別添 1

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

入院中の強度行動障害者への
支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

令和 5 年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　會田　千重

令和 6（2024）年　5 月

別添２

目次

Ⅰ．総括研究報告書

入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と
地域移行に資する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

主任研究者　會田　千重

Ⅱ．分担研究報告書

１．「多職種向けの強度行動障害チーム医療研修」プログラム作成と医療者育成
「強度行動障害者への入院治療プログラム」の整備と介入研究（２年間）・・・10

主任研究者　會田　千重

分担研究者　杠　岳文、市川　宏伸、井上　雅彦
日詰　正文、成田　秀幸、根本　昌彦
高橋　和俊、山下　健、吉川　徹、児玉　匡史、田中　恭子

研究協力者　安藤　直　金城　圭、羽田野　晴美、黒木　和弘、石橋　浩弥
岡　知加、濱口　正廣、青木　信親、幸田　有史、石川　千明
中西　祐斗、小林　正人、谷口　謙、坪内　健、谷　健太
鹿野　賢司、大田　奈緒、大重　耕三、古田　哲也、福田　理尋
藤田　純嗣郎、黒岡　真澄、牧野　秀鏡、山下　えりか、楠本　麻由
松川　桃子、元山　淳、吉田　豊、山本　弥生、三宅　一葉
小林　麻美、古川　涼子、西原　礼子、山下　葉子、天野　昌太郎
小林　百雲子、光藤　崇子、井村　祐司、宮川　奏子、山元　美和子
石津　良子、大坪　建、浪花　孝明、吉浦　真由美、野間口　誠
北島　政臣、瀬戸山　圭、永石　憲遵、笹原　智美、寺田　鈴子
青山　瑞穂、江頭　典弘
中野　伊知郎、中村　明美、樋端　佑樹、木下　直俊、竹矢　恒
堀越 徳浩、太田　正人、松尾　卓哉、池内　豊、長谷川　真樹
福島　龍三郎、上田　諭

２．「強度行動障害者への支援・介入に関する家族アンケート調査」
治療プログラムⅠ（３週間）・治療プログラムⅡ（12 週間）・・・・・・・・30

主任研究者　　會田　千重

研究協力者　　西原　礼子

3.「強度行動障害者への支援・介入に関する治療スタッフアンケート調査」
治療プログラムⅠ（3週間）・治療プログラムⅡ（12週間）・・・・・・・・50
主任研究者　　會田　千重
研究協力者　　西原　礼子

4. 長期在院知的・発達障害患者についてのアンケート調査：先行研究と比較して
（全国児童精神科医療施設協議会、強度行動障害治療病棟を持つ国立病院機構、
日本公的病院精神科協会、日本精神科病院協会の4群）・・・・・・・・・・80
主任研究者　　會田　千重
分担研究者　　市川　宏伸
研究協力者　　田渕　賀裕

5.「精神科医療機関の役割、国立病院機構療養介護病棟の位置付け」・・・・・・116
分担研究者　　杠　岳文
研究協力者　　西原　礼子

6.「強度行動障害のある生徒の長期経過」・・・・・・・・・・・・・・・・・・120
分担研究者　　井上　雅彦

7.「強度行動障害を持つ人への食事支援における現状の調査」・・・・・・・・・125
分担研究者　　根本　昌彦

8.「精神科病院における多職種チーム医療体制構築」・・・・・・・・・・・・・131
分担研究者　　児玉　匡史
研究協力者　　大重　耕三、古田　哲也、口羽　浩之、山下　えりか、楠本　麻由
藤田　純嗣郎、福田　理尋、黒岡　真澄、牧野　秀鏡

9.「入院中の強度行動障害者の専門治療・研修プログラムにおける構造化の導入」
分担研究者　　田中　恭子 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・143

10.「＜認知症＞対策を参考とした＜強度行動障害＞の医療分野における研修等に
関する調査」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・156
分担研究者　　日詰　正文

11.「医学部教育における強度行動障害に関する学びの提案」・・・・・・・・・ 162
分担研究者　　成田　秀幸

12.「社会福祉法人侑愛会の入所施設における
医療的ニーズに関する調査（第２期・第２報、第３報、第４報)」・・・・・168
分担研究者　　高橋　和俊

13.「入院中の強度行動障害者の地域移行に向けた地域移行パス、地域モデルの検討」
分担研究者　　山下　健　　・・・・・・・・・・・・・・ 188
協力研究者　　下村　拓也、石田　光、阿部義隆

14.「地域における医療を含む強度行動障害支援体制構築に向けての検討」・・・ 196
分担研究者　　吉川　徹
研究協力者　　小林　正人

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 200

＊強度行動障害者への入院治療プログラム　資料（2024.5.18 版）

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

総 括 研 究 報 告 書

主任研究者：国立病院機構肥前精神医療センター　會田　千重

分担研究者：国立病院機構肥前精神医療センター　杠　岳文

日本発達障害ネットワーク　市川　宏伸

鳥取大学医学部医学系研究科　井上　雅彦

国立重度知的障害者総合施設のぞみの園　日詰　正文　成田　秀幸　根本　昌彦

ゆうあい会石川診療所　高橋　和俊

国立病院機構さいがた医療センター　山下　健

愛知県医療療育総合センター中央病院　吉川　徹

岡山県精神科医療センター　児玉　匡史

国立病院機構菊池病院　田中　恭子

【研究要旨】

本研究班では 2 年間の研究として、1）多職種向けの「強度行動障害チーム医療研修」プログラム作成と医療者育成、2）精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラム」の整備と、3）「強度行動障害者への入院治療プログラム」を用いた介入研究（非盲検無対照試験）、4）「入院中の強度行動障害者の地域移行に向けた地域移行パス」の作成と地域モデルの検討、5）「長期在院知的・発達障害患者アンケート」による専門医療普及に向けての実態調査を目的とし、加えて 6）分担研究者による関連課題についての研究を行った。

強度行動障害医療に関する先行研究では、国立病院機構の強度行動障害治療病棟（専門病棟）に限定した同様の研修・治療プログラムは存在したが[1)]、本研究のように国立病院機構以外の公的精神科病院、一般精神科病院を含めた研修・治療プログラムが整備され、全国多分野の専門家による SV 会議で事例検討がなされたのは初めてである。事例データを集積・解析することによって得られた効果検証も、学術的意義が大きいと考える。

明らかになった課題として、精神科病棟での手厚いチーム医療体制・研修整備の必要性、病棟環境調整の難しさ、重大な他害など処遇困難事例の地域福祉サービス利用の難しさ、福祉サービス利用を断られ疲弊した家族支援の問題、各地域でのネットワーク構築や専門協議会の不足、などがあった。

今後地域の強度行動障害者に対して精神科医療機関が有効な支援を行うために、①行動療法や構造化といった専門的支援・治療技法修得の普及とリーダーとなる多職種チーム人材育成のための上級者向け研修会開催、②感覚過敏等の患者特性に配慮した安全な治療環境の整備、③効果的な支援を継続するための地域の福祉・教育機関との連携強化、④強度行動障害者に適時に対応するために必要な診療報酬上の配慮などが挙げられる。

また、一般精神科病院/病棟（対象：思春期・成人）、地域の中核的発達障害医療機関（対象：児童

思春期)、国立病院機構精神科専門病棟（対象：主に思春期～成人の処遇困難事例）のそれぞれで果たすべき役割を明確化し、治療介入に必要な強度行動障害チーム医療研修を、講義、実地研修やOJT、グループワークを含む事例研修等組み合わせ、かつ領域を越え相互交流的に実施し、人材育成を進めていくことが重要と考える。

＜はじめに＞

「強度行動障害」の中核群である「重度知的障害を伴う自閉スペクトラム症」の処遇は、長期の入所/入院対応から、地域生活を中心とした対応へとシフトを試みている。令和3年度に障害支援区分認定調査を受けた267,569 件分のデータのうち、「行動関連項目」の合計点が 10 点以上は約15%であり、40,135 人もがこの基準での「強度行動障害」にあたり（R3 年度厚労科研)、かつ関連の行動障害福祉サービスを受けている児(者)においてはのべ68,000 人（厚労省資料）といわれる[2)]。しかしこのような(強度)行動障害を伴う人が、福祉サービスのみで対応可能かと言うと決してそうではない。現に、専門の治療病棟がある国立病院機構の約740床の病棟は常にほぼ満床で待機者も多い。専門でない一般精神科病棟の調査では、日精協施設201病院の長期入院患者調査で2年以上の知的・行動障害が原因の入院患者が975人と、回答のあった全入院患者34,582人のうち2.8%であった[3)]。また治療の基盤となる自閉スペクトラム症を中心とした発達障害支援（「応用行動分析」「TEACCH®プログラムに基づく構造化」等）の導入が、児童思春期病棟群で71%、国立病院機構群（強度行動障害治療専門病棟でない施設も含む）で50%、一般精神科病棟群で1.5%と、一般精神科病棟で極端に遅れている[3)]。また、福祉分野では2013年度より「強度行動障害支援者養成研修」が始まり、基礎・実践研修の受講者は令和2年度までそれぞれ87,000人、46,000人に上るが[2)]、それに比べて「強度行動障害チーム医療研修」は、2015年度から国立病院機構が担ってきたとは言え、まだまだ約1,000人の研修生が修了したに過ぎない[5)]。

A. 研究目的

本研究は上記の様な課題に対し、全国多施設共同で2年間の研究を行ったものである。

入院中の強度行動障害者の専門治療・研修プログラム整備と地域移行に向けた福祉･教育等との連携ガイドラインの検討のため、1）多職種向けの「強度行動障害チーム医療研修」プログラム作成と医療者育成、2）強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定（非盲検無対照試験)、3）入院中の強度行動障害者の専門治療プログラムとして「精神科病棟における強度行動障害入院治療プログラム」整備、4)「入院中の強度行動障害者の地域移行に向けた地域移行パス」の作成と、5)「長期在院知的・発達障害患者アンケート」による専門医療普及に向けての実態調査を目的とし、加えて各分担研究者による関連課題についての研究を行った。

B. 研究方法（各分担研究書を参照のこと）

C. 研究結果

1）多職種向けの「強度行動障害チーム医療研修」による医療者育成

各介入施設で視聴する研修動画は、Challenging Behaviorや自閉スペクトラム症に対し治療の第一選択とされる「特性に応じた心理社会的介入」[4)]を実施できるよう、国立病院機構で2015年度から実施している「強度行動障害チーム医療研修」[5)]を参考に、医師・看護師・心理士等多職種による 10 講義を作成した。各講義関係職種1名は動画視聴することとし、特に下線の講義は介入スタート前に必須とした。「強度行動障害チーム医療研修動画」は、治療プログラム実施前に視聴するとしているが、治療介入開始後も多職種・多部門で共有できるよう提供し、かつ SV 連絡会議でも内容を補足した。

「多職種向け強度行動障害チーム医療研修動画」:

❶肥前医師:「強度行動障害概論」60 分
❷肥前医師:「自閉スペクトラム症」50 分
❸肥前看護師:「強度行動障害の看護」60 分
❹肥前心理士:「行動分析によるアセスメント」80 分+「環境調整・介入」30 分
❺肥前保育士:「強度行動障害の療育」30 分
❻吉川徹:「強度行動障害と医療~行動療法・薬物療法の考え方」50 分
❼根本昌彦:「看護の実践と理論」60 分
❽山下健「院内の多職種共同と地域連携」36 分
❾田中恭子:「行動障害への対処法~構造化」60 分
❿肥前保護者:「家族として」30 分

研修効果の判定については、別途分担研究報告書「強度行動障害者への入院治療プログラムを用いた介入研究」「強度行動障害者への支援・介入に関する治療スタッフアンケート調査」に詳細を記載したが、SV 連絡会議でも「初めて強度行動障害に接する人には有効」、「基礎的知識を得た上で、事例を通して振り返ったり、OJT (On the Job Training) をしたりすることが更に有効」、「DVD の形式で勤務時間外でも見られて良かった」、「チーム医療スタッフだけでなく、病棟全スタッフや看護部全体で動画視聴できた」などの意見が寄せられた。

2) 精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラム」の整備と、
3) 強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定 (非盲検無対照試験)

治療プログラムは、国立病院機構の多施設先行研究にて効果検証した 12 週間の治療介入プログラムを基盤に、一般精神科病棟も含め般化しやすいよう留意し作成した。かつ R4 年度の介入や SV 連絡会議での意見を踏まえて補助的な記録シートの内容などを再検討した。

(Ⅰ) 精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅠ」(基礎編:3 週間)
《介入の概要》障害特性に応じたコミュニケーション支援や環境調整、クライシスプラン 2)作成、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化、など。

(Ⅱ) 精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅡ」(応用編:12 週間)
《介入の概要》障害特性に応じたコミュニケーション支援や環境調整、クライシスプラン作成、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化、応用行動分析 (機能的行動アセスメント) 導入、ストラテジーシート作成、など。

強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定 (非盲検無対照試験) については、代表者施設での倫理審査承認、UMIN 登録を経て 2022 年 8 月からエントリーを開始し、強度行動障害者の専門治療プログラムⅠ・Ⅱで、各事例についてアセスメントや構造化・応用行動分析などを用いた介入を実施した。2 年間で療養介護病棟でのモデル事例を含め、10 施設 48 事例のデータを集積した。結果の詳細は別途分担報告書に記載したが、治療プログラムⅠの 29 例の統計解析で ABC-J 興奮性サブスケール、ABC-J 多動サブスケール、ABC-J 無気力サブスケール (他者への反応や活動参加の乏しさを示す) は介入前後で有意に低下しており、BPI-S 自傷行動(頻度)、BPI-S 自傷行動(重症度)、強度行動障害判定基準 (合計)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(頻度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動(重症度)、行動関連項目 (合計) も介入前後で有意に低下しており、治療プログラムの効果・有効性が示された。

同時に医療・福祉関係者合同で分担研究者・協力者を含めた SV(スーパーバイズ)連絡会議を開始し毎月継続した。計 21 回、延べ参加人数 531 名の SV 連絡会議では、介入実践方法や地域移行・地域支援に向けた連携手法について、具体的な質

疑応答や手法・情報の共有、専門家によるスーパービジョンを行った。また治療プログラムについても毎月の SV 連絡会議にて検討し、使用する各フォーマットを実施・般化しやすいよう改良した。

具体的には長期経過（行動障害出現時期やきっかけ)、被虐待歴が重要と考えフォーマットの改良を行った。また、生活・コミュニケーション支援情報は入院初期から必要であるため、フォーマットを活用しなかった事例でも、主に看護師が家族や福祉支援者から聞き取りをしていた。介入実践記録は特に治療プログラムⅠ（3 週間）でクリニカルパス的な役割を果たした。

4)「入院中の強度行動障害者の地域移行に向けた地域移行パス」の作成と地域モデルの検討（分担研究者：山下健ら）

強度行動障害児者は行動障害の激しさゆえ地域での処遇が困難となる事例が少なくない。集積事例を通じて、処遇困難となる可能性がある強度行動障害児者の地域移行を円滑にするための適切な地域移行パスを作成した。また強度行動障害児者を支援する地域関係機関らに仮想ケア会議、質問紙法を用いて、適切な地域移行モデルを検討した。

●強度行動障害パス（入院クリニカルパス）：3ヶ月～「急性期」「開放観察期」「地域移行期」
＊「退院後支援体制計画書」
＊クライシスプラン
＊月 1 回の「地域ケア会議」で介入方法を地域と作り上げていく
●緊急避難目的の短期的入院治療：1ヶ月
＊可能なら「退院後支援体制計画書」作成
＊入院時・退院前の計 2 回「地域ケア会議」
●地域ネットワークの醸成
＊退院後も地域ケア会議を継続
＊訪問診療・訪問看護
＊地域でのケアプランの中心は患者・家族、マネージャーは計画相談事業所や基幹相談支援センター、ネットワーク作りには広域的支援人材も関与
＊柔軟な再入院システムを可能にする医療施策

5)「長期在院知的・発達障害患者についてのアンケート調査」（會田千重・市川宏伸・田渕賀裕）

今後の専門医療普及に向けての実態調査のため、上記アンケート調査を行い、2009 年厚労科研井上班、2015 年厚生労働行政推進調査事業費市川班との比較も行った。

全体・在院機関がより長い患者・身体拘束がほとんどまたは全く必要ない患者・医療上入院管理が必要でない患者での退院促進が進んでいることが示唆され、TEACCH®自閉症プログラムまたは行動療法（応用行動分析）の導入について、割合が極端に低かった日精協群での増加も認められた。

一方で 2015 年と今回の日精協データと比べると、精神科・身体科入院の受け入れ先について「現状の受け入れ体制で不十分」とする率が、いずれも大幅に増加していた。また 2015 年と比べ NHO 強行群では入院が必要な知的・発達障害患者が増加していると返答した施設が過半数であった。

6）各分担研究者による関連課題についての研究

・「精神科医療機関の役割、国立病院機構療養介護病棟の位置づけ」（杠岳文）

地域精神科医療機関と、療養介護病棟を有する国立病院機構 9 施設の取り組むべき点について、多職種チーム医療研修や人材育成、情報共有やアセスメントツール、治療環境整備等の観点から述べ、各地域での「重層的な質の高い強度行動障害医療」を提案した。

・「強度行動障害のある生徒の長期経過」（井上雅彦）

自閉スペクトラム症と知的発達症の診断があり特別支援学校に在籍する児の強度行動障害に

ついて、8 年間の学校コンサルテーションと薬物療法の長期的な結果について検討し、学齢期における学校・入所施設・コンサルテーション提供機関・医療機関の長期的な連携システムの必要性を指摘した。

・「強度行動障害を持つ人への食事支援における現状の調査」（根本昌彦）

福祉事業所と医療機関に対し、食事支援環境、食事の位置づけ、食事に関する研修の受講状況、他職種の連携について、食事支援の場面で人権や倫理面で思うこと、食事支援の例、摂食支援の課題（困難さ）等についてインタビューを行った。結果、食事を栄養補給だけでなく楽しみの場ととらえていること、感覚過敏な特性に配慮したくても設備や仕組みによって制限があること、支援するものが共通基盤になり得ていない恐れがあることの 3 つの示唆が得られた。

・「精神科病院における多職種チーム医療体制構築」（児玉匡史ら）

令和 4 年度、岡山県精神科医療センターにおいて病棟横断的に多職種から構成される院内強度行動障害チームを立ち上げた。令和 5 年度は、病院スタッフからアンケートを行い、院内チームの活動内容を評価した。精神科病院での強度行動障害への対応には困難を感じることが多く専門的技法の助言へのニーズが高いこと、院内多職種チームの関与により構造化やコミュニケーションの工夫などの実践は増えていることが示唆された。一方で、応用行動分析的手法や専門的アセスメントについては、十分な利用に至っていないことが示された。精神科病院においてより治療的・戦略的に強度行動障害を受け入れるため、院内多職種チームを導入することが有用であることが示唆された。

・「入院中の強度行動障害者の専門治療・研修プログラムにおける構造化の導入」（田中恭子）

強度行動障害をもつ児・者が入院する専門病棟において、構造化に関するワークショップを過去 4 年実施してきた経験を踏まえ、そこで学んだ知識やスキルを、実際の行動障害の改善に応用する力をつけることを目標とし、フォローアップ研修を行った。ケーススタディを行った 1 例は行動障害が改善し QOL が向上した。1 例は評価尺度での行動障害の改善はなかったが QOL が改善し、地域の GH への退院が可能となった。実践的な現場における研修を POINT モデルとして提唱している。

・「＜認知症＞対策を参考とした＜強度行動障害者＞の医療分野における研修等に関する調査」（日詰正文）

認知症研修を参考に、強度行動障害に関する医療分野の研修に関して、①医療関係者についての目標・計画値の設定を進めること、②チームマネジメントの演習の位置づけ、の重要性が指摘された。

・「医学部教育における強度行動障害に関する学びの提案」（成田秀幸）

発達障害や児童精神科医療について異なる特色を持つ 2 大学の医師にインタビューを行い、情報・意見を整理したところ、①講義や臨床経験を通じて強度行動障害の医学教育を進めるべき、②知的・発達障害全般の医療受診における困難さへの知識と工夫できるスキルの獲得、③生活場面に医療者が参画して臨床を行う事が有用、などの示唆が得られた。

・「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査（第 2 期第 2 報・第 3 報・第 4 報）（高橋和俊）

（第 2 報）

8 か所の入所施設（障害者支援施設）を対象に、入所者の薬物療法に関する調査を行い、2015 年に実施した第 1 期調査との比較を行った。障害者支援施設においては薬物療法、特に多剤併用が一般

的であり、高齢化の進展と医療技術の進歩とともに薬物慮法のさらなる複雑化が予想された。

（第 3 報）

8 か所の入所施設(障害者支援施設)を対象に、入所者の医療機関受診に関する調査を行い、2015 年に実施した第 1 期調査との比較を行った。外来受診回数、入院日数の減少は新型コロナウイルス感染症の影響が大きいと考えられ、高齢化や医療の高度化に伴う受診回数や入院日数の抑制に向けて一定の示唆をもたらすものと考えられた。その一方で、使用薬剤数はむしろ増加傾向にあり受診回数の減少は必ずしも使用薬剤数の削減には結びついていなかった。

（第 4 報）

8 か所の入所施設(障害者支援施設)を対象に、厚生労働省が定める強度行動障害の判定項目（行動関連項目）に関する調査を行った。知的障害のある施設入所者では、強度行動障害の比率が高く、コミュニケーション支援を中心とした支援の充実とともに、強度行動障害に対応できる医療の体制整備が求められていた。

・「地域における医療を含む強度行動障害支援体制構築に向けての検討」（吉川徹ら）

R4 年度は、医療を含む支援体制整備の方法や必要な資源について検討を行うことを目的として、都道府県として愛知県、政令市として名古屋市、中核市として豊田市を取り上げ、行政担当者、医療機関へのヒアリングを行い、現状の取り組みについて調査を行った。R5 年度は、更に規模の小さな基礎自治体として愛知県東海市、半田市を取り上げ、行政担当者へのヒアリングを行った。2 年間の調査から支援者の養成については、支援者の領域を越えた相互交流的な研修の必要性が高いことが示唆され、また既存の研修の枠組みを活用することにより、小規模な自治体においてもそれを実施できる可能性が示唆された。

D.考察（分担研究者の R4・R5 年度結果も含めて）

1）多職種での「強度行動障害チーム医療研修」や「強度行動障害者の入院治療による介入」

特に強度行動障害医療において直接支援に入る機会が多い看護師の専門性向上について、根本ら（R4）は「研修の機会の増加」「看護師向け書籍（文献）の刊行」「看護サービスを評価する仕組み」が必要と指摘し、かつ「看護師が連携する場作り」が重要と述べた。今年度は食事支援に注目した報告がなされた（根本：R5）

病院全体としては、多職種で構造化の導入（田中：R4・R5）に取り組み、問題行動の機能的アセスメントを心理士も介入して行い(井上:R4･R5)、それらを「強度行動障害チーム」として院内外で連携して活動できるようコーディネートすることで（児玉：R4・R5)、精神科病院における強度行動障害治療が適切に行えると考える。

また強度行動障害を伴う患者の意思決定は困難を伴うが、治療を受ける側のニーズを代弁する保護者の期待として、「服薬調整」「親のレスパイト」「環境による落ち着き」「地域連携（ソーシャルワーク)」などが求められている事も大変参考になった（市川：R4)。また「信頼性の高い実態調査」により入院患者数の推移や行動療法・構造化の導入率、薬物療法の内容を明らかにすべき（杠:R4）との指摘には、今年度の長期在院知的・発達障害患者アンケート結果や（會田・市川・田渕：R5)、強度行動障害者の入院治療による介入（會田ほか：R4・R5）での薬物療法調査が一定のエビデンスを示したと考える。福祉領域でも「中核的人材」や「広域的人材」の育成が求められているが、強度行動障害に対応できる医療機関の整備も課題である（吉川ら：R4)。

2）地域移行と地域支援体制作り

院内での「強度行動障害者の入院治療による介入」がうまくいったとしても、同時に「地域移行」に関しての工夫が必要となる。入院時、もしくは入院前から「ICT も活用した福祉分野と医療分野

の連携」（日詰：R4）により、「記録の引き継ぎ」「チームでの背景要因の分析やモニタリング」がやりやすくなる。また「地域移行パス」「地域モデル」を意識すること（山下ら：R4・R5)、日頃から医療・福祉従事者が「相互交流的な研修」を実施することが必要である（吉川ら：R4・R5)。その研修の中には、「医療受診場面で生じる課題」や「医療受診の際の手立て」（成田：R4)、「生活場面への医療者の参画」（成田：R5）なども含まれると良い。入所施設における医療ニーズの問題もある。7 年前の調査と比較し入所施設での高齢化が進んでいるが、ADL の低下や医療的ケアの増加が見られない中で障害支援区分の重度化が進んでいたり（高橋：R4)、薬物療法の複雑化・薬剤数増加（高橋：R5）の指摘もあった。

3）強度行動障害に関するアセスメントや介入における共通手法に関する提案

福祉の中核的人材養成研修でも、自閉スペクトラム症の学習スタイル等の特性を踏まえて、環境・状況因に合理的・専門的配慮を行い、かつ行動の機能的アセスメントに基づいて「標準的な支援」や介入を行う点は共通している。

その中で行動障害に関する従来の行政的尺度のみでなく、今回使用した BPI-S など比較的簡単に評価できる標準化された尺度で、医療・福祉・教育関係者がお互いにアセスメントすることは重要と考える。また機能的アセスメントについても、Functional Analysis Screening Tool（FAST）等での間接的評価、ABC 記録やスキャタープロットなどの直接的評価（Observations アプリなど ICT も活用して）が共通手法になれば、医療と福祉、在宅や学校を行ったり来たりする可能性の高い強度行動障害を有する人が、より統一した支援によって、落ち着いて好きな活動をして過ごせる可能性が高くなると思われる。

一方共通手法というより、相互に補完出来ると良いのではないかと考えるのが、①フォーマルなアセスメントの活用と、②生活・コミュニケーション支援情報、③支援・治療方針を考える上でのシートの活用である。

① 医療機関では知能・発達検査や CARS（小児自閉症評定尺度)、感覚プロファイルなど、フォーマルなアセスメントが行いやすい。身体的状態や健康管理に関する情報も必須のこととして意識している（医療機関の体制によっては難しい場合もあるが)。それらを福祉・教育分野で行われるインフォーマルなアセスメントと組み合わせれば、患者・利用者の全体像を把握する事が可能ではないかと思われる。QOL を含めたアセスメントができれば、なお望ましい。

② 生活・コミュニケーション支援情報については、行動援護や重度訪問介護など、条件が合えば入院中も福祉サービスとして情報利用が可能であるし、少なくとも入院治療前や普段の外来治療において、福祉・教育関係者の方から当たり前に提供するもの、医療側も当たり前に受け入れるもの、という意識が増えれば、より患者のために有益であると考える。

③ 支援・治療方針を考える上で、前記の通り、医療機関では氷山モデルシートの普及は少なく、ストラテジーシートを用いやすいのは研修受講者や心理士などの専門職がチームにいる場合で、それらに比べるとクライシスプランシートが最も用いやすかった。これについても氷山モデルシートを課題となる行動に関して事前に福祉支援者に記載してきてもらい、クライシスプランを医療機関から提供し、行動の機能的アセスメントを双方で行った上でストラテジーシートをどちらかが記載する、といった使用方法が最も現実的なように思う。

4）医療現場での強度行動障害医療への知識不足、苦手意識、処遇困難事例への対応について

医療現場では、そもそも知的・発達障害全般への知識不足や苦手意識が根強くあるように思う。これは医学教育の中で知的・発達障害に関する講義や実習が精神科医療の中でごく一部というこ

とや（成田：R5)、精神科的薬物療法では解決されることが少ないこれらの対象者への対応の難しさを反映していると思われる。今後予定されている令和6年度障害者総合福祉推進事業「強度行動障害を有する者の一般医療受診に関する実態調査」（国立精神・神経医療研究センター）でもその問題が取り上げられると思われる。前述した令和6年度からの全国版「強度行動障害医療研修」による知識の習得に加え、福祉・教育分野から提供されるアセスメントや介入手法の情報、具体的な視覚的支援や余暇グッズの提供から、治療への困難さが軽減することこそ、入院事例の長期化を防ぎ、強度行動障害医療が全国的に拡がる原動力となると考える。

それでもなお苦慮する各地域での処遇困難事例に関しては、今後各地域で認定される中核的人材・広域的支援人材などの福祉支援者との共働や、発達障害者支援センター、基幹相談支援センター、発達障害者地域支援マネージャー、各種協議会等との実装的な連携が必須である。

E.まとめ

入院中の強度行動障害者の専門治療・研修プログラム整備と地域移行に向けた福祉･教育等との連携ガイドラインの検討のため、「多職種向け強度行動障害チーム医療研修動画」を作成し、「強度行動障害者への入院治療プログラムを用いた介入研究」を行った。本研究結果と SV 連絡会議での協議の結果、介入手法と地域移行・地域支援手法のそれぞれについて福祉との連携や多職種チーム医療により臨床的には一定の効果が得られているが、課題として、精神科病棟での手厚いチーム医療体制・研修整備の必要性、病棟環境調整の難しさ、重大な他害など処遇困難事例の地域福祉サービス利用の難しさ、福祉サービス利用を断られ疲弊した家族支援の問題、各地域でのネットワーク構築のための専門協議会の不足、などが挙げられた。

今後地域の強度行動障害者に対して精神科医療機関が有効な支援を行うために、①行動療法や構造化といった専門的支援・治療技法修得の普及とリーダーとなる多職種チーム人材育成のための上級者向け研修会開催、②感覚過敏等の患者特性に配慮した強固で安全な治療環境の整備、③効果的な支援を継続するための地域の福祉・教育機関との連携強化、④強度行動障害者に適時に対応するために必要な診療報酬上の配慮などが必要である。

F. 健康危険情報：なし

G. 研究発表：なし

1. 論文発表：なし

2. 学会発表：

會田千重　市川宏伸　井上雅彦　日詰正文　成田秀幸　根本昌彦　高橋和俊　山下健　吉川徹　児玉匡史　田中恭子：強度行動障害者への入院治療プログラムを用いた多施設介入研究　第64回日本児童青年精神医学会総会 E ポスター　2023.11.14　青森

會田千重　市川宏伸　井上雅彦　日詰正文　成田秀幸　根本昌彦　高橋和俊　山下健　吉川徹　児玉匡史　田中恭子：入院中の強度行動障害者への支援･介入の専門プログラム整備と地域移行についての多施設共同研究　日本精神神経学会学術総会　2024.6.20　北海道

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

1. 特許取得：なし

2. 実用新案登録：なし

3. その他：なし

参考文献）

1) 會田千重、西村泰亮ほか（2019）：行動障害を有する重度・最重度知的障害児（者）に対する行動療法・構造化のとりくみ－国立病院機構 14 施設の専門病棟における多施設共同研究－　児童青年精神医学とその近接領域　第

60 巻第 4 号. 499-515.

2) 厚生労働省ホームページ. 強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_28187.html

3) 市川宏伸, 田渕賀裕, 平川淳一他 (2016) : 発達障害入院患者についてのアンケート調査の３群比較. 平成 27 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. 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. 研究代表者　市川宏伸. 分担研究報告書, 33-37.

4) National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline NG170(2013 update 2021),142(2012 update 2021),11(2015). https://www.nice.org.uk/

5) 多職種チームで行う　強度行動障害のある人への医療的アプローチ　會田 千重編集　中央法規　2020

別紙４

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
會田千重	Topics 強度行動障害	本田秀夫	講座　精神疾患の臨床９ 神経発達症群	中山書店	東京	2024	215-224
吉川徹	感覚の多様性を踏まえた支援	内山登紀夫	こころの科学 235	日本評論社	東京	2024	10-16
吉川徹	強度行動障害の背景にあるもの、予防の工夫	日詰正文吉川徹、樋端佑樹	会話から始める 脱！強度行動障害	日本評論社	東京	2022	14-25

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
會田千重	強度行動障害の概念と社会的課題	精神療法　児童期・思春期のメンタルヘルスと心理社会的治療・支援	増刊第11号	201-210	2024
會田千重	教育講演　強度行動障害～知的・発達障害児(者)のチャレンジング行動と医療の役割～	児童青年精神医学とその近接領域	64（3）	363-369	2023
會田千重	強度行動障害のある知的障害の成人に薬物療法の中止の希望があればどこまで可能か，リスクをどう見積もるか	臨床精神薬理	26（11）	1069-1075	2023
會田千重	行動障害を伴う知的・発達障害児(者)とオキシトシン	医学のあゆみ	286（2）	159-162	2023
會田千重	肥前精神医療センターにおける多職種チーム医療での取り組み	新ノーマライゼーション	10月号	5-8	2023
Inoue, M.	Long-Term Outcomes for a Student with Severely Challenging Behavior in a Special Needs School for Intellectual Disabilities: A School Consultation Case Study.	Yonago Acta Medica.	67(2)	163-168	2024
加藤志保 吉川徹	強度行動障害を持つ人のための行動療法・薬物療法	精神科治療学	38(8)	895-900	2023

令和6年　　4月　　30日

厚生労働大臣

機関名　国立病院機構肥前精神医療センター

所属研究機関長　職　名　院長

氏　名　上野　雄文

次の職員の令和５年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　令和５年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

２．研究課題名　入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　医局・統括診療部長

（氏名・フリガナ）　會田　千重・アイタ　チエ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	肥前精神医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和6年　　4月　　30日

厚生労働大臣

機関名　国立病院機構肥前精神医療センター

所属研究機関長　職　名　院長

氏　名　上野　雄文

次の職員の令和４年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　　令和５年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

２．研究課題名　入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　名誉院長

（氏名・フリガナ）　杠　岳文・ユズリハ　タケフミ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	肥前精神医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

和６年　　４月　２２日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長）　殿
（国立保健医療科学院長）

機関名　国立のぞみの園

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　田中　正博

次の職員の令和５年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　令和５年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

２．研究課題名　入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）研究部　研究員（参事）

（氏名・フリガナ）根本　昌彦　（ネモト　マサヒコ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☑	□	☑	肥前精神医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	☑	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	☑	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	☑	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☑　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ☑　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ☑（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

和６年　　４月　２２日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長）　殿
（国立保健医療科学院長）

機関名　国立のぞみの園

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　田中　正博

次の職員の令和５年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　令和５年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

２．研究課題名　入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）診療所　診療所長

（氏名・フリガナ）成田　秀幸（ナリタ　ヒデユキ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☑　□	☑	肥前精神医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　☑	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　☑	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　☑	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☑　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ☑　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ☑（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

和６年　　４月　２２日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長）　殿
（国立保健医療科学院長）

機関名　国立のぞみの園

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　田中　正博

次の職員の令和５年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　令和５年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

２．研究課題名　入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）研究部　部長

（氏名・フリガナ）日詰　正文　（ヒヅメ　マサフミ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☑	□	☑	肥前精神医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	☑	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	☑	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	☑	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☑　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ☑　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ☑（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和６年３月２９日

厚生労働大臣
（~~国立医薬品食品衛生研究所長~~）　殿
（~~国立保健医療科学院長~~）

機関名　愛知県医療療育総合センター

所属研究機関長　職　名　総長

氏　名　石黒　直樹

次の職員の（元号）　年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名　入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）障害システム研究部　客員研究員

（氏名・フリガナ）吉川　徹　　ヨシカワ　トオル

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和6年 3月31日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿
（国立保健医療科学院長

機関名　国立病院機構さいがた医療センター

所属研究機関長　職　名　院長

氏　名　佐久間　寛之

次の職員の令和４年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　令和５年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

２．研究課題名　入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　精神科・医師

（氏名・フリガナ）　山下　健・ヤマシタ　ケン

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	肥前精神医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和６年　４月　８日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長）　殿
（国立保健医療科学院長）

地方独立行政法人
機関名　岡山県精神科医療センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　山田　了士

次の職員の令和５年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名　入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究（22GC2001）

３．研究者名　（所属部署・職名）　副院長

（氏名・フリガナ）　児玉　匡史（コダマ　マサフミ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	岡山県精神科医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 6 年 4 月 19 日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿
（国立保健医療科学院長）

機関名 国立病院機構菊池病院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 山下 建昭

次の職員の令和５年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名 令和５年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

２．研究課題名 入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

３．研究者名 （所属部署・職名） 医局 精神科医師

（氏名・フリガナ） 田中 恭子・タナカ キョウコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有 無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■ □	■	肥前精神医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□ ■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称： ）	□ ■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □（無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■ 無 □（無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □（無の場合はその理由： ）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■（有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和6年　4月　8日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長）　殿
（国立保健医療科学院長）

機関名　社会福祉法人侑愛会

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　大場　公孝

次の職員の令和５年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　令和５年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

２．研究課題名　入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　ゆうあい会石川診療所・所長

（氏名・フリガナ）　高橋　和俊・タカハシ　カズトシ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	肥前精神医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 □　無 ■（無の場合は委託先機関：肥前精神医療センター）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2024年　3月　31日

厚生労働大臣　殿

機関名　一般社団法人日本発達障害ネットワーク

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　市川　宏伸

次の職員の（元号）　年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名　入院中の共同行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　一般社団法人日本発達障害ネットワーク　理事長

（氏名・フリガナ）　市川　宏伸　（イチカワ　ヒロノブ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和６年　４月　１６日

厚生労働大臣　　殿

機関名 国立大学法人鳥取大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　中島　廣光

次の職員の令和５年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名　入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）医学系研究科・教授

（氏名・フリガナ）井上 雅彦・イノウエ マサヒコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	肥前精神医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

分担研究報告書
「多職種向けの強度行動障害チーム医療研修」プログラム作成と医療者育成
「強度行動障害者への入院治療プログラム」の整備と介入研究
（2年間）

主任研究者：国立病院機構肥前精神医療センター　會田　千重
分担研究者：国立病院機構肥前精神医療センター　杠　岳文
日本発達障害ネットワーク　市川　宏伸
鳥取大学医学部医学系研究科　井上　雅彦
国立重度知的障害者総合施設のぞみの園　日詰　正文、成田　秀幸、根本　昌彦
ゆうあい会石川診療所　高橋　和俊
国立病院機構さいがた医療センター　山下　健
愛知県医療療育総合センター中央病院　吉川　徹
岡山県精神科医療センター　児玉　匡史
国立病院機構菊池病院　田中　恭子

研究協力者（事例介入）：
千曲荘病院　安藤　直也
東京都立松沢病院　金城　圭、羽田野　晴美、黒木　和弘、石橋　浩弥
国立病院機構榊原病院　岡　知加、濱口　正廣、青木　信親
京都府立洛南病院　幸田　有史、石川　千明、中西　祐斗
愛知県医療療育総合センター中央病院　小林　正人
国立病院機構やまと精神医療センター　谷口　謙
松ヶ丘病院　坪内　健、谷　健太、鹿野　賢司、大田　奈緒
岡山県精神科医療センター　大重　耕三、古田　哲也、福田　理尋
藤田　純嗣郎、黒岡　真澄、牧野　秀鏡
山下　えりか、楠本　麻由
国立病院機構賀茂精神医療センター　松川　桃子、元山　淳、吉田　豊、山本　弥生
三宅　一葉、小林　麻美、古川　涼子
国立病院機構肥前精神医療センター　西原　礼子、山下　葉子、天野　昌太郎
井村　祐司、宮川　奏子、山元　美和子
石津　良子、大坪　建、浪花　孝明
吉浦　真由美、野間口　誠、北島　政臣
瀬戸山　圭、永石　憲遵、笹原　智美、寺田鈴子
青山　瑞穂、江頭　典弘、小林百雲子、光藤崇子

研究協力者(事例介入補助)：

社会福祉法人侑愛会　星ヶ丘寮	中野　伊知郎
社会福祉法人はるにれの里　地域支援事業所ゆうゆう	中村　明美
かとうメンタルクリニック	樋端　佑樹
兵庫県中央こども家庭センター・ひょうごこころの医療センター	木下　直俊
社会福祉法人同愛会　練馬区立大泉つつじ荘	竹矢　恒
国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局秩父学園	堀越 徳浩
京都市南部障がい者地域生活支援センターあいりん	太田　正人
社会福祉法人島根県社会福祉事業団　障害者支援施設光風園	松尾　卓哉
おかやま発達障害者支援センター	池内　豊
社会福祉法人あさみなみ　生活介護事業所かろかろ	長谷川　真樹
社会福祉法人はる	福島　龍三郎、上田　諭

【研究要旨】本研究班では2年間の研究として、入院中の強度行動障害者の専門治療・研修プログラム整備と地域移行に向けた福祉･教育等との連携ガイドラインの検討のため、1）多職種向けの「強度行動障害チーム医療研修」プログラム作成と医療者育成、2）強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定（非盲検無対照試験)、3）入院中の強度行動障害者の専門治療プログラムとして「精神科病棟における強度行動障害入院治療プログラム」整備、4)「入院中の強度行動障害者の地域移行に向けた地域移行パス」の作成を行った。本報告書では主に 1）2）3)について成果と課題を報告する。

【結果】

1）多職種向けの「強度行動障害チーム医療研修」プログラム作成と医療者育成

介入施設で Challenging Behavior や自閉スペクトラム症に対し治療の第一選択とされる「特性に応じた心理社会的介入」を実施できるように、国立病院機構で 2015 年度から実施している「強度行動障害チーム医療研修」を基盤とし、R4 年度に分担研究者も加わって医師、看護師、心理士等多職種による計 10 講義の「多職種向け強度行動障害チーム医療研修動画」を作成し、各介入施設で視聴した。治療介入開始後も多職種で共有できるよう提供し、かつ SV 連絡会議でも内容を補足した。「基礎的知識を得た上で、事例を通して振り返ったり、OJT（On the Job Training）をしたりすることが更に有効」､「DVD の形式もあり勤務時間外でも見られて良かった」､「チーム医療スタッフだけでなく、病棟全スタッフや看護部全体で動画視聴できた」などの意見が寄せられた。

2）精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラム」整備

3）強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定（非盲検無対照試験）

精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅠ（基礎編：3 週間)」は、障害特性に応じたコミュニケーション支援や環境調整、クライシスプラン作成、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化、などを含めた内容で、精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅡ（応用編：12 週間)」はそれに加えて応用行動分析（機能的行動アセスメント）導入や、ストラテジーシート作成、などを導入するものとした。

＜治療プログラムⅠ（約 3 週間）＞

2 年間で 34 事例のエントリーがあり、選択基準外や入院期間延長、データ不備を除外した 29 例について集計した。男性 22 名･女性 7 名、年齢は 6－44 歳(中央値：22 歳)、知的障害の程度は最重度

11 名・重度 12 名・中等度 5 名・軽度 1 名、自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder:以下 ASD）の合併は全例 100%、てんかん合併は 9 例（31%）であった。主な行動障害は他害や器物破損･激しい自傷等であった。障害支援区分は 4 が 1 名・5 が 6 名・6 が 13 名で、ほか 9 名は児童であった。医療者が評価した行動関連項目の中央値は 16（10-20 点)、強度行動障害判定基準の中央値は 28（13-47 点）であった。処方されている抗精神病薬の平均 chlorpromazine（CPZ）換算は 494.7mg（25-1600mg）であった。主要評価項目である ABC-J 興奮性サブスケールは入院時に比し退院時の数値が低下した事例が 29 例中 22 例で、副次評価項目である BPI-S は顕著な変化がなかった。介護者負担感の尺度 CRA-J は全項目・合計の平均値とも、福祉支援者よりご家族が高得点を示していた。

＜治療プログラムⅡ（約 12 週間）＞

2 年間で 14 事例のエントリーのうち、けいれん重積による転院のため中断した 1 事例を除く 13 例について集計した。男性 8 名･女性 5 名、年齢は 13－51 歳(中央値：26 歳)、知的障害の程度は最重度 4 名・重度 6 名・中等度 2 名・軽度 1 名、ASD の合併は全例 100%、てんかん合併は 5 例（38.5%）であった。主な行動障害は他害・不穏・器物破損・激しい自傷等であった。障害支援区分は 4 が 2 名・5 が 1 名・6 が 8 名で、ほか 2 名は児童であった。医療者が評価した入院時の行動関連項目の中央値は 14（10-19 点)、強度行動障害判定基準の中央値は 26（11-41 点）であった。処方されている抗精神病薬の平均 chlorpromazine（CPZ）換算は 784.3mg（0-2575mg）であった。

＜SV 連絡会議＞

介入と同時に医療・福祉関係者合同で分担研究者・協力者を含めた SV(スーパーバイズ)連絡会議をリモートで毎月実施した。SV 連絡会議には介入医療機関の医師・看護師・心理士・作業療法士・ケースワーカー・児童指導員・保育士などと、外部機関の医師・看護師、福祉職や相談支援員、心理専門家等が参加し、令和 4 年 4 月～令和 6 年 3 月の 2 年間でのべ 21 回、のべ 531 名が参加した。

＜統計解析結果＞

治療プログラムⅠの 29 例の統計解析で ABC-J 興奮性サブスケール､ABC-J 多動サブスケール､ABC-J 無気力サブスケール（他者への反応や活動参加の乏しさを示す）は介入前後で有意に低下しており、BPI-S 自傷行動（頻度)、BPI-S 自傷行動（重症度)、強度行動障害判定基準（合計)、BPI-S 攻撃的/破壊行動（頻度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動（重症度)、行動関連項目（合計）も介入前後で有意に低下しており、治療プログラムの効果・有効性が示された。

＜質問紙結果＞

家族への質問紙の回答には、「入院治療がなかったら家族が壊れていた」等の記載も見られた。一方で治療スタッフアンケートでは「刺激の量や生活スタイルが入院前の施設と病院では大きく異なる」「職員だけではやりきれないので SV 連絡会議があって良かった」「地域での検討会を開いて欲しい」といった医療者側の負担・困惑も示された。

＜その他の課題：重症度の評価・介護者の負担＞

在宅で不調となり福祉サービス利用の受け皿がなく入院治療になっているにもかかわらず､障害支援区分が 4 である患者も治療プログラムⅠ・Ⅱとも少数だが存在していた。今回、行動関連項目や強度行動障害判定基準は調査員でなく医療者がチェックしており､個別の事例の重症度からは点数が低い印象を受けるものもあった。介護者負担感を示す CRA-J は福祉支援者がつけた場合より家族がつけた場合が全ての項目･合計とも高い得点であったことは､家族の疲弊度を反映していると考えられた。

【考察】

介入研究や入院中の強度行動障害者の専門治療プログラム整備を通して明確になった今後の課題は、精神科病棟での手厚いチーム医療体制・研修整備の必要性、病棟環境調整の難しさ、重大な他害など処遇困難事例の地域福祉サービス利用の難しさ､福祉サービス利用を断られ疲弊した家族支援の問題、各地域でのネットワーク構築のための専門協議会の不足、などであった。

A. 研究目的

全国多施設共同で、入院中の強度行動障害者の専門治療・研修プログラム整備（1～2 年目）と介入による効果判定(1～2 年目)、地域移行に向けた連携ガイドライン作成(1～2 年目)を目的とする。

B. 研究方法

2 年目(当該年度):入院中の強度行動障害者の専門治療・研修プログラム整備と地域移行に向けた福祉･教育等との連携ガイドラインの検討

1）多職種向けの「強度行動障害チーム医療研修」プログラム作成と医療者育成

方法）

国立病院機構で 2015 年度から実施している「強度行動障害チーム医療研修」をベースに、研究代表者・分担者・協力者多職種（医師・看護師・公認心理士・福祉専門家）で作成した研修教材について、2）の介入研究実施医療機関スタッフ対象に、動画視聴を行い、アンケート調査や実際の介入を通してその効果を検証した。

精神科救急病棟や一般精神科病棟でも実施しやすい環境設定（個別の空間でも可能な活動の導入や福祉からの情報提供の積極的活用）・治療技法も含み、介入施設スタッフは多職種で研修教材を視聴した。視聴方法はインターネット上で固有のリンクを使用する、DVD・USB 等にデータを入れて配布し視聴するなど、各医療機関の勤務状況や環境に応じて工夫した。

医療者育成に関する評価は、①介入後の治療スタッフアンケートによる項目・自由記載による質的な評価と、②治療プログラムⅡ（12 週間介入）では介入初期と退院時の NAS（Nurse Attitude Scale）[1)]の比較検証、③分担研究者・研究協力者で行っている SV 連絡会議内での質的評価とした。

2）精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラム」整備

3）強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定（非盲検無対照試験）

治療プログラムは、国立病院機構の多施設先行研究にて効果検証した 12 週間の治療介入プログラムを基盤に、一般精神科病棟も含め般化しやすいよう留意し作成した。かつ R4 年度の介入や SV 連絡会議での意見を踏まえて補助的な記録シートの内容などを再検討した。

（Ⅰ）精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅠ（基礎編：3 週間)」

《介入の概要》障害特性に応じたコミュニケーション支援や環境調整、クライシスプラン[2)]作成、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化、など。

（Ⅱ）精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅡ（応用編：12 週間)」

《介入の概要》障害特性に応じたコミュニケーション支援や環境調整、クライシスプラン作成、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化、応用行動分析（機能的行動アセスメント）導入、ストラテジーシート作成、など。

2 つの入院治療プログラムを表 1･2 のスケジュールに沿って研究代表者・分担者・協力者で実施し、介入効果を判定し、代表者施設にデータを集約し解析した。研修と治療プログラムを含めた介入の全般的効果・結果評価については、事例集積後に ABC-J（異常行動チェックリスト日本語版）[3)]、日本語版 BPI-S（問題行動評価尺度短縮版）[4)]

で定量的に解析するとともに、支援者や介護者に対する質問紙や SV 連絡会議の中での質的評価を行った。また医療者育成や地域・家族支援の観点も加味し、標準化された支援者評価（NAS）[1]・介護者評価（Caregiver Reaction Assessment 日本語版）[5]を解析した。

対象）以下選択基準を満たす精神科入院患者

1. 自力歩行可能以上の運動機能を有する
2. 障害支援区分認定調査の「行動関連項目」10 点以上（表 3 参照）
3.「強度行動障害判定基準」10 点以上（表 4 参照）
【注）行動制限や注射等による鎮静無しの状況】
4. ABC-J（異常行動チェックリスト日本語版）の興奮性サブスケール 18 点以上
5. IQ70 未満で知的障害を有する

介入方法）別紙表 1・表 2 に示すような介入スケジュールで実施

治療効果判定）

1. 主要評価項目：ABC-J の各サブスケール
2. 日本語版 BPI-S の各頻度合計得点
3. 標的症状（行動障害）の定量測定（Observations アプリ）
4. 支援者評価：スタッフの感情表出評価尺度 NAS(Nurse Attitude Scale)および質問紙
5. 保護者(介護者)評価：介護者負担感の尺度 CRA-J(Caregiver Reaction Assessment)および質問紙

（倫理面への配慮）

本研究の介入プログラム協力医療機関に対してプライバシー保護について十分な説明を行い、事例対象者へは共通した書面での説明と同意を行うよう、研究代表施設の倫理委員会で承認された書面を各協力医療機関に配布し使用した。
事例対象者ご本人は主に重度知的障害を伴う方を想定しており、十分な理解と同意が得られないため、保護者または成年後見人を代諾者としてインフォームドコンセントを行い、文書での同意を得た。そのほか関連倫理指針に基づいた手続きを遵守するとともに、介入研究を行う医療機関は、各分担研究者・研究協力者の所属機関での規定に基づいて倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1）多職種向けの「強度行動障害チーム医療研修」プログラム作成と医療者育成

介入施設で Challenging Behavior や自閉スペクトラム症に対し治療の第一選択とされる「特性に応じた心理社会的介入」を実施できるように、国立病院機構で 2015 年度から実施している「強度行動障害チーム医療研修」を基盤とした講義（①②③④⑤⑩）、R4 年度に分担研究者が加わって作成した医師、看護師、心理士等多職種による講義（⑥⑦⑧⑨）の計 10 講義の「多職種向け強度行動障害チーム医療研修動画」を作成し介入施設で視聴した。研修動画は各職種で治療プログラム実施前に視聴することとしていたが、治療介入開始後も多職種で共有できるよう提供し、かつ SV 連絡会議でも内容を補足した。

「多職種向け強度行動障害チーム医療研修動画」：各講義関係職種 1 名は動画視聴（下線は介入スタート前に必須）

① 會田千重（医師）:「強度行動障害概論」60 分
② 石津良子（医師）:「自閉スペクトラム症」50 分
③ 青山瑞穂（看護師）:「強度行動障害の看護」60 分
④ 杉本頼己（心理士）:「行動分析によるアセスメント」80 分＋「環境調整・介入」30 分
⑤ 平石チカ（保育士）:「強度行動障害の療育」30 分
⑥ 吉川徹（医師）:「強度行動障害と医療～行動療法・薬物療法の考え方」50 分

⑦ 根本昌彦（看護師）:「看護の実践と理論」60 分
⑧ 山下健（医師）:「院内の多職種共同と地域連携」36 分
⑨ 田中恭子（医師）:「行動障害への対処法～構造化」60 分
⑩ 肥前精神医療センター保護者 :「家族として」30 分

研修内容について質問紙の回答を分析した結果は、分担研究報告書「強度行動障害者への支援・介入に関する治療スタッフアンケート調査 (2 年間)」に記す。

また、SV 連絡会議でも「初めて強度行動障害に接する人には有効」、「基礎的知識を得た上で、事例を通して振り返ったり、OJT（On the Job Training）をしたりすることが更に有効」、「DVD の形式で勤務時間外でも見られて良かった」、「チーム医療スタッフだけでなく、病棟全スタッフや看護部全体で動画視聴できた」などの意見が寄せられた。

2）精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラム」整備

3）強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定（非盲検無対照試験）

強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定（非盲検無対照試験）については、代表者施設での倫理審査承認、UMIN 登録を経て令和 4 年 8 月から令和 6 年 2 月までエントリーを行い、精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅠ・Ⅱ」を用いて、各事例についてアセスメントや構造化・応用行動分析などを用いた介入を実施した。

【SV 連絡会議】

介入と同時に医療・福祉関係者合同で分担研究者・協力者を含めた SV(スーパーバイズ)連絡会議をリモートで開始し、毎月継続した。**SV 連絡会議には介入医療機関の医師・看護師・心理士・作業療法士・ケースワーカー・児童指導員・保育士などと、外部機関の医師・看護師、福祉職や相談支援員、心理専門家等が参加し、令和 4 年 4 月～令和 6 年 3 月の 2 年間でのべ 21 回、のべ 531 名が参加した。**介入実践方法や地域移行・地域支援に向けた連携手法について、具体的な質疑応答や手法・情報の共有、専門家によるスーパービジョンを行った。また治療プログラムについても毎月の SV 連絡会議で検討し、使用する各フォーマットを実施・般化しやすいよう改良した。

介入研究をリモートによる SV 連絡会議で多分野多職種の毎月の意見交換をしながら進めることで、治療介入のみでなく、地域移行や地域の福祉・教育分野との連携に有用なヒントが得られた。

＊SV 連絡会議は、今後も厚労科研「強度行動障害の客観的なアセスメントパッケージの実用化に向けた研究」（研究代表者：井上雅彦）の分担研究として、継続する予定である。井上班の継続課題として実施する際のアセスメント・記録においては、機能的行動アセスメントとして QABF に変えて Functional Analysis Screening Tool（FAST）を用い、ABC 記録やスキャタープロットは Observations アプリを用いて記録できればと考えている。

【介入事例のまとめ（2 年間）】

令和 4 年度は療養介護病棟や精神科慢性患者でのモデル事例を含め、10 施設 23 事例、令和 5 年度も 9 施設 25 例、合計で 48 例のデータを集積し、各年度 20 例の目標症例を達成した。2 年間の内訳は治療プログラムⅠで 9 施設 34 事例（肥前精神医療センター・愛知県医療療育総合センター中央病院・岡山県精神科医療センター・千曲荘病院・洛南病院・賀茂精神医療センター・菊池病院・やまと精神医療センター・松ヶ丘病院)、治療プログラムⅡで 5 施設 14 事例（肥前精神医療センター・千曲荘病院・榊原病院・松沢病院・賀茂精神

医療センター）エントリーとなった。以下治療プログラムⅠとⅡに分けて報告する。

（Ⅰ）精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅠ」（基礎編：3 週間）
～障害特性に応じたコミュニケーション支援や環境調整、クライシスプラン作成、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化～

治療プログラムⅠ（約 3 週間）の 2 年間での計 34 事例のうち、ABC-J 興奮性サブスケールが 18 点未満であった 1 事例と、入院期間が長期化したもの・データ収集に不備があった計 3 事例を除外した 29 例について集計した。男性 22 名･女性 7 名、年齢は 6－44 歳(中央値：22 歳)、身長・体重の中央値は 163cm・65kg であった。知的障害の程度は最重度 11 名・重度 12 名・中等度 5 名・軽度 1 名、自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder:以下 ASD）の合併は全例 100%、てんかん合併は 9 例（31%）であった。主な行動障害は他害や器物破損･激しい自傷等であった。また障害支援区分は 4 が 1 名・5 が 6 名・6 が 13 名で、ほか 9 名は児童であり、行動関連項目の中央値は 16（10-20 点)、強度行動障害判定基準の中央値は 28（13-47 点）であった。処方されている抗精神病薬の平均 chlorpromazine（CPZ）換算は 494.7mg（25-1600mg）、中央値は 400mg であった。

主要評価項目である ABC-J 興奮性サブスケールは入院時に比し退院時の数値が低下した事例が 29 例中 22 例であった。副次評価項目である BPI-S は顕著な変化がなかった。

《主要評価項目》
ABC-J 興奮性サブスケール
入院時：中央値 26（18-43）
退院時：中央値 20（1-42）

《副次評価項目》
BPI-S 自傷行動（頻度）
入院時：中央値 5（0-14）
退院時：中央値 4（0-14）

BPI-S 攻撃的／破壊行動（頻度）
入院時：中央値 9（2-25）
退院時：中央値 7（0-25）

BPI-S 常同行動（頻度）
入院時：中央値 13（3-29）
退院時：中央値 13（1-25）

《その他》
<u>支援者（治療スタッフ）評価：</u>
NAS 平均得点（介入後のみ評価）
敵意 6.6　批判 11.7　肯定的言辞 18.0
合計 36.2

<u>介護者評価</u>：(29 例中 28 例より回答あり)
【保護者 19 名】
CRA-J 平均得点（介入後のみ評価）
日常生活への影響 21.3
ケアに関する受け止め 14.5
家族からのサポート 11.5
健康状態への影響 6.9
経済的な影響 5.8
総得点 60.1

【入所中の施設スタッフ 9 名】
CRA-J 平均得点（介入後のみ評価）
日常生活への影響 13.3
ケアに関する受け止め 13.4
家族からのサポート 9.0
健康状態への影響 4.5
経済的な影響 4.6
総得点 45.0

《病棟での日常的な観察》
医療機関での入院のため以下の観察・カルテ記録が必須であり、当然のこととして実施されてい

た。ただし採血や各種検査に苦慮する事例は多く、視覚的支援や手順書を用いたプレパレーションの手法について SV 連絡会議で協議することもあった。

・バイタルサイン（血圧・脈・体温・呼吸など）
・睡眠状況
・食事量
・尿回数、排便状況
・意識レベルやてんかん発作の有無
・外傷の有無や皮膚状態
・薬物の副作用の有無

＊1 年目の集積事例 20 例について、統計解析した結果を記す。

（統計解析手法）

・Shapiro-Wilk 検定にて正規性が確認された ABC-J の各サブスケール（興奮性・無気力・常同行動・多動）、強度行動障害判定基準（合計点）、BPI-S 自傷頻度・自傷重症度・常同行動について t 検定を行った。

・Shapiro-Wilk 検定にて正規性が確認されなかった BPI-S 攻撃的／破壊行動と行動関連項目について Wilcoxon の符号付き順位検定を行った。

（解析結果）

・介入前後で ABC-J 興奮性サブスケール（$^{**}p<0.001$）、ABC-J 多動サブスケール（$^{*}p<0.001$）、ABC-J 無気力サブスケール（$^{*}p=0.031$）、BPI-S 自傷行動（頻度）（$^{**}p=0.049$）、BPI-S 自傷行動（重症度）（$^{*}p=0.039$）、強度行動障害判定基準合計（$^{**}p<0.001$）は有意に低下していた（図 1）（図 2）（図 3）。

・介入前後で BPI-S 攻撃的/破壊行動（頻度）、BPI-S 攻撃的/破壊行動（重症度）、行動関連項目合計は有意に低下していた（図 4）。

（Ⅱ）精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅡ」（応用編：12 週間）～障害特性に応じたコミュニケーション支援や環境調整、クライシスプラン作成、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化、応用行動分析（機能的行動アセスメント）導入、ストラテジーシート作成～

治療プログラムⅡ（約 12 週間）の 2 年間での計 14 例のうち、けいれん重積による転院・運動機能低下のため中断した 1 事例を除く 13 例について集計した。男性 8 名･女性 5 名、年齢は 13－51 歳(中央値:26 歳)、身長･体重の中央値は 171cm（150－179.5cm)･68kg（42－86.5kg）であった。知的障害の程度は最重度 4 名・重度 6 名・中等度 2 名・軽度 1 名、自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder:以下 ASD）の合併は全例 100%、てんかん合併は 5 例（38.5%）であった。主な行動障害は他害・不穏・器物破損・激しい自傷等であった。また障害支援区分は 4 が 2 名・5 が 1 名・6 が 8 名で、ほか 2 名は児童であった。入院時の行動関連項目の中央値は 14(10-19 点)、強度行動障害判定基準の中央値は 26（11-41 点）であった。処方されている抗精神病薬の平均 chlorpromazine(CPZ)換算は 784.3mg(0-2575mg)、中央値は 625mg であった。介入後の各評価尺度については、現在退院後結果を集積中である。

【介入や治療プログラム整備に関してまとめ】

治療プログラムⅠ・Ⅱとも相談フォーマットは全例で記載していたが、研究の途中で長期経過（行動障害出現時期やきっかけ）、被虐待歴が重要と考えフォーマットの改良を行った。また、生活・コミュニケーション支援情報は入院初期から必要であり、フォーマットを活用しなかった事例でも、主に看護師が家族や福祉支援者から聞き取りをしていた。介入実践記録（表 5）は特に治療プログラムⅠ（3 週間の短期間入院）でクリニカルパス的な役割を果たした。

治療プログラムを使用した介入研究を行い SV 連絡会議で検証した結果、患者に関する情報収集や各資料の記録は、それぞれの機関・職種で得手不得手があることが分かった。具体的には「生活・コミュニケーション支援情報シート」はご家

族または福祉支援者、「クライシスプランシート」は看護師、「ストラテジーシート」は心理士または専門研修経験のある医療者、「氷山モデル」は福祉支援者が比較的記録に慣れており記載しやすい事が分かった。

また構造化や余暇活動、作業活動のグッズ等は教育関係者や福祉支援者・ご家族など、実際に普段使用しているものを持参してもらい応用すれば、強度行動障害者に初めて接する医療者でも病棟での実施が可能であることが分かった。

特に3週間の治療プログラムⅠでは中等度知的障害の患者も2割弱含み、言語でのコミュニケーションが一見できるようで実際は難しいというスタッフの意識が必要であったと思われる。また在宅で不調となり福祉サービス利用の受け皿がなく入院治療になっているにもかかわらず、障害支援区分が4である患者も治療プログラムⅠ・Ⅱとも少数だが存在していた。今回、行動関連項目や強度行動障害判定基準は調査員でなく医療者がチェックしており、個別の事例の重症度からは点数が低い印象を受けるものもあった。介護者負担感を示すCRA-Jは福祉支援者がつけた場合より家族がつけた場合が全ての項目・合計とも高い得点であったことは、家族の疲弊度を反映していると考えられた。治療プログラムⅠでABC-J興奮性サブスケールが入院時に比し退院時に低下した事例が29例中22例（76%）であったことや、前年度までの 20 例の解析から、プログラムの有効性が示された。実際に家族への質問紙の回答の中には、「(入院前は在宅で過ごしていたので)入院治療がなかったら家族が壊れていた」等の記載も見られた。一方で治療スタッフアンケートからは「刺激の量や生活スタイルが入院前の施設と病院では大きく異なる」「職員だけではやりきれないので SV 連絡会議があって良かった」「(地域移行に難渋するので)地域での検討会を開いて欲しい」といった医療者側の負担・困惑も示された。

《介入施設医療者、介入補助を行った福祉支援者、SV 連絡会議参加者の意見～第3回分担研究者・研究協力者合同会議より:2024年2月18日　東京》

1）介入施設より

【岡山県精神科医療センター　児玉匡史医師】
(4事例介入)
・これまで強度行動障害を持つ患者への介入は十分にはできていない状態であったが、医師・看護師・PSW・OT・心理療法士で「強度行動障害治療チーム」を編成し病院全体の知識意識の底上げに繋がった。
・印象に残っていることは、入所施設から入院を受けたものの退院後の処遇を断られ、最終的には人と人の繋がりで何とかショートステイに繋げた事例であったが、地域移行の難しさを感じた。

【同センター　山下えりかOT】
・日中活動を求められ、外部から期待されているが手探り状態。

【同センター　古田哲也看護師】
・とにかく大変。
・現場の意見と介入を実施する側の意見の乖離があると感じる。

【菊池病院　田中恭子医師】
(2事例介入)
・介入プログラムが決まっていたのでやりやすかった。
・スタッフは、当初「何をするのか」という疑問を持っていたようだが、やってみれば「こうなるのか」「こうすればよいのか」ということに繋がり、院内で完結するのではなく、「地域に帰る」という地域と繋がる治療目標や視点を考えるきっかけになったのではないかと思う。

【肥前精神医療センター　會田千重医師】
(14事例介入)
・精神科救急病棟では、OTの日中活動への介入の

役割が重要であった。
・しかし、OT　以外の室外活動の導入や対応に戸惑うこともあった。
・現場での氷山モデル・ストラテジーシートの記載は難しく、心理士や専門知識のある医師の協力が必要。
・強度行動障害治療病棟（モデルケース）では、対応に慣れていた。
・看護師によるクライシスプラン記載はスムースであった。
・地域移行に関しては、帰住先が決まっている人は良いが、緊急避難的に医療保護入院してきた患者さんは帰住先が見つからず困難な例もあった。

【千曲荘病院　安藤直也医師】
（15 事例介入）
・3 週間の入院になると受け入れ体制が整わないまま経過してしまうが、3 ヶ月入院で治療プログラムⅡの体制を整えることにより行動改善に繋がり地域移行が安定して行えるようになった。
・しかし、移行に関しては、地域に支援機関が乏しく退院後ショートステイ先が少ないため外来での支援が難しくなる印象がある。

【やまと精神医療センター　谷口謙医師】
（2 事例介入）
・院内治療チームは精神科、専門治療病棟（療養介護）にそれぞれ行動療法チームがあり院内認定の強度行動障害専門看護師がいる。
・1 例目については、発達障害者支援センターに細かく関わってもらっている。それぞれの事例で情報共有はうまくいっているが、退院後の地域生活については不安がある。

