診断や診断書作成などが期待されていた。同時に、精神科医療機関を含むネットワーク支援の課題として、精神科医療機関や精神科医の発達障害に対する認識に関する問題が多く指摘されていた。

青年期の広汎性発達障害ケースについて、ひきこもりを伴う群と伴わない群とを比較した研究からは、ひきこもりをきたす広汎性発達障害ケースは内向的・受身的なタイプが多く、発達歴と現在の発達・行動所見の慎重な把握が必要であることが明らかになった。近年、障害者自立支援法に基づく福祉サービスを利用するため、精神障害者保健福祉手帳を取得する高機能の発達障害ケースが増えており、精神科医にとって、発達障害の診断が重要かつ困難を伴う課題であり、今後、詳細な検討が必要であると考えられる。

1.はじめに

近年、さまざまな精神医学的問題をもつ青年期ケースの中に発達障害を背景とするものが少なくないことが明らかになってきており、有効な支援を展開するうえで、まずは発達障害に気づくこと、そして、個々の発達特性や精神・心理状態を踏まえた支援を工夫することが重要な課題となっている。本稿では、青年期のひきこもり問題における発達障害、青年期の発達障害ケースを支援する地域ネットワーク支援における精神科医療の役割、さらに、青年期における発達障害の診断に関する課題について検討する。

2.青年期ひきこもりケースと発達障害

まず、青年期のひきこもり問題と発達障害との関連について検討する。平成 19 年度から組織さ

れている厚生労働科学研究「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・支援システムの構築に関する研究（主任研究者：齊藤万比古）」¹⁾において、研究対象としての「ひきこもり」は以下のように定義されている。

『本研究におけるひきこもりとは、様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には 6 ヶ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしていてもよい）を指す現象概念である。』

その分担研究として、筆者らは岩手県、石川県、さいたま市、和歌山県の精神保健福祉センター（こころの健康センター）との共同研究²⁾を実施しており、16 歳から 36 歳までのひきこもりケー

スの精神医学的診断について検討している。平成19年度および20年11月までの時点では281件のケースが研究対象となり、性比は男性211件、女性70件、平均年齢は24.5歳であった。このうち、調査実施期間に本人が来談した152件(54.1%)について、各機関でDSM-IV-TRにもとづいて診断した。情報不足などのため診断保留となった27件を除く125件(152件中の82.2%)で診断が確定し、治療・援助方針までを含めて以下の三群²⁾に分けて集計した。

<第一群>

統合失調症、気分障害、不安障害などを主診断とし、薬物療法などの生物学的治療が不可欠ないしはその有効性が期待されるもの。生物学的治療だけでなく、病状や障害に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が必要となる場合もある。

<第二群>

広汎性発達障害や知的障害などの発達障害を主診断とし、発達特性に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。二次的に生じた情緒的・心理的問題、あるいは併存障害としての精神障害への治療・支援が必要な場合もある。

<第三群>

パーソナリティ障害(傾向traitを含む)や適応障害、身体表現性障害などを主診断とし、心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。気分障害や不安障害のうち、薬物療法が無効なために心理-社会的支援が中心になるものも含む。

125件の群別件数と割合は、第一群が39件(31%)、第二群が41件(33%)、第三群が45件(36%)であり、いずれにも当てはまらないと判定されたケースはなかった。第二群に分類された41件に記載された第1軸、2軸診断としては、軽度知的障害が12件と最も多く、次いで自閉性障害11件、アスペルガー障害10件、特定不能の広汎性発達障害4件、中度知的障害2件、注意欠陥/多動性障害2件、算数障害1件の他、下位分類の記載が漏れていた広汎性発達障害が1件あつ

た(重複診断あり)。併存障害は、強迫性障害と社会恐怖(社会不安障害)を中心に不安障害6件、気分障害3件、適応障害1件、妄想性障害1件、解離性障害1件であった。相談・支援の転帰は、社会参加6件、精神科医療機関への紹介3件、他の相談支援機関への紹介12件、精神保健福祉センターで相談を継続18件、中断2件であり(重複あり)、医療機関よりも発達障害者支援センターや精神保健福祉センターなどの相談機関が支援の中心となっていた。また、第二群だけでなく、併存する統合失調症や妄想性障害が主診断と判断されたために第一群に分類されたケースの中にも自閉性障害、軽度知的障害、中度知的障害が1件ずつ、第三群の中にもトゥレット障害が1件含まれていた。

これらの知見は、多くの青年期ひきこもりケースに発達障害が関連していることを示すものであり、ひきこもり問題への対策を包括的に検討する際、発達障害をもつ人たちと家族への支援体制・制度を如何に構築するかという視点を欠かすことはできないことを示している。また、これらのケースは、ほとんどがこれまで未診断であり、就学前の療育や特別支援教育を受けた経験のない人たちである。すでに深刻な二次障害が固定化した状態に至っていることが多いことから、福祉サービスや就労支援などの社会資源を活用できるようになるまでに根気強い心理療法的アプローチが必要になる場合が少なくない³⁾。

3. ひきこもりを伴う広汎性発達障害ケースの特性について

高機能の広汎性発達障害ケースを、社会的ひきこもりを伴う群(以下、ひきこもり群)と伴わない群(以下、非ひきこもり群)に分けて両群の特性を比較・検討した研究結果⁵⁾を示し、ひきこもりをきたしやすい広汎性発達障害の特徴について明確にしたい。

