

## 1. 静態情報の集計結果

収集したデータのうち、F8 発達障害圏の診断分類に該当する 58 名の概要を表 1 に示した。

表 1. 結果の概要 (N=58)

性別	男 48 名 (82.8%) 女 10 名 (17.2%)
年齢	平均 34.21 歳±8.78 s. d. 範囲 20 歳～60 歳
通院形態	直接通院処遇 12 名 (20.7%) 入院処遇より移行通院処遇 46 名 (79.3%)
通院処遇継続中の者の平均通院期間 (n=26)	平均 562.6±313.8 日 s. d. 範囲 65 日～1174 日
通院処遇終了者の平均通院期間 (死亡 4 名、再鑑定・再入院 2 名を除く n=26)	平均 1022.7±146.4 日 s. d. 範囲 662 日～1096 日
診断名【Fコード】	F1:1 名 (1.7%)、F2:29 名 (50.0%)、F3:2 名 (3.4%)、F4:1 名 (1.7%)、F7:1 名 (1.7%)、F8:23 名 (39.7%)、F9:1 名 (1.7%)
対象行為名 (択一式にて集計)	殺人 17 名 (29.3%)、傷害 16 名 (27.6%)、強盗 1 名 (1.7%)、強姦 4 名 (6.9%)、放火 20 名 (34.5%)
被害者(物) (択一式にて集計)	家族・親戚 34 名 (58.6%)、知人・友人 4 名 (6.9%)、他人 19 名 (32.8%)、不明 1 名 (1.7%)
対象行為時の治療状況	通院治療中 23 名 (39.7%)、入院治療中 2 名 (3.4%)、治療中断・治療終了 23 名 (39.7%)、未治療 9 名 (15.5%)、不明 1 名 (1.7%)
過去の入院	あり 29 名 (50.0%)、なし 29 名 (50.0%)
過去の通院歴	あり 50 名 (86.2%)、なし 8 名 (13.8%)
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 2 名 (3.4%)、なし 55 (94.8%)、不明 1 名 (1.7%)
生活保護	あり 17 名 (29.3%)、なし 41 名 (70.7%)

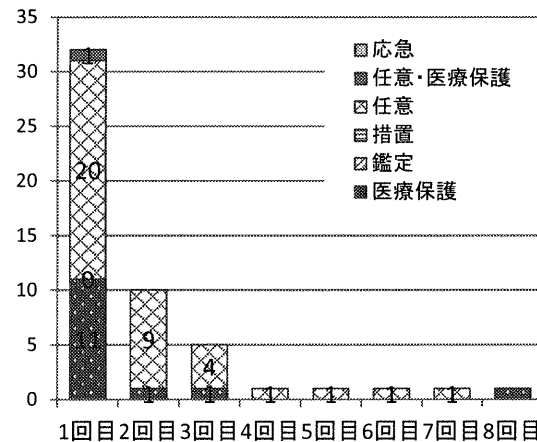
## 2. 通院処遇中の精神保健福祉法による

### 入院の有無

解析対象となった 58 名について、通院処遇中の精神保健福祉法による入院治療の併用の有無や、入院形態について分析を行った。

解析対象者 58 名のうち、精神保健福祉法による入院治療を受けていた対象者は 32 名 (55.2%) と半数を超えていた。精神保健福祉法による入院をしている者における入院回数は、1 回が 22 名 (68.8%) と最も多く、2 回が 5 名 (15.6%)、3 回が 4 名 (12.5%)、8 回が 1 名 (3.1%) であった。なお、入院治療を受けたことがある者の平均入院回数は 1.75 回で最頻値は 1 回であった。

通院処遇中に精神保健福祉法による入院治療を受けた対象者の延べ入院回数は 52 回であった。各入院の入院形態を集計すると、任意入院が 37 件 (71.2%)、医療保護入院が 14 件 (26.9%)、任意・医療保護入院が 1 件 (1.9%) であった。



## 3. 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 58 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(放火などを除く)
- (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	8	10	17.2
2	他者への身体的暴力など (性的な暴力を除く)	2	5	7	12.1
3	他者への非身体的暴力など (暴力的言動や態度)	1	8	9	15.5
4	他者への性的な暴力など	1	1	2	3.4
(i)	2+3+4 対人暴力行動 (重複を考慮)	3	11	14	24.1
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	5	6	10.3
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	2	3	5.2
(ii)	6+7 対物的暴力行動 (重複を考慮)	1	2	3	5.2
(iii)	2+3+4+6+7 暴力的行動等 (重複を考慮)	3	12	15	25.9

8	怠学、怠職、ひきこもりなど	1	1	2	3.4
9	窃盗・万引きなど	0	2	2	3.4
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	8.6
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	1	4	5	8.6
12	ギャンブル、買い物などの薬物以外の依存行動	0	2	2	3.4
13	通院・通所の不遵守・不遵守傾向	3	6	9	15.5
14	服薬の不遵守・不遵守傾向	2	4	6	10.3
15	訪問看護・訪問観察の拒否	0	1	1	1.7
(v)	13+14+15 医療への不遵守 (重複を考慮)	3	10	13	22.4
16	その他の日常生活上の規則、ルールの違反など	4	8	12	20.7
17	病状悪化に伴う問題行動	1	3	4	6.9
18	金銭管理上の問題	1	6	7	12.1
	合計件数	21	66	87	
	問題行動なし	5	17	22	37.9

通院処遇中に何らかの問題行動が報告された者は、58名中36名(62.1%)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」が12例(20.7%)であった。次に、「1. 自殺・自殺企図・自傷など」が10例(17.2%)、「3. 非身体的暴力」、「13. 通院・通所の不遵守・不遵守傾向」がそれぞれ9例(15.5%)と続き、「2. 身体的暴力」と「18. 金銭管理上の問題」も7例(12.1%)と比較的多かった。

#### 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 58 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 3.6%であった。性別では 8 割を男性が占めており、年齢をみると 20 代～30 代の比較的年齢が若い世代が多く、全体の平均年齢は 44.45 歳 ± 13.2 s. d. であるのに対し、F8 発達障害圏の平均年齢は 34.21 歳 ± 8.78 s. d. であった。また、対象行為時の治療状況については、治療中断中が 23 名 (39.7%)、未治療が 9 名 (15.5%) であり、医療とつながっていない者が半数以上を占めていた。

対象行為では、多いものから順に、放火 (34.5%)、殺人 (29.3%)、傷害 (27.6%) 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、全体では家族が被害者となっている事例が 47.2% であるのに対し、F8 発達障害圏では 58.6% とやや多い傾向が認められた。

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」であり、具体的な内容としては「規則正しい生活ができにくい」「無断外出してしまう」など、すぐに再被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、日常生活のなかで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」といった自己へ攻撃性を向けてしまう問題行動も多い一方で、家族や医療スタッフに対して暴力的な態度をとる「3. 非身体的暴力」や、看護師といった医療スタッフへの暴力などの「2. 身体的暴力」の問題行動も高い割合で認められている。加えて、計画的な金銭管理ができないといった「18. 金銭管理上の問題」も比較的多く、家族や関係スタッフが管理している事例も報告された。

昨年も報告した通り、発達障害をもつ者のなかには、ストレスful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期待される。

#### 【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ます。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

##### (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

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、カテゴリ一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い完成させた。

## (2) アセスメントツールを用いた暴力行動に関連するリスク要因の分析

### 1. 調査対象と調査方法

調査対象は、本調査への協力の得られた病院や発達支援センター等に通院・通所しているF8発達障害圏の診断を受けている者（併存診断を含む）とした。各施設の担当スタッフに調査票への記入を依頼し、53名について回答を得た。

### 2. 調査対象期間及びデータ収集期間

調査期間は、平成27年6月1日から平成28年1月31日までとした。

### 3. 解析方法

本研究では、@PIP33-ver. ASDの結果を用いて、ASD者のなかでも身体的暴力群、非身体的暴力群に分け、これらに関連するリスク要因について分析した。

### 4. 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

### (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つのカテゴリーに分類される全33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。

- (a) 反社会性
- (b) 家庭・養育
- (c) 学校適応
- (d) 生活環境
- (e) 精神疾患
- (f) 個人特性
- (g) 障害特性：ADHD
- (h) 障害特性：ASD

具体的な項目内容については別紙の通りである。

本ツールの名称は「Assessment Tool for Preventive Intervention for Problem Behaviors 33items—ASD version：@PIP33-ver. ASD（アットピップ・サーティースリー—ASD版）」とした。

@PIP-33ver. ASDは、3件法（0点～2点）で評価点をつける。合計得点の範囲は0点から66点である。

なお、本アセスメントツールを報告末尾に掲載した。

## (2) アセスメントツールを用いた暴力行動に関連するリスク要因の分析

### 1. 対象者の概要

収集された53名の概要を表1に示した。

表1. 結果の概要（N=53）

性別	男 44名 (83.0%) 女 9名 (17.0%)
年齢	平均 27.3歳±8.0 s. d. 範囲 18歳～60歳

### 2. 暴力行動の既往

今回のサンプルのうちF8圏の診断が合致する者は53例であった。彼らの身体的暴力、および非身体的暴力の既往は以下のとおりであった。

表 2. 身体的暴力と非身体的暴力の有無

非身体的暴力	なし	あり	あり	合計
		1	2	
身体的暴力				
なし	37	2	3	42
あり 1	3	2	2	7
あり 2	2	2	0	4
合計	42	6	5	53

この分布をみると、身体的暴力と非身体的暴力のいずれかがある者は全体の 53 のうち 16 例あるが、身体的暴力と非身体的暴力の両方ともある者は 6 例にとどまる。さらに両方とも 2 となるものは 0 例であった。

このことからすると、少なくとも F 8 圏の者における身体的暴力の傾向と非身体的暴力の傾向は区別してとらえることができる可能性が示唆される。

そこで以下の分析では、身体的暴力傾向と非身体的暴力傾向のそれぞれについて、どのような要素が関連しているかについて検討する。

### 3. 身体的/非身体的暴力との関係の分析

#### (1) 身体的暴力について

@ P I P 3 3 の項目 1 身体的暴力について、項目 7 以降の各項目との相関係数 (Spearman) をみると、強い相関がみられたのは、項目 22 「権威への反抗的態度・反社会的態度」( $r=.757, p<.000$ )、項目 23 「怒りのコントロール不全」( $r=.648, p<.000$ )、項目 15 「対人社会的サポートの問題」( $0.623, p<.000$ ) であった。

また比較的強い相関がみられたのは、項目 27 「ルールを理解不足や誤解しやすさ」( $r=0.411, p=.002$ )、項目 28 「思考の柔軟性の欠如」( $r=.441, p=.001$ )、項目 32 「感覚刺激による不安定さ」( $r=.486, p<.000$ ) であった。

さらに、項目 7 「不適切な養育」( $r=0.28, p=.042$ )、項目 11 「学業成績不振」( $r=0.300, p=.030$ )、項目 13 「被虐待歴」( $r=.287, p=.037$ )、項目 20 「障害特性の理解受容度」( $r=.377,$

$p=.005$ )、項目 24 「共感性の低さ」( $r=.331, p=.015$ ) についても、弱いながらも相関がうかがわれた。

なお、下線を引いたものは、次の (2) で示す非身体的暴力では相関がみられなかったが、身体的暴力においては、相関がみられたものである。

ここで項目 1 「身体的暴力」の有無について、上記で確認された有意な項目を全て「あり」・「なし」の 2 要因として、二項ロジスティック回帰分析をステップワイズ (尤度法) により行ったところ、項目 22 「権威への反抗的態度、反社会的態度」を有することが最も強いリスクとなることが確認された ( $\text{Exp}(B)=104.00, P<.000$ )。

#### (2) 非身体的暴力について

@ P I P 3 3 の項目の項目 3 「非身体的暴力」について、項目 7 以降の各項目との相関係数 (Spearman) をみると、強い相関がみられたのは、項目 22 「権威への反抗的態度・反社会的態度」( $r=.580, p<.000$ )、項目 23 「怒りのコントロール不全」( $r=.580, p<.000$ )、項目 28 「思考の柔軟性の欠如」( $r=.516, p<.000$ )、であった。

また、比較的強い相関がみられたのは、項目 18 「精神病症状」( $r=.440, p=.001$ )、項目 24 「共感性の低さ」( $r=.494, p<.000$ ) であった。

さらに、項目 11 「学業成績不振」( $r=0.280, p=.045$ )、項目 13 「被虐待歴」( $r=.279, p=.043$ )、項目 14 「過去の監督保護介入の失敗」( $r=.390, p=.004$ )、項目 21 「アドヒアランスや援助を求める姿勢」( $r=.316, p=.021$ )、項目 25 「多動性衝動性の高さ」( $r=0.382, p=.005$ )、項目 29 「日常生活上のこだわり儀式的行動」( $r=.352, p=.010$ )、項目 30 「相互的対人交流の困難さ」( $r=.333, P=0.15$ )、項目 33 「被暗示性の強さ」( $r=.330, p=.017$ ) などについても、弱いながらも相関がうかがわれた。

なお、下線を引いたものは、上記 (1) の身体的暴力では相関がみられなかったが、非身体的暴力においては、相関がみられたものである。

ここで項目 3 「非身体的暴力」の有無について、上記の有意な項目を全て「あり」・「なし」の 2 要

因として、二項ロジスティック回帰分析をステップワイズ(尤度法)により行ったところ、項目23「怒りのコントロール不全」を有すること(Exp(B)=24.09, P=.007)、および項目18「精神病症状」を有すること(Exp(B)=9.200, P=.027)が、強いリスクとなることが確認された。

#### D. 考察

以上をまとめる。まず、F8圏において問題行動がみられるとき、実は身体的暴力がみられやすい者と非身体的暴力がみられやすい者とは、特徴が異なる可能性があると言える。そして、本研究で現在のところ得られた知見によるならば、身体的暴力である場合には、本人のもつ反社会的な態度がリスク要因としてより強く関係している一方、非身体的暴力である場合には、怒りのコントロール不全や精神病症状といった障害や疾患特有の症状がリスク要因としてより強く関係している可能性があることが示唆された。つまり身体的暴力には本人のものごとの考えかたや態度が、そして非身体的暴力には衝動性や病的な興奮のコントロールが要因としてより重要であることがうかがわれる可能性がある。

暴力をはじめとする問題行動への予防、介入にあたっては、よりその問題を引き起こしている要因を特定し、これをターゲットとしたアプローチが必要であることは繰り返し指摘されている(たとえば Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). *Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52)。このことを参考にすると、F8圏の者における問題行動への予防や介入にあたっては、身体的暴力を問題とするのか、非身体的暴力を問題とするのかによって、アプローチを調整すべきであるということができようであろう。

さらに、問題行動あり群においては、項目「18. 精神病症状」、項目「1. 身体的暴力」、項目「20. 障害特性の理解(受容)度」といった項目で2点とコードされることが多かった一方で、

問題行動なし群では項目「10. 学校・職場等での不適応」、項目「30. 相互的対人交流の困難さ」、項目「24. 共感性の低さ」といった項目で2点とコードされることが多かった。こうした特徴が、社会的コミュニケーションにおけるサブタイプである、たとえば、受動型や孤立型、積極奇異型、尊大型といった特性との関連も推測されるところである。今後も調査を続け、対象者数を増やすとともに、先述したいくつかの知見を踏まえ、問題行動のリスク評価にもつながるようなカットオフ得点の設定など、本尺度の臨床応用の可能性についても検討していく必要があると思われる。

#### 【研究 III】

#### 「SOTSEC—ID: 性犯罪のリスクがある知的障害のある人たち向けの治療マニュアルの翻訳出版」

##### A. 目的

地域社会内で生活している障害者の間では性に関する問題が比較的頻繁に起こっているという事実がありながらも、我が国においては性に関する問題はタブー視される傾向があり、実質的な介入はほとんど行われてこなかったというのが現状である。そこで、本研究では性犯罪のリスクのある障害者を対象とした治療プログラム(SOTSEC-ID)の日本語版を開発することを目的に行った。

##### B. 研究方法

英国ケント大学の研究者らの正式な許可をえて翻訳を行った。また、翻訳にあたっては翻訳家の指導を受け、専門用語については司法の専門家による助言をうけて調整した。

##### C. 研究結果

別添資料として示した。

#### D. 考察

障害者の性犯罪のリスクについては、これまでほとんど介入が行われてこなかった。しかし、こうした具体的で実行可能な介入手法を確立し、地域社会において広く普及させることは、性に関連した問題をかかえる障害者の安全な社会統合にも貢献するものと思われる。今後は、本介入プログラムの実践的取り組みが期待されるところである。

#### E. 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 58 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、こうした点にも注目した介入アプローチも検討していく必要があると思われる。

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「@PIP33-ASD version (アットピップ・サーティスリー-ASD)」を用いた調査からは、暴力をはじめとする問題行動には、それを引き起こしやすい幾つかの要因があることを明らかにした。

さらに、治療的介入という観点からは、これまで地域社会において障害者の性に関する問題が比較的頻繁に起こっているという事実がありながらも、実質的な介入はほとんど行われてこなかったという現状を踏まえ、性犯罪のリスクのある障害者を対象とした治療プログラム (SOTSEC-ID) の日本語版を開発したことも重要である。こうした具体的で実行可能な介入手法を確立し、地域社会において広く普及させることは、性に関連した問題をかかえる障害者の安全な社会統合にも貢献するものと思われる。

今後もこうした調査研究を重ねていけば、発達障害者に対して、より早期の段階で、よりの確な介入ができるようなアプローチ手法を見出すこ

とも可能であると思われ、ひいては問題行動の発生子防にもつながるものと期待される。

#### F. 研究発表

なし

#### G. 知的所有権の取得状況

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 <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( )				
	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 {					
	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	<input type="checkbox"/> 障害特性の理解がない, 障害受容ができていない <input type="checkbox"/> 自分の行動が他者に与える影響を理解していない <input type="checkbox"/> 障害による暴力リスクや, 爆発しやすさ, イライラしやすさなどについて理解していない
	21.治療へのアドヒアランス・コンプライアンス/ 探求求める姿勢	<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	
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 <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 <input type="checkbox"/> その他( )			
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						
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						
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 {				

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

研究分担者 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精神保健研究所  
司法精神医学研究部）

研究要旨：筆者は本研究第一報において、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。そして第二報においては、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、少年院（「特殊教育課程」；現「支援教育課程」）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を使用して行い、その結果、ASDとADHDに着目すると男子特殊教育課程少年院にASDのみ、ASD+ADHD、ADHDのみの3群の診断基準を満たす少年が計33.7%存在し、その中で被虐待体験や被いじめ体験を有したり有する可能性が有るものが79%以上にのぼることが明らかとなった。本年度は他の処遇課程の少年院への聞き取り調査とアンケート調査を行い、筆者が平成22年に調査を行った同様の調査との比較を行い、少年院における発達障害少年の処遇の変化を検討した。平成22年の調査に比べて少年院被収容少年の中の発達障がい少年の割合の増減については議論は出来ないものの、引き続き一定数の発達障がい少年が少年院に収容されていることは確認でき、発達障がいを多く収容することを目指している少年院（支援教育課程）以外の少年院にも一定数の発達障がい少年が収容されていることに変化はなかった。ASD少年の比率も平成22年に比して大きな変動はないと考えられた。発達障がい診断された時期については平成22年調査よりも前の社会内や少年鑑別所段階で診断確定に至っているケースが多く、少年司法ケースの中に発達障がいケースが存在している可能性への認識が深まっていると考えられた。少年院への再収容率も平成22年よりも改善が見られ、発達障がいを抱えた被収容少年への矯正教育の取り組みが功を奏してきている可能性を示唆していると考えられた。

発達障がいは完治するという性質のものではないため、その支援には適切で一貫性のある支援を長期間続ける必要がある。非行・犯罪矯正の分野で言えば、少年院や刑務所といった矯正施設での処遇と入所前や社会復帰後の社会内支援は支援という車の両輪であり、今後、社会内において

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・支援に関するガイドラインを作成する際には矯正施設内での状況把握、ケースについての情報共有を本研究なども参考にしていける必要がある。

## A. 研究目的

本研究第1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こ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。本研究第2報では、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い、少年院（「特殊教育課程」；現「支援教育課程」）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 を使用して行い、その結果、ASD と ADHD に着目すると男子特殊教育課程少年院に ASD のみ、ASD+ADHD、ADHD のみの3群の診断基準を満たす少年が計 33.7% 存在し、その中で被虐待体験や被いじめ体験を有したり有する可能性が有るものが 79%以上にのぼることが明らかとなった。

今回は発達障がいが多く収容されていると目される処遇課程である特殊教育課程（現「支援教育課程」）以外の少年院での状況と取り組み、およびその変化を調べ、最終的な本研究班の目的の一つである社会内における青年期・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・支援に関するガイドライン作成へ矯正施設、特に少年院での取り組みが汎化できないかを探った。

## B. 研究方法

### 1) 調査対象

本邦の長期処遇を担う少年院から処遇課程、性別ごとに少年院を抽出（男子一般少年院、女子一般少年院、支援教育課程少年院、医療措置課程少年院の計4施設）

### 2) 調査期間

平成27年11月～平成27年12月

### 3) 調査方法

各少年院ごとに聞き取り及びアンケート調査を行った。各障害の診断は「少年院入所前に社会内の医療施設等で為されたもの」、「少年鑑別所で医師あるいは臨床心理士によって為されたもの」、「少年院で医師あるいは臨床心理士によって為されたもの」のいずれでも可とし、ASD 群と ADHD 群については (ICD-10、DSM-4TR、DSM-5) のいずれかで当該群にあたる診断がつけ

ているものとした。

平成22年に筆者はファイザーヘルスリサーチ振興財団の研究助成を受けて ASD 群について同様の調査を行ったが、その結果と今回の結果を比較した。対象施設数が少ないため、単純集計による記述的分析を実施している。

#### 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各少年院と各少年院を通じて法務省矯正局、矯正管区にも許可を得た上で実施した。

### C. 研究結果

聞き取り及びアンケート回収は対象4施設から全て行えた。

#### ☆調査結果

#### 1) 過去2年間の任意の時点におけるASD群およびADHD群との診断を受けている被収容少年数と総員に比した割合

##### ①男子一般少年院

- ・ ASDあり、ADHDあり： 1ケース ( 0.6%)
  - ・ ASDあり、ADHDなし： 3ケース (1.7%)
  - ・ ASDなし、ADHDあり： 4ケース ( 2.3%)
- 全計8ケース (4.6%)  
→ASD診断あり計4ケース (2.3%)  
→平成22年調査でのASD診断あり割合1.8%

##### ②女子一般少年院

- ・ ASDあり、ADHDあり： 2ケース ( 5.7%)
  - ・ ASDあり、ADHDなし： 0ケース (-)
  - ・ ASDなし、ADHDあり： 0ケース (-)
- 全計2ケース (5.7%)  
→ASD診断あり計2ケース (5.7%)  
→平成22年調査でのASD診断あり割合5.3%

##### ③医療措置課程少年院

- ・ ASDあり、ADHDあり： 2ケース ( 5.4%)
  - ・ ASDあり、ADHDなし： 6ケース (21.6%)
  - ・ ASDなし、ADHDあり： 0ケース (-)
- 全計8ケース (21.6%)  
→ASD診断あり計8ケース (21.6%)  
→平成22年調査でのASD診断あり割合22.9%

##### ④特殊教育課程(現 支援教育課程)少年院

- ・ ASDあり、ADHDあり： 7ケース ( 8.1%)
  - ・ ASDあり、ADHDなし： 19ケース (22.1%)
  - ・ ASDなし、ADHDあり： 3ケース ( 3.5%)
- 全計29ケース (33.7%)  
→ASD診断あり計26ケース (30.2%)  
→平成22年調査でのASD診断あり割合35.6%

#### 2) 発達障がいと診断された時点

- ・ 鑑別所入所前： 8名 (17.0%)  
→平成22年調査14.0%
- ・ 鑑別所入所中： 35名 (74.5%)  
→平成22年調査72.1%
- ・ 少年院入院後： 4名 (8.5%)  
→平成22年調査17.4%

#### 3) 発達障がい少年の少年院収容回数

- ・ 1回 : 39名 (83.0%)
  - ・ 2回 : 7名 (14.9%)
  - ・ 3回以上 : 1名 (2.1%)
- 複数回入所の割合は全体平均 (16~17%) とほぼ同等 (平成22年調査ではASD少年の再収容率は20.1%)

#### 4) 精神科医配置状況

- ・ 常勤精神科医あり : 4施設中2施設
  - ・ 非常勤精神科医のみ : 4施設中2施設
  - ・ 精神科医なし : なし
- 平成22年調査では8施設中3施設に精神科医の配置無し

#### 5) 発達障がいと診断されていないが疑わしいと判断している少年が居るか?

- ・ 居るが精神科医不在にて診断不能 : 0施設
  - ・ 疑わしい少年は既に診断済 : 4施設
- 平成22年調査ではASDを疑うも直ちの診断不能な施設があり

#### 6) 発達障がいについて、講習や勉強会などの定期的な教育が職員に行われているか?

- ・ 定期的実施している : 1施設
- ・ 定期的ではないが概ね実施されている : 3施設

7) 発達障がい少年の処遇や社会移行を専門的にコーディネートする担当職員を配置しているか？

- ・している： 1施設
- ・していない： 3施設

8) 発達障がいに特化した処遇プログラムの継続的实施歴がある。

- ・ある：1施設
- ・ない：3施設

#### D. 考察

平成22年の調査に比べて少年院被収容少年の中の発達障がい少年の割合の増減については議論は出来ないものの、引き続き一定数の発達障がい少年が少年院に収容されていることは確認でき、発達障がいを多く収容することを目指している少年院（支援教育課程）以外の少年院にも一定数の発達障がい少年が収容されていることに変化はない。ASD少年の比率も平成22年に比して大きな変動はないと考えられる。

発達障がい診断された時期については社会内や少年鑑別所で診断が行われ、少年院での本格的な矯正教育段階前に診断がついているケースが平成22年に比して明らかに増加しており、少年司法ケースの中に発達障がいケースが存在している可能性への認識が深まっていると考えられる。少年院への再収容率も平成22年よりも改善が見られ、発達障がいを抱えた被収容少年への矯正教育の取り組みが功を奏してきている可能性を示唆していると言えよう。少年院への精神科医の配置状況であるが、平成22年に法務大臣の設置した有識者会議が提言した内容の中に少年院および少年鑑別所への精神科医、中でも児童精神科医の増配置が盛り込まれた。その提言に沿ってかは不明であるが、平成22年調査では非常勤も含め精神科医師の確保が出来ていなかった施設が存在するが、今回の調査ではそのような施設は存在しなかった。その成果として平成22年調査ではASDを疑うも診断が確定出来ていなかった施設が存在したが、今回の調査

ではそのような施設は無くなっていた。しかし、非常勤配置に留まっている施設も有り、常勤の精神科医の増配置への努力は今後も続けるべきと考えられる。

別の今後の課題とすれば、講習や研修が実施はされているが必ずしも定期的あるいは必須のものではないということであり、これは是非とも必須のものとしていくべきと考える。また、専門のコーディネーターも兼任でよいので各施設が選任・確保すべきと考える。そのような体制や人材を確保して発達障がいに特化した処遇やプログラムが必要な際には速やかに導入できる体制を整えるべきと考える。

#### E. 結論

第2報で示したように少年院に収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が、それは、支援教育課程少年院だけでなく、一般少年院でも同様の事実があることが確認された。少年司法や少年院などの矯正教育の現場においては、発達障がい少年の存在可能性への認識が進んでおり、以前によりも発達障がい少年の特性をも踏まえたアセスメントや処遇が為されつつあり、今回調査の結果でもそれは明らかになった。そしてそれらの取り組みは再収容率の低下という客観的な数値として効果確認された。

発達障がいは完治するという性質のものではないため、その支援には適切で一貫性のある支援を長期間続ける必要がある。非行・犯罪矯正の分野で言えば、少年院や刑務所といった矯正施設での処遇と入所前や社会復帰後の社会内支援は支援という車の両輪であり、今後、社会内において

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・支援に関するガイドラインを作成するには矯正施設内での状況把握、ケースについての情報共有を本研究なども参考にしていく必要がある。

## F. 研究発表

### 1. 著書

・発達障害医学の進歩27 (診断と治療社 2015・4) (内山登紀夫 監修) 分担執筆 「震災と非行～発達障害を中心に」

### 2. 論文発表

・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 発達障害へのアプローチ 発達障害と司法, 精神療法 41巻 Page95-102 (2015. 6)

・榎屋二郎 非行臨床と発達精神病理学, こころの科学 181号, Page49-53 (2015. 4)

・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 発達障害と非行, 刑政 126巻11号 Page14-23 (2015. 12)

### 3. 学会発表

・榎屋二郎 「少年の問題行動を取り巻く制度・教育・治療～矯正医療と矯正教育の視点から～」, 第11回日本司法精神医学会総会 (シンポジウム) (名古屋, 2015. 6)

・榎屋二郎 「触法に至った障害者の矯正を考える～施設内支援と社会内支援～」, 第1回日本司法・共生学会総会 (シンポジウム) (東京, 2015. 1)

・榎屋二郎 「発達障害を抱えた少年への教育の実情と課題」, 平成26年度日本犯罪心理学会東北地区研究会 (招待講演) (仙台, 2015. 3)

## 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」 平成25年度 総括・分担研究報告書. 2014.

2) 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」 平成

26年度 総括・分担研究報告書. 2015.

3) 公益財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団 第18回ヘルスリサーチフォーラム講演録, 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っ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、診断の妥当性を検証した。対象は ASD 群 53 例と対照群 24 例である。同じ DISCO-J でのインタビューをみて 1 名の児童精神科医紙は DSM-IV-TR を用いて、またもう 1 名の児童精神科医師は DISCO を用いて診断し、両者の診断の粗一致率と Kappa 係数を求めた。

結果、粗一致率は 96.1%， $\kappa$  係数は 0.91 であった。このことから DISCO-J が高い診断的妥当性を有する 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の障害であり、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臨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. 対象

本人もしくは養育者より文書にて同意を得られた ASD 群 53 例と対照群 24 例である。ASD 群の月齢は平均 172 ヶ月±105 ヶ月で、男女比は 41 : 12 であった。対照群の月齢は平均 132 ヶ月±80 ヶ月で、男女比は 8 : 16 であった。対照群の内訳は、定型発達 13 例、精神科臨床群 11 例で、うち統合失調症 3 例、反抗挑発症 2 例、知的能力障害、双極 II 型障害、社交不安症、身体症状症、神経性やせ症、および適応障害各 1 例である。

### 2. 手続き

2 名の児童精神科医師と、1 名の臨床心理士で構成されたチームを組んだ。既存の診断名などはいずれにも伏せた状態で 1 名の児童精神科医師が被験者の養育者に対して、DISCO-J に基づいた聞き取りを実施し、評定および DISCO-J に基づいた診断を行った。またもう 1 名の児童精神科医師はそのインタビューの様子と知能検査の結果を見て、DSM-IV-TR に基づく診断を行った。さらに臨床心理士が被験者に対して Wechsler 式知能検査あるいは田中ビネー V 検査を実施し、その結果を 2 名の医師に伝えた。この間、診断等に関する情報の交換はチーム内では行わなかった。これらの結果をもって DSM-IV-TR との基準関連妥当性を検討した。



### 3. 統計学的解析

DISCO-J および DSM-IV-TR, それぞれの診断を ASD もしくは Non-ASD の 2 件で求めた。二人の評価者の診断結果の粗一致率と  $\kappa$  係数を求めた。

### 4. 倫理面への配慮

本研究は名古屋大学および福島大学の生命倫理委員会の承認を得て、それに則り実施された。本研究の意義, 目的, 方法, 被験者が被りうる不利益及び危険性について被験者に対し説明を行い, 文書で同意を得た。

## C. 研究結果

DSM-IV-TR を用いた診断において, ASD と診断されたものは 53 例, Non-ASD と診断されたものは 24 例であった。一方 DISCO-J による診断では 54 例が ASD, 23 例が Non-ASD と診断された。DISCO で ASD と診断されたが, DSM-IV-TR で Non-ASD と診断されたのは 2 名, DISCO-J で Non-ASD と診断されたが, DSM-IV-TR で ASD と診断されたのは 1 名であった。両診断における粗一致率は 96.1%,  $\kappa$  係数は 0.91 であった。

## D. 考察

海外で使用されている DISCO が高い評価者間信頼性と基準関連妥当性を有しているということは先行研究で示されている。DISCO-J においても, 昨年度までの先行研究では高い評価者間信頼性が示されている。今回の研究からは, さらに基準関連妥当性が高いこともわかり,

ASD の診断において有益な診断のための (半) 構造化面接技法となることが示された。DISCO-J による的確な ASD の診断は, ASD の臨床や研究に貢献できるものとする。

## E. 結論

本研究の結果から DISCO-J が高い基準関連妥当性を有する ASD の診断・評価のための技法であることがわかった。また対応困難事例では詳細な情報の収集が必要であるが, 網羅的に情報を把握する上で DISCO-J を使用することは有益であるとする。

他方 DISCO-J の欠点としては情報を丁寧に多く得られる反面, 長い時間を要することである。今後はより臨床で実施しやすい形が検討され, 発展していくことが望まれる。

## 謝辞

本研究の遂行に際して, 多くのご助言をいただいた NAS Lorna Wing Centre for Autism (ロンドン) の故 Lorna Wing 先生, Judith Gould 先生, Cardiff 大学 Sue Leekam 教授, 愛知県心身障害者コロニー中央病院吉川徹先生, 横浜市地域療育センターあおば濱田恵子先生には深く感謝いたします。

## 引用文献

- 1 Uno, Y., Uchiyama, T., Kurosawa, M., Aleksic, B. & Ozaki, N. The combined measles, mumps, and rubella vaccines and the total number of vaccines are not associated with development of autism

- spectrum disorder: the first case-control study in Asia. *Vaccine* 30, 4292-4298 (2012).
- 2 宇野洋太 & 内山登紀夫. in 成人期の広汎性発達障害 Vol. 23 専門医のための精神科臨床リュミエール (eds 青木省三 & 村上伸治) Ch. 1-3, 28-36 (中山書店, 2011).
  - 3 Tsuchiya, K. J. et al. Reliability and Validity of Autism Diagnostic Interview-Revised, Japanese Version. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 43, 643-662 (2012).
  - 4 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 and Developmental Disorders* 24, 659-685 (1994).
  - 5 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).
  - 6 Leekam, S. R., Libby, S. J., Wing, L., Gould, J. & Taylor, C. The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: algorithms for ICD-10 childhood autism and Wing and Gould autistic spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43, 327-342 (2002).
  - 7 Kent, R. G. et al. Diagnosing Autism Spectrum Disorder: who will get a DSM-5 diagnosis? *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 54, 1242-1250 (2013).
  - 8 Nygren, G. et al. The Swedish version of the Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO-10). Psychometric properties. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 39, 730-741 (2009).
- F. 健康危険情報**  
なし
- G. 研究発表**  
1. 論文発表 なし  
2. 学会発表 なし
- H. 知的財産権の出願・登録状況**  
なし

自閉スペクトラム症のアセスメントツール Social Communication Questionnaire (SCQ)  
日本語版および Autism Diagnostic Observation Schedule (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 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。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昨年度までに、再検査信頼性、評定者間信頼性、内部一貫信頼性、併存的妥当性、一部の判別妥当性が確認され、一定程度の信頼性と妥当性が確認されている。本研究では、日本語版 SCQ の判別妥当性およびカットオフの検討を目的として行った。

また、今まで ADOS-G 日本語版を作成し、その妥当性と評価者間信頼性および日本での自閉症スペクトラムのカットオフポイントを検討してきたが、本年度は、より詳細にカットオフポイントを検討した。その結果、日本語版の全 Module について、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。

## < 第一研究 >

### A. 研究目的

対人コミュニケーション質問紙 (Social Communication Questionnaire : SCQ ; Rutter et al., 2003) は、自閉症スペクトラム (Autism Spectrum Disorders: 以下 ASD) の二次スクリーニング (何らかの障害が疑われた集団に対して行うスクリーニング, 例: 医療機関や相談機関の受診者) で使用できる親記入式の質問紙で

ある。現在、日本で ASD の二次スクリーニング目的に使用できる尺度には、PARS-TR (Pervasive Developmental Disorders Autism Spectrum Disorders Rating Scale-Text Revision : 広汎性発達障害自閉症スペクトラム障害評定尺度テキスト改訂版, PARS 委員会, 2013) や SRS-2 (Social Responsiveness Scale-Second Edition : 対人応答性尺度第 2 版, Constantino & Gruber, 2012 ; Kamio et al., 2013, 2014) などがあるが、前者は保護者面接に基づく専門家評価を行う尺度であり、臨床

現場の短い診察、面接時間の鳴館で、より簡便な質問紙も求められる。後者の SRS2 は質問紙であるが、現在の ASD の症状を詳細に把握することができる一方で、ASD の診断には幼児期の情報が不可欠なことから、診断・評価を前提とした場面では、対象の幼児期の行動を把握することが必要である。SCQ は、質問紙であり、「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」バージョンの 2 つのバージョンがある。「誕生から今まで」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、ASD の発達歴を把握するのにも適している。

SCQ の日本語版に関しては、昨年度までに再検査信頼性、評定者間信頼性、内部一貫信頼性、併存的妥当性、診断判別的妥当性が確認され、一定程度の信頼性と妥当性が確認されている(内山ら, 2014)。

本研究では、相談機関を受診した臨床群のみを対象として、SCQ 日本語版の判別妥当性およびカットオフを検討したので報告する。

## B. 方法

### 対象

地域の 2013 年 4 月 1 日から 2015 年 9 月 30 日までに 5 歳児発達健診を受診した児のうち、何らかの発達の問題が疑われ、207 名(月齢 $\pm$ SD=63.27 $\pm$ 1.91 か月; 男:女=118:89; FSIQ $\pm$ SD=93.92 $\pm$ 11.99)が精神科クリニックを受診した。そこで、包括的アセスメントを受け、発達障害の診断に熟練した小児科医や心理士を含む他職種チームによって、臨床診断された ASD43 名(月齢 $\pm$ SD=64.00 $\pm$ 2.61; か月男:女=27:16; FSIQ $\pm$ SD=91.22 $\pm$ 11.36)と非 ASD164 名(月齢 $\pm$ SD=63.10 $\pm$ 1.67 か月男:女=91:73; FSIQ $\pm$ SD=94.44 $\pm$ 12.10)を対象とした。

### 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 ヶ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。

日本語版 SCQ (黒田ら, 2013) では、日本語文化には該当しない「人称代名詞の反転」の項目に関して、それぞれ回答欄が削除されたあるいはあらかじめ「8 (非該当)」が印字されたため、実際に使用する項目は 39 項目となっており、得点範囲は 0~38 点で算出される。

### 手続き

対象の母親に対し、SCQ の「誕生から今まで」バージョンに回答を求めた。