

厚生労働科学研究費補助金  
障害者対策総合研究事業(障害者政策総合研究事業(精神神経分野))

青年期・成人期発達障がいの対応困難ケースへの  
危機介入と治療・支援に関する研究

平成26年度 総括・分担研究報告書

平成27(2015)年5月

研究代表者 内山 登紀夫

# . 総括研究報告

## . 分担研究報告

## . 研究成果の刊行に関する一覧表

. 研究成果の刊行物・別刷

---

厚生労働科学研究費補助金  
障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神神経分野））

青年期・成人期発達障がいの対応困難ケースへの危機介入と  
治療・支援に関する研究

平成26年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成27（2015年）年5月  
発行者 「青年期・成人期発達障がいの対応困難ケースへの危機介入と  
治療・支援に関する研究」  
研究代表者 内山 登紀夫  
発行所 福島大学大学院人間発達文化研究科  
〒960-1296 福島県福島市金谷川1  
TEL & FAX : 024-548-5173

---

厚生労働科学研究費補助金  
障害者対策総合研究事業

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

平成26年度 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・・・ 9  
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・・・ 25  
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・・・ 35  
分担研究者 市川 宏伸（東京都立小児総合医療センター）
- 4．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  
～ 思春期精神科臨床における発達障害患者の非行についての研究～・・・ 47  
分担研究者 市川 宏伸（東京都立小児総合医療センター）
- 5．児童精神科医療における検討・・・ 51  
分担研究者 近藤 直司（大正大学人間学部臨床心理学科）
- 6．医療観察法対象者 / 裁判事例についての検討・・・ 57  
分担研究者 安藤 久美子（国立精神・神経医療研究センター）
- 7．児童・思春期における発達障害を抱えた触法ケースに対する矯正医療の在り方  
についての研究・・・ 69  
分担研究者 榎屋 二郎（福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室）
- 8．自閉症スペクトラムの診断・評価のための技法  
Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders  
日本語版（DISCO-J）の開発に関する研究・・・ 75  
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 . 日本語版 DISCO ユーザーによる評価 . . . . . 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 )

10. オーストラリアにおける対応困難ケースへの支援状況に関する調査

- Independent Third Person Program (ITP), Office of Public Advocate (OPA) -
- The Assessment and Referral Court List (ARC List), Melbourne Magistrates' Court -
- Disability Forensic Assessment & Treatment Services (DFATS), Department of Human Services -
- Office of Professional Practice (OPP), Department of Human Services -
- Forensic Disability, University of Melbourne - . . . . . 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 )

分担研究者 水藤 昌彦 ( 山口県立大学社会福祉学部 )

堀江 まゆみ ( 白梅学園大学子ども学部 )

安藤 久美子 ( 国立精神・神経医療研究センター )

柘屋 二郎 ( 福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室 )

11. オーストラリアにおける対応困難ケースへの支援状況に関する調査

- Disability Justice Team North Division(DHS)に関する調査報告 . . . . . 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 安藤 久美子 ( 国立精神・神経医療研究センター )

柘屋 二郎 ( 福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室 )

水藤 昌彦 ( 山口県立大学社会福祉学部 )

堀江 まゆみ ( 白梅学園大学子ども学部 )

12. オーストラリアにおける対応困難ケースへの支援状況に関する調査

- Australian Community Support Organization(ACSO)に関する調査報告 . . . . . 123

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 水藤 昌彦 ( 山口県立大学社会福祉学部 )

堀江 まゆみ ( 白梅学園大学子ども学部 )

13 . 英国のMCA(意思決定能力法)における行動障害・触法行為の改善に関する研究 . . . 133

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 )

**. 研究成果の刊行に関する一覧表 . . . . . 145**

. 成果物については次年度報告にまとめる。

青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究

研究代表者 内山 登紀夫（福島大学大学院人間発達文化研究科）

研究要旨

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。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。さらに先進的な支援を行っているオーストラリア、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 大正大学人間学部臨床心理学科  
黒田 安計 さいたま市保健福祉局保健部  
市川 宏伸 東京都立小児総合医療センター  
安藤久美子 国立精神・神経医療研究センター  
榎屋 二郎 福島大学子どものメンタル支援事業推進室  
水藤 昌彦 山口県立大学社会福祉学部  
堀江まゆみ 白梅学園大学こども学部  
太田 達也 慶應義塾大学法学部

A. 研究目的

青年期・成人期発達障害の対応困難ケース、とりわけ引きこもりや触法行為、緊急入院が必要なほどの問題行動、自殺関連行動のような深刻な問題を有する発達障害事例への社会的関心が高まり、専門的な支援による予防可能性の検討が喫緊の課題になっている。

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、司法・医療・教育・福祉関係者にとどまらず多くの人々の注目をあびた。司法が反省は見込めず、受け皿も支援方法もなく再犯のリスクが高いと判断したためである。本事例は20年以上にわたる引きこもり状態

にあったこと、企死念慮、幻覚妄想様の訴えがあり、保健所へも相談していたことが注目された。発達障害のある児童・青年による事件は豊川老女殺人事件(2000年)、長崎男児誘拐殺害事件(2003年)やタリウム母親毒殺未遂事件(2005年)のように未診断例による事件とともに、最近では地域のグループホームで支援を受けていた青年による多摩ホームレス殺人事件(2008年)など福祉支援を受けながらも犯罪に至る事例も注目された。

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対応困難事例を予防できるのか、再犯防止のためにはどのようなシステムが必要なのかを検討する。

重大事件は突然生じるわけではなく、不登校・引きこもりや家庭内暴力、自殺企図などの精神症状や問題行動の存在が先行し、なんらかの介入の対象になっていることが多い。支援は医療機関、矯正施設、精神保健福祉機関、児童福祉機関など

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

## B．研究方法

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

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

以下の3つの方法で研究を行う。a) 専門家のヒアリング・アンケート、医療・矯正・福祉機関等におけるカルテ調査・アンケート調査、事例面接等、b) 発達障害に特化したリスクアセスメントツールの開発、c) 海外で定評のあるリスクアセスメントツール・支援プログラムの翻訳と日本の実情に合わせた改変、d) 諸外国の支援システムの日本への適用可能性の検討。

これまで児童福祉・精神保健機関、精神科クリニック、児童思春期精神科病棟、徳島県など3地域、少年院等で疫学調査を行い、定着支援センター・特別支援学校などでヒアリングを行った。さらに「問題行動の予防的介入アセスメントツール ; Assessment Tool for Preventive Intervention for Problem Behaviors 33items

ASD version : @PIP33」の試作・改訂を行い完成した。また海外で定評のあるアセスメントツールである ARMIDILO-S The Assessment of Risk and

Manageability of Intellectually Disabled Individuals who Offend - Sexually についても日本版を完成した。諸外国の支援方法については今年度はオーストラリア、英国の調査について報告する。オーストラリア調査では、非行・犯罪行為に至った発達障害者に対する(1)刑事司法手続き、(2) 医療機関・矯正施設・福祉等サービス機関において提供される施設内処遇や支援の実際、(3) 矯正施設釈放後あるいは医療機関退院後の社会内処遇、(4) 支援を行う専門職の養成に関して、日本とは異なる制度や支援体系を持つオーストラリアビクトリア州の現状と課題を明らかにし、日本のシステムへの提言を行うことを目的とした。英国調査では触法自閉症スペクトラムの人の権利擁護、意思決定支援の方法等について調査した。

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

## (倫理面への配慮)

研究の対象が個人の場合には以下の対応をとることを研究代表者、分担研究者、研究協力者に徹底した。本研究で知りえた個人情報には乱数コード等で匿名化し、個人情報との照合に用いる乱数コード表等は研究代表者あるいは分担者が施錠できる保管庫で厳重に管理し、共同研究者以外の閲覧を禁止する。全ての記録用紙も施錠された保管庫で管理する。研究終了後は、外部に情報が漏洩しない方法で破棄する。研究結果は、個人が特定されないよう配慮した形式で発表する。個人情報に関わる研究については「個人情報の保護に関する法律」<sup>1)</sup>「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、福島大学倫理委員会あるいは分担研究者の所属機関の倫理委員会の審査・承

認を得る。障害のある個人や家族を対象にした調査では本研究の目的・趣旨・方法・個人情報保護・生じうる不快感などの心理的影響、研究協力意志撤回の自由などを文書または口頭で説明し同意を得た者(本人に同意能力がない場合は保護者)のみを対象とする。質問紙調査やインタビュー調査は対象者の自尊心を傷つけないよう細心の配慮を行い、答えたくない質問については無理して答える必要はないことや、調査に協力しない場合も不利益はないことを説明する。対象者の協力が得られない場合は直ちに検査を中止する。対象者が心理的不安・不快感などを感じた可能性のある場合には発達障害診療の専門医、臨床経験の豊富な臨床心理士や精神保健福祉士などが対応可能な状態を確保する。

## C . 研究結果及び考察

### 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)

全国の児童相談所職員(162名)、常勤医師18名、情緒障害児短期治療施設(38施設)と児童自立支援施設(58施設)、児童福祉施設10か所(児童養護施設4か所、情緒障害児短期治療施設4か所、児童自立支援施設2か所)に調査票を郵送し、すべてから回答を得た。児童養護施設、(34.7%)、児童自立支援施設(37.9%)、情緒障害児短期治療施設(37.4%)の発達障害児の割合は、それぞれ34.7%、37.9%、37.4%であった。医師の役割や児童福祉施設の対応困難発達障害事例の困難点を明らかにした。児童福祉分野での支援は中学生までが中心であり、中卒後から成人期までの支援を視野にいたった包括的な地域支援システムを構築する必要がある。

### 2) 精神保健福祉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)

地域における疫学調査：A市、B県、C市の3つの地域について、精神保健福祉センター、発達障害者支援センター、ひきこもり地域支援センタ

一、保健所、障害者相談支援事業所に新規相談事例発生件数を前向きに調査した。発達特性(ASD特性やADHD特性)及びひきこもりや触法行為などの社会行動面の課題を持つ事例は、18歳~39歳人口1万人当たり、それぞれ、4.31、10.30、2.08件と推定された。新規相談発生例については人口10万人あたり、1年間に換算すると20例から103例の新規発生例があることが推定された。

CRAFT(Community Reinforcement and Family Training)について、一部の地域で実際の事例への適用が始められた。

### 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)

医療機関調査：日本精神科診療所協会所属の1605施設に対する全国アンケート調査の結果から発達障害の患者割合は36.5%の施設で5%以上を占めており、対応困難な事例は80.6%の施設で認められた。

さらに、発達障害の臨床上の現れ方を検討する目的で、臨床症例の検討、発達障害の行動障害の臨床現場での実態とその対応状況、また実際の対応手法である弁証法的行動療法の応用について検討した。

その結果、臨床症例の中には事例化する背景の発達障害の早期発見及び介入の必要や、事例化後の扱いにおいて早期の簡易なスクリーニング手法の開発と、対応のマニュアル化の必要が明らかになった。さらにこれに付随した対応として最近欧米を中心に弁証法的行動療法(DBT)の汎用が進められており、従来のDBTに加え家族療法的要素、発達の認知特性に合わせたスキルの導入が認められた。

4) 精神科臨床における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学的研究～思春期精神科臨床における発達障害患者の非行についての研究～ (分担研究者 市川宏伸)

東京都立小児医療センターに診療録のあるもののうち、警察および司法関係者から照会のあった症例と各担当医に質問紙を配布し、犯罪・触法行為による警察介入歴のあることが把握された症例について、診療録の後方視的調査を行った。警察および司法が介入された症例は92例(男82, 女10)で診断名は頻度順に、ASD32例)、ADHD29例と多くを占めたが、調査をした病院の受診者全体の内訳とほぼ同様の割合であった。非行内容は窃盗、暴行・傷害が多く合わせて59%をしめた。発達障害のない事例と比較すると発達障害のある事例のほうが、早い年齢で司法介入される傾向がみられた。

5) 児童精神科医療における検討 (分担研究者 近藤直司)

(1)入院事例を対象にひきこもりと自殺関連行動、暴力について調査した。

ひきこもりがあり入院治療を要した男子30例、女子20例、計50例について診断名、予後などを後方視的に調査した。平均年齢は13.5歳、診断については発達障害に相当するF8カテゴリーが48%と約半数を占めた。主診断とIQの分布から中核的な自閉症だけでなく、自閉症特性の薄い高機能ケースにおいても、ひきこもりが生じやすいことが示唆された。退院後の予後については、追跡しえた45例中33例は再登校などの社会参加に至っており、入院治療には一定の効果がみられた。しかし、45例中12例では退院後再び引きこもりが生じており、そのうち5例は再入院にいたった。

(2) 自殺関連行動

東京都立小児医療センター児童・思春期精神科に自殺関連行動を理由に緊急入院した112例を対象に後方視的調査を行った。その結果、PDD群は47例(42%)であった。

(3) 暴力

PDD群190名について入院に至った主訴を調査したところ、高機能PDD群と知的障害合併PDD群ともに攻撃性・自己破壊行動が最も多かった。治療としては構造化、家族支援、薬物療法、怒りのマネジメントなどを組み合わせて行うなど折衷的な方法をとっていた。

6) 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、榎屋二郎)

(1) 医療観察法指定通院対象者1483名中F8発達障がい診断を受けている50名を対象に調査を行った。50名中29名(58%)において通院処遇中に何らかの問題行動があると報告された。もっとも多かった問題行動は「日常生活の規則、ルール違反など」と「非身体的暴力」であった。発達障がいのある人を支援していく際には、こうした生活上の小さなトラブルについても見過ごさずに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。

(2)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。これまでの研究成果から最終的な33項目を選定し「Assessment Tool for Preventive Intervention for Problem Behaviors 33items ASD version: @PIP33」を完成し、矯正・教育・医療分野のフィールドトライアルを開始した。さらに、今後、海外のケースでも本ツールを試行する可能性を踏まえて、英語版「@PIP33-ASD-English version」を作成した。

7) 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 榎屋二郎、安藤久美子)

これまでの調査研究において少年司法システムの現場で社会内での発生率を上回る自閉症スペクトラム障がい者が出現している可能性が示唆されているが、すべてが質問紙等を使用した調査であり、実際に専門医が少年を診察して診断を

した報告は皆無であった。本調査ではある少年院に入院中の少年のすべてを専門医が診療し DSM-5 に基づいた診断を下した初めての調査である。調査対象は少年院の中でも発達障がい者が多く収容されると指摘されることの多い男子の特殊教育課程少年院である A 少年院に入院中の 14 歳から 20 歳までの男子 86 例である。結果は ASD あり、ADHD ありが 7 名 (8.1%) ASD あり、ADHD の評価尺度なしが 19 名 (22.1%) ASD なし、ADHD ありが 3 名 (3.5%) であった。計 29 名中 ASD ありが 26 名 (うち ADHD を合併が 7 名) ADHD ありが 10 名 (11.6%) であり ASD が 30% に上った。発達障がいと診断された 29 名中明らかな被虐待体験や被いじめ体験を有するものが 15 名 (51.7%)、明らかではないものの、被虐待体験や被いじめ体験を有することが疑われる者は 8 名 (27.6%) であり、約 80% の少年が虐待やいじめを受けていたことは注目に値する。また少年鑑別所での診断と診断結果が異なった事例が 4 例 (13.8%) みられた。

触法・非行行為の予防と少年院退院後の適切な支援のためには情報の共有と支援の一貫性が必要であり、発達障害特性に配慮したリスクアセスメントツール開発の意義が確認された。

#### 8) 自閉症スペクトラムの診断・評価のための技法 The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders 日本語版 (DISCO-J) の開発に関する研究 (研究代表者 内山登紀夫)

本研究班で浮き彫りになった課題の一つに対応困難となる前あるいはなった後、早期に適切に診断がなされておらず、不適切な支援を受けていたり十分な支援を受けられていないために問題が複雑化され、結果的に対応困難になるケースが多数存在すること、裁判で鑑定になる例についても、発達障害が見逃されている例が少ないことも明らかになった。そこで本研究班では適切に発達障害特に自閉症スペクトラム (ASD) を診断できるようにするための技法を開発することも目的にした。

本研究では国際的にコンセンサスの得られている Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO) の日本語版 (DISCO-J) のテスト - 再テスト信頼性を検証した。対象は ASD 群 36 例と対照群 20 例である。結果、多くの項目で高い係数もしくは級内相関係数を示した。特に診断に関するセクションや項目ではほとんどの項目が係数もしくは級内相関係数が 0.75 以上となった。これらから DISCO-J が高いテスト - 再テスト信頼性を有する ASD の診断のための技法であることがわかった。DISCO-J を臨床に用い、よりの確に ASD が診断できる可能性が示唆された。さらには、このことは対応困難事例への予防や介入に貢献できるものと思われる。

#### 9) DISCO の日本語版 DISCO ユーザーによる評価 (研究代表者 内山登紀夫)

DISCO の臨床的有用性を検討するために日本語版 DISCO セミナーを受講、認定された 82 名のうち参加への同意が得られた 49 名にアンケートを送付し、46 名について回答を得た (46/82=56.1%)。その結果、半数以上の DISCO 認定者が DISCO を臨床業務に用いていたが、マニュアルを部分的に / 考え方として利用していると回答するものが少なくなかった。DISCO の有用性を、「自閉症特性の必要な情報をとるため」、「専門家である自分自身が担当ケースをより理解するため」という選択肢が高率に選ばれた。限界・改善点として「時間がかかり過ぎる」との指摘が多かった。鑑定等の司法精神医学領域においては DISCO を使用することの有用性が示唆された。

#### 10) オーストラリアにおける対応困難ケースへの支援状況に関する調査 (1) (研究代表者 内山登紀夫 分担研究者 安藤久美子、榎屋二郎、水藤昌彦、堀江まゆみ、)

まずオーストラリアの刑事司法制度上および医療等のサービス組織において、どのような支援が発達障害者になされているかについて訪問イ

インタビュー調査を行った。

(1) 刑事司法制度については法務省の外局である Office of Public Advocate (以下 OPA: 州立権利擁護局) およびメルボルン治安判事裁判所に設置されている The Assessment and Referral Court List (以下 ARC List) を調査した。OPA の運用する事業の 1 つである Independent Third Person (以下 ITP: 独立した第三者) プログラムは、独立した第三者が警察による障害者の事情聴取に立ち会うことで公正な取り調べを目指すシステムである。

ARC List はアメリカで開始された精神保健裁判所をモデルにしており、薬物への依存や障害によって生じた生活上の困難などへの対処に重点をおいた裁判システムである。

(2) 医療・矯正施設・その他のサービス機関において提供される医療・心理・社会福祉領域の支援については DHS の障害福祉サービスの一部局である Disability Forensic Assessment & Treatment Services (以下 DFATS: 障害法医学評価・治療サービス) および Office of Professional Practice (以下 OPP: 専門実践部局) にて、専門職養成については、メルボルン大学 Forensic Disability (司法障害学) 講座にてそれぞれインタビュー調査を行った。

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

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

OPP は障害福祉サービス利用者のうち、拘束的介入あるいは強制的治療・処遇の対象となる人たちの権利を擁護し適切な実施基準を定めることを役割とする部局である。

メルボルン大学犯罪学(司法障害学)専門課程が提供する講座は、日本国内に類似したものはなく、今後、専門職養成を促進する上で、本コース

の構成と内容ならびに受講者の想定等参考になると考えられた。

11) オーストラリアにおける対応困難ケースへの支援状況に関する調査(2)(研究代表者 内山登紀夫 分担研究者 水藤昌彦、堀江まゆみ、安藤久美子、榎屋二郎)

オーストラリアにおける社会内処遇の現状と課題を調査するため、Department of Human Services (以下 DHS) の障害福祉部門の一部局である Disability Justice にてインタビューを行った。ビクトリア州メルボルン北部地域を担当する Disability Justice は知的障害(発達障害の併存を含む)があつて、非行・犯罪行為に至った人への社会内での支援を専門に担当している。ビクトリア州では専門家チームが政府機関の中に設けられており、様々な施設がコンサルテーションを行いながら対象者をサポートしていること、そして、こうした専門家チームが政府機関の下で個別のニーズに応じた支援計画や政策を作成していることが特徴的であることが分かった。

12) オーストラリアにおける対応困難ケースへの支援状況に関する調査(3)-Australian Community Support Organization (ACSO)に関する調査報告-(研究代表者 内山登紀夫 分担研究者 安藤久美子、榎屋二郎、堀江まゆみ、水藤昌彦)

福祉領域での支援内容を検討するため、触法障がい者支援を行っているオーストラリア地域支援団体 (Australian Community Support Organization ; ACSO) を訪問調査した。処遇困難な障がい者の居住サービスについては、Shared Supported Accommodation (以下 SSA) が利用されるのが一般的であり、我々は、ACSO が運営する 3 つの SSA を訪問した。結果、ビクトリア州では、処遇密度、保安レベルの高い施設から低い施設へと、支援対象者の状態変化に応じて段階的に移行する「ステップ・ダウン」による支援が意識されていたことが分かった。ACSO が運営する

特化型のグループホームは、DHS の Disability Forensic Assessment & Treatment Services: DFATS が提供する施設内処遇と地域生活の中間に位置付けられるサービスとして機能していた。SSA のキャラブローハウスは、非行・犯罪行為に至った障害者への対応を専門としているが、日本国内では、このような特化型グループホームは存在しない。特化型施設の利点としては、スタッフの知識や支援技術の蓄積が望めること、犯罪行為から回復という共通した支援ニーズに対応できること、治療的な環境設定が容易になることなどが挙げられる。犯罪行為に特化した治療プログラムは、グループホーム外で犯罪心理などを専門とする臨床家によって実施されていた。生活の場と治療・心理教育の場は意図的に分けられていたが、この点については、グループホームに勤務する支援員の教育歴・臨床経験にばらつきがあるために、治療・心理教育の実施が難しいという事情が伺われた。

### 13) 英国の MCA(意思決定能力法)における行動障害・触法行為の改善に関する研究(研究代表者 内山登紀夫 分担研究者 堀江まゆみ)

英国の意思決定能力法 (the Mental Capacity Act 2005) における、行動障害や触法行為をする障害者に対する意思決定支援、ベストインタレスト(最善の利益)の手続がどのように行われ、行動障害や触法行為の改善がどう図られているのかを調査した。障害者本人の意思を中心としたケア(パーソン・センタード・ケア)の理念に基づき、パーソナルアシスタンスを活用した障害特性にあった環境設定や個別ケアが柔軟に行われていることがわかった。日本でも障害者権利条約批准の下、施設から地域生活への移行、成年後見からより権利性を担保する意思決定支援への転換が模索されている。現在我が国では障害者総合支援法の見直しの論議が行われているが、パーソナルアシスタンスや意思決定支援が焦点となっており、国内における制度改革にも多くの示唆を得ることができた。

## D. 考察

二年間の研究調査によって福祉機関、病院、精神保健機関等の触法発達障害者を支援する多様な支援機関において支援が必要な対応困難事例がどの程度存在するかの概数を把握できた。これまでは対応困難事例がどの程度存在するかのデータはほとんどなく施策形成の障害になっていた。児童福祉施設調査では児童養護施設、児童自立支援施設、情緒障害児短期治療施設、少年院における調査で発達障害児の割合が3割以上になることや医師など専門家の役割、事例の困難点を明らかにした。地域における疫学調査では発達特性(ASD 特性や ADHD 特性)及びひきこもりや触法行為などの社会行動面の課題を持つ事例の頻度や年間新規相談発生例についても推定値が得られた。精神科診療所に対する全国調査から発達障害の対応困難な事例は8割もの施設で認められ、一般の成人精神科診療についても発達障害事例を支援することの重要性が示唆された。児童・思春期病棟における高機能自閉症スペクトラムの患者の入院理由は攻撃性や自己破壊的行動が最も多いこと、司法介入例が少なくないこと、発達障害のある児の非行内容に特徴があることが明らかになった。教育機関調査:特別支援学校等教員へのヒアリング調査では、すべての学校で対応困難な発達障害の生徒が複数存在すること、その内訳は暴力・窃盗、性非行等であることが明らかになった。さらに、各領域において対応困難事例の特徴や専門家の果たす役割、支援システムの問題点などを事例検討やヒアリングなどにより検討できた。

上記の一連の疫学調査からは、福祉・医療・司法・教育を横断した様々な支援機関で触法リスクのある発達障がいのある児・者が少なからず存在すること、しかしながら、各分野での情報共有やライフステージを通じた支援システム構築に課題があることが明らかになった。

また、発達障害のある児・者を対象とした「問題行動の予防的介入アセスメントツール @PIP33」を作成し、さらに性犯罪者に特化した



リスクアセスメントツール「ARMIDIL0-S」の日本版を完成した。今後、医療・保健・福祉・教育・矯正機関などでリスクのある児・者に対して触法・非行リスク等について適切に情報共有を行い、早期の予防的介入が行えるようになる可能性が高まった。これらのリスクアセスメントツールを活用することで、分野横断的に情報を共有しライフステージを縦断した包括的な支援を行うことの端緒にしたい。

日本の臨床現場においては、これまで触法発達障害者に対しては有効な支援方法がないという誤解があったように思われる。SOTSEC-ID、CRAFT、弁証法的行動療法等の支援方法を確立することで、臨床の現場において対応困難例への支援を行う機関が増加することが期待される。今後 CRAFT、SOTOSEC、弁証法的行動療法などの支援方法の国内研修プログラムを作成する。

オーストラリア、英国における支援システム調査からは触法発達障害者への対応に特化した事業者の存在、大学等における短期集中研修が効果があること、発達障害者の意思決定支援に方法について重要な情報がえられた。さらに、自閉症スペクトラムに特化した保安病棟調査からは構造化や行動療法、コミュニケーション療法、弁証的行動療法など複数の支援手段を組み合わせることで触法発達障害者の症状が安定することがわかった。その一部は我が国でも応用可能である。

これらの知見を活用し、自閉症スペクトラムや ADHD などの発達障害の児・者の引きこもりや触法行為、自殺と自殺関連行動を予防し、当事者と家族や支援者の QOL の向上とともに、罪を犯した発達障害の青年・成人の再犯を予防し、日本をより安全な社会に変えていくことを目指す。

## E . 結論

医療・保健・矯正・福祉・教育等の多様な領域における疫学調査の実施は国内では初めての試みであり、発達障害の犯罪等を予防することや専門家養成の施策を行うための基礎的資料として貴重である。海外調査により日本でも導入可能な

支援方法や支援システムがあることが明らかになり、その情報を参考に@PIP33 などを活用した情報共有や発達障害に特化した研修プログラムを実行する準備ができた。

児童福祉機関・医療機関・精神保健福祉機関など多様な支援機関で触法などの問題行動を有する発達障害者が少なくないこと、日本でも応用可能な支援方法や研修方法の存在が明らかになった。異なる領域の専門家が協力して領域横断的に活用可能な支援ガイドラインと支援プログラムのパッケージを提案する。この内容をもとに医師や心理職、福祉職などの人材育成を行い専門家の技術水準の向上を図る。さらに先進的な支援を行っている海外の支援手法やシステムを参考にしつつ領域を超えたネットワーク型の多領域の専門機関が協力して行う支援システムの提案を行い、直接・間接に施策や関係法規の改正などに反映されるようにする。

F . 知的所有権の出願・取得状況（予定を含む。）  
なし

平成26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  
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（横浜市中央児童相談所）  
増沢 高（子どもの虹情報研修センター）  
南山今日子（子どもの虹情報研修センター）

研究要旨

児童福祉領域で対応している発達障害を有する児童の特徴と支援の課題を検討するため、児童相談所の常勤医師 15 名と児童福祉施設 10 施設（児童自立支援施設 2、情緒障害児短期治療施設 2、児童養護施設 4）の協力を得て、支援現場での発達障害児の現状と支援のあり方についての意見を調査した。その結果、児童相談所の医師が診察する発達障害児は虐待や不適切な養育の影響のために症状が多彩で併存障害が多い特徴があり、診断や治療には人的にも制度的にも制約が多い現状が認められた。児童福祉施設ではおよそ 3 分の 1 の児童に発達障害またはその疑いがあり、施設種別を問わず発達障害児を受け入れていた。施設では発達障害に関連する激しい行動化や対人関係の問題などへの対応に限界がある一方で、生活構造や集団の相互作用を活用した支援も工夫されていた。しかし、児童福祉での支援は中学生までが中心であり、中卒後から成人期までの支援に課題が残されている。これらの特徴と現状を踏まえ、包括的な地域支援システムを構築する必要がある。

A. 研究目的

児童相談所や児童福祉施設などの児童福祉における支援の場には、さまざまな情緒・行動の問題を呈する子どもたちも多く、詳細な調査やアセスメントに基づいた専門的な支援のニーズも高い。特に、近年の児童虐待相談の増加に伴い、複雑かつ多様な支援ニーズのある児童への対応が求められることも増え、これらの児童の中には発達障害に関連する問題が併存することも多い。

昨年度の本研究においても、児童相談所と児童福祉施設で対応した中学生以上の児童の 43% に何らかの発達障害があると判断され、攻撃的な問題行動のために教育的あるいは医療的な支援ニーズが高いことが示された。これらの所見は、複雑かつ多様なニーズのある発達障

害児の多くが児童福祉領域で支援を受けている実態を反映するとともに、青年期以降の不適応を予防するうえでも、児童福祉領域での発達障害児への効果的な支援を確立し普及させる必要性を強く示唆していると考えられる。

そこで、本年度は、児童福祉領域で関わっている発達障害児の特徴や問題点を明らかにした上で、児童青年期における支援の可能性と課題について検討することを目的として研究を実施した。

B. 研究方法

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

設調査)を実施した。調査の具体的内容は以下のとおりである。

なお、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」と定義し、医師による診断の有無にかかわらず、児童相談所等の判断によるものも含めている。

## 医師調査

### 1) 調査対象

都道府県または政令指定都市の児童相談所の常勤医師のうち、本調査の目的について理解と協力の得られた15名で、都道府県の児童相談所の医師が7名、政令指定都市の児童相談所の医師が8名であった。

### 2) 調査内容

(ア) 医師の経験年数、専門領域

(イ) 児童相談所での診療の状況

平成26年9月1日から30日までの1ヵ月間に児童相談所で診療した児童について

- 年齢、性別、相談種別、診察経路ごとの児童数
- 診察した児童への対応と薬物療法の有無
- 児童相談所で診察を求められる理由の年齢群別の割合
- (ウ) 児童相談所で診察する発達障害児の特徴についての経験および意見(自由記載)
  - 精神科医療や教育の領域で見られる発達障害児との違い
  - 児童福祉領域での対応が困難な症状や特徴
  - その他の特徴
- (エ) 発達障害と診断した場合の対応についての経験および意見(自由記載)
  - 児童相談所でできる支援
  - 外部資源(医療、教育、その他の専門機関)の利用方針

- 児童相談所での対応の限界
- 18歳以降の支援のあり方
- 発達障害と診断した児童への対応のあり方

## 施設調査

### 1) 調査対象

全国の児童福祉施設のうち、本調査の目的について理解と協力が得られた10施設で、施設種別の内訳は、児童自立支援施設2か所、情緒障害児短期治療施設4か所、児童養護施設4か所であった。

### 2) 調査内容

(ア) 施設の種別、定員、職員数

(イ) 平成26年9月1日現在の在籍児童数と発達障害を有する児童数

(ウ) 発達障害を有する児童の特徴(自由記述)

- 発達障害を有する入所児童の特徴
- 児童福祉施設での対応が困難な症状や特徴
- 発達障害を有する入所児童の生活面で見られる困難の特徴

(エ) 発達障害を有する児童の受け入れについて(自由記述)

- 発達障害を有する児童の受け入れ方針
- 発達障害を有する児童の受け入れに関する課題
- 他機関との連携に関する問題点や課題

(オ) 施設での支援について(自由記述)

- 児童福祉施設として実施できる支援
- 外部資源(医療、教育、その他の専門機関)の利用方針
- 児童福祉施設での対応の限界を感じる点
- 18歳以降の支援のあり方について

(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

### 医師調査

#### 1. 児童相談所における診療状況

平成26年9月1日から30日の1ヵ月間に診療した児童数は、全体で244名であったが、回答した医師のうち3名はこの期間に診察した児童がなかったため、診療実績のあった医師12名についての平均診察児童数は20.3名となった。児童相談所で診察した児童の背景と診療の内容については以下のような結果であった。

##### 1) 年齢(図1)

小学生がもっとも多く(37.7%)、次いで中学生(29.1%)、就学前(22.5%)で、中卒以上は10.7%であった。

##### 2) 性別(図2)

全体では男児が133人、女児が111人で、男児がやや多いが、年齢別にみると、年長になるほど女児の割合が増え、中卒以上では女児が7割を占めていた。

##### 3) 相談種別(図3)

全体としては、虐待相談が半数以上(116人)で、いずれの年齢群でももっとも多い相談種別であった。次いで、年少児では障害相談が多く、年長児では非行相談が多くなる傾向があった。

##### 4) 診察経路(図4)

医師の診察にいたる経路については、基本的には児童相談所内から診察が依頼されているが、中卒以上では約4割のケースは施設等からの依頼による診察であった。

##### 5) 診察した児童への対応(図5)

いずれの年齢群でも1回の診察で終了する場合がもっとも多かったが、約4割のケースでは2回以上継続して診察していた。中卒以上では医療機関へ紹介するケースも多かった(22.6%)。

##### 6) 治療内容(図6)

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

##### 7) 診察が求められた理由(図7)

いずれの年齢群でも約4割は児童虐待に関連する症状の評価のために医師の診察が求められていた。次いで、年少児では発達障害の診断・評価の割合が高く、年長になるにつれて発達障害以外の精神障害の診断・評価のための診察が多かった。また、親の精神障害の評価のための診察も1割前後存在していた。

#### 2. 児童相談所で診察する発達障害児の特徴(表1)

##### 1) 精神科医療や教育の領域で見られる発達障害との違い

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

##### 2) 児童福祉で対応が困難な症状や特徴

攻撃性や素行の問題などの激しい行動化、フラッシュバックや解離などの精神症状、性的問題行動など、著しい情緒・行動の問題への対応に困難があるという意見が多く、さらに、発達障害の基本的な症状に関連する対人関係の問題への対応にも困難があるという意見が寄せられた。また、医師としては治療条件に制約があることも、児童相談所での対応に困難を感じる要因として挙げられた。

### 3. 発達障害と診断した場合の対応（表2）

#### 1) 児童相談所としてできる支援

児童相談所のできる資源としては、さまざまな治療的アプローチと外部の医療機関への紹介・連携が挙げられ、支援のタイプとしては一般的な児童精神科医療のアプローチが揃っていた。

#### 2) 外部資源(医療、教育、その他の専門機関)の利用の方針

医療については、治療的なニーズがある場合には、外部の医療機関を積極的に使う傾向が認められた。教育については、特別支援教育や特別な配慮が必要な児童について支援を依頼している。また、地域の支援機関にフォローアップを依頼するような意見もあった。

#### 3) 児童相談所での対応の限界

医師やスタッフの不足のために継続的な治療や指導ができない人的資源の問題、医療機関としての機能の制約や親へのアプローチが難しいなどの医療的支援の限界、さらには、児童虐待対応と治療的支援の両立や児童福祉法上の年齢上限などの制度上の限界も指摘された。

#### 4) 18歳以降の支援のあり方

児童福祉での支援から離れる18歳以降は、自立援助ホームや就労支援を利用することで自立を目指し、継続的な医療的ニーズがある場合は一般精神科医療機関に紹介するのが一般的な方針として挙げられた。

#### 5) 発達障害と診断した児童への対応のあり方

児童相談所がかかわる発達障害児は複合的な問題を伴うことが多いので、医療や福祉に限らず包括的かつ継続的な支援が必要であり、地域の関係機関との密接な連携体制の構築を求める意見が多かった。

### 施設調査

調査した児童福祉施設の平成26年9月1日現在の在籍児童数は、児童自立支援施設が2施設で58人、情緒障害児短期治療施設が4施設で147人、児童養護施設が4施設で228名であった。1施設当たりの平均入所児童数は、児童自立支援施設が29人、情緒障害児短期治療施設が36.8人、児童養護施設は57人であった。

常勤職員数の平均は、児童自立支援施設は22.5人、情緒障害児短期治療施設は32.3人、児童養護施設は25.0人で、職員一人あたりの在籍児童数は、それぞれ1.29人、1.14人、2.28人であった。非常勤職員数の平均は、児童自立支援施設で8人、情緒障害児短期治療施設で2.8人、児童養護施設で9.8人であった。

#### 1. 発達障害を有する児童の受け入れ状況（表3. 図8）

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

年齢を考慮して比較すると、情緒障害児短期治療施設と児童養護施設では発達障害児の割合は年齢群間での差は小さかったが、児童自立支援施設では小学生に発達障害が多く、中卒以上では少ない傾向が認められた。

#### 2. 発達障害を有する児童の特徴（表4）

##### 1) 発達障害を有する児童の特徴

対人関係やコミュニケーションの困難、集中困難、衝動制御の困難、こだわりなどの発達障害の基本的な症状に加えて、自己評価が低い、経験が生かせない、感覚過敏や生理的リズムの悪さ、激しい気分変動などが挙げられていた。

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

### 3) 生活面で見られる困難の特徴

前項で挙げられた症状や特徴が生活面でも共通して認められるが、それに加えて、落ち着きのなさ・集中困難、集団生活の困難、計画性や見通しのなさ、物の管理ができないことも指摘された。

## 3. 発達障害を有する児童の受け入れ方針と課題(表5)

### 1) 発達障害を有する児童の受け入れについての施設の方針

多くの施設から入所前のアセスメントを重視し、それにもとづいて支援を行うことが挙げられた。また、ニーズに応じて適切な人員配置や生活構造を提供すること、学校や医療機関などの関係機関との連携をしっかりととることも言及されていた。その一方で、2か所の情緒障害児短期治療施設からは、発達障害に対して特別な方針はなく受け入れているという意見が寄せられた。

### 2) 発達障害を有する児童の受け入れに関する課題

受け入れに関する課題としては、受け入れ方針の記述との関連が強く、発達障害児のニーズに応えようとしても、なかなか実現できない現状が訴えられていた。すなわち、明確な支援計画が立てられず見通しが立てにくいこと、発達障害の特性を配慮した環境・生活構造を提供できないこと、十分な人材が配置できないことが、課題として示された。

### 3) 他機関との連携に関する課題

医療機関との関係では、連携する医師の確保、

児童の通院や服薬などで職員の負担が大きいことや、保護者の同意を得られない問題などがあつた。教育との連携においては、発達障害の診断や特別支援教育の適用をめぐる理解や意見の調整、児童相談所との連携では支援方針をめぐる食い違い、施設生活での問題を共有して協力することなどの課題が挙げられた。

## 4. 施設での援助(表6)

### 1) 施設としてできる支援

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

### 2) 外部資源(医療、教育、その他の専門機関)の利用方針

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

### 3) 施設での対応の限界

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

### 4) 18歳以降の支援のあり方

多くの施設はアフターケアの重要性と役割を感じており、より良いアフターケアを実現す

るためには質の高い施設ケアが前提となるといった意見がみられた。その一方で、施設だけで支援することの限界もあり、社会全体での取り組みの必要性も示された。

#### D. 考察

児童福祉領域で支援を行っている子どもたちには発達障害が高頻度に認められ、障害を有する児童は近年急増する傾向がある。厚生労働省が5年おきに実施している児童養護施設入所児童等調査によれば、平成25年2月1日現在の入所児童のうち、児童養護施設では28.5%、情緒障害児短期治療施設では72.9%、児童自立支援施設では46.5%、里親委託では20.6%に何らかの障害があることが示されており、特に情緒障害児短期治療施設では、広汎性発達障害や注意欠如・多動性障害（ADHD）がそれぞれ29.7%、19.7%と、他の施設よりも高頻度に認められている（図9）。また、いずれの施設でも知的障害、広汎性発達障害、ADHDは過去15年間で著しく増加している（図10）。

本年度の分担研究で実施した施設調査においても、発達障害を有する児童がいずれの種別の施設でも全体のおよそ3分の1を占めており、施設入所児童に高率に発達障害が認められた。児童福祉施設の種別を問わず、発達障害は施設ケアの重要な要素となっているものと考えられるが、児童福祉施設、特に児童養護施設は、本来、発達障害の治療やケアのための専門的な施設ではないので、その受け入れや支援には多くの課題が残されている。

今回、児童相談所の医師を対象に行った調査は、現在の児童福祉が対応している児童の医療ニーズを反映する情報を提供している。児童相談所で医師が診察している児童の約半数は虐待相談のケースであり、年少児では発達障害の診断・評価が求められることが多いのに対し、中卒以上になると医師の診察件数と発達障害

の診断・評価は減少していることから、児童相談所では主として中学生以下の発達障害の診断や治療が中心であることがうかがわれる。昨年度の調査でも、児童相談所や児童福祉施設への受理/入所は中学生までがほとんどで、高校生では発達障害の割合が低かったことも考慮すると、児童福祉領域では発達障害に関しては中学生までの対応が中心であり、中卒以後の関与は少なく、成人期までの支援ニーズを十分にカバーできていないのが実情といえる。児童青年期から成人期にかけての支援のギャップについてはさらに調査し検討する必要がある。

現在の児童相談所で診断・評価している発達障害児の特徴としては、何といたっても児童虐待や不適切な養育の影響を受けているケースが多く、そのために複雑で多様な症状を呈し、併存障害も多いことが挙げられる。そのために慎重な診断・評価が求められるが、保護者からの情報や協力が得られにくい状況では適切な診断が難しいという課題を抱えている。効果的な施設ケアには児童相談所の診断・評価が前提となるので、より正確な診断ができるような相談援助体制を整備することが求められる。

児童相談所の医師は、医療的ニーズの高い児童には継続的診療や薬物療法も行ってはいるが、診療機能や人的資源の制約などのために、十分な治療を提供できないことも少なくない。そのため、外部の医療機関や専門機関に紹介する必要がある、地域の外部資源との連携・協力は不可欠であり、包括的な治療・支援ネットワークを構築しなければ、児童福祉領域での発達障害児のケアは成立しえない。虐待通告などでの連携は進んできているが、今後はケアの連携をより強化することも課題といえよう。

特に、成人期の支援への移行を控える年長児においては、成人を対象とするサービスとの連携も重視する必要がある。今回の調査でも、中卒以上の診察例では薬物療法や精神科医療機関への紹介などの精神科医療ニーズの高さが

示唆されている。児童福祉でのケアの中で、適切な診断・評価を行い、成人期への支援につなげることは、成人期以降の困難を予防する上できわめて重要な課題と考えられる。

昨年度の調査と同様に、今回の調査でも児童福祉施設は多くの発達障害児を受け入れていたが、今回は施設の種別による違いが少なく、児童養護施設でも発達障害児が非常に多くなっている実態が明らかになった。もはや、発達障害児は特定の施設で対応する対象というよりも、あらゆる児童福祉施設や里親などの児童福祉における支援対象として向き合わなければならない状況にあるといえよう。

昨年度の調査では、発達障害を有する児童には暴言・反抗・不服従や器物損壊などの問題行動が多いことが認められていたが、今回の調査でも発達障害児が示す激しい行動化が施設での対応が困難な問題として挙げられた。集団生活を基本とする施設ケアでは、構造的・人的な制約のために激しい行動化への対応には限界があり、必要に応じて外部資源を利用することは不可欠になっている。

しかしその一方で、他の入所児童や職員との相互作用を活かして対人関係や社会スキルを獲得させたり、生活支援の中で障害特性を理解して自己イメージを向上させることで二次障害を軽減したりするような、個別的ケアだけではできない支援も現場では取り組まれており、施設でのケアモデルがさらに発展する可能性もある。

社会的養護児童にとって、施設は生活の場であると同時に人とのつながりの拠り所でもあるので、発達障害児のケアにおいても施設や職員とのつながりを大切にする傾向がある。18歳以降の支援が不確かな現状においては、施設のアフターケアは退所後の社会適応の命綱になり得るもので、今後さらに重視されていくべき機能であろう。

このように児童福祉施設での発達障害児の

支援は、生活を基盤とした新たなケアの方法論を模索しながら今後もさらに発展していくことも期待されるが、依然として人的資源、施設構造、児童福祉制度などの制約、著しい行動化への対応の限界、利用できる外部資源の不足や連携の障壁など、解決すべき課題も多い。児童福祉における発達障害児のケアモデルをさらに具体的に検討していくことが求められる。

ただし、本研究で示したように、児童福祉が相当数の発達障害児に対応しているという事実はあるものの、児童福祉が児童青年期の発達障害児の全般的な受け皿になることは必ずしも現実的ではなく、児童福祉は不適切な養育やさまざまな福祉的ニーズのあるケースへの対応が主たる役割であることは今後も変わらないだろう。しかし、その中で複雑で多様なニーズのある発達障害児のケアを担うことができれば、成人期以降の対応困難な問題の予防において大きな役割を果たすことも期待できるので、なおいっそう集中的で包括的なケアのシステムへと発展することが求められる。

## E. 結論

児童福祉領域で対応している発達障害児には児童虐待や不適切な養育の影響により、複雑かつ多彩な症状を呈する特徴があり、外部資源を積極的に活用しながら対応している。制度や施設構造などの制約のために発達障害に特化したケアの提供に限界はあるが、その一方で生活構造や集団の相互作用を活用した支援も工夫されており、新たなケアの模索も続いている。より包括的で効果的な支援の確立に向けて、地域のあらゆる支援が活用できるような地域支援システムを構築することが求められる。



## 文献

- 1) 小野善郎、金井剛、藤林武史：児童相談所の医務業務に関する研究．子どもの虹情報研修センター平成 22 年度研究報告書、子どもの虹情報研修センター、2011．
- 2) 小野善郎、金井剛、藤林武史：児童相談所の医務業務に関する研究（第 2 報）．子どもの虹情報研修センター平成 23 年度研究報告書、子どもの虹情報研修センター、2012．
- 3) 小野善郎、金井剛、増沢高、南山今日子：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．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」平成 25 年度総括・分担研究報告書，pp.11-25, 2014.
- 4) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局：児童養護施設入所児童等調査結果（平成 15 年 2 月 1 日現在）<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/07/h0722-2.html>. 2004.
- 5) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局：児童養護施設入所児童等調査結果（平成 20 年 2 月 1 日現在）. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jidouyugo/19/2009>.
- 6) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局：児童養護施設入所児童等調査結果（平成 25 年 2 月 1 日現在）<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000071187.html>. 2015.

図1．年齢別の人数

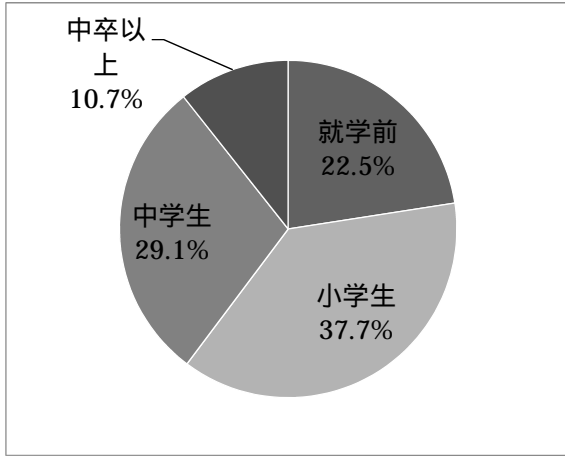


図2．性別ごとの人数

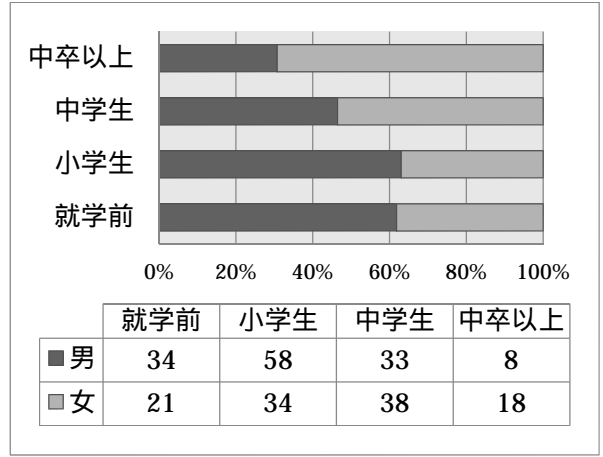


図3．相談種別ごとの人数の割合

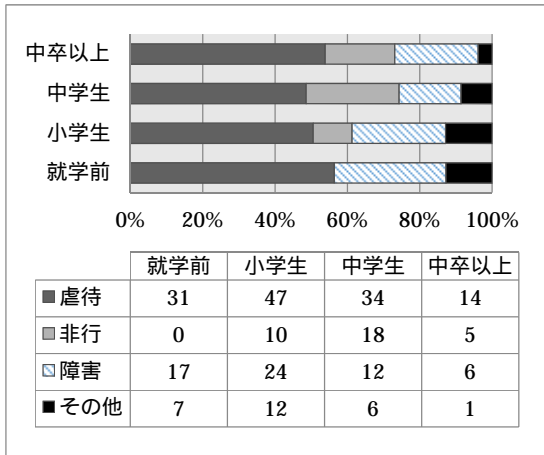


図4．診察経路

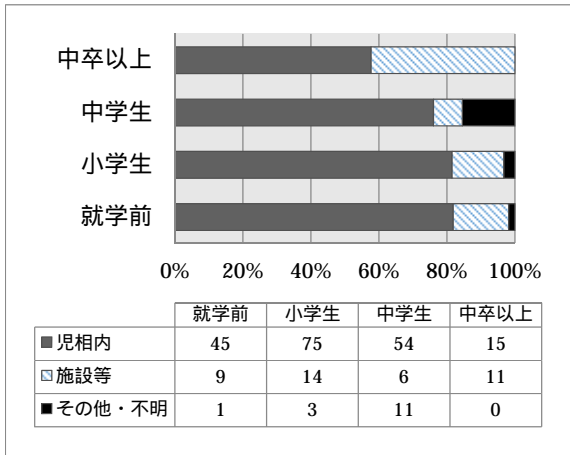


図5．診察した児童への対応

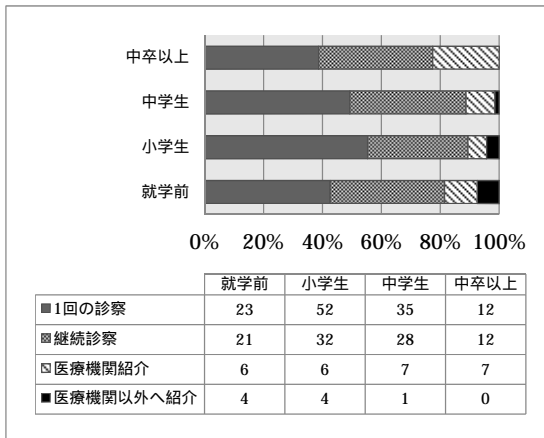


図6．治療内容

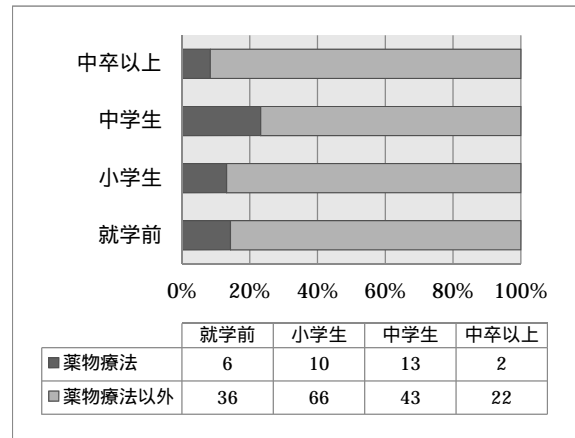


図7．診察が求められる理由

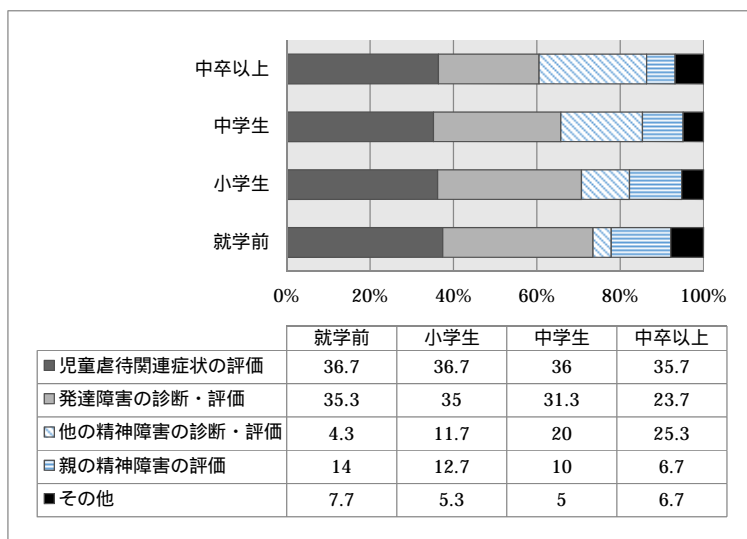


表1．児童相談所で診察する発達障害児の特徴

1．精神科医療や教育の領域で見られる発達障害児との違い
1) 虐待や不適切な養育の影響のある場合が多い 2) 併存障害を伴うことが多く、臨床像が多彩 3) 非定型な発達障害が多い 4) 生育歴や病歴の情報が得にくい
2．児童福祉での対応が困難な症状や特徴
1) 激しい行動化 暴言・暴力 自傷 無断外泊 2) 精神症状 フラッシュバック 解離 精神運動興奮 強迫観念／強迫行動 常同的・反復的な加害、窃盗、放火などの問題行動 3) 性的問題行動 性的逸脱行動 性化行動 4) 対人的相互作用の困難 対人的な不信感や被害意識 5) 治療条件の制約 施設の制約や連携する専門機関の不足 保護者の同意や協力が得られない

表2．発達障害と診断した場合の対応

<p><b>1．児童相談所としてできる支援</b></p> <p>1) 直接的な治療的アプローチ  個人精神療法 / 集団精神療法  認知行動療法  ソーシャルスキル・トレーニング  心理社会的治療  心理教育 / 親カウンセリング / 親支援プログラム  環境調整  施設や学校等への助言・指導</p> <p>2) 医療機関への紹介・連携  継続的な治療の依頼  薬物療法の依頼</p>
<p><b>2．外部資源（医療、教育、その他の専門機関）の利用の方針</b></p> <p>1) 医療  継続的な医療的ケアが必要な場合  薬物療法が必要な場合  画像診断や脳波検査等により器質的疾患の鑑別診断を必要とする場合  精神症状のために入院治療が必要と判断された場合  保護者の希望がある場合</p> <p>2) 教育  特別支援教育や特別な配慮が必要な場合</p> <p>3) その他  フォローアップが必要な場合</p>
<p><b>3．児童相談所での対応の限界</b></p> <p>1) 人的資源の限界  継続的な支援・ケアを行うのに必要な人員がない  発達障害について十分な知識のある職員が少ない</p> <p>2) 医療的支援の限界  医師不足ですべてのニーズに応えられない  診療所機能がなく薬物療法などの医療行為の制約がある  激しい行動化に対応できない（自傷、自殺企図、暴力、器物破壊など）  親へのアプローチが十分にできない、協力を得られない</p> <p>3) 制度上の限界  児童虐待に対する介入と治療支援の対立や矛盾  基本的に18歳で支援が終了する制度</p>
<p><b>4．18歳以降の支援のあり方</b></p> <p>1) 就労支援  自立援助ホームの利用  障害認定を受けている場合は障害者就労支援事業の利用</p> <p>2) 医療機関  一般精神科医療機関への紹介</p>
<p><b>5．発達障害と診断した児童への対応のあり方</b></p> <p>1) 包括的な発達支援の必要性</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 児童虐待や養育困難などの複合的な問題を伴うケースが多いので、発達障害の診断・治療にとどまらず、子どものあらゆるニーズに沿った支援を提供する必要がある</li> <li>・ 乳幼児期からの子育て、療育、医療、教育などを一貫して把握し、必要な助言や援助ができるような支援体制が必要</li> <li>・ 十分な時間をかけて継続的にかかわり、慎重に診断・アセスメントを行い、発達を支援することが必要</li> </ul> <p>2) 地域の関係機関を含めた支援体制の確立</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関だけでなく、地域の関係機関と連携した支援の構築</li> <li>・ 地域の支援サービスを受けやすくする援助も必要</li> </ul>

表3．施設別の発達障害児の割合

施設の種別	在籍児童数（うち発達障害のある児童数）				合計 [下段：発達障害児の割合]
	就学前	小学生	中学生	中卒以上	
児童自立支援施設	0 (0)	5 (3)	43 (18)	10 (1)	58 (22) [37.9%]
情緒障害児短期治療施設	0 (0)	63 (27)	57 (20)	27 (8)	147 (55) [37.4%]
児童養護施設	43 (14)	85 (30)	57 (21)	43 (14)	228 (79) [34.7%]
合計	43 (14)	153 (60)	157 (59)	80 (23)	433 (156) [36.0%]

図8．施設・年齢別の発達障害児の割合

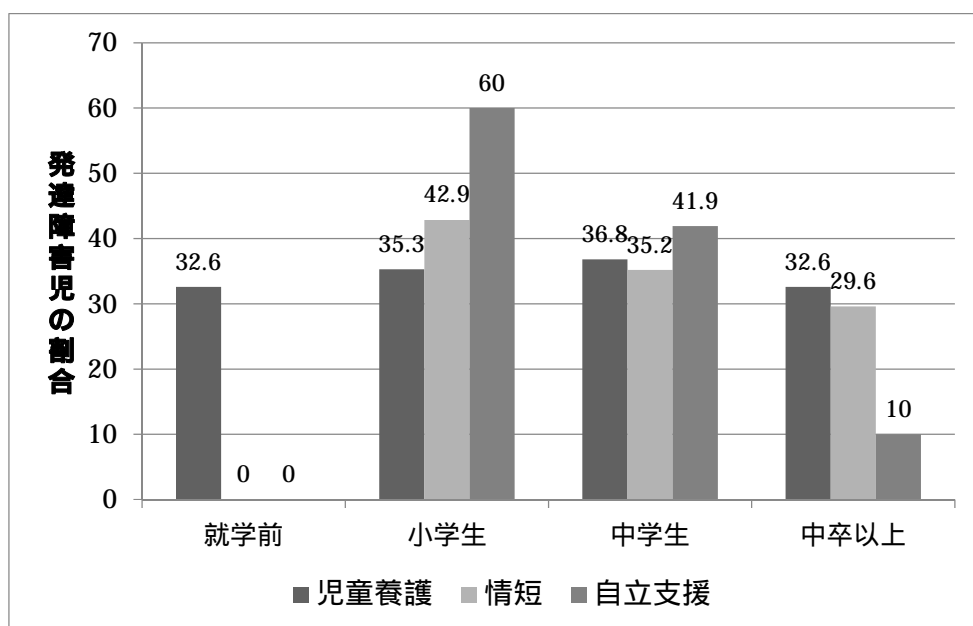


表4．発達障害を有する入所児童の特徴

<b>1．発達障害を有する入所児童の特徴</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 気持ちや状況の理解が困難で他者との調和・調整がうまくいかない</li> <li>2) 落ち着きがない、集中困難</li> <li>3) コミュニケーション、言語化の制約</li> <li>4) 衝動制御の困難</li> <li>5) こだわりが強く、柔軟性が乏しく、見通しが立てられない</li> <li>6) 自己評価が低い</li> <li>7) 経験が生かせず同じ失敗や問題を繰り返す</li> <li>8) 身体感覚の過敏性や生理的リズムの悪さ</li> <li>9) 気分変動が激しい</li> </ol>
<b>2．児童福祉施設での対応が困難な症状や特徴</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 衝動性・自己コントロールが困難</li> <li>2) 対人関係・コミュニケーションがとれない</li> <li>3) こだわりや思い込みの強さ</li> <li>4) 自己評価の低さ</li> <li>5) 学校での不応</li> </ol>
<b>3．生活面で見られる困難の特徴</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 衝動性・自己コントロールの困難</li> <li>2) 対人関係・コミュニケーションの問題</li> <li>3) こだわりや思い込みの強さ</li> <li>4) 落ち着きのなさ・集中困難</li> <li>5) 集団生活の困難</li> <li>6) 計画性がなく、見通しが立てられない</li> <li>7) 物の管理ができない</li> </ol>

表5．発達障害を有する児童の受け入れ方針と課題

<b>1．発達障害を有する児童の受け入れについての施設の方針</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) アセスメントにもとづく支援計画</li> <li>2) 受入体制の整備 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 適切な職員配置</li> <li>・ 構造化された生活や安心できる環境の用意</li> </ul> </li> <li>3) 関係機関との連携 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 学校：特別支援教育についての協議</li> <li>・ 医療：必要に応じて適切な医療機関の利用</li> </ul> </li> </ol>
<b>2．発達障害を有する児童の受け入れに関する課題</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 支援計画の課題 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 支援目標が不明確であったり、退所後の受け入れ先の見とおしがない</li> <li>・ 生育歴や養育環境についての情報が得られにくく、支援計画に生かせない</li> </ul> </li> <li>2) 環境・生活構造の課題 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個別的対応が必要なことが多く、集団での支援が難しい</li> <li>・ 集団生活への適応が困難</li> <li>・ 施設構造が発達障害の特性に合わない</li> </ul> </li> <li>3) 職員体制の課題 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個別対応ができるだけの職員数がない</li> <li>・ 発達障害の理解と対応について職員間の知識やスキルのばらつき</li> </ul> </li> </ol>
<b>3．他機関との連携に関する課題</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 医療機関 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通院の負担が大きい</li> <li>・ 連携する医療機関や嘱託精神科医の確保が難しい</li> <li>・ 保護者の理解や了解が得られにくい</li> </ul> </li> <li>2) 教育 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特別支援教育の適用に関する学校・教委との調整</li> <li>・ 診断についての認識のズレ</li> <li>・ 子どもの特性についての理解の共有</li> </ul> </li> <li>3) 児童相談所 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 措置をめぐる方針の食い違い</li> <li>・ 施設生活での問題についての理解のズレ</li> <li>・ 施設不適応が起きたときの対応がスムーズにできない</li> </ul> </li> </ol>

表6．施設での援助

<p><b>1．施設としてできる支援</b></p>
<p>1) 生活支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 環境調整（構造化、単純化、視覚化）</li> <li>・ 集団生活での対人交流の促進</li> <li>・ 基本的な生活習慣の獲得</li> <li>・ 対処能力の獲得</li> </ul> <p>2) 心理的支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 達成感や自己肯定感の育成</li> <li>・ 自己の特性や傾向の理解を促す</li> <li>・ ト라우マや二次障害に対する心理的ケア</li> </ul> <p>3) 家族への支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保護者の発達障害に対する理解を促す</li> <li>・ 特性を踏まえた関わり方について助言・指導</li> </ul> <p>4) 他機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療や教育の支援を活用</li> </ul>
<p><b>2．外部資源（医療、教育、その他の専門機関）の利用の方針</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設でできない支援は他機関と協働することで効果的な支援を行う</li> <li>・ 保護者と本人の同意を得ながら計画を立てる</li> <li>・ 外部機関を利用するときには子どもに丁寧に説明し不安を軽減する</li> <li>・ 入院などで施設を離れる場合は、施設に戻る見通しを示し、面会を繰り返してつながりを維持するように努める</li> <li>・ 連携先の機関と緊密な連絡や協議を行う</li> </ul>
<p><b>3．施設での対応の限界</b></p>
<p>1) 構造上の限界</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個室やクールダウンのための部屋がない</li> <li>・ 集団生活のなかでのトラブルや失敗体験が避けられない</li> </ul> <p>2) マンパワーの限界</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個別的対応に必要な職員数がない</li> <li>・ 頻発するトラブルによる職員の疲弊やバーンアウト</li> </ul> <p>3) 行動化への対応の限界</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 暴力、自傷、無断外泊が頻繁に起こる</li> <li>・ 他児や職員の人権の侵害</li> </ul>
<p><b>4．18歳以降の支援のあり方</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設としてアフターケアの必要性和役割を感じる</li> <li>・ 施設ケアの質がアフターケアの成否を左右する</li> <li>・ 施設だけでなく、社会全体での取り組みが必要</li> <li>・ 18歳での自立には困難があり、より長期的なケアの制度が必要</li> <li>・ 就労支援の強化</li> <li>・ 施設を出た後の相談先を明確にしておくことが重要</li> </ul>



図9．社会的養護児童の心身の状況

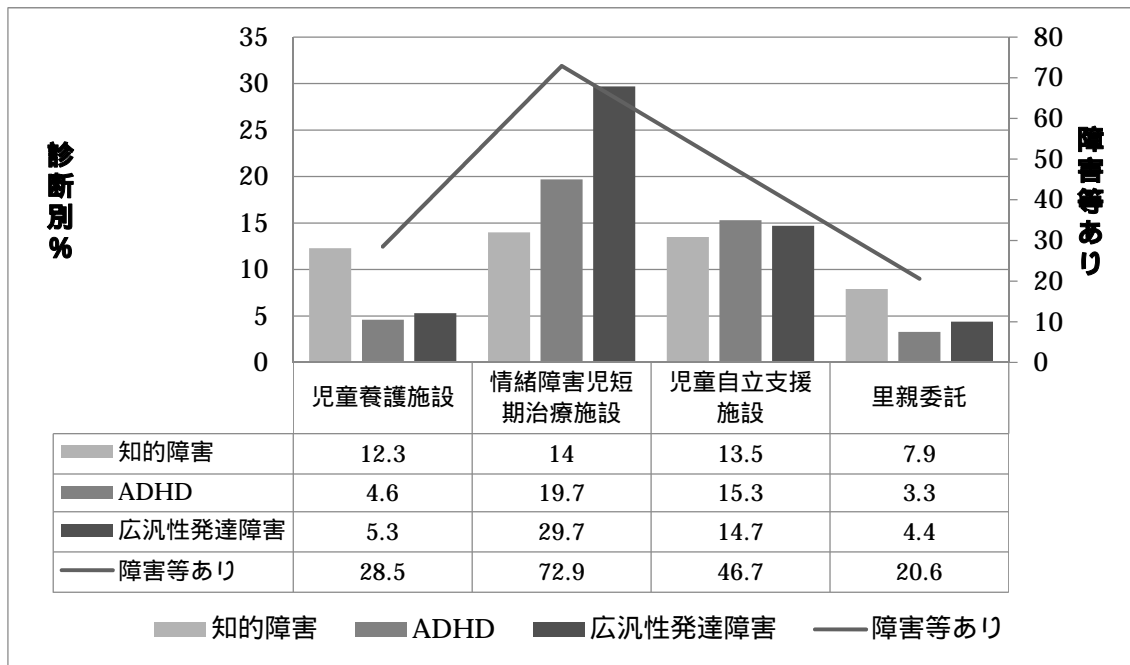
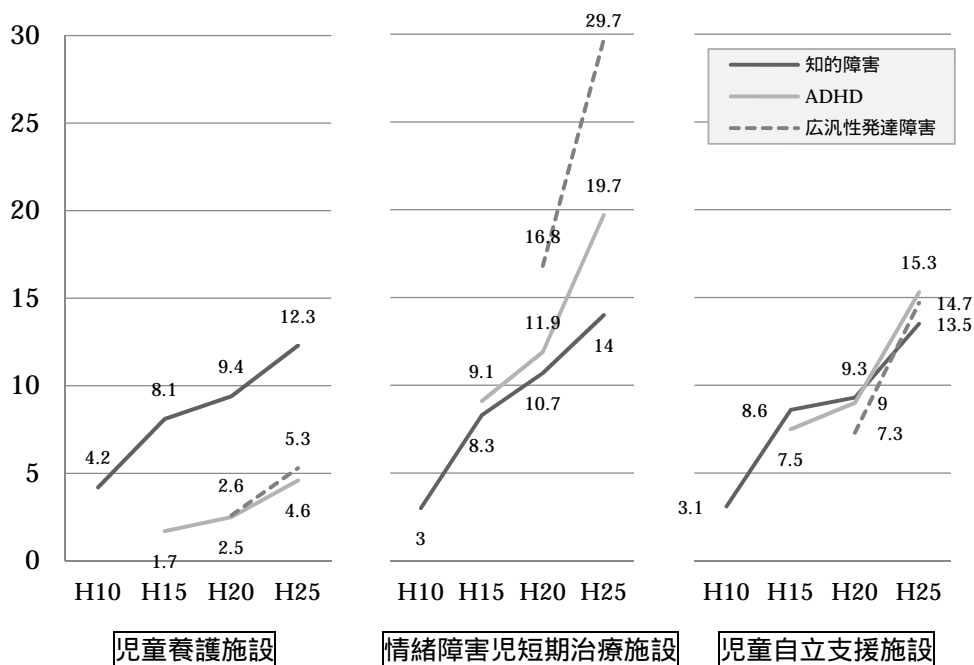


図10．社会的養護児童の発達障害の推移



平成26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  
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

精神保健福祉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（徳島県中央こども女性相談センター）  
石元 康仁（徳島県精神保健福祉センター）  
境 泉洋（徳島大学大学院リソ・アーツ・アンド・サイエンス研究部）  
高林 学（徳島県発達障がい者相談支援センター）  
野中 俊介（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）  
山本 彩（札幌市自閉症・発達障害支援センター「おがる」）

研究要旨

発達特性(ASD: autistic spectrum disorder 特性や ADHD: attention-deficit/hyperactivity disorder 特性)と、ひきこもり、暴力、触法行為などの社会行動面の課題をもつ方に対して、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、以下の3つの課題について調査・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、ASD 特性や ADHD 特性が推定され、触法（性的逸脱行為を含む）、他害行為、家庭内暴力、ひきこもり、不登校、自傷、物質依存などの社会行動面での課題によって新規相談となった事例を対象に、A、B、Cの3つの地域において、精神保健福祉センター、発達障がい者支援センター、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対し、平成25年2月～平成26年7月の6か月間の18歳以上40歳未満の新規相談事例発生件数（incidence rate）を前向きに調査し、3か月後の10月までの追加情報を加味して結果を回収した。

調査の結果、18歳以上39歳以下の人口10万人あたり、1年間に換算すると20.8～103.0件の新規発生数であった。

CRAFT(Community Reinforcement and Family Training)について、ひきこもり事例（未診断の発達障害者の割合が高い）の家族への応用や発達障がい者への応用について研究協力を実施した。

地域保健分野におけるガイドラインについて、内容の基本的な構想について協議を行った。

引き続き、地域精神保健分野におけるガイドラインの策定を含めて、上述の課題に関する研究をさらに進めていく必要があると思われる。

A. 研究目的

ASD（Autism Spectrum Disorder、自閉スペクトラム症）特性や ADHD（Attention Deficit / Hyperactivity Disorder、注意欠如・多動症）特性などの発達特性は、不登校やひきこもりにも関連すると報告されているほか、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伴う事例も存在する。しかしながら、家族や地域の支援機関では、現実的にはそれらの問題行動への対応に苦慮するケースが多い。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、新たな支援方法を開発・確立しようとする試みも始められており、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参考となる知見を集積し、それを広めることにより、各地域でより効果的な支援を発展させていく必要がある。

本分担研究班では、発達特性を持ち、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事例に対して、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、地域精神保健福祉領域での一定のガイドラインとなるような取りまとめを行うことを目標としている。

## B．研究方法

今年度は、昨年に引き続き、以下3つの点について検討を行った。

「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、3つの地域(以下A、B、Cと記載)を選び、それぞれの地域の関係機関を対象に、事例の取扱件数に関する調査を行い、その結果についてまとめた。

実際の方法としては、A、B、Cの地域にある、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、平成26年2月から同年7月までの6か月間の新規相談開始事のうち、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を依頼し、個人を特定できない形で、データを回収した。最終的にAでは20、Bでは13、Cでは37の機関に依頼した。それらの結果をもとに、各地域での事例の発生率を中心とした解析を行った。

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、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い、他の研究班(「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、以下「境班」と協力して、ひきこもり事例に対しての調査・研究を行った。

地域精神保健福祉分野におけるガイドラインについて、昨年度から引き続き検討を行い、来年度の内山班全体のガイドラインの中に、本分担研究の地域精神保健福祉分野の内容をどのように盛り込むかについて検討を行った。

(倫理面への配慮)

本研究のうち、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されたものである。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。のCRAFT応用の事例については、境班のプロジェクト全体の徳島大学総合科学部人間科学分野における研究倫理審査委員会の承認の中で実施するものである。の地域精神保健福祉分野のガイドライン作成の検討については、これまでのところは全体構成等の話し合いであり、個人を特定できるような内容については取り扱われていない。

## C．研究結果

A、B、Cの3つの地域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

に関する調査の結果について、結果をまとめると以下の様になった。

・3つの地域から6か月間にエントリーされた有効事例数は、全部で224件であった。

・今回の調査対象事例が0件という回答を含み、最終的にAでは20か所すべて、Bでは13か所のうち6か所、Cでは37か所すべてから回答を得た。

・それぞれの地域において、平成26年4月1日現在の18歳～39歳人口10万人あたりの発生率として計算すると、それぞれ年に換算して、39.7件、20.8件、103.0件となった(別添資料表1)。

・社会行動面の課題のうち、「ひきこもり」あるいは「不登校」以外には特に記載がなかった事例を除くことによって、触法、他害行為、家庭内暴力、自傷、物質依存などが記載されていた事例について発生率を計算すると、平成26年4月1日現在の18歳～39歳人口10万人あたり、それぞれの地域で年に換算して、約22.3件、17.9件、69.0件となった(表2)。

・エントリー事例のうち、性的逸脱行動を含む触法行為、暴力を含む他害、警察による保護歴や逮捕歴、精神保健福祉法上の措置診察を受けたり、実際に措置入院となったりした事例は、それぞれの地域で、平成26年4月1日現在の18歳～39歳人口10万人あたり年に換算して、A、B、Cそれぞれ、20.0件、15.0件、49.7件という結果であった(表3)。

・自傷や自殺念慮、自殺企図などが見られた事例は、同様な算出方法で、平成26年4月1日現在の18歳～39歳人口10万人あたり年に換算して、A、B、Cそれぞれ、4.6件、8.7件、23.0件という結果であった(表4)。

・今回エントリーされた事例のうち、医療機関でASDあるいはADHDを含めて、何らかの精神科診断名が確認された比率は、A、B、Cそれぞれ、60.2%、61.1%、63.5%であった(表5)。また、医療機関で何らかの精神科診断がなされている事例のうち、ASDあるいはADHDと診断さ

れている比率は、A、B、Cそれぞれ、80.6%、77.3%、79.6%となっている(表6)。

「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の検討は、境班と協力して行い、「ひきこもり状態にある人の家族に対する認知行動療法の効果：CRAFTプログラムの適応」の研究に協力した。研究方法や研究結果の詳細については、境班の報告書を参照されたい。

地域精神保健分野におけるガイドラインについては、内山班全体のガイドラインの中の位置づけを考えながら、本分担研究班による内容をどのように盛り込むかについて考慮する必要がある。分担研究班内でのガイドラインに関する協議としては、以下の様な方針が検討された。

・「ガイドライン」というよりも、支援の「実践ヒント集」のようなものの方が、作成しやすいのではないかと？

・既に作成されているような、いろいろなリーフレットなどを可能であれば盛り込んで、事例と関連付けて解説を加えることによって、内容を把握しやすくするように出来るとよい。実際のCSO(主な関係者 concerned significant other)の役割や、実際の3ステップの役割など。

・事例を可能な範囲で盛り込むことにより、具体的な支援のイメージや、地域によるシステムについての運用上の差異などがわかりやすいのではないかと。

・警察や弁護士、少年院などの矯正施設の職員などにも読んでもらえるような物になると良い。警察や矯正施設で地域移行、地域連携のために使えるチェックリストなどを盛り込むのはどうか。

・実際に被害届を出してもらうことで、どのような地域での処遇の選択肢が生じるかなど、事

例を交えて例示できると良いのではないか。

・医療機関との連携体制についても具体的に示せるとよいのではないか。

#### D. 考察

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、その実施に際しての課題は昨年度の分担研究報告書についても記載したが、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、今回は、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。また、対象となる事例については、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と考えた。それで、今回は、比較的地域の全体の状況が把握しやすいと考えられる3つの地域に絞って調査を行うこととした(調査方法については別添資料2に示した)。

今回の調査では、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(性同一性障がいには含まない)の社会行動面での課題を持つ事例の地域の相談機関における新規相談発生数について、その地域の18歳から39歳までの調査と同時期の人口10万人あたり、年に換算し数値を算出した。同様な方法で、ひきこもり性的逸脱行動を含む触法行為、暴力を含む他害、警察による保護歴や逮捕歴、精神保健福祉法上の措置診察を受けたり、実際に措置入院となったりした事例や、社会行動面の課題のうち、「ひきこもり」あるいは「不登校」以外には特に記載がなかった事例を除いた場合、自傷、自殺念慮、自殺企図などが確認された事例などについて発生頻度の算出を行った。

また、今回エントリーされた事例のうち、調査時あるいは調査終了後のフォローアップ期

間に医療機関等で医師による診断を受けたものと、医療とのかかわりがなく医師による診断を受けていないものの比率、さらに、医療機関で診断を受けている事例のうち、ASD や ADHD の診断を受けているものの比率についても算出した。

今回の予備的な調査では、以下に述べるような様々な点で調査の限界があり、これらの数値の解釈には慎重でなければならない。

・診断の問題： 医療機関の関わりがない事例が、一定数存在し、医学的には未診断の事例を含んでいる。フォローアップによる追加情報で補足される可能性はあるが、それでも医療との関わりのないままの事例もかなり残ると推定される。

・地域における対象となる事例の発生数を網羅していない可能性： 今回調査を実施した機関以外で支援されている事例が一定数は存在すると考えられる。特に、今回は地域の医療機関を調査対象として含んでいないため、医療機関だけで支援されている事例については不明である。また、家族のみで問題が抱えられていて、外部の相談機関による支援に繋がっていない事例についても、今回の調査では把握できていない。

・事例の重複： 調査期間中に、今回調査対象となった複数の支援機関でそれぞれ新規事例となった場合は、重複してエントリーされている可能性が否定できない。

その他、短期間の調査で個々の事例に関する情報が十分に得られなかった可能性など、様々な要因等を考慮の上、あくまで参考値として、新規相談事例の発生数を記載した。今後は、今回の調査で懸念される様々な課題についても検討を加え、より正確な調査結果が得られるようにすべきであると考えられる。

「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、実地的な研究が進められている。今回、CRAFT の手法が、青年期・成人期発達障がいへ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、境班との連携を考えながら、進めることとなった。

本分担研究班としては、個別事例に対する地域の相談支援全体の中で、CRAFT プログラムあるいは CRAFT 的な支援に対する考え方を、どのように当てはめて好ましい結果に繋げていかかといった視点からも、今後検討を加えていきたいと考えている。

地域精神保健分野におけるガイドラインについて

地域精神保健福祉分野におけるガイドラインは、内山班全体で作成される予定のガイドラインの一部を担うものである。本分担研究では、地域精神保健領域で把握される課題や頻度、アセスメント、支援方法のツールの開発や効果的な利用、匿名性に十分配慮したうえでの参考事例の提示などについて記載していく予定である。内容の詳細については、今後研究協力者間で協議しながら作成していく予定である。

## E . 結論

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・支援について、新規発生件数の調査、CRAFT に関する検討、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の検討を行った。この研究班全体のゴールである、多様な領域の専門職を対象としたガイドライン作成や、必要な支援システムの提言などに向けて、引き続き研究を進めていきたい。

## 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 P D D 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、室橋 春光 : 自閉症スペクトラム障害特性が背景にある ( または疑われる ) 社会的ひきこもりへの C R A F T を応用した介入プログラム-プログラムの紹介と実施後 30 例の後方視的調査 - . Jpn. J. Child Adolesc. Psychiatr., 55(3); 280-294, 2014
- 4 )山本 彩 : 自閉症スペクトラム障害特性を背景に持つ社会的ひきこもりへ CRAFT(Community Reinforcement and Family Training)を参考に介入した 2 事例 . 行動療法研究、40(2)、115-125, 2014.
- 5 )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.

6) 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.

7) 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.

8) 吉田精次 + ASK (アルコール薬物問題全国

市民協会 アルコール・薬物・ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法-CRAFT。(株)アスク・ヒューマン・ケア, 2014.

9) 藤川洋子、井出 浩: 触法発達障害者への複合的支援 司法・福祉・心理・医学による連携。福村出版 2011.

10) 熊上 崇: 発達障害のある触法少年の心理・発達アセスメント。明石書店 2015.

## 「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」

- ・ A、B、C の 3 つの地域について、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、平成 26 年 2 月～平成 26 年 7 月の 6 か月間について、18 歳以上 40 歳未満の新規相談事例発生件数（incidence rate）を前向きに調査。3 か月後の 10 月までの追加情報を加味して結果を回収。
- ・ 対象は ASD 特性や ADHD 特性が推定される方で、触法（性的逸脱行為を含む）他害行為、家庭内暴力、ひきこもり、不登校、自傷、物質依存などの社会行動面での課題によって新規相談となった事例とした。
- ・ 2 年以上の発達障がい児（者）支援の経験をもつ専門職が、対象者に ASD 特性や ADHD 特性を持つと推定された事例についてエントリー。
- ・ 調査の方法には限界があり、調査結果はあくまで「参考値」として提示。

表 1 . 各地域の人口当たりの新規相談事例発生件数

	新規事例発生数 （件/全人口 10 万人/年）	新規事例発生数 （件/18 歳～39 歳 人口 10 万人/年）
A	10.7	39.7
B	5.7	20.8
C	22.3	103.0

表 2 . 表 1 のうち「ひきこもり and/or 不登校のみ」を除いた発生件数

	新規発生数 （件/全人口 10 万人/年）	新規発生数 （件/18 歳～39 歳 人口 10 万人/年）
A	6.0	22.3
B	4.9	17.9
C	15.0	69.0

表 3 . 表 1 のうち他害的行為の発生件数：

触法（性的逸脱行為含む）and/or 他害（暴力を含む）and/or 警察による保護歴 and/or 逮捕歴 and/or 措置診察 / 措置入院歴

	新規事例発生数 （件/全人口 10 万人/年）	新規事例発生数 （件/18 歳～39 歳 人口 10 万人/年）
A	5.4	20.0
B	4.1	15.0
C	10.8	49.7



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

	新規事例発生数 (件/全人口 10 万 人/年)	新規事例発生数 (件/18 歳 ~ 39 歳 人口 10 万人/年)
A	1.2	4.6
B	2.4	8.7
C	5.0	23.0

表 5 . 表 1 のうち医療機関での精神疾患診断の有無

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

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

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

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

( A、B、C ) 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させていただきます )。

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 ( A、B、C ) 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、その後を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)の記載を参考をお願いいたします。

・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(厚生科研 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。また、本研究に用いた内容は、通常の相談支援業務の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、プライバシーは保護されています。

連絡先

(以下省略)

平成26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  
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

発達障害の臨床上の現れ方を検討する目的で、臨床症例の検討、発達障害の行動障害の臨床現場での実態とその対応状況、また実際の対応手法である弁証法的行動療法の応用について検討した。

その結果、臨床症例の中には事例化する背景の発達障害の早期発見介入に必要なや、事例化後の扱いにおいてある程度マニュアル化したアプローチが可能と考えられた。また全国精神科診療所に関するアンケート調査で、発達障害の対応は一般精神科診療所で少なく無く、また行動上の問題等で対応上の困難が生じている実態が浮かび上がってきた。この意味で、早期の簡易なスクリーニング手法の開発と、対応のマニュアル化の必要が明らかになった。さらにこれに付随した対応として最近欧米を中心に弁証法的行動療法（DBT）の汎用が進められており、従来のDBTに加え家族療法的要素、発達の認知特性に合わせたスキルの導入が認められた。

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（ASD）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。

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日本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。

### 3) ADHD および ASD の行動障害に関する精神療法

現在 ADHD および ASD の行動障害に関する精神療法として欧米で弁証法的行動療法の応用が試みられているこの実態を調査し我が国において利用可能なマニュアルを策定する。

#### 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のな問題が明らかになる事例が少ないことから、早期に診断閾値下の発達障害を抽出するシステムが求められる。また今回 ASD を背景に長期引きこもり後に凶器を多数所持し、衝動性が高まっていた事例を検討した。そこで患者の ASD 特性に応じたアプローチと家族の対応能力を強化する第三者介入が同時に施行されると衝動性を下げ安全な管理可能な病態へ移行可能な事例があり、プロトコールを作成した。

2) 日本精神科診療所協会の協力を得て、所属施設に対してアンケート調査を平成 26 年 11 月に施行した。対象施設は都内 1605 施設。回収は 378 施設で回収率は 23.5% であった。施設の内訳は平均月間患者数が 657 人であり、東京、大阪、福岡などの都市部に集積して回答がみられた。発達障害の患者割合では 5%未満の施設は 62.7%であり 32.7%の施設で 5%以上を占めていた。

発達障害で内訳では、ASD が最も多く、次に ASD および ADHD の併存例であり、3 番目が ADHD であった。また併存障害は気分障害が最も多く、次に神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害であり、3 番目が統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害であった。(グラフ - 3) 対応の困難は 80.6%の施設で何らかに認められた(グラフ - 5)。

特に苦慮した症状は、こだわり、巻き込み型の強迫、暴言暴力であったグラフ (- 6)。また行動上の問題で個々の行動を調査すると、暴力行為は、74.9%の施設で、窃盗は 51.6%の施設で、放火は 14.8%、殺人なども 4%の施設で発生していた。さらに引きこもり 84.7%ネットゲーム依存 68.3%の施設で認められた(グラフ - 1~20)。

発達障害に関連する問題行動に関する薬物療法では、非定型抗精神病薬が 1 番に選択され、2 番目が気分安定薬、3 番目に非中枢刺激 ADHD 治療薬が選ばれていた(表 - 1)。またこれらの薬剤の組み合わせ順位をみると、1 番目が非定型抗精神病薬と気分安定薬、2 番目が非定型抗精神病薬と抗うつ、3 番目が非定型抗精神病薬と抗不安薬もしくは漢方薬の組み合わせであった。(表 - 2)。非定型抗精神病薬の中では、リスパダール、アリピプラゾール、オランザピンの順に多く使用されていた(表 - 3)。また、ADHD 治療薬の中では、非中枢刺激性 ADHD 治療薬、中枢刺激 ADHD 治療薬の順であった(表 - 4)。これに対する対応としては、各都道県に発達障害対応相談センターの設置といった簡便な相談窓口の要望がもっとも多く、次に簡易対応マニュアルの策定、3 番目に緊急対応施設の整備充実などが要望されていた(グラフ V)。

3) 弁証法的行動療法 (DBT) は ADHD と ASD に関してプログラムが開発されている。特色は従来の DBT と比較して家族教育や家族療法が併用され、患者を取り巻く広い意味での環境の調整が統合的治療の一部に加味されている点である。またスキル面でもこれら発達障害に適応したスキルの習得が加えられていた。

#### D. 考察

1) 症例調査では、ASD の長期引きこもりで凶器を所持し、家族を支配しているような事例の介入では、第三者が ASD 特性に適合した認知行

動療法的アプローチを行う事と平行して家族関係に介入し、家族機能を高めることで患者の過度の退行を抑制し、衝動水準の低下を図れる事例が存在することが明らかになり、ASD 関連の重大事犯を未然に抑制するモデルとなると考えられた。

2) 今回の全国調査結果をみると、日本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、発達障害対応センターや緊急対策施設の整備充実や、対応マニュアルの作成が多く要望されていることから、成人施設同様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 の併存症例が多くみられた。またそれを反映して、問題行動は、こだわり、巻き込み型強迫行為などが前景にみられた。さらに、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クレベルで経験されている事実はその予防や治療の側面から、医療、教育、行政機関の連携した対応が重要と言えよう。今回の調査は12歳以上を対象としたが、実際の触法行為、犯罪行為は中学入学以前に問題行動が始まる事例も多く、幼少期から成人への医療上の連携も重要な課題と思われる。事例を検討してみると、前回は付言したが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ケースマネ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などは要望されていたが、これはすでに設置されていたり、ニーズには十分に適合していなかったり、周知されていなかったりする部分があることをうかがわせる。また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。

3) DBT の ADHD と ASD への応用はまだ始まったばかりだが、衝動と情動のコントロールスキルをこの技法を通じて教えていくことは有用な印象を受けた。

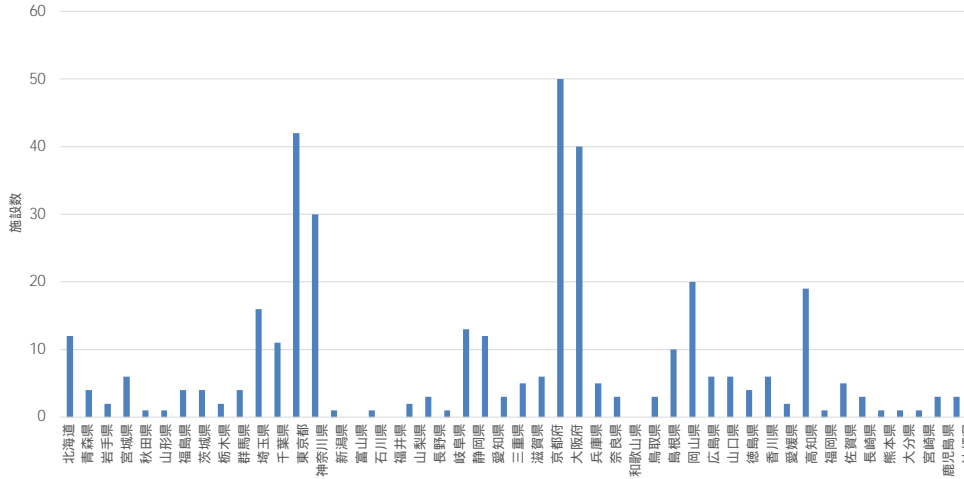
#### E . 結語

発達障害の問題行動は多様で、臨床現場でも種々の課題が認められた。このため事例により現場をサポートするシステムや技法が充実することが、重大な事犯を未然に防げる可能性があると考えられ、今後今回の研究結果を前提としたマニュアル作成を遂行する予定である。

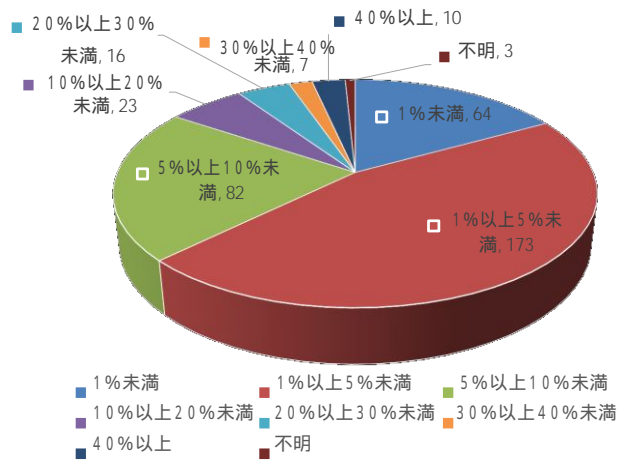
添付図表を調査概要（別紙）とした。

## グラフ - 1 調査回答施設分布

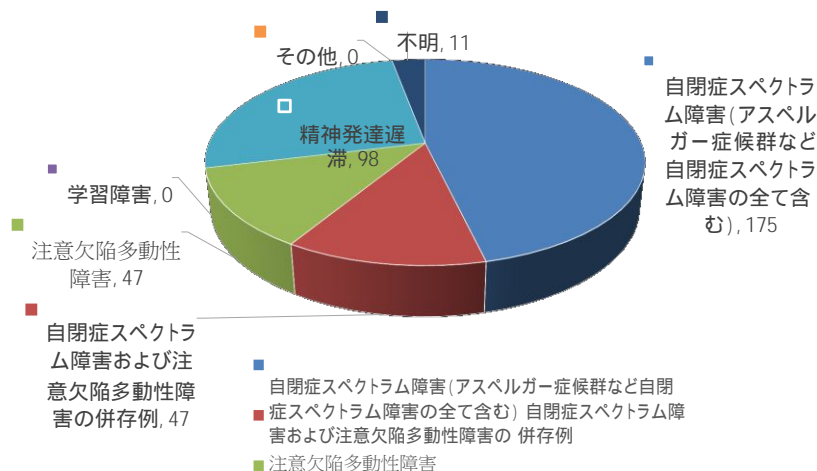
調査施設分布



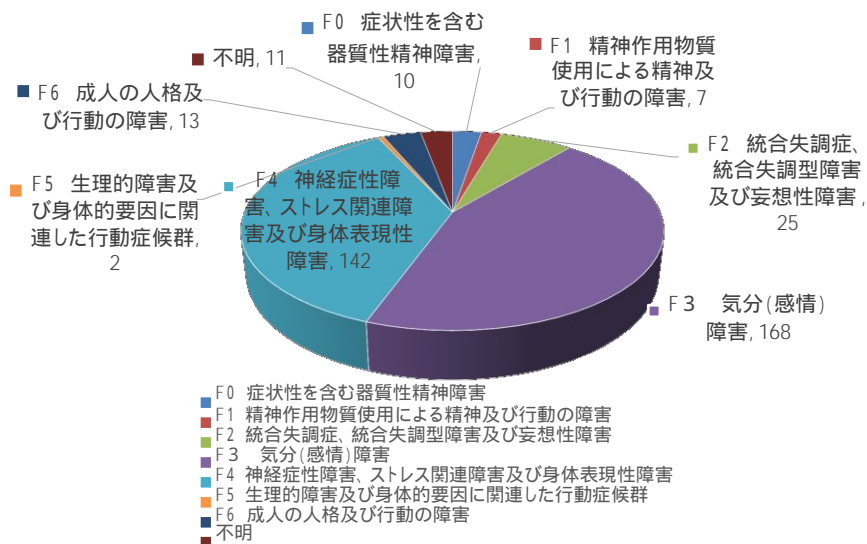
## グラフ - 2 外来における発達障害患者



## グラフ - 3 発達障害の種類

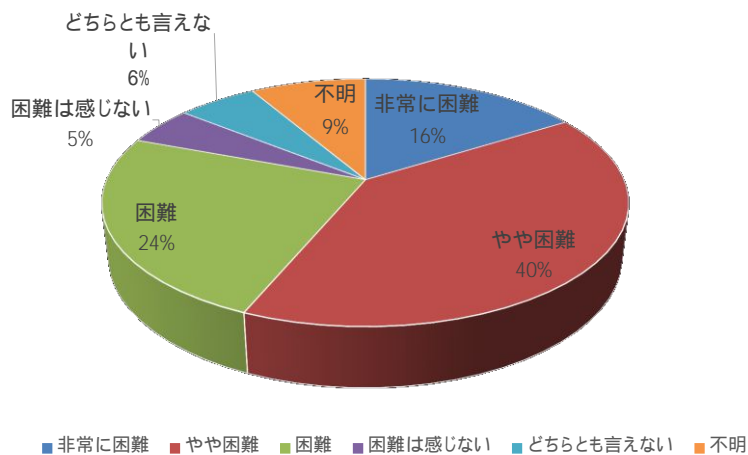


## グラフ - 4 併存障害の種類

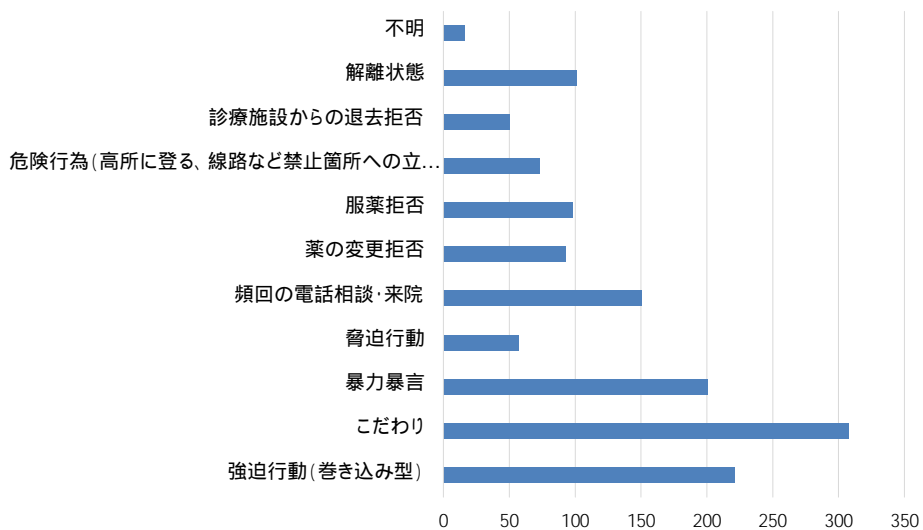




## グラフ - 5 治療上の困難

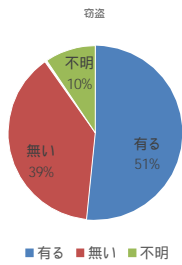


## グラフ - 6 対応苦慮事例の内訳

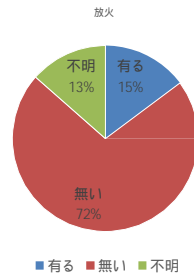


# 発達障害と関連する問題行動の経験の有無

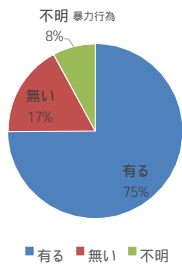
## グラフ - 1 窃盗



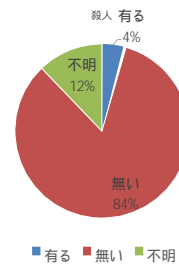
## グラフ - 2 放火



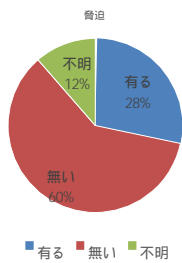
## グラフ - 3 暴力行為



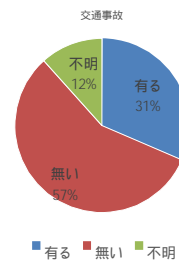
## グラフ - 4 殺人



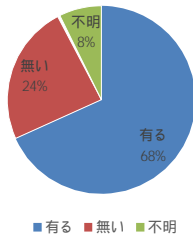
## グラフ - 5 脅迫



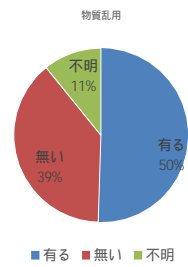
## グラフ - 6 交通事故



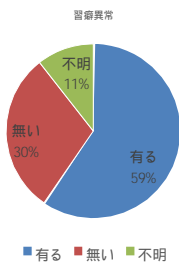
グラフ - 7 ネット・ゲーム依存



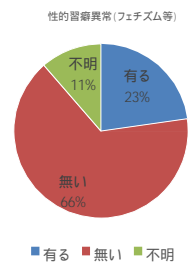
グラフ - 8 物質乱用



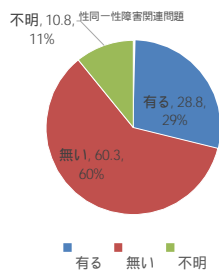
グラフ - 9 習癖異常



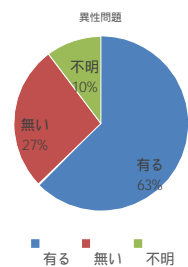
グラフ - 10 性的習癖異常(フェチズム等)



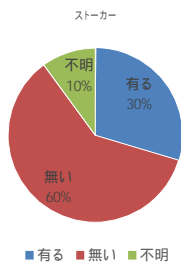
グラフ - 11 性同一性障害関連問題



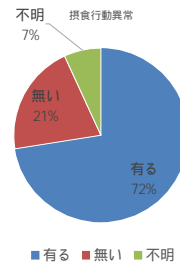
グラフ - 12 異性問題



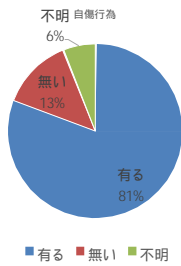
グラフ - 13 ストーカー



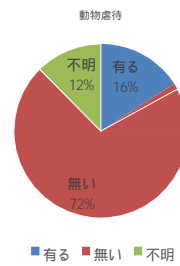
グラフ - 14 摂食行動異常



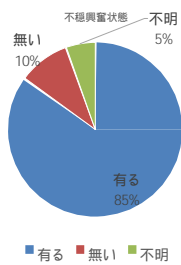
グラフ - 15 自傷行為



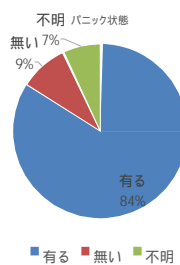
グラフ - 16 動物虐待



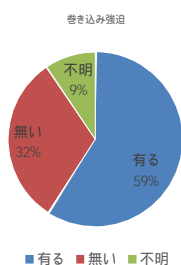
グラフ - 17 不穏興奮状態



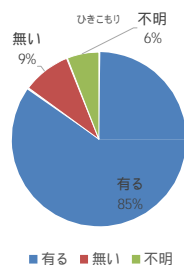
グラフ - 18 パニック状態



グラフ - 19 巻き込み強迫



グラフ - 20 ひきこもり



発達障害の問題行動への薬物療法の実態

表 - 1 発達障害の問題行動への薬物療法

順位	割合	薬物種類
1位	43.7%	非定型抗精神病薬
2位	13.8%	気分安定薬(抗てんかん薬を含む)
3位	11.4%	非中枢刺激 ADHD 治療薬
4位	11.1%	抗うつ薬(SSRI・SNRIを含む)
5位	8.5%	抗不安薬

## 表 - 2 発達障害の問題 行動への薬物療法

No. 組み合わせ	n	%
1 非定型抗精神病薬 - 気分安定薬	89	23.5
2 非定型抗精神病薬 - 抗うつ薬	30	7.9
3 非定型抗精神病薬 - 抗不安薬 or 漢方薬	25	6.6
4 気分安定薬 - 非定型抗精神病薬	21	5.6
5 抗うつ薬 - 気分安定薬	15	4.0
6 非中枢刺激 ADHD 治療薬 - 抗うつ薬	15	4.0
7 非中枢刺激 ADHD 治療薬 - 非定型抗精神病薬	14	3.7
8 非定型抗精神病薬 - 非中枢刺激 ADHD 治療薬	12	3.2
9 抗うつ薬 - 抗不安薬 or 漢方薬	10	2.6
10 気分安定薬 - 抗不安薬 or 漢方薬	10	2.6

## 表 - 3 非定型精神病 薬の中での使用順位

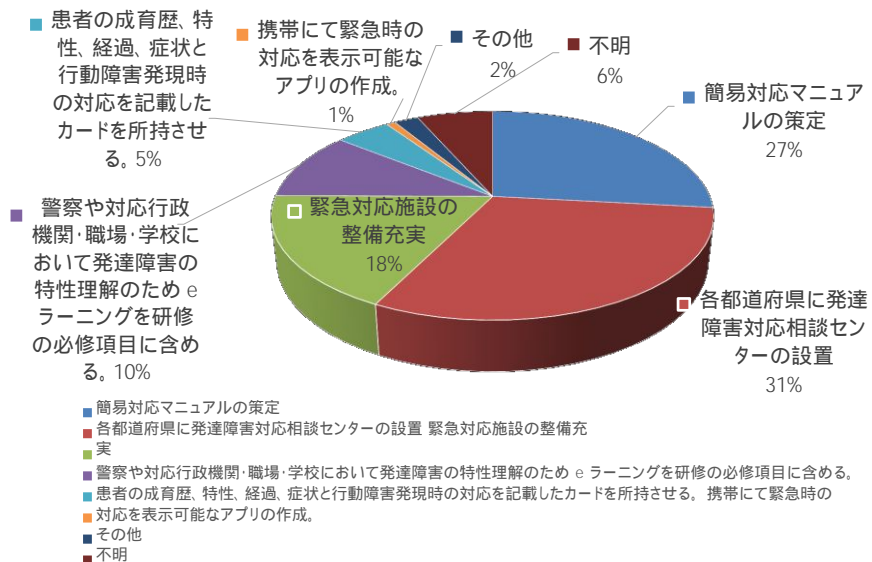
順位	割合	薬物種類
1位	39.4%	リスペリドン
2位	24.3%	アルピプラゾール
3位	15.1%	オランザピン
4位	10.3%	クエチアピン
5位	1.9%	プロナセリン

## 表 - 4

### ADHD 治療薬の中での 使用順位

順位と%		
1位	59%	非中枢刺激薬
2位	17.2%	中枢刺激薬

## グラフ 対応の在り方



平成26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  
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

精神科臨床例における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  
～思春期精神科臨床における発達障害患者の非行についての研究

分担研究者 市川 宏伸（東京都立小児総合医療センター顧問）  
研究協力者 遠藤 季哉（東京都立小児総合医療センター）  
公家 里依（東京都立小児総合医療センター）  
永吉 亮（東京都立小児総合医療センター）  
山口 葉月（東京都立小児総合医療センター）  
海老 島健（東京都立小児総合医療センター）  
児玉 祥子（東京都立小児総合医療センター）

研究要旨

東京都立小児総合医療センターに診療録があるもののうち、司法介入のなされた92例について、背景疾患、年齢非行の内容、知能などについて後方視的に調査した。発達障害を持つもののほうが、早い年齢で司法介入される傾向がみられ、非行の内容にも特徴的な傾向が見られた。

A：研究の目的

少年法では20歳未満の青少年による犯罪行為、触法行為及び虞犯を総称して非行と呼ぶ。虞犯とは保護者の正当な監督に服さない、家庭に寄り付かない、犯罪性のある者や不道徳な者と交際する、自己または他人の特性を害するなどの性癖を有することから、これらに将来犯罪を行うおそれが濃いと判定された状態をいう。触法行為とは、14歳未満で刑罰法規に触れる行為のことであり、犯罪行為とは14歳以上で刑罰法規に違反した行為のことをいう。これらに該当する少年少女は、警察から児童相談所に身柄を通告されたり、少年少女保護の観点から家庭裁判所の審判に付されることになる。

非行の原因としては、家庭の問題やいじめなどの学校での適応の問題と並び、近年は、発達障害などの精神的な背景が指摘されるようになった。注意すべきことは発達障害者が非行や犯罪につながりやすいということが証明されているわけではない点で、偏見を持たれるべきではないが、その一方、発達障害者の非行・犯罪には特異な内容ものがしばしばみられることも指摘されている。

東京都立小児総合医療センターは2011年に開院し、児童・思春期精神科は、年間に1300名の患者

(H22年度)が初診し、1日の外来規模は127名(同)になるわが国でも最大規模の児童精神科である。開院後、虞犯、触法行為、犯罪により警察あるいは司法より担当医あてに病状の問い合わせがあった症例は、数10件に及ぶ。また、児童相談所が関係するケースにおいては、虞犯などで警察と関連するケースが多くみられる。

これらには、発達障害のみならず、統合失調症などの内因性の精神疾患や、家庭環境の問題を主とするもの、行為障害が主診断となるものなどさまざまなものが含まれる。また、行為の内容も、一般の暴力事件、窃盗、詐欺、性的暴力など多岐に及ぶ。司法や警察との関連の視点から、大規模児童思春期精神科病院の通院者を解析した報告はほとんどないが、発達障害が主診断または併存症となるものが、一定の割合で存在すると考えられた。以上から、児童精神科臨床症例において、発達障害患者が、犯罪・触法行為につながる背景を明らかにすることを目的として、調査を行った。

B：研究の方法

1) 対象： 東京都立小児医療センターに診療録のあるもののうち、警察および司法関係者から照



会のあった症例。(都立梅ヶ丘病院からの診療録移行者も含む) 各担当医に質問紙を配布し、犯罪・触法行為による警察介入歴があることが把握された症例。

- 2) 研究デザイン: 診療録の後方視的調査。各担当医への聞き取り調査
- 3) 調査項目: 年齢, 性別, 診断, 行為の内容, 知能など

なお、当調査は東京都立小児総合医療センター倫理委員会の審査を経て行われた。

### C: 結果

対象となった症例は 92 例 (男子 82 例: 89.1%, 女子 10 例: 10.1%) であった。複数回照会や逮捕された例が、少なくとも 7 例あったが、今回の調査では最終の司法介入の件で取り扱うこととした。介入された年齢は  $17.7 \pm 7.3$  歳で、性別で有意差は見られなかった。

非行内容を表 2 に示す。窃盗, 暴行・傷害がそれぞれ 34 名 20 名と多く、合わせて 58.7% を占めた。その他の要件としては、児童虐待, 銃器所持, ストーカー行為, 嫌がらせなどが挙げられた。

疾患名を表 3 に示す。PDD と ASD に関しては、診断時によってそれぞれ診断名が異なっているが、ここでは便宜上 ASD とまとめて取り扱うこととする。ASD が 32 名, ADHD が 29 名 (併存診断を含む) と多くを占めたが、当院の初診時診断名 (表 4) でも ADHD と ASD で 55.6% を占めており、比較すると、取り立てて多いという判断はできないことに留意が必要である。

なお初診時年齢は  $12.5 \pm 4$  歳であった。

知能検査が行われていたものは、78 名 (84.8%) であった。検査の内容は、WISC- が 61 名, WISC- が 10 名, WAIS- が 2 名, 田中ビネーが 4 名, その他 1 名であった。以下割合は 78 名中のものを示す。優秀知能 (IQ130 以上) が 1 名, 正常知能が 32 名 (41.0%), 境界知能 (IQ70~84) が 17 名 (21.8%), 軽度精神遅滞 (IQ50~69) が 26 名 (33.3%) 中度精神遅滞 (IQ または DQ49 以下) が 2 名 (2.6%) であり、正常以上の知能保持者は 42.3% であった。

Discrepancy について見ると、測定可能な尺度を用いていた 73 名のうち、10 以上が 41 名 (56.2%)

を占め、さらに 20 以上が 13 名 (17.8%), 25 以上が 10 名 (13.7%) を占めた。

(表 2)		(表 3)	
非行内容	人数 (割合)	診断名	人数 (割合)
殺人・殺人未遂	5(5.4%)	ASD	23(25.0%)
暴行・障害	20(21.7%)	ASD+ADHD	4(4.3%)
窃盗	34(37.0%)	ASD+MR	5(5.4%)
詐欺	2(2.2%)	ADHD	19(20.6%)
違法薬物	1(1.1%)	ADHD+MR	6(6.5%)
性犯罪	5(5.4%)	MR	11(12.0%)
放火	4(4.4%)	Sc	5(5.4%)
不法侵入	4(4.4%)	OCD	5(5.4%)
交通犯罪	2(2.2%)	Others	14(15.2%)
その他	10(10.9%)		
不明	5(5.4%)		

(表 4) 2012 年度 初診時診断名 (総計 1300 名)

診断名	人数 (男女)	割合
PDDNOS:	247 (177/70)	19.0%
autism:	184 (160/24)	14.2%
asperger syndrome:	177(129/48)	13.6%
adjustment disorders:	159 (84/75)	12.2%
ADHD:	114(90/24)	8.8%
schizophrenia:	73 (35/38)	5.6%
MR:	49 (29/20)	3.8%
RAD:	47 (32/15)	3.6%
Depressive episode:	41 (12/29)	3.2%
OCD:	29 (18/11)	2.2%
somatiform disorders:	25 (9/16)	1.9%
CD :	25 (17/8)	1.9%
AN :	22 (2/20)	1.7%
dissociative disorders	20 (4/16)	1.5% (20 名以上)

背景疾患別に整理する。まず、司法介入があった年齢についてであるが、ASD または ADHD があった例を「発達障害あり」とすると、平均  $15.4 \pm 5.3$  歳であった。知的障害があったものは、平均  $19.4 \pm 7.6$  歳であったが、「発達障害なし」について知的障害があったものを含めてグルーピングすると、平均は  $21.4 \pm 8.7$  歳となった。

ADHD と ASD について見ると、「ASD のみあり」では平均介入年齢は  $17.2 \pm 6.7$  歳であったのに対し、「ADHD または ADHD を含む」ものは  $14.6 \pm 5.2$  歳であった。また、それぞれの犯罪行為の内容について表 5 に示す。「ASD のみあり」では窃盗が 11 名, 暴行・傷害が 9 名と多くを占めたが、「ADHD

または ADHD を含むもの」では、窃盗が 14 名で 48.3%を占め、暴行・傷害は 3 名にすぎなかった。

(表 5A) ADHD の非行		(表 5B) ASD の非行	
非行内容	人数 (割合)	非行内容	人数 (割合)
殺人・殺人未遂	1(3.4%)	暴行・障害	9(28.1%)
暴行・傷害	3(10.3%)	窃盗	11(34.3%)
窃盗	14(48.3%)	性犯罪	2(6.2%)
違法薬物	1(3.4%)	放火	2(6.2%)
性犯罪	4(13.8%)	不法侵入	2(6.2%)
不法侵入	1(3.4%)	交通犯罪	1(3.1%)
交通犯罪	1(3.4%)	その他	5(15.6%)
その他	3(10.3%)		
不明	1(3.4%)		

#### D：考察

(limitation) まず、対象となった症例 92 名であるが、一応分母として診療録の存在する数千人は想定できるものの、診療録をすべてさらったわけではなく、警察からの照会を書類から抽出したものと、現在都立小児総合医療センター児童・思春期精神科に勤務している

医師からの聞き取りによるものであり、厳密に調査対象数として扱うことはできない。よってこの 92 名という数字は意味を持つものではない。介入年齢については、前述の通り今回は複数回司法に介入されている例については、最終の事象を取り扱っている点に注意が必要である。また、初診時年齢と介入年齢の差をとることはできるが (5.2 年)、照会までに通院を中止していた例も多数あるため、これを医療的介入の年数とすることはできない。

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

Discrepancy については、FIQ が低い対象者では、出現率に大きな差が出にくいのにに対して、FIQ が高い群では大きさが出やすい傾向があり、一概に差をもって評価することはできない。しかし、今回は予備的調査として、素点をもとに評価した。知的には正常値以下のものがほとんどを占めており、大きな差が出やすいものは少ないと考えられる。

疾患名に関してであるが、DSM- では PDD に基本的には ADHD 症状があると考えられており、

正式には PDD と ADHD の併存診断は認められていなかった。よって、PDD と診断されていたものなかには、実際は PDD+ADHD であった例が一定数いたことが考えられる。

次に性別であるが 2013 年度の初診時統計によれば男子 63.8%女子 36.2%であり、例年ほぼ同様の割合だとすれば、司法関連現象に関連するのは男子のほうが多いといえる。発達障害に限ると男女比はやや男子優勢になるものの、今回の 92 名の内訳ほどの隔たりはない。また、早ければ 6 歳から司法関連事象は始まっているが、平均初診年齢には、全体のものとは大きな開きはなく、特に早期から医療介入を要するものが、司法関連事象を起こしやすいとは言えないと考えられた。

知的には、境界知能以下が 57.7%を占めたが、中度精神遅滞以下のものが少ないことは注目すべき点である。これは、犯罪や触法行為は社会参加がある程度自由にできる能力が必要であることを示していると考えられる。

Discrepancy については、10 以上の差を持つものが 56.2%を占めたが、一般的に差があることが多いとされている ASD の診断がついた症例と重なっているわけではなかった。発達障害かどうかということよりも、Discrepancy が大きいことによる本人の生きにくさに注目して、今後解析を進めたいと考えている。

司法介入のなされた年齢であるが、発達障害のあるもののほうが早い。発達障害のなかでも、ADHD のあるものが平均 14.6 歳と、ASD のもの 17.2 歳、ADHD のないもの 19.1 歳と比較して大きく下回っている。病院全体で疾患別の初診時年齢を見ると、ASD、ADHD 以外のものが  $13.2 \pm 6.2$  歳、(2013 年度) ASD が  $10.3 \pm 4.9$  歳、ADHD が  $10.2 \pm 3.4$  歳であることから、通院しているものの平均年齢が大きく隔たっているとは考えにくく、ADHD の診断がついているものは、司法介入を早い年齢でされやすいということは、今回のデータから示されると考えられる。

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

えられる。

暴行・傷害や殺人・殺人未遂に関しては、攻撃行動をする子どもの個人的な特徴として感情の調整や衝動の制御が不足していたり、他者に敵意的な意図を知覚しやすい認知的機能を持つこと、社会的状況では身体的な罰を伴うような親の厳しいしつけや、家族やメディアから暴力を目撃することなどが挙げられている。現在 92 例の詳細なデータベースを作成中であるが、虐待歴や認知傾向、学校での状況などから、誘発因子や永続因子について整理し、今後詳細な検討を加えていく予定である。

平成26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  
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（大正大学 人間学部 臨床心理学科）  
研究協力者 三上 克央（東海大学医学部専門診療学系精神科学）  
宇佐美政英（独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院）  
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）  
上園 礼（東京都立小児総合医療センター）  
尾崎 仁（東京都立小児総合医療センター）

研究要旨

1年目には、入院治療を必要とした広汎性発達障害患者（以下PDD）の背景について検討した。2年目にあたる平成26年度は、ひきこもり、自殺関連行動、暴力に注目し、それぞれに応じた入院治療のあり方、その有効性と課題について検討した。

ひきこもりについては、入院治療の有効性が確認できた一方で、退院後、再びひきこもり状態が生じるケースもあり、教育的支援や家族支援など、包括的・連続的な治療・支援システムの構築が必要と考えられた。同様に、自殺関連行動、とくに再企図の防止においても、家族関係や学校生活などの環境調整が重視されることが明らかになった。暴力を主訴とするケースについては、入院治療の実際について整理した。

研究1：ひきこもり

（1）対象

平成21年4月から平成22年3月までの1年間に入院となった男子30例、女子20例、計50例について、それぞれの年齢、性別、引きこもり期間、ICD-10に基づく主たる診断名、入院期間、退院先、予後、家族背景について後方視的に検討した。なお、ひきこもりの概念としては『6ヶ月以上社会参加していない』という定義が広く用いられるが、今回の検討では1ヶ月以上のひきこもりを検討の対象とした。

（2）年齢分布

年齢分布は、6歳から17歳で平均13.5歳であった。男子では平均13.7歳、女子では13.2歳で

あった。ひきこもりの背景に、学校への適応の難しさが関連していることが窺われる。

（3）診断

ICD-10に基づく主たる診断は、F2が24.0%(12例)、F4が20.0%(10例)、F8が48.0%(24例)であった。F8については、特定不能の広汎性発達障害10例、アスペルガー障害7例、小児自閉症7例という内訳であった。主診断とIQの分布から、中核的な自閉症だけでなく、自閉症特性の薄い高機能ケースにおいても、ひきこもりが生じやすいことが示唆された。

（4）ひきこもり期間について

ひきこもり期間の分布には5ヶ月から72ヶ月の幅があった。男子のひきこもり期間が平均13.1

ヶ月であったのに対し、女子は 6.0 ヶ月と、受診・入院までのひきこもり期間は男子で長期化する傾向を認めた。

#### (5) ひきこもり以外の入院時主訴

ひきこもりおよび不登校を除いた入院時の主訴は、多いものから昼夜逆転、家庭内暴力の順であった。

#### (6) 入院前の受診と診断の有無

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

#### (7) 入院期間

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

#### (8) 転帰・予後

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

#### (9) 家族背景について：

家族背景について情報収集できた 47 例中の 13 例(27.7%)が単身親、6 例(13.3%)が生活保護受給家庭であった。また、精神科疾患の家族歴は 25 例(53.2%)で把握された。内訳は、父あるいは母の気分障害、神経症、薬物依存やアルコール依存、発達障害、知的障害、線維筋痛症、同胞の不登校、適応障害、知的障害、統合失調症であった。退院前に関係機関との情報共有や、支援体制を確認するための連絡やカンファレンスを要したケ

ースが多く、家族機能の脆弱性なケースが少ないことを示している。

#### (10) 治療内容

F2 のケースでは薬物療法、F4 のケースでは精神療法を中心に、包括的な治療方針が策定されるのに対して、F8 のケースでは、発達特性の評価とそれを踏まえた指導、環境調整、二次障害の治療が課題となるが多かった。

#### (11) 考察とまとめ

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

## 研究 2：自殺関連行動

### (1) 方法

平成 22 年 3 月～平成 25 年 3 月に東京都立小児総合医療センター児童・思春期精神科に自殺関連行動を理由に緊急入院した 112 例(連続サンプル)を対象に、診療録に基づき後方視的に調査した。

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

主診断または併存診断が広汎性発達障害であった群(PDD 群)とそれ以外の群(非 PDD 群)の 2 群を設定した。さらに、PDD 群のうちフォローアップ期間中に再企図があった群(PDD 再企図群)となかった群(非再企図群)のサブグループに分類した。上記の群につき、各調査項目について比較検討した。

## (2) 結果

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

- ・平均年齢 14.4 歳
- ・男女比 47% : 57%
- ・両親同居の割合 : 66%
- ・いじめられたことがある割合 : 43%
- ・不登校歴あり : 77%
- ・被虐待歴あり : 11%
- ・併存疾患 F2 : 6%、 F3 : 19%、 F4 : 36%、 F5 : 4%
- ・併存疾患なし (PDD のみの診断) : 34%
- ・遺伝負因 (1 親等者の精神疾患) : 30%
- ・平均 IQ : 87.4
- ・過去の自殺関連行動歴あり : 49%
- ・退院後の再企図あり : 26%
- ・自殺関連行動の直接的誘因 : 学校関係 (不適応、試験、進路など) 次いで家族関係が多かった。
- ・自殺関連行動の手段は、過量服薬の他に、飛び降り、飛び出しなど衝動的なものが多かった。
- ・PDD 再企図群は、非再企図群と比して、女性のケース、過去の自殺関連行動歴のあるケース、境界知能または知的障害を有するケース、両親同居でないケース (片親家庭、再婚家庭など) が多かった。
- ・PDD 非再企図群は再企図群と比して入院中に PDD の診断を受けたケースが多かった。
- ・PDD 非再企図群では家庭環境の調整を行ったケースが有意に、学校環境の調整を行ったケースが比較的多かった。

## 研究 3 : 暴力

X 年 3 月から X+1 年 2 月までの 1 年間に当科へ緊急入院した患者で、ICD-10 に基づき F84 (PDD) と診断された患者について診療録に基づいて後方視的に検討した。対象となった F84 患者は 190 名 (男子 159 名、女子 31 名) であった。そのうち高機能 PDD 群は 111 名 (58%)、知的障害合併 PDD 群は 79 名 (41%) であった。

入院に至った主訴としては、高機能 PDD 群と知的障害合併 PDD 群ともに行動上の問題が最も多く (高機能 PDD : 66%、知的障害合併 PDD : 68%)、内訳をみてみると、高機能 PDD 群と知的障害合併 PDD 群とも攻撃性や自己破壊的行動が最も多かった。以下、とくに攻撃性が問題になり、入院に至ったケースに対する治療について述べる。

## (1) 子ども本人に対して

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

当科では、TEACCH プログラムで紹介されているような視覚的・物理的構造化を応用した環境調整をおこなっている。たとえば、日課やスケジュールを視覚的に提示したり、ルールを視覚的に提示したりすることなどが有効である。また、曖昧な表現を避け、できるだけ具体的に伝える、重要度の優先順位を明確にするなど、情報の伝え方にも配慮が必要である。

仲間集団や教師への暴力が問題になっているケースにおいては、入院当初はほぼ全例が個室を使用していた。同年代の仲間集団や指導的な立場の大人との関係でトラブルが生じるケースも多いので、個室の使用は、他児との交流を性急に強要せずトラブルが生じた際などに避難することができること、適切な社会的技能を少しずつ修得することを保証することになる。病棟におけるグ

ループ活動や日常生活場面における他児との交流の様子をみながら、集団への適応がある程度可能であると判断できれば大部屋に移動するが、コミュニケーション能力に困難を抱えていたり、本人の不安が強い場合は、個室の使用が長期化するケースもある。

全てのケースで段階的な治療目標を設定していた。具体的な治療の方針や自らの課題や進捗状況をイメージしにくい子どもに対しては、「ここまで治療が進んでいる」ということを具体的に提示するうえで、とくに有効である。年少児に対してはトークンエコノミーの手法を採り入れることが多い。それぞれの治療目標を設定して、「頑張り」に応じてトークンをあたえ、それによって報酬（強化子）を与えている。報酬を考える際には、外出や外泊、看護師手作りのカード、面会、など、最も行動を強化しやすいものを選んでいく。

不適切な行動、暴力や器物破損などについては、短時間のタイムアウトと行動修正を試みている。この際、タイムアウトが懲罰目的ではないことを丁寧に説明し、理解と協力を得る必要がある。

こうした病棟内の対人交流の機会を治療的に活用する際に中心になるのが看護スタッフである。また、おもに小学生を対象とする病棟には保育士が配置されており、日課や病棟内の活動、子ども同士の関係性に介入するうえで重要な役割を担っている。医師や心理士との個別面接では、ほとんどが支持的・受容的な面接を実施していたが、高機能群においては、それらと並行して、「怒りのマネジメント」などの認知行動療法的なアプローチを選択しているケースもあった。

## （２）薬物療法について

暴力が問題となるケースでは衝動制御に問題を抱えていることが多く、薬物療法が施行されていた。使用される薬剤としては、非定形抗精神病薬（リスペリドン、ジプレキサ）、気分安定薬（バルプロ酸、カルバマゼピン）、ADHD治療薬（メチルフェニデート除法製剤、アトモキセチン）などで、単剤もしくは併用されることが多かった。

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

発達障害児の薬物療法では、薬物の使用に対する本人の認識や理解が重要であるため、丁寧な説明を心がけているが、それでもなお、服薬の同意が得られないケースもあった。

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

## （３）家族支援

子どもの暴力については、子ども自身の対人関係能力や衝動の制御が課題になることがある一方、家族関係への介入が中心的な治療課題となるケースも少なくない。暴力や衝動的な破壊的な行動が生じるケースでは、家族関係が強い緊張状態にある、子どもに対して腫れものにさわるように接している、相互に交流を回避し、交流の機会が減っている、などの家族状況が生じていることが多く、家族が疲弊していることが多い。

入院当初はそれまでの労をねぎらい、受容的に傾聴しつつ、家族の子どもやその発達特性の捉え方や向き合い方や、親子・家族の関係性についてアセスメントする。また、入院直後から面会を設定すると、それまでの葛藤的な家族状況が容易に再現されてしまうことから、入院当初は、ほぼ全例のケースで面会を制限し、少しずつ家族との関係を再開・整理している。

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

しやすいようにはたらきかけを検討する。

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

いずれの場合でも、その場の状況や他者の言動を理解しにくい、不快な刺激に反応しやすいなどの自閉症特性を踏まえた関わり方について検討し、家族に助言することが重要である。

#### (4) 地域資源の活用

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

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

#### (5) まとめ

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

ほとんどのケースで、さまざまな治療・支援技法を折衷的に採り入れていた。病棟内での対人関係・生活場面を観察・把握し、行動の修正を促すことも有効であり、この際には看護スタッフの役割が極めて大きい。また、おもに小学生を対象

とする病棟には保育士が配置されており、日課や病棟内の活動、子ども同士の関係性に介入するうえで重要な役割を担っている。

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

#### 今後の課題

最終年度は、問題行動に至った PDD 症例に対する児童・思春期精神科医療、とくに入院治療のあり方について整理し、ガイドラインを作成する。また、そのために必要な調査を追加的に実施する。たとえば、さまざまな自殺関連行動のうち、より致死性が高いと思われる重症ケースについて、その背景要因を検討し、有効な介入のあり方を検討する必要があるかもしれない。

#### 学会発表

- (1) 尾崎 仁、渡辺由香、近藤直司：広汎性発達障害を有する子どもの自殺関連行動 . 第 110 回日本精神神経学会学術総会、一般演題
- (2) 尾崎 仁、渡辺由香、近藤直司ほか：子どもの自殺関連行動～広汎性発達障害を有する子どもの自殺関連行動に対する介入と再発予防～ 第 55 回日本児童青年精神医学会総会、一般演題

#### 論文

渡辺由香、尾崎 仁、近藤直司：子どもの自殺関連行動 . 精神科 24(1);128-134,2014



平成26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  
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究  
分担研究報告書

医療観察法対象者 / 裁判事例についての検討

分担研究者 安藤久美子（国立精神・神経医療研究センター司法精神医学研究部）  
榎屋 二郎（福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室）  
研究協力者 今井 淳司（東京都立松沢病院精神科）  
中澤佳奈子（国立精神神経医療研究センター病院）

研究要旨

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

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

昨年度に引き続き、本研究は【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部で構成されている。

【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の特徴について分析した。また、今年度は昨年の分析結果を踏まえて、とくに通院処遇中の問題行動に焦点をあてて解析した。その結果、F8 発達障害圏の診断を有する通院処遇対象者 50 名のうち、29 名(58.0%)において通院処遇中に何らかの問題行動があると報告された。18 項目の問題行動のうち、最も多かったのは、「日常生活上の規則、ルール違反など」と「非身体的暴力」であった。したがって、発達障害をもつ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トラブル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。昨年度までに開発したツールを再検討し、最終的なアセスメント項目として、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33項目を選定した。本ツールの名称は「@PIP33 - ASD version (アットピップ・サーティースリ - ASD 版)」とし、今後、海外のケースでも本ツールを試行する可能性を踏まえて、英語版「@PIP33 - ASD-English version」の作成にも取り組んだ。

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を対象として、本アセスメントツールを実施し、その妥当性を検証するとともに、ツールの有用性についても確認する予定である。

## 【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

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

#### 1．調査対象

調査対象は、医療観察法のもと、本調査への協力の得られた全国の指定通院医療機関で処遇を受けている指定通院対象者 1438 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 50 名である。

#### 2．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 26 年 7 月 15 日までの 9 年間とした。また、データ収集期間は H27 年 3 月 1 日までとした。

### 3．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。

### 4．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。

### 5．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 50 名の概要を表 1 に示した。

表 1 . 結果の概要 (N=50)

性別	男 42名 (84.0%) 女 8名 (16.0%)
年齢	平均 34.1歳 ±9.08 s.d. 範囲 20歳 ~ 60歳
通院形態	直接通院処遇 11名 (22.0%) 入院処遇より移行通院処遇 39名 (78.0%)
通院処遇継続中の者の平均通院期間 (n=23)	平均 462.0 ±257.0日 s.d. 範囲 53日 ~945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=23)	平均 1004.3 ±178.49日 s.d. 範囲 464日 ~ 1096日
診断名【Fコード】	F1:1名 (2.0%) F2:25名 (50.0%) F3:2名 (4.0%) F4:1名 (2.0%) F7:1名 (2.0%) F8:19名 (38.0%)
対象行為名 (択一式にて集計)	殺人 15名 (30.0%) 傷害 14名 (28.0%) 強盗 1名 (2.0%) 強姦 2名 (4.0%) 放火 18名 (36.0%)
被害者(物) (択一式にて集計)	家族・親戚 30名 (60.0%) 知人・友人 5名 (10.0%) 他人 14名 (28.0%) 公共物・その他 1名 (2.0%)
対象行為時の治療状況	通院治療中 20名 (40.0%) 入院治療中 2名 (4.0%)、 治療中断・治療終了 21名 (42.0%) 未治療 7名 (14.0%)
過去の入院	あり 28名 (56.0%) なし 22名 (44.0%)
過去の通院歴	あり 44名 (88.0%)、 なし 6名 (12.0%)
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 (2.0%) なし 47名 (94.0%) 不明 2名 (4.0%)
生活保護	あり 15名 (30.0%) なし 35名 (70.0%)

## 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 50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	2	5	7	14.0
2	他者への身体的暴力など (性的な暴力を除く)	2	5	7	14.0
3	他者への非身体的暴力など (暴力的言動や態度)	1	7	8	16.0
4	他者への性的な暴力など	1	1	2	4.0
(i)	2+3+4 対人暴力行動 (重複を考慮)	3	9	12	24.0
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	8.0

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	0	1	2.0
(ii)	6+7 対物的暴力行動 (重複を考慮)	1	0	1	2.0
(iii)	2+3+4+6+7 暴力的行動等 (重複を考慮)	3	9	12	24.0
8	怠学、怠職、ひきこもりなど	1	0	1	2.0
9	窃盗・万引きなど	0	1	1	2.0
10	アルコール乱用・依存など (依存者の場合は再飲酒も含む)	1	4	5	10.0
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	3	3	6.0
12	ギャンブル、買い物などの 薬物以外の依存行動	0	2	2	4.0
13	通院・通所の 不遵守・不遵守傾向	3	4	7	14.0
14	服薬の不遵守・不遵守傾向	2	3	5	10.0
15	訪問看護・訪問観察の拒否	0	1	1	2.0
(v)	13+14+15 医療への不遵守 (重複を考慮)	3	6	9	18.0
16	その他の日常生活上の規則、 ルールの違反など	3	5	8	16.0
17	病状悪化に伴う問題行動	1	3	4	8.0
18	金銭管理上の問題	1	6	7	14.0
	合計件数	20	50	70	
	問題行動なし	4	17	21	42.0

通院処遇中に何らかの問題行動が報告された者は、50名中29名(58.0%)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」および「非身体的暴力」でそれぞれ8例(16.0%)であった。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」、「身体的暴力」、「金銭管理の問題」がそれぞれ7例(14.0%)と続いていた。

以下に、参考のため、「16.日常生活上の規則、ルール違反など」を繰り返したケースおよび「1.自殺・自殺企図・自傷など」となったケースを紹介する。

(i)「16.日常生活上の規則、ルール違反など」を繰り返しているケース

40代 男性

診断：F8 広汎性発達障害

対処行為：自宅への放火

通院形態：直接通院

通院開始後まもなくより、支援者に対して一方的な内容の電話を何度もかけたり、異性に接近しすぎたり、計画性なく生活保護費を遣ってしまったたり、自室の清掃をせずにゴミをため込んだりといった様々な不適切行動が認められた。そのため、デイケアへの通所が制限されたり、経済面で困窮して外出ができなくなったりと活動範囲が狭まってしまった。そこで、支援者らで話し合い、対象者の障害特性を評価した後、現在は、支援者らが連携して一定のモデルやルールを明示し、具体的な対処方法を提案するといった方法で対応を試みているところである。今後は家族によるサポートも強化すべく、障害教育などにも取り組んでいる。

(ii)「身体的暴力」および「1.自殺・自殺企図・自傷など」を繰り返しているケース

20代 男性

診断：F7 中等度知的障害

副診断：F8 広汎性発達障害

対象行為：他人への傷害

通院形態：直接通院

処遇開始直後から環境調整のために精神保健福祉法による任意入院を行った。この入院中にケアプログラムの導入などを試みたが、プログラムへの参加自体が対象者には刺激となってしまう、ボールペンやハンガーを用いて自傷したり、室内のエアコンなどの備品を破壊したりといった暴力行動が認められた。結局、1年を超える長期の入院を経て、ケアホームへの入所となったが、対人接触によって不安定になりやすいため、あえて通院頻度を減らしてスタッフとの関わりも制限したところ、自傷や暴力行為といった問題行動は減少した。今後は、対象に過度な負担をかけずに生活上の支援を行っていくことを目標とし、地域連携を強めていく予定である。

#### 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50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3.5%であった。性別では8割を男性が占めていた。年齢をみてみると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代が3名、60代の者も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、殺人、傷害と続いており、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、56%に入院歴があり、通院に関しては88%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る。

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「3.非身体的暴力」、「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、すぐに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、小さなトラブルが発生している可能性が示唆された。また、「1.自殺・自殺企図・自傷など」、「2.身体的暴力」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、ストレスフルな環境のなかであってもヘルプサインをうまく出せずに我慢を重ね、その結果、自分自身あるいは他人への攻撃性となって行動化するようなケースも認められる。今後は、こうしたケースの特徴を明らかにすることにより、より早い段階で有効な介入ができるようなスクリーニングツールの開発が望まれる。

## 【研究 II】

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

### 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定を繰り返しながら、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

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

デルファイ法に準拠した方法で、最終的に 8

つのカテゴリーに分類される全 33 項目の設問が選定された。

各カテゴリーの名称を以下に示す。

- (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 33items ASD version：@PIP31 - ver. ASD (アットピップ・サーティースリー - 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、海外の矯正施設でも実施し、わが国の傾向との比較検討も行ってゆく予定である。

### D．結論

本研究では、医療観察法の指定通院対象者のうち、F8 発達障害圏の診断を受けていた 50 名のデータを収集し、とくに通院中に発生する問題行動について分析を行った。この中では日常生活上でみられる小さなトラブルが散見されていたことから、今後は、こうした点に注目した介入方法を検討していくことが有用であると思われた。

また、発達障害者を対象とした、暴力等の問題行動への予防的介入を行うためのアセスメントツール「@PIP33 - ASD version (アットピップ・サーティースリー - ASD)」

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、海外の矯正施設においても実施を検討中である。こうした取り組みを重ねることにより、発達障害をもつ者に対してより早期の段階で、適切な医療や支援が提供され、問題行動を予防できるような効果をもたらされることが期待される。

#### F．研究発表

##### 1. 論文発表

該当なし

##### 2. 学会発表

該当なし

#### G．知的所有権の取得状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

	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	暴力なし / 軽い暴力	中程度の暴力	深刻な暴力	反抗的で横柄な態度 他者に嘘をつく 言語的な攻撃 他者への脅迫 対人暴力の未遂 対物暴力 学校の物品や公共物に対する破壊的行動 その他( )	
	2.身体的暴力の初回の年齢	暴力なし / 20歳以上	10歳以上 20歳未満	10歳未満		反社会性の合計点 点
	3.非身体的攻撃・破壊行為	なし / ごく稀	いくつか (1~2回/週)	頻回 (3回以上/週)		
	4.補導歴 / 逮捕・勾留歴	なし	1回	2回以上 (具体的な回数 回)	補導 / 逮捕・勾留時の年齢 1回目 ( )歳 (理由 ) 2回目 ( )歳 (理由 ) 3回目 ( )歳 (理由 )	
	5.施設収容歴 (施設入所歴)	なし	1回	2回以上 (具体的な回数 回)	児童自立支援施設 ( )歳 ( )回 少年院 / 医療少年院 ( )歳 ( )回 刑務所 / 少年・医療刑務所 ( )歳 ( )回	
	6.違法薬物の使用 (未成年は慢性的な飲酒を含む)	使用なし (明らかでない)	機会的な使用あり	慢性的な使用あり	使用歴のある主な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	7.不適切な養育	ほとんどなし	いくつか	明らか / 深刻	過保護 ネグレクト 不適切なしつけ 一貫性のない養育 親子関係の希薄さ その他( )	
	8.未成年期の養育者の変更	養育者の変更なし	短期的な養育者の変更	長期的な養育者の変更 (離婚による変更も含む)	家庭の合計点 点	
	9.両親・養育者の犯罪歴や反社会的傾向	反社会的傾向なし	反社会的思考や行動の傾向あり	家族に犯罪者がいる / 反社会的なライフスタイルを持つ		
学校	10.学校・職場等での不適応	ほとんどなし	いくつか (短期または 1~2回)	明らか / 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 / 遅刻 失業中でも求職しない その他( )	
	11.学業成績不振	なし	いくつか ( 年生頃から)	明らか / 深刻 ( 年生頃から)	学校の合計点 点	
	12.いじめの被害	なし	いくつか (短期または 1~2回)	明らか / 深刻 (長期または 3回以上)		
環境	13.被虐待歴	なし	いくつか	明らか / 深刻	身体的虐待 心理的虐待 性的虐待	
	14.過去の監督・保護 / 介入の失敗 (学校での指導の様子)	なし	いくつか	明らか / 深刻	具体的なエピソード ( )	
	15.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 / 非仲間との知り合いがいる 良い友人, 知人がいない / 少ない 援助者がいない / 少ない 社会からのサポートがない / 少ない	
	16.経済状況	経済的問題はほとんどない	経済的問題はあるが、生活環境はある程度整っている	明らかな経済的問題がある	貧困状態にある 生活保護を受けている 同居者の人数に対して居住空間が狭い 老朽化して不衛生な住居に住んでいる	



	項目名	解  價			チェック式評価基準 / 特記事項	合計点	点	
		0	1	2				
精神疾患	17.自殺関連行動	なし	1回	2回以上	具体的なエピソード 〔 〕	合計点	点	
	18.精神病症状	なし	いづらか / 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(幻覚・幻聴など) 精神運動興奮 明らかな思考障害 マイクロサイコース 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・蹂躪症状) その他( )			
	19.併存する主要な精神疾患	なし	/	あり 具体的に 〔 〕				
	20.障害特性の理解(受容)度	ほぼ理解あり		ある程度の理解はあるが不十分				ほとんど理解なし
	21.治療へのアドヒアランス・コンプライアンス / 協力を求める姿勢	治療への動機づけが高い / 治療や支援に協力的	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るが不十分	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				治療への動機づけが低い 治療や支援に対する非協力的な態度や思考 治療の中断歴がある 薬物療法や支援プログラムの拒否,拒否的な態度 通院や支援上の規則に従わない その他( )
個人特性	22.権威への反動的態度 / 反社会的態度	問題なし / 目立たない	いづらか / 傾向あり	明らか / 深刻		誇大した自尊心 自己中心的 不適切な罪悪感 冷淡 他者への関心が全くない 他者の感情や幸せを考えない 自分の行動の責任を受け入れない その他( )	個人特性の合計点	点
	23. かんしゃく・怒りのコントロール不全	問題なし / 目立たない	いづらか / 傾向あり	明らか / 頻回				
	24. 共感性の低さ	問題なし / 目立たない	いづらか / 傾向あり	明らかに低い	合計点			
行動特性	25.多動性 / 衝動性の高さ	なし	いづらか	明らか / 深刻	具体的なエピソード 〔 〕	合計点	点	
	26.不注意	なし	いづらか	明らか / 深刻	具体的なエピソード 〔 〕			
行動特性	27.ルール / 規則の理解不足や誤解しやすさ	なし	いづらか	明らか / 深刻	具体的なエピソード 〔 〕	合計点	点	
	28.思考の柔軟性の欠如	なし	いづらか	明らか / 深刻	具体的なエピソード 〔 〕			
	29.日常生活上のこだわり / 儀式的行動	なし	いづらか	明らか / 深刻	具体的なエピソード 〔 〕			
	30.相互的対人交流の困難さ	なし	いづらか	明らか / 深刻	具体的なエピソード 〔 〕			
	31.感覚過敏	なし	いづらか	明らか / 深刻	具体的なエピソード 〔 〕			
	32.感覚刺激による不安定さ / パニック	なし	いづらか	明らか / 深刻	具体的なエピソード 〔 〕			
	33.被暗示性の強さ (年齢相応)	なし	いづらか	明らか / 深刻	具体的なエピソード 〔 〕			

	Item	Evaluation			Tick box for specific items/ notes	
		0	1	2		
Anti-sociality	1. Physical violence	No/slight violence	Moderate violence	Severe violence	<input type="checkbox"/> Defiant and arrogant <input type="checkbox"/> Lying, causing annoyance, harm or anxiety to others <input type="checkbox"/> Verbal abuse (including verbal bullying) <input type="checkbox"/> Threats to others <input type="checkbox"/> Attempted violence towards others <input type="checkbox"/> Physical destruction (of own or others' property) <input type="checkbox"/> Destruction of school or communal property Other ( )	
	2. Age at first physical violence	No violence/above age 20	From age 10 to age 20	Under age 10		
	3. History of non-violent offending	None / very rare	To some extent (once or twice a week)	Frequent (three or more times a week)		
	4. Prior referral to criminal justice system	Never	Once	Twice or more (Specifically times)	<input type="checkbox"/> Age at police caution, arrest or detention Age ( ) first (Reason ) Age ( ) second (Reason ) Age ( ) third (Reason )	
	5. Institutional detention (or admission) detention	Never	Once	Twice or more (Specifically times)	<input type="checkbox"/> Children's home Age ( ) × ( ) <input type="checkbox"/> Secure children's home/psychiatric secure children's home Age ( ) × ( ) <input type="checkbox"/> Prison, YOI/ secure psychiatric hospital Age ( ) × ( )	
	6. Alcohol or substance abuse	None used (or unclear)	Occasional use	Chronic use	<input type="checkbox"/> Give the names of the main drugs with a history of use: Drug 1: Period of use: Drug 2: Period of use:	
Home	7. Poor parental management	Almost completely not	Somewhat	Evident/severe	<input type="checkbox"/> Over-protectiveness <input type="checkbox"/> Neglect (for other abuse, tick 13)) <input type="checkbox"/> Inappropriate discipline <input type="checkbox"/> Inconsistent upbringing <input type="checkbox"/> Poor parent-child relationship (mainly emotional attachment) Other ( )	
	8. Early care-giver disruption	No change of care-giver	Short-term change of care-giver	Long-term change of care-giver (Including separation due to divorce)		
	9. Parent/care-giver criminality	No antisocial tendencies	Antisocial tendencies and antisocial behaviour	Crime in the family / antisocial lifestyle		<input type="checkbox"/> Specific episodes of 8 and/or 9 ( )
School	10. Maladjustment to school or work	Almost none	Somewhat (short term or once or twice)	Evident/severe (long-term or three or more times)	<input type="checkbox"/> Social isolation <input type="checkbox"/> Absences from school or work <input type="checkbox"/> Isolated at school or work <input type="checkbox"/> Truancy from school or work; frequent lateness <input type="checkbox"/> Failure to look for work when unemployed Other ( )	
	11. Under-performance at school	No	Somewhat (from school year )	Evident/severe (from school year )		
	12. Victimization	No	Somewhat (Short term or once or twice)	Evident/severe (long-term or three or more times)		<input type="checkbox"/> Specific episode(s) ( )
Environment	13. Childhood history of abuse	None	Somewhat	Evident/severe	<input type="checkbox"/> Physical abuse <input type="checkbox"/> Psychological abuse (including witnessing domestic violence (DV)) <input type="checkbox"/> Sexual abuse	
	14. Prior supervision	None	Somewhat	Evident/severe		<input type="checkbox"/> Specific episode(s) ( )
	15. Lack of personal/social support	Adequate support	There is support but of dubious effectiveness	Support is wholly lacking or harmful		<input type="checkbox"/> (Isolation ( at school, work and elsewhere) <input type="checkbox"/> Has criminal or delinquent acquaintances <input type="checkbox"/> Has no good friends or acquaintances <input type="checkbox"/> No/few supportive people <input type="checkbox"/> No/little social support
	16. Financial circumstances	Almost no financial problems	Some financial problems but living environment quite good<??>	Obvious financial problems		<input type="checkbox"/> In poverty <input type="checkbox"/> Receiving social security payments <input type="checkbox"/> Living space too small for the number of people <input type="checkbox"/> Dilapidated and insanitary accommodation

	Item	Evaluation			Tick box for specific items/ notes
		0	1	2	
Mental illness	17. History of self-harm and suicide attempts	None	Once	Two or more times	Specific episode(s) ( )
	18. Active symptoms of major mental illness	None	Somewhat / not severe	Evident/severe	Delusions (sadistic /paranoid fantasies etc)) Hallucinations (visual, auditory etc) Psychomotor excitement Evident thought disorder Micropsychosis Inappropriate feelings (pathological jealousy, , suspicion etc) Mood swings (including violent changes) TCO symptoms(Threat, control override symptoms) Other ( )
	19. Psychiatric comorbidity	None	/	Present Specifically ( )	
	20. Insight into (acceptance of) the disorder	Almost complete understanding	A degree of understanding but inadequate	Almost no understanding	Lack of understanding/acceptance of disorder Lack of understanding of the effect of own actions on others Lack of understanding of risk of violence, tendency to outbursts of irritability etc due to the disorder
	21. Poor compliance with treatment / seeking support	High motivation for treatment / highly cooperative with treatment and help	Inconsistent motivation/ partially uncooperative with treatment and help / inadequate understanding of their necessity	Low motivation / uncooperative with treatment and help/ no understanding of their necessity	Low motivation for treatment Uncooperative attitude towards treatment and help History of discontinuing treatment Rejection of or negative attitude to drug therapy and support programmes Does not obey rules for hospital attendance and support Other ( )
Individual	22. Defiance of authority/ antisocial pro-criminal attitudes	No problem/unremarkable	Somewhat / tendency	Evident/severe	Excessive self-esteem Egotistic Inappropriate guilt feelings (including lack of guilt feelings)
	23. Tantrums / anger management problems	No problem/unremarkable	Somewhat / tendency	Evident/frequent	Lack of affect No concern for others Does not consider the feelings or happiness of others
	24. Low empathy remorse	No problem/unremarkable	Somewhat / tendency	Obviously weak	Does not accept responsibility for own actions Other ( )
Behaviour	25. Hyperactivity/attention deficit difficulties	None	Somewhat	Evident/severe	Specific episode(s) ( )
	26. Attention deficit hyperactivity difficulties	None	Somewhat	Evident/severe	Specific episode(s) ( )
Behaviour	27. Lack of understanding / misunderstanding of rules / regulations	None	Somewhat	Evident/severe	Specific episode(s) ( )
	28. Rigid thinking patterns	None	Somewhat	Evident/severe	Specific episode(s) ( )
	29. Inflexible adherence to routine / ritualistic behaviour	None	Somewhat	Evident/severe	Specific episode(s) ( )
	30. Deficits in social communication and social interaction	None	Somewhat	Evident/severe	Specific episode(s) ( )
	31. Hyperaesthesia	None	Somewhat	Evident/severe	Specific episode(s) ( )
	32. Anxiety/panic due to sensory stimulus	None	Somewhat	Evident/severe	Specific episode(s) ( )
	33. Suggestibility	None (age-appropriate)	Somewhat	Evident/severe	Specific episode(s) ( )

平成26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  
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 榎屋 二郎（福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室）  
安藤久美子（国立精神・神経医療研究センター）

研究要旨：筆者は本研究前報において、過去のいくつかの調査研究において我が国の少年司法システムの現場にも社会内での発生率を上回る率で自閉症スペクトラム障がい者が出現している可能性が示唆されること、そして少年司法システムの一角を担う少年院においても同様の傾向は認められ、いくつかの少年院で独自の取り組みが為されていることを報告した。少年院においては法務教官を中心に発達障がいを抱える被収容少年に対しても非行矯正、社会復帰に向けた取り組みを施設内支援として取り組んでいるが、非行少年が再非行に至らずに円滑に社会復帰を果たすためには社会復帰後の社会内支援の充実が欠かせない。そのためにも施設内支援と社会内支援の情報共有と連携による円滑な支援移行が必要となるが、発達障がいを抱える非行少年についての種々のリスクを査定する共通ツールが無いために円滑な連携や支援移行の困難が指摘されてきた。本研究ではその共通ツールとなりうる、少年院研究協力者である安藤が中心となって開発中の「発達障がい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（@PIP-33 ASD version）」の標準化と妥当性の検証の一環として、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、特に発達障がいが多く収容されている少年院において@PIP-33 を実施するための予備調査を行った。具体的には当該少年院において実際にどの発達障害がどの程度収容されているかの検証を児童精神科医師が DSM-5 を使用して行った。その結果、男子特殊教育課程少年院に入院中の 86 ケース中、

- ・自閉症スペクトラム障害に属する障がいと注意欠如多動性障害を併存する者 7 ケース
- ・自閉症スペクトラム障害に属する障がいのみ有する者 19 ケース
- ・注意欠如多動性障がいのみ有する者 3 ケース

であった。また操作的診断基準を満たした 29 ケース中、明らかな被虐待体験や被いじめ体験を有する者は 15 ケース、被虐待体験や被いじめ体験が疑われる者は 8 ケースであり、発達障がいそのものよりも不適切な対応が非行や犯罪のリスクを増加させるという過去の指摘が少年院に収容されている発達障がい少年には当てはまる可能性が有ることが示唆された。

#### A. 研究目的

本研究前報では過去の文献研究を行い、我が国の少年司法システムの現場にも社会内での発生率を上回る率で自閉症スペクトラム障がい（Autism Spectrum Disorders; 以下 ASD）者や注意欠如多動性障がい（Attention-Deficit Hyperactivity Disorders; 以下 ADHD）者が出現していることも報告した<sup>1)</sup>。それは少年司法システムの一角を担う少年院においても同様の傾向であり、法務省矯正局が注意欠如多動性障害と広

汎性発達障害を抱えた入院少年への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」を作成していることには表れている。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た。そして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いため、社会内の枠組みの中でも十分に実施でき、一般社会への汎化が可能である可能性も示唆された。少年院においては法務教官を中心に発達障がいを抱える被収容少年に対しても非行矯正、社会復帰に向けた取り組みを施設内支援として取り組んでいるが、非行少年が再非行に至らずに円滑に社会復帰を果たすためには社会復帰後の社会内支援の充実が欠かせない。そのためにも施設内支援と社会内支援の情報共有と連携による円滑な支援移行が必要となるが、発達障がいを抱える非行少年についての種々のリスクを査定する共通ツールが無いために円滑な連携や支援移行の困難が指摘されてきた。本研究ではその共通ツールとなりうる、少年院研究協力者である安藤が中心となって開発中の「発達障がい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 (@PIP-33 ASD version)」<sup>1)</sup>の標準化と妥当性の検証の一環として、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、特に発達障がいが多く収容されている少年院において@PIP-33 を実施するための予備調査を行った。

## B. 研究方法

### 1) 調査対象

少年院の中でも発達障がい者が多く収容されると指摘されることの多い男子の特殊教育課程少年院（特殊教育課程とは、「H<sub>1</sub>課程：知的障がい者あるいはそれに準ずる者」、「H<sub>2</sub>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」が収容される少年院）である A 少年院に平成 26 年 7 月より平成 26 年 12 月収容されていた全少年（男子 86 名、14～20 歳）。

### 2) 調査期間

平成 26 年 7 月～平成 26 年 12 月

### 3) 調査方法

精神科および児童精神科における臨床経験が

10 年以上ある発達障がい診断経験が豊富な医師が操作的診断基準(DSM-5)<sup>2)</sup>を用いて診断した。診断情報としては問診によるものの他、当該少年の過去の資料（非行歴や生育歴、心理検査結果、家族からの情報等）も参考資料とした。また被虐待体験の有無、被いじめ体験の有無についても調査した。虐待の定義については「児童虐待の防止等に関する法律」による定義、すなわち、「保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。以下同じ。）がその監護する児童（十八歳に満たない者をいう。以下同じ。）について行う次に掲げる行為をいう。  
一 児童の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。  
二 児童にわいせつな行為をすること又は児童をしてわいせつな行為をさせること。  
三 児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、保護者以外の同居人による前二号又は次号に掲げる行為と同様の行為の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること。  
四 児童に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力（配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）の身体に対する不法な攻撃であって生命又は身体に危害を及ぼすもの及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動をいう。）その他の児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと」を用いた。いじめの定義については、文部科学省が採用している定義「当該児童生徒が、一定の人間関係のある者から、心理的、物理的な攻撃を受けたことにより、精神的な苦痛を感じているもの。なお、起こった場所は学校の内外を問わない」を用いた。  
4) 倫理的配慮  
個人名や個人の非行名は一切特定されない調査である。研究遂行にあたっては法務省矯正局、矯正管区、および少年院の承認を得た上で実施した。

## C. 研究結果

### 1) DSM-5による診断（重複診断有り）

男子特殊教育課程少年院、86ケース中、  
ASDあり、ADHDあり：7ケース（8.1%）  
ASDあり、ADHDなし：19ケース（22.1%）  
ASDなし、ADHDあり：3ケース（3.5%）

#### ➡①②③の計29ケース（33.7%）

ASDあり（ + ）計26ケース（30.2%）、  
ADHDあり（ + ）計10ケース（11.6%）

#### ➡①②③の計29ケース名中、少年鑑別所での診断と診断結果が異なったもの：4ケース（13.8%）

#### ➡①②③の計29ケース名中、

発達障がい+知的障がい:8ケース

発達障がい+境界知能域（本研究では

IQ70~85程度とした）:12ケース

発達障がい+正常域知能:9ケース

#### ➡86ケース中、発達障がい診断されない知的障害ケース：41ケース（47.7%）

### 2)発達障がいを診断されたケースにおける被虐待、被いじめ経験の有無

29ケース中、

明らかな被虐待体験や被いじめ体験を有する 15ケース（51.7%）

明らかなではないものの、被虐待体験や被いじめ体験を有すると疑われる 8ケース（27.6%）

## D. 考察

以前から特殊教育課程少年院には発達障がい少年が多く収容されていることは指摘されていたがそれを裏付ける結果となった（33.7%）。特殊教育課程に収容される少年には「H<sub>1</sub>課程：知的障がい者あるいはそれに準ずる者」と「H<sub>2</sub>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」の2群の少年が居るが、両群には共に相当数の発達障がい者、特にASD者が含まれることが本結果より示唆された。今回の結果にてASDのないADHD者が少ない（3.5%）理由としてはピュアなADHD者は特殊教育課程少年院には送致されず、他の処遇課程に分類され、一般少年院に収容されていることが予想される。

少年鑑別所での診断結果との乖離率が13.8%であったが、この数値の期待値よりの高低の判断は本研究では難しい。しかし、非行少年の診断を観護措置の短期間で行う難しさは指摘しておくべきであろう。少年鑑別所には常勤の精神科医師が配置されていないところも多く、診断ツールの統一も行われていない。今後、世界的にエビデンスの得られているADOSやCARS2等の本人観察用ツールの導入と職員への発達障がいとそのアセスメントの教育の充実は必須と考えられる。また杉山も指摘している<sup>3)</sup>通り、本研究においても発達障がいであるのか、被虐待を背景として反応性愛着障がいであるのか判別困難なケースが多く存在した。非行少年の場合、保護者に治療情報を求めることが困難なケースも多くあり

発達障がい者の惹起する非行や犯罪は周囲の不適切な対応や支援から起こる二次障がい、それに含まれる外在化症状として起こっていることが以前から指摘がされている<sup>4)</sup>が、本研究において、発達障がいを抱える被収容少年の中で明らかな被虐待体験や被いじめ体験を有する少年が過半数である51.7%、それ以外に、明らかではないものの、被虐待体験や被いじめ体験を有すると疑われる少年が27.6%、つまり約80%の少年が虐待やいじめを受けていたことは注目に値する。齋藤は不適切な対応を防げば二次障がいを防ぐことができる<sup>5)</sup>と指摘している<sup>5)</sup>が、本研究結果も発達障がいを早期に発見し早期に適切な支援をしていく必要性と二次障がいへの対応の必要性を示唆している。発達障がい者と犯罪被害および犯罪加害の関係を考えた際に加害を起こすよりも被害を7倍も受けやすいとの報告もある<sup>6)</sup>。発達障がいを抱える非行少年は加害者である側面と共に被害者としての側面も持っており、加害行為への対応と共に被害体験への対応も必要なのである。

## E. 結論

少年院に収容される非行少年の内に一定数の発達障がい者が存在することが明らかとなった。今後、特殊教育課程少年院だけでなく、一般少年

院でも同様の調査を行い、少年院に収容される非行少年の内での発達障がい者の疫学的調査が必要になってくると考えられる。そして、発達障がいはその性質において完治するというものではない以上、少年院の収容期間内に発達障がい完治し、無くなるわけではない。その支援の必要性は少年院退所後も必ず社会内に引き継がれる。そうであれば、少年院における施設内支援と社会内支援は両立が必須であり、情報の共有や支援の一貫性が必要となる。そうであるならば少年院と社会内において共通の視点を持ってケースを検討する必要があり、発達障害特性に配慮したリスクアセスメントツール@PIP-33 ASD versionの導入には大きな意義が有る。今後、@PIP-33 ASD versionの標準化と妥当性検証のために少年院におけるフィールドワークを実施していきたい。

そして本研究においては少年院に収容されている発達障がい非行少年に相当数の被虐待体験や被いじめ体験を有することが示唆された。支援としては、本来は少年院に入らないような予防的支援が理想的であることは言うまでもなく、非行化犯罪化のリスクファクターとしては発達障がいそのものではなく、不適切な対応を受けた発達障がい者が挙げられている<sup>7)</sup>ことを考えると、発達障がいを抱える子どもを如何に早期に発見し、如何に早期に適切な支援につなげるか、そのことも重要と考える。非行や犯罪に至らないような適切な支援、非行や犯罪を起こしてしまった際の刑事司法システムにおける障がい特性に考慮した適切な理解と支援、矯正施設での矯正における障がい特性を考慮した適切な理解と支援、社会復帰した後の社会内支援における障がい特性を考慮した適切な理解と支援、これらをすべて成り立たせる社会の実現を目指し、研究を続ける必要がある。

## F. 研究発表

### 1. 著書

・臨床医のための小児精神医療入門 (医学書院 2014・4)(日本精神神経学会小児精神医療委員会 監修 / 齊藤万比古 小平雅基 編集) 分担執筆 「医療少年院」

・性犯罪からの離脱 「良き人生モデル」がひらく可能性 (日本評論社 2014・7)

(D・リチャード・ローズ (著), トニー・ウォード (著), 津富 宏 (監修, 翻訳), 山本麻奈 (監修, 翻訳) ) 分担翻訳 7章・8章

### 2. 論文発表

・榎屋 二郎 非行とそだち 非行のバイオロジー,そだちの科学23号 Page2-7(2014.10)

・榎屋 二郎 犯罪加害者に対する精神医学的アプローチ 発達障害と矯正医療 自閉症スペクトラムを中心に,司法精神医学(1881-0330)9巻1号 Page107-113(2014.03)

・榎屋二郎 発達障害の子どもの反社会的展開への介入,小児科診療77巻12号,Page1837-1941 (2014.12)

・榎屋二郎 精神障害を抱えた非行少年の矯正～医療少年院の立場から,青少年問題 第657号 Page26-31 (2015.1)

・榎屋二郎 精神医療から考える障害のある人の触法支援～発達障害を中心に～,アスペハート 37号 Page134-138 (2014.9)

・榎屋二郎 精神医療から考える障害のある人の触法支援～発達障害を中心に～,アスペハート 38号 Page112-116 (2014.12)

### 3. 学会発表

・榎屋二郎 「精神障害を抱えた非行少年の矯正～少年院での現状を中心に～」,第6回少年問題と精神医療研究会 教育講演(東京,2014.2)

## 参考文献

1) 内山登紀夫(研究代表者):厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合事業精神神経分野「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. 2014.

2) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5. Amer Psychiatric Pub; 2013. 日本精神神経学会 日本語版用語監修, DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院; 2014

- 3) 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, 東京, 2007
- 4) 榎屋 二郎 犯罪加害者に対する精神医学的アプローチ 発達障害と矯正医療 自閉症スペクトラムを中心に, 司法精神医学(1881-0330)9 巻 1 号 Page107-113(2014.03)
- 5) 齋藤万比古(編著)：発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート . 学習研究社, 東京, 2009
- 6) Murrie DC, et al: Asperger ' s syndrome in forensic settings. Int J Forensic Ment Health 1:59-70, 2002
- 7) Mills, R.: ASD and offending. 2011PandA-J 発達障害特集号イギリスとわが国の「発達障害者と触法」を考える, PandA-J, 東京, 2011



自閉症スペクトラムの診断・評価のための技法 Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders 日本語版 (DISCO-J) の開発に関する研究

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)

研究協力者 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)

高梨 淑子 (よこはま発達クリニック)

**研究要旨:** 発達障害の対応困難事例において、対応困難となる前あるいはなつて早期に適切に診断がなされておらず、十分な支援を受けられていないケースが存在する。本研究の目的は適切に発達障害とくに自閉症スペクトラム (ASD) を診断できるようにするための技法を開発することである。

国際的にコンセンサスの得られている Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO) の日本語版 (DISCO-J) を作成し、テスト - 再テスト信頼性を検証した。対象は ASD 群 36 例と対照群 20 例である。初回の DISCO-J によるインタビューから約 1 ヶ月後に再度同様のインタビューを行い、初回と 1 ヶ月後での評定間の 係数もしくは級内相関係数を検討した。

結果、多くの項目で高い 係数もしくは級内相関係数を示した。特に診断に関するセクションや項目ではほとんどの項目が 係数もしくは級内相関係数が 0.75 以上となった。これらから DISCO-J が高いテスト - 再テスト信頼性を有する ASD の診断のための技法であることがわかった。DISCO-J を臨床に用い、よりの確に ASD が診断できる可能性が示唆された。さらには、このことは対応困難事例への予防や介入に貢献できるものと思われる。

## 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。中には既に福祉支援を受けながら犯罪等に至るケースもみられるが、未診断で専

門的支援を受けていない状況で犯罪等に至るケースも少なくない。どのような支援があれば困難な状態を予防できるのか、犯罪等の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とともに、その前段階として、まずは自閉症スペクトラム (ASD) 等を的確に診断し、専門的支援につなげることが必要である。

とはいえ ASD の診断は簡単ではない。ASD は

社会的交流，社会的コミュニケーション，社会的想像力の三領域に発達的な特徴がみられる神経発達の障害であり，生来性あるいは生後早期に生じ，生涯続くものである。遺伝率は 38-90%程度と見積もられ，発症に遺伝的要因が強く関与していることは明らかである。しかし一方で一卵性双生児での一致率が100%ではなく，ASDの発症機構に環境要因の関与も示唆されている<sup>1)</sup>。つまり遺伝的要因と環境要因が複雑に関連しあい病態を形成していると考えられていて，病態も一様ではない。病態に関して未だ不明な点も多く，遺伝子や染色体検査，脳の機能や構造学的，あるいは生理学的検査等では診断することができない。

そのため，現在 ASD の診断は幼児期の発達の様子や現在の行動観察などから行うことになる。適切に検討・標準化された診断のための技法が不十分な日本においては，診断は臨床家の経験に頼らざるを得ず，Evidence Based Medicine とは程遠いのが現状である。こうした診断の混乱は ASD の本人や家族にとって臨床上の大きな損失である。

したがって，本研究の目的は国際的にコンセンサスの得られた ASD の診断ツールのひとつである Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO) 整備し，今後の日本における発達障害臨床および研究に役立てることである。

## B . 研究方法

### 1. ASD の診断ツールに関して

ASD を診断するための方法としては，スクリーニング，行動観察法，半構造化面接法がある。ス

クリーニング等で ASD が疑われたものに対して，半構造化面接および行動観察を行い，それらの結果を総合して検討し，診断・評価とする。

スクリーニング法に関しては，主として質問紙を用いて行い，幼児を対象とした Modified Checklist for Autism in Toddlers，それ以外の年代に使用する Autism-Spectrum Quotient，Social Responsiveness Scale，Repetitive Behaviour Scale - Revised や，半構造化面接で実施する日本自閉症協会版広汎性発達障害評価尺度 (PARS) などがある。また行動観察法に関しては，国際的なゴールドスタンダードとなっているものに Autism Diagnostic Observation Schedule 2 と Childhood Autism Rating Scale 2 がある<sup>2)</sup>。

半構造化面接法では，国際的なゴールドスタンダードとなっているものに Autism Diagnostic Interview - Revised<sup>3,4)</sup> と DISCO<sup>5-8)</sup> の二つがある。前者は DSM に沿った ASD の診断をすることが主目的である。後者は DSM および Wing & Gould の ASD の診断，また ASD のみならず他の併存する精神障害や発達状況の把握・評価ができ，診断および臨床プランを作成する上で大変有益である。

### 2. DISCO とその日本語版について

#### 2-1. DISCO の開発

古典的自閉症概念に加え，いわゆるアスペルガー症候群を加え，さらにどちらの基準を満たさないが，三つ組の障害をもつ症例も加えて自閉症概念を拡大し，ウォルフのローナーなども含めた ASD 概念の確立の根拠となったのがローナー・ウィングらの行った英国キャンバウエル地域でのフィ

ールド研究である。そのときに用いられた Handicaps Behaviour and Skills schedule をローナ・ウイングやジュディス・グールドらが改定し、発展させた半構造化面接法が DISCO である。ヨーロッパを中心に英語圏でのオリジナル版の他、オランダ語版やスウェーデン語版も作成され、世界的に広く臨床場面や研究場面で用いられている。DISCO は被験者の ASD の中心となる特徴のみならず、幅広い発達や行動の評定を行う。

## 2-2. DISCO の構成

DISCO は 8 パート、28 セクション (Fig. 1) からなっている。ほとんどのセクションは「現在の発達段階」、「過去の発達のマイルストーン」、「非定型的発達の過去と現在における有無」の三次元の項目で構成されている。「現在の発達段階」の項目は、発達段階を連続変数の中から選択する。「過去の発達のマイルストーン」の項目はヴァインランド適応行動尺度に基づき、特定の発達の出現した月齢もしくはその遅れの有無や程度を評定する。「現在と過去の非定型的発達」の項目は、異常な

し、軽度な異常あり 顕著な異常ありの三件法で、現在と過去のピーク時での様子を評定する。パート 7 は、ASD の診断とタイプに関するパートで、社会的交流、社会的コミュニケーション、社会的イマジネーションおよび限局された行動パターンに関する項目を、ASD の特徴が段階的に示された変数から選択する。

DISCO は、子どもの発達や行動の全体を把握することができると共に、「カナーの早期小児自閉症」、「ウイングとグールドの ASD」、「ギルバークのアスペルガー症候群」、および「DSM-5、DSM-IV や ICD-10 における ASD」の診断を行うことも可能であり、それに基づいて支援計画を策定することができる。

## 2-3. DISCO 日本語版

DISCO は英語圏のほか、オランダ、スウェーデン、韓国などでも翻訳や標準化され使われている。DISCO 日本語版 (DISCO-J) の作成に際しては、原版である DISCO-11 を、原著者の許可の下、翻訳・逆翻訳を経て作成された。

Fig. 1. DISCO の構成: DISCO の各パートとその内容について示した。

Part	内容
Part 1	フェイスシート
Part 2	乳幼児期(2歳まで)の発達
Part 3	スキルの発達
	セットバック
	粗大運動スキル
	身辺自立
	家事スキル
	自立

Part	内容
Part 4	反復的な常同行動
	感覚への応答
	反復的なルーチンと変化抵抗
	行動パターン
Part 5	感情
Part 6	不適切な行動
	不適切な行動, 睡眠の問題
Part 7	ASD の診断とタイプ

	コミュニケーション 理解, 表現, 非言語
	社会的交流 対大人, 対同年代, 遊び
	イマジネーション
	目と手の協応と空間認知
	スキル 特殊スキル, 絵, 学習, お金等

Part 8	社会的交流 社会的コミュニケーション 社会的イマジネーション 限局された行動パターン
	精神医学的障害と司法問題
	カトニア, 性的問題
	精神医学的な症状・状態 司法的な問題

### 3. 対象

本人もしくは養育者より文書にて同意を得られた ASD 群 36 例と対照群 20 例である。ASD 群の月齢は平均 125 ヶ月 ± 48 ヶ月で 男女比は 24:12 であった。対照群の月齢は平均 120 ヶ月 ± 73 ヶ月で、男女比は 7:13 であった。対照群の内訳は、定型発達 13 例、精神科臨床群 7 例で、うち統合失調症 2 例、知的能力障害、双極 II 型障害、社交不安症、身体症状症、および神経性やせ症各 1 例である。ASD 群と対照群において性別に有意差がみられた ( $\chi^2=6.9, p=0.009$ ) が年齢、IQ には差がみられなかった。

### 4. 手続き

2 名の児童精神科医師と、1 名の臨床心理士で構成されたチームを組んだ。既存の診断名などはいずれにも伏せた状態で 1 名の児童精神科医師 (評価者 1) が被験者の養育者に対して DISCO-J に基づいた聞き取りおよびコーディング、DSM-IV-TR に基づいた診断を行った。また臨床心理士が被験者に対して Wechsler 式知能検査あるいは田中ビネー-V 検査を実施し、その結果を評

価者 1 および 2 に伝えた。もう 1 名の児童精神科医師 (評価者 2) はそのインタビューの様子と知能検査の結果を見て、DISCO-J のコーディングおよびそれに基づく診断を行った。この間、診断等に関する情報の交換はチーム内では行わなかった。これらの結果をもって評価者間信頼性を検討した。

また、さらに評価者 1 によるインタビューの 1 ヶ月後に、同じ養育者に対して、評価者 1 が再度 DISCO-J に基づいた聞き取りおよびコーディングを行った。初回の聞き取りと 1 ヶ月後の聞き取りの結果をもってテスト - 再テスト信頼性を検討した。

特に本年度はテスト - 再テスト信頼性の検討を行った。

### 5. 統計学的解析：テスト - 再テスト信頼性

異常の有無などのようなカテゴリー変数のものは、初回および 1 ヶ月後の評定者 1 のスコア間における Kappa 係数 ( ) を求めた。社会的交流、社会的コミュニケーション、社会的イマジネーション、限局された行動パターンといった診断に関する項目や、発達段階を 4 段階以上でコードする

項目では初回および1ヶ月後の評価者1のスコア間における級内相関係数 (intraclass correlation coefficient : ICC) を求めた。ただしパート 8 のカタトニアに関する項目、性的問題に関する項目、精神医学的な症状・状態に関する項目、司法的な問題に関する項目の評定は行わなかった。これらは幼児期などではほとんどの症例で該当しないためである。

## 6. 倫理面への配慮

本研究は名古屋大学および福島大学の生命倫理委員会の承認を得て、それに則り実施された。本研究の意義、目的、方法、被験者が被りうる不利益及び危険性について被験者に対し説明を行い、文書で同意を得た。

## C . 研究結果

もしくは ICC が 0.75 以上項目は、「2歳までの発達」のセクションでは全 33 項目中 26 項目 (78.8%) であった。また「現在の発達段階」および「過去の発達のマイルストーン」においては全 93 項目中 73 項目 (78.5%)、「現在と過去の非定型的発達」においては全 449 項目中 334 項目 (74.4%) であった。全体として、もしくは ICC が 0.75 以上であった項目は、75.3% と高い割合であった。一方、もしくは ICC が 0.5 未満の項目は、「2歳までの発達」のセクションではなく、「現在の発達段階」および「過去の発達のマイルストーン」では 7 項目 (7.5%)、「現在と過去の非定型的発達」では 20 項目 (4.5%) と極少数であった (Table 1)。

セクションごとにみても ASD の診断に直接関連するような「幼児期」、「コミュニケーション (非言語除く)」、「社会的交流」、「社会的遊びと余暇」、「イマジネーション」では、ほとんどのセクションで、もしくは ICC が 0.75 以上となった項目が 75% を超えていた。さらに診断に関するセクションにおいては全 8 項目とも ICC が 0.75 以上であった (Table 2.)。

## D . 考察

DISCO-J が高い評価者間信頼性と基準関連妥当性を有しているであろうことは先行研究の結果から予測されている。さらに今回の研究から、テスト - 再テスト信頼性も高いことがわかり、ASD の診断において有益な診断のための (半) 構造化面接技法となることが示唆された。DISCO-J による確かな ASD の診断は、ASD の臨床や研究に貢献できるものとする。本研究の限界は ASD 群と対照群とでサンプルに性別の差があること、また精神科臨床群が少ないことである。今後は性別等を統制したり、臨床群を増やし検討を行う予定である。また成人例ではリコールバイアスも生じやすいため、小児例と成人例とで分けて検討することも必要かもしれない。

## E . 結論

本研究の結果から DISCO-J が高いテスト - 再テスト信頼性を有する ASD の診断・評価のための技法であることがわかった。今後もさらに症例を蓄積し、検証する必要がある。

Table 1. 項目別のテスト - 再テスト信頼性

<i>kappa</i> もしくは ICC	2歳までの発達	現在の発達段階 / 過去のマイルストーン	現在と過去の 非定型的発達
	項目数 (%)	項目数 (%)	項目数 (%)
$\kappa$ or ICC $\geq 0.75$	26 (78.8)	73 (78.5)	334 (74.4)
$0.75 > \kappa$ or ICC $\geq 0.50$	7 (21.2)	13 (14.0)	95 (21.2)
$0.50 < \kappa$ or ICC	0 (0.0)	7 (7.5)	20 (4.5)
合計項目数	33 (100)	93 (100)	449 (100)

Table 2. セクション別のテスト - 再テスト信頼性

DISCO セクション	項目数	$\kappa$ or ICC $\geq$	DISCO セクション	項目数	$\kappa$ or ICC $\geq$
		0.75 の 項目数 (rate%)			0.75 の 項目数 (rate%)
乳幼児期	30	23 (76.7)	イマジネーション	18	14 (77.8)
スキルの発達			スキル		
粗大運動スキル:	13	12 (92.3)	目と手, 空間認知, 他	91	56 (61.5)
身辺自立:			反復的な常同行動:		
トイレットトレーニング	13	11 (84.6)	運動と発声	24	16 (66.7)
食事	16	13 (81.3)	感覚刺激:		
着脱	14	14 (100)	近位感覚刺激	30	13 (43.3)
清潔	15	14 (93.3)	聴覚刺激	8	8 (100)
家事スキル	6	5 (83.3)	視覚刺激	10	6 (60.0)
自立	10	8 (80.0)	ルーチンと変化抵抗	38	27 (71.1)
コミュニケーション			行動パターン	16	10 (62.5)
理解	12	10 (83.3)	感情	18	14 (77.8)
表現	28	23 (82.1)	不適切な行動		
非言語性	22	13 (59.1)	他者に影響する行動	50	45 (90.0)
社会的交流(大人, 同年代)	65	52 (80.0)	睡眠	10	10 (100)
社会的遊びと余暇活動	15	13 (86.7)	判定	8	8 (100)

## 謝辞

本研究の遂行に際して、多くのご助言をいただいたNAS Lorna Wing Centre for Autism (ロンドン)の故 Lorna Wing 先生, Judith Gould 先生, Cardiff 大学 Sue Leekam 教授, 愛知県心身障害者コロニー中央病院吉川徹先生, 横浜市地域療育センターあおば濱田恵子先生には深く感謝いたします。

## 引用文献

- 1 Uno, Y., Uchiyama, T., Kurosawa, M., Aleksic, B. & Ozaki, N. The combined measles, mumps, and rubella vaccines and the total number of vaccines are not associated with development of autism spectrum disorder: the first case-control study in Asia. *Vaccine* 30, 4292-4298 (2012).

- 2 宇野洋太 & 内山登紀夫. in 成人期の広汎性発達障害 Vol. 23 専門医のための精神科臨床リュミエール (eds 青木省三 & 村上伸治) Ch. 1-3, 28-36 (中山書店, 2011).
- 3 Tsuchiya, K. J. et al. Reliability and Validity of Autism Diagnostic Interview-Revised, Japanese Version. Journal of Autism and Developmental Disorders 43, 643-662 (2012).
- 4 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 and Developmental Disorders 24, 659-685 (1994).
- 5 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).
- 6 Leekam, S. R., Libby, S. J., Wing, L., Gould, J. & Taylor, C. The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: algorithms for ICD-10 childhood autism and Wing and Gould autistic spectrum disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry 43, 327-342 (2002).
- 7 Kent, R. G. et al. Diagnosing Autism Spectrum Disorder: who will get a DSM-5 diagnosis? Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines 54, 1242-1250 (2013).
- 8 Nygren, G. et al. The Swedish version of the Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO-10). Psychometric properties. Journal of Autism and Developmental Disorders 39, 730-741 (2009).

#### **F . 健康危険情報**

なし

#### **G . 研究発表**

1. 論文発表 なし
2. 学会発表  
第 55 回日本児童青年精神医学会総会 ワーク  
ショップ3「DISCO」平成 26 年 10 月 (浜松)

#### **H . 知的財産権の出願・登録状況**

なし



平成26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  
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

日本語版 DISCO ユーザーによる評価

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）  
研究協力者 蜂矢 百合子（よこはま発達クリニック）

研究要旨

本邦における第1回日本語版 DISCO セミナーは、2007年に英国より Gould J 博士を迎えて開催された。これまで、英国および諸外国での DISCO セミナーおよびその臨床的有用性についての報告は少ない。本研究の目的は、日本版 DISCO セミナー受講者による6年間の評価の報告、および日本語版 DISCO の臨床的有用性と限界を明らかにすることである。対象と方法：2014年8月、日本語版 DISCO セミナーを受講、認定された82名のうち参加への同意が得られた49名にアンケートを送付し、46名について回答を得た（46/82=56.1%）。結果1 日本語版 DISCO 認定者について：発達障害の専門家としての経験が長く、日常業務でも多く発達障害ケースを扱っていた。DISCO 認定者は、さまざまな質問紙や評価ツールを使用し、自閉症スペクトラム、DSM、ICDなどの診断を重複使用していた。結果2 DISCO 認定者は、DISCO をいかに使用しているか：半数以上のDISCO 認定者がDISCO を臨床業務に用いていたが、マニュアルを部分的に/考え方として利用していると回答するものが少なかった。初診にDISCO を用いているとの回答が約半数であった。結果3 DISCO の有用性と限界：DISCO の有用性を、「自閉症特性の必要な情報をとるため」「専門家である自分自身が担当ケースをより理解するため」、という選択肢が高率に選ばれた。限界・改善点として「時間がかかり過ぎる」との指摘が多かった。

A. 研究目的

**日本語版 DISCO と DISCO セミナーについて**

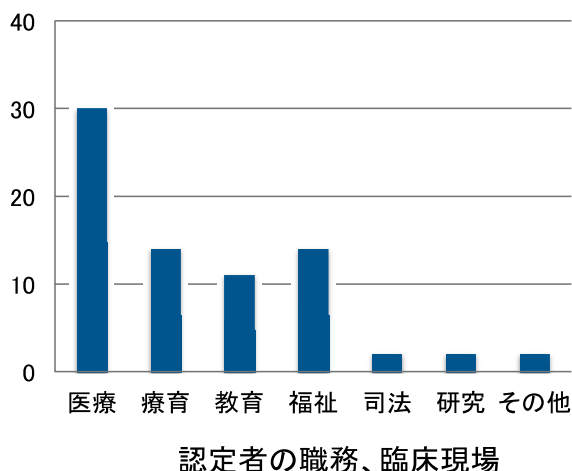
本邦における第1回日本語版 DISCO セミナーは、2007年に英国より Gould J 博士を迎え、日本人講師（DISCO 講師資格者である内山、藤岡、吉田）と共に開催された。以後、少しずつ改良を加えながら、2014年に第9回まで開催された。2014年10月の時点で、認定手続きが終了した受講者は、第7回セミナー参加者までの計82名である。第8回セミナー受講者は、追加課題を作成し、Lorna Wing centre による認定手続きを待っている。

本邦における DISCO セミナーについては、これまでの開催を通じて受講者から個別のフィードバックを受けてきた。しかし、英国および諸外国

での DISCO セミナーについての報告は少なく、日本語版 DISCO セミナーの内容や日本語版 DISCO の臨床現場における有用性についての評価はされていなかった。

**目的**

1. 日本語版 DISCO セミナー受講者による7年間の評価の報告
2. 日本語版 DISCO の臨床的有用性と限界を明らかにする。



発達障害の専門家としての経験  
中央値10年(2~33年)

発達障害診察・面談数	(例)
>20例/週	19
5~20例/週	14
>4例/月	2
<5例/年	1

図1 DISCO 認定者の背景

## B. 対象と方法

2014年8月~10月にかけて、日本語版 DISCO セミナーを受講(2007年~2012年)し認定された82名に対し、郵送及びEメールにより研究への参加を依頼した。82名のうち連絡が可能でかつ参加への同意が得られた49名に郵送及びEメールによりアンケートを送付し、46名について回答を得た(46/82=56.1%)。

アンケートは下記の5項目に大別される。

1. 日本語版 DISCO 認定者(以下 DISCO 認定者)のプロフィール
2. DISCO 認定者は、DISCO をいかに使用しているか
3. DISCO の有用性と限界について考える
4. 他の評価・診断ツールとの比較
5. DISCO セミナーについての自由記載

## C. 結果

### 結果 1. 日本語版 DISCO 認定者のプロフィール

開催当初、参加を医師に限定していた。この影響もあり、89%が医師であった。DISCO 認定者は、発達障害の専門家としての経験が長く、日常業務でも多くのケースを扱っていた(図1)。

DISCO 認定者は、さまざまな質問紙や評価ツールを使用し、自閉症スペクトラム、DSM、ICDなどの診断を重複使用していた(図2、3)。

### 結果 2. DISCO 認定者は、DISCO をいかに使用しているか

半数以上の DISCO 認定者が DISCO を臨床業務に用いていたが、マニュアルを部分的に/考え方として利用していると回答するものが少なくなかった。初診に、DISCO を用いているとの回答が約半数であった(図4)。

### 臨床・研究・業務で用いる 診断カテゴリー

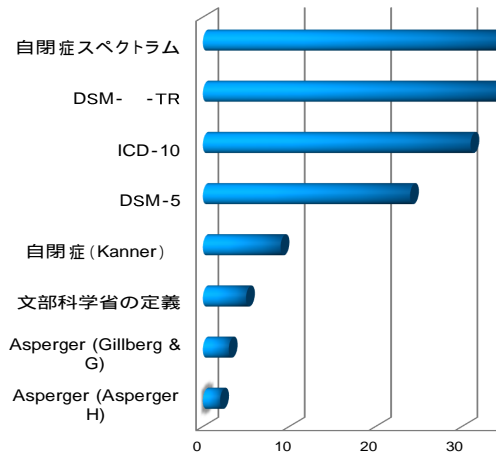


図2 DISCO 認定者の臨床・研究・業務で用いる診断カテゴリー

### 日常に用いる、質問紙や質問面接法、行動評定尺度や観察尺度

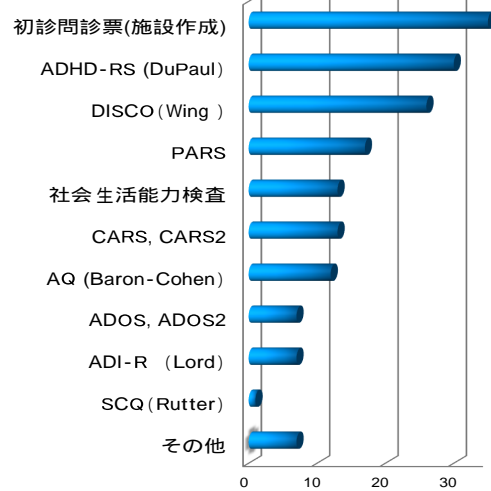


図3 DISCO 認定者の臨床で用いる質問紙や質問面接法、行動評定尺度、観察尺度

### DISCOを臨床・研究・業務に利用

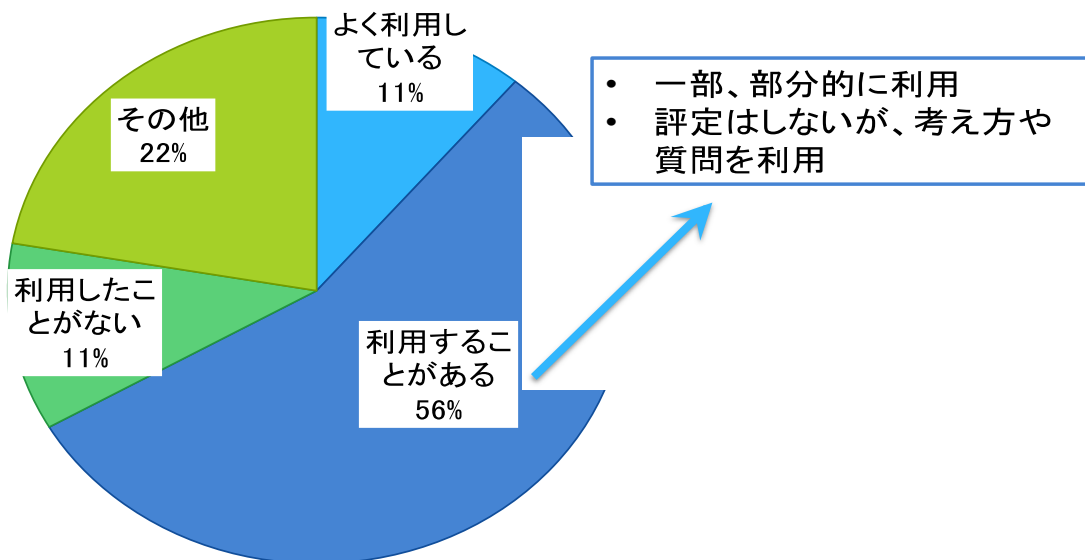


図4 DISCO 認定者の、臨床業務における DISCO の利用

## DISCOの「有用性」

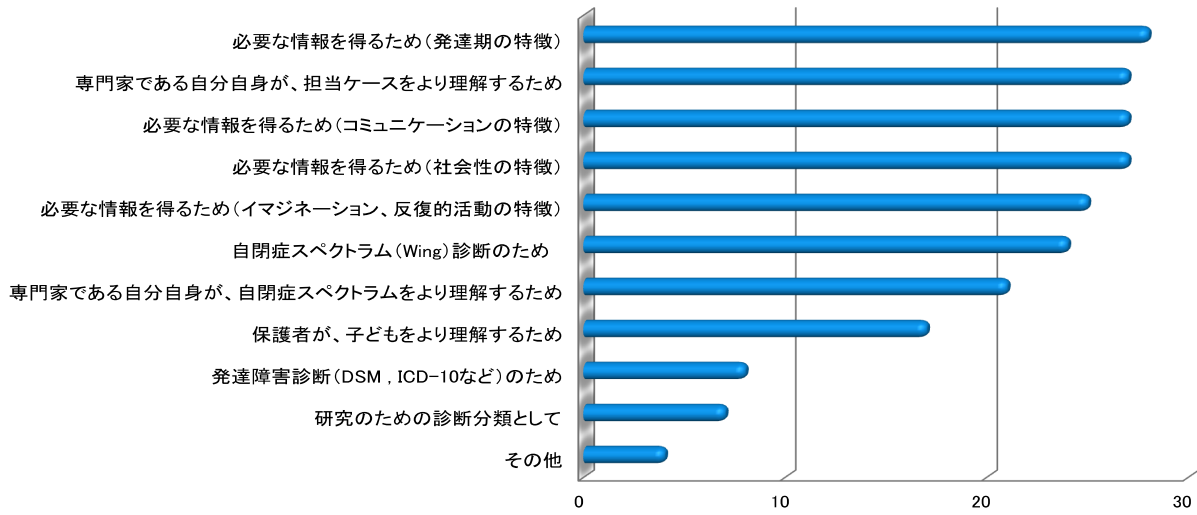


図5 DSICO 認定者からみた、DISCO の有用性

## DISCOの「限界や改善すべき点」

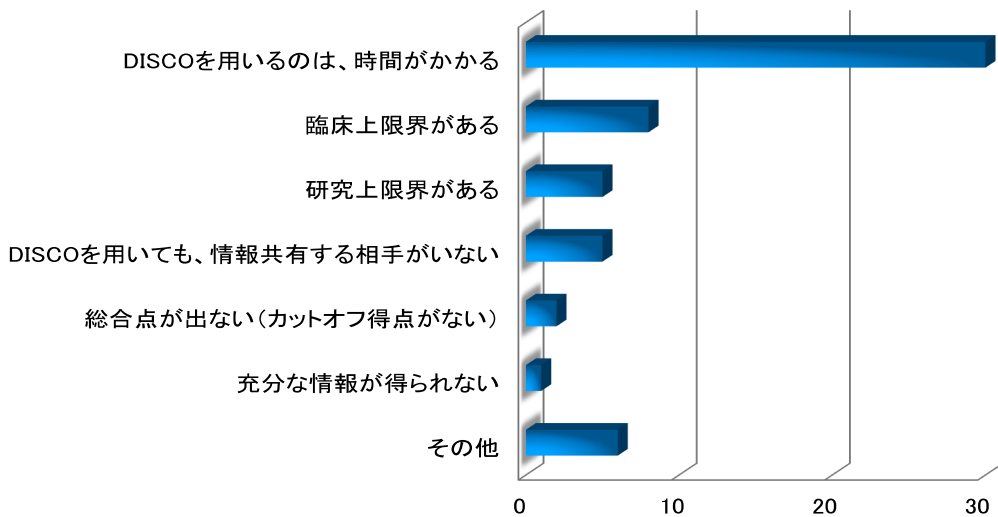


図6 DSICO 認定者からみた、DISCO の限界や改善すべき点

結果 3. DISCO の有用性と限界について考える  
DISCO の有用性を、「自閉症特性の必要な情報をとるため」「専門家である自分自身が担当ケースをより理解するため」、という選択肢が高率

に選ばれた。限界・回旋点としてはとしては、「時間がかかり過ぎる」との指摘が多かった(図5、6)。

## 他の評価・診断ツールとの比較

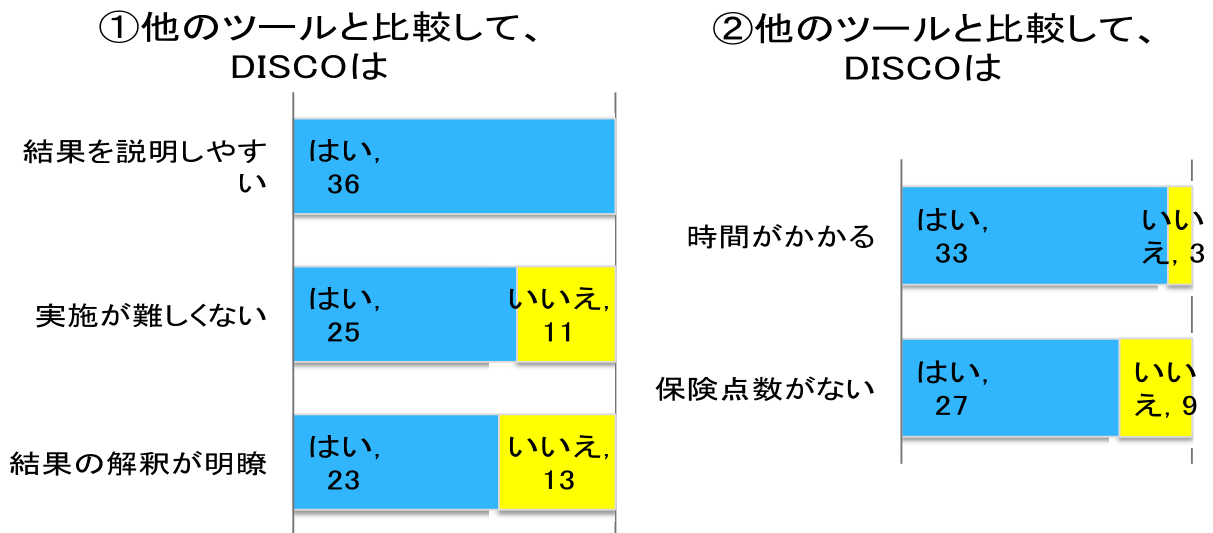


図7 DISCO と、他の評価・診断ツールとの比較

### 結果 4. 他の評価・診断ツールとの比較

他の診断ツールと比較して、「結果を説明しやすい」に全員が同意した。また、9割以上が「時間がかかる」と答えた（図7）。

### 結果 5. DISCO セミナーについての自由記載

臨床業務上、保険でみとめられていないことや、コスト負担の問題が提起された。研究において、DISCOを使用する専門家がいる一方で、北米の質問、評価に比べ軽んじられているという指摘があった（図8）。

### シンポジウムにおけるディスカッション

シンポジウムでは、フロアからは、多くの意見、質問があり、学会参加者のDISCOセミナーへの関心を示すと考えられた。DISCOのために2～3時間（あるいはそれ以上）が必要とされるため、インタビューである保護者・インタビュアーである評価者双方に負担のあること、その一方で、ケースの評価のために、ほかの評価法にはない利点

があること、保護者・評価者双方にとってインタビューそのものが教育的であること、といった意見が交換された。

### D. 考察

1. 日本語版 DISCO 認定者へ質問紙にて調査を行った。
2. DISCO は、臨床・研究に用いられている。
3. DISCO は、診断評価、研究、ASD 理解に有用で、支援に役立つ。
4. その一方で、ほとんどの DISCO 認定者が、DISCO 面接が長時間であることを指摘した。
5. 臨床業務では、DISCO を部分的に使用していることが少なくなかった。
6. 臨床業務上、保険でみとめられていないことや、コスト負担の問題が提起された。
7. 研究に DISCO を使用する専門家がいる一方で、北米の質問、評価に比べ軽んじられているという指摘があった。

## 自由記載より

### 利点

#### ASD理解

- ・自分の理解に役立った
- ・親の理解に有用

#### 診断・評価

- ・客観的診断の妥当性をしめすことができる
- ・困難例に有用
- ・変化を具体的にしめすことができる

#### 支援

- ・支援目標をたてられる
- ・学校の支援に生かされる

### 改善点

#### 面接

- ・聞きとりに時間がかかる
- ・保護者の負担が大きい
- ・十分な情報提供を前提としているように感じる
- ・発達期の情報提供者がいないことがある
- ・日本の状況に合った質問(行事など)がない

#### 診断・評価

- ・ADHD、LD、PTSDなどでは、別の方法が必要

#### 研究

- ・診断が医師でないと困難
- ・時間、コストがかかる
- ・ADOS、ADI-Rより、認知されていない
- ・査読者により、ADI-Rより軽んじられている
- ・共有しにくい

図8 DISCO 認定者による、DISCO についての意見 (アンケート自由記載より)

## E . 結論

日本語版 DISCO 認定者へ質問紙にて調査を行った。DISCO は、臨床・研究に用いられ、診断評価、研究、ASD 理解に有用で、支援に役立つ。臨床業務では、DISCO を部分的に使用していることが少なくなかった。

## F . 健康危険情報

特記すべきこと無し

## G . 研究発表

第 55 回日本児童青年精神医学会 (2014 年 10 月 11 日～13 日、浜松)  
ワークショップ 4 「DISCO」

## H . 知的財産権の出願・登録状況

無し

平成26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  
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

オーストラリアにおける対応困難ケースへの支援状況に関する調査

- Independent Third Person Program (ITP), Office of Public Advocate (OPA) -
- The Assessment and Referral Court List (ARC List), Melbourne Magistrates' Court -
- Disability Forensic Assessment & Treatment Services (DFATS), Department of Human Services -
- Office of Professional Practice (OPP), Department of Human Services -
- Forensic Disability, University of Melbourne -

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	水藤 昌彦（山口県立大学） 堀江まゆみ（白梅学園大学） 安藤久美子（国立精神・神経医療研究センター） 榎屋 二郎（福島大学子どものメンタルヘルス事業推進室）
研究協力者	浦崎 寛泰（東京きぼう法律事務所） 及川 博文（特定非営利活動法人東京ソテリア） 野沢 和宏（毎日新聞社） 森久 智江（立命館大学） 山田 恵太（北千住パブリック法律事務所）

## 研究要旨

本調査では、非行・犯罪行為に至った発達障害者に対する(1)刑事司法手続き、(2)医療機関・矯正施設・福祉等サービス機関において提供される施設内処遇や支援の実際、(3)矯正施設釈放後あるいは医療機関退院後の社会内処遇、(4)支援を行う専門職の養成に関して、日本とは異なる制度や支援体系を持つオーストラリアビクトリア州の現状と課題を明らかにし、日本のシステムへの提言を行うことを目的とした。

本報告 では、刑事司法制度については法務省の外局である(A) Office of Public Advocate (以下 OPA: 州立権利擁護局) およびメルボルン治安判事裁判所に設置されている(B) The Assessment and Referral Court List (以下 ARC List) にて、医療・矯正施設・その他のサービス機関において提供される医療・心理・社会福祉領域の支援については DHS の障害福祉サービスの一部局である(C) Disability Forensic Assessment & Treatment Services (以下 DFATS: 障害法医学評価・治療サービス) および(D) Office of Professional Practice (以下 OPP: 専門実践部局) にて、専門職養成については(E) メルボルン大学 Forensic Disability (司法障害学) 講座にてそれぞれインタビュー調査を行った。

結果、OPA の運用する事業の1つである Independent Third Person(以下 ITP: 独立した第三者) プログラムは、日本で類似したプログラムを検討する際、ITP で活動するボランティアに対する研

修内容に関して参考となる点が多かった。

ARC List の司法手続きを通じて治療・支援に誘導し、犯罪行為に至る要因自体に対処しようとする方法については、日本国内においても類似の制度を取り入れることは有効であると考えられた。

DFATS は州で唯一法定化され強制力を有する福祉における施設内処遇を実施している Intensive Residential Treatment Program (以下 IRTP) を中核としつつ、コミュニティで生活をしているクライアントに対するグループプログラムや重複障害者のためのクリニック運営など、非行・犯罪に至った障害者への臨床的対応の中心的存在として機能していた。

OPP は障害福祉サービス利用者のうち、拘束的介入あるいは強制的治療・処遇の対象となる人たちの権利を擁護し適切な実施基準を定めることを役割とする部局である。州の身体拘束に関する制度は先進的であるものの現場実践と大きな乖離があり、そのためサービス提供事業者や支援者を支援していくアプローチをとっていた。

メルボルン大学犯罪学(司法障害学)専門課程が提供する講座は、日本国内に類似したものはなく、今後、専門職養成を促進する上で、本コースの構成と内容ならびに受講者の想定等参考になると考えられた。

## A . 目的

非行・犯罪行為に至った発達障害者に対する(1)刑事司法手続き、(2)医療機関・矯正施設・福祉等サービス機関において提供される施設内処遇や支援の実際、(3)矯正施設釈放後あるいは医療機関退院後の社会内処遇、(4)支援を行う専門職の養成に関して、日本とは異なる制度や支援体系を持つオーストラリアビクトリア州の現状と課題を明らかにし、日本のシステムへの提言を行うことを目的とした。

### (A) Office of Public Advocate (OPA)

OPA は、ビクトリア州政府 Department of Justice の外局である。家族などが成年後見人として選任されることができない、あるいは選任されることが適当ではない場合、成年後見活動することを主務としている。OPA が運営する事業のひとつに Independent Third Person (以下 ITP) プログラムがある。ITP は、障害のある人が警察による事情聴取を受ける際、独立した第三者として立ち会うボランティアを派遣している。本調査の目的のひとつである、発達障害があり、非行・犯罪行為に至った人に対する刑事司法制度における対応状況、とくに捜査段階での取り調べの可視化の

状況を明らかにする目的で訪問調査を実施した。

### (B) The Assessment and Referral Court List (ARC List)

ARC List は、メルボルン治安判事裁判所内に設けられた特別な裁判体である。ARC List では、障害があつて犯罪行為に至った人のうち、通常の裁判以外での対応が適当であると認められる人に対して、一定期間公判手続きを停止し、治療的介入を実施する。治療的介入の進捗状況は、裁判官と関係者、被告人が出席し、定期的で開催されるカンファレンス形式の裁判でモニタリングされる。当初に計画された介入が完了すれば、その結果を踏まえて裁判官が判決を下す。

本調査の目的のひとつである、発達障害があり、非行・犯罪行為に至った人に対する刑事司法制度における対応状況、とくに裁判段階での特別な対応について明らかにする目的で訪問調査を実施した。

### (C) Disability Forensic Assessment & Treatment Services (DFATS)

Disability Forensic Assessment & Treatment Services は、DHS 障害福祉サービス部門の一部局である。知的障害(自閉症スペクトラム障害との



併存を含む)があり、非行・犯罪行為に至った人への支援を専門として、施設内処遇プログラム、通所処遇プログラム、コンサルテーションを実施している。ビクトリア州における非行・犯罪行為に至った知的障害者への支援・処遇サービス機関の中核となる組織であることから、医療・心理・社会福祉領域における支援内容についての調査の一環として、参観と聞き取り調査を実施した。

#### **(D) Office of Professional Practice (OPP)**

2006年障害法(Disability Act 2006 (Vic))の施行によって、DHS内にSenior Practitioner(上級実務家)という名称の役職が新設された。その主な職務は、障害福祉サービス事業所によって実施される拘束・隔離をともなう介入に関する指針の策定、実施状況の監督、および支援に関するコンサルテーションや助言の提供である。Senior Practitionerを責任者とする部局がOffice of Professional Practice(以下、OPPという)である。

OPPでは、隔離・拘束をともなう介入支援全般を対象としているが、その一部には非行・犯罪行為に至り、障害福祉サービス事業者によって支援されている人も含まれている。そこで、本調査では支援内容の第三者によるモニタリング、支援者への支援制度の現状を明らかにすることを目的として、聞き取り調査を実施した。

#### **(E) メルボルン大学 Forensic Disability(司法障害学)講座**

メルボルン大学 Forensic Disability(司法障害学)講座で非行・犯罪行為に至った障害者への支援をテーマとした短期集中課程である Specialist Certificate in Criminology (Forensic Disability) コースのコーディネーターを務めている Dr. Frank Lambrick 氏にヒアリングを行った。氏は上述のOPPでSenior Practitionerを勤めている。

日本国内では、上記テーマに関する教育、研修の機会は限られており、常設のコースは存在していない。そこで、教育研修に関する先行事例の現状を明らかにすることを目的として、聞き取り調

査を実施した。

## **B. 研究方法**

方法

インタビュー

調査期間

2014年3月25日~28日

(倫理的配慮)

本調査の背景、目的、個人情報ならびに回答の扱われ方を口頭にて説明し、同意が得られたことを確認した後、インタビューを行った。

## **C. 結果**

### **(A) Office of Public Advocate (OPA)**

対応者:

・ Dr. John Chesterman, Policy & Education Manager

・ Allan Elliot, Independent Third Person Program Coordinator

OPAの組織と授業内容

成年後見:意思決定の能力に欠ける成人に対する最終手段としての成年後見人として、毎年1,600件程度に対応<sup>1)</sup>

電話相談:年間約13,000件の成年後見に関する相談への対応

政策企画・教育:成年後見領域に関する政策に対する意見表明の実施

ボランティア参加によるプログラムとして以下の4事業を運営し、800名程度がボランティアとして活動している。

(ア) Community Visitor: 00名程度のボランティア。権利擁護を目的として障害者の居住型施設を訪問する。

(イ) Community Guardian(地域後見人): 70名程度のボランティア。ガーディアン(成年後見人の一種)として活動

(ウ) Correction Independent Support Officer: ボランティアの人数は少ない。矯正施設内で規律違反による懲罰審査の対象

となった人たちの審査に立会う。

(工) Independent Third Person (独立した第三者の意。以下 ITP): 70 名程度のボランティアが、警察による障害者への事情聴取に立会っている。年間約 2,000 件の派遣がある。

ITP の概要と役割: ITP のモデルとなったのはイングランドで 1970 年代に設立された「responsible adult」であった<sup>2)</sup>。

概要:

- ・ビクトリア州では、1986 年に OPA が設立され、翌 1987 年には当時の Public Advocate によって、知的障害があり刑事司法制度の対象となる人に関する調査が命じられた。
- ・以下の 4 つの調査が実施されている。

Finding the Ways – The criminal justice system and the person with intellectual disability (1987)

Finding New Ways – A review of services to the person with intellectual disability in the Victorian criminal justice system (1988)

Silent Victims – A study of people with intellectual disabilities as victims of crime (1988)

Obtaining evidence from people with an intellectual disability - The right to be heard, BRITON, J (1988)

- ・これらの調査では、捜査機関、裁判所、矯正施設など、刑事司法制度を構成する諸機関において、知的障害あるいは精神障害がある人が、被疑者・被告人・被害者・証人として、どのように取り扱われているのかを明らかにしようとした。
- ・1987 年の調査では、行政の内部規則である州警察の事務規則が検討された。その結果、「認知に障害がある、あるいは精神に障害がある人に対して事情聴取をするときには、ITP の派遣を求めなければならない」とするように規則を改訂すべきであるとされた。この調査の結果を受けて、1988 年に州の規則が改定され、「Mental Disorder」がある人を警察が取り調べるときには、ITP の派

遣を要請しなければならないとされた。派遣に際しては、被疑者・証人・被害者の区別は問わず、年齢も問わないとされた。(ビクトリア州における刑事責任年齢は 10 歳以上)

- ・同規則によれば、ITP 派遣を要請する責任は警察にある。警察官が何らかの理由で、取り調べ対象者に認知の障害あるいは精神障害があると考えるときには、ITP の派遣を要請しなければならない。その際、障害に関しては医師による診断は必要とされておらず、また、警察官は障害の存在を確信している必要もない。
- ・警察が管理するデータベースがあり、取調べを受けるのが 2 回目以上の人であれば、その人に障害があるか否かの記録がある。対象となるのは、「impaired mental state or capacity」(精神状態、あるいは精神能力に障害がある)とされ、具体的には、知的障害(自閉症を含む)、後天性脳損傷、精神疾患、認知症である。アルコール・薬物の影響下にある人については、一時的なものであるために対象には含まれない。

役割:

- 1 被疑者、被害者、証人として警察官の事情聴取を受けている人に対して、警察官との間のコミュニケーションをファシリテートすること。警察官は取調べ対象者に障害があったとしても、難しい言葉を使ったり、3 つ、4 つの質問を一度にしたり、非常に早口で質問したりといったような対応をするなど、障害に十分配慮しない場合がある。
- 2 インタビューを受けている人が質問の内容を理解できるように支援すること。取調べの途中であっても、ITP には本人が理解できているかどうかを確認することが許されている。理解できていない場合には、取調べ担当の警察官に理解度を確保するように依頼することができる。
- 3 被疑者の権利として、黙秘権、弁護人選任権、親や友人やガーディアンに、自分がどこにいるのかを含めて連絡する権利、外国人の場合、自国の領事と接触する権利、18 歳未満の場合、Independent Person が取調べに立会う

権利、がある。

4 取調べに限らない、捜査過程における支援として、指紋採取の支援、夜間の保釈審査（警察署で行われる）への立会いもある。

- ・18歳未満の人に対しては、Independent Person による取調べへの立会いは法的に義務化されている。親か後見人、あるいは Independent Person が取調べに立会う必要がある。それに対して、ITP による立会は行政規則により求められているものであり、法的な義務ではない。しかし、証拠法との関係において（証拠収集の公正性）ITP の立会いがないことで取調べの記録が証拠排除される可能性がある。

具体的活動：

- ・約 270 名のボランティアがビクトリア州全体をカバーしており、24 時間、年中無休で対応している。
- ・派遣先は、警察署、および警察官による取調べが行われるその他の場所（たとえば、刑務所・精神保健関連施設・精神科病院）である。
- ・派遣要請専用の州全体で共通電話番号が設けてあり、警察官が派遣要請の電話をすると、それぞれの警察署ごと、時間帯ごとに活動可能なボランティアが登録されているデータベースが参照され、派遣されるボランティアに派遣の連絡がされる。
- ・ITP が警察署に到着すると、まず警察官と面談をする。取調べは通常 2 名の警察官が担当するので、この 2 名の担当官に対して、取調べを受ける人の状況、障害、今どんな状態にあるのか等についての確認をする。
- ・次に ITP は警察官の立会いなしに被疑者と面会する。そこでは、法的な権利、取調べを受けるにあたって注意すべき点について本人が理解しているかを確認する。ただし、対象者が対人加害行為に及ぶリスクが高いような場合には、警察官 3～4 名が立ち会うこともあるし、留置施設の単独室の扉越しに会話することもある。
- ・ITP は専門家ではなくボランティアであるので、

権利について読み上げ、対象者に繰り返してもらって確認をしている。

- ・その上で、本人の障害を考えた場合に警察官はどのように取調べをするべきかを ITP がアセスメントする。その結果は警察官に伝えるが、これはあくまでも助言であり、警察官には ITP の助言に従う義務はない。そのため、とくに障害に配慮することなく、そのまま取調べがなされることもある。
- ・すべての取調べは録音あるいは録画される。なお、ビクトリア州においては障害等の有無に関係なく、すべての事件について取調べは録音または録画によって可視化されている。
- ・被疑者が自らの法的権利を理解できていないと ITP が判断したときには、ITP は録音あるいは録画のなかで「被疑者が権利を理解しているとは思えない」旨を口頭で述べ、自らの判断を記録に留める。
- ・このように、ITP はインタビューの実施に積極的に関わるのではなく、警察官に質問されている内容や手続の意味を対象者が理解しているかを確認するのが役割である。その上で、それぞれの質問に応じた回答をしているかを確認し、支援している。
- ・ビクトリア州では、15 歳以上の人に対して警察には指紋を採取する権利が認められており、拒否した場合には、適切な範囲で有形力の行使が認められている。この手続にも ITP が立ち会う。
- ・その他にも、警察における保釈申請の審理へも ITP が立会っている。平日 15 時までの保釈申請は裁判所で審理される。それ以外の時間帯は警察署で審理されるが、警察での審理には ITP が立ち会い、手続の意味、保釈が許可された場合は許可の条件、保釈が許可されなかった場合にはその理由などを対象者に説明している。
- ・取調べや保釈の審理が終わった段階で、その事件についての ITP の関与は終了する。その後、公判で証人として召喚されることがある。
- ・警察官の立会いがない状態で行われた面会につ

いては、ITP には秘密交通権がないので、質問されればその内容について答えなければならないから、ITP は注意を必要とする。立会が終了すると、IPT は報告書を作成する。その際、あまり詳細なノートをとることは求めている。報告書の書式も、報告事項を記述するスペースは意図的に小さくしてある。事件の概要等についての詳しい記録は残さないように ITP には伝えており、証人喚問された場合には、提出済みの報告書をもう一度 ITP に渡し、ITP はそれを持って裁判に出席する。

- ・ ITP として活動する人は、あくまでもボランティアであり、対象者の法的利益を擁護するわけではない。また、本人の代わりに何かを決定するわけではなく、権利告知と取調べの公正性以外の法的な部分については関与しない。本人が権利を理解して公正に取り扱われるように支援する活動をしている。
- ・ OPA では、どのような点から障害について気づくべきなのか、気づいた場合にどう対応すべきかについて、警察官に対する説明資料を作成、配布している。
- ・ ITP は、言語、あるいは手話の通訳としても行動しない。それらが必要な場合には、警察は別途に通訳をつけなければいけない。
- ・ ボランティアは障害や精神保健等の専門家ではない。ボランティアは 18 歳以上が対象だが、年齢層は様々であり、19 歳程度の若い人もいる。現在の平均年齢は 47 歳。法学を勉強している学生の参加が多いが、障害に関しての知識・経験があるわけではない。
- ・ 被疑者の精神状態に問題があると思われる場合には、警察の要請によって、Forensic Medical Officer が被疑者の鑑定を行い、取調べの続行か、病院への移送が適当なのかについて、判断をする。Forensic Medical Officer は、有資格の医師による当番制となっているので、連絡してから到着まで 2 時間程度待たされることもある。

派遣数：

- ・ 2013 年には年間 2,627 件の派遣があり、170 の警察署に対応した。
- ・ ITP が派遣された取調べでは、対象者の 91% が被疑者、7% が被害者、2% が目撃者であった。(2013 年)
- ・ ITP 以外に、家族・友人が取調べに立ち会うことも可能なので、それらも上記の数字には含まれている。なお、ITP と一緒に家族・友人が同時に取調べに立ち会うことも場合によっては可能であり、頻繁ではないが、少年事件を中心にこのような形も存在している。
- ・ 罪種としては、傷害、性的な動機に基づく犯罪、器物損壊、窃盗が多い。
- ・ 18 歳未満の少年には 24 時間対応の法律助言制度があるが、成人にはそのような仕組みがないため、既存の法律扶助制度を使うしかない。

活動するボランティアの採用と支援：

- ・ ITP として活動するボランティアの採用にあつては、研修開始前に個別インタビューを実施している。その結果、ボランティアとしての適性があると認められた人には、3 日間の研修を実施する。
- ・ 研修では、警察官と OPA で雇用している知的障害者が模擬の取調べ場面を再現し、そこに受講生に ITP として参加してもらう演習を実施している。
- ・ ボランティアの採用にあたっては、希望者の犯歴調査、2 名のレフリー調査(ボランティア希望者について知る人への聴き取り調査)も実施している。
  - ・ ボランティアには、活動中に心理的にストレスを生じさせるような状況を目にしたり、情報に接したりした場合に対応する目的で、EAP を提供している。(注: Employee Assistance Program。業務中に精神的なショックを受けるような何らかの出来ごとに遭遇した場合に対応するカウンセリングプログラム。対人援助関連領域、警察・消防などの緊急サービス領域などで広く用いられている)
- ・ EAP は 3~4 回のセッションでカウンセリングを

行っている。利用理由の大半は、取調べで性犯罪事件の詳細などを聞くことで生じた心理的ストレスへの対応である。

質疑応答：

別添 1【質疑応答】参照

## (B) The Assessment and Referral Court List (ARC List)

対応者：

- ・ Viv Mortell, Program Manager, Assessment and Referral (ARC) List (ARC List プログラム・マネージャー)
- ・ Carol Thomas, Advanced Case Manager (上級ケースマネージャー)
- ・ Ms Collins, Magistrate Senior Constable (治安判事)
- ・ Jarrod Kenney, Police Prosecutor (検察官)

導入の経緯と現状：

- ・ ARC List はアメリカで開始された精神保健裁判所 (Mental Health Court) をモデルとして、前の州政権によって導入された。当初は週 1 回の開廷であったが、対象となることを希望する被告人の数が多いために週 2 回に拡大され、現在はさらにもう 1 日増やすことを計画している。導入時には 2012 年までの 2 年間の試行であったが、その後、2 年間延長されて現在に至っている。明らかにニーズは存在していると考えており、関係者は ARC List の継続、さらには通常の裁判体への拡大を強く望んでいる。
- ・ 1 名の裁判官が同時に担当する事件数は 25 件程度であり、これは通常の裁判体よりも少ない。4 名の治安判事が通常の裁判体と兼務して担当しており、検察官も 3 名が通常の裁判体との兼務で担当している。

なお、報告者らはメルボルン治安判事裁判所を訪問し、ARC List による裁判を傍聴した。そのうちで ARC List の特徴が顕著に見られた 3 件の概要を紹介する。(別添 2【裁判の傍聴記録】参照)

裁判体の特徴と有効性：

- ・ 通常の刑事手続に比較すると、この裁判体では薬物への依存や障害によってもたらされる生活上の困難など、犯罪行為に至った背景に焦点を当て、その問題を解決することを強調しているのが特徴である。裁判官が定期的に個別支援計画の進行状況をモニタリングすることで、被告人が必要としている支援を継続的に受ける枠組みが設定され、それが犯罪行為からの離脱に有効に作用している。また、裁判所が関与していることによって、支援機関に対してサービス提供を促す要因として作用しているとも考えられる。
  - ・ 個別支援という性質上、量的に有効性を測ることに困難がある。効果性に関する検証を目的として、被告人の同意を得て、手続開始時点、判決時点、3 カ月後の定点データを収集しているが、データの詳細は現時点では一般には公表されていない(その理由として、聞き取り調査への回答者からは、現時点では ARC List が試行段階にあることが挙げられた。仮に有効性が示されると正式運用へと移行する政治的プレッシャーが高まる可能性があるからだという。) 概数としては、運用開始以来、約 700 件を取り扱っている。ある時点で調査した際の終了率は 82% であった。個別支援計画に示されたサービス利用、保釈条件の遵守、公判への定期的出席といったように、終了のための要件が多いことを考えると、この数値はひじょうに高いとのことであった。
- ARC List に対する反応：
- ・ 運用開始前の時点では、障害者関係団体からいくつかの懐疑的な反応があった。精神保健関連の権利擁護団体からは、このような裁判体の設置が本当に更生に資するののかという疑問が呈され、精神障害者の差別につながるのではないかと懸念が示された。また、知的障害者支援の団体からは精神障害と同一視されるのではないかと批判があった。しかし、実際に運用がはじまると、障害種別ではなく、被告人それぞれの個別性

を重視した対応がなされていることが理解されるようになり、現在ではこうした批判は聞かれない。

- ・このような問題解決型司法を用いた手法に対する、政治家、被害者団体、検察官からの反応は肯定的であるという。ARC List の試験的導入が決定されたのは当時の労働党政権下であり、その後、選挙によって自由党に政権が交替したが、この間に政治家からの否定的な反応はない。自由党政権下で試行期間の延長が決定されていることから、党派を超えて一定の支持を得ていると考えられる。
- ・また、被害者や被害者遺族の当事者団体等からの抗議も起こってはいない。ARC List においても、被害者の公判への参加は認められている。実際に参加する被害者の数は少ないが、参加した人からは、個別化された対応が結果的に被告人の再犯の防止につながり、それが社会の安全につながるという意味で有効性を認める意見が寄せられている。
- ・検察官の立場からも、問題解決型司法の手法に対しては、全般的には肯定的に評価されている。ARC List によって対応されることによって、被告人には自らの犯罪行為の背景となっている問題を解決する努力が求められる。通常の裁判ではこうした要素は薄く、その意味では必ずしも寛大な対応だとは言えない。個別支援計画は、3～12カ月の期間で実施される。個別支援計画の進行状況を確認し、内容を調整するために開かれる公判は、1カ月1回程度の頻度が多い。これとは別に、支援サービスの利用調整等を担う臨床家は2週間に1回程度は被告人と面談している。つまり、ARC List の裁判体に事件が係属する方が、被告人が実質的にやらなければならないことは多い。また、実際に ARC List を担当した検察官は、通常の裁判手続に比べて、問題解決型司法が犯罪行為からの離脱の効果が高いことを認識しており、それが肯定的評価につながっている。一方、ARC List に関与したことの無い検察官の一部には、関

与に拒否的な意見もある。

課題：

- ・第一は、心理、福祉的支援を担当する職員の入れ替わりが激しい点である。2件目の事件の女性被告人より指摘のあった、ケースマネージャーの頻繁な交替は事実であり、関与する専門職が離職によって頻繁に交替することが継続的なケアの提供の妨げになっている。この問題を少しでも緩和するため、裁判官、検察官は同一の事件を継続的に担当するように運用している。(補足：専門職の高い離職率とそれによる影響については、保護観察業務に関しても公式に報告されている。2005年に公表された「社会内処遇の改革に関する評価報告書」によれば、保護観察官の頻繁な離職により、経験や知識の蓄積が妨げられていること、保護観察対象者とのあいだに十分な継続的関係が構築されないこと、そしてこれらが不良措置や再犯の増加につながっている可能性が指摘されている (RMIT University Circle, 2005, pp. xi-xii).)
- ・第二は、個別支援計画のために必要とされる社会資源、医療、保健、福祉サービスが必ずしも十分に存在していない点である。

### **(C) Disability Forensic Assessment & Treatment Services (DFATS)**

対応者

- ・ Tiff Carroll, General Manager
- ・ Nicholas Kambouris, Intensive Residential Treatment Program Manager
- ・ Gayani Maddumage, Senior Psychologist
- ・ Louise Gallaher, Case Management

DFATS のサービス：

入所サービス  
アセスメント  
処遇プログラムの実施

対象：

刑事司法に関与した障害者のうち、最も複雑なニーズがあり重大犯罪に関与した人を重点的

に支援する

職員の役割と機能：

- ・ Divisional Liaison officer... 利用問い合わせへの対応。DFATS が対応すべきかどうかをインテイク段階で判断するゲートキーパーとして、ソーシャルワークを背景に活動している。

また、Residential Treatment Order (入所治療命令 (RTO)) など、司法手続対象者にかかる矯正局との関係構築にもあたっている。裁判所やケースマネージャー、仮釈放委員会等に対して、インテイク時に情報を収集するのが Division Liaison Officer の仕事。DHS の圏域である Division ごとに入所候補者情報を把握した上で、チームで DFATS プログラムへの適合性を判断している。適合性ありと判断されれば、裁判所で RTO が決定されたり、仮釈放委員会によって DFATS が帰住先として居住指定されたりする。裁判所にも出廷している。

- ・ Prison Coordinator... 刑務所被収容者における、DHS に登録されている 160 名の対象者のモニタリングにあっている。州で 1 人配置のためにかなり多忙な状態にある。DFATS に籍を置き、刑事施設内に勤務している。DHS の各 Division からもたらされる、矯正施設へ新規入所する障害者についての情報を各刑事施設に連絡している。その際、収容開始時の支援として、収容にともなうリスクなども伝達する。

また、仮釈放時の支援として、釈放時の環境調整にかかる情報を提供している。近時、15 ヶ月間にわたってこのポジションが空席となり、ひじょうに問題が多かったが、最近になって新たな職員を採用できた。

- ・ 刑務所内の Clinician... 刑務所を運営する民間企業の G4S と Department of Justice との協力のもと、刑務所内プログラム実施。
- ・ Youth Justice Coordinator... 少年司法における、行動マネジメントなどの障害に関わるプログラム実施。
- ・ Dual Disability Clinic... 契約した司法精神科医

による、DFATS 内外のクライアントを対象としたクリニック運営。主に重複障害かつ少年を対象。性欲抑止に関するホルモン投薬 を 60 名に実施中。

- ・ その他、コミュニティにおける様々な支援活動を実施。

Intensive Residential Treatment Program (IRTP) :

- ・ 州で唯一、法定され、強制力を有する、福祉における施設内処遇。
- ・ 特徴：住居設定は拘禁的であり、全人格的アプローチ、インセンティブモデル (治療の動機付け) を用いている。入居中は、心理・教育等の多様なサービスへのアクセスが可能である。治療的入居施設であり、退所後の移行支援も行うケースマネジメントも提供している。
- ・ 精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、生活支援員などの多職種によるチームで支援されており、4 つの段階的処遇と 9 つのドメインを設定している。ケアチームとして、クライアントの行動評価としてのスコアリング (プログラム出席や生活における行動、外出行動等) を毎日実施している。1 週間平均で改善の状況を評価し、徐々に処遇密度の低い段階へとあがっていく。
- ・ 24 時間体制で支援しており、個別性を維持したケアを提供している。アセスメントを基にして、各クライアントにとって必要な Social Skill を見極めてプログラムを実施している。その際、スタッフがロールモデルとなることや対人スキルの学習機会を設けることに留意。外出への付添、施設内のプログラム (料理、ガーデニング、識字教育、エクササイズ、健康に関する講義など) 医師の診察への同行等を行っている。
- ・ 行動観察と記録はスタッフが常時行う。これを元にして本人の弱みを補い、強みを伸ばすことを企図し、安全な地域生活を送るために、行動戦略を策定している。Good Lives Model (GLM) を基本にし、本人の人生の質の向上を目指しつつ、一方で問題行動にどうアプローチするのかを考慮

している。その際、介入の度合いを低めながら、支援の結果を最大限にすることを旨とする。

- ・上記のような点をチーム全体で共有しながら実施することで支援を効果的なものにしていく。
- ・施設改修中のため。訪問時に実際に使用されていたのは処遇段階別に分けられている3つの居住棟のうちの1棟のみであった。壁が可動式になっている等、収容人数に応じて構成を変えられるように設計してある。DFATSの敷地外、Bundooraという地区に地域への再統合をめざし、DFATSにおける入所型施設支援の最終段階で生活する開放処遇のCommunity Integration House (CIH)がある。定員は18床で、現員はDFATSに7名、CIHに2名居住。

DHSにおける組織改編：

- ・これまでDFATSは障害福祉サービスの一部門として運営されてきたが、今回の組織改編でSecure Service（少年院等もここに含まれる）の一つとして、粗暴性の高い人や若い人を拘禁するための施設として位置付けられた。
- ・これまでは障害福祉、児童福祉、少年司法といったプログラムエリアごとにサービスが分かれていたが、ワンストップサービスとして一人のDHSワーカーが様々な問題に関与できるように、という理念のもとに変革がなされた。しかし、その変革過程があまりにも拙速すぎて、サービスの質を高めることに繋がっていない。他に、予算の不足や、犯罪行為に対する厳罰的対応の流れも影響して、現状に至っている。また、刑務所もオンブズマンからその現実的危険性を指摘される程の過剰収容状態にある。このような変化は、確実に福祉サービスとしてのDFATSの性格を変容させ、実際に建物等にもその変化が目に見える形で顕れている。
- ・さらに、DFATSへの政治的プレッシャーも強度で、司法大臣が訪問した際、DFATSのIRTPからの逃走・再犯事件を引き合いに出し、今後、ここを出た人に電子監視を付けるような法改正を検討している旨を明言した。

DFATSにおける今後のプログラム改訂：

- ・DFATSにおける被収容者の変化に合わせて、6週間にわたる治療動機を向上させるプログラムを新設することを予定している。このプログラムでは、思考と感情に焦点化していく。
  - ・以前は性加害行為のみを対象にしていたが、IRTPを利用するクライアントグループの状況が変化してきたため、粗暴性と性加害を同時に扱うプログラムの導入を2014年4月から予定している。
  - ・プログラムを終了した参加者を対象として、学習した内容を振り返り、定着を図るメンテナンsgグループや、問題解決とSocial Skillを組み合わせたもの、アルコール、Relaxationなどのプログラムも提供している。
  - ・社会内に居住してプログラムに参加するためにDFATSに通ってくる人と、IRTPに居住する人は、禁制品の統制や悪風感染の防止のために違う場所でプログラムを実施している。
  - ・最近、新しいClinicianが着任した。DHSマネージャーやSenior Practitioner等が参加するClinical Advisory Groupのアドバイスを受けながらプログラムを実施しているが、最近、このグループも構成員を刷新した。
- DFATSが関与することになるための各種経路：
- ・刑務所代替的命命令としての前述のRTOによる入所。IRTPへの収容期間は最長5年であるが、3年の命命令が最も多い。
  - ・仮釈放（Parole Order）による入所。刑務所被収容者に対して、仮釈放期間をDFATSに居住する。
  - ・Crimes (Mental Impairment and Unfitness to be Tried) Act 1997 (Vic)（1997年犯罪（精神障害および訴訟無能力）法）によって、訴訟不適と判断されたことによる入所。同法による監督命命令は最長25年であるが、IRTPの法定された最長収容期間が5年間であることから、命命令の最後の5年間を入所する。
  - ・重篤な性犯罪を対象としたSupervision Orderによる入所。収容期間は最長5年。



- ・ 刑務所内の障害のある被収容者の移送による入所。法律上の移送は可能であるが、これまで適用された事例はない。Port Phillip Prison に障害ある受刑者専用の処遇区画として Marlborough Unit が設置されたことにより、障害のある人が刑務所に収容された際の危険を軽減されたため、適用を無用に行っている。

刑務所収容か、DFATS 居住かの分水嶺：

- ・ まず、Disability Act 2006 (Vic) に定められた法的要件へ適合すること。
- ・ 次に臨床的な判断がある。具体的には、DFATS における認知行動療法などのプログラムによる効果がありうるかどうかの処遇に対する応答性を検討する。中程度の障害がある場合は特に判断が困難となる。
- ・ そして、DFATS 運営上の問題として、既に居住している人々との適合性を検討する。プログラム有用性はあるにしても、全体像として行動の危険性が高ければ、中程度の警備レベル刑事施設と同等の施設に位置付けられている DFATS での対応が困難となるケースも存在する。
- ・ これらを判断するにあたり、クライアントの犯罪歴、過去の判決、DHS に過去に登録されたクライアントであったか否か、サービスの利用履歴がある場合は、その際のサービス提供状況などを検討している。

具体的な Referral の状況：

- ・ IRTP 入所のための referral は過去 6 ヶ月間で 4 名あった。ただし、過去には、5 週間で 4 名という時もあったので、時期によって変動がある。
- ・ 刑事裁判において裁判所が量刑を検討しているクライアントについては、量刑判断のための情報収集には 6 ヶ月程度かかる場合もあり、その間に DFATS に対して適合性判断が要請される。
- ・ コミュニティで生活しているクライアントの場合は、DHS のケースマネージャーや、Community Correction Order を契機として

DFATS にアクセスしてくる。Dual Disability Clinic の利用は DHS を経由している。

- ・ DFATS による適合性判断の結果、プログラム参加できないこともあるので、Justice Plan を作成するときには、「DFATS のプログラムに参加すること」ではなく、「DFATS 利用にあたっての Referral を受けること」という形で記載するようにケースマネージャーに求めている。
- ・ 現在、グループプログラムごとに Referral 時の質問書式を整備し、適合性判断ができるよう準備を進めている。IRTP 入所にあたってのアセスメントについては、既に書式が存在している。アセスメント項目は、治療・処遇ニーズ、治療・処遇にあたっての障壁、認知能力の概要など。但し、グループプログラムへの Referral はケースマネージャーからだが、IRTP については、裁判所や仮釈放委員会から来るため、法的要件の適合性を明確化することが重要になる。委託元がかなり異なるので、それぞれに応じた判断結果を返す必要がある。
- ・ 入所後についても、施設内での暴行など、処遇がうまくいかない場合はある。そのようなときは DFATS が報告書を作成し、裁判所に対して、命令の条件変更、命令そのものの破棄などの判断を求めている。その結果、IRTP のへの居住の命令が破棄され、矯正施設へ移送されることもあり得る。
- ・ 性犯罪などの対応が困難なクライアントについては、比較的短期の集中的な個別プログラムもあり得る。原則、グループワークだが、モジュールの一部を個人で行うこともある。

DFATS に勤務する職員の専門性と研修：

- ・ 職員は、大学でソーシャルワークか心理学の学位を取得した人が中心となっている。司法に関与する領域で勤務する人についても同様である。また、生活支援員の中にも、Psycho Social Trainer として臨床心理士と共同して治療教育プログラムを実施する資格を取得している人、働きながらこれらの資格取得に向

けて勉強している人もいます。

- ・ 今後、リスクアセスメント、共同ファシリテーション等、個人に対する支援にあたっての発展的研修の機会を設けたい。

#### (D) Office of Professional Practice (OPP)

対応者：

- ・ Dr Barry Waterman, Manager, Compulsory care

強制的治療に関する領域の管理職、具体的にはチーム責任者をしている。前職では矯正施設に勤務経験があり、障害者、ABI (Acquired Brain Injury。後天的脳損傷)のある人を対象として働いてきた。専攻は司法心理学 (forensic psychology)。

- ・ Brent Hayward, Mental Health Nurse

精神科看護の教育を受けてきた。知的障害と精神医学分野に関わる分野の職歴がある。現職では、行動面に困難を抱えながら地域社会で生活している人を支援している機関をサポートしている。個別ケースも取り扱っており、困難な行動によって地域生活が難しいとされている人の行動アセスメントや介入に関わっている。自閉症についての知識が豊富。

業務内容：

- ・ Office of Professional Practice (以下、OPP という。日本の組織では部局レベルにあたる)は障害法(Disability Act 2006 (Vic))によって設立されたもので、この法律によって OPP の統括責任者であるシニア・プラクティショナーの役割が詳細に規定されている。
- ・ Senior Practitioner の役割は、法 Section 23 (2)(a)によれば、「(障害福祉サービス利用者のなかで)拘束的介入、あるいは強制的治療・処遇の対象となる人たちの権利を擁護し、適切な実施基準を定めることに責任を負うこと」である。
- ・ 具体的な機能の主なものとしては、拘束的介入、あるいは強制的治療・処遇に関するガイド

ライン、実施基準を定めること、障害福祉サービス事業者に対して、拘束的介入、あるいは強制的治療・処遇に関する研修や情報提供を実施すること、拘束的介入、あるいは強制的治療・処遇の対象となる障害者の権利に関する情報を提供すること、障害福祉サービス事業者に対して、拘束的介入、あるいは強制的治療・処遇に関する実践の質の向上に資する助言を提供すること、障害福祉サービス事業者に対して、拘束的介入、強制的治療・処遇、行動し得ん計画書、治療・処遇計画書に関する指示をすること、障害者支援に関わる者が臨床実践に役立つ知識を修得し、研修機会を得るために、専門職、専門職団体、学術機関との関係を形成していくこと、障害福祉サービス事業者の支援上の意思決定に資する目的で、拘束的介入、あるいは強制的治療・処遇に関する調査研究を行うこと、障害サービス領域での拘束的介入の実施状況を評価、モニタリングし、大臣、および事務次官に改善策を提案すること、である (法 Section 24 (1)(a)-(h))。

- ・ OPP 職員はシニア・プラクティショナーから権限を委託され、シニア・プラクティショナーに代わって実際に上記の業務を果たしていく役割を担っている。スタッフ数は少ないが、ビクトリア州全体を管轄している。OPP に割り当てられている資源は非常に限定的であり、実行可能な仕事量よりも必要とされている仕事量の方が多という状況にある。
- ・ Waterman 氏は法によって規定された業務内容の一部として、個別ケースに関わる業務も担当しているが、全体としては、障害福祉サービスのセクター全体に対してケアの質を高めたり、改善したりすることを支援する役割を担っている。現場で起きていることをエビデンスとして収集し、それを政策に反映させていくことが求められている。

脱施設化の影響：

- ・ ビクトリア州では 1980 年代に大規模な脱施設

化が行われた。施設内の生活自体にかなり大きな問題があったのは確かだが、一方で施設であったからこそ提供されていた臨床的なサービスも存在していた。それらが脱施設化した際に意図的に撤廃されることになった。たとえば、一般医療や歯科医療、行動に対するアプローチのようなものについては、入所施設廃止後は地域内サービスを利用することが計画されたが、脱施設化が行われた時点で現実に存在していた社会資源の内容とは必ずしも合致していなかった。

- ・脱施設化が行われた時点では、障害者が利用できるような地域内サービスがほとんど存在していなかったため、十分な医療、歯科医療、行動障害への対応を受ける機会がなかった。このように、臨床的なサービスを受けるという意味では、脱施設化によって知的障害者が不利益を被った事実があった。
- ・脱施設化による影響については、1980年代終わりから90年代はじめにかけて、施設を退所した人のその後の生活についての研究が存在する。その研究では、5つの領域に関する脱施設化の影響が検討されている。それをみると、利用者の行動上の問題、健康状態、薬物の投与の状況は、脱施設化後も変わっていない。そのほかの生活の質の領域においては、脱施設化による変化が生じたが、行動を中心とした課題は改善していなかった。
- ・特に司法に関係する領域では、多くの知的障害者に深刻な行動上の問題があり、それへの対応として拘束的な介入がなされ、それによって行動管理をしようとしている。その視点から考えると脱施設化が良い影響を及ぼしているわけではない。
- ・脱施設化自体は積極的に評価されるべきだが、困難な行動を伴う人の支援という視点から考えると、脱施設化が改善に役立ったというエビデンスもなければ、施設内の方が行動改善に役立つということを示すエビデンスもない。ここ

で紹介した研究について、その後フォローアップした調査があるわけではないが、OPPが把握しているデータを検討すると、少なくともそのような状況にあるのではないかと推測できるだろう。

- ・脱施設化によって地域で暮らしはじめたことにより、それまで施設内でみせていたのと同じ行動が犯罪として対処されるようになり、そのために拘束的介入をしなければならない状況が出てきたという面はある。一方、刑務所内の知的障害者専用ユニットに収容される人の数は、それほど多くない状況があった。1990年代後半までメルボルン郊外にあったペントリッジ刑務所内に設けられていた、K6という25床の知的障害者専用ユニットでは収容定員が満たされることはなかった。その後、ポートフィリップ刑務所にマルボロユニットという33床の知的障害者専用ユニットが作られた。31床が知的障害者、残り2床が「メンター」として知的障害のある受刑者への支援者の役割を期待された障害のない受刑者用に割り当てるといって運用されているが、1997年の段階ではそのユニットにも空きがあった。
- ・Waterman氏が8年前に矯正局で働き始めたときもあまり状況は変わっていなかった。しかし、近年になって、その数は増えてきている。当時矯正施設に収容されていた知的障害者は、確認できるだけで60名だった。それが現在は165名に増えてきている。前述のRTOが導入されたことにより、一定の人々は刑務所外で処遇されることになったにもかかわらず、これだけ増えている。(補足：RTOによって、刑事処分として一定の知的障害のある被告人が指定入所治療施設へ収容されるように制度化されたのは、2006年のDisability Act施行によるものである。)
- ・矯正施設に収容される知的障害者の数の増加の理由として、仮釈放の問題がある。仮釈放申請の時点で居住地が定まっていなければ、仮釈

放は許可されない。また、仮釈放されたとしても、行動特性に合った形の十分な支援がないので、仮釈放条件違反に至りやすく、その結果として再収監されてしまいやすい。一般社会への移行に関しては、釈放後のスーパービジョンが欠けている。

- ・その意味で STO が導入されたことによって、一定程度のスーパーバイズを受けながら刑務所から地域に移るという点でよい効果を生むと思われる。(補足: STO が導入されたことにより、Shared Supported Accommodation: SSA とよばれるグループホームへの居住を民事命令で義務づけることができるようになった。この仕組みを用いて、刑務所から釈放時に一定期間は地域のなかで支援(そこには、実質的には monitoring とよばれる監視監督が含まれている)を受けながら生活し、段階的により自由度の高い生活に移行していくことができる、という意味。)

#### 治療計画:

- ・ Heywoods 氏の役割は、個人に対する直接的、臨床的な介入ではなく、すでにクライアントにサービスを提供しているスタッフを支援することである。その一環として、個人のクライアントに会うことになる。「監督付き治療命令 (STO)」「入所治療命令 (RTO)」について、治療計画 (treatment plan) を立てることが義務づけられているので、支援を提供する事業者が治療計画を作成するにあたってのコンサルテーション業務を担当している。
- ・ STO、RTO の治療計画については、考えられる方法のなかでもっとも拘束性が低く、かつ治療効果があるものでなければならない。治療計画には、介入・支援方法が記述してある。その内容は、犯罪行為に至った人、行動障害の重い人などによってかなり異なっている。治療計画の基本的考え方においては、リスクを最小化し、他者あるいは自分への危害の度合いを下げていくことを目指している。

- ・ 治療計画は行政審判所 (Victorian Civil and Administration Tribunal) で審査され、認証を受ける必要がある。その審理に定期的に出席している。治安判事 (ビクトリア州では、比較的軽微な犯罪を審理する治安判事裁判所で単審審理を行う職業裁判官) と同レベルの裁判官が認証を行う。治療計画は最長で 12 か月間の期間設定となっており、支援に携わっている事業者は治療計画の進行状況報告を最低でも 6 か月に 1 回は提出する義務を負っている。
- ・ 実際には、モニタリング報告の頻度はもう少し高く、1 年に 3 回程度提出されている。この過程を通して、治療計画の支援方針がどの程度進行しているのか、あるいは支援が有効に行われずに悪化しているのかがモニタリングされている。

#### 行動支援計画 (Behavior Support Plan):

- ・ 治療計画とは別に BSP がある。BSP も障害法によって規定されており、問題となっている行動を特定し、それに対する拘束的介入の内容を定め、将来に向かって拘束的介入の度合いを下げるように計画することを目的としている。BSP では行動マネジメントに焦点が当てられているのに対して、STO で定められている治療計画では監視的な側面も含みつつ、治療処遇に焦点が当てられる。治療計画では、危害の危険性、同意する能力の有無、どのように計画の内容を実行していくのかが重視される。
- ・ もちろん、治療計画のなかに監視的視点も入ってくるが、リスクを最小化しながら徐々に監視的要素を低くしていくことが目指されている。理想的には、DFATS のように拘束性の高い環境から、拘束の度合いを少しずつ下げて、コミュニティの中で暮らせるように介入していく。クライアントのなかには、一生サービスを受けなければいけないケースもあるが、理想的にはコミュニティで暮らせるようにする。それが治療計画の主な目的になる。
- ・ 現在、約 2500 件の BSP がビクトリア州内で

運用されている。拘束的介入を実施しようとする事業者は、APO ( Authorised Program Officer ) と呼ばれる職員を指定する。APO は個々の事業所において実施される、拘束的介入に関する責任を負う。たとえば、DFATS ではジェネラル・マネージャーがAPOに指定されている。

- ・ APO は BSP の内容を確認し、認証することができる。一方、STO や RTO の治療計画については、シニア・プラクティショナーがまず内容を確認し、それを行政審判所に提出し、許可を受ける必要がある。手続としてみると、治療計画の方が細部にわたって外部からチェックを受け、内容の適切性に関する評価を受けることになる。
- ・ 治療計画は数も少なく、州全体でも30件程度しかない。また、RTOに関係する治療計画はわずか13件である。

#### 予防的介入の有効性：

- ・ 予防的介入の方が、問題発生後に反射的に介入するよりも効果的であることは明らかである。その意味で、政府としてコミュニティに及ぼすリスクにどう対処するかということが問題になるが、さまざまな質的研究の結果をみると、予防的介入によって将来的に犯罪に至る可能性が低減されると思う。司法領域での臨床的関心としては、小児統合失調症などとともに、自閉症と犯罪行為の関係が注目を集めている。
- ・ DSM の改訂で自閉症が小児統合失調症から分離されたことには意味があると考えられる。自閉症と犯罪行為に関する文献を検討すると、両者が分離されることでより正確に診断され、どのように対応するかに目が向くという意味ではよかったと言える。しかし、個別事例をみると、多くの場合、犯罪行為が起こった後に診断されており、より早い段階で診断されていけば、生活の質を向上させていくという面ではよりよく作用すると思われる。ただし、主にアセスメントに焦点が当てられていることから、臨床

的に行動原因が注目されており、介入の部分がまだまだ不十分だと考えている。自閉症と犯罪行為を考えると、多くの場合、自閉症の人の認知の困難さの影響が挙げられる。われわれは、このように説明することには長けているが、その認知の困難にどのように対応するのかについては、まだまだ十分ではない。

#### 政策と現実の乖離：

- ・ 国際的にもオーストラリア国内的にも、ビクトリア州の身体拘束に関する制度自体は先進的なものであると言えるが、法による規定と、実際に障害者福祉サービスの現場での実践として、どのようなことが行われているかのあいだには、かなり大きな乖離がある。その理由の第一に職員の問題がある。伝統的に、この職域で働いている直接支援員には、無資格者、高等教育を受けていない人、臨床経験のない人が多い。知識が十分ではないという状況がある。第二は、サービス提供にあたっての利害相反の問題がある。ビクトリア州では、州政府が民間団体にサービス運営を委託している一方で、州政府が直接サービスの運営にも携わっている。( 補足：就労支援、日中活動支援などは、民間団体へ完全に委託されているが、SSA に関しては、運営を民間団体に委託している公設民営型のもの、DHS が直営する公設公営型が混在している。) 資金提供者が同時にサービス提供者であることから、政策を作りつつ、実施もしているという利害相反が存在している。第三に資源の問題がある。シニア・プラクティショナーは、拘束や隔離を伴う強制的な介入が不適切なものでないかどうかを監督し、必要に応じて規制する役割を負っているわけだが、実際にはその業務を十分に行うだけの資源が配分されていない。
- ・ STO では、拘束的介入の取り扱い、手続、支援者をはじめとした関係者の役割が明確に示されている。しかし、BSPについては、法律上はそこまで明確に規定されていない。そのため、

BPS に関しては、スタッフや管理職の理解が不足しており、法律上、何が求められ、どのような役割を果たさなければならないかが十分に意識されていない。上級幹部職も理解が十分ではないので、法律上の義務をスタッフにうまく伝えられていない。

- ・拘束的な介入を行う場合には、実施する事業所において APO ( Authorised Program Officer, Disability Act 2006, Section 139 に規定されている。APO は自らが所属する組織が拘束的介入を実施する場合には、その内容が規定や実施基準に適合したものとしなければならない) を指定することが必要であるが、現在、APO を置いている組織は約 50 カ所ある。一つの組織に複数の APO がいる場合があるので、実際には APO として登録されている人数はもっと多い。APO 登録事業所のうち半数が民間事業者、残りは州政府直営事業所である。難しい行動障害のある人を支援している事業所のほとんどは、この 50 個所に入っている。
- ・APO は拘束的介入の実施状況について、OPP へ報告する義務を負っている。ただし、APO の資格要件に関する法的規定がないので、実際にはほとんどがマネージャーや管理職であって、臨床経験がない者が多い。このため、BSP の質に関して、重要な部分が不足している事例が多い。それに対して、治療計画は臨床家が作成しなければならないと規定されている。その意味では、両者の違いはとても大きい。

隔離・拘束：

- ・障害法において、隔離中に何が提供されなければならないのかの規定されている。( 補足：Disability Act 2006 Section140 (d)(i)-(iv)によれば、隔離にあたっては、状況に応じて適当な寝具と衣類、十分な冷暖房、適切な時間帯の飲食物、適当な排泄物処理の機会の 4 点を保障しなければならない。)
- ・州の精神保健法には、隔離室使用時間の上限が定められているが、障害法上の隔離室使用の場

合は、時間については規定されていない。このため、個々のサービス提供者が法を解釈し、実際の運用を行っている。BSP や治療計画のなかに、隔離をする状況、時間の上限、隔離中の観察項目と頻度、記録項目を定めている。

- ・DFATS に設けられているような隔離室は、伝統的には入居者同士でのケンカが起きたときなどに使われていた。ビクトリア州における全体的な流れとしては、新設の施設には隔離室が設けられていないことが多い。ただし、隔離が行われていないわけではなく、個人の寝室やトイレやリビングを用いての隔離が実施されている。OPP が監査する際に重要なのは、隔離室の有無ではなく、支援の提供中に利用者が隔離状態に置かれることがあるかどうかを確認することである。

今後の改善に向けて：

- ・OPP としては、サービス提供事業者にどのような態度で臨むかが重要であって、法の規定を根拠に強制的に規制をするというアプローチではうまくいかないと考えている。STO や強制的治療においても、実際に支援にあたっている人、APO を支援するというアプローチが重要であろう。
- ・OPP が用いるアプローチも、経年で変化してきている。現在の新たな体制の下では、支援者の理解を深め、教育をするということを重視している。サービス提供事業者にとって、拘束的介入に関する現在の制度は、求められるものが多く、プレッシャーも高い。現行のシステムが何を目的としており、事業者に何が求められているのかを伝えること、そして、具体的にどのような知識が欠けており、それをどう埋め合わせていくことができるのか、このような点について、事業者を助けていく、支援していくというアプローチが重要であると考えている。そして、このやり方は全般的にうまくいっていると思われる。
- ・法的整備を行うとともに、障害福祉サービスに

において、実証に基づいた支援をする‘という姿勢を作っていくことが必要である。ビクトリア州では、positive behavior support の有効性は理論的に支持されているが、それがサービスの中できちんと位置づけられるようになることが必要である。

- ・行動像の深刻さからみれば、上位 5%の層への対応が非常に難しく、そのような極端な行動をする人たちに対する支援を考えるのはとても重要であることは否定できない。しかし、それ以外の、より広い層に対する支援を整えていくことが求められている。
- ・オーストラリアでは、知的障害者に精神保健上のニーズが生じた際、十分に精神科医療を受けることができない状況がある。
- ・教育の問題もある。たとえば特別支援教育修了時における日中活動や職業訓練へのつながりがよくないので、この部分の改善が必要とされている。
- ・家族支援、コミュニティ内での支援をしていかなければならない。ただ単に行動面だけをサポートするのではない。本人の生活全体を通じた、より広いサポート体制を整えていくことが重要である。

弁護士など司法関係者の障害に関する理解：

- ・ビクトリア州においても、司法関係者の障害に関する理解は十分ではない。Waterman 氏は、刑事弁護をする弁護士に対して、知的障害のある依頼人への態度に関する調査を実施したことがある。調査への回答率は高かったが、弁護士に対しては障害に関する教育ニーズがたいへん高いということが示された。
- ・行政審判所の審判では、法律扶助による弁護士のみが担当するが、刑事裁判では裁判所に障害関係のリエゾン・オフィサーが配置されており、障害のある被告人と弁護人のコミュニケーションの補助をすることが可能。(補足：行政審判を行う VCAT と刑事裁判を行う裁判所は別組織であり、まったく別な場所に設置されてい

る。裁判所には Disability Liaison Officer が置かれており、障害特性や医療、福祉サービスに関する知識をもった専門職がいる。一方、VCAT にはそのような専門職は置かれていないため、コミュニケーション面などを支援する仕組みがない。しかし、近年の Senior Practitioner、RTO、STO の整備に伴い、知的障害者が CVAT における審判に関わる機会は格段に増えてきている。)

- ・弁護士は障害のある被告人に対して、指示的に接して、命令してしまうことが多い。弁護人が本人にさまざまな影響を与えてしまう。それは知的障害者だけでなく認知に障害のある人全般について言えることであろう。

行動障害に対する介入方法：

- ・基本的な方法論としては機能分析が用いられている。
- ・しかし、オーストラリアの場合、人口規模が小さいという問題もあり、アメリカのように ABA の専門家が登録制で臨床に関わるという体制は整備されていない。機能分析自体は行われているが、水準は余り高いとは言えない。その理由としては、教育研修や臨床家への継続的にサポートに携わる専門家の数が少ないからである。
- ・OPP が開設され、さまざまな資料を整え、事業者に対して研修を実施してきたが、行政資源の問題もあるので、これを永続させることはできない。それぞれの臨床家が学んでいくことになる。

## (E) メルボルン大学 Forensic Disability(司法障害学)講座

応対者：

- ・Dr. Frank Lambrick, Lecturer, Forensic Disability, University of Melbourne  
メルボルン大学 Specialist Certificate in Criminology (Forensic Disability)について：
- ・メルボルン大学では、犯罪学修士(司法心理学)

課程の一環である夏期集中講座として、1998年から「知的障害のある犯罪行為者」という科目を開講していた。この科目を開講するにあたって、現在の Specialist Certificate in Criminology (Forensic Disability)(犯罪学(司法障害学)専門課程)コースを集中講義形式で開設した。

- ・本コースは、大学院レベルの課程として、以下の項目に関する理論・実践の両面にわたる教育を提供することを目的としている。

①非行・犯罪行為に至った障害者のアセスメント(リスクアセスメントを含む)

②非行・犯罪行為に至った障害者のマネジメント

上記クライアント集団を支援する際に直面する、複雑な専門的、倫理的問題への対応

- ・到達目標は以下の通り。

犯罪行為に関する心理学、および刑事司法制度に関して深く理解すること

異なる罪種、多様な司法背景に応じた、適切な専門的技術に関する知識を得ること

関連する文化、法、政策、政治的問題について深く理解すること

歴史、社会文化、生物、心理、方法論、および専門的課題について、知的障害と犯罪行為のあいだの連関を説明、分析できるようになること

刑事司法手続の各段階において、知的障害のある犯罪行為者が経験する特有の法律的問題について理解すること

このクライアント集団に対する臨床アセスメントの原則を説明し、特定のアセスメント技術を用いること

このクライアント集団に対する臨床介入、マネジメントに関する原則を説明し、特定の介入技術を用いたり、その介入方法を評価すること

臨床判断にあたって、法的、哲学的、政策的背景との関係を理解すること

博士課程、その他の課程への進学に必要とさ

れる基礎的能力を習得すること

- ・本科目は多領域にわたる内容を含んでおり、障害、心理、ソーシャルワーク、精神医学、医学、保健、法律、法執行機関、矯正保護の領域に現在勤務する実務家を受講生として想定している。
- ・入学要件は、医学、関連保健分野、社会科学における学士号、および関連領域での最低2年間の実務経験、コースの終了が見込める能力を示す関連領域での専門職としての勤務経験(最低5年間)のいずれか。(犯罪学修士課程に在学する学生については、実務経験がなくても履修を認めているが、その場合は、内容を理解するのはかなり困難となることを見込んでいる。)
- ・本コースは、基礎科目である Introduction to Forensic Disability と展開科目である Advanced Practice in Forensic Disability の2つの必修科目によって構成されている。コースの構成は、別添3参照。
- ・教員は、全体担当者が3名、特定の話題を扱う担当者が3名。
- ・ニュージーランドから来る受講者もいるため、内容がビクトリア州特定のものに偏らないように配慮している。
- ・受講者には一定の臨床経験があり、アセスメントや介入計画の作成などをしたことがあることを前提としているので、担当教員はフレームワークを示し、参加者間のやりとりを促進しながら理解を深めるという手法を採用している。
- ・受講者はアセスメントの経験自体はあるので、それを基盤にしながらリスクアセスメントについて学んでいく。
- ・受講者から、具体的な質問も多く出るので、そういった受講生のニーズに応えるようにしている。
- ・総授業時間数が制約されていることから、特定の介入技法よりも、注目すべき点、介入にあたっての考え方を教授することに力点を置いて



いる。本コースで扱う内容に受講者が各自の経験やノウハウを組み合わせればよいと考えている。

- ・ リラプスプリベンションなど、個別の介入技法について詳細まで学習しようとするれば、1つのテーマ（たとえば、粗暴犯への対応など）に絞っても、2～3日は必要とされるだろう。
- ・ 受講者のバックグラウンドに応じて、授業内容には修正を加えている。受講者は多様なバックグラウンドを持っているが、臨床経験があって、クライアントへの実際の支援経験がある点は共通している。このため、アセスメントや介入、支援に関する基礎的な知識や技術はあることを前提としている。受講者の専門領域は異なっても、いかにクライアントに関わるかという原理原則は共通しているの、その点を学ぶことを意識している。
- ・ こうしたコースを提供している教育機関は、世界的に見ても多くないため、珍しい試みであると言える。単独の科目として開講している機関はあっても、連続性を持ったコースとして提供しているのはひじょうに稀である。
- ・ 受講料金は、\$5,360 ドル（1ドル90円換算で482,400円）（1科目につき\$2,680）。ほとんどの受講者は所属先が費用負担している。
- ・ 本コースを修了すると、専門職として付加価値をつけることになる。その点でコースの人気は高い。
- ・ 加害者に障害があることによって、量刑を重くなる、軽くなるという両方向に対して、極端に作用する傾向がある。障害があるがゆえに非犯罪化されたり、逆に量刑が極端に重くなったりする。そのため、弁護士などの法律専門家にとっても、本コースで学ぶ価値があると思われる。

障害のある犯罪行為者を対象としたアセスメントツール：

- ・ Lambrick 氏も主要メンバーとして参加している研究グループにおいて、知的や発達におけ

る制約があって犯罪行為に至った人のリスクとマネジビリティについて評価するツールを開発している。

- ・ 正式名称は、Assessment of Risk and Manageability of Individuals with Developmental and Intellectual Limitations who Offend – ARMIDILO。
- ・ 現時点では、性加害行為に焦点化した、ARMIDILO-S が開発されており、ウェブサイトで公表されている。（サイトアドレス：<http://www.armidilo.net/>）。
- ・ このサイトでは、ツール開発の経過、内容、関連文献などを掲載している。
- ・ ツールは欧米における研究をもとに英語で作成されているが、日本語への翻訳を希望するのであれば、協力可能である。

## D . 考察

### (A) Office of Public Advocate (OPA)

- ・ 調査者の一部が過去に現地での聞き取り調査を実施した、イングランドの Appropriate Adult 制度に比較すると、ビクトリア州の ITP 制度は派遣、ボランティアへの教育や支援などに関して、運営状況がより組織的であった。
- ・ ITP として活動するボランティアへの研修の具体的な内容については、日本における類似プログラムの検討にあたっては、参考となる点が多くあるように思われた。
- ・ Employee Assistance Program として、実際に ITP として活動するボランティアが心理的にストレスを感じる状況を経験した際にケアをする仕組みを制度している点は注目すべきである。犯罪行為に関する取調べに立ち会うという業務の性質上、ボランティアへのケアは欠かすことのできない視点であろう。

### (B) The Assessment and Referral Court List (ARC List)

- ・ 通常の裁判体に比べると、被告人が裁判手続を理解し、参加できるように配慮されている。

- ・ 裁判官の言葉遣い、コミュニケーションの態様、法廷における着席位置、審理への参加の態様などの点で、できる限り形式的要素を排除し、実質的に被告人が裁判手続の内容を理解できるように意図されていた。
- ・ すでに日本で紹介されているアメリカの問題解決型司法、とくにドラッグコートの運用形態と比較すると、裁判の進行自体はそれほどインフォーマル化されている訳ではない。裁判を通じて、犯罪行為の背景であると考えられる要因を明確にし、被告人がそれらの要因に向き合い、解決に向けて自ら努力するよう促すことが意図されていた。
- ・ 被告人が裁判を通じて自らの犯罪行為に関連する課題を解決するという目的のために、主体性が重視されていた。
- ・ 一方、被告人はこれまで数多くの裁判をすでに経験してきていることもあり、そのような問題解決型司法に主体的に参加すること自体に戸惑っているようにも見受けられた。弁護士が被告人に代わって発言をするという、伝統的な裁判の形に適應しているように行動する被告人（裁判官と直接対話することをためらい、弁護士を通じてコミュニケーションをはかろうとするなど）もあり、この裁判体設置の意図が完全に実現されているとは言えないようにも思われた。
- ・ 問題としては、社会資源の不足、担当者の頻繁な交替が挙げられており、前者については日本でも指摘されているところである。
- ・ このように司法手続を通じて治療・支援に誘導し、犯罪行為に至る要因自体に対処しようとする方法については、日本国内においても類似の制度を取り入れることは有効であると考えられる。その際、利用可能な社会資源を用意すること、また、治療や支援を受け、それが失敗した際にも本人の不利に取り扱われることがないよう配慮されることは重要であろう。ARC List では、手続開始後も治療や支援を受けるこ

とに失敗しても、法的に本人に不利に作用しないことが明確に保障されている。

### (C) Disability Forensic Assessment & Treatment Services (DFATS)

- ・ DFATS では、障害福祉サービスの領域としては、ビクトリア州内で最も高い処遇密度を必要とするクライアントを対象とした集中型の入所プログラムである IRTP を運営している。障害福祉サービス以外では、州の司法精神科医療サービスの Forensicare が運営する Thomas Embling Hospital が設置されており、DFATS のすぐ隣に位置している。Thoman Embling Hospital の規模は DFATS よりかなり大きく、7つの閉鎖処遇病棟に116の病床があり、急性期60床、回復期56床となっている。
- ・ IRTP を中核としながら、コミュニティで生活をしているクライアントに対するグループプログラム、重複障害者のためのクリニック運営など、非行・犯罪に至った障害者への臨床的対応の中心的存在として機能している。
- ・ 建物の外周は高いフェンスで囲まれており、出入口も二重扉で厳重に施錠されていること、施設内への持ち込み物品に厳しい制約があることなど、平均的な中程度の警備レベルの刑務所と同様の保安状態にあった。一方、施設内部は庭園空間が設けてあったり、各生活棟にもバーベキューができる空間があるなど、刑務所に比べると環境を地域生活に近づけるように努力しているように見受けられた。
- ・ しかし、改装中の居室を見学した際には、刑務所仕様の扉や洗面台の設置、室内の壁面への補強、空調設備への強固な防護柵の取り付け、強化ガラスへの入替など、ほぼ刑務所の単独室と同じ居住環境となっている部屋が1室設けられているのを見た。その居室に住んでいたクライアントは、行動状態の危険性が高いために結局は刑務所に移送されたという。このような状況を見ると、IRTP を福祉施設として位置づけな

がらも、実質的には刑務所化していく危険性があることを認識した。

#### (D) Office of Professional Practice (OPP)

- ・拘束的介入の適正化、使用の最小化のためには、介入の要因となっている問題の理解、分析、支援方法などに関する、支援者の知識の蓄積や技術の向上が有効であるという見解が示された。これは、すでに日本における研究などに明らかにされている視点と共通するものである。
- ・事業者に対して、支援技術の向上を目的とした教育やコンサルテーションを充実させ、OPPとのあいだで協力して支援の質を高めるというメッセージを明確に発していた。これは、OPPが監視機関として事業者によって敵対視されるのではなく、協力できるパートナーとして認識されるように戦略的に行動している結果であると考えられた。
- ・一方、OPPの業務目的遂行のためには、職員数をはじめとする資源の配分が絶対的に不足しているという点が強調された。

#### (E) メルボルン大学 Forensic Disability(司法障害学) 講座

- ・メルボルン大学において提供されているコースについては、日本国内には類似のものは存在していない。
- ・取り扱うテーマがもっとも近いのは、独立行政法人国立重度障害者総合施設のぞみの園が主催する「福祉のサービスを必要とする罪を犯した知的障害者等の地域生活支援を行う施設職員等研修会」であると思われる。ただし、のぞみの園の研修会は3日間、実質研修時間数は講義が9時間45分、演習が4時間30分の計14時間15分となっており、はるかに短い時間数となっている。
- ・その他、日本国内における主な研修会としては、全国地域生活定着支援センター協議会が年1回開催する全国研修会、定着支援センターの各

ブロックが年1回開催する研修会、NPO 法人 Protection and Advocacy-Japan が全国で開催しているトラブルシューター養成研修、各種団体が単発で開催する啓発目的の研修会、小規模な勉強会などが存在している。

- ・今後、専門職養成を促進するためには、本コースの構成と内容、受講者の想定などは参考になると思われる。特に個別技法よりも問題の理解と分析、介入枠組みについて焦点化して教育する、基礎科目と展開科目を一体として提供しながら、両者の受講時期のあいだに一定の間隔を設けることで、臨床場面への適用を体験しながら、さらに学びを深めるという形式は興味深い。
- ・ARMIDILO-Sについては、さらに詳細を検討する価値があると思われる。

注：

- 1) ビクトリア州の成年後見制度では、住居や医療に関する生活上の意思決定を行う「advocate」と財産管理を行う「administrator」に分けられている。いずれも行政審判所である Victorian Civil & Administration Tribunal = VCATによって選任される。advocate、administratorともにVCATが適切だと判断すれば、家族、親族等が選任される。しかし、そのような適任者がいないケースについては、OPAがadvocateとして任命される。また、administratorについても、家族や近親者に適任者がいない人のために State Trustee という公的団体が存在している。
- 2) Responsible adult 制度設立の契機となったのは、悪名高い「Confait 事件」であった。この事件では、3人の若い男性が殺人と放火で起訴され、有罪の判決を受けた。3名の被告人は、事件時にそれぞれ18、17、14歳だった。18歳の男性には知的障害があり、認知の上での障害(cognitive disorder)があった。14歳の少年については、第1言語が英語ではなかった。3人ともに、警察による事情聴取では、第三者の立会い

はなかった。18歳の少年は、取調べで警察官からの暴行があったと証言している。1972年に有罪判決を受けて刑務所に送られたが、上訴をし、1975年に有罪判決が取り消された。

上訴審の裁判官は、「被疑者の精神状態を考慮し、自由な選択ができないような状況の中でなされた自供は、自由意思に基づいた供述ではない。そのような自白には、任意性がない。」と述べている。

この事件を受け、イングランド政府は委員会を設けて、問題の所在と要因について調査を行った。その結果、Henry Fisherは警察において取調べを受けている人にMental Disabilityがある場合には、その人が質問を理解できるのかどうか、誘導されやすい可能性があるのかどうか、どのような質問、回答が信頼できるのかについて、慎重に判断する必要があるとした。

この事件によって、独立した第三者が捜査機関による取り調べに立ち会う必要性が見いだされた。そして、Mental Disabilityがある成人を警察が取調べる場合には、親か、警察から独立したその他の人が立ち会うべきであるとされた。

## 【別添 1】質疑応答

Q. ITP による活動が適正に行われているかどうかは、そのように確認しているのか？

A. 警察から ITP の活動についてのフィードバックはほとんどないが、何らかの問題がある場合には、OPA のコーディネーターが連絡を受けることもある。

ITP の活動状況を知るためのその他のチャンネルとしては、ITP 運営のための委員会に参加している警察代表者、OPA のコーディネーターによる警察署への連絡訪問がある。

なお、ITP として活動するボランティアには、2 年に 1 回現任者研修を実施している。

Q. ボランティアは何らかの金銭的報酬を受け取っているのか？

A. 十分ではないが、上限 370 ドルまでの謝金がある。そのほかに旅費を支給している。平均すると、1 年間にボランティア 1 名につき 8.5 件の立会をしており、年間 40 件程度の立会をする者もいる。

Q. 警察が故意に ITP の派遣を要請しないこともあるのか？また、ITP の立会がなかった場合、調書に証拠能力がないとされることがあるのか？

A. そのような事例は存在する。実際に裁判で問題とされた事例もあるし、判例も多数ある。具体的には、取調べに雇用主を立ち会わせた事例があったが、これなどは家族でも訓練を受けた ITP でもなかった。他にも、ITP の派遣を要請したものの、正当な業務を行わせなかった事例、ある被疑者について過去 8 回の事件の取調べでは ITP が立ち会っていたにもかかわらず派遣要請をしなかった事例などがある。これらは、裁判において、取調の記録が証拠から排除され無罪となった。裁判所は、「もし適切なサポートを受けていればこのような調書が作成されることはなかったであろう」と判示している。公正な方法により証拠が収集されていなかったとして証拠から排除されている。

Q. ITP として活動するのはどんな人たちなのか？

A. ボランティアの背景は多様である。フルタイムで働いている人、学生もいる。有職者であれば、夕方だけ、土日だけ活動するようデータベースに登録することもできる。また、派遣要請を受けても対応できない場合には、OPA に連絡をすればよい。

Q. ボランティア募集の方法は？

A. OPA が実施している他のプログラムもあるため、それらと併せて、ボランティアを募集するコーディネーターが担当している。募集広告を掲載する媒体はインターネットとコミュニティペーパーだが、口コミもある。

ボランティア 270 名のうち、インターネットを使わない人は 12 名のみであり、IT に明るい人が多く、主たる連絡手段としては電子メールを用いている。

Q. 弁護士からの派遣依頼はあるのか？

A. 前述の通り、ITP の派遣を依頼する義務は警察官にあるので、弁護士からの派遣依頼はない。ただし、取調べの段階ですでに弁護士が関与していれば、弁護士が警察官に対して ITP の立ち会いを要求することはある。ただし、取調べ段階で弁護士が関与しているのは、全体の 3~5%程度。

Q. 警察官に対する研修はしているのか？

A. 警察学校の訓練課程のなかで、障害者については一定程度触れられている。

また、任意選択の精神保健課程があり、その中で ITP のプログラムについて取り扱っている。以前は警察学校の全体講義で障害について取り扱っていたが、今は廃止されている。

## 【別添 2】裁判傍聴記録

2014年3月26日に報告者らはメルボルン治安判事裁判所を訪問し、ARC List による裁判を傍聴した。そのうちで ARC List の特徴が顕著に見られた 3 件の概要を紹介する。

【1 件目】すでに ARC List による手続が進行中の男性被告人が保釈条件違反で逮捕された事件であった。男性は本人の犯罪行為に関わりの深いメルボルン市内の一定地域への立ち入りを禁止されていたが、それに違反しているところを警察官に発見され、前日に逮捕された。被告人は勾留中であり、どのように対処すべきかが審理された。

検察官と弁護士が出廷。被告人は出廷していなかった。冒頭では、弁護士による状況説明が行われたが、この様子は典型的な治安判事裁判所におけるものであった。裁判官は法壇上に着席し、弁護士が被告人のおかれた状況を説明、とられるべき措置を提案し、裁判官に判断を求めた。通常、被告人が出廷している場合でも、傍聴席最前列で弁護人の後に座り、何も発言しないことも多い。

地域で引き続き生活することが被告人本人と周囲にとって安全であるのかどうかを判断するためのアセスメントが必要であると裁判官が判断した。アセスメント担当者が裁判所内にいるのであれば、即時にアセスメントを実施し、その結果を知りたいと裁判官が述べたが、担当者の居場所を弁護士は知らないとのことで、それが判明するまで一時休廷となる。

後刻に審理が再開され、担当者が現在不在のためにアセスメントは翌日に実施することになった。その際、裁判官は「被告人を拘置所に長く勾留するのは好ましくないので、明日、アセスメントを実施し、即時に今後の対応を決定するつもりである」と述べ、また、これまで ACR List による対応を担当してきているという経緯があることから、審理は自分が担当するように手配するよう書記官に指示した。

【2 件目】過失致傷、脅迫罪によって起訴された女性被告人の事件であった。法廷内の楕円形テーブルに被告人、未成年と思われる被告人の息子、弁護士、検察官、臨床家、裁判官が着席した。被告人の夫も出廷していたが、傍聴席最前列に座っており、終始発言することはなかった。これまで ARC List によって手続が進んできたが、最近、体調不良で個別支援計画に示されている医師の受診、臨床心理士と面談が途切れがちになっていることを弁護士が説明した。裁判官は被告人が体調不良であることを認め、これまで彼女はじゅうぶんに努力してきたことを肯定的に評価した。その上で、本日付で事件処理を終了させることを説明し、有罪の犯歴記録を伴う 12 ヶ月

間の判決延期、約 1000 ドルの被害弁済を命じた。判決延期にあたっての条件として、精神科医の受診、臨床心理士との面談を継続することが付された。また、裁判官は被害弁済が即時になされる必要はないこと、支払い方法には分割や一括など選択肢があることを繰り返し被告人に説明した。

手続中は主に弁護士が裁判官に対して発言していたが、裁判官は折に触れて被告人に直接話しかけ、被告人が内容を理解しているかどうかを確認した。最後に弁護士から、「被告人より裁判官に言いたいことがあり、それを伝えるように指示を受けているが、せっかく本人が目の前にいるので直接話をしてもらおうと思う」と発言があった。被告人は「この手続によって、自分の人生は大きく変わった。ほんとうに感謝している。あなたはいい人だ」と述べた。これを受けて、裁判官は「自分の職務を果たしているだけだから」と返答しながらも、「せっかくあなたの周りに支援のネットワークが出来ただけだから、それをできるだけ活用して欲しい」と話した。

また、被告人より、「ARC List に関わっているあいだ、ケースマネージャーが頻繁に交替し、そのことが困難を生じさせていた」との訴えもあった。これに対して、裁判官は同情的に対応し、「確かに問題であり、そのことが被告人に不利益となっていることはよく理解している。ただ、これが現実であり、そのなかで出来ることをやっている」と説明し、閉廷した。

【3 件目】飲酒による粗暴行為で起訴され、現在 ARC List によって個別支援計画が実施中の女性被告人であった。裁判官、被告人、弁護士、検察官、臨床家、それに加えて、女性が先住民族出身者であることからアボリジニ支援機関のワーカーが参加した。2 件目の事件と同じく、楕円形テーブルに全員が着席し、ケース会議形式で進行した。冒頭、アルコール問題への対応のため、被告人が解毒治療プログラム(治療施設に一定期間入所し、アルコールから解毒治療を行うこと。Detoxification Program といわれ、通常 Detox と略称される。)を利用する予定であることが臨床家から報告された。プログラムが利用できるのは数週間先になるため、それまでのあいだは現在の支援機関が引き続きサポートすることが確認された。解毒治療プログラム終了予定日の午後が次回の公判期日に重なっているため、出廷できるかどうかを被告人が不安に感じていることが支援ワーカーから補足されると、裁判官から「出廷が難しい場合は、遠慮なく弁護士に連絡すること。事前に連絡さえあれば、公判期日を延期することはまったく問題がないこと」との説明があった

【別添3】メルボルン大学 Forensic Disability (司法障害学) 講座

- Introduction to Forensic Disability と Advanced Practice in Forensic Disability のコースの構成 -

科目名	Introduction to Forensic Disability	Advanced Practice in Forensic Disability
レベル	基礎	上級
講義時間数	1日8時間 x5日間 = 40時間	1日8時間日 x6日間 = 48時間
講義内容	<p>【1・2日目】 歴史、障害と犯罪の関係、ステレオタイプや偏見など社会的視点、法的問題</p> <p>【3日目】 受講生が臨床で経験したケースプレゼンテーション(最終評価の20%を占める。その他はレポートと授業への参加)</p> <p>各ケースを題材としたアセスメント、リスクアセスメント演習</p> <p>【4・5日目】 性犯罪、知的障害と精神障害の重複障害などの事例を用いた演習 介入計画の作成演習</p>	<p>受講者は Introduction to Forensic Disability を修了後、各自の臨床現場に戻って、7~8ヶ月間かけて学習内容を実務に適用する課題が課せられている。その上で、本科目において、各自の臨床経験を振り返り、他受講者と共有し、発展的な内容を学ぶ。</p> <p>科目内で学習する項目は基礎編と類似しているが、各テーマについて、実践に基づきながら、より深く、かつ広範に学ぶことが意図されている。</p> <p>アセスメント(特にリスクアセスメント)は基礎編の内容に加えて、性犯罪、放火、女性による犯罪、物質依存、少年犯罪、粗暴犯など、より幅広い題材を取り扱う。</p> <p>また、介入にあたっての倫理の問題も取り扱っており、受講者には高い倫理性を求めており、「もっとも拘束性が低い手段を考え、選択すること」を強調している。</p>
備考	Semester 1 開講	Semester 2 開講 基礎編終了から7~8ヶ月後に受講

平成26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  
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

オーストラリアにおける対応困難ケースへの支援状況に関する調査  
-Disability Justice Team North Division (DHS) に関する調査報告 -

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	安藤久美子 (国立精神・神経医療研究センター) 梶屋 二郎 (福島大学子どものメンタルヘルス事業推進室) 堀江まゆみ (白梅学園大学) 水藤 昌彦 (山口県立大学)
研究協力者	浦崎 寛泰 (東京きぼう法律事務所) 及川 博文 (特定非営利活動法人東京ソテリア) 野沢 和宏 (毎日新聞社) 森久 智江 (立命館大学) 山田 恵太 (北千住パブリック法律事務所)

## 研究要旨

本調査では、非行・犯罪行為に至った発達障害者に対する(1)刑事司法手続き、(2) 医療機関・矯正施設・福祉等サービス機関において提供される施設内処遇や支援の実際、(3) 矯正施設釈放後あるいは医療機関退院後の社会内処遇、(4)支援を行う専門職の養成に関して、日本とは異なる制度や支援体系を持つオーストラリアビクトリア州の現状と課題を明らかにし、日本のシステムへの提言を行うことを目的とした。

本報告 では、オーストラリアにおける社会内処遇の現状と課題を調査するため、Department of Human Services (以下 DHS)の障害福祉部門の一部局である Disability Justice にてインタビューを行った。ビクトリア州メルボルン北部地域を担当する Disability Justice は知的障害 (発達障害の併存を含む) があって、非行・犯罪行為に至った人への社会内での支援を専門に担当している。なお、メルボルン北西部は、歴史的に住民の中に社会経済的に困難な状況にある人が占める割合が高い。

インタビューの結果、ビクトリア州では専門家チームが政府機関の中に設けられており、様々な施設がコンサルテーションを行いながら対象者をサポートしていること、そして、こうした専門家チームが政府機関の下で個別のニーズに応じた支援計画や政策を作成していることが特徴的であることが分かった。現実のところ、整備が不十分で思考錯誤を繰り返している状態であるが、司法福祉のひとつの有用なあり方といえると考えられた。

## A. 目的

Department of Human Services (以下、DHS という)はビクトリア州政府の省庁の一つであり、医療、公衆衛生、高齢者福祉、障害者福祉、児童

福祉、少年矯正・保護、住宅といった広範囲の領域に対する政策の企画立案を担当している。日本の厚生労働省に近い機能を果たしているが、大きな違いは、障害者福祉、児童福祉、少年矯正・保護の



領域では、州公務員が直接に支援・処遇を担当している点である。

訪問先である Disability Justice は、DHS の障害福祉部門の一部局であり、知的障害（発達障害との併存を含む）があつて、非行・犯罪行為に至つた人への社会内での支援を専門に担当している。本調査では、社会内処遇の現状と課題について聞き取ることを目的として、メルボルン北部地域を担当する事務所を訪問とした。なお、メルボルン北西部は、歴史的に住民の中に社会経済的に困難な状況にある人が占める割合が高い。

## B . 研究方法

方法

インタビュー

訪問機関

Disability Justice Team North Division  
(DHS)

対応者

- ・ Frankie Boardman  
Disability Justice 管理者
- ・ Virginia Kavanagh-Ryan  
同チームリーダー
- ・ Lawrence Ussher 同専門職
- ・ Renaye Kelleher 同専門職
- ・ Thomas Thompson 同専門職

調査期間

2014 年 3 月 27 日

(倫理的配慮)

本調査の背景、目的、個人情報ならびに回答の扱われ方を口頭にて説明し、同意が得られたことを確認した後、インタビューを行った。

## C . 結果

### 1 . オーストラリアの司法制度：背景と現状

オーストラリアでは、知的障害（発達障害も含まれていることが多い）をもつ人が犯罪を犯すと、懲役刑や罰金刑が科される場合の他に、社会内処遇命令(Community orders)が下される場合がある。社会内処遇命令には、Community Based

Orders(CBO)と Community Corrections Orders (CCO)があり、いずれも、社会生活を続けながら各種のボランティア活動や治療プログラムへの参加などの遵守事項に従いながら、社会復帰を目指すことになる。しかし、社会内処遇については、一昨年、仮釈放中の男性が女性を殺害した事件があり、被害者の父親がメディアに出て活動したことを機に一般市民の危機意識も高まり、現在、社会内処遇命令を受けている者への風当たりが強くなっているという。

さらにはこうした背景により、現在は仮釈放が停止されているため、どの刑務所や留置場も満員で、ベルヒアリング、仮保釈、保釈の申請も遅れているだけでなく、近年の厳罰志向を受けて、刑の執行猶予も廃止されている。そのため、今度、社会内処遇命令がどのような方向にすすむのか、また、執行猶予という選択肢がない状況での裁判官がどのような量刑判断をしていくのかといった点では、いくつかの課題を抱えているといえる。

### 2 . ビクトリア州の司法・福祉への取り組み

オーストラリアは連邦制であり各州の自治権が強い。そのため、障害者福祉制度や刑事司法システムも各州が独自の制度を運用している。とくにビクトリア州では司法と福祉の分野をつなぐ独自の取り組みを行っており、州政府の省庁の一つとして、DHS (Department of Human Services)(ヒューマン・サービス省)を設けている。DHS は、ビクトリア州の医療、福祉、住宅等のヒューマンサービス部門を管轄しているだけでなく、事業者としてサービスの提供も行っていることは、本邦の厚生労働省とは大きく異なる。

### 3 . DHS (Department of Human Services)

DHS の中で障害者サービスを管轄しているのが障害サービス部門(Disability Services)である。DHS の設立当初は州を 7 つの区画に分けて活動していたが、昨年からは東西南北の 4 区画とし、その下に 17 のエリアを設置して活動している。ただし、北区は車で 7 時間かかる州境までカバーして

いることや、Forensic Disability Teamは北区にしかないため、支援のために2週間に1度は飛行機に乗って移動しなければならないケースなどもあり、運営にあたっては問題点もある。

### (1) DHSの法廷における役割

DHSの主な役割のひとつとしては、公判手続き中に被告人が障害をもっていることが疑われた場合に被告人に関する情報収集やアセスメントを行うことである。これは裁判所の命令によって行われるもので、現行法では、その対象は知的障害に限定されているが、実際には、社会や裁判所からの要請により、他の障害の併存ケースについても対応しており、近年、自閉症スペクトラム障害や後天性脳障害(ABI: Acquired Brain Injury)を抱える対象者に関する関心も高まっていることから、改正にむけた議論もなされつつある。

裁判所命令によりDHSに依頼があると、通常6週間の周期で、報告書(Client Overview Report ; 「何故、その問題行為に至ったか」、「その問題行為への障害への影響」等が含まれる)と支援計画書(18歳以上はJustice Plan、18歳未満はPlan of services)を作成し、裁判所に提出する。裁判所はこれらのレポートや保護観察所の提出する判決前調査書を参考に処分を決定し、被告人に社会内処遇命令が下された場合には、保護観察所が指導・監督を行いながら、DHSの障害サービス部門が介入支援を行う。しかし、公判手続きが延期された場合には、保護観察所の関与がないままDHSのみで支援しなければならず、監視や監督についての強制力を持たないDHSが、支援計画に従わない対象者を検察や裁判所に通報する義務を負うことについては多く疑問も指摘されている。

また、支援計画の作成にあたっては、基本的には弁護士とも連携しながら行っているが、司法関係者にはまだ障害者サービスについて十分な理解が得られていない部分もあり、法廷で弁護士から過剰な要求をされることもあり、ときに緊張関係となることもある。一方、近年では裁判官がPlenty Residential Servicesを見学するなどの積極的な取り組みもあり、裁判官側の意識は変化しつつあ

る。

### (2) 支援計画の実際

支援計画の期間は6か月間、1年間、2年間などが設定され、最長は2年間である。ただし居住地が不安定であったり、障害受容がなされていないかったり、ドラッグを使用していたりといった理由から面談が困難であったり、支援プランの内容について本人の理解と同意を得ることが困難なケースもある。また、支援計画書作成後、公判日にプランの内容を説明したり、対象者を当日に出廷させることもDHSの仕事の一つである。

#### (a) 性犯罪者

性犯罪者については、刑期終了時にアセスメントを行い、リスクが高い場合は刑期終了後もsupervision orderを下されることがある。この命令の中では、例えばGPSでの監視や、定期的な保護観察所への出頭が義務付けられたり、場合によっては車の運転や、スーパービジョンなしでのコミュニティへのアクセスが禁止されることもある。これらの支援にもDHSは関わっているが資源や負担の点から、障害者福祉で処遇すべきか司法で処遇すべきかの議論が続いている。

#### (b) 住所不定者

住所不定を理由に保釈許可が出ない対象者のためにDHSは2か所の宿泊施設を運営している。(ベッド数は各4~5床)この施設は拘禁施設ではないがスタッフが常駐しており、宿直や夜勤スタッフも居りサポートを受けることができる。例えばDFATS(The Disability Forensic Assessment and Treatment Service)より退所する際にはVCAT(Victorian Civil and Administrative Tribunal)という裁判所から、STO(Supervised Treatment Order)という命令を下されることが多いが、この命令下では対象者をDHSの施設で管理するか、登録された居住施設(例えばACSO: Australian Community Support Organizationが運営している施設など)へ入所させなければならない。こういった手順を踏む理由はDFATSのような拘禁度の高い施設から、一定程度の枠組みを残

しながら段階的にコミュニティへ地域移行させていくためである。しかしSTOの対象になることは就労の弊害となることも事実である(スーパービジョンを受けながら就ける仕事とは? 犯罪事実のどこまでを公表すべきか? 等)。

#### (c) CTO

また対象者の中にはCTO(Community Treatment Orders)という精神保健法で規定された命令を受けている者もいる。この命令下では服薬などの治療が義務付けられ、それを怠った場合には警察による強制力を持って、精神科病院で入院治療を継続されることもある。他にも the Crimes (Mental Impairment and Unfitness to be Tried) Act という法律にて訴訟能力がないと判断された場合、通常であれば12か月くらいの受刑です終わるところ、(訴訟能力の回復を待つため)25年間もオーダーの対象になるなど、長期入院を余儀なくされているケースもあり、課題となっている。

#### (d) 発達障害を抱えた困難ケース例(プライバシー保護のため改変あり)

自閉症と境界型パーソナリティ障害と知的障害があり言語理解力が低い男性。家庭内暴力で若い頃から施設収容されて、そこから里親に出されても、頻繁に引受先が変わるといった経験をしている。多数の犯歴があり、「殺す」という脅迫、器物損壊等を繰り返し、数年間の服役歴もある。現在、公営アパートに部屋を借りて、24時間のサポート(スタッフが常駐)の下で、毎週のセラピーも受けている。しかしDHSの負担は、四半期(3か月)で217000ドル(2100万円以上。つまり年間8000万円以上)となるため、継続的な支援は難しく、とにかく一定程度安定させるまでという制限で行っている。このケースは非常に危険な人物であるにも関わらず、DHSが有効な手を打っていないと新聞等でも批判をされており、警察、裁判所、コミュニティ、政治からのプレッシャーも大きい。

#### (e) 成年後見

そのほかにも、DHSがケースマネジメントとして関わるものとしては、成年後見人に関する申

し立てがある。例えば医療に関する決定やサービスのアクセスに関する決定等であればGuardianship Order、金銭管理的なことであればAdministration orderなどがあり、本人が自分にとって不利益な決定がされていると考えた場合、デパートメントがそれを申し立てる。

### (3) Complex client unit

Complex client unitとは、2013年にDHSの組織改革により新設された部門で、障害サービスの対象者の中でも特に複雑なニーズを有している人を対象としている。クライアントの90%は男性で50%はホームレス(安定的かつ継続的な住居が無い人。友人宅を泊まり歩くような場合も含まれる)である。ホームレスの対象者は、境界知能や軽度知的障害の他、何らかの障害を持っているケースが多く、“crisis accommodation”と呼ばれ、緊急の宿泊施設で安定的住居を探している人も多い。対象者の50%以上は長期に渡る累犯者で、罪種は軽微なものから強姦や殺人など重大犯罪まで多岐にわたっている。

対象者の多くは、公共交通機関が発達しサービスも充実していることから、メトロポリタンエリアと呼ばれる都市部で居住しており、州全体で見ると、障害を抱えながら刑事司法システムの対象となる人の約65%がメルボルン北部と西部に集中しているため、本部門がメルボルン北部地域に設置されることとなった。

本部門のスタッフは6名のスペシャリストで構成されており、それぞれ大学で心理学、ソーシャルワーク、犯罪学などを専攻してきたメンバーである。クリニカルアドバイザーとして非常勤(週3日勤務)の臨床心理士もチームに加わっており、本チームで年間約100本のJustice PlanおよびPlan of servicesを作成している。

本チームおよびDHSが目指していることは、対象者が出来るだけ自立的な生活が出来るようになること、そうして障害に限定されたサービスではなく、一般的なコミュニティの中でのサービスへのアクセスをサポートすることである。本チー

ムの対象者は、一般的な障害サービスの対象者に比して社会機能が高いため、例えば一緒にコーヒーを飲むなどして、対象者の生活の場に入った柔軟なケースマネジメントが必要となるケースがある一方で、DHS が提供可能なサービスを調整すべく対応しても、結果的には重大な再犯につながってしまうようなケースもある。また、こうした事件が発生すると、政治的な問題に発展したり、障害者福祉への様々なバイアスがかかってしまうこともあり、そのジレンマは大きいという。

#### 4 . MACNI (Multiple and complex needs initiative) プログラム

##### (1) 概要

MACNI (Multiple and complex needs initiative) プログラムとは、2009 年に制定された Human Services (Complex Needs) Act という法律に基づき、より複雑な支援が必要なクライアントのために、DHS、Department of Health と Department of justice の三者が連携して行う支援プログラムである。

多くの司法関連のケースは、精神保健分野と障害分野の両方にまたがる問題を抱えており、これまでは3つの省庁間でたらい回しになりがちであったケースについて、その問題と責任を共有することにより、個別のニーズに応じたプログラムの策定が可能となった。

また、これまで Department of Health では、プライバシー保護を理由に情報開示ができずに支援にも支障をきたすといった問題が指摘されていたが、この法律によって、支援機関間の情報共有が可能となり、最終的な支援を検討するうえでも効果をあげている。

##### (2) 実際の運用と流れ

MACNI に関する問い合わせは年間約 150 件にのぼるが、電話でのコンサルテーションや、暫定的(約3か月)なコーディネーションによって解決するケースもあり、過去3年間の平均実施件数は年間6~8件となっており、最も多い年で

は年間15件を実施した。

実際の支援までの流れは以下ようになる。

(1) 複雑なニーズがあるクライアントについては、豊富な臨床経験を持つメンバーによって構成されているパネルにかける。

(2) パネルは、デパートメントが契約をしたエージェンシーから、ケアコーディネーターを任命する。

(3) ケアコーディネーターは、ラウンドテーブル形式で本人と話し合い、アセスメントを行う。

(4) ケアコーディネーターは、必要に応じて省庁を超えて情報を収集し、クライアントの成育歴や行動歴などの情報をまとめる。個別のクライアントに応じた支援計画を作成し、Recommendation という形で対応の方向性を各省庁に提案する。

(5) 各省庁の代表者は、Recommendation に基づいて、サービスの提供を困難にしている要因を検討し、内部での調整を図る。

(6) おおよそ3~6ヶ月毎、ケアプランの進捗状況をパネルに報告する。

##### (3) 実施プログラム

###### \* ジャスティスプラン

本プランに同意することで、量刑が軽くなることで参加の動機づけとなっている。具体的なプログラムの内容としては、識字教育、薬物・アルコールに関する治療プログラム、アンガーマネジメントや心理士による介入などがある。また、就労支援としてフォークリフトの運転や、障害者向けの車のメカニックの専門学校に通う人もいる。

###### \* GAP プログラム

DHS が資金提供して ACSO が実施しているアウトリーチプログラムで、刑務所への入所・出所を繰り返しているような社会統合が困難なケースを対象としている。最大5名までのクライアントに対して、コミュニティの中で1人あたり週に約3~4時間のサポートを行い、その活動を通じて向社会的な行動のモデリングを行っている。以前は、臨床心理士が実施していたが、現在は心理士以外

の職種も実施している。

#### \* コネクションプログラム

地域で行われる日中活動であり、グラフィティを学ぶコースやフィルムメイキング、ラップといった音楽的な内容などが行われている。

#### \* スラッププログラム

安定的な生活への重要な大きなポイントのひとつでは、安定的な住居を確保することであることから、コミュニティ内での住宅の確保が困難なクライアントを対象として、ACSO が実施している住居支援のプログラムで、「ホームグランド」「ヤラコミュニティハウジング」といったエージェンシーが主導となって実施している。

ACSO では一定数の入居者を選択できる権利を持っており、係属中のケースから選ばれたクライアントはワンルームの部屋に住むことができる。入居者は一週間に数時間という低頻度のアウトリーチサポートのみで、地域社会で自立した生活を送ることが期待されている。

### (4) 費用について

#### (a) オーストラリアにおける健康保険制度

オーストラリアでは、「メディケア」と呼ばれる国民皆保険システムがあり、眼科および歯科領域以外のすべての診療科がカバーされる。障害サービスにおいても、運営母体は民間であっても運営資金は公的資金によってまかなわれている。さまざまな介入や支援をメディケアの枠内で実施する場合には、かかりつけ医によるヘルスケアプランの作成があれば、最大 10 回までの臨床心理士によるセッション(費用@200 ドル/セッション)が可能となる。しかし、回数には上限があることから、年単位の継続的な介入が必要な MACNI の対象者の場合は、メディケアによってすべてをカバーすることは難しいこともある。

#### (b) その他の保険制度

オーストラリアでは、州ごとに格差のあった障害サービスをより利用しやすくすることを目的として National Disability Insurance Scheme がパイロットプログラムとして全州で実施されてい

る。具体的には、Scheme によるアセスメントを受けてサービスレベルが決定されると、そのサービスに必要な金額が連邦政府から支払われ、本人がサービスを買うというシステムである。しかし、DHS のサービスを受ける予定だったクライアントが Scheme によるアセスメントの結果、不許可となったケースもあり、まだ十分に整理されていない部分も多い。また、本制度は前政党(労働党)が選挙対策のひとつとして導入したもので、現在は政権が交代しているため、今後の見通しは不透明であるという。

なお、Forensic Disability に関しては基本的に障害の問題ではないとみなされ、本制度の対象外である。

## 5 . ケアコーディネーターの役割と養成

### (1) ケアコーディネーターの役割

最も重要なケアコーディネーターの役割とは、ケアコーディネーションである。Community corrections orders の対象者については、DHS では治療や社会復帰、行動援護的な側面に集中した関わりができる一方で、保護観察所の関与がないケースでは、1 人のワーカーがリハビリテーションと指導監督という 2 つの役割を負わなければならないという難しさがある。

また、近年の Victoria 州の厳罰化傾向に伴い、保護観察官のケースロードは非常に高く、観察官 1 名あたり、およそ 80 人という報告もある。そのため、例えば保護観察官との面談についても、各クライアントの障害に配慮して対応することが難しく、決められた日に出頭させ、名前を確認して終了するといった関わりとなっているのが現状である。その結果、クライアントが面談の時間を間違えたなどの理由で出頭できなかった場合でも、懲罰的な扱いを受けるような事態も発生しており、ケースコーディネーターは、クライアントに関わる環境全体を把握したうえで、保護観察所や警察、家族に対して教育的な働きかけを行っていくことも重要な役割のひとつとなっている。

## (2) ケアコーディネーターの養成

本分野の対象者は非常に複雑なニーズを持っているため、様々な分野の知識が必要となることがある。そのため様々なバックグラウンドを持った専門職がチームを作り、各メンバーが知識を共有していきながら人材が育っていくことが重要であると考えている。

とくにケアコーディネーションは非常に専門的な仕事であるため、信頼できる特定のエージェンシーを選定し、集中的にトレーニング等を実施することによりスキルの向上を図っている。具体的にはABIに関する知識や薬物・アルコールに関する知識、リスクアセスメント（static-99 や ARMIDILO 等）に関するトレーニングを実施しており、将来的にはビデオリンクなどを利用したトレーニングも検討している。

現在の DHS のケースマネージャーは全員、メルボルン大学のトレーニングコース（Frank Lambrick 監修）を修了した資格保有者であるが、より複雑なケースについては臨床心理士の資格も持つケアコーディネーターが担当するシステムになっている。MACNI に限らず、一般的なケースに対してもこうしたコーディネーションの方法は有効であると思われる。

そのほかにも本領域におけるトレーニングとしては、Sidney Institute Criminology があり、とくに実践を意識しているという点でメルボルンのコースは特徴的である。また、New South wells 大学の Justice Health 部門では司法、精神保健精神医学の研究を行っているが、New South wells 州のシステム自体は Victoria 州ほど制度化されていないという限界もある。

### D. まとめ

- ・ Disability Justice チームは、非行・犯罪行為に至った障害者への支援に特化してケースマネジメントを実施しているが、このような専門チームを編成することにより、支援に必要な知識や技術、臨床経験の蓄積が図られている。
- ・ チームの基本的な機能は、クライアントへのアセ

スメントと支援計画の作成、多岐にわたるサービス提供機関のあいだの連絡調整である。実際のサービス提供は、ハイリスクなクライアントに対応する処遇密度の比較的高い DFATS のような公営組織、そこからのステップダウンでの移行先としての役割を果たす ACSO のような民間組織によって機能分化した形で行われている。

- ・ コーディネーターを中核として、クライアントのニーズに応じた社会資源組み合わせることで犯罪の促進因子に介入し、保護因子を増大させるというモデルは、MACNI、ACR List にも共通している。
- ・ 非行・犯罪行為に至った障害者への対応に特化している専門機関は、州・民間をあわせても数としては多くはない。しかし、それら少数の専門機関に勤務している支援者間では、アセスメント、支援計画の立案と実施、実際の支援技法などについて、ある程度に共通の認識を持っている。Disability Justice チームの職員が全員受講しているメルボルン大学の Specialist Certificate in Criminology (Forensic Disability) コースによる系統的な教育が、こうした多機関でのアプローチを容易にしていると考えられる。
- ・ 現在の日本では、刑事司法手続の段階によって支援が整備されているが、ビクトリア州の制度においては、刑事司法手続による区別はあまりされていない。クライアントのニーズに基づき、障害福祉、医療、心理が連携して個別化した対応することに焦点が当てられていた。
- ・ 上記の個別化した対応を容易にしている原因として、ISP とよばれる支援のための個別給付金の存在が挙げられる。認知行動療法や弁証法的行動療法などを用いた心理教育プログラムなど、専門性の高い支援サービスを個別給付金で購入することで、社会内において障害福祉サービスを通じて治療プログラムが提供されている。

### 参考

オーストラリアには様々なニーズを踏まえた裁判所がある。参考のため以下に列挙する。

( 1 ) Special Court : 精神障害などを抱えた被告のための裁判

ARC List( Assessment and Referral Court List)など(別記)

( 2 ) Koori Court : 先住民アボリジニの被告のための裁判

アボリジニの人々は行動や習慣や社会規範が違う。混乱を生じないように司法省と DHS と

アボリジニのコミュニティの間で the Victorian Aboriginal Justice Agreement が結ばれている。

( 3 ) Youth justice : 少年司法

障害を抱えた少年が被告の場合には、DHS の Disability Services と Youth justice(少年司法担当部門)の両方で支援しており、とくに知的障害があるケースでは、障害者サービスから必ず担当のケアマネージャーがつくシステムになっている。

平成26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  
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

オーストラリアにおける対応困難ケースへの支援状況に関する調査  
- Australian Community Support Organization (ACSO) に関する調査報告 -

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	安藤久美子（国立精神・神経医療研究センター） 梶屋 二郎（福島大学子どものメンタルヘルス事業推進室） 堀江まゆみ（白梅学園大学） 水藤 昌彦（山口県立大学）
研究協力者	及川 博文（特定非営利活動法人東京ソテリア） 浦崎 寛泰（東京きぼう法律事務所） 野沢 和宏（毎日新聞社） 森久 智江（立命館大学） 山田 恵太（北千住パブリック法律事務所）

### 研究要旨

本調査では、非行・犯罪行為に至った発達障害者に対する(1)刑事司法手続き、(2) 医療機関・矯正施設・福祉等サービス機関において提供される施設内処遇や支援の実際、(3) 矯正施設釈放後あるいは医療機関退院後の社会内処遇、(4)支援を行う専門職の養成に関して、日本とは異なる制度や支援体系を持つオーストラリアビクトリア州の現状と課題を明らかにし、日本のシステムへの提言を行うことを目的とした。

本報告 では、福祉領域での支援内容を検討するため、触法障がい者支援を行っているオーストラリア地域支援団体(Australian Community Support Organization; ACSO)を訪問調査した。ビクトリア州の地域移行政策において、強度行動障害のようないわゆる処遇困難な障がいの居住サービスについては、Shared Supported Accommodation（以下 SSA）が利用されるのが一般的であり、我々は、ACSO が運営する3つのSSAを訪問した。

結果、ビクトリア州では、処遇密度、保安レベルの高い施設から低い施設へと、支援対象者の状態変化に応じて段階的に移行する「ステップ・ダウン」による支援が意識されていたことが分かった。ACSO が運営する特化型のグループホームは、DHS の Disability Forensic Assessment & Treatment Services: DFATS が提供する施設内処遇と地域生活の中間に位置付けられるサービスとして機能していた。SSA のキャラブローハウスは、非行・犯罪行為に至った障害者への対応を専門としているが、日本国内では、このような特化型グループホームは存在しない。特化型施設の利点としては、スタッフの知識や支援技術の蓄積が望めること、 犯罪行為から回復という共通した支援ニーズに対応できること、 治療的な環境設定が容易になることなどが挙げられる。

犯罪行為に特化した治療プログラムは、グループホーム外で犯罪心理などを専門とする臨床家によって実施されていた。生活の場と治療・心理教育の場は意図的に分けられていたが、この点については、グループホームに勤務する支援員の教育歴・臨床経験にばらつきがあるために、治療・心理教育の実施が難しいという事情が伺われた。



## A . 目的

発達障害があり、非行・犯罪行為に至った人に対する医療・心理・社会福祉領域における支援内容についての調査の一環として、民間団体による支援の状況を明らかにすることを目的とし、メルボルンに本部を置く非営利活動組織 ACSO の訪問調査を実施した。

## B . 研究方法

訪問機関：ACSO グループホーム

- ・アーマデルハウス
- ・キャラブローハウス
- ・TK ハウス

聴き取り対象：

- ・ Stan Pappos 氏 司法施設サービス主幹代理 ( Acting Senior Manager, Forensic Accommodation Services )
- ・ Matt Ferguson 氏, 司法施設サービス管理責任者 ( House Supervisor, Forensic Accommodation Services )

調査期間：2014 年 3 月 27 日

方法：インタビュー

( 倫理的配慮 )

本調査の背景、目的、個人情報ならびに回答の扱われ方を口頭にて説明し、同意が得られたことを確認した後、インタビューを行った。

## C . 結果

( 質疑応答の逐次録については、別添 1 を参照 )

### 1 . ACSO の成立

ASCSO は、1983 年に刑務所から釈放された受刑者の社会復帰を支援する組織として、元受刑者であるスタン・マッコーマック氏によって設立された。当初はーフウェイハウス ( 釈放者の一時支援施設 ) を運営していたが、時間の経過とともに社会内処遇サービスを行うようになり、障害があって犯罪行為に至った人への支援プログラムも運営するようになった。

設立当初は職員 5 名、利用者 10 名の小さな施

設であったが、この 30 年の間で職員数が 170 名と増加し、大規模な組織としてメルボルンにおける元受刑者の支援を担っている。職員の中には、スタンと同様に、矯正施設を出た後に自身の体験を活かしながら支援に携わっている者もいる。ACSO は法人格を持つ民間団体 ( 社会福祉法人に近い形態 ) であり、運営資金については、州政府からの交付金が中心となっている。交付金は Department of Human Services ( 以下 DHS ) および司法省からのものが主である。それらの交付金をもとに、ACSO が独自に予算を組み、職員を直接雇用している。

現在 ACSO では、ビクトリア州全体で 8 つの入所系サービスの運営を行っており、刑事司法制度との接触のある知的障がい者たちが主な利用対象である。メトロポリタンエリア ( メルボルン及びその近郊 ) に 5 施設、メルボルンより北に 180km 進んだ箇所に 2 施設、南に 180km 進んだギップスランドに 1 施設設置されている。その他のサービスとして、裁判所からの通達で、ドラッグやアルコール依存への治療義務が課せられた者を対象としたアセスメントや就労支援、アウトリーチサポートを行っている。

### 2 . ビクトリア州の保健福祉政策：居住施設および福祉サービス

ビクトリア州では 1980 年代に大型入所施設から地域生活への移行がはじまった。その結果、地域内でのさまざまな支援サービスとして日中活動支援事業所やグループホーム等が整備された。また、それらのサービス利用を支援する目的で DHS によるケースマネジメントの制度が作られた。現在では、一部の例外を除いて大型入所施設は州内には存在していない。

このような中、強度行動障害のような支援に困難が伴う、いわゆる処遇困難な障がい者の場合、居住サービスとして、Shared Supported Accommodation ( 以下 SSA ) ( グループホーム ) が利用されることが一般的である。SSA の所有権

は DHS にある。DHS が中古住宅を買い取り改装するか、新しく物件を購入することで設置されている。DHS が直営している公設公営のハウスもあるが、運営費が大きくなることもあり、大半は民間が委託運営をする公設民営の形式をとっている。公設民営の SSA の場合は、職員からの労災申請数が多くなると、それに伴う経費が増大する。その費用を負担することが民間団体にとっては大きな課題となっている。一方、公設公営の SSA であれば、労災申請数が多かったとしても、費用は公費でまかなわれるので、経費管理上の大きな課題とはならない。このため、労災申請の対象になるような職員へのけが等が予想される利用者への支援にあたっては、公設公営の SSA が選択されることが多い。オーストラリアでは公務員も労働組合を組織しており、伝統的に労働組合の力が強い。そのこともあって、労働災害の範囲も日本に比べると広い。SSA から地域に移行したいという場合、公営住宅を確保してそこにサポートをいれながら生活を行っていくという流れになっている。

また、オーストラリア全域で、障がい福祉サービスへの運営資金配分の方法が 2000 年代前半から変革が進んでいることにより、新しいサポートの形として ISP ( Individual Support Package ) という個別化されたファンディングが設置された。ISP の導入により、それまでのサービス事業者への直接配分から、利用者個人への個別配分に変更された。その結果、利用者は自らが必要とするサービスを直接サービス提供者から購入することになったのである。ISP は、サポートニーズによって上限額が異なっている。それぞれの上限額の中で、本人が必要なサポートを個別に購入し、サービス提供事業者からサポートを受けられるシステムとなっている。自分のニーズに見合った ISP のパッケージを取ることが出来れば、それを使用して支援職員の費用を支払い、住居は別途確保して生活することが出来るのである。サポートパッケージのバンドレベルは 4 段階あり、バンド

1 では年間 1 万ドル、バンド 2 では 2 万 5 千ドル、バンド 3 では 5 万ドル、バンド 4 には上限が設定されていない。ACSO の対象となるような触法障がい者では、バンド 3 か 4 が一般的である。バンドは DHS に申請して、どの種類のパッケージを受けるのか決めるプロセスが定められている。以前はそれが地域ごとで決められていたが、現在はパッケージのバンドを誰がどのレベルに決められるのかが曖昧になっている。この背景として、DHS ではビクトリア州内を 7 つの福祉圏域に分け、それぞれの独自性が高い形で行政サービスを提供してきていたが、ここ数年来の組織改革でこれらの福祉圏域が解体されたことが挙げられる。現在、新たな圏域が策定されているが、調査時点での関係者の説明によれば、十分に機能しているとは言えない状態である。このようなシステムは、日本の障がい福祉サービスの受給プロセスに比べると、良い意味では柔軟性が高いが、公平性の観点からの問題もある。

### 3 . ACSO が運営する 3 つの SSA

#### アーマデールハウス

重複障害(知的・精神・境界性パーソナリティ障害等)のある方が共同生活をしている。1 名の支援職員が勤務しており、また全員が刑事司法制度とコンタクトのある人たちである。支援の状況としては、日々さまざまなことが起こっている環境ではあるが、ハウスがあるところ自体はメルボルンの中でも高級住宅街である。

#### TK ハウス

一軒の家が前後二つに分割されており、それぞれの区域が独立した形になっている(それぞれに出入りできるドアが設けられている)。後ろ側のハウスには、複雑なニーズを有しており、行動も様々で攻撃的な人が生活をされている。前側のハウスには、状態像が安定している方が生活されており、利用者の状態に応じて前後のハウスを行き来するといった段階的な支援を行っている。後ろ側のハウスには職員が宿直勤務しているが、前側

には夜間全く職員がいない。前側のハウスで生活をされている方が職員に用があるとき、後ろ側のハウスまで出向く必要がある。

#### キャラブローハウス

犯罪傾向が進んでいる、刑事司法制度と直接コンタクトがあった(矯正施設もしくは DFATS に入っていた)人が生活している。このハウスでは、非拘禁型などのさまざまな治療命令を受けている方が支援の対象となっており、入居者の中には、地域社会に入る際に電子監視機器の着用を義務付けられた人や、メールアドレスが変わったり風貌が変わったりしたら当局に連絡をしなければいけないような、司法省による制約を受けている人がいる。

#### ・アーマデールハウスと TK ハウスの特徴

アーマデールハウスや TK ハウスは、今後刑事司法制度の対象となるリスクがとても高い人や、微細な事件で刑事司法制度とコンタクトがあった人が利用対象となることが多い一方、キャラブローハウスの入居者には特性に違いがある。キャラブローハウスに住んでいる入居者の方は生活機能が高く、入居から退去到いたるまでの期間が短い。残り 2 つの施設は入居期間が長く、その背景には、知的障がいの影響で移行が難しいということがある。入居期間はそれぞれのハウスによって異なりはするものの、概ね 12 か月~4 年の間となっている。入居期間中に再犯をするといったさまざまな問題がある。また、多くの入居者は、ハウスを出て地域の中に入っていくことに恐怖感や不安感を持っている。そのためハウスでの生活や治療命令に対し怠惰な態度を取りがちではあるが、入居期間のうちに万全なサポートをしていくことが必要である。

しかし、アーマデールハウスの場合、入居期間の上限は 4 年までとされているが、次の生活の場所を見つけることが非常に難しいことが多い。理由の一つに精神症状の問題等があるが、その他に彼らが負担可能な低額家賃の物件の数が少なく、またハウスを出て 3 ヶ月のサポートが非常に重

要とされているのに対し、その期間のサポートパッケージや資源が十分でないといった問題もある。現状では、可能な限りクリエイティブに社会資源を活用し、問題解決を図ろうとしている。

これを踏まえ、ACSO では SSA からの地域移行に当たり、柔軟な試みをしている。例えば、アーマデールハウスに住んでいる女性 2 名が相性的に同居出来るのではと判断されると、2 人の ISP によるファンディングを合わせ、支援者一人が 3 か月間の支援を行えるサポートパッケージになるように設定する。そのサポートパッケージによって、支援者 1 名で入居者女性 2 人の支援を行っていくことが検討されている。また、転居先としてアーマデールハウスの近くに家を借りる事で、必要に応じてアーマデールハウスに勤務する支援者からの支援を受けられるようにしていく取り組みが検討されている。一般的に、SSA からの退去には 3 か月の猶予期間があり、新しい住居で馴染めなかったら、この猶予期間中であれば元住んでいた SSA に戻ることが保障されている。一般的に、SSA の部屋を維持するための費用は、一定の食費や公共料金を含め 2 週間で 430 ドルであり、3 か月間は DHS により補てんされている。この費用は全体の予算額からみても大した金額ではなく、多くの SSA は公設民営による運営形態となっている(SSA は賃貸物件ではなく、DHS が所有している)ため、公民どちらかに負担が偏るといったことはない。

#### ・ハウスでの生活支援

ACSO が運営する各ハウスは、それぞれ定員が 5 名となっている。行っている支援として、個人のニーズや治療的ニーズに基づいた支援、犯罪原因にもなっている病状(障がい)の治療やカウンセリングを踏まえた支援をそれぞれ行っている。ハウスで生活をする人は、多様な障害や精神疾患の診断を受けている。境界性パーソナリティ障がいや自閉症、知的障がいといった行動上の問題を有している方もいる。粗暴な暴行行為や、口論、脅す、騙す等々の問題行動も起こることがあ

る。性的行為の加害者も対象であり、同性愛や小児性愛等で問題行動を起こした者も、全体の7-8%ではあるが入居している。多様な背景の方が利用するため、入居者同士の間でトラブルが生じる場合もあるが、そういった際はまず自分自身を守ってもらうことに努めてもらっている。救急や警察を呼ぶかは、職員が間に入り話をしてから決める。入居者にはアセスメント(個別支援のための情報の収集と分析)を行っているため、この人にはこういう対応が良いということは前提として把握している。トラブルが起きた際は、職員が介入し、アセスメントで得た情報に沿って個別に対応を行っていくことが定められている。

ハウスで過ごす1日の流れとして、日中勤務の職員やソーシャルエデュケーターという社会生活上の教育を担う人によるグループプログラムやセラピーを通して、感情統制に関するトレーニングが行われる。エリアメンタルヘルスサービス(公営の精神科医療制度の一部であり、地域ごとに管轄区域が設けられ、無料でサービス提供している)を通じて、心理カウンセリングや作業療法も利用されている。これらを通して、地域生活への再統合を図っていく支援が提供されている。また、ハウスに入居している方を取り囲む形で、セラピューティックサークルという治療を円滑にすすめていくためのサークルが形成されている。メンバーは心理士、ソーシャルエデュケーター、各ハウスの施設長及び職員、家族によって構成されている。このサークルの中心は入居者本人である。2週間に1度集まり話し合いの場が持たれる。その際、どのようなことを話し合い、その結果から何を導き出すのかといった司会進行の役割と記録は、出来るだけ入居者本人がするようにとされている。それにより、入居者本人が処遇感を持てるようにするのである。入居当初は1週間に1度行われるが、時間経過と共に状態や素行が改善されてくると、2週間に1度と頻度を移行していく。一方、自分の対象行為を入居者同士で話し合うということは殆どないという。同じグループプ

ログラムに参加することで互いの対象行為が分かってしまう事はあるものの、お互いに意識しないようにしている。ハウスの役割は地域社会への再統合を促すことであり、過去の犯歴を伝えることに意味は無いとしている。

このように、ハウスでの生活においてさまざまな治療的プログラムが行われているが、基本的にハウスは生活の場として提供されており、その本来の機能はコミュニティの中でリラックスした生活を過ごせることである。ハウス内で各プログラムを実施することはあるものの、原則として推奨はしていない。各プログラムの実施は、入居者個人によって異なっている。前述のISPによるパッケージを用いて、それぞれが必要とするサービスを購入しているため、サービス提供者が個人で開業している臨床心理士の場合もあれば、グループでのプログラムを提供している機関であったりするのである。

ハウスにおける職員の役割として、第一に本人の安全とコミュニティの安全双方を守ることが意識して行われている。金銭や服薬の管理等は自己管理を推奨しているが、全体の管理や取扱いは職員が行っている。金銭に関して、ビクトリア州の成年後見制度では、本人にかわって重要な決定(医療、住居など)を行う advocate、財産管理を行う administrator の2種類がある。被後見人の家族などに administrator となる適切な人がいない場合には、公的団体である State Trustees という機関が財産管理を行う。ACSO の利用者となる触法障がい者の場合、家族や親族との関係が薄い、あるいは存在しない人が多いので、State Trustees が財産管理をしていることが多い。そのため、職員が直接金銭を預かり管理するわけではない。法的には職員が管理できるが、業務の透明性を求められるので、記録の厳重な取扱いや職員と入居者間でトラブルが起きることもあるため、自己管理を促した方が負担は少ないとされている。職員の役割やレクリエーション、プログラムの参加も、裁判所等による命令(オーダー)の

中に組み込まれている場合がある。これらの業務は昼夜にわたるため、職員は日々の申し送りを細かく共有している。申し送りの書式としては、手書きやパソコン入力もあるが、チェックリストを用いて、服薬の確認や火災報知器のチェック、ナイフ等の鋭利な器具がどこにあるのか確認を行っている。

コミュニティの安全を守ることも職員の大きな役割であり、それにはハウスの周りに住んでいる地域住民との関係をどのように形成、維持するのが重要となっている。例えば、ハウスの中から叫び声が頻繁にあると、地域住民によって警察への通報や救急車を呼ばれることが少なからずある。地域住民はハウスマネージャー(日本でいうサービス管理責任者にあたる)に繋がる直接の電話番号を知っており、何かあったら電話をしてほしいとハウスマネージャーが依頼をしている。場合によっては夜遅くに電話がなることもあるが、電話をして直接話をすることによって地域住民に納得してもらうことが出来る。場合によっては訪問をして、一緒にコーヒーを飲みながら事情を説明して理解を求めるといった事も行っている。

#### ・キャラブローハウスの生活支援

キャラブローハウスは、メルボルン南部郊外の住宅地にある。周囲は一般住宅が建ち並んでおり、ハウスの外観は一般住宅とまったく変わらない。施錠はされておらず、入居者の出入りの管理は厳重ではないように見受けられた。ハウス内部の設備は一般住宅と同じであり、リビング、台所、トイレ、浴室が共用スペースとしてあり、そこに各入居者の居室5つがあった。また、裏庭があり、入居者が花や野菜を育てていた。一般住宅にない設備として、職員ルーム、個人の居室以外の共用スペースの一部に設置されたカメラがあった。各入居者の個室内のアレンジは、入居者が自由に出来るようになってきている。食事については、週6日は職員と入居者で分担して作る枠組みとなっている。残りの1日は入居者たちがそれぞれ自由に選択し、レストランに行く人もいる。料理をす

るといことも、ハウスで学んでいったという方もいる。余暇でビリヤード等をしに行くなど、落ち着いた環境の中で自分の時間を過ごされている。入居者ごとに裁判所からの命令が異なるため、全く自由に外出等の活動ができる人や、外出時に職員が同行するなど様々ではあるものの、ハウス内の運営は入居者同士で話し合っ、ミーティングの持ち方や食事の内容などを決めることは自由に出来る範囲で行われている。入居者には免許を持っている方もおり、車で買い物に行くこともあるという。免許や車を持っていない方は、近くのスーパーに買い物に出かけられている。また、オーストラリアの健康保険制度であるMedicare(日本でいう、国民皆保険制度である。歯科と眼科を除く殆どの医療に適用されている。MedicareにはLevyといわれる負担金があるが、無収入の場合は免除される。通院治療であれば低額の自己負担、公立病院での入院治療は無料で受けることができる。失業手当のような一定の社会保障給付を受けていれば、通院治療の自己負担も免除される)を通じて、入居者は実質的に無料で医療を受けることができる(処方薬については、別途に費用補助制度がある)。

## 4. 課題

ACSOの取り組みによって、触法障がい者へのニーズに対応できているかと言えば、これくらいあってもニーズを完全にカバー出来ていないというのが現状である。ACSOでは、利用者が入所してから一定程度の治療的関わりを行い、サポートがついた形でコミュニティの中で生活をするステップダウンのような段階的な生活支援を行い、モニタリング等を徐々に減らしていき、コミュニティにある他のサービスに繋いでいくことを意識したサポートを行っているが、ACSOの運営するSSAを出て、地域の他のSSAへ移行する、あるいは公営住宅などを用いて自立生活へ移行するといった際に、本人が必要とする支援を用意することができないことが課題として挙げ

られている。

触法障がい者の支援にあたっては、支援員による訪問、外出の際の同行など、通常の SSA への職員配置では対応できないような形での支援が必要とされることが多い。そのため、追加で職員配置をする必要があるが、そのサポートワーカーの人員費が高額となってしまうことも、現状の悩ましい課題である。サポートワーカーのユニットコストは 1 時間で 40 ドル、24 時間のサポートを付けるとそれだけで 1,000 ドルかかることもある。ただし、サポートワーカーのユニットコストには事務経費等も含んでいるので、40 ドルがそのまま時給としてワーカーに支払われている訳ではなく、このことから職員への賃金的な問題も波及して起こっている。

触法障がい者を支援するハウスの数も現状では足りていない。DHS によって矯正治療を行う施設が指定されるのだが、その数は限られているのである。そうしたことから、ACSO が効果的に機能して入居者が次の段階の施設やサービスに移らないと部屋の空きが出来ず、ACSO が空かないと DFATS のような施設からも人が来られないので、DFATS も空かなくなるという、負の玉突き現象が発生してしまっている。また、DFATS からハウスへの移行というところでもかなり長期間にわたった事前のプランニングが必要とされる。特に DFATS を退所前の 3 か月～6 か月というのは集中的なプランニングが行われ、ケアプランの作成や、裁判所等による命令(オーダー)や制約がどのように加えられていくのか整理を行う。しかし、場合によっては「明日としかく場所がある」という緊急的な連絡が入ることもあるが、それに対応できるだけの余裕が ACSO も持ちづらいということが現状である。

新たな障がい者施設を建てるとなった際、地域住民は何を作っているか知らせていない。建ってから説明会を開くという流れになっているが、25 年やっているが大きな問題になったことはない。しかし、万が一利用者が住民に対して何か問

題を起こしたとなると、その施設は閉鎖処分となる。その決定は政府が持っているが、最終的に施設を閉鎖するかどうかは、運営費を交付している州政府が判断することになる。施設の運営について、コミュニティも色々と関与をしたがってくるが、どこまで運営に関与させるかは課題となっている。

#### D . 考察

・処遇密度、保安レベルの高い施設から低い施設へと、支援対象者の状態変化に応じて段階的に移行する「ステップ・ダウン」による支援が意識されていた。ACSO が運営する特化型のグループホームは、DHS の Disability Forensic Assessment & Treatment Services (DFATS) が提供する施設内処遇と地域生活の中間に位置付けられるサービスとして機能していた。

・キャラブローハウスは、非行・犯罪行為に至った障害者への対応を専門とした SSA (グループホーム) である。日本国内では、このような特化型グループホームは存在しないが、特化型施設の利点としては、スタッフの知識や支援技術の蓄積が望めること、犯罪行為から回復という共通した支援ニーズに対応できること、治療的な環境設定が容易になることなどが挙げられる。

・犯罪行為に特化した治療プログラムは、グループホーム外で犯罪心理などを専門とする臨床家によって実施されていた。生活の場と治療・心理教育の場は意図的に分けられていたが、この点については、グループホームに勤務する支援員の教育歴・臨床経験にばらつきがあるために、治療・心理教育の実施が難しいという事情もあるのではないかと考えられた。

最後に、本調査に協力いただいた Stan Pappos 氏、Matt Ferguson 氏をはじめ、ACSO に関わるすべての職員、利用者の皆様に心より御礼を申し上げます。

## 【別添1】質疑逐次録

Stan Pappos 氏より

Q. アマデルハウスの外に、一般の知的障がいはどのようなところに住んでいるのか？

一般的にはサポートニーズが高ければ、SSA(日本でいうグループホーム)が生活の場として一般的。入所施設が無いので。そこから地域に移行したいという場合、公営住宅を確保してそこにサポートをくっつけて住む。

新しいサポートの形としてISP ( Individual Support Package ) という個別化されたファンディングがある。サポートニーズによって上限額が異なり4つのレベルがある。その上限額の中で本人が必要なサポートを個別に購入することが出来る。自分がサポートを受けたいエージェンシーからサポートを受けることが出来る。そのISPのパッケージが取れば、それを使って支援スタッフの費用を支払って、住む場所は別途確保して生活する。

先ほどの女性2人を例にだすと、アマデルハウスがSSAにあたる。そこから出るにあたりサポートパッケージを使う。その際に3か月の猶予期間がある。新しい住居で馴染めなかったらSSAに戻る事が保障されている。

Q.3か月の間の家賃はどこが誰が保障するのですか？

一般的にSSAの部屋をキープしておくコストは2週間で430ドル。これが一定の食費や公共料金をカバーするが、3か月キープ中はカバーされている。デパートメントがカバーしている。全体の予算額からみても大した金額ではない。そういうSSAの所有権はデパートメントが所有している。Rent(貸出)ではないので失うものもない。家賃をどこかに払わなければいけないというわけでもない。

・そういう意味で言うと、DFATSからハウスへの移行というところでもかなり長期間にわたった事前のプランニングをおこなう。特に(DFATSを)退所前の3か月~6か月というのはインテンシブなプランニングが行われ、ケアプランの作成や公的なオーダーや制約がどのように加えられていくのか整理を行う。そういった状況が一般的だが、場合によっては「明日とにかく場所がいるんだ」という緊急的連絡が入ることもある。

・SSAというのは、所有権はデパートメント。デパートメントが中古住宅を買って改装するか新しく買うか。

運営は民間に委託する公設民営。建てるお金はたいしたことは無いが、運営費がかかるのが

大きい。デパートメントが直営のハウスもある。そこに行く人は、例えば日本でいう強度行動障害の人(処遇困難な人?)。

とにかく労災がうるさい、スタッフの労災申請がすごい。それをマネージするとなるととてもじゃないがコストが間に合わない。そのリスクをどうマネージするかが課題。

Q.スタッフはどこが雇用しているのですか？州？

スタッフはACSOが雇用。ACSOは民間だけどファンディングは州から来ている。

→NGOといいつつNPOのような形態

Q.(触法障がい当事者の)ニーズはカバーできているのか？

これくらいあっても、ニーズを完全にカバー出来ていない。(ACSOから)次へ動いていく時のお金がないとか、コストが高い。サポートワーカーのユニットコストは1時間で40ドル。24時間ケア付けるとそれだけで1000ドル。

ハウスの数も足りてはいない。

Q.地域移行に当たっては一人当たりどれくらいのコスト？

バンドレベルが4段階あり、1だと年間1万、2だと2万5千、3だと5万。こういう人たち(触法障がい者)だとバンド3かそれより上の上限なしか。

・バンドはアプリケーションをして、それに対してどのパッケージを受けるのか決めるプロセスが決められている。以前はそれがリージョンレベルで決められていたが、今はそれをだれがどのレベルで決められるのか曖昧になっている。日本に比べると良い意味ではフレキシブルだが公平性の問題もある。

・ISPだったらDHSからお金が来るし、メンタルヘルスはDHからお金が来る。

6か月から4年という期間はACSOの会議で決まる。ケースによっては4年で終わらないこともあり、そうなると致し方ないが更新されていく。

Matt Ferguson 氏より

Q.自分の対象行為を入居者同士で話あったりはするか？

お互い話あっちゃったり、同じプログラムに参加したりで互いの対象行為が分かってしまう事もあるけど、基本的には殆どない。過去の犯歴を伝える事の意味とは。お互い意識しないようにしている。

Q.スタッフの方はどのようにかわるのか。日本では金銭管理や服薬管理といった関わりがあるが、ハウスのスタッフはどう関わるのか？

自己管理を推奨しているが、全体の管理はスタッフが行っている。お金に関しては、管理をする人が役所にいて別途行っている。スタッフが直接お金を預かるわけでない。法的にはスタッフが管理できるが、透明性を求められるので記録をしっかりと付けたりスタッフと入居者の間でもめ事が起きたりするので自己管理を促した方が負担は少ない。スタッフの機能(役割)やレクリエーションの参加もオーダーの中に組み込まれている。本人の安全とコミュニティの安全双方を守ることを意識してスタッフは勤務している。

Q.日々の業務の中でスタッフはどのように申し送り等情報共有しているのか？

申し送りで細かく、今日何があったかとかを共有する。申し送りの書式としては、手書きやパソコン入力もあるが、チェックリストがあって、服薬したかどうかの確認やナイフとか鋭利な器具がどこにあるかの確認をする。火災報知器のチェックも。

Q.スタッフの男女比は？

スタッフは基本的に男女混合でいる。夜勤宿直は、知的障がいといっても重度の人はいないから、男女専門スタッフがいなきゃいけないというわけではない。

Q.プログラムはどこまで出かけている？

個人の心理士のところに行くし、プログラムを行っている事業所に行くし、みんな違うから一概にどこに出かけているかは言えない。

Q.ホームは基本的に生活の場？

家は家。リラックスコミュニティとしての機能。家で PRG やることもあるけど推奨はしていない。

Q.入居者同士の間でトラブルが生じた場合、入居者同士で解決するのかどうなのか？

トラブルがあったときはまず自分自身を守ってもらう。その時に救急車呼ぶか警察呼ぶか話をする。

それぞれのクライアントにアセスメント(個別支援)を行っているから、この人にはこういう対応が良いとかは事前に分かっている。だから基本的にはスタッフが介入する。個人個人でバックグラウンドは違うから、個別に対応を行っていく感じ。

ハウス内

Q.ご飯は各自で作る？

週6日は分担して作るスタッフと入居者で。残り1回は夜ご飯を自分たちで選んで、レストランに行く人もいる。



平成26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  
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

英国のMCA（意思決定能力法）における行動障害・触法行為の改善に関する研究

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）  
研究協力者 野沢 和弘（毎日新聞論説委員）  
高橋 春菜（弁護士）  
鈴木 正子（通訳・コーディネーター）

研究要旨：英国のMCA（意思決定能力法）における、行動障害や触法行為をする障害者に対する意思決定支援、ベストインタレスト（最善の利益）の手続がどのように行われ、行動障害や触法行為の改善がどう図られているのかを調査した。権利擁護機関の第三者代弁者（IMCA）などを中心とした意思決定の手続や手法、ベストインタレストに基づく代行決定のあり方などの具体例が明らかになった。

障害者本人の意思を中心としたケア（パーソン・センタード・ケア）の理念に基づき、パーソナルアシスタンスを活用した障害特性にあった環境設定や個別ケアが柔軟に行われていることがわかった。インフォーマルな資源の活用も積極的に行われており、予算の肥大化防止とともに障害者本人が共生社会を構成する一員として能動的に社会に参加できるような支援が実現されていることもわかった。

日本でも障害者権利条約批准の下、施設から地域生活への移行、成年後見からより権利性を担保する意思決定支援への転換が模索されている。また、障害者総合支援法の見直しの論議が2015年は行われているが、パーソナルアシスタンスや意思決定支援が焦点となっており、国内における制度改革にも多くの示唆を得ることができた。

A．研究目的

英国のMCA（意思決定能力法）における行動障害・触法行為をする自閉症や知的障害者に対する意思決定とベストインタレスト（最善の利益）法則に基づく代行支援のあり方を調査し、日本国内における意思決定支援やパーソナルアシスタンスの導入や制度設計の検討に生かす。

B．研究方法

英国政府や自治体の担当者及び権利擁護機関や障害者福祉サービスの提供事業所などを訪問しインタビューした。日程とインタビュー

対象者は以下の通り。

2015年3月16日

イギリス保健省でMCA担当職員らと面談  
ザンドレア・スチュワート（Zandrea Stewart）成人向け社会的サービスディレクター協会（Association of Directors of Adult Social Services）の自閉症責任者

アマンダ・ゴードン（Amanda Gordon）イギリス保健省社会的ケア部IMCA制度の監督・実施責任者

ハウズロー・ロンドン特別区（London Borough of Hounslow）の職員らと面談

ジェームズ・ハーン（James Hearn）Senior

Commissioning Manager for Learning Disabilities

マーク・ブロムフィールド( Mark Blomfield )  
Joint Commissioning Manager - Supported Housing

権利擁護機関「VoiceAbility」の I M C A と面談

ジュディ・ウィナー ( Judy Weiner )

17日(火)

権利擁護機関、I M C A の育成担当者と面談  
スー・リー ( Sue Lee )

英国自閉症協会 ( N A S ) ラドブローググループ自閉症センターを訪問

18日(水)

権利擁護機関 POhWER を訪問

ロアン・ダイソン ( Roan Dyson ) 事業開発担当役員

ジョン・ホイラー ( Jon Wheeler ) 事業運営担当役員

英国自閉症協会 ( N A S ) 成人・コミュニティーサービス ( サリー州・ロンドン南部担当 ) を訪問

19日(木)

メンタルヘルス財団 ( Mental Health Foundation ) を訪問

トビー・ウィリアムスン ( Toby Williamson ) 高齢者・認知症・メンタルキャパシティー担当  
障害者福祉サービス提供事業所 サロック・ライフスタイル・ソリューションズ ( Thurrock Lifestyle Solutions; TLS ) を訪問

( 1 ) 目的と成果

発達障害や知的障害のある少年や成人による刑事事件が時折マスメディアで取り上げられ世間の耳目を集めることがある。かつては殺人などの重大事件を起こした少年が精神鑑定で発達障害との診断が下されると、メディアが

こぞって障害名を大きな見出しに掲げた記事を掲載したこともあった。障害当事者団体などからの抗議もあり、最近はそうした報道は少なくなってきたが、発達障害・知的障害のある人による触法行為は相変わらず起きている。

その背景には発達障害・知的障害のある子どもたちが学校でいじめにあたり、教師の無理解から不適切な指導を受けて不登校や引きこもりに追い込まれたりしている実態がある。また、家庭内での虐待や不適切な対応で自傷他害などの二次症状を起こしている人も多い。家族もフォーマル・インフォーマルな支援に結びつかず、孤立感を深めている場合が少なくない。

2012年7月、に大阪地裁の裁判員裁判でアスペルガー症候群の男性が実姉を殺害した事件で、検察側の求刑(懲役16年)を上回る判決(懲役20年)が言い渡されたことがある。判決理由の中で「社会に受け皿がなく、できる限り長期間刑務所に拘置するほかない」との文言があり、関係団体から判決に対する批判が起きた。ただ刑務所に長期間服役させるだけでは矯正にも社会防衛にもつながらないことは言うまでもないが、しかし、こうした触法の発達障害者の「受け皿」が地域社会にはほとんど存在しないというのも否定できない事実である。

触法障害者の出所後の支援については地域生活定着支援センターが全都道府県に整備されているが、地域によっては十分に機能しているとは言い難い状況だ。出所後の処遇については知的障害者の入所施設が安易に選択されているとの指摘も根強い。一部のグループホームで献身的な矯正や地域生活支援に取り組んでいるところもあるが、コミュニケーションや認知機能に独特の偏りのある高機能発達障害者、自傷他害や職員への反抗など行動障害のある人はグループホームや通所施設からも敬遠される傾向が強いと言えるだろう。

2015年から長時間のマンツーマン支援を行う「重度訪問介護」の対象に行動障害のある知的障害・精神障害者が加わった。障害者総

合支援法の見直し作業が2015年現在行われているが、その焦点の一つはパーソナルアシスタンス事業の導入の可否についてである。パーソナルアシスタンスは各国ですでに導入されているが、その定義は必ずしも一様ではない。ただ、重度訪問介護に比べて利用場面の制限がなく、利用者側のコントロールの下、障害特性や生活の事情の都合に合わせて自由にヘルパーが使えることから、障害当事者の間では以前から熱望されていた。

イギリスにおいては行動障害のある発達障害者に対してパーソナルアシスタンスが有効に使われ、行動障害の改善や地域生活の安定に貢献している例がある。スウェーデンに比べて費用の膨張にも一定の歯止めがかけられており、今後の日本での導入の議論に多いに参考になるのではないかと思慮したところである。

また、判断能力にハンディのある障害者の財産管理や権利擁護のために成年後見制度が少しずつ広まっているが、本人に代わる代行決定を後見人に認めるなど権利制限の要素が強い我が国の制度は、国連障害者権利条約の「法の前での平等」(12条)原則に抵触すると言われており、いずれ見直し議論が余儀なくされるとの観測がある。

この点に関してイギリスは、2005年の「意思決定能力法(Mental Capacity Act, MCA)」で、従来の代行決定から障害のある本人の意思を中心としたケアを追求する抜本的な転換を図っており、どうしても意思決定の難しい人については本人をよく知る人々によるベストインタレスト(最善の利益)の追求について法的に定めたことで知られる。

触法障害者の出所後の地域生活や行動障害のある人に対するケアに関してMCAがどのような役割を果たしており、ベストインタレストをどうやって追求しているのか、その結果どのような成果が得られているのかについて知ることは、「地域の受け皿」の構築というだけにとどまらず、触法障害者の矯正や行動障害の

改善、さらには、地域で暮らすことが難しいと思われていた障害者をして”自ら能動的に社会にかかわり、人生を楽しむ主体”という新しいアイデンティティの確立を図ることにもつながっていくものと思われる。

今回のイギリス調査は、MCAを所管する保健省の担当官、地方自治体、MCAに定められた権利擁護活動を実施している団体、ベストインタレストの追求に携わる専門職であるIMCA(第三者代理人)などに面会しインタビューを行った。また、触法や行動障害のある自閉症の人の地域生活を支援しているNAS(イギリス自閉症協会)の現場も視察した。現在日本国内で紹介されているMCAの理念や制度解説では必ずしも明らかにされていない実情や課題、新たな模索や今後の可能性についても知ることができた。

今後の日本の障害者総合支援法の改正や成年後見法の見直し議論において有意義な知見が得られるものと期待される。

## (2) 地域生活

いまだに12万人もの知的障害者が入所型の施設で暮らしている日本とは異なり、イギリスでは古くからノーマライゼーションの理念に基づき、大規模入所施設はほとんど存在せず、障害者の地域生活の福祉資源が整備されてきた。

障害者本人に必要な分の福祉サービスを購入する予算を提供するダイレクトペイメント(ダイレクトバジェット)によって、パーソナルアシスタンスを自ら雇用し、あるいはパーソナルアシスタンスのサービスを購入し、地域での一人暮らしの実現が進められてきた。1人暮らしが難しい人はグループホームのような共同住居(レジデンシャルケア)が受け皿となってきたが、自由のない集団処遇の一類型のように見られ否定的に語られることも多い。

また、中高年の夫婦が「里親」のように自閉症の人を引き取り、家族のようにして一緒に暮

らす「シェアード・ライブズ」という制度が最近注目されている。「里親」には公的補助金が出るが、施設整備費や専門スタッフの件費に比べれば少ない予算で済み、しかもより自然な生活環境の中で暮らすことができるため、障害者本人の満足度も良いと評価されているらしい。

パーソナルアシスタンスも必要な場合は複数のスタッフが24時間付く場合もあるが、スウェーデンに比べればかなり限定的に使われており、日中活動の福祉資源や一般の社会資源との組み合わせで効率的に使われているため、費用の膨張に歯止めがかからないという問題は起きていない。

「集団処遇から個別ケアへ」「障害者本人の意思を中心にした生活へ」という原則に基づいた政策の方向性が一貫してうかがわれる。

これらが日本国内で一般的なイギリスの障害者福祉のイメージではないだろうか。今回の調査ではイギリス国内において知的障害や発達障害の人々が具体的にどのような暮らしの場にいるのか、その一端をいくつかのインタビューの中で聞くことができた。

外国の進んだ制度を日本国内に紹介するときに起こりがちなのが、最先端の政策や制度の優れた面を過度に強調することであろう。イギリスでも先進的かつ効率的な制度が数多く見られるが、実のところは知的障害者の多くが今でも親が手元に置いて暮らしているともいう。そして、地域生活支援をする事業所からは「親はトラブルにならないかと心配で何かにつけ保護的になる。親から本人を切り離すことが大事だ」などの声も聞かれる。93歳の父親が50歳の知的障害のある息子と同居しており、親亡き後の生活についての取り組みが議論になるなど、日本と基本的な状況は大きく変わらないのではないと思われる。

また、今でも3000人~3500人の重度知的障害者が病院に入っているといい、現在の政府はここに焦点をあて、どうやって地域に戻

すかに取り組んでいる。しかし、家族の多くは地域に戻ってきて欲しくないと思っており、自治体も費用がより安くまかなえる地域に戻りたいが、複雑なニーズをもつ人に対する地域資源の開発が追いつかないので、移行がなかなか進まないとも言われている。

もともと1970年代までは最大で8万人の障害者が病院に収容されていたが、長期収容型病院は次々に閉鎖されていった。ところが、刑務所には10万人の知的障害者が収容されているとも言われており、病院から刑務所へ移行しただけではないかとの批判もある。

ウィンターボーンビュー事件という施設内虐待がきっかけとなり、収容施設から地元の自治体へと障害者を移行させるべきだとの流れが加速してきた。

ロンドン市内の区の一つであるハウズロー区は人口25万人。福祉サービスを受けている知的障害者は約600人。そのうちレジデンシャルケア（上限10人程度が共同生活する、ホテルのように自分でキャンセルすることができる）が160人、サポートッドハウジング（自分の部屋や家にケアする人が来る。賃貸借契約を結び家賃を払わねばならない。風呂やトイレが共同の場合もある）が100人。病院が6人、残りは家族と同居しているか自立生活をしている。

1人暮らしをしている人には24時間ケアもあり、日中の外出に2人の支援者をつける人もいる。センターに24時間職員が常駐し、問題があったら電話を受けたり、ベッドから落ちたらアラームが鳴るようになったりする。最も費用のかかる人は1時間12ポンド。支援者のスキルに応じて単価が違う。病院の平均費用は、1人500ポンド（1日）。24時間ケアは莫大な費用がかかると思われるかもしれないが、病院に比べたらコストは低いという。日中活動も利用しているのでヘルパーがずっと付いているわけではない。

シェアード・ライブズの利用者は6人。「里

親」になりたがる人は大勢いる。動機はお金であったり、知的障害者との経験を得ることだったりする。特別な資格は必要ないが、過去の犯罪記録についてはチェックし、養成研修をしている。

また、区外に施設に150人がいる。日本の「都外施設」のように自治体の都合で区外の施設に入れたのではなく、子どものうちから重度障害者のための寄宿舍に行った人や、環境がいいからとの理由で家族の判断で出て行った人もいる。区はそうした人々を戻すことを考えている。病院に入っているよりも費用も少なくて済むという。

### (3) MCA (the Mental Capacity Act)

イギリスの成年後見制度を定めた「2005年イギリス意思決定能力法」(MCA = the Mental Capacity Act)は判断能力の不十分な人々に対する意思決定支援について定めた法律だ。

日本もそうだが諸外国の成年後見制度は、自ら意思決定できない人々に代わって法的権限を与えられた者が意思決定する「代行判断 (substituted judgement)」を主な内容としてきた。

MCAはこれを改め、本人に対するエンパワメントとコミュニケーションスキルの向上による「意思決定支援」(supported decision-making)へと大きく切り替えた。それでもどうしても本人が意思決定することが難しいと判断された場合には「ベストインタレスト(最前の利益)原則」に基づいて代行判断を認めている。ただし、代行決定の必要性は認めながらも必要最小限にとどめることが求められている。

同法は契約締結の代理のような法律行為だけでなく、日常生活を送る上で必要とする種々のサービスについても対象としている。医療従事者、ケアスタッフ、自治体職員、日常生活の援助者にも適用される。

言葉によるコミュニケーションができない、悪質商法の被害にあった、触法行為や自傷他害などの行動障害のある - - というだけでは「意思決定能力がない」とは認められない。身体的・社会的な脆弱性があるということと意思決定能力がないということを同一視しない点がMCAの特徴である。同法の1条に規定された以下の「5原則」にMCAの人間観(障害観)が象徴されているとも言える。

意思決定能力がないという確固たる証拠がない限り、意思決定能力があると推定されなければならない

自ら意思決定できるよう可能な限りの支援を受けた上で、それでもできなかった場合のみ、意思決定ができないと判断される

客観的には不合理に見える賢明でない意思決定を行ったということだけで、本人には意思決定能力がないと判断されることはない

意思決定能力がない本人に代わって意思決定するには「ベストインタレスト」に合うようにしなければならない

ベストインタレスト原則による意思決定においては本人の権利や行動の自由を制限する程度がより少なく済む選択肢が他にないか考慮されなければならない

本人のケアに実質的に関わってきた人、本人の福祉を最も真摯に考え、かつ実現できる人々(家族、担当医師、担当ソーシャルワーカー、友人)らが持っている「本人に関する情報」を最大限に集めた上で、本人にとってのベストインタレストを多角的に探究することが求められる。これをインクルーシブ・アプローチという。

ケアに関する日常的な決定や専門家による医療行為の実施は、必ずしも法定後見人(deputy)によらず、厳格な手続きに則って現場の責任ある裁量で行う。最終的に決まらない場合は、法定後見人に優先して、保護裁判所が意思決定に困難を抱える人々に代わって重大

な問題（医療行為、住居の変更）決定を行う権限を有する。

意思決定能力がないとみなされた人について、重大な医療行為、長期にわたる入院・入所、「自由剥奪のためのセーフガード（Deprivation of Liberty Safeguards; DoLS）」の継続が必要な場合、かつ、本人の周囲に本人の意思決定を支援したり意思や利益を代弁したりする家族や友人がいない場合、第三者代弁人（IMCA）が本人のベストインタレスト（最善の利益）を追求する場面に立ち会う。IMCAは本人のことをよく知る人々から話を聞き、報告書を代行決定者に提出する。IMCA自身が代行決定をするわけではない。NHSや地方自治体はIMCAから提出された報告書を十分に参考にすることで初めてサービス提供できることが法的に認められる。

#### （４）行動障害・触法とMCA

自傷他害などの行動障害のある人は日本では家族が疲弊しながら家庭内で対応しているケースが多く、自閉症を専門的に処遇しているところを除いて、一般的な入所施設では敬遠される傾向が強い。ケアホームでは一部の先進的な取り組みをしているところ以外では受け入れてくれるところはほとんどなく、むしろ穏やかに生活していた人がケアホームに入って行動障害を起こすようになり家族に引き取りを要請することもある。

地域で暮らす行動障害のある障害者の個別介助として行動援護という制度ができたのは障害者自立支援法が始まってからだ。国による行動援護研修や強度行動障害に対応できる職員研修なども最近始まったが、研修履行者はまだ多くはなく、どの程度のスキルが身に付いているかの評価もまだ定まっていない。地域によっては行動援護の事業所すらないところも少なくはない。

医療ケアの必要な身体障害者などを対象に長時間の個別介助が行われる重度訪問介護と

いう制度が、行動障害のある知的障害・精神障害の人にも利用可能になったのは2014年度からである。もともと報酬単価が低く、専門的なスキルが決して高くはないヘルパーによる長時間の個別介助（見守り）には慎重な意見も根強い。

触法障害者の場合、矯正施設から出所すると地域生活定着支援センターによる特別調整の対象となるが、多くは入所施設や無料定額宿泊所に送り込まれているのが実情で、一部のケアホームで触法障害者を引き受ける例はあるが、「地域での受け皿はない」と言っても過言ではない。

重大事件を起こして服役している、ある高機能発達障害者の場合、矯正施設内でも障害特性に特化した矯正プログラムを受けておらず、家族や矯正施設のソーシャルワーカーが退所に向けて、地域での生活を望む本人の希望に沿った支援体制を整えようとして、精神鑑定をした医師や出身地の発達障害者支援センターに協力を要請しても拒否されている。実姉を殺害したアスペルガー症候群の男性に対する大阪地裁判決の「地域に受け皿がない」との指摘はあながち間違っていないばかりか、この判決が出てから3年経っても事態はあまり変わらないのではないだろうか。

イギリスではMCAによって行動障害や触法の障害者がどのように本人の意思決定支援を行い、地域生活を支援できているのかは本調査の核心と言ってもいい。

MCA以前から権利擁護活動を行い、第三者代弁人（IMCA）の養成にも携わっているスー・リーさんからは以下の2例の話聞くことができた。

#### 【例1】 重度自閉症の男性

言葉のない自閉症の男性で、自宅で親と暮らしていた。問題行動がかなりあり、大家族で住んでいたが自宅で面倒が見きれなくなってきたので、アセスメントセンターに行ってアセス

メントをした。本当にニーズがあるのか、どこに住むのがいいのかを調べるためだった。私は自治体から委託されたアドボケートとして彼に会った。家族がいたのでIMCAのケースではなかった。彼の住んでいる自治体が「アドボケートが必要だ、なぜなら彼は言葉がないから」と要請してきた。

私は、彼が他の人と住むのは難しいと判断した。家族とはいい関係だった。アセスメントセンターに入所中、彼はスタッフと一緒にサッカーを観るのが好きだったが、他の入所者とは仲良くなれなかった。「2～3人の小さい家に住むべきだ、彼には広いスペースが必要で、誰も来ない場所が必要だ」と私は提案したが、自治体はぴったりの場所が見つからないので苦労した。ようやく一つ見つけたが、私はそこではうまく行かないだろうと思った。

そこで、私は自治体が家を購入し、そこに24時間ケアを付けて住むことを提案した。自治体は、当初はコストがかかるので嫌だったが、最終的には私の提案に賛同してくれて家を用意した。24時間ケアで、スタッフも彼と合う人を選んだ。パブに行ってサッカーを観たりしている。彼のために特別に見合ったサービスをみんなで作ったのだ。

当時の私の立場は、自治体からの公的費用をもらって働くアドボケート。すでにIMCAは導入されていたが、彼には家族がいたのでIMCAの適用対象ではなかった。親は常に子どものためにと考えているが、中立的な判断をするのは難しい。もっとIMCAの適用範囲を広げるべきだと思っている。

#### 【例2】てんかんのある女性

230人の巨大で特殊なケアホームに住んでいた女性は言葉がなく、てんかんを持っていた。学校の寄宿舎からずっと住んでいた。その中で転居を繰り返していた。他の入所者を傷つけるなどの問題行動があったので。家を改造してパーティションを設けて一人で暮らせる

ようにしたが、ある夜、ドアを通して他の入所者を押し倒して入院させてしまった。

自治体はもともとの自治体に帰るべきだということだったが、親は現在の自治体にとどまってほしいと思っていた。ケアホームは鍵をかけて「自由の制限」をしていたが、自治体は「自由の制限」を4週間に限って認めた。

まず、「ベストインタレスト会議」が開かれた。私は彼女の立場にたった。自治体が彼女の能力アセスに訪れたりしたので、彼女は状況が変わったことを察知して不安になり、問題行動が増えていったように思われた。ケアホームから「暴力が増えたのでこれ以上ここにはいられない」といわれ、出ることになった。父親が病気なので家に戻すわけにはいかず、かつ、すぐに決めなければならなかった。

確かに、その施設に長期間住んでいるので、住み続けることがふさわしいのかもしれない。そのようなアドボケートをするべきか。しかし、問題行動も増えて逃亡もしており、これは、彼女にとってふさわしくないところだ、と表現しているのではないかと考えた。だが、親からは、親の希望に添ってくれることを期待されていた。親は私の第三者性を理解してくれず、「なぜそんなことをいうのか」と言われた。

結果として、第三の自治体に転居させた。海が好きなので、海の近くの自治体で、他の二人の女性と一緒に住ませた。問題行動は全く収まった。他の二人とはとても良くなった。海辺の近くの家で24時間ケアを受けている。てんかんがあるので、1対1のケアを受けていた。夜には15分おきにチェックされる。マットレスの下にアラームがあり、発作が起きたらセンサーで別の大きなケアホームにいる看護師が駆けつける。地域に行くときは2～3人が介助に付くこともあった。グラスを並べ替えたりする強迫障害があるし、子どもが嫌いで蹴飛ばしたりするので。スタッフが予測しながら介助している。

彼女が住んでいるところはサポータードリ

ピング。お金がかかると思われるだろうが、施設にいたときよりもコストは低い。施設では看護師や心理士などの専門職を配置している。彼女はパーソナルアシスタンスを受けている。みんなは、てんかん専門の支援があるところでなければならないと思っていたが、そうではなく、服薬が管理できればよいことがわかった。

#### (5) NAS (イギリス自閉症協会) と触法障害者支援

イギリス国内最大の自閉症支援団体で学校や施設を多数運営し、調査研究活動、権利擁護活動も活発に行っているのがNAS (イギリス自閉症協会) である。かつては触法の発達障害の「ヘイズ矯正施設」を運営していた。

今回の調査ではロンドン市内で高機能発達障害の人々が集まって「死刑制度」「宗教と社会」について討議するソーシャルスキル・トレーニングを見学させてもらったほか、サリー州にある「リンデンハウス」で自閉症の人たちが映画のシナリオを書いたり、絵画を描いたりする日中活動の場を見学させてもらった。

リンデンハウスではMCAが施行される以前から地元の警察や裁判にさまざまな場面で関わってきた。逮捕された場合や裁判所に、自閉症の専門家として参加し、警察官や拘置所職員へのトレーニングを行ってきた。自閉症の人の中には白い壁は反射して感覚過敏が刺激されるので部屋を変えるよう要請したりする。自閉症の人は警察の言葉を理解できないことがある。たとえば「charge」は「告訴する」「起訴する」という意味だが、彼らは「充電される」という別の意味で受け取ったりするのだ。

取り調べの付き添いであるAA (アプロプリエイト・アダルト) もやる。「criminal justice autism meeting」は年に3回開かれる司法関係者の会議で、逮捕されて拘置所にいる人にどう接すればいいかといったことを議論している。たとえば、視線を合わせないからといって、嘘をついているとは理解しないように捜査官に

伝えたりしている。警察が身体を触ることによって問題行動が起きるのだということを裁判で説明したこともある。警察が自閉症協会に助けを求めて来ることもあるという。

リンデンハウス職員から触法障害者の支援について具体例を聞くことができた。

#### 【例3】放火の男性

2箇所放火して17年ブロードモア高度保安病院にいた人のケアをしたことがある。自分で自分の目について盲目になった人で、自閉症だとは長年気づかれなかった。NASでライフスキル (感情のコントロール等) を学び、14年経ってもまだNASのデイサービスなどを受けている。

10人のレジデンシャルケアに住み、盲目なので外出時には支援者がつく。

精神保健法に基づく措置として転居の自由を制限され、たばこを吸うのだが、マッチやライターを持つことは禁じられている。当該制限については、毎年レビュー会議を開いている。その場に彼の母がアドボケートとして出席している。

パーソナルアシスタンスではなく、活動毎に違う人がついていく。夜間は最低でも3人がついていく。これはレジデンシャルケアに課せられた要件でもある。

・最初の数ヶ月は問題行動や妄想がかなりあった。ブロードモアで、他の患者から学んでしまった。廊下を行ったり来たり、目をたたいたり大声で叫んだりするが、構造化されたサービスがあることで問題行動が減る。彼特有のコミュニケーション方法のガイドラインをつくり、「ダイレクランゲージ (明確な言葉遣い、丁寧に言い過ぎない) をすればわかる人」などと書かれている。

ブロードモアでは問題行動は悪化した。非常に感覚過敏があるのに、衣服を選べない。また、彼は偶数が好きで、目を叩くときにも19回ではなく20回叩く。ブロードモアでは彼の障害



特性に関する理解がなくて、奇数で止めようとして失敗に終わったりしていた。

「問題行動が激しい」とレッテル貼られた人が来て、構造化された対応をすればそれほどたいへんではないことが多いといい、NASは行動障害のある人の支援を多数行っている。たとえば、庭の汚いガラスを拾って、手首を傷つける女性がいる。本人にとっては自傷の必要性というものがあるのだから、彼女に清潔なはさみを渡して使わせるようにした。そうすれば、ガラスでは何度も切りつけていたのが、一度か二度の切りつけで済むようになった。ひどい話のように聞こえるかもしれないが、汚いガラスで何度も切りつけることを考えればまだと考えている。その後、もちろん手当もする。

パーソナルアシスタンスは、障害者がダイレクトペイメントによって自分で介助者を雇う場合、ずっと1人の介助者が付くことが多いが、それよりもグループで支援する方が良いとNASでは考えている。なぜなら、支援者個人がつぶれたときのダメージが少ないからだ。家族や各方面からプレッシャーを受ける仕事なのでつぶれるリスクは少なくない。

問題行動については、心理学のバックグラウンドのある人（学者ではないが勉強した人）がここには3人いる。たとえば「不安がある」という人には、グループセラピー、コーピングスキルを行う。

behavior coordinator のジニーによると、6～7人で不安解消セッションを開いている。方法論としては、呼吸テクニック、日記、視覚化（静かな場所を思い浮かべる）など各人にあわせている。たとえば、ある人は、いつもと違うことをさせると問題行動につながるので、週5日間同じ時間割にしている。各人特有の「やり方」＝価値、物事の順位付け、スケジュールングを理解することが大事だ。彼らの周囲では理解してくれる人が少ないのだが。

「NASにとってMCAのインパクトはなかった」という。以前からベストインタレスト会

議を開いていたし、そもそも自由の制限はしていない。帰りたいときには帰らせる。たとえば、ほかの人を叩きはじめたら、帰りたいのだと理解して帰すようにしている。

恋愛、性について興味のある人はいる。特定のパートナーがいる人もいるが、われわれは性に関する支援は専門ではないので、「Consents」という専門の会社を使っている。大人のおもちゃを使って、性的欲求の発散方法を教えたりする。そうでないと所構わずに性的な行動をしたりするので。

#### （6）アドボケート機関による触法障害者支援

イギリス国内にはMCAに定められた権利擁護のサービスの委託を受けている大小さまざまな機関が多数存在する。そのうち国内ほぼ全域に事業所を構える「POhWER」という機関を訪問し組織や活動内容について話を聞いた。触法障害者が収容されている保安病院にも同機関の職員が勤務し、退院に向けた調整を担っているという。また、POhWERに次ぐ規模の「VoiceAbility」という機関の第三者代弁人（IMCA）のジュディ・ウィナーにインタビューし、意思決定能力にハンディのある重度知的障害者らのベストインタレスト（最善の利益）の追求におけるキーパーソンであるIMCAの実情について詳しく聞くことができた。

国連障害者権利条約の批准によって、日本国内でも意思決定支援の制度化や成年後見の見直しが迫られているが、その際に議論の核心部分になるのが判断能力や意思決定能力にハンディのある人の意思をどのように汲み取り、財産管理や居住場所の決定のような法律行為や日常の事実行為を障害者本人の意思に基づいたものにしていくかであることは言をまたないだろう。

イギリスのベストインタレストについても国連障害者権利条約委員会から異論が呈せられ、また、MCAの運営実態に関する評価や調査を行っているメンタルヘルス財団によれば、

ベストインタレストの約1割は法的な要件を満たさずに行われているという問題も指摘されている。ただ、どんな重度障害者にも意思はあり、その意思の確認に周囲の人的資源を結集して迫っていこうという理念やシステムには日本も多いに学ぶべきものがあると思われる。

POhWER

スタッフ約300人(うち250人がフルタイム、50人がパートタイム)。イングランドの3分の2で事業を提供している。業務内容は NHS の医療に対して不満がある人へのサービス コミュニティーアドボカシー IMHA IMCA など。

照会してくる機関は、レジデンシャルサービスだったり、自治体だったりする。照会に対して調査を断ることはできないが、必要性和問題の質によって、照会の重要性を判断する。ソーシャルワーカー、看護師をトレーニングすることもある。例えば、病院からレジデンシャルホームに伴い IMCA を呼ぶ場合には、転居の一日前ではなく、もっと前に呼んでもらえれば、どういうところに住みたいか、都会のレジデンシャルホームか海辺の田舎かを調べられる。だから、医療スタッフを啓発して、早めに IMCA を呼ぶようにと教育している。刑務所へのアドボカシー、薬物依存・アルコール依存のグループへのアドボカシーも行う。

刑務所の環境、状況のせいで、難しい。刑務所は独立しているので、外部の者を受け入れにくいということがある。刑務所にいる人、コートダイバージョン、刑務所から保安病院に移った人。アドボカシーのプロセスをとおして、セーフガードを確保しなければならない。本人のアドボケートでは、なぜここにいるのか、刑務所に行くのかを理解させる。なぜ保安病院にいるのかを説明する。病院の中でなお犯罪行為をする人もいる。ブロードモアの手厚い支援とは別に、さらに、POhWER が自治

体からお金をもらって支援を提供している場合もある。それは契約による。私は前職でブロードモアにいたが、アドボカシーの質によるのだ。IMCA は、どこにしようと自治体が払わねばならない。IMHA は違う。

ウィンターボーンビュー事件によって、人々は地域に帰るべきだと言われるようになった。これは、自治体にとってはチャレンジだ。地域に資源がないから。先週のロンドンのある自治区の例では、150人が基準を満たしていたが、3人しか地元に戻れなかった。資源が足りないので、民間会社が施設を作ろうとしている。大きな施設ではなく、小さな施設を。例えば、バンガローの集まりで、各バンガローには人が住んでおり、中央コードヤードがあって、各バンガローについているカメラでスタッフが監視しており、なにか有ればスタッフが飛んでくるというもの。

ジュディ・ウィナー

IMCA が使われる場合は次の5つに分類される。居住地を移転するとき 医療上の重大な決定をするとき 「自由剥奪のためのセーフガード (Deprivation of Liberty Safeguards; DoLS)」の手続きが必要な場合。以上の3つは、要件に当てはまるときには IMCA が義務的につけられる。Accommodation、虐待のときとして。以上の2つは任意的につけられる。

医療上の重要な決定については、意思決定者は通常医師である。「重大な」という条件は、治療をすること、治療を止めることである。「重大」性を判断するには、利益と不利益のバランスを見る。本人にとって重大な決定であれば良い。例えば、針を恐れる自閉症者であれば、単なる注射であっても重大な決定に当たりうるのだ。問題は、医師は常にそう考えるとは限らないこと。本人にとって重大な決定で本来 IMCA を呼ぶべき状況でも、呼ばないことがあることだ。

居住地移転の場合、意思決定者は通常ソー

シャルワーカーである。要件としては 長期の移転、すなわち、病院への入院であれば 28 日間以上、ケアホームへの移転であれば 8 日間以上。「ケアホーム」というのは、支援付き住宅の全てを含む。グループホーム、ナーシングホームを含む。但し、レスパイトは含まない。NHS、ソーシャルワーカー、自治体のどれかが支援決定をするとき。

自由の剥奪の場合については MCA より後にできた新しいもの。「セーフガーディングプロセス」として、会議をして安全性を話し合うプロセス。ケアホームでは、意に反して住んでいる人がいる。ケアホームは、そこに居住する人々が彼らのベストインタレストに基づいて居住している、ということを実証しなければならない。はじめは、出て行きたい意思を表明している人だけが対象とされていたが、2009 年のチェシャーウェスト事件をきっかけに法律が変わり、たとえ入所に不満を述べていないとしても、継続的なコントロール下に置かれている人のうち、「自己の医療またはケアのための取決めに同意する能力を欠く者」、つまり相当な人数が対象となった。

IMCA の役割は、まず本人に会うこと。何もわからないと思われる人でも、何かしらの情報は得られる。例えば、認知症者で会話がなくても、ずっと同じ事柄をつぶやいていれば、それが本人にとって重要な関心事項なのだとわかる。次に、あらゆる記録を読みこむ。宗教、外出が好きか等、様々な情報を集める。意思決定者に会って、どんな選択肢があるかを教えてもらう。例えば、ソーシャルワーカーから「ケアホームは遠くにしかない」との情報ももらえる。

IMCA は、考慮に入れるべき事項を収集し、報告する。意見を述べるのではない。そして、意思決定に対して不服を申し立てることもできる。不服申立は、まずは自治体へ述べる。意思決定者の決定にエビデンスがあるかということが重要だ。自治体は予算を考えがち

だが、費用は考慮に入れてはいけない。それでもだめだったときには、保護裁判所に審判の申し立てを行なう。そうすると、意思決定者が裁判所に変わる。裁判所には公的ソリシターがいる。今まで私は保護裁判所への申立をしたことはない。

#### (7) 日本の権利擁護・福祉サービスとの比較・考察

行動障害や触法行為のある障害者に対し、現在日本にある福祉サービスとしては 重度訪問介護（外出時においても介護を要する四肢麻痺の障害者、行動障害を有する者が対象） 行動援護（行動障害を有する者が対象） 生活介護（地域や施設において安定した生活を営むため常時介護等の支援が必要な者が対象） 居宅介護 などがある。

どのような福祉サービスをどのくらいの量で提供するかについて市町村が支給決定する際には、2015 年からサービス利用等計画が作成されることになった。まず、認定調査員による訪問調査や主治医の意見書をもとに「障害支援区分」が認定され、必要であれば市町村審査会の意見聴取（本人からの意見聴取も必要なら行うことができる）をして支給決定が行われる。それに基づいてサービス利用計画が作成される。不服があれば審査請求が可能であるほか、半年置き程度の間隔で見直し（モニタリング）が実施される。

しかし、現実にはサービス利用等計画の作成に当たる相談支援のスタッフが質量ともに不足し、家族や事業所から形式的に話を聞いておざなりな計画が作成されるケースが多く、言葉によるコミュニケーションが難しい重度の知的障害者の場合は本人の意思を確かめる発想すらないまま家族の意向を聞いて計画が立てられているのが実態とも言える。イギリス MCA における意思決定支援やベストインタレストの追求の理念や手続、現場での実践とは雲泥の差があることを認めざるを得ない。

また、自傷他害などの行動障害のある人の場合は入所施設やグループホームから敬遠されることが多く、家族が疲弊し傷だらけになりながら家庭内で対処せざるを得ず、自治体担当者や相談支援スタッフが引受先を探すのに苦労しているのは珍しくない。自傷他害などの行動障害に対しては身体を押さえつけるなど身体拘束をしなければ対処できない現場が多く、それが職員の自信やモチベーションの喪失につながり、虐待の温床を生んできたといっても過言ではない。

しかし、障害者本人はどのような暮らしを望んでいるのかという最も中心的に考えられねばならないことが抜け落ちたまま、場当たりのな身体拘束によって行動障害をエスカレートさせてきた面はないだろうか。2007年の精神保健法改正を受けて、MCAの一部を改正する形で新たに導入され、2009年4月1日に施行された「自由剥奪セーフガード (Deprivation of Liberty Safeguards : DoLS)」の手続きが必要な場合が新たにIMCAの任務に加えられた。直接的な身体拘束だけでなく、施設されるグループホーム、24時間の見守りも障害者本人の自由を拘束するものとして適切かどうかをチェックされることになった。

日本では障害者虐待防止法(2009年)によって真に理由のない身体拘束を虐待の一つとして法的に初めて位置づけ、厚生労働省のガイドラインで必要性の判断や身体拘束した際の手続きについて定められた。身体拘束をなくすための強度行動障害に対処する研修を国が実施しているほか、現場の福祉施設等でも行動障害への対応の研修が行われるようになってきた。同法施行前に比べて虐待や身体拘束に対する認識は改善されつつあると言えるが、イギリスMCAの厳密さを見ると、まだ道半ばの感は否めないだろう。

〔参考文献〕

菅富美枝：イギリス成年後見制度にみる自律支援の法理 ベスト・インタレストを追求する社会へ、ミネルヴァ書房、2010年

菅富美枝：障害(者)法学の観点からみた成年後見制度 公的サービスとしての「意思決定支援」 法政大学大原社会問題研究所雑誌641, 59-77、2012年

橋本有生 イギリスの「自由剥奪セーフガード (DoLS)」規定の導入(2007年)に影響を与えた欧州人権裁判所の法理 早稲田法学会誌 65(1) 303-351、2014年

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
内山登紀夫	発達障害の診断とその障害特性,	監修： 宮本信也 責任編集： 生島浩	保護観察のための発達障害 処遇ハンドブ ック	更生保護 法人日本 更生保護 協会	東京	2014	pp8-22
内山登紀夫	発達障害とは何か	片山容一 〔編〕	岩波講座コミ ュニケーショ ンの認知科学 5 『自立と支 援』	岩波書店	東京	2014	pp53- 90
市川宏伸	解離症群解離性症候群		養護教諭 - 知 っておきたい 保険と教育の キーワード	第一法規	東京	2014	3067
市川宏伸	変換症転換性障害			第一法規	東京	2014	3067
市川宏伸	限局性学習症学習障害			第一法規	東京	2014	6317- 6320
市川宏伸	注意欠如多動症性障害			第一法規	東京	2014	6321- 6324
市川宏伸	自閉スペクトラム症障 害			第一法規	東京	2014	6325- 6329
市川宏伸	発達障害の本質とは何 か	市川宏伸 (編)	発達障害の「本 当の理解」とは - 医学、心理、 教育、当事者、 それぞれの視 点	金子書房	東京	2014	2-12
市川宏伸	近年の動向	樋口一宗、丹 野哲也(監 修)全国特別 支援学校知 的障害教育 校長会(編)	自閉症スペク トラム児の教 育と支援	東洋館出 版	東京	2014	34-35
市川宏伸	自閉症スペクトラムの 特性・治療	樋口一宗、丹 野哲也(監 修)全国特別 支援学校知 的障害教育 校長会(編)	自閉症スペク トラム児の教 育と支援	東洋館出 版	東京	2014	37-40

研究成果の刊行に関する一覧表

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
市川宏伸	診断基準	樋口一宗、丹野哲也(監修)全国特別支援学校知的障害教育校長会(編)	自閉症スペクトラム児の教育と支援	東洋館出版	東京	2014	41-46
市川宏伸	D S M - 5 で何が変わったか？	日本発達障害ネットワーク(編)	発達障害年鑑 vol.5	明石書店	東京	2014	6-12
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	岩崎学術出版社	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	医学書院	東京	2013	
水藤昌彦	社会福祉におけるとりくみと専門職の役割	藤原正範 古川隆司編	司法福祉	現代人文社	東京	2013	
水藤昌彦, 加藤博史編著	司法福祉を学ぶ			ミネルヴァ書房	東京	2013	

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
柁屋二郎	精神障害を抱えた非行少年の矯正～医療少年院の立場から	青少年問題	第 657 号	pp26-31	2015
内山登紀夫	ASD のライフサイクルに沿った治療・支援のあり方 (特集 発達障害の臨床 : 子ども心の診察として)	小児科診療	77(12)	pp1777-1782	2014
Takei R, Matsuo J, Takahashi H, Uchiyama T, Kunugi H, Kamio Y.	Verification of the utility of the social responsiveness scale for adults in non-clinical and clinical adult populations in Japan.	BMC Psychiatry	Nov18;14	302	2014
内山登紀夫	発達障害へのアプローチ 最新の知見から(第5回)発達障害と療育	精神療法	40 巻 4 号	pp.594-602	2014
渡辺由香,尾崎仁,近藤直司	子どもの自殺関連行動	精神科	24(1)	128-134	2014
柁屋 二郎	非行とそだち 非行のバイオロジー	そだちの科学	23 号	pp2-7	2014
柁屋 二郎	犯罪加害者に対する精神医学的アプローチ,発達障害と矯正医療,自閉症スペクトラムを中心に	司法精神医学	9 巻 1 号	pp107-113	2014
柁屋二郎	発達障害の子どもの反社会的展開への介入	小児科診療	77 巻 12 号	pp1837-1941	2014
柁屋二郎	精神医療から考える障害のある人の触法支援～発達障害を中心に	アスペハート	37 号	pp134-138	2014
柁屋二郎	精神医療から考える障害のある人の触法支援～発達障害を中心に	アスペハート	38 号	pp112-116	2014
市川宏伸	発達障害の支援団体 当事者団体など	精神科治療学	29 増刊号	116 - 118	2014
市川宏伸	D S M - 5 と特別支援教育への影響	L D 研究	23	152-159	2014

研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
市川宏伸	発達障害に関する最近の動向	公衆衛生	78	374-377	2014
市川宏伸	児童・青年医療における向精神薬の副作用	臨床精神医学	43	1629-1931	2014
市川宏伸	小児精神医学の現状	Clinical Angles in Psychiatry	第 12 号		2014
市川宏伸	DSM-5 日本語版：発達障害観の改訂のポイント	地域保健	45 ( 11 号 )	37-41	2014
安藤久美子, 岡田幸之	発達障害と併存障害 - 自閉スペクトラム症の成人例を中心に -	精神科臨床サービス	14(3)	315-321	2014
安藤久美子, 岡田幸之	大人の発達障害犯罪, 触法行為	精神科臨床サービス	14(4)	366-371	2014
安藤久美子, 水藤昌彦, 榎屋二郎, 野沢和弘, 堀江まゆみ	知的障害をもつ性犯罪加害者への認知行動療法アプローチ SOTSEC-ID への招待	犯罪学雑誌	80 ( 4 )	139	2014
水藤昌彦	犯罪行為者処遇における刑事司法と福祉の連携のあり方についての国際比較: オーストラリアとの比較において	犯罪社会学研究	39	37-53	2014
山崎康一郎, 我藤諭, 水藤昌彦	性加害行為のある知的障がい者への支援に関する調査: 福祉と心理教育による支援の状況と課題	龍谷大学矯正総合センター研究年報	4	4-21	2014
堀江まゆみ	地域社会内における再犯防止のアプローチ - 知的障害を抱えた性犯罪行為者への地域包括支援モデル (SOTSEC-ID モデル) 罪に問われた障害のある青年に対するネットワーク型支援システムの構築と予防的アプローチ - トラブルシューター活動における教育と司法の予防と更生支援アプローチを中心に -			日本教育心理学会第 56 回総会大会 論文集	2014
太田達也	精神障がい犯罪者の処遇を巡る韓国の動向	犯罪と非行	178 号	pp147-165	2014



研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
内山登紀夫	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
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
榎屋二郎	発達障害と矯正医療 ~自閉症スペクトラムを中心に~	司法精神医学	9(1)	107-113	2013
榎屋二郎	大事件を引き起こした発達障害を有する少年の少年院での処遇の現状	児童青年精神医学とその近接領域	(投稿中)		2013
市川宏伸	発達障害の今 - 医学的立場から -	特別支援教育研究	N0669	7-11	2013
市川宏伸	高機能発達障害者のリワーク	精神医学	55	735-740	2013
市川宏伸	ADHDの疾患概念について 発達障害とはなにか	最新医学		55-61	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
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