

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）

## 分担研究報告書

### 分担研究課題名：精神科病院から障害者支援施設に移行した強度行動障害者の支援

研究分担者：志賀 利一（独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園）  
研究協力者：有賀 道生（独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園）  
信原 和典（独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園）  
古屋 和彦（独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園）

#### 研究要旨

行動障害が顕著で、家庭での生活が困難となり、なおかつ地域の障害者支援施設や障害福祉サービス事業所等での受け入れができず、精神科病院に入院している知的障害者が一定数いる。こうした強度行動障害者の地域移行に向けた取り組みが社会的な課題となっている。本研究は、精神科病院から地域移行に向けての中間施設として、診療所（精神科）を併設する障害者支援施設の約3年間の実践事例をまとめることで、障害者支援施設における生活支援と精神科医療の連携の在り方について考察を行う事例研究である。結果から、地域生活が立ち行かなくなった強度行動障害者を対象に、有期限で生活を立て直す事業の可能性と留意点について考察する。

#### A. 研究目的

平成 28 年度に、「精神科病院から障害者支援施設に移行した強度行動障害者の支援」として報告した3事例の追跡報告を行う<sup>1)</sup>。

昨年度は、精神科病院退院後、診療所を併設する施設入所支援における約1年半にわたる、生活支援と精神科医療の連携の経過をまとめた。結論として、「精神科病院退院後、継続的なアセスメントにより生活支援の方法を詳細かつ頻繁に変更し、同時に精神科医療による減薬等を実施することで、行動障害の軽減と同時に、ある程度安定した生活スタイルの確立が可能であることが推測できる。ただし、精神科病院を退院し、障害者支援施設に入所して1年半少々の期間で、地域移行が実現した者はいない。また、行動の改善の程度ならびに減薬の取り組みにおいても個人差が存在しており、今後も継続的な調査を行う必要がある。」とまとめている。

今年度は、その後約1年半、合計3年間の生

活支援ならびに薬物療法を中心とした精神科医療の経過をまとめる。さらに今年度は、日本語版 BPI-S(問題行動評定尺度短縮版)を用い、入所時、1年半、3年時の行動障害の状態を得点化し(支援記録等による後方視的な評定)、評定尺度の妥当性に関する探索的調査も合わせて行った。

結果から、最近議論が始まった、有期限で強度行動障害者の生活の立て直しを行う事業の可能性と留意点について考察する。

#### B. 研究方法

本研究において、3事例について、個別支援計画に則った生活支援記録、薬物療法等の精神科医療の診療記録、障害者支援施設内部あるいは関係機関を交えた定例のケース検討会の記録、日本語版 BPI-S の評価点を時系列に整理し、考察する。

なお、本研究は、国立のぞみの園調査研究調整会議の審査を得ている。

C. 研究結果

1. 服薬と生活支援の調整

である。事例Aは入所時に1日に11種43錠

(昼、就寝時) 事例Bは1日に12種40.5錠

表1. 対象者の概要

ケース	A (31歳・女性)	B (29歳・女性)	C (26歳・男性)
ケース概要	障害支援区分6 重度知的障害、幼児虐待症候群、てんかん 身長140cm、体重55Kg	障害支援区分6 重度知的障害、自閉症、てんかん 身長150cm、体重50Kg	障害支援区分6 最重度知的障害、自閉症、てんかん 身長185cm、体重68Kg
入所前情報	歩行困難(1年間/減薬により歩行可能性あり) 唾を吐く、引っ掻く等の他害行為ならびに暴言が日常的 人とのかかわりを持ちたがり、近くに人の気配がある方が 落ち着く	入院当初、入浴・服薬の拒否が強い(現在は弱くなっ ている)。衣類等のこだわりが強く切り替えが難しい 突然不穏状態で、破壊等手をつけられない。日中は作 業活動に参加できる	睡眠リズムが保てない(不眠状態)。ふらつきによる転 倒のリスクが高い 人格が豹変し興奮状態(酩酊状態?)が頻繁にあり、その 状況では安全確保以外の対応がとれない こだわりの強い物(雑誌等)への要求が満たされないと、 破壊や他害行為に
入所時状況	個室利用・構造化された環境提示。車いす使用(外 出時は電動)。入所後1週間は職員による移動。その 後は、車いす自走。また、座位が保てやすく右に傾く 1ヶ月後には寮内歩行から寮外の歩行が段階的に可 能となる。他者とのトラブル無く、行動上の問題はほとん ど生起しない	個室利用・構造化された環境提示 食事時間が毎回1時間を越える 時々興奮・不穏状態になり、職員や他利用者への他害 行為がある。一定の時間で落ち着くと、通常の生活に戻 る	好みのアイドルの写真等を要求するが、自ら破棄してさら に次の要求を繰り返す、終わりが無い(最終的に他害 や破壊行為等) 就寝時の服薬で必ず興奮状態に豹変。他害行為中に 転倒も頻回 午前中は朦朧としていることが多い

表2. 3年間の服薬状況

	A	B	C
入所 当初	抗精神 オランザピン 20mg 抗てんかん バルプロ酸ナトリウム 1,200mg トピラマート 600mg レベチラセタム 1,000mg 抗不安 ロラゼパム 3mg 抗パーキンソン ヒベンズ酸プロメタジン 200mg 睡眠 クアゼパム 30mg フルニトラゼパム 2mg 下剤 酸化マグネシウム 2,000mg シメチコン 80mg	抗精神 レボメプロマジンマレイン酸塩 5mg リスベリドン 3mg 抗てんかん レベチラセタム 4,500mg バルプロ酸ナトリウム 800mg カルバマゼピン 700mg クロナゼパム 0.5mg ソニサミド 450mg 抗うつ フルボキサミンマレイン酸塩 125mg 睡眠 フルニトラゼパム 2mg 下剤 酸化マグネシウム 2,000mg センゾシド 48mg	抗精神 レボメプロマジンマレイン酸塩 5mg リスベリドン 4mg ソテピン 75mg 抗てんかん レベチラセタム 1,400mg バルプロ酸ナトリウム 800mg カルバマゼピン 900mg 抗うつ フルボキサミンマレイン酸塩 25mg ADHD アトモキセチン塩酸塩 100mg 抗パーキンソン ヒベンズ酸プロメタジン 3mg 睡眠 フルニトラゼパム 2mg ニトラゼパム 20mg エスタゾラム 4mg プロチゾラム 0.25mg フェバルピタール 20mg プロモバルレル尿素 0.8mg カルチニン欠乏 レボカルニチン塩化物 750mg 下剤 センゾシド 48mg 頓服 リスベリドン・ピコスルファートナトリウム
入所 1年半	抗精神 オランザピン 20mg 抗てんかん バルプロ酸ナトリウム 1,200mg トピラマート 600mg レベチラセタム 1,000mg 抗パーキンソン ヒベンズ酸プロメタジン 200mg 睡眠 クアゼパム 30mg フルニトラゼパム 2mg 下剤 酸化マグネシウム 1,000mg シメチコン 80mg	抗精神 レボメプロマジンマレイン酸塩 5mg リスベリドン 4mg 抗てんかん バルプロ酸ナトリウム 800mg カルバマゼピン 600mg 下剤 酸化マグネシウム 1,000mg センゾシド 36mg	抗精神 レボメプロマジンマレイン酸塩 35mg リスベリドン 4mg 抗てんかん バルプロ酸ナトリウム 800mg カルバマゼピン 1,000mg ADHD アトモキセチン塩酸塩 100mg 抗パーキンソン ヒベンズ酸プロメタジン 3mg カルチニン欠乏 レボカルニチン塩化物 750mg 下剤 センゾシド 48mg
入所 3年	抗精神 オランザピン 10mg 抗てんかん バルプロ酸ナトリウム 200mg トピナ 100mg カルバマゼピン 200mg 抗パーキンソン ヒベルナ 25mg 睡眠 クアゼパム 15mg フルニトラゼパム 1mg 下剤 マグミット 500mg ガスオール 40mg	抗精神 ヒルナミン 5mg リスベリドン 200mg 抗てんかん バルプロ酸ナトリウム 200mg カルバマゼピン 200mg 下剤 マグミット 330mg センゾシド 12mg	抗精神 ヒルナミン 30mg リスベリドン 1mg ロドピン 25mg オランザピンOD 5mg 抗てんかん バルプロ酸ナトリウム 200mg カルバマゼピン 300mg ADHD ストラテラカプセル 25mg 抗パーキンソン タモロン 1mg カルチニン欠乏 エルカルチン 250mg 下剤 センゾシド 12mg

対象者3人の概要ならびに入所時の状況を  
表1に示す。表2は、精神科病院退院直後(入  
所時)1年半経過時、3年経過時の服薬の状況

(朝、夕、就寝時) 事例Cは1日に18種48  
錠(朝、昼、夕、就寝時)と頓服を服用してい  
た。3人に共通しているのは、入所後1年半の

調整で、服薬数は減っているが、その後の調整では目立った減薬はできていない。

表3．四半期単位の生活支援方法の変更回数

四半期\事例	A	B	C
1	9	5	5
2	6	10	3
3	10	6	2
4	2	1	2
5	4	1	4
6	5	1	1
7	2	2	0
8	3	2	1
9	1	4	4
10	8	3	2
11	6	2	3
12	7	1	3
13	2	1	1
14	1	-	-
合計	66	39	31

表3は、四半期(3ヶ月)単位で生活支援方法(構造化、手順書の変更等)の変更を行った回数をまとめたものである。概ね、どの事例も、四半期単位では支援方法の変更・修正を継続的に行っていることがわかる。また、その回数は、入所後第1四半期から第3四半期に多く、その後は減少傾向にある。事例Aの支援方法の変更が再び増えている、第10四半期から第12四半期において、地域生活移行に向けての実習、強度行動障害棟から他の自立支援等への移行といった大きな生活環境の変化の時期に重なる。また、また、事例B、事例Cの支援方法の変更がやや増えている第9四半期は、行動障害の頻度・強度が増え、生活支援環境の原因特定が困難な時期であった。なお、この生活支援方法の変更時期において、服薬調整も複数回実施されていた。

なお、生活支援方法の変更の代表例としては、物理的構造化(例、居室内の自立課題や日中活動の作業場面の調整、食堂の場所の調整、更衣時のふらつき予防の椅子の導入等)、視覚的構造化(例：洗面台の立ち位置の明示)、自

発コミュニケーション(例：好みの選択や自発的な要求を保証するためのカードの導入)、ルーチン(例：日課の区切りを明確にするため自立課題の導入、活動のモチベーションアップのためのトークン)、スケジュール(例：視覚的なスケジュールシステム導入)、詳細な支援手続きの統一(例：支援手順書の書き換え・掲示方式の変更)等、強度行動障害・自閉症支援の標準的な手続きに準拠している。

表4は、入所時、1年半後、3年後の3つの時期におけるBPI-Sの得点をまとめたものである(支援記録や記録動画等から後方視的に評定)。

BPI-Sは、知的障害あるいはその他の発達障害のある人の自傷行動、常同行動、攻撃的/破壊的行動について、対象者をよく知る他者記入式の質問紙である。全30項目からなり、自傷行動8項目(頻度、重症度)、攻撃的/破壊的行動10項目(頻度、重症度)、常同行動12項目(頻度のみ)から構成されている。なお、頻度は5件法(0=一度もない、1=1ヵ月に一度、2=1週間に一度、3=1日に一度、4=1時間に一度)で評定し、重症度は4件法(0=問題なし、1=軽度の問題、2=中度の問題、3=重度の問題)で評定する。得点が高くなるほど、頻度が高くなり、また重症度も重くなる。

表4からは、入所時と3年後の合計得点を比較すると、事例Bは下がっているが、事例Aは約3倍、事例Cは約2倍に得点が上昇している。職員の主観的印象や生活支援記録、診療記録と、この後方視評定の結果は一致しなかった。

#### D. 考察

著しい行動障害ゆえに精神科病院に入院する知的障害者は存在しており、長期入院のリスクが高いと言われている<sup>2)</sup>。事実、本研究の3事例も退院当初、抗精神薬等の多剤服用しており、医療と福祉の密な連携が前提となる支援が

表4．BPI-Sによる行動障害の評定の变化(後方視評定)

	期間	自傷行動 (頻度)	自傷行動 (重症度)	攻撃/破壊 (頻度)	攻撃/破壊 (重症度)	常道行動 (頻度)	合計
A	入所時	4	2	3	4	0	13
	1年半後	5	3	9	10	0	27
	3年後	3	3	20	15	0	41
B	入所時	0	0	15	9	2	26
	1年半後	0	0	2	3	2	7
	3年後	0	0	10	9	3	22
C	入所時	0	0	4	4	5	13
	1年半後	0	0	7	9	3	19
	3年後	0	0	7	8	13	28

必要であった。また、本研究の1事例だけでなく、精神科病院における長期間の身体拘束故に、精神科だけでなく、内科、皮膚科、整形外科、リハビリ等との連携も不可欠な事例報告も存在する<sup>3)</sup>。本研究は、診療所が併設された大規模入所施設における事例をまとめたものであるが、利用定員50人前後の標準的な障害者支援施設、あるいはグループホームにおいて、精神科病院退院後の医療と福祉の連携のあり方について事例検討ならびに問題点の洗い出しについて、今後も検討が必要であると考えられる。

本研究は、強度行動障害者を対象に、概ね2年間という期限を定め、生活の立て直しの後に地域移行の実現を目指す、モデル事業を運営している施設の事例報告である。そして対象の3事例は、精神科医療と連携し、構造化を中心とした強度行動障害・自閉症支援の標準的支援を継続することで、概ね1年以内に支援の方法が概ね固まっている(支援の調整・見直し回数が減っている)。また、服薬調整もこの時点で概ね一段落している。しかし、3年が経過した時点で地域移行が実現した事例はない。地域移行の実現には、受け入れ側の環境整備や本人・保護者の同意など、解決すべき課題がいくつも存在する<sup>4)</sup>。行動障害の一定の改善だけで、簡単に判断できるものではない。

実は、今回の事例同様、強度行動障害者を対象にした、有期限・有目的の事業が、25年前に強度行動障害特別処遇事業として実施されていた<sup>5)</sup>。この事業の実施施設は、福祉型の児童・成人施設において、強度行動障害の支援が可能な専門の職員配置ができるよう定めたものであり、1993年から5年間、最終的に17施設で事業を実施していた。残念ながら、この事業の成果の検証が十分行われること無く、全国の多数の施設を対象にした強度行動障害特別処遇加算に変わり、現在の重度障害者体制加算等に引き継がれており、有期限・有目的の性格は無くなっている。

しかし、いくつかの地方自治体では、事業の形態は若干異なるものの、強度行動障害者を対象とした有期限・有目的の事業が実施されている。例えば、大阪府では2012年より、強度行動障害の得点が極めて高く、「強い他傷」、「対

応が難しいパニック」、「恐怖感を与える粗暴行為」を示す知的障害者を中心に、府立施設において通過型の施設運営を行っている<sup>6)</sup>。また、千葉県においては、2003年に県立施設において強度行動障害者を対象とした類似した事業を展開していたが、施設における傷害致死事件発生により2014年から受入が中止されてしまった(現在は、地域移行促進と人材養成が中心の事業に変わっている<sup>7)</sup>)。また、福岡市では、2015年より、グループホームを活用した有期限の強度行動障がい者集中支援モデル事業を実施し、モデル事業が終了した2018年より集中事業に、移行型グループホーム事業、緊急受け入れ事業を加え、体制強化した新たな事業展開をスタートしている<sup>8)</sup>。同様に、強度行動障害者の生活の立て直しを検討している自治体は存在する<sup>9)</sup>。つまり、著しい行動障害ゆえに、特別な支援体制を整えた施設等を一定期間活用することで「生活の立て直し」を希望する者がかなりの数存在し、このような強度行動障害者を受け入れる障害福祉サービス事業所が極めて少ないことが背景にある。

強度行動障害者を対象とした有期限事業の困難さには、生活の立て直し後の、地域移行あるいは他施設移行の実現の難しさがある。先に記した大阪府では、明確な利用期限を定めておらず、新たに受け入れた強度行動障害の地域移行に取り組みをはじめた段階である。千葉県では、事業を実施していた12年間における地域移行の実績はゼロであった(2016年以降の地域移行に特化した事業で移行事例が出はじめている)。一方、利用期限を原則3ヶ月と定めた福岡市では、利用者数に応じた地域移行の実績を出していた。この先駆的な地方自治体事業の実績を単純に比較することはできないが(地域の連携、事業の規模、利用者の状態像、自治体の仕組み等が異なる)、「利用期限」は検討すべき大きなテーマである。

本研究の事例は、精神科病院退院直後の多剤服用の状態から、医療と生活支援の密な連携で、比較的安定した生活に至るまでに9ヶ月程度の時間を要している。長期間の施設利用は、地域移行のネガティブな要因であるなら、概ね1年程度の期限が妥当であると考えられる。

一方、入所後25ヶ月以降、どのケースも支

援の見直しが再度頻繁に行われており、服薬調整も再度頻回に行われている。また、支援員が評定した後方視的な BPI-S の評価点からも3年後がもっとも高いスコアになっている。支援の見直し頻度、服薬調整の頻度、BPI-S の評価点からは、1年以上の長期的な改善傾向が見られなかった。今後は、日中活動の参加回数や作業や自立課題の集中時間・生産性、居住場面における自立度、他害・自傷・攻撃等の頻度など、より具体的な記録と照合した研究が求められる。実際、本研究の対象施設は、精神科病院等を退院した行動障害のある利用者が、毎年、居住等に複数名入居する形態であり、利用者間の相性や日常生活の動線の調整に大きな課題を抱えている。建物設備を含め、このような生活の立て直し事業には、年単位で長期間支援を前提とする事業所と異なり、配慮すべき視点が多い。

また、当初の生活支援や服薬調整と入所2年経過した段階における生活支援等とは、同様な質のものであるかも検証が必要である。もし、両者の質が異なるのであれば、前者は集中支援の期間で対応すべき課題、後者は地域移行後の長期にわたる支援で解決すべき課題と分けることが可能かもしれない。

#### 【文献】

- 1) 志賀利一・有賀道生・古屋和彦 精神科病院から障害者支援施設に移行した強度行動障害者の支援(2017):平成28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)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(主任研究者:市川宏伸)分担研究者報告書
- 2) 市川宏伸(2008):発達障害者の医療に関する研究.平成17-19年度厚生労働科学研究費補助金(障害関連研究事業)総合報告書報告書
- 3) 岡田裕司(2016):自傷の著しい強度行動障害への医療との連携による改善事例報告 精神科病院にて身体拘束をされていた患者の受入 のぞみの園ニュースレター No.49 <http://www.nozomi.go.jp/investigation/pdf/newsletter/nl049.pdf> (2018年4

- 月1日確認)
- 4) 古川慎治・湯浅智代・梶塚秀樹(2014):ふつうの暮らしを求めて のぞみの園の地域移行10年の軌跡 国立のぞみの園10周年記念紀要
- 5) 大塚晃(2011):強度行動障害者のサービス体系について.平成22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)総括・分担研究報告書(主任研究者:井上雅彦)
- 6) 大阪府 強度行動障がいについて(更新日平成30年3月2日).2018 <http://www.pref.osaka.lg.jp/sunagawa/sunagawa/behavior.html> (2018年4月1日確認)
- 7) 千葉県社会福祉事業団問題等第三者検証委員会(2014):千葉県社会福祉事業団による千葉県袖ヶ浦福祉センターにおける虐待事件問題、同事業団のあり方及び同センターのあり方について(答申).<https://www.pref.chiba.lg.jp/shoufuku/shingikai/dai3shakensho/> (2018年4月1日確認)
- 8) 福岡市(2015):強度行動障がい者集中支援モデル事業の概要. [http://www.city.fukuoka.lg.jp/data/open/cnt/3/50203/1/06\\_shiryoy1-3.pdf](http://www.city.fukuoka.lg.jp/data/open/cnt/3/50203/1/06_shiryoy1-3.pdf) (2018年4月1日確認)
- 9) 知的障害者の住まいの検討部会(2016):行動障害のある方の地域移行及び地域生活に向けた方向性について. <http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/shogai/sumai/20150526181313.html> (2018年4月1日確認)

#### E. 結論

精神科病院から地域移行に向けての中間施設として、診療所(精神科)を併設する障害者支援施設の約3年間の実践事例をまとめることで、障害者支援施設における生活支援と精神科医療の連携の在り方について検討を行った。結果から、地域生活が立ち行かなくなった強度行動障害者を対象に、有期限で生活を立て直す事業の可能性と留意点について報告した。

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし