

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

研究代表者 内山 登紀夫（福島大学大学院人間発達文化研究科）

研究要旨

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

【分担研究者】

小野 善郎 和歌山県精神保健福祉センター  
黒田 安計 さいたま市保健福祉局保健部  
市川 宏伸 東京都立小児総合医療センター  
小野 和哉 東京慈恵会医科大学精神医学講座  
近藤 直司 大正大学人間学部臨床心理学科  
安藤久美子 国立精神・神経医療研究センター  
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。

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

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

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

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

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

## B. 研究方法

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

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

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

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

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

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

(倫理面への配慮)

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

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

## C. 研究結果及び考察

### 疫学調査

#### 1. 児童福祉施設調査

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

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

#### 2. 地域精神保健分野における調査

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

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

#### 3. 少年院における調査

少年院（「特殊教育課程」；現「支援教育課程」）において実際にどの発達障害がどの程度収容されているかの検証を精神科および児童精神科における臨床経験が10年以上ある発達障がい診断経験が豊富な医師が操作的診断基準（DSM-5）を用いて診断した。診断情報としては問診によるもの他、当該少年の過去の資料（非行歴や生育歴、心理検査結果、家族からの情報等）も参考資料とした。また被虐待体験の有無、被いじめ体験の有無についても

調査した。結果は以下の通りである。

#### 1) DSM-5 による診断 (重複診断有り)

男子特殊教育課程少年院、86 ケース中、

- ① ASD あり、ADHD あり：7 ケース (8.1%)、
  - ② ASD あり、ADHD なし：19 ケース (22.1%)
  - ③ ASD なし、ADHD あり：3 ケース (3.5%)、
- である合計 29 ケース (33.7%) が ASD か ADHD のいずれかをもっていた。ASD あり群は (①+②) 計 26 ケース (30.2%)、ADHD あり群は (①+③) 計 10 ケース (11.6%) であった。
- ①②③の計 29 ケース名中、少年鑑別所での診断と診断結果が異なったものが 4 ケース (13.8%) で、①②③の計 29 ケース名中、発達障がい+知的障がい:8 ケース、発達障がい+境界知能域 (本研究では IQ70~85 程度とした) が 12 ケース、発達障がい+正常域知能が 9 ケースであった。また 86 ケース中、発達障がい診断されない知的障害ケースが 41 ケース (47.7%) であった。

2) 発達障がいを診断されたケースにおける被虐待、被いじめ経験の有無を調査したところ 29 ケース中、①明らかな被虐待体験や被いじめ体験を有する→15 ケース (51.7%)、②明らかではないものの、被虐待体験や被いじめ体験を有すると疑われるケースが 8 ケース (27.6%) あった。

ASD と ADHD に着目すると男子特殊教育課程少年院に ASD のみ、ASD+ADHD、ADHD のみの 3 群の診断基準を満たす少年が計 33.7% 存在し、その中で被虐待体験や被いじめ体験を有したり有する可能性が有るものが 79%以上にならることが明らかとなった。

3) さらに他の処遇課程の少年院への聞き取り調査とアンケート調査を行い、平成 22 年に調査を行った同様の調査との比較を行い、少年院における発達障害少年の処遇の変化を検討した。平成 22 年の調査に引き続き一定数の発達障がい少年が少年院に収容されていることは確認でき、発達障がいを多く収容することを目指している少年院 (支援教育課程) 以外の少年院にも一定数の発

達障がい少年が収容されていることに変化はなかった。ASD 少年の比率も平成 22 年に比して大きな変動はないと考えられた。発達障がい診断された時期については平成 22 年調査よりも前の社会内や少年鑑別所段階で診断確定に至っているケースが多く、少年司法ケースの中に発達障がいケースが存在している可能性への認識が深まっていると考えられた。少年院への再収容率も平成 22 年よりも改善が見られ、発達障がいを抱えた被収容少年への矯正教育の取り組みが功を奏してきている可能性を示唆していると考えられた。

## 4. 医療機関における調査

### 1) 児童精神科病棟における調査

#### ①主訴、行動・精神医学的問題について

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ②ひきこもりに関する調査

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

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

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

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

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

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

家族機能の脆弱性なケースが少なくないことを示している。

## ③自殺関連行動調査

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

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

#### ④ 警察介入事例調査

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

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

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

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

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

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

非行を有する発達障害の子どもを対象に WISC-III の言語能力に注目して解析を行った。対象となった症例 34 名 (男 32, 女 2) で、IQ の平均は 97.5 であった。VIQ-PIQ |  $\geq 10$  症例を Discrepancy ありと仮定すると、VIQ(VCI) > PIQ (PRI) であるものは 11 名 (32.4%)、PIQ (PRI) > VIQ(VCI) のものは 4 名 (11.8%) であった。ま

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

## 2) 全国児童青年精神科医療施設における調査

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

## 3) 成人精神科外来における調査

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

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

## 4) 成人症例の精神病理学的検討

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

## 5) 医療観察法指定通院対象者における発達障害者の分析

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

が認められ、具体的には、「日常生活上の規則、ルール違反」や「非身体的暴力」が多かった。発達障害者の支援にあたっては、日常生活上の小さなトラブルにも早期に介入していくことが、結果として後の重大な問題行動を回避する要因となることが示唆された。今後はこうしたケースの特徴を明らかにすることにより、より早い段階で有効な介入ができるようなスクリーニングツールの開発が期待される。

## アセスメントツール開発

### ASD/ADHD のアセスメントツール開発

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

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

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

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

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

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

ASD の 2 次スクリーニングツールとして、欧米で広く使用されている SCQ は、「誕生から今まで」バージョンと「現在」バージョンの 2 種類があるが、いずれのバージョンも昨年度までに、再検査信頼性、評定者間信頼性、内部一貫信頼性、併存的妥当性、一部の判別妥当性が確認され、一定程度の信頼性と妥当性が確認されている。本研究では、日本語版 SCQ の判別妥当性およびカットオフの検討を目的として行った。

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

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

### 3. ASDの診断ツールの開発

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

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

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

より内容が原文の意図を適切に反映していることが確認されている。

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

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

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

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

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

テスト-再テスト信頼性、基準関連妥当性を検証した。

結果、評価者間信頼性、テスト-再テスト信頼性ともに多くの項目で高い  $\kappa$  係数もしくは級内相関係数を示した。特に診断に関するセクションや項目ではほとんどの項目が  $\kappa$  係数もしくは級内相関係数が 0.75 以上となった。これらから DISCO-J が高い評価者間信頼性とテスト-再テスト信頼性を有する ASD の診断のための技法であることがわかった。さらに DSM-IV-TR との粗一致率は 96.1%、 $\kappa$  係数は 0.91 であり、基準関連妥当性も高いことが示された。したがって、DISCO-J を臨床に用いることで、よりの確に ASD が診断できる可能性が示唆された。

#### 4. リスクアセスメントツール開発

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

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

ASD 版の暴力行動等のアセスメントツール「Assessment Tool for Preventive Intervention for Problem Behaviors 33items – ASD version : @PIP33」を、デルファイ法を用い児童精神医学、司法精神医学、矯正医学のエキスパートらによる評定を繰り返して作成した。本ツールを F8 発達障害の診断を受けている者 53 名を対象に評価した。その結果身体的暴力がみられやすい者と非身体的暴力がみられやすい群では特徴が異なっている可能性が示唆された。すなわち、非身体的暴力では怒りのコントロール不全や精神病症状といった障害や疾患の症状がリスク要因としてより強く関係している可能性が示唆

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

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

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

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

#### 支援方法の検討と開発

現在、日本で行われている支援プログラムの検討について

##### 1. 精神保健福祉分野における困難事例への対応

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

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

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

## 2. 少年院における支援

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

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

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

### 2) 『心の扉』プログラム

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

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

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

少年司法や少年院などの矯正教育の現場においては、発達障がい少年の存在可能性への認識が進んでおり、以前よりも発達障がい少年の特性をも踏まえたアセスメントや処遇が為されつつあり、今回調査の結果でもそれは明らかになった。そしてそれらの取り組みは再収容率の低下という客観的な数値として効果確認された。

## 3. 児童精神科病棟における支援プログラム

### 1) 困難事例に注目して

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

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

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

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

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

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

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

退院後の地域生活に向けて、とくに、学校関係者とは連携する機会が多い。子ども家庭センター、児童相談所、教育センターなど、地域の関係機関とのケース検討会議が必要になることも多い。近年、障害者への地域サービスの選択肢も増えているが、放課後におこなわれるデイサービスや、ショートステイなどについては地域格差が大きいようである。それぞれの地域の実情に応じて、制度・サービスの利用について検討することになる。

心理専門職、OT やグループの場面での問題に介入する作業療法士、関係機関との窓口やネットワークの調整などを担う PSW など、他職種によって治療チームが構成されている。これまで、児童・思春期精神科医療における医師の不足が指摘されてきたが、医師以外のスタッフの育成も急務である。

## 2) ひきこもりを伴う ASD の治療内容

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

## 4. 成人精神科外来クリニックにおける支援

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

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

## 5. 医療観察法対象者の問題点と支援

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

## 6. 英国の ASD に特化した保安病棟における治療的介入

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

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

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

多くの患者が ASD と同時に不安や抑うつ、ADHD、パーソナリティ障害、精神疾患、物質依存などの精神科的問題を併せ持つ。保安病棟でケアする ASD の人には“ピュアな ASD”の人はほとんどいない。従って心理学的介入についても、さまざまな配慮が必要になる。

心理学的介入はグループ治療と個人治療に大別される。また支援方法は特定の臨床心理学的介入 (認知行動療法など) と病棟全般で行う介入 (前述の RAID, SPELL など) に区別できる。

グループベースで行う介入には“Being Me” (前述)、“Adapted DBT”、“Brain Training”、リラクゼーション、“性加害者プログラム”などがある。

個人ベースの介入としてはバイオフィードバック、性教育、怒りのマネージメント、認知行動療法などが準備されている。

触法 ASD 者には既存の介入方法をそのまま用いることが難しいために既存の方法を改変することと、新たに支援方法を開発することの両方を組み合わせて適用することが多い。既存の方法を改変する例としては Adapted DBT がある。DBT (Dialectical Behaviour Therapy、弁証法的行動療法) はもともと境界例の問題行動を主な対象として開発された認知行動療法の一種であるが、ASD 向けに写真や文章を使用したテキストやカードを作成するなどの改変を行った。新たに開発した支援方法としては Brain Training がある。この基本は認知行動療法であるが、パワーポイントなどの視覚教材を多用し、思考-感情-行動のリンクを絵を用いて理解することを促すなどの方法をパッケージにした支援方法である。

性犯罪など対人関係に問題をもつ患者には“Great Mates Great Dates” (素晴らしい友人

(異性)、素晴らしいデート) という支援パッケージを用いることがある。これは「友人とはなにか」「信頼」「他者に魅力を感じる時」「デートの方法」「同意することの重要性と法律」「安全なセックス、避妊、性病の予防」、「どのように異性との関係を維持するか」、「異性との別離への対処」などをテーマに具体的な知識や行動について教育する方法である。

## 7. 海外のプログラムの日本版の作成

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

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

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

### 2) 日本版弁証法的行動療法の開発

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

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

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

## 海外における調査

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

### 1. 英国調査

#### ASD に特化した保安病棟調査

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

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

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

軽度保安 リハビリテーション/回復 (18 床) である。

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

#### 1) スタッフトレーニング

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

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

必要な知識として必ず取り上げるのは以下の 7 つのガイダンスである。

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

のガイダンス

②National Autistic Society Autism Accreditation Standard

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

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

⑤DSM-5

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

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

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

#### 2) 独自のスタッフトレーニングガイダンス

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

Phase 1:

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

Phase 2:

ASD の理解がテーマである。NAS / Tizard Centre pack のモジュール 2 を行う。NAS / Tizard Centre pack とは Kent 大学にある、知的障害の人のコミュニティケアの研究機関である Tizard Centre と NAS (National Autistic Society: 全英自閉症協会) が開発した研修テキスト "Understanding and Supporting Children and Adults on the Autism Spectrum" の Module 2 (自閉症理解がテーマ) を用いて 1 日かけてワークショップを行う。

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

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

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

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

#### Phase 6: 卒後教育

自閉症研究の通信教育課程など大学院レベルの通信教育への参加が推奨される。

#### Phase 7: 研究開発

このステージでは、研究と研究発表が推奨される。

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

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

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

## 3. オーストラリア調査

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

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

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

同じく障害福祉サービスの一部局である Disability Justice を調査した。これは知的障害（発達障害の併存を含む）があつて、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。

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

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

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

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

#### 4. 韓国調査

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

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

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

#### 5. ドイツ調査

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

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

## 6. カナダ・オンタリオ州調査

知的障害・発達障害のある支援困難な青年・成人が、地域で包括的支援を受けながら安定した生活を送るために、支援連携やネットワーク、および、地域の専門性の高い支援機関について調査した。

その結果、カナダ・オンタリオ州において支援困難な対象とされるのは主に、①精神疾患を併存した発達障害・知的障害者、および、②性犯罪加害に関わった発達障害・知的障害者であった。これらの人たちを支援する機関としては、①地域機関の連携や支援困難ケースの専門的支援を<コーディネートする役割>としての機関—Community Networks of Specialized Care (CNSC)、②触法行為者および支援困難な知的障害・発達障害を<地域で継続的に支援>する役割として機関—Vita コミュニティリビングサービス (Vita CLS) & メンズサナ、およびグリフィンセンター精神保健サービス③支援困難な人を対象とした司法精神医学対応病棟などがあった。特に、地域機関の連携や支援困難ケースの専門的支援をコーディネートする役割をもつ Community Networks of Specialized Care (CNSC) が担う役割が大きいことが明らかになった。また、親や支援者が技術を習得して日々の関わりのなかでサポートを継続して行っていたことも特徴的であった。

## E. 結論と提言

### 1. 発達障害の子どもや成人は、さまざまな支援機関に存在する

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

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

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

### 3. 教育機関との連携や特別支援教育の充実が必要である

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

### 4. 思春期 ASD 患者の入院治療について

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

### 5. スタッフの研修プログラムについて

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

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

### 6. 介入方法

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

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

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

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

### 7. スクリーニング・アセスメント・診断の方法について

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

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

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

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

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

#### 1) 法律の理解

・障害者基本法、障害者総合支援法、障害者虐待防止法、障害者差別解消法

・精神保健福祉法、障害基礎年金、発達障害者支援法などの理解

・person-centered アプローチ、意思決定支援についての概説

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

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

## 9. 支援システムについて

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

「Ⅲ 研究成果の刊行に関する一覧表」参照

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

日本語版マニュアル著作権取得予定：

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

日本語著作権取得済み：ADOS-G、SCQ、CARS2



平成25～27年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神神経分野）  
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究  
分担研究報告書

児童福祉領域における情緒・行動の問題に対する予防・介入・支援に関する研究

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

**研究要旨：**

児童福祉領域における発達障害を有する児童の特性と支援の現状を調査・分析し、成人期以降の精神障害や不適応行動を予防するために必要な支援のあり方を検討することを目的として研究を実施した。全国の児童相談所および児童福祉施設を対象に、発達障害を有する児童の情緒・行動上の問題についての調査、発達障害児の受け入れと支援の現状についての調査、および実際の支援についての現地調査を行い、それらの結果をふまえて児童福祉領域における発達障害児への支援方法について検討した。その結果、児童福祉機関で対応している児童の43%に発達障害が認められ、発達障害を有する児童には攻撃的な問題行動が多く、教育的・医療的支援の利用率が高いことが認められた。児童福祉領域では発達障害に特化した専門的な治療・支援はなく、生活支援を基盤として個々のニーズに応じて外部の支援資源を活用する支援モデルを特徴としていた。攻撃性や反社会的行動の予防という観点からは、児童福祉でのケアを十分に行うことが成人期以降の対応困難な問題の予防に重要であると考えられたが、実際の支援は中学生までの児童が中心で、高校生への支援や退所児童のアフターケアなどの青年期以降の支援が不足しており、成人期への移行支援をいっそう強化する必要があると考えられた。

**A. 研究目的**

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

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

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

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

**B. 方法**

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

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

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

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

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

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

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

場合の対応についての経験および意見について調査した。

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

## 3. 児童福祉領域での発達障害児への支援モデルの調査（平成 27 年度）

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

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

### （倫理面への配慮）

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

## C. 結果

### 1. 児童福祉領域における発達障害の有病率と特徴

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

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

表1. 発達障害を有する児童の割合

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

表2. 問題行動の出現率

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

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

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

表3. 資源の利用状況

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

### 2. 児童福祉領域で対応している発達障害児童の特徴と支援の現状

#### 1) 医師調査の結果

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

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

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

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

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

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

## 2) 施設調査の結果

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

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

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

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

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

発達障害を有する児童の受け入れについては、多くの施設から入所前のアセスメントを重視し、それにもとづいて支援を行い、さらにニーズに応じて適切な人員配置や生活構造を提供すること、学校や医療機関などの関係機関との連携をしっかりととるなどの方針が挙げられたが、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。その一方で、発達障害児のニーズに応えようとしても、なかなか実現できない現状も訴えられた。

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

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

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

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

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

### 3. 児童福祉領域での発達障害児への支援モデル

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

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

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

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

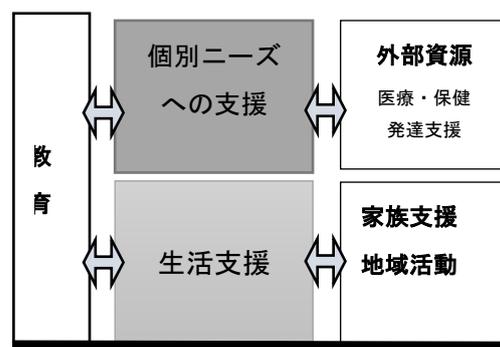


図1. 児童福祉施設の支援構造

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

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

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

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

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

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

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

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

#### D. 考察

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

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

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

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

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

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

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

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

## E. 結論

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

## F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

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

待と関連する精神障害。中山書店、pp. 37-58, 2008.

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

平成25～27年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神神経分野）  
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究  
分担研究報告書

精神保健福祉分野における予防と介入方法の検討

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

**研究要旨：**

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

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

A. 研究目的

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

B. C. 方法と結果

I. 精神保健福祉分野における疫学的調査

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

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

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

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

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

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

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

調査の結果を表1～表6に示す。

表1. 今回のエントリー事例の年齢、男性の比率に関するデータ

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

表2. 各地域の人口当たりの新規相談発生件数

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

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

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

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

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

表5. 表1のうち医療機関での精神疾患診断の有  
無

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

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

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

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

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

今回の予備的な調査では、発達特性（ASD 特性  
や ADHD 特性）が推定され、触法、他害行為、家  
庭内暴力、ひきこもり、不登校、自傷、物質依存  
などの社会行動面での課題によって新規相談とな  
った18歳以上40歳未満の事例の発生は、A～C  
各自治体で、18歳から39歳までの年齢人口10  
万人あたり、それぞれ年に換算して39.7件、20.8  
件、103.0件であった（表2）。

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

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

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

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

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

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

## II. CRAFT について

### 1. CRAFT とは

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

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

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

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

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

## 2. CRAFT の効果

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

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

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

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

## 3. CRAFT の基本

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

### (1) CRAFT の目的

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

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

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

## (2) CRAFT を実施する前に行うべきこと

ひきこもり事例には、IP が CSO のことを警戒して、会話自体ができない状況のことがしばしば見受けられる。このような状況では、まずは IP の警戒心を解く工夫をしてもらうようにしている。

行動理論では警戒心はレスポナント条件づけ(☆注)によって形成されるため、警戒心を解く方法においてもレスポナント条件付けの消去(☆注)の手続きが適用できる。具体的な方法としては、①IP が警戒することをしない、②IP が安心することをすることが挙げられる。①はレスポナント条件付けの消去到該当し、②は警戒心の拮抗反応となる安心感を利用した逆制止(☆注)に該当する手続きとなる。実際には警戒心は時間とともに徐々に緩んでいくものであるため、この2つの方法を根気強く続け、IP の警戒心が解けていくのを見守ることが重要となる。

警戒心が解けていないと、CSO の関わりが IP にとって嫌悪的な刺激(嫌子)になってしまうため、CRAFT で学んだことを家族が実行しても期待したような効果が得られないことがある。CRAFT の前提は、CSO の関わりが IP にとって好ましい刺激(好子)になっていることであるため、CSO に対する警戒心を解くことが重要となる。

☆(注) レスポナント条件づけ(古典的条件づけ)： 反射的反應(例：唾液分泌や情動など)を無条件に引き起こす無条件刺激と本来特定の行動を誘発させない刺激(中性刺激)を同時に提示することで、中性刺激が反射的反應を誘発するよう条件付けること。

☆(注) レスポナント条件付けの消去：無条件刺激と中性刺激を同時に提示することをやめることで、中性刺激が反射的反應を誘発しないようにする手続き。

☆(注) 逆制止：問題となっている反応と拮抗する新しい反応を形成することで、条件反応を抑制・消去する手続き。

## (3) IP の活動性を高める

ひきこもり状態にある IP の CSO を対象とした CRAFT において、最も力を入れなければいけないところが、IP の活動性を高めることである。そのためのポイントは主に2つである。一つは、IP が望ましい行動をしやすい状況を作ること、二つ目は、IP が望ましい行動をして良かったと思えるような関わり方を CSO がすることである。

IP が望ましい行動をしやすい状況をつくるには、IP と CSO の関係を穏やかにするとともに、望ましい行動がなぜ起こるのかを考えることが重要となる。その際のポイントは以下の5つになる。

- ①IP が既にどんな望ましい行動をしているのか？
- ②どんなことがきっかけでその行動をしたのか？
- ③IP はどんな気持ちからその行動をしたのか？
- ④その行動をすることで、IP にデメリットがないだろうか？
- ⑤その行動をすることで、IP にメリットがあるだろうか？特に、IP が重視しているメリットは何だろうか？

これらのポイントから分かる情報をもとに、IP が望ましい行動をしやすい状況を作り、望ましい行動をして良かったと思えるような関わり方を CSO ができるようにしていくことになる。実際には、褒めるだけではなく、関わりを減らすほうが良い場合もあるため、IP にとってどんな関わり方が快適な関わり方であるかを考慮する必要がある。

## (4) IP の困った行動にどう対応するか

ひきこもり状態が長期化する中で、IP が困った行動をする場合も少なくない。代表的な行動としては、暴力、ゲーム依存、家族を避ける、などがある。こうした困った行動を減らすポイントは主に2つである。一つは、困った行動が起こりにくい状況作りを心がけること、二つ目はそうした行動をしない方がいいなと IP が思うような関わり方を CSO がすることである。

困った行動が起こらないようにするためには、望ましい行動の時と同じように、困った行動がな

ぜ起こるのかを考えることが重要となる。そのポイントを以下に示す。

- ①IP はどんな困った行動をしているのか？
- ②どんなことがきっかけでその行動をしたのか？
- ③IP はどんな気持ちからその行動をしたのか？
- ④その行動をすることで、IP にメリットがないだろうか？
- ⑤その行動をすることで、IP にどんなデメリットがあるだろうか？特に、IP が重視していると思われるデメリットは何だろうか？

これらの情報をもとに、困った行動が起こらない状況作り、困った行動をしない方がいいなど IP 自身が思うような関わり方を CSO ができるようにしていくことになる。具体的には、IP が暴力的な行動をした時に、CSO が IP から離れてしまうことで、IP が反省し暴力的な関わりをしなくなる場合などが良い例と考えられる。

#### 4. 自閉症スペクトラム特性がある場合の CRAFT

ひきこもり状態にある IP の中には発達障がい特性を持つと考えられる一群があることが知られているが<sup>23)</sup>、特に、自閉症スペクトラム（以下、ASD 特性）を持つ人への CRAFT の適用が試みられている。ASD 特性を持つ人へ CRAFT のプログラムを応用することの利点としては、これまで以下の三点が示されている<sup>24)</sup>。一つは、我が国において、2005 年の発達障害者支援法施行以降、緊急に発達障害の支援体制が充実してきたが、長年閉じこもるなどしていたため、それらの情報を知らない IP がいると考えられ、CSO が CRAFT を受けることで IP に様々な情報が伝わりやすくなるということである。二つめは、知的な遅れが目立たない発達障がいの場合、これまでに家族が適切な情報や具体的な援助を得られずに長期にわたって不安を体験していることが多く<sup>25)</sup>、CRAFT がそうした家族を早期にケアできるということである。三つめは ASD の特性として社会スキルの維持や般化が苦手ということがあるため<sup>26)</sup>、集中的なケアの後にも IP の適応的な行動を増やしたり

不適応的な行動を減らしたりするために、CSO を含む周囲がサポートできるようにする CRAFT は、ASD 支援を継続する上で有用性が高いということである。これらのことは、特性はそれぞれ異なるかもしれないが、注意欠如多動症や限局性学習症などの他の発達障害や知的障害を持つ事例にも応用が可能であることを示唆していると考えられる。CRAFT をどのように実際に ASD 特性を持つ群へ適用するかを以下に示す。

##### (1) 全経過を通じての注意点

ASD 特性を持つ人の CSO に対して CRAFT を実施する場合、全経過を通じて以下のような点について常に注意を払う必要があるとされる<sup>19)</sup>。

- ①IP が併存疾患を有していると考えられる場合は、必要に応じて各方面の専門家と連携する、
- ②IP が人や場面によって“みせる顔”が大きく異なる可能性を考慮し、できるだけ多くの場面についてアセスメントし、IP の全体像を把握する、
- ③IP を不用意に刺激しない、④IP の自発性行動が乏しい可能性がある場合は、自発性行動を引き出すための確立操作（☆）をおこない、同時に IP が指示待ちになることを予防する、⑤IP が、暗黙のルールや年齢相応の社会性の獲得など、目に見えない社会のルールについて理解していないような場合には、IP が理解しやすい方法および想像しやすい方法を用いてそれらを IP に伝える、
- ⑥IP の社会的スキルの獲得・維持・般化に対して、長期的に支援が必要と考えられる場合には、IP が手がかりとなる訓練や物や人へアクセスできるようにする、⑦IP や CSO が、ASD 特性を「生来性の」「個性の一部にすぎない」と、とらえられるようにする、⑧プランにそった支援ができるよう、関係機関と連携して一貫した対応を行う。

☆（注）自発的行動を引き出すための確立操作：例えば、食事への感受性を高めるために間食を控える、余暇への感受性を高めるためにゲームをつ

けっぱなしにすることをやめるなど、結果の効果を確立するために環境を操作すること。

## (2) 治療構造を整える

例えば、ASD 特性を持つ人によっては、多義的なことに混乱しやすく、物事が1対1対応の方が理解しやすいため<sup>27)</sup>、CRAFTの対象となるCSOの担当とIP本人へのアプローチが可能になった後のIP担当を分けることが多い。また、必要に応じて適宜、家庭内暴力などへ危機介入をする支援者、またそこからさらにIPとCSOを保護分離する支援者らを分ける場合もあり、その際も相互に連携をとるようにしている。

## (3) アセスメント・機能分析

全経過を通して、IPにとっての好子是何か、IPが刺激と行動の随伴性(☆注)を的確に関連づけて学習することができているかなど、ASD特性に配慮してアセスメントする。例えば、CSOがよかれと思って用いる「がんばったね」「楽しいね」などの言語表現もASD特性を持つIPによっては「この先もがんばらないといけない」「よくわからなかったけど楽しいと思わなくてはいけない」と思ってしまうこともあるため、好子になるどころか混乱や動揺の原因になることもありえる。また出来事が偶然おきたことか、相手が故意に行ったことかを誤読してしまうことがある<sup>28)</sup>。そのために、IPの感じ方や考え方をアセスメント結果からシミュレーションすることが重要である。また上述の「全経過を通じての注意点」をふまえ、できるだけ多くの人からの情報や、多くの場面についての情報を集める。

機能分析(☆注)では、IPの不適応行動に関する刺激—反応随伴性についてだけでなく、背景にあるIPのASD特性と環境要因のミスマッチ、IPの不適応行動とCSOなどによる不適応行動維持要因との関連などを見立てる<sup>19)</sup>。特にASD特性の中でも視覚記憶が強く、感情処理が苦手な場合、CSOの姿を見ることが不快な記憶を引き起

す条件刺激になることがあるため<sup>19)</sup>、オペラント行動のみならずレスポナント行動(☆注)も分析する必要がある。

☆(注) 随伴性：例えば個人がある行動をした場合に、それに伴う結果が良ければその行動が増え、結果が悪ければ減るという場合、そのような行動と結果の関連を「随伴性(contingency)」という。この関連には必然性や因果の有無は問わない。  
☆(注) 機能分析：どんな状況で、どんな行動が起こり、その結果がどうか。また、本人は自分の問題をどのように理解しているか、長期的にはその行動によってどのような状況になっているかなど、問題行動の維持要因を、行動のつながりにそって明確化すること。

☆(注) レスポナント行動：自発的に生じる行動ではなく、特定の刺激に誘発される反応のこと。

## (4) 実際の介入

例えば、境・野中(2013)のワークブック<sup>10)</sup>を使用し、プログラムの構成要素から(表7)メニュー方式で必要なものを用いる。実際には、①ひきこもりの若者と社会をつなぐために、②問題行動の理解、③家庭内暴力の予防、⑦家族自身の生活を豊かにするなどを早期に実施し、そして付加的に家庭内暴力への介入の方法やASD特性の理解とその社会資源の利用の仕方などの資料を別途使用することが多い。これらはCSO支援の土台部分であり、セッション中のいかなるときも適宜用いられるものである。特にASD特性の理解とその社会資源の利用については、親の会やペアレントメンターに協力を依頼することも多い。

家庭内暴力などのリスクが少なく、CSOとのコミュニケーションがある程度保たれている場合には、④ポジティブなコミュニケーションスキルの獲得、⑧相談機関の利用を上手に勧める、を初期の段階で計画することが多い。ただし、IPとコミュニケーションをとる際は、上述の「全経過を通じての注意点」に充分配慮することが重要であ

る。ASD の場合は、環境とのミスマッチに苦慮して社会的ひきこもりになっている場合も多く、行動理論に基づく技法を用いて IP の行動を変容させようとしなくとも、これらのよく計画された情報提供により相談場面に登場することも多い<sup>20)</sup>。

表7. CRAFT プログラムの概要(文献10より引用)

第①回 ひきこもりの若者と社会をつなぐために
第②回 問題行動の理解
第③回 家庭内暴力の予防
第④回 ポジティブなコミュニケーションスキルの獲得
第⑤回 上手にほめて望ましい行動を増やす
第⑥回 先回りをやめ、しっかりと向き合っ て望ましくない行動を減らす
第⑦回 家族自身の生活を豊かにする

以上までの関わりで変化が望めなさそうな場合には、ワークブックを使用しプログラムの構成要素から、⑤上手にほめて望ましい行動を増やす、⑥先回りをやめ、しっかりと向き合っ  
て望ましくない行動を減らす、といった、いわゆる随伴性マネジメント(☆脚)を計画する。ASD がある場合、望ましい行動と望ましくない行動の学習が正確にされていない場合や、何が望ましいかの価値観が世間一般と異なる場合があり、そうした場合は、まず世間一般の必要最低限の価値観を学ぶ機会を計画する。

全経過を通じて家庭内暴力などの反社会的行動のリスクが高い場合は、プログラムを中断して危機介入をおこなうこともある。

☆(脚) 随伴性マネジメント: 刺激—反応—結果を分析することで、行動を増やしたり減らしたりするために、刺激や結果をコントロールすること。

#### (5) フォローアップ

CRAFT の実施により IP の支援への動機づけが高まり IP が支援機関を訪れた際、例えば IP が就労支援機関を訪れた際、IP の相談行動という適切な行動に対して、就労支援機関というコミュニティからの強化が望まれるが、IP 側に相談するスキルが不足している場合や、就労支援機関の対応がうまくいかなかった場合、IP にとって「がんばって相談したけど良い結果を得られなかった」と負の経験になってしまうことになる。そのような状況を避けるために、事前に IP の行動を十分に予測し、IP の適切な行動がコミュニティから強化されるよう、例えば、「相談したことで、自分の気持ちを理解してもらえた」「相談したおかげで困っていたことが解決した」など、IP にとってよい結果となるようにコーディネートしておくことが必要である。また CSO が、プログラム終了または中断後も、必要に応じて支援者に相談することができるよう保証される事も長期的な視点からは重要である。

CRAFT は、当初アルコールなどの依存症患者の問題に取り組むために開発されたプログラムであるが、特に、ASD 特性がある IP に実施するためには、IP や CSO へ適宜コミュニティから必要な強化が受けられるように、コミュニティの側を整えておくことが大変重要である。具体的には、当事者の会や親の会との連携や自立支援協議会や発達障害支援体制整備事業を利用した基盤整備、支援者同士共通認識をもつためのリーフレット作成、それらと連動しながらの支援者向け研修会の企画など、日ごろの地域における様々な活動が、このプログラムの円滑な実施を支えてくれることになる。また、このような活動は、冒頭で述べた CRA (コミュニティ強化アプローチ) の実践と軌を一にするものである。

### Ⅲ. 精神保健福祉分野における発達障害者支援と困難事例への対応

わが国の現状では、ASD(自閉スペクトラム症)やADHD(注意欠如多動症)などの発達特性を持ち、かつ、暴力や触法行為などの社会行動面での課題を有する事例に対して、地域精神保健福祉領域において取り組むためのシステムが確立しているとは言い難く、現場での手探りの部分も多い。支援に関わる機関についても地域における相談機関相互の関係や、関わるスタッフの連携に依存していると言わざるを得ない場合もあり、第1章でもふれたが、地域の実情に応じて対応している相談支援機関も様々のものである。そのため、このような事例へのケースマネジメントを誰がどのように行うのかよいか、医療機関を含め関係機関との連携・協働のあり方はどのようなべきかなど、支援システムの確立は今後の重要な課題となっている。

精神保健福祉分野において特に他の領域と異なる原則があるわけではないが、成人期に事例化してくる場合は、本人の特性だけではなく、家庭や学校その他社会の様々な要因が絡まっていることが多く、それらを整理していくことが最初の重要な作業になる。また、困難化した事例では、本人自身の社会的対処法を向上させる取組や、本人のいわゆる「二次障害」へのケアなども必要となる。さらには、問題行動は必ずしも本人だけの要因によるものではなく、環境との相互作用も重要なため、周囲の対応への介入や家族を含めた関係者のケアも必要とされる場合が多い。

現時点で、発達特性と社会行動面での課題を併せ持つ事例に対して、包括的な対応のガイドラインを示すことはなかなか難しいが、本章では対応方法の実際を、地域の実践家たちの工夫によりつくられたツールとともに紹介することとする。尚、一部事例も含まれているが、あくまで実在の事例のエッセンスを組み合わせた架空のものであり特定の個人を示すものではないことをあらかじめおことわりしておく。

#### 1. ケース全体のアセスメント(徳島県発達障がい者支援センターの「相談支援アセスメントシート」)

実際の相談場面の多くでは、本人の発達特性や環境への適応状況、さらには二次障害の問題が、混然一体となって事例化することが多く、また、本人や家族が求めているニーズと、現実的に支援機関で提供可能なサービスとの間にさまざまなギャップが感じられることもよく経験される。うつ状態や強い不安、睡眠障害、幻覚や妄想などの精神症状については、精神科医療の対象となると考えられるが、ここでは、医療以外の支援について、地域で実現可能な方法について検討することとする。

現在の状況を整理し、本人と周囲とで今何から取り組むとよいか、その展望を確認する方法として、徳島県発達障がい者支援センターが作成した、「発達障がい者の相談支援アセスメントシート」(別紙1)を紹介する。

青年期・成人期で発達特性があり、現状で適切な支援や治療をほとんど受けていない場合、結果的に本人は家庭内で「ひきこもり」の状態になっていることが多い。このシートでは、厚生労働省が作成した「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」<sup>29)</sup>の「ひきこもりの諸段階」を参考に、発達障害者への段階的な支援モデルを提示している。

具体的には、支援の展開をひきこもり状態における「危機介入(精神的な不安定さや家庭内暴力等に対する介入が必要な段階)」を起点とし、最終的に「就労定着」をゴールとする12の移行段階(テーマ)として整理されている。さらにそれぞれのテーマごとに、本人の状況、支援上の課題、活用できる社会資源やサービス、窓口となる関係機関等を記載し、一枚のシートにまとめられたものである。なお、実際の利用方法については以下のとおりである。

### (1) ニーズと現状に関する評価

まず、本人や家族のニーズと、本人の現状について、シート上部の「テーマ」、「本人の状況」、「課題」等の各項目を参照し、ニーズと現状のそれぞれがどのテーマに位置づけられるのかみていく。

例えば、「就労継続支援等の日中活動型の支援を希望しているが、現状として抑うつ状態や昼夜逆転等といった課題がある」といった事例の場合（仮に「事例A」とする）、シート上でニーズは「⑨福祉的就労」として、現状は「⑤二次障がいケア」として確認する。

### (2) 課題の確認

次に、本人や家族のニーズと現状のそれぞれのテーマとの間に、いくつくらいの具体的なテーマがあるのか確認する。ニーズと現状の間のテーマの数が少ないほど、支援上の課題は少なく、シンプルになり、逆に多ければ、取り組むべき課題は多く、支援の難しさも高いことが推測される。

「事例A」では、テーマ⑤とテーマ⑨の間に「⑥生活の立て直し」、「⑦福祉サービスの利用」、「⑧日中活動への参加」の3つのテーマがあることがわかる。3つのテーマの「課題」を確認することで、ニーズの達成までに、クリアにすべき支援上の課題や優先度、困難さ等についておおよその見通しを得ることができる。

### (3) 支援方法や連携する関係機関の確認

まず具体的に何をするかを考える際には、現状を示すテーマもしくは次に位置するテーマを目安とする。シート下部の「支援方法」「主な支援機関」等の項目を確認し、具体的な支援方法としてどのようなサービスや社会資源があるのか、またどこが相談窓口や関係機関として連携できそうか検討する。

「事例A」では、抑うつや昼夜逆転が解決されていない状況で、いきなり福祉的就労を探すことは現実的にはかなり困難である。まずは直近のテーマである「⑥生活の立て直し」を参考に、精神科受診を勧めたり、精神科デイケアや、地域若者

サポートステーション（サポステ）等との利用について検討することになる。

### (4) モニタリング

現在どのテーマまで支援がすすんでいるのか、定期的にシートを確認する。支援に困難さを感じている時には、往々にしていくつかの重要な課題やテーマを飛ばして先にすすみすぎている場合が多い。現状を踏まえて今何が必要かを再確認する。

このシートはあくまで支援上の目安を示しており、どの事例でも一律に段階を踏んで支援が展開することを推奨するものではない。実際の支援場面ではケースバイケースで必要のないテーマについては省略したり、同時にいくつかのテーマを関係機関で役割分担しながら支援するといったことも考えられる。また、シートを家族や本人に提示しながら相談することで、現状とニーズのギャップや、今必要な支援について視覚的に共有しやすいなどの利点があり、特に相談場面におけるツールの一つとしての活用が期待される。

## 2. 本人のニーズの見立て方（札幌市発行の「本人ニーズの見立て方 STEP1・2・3」）

本人の社会的対処法の向上と、周囲からの否定的対処への介入は、どのライフステージでも必要となるが、特に思春期・青年期以降になると、教科学習的なスキルに加え、進路選択や、地域生活でのライフスキル、就労のスキルがテーマとなってくる。また思春期以降は、本人の自我が育ち意思がでてくるようになり、本人のニーズを抜きにして介入を続けるのは困難となる。一方で、特にASD特性がある場合は、自己選択や自己決定のみに任せてしまうと常同的で儀式的な行動に時間を費やしてしまい、その人がもつ潜在的能力を發揮することができない場合がある<sup>30)</sup>。そのため、本人が表明する表面的なニーズにのみ目を向けるのではなく、潜在的なニーズにも着眼することが大切である。地域の支援者が個別の支援計画をステップを踏んで作成していけるように、札幌市では支援者向けに「本人ニーズの見立て方 STEP1・

2・3」を作成している（URLは参考文献中に表示）<sup>31)</sup>。

このガイドブックは、障害者相談支援事業所、グループホーム、就労支援機関、療育機関、学校、フリースクールなど、実際に発達障害と二次障害がある方を多く支援している機関で働く支援者が集まって、現場の苦労や工夫を話し合う中で作られた。まず基本となるべき個別支援計画を立てることが事例によっては難しくなる理由として、「考えと感情と言葉が一致しづらいなどによって本人のニーズを捉えにくい」、「障害特性の影響が大きいのか環境の影響が大きいのかなど何に焦点を当てたらよいかわからなくなってしまう」、「本人が工夫すべき問題なのか周りが工夫すべき問題なのか目標の立て方で迷ってしまう」、などがあげられた。上述の関係機関の話し合いの中で、こうした課題への対応のヒントとして、以下のような3つのステップが提案された。それが「本人のニーズを内側からまずはながめる」「本人のニーズを外側からながめる」「アプローチの提案」である。それぞれについて、「提案は支援者が、選択は本人に」など現場の支援者ならではの工夫点も添えられている。

### 3. 新たな支援の利用を促す（徳島県発達障がい者総合支援センター作成の「提案のための3ステップ」）

相談を受けていくと、本人が抱えた発達特性も関連して周囲ばかりが困り果てて、その一方で本人には困り感が乏しいという場合がよくみられる。それは、先の見通しや客観的な視点の持ちづらさといった発達特性により、いわば本人が「上手に困れない」という状態とも考えられる。周囲にとっては「本人にこそ相談に行って欲しい」という思いを抱いても、当事者である本人にその動機がなければ、相談に繋げることはできない。このような時、周囲の人が本人に対して「相談する」という選択肢を提示し、新たな支援の利用へと促す方法としては、徳島県発達障がい者総合支援セン

ターハナミズキが作成した「提案のための3ステップ」が参考になる（徳島県発達障がい者総合支援センター所報、平成27年度）。

#### （1）ステップ①：舞台設定と脚本作りの段階（図1）

本人を相談に誘うことができるのは身近な家族か家族との関係が良く保たれている相談支援者である場合が殆どである。日常的に交わす何気ない会話の中で、突然「困り事」や「問題」についての話題を切り出せば、どうしても本人にとっては唐突で侵襲的な印象を抱かせることになる。懐疑的に警戒心を抱かせてしまえば、相談に誘うことはおろか、会話自体を続けることさえ困難になってしまう場合さえある。警戒度を少しでも下げするためにも、会話の中で繰り広げられる話題と話題の間を「提案のための3ステップ①」にとっての自然な形で繋げていきながら、提案の核心部分である「困り事」の話題へと移していく必要がある。

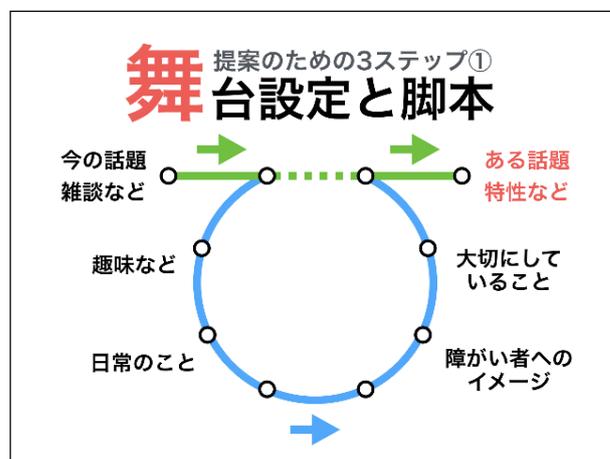


図1. 提案のための3ステップ①：舞台設定と脚本

本人にとっては「相談に行くよう促される場面」は過去に経験していることが多く、話題の内容や文脈にその片鱗が見え隠れするだけで態度を固いものに変えさせてしまう。「私に何らかの指示をしようとしているのか？」と感じさせるような指向性はできるだけ文脈からは取り除くような配慮

は有効である。話題の順序的に迂回したり、行きつ戻りつ目的の話題に辿り着くことは警戒心を解くだけではなく、その後の提案に伴う不安を軽減させることもできる。

提案に伴う抵抗を扱ったり、その前段階である「困り事」の話題を展開させるために、最初のこのステップで本人にとっての「障害観」や「大切にしていること」といった話題について情報収集しておくことは役立つものである。「障害とは何か」「健常者との違い」「治るものと思うか」等についての考え方や家族や友人らに障害を抱えた者がいたかといったことについても話題として触れられることで、提案者が用いる言語表現をより本人にとって負荷の少ないものを選択することができる。即ち、提案のための情報収集をしている段階だと言える。

## (2) 提案のための3ステップ②: 秘密開示の質問の段階 (図2)

周囲からすれば「本人はこのことで困っているはずだ」と考えられても、本人にとっての問題は別のことである場合は多い。そのような時でも、あくまで「本人は自分自身のことと自分の周りの環境とを理解できる」と仮定し、支援者にとっては理解しがたいような本人の認識についても丁寧に質問していく。ここでは本人がどのような困り事を述べたとしても、それが正しいと見立てるのである<sup>32)</sup>。こうしてこちらの認識を本人自身に負わせることで、抵抗は少なくなり、本人が自己認識している問題や、自己認識している自己特性や症状についての情報を集めるようにする。たとえそれが支援者の捉える「本人の困り事」とは懸け離れたものであったとしても、本人にとっては最も変化への動機が高いものであり、相談に訪れる際の本人なりの理由となる可能性を秘めている。

生来的な特性に気づけなかったせいで、あるいは気づいていたとしてもその対応方法を知らなかったがために、失敗経験を重ねてきた人たちも多く、「何をやってもだめだ」と自分への信頼を失

い、自己評価の低下を招いている。このような場合は、変化を望んでいないのではなく、諦めざるを得なかっただけに過ぎない。これは一次的な特性の影響としての二次障害と呼ばれるものであり、困り事や目標といった点において周囲との乖離が生じやすくなる。支援者は、このような可能性も考慮しながら本人を理解するよう努めることが不可欠である。「なぜ諦めなければならなかったのか」と本人の過去に思いを馳せ、理由を推測することが必要となる。その上で、自己認識している特性について尋ねる質問を「本来ならばどうしたかったのか?」「今はもう無理だと思っているかもしれないが、本心ではどうしたかったのか?」といった聞き方で確認していくことが望ましい。支援者の質問によって本人から語られた内容は、本人にとっては時に恥ずかしく、時に痛みを伴うような「秘密」のニュアンスを備えている。そのため、それを押してまで披露してくれた気持ちを労って共感を示すことで、会話をさらに深化させることができる<sup>33)</sup>。

しかし実際には具体的に語られた問題に対してただ漫然と相談の提案をするだけでは、本人に相談を決心させるだけの信頼が得られないことがある。問題の個別性が高いがために、「自分のそんな問題くらいで本当に誰かが力になってくれるのか?」とかえって懐疑的にさせてしまうようである。このような状況を避けるために、語られた問題に対して「特性」という観点から新たに枠組み付けを行うことで、問題の再構造化を図ることができる。例えば「大事な物もどこかに置いてなくしてしまう」と規定された問題を「“不注意さ”を持っているだけ」と規定し直す時、それは同時に自己理解への支援が既に開始されている。自己理解とは、否定的な意味で「自分には問題がある」と直面化させることではなく、「発達特性を使うことで安定した穏やかな生活が手に入れやすくなるという体験」を提供することとされている。つまり、日常場面の具体的な「問題」を解決していく過程で「自分に合ったコツさえつかめば何とか

やれる」と実感し、その解決のコツをキーワードとして粹付けることである。この体験によって「相談すべき事柄」に気づきやすくなり、問題を表現する言葉も手に入れ、相談への意欲を引き出すことに繋がる<sup>34)</sup>。

また、この過程は特性としての粹組みで名付けられた問題を、本人と切り離れた形で構成していくものでもある。問題が本人にどのような影響を与えているのか、続けて本人が問題にどのように影響を与えることができるのかについての会話をすることで（これはナラティブセラピーでは「影響相対化質問」と呼ばれる）、問題を客体化・人格化させることができる<sup>35)</sup>。この実践により、「誰が問題に対して責任があるのか」といった非生産的な葛藤を減らし、問題が継続することに伴う不全感を帳消しにし、問題とは離れた新しい人間関係を取り戻す可能性を開くことができる。

**秘** 提案のための3ステップ②  
**秘密開示の質問**

他の人とくらべて『まあ、しいて言えば、自分ってこういうところがちょっと苦手かもなあ』って思うところって、どこかあったりする？ **自己認知している発達特性**

書類作成 忘れもの 孤立喧嘩  
読み書き 不注意 会話力

大変だったね…

図2. 提案のための3ステップ②: 秘密開示の質問

### (3) ステップ: 情報提供と提案の段階 (図3)

最後のステップとして、相談に誘うための声かけを行う。つまり、特性や障害に関連する知識・情報について提供し、それに対する対処法としての「相談に行く」という決意を引き出すことを目的とする。情報を伝える際には、本人なりの困り事を抱えた生活を「どう体験しているか」ということに配慮し、常に本人には「どう受け取られて

いるだろう」とフィードバックを求めながら双方向的に進める姿勢が必要となる<sup>36)</sup>。伝える情報としては、特性に対する工夫といった専門的知識や、障害認定を受けることで利用できる福祉サービス等の制度に関するだけでなく、「(特性をもったのは) あなたのせいではない」といった心理的負担を減らすための助言等も含まれる。

ここでは、支援者の側の「私はこんな風に考えています」という自己開示 - 自分のよって立つ観点や立場を明らかにすること - が有用である。できれば早い段階で支援者の方から積極的に、尚且つ権威的なポジションからの強制的な指示として受け取られないような言葉遣いと態度が欠かせない。あくまで「あなたは採用しないかもしれないが、選択肢の一つとして提案させて欲しい」という雰囲気を漂わせることで、本人の自発性と自由度は高くなり、自尊心が守られることにもなる。

また、社会的には最近の様々な報告から、部分的な症状をもつグループの存在が認められるにつれ、自閉症スペクトラム障害の範囲自体の方が広げられざるを得なくなってきたという背景がある<sup>37)</sup>。有病率だけでなく、診断を受ける人の数も年々増加傾向にあり、こうした社会的粹組みの側の変化自体を情報として提供することは自責感の軽減のための一助となり得る。

**情** 提案のための3ステップ③  
**情報提供と提案**

最近、そういう〇〇でも認定を受ける人もいるらしいよ

ただ「認定=障がい」ってことだからショックだよな…

一度、一緒に相談に行ってみる？

認定を受けたら仕事や生活で楽になる方法もあるんだって

私が勝手に思うだけかも…自分ではどう思う？

ここへ電話したら色々教えてくれるみたいよ

図3. 提案のための3ステップ③: 情報提供と提案

さらに、発達障害とは認知に高い峰と低い谷の両者をもつことを表す「発達凸凹」に適応障害が加算された状態であるという捉え方についても触れ、「適応の程度によっては、あなたは発達凸凹をもっているだけかもしれない」「これはマイナスとは限らず、活用できる可能性がある」と説明することもできる。「診断や手帳といった認定を受けることは、あくまで何らかの支援を受けるためのチケットであり、その選択権は自分にあるのだ」ということを強調して提案することで、相談に伴う不安や抵抗を和らげることができる。

#### 4. 支援に繋がりにくい事例への取り組み（札幌市発行の「本人支援までの3STEPをチェック」）

実際の相談場面では、二次障害が固定化し本人が支援を拒否し相談場面に登場さえしてくれないことや、家庭内暴力などの危機介入場面があるなど、一般的な相談スタイルでは対応困難な事例も数多く経験される。また、長年そのような状況下で、本人の家族をはじめコミュニティの様々な人が本人に対して否定的感情を抱き疲弊しきっていることも多い。山本は二次障害が固定化した状況に対して、まずは困っている人をキーパーソンとしながら困っている人の相談を受ける支援役割、危機介入を担当する役割、危機介入後に生活環境を一度リセットする役割、の三つの支援役割を分け、相互に役割を確認したり連携をとったりしながら地域支援にあたることを提案している（文献にURLを掲載）<sup>38)</sup>。こうした地域支援体制の枠組みの中で、同時に本人の支援の動機付けを高めることと、周囲の人のケアをおこなうことが提案されており、そのために利用できるツールとして、上述のように Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) が紹介されている。

既に問題が長期化し、二次障害が固定化した段階では、保健、医療、司法、教育、福祉、労働など、様々な領域からの支援と連携が必要となることが多いが、逆に言うと、様々な領域にまたがる問題故に、いわゆるたらい回しや押し付け合いが

生じやすい状況とも言える。現場レベルでの連携はもちろんだが、事例を集積した上で、法律の整理や責任の所在の明確化など制度面での整備も必要となっている。

典型的と思われる地域の困難事例を、この3STEPにあてはめると以下の様な支援となる。ひきこもりの親の会からの紹介でBさんのお母さんが相談来所した。Bさんは35歳で、大学中退後10年以上社会的ひきこもりの状態が続くという。また、Bさんのお母さんは言いづらそうにしていたが、ゆっくり、丁寧にお聞きしていくと、週に数回、Bさんは独り言を言いながら激高しお母さんに暴力をふるうこともあるとのことだった。Bさんは受診や相談を一切拒否しており、お母さんのみ家族相談にいった精神科病院でBさんにASDが疑われると言われたとのことだった。精神科病院ではお母さんは「今後は警察に相談を」と言われたが、警察に行くと「うちでは何もできない病院で相談を」と言われたようだ。相談員は今後もBさんのお母さんとの相談を続けながら、間接的にBさんのアセスメントをおこない、Bさんの支援への動機付けを高めていくよう計画した（急がない担当）。同時に、家庭内暴力の際に適切に対応してもらうよう交番と警察署にお母さんとともに行き連携体制を確認したり（急ぐ担当）、Bさんの精神症状によっては精神科医による診察や入院（リセット担当）が必要な場合もあることから、保健所にも事前に相談に行ったりすることとした。以上について相談員は、指示的にではなく、お母さんの気持ちに寄り添いながら進めていった。

#### E. 結論

発達特性と社会行動面の課題を持つ事例について、地域の精神保健福祉領域の支援機関における発生頻度に関する予備的な検討を行った。また、この問題に積極的に取り組んでいる地域の視察を実施し、現場で作成されているツールや、そのツールを利用しての支援の方法についても紹介した。

近年わが国で徐々に実践されているCRAFTについて、その応用の可能性についても言及した。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

特になし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

文献)

- 1) 藤川洋子：青年期の高機能自閉症・アスペルガー障害の司法的問題—家庭裁判所における実態調査を中心に。精神科7：507 - 511、2005
- 2) 近藤日出夫：行為障害と発達障害。犯罪と非行148：137 - 171、2006
- 3) Scragg P, Shah A: Prevalence of Asperger's syndrome in a secure hospital. Br J Psychiatry. 165: 679-82、1994
- 4) King C, Murphy GH: A systematic review of people with autism spectrum disorder and the criminal justice system. J Autism Dev Disord. 44: 2717-33、2014
- 5) 平成26年度版犯罪白書 法務省  
[http://www.moj.go.jp/housouken/housouken03\\_00077.html](http://www.moj.go.jp/housouken/housouken03_00077.html)
- 6) 研究代表者 内山 登紀夫：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 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）平成26年度総括・分担研究報告書
- 7) ミラー, W. R. 足立淑子（訳） Community Reinforcement Approach コミュニティ強化アプローチ ベラック, A. S. & ハーセン, M. （編） 山上敏子（監訳） 行動療法事典 岩崎学術出版社 Pp.58-60、1987
- （In Bellack, A. S. & Hersen, M. (Eds.) 1985 Dictionary of behavior therapy techniques. Oxford: Pergamon Press)
- 8) Miller WR, Meyers RJ, Hiller-Sturmhöfel S: The community reinforcement approach. Alcohol Res Health 23:116-21. 1999
- 9) Smith, J. E., & Meyers, R. J. : Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members. Guilford Press, New York, 2004
- 10) 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
- 11) 千葉浩彦：行動理論：臨床心理学キーワード（補訂版）（坂野雄二編） pp. 6-7. 有斐閣双書2005
- 12) Rozen, H. G., de Waart, R., & van der Kroft, P. : Community reinforcement and family training: An effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. Addiction 105:1729-38、2010
- 13) Sisson, R. W., & Azrin, N. H. : Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 17 : 15-21、1986
- 14) Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Garvey, K. A., & La Monaca, V. : Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. Drug and Alcohol Dependence 56 : 85-96、1999
- 15) Miller, W. R., Meyers, R. J., & Tonigan, J. S. : Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family

- members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 : 688-697、1999
- 16) Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E., & Scott, J. : A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 : 1182-1185、2002
- 17) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業  
「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究 (H19-こころ一般-010)」研究代表者 齊藤 万比古
- 18) 野中俊介・境 泉洋・大野あき子: ひきこもり状態にある人の親に対する集団認知行動療法の効果—Community Reinforcement and Family Training を応用した試行的介入— *精神医学* 55 : 283-291. 2013.
- 19) 山本 彩 : 自閉症スペクトラム障害特性を背景にも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 : 115-125、2014
- 20) 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 CRAFT 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— *児童青年精神医学とその近接領域* 55 : 280-294、2014
- 21) 境 泉洋・平川沙織・野中俊介・岡崎 剛・妹尾香苗・横瀬洋輔・稲畑陽子・牛尾 恵・溝口 暁子: ひきこもり状態にある人の親に対する CRAFT プログラムの効果 *行動療法研究* 41 : 167- 176、2015
- 22) 野中俊介・境 泉洋: Community Reinforcement and Family Training の効果 —メタ分析を用いた検討— *行動療法研究*, 41 : 179- 191、2015
- 23) Kondo, N., Sakai, M., Kuroda, Y., Kiyota, Y., Kitabata, Y. & Kurosawa, M. : General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in the mental health welfare center. *The International Journal of Social Psychiatry*, 59 : 79-86、2012
- 24) 山本彩: 思春期以降の自閉スペクトラム症 (ASD) に対する Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) 行動療法研究 41 : 193-203、2015
- 25) 柳楽明子・吉田友子・内山登紀夫: アスペルガー症候群の子どもを持つ母親の障害認識に伴う感情体験—「障害」として対応しつつ「この子らしさ」を尊重すること— *児童青年精神医学とその近接領域* 45 : 389-392、2004
- 26) Koegel, R. L., & Rincover, A. : Some research on the difference between generalization and maintenance in extra-therapy settings. *Journal of Applied Behavior Analysis* 10: 1-16、1977
- 27) 佐々木正美 講座自閉症療育ハンドブック 学習研究社 1993
- 28) アトウッド, T. 辻井正次・東海明子 (訳) : ワークブック アトウッド博士の<感情を見つけにいこう> 1. 怒りのコントロール 明石書店 2008 (Attwood, T. : Exploring feelings: Anger: Cognitive behaviour therapy to manage anger. Arlington, TX: Future Horizons、2004)
- 29) 齊藤 万比古: 厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究平成 19 年度~21 年度 総合研究報告書 2010
- 30) ハウリン, P. 久保紘章、谷口政隆、鈴木正子 (訳) 2000 自閉症—成人期にむけての準備<能力の高い自閉症を中心に> ぶどう社 (Howlin, P. 1997 *Autism: Preparing For Adulthood*. London, Routledge. )

- 31) 「本人ニーズの見立て方 STEP1・2・3」  
<http://www.city.sapporo.jp/shogaifukushi/hattatu/hattatu.html#guidebook>
- 32) de Shazer, S: Keys to solution in brief therapy, New York, Norton, 1985.
- 33) Berg, I. K., & de Shazer, S. : Making numbers talk: Language in therapy. In S. Friedman (Ed.), The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy, New York, Guilford, 1993.
- 34) 吉田友子: 自閉症・アスペルガー症候群「自分のこと」のおしえ方 - 診断説明・告知マニュアル. 学研教育出版, 2011.
- 35) White M., Epston D.: Narrative Means to Therapeutic Ends. W. W. Norton, 1990. 小森康永訳: 物語としての家族、金剛出版、1992)
- 36) 後藤雅博. 家族心理教育から地域精神保健まで - システム・家族・コミュニティを診る、金剛出版、2012
- 37) 杉山登志郎. 発達障害のいま、講談社現代新書、2011.
- 38) 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 : 197-218、2013  
[http://eprints.lib.hokudai.ac.jp/dspace/bitstream/2115/53831/1/AA12219452\\_119\\_10.pdf](http://eprints.lib.hokudai.ac.jp/dspace/bitstream/2115/53831/1/AA12219452_119_10.pdf)
- 39) 境 泉洋・野中俊介: CRAFT ひきこもりの家族支援ワークブックー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

# 別紙1. 発達障がい者の相談支援アセスメントシート(青年期・成人期)

支援段階	危機介入と家族支援段階			本人への個別支援段階			集団移行の段階			就労支援段階		
テーマ	① 危機介入	② 冷戦状態	③ 家族関係の再構築	④ 障がいの自己認知	⑤ 二次障がいのケア	⑥ 生活の立て直し	⑦ 福祉サービスの利用	⑧ 日中活動	⑨ 福祉的就労	⑩ 就労準備・求職活動	⑪ 就職	⑫ 就労定着
本人の状況	暴力・触法行為等社会行動面の問題 家族との対立・反発のため支援に拒否的であり、触法行為や自傷他害の恐れがある	閉じこもり 落ち着いているが、家族等周囲とのコミュニケーションに乏しく、支援に結びつきにくい	ひきこもり 家族が本人の特性を理解し、本人自身も相談・支援に興味を示す	支援を受け入れる 家族の勧めもしくは自分の意志により相談・支援機関につながり、継続的な支援が始まる	治療を受け入れる 二次的な精神症状について自覚し、通院による治療を続ける	生活が安定する 気持ちが安定し生活リズムが整ってくる	サービス申請する 手帳や年金の申請をしたり、医療や行政が提供する福祉サービスを利用する	家庭外活動をする 家庭と職場の中間的な居場所や日中活動に参加し、人間関係をつくる	作業を行う 福祉的な就労支援を利用し、作業など就労にむけた練習を行う	仕事を探す 企業就労へ向けた準備や求職活動を行う	仕事をする 就職し、働き始める	仕事が続く 就労定着のための相談や支援を活用し、就業生活が定着する
課題	○危機的状態であり、速やかな危機介入が必要 ○司法・警察等との連携 ○精神科医療機関との連携	○本人の問題意識や障がい理解に乏しく、支援に対して無理解もしくは拒否的である ○家族への支援	○家族との良好なコミュニケーションの回復 ○支援を受けることに対する動機づけを高める	○本人が継続的支援を求める ○治療や診断を受け入れる ○発達検査等のアセスメントを通じて自分の障がい特性を理解する	○二次障がいに対する治療の必要性を理解する ○服薬の自己管理 ○感覚過敏やこだわりへの対処 ○気分・感情のコントロール	○規則正しい生活リズムの確立 ○入浴、散髪などセルフケアができる ○ひきこもりから脱し、日中活動への動機づけを高める	○福祉制度やサービスを理解し、支援を受け入れる ○障がい基礎年金や障がい手帳取得について相談する	○挨拶など日常的なソーシャルスキルの習得 ○緩やかな居場所への適応 ○断続的な参加から継続的な参加へ	○相談支援事業を通じてサービスに関する利用計画を作成する ○自分の障がい特性について支援者にオープンに相談できる	○就労支援機関を利用する ○適職について理解する ○一般就労もしくは障がい者雇用による求職活動	○職場に必要なソーシャルスキルの習得 ○上司・同僚への特性理解 ○特性に配慮した業務の調整	○仕事に対する意欲や責任感 ○体調の管理 ○余暇の過ごし方 ○上司・同僚とのコミュニケーション
二次障がいに対する本人・周囲への支援												
支援方法	危機介入を通じた本人・家族支援			主に本人への相談・訪問支援			支援計画に基づくサービスの調整と地域支援体制の構築					
	○精神科への受療支援 ○警察(生活安全課等)への相談 ○警察による保健所通報 ○医療保護・措置入院	○まずは家族から障がい特性の理解を促し、支援に関する情報提供を行う ○家族会等の利用	○本人受療・来談へ向けた話し合い ○CRAFTの活用(家族とのコミュニケーションを通じて支援への動機づけを高める)	○発達検査等による障がい特性の把握 ○通院可能な医療機関の紹介 ○支援者による継続的な相談や訪問・カウンセリング	○医療機関(主治医・PSW・心理士等)との連携 ○定期通院・不安定時の入院の調整 ○訪問看護 ○心理療法	○いろいろな日中活動支援に関する情報提供 ○見学・体験の場を調整する	○市役所・役場への申請支援 ○判定・診断書の作成支援 ○ホームヘルプや同行援助など、介護給付によるサービスの利用	○SSST・当事者の会などグループへの参加 ○放課後デイサービス ○精神科デイケア ○若者サポートステーション	○自立訓練・就労継続支援等、訓練等給付によるサービス ○事業所の見学・体験 ○支援状況の定期的なモニタリング	○障害者職業センターによる職業評価等の支援 ○ハローワークや障がい者就業・生活支援センターの支援 ○職場実習	○ジョブコーチ支援・トライアル雇用等、就労支援の活用 ○就労している当事者の集まり、情報交換の場	○職場適応・定着支援 ○余暇支援 ○職場適応のためのSSST等
主な支援機関	危機介入機関(警察・精神科医療機関・保健所・児童相談所等)			若者・ひきこもり支援機関(フリースクール、若者サポートス、ーション、精神保健福祉センター、家族会等)								
	発達障がい者支援センター・障がい者相談支援事業所・市町村保健センター・社会福祉協議会等											
	精神科デイケア・自立訓練事業											
	地域活動支援センター											
	就労継続・移行支援事業											
	就労支援機関(ハローワーク、障害者職業C、障がい者就業・生活支援C)											



平成25～27年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神神経分野）  
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究  
分担研究報告書

精神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

研究分担者 小野 和哉（東京慈恵会医科大学 精神医学講座）  
研究協力者 小豆島 沙希子（東京慈恵会医科大学 精神医学講座）  
沖野 慎治（東京慈恵会医科大学 精神医学講座）

**研究要旨：**

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。そこで発達障害に関する精神科臨床上の課題を明確化すること、また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ために症例の精神病理学的検討を行う事、また早期介入の方法として弁証法的行動療法の発達障害の援用を図る目的で研究を遂行した。その結果以下の事が明らかになった。①臨床実態調査；今回の全国調査結果をみると、一般精神科診療施設では、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が高い状況である。一方、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ッ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。②症例調査：ASDにおいて自我の形成過程は成熟化が困難な部分があるが、その課題は自己愛を切り口に見てみると、不安定な自己像を過剰に防衛する自己愛パーソナリティ障害（NPD）型と、回避して防衛する回避性パーソナリティ障害（APD）型、そして過剰な防衛形成をしながら破綻すると解離や衝動行為により防衛する境界性パーソナリティ障害（BPD）型の3系に分けられる可能性が示唆された。③弁証法的行動療法の発達障害に対する援用：J-DBTは、その様式が簡易で3か月以内に施行でき、発達障害の行動障害発生の予防や、治療に援用可能であると考えられた。

**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。発達障害に関する精神科臨床上の課題を明確化すること、また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ために症例の精神

病理学的検討を行う事、また早期介入の方法として弁証法的行動療法の発達障害の援用を図る。

**B. 方法**

1) 臨床実態調査；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。

2) 症例調査；平成26年4月から平成27年3月の間に東京慈恵医大本院外来および入院の症

例で、DSM 5において ASD と診断された成人期の知的障害の無い患者で、自己愛パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、境界パーソナリティ障害の併存診断ある症例を抽出しその発達特性とパーソナリティ特性を診療録より後方視的に比較検討する。

3) 弁証法的行動療法の発達障害に対する援用；現在 ADHD および ASD の行動障害に関する精神療法として欧米で弁証法的行動療法の応用が試みられているこの実態を調査し、我が国において利用可能なマニュアルを策定し、実際の臨床症例に対する施行を開始し、効果を判定する。

### C. 結果 および 考察

#### 1) 臨床実態調査；

結果：日本精神科診療所協会加盟施設に関する発達障害に関するアンケート調査を施行した。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。対応の困難は80.6%の施設で何らかに認められた。

特に苦慮した症状は、こだわり、巻き込み型の強迫、暴言暴力であったグラフ（I-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。さらにひきこもり84.7%ネットゲーム依存68.3%の施設で認められた。

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III-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III-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III-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。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。

考察：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ッ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、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ても、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。

## 2) 症例調査

症例調査の結果：長期経過の分かる ASD 患者において、4例のパーソナリティ障害併存の有る患者が抽出された。自己肯定感の低下をいずれも認めるが、その一方で、自己愛パーソナリティ障害と診断可能な男性症例1例(症例A)と回避性パーソナリティ障害と診断可能な男性症例2例(症例B)(症例C)が見出された。症例Dは女性で経過中に境界パーソナリティ障害と診断されていた。ASDの自我同一性形成過程において、症例の就学や就労の状況と関連して自己愛の病理は深刻化する事例をみとめた。これらの患者では、他者が自分とは異なる考えを持つ可能性は類推されているが、その内容は患者の中では不明確であることから、集団の中で、どのように振舞えば良いか、どのようにコミュニケーションをとって仕事を遂行すべきかが不可知であった。このため、必要以上広範に学習していたり、過剰に仕事を引き受け

ていたり、また上司の意図が読み取れずに具体的に何から仕事をすればよいかの段取りが立たないなどにより不適応を生じていた。このことから就学や就労の場での評価は本人が期待している程には得られていなかった。そこで症例Aは周囲に対して多くのクレームを行って自分の能力が適正に評価されていないとしばしば易怒的になった。症例B、Cは些細な上司や同僚からの叱責や助言に反応してしばしば休職した。症例Dは、職場の仕事を過剰に引きうけては身体化し、身体の衰弱状態にて頻回に受診することを繰り返し、時に過量服薬しての救急受診も頻回であった。

考察：4例の中で症例4が最も症状発現年齢が低く、症例2・3は高かった。発達の課題が幼少期にすでにある程度顕在化していても就学上の困難は症例1から3では大きな課題に至らず、症例2・3では、特に中年期に至って課題となっている。症状の発現はいずれ症例も状況依存性(親や愛人との接触、就労状況、過度の作業状況)であった。基盤の発達の課題は自閉スペクトラム障害の他に3例(症例1・3・4)において、ADHDの特性も併存していた。ASD症例の症候を主にパーソナリティ側面から分析すると、NPD症状やAPD症状、BPD症状は症例によって重なりが見られた。症例には背景となるASD症状の他にADHD症状が混入し、さらに背景の養育状況が関連して症状が形成されていた。このためパーソナリティは発達の基盤の上に養育環境により形成され、その症状発現は状況依存性が高いように認められた。今回の4症例を比較すると、症例1はASDとADHD傾向を発達基盤として、養育環境の問題から誇大的自己(仮の自己)など自己愛的傾向が、思春期以降高まっていた。症例2では発達基盤に形成されてきた自己愛的過敏性が、就労の場で始めて顕在化していた。症例3は顕著な発達の基盤を持ちながらも環境に適合した生き方を選び、不適応が顕在化するのが遅いがパーソナリティ特性は症例2に類似し、この2例は誇大的自己(仮の

自己)をあまり肥大化しないで済んでいた。症例4では不適応が顕在化した年齢が最も低く、人格の形成基盤そのものが不安定で統合性の低いパーソナリティを形成していた。ASDにおいて自我の形成過程は前述のように成熟化が困難な部分があるが、その課題は自己愛を切り口に見てみると、不安定な自己像を過剰に防衛するNPD型と、回避して防衛するAPD型、そして過剰な防衛を形成をしながら破綻すると解離や衝動行為により防衛するBPD型の3系に分けられるかもしれない。この型形成には発達特性自体の相違と、養育環境の課題の相互の要因が関与しているように考えられた。

### 3) 弁証法的行動療法の発達障害に対する援用

成人期の触法症例の背景に発達的な課題がある場合、その兆候は思春期に既に顕在化している場合が少なくない。また思春期の触法症例においてもADHDやASDを基盤とした情動と衝動の制御に課題を持つものは少なく無いことは従来より報告されている。そこで思春期の発達障害事例の情動と衝動のコントロールを改善するために近年諸外国で適応拡大が図られている、弁証法的行動療法を日本版に改定して施行することは、触法事例において有効な治療方法となると考えられた。

発達障害者向け日本版弁証法的行動療法の開発の目的で、第5回国際ADHD学会(グラスゴー)において弁証法的行動療法をADHD思春期症例群に施行中の2研究者 NadePerroud、Tatja.hirvikoskiと懇談しADHDに対応した日本版弁証法的行動療法の基本プログラムに関する情報を得た。その結果①治療期間：低年齢(思春期)では3か月、高年齢(青年期以降)では6か月程度。②セッション数は3か月で12セッション、1セッション2時間程度③ADHDもしくはASDの集団だが併存障害は多い④治療の脱落は少ない(負荷が少ない)⑤原法と比べ簡略化され、通常認知行動療法との差異は、情緒と衝動の発達障害に特化したコントロール技法にマインドフルネ

スの指導を入れ込んだものになっている点にあることが明らかになった。

この結果を受けて、わが国の医療制度や、患者の認知的特性などの配慮した内容の弁証法的行動療法を開発するため、分担研究者間で協議し、思春期ADHD及びADHDとASD併存事例に対する日本版弁証法的行動療法(J-DBT for Adolescent ADHDand ASD)のマニュアルを作成した。(別紙添付)J-DBT施行及び効果判定の為に東京慈恵会医科大学及び、都立小児総合医療センターに施行準備会議を行い、平成27年度内に第一回プログラム施行を開始した。

### 評価(研究成果)

#### 1) 達成度について

発達障害の一般精神科臨床施設での実態が明らかになった。従来研究の不足している発達障害とパーソナリティ障害の関係についてその病理構造仮説が提唱された。弁証法的行動療法の思春期の発達障害に対する援用の日本版マニュアルが作成された。

#### 2) 研究成果の学術的意義について

精神科診療所における発達障害の対応状況とその課題が明確化した。自閉症の発達過程と調査とパーソナリティ構造の形成過程について貴重な知見が得られた。弁証法的行動療法の発達障害に対する援用の端緒が開かれた。

#### 3) 研究成果の行政的意義について

臨床実態調査により、発達障害の問題行動に関する行政施策の焦点と課題が明確化した。つまり発達障害対応の拠点整備ははまだ臨床症例の増加の実態に十分対応できていない。この意味で可及的速やかに、発達障害の認知度を高め、対応するシステムの整備を進める必要が有る。次に、発達障害のパーソナリティ形成過程には、早期発見による環境調整が重要であり、これによりパーソナリティ障害化を防げる可能性が示唆された。早

期介入の手法として日本版弁証法的行動療法 (J-DBT for Adolescent ADHD and ASD) が施行されれば、より有効な治療システムの構築に寄与すると考えられる。

#### D. 結論

発達障害の精神科臨床での課題として種々の問題行動が見いだされ、現場での困難が浮き彫りになった。また発達障害症例の精神病理学的検討によって、そのパーソナリティ障害化の過程において環境要因の少なく無いことが明らかになった。従って、早期介入の在り方が模索されるが、今回開発した日本版弁証法的行動療法 (J-DBT for Adolescent ADHD and ASD) が、欧米での施行状況を鑑みると、一つの有効な治療的介入手法である可能性が考えられた。

#### E. 健康危険情報

特記なし

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

・一般精神科病棟における児童思春期治療に関する後方視的検討(原著論文) : 小野和哉, 沖野 慎治, 中村 晃士, 中山 和彦 : 児童青年精神医学とその近接領域 (0289-0968)56 巻 3 号

Page409-422(2015.06)

・児童思春期における幻覚の持つ意味 幻覚症状の表出の仕方の相違に基づく児童思春期症例の病態水準推定の試み(原著論文) : 小野和哉, 小豆島沙木子, 杉原 亮太, 鈴木 優一, 瀬戸 光, 沖野 慎治, 中村 晃士, 中山 和彦 : 最新精神医学

(1342-4300)20 巻 3 号 Page245-253(2015.05)

・【今日の自閉スペクトラム症、子どもから大人まで】 自閉スペクトラム症とパーソナリティ障害(解説/特集) : 小野和哉 : 臨床精神医学

(0300-032X)44 巻 1 号 Page45-52(2015.01)

・精神科一般診療施設における 12 歳以上の発達障害への対応の実態調査 : 小野和哉, 小豆島 沙木

子, 鈴木 優一, 杉原 亮太, 山尾 あゆみ, 瀬戸 光, 沖野 慎治, 中村 晃士, 市川 宏伸, 中山 和彦 : 精神神経学雑誌 (0033-2658)2015 特別 PageS371(2015.06)

##### 2. 学会発表

・精神科一般診療施設における 12 歳以上の発達障害への対応の実態調査 : 小野和哉, 小豆島 沙木子, 鈴木 優一, 杉原 亮太, 山尾 あゆみ, 瀬戸 光, 沖野 慎治, 中村 晃士, 市川 宏伸, 中山 和彦 第 111 回 精神神経学会総会 2015 6 月 大阪

・自閉スペクトラム症と自己愛性の病理— 自閉症スペクトラム症 4 症例の比較検討から : 小野和哉 — 第 6 回 精神科診断学会 2015 8 月 札幌

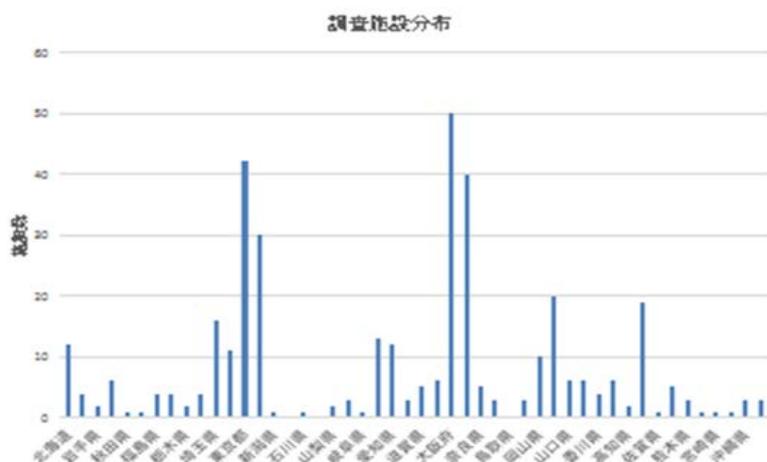
#### G. 知的財産権の出願・登録状況

日本版弁証法的行動療法 (J-DBT for Adolescent ADHD and ASD) マニュアル著作権取得予定

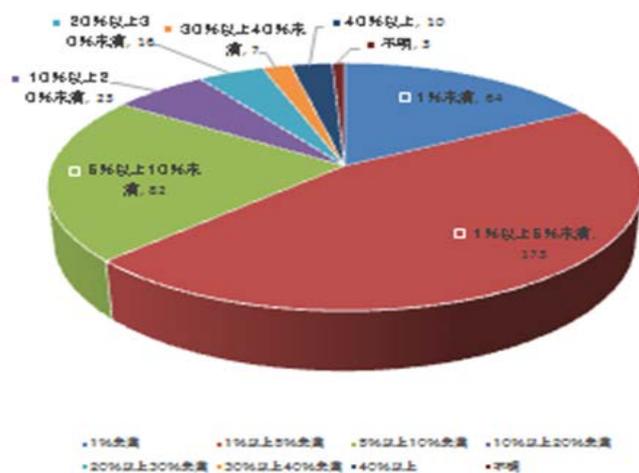
## 添付資料

### 1) 臨床実態調査

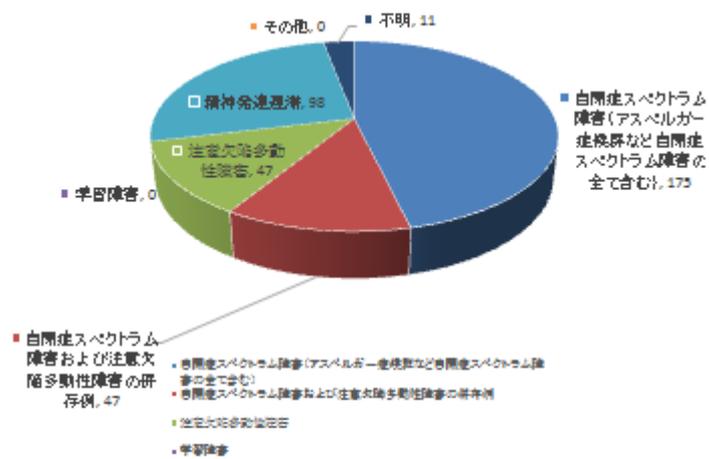
## グラフ I -1 調査回答施設分布



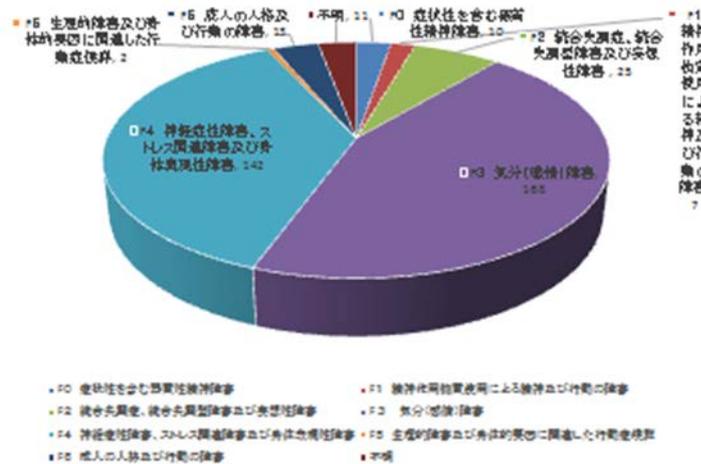
## グラフ I -2 外来における発達障害患者



## グラフ I -3 発達障害の種類

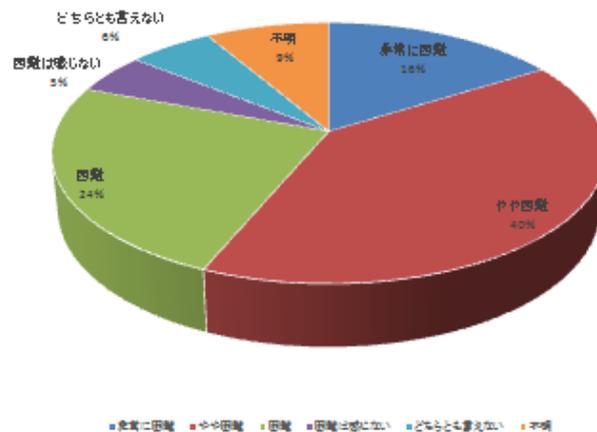


## グラフ I -4 併存障害の種類



4) 治療上の困難：グラフに示すように非常に困難 16% 困難 24% やや困難 40% と 8 割の施設で何らかの困難が認められた (グラフ I -5)。

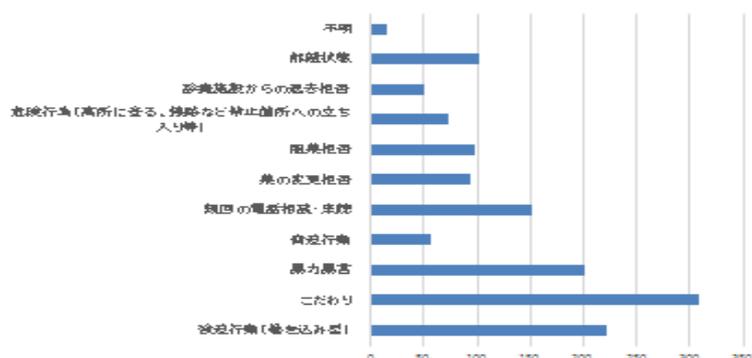
## グラフ I -5 治療上の困難



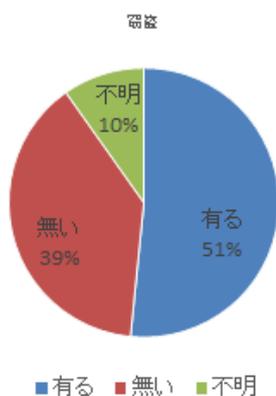
5) 特に苦慮した症状の種類とその行動特性：こだわり、巻き込み型の強迫、暴言暴力であった(グラフ I -6)。また行動上の問題で個々の行動を調査すると、暴力行為は、74.9%

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。さらにひきこもり84.7%ネットゲーム依存68.3%の施設で認められた（グラフⅡ-1.2.3.4.7.20）。

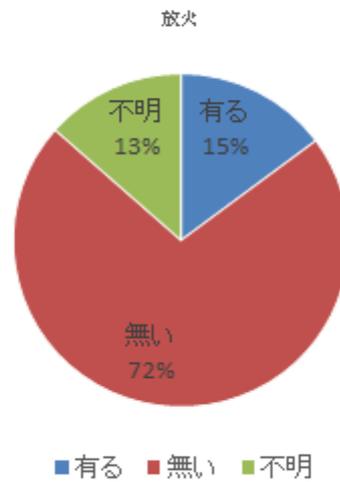
## グラフⅠ-6 対応苦慮事例の内訳



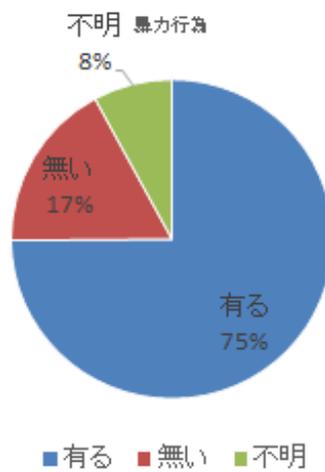
## グラフⅡ-1 窃盗



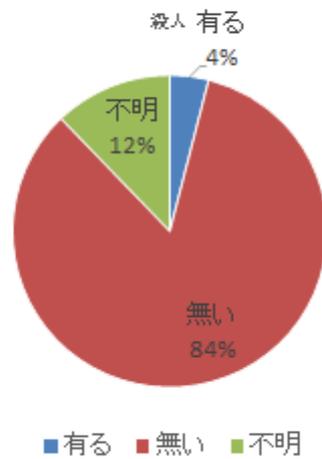
## グラフⅡ－2放火



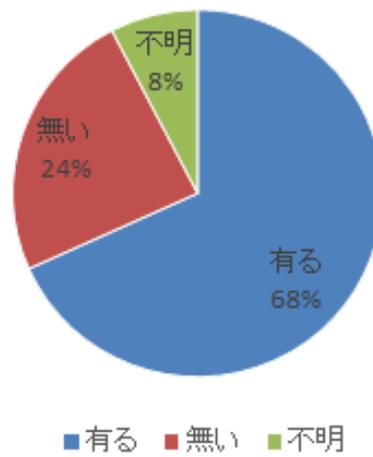
## グラフⅡ－3暴力行為



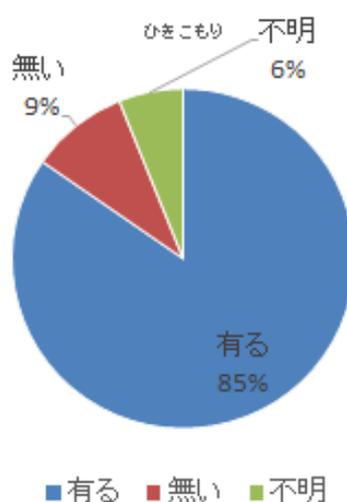
## グラフⅡ－4殺人



## グラフⅡ－7ネット・ゲーム依存



## グラフⅡ－20ひきこもり



表Ⅲ－1  
発達障害の問題行動への  
薬物療法Ⅰ

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

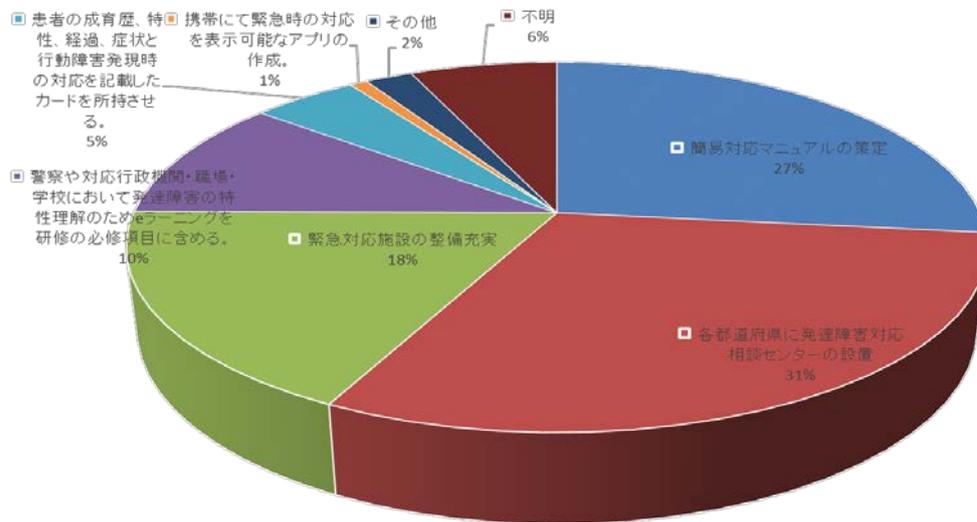
## 表Ⅲ－2 発達障害の問題行動への 薬物療法Ⅱ

No. 組み合わせ	n	%
1. 非定型抗精神病薬－気分安定薬	59	25.5
2. 非定型抗精神病薬－抗5α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	23	5.6
5. 抗5α薬－気分安定薬	15	4.0
6. 中枢刺激薬ADHD治療薬－抗5α薬	15	4.0
7. 中枢刺激薬ADHD治療薬－非定型抗精神病薬	14	3.7
8. 非定型抗精神病薬－中枢刺激薬ADHD治療薬	12	3.2
9. 抗5α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Ⅲ－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%	リスベリドン
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%	ブロナセリン

## グラフⅣ



## 2) 症例調査

### 症例特性の分析①症例プロフィール

症例	1	2	3	4
年齢(初発年齢)・性別	29(22)・男性	38(31)・男性	49(32)・男性	28(14)・女性
職業	無職	会社員	会社員	介護職
診断	適応障害	適応障害	大うつ病	解離性障害
併存診断	ASD NPD	ASD APD	ASD APD	ASD BPD
主訴	親への怒りの制御困難。 無気力	職場での意欲低下	職場での不安と抑うつ。	頻回の解離と自殺企図行為

NPD: 自己愛パーソナリティ障害 APD: 回避性パーソナリティ障害 BPD: 境界性パーソナリティ障害

## 症例特性の分析②生育過程の課題

症例	1	2	3	4
幼少期の発達の課題の現れ	やや有り（一人遊び、風変わりさ）	有り（一人遊び・こだわり・周囲とのズレ）	有り（鏡文字・言語発達遅れ・頻回の転倒転落）	有り（一人遊び・こだわりの強さ）
思春期までの養育環境	不良	良	良	良
思春期までの外傷体験	有り	無し	無し	無し
就学不応	やや有り	無し	やや有り	有り
親子関係の問題	有り	無し	無し	有り

## 症例特性の分析③

症例	1	2	3	4
多動 衝動性 の課題	有り	無し	やや有り	有り
注意の課題	やや有り	無し	やや有り	やや有り
コミュニケーションの課題	有り	少ない	少ない	有り
社会性の課題	有り	有り	有り	有り
こだわり	有り	有り	有り	有り

## 症例特性の分析④境界傾向

症例	1	2	3	4
対象操作性	無し	無し	無し	有り
理想化とこ きおろし	無し	無し	やや有り	有り
同一性の課 題	有り	無し	少ない	有り
見捨てられ 抑うつ	無し	無し	無し	有り
怒りの制御 困難	有り	無し	やや有り	有り

## 症例特性の分析⑤自己愛傾向

症例	1	2	3	4
空想傾向	有り	有り	有り	有り
他者への共感性	低い	低い	低い	低い
自己肯定感	低い	低い	低い	低い
誇大性	有り	密やかに有り	密やかに有り	無し
自己愛憤怒	有り	やや有り	有り	無し

## 症例特性の分析⑥回避傾向

症例	1	2	3	4
批判、非難への恐怖	無し	有り	有り	無し
恥を感じそうな場面回避	無し	有り	有り	無し
劣等感	無し	やや有り	やや有り	やや有り
対人関係からの回避	やや有り	有り	有り	無し
引っ込み思案	やや有り	有り	有り	無し

# J-DBT for adolescence ADHD プログラム

改定版 2015. 12.

## J-DBT for adolescence プログラム

弁証法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy: DBT) の基本コンセプトを用いた衝動と情動のコントロールプログラムです。

対象は 12 歳から 18 歳 児童思春期症例で、DSM5 の診断基準において、注意欠如多動性障害 (ADHD) および ADHD+自閉スペクトラム症 (ASD) に適合する方。

基本構造：

① 家族を対象とした教育プログラム 4 週 週 1 時間

- 1 発達障害とはなにか？
- 2 ADHD と ASD
- 3 子どもへの接し方 1
- 4 子どもへの接し方 2

教材 思春期の発達障害 (なつめ社)

② 患者を対象として DBT プログラム

1 1 週 3 か月

週 1 回 60 分

- 1 オリエンテーション
- 2 マインドフルネス
- 3 感情を理解する
- 4 感情の波を制御する。
- 5 マインドフルネス
- 6 怒りや苦悩の性質を理解する。
- 7 怒りや苦悩をやり過ごす。
- 8 マインドフルネス

- 9 他人を理解する
- 10 他人との付き合い方を学ぶ
- 11 希望を持って今を生きる

## 第1回 オリエンテーション

### アイスブレイキング

#### 体でアンケート

部屋の中で、窓側を 100%YES、通路側を 0%にして、トレーナーの質問に対する解答を、立位置で表現します

まず①お腹が空いている人は窓側にそうでない人は通路側に。

②病院に来るのに1時間以上かかった人は窓側に、以内の人は通路側に。

③ トイレに行きたい人は通路側にそうでない人は窓側に。

DBT は ADHD の情動（こころ）と衝動（怒りなど）のコントロールのためのスキル（たいしょの方法）を高める技術（テクニック）の一つです。ここで学んだ方法によって皆さんが自分の持っている能力を学校や家庭で最大限に発揮することが可能になると考えられています。

60分ほど3ヵ月11回の練習で楽しくたいしょの方法を学びます。

#### 基本のセット 60分

開始の儀式 アイスブレイキングゲーム 5分

前回の復習 10分

スキルトレーニング 30分

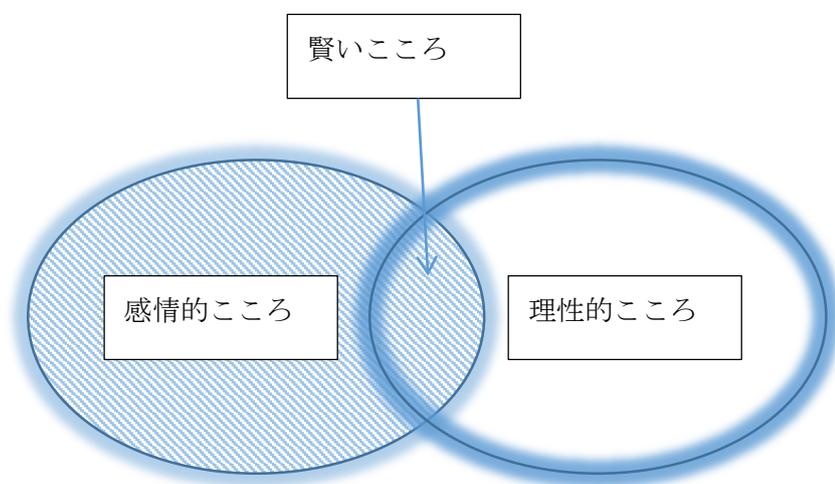
宿題の説明 10分

終了の儀式 5分

毎回初めに簡単なゲームをして最後に簡単な運動をして終わります。  
全ての回に出席が原則ですが遅れたり、これない時はトレーナーに連絡してください。  
毎回とても簡単な宿題を出します。それができていたか次の回に復習して確認しますので忘れずに宿題をしておきましょう。

まず、こころのバランスの上手な取り方が基本です。

- 人の心の状態を3つ考えます。①Emotion Mind（感情的こころ）② Reasonable Mind（理性的こころ）③Wise Mind（賢いこころ）
- この3つの心の状態を想定して図のように真ん中のWise Mind（賢いこころ）の状況をつくります
- そこに至る方法として善悪の判断無しに、一度に一つのことを、効果的に、観察、描写、関与していくことが大切なのです。



### 宿題

- ① 賢いこころの状態はどのようにつくれるでしょうか？
- ② 一度に一つのことを、効果的に、観察、描写、関与していくことをなんで

も一つ決めて実践し次回に報告してください。

嬉しかったこと。楽しかったこと、ドキドキしたことについてしてみましょう。

例えば

電車に間に合った事。もう間に合わないと思ってドキドキした。ドアがまだ開いていて急いで駆け込んだ。乗れたという安心感からほっとした。でも車内アナウンスで駆け込み乗車は止めるよう放送があった。ちょっぴり悪い事をした感じがして、今度は少し早く家を出ようと思った。

**今日のことば**

われわれは現在だけを耐え忍べばよい。過去にも未来にも苦しむ必要はない。

過去はもう存在しないし、未来はまだ存在していないのだから。

by アラン

**終わりの儀式**

まず顔の運動

さあハーフスマイル やっていきましょう。

## 第2回 マインドフルネス（あるがまま）にいまをやり過ごす方法

### アイスブレイキングゲーム

配られた紙に私がこれから言うものを順番に描いてみましょう。他人の絵をけっしてみてはいけません。

まず流星、次に山、次に家、最後に花 描けましたか？

ではここで前回の復習をします。

- ① 賢いころの状態はどのようにつくれるでしょうか？
- ② 一度に一つのことを、効果的に、観察、描写、関与していくことをなんでも一つ決めて実践し次回に報告してください。

嬉しかったこと。楽しかったこと、ドキドキしたことについてしてみましょう。

では次に今回のテーマのマインドフルネス・いまをやり過ごす方法を始めます。

ここでは、毎日起こる色々なことの中で気持ちが揺れ動くことを体験しながらそれをすこし離れて観察する方法を学びます。私たちはいつも状況に流されて気持ちが揺れ動きますが、自分の気持ちをながめられるようになると少しずつ安定した自分が生まれてきます。

この自分の気持ちというものを少し離れて観察し、巻き込まれすぎないようになることを  
マインドフルネス（あるがまま）と言います。

1) 観察しましょう。

自分の感じ方を観察します。

- ① 目を閉じて鼻から吸って吐く深呼吸 10 回呼吸のあとの身体と気持ちの状態を観察しましょう
- ② チロルチョコの観察をしてみましょう。（目でみて嗅いで味わって）

2) その観察したものを言葉にしてみましょう。

どんな感じでしたか？ありのままに説明しましょう。

### 宿題

皆さんが身体で感じた体験を 観察し、次回に言葉で説明してください。

例 おでんを食べた。湯気がでていていい匂いがした。最初口の中が熱くなったが、お腹におでん入るとポカポカして身体が温かくなった。なんだか幸せな感じがしたよ。

### 今日のことば

将来のことを考えていると憂鬱になったので、そんなことはやめてマーマレードを作ることにした。

オレンジを刻んだり、床を磨いたりするうちに、気分が明るくなっていくのには全くびっくりする。

by D・H・ローレンス

終わりの儀式

リラックスストレッチ

### 第3回 感情を理解する。

#### アイスブレイキングゲーム

##### ヒーローインタビュー

- 1) 2人1組になってもらう。1人は聞き手、1人は話し手（途中で交代）です。聞き手は紙を丸めてマイクにしてください。
- 2) では「あなたが一番活躍したときのことをファンの皆さんに聞かせて下さい」と言って、あたかもTVのヒーローインタビューのようにどんどん盛り上げて聞き出して差し上げましょう。話し手の方はとても自慢げにお話して下さい。

#### ではここで前回の復習をします。

皆さんが身体で感じた体験を 観察し、言葉で説明してください。

#### では次に今回のテーマ感情の理解を始めます。

- ① 感情の性質を理解しましょう。  
感情は一度高まると時間を経て必ず落ち着いてきます。  
ですから1分我慢することをまず体験しましょう。

どんな感情があるでしょうか？感情にラベルを貼っていきましょう。

1人一つ上げてみましょう。

- ② 日々の感情をどのように認識すべきかを学びましょう。  
我々は日常の体験によって感情が揺れ動きます。これは  
感情の機能と感情を変化させていく困難さとの関係を理解します。

朝と夕では感情は異なるでしょうか？

つかれている時そうでない時で感情は異なるでしょうか？

誰か親しいひとといる時と一人である時で感情は異なるでしょうか？

お腹が空いているときと満腹の時で感情は異なるでしょうか？

よく眠れている時とそうでない時で感情は異なるでしょうか？

#### 宿題

自分の感じた感情の変化を覚えておいて（あるいは記録しておいて）その変化を説明してください。

#### 今日のことば

**人間は行動を約束することはできるが、感情は約束できない。思うに、感情は気まぐれだからである。**

ニーチェ「人間的な、あまりに人間的な」

シェイクスピア「ハムレット-三幕二場」

終わりの儀式

リラックスストレッチ

#### 第4回 感情の波を制御する。

アイスブレーキングゲーム

「みなさん、立ってください。これから、『仲間探し』をします。今から私が言うことを聞いて、自分と同じ仲間を捜してください。例えば、私が『生まれた月』と言ったら、自分と同じ月に生まれた人を捜してください」

できたグループごとに、どういう仲間かを私が聞いていきます。「何月生まれのグループですか？」

ではここで前回の復習をします。

自分の感じた感情の変化を説明してください。

次に今回のテーマである感情の波の制御を学びましょう。

否定的感情（いやな気持ち）の有効に減弱させて行くやり方を指導し、肯定的感情（よい気持ち）を増やす仕方を学びます。

マインドフルネス（あるがまま）をとおして現在の感情（気持ち）を受け止めやすくします。

別の行動をとれるようになるように感情（気持ち）の問題の処理方法を学びます。

### 具体的には

- ① 身体のケアをする
- ② バランスのよい食事をする
- ③ 気分を変動させる薬物を避ける
- ④ 適切な時間のよい睡眠をとる
- ⑤ 適度な運動する
- ⑥ 達成感を味わう

### 宿題

いやな気持ちを今回教えた方法のどれかで変えられた経験を試して次回説明してください。

例

親に怒られたけど、どらやきを食べ終わったら嫌なきもちを忘れていたよ。

### 今日のことば

**喜怒哀樂のはげしさは、その感情とともに実行力までも滅ぼす。悦びにふける者は、悲しみにもふけるが習い。ともすれば、悲しみが悦び、悦びが悲しむ。シェイクスピア「ハムレット-三幕二場」**

終わりの儀式

リラックスストレッチ

## 第5回 マインドフルネス

今日はマインドフルネスの2回目を学びます。心の動きをコントロール方法の1つです。この基本的な方法をきちんと修得できると心を惑わされずに、日々を過ごすことができるようになります。

アイスブレイキングゲーム

みんなで手をつないで、円になります。

- ①交互に、「前の人」「後ろの人」を決めていきます。
- ②「せーの」で、最初に「後ろの人」がからだをまっすぐにしたまま、ゆっくりと後ろに体重をかけて（倒れて）いきます。
- ③つぎに、「前の人」が、からだをまっすぐにしたまま、ゆっくりと前に体重をかけて（倒れて）いきます。
- ④お互いに引っ張り、引っ張られながら、相手に依存し、依存されながら、バランスをとります。
- ⑤バランスがとれ、サークルが安定するまで、やってみましょう。

**ではここで前回の復習をします。**

いやな気持ちを前回教えた方法のどれかで変えられた経験を試してみたことを説明してください。

つぎに今日のスキル、マインドフルネスについて学びます。  
ここではやり過ごすテクニックを学びます。

- 1) 辛い時であっても、その状況の中にあってやり過ごしましょう。  
悩みや、苛立ち、不安、怒りを感じてもそのままにしましょう。
- 2) 自分の価値判断から離れましょう。良い悪いとかを考えるのを止めましょう。

#### 宿題

辛い気持ちをやり過ごせた体験を次回説明してください。

例

お弁当を忘れてお腹が空いて辛かったけど、面白い本を読んでやり過ごしたよ。

自分が良い悪いを考えるのを止めてやり過ごした経験を説明してください。

例

友達がラインの応答をしてくれなかったけどそのままにしたら、翌日にごめんの応答が有ったよ。

今日のことば

雨は一人だけに降り注ぐわけではない。  
by ロングフェロー

## 終わりの儀式

### リラックスストレッチ

## 第6回 怒りや悩みの性質を理解する。

### アイスブレイキングゲーム

リーダーも一緒にみんなで手をつないで、円になります。

①リーダーが、まず右腕（左でもどちらでもよい）を上下に大きくブルッとふるわせて、右隣の人に「波」をおくってください。

送られた人は、同じように自分の右の人に「ブルッ」、またまた送られた人は、右の人に「ブルッ」。こうして、「ブルッ」が無事1周してリーダーのところに戻ってきます。

②今度は、もう少し大きめに、上半身全体を使って「ブルッ」を送ります。

③さらに大きく、全身を使って「ブルッ」です。顔からなにかから、ぐでぐでになって大きな波を送ってください。

ではここで前回の復習をします。

① 辛い気持ちをやり過ごせた体験を説明してください。

② 自分が良い悪いを考えるのを止めてやり過ごした経験を説明してください。

では怒りや悩みの性質を理解のスキルに入ります。

怒りや悩みに耐え受容することは精神的健康において必須の能力です、怒りや悩みは人生につきもので、自分を変えていくという仕事にも必要なことなのです。つまり苦悩の苦みはあなたを変えてくれる効果もあるのです。あなたが辛かったけれどそれを過ぎて良かったと感じたことは有りませんか？

一人一人教えて下さい。

怒りを感じるような体験を考えてみましょう。皆さんのなかで怒りを感じた体験を一つ思い出してください。

さあ、いまあなたの状態はどうでしょう？

どう対処したら良いでしょう？

ここで一分瞑想してみます。それから深呼吸を5回しましょう。

どのように感じましたか？

もしあなたが非常に怒っている時にこれをしてみたらどうでしょう？

### 宿題

怒りや悩みを感じた時にそれが自分の中でどのように変わっていったか次回に報告してください。

### 終わりの儀式

リラックスストレッチ

### 今日のことば

・腹が立ったら、何か言ったり、したりする前に十まで数えよ。  
それでも怒りがおさまらなかつたら百まで数えよ。それでもだめなら千まで数えよ。

by ジェファーソン

## 第7回 怒りや悩みをやり過ごす。

### アイスブレーキングゲーム

#### 1 ルール説明

説明1：

30秒間できるだけたくさんの人と握手します。

説明2：

1番たくさんの人と握手できた人がチャンピオンです。

指示1：

ルールが2つあります。

指示2：

1つ目は、お互いの目を見ながら、「よろしくお願ひします！！」と握手をします。

指示3：

2つ目は、何人の人と握手したのか数えます。

#### 2 ゲーム

指示4：

全員起立。ゲームスタート！！

30秒前、10秒前、5秒前のカウントをいれる。

指示5：

そこまで。

指示6：

では、何人の人と握手できたのか聞いてみます。

一番たくさんの人と握手できた人がチャンオンです。皆で大きな拍手をしましょう。

ではここで前回の復習をします。

怒りや悩みを感じた時にそれが自分の中でどのように変わっていったか次回に報告してください。

ではここで今日のスキルを教えます。

怒りや悩みは日常我々が雨の日や晴れの日に遭遇するように出会います。ですから日々それをやり過ごす必要があります。今日はこのやり過ごし方を学びましょう。

- ① 注意そらし distracting , 掃除をする。運動する。
- ② 自己緩和 self-soothing , 音楽を聴く、良い香りを嗅ぐ等
- ③ 瞬時の体験変容 improving the moment, 良いイメージを思い浮かべる。  
ガリガリ君を食べる。短く4回息を吐くと深く4回息を吐くを3回繰り返してから深呼吸を5回。
- ④ 出来事の良い点と悪い点の両方を考える thinking of pros and cons の4つの方法を具体的に説明する。

### 宿題

怒りや悩みを感じた時にそれに対してどのように対処したか、今回教えた方法を利用した体験を次回に報告してください。

### 今日のことば

怒りの結果は、怒りの原因よりはるかに重大である。  
by マルクス・アウレリウス

## 終わりの儀式

### リラックスストレッチ

## 第8回 マインドフルネス

### アイスブレイキングゲーム

みんなで円になり、手をつなぎ、最初の人を決めましょう。

①最初の方は、右隣の人(左でもよい)の手をギュッと握ります。握られた方は、さらに右隣の方の手を握ります。そのようにして、どんどん「握手」を送っていきます。

②最初に戻ってくるまでにどれくらいの時間がかかるか、はかってみましょう。また、そのタイムをどれくらい縮めることができるか、挑戦してみましょう。みんなで円になり、手をつなぎ、最初の人を決めましょう。

③最初の方は、右隣の人(左でもよい)の手をギュッと握ります。握られた方は、さらに右隣の方の手を握ります。そのようにして、どんどん「握手」を送っていきます。

④最初に戻ってくるまでにどれくらいの時間がかかるか、はかってみましょう。また、そのタイムをどれくらい縮めることができるか、挑戦してみましょう。  
ではここで前回の復習をします。

怒りや悩みを感じた時にそれに対してどのように対処したか、前回教えた方法を利用した体験を報告してください。

今日はマインドフルネスの最終回です。いままで学んできたことを復習しながらマインドフルネスの極意をカラダで学びます。

① 1つの時に1つの事、行為に集中します。歩いているときに歩くことに集中するように。

まず右の片足で立ちましょう。30秒キープします。

次に左の片足で立ちましょう。30秒キープします。

②効果的に対処しましょう。(短気は損気、ゆっくり状況进行处理する方法を考えます)

右手を私が挙げたら手を1回 左手を挙げたら2回叩きます。そうして両手を挙げたら3回叩きます。落ち着いて観察しましょう。

### 宿題

自分が有ることに集中して成し遂げられた体験を次回発表してください。  
なんでも良いのです。平均台を集中したら早く落ちずに歩けたとか、  
集中してそのことだけになりきってみた体験を次回に教えてください。

### 今日の言葉

私は困難な中で笑える者、苦しみを通して強くなる者、非難されて勇気を出す者を愛する。

by トマス・ペイン

## 終わりの儀式

リラックスストレッチ

## 第9回 他人を理解する

### アイスブレイキングゲーム

- 1) 参加者に紙とペンを用意してもらう。
- 2) 実際の1円玉を見ることなく、紙に1円玉の大きさの円を描いてもらう。
- 3) 進行役が本物の1円玉を出し、みんなで答え合わせ。

ではここで前回の復習をします。

自分が有ることに集中して成し遂げられた体験を発表してください。  
なんでも良いのです。平均台を集中したら早く落ちずに歩けたとか、  
集中してそのことだけになりきってみた体験を教えてください。

今日は他人を理解することを学びます。人は自分以外の人は全て他人ですから  
違う考えを持つとは思いますが、実際どうでしょう？この当たり前のようなこ  
とをここで改めて考えてみましょう。

では今日のスキルに入ります。

- ① 他人は自分と異なる考えを持つ可能性があります。  
例えば、これから皆に目をつむってもらい〇〇のぬいぐるみを手で触ってもらいます。  
終わってからものを隠してどんな感じだったかお話してもらいます。
- ② 他人は貴方のことを自分と同じ考えを持っていると考えやすい。  
自分が好きな食べ物と嫌いな食べ物を1つ挙げて理由を説明してください。

- ③ 他人は自分と同じ考えを持って欲しいと思しやすい。  
自分が当たり前だと思っている何か習慣を1つ挙げて下さい。
- ④ 他人は自分と違う考えに反発しやすい。  
自分は誤っていると指摘したくなる他人の行動や考えを1つ挙げて下さい。

### 宿題

他人が自分と異なる考えを持っていることに貴方が気づいた体験について時間発表してください。

具体的に友達などに質問してみてその体験を教えてください。また相手がどうしてそのように考えるのかその理由も聞いてみましょう。

例えばこんど旅行に行きたい場所は？などです。

### 今日のことば

人付き合いがうまいというのは、人を許せるということだ。

- ロバート・フロスト -(米国の詩人 / 1874~1963)

### 終わりの儀式

リラックスストレッチ

## 第10回 他人との付き合い方を学ぶ

### アイスブレーキングゲーム

【1】これから、みんなには10人の人が話した事を聞き分けて適切に答えられたという聖徳太子になってもらいます。

【2】まずは、2人が同時にある言葉を言います。みんなは、何の言葉をしているのか聞き分けてください。

【3】ではやってみましょう。

(例：Aさん「パンダ」、Bさん「パイン」など)

【4】聞き分けられた人は、正解を教えてください。

### ではここで前回の復習をします。

他人が自分と異なる考えを持っていることに貴方が気づいた体験について時間発表してください。

では今日のスキルに入ります。今日は他人との上手な付き合い方を学びます。

ここでは親をテーマに学びます。親と上手くやれれば他人にも使えます。

対人関係の中で自分の欲求を変化させ、関係を維持し、自尊心を維持していく方法をお教えします。

- ① 自分の考えを整理しまとめる。  
旅に出たいので計画を立てましょう。
- ② 相手の考えを予想する。  
親がどう考えるか予想しましょう。
- ③ 相手の意見を聞き、自分の意見を言う。  
親の意見を聞き、自分の意見も言います。
- ④ 相手の意見に反対し、自分の意見を言う。  
親の意見に反対し、自分の意見を言います。
- ⑤ 相手の意見を賛成しながら、自分の意見を言う。  
親の意見に一部賛成しながら、自分の希望も話します。

#### **宿題**

自分の要求を相手に伝えてそれが相手に受け入れられた体験をしてみましょう。何かをしてほしい、何かをしたいけれど相手の同意を得るなどです。

ちょっとだけ難しいテーマで相手と交渉してみます。次回その結果を報告し

てください。  
今日のことば

人付き合いがうまいというのは、人を許せるということだ。  
by ロバート・フロスト

## 終わりの儀式

リラックスストレッチ

## 最終回

第11回 希望を持って今を生きる（スピリチュアル）

### アイスブレイキングゲーム

- 1) 参加者には目をつぶってもらい、進行役が声を出して10秒間数える。
- 2) 進行役の合図で、参加者に心の中でカウントしてもらい、1分経ったと思ったら目を開けてもらう。
- 3) 進行役は1分経った時点でそれを参加者に伝える。

ではここで前回の復習をします。

自分の要求を相手に伝えてそれが相手に受け入れられた体験をしてみましたか？何かをしてほしい、何かをしたいけれど相手の同意を得るなどです。

ちょっとだけ難しいテーマでしたが、その結果を報告してください。

では本日のスキルを説明します。

毎日に希望を持って生きることは大切です。世界の見え方は人それぞれ、ただ世界は自分が見ている、自分が考えている世界ですから、自分が想像しているに過ぎない現実なのです。ですから今日はちょっと人との関係において、

希望を生み出す方法をお教えします。

① 自分も他人もすぐには変化しない。

私は〇〇さんが苦手だ。

② 自分が変わると他人も変わる。

私は〇〇さんのすべてが嫌いなわけではない。

③ 変化し続けることが生きるということ。

私は〇〇さんにはこんな良い所があると気づいた。

④ 変化しないものは何もない。

私は〇〇さんのことは苦手ではない。

今日のことば

人間の長所は欠点があるということである。  
by ユダヤの格言

終わりの儀式

リラックスストレッチ

皆さんお疲れ様でした。いままで11回のセッションを通じて皆さんは少しずつ変化してきました。自分の持っている能力を生かせるようなスキルの多くを学んだのです。ここで体験したことを人生の様々な場面で活用して豊かな未来を築いて行きましょう。

平成25～27年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神神経分野）  
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究  
分担研究報告書

児童思春期精神科臨床における発達障害患者の非行についての研究

研究分担者	市川 宏伸	(東京都立小児総合医療センター)
研究協力者	遠藤 季哉	(関東医療少年院)
	公家 里依	(東京都立小児総合医療センター)
	山口 紗穂	(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)
	海老島 健	(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)
	永吉 亮	(千葉愛友会記念病院)

研究要旨:

児童思春期精神科臨床における発達障害患者の問題行動と非行について、国内の児童精神科医療機関への質問紙調査（研究①）、および東京都立小児総合医療センター児童・思春期精神科に通院歴を有する非行例について分析・検討（研究②）を行った。併せて、同院における窃盗例とWechsler式知能検査データを有する例について、それぞれ発達障害患者の窃盗におけるメカニズム（研究③）と、能力（特に言語能力）の偏りに着目して（研究④）調査した。発達障害の臨床に関わる児童精神科医のほとんどが、問題行動の対応に苦慮した経験を持つとともに、問題行動が早期から始まっていることが示された（研究①）。研究②で95名の警察介入事例を解析したところ、疾患によって特徴的な傾向が見られた。研究③では、窃盗の介入にあたっては必要に応じて、精神医学的な評価を行うことが有用である可能性が示唆された。また、児童思春期通院例の非行においては、一般に言われる知識の低得点や動作性優位（言語性劣位）の傾向は見られず、一般の非行例との相違が示された（研究④）。

A. 研究目的

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ためには、急増する児童思春期例について児童精神科医療機関における実態を調査することが必要であるが、我が国での知見は乏しい。また、対応困難なもの結果としても、あるいは原因としても、警察介入が行われた非行歴を持つ症例に着目し、その実態やメカニズムについて検討することで、発達障害例への介入・治療に関して有用な知見が得られる可能性があるが、それらを詳細に検討した知見は十分に検討されてこなかった。

そのため、全国の児童精神科医療機関および東京都立小児総合医療センターにおける実態調査と、本人の語りおよびWechsler式知能検査にそれぞれ着目して、同院通院歴を有する非行例の分析・検討を行った。

B. 方法

研究①：臨床実態調査

臨床の場でどのような問題行動が多く見られ、対応困難となっているのかを明らかにし、より効果的な介入方法を検討するための予備調査として、全国児童青年精神科医療施設協議会加盟施設（所

属施設 22 施設及びオブザーバー施設 15 施設)において、児童精神科臨床を行っている医師を対象にアンケート調査を行った。

研究②: 児童思春期臨床例の非行についての検討

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ために、東京都立小児総合医療センター(以下当科)児童・思春期精神科当科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があったか(都立梅ヶ丘病院からの移行例も含む)各担当医への聞き取り調査で警察介入歴があることが把握されていた症例(家庭内暴力による家族からの要請によるものは除く)に対して、そのプロフィールや背景について後方視的に検討した。

研究③: 児童精神科通院例における窃盗の要因の検討～発達障害に着目して

非行において広汎性発達障害(以下, PDD), 多動性障害(以下, ADHD)の生来的な発達特性が影響するメカニズムを考察するため、生来的な発達特性の影響が大きい個体的要因の価値態度、触法行為の場面要因などに焦点をあてて検討した。

PDD, ADHDの症例で、窃盗に至った要因の背景に生来的な発達特性の影響が強いと考えられる当科通院例のうち、13歳以上18歳以下で窃盗により警察介入となっており、知的に正常域、気分やアルコール・薬物の問題が生じていなかったもの、かつ主治医と慎重な合議の結果、再非行の可能性がない、または非常に低いと判断された2名を対象として半構造化面接などを行った。本人及び保護者から文書による同意を得た。なお、研究③における診断はICD-10に基づいて行っている。

研究④: 児童思春期臨床例の非行と言語能力の関連～言語能力の偏りに注目して

非行少年に関する知能に関して、たびたび知能検査(特に知識)の得点が無非行少年よりも低いこと、Wechsler式知能検査における動作性優位の現象が報告されているが、非行少年の言語能力の

問題に関して、下位検査の偏りから詳細に検討された知見は見当たらない。そこで、非行少年の認知特性として特徴的な言語能力に着目し検討を加えるため、当科または東京都立梅ヶ丘病院に診療録があり、初診日が1998年4月1日～2014年3月31日の間にあるもので、非行により警察介入歴があるもののうち、WISC-IIIが実施されており、下位検査の評価点が把握可能なもの(WISC-IVのみ実施されているものについても、「知識」が実施されているものについては対象に含める)について、対象ケースの言語能力と動作能力の偏りについて調査した。併せて、言語性の下位検査の得点パターンを把握するためクラスター分析を行い、それぞれについて検討した。なおIQ75以下のものは除外した。

(倫理面での配慮) 全ての研究が、東京都立小児総合医療センター倫理委員会での審査を経て行われた。また、研究分担者は同院の利益相反委員会の審査を受けており、関連する企業や団体などと研究の信頼性を損ねるような利害関係を有していないことが確認されている。

C. 結果

研究①: 有効回答数は99(回収率54.3%)であった。外来患者のうち発達障害が占める割合が20%以上と回答した医師が75.8%に及んだ。内訳では自閉症スペクトラム(以下, ASD)が最も多く、次いでADHDであり、3番目は精神遅滞であった。発達障害例に深刻な問題行動があり、対応に苦慮した経験を持つ医師が99%を占めた。問題行動の27.5%が幼稚園年齢以前に始まっており、高校年齢以降に始まったものは1.1%にすぎなかった。問題行動には、暴言暴力や自傷行為、強迫症状といった二次障害が多く挙げられた。また、発達障害児の問題行動で、触法・犯罪行為を52.4%の児童精神科医が経験していた。今後望まれる支援として、様々な社会資源の充実や児童と

関わる大人へのトレーニングの充実を挙げる意見が多くみられた。

研究②：対象となった症例は95例（男子83例：87.4%，女子12例：12.6%）であった。複数回照会や介入された例が、少なくとも32例あったが、今回の調査では最終の司法介入の件で取り扱うこととした。介入された年齢は $17.7 \pm 7.3$ 歳で、性別で有意差は見られなかった。不適切養育が明記されていた例は34例（35.6%）であり、不登校が少なくとも47例（49.5%）、家庭内暴力が少なくとも39例（41%）に見られた。

非行内容としては、窃盗、暴行・傷害がそれぞれ34名、20名と多く、合わせて58.7%を占めた。その他の用件としては、児童虐待、銃器所持、ストーカー行為、嫌がらせなどが挙げられた。複数犯は6例で、ほとんどが単独犯であった。服薬は少なくとも38例（40%）でされていた。

疾患名については、（PDDとASDに関して診断時によってそれぞれ診断名が異なっているが、ここでは便宜上ASDとまとめて取り扱う。また、PDDとADHDの同時診断についてはDSM-V発表の前後で取り扱いに相違があるが、全ての症例について主治医への質問紙法により後方視的に併存があったものについては、併存を認めて検討した）ASDが24名、次いでADHDが19名、MRが11名、ASD+MRとADHD+MR、ASD+ADHDがそれぞれ7名、6名、4名であった。併存診断を含めると、ASDとADHDがそれぞれ32名、24名と多くを占めたが、当院の初診時診断名でもそれらで55.6%を占めており、比較すると取り立てて多いという判断はできないことに留意が必要である。なお初診時年齢は $12.5 \pm 4$ 歳で、無非行の例との差は見られなかった。知能検査が行われていたもののうち、中度精神遅滞以下の例は（IQまたはDQ49以下）2名（2.6%）であり、境界以上の知能保持者は62.8%であった。

司法介入があった年齢について背景疾患別に整理すると、ASDまたはADHDがあった例を「発達障害あり」とすると、平均 $15.4 \pm 5.3$ 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。ADHDとASDについて見ると、「ASDのみあり」では平均介入年齢は $17.2 \pm 6.7$ 歳であったのに対し、「ADHDまたはADHDを含む」ものは $14.6 \pm 5.2$ 歳であった。また、それぞれの犯罪行為の内容については。

「ASDのみあり」では窃盗が11名、暴行・傷害が9名と多くを占めたが、「ADHD、またはADHDを含むもの」では、窃盗が14名で48.3%を占め、暴行・傷害は3名にとどまった。

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

研究③：

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

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

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

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

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

症例(2)：16 歳(非行時 14 歳、男児、診断名 ADHD)

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

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

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

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

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

13.5)、VIQ100.9 (SD=14.1)、PIQ94.6 (SD=13.8) であり、VIQ と PIQ には統計的な有意差は見られなかった。臨床現場で平均知能例の Discrepancy を検討する際に一つの指標となる  $|VIQ-PIQ| \geq 10$  の症例を Discrepancy ありと仮定すると、VIQ (VCI) > PIQ (PRI) であるものは 11 名 (32.4%)、PIQ (PRI) > VIQ (VCI) のものは 4 名 (11.8%) であった。また知識の平均得点は 10.4 であり、これを含めて言語理解(指標)の下位項目評価点に統計的な有意差は見られなかった。

下位検査のプロフィールパターンの共通した特徴を抽出するためにクラスター分析を行ったところ、知識と類似については統計的に差を認めないものの、それらに対して単語と理解が高いもの、相応なもの、低いものの 3 群を含んだ 4 群が抽出された。

#### D. 考察

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

研究④：下位検査のプロフィールパターンについてクラスターで抽出された、知識と類似については統計的に差を認めないものの、それらに対して単語と理解が高いもの、相応なもの、低いものの3群を含んだ4群について検討する。検査の形式を考慮すると、知識と類似、単語と理解のそれぞれのペアの違いは、回答に多分節の言葉を用いなければ正答とされない点である。またその内容からも、単語と理解の低さは、経験の中から知識を得ることや、説明を含めて学習した知識を利用することに困難があると考えられる。それに加えて、社会的な知識が少なく、社会的文脈での問題解決力が弱いため、独りよがりな結論を出しやすいのではないかと推察される。

その観点からみると単語と理解の低い群は、頻回の入院歴や警察介入例があるにも関わらず、非行を繰り返すものが多いのに対し、高い群は家庭での問題は継続するものの、警察が介入するような社会的な問題を繰り返して起こしにくい傾向が見られた。

#### E. 結論

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

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

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

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

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

#### F. 健康危険情報

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

#### G. 研究発表

##### 学会発表

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

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成25～27年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神神経分野）  
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究  
分担研究報告書

児童精神科医療における検討

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

研究要旨：

研究1

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

研究2

入院治療を要したケースのうち、ひきこもりを呈していたケースの特性と治療のあり方について検討した。深刻なひきこもり状態に対して、入院治療は一定の効果が確認されたが、同時に、退院後の教育的配慮や学校環境の調整、家族への支援を含めた包括的な取り組みが重視されることも明らかとなった。

研究3

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

研究4

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

## 研究 1

### A. 研究目的

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

### B. 研究方法

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

(倫理面への配慮)

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

### C. 研究結果

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

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

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

精神医学的問題についてみると、高機能 PDD 群では抑うつ症状が最も多く (9%)、次いで自殺企図・自殺年慮 (6%)、不登校・引きこもり (5%)、強迫症状 (5%)、などの順であった。知的障害合併 PDD 群では不登校や引きこもり (5%) が最も多く、次いで抑うつ症状 (3%)、自殺企図・自殺年慮 (3%) などの順であった。

不登校の有無については、高機能 PDD 群では 111 名中名 (65%) が不登校を呈しており、知的障害合併群では 79 名中名 (58%) であった。不登校になっている患者の割合をみると、高機能 PDD 群では学童年齢の不登校の割合が多くみられた。

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

### D. 考察

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

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

高機能PDD患者では知的障害合併PDD患者と比較して学童期年齢から入院しているケースがみられた。また、入院に至る理由としては、興奮や暴力が69.6%と最も多くみられた。PDD患者にみられる暴力については2つの要因が指摘されてきた。一つは状況認知の困難さ、コミュニケーション障害感覚過敏などのPDDの障害特性に由来するもので、もう一つはPDDが未診断であるために、周囲の大人から本人の障害特性に合わないしつけや体罰を繰り返されたことが外傷体験となり、過去の記憶がよみがえることで周囲から理解できないような突然の暴力行為に及ぶ場合である。

今回の我々の結果でも高機能PDD患者では生来の発達障害特性に加えて適切に支援がなされていないことが一因となって入院治療が必要になった可能性があると考えられた。従って高機能PDDの患者における入院治療では適切に診断すること、発達特性を評価すること、病棟での他児交流やSSTなどを通して適切なふるまいを学ぶこと、学校と連携し就学環境を整えることで再登校を図ることなどが必要となると考えられた。また、興奮や暴力などを呈した場合の危機介入の場として精神科救急システムの利用が考えられるが、現在の都道府県が主体となって設置している精神科救急システムは主に成人の統合失調症圏の患者への対応を中心に治療モデルが確立されており、小児患者や成人患者の発達障害圏の患者へは対応については十分に検討がなされていない。当科では開院以来小児精神科救急を運用しており、発達障害圏の患者も緊急入院しており、その臨床的特徴として高機能PDD患者では未診断の患者や不登校を呈している患者が多いことがわかった。

今後、発達障害患者が呈する精神科的な緊急事態に対応できるような精神科救急システムの確立、関連する司法や地域の福祉機関等との連携も必要となると考えられた。また、PDD患者は学校生活においてからいはいじめの対象になりやすく、不登校を来すことも多い。今回の結果からも、特に高機能PDD患者で不登校の割合が高かった。そのようなPDD患者における教育の支援として、特別支援教育の果たす役割は極めて大きいですが、実際には地域や学校によっても差があるのが実情であると思われる。また、高機能PDDの患者が在籍することが多いと思われる通常学級における個別支援の未整備も指摘されている。特別支援教育制度や教育制度の更なる充実が求められると考えられた。

## E. 結論

広汎性発達障害患者の入院治療では興奮や暴力などの行動上の問題を呈する患者が多く、興奮や暴力を呈するPDD患者に対する入院治療モデルの確立、学校のような地域関係機関との連携体制の構築、発達障害患者の精神科救急的な事態に対応できるようシステム構築、特に既存の精神科救急システムの有効活用と司法との連携などが必要となってくると考えられた。

## F. 健康危険情報 なし

## G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

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

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

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）  
なし

## 研究2 ひきこもり

### A. 研究目的

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

### B. 研究方法

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

### C. 研究結果

#### (1) 年齢分布

年齢分布は、6歳から17歳で平均13.5歳であった。男子では平均13.7歳、女子では13.2歳であった。ひきこもりの背景に、学校への適応の難しさが関連していることが窺われる。

#### (2) 診断

ICD-10に基づく主たる診断は、F2が24.0%(12例)、F4が20.0%(10例)、F8が48.0%(24例)であった。F8については、特定不能の広汎性発達障害10例、アスペルガー障害7例、小児自閉症7例という内訳であった。主診断とIQの分布から、

中核的な自閉症だけでなく、自閉症特性の薄い高機能ケースにおいても、ひきこもりが生じやすいことが示唆された。

#### (3) ひきこもり期間について

ひきこもり期間の分布には5ヶ月から72ヶ月の幅があった。男子のひきこもり期間が平均13.1ヶ月であったのに対し、女子は6.0ヶ月と、受診・入院までのひきこもり期間は男子で長期化する傾向を認めた。

#### (4) ひきこもり以外の入院時主訴

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

#### (5) 入院前の受診と診断の有無

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

#### (6) 入院期間

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

#### (7) 転帰・予後

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

#### (8) 家族背景について：

家族背景について情報収集できた47例中の13例(27.7%)が単身親、6例(13.3%)が生活保護受給家庭であった。また、精神科疾患の家族歴は25例(53.2%)で把握された。内訳は、父あるいは母の気分障害、神経症、薬物依存やアルコール依存、発達障害、知的障害、線維筋痛症、同胞の不登校、適応障害、知的障害、統合失調症であった。

退院前に関係機関との情報共有や、支援体制を確認するための連絡やカンファレンスを要したケースが多く、家族機能の脆弱性なケースが少なくないことを示している。

#### (9) 治療内容

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

#### D. 考察と結論

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

#### 研究3：暴力

##### A. 研究目的

暴力のために入院治療に至ったケースの特性と治療のあり方について検討する。

##### B. 研究方法

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

##### C. 研究結果

対象となったF84患者は190名(男子159名、女子31名)であった。そのうち高機能PDD群は111名(58%)、知的障害合併PDD群は79名(41%)であった。

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

##### (1) 子ども本人に対して

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

当科では、TEACCHプログラムで紹介されているような視覚的・物理的構造化を応用した環境調整をおこなっている。たとえば、日課やスケジュ

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

仲間集団や教師への暴力が問題になっているケースにおいては、入院当初はほぼ全例が個室を使用していた。同年代の仲間集団や指導的な立場の大人との関係でトラブルが生じるケースも多いので、個室の使用は、他児との交流を性急に強要せずトラブルが生じた際などに避難することができること、適切な社会的技能を少しずつ修得することを保証することになる。病棟におけるグループ活動や日常生活場面における他児との交流の様子をみながら、集団への適応がある程度可能であると判断できれば大部屋に移動するが、コミュニケーション能力に困難を抱えていたり、本人の不安が強い場合は、個室の使用が長期化するケースもある。

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

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

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

## (2) 薬物療法について

暴力が問題となるケースでは衝動制御に問題を抱えていることが多く、薬物療法が施行されていた。使用される薬剤としては、非定形抗精神病薬(リスペリドン、ジプレキサ)、気分安定薬(バルプロ酸、カルバマゼピン)、ADHD治療薬(メチルフェニデート除法製剤、アトモキセチン)などで、単剤もしくは併用されることが多かった。また、衝動性が強いケースでは、鎮静作用の強い定型抗精神病薬(レボメプロマジン、クロルプロマジン)も一部に使用されていた。発作的に不穏状態となる場合には、頓用として使用することも多く、その場合にはリスパダール液、オランザピン口腔内崩壊錠などが使用されていた。

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

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

### (3) 家族支援

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

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

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

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

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

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

### (4) 地域資源の活用

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

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

## D. 考察と結論

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

ほとんどのケースで、さまざまな治療・支援技法を折衷的に採り入れていた。病棟内での対人関係・生活場면을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障することが重要な課題であると考えられる。

#### 研究 4 自殺関連行動

##### A. 研究目的

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

##### B. 方法

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

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

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

また、このうち、自殺関連行動の手段が比較的致死性の高い過量服薬、服毒、飛び降り、縊首であったケースを「自殺行動」としてその他の比較的致死性の低い自殺関連行動と峻別した。自殺行動例の中で主診断または併存診断が広汎性発達障害であった例についても、フォローアップ期間中の再企図の有無を識別し、患者背景および入院治療内容を比較分析することで、自殺行動の再企図予防に効果的な介入内容について検討した。

##### C. 結果

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

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

- ・自殺関連行動の手段は、過量服薬の他に、飛び降り、飛び出しなど衝動的なものが多かった。
- ・PDD 群は非 PDD 群と比較して、男性が比較的多く、IQ は比較的高かった。また、過去の自殺関連行動歴が有意に少なく、その後の再企図も比較的少なかった。
- ・PDD 再企図群は、非再企図群と比して、女性のケース、過去の自殺関連行動歴のあるケース、境界知能または知的障害を有するケース、両親同居でないケース（片親家庭、再婚家庭など）が多かった。
- ・PDD 非再企図群は再企図群と比して入院中に PDD の診断を受けたケースが多かった。

また、自殺行動の PDD 群は 19 例で、このうち再企図の有無が不明な 2 例を除き、再企図あり 5 例、再企図なし 12 例について比較すると、再企図ありでは入院期間が有意に短かった。入院期間が 1 週間未満の例を短期入院例、1 週間以上の例を長期入院例と定義して比較したところ、短期入院例は全 6 例において家庭・学校の環境調整を行っておらず、うち 4 例（67%）が退院後に再企図に至っていた。一方、長期入院 13 例のうち、退院後の再企図の有無が不明な 2 例を除いた 11 例について、環境調整を行った 7 例では全例再企図がなく、環境調整を行わなかった 4 例中 1 例（25%）で再企図があった。

#### D. 考察

PDD 児の自殺関連行動は、非 PDD 児と比較すると、過去の自殺関連行動歴なく突然 1 回きり起こす傾向が強いが、一方で再企図リスクの高い一群もいることが示唆された。再企図のなかった例で入院中に PDD の診断を受けたケースが多かったことから、適切な診断・評価自体が再企図予防のた

めに重要であると考えられた。更に、PDD 児の自殺行動に対する治療的介入として、診断・評価を踏まえて家庭・学校などの環境調整を丁寧に行うことが再企図予防のために有効である可能性を示唆された。

#### E. 結論

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

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

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

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

渡辺由香、尾崎仁、大倉勇史、近藤直司：自閉症スペクトラム児の自殺関連行動.

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

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし



平成25～27年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神神経分野）  
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究  
分担研究報告書

医療観察法対象者／裁判事例についての検討

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

研究要旨

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

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

本研究では3年間を通して、【研究 I】「医療観察法指定通院対象者における発達障害者の分析」、【研究 II】「発達障害者を対象とした問題行動への予防的介入のためのアセスメントツールの開発」および同ツールを用いた暴力をはじめとする問題行動に関する分析、そして【研究 III】としてでは、SOTSEC-ID：性犯罪のリスクがある知的障害のある人たち向けの治療マニュアルを翻訳出版した。

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

【研究 II】では、発達障害者を対象として、暴力等の問題行動への予防的介入を行うためのアセスメントツール「@PIP33-ASD version（アットピップ・サーティースリーASD版）」を開発し、本ツールを用いて調査を行った。その結果、暴力をはじめとする問題行動には、それを引き起こしやすい幾つかの要因があることを明らかにした。これにより、問題行動の予防、介入にあたっては、特定された要因をターゲットとしたアプローチがより有効であることが示唆された。

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

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

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

## 【研究 I】

### 「医療観察法指定通院対象者における発達障害者の分析」

#### A. 研究目的

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

#### B. 研究方法

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

##### 1. 調査対象

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

##### 2. 調査対象期間及びデータ収集方法

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

#### 3. 解析方法

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

#### 4. 倫理的配慮

個人名・住所地の一部等の個人を特定することができる部分については、情報の収集範囲から削除した。

研究遂行にあたっては、疫学研究指針を遵守し、国立精神・神経医療研究センターに設置されている倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した。

#### C. 研究結果

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

##### 1. 静態情報の集計結果

収集したデータのうち、F8 発達障害圏の診断分類に該当する 58 名の概要を表 1 に示した。

表 1. 結果の概要 (N=58)

性別	男 48 名 (82.8%) 女 10 名 (17.2%)
年齢	平均 34.21 歳 ± 8.78 s. d. 範囲 20 歳 ~ 60 歳
通院形態	直接通院処遇 12 名 (20.7%) 入院処遇より移行通院処遇 46 名 (79.3%)
通院処遇継続中の者の平均通院期間 (n=26)	平均 562.6 ± 313.8 日 s. d. 範囲 65 日 ~ 1174 日
診断名【Fコード】	F1:1 名 (1.7%)、F2:29 名 (50.0%)、F3:2 名 (3.4%)、F4:1 名 (1.7%)、F7:1 名 (1.7%)、F8:23 名 (39.7%)、F9:1 名 (1.7%)

対象行為名 (択一式にて 集計)	殺人 17 名 (29.3%)、傷害 16 名 (27.6%)、強盗 1 名 (1.7%)、強姦 4 名 (6.9%)、放火 20 名 (34.5%)
被害者(物) (択一式にて 集計)	家族・親戚 34 名 (58.6%)、 知人・友人 4 名 (6.9%)、他 人 19 名 (32.8%)、不明 1 名 (1.7%)
対象行為時の 治療状況	通院治療中 23 名 (39.7%)、入院治療中 2 名 (3.4%)、治療中断・治療終 了 23 名 (39.7%)、未治療 9 名 (15.5%)、不明 1 名 (1.7%)
過去の入院	あり 29 名 (50.0%)、 なし 29 名 (50.0%)
過去の通院歴	あり 50 名 (86.2%)、 なし 8 名 (13.8%)

## 2. 通院処遇中の問題行動に関する集計

収集したデータのうち、転院ケース (2 名) を連結させた 58 名について、通院処遇中に発生が報告された問題行動について分析を行なった。集計の詳細を表 2 に示した。

表 2. 通院処遇中に発生が報告された問題行動別の集計

	問題行動 (内容)	直 接	移 行	計	%
1	自殺・自殺企図・自傷など	2	8	10	17.2
2	他者への身体的暴力など (性的な暴力を除く)	2	5	7	12.1
3	他者への非身体的暴力など (暴力的言動や態度)	1	8	9	15.5
4	他者への性的な暴力など	1	1	2	3.4
(i)	2+3+4 対人暴力行動 (重複を考慮)	3	11	14	24.1
5	上記以外の対人関係の問題 (対人的なルール違反を含む)	1	5	6	10.3
6	放火など (未遂も含む)	0	0	0	0.0
7	器物への暴力 (放火などをのぞく)	1	2	3	5.2

(ii)	6+7 対物的暴力行動 (重複を考慮)	1	2	3	5.2
(iii)	2+3+4+6+7 暴力的行動等 (重複を考慮)	3	12	15	25.9
8	怠学、怠職、ひきこもりなど	1	1	2	3.4
9	窃盗・万引きなど	0	2	2	3.4
10	アルコール乱用・依存など (依存者の場合は再飲酒も 含む)	1	4	5	8.6
11	違法薬物の使用・乱用・依存	0	0	0	0.0
(iv)	10+11 アルコール・違法薬物関連の 問題	1	4	5	8.6
12	ギャンブル、買い物などの 薬物以外の依存行動	0	2	2	3.4
13	通院・通所の 不遵守・不遵守傾向	3	6	9	15.5
14	服薬の不遵守・不遵守傾向	2	4	6	10.3
15	訪問看護・訪問観察の拒否	0	1	1	1.7
(v)	13+14+15 医療への不遵守 (重複を考慮)	3	10	13	22.4
16	その他の日常生活上の規則、 ルールの違反など	4	8	12	20.7
17	病状悪化に伴う問題行動	1	3	4	6.9
18	金銭管理上の問題	1	6	7	12.1
	合計件数	21	66	87	
	問題行動なし	5	17	22	37.9

## D. 考察

医療観察法通院対象者のうち、F8 発達障害圏の診断をもつ者の割合は全対象者の 3.6% で、性別では 8 割を男性が占めており、年齢をみると 20 代～30 代の比較的年齢が若い世代が多かった。

対象行為では、放火 (34.5%)、殺人 (29.3%)、傷害 (27.6%) と続いており、その割合は全体のデータと比較しても明らかな違いはなかったが、全体では家族が被害者となっている事例が 47.2%であるのに対し、F8 発達障害圏では 58.6%とやや多い傾向が認められた。

通院処遇中に生じた問題行動の分類をみると、最も多く見られた問題行動は「16. 日常生活上の規則、ルール違反など」であり、日常生活のなかで小さなトラブルが発生している可能性が示唆された。また、「1. 自殺・自殺企図・自傷など」といった自己へ攻撃性を向けてしまう問題行動も多い一方で、家族や医療スタッフに対して暴力的な態度をとる「3. 非身体的暴力」や、看護師といった医療スタッフへの暴力などの「2. 身体的暴力」の問題行動も高い割合で認められている。加えて、計画的な金銭管理ができないといった「18. 金銭管理上の問題」も比較的多く、家族や関係スタッフが管理している事例も報告された。

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

## 【研究 II】

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

#### A. 研究目的

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

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

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

#### B. 研究方法

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

アセスメントツールの開発にあたってはデルファイ法を採用し、それに準じた方法で、児童精神医学、司法精神医学、矯正医学のエキスパートらによる評定を繰り返して選定した。

##### (2) アセスメントツールを用いた暴力行動に関連するリスク要因の分析

#### 1. 調査対象と調査方法

@PIP-33ASD 版を用いて、本調査への協力の得られた病院や発達支援センター等に通院・通所している F8 発達障害圏の診断を受けている者 (併存診断を含む) 53 名について、医療担当者等が評価を行った。

#### 2. 調査対象期間および解析方法

調査期間は、H27 年 6 月 1 日から平成 28 年 1 月 31 日までとし、ASD 者のなかでも身体的暴力群、非身体的暴力群に分け、これらに関連するリスク要因を分析した。

#### 4. 倫理的配慮

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

っては、すべて暗号化された数値のみを扱った。

## C. 研究結果

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

デルファイ法に準拠した方法で、最終的に8つのカテゴリーに分類される全33項目の設問が選定された。

各カテゴリーの名称を以下に示す。

- (a) 反社会性
- (b) 家庭・養育
- (c) 学校適応
- (d) 生活環境
- (e) 精神疾患
- (f) 個人特性
- (g) 障害特性：ADHD
- (h) 障害特性：ASD

本ツールの名称は「Assessment Tool for Preventive Intervention for Problem Behaviors 33items—ASD version：@PIP33ver.ASD (アットピップ・サーティースリー—ASD版)」とした。@PIP—33ver.ASDは、3件法(0点～2点)で評価点をつける。合計得点の範囲は0点から66点である。

なお、本アセスメントツールは平成27年度報告書に掲載した。

### (2) アセスメントツールを用いた暴力行動に関連するリスク要因の分析

#### 1. 対象者の概要

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

#### 2. 暴力行動の既往

53名のうち、身体的暴力、および非身体的暴力の既往は以下のとおりであった。

表2. 身体的暴力と非身体的暴力の有無

非身体的暴力	なし	あり	あり	合計
		1	2	
身体的暴力				
なし	37	2	3	42
あり1	3	2	2	7
あり2	2	2	0	4
合計	42	6	5	53

この分布から、F8圏の者における身体的暴力の傾向と非身体的暴力の傾向は区別してとらえることができると考え、身体的暴力傾向と非身体的暴力傾向のそれぞれに関連している要素について検討した。

#### 3. 身体的/非身体的暴力との関係の分析

##### (1) 身体的暴力について

@PIP33の項目1身体的暴力について、項目7以降の各項目との相関係数(Spearman)が高かった項目は、項目22「権威への反抗的態度・反社会的態度」( $r=.757, p<.000$ )、項目23「怒りのコントロール不全」( $r=.648, p<.000$ )、項目15「対人社会的サポートの問題」(0.623,  $p<.000$ )であった。

また、項目1「身体的暴力」の有無について、上記で確認された有意な項目を全て「あり」・「なし」の2要因として、二項ロジスティック回帰分析をステップワイズ(尤度法)により行ったところ、項目22「権威への反抗的態度、反社会的態度」を有することが最も強いリスクとなることが確認された( $\text{Exp}(B)=104.00, P<.000$ )。

##### (2) 非身体的暴力について

@PIP33の項目の項目3「非身体的暴力」について、項目7以降の各項目との相関係数

(Spearman) の高かった項目をみると、項目 22「権威への反抗的態度・反社会的態度」( $r=.580, p<.000$ )、項目 23「怒りのコントロール不全」( $r=.580, p<.000$ )、項目 28「思考の柔軟性の欠如」( $r=.516, p<.000$ ) であった。

項目 3 非身体的暴力の有無について、上記の有意な項目を全て「あり」・「なし」の 2 要因として、二項ロジスティック回帰分析をステップワイズ(尤度法)により行ったところ、項目 23「怒りのコントロール不全」を有すること ( $\text{Exp}(B)=24.09, P=.007$ )、および項目 18「精神病症状」を有すること ( $\text{Exp}(B)=9.200, P=.027$ ) が、強いリスクとなることが確認された。

#### D. 考察

F8 圏における暴力行動をみると、身体的暴力がみられやすい者と非身体的暴力がみられやすい者とで特徴が異なっている可能性があることが示唆された。本研究で得られた知見では、身体的暴力には、本人のもつ反社会的な態度がリスク要因としてより強く関係している一方、非身体的暴力では、怒りのコントロール不全や精神病症状といった障害や疾患の症状がリスク要因としてより強く関係している可能性が示唆された。したがって、F8 圏の者における問題行動への予防や介入にあたっては、身体的暴力を問題とするのか、非身体的暴力を問題とするのかによって、アプローチを調整する必要があるかもしれない。

さらに、問題行動あり群においては、項目「18. 精神病症状」、項目「1. 身体的暴力」、項目「20. 障害特性の理解(受容)度」といった項目の得点が高い一方で、問題行動なし群では項目「10. 学校・職場等での不適応」、項目「30. 相互的対人交流の困難さ」、項目「24. 共感性の低さ」といった項目で 2 点とコードされることが多かった。こうした特徴は、社会的コミュニケーションにおけるサブタイプ(たとえば、受動型や孤立型、積極奇異型、尊大型)と

の関連も推測される場所である。

今後も調査を続け、対象者数を増やし、問題行動のリスク評価にもつながるようなカットオフ得点の設定など、本尺度の臨床応用の可能性についても検討していく必要があると思われる。

#### 【研究 III】

#### 「SOTSEC—ID：性犯罪のリスクがある知的障害のある人たち向けの治療マニュアルの翻訳出版」

##### A. 目的

地域社会内で生活している障害者の間では性に関する問題が比較的頻繁に起こっているという事実がありながらも、我が国においては性に関する問題はタブー視される傾向があり、実質的な介入はほとんど行われてこなかったというのが現状である。そこで、本研究では性犯罪のリスクのある障害者を対象とした治療プログラム(SOTSEC-ID)の日本語版を開発することを目的に行った。

##### B. 研究方法

英国ケント大学の研究者らの正式な許可をえて翻訳を行った。また、翻訳にあたっては翻訳家の指導を受け、専門用語については司法の専門家による助言をうけて調整した。

##### C. 研究結果

別添資料として示した。

##### D. 考察

障害者の性犯罪のリスクについては、これまでほとんど介入が行われてこなかった。しかし、こうした具体的で実行可能な介入手法を確立し、地域社会において広く普及させることは、性に関連した問題をかかえる障害者の安全な社会統合にも貢献するものと思われる。今後は、本介入

プログラムの実践的取り組みが期待される  
ところである。

## E. 結論

本研究では、医療観察法の指定通院対象者のうち、F8 発達障害圏の診断を受けていた 58 名のデータを収集し、とくに通院中に発生する問題行動について分析を行った。この中では日常生活上でみられる小さなトラブルが散見されていたことから、今後は、こうした点にも注目した介入アプローチも検討していく必要があると思われる。

また、発達障害者を対象とした暴力等の問題行動への予防的介入を行うためのアセスメントツール「@PIP33-ASD version (アットピップ・サーティースリー-ASD)」を用いた調査からは、暴力をはじめとする問題行動には、それを引き起こしやすい幾つかの要因があることを明らかにした。

さらに、治療的介入という観点からは、これまで地域社会において障害者の性に関する問題が比較的頻繁に起こっているという事実があるながらも、実質的な介入はほとんど行われてこなかったという現状を踏まえ、性犯罪のリスクのある障害者を対象とした治療プログラム (SOTSEC-ID) の日本語版を開発したことも重要である。こうした具体的で実行可能な介入手法を確立し、地域社会において広く普及させることは、性に関連した問題をかかえる障害者の安全な社会統合にも貢献するものと思われる。

今後もこうした調査研究を重ねていけば、発達障害者に対して、より早期の段階で、よりの確かな介入ができるようなアプローチ手法を見出すことも可能であると思われる、ひいては問題行動の発生予防にもつながるものと期待される。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表  
該当なし

## G. 知的所有権の取得状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし



平成25～27年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神神経分野）  
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究  
分担研究報告書

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

分担研究者 梶屋 二郎（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 安藤久美子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

司法精神医学研究部）

研究要旨：

過去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の出現が示唆されている。社会内での青年期・成人期発達障がいの対応困難ケースへの標準的な危機介入と治療・支援を検討する上で参考となる矯正施設、特に少年院において児童・思春期の発達障がいを抱えた被収容少年に対してどのような介入が行われているか調査し、少年院に発達障がい少年がどの程度存在し、複数の少年院間での収容や処遇の違いを調査した。少年院での発達障がい少年への処遇方法については、日本矯正教育学会等で公表された内容を中心に検討を行ったところ、少年院・少年鑑別所などの矯正施設においても対応困難な発達障がいケースへの支援が必要と認識されているスタンスは社会内で必要とされているスタンスと共通しており、いくつかの少年院で独自の取り組みが為され、矯正施設内で実施されている有効な介入方法は社会内支援に応用できる可能性が高いことが示唆された。次に、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ず、そのために必要な施設内支援と社会内支援の情報共有のツール、つまり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として有力と考えられる、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、発達障がいが多く収容されている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、ASD と ADHD に着目すると男子特殊教育課程少年院には診断基準を満たす少年が計 33.7%存在し、その中で被虐待体験や被いじめ体験を有したり有する可能性が有るものが79%以上にのぼることが明らかとなった。最後に他の処遇課程の少年院への聞き取り調査とアンケート調査を行い、筆者が平成 22 年に調査を行った同様の調査<sup>17)</sup>との比較を行い、少年院における発達障害少年の処遇の変化を検討した。平成 22 年と同様に引き続き一定数の発達障がい少年が少年院に収容され、発達障がいを多く収容することを目指している処遇課程以外の少年院にも一定数の発達障がい少年が収容されていることに変化はなかった。ASD 少年の比率も平成 22 年に比して大きな変動はないと考えられた。発達障がい診断された時期の変化から少年司法現場にて発達障がいケースが存在している可能性への認識が深まっていると考えられた。少年院への再収容率も平成 22 年より改善が見られ、発達障がいを抱えた被収容少年への矯正教育の取り組みが功を奏してきている可能性が示唆された。

## A. 研究目的

発達障害の中でも自閉症スペクトラム障害を抱えた者による触法ケースについての報告の端緒となったのは Wing(1981)による薬物への執着を呈したアスペルガー症候群の少年が実験的に友人に薬物を投与したケース<sup>3)</sup>や Mawson ら(1985)による強迫的観念を背景にしたアスペルガー症候群の男性による赤子への暴力ケース<sup>4)</sup>と思われる。これらの報告以降も自閉症スペクトラム障害者による犯罪や反社会的行動についての報告は散見されるが、自閉症スペクトラムと犯罪や反社会的行動との関係性について着目した大規模な疫学的調査は現在までに行われていない。Scragg ら(1994)は英国の高度保安病院であるブロードモア病院での調査において男性の全患者 392 名中 9 名(約 2.3%)がアスペルガー症候群およびその可能性が高いとし、この確率が一般人口におけるアスペルガー症候群の発生率よりも高率であることから、アスペルガー症候群は暴力行為を伴うことがあると考察した<sup>5)</sup>。わが国でも近藤ら(2005)が自閉症スペクトラム指数日本版(AQ-J)の修正版を用いて少年鑑別所に入所した非行少年、計 1574 名を調査したところアスペルガー障害である可能性が高いとされるカットオフ値を越えた少年が 3.1%であったと報告している<sup>6)</sup>。また藤川(2005)は家庭裁判所に送致された計 862 名の非行少年を独自のスクリーニングカードを用いて調査したところ、広汎性発達障害が疑われる者の割合が 2.8%であったと報告している<sup>7)</sup>。近藤や藤川の調査はあくまでもスクリーニングツールを用いた検査であり、確定診断でないことに注意を要するものの、英国だけでなく、我がわが国の司法の現場にも一般の発生率を上回る率で自閉症スペクトラム障害者が出現している可能性は否めない。

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

次に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。

最後に、発達障がいが多く収容されていると目される処遇課程である特殊教育課程(現「支援教育課程」)以外の少年院での状況と取り組み、およびその変化を調べ、最終的な本研究の目的の一つである社会内における青年期・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・支援に関するガイドライン作成へ矯正施設、特に少年院での取り組みが汎化できないかを探った。

## B. 研究方法

### I. 平成 25 年度研究

法務省矯正局が平成 22 年と平成 23 年にそれぞれ注意欠如多動性障害と広汎性発達障害を抱えた被収容少年への処遇に関する執務参考資料(非公開)として作成し、全国の少年院へ配布した「処遇上特別の配慮を必要とする少年に対する効果的な処遇の在り方について」、そして平成 24 年度に執務参考資料(非公開)として作成された「特殊教育課程 処遇プログラム」を参考とし、日本矯正教育学会において発表された内容を中心に、少

少年院・少年鑑別所において発達障がいを抱える被収容者にどのような処遇が行われているか調査した。そして、一般社会内での発達障害者の触法ケースへの支援に汎化できるような介入がありえないか検討を行った。

## II. 平成 26 年度研究

### 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）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。

## III. 平成 27 年度研究

### 1) 調査対象

本邦の長期処遇を担う少年院から処遇課程、性別ごとに少年院を抽出（男子一般少年院、女子一般少年院、支援教育課程少年院、医療措置課程少年院の計 4 施設）

### 2) 調査期間

平成 27 年 11 月～平成 27 年 12 月

### 3) 調査方法

各少年院ごとに聞き取り及びアンケート調査を行った。各障害の診断は「少年院入所前に社会内の医療施設等で為されたもの」、「少年鑑別所で医師あるいは臨床心理士によって為されたもの」、「少年院で医師あるいは臨床心理士によって為されたもの」のいずれでも可とし、ASD 群と ADHD 群については（ICD-10、DSM-4TR、DSM-5）のいずれかで当該群にあたる診断がついているものとした。

平成 22 年に筆者はファイザーヘルスリサーチ

振興財団の研究助成を受けて ASD 群について同様の調査<sup>17)</sup>を行ったが、その結果と今回の結果を比較した。対象施設数が少ないため、単純集計による記述的分析を実施している。

#### 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各少年院と各少年院を通じて法務省矯正局、矯正管区にも許可を得た上で実施した。

### C. 研究結果

#### I. 平成25年度研究

我が国の少年院においては、少年鑑別所における鑑別結果から処遇上特別の配慮を必要とすると判断された少年に対して、その鑑別結果を基に個別に処遇上の配慮を行ってきた。このことは、我が国で発達障がい注目される契機となった平成16年の発達障害者支援法の成立より遙か以前より少年院の処遇課程の一つに特殊教育課程が設置され、「H<sub>1</sub>課程：知的障がい者あるいはそれに準ずる者」と共に「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」が設置されていたことから見てとれる。実際に現在、自閉症スペクトラムと診断された少年がこのH<sub>2</sub>課程の少年院に多く送致されている。法務省矯正局はこのような発達障がい者が多く含まれる「処遇上特別の配慮を必要とする少年」に対して、より効果的な処遇を継続的に展開し、その社会復帰を支援するべく、平成20年度に処遇プログラム充実化検討会を立ち上げ、外部アドバイザーの専門的助言も受けながら効果的な処遇の在り方について検討を行ってきた。その成果として、平成22年と平成23年には、それぞれ注意欠如多動性障害と広汎性発達障害を中心に抱えた被収容少年への処遇に関する執務参考資料として「処遇上特別の配慮を必要とする少年に対する効果的な処遇の在り方について」を作成し、全国の少年院・少年鑑別所に配布した。その中で検討あるいは指摘されている項目を要約すると「障害について」、「基本的に必要なスタンス」「特性を的確に把握

するための留意事項」、「鑑別結果作成上の留意事項」、「少年鑑別所から少年院への効果的な情報伝達」、「有効と考えられる処遇について」等である。これらの項目の内、特に介入・治療・支援に関係が深い項目や矯正施設独自の取り組みと言える項目についてを検討していきたい。

#### 1) 基本的に必要なスタンス

「処遇上特別の配慮を必要とする少年に対する効果的な処遇の在り方について」において、発達障がい精通した法務技官(心理技官)として鑑別所長や少年院長を歴任した小栗による軽度発達障がいの鑑別において必要な心構えが挙げられている(以下の4点。要約<sup>8)</sup>)。

- ①対象者に発達障がい者が含まれている可能性が有り、鑑別や識別の必要に迫られている。
- ②少年鑑別所が発達障がいの第一発見者になる可能性は高く、見落としは許されない。
- ③特定の障害名を付けることが目的ではなく、有効な教育、指導、治療に結び付いてこそ意味がある。
- ④発達障がい者を「環境への望ましい操作と必要な指導を待っている存在」と捉え、分析すべきである。

これらの心構えは我々が社会内において対応困難ケースに対峙した際にも必要な心構えと言えよう。特に対応困難ケースではその激しい問題行動(外在化症状)ゆえに基盤となる発達障がいが見落とされているケースが多く、先入観を排しながらも、その存在を念頭に置いたケース分析が求められる。

次に矯正教育に必要とされる基本的スタンスとしては以下のようなものが挙げられている(要約)。「特別の配慮を必要とする少年なのかもしれないという視点」、「対応に困っている少年は、その少年自身も実は困っているのではという視点」、「個々の少年のニーズに即した対応」、「対応は職員で足並みをそろえる」、「引継ぎの重要性に立ち返る」これらを挙げた上で、少年院での処遇において従前より重視されてきた、処遇の根幹とも言える「処遇の個別化」が発達障がいを抱える少年

への処遇でも同様に大切であることを指摘している。つまり正しく少年や少年の抱える障がいを理解して、その上で真の意味で少年の利益となる処遇を個別に追及していくことが大切であると指摘している。この指摘も我々が社会内において対応困難ケースに対峙した際にも必要な態度に通じていると言えよう。

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

## 2) 特性を的確に把握するための留意事項

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

他に、関連要因としての虐待への視点の重要性も指摘されている。発達障がいの存在が虐待を生む可能性と共に、虐待を受けることで発達障がい類似の症状を生んでいくという杉山の指摘<sup>9)</sup>を紹介している。

## 3) 有効と考えられる処遇について(少年院における新しい取り組み)

①SGW(Skill Group Work;スキル・グループ・ワーク)

前述した特殊教育課程少年院である神奈川医療少年院において平成18年度から実施されているグループワーク。医師から発達障がいや発達障がいの疑いといった診断を受けた少年の中から、少年が持つ特性や院生活での様子に着目しつつ、グループ指導になじむかどうかを発達障がい処遇担当スタッフが検討して選出し、1グループ6人前後としてグループを編成している。

このような編成のグループで対人場面や社会生活に必要とされる基本的な「スキル」を少人数のグループによる指導を通じて身につけさせることを一つの目的としているが、その目的を達成する中で、「障がい」であることを自覚させるというより、障がいによる症状が「特性」や「くせ」として受け止められるよう方向付け、出院後に必要に応じて社会資源を利用し、周囲から援助を受けながら安定した社会生活を送ることができるよう心構えを持たせることをより重要な目的として位置付けている。プログラム内で使用される技法は各グループの各達成目標によって選択され、使用技法は多岐にわたっている。例を挙げるとグループディスカッション、ディベート、SST、アサーショントレーニング、アンガーコントロールトレーニング等である。達成目標はスタッフが少年に身につけさせる必要性を感じているスキルが重視されるが少年自身が関心を示したことについても積極的に取り入れられている。ファシリテーターは各少年の特性を踏まえ、少年の注意が散漫にならぬよう、そして少年が理解しやすいように表現方法や教材に工夫をしていく。

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

## ②『心の扉』プログラム

同じく特殊教育課程少年院である中津少年学院で行われている感情理解・感情コントロールを

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

対象としては「情緒の未成熟さから対人場面での刺激に柔軟に対応できず、些細なことで粗暴で攻撃的な態度をとりやすい」タイプの少年を少年鑑別所の鑑別結果と少年院での生活観察から選定する。約2か月をかけて1回あたり50分、全8回(単元)程度のプログラムを行う。技法としては毎回のワークシートを中心に討論、発表、アイスブレーキング、ロールプレイ等を用いている。

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

### ③ 認知作業トレーニング (COT ; Cognitive Occupational Training)<sup>10)</sup>

本プログラムは宮川医療少年院の法務技官(精神科医師)宮口幸治が中心となって、宮川医療少年院、広島大学、大阪保健医療大学、大阪府立大学で共同開発された独自のプログラムであり、身体的に不器用な少年に対する治療的アプローチを主眼とする。少年自身の気づきを重視し認知機能へ働きかけることによってボディイメージや身体機能の向上を図る。つまり、身体機能と認知機能の向上を組み合わせたトレーニングを行うことで、退院後に就労等を含めた社会生活を円滑に送れるための基礎作りを行う。

対象少年の選定についてはオリジナルの「行動観察によるチェックリスト」を用い、手先だけでなく身体的に不器用な少年を選定する。身体的な

不器用さとは例えば体全体の動きのぎこちなさやコントロールの悪さを含んだものである。選定された少年には「IQが低い」、「スポーツ経験が少ない」、「立位や坐位の自画像にてボディイメージの悪さが露わになる」といった特徴の少年が多い傾向にある。実施期間は約3か月をかけて1回あたり50分、全10回(単元)程度のプログラムを行う。

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

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

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

## II. 平成26年度研究

### 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、

①ASDあり、ADHDあり：7ケース(8.1%)

②ASDあり、ADHDなし：19ケース(22.1%)

③ASDなし、ADHDあり：3ケース(3.5%)

➡①②③の計29ケース(33.7%)

- ASDあり (①+②) 計26ケース (30.2%)、
- ADHDあり (①+③) 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、
- ①明らかな被虐待体験や被いじめ体験を有する→15ケース (51.7%)
  - ②明らかではないものの、被虐待体験や被いじめ体験を有すると疑われる→8ケース (27.6%)

## III. 平成27年度研究

聞き取り及びアンケート回収は対象4施設から全て行えた。

### ☆調査結果

#### 1) 過去2年間の任意の時点におけるASD群およびADHD群との診断を受けている被収容少年数と総員に比した割合

- ①男子一般少年院
  - ・ASDあり、ADHDあり：1ケース (0.6%)
  - ・ASDあり、ADHDなし：3ケース (1.7%)
  - ・ASDなし、ADHDあり：4ケース (2.3%)
  - 全計8ケース (4.6%)
  - ASD診断あり計4ケース (2.3%)
  - 平成22年調査でのASD診断あり割合1.8%
- ②女子一般少年院
  - ・ASDあり、ADHDあり：2ケース (5.7%)
  - ・ASDあり、ADHDなし：0ケース (-)
  - ・ASDなし、ADHDあり：0ケース (-)
  - 全計2ケース (5.7%)
  - ASD診断あり計2ケース (5.7%)
  - 平成22年調査でのASD診断あり割合5.3%

- ③医療措置課程少年院
  - ・ASDあり、ADHDあり：2ケース (5.4%)
  - ・ASDあり、ADHDなし：6ケース (21.6%)
  - ・ASDなし、ADHDあり：0ケース (-)
  - 全計8ケース (21.6%)
  - ASD診断あり計8ケース (21.6%)
  - 平成22年調査でのASD診断あり割合22.9%
- ④特殊教育課程(現 支援教育課程)少年院
  - ・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%)
  - 全計29ケース (33.7%)
  - ASD診断あり計26ケース (30.2%)
  - 平成22年調査でのASD診断あり割合35.6%

#### 2) 発達障がいと診断された時点

- ・鑑別所入所前：8名 (17.0%)
  - 平成22年調査14.0%
- ・鑑別所入所中：35名 (74.5%)
  - 平成22年調査72.1%
- ・少年院入院後：4名 (8.5%)
  - 平成22年調査17.4%

#### 3) 発達障がい少年の少年院収容回数

- ・1回：39名 (83.0%)
- ・2回：7名 (14.9%)
- ・3回以上：1名 (2.1%)
  - 複数回入所の割合は全体平均 (16～17%) とほぼ同等 (平成22年調査ではASD少年の再収容率は20.1%)

#### 4) 精神科医配置状況

- ・常勤精神科医あり：4施設中2施設
- ・非常勤精神科医のみ：4施設中2施設
- ・精神科医なし：なし
  - 平成22年調査では8施設中3施設に精神科医の配置無し

#### 5) 発達障がいと診断されてはいないが疑わしいと判断している少年が居るか？

- ・居るが精神科医不在にて診断不能：0施設

- ・疑わしい少年は既に診断済：4施設
- 平成22年調査ではASDを疑うも直ちの診断不能な施設があり

#### 6) 発達障がいについて、講習や勉強会などの定期的な教育が職員に行われているか？

- ・定期的に実施している：1施設
- ・定期的ではないが概ね実施されている：3施設

#### 7) 発達障がい少年の処遇や社会移行を専門的にコーディネートする担当職員を配置しているか？

- ・している：1施設
- ・していない：3施設

#### 8) 発達障がいの特化した処遇プログラムの継続的实施歴がある。

- ・ある：1施設
- ・ない：3施設

### D. 考察

いくつかの少年院での新しい取り組みについては十分にエビデンスが揃っていないものも有るし、そもそも複数の指導が常に並行して実施されている少年院においてはプログラムの効果判定が困難な場合が多い。しかし、これらの新しいプログラムを実施している施設においては様々な方法で効果検証を試みており、実施前後の変化をとらえる試み(質問紙、チェックリスト、作文、行動観察等)を行っているが、今回取り上げた3つの新たなプログラムに関しては少年本人からも実施担当スタッフからも肯定的なデータが多く出ており、一定の効果が有る可能性は高いと考えられる。今回取り上げたプログラムは非行を直接的に取り扱っているものではなく、そういった意味では社会内の対応困難ケースへの導入も抵抗が少ないと言えよう。発達障がいの障がい受容、さまざまなソーシャルスキルの向上、アンガーマネジメント、認知機能の向上等は社会内ケースでも対応が必要な項目であり、社会内支援への汎化も十分に考えられる。今後、法務省矯正局にも連

携を働きかけ、矯正施設内での試行と社会内での試行を行い、効果の差異や実施条件の調整等を行い、双方の利益、ひいては対象者の利益となるようなプログラムの開発を模索すべきと考える。

平成26年度研究に関しては、以前から特殊教育課程(現 支援教育課程)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>1)2)</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る。

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>1)3)</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>14)</sup>と指摘している<sup>14)</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>15)</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。

最後に平成27年度研究については、平成22年の調査に比べて少年院被収容少年の中の発達障がい少年の割合の増減については議論は出来ないものの、引き続き一定数の発達障がい少年が少年院に収容されていることは確認でき、発達障がいを多く収容することを目指している少年院(支援教育課程)以外の少年院にも一定数の発達障がい少年が収容されていることに変化はない。ASD少年の比率も平成22年に比して大きな変動はないと考えられる。

発達障がい診断された時期については社会内や少年鑑別所で診断が行われ、少年院での本格的な矯正教育段階前に診断がついているケースが平成22年に比して明らかに増加しており、少年司法ケースの中に発達障がいケースが存在している可能性への認識が深まっていると考えられる。少年院への再収容率も平成22年よりも改善が見られ、発達障がいを抱えた被収容少年への矯正教育の取り組みが功を奏してきている可能性を示唆していると言えよう。少年院への精神科医の配置状況であるが、平成22年に法務大臣の設置した有識者会議が提言した内容の中に少年院および少年鑑別所への精神科医、中でも児童精神科医の増配置が盛り込まれた。その提言に沿ってかは不明であるが、平成22年調査では非常勤も含め精神科医師の確保が出来ていなかった施設が存在するが、今回の調査ではそのような施設は存在し

なかった。その成果として平成22年調査ではASDを疑うも診断が確定出来ていなかった施設が存在したが、今回の調査ではそのような施設は無くなっていた。しかし、非常勤配置に留まっている施設も有り、常勤の精神科医の増配置への努力は今後も続けるべきと考えられる。

別の今後の課題とすれば、講習や研修が実施はされているが必ずしも定期的あるいは必須のものではないということであり、これは是非とも必須のものとしていくべきと考える。また、専門のコーディネーターも兼任でよいので各施設が選任・確保すべきと考える。そのような体制や人材を確保して発達障がいに特化した処遇やプログラムが必要な際には速やかに導入できる体制を整えるべきと考える。

## E. 結論

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

少年院・少年鑑別所などの矯正施設においても対応困難な発達障がいケースへの支援で必要と認識されているスタンスは社会内で必要とされているスタンスと共通しており、矯正施設内で実施されている有効な介入方法は社会内支援に応用できる可能性が高いことが示唆された。また、一部の少年院においては発達障がい者や発達障がい類似の特性を持つ者に対して、社会内では実施されていない新たな取り組みがいくつか実践されていることが分かった。それらの新しい試みの内、学術的なエビデンスも得られているものも有り、確固としたエビデンスが確立していないまでも様々な効果判定の試みからは有効である可能性が示唆されていた。これらの取り組みは非行や犯罪を直接的に取り扱うものではなく、社会内の枠組みの中でも十分に実施できるプログラムであるため、一般社会への汎化が可能である可能性が示唆された。

平成26年度研究では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(現 支援教育課程)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。

そして一方、平成26年度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>16)</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、虐待やいじめといった不適切な関わりでなく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。

平成27年度研究においては、支援教育課程少年院だけでなく、一般少年院でも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という事実があることが確認された。少年司法や少年院などの矯正教育の現場においては、発達障がい少年の存在可能性への認識が進んでおり、以前よりも発達障がい少年の特性をも踏まえたアセスメントや処遇が為されつつあり、今回調査の結果でもそれは明らかになった。そしてそれらの取り組みは再収容率の低下という客観的な数値として効果確認された。

発達障がいは完治するという性質のものではないため、その支援には適切で一貫性のある支援を長期間続ける必要がある。非行・犯罪矯正の分

野で言えば、少年院や刑務所といった矯正施設での処遇と入所前や社会復帰後の社会内支援は支援という車の両輪であり、今後、社会内において、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・支援に関するガイドラインを作成する際には矯正施設内での状況把握、ケースについての情報共有を本研究なども参考にしていく必要がある。そして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のであれば、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る、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。

そして今後は法務省矯正局にも連携を働きかけ、矯正施設内での試行と社会内での試行を行い、効果の差異や実施条件の調整等を行い、双方の利益、ひいては対象者の利益となるようなプログラムの開発を模索すべきと考える。

## F. 研究発表

### 1. 著書

・発達障害医学の進歩27 (診断と治療社 2015・4) (内山登紀夫 監修) 分担執筆 「震災と非行～発達障害を中心に」

・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

・梶屋二郎 発達障害と非行, 刑政 126巻11号 Page14-23 (2015. 12)

- ・榎屋 二郎 発達障害へのアプローチ 発達障害と司法, 精神療法 41巻 Page95-102(2015. 6)
- ・榎屋二郎 非行臨床と発達精神病理学, こころの科学 181号, Page49-53 (2015. 4)
- ・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③～, アスペハート 39号 Page122-126 (2015. 3)
- ・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②～, アスペハート 38号 Page112-116 (2014. 12)
- ・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 非行とそだち 非行のバイオロジ－, そだちの科学23号 Page2-7(2014. 10)
- ・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①～, アスペハート 37号 Page134-138 (2014. 9)
- ・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)

### 3. 学会発表

- ・榎屋二郎 「少年の問題行動を取り巻く制度・教育・治療～矯正医療と矯正教育の視点から～」, 第11回日本司法精神医学会総会 (シンポジウム) (名古屋, 2015. 6)
  - ・榎屋二郎 「触法に至った障害者の矯正を考える～施設内支援と社会内支援～」, 第1回日本司法・共生学会総会 (シンポジウム) (東京, 2015. 1)
  - ・榎屋二郎 「発達障害を抱えた少年への教育の実情と課題」, 平成26年度日本犯罪心理学会東北地区研究会 (招待講演) (仙台, 2015. 3)
  - ・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 25 年度総括・分担研究報告書. 2014.
  - 2) 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 年度総括・分担研究報告書. 2015.
  - 3) Wing, L. : Asperger's syndrome:A clinical account. P*Psychological Medicine* 11:115-129, 1981
  - 4) Mawson, D. , Grounds, A. & Tantam, D. :Violence and Asperger's syndrome:A case study. *British Journal of Psychiatry* 147, 566-569, 1985
  - 5) Scragg, P. & Shah, A. :Prevalence of Asperger's syndrome in a secure hospital. *British Journal of Psychiatry* 161, 679-682, 1994
  - 6) 近藤日出夫, 瀧上康幸:自閉症スペクトル指数(AQ)を用いた高機能広汎性発達障害と非行との関連の検討. 少年問題研究会(編), 発達障害と非行に関する実証的研究 日立みらい財団研究報告書, pp1-44, 日立みらい財団, 東京, 2005
  - 7) 藤川洋子: 青年期の高機能自閉症・アスペルガー障害の司法的問題—家庭裁判所における実態調査を中心に. 月刊精神科 7(6):507-511, 2005
  - 8) 小栗正幸: 軽度発達障害の鑑別と施設内処遇の在り方②. 刑政 116(11): 134-144, 2005
  - 9) 杉山登志郎: 子ども虐待という第四の発達障害, 学習研究社, 2007
  - 10) Miyaguchi, K. , Matsuura, N. , Shirataki, S. , Maeda, K. :Cognitive training for delinquents within a residential service in Japan .

Children and Youth Services Review 34(9)2 :  
1762-1768, 2012

11 ) American Psychiatric Association.  
Diagnostic and Statistical Manual of Mental  
Disorders: Dsm-5. Amer Psychiatric Pub ; 20  
13. 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

12) 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

13) 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 卷 1  
号 Page107-113(2014. 03)

14) 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

15) Murrie DC, et al: Asperger' s syndrome in  
forensic settings. Int J Forensic Ment Health  
1:59-70, 2002

16) 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

17) 公益財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興  
財団 第 18 回ヘルスリサーチフォーラム講演  
録, 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っ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) を作成した。その上で DISCO-J の評価者間信頼性、テスト再テスト信頼性、基準関連妥当性を検証した。

結果、評価者間信頼性、テスト再テスト信頼性ともに多くの項目で高い  $\kappa$  係数もしくは級内相関係数を示した。特に診断に関するセクションや項目ではほとんどの項目が  $\kappa$  係数もしくは級内相関係数が 0.75 以上となった。これらから DISCO-J が高い評価者間信頼性とテスト再テスト信頼性を有する ASD の診断のための技法であることがわかった。さらに DSM-IV-TR との粗一致率は 96.1%、 $\kappa$  係数は 0.91 であり、基準関連妥当性も高いことが示された。したがって、DISCO-J を臨床に用いることで、よりの確に ASD が診断できる可能性が示唆された。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)を整備し、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・ウイ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、「カナリ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
	コミュニケーション
	社会的交流
	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	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
	社会的交流
	社会的コミュニケーション
Part 8	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 53 例と対照群 24 例である。ASD 群の月齢は平均 172 ヶ月±105 ヶ月で、男女比は 41 : 12 であった。対照群の月齢は平均 132 ヶ月±80 ヶ月で、男女比は 8 : 16 であった。対照群の内訳は、定型発達 13 例、精神科臨床群 11 例で、うち統合失調症 3 例、反抗挑発症 2 例、知的能力障害、双極 II 型障害、社交不安症、身体症状症、神経性やせ症、および適応障害各 1 例である。

### 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。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。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。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。

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。

これらの課程を経て次の 3 点の検討を行った。

#### ① 評価者 1 と 2 による DISCO-J のコーディング

の評価者間信頼性を検討

#### ② 評価者 1 による初回および 1 ヶ月後のコーディングのテスト-再テスト信頼性を検討

#### ③ 評価者 1 の DSM-IV-TR による診断と評価者 2 の DISCO-J による診断との基準関連妥当性の検討

### 5. 統計学的解析

#### ① 評価者間信頼性および② テスト-再テスト信頼性の検討

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 ( $\kappa$ ) 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。

#### ③ 基準関連妥当性の検討

DISCO-J および DSM-IV-TR、それぞれの診断を ASD もしくは Non-ASD の 2 件で求めた。二人の評価者の診断結果の粗一致率と  $\kappa$  係数を求めた。

### 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

#### ①評価者間信頼性

$\kappa$ 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31項目(93.9%)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79項目(84.9%)、「現在と過去の非定型的発達」においては全449項目中396項目(88.2%)であった。全体として、 $\kappa$ もしくはICCが0.75以上であった項目は、88.0%と高い割合であった。一方、 $\kappa$ 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1項目(3.0%)、「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2項目(2.2%)、「現在と過去の非定型的発達」では10項目(2.2%)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 $\kappa$ 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)。

#### ②テスト再テスト信頼性

$\kappa$ 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、 $\kappa$ 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、 $\kappa$ 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

Table 1. 項目別の評価者間信頼性

$kappa$ 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	31 (93.9)	79 (84.9)	396 (88.2)
$0.75 > \kappa$ or ICC $\geq$ 0.50	1 (3.0)	12 (12.9)	43 (9.6)
$0.50 < \kappa$ or ICC	1 (3.0)	2 (2.2)	10 (2.2)
合計項目数	33 (100)	93 (100)	449 (100)

Table 2. セクション別の評価者間信頼性

DISCO セクション	項目数	κ or ICC >=		DISCO セクション	項目数	κ or ICC >=	
		0.75 の 項目数 (rate%)				0.75 の 項目数 (rate%)	
乳幼児期	30	28 (93.3)		イマジネーション	18	17 (94.4)	
スキルの発達				スキル			
粗大運動スキル:	13	11 (84.6)		目と手, 空間認知, 他	91	72 (79.1)	
身辺自立:				反復的な常同行動:			
トイレットトレーニング	13	13 (100)		運動と発声	24	24 (100)	
食事	16	9 (56.3)		感覚刺激:			
着脱	14	11 (83.3)		近位感覚刺激	30	30 (100)	
清潔	15	12 (80.3)		聴覚刺激	8	8 (100)	
家事スキル	6	4 (66.7)		視覚刺激	10	10 (100)	
自立	10	7 (70.0)		ルーチンと変化抵抗	38	34 (89.5)	
コミュニケーション				行動パターン	16	16 (100)	
理解	12	12 (100)		感情	18	16 (92.9)	
表現	28	23 (82.1)		不適切な行動			
非言語性	22	19 (86.4)		他者に影響する行動	50	47 (94.0)	
社会的交流(大人, 同年代)	65	57 (87.7)		睡眠	10	10 (100)	
社会的遊びと余暇活動	15	13 (86.7)		判定	8	8 (100)	

「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 3)。

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 κ 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 4)。

### ③基準関連妥当性

DSM-IV-TR を用いた診断において, ASD と診断されたものは 53 例, Non-ASD と診断されたものは 24 例であった。一方 DISCO-J による診断では 54

例が ASD, 23 例が Non-ASD と診断された。DISCO で ASD と診断されたが, DSM-IV-TR で Non-ASD と診断されたのは 2 名, DISCO-J で Non-ASD と診断されたが, DSM-IV-TR で ASD と診断されたのは 1 名であった。両診断における粗一致率は 96.1%,  $\kappa$  係数は 0.91 であった。

#### D. 考察

DISCO-J が高い評価者間信頼性とテスト-再テスト信頼性, さらには高い基準関連妥当性を有していることがわかり, 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 による的確な ASD の診断は, ASD の臨床や研究に貢献できるものと考え。とりわけ対応困難事例では詳細な情報の収集が必要であるが, 網羅的に情報を把握する上で DISCO-J を使用することは有益であると考え。

他方 DISCO-J の欠点としては情報を丁寧に多く

得られる反面, 長い時間を要することである。今後はより臨床で実施しやすい形が検討され, 発展していくことが望まれる。

#### 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。

#### 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。

Table 3. 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 4. 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	κ or ICC >=		DISCO セクション	項目数	κ or ICC >=	
		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)	

## 引用文献

- 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).
- 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ユ

ミエール (eds 青木省三 & 村上伸治) Ch. 1-3, 28-36 (中山書店, 2011).

- 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).
- 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25～27年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神神経分野）  
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究  
分担研究報告書

自閉スペクトラム症のスクリーニングと診断・評価ツールの開発に関する研究

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	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)
	鈴木 さとみ	(国立障害者リハビリテーションセンター)
	佐々木 康栄	(よこはま発達クリニック)
	川島 慶子	(福島大学人間発達文化学類)
	杉村 友吾	(社会福祉法人 M ネット東遠)
	原田 正美	(社会福祉法人 M ネット東遠)
	行廣 隆次	(京都学園大学)
	稲田 尚子	(東京大学医学部附属病院)
	黒田 美保	(福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室)
	田中 恭子	(東京大学医学部附属病院)
	村松 陽子	(京都市立京都児童福祉センター)
	宇野 洋太	(よこはま発達クリニック)

**研究要旨：**

自閉症スペクトラム (Autism Spectrum Disorders: 以下 ASD) の 2 次スクリーニングツールと診断・評価ツールと欧米で使用されている対人コミュニケーション質問紙 (Social Communication Questionnaire : SCQ)、親面接の診断・評価ツールであるアスペルガー症候群 (及び高機能自閉症) 診断面接 (The Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview :ASDI)、直接観察による診断ツールである Autism Diagnostic Observation Schedule (以下 ADOS-G の日本語版の信頼性・妥当性を検討した。さらに、オリジナルの自記式・他記式スクリーニング・評価ツールの開発 (U 式) を行った。

その結果いずれのツールについても日本で使用可能な準備が整った。

**A. 研究目的**

自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorder: ASD) の青年・成人を適切にスクリーニングし、診断・評価をするためのツールの作成を試みた。

**B. 方法**

日本で実用化することを目的として、以下の 3 つのアセスメントツールの日本語版の信頼性・妥当性検証を行った。

①ASDのスクリーニングのための質問紙である対人コミュニケーション質問紙 (Social Communication Questionnaire: SCQ)、

②親面接の診断・評価ツールであるアスペルガー症候群 (及び高機能自閉症) 診断面接 (The Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview :ASDI)

③海外で診断のゴールド・スタンダードとして世界で広く使われている Autism Diagnostic Observation Schedule (以下 ADOS) -G の信頼性・

妥当性・カットオフポイントについて検討を行った。

#### ④オリジナルの自記式・他記式スクリーニング・評価ツールの開発 (U式)

さらに日本の実情にあった青年・成人期の自閉スペクトラム症 (以下 ASD) の簡便な自己評価 (自記式) と他者評価 (他記式) のオリジナルのスクリーニングツールを開発する目的で「行動特性に関する質問紙」を作成し、青年・成人期の ASD 者と彼らの保護者もしくは配偶者、定型発達の青年・成人を対象に予備調査を行い、妥当性と信頼性 (内的整合性) の検討を行った。

### C & D. 結果と考察

#### ① SCQ 日本語版

ASD 群 (n=43) と非 ASD 群 (n=164) の SCQ 合計得点について、t 検定を行ったところ、ASD 群のほうが非 ASD 群よりも有意に SCQ 合計得点が高かった ( $p < .001$ )。ASD 群 (n=43) と非 ASD 群 (n=164) の SCQ 得点について、ROC 曲線を描いたところ、曲線下面積は .792 (信頼区間 .716 ~ .868) であった。SCQ は ASD と非 ASD 児の判別において、中等度の精度があると判断された。各得点について感度、特異度、Youden Index を求めたところ、Youden Index の値がもっとも大きくなる得点は 7 点であった。その場合の感度、特異度は、それぞれ .465、.933 であった。

#### ② ASDI 日本語版

ASDI の診断のある成人 41 名と統合失調症の診断のある成人 39 名に対して、ASDI を施行した。その結果、ROC 曲線は  $AUC = .998$  ( $95\%CI = .993 - 1.000$ ) であり、ASDI が ASD 群と統合失調症群の識別が非常によい検査であると判断できた。カットオフポイントは 4 に設定するのが適当であると考えられた。なお、ASDI の下位領域のうち「非言語コミュニケーションの問題」において統合失調症者と共通する評価が得られる傾向があり、留意が必要である。

#### ③ ADOS-G モジュール 4 のカットオフポイントの検討

ADOS-G-JV の Module 4 のカットオフ値は、「意思伝達領域」が 2 点、「相互的対人関係領域」が 4 点、両領域が 7 点と考えられた。

#### ④オリジナルの自記式・他記式スクリーニング・評価ツール (U式)

青年・成人期の ASD 者と彼らの保護者もしくは配偶者、定型発達の青年・成人を対象に予備調査を行い、妥当性と信頼性 (内的整合性) の検討を行った。

基準関連妥当性については、ASD 者と対照群である定型発達者に Autism Quotient 日本語版 (AQ-J) と Adult ADHD Self Report Scale ; ASRS-v1.1 (ASRS) を実施し、行動特性に関する自記式質問紙の ASD 特性と ADHD 特性との相関をそれぞれ検討したところ、両者ともに正の相関が認められた。内的整合性の検討の結果、他記式質問紙の  $\alpha$  係数は十分な値を示した。自記式質問紙では当てはまりのよくない項目を削除して検討したところ、質問紙の ASD 領域の  $\alpha$  係数は .80 以上を示した。

### E. 結論

SCQ、ADOS-G、ASDI 日本語版は日本の臨床現場で実践する準備が整った。オリジナルのスクリーニングツールである U 式については他記式・自記式とも十分な信頼性が確認された。

これらのアセスメントツールが一般の臨床場面で使用できるようになる。これにより、ASD 成人に対して今日の一般精神科における診断をより迅速にかつ容易になると考えられる。また、一定のトレーニングを受けることにより発達障害の専門家でなくても、短時間の診察の中で、これらの包括的アセスメントバッテリーを必要に応じて組み合わせて使用できるため、ASD 成人の行動特性を的確に捉え診断・評価ができるようになることが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

黒田美保, 稲田尚子. Autism Diagnostic Observation Schedule (自閉症診断観察検査) 日本語版の開発状況と今後の課題. 精神医学, 54: 427-435; 2012.

2. 学会発表, 講演

Kuroda, M., Inada, N., Kamio Y., Uno, Y., Uchiyama, T. Can the ADOS Module 4 help differentiate ASDs from other psychiatric disorders? (2012) International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP, 国際児童・青年精神医学会). フランス (パリ)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし



平成25～27年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神神経分野）  
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究  
分担研究報告書

触法性発達障害者の刑事法的対応に関する比較法的研究（韓国とドイツ）

分担研究者 太田 達也（慶應義塾大学法学部）  
研究協力者 堀江 まゆみ（白梅学園大学子ども学部）（平成27年度）  
堀田 晶子（帝京大学法学部）（平成27年度）  
オステン・フィリップ（慶應義塾大学法学部）（平成27年度）  
鄭 理香（Ds's メンタルヘル斯拉ボ）（平成25年度）  
鈴木 さとみ（国立障害者リハビリテーションセンター）（平成25年度）  
徐 運在（元慶應義塾大学大学院法学研究科博士課程／  
韓国法務省矯正本部）（平成25年度）  
宣 善花（慶應義塾大学大学院法学研究科博士課程）（平成25年度）  
久保田 隆（慶應義塾大学大学院法学研究科博士課程／  
ケルン大学博士課程）（平成27年度）

研究要旨

犯罪又は触法行為を行った発達障害者に対する刑事処分や刑事関連施設における処遇の在り方を模索することを目的とし、韓国とドイツにおいて、刑務所、少年院、保安処分施設、検察庁において聞き取り調査を行った。その結果、韓国とドイツの矯正施設では、現在までのところ発達障害の被収容者に対する特別な診断基準や処遇プログラムは整備されていないことが明らかとなった。

保安処分の導入は問題外としても、保安処分施設から釈放された元被収容者のアフターケアとして定期的に診療を行う体制が整えられているのは参考になる。さらに、ドイツの社会治療施設（又は区画）や韓国の精神保健センターでは、自由刑や処分の一過程又は最終段階において、人格障害者や性犯罪者に社会復帰に向けた社会治療処遇を行い、或いは軽度の精神障害者に対する集中的処遇を行っていることから、日本においても、発達障害の受刑者を専門に処遇する区画を設け、管区内の刑事施設に収容されている受刑者のうち、特別な処遇を必要且つ相当する発達障害受刑者を移送して処遇を行う体制を整備することが望ましい。さらに、仮釈放や満期釈放後の一定期間、社会において継続的な処遇を行い、福祉や医療等の社会資源に繋げるための法整備が必要である。

一方、ドイツや韓国には、比較的軽微な犯罪を行った被疑者に対して社会技能訓練や問題性に応じた処遇プログラム等を遵守事項として設定し、その履行を条件として起訴を猶予する遵守事項付起訴猶予ないし条件付起訴猶予の制度があり、比較的軽微な犯罪を行った発達障害者に一定の処遇や支援を促す仕組みとして活用することが考えられる。

また、その前提として触法性発達障害の診断基準を策定するとともに、矯正施設や検察庁に発達障害の診断や処遇に詳しい人材を配置した専門の部署を設け、或いは専門機関との連携を図ることが求められる。

## A. 研究目的

我が国では、発達障害者が犯罪行為を行った場合にも刑事責任能力が認められ、有罪となるのが一般的である。しかし、2012年7月30日の大阪地裁判決でも明らかになったように、刑事手続における処分決定において発達障害の評価が適正に行われないことがあることは否定し難い。さらに、発達障害者が実刑となった場合、現時点では、刑事施設に発達障害に特化した処遇プログラムはなく、特別改善指導など問題特性に応じた処遇が行われるに止まる。そもそも、矯正処遇を決定するうえで行われる処遇調査においても、発達障害に対する検査や診断の体制が十分整っているとはいえない。

刑事施設からの仮釈放においても、悔悟の情や改善更生の意欲といった一般基準が適用され、発達障害の特性を十分念頭においた評価や遵守事項の決定がなされることはあまりないように思われる。それ以前の問題として、発達障害特有の傾向から仮釈放の申出そのものが行われない可能性もある。そうなれば、満期釈放となって釈放後に何等の指導や支援も行われず、その結果、再犯に至ることにもなりかねない。

また、仮釈放となったからといって、現在の残刑期間主義（仮釈放後の残った刑期の間だけ保護観察を行う制度）の下では、極めて限られた期間しか保護観察を行って得ない。

2009年からは、精神障害や高齢の受刑者で福祉的支援を要する者を刑事施設収容中から帰住先の福祉施設を調整する特別調整と地域生活定着支援が実施されている。しかし、この制度の対象は主に知的障害者や高齢者であることから、知的障害のない発達障害者は見過ごされがちである。

このように、未だ発達障害者に対する理解が十分でない我が国においては、一般社会のみならず、刑事手続においても、発達障害に対する適切な診断や処分決定が行われているとはいえない。それでは、発達障害者の社会復帰や

更生はままならないというべきである。

本研究は、そうした問題意識の下、韓国とドイツにおける触法性発達障害者の刑事処分や刑事関連施設での処遇を比較法的見地から調査し、以て我が国における刑事司法制度の在り方を検討しようとするものである。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象と方法

本調査では韓国（平成25年度）とドイツ（平成27年度）という、大陸法に属し、刑事制裁についても刑罰と処分の二元主義を採る二つの国を調査対象とし、それぞれの刑罰や保安処分制度並びに犯罪者処遇に関する一般的な情報収集を行ったうえで、発達障害者を収容している可能性のある刑務所（韓国・ドイツ）、社会治療施設（ドイツ）、矯正医療病院（ドイツ）、保安処分施設（韓国・ドイツ）、少年院（韓国）、検察庁（韓国・ドイツ、但し、韓国の検察庁の調査は、本調査研究とは異なる機会に実施した）を訪問し、施設見学を行うとともに、処遇担当の職員や医師等から聞き取り調査を行った。

### 2. 倫理面への配慮

各施設への訪問に先立ち、主務官庁（法務省、司法省、検察庁）から許可を得た上で、各施設の訪問と聞き取り調査を実施した。調査に際しては、受刑者や収容少年の個人情報には一切触れない形で質問を行うなど徹底した配慮を行った。

## C. 研究結果

調査対象とした韓国とドイツにおける刑罰、保安処分、犯罪者処遇制度、検察官による起訴猶予制度については、平成25年度と平成27年度の報告書に取りまとめた通りであるが、我が国における触法性発達障害者に対する刑事処分や処遇を考えるにあたって重要と思われる点を以下にまとめる。

## 1 保安処分制度と釈放後のアフターケア

韓国もドイツも二元主義を採り、刑罰のほか  
に保安処分制度がある。

韓国の治療監護処分は、精神障害者や薬物依  
存者を対象とした保安処分であるが、心神喪失  
又は心神耗弱が認められた場合に限られる。従  
って、対象者の大半は統合失調症等の精神疾患  
に罹患している者であり、知的障害者や人格障  
害者は少数である。但し、韓国では、2008年  
の法改正により小児性愛や性的倒錯障害のある  
性犯罪者も治療監護処分の対象に含まれる  
こととなった。

ドイツの保安処分たる精神病院収容処分も、  
同様に、統合失調症及びそれとの重複障害者が  
過半数を占めているが、精神病のほか、依存症、  
知的障害、人格障害、性的倒錯障害を収容する  
施設もある。

いずれにせよ、ドイツと韓国の保安処分施設  
には発達障害だけを抱える者は殆ど収容され  
ておらず、従って、専門の処遇プログラムもな  
い。

しかし、韓国の治療監護所には、退所者のう  
ち希望者に対し退所後5年間（10年まで延長  
可）、精神疾患の病状改善及び再犯防止を目的  
として無料で外来診療を行う仕組みがあるし、  
ドイツの司法精神病院でも、病院のスタッフが  
定期的な診療を行い、地域の福祉施設や宗教関  
連施設とも協力してアフターケアの充実を図  
っている。

## 2 発達障害に特化したプログラムの不存在

ドイツと韓国の刑事関連施設には、現時点で、  
発達障害に特化した診断基準や処遇プログラ  
ムは存在しない。韓国の刑務所には性犯罪受刑  
者の心理治療のためのセンターが設置され、認  
知行動療法等が行われているが、この中に発達  
障害者が含まれている可能性はあるものの、そ  
れに特化した処遇プログラムではない。保安処  
分施設である治療監護所の性犯罪治療リハビ  
リセンターや薬物依存リハビリセンターにし

ても同様である。

韓国の医療少年院には発達障害のある少年  
が多く収容されているが、基本的に個別対応で  
ある。

ドイツの刑務所においても、ADHDなど発  
達障害のある受刑者については、作業療法や絵  
画療法のほか、必要に応じて心理療法が行われ  
ている程度である。

## 3 精神障害又は人格障害受刑者に対する特別な施設又は区画

しかし、ドイツには刑務所とは別に社会治  
療施設又は刑務所の一区画に社会治療区画が  
設置されており、重大な性犯罪を行った受刑者  
や社会に対する危険性の高い受刑者に対し、社  
会治療と呼ばれる処遇を行っている。

社会治療施設に移送されるのは、刑務所  
において刑の執行と処遇を行った後の最終段階  
である。ノルトラインヴェストファーレン州で  
は、刑務所から移送後、社会治療施設において  
3年から5年の間、職業訓練や認知行動療法、  
薬物治療、外部通勤などの処遇（社会治療処遇）  
を行い、施設から釈放する。近年、保安処分た  
る保安監置の目的が隔離から治療へとシフト  
されたのに伴い、保安監置施設から社会治療施  
設に移送される収容者や、保安監置の執行が予  
定されている受刑者に対しても社会治療の対  
象とされるようになってきている。

社会治療施設は発達障害者に対する専門の  
処遇施設ではないが、ノルトラインヴェストフ  
ァーレン州の社会治療施設では収容者の7割  
が反社会性人格障害者などの人格障害者であ  
ることから、発達障害者が含まれている可能性  
はあるし、将来的には、社会治療が必要且つ相  
当な発達障害者のための治療施設として位置  
づけることも十分に考えられる。

韓国でも、2012年以降、精神疾患を有する  
受刑者のうち特別な処遇を要する者を管内  
の各刑務所から集めて1年にわたり認知行動

療法などの集団療法を行う精神保健センターが各矯正管区に設置されるようになっている。

#### 4 条件付起訴猶予の制度

韓国とドイツには、起訴猶予に一定の遵守事項を付したうえで、その履行を義務付ける遵守事項付起訴猶予ないし条件付起訴猶予の制度がある。ドイツでは、法律上、社会技能訓練を遵守事項とすることが認められ、韓国では、保護観察所による指導（善導と呼ばれる）条件付の起訴猶予と、2007年の少年法改正によって法制度化が図られた篤志家（日本の保護司に相当）による指導条件付の起訴猶予のほか、薬物依存、DV、校内暴力など様々な犯罪者類型に対応した処遇プログラムを起訴猶予の条件とする制度が多用されている。

### D. 考察

#### 1 釈放／退所後の継続的処遇

韓国やドイツの保安処分は、心神喪失又は心神耗弱の者を主たる対象としているため、重複障害の場合を除くと、発達障害者が保安処分の対象となることは殆どないとされる。

加えて、日本では、かつて保安処分を導入しようとして刑法改正そのものが頓挫した経緯があり、保安処分に対する批判や懐疑論が根強く、実現の可能性はほぼないと言ってよい。従って、発達障害者に対する治療や処遇を考えるうえで両国の保安処分を参考にする意義は乏しい。

しかし、両国の保安処分施設では、退所後に元被收容者のアフターケアを行う外来診療部門やアウトリーチの体制がある。これを我が国の刑事施設から釈放された受刑者又は元受刑者に応用することができれば、発達障害のみならず、他の精神障害や物質異存のある（元）受刑者の社会復帰や改善更生に資するものと思われる。

もっとも、保護観察に付される仮釈放の場合とはともかく、満期釈放の場合、元受刑者に対す

る処遇や治療を促す法的根拠がなく、更生緊急保護や特別調整など従来の方法は本人が保護や福祉的支援を希望する場合に限られる。考えられる一つの方法としては、平成28年から施行される刑の一部執行猶予を活用することであろう。

また、仮釈放になった場合でも、残刑期間主義を採る日本では保護観察の期間が極めて短く、発達障害者の社会復帰に向けた補導援護を行うだけの十分な期間を取ることができない。これに対し、ドイツでは、処遇の必要性に応じて仮釈放後の保護観察期間を設定する考試期間主義を採用しており、こうした制度を日本で導入するのも一つの方法であろう。

任意の働きかけとしては、既に運用している特別調整（地域生活定着支援）の制度がある。但し、これまでのところ、主に知的障害者や高齢者が中心であり、発達障害者が多く対象となっている様子は見られない。刑事施設において発達障害に対する診断や処遇を適格に行ったうえで、住居や引受人もなく、福祉的支援を必要とし、且つ希望する発達障害者についても積極的に特別調整の対象としていく必要がある。

#### 2 発達障害受刑者に対する専門施設又は区画の設置

ドイツの社会治療施設（又は区画）や韓国の精神保健センターは発達障害を有する被收容者に特化した処遇施設ではないものの、前者については、刑の執行の最終段階、又は保安監置の執行過程若しくは保安監置の執行前において、人格障害や重大な性犯罪者に対する社会復帰のための訓練（社会治療）施設として、また後者については、刑の執行途中において軽度の精神障害者に対し集中的処遇を行う機関として機能している。

日本の少年院では発達障害を抱えた非行少年の矯正教育に特化した施設があるが、刑事施設についてはそうした機能を有する施設や区画は設置されていない。そこで、ドイツや韓国

の発想を生かし、日本でも発達障害の受刑者を専門に処遇する区画を設け、管区内の刑事施設に収容されている受刑者のうち、特別な処遇を必要且つ相当するものを移送して処遇を行う体制を整備することが望ましい。独立した施設であればなお良いが、今日の日本において新たな刑事施設を設置することは困難であろう。

発達障害者の特別な処遇区画を設ける理由であるが、刑事施設の場合、人権保障や秩序維持のうえで他の受刑者との公平性が極めて重要であり、特別な配慮をする受刑者を一般の受刑者とは異なる処遇や動作時限とするためには、別の区画にする必要があるからである。懲役受刑者には、懲役という刑罰上、刑務作業が義務付けられているが（処遇としても義務付けられている）、受刑者の問題性を改善するため処遇を行うためには、作業を短縮ないし一部免除する必要があり、そのためには一般の受刑者と同じ区画や舎房に収容していることは都合が悪いのである。

### 3 条件付起訴猶予の導入

発達障害のある者が比較的軽微な犯罪を行った場合、罪責の軽さから起訴猶予となることがある。しかし、犯罪の背景に発達障害が関係しているような場合、単に起訴猶予とただけでは、更生に支障が生じ、再犯に至る危険性がある。

そこで、ドイツや韓国のように、条件付起訴猶予の制度を導入することで、刑事責任の観点から起訴猶予とせざるを得ない場合でも、一定の処遇を遵守事項として付したうえで起訴を猶予することが可能となり、比較的軽微犯罪を行った発達障害についても、その社会復帰と再犯防止をより確実なものとするができる。

日本では、条件付起訴猶予制度に対し、適正手続違反や糾問主義への回帰といった批判がなされたことがある。しかし、ドイツや韓国のように被疑者の同意を要件とし、必要であれば、ドイツのように裁判所の同意も要件とする

ほか、条件や遵守事項の履行に起訴を不可能とする確定的効力を認め、さらには条件付起訴猶予に対する異議申立の手續を法定することで、これらの批判を回避できるものと思われる。

### 4 受刑者や被疑者に対する発達障害等の診断基準と検査体制の整備

発達障害犯罪者に対し適切な処遇を行うためには、その前提として、まず的確な診断を行う必要がある。刑事施設においては入所時の検査・診断体制を整備することが求められる。

一方、検察官が発達障害のある被疑者に対し、適切な起訴・不起訴の判断を行い、起訴猶予に際して適切な条件ないし遵守事項を付するためには、被疑者の障害の内容や程度を適切に診断・評価する必要がある。しかしながら、検察庁には発達障害の診断や治療に詳しい人材がいないことから、近年、検察庁に設置が進められている社会復帰支援室（名称は検察庁毎に異なる）を拡充し、専門家を配置することが一つの方法であろうし、平成 27 年から全国実施されている更生緊急保護の事前調整を、高齢者や知的障害だけでなく、自立支援を要する発達障害者に拡大することも考えられる。いずれにしても、矯正施設や検察庁に発達障害の診断や処遇に詳しい人材を配置し、或いは専門機関との連携を図ることが重要である。

### E. 結論

以上の考察を踏まえ、以下の結論を提案したい。

- ・仮釈放については、処遇の必要性に応じて仮釈放後の保護観察期間を設定する考試期間主義を採用する。
- ・発達障害を有する犯罪者に対し、必要且つ相当な場合、刑の一部執行猶予を適用することも視野に入れる。
- ・発達障害を有する受刑者についても積極的に特別調整の対象とする。

- ・発達障害受刑者を専門に処遇する区画を管区毎の刑事施設に設け、発達障害を抱える受刑者のうち特別な処遇を必要且つ相当する者を移送して処遇する体制を整備する。
- ・条件付起訴猶予の制度を導入し、比較的軽微犯罪を行った発達障害の被疑者に対し、一定の処遇を遵守事項として課す仕組みを設ける。
- ・刑事施設や検察庁に発達障害の診断や処遇に詳しい人材を配置し、或いは専門機関との連携を図る。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

・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号(2013)47-67。

・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(2014)147-165。

・内山登紀夫『発達障害の診断・支援ガイドブック—基本的な考え方から困難事例の対応まで—』（仮題）医学書院(2016刊行予定)（第8章 堀田晶子＝太田達也＝堀江まゆみ担当分）

### 2. 学会発表 なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

### 1. 特許取得 なし

### 2. 実用新案登録 なし

### 3. その他 なし

平成25～27年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神神経分野）  
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究  
分担研究報告書

諸外国での対応困難ケースへの支援状況の調査・研究（オーストラリア）

研究分担者 水藤 昌彦（山口県立大学社会福祉学部）

**研究要旨：**

発達障害があり、非行・犯罪をした人、矯正施設から釈放された人、あるいは病院から退院した人に対する、①医療・心理・社会福祉領域における支援サービスの内容、②刑事司法制度における対応状況について、日本国外の現状を調査し、国内における今後の制度設計のための情報を収集することを目的として、海外調査を実施した。

ビクトリア州メルボルンにおいて、福祉機関・司法機関を中心に7カ所において専門職計20名に対してインタビュー調査を行った。

その結果、①クライアントのニーズとリスクレベルを評価し、個別化した対応・支援を実施していること、②個別支援を可能にする、段階的な対応・支援体制が存在すること、③上記①と②を支える複数の専門職を養成する訓練課程が整備されていること、以上の3点は、今後日本におけるさらなる制度整備のために特に参照できると考えられた。

**A. 研究目的**

発達障害があり、非行・犯罪をした人、矯正施設から釈放された人、あるいは病院から退院した人に対する、①医療・心理・社会福祉領域における支援サービスの内容、②刑事司法制度における対応状況について、日本国外の現状を調査し、国内における今後の制度設計のための情報を収集すること。

**B. 方法**

2014年3月にビクトリア州メルボルンを訪問し、福祉機関・司法機関を中心に7カ所において専門職計20名に対してインタビュー調査を実施した。

メルボルンを調査対象地域に選択した主な理由は、本研究の目的からみて、①調査対象の候補となる機関が複数存在していること、②調査対象の各機関を結びつける法的枠組みが整備されていること、③すでに制度が25年以上にわた

って運用されており、実務上の対応について一定の知見が蓄積されていることであった。

**C. 結果および考察**

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

コーディネーターを中核として、クライアントのニーズとリスクレベルに応じた社会資源を組み合わせることで犯罪の促進因子に介入し、保護因子を増大させるというモデルが採用されている。コーディネーションの主要な役割は州障害福祉サービス部局が直接担っている。社会内処遇では、保護観察所と協力し、このクライアントグループへの支援に特化したケースマネジメント専門チームが編成されている。ハイリスクなクライアントに対応する処遇密度の高い施設サービスは州が直営し、よりリスクレベルの低いクライアントには民間組織が対応してい

る。これにより、クライアントのリスクレベルに応じた多様なサービスの提供、支援に必要な知識や技術・臨床経験の蓄積が可能になっている。

専門職は、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た。実際に用いられている心理教育の手法は認知行動療法、弁証的行動療法などが中心であり、医療職、心理職、ソーシャルワーカーが連携している。メルボルン大学の提供する系統的な専門教育が、こうした多機関でのアプローチの基盤のひとつとなっている。

#### D. 結論

①クライアントのニーズとリスクレベルを評価し、個別化した対応・支援を実施していること、②個別支援を可能にする、段階的な対応・支援体制が存在すること、③上記①と②を支える複数の専門職を養成する訓練課程が整備されていること、以上の3点は、今後日本におけるさらなる制度整備のために特に参照できると考えられた。

#### E. 健康危険情報

該当せず

#### F. 研究発表

本研究班報告書において調査結果の詳細を報告した。

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

該当せず

平成25～27年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神神経分野）  
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究  
分担研究報告書

英国とカナダにおける触法発達障害者の支援

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）  
榊屋 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 野沢 和弘（毎日新聞論説委員）  
高橋 春菜（P a n d A社会福祉事務所）  
及川 博文（P a n d A社会福祉事務所）

**研究要旨：**

英国・カナダにおいて触法発達障害の人にどのような支援がなされているか、現地を訪問し調査した。本総合報告書では我が国の支援の参考にするためにイギリスとカナダの共通点について報告する。イギリスではASDに特化した保安病棟があることが特徴的であり支援内容もASDを強く意識した方法がとられていた。カナダでは保安病棟に在院するASDの人は少なく、ASDに特化した対策はとられていなかった。両国とも退院後に地域において治療や支援を行う体制が整備されており、長期間にわたる支援を行っていることが共通していた。

**A. 研究目的**

英国・カナダにおいて触法発達障害の人にどのような支援がなされているか、現地を訪問し調査した。本総合報告書では、我が国の支援の参考にするためにイギリスとカナダの共通点について報告する。

**B. C. 方法と結果**

英国調査では触法ASDに特化した司法精神科病棟における支援内容、カナダ調査では司法精神科病棟における調査を中心に我が国に導入可能な点について検討する。

**1) カナダの司法精神科病棟における支援**

英国と類似したシステムが採用されているが、英国のように「高度保安病院」「中度保安病院」「低度保安病院」という区分よりも、「保安病棟」「一般病棟」と呼ぶことが多くなった。高度と中

度の境界が明確ではなく分ける方針を取らなくなったという背景があった。カナダでは2か所の司法精神科病棟を調査したが、特に発達障害に特化した支援はされていなかった。

知的障害のある患者に対してはグループの人数も3-4人と少数にすることで、グループ内の動向を把握しやすくするなどの配慮をしている。性加害処遇プログラムでは、これまでに10-15人ほどの知的障害者にプログラムを実施してきた。

一般の患者より短時間のプログラムを作成し患者の長所を活用するように配慮する。

性加害プログラムを受ける患者のIQ値は全体的に低く、概ねIQ70-80の間にある者が多いがIQ70以下の知的障害を有する患者も10-15%の割合で参加している。ASDと診断されている入院患者は少なく、入院プログラム終了後は地域でも専門性のある支援機関に紹介する。地域社会に安全

に戻る事ができるようになるまでは入院治療が継続されるが、ASD の場合は入院よりも専門性の高い居住に住みながら通院処遇を行うことが多い。

## 2) 英国調査

英国では ASD に特化した司法精神科病棟での支援を調査した。St. Andrew' s ASD 病棟における治療方針と内容を検討した。

St Andrew' s では、全病棟に対してのケアスタンダードがあり、さらに ASD に特化したケアスタンダード、すなわち、NICE の自閉症ガイドライン、自閉症アクレディテーション（英国自閉症協会による認定制度、ASD に特化した支援がなされていることなどが認定の基準になる）基準を満たすことに継続した努力が払われている。さらに自閉症サービス全体がエビデンスベースであることが求められる。性加害、放火、サイバー犯罪等の中でも、インターネット犯罪に関わる ASD の人の増加がみられる。特にインターネット犯罪については、触法 I T 部門 (Forensic IT Department) を設置し、サイバー犯罪の予防について研究調査を行っている。アウトカムの測定についても専門家の間でコンセンサスがなない。St. Andrew' s では Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) (Royal College of Psychiatrists' Research Unit が開発した重度精神障害者の社会的機能を測定するためのツール) を使用している。

3) 英国とカナダの支援方針に共通しているのは多職種によるチームを組織し包括的に患者をアセスメントし、個別の治療計画をたてることである。我々が調査した範囲では英国では ASD に特化した支援を重視していることが注目された。また地域社会において様々な支援ネットワークがあり、退院後の継続した支援体制を作ることが重視されていた。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

特になし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

文献)

「Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表」参照