

を行う。NAS / Tizard Centre pack とは Kent 大学にある、知的障害の人のコミュニティケアの研究機関である Tizard Centre と NAS (National Autistic Society:全英自閉症協会) が開発した研修テキスト "Understanding and Supporting Children and Adults on the Autism Spectrum" の Module 2 (自閉症理解がテーマ) を用いて1日かけてワークショップを行う。

Phase 3: は ASD の人の支援について NAS の SPELL フレームワーク(用語解説参照) について、やはり一日のワークショップを行う。

Phase 1-3 では E-ラーニングにより、英国心理学会が制作したプログラムを用いて成人自閉症についての理解、成人自閉症の支援方法、成人自閉症との協働の方法について学ぶ。また "Geneva Centre for Autism online modules2" と "NAS Ask Autism modules" による E-ラーニングによる研修も行われる。"Geneva Centre for Autism" はカナダのトロントを拠点に活動している自閉症支援団体で、多くのオンラインセミナーや研修会を開催している。

"NAS Ask Autism modules" は NAS が運営している E-ラーニングのプログラムである。70人以上の ASD 当事者によって開発されたことが特徴であり、自閉症の一般的理解、自閉症とコミュニケーション、自閉症と感覚の問題、自閉症とストレス・不安、家族の支援

の5つのモジュールからなる。

Phase 4 は Core Practice と名付けられ、コミュニケーション、社会的理解、行動の理解、感覚の問題、パーソンセンタードアプローチがテーマである。

Phase 5 は ASD に特化したアセスメントと支援方法についての研修を行う。

アセスメントについては、ADOS-2、ADI-R、TTAP (TEACCH Transition Assessment Profile) の研修を行う。

支援方法については TEACCH 3 day & 5 day トレーニング、感覚統合療法の

"Sensory Integration Network modules 1-4"、"Intensive Interaction" (重度知的障害を伴う自閉症の人に前言語的なコミュニケーションについて教育する介入方法)、Being Me (NAS が開発した、診断直後の ASD の人が持つ疑問に答えることを目的とした DVD 教材。ASD の当事者が多数出演する)を用いた研修を行う。ただし、"Being Me" は新たに開発された "Autism Spectrum Self-Awareness Program: ASSAP" に改変される予定である。さらに "Socialeyes" という ASD の人のソーシャルスキルの改善を意図した二日間のプログラム、"UCLA PEERS® 3 day PEERS" という対人関係スキルの向上を意図して UCLA の Laugeson によって開発された青年期の ASD を対象にした3日間の研修パッケージ、"NAS Autism Trainer Development" (NAS が開発した自閉症支援スタッフを教育する指導者クラスの人を対

象にした1日のプログラム)への参加が推奨される。

Phase 6: 卒後教育

シェフィールドハルマン教育プログラム(シェフィールドハルマン大学の自閉症とアスペルガー症候群のコース、一定の要件を満たせば学位が得られる)、バーミンガム大学通信教育課程(自閉症成人)、ケント大学、Tizard センターの自閉症研究の通信教育課程など大学院レベルの通信教育への参加が推奨される。

Phase 7: 研究開発

このステージでは研究と研究発表が推奨される。自閉症に関する書籍の一部を分担執筆したり、学会などのシンポジウムで発表したり自閉症の人を支援するためのプログラム開発などを行う。

これらの Phase1 から7までの研修プログラムが準備されており、スタッフはそれぞれの職種やスキルに応じて自分にあったプログラムを段階的に習得していく。

他の関連したトレーニングとしては

1. HCR-20 3 day
2. RAID 3 day
3. Group work facilitator 3day

の3つのトレーニングがある。

HCR-20 は、司法精神科における患者の攻撃性の包括的評価を目的として、カナダの研究者・臨床家らによって開発された評価スケ

ール。ヒストリカル(10項目)、クリニカル(5項目)、リスク・マネジメント(5項目)の3つのスケールから構成されており、問題行動に関する要因を巧みな組み合わせで評価することができる。各分担研究者の安藤らにより翻訳されている。

RAID とは RAIDing (Reinforce Appropriate, Implode Disruptive)の略で、いわゆる問題行動に対して、徹底的に肯定的にアプローチすることによる改善を意図したプログラムである。適切な行動を増加させることにより問題行動を改善するとともに、問題行動が生じた時の対応についても研修する。英国では既に12000人以上の専門スタッフが参加しており、特に保安病棟のスタッフの参加が多い。

Group work facilitator 3 day は ASD の人のグループを対象に行う認知行動療法をどのようにリードするかについての3日間の研修コースである。

上記の研修は看護師や OT などすべての臨床スタッフを対象にした研修である。

St. Andrew's 保安病棟における臨床心理学的介入方法

以下に主に臨床心理スタッフが行う介入方法について記載する。触法 ASD の人が持つ問題は ASD 特性(対人交流、社会的コミュニケーション、社会的イマジネーション、感覚情報処理の問題)に加えて、触法行為(暴力、性的問題、放火、ハラスメントなど)があるが、多くの人が同時に不安や抑うつ、ADHD、パーソナリティ障害、精神疾患、

物質依存などの精神科的問題を併せ持つ。保安病棟でケアする ASD の人には“ピュアな ASD”の人はほとんどいない。従って心理学的介入についても、さまざまな配慮が必要になる。

心理学的介入はグループ治療と個人治療に大別される。また支援方法は特定の臨床心理学的介入（認知行動療法など）と病棟全般で行う介入（前述の RAID, SPELL など）に区別できる。

グループベースで行う介入には”Being Me”（前述）, “Adapted DBT”, “Brain Training”, リラクゼーション、“性加害者プログラム”などがある。

個人ベースの介入としてはバイオフィードバック、性教育、怒りのマネージメント、認知行動療法などが準備されている。

触法 ASD 者には既存の介入方法をそのまま用いることが難しいために既存の方法を改変することと、新たに支援方法を開発することの両方を組み合わせて適用することが多い。

既存の方法を改変する例としては Adapted DBT がある。DBT(Dialectical Behaviour Therapy、弁証法的行動療法)はもともとは境界例の問題行動を主な対象として開発された認知行動療法の一つであるが、ASD 向けに写真や文章を使用したテキストやカードを作成するなどの改変を行った。

新たに開発した支援方法としては Brain Training がある。この基本は認知行動療法であるが、パワーポイントなどの視覚教材を多用する、コミックストリップカンバセーショ

ンを用いる、思考-感情-行動のリンクを絵を用いて理解することを促すなどの方法をパッケージにした支援方法である。

性犯罪など対人関係に問題をもつ患者には”Great Mates Great Dates”（素晴らしい友人（異性）、素晴らしいデート）という支援パッケージを用いることがある。これは「友人とはなにか」「信頼」「他者に魅力を感じる時」「デートの方法」「同意することの重要性と法律」「安全なセックス、避妊、性病の予防」、「どのように異性との関係を維持するか」、「異性との別離への対処」などをテーマに具体的な知識や行動について教育する方法である。

C. 考察

ASD に特化した英国の保安病棟の概要、スタッフトレーニングの内容と方法、心理学的介入方法について視察結果を報告した。

スタッフトレーニングについては触法の問題以前に自閉症スペクトラムの特性に関する研修が質・量ともに充実していることが印象的であった。まず ASD の特性を理解することから出発するという理念が明確にあり、その後に触法問題に特化したプログラムも準備されている。支援理念の基本が英国の機関らしく SPELL であり、共通部分が多い TEACCH の研修もパッケージされていた。

また病院内で行う研修が充実しているのに加えて、ネット講座やDVDなどの動画教材、大学院の通信教育課程（多くがネットによる教育を併用している）との連携がなされていることも日本にはない特徴であろう。

介入方法についても、さまざまな方法を折衷的に実施していた。認知行動療法が基本であるが、弁証法的行動療法など日本では境界例が対象とされていた支援方法が採用されていたことは予想外でもあった。ASD 特性に配慮した改変がなされているのはいうまでもない。

病棟を見学した印象では、各患者が十分なスペースのある空間でゆったりとした生活を営んでいること、多くの活動が準備されていること、person-centred の各個人の特性や嗜好に配慮した看護や支援がなされていた。

今回の視察はバーミンガム病院のみであったが、来年度は他地区の保安病院・病棟の視察を行い、今回は十分な視察ができなかった、リスクアセスメントの方法、ASD の看護のあり方や退院後のフォローアップの方法、地域との連携のあり方について検討を行う予定である。

用語解説

以下に本報告で触れた重要な用語・概念について解説する。

Adult Autism Strategy

2009年に成立したAutism Actが規定する自閉症支援を具体化するための方略自閉症の理解度を高め、雇用を促進する方法などが記載されている。

<http://www.autism.org.uk/working-with/autism-strategy/the-autism-strategy-an-overview/adult-autism-strategy.aspx>

Autism Accreditation (自閉症アクレディテーション)

英国自閉症協会が行っている支援機関のクオリティコントロールのシステム。

一定の水準に達していると判断されると認定(accreditate)される。

<http://www.autism.org.uk/our-services/autism-accreditation.aspx>

Culture of Autism

これについては『本当の TEACCH—自分が自分であるために』(学習研究社、2006年)に詳しく解説した。

HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)

Royal College of Psychiatrists' Research Unit (CRU)が開発した重度精神障害者の社会的機能を測定するためのツール。

NAS Ask Autism modules

本文内で説明。サイトは下記

<http://www.autism.org.uk/our-services/training-and-consultancy/ask-autism/online-modules.asp>

NICE clinical guideline 142

国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)が発行している臨床ガイドライン。自閉症スペクトラムの成人のガイドラインとして下記が公表されている。

Autism: recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism spectrum Issued: June 2012
guidance.nice.org.uk/cg142http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13774/59685/59685.pdf

なお、ここでいう AUTISM はアスペルガー症候群なども含む広い概念である。

NICE Quality Standard Q551:

<http://publications.nice.org.uk/autism-qs51>

RAID: 本文で説明。サイトは
<http://www.raid.co.uk/>

Socialeyes:

ASD 当事者と専門家が共同で開発したプログラム。ASD の人に「不適切な行動をなくす」とか「定型発達の人”の”正常の”行動を模倣する”ことを求めるのではなく、他者と関わるための ASD の人に適合した方略をを学習することを目的とする。DVD と CD-ROM によるパッケージがあり、その内容は“ソーシャルシナリオクリップ”、活用法のマニュアル、ワークシートなどから構成される。

<http://www.autism.org.uk/our-services/training-and-consultancy/specialist-training/socialeyes-facilitator-training.aspx>

SPELL

英国自閉症協会 (National Autistic Society)には SPELL という共通の理念があ

る。これは Structure (構造)、Positive (肯定的)、Empathy (共感)、Low Arousal (穏やか)、Links (繋がり) の五つであり NAS の支援のフレームワークといえる。NAS は 7つの自閉症学校をはじめとして幼児から成人までを対象にした多くの支援機関を運営しているが NAS の運営する支援機関すべてこの SPELL という共通の理念に基づいて運営されている。

TEACCH

『本当の TEACCH—自分が自分であるために』(学習研究社、2006年)に詳しく解説した。

文献

Beadle-Brown, J and Mills R: Understanding and Supporting Children and Adults on the Autism Spectrum. Pavilion Publishing and Media Publication: 2010

C.D.WeBster 他著 吉川和男監訳岡田幸之、安藤久美子、菊池安希子 訳

HCR-20 第2版 暴力のリスク・アセスメント、星和書店 2007

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

諸外国での対応困難ケースへの支援状況の調査・研究

分担研究者 水藤 昌彦（山口県立大学社会福祉学部）

分担研究者 堀江 まゆみ（白梅学園大学子ども学部）

研究要旨

海外における青年期・成人期発達障がい者の対応困難ケースに対する危機介入、治療支援の現状の把握、課題点の調査を通じて、日本における支援システム構築の参考とするための情報収集を目的として、オーストラリア・ビクトリア州で現地調査を実施する。なお、本研究は、調査先との日程調整の関係上、2014年3月末の実施となった。そのため、現時点では調査予定と主な調査項目を報告する。

A. 研究目的

海外における青年期・成人期発達障がい者の対応困難ケースに対する危機介入、治療支援の現状の把握、課題点の調査を通じて、日本における支援システム構築の参考とするための情報を収集することを目的とする。

B. 研究方法

知的障害があつて刑事司法制度の対象となった人、およびそのリスクが極めて高いと思われる人に対する対応・支援の法制度、サービスが一定程度に整備されている、オーストラリアのビクトリア州において、サービス提供事業者を訪問し、関係者からの聞き取り調査を行う。

また、今回は関連機関に対する調査も実施する。具体的には、サービス提供事業者が強制力や拘束を伴う支援を実施する場合、内容

の適切性を監督し、同時に専門的支援に関するコンサルテーションを実施している州政府機関、障害のある犯罪行為者への対応・支援に関わる専門職を対象とした、大学における教育訓練プログラムについても調査する。

具体的な訪問先、概要については以下の通りである。（アルファベット順）

- Australian Community Service Organisation

矯正施設からの出院・出所者支援を目的に元受刑者が設立した団体。現在では犯罪行為者への介入・支援で多様な活動を行っている民間団体。障害者対象の特化型サービスも提供。

- Disability Forensic Assessment and Support Services

知的障害のある犯罪行為者への治療プロ

グラム、支援者へのコンサルテーションなどを提供。入所型治療プログラム (Intensive Residential Treatment Program)も運営。

- Disability Justice Team, North Division, Department of Human Services

障害福祉サービスのケースマネジメントを行っている。知的障害があり、有罪判決を受けた被告人への判決前調査、更生支援計画書 (Justice Plan)の作成なども担当。

- Office of Public Advocate

公設の成年後見人事務所。州政府司法省の外局。被疑者段階での取調べに立ち会うボランティアである Independent Third Person (独立した第三者) 派遣プログラムを運営。

- Office of the Senior Practitioner

障害福祉サービス事業者による強制力を伴う介入支援の適切性確保のために設置された機関。

- Plenty Residential Services

加害行為を含む複合的な支援ニーズのあるクライアントに特化した入所型サービス。

- University of Melbourne, Specialist Certificate in Criminology (Forensic Disability)

メルボルン大学によって提供されている forensic disability 領域の専門職養成コース。

C. 主な調査項目

- 知的障害のある犯罪行為者に対する更生支援計画の立案、実施状況
- 自閉症スペクトラム障害を含む、障害のある犯罪行為者に対する施設内・社会内

での治療・支援プログラムの内容

- 障害のある被疑者の取調べにおいて運用されている、Independent Third Person プログラムの運用状況
- 強制力・拘束を伴う介入、支援の適切性を確保する制度の内容と運用状況
- 障害のある犯罪行為者への対応・支援に関わる専門職のための教育訓練プログラムの内容

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
内山登紀夫	厚生労働省 平成 24 年度障害者総合福祉推進事業 発達障害児者支援とアセスメントに関するガイドライン	特定非営利活動法人アスペ・エルデの会	厚生労働省 平成 24 年度障害者総合福祉推進事業 発達障害児者支援とアセスメントに関するガイドライン		東京	2013	
内山登紀夫	ライブ講義 発達障害の診断と支援	岩崎学術出版社	ライブ講義 発達障害の診断と支援		東京	2013	
宮岡等, <u>内山登紀夫</u>	大人の発達障害ってそういうことだったのか	医学書院	大人の発達障害ってそういうことだったのか		東京	2013	
水藤昌彦	社会福祉におけるとりくみと専門職の役割	藤原正範 古川隆司編	司法福祉	現代人文社	東京	2013	
<u>水藤昌彦</u> , 加藤博史編 著	司法福祉を学ぶ			ミネルヴァ書房	東京	2013	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
内山登紀夫	発達障害（特集 小児科から内科へのシームレスな診療をめざして）	診断と治療	vol. 101No. 12	1849-1852	2013
本田環, <u>内山登紀夫</u> , 坂井聡, <u>堀江まゆみ</u>	アスペルガー症候群に対する教職員の意識	小児の精神と神経	第 53 巻第 2 号	125-135	2013
生島浩, 北川美香, 安部大嗣, 山下健太, 坂根真理, 名取恵, <u>内山登紀夫</u> , <u>水藤昌彦</u>	発達障害のある対象者の保護観察	更生保護学研究	第 2 号	40-48	2013
青木真理, 中野明德, 渡辺隆, 生島浩, 鈴木庸裕, <u>内山登紀夫</u>	総合教育研究センター「教育臨床研修講座」2012 年度活動報告	福島大学総合教育研究センター紀要	第 15 号	107-115	2013

研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
内山登紀夫	, 特集発達障害再考—診断閾値の臨床的意義を問い直す— 成人期に高機能自閉症スペクトラム障害と診断された自験例10例の検討	精神神経学雑誌	第115巻第6号	607-614	2013
内山登紀夫	発達障害診断の最新事情— DSM-5を中心に—	児童心理, 臨時増刊	No.978	11-17	2013
Kensuke Miyazaki, Yuriko Morino, Naoji Kondo, et al	Inpatient treatment program for Autism Spectrum Disorders in the Tokyo Metropolitan Children's Medical Center.	ESCAP	poster presentation		2013
榊屋二郎	犯罪加害者に対する精神医学的アプローチ～発達障害を抱えた非行少年への医療少年院における矯正の現状		第9回日本司法精神医学会 学術集会		2013
榊屋二郎	重大事件を引き起こした発達障害を有する少年の少年院での処遇の現状		第54回日本 児童青年精神 医学会総会		2013
榊屋二郎	発達障害と矯正医療 ～自閉症スペクトラムを中心に～	司法精神医学	(投稿中)		2013
榊屋二郎	大事件を引き起こした発達障害を有する少年の少年院での処遇の現状	児童青年精神医学とその近接領域	(投稿中)		2013
市川宏伸	発達障害の今—医学的立場から—	特別支援教育研究	N0669	7-11	2013
市川宏伸	高機能発達障害者のリワーク	精神医学	55	735-740	2013
市川宏伸	ADHDの疾患概念について— 発達障害とはなにか—	最新医学		55-61	2013
市川宏伸	成人期ADHD診療の重要なポイント	臨床精神薬理	16	1803-1810	2013
市川宏伸	発達障害へのアプローチ(1) 最近の発達障害概念	精神療法	39	935-941	2013
太田達也	累犯障がい者の刑事政策的対応に向けた新たな取り組みと課題	総合法律支援論叢	3	47-67	2013

IV. 研究成果の刊行物・別刷

ラウンドテーブルディスカッション 3

発達障害のある対象者の保護観察

企画者・

司会者 生島 浩

福島大学大学院

人間発達文化研究科

報告者 北川 美香

関東地方更生保護委員会保護観察官

安部 大嗣

神奈川医療少年院統括専門官

山下 健太

さいたま保護観察所保護観察官

坂根 真理

さいたま保護観察所保護観察官

名取 恵

東京・保護司

指定討論者 内山登紀夫

福島大学大学院・

よこはま発達クリニック

水藤 昌彦

山口県立大学社会福祉学部

企画趣旨

生島 浩

(福島大学大学院人間発達文化研究科)

発達障害の非行臨床への登場は、我々にこ

れまでの常識的な対応・処遇が通じない現実を突きつけるものとなった。少年院処遇の根幹は集団教育だが、障害特性に応じた個別の対応を余儀なくさせる。生活環境の調整にしても、保護者の存否にかかわらず帰住が難しい事例が少なくなく、福祉との連携が不可欠である。保護観察も、事件への反省をもとに、常識的な生活指導・就労支援に努めてきたが、それらが功を奏しない事例に直面化している。

このディスカッションでは、犯罪性に加えて、知的障害を含む発達障害のハンディを背負う保護観察対象者への立ち直り支援に関して、事例をもとに検証する。少年院仮退院ケースについて、家族が被害者、さらに障害が認められるときに、受け入れは極めて困難である。福祉との連携による生活環境の調整が必要となるが、家族関係は断ち切れるものではなく、出院後も働きかけは不可欠となる。また、施設内外での感情・行動の制御に精神医療・臨床心理の働きかけを必要としている。地域生活への移行における要となる就労支援も含めて、欧米の先進例からも学び、現場で苦闘する実践家の経験知を共有したい。

指定討論：英国における触法発達障害者の処遇

内山登紀夫 (福島大学大学院・よこはま発達クリニック)

重大事件を起こした発達障害者に対する医療機関は日本にはほとんどないが、イギリスにはさまざまなレベルの治療・矯正施設があり、アスペルガー症候群などの発達障害のある場合にはCourt Diversion Schemeにより、保安病院/病棟で治療を受けることが可能である。Court Diversion Scheme(裁判所迂回政策)とは、2002年に導入されたシステムである。治療が必要な触法精神障害者が存在した場合、刑事司法手続きのどの段階からでも対象者を司法精神医学サービスに移送し、触法精神障害者の治療に適した医療機関で治療に専念させることのできる制度である。逆に精神症状が改善した場合には、再び刑事司法手続きに戻される。

保安病院/病棟とは、法を犯した精神障害者の人の治療をするために特別に設置された病院・病棟である。以下の3種類に分類される。

①High secure hospital (高度保安病院),

Special hospital (特別病院)

最も保安度の高い病院。イングランドとウェールズに計3ヶ所(ブロードモア病院、ランプトン病院、アシュワース病院)、国によって設置されている。入院患者のほとんどがCourt Diversion Schemeにて刑事司法システムから移行してきた触法精神障害者である。

②Regional Secure Unit

(RSU：地域保安ユニット),

Medium Secure Unit

(中等度保安ユニット)

国営(NHS：National Health Serviceによる運営)と民営があり、全国で50ヶ所で約4,000床である。

③Low Secure Unit (軽度保安ユニット)

主として精神科リハビリテーションを行い、一般病院の一部が用いられていることが多い。

保安病院/病棟の入院期間には規定がなく、症状が改善しリスクが低下すると退院となる。退院できるかは回復の状態を調べるアセスメントの結果によるが、特に重大な犯罪の場合、退院に制限があり精神保健審査会のレビューが必要となる。刑務所収監中に精神障害が明らかになって保安病院に移された場合には、入院が判決よりも長期にわたることもある。

保安病院/病棟には精神保健審査会(MHRT：Mental Health Review Tribunal)と呼ばれる独立機関が患者の権利擁護に関する審査を行い、Mental Health Act Commissionと呼ばれる制度のもとで強制入院中の患者を定期的に訪問し、状況をチェックするシステムがある。

保安病院/病棟での治療は、医師も含まれた多職種チーム(MDT：Multidisciplinary team)が編成され、緊密に連携の取れたチーム医療が展開されている。チーム全体でリスクアセスメントとリスクマネジメントを行い、個々の患者に最も適した医療を提供している。このMDTによる医療の提供モデルは、日本の医療観察法病棟にも導入されている。

保安病院/病棟からの退院に関しては、病院だけの判断では行えず、内務省の承認が必要となっている。保安病院を退院して地域に移行した場合、直接的には保護観察所と医療機関が連携をして社会復帰支援が行われる。司法精神科専門医師 (Consultant Forensic Psychiatrist) や地域精神科看護師 (Community Psychiatric Nurse : CPN)、認定ソーシャルワーカー (Approved social worker : ASW)、保護観察官等からなる地域司法精神医学サービスチーム (Forensic Community Psychiatric Team : FCPT) が、24時間体制で地域移行した患者への支援をアウトリーチ(家庭訪問)にて行う。医療だけでなく福祉も含めた患者のニーズを拾い上

げ、各患者それぞれにケアプランが作成 (Care Program Approach : CPA) され、それに基づいたサービスを提供する。

保安病院退院後の住居確保においても触法精神障害者向けのHostel等がある。アスペルガー症候群や軽度知的障害の人を主な対象にして保安ユニットも複数存在する。このように発達障害のある人も他の精神障害と同様のサービスを受けられる体制が整備されているのが特徴であり、日本の制度設計に参考となる。

参考文献

柑本美和 イギリスにおける司法精神医療、町野朔、中谷陽二、山本輝之編「触法精神障害者の処遇 増補版」、信山社出版、2005.475-524.

企画者によるまとめ

当日は、本事例に関わった地域生活定着支援センターの関係者によるフロアからの報告もあり、多角的な検討がなされた。発達障害に関わる教育・心理・福祉・精神医療の各臨床実践に学ぶことは当然だが、アセスメントにしても、保護観察は再犯リスクが焦点となり、それをもとにしたマネジメントの対象は、ケアを含めたケース全体にならざるを得ない。刑事政策の枠組みの中で地域生活支援をいかに果たしていくか、対象者・家族の支援ニーズを的確に汲み上げているか、障害特性に見合った犯罪臨床のアプローチはどのよ

うなものか、多くの課題が山積している。まずは、企画者も参画して日本更生保護協会において研究会が平成24年度に組織され、25年度にはテキスト、リソースブックの刊行が計画されている。少年事件においても、医療観察制度のような法的整備とともに、保護観察終了後のケースマネジメントのシステム作りが不可欠であろう。

参考文献

生島浩、岡本吉生、廣井亮一編著「非行臨床の新潮流」、金剛出版(2011)

成人期に高機能自閉症スペクトラム障害と診断された 自験例 10 例の検討

内山 登紀夫

成人期に発達障害専門のクリニックを受診し3年以上の長期間にわたって治療中の自閉症スペクトラムの10症例について、過去の診断、初診時の主訴、精神科的症状、薬物療法、就労状況、発達期に自閉症スペクトラムの診断が可能であったかどうかなどについて検討した。初診時年齢は21~30歳、調査時年齢は25~40歳、治療期間は4~16年、性別は男性8名、女性2名であった。診断の内訳はDSM-IV-TRを適用すると自閉性障害6名、特定不能の広汎性発達障害4名であった。Wing and Gouldの診断概念を適用するとアスペルガー症候群9名、自閉症1名であった。知能指数のレンジは88~121であり平均103 (SD=10.0)であった。10例中精神科受診歴があったのは8例であり、過去の診断は抑うつ状態・うつ病、統合失調症が各2例、強迫性障害が1例、自閉症/アスペルガー症候群が1例、診断なしが2名であった。広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 (PARS) を8例に適用した。PARSの幼児期ピーク得点のレンジは9~41点であり、全例がカットオフポイントの9点以上であった。調査時の精神科的症状は抑うつ状態が3例、不安状態が2例、幻聴1例、強迫症状1例であった。1例は初診時には顕著でなかった奇異な行動・表情が経過中に目立つようになった。2例は明らかな精神科的合併症はないと考えられた。PARSの現在得点は12~38点であり、カットオフポイントの20点を超えたのは4例であった。幻聴に対して抗精神病薬を使用している事例が1例、不安や抑うつに対してSSRIを処方している事例が4例、不定期に抗不安薬を処方している事例が1例あり、薬物療法を行っていない事例が4例であった。成人期の自閉症スペクトラムを診断する際にはPARSなどを用いて発達歴を聴取することが有用であると考えられた。合併した精神科的症状については家族は把握していないことが多く、注意が必要である。

<索引用語：自閉症スペクトラム、アスペルガー症候群、成人期、PARS、DISCO>

はじめに

「自閉症スペクトラム (autism spectrum disorders)」という概念はWing & Gould, が疫学研究²⁶⁾の結果を踏まえて提唱した概念であり社会的交流、社会的コミュニケーション、社会的イマジネーションの3領域の障害 (3つ組の障害, triad) が発達期から存在することで定義される。3つ組の障害は年齢や知的水準などによって多様な現れ方をする^{16,21~24)}。

自閉症スペクトラムにはKanner & Eisenberg

が提唱した自閉症 (カナー症候群とかカナー型自閉症と呼ばれることもある)⁴⁾とWingが提唱したアスペルガー症候群²¹⁾、どちらにもぴったりとはあてはまらないが3つ組が存在する場合も含まれる^{16,24)}。Wingはアスペルガー症候群とカナー型自閉症を連続した発達障害として考えスペクトラム (連続体)^{22,24)}という用語を用いた。知的能力に関してはカナー型自閉症は最重度から正常知能まで、アスペルガー症候群では軽度遅滞域から正常知能まで分布するが、自閉症スペクトラム全体で

は正常知能域のほうが多い。

自閉症スペクトラム障害の特性は乳幼児期に明らかになるが、その後も成人期まで継続する。最近では成人期の自閉症スペクトラムの診断や支援についての関心が高まっており、成人期の診断や支援の方法が盛んに議論されるようになったが、自閉症スペクトラムは生涯にわたる障害であることを考慮すれば当然のことである^{12,14,19)}。成人を対象にした本格的な疫学調査は Brugha ら¹⁾の調査のみのものである。それによるとイギリス（イングランド）における一般成人（16歳以上）における自閉症の有病率は1,000人中9.8人（95% confidence interval 3.0~16.5）であり、決してまれな障害ではない。しかも、彼らの多くはメンタル面や生活面での支援が必要であるにもかかわらず、ほとんどが未診断、未治療のまま成人期に至っており、適切な医療や福祉的支援を受けていなかった。

気分障害や睡眠障害と違って自閉症スペクトラムの基本症状をターゲットにした薬物療法は存在しない。しかしながら、自閉症スペクトラムの人を支援する方法は存在する^{9~11,13)}。自閉症スペクトラムには特有の認知特性があり、その特性を周囲が理解するかしないかが彼らの社会適応やQOLには大きな影響を与える。支援方略の基本は子どもでも成人でも、クリニックでも会社でも家庭でも同じである。自閉症スペクトラムの特性は、その人の生活場面の多くを支配し、基本的な特性は生涯にわたって持続する。したがってたとえ成人期であっても自閉症スペクトラムを診断することは重要であり、「手遅れ」だから意味がないということではない。

しかしながら、筆者の経験では成人期に至って初めて診断が下される事例の多くは幼児期から思春期に至るまでに何らかの不適応や精神的症状を生じて精神科を受診していることが多い^{9,12,14,15,17)}。その段階で自閉症スペクトラムを正しく診断し、診断特性に応じた支援を開始するほうが彼らや彼らの家族の苦痛をいくぶんかでも軽減することができるのではないだろうか。自閉症スペクトラム

の存在を見逃すと患者や家族にとって不利益が生じるし、障害特性に応じた支援をすることで患者にも周囲にも利益がある。身体疾患や統合失調症、うつ病の診断を適切に下すことが患者の利益につながるように自閉症スペクトラムの診断を適切に下すことも大切である。成人期の自閉症スペクトラムを適切に診断することは、成人期特有の様々な要因のために困難なことがある。しかし、それでも何らかの工夫をすれば不可能ではない。

本稿では成人期の自閉症スペクトラムの特徴を把握するために、筆者が3年以上治療関係を維持し、患者や家族の特性や職場の環境などについて一定以上把握している成人期の自閉症スペクトラムの人たち10名について、初診時の主訴や精神的症状、発達期に診断が下された可能性などについて検討した。知的障害のない高機能例に限定したのは、一般の精神科外来を受診する自閉症スペクトラムの特性を捉えようとしたからである。知的障害を伴う成人自閉症スペクトラムの支援も重要な課題であるが、正常知能例と比較すると「見逃し」や「誤診」は比較的少ないと思われる。長期間フォロー事例に限定したのはアンケート調査や構造化面接による横断面の検討では捉えきれない特性を把握しようとしたからである。当然ながら、長期間フォローの事例に限定したことは明らかである。1点を挙げれば精神的症状がある患者の割合が高い可能性がある。読者はその点について留意されたい。

I. 方 法

筆者が所属するよこはま発達クリニック（以下、当院）を成人期に初診し長期間（3年以上）の治療関係を維持している10名の高機能ASDを対象に調査した。初診時年齢は21~30歳（平均25.8歳、SD 3.7年）、調査時年齢は25~40歳（平均35.5歳、SD 4.5年）、治療期間は3~13年（平均9年、SD 3.2）、性別は男性8名、女性2名であった。診断の内訳はDSM-IV-TRを適用すると自閉性障害6名、特定不能の広汎性発達障害4名であった。

表 1 10 事例の概要

	初診時年齢	経過期間 (年)	FIQ	幼児期 PARS	現在 PARS
1	25	16	89	24	18
2	23	13	114	41	38
3	21	13	113	20	38
4	28	13	88	15	21
5	24	13	91	なし	なし
6	27	10	116	9	19
7	30	9	99	18	12
8	25	9	102	なし	なし
9	33	7	101	18	13
10	22	4	121	9	20
平均	25.8	10.7	103.4	19.25	22.375

Wing and Gould の診断概念を適用するとアスペルガー症候群 9 名、自閉症 1 名であった。知能指数の分布は WAIS-R あるいは WAIS-III の結果で判定したが、FIQ 88~121 であり平均 103 (SD 10.0) であった (表 1)。

この 10 名を対象に初診時主訴、過去に受けた精神科診断、幼児期の状態、現在の精神科的症状や就労状況などについて調査した。情報源は主として予診票、初診時記録、再診時記録を含むカルテ記載などを用いた。なお当院の予診票は選択肢から選択する方法と自由記述で記載する部分を組み合わせる質問が多い。例えば、初診時の主訴については「診断」「就労に関する相談」「不眠」などの項目があり、さらに自由記述の欄がある。また自閉症特性に関する現在の状態と幼児期の状態を把握するために PARS (Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale ; 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)^{3,5)}を用いた。PARS について最小限の説明をしておく。PARS は、幼児期から成人期にわたって広汎性発達障害 (PDD) の人たちの支援ニーズを把握すると同時に、PDD の診断補助ツールとしても活用できる尺度である。PARS には短縮版も作成されており、そのフルスケール版と短縮版の信頼性と

妥当性は確認されており、20~30 分程度で聴取可能である。幼児期ピーク得点と現在得点の 2 つの得点が算出され幼児期ピーク得点が 9 点以上で広汎性発達障害が強く示唆され、成人期現在得点が 20 点以上で広汎性発達障害が強く示唆される。

まず、事例の概要について症例記述を行った。紙数の制約などから代表的な 3 症例にとどめた。症例 A は統合失調症の「診断」の後に長期間のひきこもり状態に至る代表として、症例 B は精神科受診に至らない事例の代表として、症例 C は精神科医を受診しても「無診断」の代表症例として選択した。いずれも読者の理解のために選択した症例であり、平凡な代表例である。その後、10 例の特性について検討した。なお診断の方法は別に記載した^{8,18,19)}。要点を述べれば、医師が DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders)^{6,27)}の日本語版²⁵⁾を用いて親から発達歴などを聴取する。その間に心理職が WAIS-III などの認知テストを行い、雑談などのインタビューを行う。それらの情報を統合し Wing and Gould の概念に準拠した診断を下す^{23,24,26)}。

II. 症例提示

1. 症例 A (初診時 27 歳, 男性)

【受診に至る経過】

17 歳のとき「頭が働かない」、不眠、家庭内暴力などを主訴に精神科受診し、統合失調症の疑いで薬物療法などが開始された。その後経過がはかばかしくないため、18 歳で他院を受診したところ統合失調症の診断が否定され精査・加療入院をした。その病院の退院時診断は境界型パーソナリティ障害であった。外来治療はインテンシブな精神療法が必要との判断で精神療法を専門とする別のクリニックを紹介され、数年間通院したが、医師から、治療不可能と告げられ治療終了した。

その後、複数の精神科医を受診。ある精神科医からアルバイトを勧められ、本人も希望して応募したところ採用されたが、仕事も対人関係もうまくいかず、まもなく解雇され絶望して自殺未遂をし精神科病院に入院した。自殺企図による入院は数回に及んだ。その後、外出を拒否するようになり、長期間自室にひきこもるようになる。親の勧めなどでひきこもりの支援機関に入所した。しかし支援機関に適応できず、複数の機関を利用しては中断するということを繰り返した。この頃は焦燥感が強く、両親に対する暴言などの攻撃的行動が目立った。現在も同様のひきこもり状態が基本的には継続しており、ときおり挫折体験がフラッシュバックする。なお当院受診後、薬物療法は行っていない。

【発達歴】

幼児期は極端に多動で、人見知りや後追いはなかった。同年代の他児と見立て遊び・ごっこ遊びはしなかった。注意を共有する指さしなどの共同注意行動が 1, 2 歳でみられたかどうかについては母の記憶は曖昧で確認できなかった。1 歳半健診、3 歳児健診では特に指摘はなかった。幼稚園入園後は「トラブルメーカー」で親が呼び出され注意を受けることが多かった。小学校入学後は成績はトップクラスであったが、「協調性がない」と教師から度々指摘され、他児からはいじめの対象になることが常であった。中学進学時にはいじめの対

象になるのを恐れて地元中学ではなく遠方の私立中学に進学した。進学当初は成績良好であったが、次第に学習に関する「完璧主義」が目立つようになり、細部まで納得できるまで同じ内容の学習を繰り返し行うために、進度が遅れるようになり次第に成績が低下した。その後、行動が全般に緩慢になったり、時には行動停止に至るカタトニア症状が出現した。中学でも頻繁にいじめの対象になり登校を渋るようになった。併設の高校には進学できたが、高校でも不登校が継続し、ほとんど外出することがなくなった。

【診断】

当院初診時、DISCO による半構造化面接を両親に行い、本人には WAIS-III などの心理テストと面接を行った。その結果、発達期から社会性、社会的コミュニケーション、社会的イメージーションの明らかな偏りがみられた。さらに極端な運動の不器用、カタトニア症状がみられた。なお、後日研究目的で実施した PARS では幼児期ピーク得点が 9 点、現在得点 19 点であった。

診断は Wing and Gould に従えば自閉症スペクトラム障害であり、アスペルガー症候群かカナー症候群かを区別すればアスペルガー症候群のほうが近い。DSM-IV-TR を適用すれば特定不能の広汎性発達障害である。

【その後の経過】

上記診断とその根拠について本人・家族に説明した。就労など社会的場面に参加することについての不安感が非常に強いため、少なくとも当面は社会参加を目標にせず、家庭内で安定して過ごすことを目標にした。また地元の発達障害者支援センターと連携をはかり、クリニックとセンターに定期的に受診することを勧め、本人・家族とも了解した。さらに障害年金の申請を勧め、現在受給中である。現在も基本的にはひきこもり状態が継続しているが、情緒的には安定しており、カタトニア症状もなく家人への暴言や威嚇などは消失している。

2. 症例 B (初診時 33 歳, 男性)

【受診に至る経過】

高卒後に専門学校に進学するが実習授業でトラブルが多く単位取得が困難なために退学した。その後、別の領域の専門学校に進学したが、やはり実習講義になると参加できなくなり退学した。その後、就職活動を長期間にわたって行うが、すべて不調に終わった。親族が経営する会社でアルバイトをしながら、就職試験を受けているうちに 10 年が経過した。親がアスペルガー症候群のことを新聞で知り、診断を求めて当院を受診した。

【発達歴】

幼児期は明白な言語発達の遅れがあり、人見知りや後追いもなかった。しかし、乳幼児健診では問題を指摘されなかった。小学校入学後、多動で落ち着きがなく、多弁で「人の話をきかない子」と教師に指摘された。学習にとりかかるとに時間がかかり、家では物並べに没頭することが多かった。小学校から中学校では頻繁にいじめの対象になった。小学校から高校まで成績は良好であり、「個性の強い子ども」と思われており、特に発達障害などを疑われたことはなかった。

【診断】

診断は Wing and Gould に従えば自閉症スペクトラム障害であり、アスペルガー症候群かカナー症候群かを区別すればアスペルガー症候群に該当した。DSM-IV-TR を適用すれば自閉性障害に合致した。初診時に行った「常識テスト」²⁾に解答することに非常に苦労していた。ルール違反に非常に厳格な一方で「他人からクシを借りる行動」は「正常」と判断した。

【その後の経過】

発達障害者支援センターに相談し、就労訓練のために週 1, 2 回のアルバイトを始めた。しばらくアルバイトを続けた後に、特例子会社に正規就労した。職場適応や仕事について本人に尋ねると「順調」と言うが、実際には遅刻や不適切な内容の独り言などの問題が多く、ジョブコーチによる支援が必要な状態が続いている。

3. 症例 C (21 歳, 男性)

【受診に至る経過】

20 歳 (大学 2 年生) になった頃より「対人恐怖がある」「昔のことが思い出されて苦しくなる」と親に打ち明けたため、心配した親が精神科医に手紙で相談した。精神科医からは「精神的には問題がない」と言われ、「もう少し成熟を待つつもりで様子を見る」ようにとのアドバイスがあり、本人の受診の必要はないと言われた。しかし、その後も同様の訴えが継続し、登校や外出も困難になったため当院を受診した。

【発達歴】

始歩は 1 歳 2 ヶ月、始語は 1 歳 6 ヶ月であり、発達には特に問題がないと両親は思っていた。2~3 歳になっても他児に関心なく一人遊び中心で同年代の友人との「ごっこ遊び」は一切したことがなかった。また自分の興味のある物を両親に「見て」と持ってくることも皆無であった。PARS では幼児期ピーク得点が 20 点、現在得点が 38 点であった。幼児期より現在まで整理整頓を完璧に行う。対等の友人関係をもっていたことはなく、異性にも無関心であった。

【診断】

21 歳、診断は Wing and Gould に従えば自閉症スペクトラム障害であり、カナー症候群と診断された。DSM-IV-TR では自閉性障害と診断された。

【その後の経過】

就職活動は困難であり、数カ所受験した会社はすべて不合格であった。精神保健福祉手帳の取得を勧め、発達障害者支援センターで支援を受けながら一般の会社の契約社員になり現在まで就労継続中である。しかし、上司や同僚から仕事上のことで指示や訂正をされると被害的になることが多く、抑うつ的になることもある。現在も友人はいないが趣味を楽しみ、生活はほぼ自立している。

Ⅲ. 結 果

この 3 事例を含めた 10 事例について以下に要点を記載した。

1. 初診時の主訴

初診時の主訴は多い順に「就労に関する相談」が8例、「診断を求めて」が6例、「福祉制度に関する相談」が3例であった。精神科的症状が主訴として記載されていたのは4例であり、主たる症状として記載されていたのは「抑うつ」1例、「強迫」1例、「不安」が1例であった。自由記述欄に「時間管理」「無力感」「人との応対」「抜毛」などの記載もあった。親の主訴として「親の接し方」「意欲を引き出す方法」などの記載があった。予診票には「診断」とのみ記載されていても、実際にインタビューする中で幻聴や抑うつ気分、不安・恐怖症状などが明らかになる事例も少なくなかった。

2. 過去の精神科診断

10例中精神科受診歴があったのは8例である。過去の診断は抑うつ状態・うつ病、統合失調症が各2例、強迫性障害が1例、自閉症/アスペルガー症候群が1例、診断なしが2例であり、その内訳は「人格成熟の遅れ」「単なる不注意」であった。

3. 現在の状態

1) 精神症状と薬物療法

調査時の精神科的症状は抑うつ状態が3例、不安状態が2例、幻聴1例、強迫症状1例であった。1例は初診時には顕著でなかった奇異な行動・表情が経過中に目立つようになり、統合失調症の破瓜型と類似した経過をとっていた。明らかな精神症状がみられない事例が2例であった。この2事例の行動特性は自閉症スペクトラムの特性で説明可能で、精神科的合併症はないと考えられた。

薬物療法については薬物療法を行っていない事例が4例、不安や抑うつに対してSSRIを処方している事例が4例、幻聴に対して抗精神病薬を使用している事例が1例、不定期に抗不安薬を処方している事例が1例であった。

PARSの現在得点は12~38点であり、カットオフポイントの20点を超えたのは4例であった。

2) 職業と学歴

1例が大学在学中であった。学校卒業後の9例中、無職が6例、契約社員2例、正社員1例であった。無職の6例中5例はひきこもり状態が長期にわたり継続していた。1例は地域活動センターに通所していた。なお女性例2例のうち1例は独身女性でひきこもり状態、もう1例は大学生であった。

大学在学中の1例を除く9例の学歴は大卒3例、大学院卒1例、大学中退1例、高卒4例であった。

4. 発達期における診断可能性

幼児期に診断が可能な状態であったかどうか、カルテ記載、DISCOおよびPARSなどから調査した。幼児期に自閉症（後にアスペルガー症候群と診断が変更された）と診断されていた事例が1例、診断はされていないが保育園で保育士から自閉症ではないかと言われた事例が1例であった。その他の8例は幼児期に自閉症は疑われていなかったが、発達歴を聴取できた8例中PARSの幼児期ピーク得点の最低点は9点の2例であった。幼児期ピーク得点は9~41点まで分布した(表1)。

IV. 考 察

1. 初診時主訴

「抑うつ」「不安」を主訴としたものは予想外に少数であった。この理由は明らかでないが、発達障害専門のクリニックという当院の特性のためかもしれない。

2. 過去の精神科診断と現在の状態

過去に抑うつ状態・うつ病と診断された事例は経過観察中も抑うつ状態が継続ないしは一時的に軽快しても再燃することがあり、長期間にわたり抑うつ状態への治療的対応が必要と考えられた。過去に統合失調症と診断された1例(症例A)は、すでに長期間にわたって投薬していないが幻覚や妄想などの陽性症状は皆無であり、特に目立った陰性症状もなく統合失調症とは考えられない。もう1例は15年にわたって本人が「幻聴」と表現す