平成X年Y月～Y+8月までの期間で、山梨県発達障害者支援センターに本人が来談した16歳以上、IQ 75以上の広汎性発達障害ケースで、

調査に対する同意が得られた34件を対象とした。ひきこもり群は12件、非ひきこもり群は22件であった。ひきこもり群12件の主診断は自閉性障害4件、アスペルガー障害2件、PDD-NOS6件、併存障害としては、社会恐怖や強迫性障害、特定不能の不安障害などの不安障害が7件、大うつ病性障害や小うつ病性障害などの気分障害が6件、(厳密には除外診断であるが)選択性緘默が2件、境界知能が2件、書字表出障害が1件であった。相談・面接場面において把握された心理的所見としては、ひきこもり群のケースでは被害感が強い傾向があった。また、PARS(広汎性発達障害日本自閉症協会評価尺度)については、幼児期における特徴的な発達歴を尋ねる「回顧評定」、現在/最近の症状や対人関係上の問題などを尋ねる「現在評定」とともに、ひきこもり群の得点が有意に低く、非ひきこもり群に比べて広汎性発達障害に特徴的な発達歴や症状・行動特性が目立たないことが明らかになった。主要5因子性格検査においては従順・受身態度などの内向性が高く、周囲への迷惑行為の出現頻度が低いことや、家族の勧めによって医療・相談機関を利用する割合が多く、教師など家族以外の勧めによるものが少なかったことから、ひきこもり群のケースは発達歴や現在症において広汎性発達障害に特徴的な所見に乏しい傾向があり、乳幼児期から学童期において障害に気づかれにくいことが予測された。また、ひきこもっている現時点においても、きわめて慎重な発達・行動所見の把握が必要であり、現状においては、一般的な精神科医療機関や相談機関では的確に診断されない場合があるものと思われた。

4. 地域のネットワーク支援と精神科医療の役割

次に、発達障害者支援センターと精神保健福祉センターで実践されている高機能の発達障害者へのネットワーク支援に関する調査結果⁶⁾から、高機能の発達障害ケースに対する地域ネットワーク支援における精神科医療の役割と課題について述べる。

調査は、全国発達障害者支援センター連絡協議

会と全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを活用し、発達障害者支援センター73ヶ所と精神保健福祉センター67ヶ所、合計140機関から、15歳以上の高機能広汎性発達障害、注意欠陥/多動性障害、学習障害など、高機能の発達障害ケース(確定診断されているケースの他、その可能性が強く疑われるものも含める)に対して、他機関とのネットワークによって支援した実践例を収集した。

ここでは、ネットワーク支援を以下の二つに限定した。

①一つのケースに複数の支援課題があり、複数の機関・支援者が同時に関与していること(以下、「協働」と呼ぶ)。

②クライエントの加齢や社会的立場の変化(卒業、進学、就労など)、あるいは、これまでの支援により新たな支援段階に達したために、おもな支援機関が移行すること(以下、「移行」と呼ぶ)。

他機関とのネットワークによって支援した実践例が「ある」と回答したのは、発達障害者支援センター28機関、精神保健福祉センター25機関であり、このうち28機関から181ケースについて回答が寄せられた。このうち、医療機関が協働に加わっていたものが98ケース(54%)と最も多く、続いて、他の福祉・保健機関との協働が93ケース(51%)、就労支援機関との協働が90ケース(49%)、教育機関との協働が34ケース(18%)、司法関係は9ケース(4%)であった(重複あり)。

精神科医療機関を含むネットワーク支援には、医療機関から他の機関へ紹介または協働を依頼する場合と、相談支援機関が精神科医療機関に紹介または協働を依頼する場合があった。以下、これらの移行・協働の実際と精神科医療機関の担う役割と、精神科医療機関を含むネットワーク支援の課題としてあげられていた記述を整理する。

1) 医療機関が他機関を紹介して協働する場合、または、おもな支援機関が医療機関から他機関に移行する場合

精神科医療機関において確定診断された後、生活・就労支援や学校に対するコンサルテーションなどの心理-社会的支援を目的として、発達障害者支援センターなどに紹介されるケースがあった。また、入院治療から外来・地域支援に移行する際に、デイケアや思春期グループの利用を目的に精神保健福祉センターなどに紹介されたケースや、生活・就労支援や地域支援ネットワークのマネジメントを目的に発達障害者支援センターに紹介されたケースがあった。

この他には、通院の中止や本人がひきこもり状態に陥ったため、家族相談や自宅への訪問などを目的に、家族に医療機関が精神保健福祉センターや発達障害者支援センターなどの相談機関を紹介し、支援機関が移行したケースや、小児科や児童精神科、思春期外来などの対象年齢（15歳まで）を診療対象としている場合が多い）を越えたために、一般精神科医療機関や精神保健福祉センターに紹介・移行したケースもあった。さらに、発達障害が疑われる事例の確定診断を目的に、精神科医療機関から他の医療機関や精神保健福祉センター、発達障害者支援センターに紹介されたケースもあり、発達障害に精通する一部の医療・相談機関に紹介ケースが集中している現状の一端が明らかになったように思われる。

2) 相談支援機関が医療機関に紹介、または協働を依頼する場合

相談支援機関が精神科医療機関に紹介するパターンとしては、就労支援機関や発達障害者支援センター、学校などから、診断、薬物療法、デイケア利用、診断書作成などを目的に紹介されたものが多くいた。その他、相談支援機関で支援を継続しながら、暴力や衝動行為がエスカレートしたときなどに、短期の精神科入院治療を活用していたケースがあった。

3) 精神科医療機関の担う役割と問題点について

上記のような協働においては、精神科医療機関が薬物療法を担い、カウンセリングや生活・就労支援などの心理-社会的支援を相談支援機関が担っているパターンが最も一般的なようである。薬物療法の対象となる精神障害や標的症状としては、不安障害（対人恐怖・社会恐怖、強迫症状、パニック発作など）、気分障害（うつ状態、気分易変）、易怒性・衝動性、かんしゃくの問題などが多く、一部には、依存症、幻聴、妄想、拒食、睡眠障害という記載もあった。その他にも、精神科医療機関が医師や心理職などによる精神・心理療法を担っている場合や、診断および精神障害者保健福祉手帳の取得を目的とした診断書作成、デイケアや本人が参加できるグループにおける支援、精神医学的アセスメントに基づく他機関への助言・コンサルテーションなどを担っていたケースがあった。また、地域によっては、これらの役割のいくつかを精神保健福祉センターが担っている場合があった。

精神科医療機関とのネットワーク支援の課題としてあげられていたのは、発達障害に対する医師同士、機関同士の捉え方に不一致があること、その時点における本人の状態についての評価や優先的な介入課題についての認識のズレが生じやすいこと、医療機関がケースを発達障害と認識していないことなど、精神科医療機関や精神科医の発達障害に対する認識に関する問題であった。

5. 診断における問題点と今後の課題

ここまで繰り返し述べてきたように、精神科医にとって青年期の広汎性発達障害ケースの診断が重要かつ困難を伴う課題となってきた。たとえば、DSM-IV-TRに準拠して診断する場合には、診断基準の各項目について過去の発達歴と現在の発達・行動上の所見を検討することになる。

まず、自閉性障害の診断基準のうち、A項目についてである。A項目は、(1)対人的相互反応における質的な障害について2項目以上、(2)意志

伝達の質的な障害について 1 項目以上、(3)行動、興味および活動の限定について 1 項目以上を満たせば自閉性障害と診断することになっている。このうち(2)は自閉性障害とアスペルガー障害とを鑑別診断するうえで特に重要であり、(a)から(d)の 4 項目の有無を確認する必要がある。このうち(a)(b)(c)の 3 項目は言語発達や会話を成立させるためのコミュニケーション能力、(d)は「ごっこ遊びや社会性を持った物まね遊びの欠如」について検討することになっており、(a)(b)(c)を満たさない場合でも、(d)の「ごっこ遊びや社会性を持った物まね遊びの欠如」が確認できれば、(2)の基準を満たすことになる。青年期においては、たとえば、本やテレビのフィクションについて、「意味がわからない」「意味がない」と述べる人や、いわゆる“再現ビデオ”の場面を現在進行中の“実況放送”として捉えてしまうといった所見が把握できれば、この項目を満たすと判断できるかもしれない。しかし、養育者などから幼児期の遊びの様子を詳細に把握することは困難であり、厳密に運用しようとすれば、この一項目が不明であるために確定診断を留保せざるを得ないことがある。

また、自閉性障害の場合、B 項目において、上記の(1)(2)(3)のうち少なくとも一つが 3 歳以前に出現していたことを確認する必要がある。一方、アスペルガー障害では、3 歳以前の言語機能や認知機能、年齢相応の自己管理能力、適応的行動、環境への好奇心などに関して明らかな遅れがみられないことが強調されている。しかし一般に、ケースの年齢が高くなるほど正確な発達歴の確認は難しくなるし、養育者が記憶している発達・行動特性が 3 歳以前のものであったかどうかも判然としないケースが多くなる。したがって、発達上の問題がなかったのか、あるいは情報不足により確認できないのかを厳密に区別しない場合、アスペルガー障害や特定不能の広汎性発達障害が過剰診断される可能性があるようと思われる。

もっとも DSM-IV-TR の序文には、「診断に関する適切な臨床研修と経験をもつ人によって使用されることを想定している。重要なことは、研修

を受けていない人に DSM-IV が機械的に用いられてはならない」という記載がある。確かに、自閉性障害のいくつかの項目は、それを読むだけでは、どのような所見をとればよいのかわからないものも少なくないし、「著明な障害」という判断基準に戸惑いを感じる臨床家も多いのではないだろうか。上記のような問題点も、現時点においては、「適切な臨床研修」によって補われるべきなのであろうが、精神科医による確定診断が多くの場合で求められるようになっている現状があり、精度の高い診断が広く実施されるような対策を検討する必要があると考えられる。こうした知識や技術の普及が、発達障害をもつ人たちへの治療・支援の向上に結びつくことが期待される。

謝 辞

本稿で紹介した共同研究³⁾にご参加いただいている石川県こころの健康センター、和歌山県精神保健福祉センター、さいたま市こころの健康センター、岩手県精神保健福祉センターの皆さんに感謝申し上げます。

本稿で引用した研究は、平成 19~20 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究」（H-19-障害-008）（研究代表者：神尾陽子）、平成 19~20 年厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学）「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・支援システムの構築に関する研究」（H-19-こころー一般-010）（研究代表者：齊藤万比古）、平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合）「青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究」（H-20-障害-一般-008）（研究代表者：近藤直司）による助成を受けて実施された。

文 献

- 1) 厚生労働科学研究（こころの健康科学）「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・支援システムの構築に関する研究」（研究代表者：齊藤万比古），平成 20 年度研究報告書，2009
- 2) 近藤直司、岩崎弘子、小林真理子ほか：青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について。精神経誌，109；834-843, 2007
- 3) 近藤直司、小林真理子、宮沢久江：広汎性発達障

害をもつ青年期ひきこもりケースの心理療法について. 思春期青年期精神医学, 18; 130-137, 2008

4) 近藤直司, 宮沢久江, 境泉 洋ほか: 思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究. 厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」(研究代表者: 齊藤万比古), 平成 20 年度研究報告書, 2009

5) 近藤直司, 小林真理子, 宇留賀正二ほか: 在宅青年・成人の支援に関する研究—ライフステージからみた青年・成人期 PDD ケースの効果的支援に関する研究ー. 厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）「ライフス

テージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に
関する研究」(研究代表者・神尾陽子), 平成 20 年度研究
報告書, 2009

6) 近藤直司, 萩原和子, 宇留賀正二ほか: 全国の発
達障害者支援センターと精神保健福祉センターにおける高
機能発達障害に対するネットワーク支援の現状とモデル事
例に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金（障害保健福
祉総合）「青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状
把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン
作成に関する研究」(研究代表者: 近藤直司), 平成 20 年
度研究報告書, 2009

文 献

- 1) Bennetto, L. and Scolding, N.: Inflammatory/post-infectious encephalomyelitis. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 75(Suppl.1); i22–28, 2004.
- 2) Buzzi, A., Ulug, A.M., Crawford, T.O. et al.: Quantitative proton MR spectroscopic imaging in acute disseminated encephalomyelitis. *AJNR. Am. J. Neuroradiol.*, 22; 1125–1130, 2001.
- 3) Dale, R.C., de Sousa, C., Chong, W.K. et al.: Acute disseminated encephalomyelitis, multiphasic disseminated encephalomyelitis and multiple sclerosis in children. *Brain*, 123; 2407–2422, 2000.
- 4) Dalton, C.M., Chard, D.T., Davies, G.R. et al.: Early development of multiple sclerosis is associated with progressive grey matter atrophy in patients presenting with clinically isolated syndromes. *Brain*, 127; 1101–1107, 2004.
- 5) Davis, L.E.: Diagnosis and treatment of acute encephalitis. *Neurologist*, 6; 145–159, 2000.
- 6) Holtmannspotter, M., Inglese, M., Rovaris, M. et al.: A diffusion tensor MRI study of basal ganglia from patients with ADEM. *J. Neurol. Sci.*, 206; 27–30, 2003.
- 7) Hurst, E.W.: Acute haemorrhagic leucoencephalitis; a previously undefined entity. *Med. J. Aust.*, 2; 1–6, 1941.
- 8) Idrissova, Z., Boldyreva, M.N., Dekonenko, E.P. et al.: Acute disseminated encephalomyelitis in children; clinical features and HLA-DR linkage. *Eur. J. Neurol.*, 10; 537–546, 2003.
- 9) Inglese, M., Salvi, F., Iannucci, G. et al.: Magnetization transfer and diffusion MR imaging of acute disseminated encephalomyelitis. *AJNR. Am. J. Neuroradiol.*, 23; 267–272, 2002.
- 10) Kimura, S., Nezu, A., Ohtsuki, N. et al.: Serial magnetic resonance imaging in children with postinfectious encephalitis. *Brain Dev.*, 18; 461–465, 1996.
- 11) Krupp, L.B., Banwell, B. and Tenembaum, S., for the International Pediatric MS Study Group.: Consensus definitions proposed for pediatric multiple sclerosis and related childhood disorders. *Neurology*, 68(suppl.2); S7–S12, 2007.
- 12) 葛原茂樹: 成人の急性ウイルス脳炎と急性散在性脳脊髄炎. *Neuroinfection*, 12; 3–10, 2007.
- 13) Leake, J.A.D., Albani, S., Kao, A.S. et al.: Acute disseminated encephalomyelitis in childhood; epidemiologic, clinical and laboratory features. *Pediatr. Infect. Dis. J.*, 23; 756–764, 2004.
- 14) Lucchinetti, C.F., Parisi, J. and Bruck, W.: The pathology of multiple sclerosis. *Neurol. Clin.*, 23; 77–105, 2005.
- 15) Mader, I., Wolff, M., Nagele, T. et al.: MRI and proton MR spectroscopy in acute disseminated encephalomyelitis. *Childs Nerv. Syst.*, 21; 566–572, 2005.
- 16) Mikaeloff, Y., Adamsbaum, C., Husson, B. et al.: MRI prognostic factors for relapse after acute CNS inflammatory demyelination in childhood. *Brain*, 127; 1942–1947, 2004.
- 17) Murthy, J.M., Yangala, R., Meena, A.K. et al.: Acute disseminated encephalomyelitis; clinical and MRI study from South India. *J. Neurol. Sci.*, 165; 133–138, 1999.
- 18) Nakayama, T. and Onoda, K.: Vaccine adverse events reported in post-marketing study of the Kitasato Institute from 1994 to 2004. *Vaccine*, 25; 570–576, 2007.
- 19) Tenembaum, S., Chamoles, N. and Fejerman, N.: Acute disseminated encephalomyelitis; a long-term follow-up study of 84 pediatric patients. *Neurology*, 59; 1224–1231, 2002.
- 20) Tenembaum, S., Chitnis, T., Ness, J. et al.: Acute disseminated encephalomyelitis. *Neurology*, 68(Suppl.2); S23–S36, 2007.

■研究報告

思春期のひきこもり・軽度非行のある不登校に対する グループ親ガイダンス

田上美千佳¹⁾ 新村 順子¹⁾ 皆川 邦直²⁾
三宅 由子¹⁾ 野津 真³⁾ 川関 和俊⁴⁾

抄録：1998年～2003年に東京都立中部総合精神保健福祉センターにおいて、グループ親ガイダンスを実施した。これに参加した不登校の子をもつ親54名を、子どもの問題がひきこもりか軽度非行（ぐ犯）かによって2群に分け、効果を比較した。Global Assessment of Functioning（以下、GAFとする）による評価で、両群とも初回時と比較して最終評価時点では改善傾向を示したが、不登校とひきこもりのある群のほうがより高い水準に達していた。また、不登校とひきこもりのある群においてグループ親ガイダンスでの親の助言活用度と子どもの問題解決ならびに健康な方向への変化が認められたが、不登校と非行のある群には有意な差は認められなかった。

精神科治療学 24(11) : 1397-1403, 2009

Key words : group parental guidance, adolescence, school non-attendance, social withdrawal, delinquency

I. はじめに

不登校・家庭内暴力・ひきこもり・いじめ・いじめられ、怠学あるいは万引きや性非行などのぐ犯といった思春期青年期の精神保健問題（以下、思春期問題と記す）は社会問題化し、行政的な対策が求められている。例えば、2007年度青少年白書¹³⁾によると、2006年度の検挙・補導された刑法犯少年は112,817人、ぐ犯少年は1,482人であり、

いずれも前年度より減少してはいるものの、刑法犯少年の年齢別割合では14歳から16歳までが62.4%と低年齢層の占める割合が高い。また、2007年度に年間30日以上欠席した不登校生徒数は、小学生23,926人（0.34%）と1997年度以来2万人を超え、中学生では105,328人と全児童数の2.91%を占めて、中学生では34人に1人とその割合は過去最高であるというように、楽観視できない状況は続いている。対策の一環として、内閣府は2003年には「青少年育成施策大綱」¹⁵⁾を決定し、青少年

2009年1月7日受稿、2009年10月5日受理

Group guidance for the parents of adolescent school non-attenders with the characteristics of social withdrawal and delinquent tendencies.

¹⁾東京都精神医学総合研究所

（〒156-8585 東京都世田谷区上北沢2-1-8）
Michika Tanoue, Ph.D., Junko Niimura, M.S., Yuko Miyake, Ph.D.: Tokyo Institute of Psychiatry, 2-1-8, Kamikitazawa, Setagaya-ku, Tokyo, 156-8585 Japan.

²⁾法政大学／サイコセラピーアンターナショナル
Kuninao Minakawa, M.D., Ph.D.: Hosei University./ Psychotherapy International.

³⁾東京都立中部総合精神保健福祉センター（現・東京都立多摩総合精神保健福祉センター）
Makoto Nozu, M.D., Ph.D.: Tokyo Metropolitan Chubu Center for Mental Health. (Current: Tokyo Metropolitan Tama Center for Mental Health.)

⁴⁾東京都立中部総合精神保健福祉センター
Kazutoshi Kawazaki, M.D.: Tokyo Metropolitan Chubu Center for Mental Health.

の健全育成に係わる政府の基本理念と中長期的な施策の方向性を示した。さらに、2008年には不登校・ひきこもり等への対応として「早期発見・早期対応に努めるとともに、成育歴等を踏まえた総合的な対応を実施」を基本的考え方の一つに掲げた新しい「青少年育成施策大綱」の枠組み¹⁶⁾を提示した。また、2008年には青少年育成施策の一環として専門的な相談要請のためのユースアドバイザー養成プログラムのテキスト¹⁷⁾も作成されたよう、思春期問題に対するメンタルヘルスへのサービスや対策は、この数年間に発展しているところである。このような試みとしては、例えばオーストラリアや英国では思春期の子ども達の精神保健問題を系統的に支援する施策がある。

思春期問題の一つであるひきこもりについては、厚生労働省のこころの健康科学研究事業として2000年から研究が行われており、2003年にはひきこもりについてのガイドラインが示されて、精神保健福祉センターや保健所等でひきこもりにある人への取り組みがなされている^{3,6)}。また、思春期・青年期のひきこもりに関する精神医学的研究や、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ように思春期問題への研究が行われている^{2,6,17)}。ひきこもりケースへの自治体での心理教育的支援方法としては、グループアプローチによる家族教室が紹介されている⁴⁾。しかし、家族アプローチの有効性は実証されておらず、家族援助技法の確立が期待されている。

ところで、2002年度に行われた不登校問題に関する調査研究報告書¹²⁾では不登校が継続している理由として、小学校においては、「あそび・非行」型の占める割合が0.7%で最も少ないのでに対して、中学校においては13.6%を占め、思春期の不登校と非行問題への対応も必要な現状にある。このような思春期非行への支援は、恐喝・暴行などについては主に警察が対処してきているが、軽度非行についてはメンタルヘルス関係者に多く期待されるところである。

このような思春期問題への治療的援助については親への治療的接近が必須であるにもかかわらず、親に直接働きかける接近の少ないことを佐藤

ら¹⁸⁾が指摘して、親マネジメントトレーニング Parent Management Training (PMT) と、親ガイダンスについて詳細なレビューを行っている。PMTは非行に対する治療効果についての報告がなされてはいるものの、PMTの臨床的意義や治療効果の維持期間の不明確さについての問題が指摘されている。親ガイダンスについては、アンナ・フロイトの理論的根拠に基づいた精神分析的親ガイダンスについて Chethic が1970年代に紹介しているが、親ガイダンスの実証的な研究はなく、成書もない現状にある。わが国では皆川⁷⁻¹⁰⁾がその方法について紹介している。

筆者らは1998年より東京都立中部総合精神保健福祉センターにおいて、統合失調症・躁うつ病と発達障害を除く子どもへの思春期デイケアを開始して、その中で親に対する支援プログラムを提供了。

研究の目的は、この非精神病の思春期親支援プログラムにおいて実施したグループ親ガイダンスの効果を、不登校とひきこもりの子どもの親群と不登校と軽度非行（ぐ犯）の子どもの親群の2群に分けて比較することにある。

すなわち、前述したような文部科学省の調査では不登校の内訳がひきこもりと非行とでは区別されていない。しかし、私たちは不登校であっても、その状態がひきこもりと非行では精神病理の質が異なると考えた。したがって、異なる精神病理をもつ子どもの親支援の有効性の程度を把握しようと試みた。もちろん、この研究のみでグループ親ガイダンスの効果を証明することはできないが、精神病理の異なる思春期問題をもつであろうと考えられる子どもの親に対する効果の違いを比較することにより、グループ親ガイダンスの実態を示すことができると考えた。

II. 「グループ親ガイダンス」の紹介

1. 「グループ親ガイダンス」の目的

子どもが健康な方向に成長して大人になっていくように、親としての子育てへの対応を具体的に助言して子どもの社会適応の改善を図ることにある。

2. 参加者

15~21歳の思春期問題のある非統合失調症・非発達障害の子どもの親。

3. 実施方法

「グループ親ガイダンス」には、「子育て心理教育」が含まれていた。

1) 「子育て心理教育」は、毎週1回、40分程度、思春期の発達をテーマに分けて知識提供した。

2) 「グループ親ガイダンス」は、思春期デイケアに参加している子どもの一部の希望する親に加えて、近隣の病院、クリニック、女子高校、児童相談所、保健福祉センター等より紹介された思春期問題をもつ15歳から21歳までの青年の親の任意に参加する半閉鎖集団であり、「グループ親ガイダンス」に関しては以下のルールを作った。最初に、グループ内では子どもの家庭や学校などの日常生活と精神保健問題について話すこと、そこで得られる情報はプライバシーの尊重のためにグループ外では話さないこと、次いで参加を終結ないし中断する場合には、その意向をグループ内で表明して話し合いの上で決断すること、3番目にグループ外での親同士の交流はしないこと、これら3つのルールを設けることでグループの構造と過程を守るように配慮した。

「グループ親ガイダンス」の方法は、毎週1回、90分間で、「子育て心理教育」を受けた後に実行した。その方法は毎回、子どもについて初めて話をする親が45分与えられて話をし、セラピストは、親の理解していない子どもの問題を同定して説明し、とりあえず親のできる対応について助言した。すなわち、①セラピストが子どもの健康的・肯定的側面と子どもの問題を整理して親に伝え返して親の不安を下げる、②参加している親が伴侶と子どもに伝える具体的・現実的な助言を提供した。次いで、後半の45分は以前話をした2~3名の親が子どもや伴侶とのやりとりについて話した。具体的には、前回受けた助言の活用の仕方、それに対する子どもの反応や、伴侶をはじめとする家族の反応、あるいは、助言を活用しなかったという経過についての話であった。その話

に対して、セラピストがまた新たな助言を提供した。「グループ親ガイダンス」終了後に、セラピスト・コセラピストならびに後述する記録者によるレビューを行った。

3) 記録者2名（精神科看護師・保健師）がグループの輪には入らず、外側からセッションを観察して、プロセス記録を行った。また、対象者の調査協力の依頼と説明を行い、調査を実施した。

III. 研究方法

1. 対象

親プログラム開始時1998年9月から2003年3月までの4年6ヵ月間に親プログラムに参加した207名の親のうち研究協力に同意した親は187名であった。そのうち、グループで子どもの問題を2回以上話した親は132名、その中で、本研究の対象は子どもの問題が不登校と非行である親（非行群）13名、不登校とひきこもりである親（ひきこもり群）41名、計54名（2回以上話をした親の40.9%）であった。非行はぐ犯であり、鑑別所入りの必要のない者であった。また、精神科診断的には統合失調症、発達障害は除外した。精神病が疑われた場合には精神科医療機関受診を勧め、診断を確認した。思春期デイケアに参加している子どもの親の参加は2名であった。対象者の主な来所経路は保健所12名（22.2%）、学校11名（20.4%）、知人11名（20.4%）、医療機関7名（13.0%）、児童相談所3名（5.6%）等からの紹介であった。

2. 方法

1) グループ親ガイダンスのプロセスは、ノートに記した。
2) 1999、2000、2001、2002年9月および2003年3月にグループ親ガイダンスに関与するセラピスト・コセラピスト（精神科医、臨床心理士等）と、記録者の5~6人全員でプロセスノートを参照しつつ振り返り、対象者毎に以下について検討して、コンセンサスを得て判定した。評価は、親が話をした最後の結果（以下、「最終時」とする）を使用した。

3) 親の助言活用度：親がグループのルールを守っているか、助言を活用しているか、少なくとも活用すべく努力しているか、あるいはその気がないかによって、親を「助言活用群」と「助言不活用群」の2群に大別した。

4) 母親の話から推測される子どもの変化（以下〈子どもの変化〉と称す）：同様にスタッフのディスカッションとコンセンサスによって、子どもの問題や症状あるいは状態を、グループ親ガイダンス参加時（以下、「開始時」とする）と比べて悪化あるいは、変化していない「悪化不变群」と、緩和あるいは、発達の方向と同定して「発達群」の2群に分けた。

5) GAF (Global Assessment Functioning Scale) 評価：開始時と最終時の子どもの症状・社会適応度を児童精神科医がGAFの9段階（10-100点、1段階の評価幅は10点）で評価した。さらに、GAFを60以下と61以上のそれぞれ2群に大別した。

6) 上記の活用度・変化について、非行群とひきこもり群とで比較検討した。連続量にはt検定あるいはU検定、質的データについてはカイ²乗検定を用いた。介入前後の子どものGAFの変化についてMcNemar検定を行った。

3. 倫理的配慮

グループ親ガイダンスではルールを毎回のグループ開始時に説明するとともに、参加者に研究者がグループを見学しプロセス記録をすることの了承を得た。本研究は参加した親に研究の主旨や内容、参加は自由意志であり研究不参加による不利益がないことを口頭で説明して研究協力の同意を得、研究に用いる自記式質問紙への記入を依頼した。なお、本研究は東京都精神医学総合研究所倫理委員会の承認を得た。

IV. 結 果

1. 対象者と子どもの背景

非行群は13名、非行群の子どもは平均16.2歳（SD=1.9）、父親は48.8歳（SD=5.5）、母親は45.7歳（SD=3.6）であった。ひきこもり群は41名、

ひきこもり群の子どもは平均16.1歳（SD=1.8）、父親は平均50.3歳（SD=5.0）、母親は平均48.4歳（SD=4.0）であり、子どもと父親の年齢は両群間で有意差はなく、母親の年齢はひきこもり群のほうが非行群よりやや高かった（p=0.036）（表1）。親の学歴は、非行群の父親は、大学卒7名（53.8%）、高校卒5名、不明1名、母親は大学卒・短大卒・高校卒がそれぞれ4名（30.8%）、不明1名であった。ひきこもり群の父親は大学卒23名（56.1%）、短大卒1名、高校卒10名、中学卒4名、不明3名、母親は大学卒10名（24.4%）、短大卒16名（39.0%）、高校卒10名、中学卒2名、不明2名であった。子どもの性別は、非行群男子が4名、女子が9名、ひきこもり群男子は21名、女子は20名であった。参加者は両親同席の場合もあったが、継続しての参加は53名が母親で父親は1名であった。

2. 親の助言活用度

非行群、ひきこもり群における最終時の親の助言活用度の割合を表2に示した。非行群における助言活用群は30.8%と少なく、その一方、ひきこもり群での助言活用群は78.0%であった（p=0.002）。これには有意差が認められた。

3. 子どもの精神症状・行動の改善

1) 子どもの変化

非行・ひきこもり群における子どもの変化については、非行群では悪化不变が8名（61.5%）と発達の5名（38.5%）に比べて多かった。ひきこもり群では発達の方向が30名（73.2%）であり、ひきこもり群の発達への変化の方が非行群に比べて有意に多かった（p=0.022）（表3）。

2) 子どもの症状ならびに社会適応度の評価

GAF評価を用いた子どもの症状と社会適応度については、表4に示す通りである。子どものGAFは、開始時、非行群では31点から60点が各段階3名（23.1%）と多く、ひきこもり群では41点から50点台が多かった。非行群では、40点以下は開始時4名であったが、最終時には3名に減少、61点以上は開始時3名から最終時5名に増加した。一方、ひきこもり群では開始時には3名で

表1 対象家族、子どもの年齢

全体	非行群 (N=13)		ひきこもり群 (N=41)	
	平均値	SD	平均値	SD
家族の年齢 父	49.9	48.8	50.3	5.0
家族の年齢 母	47.7	45.7	48.4	4.0
子どもの年齢	16.2	16.2	16.1	1.8

表2 子どもの問題と親の助言活用度の特性（最終時）

助言活用度	非行 (%)	ひきこもり (%)		合計 (%)
		ひきこもり (%)	合計 (%)	
助言不活用群	9 (69.2)	9 (22.0)	18 (33.3)	
助言活用群	4 (30.8)	32 (78.0)	36 (66.7)	
合計	13 (100.0)	41 (100.0)	54 (100.0)	

 $\chi^2 = 9.929$ (df=1), p=0.002

表3 スタッフ評価による子どもの変化（最終時）

	非行 (%)	ひきこもり (%)		合計 (%)
		ひきこもり (%)	合計 (%)	
悪化不变	8 (61.5)	11 (26.8)	19 (35.2)	
発達	5 (38.5)	30 (73.2)	35 (64.8)	
合計	13 (100.0)	41 (100.0)	54 (100.0)	

 $\chi^2 = 5.214$ (df=1), p=0.022

表4 介入前後のGAF評価

GAF	開始時			最終時		
	非行 (%)	ひきこもり (%)	合計 (%)	非行 (%)	ひきこもり (%)	合計 (%)
11-20	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (1.9)	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (1.9)
21-30	0 (0.0)	1 (2.4)	1 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
31-40	3 (23.1)	2 (4.9)	5 (9.3)	2 (15.4)	0 (0.0)	2 (3.7)
41-50	3 (23.1)	21 (51.2)	24 (44.4)	3 (23.1)	10 (24.4)	13 (24.1)
51-60	3 (23.1)	17 (41.5)	20 (37.0)	2 (15.4)	7 (17.1)	9 (16.7)
61-70	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (1.9)	1 (7.7)	7 (17.1)	8 (14.8)
71-80	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (1.9)	2 (15.4)	13 (31.7)	15 (27.8)
81-90	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (1.9)	2 (15.4)	2 (4.9)	4 (7.4)
91-100	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (4.9)	2 (3.7)

表5 最終時の子どものGAF

	非行 (%)	ひきこもり (%)		合計 (%)
		ひきこもり (%)	合計 (%)	
≤60	8 (61.5)	17 (41.5)	25 (46.3)	
≥61	5 (38.5)	24 (58.5)	29 (53.7)	
合計	13 (100.0)	41 (100.0)	54 (100.0)	

 $\chi^2 = 1.600$ (df=1), p=0.206

あった40点以下が0名に減少、61点以上は開始時0名から最終時は24名に増加した。両群ともに改善傾向を示してはいるものの、最終時61点以上がひきこもり群の58.5%に対して、非行群では38.5

%にすぎなかった。しかし、この割合には統計的有意差を認めなかった (p=0.206) (表5)。

群毎にプログラム開始前後の子どものGAFの変化についてみると、非行群では開始時50.1 (SD=1.9)、最終時は55.5 (SD=2.1) と平均値は5.4点上昇し、ひきこもり群では開始時の平均が48.7 (SD=0.7)、最終時は64.5 (SD=1.5) と平均値は15.8点上昇していた。開始時・最終時で McNemar 検定を行った結果、ひきこもり群ではGAF 得点に有意な上昇が認められた (p<0.001) が、非行群では有意差はなかった (p=0.248) (図1)。

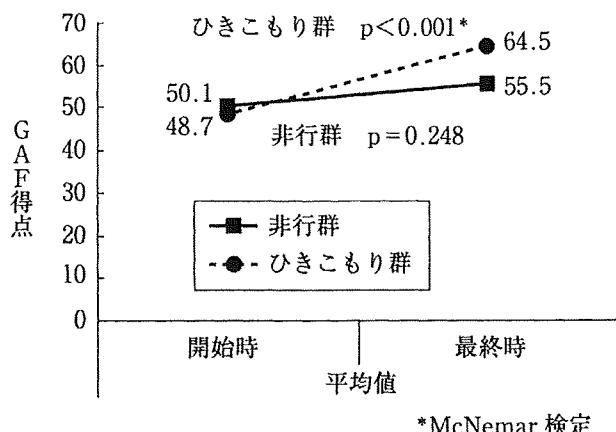


図1 非行群、ひきこもり群のGAF得点の変化

V. 考 察

1. 不登校と非行、ひきこもりケースへのグループ親ガイダンスの効果

グループ親ガイダンス時の発言内容から、ひきこもり群の親の方が非行群と比較して、グループのルールを守る傾向が強く、受けた助言を活用して子どもと関わることができるという結果になっていた。子どもの変化については、スタッフ評価において、ひきこもり群の子どもの方が健康な発達の方向に有意に変化していることが示された。つまり、ひきこもり群の親の方がグループ親ガイダンスでの助言を活用して、子どもの問題を改善する手助けをしやすい傾向にあることを示唆している。一方、非行群では助言活用度、子どもの変化とともにひきこもり群に比べると改善傾向には至らず、非行群の親は助言を自律的に活かすことがひきこもり群よりも困難であると考えられる。

また、子どもの症状ならびに社会適応度については、ひきこもり群・非行群の両群において介入前後で子どものGAF得点の平均が上昇した。つまり、ひきこもり群の親は、子どものためにグループ親ガイダンスを活用しつつ子どもと関わり続けることにより、子どもの発達路線への回復を助けることができると考えられる。そして、思春期青年期の不登校とひきこもりのある子どもがたとえ治療を拒否したとしても、その子どもの親にグループ親ガイダンスと子育て心理教育を併用しつ

つ提供することには治療的効果があることを示唆していると考える。非行群では子どもの変化について有意な効果は本データから得られなかったが、子どものGAF得点の上昇する事例があるため、軽度非行の親にとってもグループ親ガイダンスを提供することは、無意味であるとはいえない。

2. グループ親ガイダンスとしての方法

グループ親ガイダンスでは、数人から10数人のメンバーが集まるので、セラピーグループとしての配慮が必要である。グループの陰性転移は時に個人療法におけるそれ以上に破壊的になり得るので、グループの構造設定を慎重に考慮しなければならない。本グループでは、発言者を指定して、それ以外のメンバーの発言を積極的に奨励しなかったのは、そのためである。また、グループの目的は参加メンバーの子どもの発達援助であり、親個人の発達援助ではないことを明確にした。

以上のようなワークグループとしての構造への配慮に加えて、セラピストには子どもの精神発達に関する十分な知識が求められる。親のする話から子どもの外的葛藤と内在化した葛藤を推測して、外的葛藤の親側のそれを改善する方向に助言する。親が助言に従って行動変容していくには、親は穏やかな陽性転移をセラピストとグループに対して維持しなければならない。

参加期間が長くなるとともにメンバーは、この親グループと子育て心理教育が、親子関係のみならず親の夫婦関係をも支えるものであることを知り、慣れない新メンバーの不安を緩和する方向に動くことが観察された。このようにグループの自律性が育つには半年を要したが、いったん、自律性が育つとグループの維持は容易になる。

この親グループから統合失調症と発達障害の子どもの親を除外した理由は、このグループの自律性の発展には同様の問題、すなわち容易に子どもが発達し得る問題をもつ親グループである必要性があるからであったが、実際にこの設定は有用であったといえる。

3. 本研究の限界と課題

本研究はケーススタディーであり、対照群（グループ親ガイダンスを利用していない群）を設定したデザインではない。したがって、本研究の親ガイダンス前後の指標の変化のみではグループ親ガイダンスの効果を結論づけることはできない。今後、対照群を用いた研究を行う必要がある。さらに、本研究では、グループ親ガイダンスを実施するスタッフとその結果を評価する者が、一部同一であり、ここに本研究の限界がある。しかしながら、直接には参加せずグループの経過を把握する記録者とガイダンスチームのスタッフ全員によるコンセンサスによって臨床的判断を下していくアプローチは現実的かつ合理的な方法であろう。そして本研究で得たデータには現時点で望み得る限りの客観性があると考える。また、本研究は1998年から2003年まで実施したプログラムの評価である。現在も中学生の不登校生徒数は生徒1,000人あたり約30人と少なくない。そのため、思春期問題への親支援の意義は当時も現在も変わらないと思われる。したがって、本研究は現在も通用する不登校問題をもつ子どもの親への支援に関する実証的なデータであると考える。

VII. 結論

不登校ケース54名を不登校とひきこもりである子どもの親（ひきこもり群）41名、不登校と非行である子どもの親（非行群）13名に分類して、4年6ヵ月間のグループ親ガイダンスの評価を行った。その結果、不登校とひきこもりのある群において、グループ親ガイダンスでの親の助言活用度と子どもの問題の解決ならびに健康な方向への変化が認められた。

謝辞

グループ親ガイダンス実施にあたり、ご協力いただきました東京都立中部総合精神保健福祉センター関係者の皆様に感謝申し上げます。

文献

- Chethik, M.: *Techniques of Child Therapy*. Guilford Press, NY, 1989. (齊藤久美子監訳: 子

どもの心理療法. 創元社, 大阪, 1999.)

- 井上洋一: 思春期・青年期の「ひきこもり」に関する精神医学的研究. 厚生労働省科学研究費補助金平成17年度-18年度総合研究報告書, 2007.
- 伊藤順一郎: 地域保健におけるひきこもりへの対応ガイドライン. じほう, 東京, 2004.
- 近藤直司: ひきこもりケースの家族援助: 相談・治療・予防. 金剛出版, 東京, 2001.
- 厚生労働省HP: 「子どもの心の診療医」の養成に関する検討会』報告書(概要) (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/03/h0330-13.html>)
- 厚生労働省HP: 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 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/07/dl/tp0728-1a.doc>)
- 皆川邦直: 思春期の子どもの精神発達と精神病理をとらえるための両親との面接: 主に治療契約までの親ガイダンスをめぐって. 思春期青年期精神医学, 1; 78-84, 1991.
- 皆川邦直: 両親(親)ガイダンスをめぐって. 思春期青年期精神医学, 3; 22-30, 1993.
- 皆川邦直: 現代社会における思春期・青年期の精神発達と家族. 思春期青年期精神医学, 5; 197-205, 1995.
- 皆川邦直: グループ親ガイダンス(その1). 思春期青年期精神医学, 11; 64-68, 2001.
- 文部科学省HP: 学校基本調査(速報)2008 (http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/08072901/index.htm)
- 文部科学省HP: 今後の不登校への対応の在り方について(報告) (http://www.mext.go.jp/b_menu/public/2003/03041134.htm)
- 内閣府編: 平成19年度版青少年白書, 2007.
- 内閣府政策統括官: ユースアドバイザー養成プログラム: 関係機関の連携による個別的・継続的な若者支援体制の確立に向けて, p.346-363, 2008.
- 内閣府政策統括官HP: 青少年育成施策大綱 (<http://www8.cao.go.jp/youth/suisin/taikou/mokujii.html>)
- 内閣府政策統括官HP: 新しい「青少年育成施策大綱」の枠組み (<http://www8.cao.go.jp/youth/suisin/taikou/wakugumi/wakugumi.html>)
- 齊藤万比古: 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. 厚生労働省科学研究費補助金平成18年度総括・分担研究報告書, 2007.
- 佐藤篤司, 皆川邦直: 児童・思春期の親治療について. 思春期青年期精神医学, 17; 137-150, 2007.

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と
精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」
平成21年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成22(2010)年 3月

発行者 主任研究者 齊藤万比古

発行所 国立国際医療センター国府台病院 児童精神科

〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1

TEL: 047-372-3501 FAX: 047-318-4622

