

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25～27年度 総合研究報告書

平成28(2016)年3月

研究代表者 内山 登紀夫

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25～27年度 総合研究報告書

平成28(2016)年3月

研究代表者 内山 登紀夫

# 目 次

## I. 総合研究報告

- 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…………… 1  
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)

## II. 分担研究報告

1. 児童福祉領域における情緒・行動の問題に対する予防・介入・支援に関する研究………… 23  
分担研究者 小野 善郎 (和歌山県精神保健福祉センター)
2. 精神保健分野における予防と介入方法の検討…………… 31  
研究代表者 黒田 安計 (さいたま市保健福祉局保健部)
3. 精神科臨床症例において、発達障害に併存する、精神障害の病態の解明と診断方法に関する精神病理学的研究に関する研究…………… 51  
分担研究者 小野 和哉 (東京慈恵会医科大学精神医学講座)
4. 児童思春期精神科臨床における発達障害患者の非行についての研究…………… 95  
分担研究者 市川 宏伸 (東京都立小児総合医療センター)
5. 児童精神科医療における検討…………… 101  
分担研究者 近藤 直司 (大正大学人間学部臨床心理学科)
6. 医療観察法対象者／裁判事例についての検討…………… 111  
分担研究者 安藤 久美子 (国立精神・神経医療研究センター)
7. 児童・思春期における発達障害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…………… 119  
分担研究者 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)
8. 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…………… 131  
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)

9. 自閉スペクトラム症のスクリーニングと診断・評価ツールの開発に関する研究	141
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)	
10. 触法性発達障害者の刑事法的対応に関する比較法的研究 (韓国とドイツ)	145
分担研究者 太田 達也 (慶應義塾大学法学部)	
11. 諸外国での対応困難ケースへの支援状況の調査・研究 (オーストラリア)	151
分担研究者 水藤 昌彦 (山口県立大学社会福祉学部)	
12. 英国とカナダにおける触法発達障害者の支援	153
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)	
分担研究者 堀江 まゆみ (白梅学園大学子ども学部)	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	155
IV. 成果物	163



# I . 総合研究報告

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

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）

研究要旨

一部の発達障害の子どもや成人が示す触法行為、重度のひきこもり、自殺関連行動など対応困難な問題の実態を把握し、予防や支援を行うために、児童福祉機関、地域、医療機関、矯正機関など多様なフィールドで疫学調査を行った。さらにスクリーニングやリスクアセスメントツールの開発、支援方法の開発、支援システムの検討を行った。発達障害の支援に関与する児童福祉、精神保健福祉、医療機関、矯正施設の現場の臨床家が協力して研究調査チームを組み、日本の実態に即しつつ、施設間の連携を考慮した支援ガイドライン作成や支援システムの開発を目指した。その際に先進的な取り組みを行っている英国やオーストラリアなどの支援方法・システムの調査を行い、日本に導入すべき点についても検討した。その結果、発達障害支援に関与する多くの機関で対応困難な問題を示す発達障害の児や者が存在することが明らかになった。また早期に支援することで対応困難な問題を予防するためのスクリーニングツール、リスクアセスメントツール、診断ツールの開発を行った。諸外国の調査結果などを参考に日本で導入可能な支援方法の開発やテキストの作成を行った。これらの成果を活用して、発達障害の対応困難例への支援方法や支援者養成方法について提言を行った。

【分担研究者】

小野 善郎 和歌山県精神保健福祉センター  
黒田 安計 さいたま市保健福祉局保健部  
市川 宏伸 東京都立小児総合医療センター  
小野 和哉 東京慈恵会医科大学精神医学講座  
近藤 直司 大正大学人間学部臨床心理学科  
安藤久美子 国立精神・神経医療研究センター  
柘屋 二郎 福島大学子どものメンタル支援事業推進室  
水藤 昌彦 山口県立大学社会福祉学部  
堀江まゆみ 白梅学園大学こども学部  
太田 達也 慶應義塾大学法学部

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。

2012年7月のアスペルガー症候群と診断された被告による殺人事件では、求刑を上回る20年の懲役刑判決が下され、司法・医療・教育・福祉関係者にとどまらず多くの人々の注目をあびた。司法が反省は見込めず、受け皿も支援方法もなく再犯のリスクが高いと判断したためである。本事例は20年以上にわたる引きこもり状態にあったこと、企死念慮、幻覚妄想様の訴えがあり、保健所へも相談していたことが注目された。発達障害のある児童・青年による事件は、豊川老女殺人事件（2000年）、長崎男児誘拐殺害事件（2003年）やタリウム母親毒殺未遂事件（2005年）のように未診断例による事件とともに、最近では地域のグループホームで支援を受けていた青年による多摩ホームレス殺人事件（2008年）など福祉支援を受けながらも犯罪に至る事例も注目されている。

発達障害の対応困難例で議論されることが多いのはアスペルガー症候群、自閉症、注意欠如多

動性障害である。そこで、本研究班では自閉症スペクトラム(Autism Spectrum Disorder, 以下 ASD)および注意欠如多動性障害(ADHD)の青年・成人を対象にして、精神保健福祉機関や医療機関などで対応困難事例がどの程度存在するのか、換言すれば特別に支援を必要としている事例がどの程度存在するかを把握し、どのような支援があれば対応困難事例を予防できるのか、再犯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。

重大事件は突然生じるわけではなく、不登校・引きこもりや家庭内暴力、自殺企図などの精神症状や問題行動の存在が先行し、なんらかの介入の対象になっていることが多い。支援は医療機関、矯正施設、精神保健福祉機関、児童福祉機関などで行われているが、それぞれの組織が独立して支援する傾向があり、施設間のネットワークや協力体制の不備が重大な事象に繋がることもある。

本研究の特色は、児童福祉、精神保健福祉、医療機関、矯正施設の現場の臨床家が協力して研究調査チームを組み、日本の実態に即しつつ、施設間の連携を考慮した支援ガイドラインや支援システムの開発を目指すことと、事後的な介入に加えて予防方法の開発に重点をおく点と諸外国の触法発達障害者の支援方法について調査をし、日本に導入すべき点を検討する。

## B. 研究方法

①児童福祉、精神保健、矯正、教育のそれぞれの機関および地域における対応困難事例の疫学調査を行う。さらに支援上の問題点を明らかにし、改善点を検討する。

②諸外国での対応困難ケースへのアセスメント方法、支援方法、支援システム等の調査を行い、それを参考に日本の実情に適したアセスメントツールや支援手法、研修手法を開発し、支援システムの提案を行う。

以下の3つの方法で研究を行う。a) 専門家のヒアリング・アンケート、医療・矯正・福祉機関等におけるカルテ調査・アンケート調査、事例面

接等、b) 発達障害に特化したリスクアセスメントツールの開発、c) 海外で定評のあるリスクアセスメントツール・支援プログラムの翻訳と日本の実情に合わせた改変、d) 諸外国の支援システムの日本への適用可能性の検討。

これまで児童福祉・精神保健機関、精神科クリニック、児童思春期精神科病棟、徳島県など3地域、少年院等で疫学調査を行い、定着支援センター・特別支援学校などでヒアリングを行った。さらに「問題行動の予防的介入アセスメントツール; Assessment Tool for Preventive Intervention for Problem Behaviors 33items—ASD version: @PIP33」の試作・改訂を行い完成した。また海外で定評のあるアセスメントツールである ARMIDILO-S The Assessment of Risk and Manageability of Intellectually Disabled Individuals who Offend - Sexually についても日本版を完成した。オーストラリア調査では、非行・犯罪行為に至った発達障害者に対する(1)刑事司法手続き、(2) 医療機関・矯正施設・福祉等サービス機関において提供される施設内処遇や支援の実際、(3) 矯正施設釈放後あるいは医療機関退院後の社会内処遇、(4) 支援を行う専門職の養成に関して、日本とは異なる制度や支援体系を持つオーストラリアビクトリア州の現状と課題を明らかにし、日本のシステムへの提言を行うことを目的とした。英国調査では触法自閉症スペクトラムの人の権利擁護、意思決定支援の方法等について調査した。

支援手法については平成26年度から一部の地域で開始したCRAFT (Community Reinforcement and Family Training)、マニュアルの翻訳と英国で実践方法について研修を完了したSOTEC-ID (Sex Offender Treatment Services Collaborative - Intellectual Disability)、翻訳を完成したARMIDILO-Sについて日本への導入を試みる。

(倫理面への配慮)

研究の対象が個人の場合には以下の対応をとることを研究代表者、分担研究者、研究協力者に

徹底した。本研究で知りえた個人情報には乱数コード等で匿名化し、個人情報との照合に用いる乱数コード表等は研究代表者あるいは分担者が施錠できる保管庫で厳重に管理し、共同研究者以外の閲覧を禁止する。全ての記録用紙も施錠された保管庫で管理する。研究終了後は、外部に情報が漏洩しない方法で破棄する。研究結果は、個人が特定されないよう配慮した形式で発表する。個人情報に関わる研究については「個人情報の保護に関する法律」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、福島大学倫理委員会あるいは分担研究者の所属機関の倫理委員会の審査・承認を得る。障害のある個人や家族を対象にした調査では本研究の目的・趣旨・方法・個人情報の保護・生じうる不快感などの心理的影響、研究協力意志撤回の自由などを文書または口頭で説明し同意を得た者（本人に同意能力がない場合は保護者）のみを対象とする。質問紙調査やインタビュー調査は対象者の自尊心を傷つけないよう細心の配慮を行い、答えたくない質問については無理して答える必要はないことや、調査に協力しない場合も不利益はないことを説明する。対象者の協力が得られない場合は直ちに検査を中止する。対象者が心理的不安・不快感などを感じた可能性のある場合には発達障害診療の専門医、臨床経験の豊富な臨床心理士や精神保健福祉士などが対応可能な状態を確保する。

## C. 研究結果及び考察

### 疫学調査

#### 1. 児童福祉施設調査

児童福祉機関で対応している児童の43%に発達障害が認められ、攻撃的な問題行動が多く教育的・医療的支援の利用率も高かった。発達障がいに対する専門的なプログラムよりも生活を基盤としたケアを工夫することで対応しているが、対象とする児童は中学生までが主で成人への移行に向けた支援に課題が大きい。退所児童のアフタ

ーケアだけでなく、青年期の支援をなお一層強化する必要がある。攻撃性や反社会的行動の予防という観点からは児童福祉機関におけるケアを十分に行うことが予防に繋がると考えられた。

#### 2. 地域精神保健分野における調査

3つの自治体で、疫学的調査をした。対象はASD特性やADHD特性が考えられる方で、触法（性的逸脱行為を含む）、他害行為、家庭内暴力、ひきこもり、不登校、自傷、物質依存などの社会行動面での課題によって新規相談となった事例とした。各地域の人口10万人あたり（18歳から39歳を対象）の新規相談発生件数は39.7、20.8、103.0件であり、そのうち、触法、他害、警察による保護や逮捕、措置入院のための措置診察や実際に措置入院となった事例は、それぞれ、20.0、15.0、49.7件であった。男性の比率は、それぞれ0.86、0.74、0.75で男性が7割以上を占めた。自傷行為、自殺念慮、自殺企図などが確認された事例は、18歳～39歳の人口10万人当たり、それぞれ、4.6、8.7、23.0件であった。新規相談事例発生件数全体のうち、医療機関での精神科的診断の有無を調べると、どの自治体でも概ね6割程度が精神疾患の診断を有していた。また、医療機関で精神疾患の診断を受けている事例のうち、概ね8割程度がASDやADHDの診断であった。

相談経路については、障害者相談支援事業所、発達障害者支援センター、保健所などがあったが、地域によりバラツキが見られた。

#### 3. 少年院における調査

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）を用いて診断した。診断情報としては問診によるものの他、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。結果は以下の通りである。

#### 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、

- ① ASD あり、ADHD あり：7 ケース (8.1%)、
  - ② ASD あり、ADHD なし：19 ケース (22.1%)
  - ③ ASD なし、ADHD あり：3 ケース (3.5%)、
- である合計 29 ケース (33.7%) が ASD か ADHD のいずれかをもっていた。ASD あり群は (①+②) 計 26 ケース (30.2%)、ADHD あり群は (①+③) 計 10 ケース (11.6%) であった。
- 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が 4 ケース (13.8%) で、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) が 12 ケース、発達障がい+正常域知能が 9 ケースであった。また 86 ケース中、発達障がい診断されない知的障害ケースが 41 ケース (47.7%) であった。

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を調査したところ 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ケースが 8 ケース (27.6%) があった。

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。

3) さらに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、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。

#### 4. 医療機関における調査

##### 1) 児童精神科病棟における調査

##### ①主訴、行動・精神医学的問題について

都内の児童精神科病棟において調査期間 1 年間に緊急入院となったケースのうち広汎性発達障害と診断されたケースは 190 件 (男子 159 件、女子 31 件) を対象に調査した。

高機能 PDD 群は 111 名 (58%)、知的障害合併 PDD 群は 79 名 (41%) であった。

入院に至った主訴としては、高機能 PDD 群と知的障害合併 PDD 群ともに行動上の問題が (高機能 PDD : 66%、知的障害合併 PDD : 68%) と最も多く、次いで精神医学的問題が (高機能 PDD : 29%、知的障害合併 PDD : 12%) であった。

行動上の問題の内訳をみると、高機能 PDD 群と知的障害合併 PDD 群ともに攻撃性や自己破壊的行動が最も多く (高機能 PDD : 66%、知的障害合併 PDD : 68%)、ついで睡眠障害、遺尿などのような生活上の問題が多かった。

精神医学的問題についてみると、高機能 PDD 群では抑うつ症状が最も多く (9%)、次いで自殺企図・自殺年慮 (6%)、不登校・引きこもり (5%)、強迫症状 (5%)、などの順であった。

不登校の有無については、高機能 PDD 群では 111 名中名 (65%) が不登校を呈しており、知的障害合併群では 79 名中名 (58%) であった。不

登校になっている患者の割合をみてみると、高機能PDD群では学童年齢の不登校の割合が多くみられた。

高機能PDD患者では知的障害合併PDD患者と比較して学童期年齢から入院しているケースがみられた。また、入院に至る理由としては、興奮や暴力が69.6%と最も多くみられた。

高機能PDD患者では生来の発達障害特性に加えて適切に支援がなされていないことが一因となって入院治療が必要になった可能性があると考えられた。

## ②ひきこもりに関する調査

児童精神科病棟に入院治療を要した男子30例、女子20例、計50例について、それぞれの年齢、性別、引きこもり期間、ICD-10に基づく主たる診断名、入院期間、退院先、予後、家族背景について後方視的に検討した。なお、ひきこもりの概念としては『6ヶ月以上社会参加していない』という定義が広く用いられるが、今回の検討では1ヶ月以上のひきこもりを検討の対象とした。

年齢分布は、6歳から17歳で平均13.5歳であった。男子では平均13.7歳、女子では13.2歳であった。ひきこもりの背景に、学校への適応の難しさが関連していることが窺われる。ICD-10に基づく主たる診断は、F2が24.0%(12例)、F4が20.0%(10例)、F8が48.0%(24例)であった。F8については、特定不能の広汎性発達障害10例、アスペルガー障害7例、小児自閉症7例という内訳であった。主診断とIQの分布から、中核的な自閉症だけでなく、自閉症特性の薄い高機能ケースにおいても、ひきこもりが生じやすいことが示唆された。

男子のひきこもり期間が平均13.1ヶ月であったのに対し、女子は6.0ヶ月と、受診・入院までのひきこもり期間は男子で長期化する傾向を認めた。ひきこもりおよび不登校を除いた入院時の主訴は、多いものから昼夜逆転、家庭内暴力の順であった。入院前に診断に至っていたケースは、

PDDNOSでは10例中5例(50.0%)、アスペルガー障害では7例中3例(42.9%)、自閉症では7例中3例(42.9%)であった。未診断・未支援ケースだけでなく、診断に至っていたものの、その後、ひきこもりが生じているケースがあり、各々のケースに応じた必要十分な支援を提供することの難しさが読み取れる。

転帰・予後;追跡し得た45例中の33例(73.3%)が再登校など、社会参加に至っていた。入院時と退院時のGAFを比較すると、入院時平均が29.6であったのに対し、退院時は平均50.1(30-80)と上昇しており、入院治療には一定の効果がみられた。しかし、45例中12例(26.7%)では、退院後、再びひきこもりが生じており、そのうち5例は再入院に至っていた。

家族背景について情報収集できた47例中の13例(27.7%)が単身親、6例(13.3%)が生活保護受給家庭であった。また、精神科疾患の家族歴は25例(53.2%)で把握された。

家族機能の脆弱性なケースが少なくないことを示している。

## ③自殺関連行動調査

発達障害を有する児童思春期例の自殺関連行動の検討を行った。児童・思春期精神科に自殺関連行動を理由に緊急入院した112例(連続サンプル)を対象に、診療録に基づき後方視的に調査した。主診断または併存診断が広汎性発達障害であった群(PDD群)とそれ以外の群(非PDD群)の2群を設定した。さらに、PDD群のうちフォローアップ期間中に再企図があった群(PDD再企図群)となかった群(非再企図群)のサブグループに分類した。上記の群につき、このうち、自殺関連行動の手段が比較的致死性の高い過量服薬、服毒、飛び降り、縊首であったケースを「自殺行動」として、その他の比較的致死性の低い自殺関連行動と峻別した。PDD群は47例(42%)であった。PDD群は非PDD群と比較して、男性が比較的多く、IQは比較的高かった。また、過去の自殺関連行動歴が有意に少なく、

その後の再企図も比較的少なかった。PDD 再企図群は、非再企図群と比して、女性のケース、過去の自殺関連行動歴のあるケース、境界知能または知的障害を有するケース、両親同居でないケース（片親家庭、再婚家庭など）が多かった。PDD 非再企図群は再企図群と比して入院中に PDD の診断を受けたケースが多かった。自殺行動の PDD 群は 19 例で、このうち再企図の有無が不明な 2 例を除き、再企図あり 5 例、再企図なし 12 例について比較すると、再企図ありでは入院期間が有意に短かった。入院期間が 1 週間未満の例を短期入院例、1 週間以上の例を長期入院例と定義して比較したところ、短期入院例は全 6 例において家庭・学校の環境調整を行っておらず、うち 4 例 (67%) が退院後に再企図に至っていた。一方、長期入院 13 例のうち、退院後の再企図の有無が不明な 2 例を除いた 11 例について、環境調整を行った 7 例では全例再企図がなく、環境調整を行わなかった 4 例中 1 例 (25%) で再企図があった。PDD 児の自殺関連行動は、非 PDD 児と比較すると、過去の自殺関連行動歴なく突然 1 回きり起こす傾向が強いが、一方で再企図リスクの高い一群もいることが示唆された。再企図のなかった例で入院中に PDD の診断を受けたケースが多かったことから、適切な診断・評価自体が再企図予防のために重要であると考えられた。更に、PDD 児の自殺行動に対する治療的介入として、診断・評価を踏まえて家庭・学校などの環境調整を丁寧に行うことが再企図予防のために有効である可能性を示唆された。

#### ④ 警察介入事例調査

95 名の警察介入事例を解析した。初回警察介入年齢の平均は発達障害を有するものがそうでないものより早く、中でも PDD/ASD が高校生年齢であったのに対し、ADHD では中学生年齢でピークが見られた。また、初回介入エピソードの前に受診に至っていたものが 8 割以上を占めた。介入された年齢は  $17.7\pm 7.3$  歳で、性別で有意差は見られなかった。不適切養育が明記されて

いた例は 34 例 (35.6%) であり、不登校が少なくとも 47 例 (49.5%)、家庭内暴力が少なくとも 39 例 (41%) に見られた。非行内容としては、窃盗、暴行・傷害がそれぞれ 34 名、20 名と多く、合わせて 58.7% を占めた。診断については ASD が 24 名、次いで ADHD が 19 名、MR が 11 名、ASD+MR と ADHD+MR、ASD+ADHD がそれぞれ 7 名、6 名、4 名であった。

司法介入があった年齢について背景疾患別に整理すると、ASD または ADHD があった例を「発達障害あり」とすると、平均  $15.4\pm 5.3$  歳であった。ADHD と ASD について見ると、「ASD のみあり」では平均介入年齢は  $17.2\pm 6.7$  歳であったのに対し、「ADHD または ADHD を含む」ものは  $14.6\pm 5.2$  歳であった。ADHD と ASD について見ると、「ASD のみあり」では平均介入年齢は  $17.2\pm 6.7$  歳であったのに対し、「ADHD または ADHD を含む」ものは  $14.6\pm 5.2$  歳であった。また、それぞれの犯罪行為の内容については。「ASD のみあり」では窃盗が 11 名、暴行・傷害が 9 名と多くを占めたが、「ADHD、または ADHD を含むもの」では、窃盗が 14 名で 48.3% を占め、暴行・傷害は 3 名にとどまった。

#### ⑤ 児童精神科通院中の患者例における窃盗の要因の検討 ～発達障害に着目して～

2 症例について詳細に検討を行った。誘因や今後再犯をしないという理由には PDD や ADHD の特性であるこだわりや weak central coherence、衝動性などが関与していた。

#### ⑥ 児童思春期臨床例の秘境と言語能力の関連 ～言語能力の偏りに注目して～

非行を有する発達障害の子どもを対象に WISC-III の言語能力に注目して解析を行った。対象となった症例 34 名 (男 32, 女 2) で、IQ の平均は 97.5 であった。VIQ-PIQ | 症例を Discrepancy ありと仮定すると、VIQ(VCI)>PIQ (PRI) であるものは 11 名 (32.4%)、PIQ (PRI) >VIQ(VCI) のものは 4 名 (11.8%) であった。ま

た知識の平均得点は 10.4 であり、これを含めて言語理解（指標）の下位項目評価点に統計的な有意差は見られなかった。下位検査のプロフィールパターンの共通した特徴を抽出するためにクラスター分析を行ったところ、知識と類似については統計的に差を認めないものの、それらに対して単語と理解が高いもの、相応なもの、低いものの 3 群を含んだ 4 群が抽出された。語と理解の低い群は、頻回の入院歴や警察介入例があるにも関わらず、非行を繰り返すものが多いのに対し、高い群は家庭での問題は継続するものの、警察が介入するような社会的な問題を繰り返して起こしにくい傾向が見られた。

## 2) 全国児童青年精神科医療施設における調査

全国児童青年精神科医療施設協議会加盟施設 37 施設において医師を対象にアンケート調査を行った。有効回答数は 99（回収率 54.3%）であった。外来患者のうち発達障害が占める割合が 20%以上と回答した医師が 75.8%に及んだ。内訳では自閉症スペクトラム（以下 ASD）が最も多く、次いで ADHD であり、3 番目は精神遅滞であった。発達障害例に深刻な問題行動があり、対応に苦慮した経験を持つ医師が 99%を占めた。問題行動の 27.5%が幼稚園年齢以前に始まっており、高校年齢以降に始まったものは 1.1%にすぎなかった。問題行動には、暴言暴力や自傷行為、強迫症状といった二次障害が多く挙げられた。また、発達障害児の問題行動で、触法・犯罪行為を 52.4%の児童精神科医が経験していた。

## 3) 成人精神科外来における調査

都内 1605 施設。回収は 378 施設で回収率は 23.5%であった。施設の内訳は平均月間患者数が 657 人であり、発達障害の患者割合では 5%未満の施設は 62.7%であり 32.7%の施設で 5%以上を占めていた。発達障害で内訳では、ASD が最も多く、次に ASD および ADHD の併存例であり、3 番目が ADHD であった。また併存障害は気分障害が最も多く、次に神経症性障害、ストレ

ス関連障害及び身体表現性障害であり、3 番目が統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害であった。対応の困難は 80.6%の施設で何らかに認められた。特に苦慮した症状は、こだわり、巻き込み型の強迫、暴言暴力であった。また行動上の問題で個々の行動を調査すると、暴力行為は、74.9%の施設で、窃盗は 51.6%の施設で、放火は 14.8%、殺人なども 4%の施設で発生していた。さらにひきこもり 84.7%ネットゲーム依存 68.3%の施設で認められた。

## 4) 成人症例の精神病理学的検討

DSM 5 において ASD と診断された成人期の知的障害の無い患者で、自己愛パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、境界パーソナリティ障害の併存診断ある症例を抽出しその発達特性とパーソナリティ特性を診療録より後方視的に比較検討した。その結果 ASD において自我の形成過程は成熟化が困難な部分があるが、その課題は自己愛を切り口に見てみると、不安定な自己像を過剰に防衛する自己愛パーソナリティ障害（NPD）型と、回避して防衛する回避性パーソナリティ障害（APD）型、そして過剰な防衛形成をしながら破綻すると解離や衝動行為により防衛する境界性パーソナリティ障害（BPD）型の 3 系に分けられる可能性が示唆された。発達障害症例の精神病理学的検討によって、そのパーソナリティ障害化の過程において環境要因の少なく無いことが明らかになった。

## 5) 医療観察法指定通院対象者における発達障害者の分析

医療観察法指定通院対象者 1685 名を対象に調査した。58 名（3.4%）が F8 発達障害圏の診断を有していた。性別では 8 割が男性で占めており、20 代～30 代の比較的年齢が若い世代が多かった。対象行為では、放火(34.5%)、殺人(29.3%)、傷害(27.6%) であり、他の障害と比較して大きな違いはなかったが、家族が被害者になることがやや多い傾向にあった。通院対象者の約 6 割に問題行動



が認められ、具体的には、「日常生活上の規則、ルール違反」や「非身体的暴力」が多かった。発達障害者の支援にあたっては、日常生活上の小さなトラブルにも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要因となることが示唆された。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。

## アセスメントツール開発

### ASD/ADHD のアセスメントツール開発

発達障害の支援をする第一歩は発達障害を発見し、診断を行い、適切な評価に基づく支援プランを立てることである。触法行為などを行う対応困難例では発見や診断が遅れ、早期に適切な支援を受けられなかったことが問題を複雑にしている事例が少なからず存在する。また成人期まで診断がなされない事例や、鑑別所や裁判の過程で初めて発達障害が疑われることも少なくない。ASD あるいは ADHD のスクリーニングツールは多数あるが、そのほとんどが英語圏で作られたツールの翻訳であること、ASD あるいは ADHD に特化したスクリーニングツールであることから、日本語として不自然な表現があったり、ASD と ADHD の両方をスクリーニングするためには使いにくいなどの問題があった。さらに海外で定評のあるスクリーニングツール・診断ツールの日本語版の作成もあわせて行った。

#### 1. 日本の実情にあった成人向け ASD/ADHD のスクリーニングツール開発 (U 式)

自然な日本語の表現を用い日本の実情にあった青年・成人期の ASD および ADHD の簡便な自己評価 (自記式) と他者評価 (他記式) のスクリーニングツールを開発した。専門家による議論を繰り返し項目を選定した上で「行動特性に関する質問紙」を作成した。そして青年・成人期の

ASD 者とその保護者もしくは配偶者、定型発達青年・成人を対象に予備調査を行い、妥当性と信頼性 (内的整合性) の検討を行った。基準関連妥当性については、ASD 者と対照群である定型発達者に Autism Quotient 日本語版 (AQ-J) と Adult ADHD Self Report Scale ; ASRS -v1.1 (ASRS) を実施し、行動特性に関する自記式質問紙の ASD 特性と ADHD 特性との相関をそれぞれ検討したところ、両者ともに正の相関が認められた。また、自記式質問紙と他記式質問紙それぞれについて t 検定を行い、ASD 群と対照群、ASD の保護者群と定型発達の対照群、ASD 群と ASD 保護者群において有意差が示されなかった項目を抽出し、質問文の表現や内容の再検討を行う必要の有無を確認した。内的整合性の検討の結果、他記式質問紙の  $\alpha$  係数は十分な値を示した。自記式質問紙では当てはまりのよくない項目がいくつかみられたが、これらの項目を削除して検討したところ、ASD 領域の  $\alpha$  係数は .80 以上を示した。

今後は、本調査の結果から自記式質問紙の一部の項目について ASD 者が自己評価しやすいように表現や内容を変更し、サンプル数を増やして「行動特性に関する質問紙」を完成させる予定である。

#### 2. ASD の 2 次スクリーニングツール (対コミュニケーション質問紙 (Social Communication Questionnaire SCQ))

ASD の 2 次スクリーニングツールとして、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。

各得点について感度、特異度、Youden Index を求めたところ、Youden Index の値がもっとも

大きくなる得点は7点であった。その場合の感度、特異度は、それぞれ.465、.933であった。SCQはASDと非ASD児の判別において、中等度の精度があると判断された。

### 3. ASDの診断ツールの開発

#### 1) Asperger Syndrome Diagnostic Interview (ASDI) 日本語版の開発

ASDIはASDを診断するための比較的簡便なツールで看護師や身近な支援者など対象者の行動を熟知している人に専門家が聞き取ることで診断をするためのツールである。Crocombe, J., Mills, R., Wing, L.が英国のSpecial Hospital (重大な罪を犯した精神疾患のある者を収容し治療する特別病院)での臨床研究において、ASDの正確な診断を行うための標準化された診断ツールとして用いられ、統合失調症などとの鑑別において有用であったことが報告されている。青年・成人期に初診で精神科を受診する者の中には、既に親が死亡していたり疎遠になっていたりと、発達歴や症状の経過の聴取が難しい場合がある。そうしたケースでは、自閉症スペクトラム(以下ASD)が疑われる言動がみられても、その要因が自閉症症状なのか他の疾患に起因するのか区別することが困難であることが珍しくない。例えば、陰性症状の出現の在り方や幻覚や妄想が疑われる言動、問題行動を含む場合など、ASDなのか統合失調症なのか鑑別が困難なケースに出会うことがある。特に、自傷や他害行為が目立つ場合には、正確な診断を行い適切な治療につなげることは、患者や家族にとっても医療従事者にとっても有益である。そのため、本研究では少ない項目で構成され、本人をよく知る保護者もしくは医療関係者の情報提供により実施可能な自閉症スペクトラムの診断面接ツールであるAsperger Syndrome Diagnostic Interview (ASDI)を用い、このツールが両者の鑑別に有用であるか検討することとした。

日本語版は、内山と安藤によって翻訳され、バックトランスレーションの検討も経て、原著者に

より内容が原文の意図を適切に反映していることが確認されている。

ASD者41名、統合失調症患者37名にASDIを施行し判別妥当性を検討した。ROC曲線からは、 $AUC=.998$  (95%CI=.993-1.000)でありASDIがASD群と統合失調症群の鑑別に有効であり、カットオフは、4以上とすると感度0.951、特異度1.000となり、3以上では感度1.000、特異度0.081であるため、3もしくは4以上に設定するが適当であると考えられた。

#### 2) Autism Diagnostic Observation Schedule -Genetic) (以下ADOS-G)

ASD児・者本人の行動観察による診断ツールは、Autism Diagnostic Observation Schedule -Genetic) (以下ADOS-G)がゴールド・スタンダードとして欧米で用いられている。本研究では、ADOS-G日本語版を作成し、その妥当性と評価者間信頼性を検討した。その結果ASD群と非ASD群を判別できるという判別妥当性他尺度との関係から併存的妥当性も確認された。評価者間信頼性については、高い一致率が認められた。また、自閉症スペクトラム障害のカットオフポイントは原版のカットオフポイントと同じ値であることが確認された。以上から、ADOS-G日本語版は、信頼性・妥当性共に高く、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。

#### 3) Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO) 日本語版の開発

親や家族にインタビューすることにより事例の発達歴や行動特徴を体系的に聴き取ることで診断を行うツールのひとつであるDiagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO)の日本語版(DISCO-J)を作成した。DISCOはWing, L.が開発し英国やヨーロッパで用いられることが多い診断ツールである。本研究ではDISCO-Jの評価者間信頼性、

テスト-再テスト信頼性、基準関連妥当性を検証した。

結果、評価者間信頼性、テスト-再テスト信頼性ともに多くの項目で高い  $\kappa$  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 が高い評価者間信頼性とテスト-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。さらに DSM-IV-TR との粗一致率は 96.1%、 $\kappa$  係数は 0.91 であり、基準関連妥当性も高いことが示された。したがって、DISCO-J を臨床に用いることで、よりの確に ASD が診断できる可能性が示唆された。

#### 4. リスクアセスメントツール開発

ASD に特化したリスクアセスメントのツールの開発が必要である。既存のものには HCR-20 (攻撃性の評価) があり、優れたツールであるが、ASD の特性を評価するには不十分な点があり、改変が必要である。そこで研究班では発達障害のリスクをアセスメントし問題行動を予防するために独自のアセスメントツールを開発した。

##### 1) Assessment Tool for Preventive Intervention for Problem Behaviors 33items – ASD version : @PIP33

ASD 版の暴力行動等のアセスメントツール「Assessment Tool for Preventive Intervention for Problem Behaviors 33items – ASD version : @PIP33」を、デルファイ法を用い児童精神医学、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て作成した。本ツールを F8 発達障害の診断を受けている者 53 名を対象に評価した。その結果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群では特徴が異なっている可能性が示唆された。すなわち、非身体的暴力で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示唆

された。これらの成果は有効なリスクマネジメントに役立つとともに、今後、さらに精度をあげ、一般臨床にも応用できるツールとなるよう開発を進めていく価値があると思われた。

##### 2) ARMIDILO-S (The Assessment of Risk and Manageability of Intellectually Disabled Individuals who Offend – Sexually) 日本語版の開発と研修会の開催

ARMIDILO-S (The Assessment of Risk and Manageability of Intellectually Disabled Individuals who Offend – Sexually) についても日本版を完成し原著者と研修会を開催した。知的障害や発達障害のある成人の性犯罪者を対象に包括的リスクの評価と地域社会でのマネジメントを目的として開発されたツールである。支援者が性犯罪のリスクや既往のある知的障害・発達障害の人を対象にリスクアセスメントを行うためのツールであり、継続してサービスを受けているクライアントにはリスクプロファイルが変わったか否かを判断するために実施する年に一回定期的に実施することもある。

研究班では原著者との協議、原著者を招待しての研修会を開催し、実施適用のための準備を行った。現在翻訳は完成しており、臨床応用を開始した。

#### 支援方法の検討と開発

現在、日本で行われている支援プログラムの検討について

##### 1. 精神保健福祉分野における困難事例への対応

研究班において発達障害者支援センターや精神保健福祉センターなど成人の支援機関における支援体制や支援方法を検討した。たとえば徳島県発達障がい者支援センター「発達障がいの相談支援アセスメントシート」を作成し実際の支援において活用している。本シートには支援の展開をひきこもり状態における「危機介入（精神的な

不安定さや家庭内暴力等に対する介入が必要な段階)」を起点とし、最終的に「就労定着」をゴールとする12の移行段階(テーマ)として整理し、それぞれのテーマ毎に本人の状況や活用できる社会資源やサービスなどを記載した。

札幌市では地域の支援者が個別の支援計画をステップを踏んで作成していただけるように、札幌市では支援者向けに「本人ニーズの見立て方STEP1・2・3」を作成している。このガイドブックは、障がい者相談支援事業所、グループホーム、就労支援機関、療育機関、学校、フリースクールなど、実際に発達障がいと二次障がいがある方を多く支援している機関で働く支援者が集まって、現場の苦労や工夫を話し合う中で作られた。「提案は支援者が、選択は本人に」など現場の支援者ならではの工夫点も添えられている。

## 2. 少年院における支援

少年院・少年鑑別所において発達障がいを抱える被収容者にどのような処遇が行われているか調査した。その結果、下記のような新しい取り組みがなされていることがわかった。

### 1) SGW(Skill Group Work ; スキル・グループ・ワーク)

特殊教育課程少年院である神奈川医療少年院において平成18年度から実施されている。1グループ6人前後としてグループを編成し、対人場面や社会生活に必要とされる基本的な「スキル」を少人数のグループによる指導を通じて身につけさせることを一つの目的としているが、その目的を達成する中で、「障がい」であることを自覚させるというより、障がいによる症状が「特性」や「くせ」として受け止められるよう方向付け、出院後に必要に応じて社会資源を利用し、周囲から援助を受けながら安定した社会生活を送ることができるよう心構えを持たせることをより重要な目的として位置付けている。

### 2) 『心の扉』プログラム

同じく特殊教育課程少年院である中津少年学院で行われている感情理解・感情コントロールを目的とする。対象としては「情緒の未成熟さから対人場面での刺激に柔軟に対応できず、些細なことで粗暴で攻撃的な態度をとりやすい」タイプの少年を少年鑑別所の鑑別結果と少年院での生活観察から選定する。約2か月をかけて1回あたり50分、全8回(単元)程度のプログラムを行う。技法としては毎回のワークシートを中心に討論、発表、アイスブレイキング、ロールプレイ等を用いている。

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

本プログラムは身体的に不器用な少年に対する治療的アプローチを主眼とする。少年自身の気づきを重視し認知機能へ働きかけることによってボディイメージや身体機能の向上を図る。つまり、身体機能と認知機能の向上を組み合わせたトレーニングを行うことで、退院後に就労等を含めた社会生活を円滑に送れるための基礎作りを行う。実施期間は約3か月をかけて1回あたり50分、全10回(単元)程度のプログラムを行う。

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。

## 3. 児童精神科病棟における支援プログラム

### 1) 困難事例に注目して

我が国の代表的な児童精神科病棟でどのように発達障害のある子どもの暴力事例に対応しているかを検討した。子ども本人に対して入院後から自閉症特性に応じた支援が必要となる。TEACCHプログラムで紹介されているような視覚的・物理的構造化を応用した環境調整をおこなっている。たとえば、日課やスケジュールを視覚



的に提示したり、ルールを視覚的に提示したりすることなどが有効である。また、曖昧な表現を避け、できるだけ具体的に伝える、重要度の優先順位を明確にするなど、情報の伝え方にも配慮が必要である。

仲間集団や教師への暴力が問題になっているケースにおいては、入院当初はほぼ全例が個室を使用していた。集団への適応がある程度可能であると判断できれば大部屋に移動するが、コミュニケーション能力に困難を抱えていたり、本人の不安が強い場合は、個室の使用が長期化するケースもある。

年少児に対してはトークンエコノミーの手法を採り入れることが多い。それぞれの治療目標を設定して、「頑張り」に応じてトークンをあたえ、それによって報酬（強化子）を与えている。不適切な行動、暴力や器物破損などについては、短時間のタイムアウトと行動修正を試みている。この際、タイムアウトが懲罰目的ではないことを丁寧に説明し、理解と協力を得る必要がある。医師や心理士との個別面接では、ほとんどが支持的・受容的な面接を実施していたが、高機能群においては、それらと並行して、「怒りのマネジメント」などの認知行動療法的なアプローチを選択しているケースもあった。

暴力が問題となるケースでは衝動制御に問題を抱えていることが多く、薬物療法が施行されていた。使用される薬剤としては、非定形抗精神病薬（リスペリドン、ジプレキサ）、気分安定薬（バルプロ酸、カルバマゼピン）、ADHD 治療薬（メチルフェニデート除法製剤、アトモキセチン）などで、単剤もしくは併用されることが多かった。発達障害児の薬物療法では、薬物の使用に対する本人の認識や理解が重要であるため、丁寧な説明を心がけているが、それでもなお、服薬の同意が得られないケースもあった。家族関係への介入が中心的な治療課題となるケースも少なくない。暴力や衝動的な破壊的な行動が生じるケースでは、家族関係が強い緊張状態にある、入院当初はそれまでの労をねぎらい、受容的に傾聴しつつ、家族

の子どもやその発達特性の捉え方や向き合い方や、親子・家族の関係性についてアセスメントする。

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。

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。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。

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。

## 2) ひきこもりを伴う ASD の治療内容

PDD のケースでは発達特性の評価とそれを踏まえた指導、環境調整、二次障害の治療が課題となることが多かった。多くのケースが社会参加に至っていることから、発達障害を背景とするひきこもりケースに対して、入院治療はおおむね有効であると考えられた。しかし、退院後に再びひきこもりが生じるケースも少なくないことから、診断や入院治療といった医療的な介入だけでなく、本人への教育的配慮や学校環境の調整、家族への支援を含めた包括的な取り組みが必要になるものと考えられる

## 4. 成人精神科外来クリニックにおける支援

成人精神科の治療については主に薬物療法の内容と精神科医がどのようなサポートを必要と

しているかについて調査した。発達障害に関連する問題行動に関する薬物療法では、非定型抗精神病薬が1番に選択され、2番目が気分安定薬、3番目に非中枢刺激 ADHD 治療薬が選ばれていた。またこれらの薬剤の組み合わせ順位をみると、1番目が非定型抗精神病薬と気分安定薬、2番目が非定型抗精神病薬と抗うつ、3番目が非定型抗精神病薬と抗不安薬もしくは漢方薬の組み合わせであった。非定型抗精神病薬の中では、リスパダール、アリピプラゾール、オランザピンの順に多く使用されていた。また、ADHD 治療薬の中では、非中枢刺激性 ADHD 治療薬、中枢刺激 ADHD 治療薬の順であった。これに対する対応としては、各都道県に発達障害対応相談センターの設置といった簡便な相談窓口の要望がもっとも多く、次に簡易対応マニュアルの策定、3番目に緊急対応施設の整備充実などが要望されていた。

## 5. 医療観察法対象者の問題点と支援

医療観察法対象者の通院処遇中に生じた問題行動を分析すると、もっとも多く見られた問題行動は「日常生活上の規則、ルール違反」などであり、日常生活の中で小さなトラブルが発生している可能性が示唆された。発達障害者の支援にあたっては、日常生活上の小さなトラブルにも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要因となることがわかった。

## 6. 英国の ASD に特化した保安病棟における治療的介入

英国 St. Andrew's 病院の ASD 保安病棟における臨床心理学的介入方法を調査した。なお、この病院とは研究班が継続的に交流を行っている

ここでは多職種が連携して ASD の患者にサービスを提供することを重視している。職種は医師、看護師、ケースワーカーに加えて、司法心理学者 (Forensic Psychologist)、臨床心理学者 (Clinical Psychologist)、作業療法士、言語聴覚士、教師 (教員資格をもち、成人の教育を担当) がスタッフとして予算化されている。ASD の人に関しては、

成人であっても教育が重要であるので、教師も欠かせない存在である。入院患者は週に平均 35 時間の様々な活動に参加する。時間的には作業療法、看護師による指導が 40%、臨床心理学者が単応するのが 10%、多職種チームによる活動が 10%、言語聴覚士が 3% となっている。

多くの患者が ASD と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で大別される。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種であるが、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し、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。

## 7. 海外のプログラムの日本版の作成

英国等で対応困難な発達障害者に活用されている以下のプログラムを翻訳し日本で研修会を実施した。

### 1) SOTEC-ID (Sex Offender Treatment Services Collaborative - Intellectual Disability)

これは知的障害をもつ性犯罪者を対象とした再犯防止のための認知行動療法プログラムである。研究班では開発者である英国ケント大学スタッフの正式の許可をえて翻訳し、原著者のもとでの研修、原著者との意見交換を経て日本語版(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、および資料編)を完成した。

### 2) 日本版弁証法的行動療法の開発

弁証法的行動療法の発達障害に対する援用；現在 ADHD および ASD の行動障害に関する精神療法として欧米で弁証法的行動療法の応用が試みられているこの実態を調査し、発達障害に有用であることが示唆された。そこでわが国の医療制度や、患者の認知的特性などの配慮した内容の弁証法的行動療法を開発するため、分担研究者間で協議し、思春期 ADHD 及び ADHD と ASD 併存事例に対する日本版弁証法的行動療法 (J-DBT for Adolescent ADHD and ASD) を開発しマニュアルを作成した。さらに平成 27 年度に第一回プログラム施行を開始した。

### 3) CRAFT(Community Reinforcement and Family Training)の発達障害への応用

CRAFT は当初アルコール依存症治療のためのプログラムと開発され、ひきこもりの治療としても応用されてきた。CRAFT の特徴は家族などの CSO(Concerned Significant Others, 家族などの重要な関係者) 自身の支援を丁寧に行うことである。ASD 特性を持つ人への CRAFT を応用する際の注意点について検討した。さらにも本邦への CRAFT の普及を目的として平成 27 年度には、オランダの Tilburg 大学から Hendrik Roozen 教授を招へいし、境班と合同で、平成 27 年 9 月 4 日、7 日に、それぞれ、「わが国の依存症支援における CRAFT の可能性」、「CRAFT プログラムの応用可能性」についてのシンポジウムを開催した。

## 海外における調査

海外では対応困難な問題を持つ発達障害のある人にどのように支援をしているかを知り、日本の支援に役立てるために英国、オーストラリア、カナダ、ドイツ、韓国の調査をした。

### 1. 英国調査

#### ASD に特化した保安病棟調査

触覚自閉症スペクトラム障害の治療に特化した ST. Andrew's Specialist Autism Services (バーミンガム) を訪問し、同病院が有する中度保安病棟、軽度保安病棟を見学し、治療的介入の内容、スタッフトレーニングの方法などについて主要なスタッフにインタビュー調査を行った。

ASD に特化した病棟はバーミンガムでは軽度保安病棟が 20 床あり、アセスメント&治療 8 床、リハビリテーション/回復 12 床にわけられている。これとは別に中度保安ユニット (15 床) がある。

ノッティンガムシャーの病棟は主に知的障害と自閉症を対象としており中度保安ユニット (16 床)、軽度保安アセスメント&治療 (15 床)、

軽度保安 リハビリテーション/回復 (18 床) である。

臨床部長は、St.Andrew's の ASD の臨床諮問委員会 (Clinical Advisory Group) の委員長を兼ねる。ASD のケアパスウェイに基づき、一貫した質のサービスを担保するために継続的にスーパーバイズを行っている。ケアパスウェイ開発グループ (Care Pathway Development Group) があり、紹介患者のインテークから退院まで、エビデンスに基づいた治療的対応をすることが求められる。サービスをよりアウトカムに焦点を合わせた (outcome focused) ものに改善するための準備をしている。St.Andrew's 管轄の全施設に対して、同じ基準のサービスを提供することを目指している。全病棟に対してのケアスタンダードがあり、さらに ASD に特化したケアスタンダード、すなわち、NICE の自閉症ガイドライン(用語解説参照)、自閉症アクレディテーション (用語解説参照) に沿ったものに改善するように継続した努力を行っている。

#### 1) スタッフトレーニング

日本において対応困難事例を支援するためのスタッフを養成する必要がある。しかしながら、どのようなスタッフ教育プログラムが必要かは十分に議論されていない。そこで、研究班では英国の専門機関 St.Andrews 病院のスタッフトレーニングの方法を調査した。

スタッフトレーニングの基本は ASD の障害特性の理解を重視している。まず中核にあるのは Specific Assessment & Approaches (NICE CG142), Spell Framework (英国自閉症協会の支援理念), Culture of Autism (Mesibov) (自閉症の認知特性を尊重することを強調する立場、TEACCH 部の責任者であった Mesibov の提言) である。

必要な知識として必ず取り上げるのは以下の 7 つのガイダンスである。

①自閉症法 2009、Adult Autism Strategy 2010 成人自閉症支援法、成人の支援手段についての国

のガイダンス

②National Autistic Society Autism Accreditation Standard

③Research Autism Guidance on intervention (Research Autism という英国の研究団体が発行しているガイダンス)

④Initiatives endorsed by the National Autistic Society (Socialeyes, UCLA PEERS)

⑤DSM-5

特に DSM-5 において DSM-IV にはなかった感覚問題が採用されたことについての説明。ASD における

⑥NICE Clinical Guideline 142 (心理社会的介入について強調している)

⑦NICE Quality Standard Q551 が使われる。(ASD に関して生活の質を改善するために何を優先すべきかが記載されている)

#### 2) 独自のスタッフトレーニングガイダンス

St Andrews では 7 段階からなるスタッフトレーニングのためのガイダンスを開発した。以下に、各段階について説明する。

##### Phase 1:

ASD の理解、コミュニケーション、知的障害、サービスユーザーの視点の講義が、それぞれ 1 時間半行われる。そして 5 日間の「攻撃性と暴力の予防とマネジメント (Prevention & Management of Aggression & Violence (PMAV)) が集中的に行われる。

##### Phase 2:

ASD の理解がテーマである。NAS / Tizard Centre pack のモジュール 2 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。