

関わる大人へのトレーニングの充実を挙げる意見が多くみられた。

研究②：対象となった症例は95例（男子83例：87.4%，女子12例：12.6%）であった。複数照会や介入された例が、少なくとも32例あったが、今回の調査では最終の司法介入の件で取り扱うこととした。介入された年齢は 17.7 ± 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。その他の用件としては、児童虐待、銃器所持、ストーカー行為、嫌がらせなどが挙げられた。複数犯は6例で、ほとんどが単独犯であった。服薬は少なくとも38例（40%）でされていた。

疾患名については、（PDDとASDに関して診断時によってそれぞれ診断名が異なっているが、ここでは便宜上ASDとまとめて取り扱う。また、PDDとADHDの同時診断についてはDSM-V発表の前後で取り扱いに相違があるが、全ての症例について主治医への質問紙法により後方視的に併存があったものについては、併存を認めて検討した）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。併存診断を含めると、ASDとADHDがそれぞれ32名、24名と多くを占めたが、当院の初診時診断名でもそれらで55.6%を占めており、比較すると取り立てて多いという判断はできないことに留意が必要である。なお初診時年齢は 12.5 ± 4 歳で、無非行の例との差は見られなかった。知能検査が行われていたもののうち、中度精神遅滞以下の例は（IQまたはDQ49以下）2名（2.6%）であり、境界以上の知能保持者は62.8%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 ± 5.3 歳であった。

知的障害があったものは、平均 19.4 ± 7.6 歳であったが、「発達障害なし」について知的障害があったものを含めてグルーピングすると、平均は 21.4 ± 8.7 歳となった。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 ± 6.7 歳であったのに対し、「ADHDまたはADHDを含む」ものは 14.6 ± 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 ± 6.7 歳であったのに対し、「ADHDまたはADHDを含む」ものは 14.6 ± 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。

また、複数回の介入をされた例が32名（33.7%）に上り、うち17名が3回以上の介入をされていた。疾患別で見るとASDがのべ15名（うち3回以上6名、以下同）、ADHDがのべ5名（3名）、ADHD+PDDがのべ3名（1名）を占めた。介入事象別に見ると、窃盗がのべ17名（10名）、次いで暴行・傷害がのべ6名（2名）と多かった。

研究③：

症例(1)：17歳（非行時15歳、男児、診断名PDD）窃盗の内容は、近隣の野菜農家の現地販売用の現金投入口に故障中の細工をし、自ら取り付けした臨時現金投入口を時間を見計らって設置し、のちに回収するというものであった。意欲はあるものの高校の成績が振るわず、登校が不安定となるなか、小遣いが得られない状況となり、ゲームソフトを購入する資金を得るための計画であった。しかし、回を重ねるごとに非行が当初の金銭目的から、自分の計画の成功そのものが動機となっていったことが語られた。それと呼応して非行が露見することへの警戒心も低下していったという。

被害者に面識はなかったが、回収の際には毎回軽く「ちょっと失礼します」と頭を下げるなど、切迫したというよりは、ややゲーム感覚の非行で

あった。近所に事件があり、偶然警察が巡回している際に職務質問され発覚した。その際は、逃走などはせず素直に非行を認めたものの、取り調べで語った金銭回収の方法や動機を、警察が理解してくれないと考え、失望したと述べた。

現在は自立を目指した施設に入所しているが、就労先で適応良好であり、「収入もあるし、自由で快適で一人の時間を楽しめるので、もう窃盗はする気がしない」と述べた。

Pervasive Development Disorders Autism Society Rating Scale Text-Revision の幼児期ピーク得点は 10 点、現在得点 28 点であった。

症例(2)：16 歳(非行時 14 歳, 男児, 診断名 ADHD)

非行の内容は、友人との待ち合わせ場所にたまたま鍵付きで置かれていたバイクの窃盗であった。それまでバイクを欲しいと思ったこともなく、特に興味もなかったが、「そこに鍵付きで置いてあったため」窃取したという。即座に複数の友人に窃盗を報告し、戦利品として乗り回し貸与もしている。その後は家族に露見しないように自宅から少し離れた場所に保管したが、持ち自宅の近くで運転することにも危機感はなく、もし出会ってしまったら、逃げるか謝ろうと思っていたと述べた。

その後、窃盗のことで警察が本人を呼び出すとの噂が仲間内に伝わったが、特に対策を考えずにバイクの使用を続けていた。しかし、家宅捜索が一般的には日曜日の朝にされることを知っており、毎週日曜日の朝だけは緊張していたという。

現在は紹介により真面目に職人の修行をしており、取られた人の気持ちが分かるようになったので、もう窃盗をすることはないと述べた。

窃盗時における不注意、多動・衝動性に関しては母の評価で ADHD-Rating Scale-IV で不注意は 9 項目を満たし 12 点、多動・衝動性は 5 項目を満たし 7 点であった。

研究④：対象となった症例は、34 名(男 32, 女 2)で、IQ の平均は 97.5 であった。このうち WISCIII を受けた 32 名の平均値は FIQ97.7 (SD =

13.5), VIQ100.9 (SD=14.1), PIQ94.6 (SD=13.8) であり、VIQ と PIQ には統計的な有意差は見られなかった。臨床現場で平均知能例の Discrepancy を検討する際に一つの指標となる $|VIQ-PIQ| \geq 10$ の症例を 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。

D. 考察

研究①：発達障害の問題行動は、早い時期から広い範囲にわたっており、その背景も多様であると考えられる。問題行動に対するより効果的な介入方法を検討するには、そこに至る背景因子を行動別に分析する必要があると考えられた。より効果的な早期介入が検討されるべきであるが、プライマリー医として関わることの多い小児神経科医などが、発達障害臨床においてどのような困難を感じるかなど、調査の対象を今後広げていくことが必要であると考えられる。また、今後望まれる支援に関して、緊急対応の整備や対応マニュアルの作成など、早急な効果の得られるものへの期待が高い傾向が認められ、児童精神科の臨床現場では問題行動への対応の困難さがより切迫したものとなっていることが示唆された。

研究②：(limitation) まず、対象となった症例 95 名であるが、一応分母として診療録の存在する数千人は想定できるものの、診療録をすべてさらったわけではなく、警察からの照会を書類から抽出したものと、現在当科に勤務している医師か

らの聞き取りによるものであり、厳密に調査対象数として扱うことはできない。よって、この95名という数字は意味を持つものではない。介入年齢については、前述の通り今回は複数回司法に介入されている例については、最終の事象を取り扱っている点に注意が必要である。また、初診時年齢と介入年齢の差をとることはできるが(5.2年)、照会までに通院を中止していた例も多数あるため、これを医療的介入の年数とすることはできない。

罪状に関しては、犯罪白書における罪状分類に従って分類したが、あくまで司法介入の例であり、特に暴行・傷害に関しては、家族に対してのものはほとんど数えられていないと考えられる。

性別については、2013年度の初診時統計によれば男子63. %女子36. %であり、例年ほぼ同様の割合だとすれば、非行に関連するのは男子のほうが多いとは言える。発達障害に限ると男女比はやや男子優勢になるものの、今回の95名の内訳ほどの隔たりはない。また、早ければ6歳から司法関連事象は始まっているが、平均初診年齢には全体のものと同様な開きはなく、特に早期から医療介入を要するものが、非行を起こしやすいとは言えないと考えられた。

知的には、中度精神遅滞以下のものが少ないことは注目すべき点である。これは、犯罪や触法行為は社会参加がある程度自由にできる能力が必要であることを示していると考えられる。

司法介入のなされた年齢であるが、発達障害のあるもののほうが早い。発達障害のなかでも、ADHDのあるものが平均14.歳と、ASDのもの17.2歳、ADHDのないもの19.1歳と比較して大きく下回っている。病院全体で疾患別の初診時年齢を見ると、ASD、ADHD以外のものが 13.2 ± 6.2 歳(2013年度)、ASDが 10.3 ± 4.9 歳、ADHDが 10.2 ± 3.4 歳であることから、通院しているものの平均年齢が大きく隔たっているとは考えにくく、ADHDの診断がなされたものが司法介入をされるとすると、より早い年齢でされやすいということは、今回のデータから示されると考えられる。

また、罪状に関してもADHDのあるものは半数近くを窃盗が占めているが、これは目の前にあったものを衝動的に我が物にしてしまい、その後のごまかしなどに手が回らない特性と関連している可能性があり、今後はケース別に詳細な検討を要すると考えられる。

累非行については、他疾患と比較して発達障害で多い傾向が見られ、特性に基づいた適切な介入を検討していく必要があると考えられた。

研究③：症例(1)では、PDDの特性であるこだわりが非行の計画に良く表れている。現金投入口に対する故障中の細工の方法や、自ら取り付ける臨時現金投入口の形態についても、本人ならではの譲れないポイント、独特の発想があり、当初は綿密な計画に基づく非行であった。しかし、本来は金銭をスムーズに搾取するための方法であった計画が、次第に計画のための計画へと変化していき、最終的には金銭を得るという本来の目的が第2義的なものに変化していったことは、weak central coherenceの例とも言えよう。

さらに、取り調べの際にも警察から非行の方法や動機を理解してもらうことを重要と考えているものの、独特の発想であることやコミュニケーションの質的な障害の影響もあいまって、警察には理解し難かったと想像された。また理解されないと警察に対して心を閉ざしてしまいがちになる点も、PDDの特性から説明可能なものと考えられた。

症例(2)では、計画性がほとんどない衝動的な窃盗が語られた。仲間関係の維持に盗んだものが用いられており、表面的な対人関係を深めるツールとしての非行やその窃取物があった。また、非行自体を修復可能な軽いものとして考える傾向があるが、行為が仲間内で認められていることが、非行を軽く考えるアリバイとして機能しているように思われた。また、警察の取り調べが迫っていることを知りながら、その可能性のある日だけ緊張し、その後は忘却してしまうこともADHDの特性が影響していると考えられる。

また、症例(2)の今後窃盗はしない理由もそれぞれの特性を考えると特徴的なものであると思われる。

研究④：下位検査のプロフィールパターンについてクラスターで抽出された、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群について検討する。検査の形式を考慮すると、知識と類似、単語と理解のそれぞれのペアの違いは、回答に多分節の言葉を用いなければ正答とされない点である。またその内容からも、単語と理解の低さは、経験の中から知識を得ることや、説明を含めて学習した知識を利用することに困難があると考えられる。それに加えて、社会的な知識が少なく、社会的文脈での問題解決力が弱い場合、独りよがりな結論を出しやすいのではないかということが推察される。

その観点からみると単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。

E. 結論

研究①：発達障害臨床に携わる児童精神科医の大半が、患者の問題行動に困難を感じていた。問題行動は多岐にわたっているが、発達障害児の触法行為を経験した児童精神科医は半数以上に上り、犯罪抑止の視点からの考察も必要である。

研究②：児童精神科臨床例の非行について、発達障害を持つもののほうが、早い年齢で司法介入される傾向がみられ、非行の内容にも特徴的な傾向が見られた。これらを考慮すると、発達障害例の感情調整や衝動制御の不足や独特の認知的機能などの疾病性と、学校での不適応や親の不適切なしつけ、家族やメディアから暴力を目撃するなど

の社会的状況を、総合的に観察・評価できる立場にいる支援者の存在が必要であると考えられた。

研究③：発達障害例の窃盗には、価値態度、触法行為の場面要因において特性に影響された特異的な側面がある可能性があり、取り調べや矯正、再非行防止にあたっては疾病性と事例性のバランスを考慮しながら、必要に応じて精神医学的な評価を行うことが有用と考えられた。

研究④：児童精神科通院歴のある非行例について、たびたび言われる知能（知識も含む）の低さ、動作性優位（言語性劣位）は認められなかった。また、言語性指標のなかで単語と理解の低さが、非行の繰り返しに影響を与える可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

研究③により半構造化面接をされた2名については、東京都立小児総合医療センター倫理委員会に提出した研究計画書に基づき、今後フォローアップ面接によって、抑うつなどの健康被害について評価、対処を行う予定である。それ以外の研究については、健康危険情報は無い。

G. 研究発表

学会発表

- 1、「児童精神科臨床で遭遇する発達障害児の対応困難な問題行動についてのアンケート調査」
永吉亮, 遠藤季哉, 山口葉月, 公家里依, 大倉勇史, 市川宏伸 /第55回日本児童青年精神医学会
- 2、「児童思春期精神科臨床における非行の現状」
遠藤季哉, 公家里依, 永吉亮, 海老島健, 児玉祥子, 山口葉月, 山口紗穂, 市川宏伸 /第11回日本司法精神医学会
- 3、「発達障害における規範の獲得と逸脱」
遠藤季哉 /日本心理学会第79回大会

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

児童精神科医療における検討

研究分担者	近藤 直司	(大正大学人間学部臨床心理学科)
研究協力者	渡辺 由香	(東京都立小児総合医療センター)
	尾崎 仁	(東京都立小児総合医療センター)
	宮崎 健佑	(高月病院)
	三上 克央	(東海大学医学部専門心療学系精神科学)
	宇佐美政英	(独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院)
	上菌 礼	(東京都立小児総合医療センター)

研究要旨：

研究 1

入院治療をおこなった広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorder:PDD）の患者への治療や支援方法について明らかにすることを目的に、東京都立小児総合医療センター、児童・思春期精神科において入院治療を要したケースの臨床的特徴と入院治療の方法論と有効性について検討した。入院治療に至った行動上の問題としては、攻撃性や自己破壊的行動が最も多く、次いで睡眠障害、遺尿などのような生活上の問題、抑うつ症状、自殺企図・自殺念慮、不登校・引きこもり、強迫症状、などの精神症状が多かった。また、高機能群においては不登校を生じるケースが多く、学童期から入院治療の対象となるケースが多いことが明らかになった。

研究 2

入院治療を要したケースのうち、ひきこもりを呈していたケースの特性と治療のあり方について検討した。深刻なひきこもり状態に対して、入院治療は一定の効果が確認されたが、同時に、退院後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重視されることも明らかとなった。

研究 3

暴力が問題となって入院治療を要したケースの特性と治療のあり方について検討した。本人への精神療法、薬物療法、病棟や院内学級における対人関係に関する指導、家族調整、学校など関係機関との連携によって、入院治療が有効に機能するものと考えられる。

研究 4

自殺関連行動のために入院治療を要したケースの特性と治療のあり方について検討した。広汎性発達障害を有する子どもの自殺行動に対する再企図予防のためには、子ども自身に対する精神療法・薬物療法等に加えて、家庭・学校などの環境調整を行うことが有効であると考えられる。また一部に、自殺関連行動と短期入院を繰り返しているケースがあること、これらに対する治療のあり方についても検討する必要があることが明らかとなった。

研究 1

A. 研究目的

入院を要した広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorder:PDD 以下 PDD と略）の患者への治療や支援方法について明らかにすることを目的として、都立小児総合医療センター児童・思春期精神科（以下当科と略）へ入院した広汎性発達障害の患者の臨床的特徴と入院治療の方法論と有効性について検討した。

B. 研究方法

対象は X 年 3 月から X+1 年 2 月までの 1 年間に当科へ緊急入院した患者で、ICD-10 に基づき F84 (PDD) と診断された患者について、性別や年齢、入院に至った主訴、不登校の有無、入院期間などについて診療録に基づき後方視的に検討した。また、自閉症は知的障害の有無によって予後が異なることが指摘されていることから、PDD 患者を知的障害 (IQ70 未満) の合併の有無で高機能 PDD 群と知的障害合併 PDD 群との 2 群にわけて、両群を比較した。

（倫理面への配慮）

本報告にあたりプライバシー保護の観点から個人情報 の匿名化に最大限配慮した。

C. 研究結果

対象となった F84 患者は 190 名（男子 159 名、女子 31 名）であった。それらの F84 のうち高機能 PDD 群は 111 名（58%）、知的障害合併 PDD 群は 79 名（41%）であった。入院時の年齢分布は、高機能 PDD 群は 5 歳から 17 歳で平均 13 歳で、知的障害合併 PDD 群は 8 歳から 17 歳で平均 13 歳であった。

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。知的障害合併 PDD 群では不登校や引きこもり（5%）が最も多く、次いで抑うつ症状（3%）、自殺企図・自殺年慮（3%）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。

入院期間は、高機能群では 7 日から 293 日（平均 96 日）で、知的障害合併 PDD 群では 1 日から 232 日（平均 71 日）であった。

D. 考察

知的障害合併 PDD 患者では 12 歳以上の思春期年齢以降の入院治療が多く、行動上の問題、特に暴力や興奮などの問題を呈している患者が多くみられ、不登校を呈している患者が比較的少ないことが特徴的であった。これは、我が国では知的障害を伴う知的障害合併 PDD は幼少期の乳幼児健診等で診断されることが多く、幼少期から発達障害

特性や知的水準に応じた支援がなされており、入院治療が必要な状態はある程度年齢が上昇してから出現するものと考えられた。

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。PDD患者にみられる暴力については2つの要因が指摘されてきた。一つは状況認知の困難さ、コミュニケーション障害感覚過敏などのPDDの障害特性に由来するもので、もう一つはPDDが未診断であるために、周囲の大人から本人の障害特性に合わないしつけや体罰を繰り返されたことが外傷体験となり、過去の記憶がよみがえることで周囲から理解できないような突然の暴力行為に及ぶ場合である。

今回の我々の結果でも高機能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。従って高機能PDDの患者における入院治療では適切に診断すること、発達特性を評価すること、病棟での他児交流やSSTなどを通して適切なふるまいを学ぶこと、学校と連携し就学環境を整えることで再登校を図ることなどが必要となると考えられた。また、興奮や暴力などを呈した場合の危機介入の場として精神科救急システムの利用が考えられるが、現在の都道府県が主体となって設置している精神科救急システムは主に成人の統合失調症圏の患者への対応を中心に治療モデルが確立されており、小児患者や成人患者の発達障害圏の患者へは対応については十分に検討がなされていない。当科では開院以来小児精神科救急を運用しており、発達障害圏の患者も緊急入院しており、その臨床的特徴として高機能PDD患者では未診断の患者や不登校を呈している患者が多いことがわかった。

今後、発達障害患者が呈する精神科的な緊急事態に対応できるような精神科救急システムの確立、関連する司法や地域の福祉機関等との連携も必要となると考えられた。また、PDD患者は学校生活においてからいはいじめの対象になりやすく、不登校を来すことも多い。今回の結果からも、特に高機能PDD患者で不登校の割合が高かった。そのようなPDD患者における教育の支援として、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と思われる。また、高機能PDDの患者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。

E. 結論

広汎性発達障害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、興奮や暴力を呈するPDD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的な事態に対応できるようシステム構築、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などが必要となってくると考えられた。

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

Inpatient treatment program for Autism Spectrum Disorders in the Tokyo Metropolitan Children's Medical Center ESCAP2013 poster

presentation. 6 - 10 July 2013, Convention Centre Dublin, Ireland

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）
なし

研究2 ひきこもり

A. 研究目的

ひきこもりを呈して入院治療に至ったケースの特性と治療のあり方について検討する。

B. 研究方法

平成21年4月から平成22年3月までの1年間に入院となった男子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。

C. 研究結果

(1) 年齢分布

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。

(2) 診断

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。

(3) ひきこもり期間について

ひきこもり期間の分布には5ヶ月から72ヶ月の幅があった。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。

(4) ひきこもり以外の入院時主訴

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。

(5) 入院前の受診と診断の有無

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。

(6) 入院期間

入院期間は20日-416日で、平均日数は137日であった。男子は平均146.9日、女子は122.3日。診断名による入院期間の差は認めなかった。

(7) 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。

(8) 家族背景について：

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。内訳は、父あるいは母の気分障害、神経症、薬物依存やアルコール依存、発達障害、知的障害、線維筋痛症、同胞の不登校、適応障害、知的障害、統合失調症であった。

退院前に関係機関との情報共有や、支援体制を確認するための連絡やカンファレンスを要したケースが多く、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。

(9) 治療内容

F2のケースでは薬物療法、F4のケースでは精神療法を中心に、包括的な治療方針が策定されるのに対して、F8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。

D. 考察と結論

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。

研究3：暴力

A. 研究目的

暴力のために入院治療に至ったケースの特性と治療のあり方について検討する。

B. 研究方法

X年3月からX+1年2月までの1年間に東京都立小児総合医療センター、児童・思春期精神科(以下、当科と略す)当科へ緊急入院した患者で、ICD-10に基づきF84(PDD)と診断された患者について診療録に基づいて後方視的に検討した。

C. 研究結果

対象となったF84患者は190名(男子159名、女子31名)であった。そのうち高機能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最も多く(高機能PDD：66%、知的障害合併PDD：68%)、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かった。以下、とくに攻撃性が問題になり、入院に至ったケースに対する治療について述べる。

(1) 子ども本人に対して

広汎性発達障害特性を有しているケースでは、入院後から自閉症特性に応じた支援が必要となる。当科では、おもに看護師が日常生活を支援しながら、障害特性について評価している。とくに、大人や同年代の子どもとの対人コミュニケーションスキル、全体的な社会性、日常生活場面でみられるこだわり、多動や衝動性、不注意などが評価のポイントとなる。また、本人の好きなこと、趣味や気分転換の方法なども重要な評価項目である。ただし、児童・思春期年齢の子どもは大人からの評価に敏感なため、日常生活を支援するなかで、さりげなく評価することが重要である。

当科では、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

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。同年代の仲間集団や指導的な立場の大人との関係でトラブルが生じるケースも多いので、個室の使用は、他児との交流を性急に強要せずトラブルが生じた際などに避難することができること、適切な社会的技能を少しずつ修得することを保証することになる。病棟におけるグループ活動や日常生活場面における他児との交流の様子をみながら、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。

全てのケースで段階的な治療目標を設定していた。具体的な治療の方針や自らの課題や進捗状況をイメージしにくい子どもに対しては、「ここまで治療が進んでいる」ということを具体的に提示するうえで、とくに有効である。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。報酬を考える際には、外出や外泊、看護師手作りのカード、面会、など、最も行動を強化しやすいものを選んでいく。

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。

こうした病棟内の対人交流の機会を治療的に活用する際に中心になるのが看護スタッフである。また、おもに小学生を対象とする病棟には保育士が配置されており、日課や病棟内の活動、子ども同士の関係性に介入するうえで重要な役割を担っている。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。

(2) 薬物療法について

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。また、衝動性が強いケースでは、鎮静作用の強い定型抗精神病薬(レボメプロマジン、クロルプロマジン)も一部に使用されていた。発作的に不穏状態となる場合には、頓用として使用することも多く、その場合にはリスパダール液、オランザピン口腔内崩壊錠などが使用されていた。

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。

また、これらの薬剤の大半は我が国では適応外使用であることから、この点についても本人と保護者への十分な説明と同意を要する。

(3) 家族支援

子どもの暴力については、子ども自身の対人関係能力や衝動の制御が課題になることがある一方、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、子どもに対して腫れものにさわるように接している、相互に交流を回避し、交流の機会が減っている、などの家族状況が生じていることが多く、家族が疲弊していることが多い。

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。また、入院直後から面会を設定すると、それまでの葛藤的な家族状況が容易に再現されてしまうことから、入院当初は、ほぼ全例のケースで面会を制限し、少しずつ家族との関係を再開・整理している。

家族は発達・障害特性について一般的な知識をもっているものの、自分の子どもの認知や行動特性としては理解できていないことも多いため、知能・心理検査の結果や病棟内で観察された特徴的な場面についてフィードバックするようにしている。また、本人が暴力に至るまでの家族状況や具体的な交流を詳細に聴取することを通して、暴力を誘発しないような関わり方や、子どもが納得しやすいようなはたらきかけを検討する。

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

いずれの場合でも、その場の状況や他者の言動を理解しにくい、不快な刺激に反応しやすいなど

の自閉症特性を踏まえた関わり方について検討し、家族に助言することが重要である。

(4) 地域資源の活用

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

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

D. 考察と結論

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

ほとんどのケースで、さまざまな治療・支援技法を折衷的に採り入れていた。病棟内での対人関係・生活場面を観察・把握し、行動の修正を促すことも有効であり、この際には看護スタッフの役割が極めて大きい。また、おもに小学生を対象とする病棟には保育士が配置されており、日課や病棟内の活動、子ども同士の関係性に介入するうえで重要な役割を担っている。

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

研究 4 自殺関連行動

A. 研究目的

発達障害を有する児童思春期例の自殺関連行動に対して、生物学的・心理社会的背景を把握すると共に、入院治療における再企図予防のために有効な介入内容を検討する。

B. 方法

平成 22 年 3 月～平成 25 年 3 月に東京都立小児総合医療センター児童・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。

調査項目は、年齢、性別、自殺関連行動に至った直接的誘因、自殺関連行動の手段、希死念慮の表出の有無(入院前・入院時)、家族・学校等の社会的背景、精神科的診断(ICD-10 に基づき複数の児童精神科医が診断)、過去の自殺関連行動歴・退院後の再企図(フォローアップ期間:平成 25 年 8 月まで)の有無とした。

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、各調査項目について比較検討した。

また、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。自殺行動例の中で主診断または併存診断が広汎性発達障害であった例についても、フォローアップ期間中の再企図の有無を識別し、患者背景および入院治療内容を比較分析することで、自殺行動の再企図予防に効果的な介入内容について検討した。

C. 結果

PDD 群は 47 例(42%)であった。PDD 群の背景は下記のとおりである。

- ・平均年齢 14.4 歳
- ・男女比 47% : 57%
- ・両親同居の割合 : 66%
- ・いじめられたことがある割合 : 43%
- ・不登校歴あり : 77%
- ・被虐待歴あり : 11%
- ・併存疾患 F2 : 6%、F3 : 19%、F4 : 36%、F5 : 4%
- ・併存疾患なし(PDD のみの診断) : 34%
- ・遺伝負因(1 親等者の精神疾患) : 30%
- ・平均 IQ : 87.4
- ・過去の自殺関連行動歴あり : 49%
- ・退院後の再企図あり : 26%
- ・自殺関連行動の直接的誘因: 学校関係(不適応、試験、進路など)、次いで家族関係が多かった。

- ・自殺関連行動の手段は、過量服薬の他に、飛び降り、飛び出しなど衝動的なものが多かった。
- ・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。

また、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。

D. 考察

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。

E. 結論

広汎性発達障害を有する子どもの自殺関連行動は突発的で予測困難な場合が少なくないが、適切な診断・評価を行った上で、子ども自身に対する精神療法・薬物療法等の治療だけでなく、家庭・学校などの環境調整を行うことが再企図予防のために有効と考えられる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

尾崎仁、渡辺由香、近藤直司：広汎性発達障害を有する子どもの自殺関連行動. 第 110 回日本精神神経学会総会（2014 年）ポスター発表

尾崎仁、渡辺由香、近藤直司、大倉勇史、田中哲、市川宏伸：子どもの自殺関連行動～広汎性発達障害を有する子どもの自殺関連行動に対する介入と再企図予防～. 第 55 回日本児童青年精神医学会総会（2014 年）口頭発表

渡辺由香、尾崎仁、大倉勇史、近藤直司：自閉症スペクトラム児の自殺関連行動.

第 56 回日本児童青年精神医学会総会（2015 年）口頭発表（シンポジウム）

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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

医療観察法対象者／裁判事例についての検討

分担研究者 安藤久美子 (国立精神・神経医療研究センター司法精神医学研究)
研究協力者 近藤 直司 (大正大学 人間学部臨床心理科)
今井 淳司 (東京都立松沢病院精神科)
梶屋 二郎 (福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室)

研究要旨

近年、精神医療、司法、福祉のいずれの領域においても、青年期・成人期の発達障害者による対応困難なケースが散見されており、社会的関心も高まっている。こうしたケースを振り返ってみてみると、幼少時から診断が見逃され、長期間にわたって適切な支援が受けられないまま経過した結果、引きこもりや触法行為のような深刻な問題に至っているケースも少なくない。したがって、より早期の段階で福祉や専門的医療につなげられるようなシステムを構築することは喫緊の課題のひとつといえる。

このような背景を踏まえ、本研究では司法領域で遭遇する青年期・成人期の発達障害者のなかから、とくに自閉症スペクトラムのケースに注目し、触法行為に至った背景等について明らかにするとともに、今後の触法行為を防止するための支援および介入手法のあり方について検討することを目的としている。

本研究では3年間を通して、【研究 I】「医療観察法指定通院対象者における発達障害者の分析」、【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」および同ツールを用いた暴力をはじめとする問題行動に関する分析、そして【研究 III】としてでは、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を翻訳出版した。

【研究 I】では、医療観察法通院対象者のうち、発達障害者の特徴について分析した。その結果、F8 発達障害圏の診断を有する対象者は、日常生活における小さなトラブルが多く、そうした積み重ねが、結果として後の重大な問題行動にもつながっている可能性が示唆された。

【研究 II】では、発達障害者を対象として、暴力等の問題行動への予防的介入を行うためのアセスメントツール「@PIP33-ASD version (アットピップ・サーティースリーASD版)」を開発し、本ツールを用いて調査を行った。その結果、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。これにより、問題行動の予防、介入にあたっては、特定された要因をターゲットとしたアプローチがより有効であることが示唆された。

【研究 III】では、英国ケント大学との連携により、英国で開発された知的障害者向けの性犯罪治療プログラムを翻訳することで、我が国においても、治療的介入に向けての基盤体制を整備した。

今後こうした調査研究を重ねていくことにより、発達障害者に対して、より早期の段階で

よりの確な介入が可能となるようなアプローチ手法を見出すことが可能となり、ひいては問題行動の発生を予防できるような効果ももたらすものと期待される。

【研究 I】

「医療観察法指定通院対象者における発達障害者の分析」

A. 研究目的

近年、精神医療、司法、福祉のいずれの領域においても、青年期・成人期の発達障害者による対応困難なケースが散見されており、社会的関心も高まっている。こうした背景を踏まえ、本研究では司法領域で遭遇する青年期・成人期の発達障害者のなかから、とくに自閉症スペクトラムのケースに注目し、その特徴等について明らかにするとともに、触法行為を防止するための支援および介入手法のあり方について検討することを目的としている。

B. 研究方法

本研究では昨年度に引き続き、医療観察法下で処遇されている者を対象として調査を行った。

1. 調査対象

調査対象は、医療観察法のもと、本調査への協力の得られた全国の指定通院医療機関で処遇を受けている指定通院対象者 1685 名のうち、ICD-10 を用いた診断分類によって F8 発達障害圏の診断を受けている者（併存診断を含む）58 名である。

2. 調査対象期間及びデータ収集方法

調査期間は、医療観察法制度が開始された平成 17 年 7 月 15 日から起算して平成 27 年 7 月 15 日までの 10 年間とし、全国の指定通院医療機関 522 施設に対して調査票を郵送法で行った。

3. 解析方法

本研究では、収集したデータによって明らかになった対象者の静態情報等の集計値を提示するとともに、通院処遇中に発生した問題行動等についても検討した。

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

本研究では、既存の研究結果のなかから、ICD-10 によって F8 発達障害圏の診断分類に該当する者のデータのみを抽出して解析を行った。

1. 静態情報の集計結果

収集したデータのうち、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
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%)

2. 通院処遇中の問題行動に関する集計

収集したデータのうち、転院ケース (2 名) を連結させた 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。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

D. 考察

医療観察法通院対象者のうち、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、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かった。

対象行為では、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、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。

発達障害をもつ者のなかには、ストレスフルな環境のなかであってもヘルプサインをうまく出せずに我慢を重ね、その結果、自分自身あるいは他人への攻撃性となって行動化するようなケースも認められる。今後は、こうしたケースの特徴を明らかにすることにより、より早い段階で有効な介入ができるようなスクリーニングツールの開発が期待される。

【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と分析」

A. 研究目的

青年期・成人期の発達障害者による対応困難なケースのなかには、暴力に関する問題を抱えているものも少なからず存在することが知られており、学会報告等を通して情報が共有されて

きた。しかし、その発表の多くはケース報告にとどまっており、発達障害をもつ者のなかでも、暴力等の問題行動に至りやすい者の特徴については、まとめられてこなかった。

本研究では、より早い段階で適切な介入を行うことにより暴力等の問題行動を未然に防止することを目的として、発達障害をもつ者に特化した予防的介入のためのアセスメントツールの開発に取り組んだ。

B. 研究方法

(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て選定した。

(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. 調査対象と調査方法

@PIP-33ASD 版を用いて、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）53 名について、医療担当者等が評価を行った。

2. 調査対象期間および解析方法

調査期間は、H27 年 6 月 1 日から平成 28 年 1 月 31 日までとし、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を分析した。

4. 倫理的配慮

個人を特定することができる部分については、情報収集の範囲から全て削除した。解析にあた

っては、すべて暗号化された数値のみを扱った。

C. 研究結果

(1) 発達障害者を対象とした問題行動への予防的介入のためのアセスメントツールの改編

デルファイ法に準拠した方法で、最終的に8つのカテゴリーに分類される全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

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は平成27年度報告書に掲載した。

(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

評価を実施した53名の性別は、男性44名(83.0%)、女性9名(17.0%)で、平均年齢は27.3±8.0s.d.(18～60歳)であった。

2. 暴力行動の既往

53名のうち、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
身体的暴力		1	2	
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

この分布から、F8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と考え、身体的暴力傾向と非身体的暴力傾向のそれぞれに関連している要素について検討した。

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

@PIP33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)が高かった項目は、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、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

@PIP33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)の高かった項目をみると、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。

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($\text{Exp(B)}=24.09, P=.007$)、および項目 18「精神病症状」を有すること($\text{Exp(B)}=9.200, P=.027$)が、強いリスクとなることが確認された。

D. 考察

F8圏における暴力行動をみると、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で特徴が異なっている可能性があることが示唆された。本研究で得られた知見では、身体的暴力には、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。したがって、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る必要があるかもしれない。

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」といった項目の得点が高い一方で、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。こうした特徴は、社会的コミュニケーションにおけるサブタイプ(たとえば、受動型や孤立型、積極奇異型、尊大型)と

の関連も推測されるところである。

今後も調査を続け、対象者数を増やし、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・サーティースリー-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る、ひいては問題行動の発生予防にもつながるものと期待される。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表 該当なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし