

Phase 3: は ASD の人の支援について NAS の SPELL フレームワークについて、やはり一日のワークショップ。

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

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

アセスメントについては、ADOS-2、ADI-R、TTAP (TEACCH Transition Assessment Profile) の研修を行う。支援方法については TEACCH 3 day & 5 day トレーニング、感覚統合療法の “Sensory Integration Network modules 1-4”、”Intensive Interaction “ (重度知的障害を伴う自閉症の人に前言語的なコミュニケーションについて教育する介入方法)、Being Me (NAS が開発した、診断直後の ASD の人が持つ疑問に答えることを目的とした DVD 教材。ASD の当事者が多数出演する) を用いた研修を行うさらに”Socialeyes” という ASD の人のソーシャルスキルの改善を意図した二日間のプログラム、”UCLA PEERS® 3 day PEERS” という対人関係スキルの向上を意図して UCLA の Laugeson によって開発された青年期の ASD を対象にした 3 日間の研修パッケージ、”NAS Autism Trainer Development” (NAS が開発した自閉症支援スタッフを教育する指導者クラスの人を対象にした 1 日のプログラム) への参加が推奨される。

Phase 6: 卒後教育

自閉症研究の通信教育課程など大学院レベルの通信教育への参加が推奨される。

Phase 7: 研究開発

このステージでは、研究と研究発表が推奨される。

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

2. 英国の意思決定能力法 (the Mental Capacity Act 2005) の調査

行動障害や触法行為をする障害者に対する意思決定支援、ベストインタレスト (最善の利益) の手続がどのように行われ、行動障害や触法行為の改善がどう図られているのかを調査した。障害者本人の意思を中心としたケア (パーソン・センタード・ケア) の理念に基づき、パーソナルアシスタンスを活用した障害特性にあった環境設定や個別ケアが柔軟に行われていることがわかった。日本でも障害者権利条約批准の下、施設から地域生活への移行、成年後見からより権利性を担保する意思決定支援への転換が模索されている。現在我が国では障害者総合支援法の見直しの論議が行われているが、パーソナルアシスタンスや意思決定支援が焦点となっており、国内における制度改革にも多くの示唆を得ることができた。

3. オーストラリア調査

ビクトリア州において調査した。医療・矯正施設・その他のサービス機関において提供される医療・心理・社会福祉領域の支援については 障害福祉サービスの一部局である Disability Forensic Assessment & Treatment Services (以下 DFATS: 障害法医学評価・治療サービス) を調査した。

DFATS は福祉施設において強制力を有する施設内処遇を実施している日本にはないシステムである。

Intensive Residential Treatment Program (以下 IRTP) を中核としつつ、コミュニティで生活をしている触法障害者のためのグループプログラムなどを行っている。

同じく障害福祉サービスの一部局である Disability Justice を調査した。これは知的障害 (発達障害の併存を含む) があって、非行・犯罪行為に至った人への社会内での支援を専門に担当している。ビクトリア州では専門家チームが政府機関の中に設けられており、様々な施設がコンサルテーションを行いながら対象者をサポート

していること、そして、こうした専門家チームが政府機関の下で個別のニーズに応じた支援計画や政策を作成していることが特徴的であることが分かった。

福祉領域での支援内容を検討するため、触法障がい者支援を行っているオーストラリア地域支援団体 (Australian Community Support Organization ; ACSO) を訪問調査した。処遇困難な障がい者の居住サービスについては、Shared Supported Accommodation (以下 SSA) が利用されるのが一般的であり、処遇密度、保安レベルの高い施設から低い施設へと、支援対象者の状態変化に応じて段階的に移行する「ステップ・ダウン」による支援が意識されていたことが分かった。ACSO が運営する特化型のグループホームは、DHS の Disability Forensic Assessment & Treatment Services: DFATS が提供する施設内処遇と地域生活の中間に位置付けられるサービスとして機能していた。SSA のキャラブローハウスは、非行・犯罪行為に至った障害者への対応を専門としているが、日本国内では、このような特化型グループホームは存在しない。特化型施設の利点としては、①スタッフの知識や支援技術の蓄積が望めること、②犯罪行為から回復という共通した支援ニーズに対応できること、③治療的な環境設定が容易になることなどが挙げられる。犯罪行為に特化した治療プログラムは、グループホーム外で犯罪心理などを専門とする臨床家によって実施されていた。生活の場と治療・心理教育の場は意図的に分けられていたが、この点については、グループホームに勤務する支援員の教育歴・臨床経験にばらつきがあるために、治療・心理教育の実施が難しいという事情が伺われた。

ビクトリア州においては、刑事司法手続の段階による区別はあまり意識されておらず、クライアントのニーズに基づき、障害福祉、医療、心理が連携して個別化した対応することに焦点が当てられている。

コーディネーターを中核として、クライアントのニーズとリスクレベルに応じた社会資源を組

み合わせることで犯罪の促進因子に介入し、保護因子を増大させるというモデルが採用されている。

4. 韓国調査

犯罪又は触法行為を行った発達障害者に対する刑事処分や刑事施設における処遇の在り方を模索することを目的とし、韓国における矯正施設 (刑務所、少年院、治療監護所) に関する基礎調査の上、現地での訪問・聞き取り調査を行った。

その結果、韓国の矯正施設では自閉症やアスペルガーといった発達障害と診断されている者がいないことが明らかとなった。実際には、発達障害が疑われる人はいたが、発達障害の概念が矯正現場では十分に浸透していないことが伺われた。

心理治療プログラムについては小児性愛や性的倒錯障害など一部の性犯罪者に対する認知行動療法や知的障害を有する性犯罪者に対するプログラムが開発・実施されていること、管区毎に一か所の刑務所を定めて「精神保健センター」を設置し、特別な処遇を要する精神障害受刑者を集めて1年間に亘る認知行動療法を中心とした支援を行っていること、精神障害がある収容者が退所 (仮終了等) した後も保護観察を行いながら、治療監護所 (保安処分施設) がフォローアップ的な継続指導を行っており、触法性精神障害者に対する施設内処遇と社会内処遇の連携されていること、治療監護所から退所する精神障害者のうち帰住先がないものを更生保護施設で受け入れる体制が構築されているなど、我が国の支援体制を構築する上で参考になるシステムが存在することが注目された。

5. ドイツ調査

ドイツにおいても現在のところ発達障害の被収容者に対する特別な診断基準や処遇プログラムは整備されていないことが明らかになった。ドイツでは刑務所とは別に社会治療施設または刑務所の一区画に社会治療区画が設置されており、重大な性犯罪を行った受刑者などに社会治療と

呼ばれる処遇をしている。そこでは職業訓練や認知行動両方、薬物治療などがされている。診断分類ではパーソナリティ障害が多いが、一部に発達障害が含まれている可能性がある。ドイツにおける一部の社会治療施設では、犯罪傾向の進んだ人格障害受刑者を刑事施設から移送して、平均3年から5年の間、社会復帰に向けた心理療法や職業訓練を行っている。また、韓国やドイツには、一定の義務(処遇など)の履行を条件に比較的軽微な罪を犯した者の起訴を猶予する条件付起訴猶予の制度がある。

6. カナダ・オンタリオ州調査

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精神疾患を併存した発達障害・知的障害者、および、②性犯罪加害に関わった発達障害・知的障害者であった。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)、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支援困難な人を対象とした司法精神医学対応病棟などがあった。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をもつ Community Networks of Specialized Care (CNSC) が担う役割が大きいことが明らかになった。また、親や支援者が技術を習得して日々の関わりの中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。

E. 結論と提言

1. 発達障害の子どもや成人は、さまざまな支援機関に存在する

児童福祉、地域精神保健、矯正(少年院)、医療(児童精神科入院病棟、成人精神科外来クリニック、医療観察病棟)における対応困難事例の疫学調査により、すべての機関で発達障害の対応困難事例を支援していることがわかった。特に児童福祉機関や成人の精神科クリニックなど、発達障害を専門とするしない支援機関においても多くの発達障害の子どもや成人を支援していることが明らかになった。

2. 支援機関において発達障害を想定した支援や評価を行い、可能な機関では確定診断、リスクアセスメントを行う

研究班ではオリジナルのスクリーニングツールであるU式(自記式、他記式)、二次スクリーニングツールSCQの日本語版、診断ツールASDI, ADOS, DISCOの日本語版を作成し信頼性・妥当性を検討した。さらに発達障害を対象にしたオリジナルのリスクアセスメントツール@PIP33と、英語圏で定評のある知的障害・発達障害の性犯罪を対象にしたリスクアセスメントツールであるARMIDILO-Sを翻訳した。これらの研究班で開発したツールに加えて、既存のツールを適切に組み合わせて発達障害の子どもや成人を問題行動が出現する前にスクリーニングし、発達障害の疑いがある場合には、構造化や視覚支援などの環境調整を早期に開始することが必要である。環境設定については各患者が十分なスペースのある空間でゆったりとした生活が営めること、多くの活動が準備され患者が選択できること person-centred の各個人の特性や嗜好に配慮した支援がなされることが望ましい。

3. 教育機関との連携や特別支援教育の充実が必要である

ASD や ADHD の子どもは学校生活においてからいかいやいじめの対象になりやすく、不登校を来すことも多い。特別支援教育の果たす役割は極めて大きいですが、実際には地域や学校によっても差があるのが実情である。また、高機能 ASD の子どもが在籍することが多いと思われる通常学級における個別支援の未整備も指摘されている。特別支援教育制度や教育制度の更なる充実が求められると考えられた。

4. 思春期 ASD 患者の入院治療について

思春期 ASD 患者の入院治療では興奮や暴力などの行動上の問題を呈する患者が多く、そのような患者に対する入院治療モデルの確立、学校のような地域関係機関との連携体制の構築、発達障害患者の精神科救急システム構築、特に既存の精神科救急システムの有効活用と司法との連携が必要である。

5. スタッフの研修プログラムについて

発達障害を支援する機関のスタッフには、発達障害に特化した研修プログラムが必要であり、プログラムの中にはリスクアセスメント、問題行動の予防や対応に関するモジュールを配置する。

スタッフトレーニングについては触法の問題以前に ASD や ADHD の特性に関する研修を質・量ともに充実させることが重要である。障害特性を理解することから出発するという理念が明確にあり、その後に触法問題に特化したプログラムも準備する。

6. 介入方法

TEACCH や SPELL などを中心に、障害特性に応じた環境調整、視覚支援などを行う。さらに

発達障害に併存する抑うつや不安などの精神科疾患を適切に二重診断し、治療することが求められる。

その上で、本研究班で開発、紹介したプログラムを支援機関や対象者の特性に応じて適宜選択して施行することが望まれる。

事例や支援機関の特性に応じて、CRAFT、J-DBT、SOTSEC-ID、その他を施行する。

7. スクリーニング・アセスメント・診断の方法について

本研究班で主な対象とした青年期・成人期の ASD のある人を適切に支援に導入するために専門機関で行う相談・診療方法について以下のように提案する。

ASD/ADHD を疑う→U 式(自記式、他記式)、AQ、SCQ を施行→ASD が疑われれば→ASDI、時間的に可能なら DISCO-J、ADOS-G などで確定診断問題行動のリスクがある→@PIP33、ARMIDILO-S 日本版などでリスクアセスメントを行う。

精神科的併存症の疑い→BDI、SES-D などで抑うつの評価、STAI などで不安の評価、MINI などを施行する。

8. スタッフトレーニングプログラムの提案-英国 St. Andrews のプログラムを参考に

以下のテーマで 2 日から 4 日程度のプログラムを発達障害研修センターなどで提供する。

1) 法律の理解

・障害者基本法、障害者総合支援法、障害者虐待防止法、障害者差別解消法

・精神保健福祉法、障害基礎年金、発達障害者支援法などの理解

・person-centered アプローチ、意思決定支援についての概説

2) ASD、ADHD など神経発達障害の理解 (DSM-5、ICD-10,11 草稿)

- 3) SPELL、TEACCH、ABA の基本
- 4) スクリーニングツール、診断ツールの概要
U式、SCQ、DISCO、ADOS-G、ADI-R、ASRS、
- 5) リスクアセスメントツールの概要
@PIP33、ARMIDILO-S 日本語版、他
- 6) 児童精神科病院、少年院における治療プログラムの概要
- 7) 認知行動療法、CRAFT、DBT 日本語版、SOTSEC-ID の概要
- 8) 海外の支援制度、支援方法の紹介
イギリス、カナダ、オーストラリア、ドイツ、韓国などの取り組みについて

9. 支援システムについて

発達障害は基本的に生涯にわたる障害であるために、一貫性のある支援を長期間継続する必要がある。

攻撃性や反社会性の予防という観点からは、児童福祉機関や学校でのケアや特別支援教育を十分に行うことが成人期以降の対応困難な問題の予防に重要であると考えられた。児童福祉分野では実際の支援が中学生までの児童が中心で高校以降の支援が不足していることら、高校以降も一貫した支援ができる体制が必要になる。特に児童福祉施設退所者へアフターケアを充実することや包括的な若者支援を普及させることが効果があると思われた。地域精神保健分野における成人の困難事例では、保健、医療、司法、福祉など様々な領域からの支援と連携が必要になるか、多様な領域にまたがるため、たらい回しや押し付け合いが生じやすい状況がある。このような点を解決できるシステムが必要である。

児童精神科の入院治療に関する調査からも、子どもの問題行動や自殺関連行動を予防するには、学校・家庭などの環境調整を行うことの重要性が、医療観察法外来患者の検討からも通院処遇中の患者の日常生活の中での小さなトラブルへの対処を行うことの重要性が示唆された。このように発達障害の子どもや成人の問題行動を防止には

環境調整や日々の生活面の支援が重要であり、それが可能になるような支援者の配置や予算措置が望まれる。海外調査においても問題行動に至る背景因子を分析し、問題行動に繋がる因子を環境調整により減少されることが重要であることが強調されていた。また発達障害の問題行動が早期から生じることが本研究班の調査で明らかになった。思春期や成人期の問題行動を予防するためには、小児科医や小児神経科医が積極的に介入することが効果をあげる可能性がある。

少年院における調査からも、オーストラリアやイギリスの調査からも、少年院や刑務所退所後の社会内支援が施設内支援との一貫性が必要であることが明確になり、@PIP33 などのリスクアセスメントツールを活用して施設の支援者と退所後の支援者が共通の視点を持つことが望まれる。

英国、オーストラリア、カナダ、ドイツなどでは退所後の支援体制が充実しており、刑務所や保安病棟退所後も地域においてカウンセリングや認知行動療法などが提供されるシステムが確立されている。日本でも病院や少年院、刑務所退所後に密度の高い支援が可能になる体制を構築すべきである。

日本でも発達障害の人のトラブルに対処する試みは存在する。例えば長野県の発達障害地域支援マネジャー（略称：サポマネ）は、当事者、家族と警察の間に入りアドバイスを行ったり事件をおこした発達障害の人の対応について警察の要請でアドバイスを行うことがある。

NPO 法人 PandA-J では触法や被疑者として扱われる知的障害・発達障害のある人の支援を進めており、その活動の一環として地域で起こる社会的トラブルを本人とともに解決したり、未然に防いだりするための新たな人材（トラブル・シューター）を育成している。知的障害や発達障害について地域住民に理解を広げ、社会的トラブルを起こさないような環境を整えたり、教育を提供したり、家族支援をしたり、もし事件を起こした際には適正な刑事手続きを保証していくことを目

指し、日本各地で「トラブルシューター」養成講座を行っており、司法やメディアおよび支援体制を形成すべき地元の教育、福祉、医療などに携わる人々をコーディネートする人材を養成している。

このような試みを強化することも対応困難事例のサポートに有効であると思われる。

以上まとめると、研究班で発達障害への適応を検討、あるいは、新たに開発したアセスメントツール（U式質問紙、@PIP33 など）や支援方法（CRAFT、DBT-J、SOTSEC-IDなど）、すでに開始されているトラブルシューターなどの活動を、全国に普及させていくことが課題になる。そのためには（1）研究成果の検証など継続的な取組み、（2）行政分野の協力（予算事業メニュー化、人材育成、自治体への通知等）、（3）アセスメント方法や支援方法などを診療報酬に適切に位置づけしていくことが求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

「Ⅲ 研究成果の刊行に関する一覧表」参照

H. 知的財産権の出願・登録状況

日本語版マニュアル著作権取得予定：

日本版弁証法的行動療法（J-DBT for Adolescent ADHD and ASD）、ARMIDILO-S、SOTEC-ID、ASDI

日本語著作権取得済み：ADOS-G、SCQ、CARS2

Ⅱ. 分担研究報告

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

研究分担者 小野 善郎（和歌山県精神保健福祉センター）
研究協力者 金井 剛（横浜市中央児童相談所）
増沢 高（子どもの虹情報研修センター）
南山今日子（子どもの虹情報研修センター）

研究要旨：

児童福祉領域における発達障害を有する児童の特性と支援の現状を調査・分析し、成人期以降の精神障害や不適応行動を予防するために必要な支援のあり方を検討することを目的として研究を実施した。全国の児童相談所および児童福祉施設を対象に、発達障害を有する児童の情緒・行動上の問題についての調査、発達障害児の受け入れと支援の現状についての調査、および実際の支援についての現地調査を行い、それらの結果をふまえて児童福祉領域における発達障害児への支援方法について検討した。その結果、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、発達障害を有する児童には攻撃的な問題行動が多く、教育的・医療的支援の利用率が高いことが認められた。児童福祉領域では発達障害に特化した専門的な治療・支援はなく、生活支援を基盤として個々のニーズに応じて外部の支援資源を活用する支援モデルを特徴としていた。攻撃性や反社会的行動の予防という観点からは、児童福祉でのケアを十分に行うことが成人期以降の対応困難な問題の予防に重要であると考えられたが、実際の支援は中学生までの児童が中心で、高校生への支援や退所児童のアフターケアなどの青年期以降の支援が不足しており、成人期への移行支援をいっそう強化する必要があると考えられた。

A. 研究目的

わが国の児童福祉は18歳未満の子どもと家庭に関するあらゆる相談に対応することが求められ、より専門的な評価と援助が必要なケースに対しては、児童相談所での継続的な援助の他、情緒障害児短期治療施設や児童自立支援施設などの児童福祉施設でのケアなど、多様なレベルの援助を提供し、保健・医療とともに児童青年期の精神保健上の問題の予防・介入・支援に重要な役割を持っている。

児童福祉領域で支援を行う児童には被虐待体験の影響による情緒・行動の問題が認められ、専門的なケアが行われるようになってきているが、支援対象となる児童の中には発達障害を伴う者も多く、児童思春期における発達障害児の支援の場

としての役割も担うようになっている。児童福祉領域で対応する発達障害児には、児童虐待や不適切な養育などの養育上の問題を伴うことが多く、とりわけ支援ニーズが高い。

本研究は、児童相談所、児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設などの児童福祉機関における発達障害を有する児童の特性と支援の現状を調査・分析し、成人期以降の精神障害や不適応行動を予防するために必要な支援のあり方を検討することを目的として実施した。

B. 方法

1. 児童福祉領域における発達障害に関連する問題についての調査（平成25年度）

児童福祉領域で対応している情緒・行動の問題を有するケースの特徴について、特に発達障害に関連した問題の傾向を明らかにするために、児童相談所の職員 95 名、児童養護施設の心理担当職員 67 名、および 38 の情緒障害児短期治療施設と 58 の児童自立支援施設を対象に、郵送による調査を行った。

児童相談所職員に対しては、回答者が調査の時点で実際に担当しているケースのうち、児童相談所の相談分類が養護相談、非行相談、育成相談に該当するもので、現在中学生または高校生のケースについて回答を求めた。児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設については、それぞれの施設に現在入所している中学生と高校生の全児童についての回答を求めた。

調査内容は、1) 子どもの性別、受理/入所学年、現在の学年、相談種別、2) 発達障害の有無、3) 問題行動（対人暴力、暴言・反抗・不服従、器物損壊、動物への虐待・残忍な行為、窃盗・虚言、怠学・規則違反、喫煙・飲酒・薬物乱用、性的逸脱行動）、4) 家庭・保護者の問題、5) 資源の利用状況とした。なお、本調査において「発達障害」は「広汎性発達障害および注意欠如・多動性障害に相当する状態」として回答を求めた。

2. 児童福祉領域で対応している発達障害児童の特徴と支援の現状に関する調査（平成 26 年度）

児童福祉領域で対応している発達障害を有する児童の特徴と対応の現状と課題を把握するために、児童相談所に常勤する医師への調査（医師調査）と、児童福祉施設に対する調査（施設調査）を実施した。

医師調査は都道府県または政令指定都市の児童相談所の常勤医師 15 名を対象に、1) 児童相談所で診察実績（平成 26 年 9 月の 1 か月間）、2) 児童相談所で診察する発達障害児の特徴についての経験および意見、3) 発達障害と診断した

場合の対応についての経験および意見について調査した。

施設調査は本研究の目的について理解と協力が得られた児童自立支援施設 2 か所、情緒障害児短期治療施設 4 か所、児童養護施設 4 か所の 10 施設を対象に、1) 施設の概要、2) 在籍児童数と発達障害を有する児童数（平成 26 年 9 月 1 日現在）、3) 発達障害を有する児童の特徴、4) 発達障害を有する児童の受け入れについて、5) 施設での支援について調査した。

3. 児童福祉領域での発達障害児への支援モデルの調査（平成 27 年度）

児童福祉施設での発達障害を有する児童への支援モデルを検討するために、本研究の目的について理解と協力が得られた児童福祉施設（児童養護施設、情緒障害児短期治療、自立援助ホーム、ファミリーホーム）を訪問し、発達障害を有する児童の受け入れ状況と具体的な支援、他機関との連携、退所後のアフターケアなどについて聞き取り調査を行った。さらに、思春期から成人期にかけての発達障害を有する児童の支援に関わっている精神科医療機関や高等学校についても調査を行い、児童福祉施設と協力・連携した包括的な地域ケアの可能性についても調査を行った。

青年期・成人期の対応困難な問題を予防するための支援モデルの参考にするために、アメリカの児童福祉サービス、若者支援プログラム、児童青年精神科医療機関の視察を行った。

（倫理面への配慮）

調査では個人が特定できるような情報は取り扱わず、さらにデータ処理においては、調査票の入力を担当する者と解析を担当する者を分けることで、対象者のプライバシーを保護するように努めた。

C. 結果

1. 児童福祉領域における発達障害の有病率と特徴

児相相談所および児童養護施設の職員、情緒障害児短期治療施設および児童自立支援施設から2,314例の児童についての回答が得られ、このうち996例(43.0%)が、医師による診断あるいは児童相談所または施設の判断で、発達障害が存在するか疑いがあると報告された。施設別では、情緒障害児短期治療施設(60.4%)、児童自立支援施設(44.6%)、児童相談所(37.7%)、児童養護施設(20.7%)であった(表1)。

発達障害のある群(DD群:996例)とない群(NDD群:1,318例)とで問題行動の出現率をみると、DD群では暴言・反抗・不服従(67.9%)がもっとも多く、次いで怠学・規則違反(53.0%)、窃盗・虚言(51.0%)、対人暴力(47.1%)、器物損壊(36.2%)の順に多かった。NDD群もDD群とほぼ同様の傾向を示したが、DD群よりは頻度は低く、それぞれ、53.1%、51.4%、43.8%、31.7%、21.9%であった。NDD群では喫煙・飲酒・薬物乱用がDD群よりも多かった(表2)。

表1. 発達障害を有する児童の割合

施設種別	発達障害あり	発達障害なし
児童相談所	90 (37.7%)	149 (62.3%)
児童養護施設	99 (20.7%)	380 (79.3%)
情緒障害児短期治療施設	366 (60.4%)	240 (39.6%)
児童自立支援施設	441 (44.6%)	549 (55.5%)
合計	996 (43.0%)	1318 (57.0%)

表2. 問題行動の出現率

問題行動	発達障害あり	発達障害なし
対人暴力	455 (47.1%)	418 (31.7%)
暴言・反抗・不服従	656 (67.9%)	700 (53.1%)
動物への虐待・残虐な行為	35 (3.6%)	20 (1.5%)
器物損壊	350 (36.2%)	289 (21.9%)
窃盗・虚言	493 (51.0%)	577 (43.8%)
怠学・規則違反	512 (53.0%)	677 (51.4%)
喫煙・飲酒・薬物乱用	177 (18.3%)	370 (28.1%)
性的逸脱行動	277 (28.7%)	309 (23.5%)

家庭や保護者の問題として、家族関係の問題、経済的問題、育児に関する問題は、DD群でもNDD群でも非常に多く、ほぼ同様の傾向が見られた。

外部の支援資源の利用状況については、DD群では、教育の資源(学校での特別な配慮と教育相談)と医療の資源(医療機関の利用と精神科薬の服薬)がNDD群よりも著しく多く、特に医療の資源の利用はNDD群よりも数倍高く、医療機関の利用は60%を越え、おおむね半数が精神科薬を服用していた(表3)。

表3. 資源の利用状況

利用した資源	発達障害あり	発達障害なし
児童相談所への通所	442 (45.8%)	478 (36.3%)
一時保護	517 (53.5%)	616 (46.7%)
学校での特別な配慮	428 (44.3%)	320 (24.3%)
教育相談	186 (19.3%)	119 (9.0%)
医療機関	610 (63.2%)	296 (22.5%)
精神科薬の服薬	454 (47.0%)	113 (8.6%)
警察の関与	242 (25.1%)	327 (24.8%)
司法の関与	89 (9.2%)	109 (8.2%)

2. 児童福祉領域で対応している発達障害児童の特徴と支援の現状

1) 医師調査の結果

平成26年9月1日から30日の1ヵ月間に医師が診療した児童数は244名で、診療実績のあった医師12名についての平均診察児童数は20.3名となった。年齢別では小学生がもっとも多く(37.7%)、次いで中学生(29.1%)、就学前(22.5%)で、中卒以上は10.7%であった。相談種別では虐待相談が半数以上(116人)で、次いで年少児では障害相談が多く、年長児では非行相談が多くなる傾向があった。医師の対応は1回の診察で終了する場合がもっとも多かったが、約4割のケースでは2回以上継続して診察していた。中卒以上では医療機関へ紹介するケースも多かった(22.6%)。

薬物療法を行っているケースは比較的少なかったが、中学生は他の年齢群よりも薬物療法の頻度が高かった(23.2%)。児童虐待に関連する症状

の評価のための診察がもっとも多く、次いで、年少児では発達障害の診断・評価の割合が高く、年長になるにつれて発達障害以外の精神障害の診断・評価のための診察が多かった。

児童相談所で診察する発達障害児の特徴としては、虐待や不適切な養育などの影響があり、併存障害を伴うことも多く、臨床像が多彩で非定型的であり、そのために診断や鑑別診断が難しいことに加えて、児童相談所での診察では養育者からの生育歴や病歴の情報が得にくいこともあり、診断に苦慮することが多いことが挙げられた。

児童相談所で対応することが難しい問題として、攻撃性や素行の問題などの激しい行動化、フラッシュバックや解離などの精神症状、性的問題行動などの著しい情緒・行動の問題や、発達障害の基本的な症状に関連する対人関係の問題への対応などが挙げられた。

発達障害と診断した児童に対して、児童相談所ではさまざまな治療的な支援と外部の医療機関への紹介・連携が行われており、支援方法としては一般的な児童精神科医療のアプローチが可能であった。その一方で、医師やスタッフの不足のために継続的な治療や指導ができない人的資源の問題、医療機関としての機能の制約や親へのアプローチが難しいなどの医療的支援の限界、さらには、児童虐待対応と治療的支援の両立の困難や児童福祉法上の年齢上限などの制度上の限界も指摘された。児童福祉での支援から離れる18歳以降は、自立援助ホームや就労支援を利用することで自立を目指し、継続的な医療的ニーズがある場合は一般精神科医療機関に紹介するのが一般的な方針として挙げられた。

2) 施設調査の結果

調査した児童福祉施設の平成26年9月1日現在の在籍児童数は、児童自立支援施設が2施設で58人、情緒障害児短期治療施設が4施設で147人、児童養護施設が4施設で228名であった。1施設当たりの平均入所児童数は、児童自立支援施設

が29人、情緒障害児短期治療施設が36.8人、児童養護施設は57人であった。

すべての在籍児童433人のうち156人(36.0%)が発達障害またはその疑いがあると報告された。施設別では、児童自立支援施設では22人(37.9%)、情緒障害児短期治療施設では55人(37.4%)、児童養護施設では79人(34.7%)であり、施設種別の間では大きな違いはなかった。

発達障害を有する児童の特徴として、対人関係やコミュニケーションの困難、集中困難、衝動制御の困難、こだわりなどの発達障害の基本的な症状に加えて、自己評価が低い、経験が活かさない、感覚過敏や生理的リズムの悪さ、激しい気分変動などが挙げられた。

児童福祉施設で対応が困難な症状や特徴として、自己や他者への攻撃性につながる衝動性や自己コントロールの困難、対人的相互作用やコミュニケーションの困難による対人関係や集団適応の問題、強固なこだわりや思い込み、自己評価の低さ、学校での不適応などが挙げられた。

発達障害を有する児童の受け入れについては、多くの施設から入所前のアセスメントを重視し、それにもとづいて支援を行い、さらにニーズに応じて適切な人員配置や生活構造を提供すること、学校や医療機関などの関係機関との連携をしっかりとるなどの方針が挙げられたが、2か所的情緒障害児短期治療施設からは、発達障害に対して特別な方針はなく受け入れているという意見が寄せられた。その一方で、発達障害児のニーズに応えようとしても、なかなか実現できない現状も訴えられた。

外部資源との連携に関して、医療機関については連携する医師の確保、児童の通院や服薬などで職員の負担が大きいことや、保護者の同意を得られない問題、教育については発達障害の診断や特別支援教育の適用をめぐる理解や意見の調整、児童相談所との連携では支援方針をめぐる食い違い、施設生活での問題を共有して協力することなどの課題が挙げられた。

施設での支援としては、発達障害の特性を考慮した環境調整を行いつつ、他児との生活をとおして生活習慣を獲得したり対処能力を獲得したりすることが示された。このような基本的な支援に加えて、情緒的な成長を促す心理的支援、トラウマや二次障害へのケアも行われていた。また、家族支援や他機関との連携も施設としての支援に挙げられていた。

施設でできない専門的な支援などについては積極的に外部資源を利用する意見が多かった。外部資源を利用する際には、本人や保護者への説明や同意を得ることや、連携先とは緊密な連絡や協議を行うようにしている。また、入院や一時保護で一時的に施設を離れる場合は、子どもとのつながりを維持するように努めるという方針もみられた。

施設での対応の限界については、発達障害児の受け入れに関する課題と重複する意見が多く、集団生活が基本であるために個別対応ができるスペースやマンパワーの不足などの構造的、人的限界に加えて、暴力や自傷、無断外泊、他者の人権侵害などの激しい行動化といった行動上の問題が挙げられた。

18歳以降の支援について、多くの施設はアフターケアの重要性と責任を感じており、より良いアフターケアを実現するためには質の高い施設ケアが前提となるといった意見がみられた。その一方で、施設だけで支援することの限界もあり、社会全体での取り組みの必要性も示された。

3. 児童福祉領域での発達障害児への支援モデル

平成25年度、26年度の分担研究に加えて平成27年度には国内の児童福祉施設や教育・医療機関などでの支援の取り組みとアメリカの児童福祉サービス、若者支援プログラム、児童青年精神科医療機関の視察も行い、これらの結果を総合的にふまえて児童福祉施設における支援モデルを検討した(図1)。

児童福祉による支援の対象は基本的には養育的な支援を必要とする児童であり、在宅での支援であろうが施設入所による支援であろうが、まずは安全で安定した生活を保障し、基本的な衣食住に加えて、信頼できる大人のケアを受けながら心身の発達と自立への支援が行われなければならない。それは発達障害の有無にかかわらずすべての児童に求められる支援であり、児童福祉における支援の根幹である。したがって、児童福祉における支援では、まずは生活支援がすべての児童に共通する支援の基盤となる。施設内で提供される心理療法についても、あくまでもケアワーク(生活場面支援)を基盤とする治療的アプローチであり、しっかりと生活支援がなければ成立しない。

また、現在の社会的養育においては家族との連携・協力も重要になっており、生活支援とともに家族支援や地域活動への参加も行われる必要がある。ここに学校生活も加わることで、入所児童の生活と支援の基盤が形成される。

被虐待経験のある児童の入所が増加し、トラウマに関連する問題へのケアの必要性も高まっているが、このような入所児童への支援では安全な生活と養育を保障することがもっとも基本的なニーズであり、専門的なトラウマケア以前にしっかりと生活支援は不可欠である。適切な養育によってさらなる暴力被害やトラウマ体験から守ることは、攻撃性のリスクを軽減することにもつながるので、成人期以降の対応困難な問題を予防するためにもきわめて重要な支援となる。

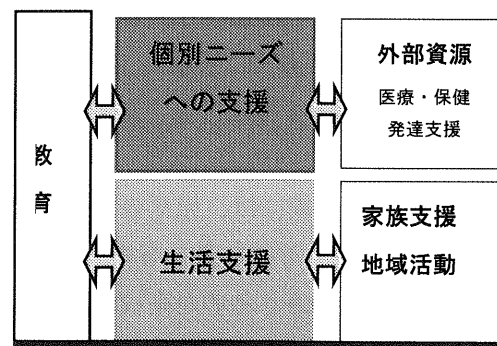


図1. 児童福祉施設の支援構造

この生活支援をしっかりと行った上で個別のニーズに対する支援が行われる。児童福祉施設に入所する児童の背景は多様であり、それぞれの児童に対して児童相談所の援助指針を踏まえて自立支援計画が作成され、必要に応じて外部資源を利用しながら支援が行われる。

外部資源には医療・保健、教育、発達支援などの専門的な支援だけでなく、個々の児童のニーズに応じてあらゆる資源を利用する、いわゆるラップアラウンド(wraparound)の支援が有用である。

学校教育は児童福祉とは独立しているが施設生活の主要な要素でもあり、入所児童についての情報や評価を共有して、連携・協力しなければならない。個別的ニーズに対しても、教室でのさまざまな配慮や学習支援、特別支援教育などの学校での支援と施設での支援を良く調整することが求められる。

児童思春期における支援の課題のひとつに成人期への移行があるが、教育や医療と同様に、福祉サービスも子どもと大人とで制度が異なり、そのために支援が途切れる危険性がある。支援ニーズのあるかぎり、成人期の適切な支援にしっかりとつなげることができるようにすることも支援モデルで考慮されなければならない。

現在の児童福祉、教育、医療の制度における子どもへの支援は、おおむね15歳から20歳までの期間が移行期となっており、適切な移行支援モデルを用意しておく必要がある。現在の一般的な大人への移行過程を考慮すれば、児童福祉サービスの期間を20歳代前半まで延長し、アフターケアを充実することで十分な準備期間を確保することが合理的であるが、現時点では実現しておらず、社会的養護児童の自立への困難はますます大きくなっている。

15歳から20歳の移行期には、児童福祉サービスや児童精神科医療が手薄になる一方で、この時期の支援資源として期待されるのが高校教育である。ほとんどの子どもたちが移行期を高校教育の中で過ごすようになった現在では、高校は移行支

援の場としての意義がますます大きくなってきており、社会的養護児童の自立生活への移行においても、児童福祉サービスだけでなく、高校教育も積極的に活用することが望ましい。

また、近年では若年者の貧困、就労困難やひきこもりなどの問題に対して、新たな就労支援や若者支援のプログラムが普及し始めているので、これらの支援も積極的に利用することで、児童福祉から成人へのギャップを埋めることが期待される。アメリカの若者支援の実践のように、貧困や虐待などのために児童福祉サービスを受けている若者に包括的な支援を提供していくことは、成人期以降の攻撃性や反社会的行動のリスクを軽減する可能性があり、わが国でもさらに強化していく必要がある。

D. 考察

近年、児童福祉領域では発達障害の特性を持つ児童が非常に多くなってきており、厚生労働省が5年ごとに実施している児童養護施設入所児童等調査で「障害等あり」とされる児童は、児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設でそれぞれ28.5%、72.9%、46.7%にのぼり、年々増加する傾向にある¹⁾。本研究で実施した調査でも同様の傾向が認められ、ニーズの高い児童に対応する情緒障害児短期治療施設や児童自立支援施設では発達障害の割合が高く、精神科医療を利用している割合も高かった。

ただし、これらの有病率については厳密な疫学的な調査によって確認されているわけではないので、発達障害そのものの増加というよりも、発達障害概念の普及により、子どもの情緒・行動の特性が発達障害によって説明されることが多くなっていることを示している可能性もある。児童福祉領域で対応する児童については、被虐待体験やその他のトラウマ体験などの影響で発達障害と類似した特性がみられることもあるので、慎重に判断する必要がある。

発達障害を有する児童にはさまざまな問題行動が高率に認められることに加えて、児童相談所の医師の調査では併存障害のあるケースが多いことも指摘され、児童福祉領域での発達障害児への対応には困難が大きい。しかし、これほどまでに発達障害が増加している児童福祉の現状からは発達障害への対応は差し迫った問題であり避けて通ることはできない現場の課題でもある。

しかしながら、児童福祉は発達障害の専門的な治療を担っているわけではなく、児童虐待や非行などによる要保護児童への対応の中で、発達障害にも対応しているというのが実情であり、発達障害を伴う児童であっても、基本的には児相福祉サービスの枠組みの中で対応している。必要に応じて外部資源も利用しているが、発達障害児の多様なニーズと多彩な症状は、精神科医療や薬物療法の頻度の高さとなって表れている。それでも、激しい情緒・行動の問題への対応には限度があり、精神科医療などによるより専門的な対応を必要とすることも増えている。

児童福祉の支援モデルとしては、あくまでも生活支援が基本であり、診断の有無にかかわらず、それはすべての子どもの支援の基本である。その上に個々のニーズに応じた支援が行われる。その意味では、診断を基本とする医療モデルとはアプローチが異なる、独特な支援モデルといえる。発達障害そのものの治療よりも生活基盤をしっかりと支え、継続的な支援を行うことが、児童福祉領域での支援の根幹といえるだろう。

児童福祉領域で支援する子どもたちの多くには虐待や不適切な養育に関連するアタッチメントの障害やトラウマの影響もあり、青年期以降の不適応行動のリスクが高いことが知られている²⁾。とりわけ攻撃性や反社会的行動の予防は重要で、支援をとおしてリスク因子や保護因子にアプローチする必要がある。児童福祉領域で支援する発達障害児についても、児童福祉で十分なケアをすることが将来的に対応困難な問題を予防するために重要であることは共通していると考えられる。

また、非行や反社会的行動に関する縦断的研究は小児期の逆境体験と不良な転帰との関連を示唆している³⁾、適切な養育環境を保障することはさらなるリスク因子を防ぐとともに、社会的養護の原理である「安心感を持てる場所で、大切にされる体験を積み重ね、信頼関係や自己肯定感(自尊心)を取り戻していけるようにしていく」⁴⁾生活場面でのケアは保護因子を強化することにつながり、将来の対応困難な問題を予防することが期待される。

さらに、成人後の問題を予防するためには、思春期から成人期への移行支援にも注目することが重要である。大人への移行支援では、不安定な移行期に顕在化する問題への対応だけでなく、それまでの育ちの中での累積的なリスクのケアも含めた、より積極的な支援が必要となる⁵⁾。そのためには児童福祉制度の枠組みにとどまらず、移行期の若者が利用できるあらゆる資源を積極的に活用することが望まれる。現在の児童福祉による支援に加えて、施設退所者へのアフターケアの充実や包括的な若者支援を普及させることで、より効果的な予防ができるものと考えられる。

E. 結論

児童福祉領域で対応する発達障害を有する児童には被虐待体験やその他のトラウマ体験の影響も加わり、複雑かつ多様な支援ニーズがあり、医療や教育などとも連携しながら生活支援を基本とした支援モデルで支援が行われている。児童福祉で十分なケアをすることが成人期以降の対応困難な問題の予防には重要であるが、青年期以降の支援は不足しており、成人期への移行支援をいっそう強化する必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- 1) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局：児童養護施設入所児童等調査（平成 25 年 2 月 1 日現在）。厚生労働省、2015.
- 2) 小野善郎：子ども虐待の発達の影響。齊藤万比古、本間博彰、小野善郎（編）：子ども虐

待と関連する精神障害。中山書店、pp. 37-58, 2008.

- 3) 小野善郎：児童・青年期の攻撃性・反社会的行動の発達の側面。齊藤万比古、本間博彰、小野善郎編：子どもの攻撃性と破壊的行動障害。中山書店，pp.17-36, 2009.
- 4) 平成 24 年 3 月 29 日厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知：児童養護施設運営指針。
- 5) 小野善郎：発達精神病理学の視点。小野善郎、保坂亨編：移行支援としての高校教育—思春期の発達支援からみた高校教育改革への提言。福村出版，pp.150-171, 2012.

平成25～27年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神神経分野）
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
分担研究報告書

精神保健福祉分野における予防と介入方法の検討

研究分担者	黒田 安計	（さいたま市保健福祉局保健部）
研究協力者	荒木 圭祐	（徳島県中央こども女性相談センター）
	石元 康仁	（徳島県精神保健福祉センター）
	境 泉洋	（徳島大学大学院ソシオ・アーツ・アンド・サイエンス研究部）
	高林 学	（徳島県発達障がい者相談支援センター）
	野中 俊介	（早稲田大学大学院人間科学研究科）
	山本 彩	（札幌学院大学人文学部臨床心理学科）

研究要旨：

発達特性(ASD: autistic spectrum disorder 特性や ADHD: attention-deficit/hyperactivity disorder 特性)と、ひきこもり、暴力、触法行為などの社会行動面の課題をもつ事例に対して、精神保健福祉分野における支援の更なる充実や、より効率的、有効な支援方法の開発・普及が求められている。本分担研究班においては、以下の3つの課題について調査・研究を行った。

- ① 「発達特性（ASD 特性や ADHD 特性）及び社会行動面の課題を有する方への地域精神保健福祉分野における支援に関する研究」として、平成26年2月～平成26年7月の6か月間の18歳以上40歳未満の新規相談事例発生件数（incidence rate）について前向き調査を実施した。
- ② CRAFT(Community Reinforcement and Family Training)について、依存症以外の応用可能性について検討し、ひきこもりや発達特性のある事例に対する適用について検討を行った。
- ③ ①②を含めて、昨年度までの協議を踏まえ、地域精神保健福祉分野におけるガイドラインとして、疫学、支援のあり方、CRAFTなどの項目に関して策定した。

A. 研究目的

本分担研究は、わが国の青年期・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・支援に関する研究の一環として、地域の精神保健福祉領域における疫学的な調査、支援のあり方についての協議、新たな技法の適用についての研究、さらには参考となる事例の検討などをもとに、実践的な支援のガイドラインの一部を分担して作成することを目的とした。

B. C. 方法と結果

I. 精神保健福祉分野における疫学的調査

わが国の地域における青年期・成人期の発達障害と犯罪行為などの問題行動に関する発生頻度の

調査はまだ少ない。一般集団を対象とした疫学的な調査は、調べた範囲では確認ができなかったが、対象を限定した方法によるものでは、例えば少年の事例として、藤川が東京家庭裁判所で取り扱った事例を対象に行った出現率調査があり、その報告では、自閉症スペクトラム症（ASD）が診断もしくは診断されうると思われる例は2.8%、注意欠如・多動症（ADHD）が診断もしくは診断されうると思われる例は5.7%と報告されている¹⁾。また、少年鑑別所入所者を対象とした近藤の報告では、AQ-J（自閉症スペクトラム指数）を基に修正したAQ-C（鑑別所版）による調査で、カットオフを超える得点者は3.2%とされている²⁾。

海外の先行研究では、1994年に英国の保安病院での調査があり、面接が実施できなかった事例を含めると触法入院者の約2.3%にアスペルガー症候群が認められると報告されている³⁾。また、Kingらによる総説⁴⁾によると、近年ASDと犯罪に関する研究が進められてきているが、特にASDが刑事司法制度との関連が強いというエビデンスは十分とは言えないようである。さらには、ASDといわゆるサイバー犯罪との関連も取りざたされるようになってきているが、現時点では、ASDとサイバー犯罪の関連についても明らかにはなっていない。

わが国でも、成人例では犯罪行為によって警察や検察による捜査が行われても、医学的な診断を全例に実施することは現実には難しいため、発達障害に関連した疫学的な調査には困難を伴うことが予想される。犯罪白書⁵⁾には精神障害者等(精神障害者及び精神障害の疑いのある者)による一般刑法犯に関する記載はあるが、特に発達障害に重点を置いた調査は現在のところ実施されていないようである。

一方で、地域の精神保健福祉関係機関においても、発達障害に関する医学的な情報は限られている場合が多く、また、発達障害があつて犯罪行為や他害行為がみられる事例がどの機関でどのように支援されているかについては全体像が見えにくい状況である。ほとんどの自治体では問題行動の内容や程度によって支援機関が決められるようなシステムになっている訳ではなく、その時々相談の受け皿となった機関が、地域の様々な関係機関と協力しながら支援を模索しているのが現状と思われる。

このような状況であるが、発達障害の対応困難ケースへの危機介入と治療・支援を検討して行く中で、対象となる事例数は果たしてどのくらいなのかという疑問に対する回答が求められた事情もあり、限られた条件ではあるが、厚生労働省内山班の研究の一環として予備的な地域の発生率調査が実施された⁶⁾。

具体的な方法としては、発達特性(ASD特性やADHD特性)が推定され、触法、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18歳以上40歳未満の事例を対象に、全国の3つの地域(A、B、C)において、精神保健福祉センター、発達障がい者支援センター、保健所、障害者相談支援事業所に依頼し、6か月間の新規相談事例発生件数を前向き調査し、調査終了3か月後の追加情報を加味して結果を回収した。なお、必ずしも医療機関の関与がない事例も一定数存在するため、発達特性の判断については、2年以上の発達障害者支援の経験を持つ専門職が、ICD-10の臨床記述と診断ガイドラインを参考に、対象者にASDやADHDの特性を持つと推定された事例についてエントリーを依頼した。

調査の結果を表1～表6に示す。

表1. 今回のエントリー事例の年齢、男性の比率に関するデータ

	年齢(歳) (平均 ±標準偏差)	男性/全体
A	24.6±5.5	0.86
B	26.6±6.5	0.74
C	26.0±6.2	0.75

表2. 各地域の人口当たりの新規相談発生件数

	新規事例発生数 (件/18歳～39歳人口10万人/年)
A	39.7
B	20.8
C	103.0

表3. 表1のうち他害的行為の発生件数：
 触法（性的逸脱行為含む）and/or 他害（暴力を
 含む）and/or 警察による保護歴 and/or 逮捕歴
 and/or 措置診察／措置入院歴

	新規事例発生数 (件/18歳～39歳人口10万人/年)
A	20.0
B	15.0
C	49.7

表4. 表1のうち自傷的行為の発生件数：
 自傷 and/or 自殺念慮 and/or 自殺企図

	新規事例発生数 (件/18歳～39歳人口10万人/年)
A	4.6
B	8.7
C	23.0

表5. 表1のうち医療機関での精神疾患診断の有
 無

	医療機関での精神疾患の診断	
	診断名あり (%)	診断名なし (%)
A	60.2	39.8
B	61.1	38.9
C	63.5	36.5

表6. 表5で「診断名あり」のうち医療機関での
 ASD/ADHD 診断の有無

	医療機関での診断	
	ASD/ADHD の診断名 あり (%)	ASD/ADHD の診断名 なし (%)
A	80.6	19.4
B	77.3	22.7
C	79.6	20.4

今回のエントリー事例の年齢、男性の比率に関
 するデータを表1に示した。また、6か月間に各

自治体でエントリーされた結果を解析し、それぞ
 れの自治体の対象とした18歳から39歳までの年
 齢人口10万人あたりの年間発生件数として算出
 した（表2～4）。

今回の予備的な調査では、発達特性（ASD 特性
 や ADHD 特性）が推定され、触法、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18歳以上40歳未満の事例の発生は、A～C
 各自治体で、18歳から39歳までの年齢人口10
 万人あたり、それぞれ年に換算して39.7件、20.8
 件、103.0件であった（表2）。

エントリーされた事例全体のうち、触法（性的
 逸脱行為含む）、他害（暴力を含む）、警察によ
 る保護や逮捕、措置診察や措置入院の事例の発生
 件数は、A～C各自治体で、それぞれ年換算20.0
 件、15.0件、49.7件であった（表3）。また、
 自傷や自殺念慮あるいは自殺企図などの行為につ
 いては、A～C各自治体で、それぞれ年換算4.6
 件、8.7件、23.0件という結果となった（表4）。

今回の調査で取り扱われた事例には、医療機関
 で既に精神疾患の診断がなされているもの、未だ
 診断がされていないものの両方が含まれているが、
 医療機関で診断がなされている比率をみると、A、
 B、C自治体でそれぞれ、60.2%、61.1%、63.5%
 となっている（表5）。医療機関において診断が
 なされている事例について診断名をみてみると、
 ASDまたはADHDはそれぞれ80.6%、77.3%、
 79.6%であった（表6）。

また、触法（性的逸脱行為含む）、他害（暴力
 を含む）、警察による保護や逮捕、措置診察や措
 置入院の事例に限って、今回の調査のエントリー
 経路についてみてみると、A～Cの自治体で障害
 者相談支援事業所からのエントリーが多かったと
 ころや、発達障害者支援センターからのエントリ
 ーが多かったところなど経路にばらつきがみられ
 ている（データ未掲載）。ただし、今回の調査を
 依頼した機関からの回収率は100%ではないため、
 あくまで回収されたデータを基にした傾向である。

今回の調査は、比較的地域の全体の状況が把握しやすいと考えられる3つの地域に絞って実施されたものであるが、調査の方法を含め以下に述べる点で限界があるものであり、数値の解釈には相当慎重であることが求められる。

まずは診断の問題である。結果に示したように、今回エントリーされた事例の中には医学的な診断がなされていないものが一定数含まれている。エントリー終了後3か月間のフォローアップ期間を設定して追加情報を加味したが、それでも医療との関わりがない事例は残っており、さらにフォローアップを実施したとしても医学的な診断の問題は残るものと推定される。次に、今回調査を依頼した機関以外で支援されている事例が存在している可能性がある。特に、今回は地域の医療機関だけで支援されている事例についての実態は不明である。また、家族のみで問題が抱えられており、外部の相談支援機関に繋がっていない場合もこの調査では把握できていない。3つ目は事例の重複の問題である。今回の調査期間中に複数の支援機関でそれぞれ新規の事例となった場合、重複してエントリーされている可能性が否定できない。それ以外にも、社会行動面での課題の評価が必ずしも客観的な指標に基づいているとはいえないことによる影響や、比較的短期間の調査で個々の事例に関する情報が十分に得られずエントリーに至らなかった事例も存在する可能性がある。なお、言うまでもないが、今回の調査は、あくまで発達特性（ASD 特性や ADHD 特性）が推定され、かつ社会行動面での課題によって新規相談となった事例に関する調査であって、発達特性と社会行動面の課題の因果関係や関連を調べたものではない。

このような調査結果は、現在の発達障害者と触法問題に対する施策を考える上で大切な基礎データとなると思われる。今後、上述したような調査上の課題を検討し、より広範な地域におけるデータの集積が行われ、地域におけるさらなる支援の充実につながることを期待したい。

II. CRAFT について

1. CRAFT とは

Community Reinforcement and Family Training (CRAFT; コミュニティ強化と家族訓練) は、家族または友人などの本人にとって重要な関係者 (CSO; Concerned Significant Others と呼ばれる) を介して、治療を拒否しているアルコールや薬物等の依存症患者を治療につなげるための科学的に支持された認知行動療法プログラムである。CRAFT は、以前よりアルコール依存症治療等に用いられていた Community Reinforcement Approach (CRA; コミュニティ強化アプローチ) を応用したものであるが、この CRA は、依存症患者本人、治療者、CSO 等が協力して、依存症患者の地域でのサポートシステムなどの社会環境や、本人の活動をふくめたライフスタイルそのものを変化させようとする多次元で広範囲のアプローチである⁷⁾。CRA は、行動理論としては、依存性薬物の摂取に係る正の強化を減らし、断酒や断薬に対する正の強化を増やすことを目的とし、依存性薬物使用に関連した随伴性を変容する (☆注) ことでその有効性を示している⁸⁾。その一方で依存症患者は治療を拒否する 경우가少なくないことから、CRAFT では、依存症患者自身ではなく依存症患者の家族やパートナーといった CSO を対象としたプログラムとなっており、CSO の行動を変化させることで結果的に依存症患者である IP (Identified Patient) の治療参加を促進しようとするものである⁹⁾。

☆注 随伴性を変容する：刺激—反応—結果のうち、刺激や結果を変容させること。

上述のように、CRAFT は、当初アルコールや薬物などの依存症治療のためのプログラムとして開発されてきたものであるが、わが国では、CRAFT をひきこもりの支援にも応用しようとする試みが進められている。CRAFT は、行動理論の1つであるオペラント条件づけに基づいているが^{9) 10)} オペラント条件づけ理論によれば、ある行動は行

動の前後の環境の変化によってその行動が獲得されたり維持されたりするとされている¹¹⁾。“ひきこもり”についてもそれを行動とみなし、その前後の環境の変化に注目し、それを变えることで“ひきこもり”行動を変えようとする事ができると考えられる。ひきこもり本人にとっての環境は、同居する家族も含まれることになり、家族の行動を変えらることでひきこもり本人の行動も変わるようになる。

さらに、ひきこもりの一群には、自閉症スペクトラムなどの発達特性を持つものがあり、その様な事例に対してCRAFTを応用する試みも始められている。

2. CRAFTの効果

CRAFTの効果検証においては、Roosenらによるメタ分析を用いた研究が行われており¹²⁾、またはControlled Clinical Trials (CCT)の手続きでCRAFTの効果検証を行った4つの論文¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾を用いた検討を行った結果、CRAFTによって約3分の2のIPが治療参加に至ることが示されている。また、その効果は、Al-Anon/Nar-Anon、ジョンソン研究所式介入といった従来の他のアプローチと比較すると、治療参加率でAl-Anon/Nar-Anonの3.25倍、ジョンソン研究所式介入の2.15倍であることが示されている。さらに、一般的には比較的短期間の4~6セッションで物質依存症患者が治療参加に至っていると報告されている。

わが国では、厚生労働省が作成した「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」にCRAFTが紹介され¹⁷⁾、ひきこもり状態にある人の家族を対象としてCRAFTの効果が検討されており¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾、2つの研究¹⁸⁾²¹⁾による効果検証からは、約6割のケースで治療参加あるいは社会参加に至ることが示されている²²⁾。

ひきこもりケースにCRAFTの応用が注目される理由としては、物質依存症患者と同様に、ひきこもりケースにおいては本人が治療に参加するまで

に時間がかかるケースが少なくないこと、家族などCSOの関わりを変えることでIPの行動が変化することが期待されること、IPの適応的な行動を増やすことで、それに伴って問題とされる不適応的な行動も改善が期待されることなどが考えられる。

3. CRAFTの基本

ひきこもり状態にあるIPのCSOを対象としたCRAFTの手続きに関しては、境・野中(2013)によるワークブックが出版されている¹⁰⁾。ここでは、そのワークブックを参考に、ひきこもり状態にCRAFTを適用する場合の基本について解説する。

(1) CRAFTの目的

CRAFTにおいてまず大事にしなければいけないことは、家族などのCSO自身の支援を丁寧に行うことである。特に長期化した事例では、家庭内が非常に緊張した状態であることが少なくない。このような状況において、CSO自身が強い心理的負担を抱えていることが多いため、こうしたCSOの心理的負担を和らげることが何よりも重視されなければならない。

二つ目は、IPとCSOの関係の改善に注目することである。IPとCSOの関係の健全さを図る一つのバロメーターとして、CSOが褒めるとIPが喜び、CSOが叱るとIPが反省するか否かという基準が考えられる。実際の事例では、ひきこもり支援に相談の場に登場するCSOとIPの関係はこの基準を満たしていない場合が多い。そのような事例では、IPとCSO間の信頼関係の回復から始める必要がある。

三つ目は、ひきこもり状態にあるIPと社会を繋ぐことである。これは、IPを相談機関に連れて行くことや、働かせることだけを指すのではなく、ひきこもり状態にあるIPが様々な活動のために動きやすい環境づくりに努めることを意味している。