

しやすいようなはたらきかけを検討する。

面会や家族同伴の外出・外泊が始まると、面接終了後や帰棟後に家族・本人と振り返り、家族の関わり方や子どもへの対応、よりよい葛藤解決の方法などについて話し合い、必要に応じて子どもと家族に助言している。

いずれの場合でも、その場の状況や他者の言動を理解しにくい、不快な刺激に反応しやすいなどの自閉症特性を踏まえた関わり方について検討し、家族に助言することが重要である。

#### (4) 地域資源の活用

退院後の地域生活に向けて、とくに、学校関係者とは連携する機会が多い。子ども家庭センター、児童相談所、教育センターなど、地域の関係機関とのケース検討会議が必要になることも多い。不登校が生じていたケースや顕著な学校不適応がみられていたケースでは、入院中に院内学級を利用し、手厚い支援のもとで学校生活を再開することもできる。院内学級の担任からの情報提供や具体的な対応・対処方法に関する助言は、子どもを受け入れる原籍校にとって貴重なリソースになる。

近年、障害者への地域サービスの選択肢も増えているが、放課後におこなわれるデイサービスや、ショートステイなどについては地域格差が大きいようである。それぞれの地域の実情に応じて、制度・サービスの利用について検討することになる。

#### (5) まとめ

以上のように、広汎性発達障害をもつ子どもの入院治療では、本人の発達特性に関するアセスメントと環境への適応を高めるようなはたらきかけ、家族関係の調整や家族・学校関係者への情報提供と助言などが必須である。

ほとんどのケースで、さまざまな治療・支援技法を折衷的に採り入れていた。病棟内での対人関係・生活場面を観察・把握し、行動の修正を促すことも有効であり、この際には看護スタッフの役割が極めて大きい。また、おもに小学生を対象

とする病棟には保育士が配置されており、日課や病棟内の活動、子ども同士の関係性に介入するうえで重要な役割を担っている。

この他、怒りのマネジメントを目的とした個別面接を担当する心理専門職、OT やグループの場面での問題に介入する作業療法士、関係機関との窓口やネットワークの調整などを担う PSW など、他職種によって治療チームが構成されている。これまで、児童・思春期精神科医療における医師の不足が指摘されてきたが、医師以外のスタッフの育成も急務である。とくに、子どもと直接接する機会が最も多い看護スタッフについては、発達障害の概念と特性や具体的な支援方法について体系的に修得できる機会を保証することが重要な課題であると考えられる。

#### 今後の課題

最終年度は、問題行動に至った PDD 症例に対する児童・思春期精神科医療、とくに入院治療のあり方について整理し、ガイドラインを作成する。また、そのために必要な調査を追加的に実施する。たとえば、さまざまな自殺関連行動のうち、より致死性が高いと思われる重症ケースについて、その背景要因を検討し、有効な介入のあり方を検討する必要があるかもしれない。

#### 学会発表

- (1) 尾崎 仁、渡辺由香、近藤直司：広汎性発達障害を有する子どもの自殺関連行動. 第 110 回日本精神神経学会学術総会、一般演題
- (2) 尾崎 仁、渡辺由香、近藤直司ほか：子どもの自殺関連行動～広汎性発達障害を有する子どもの自殺関連行動に対する介入と再企図予防～. 第 55 回日本児童青年精神医学会総会、一般演題

#### 論文

渡辺由香、尾崎 仁、近藤直司：子どもの自殺関連行動. 精神科 24(1):128-134,2014

平成26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  
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（国立精神・神経医療研究センター司法精神医学研究部）  
梶屋 二郎（福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室）  
研究協力者 今井 淳司（東京都立松沢病院精神科）  
中澤佳奈子（国立精神神経医療研究センター病院）

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が受けられ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。

昨年度に引き続き、本研究は【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 部で構成されている。

【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の特徴について分析した。また、今年度は昨年分析結果を踏まえて、とくに通院処遇中の問題行動に焦点をあてて解析した。その結果、F8 発達障害圏の診断を有する通院処遇対象者 50 名のうち、29 名 (58.0%) において通院処遇中に何らかの問題行動があると報告された。18 項目の問題行動のうち、最も多かったのは、「日常生活上の規則、ルール違反など」と「非身体的暴力」であった。したがって、発達障害をもつ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トラブル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。昨年度までに開発したツールを再検討し、最終的なアセスメント項目として、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 33 項目を選定した。本ツールの名称は「@PIP33-ASD version（アットピップ・サーティースリー-ASD 版）」とし、今後、海外のケースでも本ツールを試行する可能性を踏まえて、英語版「@PIP33-ASD-English version」の作成にも取り組んだ。

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を対象として、本アセスメントツールを実施し、その妥当性を検証するとともに、ツールの有用性についても確認する予定である。

## 【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

本研究では昨年度に引き続き、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た。

#### 1. 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 1438 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 50 名である。

#### 2. 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 26 年 7 月 15 日までの 9 年間とした。また、データ収集期間は H27 年 3 月 1 日までとした。

### 3. 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。

### 4. 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。

### 5. 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 50 名の概要を表 1 に示した。

表1. 結果の概要 (N=50)

性別	男 42名 (84.0%) 女 8名 (16.0%)
年齢	平均 34.1歳±9.08 s. d. 範囲 20歳~60歳
通院形態	直接通院処遇 11名 (22.0%) 入院処遇より移行通院処遇 39名 (78.0%)
通院処遇継続 中の 者の平均通院 期間 (n=23)	平均 462.0±257.0日 s. d. 範囲 53日~945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=23)	平均 1004.3±178.49日 s. d. 範囲 464日~1096日
診断名 【Fコード】	F1:1名 (2.0%)、F2:25名 (50.0%)、F3:2名 (4.0%)、 F4:1名 (2.0%)、F7:1名 (2.0%)、F8:19名 (38.0%)
対象行為名 (択一式にて集 計)	殺人 15名 (30.0%)、傷害 14 名 (28.0%)、強盗 1名 (2.0%)、 強姦 2名 (4.0%)、放火 18 名 (36.0%)
被害者(物) (択一式にて集 計)	家族・親戚 30名 (60.0%)、 知人・友人 5 (10.0%)、他人 14名 (28.0%)、公共物・そ の他 1名 (2.0%)
対象行為時の 治療状況	通院治療中 20名 (40.0%)、 入院治療中 2名 (4.0%)、 治療中断・治療終了 21名 (42.0%)、未治療 7名 (14.0%)
過去の入院	あり 28名 (56.0%)、 なし 22名 (44.0%)
過去の通院歴	あり 44名 (88.0%)、 なし 6名 (12.0%)
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 (2.0%)、なし 47 (94.0%)、不明 2名 (4.0%)
生活保護	あり 15名 (30.0%)、 なし 35名 (70.0%)

## 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 50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	2	5	7	14.0
2	他者への身体的暴力など (性的な暴力を除く)	2	5	7	14.0
3	他者への非身体的暴力など (暴力的言動や態度)	1	7	8	16.0
4	他者への性的な暴力など	1	1	2	4.0
(i)	2+3+4 対人暴力行動 (重複を考慮)	3	9	12	24.0
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	8.0

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	0	1	2.0
(ii)	6+7 対物的暴力行動 (重複を考慮)	1	0	1	2.0
(iii)	2+3+4+6+7 暴力的行動等 (重複を考慮)	3	9	12	24.0
8	怠学、怠職、ひきこもりなど	1	0	1	2.0
9	窃盗・万引きなど	0	1	1	2.0
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)	1	4	5	10.0
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	3	3	6.0
12	ギャンブル、買い物などの 薬物以外の依存行動	0	2	2	4.0
13	通院・通所の 不遵守・不遵守傾向	3	4	7	14.0
14	服薬の不遵守・不遵守傾向	2	3	5	10.0
15	訪問看護・訪問観察の拒否	0	1	1	2.0
(v)	13+14+15 医療への不遵守 (重複を考慮)	3	6	9	18.0
16	その他の日常生活上の規則、 ルールの違反など	3	5	8	16.0
17	病状悪化に伴う問題行動	1	3	4	8.0
18	金銭管理上の問題	1	6	7	14.0
	合計件数	20	50	70	
	問題行動なし	4	17	21	42.0

通院処遇中に何らかの問題行動が報告された者は、50名中29名(58.0%)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」および「非身体的暴力」でそれぞれ8例(16.0%)であった。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」、「身体的暴力」、「金銭管理の問題」がそれぞれ7例(14.0%)と続いていた。

以下に、参考のため、「16. 日常生活上の規則、ルール違反など」を繰り返したケースおよび「1. 自殺・自殺企図・自傷など」となったケースを紹介する。

(i) 「16. 日常生活上の規則、ルール違反など」を繰り返しているケース

40代 男性

診断：F8 広汎性発達障害

対処行為：自宅への放火

通院形態：直接通院

通院開始後まもなくより、支援者に対して一方的な内容の電話を何度もかけたり、異性に接近しすぎたり、計画性なく生活保護費を遣ってしまったたり、自室の清掃をせずにゴミをため込んだりといった様々な不適切行動が認められた。そのため、デイケアへの通所が制限されたり、経済面で困窮して外出ができなくなったりと活動範囲が狭まってしまった。そこで、支援者らで話し合い、対象者の障害特性を評価した後、現在は、支援者らが連携して一定のモデルやルールを明示し、具体的な対処方法を提案するといった方法で対応を試みているところである。今後は家族によるサポートも強化すべく、障害教育などにも取り組んでいる。

(ii)、「身体的暴力」および「1. 自殺・自殺企図・自傷など」を繰り返しているケース

20代 男性

診断：F7 中等度知的障害

副診断：F8 広汎性発達障害

対象行為：他人への傷害

通院形態：直接通院

処遇開始直後から環境調整のために精神保健福祉法による任意入院を行った。この入院中にケアプログラムの導入などを試みたが、プログラムへの参加自体が対象者には刺激となっており、ボールペンやハンガーを用いて自傷したり、室内のエアコンなどの備品を破壊したりといった暴力行動が認められた。結局、1年を超える長期の入院を経て、ケアホームへの入所となったが、対人接触によって不安定になりやすいため、あえて通院頻度を減らしてスタッフとの関わりも制限したところ、自傷や暴力行為といった問題行動は減少した。今後は、対象者に過度な負担をかけずに生活上の支援を行っていくことを目標とし、地域連携を強めていく予定である。

#### 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50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3.5%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代が3名、60代の者も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、殺人、傷害と続いており、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、56%に入院歴があり、通院に関しては88%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「3. 非身体的暴力」、「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、すぐに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、小さなトラブルが発生している可能性が示唆された。また、「1. 自殺・自殺企図・自傷など」、「2. 身体的暴力」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、ストレスフルな環境のなかであってもヘルプサインをうまく出せずに我慢を重ね、その結果、自分自身あるいは他人への攻撃性となって行動化するようなケースも認められる。今後は、こうしたケースの特徴を明らかにすることにより、より早い段階で有効な介入ができるようなスクリーニングツールの開発が望まれる。

## 【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価を繰り返しながら、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

1. 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改編

デルファイ法に準拠した方法で、最終的に8

つのカテゴリに分類される全33項目の設問が選定された。

各カテゴリ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 33items—ASD version：@PIP31—ver. ASD（アットピップ・サーティースリー—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、海外の矯正施設でも実施し、わが国の傾向との比較検討も行ってゆく予定である。

### D. 結論

本研究では、医療観察法の指定通院対象者のうち、F8発達障害圏の診断を受けていた50名のデータを収集し、とくに通院中に発生する問題行動について分析を行った。この中では日常生活上でみられる小さなトラブルが散見されていたことから、今後は、こうした点に注目した介入方法を検討していくことが有用であると思われた。

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「@PIP33—ASD version（アットピップ・サーティースリー—ASD）」

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、海外の矯正施設においても実施を検討中である。こうした取り組みを重ねることにより、発達障害をもつ者に対してより早期の段階で、適切な医療や支援が提供され、問題行動を予防できるような効果をもたらされることが期待される。

#### 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"/> 暴力なし／ 軽い暴力	<input type="checkbox"/> 中程度の暴力	<input type="checkbox"/> 深刻な暴力	<input type="checkbox"/> 反抗的で横柄な態度 <input type="checkbox"/> 他者に嘘をつく <input type="checkbox"/> 言語的な攻撃 <input type="checkbox"/> 他者への脅迫 <input type="checkbox"/> 対人暴力の未遂 <input type="checkbox"/> 対物暴力 <input type="checkbox"/> 学校の物品や公共物に対する破壊的行動 <input type="checkbox"/> その他( )	反社会性の合計点 点	
	2.身体的暴力の 初回の年齢	<input type="checkbox"/> 暴力なし／ 20歳以上	<input type="checkbox"/> 10歳以上 20歳未満	<input type="checkbox"/> 10歳未満			
	3.非身体的攻撃・ 破壊行為	<input type="checkbox"/> なし／ごく稀	<input type="checkbox"/> いくらか (1~2回/週)	<input type="checkbox"/> 頻回 (3回以上/週)			
	4.補導歴／ 逮捕・勾留歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回以上 (具体的な回数 回)			補導／逮捕・勾留時の年齢 1回目( )歳 (理由 ) 2回目( )歳 (理由 ) 3回目( )歳 (理由 )
	5.施設収容歴 (施設入所歴)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回以上 (具体的な回数 回)			<input type="checkbox"/> 児童自立支援施設 ( )歳 ( )回 <input type="checkbox"/> 少年院／医療少年院 ( )歳 ( )回 <input type="checkbox"/> 刑務所／少年・医療刑務所 ( )歳 ( )回
	6.違法薬物の使用 (未成年は慢性的な 飲酒を含む)	<input type="checkbox"/> 使用なし (明らかでない)	<input type="checkbox"/> 機会的な 使用あり	<input type="checkbox"/> 慢性的な 使用あり			使用歴のある主な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	7.不適切な養育	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> いくらか	<input type="checkbox"/> 明らか／深刻	<input type="checkbox"/> 過保護 <input type="checkbox"/> ネグレクト <input type="checkbox"/> 不適切なしつけ <input type="checkbox"/> 一貫性のない養育 <input type="checkbox"/> 親子関係の希薄さ <input type="checkbox"/> その他( )	家庭の合計点 点	
	8.未成年期の 養育者の変更	<input type="checkbox"/> 養育者の 変更なし	<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 (離婚による変更も 含む)			
	9.両親・養育者の 犯罪歴や 反社会的傾向	<input type="checkbox"/> 反社会的 傾向なし	<input type="checkbox"/> 反社会的思考や 行動の傾向あり	<input type="checkbox"/> 家族に犯罪者がい る／ 反社会的なライフス タイルを持つ			8, 9の具体的なエピソード ( )
学校	10.学校・職場等 での不適応	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> いくらか (短期または 1~2回)	<input type="checkbox"/> 明らか／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／遅刻 <input type="checkbox"/> 失業中でも求職しない <input type="checkbox"/> その他( )	学校の合計点 点	
	11.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／深刻 ( 年生頃から)			
	12.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／深刻 (長期または 3回以上)			具体的なエピソード ( )
環境	13.被虐待歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか	<input type="checkbox"/> 明らか／深刻	<input type="checkbox"/> 身体的虐待 <input type="checkbox"/> 心理的虐待 <input type="checkbox"/> 性的虐待	環境の合計点 点	
	14.過去の 監督・保護／ 介入の失敗 (学校での指導の様子)	<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 ( )
	15.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/非行仲間の知り合いがいる <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"/> 社会からのサポートがない/少ない
	16.経済状況	<input type="checkbox"/> 経済的問題は ほとんど ない	<input type="checkbox"/> 経済的問題は あるが、生活環境 はある程度整っ ている	<input type="checkbox"/> 明らかな経済的 問題がある			<input type="checkbox"/> 貧困状態にある <input type="checkbox"/> 生活保護を受けている <input type="checkbox"/> 同居者の人数に対して居住空間が狭い <input type="checkbox"/> 老朽化して不衛生な住居に住んでいる

	項目名	評価			チェック式評価基準／特記事項	合計点	点
		0	1	2			
精神疾患	17.自殺関連行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回以上	具体的なエピソード 〔 〕	合計点	点
	18.精神病症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> いくらか／深刻でない	<input type="checkbox"/> 明らか／深刻	<input type="checkbox"/> 妄想(サディスティックな空想, 被害妄想などを含む) <input type="checkbox"/> 幻覚(幻覚・幻聴など) <input type="checkbox"/> 精神運動興奮 <input type="checkbox"/> 明らかな思考障害 <input type="checkbox"/> マイクロサイコース		
	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"/> 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/躁躍症状) <input type="checkbox"/> その他( )		
	20.障害特性の理解(受容)度	<input type="checkbox"/> ほぼ理解あり		<input type="checkbox"/> ある程度の理解はあるが不十分	<input type="checkbox"/> ほとんど理解なし		
	21.治療へのアドヒアランス・コンプライアンス／ 探求を求める姿勢	<input type="checkbox"/> 治療への動機づけが高い／治療や支援に協力的	<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るが不十分	<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"/> 治療への動機づけが低い <input type="checkbox"/> 治療や支援に対する非協力的な態度や思考 <input type="checkbox"/> 治療の中断歴がある <input type="checkbox"/> 薬物療法や支援プログラムの拒否, 拒否的な態度 <input type="checkbox"/> 通院や支援上の規則に従わない <input type="checkbox"/> その他( )		
個人特性	22.権威への反抗的態度／反社会的態度	<input type="checkbox"/> 問題なし／目立たない	<input type="checkbox"/> いくらか／傾向あり	<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 <input type="checkbox"/> 冷淡	個人特性の合計点	点
	23.かんしゃく・怒りのコントロール不全	<input type="checkbox"/> 問題なし／目立たない	<input type="checkbox"/> いくらか／傾向あり	<input type="checkbox"/> 明らか／頻回	<input type="checkbox"/> 他者への関心が全くない <input type="checkbox"/> 他者の感情や幸せを考えない <input type="checkbox"/> 自分の行動の責任を受け入れない		
	24.共感性の低さ	<input type="checkbox"/> 問題なし／目立たない	<input type="checkbox"/> いくらか／傾向あり	<input type="checkbox"/> 明らかに低い	<input type="checkbox"/> その他( )		
行動特性	25.多動性／衝動性の高さ	<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 〔 〕	合計点	点
	26.不注意	<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 〔 〕		
行動特性	27.ルール／規則の理解不足や誤解しやすさ	<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 〔 〕	合計点	点
	28.思考の柔軟性の欠如	<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.日常生活上のこだわり／儀式的行動	<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.相互的対人交流の困難さ	<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 〔 〕		
	31.感覚過敏	<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 〔 〕		
	32.感覚刺激による不安定さ／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 〔 〕		
	33.被暗示性の強さ (年齢相応)	<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 〔 〕		

	Item	Evaluation			Tick box for specific items/ notes
		0	1	2	
Anti-sociality	1. Physical violence	<input type="checkbox"/> No/slight violence	<input type="checkbox"/> Moderate violence	<input type="checkbox"/> Severe violence	<input type="checkbox"/> Defiant and arrogant <input type="checkbox"/> Lying, causing annoyance, harm or anxiety to others <input type="checkbox"/> Verbal abuse (including verbal bullying) <input type="checkbox"/> Threats to others <input type="checkbox"/> Attempted violence towards others <input type="checkbox"/> Physical destruction (of own or others' property) <input type="checkbox"/> Destruction of school or communal property <input type="checkbox"/> Other ( )
	2. Age at first physical violence	<input type="checkbox"/> No violence/above age 20	<input type="checkbox"/> From age 10 to age 20	<input type="checkbox"/> Under age 10	
	3. History of non-violent offending	<input type="checkbox"/> None / very rare	<input type="checkbox"/> To some extent (once or twice a week)	<input type="checkbox"/> Frequent (three or more times a week)	
	4. Prior referral to criminal justice system	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once	<input type="checkbox"/> Twice or more (Specifically times)	Age at police caution, arrest or detention Age ( ) first (Reason ) Age ( ) second (Reason ) Age ( ) third (Reason )
	5. Institutional detention (or admission) detention	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once	<input type="checkbox"/> Twice or more (Specifically times)	<input type="checkbox"/> Children's home Age ( ) × ( ) <input type="checkbox"/> Secure children's home/psychiatric secure children's home Age ( ) × ( ) <input type="checkbox"/> Prison, YOI/ secure psychiatric hospital Age ( ) × ( )
	6. Alcohol or substance abuse	<input type="checkbox"/> None used (or unclear)	<input type="checkbox"/> Occasional use	Chronic use	Give the names of the main drugs with a history of use: Drug 1: Period of use: Drug 2: Period of use:
Home	7. Poor parental management	<input type="checkbox"/> Almost completely not	<input type="checkbox"/> Somewhat	<input type="checkbox"/> Evident/severe	<input type="checkbox"/> Over-protectiveness <input type="checkbox"/> Neglect (for other abuse, tick 13)) <input type="checkbox"/> Inappropriate discipline <input type="checkbox"/> Inconsistent upbringing <input type="checkbox"/> Poor parent-child relationship (mainly emotional attachment) <input type="checkbox"/> Other ( )
	8. Early care-giver disruption	<input type="checkbox"/> No change of care-giver	<input type="checkbox"/> Short-term change of care-giver	<input type="checkbox"/> Long-term change of care-giver (Including separation due to divorce)	
	9. Parent/care-giver criminality	<input type="checkbox"/> No antisocial tendencies	<input type="checkbox"/> Antisocial tendencies and antisocial behaviour	<input type="checkbox"/> Crime in the family/antisocial lifestyle	
School	10. Maladjustment to school or work	<input type="checkbox"/> Almost none	<input type="checkbox"/> Somewhat (short term or once or twice)	<input type="checkbox"/> Evident/severe (long-term or three or more times)	<input type="checkbox"/> Social isolation <input type="checkbox"/> Absences from school or work <input type="checkbox"/> Isolated at school or work <input type="checkbox"/> Truanting from school or work; frequent lateness <input type="checkbox"/> Failure to look for work when unemployed <input type="checkbox"/> Other ( )
	11. Under-performance at school	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Somewhat (from school year )	<input type="checkbox"/> Evident/severe (from school year )	
	12. Victimization	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Somewhat (Short (Short term or once or twice)	<input type="checkbox"/> Evident/severe (long-term or three or more times)	
Environment	13. Childhood history of abuse	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Somewhat	<input type="checkbox"/> Evident/severe	<input type="checkbox"/> Physical abuse <input type="checkbox"/> Psychological abuse (including witnessing domestic violence (DV)) <input type="checkbox"/> Sexual abuse
	14. Prior supervision	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Somewhat	<input type="checkbox"/> Evident/severe	Specific episode(s) ( )
	15. Lack of personal/social support	<input type="checkbox"/> Adequate support	<input type="checkbox"/> There is support but of dubious effectiveness	<input type="checkbox"/> Support is wholly lacking or harmful	<input type="checkbox"/> (Isolation ( at school, work and elsewhere) <input type="checkbox"/> Has criminal or delinquent acquaintances <input type="checkbox"/> Has no good friends or acquaintances <input type="checkbox"/> No/few supportive people <input type="checkbox"/> No/little social support
	16. Financial circumstances	<input type="checkbox"/> Almost no financial problems	<input type="checkbox"/> Some financial problems but living environment quite good<??>	<input type="checkbox"/> Obvious financial problems	<input type="checkbox"/> In poverty <input type="checkbox"/> Receiving social security payments <input type="checkbox"/> Living space too small for the number of people <input type="checkbox"/> Dilapidated and insanitary accommodation

	Item	Evaluation			Tick box for specific items/ notes
		0	1	2	
Mental illness	17. History of self-harm and suicide attempts	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Once	<input type="checkbox"/> Two or more times	Specific episode(s) ( )
	18. Active symptoms of major mental illness	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Somewhat / not severe	<input type="checkbox"/> Evident/severe	<input type="checkbox"/> Delusions (sadistic /paranoid fantasies etc)) <input type="checkbox"/> Hallucinations (visual, auditory etc) <input type="checkbox"/> Psychomotor excitement <input type="checkbox"/> Evident thought disorder <input type="checkbox"/> Micropsychosis
	19. Psychiatric comorbidity	<input type="checkbox"/> None	/	<input type="checkbox"/> Present Specifically ( )	<input type="checkbox"/> Inappropriate feelings (pathological jealousy,, suspicion etc) <input type="checkbox"/> Mood swings (including violent changes) <input type="checkbox"/> TCO symptoms (Threat, control override symptoms) <input type="checkbox"/> Other ( )
	20. Insight into (acceptance of) the disorder	<input type="checkbox"/> Almost complete understanding	<input type="checkbox"/> A degree of understanding but inadequate	<input type="checkbox"/> Almost no understanding	<input type="checkbox"/> Lack of understanding/acceptance of disorder <input type="checkbox"/> Lack of understanding of the effect of own actions on others <input type="checkbox"/> Lack of understanding of risk of violence, tendency to outbursts of irritability etc due to the disorder
	21. Poor compliance with treatment / seeking support	<input type="checkbox"/> High motivation for treatment / highly cooperative with treatment and help	<input type="checkbox"/> Inconsistent motivation/ partially uncooperative with treatment and help / inadequate understanding of their necessity	<input type="checkbox"/> Low motivation / uncooperative with treatment and help/ no understanding of their necessity	<input type="checkbox"/> Low motivation for treatment <input type="checkbox"/> Uncooperative attitude towards treatment and help <input type="checkbox"/> History of discontinuing treatment <input type="checkbox"/> Rejection of or negative attitude to drug therapy and support programmes <input type="checkbox"/> Does not obey rules for hospital attendance and support <input type="checkbox"/> Other ( )
Individual	22. Defiance of authority/ antisocial pro-criminal attitudes	<input type="checkbox"/> No problem/unremarkable	<input type="checkbox"/> Somewhat tendency	<input type="checkbox"/> Evident/severe	<input type="checkbox"/> Excessive self-esteem <input type="checkbox"/> Egotistic <input type="checkbox"/> Inappropriate guilt feelings (including lack of guilt feelings)
	23. Tantrums / anger management problems	<input type="checkbox"/> No problem/unremarkable	<input type="checkbox"/> Somewhat tendency	<input type="checkbox"/> Evident/frequent	<input type="checkbox"/> Lack of affect <input type="checkbox"/> No concern for others <input type="checkbox"/> Does not consider the feelings or happiness of others
	24. Low empathy remorse	<input type="checkbox"/> No problem/unremarkable	<input type="checkbox"/> Somewhat/ tendency	<input type="checkbox"/> Obviously weak	<input type="checkbox"/> Does not accept responsibility for own actions <input type="checkbox"/> Other ( )
Behaviour	25. Hyperactivity/attention deficit difficulties	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Somewhat	<input type="checkbox"/> Evident/severe	Specific episode(s) ( )
	26. Attention deficit hyperactivity difficulties	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Somewhat	<input type="checkbox"/> Evident/severe	Specific episode(s) ( )
Behaviour	27. Lack of understanding / misunderstanding of rules / regulations	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Somewhat	<input type="checkbox"/> Evident/severe	Specific episode(s) ( )
	28. Rigid thinking patterns	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Somewhat	<input type="checkbox"/> Evident/severe	Specific episode(s) ( )
	29. Inflexible adherence to routine / ritualistic behaviour	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Somewhat	<input type="checkbox"/> Evident/severe	Specific episode(s) ( )
	30. Deficits in social communication and social interaction	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Somewhat	<input type="checkbox"/> Evident/severe	Specific episode(s) ( )
	31. Hyperaesthesia	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Somewhat	<input type="checkbox"/> Evident/severe	Specific episode(s) ( )
	32. Anxiety/panic due to sensory stimulus	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Somewhat	<input type="checkbox"/> Evident/severe	Specific episode(s) ( )
	33. Suggestibility	<input type="checkbox"/> None (age-appropriate)	<input type="checkbox"/> Somewhat	<input type="checkbox"/> Evident/severe	Specific episode(s) ( )

## 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 榎屋 二郎 (福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室)  
安藤久美子 (国立精神・神経医療研究センター)

研究要旨：筆者は本研究前報において、過去のいくつかの調査研究において我が国の少年司法システムの現場にも社会内での発生率を上回る率で自閉症スペクトラム障がい者が出現している可能性が示唆されること、そして少年司法システムの一角を担う少年院においても同様の傾向は認められ、いくつかの少年院で独自の取り組みが為されていることを報告した。少年院においては法務教官を中心に発達障がいを抱える被収容少年に対しても非行矯正、社会復帰に向けた取り組みを施設内支援として取り組んでいるが、非行少年が再非行に至らずに円滑に社会復帰を果たすためには社会復帰後の社会内支援の充実が欠かせない。そのためにも施設内支援と社会内支援の情報共有と連携による円滑な支援移行が必要となるが、発達障がいを抱える非行少年についての種々のリスクを査定する共通ツールが無いために円滑な連携や支援移行の困難が指摘されてきた。本研究ではその共通ツールとなりうる、少年院研究協力者である安藤が中心となって開発中の「発達障がい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 (@PIP-33 - ASD version)」の標準化と妥当性の検証の一環として、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、特に発達障がいが多く収容されている少年院において@PIP-33 を実施するための予備調査を行った。具体的には当該少年院において実際にどの発達障害がどの程度収容されているかの検証を児童精神科医師が DSM-5 を使用して行った。その結果、男子特殊教育課程少年院に入院中の 86 ケース中、

- ・自閉症スペクトラム障害に属する障がいと注意欠如多動性障害を併存する者 7 ケース
- ・自閉症スペクトラム障害に属する障がいのみ有する者 19 ケース
- ・注意欠如多動性障がいのみ有する者 3 ケース

であった。また操作的診断基準を満たした 29 ケース中、明らかな被虐待体験や被いじめ体験を有する者は 15 ケース、被虐待体験や被いじめ体験が疑われる者は 8 ケースであり、発達障がいそのものよりも不適切な対応が非行や犯罪のリスクを増加させるという過去の指摘が少年院に収容されている発達障がい少年には当てはまる可能性が有ることが示唆された。

### A. 研究目的

本研究前報では過去の文献研究を行い、我が国の少年司法システムの現場にも社会内での発生率を上回る率で自閉症スペクトラム障がい (Autism Spectrum Disorders; 以下 ASD) 者や注意欠如多動性障がい (Attention-Deficit Hyperactivity Disorders ; 以下 ADHD) 者が出現していることも報告した<sup>1)</sup>。それは少年司法システムの一角を担う少年院においても同様の傾向であり、法務省矯正局が注意欠如多動性障害と広

汎性発達障害を抱えた入院少年への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」を作成していることには表れている。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それらの新しい試みの中には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た。そして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いため、社会内の枠組みの中でも十分に実施でき、一般社会への汎化が可能である可能性も示唆された。少年院においては法務教官を中心に発達障がいを抱える被収容少年に対しても非行矯正、社会復帰に向けた取り組みを施設内支援として取り組んでいるが、非行少年が再非行に至らずに円滑に社会復帰を果たすためには社会復帰後の社会内支援の充実が欠かせない。そのためにも施設内支援と社会内支援の情報共有と連携による円滑な支援移行が必要となるが、発達障がいを抱える非行少年についての種々のリスクを査定する共通ツールが無いために円滑な連携や支援移行の困難が指摘されてきた。本研究ではその共通ツールとなりうる、少年院研究協力者である安藤が中心となって開発中の「発達障がい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 (@PIP-33 - ASD version)」<sup>1)</sup>の標準化と妥当性の検証の一環として、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、特に発達障がいが多く収容されている少年院において@PIP-33 を実施するための予備調査を行った。

## B. 研究方法

### 1) 調査対象

少年院の中でも発達障がい者が多く収容されると指摘されることの多い男子の特殊教育課程少年院（特殊教育課程とは、「H<sub>1</sub>課程：知的障がい者あるいはそれに準ずる者」、「H<sub>2</sub>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」が収容される少年院）である A 少年院に平成 26 年 7 月より平成 26 年 12 月収容されていた全少年（男子 86 名、14～20 歳）。

### 2) 調査期間

平成 26 年 7 月～平成 26 年 12 月

### 3) 調査方法

精神科および児童精神科における臨床経験が

10 年以上ある発達障がい診断経験が豊富な医師が操作的診断基準 (DSM-5)<sup>2)</sup>を用いて診断した。診断情報としては問診によるもの他、当該少年の過去の資料（非行歴や生育歴、心理検査結果、家族からの情報等）も参考資料とした。また被虐待体験の有無、被いじめ体験の有無についても調査した。虐待の定義については「児童虐待の防止等に関する法律」による定義、すなわち、「保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。以下同じ。）がその監護する児童（十八歳に満たない者をいう。以下同じ。）について行う次に掲げる行為をいう。一 児童の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。二 児童にわいせつな行為をすること又は児童をしてわいせつな行為をさせること。三 児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、保護者以外の同居人による前二号又は次号に掲げる行為と同様の行為の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること。四 児童に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力（配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）の身体に対する不法な攻撃であって生命又は身体に危害を及ぼすもの及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動をいう。）その他の児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと」を用いた。いじめの定義については、文部科学省が採用している定義「当該児童生徒が、一定の人間関係のある者から、心理的、物理的な攻撃を受けたことにより、精神的な苦痛を感じているもの。なお、起こった場所は学校の内外を問わない」を用いた。

### 4) 倫理的配慮

個人名や個人の非行名は一切特定されない調査である。研究遂行にあたっては法務省矯正局、矯正管区、および少年院の承認を得た上で実施した。

## C. 研究結果

### 1) DSM-5による診断（重複診断有り）

☆男子特殊教育課程少年院、86ケース中、

①ASDあり、ADHDあり：7ケース（8.1%）

②ASDあり、ADHDなし：19ケース（22.1%）

③ASDなし、ADHDあり：3ケース（3.5%）

⇒①②③の計29ケース（33.7%）

→ASDあり（①+②）計26ケース（30.2%）、

→ADHDあり（①+③）計10ケース（11.6%）

⇒①②③の計29ケース名中、少年鑑別所での診断と診断結果が異なったもの：4ケース（13.8%）

⇒①②③の計29ケース名中、

→発達障がい+知的障がい：8ケース

→発達障がい+境界知能域（本研究では

IQ70～85程度とした）：12ケース

→発達障がい+正常域知能：9ケース

⇒86ケース中、発達障がい診断されない知的障害ケース：41ケース（47.7%）

### 2) 発達障がいを診断されたケースにおける被虐待、被いじめ経験の有無

☆29ケース中、

①明らかな被虐待体験や被いじめ体験を有する→15ケース（51.7%）

②明らかではないものの、被虐待体験や被いじめ体験を有すると疑われる→8ケース（27.6%）

## D. 考察

以前から特殊教育課程少年院には発達障がい少年が多く收容されていることは指摘されていたがそれを裏付ける結果となった（33.7%）。特殊教育課程に收容される少年には「H<sub>1</sub>課程：知的障がい者あるいはそれに準ずる者」と「H<sub>2</sub>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」の2群の少年が居るが、両群には共に相当数の発達障がい者、特にASD者が含まれることが本結果より示唆された。今回の結果にてASDのないADHD者が少ない（3.5%）理由としてはピュアなADHD者は特殊教育課程少年院には送致されず、他の処遇課程に分類され、一般少年院に收容されていることが予想される。

少年鑑別所での診断結果との乖離率が13.8%であったが、この数値の期待値よりの高低の判断は本研究では難しい。しかし、非行少年の診断を観護措置の短期間で行う難しさは指摘しておくべきであろう。少年鑑別所には常勤の精神科医師が配置されていないところも多く、診断ツールの統一も行われていない。今後、世界的にエビデンスの得られているADOSやCARS2等の本人観察用ツールの導入と職員への発達障がいとそのアセスメントの教育の充実は必須と考えられる。また杉山も指摘している<sup>3)</sup>通り、本研究においても発達障がいであるのか、被虐待を背景として反応性愛着障がいであるのか判別困難なケースが多く存在した。非行少年の場合、保護者に治療情報を求めることが困難なケースも多くあり

発達障がい者の惹起する非行や犯罪は周囲の不適切な対応や支援から起こる二次障がい、それに含まれる外在化症状として起こっていることが以前から指摘がされている<sup>4)</sup>が、本研究において、発達障がいを抱える被收容少年の中で明らかな被虐待体験や被いじめ体験を有する少年が過半数である51.7%、それ以外に、明らかではないものの、被虐待体験や被いじめ体験を有すると疑われる少年が27.6%、つまり約80%の少年が虐待やいじめを受けていたことは注目に値する。齋藤は不適切な対応を防げば二次障がいを防ぐことができる<sup>5)</sup>と指摘している<sup>5)</sup>が、本研究結果も発達障がいを早期に発見し早期に適切な支援をしていく必要性と二次障がいへの対応の必要性を示唆している。発達障がい者と犯罪被害および犯罪加害の関係を考えた際に加害を起すよりも被害を7倍も受けやすいとの報告もある<sup>6)</sup>。発達障がいを抱える非行少年は加害者である側面と共に被害者としての側面も持っており、加害行為への対応と共に被害体験への対応も必要なのである。

## E. 結論

少年院に收容される非行少年の内に一定数の発達障がい者が存在することが明らかとなった。今後、特殊教育課程少年院だけでなく、一般少年

院でも同様の調査を行い、少年院に収容される非行少年の内での発達障がい者の疫学的調査が必要になってくると考えられる。そして、発達障がいはその性質において完治するというものではない以上、少年院の収容期間内に発達障がい完治し、無くなるわけではない。その支援の必要性は少年院退所後も必ず社会内に引き継がれる。そうであれば、少年院における施設内支援と社会内支援は両立が必須であり、情報の共有や支援の一貫性が必要となる。そうであるならば少年院と社会内において共通の視点を持ってケースを検討する必要があり、発達障害特性に配慮したリスクアセスメントツール@PIP-33 - ASD versionの導入には大きな意義が有る。今後、@PIP-33 - ASD versionの標準化と妥当性検証のために少年院におけるフィールドワークを実施していきたい。

そして本研究においては少年院に収容されている発達障がい非行少年に相当数の被虐待体験や被いじめ体験を有することが示唆された。支援としては、本来は少年院に入らないような予防的支援が理想的であることは言うまでもなく、非行化犯罪化のリスクファクターとしては発達障がいそのものではなく、不適切な対応を受けた発達障がい者が挙げられている<sup>7)</sup>ことを考えると、発達障がいを抱える子どもを如何に早期に発見し、如何に早期に適切な支援につなげるか、そのことも重要と考える。非行や犯罪に至らないような適切な支援、非行や犯罪を起してしまった際の刑事司法システムにおける障がい特性に考慮した適切な理解と支援、矯正施設での矯正における障がい特性を考慮した適切な理解と支援、社会復帰した後の社会内支援における障がい特性を考慮した適切な理解と支援、これらをすべて成り立たせる社会の実現を目指し、研究を続ける必要がある。

## F. 研究発表

### 1. 著書

・臨床医のための小児精神医療入門（医学書院 2014・4）（日本精神神経学会小児精神医療委員会 監修 / 齊藤万比古 小平雅基 編集）分担執筆 「医療少年院」

・性犯罪からの離脱 「良き人生モデル」がひらく可能性（日本評論社 2014・7）

（D・リチャード・ローズ（著）、トニー・ウォード（著）、津富 宏（監修、翻訳）、山本麻奈（監修、翻訳）） 分担翻訳 7章・8章

### 2. 論文発表

・榎屋 二郎 非行とそだち 非行のバイオロジー, そだちの科学23号 Page2-7(2014. 10)

・榎屋 二郎 犯罪加害者に対する精神医学的アプローチ 発達障害と矯正医療 自閉症スペクトラムを中心に, 司法精神医学(1881-0330)9巻1号 Page107-113(2014. 03)

・榎屋二郎 発達障害の子どもの反社会的展開への介入, 小児科診療77巻12号, Page1837-1941 (2014. 12)

・榎屋二郎 精神障害を抱えた非行少年の矯正～医療少年院の立場から, 青少年問題 第657号 Page26-31 (2015. 1)

・榎屋二郎 精神医療から考える障害のある人の触法支援～発達障害を中心に①～, アスペハート 37号 Page134-138 (2014. 9)

・榎屋二郎 精神医療から考える障害のある人の触法支援～発達障害を中心に②～, アスペハート 38号 Page112-116 (2014. 12)

### 3. 学会発表

・榎屋二郎 「精神障害を抱えた非行少年の矯正～少年院での現状を中心に～」, 第6回少年問題と精神医療研究会 教育講演(東京, 2014. 2)

## 参考文献

1) 内山登紀夫(研究代表者): 厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合事業精神神経分野「青年期・成人期発達障がい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」平成 25 年度総括・分担研究報告書. 2014.

2) American Psychiatric Association.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5. Amer Psychiatric Pub ; 2 0

1 3. 日本精神神経学会 日本語版用語監修, DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院;2014



- 3) 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，東京，2007
- 4) 榎屋 二郎 犯罪加害者に対する精神医学的アプローチ 発達障害と矯正医療 自閉症スペクトラムを中心に，司法精神医学(1881-0330)9 巻1号 Page107-113(2014. 03)
- 5) 齋藤万比古（編著）：発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート．学習研究社，東京，2009
- 6) Murrie DC, et al:Asperger' s syndrome in forensic settings. Int J Forensic Ment Health 1:59-70, 2002
- 7 ) Mills, R. :ASD and offending. 2011PandA-J発達障害特集号イギリスとわが国の「発達障害者と触法」を考える, PandA-J, 東京, 2011

## 自閉症スペクトラムの診断・評価のための技法 Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders 日本語版 (DISCO-J) 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研究科)

研究協力者 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)

高梨 淑子 (よこはま発達クリニック)

**研究要旨**：発達障害の対応困難事例において、対応困難となる前あるいはなつて早期に適切に診断がなされておらず、十分な支援を受けられていないケースが存在する。本研究の目的は適切に発達障害とくに自閉症スペクトラム (ASD) を診断できるようにするための技法を開発することである。

国際的にコンセンサスの得られている Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO) の日本語版 (DISCO-J) を作成し、テスト-再テスト信頼性を検証した。対象は ASD 群 36 例と対照群 20 例である。初回の DISCO-J によるインタビューから約 1 ヶ月後に再度同様のインタビューを行い、初回と 1 ヶ月後での評定間の  $\kappa$  係数もしくは級内相関係数を検討した。

結果、多くの項目で高い  $\kappa$  係数もしくは級内相関係数を示した。特に診断に関するセクションや項目ではほとんどの項目が  $\kappa$  係数もしくは級内相関係数が 0.75 以上となった。これらから DISCO-J が高いテスト-再テスト信頼性を有する ASD の診断のための技法であることがわかった。DISCO-J を臨床に用い、よりの確に ASD が診断できる可能性が示唆された。さらには、このことは対応困難事例への予防や介入に貢献できるものと思われる。

### A. 研究目的

青年期・成人期発達障害の対応困難ケース、とりわけ引きこもりや触法行為、緊急入院が必要なほどの問題行動、自殺関連行動のような深刻な問題を有する発達障害事例への社会的関心が高まり、専門的な支援による予防可能性の検討が喫緊の課題になっている。中には既に福祉支援を受けながら犯罪等に至るケースもみられるが、未診断で専

門的支援を受けていない状況で犯罪等に至るケースも少なくない。どのような支援があれば困難な状態を予防できるのか、犯罪等の防止のためにはどのようなシステムが必要なのかを検討するとともに、その前段階として、まずは自閉症スペクトラム (ASD) 等を的確に診断し、専門的支援につなげることが必要である。

とはいえ ASD の診断は簡単ではない。ASD は

社会的交流、社会的コミュニケーション、社会的想像力の三領域に発達的な特徴がみられる神経発達障害であり、生来性あるいは生後早期に生じ、生涯続くものである。遺伝率は 38-90%程度と見積もられ、発症に遺伝的要因が強く関与していることは明らかである。しかし一方で一卵性双生児での一致率が 100%ではなく、ASD の発症機構に環境要因の関与も示唆されている<sup>1</sup>。つまり遺伝的要因と環境要因が複雑に関連しあい病態を形成していると考えられていて、病態も一様ではない。病態に関して未だ不明な点も多く、遺伝子や染色体検査、脳の機能や構造学的、あるいは生理学的検査等では診断することができない。

そのため、現在 ASD の診断は幼児期の発達の様子や現在の行動観察などから行うことになる。適切に検討・標準化された診断のための技法が不十分な日本においては、診断は臨床家の経験に頼らざるを得ず、Evidence Based Medicine とは程遠いのが現状である。こうした診断の混乱は ASD の本人や家族にとって临床上の大きな損失である。

したがって、本研究の目的は国際的にコンセンサスの得られた ASD の診断ツールのひとつである Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO) 整備し、今後の日本における発達障害臨床および研究に役立てることである。

## B. 研究方法

### 1. ASD の診断ツールに関して

ASD を診断するための方法としては、スクリーニング、行動観察法、半構造化面接法がある。ス

クリーニング等で ASD が疑われたものに対して、半構造化面接および行動観察を行い、それらの結果を総合して検討し、診断・評価とする。

スクリーニング法に関しては、主として質問紙を用いて行い、幼児を対象とした Modified Checklist for Autism in Toddlers、それ以外の年代に使用する Autism-Spectrum Quotient, Social Responsiveness Scale, Repetitive Behaviour Scale - Revised や、半構造化面接で実施する日本自閉症協会版広汎性発達障害評価尺度 (PARS) などがある。また行動観察法に関しては、国際的なゴールドスタンダードとなっているものに Autism Diagnostic Observation Schedule 2 と Childhood Autism Rating Scale 2 がある<sup>2</sup>。

半構造化面接法では、国際的なゴールドスタンダードとなっているものに Autism Diagnostic Interview - Revised<sup>3,4</sup>と DISCO<sup>5,8</sup>の二つがある。前者は DSM に沿った ASD の診断をすることが主目的である。後者は DSM および Wing & Gould の ASD の診断、また ASD のみならず他の併存する精神障害や発達状況の把握・評価ができ、診断および臨床プランを作成する上で大変有益である。

### 2. DISCO とその日本語版について

#### 2-1. DISCO の開発

古典的自閉症概念に加え、いわゆるアスペルガー一症候群を加え、さらにどちらの基準を満たさないが、三つ組の障害をもつ症例も加えて自閉症概念を拡大し、ウォルフのローナーなども含めた ASD 概念の確立の根拠となったのがローナー・ウィングらの行った英国キャンバウエル地域でのフィールド研究である。そのときに用いられた

Handicaps Behaviour and Skills schedule をローナ・ウイングやジュディス・グールドらが改定し、発展させた半構造化面接法が DISCO である。ヨーロッパを中心に英語圏でのオリジナル版の他、オランダ語版やスウェーデン語版も作成され、世界的に広く臨床場面や研究場面で用いられている。DISCO は被験者の ASD の中心となる特徴のみならず、幅広い発達や行動の評定を行う。

## 2-2. DISCO の構成

DISCO は 8 パート、28 セクション (Fig. 1) からなっている。ほとんどのセクションは「現在の発達段階」、「過去の発達のマイルストーン」、「非定型的発達の過去と現在における有無」の三次元の項目で構成されている。「現在の発達段階」の項目は、発達段階を連続変数の中から選択する。「過去の発達のマイルストーン」の項目はヴァインランド適応行動尺度に基づき、特定の発達の出現した月齢もしくはその遅れの有無や程度を評定する。「現在と過去の非定型的発達」の項目は、異常なし、軽度な異常あり、顕著な異常ありの三件法で、

現在と過去のピーク時での様子を評定する。パート 7 は、ASD の診断とタイプに関するパートで、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および限局された行動パターンに関する項目を、ASD の特徴が段階的に示された変数から選択する。

DISCO は、子どもの発達や行動の全体を把握することができると共に、「カナリーの早期小児自閉症」、「ウイングとグールドの ASD」、「ギルバークのアスペルガー症候群」、および「DSM-5、DSM-IV や ICD-10 における ASD」の診断を行うことも可能であり、それに基づいて支援計画を策定することができる。

## 2-3. DISCO 日本語版

DISCO は英語圏のほか、オランダ、スウェーデン、韓国などでも翻訳や標準化され使われている。DISCO 日本語版 (DISCO-J) の作成に際しては、原版である DISCO-11 を、原著者の許可の下、翻訳・逆翻訳を経て作成された。

Fig. 1. DISCO の構成: DISCO の各パートとその内容について示した。

Part	内容	Part	内容
Part 1	フェイスシート	Part 4	反復的な常同行動
Part 2	乳幼児期(2歳まで)の発達		感覚への応答
Part 3	スキルの発達		反復的なルーチンと変化抵抗
			セットバック
	粗大運動スキル	行動パターン	
	身辺自立	Part 5	感情
	家事スキル	Part 6	不適切な行動
自立	不適切な行動, 睡眠の問題		
		Part 7	ASD の診断とタイプ