

1) 聞き取り対象

聞き取り対象は次の通りである。Arlene Sager、Helene Daigneault、Letitia Chow、Sarah Bornstein、他1名。

2) グリフィンセンター概要

トロント市内の自宅・学校・コミュニティで、様々な精神疾患や行動の問題を抱える軽度の知的障害や発達障害のある青少年と家族を支援する組織である。1975年に、自分たちのケアが不十分であると考えた人たちによって組織が立ち上げられ、その後、ニーズの多様化に伴い組織を拡大してきた。当初は知的障害者の支援が中心であったが、15年ほど前からASDも少しずつ増えてきた。

資金面では主に次の2つ「コミュニティ・社会サービス省」(MCSS)「児童青少年サービス省」(Ministry of Children and Youth Services)からの助成を受けて、支援活動や、事業を展開している。ただしプログラムごとに異なった助成を受けている。

職員数：約150名

年間2,500人(本人・家族)を支援している。

3) グリフィンセンターが提供するサービス

グリフィンセンターが提供するサービスは、コミュニティ/家族支援サービス(Community/Family Support Services: CFSS)である。青少年の地域生活支援のための各種サービスを実施する。以下支援の内容として、アセスメント、サービス連携・計画作成、個別カウンセリング、家族・グループカウンセリング、居住・日中活動サービス、レスパイトサービス。さらにサービス提供者や事業者に対するコンサルテーション・トレーニング、啓発セミナーなどである。アセスメントにより本人と家族の長所や課題を知り、生活改善や到達目標まで支援をする。

CFSS以外にも提供しているサービスには、デイ/スクール支援サービス(DSSS)、居住支援サービス(RSS)、移行サポートサービス(TSS)が

ある。

【コミュニティ/家族支援サービス(CFSS)概要】

対象者

- ・紹介時点で12～30歳(プログラムによって異なる)
- ・精神疾患あるいは二重診断(軽度知的障害と精神疾患)をもつ者
- ・精神疾患があり、ノースヨークに在住する者
- ・知的障害と精神疾患がありトロント市に在住する者(プログラムによっては一部の地域のみ対象)

具体的な支援方法としては、以下のようなものがあり、主に学校や地域の家族支援をコアとして実践を行ってきている。この中に、性犯罪歴のある青少年の問題が含まれており、アセスメントや治療サービスが実施されていた。特徴的であったのが、学校との緊密な連携である。青少年の支援には、教育と家庭との連携が必須であり、本機関はその間をシームレスに支援することを重視し、さまざまな連携方法をとっていた。

支援方法

- ・個別・家族・グループカウンセリング、あるいは危機介入
- ・電話サポートおよび「ドロップインサービス」(予約不要サービス)
- ・家族機能のアセスメントを実施し、本人および家族への支援をコーディネート
- ・親の教育(parent education)・研修
- ・学校でのカウンセリング・危機介入・アウトリーチ・コンサルテーション
- ・性犯罪歴のある青少年のアセスメントと治療サービス
- ・薬物依存と精神疾患がある青少年のカウンセリングおよび日中プログラム

4) コミュニティ/家族支援サービス(CFSS)の特徴

本機関では、コミュニティ/家族支援サービス(CFSS)を重視している。その特徴は以下のよ

うであった。

【CFSSの種類】

現在、12プログラムを提供しており、それぞれ異なった補助金で運営されている。本調査では、(6)と(8)について詳しく聞き取りを行った。スタッフは複数のプログラムを担当する。

(1)Hospital Transitional Services

12～18歳、知的障害 and/or 精神疾患のある者の病院を退院して地域に落ち着くためのプログラム。病院スタッフによる紹介が必要。

(2)Intensive Child & Family Services

自宅における集中サポート。12～18歳、精神疾患、あるいは知的障害と精神疾患のある者が自宅・学校・地域でうまく機能する能力を身につける。現在グリフィンセンターと似たサービスを受けている（あるいは受けていた）人。

(3)Keeping Families Together - Child Welfare Diversion

12～16歳、精神疾患があり、家族機能の問題を抱える人。子どもの福祉施設への入所を避けるための支援。Child Welfare workersからの紹介が必要。

(4)reachOUT

30歳以下の、LGBTGNCQ (lesbian, gay, bisexual, trans, two-spirit, gender nonconforming and queer) の若者の支援

(5)Restorative Justice

12～18歳、「修復的司法」

(6)Sexual Offending

Risk/Needs/Assessment/Treatment (SORNAT)

12～18歳、性犯罪を犯したあるいは性問題行動を示す、二重診断(軽度知的障害と精神疾患)をもつ青少年を対象とした地域ベースのアセスメントと治療サービス。少年司法サービス (Youth Justice Services) の紹介が必要。

(7)Whatever it Takes (WIT)

0～18歳、高い個別の治療計画を必要として、1つのサービス提供者あるいはサービスセクタ

ーでは賄うことができないニーズがある場合、サービス提供者間のコラボレーションを促進する。サービス提供者のためのサービス。

(8)Partnership in Autism (PIA)

12～18歳、自閉症スペクトラム症 (ASD) があり、家庭や学校において困難をもつ若者に対する6ヶ月間の介入プログラム。

(9)Student Focused Workers (SFW)

12～18歳、精神疾患があり、学校のソーシャルワーカーから紹介された、学校における本人と家族への短期的(最長6ヶ月)カウンセリングサービス。

(10)Doorways

15～25歳、精神疾患と薬物乱用の問題をもつ若者のためのグリフィンセンターと LOFT Community Services の共同プログラム。

(11)Youth Mental Health Court Services

12～18歳、精神疾患や二重診断をもち、司法システムから地域をベースとしたサービスに移る若者のためのサービス。

(12)Youth Outreach Services (YOW)

12～21 知的障害あるいは二重診断をもち LGBT と特定された人に対して社会資源(就労、居住、余暇支援、メンタルヘルス、司法サービスなど)に結び付けるサービス。

【(6)SORNAT が使用しているリスクアセスメント・ツール】

本機関も含めて、今回聞き取り調査を行った機関では、支援や治療を開始するために、まずリスクアセスメントを実施していた。以下は、SORNAT が使用しているリスクアセスメント・ツールの内容である。

ERASOR: The Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (Worling & Curwen, 2001)

ERASOR 概要: 12～18歳の性犯罪の再犯の短期的リスクアセスメント・ツール。

カナダとアメリカで広く使われている。

以下の5つの領域の25項目のリスク要因のアセスメント。

- ①性的関心・態度・行動
- ②過去の性暴力歴
- ③心理・社会的機能
- ④家族・環境機能
- ⑤治療

今回の調査では、リスクアセスメントの実際やプログラム効果に関してまでは聞き取りができなかったが、今後、支援困難を抱える青少年の支援に関しては、本機関の実践がわが国でも有効な情報となることが明らかであった。

IV. 司法精神医学対応病棟等 - 支援困難な人のための<矯正を目的に支援する施設>

司法の管理下にある支援困難な触法行為者たちの矯正施設である。これはイギリス等とほぼ同様な仕組みであったが、最近では「高度保安病院」「中度保安病院」「低度保安病院」という区分よりも、「保安病棟」「一般病棟」と呼ぶことが多くなった。高度と中度の境界が明確ではなく分ける方針を取らなくなったという背景があった。今回は、内2か所の調査訪問を行った結果について報告する。

聞き取り対象

Dr. Drew Kingston(ドリュー・キングストン博士;臨床心理学・司法心理学者)、Alison Davis(アリソン・デイビス)、他1名。

IV-I セントローレンスバレー矯正処遇センター

1) 概要

オンタリオ州立の矯正施設で、オンタリオ州地域安全・矯正サービス省 (Ministry of Community Safety and Correctional Services, Ontario) が運営している。精神保健サービスは、国立オタワヘルスケアグループ (Royal Ottawa Health Care Group) が提

供している。

対象となるのは、深刻な精神障害を有する男子受刑者であり、原則として刑期2年未満の刑罰を言い渡された者である。州立の矯正施設に在所している受刑者が精神障害の治療のため一時的に移送され、症状が安定した場合には元施設に還送するというように、精神科医療刑務所としての役割も果たしている。また、2年以上の刑罰を言い渡された場合は、連邦矯正保護庁が管轄する、より保安度の高い矯正施設に入ることとなっている。セントローレンスバレー矯正処遇センターに収容されている性犯罪受刑者は、性器露出やのぞきといった非接触型の性犯罪に及んだ者のほか、家庭内暴力で性暴力の傾向が強い者も対象として含まれている。施設における処遇は、基本的には心理士、行動科学技師及び看護師が実施しており、矯正職員が関与するのは受刑者の移受送等に限定されている。

2) 施設形態

施設内は、棟ごとに役割が設けられており、受刑者がセントローレンスバレー矯正処遇センターに来て初めに通されるのが、アセスメント棟である。ここでは、受刑者の写真を撮るための部屋や初期アセスメントを行う部屋が整備されている。アセスメントには数時間ほど費やし、過去の犯歴等をうかがっていく。続いて、性的興奮度を測る部屋があり、ここでは、逸脱した性嗜好を特定するためのツール(GSR、RPG 等)が導入されており、映像を観たり、音声を聴いたりすることで受刑者の性嗜好を判定していた。この検査を拒否することもできるが、拒否すると保護観察期間に影響を及ぼすため、ほとんどの受刑者が検査を受けるといふ。他にも、自傷他害のおそれがある受刑者を保護するための隔離室もあるが、近年はほとんど使用していないとのことである。リハビリテーション棟では、5-6人が使用できる中規模のエクササイズルームや、18歳以上の受刑者が、高校卒業認定のための勉強をしたり、資格を取得したりするためのクラスルームが設けられている。

治療棟には、全100床あり、25床ずつ4つのユニット(性加害ユニット、地域定着ユニット、セキュリティ

ユニット、病院ユニット)に分かれている。性加害ユニットは、入り口に事務室があり、事務室から左右に見渡せる、翼型に受刑者の部屋が広がっている。一人一部屋が用意されており、室内はベッドと机、窓のみの簡素な造りになっている。

病床数 :100床 4つの病棟(各 25床)

対象 :男子受刑者で、深刻な精神疾患を有する者を収容している。基本的には刑期2年未満の拘禁刑を言い渡された者。アセスメント、治療、釈放後の社会内監督指導を行う。(2年以上の場合は連邦矯正保護庁の管轄)。

全個室 :リスクレベル高。ダイヤモンド ジグソーパズルをしていた若い男性。鍵がかかる。

※スタッフがつきそうが、食堂、ジムなど自由に行き来できる。

居室の他にも、シャワールームや 2-3 人が使用できる小規模のエクササイズルームがあり、ランチルームは、有事の際にはすぐに職員が駆けつけるよう、事務室の傍に設置されている。また、居室とエクササイズルーム、ランチルームの間には鍵の着いた扉で分かれており、自室からそれぞれの部屋に移動するためには、職員の付き添いが必要となる。ユニットの中央、事務室の正面には、ダイヤモンドルームという保安度の高い部屋がある。ここには、興奮している受刑者や、調子を崩した受刑者が入ることになっている。ダイヤモンドルームの使用には、決まった時間等は設定されていない。

3) 実施プログラム

セントローレンスバレー矯正処遇センターでは、アンガーマネジメントプログラム、トラウマ治療プログラム、性加害処遇プログラム、アンチソーシャルプログラムがそれぞれ行われている。

性加害処遇プログラムの対象者は、性依存(乱交、自慰行為やポルノへの過度な耽溺・収集など)、児童への加害、性器露出等の行為を行っており、そのうち 75%の受刑者が児童ポルノの収集癖や、児童と直接連絡しようとした経歴がある。また、アンガーマ

ネジメントプログラムが必要な者や、ADHD で性加害に至った者もいる。

プログラムでは、短期刑受刑者が多いことから、グループワークはメンバーを固定しないオープングループの形態をとっている。また、異なる再犯リスクレベルの受刑者を混在させ

てグループを運営している。ただし、リスクレベルに応じて、異なる課題を与える等して

処遇の個別化を図っている。グループ内の人数は、概ね 8 名である。実施期間は基本的に 3~4 か月で、自分史を作成しながら自らのストレンスを再確認していく作業やグループディスカッションが行われている。なお、性犯罪者処遇プログラムと他の処遇プログラムとの兼ね合いについては、それぞれ専門の処遇プログラムが準備されている。複数の領域に問題を抱える受刑者であっても、複数の処遇プログラムを同時並行に受講することはかなりの負担を強いることになるため、優先順位を付して処遇プログラムを受講させているという。

プログラムの実施当初は、知的障害の有無を問わずグループが組まれていた。その結果、知的障害のある受刑者は、プログラムを理解することが難しいという事に、知的障害の無い受刑者は、プログラムが進まないことにフラストレーションを募らせていた。そういった状況を受け、約 6 年前に、知的障害の有無でグループを分けて実施することになった。1グループの人数も 3-4 人と少数にすることで、グループ内の動向を把握しやすくなるようにした。一方で、知的障害の種類や個々人の能力が異なるので、統一した管理は難しいとのことである。自閉性スペクトラム障害のように、知的の問題は無くても社会生活技能を必要とする受刑者もプログラムに参加している。プログラムを受けている受刑者の IQ 値は個々人によって異なるが、概ね 40~70 台となっている。知的障害のある受刑者には、もっと長いプログラムが必要だが、刑期に合わせているため延長が出来ず、3-4 か月が限度となっている。性加害処遇プログラムでは、これまでに 10-15 人ほどの知的障害者にプログラムを実施してきた。

プログラムを上手く運営するためには、「自分だけ

でやりなさい」と丸投げにしないことが肝心である。長丁場になるのも効果的とは言えず、1 時間ほどの実施が望ましい。同じ内容のプログラムを繰り返し行っただけでは受刑者も飽きてしまい、求められる効果を得られないので、視覚的に興味を引くように工夫されていることが重要である。また、施設内だからできるものではなく、地域社会に戻っても実施できるよう、汎化されている必要がある。

プログラムでは生殖・出産についてはあまり触れずに、キューカード等、本人がどうしても困ったときに手がかりとなるツールを用いていく。インタラクティブであることをプログラムの基盤として、進行が上手くいかない場合、違うスタッフが違うやり方で進めてみる。とにかくポジティブであり、ストレンスを尊重することで、より効果的なプログラムを実施できる。

4) 支援計画の実際

プログラムの遂行には、地域との繋がりは必要不可欠である。保護観察所の関わりや、地域のグループホームからプログラムにアクセスすることが求められる。

セントローレンスバレー矯正処遇センターのウェイトニングリストは多く、ここでのプログラムを受けられるようになるまで長い期間を要することもある。しかし、性加害には社会安全のために受給資格を受けやすいとのことである。地域との繋がりでは、ACT(Assertive Community Treatment)サービスが有効に機能している。このサービスは、日本語では「包括型地域生活支援プログラム」と呼ばれ、障害を抱えた人が住み慣れた場所で安心して暮らしていけるように、様々な職種の専門家から構成されるチームが、アウトリーチを主体とした支援を提供するサービスである。ただし、すべての人に ACT サービスがすぐわけては無く、その効果の有無や、帰宅先に ACT サービスがあるかどうかで判断されている。

地域社会に生活の場を移した後、釈放後 2~3 年は必要に応じて、性加害処遇プログラムを実施している病院に繋ぐこともある。

セントローレンスバレー矯正処遇センターに来る全ての受刑者には、リスクアセスメントやセルフレポ

ートを実施している。それにより、性加害のハイリスクの人にはプログラムを実施し、ローリスクの人には実施しない等の仕分けを行っている。また、プログラムの初回と最後にアセスメントを実施し、プログラムの効果測定を行っている。

再犯率について、性加害受刑者は再犯率が低いという結果が出ており、2 年以内では 0%、5 年間で 10%ほどとなっている。

釈放時には、釈放計画を作成しており、地域生活にうつった後、誰に相談するか、地域にどんな資源があるか、余暇をどうするか、治療をどう行うか等を、本人に分かりやすいように伝えていく。この計画は、釈放前に本人と職員とで作成していく。しかし、中には他の人に計画の内容を伝えたくないという人もいる。強制ではないので、見せたくないという本人の考えを阻止することはできないが、他者に伝えることで自身の利益に繋がるという事を伝えている。

IV-II セントジョセフ・ハミルトン病院

本機関は、マクマスター大学 精神医学行動科学部門司法精神医学部であり、責任能力のアセスメントや保安病院と保護管理下の命令での通院治療を行う。

1) 概要

セントジョセフハミルトン病院は、マクマスター大学の精神医学行動科学部門司法精神医学部に属する病院である。司法精神病棟には、罪を犯したが責任能力が無い者、境界性人格障害や統合失調症を罹患した者が治療を受けている。また、反社会性パーソナリティ障害、薬物依存等の二次的な診断がついている者もいる。

司法精神病棟には、訴訟能力の有無、責任能力の有無を調べるアセスメントのために被疑者・被告人が裁判所から送致されてくる。責任能力があると判断されると、被疑者・被告人は裁判所に戻り、通常の裁判手続きを受けることになる。統合失調症であっても、責任能力があれば、通常の裁判手続きに戻っていく。しかし、障害や認知症等

で責任能力がないと判断されると、司法精神病棟での入院治療や保安病院での治療を受けることになる。

精神科医、心理士、弁護士、裁判官、地域の人からなるトライビューナルという州政府の審査会において、責任能力が無いと判断された者の精神的な状態、リスク、治療効果の有無、次の年にどうするかについて話し合いが行われる。これは、少なくとも1年に1回実施される。その結果、3つの処遇があり、1つめは「拘禁命令」。保安病院に拘禁される。また、拘禁命令は、監督付の家やグループホームに住むことができる。ただし、その場での行動によって司法精神病棟や保安病院に戻すことが可能となっている。

2つめは「条件付き釈放」。自由に制限があり、審査会が下す条件に従う必要がある。条件付き釈放は、メンタルヘルスアクトの管轄下となるので、病状の悪化等でリスクが高まったとしても、司法精神病棟や保安病院に戻すことはできない。

3つめは「釈放」。これにより、審査会は本人との関わりが全く無くなる。

セントジョセフハミルトン病院では、責任能力が無い場合、保安病棟かジェネラル病棟かのどちらかに行くことになる。また最重度の保安病院から、セントジョセフハミルトン病院に移ってくるケースもある。そして、保安病棟からジェネラル病棟を経て地域移行していくのである。これはオンタリオ州全体で機能している。他州に比べ、オンタリオ州では保安病院が9か所設けられている(例えば、ブリティッシュコロンビア州には1つしかない。また、一般の精神病院の中に触法障害者が入っていることもある)。

州内に9つあるうちの、どの保安病院に行くのかは、州全体で検討するシステムとなっているが、なるべく本人の家に近いところに行くこととなっている。それは、後の社会復帰を考えてのためである。もしくは、現在空きがある保安病院に行くことになる。

2007年、レポートが報告され、それによって今のような仕組みに変わっていった。

ここ10-15年の間に、刑務所にいる受刑者への治療必要性が認められてきた。それにより、保安病院や司法精神病棟に紹介される人が増えている。

2) 病院形態

司法精神病棟は新しいビルにあり、出来てから約2年である。現在の病床数は88床、最終的には114床となる予定。セントジョセフハミルトン病院には、5つ病棟がある、非常に大きな病院である。病院全体が3つの層に分かれており、セキュリティのない「パブリックエリア」や、家族や訪問者、入院患者も行き来することができる「クリニカルコードネイバーフッド」、そして、セキュリティが設けられている保安病棟がある。司法精神病棟に外来で通う者は、週1回から1年に1回等、個々人の治療状況や通院義務によって異なっているが、ほとんどは1週間に1回、外来に通っている。

司法精神病棟には、セキュリティが異なる病棟がある。10床はアセスメント用の病室が用意されており、裁判所から送致された被疑者・被告人は、まずここでアセスメントを受ける。ただし、本人の状態が極度に不安定であれば、保安病棟でアセスメントを行うこともある。44床あるジェネラル病棟は、外側から鍵はかかるものの院内を自由に歩き回ることができる。職員が同行する場合もあるが、外出も自由にできる。30床ある保安病棟では、患者によってセキュリティが異なり、一番厳しい者はどこへ行くにも職員が同行する。続いて、グループで移動する際に職員が同行するタイプや、制限はあるものの何km等指定の範囲内であれば移動できるタイプと、セキュリティの軽重によって分けられている。このタイプ別のセキュリティは、2年程前より「低・中・高」という呼称はしていない。保安病棟・ジェネラル病棟と呼ぶように努めている。その背景には、セキュリティの高い人も中度ユニットに来ることがあるように、セキュリティの高～中度で追いやるのではなく、包括的に患者を捉えていこうという考えの方向転換があったためである。セキュリティ

タイプの判断基準は難しく、精神的に不安定等で分類していない。

病棟内は、いくつも鍵のかかったドアがある。職員が落とした鍵を拾って患者が出ていかないように、カードキーで開閉を行うドアの他、事務室にコールしてドアを開けてもらうといった関門が随所に設けられている。その中で、ジェネラル棟にはカードキーで入っていけるようになっている。2007年以降、こうした保安管理がユニット内に整備されているが、いくつか関門の多いところと少ないところと分かれており、職員や患者の移動や迅速な対応で上手くいかないこともあり、今後システムをどうするのか、現在検討が進められている。

3) 支援経過

司法精神病棟は、精神科医・心理士・看護師・社会福祉士・就労支援員・作業療法士・コンサルテーション担当(栄養士、精神科以外の医者)等といった、多職種が勤務している。ここでは、精神科の治療に加えて、リハビリテーションのプログラムがあり、薬物等のアディクション治療、性加害の治療を行っている。生活スキルが殆どない者や、忘れてしまっている者もいるので、それに対する支援も必要と考え取り組んでいる。また、就労カウンセラーが、学校の勉強を教えることで、高校卒業認定を取る事もある。司法精神病棟にいる間に、外での仕事に就く(庭の芝刈り、ボランティア)こともある。地域でどんな風に暮らせるのか、ワークに出たり、ショッピングに出たりすることで経験していく。プログラムの多くは病院の中で行っているが、プログラムの内容によっては、何km以内での移動という制約があるものの、外部で実施することもある。プログラムはグループで行い、地域社会に戻っても継続して取り組むように、地域社会にあるサービスとの連携を図っている。

地域に戻る段階が進むにつれて、セキュリティの高い保安病棟からジェネラル病棟へと移っていき、患者の自由度が高まっていく。を出た後は

地域社会に戻っていくため、そこでの支援に慣れる必要や、地域の人に馴染む機会を持つことが大切であると考えられている。遠方から来た入院患者は、出身地域まで出向くことはできないが、セントジョセフハミルトン病院近辺の地域にまずは馴染んでもらい、いずれは外に出ていけるようサポートを行う。カナダは国土が広く、オンタリオ州も大きいため、本来の出身地に戻ってもサービスが何も無い事もあるので、そういった際は別の地域に行くこともある。入院処遇を終了した者の中には、通院で何年もセントジョセフハミルトン病院と関わることもある。通院者は現在72人、100人までは通院処遇を受け持つことができるという。

司法精神病棟からの退院は、審査会(トライビュジュアル)が、許可を出すまで認められることはない。その患者に対し触法サービスが必要ないというまで継続して関わっていく。一度退院をして通院処遇に切り替えた後、再入院となってしまうことは減多に無く、再入院率は平均5%ほどのことである。しかし、通院処遇の関わりの中でできるだけ本人の変化に目を向け、状態悪化のサインを見つけたらすぐ入院に戻すようにしている。退院に向け支援を行う段階では、帰住先の地域に行き夕食を食べたり、地域の支援団体が病院にきてプログラムをしたりと、個人に焦点を当てた支援を行っている。

4) 性加害プログラム

2年前までは、性加害で司法精神病棟に来る患者の数も少なかったため、性加害プログラムはあまり実施されてこなかったが、現在は、触法行為に限らず、性的な行動の問題があった際には、心理分析と性行動の分析を行い、サイコダイゴノシスのアセスメントで診断を確定する。必要に応じて、知的障害の有無の検査や、ユーロサイクロスクリーニング、人格障害の有無のアセスメントも行っていく。中には、統合失調症の病状から派生した性的問題行動だったりすることもあるので、その確定診断をする必要がある。診断の確定

の他、現在のリスクや将来のリスクを把握するためのアセスメントを実施する。統合失調症で幻覚があったりする場合や、薬物を使用している場合には、先にそちらを治療することになっている。性加害プログラムを受ける患者のIQ値は全体的に低く、概ねIQ70-80の間にある者が多い。精神疾患があったり、学校を卒業していなかったりすることが背景として考えられる。普通の患者（IQ値がボーダーライン）もいるが、IQ70以下の知的障害を有する患者は10-15%の割合で参加している。PDD（入院患者には2人しかいない、通院患者にはいる）、ASD、脳障害、認知症の患者も参加している。そういった患者は、プログラム修了後、地域でも専門性のあるところに繋げる様にしている（例えば、IQ60以下の知的障害へのサービスが地域にある）。地域社会に安全に戻る事ができるようになるまで、セントジョセフハミルトン病院に居続けることになる。PDDは入院よりも専門性の高い居住に住みながら通院処遇を行っている。

治療に関しては、薬物療法や心理療法を行いながら、問題行動のリコメンデーションをする。ビヘイビアマネジメントプランを用いることもある。家族やグループホームの職員、病院の職員、本人が集まって、性的問題行動をどうするかを話し合う場も設けている。性的行動に対して、他にも質問紙を用いた面接や1対1でのサイコロジカルトリートメントを実施している。患者によって、精神疾患を有していたり知的障害により認知機能のレベルが異なっていたりと個人差があるため、グループを設定することできず、基本的には個別対応で、患者の行動を改善するため性加害プログラムを実施している。性的な問題行動のターゲットを決めて、その治療を行う。また、性的問題行動が何故起きたのかによって治療経過は異なる。同じプログラムを実施するにしても、患者の知的レベル、症状によって実施方法は異なってくる。プログラムに参加する。患者の多くはモチベーションの維持に課題を抱えており、物事を否定的に捉える患者が多いとのことである。他に

も、社会性の問題や知的障害を起因とした人間関係に問題を抱えており、そのような問題行動に介入するプログラムを実施している。例えば、コミュニケーションのために写真を使ったり、日常生活の様々な場面を想定した練習を行う。地域の人やグループホーム職員、警察等を集め、2日間のカンファレンスをおこなう。これは、テーマを決めて、それについて患者自身が話すように取り組んでいる。話すテーマは、治療についてだったり、性加害だったり、地域社会内で性的問題行動への対応が実施できるようにすることが求められている。

性加害プログラムの実践例として、患者本人のリスクが非常に高くなると、自分で自分のことをひきこもってマスタベーションしてしまう方がいる。そうした際に、周囲の人が気付けるように、「もし私がこんな状態になったら、どうしたのですかと聞いてほしい」という事を、本人と職員とで一緒にプレゼンテーションを作成した。性的問題行動をどのようにして管理するのか、また、自分は何をして、周りの人にはどのように助けてもらうのかを明確にすることによって、危機的状況に陥る前に、本人が自主的に活用できるツールを作成することができる。

性加害プログラムでは、まず治療と個別セラピーを行い、ここで本人が得た知識をその人が住む地域に繋げることを第一としている。プログラム修了後、地域に戻った後も、上手く生活しているかチェックを行い、生活や状態の変化を確認すると本人のところに出張して検査を行っている。

【プログラムの具体的な取り組み内容についてのインタビュー結果】

Q1. アセスメント実施期間について

A1. 30-60日間で行う。

1. 刑務所戻るケース
2. 保護観察になるケース
3. 責任能力ないというケース

責任能力がないと判断されると、保安病棟に

きて治療を受ける人がいる。保安病棟での治療は、6 か月から 10 年間にわたる。平均在院期間は 12 年。治療期間の蓋はない。32 年間治療していた人もいる。公共の安全が守れない人は病院にいる。1 年に 1 回、審査会(レビューボード)に行く。そこで退院すべきか継続すべきかを審査される。

Q2. セントジョセフハミルトン病院と Vita やグリフィン精神保健サービスとの連携

A2. プログラムの関わりはない。セントジョセフハミルトン病院とは関わりがあるが、保安病棟とは特に関わりは無い。

Q3. コミュニティ支援とはどんな内容か

A3. 矯正施設等の職員に対しセミナー教育をする。一般的にもっと大きなレベルでは、触法関係の専門家にセミナーしたり、グループホームに戻る時に職員とリスクマネジメント等の話をしたりする。司法精神病棟の情報を関係機関に開示する義務がある。

Q4. 知的障害のない発達障害に関わるか

A4. 統合失調症とか複雑なものを抱えながら、ASD という診断を持ってきた人もいる。基本的には重篤な精神疾患が抱える人が来るところであり、単純な ASD は来ない。

Q5. 弁証法的行動療法(DTB)を自閉症にやることは?

A5. ない。人格障害やアディクション、統合失調症や境界性人格障害には実施している。DTB は、精神疾患の治療が落ち着くまでは行わない。知的障害の人にやったことはあるが、すぐにはやらない。DTB 自体の抽象度が高いため、応用した DTB を実施した。

D. まとめと今後の課題

本調査は、知的障害・発達障害のある支援困難な青年・成人が、地域で包括的支援を受けながら

安定した生活を送るために、支援連携やネットワーク、および、地域の専門性の高い支援機関について調査しその特徴を明らかにした。

その結果、カナダ・オンタリオ州において支援困難な対象とされるのは主に、①二重診断(本文中で定義を示した)のある知的障害者、および、②性犯罪加害に関わった知的障害者があった。これらの人たちを支援する機関としては、

①地域機関の連携や支援困難ケースの専門的支援を<コーディネートする役割>としての機関 - Community Networks of Specialized Care (CNSC) について

②触法行為者および支援困難な知的障害・発達障害を<地域で継続的に支援>する役割としての機関 - Vita コミュニティリビングサービス (Vita CLS) & メンズサナ、およびグリフィンセンター精神保健サービス

③支援困難な人のために<矯正を目的に支援する施設>(司法精神医学対応病棟等)があり、特に、地域機関の連携や支援困難ケースの専門的支援を<コーディネートする役割>としての機関 - Community Networks of Specialized Care (CNSC) が担う役割が大きいことが明らかであった。また、親や支援者が技術を習得して日々の関わりのなかでサポートを継続して行っていたことも特徴的であった。

今後、カナダ全域およびオンタリオ州における CNSC の役割とコスト調査や 4 つのエリアの CNSC の活動実績と年間の相談件数、支援困難な事例の特徴に関する統計的資料、また彼らへの治療的アプローチとその効果なども関しても、さらに資料を収集し、わが国における支援困難への支援体制に活用できる特徴を抽出していくことが課題である。

<文献>

1) Tony Vipond and Marnie McDermott. Needs Identification and Development of Specialized Services for Persons with a

Dual Diagnosis within the Province of Ontario (2014)

2) Marnie McDermott et al. Best Practice Model for Special Accommodations (2012)

3) The 4th Health and Wellbeing in Children, Youth, and Adults with Developmental Disabilities Conference (2014)

<http://interprofessional.ubc.ca/healthandwellbeing2014>

4) 鈴木良. カナダ・オンタリオ州における知的障害者入所施設閉鎖の歴史的過程—コミュニティリビング・オンタリオの活動に焦点を当てて—. 京都女子大学家政学部生活福祉学科京都女子大学生生活福祉学科紀要 (2014)

5) Brandie Stevenson, Luke Lynn, Katelyn Miller, Dave Hingsburger, (2011)

"The way back: a reasoned and data based approach to increasing community access for sex offenders during and post treatment", Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour, Vol. 2 Iss: 2, pp.63 – 71

6) Kingston, D. et al. The Relationship between Mental Disorder and Recidivism in Sexual Offenders. International Journal of Forensic Mental Health(2015)

7) Seto MC, Kingston DA, Bourget D. Assessment of the Paraphilias Psychiatric Clinics North America. (2014)

8) 犯罪者処遇プログラム研究会報告書. 法務省; 資料 海外視察報告 第3 カナダ

9) 安藤久美子. 平成 13 年度厚生科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究推進事業報告書 P25-58. 「カナダにおける司法精神医学についての派遣研究」報告書. 2001.

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 なし

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	発達障害の診断とその障害特性,	監修) 宮本信也 責任編集: 生島浩	保護観察のための発達障害 処遇ハンドブ ック	更生保護 法人日本 更生保護 協会	東京	2014	8-22
内山登紀夫	発達障害とは何か	片山容一 (編)	岩波講座コミ ュニケーショ ンの認知科学 5『自立と支 援』	岩波書店	東京	2014	53-90
安藤久美 子, 堀江ま ゆみ, 榎屋 二郎, 内山 登紀夫	性犯罪のリスクがある 知的障害者向けの認知 行動療法-治療マニ ュアル-	安藤久美子 (監訳)	性犯罪のリス クがある知的 障害者向けの 認知行動療法- 治療マニ ュアル-	本研究班	東京	2015	1-127
安藤久美 子, 堀江ま ゆみ, 榎屋 二郎, 内山 登紀夫	性犯罪のリスクがある 知的障害者向けの認知 行動療法-資料編-	安藤久美子 (監訳)	性犯罪のリス クがある知的 障害者向けの 認知行動療法- 資料編-	本研究班	東京	2015	1-80
市川宏伸	近年の動向	樋口一宗、 丹野哲也(監 修)全国特別 支援学校知 的障害教育 校長会(編)	自閉症スペク トラム児の教 育と支援	東洋館出 版	東京	2014	34-35
市川宏伸	自閉症スペクトラムの 特性・治療	樋口一宗、 丹野哲也(監 修)全国特別 支援学校知 的障害教育 校長会(編)	自閉症スペク トラム児の教 育と支援			2014	

研究成果の刊行に関する一覧表

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
市川宏伸	診断基準	樋口一宗、 丹野哲也(監 修)全国特別 支援学校知 的障害教育 校長会(編)	自閉症スペク トラム児の教 育と支援	東洋館出 版	東京	2014	41-46
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		ライブ講義 発達障害の診 断と支援	岩崎学術 出版社	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		大人の発達障 害ってそうい うことだった のか	医学書院	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	
加藤博史, <u>水藤 昌彦</u>	司法福祉を学ぶ—総合 的支援による人間回復 への途	加藤博史, <u>水藤 昌彦</u>	司法福祉を学 ぶ—総合的支 援による人間 回復への途	ミネルヴ ァ書房	東京	2013	

研究成果の刊行に関する一覧表

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
柘屋二郎	発達障害へのアプローチ 発達障害と司法	精神療法	第 41 巻第 3 号	95-102	2015
柘屋二郎	非行臨床と発達精神病理学	こころの科学	第 181 号	49-53	2015
柘屋二郎	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	26-31	2015
堀江まゆみ	知的障害・発達障害 青年の性のトラブル 解決に向けた特別支 援キャリア教育にお ける性アクセシビリ ティ支援	白梅学園大 学・短期大学 教育・福祉研 究センター研 究年報	No. 20	98-101	2015
堀江まゆみ,内 山 登紀夫,安 藤久美子,柘屋 二郎,大石剛一 郎,浦崎寛泰,野 沢和弘,水藤昌 彦,関口清美	障害触法行為者の支 援に向けたトラブル シューターと性犯罪 再犯防止 S O T S E C - I D	社会安全財団 研究助成報告 書		1-32	2015
内山登紀夫	発達障害へのアプロ ーチ 最新の知見か ら(第 5 回)発達障害 と療育	精神療法	40 巻 4 号	594-602	2014
内山登紀夫	ASD のライフサイクル に沿った治療・支援 のあり方 (特集 発達 障害の臨床 : 子ども の心の診察として)	小児科診療	77 (12)	1777-1782	2014
近藤直司	内的なひきこもりへ の精神療法的アプロ ーチ	児童青年精神 医学とその近 接領域	55 (3)	225-231	2014
近藤直司,上 菌礼	PDD を背景とする思春 期ひきこもりケース の臨床的特徴と支援, IV. 関連する諸問題	小児科医診療	12 号 (107)	1831-1835	2014

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
Takei R, Matsuo J, Takahashi H, <u>Uchiyama</u> T, Kunugi H, Kamio Y.	Verification of the utility of the social responsiveness scale for adults in non-clinical and clinical adult populations in Japan.	BMC Psychiatry	Nov18;14	302	2014
<u>近藤直司</u> , 公 家里依	自閉症スペクトラム症, 特集:小児の不登校への対応—原因からの視点—1	小児科	第 55 巻第 12 号	1813-1818	2014
<u>近藤直司</u> , 森 野百合子, 富永 卓男	注意欠陥/多動性障害 (AD/HD) の初期面接	臨床精神医学	43(4)	507-511	2014
渡辺由香, 尾崎 仁, <u>近藤直司</u>	子どもの自殺関連行動	精神科	24(1)	128-134	2014
榊屋 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	2-7	2014
榊屋 二郎	犯罪加害者に対する精神医学的アプローチ, 発達障害と矯正医療, 自閉症スペクトラムを中心に	司法精神医学	9 巻 1 号	107-113	2014
榊屋二郎	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	1837-1941	2014
榊屋二郎	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	134-138	2014
榊屋二郎	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	112-116	2014

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
市川宏伸	発達障害の支援団体 —当事者団体など—	精神科治療学	29 増刊号	116-118	2014
市川宏伸	DSM-5 と特別支援 教育への影響	LD 研究	23	152-159	2014
市川宏伸	発達障害に関する最 近の動向	公衆衛生	78	374-377	2014
市川宏伸	DSM-5 日本語 版：発達障害観 点の改訂のポ イント	地域保健	45 (11 号)	37-41	2014
安藤久美子, 岡田幸之	発達障害と併存障 害—自閉スペク トラム症の成人 例を中心に—	精神科臨床サ ービス	14(3)	315-321	2014
安藤久美子, 水藤昌彦, 榎 屋二郎, 野沢 和弘, 堀江ま ゆみ	知的障害をもつ性 犯罪加害者への 認知行動療法ア プローチ SOTSEC-ID への 招待	犯罪学雑誌	80 (4)	139	2014
水藤昌彦	犯罪行為者処遇に おける刑事司法 と福祉の連携の あり方について の国際比較:オ ーストラリアと の比較において	犯罪社会学研 究	39	37-53	2014
山崎康一郎, 我 藤諭, 水藤昌彦	性加害行為のある 知的障がい者へ の支援に関する 調査:福祉と心 理教育による支 援の状況と課題	龍谷大学矯正 総合センター 研究年報	4	4-21	2014
太田達也	精神障がい犯罪 者の処遇を巡る 韓国の動向	犯罪と非行	178 号	147-165	2014

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 3	第 115 巻第 6 号	607-614	2013
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
生島浩, 北川美 香, 安部大嗣, 山 下健太, 坂根真 理, 名取恵, 内山 登紀夫, 水藤昌 彦	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
本田環, 内山登 紀夫, 坂井聡, 堀江まゆみ	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
青木真理, 中野 明德, 渡辺隆, 生島浩, 鈴木庸 裕, 内山登紀夫	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
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
近藤直司, 遠 藤季哉	不登校・ひきこもり と発達障害	最新医学	68 巻・9 月増 刊号	176-184	2013
近藤直司	ひきこもり	日本医師会雑 誌, 生涯教育 シリーズ— 85, 神経・精 神疾患診療マ ニュアル	第 142 巻 特別号(2)	S138-139	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
宮崎健祐, 近藤直司, 森野百合子ほか	児童思春期精神科に緊急入院した広汎性発達障害患者に関する臨床的検討	精神医学	55(2)	157-165	2013
榎屋二郎	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	9(1)	107-113	2013
榎屋二郎	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	68巻	2033-2040	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	福祉的支援とダイバージョン－保護観察付執行猶予・条件付起訴猶予・微罪処分－	研修	782号	3-24	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号	47-67	2013

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（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27年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成28（2016年）年3月

発行者 「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」
研究代表者 内山 登紀夫

発行所 福島大学大学院人間発達文化研究科
〒960-1296 福島県福島市金谷川1
TEL&FAX：024-548-5173

