

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・成人期発達障がいの対応困難ケースへの
危機介入と治療・支援に関する研究

平成25年度 総括・分担研究報告書

平成26(2014)年3月

研究代表者 内山 登紀夫

目 次

・ 総括研究報告

- 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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
研究代表者 内山 登紀夫（福島大学学院人間発達文化研究科）

・ 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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
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・・・・・・・・・・・・ 27
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・・・・・・・・・・・・ 47
分担研究者 市川 宏伸（東京都立小児総合医療センター）
- 4．児童精神科医療における検討・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51
分担研究者 近藤 直司（東京都立小児総合医療センター）
- 5．医療観察法対象者／裁判事例についての検討・・・・・・・・・・・・ 61
分担研究者 安藤 久美子（国立精神・神経医療研究センター）
- 6．児童・思春期における発達障害を抱えた触法ケールに対する
矯正医療の在り方についての研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 77
分担研究者 梶屋 二郎（法務省 関東医療少年院）
- 7．自閉症スペクトラムの診断・評価のための検査
Autism Diagnostic Observation Schedule-Genetic (ADOS)
日本語版の開発に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 83
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）
- 8．自閉症スペクトラムのスクリーニングのための検査法
Social Communication Questionnaire (SCQ) 日本語版の開発に関する研究・・・・ 89
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 . 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	95
分担研究者 太田 達也 (慶應義塾大学法学部)	
10. 英国における発達障害 (自閉症スペクトラ障害) の対応困難例への 治療的介入に関する研究	115
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)	
11. 諸外国での対応困難ケースへの支援状況の調査・研究	125
分担研究者 水藤 昌彦 (山口県立大学社会福祉学部)	
分担研究者 堀江 まゆみ (白梅学園大学子ども学部)	
. 研究成果の刊行に関する一覧表	127
. 成果物	129

総括研究報告書

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（福島大学大学院人間発達文化研究科）

研究要旨

地域保健・精神保健福祉分野において対応困難な発達障害児・者の有病率調査を行った。児童福祉領域では調査対象 43.0%が発達障害が疑われるなど注目すべき結果が得られた。各種支援機関において発達障害の対応困難例を把握するための、スクリーニングツール、診断ツール、リスクアセスメントのツールの開発を行い、発達障害を対象にした支援方法、支援システム、スタッフトレーニングの方法の検討を行った。その際に文化的に類似した韓国、先進的な支援を行っている英国の状況を調査し参考にした。

【分担研究者】

小野善郎 和歌山県精神保健福祉センター
近藤直司 東京都立小児総合医療センター
柘屋二郎 法務省関東医療少年院
市川宏伸 東京都立小児総合医療センター
黒田安計 さいたま市こころの健康センター
安藤久美子 国立精神神経医療研究センター
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。

とりわけ 2012 年 7 月、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求刑を上回る 20 年の懲役刑判決が下されたことが司法・医療・教育・福祉関係者にとどまらず多くの人々の注目を集めた。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、保健所でも相談していた。医療的な支援が十分になされていたら、つまり支援方法と支援システムが機能していたら、予防できた犯罪かもしれない。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た。

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困難な事態を予防できるのか、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しており、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ことにある。

研究は以下の3領域にわけで行う。それぞれのテーマは以下の通りである。

1. 地域保健・精神保健福祉分野における予防と介入方法の検討と利用者の中にどの程度発達障害の対応困難事例が存在するかの検討(以下、地域における予防・介入研究と略す)。
2. 対応困難事例の医療機関・矯正施設における治療方法の検討と支援を必要とする対応困難事例数の把握。さらに適切に支援が必要な事例を把握し、リスクアセスメントを行うために発達障害のスクリーニングツール、診断ツール、リスクアセスメントのツールを開発する。(以下、医療機関における治療・事例数把握研究と略す)。
3. 諸外国での発達障害対応困難ケースへの支援状況や支援システムの調査。(以下、海外研究と略す)。

上記研究成果を統合して発達障害の対応困難事例に対応するためのガイドラインと支援者養成プログラムパッケージを作成する。

(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」、「疫学研究に関する倫理指針」及び「疫学研究に関する倫理指針の施行等について」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師などが対応可能な状態を確保する。

B&C 研究方法および結果

以下に各研究分担者および研究代表者の研究の進捗状況に関して報告する。

・ 地域における予防・介入研究

児童福祉領域と精神保健分野において本研究を行った。

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（分担研究者：小野善郎）

児童相談所と児童福祉施設（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）において発達障害（ここで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）の中学生と高校生がどれだけいるか、発達障害群は非発達障害群と比較してどのような特徴があるかを調査した。調査対象とした2314例中996例（43.0%）が発達障害が疑われる状態であった。発達障害を伴うケースでは攻撃的な不適応行動が高率に認められること、約半数が精神科薬を服用しており、非発達障害群の数倍もの高率であったことが注目された。

2) 精神保健分野における予防と介入方法の検討（分担研究者 黒田安計）

本研究では発達障害特性を持つ事例に対して、現在先験的に支援が実施されている地域において専門家から聞き取り調査を行った。その結果、徳島県では関係機関が連携して現場のニーズを基に積極的に事業展開し利用者の利便性に優れたシステムが実現されていることが確認された。また、札幌市では充実した児童精神科医療機関や支援機関の豊富さ、相互のネットワーク構築が効率的に機能していた。物質依存症の治療方法であるCRAFT(Community Reinforcement and Family Training)をひきこもり事例や発達障害特性のある人に応用するための検討を行い、発達障害に適用するには障害特性を考慮したプログラムを新たに加える必要性が明らかになった。札幌市、さいたま市、徳島県の3つのエリアを選択し、地域の関係機関の発達障害事例の取扱件数について前方視的に調査を実施することにした。エントリー期間

は平成 26 年 2 月 1 日から同年 7 月 31 日に設定し、各関係機関の相談事例数を可能な限り遺漏の無いように集約できるように綿密に準備を行っている。

・医療機関における治療・事例数把握研究
一般精神科外来、全国の児童精神科施設、入院病院をもつ東京都内の児童精神科病院において調査を行った。さらに発達障害が疑われる児・者を適切に把握するためにスクリーニングツール、診断ツール、リスクアセスメントツールの開発を行った。

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(分担研究者 市川宏伸)

発達障害に関する精神科臨床上の課題を明確化するため東京都精神科診療所協会所属施設、児童思春期症例の実態を評価するために全国児童青年精神科医療施設協議会関連施設(所属施設およびオブザーバー施設)に対して発達障害の診療に関する実態調査をアンケート方式で施行した。

東京都精神科診療所協会所属の対象施設は都内 253 施設であり回収しえた施設は 64 施設で回収率は 25.99%であった。発達障害の患者割合が 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 番目が成人の人格及び行動の障害発達障害であった。

対応の困難は 87.1%の施設で何らかに認められた。行動上の問題で暴力、窃盗、放火、殺人が、それぞれ 76.4%、61.1%、14.8%、3.8%の施設で発生していた。ネットゲーム依存が 76.8%の施設で認められた。

全国児童青年精神科医療施設協議会関連施設の児童精神科医を対象にしたアンケート調査を 37 施設の 184 名におこなった。75.8%の医師が、総患者の 20%以上を発達障害が占めると答えた。内訳として最も多いとされたのは ASD であり、次いで多いのは ADHD、MR の順とした医師が最も多かった。また併存障害はストレス関連障害が最も多く、次いで気分障害、神経症性障害の順であった。対応の困難は 98.9%の医師が経験しており、特に苦慮した症状は、暴言暴力、こだわり、巻き込み型の強迫、自傷行為の順に多かった。

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易な相談窓口の要望、簡易対応マニュアルや対応マニュアル動画の作成、緊急対応施設の整備充実、警察などにおける発達障害の特性理解のための講習会の実施、e-learning の普及などが要望されていた。

4) 児童精神科医療における検討(分担研究者 近藤直司)

児童精神科病棟において入院治療を行った 190 名の広汎性発達障害の児について興奮・暴力を示す患者がどの程度いるか、入院治療の方法論と有効性について検討を行った。190 名中、知的に正常な高機能群が 58%、知的障害を伴う群が 41%であった。入院時主訴は両群とも攻撃性や自己破壊性などの行動上の問

題が最も多く(7割弱)次に多いのは抑うつ、自殺企図などの精神医学的問題(高機能群で3割)であった。したがって、入院を要する児童・青年期の広汎性発達障害では興奮や暴力などの行動上の問題を呈する例が非常に多く、このような患者に対する入院治療モデルの確立、学校などの地域資源との連携、発達障害の精神科救急的な事態に対応できるシステムが必要と考えられた。

5) 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)

「医療観察法指定通院対象者における発達障害者の分析」と「発達障害者を対象に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」の二つの研究を行った。

調査した全国の医療観察法指定通院対象者1190名中39名(3.3%)が、ICD-10におけるF8カテゴリー(発達障害圏)の診断を有していた。また24名は副診断としてF8カテゴリーの診断を有していた。

アセスメントツールの開発に関しては、児童精神医学、司法精神医学、矯正医学のエキスパートからなる研究者により海外の尺度の検証をした後、デルファイ法により環境要因や個人や障害による特性などの多角的側面からなる31項目を選定した。本ツールの名称は「Assessment Tool for Preventive Intervention for Problem Behaviors 31items ASD version : @ PIP31 - ver. ASD (アットピップ・サーティワン - ASD版)」とした。

これらの研究成果を踏まえて、来年度は触法行為を行なった発達障害者に対して、本アセ

スメントツールの有用性を確認する予定である。

6) 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(分担研究者、榎屋二郎)

青年期・成人期発達障害の対応困難ケースへの標準的な危機介入と治療・支援を検討する上で参考となる矯正施設、特に少年院・少年鑑別所において児童・思春期の被収容少年に対してどのような介入が行われているか調査した。

一部の少年院においては発達障害者や発達障害類似の特性を持つ者に対して、社会内では実施されていない新たな取り組みがいくつか実践されていることが分かった。それらの新しい試みの中には学術的なエビデンスも得られているものもあり、確固としたエビデンスが確立していないまでも様々な効果判定の試みからは有効である可能性が示唆されていた。これらの取り組みは非行や犯罪を直接的に取り扱うものではなく、医療機関や福祉機関などの一般の支援機関においも十分に実施できるプログラムであり、適用可能であることが示唆された。

7) 自閉症スペクトラムの診断・評価のための検査

Autism Diagnostic Observation Schedule-Genetic (ADOS) 日本語版の開発に関する研究(主任研究者 内山登紀夫)

ASD診断を行う上での根拠は、発達歴と日常生活の様子及び観察可能な行動に求められる。対応困難例では保護者との関係が悪化し

ている、保護者が高齢だったり連絡がとれなかったりするために、発達歴がきけないことがしばしばあり、患者を直接観察により診断あるいは疑い診断を下さねばならない場合が多い。そのような際には欧米で用いられている直接観察による診断ツールである Autism Diagnostic Observation Schedule-Genetic (以下 ADOS-G) が有用であり、本研究班において日本語版の作成・標準化を意図した。ADOS-G は無言語の幼児から言語の流暢な高機能 ASD の成人にまで使用でき、アルゴリズムによって求められる総合得点によって判定され、自閉症と ASD それぞれに対してカットオフポイントが示されている。

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、日本語版の全 Module について ASD 群と非 ASD 群を判別できるという妥当性と併存的妥当性も確認され、評価者間信頼性についても高い一致率が認められた。また、各 Module について、自閉症スペクトラム障害のカットオフポイントを求めたが、原版のカットオフポイントと同じ値であることが示された。以上から、ADOS-G 日本語版は、信頼性・妥当性共に高く、日本語版のカットオフポイントが求められたことにより、対応困難例を含めて発達障害臨床で使用できると考えられた。

8) 自閉症スペクトラムの診断・評価のための検査 Social Communication Questionnaire (SCQ) 日本語版の開発に関する研究
研究代表者 内山登紀夫
対応困難例の臨床において未診断の発達障

害者が支援対象となることは決して少なくない。その場合、臨床現場で鑑別に使用でき 2 次スクリーニングツールが必要になる。ASD の 2 次スクリーニングツールとして、対人コミュニケーション質問紙 (Social Communication Questionnaire : SCQ) は欧米で広く使用され、研究代表者らによって翻訳されている、信頼性・妥当性についての検討が必要である。本研究では、「誕生から今まで」バージョンおよび「現在」バージョンについて、ASD 群と非 ASD の臨床群の SCQ 合計得点を比較した。その結果、「誕生から今まで」バージョンでは、ASD 群は非 ASD 群と比べて有意に高い SCQ 合計得点を示したが、「現在」バージョンでは、両群間に有意な差は認められなかった。ASD のスクリーニング目的には、「誕生から今まで」バージョンを用いるため、SCQ は ASD のスクリーニングツールとしての一定の有用性が示された。

対応困難事例で発達障害が疑われた場合、SCQ の「誕生から今までバージョン」が二次スクリーニングツールとして有用であることが示唆された。

海外研究

海外研究では韓国、英国の調査を行った、さらに年度末にオーストラリアの調査を行う予定である。

9) 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)

分担研究者 太田 達也

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宅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。

10) 英国における青年期・成人期発達障害者の対応困難ケースへの治療・支援システムに関する調査

研究代表者 内山登紀夫 研究分担者 堀江まゆみ

本年度は英国において触法行為を行った

ASD 患者のみを対象にした保安病院を訪問し、どのような治療が行われており、どのような支援体制が構築されているかを調査した。今回の訪問では特に、治療内容とスタッフトレーニングの方法について焦点をあてて検討した。その結果、治療としては認知行動療法を基本にして、本人に対して障害特性を理解してもらうための心理教育的アプローチ、英国自閉症協会の基本理念である SPELL アプローチ、TEACCH、応用行動分析、感覚統合療法、音楽療法などが折衷的に用いられていることがわかった。

スタッフトレーニングについては7つの段階のトレーニングが設定され ASD の基本的理解、SPELL、構造化の基本から、大学院レベル、研究開発まで幅広いメニューが準備されていた。研修の方法についても院内で行うスタッフトレーニングと、外部機関が行う研修会、DVD教材、e-ラーニング、大学院の通信教育等を組み合わせた質・量ともに充実したスタッフ教育システムが構築されており、我が国に専門家研修に参考になる点が多かった。

11) オーストラリアにおける青年期・成人期発達障害者の対応困難ケースへの治療・支援システムに関する調査

研究分担者 水藤 昌彦、堀江まゆみ

海外における青年期・成人期発達障害者の対応困難ケースに対する危機介入、治療支援の現状の把握、課題点の調査を通じて、日本における支援システム構築の参考とするための情報収集を目的として、オーストラリア・ビクトリア州で現地調査を実施する。同州で

は発達障害・知的障害があつて刑事司法制度の対象となった人、およびそのリスクが極めて高いと思われる人に対する対応・支援の法制度、サービスが一定程度に整備されている。そこでサービス提供事業者を訪問し、関係者からの聞き取り調査を行う。なお、本研究は、調査先との日程調整の関係上、2014年3月の実施となったため詳細は次年度に報告する。

D. 考察

本研究班の結果で重要な点を以下に要約する。

有病率の検討

まず、さまざまな支援機関における発達障害の人、つまり発達障害としての支援を必要としている人々がどのくらい存在するのかという調査は支援システムの構築を計画する上で重要であり、国の施策を決定するために不可欠である。児童福祉領域では調査対象 2314 例中 996 例 (43.0%) と発達障害が疑われる児童が非常に高率にみられた。情緒障害児短期治療施設では 6 割が発達障害が疑われる児童であった。精神保健分野における発達障害の有病率については来年度に結果が得られる予定である。全国の児童精神科臨床に関わる医師 184 名 (37 施設) を対象にした調査では 75.8% の医師が総患者の 20% 以上が発達障害であると回答した。児童精神科病棟を持つ都立病院で行った、広汎性発達障害の入院患児の調査では 190 名中 7 割の入院時主訴が攻撃性や自己破壊性などの行動上の問題であった。

東京都の精神科開業医では 32.7% のクリニ

ックが全患者の 5% 以上が発達障害であると回答した。

一方、医療観察法指定通院対象者において ICD-10 の F8 発達障害圏の診断を有する者は 1190 名中 39 名 (3.3%) と比較的少数であった。

このようにみていくと、児童福祉領域では発達障害の比率が高いこと、児童精神科領域では患者の 2 割以上が発達障害であること、入院治療を要する ASD では過半数が対応困難例であることが注目される。メンタルヘルス上の問題を抱える子どもを支援する機関では発達障害の比率が高いこと、入院治療を要するような重症例では、さらに発達障害の比率が増加すると考えられた。

一方、成人の一般精神科外来では発達障害の比率が児童ほどは高くないが、それでも 3 割以上の精神科医が外来患者の 5% 以上が発達障害と答えたことは成人精神科医の間で発達障害を診断・評価し支援するためのスキルが必要であることを意味している。医療観察法の通院対象者のうつ発達障害が疑われた者が 3.3% と比較的 low 頻度であったが、これらのケースの中には医療観察法による処遇が行われてからはじめて発達障害圏の診断を受けた者もあり、支援が過去の長期間にわたって受けられていないことが推測された。成人の一般精神科外来の調査でも指定通院患者の調査でも診断は主治医の診断を採用しており、実際に個々のケースを発達障害の視点から評価すると、さらに増える可能性がある。

スクリーニング・診断ツールの必要性

児童施設による発達障害の頻度が非常に高

いことと、成人の支援機関における頻度の低さのギャップが生じる理由についてさらなる検討が必要であろう。

一般の児童・成人の支援機関においても、情緒障害児短期入所機関や指定通院医療機関などの対応困難事例を支援する機関においても発達障害の可能性のある人を適切に把握し、発達障害が疑われた事例については適切に診断を下すことが必要である。日本ではそのためのツールが不足しているため、本研究班では ASD のスクリーニングツールである SCQ と、確定診断のためのツールである ADOS の標準化研究を行った。これらのツールを臨床場面で活用し、発達障害の支援を必要とする人々を適切に把握するための一助としたい。

リスクアセスメントツールの開発

英国の保安病院では本研究班でも標準化検討を行っている ADOS や ADI-R などの診断・アセスメントツールを活用し個々の患者の障害特性や長所、短所を把握することに力をいれていた。その一環として HCR 20 などのリスクアセスメントツールが使用されていたが、発達障害を想定したリスクアセスメントツールは英語圏においても乏しく開発が望まれている状況である。本研究班で作成した @PIP-31-verASD は世界初の ASD に特化したリスクアセスメントツールであり、今後有用性を確認し臨床の現場で活用することが望まれる。

支援プログラムの検討

本研究班では CRAFT を発達障害の人に適用するための検討を行っている。

我が国の少年院・少年鑑別所においては、ASD と ADHD を対象にした処遇プログラムがあり、さまざまな治療的介入が行なわれていることが明らかになった。これらのプログラムは非公開であるが、一般施設でも有効であると考えられた。今後は法務省とも協力して矯正施設内での試行と一般の支援機関での試行を行い、一般の支援機関でも参考にできるようにしていきたい。

英国における保安病院における調査においては、対応困難事例を対象にしたプログラムの多くは一般の ASD の人々を対象にした支援プログラムと共通していた。なによりも ASD の特性に基づいた支援を重視し、「触法行為」そのものに関する教育プログラムは付加的に、例えば性犯罪者に対して性に関する教育プログラムを行うといったようになされていた。英国の保安病院では触法行為を行った ASD の患者に対して日本では境界例が主たる対象と認知されている弁証法的行動療法が積極的に行われているなど予想以上にさまざまな治療法が ASD 向けの改変をしたうえで行われていた。英国では SOTEC-ID (Sex Offender Treatment Services Collaborative - Intellectual Disability : 知的障害の人の性犯罪を治療する英国で開発されたプログラム)を採用している機関も多くが有力な支援方法になると考えられた。

今後は発達障害の基本的理解と触法行為の予防に特化した内容を適切に組み合わせた支援プログラムの開発を検討する。

スタッフトレーニング方法の検討

スタッフトレーニングは、実際にどのような

支援を行うかと密接に関係する。英国の保安病棟では障害特性の理解に最も重点が置かれていた。SPELL, TEACCH, ABA などの基本的な支援理念の理解から始まり、ADOS などの診断ツールの理解、攻撃性の評価などのリスクアセスメントの方法やリスクアセスメントツールの使用、RAID などの特定の支援技法の習得などがスタッフに求められていた。

また一般精神科開業医を対象にした調査からは相談窓口の要望、簡易対応マニュアルや対応マニュアル動画の作成などが要望されていた。これらを参考に今後、我が国の実情にあったスタッフトレーニングの方法を開発する。

支援システムの検討

我が国においては徳島県や札幌市において、それぞれの地域の特性を活かした支援機関のネットワーク構築が効率的に機能していた。

海外については韓国と英国の制度を中心に検討した。韓国では保安処分があるなど日本と法体系は大きくことなり、発達障害の概念が刑事施設では十分に浸透していないなどの違いも大きかったが、性犯罪者に特化した認知行動療法や特別な処遇を要する受刑者を集めて1年間にわたるに対する認知行動療法を行うシステムがあるなど参考になる施策があった。今後、オーストラリア、英国、ドイツなどとの比較検討を行っていく予定である。

英国も軽度・中度・重度の保安病棟があるなど日本とは大きくシステムが異なるが ASD に特化した保安病棟があり、ASD の障害特性に配慮した支援がなされていることが注目された。日本においても、同様の支援を

必要としている ASD の患者はいるはずであるが、十分な実態調査はなされておらず、今後の調査・検討が必要である。

今後も国内外の先進的な地域の支援システムを参考に我が国で可能な効率的な支援システムの提案を行っていく。

これらの結果を踏まえて、全国に困難事例がどの程度存在するかの推定値を明らかにし、ガイドラインと人材育成プログラムパッケージを作成する。とくに医療機関、精神保健福祉機関、児童福祉機関、矯正施設、教育機関などの施設・領域横断型のネットワークの構築を目指す。

平成25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）（精神障害分野）
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

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

分担研究者 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情緒・行動の問題と発達障害との関連を検討するために、児童相談所と児童福祉施設で対応している中学生と高校生のケース 2314 例を調査した。全ケースの 43% が発達障害と判断されており、発達障害のあるケースには攻撃性と関連した問題行動が高率に認められ、それらに対して教育的および医療的な支援が利用されることが多く、特に支援ニーズの高い子どもたちを受け入れる施設では精神科薬物療法の利用率が非常に高かった。しかし、これらのケースには家庭や保護者の問題が伴っていることが非常に多いことから、子どもへの介入・支援だけではなく、環境的な要因に対する支援も含めた、より包括的な介入・支援が不可欠であると考えられた。

A. 研究目的

わが国の児童福祉は児童虐待や非行などに関連した要保護児童の保護や援助だけでなく、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も行われるなど、多様なレベルの援助を提供できるシステムを有しており、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担っている。本研究では児童相談所、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領域における情緒・行動上の問題に関する現状を調査・分析し、児童福祉領域が果たしている児童青年期の精神保健支援の程度と成果を明らか

にするとともに、それらの機能を活用して成人期以降の精神障害や不適応行動を予防する可能性について検討を行うことで、児童福祉領域の支援サービスを含めた包括的な地域支援システムを提示することを目的として実施する。

B. 研究方法

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、全国の児童相談所および児童福祉施設を対象として以下のような調査を実施した。

1. 調査対象

児童相談所：子どもの虹情報研修センターが実施する児童相談所職員を対象とした研修参加者 95 名

- 1) 児童養護施設：子どもの虹情報研修センターが実施する児童福祉施設心理担当職員を対象とした研修参加者のうち、児童養護施設職員（心理担当）67名
- 2) 情緒障害児短期治療施設：38施設（全国情緒障害児短期治療施設協議会の協力を得て依頼）
- 3) 児童自立支援施設：58施設（全国児童自立支援施設協議会の協力を得て依頼）

2. 調査方法

調査方法は調査票を郵送し、郵送で回答を得た。

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。調査内容は以下のとおりであるが、本調査においては「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。

調査内容

- 1) 子どもの性別、受理 / 入所学年、現在の学年
- 2) 相談種別（児童相談所のみ）：養護相談（児童虐待、その他）、非行相談、育成相談
- 3) 発達障害の有無：医師の診断あり（疑いも含む）、児童相談所（施設）で判断（疑いも含む）、知的障害の併存の有無
- 4) 子どもの問題行動：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
- 5) 家庭・保護者の問題：家族関係の問題（不

和、DV、未婚、離婚、内縁など）、経済的問題（借金、転職、計画性なしなど）、生活環境の問題（不衛生、劣悪、事故防止不足など）、近隣からの孤立、精神疾患（依存の問題も含む）、発達障害・知的障害、性格的問題（衝動的、偏り、被害的など）、育児に関する問題、支援への拒否的態度

- 6) 資源の利用：児童相談所への通所、一時保護の利用、児童福祉施設入所、学校での特別な配慮（個別指導など）、教育相談の利用、医療機関の利用、精神科薬の服薬、警察の関与、司法の関与

3. 集計・解析

郵送された調査票から回答を集計し、発達障害の有無、子どもの背景情報（性別、受理 / 入所学年、現在の学年、知的障害の併存、被虐待歴）、子どもの問題行動、家庭・保護者の問題、資源の利用について、各項目の出現率を求めた。

（倫理面への配慮）

今回の調査では、個人が特定できるような情報は取り扱わず、機関についても種別のみを取り扱い、個々の機関名を記載しないこととし、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、調査対象児童のプライバシーを保護するように努めた。

C. 研究結果

児童相談所および児童福祉施設に対する調査依頼に対して、児童相談所職員 95 名中 23 名（回答率 24.2%：児童福祉司 9 名、児童心理司 8 名、一時保護所職員 6 名）から 239 例、児童養護施設職員 67 名中 24 名から 479 例、38 か所の情緒障害児短期治療施設のうち 31 か所から 606 例、58 か所の児童自立支援施設のうち 44 か所から 990 例、合計 2314 例の児童について回答を得た。調査を依頼した児童福祉施設からの回

答率は、児童養護施設 24/67 (35.8%)、情緒障害児短期治療施設 31/38 (81.6%)、児童自立支援施設 44/58 (75.9%)であった。調査結果は以下のとおりである。

1 . 発達障害の状況 (表 1)

2314 例中 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がもっとも多く (60.4%)、次いで児童自立支援施設 (44.6%)、児童相談所 (37.7%) で、児童養護施設がもっとも少なかったものの、それでも 20.7% の児童が発達障害と認識されていた。

以後の結果については、発達障害のある群を DD 群 (N=996) ない群を NDD 群 (N=1318) として報告する。

2 . 背景情報 (表 2)

1) 性別

全体としては、男性が 1399 例 (60.5%)、女性が 904 例 (39.1%) で、男性は女性の約 1.5 倍であった (11 例については無回答のため性別不明)。DD 群ではさらに男性の割合が高く、全体の 72.1% が男性であった。

2) 受理 / 入所学年

児童相談所で相談が受理された、または児童福祉施設に入所した学年は、小学校高学年から中学生の間が多く、高校生からの受理 / 入所はきわめて少ない。この傾向は DD 群で強く、73.1% が小学校 6 年生から中学校 3 年生までの間に受理 / 入所していた (NDD 群では 58.4%)。NDD 群では未就学の幼児期の受理 / 入所が多いのが特徴的であった。

3) 現在の学年

調査対象を中学生以上としたので、現在の学年はすべて中学生以上となる。中学校 3 年生がもっとも多く、高校生は少ない傾向が見られた。

DD 群は NDD 群よりも中学生が優位で高校生がやや少なかった。

4) 知的障害の併存

知的障害の併存は全体の 14.5% にあり、DD 群 (17.1%) の方が NDD 群 (12.6%) よりも多かった。

5) 被虐待歴

DD 群、NDD 群ともに被虐待歴は高率に認められ、身体的虐待、心理的虐待、ネグレクトが 3~4 割で報告された。性的虐待は DD 群で 4.2%、NDD 群で 7.4% に認められた。

3 . 問題行動 (表 3~6、図 1~8)

問題行動については、動物への虐待・残虐な行為の頻度は低かったが、それ以外の問題は比較的多く認められた。

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。

問題行動の頻度は施設によって特徴が見られた。児童自立支援施設は、児童相談所や他の施設の児童よりも問題行動の頻度が高く、特に、NDD 群では対人暴力、性的逸脱行動、喫煙・飲酒・薬物乱用、怠学・規則違反、窃盗・虚言の頻度が高かった。DD 群では、対人暴力や暴言・反抗・不服従といった顕在的な攻撃性が、児童自立支援施設だけでなく、児童相談所、情緒障害児短期治療施設の例でも高いことが特徴的であった。しかし、対人暴力と器物損壊は、児童自立支援施設以外の例では DD 群の方が NDD 群よりも高い傾向が見られた。

問題行動は性別と学年によって現れ方が変化する傾向がある。対人暴力、器物損壊、窃盗・虚言は男性に多い傾向が見られるが、それ以外

の問題行動については男女差は小さい。また、男性は全般的に中学生の間は学年が上がるにつれて問題行動も増加するが、高校生になると減少する傾向が見られるが、女性では学年による変化が小さく、対人暴力、暴言・反抗・不服従、器物損壊などの顕在的攻撃性は高校生になってむしろ増加する場合もあり、その結果、これらの問題行動については高校生では性差が縮小している。

4．家庭・保護者の問題（表7、表8）

家庭・保護者の問題は高率に認められた。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。

施設別では、児童養護施設では経済的問題や生活環境の問題が他の施設よりも高く、この傾向はDD群にもNDD群にも認められた。

5．資源の利用（表9、表10）

NDD群の児童養護施設の例を除き、児童相談所への通所や一時保護の利用は30～50%の利用率があった。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の服薬を服用していた。

施設別では、児童養護施設のNDD群は全般的に資源の利用が少ないが、DD群ではNDD群と比べてほとんどの資源の利用率が2倍以上になるのが特徴的であった。情緒障害児短期治療施設では全般的に多くの資源を利用していたが、DD群では教育と医療の資源の利用が高く、特に、医療機関の利用と精神科薬の服薬は著しく高かった。児童自立支援施設でも、DD群では医療の利用がかなり高いが、教育の資源の利用は少ない。また、警察や司法の関与は他の施設

よりも高いが、これらの資源の利用はDD群はNDD群よりも少ない傾向が見られた。

D. 考察

わが国の児童福祉は、被虐待児や非行児、養育者のいない子どもなど、いわゆる要保護児童の保護と援助にとどまらず、子どもと家庭のあらゆる問題についての相談・援助を行うことが求められる幅広い社会サービスであり、子どもの障害福祉や精神保健の問題にも深く関与している。近年の児童虐待相談の増加に伴い、複雑・多様なニーズを有するケースも増加し、より効果的な援助の提供が大きな課題となっている。

児童福祉がかかわる子どもたちには、さまざまな情緒・行動の問題が伴うことが多く、特に、児童相談所に一時保護されたり、児童福祉施設に入所する子どもたちには、何らかの精神保健上の問題が認められることが非常に多い。情緒・行動の問題は、基本的には育成相談として対応しているが、ぐ犯性の高い問題の場合は非行相談、また、その背景に児童虐待がある場合には虐待相談として対応されていることが多い。最近、発達障害の概念の普及に伴い、子どもの情緒・行動の問題が発達障害によって説明されることも多くなっており、児童福祉サービスにおいても発達障害への関心が高まっている。

本年度の分担研究では、児童福祉がかかわる子どもたちの情緒・行動の問題の特性と発達障害との関連に焦点を当てて調査を行い、対応の難しい子どもたちへの援助の課題を検討した。

調査では児童相談所の相談ケースと児童福祉施設に入所している子どものうち、中学生と高校生2314人を対象としたが、このうち43%の子どもたちは発達障害と診断されるか、発達障害である可能性が高いと判断されていたことは、児童福祉において発達障害の概念が広く普及し、子どもの行動特性や適応上の問題の理解に発達障害の概念が大きな影響を持つようになっていくことを示唆している。この傾向はより専門的

な援助が求められる子ども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強く、約半数の子どもたちが発達障害あるいはその疑いと判断されていた。ただし、今回の調査では発達障害の厳密な診断は求めておらず、医師の診断については疑い例も含め、さらに児童相談所や児童福祉施設での判断も含めたきわめて広い概念として扱っているため、ここで示した頻度が児童福祉領域における発達障害の有病率を表すものではないことに注意しなければならない。児童福祉の現場での発達障害の実態については今後さらに検討する必要があると考えられる。

今回の調査対象となった子どもたちには、暴言・反抗・不服従、怠学・規則違反、窃盗・虚言、対人暴力など、さまざまな問題行動が比較的高率に報告された。今回調査した問題行動のうち喫煙・飲酒・薬物乱用以外のものは、DSM-IV-TR (2002)²⁾の素行障害 (conduct disorder) の診断基準に含まれている行動で、一般に「素行の問題 (conduct problems)」と呼ばれているものであり、攻撃性の表現型でもある。攻撃性 (aggression) は顕在的攻撃性 (overt aggression) と潜在的攻撃性 (covert aggression) に分けることができ、対人暴力、動物への虐待・残虐な行為、暴言・反抗・不服従、器物損壊、性的逸脱行動は前者に、窃盗・虚言、怠学・規則違反は後者に属する³⁾。今回の調査では、動物への虐待・残虐な行為はあまり認知されなかったものの、どちらのタイプの攻撃性も同程度に報告されており、攻撃性としての明らかな傾向は認められなかった。

発達障害との関連では、発達障害群の方が問題行動が報告される頻度は高く、発達障害と不適応行動との関連が示唆されたが、特に発達障害のある子どもに優位な問題行動は認められなかった。しかし、施設のタイプによって問題行動の傾向は大きく異なり、児童養護施設は全般に問題行動の頻度は低く、児童自立支援施設では発達障害の有無にかかわらず問題行動が高率

に認められた。これはそれぞれの施設の機能の違いに起因するものと考えられ、もともと非行傾向の高い子どもたちが入所することが多い児童自立支援施設で攻撃的・反社会的行動が多く認められたとしても不思議ではない。児童自立支援施設以外の施設では、発達障害のある子どもたちに対人暴力と器物損壊が多かったことは、発達障害のある子どもたちの援助において、これらの問題への対応が重要であることを示唆している。

攻撃性には性差や発達のな変化があり、一般的に顕在的攻撃性は思春期までは男性に優位であるが、それ以降では女性にも増加し、性差は縮小することが知られているが⁴⁾、今回の調査でもそのような傾向が認められた。このことは高校生の女子への支援の充実の必要性を示唆している。児童福祉の領域では中学生までの支援に重点が置かれ、高校生に対する資源が少ないのが現状であり、今後この年代のニーズに応える努力が必要であり、さらには18歳未満を対象とする児童福祉法による援助から成人期の援助への移行を保障できるような支援システムの構築が求められる。

児童福祉がかかわる子どもたちには、児童虐待をはじめとする家族や養育環境に関連する問題があることが多いが、今回の調査においても家族・保護者の問題が高率に存在することが確認された。家族関係の問題、経済的問題、育児に関する問題は、発達障害の有無にかかわらず一般的に認められ、児童福祉領域で援助を受ける子どもたちが抱える共通の問題であると考えられる。発達障害に伴って問題行動が見られる場合でも、これらの家族・保護者の問題、すなわち環境的な要因が、それらの問題の誘因になったり、持続させたり、さらには増悪させたりしている可能性があるため、具体的な援助において十分に考慮されなければならない。本来、児童福祉は家族や地域への介入や関係機関等との連携を得意とするので、発達障害を有する困

難事例においても、その優位さを活用して包括的な援助を実施できるようにする必要があると考えられる。

援助において利用する資源としては、児童相談所（通所、一時保護）教育（学校での特別な配慮、教育相談）医療（医療機関、精神科薬の服薬）の利用率が高かったが、発達障害群では医療の利用が著しく高くなり、さらに、問題行動の多い子どもたちをケアする施設（情緒障害児短期治療施設と児童自立支援施設）では医療機関や薬物療法への依存度が高いことが示唆された。このことは児童福祉がかかわる子どもたちの約4割が発達障害として理解されていた調査結果と合わせて考えれば、驚くことではない。適切な診断アセスメントに基づくケア・支援は重要であるが、すでに述べたように、児童福祉がかかわる子どもたちの問題は発達障害のみに起因するものとはかぎらず、家族の問題、経済的問題、被虐待体験などとの関連も重要なので、それらの問題に対するケアも合わせて行わなければ、成人期以降の著しい不適応や困難を予防することはできないだろう。

今回の調査は児童福祉領域における発達障害の子どもたちの問題や支援ニーズの全般的な傾向を捉えており、今後の支援のあり方を考える参考になるだろう。児童相談所や児童福祉施設にできることを再確認したうえで、教育や医療の資源をどのように活用するかが今後の課題と思われた。

E. 結論

児童福祉領域で対応している情緒・行動の問題を有する中学生と高校生の約4割は発達障害が関連していると認識されており、特に支援ニーズの高いケースが入所している情緒障害児短期治療施設や児童自立支援施設ではその傾向が強かった。発達障害を伴うケースでは攻撃的な不適応行動が高率に認められ、これらの問題に対して教育や医療による支援が優勢であったが、これらのケースには家庭や保護者の問題が伴っていることが非常に多いことから、環境的な要因に対する支援も含めた、より包括的な介入・支援が不可欠であると考えられた。

文献

- 1) 小野善郎：子ども家庭相談に役立つ児童青年精神医学の基礎知識．明石書店，東京，2009.
- 2) American Psychiatric Association(高橋三郎、大野裕、染谷俊幸訳)：DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版．医学書院，東京，2002.
- 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．pp. 17-36, 中山書店，東京，2009.
- 4) Connor D.F.（小野善郎訳）：子どもと青年の攻撃性と反社会的行動：その発達理論と臨床介入のすべて 明石書店 東京 2008.

表1．発達障害の状況

	児童相談所	児童福祉施設			合計
		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	
発達障害あり	90 (37.7%)	99 (20.7%)	366 (60.4%)	441 (44.6%)	996 (43.0%)
発達障害なし	149(62.3%)	380 (79.3%)	240 (39.6%)	549 (55.5%)	1318 (57.0%)
合計	239	479	606	990	2314

表 2 . 背景情報

		発達障害あり		発達障害なし		全体		
		N=996	%	N=1318	%	N=2314	%	
性別	男	718	72.1	681	51.7	1399	60.5	
	女	274	27.5	630	47.8	904	39.1	
	無回答	4	0.4	7	0.5	11	0.5	
受理 / 入所学年	未就学	49	4.9	200	15.2	249	10.8	
	小1	15	1.5	27	2.1	42	1.8	
	小2	16	1.6	37	2.8	53	2.3	
	小3	21	2.1	40	3.0	61	2.6	
	小4	32	3.2	40	3.0	72	3.1	
	小5	59	5.9	46	3.5	105	4.5	
	小6	123	12.4	91	6.9	214	9.3	
	中1	243	24.4	193	14.6	436	18.8	
	中2	238	23.9	297	22.5	535	23.1	
	中3	123	12.4	190	14.4	313	13.5	
	高1	19	1.9	25	1.9	44	1.9	
	高2	9	0.9	12	0.9	21	0.9	
	高3	1	0.1	4	0.3	5	0.2	
	無回答	48	4.8	116	8.8	164	7.1	
	現在の学年	中1	171	17.2	179	13.6	350	15.1
		中2	275	27.6	282	21.4	557	24.1
中3		282	28.3	395	30.0	677	29.3	
高1		92	9.2	135	10.2	227	9.8	
高2		62	6.2	98	7.4	160	6.9	
高3		44	4.4	98	7.4	142	6.1	
無回答		70	7.0	131	9.9	201	8.7	
知的障害の併存		あり	170	17.1	166	12.6	336	14.5
被虐待歴	身体的虐待	408	41.0	455	34.5	863	37.3	
	心理的虐待	322	32.3	407	30.9	729	31.5	
	ネグレクト	395	40.0	589	44.7	984	42.5	
	性的虐待	42	4.2	97	7.4	139	6.0	

表 3 . 問題行動の頻度 (DD 群)

問題行動	児童相談所		児童福祉施設						合計	
	N=90	%	児童養護施設 N=99	%	情緒障害児 短期治療施設 N=366	%	児童自立 支援施設 N=441	%	N=966	%
対人暴力	42	46.7	28	28.3	161	44.0	224	50.8	455	47.1
暴言・反抗・不服従	58	64.4	46	46.5	243	66.4	309	70.0	656	67.9
動物への虐待・残虐な行為	4	4.4	2	2.0	7	1.9	22	5.0	35	3.6
器物損壊	31	34.4	25	25.3	144	39.3	150	34.0	350	36.2
窃盗・虚言	40	44.4	26	26.3	127	34.7	300	68.0	493	51.0
怠学・規則違反	44	48.9	27	27.3	166	45.4	275	62.4	512	53.0
喫煙・飲酒・薬物乱用	12	13.3	7	7.0	13	3.6	145	32.9	177	18.3
性的逸脱行動	15	16.7	12	12.1	70	19.1	180	40.8	277	28.7



図 1 . 問題行動の頻度 (DD 群)

表4 . 問題行動の頻度 (NDD 群)

問題行動	児童相談所		児童福祉施設						合計	
	N=149	%	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		N=1318	%
			N=380	%	N=240	%	N=549	%		
対人暴力	30	20.1	76	20.0	59	24.6	253	46.1	418	31.7
暴言・反抗・不服従	67	45.0	161	42.4	114	47.5	358	65.2	700	53.1
動物への虐待・残虐な行為	1	0.7	2	0.5	6	2.5	11	2.0	20	1.5
器物損壊	21	14.1	68	17.9	48	20.0	152	27.7	289	21.9
窃盗・虚言	42	28.2	100	26.3	74	30.8	361	65.8	577	43.8
怠学・規則違反	72	48.3	99	26.1	93	38.8	413	75.2	677	51.4
喫煙・飲酒・薬物乱用	37	24.8	33	8.7	24	10.0	276	50.3	370	28.1
性的逸脱行動	20	13.4	50	13.2	37	15.4	202	36.8	309	23.5

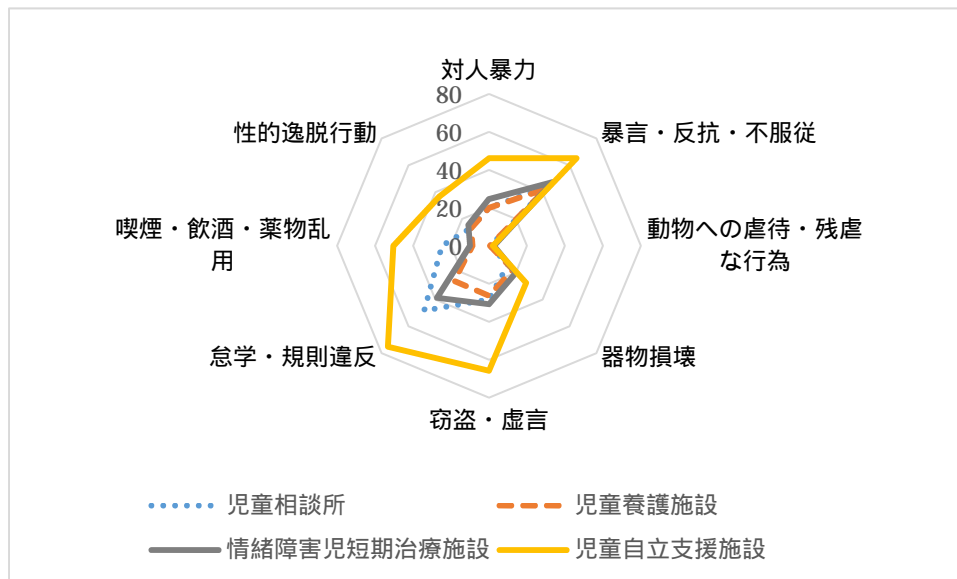


図2 . 問題行動の頻度 (NDD 群)

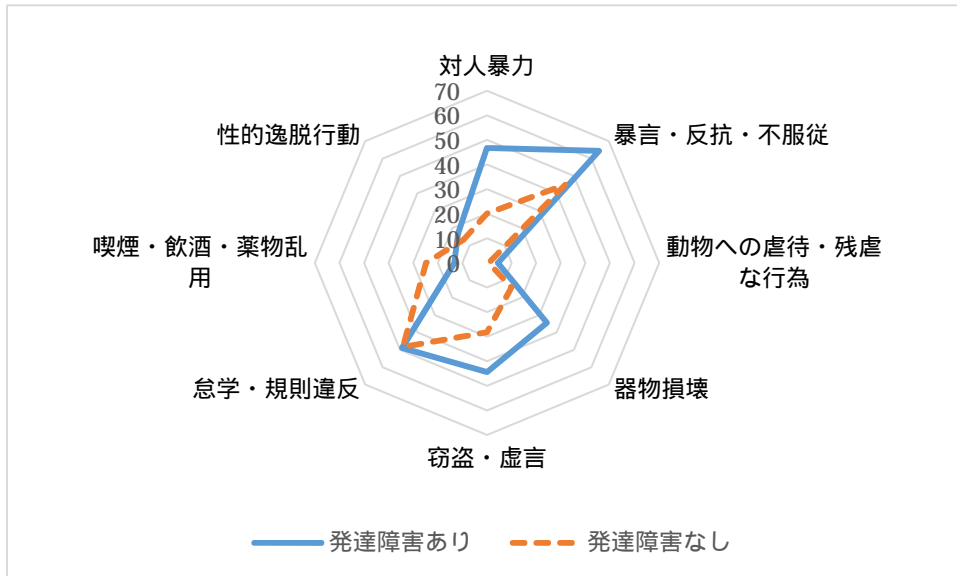


図3 . 問題行動の頻度 (児童相談所)

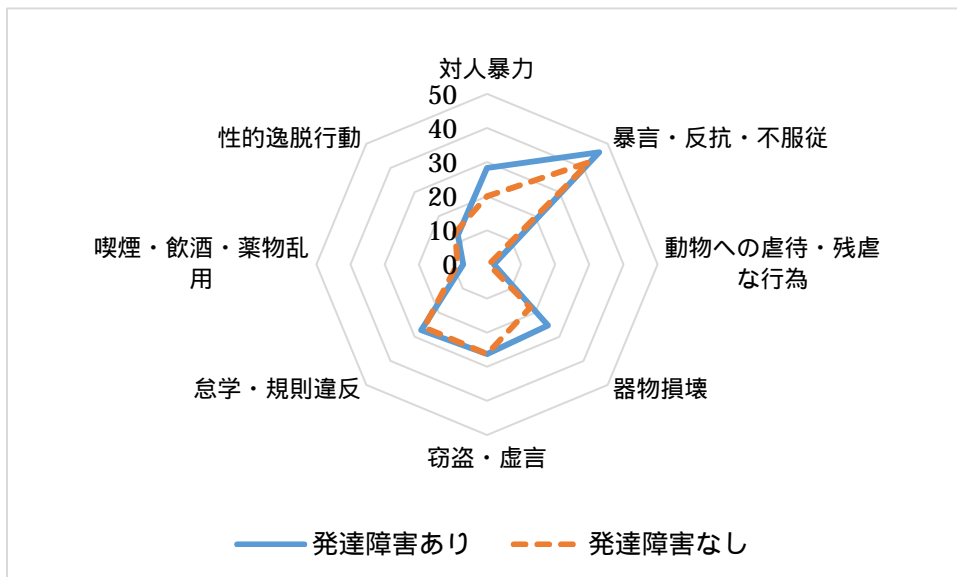


図4 . 問題行動の頻度 (児童養護施設)

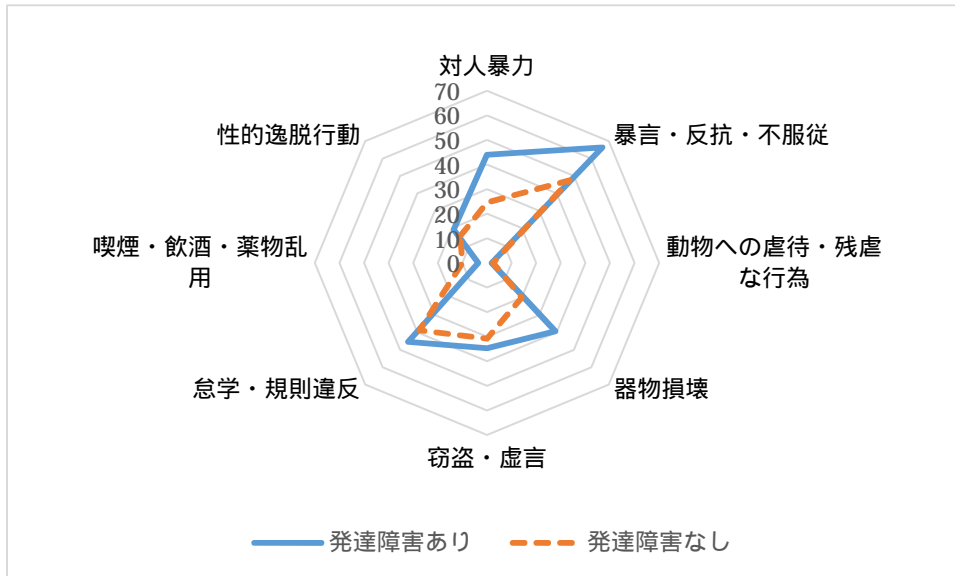


図5. 問題行動の頻度 (情緒障害児短期治療施設)

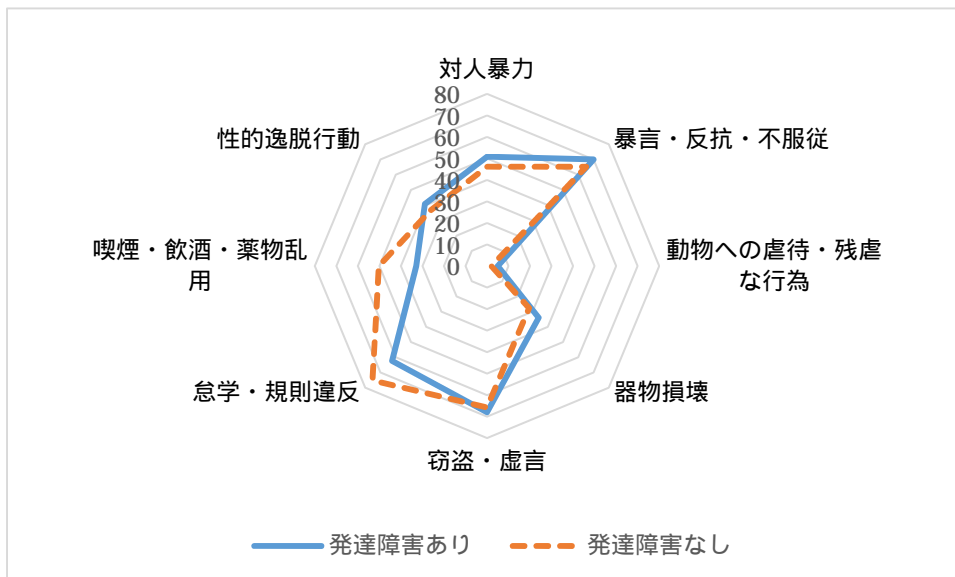


図6. 問題行動の頻度 (児童自立支援施設)

表 5 . 学年別の問題行動（男性）

	学年			
	中1	中2	中3	高校生
対人暴力	54.7	49.5	49.0	47.7
暴言・反抗・不服従	68.0	71.9	66.0	56.2
動物への虐待・残虐な行為	5.5	4.4	3.9	2.3
器物破壊	39.0	36.9	39.3	33.8
窃盗・虚言	50.0	54.4	59.2	35.4
怠学・規則違反	43.75	47.1	59.2	43.1
喫煙・飲酒・薬物乱用	7.0	17.0	25.2	9.2
性的逸脱行動	26.6	25.2	30.1	27.7

各学年における問題行動の頻度（%）

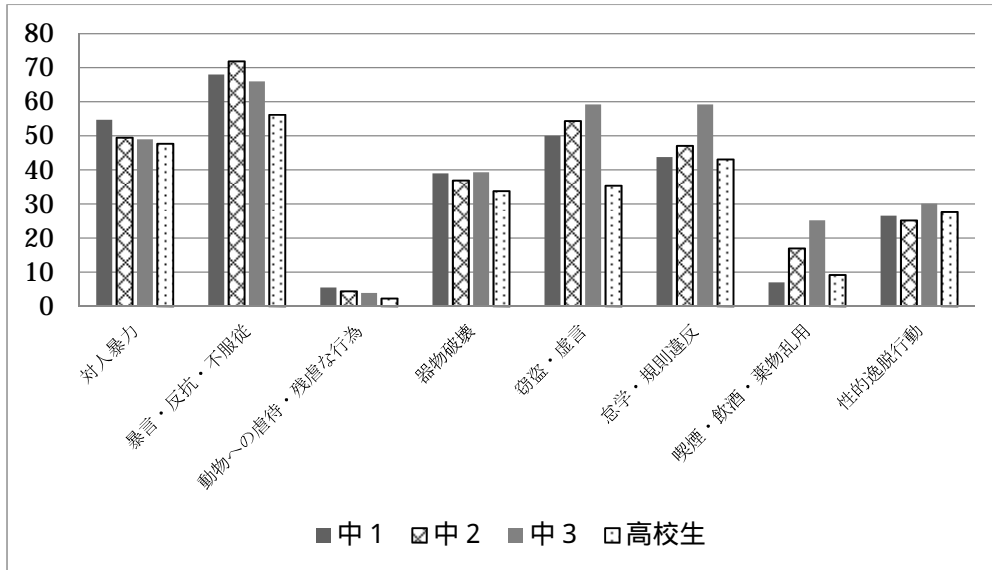


図 7 . 学年別の問題行動（男性）

表6. 学年別の問題行動（女性）

	学年			
	中1	中2	中3	高校生
対人暴力	33.3	26.5	34.7	30.9
暴言・反抗・不服従	69.0	58.8	60.0	63.2
動物への虐待・残虐な行為	0	4.4	4.0	0
器物破壊	26.2	27.9	24.0	39.8
窃盗・虚言	40.5	50.0	45.3	38.2
怠学・規則違反	47.6	52.9	64.0	42.7
喫煙・飲酒・薬物乱用	7.1	16.2	25.3	14.7
性的逸脱行動	14.3	16.2	34.7	25.0

各学年における問題行動の頻度（%）

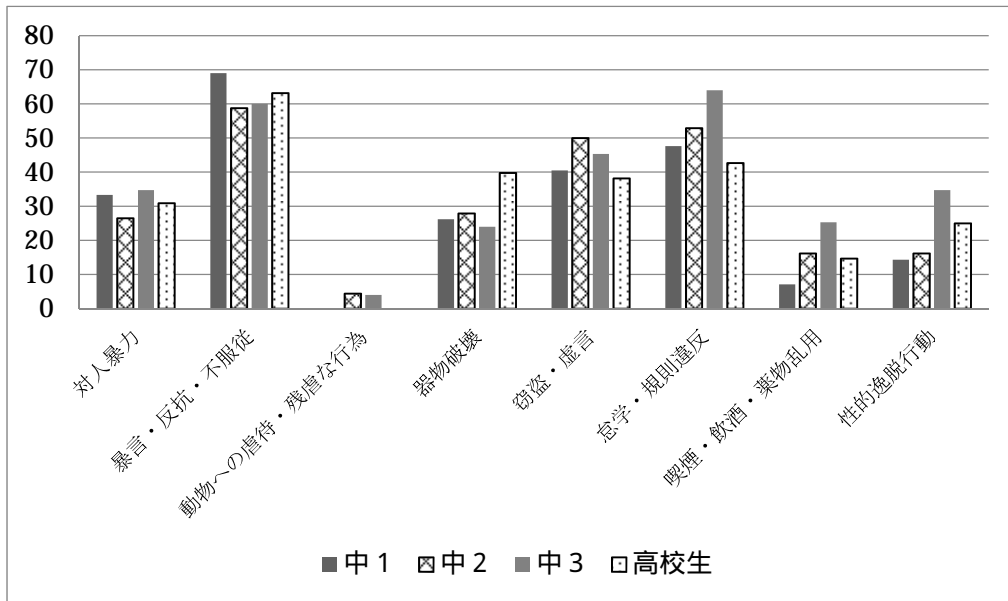


図8. 学年別の問題行動（女性）

表 7 . 家庭・保護者の問題 (DD 群)

家庭・保護者の問題	児童相談所		児童福祉施設						合計	
	N=90	%	児童養護施設 N=99	%	情緒障害児 短期治療施設 N=366	%	児童自立 支援施設 N=441	%	N=966	%
家族関係の問題	70	77.8	90	90.9	314	85.8	378	85.7	852	88.2
経済的問題	39	43.3	70	70.7	175	47.8	193	43.76	477	49.4
生活環境の問題	18	20.0	44	44.4	103	28.1	105	23.8	270	28.0
近隣からの孤立	19	21.1	27	27.3	80	21.9	117	26.5	243	25.2
精神疾患	28	31.1	38	38.4	128	35.0	122	27.7	316	32.7
発達障害・知的障害	10	11.1	28	28.3	84	23.0	63	14.3	185	19.2
性格的問題	38	42.2	36	36.4	179	48.9	163	37.0	416	43.1
育児に関する問題	42	46.7	74	74.7	263	71.9	307	69.6	686	71.0
支援への拒否的態度	14	15.6	21	21.2	57	15.6	67	15.2	159	16.5

表 8 . 家庭・保護者の問題 (NDD 群)

家庭・保護者の問題	児童相談所		児童福祉施設						合計	
	N=149	%	児童養護施設 N=380	%	情緒障害児 短期治療施設 N=240	%	児童自立 支援施設 N=549	%	N=1318	%
家族関係の問題	131	87.9	328	86.3	216	90.0	479	87.2	1154	87.6
経済的問題	81	54.4	266	70.0	130	54.2	277	50.5	754	57.2
生活環境の問題	29	19.5	177	46.6	81	33.8	157	28.6	444	33.7
近隣からの孤立	45	30.2	112	29.5	68	28.3	173	31.5	398	30.2
精神疾患	52	34.9	146	38.4	90	37.5	130	23.7	418	31.7
発達障害・知的障害	18	12.1	72	19.0	26	10.8	37	6.7	153	11.6
性格的問題	62	41.6	161	42.4	102	42.5	187	64.1	512	38.9
育児に関する問題	94	63.1	268	70.5	178	74.2	394	71.8	934	70.9
支援への拒否的態度	27	18.1	77	20.3	50	20.8	84	15.3	238	18.1

表 9 . 資源の利用 (DD 群)

利用した資源	児童相談所		児童福祉施設						合計	
	N=90	%	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		N=966	%
			N=99	%	N=366	%	N=441	%		
児童相談所への通所	69	76.7	35	35.4	159	43.4	179	40.6	442	45.8
一時保護の利用	59	65.6	27	27.3	212	57.9	219	53.3	517	53.5
児童福祉施設入所	44	48.9								
学校での特別な配慮	40	44.4	48	48.5	213	58.2	127	28.8	428	44.3
教育相談の利用	18	20.0	33	33.3	75	20.5	60	13.6	186	19.3
医療機関の利用	44	48.9	47	47.5	264	72.1	255	57.8	610	63.2
精神科薬の服薬	36	40.0	29	29.3	198	54.1	191	43.3	454	47.0
警察の関与	31	34.4	6	6.1	74	20.2	131	29.7	242	25.1
司法の関与	3	3.3	2	2.0	23	6.3	61	13.8	89	9.2

表 10 . 資源の利用 (NDD 群)

利用した資源	児童相談所		児童福祉施設						合計	
	N=149	%	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		N=1318	%
			N=380	%	N=240	%	N=549	%		
児童相談所への通所	100	67.1	79	20.8	92	38.3	207	37.7	478	36.3
一時保護の利用	91	61.1	73	19.2	145	60.4	307	55.9	616	46.7
児童福祉施設入所	73	49.0								
学校での特別な配慮	36	24.2	98	25.8	91	37.9	95	17.3	320	24.3
教育相談の利用	10	6.7	52	13.7	22	9.2	35	6.3	119	9.0
医療機関の利用	23	15.4	69	18.2	107	44.6	97	17.7	296	22.5
精神科薬の服薬	11	7.4	17	4.5	56	23.3	29	5.3	113	8.6
警察の関与	43	28.9	39	10.3	37	15.4	208	37.9	327	24.8
司法の関与	4	2.7	10	2.6	8	3.3	87	15.9	109	8.2

平成25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）（精神障害分野）
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
分担研究報告書

精神保健分野における予防と介入方法の検討

分担研究者	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	（徳島県発達障がい者総合支援センターハナミズキ）
	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）
	野中 俊介	（一般社団法人SCSカウンセリング研究所、東京都教育委員会）
	山本 彩	（社会福祉法人はるにれの里相談室ポラリス）
	若松 清江	（徳島県教育委員会）

研究要旨

発達特性(ASD特性やADHD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方に対して、精神保健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、地域においてアプローチやマネジメントが困難な事例について、その対応の手法や関係機関との連携方法について具体的に検討し、一定のガイドラインの策定を目指すこととしている。

今年度は、発達特性を持ち、社会行動面での課題があるため支援を必要としている方に対して、現在先駆的な取り組みが実施されている地域において、聞き取りを行った。主として物質依存症治療で用いられる「CRAFT (Community Reinforcement and Family Training)」について、発達特性を持つ事例への応用についての検討を行った。「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、札幌市、さいたま市、徳島県の3つのエリアを選び、地域の関係機関を対象に、事例の取扱件数に関する調査について、調査期間、調査方法などに関する検討を行い、調査を開始した。

今後の地域精神保健分野におけるガイドラインの策定に向けて、今年度は多面的な調査・研究の緒に就いた状況であるが、次年度以降の研究・結果も含めて、ガイドラインの内容をさらに検討していく必要があると思われる。

A. 研究目的

ASD (Autism Spectrum Disorder、自閉症スペクトラム障がい)特性やADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder、注意欠如・多動性障がい)特性などの発達特性を持つ方は、不登校やひきこもりにも関連するほか、例外的ではあるが、家庭内を中心とした暴力や、触法行為などの社会行動面での問題行動を呈する事例も存在する。しかしながら、ご家族や地域の支援機関では、現実的にはその対応に苦慮する場合が多い。一方で、その特性を理解した上で、事例に適した支援プログラムや、マネジメント手法を用いることにより、新たな支援方法についての試みが始められており、そのような先駆的な取り組みから、

今後の地域精神保健福祉分野における介入方法や予防についての知見を集積し、各地域でより効果的な支援を進展させていく必要がある。

本分担研究班においては、発達特性を持つ事例のうち、長期化・固定化したひきこもりや家庭内暴力、触法行為を伴うものなど、地域においてアプローチやマネジメントが困難な場合について、その対応の手法や関係機関との連携方法について具体的に検討し、一定のガイドラインの策定を目標としている。

B. 研究方法

今年度は、以下の3つについて検討した。

発達特性を持ち社会行動面の課題を持つ事

例に対して、現在先駆的に支援が実施されている地域について、聞き取りを行う。

主として物質依存症治療で用いられる「CRAFT (Community Reinforcement and Family Training)」について、ひきこもり事例の家族等への応用や、発達特性を持つ方への応用の方法について検討を行う。

「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、札幌市、さいたま市、徳島県の3つのエリアを選び、地域の関係機関を対象に、事例の取扱件数に関する調査について、調査期間、調査方法などに関する検討を行い、実際に調査を開始した。

(倫理面への配慮)

本研究のうち、の聞き取り調査や、の CRAFT の応用の検討については、原則個人を特定できるような情報は取り扱わない。の調査研究については、福島大学倫理委員会の審査・承認を得た上で実施する。いずれの場合も、事例等、個人に関わる情報がある場合には、研究結果を公表する方法に配慮し、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。

C . 研究結果

徳島県における、医療機関、発達障がい者支援センター、療育機関を中心とした位置的にも隣接したゾーン形成による連携の実際や、労働関係の機関による、ノート等への対策を基盤とした相談支援の広がりについて、視察や情報交換を行った結果を別添資料1にまとめた。同様に、札幌市並びに、札幌市内の医療機関、相談支援機関、家族会等の連携によるシステムについて視察と情報交換を行った結果を別添資料2にまとめた。

「CRAFT」については、国内で初めて行われた、このプログラムの開発者である Meyers 氏によるワークショップに参加し、地域での物質依存症やひきこもりへの支援の有力なツールとなることが確認できた。さらに、CRAFT をテーマとしている他の研究班とも協力し、効率の良い普及方法や発達特性の強い事例への応用方法について検討を始めた(平成25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「ひきこもり状態を伴う広汎性発達障害者の家族に対する認知行動療法の効果：CRAFT プログラムの適用」研究代表者：境 泉洋)。

札幌市、さいたま市、徳島県の、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、ひきこもり地域支援センター、障がい者相談支援事業所等を対象に、新規相談開始事例における、18歳以上40歳未満の発達特性(ASD 特性や ADHD 特性)及び社会行動面の課題を有する事例に関する調査に関して、調査方法、内容などを検討し、関係機関との調整を含めた準備を行った。具体的な調査方法については、別添資料3に掲げた。

D . 考察

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・支援については、実際には各自治体あるいは地域の様々な資源の状況に応じて、方法が異なる場合も考えられるが、いずれにしても、ご本人、ご家族、支援者が苦心されている現状がある。

今回、視察した徳島県の特長としては、若者支援ジョブスタとくしま、徳島県発達障がい者総合支援センターハナミズキ並びにその関係機関において、現場のニーズを基に積極的に事業展開がなされており、それぞれ、ワンストップサービスに近い形で利用者の利便性に優れたシステムが実現されていることがあげられる。また、関係機関の実際の物理的な近さもよい効果を生み出

しており、それぞれの専門性を生かしながら、他機関との顔の見える連携が有効に行われていると感じた。

一方で、札幌市は発達障がい者支援のための広範囲な施策展開がされており、民間支援機関による支援の取り組みや相互のネットワーク構築が効率的に機能していると思われた。また、充実した児童精神科医療機関や、支援機関の豊富さ、アクティビティの高さが、市全体の積極的な発達障がい児（者）支援を可能にしている。

特に、対応が難しいと思われる事例に対しては、司法、医療、保健、福祉の領域の連携が有効に機能しており、今回お話を伺った医療機関や親の会、社会福祉法人などを中心に、一貫した治療・支援方針をもって取り組まれていることが理解できた。

「CRAFT (Community Reinforcement and Family Training) : コミュニティ強化と家族訓練」は、認知行動療法の技法を応用したもので、これまで主として物質依存症治療で用いられていた。最近、この方法がひきこもりの家族支援・本人支援のためのツールとしての活用が期待されており、実際的な研究が進められている。今回、CRAFT の手法が、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・支援にも利用可能かどうかについて、他の厚生労働科学研究「ひきこもり状態を伴う広汎性発達障害者の家族に対する認知行動療法の効果：CRAFT プログラムの適用」との連携を考えながら、進めることとなった。

これまで CRAFT が使用されていた、アルコール等の嗜癖行動では、問題行動の短期的なメリット（感情処理、問題回避など）と、問題行動の長期的なデメリット（健康問題、対人関係や社会適応の問題など）への両価的な認知を理解しながら介入することになるのが通例である。しかしながら、発達障がいでは、行動がパターン化しやすく、外部からの指示を待つ状態にな

りやすいことや、自発的に新たな行動に踏み出しにくいという状況が生じやすい。また、これまでの学習を汎化させて、将来を見通していくことが難しいなどの特徴もみられるため、CRAFT 技法を応用するためには、発達特性を考慮したプログラムを新たに加えていく必要がある。具体的には、例えば、「自発性行動の困難」に対して、他者からの選択肢提示から本人の選択といった段階を踏んでいくことや、さらに、相談をするという行動や SOS 時の対応などを段階的にご本人に学んでもらうことなどが考えられ。それ以外にも、「見通しの困難さ」に対する視覚的な支援やスケジュール提示、基本的な障がい特性が継続することを想定した支援の連続性の確保の問題などについても今後さらに利用可能なプログラムを検討していくことになる。この点については、社会福祉法人はるにれの里で研究が進められている「自閉症スペクトラム障害を背景にもつ社会的ひきこもりおよび犯罪行動への CRAFT を参考にした介入」との連携も必要となる。

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事例に関する調査については、特に事例数や発生頻度などの調査が少ないため、実施関係機関との調整を含め、調査方法の検討に時間を要した。

結果的に、全国の関係機関への後方視的な研究は、負担も大きく、調査自体の困難も予想されたため、今年度は、調査の地域を限定し、一定期間前向きに調査を実施することとした。

対象となる事例は、それぞれの機関の取り扱い数はそれほど多いものではないと予想されたため、各関係機関の相談事例数を可能な限り遺漏がないように集約する必要がある。それで、今回は、分担研究者、研究協力者の関係する、札幌市、さいたま市、徳島県の3か所を対象とすることにした。

調査方法の詳細は別添資料3に示したが、対

象となる自治体の精神保健福祉センター、保健所、発達障がい者支援センター、ひきこもり地域支援センター、障がい者相談支援事業所に対して、特定の6か月間に新規の相談事例となったもののうち、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事例について、その件数と関連情報を各機関で集約してもらい、氏名や生年月日など個人を特定できる情報を除いたものを、研究班で集計する方法とした。また、医療機関等での診断は、必ずしも当初の相談開始時にはなされておらず、相談支援の経過の中で診断がなされる場合も多いことを考慮し、当初の6か月間の事例のエントリー期間の後に、一定期間は追加の情報を集約するための期間とし、また、さらに、約1年後に可能な範囲で情報を追加できるよう配慮した。

実際の調査開始が年度途中となったため、結果については、次年度以降の報告となる。

E．結論

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・支援について、発生件数の調査、相談支援に関する先進地域調査、新たな支援ツールの調査等、多方面からのアプローチを試みた。今回得られた知見や、期待される調査結果をもとに、今後の地域精神保健分野におけるガイドラインの策定に向けてさらに検討を進めていきたいと考えている。

F．研究発表

1．論文発表

特になし

2．学会発表

特になし

G．知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得

特になし

2．実用新案登録

特になし

3．その他

特になし

文献

- 1)近藤 直司、小宮山 さとみ、宮沢 久江、小林 真理子、今村 亨、中嶋 真人、中嶋 彩、神尾 陽子．在宅青年・成人の支援に関する研究 ライフステージからみた青年・成人期PDDケースの効果的支援に関する研究．厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究．平成21年度 総括・分担研究報告書 105-113、2010.
- 2)境 泉洋、野中 俊介．CRAFT ひきこもりの家族支援ワークブック 若者がやる気になるために家族ができること．金剛出版 2013.
- 3)山本 彩 発達障害特性が背景にある社会的ひきこもりへの Community Reinforcement and Family Training(CRAFT)適用の可能性．北海道大学大学院教育学研究院紀要 118; pp.59-82, 2013.
- 4)山本 彩 自閉症スペクトラム障害特性を背景にもつ家庭内暴力や違法行為などの行動の問題に対する、危機介入を含む包括的プログラムの開発．北海道大学大学院教育学研究院紀要 119, pp.197-218, 2013.
- 5)ロバート・メイヤーズ、ブレンダ・ウォルフ．松本俊彦、吉田精次監訳．渋谷繭子訳．CRAFT 依存症者家族のための対応ハンドブック．金剛出版、2013.

その他参考としたURL

- ・公益社団法人 徳島県労働者福祉協議会
<http://www.tokushima-rofuku.net/>
- ・若者支援ジョブスタとくしま
<http://www.tokushima-rofuku.net/jobsuta/>
- ・徳島県発達障がい者総合支援センターハナミズキ <http://www.pref.tokushima.jp>

/hattatsu/hanamizuki/

・(徳島県)発達障がい者総合支援ゾーン

<http://www.pref.tokushima.jp/hattatsu/zone/>

・札幌市発達障がい者支援施策体系(札幌市のHPよりダウンロード可能)

<http://www.city.sapporo.jp/shogai/fukushi/hattatu/hattatu.html>

・社会福祉法人 はるにれの里

<http://www.haruni-re.or.jp/>

・札幌トロイカ病院

<http://www.kyoeikai.or.jp/top.html>

・スペース・からころ

http://www.sapporo-shakyo.or.jp/volunteer/vol_cen/groups/198/1343

平成 25 年度「精神保健福祉分野における予防と介入方法の検討」研究班
先進地域視察報告 1（徳島）

徳島県は、人口当たりの医師数も多く、医療資源も比較的多いと推測され、発達障がい児（者）に対する支援についても、医療機関や大学等との連携など、おそらく他にも多くの特長があると思われませんが、今回、視察をお願いした範囲を中心に考えると、以下の大きな特長があると思われま

1．公益社会福祉法人徳島県労働者福祉協議会が中心となって、ジョブスタ、サポステなどの事業を含め、多くの領域に対応する多様な相談機関を有しており、「働きたい人」に対して、「誰でも」「何でも」のワンストップの相談を引き受けている。

2．徳島県発達障がい者総合支援センター（県直営）が中心となって、徳島県立みなと高等学園（特別支援学校）、徳島赤十字が運営する、病院、乳児院、総合療育センターが発達障がい者総合支援ゾーンを形成しており、機関相互の日常的な連携が、非常に進んでいる。ゾーン外のサポステ等との連携も行われている。

スケジュール

平成 25 年 8 月 30 日（金）

14：00～15：00

若者支援ジョブスタとくしま視察

とくしま地域若者支援サポートステーション（公益社会福祉法人徳島県労働者福祉協議会）

永穂とも美 所長（臨床心理士）

隣接した、「労福協 なのはな（居宅介護支援センター、ヘルパーステーション）」等も見学させていただいた。

15：30～17:20

徳島県発達障害者総合支援センターハナミズキ視察

栞原 優子 次長

板谷 充顕 所長

荒木 圭祐 就労支援担当 主任

徳島赤十字乳児院

佐野 周次 院長 兼 事務長

徳島赤十字ひのみね総合療育センター

島 義雄 地域支援課長

高木 幸 発達支援係長（サービス管理責任者）

稲垣 大輔 事務部総務課総務係長（社会福祉士 相談支援専門員）

県から委託を受けた社団法人徳島県労働者福祉協議会によって運営されている若者の自立支援施設であり、「働く」ことに対する自信や、きっかけがつかめない若者に対して、若者無業者自立支援講座を提供し、資格取得や就労などにつなげるサポートを行っている。働きたいと思っている。だけど、「働く」ことに対する自信や、きっかけがつかめない若者に対してグループワーク、職業人セミナー、面接対策などの講座、職場見学や職場体験などを通して、若者の「働く」をサポートしている。

通所講座はいずれも少人数制のクラスで、「基礎学力の向上」「コミュニケーション講座」「社会体験」「パソコン講座」「就労支援講座」「企業での職場実習」その他、「体力づくり」「創作体験」などのメニューを実施している。さらに、簿記資格の準備講座、のんびり茶屋での調理の準備、接客の仕事体験などの講座も開設されている。現場ニーズに即した柔軟なプログラム運用がされている印象がある。

利用対象者は、原則、無職の 39 歳以下の者であり、利用者数は年々増加傾向にある。例えば今年度（平成 25 年 4 月～7 月）新規登録者 126 人中 66 名がすでに進路決定となっている。また、本人の相談だけではなく、家族の相談にも対応しており、平成 24 年度は本人 2029 人、家族 184 人の利用があった。登録者数は平成 18 年 9 月（開所）～平成 25 年 3 月末までで 848 名であり、平成 25 年 4 月～7 月末までの新規登録者数 126 名のうち約半数の 66 名が進路決定している。連携施設としては、発達障がい者総合支援センターハナミズキや、ハローワーク、医療機関、大学の心理相談室、精神保健福祉センター内にあるひきこもり地域支援センター「きのぼり」、保健所などがあり、利用者のニーズに合わせて、他機関の紹介を行っている。また、診断を受けていたり、手帳を持っている人が一般就労を望む場合も受け入れているとのことであった。

公益社団法人徳島県労働者福祉協議会が、労働の領域から広く事業を展開し、徳島県ならではのシステムを確立し、実践している。協議会の職員は 50 人程とのこと。また、同じ建物で、財団法人徳島県勤労者福祉ネットワークとともに、子育て広場、ファミリーサポートセンターから、居宅介護支援センター、ヘルパーステーションなど、全ライフステージに対応できる窓口、相談機関を有しており、また、それらが隣接しているため、ワンストップに近い形で、家族全体や生活全般の相談をすることができるようである。

ジョブスタとくしまの登録者は増えているが、のんびりした雰囲気で行っている。利用者は、就労希望はあるが、対人関係が苦手という人が多いとのこと。

例えば、「PC を楽しもう」プログラム 数人参加（定員 5 名）職員 1 名がついているが、何か質問があった時に聞くことになっており、参加者はテキストを見ながら黙々とワード、エクセル、パワーポイントの練習に取り組んでいる。計 9 回の参加。これを終了すると、履歴書に「ワード、エクセル、パワーポイントができます」と書ける。職員が Microsoft 社の研修を受けて、指導できる資格を取得している。また、簿記資格の準備講座では、日

簿3級の資格を目指す3か月コースとなっており、参加者からは初回のテキスト代1000円のみを徴収している。

他領域との顔の見える連携の視点からは、激しい暴力を伴う相談の場合は保健所や病院、発達障害支援のニーズがあれば発達障がい者総合支援センター、家族セミナーが必要であれば大学でおこなっている事業、就職という切り口からはハローワークの若者担当、障害者就労であれば障害者職業センターと、本人や家族のニーズにあわせて、他法人・他機関とも有機的に連携をとることができている。本人が来所できず親のみが相談に来る困難なケースでは、境先生（徳島大学大学院）のCRAFTや医療機関を紹介する場合もあるという。

ジョブスタが地域で積極的に事業展開をしているからこそ、他機関も連携を取り易くなり、相乗的な効果があると思われる。

なお、パーソナル・サポート・サービスについては、一旦終了し、新たに、「生活困窮者自立促進支援モデル事業」を秋より開始する予定で見学時は準備中であった。

徳島県発達障がい者総合支援センターハナミズキ

発達障害者の自立と社会参加を支援するための施設を結集した「発達障がい者総合支援ゾーン」の中の一施設である。ゾーンには、当施設の他に、発達障害のある高等学校段階の生徒を対象として、社会的・職業的自立に向けた教育を行う特別支援学校「みなと高等学園」、心身に障害のある方に医療面での支援を行う「徳島赤十字ひのみね総合療育センター」、様々な理由により家庭で養育できない乳幼児を養育する「徳島赤十字乳児院」の3施設が設置されている。また、徳島赤十字病院とも近い距離にあり、医療的なバックアップを受けている。県知事がトップダウンで意欲的に施策に取り組まれた経緯があり、ゾーンとして円滑に機能している。また、県と日本赤十字社がうまくコラボしていると感じた。

なお、徳島赤十字ひのみね総合療育センターでは、施設入所サービス、在宅障がい児へのサービス、外来診療・リハビリテーションを行っている。

ハナミズキの職員は14名（正規11名）で県職員の福祉こども局職員と非常勤職員で構成されており、発達障害者を対象に、相談支援、発達支援、就労支援が行なわれている。相談支援では、来所による相談や、地域巡回相談、各機関の専門家を対象としたコンサルテーション、早期発見体制支援事業を実施している。発達支援では、ペアレント・トレーニング事業（すくすく教室）やペアレント・メンター養成・活用事業などを展開している。就労支援においては、発達障害者就労移行支援システムが確立されている。具体的には、比較的簡易な作業実習を通して基本的な生活リズムや作業の習慣を身に

つける段階から始まり、感情トレーニングや認知行動療法を受けて自己認知を高める段階、次いで、就労の意義や必要性を学ぶ就労準備段階から成っている。さらには、児童相談所や徳島県若者サポートステーション、大学の心理相談室などと連携を図っている。

上述のように、ハナミズキで提供されている支援内容は様々であるが、とりわけ、ペアレント・トレーニング(すくすく教室)を就学前と小学校低学年の親を対象に実施したり、心理系の大学教員がペアレント・メンター養成などを行ったりするなど、保護者支援の内容も充実していると感じた。発達障害児の親は、健常児の親よりも育児ストレスが高いことや、発達障害児の場合、健常児よりも虐待を受けるリスクが高くなることが指摘されているため、このような取り組みは、親の心理的サポートに貢献するだけでなく、虐待予防にも寄与していると考えられる。さらに、虐待を受けた子供が非行に親和性を有すると言われていることから、子どもの問題行動の予防にもつながっていることが推察される。

また、利用者の就労に向けた支援では、感情認知のトレーニングを行ったり、新たな認知行動療法である Acceptance and commitment therapy (ACT) を取り入れたトレーニングを実施したりするなど、利用者の心理面へのサポートも充実していると感じた。

実際に、見学当日実施されていた小学校低学年の高機能 ASD のグループ(5人程度)の運営についてお話を伺うことができた。当初、きちんと着席し続けることが難しかったり、メンバー間で暴力などのトラブルが多かったりしたとのことであるが、当日がやりたいことをやれるプログラムの日だったせいも、比較のおちついてプログラムの進行が行われていた。同じ時間帯に、送迎のために付き添ってきた親によるグループが並行して行われており、親同士の分かち合いの良い機会となっていた。子どもたちの様子を観察できるようになっており、最初の頃は親が子どもの様子をよく観察していたそうであるが、次第に、親同士の話し合いの時間の方が増えるようになったという。見学の日はちょうど2学期が始まった日であり、夏休み中は親にとってタフな時期であったが、親の荷が少しやっとな軽くなったとのことであった。

ハナミズキの相談件数は、平成18年から平成22年までは年間500件でほぼ横ばいであったが、平成23年では961件、平成24年には2143件と急激な伸び率が見られた。その背景には、平成24年に障害児相談支援事業が開始されたことと同時に、同年に「発達障がい者総合支援ゾーン」が開設されたこと、さらに、利用者のニーズに応えたきめ細やかな支援が行われていることが影響しているように思われる。

実際の業務において、例えば、家族相談の際の託児を、乳児院が行っていたり、ゾーン内の職員同志が顔の見える関係となっている。日赤病院が近接しており、乳児院や療育センターの医療面でのバックアップがなされている。

発達障害者総合支援ゾーンに設置された各施設が、それぞれの専門性を生かし、相互の

連携や外部機関と協力しながら、乳幼児期から成人期まで、各ライフステージに応じた総合的な支援を行っているのが特長であると感じた。

2か所の視察から

徳島県の特長としては、若者支援ジョブスタとくしま、徳島県発達障がい者総合支援センターハナミズキ並びにその関係機関において、現場のニーズを基に積極的に事業展開がなされており、それぞれ、ワンストップサービスに近い形で利用者の利便性に優れたシステムが実現されていることがあげられます。また、関係機関の実際の物理的な近さもよい効果を生み出しており、それぞれの専門性を生かしながら、他機関との顔の見える連携が有効に行われていると感じました。

平成 25 年度「精神保健福祉分野における予防と介入方法の検討」研究班
先進地域視察報告 2（札幌市）

札幌市は発達障がい者支援のための広範囲な施策展開がされており、民間支援機関による支援の取り組みや相互のネットワーク構築が効率的に機能していると思われます。また、充実した児童精神科医療機関医療機関や、支援機関の豊富さ、アクティビティの高さが、市全体の積極的な発達障がい児(者)支援を可能にしているという印象を受けました。

特に、対応が難しいと思われる事例に対しては、司法、医療、保健、福祉の領域の連携が有効に機能しており、今回お話を伺ったトロイカ病院や親の会「スペース・からころ」、社会福祉法人はるにれの里「相談室ぼらりす」「発達支援室なつつ」などを中心に、一貫した治療・支援方針をもって取り組まれていること強く印象に残りました。

スケジュール

平成 25 年 10 月 13 日（日）

9：30～10：00

札幌トロイカ病院見学

10：30～12:30

札幌市における取り組みの紹介と意見交換（札幌トロイカ病院内にて）

- ・札幌市における発達障がい支援施策の概要
札幌市障がい福祉課発達障がい担当係長 加藤 久美子 様
- ・触法行為（家庭内暴力）を含む発達障がい者への地域支援
社会福祉法人はるにれの里 山本 彩
- ・触法行為（家庭内暴力を含む）をもつ発達障がい者への医療からのアプローチ
札幌トロイカ病院 阿部 一九夫 様
- ・触法行為（家庭内暴力を含む）をもつ発達障がい者の家族支援
スペース・からころ 吉田 容子 様

札幌トロイカ病院見学

集団精神療法室、木工室、音楽室、閉鎖病棟見学。

阿部先生からは、発達障がいに特化した集団精神療法や作業を行っているということではなく、本人が興味を持って取り組めるようにメニューを多くすることが重要とのお話をいただいた。実際に、「社会療法」プログラムとして、月曜日から土曜日までの 6 日間に 30 以上が準備されている。プログラムの中には、NHKなどで放送されている福祉関係の番組での当事者の話なども観てもらっていると話されていた。

札幌市における取り組みの紹介と意見交換

札幌市障がい福祉課発達障がい担当 加藤 久美子係長から、札幌市における発達障がい支援施策の概要について、説明を受けた。ご提供いただいた「札幌市発達障がい者支援施策体系」や、「発達障がいのある人たちへの八つの支援ポイント」については、札幌市HPよりダウンロード可能とのことである。

<http://www.city.sapporo.jp/shogaifukushi/hattatu/hattatu.html#sisakutaikei>

札幌市では、平成 16 年 12 月の「発達障害者支援法」の成立を受けて、発達障がい者支援体制整備事業に向けた支援が開始され、児童精神科医、臨床心理士、保健センター・児童相談所・教育委員会、札幌市自閉症・発達障がい支援センター、北海道自閉症協会、北海道警察、札幌保護観察所、北海少年院、精神保健福祉センター、など、非常に広範な分野の委員からなる「札幌市発達障がい者支援関係機関連絡会議」が組織されており、30 団体約 100 名が委員として参加している

また、「早期発見・早期支援」「地域生活・就労（就労支援プロジェクトを含む）」「ネットワーク」「社会適応」「人材育成（親支援プロジェクトを含む）」などの部会が設置されており、それぞれの部会でまとめられた意見が、迅速に札幌市の発達障害者支援策に反映されているようにみえる。実際に、乳幼児健診でグレーゾーンを含めて 2 割程度をスクリーニングしており、また、札幌市の児童デイの数は 180 か所と全国有数であるなど、具体的な施策による実績も上がっている。

札幌市のこれからの方向性としては、

- ・地域における保護者支援システムの整備に必要な各職種間の相互理解、子どもの成長状況を理解し保護者の様子に応じた育児支援ができる人材育成のシステムづくり。

- ・発達障がいの特徴と支援のコツが見て分かるように、イラストを使い視覚化した小冊子等のソフトウェアの開発（一部は「虎の巻シリーズ」としてすでに作成されている）。

など、地域で個別支援が充実するための支援システムの整備と、すぐに使える支援の手法開発が、車の両輪の関係であり今後の大きな柱とされている。

触法行為（家庭内暴力）を含む発達障がい者への地域支援

本研究班の研究協力者でもある山本さんからは、「自閉症スペクトラム障害を背景に持つ社会的ひきこもりおよび犯罪行動への CRAFT を参考にした介入」として、現在進められている、CRAFT と自閉症支援を組み合わせたプログラム

資料 2

の実施とその効果測定、また、危機介入（強制的な家族からの分離を含めた）CRAFT、自閉症支援を組み合わせたプログラムについての説明があった。

実際に地域で行われている支援のエッセンスを簡潔にわかりやすく示したものとして「行動の問題を持ち・支援を拒否する本人への地域支援ガイドブック」が作成され（別添資料）、ひきこもり・家庭内暴力、触法行為など行動の問題をもちながら、未だ支援を受けることを拒否している場合の、支援者の動き方について、分かり易い解説を試みている。

現在も、司法、医療、保健、福祉などの領域の関係機関で、課題の整理が行われているとのことだが、親の会の協力や、本人の年齢による対応の変化、非自発的入院時の主治医や家族の負担に対するバックアップ体制、日常的な関係機関同士の相談の積み重ねによって、いざという時に迅速かつ効果的な連携が取れるようにしておくことなどが、課題としてあるとのことであった。また、発生予防、啓発活動、法律の解釈や法律の狭間の問題、協力体制の取れる病院が少ないことなどが、より長期的な課題としてはあげられるとのことであった。

触法行為（家庭内暴力を含む）をもつ発達障がい者への医療からのアプローチ

札幌トロイカ病院 阿部一九夫副院長からは、これまでの臨床実践のデータを基に、青年期以降の ASD（自閉症スペクトラム）者入院治療、特にひきこもり例の非自発的入院治療について、お話を伺った。

2008年4月から2010年11月9日の間に発達障がいの診断がされた方は、外来、入院を合わせて200人に及び、そのうち約6割は、思春期以降に発達障がいに気が付かれた事例で、残りの4割が、子ども時代から発達障がいの分かっていた事例であった。ひきこもりの方々が医療に繋がった理由として、31例について分析されたところ、35%が家族の説得、16%が緊急的警察関与、39%が区の相談員・警察、10%が相談員・支援者によるという結果であった。入院中の治療としては、1. 疾病教育、2. 仲間がいるよという安心感を与えるための集団療法、3. 日記で書く内観療法（できる人のみ。親に対する間違っただ陰性感情を修正できそうなときに実施）、4. 孤立していないことの楽しさ、重要性がわかるようにすること、などが実施されている。退院の目標としては、1. 自立（グループホームやケアホームに入る。適切なアパート暮らし）、2. 日中活動の場所の確保が必須、3. アウトリーチ受け入れの約束、4. 通院の約束などがたてられている。

ASDの支援が地域で順調に進むようになった要因として、阿部先生は、相談支援事業所、自助グループ、病院、警察、保護観察所などの矯正機関、療育施設など、各種の機関が協力するようになり、また、非自発的入院は、本人のその場の意思には反するかもしれないが、「本人も辛いから治す」という視点や、

資料2

「自立させることがその子にとって一番大切である」という認識を共有できることが大切であること。一方で、これまでの精神科医療、さらに社会全体からみると未だ理解を得にくい部分もあるので、各機関同士が、事例と家族を仲立ちに励まし合って有効な支援が成り立っているという現状についても、お話しいただいた。

阿部先生ご自身は、30代前半ぐらいを境に支援や治療への反応が悪くなるという印象も持たれており、精神科医療や公的機関、支援者の理解が進むことや、社会資源の拡充などが、今後のより良い支援に必要なだと話されていた。また、法人で生活訓練施設として援護寮を運営しており、退院後の自立に向けての支援が継続しやすいことや、病院が開設された時からの「文化」として、基本的にどんな事例も断らない、どんな事例にもコミュニティを作ることができるという考え方が職員全体に根付いているという印象を受けた。

触法行為（家庭内暴力を含む）をもつ発達障がい者の家族支援

スペース・からころ 吉田容子代表から、触法行為（家庭内暴力を含む）を持つ発達障がい者の家族支援～親の会としてできること～と題して、「スペース・からころ」の、これまでの活動や、当事者が抱える生きづらさや家族の困難、家族支援のための親の会、支援センター、医療機関の連携の重要性などを中心にお話をいただいた。特に、これまでかかわりのあった具体的な事例についてのお話は、当事者や家族のご苦労や率直な思いや、支援機関や医療機関の関わりが、ご家族の思いにどのように影響を与えるかを丁寧にお話しいただいた。

資料3

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

1．研究の目的について

この調査は、平成 25 年度厚生労働科学研究「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（主任研究者 福島大学大学院 人間発達文化研究科 内山登紀夫）」の一環として実施いたします。

ASD（Autism Spectrum Disorder、自閉症スペクトラム障がい）特性や ADHD（Attention Deficit/Hyperactivity Disorder、注意欠如・多動性障がい）特性などの発達特性を持つ方で、社会行動面の課題を有する方の現状を調査することにより、そのような特性と社会行動面の課題を持つ方へのよりよい支援方法の開発や支援体制の更なる整備のための検討を行うことを、この調査の目的としています。

2．調査内容について

この調査では、地域において、発達特性を持ち、また、様々な社会行動面の課題を持つ方が、実際にどのくらいいらっしゃるのか、どのような地域の関係機関の連携が行われているかなどについて、調査いたします。

3．調査方法について

札幌市、さいたま市、徳島県の3つの地域で、平成 26 年 2 月 1 日から平成 26 年 7 月 31 日までの 6 か月間に、精神保健福祉領域を中心とした支援機関（精神保健福祉センター、発達障がい者支援センター、ひきこもり地域支援センター、保健所、障がい者相談支援事業所）における、新規相談事例のうち、ASD 特性や ADHD 特性を持つ方で、触法(性的逸脱行為含む)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（性同一性障がいは含まない）の社会行動面での課題を持つ事例について調査いたします（いわゆる「前向き調査」となります）。

対象年齢は、それぞれの機関で新規に相談となった時点での年齢が、18 歳以上 40 歳未満とします。なお、以前に相談歴があっても、1 年以上継続した相談・支援がされていなかった場合は、今回の調査の対象としてエントリーをお願いします。また、新たな事例のうち、ひきこもり等で本人が相談場面に来所されない場合も、ご家族等からの情報で ASD 特性や ADHD 特性を持つと考えられる場合は、エントリーの対象とするようお願いいたします。

調査期間中に取り扱いが開始となった新規相談ケースについて（以下「エントリー事例」と称します）、「内山班調査回答シート」に沿って、今回調査をお願いする支援機関の方がご記入いただきますようお願いいたします。また、他

資料3

機関と支援が重なる場合がありますので、可能な範囲で他機関の関わりを記載して下さい。

「エントリー事例」については、平成26年8月以降に、診断や、評価尺度の情報などが追加される場合も考えられるため、平成26年10月31日までに集約された情報をもとに、「内山班調査回答シート」を一旦集計させていただきます（地域の研究協力者まで匿名化の上送付していただきます）。

平成26年2月1日から平成26年7月31日までの6か月間エントリーしていただいた事例について、約1年後の平成27年7月にフォローアップ調査を実施し、その後の追加情報の有無等についてお尋ねします。

*調査地域によっては、6か月間の調査期間終了後一旦結果を回収し、さらに3か月後、約1年後に追加情報の有無について確認させていただくこととします。

研究協力者の方で、各機関の重複事例等について整理、調整を行い、分担研究者（黒田）に送付します。

すでに匿名化された情報について、研究班内で解析を行い、一旦結果をまとめます。

追加情報を加えて再度解析を行い、研究班で結果をまとめます。

調査にご協力いただく機関について

今回調査の対象とさせていただく地域（札幌市、さいたま市、徳島県）における、発達障がい者支援の関係機関に調査をお願いし、可能な限り、地域で対象となる事例について検討できるように努めたいと考えています。実際には、精神保健福祉センター、発達障がい者支援センター、ひきこもり地域支援センター、保健所、障がい者相談支援事業所での取扱い事例について調査をお願いする予定としております。

調査用紙記載上の留意点について

・ASDやADHDの診断は、医師の診察の結果なされるものですが、地域では、未受診で事例化し、その後に受診につながる場合もあります。そのため、今回の調査では、発達障がい者支援センターや保健所、障がい者支援機関などの保健福祉機関や病院・クリニックなどの医療機関などで、満2年以上の発達障がい支援の経験のある専門職が、対象者にASD特性やADHD特性を持つと推定された事例のエントリーをお願いいたします。

推定はICD-10（精神及び行動の障害）臨床記述と診断ガイドラインの多動性障害（F90）や、広汎性発達障害（F84）の記載を参考にお願いいたします。

・その後の、医療機関での診察の結果や医師を交えた「診断会議」（下記参照）の結果、判断された診断名については、平成26年10月31日時点の情報を

資料3

基にした集計、あるいは、平成27年7月31日までの情報を基にした最終集計に間に合えば、診断名について記載をお願いいたします。

* 調査地域によっては、それぞれの回収時に把握されている情報について、ご記載ください。

* ASD、ADHD の診断については、

これまで、医療機関で ASD あるいは ADHD の診断を受けている。

精神科医師を含めた「診断会議」によって、ASD あるいは、ADHD と診断されるもの（厚労科研齊藤万比古班ひきこもり研究で使用された方法）

「各機関では、精神科医師 1～2 名を含む精神保健福祉専門職 3～4 名以上から構成される診断会議を組織し、診断会議では、相談担当者（精神科医師、心理・福祉職、保健師等）からの報告や知能・心理検査所見などをもとに、合議によって DSM - IV に基づいて多軸的に診断する」。

上記 のどちらかとします。

・警察での処遇が含まれる場合、逮捕、保護に関わらず、社会行動面の問題がある場合は、エントリーをお願いいたします。

・ひきこもりについては、「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン（厚生労働省）」に準拠して、以下の定義を使用します

「様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には 6 か月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしてもよい）」

・不登校については、文部科学省の以下の定義を使用します。

『何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景により、登校しない、あるいはしたくともできない状況にあるため年間 30 日以上欠席した者のうち、病気や経済的な理由による者を除いたもの』

調査結果の報告について

取りまとめられた報告は、印刷物あるいは Web 上などで公開される予定です。

その他

有病率（prevalence rate）の調査は、主だった支援機関に寄せられる相談から推計することは困難であるため、今回は、一定期間に支援機関が関わることになった事例の発生率（incidence rate）を調査することといたします。

倫理面への配慮

本研究は、福島大学倫理委員会の承認を受けています（申請者 内山 登紀夫 受付番号 25-17）。また、本研究に用いた内容は、通常の相談支援業務の

資料3

範囲内で得られた情報であり、患者個人あるいは家族に研究協力上の負担を負わせてはなりません。全体の解析に関しては、氏名、相談記録番号、住所などの個人情報はいずれも、すべて研究用のIDに置き換えた上でを行い、プライバシーは保護されています。

連絡先

(以下省略)

平成25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）（精神障害分野）
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

分担研究者 市川 宏伸（東京都立小児総合医療センター）
研究協力者 小野 和哉（東京慈恵会医科大学精神医学講座）

研究要旨

発達障害の臨床現場での現れた方の多様性の解析を、症例調査から浮かび上がる臨床症例の病態の明確化と、臨床現場での行動上の問題に関する課題の抽出という、2つの側面から探索を開始した。この結果、症例を検討すると、多様な行動上の問題を持つ事例があり、発達的問題が前景でない症例の中においても、行動上の問題を機に発達的問題が顕在化する事例が有り、発達の課題を早期に抽出していく事の重要性が示唆された。次に臨床の現場では、発達障害患者の極めて多様な行動上の問題が浮かび上がってきた。施設の専門性に依拠して症例の見立てや課題のあり方の相違がみられたが、全体としては、対応施設や対応マニュアルの策定などが望まれていた。

A．研究目的

発達障害の臨床現場での現れ方に多様性が高いこと、また発達障害が児童期に急増している現状を鑑みると、発達障害の思春期以降の病態像を正確に把握し、その診断方法を明らかにすることは、我が国の医療福祉政策上の急務ではないかと考えられる。そこで精神科臨床症例において、発達障害に併存する、精神障害の病態を解明し、適切な診断方法開発する。また発達障害に関する精神科臨床上の課題を明確化するため現場の診療所を対象としたアンケート調査を施行する。

B．研究方法

1) 外来および入院の事例において、12歳以上の発達障害でDSM5の診断クライテ

リアにおいて、自閉症スペクトラム障害あるいは、ADHDと診断された事例において、併存する精神障害、年齢、性別、就学、就労状況、知的障害の有無及び程度、併存精神障害の発病年齢、問題行動【ひきこもり、自傷他害、不登校、依存（ネット、ギャンブル、薬物、アルコール）性関連事象】の実態を調査する。

倫理面の配慮

各調査施設の倫理委員会に申請承認を得て試行した。

2) 発達障害事例の臨床上の課題がどこに多いのかと明らかにする目的で、主に成人症例の実態を評価するために東京都精神科診療所協会所属施設、児童思春期症例の実態を評価するために全国児童青年精

神科医療施設協議会関連施設（所属施設およびオブザーバー施設）に対して発達障害の診療に関する実態調査をアンケート方式で施行する。

倫理面の配慮

調査対象施設の所属する、東京都精神科診療所協会の承諾を得て施行した。

C．研究結果

- 1) 症例調査は開始し、進行中である。事例を検討してみると、介入が必要な事例は事例化した後に発達的な問題が明らかになる事例が少なくない。また、深刻な行動障害事例に診断閾値下の発達の課題が背景にみられる事例を認めることから、発達的な課題の抽出は、現行の操作的診断（DSM5等）に部分的に適合する事例も含め、広義の発達関連事例として治療的対応上の留意が必要な可能性が考えられ、それらを適切に抽出可能な方法が必要であると考えられた。
- 2) a: 東京都精神科診療所協会所属施設に対してアンケート調査を平成25年1月に施行した。対象施設は都内253施設。回収は64施設で回収率は25.29%であった。施設の内訳は平均月間患者数は657人その内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、自閉症スペクトラム障害（ASD）が最も多く、次に自閉症スペクトラム障害および注意欠陥多動性障害の併存例であり、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番目が成人の人格及び行動の障害発達障害であ

った。対応の困難は87.1%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、薬の変更拒否であった。また行動上の問題で暴力は、76.4%の施設で、窃盗は61.1%の施設で、放火は14.8%、殺人なども3.8%の施設で発生していた。さらに交通事故も33.9%ネットゲーム依存76.8%の施設で認められた。

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易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。

b: 全国児童青年精神科医療施設協議会関連施設（所属施設およびオブザーバー施設）において児童精神科臨床に携わる医師に対してのアンケート調査を、平成25年1月に施行した。対象は全国37施設の184名であった。aの施設との重複はなく、回収率は53.3%であった。75.8%の医師が、総患者の20%以上を発達障害が占めると答えた。内訳として最も多いとされたのはASDであり、次いで多いのはADHD、MRの順とした医師が最も多かった。また併存障害はストレス関連障害が最も多く、次いで気分障害、神経症性障害の順であった。対応の困難は98.9%の医師が経験しており、特に苦慮した症状は、暴言暴力、こだわり、巻き込み型の強迫、自傷行為の順に多かった。行動上の問題を小学校入学前に認めるのが27.5%、小学生時代が56.1%であった。また行動上の問題として、暴力、窃盗、自傷、摂食行動異常、気分変動、幻覚妄想状態、巻き込み強迫、パニック、習癖異常、ネット・ゲーム依存を90%以上の

医師が経験していた。さらに、性行動異常（ストーカー含む）、性同一性障害、放火を経験したことがある医師も、それぞれ76.3%、45.1%、41.8%を占めた。これに対する対応としては、緊急対策施設の整備充実の要望がもっとも多く、次に発達障害対応相談センターの設置、3番目に警察などにおける発達障害の特性理解のための講習会の実施、e-learningの普及、対応マニュアル動画作成などが要望されていた。

D. 考察

今回の調査結果をみると、東京都精神科診療所協会所属施設の結果では、発達障害の対応は、外来診療の5%以上を占める施設が3割を超え、対応の困難は8割の施設で感じていることから、その治療上の困難に対するニーズは高い状況である。

一方、児童精神科の現場では、発達障害の占める割合、困難を感じた経験者の多さに加え、対応方法として、緊急対策施設の整備充実や、警察などへの啓発がより多く要望されていることから、成人施設以上に問題行動への対応困難に対するニーズが高いことが示唆された。

実際にはASD事例やASDとADHDの併存事例が多く、窃盗、放火、殺人など触法に関わる事例も少なからず、クリニックレベルで経験されている事実の積み重ねは重要である。

触法行為、犯罪行為は児童精神科の臨床でも高い割合で経験されていたが、中学入学以前に問題行動が始まる場合がほとんどであり、幼少期から成人と同様に社会的な問題行動にも注意していく必要がある。

事例を検討してみると、事例化されてから初めて発達障害が明らかになるものや、診断閾値下の発達障害併存が認められるものがあ

り、診断クライテリアへの適合のみならず、事例の発達障害的特性を抽出できる簡易なスケールや、それらの認知特性に留意したマネージメントが求められると言えるだろう。こうした事例への感度を上げるにはどのような方略が必要かを検討する必要がある。また行政施策としては、各都道府県に発達障害対応相談センターの設置、簡易対応マニュアルの策定・普及、緊急対応施設の整備充実も順にニーズは高く状況に相応した対応システムの充実が望まれている。

E. 結論

発達障害の行動上の問題は、発達障害の背景となっている事例以外にも広汎に認められ、感度の高い発達の課題の早期抽出が求められる。臨床現場で多様な形で経験される行動上の問題は、臨床上の課題となっており、対応の窓口やマニュアル化の必要性が明らかになった。

平成25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）（精神障害分野）
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

児童精神科医療における検討

分担研究者 近藤 直司（東京都立小児総合医療センター）
研究協力者 三上 克央（東海大学医学部） 宇佐美政英（国立国府台病院）
宮崎 健祐（東京都立小児総合医療センター）
渡邊 由香（東京都立小児総合医療センター）

研究要旨：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として、当科で入院治療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。その結果、高機能 PDD、低機能 PDD 患者ともに興奮・暴力を呈する患者が多く、不登校を来している患者も多くみられた。これらのことから、興奮、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ると考えられた。

< 研究 1 >

児童思春期精神科で入院治療した広汎性発達障害患者の臨床的検討

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 年間に当科へ入院治療した PDD 患者で、ICD-10⁷⁾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¹⁾、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 178 で平均 13 歳であった (Fig 1、2)。

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 (Fig3、Fig4)。

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 (Fig 5、6)

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 (Fig 7、8)

不登校の有無については、高機能 PDD 群では 111 名中 69 名 (62%) が不登校を呈しており、知的障害合併群では 79 名中 45 名 (57%) 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 (Fig9、10)

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。また、中根は自閉症児の青年期について、定型発達児と同様に、この年代で自己をめぐる様々な危機に直面し、多少とも葛藤状況に追い込まれ、その際大きく逸脱することがある、と指摘している⁴⁾。今回の我々の結果でも、知的障害を伴う PDD 児が思春期年齢に精神科での入院治療を要する背景には、中根の指摘するような思春期心性が関連している可能性も考えられた。知的障害を合併する PDD 患者の不穏興奮では家族や施設職員などのケアする者の休息のため一時的に代わりにケアをおこなういわゆるレスパイトケアが必要となり、施設等の福祉機関との連携が重要となると考えられた。

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。十一や天野らは、PDD 患者にみられる暴力について 2 つの原因を指摘している。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、もうひとつは 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⁶⁾。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を報告した³⁾。今後発達障害患者が呈する精神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易く、不登校を来すことも多い²⁾。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、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⁵⁾。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 . 研究発表

1. 論文発表

宮崎健祐、近藤直司、森野百合子、田中 哲ほか：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

2. 学会発表

Kensuke Miyazaki, Naoji Kondo, et al : 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

G . 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

なし

参考文献

- 1) De Meyer, M.K., Barton, S. et al.: Prognosis in autism; A follow up study. J. Autism Childhood Schizophrenia, 3;199,1974.
- 2) 市川宏伸:発達障害児者への医療ケアの実際と課題.市川宏伸監修:発達障害者支援の現状と未来図.中央法規:239-264,2010
- 3)宮崎健祐,近藤直司,森野百合子他: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.
- 4)中根晃:自閉症の臨床-その治療と教育.岩崎学術出版社:98-104,1983
- 5)岡田眞子:アスペルガー障害と特別支援教育:現状と課題.こころの臨床 a-la-carte,25:222-227,2006
- 6)十一元三,天野玉記:発達障害と攻撃性・反社会的行動.本間博彰,小野善朗編,子ども

もの心の診療シリーズ7. 子どもの攻撃性と破壊的行動障害:100-112, 中山書店, 2009.

7) World Health Organization(1992):The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders:Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1992. (融道男, 中根允文, 小見山実ほか監訳:ICD-10 精神および行動の障害-臨床記述と診断ガイドライン, 新訂版. 医学書院, 2005.)

< 研究 2 >

児童・思春期の広汎性障害にみられる自殺関連行動について

A 研究目的

児童・思春期の広汎性発達障害ケースに生じる自殺関連行動の背景要因を明らかにし、予防的・治療的アプローチについて検討することを目的とする。

B 研究方法

平成 22 年 3 月～平成 25 年 3 月までに、自殺関連行動を入院理由として当科に緊急入院に至った 112 例について診療録から後方視的に検討した。

C 結果・考察

ICD-10 に基づく主診断の内訳をみると、広汎性発達障害を主診断とする 16 例に加えて、他診断に広汎性発達障害を併存するケースも多く、F 2 が 3 例/19 例 (16%)、F 3 が 9 例/18 例 (50%)、F 4 が 17 例/39 例 (44%)、F 5 が 2 例/4 例 (50%) であった。

このうち、広汎性発達障害児の自殺関連行動の特徴について、主診断ないし併存診断として広汎性発達障害を含む群 47 例 (以下、PDD 群) とその他の群 65 例 (以下、非 PDD 群) に対して比較検討を行った。

過去の自殺関連行動歴は非 PDD 群 72% に比

して PDD 群 49% と有意に少なく ($p = 0.02$)、入院加療後の再企図も非 PDD 群 40% に比して PDD 群 26% と少なかった。PDD 群では突然、一回きりの企図であることが比較的多いと言えそうである。臨床場面でも、援助希求が苦手である広汎性発達障害の子どもが突然大きな行動化に至り、入院翌日には何事もなかったかのように落ち着いているという場面にたびたび遭遇する。

自殺関連行動の手段に関しては、他の疾患と比べて PDD 群では道具を使うもの (リストカットや刃物持ち出し) が PDD 群 11% < 非 PDD 群 29% と有意に少なく ($p < 0.01$)、道路などへの飛び出しが PDD 群 13% > 非 PDD 群 2% と有意に多かった。 ($p = 0.04$) 今回は多動性障害の併存については調査していないが、PDD 群では衝動性が高いケースが多いことや、先の見通しを持たずに短絡的に行動化してしまうケースが多いと推測される。

先行研究では広汎性発達障害の児は、想像力の特性から自殺企図をしたらどうなるかという葛藤が抑止力となりにくいことや、定型発達群と比較して致命的な手段を取りやすいこと、うつ病などの併存診断が自殺のリスクを高めるとともに、精神障害を合併していなくても自殺企図に及ぶ可能性が、定型発達者に比べて高い可能性があることが報告されている。1)

さらに今回の研究からは、知能検査の結果として、IQ の平均値が PDD 群 = 87.4 > 非 PDD 群 = 81.4 と、有意差はないものの PDD 群のほうが高いことが示された。高機能の広汎性発達障害児の例では診断が遅れて支援が不十分になりやすいと思われるが、本研究では通院歴があって診断を受けていた例が多かったことから、診断はされても支援が十分には行きとどいていなかった可能性がある。

D 結論

高機能例に対しては、早期診断だけでなく、

本人や家族に心理教育を徹底して特性の理解を進めることや、学校での対応など生活面全般への支援体制を整えることが重要であることが示唆された。

E．研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

渡辺由香：子どもの自殺関連行動～小児総合医療センターにおける入院症例を中心に～
第54回日本児童青年精神医学会総会・シンポジウム9.

F．知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

なし

引用文献：

1) 三上克央．発達障害の自殺，自殺 精神科医として何ができるか ．精神科治療学 2010；25：199 205

图表

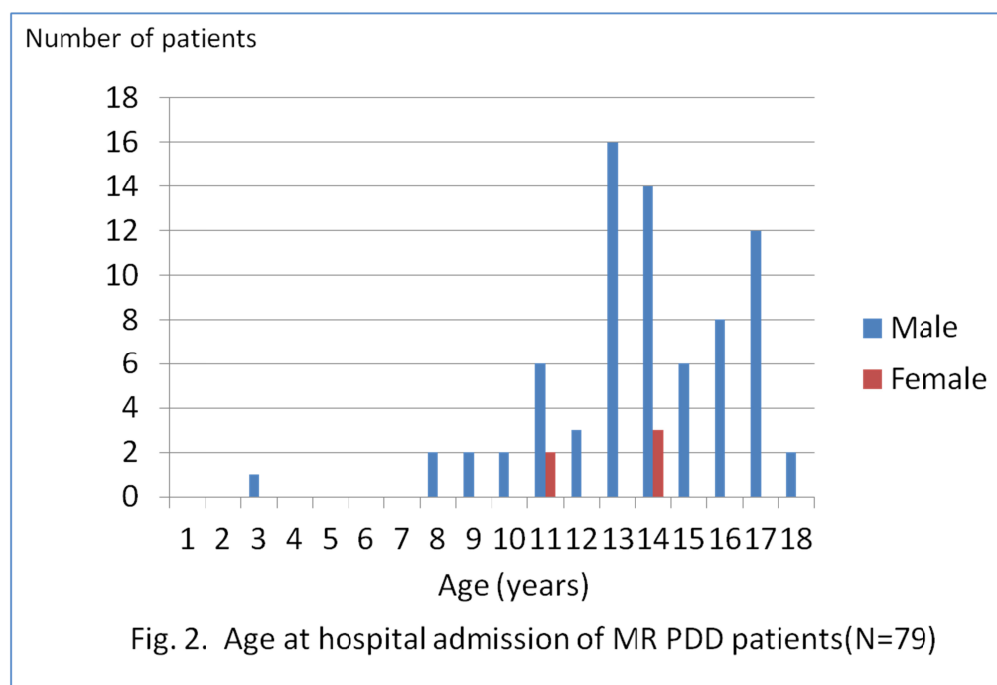
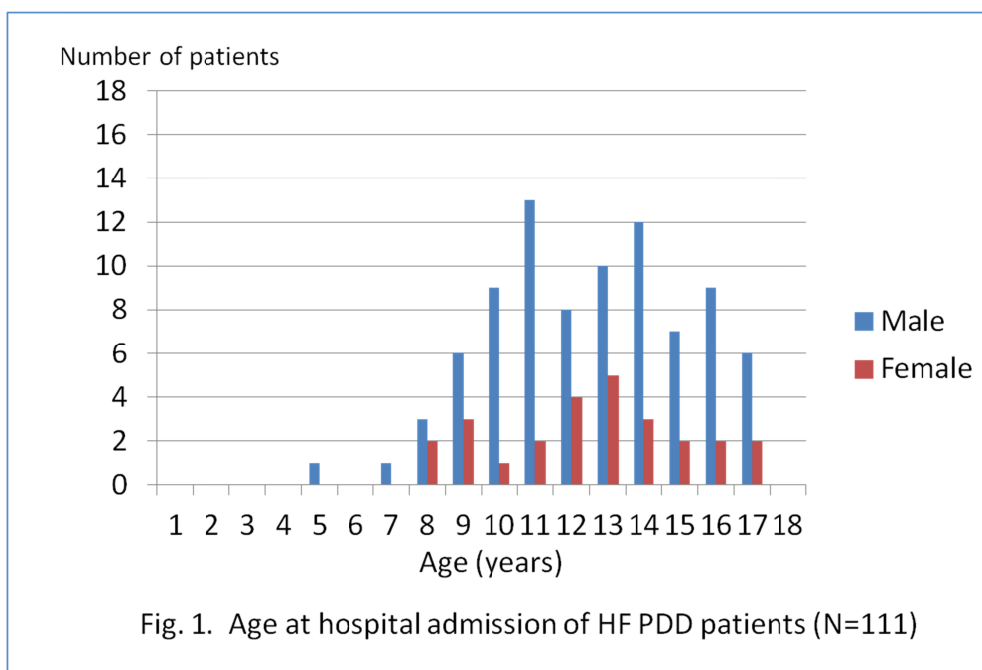


Fig.3. Reasons for admission of HF PDD patients (N=111)

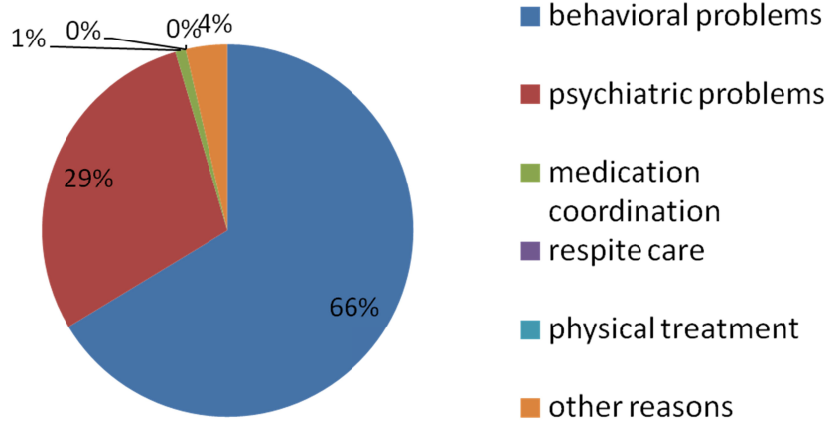


Fig.4. Reasons for admission of MR PDD patients (N=79)

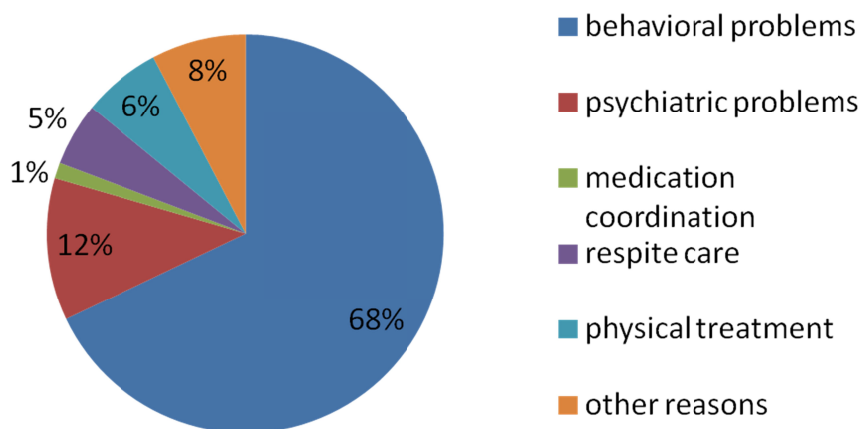


Fig. 5. Classification of behavioral problems of HF PDD patients (N=73)

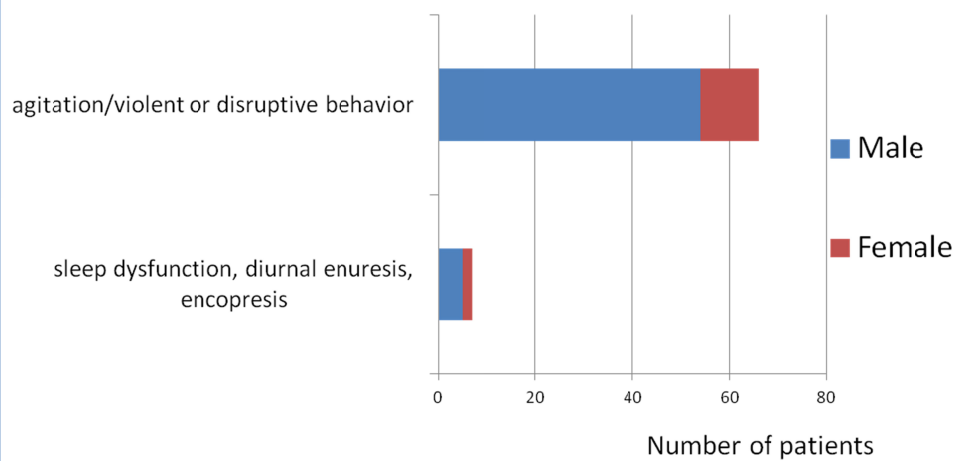


Fig. 6. Classification of behavioral problems of MR PDD patients (N=53)

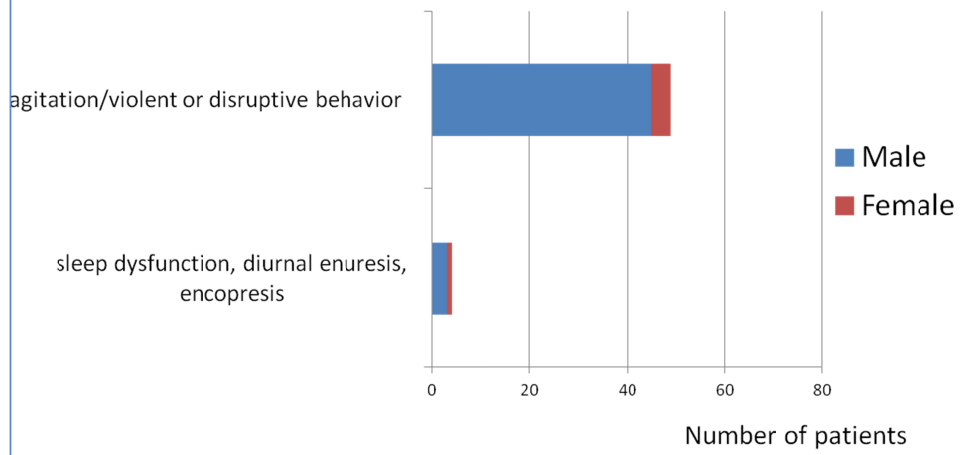


Fig. 7. Classification of psychiatric problems of HF PDD patients (N=32)

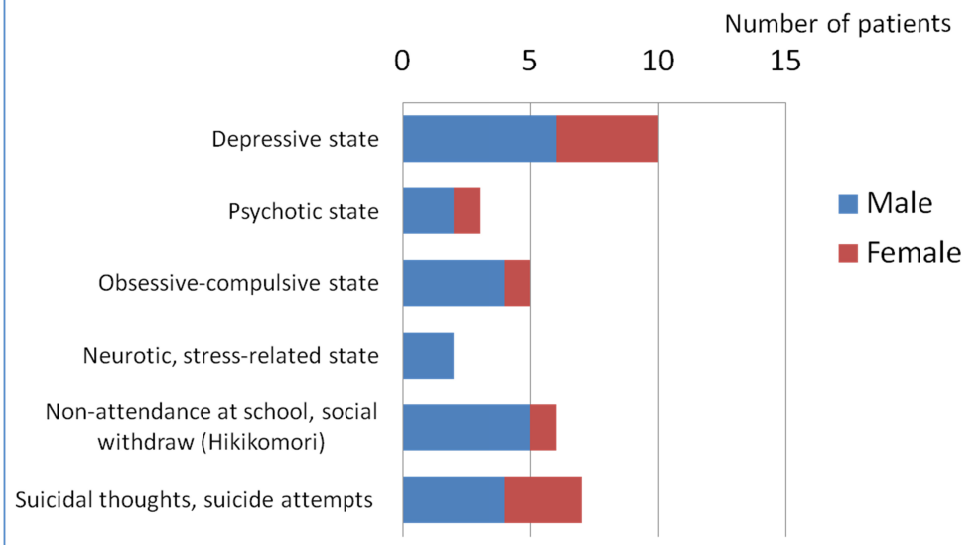


Fig. 8. Classification of psychiatric problems of MR PDD patients (N=9)

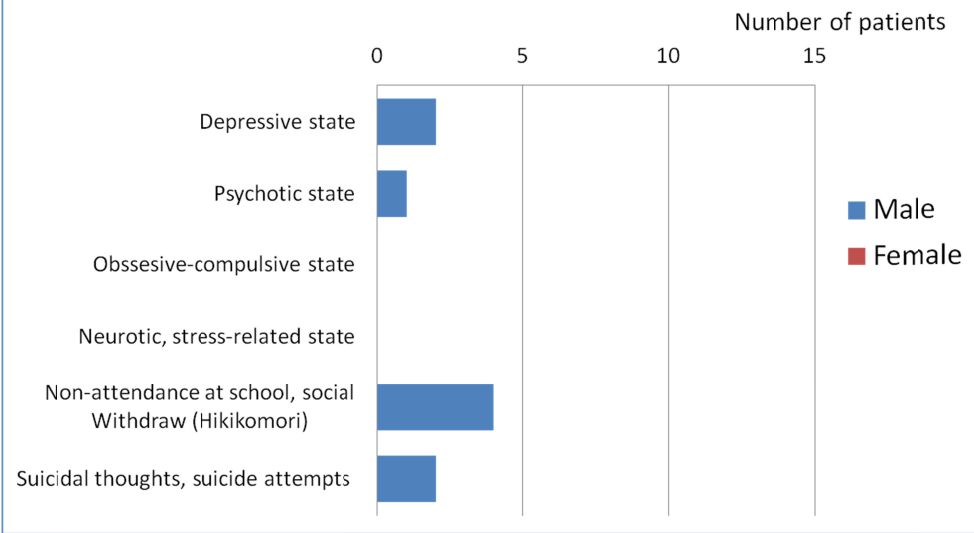


Fig.9. Percentage of non-attendance at school in HF PDD patients (N=111)

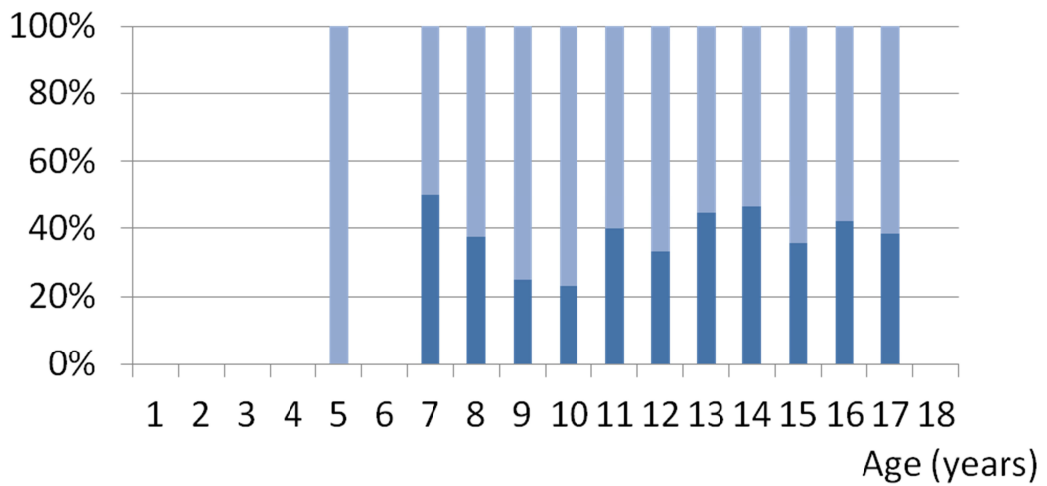
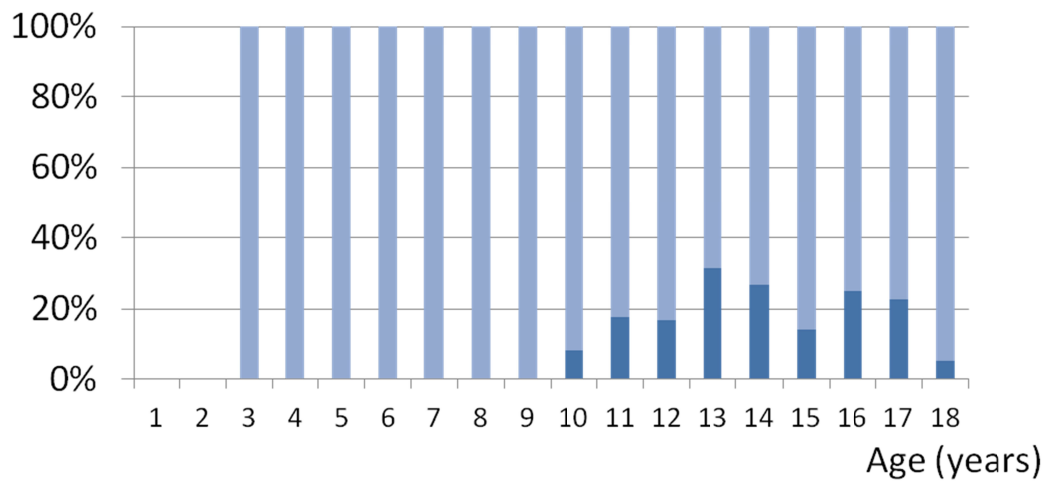


Fig.10. Percentage of non-attendance at school in MR PDD patients (N=79)



平成25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）（精神障害分野）
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(独立行政法人国立精神・神経医療研究センター)
研究協力者 今井 淳司 (東京都立松沢病院精神科)
柴野 壮一 (独立行政法人国立精神・神経医療研究センター)
中澤 佳奈子(独立行政法人国立精神・神経医療研究センター)

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も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。

本年度の研究は、【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」と、【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」の2部構成となっている。

【研究Ⅰ】では、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法とする）のもとで通院医療を受けている指定通院対象者に関する静態情報を収集し、そのうち発達障害圏の診断を受けている者についてその特徴について分析した。その結果、通院処遇対象者のうち F8 発達障害圏の診断を有する者は 1190 名中 39 名（3.3%）で、24 名は副診断として F8 発達障害圏の診断を受けていた。また、8 割以上が男性で、平均年齢は 32.79 歳 ± 8.71 (s.d)であった。対象行為は全体の傾向に比較して放火がやや多かった。また、通院処遇中の問題行動としては「日常生活上の規則、ルール違反など」が最も多い問題として報告されていた。これは直接、再他害行為につながるような重大な問題行動ではないものの、日常生活においてうまく適応できていないことをうかがわせる結果であった。今後、発達障害者を支援していくにあたっては、こうした生活上の小さな躓きについても見過ごさず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ひとつの要因とな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を開発した。最終的なアセスメント項目としては、環境要因や個人や障害による特性などの多角的側面からなる31項目が選定された。本ツールの名称は「@PIP31 - ASD version (アットピップ・サーティワン - ASD版)」とした。

これらの研究成果を踏まえて、来年度は触法行為を行なった発達障害者に対して、本アセスメントツールの有用性を確認するとともに、適切な医療の提供と問題行動の防止にあたって有効な介入方法についても探っていく予定である。

【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ている。そのため、はじめに医療観察法の概要について簡単に触れておく。

1．医療観察法の概要について

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）は、心神喪失又は心神耗弱の状態（精神障害のために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態）で、重大な他害行為（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害）を行った人に対して、適切な医療と支援を提供することにより、社会復帰を促進することを目的とした制度である。

裁判所での審判の結果、医療観察法の入院による医療の決定を受けた人に対しては、厚生労働大臣が指定した医療機関（指定入

院医療機関）において、専門的な医療の提供が行われるとともに、この入院期間中から、法務省所管の保護観察所に配置されている社会復帰調整官などにより、退院後の生活環境の調整が実施される。

医療観察法の通院による医療の決定（入院によらない医療を受けさせる旨の決定）を受けた人及び退院を許可された人については、保護観察所の社会復帰調整官が中心となって作成する処遇実施計画に基づいて、原則として3年間、地域において厚生労働大臣が指定した医療機関（指定通院医療機関）に通院しながら継続的な医療を受けることになる。また、この通院期間中は、保護観察所が中心となって、地域処遇に携わる関係機関と連携しながら、本制度による処遇の実施が進められる。

2．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1190名（転院等によって重複しているケースについては連結して算出した）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39名である。

3．調査対象期間及びデータ収集期間

調査期間は、医療観察法制度が開始されたH17年7月15日から起算して平成25年7月15日までの8年間とした。また、データ収集期間はH26年1月17日までとした。

4．データ収集方法

全国の指定通院医療機関430施設に対して調査票を郵送し、本研究への同意の得ら

れた医療機関に対して調査票の返送を依頼した。調査票の記入にあたっては、各医療機関に所属する対象者の担当チームスタッフ等に依頼した。

5. 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、全体の集計結果とF8発達障害圏の診断を受けている者の結果とを比較することにより、その特徴を明らかにした。また、通院処遇中に発生した問題行動等についても検討し、より実践的な介入手法のあり方について検討した。

6. 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、転院ケース(2名)を連結させた39名の概要を表1に示した。

性別	男 32名(82.1%) 女 7名(17.9%)
年齢	平均 32.79歳±8.71(s.d.) 範囲 20歳~60歳
通院形態	直接通院処遇9名(23.1%) 入院処遇より移行通院処遇30名(76.9%)
通院処遇継続中の者の平均通院期間(n=15)	平均 405.1±323.54日s.d. 範囲 39日-958日
通院処遇終了者の平均通院期間(死亡2名、再鑑定・再入院2名を除くn=20)	平均 1023.3±143.10日s.d. 範囲 662日~1096日
診断名【Fコード】	F1:1名(2.6%) F2:19名(48.7%) F3:2(5.1%) F4:1名(2.6%) F7:1名(2.6%) F8:15名(38.5%)
対象行為名(択一式にて集計)	殺人10名(25.6%) 傷害13名(33.3%) 強盗1名(2.6%) 強姦1名(2.6%) 放火14名(35.9%)
被害者(物)(択一式にて集計)	家族・親戚22名(56.4%) 知人・友人2(5.1%) 他人14名(35.9%) 公共物・その他1名(2.6%)
対象行為時の治療状況	通院治療中15名(38.5%) 入院治療中1名(2.6%) 治療中断・治療終了16名(41.0%) 未治療7名(17.9%)
過去の入院	あり20名(51.3%) なし19名(48.7%)
教育歴	中卒8名(20.5%) 高卒25名(64.1%) 短大・大卒以上6名(15.4%)
過去の矯正施設の入所経験	未成年期および成年期にあり1名(2.6%) なし36名(92.3%) 不明2名(5.1%)
生活保護	あり9名(23.1%) なし30名(76.9%)

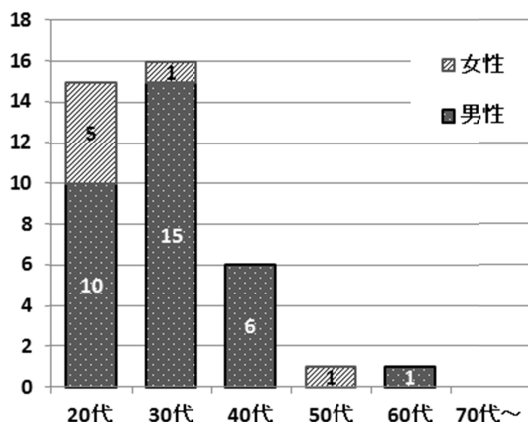
次に各項目について詳述する。

1) 性別と年齢

本研究で対象とした39名の性別は、男性32名(82.1%)、女性7名(17.9%)であった。また、平均年齢は、32.79歳(SD値=8.71 中央値=32 最小値=20 最大値=60 最頻値=25)であった。

30代以下が31名(79.5%)、40代以上が8名(20.5%)で、そのうち50代以上の者は2名(5.1%)であった。

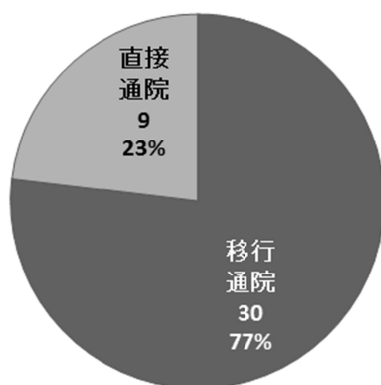
表1. 結果の概要(N=39)



2) 通院処遇に至るまでの形式

通院処遇に至るまでの形式には、当初審判により入院によらない医療が決定され、医療観察法による通院処遇が開始される形式（以下、「直接通院」という）と審判により入院による医療が決定され、指定入院医療機関での入院処遇を経た後に通院処遇に移行される形式（以下、「移行通院」という）の二通りがある。

通院処遇に至るまでの形式、すなわち「直接通院」「移行通院」の内訳をみると、「直接通院」となった者が9名（23.1%）、「移行通院」となった者が30名（76.9%）であった。



3) 通院処遇の状況

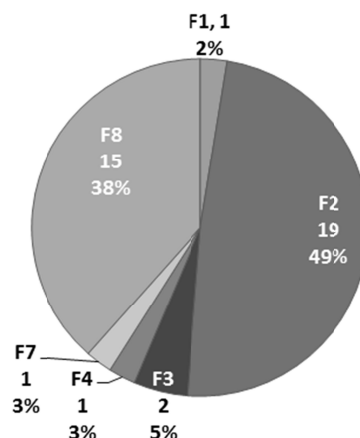
全39名中、H25年7月15日時点で、通院処遇継続中の者は15名（38.5%）であり、

処遇が終了している者は24名（61.5%）であった。

4) 診断名〔Fコード〕

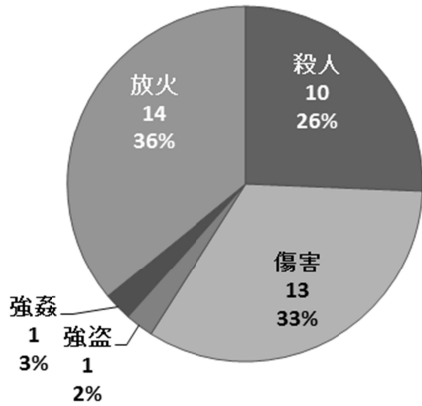
39事例の診断名の内訳については、FコードF1:1名（2.6%）、F2:19名（48.7%）、F3:2名（5.1%）、F4:1名（2.6%）、F7:1名（2.6%）、F8:15名（38.5%）であった。

〔F8〕発達障害圏を主診断とする者は15名で約4割を占めていた。残りの約6割は合併診断として発達障害をもつ者で、その多くは〔F2〕統合失調症圏を主診断としていた。

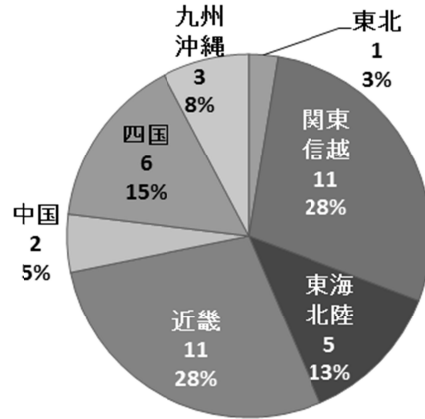


5) 対象行為

対象行為については、殺人10名（25.6%）、傷害13名（33.3%）、強盗1名（2.6%）、強姦・強制わいせつ1名（2.6%）、放火14名（35.9%）であった。択一式にて集計。

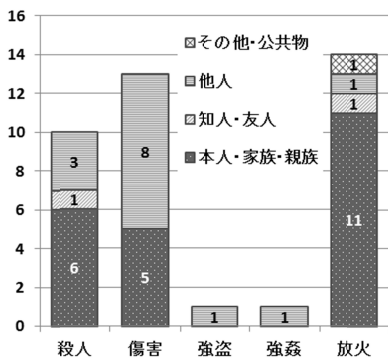


中国 2 名 (5.1%)、四国 6 名 (15.4%)、九州・沖縄 3 名 (7.7%) であった。



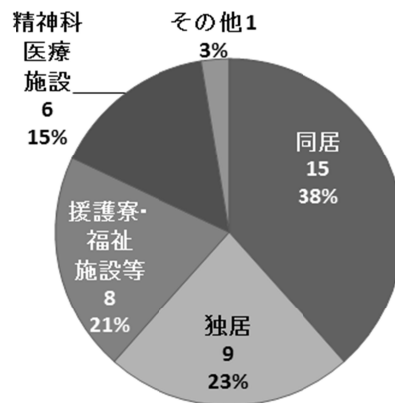
6) 対象行為と被害者(物)の関係

対象行為の被害者(物)については、家族・親戚 22 名 (56.4%)、知人・友人 2 名 (5.1%)、他人 14 名 (35.9%)、公共物・その他 1 名 (2.6%) であった。択一式にて集計。対象行為と被害者(物)との関係についてみると、対象行為が殺人・殺人未遂および放火・放火未遂の場合には、被害者が家族・親戚である割合が高く、殺人・殺人未遂では 6 割、放火・放火未遂では約 8 割を占めていた。傷害については、他人が被害者となっている割合の方が高く、約 6 割であった。



8) 対象者の住居形態

対象者の住居形態は、家族等と同居している者が 15 名 (38.5%) であり、独居が 9 名 (23.1%)、援護寮・福祉施設等が 8 名 (20.5%) であった。また、精神科病院に入院中の者も 6 名 (15.4%) を占めており、その他(パート先住み込み)の者が 1 名 (2.6%) となっていた。



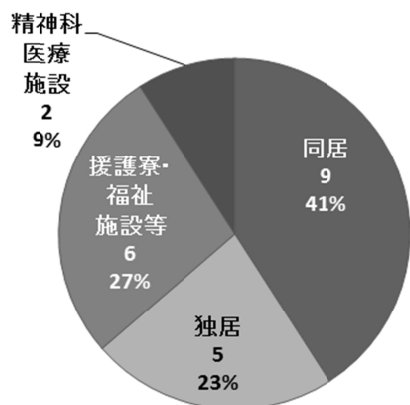
7) 対象者の住居地

対象者の調査時現在の住居地域は、東北 1 名 (2.6%)、関東甲信越 11 名 (28.2%)、東海北陸 5 名 (12.8%)、近畿 11 名 (28.2%)、

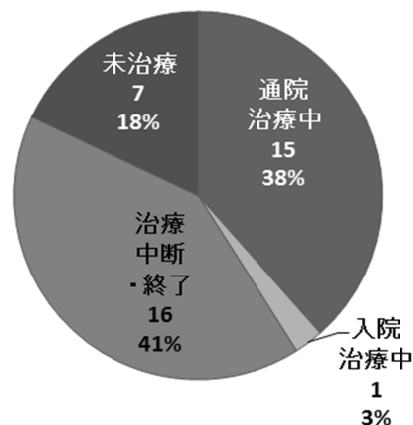
9) 被害者との同居率

家族・親戚が被害者であった者は 22 名 (56.4%) であった。そのうち、被害者である家族と同居している者が 9 名 (40.9%) で

あった。そのほかには、独居が5名(22.7%)、グループホーム・各種施設等が6名(27.3%)、精神科病院が2名(9.1%)であった。

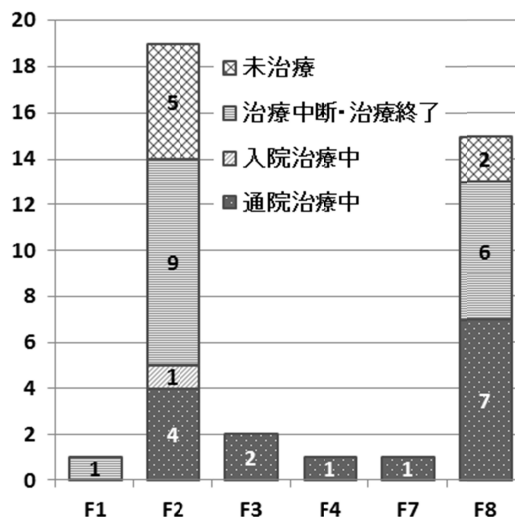
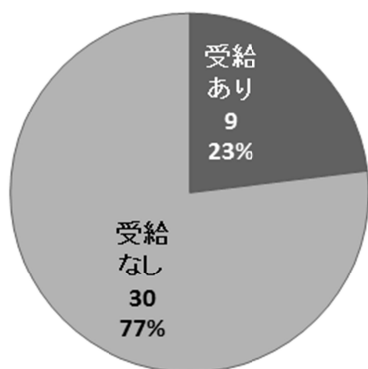


内訳は通院治療中が15名(38.5%)、入院治療中が1名(2.6%)であった。治療中断などの理由で、対象行為時に治療を行っていない者は16名(41.0%)であり、全くの未治療の者も7名(17.9%)いた。



10) 生活保護の受給状況

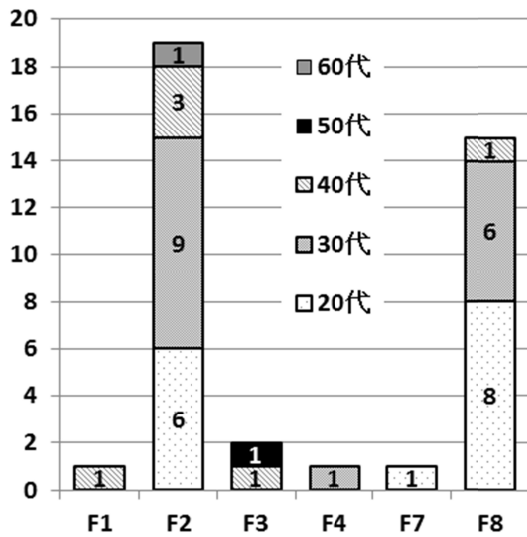
生活保護の受給状況においては、受給していない者が30名(76.9%)、受給している者が9名(23.1%)であった。



11) 対象行為時の治療状況および年齢・疾患との関係

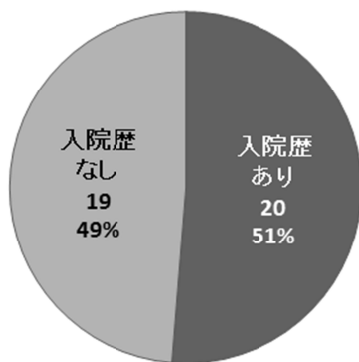
対象行為時の治療状況においては、治療中だった者は16名(41.0%)であり、その

疾患名と年齢(年代)との関係をグラフで示した。平均年齢が低いため、いずれの障害群も20代、30代が多かったが、とくに〔F8〕発達障害圏を主診断としている者では20代の割合が高かった。

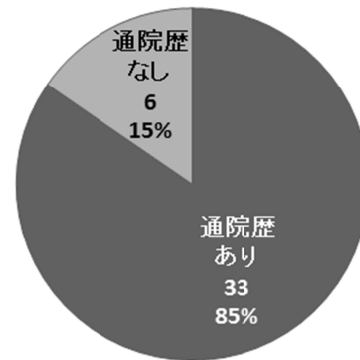


1 2) 精神科治療歴

対象行為以前の治療歴についてみると、入院治療歴がある者が 20 名 (51.3%)、入院治療歴がない者が 19 名 (48.7%) であった。また、入院形態が明らかになった者のうち、措置入院を経験している者が 5 名 (25.0%)、医療保護入院を経験している者が 9 名 (45.0%) であった。

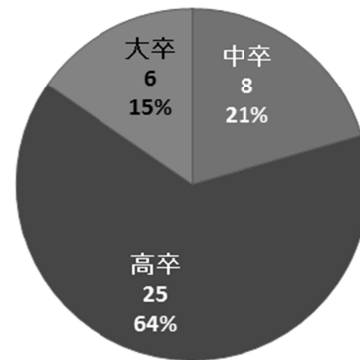


通院治療歴については、通院治療歴がある者が 33 名 (84.6%)、通院治療歴がない者が 6 名 (15.4%) であった。



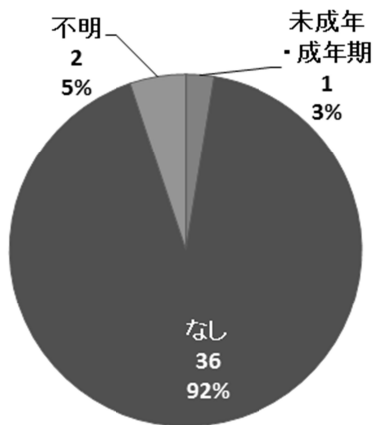
1 3) 教育歴

最終学歴については、中学校卒業が 8 名 (20.5%)、高校卒業が 25 名 (64.1%)、短大・大学卒業以上が 6 名 (15.4%) であった。



1 4) 矯正施設の入所経験

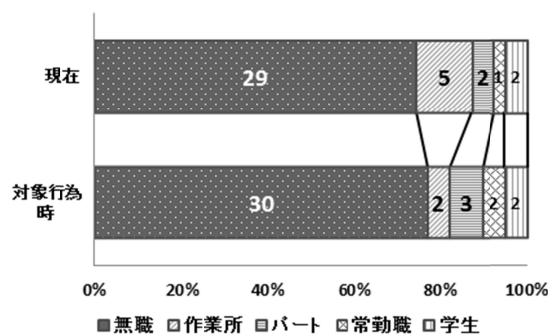
対象行為以前の矯正施設の入所経験については、入所経験がない者 36 名 (92.3%) と殆どを占めていたが、未成年期および成年期に入所経験がある者が 1 名 (2.6%) おり、不明が 2 名 (5.1%) であった。



15) 就労状況

対象行為時と調査時現在の就労状況について比較すると、いずれの時点でも無職であった者が最も多く、概ね全体の4分の3を占めていた。

また、対象行為時に常勤職に就いていた者は2名いたが、対象行為により1名に減少した。同様に、対象行為時にパート勤務であった者は3名であったが2名へと減少した。授産施設、就労訓練施設等に通っていた者は、対象行為時には2名、調査時現在では5名であった。



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39名について、通院処遇

中に発生が報告された問題行動について分析を行なった。

問題行動としては、以下の18項目をとりあげ、該当する項目について回答を求めた。

- (1) 自殺・自殺企図・自傷など
- (2) 他者への身体的暴力など (性的な暴力を除く)
- (3) 他者への非身体的暴力など (暴力的言動や態度)
- (4) 他者への性的な暴力など
- (5) 上記2~4以外の対人関係上の問題 (対人的なルール違反を含む)
- (6) 放火など (未遂も含む)
- (7) 器物への暴力(放火などをのぞく)
- (8) 怠学、怠職、ひきこもりなど
- (9) 窃盗・万引きなど
- (10) アルコール乱用・依存など (依存者の場合は再飲酒も含む)
- (11) 違法薬物の使用・乱用・依存
- (12) ギャンブル、買い物などの薬物以外の依存行動
- (13) 通院・通所の不遵守・不遵守傾向
- (14) 服薬の不遵守・不遵守傾向
- (15) 訪問看護・訪問観察の拒否
- (16) その他の日常生活上の規則、ルールの違反など
- (17) 病状悪化に伴う問題行動
- (18) 金銭管理上の問題

次に集計の詳細を表2に示した。

表2. 通院処遇中に発生が報告された問題行動別の集計

	問題行動(内容)	直接	移行	計	%
1	自殺・自殺企図・自傷など	1	6	7	11.1
2	他者への身体的暴力など (性的な暴力を除く)	2	4	6	9.5
3	他者への非身体的暴力など (暴力的言動や態度)	1	4	5	7.9

4	他者への性的な暴力など	1	1	2	3.2
(i)	2+3+4 対人暴力行動 (重複を考慮)	3	7	10	15.9
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	3	4	6.3
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	1	2	3.2
(ii)	6+7 対物的暴力行動 (重複を考慮)	1	1	2	3.2
(iii)	2+3+4+6+7 暴力的行動等 (重複を考慮)	3	8	11	17.5
8	怠学、怠職、ひきこもりなど	1	0	1	1.6
9	窃盗・万引きなど	0	2	2	3.2
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)	0	2	2	3.2
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	0	2	2	3.2
12	ギャンブル、買い物などの薬物以外の依存行動	0	2	2	3.2
13	通院・通所の不遵守・不遵守傾向	3	4	7	11.1
14	服薬の不遵守・不遵守傾向	1	2	3	4.8
15	訪問看護・訪問観察の拒否	1	1	2	3.2
(v)	13+14+15 医療への不遵守 (重複を考慮)	3	6	9	14.3
16	その他の日常生活上の規則、ルールの違反など	3	5	8	12.7

17	病状悪化に伴う問題行動	1	3	4	6.3
18	金銭管理上の問題	1	5	6	9.5
		18	45	63	100
問題行動なし		4	11	15	38.5

通院処遇中に何らかの問題行動が報告された者は、39名中24名(61.5%)であった。また、18項目の問題行動のうち、最も多く見られた問題行動は「16.日常生活上の規則、ルール違反など」で8例(12.7%)、次に、「1.自殺・自殺企図・自傷など」、「13.通院・通所の不遵守・不遵守傾向」がそれぞれ7例(11.1%)と続いていた。

D. 考察

本研究では、医療観察法の通院対象者のうち、ICD-10の診断基準で、F8発達障害圏の診断を受けた者39名について分析した。F8発達障害圏の診断をもつ者の割合は全対象者の3.3%であった。性別では8割を男性が占めていた。年齢をみても20代～30代の比較的年齢が若い世代が多いことが特徴的であったが、50代、60代の者もそれぞれ1名ずついた。これらのケースのなかには、医療観察法による処遇が行われてから、はじめて発達障害圏の診断を受けたという者もあり、長期間にわたって必要な支援が提供されていなかった可能性が推測された。

対象行為では、多いものから順に、放火、傷害、殺人と続いており、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、放火がやや多い傾向が認められた。放火のなかには自殺を目的とした者もあり、一部の対象者には、攻撃性が自身に向かいやすい者も含まれていることが示唆された。

対象行為以前の治療歴については、約半数に入院歴があり、通院に関しては85%の者に通院治療の既往があった。そのような状況のなかで対象行為に至った背景を想像すると、たとえば、対象者が治療の必要性を理解していなかったために治療が中断してしまった可能性や、治療中であっても医療者との関係が安定していなかった可能性が考えられる。今後はケースの詳細についても分析し、発達障害をもつ者にとってどのような介入方法がもっとも受け入れやすいのかについても検討していく必要があると思われた。

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」となっていたことから、再他害行為につながるような重大な問題行動ではないものの、日常生活においてうまく適応できていない可能性が推測された。また、「1. 自殺・自殺企図・自傷など」の問題が高い割合で認められたことも特筆すべきであろう。発達障害をもつ者のなかには、ヘルプサインをうまく出せないまま経過し、結果的には自傷などの方法で、攻撃性が自分自身に攻撃性が向いてしまうタイプの者も存在する。日頃から困難に直面したときには、自分ひとりで抱え込まず、周囲に相談するなどの社会スキルをもてるよう支援することと同時に、一見、安定した状態で医療を継続している者に対しても、医療者および支援者ら

は、注意深く観察していく必要があると思われた。

今後はこうした問題行動別にも分析を進めていき、各問題行動に適した介入方法についても検討を重ねていきたい。

【研究II】

「発達障害者を対象とした問題行動への予防的介入のためのアセスメントツールの開発」

A. 研究目的

青年期・成人期の発達障害者による対応困難なケースのなかには、暴力に関する問題を抱えているものも少なからず存在することが知られており、学会報告等を通して情報が共有されてきた。しかし、その発表の多くはケース報告にとどまっており、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

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価を繰り返しながら、有用と思われる項目を選定した。

第一段階では海外ですでに開発され、信頼性、妥当性等も検証されている暴力や非

行に関するアセスメントツールについて文献検索し、全ツールの項目を精査した後に、カテゴリー別に分けて網羅的に抽出した。

第2段階ではエキスパートらの評価にしたがって項目の選定を行った。

第3段階も同様の手法で項目の選定を行った。

C. 研究結果

本アセスメントツールの開発にあたって、採用した海外におけるアセスメントツールの概要を以下に示す。

1. 海外におけるアセスメントツールの紹介

(1) Firesetting Risk Interview (FRI)
Kolko & Kazdin (1989)

児童や青年の放火に特化したリスクアセスメントツールである。回答は養育者が行う。全86項目からなり、5件法で評価する。15の下位尺度があり、火に特化した項目(49項目)と火に特化していない項目(37項目)から構成されている。予測的妥当性が検証されている点も特徴的なツールである。

(2) Psychopathy Checklist- Revised (PCL-R)
Hare (1991)

半構造化面接などから得られる情報に基づき、精神病質特性や反社会性、行動傾向を調べるための、成年用のツールである。全20項目からなり、3件法で評価する。暴力行為を伴う犯罪、一般的犯罪の再犯性、司法精神科患者の入院の必要性および治療可能性、治療効果の適切性判定、退院時期などの評価に有効とされている。

(3) Psychopathy Checklist, Revised- Youth Version (PCL-R:YV)

Forth, Kosson, & Hare (2003)

上述のPCL-Rの青年版である。適用年齢は12歳から21歳とされている。全20項目からなり、3件法で評価する。

(4) Wisconsin Juvenile Probation and Aftercare Assessment Form

Baird (1981, 1985)

いくつかの検査をもとにアメリカで開発された少年用のリスク・ニーズアセスメントの中で代表的なツールである。少年の再犯リスクの評価や、地域処遇に関する決定にも有用であるとされている。全8項目からなり、3件法で評価する。ただし評価の各項目の得点には重みづけがされている。

(5) Youth Level of Service/Care Management Inventory (YLS/CMI)

Hoge & Andrews (1994)

成人犯罪者用に開発されたLevel of Service Inventoryの青少年版であり、面接のほか、過去の記録や検査結果などの情報も含めて、被検者の再犯などについて分析する構造になっている。8領域42項目からなり、2件法で評価する。

(6) Historical, Clinical, Risk Management-20 (HCR-20)

C.D. Websterら(1997)

暴力や攻撃性のリスク包括的に評価することを目的として作成された尺度であり、問題行動に関与する要因を組み合わせることで評価することができる。ヒストリカル(10項

目)、クリニカル(5項目)、リスク・マネジメント(5項目)の3つのスケールから構成されている。全20項目からなり、3件法で評価する。

(7) Structured Assessment of Violence Risk for Youth (SAVRY)

Borum, Bartel, & Forth, 2002

適用年齢は12歳から18歳であり、青年の暴力や攻撃的行動を評価するために用いられている。ヒストリカル(10項目)、ソーシャル(6項目)、クリニカル(8項目)、防御因子(6項目)の4つのスケールから構成されており、全30項目からなる。防御因子は「あり・なし」でチェックし、そのほかは3件法で評価する。

(8) Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B, Version 2)

Early Assessment Risk List for Girls (EARL-21G, Version 1)

Augimeri, Koegl, Webster, & Levene, (2001)

将来の反社会的行動に影響するリスクファクターを評価するためのツールであり、臨床家が評価する。男子用は20項目、女子用は21項目、3件法。サマリーシートを作成する差には、包括的臨床判断としてリスクレベルを低中高の3段階で評価し、介入のプランニングや必要なプログラムなどについても言及している点で臨床的な有用性が高いとされている。

2. 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

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31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。

- (1) 反社会性
- (2) 家庭・養育
- (3) 学校適応
- (4) 生活環境
- (5) 精神疾患
- (6) 個人特性
- (7) 障害特性: ADHD
- (8) 障害特性: ASD

具体的な項目内容については表3の通りである。

本ツールの名称は「Assessment Tool for Preventive Intervention for Problem Behaviors 31items ASD version: @PIP31 - ver.ASD (アットピップ・サーティワン - ASD版)」とした。

これらの研究成果を踏まえて、来年度は触法行為を行なった発達障害者に対して、本アセスメントツールの有用性を確認するとともに、適切な医療の提供と問題行動の防止にあたって有効な介入方法についても探っていく予定である。

E. 結論

本研究では、医療観察法の指定通院対象者1190名のうち、F8発達障害圏の診断を受けていた39名のデータを収集し、分析を行った。これまでも重大な他害行為を行った発達障害者に関する報告はいくつかあるが、多くはケース報告にとどまっており、そうした知見を汎化することには制限があった。その点において本調査の結果は非常

に有用であると思われる。

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「@PIP31 - ASD version (アットピップ・サーティーン - ASD)」の開発はこれまでにない試みであり、問題行動への早期介入にもつながるものと期待される。

来年度は、これらの研究成果を踏まえて、触法行為を行なった発達障害者に対して、本アセスメントツールの有用性を確認するとともに、適切な医療の提供と問題行動の防止に向けた有効な介入方法について探っていく予定である。

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

	項目名	評価			チェック式評価基準 / 特記事項 (各評価項目の具体的な内容をチェックする)
		0	1	2	
反社会性	1. 身体的暴力歴	過去に暴力なし	中程度の暴力 / 2回以下の暴力	深刻な暴力 / 3回以上の暴力	他者への脅迫 反抗的で横柄な態度 言語的な攻撃 (他者を罵倒する, いじめを含む) 嘘をつく 対物暴力 対人暴力の未遂 学校の物品に対する破壊的行動 その他 ()
	2. 初回の暴力年齢	20歳以上	10歳から20歳まで	10歳未満	
	3. 非身体的暴力歴	なし	1~2回	3回以上	
	4. 犯罪・非行歴 / 施設収容歴	なし	1回	2回以上	犯罪・非行歴 (児童自立支援施設/矯正施設/執行猶予) ()回 逮捕・補導・拘留・保護観察歴 ()回
	5. 違法薬物の使用 (未成年は飲酒, 喫煙を含む)	使用なし (明らかではない)	機会的な使用あり	慢性的な使用あり	使用歴のある薬物名を以下にあげる. 薬物名1: 使用期間: 薬物名2: 使用期間:
家庭	6. 不適切な養育	なし	いくらか	明らかな / 深刻な	過保護 ネグレクト (その他の虐待は12でチェック) 不適切なしつけ 一貫性のない養育 親子関係 (主に心理的愛着) の希薄さ その他 ()
	7. 幼少期の養育者の変更	養育者の変更がない	短期的な養育者の変更	長期的な養育者の変更 (離婚による片親も含む)	
	8. 両親 / 養育者の犯罪や暴力傾向	暴力的傾向がない	反社会的思考・行動, 暴力 (DVの目撃等) に関与している	家族に犯罪者がいる, 犯罪や暴力に関わるライフスタイルを持っている	
学校	9. 学校や職場等での不適応	なし	いくらか (短期または1~2回)	明らかな / 深刻 (長期または3回以上)	引きこもり 怠学・怠職 学校・職場での孤立 無断欠席・欠勤 失業中でも仕事を探さない その他 ()
	10. 学業成績不振	なし	いくらか (年生頃から)	明らかな / 深刻 (年生頃から)	
	11. いじめの被害	なし	いくらか (短期または1~2回)	明らかな / 深刻 (長期または3回以上)	
環境	12. 虐待歴	なし	いくらか	明らかな / 深刻	身体的虐待 心理的虐待 (家族への暴力 (DV) の目撃を含む) 性的虐待
	13. 過去の監督・保護 / 介入の失敗	なし	いくらか	明らかな / 深刻	
	14. 対人 / 社会的サポート	サポートが十分にある	サポートはあるが, その有効性は疑わしい	サポートが全くない / 有害である	(学校や職場以外の環境でも) 孤立している 犯罪/非行仲間, 知り合いがいる 良い友人, 知人がいない/少ない 援助者がいない/少ない 社会からサポートがない/少ない
	15. 経済状況 / 生活環境・地域の安全性	経済的問題はほとんどなく, 安全で犯罪の少ない地域に住んでいる	経済的問題を抱えていても, 生活環境はある程度整っている	家庭に大きな経済的問題があり, 安全性の低い地域に住んでいる	貧困状態にある 同居者の数が住居の限界を超えている 老朽化して不衛生な住居にすんでいる 政府の経済的支援を受けている 安全性が低い地域に住んでいる 地域の犯罪率が高い 地域の人々の結びつきが弱い 社会資源に乏しい地域に住んでいる

	項目名	評価			チェック式評価基準 / 特記事項 (右記評価の具体的な内容にチェックする)
		0	1	2	
精神疾患	16. 自殺関連行動	なし	1回	2回以上	
	17. 障害の理解度 / 受容度	理解あり	少し理解あり	理解なし	障害受容できている 自分の問題行動が他者に与える影響を理解している 障害による暴力リスクや、爆発しやすさ、イライラしやすさについて理解している
	18. 精神病症状	なし	少し / 深刻でない	明らか / 深刻	妄想(サディステックな空想,被害妄想などを含む) 幻覚 精神運動興奮 明らかな思考障害 不適切な感情(病的嫉妬,猜疑心などを含む) 感情の不安定さ(急激な変化を含む) TCO症状(脅威/制御・蹂躞症状) マイクロサイコシス その他 ()
	19. 併存する主要な精神疾患	なし		あり 具体的に ()	
	20. 治療・支援に対するコンプライアンスを求める姿勢(援助希求)	動機づけが高い / 協力的	動機づけが一貫していない / 部分的に治療や支援に非協力的 / 必要性を理解していない	動機づけが低い / 治療や支援に対して非協力的 / 必要性を理解していない	治療の中断歴がある 治療や支援に非協力的な態度や思考 治療への動機づけが低い 薬物療法・支援プログラムの拒否,拒否的態度 通院や支援上の規則に従わない
個人特性	21. 権威への反動的態度 / 反社会的態度	なし	いくらか	明らか / 深刻	誇大した自尊心 自己中心的 不適切な罪悪感(罪悪感の欠如も含む) 冷淡 他者の感情や幸せを考えない 他者への関心が全くない 自分の行動の責任を受け入れない
	22. 欲求不満耐性の低さ (かんしゃく, 怒りの制御不能)	なし / 稀である	時々見られる	頻繁にみられる	謝らない その他 ()
	23. 共感性の低さ	問題なし	いくらか認められる	明らかに低い	
障害 ADHD	24. 衝動性の高さ	低い / 行動はない	中等度 / 時々見られる	高い / 頻繁にみられる	
	25. 注意欠陥・多動性の高さ	なし	いくらか	明らか / 深刻	具体的なエピソード ()
障害 PDD	26. ルール/規則の理解不足や誤解の大きさ	なし	いくらか	明らか / 深刻	具体的なエピソード ()
	27. 思考の柔軟性の欠如の程度	なし	いくらか	明らか / 深刻	具体的なエピソード ()
	28. 日常生活におけるこだわり / 儀式的行動・ルーチンの程度	なし	いくらか	明らか / 深刻	具体的なエピソード ()
	29. 感覚過敏の有無/程度・内容	なし	いくらか	明らか / 深刻	具体的なエピソード ()
	30. 感覚刺激での不安定さ パニック	なし	いくらか	明らか / 深刻	具体的なエピソード ()
	31. 被暗示性の強さ	なし	いくらか (年齢相応)	明らか / 深刻	具体的なエピソード ()

平成25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）（精神障害分野）
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

児童・思春期における発達障がいを抱えた触法ケースに対する
矯正医療の在り方についての研究

分担研究者 梶屋 二郎¹⁾（法務省関東医療少年院）
研究協力者 飯森 眞喜雄²⁾（東京医科大学）
安藤 久美子³⁾（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究要旨：青年期・成人期発達障がいの対応困難ケースへの標準的な危機介入と治療・支援を検討する上で参考となる矯正施設、特に少年院・少年鑑別所において児童・思春期の被収容少年に対してどのような介入が行われているか調査した。具体的には法務省矯正局が平成22年から平成24年にかけて作成した、注意欠如多動性障害と広汎性発達障害を中心に抱えた被収容少年への処遇に関する執務参考資料(非公開)「処遇上特別の配慮を必要とする少年に対する効果的な処遇の在り方について」、「特殊教育課程 処遇プログラム」を参考とした。なお、執務参考資料は一般公開されていないため、本稿では日本矯正教育学会等で発表された内容を中心に紹介を行った。少年院・少年鑑別所などの矯正施設においても対応困難な発達障がいケースへの支援で必要と認識されているスタンスは社会内で必要とされているスタンスと共通しており、矯正施設内で実施されている有効な介入方法は社会内支援に応用できる可能性が高いことが示唆された。

A．研究目的

発達障害の中でも自閉症スペクトラム障害を抱えた者による触法ケースについての報告の端緒となったのは Wing(1981)による薬物への執着を呈したアスペルガー症候群の少年が実験的に友人に薬物を投与したケース¹⁾や Mawson ら(1985)による強迫的観念を背景にしたアスペルガー症候群の男性による赤子への暴力ケース²⁾と思われる。これらの報告以降も自閉症スペクトラム障害者による犯罪や反社会的行動についての報告は散見されるが、自閉症スペクトラムと犯罪や反社会的行動との関係性について着目した大規模な疫学的調査は現在までに行われていない。Scragg ら(1994)は英国の高度保安病院であるブロードモア病院での調査において男性の全患者392名中9名(約2.3%)がアスペルガー症候群およびその可能性が高いとし、この確率が一般人口におけるアスペルガー症候群の発生率より

も高率であることから、アスペルガー症候群は暴力行為を伴うことがあると考察した³⁾。わが国でも近藤ら(2005)が自閉症スペクトラム指数日本版(AQ-J)の修正版を用いて少年鑑別所に入所した非行少年、計1574名を調査したところアスペルガー障害である可能性が高いとされるカットオフ値を越えた少年が3.1%であったと報告している⁴⁾。また藤川(2005)は家庭裁判所に送致された計862名の非行少年を独自のスクリーニングカードを用いて調査したところ、広汎性発達障害が疑われる者の割合が2.8%であったと報告している⁵⁾。近藤や藤川の調査はあくまでもスクリーニングツールを用いた検査であり、確定診断でないことに注意を要するものの、英国だけでなく、我が国の司法の現場にも一般の発生率を上回る率で自閉症スペクトラム障害者が出現している可能性は否めない。

我が国のそこで青年期・成人期発達障がいの対

応困難ケースへの標準的な危機介入と治療・支援を検討する上で参考となる、矯正施設、特に少年院および少年鑑別所において発達障がいを抱える児童・思春期の被収容少年に対してどのような矯正教育・矯正医療が行われているのかを調査した。

B．研究方法

法務省矯正局が平成22年と平成23年にそれぞれ注意欠如多動性障害と広汎性発達障害を抱えた被収容少年への処遇に関する執務参考資料(非公開)として作成し、全国の少年院へ配布した「処遇上特別の配慮を必要とする少年に対する効果的な処遇の在り方について」、そして平成24年度に執務参考資料(非公開)として作成された「特殊教育課程 処遇プログラム」を参考とし、日本矯正教育学会において発表された内容を中心に、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。そして、一般社会内での発達障害者の触法ケースへの支援に汎化できるような介入がありえないか検討を行った。

C．研究結果および考察

我が国の少年院においては、少年鑑別所における鑑別結果から処遇上特別の配慮を必要とすると判断された少年に対して、その鑑別結果を基に個別に処遇上の配慮を行ってきた。このことは、我が国で発達障がい注目される契機となった平成16年の発達障害者支援法の成立より遙か以前より少年院の処遇課程の一つに特殊教育課程が設置され、「H₁課程：知的障がい者あるいはそれに準ずる者」と共に「H₂課程：情緒的未成熟等により非社会的な形の社会的不適応が著しいため専門的な治療教育を必要とする者」が設置されていたことから見てとれる。実際に現在、自閉症スペクトラムと診断された少年がこのH₂課程の少年院に多く送致されている。法務省矯正局はこのような発達障がい者が多く含まれる「処遇上特別の配慮を必要とする少年」に対して、より効

果的な処遇を継続的に展開し、その社会復帰を支援するべく、平成20年度に処遇プログラム充実化検討会を立ち上げ、外部アドバイザーの専門的助言も受けながら効果的な処遇の在り方について検討を行ってきた。その成果として、平成22年と平成23年には、それぞれ注意欠如多動性障害と広汎性発達障害を中心に抱えた被収容少年への処遇に関する執務参考資料として「処遇上特別の配慮を必要とする少年に対する効果的な処遇の在り方について」を作成し、全国の少年院・少年鑑別所に配布した。その中で検討あるいは指摘されている項目を要約すると「障害について」、「基本的に必要なスタンス」、「特性を的確に把握するための留意事項」、「鑑別結果作成上の留意事項」、「少年鑑別所から少年院への効果的な情報伝達」、「有効と考えられる処遇について」等である。これらの項目の内、特に介入・治療・支援に関係が深い項目や矯正施設独自の取り組みと言える項目についてを検討していきたい。

1) 基本的に必要なスタンス

「処遇上特別の配慮を必要とする少年に対する効果的な処遇の在り方について」において、発達障がい精通した法務技官(心理技官)として鑑別所長や少年院長を歴任した小栗による軽度発達障がいの鑑別において必要な心構えが挙げられている(以下の4点。要約)⁶⁾。

対象者に発達障がい者が含まれている可能性があり、鑑別や識別の必要に迫られている。

少年鑑別所が発達障がいの第一発見者になる可能性は高く、見落としは許されない。

特定の障害名を付けることが目的ではなく、有効な教育、指導、治療に結び付いてこそ意味がある。

発達障がい者を「環境への望ましい操作と必要な指導を待っている存在」と捉え、分析すべきである。

これらの心構えは我々が社会内において対応困難ケースに対峙した際にも必要な心構えと言える。特に対応困難ケースではその激しい問題行動(外在化症状)ゆえに基盤となる発達障がい

見落とされているケースが多く、先入観を排しながらも、その存在を念頭に置いたケース分析が求められる。

次に矯正教育に必要とされる基本的スタンスとしては以下のようなものが挙げられている(要約)。「特別の配慮を必要とする少年なのかもしれないという視点」、「対応に困っている少年は、その少年自身も実は困っているのではという視点」、「個々の少年のニーズに即した対応」、「対応は職員で足並みをそろえる」、「引継ぎの重要性に立ち返る」これらを挙げた上で、少年院での処遇において従前より重視されてきた、処遇の根幹とも言える「処遇の個別化」が発達障がいを抱える少年への処遇でも同様に大切であることを指摘している。つまり正しく少年や少年の抱える障がいを理解して、その上で真の意味で少年の利益となる処遇を個別に追及していくことが大切であると指摘している。この指摘も我々が社会内において対応困難ケースに対峙した際にも必要な態度に通じていると言えよう。

これらの指摘から言えることは、対応困難ケースへの介入における必要な基本的スタンスは社会内であっても、矯正施設内であっても変わらないということであろう。従って、少年院などの矯正施設で効果が認められる処遇は社会内支援におけるヒントとなりうる。

2) 特性を的確に把握するための留意事項

特に非行に関連する事柄としては、発達障がい特性が非行の原因であるというような短絡的分析を慎むべきと指摘している。発達障がい特性が社会不適応を招き、そこから非行につながることが多いことを指摘した上で、社会不適応に至った経緯や背景を詳細に調べ、少年の障がい特性の関連を丁寧に分析することが肝要であると指摘している。また、発達障がいのいわゆる二次障害の一種とされる内在化症状(自尊感情の低下から生ずる抑うつ気分や劣等感、怒り、無気力等)の存在や程度にも目を向ける重要性も指摘されている。このことは同じく二次障害の一種である外在化症状に非行が含まれること、内在化症状と

外在化症状は単独で出現するよりも両者が混合して生じることが多いこと等を考えると極めて妥当な指摘と言えよう。

他に、関連要因としての虐待への視点の重要性も指摘されている。発達障がいの存在が虐待を生む可能性と共に、虐待を受けることで発達障がい類似の症状を生んでいくという杉山の指摘⁷⁾を紹介している。

3) 有効と考えられる処遇について(少年院における新しい取り組み)

SGW(Skill Group Work;スキル・グループ・ワーク)

前述した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グループワーク。医師から発達障がいや発達障がいの疑いといった診断を受けた少年の中から、少年が持つ特性や院生活での様子に着目しつつ、グループ指導になじむかどうかを発達障がい処遇担当スタッフが検討して選出し、1グループ6人前後としてグループを編成している。

このような編成のグループで対人場面や社会生活に必要なとされる基本的な「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。プログラム内で使用される技法は各グループの各達成目標によって選択され、使用技法は多岐にわたっている。例を挙げるとグループディスカッション、ディベート、SST、アサーショントレーニング、アンガーコントロールトレーニング等である。達成目標はスタッフが少年に身につけさせる必要性を感じているスキルが重視されるが少年自身が関心を示したことについても積極的に取り入れられている。ファシリテーターは各少年の特性を踏まえ、少年の注意

が散漫にならぬよう、そして少年が理解しやすいように表現方法や教材に工夫をしていく。

約3か月をかけて1回あたり40分、全10回(単元)程度のプログラムを行うが、各単元のテーマ例としては「発達障がいを理解する」、「特性について理解する」、「障がい受容について考える」、「自分自身がどう他者から見られているかを理解する」、「自分の考えの癖に気付く」、「時運と違う考えを受け入れる」、「適切な問題解決を学ぶ」、「社会資源・制度を理解する」等である。

『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したプログラム。同院にて従前より実施していた自己理解のための交流分析にアンガーマネージメントを組み合わせて開発された。

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、アイスブレーキング、ロールプレイ等を用いている。

指導内容としては最初にプログラムを少年に円滑に導入させる意図も込めて、「エゴグラムチェックシート」を少年に作成させ、自身がどういうタイプの人なのか知るとともに、どういう部分を修正していけば良いのかを共に検討していく。その後、アンガーマネージメント用ワークシートを用い、怒りの仕組みやコントロールの仕方を学ばせる。ワークシートについては低位な言葉や表現を工夫しており、少年自身が考えを導き出し、それに基づいて討議やロールプレイを行っていく。また、「言葉のお守り」と名付けたセルフトークを見つけ出させ自身の心の拠り所を再確認させたり、自身で怒りを鎮めるセルフマネージメントについてトレーニングも行う。

認知作業トレーニング(COT ; Cognitive Occupational Training)⁸⁾

本プログラムは宮川医療少年院の法務技官(精神科医師)宮口幸治が中心となって、宮川医療少年院、広島大学、大阪保健医療大学、大阪府立大学で共同開発された独自のプログラムであり、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。

対象少年の選定についてはオリジナルの「行動観察によるチェックリスト」を用い、手先だけでなく身体的に不器用な少年を選定する。身体的な不器用さとは例えば体全体の動きのぎこちなさやコントロールの悪さを含んだものである。選定された少年には「IQが低い」、「スポーツ経験が少ない」、「立位や坐位の自画像にてボディイメージの悪さが露わになる」といった特徴の少年が多い傾向にある。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。

ファシリテーターおよびコ・ファシリテーターは役割分担を綿密に決め、指導中には少年に「楽しい」、「面白い」といった正の強化を与える感情を持たせるために、結果に対する承認を随時与えることが必要とされる。またプログラムを通じて出来れば複数回の作業療法士の参加が推奨されている。作業療法士は認知神経リハビリテーションや感覚統合療法等に精通している者が望ましい。作業療法士は各少年の目標課題の再設定等を担当する。

プログラム全体の目的や毎回のセッションのトレーニングの目的を少年に分かりやすく伝え、そのトレーニングが例えば就労にどう直結するのかを伝えることでモチベーションの維持・向上を目指す。各単元の主題としては自己の目標設定や自己理解を行ったのち、注意機能や言語的記憶能力、筋力の調節、動作の予測能力等を高めるために様々な認知作業トレーニングを実施する。例としては模倣動作、棒体操、ブロック積み、毛布

引き、正しい姿勢トレーニング、つまようじ積み、ひも結び等々である。

本プログラムは複数の機関で現在も改良を重ねている段階であり、実施には本プログラムに精通した専門家によるスーパーバイズが必須とされている。

これらの発達障がいや類似した障がい特性を持った少年に対する少年院での新しい取り組みについては十分にエビデンスが揃っていないものも有るし、そもそも複数の指導が常に並行して実施されている少年院においてはプログラムの効果判定が困難な場合が多い。しかし、これらの新しいプログラムを実施している施設においては様々な方法で効果検証を試みており、実施前後の変化をとらえる試み(質問紙、チェックリスト、作文、行動観察等)を行っているが、今回取り上げた3つの新たなプログラムに関しては少年本人からも実施担当スタッフからも肯定的なデータが多く出ており、一定の効果が有る可能性は高いと考えられる。今回取り上げたプログラムは非行を直接的に取り扱っているものではなく、そういった意味では社会内の対応困難ケースへの導入も抵抗が少ないと言えよう。発達障がいの障がい受容、さまざまなソーシャルスキルの向上、アンダーコントロール、認知機能の向上等は社会内ケースでも対応が必要な項目であり、社会内支援への汎化も十分に考えられる。今後、法務省矯正局にも連携を働きかけ、矯正施設内での試行と社会内での試行を行い、効果の差異や実施条件の調整等を行い、双方の利益、ひいては対象者の利益となるようなプログラムの開発を模索すべきと考える。

D. 結論

青年期・成人期発達障がいの対応困難ケースへの標準的な危機介入と治療・支援を検討する上で参考となる矯正施設、特に少年院において児童・思春期の被収容少年に対してどのような矯正教育・矯正医療が行われているのかを調査した。

少年院・少年鑑別所などの矯正施設においても対応困難な発達障がいケースへの支援が必要と認識されているスタンスは社会内で必要とされているスタンスと共通しており、矯正施設内で実施されている有効な介入方法は社会内支援に応用できる可能性が高いことが示唆された。また、一部の少年院においては発達障がい者や発達障がい類似の特性を持つ者に対して、社会内では実施されていない新たな取り組みがいくつか実践されていることが分かった。それらの新しい試みの内、学術的なエビデンスも得られているものも有り、確固としたエビデンスが確立していないまでも様々な効果判定の試みからは有効である可能性が示唆されていた。これらの取り組みは非行や犯罪を直接的に取り扱うものではなく、社会内の枠組みの中でも十分に実施できるプログラムであるため、一般社会への汎化が可能である可能性が示唆された。今後は法務省矯正局にも連携を働きかけ、矯正施設内での試行と社会内での試行を行い、効果の差異や実施条件の調整等を行い、双方の利益、ひいては対象者の利益となるようなプログラムの開発を模索すべきと考える。

参考文献

- 1) Wing, L. : Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine* 11:115-129, 1981
- 2) Mawson, D., Grounds, A. & Tantam, D. : Violence and Asperger's syndrome: A case study. *British Journal of Psychiatry* 147, 566-569, 1985
- 3) Scragg, P. & Shah, A. : Prevalence of Asperger's syndrome in a secure hospital. *British Journal of Psychiatry* 161, 679-682, 1994
- 4) 近藤日出夫, 淵上康幸: 自閉症スペクトル指数(AQ)を用いた高機能広汎性発達障害と非行との関連の検討. 少年問題研究会(編), 発達障害と非行に関する実証的研究 日立みらい財団研究報告書, pp1-44, 日立みらい財団, 東京, 2005

5) 藤川洋子：青年期の高機能自閉症・アスペルガー障害の司法的問題 - 家庭裁判所における実態調査を中心に。月刊精神科 7(6)：507-511, 2005

6) 小栗正幸：軽度発達障害の鑑別と施設内処遇の在り方。刑政 116(11)：134-144, 2005

7) 杉山登志郎：子ども虐待という第四の発達障害，学習研究社，2007

8) Miyaguchi, K., Matsuura, N., Shirataki, S., Maeda, K.: Cognitive training for delinquents within a residential service in Japan. Children and Youth Services Review 34(9)2 : 1762-1768, 2012

平成25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）（精神障害分野）
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
分担研究報告書

自閉症スペクトラムの診断・評価のための検査

Autism Diagnostic Observation Schedule-Genetic (ADOS) 日本語版の開発に関する研究

研究代表者 内山登紀夫（福島大学大学院人間発達文化学類）
研究協力者 黒田 美保（淑徳大学総合福祉学部）
稲田 尚子（東京大学医学部附属病院）
行廣 隆次（京都学園大学人間文化学部）
廣瀬 公人（京都大学大学院医学系研究科）
宇野 洋太（名古屋大学医学部附属病院親と子どもの心療科）
神尾 陽子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究要旨：自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorders: 以下 ASD）診断を行う上での根拠は、発達歴や日常生活の様子及び実際に観察可能な行動に求められる。発達歴や日常生活の様子は養育者からの聞き取りによらなければならないが、ASD 児・者本人の行動観察には、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。ADOS-G は、年齢と言語水準によって4つの Module に分けられ、標準化された検査用具や質問項目を用いて、対人コミュニケーションスキルを最大限に引き出すように意図されている。ADOS-G の各 Module の対象は、Module 1 は Pre-Verbal/ Single Words, Module 2 は Phrase Speech, Module 3 は Fluent Speech (Child /Adolescent), Module 4 は Fluent Speech (Adolescent/Adult) であり、無言語の幼児から言語の流暢な高機能 ASD の成人にまで使用できる。ADOS-G は、「観察 (Observation)」、「評価 (coding)」、「アルゴリズム」から成り、「観察」の部分で引き出された対人コミュニケーション行動を、「評価」し、その後「アルゴリズム」にそって ASD かどうか判定するようになっている。ADOS-G による診断分類は、自閉症と ASD それぞれに対してカットオフポイントが示されている。

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、日本語版の全 Module について、ADOS のアルゴリズム得点（「意思伝達領域得点」と「相互的対人関係領域得点」の合計点）によって、ASD 群と非 ASD 群を判別できるという妥当性が確認された。また、すでに日本での妥当性が確認されている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、各 Module について、自閉症スペクトラム障害のカットオフポイントを求めたが、原版のカットオフポイントと同じ値であることが示された。以上から、ADOS-G 日本語版は、信頼性・妥当性共に高く、日本での使用に問題がないこと、また、日本語版のカットオフポイントが求められたことにより、臨床で使用できると考えられる。

A. 研究目的

自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorders: 以下 ASD）は、(1) 対人的相互作用の質的障害、(2) コミュニケーションの質的障害、(3) 行動・興味・活動の限局された反復的・常

同的な様式、の3領域の主兆候によって特徴づけられる障害であり、その診断においては、操作的診断基準である DSM-IV-TR¹⁾ (精神疾患の診断・統計マニュアル第4版- Text Revision) (American Psychiatric Association, 2000) および ICD-10²⁾ (国際

疾病分類第 10 版)(World Health Organization, 1992) がグローバル・スタンダードとして使われている。90 年代に入って、これらの自閉症の診断基準が整備され世界的規模で使用されるに伴い、標準化された診断のためのアセスメントが相次いで開発されてきている。こうしたアセスメントも、また、地域や文化の差を超えグローバル化を目指している。

現在、診断のための ASD の生物学的指標は確立しておらず、ASD 診断を行う上での根拠は、発達歴や日常生活の様子及び実際に観察可能な行動に求められる。発達歴や日常生活の様子については養育者からの聞き取りによらなければならないが、このための面接ツールとして、The Autism Diagnostic Interview-Revised³⁾ (以下 ADI-R) (Lord et al., 1994) や The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (以下 DISCO)⁴⁾ (Wing et al., 2002) がある。一方、ASD 児・者本人の行動観察もまた不可欠であるが、このために開発されたのが Autism Diagnostic Observation Schedule-Genetic⁵⁾ (以下 ADOS-G) (Lord et al., 2000) である。

ADOS-G は Lord, C. や Rutter, M. らによって開発された ASD の診断・評価に特化した検査で、診断におけるゴールド・スタンダードとして使用されている。ADOS-G は、年齢と言語水準によって 4 つの Module に分けられ、標準化された検査用具や質問項目を用いて、対人コミュニケーションスキルを最大限に引き出すように意図されている。ADOS-G の各 Module の対象は、Module 1 は Pre-Verbal/ Single Words, Module 2 は Phrase Speech, Module 3 は Fluent Speech (Child / Adolescent), Module 4 は Fluent Speech (Adolescent/Adult) であり、無言語の幼児から言語の流暢な高機能 ASD の成人にまで使用できる。ADOS-G は、「観察(Observation)」、「評価(Coding)」、「アルゴリズム」から成り、「観察」の部分で引き出された対人コミュニケーション行動を、「評定」し、その後「アルゴリズム」にそって ASD かど

うか判定するようになっている。ADOS-G による診断分類は、自閉症と ASD それぞれに対してカットオフポイントが示されている。現在、DSM-IV-TR の診断基準と対応している直接観察検査は、ADOS-G のみである。ADOS-G の各 Module の対象は言語水準にわけられ、Module 1 は無言語/1 語文程度、Module 2 は 2~3 語文程度、Module 3 は言語流暢な子ども/青年、Module 4 は言語流暢な青年/成人であり、無言語の幼児から言語の流暢な高機能 ASD の成人にまで使用できる。

本研究では、各 Module の信頼性と妥当性を検討し、カットオフポイントを求める。

B. 方法

B-1. 被験者

Module 1: 自治体の乳幼児健診で 2 歳までに M-CHAT 陽性となり、フォローの結果、3 歳時に専門医による確定診断を受けた自閉症スペクトラム幼児 (臨床群) 18 名 (男性: 女性 = 14 : 4; ADOS 施行時平均月齢 = 27.1 ± 4.3 , 発達指数 (DQ) = 83.2 ± 9.4) と、ASD の診断を除外された非 ASD の臨床ケース 10 名、およびボランティアで参加した定型発達児 (統制群) 8 名の計 18 名 (男性: 女性 = 8 : 10; ADOS 施行時平均月齢 = 26.6 ± 6.5 , 発達指数 (DQ) = 88.3 ± 12.4) とした。診断は、第 7 筆者の精神科医により行われた。

Module 2: 小平市・西東京市の保育所・幼稚園に在籍する幼児で SRS 陽性となり診断面接を受けた児、発達の問題を主訴にクリニックを受診し診断面接を受けた児のうち自閉症スペクトラム障害と診断された幼児 (臨床群) 24 名 (男性: 女性 = 17 : 7; ADOS 施行時平均月齢 = 59.8 ± 10.4 カ月; ADOS 施行時平均発達指数 (DQ) = 52.7 ± 6.5) と SRS 陽性あるいはクリニック受診をし診断面接を受けたが ASD の診断を除外された非 ASD の臨床ケース 21 名、および診断ニーズのないボランティアの定型発達児 (統制群) の 3 名の計 24 名 (男性: 女性 = 16 : 18) の計 48 名とした。診断は、第 5 及び 7 の筆者児童精神科医により行われた。

Module3: 小平の通常学級に在籍する児童のうち、SRS が陽性となり診断面接を受けた児、クリニックなどを受診して診断面接を受けた児のうち自閉症スペクトラム障害と診断された 25 名（男性：女性 = 18 : 7 ; ADOS 施行時平均年齢 = 10.1 ± 3.3 歳 ; ADOS 施行時平均 FIQ=100.1 ± 17.2）と SRS 陽性あるいはクリニック受診をして診断面接を受けたが、ASD の診断を除外された非 ASD の臨床ケース 19 名、および定型発達児（統制群）の 5 名の計 24 名（男性：女性 = 15 : 9 ; ADOS 施行時平均年齢 = 8.9 ± 1.7 歳 ; ADOS 施行時平均 FIQ=98.9 ± 17.7）である。診断は、第 7 の筆者の児童精神科医により行われた。

Module4: ASD 群 19 名（男性：女性 = 14 : 5 , 平均年齢 24.5±12.6 歳）, 統制群（非 ASD 群）19 名（男性：女性 = 9 : 10 , 平均年齢 33.6±9.9 歳 , 統合失調症 6 名 , 気分障害 6 名 , 境界性パーソナリティ障害 2 名 , 強迫性障害 1 名 , 定型発達 4 名）である。IQ の有意差はないが、男女比、年齢には有意差がみられる。診断は、第 1,5,6,7 筆者の児童精神科によって行われた。

被験者の年齢及び発達指数あるいは IQ は表 1 に示す。

表 1 : 被験者の年齢及び発達指数・IQ

		ASD	Non-ASD	T	P
Module1	Number(boy)	18(14)	18(8)	-	.09
	Age month	27.11 ± 4.34	26.61 ± 6.47	.27	.79
	DQ	83.17 ± 9.41	88.33 ± 12.37	1.41	.17
Module2	Number(boy)	24(17)	24(16)	-	1.00
	Age month	59.79 ± 10.41	65.13 ± 8.64	1.93	.06
	DQ	96.81 ± 13.66	102.88 ± 14.21	1.46	.15
Module3	Number(boy)	25(18)	24(15)	-	.55
	Age year	10.08 ± 3.32	8.88 ± 1.73	1.59	.12
	IQ	100.12 ± 17.20	98.92 ± 17.65	.24	.81
Module4	Number(boy)	19(14)	19(9)	-	.18
	Age year	28.58 ± 7.43	33.58 ± 9.89	1.76	.09
	IQ	97.63 ± 17.78	101.79 ± 22.03	.64	.53

B-2. もちいた検査

ADOS 日本語版 (ADOS-JV) の各 Module について、信頼性及び妥当性を検討した。併存的妥当性には、日本での妥当性が検証されている以下の検査を用いた。

- ・ ADOS-JV Module 1 : 対象は Pre-Verbal/ Single Words の子どもであり、10 の観察項目と、29 の coding 項目とアルゴリズムからなる。アルゴリズムは communication 領域で 2 点以上、reciprocal social interaction 領域で 4 点以上、その両領域の合計得点が 7 点以上の場合、ASD と判断される。

- Module 2: 対象は Phrase Speech の子どもであり、10 の観察項目と、24 の coding 項目とアルゴリズムからなる。アルゴリズムは communication 領域で 3 点以上、reciprocal social interaction 領域で 4 点以上、その両領域の合計得点が 8 点以上の場合、ASD と判断される。

- Module3: 対象は Fluent Speech(Child/Adolescent)、10 の観察項目と、28 の coding 項目とアルゴリズムからなる。アルゴリズムは communication 領域で 2 点以上、reciprocal social interaction 領域で 4 点以上、その両領域の合計得点が 7 点以上の場合、ASD と判断される。

- Module4 : 対象は Fluent Speech(Adolescent/Adult)であり 10 の観察項目と、31 の coding 項目とアルゴリズムからなる。アルゴリズムは communication 領域で 2 点以上、reciprocal social interaction 領域で 4 点以上、その両領域の合計得点が 7 点以上の場合、ASD と判断される。

- ・ CARS-TV: 専門家が本人の行動観察と母親の聞き取り内容から、自閉症に関連する 15 項目の症状について得点をつけていき、最終的に合計点で自閉症かどうかとその重症度を測定できる検査である。得点が 30 点をこえると自閉症とされ、30 ~ 36.5 点であると軽中度自閉症、37 ~ 60 点であると重度自閉症となる。

- ・ SRS-JV : 親記入式の質問紙で、子どもの対人相互性や社会性について評価する。対人相互性や社

会性は、自閉症の症状の中でも中核的な症状であり、ASDでは、定型発達よりもSRSが高得点になることが示されている。

・AQ-TV: 50問からなる自記式の質問紙で自閉症スペクトラムの傾向を調べることができる。カットオフポイントは、30点である。

【手続】

Module1, 3, 4は、ADOSの研究者資格保持者の第2, 3筆者によって全ケースが実施された。Module2は、第2, 3筆者及び研究者資格保持者の第5筆者によって実施された。

評定者間信頼性：

Module1:臨床群のうち15名について、第2, 3筆者2名が独立してADOSを評定した。各29項目の単純一致率とカッパ係数()を調べた。Module4:臨床群のうち8名について、第2, 3筆者2名が独立してADOSを評定した。各29項目の単純一致率とカッパ係数()を調べた。

ADOS アルゴリズム得点の併存的妥当性：

ADOS アルゴリズム得点の妥当性については、臨床群と統制群のADOSのアルゴリズム「意思伝達領域得点」「相互的対人関係領域得点」及び両領域の合計得点を比較することで検討する。また、併存的妥当性については、Module1はCARSの得点、Module2, Module3はSRSの得点との相関を求める。Module4については、AQ-TVの得点との相関を求める。

ASDのカットオフ値：各Moduleについて、感度と特異度を計算する。

ROC(receiver operating characteristic analysis)曲線によって、各Moduleの各得点(あるいは「意思伝達領域得点」「相互的対人関係領域得点」、合計得点)について、カットオフ値を変化させた時の感度と特異度を求め、適切なカットオフ値を決定した。

【結果】

評定者間信頼性：

Module1:臨床群15名について、各29項目の単純一致率は、72.7%~100.0%の範囲であった。係数は、得点分布が偏っていたために算出できなかった1項目を除き、0.42から1.00の範囲で、平均=0.84であり、良好な評定者間信頼性を示した。

Module4:臨床群8名について、評価者間信頼性については、各31項目の単純一致率において、88.97%~100.0%の範囲であった。係数は、得点分布が偏っていたために算出できなかった6項目を除き、0.70から1.00の範囲で、平均=0.96であり、良好な評定者間信頼性を得られた。

ADOS アルゴリズム得点の併存的妥当性

併存的妥当性については、Module1はCARSの得点、Module2, Module3はSRSの得点、Module4については、AQ-TVの得点との相関を求めたところ、いずれも高い相関が認められた。

表2：各Moduleのアルゴリズム得点と他の検査値との相関

	Scale	number	r
Module1	CARS	36	.789**
Module2	CARS	17	.722**
Module3	SRS	41	.645**
Module4	AQ	38	.648**

診断的妥当性：

【Module1】：

ADOS アルゴリズム得点の妥当性については、アルゴリズム「意思伝達領域得点」($t(43)=7.47, p<.001$)「相互的対人関係領域得点」($t(43)=8.07, p<.001$)、及び両領域の合計得点において有意差がみられた。

【Module2】

診断的妥当性については、アルゴリズム「意思伝達領域得点」($t(41)=5.6, p<.001$)「相互的対人関係領域得点」($t(41)=4.9, p<.001$)、及び両領域の合計得点において有意差がみられた($t(41)=5.2 (p<.001)$)。

【Module3】

診断的妥当性については、アルゴリズム「意思伝達領域得点」($t(34)=5.0, p<.001$)「相互的对人関係領域得点」($t(34)=5.9, p<.001$),及び両領域の合計得点において有意差がみられた($t(34)=5.4 (p<.001)$)。

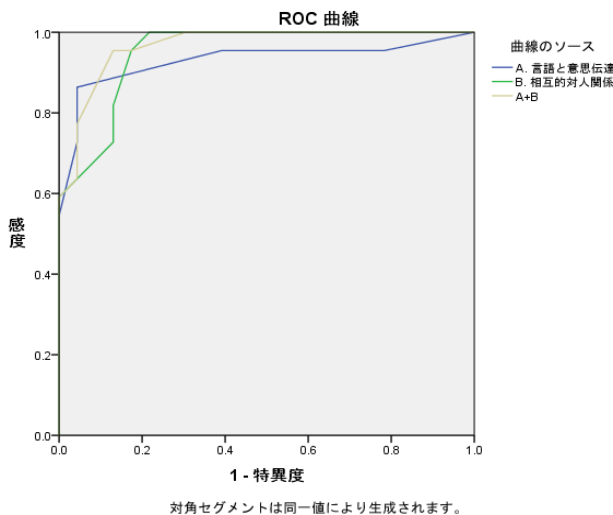
【Module4】

診断的妥当性については、アルゴリズム「意思伝達領域得点」($t(36)=4.7, p<.001$)「相互的对人関係領域得点」($t(36)=10.7, p<.001$),及び両領域の合計得点において有意差がみられた($t(36)=8.7 (p<.001)$)。

ASDのカットオフ値：

【Module1】：

アルゴリズムの「意思伝達領域得点」「相互的对人関係領域得点」及び両領域の合計得点について、ROC 曲線を求めると以下ようになる。AUC(area under curve)は、言語と意思決定で .908 , 95% CI [.802, 1.000] ,相互的对人関係で .921 ,95% CI [.837, 1.000] ,合計得点で .948 , 95% CI [.881, 1.000]であった。3つの得点の AUC の差は有意ではなかった($F(2,2)=4.88, p=.087$)。



図：Module1 のアルゴリズム値の ROC 曲線

それぞれの領域の感度と特異度を求めると、「意思伝達領域」は以下ようになる。

カットオフ	感度	特異度
1	.955	0.217
2	.955	0.609
3	.864	0.957
4	.727	0.957
5	.545	1.000

「相互的对人関係領域」は以下ようになる。

カットオフ	感度	特異度
3	1.000	0.565
4	1.000	0.783
5	.955	0.826
6	.818	0.870
7	.727	0.870

両領域の合計は以下ようになる。

カットオフ	感度	特異度
5	1.000	0.696
6	.955	0.826
7	.955	0.870
8	.955	0.870
9	.864	0.913
10	.773	0.957
11	.636	0.957

他の Module についても、同様にカットオフを求めたところ、以下の表のような結果が得られた。

表 3. Module 2,3,4 のカットオフ値と感度・特異度

		Cutoff	sensitivity	specificity
Module2	A	2	.84	.68
	B	4	1.00	.84
	A + B	7	.95	.79
Module3	A	2	1.00	.63
	B	4	0.93	.79
	A+B	7	0.93	.83
Module 4	A	2	.84	.68
	B	4	1.00	.84
	A+B	7	.95	.79

【考察】

Module1 と Module4 について検討した評定者間信頼性については、高い信頼性が認められた。研究者資格のある評定者が行っていることを考えると、他の Module においても高い評定者間信頼性が認められると考えられる。

また、Module1~4のすべてのModuleでADOS-G-JVアルゴリズム得点の妥当性については、臨床群と統制群のADOS-G-JVのアルゴリズム「意思伝達領域得点」「相互的对人関係領域得点」及び両領域の合計得点のすべてにおいて妥当性が認められた。また、併存的妥当性については、CARSの得点と高い相関認められ、ADOS-G-JVの妥当性が認められた。

また、それぞれの感度と特異度をみると、オリジナルと同じカットオフの基準で問題がないと考えられる。従って、ADOS-G-JVのModule1のカットオフ値は、「意思伝達領域」が2点、「相互的对人関係領域」が4点、両領域が7点と考えられる。Module2のカットオフ値は、「意思伝達領域」が2点、「相互的对人関係領域」が4点、両領域が7点と考えられる。Module3のカットオフ値は、「意思伝達領域」が2点、「相互的对人関係領域」が4点、両領域が7点と考えられる。Module4のカットオフ値は、「意思伝達領域」が2点、「相互的对人関係領域」が4点、両領域が7点と考えられる。

(倫理面の配慮)本研究は、福島大学倫理委員会及び国立精神神経医療研究センター倫理委員会の承認を得たものであり、本研究の意義・目的・方法・被験者が被りうる不利益や危険性について被験者に対して説明を行い、文書で同意を得た。

E.文献

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (ICD-10): The Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO; 1992.
3. Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic interview-Revised: a revised version of a diagnostic

interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 24:659-685; 1994.

4. Lord C, Risi S, Lambrecht L et al. The autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 30:205-223; 2003.
5. Tsuchiya, K., Matsumoto, K., Yagi, A., Inada, N., Kuroda, M., Inokuchi, E., Koyama, T., Kamio, Y., Tsujii, M., Sakai, S. Mohri, S, and et al. Reliability and Validity of Autism Diagnostic Interview – Revised – Japanese Version *Journal of Autism and Developmental Disorders*, online.
6. Wing, L., Leekam, S.R., Libby, S.J., Gould, J., & Larcombe, M. The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: background, inter-rater reliability and clinical use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **43**, 307-325; 2002.

F.健康危険情報 なし

G. 研究発表

- 1.論文発表
黒田美保，稲田尚子. Autism Diagnostic Observation Schedule (自閉症診断観察検査)日本語版の開発状況と今後の課題. *精神医学*, 54: 427-435; 2012.
- 2.学会発表，講演
Kuroda, M., Inada, N., Kamio Y., Uno, Y., Uchiyama, T. Can the ADOS Module 4 help differentiate ASDs from other psychiatric disorders? (2012) International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP, 国際児童・青年精神医学会). フランス (パリ)

H.知的財産権の出願・登録状況 なし

平成25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）（精神障害分野）
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
分担研究報告書

自閉症スペクトラムのスクリーニングのための検査 Social Communication Questionnaire
（SCQ）日本語版の開発に関する研究

研究代表者 内山登紀夫（福島大学大学院人間発達文化学類）
研究協力者 稲田尚子（東京大学医学部附属病院）
黒田美保（淑徳大学総合福祉学部）
田中恭子（東京大学医学部附属病院）
村松陽子（京都市立京都児童福祉センター）
宇野洋太（よこはま発達クリニック）

研究要旨：自閉症スペクトラム（Autism Spectrum Disorders: 以下 ASD）の2次スクリーニングツールとして、対人コミュニケーション質問紙（Social Communication Questionnaire：SCQ）は欧米で広く使用されている。本研究では、日本語版 SCQ の信頼性と妥当性の検証を目的として行った。

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再検査信頼性、評定者間信頼性、内部一貫信頼性ともに十分な信頼性が確認された。また、妥当性検討に関しては、両バージョンにおいて、すでに ASD の症状評価に信頼性・妥当性が確認されている ADI-R 合計得点と SCQ 合計得点との間に有意な正の中程度の相関関係が認められ、併存的妥当性を有することも明らかとなった。また、「誕生から今まで」バージョンおよび「現在」バージョンについて、ASD 群は一般群と比べて有意に高い SCQ 合計得点を示し、SCQ は ASD 群と一般群を区別することが明らかとなった。本研究では、「誕生から今まで」バージョンおよび「現在」バージョンについて、ASD 群と非 ASD の臨床群の SCQ 合計得点を比較した。その結果、「誕生から今まで」バージョンでは、ASD 群は非 ASD 群と比べて有意に高い SCQ 合計得点を示したが、「現在」バージョンでは、両群間に有意な差は認められなかった。ASD のスクリーニング目的には、「誕生から今まで」バージョンを用いるため、SCQ は ASD のスクリーニングツールとしての一定の有用性が示された。今後はケース数を蓄積し、両群を区別するカットオフ値を検討する必要がある。

A．研究目的

自閉症スペクトラム（Autism Spectrum Disorders: 以下 ASD）の臨床場面において、診断に至るまでにいくつかの段階がある。まず、一般集団から ASD の疑いのある者を的確に同定し（1次スクリーニング）、そこから2次スクリーニングを経て最終診断に進むことが一般的であり、欧米では、1次スクリーニング・2次スクリーニング、診断に用いる検査ツールがそれぞれの段階に合わせて開発・使用されてい

る。日本においては、スクリーニングや診断に用いられる評価用検査も少ないのが現状である。

本研究では、アメリカで開発され、多くの国で標準的に用いられている検査の日本語版の作成及びその妥当性と信頼性を検討し、日本の医療臨床や教育臨床で役立つことを最終目的とする。本研究では、ASD の二次スクリーニングとして欧米で広く使われている質問紙である対人コミュニケーション質問紙（Social Communication Questionnaire：SCQ）の信頼性と妥当性を検証する。

B. 方法

対象

信頼性検討

ASDの診断を受けた児童・青年23名とした(男:女 = 18 : 5, 平均年齢(標準偏差)範囲 = 16.17 (1.9) 11-18, 平均IQ(標準偏差)範囲 = 87.9 (25.0) 49-153)。

妥当性検討

併存的妥当性

ASDの診断を受けた青年・成人28名とした(男:女 = 18 : 10, 平均年齢(標準偏差)範囲 = 30.3 (6.83) 20 - 48, 平均IQ(標準偏差)範囲 = 104.3 (14.0) 85-138)。

判別的妥当性

ASD群: ASDの診断を受けた51名とした(男:女 = 36 : 15, 平均年齢(標準偏差)範囲 = 23.24 (4.64) 11 - 48, 平均IQ(標準偏差)範囲 = 96.1 (19.5) 49-138)。

一般群: ASDの診断を受けていない10名の一般の児童・青年を一般群とした(男:女 = 7 : 3, 平均年齢(標準偏差)範囲 = 22.7 (8.90) 11 - 48)。

非ASD群: 医療機関等の臨床機関に継続的に通院しているASD以外の臨床群21名とした(男:女 = 14 : 7, 平均年齢(標準偏差)範囲 = 9.19 (5.56) 4-29, 平均IQ(標準偏差)範囲 = 85.54 (22.33) 65-141)。

尺度

対人コミュニケーション質問紙 (Social Communication Questionnaire : SCQ)

SCQは、Rutter, M., Bailey, A., Lord, C.によって開発され、自閉症スペクトラムの可能性のある対象に関して、コミュニケーションスキルと対人機能を評価することができる2次スクリーニング用質問紙である。症状が最も顕著な過去の時期の状態について尋ねる「誕生から今ま

で」バージョンと現在の状態について尋ねる「現在」バージョンとの2つのバージョンに分かれているが、いずれも2択(はい・いいえ)40問の質問紙で、親または養育者によって10分弱で記入が可能である。得点は、項目1を除いて、0~39点で算出される。

「誕生から今まで」バージョンは、主に4.5歳を中心として、対象の発達早期からの発達について焦点をあてており、合計得点で自閉症のカットオフ(15点)が設けられており、カットオフを超える場合は、診断面接を受けることが強く推奨される。

「現在」バージョンは、過去3ヵ月の対象の状態を評価するものである。結果は治療計画や教育計画に役立ち、また、経年的変化を測定できる。SCQは簡便でありながら、臨床家や教育者にとって有用な2次スクリーニングツールである。

自閉症診断面接修正版 (Autism Diagnostic Interview- Revised : ADI-R)

ADI-Rは、自閉症の診断を目的とした、親(親)に行う半構造化面接法である(Lord, Rutter, Le Couteur, et al., 1994)。ADI-Rの日本語版の信頼性と妥当性は、Tsuchiya, Matsumoto, Yagiら(online)によって報告されている。本研究では、診断アルゴリズムに関する下位項目を用いて、3領域(相互的対人関係の質的異常、意志伝達の質的異常、限定的・反復的・常同的行動パターン)の得点を算出した。いずれも得点が高いほど、異常であることを表す。

手続き

対象の母親に対し、SCQの「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンに回答を求めた。一部の母親には、2週間間隔(回答日間隔平均(SD)範囲 = 13.23 (3.5) 7-18)で2回回答を求め、一部の父親にも回答を求めた。

分析

信頼性検討

再検査信頼性：「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンそれぞれについて、1回目回答と2回目回答のSCQ合計得点の級内相関係数を求めた。

評定者間信頼性：「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンそれぞれについて、母親回答と父親回答のSCQ合計得点の級内相関係数を求めた。

妥当性検討

併存的妥当性：「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンそれぞれについて、SCQ合計得点とADI-R合計得点との相関係数（Pearson積率相関係数）を求めた。

判別的妥当性：「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンそれぞれのSCQ合計得点について、ASD群と一般群の2群間で差があるかどうかをt検定により検討した。

判別的妥当性：「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンそれぞれのSCQ合計得点について、ASD群と非ASDの臨床群2群間で差があるかどうかをt検定により検討した。

内部一貫信頼性

ASD群および一般群の母親の一回目のSCQの回答について、「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンの全40項目のアルファ係数(α)を求めた。

C. 結果

信頼性検討

再検査信頼性：

「誕生から今まで」バージョンについて、1回目平均得点 23.4 点、2回目平均得点 25.1 点であ

った。また「現在」バージョンについて、1回目平均得点 15.0 点、2回目平均得点 17.9 点であった。級内相関係数 (Intraclass correlation: ICC) を求めて再検査信頼性を確認したところ、それぞれ $ICC=0.961, 0.965$ (いずれも $p<.001$) と良好な再検査信頼性が確認された。

評定者間信頼性：

「誕生から今まで」バージョンについて、母親回答平均得点 23.4 点、父親回答平均得点 22.3 点であった。また「現在」バージョンについて、母親回答平均得点 15.0 点、父親回答平均得点 16.2 点であった。級内相関係数 (Intraclass correlation: ICC) を求めて再検査信頼性を確認したところ、それぞれ $ICC=0.778, 0.783$ (いずれも $p<.01$) と良好な評定者間信頼性が確認された。

妥当性検討

併存的妥当性：

併存的妥当性検討のために、SCQ合計得点について、すでにASDの症状評価尺として、信頼性・妥当性が示されている自閉症診断面接修正版 (Autism Diagnostic Interview: ADI-R) 日本語版 (Tsuchiya et al., online) との関連を調べた。「誕生から今まで」および「現在」質問紙のSCQ合計得点について、ADI-Rの合計得点との正の相関関係が認められ (それぞれ $r=.772$ ($p<.001$), $r=.489$ ($p<.05$))、十分な併存的妥当性が示された。

内部一貫信頼性：

「誕生から今まで」バージョンの係数は、.926 であり、「現在」バージョンの係数は、.910 であった。

判別的妥当性：

ASD群と一般群の「誕生から今まで」および「現在」バージョンのSCQ合計得点について、

ASD 群と一般群で比較した結果を表 1 に示す。いずれも ASD 群の SCQ 合計得点が有意に高かった。

表 1 : ASD 群と一般群の SCQ 得点の比較

	ASD 群 (n=51) 平均(範囲)	一般群 (n=10) 平均(範囲)	t	P
誕生から 今まで	17.3(10.6)	0.6(0.8)	11.30	<.001
現在	13.3(8.3)	0.1(0.3)	11.54	<.001

判別的妥当性 :

次に、年齢と IQ/DQ をマッチさせた ASD 群と非 ASD 群について「誕生から今まで」および「現在」バージョンの SCQ 合計得点を比較した結果を表 2、表 3 に示す。「誕生から今まで」バージョンでは ASD 群の方が非 ASD 群よりも有意に高い SCQ 合計得点を示したが、「現在」バージョンでは両群に有意な差は認められなかった。

表 2 : ASD 群と非 ASD 群の「誕生から今まで」SCQ 得点の比較

	ASD 群 (n=24) 平均(範囲)	非 ASD 群 (n=21) 平均(範囲)	t	P
誕生から 今まで	14.33 (9.64)	8.00(7.09)	2.48	.017

表 3 : ASD 群と非 ASD 群の「現在」SCQ 得点の比較

	ASD 群 (n=21) 平均(範囲)	非 ASD 群 (n=9) 平均(範囲)	t	P
現在	9.81(7.39)	8.67(5.72)	.41	.683

D. 考察

本研究では、SCQ 日本語版の「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンについて、

信頼性と妥当性の検討を行った。いずれのバージョンも再検査信頼性、評定者間信頼性、内部一貫信頼性ともに十分な信頼性が確認された。

また、妥当性検討に関しては、両バージョンにおいて、すでに ASD の症状評価に信頼性・妥当性が確認されている ADI-R 合計得点と SCQ 合計得点との間に有意な正の相関関係が認められ、併存的妥当性を有することも明らかとなった。また、「誕生から今まで」バージョンおよび「現在」バージョンについて、ASD 群は一般群と比べて有意に高い SCQ 合計得点を示し、SCQ は ASD 群と一般群を区別することが明らかとなった。

一方、SCQ は二次スクリーニングツールであるため、非 ASD の臨床群と鑑別できることが求められる。「誕生から今まで」バージョンおよび「現在」バージョンについて、ASD 群と非 ASD の臨床群の SCQ 得点を比較したところ、「誕生から今まで」バージョンの SCQ 得点は ASD 群が一般群と比べて有意に高かった。しかしながら、「現在」バージョンの SCQ 得点は両群に有意な差が認められなかった。ASD のスクリーニングに使用する「誕生から今まで」バージョンの SCQ 得点は ASD 群と非 ASD 群を区別することが明らかとなった。ASD のスクリーニングには、「誕生から今まで」バージョンを使用するため、ASD のスクリーニングツールとして一定の妥当性が示されたと考えられる。今後は、ケース数を蓄積し両群を区別するカットオフ値を検討する必要がある。また、ASD 児者の現在の症状程度を測定すると考えられる「現在」バージョンで両群に差が認められなかった点については、今後ケース数を蓄積して再検討する必要がある。

参考文献

- 1) Tsuchiya, K., Matsumoto, K., Yagi, A., Inada, N., Kuroda, M., Inokuchi, E., Koyama,

T., Kamio, Y., Tsujii, M., Sakai, S. Mohri, S,
and et al. Reliability and Validity of Autism
Diagnostic Interview – Revised – Japanese
Version *Journal of Autism and
Developmental Disorders*, online.

2) Rutter M, Bailey A, Lord C. (2003) *Social
Communication Questionnaire (SCQ)
manual*.

California, USA, Western Psychological
Service.

E.健康危険情報 なし

F. 研究発表

1.論文発表 なし

2.学会発表、講演 なし

G.知的財産権の出願・登録状況 なし

平成25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）（精神障害分野）
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

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）

分担研究者 太田 達也（慶應義塾大学法学部）
研究協力者 宣 善花（慶應義塾大学大学院法学研究科博士課程）
徐 運在（慶應義塾大学大学院法学研究科博士課，韓国法務省矯正本部）
鄭 理香（Ds's メンタルヘルスラボ）
鈴木さとみ（国立障害者リハビリテーションセンター）

研究要旨

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、韓国における発達障害の理解が我が国と異なり、知的障害を中心に捉える傾向があるため、成人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。従って、韓国の矯正施設では、発達障害の収容者に対する特別な処遇プログラムといったものは未だ策定されていないが、近年における性犯罪者対策の一環として、小児性愛や性的倒錯障害など精神的障害(PsychoSexual Disorder)のある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心理治療プログラムが開発・実施されている。

一方、韓国では、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、管区内の刑務所から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処遇を行っている。発達障害に特化したプログラムではないものの、こうした重点施設やプログラムをもたない我が国の刑事施設にとっても参考になる。

さらに、保安処分施設たる治療監護所での対応であるものの、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として注目される。さらに、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。

今後の課題は、公判前の段階で触法性発達障害者を刑事手続から外し、社会での治療・処遇機関につなぐことのできる法制度の有無や問題点について調査することであり、特に韓国の条件付起訴猶予制度について重点的に調査する予定である。

A．研究目的

犯罪行為を行った者に発達障害がある場合でも、責任能力が認定され、刑罰が科せられるのが一般的であり、自由刑に処されれば、刑事施設(刑務所)に収監され、刑の執行が行われる。

2012年7月30日の大阪地裁殺人被告事件判決では、被告人のアスペルガー症候群の影響を量刑上大きく考慮することは相当でないとし、通常人と同様の倫理的批判を加えることはできないとしながらも、「いかに精神障害の影響があるとはいえ、十分な反省のないまま被告人が社会に復帰すれば」、「アスペルガー症候群という精神障害に対応できる受け皿が何ら用意されていないし、その見込みもない」ことから再犯のおそれが懸念され、「許される限り長期間刑務所に収容することで内省を深めさせる必要があり、そうすることが、社会秩序の維持にも資する」として、検察官の求刑16年を上回る懲役20年を言い渡している(判例集未掲載。LLI/DB)。

大阪地裁の判断が発達障害と社会資源に関する正しい理解と知識に裏付けられたものでないにしても、もし発達障害に対する適切な対応と帰住環境の調整が行われなければ、更生や社会復帰に支障が生じる可能性は否定できない。

従来、少年院においては、発達障害を有する非行少年の処遇の在り方について検討が行われてきているが、刑事施設においては、統合失調症等の精神疾患や薬物依存性の精神障害のある者については一定の治療や処遇が行われているものの、発達障害を対象とした特別な処遇は行われていない。そもそも、受刑者における発達障害の状況についての調査も行われておらず、近年、知的障害についての調査がようやく行われたに過ぎない。

刑事施設から釈放においても、発達障害を念頭においた対応ではなく、一般的な許可基準である悔悟の情や改善更生の意欲、再犯のおそれ等を基準とした仮釈放審査が行われていることは想像に難くなく、そうであるとすれば、中には発達障

害特有の傾向から仮釈放が認められず、満期釈放となって釈放後に何等の対応も取られていない可能性が高い。また、仮釈放となったからといって、現在の残刑期間主義(仮釈放後、残った刑期の間だけ保護観察を行う制度)の下では、極めて限られた期間しか保護観察を行い得ない。

2009年からは、精神障害や高齢の受刑者で福祉的支援を要する者を刑事施設収容中から帰住先の福祉施設を調整する特別調整と地域生活定着支援事業が実施されている。しかし、この制度の対象は知的障害者や高齢者が中心となっており、知的障害のない発達障害者が対象となることは少ないと考えられる。

医療観察法にしても、心神喪失または心神耗弱により不起訴や無罪、執行猶予となったことが要件であるため、刑事責任が認められることが多い発達障害だけの者が対象となることは極めて少ない。

このように、我が国の刑事司法制度においては、未だ、犯罪行為を行った発達障害者に対する適切な対応が確立されておらず、今後、刑事手続においてどのような刑事処分を行うことが、刑事責任の追及という点においても、また本人の社会復帰にとっても望ましいのかが検討されなければならず、自由刑を科す場合においても、刑事施設においてどのような処遇を行うべきであり、また釈放時にどのような形で社会生活に結びつけていくかを検討する必要がある。

本研究は、そうした問題意識の下、海外における触法性発達障害者の刑事処分や刑事施設での処遇を比較法的見地から調査することにより、我が国における制度の在り方を模索することを目的とする。

B．研究方法

1. 調査対象と方法

平成25年度は、韓国の矯正施設における処遇制度の概要と精神障害収容者に対する処遇についての一般的な情報収集を行った後、同国におい

て発達障害を含む精神障害者を収容している可能性の高い刑務所、少年院、治療監護所を訪問し、施設の見学を行うとともに、処遇担当の職員や医師等から聞き取り調査を実施した。

調査対象とした施設と調査実施日は、以下の通りである。なお、韓国では、刑務所を「矯導所」と称するが、便宜上、以下では、刑務所という用語を用いることとする。

ソウル南部刑務所（ソウル特別市）

2013年8月19日

大田少年院（大田広域市）

2013年8月20日

治療監護所（公州市）

2013年8月20日

群山刑務所（群山市）

2013年8月21日

ソウル南部刑務所は、ソウル特別市郊外に所在する緩和警備等級(S2)の刑務所である。同刑務所は2011年に韓国で初めて性犯罪者矯正心理治療センターを設置し、性犯罪受刑者に対し認知行動療法等の処遇を行っている。同刑務所を調査対象とした理由は、性犯罪者の中には知的障害や発達障害を有する者が少なからず含まれることが知られており、発達障害者に対する一定の処遇が行われている可能性があるからである。

少年院は、日本の少年院同様、家庭裁判所（及び地方裁判所少年部。以下、同じ）により保護処分たる少年院送致決定等を受けた者を収容して矯正教育を実施する施設である。大田広域市に所在する大田少年院は、少年院送致少年のうち特に医療処遇を必要とする少年や家庭裁判所の保護処分である医療処分を受けた少年を収容し、医療的な処遇を行う少年院であり、日本の医療少年院に相当する韓国唯一の少年である。発達障害を有する非行少年に対してどのような矯正教育が行われているかを調査するため、調査対象とした。

治療監護所は、裁判所の判決により保安処分としての治療監護処分を受けた精神疾患や物質依存のある触法行為者等を収容して、治療及び処遇を行う保安処分施設である。心神喪失の場合だけでなく、心神耗弱として刑事責任が認められ、刑と併科することができ、実際にそうしたケースが大半を占めることから、重複障害として発達障害を有する者が治療監護処分を受ける可能性があり、調査対象とした。また、2008年の法改正により、小児性愛者など特定の反社会的性行動のある者についても「精神的障害者」として治療監護処分の対象となったため、こうした性犯罪者の中に発達障害者が含まれているかどうかを調査項目とした。

群山刑務所は、全羅北道群山市に所在する緩和警備等級(S2)の刑務所である。同刑務所は、2012年に韓国で初の精神保健センターを設置し、精神障害のある受刑者に対する治療とリハビリ教育を行っている。韓国法務省は、4つある矯正管区（地方矯正庁）毎に1箇所ずつ精神保健センターを設置していく方針であることから、今後、精神保健センターは精神障害受刑者に対する処遇の拠点となっていくものと推測されるため、調査対象として重要である。

2. 倫理面への配慮

各施設への訪問と聞き取り調査については、事前に韓国法務省から許可を得た。実際の調査に際しては、受刑者や収容少年の氏名・住所など個人を特定することができる情報には関わらない形で質問するなど配慮を徹底した（そもそも、施設側としても、そうした個人情報については、一切開示をしない）。

C. 研究結果

1. 韓国の刑事司法制度

(1) 刑罰と保安処分

韓国の刑罰制度については、我が国同様、単独で科すことのできる主刑としては、死刑、懲役、禁錮、罰金、拘留、科料である。死刑は残虐な刑罰に当たらず合憲というのが同国憲法裁判所の判例であり、実際の裁判でも年に一桁台の死刑判決が出されているが（第1審）、1997年末に最後の執行が行われて以来、一件も死刑の執行が行われておらず、韓国は事実上の死刑執行停止国となっている。死刑確定者が精神障害により心神喪失の状態にあるとき死刑の執行を停止するのは日本と同様である。

自由刑には懲役と禁錮の2種類があり、それぞれ無期と有期があるのは日本と同様であるが、有期刑が1年以上30年以下で、50年まで加重することができ、日本に比べ有期刑の上限が高い。これは性犯罪に対する対策の一環として2010年の法改正で改められたものであり、それまでは1年以上15年以下、加重して25年までであった。

無期刑については仮釈放が可能であるが、仮釈放の形式的要件たる法定期間は20年と、10年の日本より長い（有期刑の場合の3分の1は同じ）。これも、2010年の法改正によるものである。

また、自由刑の執行猶予があるのも日本と同様であるが、保護観察のほか、社会奉仕命令や受講命令を裁判所が直接付することができる。さらに、韓国には、刑の量定のみ行い、その宣告を猶予する宣告猶予の制度がある。

なお、韓国は、刑事制裁について二元主義を採用しており、過去に犯した犯罪に対する刑事制裁としての刑罰と、将来再び犯罪を犯すおそれがある者に対し、それを解消するために科される保安処分の両方を有している。韓国で導入されている保安処分には、精神障害や物質依存等がある状態で触法行為（犯罪行為を含む）を行った者等に対する治療監護処分と治療監護処分の仮終了後に付される保護観察があるが、近年、性犯罪者に対する電子監視（200年導入）や性衝動抑制治療（2010年導入）が新たな保安処分として導入されている。

かつて、社会保護法（1980年制定）という法律が、治療監護処分とともに、累犯で、再犯のおそれがあり、特別な処遇が必要な者に対する保安処分である保護監護処分を規定していたが、同処分が人権侵害に当たるおそれがあるとの理由から社会保護法が2005年8月に廃止され、治療監護処分のみを定めた治療監護法が制定された。

(2) 矯正制度

自由刑（懲役、禁錮、拘留）の執行は、全国36箇所の刑務所、11箇所の拘置所、3箇所の支所で行われている。これらの施設を所管するのは法務省矯正本部であり、全国がソウル、大田、光州、大邱の4つの矯正管区（地方矯正庁）に分けられ、施設の管理・運営が行われている。

さらに、韓国では、民営刑務所として所望（ソマン）刑務所が2010年に開所しており、キリスト教団体を母体とする民間団体が宗教的理念の下に運営を行っている。

受刑者は、犯罪傾向や矯正成績に応じて、開放処遇級（S1）、緩和警備処遇級（S2）、一般警備処遇級（S3）、重警備処遇級（S4）に分類され、各等級に応じた刑務所に収容される。但し、全受刑者の半数強がS3級、3割強がS2級に区分されており、S1級、S4級はそれぞれ6%程度しかない。

刑務所での処遇内容は、刑務作業（韓国では矯正作業と呼ばれる）・職業訓練、教育活動（生活指導教育、人性教育、学校教育）等から成る。

日本の医療刑務所のような医療を主として行う刑務所は韓国にはないが、以前から、肺結核と精神疾患受刑者の一部は大邱矯正管区の晋州刑務所に収容されており、医療刑務所的な役割を果たしている。

韓国では刑務所における精神障害受刑者の公式統計が公開されていないため、その収容状況は明らかでないが、2009年の国政監査資料（国会法政司法委員会）によれば、全国の刑務所に収容されている精神障害受刑者は僅かに261名である。日本の精神障害受刑者が、約6万人の受刑者に対

し約 9,000 人であるから、韓国の 1 日平均受刑者数の約 3 万人に比べ、その数はかなり少ない。

その原因の一つとして、韓国には精神障害者を対象者とした治療処分という保安処分があり、触法性の精神障害者は、刑罰を併科されている者も含め、同処分を執行する治療監護所にまず収容され、治療と処遇が行われることが考えられる。

それにしても、保安処分を執行した後は、残刑期間、刑務所に収監され、刑の執行が行われるのであるから、やはり 1% 以下という精神障害者の割合は少な過ぎる。日本の M 指標受刑者（精神上の疾病又は障害を有するため医療を主として行う刑事施設等に収容する必要があると認められる者）が全受刑者の 0.5% 程度であるから、韓国の精神障害受刑者の数字も、日本の M 指標受刑者に相当するようなものだけを集計し、軽度の精神疾患や知的障害者等は計上されていないことが推測される。

さらに、先の国政監査資料によると、精神障害者は晋州刑務所だけに集禁されているのではなく全国の刑務所に収容されている。韓国法務省は、4 つある矯正管区毎に 1 箇所ずつ精神保健センターを刑務所内に設置し、管内の刑務所に収容されている精神障害受刑者のうち特別な処遇を必要とする者を移送して、治療や処遇を行う方針を打ち出し、2012 年の群山刑務所を皮切りに、晋州刑務所と議政府刑務所に設置されている。従来、精神障害受刑者を集禁して体系的な処遇や治療を行う施設がなかったため、管区毎に精神障害受刑者の処遇重点施設を置く政策であると考えられる。

(3) 少年保護手続と保護処分

韓国の少年法制は、戦前・戦中の日本の少年法制の影響から、犯罪少年、触法少年、虞犯少年といった少年審判の対象少年の範囲など日本の少年法制と多くの共通点が見られる。

しかし、異なる点もあり、2007 年の韓国少年法改正により、少年の年齢が 20 歳未満から 19 歳

未満へと引き下げられている。

しかし、最大の相違点は、日本が少年事件を全て家庭裁判所の送致しなければならない全件送致主義を採用しており、検察官に処分の選択権がないのに対し（裁判所先議主義）、韓国は、日本の旧少年法と同様、まず検察官が少年の起訴・不起訴を決め、刑罰ではなく、保護処分が相当という場合には、家庭裁判所に送致することができる検察官先議主義を採っている点である。

従って、韓国には少年の起訴猶予処分が存在し（日本では家裁送致か、逆送後の起訴しかない）、さらに、古くから実務慣行として行われてきた条件付起訴猶予が、2007 年に法律上の制度として導入されている。

保護処分も、基本的には日本のものと似ているものの、日本では処遇勧告で行われる少年院の処遇期間が保護処分の種類となるなど、やや処分が細分化されているほか、社会奉仕命令や受講命令など我が国にはない独立の保護処分がある。

非行少年に対する保護処分

- 1 監護委託
- 2 受講命令
- 3 社会奉仕命令
- 4 短期保護観察
- 5 長期保護観察
- 6 児童福祉施設その他の少年保護施設に監護委託
- 7 病院、療養所又は少年医療保護施設に委託
- 8 1 箇月以内の少年院送致
- 9 短期少年院送致
- 10 長期少年院送致

調査時点で、全国に 10 箇所の少年院が設置されており、日本と異なり、法務省犯罪予防政策局（旧・保護局）が所管している。

(4) 治療監護処分と治療監護施設

韓国には、精神障害や物質依存等がある状態で

触法行為（犯罪行為を含む）をした者で再犯のおそれがあり、特別な処遇と治療を行う必要があると認められる者に対する保安処分としての治療監護処分があり、被処分者に対する適切な保護と治療を行うことで、再犯を防止し、社会復帰を促進することを目的とした治療監護所が全国に1か所公州市に設置されている。

治療監護処分の手続と執行方法については、治療監護法（2005年8月4日法律第7655号、最終改正2014年1月7日法律第12196号）が定める。

治療監護所への収容と処遇・治療は、裁判所の判決に拠らなければならず、触法行為又は犯罪行為を行った者が治療監護が必要と思料される場合、検察官が裁判所に対し、治療監護請求を行うことができる。対象となるのは、以下の者である。

- 1 心神喪失により罰することができず、又は心神耗弱により刑が減輕される心身障害者で禁錮以上の刑にあたる罪を犯した者（1号対象者）
- 2 麻薬・向精神薬・大麻その他を乱用し、又は害毒を及ぼすおそれがある物質又はアルコールを施用・摂取・吸入・喫煙又は注入する習癖があり、若しくはそれに常用している者で禁錮以上の刑に当たる罪を犯した者
- 3 小児性嗜好症（小児性愛）、性的加虐症等の性癖がある精神的障害として禁錮以上の刑に当たる性暴力犯罪を犯した者（3号対象者）

このうち3号対象者の性暴力犯罪者については、2008年6月13日の法改正により、「精神性的障害者」（PsychoSexual Disorder）として、治療監護処分の対象に付け加えられることとなったものである。

治療監護処分は保安処分であるため、起訴前鑑定などに基づき、被疑者が心神喪失であり責任無能力であるとして不起訴処分とする場合にも検察官は処分の請求を行うことができるが（独立請求）、限定責任能力として被疑者を刑事訴追する場合にも、併せて治療監護請求を行うことができ

る（起訴併行請求）。後者の場合、裁判所は、刑事被告事件の判決と同時に言い渡さなければならない。従って、刑事被告人について有罪として刑を言い渡し、治療監護請求についても検察官の請求に理由があると認めるときは、治療監護処分を併せて宣告することになる（併科主義）。

治療監護処分の期間は、1号と3号対象者については15年以下、2号対象者は2年以下とされるが、2013年7月30日の改正により、殺人を犯した者については、1回2年以内計3回まで延長が認められることとなっている。

刑と治療監護処分が併科されている場合は、治療監護処分が先に執行され（処分先執行主義）、治療監護処分の執行期間は刑の執行期間に含まれるため、その分だけ刑の執行期間が短縮される。

治療監護所からの退所には、仮終了と終了、治療委託があり、いずれも裁判官、検察官、弁護士、医師等から成る治療監護審議委員会が決定を行う。委員会は、治療監護処分の執行後6箇月毎に仮終了又は終了の可否を審査・決定しなければならない。治療監護処分対象者とその法定代理人にも治療監護終了の審査請求権がある。

仮終了又は治療委託となった場合、社会において3年間、保安処分としての保護観察が行われる。仮終了又は治療委託となった後6箇月毎に終了の可否を審査・決定しなければならない。

なお、仮終了又は終了となった場合で、懲役又は禁錮が併科されている者については、刑務所に移送され、残刑期間、刑の執行が行われる。

さらに、従来、治療監護処分は、韓国で唯一、公州に置かれている治療監護所でのみ執行されてきたが、2013年7月30日の法改正により、国が設立・運営する国立精神医療機関で法務部長官が指定する機関においても実施が可能となった（2015年1月末施行予定）。

2. 訪問及び聞き取り調査結果

各施設への訪問と聞き取り調査の結果は、以下の通りである。

ソウル南部刑務所



1 施設の概要

ソウル矯正管区(地方矯正庁)内に所在する緩和警備等級(S2)の刑務所である。以前は永登浦刑務所という名称で知られた刑務所であったが、2011年、現在の名称に改められ、同年、現在地に移転した。収容対象は以下の通りである。

- ・緩和警備等級(S2)対象受刑者
- ・職業訓練対象者
- ・無期受刑者中15年以上刑の執行を受けた者
- ・刑期10年以上の受刑者で残刑期間が7年以下の者
- ・労役場留置者

2 職員

職員定員405名であるが、現員は403名である(欠員2名)。医師は5名で、全て常勤であるが、1名は兵役の者である。精神科医は非常勤であり、週2回診察に来ている。

民間ボランティアとして、教化委員37名、宗教委員67名、就業委員22名が登録されている。

3 収容状況

収容定員は1,100名で、訪問調査時の収容人員は1,132名(収容率102.9%)である。うち、既決(受刑者)は975名で、未決が157名である。

無期受刑者26名、刑期10年以上の長期受刑者

54名、強行犯(暴力事犯)受刑者355名、薬物関連受刑者267名を収容している。

舎房は、共同室が221室、単独室が327室ある。保護室は6室ある。

刑務作業の工場が10工場あり、計363名が就業している。

4 処遇

(1)職業訓練

建築施工、プラスチック窓戸、応用旋盤、点訳、広告デザイン、建築塗装、食品調理、縫製(洋服)など8種類の職業訓練(定員計170名)を実施している。

(2)賭博依存治療プログラム

賭博依存(好癖)のある受刑者に対し、職員及び外部講師による賭博依存治療プログラムを実施している。

(3)薬物依存リハビリ教育プログラム

薬物受刑者で初犯と2犯目の者に対し、韓国麻薬撲滅運動本部の講師等による1回7名を対象としたリハビリ教育を実施している。

(4)回復的プログラム

家族面会や家族出合いの家(刑務所に設置されている家族面会用の施設)での特別面会、帰休制などを通じて家族との関係維持・回復に努めている。2013年の家族出合いの家での面会対象者は14名、帰休対象者25名、社会奉仕活動56名であった。

また、人間としての資質や態度等を回復させるための人性教育として、感受性訓練、心理治療、集団相談、道徳性回復等の教育を行っている。2013年の対象者は71名。

5 性犯罪者矯正心理治療センター

(1)開設の経緯

韓国法務省は、性犯罪者の処遇拠点として矯正

心理センターを全国5箇所を設置することを計画しており、現在までに、ソウル南部、浦項(2013年1月開設)、清州(2013年5月開設)、群山(2013年11月開設)の4箇所のセンターが開設されている。

ソウル南部刑務所のセンターは、国内初の矯正心理治療センターとして2011年10月に開設されている。

(2)目的

センターは、性犯罪受刑者のうち再犯のハイリスク群に対し再犯防止教育を実施するとともに、治療プログラムの開発や性犯罪の特性に関する研究を行うことを目的としている。

(3)職員体制

13名の職員のうち5名が臨床心理士、6名が相談心理士、1名が社会福祉士の資格を有している。また、諮問委員として、大学教授5名、相談心理や臨床心理の専門家5名、宗教関係者4名、芸術家1名を委嘱している。

(4)対象

処遇対象は、以下の受刑者である

- ・13歳未満の児童又は障害者を対象とした性犯罪を犯した受刑者で、再犯の危険性が高い者
- ・100時間以上の性暴力治療命令(児童・青少年の性保護に関する法律又は性暴力犯罪の処罰等に関する法律に基づき裁判所が命ずるもの)を受けた者

処遇に受刑者の同意は必要ない。

(5)処遇プログラムの内容

性犯罪者に対する処遇プログラムは、基本教育、集中教育、深化教育の3段階がある。

基本教育(100時間)

全ての性犯罪受刑者と100時間未満の性暴力治療命令を受けた者を対象に、全国の刑務所において、女性家族部指定機関である性暴力教育専門職員が実施する。

集中教育(100時間)

児童や障害者を対象とした性犯罪を犯した者を対象に、全国11箇所の刑務所(安養、議政府、麗州、大邱、安東、昌原、公州、全州、順天、木浦の刑務所及び忠州拘置所)でセンターの専門職員が実施する。

深化教育(6箇月、300時間以上)

再犯のハイリスク群と100時間以上の性暴力治療命令を受けた者を対象に、全国4箇所の刑務所(ソウル南部、浦項、清州、群山)の性犯罪者矯正心理治療センターで専門職員が実施する。近い将来、実施施設をあと1箇所増える予定。

基本教育は各施設に入所直後の時点で行うのに対し、集中教育と深化教育は釈放前の1年以内に行う。プログラム終了後、残刑期間が3箇月以上ある場合には、元の施設に戻してから釈放するが、3箇月未満の場合は当施設から直接釈放する。

プログラムのアプローチは、Good Lives Modelと認知行動療法を基盤としている。投薬治療は行っていない。

1班10名、4班以内で班編成を行っている。各班に担当職員が2名(男女1名ずつ)付いている。

日課的には、週5日、1日5時間以内、課題実施は1日2時間以内で行っている。なお、矯正心理治療センターでのプログラム実施中は刑務作業を行わない。

プログラムの内容

科目	内容・目的	週の時間数	全体の時間数
心理治療	再犯防止	5	100
特性化	自己コントロール, 他人関係, 性の理解	2.5	20
共同体活動	自主的会議, 講義等	4	87
霊性訓練	各宗教的教育	2	40
特別活動	合唱, 文芸創作, 演劇, 瞑想	1.5	33
心理検査	事前・事後心理検査		8
個別面談	個人相談		4
個別課題	自叙伝, 他人関係等		28
計		15	320

心理検査

集中教育を行う刑務所で 100 時間の教育を履修した受刑者と、矯正心理治療センターの児童に対する性犯罪やハイリスク群の受刑者に対して心理検査とを行い、再犯の危険性に関する評価を行う。

また、個人経歴、犯罪歴、心理評価等について深層面接を行い、必要に応じて臨床心理的な検査を行う。

さらに、処遇プログラムの効果を測定するために、プログラム前後で検査を行う。

(6)実施状況

2013 年は 70 名（概数）に対しプログラムを実施している。

なお、性犯罪受刑者は電子監視装置装着命令が言い渡されている者が多い。

(7)発達障害者への対応

基本的に障害者は矯正心理治療センターでの処遇対象外とされている。

そもそも、重い精神障害がある者は、治療監護所での治療監護処分の対象となることが多く、ソウル南部刑務所には治療監護処分が併科されている者もいない。せいぜい、軽い統合失調症の者がいる程度であり、自閉症の者もいない。

しかし、センターでの処遇対象者に、軽度の知的障害者や統合失調症、うつ病の者は含まれているということである。但し、自閉症や ADHD の者が含まれているかどうかは不明とされる。

施設での説明によると、韓国では、未だ知的障害のない高機能広汎性発達障害（高機能 PDD）に対する理解が浸透しておらず、発達障害とは知的障害として理解されている。その知的障害のある受刑者も、当施設のような緩和警備等級（S2）の施設ではなく、一般警備等級（S3）の刑務所に多いのではないかということである。発達障害者については、刑務所ではなく、治療監護処分の対象になっているのではないかということであったが、後述するように、治療監護所にも発達障害者（と診断されている）収容者はいない。

なお、センターでは、知的障害のある受刑者については、個別面接でプログラムを補っているとのことであった。

6 釈放

ソウル南部刑務所全体の仮釈放率は 30% から 35% 程度と、韓国の平均値であるが、日本の 50% 強よりはかなり低い。

また、現在、韓国の性犯罪者受刑者に対しては仮釈放が制限されているので、矯正心理治療センターでの処遇プログラムを受講しても、仮釈放となることはないとのことである。

釈放後の就労支援として、労働省の職員が指導を行っている。帰住先がない者は、本人が希望する場合、韓国法務保護福祉公団（旧・韓国更生保護公団の施設。日本の更生保護施設に相当）に入所することができる。

大田少年院



1 施設の概要

大田少年院は、1998年にソウル少年院の大徳支部として設立されたが、2000年に大徳少年院に昇格している。2002年にはスポーツ少年院として体育専門中・高等学校を開校し、2007年には清州少年院等との機関統合が行われ、2011年に現在の大田少年院に名称が改められている。

現在は、医療的な処遇を必要とする少年を収容する医療少年院としては韓国唯一の施設である。

2 職員

職員定員 78 名に対し、現員 76 名（2 名欠員）である。うち、54 名が保護職員、医務職員 9 名、食品衛生担当 1 名、機能職 12 名である。但し、医師のうち精神科医は非常勤で、週 2 回の勤務である。

3 収容対象と収容状況

大田少年院は、以下の少年を収容対象としている。

- ・家庭裁判所により少年法上の保護処分たる医療処分（7号処分。病院、療養所又は少年医療保護施設に委託）を受けた少年並びに短期（9号処分）及び長期少年院送致の処分（10号処分）を受けた少年のうち医療処遇が必要とされた者。
- ・家庭裁判所により少年法上の1箇月以内の少年院送致を受けた者（8号処分）（以下、特別短期少年院送致少年と呼ぶ）。

- ・少年鑑別（分類審査）、相談調査、代案教育等、非行予防教育及び非行現員の診断を行う少年

収容定員は 200 名で、訪問調査時の現員は 189 名（うち女子少年 5 名）であった。うち 50 名が医療的処遇の対象少年（7号、9号、10号）であり、特別短期少年院送致少年（8号）が 117 名である。従って、少年の数から言えば、医療少年院というより、むしろ特別短期少年院としての性格の方が強いとも言える。

非行の内容では、窃盗、強盗、暴力事犯、性暴力が多く、片親家庭の少年が半数を占めている。

4 医療的処遇（治療・リハビリ教育）

(1) 対象少年

医療的処遇の対象となるのは、7号、9号、10号の各保護処分少年である。障害や疾患の内容は、以下の通りである。

- ・精神障害者（てんかんを含む）
- ・薬物依存の程度が深刻であり、薬物関連の非行により起訴猶予又は少年院送致等の処分歴が 3 回以上ある少年
- ・発達障害が深刻であり、又は精神科医により知的障害（精神遅滞）の診断を受けた少年
- ・通常の教育活動が困難な身体障害者及び定期的治療が必要な身体疾患のある少年

(2) 処遇内容

教育機関は、医療処分（7号処分）と短期少年送致（9号処分）で 6 箇月、長期少年院送致（10号処分）で 1 年 4 箇月となる。10 日間の準備教育の後、処分に応じて、5 箇月から 12 箇月の集中治療とリハビリ教育を行い、退院前に 10 日間の社会復帰教育を行う。

集中治療としては、支持的精神治療、集団治療、投薬治療等を行っている。

リハビリ教育では、医師の判定と、国語・算数

等の学力テストによる機能評価により、身体・薬物班、精神発達軽症班など 10～15 名から成る 3（ないし 4）グループに分けて行う。内容は、以下の通りである。

医療的処遇内容

医療・保健	回診，投薬，保健教育，薬物教育
心理治療・人性教育	集団相談，健康舞踊，音楽治療，美術治療，作業療法，陶芸，パズル学習，視聴覚教育
特性化教育	学力検定試験，コンピュータ，漢字，読み書き，四則演算
その他	体育，学級活動等

5 特別短期少年院送致少年の処遇

8 号処分の少年に対する処遇は、開放的な短期集中の人性教育課程を行うことを目的とする。

教育は、4 週間に亘り、週単位でテーマ別に行っている。1 日 7 時限，1 人当たり 140 時間以上となる。

内容は、以下の通りである。

特別短期少年院送致少年の処遇内容

専門教育	26 時間	強盗・窃盗予防，暴力予防，性非行予防，交通安全等
体験活動	55 時間	社会奉仕活動，登山，性教育，想像の時間
集団相談	36 時間	進路相談，美術治療，人間関係訓練等
教養教育	41 時間	保護観察案内，礼儀作法，4 字熟語等

6 発達障害者への対応

医療的処遇の対象少年の障害・疾患について見ると、右表の通り、精神障害のある少年は全体の約半数であり、発達障害は 25% 程度を占めている。しかし、少年院の統計では、知的障害が発達障害に分類され、ADHD や行為障害が、うつ病や統合失

調症と同じ精神障害に分類されており、これが韓国（の矯正施設）における発達障害の捉え方を反映しているように思われる。

但し、精神障害の中のうつ病や統合失調症の少年は少数で、大半が行為障害又は行為障害 + ADHD であり、てんかん，チック症，表出性言語障害，選択性緘黙症，気分障害の者もいるとされる。調査時に自閉症やアスペルガーの少年はいないとのことであったが、高機能自閉症(HFASD)に対する認識が十分でないようにも思われる。

処遇との関係では、知的障害のある少年の場合、認知行動療法が理解不足で上手くいかない場合があるとのことであった。

7 仮退院・退院

少年院から仮退院（韓国では一時退院と呼ばれる）ないし退院した後の帰住先の確保に苦労することは余らないとされる。家族が引受を拒否するといったような日本の少年院で見られる問題は韓国には見られず、むしろ監護能力のない親が強引に引き取るうとする例が見られるとのことであった。

保護者がいない場合は、福祉施設等に帰住させている。韓国には、財団法人韓国少年保護協会という行き場のない少年を在会させ、教育や支援を行う民間団体があり、自立生活館という宿舎も全国に 8 箇所あるため、こうした施設に送ることもできる。以前は、日本の更生保護施設に当たる、韓国法務保護福祉公団が運営する施設に送ることもあったが、当該施設は一般に成人が在会することが多いため、今はそうしたケースはないという。

医療的処遇対象少年の障害・疾患

障害・疾患	身体疾患	薬物依存	精神障害	発達障害	計
	等 B型肝炎 糖尿 結核	有機溶剤・ガス等	D H D 統合失調症等	知的障害 } 3級	
2007	15	3	25	18	61
2008	13	10	36	17	76
2009	8	9	59	28	104
2010	6	21	63	27	117
2011	3	28	68	34	133
2012	7	30	81	43	161
2013	0	15	38	17	70
総数	52	116	370	184	722

注 2013年は同年7月31日までの数。

治療監護所



1. 施設の概要

治療監護処分を執行する保安処分施設として韓国に唯一設置されている施設である。忠清南道の広州市に所在する。

所長の下に、医務部、監護部、庶務課、診療審議委員会（施設の医師から構成され、監護処分の終了、仮終了決定の基礎となる医学的審査を定期的に行う）、薬物中毒リハビリセンターが置かれ、医療部の下に、一般精神科、社会精神科（リハビリ）、ソーシャルワーカーによるフォローアップ、更生保護施設などに訪問）、特殊治療科、鑑定課、神経科、一般診療科（外来）、看護課、薬剤課、

それに 2008 年に設置された性犯罪者治療リハビリセンターがある。

病床数は 1,200 床であり、うち検査病棟 50 床、女子病棟 100 床（精神鑑定対象者用を含む）、一般病棟 50 床（アルコール依存病棟を含む）、薬物依存リハビリ病棟 100 床、性犯罪者治療リハビリ病棟 300 床となっている。

2. 職員

定員は 359 名である。2013 年 7 月現在、医師 20 名（うち精神科医 17 名、神経科医 1 名、泌尿器科医師 1 名、歯科 1 名）、看護師 86 名、心理士 10 名、社会事業家 4 名である。

3. 収容状況

収容定員は 1,000 名で、訪問調査時の現員は 1,177 名（うち女性 142 名）とやや過剰収容の状態である。

治療監護所全体の障害・疾患別の収容状況については、施設で提供を受けることができなかったため、公式統計によると、以下の通りとなっている。

障害・疾患別の収容人員

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
失調症 統合	394	395	428	355	382	450
障害 知的	51	56	72	100	82	86
病 躁鬱	60	67	58	64	42	54
害 人格障	13	14	17	52	33	38
か てん	8	14	17	52	33	38
依 薬物	47	51	56	68	50	71
そ 他	113	126	181	223	334	294
計	686	723	824	887	948	1,021

資料 法務省『法務年鑑 2013』

4. 分類審査

入所後 1 か月間、検査病棟に収容し、神経機能、放射線、脳波、臨床心理、臨床病理等各種の検査を行ったうえで精神科の状態、薬物依存の有無等に分類し、主治医と収容病棟を指定のうえ、治療方針と個別処遇計画を策定する。

5. 治療・処遇内容

治療及び処遇は、精神科の治療、特殊治療活動、リハビリ治療活動、施設連携活動から成る。

精神科の治療

精神分析的治療、支持的な精神治療、認知行動療法、集団精神治療、家族精神治療、薬物療法のほか、対象者の症状が病的な人間関係による葛藤や環境に対する不適切な適応に由来する場合、対象者を隔離のうえ、環境を再構成し、社会適用を促す環境療法を行う。

特殊治療活動

小集団(15 名程度)に編成し、音楽療法(ボーカル、楽器)、粘土細工、籐工芸、合唱、手織染色、陶磁器、日常生活療法、サイコドラマ、美術、舞踊、体育、レクリエーション、銀行遊びを、また大集団治療(50 名以上)として、治療的舞踊発表会、合唱大会、体育大会、写生大会、歌謡祭、演劇祭、映画上映、放送等を通じた音楽療法を行っている。

リハビリ治療

病識を高め、自らの症状を管理するための教育、AA による断酒教育、社会適用訓練(SST)を行うほか、症状が良好で、職業訓練が必要な者については、退所後の自立生活能力と就業能力養成のため、製菓製パン、洗濯、建築塗装、左官、PC 整備、ワープロ等の職業訓練を実施している。

施設連携活動

引受人がない退所者(仮終了又は終了等)を

精神病院や社会復帰施設等に委託している。

さらに、韓国法務保護福祉公団や公団に属さない独立系の更生保護施設(タマン宣教会等)に帰住した退所者を訪問し、服薬指導等、事後的なフォローアップも行っている。

外来診療

このほか、退所者の中で希望者に対し、出所後 5 年間(10 年まで延長可)、精神疾患の病状改善及び再犯防止を目的として、無料で外来診療を行っている。

6. 精神鑑定

治療監護所は、警察、検察官、裁判所からの要請を受け、精神鑑定を実施している。精神鑑定の期間は平均 1 箇月で、鑑定病棟に留置して行う。

現在、治療監護所では、韓国国内の刑事事件の精神鑑定の約 85%を担当している。

7. 薬物依存リハビリセンター

(1)施設の概要

治療監護処分対象者のうち物質依存のある者に対し、治療とリハビリ教育を行うセンターとして、前身の薬物依存治療室に代わって、2004 年 1 月に開設された組織である。韓国語の名称は、薬物中毒リハビリセンター。

センター長(医師)を含め 35 名の職員によって運営されており、センター長以外の医師 1 名、看護士 8 名、看護助手 16 名、心理士 2 名等が配置されている。

(2)対象者と処遇内容

アルコール依存者に対する断酒教育と薬物依存者に対する断薬教育がある。断薬教育は、診断と薬物弊害教育等からなる 1 週間以内の新入時教育に続いて、自己の反社会的行動パターンを気づかせ、自己の生活を変化させるための認知行動療法(マトリックス-K プログラム)、12 ステップ NA のプログラム、アングラー・マネージメント

等から成る。さらに、その後は、断薬のための具体的行動計画の作成と各種の社会適応訓練を併行して行うリハビリ教育を 12 週間に亘って実施する。

8. 性犯罪者治療リハビリセンター

(1) 施設の概要

2008 年 12 月に設置された性犯罪者治療リハビリセンター（韓国語の名称は「人性治療リハビリセンター」）は、精神性的障害者（PsychoSexual Disorder）（*）とされる性犯罪者に対する治療を行う国内唯一の治療機関である。

職員は 42 名で、精神科医 2 名、臨床心理士 2 名、看護師 12 名、看護助手 21 名、社会事業家 1 名が配置されている。

3 つの病棟があり、計 300 床（名定員）である。

(2) 対象者

センターの処遇対象は、性暴力犯罪による治療監護処分対象者のうち心神喪失により罰することができず、又は心神耗弱により刑が減輕された心身障害者で禁錮以上の刑にあたる罪を犯した者（1 号対象者）と、2008 年 6 月の治療監護法改正により治療監護処分の対象に付け加えられた、小児性嗜好症（小児性愛）や性的加虐症等の性癖がある精神性的障害として禁錮以上の刑に当たる性暴力犯罪を犯した者（3 号対象者）のうち、治療監護施設で治療を受ける必要があり、再犯の危険性がある者である。対象となる性暴力犯罪は、強姦、準強姦、強制わいせつ、準強制わいせつ、強姦致死傷、強盗強姦等で、その範囲は治療監護法第 2 条の 2 に規定がある。

訪問調査時のセンター収容人員は 190 名で、うち 113 名が 1 号対象者であり、残り 77 名が 3 号対象者であった。

収容期間は、190 名中、1 年未満 88 名、2 年未満 37 名、3 年未満 24 名、4 年未満 22 名、5 年未満 3 名、10 年未満 15 名、10 年以上 1 名となっている。3 号対象者は、全員が 4 年未満となってお

り、4 年以上の者は全て 1 号対象者である。

190 名中、刑が併科されている者は 173 名で 91.1%を占める。

(*)性的倒錯障害(Paraphilia Disorder)を指すとされる。

(3) 処遇内容

センターでは認知行動療法や薬物治療を行っている。

治療監護所処分の対象となる性犯罪者の大半は他者への共感性が弱く、内省の深まりが難しいため、一般的な処遇アプローチに効果が期待できない。そこで、対象者の危険性に応じた治療範囲を決定し(Risk)、犯罪誘発的欲求や動機と関連した要因に目標を設定し(Needs)、対象者の一般的な特性及び特殊な特性を考慮している(Responsivity)。治療プログラムでは、Positive/Motivating Approach を基本とし、Good Lives Model による自発的選択と変化のための動機を認識することを重要な目標としている。

プログラムは、コア・プログラムと応用プログラムから成る。コア・プログラムは 8 名から 10 名のグループで実施し、応用プログラムは 3 名から 5 名で行っている。嫌悪療法、masturbatory reconditioning、アンダー・マネージメント、リラクス・プリベンション、サイコドラマ、シネマセラピー等を行っている。

また、リハビリ治療として、美術治療、断酒教育、瞑想、日常生活訓練、基礎学習能力訓練、衛生教育、精神保健教育、集団活動のほか、製菓製パン、洗濯等の職業訓練を実施している。

(4) 性衝動抑制薬物治療

韓国では、2010 年 7 月（施行 2011 年 7 月）に制定された性暴力犯罪者の性衝動薬物治療に関する法律に基づき、裁判所の判決又は治療監護審議委員会の決定によって性衝動を抑制する薬物治療を科すことができるが（2013 年末までに裁判所判決 3 名、治療監護審議委員会決定 3 名）、これとは別に、治療監護所に収容されている性犯罪

者のうち本人が性衝動を抑える薬物治療を希望した者に対し、黄体形成ホルモン放出ホルモン誘導体リュープリン(Leuprolide Acetate)を投与する治療を行っている(月1回,3箇月又は6箇月)。

2011年4月25日から訪問調査時点までに38人に投与を実施した。うち小児性愛者が40%,性的倒錯障害者が42%で,平均年齢は33歳(17歳~57歳)である。

効果としては,男性ホルモンであるテストステロンの著しい低下が見られたという。しかし,近時公表された治療監護所における任意の治療対象者9名と非治療群13名の比較効果研究によれば,未だ結論を一般化することはできないとしながらも,対象者の改善のためには,薬物治療だけでなく,認知行動療法等の精神医学的介入を並行して行う必要があるとしている。

(5)発達障害者への対応

治療監護所全体での発達障害の有無については回答が得られず,性犯罪者の性犯罪者治療リハビリセンターにおける障害や疾患についての内訳のみ示すと,以下ようになる。

性犯罪者の障害内容

	1号 対象者	3号 対象者	計
小児性愛	3	36	39
窃視症	0	2	2
露出症	0	4	4
性的倒錯障害	4	16	20
精神性的障害(*)	4	10	14
衝動制御障害	3	2	5
人格障害	5	1	6
統合失調症	10	2	12
アルコール依存	10	2	12
知的障害	20	3	23
情動障害	10	0	10
その他(+)	8	0	8
計	113	77	190

(*)サディズム,性的嗜好障害等

(+)器質性・非器質性精神障害,てんかん

性犯罪者を対象とする3号対象者に性関連の障害が多いのは当然として,1号対象者は,統合失調症のほか,知的障害や情動障害がかなり含まれている。

また,センターでの処遇対象者の中に発達障害のある者はいるかとの問いに対しては,知的障害が23名(1号対象者20名,3号対象者3名)という回答であった。その内訳は,知的障害(のみ?)10名,小児性愛4名,精神性的障害3名,非器質性精神障害1名,双極性情動障害3名,人格障害2名であるという。自閉症やアスペルガー等の発達障害と診断されている者はおらず,当施設においても知的障害を発達障害と捉える傾向が看取される。

従って,発達障害のある対象者に対する特別な処遇も,基本的には知的障害のある対象者への対応ということになる。知的障害のある対象者が心理治療プログラムを消化することが難しい場合,知的障害班に編成し,個別に心理治療を行っているという。なお,韓国法務省では,2012年に,知的障害のある性犯罪者に対する心理治療マニュアルを作成している。

(6)退所

一般に,対象者と家族との関係は良好であるものの,家族から本人への支援が弱い傾向がある。家族と連絡ができない対象者も,3つある病棟(各60名から70名前後)に1~2名程度見られる。さらに,経済的な理由のほか,対象者の暴力や度重なる犯罪により家族が負担に感じ,引受を拒否するケースが時々見られる。

また,対象者が犯した犯罪の被害者が親族であるケースは,現員190名中14名であり,被害者の内訳は娘11名,姪1名,義妹1名,母1名となっている。こうした被害者との関係が引受の可否に影響を与えている可能性がある。

退所後の帰住先については,センター開設以来,訪問調査時までに8名が退所しているが,このう

ち家族の元に帰住した者が6名、一般病院への入院が2名となっている。

治療監護審議委員会に治療監護の(仮)終了等の審議を行った者は190名中43名であるとされるが、これが対象者からの申請によるものかどうかは確認することができなかった。

なお、現在の対象者中、仮終了となって一旦退所したものの、仮終了が取り消され、再収容された者が6名おり、取消事由としては、再犯が4名、電子監視装置毀損(電子監視装置装着命令を裁判所から受けた者)が1名、状態不安定が1名となっている。

(7)処遇の効果

現在まで、センター心理治療プログラムを受講した後、退所し(刑の執行も終え)た者がいないため、処遇の効果を客観的に評価するには時期尚早ということであった。

但し、処遇や治療に対する効果検証として、性犯罪誘発動的要因に関する評価を、W.L. Marshall等が開発したTherapist Rating Scale-II: TRS-IIを用いて年2回実施しているほか、自己報告検査を並行して実施している。それによると、TRS-IIの点数が僅かずつ改善している傾向が見られるという。

9. その他

治療監護所の被収容者が施設での処遇や治療の内容に不服がある場合、処遇規則に従い、所長又は法務大臣に対し請願することができるほか、国家人権委員会又は関係機関に対し陳情を行うことができる。

群山刑務所



1 施設の概要

群山刑務所は、光州矯正管区に所在する緩和警備等級(S2)の刑務所であり、収容対象は以下の通りである。

- ・緩和警備等級(S2)受刑者
- ・全州地方裁判所群山支部管内被疑者及び第1審被告人(拘置所)
- ・最高裁判所(大法院)上告被告人
- ・韓米行政協定(SOFA)関連受刑者
- ・身体障害職業訓練対象受刑者

2 職員

職員定員273名に対し、現員271名(2名欠員)である。

また、民間ボランティアとして、教化委員59名、宗教委員28名、就業委員14名、教育委員6名、医療委員5名が登録されている。

3 収容状況

収容定員は790名で、訪問調査時の収容人員は698名(収容率88.4%)である。男子刑務所であるが、女性も25名収容されている。うち、既決(受刑者)は541名で、未決が157名である。

また、無期受刑者66名、組織的暴力犯罪受刑者27名、薬物受刑者28名、外国人受刑者12名、公安関係受刑者3名を収容している。

舎房は、共同室が130室、単独室が70室ある。

4 性犯罪者に対する処遇

訪問調査時は、

- ・性暴力治療プログラム履修命令を併科された者
- ・性暴力犯罪の一般受刑者

を対象に 20 日間で 100 時間の性犯罪者処遇プログラム（基本教育）を実施するに止まっていた。訪問調査時、13 名が受講中であった。

しかし、韓国法務省の発表によると、その後の 2013 年 11 月、ソウル南部刑務所、浦項刑務所、清州刑務所に続き、韓国 4 番目の性犯罪者矯正心理治療センターが群山刑務所にも開設されたため、現在は、基本教育のみならず、矯正管区内の刑務所から対象者を集め性犯罪者を対象とした深化教育を実施しているものと思われる。

5 精神保健センター

(1)概要

精神疾患を有する受刑者のうち特別な処遇が必要な者を管区内の各施設から集めて治療及び処遇を行う施設として 2012 年 11 月に開設したもので、韓国法務省が設置を進める精神保健センター第 1 号として設置された。

なお、その後、2013 年 11 月に大邱矯正管区の晋州刑務所、12 月にソウル矯正管区の議政府刑務所にも、それぞれ精神保健センターが設置されている。

(2)職員

職員構成は、センター長(医師)1名(非常勤)、看護師 1 名(常勤)、臨床心理士 1 名(常勤)、社会福祉士 1 名(常勤)である。

(3)対象者

光州矯正管区に所在する 8 か所の刑務所に収容されている精神障害受刑者のうち精神障害があり、特別な処遇が必要な者を、各施設が選定した候補者の中から当センターの職員(臨床心理士及びソーシャルワーカー)が面接のうえ対象者を決定している。もっとも、これはセンター発足当初の運用であり、次年度以降、各刑務所で対象者

の調査・選定が行われる予定であるという。1 期の定員は 30 名である

触法性の精神障害者に対する刑事関連施設として治療監護所があるが、これは裁判所によって治療監護処分という保安処分を言い渡された精神障害者を収容して、治療及び処遇を行う施設である。しかも、対象者は、心神喪失により刑を科すことができないか、心神耗弱により刑が減輕されていること等に加え、再犯の危険性と治療の必要性があることなどの要件を充足する者に限られる。

これに対し、精神保健センターは、刑務所に付設された施設であるから、基本的に責任能力が認められ、刑罰が科された者のうち精神障害がある受刑者が対象となる。犯行時に精神障害があっても限定責任能力が認められた心神耗弱者は治療監護処分と刑罰を併科されることがあり得るが、そうした者が同刑務所のセンターの処遇対象になることは可能性として少なく、センター発足からまだ間もない調査時には、一人もそうした者はいないとのことであった。

さらに、センターでの処遇期間は 1 年であるため、残刑期が 1 年以上ある者しか対象とならない。

センターへの移送や処遇に受刑者本人の同意は必要ないが、受刑者がセンターへの移送と処遇を拒否する場合、プログラムの意義などを説明して理解を得るようにしている。30 名中 10 名程度が拒否した者だという。

(4)プログラム

プログラム期間は 1 年であり、基本教育、集中教育、深化教育、事後管理過程の 4 期から成る。最初の 2 箇月は個人面談で行い、認知行動療法により社会復帰に向けた認知の変容を目指す。その後、集団治療を 2 グループに分けて 3 箇月間行う。音楽、美術、茶道、書道、レクリエーション等も行っている。

懲役受刑者に義務付けられている刑務作業は行わない。そのため、刑務作業従事者に支給され

る作業賞与金がないため、不満に思う受刑者もいるとのことである。

訪問調査時は、まだ第1期生に対するプログラムが行われている途中であったため、修了者はおらず、釈放者もない。従って、プログラムの評価や再犯等に関する調査も行われていない。

(5) 発達障害者への対応

センターにてプログラムを受けている受刑者は一般にIQと学歴が低く、片親など家庭環境が良くない者が多い。

残刑期は1年以上あることが条件であるが、刑期が10年以上ある者が半数程度を占め（殺人や性犯罪が多い）、うち20年以上の者も5名、無期も1名いる。刑期のうちのどの時点でセンターに移送し、プログラムを実施するかという点については、未だ十分に検討していない。

一般警備刑務所(S3)から移送された受刑者が最も多く、重警備刑務所(S4)の受刑者もいる。

障害の内訳は、以下の通りである(DSM-IVに従って診断)。

受刑者の障害内容

障害内容	該当者
うつ	15名
統合失調症	6名
人格障害(PD)	4-5名
睡眠障害	3名
不安障害	2名
衝動障害(ADHDに近い)	1名

衝動障害の中にADHDに近い者が、また人格障害の中に反社会性人格障害の者がいるとのことであった。しかし、自閉症など広汎性発達障害の受刑者はいない。センター長によれば、韓国では発達障害の子供を対象とした特別支援学校がある。自閉症の人が犯罪を犯すことは少なく、犯罪を犯したとしても、起訴猶予したうえで治療機関

に委ねるなど刑事的な対応を取ることが多いのではないかということであった。

また、成人に対しPDDという診断は韓国では余り行われていないという。

D. 考察

1. 韓国における発達障害の概念

韓国の少年院では行為障害や行為障害とADHDの重複障害の少年が多く見られたものの、統計上はそれを発達障害には分類せず、統合失調症等と同じ精神障害として計上し、知的障害の少年を発達障害として集計していることから、発達障害や知的障害のない高機能の広汎性発達障害に対する捉え方が韓国と我が国とではだいぶ異なるように思われる。訪問調査を行った刑務所や保安処分施設においても、知的障害者以外の発達障害の収容者はいないという回答であったが、これも同様の問題が背景にあるものと思われ、しかもこれは単に韓国の矯正施設に限らず、韓国における医学や臨床心理実務全体を反映しているように感じられる。

しかし、今回の訪問調査においても、自閉症など発達障害者らしき収容者が見られたことから、実際には韓国の矯正施設にも広汎性発達障害のある犯罪者や触法者が一定数収容されていることは確かなように思われ、そうした収容者に対しては各施設で個別に対応しているに止まっているものと推測される。

従って、韓国の矯正施設においては、発達障害を有する者を対象とした特別な処遇プログラムは未だ策定されていない。但し、性犯罪者の中には知的障害者のほか、発達障害のある者が含まれていることが知られているところ、韓国では、性犯罪者に対する認知行動療法としてのコア・プログラムや知的障害のある性犯罪者に対する心理治療プログラムを開発している点では参考になる。

2. 発展・応用可能性のある制度

このように触法性発達障害者に対する特別な処遇プログラム自体はないものの、将来、触法性発達障害の処遇に発展・応用していく基盤となり得る制度があり、参考となる。

とりわけ、韓国では、各矯正管区に精神障害のある受刑者の処遇拠点となる精神保健センターの設置を推進している点は注目に値する。管区内の刑務所に収容されている精神障害受刑者のうち特別の処遇を要する者を調査・診断したうえで選定し、センターに移送して一定期間、集中的な処遇を実施している。さらに、センターには、医師、臨床心理士、社会福祉士等が配置され、1年間に亘り、精神障害のある受刑者に対し認知行動療法を中心とした体系的な処遇を行っている。将来、韓国においても、高機能広汎性発達障害など発達障害に対する理解や診断技術が進めば、こうした処遇体制の中で、発達障害受刑者に対する集中的な処遇を行うことも可能となろう。2か所の精神障害者用医療刑務所（岡崎と北九州）を除くと、各管区に精神障害受刑者に対するこうした組織的・体系的な処遇を行う重点施設のない日本にとって参考となる。

また、日本にはない保安処分施設たる治療監護所での対応であるが、施設から退所後に帰住先のない者を日本の更生保護施設に相当する施設につなぐことが行われている。こうした対応は、刑務所から釈放される精神障害受刑者についても同様に取られているものと推測される。

対する日本の更生保護施設は、職員の負担や対応能力の限界から、従前、精神障害がある出所者を受け入れることはまれであった。2009年からは、福祉的支援が必要な受刑者のうち希望者には帰住先となる福祉施設等を収容中から調査・調整する特別調整と地域生活定着支援事業が実施されており、特別調整の対象者を受け入れる指定更生保護施設も57施設に上っている。但し、対象となるのは高齢受刑者や精神障害受刑者であり、しかも精神障害は、知的障害者など医学的治療が必

要のない者が中心となっている。

韓国の更生保護施設（韓国法務保護福祉公団）が治療監護所や刑務所から退所した精神障害者を受け入れることができるのは、組織力（全国組織）や最終的な受け入れ先としてのキリスト教系福祉団体の存在など日本と異なる事情もあるものの、治療監護所側が、退所後、更生保護施設等に帰住した仮終了者等を訪問し、服薬指導など事後的なフォローアップを行っているという体制があることも重要な要因であろう。治療監護所は、さらに、希望者については、出所後5年（10年まで延長可）まで、無料で外来診療を行っている

日本でも、民間団体である更生保護施設の受入体制や処遇能力を強化するとともに、国立の自立更生促進センターが、住民の理解を徐々に得ながら、発達障害その他の精神障害のある釈放者の受け入れを可能にしていくことが必要である。

また、韓国の治療監護所のように、退所後の一定期間の保護観察や施設自体のフォローアップが可能となるような法制度が望まれる。日本の刑事施設の場合、仮釈放となったとしても、短い保護観察期間しか取ることができず、精神障害者の場合、仮釈放が許可されないことが多いため、釈放後のフォローアップが全くない。知的障害のない発達障害者の場合、特別調整の対象にならず、福祉的な支援につながり難い。26条通報も、多くの場合、措置入院につながらず、発達障害の場合は尚更である。

だからといって、日本で保安処分（治療処分）を創設するというわけにもいかないことから、せめて刑事施設から釈放後に一定期間、保護観察を行うことができるような法制度を整備するとともに（2013年に成立した刑の一部執行猶予制度には一定の可能性はあるが）、発達障害を含む精神障害のある者に対する治療やケアを行う社会資源と連携を図る体制作りが求められる。

3. 今後の課題

知的障害者以外の発達障害者が韓国の刑務所

や治療監護所にいないという施設側の説明は、発達障害に対する理解の相違からくるものであり、実際には該当者が一定数収容されているものと推測される。

しかし、群山刑務所精神保健センター長が指摘するように、発達障害者のうち比較的軽微な犯罪ないし触法行為を行った者が刑事手続の初期の過程で手続から外されていることも考えられる（ダイバージョン）。

例えば、韓国では、日本同様、検察官には起訴猶予の権限があり、発達障害のある被疑者が起訴猶予で処理されている可能性がある。さらに、韓国には、日本にはない条件付起訴猶予の制度があることから、比較的軽微な触法性発達障害者の刑事責任を追及する代わりに、社会内での治療やケアに振り向けるといった使い方も考えられる。

折しも、日本では、2013年10月から障害者や高齢者につき起訴猶予前から更生緊急保護のための事前調整を行っておき、起訴猶予処分決定後に更生保護施設や福祉施設に繋ぐという事業が7か所の地方検察庁と保護観察所で試行されている。

そこで、次年度には、韓国における条件付起訴猶予の実情と触法性発達障害者に対する適用可能性を検討したいと考えている。

E．結論

犯罪（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を比較法的見地から調査することにより、我が国における制度の在り方を模索することを目的として、平成25年度は、韓国の刑務所、少年院、保安処分施設のうち、精神障害者や性犯罪者に対する特別処遇を行っている施設の訪問調査を行った。

発達障害に対する理解の相違から、韓国の矯正施設において発達障害と診断されているのは知的障害者であり、知的障害のない高機能広汎性発達障害の収容者はいないと捉えられている。

従って、知的障害のある性犯罪者に対する心理治療プログラムを除くと、韓国の矯正施設では、

触法性発達障害者に対する体系的な処遇プログラムは策定されておらず、基本的には収容者個人に対する個別的対応が取られているに止まる。

しかし、医師や臨床心理士等の専門家を配置し、精神障害者の診断・処遇を行うセンターを矯正管区毎に設置するという構想は日本でも検討に値するほか、治療監護所から退所した精神障害者に対し事後的なフォローアップを行うという仕組みは、刑事施設を退所した発達障害者やその他の精神障害者についても、何らかの形で導入することが考えられてよい。

F．健康危険情報

総括研究報告書に記載

G．研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

平成25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）（精神障害分野）
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
分担研究報告書

英国における発達障害（自閉症スペクトラム障害）の対応困難事例への
治療的介入に関する研究

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）
研究分担者 堀江 まゆみ（白梅学園大学子ども学部）

研究要旨： 英国の ASD 患者のみを対象にした保安病院を訪問し、どのような治療が行われており、どのような支援体制が構築されているかを調査した。治療内容とスタッフトレーニングの方法について焦点をあてて検討した。その結果、治療としては認知行動療法を基本にして、本人に対して障害特性を理解してもらうための心理教育的アプローチ、SPELL アプローチ、TEACCH、応用行動分析、感覚統合療法、音楽療法などが折衷的に用いられていることがわかった。

スタッフトレーニングについては ASD の基本的理解、SPELL、構造化の基本から、大学院レベルの講義、研究方法まで幅広いメニューが準備されていた。研修の方法については院内で行うスタッフトレーニングと、外部機関が行う研修会、DVD 教材、e-ラーニング、大学院の通信教育等を組み合わせた質・量ともに充実したスタッフ教育システムが構築されており、我が国に専門家研修に参考になる点が多かった。

A . :研究目的

英国における発達障害、特に自閉症スペクトラム障害の対応困難例への治療的介入の状況とスタッフトレーニングの方法について調査し、日本での施策に役立てる。

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。

インタビュー調査を行った同病院スタッフと資格・役職は以下の通りである。

B . 研究方法

初年度は触法自閉症スペクトラム障害の治療に特化した ST. Andrew's Specialist

Dr. Juli Crocombe, Clinical Director、臨床部門責任者・司法精神科医

Dr. Yvette Bates, Forensic Psychologist (司法心理学者)

Bryan Craig, Lecturer Practitioner (研修担当責任者)

Jackie O'Connell, 作業療法士

Carol Reffin & Belinda Brown, 言語聴覚士

Victoria Vallentine, 臨床心理学者

John Taylor & Fiona Box 病棟責任者 (看護師)

St. Andrew's の概要

St. Andrew's は英国最大のメンタルヘルス支援慈善団体 (Charity) であり、イギリスの 4 か所 (ノーザンプトン、エセックス、バーミンガム、ノッティンガムシャー) にセンターがあり 175 年の歴史をもつ。現在、英国においてメンタルヘルス上の問題を持つ人たち、知的障害、自閉症スペクトラム障害、外傷性精神障害を対象とする専門施設を運営している。

臨床部門としてはメンタルヘルス (一般的な精神疾患を対象)、ASD, LD (Learning Disability, 知的障害)、脳外傷、境界性パーソナリティ、進行性神経疾患、ハンチントン舞踏病、認知症に特化した病棟と PICU を運営している。なお ASD に特化した病棟は 7 病棟ある。

専門家教育にも力をいれており NHS 以外の病院としては英国最大の医学教育機関であり医学実習生、精神科医、関連医療従事者などのための教育研究病院として機能している。入院患者は 4 か所の病院を合計すると青年・成人 (男女) 合わせて 1000 人を超える。

イギリス有数の臨床専門医を含む 4000 人ものスタッフを擁する。

研究についても力をいれており、King's College London など複数の大学と連携している。現在、メンタルヘルスにおける標準化リスクアセスメントに関する世界最大規模の研究を実施中である。

St. Andrew's はメンタルヘルス関係者から高く評価されており、2011 年には Health Investor 誌から Third Sector Provider of the Year 受賞し、2012 年 Laing & Buisson から Mental Health Provider of the Year 受賞した。

インタビューを行った Dr. Juli Crocombe は St Andrew's のバーミンガムの自閉症スペクトラム (ASD) サービスのディレクターであり、同時に 4 施設全体の ASD のケアパスウェイ (クリニカルパス) の臨床部長 (Clinical Director) で、ASD 全体のガバナンスの責任者でもある。

St Andrew's は各領域のケアパスウェイの責任者と勤務場所は次のとおり (責任者名省略)。

・精神疾患ケアパスウェイ臨床部長 ノーザンプトン

・人格障害ケアパスウェイ臨床部長 エセックス

・知的障害ケアパスウェイ臨床部長 ノーザンプトン

・神経精神医学・脳障害ケアパスウェイ臨床部長 ノーザンプトン新任

・ASD ケアパスウェイ臨床部長 バーミンガム

このように、各領域において臨床の責任者が指名されており、日本よりも専門分化がされているようである。知的障害部門は英国では伝統的に独立した部門であるが、ASD が独立した部門として、ASD に特化したサービスが提供されていることが注目される。

サービス対象者

St Andrew's サービス利用者は、思春期・成人(男女)であるが、ASD サービスは男性のみを対象としている。なお児童は対象としていない。ほとんどが英国精神保健法の下での隔離による治療を行っている。Deprivation of Liberty Safeguards (DOLS 自由の制限に関するセーフガード)が科されている人もいる。DOLS は、精神保健法と Mental Capacity Act (意思決定能力法)を連結したものである。入院については Criminal order による入院がほとんどである。法的根拠としては英国精神保健法第 37 条(強制入院命令)あるいは第 38 条の暫定強制入院命令が大多数をしめるが精神保健法第 3 条(治療収容)の人もいる。刑務所からのトランスファーすなわち第 47 条 & 第 48 条による入院もあり、この場合、99.9% が制限命令(restriction order)付きであり、ほとんどが保安病棟で処遇されている。

ASD 病棟

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。

ASD 病棟における治療内容

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。

継続的な質管理

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。

均一なケアスタンダード

St Andrew's では、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。

エビデンスを基礎としたサービス提供

自閉症サービス全体をエビデンスを基礎としたものにする。そのためには既存のエビデンスだけでなく、St Andrew's 自身のエビデンスを生むための研究を強化する予定である。St Andrew's には、研究のための対象者が十分にいるので、世界の触法自閉症者の支援に役立つ研究を遂行することがミッションの一つである。

将来の展望

St Andrew's では ASD の性に対するサービスが現在ないために、将来は触法 ASD 女性のためのサービスを提供したいと考えている。現在、ASD の女性は知的障害の病棟などで処遇されており、ASD に特化した支援体制が組まれていないことが問題である。問題点を検討するために CQC（Care Quality

Commission ケアの質委員会）による、知的障害と自閉症の人に対する全体調査が行われた。収集したデータは、IT 担当者が解析し、ASD の女性が知的障害病棟と ASD に特化した病棟のどちらが適しているかを判断するための基礎的データにする。

ASD 犯罪の予防

性加害、放火、サイバー犯罪。ASD の患者で、インターネット犯罪に関わる ASD の人が増えている。St Andrew's には触法 IT 部門（Forensic IT Department）があり、サイバー犯罪の予防について研究調査を行う予定である。

リスクアセスメント

リスクアセスメントのツールの開発が必要である。HCR-20（攻撃性の評価）は入院患者全員を対象に行う。これは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。現在ノッティンガムの臨床心理学者が、ASD の患者に適用するために改変すべき点について分析を行っている。性犯罪については The Stalking Risk Profile (SRP)などを使用するが、やはり ASD に適合するように改変が必要である。インターネット犯罪に特化したリスクアセスメントの必要が増している。HCR-20 は個人の犯罪（personal crime）のリスクアセスメントツールであり、インターネット犯罪と性質が異なり、新たなアセスメントツールが必要である。

アウトカム測定 (Outcome measures)

アウトカムをどのような視点で評価するかについては十分な検討が成されていないし専門家の間でもコンセンサスがなない。アウトカムの評価ツールは少ないが、St.Andrew's では Health of the Nation Outcome Scale(HoNOS) (用語解説参照) を使用している。知的障害版はあるが、ASD 版はないために開発する必要がある。

スタッフトレーニング

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(用語解説参照), 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。このガイドラインは他機関によって作成されたものであるが、St. Andrew's の専門家チームによって ASD を支援する上で必須で適切なものを選択した。

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

2. National Autistic Society Autism Accreditation Standard

3. Research Autism Guidance on intervention (Research Autism という英国

の研究団体が出版しているガイダンス)

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

5. DSM-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

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

7. NICE 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)

独自のスタッフトレーニングガイダンス

St Andrews 独自で ASD の専門家から構成する Clinical Advisory Group を構成し、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:

イントロダクションであり。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ージメント (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。

Phase 3: は ASD の人の支援について NAS の SPELL フレームワーク(用語解説参照)について、やはり一日のワークショップを行う。

Phase 1-3 では E-ラーニングにより、英国心理学会が制作したプログラムを用いて成人自閉症についての理解、成人自閉症の支援方法、成人自閉症との協働の方法について学ぶ。また”Geneva Centre for Autism online modules2 と”NAS Ask Autism modules”による E-ラーニングによる研修も行われる。”Geneva Centre for Autism”はカナダのトロントを拠点に活動している自閉症支援団体で、多くのオンラインセミナーや研修会を開催している。

“NAS Ask Autism modules”は NAS が運営している E-ラーニングのプログラムである。70 人以上の ASD 当事者によって開発されたことが特徴であり、自閉症の一般的理解、自閉症とコミュニケーション、自閉症と感覚の問題、自閉症とストレス・不安、家族の支援

の5つのモジュールからなる。

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。ただし、”Being Me”は新たに開発された “Autism Spectrum Self-Awareness Program: ASSAP”)に改変される予定である。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

シェフィールドハルマン教育プログラム(シェフィールドハルマン大学の自閉症とアスペルガー症候群のコース、一定の要件を満たせば学位が得られる)、バーミンガム大学通信教育課程(自閉症成人)、ケント大学、Tizard センターの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。自閉症に関する書籍の一部を分担執筆したり、学会などのシンポジウムで発表したり自閉症の人を支援するためのプログラム開発などを行う。

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。

他の関連したトレーニングとしては

1. HCR-20 3 day
 2. RAID 3 day
 3. Group work facilitator 3day
- の3つのトレーニングがある。

HCR-20 は、司法精神科における患者の攻撃性の包括的評価を目的として、カナダの研究者・臨床家らによって開発された評価スケ

ール。ヒストリカル(10項目)、クリニカル(5項目)、リスク・マネジメント(5項目)の3つのスケールから構成されており、問題行動に關与する要因を巧みな組み合わせで評価することができる。各分担研究者の安藤らにより翻訳されている。

RAID とは RAIDing (Reinforce Appropriate, Implode Disruptive)の略で、いわゆる問題行動に対して、徹底的に肯定的にアプローチすることによる改善を意図したプログラムである。適切な行動を増加させることにより問題行動を改善するとともに、問題行動が生じた時の対応についても研修する。英国では既に12000人以上の専門スタッフが参加しており、特に保安病棟のスタッフの参加が多い。

Group work facilitator 3 day は ASD の人のグループを対象に行う認知行動療法をどのようにリードするかについての3日間の研修コースである。

上記の研修は看護師や OT などすべての臨床スタッフを対象にした研修である。

St. Andrew's 保安病棟における臨床心理学的介入方法

以下に主に臨床心理スタッフが行う介入方法について記載する。触法 ASD の人が持つ問題は ASD 特性(対人交流、社会的コミュニケーション、社会的イマジネーション、感覚情報処理の問題)に加えて、触法行為(暴力、性的問題、放火、ハラメントなど)があるが、多くの人が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に大別される。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”，リラクセーション、“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)はもともとは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つであるが、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する、コミックストリップカンパセーシ

ョンを用いる、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。

C. 考察

ASD に特化した英国の保安病棟の概要、スタッフトレーニングの内容と方法、心理学的介入方法について視察結果を報告した。

スタッフトレーニングについては触法の問題以前に自閉症スペクトラムの特性に関する研修が質・量ともに充実していることが印象的であった。まず ASD の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されている。支援理念の基本が英国の機関らしく SPELL であり、共通部分が多い TEACCH の研修もパッケージされていた。

また病院内で行う研修が充実しているのに加えて、ネット講座やDVDなどの動画教材、大学院の通信教育課程 多くがネットによる教育を併用しているとの連携がなされていることも日本にはない特徴であろう。

介入方法についても、さまざまな方法を折衷的に実施していた。認知行動療法が基本であるが、弁証法的行動療法など日本では境界例が対象と思われていた支援方法が採用されていたことは予想外でもあった。ASD 特性に配慮した改変がなされているのはいうまでもない。

病棟を見学した印象では、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を営んでいること、多くの活動が準備されていること、person-centred の各個人の特性や嗜好に配慮した看護や支援がなされていた。

今回の視察はバーミンガム病院のみであったが、来年度は他地区の保安病院・病棟の視察を行い、今回は十分な視察ができなかった、リスクアセスメントの方法、ASD の看護のあり方や退院後のフォローアップの方法、地域との連携のあり方について検討を行う予定である。

用語解説

以下に本報告で触れた重要な用語・概念について解説する。

Adult Autism Strategy

2009年に成立した Autism Act が規定する自閉症支援を具体化するための方略自閉症の理解度を高め、雇用を促進する方法などが記載されている。

<http://www.autism.org.uk/working-with/autism-strategy/the-autism-strategy-an-overview/adult-autism-strategy.aspx>

Autism Accreditation (自閉症アクレディテーション)

英国自閉症協会が行っている支援機関のクオリティコントロールのシステム。

一定の水準に達していると判断されると認定(accreditate)される。

<http://www.autism.org.uk/our-services/autism-accreditation.aspx>

Culture of Autism

これについては『本当の TEACCH 自分が自分であるために』(学習研究社、2006年)に詳しく解説した。

HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)

Royal College of Psychiatrists' Research Unit (CRU)が開発した重度精神障害者の社会的機能を測定するためのツール。

NAS Ask Autism modules

本文内で説明。サイトは下記

<http://www.autism.org.uk/our-services/training-and-consultancy/ask-autism/online-modules.asp>

NICE clinical guideline 142

国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) が発行している臨床ガイドライン。自閉症スペクトラムの成人のガイドラインとして下記が公表されている。

Autism: recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism spectrum Issued: June 2012
guidance.nice.org.uk/cg142http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13774/59685/59685.pdf

なお、ここでいう AUTISM はアスペルガー症候群なども含む広い概念である。

NICE Quality Standard Q551:

<http://publications.nice.org.uk/autism-qs51>

RAID: 本文で説明。サイトは
<http://www.raid.co.uk/>

Socialeyes:

ASD 当事者と専門家が共同で開発したプログラム。ASD の人に「不適切な行動をなくす」とか「定型発達の人々の”正常の”行動を模倣する」ことを求めるのではなく、他者と関わるための ASD の人に適合した方略をを学習することを目的とする。DVD と CD-ROM によるパッケージがあり、その内容は“ソーシャルシナリオクリップ”、活用法のマニュアル、ワークシートなどから構成される。

<http://www.autism.org.uk/our-services/training-and-consultancy/specialist-training/socialeyes-facilitator-training.aspx>

SPELL

英国自閉症協会 (National Autistic Society)には SPELL という共通の理念があ

る。これは Structure (構造) Positive (肯定的) Empathy (共感) Low Arousal (穏やか) Links (繋がり) の五つであり NAS の支援のフレームワークといえる。NAS は 7 つの自閉症学校をはじめとして幼児から成人までを対象にした多くの支援機関を運営しているが NAS の運営する支援機関すべてこの SPELL という共通の理念に基づいて運営されている。

TEACCH

『本当の TEACCH 自分が自分であるために』(学習研究社、2006 年)に詳しく解説した。

文献

Beadle-Brown, J and Mills R: Understanding and Supporting Children and Adults on the Autism Spectrum. Pavilion Publishing and Media Publication: 2010

C.D.WeBster 他著 吉川和男監訳岡田幸之、安藤久美子、菊池安希子 訳

HCR-20 第 2 版 暴力のリスク・アセスメント、星和書店 2007

平成25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）（精神障害分野）
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

諸外国での対応困難ケースへの支援状況の調査・研究

分担研究者 水藤 昌彦（山口県立大学社会福祉学部）

分担研究者 堀江 まゆみ（白梅学園大学子ども学部）

研究要旨

海外における青年期・成人期発達障がい者の対応困難ケースに対する危機介入、治療支援の現状の把握、課題点の調査を通じて、日本における支援システム構築の参考とするための情報収集を目的として、オーストラリア・ビクトリア州で現地調査を実施する。なお、本研究は、調査先との日程調整の関係上、2014年3月末の実施となった。そのため、現時点では調査予定と主な調査項目を報告する。

A. 研究目的

海外における青年期・成人期発達障がい者の対応困難ケースに対する危機介入、治療支援の現状の把握、課題点の調査を通じて、日本における支援システム構築の参考とするための情報を収集することを目的とする。

B. 研究方法

知的障害があって刑事司法制度の対象となった人、およびそのリスクが極めて高いと思われる人に対する対応・支援の法制度、サービスが一定程度に整備されている、オーストラリアのビクトリア州において、サービス提供事業者を訪問し、関係者からの聞き取り調査を行う。

また、今回は関連機関に対する調査も実施する。具体的には、サービス提供事業者が強制力や拘束を伴う支援を実施する場合、内容

の適切性を監督し、同時に専門的支援に関するコンサルテーションを実施している州政府機関、障害のある犯罪行為者への対応・支援に関わる専門職を対象とした、大学における教育訓練プログラムについても調査する。

具体的な訪問先、概要については以下の通りである。（アルファベット順）

- Australian Community Service Organisation
矯正施設からの出院・出所者支援を目的に元受刑者が設立した団体。現在では犯罪行為者への介入・支援で多様な活動を行っている民間団体。障害者対象の特化型サービスも提供。
- Disability Forensic Assessment and Support Services
知的障害のある犯罪行為者への治療プロ

グラム、支援者へのコンサルテーションなどを提供。入所型治療プログラム (Intensive Residential Treatment Program)も運営。

- Disability Justice Team, North Division, Department of Human Services
障害福祉サービスのケースマネジメントを行っている。知的障害があり、有罪判決を受けた被告人への判決前調査、更生支援計画書 (Justice Plan)の作成なども担当。
- Office of Public Advocate
公設の成年後見人事務所。州政府司法省の外局。被疑者段階での取調べに立ち会うボランティアである Independent Third Person (独立した第三者) 派遣プログラムを運営。
- Office of the Senior Practitioner
障害福祉サービス事業者による強制力を伴う介入支援の適切性確保のために設置された機関。
- Plenty Residential Services
加害行為を含む複合的な支援ニーズのあるクライアントに特化した入所型サービス。
- University of Melbourne, Specialist Certificate in Criminology (Forensic Disability)
メルボルン大学によって提供されている forensic disability 領域の専門職養成コース。

C. 主な調査項目

- 知的障害のある犯罪行為者に対する更生支援計画の立案、実施状況
- 自閉症スペクトラム障害を含む、障害のある犯罪行為者に対する施設内・社会内

での治療・支援プログラムの内容

- 障害のある被疑者の取調べにおいて運用されている、Independent Third Person プログラムの運用状況
- 強制力・拘束を伴う介入、支援の適切性を確保する制度の内容と運用状況
- 障害のある犯罪行為者への対応・支援に関わる専門職のための教育訓練プログラムの内容

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	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	岩崎学術出版 社	ライブ講義 発達障害の診 断と支援		東京	2013	
宮岡等, 内山登紀夫	大人の発達障害ってそう いうことだったのか	医学書院	大人の発達障 害ってそうい うことだった のか		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	
水藤昌彦, 加藤博史編 著	司法福祉を学ぶ			ミネルヴ ア書房	東京	2013	

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
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
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
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
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

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	第115巻第6号	607-614	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	978	11-17	2013
Kensuke Miyazaki, Yuriko Morino, Naoji Kondo, et al	Inpatient treatment program for Autism Spectrum Disorders in the Tokyo Metropolitan Children's Medical Center.	ESCAP	poster presentation		2013
柁屋二郎	犯罪加害者に対する精神医学的アプローチ～発達障害を抱えた非行少年への医療少年院における矯正の現状		第9回日本司法精神医学会学術集会		2013
柁屋二郎	重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		第54回日本児童青年精神医学会総会		2013
柁屋二郎	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	(投稿中)		2013
柁屋二郎	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		55-61	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	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	47-67	2013