

平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

分担研究報告書

研究課題名（課題番号）：医療的管理下における介護及び日常的な世話が必要な行動障害を有する者の実態に関する研究（H27 - 身体・知的 - 指定 - 001）

分担研究課題名：知的障害や強度行動障害を有する成人障がい者支援施設における医療・福祉の連携に関する調査 ～入院の有無と関連する要因に焦点をあてて～

研究分担者：田中 恭子（熊本大学医学部附属病院神経精神科 特任助教）

研究要旨

重度の知的障害や強度行動障害をもつ成人が多く生活する障がい者支援施設「三気の里」において、入院に至るような重大な身体症状の発生頻度や内容、関連する要因について、職員へのアンケート調査をもとに分析した。

対象者は三気の里を利用中の 97 名（平均年齢 43.1 歳、男性 75 名、女性 22 名）である。ほとんどの利用者が重度・最重度の知的障害と自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder, 以下 ASD）（それぞれ 88.7%、87.6%）を障害としてもち、強度行動障害スコアが 10 点以上の者が 92 名（94.8%）いた。9 割以上の者が何らかの定期薬を内服し、ほぼ全員（96 名）が一年間に少なくとも一度は通院するなど、通常から医療機関の利用頻度は高いことが分かった。

健康診断では生活習慣病の頻度は少なく、手術や入院を要する新たながんなどの疾患の発見はなかった。施設利用開始後、一度でも入院をしたことがある者は 36.1%であった。内科、整形外科、外科、歯科などへの入院が多く、初回入院時の平均年齢は 38.3 歳であった。入院と関連する要因として、年齢が高いこと、ASD の合併がないことの 2 つが抽出された。

知的障害や ASD を有する者、強度の行動障害を示す者は、医療的ケアのニーズは高いが、障害が重いほど、入院にはなりにくい傾向がみられた。それは健康であることを意味するものではなく、身体症状の気付かれにくさや入院治療を行う困難さを示していると考えられた。今後高齢化に伴い、知的、あるいは行動面で思い障害をもつ者も適切に医療が受けられる体制整備や医療と福祉との細やかな連携が重要であると考えられた。

A. 研究目的

強度行動障害や重度の知的障害をもつ成人は、身体症状の訴えの困難さや、行動障害に由来する通常とは異なる健康上の問題をもつなど、健康管理が困難な場合が多い。そういった障害をもつ者が多く生活する成人施設では、特有の健康上の問題や健康管理

の困難さから、また医療機関や医療者の受け入れの問題などから、医療機関との連携に課題があることが報告されてきた。医療側もそういった行動障害や知的障害の重い障害者への適切な医療の提供や施設職員への対応は不慣れで苦慮することがある。本調査では、障害者支援施設において、特に入

表1 対象者の属性

	全体 n=97	入所 n=66	通所 n=16	GH n=15
平均年齢 (歳)	43.1 ± 10.1	46.4 ± 8.2	29.3 ± 7.4	42.9 ± 6.7
性別 男性	75	53	12	11
女性	22	13	4	4
知的障害の程度				
軽度	3	1	0	2
中等度	8	4	0	4
重度	25	15	8	2
最重度	61	46	8	7
併存症				
自閉症スペクトラム	85 (87.6)	59 (89.4)	16 (100)	10 (66.7)
てんかん	38 (39.2)	28 (42.4)	6 (37.5)	4 (26.7)
強度行動障害スコア				
10点以上の人数	92 (94.8)	64 (97.0)	15 (93.8)	13 (86.7)
平均スコア	30.0 ± 11.9	30.5 ± 11.6	28.9 ± 10.4	28.1 ± 14.0
Barthel Index				
平均	66.6 ± 15.5	64.2 ± 13.8	67.8 ± 15.4	75.3 ± 19.4

院に至るような重大な健康問題の発生や関連する要因に焦点をあて、医療機関と福祉施設との連携における課題を明らかにすることを目的に研究を行った。

B. 研究方法

熊本県にある障がい者支援施設三気の里において調査を実施した。施設入所(以下入所)生活介護(自宅に生活し日中生活介護を利用、以下通所)共同生活援助(グループホーム、以下GH)を利用している者のうち、保護者からの文書による同意が得られた97名について調査した。調査票は担当の職員が平成30年1月に記入した。調査票では平成29年一年間の通院・服薬状況、施設利用開始後の入院の有無やその理由、医療機関受診時の問題点を尋ねた。

統計処理はSPSS ver24を用い、二乗検定、t検定、ロジスティック解析を行った。(倫理面への配慮)

本調査は無記名のアンケート調査として行われた。施設の倫理委員会の承認を得ている。

C. 研究結果

対象者の属性

対象者は97名、平均年齢43.1 ± 10.1歳(±以下は標準偏差)男性75名、女性22名である。全員が知的障害を有し、知的障害の程度は最重度62名(63.9%)、重度24名(24.7%)、中等度8名(8.2%)、軽度3名(3.1%)である。合併症は自閉スペクトラム症(Autistic Spectrum Disorder: ASD)85名(87.6%)、てんかん37名(38.1%)が多かった。強度行動障害をもつとみなされる強度行動障害スコアが10点以上の者は92名(94.8%)であった。日常生活動作の機能的評価を表し、高いほど自立度が高いBarthel Indexの平均は66.6(±15.5SD)であった。入所、通所、GHのそれぞれの内訳については表1に示す。

定期健康診断

調査を行った施設では定期健康診断を対象者全員に対して半年に一度行っている。直近の健康診断の結果について尋ねた。

表2 対象者の身体測定結果

		全体 n=97	入所 n=66	通所 n=16	GH n=15
身長	男性	168.0±7.6	167.5±8.6	170.1±5.4	165.6±7.8
	女性	149.8±10.1	147.6±10.5	158.1±3.4	150.2±11.5
体重	男性	61.6±11.1	60.7±10.4	66.8±14.3	58.6±9.9
	女性	51.3±7.7	51.8±7.6	54.2±6.8	48.5±10.3
BMI	男性	21.8±3.1	21.6±2.7	23.0±4.7	21.2±2.4
	女性	22.8±2.2	23.7±2.1	21.7±2.6	21.3±1.3

(参考)

40代日本人男性平均身長 170.8cm
 40代日本人男性平均体重 70.6kg
 40歳日本人男性平均BMI 24.2

40代日本人女性平均身長 158.0cm
 40代日本人女性平均体重 55.5kg
 40歳日本人女性平均BMI 22.3

身長、体重、BMIを表2に示す。同年代の日本人平均と比べると身長、体重、BMIのほとんどが平均を下回っていた。女性のBMIだけが平均を超えており、女性は肥満になりやすい傾向があった。BMIが16.4以下、または25.0以上を示した者は9名(9.2%)であった。

採血、検尿やレントゲンなどの検査によって何らかの指摘を受けたのは60名(61.9%)であった。内容としては脂質異常21名(21.6%)、貧血13名(13.4%)、肝機能異常10名(10.3%)などがみられ、要経過観察となることが多かった。乳がん検査の再検査になった者や肝血管腫などの良性腫瘍が指摘された場合もあったが、健診の結果で手術や入院につながった例はなかった。

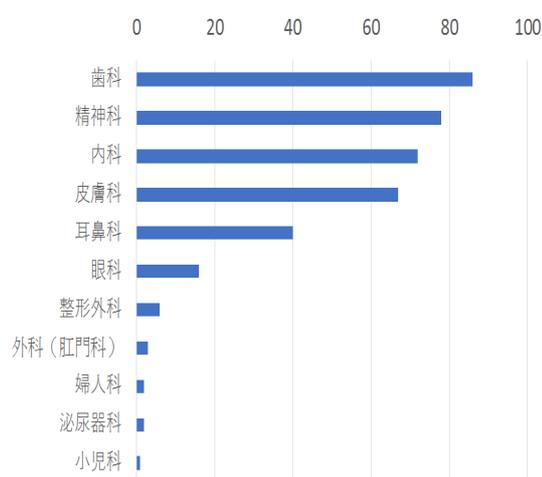
医療機関利用状況

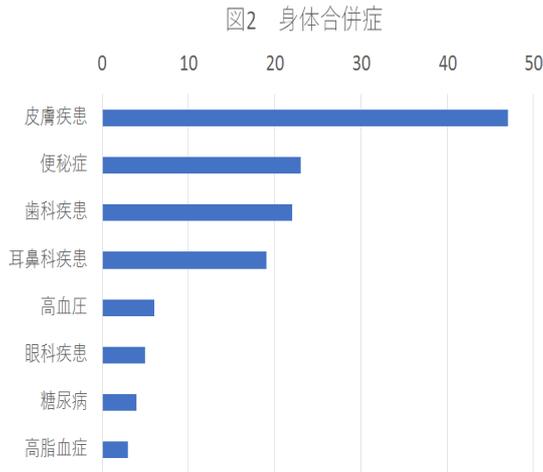
医療機関には、ほぼ全員96名(99.0%)が平成29年中に少なくとも一度は何らかの理由で通院していた。通院先は歯科が最多86名(88.7%)で、次いで精神科78名(80.4%)、内科72名(74.3%)名、皮膚科67名(69.1%)であった(図1)。身体合併症(平成30年1月時点で医療機関で治療を受けている疾患)としては、皮膚疾患が最多

47名(48.5%)で、ついで便秘症23名(23.7%)、歯科疾患22名(22.7%)、耳鼻科疾患29名(29.9%)であった(図2)。高血圧、糖尿病などの生活習慣病の頻度は少なかった。

薬剤使用状況としては89名(91.8%)が定期薬の内服をしており、43名(44.3%)が外用薬を使用していた。内服薬数の平均は4.4(中央値4、最高値12)、内服回数は平均2.6回であった。一日4回(毎食後、就寝前)の内服をしている者が24名(24.7%)いた。

図1 通院中の医療機関





向精神薬の内服をしている者が 75 名 (77.3%) おり、向精神薬数の平均は 2.9 (中央値 1、最高値 6)、抗精神病薬数の平均は 1.1 (中央値 3、最高値 12)、抗精神病薬の平均クオロプロマジン (以下 CP) 換算値は 215.3 ± 280.2 (中央値 100、最高値 1200) であった。

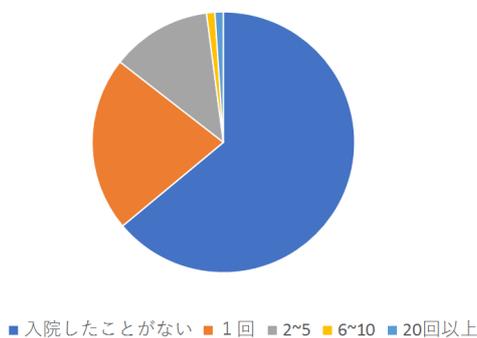
入院の有無と関連する要因

施設利用開始後、一度でも入院をしたことがある人は 35 名 (36.1%) で、2 回以上入院をしたことがある者が 14 名 (14.4%) おり、23 回の入院歴がある者もいた (図 3)。

初回入院の時の入院時平均年齢は 38.3 ± 10.9 歳、サービス利用開始後平均 15.2 ± 8.1 年であった。

初回入院時の診療科は内科が多く (40%)、ついで整形外科、外科、歯科と続いた。肺炎の治療の場合でも行動上の問題や身体拘束

図 3 入院回数



が必要などの理由で内科入院が難しく、精神科病院に入院となることもあった。

入院理由別では腸・肛門疾患が多く、例えばイレウス、痔核、大腸ポリープ、虫垂炎など様々な疾患がみられた。ついで感染性・嚥下性の肺炎、骨折、歯科治療が多かった。中には二つの理由 (てんかん重積発作と肺炎など) で入院することもあった。

図 4 初回入院時の診療科

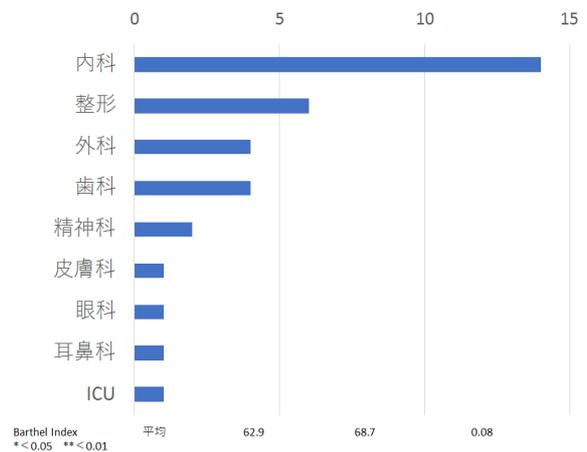
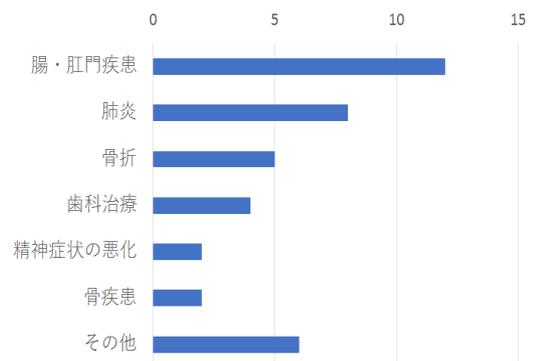


図 5 入院理由



入院したことがある人 (35 名) としたことがない人 (62 名) において、影響を与える要因について調査した。表 3 に示すように、入院をすることに有意に影響を与える要因としては「年齢が高い」「サービスの種類」「知的障害が軽いこと」「ASD がないこと」

表3 入院の有無と関連する要因

		入院あり n=35	入院なし n=62	<i>p</i>	
平均年齢 (歳)		48.0±9.2	40.3±9.6	<0.01**	
性別	男性	26	49	0.62	
	女性	9	13		
サービスの種類	入所	30	36	<0.01**	
	通所	0	16		
	GH	5	10		
知的障害の程度	軽度	3	0	0.04*	
	中等度	5	3		
	重度	8	17		
	最重度	19	42		
通院中の身体疾患	あり	15	13	0.04*	
	なし	20	49		
併存症	ASD	あり	25	<0.01**	
		なし	10		
	てんかん	あり	15		0.67
		なし	20		
向精神薬内服	あり	25	49	0.46	
	なし	10	13		
抗精神病薬CP換算量		172	239	0.27	
健診時の指摘あり		27	33	0.02**	
なし		8	29		
強度行動障害スコア	30点以上	15	43	0.013**	
	29点以下	20	19		
Barthel Index		62.9	68.7	0.08	

* < 0.05 ** < 0.01

表4 入院することと有意に関連する要因

	OR	95%CI	<i>p</i>
年齢	1.083	1.017 - 1.152	0.012**
自閉症の合併がないこと	6.934	1.290 - 37.275	0.024**

「何らかの通院中の内科疾患があること」「健診時の指摘があること」「強度行動障害スコアが低いこと」であることが分かった。性別、てんかんの合併の有無、向精神薬の内服、CP換算抗精神病薬量、Barthel Indexスコアは有意差を認めなかった。

入院の有無に影響を与える要因同士の交絡の影響を除外するため、ロジスティック回帰解析の変数増加法ステップワイズ(尤度比)を行ったところ、「年齢が高いこと」と「ASDがないこと」のみが有意な要因として抽出され、「知的障害が軽いこと」「何らかの通院中の内科疾患があること」「強度行動障害スコアが低いこと」「健診時の指摘があること」は除外された。

健康管理や医療機関受診にあたっての困難

医療機関受診時には、本人の障害特性に由来する行動上の問題や、治療への協力困難、医療機関という環境への適応の困難のため、待機時間や場所、付き添い者などで苦慮していた(表5)。医療機関受診が大変であるので、なるべく病気にならないよう、未然に防いだり重症化を防いだりすることに気が配られていた(表6)。また特有の症状や行動に対して理解や協力の得られる医療者や医療機関を確保することの困難が記述された(表7)。

また本調査票を行って筆者が感じたこととして、医療者と福祉施設職員とのコミュニケーションの難しさがある。例えば、医師

としては当然理解している用語(合併症、診療科など)が正しく理解されていないことがあった。双方の共通言語や知識を明確化

し、また役割やその限界についても理解しあっておくことが、円滑で有機的な連携には必要であると感じられた。

表5 医療機関受診時の困難

検査や治療への協力	医療器具を触る、検査や診察に抵抗する、場合によっては危険、治療後の安静が保てない
不慣れた環境への適応困難	不安がりパニックになる、興奮・多動
待機時間の問題	待てない、じっとしてられない
周囲への迷惑	人を叩いたり大声をあげたりする、突進して人にぶつかる
入院環境への適応困難	病院食を食べない、眠れない
病院設備の問題	売店で物をとる、雑誌やパンフレットを集める、非常ベルを押す
付き添い者	特定のスタッフでないと対応が困難、複数名必要
音や人込みなど感覚の問題	騒がしさや泣き声が苦手な他害行為
行動上の問題	トイレでのろう便、異食あり目が離せない などなど

表6 健康管理で気を付けていること

症状の早期発見	<ul style="list-style-type: none"> ・ 症状の訴えができないため、バイタルサインの変化に気を付ける ・ 便の状態や排便有無の確認(イレウスの既往、便秘薬の使用判断のためなど)
重症化の予防	<ul style="list-style-type: none"> ・ 軽症のうちに、早めに病院に行く
病気にならないための工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事内容を、刻み食、減塩食などの特食にしてもらっている ・ 食事をかきこんで危険なため、声かけを行う ・ てんかん発作を起こしやすい状態(睡眠不足、気温変化)を避ける ・ 運動を促す
脆弱性への配慮	<ul style="list-style-type: none"> ・ 気候の変化に弱いため、衣類や寝具調整に気を付ける ・ 皮膚が弱いため、クリームの塗布 ・ 虫歯になりやすいので、歯科に定期通院
利用者の健康問題への対処	<ul style="list-style-type: none"> ・ B型肝炎キャリアであるため血液の扱いに気を付ける ・ インフルエンザなどの感染者が出た場合の早期対応(部屋を隔離)

表7 医療者との連携での苦勞

診療してもらえない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対応可能な医師が不在と断られる
入院医療機関をみつける苦勞	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院が可能な医療機関をみつけることが難しい。身体拘束が必要な場合、精神科のある総合病院への入院を検討するが、緊急の入院ができないこともある
医療者の態度や言動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者への無理解や偏見 ・ 威圧的な態度であると、伝えたいことも伝えにくい
通常とは異なる反応を示す人たちへの理解が得られにくい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 飛び跳ねたりするために「骨折はない」と断言されたが、のちに骨折が分かり、発見が遅れた ・ 重症化を防いだり早期発見したりするために、軽微な症状、あるいは症状がなくても定期受診しているが、その必要性を理解してもらえない

D. 考察

強度行動障害や重い知的障害を有する者は、行動上の問題や日常生活活動に対して専門的な対応を必要とすることが多い。医療面においても強度行動障害スコアが高いほど、向精神薬の使用量も多くなることが指摘されており、行動障害に対する薬物療法をはじめとする精神科治療、合併症への治療、元々持っている身体的合併症への治療など、医療的なケアのニーズは幅広く高い。その一方、医療機関の利用は彼らにとって容易ではない。特に入院を要するような医療的ケアが必要になる場合は治療を受ける本人、支援する家族やスタッフ、医療者のそれぞれに困難を伴う。入院がどのような理由で、どういった要因が影響しているかを把握しておくことは意義があると考え、本調査を行った。

定期健康診断では何らかの異常を 61.9%の方が指摘されていた。一般人口の定期健康診断での有所見率は 65.1%（平均年齢 40.3 歳、2011 年労働衛生協会事業年報より）であったことから、若干低いくらいであった。同調査と比較すれば、脂質異常や肝機能異常の割合は少し低く、貧血の割合は少し高かった。BMI 異常を示した人は 9.2%で、一般人口 22.5%に比べると少なく、食事や運動などを比較的管理されているためであると思われる。ただ食事が管理されて体重はほぼ標準域にある割には、有所見率はほぼ同等にみられており、肝機能障害や血球数異常は長期の服薬による影響を受けているかもしれない。

今回調査をした施設では、ほぼ全員が医療機関を少なくとも一年に一度は受診しており、9 割以上の者が定期薬の内服、4 割以上の者が外用薬の定期使用を行っているなど、医療的ケアのニーズの高さが示された。定期的な治療を受けている疾患（身体合併症）としては皮膚疾患が最多で、通院頻度も多かった。行動障害や知的障害が重い者に

とって、衛生管理の難しさや自傷や常同行為による皮膚症状の多さは臨床的にも感じられるところであり、医療的ケアのニーズの高い領域であった。高血圧、糖尿病、高脂血症などの生活習慣病は、それぞれ 6 名（6.2%）、4 名（4.1%）、3 名（3.1%）であり、40 代の一般人口平均と比べるとかなり少なく、健康診断の検査結果とも一致していた。これは施設入所をしている場合、食事や生活時間が管理されているためと考えられ、こういった条件下では同年齢者とは健康上の問題が異なることを医療者は認識しておく必要があると考えられた。

入院については、大多数が未経験であったが、中には 30 年の間に 23 回入院した者もいるなど、入院を繰り返す者が一部いた。入院理由は腸・肛門疾患、肺炎などによる内科への入院が多かった。特に ASD では腸疾患との関連を示唆する報告もあり、偏食、異食などの食行動の問題、向精神薬の内服による副作用などの影響を受けていると考えられ、胃腸症状の合併が多いことを認識しておく必要がある。歯科治療のように計画的に、障害者歯科のある医療機関に入院できる場合もあるが、内科、整形外科、外科などの診療科に緊急で入院になることも多く、障害に理解のある医療環境を得ることが難しいこともあると考えられる。

入院の有無と関連する要因を、入院をしたことがある者 35 名、したことがない者 62 名で比較、検討した。入院することと関連がある要因として「年齢が高い、知的障害が軽い、通院中の身体疾患がある、ASD の合併がない、健診時の指摘がある、強度行動障害スコアが低い」があげられ、関連がない要因として「性別、てんかんの合併、向精神薬の内服、抗精神病薬の量、Barthel Index の値」があった。また、関連がある要因の中で、交絡要因を排除するためにロジスティック回帰解析を行った結果では、「年齢が高いこと」、「ASD の合併がないこと」が有意

に影響するという結果であった。年齢が高くなるにつれて入院機会が多くなることは、一般人口と同様であると考えられる。ASD については、ASD を合併する知的障害では、合併しない知的障害の人に比べ、入院する機会が有意に少ないという結果が得られた。これは彼らが必ずしも健康であるという意味のものではない。実際、ASD の人たちの寿命は一般人口平均よりも短く（53.87 vs. 70.20 歳）、死亡する確率も 2.56 倍高い（Hirvikoski ら、2016）。ASD の人たちが入院が有意に少なくなるのは、身体症状への気付かれにくさや入院治療のハードルの高さを示唆しているのではないかと考えられた。スタッフの記述内容にもあるように、ASD のこだわりや慣れない環境への不安の高さ、感覚過敏などの特性から、障害者自身の医療行為や医療環境に適応することの難しさ、家族やスタッフのつきそい者の確保の困難さ、受け入れる医療機関の見つけづらさなどが影響していると考えられた。また表 3 に示すように、知的障害や強度行動障害が重い場合にも入院することが少なくなる傾向があると考えられた。今後、年齢が高くなるにつれて、身体症状の合併は増えることが予想され、こういった知的障害

や ASD、重い行動障害をもつ者にも適切な医療、必要であれば入院治療が速やかに行える環境や体制を整えていくことが重要である。

重い知的障害や行動障害がある場合、自ら身体不調の訴えをすることが難しく、スタッフも早期発見に尽力しているもののその難しさが記述されていた。健康診断での何らかの異常を指摘されていることや、定期的に身体疾患の治療で通院をしている場合、入院のリスクが高くなる可能性が示唆されたため、こういった利用者にはさらに注意を払うことが有効ではないかと考えられた。

知的障害や行動障害の重い人たちに対して、適切な医療的なケアを行うことの大変さを指標化できないかと考え、図 6 を考案した。重い知的障害や行動障害をもつ人たちが多く生活する施設では、こういった医療的ケアに対して時間や労力が非常に割かれており、今後さらに増大していくことになると予想される。必要性が適切に評価され、例えばスタッフの人数配置や加算などの福祉行政の施策へ反映することが必要ではないかと考える。

図 6 医療的ケアニーズ評価（試案）

		3	2	1	0
本人の精神・行動上の問題	行動障害の強さ（強度行動障害）	スコア20点以上	スコア10～19	スコア1～9	なし
	本人の身体症状				
	てんかんなどの発作、意識障害の存在	週1回以上	月1回以上	年1回以上	なし
	鼻感染性（頻回の熱、皮膚感染症、中耳炎など）	月1回以上	3カ月に1回以上	年1回以上	なし
	慢性疾患の存在（HT、DM、HC、がんなど）	治療を受けているが病状安定せず	治療を受けており病状安定	経過観察中	なし
医療的ケアの問題					
	通院回数の多さ	毎週	毎月	年1回以上	定期受診無し
	入院回数の多さ	過去5年で5回以上	過去5年に1回以上	一度でも入院の既往あり	入院既往なし
	外用薬塗布などへの軽微なケア	毎日	毎月	年1回以上	なし
	服薬管理（薬剤数、内服回数）	一日3回以上/5種類以上	毎日内服/1-4種類	毎月服薬あり	服薬していない
	整容・衛生・衣類調整	常時支援	半分程度は支援	少し支援	支援なし
本人の日常生活やADLの問題					
	食事や栄養に関する問題の存在（肥満、やせ、符合必要）	援助しているが対応困難	援助しており対応可	援助は要しないが要注意	なし
	排泄に関する問題の存在（便秘、頻尿、遺尿、夜尿）	援助しているが対応困難	援助しており対応可	援助は要しないが要注意	なし
	移動、歩行の困難（麻痺、筋力低下、歩行不安定、車いす使用）	援助しているが対応困難	援助しており対応可	援助は要しないが要注意	なし
	睡眠に関する問題（早朝覚醒、不眠）	援助しているが対応困難	援助しており対応可	援助は要しないが要注意	なし
健診結果					
	何らかの指摘	要精密検査あり	経過観察あり		なし

E. 結論

障がい者支援施設に生活する知的障害や行動障害が重い人たちは、普段から多くの者が通院や薬物治療を受けているなど医療的ケアのニーズは高かった。

定期健診では、有所見率は一般人口とほぼ同等で、食事や環境などが管理されていることを考慮すると長期薬物療法の影響も考えられた。健診時の何らかの異常の指摘は入院に直結するわけではないが、入院を要する状態を予測する因子として注意すべきかもしれない。

過半数の利用者は入院を経験したことがないが、一方入院を頻回に繰り返す者もいた。年齢が高くなるほど、入院の可能性は高くなり、ASDの合併のある知的障害者は入院の可能性が低くなることが示された。ASDをもっていたり、知的障害が重度になると、身体症状の把握が難しくなり、障害者本人の医療行為や医療機関への適応の困難さ、対応する家族やスタッフの確保、受け入れる病院を見つける難しさなどが容易に入院できない理由となっているのではないかと考えられた。今後、高齢化に伴い、さらなる身体合併症の出現と入院治療の機会が増えることが予想される。知的障害や行動障害の重い障害者に対しても、入院治療を含めた適切な医療を速やかに提供ができる体制を整備していくことが急務であると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

田中恭子 熊本地震における子どもの心のケアの現状と課題. 児童青年精神医学とその近接領域 58(5): 102-106, 2017

田中恭子 知的能力障害を伴う自閉症スペクトラムの例(内山登紀夫編). 中山書店,

東京, 160-164, 2018

2. 学会発表

・田中 恭子, 田中 恭子, 松尾 由美, 城野 匡 「熊本県における発達障害に関する精神科医・小児科医の意識調査 第1報 精神科と小児科の比較調査」. 第58回日本児童青年精神医学会総会, 奈良市, 10月7日, 2017

・佐久田 静, 田中 恭子, 松尾 由美, 城野 匡. 「熊本県における発達障害に関する精神科医・小児科医の意識調査 第2報 診療の有無が精神科医の態度や負担感に与える影響」. 第58回日本児童青年精神医学会総会, 奈良市, 10月7日, 2017

・松尾 由美, 田中 恭子, 伊藤 薫, 佐久田 静, 城野 匡. 「医療資源の不足している地域に対する発達障害の専門医療支援の実践報告」. 第58回日本児童青年精神医学会総会, 奈良市, 10月7日, 2017

・勝屋 朗子, 田中 恭子, 城野 匡. 「熊本地震における発達障害者の動向～大学病院外来患者への調査から～」. 第58回日本児童青年精神医学会総会, 奈良市, 10月7日, 2017

・大平洋明, 坂本亮子, 田中 恭子. 「熊本地震後の子どものこころのケア 乳幼児健診の場をいかした支援」. 第58回日本児童青年精神医学会総会, 奈良市, 10月7日, 2017

・Steve Kroupa, 田中 恭子. 「TEACCHアプローチの統合的な考え方～構造化による支援のパラドックス」発達障害支援スーパーバイザー養成研修 東京, 3月13日, 2017
・田中恭子. 「強度行動障害と医療」熊本県強度行動障害支援者養成研修(基礎研修). 熊本市, 9月25日, 12月5日, 2017年. 1月29日 2018年

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし