

Fig. 8. Classification of psychiatric problems of MR PDD patients (N=9)

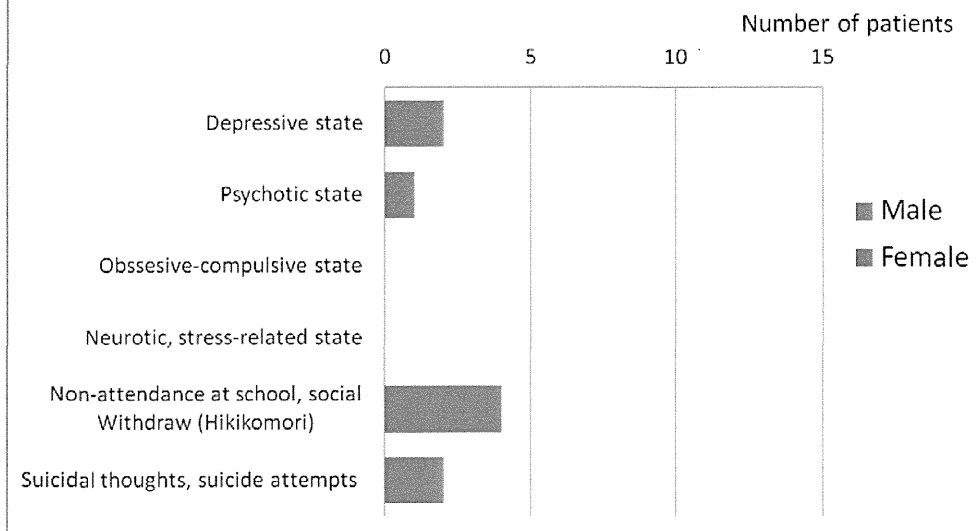


Fig.9. Percentage of non-attendance at school in HF PDD patients (N=111)

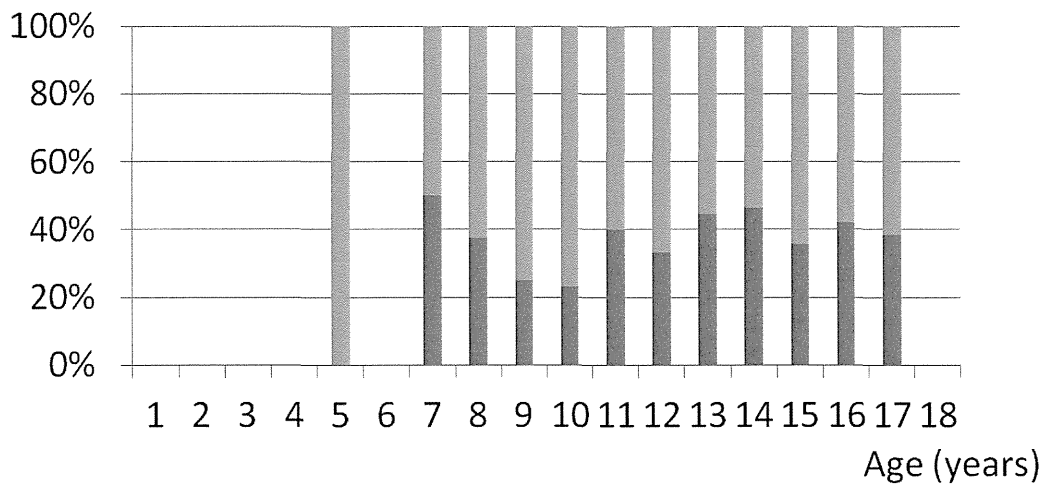
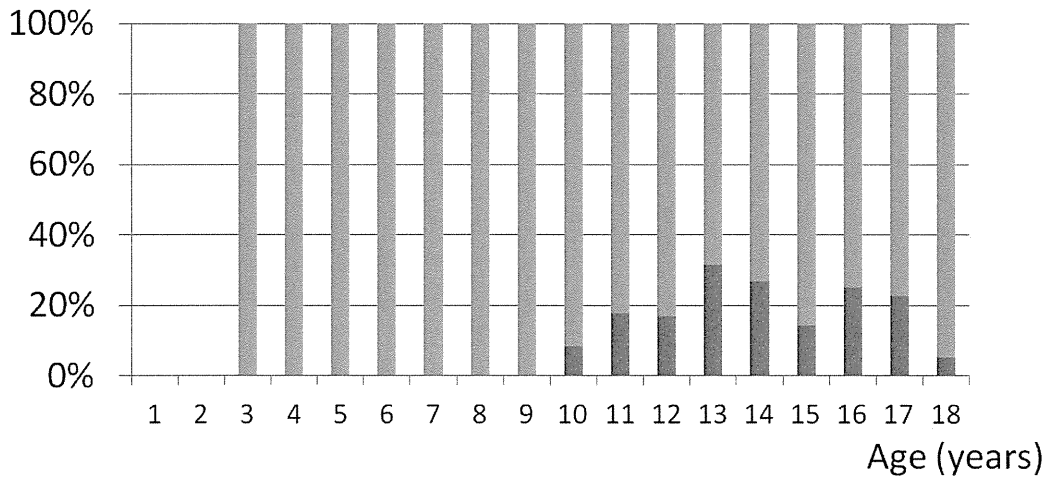


Fig.10. Percentage of non-attendance at school in MR PDD patients (N=79)



平成25年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）（精神障害分野）
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究
分担研究報告書

医療観察法対象者／裁判事例についての検討

分担研究者 安藤 久美子（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター）
研究協力者 今井 淳司（東京都立松沢病院精神科）
柴野 壮一（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター）
中澤 佳奈子（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター）

研究要旨

近年、精神医療、司法、福祉のいずれの領域においても、青年期・成人期の発達障害者による対応困難なケースが散見されており、社会的関心も高まっている。こうしたケースを振り返ってみてみると、幼少時から診断が見逃され、長期間にわたって適切な支援もないまま経過した結果、引きこもりや触法行為のような深刻な問題に至っているケースも少なくない。したがって、より早期の段階で福祉や専門的医療につなげられるようなシステムを構築することは喫緊の課題のひとつといえる。

このような背景を踏まえ、本研究では司法領域で遭遇する青年期・成人期の発達障害者のなかから、とくに自閉症スペクトラムのケースに注目し、触法行為に至った背景等について明らかにするとともに、今後の触法行為を防止するための支援および介入手法のあり方について検討することを目的としている。

本年度の研究は、【研究 I】「医療観察法指定通院対象者における発達障害者の分析」と、【研究 II】「発達障害者を対象とした問題行動への予防的介入のためのアセスメントツールの開発」の2部構成となっている。

【研究 I】では、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法とする）のもとで通院医療を受けている指定通院対象者に関する静態情報を収集し、そのうち発達障害圏の診断を受けている者についてその特徴について分析した。その結果、通院処遇対象者のうち F8 発達障害圏の診断を有する者は 1190 名中 39 名（3.3%）で、24 名は副診断として F8 発達障害圏の診断を受けていた。また、8 割以上が男性で、平均年齢は 32.79 歳±8.71（s. d）であった。対象行為は全体の傾向に比較して放火がやや多かった。また、通院処遇中の問題行動としては「日常生活上の規則、ルール違反など」が最も多い問題として報告されていた。これは直接、再他害行為につながるような重大な問題行動ではないものの、日常生活においてうまく適応できていないことをうかがわせる結果であった。今後、発達障害者を支援していくにあたっては、こうした生活上の小さな躓きについても見過ごさず早期に介入していくことが、結果として後の重大な問題行動を回避するひとつの要因となる可能性が示唆された。

【研究 II】では、発達障害者を対象として、暴力等の問題行動への予防的介入を行うた

めのアセスメントツールを開発した。最終的なアセスメント項目としては、環境要因や個人や障害による特性などの多角的側面からなる31項目が選定された。本ツールの名称は「@PIP31-ASD version (アットピップ・サーティーワン-ASD版)」とした。

これらの研究成果を踏まえて、来年度は触法行為を行なった発達障害者に対して、本アセスメントツールの有用性を確認するとともに、適切な医療の提供と問題行動の防止にあたって有効な介入方法についても探っていく予定である。

【研究 I】

「医療観察法指定通院対象者における発達障害者の分析」

A. 研究目的

近年、精神医療、司法、福祉のいずれの領域においても、青年期・成人期の発達障害者による対応困難なケースが散見されており、社会的関心も高まっている。こうした背景を踏まえ、本研究では司法領域で遭遇する青年期・成人期の発達障害者のなかから、とくに自閉症スペクトラムのケースに注目し、その特徴等について明らかにするとともに、触法行為を防止するための支援および介入手法のあり方について検討することを目的としている。

B. 研究方法

本研究では医療観察法下で処遇されている者を対象として調査を行っている。そのため、はじめに医療観察法の概要について簡単に触れておく。

1. 医療観察法の概要について

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）は、心神喪失又は心神耗弱の状態（精神障害のために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態）で、重大な他害行為（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害）を行った人に対して、適切な医療と支援を提供することにより、社会復帰を促進することを目的とした制度である。

裁判所での審判の結果、医療観察法の入院による医療の決定を受けた人に対しては、厚生労働大臣が指定した医療機関（指定入

院医療機関）において、専門的な医療の提供が行われるとともに、この入院期間中から、法務省所管の保護観察所に配置されている社会復帰調整官などにより、退院後の生活環境の調整が実施される。

医療観察法の通院による医療の決定（入院によらない医療を受けさせる旨の決定）を受けた人及び退院を許可された人については、保護観察所の社会復帰調整官が中心となって作成する処遇実施計画に基づいて、原則として3年間、地域において厚生労働大臣が指定した医療機関（指定通院医療機関）に通院しながら継続的な医療を受けることになる。また、この通院期間中は、保護観察所が中心となって、地域処遇に携わる関係機関と連携しながら、本制度による処遇の実施が進められる。

2. 調査対象

調査対象は、医療観察法のもと、本調査への協力の得られた全国の指定通院医療機関で処遇を受けている指定通院対象者 1190 名（転院等によって重複しているケースについては連結して算出した）のうち、ICD-10 を用いた診断分類によって F8 発達障害圏の診断を受けている者 39 名である。

3. 調査対象期間及びデータ収集期間

調査期間は、医療観察法制度が開始された H17 年 7 月 15 日から起算して平成 25 年 7 月 15 日までの 8 年間とした。また、データ収集期間は H26 年 1 月 17 日までとした。

4. データ収集方法

全国の指定通院医療機関 430 施設に対して調査票を郵送し、本研究への同意の得ら

れた医療機関に対して調査票の返送を依頼した。調査票の記入にあたっては、各医療機関に所属する対象者の担当チームスタッフ等に依頼した。

5. 解析方法

本研究では、収集したデータによって明らかになった対象者の静態情報等の集計値を提示するとともに、全体の集計結果とF8発達障害圏の診断を受けている者の結果とを比較することにより、その特徴を明らかにした。また、通院処遇中に発生した問題行動等についても検討し、より実践的な介入手法のあり方について検討した。

6. 倫理的配慮

個人名・住所地の一部等の個人を特定することができる部分については、情報の収集範囲から削除した。

研究遂行にあたっては、疫学研究指針を遵守し、国立精神・神経医療研究センターに設置されている倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した。

C. 研究結果

本研究では、既存の研究結果のなかから、ICD-10によってF8発達障害圏の診断分類に該当する者のデータのみを抽出して解析を行った。

1. 静態情報の集計結果

収集したデータのうち、転院ケース（2名）を連結させた39名の概要を表1に示した。

性別	男 32名 (82.1%) 女 7名 (17.9%)
年齢	平均 32.79歳±8.71(s.d.) 範囲 20歳~60歳
通院形態	直接通院処遇 9名 (23.1%) 入院処遇より移行通院処遇 30名 (76.9%)
通院処遇継続中の者の平均通院期間 (n=15)	平均 405.1±323.54日 s.d. 範囲 39日~958日
通院処遇終了者の平均通院期間 (死亡2名、再鑑定・再入院2名を除く n=20)	平均 1023.3±143.10日 s.d. 範囲 662日~1096日
診断名【Fコード】	F1:1名 (2.6%)、F2:19名 (48.7%)、F3:2 (5.1%)、F4:1名 (2.6%)、F7:1名 (2.6%)、F8:15名 (38.5%)
対象行為名 (択一式にて集計)	殺人10名 (25.6%)、傷害13名 (33.3%)、強盗1名 (2.6%)、強姦1名 (2.6%)、放火14名 (35.9%)
被害者(物) (択一式にて集計)	家族・親戚22名 (56.4%)、知人・友人2 (5.1%)、他人14名 (35.9%)、公共物・その他1名 (2.6%)
対象行為時の治療状況	通院治療中15名 (38.5%)、入院治療中1名 (2.6%)、治療中断・治療終了16名 (41.0%)、未治療7名 (17.9%)
過去の入院	あり20名 (51.3%)、なし19名 (48.7%)
教育歴	中卒8名 (20.5%)、高卒25名 (64.1%)、短大・大卒以上6名 (15.4%)
過去の矯正施設の入所経験	未成年期および成年期にあり1名 (2.6%)、なし36名 (92.3%)、不明2名 (5.1%)
生活保護	あり9名 (23.1%)、なし30名 (76.9%)

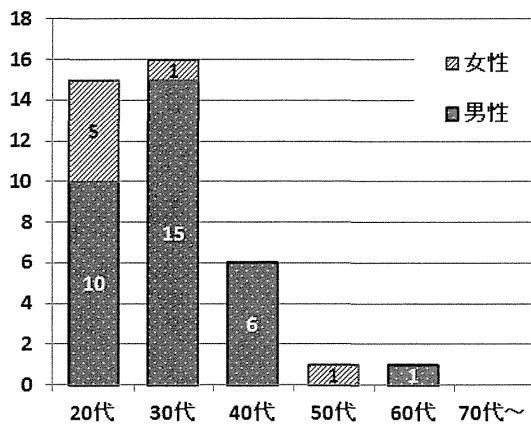
次に各項目について詳述する。

1) 性別と年齢

本研究で対象とした39名の性別は、男性32名 (82.1%)、女性7名 (17.9%)であった。また、平均年齢は、32.79歳 (SD値=8.71 中央値=32 最小値=20 最大値=60 最頻値=25)であった。

30代以下が31名 (79.5%)、40代以上が8名 (20.5%)で、そのうち50代以上の者は2名 (5.1%)であった。

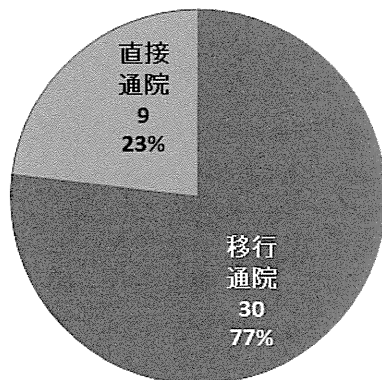
表1. 結果の概要 (N=39)



2) 通院処遇に至るまでの形式

通院処遇に至るまでの形式には、当初審判により入院によらない医療が決定され、医療観察法による通院処遇が開始される形式（以下、「直接通院」という）と審判により入院による医療が決定され、指定入院医療機関での入院処遇を経た後に通院処遇に移行される形式（以下、「移行通院」という）の二通りがある。

通院処遇に至るまでの形式、すなわち「直接通院」「移行通院」の内訳をみると、「直接通院」となった者が9名（23.1%）、「移行通院」となった者が30名（76.9%）であった。



3) 通院処遇の状況

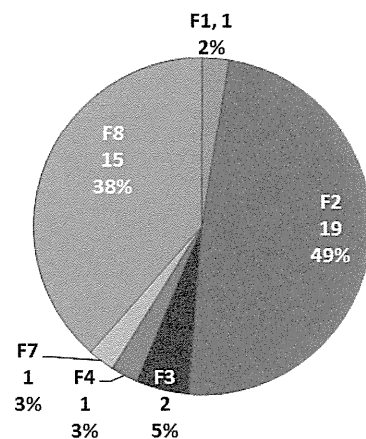
全39名中、H25年7月15日時点で、通院処遇継続中の者は15名（38.5%）であり、

処遇が終了している者は24名（61.5%）であった。

4) 診断名〔Fコード〕

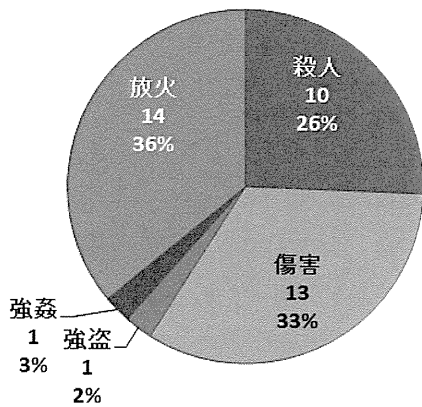
39事例の診断名の内訳については、FコードF1:1名（2.6%）、F2:19名（48.7%）、F3:2名（5.1%）、F4:1名（2.6%）、F7:1名（2.6%）、F8:15名（38.5%）であった。

〔F8〕発達障害圏を主診断とする者は15名で約4割を占めていた。残りの約6割は合併診断として発達障害をもつ者で、その多くは〔F2〕統合失調症圏を主診断としていた。



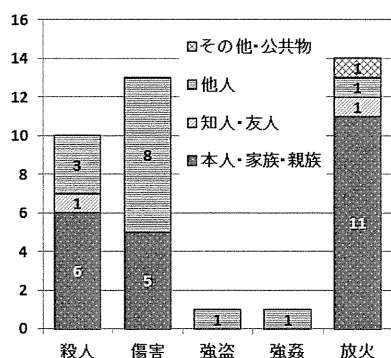
5) 対象行為

対象行為については、殺人10名（25.6%）、傷害13名（33.3%）、強盗1名（2.6%）、強姦・強制わいせつ1名（2.6%）、放火14名（35.9%）であった（択一式にて集計）。



6) 対象行為と被害者(物)の関係

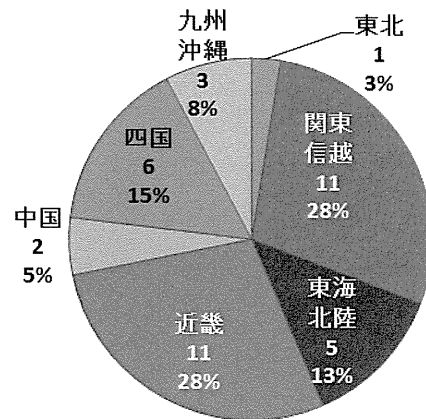
対象行為の被害者(物)については、家族・親戚22名(56.4%)、知人・友人2名(5.1%)、他人14名(35.9%)、公共物・その他1名(2.6%)であった(択一式にて集計)。対象行為と被害者(物)との関係についてみると、対象行為が殺人・殺人未遂および放火・放火未遂の場合には、被害者が家族・親族である割合が高く、殺人・殺人未遂では6割、放火・放火未遂では約8割を占めていた。傷害については、他人が被害者となっている割合の方が高く、約6割であった。



7) 対象者の住居地

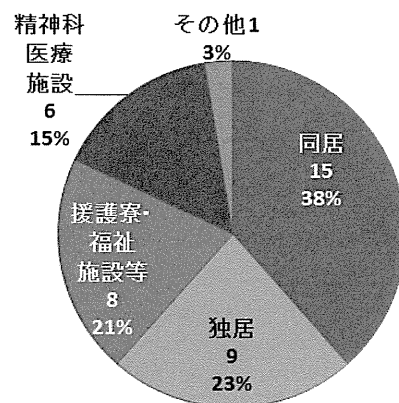
対象者の調査時現在の住居地域は、東北1名(2.6%)、関東甲信越11名(28.2%)、東海北陸5名(12.8%)、近畿11名(28.2%)、

中国2名(5.1%)、四国6名(15.4%)、九州・沖縄3名(7.7%)であった。



8) 対象者の住居形態

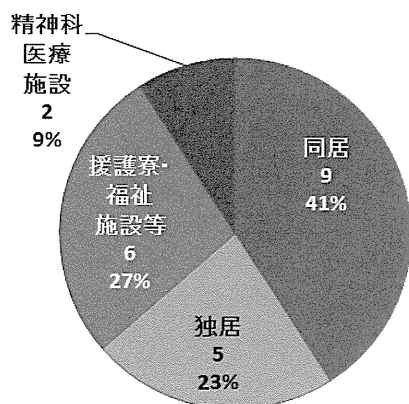
対象者の住居形態は、家族等と同居している者が15名(38.5%)であり、独居が9名(23.1%)、援護寮・福祉施設等が8名(20.5%)であった。また、精神科病院に入院中の者も6名(15.4%)を占めており、その他(パート先住み込み)の者が1名(2.6%)となっていた。



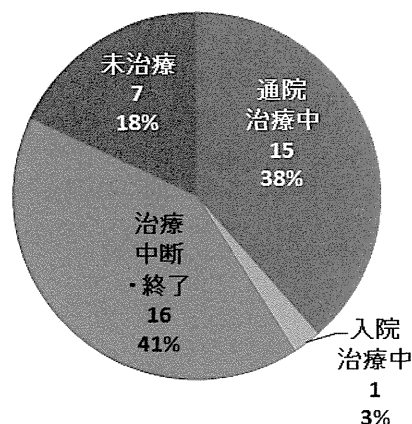
9) 被害者との同居率

家族・親族が被害者であった者は22名(56.4%)であった。そのうち、被害者である家族と同居している者が9名(40.9%)で

あった。そのほかには、独居が5名(22.7%)、グループホーム・各種施設等が6名(27.3%)、精神科病院が2名(9.1%)であった。

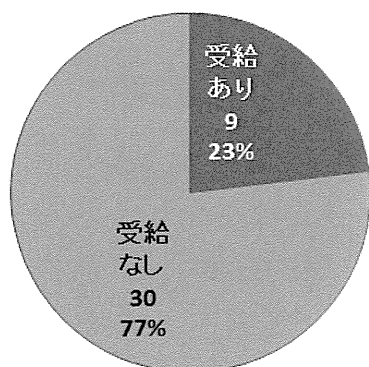


内訳は通院治療中が15名(38.5%)、入院治療中が1名(2.6%)であった。治療中断などの理由で、対象行為時に治療を行っていない者は16名(41.0%)であり、全くの未治療の者も7名(17.9%)いた。



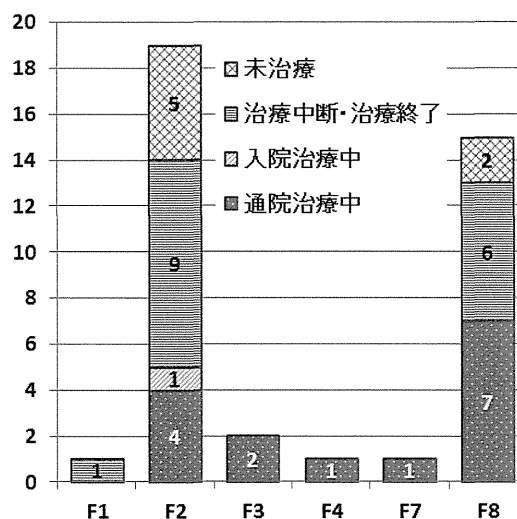
10) 生活保護の受給状況

生活保護の受給状況においては、受給していない者が30名(76.9%)、受給している者が9名(23.1%)であった。

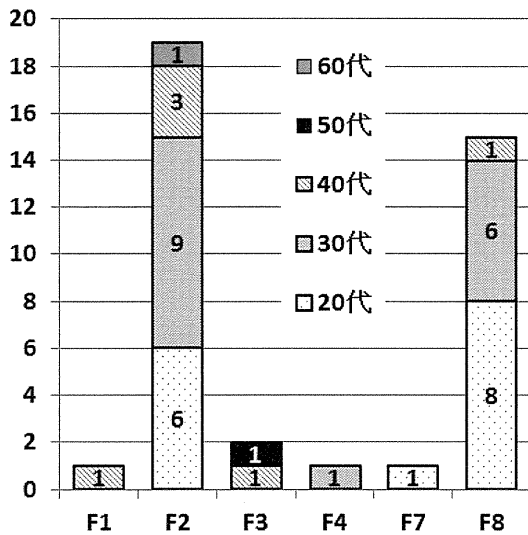


11) 対象行為時の治療状況および年齢・疾患との関係

対象行為時の治療状況においては、治療中だった者は16名(41.0%)であり、その

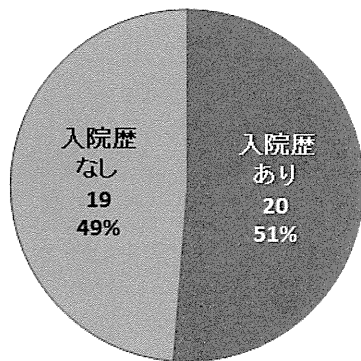


疾患名と年齢(年代)との関係をグラフで示した。平均年齢が低いため、いずれの障害群も20代、30代が多かったが、とくに〔F8〕発達障害圏を主診断としている者では20代の割合が高かった。

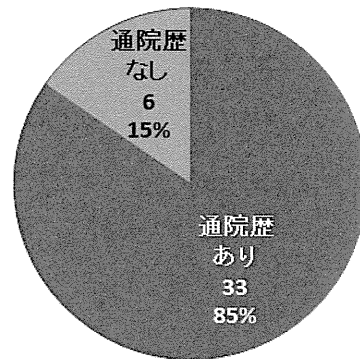


1 2) 精神科治療歴

対象行為以前の治療歴についてみると、入院治療歴がある者が20名(51.3%)、入院治療歴がない者が19名(48.7%)であった。また、入院形態が明らかになった者のうち、措置入院を経験している者が5名(25.0%)、医療保護入院を経験している者が9名(45.0%)であった。

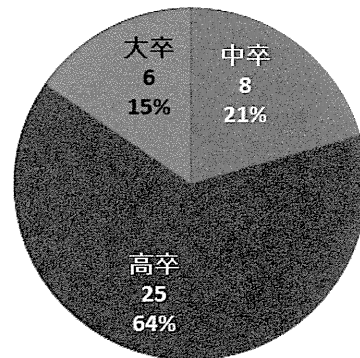


通院治療歴については、通院治療歴がある者が33名(84.6%)、通院治療歴がない者が6名(15.4%)であった。



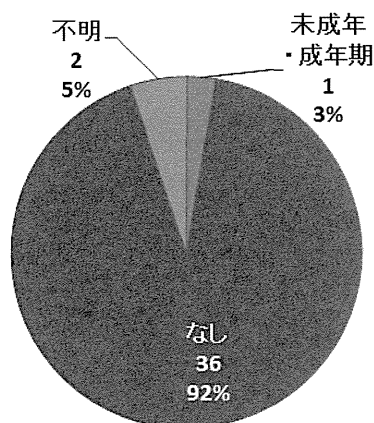
1 3) 教育歴

最終学歴については、中学校卒業が8名(20.5%)、高校卒業が25名(64.1%)、短大・大学卒業以上が6名(15.4%)であった。



1 4) 矯正施設の入所経験

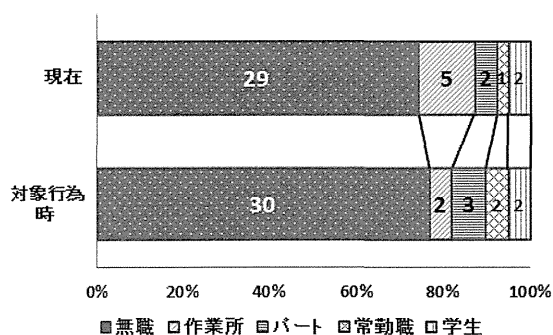
対象行為以前の矯正施設の入所経験については、入所経験がない者36名(92.3%)と殆どを占めていたが、未成年期および成年期に入所経験がある者が1名(2.6%)おり、不明が2名(5.1%)であった。



1 5) 就労状況

対象行為時と調査時現在の就労状況について比較すると、いずれの時点でも無職であった者が最も多く、概ね全体の4分の3を占めていた。

また、対象行為時に常勤職に就いていた者は2名いたが、対象行為により1名に減少した。同様に、対象行為時にパート勤務であった者は3名であったが2名へと減少した。授産施設、就労訓練施設等に通っていた者は、対象行為時には2名、調査時現在では5名であった。



2. 通院処遇中の問題行動に関する集計

収集したデータのうち、転院ケース(2名)を連結させた39名について、通院処遇

中に発生が報告された問題行動について分析を行なった。

問題行動としては、以下の18項目をとりあげ、該当する項目について回答を求めた。

- (1) 自殺・自殺企図・自傷など
- (2) 他者への身体的暴力など
(性的な暴力を除く)
- (3) 他者への非身体的暴力など
(暴力的言動や態度)
- (4) 他者への性的な暴力など
- (5) 上記2~4以外の対人関係上の問題
(対人的なルール違反を含む)
- (6) 放火など (未遂も含む)
- (7) 器物への暴力(放火などをのぞく)
- (8) 怠学、怠職、ひきこもりなど
- (9) 窃盗・万引きなど
- (10) アルコール乱用・依存など
(依存者の場合は再飲酒も含む)
- (11) 違法薬物の使用・乱用・依存
- (12) ギャンブル、買い物などの薬物以外の依存行動
- (13) 通院・通所の不遵守・不遵守傾向
- (14) 服薬の不遵守・不遵守傾向
- (15) 訪問看護・訪問観察の拒否
- (16) その他の日常生活上の規則、ルールの違反など
- (17) 病状悪化に伴う問題行動
- (18) 金銭管理上の問題

次に集計の詳細を表2に示した。

表2. 通院処遇中に発生が報告された問題行動別の集計

問題行動 (内容)	直接	移行	計	%
1 自殺・自殺企図・自傷など	1	6	7	11.1
2 他者への身体的暴力など (性的な暴力を除く)	2	4	6	9.5
3 他者への非身体的暴力など (暴力的言動や態度)	1	4	5	7.9

4	他者への性的な暴力など	1	1	2	3.2
(i)	2+3+4 対人暴力行動 (重複を考慮)	3	7	10	15.9
5	上記以外の対人関係の問題 (対人的なルール違反を含む)	1	3	4	6.3
6	放火など (未遂も含む)	0	0	0	0.0
7	器物への暴力 (放火などをのぞく)	1	1	2	3.2
(ii)	6+7 対物的暴力行動 (重複を考慮)	1	1	2	3.2
(iii)	2+3+4+6+7 暴力的行動等 (重複を考慮)	3	8	11	17.5
8	怠学、怠職、ひきこもりなど	1	0	1	1.6
9	窃盗・万引きなど	0	2	2	3.2
10	アルコール乱用・依存など (依存者の場合は再飲酒も含む)	0	2	2	3.2
11	違法薬物の使用・乱用・依存	0	0	0	0.0
(iv)	10+11 アルコール・違法薬物関連の問題	0	2	2	3.2
12	ギャンブル、買い物などの 薬物以外の依存行動	0	2	2	3.2
13	通院・通所の 不遵守・不遵守傾向	3	4	7	11.1
14	服薬の不遵守・不遵守傾向	1	2	3	4.8
15	訪問看護・訪問観察の拒否	1	1	2	3.2
(v)	13+14+15 医療への不遵守 (重複を考慮)	3	6	9	14.3
16	その他の日常生活上の規則、 ルールの違反など	3	5	8	12.7

17	病状悪化に伴う問題行動	1	3	4	6.3
18	金銭管理上の問題	1	5	6	9.5
		18	45	63	100
問題行動なし		4	11	15	38.5

通院処遇中に何らかの問題行動が報告された者は、39名中24名(61.5%)であった。また、18項目の問題行動のうち、最も多く見られた問題行動は「16. 日常生活上の規則、ルール違反など」で8例(12.7%)、次に、「1. 自殺・自殺企図・自傷など」、「13. 通院・通所の不遵守・不遵守傾向」がそれぞれ7例(11.1%)と続いていた。

D. 考察

本研究では、医療観察法の通院対象者のうち、ICD-10の診断基準で、F8発達障害圏の診断を受けた者39名について分析した。F8発達障害圏の診断をもつ者の割合は全対象者の3.3%であった。性別では8割を男性が占めていた。年齢をみると20代～30代の比較的年齢が若い世代が多いことが特徴的であったが、50代、60代の者もそれぞれ1名ずついた。これらのケースのなかには、医療観察法による処遇が行われてから、はじめて発達障害圏の診断を受けたという者もあり、長期間にわたって必要な支援が提供されていなかった可能性が推測された。

対象行為では、多いものから順に、放火、傷害、殺人と続いており、その割合は全体

のデータと比較しても明らかな違いはなかったが、放火がやや多い傾向が認められた。放火のなかには自殺を目的とした者もあり、一部の対象者には、攻撃性が自身に向かいやすい者も含まれていることが示唆された。

対象行為以前の治療歴については、約半数に入院歴があり、通院に関しては85%の者に通院治療の既往があった。そのような状況のなかで対象行為に至った背景を想像すると、たとえば、対象者が治療の必要性を理解していなかったために治療が中断してしまった可能性や、治療中であっても医療者との関係が安定していなかった可能性が考えられる。今後はケースの詳細についても分析し、発達障害をもつ者にとってどのような介入方法がもっとも受け入れやすいのかについても検討していく必要があると思われる。

通院処遇中に生じた問題行動の分類をみると、最も多く見られた問題行動は「16. 日常生活上の規則、ルール違反など」となっていたことから、再他害行為につながるような重大な問題行動ではないものの、日常生活においてうまく適応できていない可能性が推測された。また、「1. 自殺・自殺企図・自傷など」の問題が高い割合で認められたことも特筆すべきであろう。発達障害をもつ者のなかには、ヘルプサインをうまく出せないまま経過し、結果的には自傷などの方法で、攻撃性が自分自身に攻撃性が向いてしまうタイプの者も存在する。日頃から困難に直面したときには、自分ひとりで抱え込まず、周囲に相談するなどの社会スキルをもてるよう支援することと同時に、一見、安定した状態で医療を継続している者に対しても、医療者および支援者ら

は、注意深く観察していく必要があると思われる。

今後はこうした問題行動別にも分析を進めていき、各問題行動に適した介入方法についても検討を重ねていきたい。

【研究 II】

「発達障害者を対象とした問題行動への予防的介入のためのアセスメントツールの開発」

A. 研究目的

青年期・成人期の発達障害者による対応困難なケースのなかには、暴力に関する問題を抱えているものも少なからず存在することが知られており、学会報告等を通して情報が共有されてきた。しかし、その発表の多くはケース報告にとどまっており、発達障害をもつ者のなかでも、暴力等の問題行動に至りやすい者の特徴については、まとめられてこなかった。

本研究では、より早い段階で適切な介入を行うことにより暴力等の問題行動を未然に防止することを目的として、発達障害をもつ者に特化した予防的介入のためのアセスメントツールの開発に取り組んだ。

B. 研究方法

アセスメントツールの開発にあたってはデルファイ法を採用し、それに準じた方法で、児童精神医学、司法精神医学、矯正医学のエキスパートらによる評定を繰り返しながら、有用と思われる項目を選定した。

第一段階では海外ですでに開発され、信頼性、妥当性等も検証されている暴力や非

行に関するアセスメントツールについて文献検索し、全ツールの項目を精査した後に、カテゴリ別に分けて網羅的に抽出した。

第2段階ではエキスパートらの評価にしたがって項目の選定を行った。

第3段階も同様の手法で項目の選定を行った。

C. 研究結果

本アセスメントツールの開発にあたって、採用した海外におけるアセスメントツールの概要を以下に示す。

1. 海外におけるアセスメントツールの紹介

(1) Firesetting Risk Interview (FRI)

Kolko & Kazdin (1989)

児童や青年の放火に特化したリスクアセスメントツールである。回答は養育者が行う。全86項目からなり、5件法で評価する。15の下位尺度があり、火に特化した項目(49項目)と火に特化していない項目(37項目)から構成されている。予測的妥当性が検証されている点も特徴的なツールである。

(2) Psychopathy Checklist- Revised (PCL-R)

Hare (1991)

半構造化面接などから得られる情報に基づき、精神病質特性や反社会性、行動傾向を調べるための、成年用のツールである。全20項目からなり、3件法で評価する。暴力行為を伴う犯罪、一般的犯罪の再犯性、司法精神科患者の入院の必要性および治療可能性、治療効果の適切性判定、退院時期などの評価に有効とされている。

(3) Psychopathy Checklist, Revised- Youth Version (PCL-R:YV)

Forth, Kosson, & Hare (2003)

上述のPCL-Rの青年版である。適用年齢は12歳から21歳とされている。全20項目からなり、3件法で評価する。

(4) Wisconsin Juvenile Probation and Aftercare Assessment Form

Baird (1981, 1985)

いくつかの検査をもとにアメリカで開発された少年用のリスク・ニーズアセスメントの中で代表的なツールである。少年の再犯リスクの評価や、地域処遇に関する決定にも有用であるとされている。全8項目からなり、3件法で評価する。ただし評価の各項目の得点には重みづけがされている。

(5) Youth Level of Service/Care Management Inventory (YLS/CMI)

Hoge & Andrews (1994)

成人犯罪者用に開発されたLevel of Service Inventoryの青少年版であり、面接のほか、過去の記録や検査結果などの情報も含めて、被検者の再犯などについて分析する構造になっている。8領域42項目からなり、2件法で評価する。

(6) Historical, Clinical, Risk Management-20 (HCR-20)

C. D. Websterら(1997)

暴力や攻撃性のリスク包括的に評価することを目的として作成された尺度であり、問題行動に関与する要因を組み合わせることで評価することができる。ヒストリカル(10項

目)、クリニカル (5 項目)、リスク・マネージメント (5 項目) の 3 つのスケールから構成されている。全 20 項目からなり、3 件法で評価する。

(7) Structured Assessment of Violence Risk for Youth (SAVRY)

Borum, Bartel, & Forth, 2002

適用年齢は 12 歳から 18 歳であり、青年の暴力や攻撃的行動を評価するために用いられている。ヒストリカル (10 項目)、ソーシャル (6 項目)、クリニカル (8 項目)、防御因子 (6 項目) の 4 つのスケールから構成されており、全 30 項目からなる。防御因子は「あり・なし」でチェックし、そのほかは 3 件法で評価する。

(8) Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B, Version 2) Early Assessment Risk List for Girls (EARL-21G, Version 1)

Augimeri, Koegl, Webster, & Levene, (2001)

将来の反社会的行動に影響するリスクファクターを評価するためのツールであり、臨床家が評価する。男子用は 20 項目、女子用は 21 項目、3 件法。サマリーシートを作成する差には、包括的臨床判断としてリスクレベルを低中高の 3 段階で評価し、介入のプランニングや必要なプログラムなどについても言及している点で臨床的な有用性が高いとされている。

2. 発達障害者を対象とした問題行動への予防的介入のためのアセスメントツール

デルファイ法に準拠した方法で、最終的に 8 つのカテゴリーに分類される全 31 項目の設問が選定された。

各カテゴリーの名称を以下に示す。

- (1) 反社会性
- (2) 家庭・養育
- (3) 学校適応
- (4) 生活環境
- (5) 精神疾患
- (6) 個人特性
- (7) 障害特性：ADHD
- (8) 障害特性：ASD

具体的な項目内容については表 3 の通りである。

本ツールの名称は「Assessment Tool for Preventive Intervention for Problem Behaviors 31items — ASD version : @PIP31-ver.ASD (アットピップ・サーティワン-ASD 版)」とした。

これらの研究成果を踏まえて、来年度は触法行為を行なった発達障害者に対して、本アセスメントツールの有用性を確認するとともに、適切な医療の提供と問題行動の防止にあたって有効な介入方法についても探っていく予定である。

E. 結論

本研究では、医療観察法の指定通院対象者 1190 名のうち、F8 発達障害圏の診断を受けていた 39 名のデータを収集し、分析を行った。これまでも重大な他害行為を行った発達障害者に関する報告はいくつかあるが、多くはケース報告にとどまっており、そうした知見を汎化することには制限があった。その点において本調査の結果は非常

に有用であると思われる。

また、発達障害者を対象とした、暴力等の問題行動への予防的介入を行うためのアセスメントツール「@PIP31-ASD version (アットピップ・サーティーン-ASD)」の開発はこれまでにない試みであり、問題行動への早期介入にもつながるものと期待される。

来年度は、これらの研究成果を踏まえて、触法行為を行なった発達障害者に対して、本アセスメントツールの有用性を確認するとともに、適切な医療の提供と問題行動の防止に向けた有効な介入方法について探っていく予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

	項目名	評価			チェック式評価基準／特記事項 (各評価項目の具体的な内容をチェックする)	
		0	1	2		
反社会性	1. 身体的暴力歴	<input type="checkbox"/> 過去に暴力なし	<input type="checkbox"/> 中程度の暴力／2回以下の暴力	<input type="checkbox"/> 深刻な暴力／3回以上の暴力	<input type="checkbox"/> 他者への脅迫 <input type="checkbox"/> 反抗的で横柄な態度 <input type="checkbox"/> 言語的な攻撃 (他者を罵倒する、いじめを含む) <input type="checkbox"/> 嘘をつく <input type="checkbox"/> 対物暴力 <input type="checkbox"/> 対人暴力の未遂 <input type="checkbox"/> 学校の物品に対する破壊的行動 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	2. 初回の暴力年齢	<input type="checkbox"/> 20歳以上	<input type="checkbox"/> 10歳から20歳まで	<input type="checkbox"/> 10歳未満		
	3. 非身体的暴力歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1～2回	<input type="checkbox"/> 3回以上		
	4. 犯罪・非行歴/施設収容歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回以上		<input type="checkbox"/> 犯罪・非行歴 (児童自立支援施設/矯正施設/執行猶予) ()回 <input type="checkbox"/> 逮捕・補導・拘留・保護観察歴 ()回
	5. 違法薬物の使用(未成年は飲酒、喫煙を含む)	<input type="checkbox"/> 使用なし(明らかではない)	<input type="checkbox"/> 機会的な使用あり	<input type="checkbox"/> 慢性的な使用あり		使用歴のある薬物名を以下にあげる。 薬物名1: _____ 使用期間: _____ 薬物名2: _____ 使用期間: _____
家庭	6. 不適切な養育	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか	<input type="checkbox"/> 明らかな／深刻な	<input type="checkbox"/> 過保護 <input type="checkbox"/> ネグレクト(その他の虐待は12でチェック) <input type="checkbox"/> 不適切なしつけ <input type="checkbox"/> 一貫性のない養育 <input type="checkbox"/> 親子関係(主に心理的愛着)の希薄さ <input type="checkbox"/> その他 ()	
	7. 幼少期の養育者の変更	<input type="checkbox"/> 養育者の変更がない	<input type="checkbox"/> 短期的な養育者の変更	<input type="checkbox"/> 長期的な養育者の変更(離婚による片親も含む)		
	8. 両親/養育者の犯罪や暴力傾向	<input type="checkbox"/> 暴力的傾向がない	<input type="checkbox"/> 反社会的思考・行動, 暴力(DVの目撃等)に関与している	<input type="checkbox"/> 家族に犯罪者がいる, 犯罪や暴力に関わるライフスタイルを持っている		
学校	9. 学校や職場等での不適応	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか(短期または1～2回)	<input type="checkbox"/> 明らかな／深刻(長期または3回以上)	<input type="checkbox"/> 引きこもり <input type="checkbox"/> 怠学・怠職 <input type="checkbox"/> 学校・職場での孤立 <input type="checkbox"/> 無断欠席・欠勤 <input type="checkbox"/> 失業中でも仕事を探さない <input type="checkbox"/> その他 ()	
	10. 学業成績不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか(年生頃から)	<input type="checkbox"/> 明らかな／深刻(年生頃から)		
	11. いじめの被害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか(短期または1～2回)	<input type="checkbox"/> 明らかな／深刻(長期または3回以上)		
環境	12. 虐待歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか	<input type="checkbox"/> 明らかな／深刻	<input type="checkbox"/> 身体的虐待 <input type="checkbox"/> 心理的虐待(家族への暴力(DV)の目撃を含む) <input type="checkbox"/> 性的虐待	
	13. 過去の監督・保護/介入の失敗	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか	<input type="checkbox"/> 明らかな／深刻		
	14. 対人/社会的サポート	<input type="checkbox"/> サポートが十分にある	<input type="checkbox"/> サポートはあるが, その有効性は疑わしい	<input type="checkbox"/> サポートが全くない／有害である		<input type="checkbox"/> (学校や職場以外の環境でも) 孤立している <input type="checkbox"/> 犯罪/非行仲間, 知り合いがいる <input type="checkbox"/> 良い友人, 知人がいない/少ない <input type="checkbox"/> 援助者がいない/少ない <input type="checkbox"/> 社会からサポートがない/少ない
	15. 経済状況/生活環境・地域の安全性	<input type="checkbox"/> 経済的問題はほとんどなく, 安全で犯罪の少ない地域に住んでいる	<input type="checkbox"/> 経済的問題を抱えていても, 生活環境はある程度整っている	<input type="checkbox"/> 家庭に大きな経済的問題があり, 安全性の低い地域に住んでいる		<input type="checkbox"/> 貧困状態にある <input type="checkbox"/> 同居者の数が住居の限界を超えている <input type="checkbox"/> 老朽化して不衛生な住居にすんでいる <input type="checkbox"/> 政府の経済的支援を受けている <input type="checkbox"/> 安全性が低い地域に住んでいる <input type="checkbox"/> 地域の犯罪率が高い <input type="checkbox"/> 地域の人々の結びつきが弱い <input type="checkbox"/> 社会資源に乏しい地域に住んでいる

	項目名	評価			チェック式評価基準／特記事項 (右記評価の具体的な内容にチェックする)
		0	1	2	
精神疾患	16. 自殺関連行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回以上	
	17. 障害の理解度 /受容度	<input type="checkbox"/> 理解あり	<input type="checkbox"/> 少し理解あり	<input type="checkbox"/> 理解なし	<input type="checkbox"/> 障害受容できている <input type="checkbox"/> 自分の問題行動が他者に与える影響を理解している <input type="checkbox"/> 障害による暴力リスクや、爆発しやすさ、イライラしやすさについて理解している
	18. 精神病症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 少し／深刻でない	<input type="checkbox"/> 明らか／深刻	<input type="checkbox"/> 妄想(サディステックな空想, 被害妄想などを含む) <input type="checkbox"/> 幻覚
	19. 併存する 主要な 精神疾患	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり 具体的に ()	<input type="checkbox"/> 精神運動興奮 <input type="checkbox"/> 明らかな思考障害 <input type="checkbox"/> 不適切な感情(病的嫉妬, 猜疑心などを含む) <input type="checkbox"/> 感情の不安定さ(急激な変化を含む) <input type="checkbox"/> TCO 症状(脅威/制御・蹂躞症状) <input type="checkbox"/> マイクロサイコース <input type="checkbox"/> その他 ()
	20. 治療・支援に対するコンプライアンスを求める姿勢(援助希求)	<input type="checkbox"/> 動機づけが高い／協力的	<input type="checkbox"/> 動機づけが一貫していない／部分的に治療や支援に非協力的／必要性を理解していない	<input type="checkbox"/> 動機づけが低い／治療や支援に対して非協力的／必要性を理解していない	<input type="checkbox"/> 治療の中断歴がある <input type="checkbox"/> 治療や支援に非協力的な態度や思考 <input type="checkbox"/> 治療への動機づけが低い <input type="checkbox"/> 薬物療法・支援プログラムの拒否, 拒否的態度 <input type="checkbox"/> 通院や支援上の規則に従わない
個人特性	21. 権威への反抗的態度／反社会的態度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか	<input type="checkbox"/> 明らか／深刻	<input type="checkbox"/> 誇大した自尊心 <input type="checkbox"/> 自己中心的 <input type="checkbox"/> 不適切な罪悪感(罪悪感の欠如も含む)
	22. 欲求不満耐性の低さ(かんしゃく, 怒りの制御不能)	<input type="checkbox"/> なし／稀である	<input type="checkbox"/> 時々見られる	<input type="checkbox"/> 頻繁にみられる	<input type="checkbox"/> 冷淡 <input type="checkbox"/> 他者の感情や幸せを考えない <input type="checkbox"/> 他者への関心が全くない <input type="checkbox"/> 自分の行動の責任を受け入れない
	23. 共感性の低さ	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> いくらか認められる	<input type="checkbox"/> 明らかに低い	<input type="checkbox"/> 謝らない <input type="checkbox"/> その他()
障害 ADHD	24. 衝動性の高さ	<input type="checkbox"/> 低い／行動はない	<input type="checkbox"/> 中等度／時々見られる	<input type="checkbox"/> 高い／頻繁にみられる	
	25. 注意欠陥・多動性の高さ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか	<input type="checkbox"/> 明らか／深刻	具体的なエピソード ()
障害 PDD	26. ルール/規則の理解不足や誤解の大きさ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか	<input type="checkbox"/> 明らか／深刻	具体的なエピソード ()
	27. 思考の柔軟性の欠如の程度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか	<input type="checkbox"/> 明らか／深刻	具体的なエピソード ()
	28. 日常生活におけるこだわり/儀式的行動・ルーチンの程度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか	<input type="checkbox"/> 明らか／深刻	具体的なエピソード ()
	29. 感覚過敏の有無/程度・内容	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか	<input type="checkbox"/> 明らか／深刻	具体的なエピソード ()
	30. 感覚刺激での不安定さパニック	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか	<input type="checkbox"/> 明らか／深刻	具体的なエピソード ()
	31. 被暗示性の強さ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか(年齢相応)	<input type="checkbox"/> 明らか／深刻	具体的なエピソード ()

平成25年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）（精神障害分野）
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究
分担研究報告書

児童・思春期における発達障がいを抱えた触法ケースに対する
矯正医療の在り方についての研究

分担研究者 梶屋 二郎¹⁾（法務省関東医療少年院）
研究協力者 飯森 眞喜雄²⁾（東京医科大学）
安藤 久美子³⁾（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究要旨：青年期・成人期発達障がいの対応困難ケースへの標準的な危機介入と治療・支援を検討する上で参考となる矯正施設、特に少年院・少年鑑別所において児童・思春期の被収容少年に対してどのような介入が行われているか調査した。具体的には法務省矯正局が平成22年から平成24年にかけて作成した、注意欠如多動性障害と広汎性発達障害を中心に抱えた被収容少年への処遇に関する執務参考資料(非公開)「処遇上特別の配慮を必要とする少年に対する効果的な処遇の在り方について」、「特殊教育課程 処遇プログラム」を参考とした。なお、執務参考資料は一般公開されていないため、本稿では日本矯正教育学会等で発表された内容を中心に紹介を行った。少年院・少年鑑別所などの矯正施設においても対応困難な発達障がいケースへの支援が必要と認識されているスタンスは社会内で必要とされているスタンスと共通しており、矯正施設内で実施されている有効な介入方法は社会内支援に応用できる可能性が高いことが示唆された。

A. 研究目的

発達障害の中でも自閉症スペクトラム障害を抱えた者による触法ケースについての報告の端緒となったのは Wing(1981)による薬物への執着を呈したアスペルガー症候群の少年が実験的に友人に薬物を投与したケース¹⁾や Mawson ら(1985)による強迫的観念を背景にしたアスペルガー症候群の男性による赤子への暴力ケース²⁾と思われる。これらの報告以降も自閉症スペクトラム障害者による犯罪や反社会的行動についての報告は散見されるが、自閉症スペクトラムと犯罪や反社会的行動との関係性について着目した大規模な疫学的調査は現在までに行われていない。Scragg ら(1994)は英国の高度保安病院であるブロードモア病院での調査において男性の全患者392名中9名(約2.3%)がアスペルガー症候群およびその可能性が高いとし、この確率が一般人口におけるアスペルガー症候群の発生率より

も高率であることから、アスペルガー症候群は暴力行為を伴うことがあると考察した³⁾。わが国でも近藤ら(2005)が自閉症スペクトラム指数日本版(AQ-J)の修正版を用いて少年鑑別所に入所した非行少年、計1574名を調査したところアスペルガー障害である可能性が高いとされるカットオフ値を越えた少年が3.1%であったと報告している⁴⁾。また藤川(2005)は家庭裁判所に送致された計862名の非行少年を独自のスクリーニングカードを用いて調査したところ、広汎性発達障害が疑われる者の割合が2.8%であったと報告している⁵⁾。近藤や藤川の調査はあくまでもスクリーニングツールを用いた検査であり、確定診断でないことに注意を要するものの、英国だけでなく、我が国の司法の現場にも一般の発生率を上回る率で自閉症スペクトラム障害者が出現している可能性は否めない。

我が国のそこで青年期・成人期発達障がいの対

応困難ケースへの標準的な危機介入と治療・支援を検討する上で参考となる、矯正施設、特に少年院および少年鑑別所において発達障がいを抱える児童・思春期の被収容少年に対してどのような矯正教育・矯正医療が行われているのかを調査した。

B. 研究方法

法務省矯正局が平成22年と平成23年にそれぞれ注意欠如多動性障害と広汎性発達障害を抱えた被収容少年への処遇に関する執務参考資料(非公開)として作成し、全国の少年院へ配布した「処遇上特別の配慮を必要とする少年に対する効果的な処遇の在り方について」、そして平成24年度に執務参考資料(非公開)として作成された「特殊教育課程 処遇プログラム」を参考とし、日本矯正教育学会において発表された内容を中心に、少年院・少年鑑別所において発達障がいを抱える被収容者にどのような処遇が行われているか調査した。そして、一般社会内での発達障害者の触法ケースへの支援に汎化できるような介入がありえないか検討を行った。

C. 研究結果および考察

我が国の少年院においては、少年鑑別所における鑑別結果から処遇上特別の配慮を必要とする判断された少年に対して、その鑑別結果を基に個別に処遇上の配慮を行ってきた。このことは、我が国で発達障がい注目される契機となった平成16年の発達障害者支援法の成立より遙か以前より少年院の処遇課程の一つに特殊教育課程が設置され、「H₁課程：知的障がい者あるいはそれに準ずる者」と共に「H₂課程：情緒的未成熟等により非社会的な形の社会的不適応が著しいため専門的な治療教育を必要とする者」が設置されていたことから見てとれる。実際に現在、自閉症スペクトラムと診断された少年がこのH₂課程の少年院に多く送致されている。法務省矯正局はこのような発達障がい者が多く含まれる「処遇上特別の配慮を必要とする少年」に対して、より効

果的な処遇を継続的に展開し、その社会復帰を支援するべく、平成20年度に処遇プログラム充実化検討会を立ち上げ、外部アドバイザーの専門的助言も受けながら効果的な処遇の在り方について検討を行ってきた。その成果として、平成22年と平成23年には、それぞれ注意欠如多動性障害と広汎性発達障害を中心に抱えた被収容少年への処遇に関する執務参考資料として「処遇上特別の配慮を必要とする少年に対する効果的な処遇の在り方について」を作成し、全国の少年院・少年鑑別所に配布した。その中で検討あるいは指摘されている項目を要約すると「障害について」、「基本的に必要なスタンス」「特性を的確に把握するための留意事項」、「鑑別結果作成上の留意事項」、「少年鑑別所から少年院への効果的な情報伝達」、「有効と考えられる処遇について」等である。これらの項目の内、特に介入・治療・支援に関係が深い項目や矯正施設独自の取り組みと言える項目についてを検討していきたい。

1) 基本的に必要なスタンス

「処遇上特別の配慮を必要とする少年に対する効果的な処遇の在り方について」において、発達障がい精通した法務技官(心理技官)として鑑別所長や少年院長を歴任した小栗による軽度発達障がいの鑑別において必要な心構えが挙げられている(以下の4点。要約)⁶⁾。

- ①対象者に発達障がい者が含まれている可能性があり、鑑別や識別の必要に迫られている。
- ②少年鑑別所が発達障がいの第一発見者になる可能性は高く、見落としは許されない。
- ③特定の障害名を付けることが目的ではなく、有効な教育、指導、治療に結び付いてこそ意味がある。
- ④発達障がい者を「環境への望ましい操作と必要な指導を待っている存在」と捉え、分析すべきである。

これらの心構えは我々が社会内において対応困難ケースに対峙した際にも必要な心構えと言えよう。特に対応困難ケースではその激しい問題行動(外在化症状)ゆえに基盤となる発達障がい