

見落とされているケースが多く、先入観を排しながらも、その存在を念頭に置いたケース分析が求められる。

次に矯正教育に必要とされる基本的スタンスとしては以下のようなものが挙げられている(要約)。「特別の配慮を必要とする少年なのかもしれないという視点」、「対応に困っている少年は、その少年自身も実は困っているのではという視点」、「個々の少年のニーズに即した対応」、「対応は職員で足並みをそろえる」、「引継ぎの重要性に立ち返る」これらを挙げた上で、少年院での処遇において従前より重視されてきた、処遇の根幹とも言える「処遇の個別化」が発達障がいを抱える少年への処遇でも同様に大切であることを指摘している。つまり正しく少年や少年の抱える障がいを理解して、その上で真の意味で少年の利益となる処遇を個別に追及していくことが大切であると指摘している。この指摘も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態度に通じていると言えよう。

これらの指摘から言えることは、対応困難ケースへの介入における必要な基本的スタンスは社会内であっても、矯正施設内であっても変わらないということであろう。従って、少年院などの矯正施設で効果が認められる処遇は社会内支援におけるヒントとなりうる。

2) 特性を的確に把握するための留意事項

特に非行に関連する事柄としては、発達障がい特性が非行の原因であるというような短絡的分析を慎むべきと指摘している。発達障がい特性が社会不適応を招き、そこから非行につながることが多いことを指摘した上で、社会不適応に至った経緯や背景を詳細に調べ、少年の障がい特性の関連を丁寧に分析することが肝要であると指摘している。また、発達障がいのいわゆる二次障害の一種とされる内在化症状(自尊感情の低下から生ずる抑うつ気分や劣等感、怒り、無気力等)の存在や程度にも目を向ける重要性も指摘されている。このことは同じく二次障害の一種である外在化症状に非行が含まれること、内在化症状と

外在化症状は単独で出現するよりも両者が混合して生じることが多いこと等を考えると極めて妥当な指摘と言えよう。

他に、関連要因としての虐待への視点の重要性も指摘されている。発達障がいの存在が虐待を生む可能性と共に、虐待を受けることで発達障がい類似の症状を生んでいくという杉山の指摘⁷⁾を紹介している。

3) 有効と考えられる処遇について(少年院における新しい取り組み)

①SGW(Skill Group Work;スキル・グループ・ワーク)

前述した特殊教育課程少年院である神奈川医療少年院において平成18年度から実施されているグループワーク。医師から発達障がいや発達障がいの疑いといった診断を受けた少年の中から、少年が持つ特性や院生活での様子に着目しつつ、グループ指導になじむかどうかを発達障がい処遇担当スタッフが検討して選出し、1グループ6人前後としてグループを編成している。

このような編成のグループで対人場面や社会生活に必要とされる基本的な「スキル」を少人数のグループによる指導を通じて身につけさせることを一つの目的としているが、その目的を達成する中で、「障がい」であることを自覚させるというより、障がいによる症状が「特性」や「くせ」として受け止められるよう方向付け、出院後に必要に応じて社会資源を利用し、周囲から援助を受けながら安定した社会生活を送ることができるよう心構えを持たせることをより重要な目的として位置付けている。プログラム内で使用される技法は各グループの各達成目標によって選択され、使用技法は多岐にわたっている。例を挙げるとグループディスカッション、ディベート、SST、アサーショントレーニング、アンダーコントロールトレーニング等である。達成目標はスタッフが少年に身につけさせる必要性を感じているスキルが重視されるが少年自身が関心を示したことについても積極的に取り入れられている。ファシリテーターは各少年の特性を踏まえ、少年の注意

が散漫にならぬよう、そして少年が理解しやすいように表現方法や教材に工夫をしていく。

約3か月をかけて1回あたり40分、全10回(単元)程度のプログラムを行うが、各単元のテーマ例としては「発達障がいを理解する」、「特性について理解する」、「障がい受容について考える」、「自分自身がどう他者から見られているかを理解する」、「自分の考えの癖に気付く」、「時運と違う考えを受け入れる」、「適切な問題解決を学ぶ」、「社会資源・制度を理解する」等である。

②『心の扉』プログラム

同じく特殊教育課程少年院である中津少年学院で行われている感情理解・感情コントロールを目的としたプログラム。同院にて従前より実施していた自己理解のための交流分析にアンガーマネジメントを組み合わせで開発された。

対象としては「情緒の未成熟さから対人場面での刺激に柔軟に対応できず、些細なことで粗暴で攻撃的な態度をとりやすい」タイプの少年を少年鑑別所の鑑別結果と少年院での生活観察から選定する。約2か月をかけて1回あたり50分、全8回(単元)程度のプログラムを行う。技法としては毎回のワークシートを中心に討論、発表、アイスブレーキング、ロールプレイ等を用いている。

指導内容としては最初にプログラムを少年に円滑に導入させる意図も込めて、「エゴグラムチェックシート」を少年に作成させ、自身がどういうタイプの人間なのか知るとともに、どういう部分を修正していけば良いのかを共に検討していく。その後、アンガーマネジメント用ワークシートを用い、怒りの仕組みやコントロールの仕方を学ばせる。ワークシートについては低位な言葉や表現を工夫しており、少年自身が考えを導き出し、それに基づいて討議やロールプレイを行っていく。また、「言葉のお守り」と名付けたセルフワークを見つけ出させ自身の心の拠り所を再確認させたり、自身で怒りを鎮めるセルフマネージメントについてトレーニングも行う。

③認知作業トレーニング(COT ; Cognitive Occupational Training)⁸⁾

本プログラムは宮川医療少年院の法務技官(精神科医師)宮口幸治が中心となって、宮川医療少年院、広島大学、大阪保健医療大学、大阪府立大学で共同開発された独自のプログラムであり、身体的に不器用な少年に対する治療的アプローチを主眼とする。少年自身の気づきを重視し認知機能へ働きかけることによってボディイメージや身体機能の向上を図る。つまり、身体機能と認知機能の向上を組み合わせたトレーニングを行うことで、退院後に就労等を含めた社会生活を円滑に送れるための基礎作りを行う。

対象少年の選定についてはオリジナルの「行動観察によるチェックリスト」を用い、手先だけでなく身体的に不器用な少年を選定する。身体的不器用さとは例えば体全体の動きのぎこちなさやコントロールの悪さを含んだものである。選定された少年には「IQが低い」、「スポーツ経験が少ない」、「立位や坐位の自画像にてボディイメージの悪さが露わになる」といった特徴の少年が多い傾向にある。実施期間は約3か月をかけて1回あたり50分、全10回(単元)程度のプログラムを行う。

ファシリテーターおよびコ・ファシリテーターは役割分担を綿密に決め、指導中には少年に「楽しい」、「面白い」といった正の強化を与える感情を持たせるために、結果に対する承認を随時与えることが必要とされる。またプログラムを通じて出来れば複数回の作業療法士の参加が推奨されている。作業療法士は認知神経リハビリテーションや感覚統合療法等に精通している者が望ましい。作業療法士は各少年の目標課題の再設定等を担当する。

プログラム全体の目的や毎回のセッションのトレーニングの目的を少年に分かりやすく伝え、そのトレーニングが例えば就労にどう直結するのかを伝えることでモチベーションの維持・向上を目指す。各単元の主題としては自己の目標設定や自己理解を行ったのち、注意機能や言語的記憶能力、筋力の調節、動作の予測能力等を高めるために様々な認知作業トレーニングを実施する。例としては模倣動作、棒体操、ブロック積み、毛布

引き、正しい姿勢トレーニング、つまようじ積み、ひも結び等々である。

本プログラムは複数の機関で現在も改良を重ねている段階であり、実施には本プログラムに精通した専門家によるスーパーバイズが必須とされている。

これらの発達障がいや類似した障がい特性を持った少年に対する少年院での新しい取り組みについては十分にエビデンスが揃っていないものも有るし、そもそも複数の指導が常に並行して実施されている少年院においてはプログラムの効果判定が困難な場合が多い。しかし、これらの新しいプログラムを実施している施設においては様々な方法で効果検証を試みており、実施前後の変化をとらえる試み(質問紙、チェックリスト、作文、行動観察等)を行っているが、今回取り上げた3つの新たなプログラムに関しては少年本人からも実施担当スタッフからも肯定的なデータが多く出ており、一定の効果が有る可能性は高いと考えられる。今回取り上げたプログラムは非行を直接的に取り扱っているものではなく、そういった意味では社会内の対応困難ケースへの導入も抵抗が少なくと言えよう。発達障がいの障がい受容、さまざまなソーシャルスキルの向上、アンダーコントロール、認知機能の向上等は社会内ケースでも対応が必要な項目であり、社会内支援への汎化も十分に考えられる。今後、法務省矯正局にも連携を働きかけ、矯正施設内での試行と社会内での試行を行い、効果の差異や実施条件の調整等を行い、双方の利益、ひいては対象者の利益となるようなプログラムの開発を模索すべきと考える。

D. 結論

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、特に少年院において児童・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。

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。また、一部の少年院においては発達障がい者や発達障がい類似の特性を持つ者に対して、社会内では実施されていない新たな取り組みがいくつか実践されていることが分かった。それらの新しい試みの内、学術的なエビデンスも得られているものも有り、確固としたエビデンスが確立していないまでも様々な効果判定の試みからは有効である可能性が示唆されていた。これらの取り組みは非行や犯罪を直接的に取り扱うものではなく、社会内の枠組みの中でも十分に実施できるプログラムであるため、一般社会への汎化が可能である可能性が示唆された。今後は法務省矯正局にも連携を働きかけ、矯正施設内での試行と社会内での試行を行い、効果の差異や実施条件の調整等を行い、双方の利益、ひいては対象者の利益となるようなプログラムの開発を模索すべきと考える。

参考文献

- 1) Wing, L. : Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine* 11:115-129, 1981
- 2) Mawson, D., Grounds, A. & Tantam, D. : Violence and Asperger's syndrome: A case study. *British Journal of Psychiatry* 147, 566-569, 1985
- 3) Scragg, P. & Shah, A. : Prevalence of Asperger's syndrome in a secure hospital. *British Journal of Psychiatry* 161, 679-682, 1994
- 4) 近藤日出夫, 瀧上康幸: 自閉症スペクトル指数(AQ)を用いた高機能広汎性発達障害と非行との関連の検討. 少年問題研究会(編), 発達障害と非行に関する実証的研究 日立みらい財団研究報告書, pp1-44, 日立みらい財団, 東京, 2005

5) 藤川洋子：青年期の高機能自閉症・アスペル
ガー障害の司法的問題—家庭裁判所における実
態調査を中心に. 月刊精神科 7(6)：507-511, 2005

6) 小栗正幸：軽度発達障害の鑑別と施設内処遇
の在り方②. 刑政 116(11)：134-144, 2005

7) 杉山登志郎：子ども虐待という第四の発達障
害, 学習研究社, 2007

8)

Miyaguchi, K., Matsuura, N., Shirataki, S., Maeda
, K. :Cognitive training for delinquents within
a residential service in Japan. Children and
Youth Services Review 34(9)2 : 1762-1768, 2012

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

自閉症スペクトラムの診断・評価のための検査

Autism Diagnostic Observation Schedule-Genetic (ADOS) 日本語版の開発に関する研究

研究代表者 内山登紀夫（福島大学大学院人間発達文化学類）
研究協力者 黒田 美保（淑徳大学総合福祉学部）
稲田 尚子（東京大学医学部附属病院）
行廣 隆次（京都学園大学人間文化学部）
廣瀬 公人（京都大学大学院医学系研究科）
宇野 洋太（名古屋大学医学部附属病院親と子どもの心療科）
神尾 陽子（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：自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorders: 以下 ASD）診断を行う上での根拠は、発達歴や日常生活の様子及び実際に観察可能な行動に求められる。発達歴や日常生活の様子は養育者からの聞き取りによらなければならないが、ASD 児・者本人の行動観察には、Autism Diagnostic Observation Schedule-Genetic) (以下 ADOS-G) がゴールド・スタンダードとして欧米で用いられている。ADOS-G は、年齢と言語水準によって4つの Module に分けられ、標準化された検査用具や質問項目を用いて、対人コミュニケーションスキルを最大限に引き出すように意図されている。ADOS-G の各 Module の対象は、Module 1 は Pre-Verbal/ Single Words, Module 2 は Phrase Speech, Module 3 は Fluent Speech (Child /Adolescent), Module 4 は Fluent Speech(Adolescent/Adult)であり、無言語の幼児から言語の流暢な高機能 ASD の成人にまで使用できる。ADOS-G は、「観察 (Observation)」「評定 (coding)」「アルゴリズム」から成り、「観察」の部分で引き出された対人コミュニケーション行動を、「評定」し、その後「アルゴリズム」にそって ASD かどうか判定するようになっている。ADOS-G による診断分類は、自閉症と ASD それぞれに対してカットオフポイントが示されている。

本研究では、ADOS-G 日本語版を作成し、その妥当性と評価者間信頼性を検討した。その結果、日本語版の全 Module について、ADOS のアルゴリズム得点（「意思伝達領域得点」と「相互的対人関係領域得点」の合計点）によって、ASD 群と非 ASD 群を判別できるという妥当性が確認された。また、すでに日本での妥当性が確認されている他尺度との関係から併存的妥当性も確認された。評価者間信頼性については、高い一致率が認められた。また、各 Module について、自閉症スペクトラム障害のカットオフポイントを求めたが、原版のカットオフポイントと同じ値であることが示された。以上から、ADOS-G 日本語版は、信頼性・妥当性共に高く、日本での使用に問題がないこと、また、日本語版のカットオフポイントが求められたことにより、臨床で使用できると考えられる。

A. 研究目的

自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorders: 以下 ASD）は、（1）対人的相互作用の質的障害、（2）コミュニケーションの質的障害、（3）行動・興味・活動の限局された反復的・常

同的な様式、の3領域の主兆候によって特徴づけられる障害であり、その診断においては、操作的診断基準である DSM-IV-TR¹⁾(精神疾患の診断・統計マニュアル第4版- Text Revision)(American Psychiatric Association, 2000) および ICD-10²⁾(国際

疾病分類第 10 版)(World Health Organization, 1992) がグローバル・スタンダードとして使われている。90 年代に入って、これらの自閉症の診断基準が整備され世界的規模で使用されるに伴い、標準化された診断のためのアセスメントが相次いで開発されてきている。こうしたアセスメントも、また、地域や文化の差を超えグローバル化を目指している。

現在、診断のための ASD の生物学的指標は確立しておらず、ASD 診断を行う上での根拠は、発達歴や日常生活の様子及び実際に観察可能な行動に求められる。発達歴や日常生活の様子については養育者からの聞き取りによらなければならないが、このための面接ツールとして、The Autism Diagnostic Interview-Revised³⁾ (以下 ADI-R)

(Lord et al., 1994) や The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (以下 DISCO)⁴⁾ (Wing et al., 2002) がある。一方、ASD 児・者本人の行動観察もまた不可欠であるが、このために開発されたのが Autism Diagnostic Observation Schedule-Genetic⁵⁾ (以下 ADOS-G) (Lord et al., 2000) である。

ADOS-G は Lord, C. や Rutter, M. らによって開発された ASD の診断・評価に特化した検査で、診断におけるゴールド・スタンダードとして使用されている。ADOS-G は、年齢と言語水準によって 4 つの Module に分けられ、標準化された検査用具や質問項目を用いて、対人コミュニケーションスキルを最大限に引き出すように意図されている。

ADOS-G の各 Module の対象は、Module 1 は Pre-Verbal/ Single Words, Module 2 は Phrase Speech, Module 3 は Fluent Speech (Child / Adolescent), Module 4 は Fluent Speech (Adolescent/Adult) であり、無言語の幼児から言語の流暢な高機能 ASD の成人にまで使用できる。ADOS-G は、「観察 (Observation)」「評価 (Coding)」「アルゴリズム」から成り、「観察」の部分で引き出された対人コミュニケーション行動を、「評定」し、その後「アルゴリズム」にそって ASD かど

うか判定するようになっている。ADOS-G による診断分類は、自閉症と ASD それぞれに対してカットオフポイントが示されている。現在、DSM-IV-TR の診断基準と対応している直接観察検査は、ADOS-G のみである。ADOS-G の各 Module の対象は言語水準にわけられ、Module 1 は無言語/1 語文程度、Module 2 は 2~3 語文程度、Module 3 は言語流暢な子ども/青年、Module 4 は言語流暢な青年/成人であり、無言語の幼児から言語の流暢な高機能 ASD の成人にまで使用できる。

本研究では、各 Module の信頼性と妥当性を検討し、カットオフポイントを求める。

B.方法

B-1. 被験者

Module 1:自治体の乳幼児健診で 2 歳までに M-CHAT 陽性となり、フォローの結果、3 歳時に専門医による確定診断を受けた自閉症スペクトラム幼児 (臨床群) 18 名 (男性:女性=14:4; ADOS 施行時平均月齢=27.1 ± 4.3, 発達指数 (DQ) = 83.2 ± 9.4) と、ASD の診断を除外された非 ASD の臨床ケース 10 名、およびボランティアで参加した定型発達児 (統制群) 8 名の計 18 名 (男性:女性=8:10; ADOS 施行時平均月齢=26.6 ± 6.5, 発達指数 (DQ) = 88.3 ± 12.4) とした。診断は、第 7 筆者の精神科医により行われた。

Module 2:小平市・西東京市の保育所・幼稚園に在籍する幼児で SRS 陽性となり診断面接を受けた児、発達の問題を主訴にクリニックを受診し診断面接を受けた児のうち自閉症スペクトラム障害と診断された幼児 (臨床群) 24 名 (男性:女性=17:7; ADOS 施行時平均月齢=59.8 ± 10.4 ヶ月; ADOS 施行時平均発達指数 (DQ) = 52.7 ± 6.5) と SRS 陽性あるいはクリニック受診をし診断面接を受けたが ASD の診断を除外された非 ASD の臨床ケース 21 名、および診断ニーズのないボランティアの定型発達児 (統制群) の 3 名の計 24 名 (男性:女性=16:18) の計 48 名とした。診断は、第 5 及び 7 の筆者児童精神科医により行われた。

Module3: 小平の通常学級に在籍する児童のうち、SRSが陽性となり診断面接を受けた児、クリニックなどを受診して診断面接を受けた児のうち自閉症スペクトラム障害と診断された25名（男性：女性=18：7；ADOS施行時平均年齢=10.1±3.3歳；ADOS施行時平均FIQ=100.1±17.2）とSRS陽性あるいはクリニック受診をして診断面接を受けたが、ASDの診断を除外された非ASDの臨床ケース19名、および定型発達児（統制群）の5名の計24名（男性：女性=15：9；ADOS施行時平均年齢=8.9±1.7歳；ADOS施行時平均FIQ=98.9±17.7）である。診断は、第7の筆者の児童精神科医により行われた。

Module4: ASD群19名（男性：女性=14：5，平均年齢24.5±12.6歳），統制群（非ASD群）19名（男性：女性=9：10，平均年齢33.6±9.9歳，統合失調症6名，気分障害6名，境界性パーソナリティ障害2名，強迫性障害1名，定型発達4名）である。IQの有意差はないが，男女比，年齢には有意差がみられる。診断は，第1,5,6,7筆者の児童精神科によって行われた。

被験者の年齢及び発達指数あるいはIQは表1に示す。

表1：被験者の年齢及び発達指数・IQ

		ASD	Non-ASD	T	P
Module1	Number(boy)	18(14)	18(8)	—	.09
	Age month	27.11 ±4.34	26.61± 6.47	.27	.79
	DQ	83.17 ±9.41	88.33± 12.37	1.41	.17
Module2	Number(boy)	24 (17)	24(16)	—	1.00
	Age month	59.79 ± 10.41	65.13± 8.64	1.93	.06
	DQ	96.81 ± 13.66	102.88± 14.21	1.46	.15
Module3	Number(boy)	25(18)	24(15)	—	.55
	Age year	10.08 ±3.32	8.88 ± 1.73	1.59	.12
	IQ	100.12 ± 17.20	98.92 ± 17.65	.24	.81
Module4	Number(boy)	19(14)	19(9)	—	.18
	Age year	28.58 ±7.43	33.58± 9.89	1.76	.09
	IQ	97.63 ± 17.78	101.79± 22.03	.64	.53

B-2. もちいた検査

ADOS日本語版（ADOS-JV）の各Moduleについて，信頼性及び妥当性を検討した。併存的妥当性には，日本での妥当性が検証されている以下の検査を用いた。

・ADOS-JV Module 1：対象はPre-Verbal/ Single Wordsの子どもであり，10の観察項目と29のcoding項目とアルゴリズムからなる。アルゴリズムはcommunication領域で2点以上，reciprocal social interaction領域で4点以上，その両領域の合計得点が7点以上の場合，ASDと判断される。

Module 2: 対象はPhrase Speechの子どもであり，10の観察項目と24のcoding項目とアルゴリズムからなる。アルゴリズムはcommunication領域で3点以上，reciprocal social interaction領域で4点以上，その両領域の合計得点が8点以上の場合，ASDと判断される。

Module3: 対象はFluent Speech(Child/Adolescent)，10の観察項目と28のcoding項目とアルゴリズムからなる。アルゴリズムはcommunication領域で2点以上，reciprocal social interaction領域で4点以上，その両領域の合計得点が7点以上の場合，ASDと判断される。

Module4：対象はFluent Speech(Adolescent/Adult)であり10の観察項目と31のcoding項目とアルゴリズムからなる。アルゴリズムはcommunication領域で2点以上，reciprocal social interaction領域で4点以上，その両領域の合計得点が7点以上の場合，ASDと判断される。

・CARS-TV: 専門家が本人の行動観察と母親の聞き取り内容から，自閉症に関連する15項目の症状について得点をつけていき，最終的に合計点で自閉症かどうかとその重症度を測定できる検査である。得点が30点をこえると自閉症とされ，30～36.5点であると軽中度自閉症，37～60点であると重度自閉症となる。

・SRS-JV: 親記入式の質問紙で，子どもの対人相互性や社会性について評価する。対人相互性や社

会性は、自閉症の症状の中でも中核的な症状であり、ASDでは、定型発達よりもSRSが高得点になることが示されている。

・AQ-TV:50問からなる自記式の質問紙で自閉症スペクトラムの傾向を調べることができる。カットオフポイントは、30点である。

【手続】

Module1, 3, 4は、ADOSの研究者資格保持者の第2, 3筆者によって全ケースが実施された。Module2は、第2, 3筆者及び研究者資格保持者の第5筆者によって実施された。

評定者間信頼性：

Module1:臨床群のうち15名について、第2, 3筆者2名が独立してADOSを評定した。各29項目の単純一致率とカッパ係数(κ)を調べた。Module4:臨床群のうち8名について、第2, 3筆者2名が独立してADOSを評定した。各29項目の単純一致率とカッパ係数(κ)を調べた。

ADOSアルゴリズム得点の併存的妥当性：

ADOSアルゴリズム得点の妥当性については、臨床群と統制群のADOSのアルゴリズム「意思伝達領域得点」「相互的対人関係領域得点」及び両領域の合計得点を比較することで検討する。また、併存的妥当性については、Module1はCARSの得点、Module2, Module3はSRSの得点との相関を求める。Module4については、AQ-TVの得点との相関を求める。

ASDのカットオフ値：各Moduleについて、感度と特異度を計算する。

ROC(receiver operating characteristic analysis)曲線によって、各Moduleの各得点(あるいは「意思伝達領域得点」「相互的対人関係領域得点」、合計得点)について、カットオフ値を変化させた時の感度と特異度を求め、適切なカットオフ値を決定した。

【結果】

評定者間信頼性：

Module1:臨床群15名について、各29項目の単純一致率は、72.7%~100.0%の範囲であった。 κ 係数は、得点分布が偏っていたために算出できなかった1項目を除き、0.42から1.00の範囲で、平均 $\kappa=0.84$ であり、良好な評定者間信頼性を示した。

Module4:臨床群8名について、評価者間信頼性については、各31項目の単純一致率において、88.97%~100.0%の範囲であった。 κ 係数は、得点分布が偏っていたために算出できなかった6項目を除き、0.70から1.00の範囲で、平均 $\kappa=0.96$ であり、良好な評定者間信頼性を得られた。

ADOSアルゴリズム得点の併存的妥当性

併存的妥当性については、Module1はCARSの得点、Module2, Module3はSRSの得点、Module4については、AQ-TVの得点との相関を求めたところ、いずれも高い相関が認められた。

表2:各Moduleのアルゴリズム得点と他の検査値との相関

	Scale	number	r
Module1	CARS	36	.789**
Module2	CARS	17	.722**
Module3	SRS	41	.645**
Module4	AQ	38	.648**

診断的妥当性：

【Module1】：

ADOSアルゴリズム得点の妥当性については、アルゴリズム「意思伝達領域得点」($t(43)=7.47, p<.001$)「相互的対人関係領域得点」($t(43)=8.07, p<.001$)、及び両領域の合計得点において有意差がみられた。

【Module2】

診断的妥当性については、アルゴリズム「意思伝達領域得点」($t(41)=5.6, p<.001$)「相互的対人関係領域得点」($t(41)=4.9, p<.001$)、及び両領域の合計得点において有意差がみられた($t(41)=5.2 (p<.001)$)。

【Module3】

診断的妥当性については、アルゴリズム「意思伝達領域得点」($t(34)=5.0, p<.001$)「相互的対人関係領域得点」($t(34)=5.9, p<.001$),及び両領域の合計得点において有意差がみられた($t(34)=5.4 (p<.001)$).

【Module4】

診断的妥当性については、アルゴリズム「意思伝達領域得点」($t(36)=4.7, p<.001$)「相互的対人関係領域得点」($t(36)=10.7, p<.001$),及び両領域の合計得点において有意差がみられた($t(36)=8.7 (p<.001)$).

ASD のカットオフ値 :

【Module1】 :

アルゴリズムの「意思伝達領域得点」「相互的対人関係領域得点」及び両領域の合計得点について、ROC 曲線を求めると以下ようになる。AUC(area under curve)は、言語と意思決定で .908, 95% CI [.802, 1.000], 相互的対人関係で .921, 95% CI [.837, 1.000], 合計得点で .948, 95% CI [.881, 1.000]であった。3つの得点の AUC の差は有意ではなかった($\chi^2(2)=4.88, p=.087$).

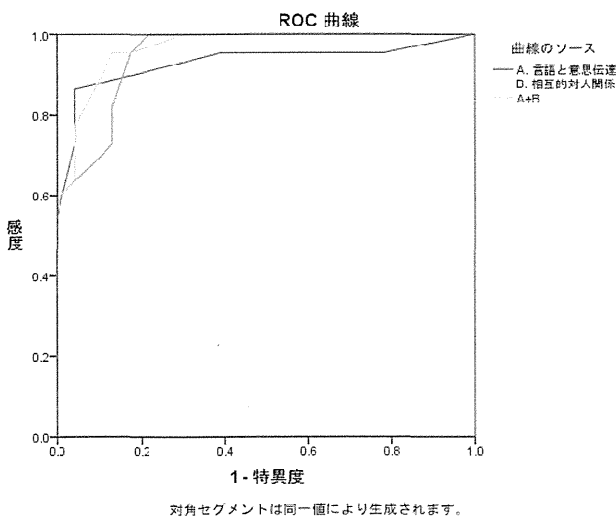


図 : Module1 のアルゴリズム値の ROC 曲線

それぞれの領域の感度と特異度を求めると、「意思伝達領域」は以下ようになる。

カットオフ	感度	特異度
1	.955	0.217
2	.955	0.609
3	.864	0.957
4	.727	0.957
5	.545	1.000

「相互的対人関係領域」は以下ようになる。

カットオフ	感度	特異度
3	1.000	0.565
4	1.000	0.783
5	.955	0.826
6	.818	0.870
7	.727	0.870

両領域の合計は以下ようになる。

カットオフ	感度	特異度
5	1.000	0.696
6	.955	0.826
7	.955	0.870
8	.955	0.870
9	.864	0.913
10	.773	0.957
11	.636	0.957

他の Module についても、同様にカットオフを求めたところ、以下の表のような結果が得られた。

表 3. Module 2,3,4 のカットオフ値と感度・特異度

		Cutoff	sensitivity	specificity
Module2	A	2	.84	.68
	B	4	1.00	.84
	A+B	7	.95	.79
Module3	A	2	1.00	.63
	B	4	0.93	.79
	A+B	7	0.93	.83
Module 4	A	2	.84	.68
	B	4	1.00	.84
	A+B	7	.95	.79

【考察】

Module1 と Module4 について検討した評定者間信頼性については、高い信頼性が認められた。研究者資格のある評定者が行っていることを考えると、他の Module においても高い評定者間信頼性が認められると考えられる。

また、Module1~4のすべてのModuleでADOS-G-JVアルゴリズム得点の妥当性については、臨床群と統制群のADOS-G-JVのアルゴリズム「意思伝達領域得点」「相互的対人関係領域得点」及び両領域の合計得点のすべてにおいて妥当性が認められた。また、併存的妥当性については、CARSの得点と高い相関認められ、ADOS-G-JVの妥当性が認められた。

また、それぞれの感度と特異度をみると、オリジナルと同じカットオフの基準で問題がないと考えられる。従って、ADOS-G-JVのModule1のカットオフ値は、「意思伝達領域」が2点、「相互的対人関係領域」が4点、両領域が7点と考えられる。Module2のカットオフ値は、「意思伝達領域」が2点、「相互的対人関係領域」が4点、両領域が7点と考えられる。Module3のカットオフ値は、「意思伝達領域」が2点、「相互的対人関係領域」が4点、両領域が7点と考えられる。Module4のカットオフ値は、「意思伝達領域」が2点、「相互的対人関係領域」が4点、両領域が7点と考えられる。

(倫理面の配慮)本研究は、福島大学倫理委員会及び国立精神神経医療研究センター倫理委員会の承認を得たものであり、本研究の意義・目的・方法・被験者が被りうる不利益や危険性について被験者に対して説明を行い、文書で同意を得た。

E.文献

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (ICD-10): The Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO; 1992.
3. Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic

interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 24:659-685; 1994.

4. Lord C, Risi S, Lambrecht L et al. The autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 30:205-223; 2003.
5. Tsuchiya,K., Matsumoto, K., Yagi, A., Inada, N., Kuroda, M., Inokuchi, E., Koyama, T., Kamio, Y., Tsujii,M., Sakai, S. Mohri, S, and et al. Reliability and Validity of Autism Diagnostic Interview – Revised – Japanese Version *Journal of Autism and Developmental Disorders*,online.
6. Wing, L., Leekam, S.R., Libby ,S.J., Gould, J.,& Larcombe, M. The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: background, inter-rater reliability and clinical use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **43**, 307-325; 2002.

F.健康危険情報 なし

G. 研究発表

- 1.論文発表
黒田美保, 稲田尚子. Autism Diagnostic Observation Schedule (自閉症診断観察検査)日本語版の開発状況と今後の課題. *精神医学*,54: 427-435; 2012.
- 2.学会発表, 講演
Kuroda, M., Inada,N., Kamio Y., Uno, Y., Uchiyama, T. Can the ADOS Module 4 help differentiate ASDs from other psychiatric disorders? (2012) International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP, 国際児童・青年精神医学会). フランス (パリ)

H.知的財産権の出願・登録状況 なし

自閉症スペクトラムのスクリーニングのための検査 Social Communication Questionnaire (SCQ) 日本語版の開発に関する研究

研究代表者 内山登紀夫（福島大学大学院人間発達文化学類）
研究協力者 稲田尚子（東京大学医学部附属病院）
黒田美保（淑徳大学総合福祉学部）
田中恭子（東京大学医学部附属病院）
村松陽子（京都市立京都児童福祉センター）
宇野洋太（よこはま発達クリニック）

研究要旨：自閉症スペクトラム（Autism Spectrum Disorders: 以下 ASD）の2次スクリーニングツールとして、対人コミュニケーション質問紙（Social Communication Questionnaire : SCQ）は欧米で広く使用されている。本研究では、日本語版 SCQ の信頼性と妥当性の検証を目的として行った。

SCQ は、「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンの2種類があるが、いずれのバージョンも再検査信頼性、評定者間信頼性、内部一貫信頼性ともに十分な信頼性が確認された。また、妥当性検討に関しては、両バージョンにおいて、すでに ASD の症状評価に信頼性・妥当性が確認されている ADI-R 合計得点と SCQ 合計得点との間に有意な正の相関関係が認められ、併存的妥当性を有することも明らかとなった。また、「誕生から今まで」バージョンおよび「現在」バージョンについて、ASD 群は一般群と比べて有意に高い SCQ 合計得点を示し、SCQ は ASD 群と一般群を区別することが明らかとなった。本研究では、「誕生から今まで」バージョンおよび「現在」バージョンについて、ASD 群と非 ASD の臨床群の SCQ 合計得点を比較した。その結果、「誕生から今まで」バージョンでは、ASD 群は非 ASD 群と比べて有意に高い SCQ 合計得点を示したが、「現在」バージョンでは、両群間に有意な差は認められなかった。ASD のスクリーニング目的には、「誕生から今まで」バージョンを用いるため、SCQ は ASD のスクリーニングツールとしての一定の有用性が示された。今後はケース数を蓄積し、両群を区別するカットオフ値を検討する必要がある。

A. 研究目的

自閉症スペクトラム（Autism Spectrum Disorders: 以下 ASD）の臨床場面において、診断に至るまでにいくつかの段階がある。まず、一般集団から ASD の疑いのある者を的確に同定し（1次スクリーニング）、そこから2次スクリーニングを経て最終診断に進むことが一般的であり、欧米では、1次スクリーニング・2次スクリーニング、診断に用いる検査ツールがそれぞれの段階に合わせて開発・使用されてい

る。日本においては、スクリーニングや診断に用いられる評価用検査も少ないのが現状である。

本研究では、アメリカで開発され、多くの国で標準的に用いられている検査の日本語版の作成及びその妥当性と信頼性を検討し、日本の医療臨床や教育臨床で役立つことを最終目的とする。本研究では、ASD の二次スクリーニングとして欧米で広く使われている質問紙である対人コミュニケーション質問紙（Social Communication Questionnaire : SCQ）の信頼性と妥当性を検証する。

B. 方法

対象

信頼性検討

ASDの診断を受けた児童・青年23名とした(男:女=18:5, 平均年齢(標準偏差)範囲=16.17(1.9) 11-18, 平均IQ(標準偏差)範囲=87.9(25.0) 49-153)。

妥当性検討

併存的妥当性

ASDの診断を受けた青年・成人28名とした(男:女=18:10, 平均年齢(標準偏差)範囲=30.3(6.83) 20-48, 平均IQ(標準偏差)範囲=104.3(14.0) 85-138)。

判別的妥当性

ASD群: ASDの診断を受けた51名とした(男:女=36:15, 平均年齢(標準偏差)範囲=23.24(4.64) 11-48, 平均IQ(標準偏差)範囲=96.1(19.5) 49-138)。

一般群: ASDの診断を受けていない10名の一般の児童・青年を一般群とした(男:女=7:3, 平均年齢(標準偏差)範囲=22.7(8.90) 11-48)。

非ASD群: 医療機関等の臨床機関に継続的に通院しているASD以外の臨床群21名とした(男:女=14:7, 平均年齢(標準偏差)範囲=9.19(5.56) 4-29, 平均IQ(標準偏差)範囲=85.54(22.33) 65-141)。

尺度

対人コミュニケーション質問紙 (Social Communication Questionnaire : SCQ)

SCQは、Rutter, M., Bailey, A., Lord, C.によって開発され、自閉症スペクトラムの可能性のある対象に関して、コミュニケーションスキルと対人機能を評価することができる2次スクリーニング用質問紙である。症状が最も顕著な過去の時期の状態について尋ねる「誕生から今ま

で」バージョンと現在の状態について尋ねる「現在」バージョンとの2つのバージョンに分かれているが、いずれも2択(はい・いいえ)40問の質問紙で、親または養育者によって10分弱で記入が可能である。得点は、項目1を除いて、0~39点で算出される。

「誕生から今まで」バージョンは、主に4,5歳を中心として、対象の発達早期からの発達について焦点をあてており、合計得点で自閉症のカットオフ(15点)が設けられており、カットオフを超える場合は、診断面接を受けることが強く推奨される。

「現在」バージョンは、過去3カ月の対象の状態を評価するものである。結果は治療計画や教育計画に役立ち、また、経年的変化を測定できる。SCQは簡便でありながら、臨床家や教育者にとって有用な2次スクリーニングツールである。

自閉症診断面接修正版 (Autism Diagnostic Interview- Revised : ADI-R)

ADI-Rは、自閉症の診断を目的とした、親(親)に行う半構造化面接法である(Lord, Rutter, Le Couteur, et al.,1994)。ADI-Rの日本語版の信頼性と妥当性は、Tsuchiya, Matsumoto, Yagiら(online)によって報告されている。本研究では、診断アルゴリズムに関する下位項目を用いて、3領域(相互的対人関係の質的異常、意志伝達の質的異常、限定的・反復的・常同的行動パターン)の得点を算出した。いずれも得点が高いほど、異常であることを表す。

手続き

対象の母親に対し、SCQの「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンに回答を求めた。一部の母親には、2週間間隔(回答日間隔平均(SD)範囲=13.23(3.5) 7-18)で2回回答を求め、一部の父親にも回答を求めた。

分析

信頼性検討

再検査信頼性：「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンそれぞれについて、1回目回答と2回目回答のSCQ合計得点の級内相関係数を求めた。

評定者間信頼性：「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンそれぞれについて、母親回答と父親回答のSCQ合計得点の級内相関係数を求めた。

妥当性検討

併存的妥当性：「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンそれぞれについて、SCQ合計得点とADI-R合計得点との相関係数（Pearson積率相関係数）を求めた。

判別的妥当性①：「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンそれぞれのSCQ合計得点について、ASD群と一般群の2群間で差があるかどうかをt検定により検討した。

判別的妥当性②：「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンそれぞれのSCQ合計得点について、ASD群と非ASDの臨床群2群間で差があるかどうかをt検定により検討した。

内部一貫信頼性

ASD群および一般群の母親の一回目のSCQの回答について、「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンの全40項目のアルファ係数（ α ）を求めた。

C. 結果

信頼性検討

再検査信頼性：

「誕生から今まで」バージョンについて、1回目平均得点 23.4 点、2回目平均得点 25.1 点であ

った。また「現在」バージョンについて、1回目平均得点 15.0 点、2回目平均得点 17.9 点であった。級内相関係数（Intraclass correlation: ICC）を求めて再検査信頼性を確認したところ、それぞれ $ICC=0.961, 0.965$ （いずれも $p<.001$ ）と良好な再検査信頼性が確認された。

評定者間信頼性：

「誕生から今まで」バージョンについて、母親回答平均得点 23.4 点、父親回答平均得点 22.3 点であった。また「現在」バージョンについて、母親回答平均得点 15.0 点、父親回答平均得点 16.2 点であった。級内相関係数（Intraclass correlation: ICC）を求めて再検査信頼性を確認したところ、それぞれ $ICC=0.778, 0.783$ （いずれも $p<.01$ ）と良好な評定者間信頼性が確認された。

妥当性検討

併存的妥当性：

併存的妥当性検討のために、SCQ合計得点について、すでにASDの症状評価尺として、信頼性・妥当性が示されている自閉症診断面接修正版（Autism Diagnostic Interview: ADI-R）日本語版（Tsuchiya et al., online）との関連を調べた。「誕生から今まで」および「現在」質問紙のSCQ合計得点について、ADI-Rの合計得点との正の相関関係が認められ（それぞれ $r=.772$ （ $p<.001$ ）, $r=.489$ （ $p<.05$ ））、十分な併存的妥当性が示された。

内部一貫信頼性：

「誕生から今まで」バージョンの α 係数は、.926であり、「現在」バージョンの α 係数は、.910であった。

判別的妥当性①：

ASD群と一般群の「誕生から今まで」および「現在」バージョンのSCQ合計得点について、

ASD 群と一般群で比較した結果を表 1 に示す。いずれも ASD 群の SCQ 合計得点が有意に高かった。

表 1 : ASD 群と一般群の SCQ 得点の比較

	ASD 群 (n=51) 平均 (範囲)	一般群 (n=10) 平均 (範囲)	<i>t</i>	<i>P</i>
誕生から 今まで	17.3 (10.6)	0.6 (0.8)	11.30	<.001
現在	13.3 (8.3)	0.1 (0.3)	11.54	<.001

判別的妥当性② :

次に、年齢と IQ/DQ をマッチさせた ASD 群と非 ASD 群について「誕生から今まで」および「現在」バージョンの SCQ 合計得点を比較した結果を表 2、表 3 に示す。「誕生から今まで」バージョンでは ASD 群の方が非 ASD 群よりも有意に高い SCQ 合計得点を示したが、「現在」バージョンでは両群に有意な差は認められなかった。

表 2 : ASD 群と非 ASD 群の「誕生から今まで」SCQ 得点の比較

	ASD 群 (n=24) 平均 (範囲)	非 ASD 群 (n=21) 平均 (範囲)	<i>t</i>	<i>P</i>
誕生から 今まで	14.33 (9.64)	8.00 (7.09)	2.48	.017

表 3 : ASD 群と非 ASD 群の「現在」SCQ 得点の比較

	ASD 群 (n=21) 平均 (範囲)	非 ASD 群 (n=9) 平均 (範囲)	<i>t</i>	<i>P</i>
現在	9.81 (7.39)	8.67 (5.72)	.41	.683

D. 考察

本研究では、SCQ 日本語版の「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンについて、

信頼性と妥当性の検討を行った。いずれのバージョンも再検査信頼性、評定者間信頼性、内部一貫信頼性ともに十分な信頼性が確認された。

また、妥当性検討に関しては、両バージョンにおいて、すでに ASD の症状評価に信頼性・妥当性が確認されている ADI-R 合計得点と SCQ 合計得点との間に有意な正の中程度の相関関係が認められ、併存的妥当性を有することも明らかとなった。また、「誕生から今まで」バージョンおよび「現在」バージョンについて、ASD 群は一般群と比べて有意に高い SCQ 合計得点を示し、SCQ は ASD 群と一般群を区別することが明らかとなった。

一方、SCQ は二次スクリーニングツールであるため、非 ASD の臨床群と鑑別できることが求められる。「誕生から今まで」バージョンおよび「現在」バージョンについて、ASD 群と非 ASD の臨床群の SCQ 得点を比較したところ、「誕生から今まで」バージョンの SCQ 得点は ASD 群が一般群と比べて有意に高かった。しかしながら、「現在」バージョンの SCQ 得点は両群に有意な差が認められなかった。ASD のスクリーニングに使用する「誕生から今まで」バージョンの SCQ 得点は ASD 群と非 ASD 群を区別することが明らかとなった。ASD のスクリーニングには、「誕生から今まで」バージョンを使用するため、ASD のスクリーニングツールとして一定の妥当性が示されたと考えられる。今後は、ケース数を蓄積し両群を区別するカットオフ値を検討する必要がある。また、ASD 児者の現在の症状程度を測定すると考えられる「現在」バージョンで両群に差が認められなかった点については、今後ケース数を蓄積して再検討する必要がある。

参考文献

- 1) Tsuchiya, K., Matsumoto, K., Yagi, A., Inada, N., Kuroda, M., Inokuchi, E., Koyama,

T., Kamio, Y., Tsujii, M., Sakai, S. Mohri, S,
and et al. Reliability and Validity of Autism
Diagnostic Interview – Revised – Japanese
Version *Journal of Autism and
Developmental Disorders*, online.

2) Rutter M, Bailey A, Lord C. (2003) *Social
Communication Questionnaire (SCQ)
manual*.

California, USA, Western Psychological
Service.

E.健康危険情報 なし

F. 研究発表

1.論文発表 なし

2.学会発表、講演 なし

G.知的財産権の出願・登録状況 なし

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

触法性発達障害者の刑事法的対応に関する比較法的研究（韓国）

分担研究者 太田 達也（慶應義塾大学法学部）
研究協力者 宣 善花（慶應義塾大学大学院法学研究科博士課程）
徐 運在（慶應義塾大学大学院法学研究科博士課，韓国法務省矯正本部）
鄭 理香（Ds' s メンタルヘル斯拉ボ）
鈴木さとみ（国立障害者リハビリテーションセンター）

研究要旨

犯罪又は触法行為を行った発達障害者に対する刑事処分や刑事施設における処遇の在り方を模索することを目的とし，韓国における矯正施設（刑務所，少年院，治療監護所）に関する基礎調査の上，現地での訪問・聞き取り調査を行った。

その結果，韓国における発達障害の理解が我が国と異なり，知的障害を中心に捉える傾向があるため，成人の矯正施設では自閉症やアスペルガーといった発達障害と診断されている者がいないことが明らかとなった。従って，韓国の矯正施設では，発達障害の収容者に対する特別な処遇プログラムといったものは未だ策定されていないが，近年における性犯罪者対策の一環として，小児性愛や性的倒錯障害など精神性的障害 (PsychoSexual Disorder) のある一部の性犯罪者に対する認知行動療法や知的障害を有する性犯罪者に対する心理治療プログラムが開発・実施されている。

一方，韓国では，管区毎に一家所の刑務所を定めて精神保健センターを設置し，管区内の刑務所から特別な処遇を要する精神障害受刑者を集めて1年間に亘る認知行動療法を中心とした処遇を行っている。発達障害に特化したプログラムではないものの，こうした重点施設やプログラムをもたない我が国の刑事施設にとっても参考になる。

さらに，保安処分施設たる治療監護所での対応であるものの，精神障害がある収容者が退所（仮終了等）した後も，保護観察を行いながら，治療監護所がフォローアップ的な継続指導を行っており，触法性精神障害者に対する施設内処遇と社会内処遇の連携として注目される。さらに，治療監護所から退所する精神障害者のうち帰住先がないものを，更生保護施設で受け入れる体制が構築されている。

今後の課題は，公判前の段階で触法性発達障害者を刑事手続から外し，社会での治療・処遇機関につなぐことのできる法制度の有無や問題点について調査することであり，特に韓国の条件付起訴猶予制度について重点的に調査する予定である。

A. 研究目的

犯罪行為を行った者に発達障害がある場合でも、責任能力が認定され、刑罰が科せられるのが一般的であり、自由刑に処されれば、刑事施設(刑務所)に収監され、刑の執行が行われる。

2012年7月30日の大阪地裁殺人被告事件判決では、被告人のアスペルガー症候群の影響を量刑上大きく考慮することは相当でないとし、通常人と同様の倫理的批判を加えることはできないとしながらも、「いかに精神障害の影響があるとはいえ、十分な反省のないまま被告人が社会に復帰すれば」、「アスペルガー症候群という精神障害に対応できる受け皿が何ら用意されていないし、その見込みもない」ことから再犯のおそれが懸念され、「許される限り長期間刑務所に収容することで内省を深めさせる必要があり、そうすることが、社会秩序の維持にも資する」として、検察官の求刑16年を上回る懲役20年を言い渡している(判例集未登載。LLI/DB)。

大阪地裁の判断が発達障害と社会資源に関する正しい理解と知識に裏付けられたものでないにしても、もし発達障害に対する適切な対応と帰住環境の調整が行われなければ、更生や社会復帰に支障が生じる可能性は否定できない。

従来、少年院においては、発達障害を有する非行少年の処遇の在り方について検討が行われてきているが、刑事施設においては、統合失調症等の精神疾患や薬物依存性の精神障害のある者については一定の治療や処遇が行われているものの、発達障害を対象とした特別な処遇は行われていない。そもそも、受刑者における発達障害の状況についての調査も行われておらず、近年、知的障害についての調査がようやく行われたに過ぎない。

刑事施設から釈放においても、発達障害を念頭においた対応ではなく、一般的な許可基準である悔悟の情や改善更生の意欲、再犯のおそれ等を基準とした仮釈放審査が行われていることは想像に難くなく、そうであるとすれば、中には発達障

害特有の傾向から仮釈放が認められず、満期釈放となって釈放後に何等の対応も取られていない可能性が高い。また、仮釈放となったからといって、現在の残刑期間主義(仮釈放後、残った刑期の間だけ保護観察を行う制度)の下では、極めて限られた期間しか保護観察を行い得ない。

2009年からは、精神障害や高齢の受刑者で福祉的支援を要する者を刑事施設収容中から帰住先の福祉施設を調整する特別調整と地域生活定着支援事業が実施されている。しかし、この制度の対象は知的障害者や高齢者が中心となっており、知的障害のない発達障害者が対象となることは少ないと考えられる。

医療観察法にしても、心神喪失または心神耗弱により不起訴や無罪、執行猶予となったことが要件であるため、刑事責任が認められることが多い発達障害だけの者が対象となることは極めて少ない。

このように、我が国の刑事司法制度においては、未だ、犯罪行為を行った発達障害者に対する適切な対応が確立されておらず、今後、刑事手続においてどのような刑事処分を行うことが、刑事責任の追及という点においても、また本人の社会復帰にとっても望ましいのかが検討されなければならず、自由刑を科す場合においても、刑事施設においてどのような処遇を行うべきであり、また釈放時にどのような形で社会生活に結びつけていくかを検討する必要がある。

本研究は、そうした問題意識の下、海外における触法性発達障害者の刑事処分や刑事施設での処遇を比較法的見地から調査することにより、我が国における制度の在り方を模索することを目的とする。

B. 研究方法

1. 調査対象と方法

平成25年度は、韓国の矯正施設における処遇制度の概要と精神障害収容者に対する処遇についての一般的な情報収集を行った後、同国におい

て発達障害を含む精神障害者を収容している可能性の高い刑務所、少年院、治療監護所を訪問し、施設の見学を行うとともに、処遇担当の職員や医師等から聞き取り調査を実施した。

調査対象とした施設と調査実施日は、以下の通りである。なお、韓国では、刑務所を「矯導所」と称するが、便宜上、以下では、刑務所という用語を用いることとする。

①ソウル南部刑務所（ソウル特別市）

2013年8月19日

②大田少年院（大田広域市）

2013年8月20日

③治療監護所（公州市）

2013年8月20日

④群山刑務所（群山市）

2013年8月21日

①ソウル南部刑務所は、ソウル特別市郊外に所在する緩和警備等級(S2)の刑務所である。同刑務所は2011年に韓国で初めて性犯罪者矯正心理治療センターを設置し、性犯罪受刑者に対し認知行動療法等の処遇を行っている。同刑務所を調査対象とした理由は、性犯罪者の中には知的障害や発達障害を有する者が少なからず含まれることが知られており、発達障害者に対する一定の処遇が行われている可能性があるからである。

②少年院は、日本の少年院同様、家庭裁判所（及び地方裁判所少年部。以下、同じ）により保護処分たる少年院送致決定等を受けた者を収容して矯正教育を実施する施設である。大田広域市に所在する大田少年院は、少年院送致少年のうち特に医療処遇を必要とする少年や家庭裁判所の保護処分である医療処分を受けた少年を収容し、医療的な処遇を行う少年院であり、日本の医療少年院に相当する韓国唯一の少年である。発達障害を有する非行少年に対してどのような矯正教育が行われているかを調査するため、調査対象とした。

③治療監護所は、裁判所の判決により保安処分としての治療監護処分を受けた精神疾患や物質依存のある触法行為者等を収容して、治療及び処遇を行う保安処分施設である。心神喪失の場合だけでなく、心神耗弱として刑事責任が認められ、刑と併科することができ、実際にそうしたケースが大半を占めることから、重複障害として発達障害を有する者が治療監護処分を受ける可能性があり、調査対象とした。また、2008年の法改正により、小児性愛者など特定の反社会的性行動のある者についても「精神性的障害者」として治療監護処分の対象となったため、こうした性犯罪者の中に発達障害者が含まれているかどうか調査項目とした。

④群山刑務所は、全羅北道群山市に所在する緩和警備等級(S2)の刑務所である。同刑務所は、2012年に韓国で初の精神保健センターを設置し、精神障害のある受刑者に対する治療とリハビリ教育を行っている。韓国法務省は、4つある矯正管区（地方矯正庁）毎に1箇所ずつ精神保健センターを設置していく方針であることから、今後、精神保健センターは精神障害受刑者に対する処遇の拠点となっていくものと推測されるため、調査対象として重要である。

2. 倫理面への配慮

各施設への訪問と聞き取り調査については、事前に韓国法務省から許可を得た。実際の調査に際しては、受刑者や収容少年の氏名・住所など個人を特定することができる情報には関わらない形で質問するなど配慮を徹底した（そもそも、施設側としても、そうした個人情報については、一切開示をしない）。

C. 研究結果

1. 韓国の刑事司法制度

(1) 刑罰と保安処分

韓国の刑罰制度については、我が国同様、単独で科すことのできる主刑としては、死刑、懲役、禁錮、罰金、拘留、科料である。死刑は残虐な刑罰に当たらず合憲というのが同国憲法裁判所の判例であり、実際の裁判でも年に一桁台の死刑判決が出されているが（第1審）、1997年末に最後の執行が行われて以来、一件も死刑の執行が行われておらず、韓国は事実上の死刑執行停止国となっている。死刑確定者が精神障害により心神喪失の状態にあるとき死刑の執行を停止するのは日本と同様である。

自由刑には懲役と禁錮の2種類があり、それぞれ無期と有期があるのは日本と同様であるが、有期刑が1月以上30年以下で、50年まで加重することができ、日本に比べ有期刑の上限が高い。これは性犯罪に対する対策の一環として2010年の法改正で改められたものであり、それまでは1月以上15年以下、加重して25年までであった。

無期刑については仮釈放が可能であるが、仮釈放の形式的要件たる法定期間は20年と、10年の日本より長い（有期刑の場合の3分の1は同じ）。これも、2010年の法改正によるものである。

また、自由刑の執行猶予があるのも日本と同様であるが、保護観察のほか、社会奉仕命令や受講命令を裁判所が直接付することができる。さらに、韓国には、刑の量定のみ行い、その宣告を猶予する宣告猶予の制度がある。

なお、韓国は、刑事制裁について二元主義を採用しており、過去に犯した犯罪に対する刑事制裁としての刑罰と、将来再び犯罪を犯すおそれがある者に対し、それを解消するために科される保安処分を有している。韓国で導入されている保安処分には、精神障害や物質依存等がある状態で触法行為（犯罪行為を含む）を行った者等に対する治療監護処分と治療監護処分の仮終了後に付される保護観察があるが、近年、性犯罪者に対する電子監視（200年導入）や性衝動抑制治療（2010年導入）が新たな保安処分として導入されている。

かつて、社会保護法（1980年制定）という法律が、治療監護処分とともに、累犯で、再犯のおそれがあり、特別な処遇が必要な者に対する保安処分である保護監護処分を規定していたが、同処分が人権侵害に当たるおそれがあるとの理由から社会保護法が2005年8月に廃止され、治療監護処分のみを定めた治療監護法が制定された。

(2) 矯正制度

自由刑（懲役、禁錮、拘留）の執行は、全国36箇所の刑務所、11箇所の拘置所、3箇所の支所で行われている。これらの施設を所管するのは法務省矯正本部であり、全国がソウル、大田、光州、大邱の4つの矯正管区（地方矯正庁）に分けられ、施設の管理・運営が行われている。

さらに、韓国では、民営刑務所として所望（ソマン）刑務所が2010年に開所しており、キリスト教団体を母体とする民間団体が宗教的理念の下に運営を行っている。

受刑者は、犯罪傾向や矯正成績に応じて、開放処遇級（S1）、緩和警備処遇級（S2）、一般警備処遇級（S3）、重警備処遇級（S4）に分類され、各等級に応じた刑務所に収容される。但し、全受刑者の半数強がS3級、3割強がS2級に区分されており、S1級、S4級はそれぞれ6%程度しかいない。

刑務所での処遇内容は、刑務作業（韓国では矯正作業と呼ばれる）・職業訓練、教育活動（生活指導教育、人性教育、学校教育）等から成る。

日本の医療刑務所のような医療を主として行う刑務所は韓国にはないが、以前から、肺結核と精神疾患受刑者の一部は大邱矯正管区の晋州刑務所に収容されており、医療刑務所的な役割を果たしている。

韓国では刑務所における精神障害受刑者の公式統計が公開されていないため、その収容状況は明らかでないが、2009年の国政監査資料（国会法政司法委員会）によれば、全国の刑務所に収容されている精神障害受刑者は僅かに261名である。日本の精神障害受刑者が、約6万人の受刑者に対

し約 9,000 人であるから、韓国の 1 日平均受刑者数の約 3 万人に比べ、その数はかなり少ない。

その原因の一つとして、韓国には精神障害者を対象者とした治療処分という保安処分があり、触法性の精神障害者は、刑罰を併科されている者も含め、同処分を執行する治療監護所にまず収容され、治療と処遇が行われることが考えられる。

それにしても、保安処分を執行した後は、残刑期間、刑務所に収監され、刑の執行が行われるのであるから、やはり 1%以下という精神障害者の割合は少な過ぎる。日本のM指標受刑者（精神上の疾病又は障害を有するため医療を主として行う刑事施設等に収容する必要があると認められる者）が全受刑者の 0.5%程度であるから、韓国の精神障害受刑者の数字も、日本のM指標受刑者に相当するようなものだけを集計し、軽度の精神疾患や知的障害者等は計上されていないことが推測される。

さらに、先の国政監査資料によると、精神障害者は晋州刑務所だけに集禁されているのではなく全国の刑務所に収容されている。韓国法務省は、4 つある矯正管区毎に 1 箇所ずつ精神保健センターを刑務所内に設置し、管内の刑務所に収容されている精神障害受刑者のうち特別な処遇を必要とする者を移送して、治療や処遇を行う方針を打ち出し、2012 年の群山刑務所を皮切りに、晋州刑務所と議政府刑務所に設置されている。従来、精神障害受刑者を集禁して体系的な処遇や治療を行う施設がなかったため、管区毎に精神障害受刑者の処遇重点施設を置く政策であると考えられる。

(3) 少年保護手続と保護処分

韓国の少年法制は、戦前・戦中の日本の少年法制の影響から、犯罪少年、触法少年、虞犯少年といった少年審判の対象少年の範囲など日本の少年法制と多くの共通点が見られる。

しかし、異なる点もあり、2007 年の韓国少年法改正により、少年の年齢が 20 歳未満から 19 歳

未満へと引き下げられている。

しかし、最大の相違点は、日本が少年事件を全て家庭裁判所の送致しなければならない全件送致主義を採用しており、検察官に処分の選択権がないのに対し（裁判所先議主義）、韓国は、日本の旧少年法と同様、まず検察官が少年の起訴・不起訴を決め、刑罰ではなく、保護処分が相当という場合には、家庭裁判所に送致することができる検察官先議主義を採っている点である。

従って、韓国には少年の起訴猶予処分が存在し（日本では家裁送致か、逆送後の起訴しかない）、さらに、古くから実務慣行として行われてきた条件付起訴猶予が、2007 年に法律上の制度として導入されている。

保護処分も、基本的には日本のものと似ているものの、日本では処遇勧告で行われる少年院の処遇期間が保護処分の種類となるなど、やや処分が細分化されているほか、社会奉仕命令や受講命令など我が国にはない独立の保護処分がある。

非行少年に対する保護処分

- 1 監護委託
- 2 受講命令
- 3 社会奉仕命令
- 4 短期保護観察
- 5 長期保護観察
- 6 児童福祉施設その他の少年保護施設に監護委託
- 7 病院、療養所又は少年医療保護施設に委託
- 8 1 箇月以内の少年院送致
- 9 短期少年院送致
- 10 長期少年院送致

調査時点で、全国に 10 箇所の少年院が設置されており、日本と異なり、法務省犯罪予防政策局（旧・保護局）が所管している。

(4) 治療監護処分と治療監護施設

韓国には、精神障害や物質依存等がある状態で