【賀茂精神医療センター　松川桃子医師】
（4 事例介入）
・多職種院内チームができ、週１回程度会議が持てた。そこで細かいポイントをその都度話し合えたことや、看護師が細かく観察してくれたことは介入のしやすさに繋がった。
・しかし、地域においては実際に使える福祉サービスの資源が少ないと感じる。

2）SV 連絡会議参加メンバーより

【かとうメンタルクリニック　樋端佑樹医師】
・最近のケースで、地震で不安定になり緊急入院した患者では、退院時、医療機関とつなぐ相談支援員がキーパーソンであった。クライシスプランは有効であった。

【練馬区立大泉つつじ荘　竹矢恒氏】
・軽度知的障害の人を受け入れるところが少ないと感じる。グループホーム（GH）が乱立してそこで悪化している？
・入所施設が閉鎖し行き先がない問題が生じている。
・のぞみの園からの移行事例で、GH と通所先での日中活動をどうスライドするのか、綿密にやりとりしたのが有効であった。

【京都市南部障がい者地域生活支援センターあいりん　太田正人氏】
・地域により資源が違う。
・個別に受け入れてくれるショートステイ先の確保が困難。
・施設の入所者がいる中でショートステイ利用者の個別対応は難しい。
・例えば５か所くらいの施設をショートステイで利用しているが自宅に帰せない事例があった。その後施設からも断られ、京都の空住宅を使わせてもらうよう要請中。その人に合わせた住環境で一人暮らしを地域で支援していければ。
・自立支援協議会で情報共有してくれるところが増えていった。
・京都市独自の福祉サービス（居宅支援）ができている。

【障害者支援施設光風園　松尾卓哉氏】

・島根県独自の強度行動障害処遇体制支援事業はあるが、地域移行は行き先がなく 15 年間で 5 人のみ。全員が精神科病院入院例であった。
・最近は、強度行動障害医療研究会の研修に参加する医師や看護師が増えてきている。

【おかやま発達障害者支援センター　池内豊氏】
・アセスメントをする際、SV 会議で共有し福祉の中でも見るポイントが共有できるようになってきた。
・対象者を想像しすぎず、具体的なアセスメントが必要。
・12 週間の介入について、自立課題の提案をすることはあるが福祉の現場からは意見は言いにくい。いかに達成感を持って院内でやっていただけるかが課題かと思う。
・岡山県は、福祉協会にスーパーバイザーが 4 人いてコンサルテーションの調整役をおかやま発達相談支援センターが担っている。

【社会福祉法人はる　福島龍三郎氏】
・氷山モデルやストラテジーシートを使うことは福祉の現場ではまだまだである。
・今後、行動関連項目の高い人が医療機関入院の際、福祉現場での中核的人材が関わるようになっている。
・SV 会議は、治療の様子や医療体制を知るよい機会であった。地域で SV 会議のようなものを作れたらと思う。また、今後も SV 会議を継続していただきたい。
・佐賀県で行っている医療・福祉・教育三分野からの多職種によるフォローアップ研修は、各分野分化が違って大変ではあるが、共通言語を持って支援をやっていければと思う。

D.考察

1）1）多職種向けの「強度行動障害チーム医療研修」プログラム作成と医療者育成について

治療を進めるにあたって、特に精神科病棟のスタッフ構成や現状を考えると、研修について以下の追加や改良が必要と考えられた。
・作業療法士による講義も必要
・身体的治療や受診障壁解消のための連携手法についても分量を増やして講義する
・「応用行動分析（機能的行動アセスメント）」や「TEACCH®プログラムに基づく構造化」の手法や評価尺度を分かりやすく伝達する
・院内で多職種チームで取り組みやすくするため、チームマネジメントの観点からの講義も必要
・研修体制については、福祉や教育との相互交流的研修が理想的であり、福祉領域の中核的人材養成研修や「標準的な支援」も参考にする
・分担研究者日詰氏からの示唆として、認知症研修を参考に①医療関係者についての目標・計画値の設定を進める、②チームマネジメントの演習の位置づけ、が指摘された。
・分担研究者成田医師からは、①講義や臨床経験を通じて強度行動障害の医学教育を進めるべき、②知的・発達障害全般の医療受診における困難さへの知識と工夫できるスキルの獲得、③生活場面に医療者が参画して臨床を行う事が有用、などの示唆をいただいた。

2）精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラム」整備

3）強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定について

今後福祉や教育分野と相互に補完出来ると良いのではないかと考えるのが、①フォーマルなアセスメントの活用と、②生活・コミュニケーション支援情報、③支援・治療方針を考える上でのシートの活用である。
①医療機関では知能・発達検査や CARS（小児自閉症評定尺度）、感覚プロファイルなど、フォーマルなアセスメントが行いやすい。身体的状態や健康管理に関する情報も必須のこととして意識している（医療機関の体制によっては難しい場合もあるが）。それらを福祉・教育分野で行われるイ

ンフォーマルなアセスメントと組み合わせれば、患者・利用者の全体像を把握する事が可能ではないかと思われる。QOL を含めたアセスメントができれば、なお望ましい。

②生活・コミュニケーション支援情報については、行動援護や重度訪問介護など、条件が合えば入院中も福祉サービスとして情報利用が可能であるし、少なくとも入院治療前や普段の外来治療において、福祉・教育関係者の方から当たり前に提供するもの、医療側も当たり前に受け入れるもの、という意識が増えれば、より患者のために有益であると考える。

③支援・治療方針を考える上で、前記の通り、医療機関では氷山モデルシートの普及は少なく、ストラテジーシートを用いやすいのは研修受講者や心理士などの専門職がチームにいる場合で、それらに比べるとクライシスプランシートが最も用いやすかった。これについても氷山モデルシートを課題となる行動に関して事前に福祉支援者に記載してきてもらい、クライシスプランを医療機関から提供し、行動の機能的アセスメントを双方で行った上でストラテジーシートをどちらかが記載する、といった使用方法が最も現実的なように思う。

治療プログラムⅠ（約 3 週間）29 例の支援者評価尺度である NAS に関しては、二つの精神科単科病院の看護師 281 名で調査報告した香月らの先行研究結果と比較すると、「敵意」「批判」のスコアは本研究の得点が低く、「肯定的言辞」については得点が同等であった。今回の介入研究は、これまで強度行動障害を伴う患者を受け入れた経験がある医療機関を中心に行ったため、強度行動障害への多職種チーム医療に慣れていることを反映しているものと推測された。介護者負担感の尺度 CRA-J はいずれの項目の平均値とも、福祉支援者よりご家族が高得点を示していた。

今回は ABC-J を主要評価項目とし、介入前後で有意差も得られたが、ABC-J は 58 項目と項目数が多く、また項目は支援者による評価のばらつきがやや出やすいため、複数で確認しながらつける必要があると思われた。BPI-S は 30 項目であり、項目も具体的で用いやすかった。

4)「入院中の強度行動障害者の地域移行に向けた地域移行パス」の作成について

山下らの分担研究を参照とするが、特に入院が長期化しやすい緊急の措置入院・医療保護入院の事例では、帰住先に難渋することが多く、地域移行について地域の多分野のネットワークも含めた支援会議や検討会が必要である。地域支援体制づくりやスムースな地域移行のために、以下のような対応が必要と考える。

1．入院時に退院時期を確定している（予定通り退院できる）
2．退院時期は未定だが、退院（移行）先をコーディネート･協力する地域の機関やしくみが機能している（基幹相談支援センター・自立支援協議会・発達障害者支援地域協議会・発達障害者支援センター・発達障害者地域支援マネジャー、地域生活支援拠点等整備事業など）
3．退院時期もコーディネート機関も未定だが、多機関連携し退院（移行）できる（行動援護や重度訪問介護などのサービスを福祉事業所と連携し入院中から利用・行動拡大）

「強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定」について、介入手法と地域移行・地域支援手法のそれぞれについて SV 連絡会議で協議した結果、福祉との連携や多職種チーム医療により臨床的には一定の効果が得られているが、①精神科病棟での手厚いチーム医療体制・研修整備の必要性、②病棟環境調整の難しさ、③重大な他害など処遇困難事例の地域福祉サービス利用の難しさ、④福祉サービス利用を断られ疲弊した家族支援の問題、⑤各地域でのネットワーク構築のための専門協議会の不足、などの課題が挙げられた。

E. 結論

これまでも「強度行動障害医療学会」での情報共有により、「強度行動障害者専門の入院治療先の乏しさ・待機者の多さ」「一般精神科病棟入院中の専門的介入手法の未整備」「退院後の地域移行の難しさ」などが断片的に把握されていた。本研究による介入やSV連絡会議により、①精神科病棟での手厚いチーム医療体制・研修整備の必要性、②病棟環境調整の難しさ、③重大な他害など処遇困難事例の地域福祉サービス利用の難しさ、④福祉サービス利用を断られ疲弊した家族支援の問題、⑤各地域でのネットワーク構築のための専門協議会の不足など、が改めて浮き彫りになった。

R6年度には新たな厚労科研で「強度行動障害を有する知的・発達障害に関わる医療従事者向け研修プログラム開発に向けた研究」が3年間予定されている。今回の介入研究や研修プログラム作成での要点を反映し、広く一般医療者も強度行動障害の知識を得て、より入院・外来治療の手法が般化できるよう協力していきたい。そしてR6年度の診療報酬改定で「強度行動障害」という文言が明記された「入退院支援加算」や歯科治療における「歯科治療環境への適応が困難な患者」への加算算定、関連するものとして「児童思春期支援指導加算」が一助となって、上記課題をクリアできることに期待したい。

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：

會田千重　市川宏伸　井上雅彦　日詰正文　成田秀幸　根本昌彦　高橋和俊　山下健　吉川徹　児玉匡史　田中恭子：強度行動障害者への入院治療プログラムを用いた多施設介入研究　第64回日本児童青年精神医学会総会Eポスター　2023.11.14　青森

會田千重　市川宏伸　井上雅彦　日詰正文　成田秀幸　根本昌彦　高橋和俊　山下健　吉川徹　児玉匡史　田中恭子：入院中の強度行動障害者への支援･介入の専門プログラム整備と地域移行についての多施設共同研究　日本精神神経学会学術総会　2024.6.20　北海道

H. 知的所有権の出願・取得状況:なし

参考文献)

1) 香月富士日　後藤雅博　染谷俊幸（2007）：精神科臨床スタッフの感情表出に影響を与える要因　Nurse Attitude Scaleの信頼性・妥当性と下位尺度の意味するものについての検討　精神医学　49（2）：119-127.

2) 狩野俊介・野村照幸（著､編集）：危機がチャンスに変わる クライシス・プラン入門 精神医療・保健・福祉実践で明日から使える協働プラン 中央法規　2024.

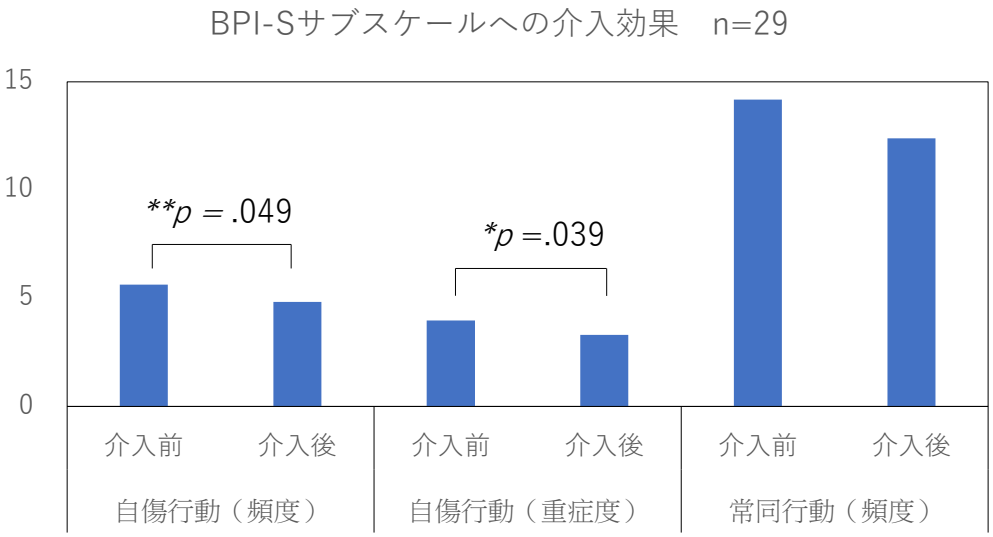
3) 小野善郎（2006）：異常行動チェックリスト日本語版（ABC-J）による発達障害の臨床評価 (pp38-43). 東京, じほう.

4) Masahiko Inoue, Naoko Inada, Yoichi Gomi, Chie Aita, Toshikazu Shiga. Reliability and validity of the Japanese version of the Behavior Problem Inventory-Short Form. Brain and Development.43(6),673-679.2021

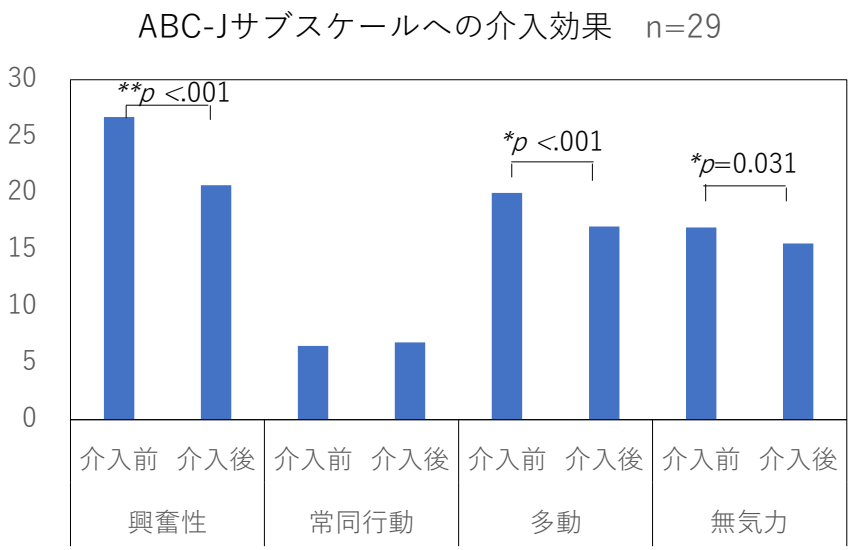
5)Tomoyo Misawa 1, Mitsunori Miyashita, Masako Kawa, Koji Abe, Mayumi Abe, Yasuko Nakayama, Charles W Given.Validity and reliability of the Japanese version of the Caregiver Reaction Assessment Scale (CRA-J) for community-dwelling cancer patients. The American journal of hospice & palliative

care.26(5):334-40. 2009

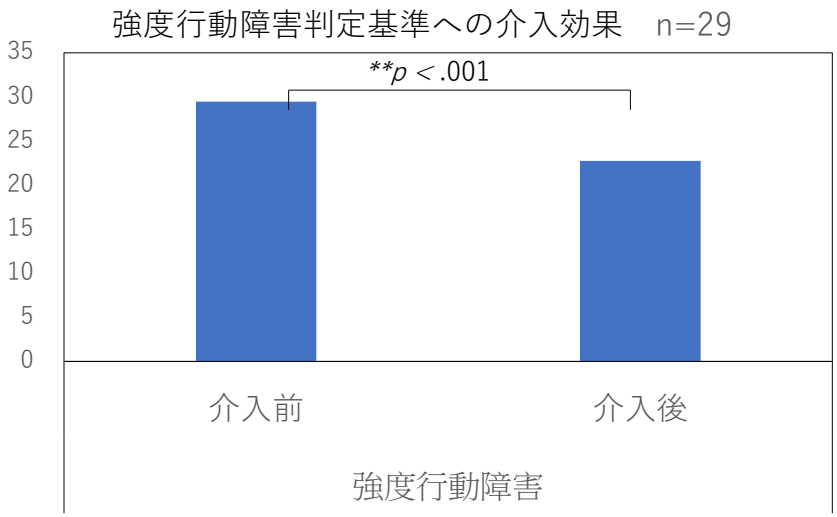
6) 肥前精神医療センター監修　會田千重編集
多職種チームで行う「強度行動障害のある人への
医療的アプローチ」　中央法規　2020.



＜図１＞
BPI-S自傷行為（頻度）サブスケール、 BPI-S自傷行為（重症度）サブスケールは介入前後で有意に低下していた

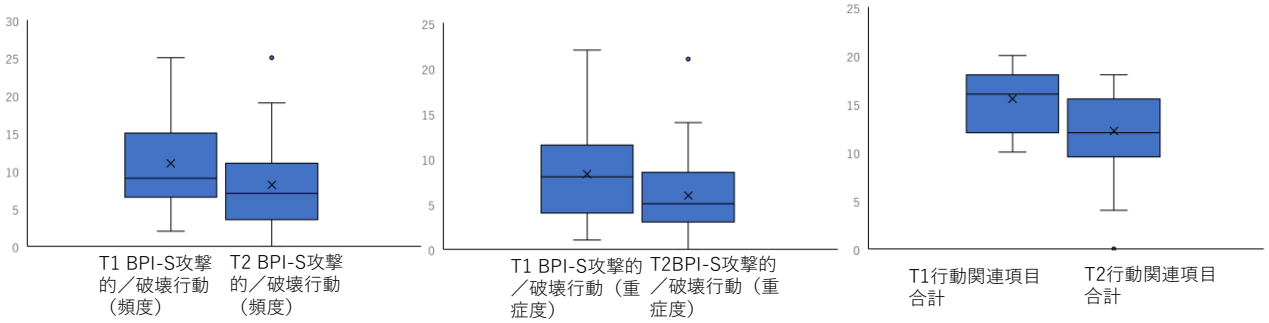


＜図２＞
ABC-J興奮性サブスケール、ABC-J多動サブスケール、ABC-J無気力サブスケールは介入前後で有意に低下していた



＜図３＞
強度行動障害判定基準（合計点）は、介入前後で有意に低下していた

BPI-S、行動関連項目の解析結果　n=29



＜図４＞
BPI-S 攻撃的/破壊行動（頻度）、BPI-S 攻撃的/破壊行動（重症度）
行動関連項目（合計）、いずれも介入前後で有意に数値が低下していた

表1 精神科病棟における強度行動障害入院治療プログラムⅠ
基礎編:3週間

	入院前（外来）	入院時～介入準備期		介入（2W）	介入後評価
基本情報＊		○	【介入準備期】（1W） 院内外多職種カンファレンス ↓ クライシスプラン作成		
行動関連項目・強度行動障害判定基準（いずれも10点以上）		○ ＃（下記同様）		評価・修正して介入	○ ＃（下記同様）
ABC-J（興奮性サブスケール18点以上） BPI-Sスコア		○ （＃過去4週間の状態を保護者に聞き取り）			○ （＃退院後4週間の状態を保護者に聞き取り）
支援情報収集（生活・コミュニケーション）	●（可能なら）	○			
支援準備（個別スケジュール・予告書・余暇道具等）	●（可能なら）	○			
スタッフ評価 ご家族評価					質問紙・NAS 質問紙・CRA-J
地域での支援体制の再構築・移行支援のための会議					

＊年齢、性別、身長・体重、ＩＱ(ＤＱ)：70未満、行動制限、原因診断、自閉スペクトラム症合併、てんかん合併、薬物療法の内容、CARS2(小児自閉症評定尺度）、感覚プロファイル、QABFなど

表2 精神科病棟における強度行動障害入院治療プログラムⅡ
応用編:12週間
～はじめの部分は治療プログラムⅠと共通（評価＃は治療プログラムⅠと同様に行う）

	入院前（外来）	入院時～介入準備期		介入①（2W）	初期介入後評価	行動療法前評価（2W）		介入②-1（2W）	介入②-2（2W）	退院時評価（2W）
基本情報＊		○	【介入準備期】（1W） 院内外多職種カンファレンス ↓ クライシスプラン作成				【行動療法準備期】（1W） ストラテジーシートによる行動療法の検討/QABF			
行動関連項目・強度行動障害判定基準（10点以上）		＃○		評価・修正して介入	○（下記同様）			評価・修正して介入		＃○
ABC-J（興奮性サブスケール18点以上） BPI-Sスコア		＃○			○（スタッフ聞き取り）					＃○
支援情報収集（生活・コミュニケーション）	●（可能なら）	○								
支援準備（個別スケジュール・予告書・余暇道具等）	●（可能なら）	○								
標的行動定量 Observationsアプリ						○		○	○	○
スタッフ評価 ご家族評価					NAS					質問紙･NAS 質問紙･CRA-J
地域での支援体制の再構築・移行支援のための会議										

＊年齢、性別、身長・体重、ＩＱ(ＤＱ)：70未満、行動制限、原因診断、自閉スペクトラム症合併、てんかん合併、薬物療法の内容、CARS2(小児自閉症評定尺度）、感覚プロファイルなど

表３　障害支援区分認定調査の行動関連項目

（平成 18 年 9 月 29 日厚生労働省告示第 543 号「厚生労働大臣が定める基準」より）

行動関連項目	0 点			1 点	2 点
コミュニケーション	1. 日常生活に支障がない			2. 特定のものであればコミュニケーションできる 3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる	4. 独自の方法でコミュニケーションできる 5. コミュニケーションできない
説明の理解	1. 理解できる			2. 理解できない	3. 理解できているか判断できない
大声・奇声を出す	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週 5 日以上）支援が必要
異食行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週 5 日以上）支援が必要
多動・行動の停止	1. 支援が不要	2・希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週 5 日以上）支援が必要
不安定な行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週 5 日以上）支援が必要
自らを傷つける行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週 5 日以上）支援が必要
他人を傷つける行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週 5 日以上）支援が必要
不適切な行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週 5 日以上）支援が必要
突発的行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週 5 日以上）支援が必要
過食・反すう等	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週 5 日以上）支援が必要
てんかん	1. 年に 1 回以上			2. 月に 1 回以上	3. 週に 1 回以上

表 4　「強度行動障害判定基準」（平成 30 年 3 月 22 日厚生労働省告示第 109 号より）

行動障害の内容	１点	３点	５点
ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	週に１回以上	１日に１回以上	１日中
ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	月に１回以上	週に１回以上	１日に頻回
激しいこだわり	週に１回以上	１日に１回以上	１日に頻回
激しい器物破損	月に１回以上	週に１回以上	１日に頻回
睡眠障害	月に１回以上	週に１回以上	ほぼ毎日
食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	週に１回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
排せつに関する強度の障がい	月に１回以上	週に１回以上	ほぼ毎日
著しい多動	月に１回以上	週に１回以上	ほぼ毎日
通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	ほぼ毎日	１日中	絶えず
沈静化が困難なパニック			あり
他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為			あり

入院中の強度行動障害への支援・介入専門プログラム【多職種チームによる介入実践記録】

施設名		【　　】	入院日	2024/　/							退院日	2024/　/
事例番号		【　　】										
治療プログラム		介入内容	介入詳細	あり1 なし0	回数	実施・ 開始日1	実施・ 開始日2	実施・ 開始日3	実施・ 開始日4	実施・ 開始日5	担当者・会議参加者詳細 （複数可）	内容など
治療プログラムⅠ （3週）	「標準的な支援」参考	**生活・コミュニケーション支援情報収集・氷山モデルシート確認**										別紙参照
		構造化	物理的構造化									
			個別スケジュール									
			視覚的構造化									
			ワークシステム									
		余暇活動	室内									
			室外									
		クライシスプラン作成										別紙参照
	チーム会議	**多職種（MDT）会議**	**相談フォーマット記録**									
		地域移行のためのケア会議										
		＊薬物療法										別紙参照
		心理・発達検査、身体的検査										
治療プログラムⅡ （4週目以降12週まで）	応用行動分析（機能的行動アセスメント）	標的行動の直接的評価 （スキャタープロット・ABC）	紙面にて									別紙参照
			Observationsアプリにて									別紙参照
		FAST/QABFなど間接的評価										別紙参照
	チーム会議	多職種（MDT)会議	介入前（行動療法準備期） **ストラテジーシート記載**									
			2週間介入後（介入②-1後） **多職種チーム医療チェック表**									
		地域移行のためのケア会議										
スタッフ評価		質問紙	プログラムⅠ介入後									別紙参照
			プログラムⅡ介入後									別紙参照
		NAS （プログラムⅠは介入後のみ）	介入前（初期介入後評価）									別紙参照
			介入後									別紙参照
ご家族評価		質問紙	プログラムⅠ介入後									別紙参照
			プログラムⅡ介入後									別紙参照
		CRA-J	プログラムⅠ介入後									別紙参照
			プログラムⅡ介入後									別紙参照

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

入院中の強度行動障害者支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

分担研究報告書

「強度行動障害者への支援・介入に関する家族アンケート調査」

治療プログラム１（3 週間）・治療プログラムⅡ（12 週間）

主任研究者　　會田　千重　（国立病院機構　肥前精神医療センター）
研究協力者　　西原　礼子　（国立病院機構　肥前精神医療センター）

【研究要旨】入院中の強度行動障害者支援・介入の専門プログラム、地域移行プログラムを検討するにあたり、治療効果や研修効果に関する標準化された評価尺度以外に「ご家族アンケート」という質問紙を作成し、更に詳細な分析を行った。

【結果：精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅠ」】

治療プログラムⅠ（3 週間）は 2 年間で退院後評価が終了した 34 事例に関して、回収できたご家族 21 名と福祉施設支援者（以下支援者）8 名の計 29 名分を集計した。ご家族の主要な介護者はすべて母親であり、ご家族・支援者含め女性が多かった。一方患者の性別は男性が大半（83%）であった。ご家族・支援者の年代は 40 代が最多で、患者の年代は 10 代・20 代が各々41%であった。自由記載意見では、「ほかに受け入れ先がない場合に助かる」という保護者や、「一つの福祉事業所だけで担える問題ではない」「苦手な時期の回避、支援者のレスパイト、他利用者への支援の充実も図る期間の確保のため、居場所が必要」という施設支援者の切実な意見が見られた。

【結果：精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅡ」】

治療プログラムⅡ（12 週間）は 2 年間で退院後評価が終了した 12 事例に関して、回収できたご家族 8 名と施設支援者 1 名の計 9 名分を集計した。ご家族の主要な介護者はすべて女性で、患者の性別は男性が 67%であった。ご家族・支援者の年代は 40 代が最多、患者の年代は 20 代が過半数だが幅広い年代を含んでいた。治療期間が長い治療プログラムⅡのほうが、ご家族・支援者の効果への評価、必要性、「また利用したい」という希望が高かった。自由記載は「タイムタイマーが帰ってからも有効になった」「症状のリセットになった」「健康状態の観察・検査・薬の調整ができた」など具体的な効果をあげたものが多かった。一方で「病院と施設では刺激の量や生活スタイルが異なるので、もう少し情報共有ができたらよかった」という意見もあった

【今後の課題・工夫点】①在宅や施設での生活に困難が生じた際に精神科へ緊急的なレスパイト入院ができること、②入院中、障害特性に応じた環境調整ができるように情報交換や連携の徹底、③地域や施設での支援体制の再構築が入院治療と並行してできること、④在宅の状況を地域のネットワークで把握し家族が孤立しないような仕組みを作ること、等が考えられた。

A. 概要と目的

入院中の強度行動障害者支援・介入の専門プログラム、地域移行プログラムを作成するにあたり、治療効果や研修効果に関する標準化された評価尺度結果は前述したとおりだが、それ以外の評価手法として、「ご家族アンケート」という質問紙を作成し、更に詳細な分析を行ったので報告する。

B. 方法

質問紙によるアンケートを作成し、介入研究を実施した施設で収集した。記載・収集のタイミングは、前述した治療プログラムⅠ・Ⅱのそれぞれのスケジュールに沿って行った。

【ご家族アンケート】

「在宅患者の場合はご家族」「施設入所中の患者の場合は主要な支援者」を対象とし、6項目からなるアンケートを介入後・退院時に記載してもらった。個人名は記載せず、自施設内の分担研究者もしくは研究協力者のみが誰が記載したか判別できるものとした。複数のご家族や施設支援者からのアンケートが集積できた場合は、介護に関して主要なご家族、もしくは主要な施設支援者の結果を集計し、他のご家族や施設支援者については自由記載意見をまとめた。

C. 研究結果：アンケート結果も参照

精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅠ」

治療プログラムⅠ（3 週間）は 2 年間で退院後評価が終了した 34 事例に関して、回収できたご家族 21 名と福祉施設支援者（以下支援者）8 名の計 29 名分を集計した。ご家族 21 名のうち主要な介護者はすべて母親であり、結果としてご家族・支援者の性別は男性 4 名（13.8%）・女性 25 名（86.2%）と圧倒的に女性が多かった。一方患者の性別は男性 27 名（83%）・女性 7 名（17%）と男性が大半であった。ご家族・支援者の年代は 40 代が最多で、患者の年代は 10 代・20 代が各々41%であった。福祉分野の研究協力者との連携を「とても効果的」「効果的」合わせて 80%の方が感じており、精神科病棟での「強度行動障害支援・介入」が「とても効果的」「効果的」合わせて 72%という結果であった。またその必要性については「必要」とした意見が 83%、「まあまあ必要」10%を加えると 93%であった。今後の入院治療の利用については「ぜひ利用したい」が 69%で、残りの 31%も「条件が合えば利用したい」であった。「条件が合えば利用したい」とする自由記載は「介護に無理が来たとき」「良い意味で距離を置くため」「福祉施設でのショートステイと違って、スタッフが対応できなくて迎えに来てほしいと言われないから」「施設に強度行動障害の利用者が数名いるため、適宜病院と協力したい」「状況に応じて薬物調整できれば」「本人のコンディションや環境を考慮し必要な時」などであった。その他の自由記載意見では、「ほかに受け入れ先がない場合に助かる」「連休や年末年始など親が仕事もある一方で、福祉サービスが利用できない」という保護者や、「一つの福祉事業所だけで担える問題ではない」「苦手な時期の回避、支援者のレスパイト、他利用者への支援の充実も図る期間の確保のため、居場所が必要」という施設支援者の切実な意見が見られた。

精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅡ」

治療プログラムⅡ（12 週間）は 2 年間で退院後評価が終了した 12 事例に関して、回収できたご家族 8 名と施設支援者 1 名の計 9 名分を集計した。ご家族 8 名のうち主要な介護者は母親が 7 名、きょうだいが 1 名で、すべて女性であった。患者の性別は男性 6 名（67%）・女性 3 名（33%）であった。ご家族・支援者の年代は 40 代が最多で、患者の年代は 20 代が 56%、その他の年代が 1 名ずつと、治療プログラムⅠより高齢の方も含んでいた。福祉分野の研究協力者との連携を「とても効果的」「効果的」合わせて 100%の方が感じており、精神科病棟での「強度行動障害支援・介入」も「とても効果的」「効果的」合わせて 100%と、治療期間が長い治療プログラムⅡのほうがご家族・支援者の評価は高いという結果であった。またその必要性について無回答の 1 人以外は「必要」とし、今後の入院治療の利用についても「ぜひ利用したい」が 7 名（78%）で、これらも治療プログラムⅡのほうが高かった。自由記載は「タイムタイマーが帰ってからも有効になった」「症状のリセットになった」「健康状態の観察・検査・薬の調整ができた」など具体的な効果をあげているものが多かった。一方で「病院と施設では、刺激の量や生活スタイルが異なってくるので、もう少し情報共有ができたら病院側も施設側もよかった」という意見もあった

D. 考察・E まとめ

入院中の強度行動障害者の支援・介入に関して、標準化された評価尺度のみでなく、質問紙によるアンケート調査を実施したことで、多数のご家族・福祉施設支援者の具体的な意見や、実施上の課題などがより詳細に集積できた。

自由記載意見からの今後の課題・工夫点としては、①在宅や施設での生活に困難が生じた際に精神科へ緊急的なレスパイト入院ができること、②入院中、障害特性に応じた環境調整ができるように情報交換や連携の徹底、③地域や施設での支援体制の再構築が入院治療と並行してできること、④特に在宅の状況を地域のネットワークで把握し家族が孤立しないような仕組みを作ること、等が考えられた。

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：

會田千重　市川宏伸　井上雅彦　日詰正文　成田秀幸　根本昌彦　高橋和俊　山下健吉川徹　児玉匡史　田中恭子：強度行動障害者への
入院治療プログラムを用いた多施設介入研究　第 64 回日本児童青年精神医学会総会 E ポスター
2023.11.14　青森

會田千重　市川宏伸　井上雅彦　日詰正文　成田秀幸　根本昌彦　高橋和俊　山下健吉川徹　児玉匡史　田中恭子：入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラム整備と地域移行についての多施設共同研究　日本精神神経学会学術総会
2024.6.20　北海道

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

I. 謝辞

今回のアンケート調査にご協力いただいた、愛知県医療療育総合センター中央病院・岡山県精神科医療センター・国立病院機構菊池病院・千曲荘病院・国立病院機構榊原病院・京都府立洛南病院・国立病院機構やまと精神医療センター・松ヶ丘病院・国立病院機構賀茂精神医療センター・国立病院機構肥前精神医療センターの患者さんご家族と福祉支援者の皆さまに深謝の意を表します。

参考文献

1） 強度行動障害のある人の「暮らし」を支える　福島 龍三郎　肥後　祥治　牛谷正人編集　會田千重　第 10 章　医療機関との連携　中央法規　2020

2） 多職種チームで行う　強度行動障害のある人への医療的アプローチ　會田千重編集　中央法規　2020

【入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究】

治療プログラムⅠ　　ご家族アンケート集計

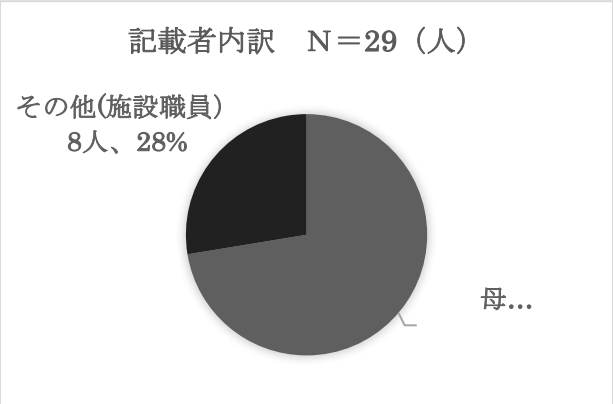
＊アンケート総数　34 名（令和 4 年度；21 名、令和 5 年度；13 名）

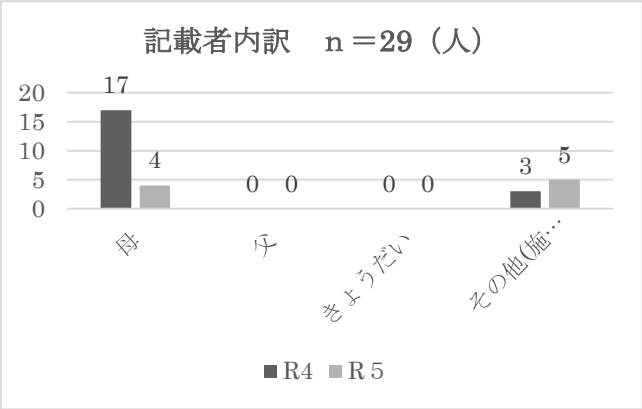
回収・有効回答数　29 名（令和 4 年度；20 名　令和 5 年度；9 名）　回収率 85%

左グラフ:R4・R5 総計　右グラフ:R4・R5 比較

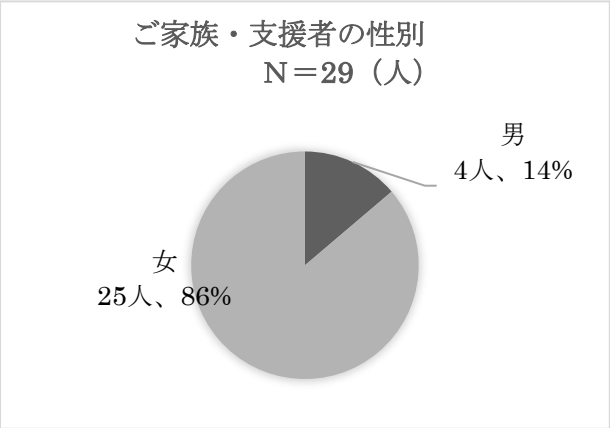
1，基礎情報

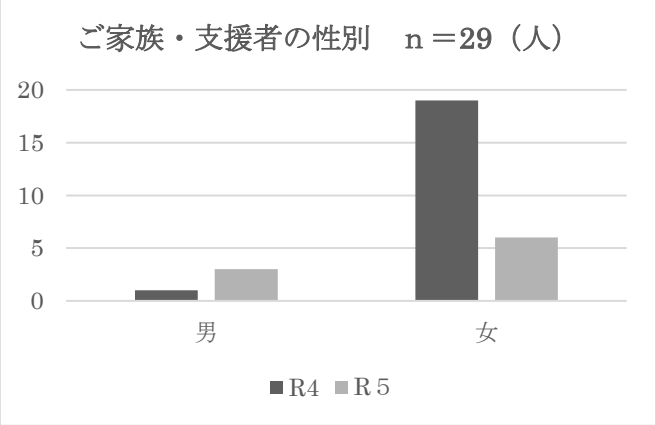
1）記載者内訳



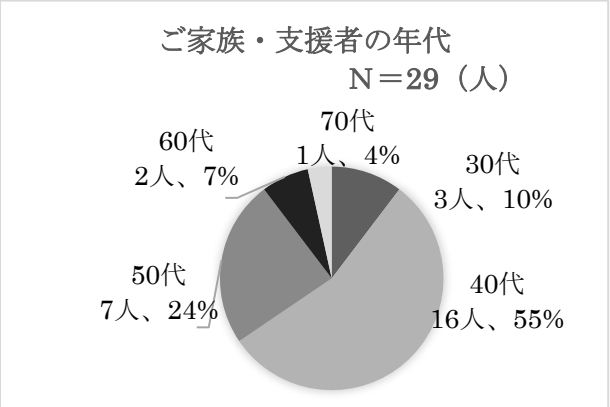


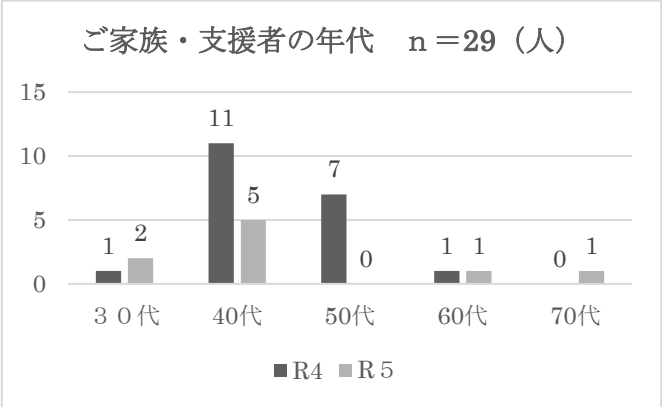
2）ご家族・支援者の性別



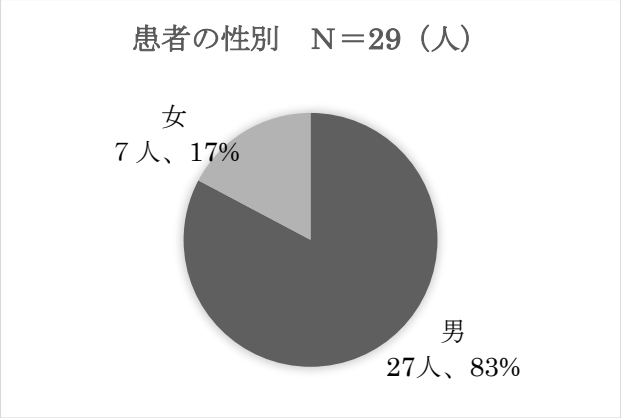


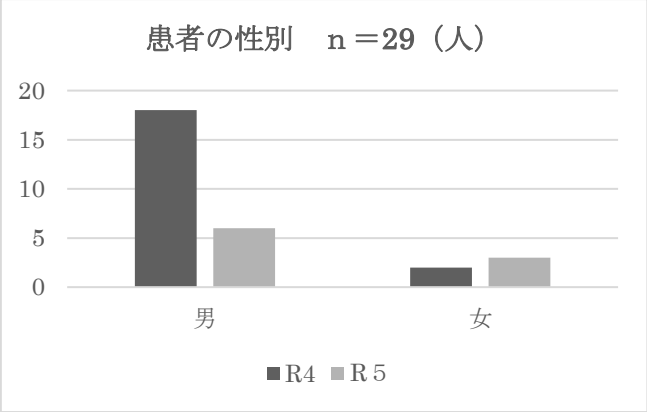
3）ご家族・支援者の年代



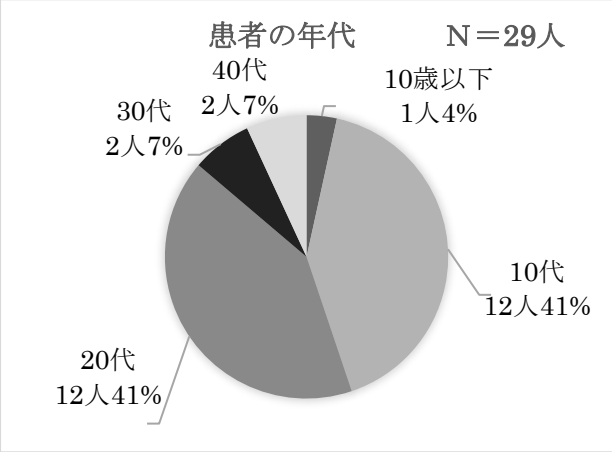


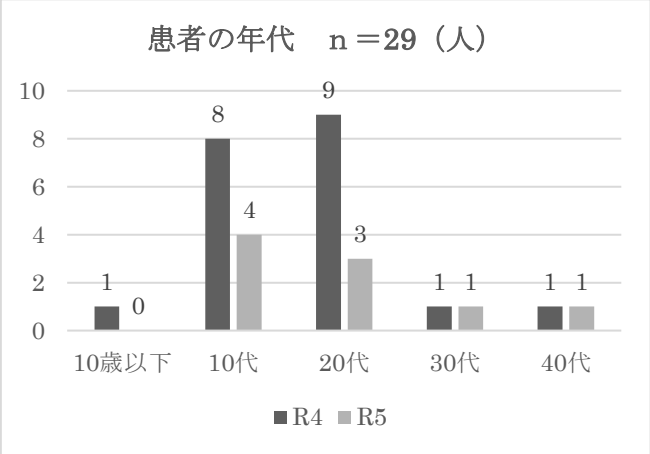
4）患者の性別



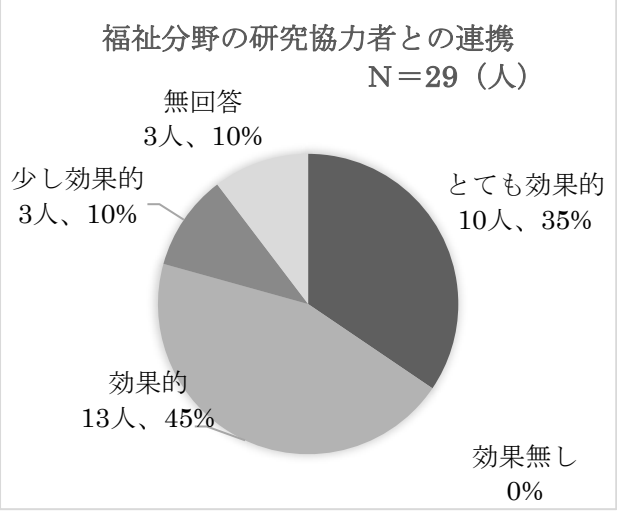


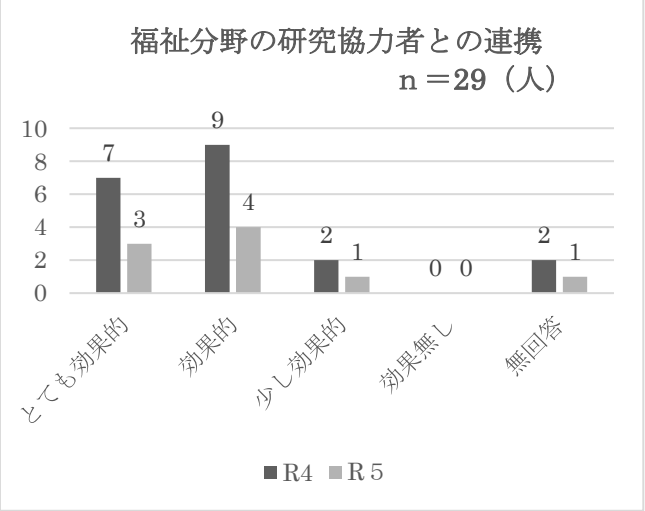
5）患者の年代





2. 入院において、福祉分野の協力者との連携はいかがでしたか？





【令和 4 年度自由記載】

1） とても効果的

・自分の時間が持て、話し合いに時間をかけることができる。

・家庭外での生活の様子、他者とのかかわりでのストレスやその支援方法を具体的に報告・助言してくださることで本人が大きく戸惑うことなく入院できた。

・連携が取れているなあと感じた、卒業後も相談できるところがあって嬉しかった。

・入院主治医、福祉、訪問看護で連携し、退院後の支援を構築してくれた、さらに、福祉からの紹介で行動障害に詳しいグループホームへの入所が実現した。

・いろんな話ができてよかった。

2） 効果的

・施設での患者の様子を聞き、対応の仕方等アドバイスできる。

・学校やレスパイトとのやり取りが多くなり、気にかけてくれる方も多くなりありがたい。

・担当の相談支援員さんが強度行動障害児に対応している入院施設を探してくださったり入院さきとの入院日の調整や相談をしていただいた。

・18 歳を過ぎてからでも理由次第で医療型の施設に入所することも可能だと
いうことを聞いて少し安心した。

・支援者会議の実施で「病院」「施設」「自宅」各々での状況や支援方法などの情報共有が図れた

・いろいろ助けていただいた。

・入院中に薬の調整をしていただき、退院後は少し変化したように感じる。

3）少し効果的

・入院により地域支援者に定期的に休んでもらい、地域生活の継続を目的としているが、入院を理由にヘルパー事業所の利用を打ち切られそうになり福祉分野の協力者の連携不足を感じた為。

・障害があってパニックになることがあり、家族としては家での生活は困難を感じているが、通所サービス、ショートステイの利用先が無く、退院後、家にいることが多い生活となり本人も家族もストレスを感じている。

【令和 5 年度自由記載】

1）とても効果的

- 定期的に専門職の見立てを教えていただけた。病院でも担当者会議を開催していただき今後の支援のアイデアも共有し合えたと思う。
- 入所施設側、家族側、それぞれの願いを聞いて下さり、提案や安心感を提供していただいて有難かったです。
- 連携の為の会議の実施。
- 入院中の情報やその後の情報の共有はしっかりできたと思う。
- 入院してからいろいろと支援が広がりつつあり、学校での対応もよくなってきている。

2）効果的

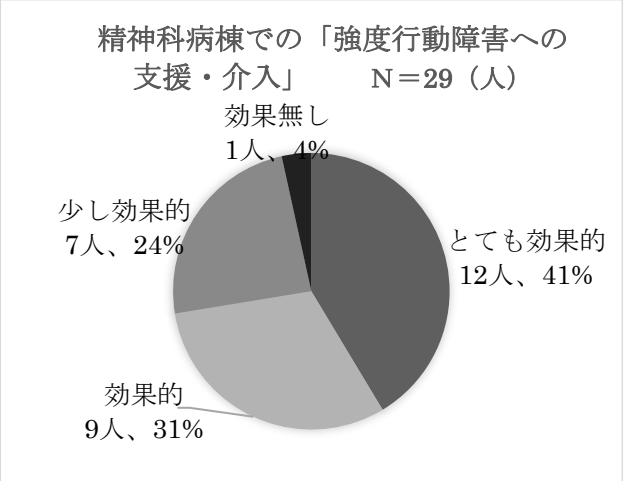
- 施設での患者の様子を開き、対応の仕方等アドバイスできる。
- こちらの立場も考えて協力助言をして下さる。
- 毎日福祉サービスを利用している方なので、情報共有は大切だと思います。
- 0T の方が本人にとって有効な事を考えてくださった。
- 入院時、退院時の情報共有は行えていたと思う。入院時にお尋ねが数回あったため、事前にどのような情報がいるのかお互いに整理しておくべきと思った。
- 施設が基本的な病院とのやり取り、入院中の対応は引き受けていた。ご家族の対応が必要なものについては施設からお願いをして、家族の負担をなるべく減らせるように努めた。

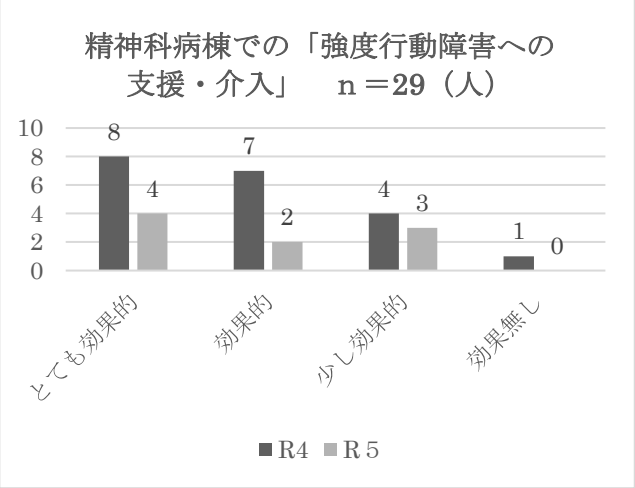
3）少し効果的

・入院中に一つの福祉施設の見学ができた。

・ケア会議に出席して入院中の様子を聞くことができたが、1 日 20 分（週 3 日）の作業療法で関わっていただけたのはわかったが、その他の時間、落ち着いて過ごせていたと聞くが、目新しいことは聞けなかった。

3．精神科病棟での「強度行動障害への支援・介入」（入院治療）はいかがでしたか？





【令和４年度自由記載】

1）とても効果的

・障害の特性上、変えることが難しい、こだわりや生活動作などの日常を入院治療に取り入れることで本人が不安を感じることなく入院生活を送ることができました。

・学校の長期休みの入院は、本人も静かな環境で過ごせるのでとても効果的。

・入院は、とても不安だったが、どんなことをしても動じることなく受け入れてくれてここなら大丈夫だとお願いできると思った。

・本人が納得できる環境を指示していただいた。

・他害がひどく、自室の壁を壊したり、介助者にけがをさせたり、自宅での生活が困難になってきていたので、一時的に保護してもらえたのは負担軽減になり大変ありがたかった。
今後の関わり方について専門職の方の助言を頂くことができたのは良かった。
・自宅では母と 1 対 1 なのでクールダウンができないが、病院ではとても落ち着くし煮詰まっても解消できるので暴力が減った。

3） 効果的

・福祉施設でのショートステイ等を受け入れてもらえない場合は助かる。

・刺激の少ない環境で本人が落ち着きを取り戻せた様子がうかがえたため入院中も入院後も暴れなくなった。
・期間が短かったので何とも言えない、もう少し長かったらいいのかと思った。
・レスパイトの 3 週間ではあったが、病院と連携が取れてよかった。
・息子はいわゆる「刺激」に弱いと言われ、自宅では毎日のようにパニック、他害、器物破損などがある、入院中はそれをふまえて過ごしやすい「環境」（こだわりやすい物や行動が出やすい物のない）を作って頂き、毎回の入院時は落ち着いて生活できているようなので効果的と言える。

3）少し効果的

・入院後少し落ち着いた気がする。
・リセットするには良い機会だった、オムツ生活が無くなったことがとても良かった。
・居室に入って日課をこなすことができるようになった、表情が良くなった。
・16 日間では期間が短すぎてよくわからないが、刺激の少ない部屋で過ごせることは子どもにとって必要なことだと思う、ただ、自傷は以前より増えていてひどくなっているということが気になった。

4）効果無し

・入院前と変わらず、苦手な音や苦手なものに対してパニックになり暴れてしまう。

【令和 5 年度自由記載】

1）とても効果的

- 初めての入院生活をわかりやすく提示していただいて、混乱も少なく過ごせていたようで、家から離れて適切な生活、気持ちの切り替えに突入できてよかったです。
- 入院治療について、連絡等で説明を頂いた。
- 施設での高ストレス状態からの解放に加え、病棟での本人の生活リズムを整えることができた。
- いろいろなこだわりのリセットが出来るので支援しやすくなる。

2）効果的

- 福祉施設でのショートステイ等を受け入れてもらえない場合は助かる。
- 服薬調整や健康管理など、在宅では難しい方へ支援して下さっていると感じています。
- 当初は 1 ヵ月ということだったが、延長してもらうことになった。深堀りして判断してもらえたこ

とで安心感につながった。

・ 入院の条件が保護室で学園（施設）の環境とは離れすぎていたのが不安だったが思う以上の効果があったと思います。

3）少し効果的

・ 本人の障害も複雑で重たいのでなかなかすぐに効果がある支援、介入が見つからないのが現状ですが、それぞれの分野からの視点でいろいろ？えてくださいました。

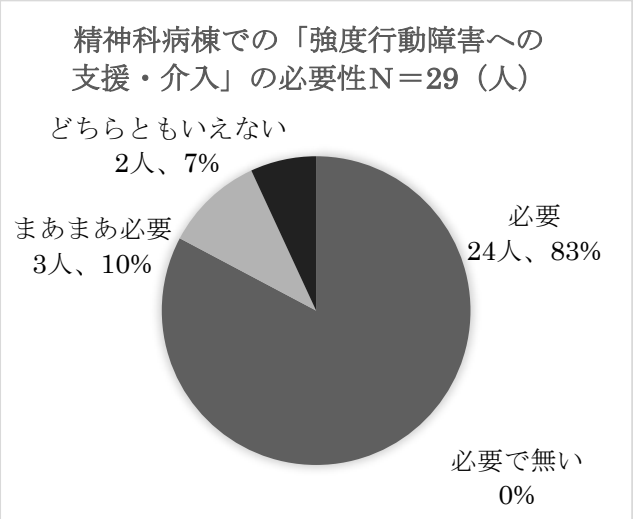
・ 施設の困り感は集団での対応ですが、入院先では個別対応の部分で、若干見立てがズレやすい部分があります。

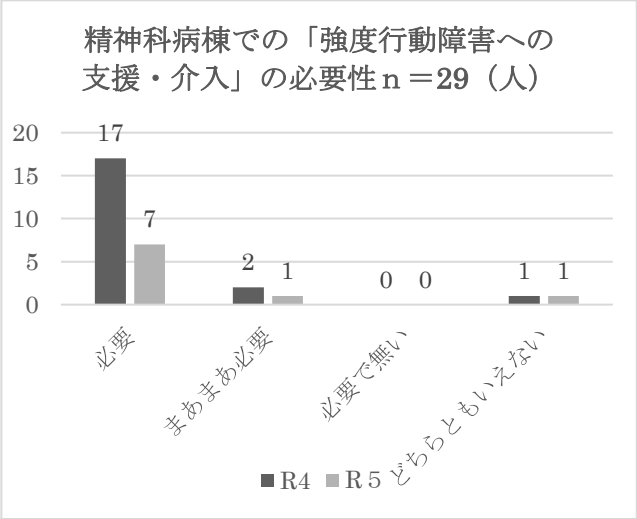
・ 作業療法士のリハビリがよかったと思います。

・ ″・これまでの食欲が、なにがなんでも食べたい、飲みたいという毎日でパニックも多かったが、目にしない限りは食べることは減っている。段々思い出して、弟のおかずを取ったりすることはある。

・ 作業所に着いたら、すぐ車から降りて中に入れているので、これまで 20 分～1 時間車から降りないので眠ったりしていたので、すごい変化を感じて有難い。日常を離れたことが良かった。

4．精神科病棟での「強度行動障害への支援・介入」（入院治療）は必要だと思いますか？





【令和４年度自由記載】

1） 必要

・状況に応じて薬の調整ができるのかな・・・と思う。
福祉施設でショートステイの受け入れをしてもらったとしても、施設スタッフが対応できなくなったときに迎えに行かないといけなくなるという不安が（入院治療）ではない。

・本人も含め他の人にも危険（ケガなど）なめに合う可能性があるため安全に生活するため。

・外科・内科の病気と違い、安静がメインではないので日常動作を行う中で視覚的支援や構造化は必要不可欠だと思う。

・福祉型障害児入所施設では、強度行動障害の行動療法は難しい。

・刺激をなくし生活をしていくことで本人が落ち着いて過ごせると思った。また、離れてみることで改めて感じたこともあった。

・本人はもちろん、家族も大変助かっている。
・専門スタッフによる対応が保証されているので、入院期間中、本人・家族が互いに安心して過ごせる
・本人が入院したくないと感じ、暴れてはいけないと意識を持てたので緊急時の対応など考えると必要
・強度（行動障害）になってくると必要だと思う。
・本人の気持ちを全てわかってあげることが難しいことがあるので調子が崩れる時に、クールダウンできるようで退院後はまた仲良くできる時間が持てるようになるため必要。
・自傷、他害更衣や不潔行為などにより、自宅や福祉型入所施設での生活が困難な場合も多く、家族の負担が強い。また、問題行動がひどい時は薬物コントロールについても相談したい。入院は、家族として大変安心できる。
・強度行動障害を持つ人が近辺にいないということもあり、知識不足なうえに扱い方もあやふやで不安だらけ、もっともっと色々な病院や施設などで支援・介入を進めて欲しい。
・本人の自傷や家族に対する他害などに対する緊急避難的保護として、本人の「リセット」としての意味合い、本人の健康状態の観察、検査、薬の調整などのため施設や家族だけではどうにもならないこともあったので。

2）まあまあ必要
・退院 3 日目くらいから大声が見られた、入院前と違う声のあげ方になっている。
・他児への粗暴が無くなっていたが、退院後から激しくなった。
・家族にも理解していただいた入院、施設では取り組めないところは、病棟では医師にすぐ相談できる環境は良いと思う。

4）どちらともいえない
・いろいろな角度からの支援は必要だと思うが、今回ほとんど病棟から出れてなくてお風呂に入れてなかった、コロナで面会ができなかったので不安が多かった。

【令和 5 年度自由記載】

1）必要
- 状況に応じて薬の調整ができるのかな・・・と思う。福祉施設でショートステイを受け入れをしてもらったとしても、施設スタッフが対応できなくなった時に迎えに行かないといけなくなるという不安が（入院治療でも）ない。
- これから GH での受け入れが望まれることもあるかと思います。しかし強度行動障害の専門的・特化した GH が必要だと思います。（施設も必要）
- 在宅では限界がくる事例もあると思います。そのときに医療のサポートがあることはありがたい。
- 通院だけではご本人に適した暮らしや内服等を探るのは難しいように思う。一度入院して 24ｈの暮らしを見ていただいたうえでの判断のために入院治療は必要だと思う。
- 施設は”生活の場”、病院は”治療の場”といった側面があり、相互の協力と介入が大切
- 施設内で破壊行為や自傷、他害が続き切り替えが難しい際のクールダウン機能として必要。また食事が摂取できない時などは安心できる場となり得ます。

- 入院者者 2 人の中には、強行の方、多いのではないか、と推測されます。入所施設の職員として見立てやアドバイスを是非参考にさせていただきたいです。
- 強く暴れたりして物を壊したり、困らせたりして、願いをかなえてきてたので、それが通用しない環境、見守りをしていただく事は必要だと思います。
- レスパイトの役割や、習慣行動の一時的リセット、ご本人の見立ての整理をするのであれば、関わる機関が多い程良いと感じます。
- 同じ場所で支援を行った結果、行動障害がひどくなった場合に支援の確認や支援員の疲弊等のケアが必要なので、病院の介入はかなり助けになります。
- 施設では集団生活となるため、長期休暇中はご本人にもストレスがかかるであろうと思わるため、必要だと思う。
- 上記の通りで、施設ではどうしても高刺激になってしまうことがある。本人の安心や、生活リズムを整えるためにも、低刺激ですごせる病棟での入院は必要だと感じています。
- 気持ちの安定と生活リズムの改善が出来る。

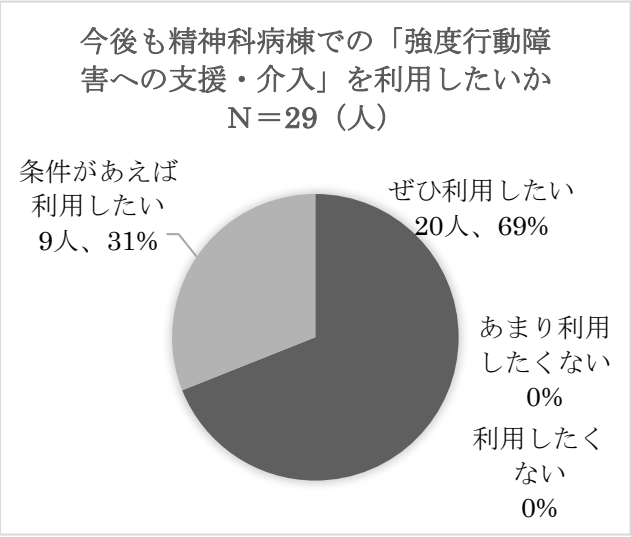
2）まあまあ必要

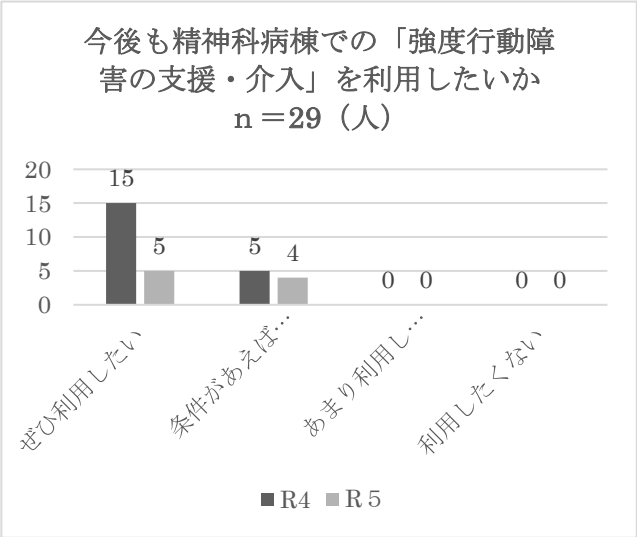
- 病院内の規則に従って生活するので本人のために良い

4）どちらともいえない

- 療育病棟は空きがなく、家での生活はコロナ禍の 3 年半、限界を感じていたので、入院ができると知った時はとても有難かった。何か取り組んでいただける入院かと思ったが、初日から大変な騒動を起こし、入院中どうしているのか心配ではあった。いろいろ配慮の必要な障害者には障害特性をよく知ったキーマンが必要だと思う。

5．今後も精神科病棟での「強度行動障害への支援・介入」（入院治療）を利用したいと思いますか？





【令和４年度自由記載】

1）ぜひ利用したい

・家族だけでは限界があり、精神的に弱ってしまうので・・・
・家庭と病院と福祉事業所と連携を取り今後も適時の入院を希望したい。
・家族の休憩になってとてもありがたかった、家族とコミュニケーションが取れた。
・本人が落ち着いて生活（周りの人も）するためにもぜひ利用したい。
・地域生活を継続するにあたり、家庭環境・支援内容の見直しが必要。その時間を確保するために医療的ケアを要する強度行動障害の精神病棟での入院治療は有効性が高いと感じる。
・もしも物損ではなく傷害事件になってしまったら、お互いに良い生活を送ることができなくなる
・GH においても今後将来的に必要である。
・何か起こる前に、調子が悪くなりすぎないように、うまく利用したい。
・自宅での生活は負担が大きく、限界に思うこともある、また。強度行動障害について理解を深め関わっていきたいと思っている、自宅での生活が困難になってきたときは、入院したり、専門職の方と相談できる場があるとありがたい。
・自傷・他害・服破り・器物破損などの行為が少なくならない限りは、今後も引き続き利用したいと思う、行動が、何か理由があっての事か、どうしようもないのか疑問だらけ。
・こだわり行動や行動障害のリセットとして、また家族や施設スタッフのレスパイトとして利用できるとありがたい。

2） 条件があえば利用したい

・状況に応じて薬の調整ができるのかな・・・と思う。
　福祉施設でショートステイの受け入れをしてもらったとしても、施設スタッフが対応できなくなったときに迎えに行かないといけなくなるという不安が（入院治療）ではない。
・介護に無理が来たら必要になってくる。
・良い意味で距離を置くことは必要だと思った。
・高 3 で次の行き先が決まっていない、宿泊での実習もなかなか難しい状況で大声、粗暴少なくなり（できればなくなってほしい）移行先が決まってほしい。
・障がい者施設に数人強度行動障害の利用者が該当するため、病院と協力していきたい。

【令和 5 年度自由記載】

1）ぜひ利用したい

- 他の利用者の方に対しての危険もあり職員の危険も否めない。主治医、病院と連携をとり、その方々のサポートが必要と思われるから。
- レスパイトの意味合いでも利用したいと思う。
- 本児の苦手な時期の回避、支援者のレスパイト、他児への支援を充実させる期間の確保の為の本児の居場所の必要性を強く感じます。
- 重い障害がある方程、他施設での連携が必要と考えられます。
- 入所施設で不穏になったり、外泊で家で困った時、力になっていただきたいです。

・　手立ての引き出しは増えると思います。1 事業所だけで担える問題ではないと感じています。
・　上記のようなタイミングでの利用ができたらありがたい。
・　連休や年末年始など私たちが仕事もあるため、福祉サービスを受けられないため。

２）条件があえば利用したい

・　状況に応じて薬の調整ができるのかな・・・と思う。福祉施設でショートステイを受け入れをしてもらったとしても、施設スタッフが対応できなくなった時に迎えに行かないといけなくなるという不安が（入院治療でも）ない。
・　本人のコンディション（体調含め）や環境を考慮し、必要であれば利用してほしいと思います。
・　同じ場所で支援を行った結果、行動障害がひどくなった場合に支援の確認や支援員の疲弊等のケアが必要なので、病院の介入はかなり助けになります。
・　ご本人の状況や状態をみながら相談し、利用したい。
・　毎日家に居るので環境が変わっていいのではと思います。
・　他に受け入れ先がない時、器があると思うことで親は助かります。今回、退院予定日の一日前にケガをしたので、入院が 2 週間延期になった。本人がどの位安定したかは、このケガの為、本人の乱れに繋がったかもしれない。入院中、なんとか過ごせたようですし、退院して帰ってから多少落ち着きはあるので良かった。親は食事制限や気配りもこれまで以上に期待され、ストレスも感じている。

６．ご要望・ご尾希望・困りごとがございましたら自由にお書きください

【令和４年度自由記載】

・本人が入院しているときに、介護する私（母）がゆっくり食事に出れた。
・常時、支援を受けながらの生活ではあるが、他者との関わりや回避が難しい、環境刺激などで本人のストレスから問題行動に繋がってしまう、本人のみならず周りの方々のストレスも深刻となり悪循環となっている現状がある。低刺激の入院生活で心身を休ませ、安心安全な場所と本人の中で位置づけられたらと願っている。
・入院中の様子がどうなのか知りたい、どのように調整しておられるのか等逆に困っておられることはないか？
・現在は、私（母）が健康で一緒に生活することができるが、私（母）が病気や高齢になった時を思うと心配でならない。今現在、本人は行き場がなく家にいることがほとんどになっている。1 人でいる時に暴れて壁に穴を開けたりするのではないかと仕事をしている間も心配でならない。安心した生活を送りたい。
・将来にわたって、安心してこのような支援や治療を受け続けたい。
・今後も入院を希望したい、嘔吐が良くあるので改善できることがあれば教えてほしい。良くしてもらってありがとうございます。
・薬を嫌がって飲もうとしなかったりするのが困る、なかなか痔が治らない。仕事をセーブしなくてはならなくなる不安がある（おじいちゃんの家で暴れる事が多いと預けるのも心配になる）。

・最近は、一日に数回かんしゃくがあるが、力が強くなっているのを日々感じ、対応に苦慮しつらいと思うことが多くなってきた、また、最近反芻が頻繁にあり、時に床一面吐物で汚れるくらい吐いてしまうことがあり、片づけて吐くの繰り返しで、心が折れてしまうことがありつらい。またご相談にのっていただけるとありがたいです。今後ともよろしくお願いいたします。
・医療機関・福祉機関に対しては、自閉症の特性を踏まえたコミュニケーション支援と配慮の充実。より一層の病院と福祉分野の連携を希望。困りごととしては、退院後すぐに元の状態に戻る「ギャップ」が毎回必ずあること。
・他にももっとあるといいと思った（病院や施設が？）。

【令和 5 年度自由記載】

- 他の利用者の方に対しての危険もあり職員の危険も否めない。主治医、病院と連携をとり、その方々のサポートが必要と思われるから。
- 本児の苦手な時期の回避、支援者のレスパイト、他児への支援を充実させる期間の確保の為の本児の居場所の必要性を強く感じます。
- 重い障害がある方程、他施設での連携が必要と考えられます。
- 入所施設で不穏になったり、外泊で家で困った時、力になっていただきたいです。
- 手立ての引き出しは増えると思います。1 事業所だけで担える問題ではないと感じています。
- 連休や年末年始など私たちが仕事もあるため、福祉サービスを受けられないため。
- 他に受け入れ先がない時、器があると思うことで親は助かります。今回、退院予定日の一日前にケガをしたので、入院が 2 週間延期になった。本人がどの位安定したかは、このケガの為、本人の乱れに繋がったかもしれない。入院中、なんとか過ごせたようですし、退院して帰ってから多少落ち着きはあるので良かった。親は食事制限や気配りもこれまで以上に期待され、ストレスも感じている。

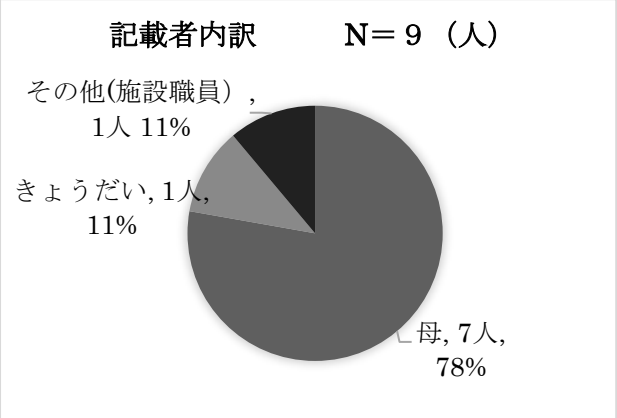
【入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究】

治療プログラムⅡ　　ご家族アンケート集計

＊アンケート総数　12 名　　回収・有効回答数　９名　　回収率　75%

1，基礎情報

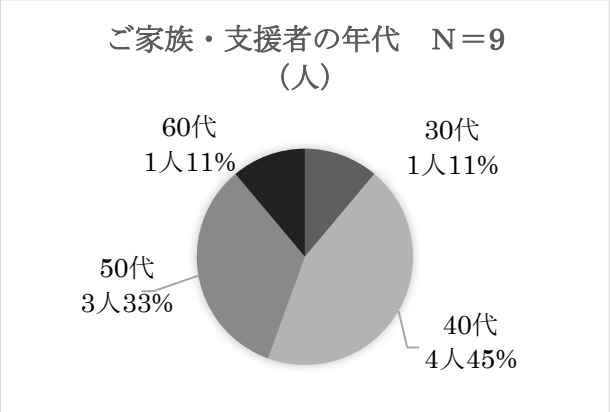
1）記載者内訳



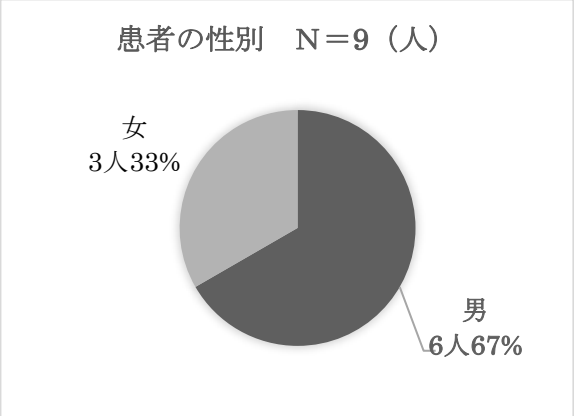
2)ご家族・支援者の性別



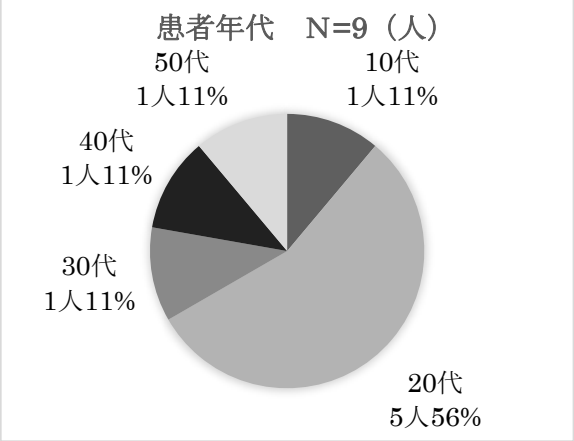
3）ご家族・支援者の年代



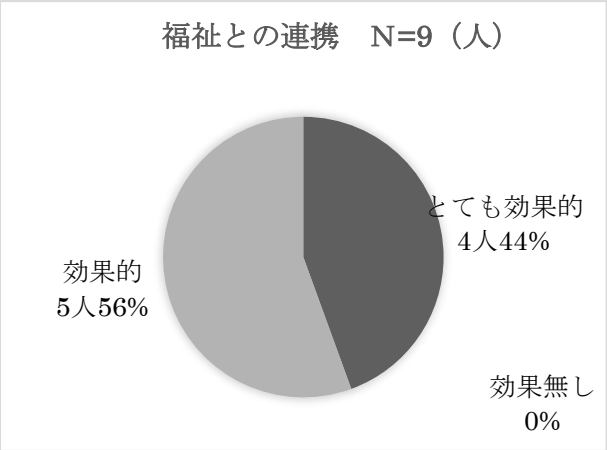
4)患者の性別



5）患者の年代



2. 入院において、福祉分野の協力者との連携はいかがでしたか？



【自由記載】

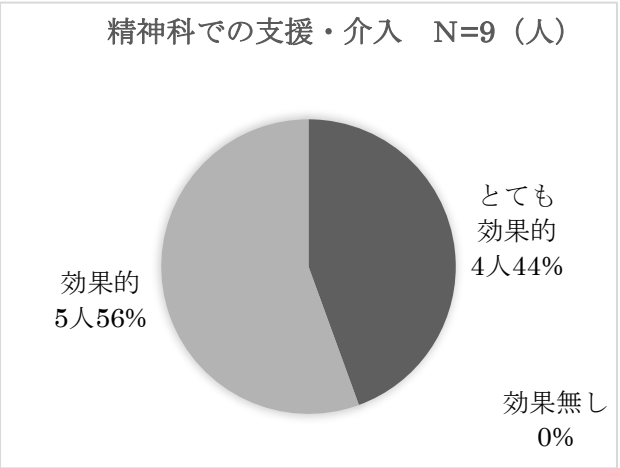
1）とても効果的

- 積極的にはたらきかけてくれるようになった。それまで止まっていた支援が動いた気がします。
- 医師、PSW、Ns、OT の方からたくさんの助言を頂くことができてよかったです。また会議の調整なども迅速に対応していただけたので、ありがたかったです。
- 支援方法の共有ができた。
- 何かあれば直ぐに連絡を下さり助かりました。

2)効果的

- 支援者会議の実施で「病院」「施設」「自宅」各々での状況や支援方法等の情報共有がとれた。
- 情報の共有がしっかりと出来（支援会議など）こまめに集まって様子や今後どうしていくかをよく話あえた
- いろいろ助けていただいたから。
- 病院での本人へ関りを持っていただけた皆様、施設の支援をして下さる皆様いろいろな方向よりみていただけて新しい気づきなど知る事ができありがとうございました。
- 病院との橋渡しをしてくれた。

3. 精神科病棟での「強度行動障害への支援・介入」（入院治療）はいかがでしたか？



【自由記載】

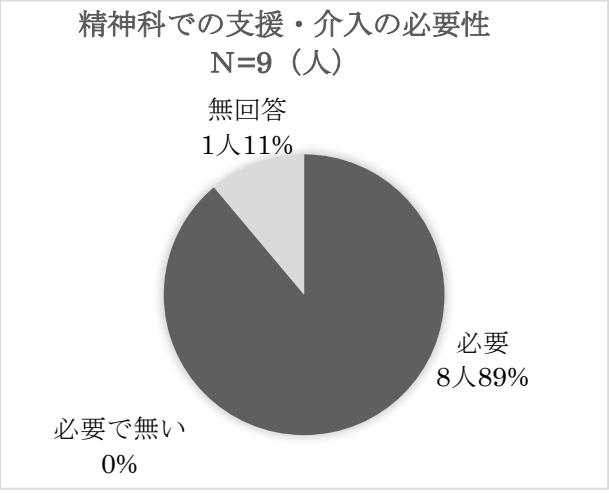
1）とても効果的

- 本人の施設入所に向けての訓練、家族、介護者への気持ちを支えていただいたことはありがたいことでした。
- 有効な支援方法を常に考え実施してくれた。
- 先生、担当の看護師さん、OTの皆様が本当に親身になって下さり、入院した当初とは見違える程、良くなりました。
- 暴力が減ったから。

2）効果的

- 息子はいわゆる「刺激」に弱いと思われ、自宅では毎日の様にパニック、他害、物品破損等がある。入院中はそれをふまえての「過ごしやすい環境」（こだわりやすい物や行動が出やすい物のない）を作って頂き、毎回の入院時は落ち着いて生活できている様なので効果的だといえる。
- タイムタイマーが帰ってからも有効になった。ドライブのこだわりがなくなっておう吐もなくなった。薬の調整などもしっかりやってもらいありがたかった。落ち着いて過ごせている。
- 病院と施設とでは、刺激の量や生活スタイルが異なってくるので、もう少し情報共有ができたら、病院側も施設側も良かったのかなと感じました。
- お世話になりありがとうございました。生活面でのリセットと言いますか日々の生活を知らない方の介入で心配でしたが取り組みや対応、今となり良かったのではと思っています。
- 暴力が減った、笑顔が増えた

4．精神科病棟での「強度行動障害への支援・介入」（入院治療）は必要だと思いますか？



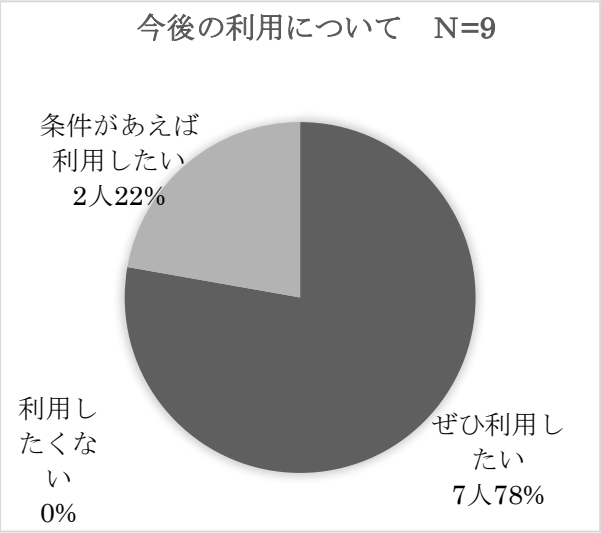
【自由記載】

1）必要

- 本人や家族に対する他害や自傷等に対する緊急避難的保護として。
- 本人の「リセット」としての意味合い。
- 本人の健康状態の観察、検査、薬の調整等。〃

・ リセットするには入院が一番有効だと思う。
・ 過ごす場所、適切に支援して下さる方々、薬の投与等、環境が整っていれば、何かあった時すぐに対処していただけることは心強いです。
・ 服薬調整を入院中に行っていただけたので、何かあった時に施設では、すぐに対応できないので安心でした。
・ 支援介入して下さったお陰で本人自身も楽になったと思います。なので絶対必要だと思います。
・ 施設や家族だけではどうにもならないこともあったから。
・ 自分の手の内でうまくやりすごせたらとずっとずっと思って過ごしていました（きました）。その行動が強い障害へと形を変えて行ってしまうことに気づいたのが高校生活終最版のころでした。自分（私）の逃げ道かもしれませんが入院治療は時には必要と思っております。
・ 暴力が減った、笑顔が増えた。

5. 今後も精神科病棟での「強度行動障害への支援・介入」（入院治療）を利用したいと思いますか



【自由記載】

1）ぜひ利用したい

・ こだわり行動や行動障害のリセットとして、又家族や施設スタッフのレスパイトとして利用できるとありがたい。
・ こちらの生活に慣れてくるとまたこだわり行動など増えてきてしまうのでリセットする意味と必要なら服薬調整もお願いしたい。本人も 2 度目の入院を悪くは思っていない様子。以前よりも支援の幅が広がりありがたく思います。
・ これから生活していく上で本人がどのように変わっていくのかまだわからないところもありますのでどうにも不安定になってしまった時にお願いしたいです。
・ 施設職員だけでは、やり切れないこともあるので、そんな時は医療の力もお貸しいただけると心強いと思いました。
・ 病院のお陰で姉も本来の姉に戻ってくれた気がします。この先もお願い出来ればお願いさせて頂きたいです。

・ 次もエントリーしたい。
・ 次も利用したい。

２）条件があえば利用したい
・ 不穏時は必要と思った。
・ まだ若く先のある子です。本人がこの先過ごして生きていきやすいようになる通過点であれば利用を考えます。

６．ご要望・ご尾希望・困りごとがございましたら自由にお書きください。

【自由記載】

・ 医療機関や福祉施設に対しては、
　自閉症の特性をふまえたコミュニケーションの支援と配慮の充実。
　より一層の病院と福祉分野の連携を希望。
・ 困りごととしては、
　退院後すぐに元の状態に戻るギャップが毎回必ずあること。
・ 地域で生活するにあたり必要な時にちゃんとサービスを利用できるのはなかなかむずかしいです。仕事もサーブしなくてはならないし。今回の入院では先生はじめサポートしてくださるみなさんがとても良くして頂き、私たちの話もよく聞いて下さいました。もっとたくさんの人に理解してほしいと思いますし、受け入れてくれる所が増える事を願います。プログラムに参加して少しでもお役に立てたら光栄です。
・ 入院中大変お世話になりましてありがとうございました。引き続き今後ともよろしくお願い申し上げます。
・ 施設側ももう少し情報共有ができれば良かったなと反省しました。病院の生活と施設の生活を共有し、統一していけたら、また違っていたのかなと感じました。無事に服薬調整を終え、退院することができ、良かったと思います。ありがとうございました。
・ この度は本当にありがとうございました。入院した当初は、きっとこのまま姉は壊れていってしまうと思っておりました。先生はじめ病棟の看護師の皆様、OTの方々には親身に接して頂き、感謝してもしきれないです。大変だったと思います。重ねて御礼申し上げます。
・ 他にももっとあるといいと思った。
・ 短期入所の際は、大変お世話になり、ありがとうございました。親であっても、いまだわからない事ばかりです。1 つ問題が解決すればまた次に悩みはできてきます。皆様に支えられ、助けられ、私も本人も今日があります。機会にそうぐう致しましたらまた助けていただければありがたいです。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

入院中の強度行動障害者支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

分担研究報告書

「強度行動障害者への支援・介入に関する治療スタッフアンケート調査」

治療プログラム１（3 週間）・治療プログラムⅡ（12 週間）

主任研究者　　會田　千重　（国立病院機構　肥前精神医療センター）
研究協力者　　西原　礼子　（国立病院機構　肥前精神医療センター）

【研究要旨】強度行動障害チーム医療研修、入院中の強度行動障害者支援・介入の専門プログラム、地域移行プログラムを検討するにあたり、治療効果や研修効果に関する標準化された評価尺度以外に「治療スタッフアンケート」という質問紙を作成し、分析した。

【結果：精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅠ」】

治療プログラムⅠ（3 週間）は 2 年間で退院後評価が終了した 34 事例に関して、回収できた 31 名分を集計した。主要な治療スタッフは看護師が最多で（84%）男性が多く（58%）、治療スタッフの年代は 40 代が 56%と半数以上、在職年数は 10 年以上が 71%を占めていたが 1～3 年も 13%を占めていた。

強度行動障害者への支援・介入に関して作成した研修動画資料については、理解度・必要性とも高い評価で、特に有効だったものは「強度行動障害の看護」「行動障害への対処法～構造化」「行動分析によるアセスメント」の順であった。自閉スペクトラム症の特性に応じた支援・介入など、通常の精神科医療者研修とは異なる知識が必要と示唆された。

「ICT による情報共有」や「リモート会議によるスーパーバイズ」についても、強度行動障害医療に関する多施設共同研究で初めての試みであったにも関わらず、福祉分野協力者との連携を「とても効果的」「効果的」とした治療スタッフが 80%を占めていた。

【結果：精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅡ」】

治療プログラムⅡ（12 週間）も 2 年間で退院後評価が終了した 12 事例について、回収できた全例を集計した。主要な治療スタッフは看護師が最多で（75%）、性別は男女同数、年代は 30 代が半数、在職年数は 10 年以上が 67%であった。研修動画資料について理解度・必要性とも高い評価で、特に有効だったものは治療プログラムⅠと同様であった。

介入研究の内容は「大いに活かせる」「活かせる」で計 100%であった一方、「精神科病棟で行えることには限界がある」「保護室対応になりやすく、病棟の構造としてもホールで過ごすことが難しいため、限られた生活空間になってしまう」などのジレンマに関する記載も治療プログラムⅡ（12 週間）で目立って見られた。

【今後の課題・工夫点】①継続した専門医療のためのフォローアップ研修や OJT（On the Job Training）の必要性、②一般精神科・精神科救急病棟での環境調整の工夫、③業務時間との調整のための資料・情報共有方法の効率化、④各地域での福祉等との連携・ネットワーク強化、等が考えられた。

A. 概要と目的

入院中の強度行動障害者支援・介入の専門プログラム、地域移行プログラムを作成するにあたり、治療効果や研修効果に関する標準化された評価尺度結果は前述したとおりだが、それ以外の評価手法として「治療スタッフアンケート」という質問紙を作成し、更に詳細な分析を行ったので報告する。

B. 方法

質問紙によるアンケートを作成し、介入研究を実施した施設で収集した。記載・収集のタイミングは、前述した治療プログラムⅠ・Ⅱのそれぞれのスケジュールに沿って行った。

【治療スタッフアンケート】

「主要な治療スタッフ１名と他にアンケートに協力可能な治療スタッフ」に対し、11項目からなるアンケートを介入後・退院時に記載してもらった。個人名は記載せず、自施設内の分担研究者もしくは研究協力者のみが誰が記載したか判別できるものとした。同施設内で複数の職種・スタッフからのアンケートが集積できた場合は、主要な治療スタッフの結果を集計し、他スタッフについては自由記載意見をまとめた。

C. 研究結果

精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅠ」

治療プログラムⅠ（3 週間）は 2 年間で退院後評価が終了した 34 事例に関して、回収できた 31 名分を集計した。主要な治療スタッフ 31 名は看護師が 26 名（84%）と最多で、性別は男性 18 名（58%）・女性 13 人（42%）と男性が多く、治療スタッフの年代は 40 代が 17 名（56%）と半数以上、在職年数は 10 年以上が 71%を占めていたが 1～3 年も 4 人（13%）を占めていた。

強度行動障害者への支援・介入に関して作成した研修動画資料については、「よく理解できた」「理解できた」を合わせると 91%であり、研修資料の必要性も「とても感じる」「感じる」を合わせると 97%であった。研修動画資料で特に有効だったものとして「強度行動障害の看護」が最も多く、「行動障害への対処法～構造化」「行動分析によるアセスメント」が次に挙げられた。「全てよい内容であったが、特に感覚過敏と構造化は勉強になった」「どう介入していいか分からない事が多いため学びとなった」など、自閉スペクトラム症の障害特性に応じた支援・介入についてなど、通常の精神科医療者研修とは異なる知識が必要な事が示唆された。

「ICT による情報共有」や「リモート会議によるスーパーヴィジョン」についても、強度行動障害医療に関する多施設共同研究で初めての試みであったにも関わらず、「とても効果的」「効果的」の合計がいずれも 58%と過半数であった。中でも福祉分野協力者との連携を「とても効果的」「効果的」とした治療スタッフが 80%を占めていた。介入研究の内容を今後に活かせるかについては「大いに活かせる」「活かせる」で計 94%であった。

精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅡ」

治療プログラムⅡ（12 週間）も 2 年間で退院後評価が終了した 12 事例について、回

収できた 12 名（全例）分を集計した。こちらも看護師が最多の 9 人（75%）で、性別は男女同数、治療スタッフの年代は 30 代が半数、40 代、50 代が続き、70 代の治療スタッフも一人含まれた。在職年数は 10 年以上が 8 人（67%）、1〜3 年は一人のみであった。

強度行動障害者への支援・介入に関して作成した研修動画資料については、「よく理解できた」「理解できた」を合わせると 92%であり、研修資料の必要性も「とても感じる」「感じる」を合わせると 100%であった。研修動画資料で特に有効だったものとして「強度行動障害の看護」が最も多く、「行動障害への対処法〜構造化」「行動分析によるアセスメント」が次に挙げられた。

「ICT による情報共有」や「リモート会議によるスーパーヴィジョン」についても、強度行動障害医療に関する多施設共同研究で初めての試みであったにも関わらず、「とても効果的」「効果的」の合計がいずれも 50%と半数であった。福祉分野協力者との連携を「とても効果的」「効果的」とした治療スタッフは 59%で、治療プログラムⅠ（3 週間）の 80%と比べると低く、治療プログラムⅡ（12 週間）の入院治療での福祉支援者との協力に課題があった。介入研究の内容を今後に活かせるかについては「大いに活かせる」「活かせる」で計 100%であった一方で、「精神科病棟で行えることには限界がある」「保護室対応になりやすく、病棟の構造としてもホールで過ごすことが難しいため、限られた生活空間になってしまう」などのジレンマに関する記載も治療プログラムⅠ（3 週間）より治療プログラムⅡ（12 週間）で目立って見られた。

D.考察・E まとめ

入院中の強度行動障害者の支援・介入に関して、標準化された評価尺度のみでなく、質問紙によるアンケート調査を実施したことで、多数の治療スタッフの具体的な意見や、実施上の課題などがより詳細に集積できた。

自由記載意見からの今後の課題・工夫点としては、①継続した専門医療のためのフォローアップ研修や OJT（On the Job Training）の必要性、②一般精神科・スーパー救急病棟での環境調整の工夫、③業務時間との調整のための資料・情報共有方法の効率化、④各地域での福祉等との連携強化、などが挙げられた。

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：

會田千重　市川宏伸　井上雅彦　日詰正文　成田秀幸　根本昌彦　高橋和俊　山下健　吉川徹　児玉匡史　田中恭子：強度行動障害者への
入院治療プログラムを用いた多施設介入研究　第 64 回日本児童青年精神医学会総会　E ポスター
2023. 11. 14　青森

會田千重　市川宏伸　井上雅彦　日詰正文　成田秀幸　根本昌彦　高橋和俊　山下健　吉川徹　児玉匡史　田中恭子：入院中の強度行動障害者への支援･介入の専門プログラム整備と地域移行についての多施設共同研究　日本精神神経学会学術総会

2024.6.20　北海道

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

I. 謝辞

今回のアンケート調査にご協力いただいた、愛知県医療療育総合センター中央病院・岡山県精神科医療センター・国立病院機構菊池病院・千曲荘病院・国立病院機構榊原病院・京都府立洛南病院・国立病院機構やまと精神医療センター・松ヶ丘病院・国立病院機構賀茂精神医療センター・国立病院機構肥前精神医療センターの全スタッフに深謝の意を表します。

参考文献

1) 強度行動障害のある人の「暮らし」を支える　福島 龍三郎　肥後　祥治　牛谷正人編集　會田千重　第 10 章　医療機関との連携　　中央法規　2020
2) 多職種チームで行う　強度行動障害のある人への医療的アプローチ　會田千重編集　中央法規　2020

【入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究】

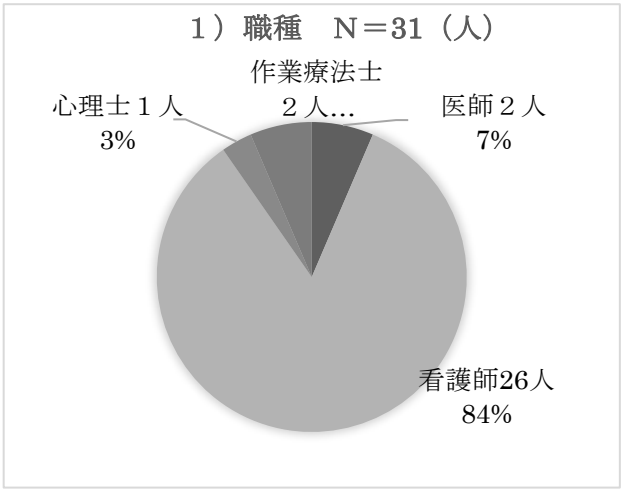
治療プログラムⅠ　　治療スタッフアンケート集計

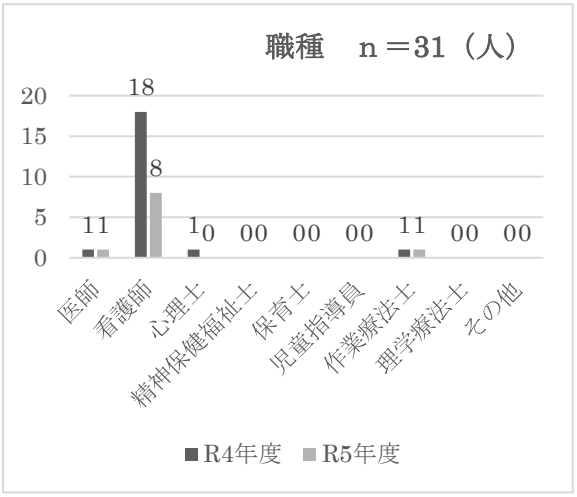
＊アンケート総数　34 名（令和 4 年度；21 名、令和 5 年度；13 名）

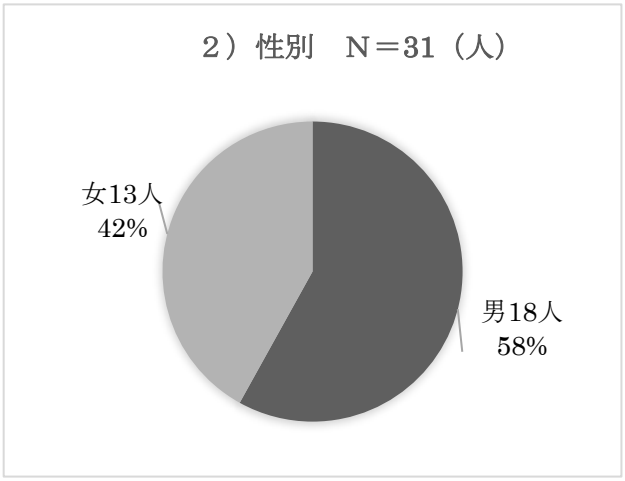
回収・有効回答数　31 名（令和 4 年度；21 名　令和 5 年度；10 名）　回収率 91％

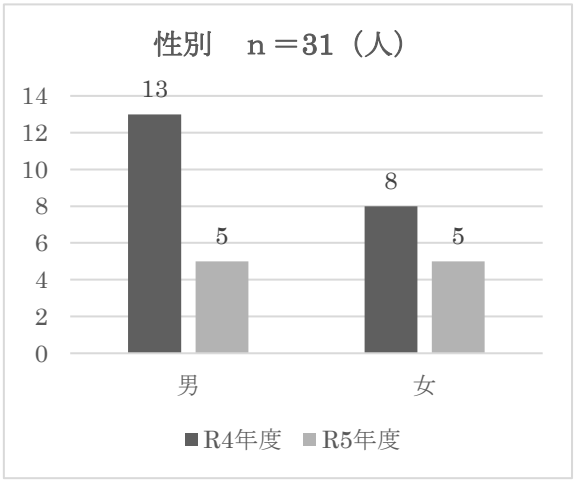
左グラフ:R4・R5 総計　右グラフ:R4・R5 比較

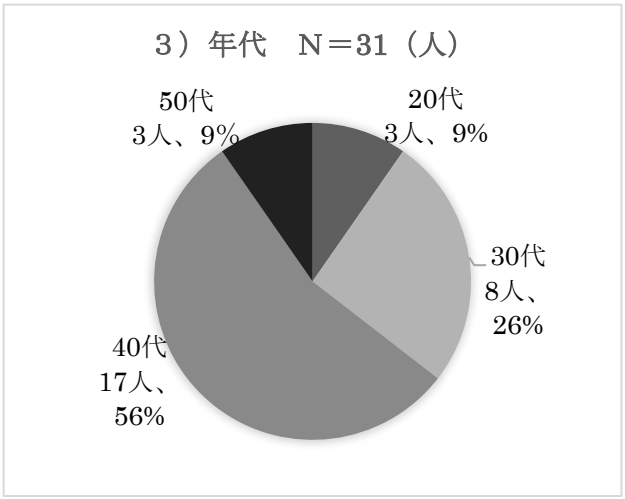
1，基礎情報　n＝31（人）

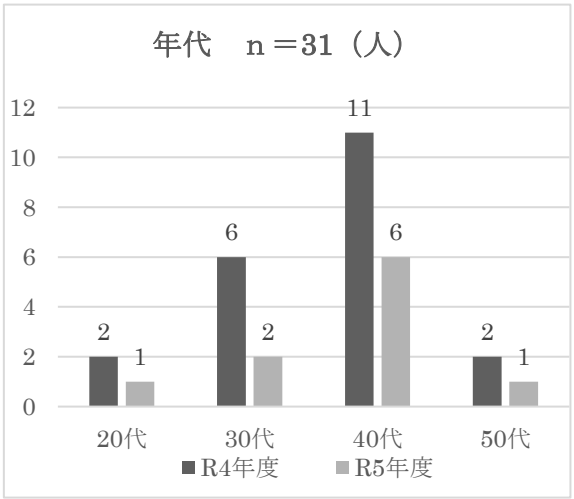


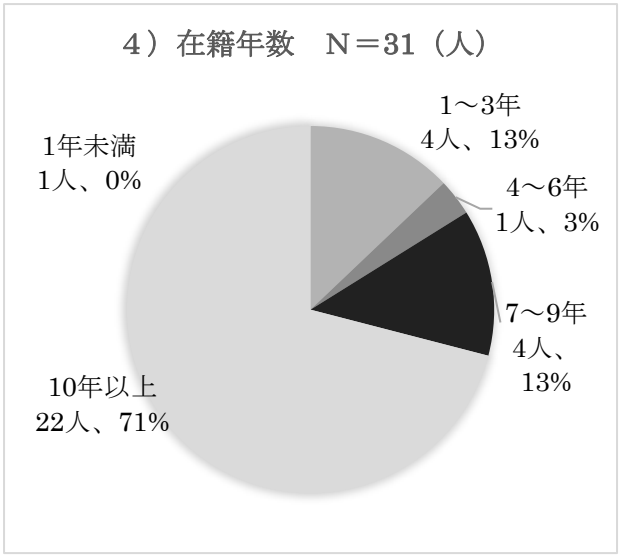


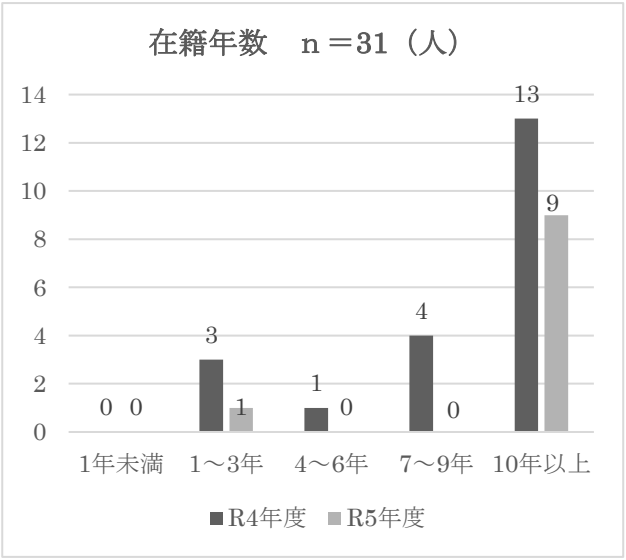




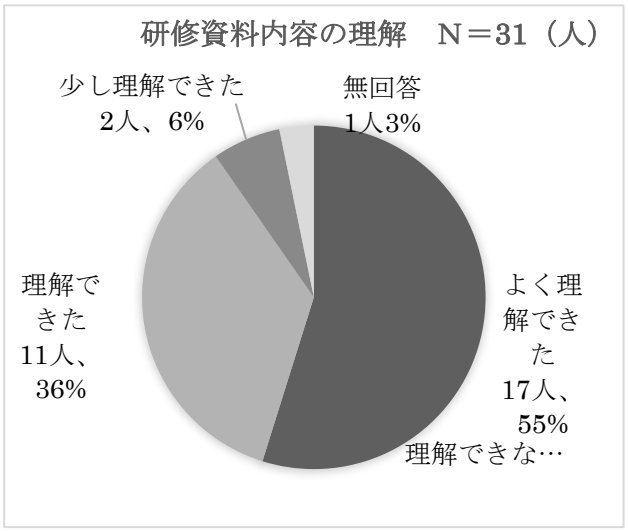


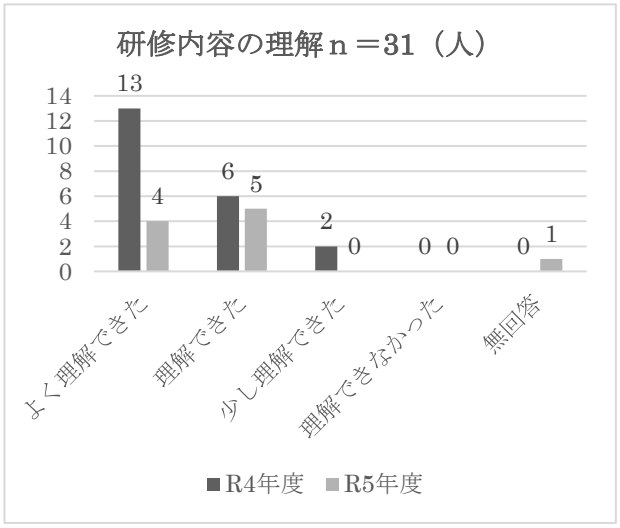






2，介入のための研修資料内容は理解できましたか？n＝31（人）





【令和 4 年度自由記載】

1）よく理解できた

・分野毎に基礎的なところから応用編までわかりやすくまとめてあり内容が充実し理解しやすかった。
・強度行動障害を持つ患者の特性やアプローチ方法などが詳しく書かれていたので理解しやすかった。
・薬はあくまで補助的手段でチーム医療的なアプローチが重要であることが分かった。
・構造化（環境や視覚的など）を行うことで動機付けや情報処理をスムーズにできるようになるということがわかった。

2）理解できた

・内容が職種分野ごとにわかりやすくまとめられ聞き手に飽きさせない工夫がされていた。
・基礎的なところがわかりやすく解説されていた。
・患者と支援者のそれぞれの課題やニーズを知ることは介入には必要なため、事前に知れてよかった。

3）少し理解できた

・クライシスプランの作成、視覚的支援など活用できた。

【令和５年度自由記載】

1）よく理解できた

・　実際の様子が写真であり、イメージしやすかった。
・　内容はわかりやすく、また必要十分なものだった。
・　わかりやすいため。
・　事例も含めながら説明してくださり、イメージやしやすく理解しやすかったです。

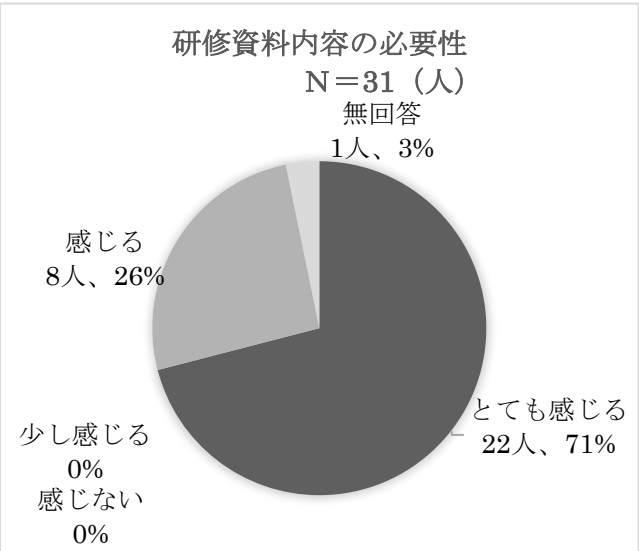
2）理解できた

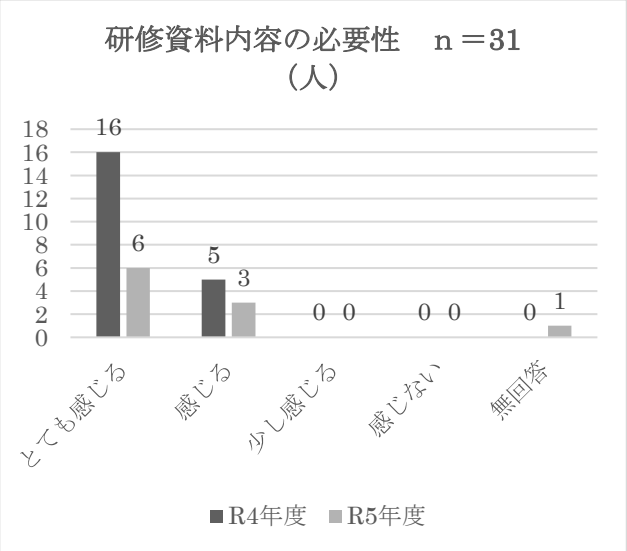
・　分野ごとに分かれているので。
・　資料が分かりやすかった。
・　強度行動障害者の方を、理解するのに、わかりやすい研修資料の内容でした。くり返し読み直し理解を深めていきたい。
・　強度行動障害とは一体何か？という事を中心に、見られる症状やその症状の原因として考えられること、その対応として有効とされる方法などくわしく説明されており理解することができました。

3）少し理解できた

・　経験が浅く現実と照らし合わせ今後理解を深める資料となった。

3，介入のための研修資料内容は必要性を感じるものでしたか？　n＝31（人）





【令和 4 年度自由記載】

1）とても感じる

・患者さんとかかわる際、知識があることで観察するポイントや介入方法がイメージしやすい。
・強度行動障害治療に関しての経験のないスタッフもおり理解を深めるためにも有効。
・看護分野をはじめ、疾患などの理解をすることで看護を実施する際に有効な資料として継続的に使用できる。
・強度行動障害の患者さんとかかわることがなかったので大いに必要。
・強度行動障害を持つ患者さんの理解に必要。
・介入の方法がわからなかったので助かった。
・有益であった、施設間の統一に繋がる。
・実践と時間をかけて理解していく必要がある。
・情報から支援者のオーダーや治療目標が立てられるため必要。
・スタッフ全体のレベルアップにつながりやすく、スタッフの意識やケアの統一が実践しやすくなる。

2）感じる

・個人差はあるものの一定の考え方や接し方はとても参考になった。
・困った際に役に立つ。

【令和 5 年度自由記載】

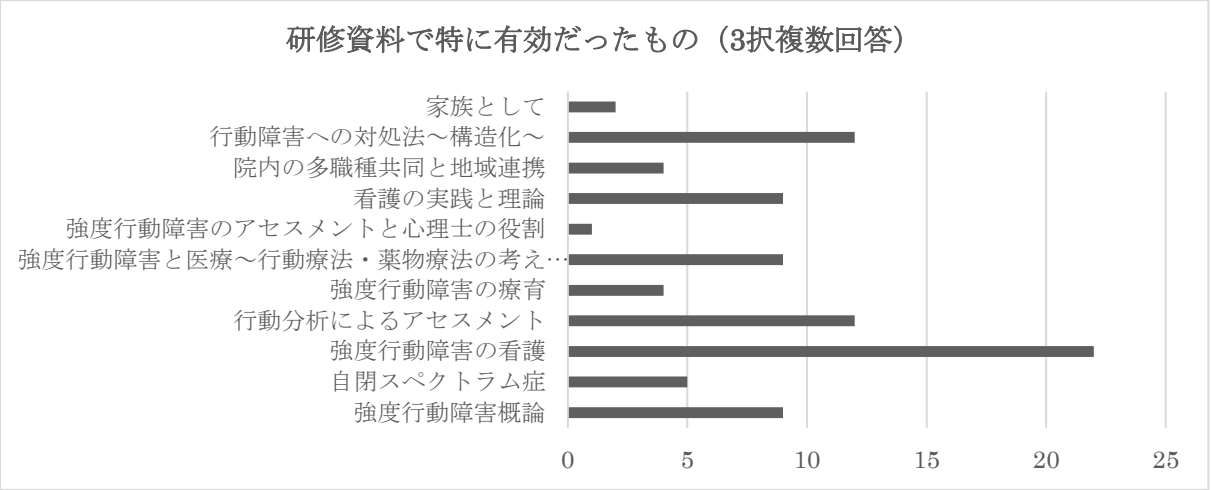
1）とても感じる

- 重度心身障害児（者）病棟で勤務する看護師として必要な知識-技術を修得するにとてもいい教材だと思いました。
- 全ての研修資料の内容を理解することで、より強度行動障害者への支援が、有効に円滑に行えると思うので必要と感じる。
- 「強度行動障害」自体精神科病院で理解されておらず、またその医学的診断である「知的障害」「自閉症」も理解されていないため。
- 介入する上でどのようにアセスメントをし、介入していくかの見直しを持つことができた
- 導入しやすい為また前準備が行える。
- 実際の介入につながりやすく、参考にしやすかったです。

2）感じる

- 業務という視点で患者と関わっており、障害や治療、他職の働きかけといった視点を持つことができた。
- 研修内容を学んでからの方が介入しやすい（考えが整理できる）。
- 強度行動障害の方を受け入れる事が今後も多くなってくると思うため。知識として次の看護実践に活かしたいと思う。

４．介入のための研修資料で特に有効だったもの３つはどれですか？　ｎ=31（人）　無回答１



【令和４年度自由記載】

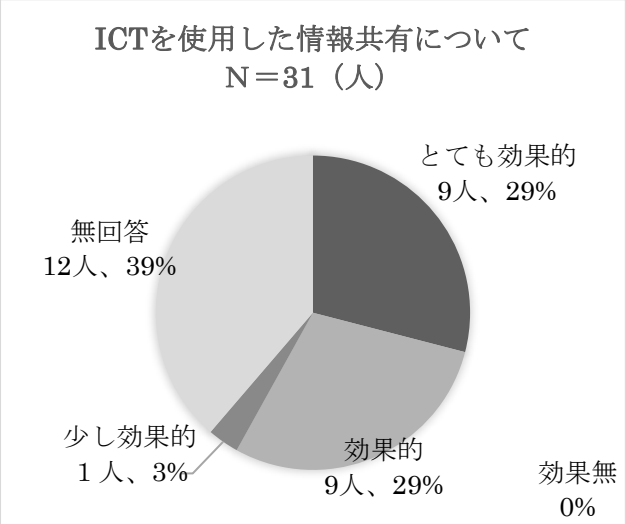
・患者さんのアセスメントや多職種連携・ご家族・地域との連携も重要であるから。
・ASD・強度行動障害等の知識を深めることができた。
・日常的な業務を見直すことができた。
・疾患の理解、関わり方、支援の方法などを学べ。た
・今後、構造化を図りながらの看護が提供できるよう活かしたい。
・講義の中で患者さんの特性を理解し行動療法も学べ即実践に繋がる。
・困難な状況にある現場で迅速な対応が必要であり、今ある環境で有効な手立てが欲しい。
・強度行動障害を持つ患者さんを受け待ったことがなく、看護の実践がわからなかった為。
・知識不足を補うことができた。
・院内の看護師と共有することができた、あるべき支援や治療の姿を学んでもらえた。
・全て良い内容だったが、特に感覚過敏と構造化は勉強になった。
・家族の思いを知ることは重要だと思う。

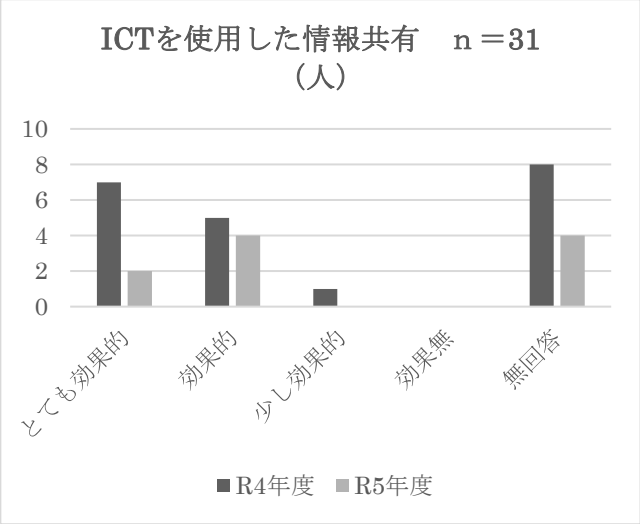
【令和５年度自由記載】

・　普段提供している援助と密接な分野だから。
・　重心病棟の経験者が少ない。
・　強度行動障害の看護はどう介入していいか分からない事が多いため学びとなった。
・　行動背景についての理解を深めることができる。
・　ストラテジーシートを実際に使ってみて分析できた。
・　強度行動障害に関する、歴史や近年の動向を踏まえ、現在必要とする対象への考え方や、とらえ方を正しく理解することができた。また今後の看護に活かそうと考えるようになった。
・　見えにくい個々の障害特性を理解し、適切な環境調整を行うことが支援原則とされるので、介入の際有効だと感じた。
・　プログラムを考える上でのヒントになった。

・　入院治療では看護スタッフに対応してもらうことが多い、また介入するには行動診断についての理解が必要。
・　行動問題の背景を解決するのに役立ちましたし、具体的にどのように介入すればよいのかのヒントが得られました。
・　実際に強度行動障害状態の患者を病棟で受け持っており、実践に役立つ知識の為。
・　強度行動障害の捉え方の学びとなった。
・　改めて強度行動障害について把握することができ、また事例もありわかりやすかったです。
・　他の職種の役割がわかる。

５．実際に事例介入において、ICT（Slack など）を利用した情報共有を行いました。いかがでしたか？





【令和 4 年度自由記載】

1）とても効果的

・統一したかかわりを持つために共有できるところ。
・活発な意見交換で視野が広がった。
・多職種での連携が重要であると感じた。
・SV と資材や研修資料が活用でき役に立った。
・SV で助言を頂けたこと、また他施設の事例を知ることができてよかった。

2）効果的

・表情や声など確認しながら情報共有ができる。
・動画を用いたことで理解しやすいものとなった。
・専門的助言や見解が聞けて勉強になった。

3）少し効果的

・情報が得られることは嬉しいが、使い方が分かりにくい。

【令和 5 年度自由記載】

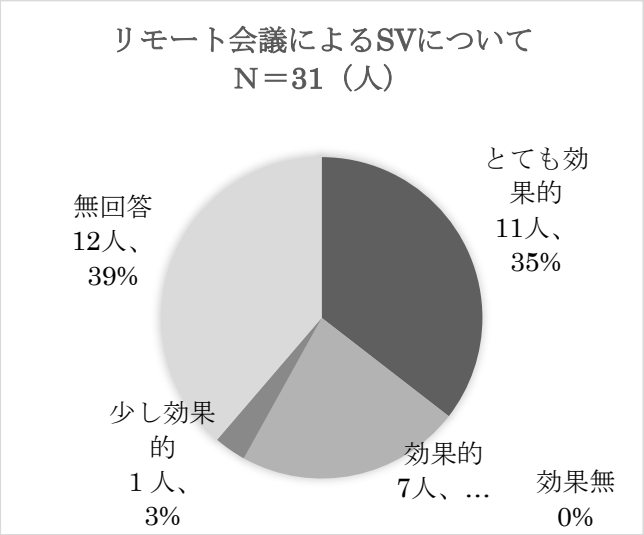
1）とても効果的

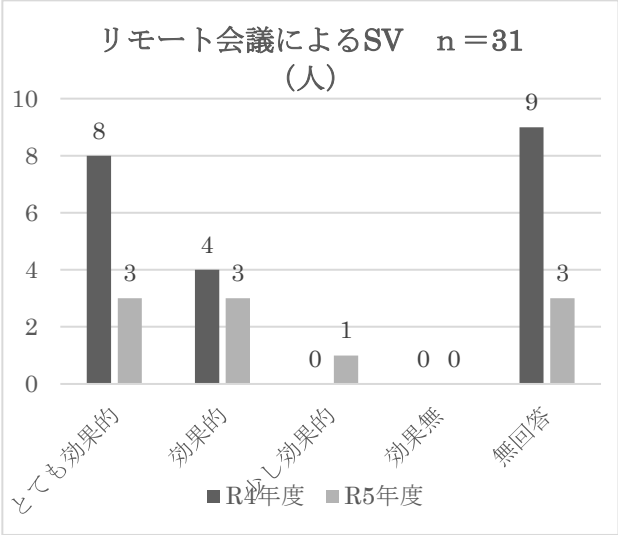
・　行動特性の把握、行動の記録、一貫性のある支援を行うために、とても効果的だと思います。
・　全国的な研究であるため、ICT の共有が 1 番効率的であると思います。

2）効果的

・　効率が良いと思った。
・　報告が中心になってしまい、やりとりが？？できると寄り良かったと思います。
・　スムーズな情報共有ができてありがたかったです。
・　私としては参加していないがこのようなツールは有効と思える。
・　他病院での考え方や導入方法など参考になる。
・　会議中に発言されなかった先生の意見も勉強になります。より活発な意見がもられるよう聞きたいことを明確にしておけばよかったと思う。

6，実際の事例介入において、リモート会議によるスーパーバイズを行いました。いかがでしたか？





【令和 4 年度自由記載】

1）とても効果的

・活発な意見交換が行えた。
・コロナ過での感染防止をしながら情報共有ができるため、時間を都合しやすいため。
・困っていることに前向きになれる気がした、他の事例も知ることができた。
・役に立ち、勉強になり、確認でき、背中を押された、スタッフへの研修や助言をしていく中で自信をもって助言ができ、展開できた。
・スーパーバイズは、疑問や困難に思っていたことがすぐに解決することができた。

2）効果的

・ある程度会議の方向性や流れを管理する必要があるため。

【令和５年度自由記載】

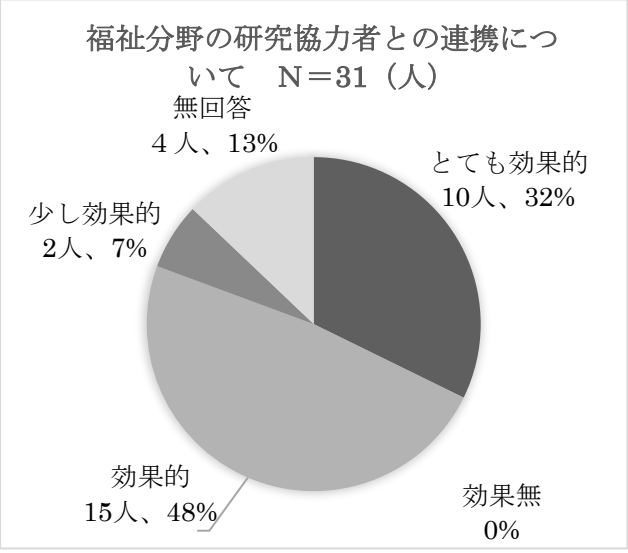
1）とても効果的

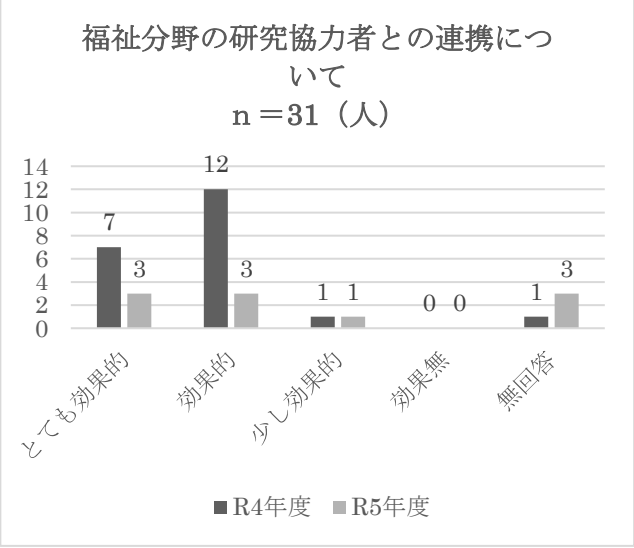
- 同様の職員の悩みや問題、アドバイス等は感じるものがあり、とても参考になります。今後にいかせる内容で効果的に思う。
- 経験や専門に基づいてのコメントをいただくことができ、介入のヒントをいただけた、支援をしてもらう（支えてもらう）ことはスーパーヴィジョンの良いところです。
- 事例を共有することができ、非常に参考になりました。
- 経験豊かな先生方のアセスメントや対処についての意見を聞くことがとても勉強になる。

2）効果的

- 個々のケースについて具体的に相談ができる。
- 他の病院・施設からの視点や客観的な意見がもらえた。
- タイムリーに相談が出来、また助言を頂けて、より効果的介入ができたように思う。ケース１つ１つにもう少し時間をかけてもらえるとありがたいです。
- 参加できていないが、参加者からフィードバックがあり、それらが有効だったため良いと思う。
- いろいろなケースや介入方法が参考となる。

7．実際の事例介入において、福祉分野の研究協力者との連携はいかがでしたか？





【令和４年度自由記載】

1）とても効果的

・多職種（専門分野）の助言や意見を共有することで効果的な支援に繋げられる。

・目標を明確にし、それに向かって介入することができた。

・大変勉強になった。

・漠然と考えていたことが明確化され確認され、背中をおしていただいた。
・各支援のそれぞれの問題やニーズなど支援全体が把握できる。
・福祉分野の知識不足を感じ連携が必要と理解していたが、正しい連携ができているか考えさせられた。
・福祉分野との連携はしているが、掘り下げて話を聞くことができとてもよかった。

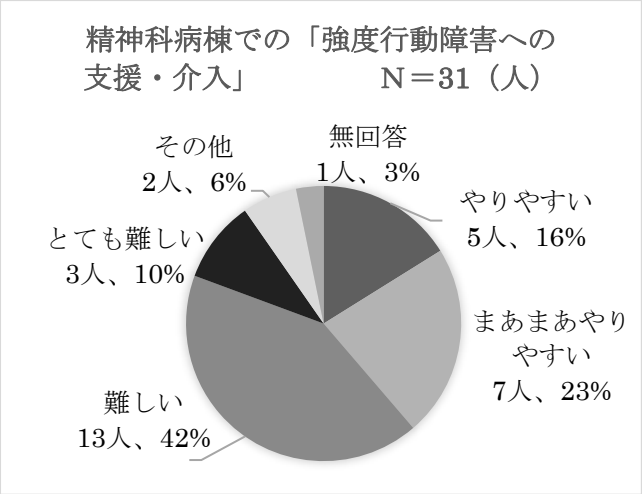
2）効果的
・事前に告知され、対応もルーティン化されていた。
・新たな視点や意見を聞くことができ効果的だと思う。
・多面的に情報収集、アセスメントができる。
・病院として福祉側のニーズを知ることでケアの実施に繋げられるものも多かった。
・より実生活に近い福祉分野の方との連携は必須だと思う。
・1 か月間の入院の中で 2 回の会議が実施でき、入院中の状態をお伝えすることができた。
・入院前に関係者で会議を開くことで、対象者が置かれている環境や支援体制の把握ができた。
・入院中の様子や自宅との違いを伝えることができ情報の旧友ができた。

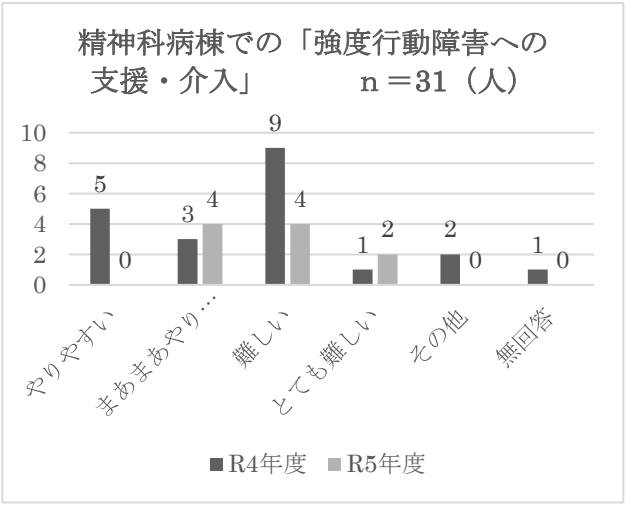
3）少し効果的
・ケア会議を行うことで、退院までスムーズに調整することができた。

【令和 5 年度自由記載】
1）とても効果的
- 連携することにより、より専門性を高めることができると思います。
- 本人の良い所など、普段の外来や入院の診療では見えない所を教えてもらえました。
- 地域全体で支える必要があり、どの分野の声も必要と思う。

2）効果的
- 地域連携、心理、作業療法様々な観点でアセスメントしてくださるため学びとなった。
- 他分野の視点や考えを知ることができる。
- 現場でどのように工夫されているか、実践的な話を聞け、参考になった。
- 在宅での生活や家庭環境、対応がわかる。
- 入院中に母と新しいショートステイ先を見に行ってくれた。

８．精神科病棟での「強度行動障害への支援・介入」はいかがでしたか？





【令和４年度自由記載】

１）やりやすい

・設備の面で防音、施錠、強化扉などあることで患者さんの安全を守る環境が作りがしやすく、行動制限による介入方法が有効な場合もあるため。

・ご家族や医師など様々な職種の介入が必要であったが、連携が取れ、介入しやすかった。

・主治医が先頭に立ち入院初期からケアカンファレンスを開かれ心強かった。

・精神科病棟は閉鎖病棟の特性で、各部屋ごとの施錠が可能なための物理的構造化の支援介入を実施しやすい、必要時隔離拘束も実施できるため本人の安全保護が可能。

２）まあまあやりやすい

・多職種による治療・支援を行うことができ、患者さんのニーズに対応することができる。

・厚生労働研究の形で実施でき、今後の病院の展開と絡めることで病院内のコンセンサスがえられスムーズに治療や支援が進められた。

・危険物が最小限の環境である為、刺激が少なく生活しやすい環境である療育など、健康的側面を伸ばす関りもできている。

３）難しい

・開放時間を設けられない現状がある、コミュニケーション不足になる。

・意思疎通が難しい、問題行動を起こす原因が分かりにくく介入方法も個別性が必要になってくるので難しいと感じる、しかし、介入が効果的だったときは達成感や患者さんとの関　係構築にやりがいを感じる。

・経験者による SV があるのが前提だが、直接的支援や介入は可能と思われるが、単発的に研修を受けても業務に追われて間違った介入をしてしまいそう。

・強度行動障害への理解の程度に差があり、介入方法にも統一した関りができない。

・他患者からの苦情が多く療育ができない、トラブルになるため開放することが難しい。

・一般病棟に比べスタッフの理解度が高く、協力が受けやすい行動の統一化もしやすく、Dr.にも相談しやすく多職種連携もしやすい。
・3 週間のレスパイト入院を受け、事前の情報収集や環境調整を行ってもその期間で受け入れるためには病棟内の環境調整が必要。
・医療一福祉一教育一行政一家族の連携も大事ではあるが、精神科病棟に入院するケースは連携がうまくいってないことが多く、そこを整える作業が必要で時間と労力をかなり費やした印象。
・職員同士でアセスメント・生活情報を共有するところからスムーズにできていなかった。
・ワークスペースや物品の持ち込みが病棟ルールと反する、マンパワーが少なく時間をかけにくい。
・特性の理解はできたと思うが、具体的支援が本人に効果的だったかは疑問である。本人が快適に生活できていなかったのではと思う。
・SV や講義資料などによってプラスにはなったが、一般精神科病棟での支援～介入のやりやすさにはすぐには繋がらなかった。

4）その他

・患者さんの支援自体に難しさは感じなかったが、入院期間中の環境面での外的要因の影響がかなり大きく調整が難しいと毎回思う。
・3 週間のレスパイト入院の対象者が多く、介入・実践まで行う作業が難しかった。

【令和 5 年度自由記載】

1）やりやすい・・・該当なし（0 人）

2）まあまあやりやすい

- 少しずつ病棟内で認知度があがって、協働しやすくなった。
- 個室で隔離した状況では、安全面ではやりやすいが、自傷・他害がある患者の場合、個人交流や QOL の向上を図る点においては、計画性やマンパワー、チーム連携が必要だと感じた。
- 今回の研修を受けた多職種で情報共有、協議しながら進められた。ただ、病棟全体で対応を統一したりすることには難しさを感じた。
- はじめ慣れるまでは患者にとっても看護師にとっても手探りな状態だが、慣れてくるとか介入して特に問題はなかった。ただしハード面でこちらが予測していなかったところで受傷してしまうトラブルがあり、今後も予測できないトラブルの発生の恐れはあると思った。

3）難しい

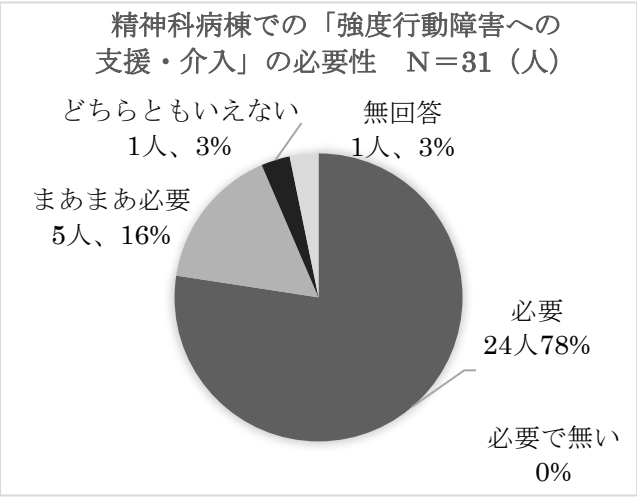
- 当病院は急性期病棟で受け入れているが、病棟の性質上、一般精神の急性期治療に準じた治療になっていると思う。例えば、入院 3 ヵ月を経過し「以降も精神科病棟で治療」となると治療環境から無理があると思う。
- 他患者との折り合いが悪くなりいじめの対象にもなってしまう。他室訪問をしてしまいトラブルになってしまう。隔離時間が長期化する療育ができない。
- 構造上、刺激を減らすことが難しい。時間の制約がある。

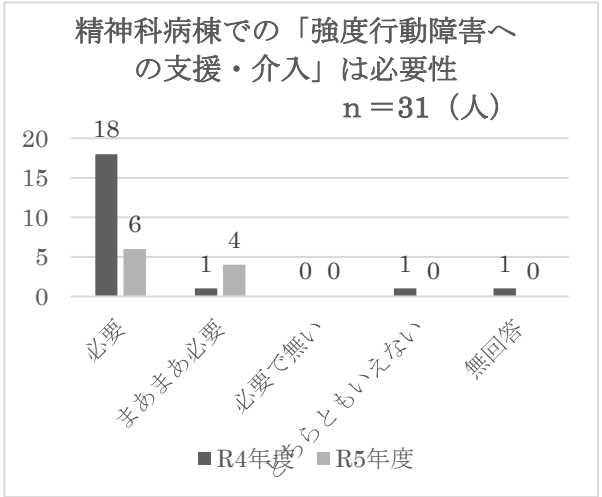
・　利用者に適切な支援ができるよう事前に情報を集める必要があった。相応のスキルと専門性が求められるため、実際に介入にた際も、知識不足を感じることが多かった。また環境面が整っていない状況が強度行動障害のリスクを高める要因となる事もあり、私達が特性と充分理解をしなければいけないと思いました。
・　強度行動障害とそのケアをいかに知ってもらうか、統一した看護（接造化）は一般の精神医療でもパーソナリティ障害で使われる？念をはずですが、いつもうまくいかないところでもあります。
・　こだわりの行動、自傷行為、他害行動など対応が難しい。
・　保護室での対応となってしまい？すく、本人の行動範囲が限られやすかったです。アセスメントや介入を考えるうえでも、重心病棟の設定が良いと思う場面もありました。またスタッフ側のアセスメントの共有や知識を得ることで、今後必要に思います。
・　日常生活と違う環境になるため、評価しやすいところと評価しにくいところがあると思う。知的障害のある方、自閉症の方には、精神科病棟は刺激が多いのではないか、社会的な行動がとれないと考え隔離の時間が長くなってしまう。しかと、その方にとってどう環境調整するかを考えることは、精神科の看護師は得意だとも思う。

4）その他

・　構造化するのが難しい。地域に戻るために入院中にできる事が限られている。統一した対応が望ましいが、できない場面もあり、難しいと感じた。
・　時間、マンパワー、実際の生活の場と違いすぎるなどハードルは高い。タイムアウト、レスバイトな目的なら支援はしやすいと思う。

9．精神科病棟での「強度行動障害への支援・介入」は必要だと思いますか？





【令和４年度自由記載】

1）必要

・精神科病棟では不調だった方が、療養介護病棟に転棟して落ち着かれたケースがある、環境や介入が異なっていたのかと思う。

・強度行動障害を伴う患者さんへの看護介入が患者さんに合ったペースで実施できるのではと考えた為。
・自分の思いをうまく伝えられないからこそ、患者さんが生活しやすい環境づくりが必要だと思う。
・本人家族のみではなく、社会全体で支援・介入していく必要がある。
・多職種による支援や介入ができる。
・環境整備や理解と方法を知ることで改善が見込めると思うから。
・経験者が少ないのでイメージを作るためにも必要。
・枠組みやその強みを生かした援助が必要になると考えるから。
・必要であるが、専用の病棟や体制が必要、スーパー救急の中でスペースを借りて介入するような体制では難しい。
・強迫症状・こだわり・破壊行動・自傷・他害などの強度行動障害への対応は必要。
・関りの特殊性はあるが、患者さんと支援者の距離の近い関りを学ぶことができ、今後の介入に活かせると思う。
・強度行動障害を受け入れる専門病棟や施設はまだまだ質量ともに充実しているとは言い難い。
・一般精神科病棟での支援・介入は必要だと思う。

2）まあまあ必要

・患者さんの状態にもよるが、拘束が長期化する方は限界を感じる。

3）どちらともいえない

・保護室などが必要な方なら入院も必要だと思うが、ホールなどで自由に過ごせる方もなかなか開放時間が設けられない現状があるため、患者さんにとって良い環境なのかと悩む。

【令和5年度自由記載】

1）必要

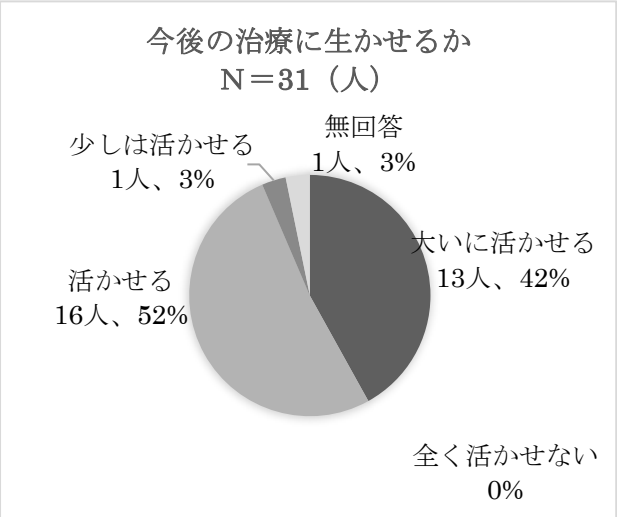
- 受け入れるなら必要（精神科病棟で）、強度行動障害の専門的支援が提供できるなら、利用者Faも安心すると思う。例えば環境が理由で行動制限を要さないといけない（集団生活、異食、他者トラブル、マンパワー）だと、「重心病棟を希望したい」のが本音だと思う。
- 他患の対応、入院対応により、個別的な関わりができない。保護室でのルールの問題があり、効果的な支援ができない。
- 漫然と行動制限しなくてよい。
- 医療だけでも福祉だけでもなくアイデアをだしながら地域で生活できるよう、みんなでとりくんでいく課題だから。
- 危険につながる行動等もあり、精神科病棟での支援は必要ではないかと思われる。破壊行動、自傷行為が頻発する障害であり、破壊的行動は自分だけでなく周囲の他患にも及ぶことがあり、精神科病棟の保護室を使用し安全を図る上で必要となる。
- 知的障害、強度行動障害に関わる頻度は増加しているため。
- 入院環境だからこそできる役割として、タイムアウトやアセスメントがあると思われる。
- タイムアウトとしての入院はケースによっては必要であるが、設備やマンパワーの関係で専用病棟があれば有効だと思われる。

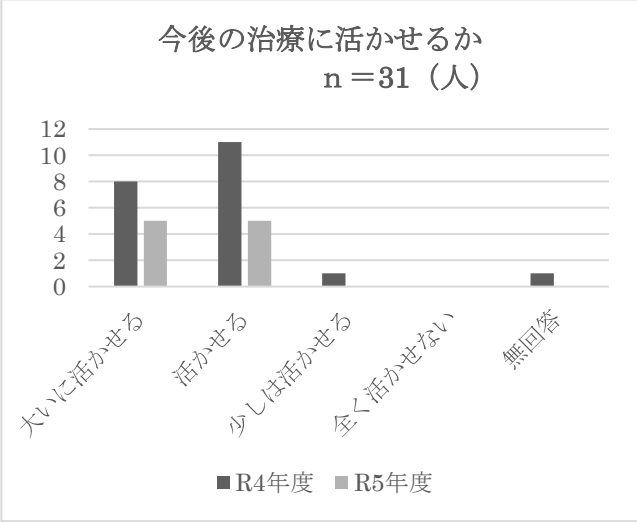
・　少しでも落ち着いた生活が行えるよう、行動パターンやリハビリの介入が必要。
・　重心病棟に枠がうまっており、入院を必要とする方に多いと思いますが、精神科病棟でも受け入れていく必要があると思います。
・　医療に期待されていると感じる。

2）まあまあ必要

・　精神科病棟でも自閉症など発達障害を持った患者さんの入院も多いため。
・　地域に戻るために、まず入院前にゴール設定をする事が大事だと思った。病院と地域の方向性がずれているため。（できる限り）何度もケア会議しながら、ギャップを埋めていかなければならないのではないかと感じた。
・　急性期の関りから治療プログラムを用いた取り組みを行うことで、精神科病棟での長期入院から早期での地域移行へ展開できると考えます。
・　患者家族にとって精神科病棟・重心病棟の違いはどうなのかわからないが、精神科病棟で強度行動障害の患者を看護する意味を今後も見出だしていきたい。
・

１０．今回の介入研究の内容は今後の治療にも活かせそうですか？





【令和４年度自由記載】

1）大いに活かせる

・研究によって効果的なアプローチの方法などが見いだせそうだから。
・今回実践した患者さんに当てはまるところがあり学びになった。
・院内の多職種に自閉症、発達障害、強度行動障害を理解してもらい、実践する機会となり大変役に立ち、その上で支援や連携にも繋がっていく。
・質量を高めるためにも必要。

2）活かせる

・行動障害のある方に適した支援についてスタッフ全体で知る・考える良い機会になると思う。

・DVD と資料の内容を理解できれば、個々に合った介入が優先される業務となるのではないか。
・病棟勤務に必要な内容で、多職種の介入や考え方が学べる。
・今後も研修での学びを学習と実践で深めながら活かしていきたい。
・強度行動障害を持つ患者さんへの理解を深めるために継続してほしい。
・介入研究を機に整えた院内のチーム体制や知識、考え方は今後も生かせると感じた。
・アセスメント、多職種連携、介入など、それぞれ今後は応用できると思う。
・もっとこうすればよかったと感じる部分があるので、次回に活かしたい。
・精神科病棟で受け入れるために何が必要かを考えるきっかけとなった。
・特性理解や支援方法などは活用できると思う。
・ここに合った介入として活かせそうである。

3）少しは活かせる

（どうしたら今後の治療でも、今回の介入研究の内容が活かせると思いますか？）

隔離を余儀なくされている、療育など余暇活動の限界、患者さんの質の違いにより他患者とトラブルになるなどの対応ができれば。

【令和 5 年度自由記載】

1）大いに活かせる

- 事例介入を行うことで、看護師のスキルアップにつながっていくこと、事例を多く挙げていくことで様々な事例に対してパターンや傾向が見出せ、治療プログラムが確率されていくといいと考えます。
- 新たな気づきや、自身の対応の振り返りになった。
- 薬物療法や行動制限をむしろ減少させ、治療の心理的負担も減少して効力感が上昇すると考えるため。
- 助言を受けながらケースを進めることで、アセスメントや介入についての知識スキルがより得られた。
- 現在も受け入れは行っており、有効な内容である。
- 1 例・1 例今後の治療に活かしていける経験値になっていると思う。

2）活かせる

- 重心障害者とその家族の治療環境。介ゴ負担軽減、この（専門的支援ができる）選択肢が重心病棟に他にも出来るきっかけになればと思う。
- OT との連携を密にし、個別的関わりを増やすことはできた。
- 院内でも WG 以外多職種が研修を受けれれば、より介入の幅が広がるのではないかと感じる。
- 強度行動障害は、知識や技能がなければ、その症状や心理状態を把握するが、非常に難しいため、今回の研究に参加することにより理解を深めることができたので今後に活かしていきたいと思います。

１１．本研究へのご要望

【令和４年度自由記載】

・レスパイト入院での支援は大事だが、コスト面で家族、病院側への支援も検討してほしい。
また、療育やリハビリなども介入できるシステム作りも必要と思います。

・研究のプロセスについて複雑で難しかった。
煩雑な業務の中で研究に費やす時間がなかなか確保できなかった、もっとマンツーマンで関われるとより支援が行えたと感じる。

・SV 会議が 1 時間では掘り下げた部分まで共有するのは難しい。
もう少し、時間を確保するといいのではないか。

【令和 5 年度自由記載】

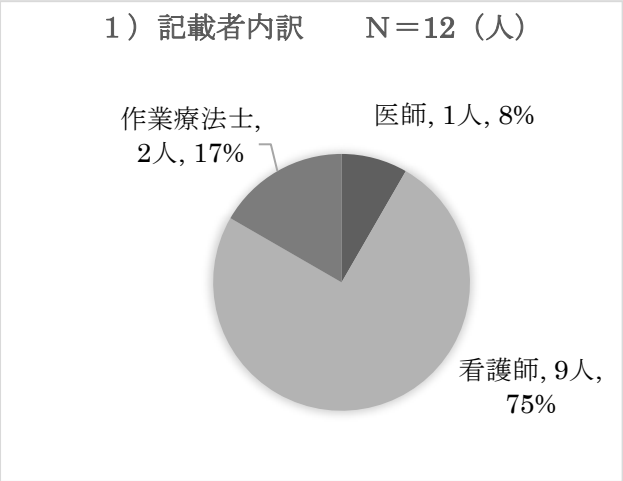
- 今回フラストレーション軽減のため、ゾーン中庭での余暇活動を実施しました。他の患者も多くいましたが、知っている患者の名前を言っていました。早く退院したいことも言われました。またキャッチボール希望でしたが、怖いと言ってボールはころがしていました。その時は、不調になることはありませんでした。慣れない環境で、色々な患者とも関わりましたので、少し刺激にはなったと思います。
- 自分としてはまだ経験不足の領域であり、このような研修、研究の介入は専門的知識、技術を修得するいい機会となりましたので、今後も研修会、勉強会の場を多く設けて欲しいです。
- 強度行動障害を持つ方の心理を把握し、希望や意思に寄り添った支援ができるよう今後も学びができたらと思います。ありがとうございました。
- 充分な対応ができたとはいえませんが、精神科病院における強度行動診療については、病院内外で「知らない」「関係がない」ところが多数だと思います。研究を通して少しずつ改善していくことを希望しています。

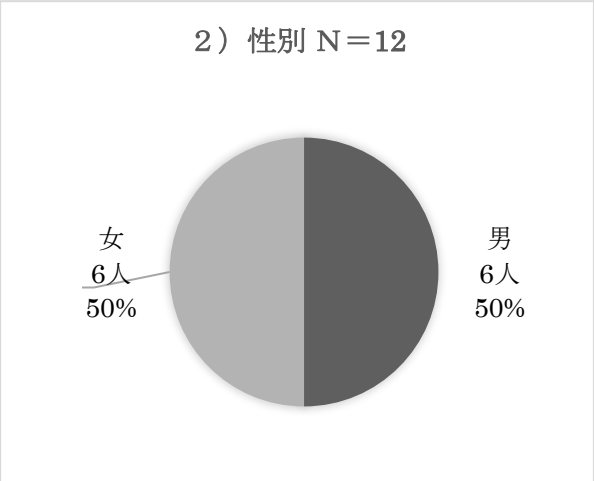
【入院中の強度行動障害者への支援･介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究】

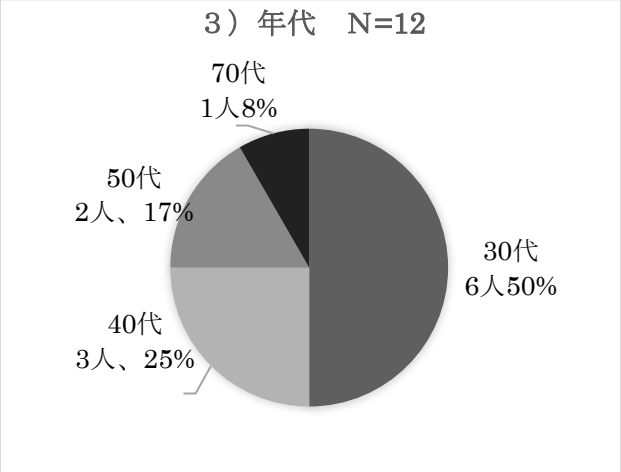
治療プログラムⅡ　　治療スタッフアンケート集計

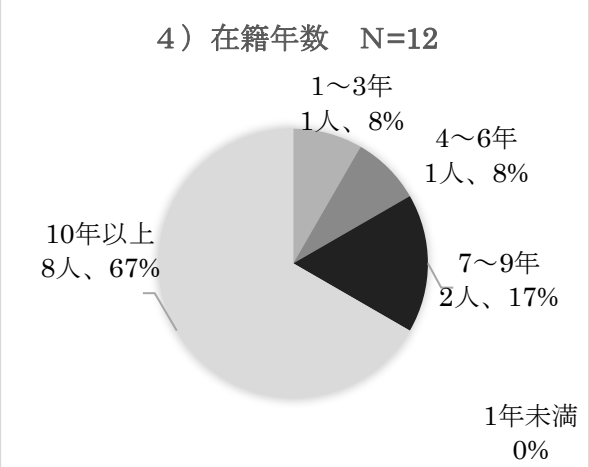
＊アンケート総数　12 名　　回収・有効回答数　12 名　　回収率　100％

１，基礎情報

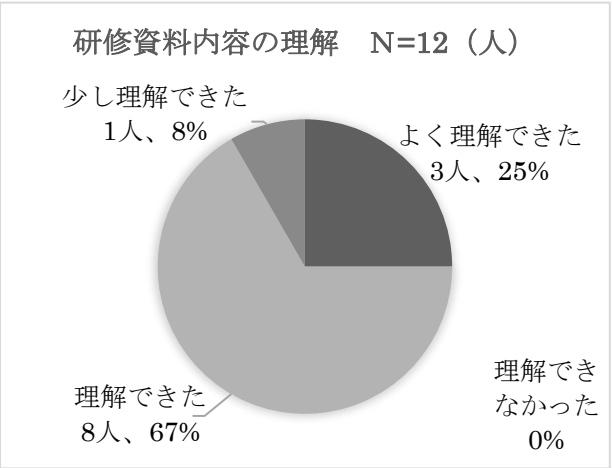








２，介入のための研修資料内容は理解できましたか？



【自由記載】

1）よく理解できた

- 実践と内容がリンクしていてわかりやすかった。
- 分かりやすく説明されていたため。
- 資料が実際をイメージしやすい内容だった。
- 文章のみでは難しいなと感じる箇所もあったが、動画もあったため、理解が深まった。
- 長すぎず、まとめてありわかりやすかった。

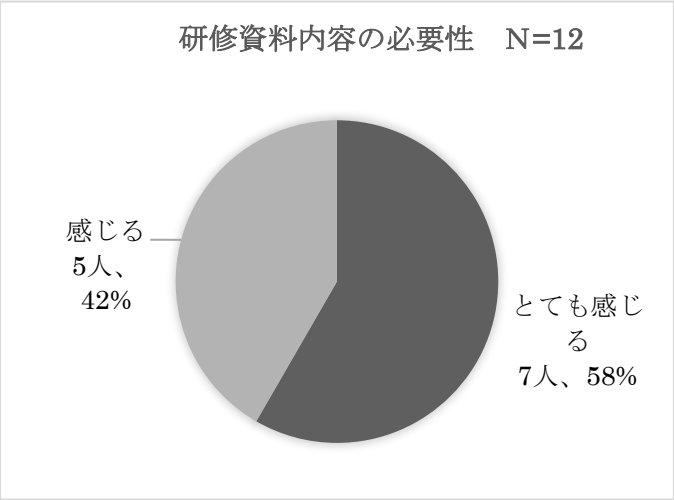
2）理解できた

- 分野別の学びができたため。
- テーマ毎に分かれており、わかりやすかった。
- どの講義も内容が一貫しており、具体的にどのように治療を行うかが明確で分かりやすかった。
- 基本的な姿勢は前もって知ることが必要だと思うため。
- 対応法など学びとなり、実践に生かすことができた。
- 多岐にわたる内容を様々な職種からの視点で講義をしていただきわかりやすかった。
- 具体性があるため、当院事例に照らし合わせて理解しやすかった。
- 強度行動障害の基本から事例まで具体的に知ることができ、とても参考になりました。
- 具体的に考えることが出来た。

3）少し理解できた

- 一通り学習し学べたことも多くありました。すべてが頭に入っているかと言われると自身がありません。

3，介入のための研修資料内容は必要性を感じるものでしたか？



【自由記載】

1）とても感じる

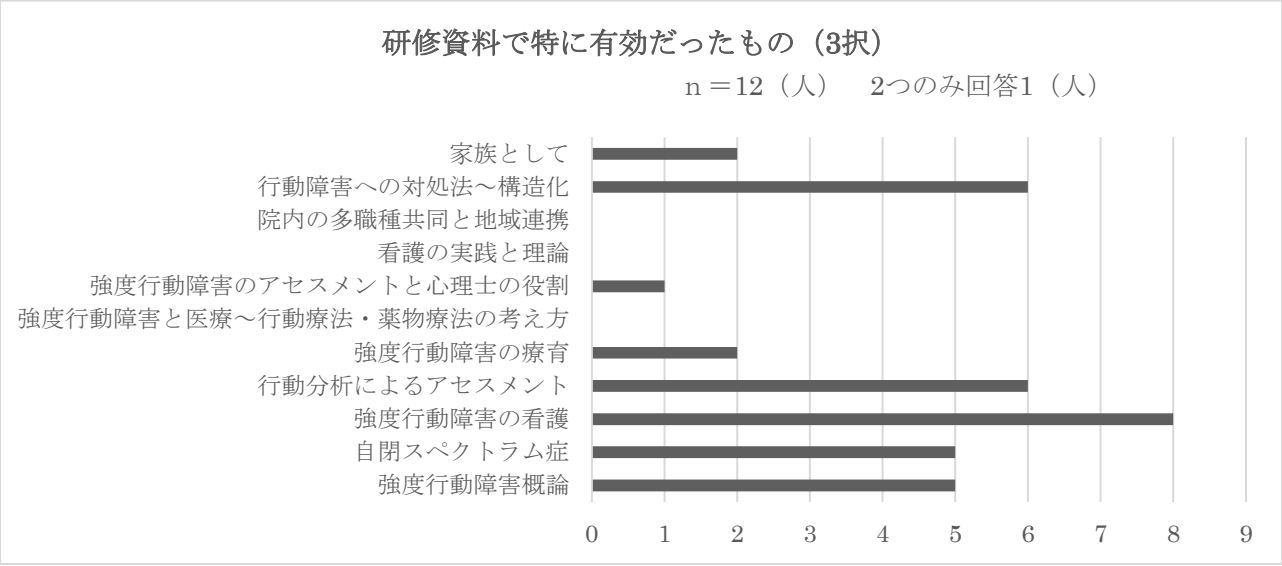
- 各施設によってかかわり方、介入は異なる部分もあり、統一するためには必要と思う。
- 対応・介入を見直す、学ぶきっかけになった
- 対象や他職種の特性などを理解することで看護師としての関わり方の幅も広がると思います。
- スケジュールの提示 1 つを取っても様々な方法があった。事前に知識をつけておく事で、本人にはどのタイプが合っているのか検討ができるので必要だと思う。
- 書籍やインターネットなどで独学することが困難な分野と考えられる。症例数も決して多くはないため、学習する機会は必要である。
- なかなか身近で学べる場がないため、資料があるのはありがたかった。
- 自閉症　強度行動障害の方の疾病・対応法についての知識不足・経験不足にて資料は必要。
- 実際に介入が始まってからも読み直すことがあった。
- 強度行動障害の関わりの実際が理解できた。

2）感じる

- 知識を身に着けて介入することにより、観察するポイントを（考える、しぼる）ことができるため。
- より早い段階での介入があれば親子で困ることも少なくなると感じました。
- 基本姿勢を知ることはケアに役立つと思うため。
- 普段接する事のない対象者なので、まずは理解をすることが大切と感じた。
- なんとなくでしか知らなかったことが正確な知識を得ることができた。
- 慣れない事例のため、介入の仕方について例を知ることができ、アセスメントする上でも参考になりました。

4．介入のための研修資料で特に有効だったもの 3 つはどれですか？

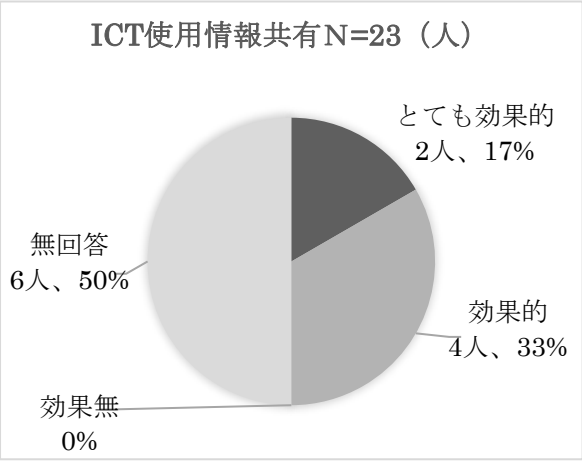
n=12　2 つのみ選択 1



【自由記載】

- 実際の介入とアセスメント方法を知ることができ、また短期入所の患者が対象だったため、家族の思いを知ることは重要と思うため。
- 看護師という職種から上記資料に興味を持ったこと、必要性を感じたため。
- 実際にためしてみたり、伝達していく上で重要だと感じたことが多かった
- 強度行動障害とは何か自閉症の特徴とは、どんな看護をするべきかと基礎的な学びがあったと思います。
- 特に 10)が勉強になった。スタッフによって対応にバラつきがあると本人は混乱してしまうので、構造化は大切だと思った。スタッフ側としても対応方法が分かりやすくなる。
- ①は全体像を把握するのに役立った。④⑩はスライドが見やすいだけでなく、具体的な評価・介入の仕方が説明されており、明日からの臨床に活かしやすい内容であった。
- スタッフが統一し、構造化することで、本人が生活しやすくなるのではないかと感じました。
- 現場ですぐに活用でき、自身が行っている事の振り返り・学びになった。
- 入院で出会う機会が多いため。
- 経験知識が不十分だったので学びとなった。
- 家族の話は小さい頃からの流れがあってわかり易かった。
- 具体的で活用ができそうだと感じた。
- 実際に介入が始まってからも読み返すことがあった。
- 具体的な事例を知ることができたため。
- どのように介入・支援していけばよいのかが理解できた。

５．実際に事例介入において、ICT（Slack など）を利用した情報共有を行いました。いかがでしたか？



【自由記載】

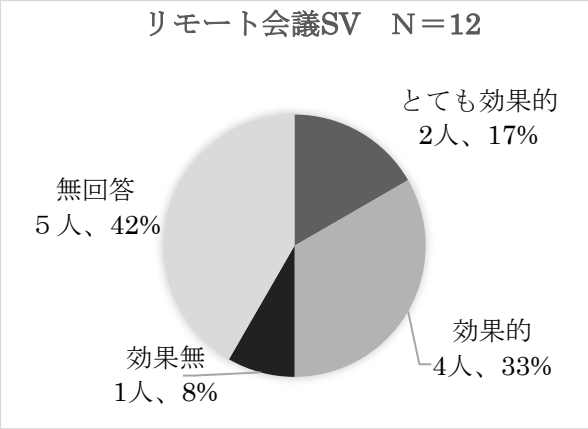
１）とても効果的

- 各施設の情報をすぐに入手することができ、有効だった。
- 全国の事例をもとに、様々な情報を共有できるためネットの使用は大変有効に思いました。
- 自分たちが行っている支援が正しいのか、また今後どのように支援・介入したらよいのかを SV 会議で検討できたことは、とても大きなものになった。

2） 効果的

・　他職種間との共有がよりスムーズかとも思いました。

6，実際の事例介入において、リモート会議によるスーパーバイズを行いました。いかがでしたか？



1）とても効果的

・　スーパーバイズは疑問、困難に思っていたことをすぐに解決することができ、有効だった。
・　ただし途中から Slack の方が不具合から使用できなくなった。
・　強度行動障害についてスーパーバイズをしていただける機会は貴重に思います。
・　稚い説明でも、理解してアドバイスをいただけた
・　自分たち（チーム)だけでは、見えていない視点や介入のアドバイスをもらえたのは、とても効果的だった。

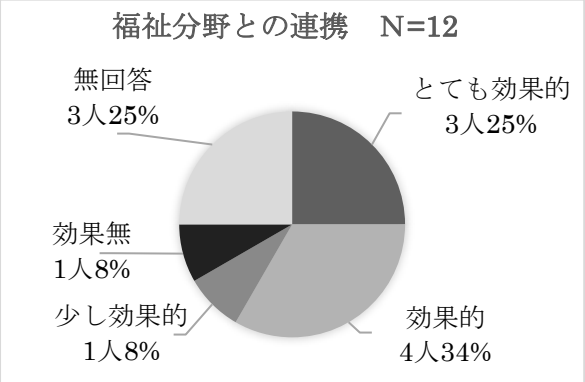
2）効果的

・　第三者による視点は新たな気づきがもててよいと思うため。
・　他機関の参加者の方から客観的な意見を聞くことができ、ふりかえりや今後の取り組みの検討につながった。

3）効果無

・　上記会議には出席しなかったため。

7．実際の事例介入において、福祉分野の研究協力者との連携はいかがでしたか？



【自由記載】

1）とても効果的

・　福祉分野との連携は行ってはいるが、掘り下げて話を聞くことができてとても良かった。
・　施設の職員から外泊体験の様子や施設側からの退院後の懸念事項を伺うことで、退院後も意識した治療へシフトすることができた。
・　医療現場にいると視野が狭くなってしまったり、実生活での視点がもちづらいため。
・　福祉施設と病院の移行について、これまではイメージがわいていなかったが、病院でとりくむことのヒントがもらえた。
・　ENT 後のことを考えたり、理解するのに役立った。

2）効果的

・　入院中の様子や自宅との違いを伝えることができ、情報の共有が行えた。
・　必要と考えるがうまくいっているかは疑問。
・　客観的な意見が聞けたこと、当院での方針の確認が行え、参考になった。

3）少し効果的

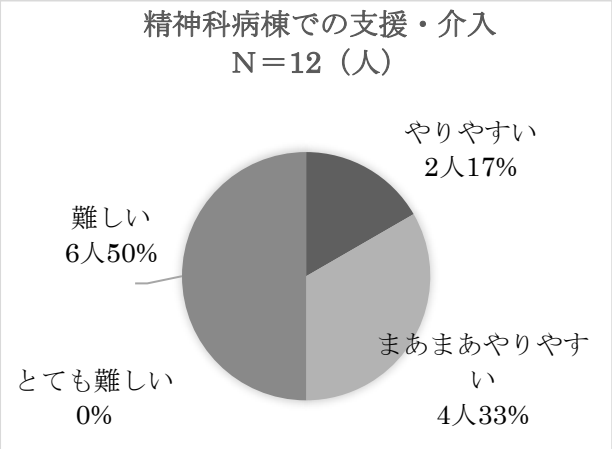
・　福祉分野の研究協力者が誰かわかりにくかった。

4）効果無

・　研究協力者との連携は看護師としてはしなかったため。

。

8．精神科病棟での「強度行動障害への支援・介入」はいかがでしたか？



【自由記載】

1）やりやすい

・　本人が理解できない所で不穏となってしまった場合でも、対処がしやすい。他のボーダーの方々にもスタッフが対処しているため、介入しやすい。
・　協力的なスタッフが多い
・　生活モデルの視点からの助言があり、地域生活等への視野の拡がりがあった。

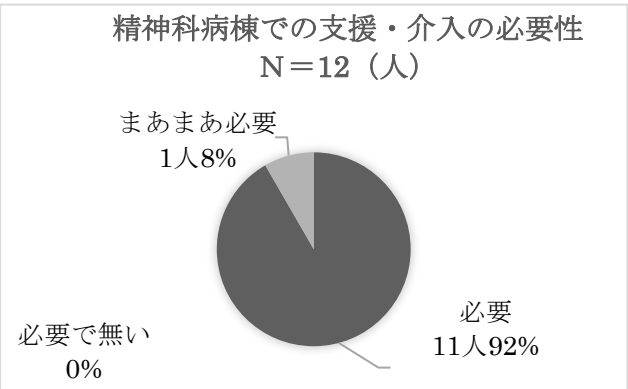
2）まあまあやりやすい

- 危険物が最小限にしている環境であるため、できるだけ患者さんらしい生活を提供しやすい環境ではある。療育等、健康的側面を伸ばす関わりもできている。
- 多職種の専門職が揃っており、それぞれの観点からアセスメントすることが可能な環境である。また保護室を有している点も患者、治療者を守る上では利点となると考えられる。
- 今回週 1 のカンファレンスがあった事がやりやすかった。
- 自分自身は精神科病棟での業務が多いため、看護師とコミュニケーションがとりやすい。ただ患者のことを考えると入院する病棟によっては保護室以外の過ごす場の確保が難しいかなと感じた。
- 期間がはっきりある中で、多職種で介入する。やることがある程度明確になるので、とりくみやすかった。チームで、看護や OT のことを支えられた。

3）難しい

- スーパーバイズや講義資料などによってプラスにはなったが、一般科精神科病棟での支援、介入のやりやすさにはすぐにはつながらなかった。
- 専門病棟ではないため、他患者との共存やスタッフの人員的にも介入がかぎられてしまう。手厚くできれば、伸びしろは大きいと思う。
- 様々な問題行動がみられていたため、色々な可能性や改善策を模索し、計画、実施をさせていただきました。関わるスタッフも複数人いるため、ケアの理由を周知させたり、一貫性のある関わりを皆に伝えることが大変だと思いました。
- 他患者との兼ね合いで計画通りにいかない場面が多い。対象患者の行動で他患者が影響されたり、その逆もあり得る。
- スタッフ全員が統一した対応をする事、共有化することの難しさを感じる。
- 精神科病棟で行えることには限界があるように感じるため。
- 必要と思いますが、保護室対応になりやすく、また病棟の構造としてもホールで過ごすことが難しいため、限られた生活空間になってしまう。
- 当院は専門病棟がなく、認知症病棟の中にある。（現在、Sc や高次脳機能障害などと混合している）。そのため、強度行動障害の方のホールへの出室がかぎられてしまい、隔離時間が長くなってしまい、入所施設と環境が大きく変わってしまっている。

9．精神科病棟での「強度行動障害への支援・介入」は必要だと思いますか？



【自由記載】

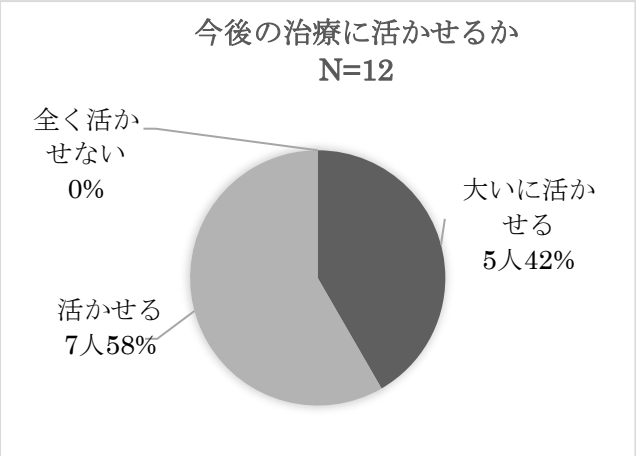
1）必要

- 関わりの特殊性は大いにあるが、患者さんと支援者の距離の近い関りを学ぶことができ、今後の介入に活かせると考える。
- 強度行動障害を受け入れる専門病棟・施設はまだまだ質・量ともに充実しているとはいいがたいため、一般精神科病棟での支援・介入は必要だと思う。
- レスバイトや他害・自傷がいちじるしい場合には、必要だと思う。
- 治療と環境といった面で精神科病棟での関わりが必要になってくると思いました。地域との連携や移行でも病院がいつでも対応できる安心感もあるかと思います。
- いずれは地域に出て生活する方であり、問題行動があるから一生隔離で、という訳にはいかない。家族の負担も大きいので、ある程度のコントロールができる事を目標に介入することはとても大切だと思う。
- 専門的な医療機関の数は限られており、地域の精神科病院でご支援・介入ができるようになればより多くのニーズに対応できるようになり、特定の医療機関への集中を防ぐことができる。
- 一般病棟では対処できないところが多いと思います。が、症状を多く見ているため、リセット目的でも短期で入院介入があっても良いのでは？と思いました。
- ハード面、薬の調整について、一般の病院より対応がしやすく、且つ、集団の中での治療も可能なため、色々な場面設定や環境設定ができるため。
- 本人の次のステップのためにも必要。
- 絵カードはじめとして、見通しを提示すること、スタッフが統一した対応をとることで患者様が落ち着かれ、患者様の良い所がみえ、本人の持つ能力が引き出される事を学んだので。
- 利用者からみれば必要と考えます
- 研究の事例に限らず、同じような状態・状況の入院患者がいた場合、多職種でチームを組んで関わることによって、病院で提供することの質の向上につながると考える。
- 精神科病棟スタッフは治療的な視点があり、介入支援の方向が定まりやすかった。
- 待機の方が多い現状を踏まえると、精神科病棟が受け入れていく必要があると思います。
- ニーズが増えている。
-

2）まあまあ必要

- 退院後の生活を見据えた支援・介入が必要だと考える。

１０．今回の介入研究の内容は今後の治療にも活かせそうですか？



【自由記載】

1）大いに活かせる

- 今まで、記載したように質・量を高めるためにも必要。
- ためになった。自分や病棟の看護や介入を見直すきっかけになった。
- 初めて受け待たせていただいたが、患者様を通じ他職種の方、家族の方、施設の方、医師との連携等を含め、大きな学びとなった。
- 他にも強度行動障害と該当するケースが多いため、介入＋アセスメントに活かせそうです。

2）活かせる

- こだわりの内容や関り方が、患者さんそれぞれに大きく違いがあるため、個々に合った介入として活かせそうである。
- 対象は人それぞれ異なりますが、毎回のケアの積み重ねが強度行動障害のより良い関わりへとつながると思います。
- 同じタイプの患者や、また対象患者の再入院の際に活かせると思う。
- 構造化、行動療法は強度行動障害だけではなく様々な精神疾患にも有用な考え方である。
- 介入のなかで、本人の変化に気付くことができ、今後に活かそうと思いました。
- 活かせると信じています
- OT 的関わりの基本は変わらないと感じ、幅が広がったと考える。
- 知識を得ることができた。
- 精神科病棟を利用することにより、知的障害理解が徐々に進みやすいと思われる。

１１．本研究へのご要望

【自由記載】

- SV 会議が 1 時間では掘り下げた部分までは共有するのが難しいと思われるので、もう少し時間を確保するといいのではないか。
- 各病院、事業所等の困難事例に対する助言を受けれる場の設置を強調していただきたい。
- 当方副師長をしており、夜勤など変則勤務のため、SV 会議の日程を、会議の日に次回分を決める

ため、勤務希望に間に合わず、SV 会議参加のための調整に時間を要した。夜勤など勤務の都合でどうしても参加ができないことが多々あった。

・ 研究に参加していない地域・施設スタッフにも、研究結果をフィードバックし、強度行動障害への関わり方の改善ができたらと思います。

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

分担研究報告書

長期在院知的・発達障害患者についてのアンケート調査：先行研究と比較して（全国児童精神科医療施設協議会、強度行動障害治療病棟を持つ国立病院機構、日本公的病院精神科協会、日本精神科病院協会の4群）

主任研究者：国立病院機構肥前精神医療センター　　會田　千重
分担研究者：一般社団法人　日本発達障害ネットワーク　市川　宏伸
研究協力者：社会福祉法人横浜博萌会 児童心理治療施設　横浜いずみ学園　田渕　賀裕

【研究要旨】

これまでも長期在院知的・発達障害患者に関する実態調査は、厚労科研や厚生労働行政推進調査事業費で継続的に行われてきた。主には平成18年度市川班（全国児童精神科医療施設協議会：「全児協」病院25施設、国立病院機構病院9施設対象)、平成21年度井上班（日本精神科病院協会：「日精協」対象)、平成26・27年度市川班（平成26年度は全児協病院、国立病院機構・国立研究機構、平成27年度は日精協対象）である。今回はそれらの調査時の項目を含むアンケート用紙を新たに作成し、紙面とGoogleform（計82項目）で回答を得たので、群間比較がしやすい平成21年（2009年）井上班、平成26・27年（2015年と表記）市川班との比較も含めて報告する。

【結果・考察】〈知的・発達障害患者の診療の有無や診療プログラム、受入れ体制〉

「全児協」35施設、日本公的病院精神科協会（以下「公精協」）95施設、公精協のうち国立病院機構で強度行動障害治療病棟のある精神科病院9施設（以下「NHO強行」）9施設、「日精協」1181施設の計1320施設に送付し、郵送およびGoogleformでの有効回答数140件について全体・所属機関別に集計した。140病院での知的・発達障害診療の有無は「積極的に診療している」「できる範囲で診療している」を合計すると、全児協群100%、NHO強行群100%、公精協群82.9%、日精協群78%と、どの群でも割合は高かった。日精協群では「専門ではないがやむを得ず診療することがある」を加えると98.8%であり、各群で診療の必要性は高いものの、対応の現状には違いがあった。

診療プログラムについては、TEACCH®自閉症プログラムまたは行動療法（応用行動分析）の導入は、全児協群46.7%、NHO強行群85.7%、公精協群20%、日精協群22.9%であった。2015年市川班と比べると、回収率の差があるが、日精協群で1.5%（3施設）から今回22.9%（19施設）へと増加していた。一方精神科・身体科治療が必要な場合の入院先については、日精協群で2015年市川班のデータと比べると、「現状の受け入れ体制で不十分」とする率が、大幅に増加していた。

〈ワンデイ調査による長期在院知的・発達障害患者数、状態像や現状〉

ワンデイ調査で、運動機能が歩行可能以上、IQ70未満、18歳以上、2年以上の長期在院知的・発達障害入院患者数は、全入院患者24,809人中1,070人と全体では4.3%、群別では全児協群2.0%、NHO強行群27.8%、公精協群3.6%、日精協群2.3%であった。NHO強行群は福祉事業所として「療養介護」「障害児入所支援」での長期入所を行っているためと思われ、それ以外の全児協群、日精協

群は、2015 年市川班の全児協群 3.2%、日精協群 2.8%と比較して、この 9 年間で減少傾向であった。

在院年数は NHO 強行群が最も 10 年以上、20 年以上、30 年以上、40 年以上の割合が多く、それ以外は日精協、公精協、全児協の順になっていた。日精協群を 2009 年、2015 年先行研究と比較すると、入院期間 20 年以上、30 年以上、40 年以上の全体に占める割合は明らかに低下しており、より長期の入院患者に対する退院促進が進んでいると考えられた。

長期在院知的・発達障害入院患者の併存疾患について、「知的・発達障害のみ」は全児協群 44%、NHO 強行群 66%、公精協群 68.9%、日精協群 68.0%と先行研究よりいずれも高くなっていた。日精協群で「精神疾患併存」の割合が 2015 年市川班より大幅に減少していることは、統合失調症と過剰診断せず、知的・発達障害、特に自閉スペクトラム症の診断精度が上がった可能性も考えられる。

長期在院知的・発達障害入院患者に占める「隔離・拘束をほとんど・全く必要としない」割合は、全児協群 36%、NHO 強行群 13.6%、公精協群 34.8%、日精協群 31.5%となっていた。2015 年市川班での全児協群 62.6%、NHO 強行群 22.7%、日精協群 77.9%と比較すると、いずれの群も「隔離・拘束をほとんど・全く必要としない」患者の退院促進が進み、以前の「必ずしも入院治療の必要がない」が、「退院先が見つからない」「家族が退院を希望しない」などの理由で長期化している群の割合が減っているとも考えられた。

〈ワンデイ調査に見る最近の傾向〉

長期在院知的・発達障害入院患者 1,070 名のうち、「医療上入院管理が必要」が 873 名（81.6%）、「必要でない」が 262 名（24.5%）であった。日精協群を先行研究と比較すると、回答数の違いはあるが、「医療上入院の必要性がない」割合は 2009 年（35.6%）、2015 年（25.1%）、2023 年:今回（8.5%）と減少し、医療上入院の必要性がない患者の退院促進も進んでいることが示唆された。

「医療上入院管理が必要」な理由は、NHO 強行群では「激しいこだわり」「強い他害」「著しい多動」「激しいもの壊し」「ひどい自傷」など行動障害が占める割合や「てんかん」の合併が他の群より多く、日精協群、公精協群では「幻覚・妄想など」の精神症状が上位になっていた。

「必ずしも医療上の入院は必要でない」知的・発達障害患者が長期入院とならないためには、「障害者入所支援施設やグループホームの増設」といった福祉対応に期待する意見が多かった。ただし今後あるべき方向性については、2015 年調査と同じく「自宅または施設で生活し必要時入院」が最多であったものの、2015 年調査で 2 位であった「施設での医療支援の充実（医師・看護師常駐など）」はやや減少し、「自宅で生活し訪問系の支援を充実」という意見が増加していた。入院または施設入所をあるべきと考える傾向から、訪問などの支援を受けながら地域生活を営んでいく方向に意識がシフトしていると言える。一方で、自由記載からの 4 群の共通事項として、ニーズは高いが受け皿は少ないという意見も多く、NHO 強行群には重症例や短期・緊急入院の依頼が増え、増床してもすぐ満床になるという現状が見られた。

〈知的・発達障害の診療や強度行動障害医療について、今後目指すべき方向性〉

今後も「身体拘束を必要としない群」や「必ずしも医療上の入院管理が必要でない群」の退院促進を進めるために、福祉・教育・行政との連携、福祉分野での中核的人材や広域的支援人材との地域支援体制を確保することが必要である。また医療機関の果たす役割について、一般精神科病院/病棟（対象：思春期・成人）、地域の中核的発達障害医療機関（対象：児童思春期）、国立病院機構精神科専門病棟（対象：主に思春期～成人の処遇困難事例）での役割を明確化し、治療介入に必要な強度行動障害医療研修、チーム医療研修、フォローアップ研修などの人材養成を進めていくことが重要と考える。

A. 研究目的

精神科病院で在院日数が長期（先行研究と合わせて2年間と規定）となっている患者の中で、知的・発達障害患者の実態、精神疾患や身体疾患の合併の有無、行動障害の内容、退院困難である要因、過去の先行研究との変化等を明らかにするために、アンケート調査を行った。

B. 研究方法

研究協力者との計4回のWeb会議で、先行研究の概要や調査目的、調査方法の確認を行い、下記の対象・方法でアンケート調査を行った。

【対象】

全国児童精神科医療施設協議会（以下「全児協」）35施設、日本公的病院精神科協会（以下「公精協」）95施設、公精協のうち国立病院機構で強度行動障害治療病棟のある精神科病院9施設（以下「NHO強行」、日本精神科病院協会（以下「日精協」）1181施設。

【方法】

精神科病院で在院日数が長期（先行研究と合わせて2年間と規定）となっている患者の中で、知的・発達障害患者の実態、精神疾患や身体疾患の合併の有無、行動障害の内容、退院困難である要因、過去の先行研究との変化等について、別紙のアンケートを作成し、郵送（紙面）およびGoogleformのいずれでも回答可能として回収した。アンケート項目は先行研究の内容と同様の項目を含み、かつ項目を新たに追加した計82項目（Googleform）であった。以下の有効回答分を集計し、先行研究結果とも比較して報告する。

（倫理面への配慮）

本研究でのアンケート調査は、患者個人が特定される情報を含まない内容であり、かつ研究代表施設の倫理委員会にて審査を行い、承認されたものである。

C. 研究結果とD. 考察

～報告書末尾に添付のアンケートデータ・Q番号を参照。主な分析結果について以下に記載する。

1）有効回答数

●全国児童精神科医療施設協議会（全児協）
35施設～有効回答数15（回答率42.9%）
●日本公的病院精神科協会（公精協）
95施設～有効回答数35（回答率36.8%）
●公精協のうち国立病院機構で強度行動障害治療病棟のある精神科病院
9施設～有効回答数7（回答率77.8%）
●日本精神科病院協会（日精協）
1181施設～有効回答数83（回答率7％）

全体1320送付中、有効回答数140（10.6%）であった。日精協群の回答率は、2009年井上班20.5%、2015年市川班16.7%に比し、今回7%と低かった。

2）国立病院機構での「強度行動障害チーム医療研修」または福祉領域での「強度行動障害支援者養成研修」の受講状況（n=140病院）（Q5・Q6）

「受講あり」は21.4%と少数であった。所属機関別では、NHO強行群が100%「受講あり」で多く、次いで全児協群40%、公精協群26.5%、日精協群9.8%であった。受講職種は医師、看護師、心理療法士、作業療法士などであった。

3）知的・発達障害の診療の有無（n=139病院）（Q7～Q10）

「積極的に診療している」はNHO強行群で85.7%と多かったが、「積極的に診療している」「できる範囲で診療している」を合計すると、全児協群100%、NHO強行群100%、公精協群82.9%、日精協群78%と、どの群でも今回の回答施設での割合は高かった。また日精協群では「専門ではないがやむを得ず診療することがある」を加えると、

98.8%になるため、各医療機関で知的・発達障害の診療に関与する必要があることを示していた。

2015 年市川班では、「診療あり」「診療なし」の項目のみでの調査であり、「診療あり」は全児協群 91.3%、国立病院機構・国立研究機構群 78.5%、日精協群 78.6%であった。

診断ツールは、2015 年市川班と同様に、「心理検査」がすべての群で 100%近く行われ、「脳波検査」「画像検査」での評価は群間で差があった。

診療プログラムについては、TEACCH®自閉症プログラムまたは行動療法（応用行動分析）の導入は、全児協群 7(46.7%)、NHO 強行群 6 (85.7%)、公精協群 7 (20%)、日精協群が 19 (22.9%) であった。2015 年市川班と比べると、回収率の差があるが、日精協群で 1.5%(3 施設)から今回 22.9%（19 施設）へと格段に増加している。知的・発達の専門病棟でない精神科一般病棟において、TEACCH®自閉症プログラム、行動療法（応用行動分析）などの導入が進んでおり、このジャンルへの治療方法の普及の取り組み（学会発表や強度行動障害関連の研修など）の成果も考えられる。

４）他機関との連携（n=123 病院）(Q11)

各群とも様々な他機関と連携しており、学校、児童相談所・家庭支援センター、発達障害者支援センター、相談支援事業所、基幹相談支援センター、福祉事業所・福祉施設、訪問看護事業所、訪問診療、成年後見人、地域支援者など、連携先が多様化していることが示された。その連携がどのように機能しているかは別途調査が必要と思われた。

５）精神科への入院治療 (n=133 病院) (Q12～Q15)

18 歳未満で、全児協・NHO 強行群では「入院治療が必要な時に自施設も含めて紹介先に入院機関が決まっている」割合が高く、公精協群、日精協群と割合が低くなり、「現状の受け入れ体制で不十分である」が増える傾向にあった。公精協群、日精協群では受け入れ先の病院で「強度行動障害入院医療管理加算」がほぼ算定できないことも関与していると推測された。

18 歳以上では、「入院治療が必要な時に自施設も含めて紹介先に入院機関が決まっている」割合が、NHO 強行 100%以外の全児協群、公精協群、日精協群で差が少なくなっていた。

６）身体科への入院治療 (n=132 病院) (Q16・Q17)

身体科入院先は NHO 強行でも「現状の受け入れ体制で不十分」とする返答があり、全児協群、公精協群、日精協群とも、精神科への入院治療より身体科への入院治療のほうが「現状の受け入れ体制で不十分」とする割合が高かった。これは 18 歳未満・18 歳以上のいずれでも同様であった。

５）６）に関し日精協群で 2015 年市川班のデータと比べると、回答率の違いはあるが、「現状の受け入れ体制で不十分」とする率が、いずれも大幅に増加していた。

・18 歳未満の精神科入院 32.4%⇒73.4%
・18 歳以上の精神科入院 36.6%⇒53.2%
・18 歳未満の身体科入院 29.9%⇒81.8%
・18 歳以上の身体科入院 33.3%⇒73.7%
（2015 年市川班データ⇒今回調査データ）

７）ワンデイ調査：長期在院知的・発達障害入院患者数 (Q20)

運動機能が歩行可能以上、IQ70 未満、18 歳以上、2 年以上の長期在院知的・発達障害入院患者数は、全入院患者 24,809 人中 1,070 人と全体では 4.3%、群別では全児協群 2.0%、NHO 強行群 27.8%、公精協群 3.6%、日精協群 2.3%で、福祉事業所として「療養介護」「障害児入所支援」での長期入所を行っている NHO 強行群以外は、2015 年市川班での全児協群 3.2%、日精協群 2.8%と、この 9 年間で減少傾向であった。

2009 年井上班、2015 年市川班の日精協群を比較すると、回答率の違いはあるが、長期在院知的・発達障害入院患者は全体の 4.2% (2009 年)、

2.8%（2015 年)、2.3%（2023 年：今回）と徐々に減少していた。長期在院知的・発達障害患者の退院促進が進んでいると考えられる。

2015 年市川班での国立病院機構・国立研究機関の長期在院知的・発達障害入院患者は、上記の「療養介護」「障害児入所支援」での長期入所を行っていない医療機関 5 施設も含んでいたため、全体の 18.9%と今回の数値のほうが高くなっていた。

8）ワンデイ調査：長期在院知的・発達障害入院患者の診断・併存疾患（Q21～Q31）

長期在院知的・発達障害入院患者の併存疾患について、「知的・発達障害のみ」は全児協群 44%、NHO 強行群 66%、公精協群 68.9%、日精協群 68.0%と先行研究よりいずれも高くなっていた。「併存あり」との重複回答があると思われ、正確な集計・先行研究との比較は困難であったが、日精協群で「精神疾患併存」の割合が 2015 年市川班より大幅に減少していることは、統合失調症と過剰診断せず、知的・発達障害、特に自閉スペクトラム症の診断精度が上がった可能性も考えられる。

9）ワンデイ調査：長期在院知的・発達障害入院患者の在院年数（Q32～Q38）

在院年数は NHO 強行群が最も 10 年以上、20 年以上、30 年以上、40 年以上の割合が多く、それ以外は日精協、公精協、全児協の順になっていた。前述したように NHO 強行群で「療養介護」「障害児入所支援」での長期入所を行っていることを反映した結果になっていたが、NHO 強行群でも可能な患者を対象に、地域移行を他機関と連携して検討・推進していく必要があると考えられた。

また日精協群を 2009 年、2015 年先行研究と比較すると、入院期間 20 年以上、30 年以上、40 年以上の全体に占める割合は明らかに低下しており、より長期の入院患者に対する退院促進が進んでいる現れと解釈できる。

10）ワンデイ調査：長期在院知的・発達障害入院患者の隔離・拘束（Q39～Q43）

長期在院知的・発達障害入院患者に占める「隔離・拘束をほとんど・全く必要としない」割合は、全児協群 36%、NHO 強行群 13.6%、公精協群 34.8%、日精協群 31.5%となっていた。2015 年市川班での全児協群 62.6%、NHO 強行群 22.7%、日精協群 77.9%と比較すると、いずれの群も「隔離・拘束をほとんど・全く必要としない」患者の退院促進が進み、「何らかの隔離・拘束が必要な患者」が長期在院・退院困難となっている割合が増えていると推測された。

これはすなわち、以前の「必ずしも入院治療の必要がない（身体拘束があれば医療上必要な患者となるので）が、「退院先が見つからない」「家族が退院を希望しない」などの理由で長期化している群の割合が減っていることの現れとも考えることが出来るかもしれない。

11）ワンデイ調査：長期在院知的・発達障害入院患者の医療上の入院必要性（Q44～Q65）

長期在院知的・発達障害入院患者 1,070 名のうち、「医療上入院管理が必要」が 873 名（81.6%)、「必要でない」が 262 名（24.5%）であった。

日精協群を先行研究と比較すると、回答数の違いはあるが、「医療上入院の必要性がない」割合は 2009 年（35.6%)、2015 年（25.1%)、2023 年:今回（8.5%）と減少し、医療上入院の必要性がない社会的入院患者の退院促進が進んでいることが示唆された。

「医療上入院管理が必要」な理由は、全体では「こだわり」「強い他害」「著しい多動」「食事関係の強い障害」「激しいもの壊し」「著しい騒がしさ」「ひどい自傷」の順であった。

各群での「医療上入院管理が必要」な理由を見ると、NHO 強行群では、概ね全体の理由と同じ順であったが、全児協群では「強い他害」「幻覚・妄想など」「激しいもの壊し」の順、公精協群では「強い他害」「睡眠の大きな乱れ」「幻覚・妄想

など」「激しいこだわり」の順、日精協群では「激しいこだわり」「幻覚・妄想」「強い他害」「著しい騒がしさ」の順、とそれぞれの状態像に違いがあることが示された。

12)「必ずしも医療上の入院は必要でない」長期在院知的・発達障害患者が長期入院とならないために必要な支援、医療支援の在り方について（Q75・Q76）

長期入院とならないためには、「障害者入所支援施設やグループホームの増設」といった福祉対応に期待する意見が多く、「知的・発達障害患者専門病院・病棟の設置」「施設での医療的支援の充実（医師・看護師の常駐など)」といった、医療機関や医療職の充実を求める意見の 1.5 倍であった。

今後あるべき方向性については、2015 年調査と同じく「自宅または施設で生活し必要時入院」が最多であったものの、2015 年調査で 2 位であった「施設での医療支援の充実（医師・看護師常駐など)」はやや減少し、「自宅で生活し訪問系の支援を充実」という意見が増加していた。入院または施設への入所をあるべきと考える傾向から、訪問等で示されているように入院・施設入所でなくても、訪問などの支援を受けながら生活を営んでいく方向に意識がシフトしていると言える。地域支援体制の充実や、訪問系の福祉サービスの増加など、障害福祉施策の最近の傾向を反映していると思われた。

13) 2015 年調査と比較した入院が必要な知的・発達障害患者の変化（Q79～Q81）

全児協群・公精協群・日精協群では「変化なし」が半数以上であったのに比べ、NHO 強行群では「増加」が半数以上となっていた。自由記載では「新病棟ができ増床となったがすぐ満床になった」「知的障害、発達障害を地域で診療する医療機関が減っている」「地域、施設などで、発達障害や強度行動障害への理解や研修などが進んだためか、通所や入所、サービス利用で何とか入院せずに地域でみている方もいる印象がある一方で、重症の方の入院依頼が多い」「福祉資源や強度行動障害支援者養成研修受講者（福祉）の増加により、長期入院希望者は減少したが、短期・緊急避難入院のニーズは増加している」などがあげられた。

4 群共通の意見として、「受け入れる医療機関が少ない」「親の高齢化も関係し在宅生活が困難になっている」「一部の病院に受け入れが集中している」などがあった。

E. 結論

今回のアンケート調査、2009 年と 2015 年の先行研究との比較より、全体・在院機関がより長い患者・身体拘束がほとんどまたは全く必要ない患者・医療上入院管理が必要でない患者での退院促進が進んでいることが示唆され、TEACCH®自閉症プログラムまたは行動療法（応用行動分析）の導入について、割合が極端に低かった日精協群での増加も認められた。

一方で 2015 年と今回の日精協データと比べると、精神科・身体科入院の受け入れ先について「現状の受け入れ体制で不十分」とする率が、いずれも大幅に増加していた。また 2015 年と比べ NHO 強行群では入院が必要な知的・発達障害患者が増加していると返答した施設が過半数であった。福祉サービスによる強度行動障害対策や福祉分野での各種研修、医療分野での強度行動障害医療学会設立や学会発表・シンポジウム企画などを通して、少しずつ専門的な支援・治療の普及が進んでいる可能性がある反面、重症例や緊急対応が必要な事例での一部の医療機関へのニーズの集中も示唆された。

●今後も「身体拘束を必要としない群」や「必ずしも医療上の入院管理が必要でない群」の退院促進を進めるために、福祉・教育・行政との連携、福祉分野での中核的人材や広域的支援人材との地域支援体制を確保することが必要である。

●また医療機関の果たす役割について、一般精神科病院/病棟（対象：思春期・成人)、地域の中核的発達障害医療機関（対象：児童思春期)、国立病院機構精神科専門病棟（対象：主に思春期～成人の処遇困難事例）での役割を明確化し、それぞれの治療介入に必要な強度行動障害医療研修、チーム医療研修、フォローアップ研修などの人材養成を進めていくことが重要と考える。

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：

會田千重　市川宏伸　井上雅彦　日詰正文　成田秀幸　根本昌彦　高橋和俊　山下健　吉川徹　児玉匡史　田中恭子：強度行動障害者への入院治療プログラムを用いた多施設介入研究　第64回日本児童青年精神医学会総会Eポスター　2023.11.14　青森

會田千重　市川宏伸　井上雅彦　日詰正文　成田秀幸　根本昌彦　高橋和俊　山下健　吉川徹　児玉匡史　田中恭子：入院中の強度行動障害者への支援･介入の専門プログラム整備と地域移行についての多施設共同研究　日本精神神経学会学術総会　2024.6.20　北海道

H. 知的所有権の出願・取得状況:なし

参考文献)

市川宏伸:「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)「発達障害(広汎性発達障害、ADHD、LD等)に係わる実態把握と効果的な発達支援手法の開発に関する研究」研究代表者：市川宏伸　分担研究報告書　95-100，2006.

市川宏伸、田渕賀裕、原郁子、松原三郎：「長期在院精神遅滞患者と強度行動障害」　平成21年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業)「強度行動障害の評価尺度と支援手法に関する研究」研究代表者：井上雅彦　分担研究報告書　89-101，2010.

市川宏伸、平川淳一、田渕賀裕:「長期在院知的・発達障害入院患者について2調査の比較」「発達障害入院患者についてのアンケート調査（日本精神科病院協会)」　平成28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)「医療的管理下における介護およ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」研究代表者：市川宏伸　総括・分担研究報告書　32-34，46－51，2016.

市川宏伸、田渕賀裕、會田千重、平川淳一：「発達障害入院患者についてのアンケート調査の3群比較（全国児童精神科医療施設協議会、国立病院機構および国立研究機構、日本精神科病院協会)」　平成28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)「医療的管理下における介護およ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」研究代表者：市川宏伸　総合研究報告書　33-37，2017.

田渕賀裕：第3章「精神科から」　知的・発達障害における福祉と医療の連携　市川宏伸編著　金剛出版　東京　103-112，2019.

長期在院知的・発達障害患者についてのアンケート調査（結果）

●別紙アンケート調査を送付し、紙面および Googleform での有効回答数 140 件について、
所属機関別に各群を比較した

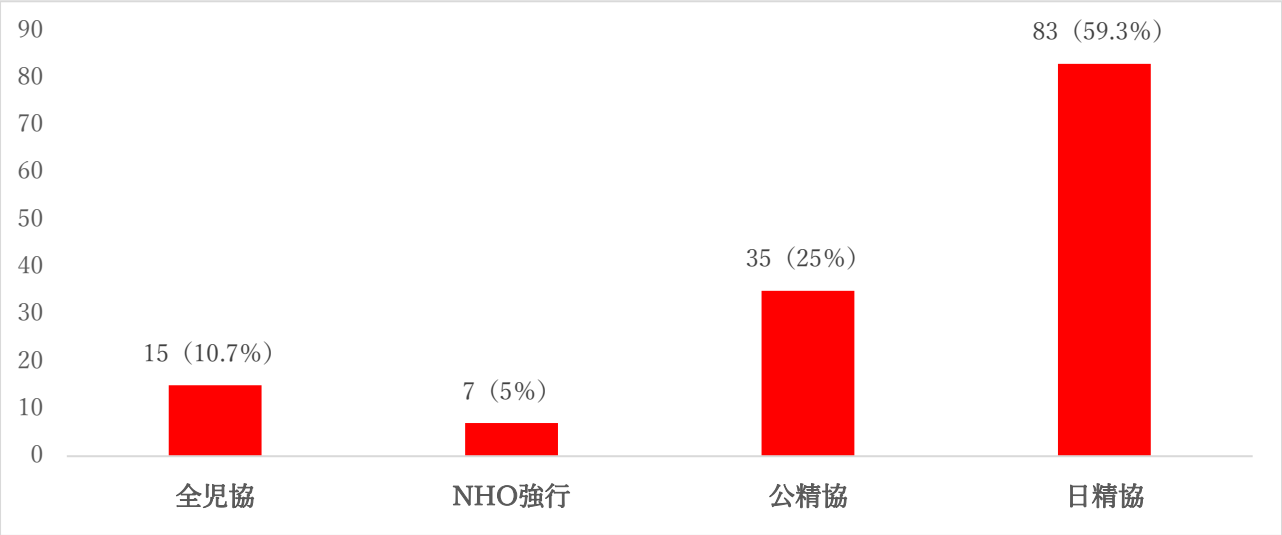
・全国児童精神科医療施設協議会＝「全児協」～35 施設送付

・日本公的病院精神科協会＝「公精協」～104 施設送付

・公精協のうち国立病院機構強度行動障害治療病棟のある精神科病院＝「NHO 強行」9 施設

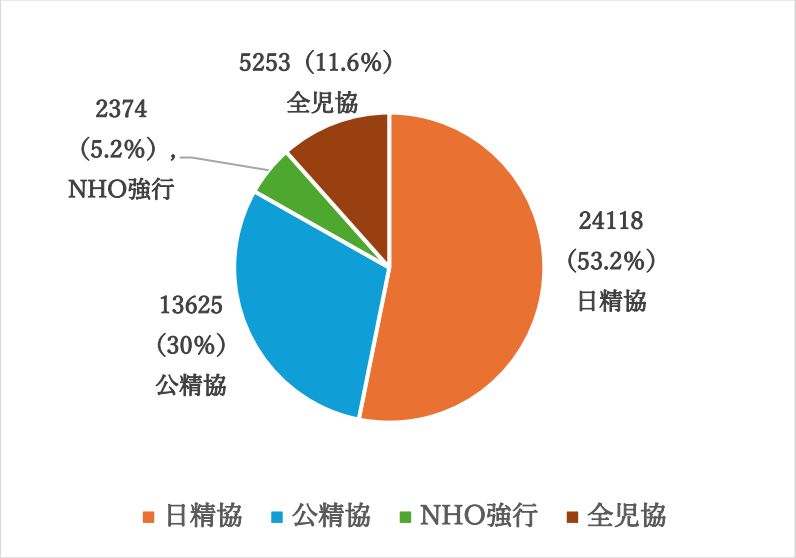
・日本精神科病院協会＝「日精協」～1181 施設送付

◆所属機関別分類　n=140 病院



問 1　ア）病院の規模・都道府県・立地都市の規模

◆Q1. 病床数　n ＝140 病院　　全病床数 45,370 床



病床数（今回：2023）

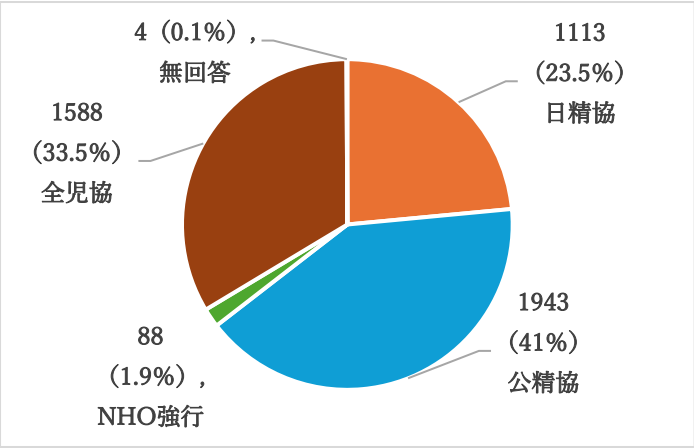
	全児協	NHO 強行	公精協	日精協
600 以上	3	0	4	6
400 以上	0	2	12	13
200 以上	6	5	10	31
100 以上	6	0	9	33
100 未満	0	0	0	0

病床数（日精協群を先行調査と比較）

日精協	2009＊ 井上班	2015＊＊ 市川班	2023 今回
600 以上	6	項目なし	6
400 以上	31	17	13
200 以上	101	89	31
100 以上	92	82	33
100 未満	18	10	0
合計	248	198	83

＊2009 井上班：厚生労働科学研究（障害保健福祉総合費補助金研究事業）研究代表者　井上雅彦
　～日精協に属する 1,214 病院を対象にアンケート調査したもの（有効回答 249 件）
＊＊2015 市川班：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）研究代表者　市川宏伸
　～全児協 26 病院（有効回答 23)、国立病院機構および国立研究機構 17 病院（有効回答 14)、日精協 1,205 病院（有効回答 201）にアンケート調査したもの

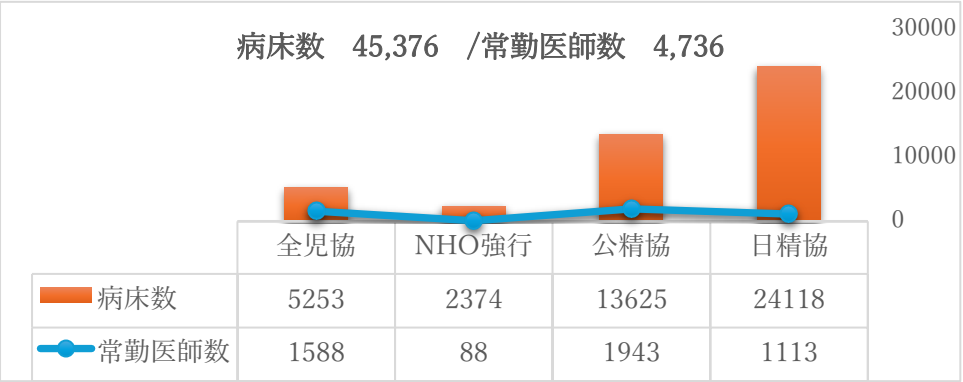
◆Q2. 常勤医師数　n＝140 病院　全医師数 4,736 人

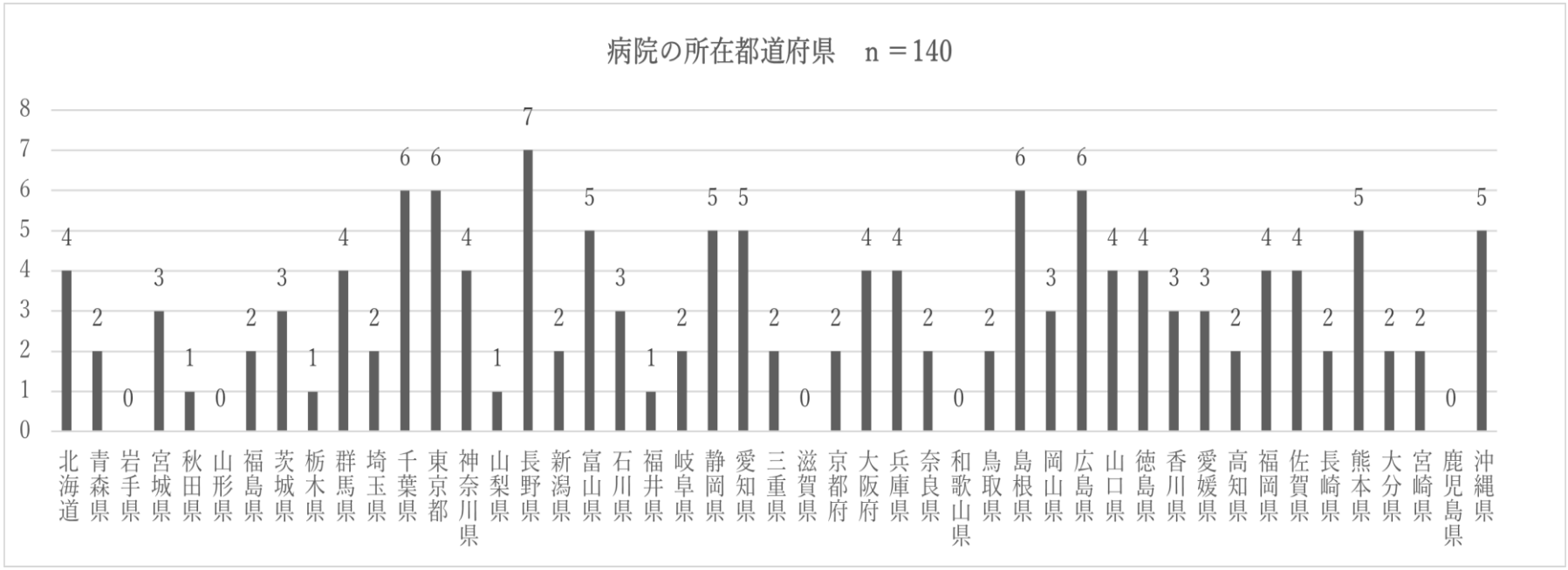


常勤医師数（2023）

	全 児協	NHO 強行	公精協	日精協
50 人以上	3	0	12	2
40 人以上	0	0	1	0
30 人以上	1	0	2	1
20 人以上	1	1	2	3
10 人以上	6	3	8	27
10 人未満	3	3	8	49

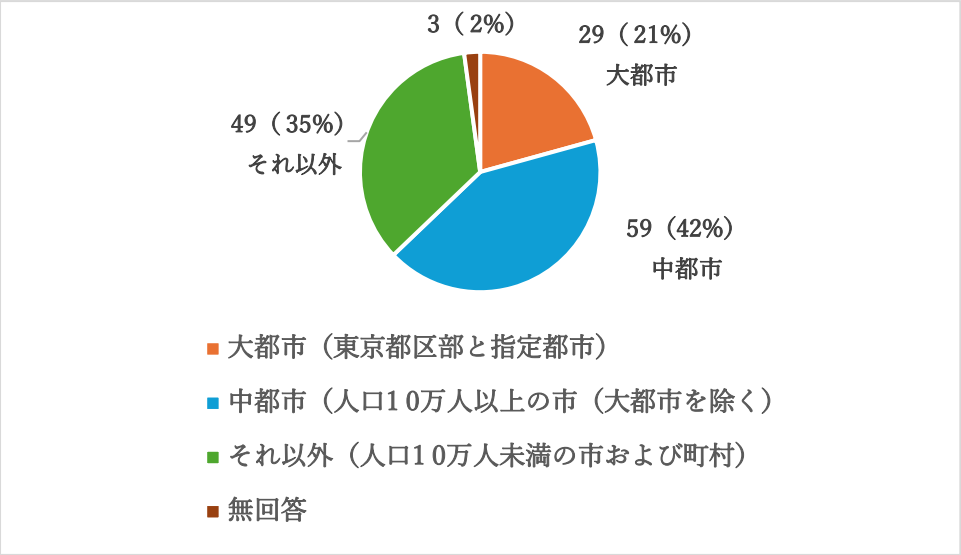
◆病床数/常勤医師数



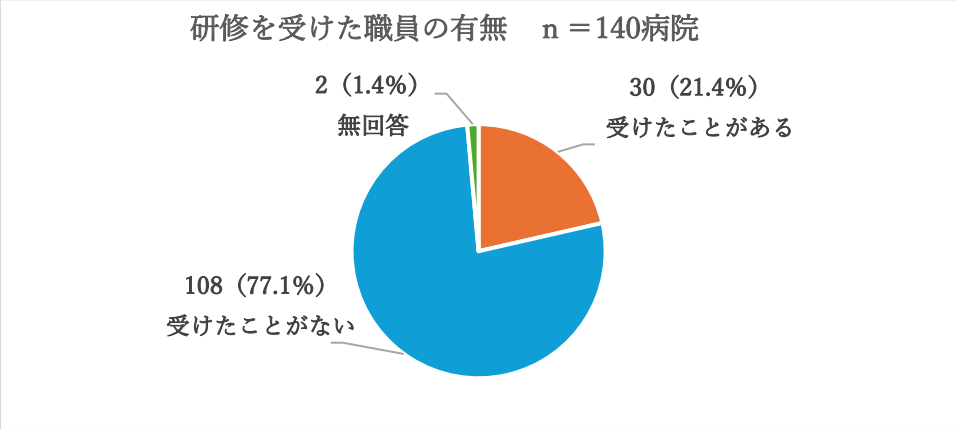


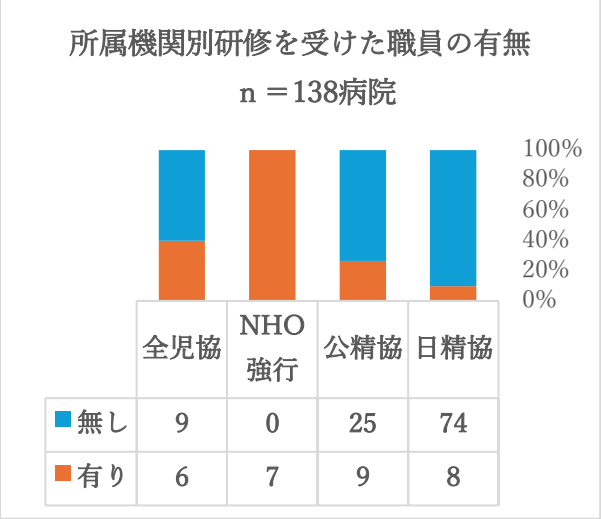
Q3. 病院の所在都道府県　n＝140 病院

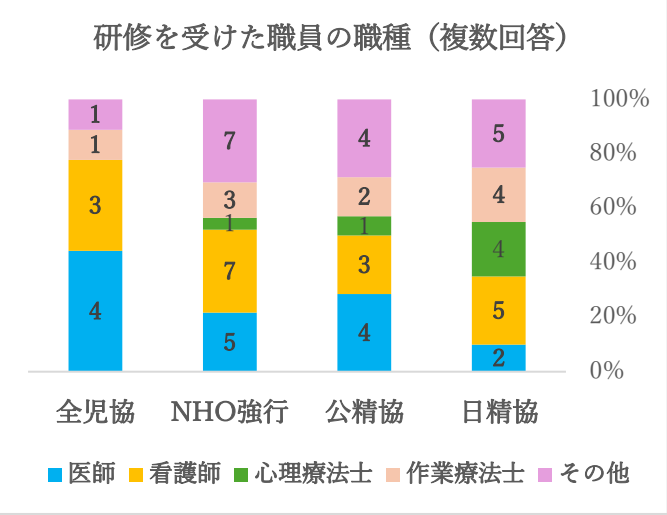
◆Q4. 立地都市の規模



イ） Q5. Q6. 国立病院機構での「強度行動障害チーム医療研修」または福祉領域での「強度行動障害支援者養成研修」を受けたことがある職員の有無・職種 n=140 病院

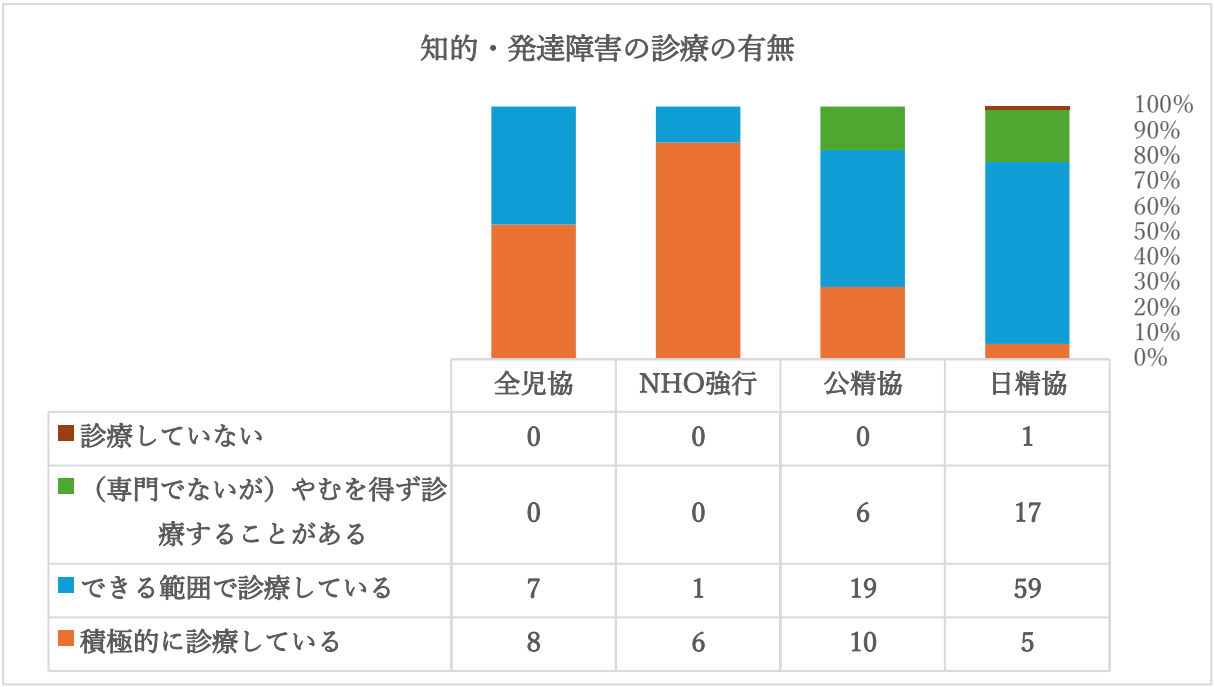






＊職種の「その他」は児童指導員、保育士、療育介護専門員、精神保健福祉士、理学療法士

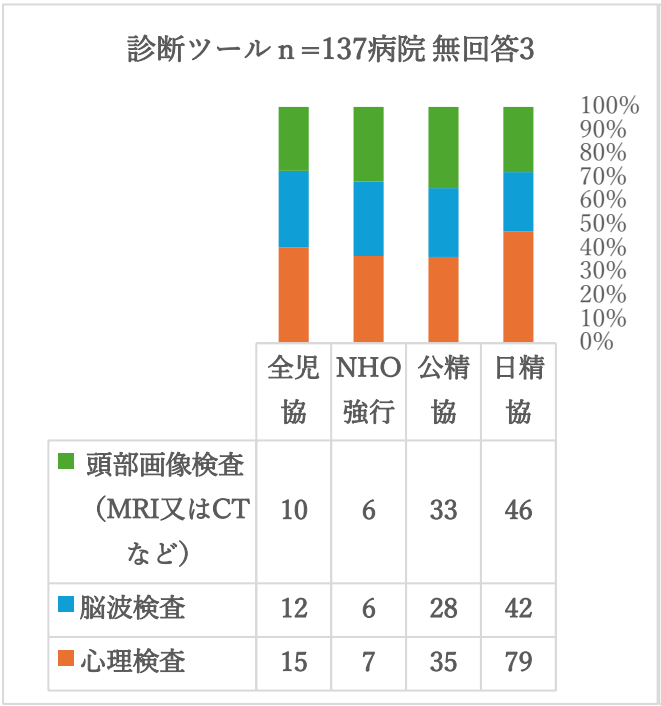
ウ）　Q7. 知的・発達障害の診療の有無 n=139 病院　無回答 1 病院



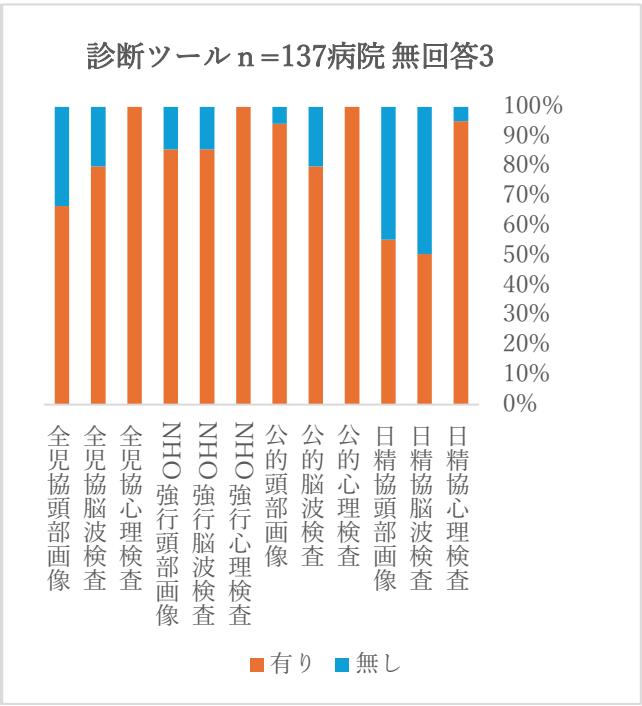
	全児協	NHO強行	公精協	日精協
診療していない	0	0	0	1
（専門でないが）やむを得ず診療することがある	0	0	6	17
できる範囲で診療している	7	1	19	59
積極的に診療している	8	6	10	5

エ）　Q8. 知的・発達障害の診断と治療

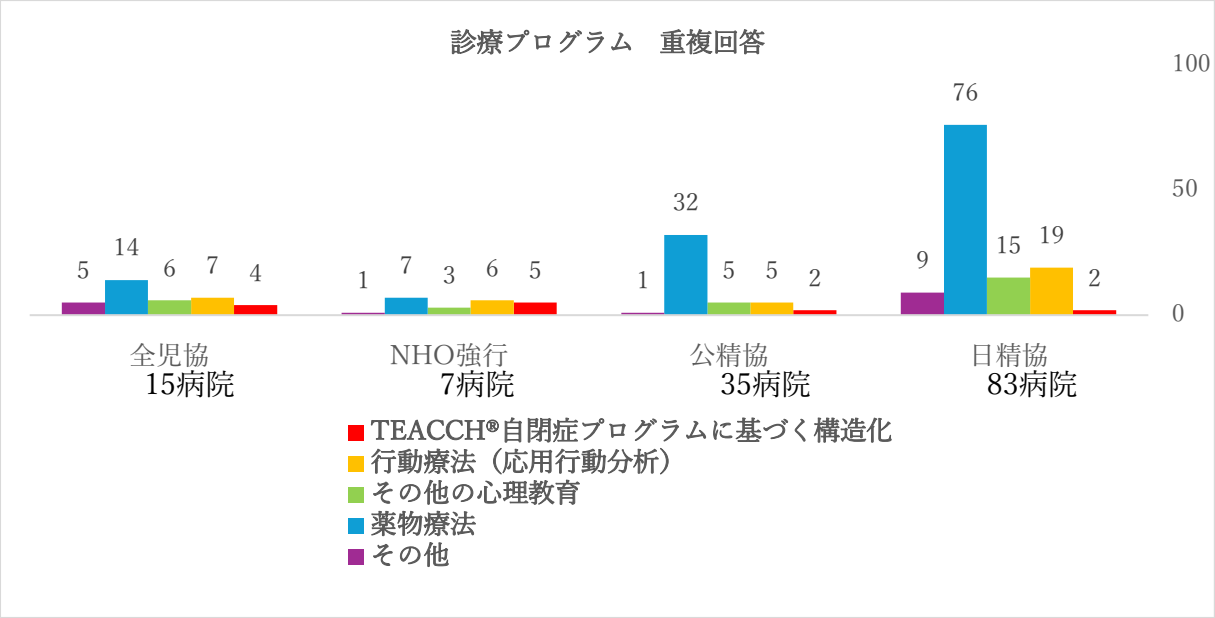
（1）診断ツール（重複回答可）　　n=137 病院　無回答 3 病院



	全児協	NHO強行	公精協	日精協
頭部画像検査（MRI又はCTなど）	10	6	33	46
脳波検査	12	6	28	42
心理検査	15	7	35	79



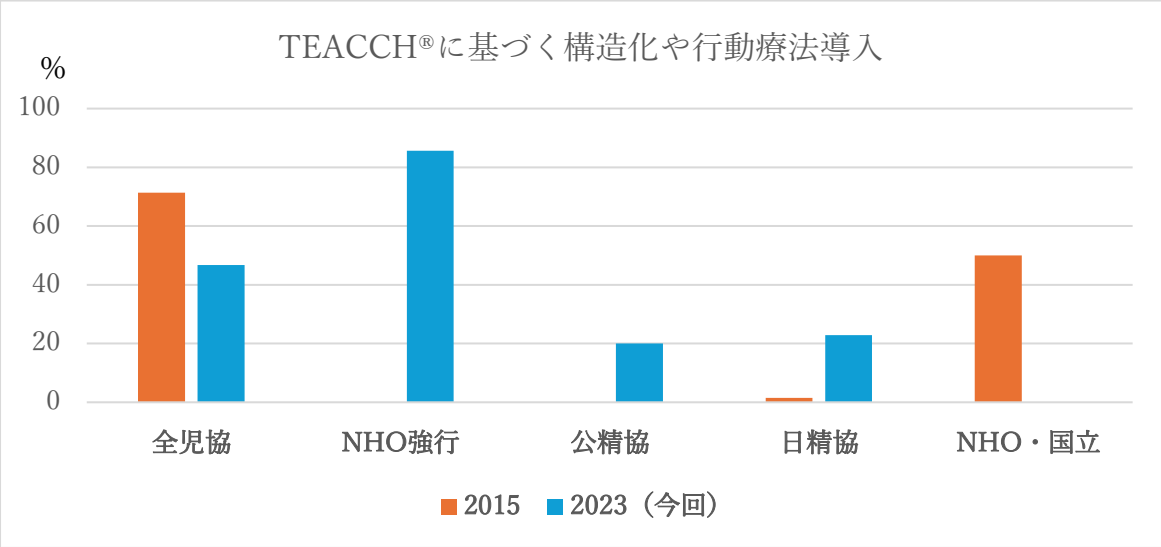
（２）Q9．Q10．知的・発達障害の診療プログラム（重複回答可）　n=138 病院　無回答 2 病院



＊「その他心理教育」として回答のあったもの：ASD コミュニケーションプログラム（成人 ASD 患者向け）心理教育、プレイセラピー、感覚統合療法、児童精神科外来での専門治療、心理面接、精神療法、動作法、認知行動療法、カウンセリング、本人の検査結果に特化した日常生活指導や対応方法、ACAT ゲームに関するプログラム、SST、PEERS、CARE プログラム、症状管理技能、障がい者手帳診断書作成、ペアレントトレーニング、心理検査結果からアドバイス、認知行動療法としてのセルフモニタリング等

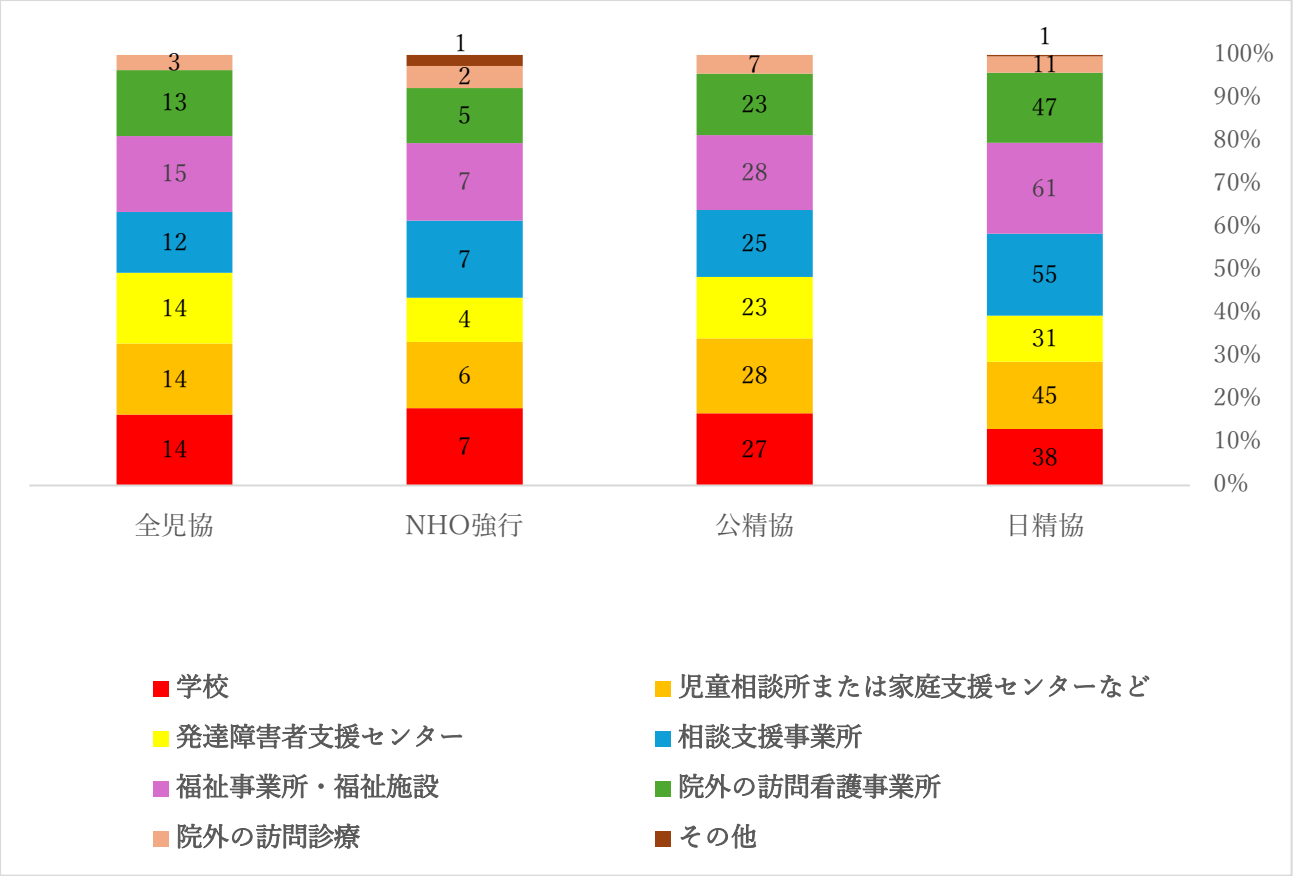
＊＊TEACCH®自閉症プログラムまたは行動療法（応用行動分析）の導入は、全児協群 7（46.7%）、NHO 強行群 6 （85.7%）、公精協群 7 （20%）、日精協群が 19（22.9%）であった。

TEACCH®自閉症プログラム（構造化など）または行動療法（応用行動分析）導入率の比較



＊ただし、2015 年度の「NHO・国立」は国立病院機構の強度行動障害治療病棟以外、国立研究機関も含む 14 病院

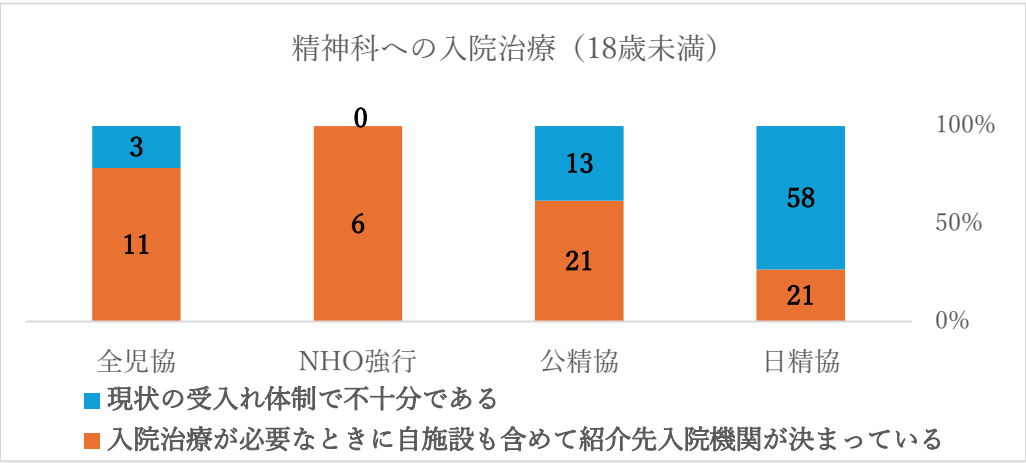
（３）Q11. 他機関との連携（重複回答可）n=123 病院　無回答 17 病院



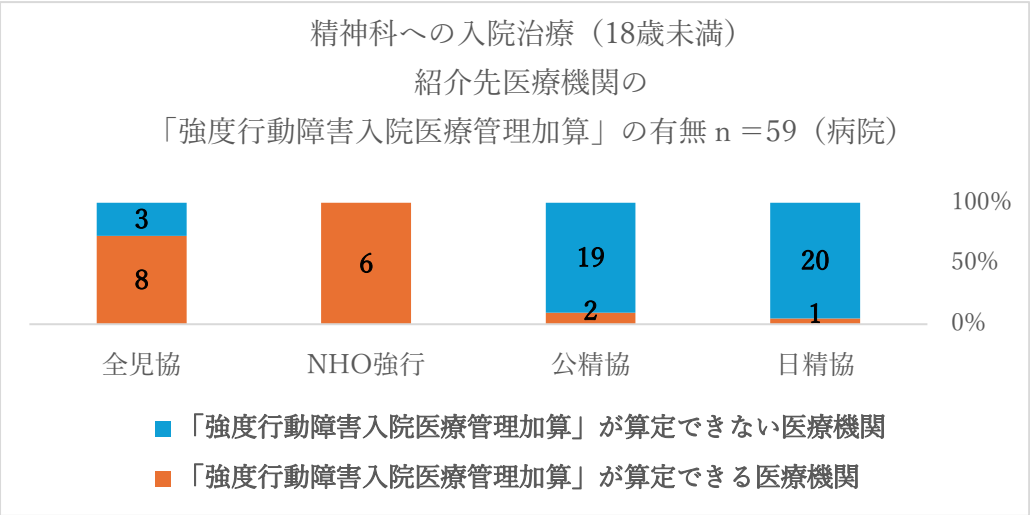
＊その他：基幹相談支援センター、成年後見人、地域支援者

（４）Q12. 精神科への入院治療

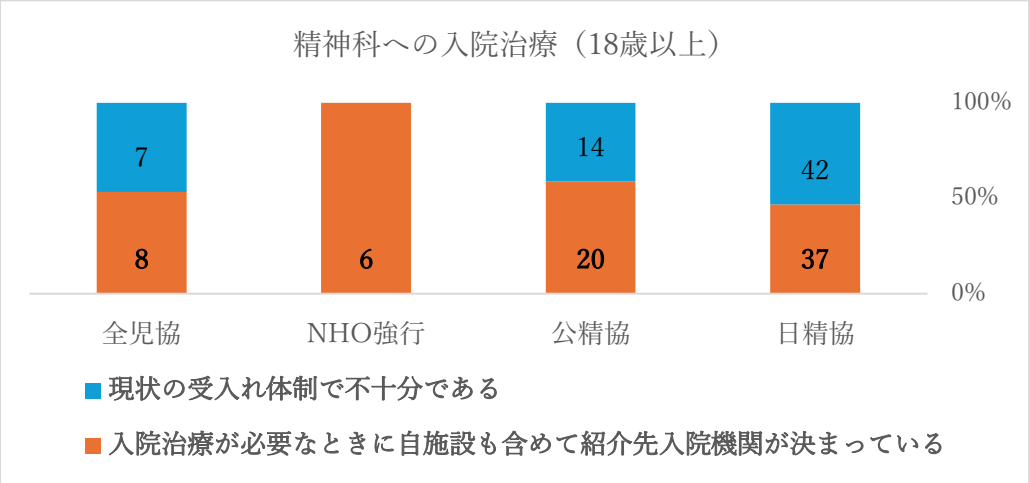
精神科への入院治療（18 歳未満）　n=133 病院　無回答 7 病院



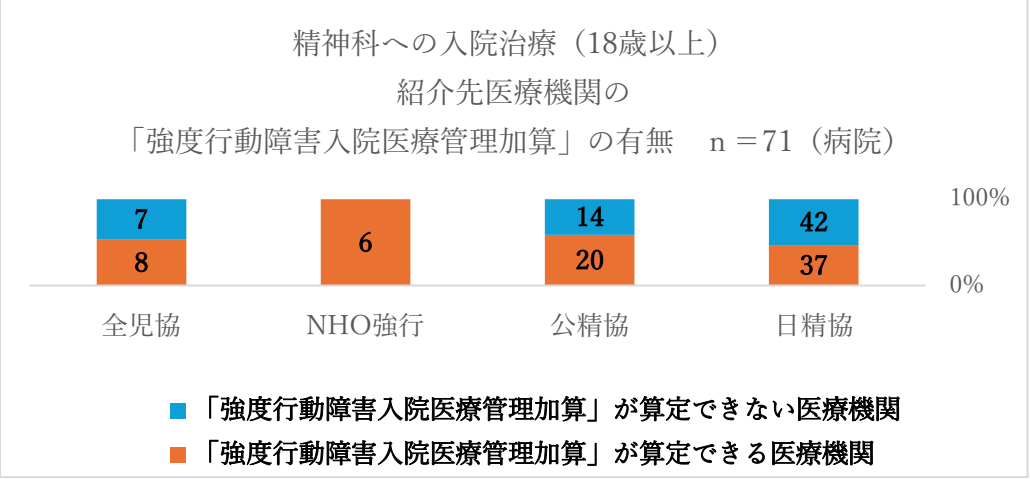
Q13.　Q12 で入院機関が決まっていると答えた病院の入院先での加算の有無　n ＝59 病院



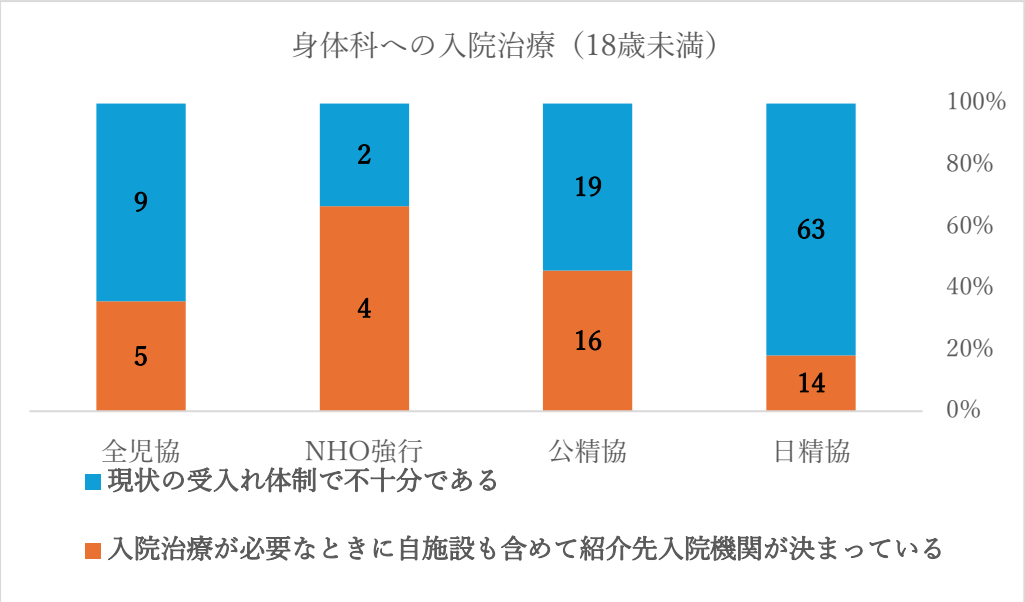
Q14.　精神科への入院治療（18 歳以上）n=134 病院　無回答 6



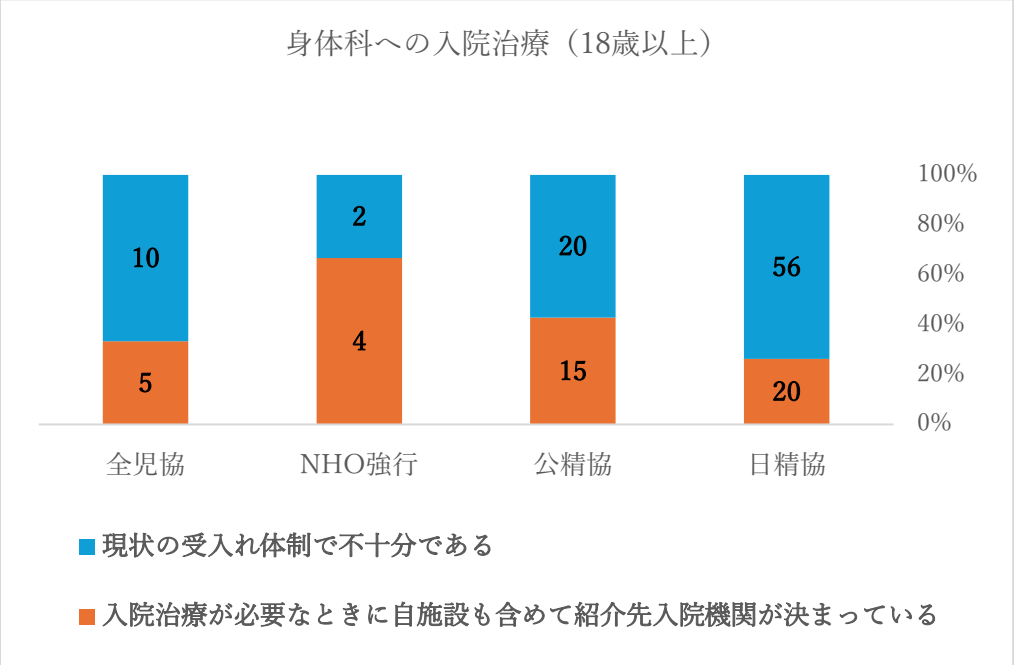
Q15.　Q14 で入院期間が決まっていると答えた病院の入院先での加算の有無　n ＝71 病院



（５）Q16. 身体科への入院治療（18 歳未満）n=132 病院　無回答 8 病院



Q17. 身体科への入治療（18 歳以上） n=132 病院　無回答 8 病院



問 2　ワンデイ調査

Q19. ◆所属機関別精神科入院患者数

回答 135 病院　無回答 5 病院　総入院患者数 24809 人

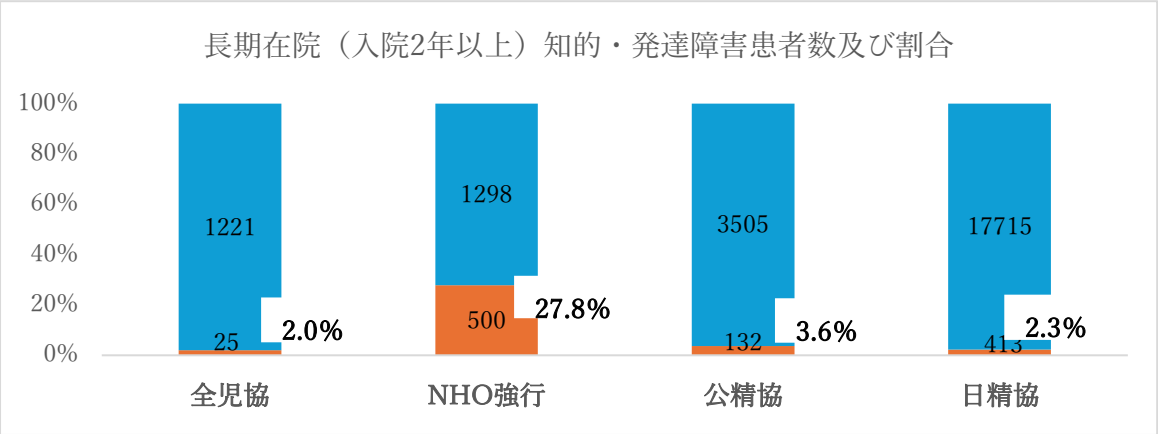
Q20. ◆所属機関別長期在院（入院 2 年以上）知的・発達障害患者数

入院あり 93 病院　入院なし or 無回答 47 病院　長期在院知的・発達障害患者=1070 人

入院患者数（2023）

	全児協	NHO 強行	公精協	日精協
全精神科入院患者	1,246	1,798	3,637	18,128
長期知的・発達患者	25 (2.0%)	500 (27.8%)	132 (3.6%)	413 (2.3%)

◆所属機関別　長期在院（入院 2 年以上）知的・発達障害患者数及び割合



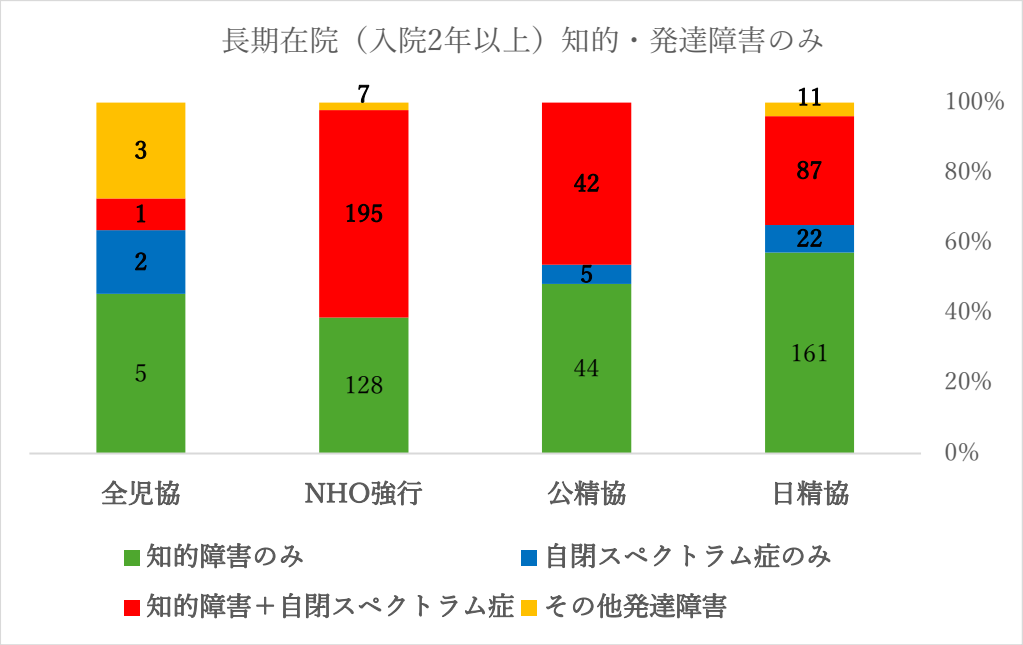
＊NHO 強行は療養介護・障害児入所支援（指定医療機関）としての長期入院（入所）が多い

入院患者数（日精協群を先行調査と比較）

日精協	2009　井上班 249 施設 回答率 20.5%	2015　市川班 201 施設 回答率 16.7%	2023　今回 83 施設 回答率 7%
全精神科入院患者	55,287	34,582	18,128
長期知的・発達患者	2,319(4.2%)	975(2.8%)	413(2.3%)

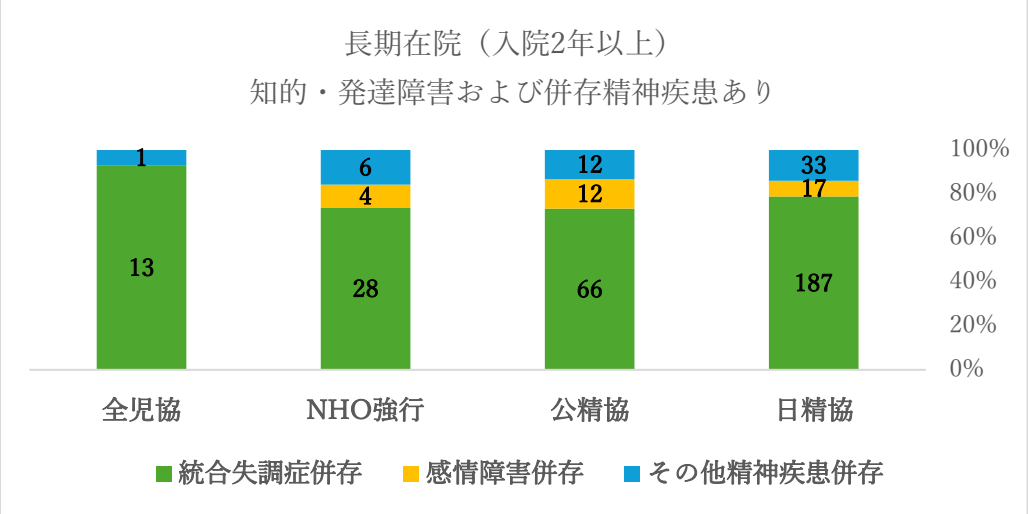
◆長期在院発達障害患者の診断名と人数

（1）Q21～Q24　知的・発達障害のみの診断人数及び内訳　692 人



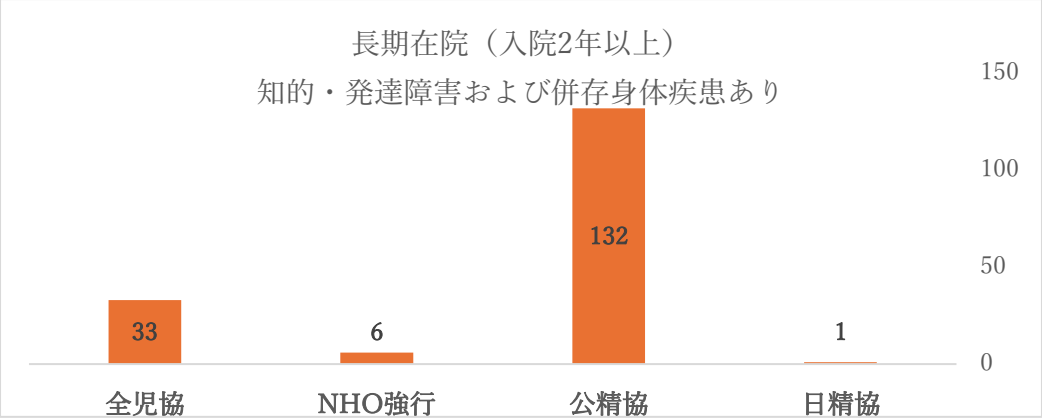
＊その他の発達障害：ADHD、CATCH22 症候群、てんかん性精神病、広汎性発達障害、髄膜炎後遺症、ダウン症、先天性風疹症候群、先天性無眼球症、多動性障害

（2）Q25～Q29　知的・発達障害および併存精神疾患人数及び内訳　379 人



＊その他精神疾患併存：てんかん、左上肢の運動障害、アルコール依存症、ギャンブル症、器質性精神障害、性嗜好障害、反応性精神障害、知的障害性精神病、パーソナリティー障害、妄想性障害、愛着障害、強迫性障害、解離性障害、境界性パーソナリティー障害、薬剤性精神障害、前頭側頭型認知症、素行症、統合失調感情障害、認知症、適応障害、脳性小児まひ、反社会性パーソナリティー障害、統合失調感情障害と ADHD

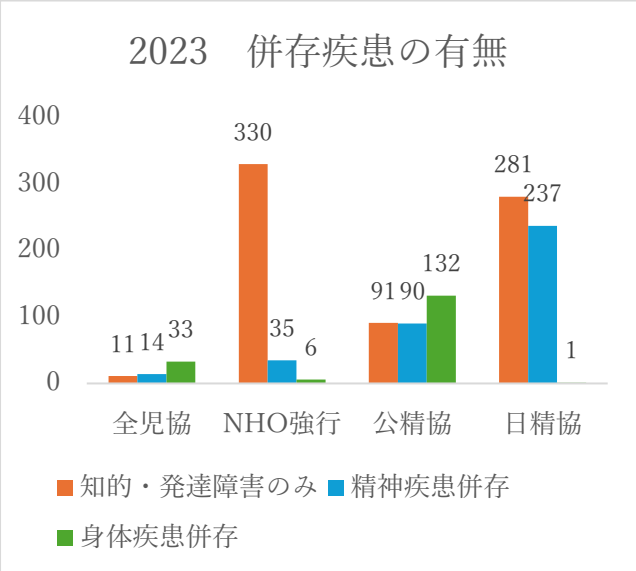
（２）Q30～Q31　知的・発達障害および併存精神疾患人数及び内訳　379 人

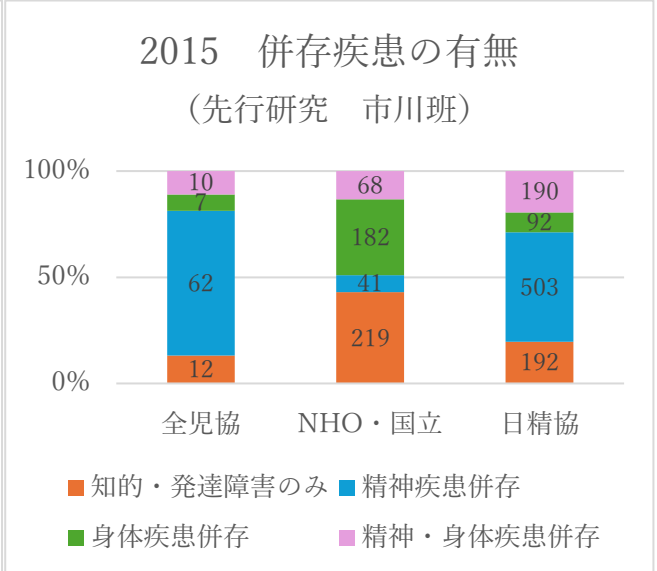


＊身体疾患：１型糖尿病、クローン病、ダウン症候群、てんかん、脳性麻痺、海綿状血管腫、猫泣き症候群、結節性硬化症、糖尿病、大腸がん、骨粗しょう症、先天奇形（心臓、肺、脳、四肢など）、呼吸不全、視力障害、難聴、肺炎、悪性リンパ腫、高プロラクチン血症、薬剤性パーキンソン、高コレステロール血症、高血圧症、視覚障害、小児麻痺、肺癌、心不全、心不全、鉄欠乏貧血、肝機能障害、尿閉、イレウス、腎不全、原発性胆汁性胆管炎、副腎皮質機能不全、胸膜炎、凝固能異常、乳癌、卵巣摘出後、脳梗塞

併存疾患の有無（2023）　＊一部重複回答あり

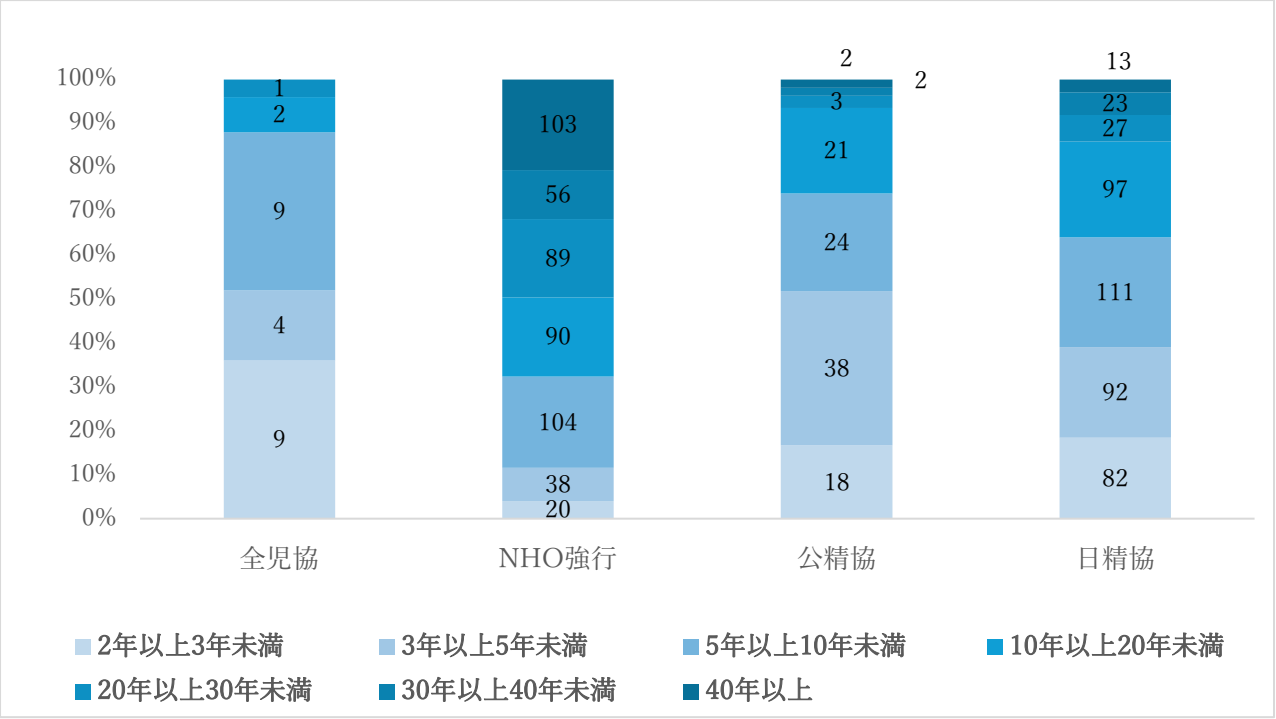
	全児協	NHO 強行	公精協	日精協
全体知的発達長期患者	25	500	132	413
知的・発達障害のみ	11（44%）	330（66%）	91（68.9%）	281（68.0%）
精神疾患併存＊	14	35	90	237
身体疾患併存＊	33	6	132	1





＊ただし、2015 年度の「NHO・国立」は国立病院機構の強度行動障害治療病棟以外、国立研究機関も含む 14 病院

Q32～Q38　在院年数毎患者数　　長期在院（入院 2 年以上）知的・発達障害患者=1078 人



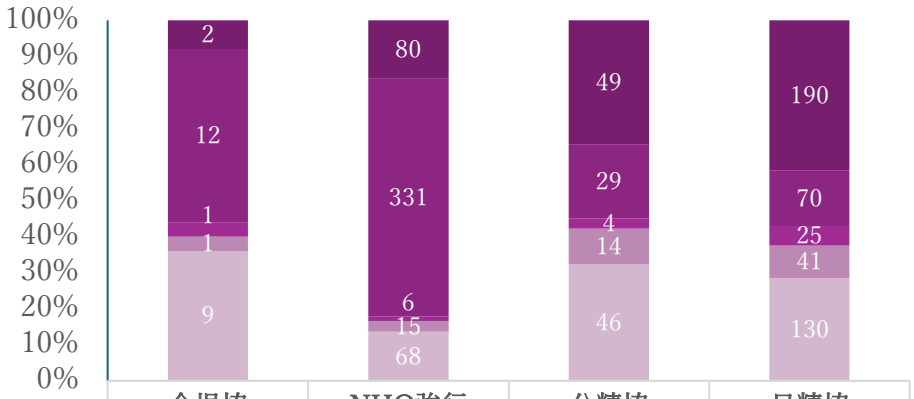
＊NHO 強行は療養介護・障害児入所支援（指定医療機関）としての長期入院（入所）が多い

在院年数毎患者数（日精協群を先行調査と比較）

日精協	2009　井上班 249 施設　回答率 20.5% 2,319 名	2015　市川班 201 施設　回答率 16.7% 975 名	2023　今回 83 施設　回答率 7% 413 名
2 年～	248 （10.7%）	140 （14.4%）	82 （19.9%）
3 年～	268 （11.6%）	164 （16.8%）	92 （22.3%）
5 年～	421 （18.2%）	187 （19.2%）	111 （26.9%）
10 年～	499 （21.5%）	227 （23.3%）	97 （23.5%）
20 年～	392 （16.9%）	93 （9.5%）	27 （6.5%）
30 年～	251 （10.8%）	77 （7.9%）	23 （5.6%）
40 年～	194 （8.4%）	84 （8.6%）	13 （3.1%）

＊日精協群の 20 年以上、30 年以上、40 年以上の全体に占める割合は低下傾向

Q39～Q43　長期在院（入院 2 年以上）知的・発達障害患者の隔離・拘束数　1123 人



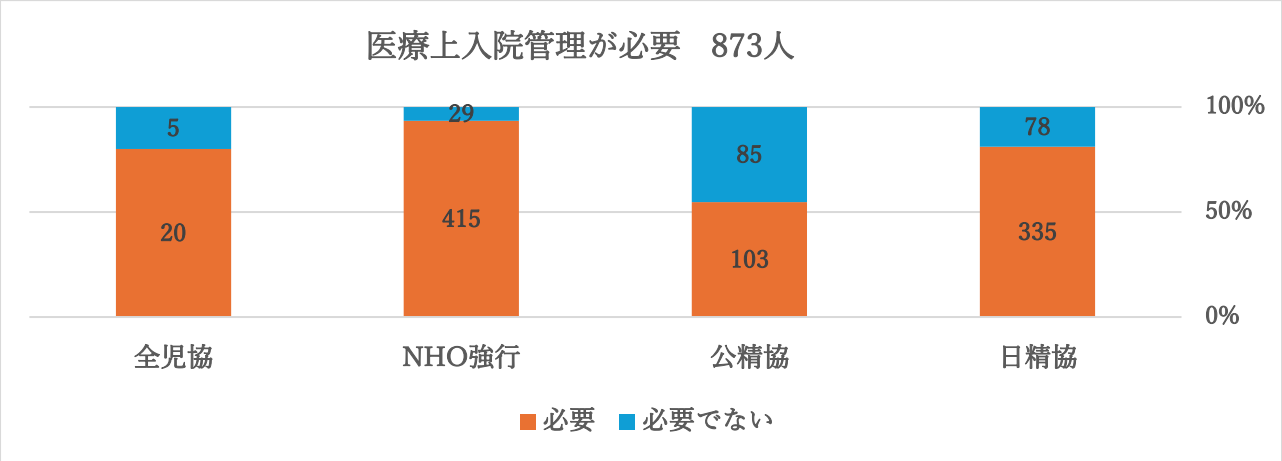
	全児協	NHO強行	公精協	日精協
■必要ないが閉鎖病棟での対応が必要	2	80	49	190
■ほとんど・毎日必要	12	331	29	70
■頻回に（月に10回以上）必要	1	6	4	25
■時々（月に 1 回以上）必要	1	15	14	41
■ほとんど・全く必要としない	9	68	46	130

身体拘束の有無（日精協群を先行調査と比較）

日精協	2009　井上班 249 施設 回答率 20.5% 2,319 名	2015　市川班 201 施設 回答率 16.7% 975 名	2023　今回 83 施設 回答率 7% 413 名
閉鎖病棟での対応	項目無し	項目無し	190
ほとんど・毎日必要	146	103	70
頻回に必要	58	45	25
時々必要	223	67	41
ほとんど・全く必要なし	1780（76.8%）	760（77.9%）	130（31.5%）

Q44　長期在院（入院 2 年以上）知的・発達障害患者

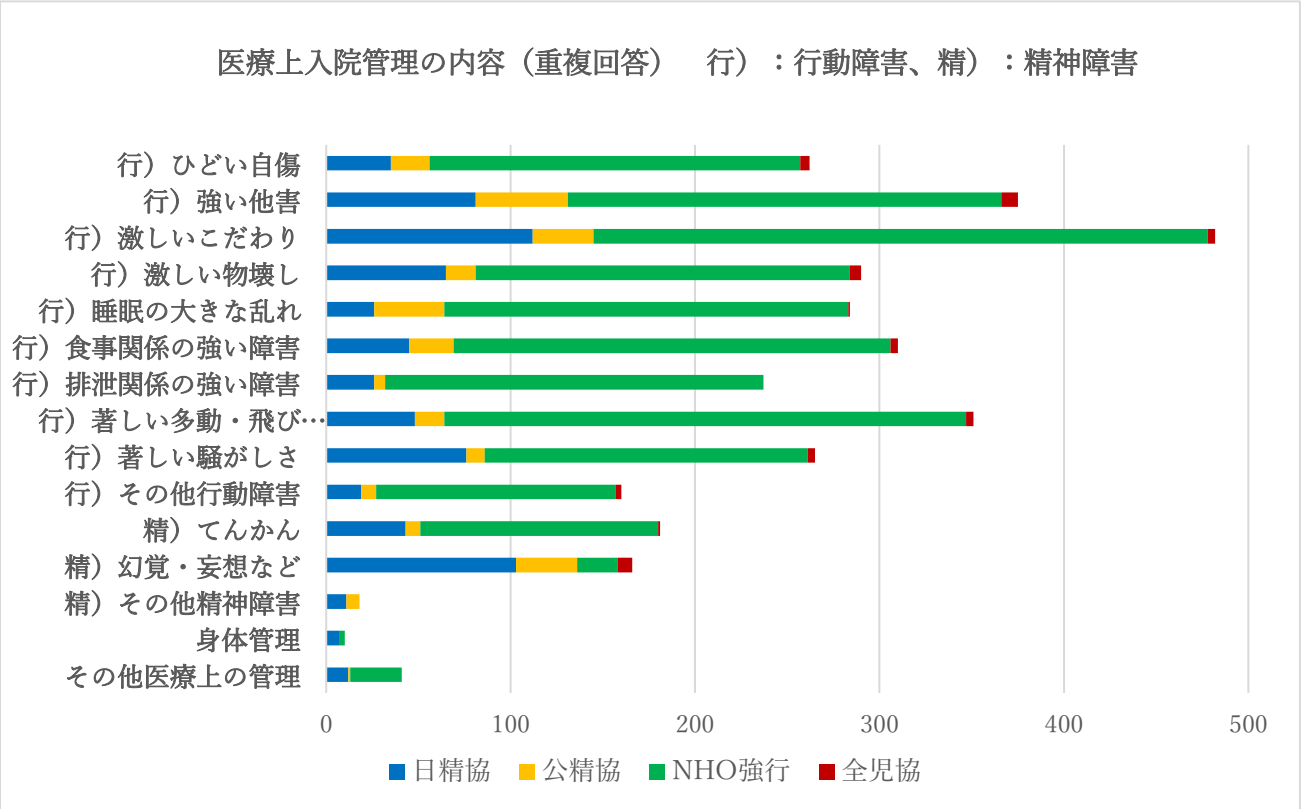
◆医療上入院管理が必要　873 人



※長期入院（2 年以上）知的・発達障害入院患者総数 1070 人中　262 人（24.5%）が「必ずしも医療上の入院が必要ではない」

Q44～Q64　長期在院（入院 2 年以上）知的・発達障害患者

◆医療上入院管理が必要（内容）　重複回答



＊その他行動障害：医療観察法入院処遇中のため、性多逸脱、常同行為、自傷、盗食、パニック、パニックへの対応が困難、物盗み、強い不安を繰り返す、強迫症状、性的な問題、窃盗、脱衣、暴言、暴力、男性患者の体を触る、盗品、物色、収集癖、他患トラブル、多飲水、職員への唾吐き、つきまとい、粗暴行

為、他患トラブル、つかみかかる、観念のまとまらない一貫性のなさのため、退院支援の受入困難

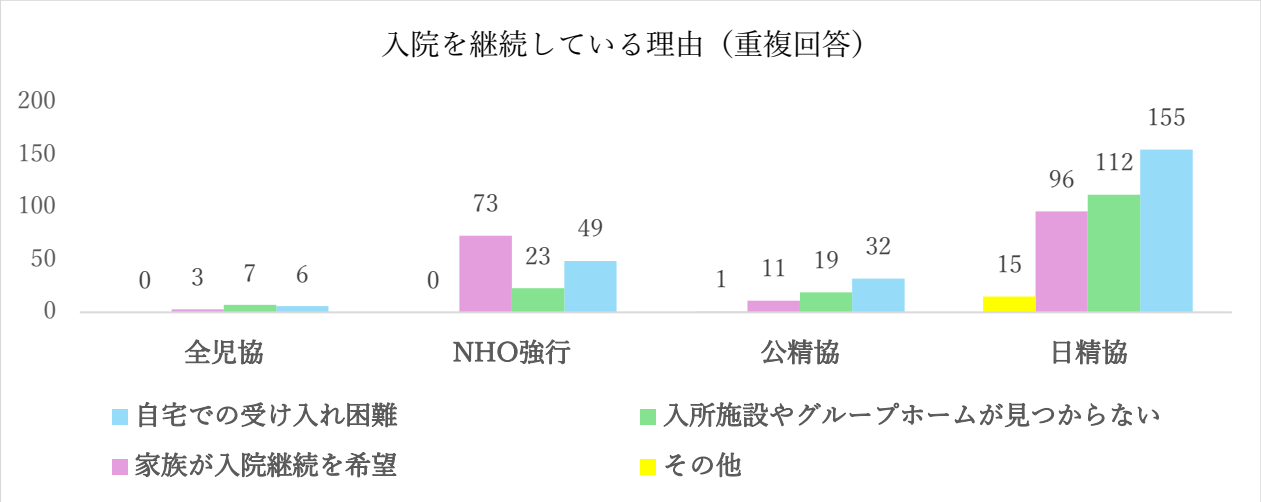
＊その他精神障害：介護抵抗（入浴拒否）、解離、気分障害、強迫性障害（不潔恐怖）、誇大妄想、過活動、他者への迷惑行為、衝動性、認知症状態、壁たたき、壁蹴り、他患者へ怒鳴る、無為、自閉、容易に不穏興奮状態になる　心気的な訴えが多い、躁症状、希死念慮

＊その他医療上の管理：依存症治療、イレウス、肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎、骨折、外傷で縫合、皮膚科継続的に受診、低体温、胃ろう、膀胱ろう、ストーマ、インシュリン注射、脱肛整復、全盲で常時援助が必要、リンパ腫治療のための外部医療機関への通院、医療観察法入院処遇、経鼻胃管

医療上入院の必要性（日精協群を先行調査と比較）

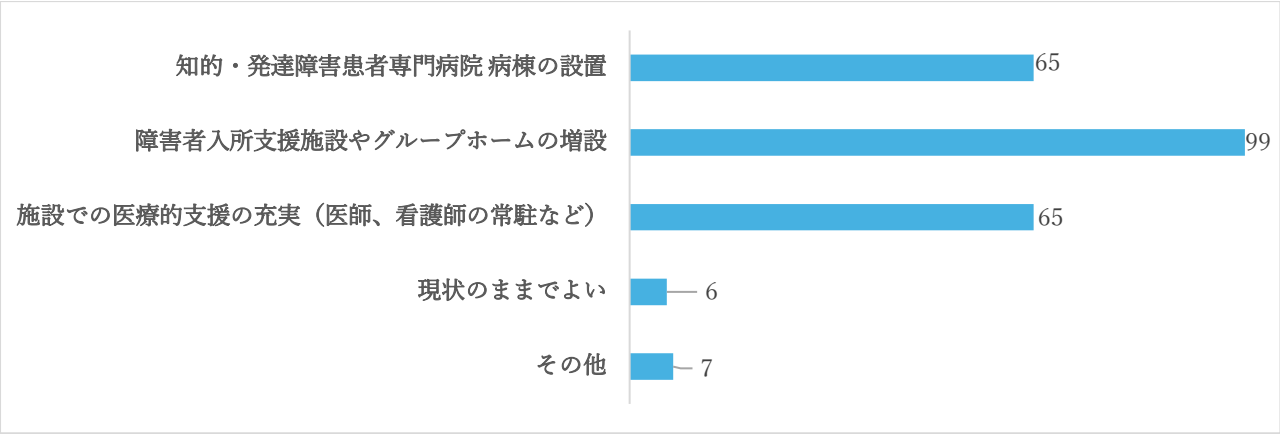
日精協	2009　井上班 249 施設　回答率 20.5% 2,319 名	2015　市川班 201 施設　回答率 16.7% 975 名	2023　今回 83 施設　回答率 7% 413 名
必要性無し	1,478（35.6%）	244（25.1%）	35（8.5%）
必要性あり	1,494（64.4%）	731（74.9%）	335（81.1%）

Q65～Q74　入院を継続している理由（重複回答可）　n=123 病院　無回答 17 病院



＊その他：身寄りなし、家族がいない、強度行動障害対応入所施設の受け入れがない、施設対応困難、身体合併症、退院調整中、本人が入院を希望（任意入院）、隔離対応中、成年後見制度、退院を嫌がる、入院での治療を要する状態

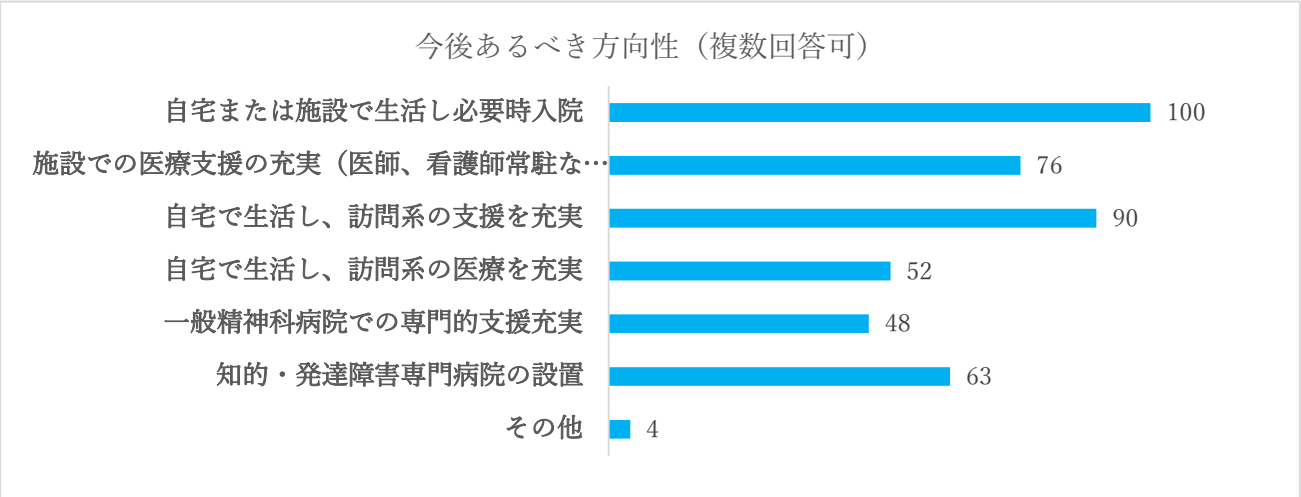
Q75. 必ずしも医療上の入院は必要ではない長期在院知的・発達障害患者が長期入院とならないために必要と思われる支援（複数回答可）n=123（病院）　無回答 17（病院）



＊その他：

- GH はある。ある程度暴力に対して強度がある病院か施設が必要
- ヘルパーなど、常に人が関われる支援体制。問題となっている行動に対する適切な評価ができること
  高校卒業後も学校のような体制を福祉サービスでつくることができないか
- 施設職員の人員体制と研修の勧奨・制度化
- 専門的な支援、指導ができる人材の育成
- 早期から家族も交えて退院支援の相談を行う
- 知的障害を伴わない発達障害+統合失調症などの受け入れ施設が必要
- 入所施設・グループホーム職員が知的障害・ASD について理解を深め、TEACCH や応用行動分析に基づくアセスメント・支援ができる人材が増加すること

Q76. 知的・発達障害患者の医療支援のあり方の一般論について、今後あるべき方向性についてのお考えをお答え下さい（複数回答可）　n=133（病院）　無回答 7（病院）



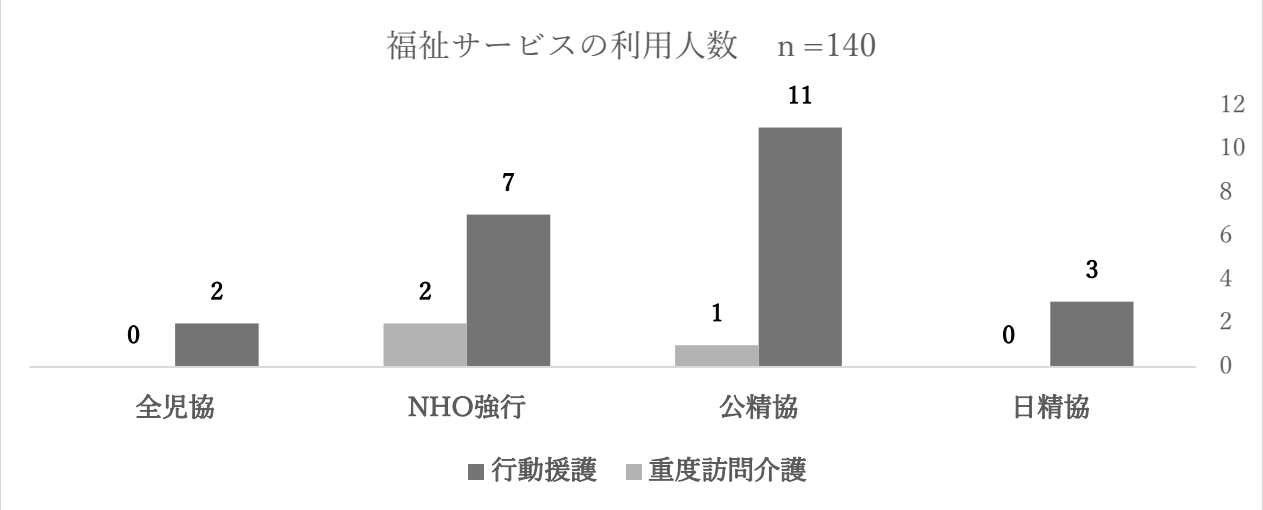
＊その他・入院中に地域生活を念頭においた生活訓練を行える保険診療制度の整備
・対象患者を診る地域の専門医師の充実

知的・発達障害患者の医療のあるべき姿（日精協群を先行調査と比較）

日精協	2009　井上班 249 施設 重複回答不可	2015　市川班 201 施設 重複回答可	2023　今回 83 施設　重複回答可
必要時入院できる体制	180	121	55
施設での医療支援の充実	129	75	44
訪問等	100	69	76
専門病院の設置	90	65	34
一般病院への専門支援	59	55	26

問 6　Q77～Q78

◆貴院では入院中の知的・発達障害患者に対し以下の福祉サービス（行動援護・重度訪問介護）利用を行っていますか？　　n=140 病院で　計 26 人（140 病院中 11 病院のみ）



＜入院中に福祉サービスを利用している病院数＞

・全児協　　行動援護 1 施設、重度訪問介護（以下重訪）0 施設

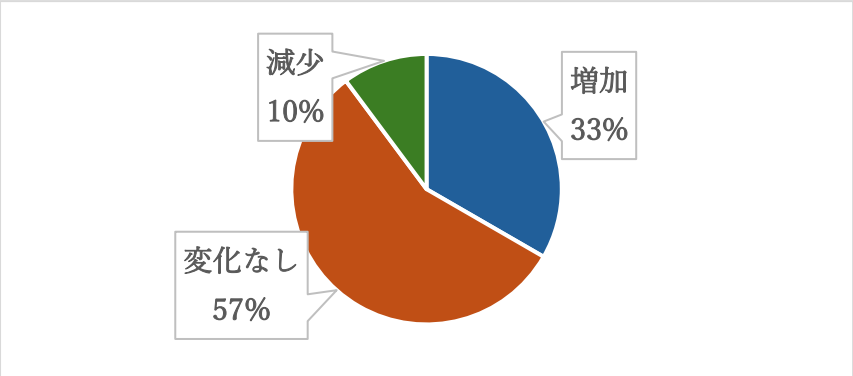
・NHO 強行　行動援護 2 施設、重訪 1 施設

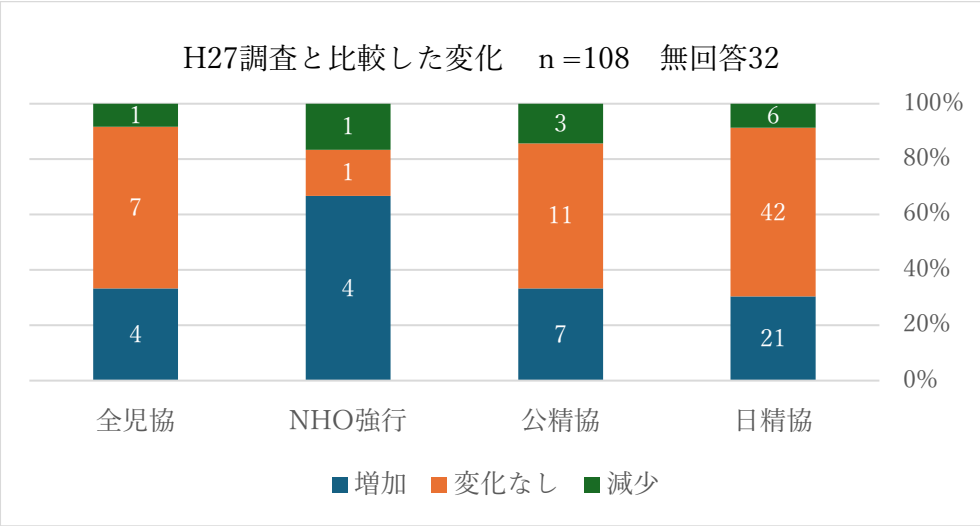
・公精協　　行動援護 3 施設、重訪 1 施設

・日精協　　行動援護 2 施設、重訪 1 施設

問７　Q79～Q81

◆H27 調査と比較した入院が必要な知的・発達障害患者の変化　n＝108 病院　無回答 32 病院





＊「増加」の理由

・　世間的にも行動障害の治療の必要性が周知されてきた
・　治療効果の口コミ
・　病床の増加
・　職員の技術向上
・　18 歳未満の方で入院の問い合わせが増えてきている
・　受け入れ専門病院が少なく、また常に満床のため
・　患者が紹介されてくる数は増えているが長期入院にはならない
・　他に受け入れる医療機関がなく、これまで強度行動障害等を診てきた診療所も閉院
・　施設が重症者をいやがる為
・　政府の政策の失敗により共働き家族が増え、母親に本人の特性に合わせたきめ細かい療育が困難となっているためと推測している
・　前回は不明だが、受け入れ先の病院が減った様に思われる。受け入れをしない病院の増加。クリニック数の増加に相反して
・　当院に新病棟ができ増床となったことに加え、診療を担う医師が着任したため
・　医療機関に繋がる機会が増えたから

・　家族も高齢化し、介護・看護力が落ちてきている。
・　拠点病院の重心病棟が満床で受入れが難しくなっている。一般精神科病院での対応は困難である
・　行動障害をもつ知的発達障害患者の入院は、概ね 1 カ月、元の住居等に戻ること（ケースワークはしない）と定めたうえで、レスパイト入院を含めて積極的に受け入れるようにしているため。その 1 か月で可能な範囲での身体疾患の精査を行い、薬物調整を行っている
・　国・地域の総数の増減は不明だが、当院での入院を希望するケース、実際の入院する患者数は増加している。当院が強度行動障害の知的障害/ASD の受入れと、応用行動分析によるアセスメント・治療介入を実施していることを知った他院・入所施設からの転医・入院依頼が増加している
・　出産の高齢化、都市部への人口集中により増加傾向にある
・　小児科領域からの移行が増えている印象
・　障害者入所施設からの入院が増えている
・　新規入院者が増えた結果
・　親が高齢となり自宅での生活が難しくなった。施設の減少
・　親も本人も高齢化となり、それまで施設対応されてなかった人が行き場がなく病院に入らざるを得ないケースが増えているのではないか
・　積極的に入院を受けるようになり、紹介が増えた
・　体感で増えていると感じるが、理由は不詳
・　対応する人数は増加しているが、長期化人数の変化はない
・　対象者が増えている
・　退院できずに長期入院化している
・　知的・発達障害者の外来受診数の増加
・　当院のような対応可能な施設に集まり出している可能性あり
・　入院 2 年以上は 0 だが、新規入院数は増加している。
・　入院依頼は以前に比べて確実に増えている
・　入所施設に空きがない。知的障害、発達障害をみる医療機関が減っている。知的障害、発達障害のかたを受けている病院のベッドが空いていない
・　発達障害患者は増加したが、長期入院には至らない
・　発達障害者が社会で暮らしにくくなっているのでは
・　発達障害者数の増加に伴って入院が必要な方も増えているのではないかと推測

＊「変化なし」の理由：

・　１名入院したが施設入居に戻った
・　H27 年に比べて入院が必要な患者が減った
・　医療体制が何も変わっていないから
・　受け入れてないので把握できていない
・　数的には変わらないが重症者が入院してくることは多い。退院とのバランス
・　変わってないと思う

・　高齢者（認知症）の？が増えている為
・　コロナを経てもそれほど変化はないように感じる
・　積極的に受け入れを行っているわけではないので、全体像が不詳
・　地域での支援が徐々に充実してきた
・　長期入院している方はいるが、他の患者は数年単位で入退院しておりトータルで変化はない
・　もともと重度知的障害を診療対象としていない。
・　以前から変わりなし。統合失調症など併存する患者はおられるが、入院されても治療終了後は自宅か施設へ向け退院されている
・　医療者の意識が低いまま
・　一定人数の入院要請がある。内容としては、強度行動障害による環境的なミスマッチ、身体合併症への対応についての要請
・　一定数が身体合併症治療のため当院へ転院している
・　該当する年齢区分の入院患者数が少なく、その年齢の知的・発達障害の患者がいない
・　基本的に長期入院の対象にしていない。
・　急性期病院であり、長期在院患者がいない
・　急性期病院のため、長期入院に該当する患者はおらず、その状況は変わっていないため
・　高齢者施設への入所があったが、新規の長期化があった
・　社会的要請はあるが、当院としての受け入れを限定的にしているため
・　周辺人口の推移がほぼ変化がないため
・　少子化に伴い新規患者は減少しているが、当時から入院中の患者が入院を継続している
・　新規入院はほとんど無し。再入院を繰り返している為
・　体制に変更ないため
・　長期入院者は家族等の希望もあり退院が難しい
・　当院での入院数は概ね変化がない
・　当院での発達障害の患者が少ないため変化なし
・　当院では年単位の入院が必要な患者に対応していない。
・　当院に入院する知的・発達障害患者が少ないため
・　当院の立場からは増減が見えない
・　同様の状況が続いている
・　特に変化している印象はない
・　入所可能な施設の数が足りないため、退院できない方が多い
・　年間に数件だが、増減した印象はない
・　福祉資源や強度行動障害支援者養成研修受講者（福祉）の増加により、長期入院希望者は減少したと思われるが、短期入院・レスパイト的緊急避難入院のニーズは増加しているため

＊「減少」の理由：

・　地域の児童福祉サービスの拡充に伴い、支援者である家族の孤立や疲弊が軽減されており、二次障害発症の予防になっている。しかし、早期発見・早期支援・積極的介入を行ってきたケースでも、強

度行動障害へ移行してしまう事例は少ならからずおられ、在宅での対応が困難となることはある。そのため、今後も一定の割合で入院治療を要する方は生じてくると考えられる。また、そのようなケースでは、年々ケースの抱える課題が重症になっていると感じる

- 合併症に対する治療等の短期入院のみに限定しているため変化はみられない
- 精神科治療の介入が昔と比べて増えたため入院に至らずに済んでいる患者が増えたのかもしれない
- 入院が必要な患者の数の増減は不明であるが、入院となっても長期になる事は少なくなっている
- 行動障害の対応を積極的に行っていた医師が退職し、入院・外来問わず相談自体減少した
- 全入院患者に対する知的障害の割合は減少しており、当院に在院している知的障害者もほとんどが長期入院であり、新規入院の知的障害者が長期入院になることはほとんどない
- 退院できる方はグループホームなどにお願いした
- 地域、施設などで、発達障害や強度行動障害への理解や研修などが多少進んだためか、通所や入所、サービス利用で何とか入院せずに地域でみている方もいる印象がある。一方で重症の方の入院依頼も多い
- 地域資源または、その他の医療機関へ移っている
- 長期入院をなくす取り組みを病院として行っている
- 病棟機能が変わり、対象者がいなくなった
- 訪問看護等の利用で入院せずに過ごせている

長期在院知的・発達障害患者についてのアンケート調査（調査表）

このアンケートは全国の長期在院知的・発達障害患者の現状を把握するためのものです。 またこのアンケートは厚生労働省の「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」の一環として行っており、結果をまとめて厚生労働省に報告し、行政施策に反映してもらうよう要望していく予定です。**回答は医療者（該当する患者の診療責任者）が、①下記 QR コードより Google form に入力、または②本用紙に記載して返送、にてお答え下さい。①②いずれの方法でも回答可能ですが、なるべく①Google form 入力でお願いします。入力はスマートフォン画面からでも可能ですが、パソコンからの入力がわかりやすいです。ご協力頂いた医療機関には、後日調査結果のまとめをメールにてお送りしたいと存じます。**

＊このアンケートの対象は、 肢体不自由はほとんどないか軽度であるが、 行動上の問題、精神症状などを抱えている方で 18 歳以上の方を念頭においています。 また長期在院患者とは調査時点で入院 2 年以上の患者とします（先行研究と同じ期間での調査のため）。下記（大島の分類）をご参考下さい。

回答用 QR コード

左の QR コードを読み取っていただくと、アンケート調査の入力画面が表示されます。

Google form URL ：

＊＊お手数ですが、下記の締め切り日までにご協力お願いします＊＊

2024 年 1 月 31 日

大島の分類（重症心身障害児・者における）

					(IQ)
21	22	23	24	25	80
20	13	14	15	16	70
19	12	7	8	9	50
18	11	6	3	4	35
17	10	5	1	2	20
走れる	歩ける	歩行障害	座れる	寝たきり	0

今回の対象

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

科名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入者職＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

問１　ア）病院の規模・都道府県・ 立地都市の規模についてお答え下さい。

病床数　＿＿＿床　　常勤医師数　＿＿＿名

都道府県＿＿＿＿＿＿＿＿

立地都市の規模をお選び下さい。

1. 大都市（東京都区部と指定都市）
2. 中都市（人口１０万人以上の市（大都市を除く））
3. それ以外（人口１０万人未満の市および町村）

イ）国立病院機構での「強度行動障害チーム医療研修」または福祉領域での「強度行動障害支援者養成研修」を受けたことがある職員がいますか？

1. いる

（職種を教えてください：医師・看護師・心理療法士・作業療法士

その他；具体的な職種は？　　）

2. いない

ウ)知的・発達障害の診療の有無

1. 積極的に診療している
2. できる範囲で診療している
3. （専門でないが）やむを得ず診療することがある
4. 診療していない

エ)知的・発達障害の診断と治療

（1）診断ツール（重複回答可）

1. 心理検査
2. 脳波検査
3. 頭部画像検査（MRI 又は CT など）

（2）知的・発達障害の診療プログラム（重複回答可）

1. TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化
2. 行動療法（応用行動分析）
3. その他の心理教育（　　）
4. 薬物療法
5. その他（　　）

（3）他機関との連携（重複回答可）

1. 学校
2. 児童相談所または家庭支援センターなど
3. 発達障害者支援センター
4. 相談支援事業所
5. 福祉事業所・福祉施設
6. 院外の訪問看護事業所
7. 院外の訪問診療
8. その他（　　）

（4）精神科への入院治療

18 歳未満

1. 入院治療が必要なときに自施設も含めて紹介先入院機関が決まっている
   a)「強度行動障害入院医療管理加算」が算定できる医療機関
   b)「強度行動障害入院医療管理加算」が算定できない医療機関
2. 現状の受入れ体制で不十分である

18 歳以上

1. 入院治療が必要なときに自施設も含めて紹介先入院機関が決まっている
   a)「強度行動障害入院医療管理加算」が算定できる医療機関

b)「強度行動障害入院医療管理加算」が算定できない医療機関

2. 現状の受入れ体制で不十分である

(5) 身体科への入院治療

18 歳未満

1. 入院治療が必要なときに自施設も含めて紹介先入院機関が決まっている
2. 現状の受入れ体制で不十分である

18 歳以上

1. 入院治療が必要なときに自施設も含めて紹介先入院機関が決まっている
2. 現状の受入れ体制で不十分である

問 2　ワンデイ調査　令和 5 年度中の調査しやすい 1 日をお選びください。

本アンケート対象年月日　　令和 5 年　　月　　日

貴院の全（精神科）入院患者数　　名

長期在院（入院 2 年以上）知的・発達障害患者数　　名※

長期在院発達障害患者の診断名と人数（ (1)(2)(3)の合計人数は※となるようにお願いします ）

(1)知的・発達障害のみの診断

1. 知的障害のみ　　名
2. 自閉スペクトラム症のみ　　名
3. 知的障害＋自閉スペクトラム症　　名
4. 1. 2. 3. 以外の発達障害（具体的な発達障害名を教えてください）　　名

（　　）

(2)知的・発達障害および併存精神疾患

1. 知的・発達障害および統合失調症　　名
2. 知的・発達障害および感情障害（双極性障害、うつ病など）　　名
3. 知的・発達障害および 1. 2. 以外の精神疾患（具体的な疾患名を教えて下さい）　　名

（　　）

(3)知的・発達障害および併存身体疾患

1. 知的・発達障害および何らかの身体疾患（具体的な疾患名を教えて下さい）　　名

（　　）

長期在院知的・発達障害患者の在院期間毎患者数（合計人数は※となるようにお願いします）

a. 2 年以上 3 年未満＿＿＿名
b. 3 年以上 5 年未満＿＿＿名
c. 5 年以上 10 年未満＿＿＿名
d. 10 年以上 20 年未満＿＿＿名
e. 20 年以上 30 年未満＿＿＿名
f. 30 年以上 40 年未満＿＿＿名
g. 40 年以上～ ＿＿＿名

長期在院知的・発達障害患者の隔離・拘束人数（合計人数は※となるようにお願いします）

ア. 隔離・拘束はほとんどあるいは全く必要としない ＿＿＿名
イ. 時々（月に 1 回以上）隔離または拘束を必要とする ＿＿＿名
ウ. 頻回に（月に 10 回以上）隔離または拘束を必要とする＿＿＿名
エ. ほとんどあるいは毎日隔離または拘束を必要とする ＿＿＿名
オ. 隔離・拘束は必要ないが、閉鎖病棟での対応が必要 ＿＿＿名

問 3 長期在院知的・発達障害患者の医療の必要性についてお選び下さい。

（個々の長期在院知的・発達障害患者について当てはまるものをお選びください。**A,B の合計人数は※となるようにお願いします。詳細不明の場合は、回答を全て埋められなくても構いません）**

A、 医療上入院管理が必要 **計＿＿＿名（A,B の合計人数は※）**

医療管理の内容をお答え下さい（重複回答可）

1. 行動障害；ひどい自傷 ＿＿＿名
2. 行動障害；強い他害 ＿＿＿名
3. 行動障害；激しいこだわり ＿＿＿名
4. 行動障害；激しい物壊し ＿＿＿名
5. 行動障害；睡眠の大きな乱れ ＿＿＿名
6. 行動障害；食事関係の強い障害（異食・多飲水など） ＿＿＿名
7. 行動障害；排泄関係の強い障害 ＿＿＿名
8. 行動障害；著しい多動・飛び出し ＿＿＿名
9. 行動障害；著しい騒がしさ ＿＿＿名
10. 行動障害；その他（具体的に記入: ） ＿＿＿名
    ；その他（具体的に記入: ） ＿＿＿名
11. 精神障害；てんかん ＿＿＿名
12. 精神障害；幻覚・妄想など ＿＿＿名
13. 精神障害；その他（具体的に記入: ） ＿＿＿名
14. 身体管理；吸引・酸素吸入・尿カテーテル等 ＿＿＿名
15. その他の医療上の管理（具体的に記入: ） ＿＿＿名

B、　必ずしも医療上の入院は必要ではない（自宅または施設からの通院または往診で可能な状態）

計　　名（A,B の合計人数は※）

現状として入院を継続している理由をお答え下さい（重複回答可）

16.　自宅での受け入れ困難　　名

17.　入所施設やグループホームが見つからない　　名

18.　家族が施設や自宅ではなく入院継続を希望　　名

19.　その他　　名

　　名

　　名

問 4　問 3 の B（必ずしも医療上の入院は必要ではない長期在院知的・発達障害患者）が長期入院とならないために必要と思われる支援についてお選び下さい（複数回答可）。

1.　知的・発達障害患者専門病院　病棟の設置
2.　障害者入所支援施設やグループホームの増設
3.　施設での医療的支援の充実（医師、看護師の常駐など）
4.　現状のまま（長期入院状態）でよい
5.　その他（具体的な理由を記入:　　）

問 5　知的・発達障害患者の医療支援のあり方の一般論について、今後あるべき方向性についてのお考えをお答え下さい（複数回答可）。

1.　自宅または施設で生活し、必要に応じて医療施設への入院治療をおこなう。
2.　施設で生活し、施設内の医療支援を充実させる（医師、看護師の常駐など）。
3.　自宅で生活し、訪問看護やショートステイ、行動援護、重度訪問介護などの支援を充実させる。
4.　自宅で生活し、訪問診療や往診での医療を充実させる。
5.　精神科病院などを中心に、入院中の知的・発達障害患者に対する専門的支援（専門医の配置など）を充実させる。
6.　知的・発達障害患者に対する専門的役割をもつ病院を各地域の拠点に設置する。
7.　その他（具体的な理由を記入:　　）

問 6　貴院では入院中の知的・発達障害患者に対し以下の福祉サービス利用を行っていますか？

1.　行動援護　　名
2.　重度訪問介護　　名

問７　前回同様の調査を行った時点（H27　厚労科研市川班「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」）に比べて、入院が必要な知的・発達障害患者はどう変化していますか？

1. 増加

　理由を教えてください

　（　　）

2. 変化無し

　理由を教えてください

　（　　）

3. 減少

　理由を教えてください

　（　　）

アンケート調査にご協力ありがとうございました。

＊＊ご協力頂いた医療機関には、後日調査結果のまとめをメールに添付してお送りしたいと存じます。よろしければ、下記にご連絡先（メールアドレス）を記載下さい。

ご連絡先メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和５年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と
地域移行に資する研究」（22GC1019）

令和５度分担研究報告書

分担研究課題名：精神科医療機関の役割、国立病院機構療養介護病棟の位置付け

分担研究者：杠岳文　国立病院機構肥前精神医療センター　名誉院長
研究協力者：西原礼子　肥前精神医療センター療育指導室アドバイザー

研究要旨

福祉、教育との連携の中で、精神科医療が質の高い専門医療を円滑に提供すべく、地域の精神科医療機関と療養介護病棟を有する国立病院機構9施設の在り方について提言をまとめた。

地域精神科医療機関に関しては、①強度行動障害に関する医師、心理士、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等多職種向けの強度行動障害チーム医療研修を開催し専門医療の普及に努めるとともに、研修を修了した職員の配置による強度行動障害専門医療加算を創設すること、②即応性を有する地域精神科医療提供体制確保のため、前回入院期間をリセット期間とする等短期間の入院、短期間での再入院を推進、容認する診療報酬制度の面での配慮が求められること、③医療・福祉連携のための情報共有、評価・支援ツールの開発とその導入、④強度行動障害に対応できる治療環境の整備等について提言を行った。

また、療養介護病棟を有する国立病院機構病院9施設に関しては、①強度行動障害医療に係る人材育成と情報発信の拠点機関として、精神科医療従事者向けに強度行動障害医療に係るチーム医療研修を開催すること、②専門性の高い医療を要する強度行動障害者に対応する地域治療拠点として、重度の強度行動障害患者の医療を担うこと、③効果の高く副作用の少ない薬物療法など新たな治療技法の開発に取り組むこと、④即応性の確保とともに高い倫理性を有するモデル病棟となること等、その期待される在り方について論じた。

A．研究目的

本分担研究では、わが国の精神科医療機関における強度行動障害を有する者への対応の現状と課題を分析するとともに、国立病院機構の精神科病院9施設に存在する療養介護病棟の課題と対策を分析し、今後強度行動障害医療の中で期待される役割について提言と課題の取り纏めを行う。

① 地域精神科医療機関での強度行動障害医療の課題

従来の精神科医療機関では、入院対象となる患者は統合失調症と気分障害の患者が圧倒的に多く、薬物療法、個人精神療法、作業療法などが治療の中心で、知的障害や発達障害（自閉症）特性のある患者も、過去には「接枝分裂病」（2002年統合失調症の傷病名に変わる前）といった精神病圏の傷病名を付けられ、統合失調症と同様の治療を受けていたものと考えられる。

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の結果では、救急入院料を算定している病棟（119病院、平均患者数46.2名）の中に、知的障害（F7）を主病名に入院している者が1.3名（2.8%）、心理的発達の障害（F8）を主病名に入院している者が1.4名（3.0%）で、同じく急性期治療病棟入院料を算定している病棟（148病院、平均患者数36.4名）の中に、知的障害（F7）を主病名に入院している者が0.8名（2.2%）、心理的発達の障害（F8）を主病名に入院している者が0.7名（1.9%）で、さらに精神病棟（15:1）入院料を算定している病棟（308病院、平均患者数45.3名）の中に、知的障害（F7）を主病名に入院している者が1.3名（2.9%）、心理的発達の障害（F8）を主病名に入院している者が0.6名（ 1.3%）となっていた。いずれの規格の病棟にも知的障害（F7）を主病名とする患者が2~3%の割合で同程度存在し、心理的発達の障害（F8）を主病名にする者も1～3%占めていた。

こうした調査結果からは、精神科救急病棟、精神科急性期病棟、さらに精神病棟（15:1）には、いずれも1つの病棟に1～2名の知的障害と発達障害特性を有し強度行動障害を呈する患者が存在することが推測される。こうした患者に対して、現在でも精神科医療機関では、抗精神病薬による薬物療法主体の治療と行動制限が行われており、患者の障害特性を鑑みた専門療法はほとんど行われていないと言ってよい。とくに、強度行動障害を有する知的障害患者は、時に大声を発したり、衝動的な暴力を認めたりすることもあって、向精神薬

の過量投与や長期に及ぶ隔離・身体拘束などの行動制限の対象となりやすい。一方で、これまで精神科医療の中で長く、知的障害あるいは自閉症は、医療よりは福祉あるいは教育領域での対応が中心と見做されてきたこともあって、行動療法、応用行動分析、構造化といった有効な基本技法を習得する機会が医学教育の中で乏しく、精神科医療機関勤務後も研修の機会は殆どないと言ってよい。また、幼少期より障害を抱える患者を長年支えている家族、特にその両親の心理は他の精神疾患の場合と多少異なり、家族の抱く特別の思いを窺い知り、学ぶ機会もまた乏しい。

さらに、強度行動障害の場合には、統合失調症や気分障害のように、特化した有効な薬物治療がない。このため症状のコントロールが難しく、定期的に服薬できていても些細な環境刺激などで容易に症状が変化する場合がある。こうした障害特性を踏まえた医療提供体制を整えていく必要もある。とくに精神科医療機関では、在宅や福祉施設で生活する患者が急に興奮や不調を呈した時に、即応性が重要であり、そのための新たな制度設計が必要と思われる。この問題は、強度行動障害に限らず、薬物治療の効果が限定的で自閉症特性を背景にした衝動制御障害型の疾患である依存症、人格障害等にも当てはまる課題とも考えられる。

②国立病院機構精神科病院の療養介護病棟が今後担うべき役割

1972年（昭和47年）以後、肥前精神医療センターを始め国立精神科病院の9施設に旧「動く重症心身障害者病棟」が相次いで建設され、現在は約760床が療養介護病棟として運用されている。（一部、一般の重症児者も含まれている）

しかしながら、国立病院の療養介護病棟は平成24年の障害者自立支援法の改正（現行は障害者総合支援法）時に、存続の危機を迎えた。このため、平成24年頃に強度行動障害医療の質の向上と情報の共有を図る目的で9施設の医師、児童指導員、保育士などを含む多職種勉強会の中で、強度行動障害医療の専門性と必要性を訴え、強度行動障害専門医療の普及と均霑化への取り組みが議論されてきた。

B. 研究方法

① 地域精神科医療機関での強度行動障害医療の課題

この課題については、強度行動障害医療研究会及び国立病院機構9施設勉強会での議論、国立病院機構主催の強度行動障害チーム医療研修及び肥前精神医療センター主催の強度行動障害を伴う発達障害チーム医療研修、さらには分担研究者が勤務する地域精神科医療機関の現状を踏まえて提言を行う。

②国立病院機構精神科病院の療養介護病棟が今後担うべき役割

9施設の医師、児童指導員、保育士等を含む多職種勉強会の中で、強度行動障害医療の専門性と必要性を訴え、強度行動障害医療の普及と均霑化への取り組みが盛んに議論されてきた。

この9施設の勉強会での議論やアンケート調査結果等を踏まえ、国立病院機構精神科病院の療養介護病棟が強度行動障害医療の中で期待される担うべき役割や位置付けについていくつかの提言を行う。

（倫理面への配慮）

本稿に含まれる内容は、すでに結果の公表されたアンケート調査等を分析したもので、分析対象には個別の事例は含まれず、プライバシー保護の点からも倫理的問題はないと考える。

C．研究結果

① 地域精神科医療機関での強度行動障害医療の課題

《専門医療としての強度行動障害医療研修体制の必要性》

わが国の精神科医療の中で、歴史的にも強度行動障害すなわち、知的障害、自閉症に対する専門医療はこれまで殆ど行われてこなかった。この背景には、知的障害、自閉症が福祉、教育分野の領域の問題と捉えられ、医学教育あるいは精神科医療の中で専門教育が行われてこなかったことが一因にある。このため、先にも述べたように各精神科病棟に少数存在する知的障害と自閉症特性を有する患者に対しても、統合失調症患者と同様に抗精神病薬や抗てんかん薬による薬物療法が行われ、時として興奮や衝動性を抑えるために薬物の過量投与となりイレウスや薬剤性の錐体外路症状などの副作用が認められ、また長期に隔離・身体拘束などの行動制限を刺激統制や暴力回避のため用いられ、強度行動障害を有する患者に対する精神科専門療法が行われていない現状がある。

福祉の領域では、平成25年度から「強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）」が、平成26年度から「強度行動障害支援者養成研修（実践研修）」が行われ、平成27年度の福祉報酬改定では、研修受講が重度障害者支援加算等の算定要件となっており、専門研修が普及している。

一方、精神科医療では、行動療法、応用行

動分析、構造化といった有効な基本技法を習得する機会となる強度行動障害に関する研修は、平成27年より開催されている国立病院機構主催の強度行動障害チーム医療研修及び、平成28年から開催されている肥前精神医療センター主催の強度行動障害を伴う発達障害医療研修の2つに限られている。一般精神科医療中で強度行動障害医療の専門技法の普及は、福祉領域と比べ立ち遅れていると言わざるを得ない。

今後、強度行動障害医療を、福祉、教育、医療の円滑な連携の中で、質を高めながら行うためにも精神科医療のこの領域での底上げは不可欠である。このためには、国立病院機構9施設を含む強度行動障害医療の地域拠点機関での、医師、心理士、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等多職種医療従事者を対象とした強度行動障害の開催と専門技法を習得した職員の配置による強度行動障害専門医療加算の創設が福祉と同様に求められる。

《即応性を有する精神科医療提供体制の必要性》

これまでの地域精神科医療は、統合失調症や躁うつ病など精神病圏の患者を薬物療法主体に行ってきた。このため、精神症状の安定とその評価、さらには社会復帰のためには2~3か月の治療期間を要し、退院後も薬物アドヒアランスが保たれ、治療の継続性が維持されていれば急激な症状悪化は少なく、こうした3か月以内の再入院は少ないものと考えられていた。こうした精神病圏の疾患中心の疾病構成を基に精神科の診療報酬制度も定められていると言ってよい。強度行動障害患者は、統合失調症など精神病圏の患者と異なり薬物療法で期待される効果も限定的であり、環境刺激の些細な変化によっても、急激な症状悪化を呈する。強度行動障害患者に限らず、予測し得ない急激な病状変化を呈する患者が自閉症特性を背景に持つ依存症や人格障害等の患者に近年増加してきている。一方で近年精神科救急や急性期病棟の施設基準を取得する施設が増えており、その算定要件に新規入院患者の入院率などが掲げられているため、地域精神科医療の現場では3か月以内の再入院を理由に入院を断られる事例も散見される。強度行動障害患者では、福祉機関とスムーズな連携の上でも、短期間の入院や症状悪化時は退院後短期間でも再入院を受け入れやすくする新たな仕組みの創設が地域精神科医療機関では求められている。具体的には、症状悪化時の即応性を維持し、福祉との連携強化する点からも、前回入院期間をリセット期間とする（例えば、1ヶ月間の入院であれば、1ヶ月後には新規入院として算定できる）等短期間の入院、短期間での再入院を推進、容認する診療報酬制度の面での工夫が求められる。

《医療・福祉連携のための情報共有、評価・支援ツールの開発》

これまで一般精神科医療機関では知的障害者福祉施設や教育機関との交流や連携はそれほど密ではなかった。今後、自宅や施設等から専門医療を一時的に必要とする患者を適宜受け入れ、できるだけ早期の地域移行に繋げ、さらに症状改善後連続した効果的な支援を継続して提供するために、これまでより一層の情報交換、連携と評価ツール、介入手法の共有が重要となる。認知症では、すでに各地域で、認知症の医療介護連携、情報共有ツールの開発の取り組みがなされている。同様の情報共有・支援ツールが普及することが医療と福祉、教育の円滑な連携のためにも期待される。

《強度行動障害に対応できる治療環境の整備》

一般の精神科医療機関に入院する精神病圏の患者でそれ程多くは見られない繰り返し叩いたり蹴ったり、壁を剝がしたり、壁に登ったり、便を塗り付けたりといった行動障害や自傷、異食をしばしば認めるため、強度行動障害患者に対応する病室は安全性を担保しながらも、一般の精神科病棟の保護室よりも扉や壁はより強固でなくてはならず、その素材にも注意を払う必要がある。一方で多くの患者に感覚過敏があり、そうした障害特性に配慮した構造も重要である。こうした施設面での整備、補強にも、強度行動障害患者の受け入れ精神科医療機関では設備投資が必要なことを認識しておく必要がある。

② 国立病院機構精神科病院の療養介護病棟が今後担うべき役割

《強度行動障害医療に係る人材育成と情報発信の拠点機関としての位置付け》

国立病院機構と肥前精神医療センターでは医療機関の多職種医療従事者向けに、「強度行動障害医療研修」と「強度行動障害を伴う発達障害医療研修」の2日間の研修を毎年各1回行っており、これまで1,000名弱の医療従事者が受講している。こうした研修受講を契機に精神科医療機関で強度行動障害者の受け入れを行う施設も見られており、参加者の評価も高い。こうした研修会を国立病院機構の療養介護病棟を有する9施設が各地域の要請に応じて開催し、情報発信の拠点機関となることが期待される。

《専門性の高い医療を要する強度行動障害者に対応する地域治療拠点としての位置付け》

強度行動障害が重度でより専門的な評価や治療を要する患者、あるいは強度行動障害医療 に関する研修を受けたチームが存在する精神科医療機関でも治療が難しい患者等、さらに専門性の高い医療の提供が求められる場合に、重度の強度行動障害医療患者に対する都道府県をまたぐ地域の治療拠点機関として機能することもまた期待されている。

《新たな治療法の開発機関としての位置付け》

強度行動障害行動障害に対して、行動療法、

応用行動分析、構造化といった技法は有効であることが認められているが、薬物治療等の面では、他の精神疾患に比べ開発が遅れている。抗精神病薬や抗てんかん薬を中心とする現行の治療薬剤では、強度行動障害患者の患者にイレウスや錐体外路症状などの副作用が高頻度に見られるため、より副作用が少なく効果的な薬剤の開発が期待される。こうした新薬の開発を含めた新しい治技法の開発にも、国立病院機構精神科病院9施設は積極的に取り組むことが期待される。

《強度行動障害モデル病棟としての位置付け》

国立病院機構の療養介護病棟は強度行動障害者に対して専門的な医療を提供できる国内での数少ない治療の場であるが、長期入所者が多く占めることによって即応性のある病床の確保が難ししくなっている。今後は精神科の療養介護病棟でも強度行動障害者に対して医療型短期入所が適応できると、専門病床の空床確保もし易くなり、即応性も維持しやすい。また、強度行動障害が特に顕著な患者層への対応では虐待も起こりやすい環境となるため、一層高い倫理観に基づく医療の提供が求められる。このために、病棟の倫理的対応と行動制限については他者（他施設）評価、さらには第三者評価の導入が期待される。

D. 考察

強度行動障害医療は、福祉、教育との連携の中で如何に円滑に役割を果たすかが重要と考えられる。この点から、地域精神科医療精神科医療機関での強度行動障害の課題をまとめいくつかの提言を行った。また、強度行動障害医療の拠点機関として国立病院機構精神科病院の療養介護病棟が今後担うべき役割についても提言を行った。いずれにせよ、強度行動障害医療に対するわが国の医療提供体制はまた発展途上であり、地域精神科医療機の強度行動障害医療分野でのフロントラインとしての拡充とともに、療養介護病棟を有する国立病院機構の9精神科医療機関が強度行動障害医療の拠点医療機関としてリーダーシップをとることが重要である。双方の精神科医療機関が、それぞれ提言にまとめた役割を果たすことによって、各地域で強度行動障害に対する重層的でより質の高い医療を提供することができるようになるものと期待する。

E. 結論

福祉、教育との連携の中で、精神科医療が質の高い専門医療を円滑に提供すべく、地域の精神科医療機関と療養介護病棟を有する国立病院機構9施設の在り方について提言をまとめた。

地域精神科医療機関に関しては、①強度行動障害に関する医師、心理士、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等多職種向けの強度行動障害チーム医療研修を開催し専門医療の普及に努めるとともに、研修を修了した職員の配置による強度行動障害専門医療加算を創設すること、②即応性を有する地域精神科医療提供体制確保のため、前回入院期間をリセット期間とする等短期間の入院、短期間での再入院を推進、容認する診療報酬制度の面での配慮が求められること、③医療・福祉連携のための情報共有、評価・支援ツールの開発とその導入、④強度行動障害に対応できる治療環境の整備等について提言を行った。

また、療養介護病棟を有する国立病院機構病院9施設に関しては、①強度行動障害医療に係る人材育成と情報発信の拠点機関として、精神科医療従事者向けに強度行動障害医療に係るチーム医療研修を開催すること、②専門性の高い医療を要する強度行動障害者に対応する地域治療拠点として、重度の強度行動障害患者の医療を担うこと、③効果の高く副作用の少ない薬物療法など新たな治療技法の開発に取り組むこと、④即応性の確保とともに高い倫理性を有するモデル病棟となること等、その期待される在り方について論じた。

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

分担研究報告書

強度行動障害のある生徒の長期経過

分担研究者　　井上雅彦（鳥取大学医学系研究科）

要旨

いわゆる強度行動障害は、学齢期から重篤化し成人期まで継続することが指摘されており、機能的行動アセスメントに基づくアプローチと薬物療法を含む長期的な治療を必要とすることが多い。しかしながら強度行動障害の学齢期の長期的な変化に関する研究は限られている。本報告は自閉スペクトラム症と知的発達症の診断があり特別支援学校に在籍する男児の強度行動障害について、8 年間の学校コンサルテーションと薬物療法の長期的な結果について検討したものである。本児の強度行動障害は、教室での環境調整、統一的な教師の関与、余暇とコミュニケーションスキルの指導、薬物療法によって改善を示した。一方では学校での行動介入と薬物療法の連携はなされていなかった。学齢期においては、学校。入所施設、学校コンサルテーションの提供機関と医療機関の長期的な連携システムの必要性が示された。

A. 研究目的

いわゆる強度行動障害は､10 年以上持続する可能性があることがいくつかの研究で指摘されており（Murphy ら,1993; Taylor,2011)、学齢期から重篤化し成人期まで継続することも指摘されている（Inoue ら 2022)。しかしながら強度行動障害の学齢期の長期的な変化に関する研究は限られている。

強度行動障害に対する学齢期の長期的なデータは、学校教育における適切な教育プログラムとカリキュラムの開発に有用である。本報告は、Inoue and Oda(2020)による強度行動障害に対する機能的行動アセスメントに基づいた学校コンサルテーションを受けた 1 人の男児の長期的データについて検討する。

B　研究方法

1. 対象児

3 歳の時に知的障害(IDD)と自閉症（ASD）の診断を受け知的障害特別支援学校に在籍する男児（当時小学部 5 年生）であった。知能検査は実施不可能であったが、簡単な指示は理解でき、いくつかの漢字を読むことができた。

地元の小学校の特別支援学級に通っていたが、9 歳ごろから他者を噛む、髪をつか

む、蹴るなどの攻撃的な行動が続き、家庭生活も困難となったため入所施設に入所し、特別支援学校に転校した。施設入所時、新しい人や環境に対して強い抵抗を示し、攻撃的行動（殴る、蹴る、噛む、髪をつかむ、唾を吐く）を示した。また、自傷行動（頭をたたく、手を噛む、泣くなど）を頻繁に行っていた。また、トイレ以外の場所で排泄する、食事をひっくり返す、物を投げるなどの行動も見られた。施設では、夜中に徘徊し、他の部屋の子どもの首を絞めるなど、さまざまな危険行為や攻撃的な行動をとっていた。

2. 学校へのコンサルテーション

筆者はコンサルタントとして、年に 5～11 回学校を訪問し、担任、学年担任、施設職員に対して機能的行動アセスメントに基づき、先行子操作（環境調整）や適切な代替行動の指導をアドバイスした。

C　結果

１．教室環境の調整

集団に入ることが不可能であったため、個別教室での教育を行うこととし、図のような教室環境を構築した。壁に頭をぶつける行動があったため壁にはクッション材が貼られ、窓は部屋の下半分を板で囲った。掲示物や教材は教室から撤去し廊下を隔てた観察室に保管し、必要なときだけ教室に置くようにした（対象児の改善に合わせて窓や掲示物は徐々に戻された)。生徒の机と椅子の脚は厚いベニヤ板で固定した。部屋は学習とクールダウンスペースが仕切られた。強い癇癪時、教師は教室を出てクールダウンの時間を与え、観察室から監視できるようにした。

筆者との協議に基づき、一貫した支援方針を確保するため、各学年末に引き継ぎシステムを確立した。このシステムにより、少なくとも 1 人のケースに精通した教師が次年度のチームに加わった。

２．適切な代替行動の指導

攻撃、破壊、自傷などの行動について ABC チャートを用いた行動観察による機能的行動アセスメントが行われた。その結果、それらが生じる状況ごとに代替行動として、勉強時間や休み時間などの余暇やコミュニケーションスキルを指導した。

1） 余暇スキル

余暇スキルについては、当初、好みの活動として広告や雑誌を見たり、電車のおもちゃで遊んだり、塗り絵をしたりといった活動があったが、自力で継続することは困難で、塗り絵については、クレヨンやマジックを噛んだり、折ったり、食べたりすることがあった。

そのため、当初は余暇活動を課題スケジュールに組み込み、余暇スキルの自立を目指した。その結果、生徒はいくつかの余暇活動に自主的に取り組めるようになった。中学 3 年生の終わりには、好きなキャラクターのパズルや積み木遊び、塗り絵など、10～30 分程度の余暇活動を一人でできるようになった。高学年になると、余暇活動の絵カードを使うよう先生にリクエストできるようになった。また、図書館で好きな DVD を借りてきて、見終わったら返すこともできた。

2） コミュニケーションスキル

余暇活動カードの中から特定の選択肢を要求するスキルを目標行動として教えた。また、「やりません」カードを導入するこ

とで、拒否のコミュニケーションスキルも教えた。その結果、本児は学習時間中に暴れることが少なくなり、休み時間も落ち着いて過ごせるようになった。

３．ABC-J（日本語版異常行動チェックリスト）のスコアと薬物療法

図 2 は 8 年間の ABC-J スコアの推移と投薬の変化を示したものである。縦軸は得点、横軸は評価時期である。評価は毎年 5 月と 10 ヵ月後の 3 月の 2 回行われた。高校 2 年の 5 月はデータ欠損のため除外した。

ABC-J スコアは、介入開始時（ 小学 1 年生 5 月）の T1 では 69 点であったが、T3（小学 6 年生 5 月） では 155 点とピークに達し、T9（中学 3 年生 5 月）まで 64 点から 108 点の間で推移した。その後、スコアは T10（中等部 3 年生、3 月）に 46 ポイントまで低下し、T14（高校 3 年生、5 月）には 4 ポイントまで漸減し続けた。

薬物療法は、学校の相談とは別に医療者によって処方され、筆者らは関与しなかった。当初はリスペリドンが処方された。高等部になると、歩行時にふらつきを感じるようになったため減量された。

図 3 は、支援を開始した T1（小 5、5 月）と、スコアが大きく改善した T11（高 1、5 月）と T14（高 3、5 月 ）における ABC-J サブドメインのスコアを示している。T1 では、無気力と興奮性がともに高かった（それぞれ 26 点と 20 点)。多動性は 12 点、不適切な言語は 7 点、常同性は 4 点であった。これらの得点の比率は T10 まで同程度であった。興奮性以外のスコアは T11 で減少した。T14 では、興奮性も 2 点に減少した。

Ｄ ．考察

長期的なコンサルテーションの結果、対象児は学校生活で生じるさまざまな状況において、個別教室の設定と徹底した環境調整と一貫した教員支援体制、そして不適応行動の代わりとなる余暇能力とコミュニケーション能力を身につけることで行動障害の改善が得られていた。

強度行動障害に関する学齢期の長期データは限られており、具体的なアプローチや改善について述べた症例報告はほとんどない。本報告における ABC-J スコアの長期的な変化は、Inoue ら(2022)の後ろ向き研究では学齢期では、多動性などの行動群に変化が観察されやすいことが示唆されている。本事例も使用尺度は異なるが、この結果を支持するものであった。

非定型抗精神病薬であるリスペリドンと機能ベースの行動分析的介入はともに、ASD の不適応行動を減少させるために広く用いられ、経験的に検証された治療法である。特に本事例では、行動障害のスコアがピークに達したときに、リスペリドンは一時的に過量投与された可能性がある。英国では、IDD、ASD、またはその両方を持つ患者に対する向精神薬の過剰投与を止め

るための国家プロジェクトSTOMP（Stopping over medication of people with a learning disability, autism or both）が推進されている。副作用を考慮するだけでなく、変化に対応するために患者の薬物療法を調整するために、患者の医療提供者との長期的な協力が必要であることを示している。

また本研究では、行動介入と薬物療法の導入時期をコントロールすることはできず、各評価時期における行動の機能的変化を示すこともできなかった。行動トポグラフィーと機能の側面に対する行動介入と薬物療法の両方の長期的効果を明らかにするためには、今後の研究が必要である。

倫理声明

保護者、学校、施設から、研究および発表に関する書面によるインフォームド・コンセントを得た。

E　引用文献

[1] Murphy GH, Oliver C, Corbett J. Epidemiology of self-injury, characteristics of people with severe self-injury and initial treatment outcome. In: Kiernan C, editor. Research to Practice: Implications of Research on the Challenging Behaviour of People with Learning Disability. Clevedon: British Institute of Learning Disabilities; 1993. p. 1-36.

[2] Taylor L, Oliver C, Murphy G. The chronicity of self-injurious behaviour: A long-term follow-up of a total population study. J Appl Res Intellect Disabil. 2011;24(2):105-117.

[3] Inoue M, Gomi Y, Matsuda S. Developmental trajectories of challenging behaviors reported retrospectively by Japanese parents of adult children with intellectual disabilities. Int J Dev Disabil. 2022;1-9.

[4] Inoue M, Oda M. Consultation on the functional assessment of students with severe challenging behavior in a Japanese special school for intellectual disabilities. Yonago Acta Med. 2020;63(2):107-14.

F　健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

Inoue, M. (2024). Long-Term Outcomes for a Student with Severely Challenging Behavior in a Special Needs School for Intellectual Disabilities: A School Consultation Case Study. *Yonago Acta Medica.*

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

資料

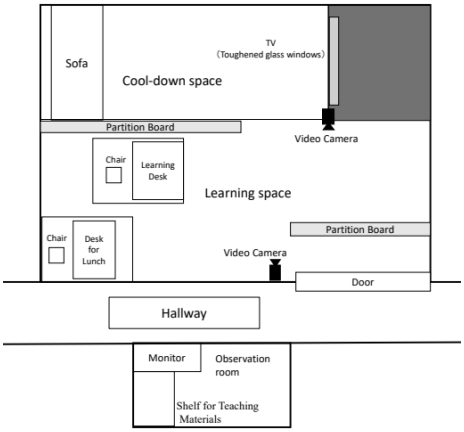


図 1　教室環境

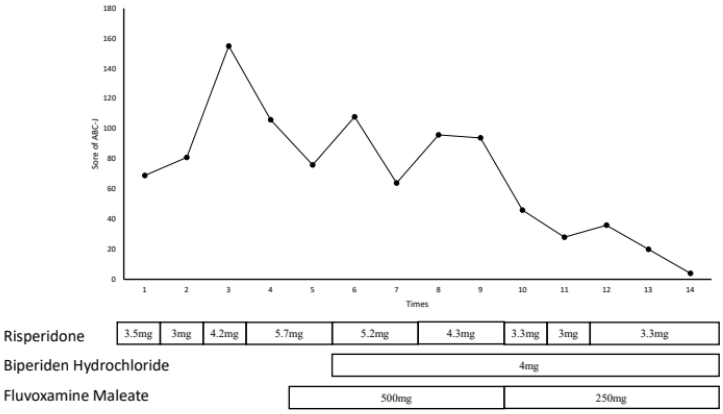


図 1　教室環境

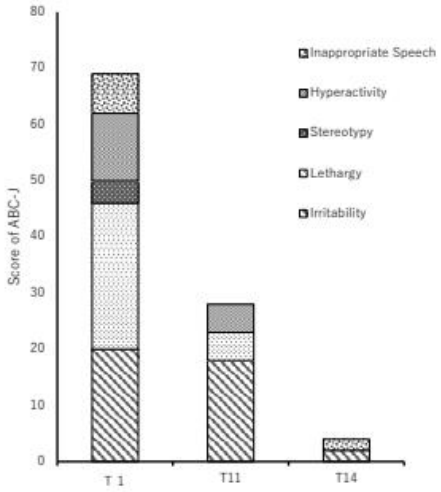


図 3　 ABC-J サブドメインのスコア

不適切な言語（inappropriate speech），多動性(hyperactivity)，常同性(stereotypy 興奮性(irritability)，無気力(lethargy)

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
入院中の強度行動障害者支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

分担研究報告書

強度行動障害を持つ人への食事支援における現状の調査

- 医療機関の比較医療機関における看護の現状と課題 -

分担研究者　　根本　昌彦　（独立行政法人のぞみの園　研究部）

研究要旨：

摂食に関する支援において支援者には、知識不足と支援の困難感を感じながら実践している状況がうかがえた。これらの状況は強度行動障害の現場でも同様である可能性がある。このことについて福祉事業所と医療機関に対し、食事支援環境、食事の位置づけ、食事に関する研修の受講状況、他職種の連携について、食事支援の場面で人権や倫理面で思うこと、食事支援の例、摂食支援の課題（困難さ）等についてインタビューを行った。

結果、食事を栄養補給だけでなく楽しみの場ととらえていること、感覚過敏な特性に配慮したくても設備や仕組みによって制限があること、支援するものが共通基盤になり得ていない恐れがあることの 3 つの示唆が得られた。

A. 概要と目的

発達障害やダウン症、自閉スペクトラム症では、ブラキシズム(歯ぎしり)、アレルギー体質を有するもの、偏咀嚼(片噛み癖)を有する者が多い(元原ら 2002)こと、また「食べるのが早い」「よく噛まない」等の状況が有ること(村田ら 2006)が報告されている。このような食べ方には誤嚥や窒息のリスクが伴う。

また、「不穏やせん妄に対する非定型抗精神病薬を内服する者は、嚥下障害が出現する可能性があることを念頭に置くべきである」(杉下ら 2014)という報告もある。

加えて、食事に関する支援を行う支援者がもつ摂食に関するスキルについては、約 7 割の支援者は摂食に関する指導を受けていたものの、その内容は食形態に関するものであり、間接訓練や直接訓練の指導を受けた者は約 2 割であった(水上ら 2015)。

しかし、支援の状況は、「下手だが心配していない」が 47%、「きざみの粒が大きく誤嚥しかけたことがある」、「丸飲みして時々喉を詰まらせる」といった内容の他、「舌の上に食物を入れにくい」、「なかなか嚥下せず鼻をつまんで飲み込ませている」という誤った介助方法がある（松澤ら 2000）。

これらの先行研究から、摂食に関する支援において支援者には、知識不足と支援の困難感を感じながら実践している状況がうかがえた。

これらの状況は強度行動障害の現場でも同様である可能性があると考えるが、その実態を明らかにする調査は見当たらない。

B. 方法

期間：令和５年 12 月～令和６年３月

調査方法：下記インタビューガイドを用いた半構造化面接によるインタビュー調査を実施した。調査は、対面又は遠隔地の場合リモート（Zoom）を利用した。

＜インタビューガイド＞

(１)食事支援全体像

① 現在の食事支援状況について教えてください。
② 食事支援の位置づけについてあなたの考えを教えてください。（栄養、治療、楽しみなど）
③ 食事支援に関する研修等を受講した経験の有無としたことがあればその内容。
④ 食事支援に関する他職種の連携の有無と連携があればその内容。

(２)行動障害の食事支援について

① 食事支援の場面で人権や倫理面で思うことについてあなたの考えを教えてください。
② 現在行っている又は過去に行った摂食支援の内容を教えてください（良い例 good practice、悪い例 bad practice）。
③ 強度行動障害の摂食支援の課題（困難さ）とは何ですか。

研究対象者：強度行動障害を受け入れる障害者福祉施設３事業所の生活支援員 6 人及び国立病院機構のうち強度行動障害入院医療管理加算を取得している医療機関 3 施設の病棟看護師 5 人を対象とした。

分析方法：録音した面接内容を逐語化しインタビューガイドの項目に沿って要約を行った。要約結果から強度行動障害のある人への食事支援に関する、福祉事業所と医療機関の共通点及び相違点を明らかにした。

C. 研究結果

(１)食事支援全体像

① 現在の食事支援環境

ア 福祉事業所と医療機関の共通点（以下共通点）

「多人数が集合する食堂で食事を提供することが基本で、食堂で食事をとれない場合は個別環境で食事を提供する」

イ 福祉事業所（以下福）

パーテーションや机の向きを構造化して食堂内の視覚刺激を統制する環境作りがなされていた。さらに、個別のアセスメントに基づき、必要な人にはイヤーマフやタイムタイマーを用いて食事に集中できる支援ツールが用いられていた。

ウ 医療機関（以下医）

食堂の構造化及び個別の支援ツールに関する回答はなかった。

エ 回答の抜粋

・ 「構造化は、パーテーション、壁向き、食べ終わったもの、いらないものは右に置くとか手順がある人」（福）
・ 「この人がいる時になって食べられなくなるとか、逆にこの人は大丈夫とか。そういうアセスメントは取れている」（福）
・ 「聴覚過敏の人は周囲の音に左右されるのでイヤーマフ、時間間隔をもたせるためにタイムタイマーを使う人はいた」（福）
・ 「自傷他害がある人は基本的に個室で食事。比較的安定し他者と関わりが持てる人はホール」（医）

② 食事支援の位置づけについての考え

ア 共通点

利用者が生活に中に見出す楽しみとして、食事は大きな割合を示すと支援者が考えている

イ 福

「食事場面で発生するコミュニケーションや課題となる行動から、他の生活場面で活用できるヒント」を見出していた

ウ 医

事故防止の方策を優先せざるを得ない。

エ 回答の抜粋

- 「食事場面は要求が多く出るので、やり取りを通して社会性、コミュニケーションを高める。食事は楽しみの度合いが高く、課題も出てくる。支援のヒントがもらえる場面」(福)
- 「食事は病院のイベントで一番大きい。大切にするべきもの。なるべくは自分で食べていただきたい。おいしい形態で食べていただきたいが、病院という立場、事故を防ぐ意味では難しい」(医)

③ 食事支援に関する研修等を受講したことがあるか

ア 共通点 なし

イ 福

受講した者はごく少数で継続的に研修へ受講者を派遣している事業所はなかった。

ウ 医

継続的に研修には派遣している。しかし、研修内容は重症心身障害児など嚥下障害を前提とした摂食訓練等であり、強度行動障害の特性に関連した内容は研修では扱われていなかった。

エ 回答の抜粋

- 「嚥下食の研修（7，8年前)」(福)
- 「重症心身障害児の摂食訓練は習ったが、強行は習わなかった。いろいろなことが混ざっている難しさがある」(医)
- 「受講しても摂食嚥下に自信がない人が8割くらいだった」(医)

④ 食事支援に関する専門職の関与

ア 共通点

言語聴覚士と歯科医師が関与している。

イ 医

頻回に専門職が関与している。また、栄養士の関与もある。

ウ 福

専門職が関与していることについて本調査では回答はなかった（実際の配属はある)。

エ 回答の抜粋

- 「言語聴覚士が特別食の人の見極め。咀嚼嚥下を見てもらう。歯科医は月 1 程度（個人差あり）検診がある」(福)
- 言語聴覚士、摂食嚥下認定看護師もいない。栄養士がメイン。食事の内容、形態をプライマリーナース、ドクターと検討している。(医)
- 体重減少あったとき栄養評価 NST 専門スタッフが数名きて補食など検討している（医）
- 「歯科医師が外来で週 1 回来ている」(医)

(2)行動障害の食事支援について

①食事支援の場面で人権や倫理面で思うこと

ア 共通点

「集団管理に起因する制限」が見いださ

れた。

イ　福

「献立が決められていることから特定の物しか食べられない」「保温機が限られており適温で提供できない」があった。

ウ　医

「時間の制約」「経口栄養と経管栄養の人を同時に支援する必要があり配慮が至らない」があった。

エ　回答の抜粋

・　「衛生面。天井に投げてしまう人もいる。清潔を保ちつつ行うのは大変だが整えるべき」（福）
・　「食が細くて特定の物しか食べられない。生育の中で提供されなかったものが多いことも見受けられる」（福）
・　「全員分温めて出すのも難しい。汁物は温めるが提供まで時間がたつと冷めてしまう」（福）
・　「時間に追われることが多いので、どうしてもペースが速くなってしまうことが多くて、ゆっくり食事を食べてもらう必要もあるけど他の業務があるからっていうジレンマが時々ある」（医）
・　「経管栄養の人がいる。経口摂取をしている人の前で経管栄養を流すのはかわいそう。口から食べたい希望はあると思うので、直していく必要があると思う」（医）

②　現在行っている又は過去に行った食事支援の内容を教えてください（良い例 good practice、悪い例 bad practice）。

ア　共通点

以下の２つの分類が示された。

・利用者の強度行動障害の特性への配慮
・摂食方法の特異さへの配慮

イ　福

施設で提供される食事が食べられない場合代替品を提供するケースが見られた。

ウ　医

代替品を提供する回答は見られなかった。

エ　回答の抜粋

・　「施設入所前は入院していて、食事を投げて食事がとれていなかった。施設入所後、ヨーグルト、ふりかけなど好きなものを提供するなどしたら体重が回復した」（福）
・　「体重維持ができなくて、よく食べていたものを（関係者に）聞いて、同じものを出したが、偏食がある上に周期もあり、一定期間同じ物を食べ続けた後一切食べなくなると分かったため代替品を探すのに苦労した」（福）
・　「食事を温めたら全部食べるようになったり、温めてほしいものを「チン」と言って要求するようになった。現在は「チン」「してください」のコミュニケーションカードにして支援している」（福）
・　「早食いの人は小分けにすることでゆっくり食べられるようにしている（福）」
・　「かき込み食べは制止しても止まらないので苦労する。小さいスプーンにする、小分けに配膳するなどしているが、それがストレスになって他害につながるので、見守りに変えた」（医）

③　強度行動障害の摂食支援の課題（困難さ）とは何ですか

ア　共通点　なし

イ　福

行動障害は激しい状態に対する困難さ。

ウ　医

食形態や服薬情報に関してスタッフ間の統一を図る困難さ。

エ　回答の抜粋

- 「ひっくり返して床に落ちたものを食べるなど、行動障害が激しいと支援者が食事場面を見られない人もいる」(福祉事業所)
- 「スタッフのモチベーションの維持が難しい。(新しい支援を) やろうと言っても元のやり方でやろうとする人もいる」(医療機関)
- 「食形態を上げるのは難しく、勇気もいる。肺炎になって一時的に食形態を下げた。周りは下げたままで維持したがる。一人の判断で上げると、また誤嚥があったらその人の責任になるという思いもあると思う」(医療機関)
- 「多剤併用。副作用で唾液が出にくくなっているなど、なるべく避けて口の乾燥に対処したいが、Dr.が忙しくカンファレンスできていない」(医療機関)

D. 考察

食事は生命維持に欠かせないものであるばかりか、日常生活の中で頻回に楽しみを得られる時間でもあると考える。しかし、和田（2010）は PDD（広汎性発達障害）の子どもを持つ親の 60%以上が子どもの好き嫌いを経験していると報告し、食べ物の範囲が狭くて拒否する率も高く、また食事用具の要求や厳密な食事時間の要求が多く、その特性に由来している部分もあると指摘している。

このような食事状況に対し本調査では、看護師が専門的に行う食事支援について福祉事業所と医療機関の比較を通じて様々な示唆を得ることができたので、特に報告すべき内容について抜粋し考察した。

①　食事支援の位置づけについて

福祉事業所では「食事場面で発生するコミュニケーションや課題となる行動から、他の生活場面で活用できるヒント」というように、支援のヒントを得る場として積極的な食事場面の活用が見られたが、医療機関では美味しく楽しく食べていただきたいが事故防止の方策を優先せざるを得ないといった回答があった。

いずれも、「栄養バランスよく」「栄養が偏らないように」といった視点を大事にしながら食事を栄養補給だけでなく楽しみの場ととらえている結果が得られた。

②　食事支援の場面で、人権や倫理面で思うこと

「特定の物しか食べられない」「保温機が限られており適温で提供できない」(福)、感覚に過敏であることを考慮すると、食べ物の種類や温度の選択肢が少ない等は、感覚過敏な特性に配慮したくても設備や仕組みによって制限があることにも繋がりかねないことと思われる。

③　強度行動障害の摂食支援の課題

食形態や服薬情報に関してスタッフ間の統一を図る困難さが挙げられていた。特性に配慮するには問題となる行動が発する引き金を減らすことであり、関わる者がそのことを共通理解することが重要であるが、スタッフ間の統一の困難さは深刻な課題であると言わざるを得ない。強度行動障害に関する知識と技術について看護師にも広め

ていく必要性がある。
以上本調査から、強度行動障害の支援に関わる、福祉事業所と医療機関の看護師の状況には以下の３つのポイントがあることが解った。

- 食事を栄養補給だけでなく楽しみの場ととらえている。
- 感覚過敏な特性に配慮したくても設備や仕組みによって制限がある。
- 支援するものが共通基盤になり得ていない恐れがある。

調査の限界

本調査は福祉事業所 3 施設 6 名、医療機関 3 施設 5 名からの結果であることから、限定的な結果であると言わざるを得ない。更なる調査が必要と考える。

E. まとめ

強度行動障害者の支援は福祉と医療の連携なくしてはあり得ないと考える。しかし、専門的な支援の看護師への普及については十分とは言い難いように感じた。今後に期待したい。

＜文献＞

① 和田良久「摂食障害:病態・診断・治療の最前線」精神神経学誌 2010 年 112 巻 8 号
② 弘中祥司「小児の食べる機能の発達と障害」講演資料
③ 中島知夏子「摂食育コミュニケーション食べる指導の実践」83-93　2009

令和５年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と
地域移行に資する研究」（22GC1019）

令和５度分担研究報告書

分担研究課題名：精神科病院における多職種チーム医療体制構築

分担研究者：児玉匡史　（岡山県精神科医療センター）
研究協力者：大重耕三、古田哲也、口羽浩之、山下えりか、楠本麻由、
藤田純嗣郎、福田理尋、黒岡真澄、牧野秀鏡

研究要旨
精神科病院における強度行動障害医療の改善のため、多職種チーム医療体制を構築し、その検証を行った。
令和4年度、岡山県精神科医療センターにおいて病棟横断的に多職種から構成される院内強度行動障害チームを立ち上げた。同チームは強度行動障害の診療にあたる各病棟の治療担当者を対象に、支援・協働を行うとともに、福祉・教育・行政など院外の支援者との連携を強める役割を果たすものである。
令和5年度は、病院スタッフからアンケートを行い、院内チームの活動内容を評価した。精神科病院での強度行動障害への対応には困難を感じることが多く、専門的技法の助言へのニーズが高いことが明らかとなった。院内多職種チームの関与により、構造化やコミュニケーションの工夫などの実践は増えていることが示唆された。一方で、応用行動分析的手法や専門的アセスメントについては、十分な利用に至っていないことが示され、今後の院内チームの活動の方向性が明らかとなった。
本研究により、精神科病院においてより治療的・戦略的に強度行動障害を受け入れるため、院内多職種チームを導入することが有用であることが示唆された。

A．研究目的

精神科病院では、一定数の強度行動障害児者の入院受け入れを行っているが、知的障害・自閉症者にとって不適切な環境、不十分な対応のため、より行動障害を強める結果に至り、長期の隔離を余儀なくされている例が少なくない。長期間の病床占有は精神科救急などの病院機能を維持する上で、大きな負担になっている。そのような背景のもと、当院では強度行動障害の新たな受け入れには消極的・回避的・防衛的となり、地域のニーズに応えきれていない状況があった。

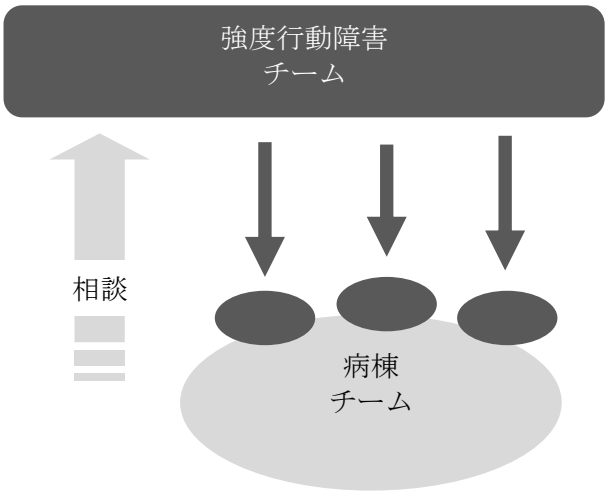
本研究では、精神科病院における強度行動障害治療を適切に行うための院内多職種チームを構築し、その活動の検証を行い、今後の多職種チームのあり方、課題を検討した。

B. 研究方法

令和４年度、院内に多職種から構成された強度行動障害チームを立ち上げ、強度行動障害ケースに関する情報の収集、強度行動障害に対する知識・技術の向上、ケースへの介入などを行った（図 1）。

引き続き令和５年度は、当院多職種スタッフに対し、強度行動障害医療における困難さ、院内強度行動障害チームに対する認知度・満足度・要望などをアンケート調査することで、今後の強度行動障害チームの活動の方向を探索した。

図 1



（研究デザイン）
当院単独・質問紙を用いた横断研究

（アンケート実施時期）

令和５年６月

（対象者）
強度行動障害児者の治療に関わる可能性のある当院スタッフを対象とした。
＜選択基準＞
・対象部署は入院病棟、外来およびデイケアスタッ

フ。
・対象職種は、看護師、医師、作業療法士、臨床心理士、精神保健福祉士とする。
・令和4年度に対象部署に勤務していた対象職種スタッフのうち、研究参加に同意が得られた者。
＜除外基準＞
令和4年度の対象病棟への勤務期間が6ヶ月未満の者
（評価項目）
・対象者基本情報；職種、経験年数、所属部署
・強度行動障害への関わりの有無
・強度行動障害に対する必要度、困難度
・強度行動障害に対する構造化など治療技法の必要度、実践度
・強度行動障害チームの認知度、要望

（倫理面への配慮）
岡山県精神科医療センター倫理委員会にて研究実施承認を得ている。

C．研究結果

（回答率）
対象者235人のうち、198人から回答を得た。回答率は84%であった。各職種別の回答率は以下のとおりである。
・医師　23/26 88%
・心理士　13/13 100%
・作業療法士　12/12 100%
・精神保健福祉士　18/18 100%
・看護師　132/166 80%

看護師の所属病棟別回答率は以下のとおりである。
・児童・思春期病棟　16/16 100%
・依存症病棟　12/21 57%
・一般病棟　15/29 52%
・救急急性期病棟①　22/27 81%
・救急急性期病棟②　24/25　96%
・医療観察法病棟　31/36 86%
・外来　12/12 100%

（経験年数）
対象者の経験年数は以下のとおりである。
1-5年　21%
6-10年　22%
11-15年　18%
16-20年　12%
21年以上　27%

（強度行動障害の定義理解）
図2　強度行動障害の理解度　職種別

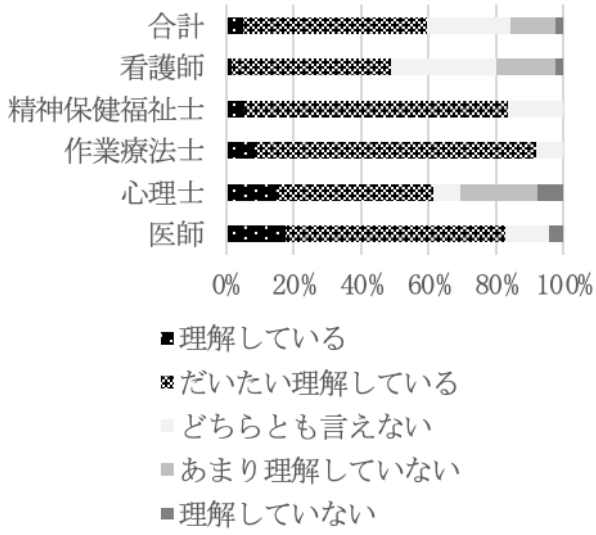
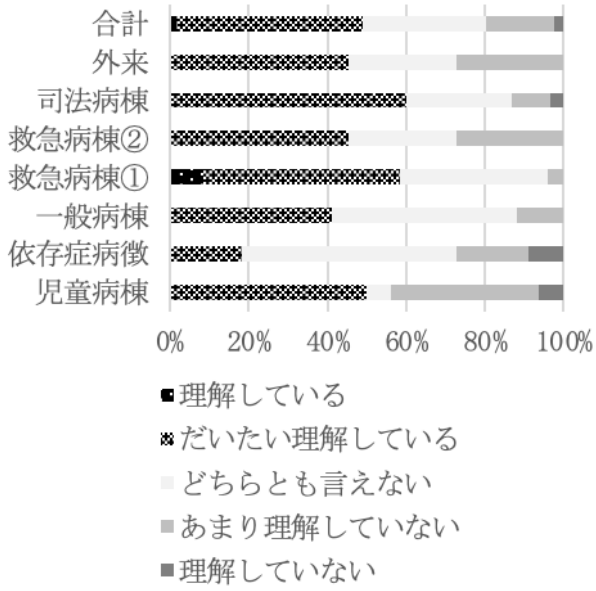


図3　強度行動障害の理解度　病棟別（看護師）



（強度行動障害の経験）
図4　強度行動障害に携わった経験　職種別

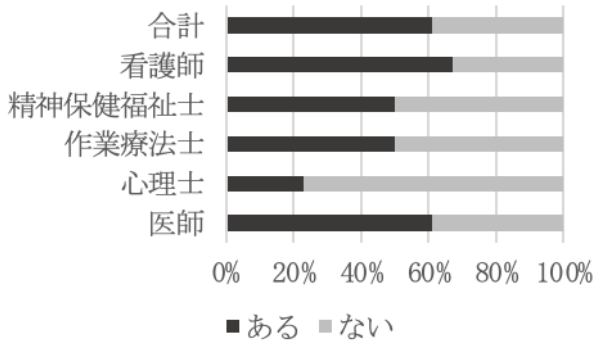
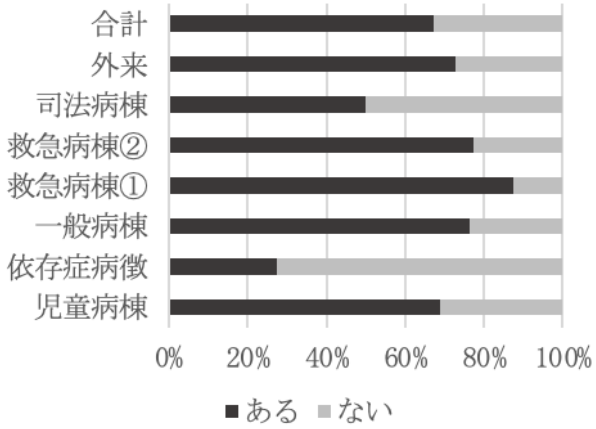


図5　強度行動障害に携わった経験　病棟別（看護師）



（精神科病院の関わりの必要性・困難度）

図6　精神科病院で治療する必要性　職種別

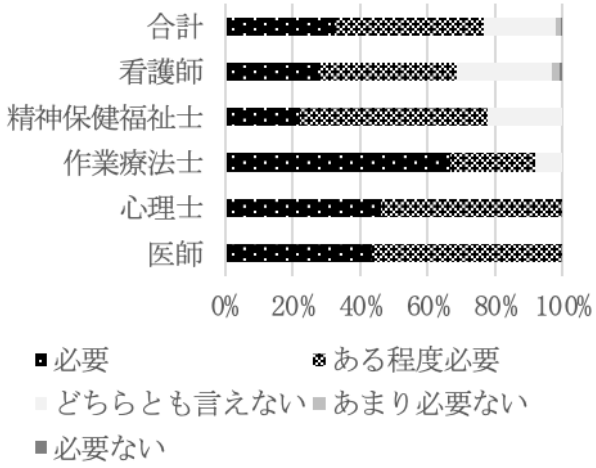


図7　精神科病院で治療する必要性　病棟別（看護師）

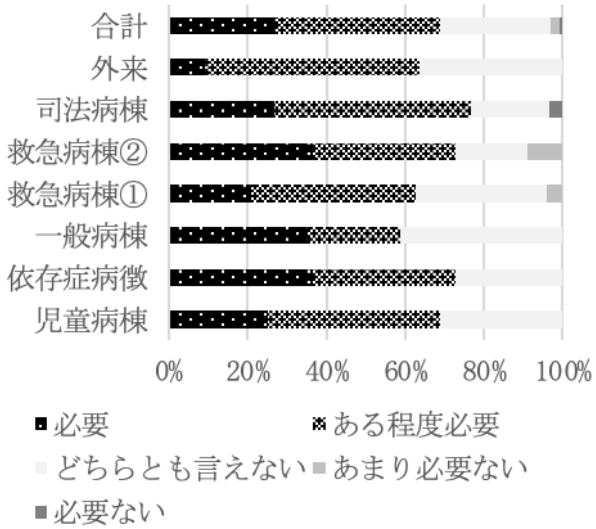


図8　強度行動障害に対する困難度　職種別

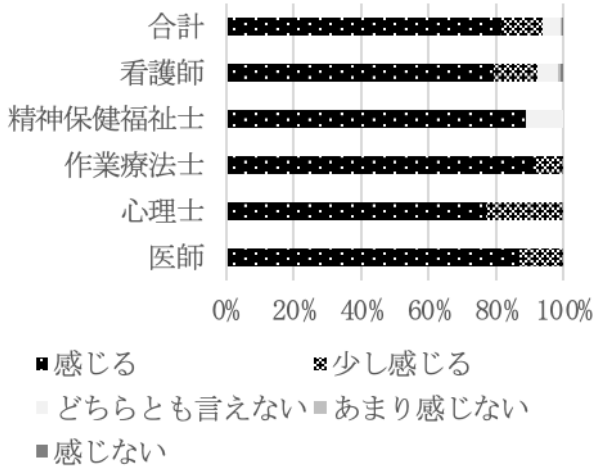
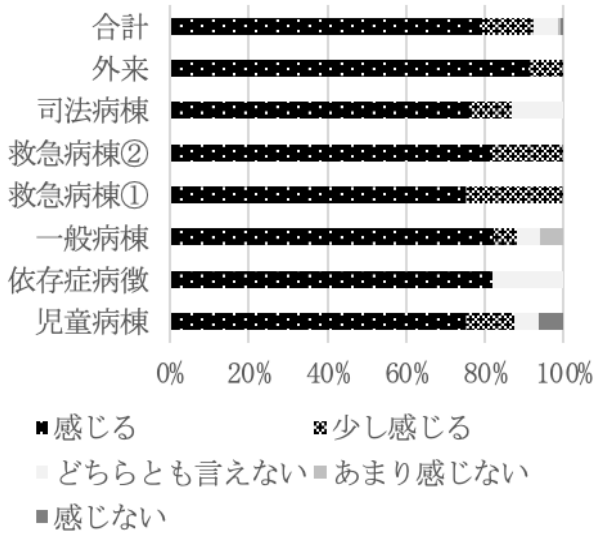


図9　強度行動障害に対する困難度　病棟別（看護師）



（強度行動障害に対する専門的技法の知識、実践度）

図10　構造化の実践度　職種別

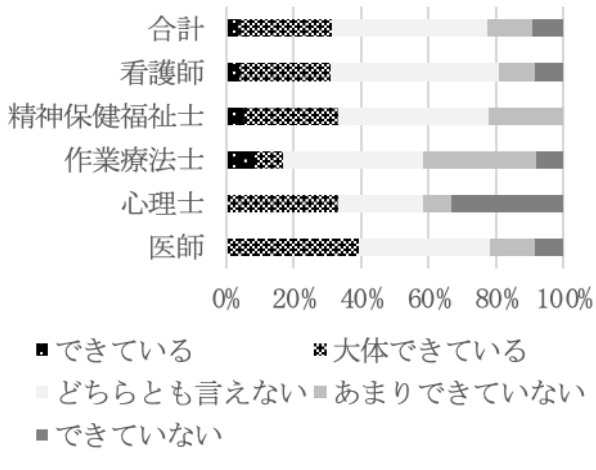


図11　構造化の実践度　病棟別（看護師）

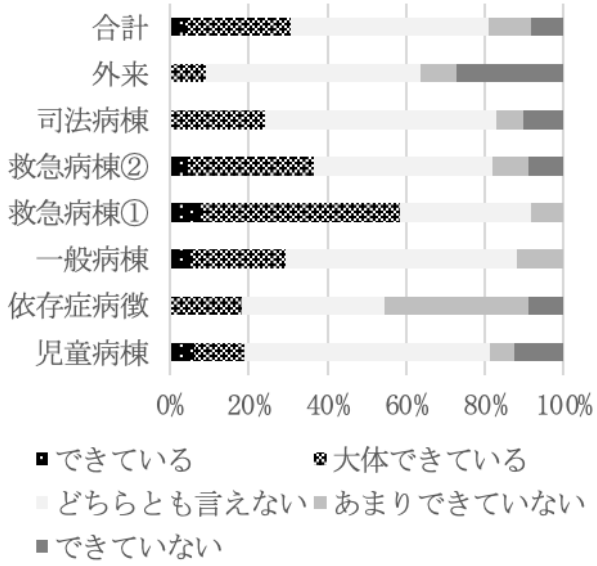


図12　構造化の必要性　職種別

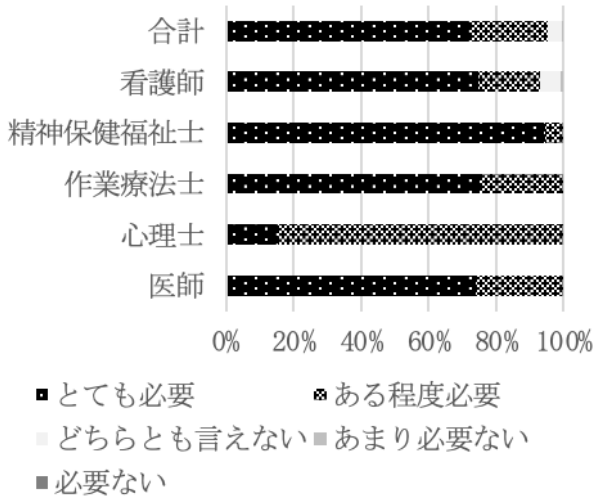


図13　構造化の必要性　病棟別（看護師）

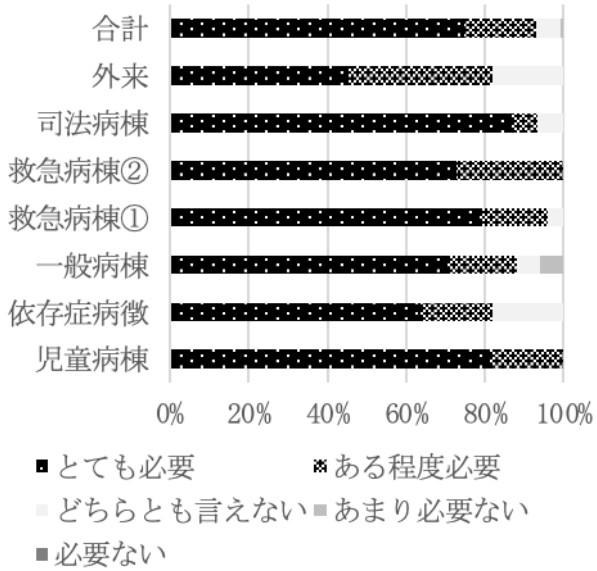


図14　応用行動分析の実践度　職種別

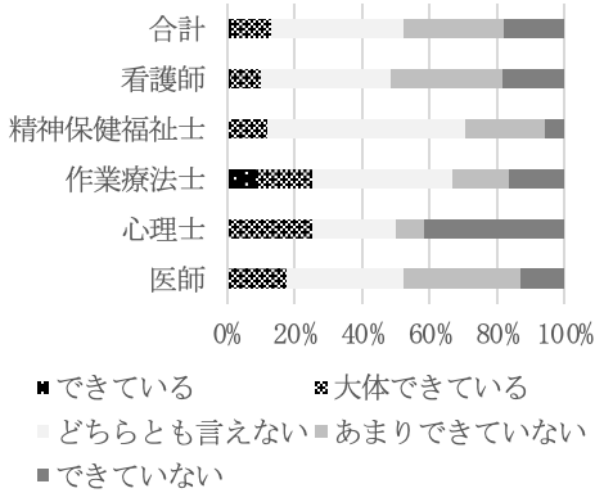


図15　応用行動分析の実践度　病棟別（看護師）

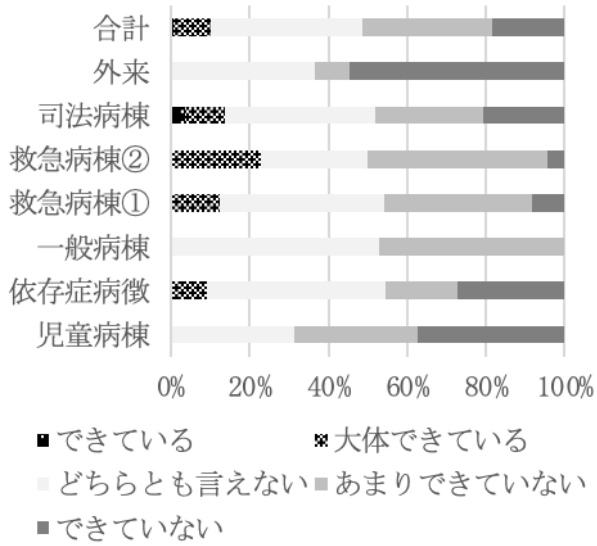


図16　応用行動分析の必要度　職種別

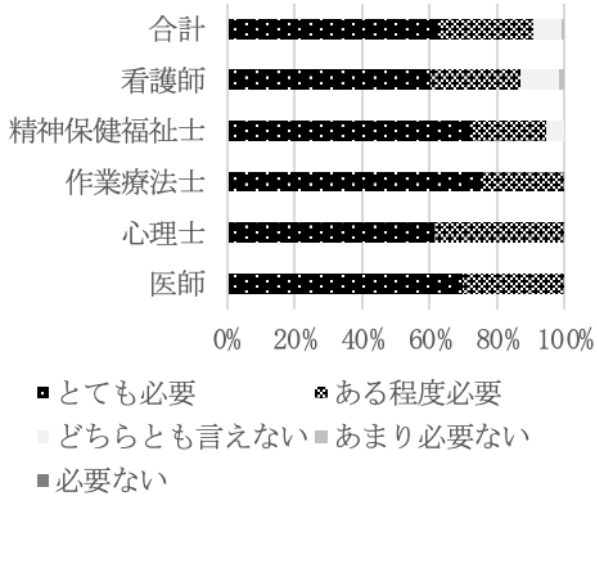


図17　応用行動分析の必要度　病棟別（看護師）

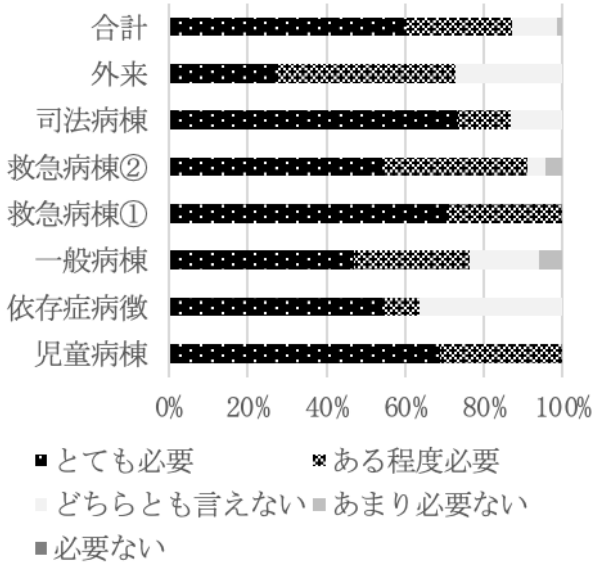


図18　コミュニケーションの工夫実践度　職種別

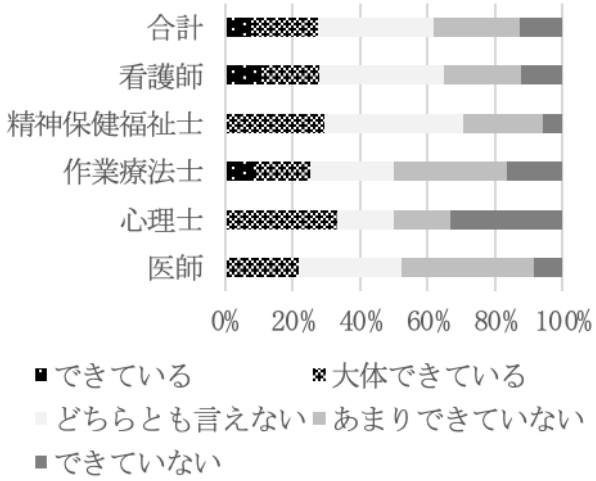


図19　コミュニケーションの工夫実践度　病棟別（看護師）

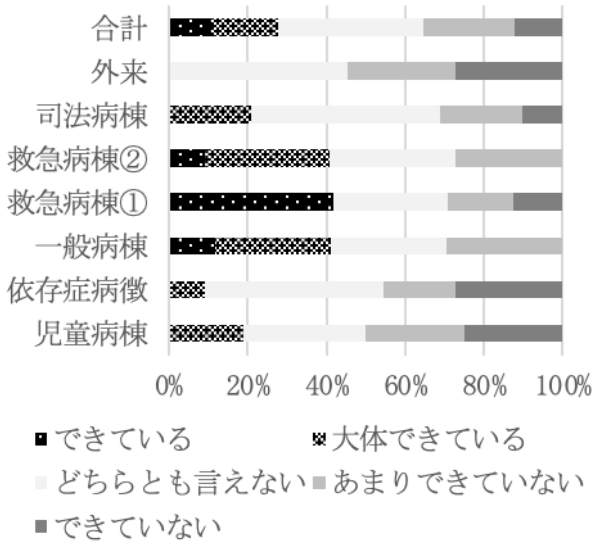


図20　コミュニケーションの工夫必要度　職種別

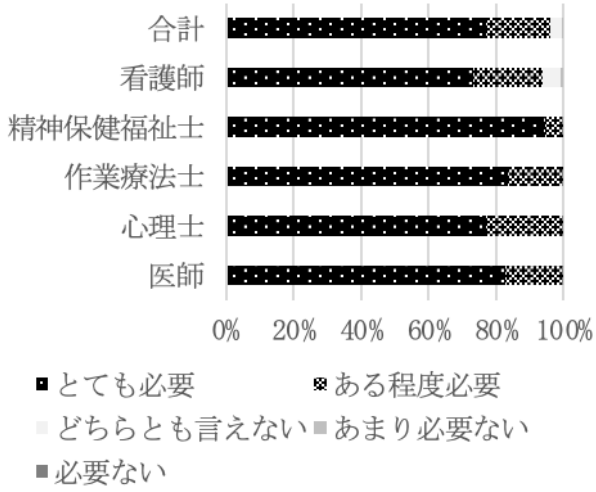
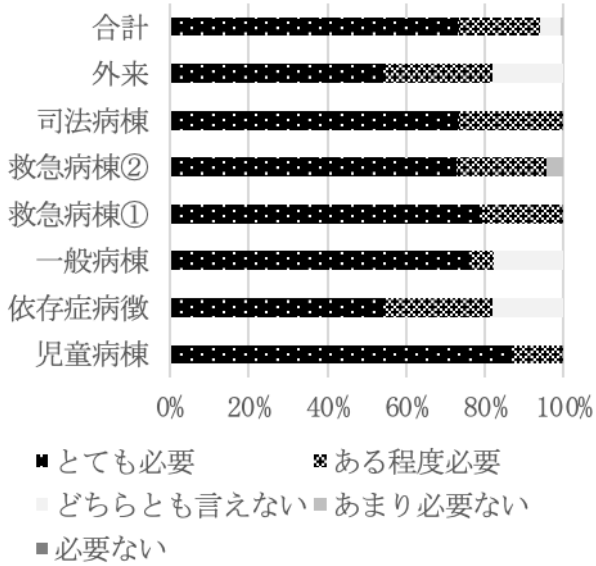


図21　コミュニケーションの工夫必要度　病棟別（看護師）



（院内チームの認知度・要望）

図22　院内チーム認知度　職種別

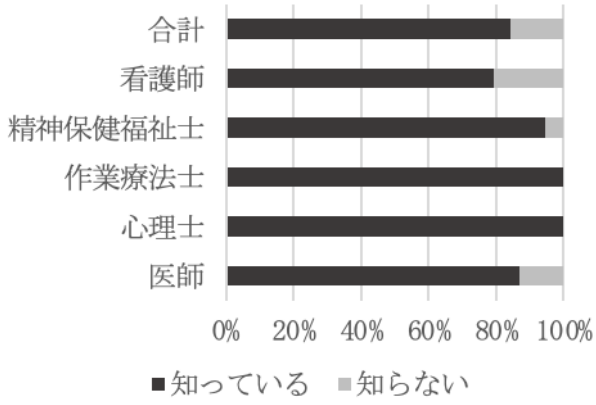


図23　院内チーム認知度　病棟別（看護師）

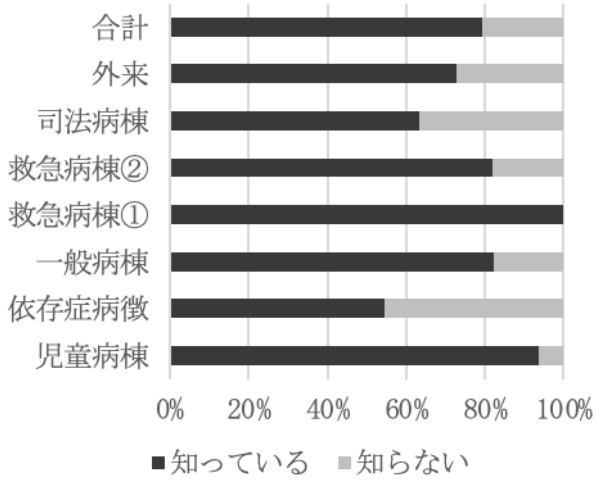


図24　院内チームへの関与経験　職種別

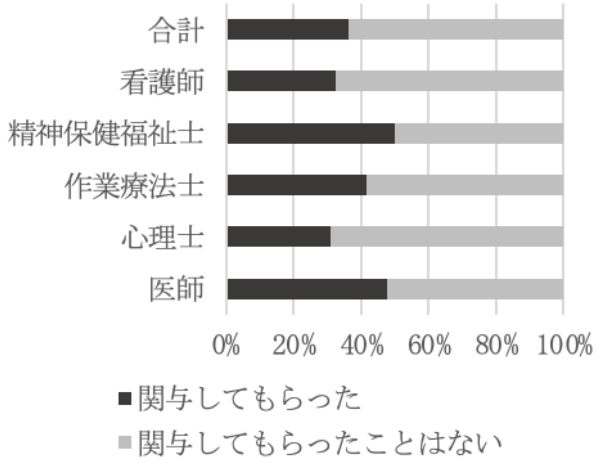


図25　院内チームへの関与経験　病棟別（看護師）

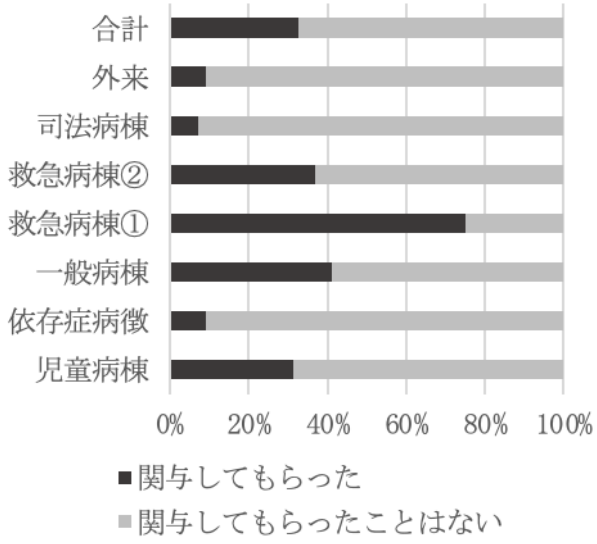


図26　アセスメントシートの認知度　職種別

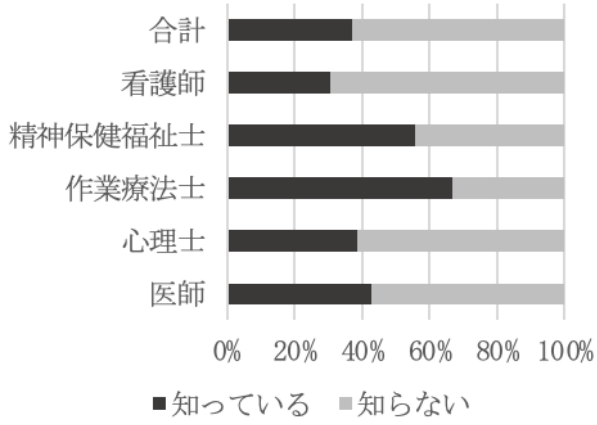


図27　アセスメントシートの認知度　病棟別（看護師）

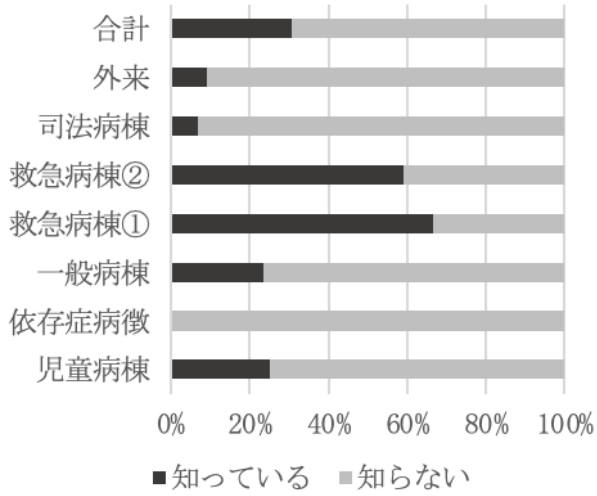


図28　アセスメントシート活用度　職種別

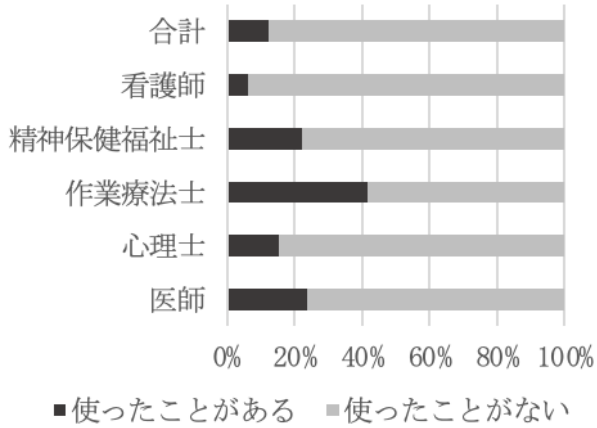


図29　アセスメントシート活用度　病棟別（看護師）

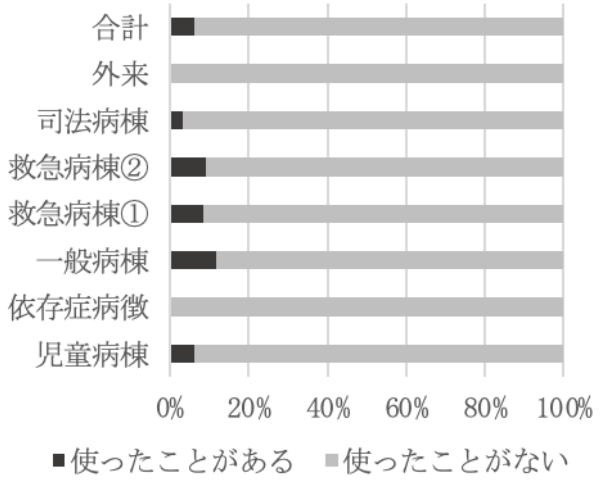
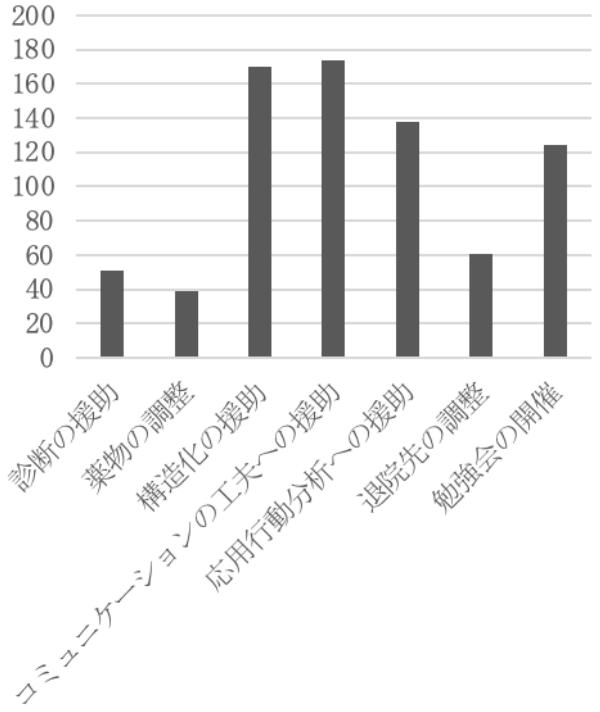


図30　院内チームへの要望



D. 考察

（定義の理解・関わり）

約6割のスタッフが強度行動障害の定義を理解していたが、強度行動障害と接点の少ない依存症病棟では他病棟に比較し理解度は低かった（図2、図3）。

約6割のスタッフが強度行動障害に関わった経験を有していた。病棟別では、依存症病棟、医療観察法病棟では経験が少なかった。職種別では、他職種に比べ心理士で関わりが乏しかった（図4、図5）。

（必要度・困難度について）

強度行動障害の医療の必要性について、スタッフの75%が必要と感じている。一般病床は他病棟に比較すると低い数字であった（図6、図7）。困難事例・長期入院者を受け入れることの多い病棟であり、対応の困難さを実感していることがこのような結果に結びついているのかもしれない。

強度行動障害の対応においては、スタッフの90%以上が困難を感じており、いずれの職種・部署でも同様であった。精神科病院における対応の難しさ、苦手意識を反映している（図8、図9）。

（専門的治療技法について）

専門的知識・介入のうち、環境の構造化、コミュニケーションの工夫などについては、いずれの職種・部署においても必要性を理解していた（図12、図13、図20、図21）。一方で、実践は未だ十分には行われておらず、また部署により差が生じていた。救急急性期病棟①で多く実践されていた（図10、図11、図18、図19）。救急急性期病棟①は最も強度行動障害の受け入れ、院内チームの介入も多い病棟であり、院内チームの働きかけが専門的介入の実践に繋がったものと思われる。

一方、応用行動分析的手法については、その必要性は認識されているものの、実践度は構造化、コミュニケーションの工夫に比較すると、低い数値にとどまった（図14、図15、図16、図17）。概念の理解や実践に高いハードルがあることが伺われた。今後、重点的に院内チームとして働きかけを行っていく部分と思われる。

（院内チームについて）

強度行動障害チームの院内での周知度は約80%に達していた（図22）。やはり、強度行動障害への関わりの少ない依存症病棟、医療観察法病棟での周知度は低かった（図23）。また、令和4年度強度行動障害チームには救急急性期病棟①と一般病床所属の看護師のみがメンバーとして参加しており、それら以外の病棟所属の看護師が含まれていなかったことも背景にあるものと推測された。

院内チームのケースへの関与は、受け入れの多かった救急急性期病棟①が最も多かった。依存症病棟、医療観察法病棟は対象患者が少ないため、チームの関与もわずかであった。外来ケースは一定数存在しているものの、外来での院内チームの活動は少なく、今後テコ入れが必要な部署と思われる（図24、図25）。

院内チームの作成した「アセスメントシート」の認知度は救急急性期病棟などでは高まっていたものの、実際の利用はまだ追いついていない状況が見て取れた（図26、図27、図28、図29）。

院内チームへの期待として、専門的治療技法に関する助言ニーズが多く、次いで院内勉強会の開催があげられた（図30）。ここでも、専門的治療技法の必要性と実践度の乖離が反映されているものと考えられた。

自由記載の項目では、院内チームに関する内容（支援内容、依頼方法などが分からない）、院内教育への要望が多く聞かれた。

（アンケート実施後の院内チーム改善点）

本アンケートを実施後、院内チームのあり方を以下のように改善していった。

・令和4年度は、院内チームに所属する看護スタッフは救急急性期病棟①と一般病床から1名ずつ計2名のみであったが、令和5年度はすべての病棟、外来から1名ずつ所属することとした。これにより、強度行動障害に関わることの少なかった病棟にも情報発信がスムーズにできる体制となった。
・院内チームの認知度を上げるため、チームの紹介と依頼方法を院内のデジタルサイネージを用いて行うようにした。
・チーム所属の看護師、作業療法士が講師として事例を用いた院内全体勉強会を開催し、院内全体の知識向上を図った。
・応用行動分析的手法の知識・技術向上のため、まず院内チーム内での定期勉強会を開始した。今後、チームメンバーから各病棟スタッフへ浸透させていきたい。
・院内の強度行動障害対応の均てん化のため、強度行動障害入院時パスを作成中である。

E. 結論

精神科病院における強度行動障害治療の改善のため、院内に多職種からなる専門チームを立ち上げ、情報の収集、知識・技術の向上、ケースを担当する病棟スタッフへの支援・協同を行った。

1年間の院内チームの活動後、病院スタッフよりアンケートを行い、活動内容を振り返った。精神科病院での強度行動障害への対応には困難を感じることが多く、専門的技法の助言へのニーズが高いことが明らかとなった。院内多職種チームの関与により、構造化やコミュニケーションの工夫などの実践は増えていることが示唆された。一方で、応用行動分析的手法や専門的アセスメントについては、十分な利用に至っていないことが分かり、今後の院内チームの活動の方向性が明らかとなった。

本研究により、精神科病院においてより治療的・戦略的に強度行動障害を受け入れるため、院内多職種専門チームを導入することが有用であることが示唆された。

F. 研究発表

羽原悠平、児玉匡史、大重耕三、来住由樹、山田了士、中島豊爾
精神科病院における強度行動障害への取り組み−院内多職種強度行動障害チームの立ち上げを通じて−
第63回中国・四国精神神経学会　2023年11月10-11日　岡山国際交流センター

G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

強度行動障害に関するアンケート

以下の問の当てはまる番号に〇をつけて下さい。

問 1 あなたの職種は何ですか？
1. 看護師
2. 作業療法士
3. 精神保健福祉士
4. 心理士
5. 医師

問 2 現在の職種の経験年数はどれに当てはまりますか？
1. 1-5 年
2. 6-10 年
3. 11-15 年
4. 16-20 年
5. 21 年以上

問 3 令和 4 年度主に勤務していた病棟・部署はどれに当てはまりますか？
1. 西 2 病棟
2. 西 3 病棟
3. 西 4 病棟
4. 中 2 病棟
5. 中 3 病棟
6. 東病棟
7. 外来・デイケア
8. その他（　　）

問 4 強度行動障害の定義を理解していますか？
1. 理解している
2. だいたい理解している
3. どちらとも言えない
4. あまり理解していない
5. 理解していない

問 5 令和 4 年度勤務していた病棟で強度行動障害の患者さんの診療に携わったことがありますか？
1. ある
2. ない

問 6 強度行動障害の患者さんを精神科病院で治療する必要性をどのように感じますか？
1. 必要
2. ある程度必要
3. どちらとも言えない
4. あまり必要ない
5. 必要ない

問 7 強度行動障害の患者さんの対応に、どのくらい困難さを感じますか？
1. 感じる
2. 少し感じる
3. どちらとも言えない
4. あまり感じない
5. 感じない

問 8 強度行動障害に対して、構造化（スケジュールを用いる、生活と作業の場所を分ける、など）はどれくらい実践できていますか？
1. できている
2. 大体できている
3. どちらとも言えない
4. あまりできていない
5. できていない

問 9 強度行動障害に対して、構造化の知識はどれくらい必要だと思いますか？
1. とても必要
2. ある程度必要
3. どちらとも言えない
4. あまり必要ない
5. 必要ない

問 10 強度行動障害に対して、応用行動分析（課題行動について、きっかけ・行動・結果を探り、行動の変化を目指す手法）はどれくらい実践できていますか？
1. できている
2. 大体できている
3. どちらとも言えない
4. あまりできていない
5. できていない

問 11 強度行動障害に対して、応用行動分析の知識はどれくらい必要だと思いますか？
1. とても必要
2. ある程度必要
3. どちらとも言えない
4. あまり必要ない
5. 必要ない

問 12 強度行動障害に対して、コミュニケーションの工夫（コミュニケーション・ボードやコミュニケーション・カードなど）はどれくらい実践できていますか？
1. できている
2. 大体できている
3. どちらとも言えない
4. あまりできていない
5. できていない

問 13 強度行動障害に対して、コミュニケーションの工夫はどれくらい必要だと思いますか？
1. とても必要
2. ある程度必要
3. どちらとも言えない
4. あまり必要ない
5. 必要ない

問 14 院内強度行動障害チームを知っていますか？
1. 知っている
2. 知らない

問 15 強度行動障害の患者さんの診療にあたって、強度行動障害チームに関与してもらいましたか？
1. 関与してもらった
2. 関与してもらったことはない

問 16 「強度行動障害アセスメントシート」を知っていますか？
1. 知っている
2. 知らない

問 17 「強度行動障害アセスメントシート」を使ったことがありますか？
1. 使ったことがある
2. 使ったことがない

問 18 強度行動障害チームに期待することはどのようなことがありますか？複数回答可。
1. 診断の援助
2. 薬物の調整
3. 構造化の援助
4. コミュニケーションの工夫への援助
5. 応用行動分析への援助
6. 退院先の調整
7. 勉強会の開催
8. その他（　　）

問 19 その他、強度行動障害チームへのご意見があれば自由にお書き下さい。

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

分担研究報告書

研究課題名（課題番号）：入院中の強度行動障害への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

分担研究課題名：入院中の強度行動障害者の専門治療・研修プログラムにおける構造化の導入

研究分担者：田中恭子（国立病院機構菊池病院）

研究要旨

精神科病院に強度行動障害をもつ児・者が入院した場合、主に患者と接するのは看護師を中心とする病棟職員である。しかし我が国の現状として、強度行動障害支援に不可欠な自閉症スペクトラムの理解や支援スキルに関する職員研修が十分に実施されているとは言えない。さらに座学の研修だけでは、実際の現場にいかすことが難しいことも指摘されてきた。

当院では強度行動障害をもつ児・者が入院する専門病棟において、構造化に関するワークショップを過去 4 年実施してきた。そこで学んだ知識やスキルを、実際の行動障害の改善に応用する力をつけることを目標とし、フォローアップ研修を行った。上級者がスーパーバイザーとして研修を遂行し、症例を絞って 1 年間をかけて丁寧にケーススタディを行った。フォローアップ研修により患者の行動障害が改善すること、および QOL が向上することを目標とした。また職員の自閉症スペクトラムや構造化についての知識の向上、自己評価の向上も目指した。

ケーススタディを行った 1 例は行動障害が改善し QOL が向上した。1 例は評価尺度での行動障害の改善はなかったが QOL が改善し、地域の GH への退院が可能となった。職員の ASD や構造化についての知識は改善がなかったものの、自己評価は高まった。フォローアップ研修について、コアメンバーとして参加した職員からは高い評価が得られた。

当院で実施した実践的な現場における研修を POINT モデルとして提唱した。今後、他の医療機関や組織でも実行可能であるか、検証が必要である。

A.研究目的

自傷や他害などの激しい行動障害、いわゆる強度行動障害の状態が長期に及ぶと家族や施設職員は苦慮・疲弊し、精神科病院への入院が必要となる場合がある。一般の精神科病院では入院の目標は行動障害がいくらか改善することや支援者のレスパイトであることが多く、行動障害に対して積極的な介入を行うこととは難しい。主に看護師が直接患者と接するが、必ずしも看護師は強度行動障害や自閉症スペクトラム（以下、ASD）への専門的対応を習得しているわけではなく、職員が戸惑うことも多い。

医療者に対する研修として、強度行動障害チーム医療研修が 2015 年より行われいるが、全国的にみても参加者数は 1000 名程度であり、どの医療機関にも研修修了者がいるといった状況ではない。また、研修を受

けても実際の現場に戻った時に、受講内容をいかして支援を実行することは難しいことが福祉領域から報告されている。座学だけではなく、実際の現場で経験あるスーパーバイザーのもとで指導を受けることが、支援力向上には望ましい。

国立病院機構菊池病院（以下、当院）には強度行動障害児・者が入院する病棟が 2 つ（それぞれ定床 50）あり、約 8 割の方が強度行動障害をもつ状態にあるが、専門的な治療の取り組みは十分とは言えない状況である。分担研究者は令和元年より当院において構造化ワークショップを開始し、その効果や課題について報告してきた。まず病棟において中心的に動くことができる職員の育成を目的とし、令和 1〜2 年には病棟より数名の職員を選抜し、ワークショップを行った。参加した職員によって構造化が病棟で実行できることが分かったが、病棟全体で統一した関わりを行うことが課題となった。そこで令和 3〜4 年には、各病棟の全職員を対象にワークショップを行った。これらによって病棟内で統一した関わりとして構造化を用いるための基盤は形成できた。しかしながら、これまでの取り組みは構造化を試行的に実施することを目的としていたために、やってみた時にうまくいかなかったことをもう一度考え直し、構造化し直す（再構造化）ことはできていなかった。そのため、“構造化してもうまくいかなかった”という不全感で終わっていた事例もあった。再構造化を繰り返すことこそ、継続的な支援では重要である。そこで今年度は上級者（医師）の指導のもと、実際の支援の現場で構造化を用いた行動障害改善を目的としたフォローアップ研修を行うこととした。このような現場でのハンズオンの職員研修・患者支援がどのような影響を及ぼすかについて、フォローアップ研修の前後を比較することによって検証した。患者の状態については行動障害が改善するとともに QOL が改善することを目的とした。職員については、ASD や構造化についての知識やスキルが向上し、今後他の患者の支援に応用していくための自信や病棟として支援力が向上することを目指した。

B.研究方法

1. フォローアップ研修の方法

それぞれの病棟において強度行動障害をもつ対象者を 1 名ずつ特定し、令和 5 年度の 1 年間をかけて行動障害の改善を目指し、ケーススタディを行った。1 年間のおよそのスケジュールは表 1 のとおりである。

表 1

4月	ケースの決定
5月	行動障害の観察・データ収集
6月	標的行動の決定
7月	標的行動についてのABC分析
8月	氷山モデルに基づく仮説の決定とプラン立案
9月	構造化の実行
10月	再構造化 1
11月	再構造化 2
12月	再構造化 3
1月	再構造化 4
2月	再構造化 5
3月	まとめ

毎月のテーマに沿い、スーパーバイザーである医師と受け持ち看護師、および数名の看護師からなるコアメンバーを中心として、対象患者に対する支援について継続的にディスカッションし実践した。病棟全体でのカンファレンスを月に 1 回 30 分定期的に行い、コアメンバーや受け持ち看護師とは随時コアメンバー会議を行った。

2. 対象患者

各病棟の対象患者の状態像を表 2 に示す。対象患者は病棟職員と相談し、強度行動障害の状態を示す ASD を伴う知的障害者であること、受け持ち看護師のスキルや知識などを考慮し、医師が決定した。フォローアップ研修の前後で、強度行動障害スコア、行動関連項目判定スコア、ABC-J、BPI-S について受け持ち看護師が評価をした。行動障害に対してやむを得ず、行動制限（隔離や身体拘束）を行っている場合、その時間や内容についても調査した。行動障害の改善だけでなく患者の生活の質（QOL）がどれくらい改善したかについて、試案として Scale of Quality Life for People with Challenging Behaviors（以下 SQPCB）を作成し評価を行った（資料 1）。

3. 職員

各病棟のコアメンバーは、症例 1 は看護師 3 名、症例 2 は看護師 3 名、療育指導員 1 名、精神保健福祉士の計 5 名である。フォローアップ研修の前後（2023 年 6 月・2024 年 3 月）で、下記の各質問に回答を依頼した。強度行動障害をもつ利用者への支援に対する意識については 8 つの質問（例、強度行動障害をもつ方への支援は難しい）に対して「強くそう思う」5 から「強くそう思わない」1 の 5 件法で尋ねた。支援に対する自己評価は「利用者の問題行動に対してどれくらい対応することができると感じていますか」という問いに対して、「できている」4、「少しできている」3、「あまりできていない」2、「できていない」1 の 4 件法で回答を得た。ASD と構造化についての知識は、分担執筆者が 20 問の正誤問題を作り、その正答率を比較した。20 問の質問は、分担執筆者の他、TEACCH Autism プログラムの資格をもつ 2 名の医師が内容を確認し、作成された。フォローアップ研修に対する評価は「とても良かった」5 から「良くな

表 2

	症例 1 ：30代・男性 ASD、ID（最重度）		症例 2 ：20代・女性 ASD・ID（重度）、てんかん
観察された問題となる行動	他害（足蹴り、つかみかかり）、 不潔行為、服破り、大声、睡眠		他害、器物破壊、不潔行為、こだわり
標的とした行動・頻度（プレ）	服破り　6回/2週間	足蹴り　8 回/3週間	服をトイレにつける　31回/2週間
実行した支援	・行動の出やすい時間帯に予め飴を食べる ・手に紙を握らせる ・本人の好む感触の衣類に変える ・部屋を暗くする	・対応人数を減らす ・スタッフの身に着けているものを外す ・静かな環境にする ・解除部位をマグネットを見せて示す ・解除部位を触って知らせる	・スケジュールの作成 ・絵カードにより服要求（1日5枚） ・約束表 ・ホールへの時間開放 ・余暇活動・自立活動の実施
標的とした行動・頻度（ポスト）	服破り　3回/2週間	足蹴り　0回/2週間	服をトイレにつける　0〜3回/日

かった」1 の 5 件法で回答を得た。フォローアップ研修が病棟に変化をもたらしたかについても、「大きな変化があった」5 から「全く変化がない」1 の 5 件法で回答してもらった。コアメンバー、病棟看護幹部（病棟師長・病棟副師長）は、フォローアップ研修についての評価、研修で良かった点・難しかった点などの自由記述についても求めた。

（倫理面への配慮）

入院している患者本人は知的障害があり理解が難しいため、家族に対して研究主旨を文書にて説明し、同意を得た。職員に対しても研究主旨を文書にて説明し、同意を得た。職員の調査は無記名とし、個人の特定ができないように個人情報保護に努めた。当院の倫理委員会の承認を得ている。

C.研究結果

1. 患者について

症例 1・2 の行動障害の状態と実行した支援の内容、標的となった行動と出現頻度の前後比較について表 2 に示す。またフォローアップ研修前後のデータについて表 3 に示す。

【症例 1】前期は「服を破る」という行動を標的行動として取り組んだ。本人の感覚過敏や余暇活動の乏しさなどに気づき、手に代替の物を握らせる、本人の好む感触の衣服の調整を行うことによって、ほとんどその行動がみられなくなった。そのため、後期にもう一つの行動障害「足蹴り」にも取り組んだ。足蹴りがあるために、拘束解除がなかなかできず、本人も欲求不満や不穏が続き、対応に苦慮していた。足蹴りがでなかった時の状況に受け持ち看護師が着目し、多人数での対応から少人数の対応に変え、静かな声かけと共に拘束解除する部位を視覚的・触覚的に予告することによって安全に拘束解除ができることが増えた。標的行動の出現頻度はほぼ 0 となった。行動関連項目にはほとんど変更なかった（17→18）ものの、強度行動障害判定スコア（43→27）、ABC-J（123→109）、BPI-S（51→36）のいずれも値が大幅に低下した。また行動制限の内容が大幅に改善した。研修前は 5 点身

表 3

	症例１：30代・男性 ASD、ID（最重度）		症例２：20代・女性 ASD・ID（重度）、てんかん	
	プレ	ポスト	プレ	ポスト
行動関連項目	17	18	7	12
強度行動障害判定スコア	43	27	5	35
ABC-J	123	109	17	35
BPI-S	51	36	7	37
行動制限	24時間身体5点拘束	ほぼ毎日30分～2時間の身体拘束フリー	24時間隔離	毎日朝の会に参加、一日3時間の室外フリー
SQPCB	6	19	14	22
その他	全体的に穏やかになり、標的行動以外の行動障害も減った		地域のGHへ退院することができた	

体拘束を毎日終日行っており、拘束解除できる日が8回/月、最長でも30分であった。しかし、研修後は身体拘束解除が可能な日が大幅に増えて24回/月、2時間開放できる日もあった。標的行動の足蹴りの頻度が減っただけでなく、その他のつかみかかりや大声などの行動障害の頻度も少なくなり、全体的に穏やかとなって笑顔がみられる時間も増えた。また身体的な状態も改善し、以前は夜間睡眠が十分にとれず叫声や多動が強く、痩せが著しかった。血液検査でも脱水や栄養状態不良の所見があった。取り組み後は食事量、薬物量は変えていないにもかかわらず体重は1年間で10kgほど増えて適正体重になり、血液検査異常も改善した。これらの全ての取り組みの結果から、SQPCBは6→19点と大幅に改善を認めた。

【症例2】衣類にこだわりがあり、衣類交換の目的を果たすため「服をトイレにつける」行動が出現する患者に対し、取り組みを行った。一日の流れを示すスケジュール、服の交換回数を分かるような交換カード、ホールでの時間開放と約束表、個別の時間充実のための自立課題活動などの導入を行った。本症例では、行動関連項目、強度行動障害判定スコア、ABC-J、BPI-Sの値はいずれも上昇している。しかし、これは取り組み開始時には隔離をしていたために問題となる行動が出ていなかったが、行動制限の緩和とともに刺激に触れる機会も増え、他害や大声などの問題が顕在化したためである。支援上の課題は増えてはいるものの、SQPCBは14から22点へと上昇した。患者のQOLという視点でみれば、終日隔離をされているよりも、室外での活動に参加することができたことでの楽しみや喜びは提供できたのではないかと思われる。本症例は、療養介護の認定が1年と期限付きの患者であったことから、地域への退院を目指した。地域とのオンラインミーティングや宿泊体験などを繰り返し、他県のグループホームへの退院をすることができた。

2. 職員について

①強度行動障害をもつ利用者への支援について

フォローアップ研修の前後では大きな変

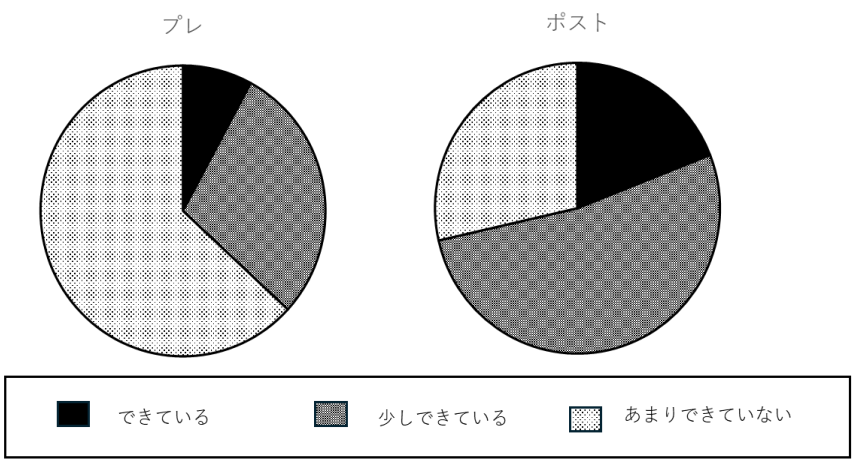


図1　支援に対する自己評価

化はみられなかった。

②支援に対する自己評価

プレでは「あまりできていない」63%が大多数であったのに対して、ポストでは「少しできている」52%が過半数を超えた。「できている」と答えた回答者も、プレでは 8%であったが、ポストでは 19%に増加していた（図 1）。

③ASD・構造化についての知識（20 点満点）

ASD については、プレ 16.7 点、ポスト 16.3 点とほとんど変化はなかった。構造化については、プレ 17.1 点、ポスト 17.2 点であった。ASD も構造化もいずれもフォローアップ研修を行っても得点は上昇しなかった。

④フォローアップ研修に対する評価

全体では「とても良かった」21%、「良かった」50%、「どちらでもない」29%で、7 割以上の職員は肯定的な評価をしており、平均は 3.9 であった。コア・幹部メンバーによる評価の平均は 4.5、それ以外の職員の平均は 3.8 と大きな差があり、コアメンバーとして主体的・積極的参加をした職員や病棟幹部からの評価は高かった。

フォローアップ研修が病棟に変化をもたらしたかについては、「大きな変化があった」19%、「少し変化があった」40%で過半数は何らかの変化をもたらしたと考えていた。しかし「どちらでもない」31%、「あまり変化がない」10%という意見もあった。コア・幹部メンバーは何らかの変化を感じており平均は 4.3 となったが、それ以外の職員からは「どちらでもない」「あまり変化がない」との回答があり平均も 3.5 と低かった。どのような変化があったかについては、「定期的なカンファレンスを行い事例検討する機会をもつようになった」「問題行動についての対応を病棟全体で考え取り組むことができた」「1 人の利用者のことを全スタッフで

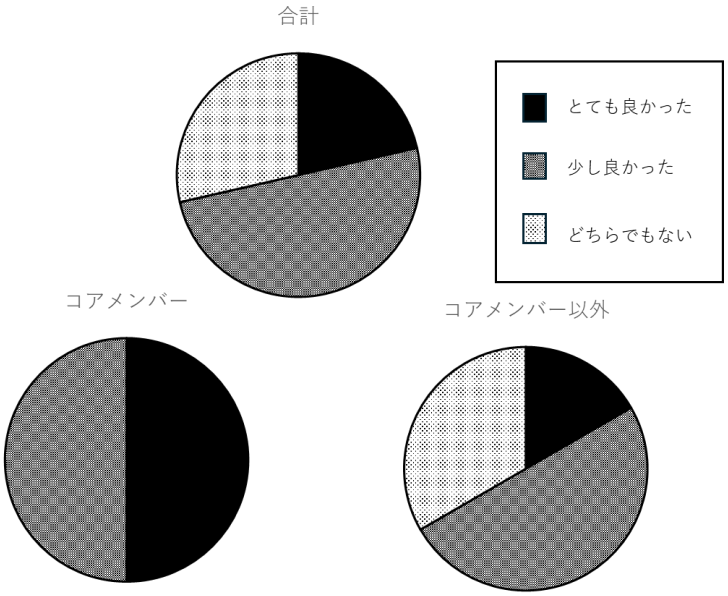


図2　フォローアップ研修の評価

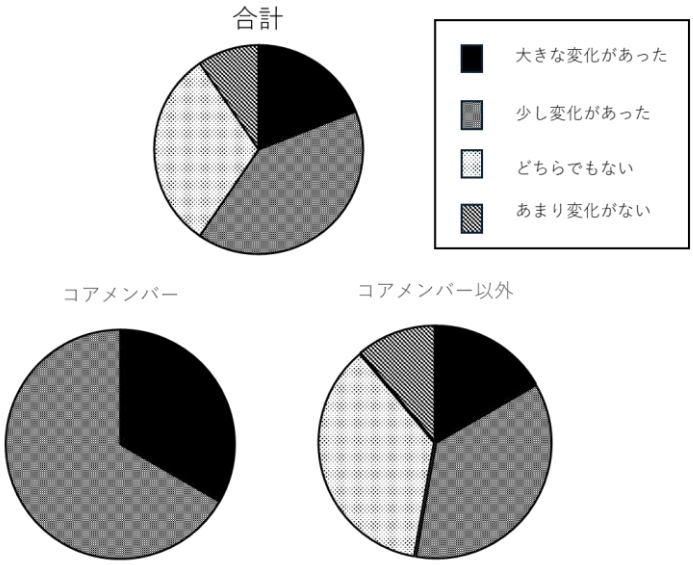


図3　病棟に変化をもたらしたか

考えることができた」「関わり方に統一性がうまれた」「チーム全体で情報共有が図られ、患者さんのためにがんばるという思いが強くでて、よかった」「行動にどのような意味があるのか、考える機会が増えた」などの意見が聞かれた。

フォローアップ研修で良かったこと・役立ったことの自由記述では「スタッフが共同して問題に取り組む姿勢が見られた」「身をもって利用者さんの変化を実感できた」「とりくみの方法が分かった」「直接指導を受けることで、計画的・戦略的に実行することができた」「個人のスキルアップやモチベーションの向上につながった」などの意見があった。うまくいかなかったこと・難しかったことについては、「計画の周知が難しかった」「統一した対応を行うことが難しかった」「行動障害・構造化への理解にばらつきがある」などの意見があった。

⑤コア・幹部メンバー12 名からのフィードバック

コアメンバー・幹部スタッフとして参加したことで、「症例を通して行動障害の改善の仕方や考え方について学ぶことができた」は「とてもそう思う」9 名、「どちらかといえばそう思う」3 名で平均 4.75 であった。「今後、別の症例についても学んだことを用いていくことができると思う」についても同様で、「とてもそう思う」9 名、「どちらかといえばそう思う」3 名で平均 4.75 であった。「自分以外のスタッフもこの取り組みで学ぶことができたと思う」は「とてもそう思う」7 名、「どちらかといえばそう思う」4 名、「どちらでもない」1 名で平均 4.5 であった。

コアメンバーとして取り組んで良かったことについては、「患者の行動障害が明らかに軽減した。“行動障害のある患者”というイメージが変わり“自分達の支援方法が悪かったのでは”と思うスタッフが増えた」「TEACCH プログラムの取り組み方や利用者の問題行動のあげ方、改善策の立て方など改めて学ぶことができた」「メンバーと

共に考えることで違う視点や考え方に気づくことができた」などの意見があった。病棟への良い影響として「統一した関わりを行うことについて、担当者がリーダーシップをとり検討を重ねることができた。対象者理解が深まった」「患者さんにとって何が一番良いかを療育・リハ・連携室とみんなで目標に向かって取り組めた」などの意見があった。難しかった点は「行動障害に対して、支援の目的、指定した時間に関わる必要性など、PNs が考えている意図を他スタッフへ細かく説明して理解を得ることや、計画の導入、統一したプランを行ってもらうために周知することが大変だった」「情報（設定）の共有、対応について細かな部分が統一できなかった。すべてのスタッフが興味を持っているわけではなく意識に差を感じた」など職員間の情報の共有や周知徹底などの難しさの意見が多かった。今までのそれぞれの職員が参加する形のワークショップと、今回のスーパーバイズを受けながら 1 名の患者を全職員で支援するワークショップとの違いを尋ねたところ「現在行っていることの把握がしやすかった」「今までは小グループでの活動だったため全体の把握が難しかった。また活動に参加しないスタッフもいるようだった。今回は対象者 1 人に対して担当者を中心に全スタッフで関わることができた（知らないでは済まされない意識が生じた）」「より具体的に取り組みが継続して行えた」「昨年までのものは継続性がなく結果がみえなかった。今回は退院にむけ問題点を抽出し、構造化による支援を継続して行うことができた。結果として退院につながり効果を実感できた」などの意見があった。今回の取り組みが個人や病棟に与えた変化については「行動障害の起こる原因は何だろうという視点に変わった」「あきらめずに様々な手法で関わりを行っていくことが患者の変化をもたらすことが分かった」「手法・評価・結果の流れを実感できたので、次の支援に意欲的に取り組むことができる」などの意見があった。

D.考察

1. 患者に与える影響について

1 症例ずつ、2 つの病棟においてケーススタディを行った。構造化の考え方を主軸においているがそれだけではなく、行動療法の考え方や PECS、感覚調整などを組み合わせ、あらゆる角度から支援を探った。氷山モデルの考え方から、表面的な対応に終始するのではなく、問題となる行動がなぜ、どのような状況で起こっているのかを分析し、代替となる行動や新たなスキルを教えることや刺激となる要因を調整するなどした。これらの総合的な支援によって、1 例は明らかに行動障害が軽減した。もう 1 例は評価スコアでは悪化しているように見えるが退院に結びつけることができた症例であり、問題行動の有無や増減だけでは測れない、本人の QOL が改善した部分があったと考えている。標的行動として一つの行動を取り上げたが、実際には一つの行動が改善することによって、追随して他の行動障害が改善することを経験した。また行動だけでなく、情緒面や身体的な健康面に関しても好ましい影響がみられた。患者自身は言語的な表現ができないために QOL を第三者が評価することは難しいが、実際に本研究でみられた患者の好ましい変化、すなわち患者の行動や状態像、生活状況、検査や治療

内容などを評価することで主観的な QOL に近似することができるかもしれないと考えた。試案として QOL 評価スケール（SQPCB）の作成、評価を試みた結果、2 例ともに QOL の改善がみられた。強度行動障害をもつ者への支援を考える際には、行動障害が減るだけでなく、本人にとっての幸福、wellbeing が改善することを目標にすべきと思われる。今後、適切な評価尺度の作成や支援目標の設定が必要と思われる。

2. 職員や病棟に与える影響について

強度行動障害をもつ利用者への支援に関する意識、ASD・構造化の知識には変化がなかった。支援に関する意識は過去 4 年間のワークショップによって、ほぼ一定化した印象である。ASD や構造化についての知識が向上することを狙っていたが、フォローアップ研修では講義をするなどして知識を強化することはせず、実践的な支援の工夫などを話題にすることが多かったためか、ASD や構造化の知識の向上にはつながらなかったようである。

大きく変わった点は、支援に対する自己評価で「あまりできていない」が集団の過半数を占めていたことが、「できている」「少しできている」の合計が過半数を超えたことである。コアメンバーだけでなく、病棟として統一した取り組みをするにあたって職員が関わったことで他の職員にも良い影響があったのではないかと考えている。職員が行動障害に対応できていると自己評価できていることの意義は大きい。自分達がやっている事が患者の行動の改善に効果があると効力感をもてること、職務への満足感ややりがいがあることで職員のさらなる意欲の向上、ひいては虐待の防止にもつながるのではないかと考える。

病棟という組織の変化としては「変化があった」とする群と「どちらでもない・変化がない」とする群に見方が分かれた。コア・幹部メンバーなどの積極的に参加した職員とそうでなかった職員との差があり、どのような立場やモチベーションで研修に参加したかが影響したようであった。今後コアメンバーは入れ替える予定で、担当職員として主体的・積極的な参加が増えることを期待したい。支援計画の周知徹底、実行が難しいことも多くの職員が記述しているところだが、病棟として一体感をもち、統一した支援ができるよう今後も取り組んでいきたい。

3. 職員の育成について

コアメンバーとなった職員は、初めての取り組みに対して戸惑いはあったと思うが、懸命に取り組んでくれた。コアメンバーからは本研修に対しても高い評価が得られており、何より患者の行動の改善や退院に結びつけることができたことに喜びや達成感が表現されたことが成果であった。スーパーバイズを受ける中でディスカッションをしたり、フィードバックをすぐに受けることができたことが役立ったのではないかと考える。今回コアメンバーを経験した職員が、今後は他の職員のモデルやメンターとなっていくことも期待している。

4. 職員研修のあり方について

今回症例を絞り、1 年の時間をかけ、スーパーバイズを受けながら各病棟職員が統一した関わりを行い続けたことで、ようやく

表４

P	Practical	実践的	・実際の患者・利用者を対象とする ・モデル例への支援ではなく、実際に対象者への支援を実行しながら学ぶ
O	On-site / On the Job	現場での/ 職務を実行しながら	・実際に患者・利用者や家族・支援者が生活する場において行う ・支援の考え方ややり方について上級者からのコーチング・スーパーバイズを受け、支援を繰り返しながら学ぶ
I	Integrate	統合する	・一つの支援法にこだわらず、いくつもの支援アプローチを柔軟に組み合わせる ・施設・機関や地域がもつ資源をうまく組み合わせて機能させる
N	Next Level	次なるレベルを目指す	・それぞれの職員や支援者の知識やスキルのレベルは様々であるが、各々が次なる、より質の高い支援が提供できることを目指す ・各自が、各々の職務の専門性を高めることを目指す
T	Team Building	チームで作り上げる	・チームとして他職種が力を合わせる ・各自の力が発揮されることでチームの総合力の向上を目指す

一人の患者の行動の改善につなげることができた。これだけの時間と労力を割かなければ行動障害は改善しないということも物語っている。実際の現場では受け持ち看護師が意欲やスキルがあっても一人では難しい。支援計画の方向性を定め、継続的にチームを率いていくために船頭の役割を担う存在が必要なのかもしれない。スーパーバイザーは支援について提案したりする以外にも、コアメンバーへの肯定的フィードバックを行い職員の意欲や動機を維持させたり、病棟状況を把握し無理のない課題設定をするなど、多面的なスキルを求められると実感した。今回は同じ病院内の医師がその役割を担ったことで、病棟の内情が把握しやすく良かった面はあった。外部のスーパーバイザーが担うとすれば、内部のリーダー的人物と情報を密にやりとりすることが必要である。難しい役割だが精神科病院へのスーパーバイズを行うのであれば経験豊富な医師か、外部の強度行動障害支援に精通したスーパーバイザーが担えると良いと考える。今後の福祉行政計画に基づけば、広域的支援人材がその役割になるのかもしれない。

今まで実施してきた病棟での構造化ワークショップと今回のフォローアップ研修は、実践的に現場で OJT を行う職員研修である。参加した職員からは概ね良好な評価を得たと考えている。患者の状態が改善したこと、職員の自己評価が高まったこと、特に積極的に参加したコアメンバー職員からは高い評価があったことが収穫であった。このような職員研修を POINT モデルと提唱する（表 4）。POINT とは Practical（実践的）、On-Site/On the Job（現場・職務を遂行しながらの）、Integrated（統合した）、Next Level（次なるレベルを目指す）、Team Building（チームで作り上げる）の頭文字をとったものである。POINT は物事の先端・研修のモデルの最終的な先（Point）という意味合いと、重要な要点・核心部分（Point）という意味合いも込めている。座学やモデルケースではなく実際の症例を扱うこと、上級者の指導を現場で継続的に受けること、様々な考え方やリソースを組み合わせること、それぞれの職員個人・施設や病院などの組織がさらなる高み・次のステップを目指すこと、チームで作り上げることなどがその趣旨である。座学やモデルケースでの研

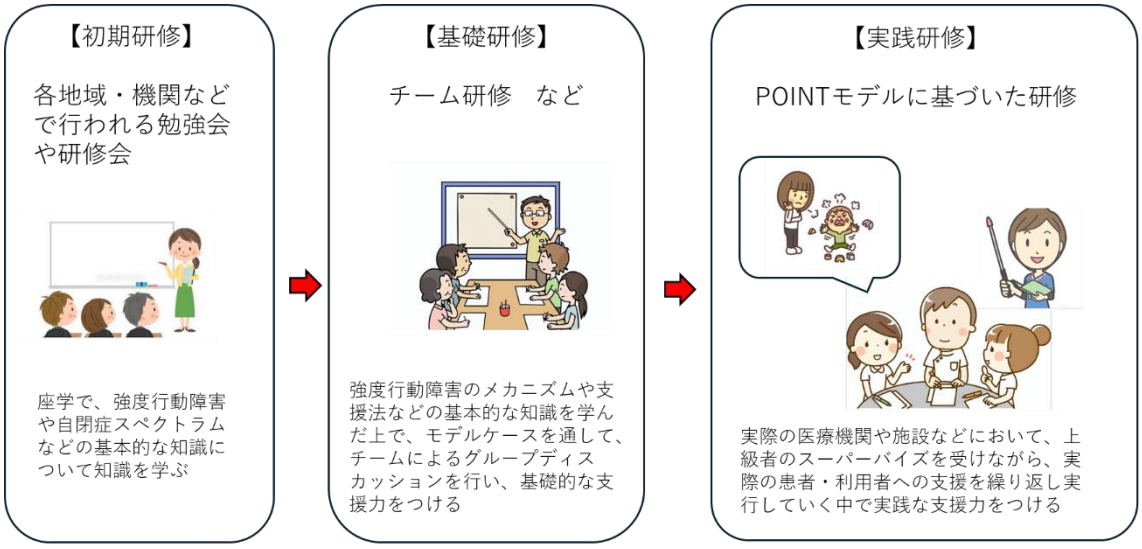


図4　研修のイメージ図

修を終えた後には、実際の支援力をつけるための POINT モデルに基づいた研修が行われることが望ましいと考える（図 4)。福祉領域で今後開始される中核的人材育成研修なども類似のモデルが計画されているようであり、研修の重要な点としては医療も福祉と共通していると思われる。医療の現場では、さらに精神科の特殊性や医学的な知識にも通じていることが求められるかもしれない。そういった人材の育成や医療現場への導入が今後の課題であると考えられる。当院の実践が他の医療機関でも応用が可能なのか、例えばオンラインなど遠隔的なスーパーバイズも同様の効果が得られるのかなどについて、今後の検証が必要である。

E.結論

スーパーバイザーの指導のもと、症例の問題となる行動とその背景について丁寧に考察し、再構造化を繰り返しながら支援を継続的に行っていくことで、患者の行動障害の改善や QOL の向上につながることを示した。職員研修の基礎を終えた後、現場で実行性のある支援力をつけるための職員研修の形として、POINT モデルについて提案した。これらの取り組みの結果、中心的な役割を果たしたメンバーの成長に加え、病棟としても多くの職員が自己評価が向上するなどの成果がみられた。今後、他の医療機関や組織への応用が課題である。

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

・ Kyoko Tanaka. Is On-Site Practical Workshop Effective in Reducing Burnout and Improving Self-Efficacy of Inpatient Staff Working for Individuals with Severe Challenging Behaviors? ASCAPAP May, Kyoto. Japan. 2023

・田中恭子、宮谷龍之介、和田浩稔、西尾啓、

塩沢真揮、田中亨治、坂西信彦、渡辺健次郎、山下建昭．強度行動障害に対する新たな挑戦－新病棟設立後 14 例の強度行動障害者を受け入れた経験から - ．第 105 回熊本精神神経学会．熊本市．7 月 3 日．2023 年

・田中恭子．強度行動障害をもつ知的障害児・者の新規入院・レスパイトの受け入れの経験から．第 64 回日本児童青年精神医学会．e ポスター．弘前市．2023 年

・内野祐一、田中恭子、宮崎里美、谷川彰、高橋理栄子、末永紀子、寺師絵里香．強度行動障害のある患者への支援－地域への移行を目指して－．第 1 回熊本強度行動障害連携会議．オンライン．12 月 8 日．2023 年

・末永紀子、田中恭子、藤本智美、菅原実妃「強度行動障害を伴う重症心身障害者の地域移行に向けて～日中活動支援の取り組み～」．第 45 回九州地区重症心身障害研究会．福岡市，3 月 16 日，2024 年

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

資料１　試案　QOL を測定する尺度

SQPCB（Scale of Quality of Life for People with Challenging Behaviors）			
	0	1	2
1. 笑顔や穏やかな表情	ない	2，3日に1度	毎日
2. 本人が好きな活動や物を楽しむ時間	ない	2，3日に1度	毎日
3. 本人による活動や物の選択	ない	週に1、2回	週に3回以上
4. 同意・要求・拒否を表出するためのコミュニケーションの確保（絵カード・実物・ジェスチャーなど）	ない	特定の人や場所でのみ使えている	いつも使えている
5. 十分な休息や睡眠（体が休めている）	とれない	2，3日に1度	毎日
6. 適切な食事量	毎日不適切な量（過食・小食）	とれる日もあるが毎日ではない	毎日
7. 適切な運動（歩行・体操やリハビリなど）	過活動・低活動	2，3日に1度	毎日
8. 標準体重（あるいは本人のベスト体重）	肥満・やせ	肥満ややせの傾向	標準体重（ベスト体重）
9. 身体的な健康（血液検査などの客観的な所見）	治療を要する健康上の問題がある	治療は不要だが注意すべき健康上の問題がある	身体的に健康である
10. 衛生・清潔の保持	1か月に数回の入浴やシャワー	1週間に1回の入浴やシャワー	1週間に3回以上の入浴やシャワー
11. 作業・活動・療育への参加	月に数回以下	2，3日に1度	毎日
12. 頓服薬（不調の時に使用する不穏時・不眠時など）の使用	毎日	2，3日に1回	月に3回以下
13. 隔離	24時間隔離	隔離時間が少しでもある	なし
14. 身体拘束	24時間身体拘束	身体拘束時間が少しでもある	なし
15. 家族や後見人との面会や外出・外泊などの交流の機会	ない	家族・後見人や本人の希望通りではないが行われている（例えば感染対策や本人状態のため制限がある）	家族・後見人や本人が望むように行われている

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
入院中の＜強度行動障害＞者支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

分担研究報告書

＜認知症＞対策を参考とした＜強度行動障害＞の医療分野における研修等に関する調査

分担研究者　　日詰　正文　（独立行政法人のぞみの園　研究部）

研究要旨：
虐待と関連性の深い＜認知症＞と＜強度行動障害＞については、支援者の知識、関係者との連携などが重要であり、研修の機会を通して周知が図られている。本調査では、人口における対象者が多いことや、人材育成や仕組みづくりの制度の整備が先行している＜認知症＞対策を参考に、＜強度行動障害＞分野の今後取組むべき点を整理した。

A. 背景

・＜認知症＞の人口推計数が 675～730 万人（202 年度の推計値：出典は 2023 年度厚生労働白書）に比べると、＜強度行動障害＞関連の支援や加算の対象となっている人数は、のべ 68,906 人（2021 年)時点の把握値、出典は「＜強度行動障害＞を有する者の地域支援体制に関する検討会報告書」であり、対象者の母数としては大きく異なるが、上記で紹介した「虐待」を早急に解決するためには、支援者の「教育・知識・介護技術等に関する問題」を解決する必要性が高いという点では、非常によく似ている。

・虐待防止に関する法律「高齢者虐待防止法」や「障害者虐待防止法」に基づいて、要介護施設業従業者や障害者福祉施設従事者等による虐待の発生状況について、厚生労働省は毎年度、対応状況調査を行っている。（高齢者については「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」を 2006 年度分から 2022 年度分まで、障害児者については「都道府県・市区町村における障害者虐待事例への対応状況等調査結果」を 2024 年度から 2022 年度分まで、厚生労働省のホームページにおいて公表）

・上記の調査において、被虐待者については、高齢者虐待は＜認知症＞、障害者虐待は＜強度行動障害＞との関連性が注目されており、2022 年度の調査では、高齢者の被虐待者のうち＜認知症＞高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者は 80.4%、障害者の被虐待者のうち行動障害がある者の 3 割近く（事業所等職員による場合の 33.5%、養護者による場合の 27.5%）である。そして、虐待の背景に「教育・知識・介護技術等に関する問題」が要因とされている。（高齢者の場合は 56.1%、障害者の場合は 73.6%）

B. 目的

・本調査では、主に医療関係者向けの＜認知症＞対策を参考として＜強度行動障害＞対策の研修等の現状を改めて整理し、今後の整備課題を把握する。

C. 方法

（1）周辺状況について

・厚生労働省ホームページを参考材料として複数のポイントを絞って比較を行った。

・＜認知症＞については、「令和 6 年（2024）度予算案の概要（老健局）の参考資料」、＜強度行動障害＞については、2024 年 3 月にまとめられた「＜強度行動障害＞を有する者の地域支援体制に関する検討会報告書」を使用した。

（2）研修について

・医療関係者向けの研修テキストの比較を行った。

・＜認知症＞については、かかりつけ医＜認知症＞対応力向上研修テキスト（2023 年度、厚生労働省老人保健健康推進費等補助金による、かかりつけ医等の＜認知症＞対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究報告書、鷲見ら）、＜強度行動障害＞については、国立精神神経医療研究センターが実施する発達障害者支援研修、指導者養成研修資料（2023 年、會田）を使用した。なお、現在行われている上記の＜強度行動障害＞の研修は、かかりつけ医発達障害等対応力向上研修の 1 コマとしての取り扱いであり、独立した研修とはなっていない。

（倫理面への配慮）

本調査においては、個人情報の取り扱いは無く、厚生労働省のホームページ、国立機関等における研修資料として公表されている試料のみを用いた。

D. 結果

（1）周辺状況について

①行政的背景

・＜認知症＞は、1963 年の老人福祉法制定後にサービス体系化や国家資格化による担い手の確保、2000 年の介護保険法改正によって利用者主体の視点の重視、予防事業の強化など対象者の拡大などを経て、地域生活支援を支援する視点から、医療・介護・予防・住まい・生活の連携を図る地域包括ケアシステム構築が進められている中での取り組みとなっている。現在の施策は、2019 年に閣議決定された＜認知症＞施策大綱に基づいて「共生」と「予防」をテーマとし、診療報酬等では、このような相互間連携を促進するために「＜認知症＞専門医療機関紹介加算」「＜認知症＞療養指導料」「＜認知症＞専門医療危険連携加算」「地域包括診療料」「＜認知症＞チームケア推進加算」などが順次強化されている。

・＜強度行動障害＞も、2005 年に障害者自立支援法（現在は障害者総合支援法）が制定され、利用者主体の視点の重視、就労支援や地域生活支援の強化などを進めている中での取り組みとなっている。しかし、＜強度行動障害＞者の医療対応については、２次的な障害が深刻になってから入院対応で関わっているのが現状であり、診療報酬も「＜強度行動障害＞入院医療管理加算」に限られ

ており、地域生活支援の視点は現段階では十分ではない。このような状況を踏まえて、障害保健福祉部の検討会が行われ、2023 年に「＜強度行動障害＞を有する者の地域支援体制に関する検討会報告書」がまとめられ、精神科医療機関、訪問看護等に携わる看護師、身体疾患の治療に携わる医療従事者が、障害福祉サービス分野の関係者と連携して、地域の中で必要な支援の一部を担うための知識や技術を身に着けることが重要であるとされた。

・報告書では、精神科医療について、「対象者が環境との相互作用によって状態が悪化した場合の専門的な薬物療法に関する知識の獲得」や「日常的な家庭生活（入院前・退院先の環境）へのニーズ対応を行う医療機関や訪問看護について触れ、一般精神科や訪問看護を行う看護師等や事業所への専門医療の役割の理解や協力を求めていく必要性」を指摘している。また、身体疾患の治療については、「過去の嫌悪体験や未経験のことへの抵抗への配慮」や「入院時コミュニケーション支援を行う障害福祉サービス（重度訪問介護など）スタッフと連携する必要性」も指摘している。

②人的資源

・＜認知症＞の医療分野では、身近な「かかりつけ医」「サポート医」「＜認知症＞疾患医療センター（2023 年度時点で 505 ヶ所）」などの重層的な仕組みが構築され、そこに介護保険の現場のスタッフやケアマネージャーなどが加わり、研修体系が構築されるとともに、介護現場の肉体的・精神的な負担の軽減、今後の労働力不足を念頭に置いた「介護生産性向上推進事業として、介護ロボットや ICT の活用」が進められている。

・＜強度行動障害＞の医療分野は、国立病院機構肥前精神医療センターの會田を中心に＜強度行動障害＞医療学会の立ち上げ、国立精神神経医療研究センターにおける「かかりつけ医発達障害対応力向上研修」の指導者研修に当たる「発達障害者支援研修」に＜強度行動障害＞の講義枠などが、ようやく近年位置付けられたところであり、重層的な仕組みづくりや人材確保に向けた技術的な部分を深める取り組みには至っていない。

（２）研修について

①受講者、養成の目標値

・＜認知症＞は、かかりつけ医だけではなく、サポート医、歯科医、薬剤師、病院勤務の医療従事者、看護職員向けに、それぞれの領域に沿った別の研修が実施され、それぞれの目標値が設定されている。具体的には、令和 7 年（2025）までに、かかりつけ医を 9 万人、サポート医を 1.6 万人、歯科医師は 4 万人、薬剤師は 6 万人、病院勤務の医療従事者は 30 万人、看護職員は 4 万人を養成することとされている。

・＜強度行動障害＞を含む発達障害向けの研修は、受講対象者は、現状では、かかりつけ医「等」としてまとめられ、目標値は設定されていない。

②時間、内容

・時間については、＜認知症＞は、「かかりつけ医、歯科医、薬剤師」は 120 分、病院

勤務の医療従事者は 90 分、看護職員は 1,080 分（このうち、演習が 420 分）となっている。このうち、特に時間の長い看護職員の研修は、他の職種と同様の基本的な知識に加えて、実践的な対応力（アセスメント、看護技術、チーム対応、院内外連携）の習得や、病棟等における＜認知症＞ケアに関わるスタッフ育成・教育など、マネジメント力の育成にも及ぶものとなっている。一方、＜強度行動障害＞の研修は 90 分である。

・内容について、＜認知症＞と＜強度行動障害＞の双方に共通するのは、基本的な症状の知識（診断、薬物・非薬物治療など）と、介護・福祉等の関係者との連携に関わる制度やフローのしくみをメインの内容としている点である。一方、異なる点は、＜認知症＞の研修では、早期発見や診断機関への紹介、日常的な相談などに関わるかかりつけ医の役割や立場を明確にしている点、看護側については、現場でのチームマネージメントの演習に焦点を当てている点など、地域実装を強く意識した点になっている点が挙げられる。

・＜強度行動障害＞の研修では、対象者像の違いから、教育現場や家族など、児童・青年期の生活環境に視野を向けている点が独自性ある内容となっている。また、生来的にコミュニケーションの苦手さを持つ場合が多いことから、入院時コミュニケーション支援を行う重度訪問介護や行動援護等の福祉サービス事業者との連携の問題を指摘し、今後の関係者の連携のテーマとして問題提起を行っている。

E. 考察

（1）医療関係者についての目標・計画値の設定を進めること

・＜認知症＞については、在宅医療から入院医療まで、様々な立場の医療関係者の役割と立場を明確にし、診療報酬でその取り組みを促進しつつ、立場ごとに分けられた研修が設けられ、育成や確保に向けた目標・計画値が設定されているが、＜強度行動障害＞については、このような目標・計画値は無い。

・その背景要因としては、まずは、A.で触れた対象者数の違い、また、その把握に関する取り組みの違いがあると考えられる。
＜強度行動障害＞については、2021 年の障害者総合福祉推進事業“＜強度行動障害＞児者の実態把握等に関する調査”において対象者の把握が行われ、重度障害者支援加算の対象となる行動関連項目の合計点が 10 点以上の障害者は、（障害福祉サービスを利用するための）認定調査を受けた障害者の約 15%（10 点以上は約 1.2%）であることや、障害福祉サービスにつながっていない＜強度行動障害＞者が 1 自治体当たり 0.50 人、障害福祉サービス等につながっているがニーズを満たされていない＜強度行動障害＞者が 1 自治体当たり 2.98 人と推計されているが、具体的に、地域のどの立場・役割の人材育成を進めなければならないのかは明確になっていない。＜認知症＞のように目標・計画値の設定につなげ、適切な研修体系（促進するための報酬についても）を改善することが、＜強度行動障害＞の分野では期待される。

（2）チームマネージメントの演習の位置づけを進めること

・2024 の報酬改定で「＜認知症＞チームケア推進加算」新設されたように、＜認知症＞や＜強度行動障害＞の対応については、関係者が同じように対象者の状態像（病態だけでなく、身体の健康状態、これまでの経験・記憶、生活の中の好み・開始したいことなどの個人的な感情など）を共有し、共通のかかわり方を一貫して行うことが、最も効果的であることが、近年は強く認識されている。

・しかし、対人支援の現場では、まだ視点をあいまいにしたままでの主観的な記述式の記録が慣習的に続いており、実際に支援を行う際の対応にズレが生じ（あるいは、思い付きの支援が行われ）、結果として効果を上げられず、薬物の大量化、入院の長期化につながっている場合もある。高齢者支援の分野も障害福祉の分野も、身体拘束の解消に向けた制度やマニュアルの整備も積極的に近年は進められているところであり、A.背景に示した虐待の減少・解消に向けた取り組みを行う上でも、実践的なチーム作りは実装化を急ぐべき内容である。＜認知症＞分野で進められている記録や情報共有を効果的に進めるための ICT 化やマネージメントを行う人材の育成を参考にして、＜強度行動障害＞分野で現在取り組まれている「中核的人材養成研修」の研修体系の整備も進められているが、このような分野を越えて共通するチームマネージメント力の向上について、迅速な普及・展開が期待される。

F. まとめ

・虐待と関連性の深い＜認知症＞と＜強度行動障害＞については、地域生活に対応する上での必要な知識の周知、支援者同士の連携などが進められている。対象者が多く人材育成や仕組みづくりの制度の整備が先行している＜認知症＞対策の取り組みを参考に、＜強度行動障害＞の分野の取り組みの展望を整理した。

・＜認知症＞分野が、医療分野の人材育成や体制整備を先行して進めている中で、「医療関係者についての目標・計画値の設定」、「チームマネージメントの演習の位置づけ」などについては、＜強度行動障害＞の医療分野でも今度参考にすべき取り組みになると考えられた。

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

●出典、文献

① 令和 5 年度　厚生労働白書（2023）

② 強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会報告書（2023）

③ 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果（2023）

④ 都道府県・市区町村における障害者虐待事例への対応状況等調査結果（2023）

⑤ 令和 6 年度予算案の概要（老健局）参考資料（2024）

⑥ かかりつけ医＜認知症＞対応力向上研修テキスト(厚生労働省老人保健健康推進費等補助金、かかりつけ医等の＜認知症＞対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究報告書、（2023、鷲見ら）

⑦ 国立精神神経医療研究センターが実施する発達障害者支援研修、指導者養成研修資料（2023、會田）

⑧ 障害者総合福祉推進事業“＜強度行動障害＞児者の実態把握等に関する調査（2021、PWC コンサルティング）

⑨ 国立のぞみの園　研究紀要 15 号「ICF 及び ICT を活用した強度行動障害 PDCA 支援パッケージ作成のための社会実装研究」（2022、岡田ら）

⑩ 厚生労働科学研究費「強度行動障害者支援のための指導的人材養成プログラムの開発および地域支援体制の構築のための研究」（2022、日詰）

令和 5 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）
入院中の強度行動障害者支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究

令和 5 年度分担研究報告書

医学部教育における強度行動障害に関する学びの提案

分担研究者　　成田　秀幸　（国立重度知的障害者総合施設のぞみの園）

研究要旨：
強度行動障害のある方の支援において福祉と医療の連携は重要である。医師においてはそれぞれの診療科、立場によって連携の中で果たす役割は様々であり、その充実を目指して医療従事者向けの研修の機会の整備が進められている。一方で、特定の診療科の医師になる前の医学部学生、若手医師への教育の段階で強度行動障害に関する学びの機会がどのようになっているのかは明らかではない。教育に携わる大学病院の医師へのインタビュー調査を通じてその現状を把握し、課題と今後に向けた工夫について検討した。

A. 背景と目的

2 年計画の 1 年目であった令和 4 年度の分担研究「福祉分野と医療との連携に向けた課題」では、強度行動障害のある当事者の方の医療受診を、福祉関係職員と医療従事者とで協働して取り組む実践を通じて、連携の有用性や今後の課題について検討した。実践を通じて、「当事者の方が、一人の人として、何にどのようにどれくらい困っているのかを具体的に描写して理解する」、そして実際の支援においては「医療を受診するにあたって生じる当事者の不安や負担を軽減する、そのための視覚支援、環境整備であるという『当事者の視点』に立った目的を共有して取り組むことが重要」であると論じ、これらを網羅するためにも、福祉関係者と医療従事者の連携が非常に有用であることをあらためて確認できた。

また、様々な研修を通じて得られた発達障害や強度行動障害等についての一般的な知識を、当事者固有の特性理解や個別的な支援の組み立てに役立てるという本質的な目的のために、「障害特性についての一般知識をどのように活用していくかが重要」であると論じた。

強度行動障害のある当事者への福祉と医療の連携において、医師に焦点を当ててあらためて考えてみると、①多職種と協働しながら行動障害の軽減そのものに直接的に取り組む精神科医師等、②レスパイト入院や日常的な定期通院などを通じて当事者に関わる一般精神科医師等、③行動障害ではなく身体疾患の治療や健康管理について関わる身体科医師、など、関りによって様々な立場がある。そしてその立場によって「障害特性についての一般知識をどのように活用」するのかということも違ってくると考えられ、それぞれの立場での有用な実践に通ず

る『学び』をどのように積み重ねていくかということは重要な課題である。。

現在、医師向けの研修の機会として、国立精神神経医療研究センターが主催する「かかりつけ医発達障害対応力向上研修」の中で強度行動障害をテーマとした講義が行われるなど様々なものがあるが、医師が前述のような様々な立場に分かれていく前の、医学部学生、あるいは初期研修医・後期研修医といった若手医師の段階で、強度行動障害についてどのように学んでいるのか、現状は明らかではない。令和 5 年度の分担研究では、医学部教育における強度行動障害に関する学びの現状や課題に着目して調査を行い、様々な立場で医師として関わる機会に向けて有用になる学びについてどのような工夫が考えられるか、今後に向けた提案を行うことを目的とした。

B. 方法

発達障害の研修等を積極的に開催し、児童精神に関わる専門部門のある A 大学、とくに発達障害や児童精神医療の専門部門を持たない B 大学それぞれから 1 名ずつ、自身も強度行動障害のある当事者への診療経験を持ち、かつ医学部学生や若手医師の教育に携わっている医師に協力を得てインタビュー調査を行った。インタビュー方法は、グループ形式で実施し(1 名はオンラインで参加)、以下のような内容についてインタビューした。

- ◆ 医学部学生、若手医師教育における「発達障害」や「強度行動障害」の取り扱いの現状と課題
- ◆ 現状を踏まえて、「強度行動障害」に関して、医学部学生や若手医師にどのようなことを、どのように教育していくことが有用か

なお、本研究実施にあたっては、国立のぞみの園調査研究倫理審査委員会で承認を得ている。

C. 研究結果

インタビューで得られた情報、意見を以下のように整理した。

＜強度行動障害について学ぶ機会の現状＞

●知識として学ぶ機会が乏しい

両大学ともに、医学部学生への講義においては、全体のコマ数も限られていることもあって、知的障害や発達障害を取り上げられるのは 3 年生、4 年生でそれぞれ 1～2 コマずつくらいとごくわずかな機会しかない。内容としては発達障害の基本的な特徴の紹介や、支援の要点として視覚支援、構造化、合理的配慮などに触れるもので、強度行動障害についてはその言葉すら取り上げていないとのことだった。研修医向けのミニレクチャー等についても同様の状況である。

●臨床経験を通じて学ぶ機会が乏しい

医学部学生や若手医師にとって、外来・入院で実際の診療場面を通じて学ぶという意義は非常に大きい。医学部学生の臨床実習は基本的に病棟中心であるが、大学病院では、発達障害や知的障害の特性を主訴として入院している症例はほとんどない。たとえば児童思春期の入院症例では摂食障害が多い。その背景に発達障害の特性がある場合も少なくないが、構造化等がキーワードになるような強度行動障害が主訴になる症例は入院していない。受け入れが困難である。大学病院の病棟の構造上、激しい行動障害への対応がハード面で脆弱であること、

また入院治療を担当する医師、看護師等の医療スタッフ側が、視覚支援や構造化などの実践経験が乏しく、それらの支援がどのような効果・意義があるかということを生活場面を通じて実感する経験を有していない場合がほとんどであることなどが理由である。外来でも強度行動障害のある症例を診療することはほとんどない。つまり“教える側”も診療の経験がないため、実感を伴って教育することが難しい。

結果として医学部学生、若手医師が大学病院で強度行動障害について臨床経験を通じて学ぶ機会はほぼゼロであり、知的障害や発達障害の特性を理解して診療の工夫をする経験が積み重なりにくい。

＜それぞれの立場での医師の役割＞

●精神科医・児童精神科医

横浜市で行われた、7 歳以前に自閉スペクトラム症と診断された人たちを 20 年に渡る長期追跡した疫学調査からも示唆されるように、早期からの支援は二次的な行動や情緒の問題の予防に寄与すると考えられ、強度行動障害に関しても『予防的な観点』が重要である。知的障害や発達障害に関わる診断や心理教育、療育、特別支援教育を含め適切な教育の保障、合理的配慮などの取り組みにも、実は強度行動障害を予防する意義が含まれている。また精神科医療への受診は、二次障害の状態が理由になることが多いが、それはいわば“枝葉”である。視覚支援や構造化など、本来は欠かせない標準的支援がおろそかになっているなど、予防の仕組みがきちんと機能しなかったという“木の幹”の問題だという観点が重要である。

一方で、強度行動障害のある症例について、福祉、教育などと連携して取り組んでいると、医療側に期待しているのは、レスパイト入院、薬物療法であると感じることが多いが、これらはいわゆる“枝葉”に対応する視点に由来している。大切なのは“木の幹”に目を向け本質的な問題をあぶり出していくことであり、それはすなわち『アセスメント』である。生活場面で日常的に直接支援する立場の福祉や教育との協働において、診断を含む『アセスメント』は医療が担う重要で有用な役割である。診断ツールや評価尺度などフォーマルなアセスメントだけでなく、ターゲットとなる問題行動がいつ、どのように起きているのかなどのデータを蓄積・分析していくインフォーマルなアセスメントをしっかりとすることで、その個人に適した支援を組み立てていくことができる。また、医師一人でアセスメントを担うのではなく、診療の中で家族や関係者と一緒に検討するなどアセスメントの機会を提供することで、“木の幹”に視点を向け、視覚支援や構造化などの支援を促していくことも大切で有用な役割である。

●身体科医

例えば自傷行為によって白内障、網膜剥離になるなど行動障害が関連した身体疾患、あるいは行動障害は直接関係ない身体疾患や外傷などの治療のために、身体科の医師、看護師等が関わることも少なくない。しかし身体科の医療スタッフが行動障害に対しての直接的なアプローチを担うことは難しい。ただ、強度行動障害に限らず、知的障害や発達障害のある方が医療受診にあたってどのような困難さがあるか、またどのような支援があると困難さが軽減されるのかと

いうことを理解し、積極的に協力していくことが望まれる。

一方で、医療機器の設置や保護、他の患者との時間的・空間的共存、スタッフのマンパワーや時間的制約などの要因で、医療現場で行動障害をどこまで許容できるか、支援のための取り組みにどこまで協力できるか、個々の医療機関ごとに限界や制約はある。合理的配慮の観点から考えても、医療機関側の様々な事情を当事者への直接支援にあたる福祉・医療関係者と共有し、現実的で実効性のある受診プランを立てていけるとよい。

＜何をどう学ぶか、今後に向けた提案＞

以上を踏まえ、強度行動障害に関する医学部における医学部学生や若手医師の学びのあり方について、今後に向けた提案を以下のように整理した。

●講義を通じての学び

講義は全体のコマ数が限られており、たとえば強度行動障害のテーマだけに 1 コマを使う、あるいは新たに設けるということは現実的に難しい。しかし前述のような状況、ポイントをふまえて、強度行動障害に関わる内容を取り入れていくことはできる。医学部学生、初期研修医は、将来どの診療科の医師になるのか確定していない段階である。したがって、どの診療科に進んだとしても必要で、役に立つことを学べるとよい。そう考えると、強度行動障害の定義や、行動障害への対応の仕方についてという内容よりも、目に見える行動障害は特性と環境との相互作用の不調により生ずるという“背景”に目を向ける視点の重要性をしっかりと教えることが大切である。すでに現行の講義でも取り扱っている、診断、療育、適切な教育の機会の保障などの介入が強度行動障害の予防にも寄与するということを理解してもらえるよう、知的障害や発達障害に触れる講義の後半部分に、従来の講義内容との連続性がわかるように強度行動障害について触れていくことが有用と考えられる。また、教科書的な内容の紹介よりも、具体的なエピソードを通して伝えていくほうが印象に残りやすい。教え方、伝え方にも工夫が必要である。

●臨床経験を通じての学び

医師にとって、自身が直接診療していない時期（成人を診療する精神科医であれば小児期のこと、小児科医であれば成人期のこと、など）、直接観察できない場面（家庭や施設、学校等での生活場面など）について、できるだけリアルな実感を持てているとよい。その実感から翻って、自身が医師として診療している場面の目的や意義についてあらためて考え、診療していけることはとても有意義である。これは医学部学生や若手医師に限ったことではなく、経験を積んだ医師においてもいえることかもしれない。

本来であれば、大学病院の外来や病棟での診療場面を通じて医学部学生や若手医師が臨床的な学びを得られるとよいが、前述のように、大学病院の病棟で強度行動障害の症例に触れる機会はほぼ皆無である。また、病院のスタッフの専門性、業務内容は当然ながら医療領域に偏っており、病棟は生活に関わる支援を提供するリソースが乏しい。そう考えると、強度行動障害の症例につ

いては、たとえば入所施設のような生活面の支援が提供される福祉サービスの場に、医療者が参画できるような環境が望ましいかもしれない。いずれにせよ、大学病院を含め医療機関で知的障害や発達障害、強度行動障害の症例に接することは困難であるため、通所・入所施設、療育機関、教育機関など、地域生活の場に実習として出向くことで、医学部学生や若手医師が知的障害や発達障害のある方の日常に関する実感を得らえるような学びの機会があるとよい。

D. 考察

今回の調査は、2 つの大学病院の医師からインタビュー形式で行った、いわばパイロット調査であり、結果がそのまま全国的な傾向、状況を示すものにはならない。しかし、福祉や他の分野との連携が重要な強度行動障害の臨床に医療者として有意義な役割を果たすことで最終的に当事者や家族の幸福に資するために、医学部学生や若手医師の時期に学べること、いやむしろその時期だからこそ学ぶべきことがあるという示唆を得られた。

行動障害はその強度や頻度によって周囲への影響も大きくなるため、周囲の人間は目に見える行動を通じて当事者に対してネガティブなインパクトを持ちやすい。また、行動障害について、周囲の人は当事者個人の因子の影響を過大に評価しがちである。しかし実際には行動障害は特性と環境の『相互作用』によって生じるものである。つまり周囲の人的・物理的環境が行動障害の成り立ちや維持に関わっている部分も大いにある。行動障害に限らず、いったん持ってしまったネガティブな認識を変容させることは容易なことではない。であるならば、不用意にそのような誤解が発生しないよう、できるだけ早い時期に、行動障害の背景にある仕組みや、視覚支援や構造化などの標準的支援の重要性、不可欠性を明確に伝えていくことが重要である。医学部学生、若手医師への知識としての学びの目的は、いわば強度行動障害に対する“スティグマ”を予防すること、どの診療科に進んだとしても医療者として果たせる役割があることの動機づけとしての意義が大きいと考えられる。

また、行動障害以前に、知的障害や発達障害のある方の医療受診における困難さについて知り、その困難さを軽減するために診療場面でどのような工夫ができるかという点についても、医学部学生や若手医師の間に知識として得て、実践場面は得られなくてもシミュレーションを通じて経験しておけるとよい。発達障害のある方の医療受診に関わる困難さに対する工夫等が紹介されているリーフレットが、国や自治体等から医療従事者向けに発行され活用されているが、例えば OSCE（Objective Structured Clinical Examination：客観的臨床能力試験）にも内容的に取り入れていくことで、医学部学生のうちから当事者が感じる困難さを知り、特性や困難さを踏まえて診療を工夫する体験ができるとよいのではないかと考える。どの診療科に進んでも、知的障害や発達障害のある方を診療する機会はあり、すべての医師にとって必要な知識でありスキルであると考える。

また、前述したように『生活場面に医療者が参画する』形式での臨床場面を構築していけるとよい。たとえば往診のようなスタイルで継続的に行動障害の予防・介入に医

師が関われるような形などが考えられる。医療機関の経営維持に支障が出ないような診療報酬を含めた制度的な枠組み作りが必要であり容易なことではないが、そのような臨床場面が地域の中で構築されれば、医学部学生や若手医師も実習を通じて生活場面での実感を得ながら医療者としての役割についての学びの機会も保障されやすくなると思われる。また、一時的に入院を要した強度行動障害の症例の退院後の安定維持にも寄与する仕組みとなり得ると考える。

。

E. まとめ

強度行動障害に関する、医学部学生や若手医師の学びの機会の現状や課題、今後の工夫について、教育に携わる大学病院医師へのインタビューを通じて調査、考察した。強度行動障害という状態像だけを考えると、ごく一部の医療者、関係者だけが関わる特殊な領域と思われがちだが、『予防的観点』に立てば実はどの診療科の医師にとっても日常的に関係しうる身近なテーマである。その意味で、医学部学生や若手医師への学びの機会を活用し、充実させていくことは、当事者や家族のウェルビーイングにも通ずる重要な課題である。

個別性の高いテーマであり、一部の専門家が「教育」していくというスタイルにはなじみにくいが、当事者や家族、医療者を含めた様々な領域の関係者がともに学び成長していく、いわば「共育」によって、今後のさらなる発展につながることを期待したい。

F. 健康危険情報：なし

G. 研究発表：なし

1. 論文発表：なし

2. 学会発表：なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得：なし

2. 実用新案登録：なし

3. その他：なし

＜参考文献＞

1) Mitsuaki Iwasa, Yasuo Shimizu, Daimei Sasayama, Miho Imai, Hiroko Ohzono, Miori Ueda, Ikuko Hara, Hideo Honda：Twenty-year longitudinal birth cohort study of individuals diagnosed with autism spectrum disorder before seven years of age. *J Child Psychol Psychiatry* ;63(12):1563-1573

2) 「医療機関のみなさまへ　発達障害の人たちをよろしくお願いいたします」平成 20 年度 厚生労働省障害保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）分担班：自閉症・知的障害・発達障害児者の医療機関受診支援に関する研究

令和5年度　厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

研究課題名（課題番号）：入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究（22GC2001）

分担研究報告書

分担研究課題名：社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査（第 2 期・第 2 報）～薬物療法の分析～

研究分担者：高橋和俊（社会福祉法人侑愛会　ゆうあい会石川診療所　所長）

研究要旨

社会福祉法人侑愛会の 8 か所の入所施設（障害者支援施設）を対象に、入所者の薬物療法に関する調査を行い、2015 年に実施した第 1 期調査との比較を行った。対象は 2022 年 12 月 31 日時点で入所していた 445 名のうち研究参加への同意と有効データの得られた 359 名（80.7%）である。94.4%（前回 90.8%）が何らかの薬物療法を受けており、一人当たりの薬剤数の最頻値は 6 種類（同 4 種類）、中央値は 7 種類（同 6 種類）で、最も多い人では 29 種類（同 27 種類）の薬剤を使用しており、2015 と比較し、いずれの数値も上昇していた。年齢とともに使用薬剤数が増える傾向は前回調査と同様であり、これらの変化は平均年齢が上昇していることが影響しているものと思われた。使用薬剤の種類は前回と大きな変化はなく、精神・神経科薬が最も多く、皮膚科薬、消化器病薬がそれに次いでいた。精神・神経科薬の使用率は 57.7%で前回（57.9%）と大きな変化はなく、精神・神経科薬の使用薬剤数は年齢の上昇とともに増える傾向は見られなかった。抗てんかん薬の使用率は 37.9%（前回 36.3%）で、そのうち多剤併用が 64.7%（同 62.1%）、抗精神病薬の使用率は 30.9%（同 31.8%）で、うち多剤併用が 45.0%（同 37.6%）、睡眠導入薬の使用率は 18.1%（同 27.9%）で、うち多剤併用が 24.6%（同 17.5%）だった。それぞれの薬剤を使用している人の平均薬剤使用数は、抗てんかん薬 2.26 剤（同 2.22 剤）、抗精神病薬 1.59 剤（同 1.51 剤）、睡眠導入薬 1.28 剤（同 1.25 剤）であり、いずれも増加していた。総薬剤数、精神・神経科薬数ともに知的障害の程度との相関は見られなかった。障害者支援施設においては薬物療法、特に多剤併用が一般的であり、高齢化の進展と医療技術の進歩とともに薬物慮法のさらなる複雑化が予想される。また福祉人材の不足を背景に、薬物療法に対する依存が進んでいることが懸念される。福祉と医療の協力の下に薬物療法の単純化・簡略化のための仕組みを整えていくと同時に、障害福祉人材の充実を通じた支援水準の向上が求められる。

A. 研究目的

我々は 2015 年に社会福祉法人侑愛会の運営する 8 か所の施設に入所している知的障害を持つ人たちを対象に、薬物療法に関する詳細な解析を行い、薬物療法の頻度が高いこと、一人当たりの使用薬剤数がきわめて多く、年齢とともにその数がさらに増える傾向があることを報告した[1, 2]。

今回、同じ施設を対象に改めて同様の調査を実施し、経年的変化について検討した。

B. 研究方法

対象は、2022 年 12 月 31 日現在で、社会福祉法人侑愛会の運営する 8 か所の障害者支援施設で生活している 445 名のうち、研究参加に同意の得られた 362 名（男 249 名、女 113 名）である。

これらの人たちについて、性別、年齢、Body Mass Index（BMI）、知的障害区分、障害支援区分、主診断名、合併症、日常生活動作（ADL）、受けている医療的ケアとその種類、薬物療法の有無と使用薬剤数、薬剤名（商品名）、過去 1 年

間の医療機関の外来受診（科名と受診回数）、過去 3 年間の入院（科名と入院日数）等について 1 次データベースを作成した。

1 次データベースは、セキュリティーの確立している商用データベース（サイボウズ kintone）を使用して構築し、データ入力は入所施設ごとに任命された 1～数名の入力担当者が行った。この 1 次データベースから個人情報を除いた 2 次データベースを作成し、解析を行った。

2 次データベース上の薬剤名はその作用に応じて薬剤種別に分類を行ったが、同じ薬剤が複数の種別に分類され得る場合には、もっとも一般的と思われる種別に分類した。

統計解析はオープンソースの統計解析言語「R」及び開発環境「RStudio」を用いて行った。

（倫理面への配慮）

個人情報保護のため、各施設の入力担当者は自施設のデータのみを閲覧できる設定とし、集計を担当する研究分担者及び研究協力者のみがすべてのデータを閲覧・編集できる設定とした。入力終了後、研究分担者が個人情報を削除した 2 次データベースを作成し個人が特定されない状態で解析を行った。

C. 研究結果

同意の得られた 362 名のうち、有効データが得られたのは 359 名（全入所者 445 名の 80.7%）であった。

調査時の年齢は 18 歳から 97 歳、中央値は男 50.6 歳、女 56.2 歳であった。知的障害区分は最重度（IQ 20 未満または測定不能）が最も多く、最重度と重度（IQ 20～34）で 2/3 以上

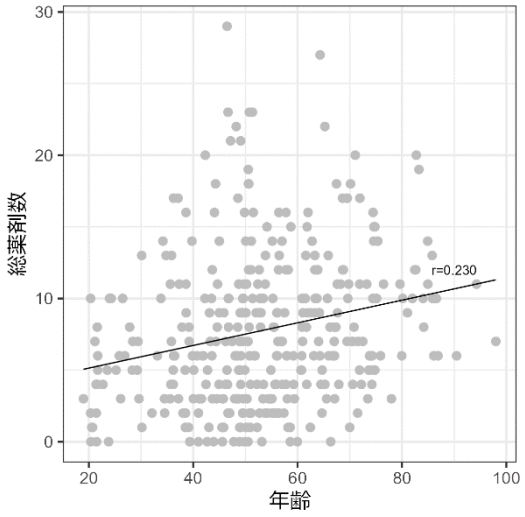


図 1　年齢と総薬剤数との相関

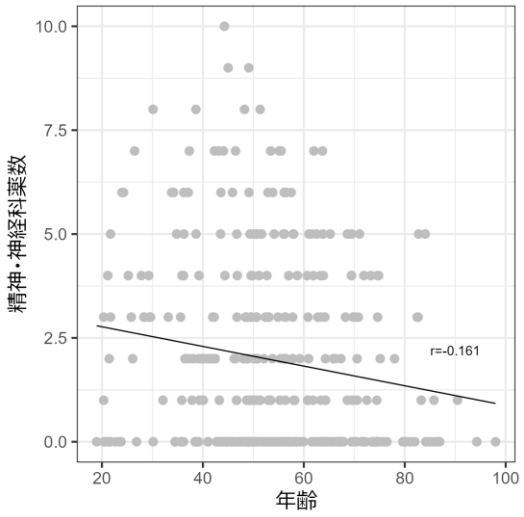


図 2　年齢と精神・神経科薬剤数との相関

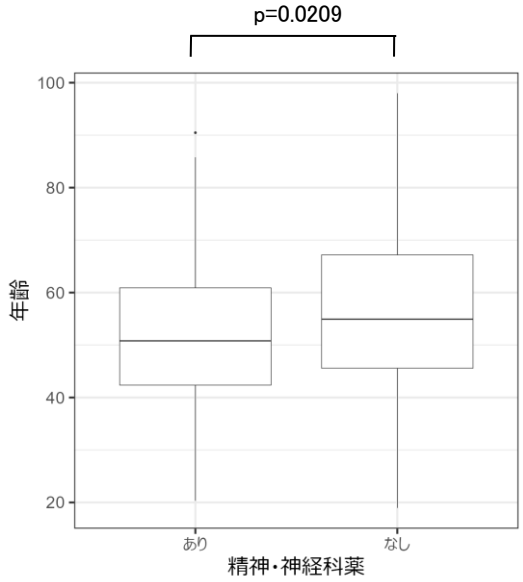


図 3　精神・神経科薬服用の有無と年齢

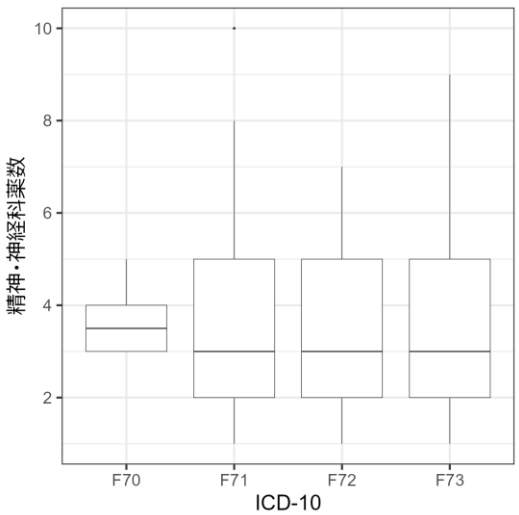


図 4　知的障害区分と精神・神経科薬剤数
（「精神・神経科薬あり」のケース）

を占め、軽度（IQ 50～69）は 4.4%であった。知的障害を伴わない人はいなかった。知的障害区分ごとの年齢の中央値は、軽度 62.2 歳、中等度 58.5 歳、重度 52.7 歳、最重度 49.1 歳と、知的障害が重くなるほど年齢は下がる傾向があった。

表 1 に薬物療法の概要を示す。94.4%が何らかの薬物療法を受けており、一人当たりの薬剤数の最頻値は 6 種類、中央値は 7 種類で、最も多い人では 29 種類の薬剤を使用しており、2015 と比較し、いずれの数値も上昇していた。その一方で、精神・神経科薬の使用率は 57.7%であり、前回から大きな変化はなかった。

図 1 に年齢と総薬剤数、図 2 に年齢と精神・神経科薬数との相関を示す。有効成分（一般名）が同一でも剤型、成分量、商品名の異なる複数

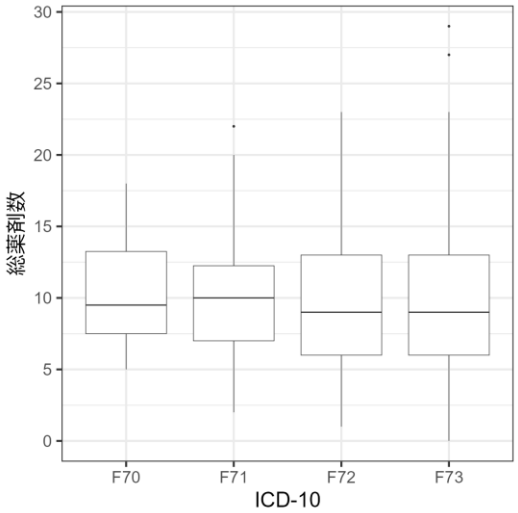


図 5 知的障害区分と総薬剤数

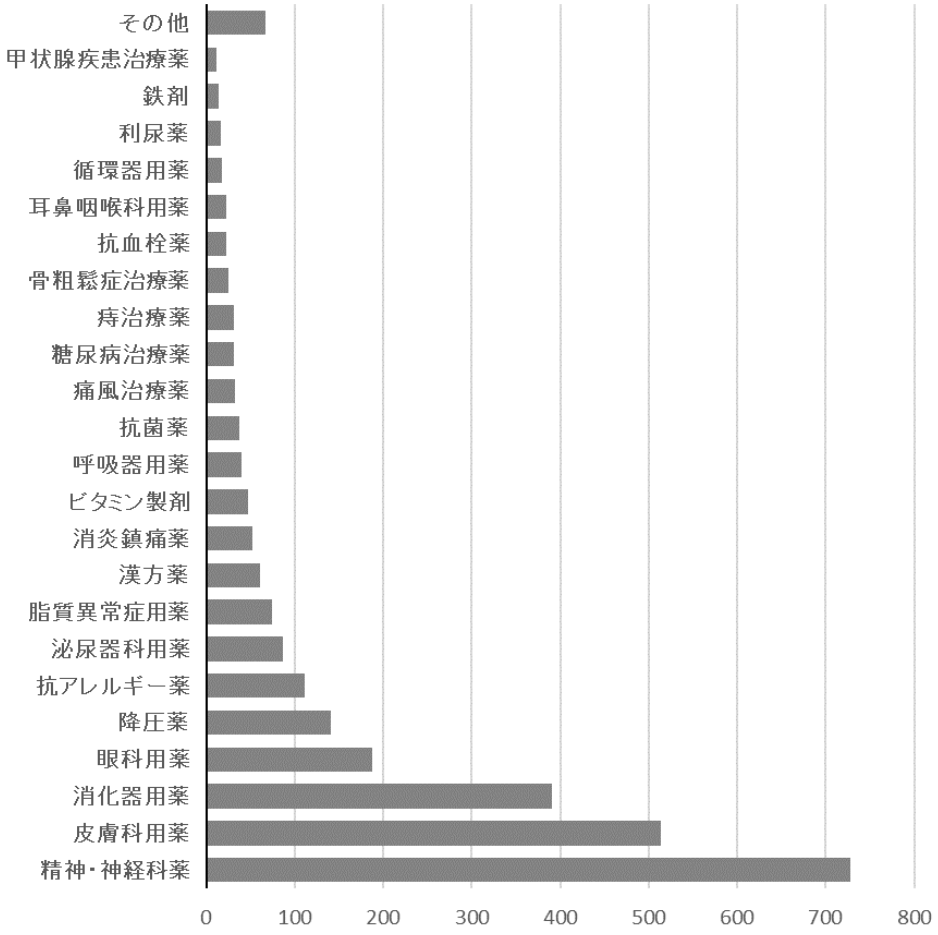


図 6 薬剤種別ごとの使用数合計

の薬剤を使用している場合にはそれぞれを 1 種類とした。いずれも薬剤数は個人差が大きいため相関としては極めて弱いものの、総薬剤数は年齢とは弱い正の相関（線形回帰分析, r=0.230, p<0.0001)、精神・神経科薬剤数は負の相関（同, r=-0.161, p=0.002）が見られていた。精神・神経科薬の服用の有無による年齢で比較してもこの 2 群には有意差があり（p=0.0209, Mann-Whitney U Test)、精神・神経科薬服用群は非服用群よりもわずかに年齢が低い傾向があった（図 3)。精神・神経科薬数、総薬剤数ともに知的障害区分との関連は見られなかった（図 4、図 5)。

図 6 に薬剤種別ごとの使用数を示した。精神・神経科薬が最も多く、次いで皮膚用薬、消化器用薬、眼科用約、循環器用薬・利尿薬の順であり、前回調査とほぼ同じ結果だった。精神・神経科薬の内訳としては、抗てんかん薬が最も多く、次いで抗精神病薬、睡眠導入薬、パーキンソン病治療薬、抗不安薬、抗うつ薬の順であり、この点でも大きな変化はなかった（図 7)。

図 8、図 9、図 10 はそれぞれ抗てんかん薬、抗精神病薬、睡眠導入薬の使用状況を見たものであり、表 2 は前回調査との比較を示したものである。それぞれ頓用薬を含み、また睡眠薬は抗てんかん薬として使用されている場合がある。それぞれの使用率は、抗てんかん薬 37.8%、抗精神病薬 30.9%、睡眠薬 18.1%で、多剤併用率（2 剤以上）は、抗てんかん薬 64.7%、抗精神病薬 45.0%、睡眠薬 24.6%だった。それぞれの薬剤を使用している場合の一人当たりの薬剤数は、抗てんかん薬 2.26 剤、抗精神病薬 1.59 剤、睡眠導入薬 1.28 剤で、前回調査よりもいずれも増加していた。

D. 考察

2015 年の調査[1, 2]と比較し、薬物療法を受けている割合と一人当たりの薬剤数は明らかに増加していた。これは、全体の年齢が約 5 歳上昇していることが大きく影響しているものと考えられるが、同時に前回調査の時点でその必

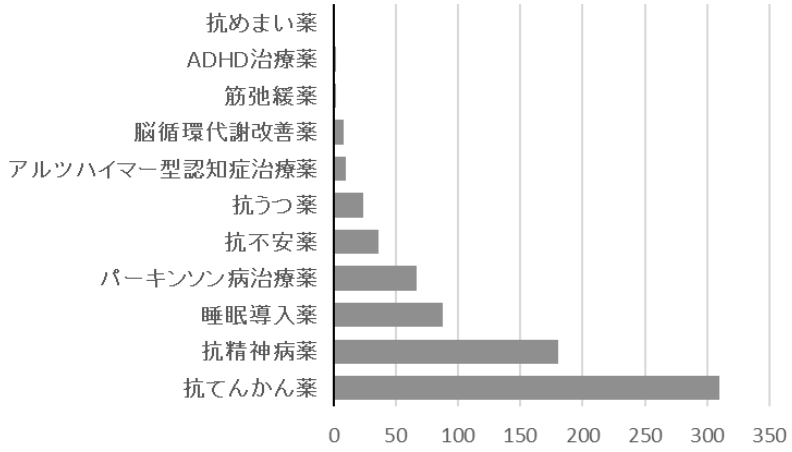


図 7 精神・神経科薬の内訳

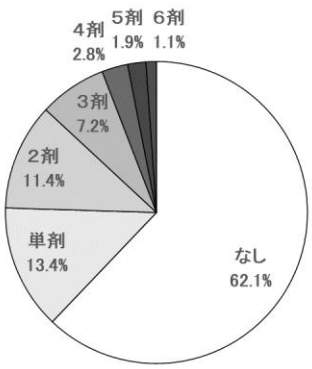


図 8 抗てんかん薬の個別使用数

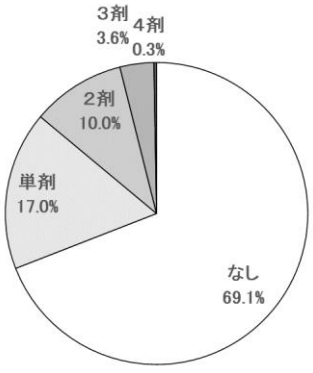


図 9 抗精神病薬の個別使用数

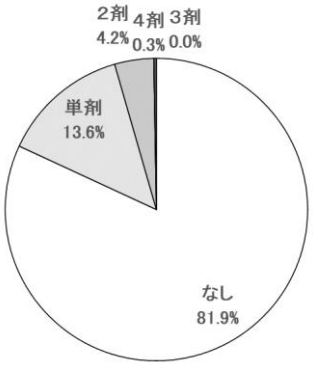


図 10 睡眠導入薬の個別使用数

要性が指摘されていた薬物療法の単純化・簡略化のための仕組みの整備が進んでいないことをも示している。

加えて懸念されるのは、昨年の調査[3]でも指摘された人材不足を中心とした施設側の要因の影響である。昨今、障害福祉の現場でも人材不足が深刻化し、支援水準の低下につながる可能性が指摘されている[4]。入所者の高齢化と医療の高度化に伴い薬物療法が複雑化することに加え、それを支える施設職員の不足は支援水準の低下につながりかねない双子の要因であり、そのことによって生じる現場の負担感の増大がさらに支援人材の不足に拍車をかけるという悪循環は、障害福祉の現場が直面する喫緊の課題の一つである。

今回の調査でもう一つ明らかになった問題は、精神・神経科薬の使用状況である。精神・神経科薬は、その他の薬剤とは異なり年齢が上がると使用率が下がる傾向がみられていた。精神・神経科薬の使用対象となるのは抗てんかん薬を除けば主に行動の問題であり、これらの頻度は年齢の上昇とともに下がる傾向があるのかもしれない。しかしながら、抗精神病薬、睡眠導入薬いずれについても、使用している場合の一人当たり薬剤数がいずれも増加していた点には注意が必要である。2014 年度の診療報酬改定により、精神・神経科薬の多剤併用は抑制される傾向にあるとの報告が複数みられる[5, 6, 7]が、施設入所者においては必ずしもそのような状況にはない可能性がある。上にも述べた福祉人材の不足を背景に、福祉施設の本来の強みである視覚的支援を中心とした環境調整やコミュニケーション支援の後退が薬物療法への依存につながっていないか、今一度の検討が必要であるものと考えられる。

前回調査の時点ですでに明らかになっていた薬物療法の複雑化に対し、根本的な対策が施されないまま 8 年が過ぎた。そしてそこに福祉人材の不足という新たな問題が加わり、現場の困難は一層増している。医療との対話を通じた薬物療法の合理化とともに、障害福祉人材の充実を通じた、利用者の方々の生活の質の向上に資する実効性のある対策が求められている。

E. 結論

障害者支援施設においては薬物療法、特に多剤併用が一般的であり、高齢化の進展と医療技術の進歩とともに薬物慮法のさらなる複雑化が予想される。福祉と医療の協力の下に薬物療法の単純化・簡略化のための仕組みを整えていくと同時に、障害福祉人材の充実を通じた支援水準の向上が求められる。

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

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

＜参考文献＞

1) 高橋和俊他「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査(第 1 報)」厚生労働科学研究費補助金障害対策研究事業「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」平成 27 年度総括・分担研究報告書 pp 15-24 (2016)

2) 高橋和俊「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査 (第 3 報) ～薬物療法の分析～」厚生労働科学研究費補助金障害対策研究事業「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」平成 28 年度総括・分担研究報告書 pp 20-25 (2017)

3) 高橋和俊「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査 (第 2 期・第 1 報)」厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」令和 4 年度総括・分担研究報告書 pp 84-91 (2023)

4) 橘隆昭「2020 年度障害福祉サービス事業所

等の人材確保に関する調査について」独立行政法人福祉医療機構 Research Report（2021）
5) 尾久征三他「太宰府病院外来における抗精神病薬の多剤併用処方の実態と適正化への取組み効果」九神精医 64:118-128（2018）
6) 肥田裕丈他「精神科外来患者における抗うつ薬および抗不安薬の多剤併用処方状況に関する調査」医療薬学 48:359-367（2022）
7) 岡田佑輔「診療報酬改定が向精神薬多剤処方の削減に与える影響の評価」明治薬科大学博士課程論文（2023）

＜謝辞＞
今回の調査に当たり、データベースへの入力を担当していただいた以下の皆様に感謝申し上げます。

上川孝一（ねお・はろう）
紀谷智彦、花輪香織（ワークショップまるやま荘）
中野伊知郎、兒玉智樹（星が丘寮）
高田久嗣、鎌田俊介（侑ハウス）
祐川暢生、中尾雅子（明生園）
折目泰則、東隆史（新生園）
小谷高大、伍樓政幸（函館青年寮）
祐川暢生、石村正徳（侑愛荘）
（敬称略、順不同）

表 1　薬物療法の概要と 2015 年調査との比較

		2015 年調査	今回調査（2022 年）
薬物療法の割合		90.8%	94.4%
精神・神経科薬使用率		57.9%	57.7%
使用薬剤数	中央値	6	7
	最頻値	4	6
	最大値	27	29

表 2　精神・神経科薬の使用率と 2015 年調査との比較

		2015 年調査	今回調査（2022 年）
抗てんかん薬	使用率	36.3%	37.9%
	単剤	37.9%	35.3%
	2剤以上	62.1%	64.7%
	平均薬剤数	2.22	2.26
抗精神病薬	使用率	31.8%	30.9%
	単剤	62.4%	55.0%
	2剤以上	37.6%	45.0%
	平均薬剤数	1.51	1.59
睡眠導入薬	使用率	27.9%	18.1%
	単剤	82.5%	75.4%
	2剤以上	17.5%	24.6%
	平均薬剤数	1.25	1.28

令和5年度　厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

研究課題名（課題番号）：入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究（22GC2001）

分担研究報告書

分担研究課題名：社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査（第 2 期・第 3 報）～医療機関の利用状況～

研究分担者：高橋和俊（社会福祉法人侑愛会　ゆうあい会石川診療所　所長）

研究要旨

社会福祉法人侑愛会の 8 か所の入所施設（障害者支援施設）を対象に、入所者の医療機関受診に関する調査を行い、2015 年に実施した第 1 期調査との比較を行った。対象は 2022 年 12 月 31 日時点で入所していた 445 名のうち研究参加への同意と有効データの得られた 359 名（80.7%）である。1 年間の一人当たり外来受診総回数は 24.4 回（前回調査 35.1 回）、3 年間の一人当たり入院日数は 2.20 日（同 3.86 日）で、いずれも前回調査よりも著明に減少していた。入院に付き添いが必要だったのは全日数の 0.25%（同 32.1%）で、ほとんどのケースで付き添いが不要だった。外来受診回数は医療的ケアを受けている場合に有意に多く、総薬剤数は外来受診回数と高い相関があるという点は前回調査と変化なかった。外来受診回数、入院日数の減少は新型コロナウイルス感染症の影響が大きいと考えられ、高齢化や医療の高度化に伴う受診回数や入院日数の抑制に向けて一定の示唆をもたらすものと考えられた。その一方で、使用薬剤数はむしろ増加傾向にあり受診回数の減少は必ずしも使用薬剤数の削減には結びついていなかった。

A. 研究目的

我々は 2015 年に社会福祉法人侑愛会の運営する 8 か所の施設に入所している知的障害を持つ人たちを対象に、医療機関受診に関する詳細な解析を行った。その結果、知的障害のある施設入所者は、医療機関の外来受診、入院ともに多く、施設運営に影響を及ぼしていると同時に家族に負担を強いる結果となっていること、今後、高齢化や医療の高度化に伴って医療への依存度がさらに高まる可能性が高く、障害者支援施設における医療的ニーズへの対応について、現状への対応のみならず将来を見据えた新たな制度設計や体制整備が必要であることを指摘した[1, 2, 3]。

今回、同じ施設を対象に改めて同様の調査を実施し、経年的変化について検討した。

B. 研究方法

対象は、2022 年 12 月 31 日現在で、社会福祉法人侑愛会の運営する 8 か所の障害者支援施設で生活している 445 名のうち、研究参加に同意の得られた 362 名（男 249 名、女 113 名）である。

これらの人たちについて、性別、年齢、Body Mass Index（BMI）、知的障害区分、障害支援区分、主診断名、合併症、日常生活動作（ADL）、受けている医療的ケアとその種類、薬物療法の有無と使用薬剤数、薬剤名（商品名）、過去 1 年間の医療機関の外来受診（科名と受診回数）、過去 3 年間の入院（科名と入院日数）等について 1 次データベースを作成した。

1 次データベースは、セキュリティーの確立している商用データベース（サイボウズ kintone）を使用して構築し、データ入力は入所施設ごとに任命された 1～数名の入力担当者が行った。この 1 次データベースから個人情報を除いた 2 次データベースを作成し、解析を行った。

統計解析はオープンソースの統計解析言語「R」及び開発環境「RStudio」を用いて行った。

（倫理面への配慮）

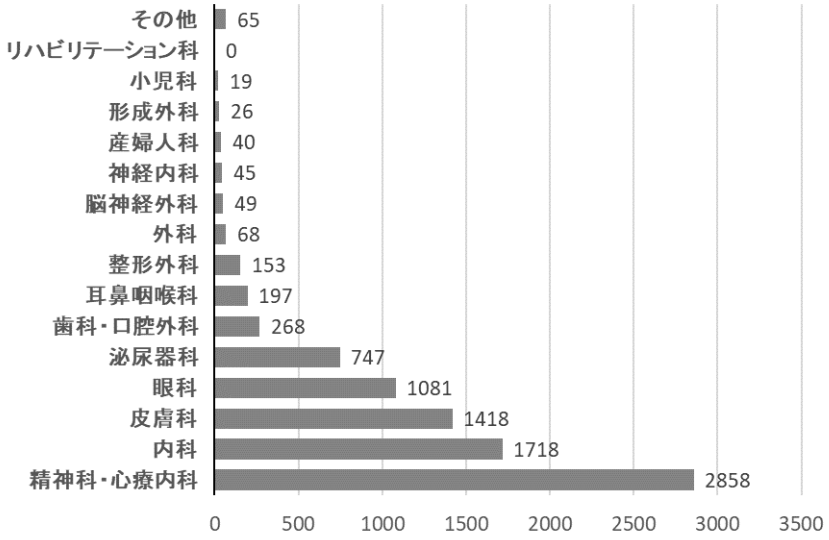


図 1 診療科別外来受診回数（過去 1 年間）

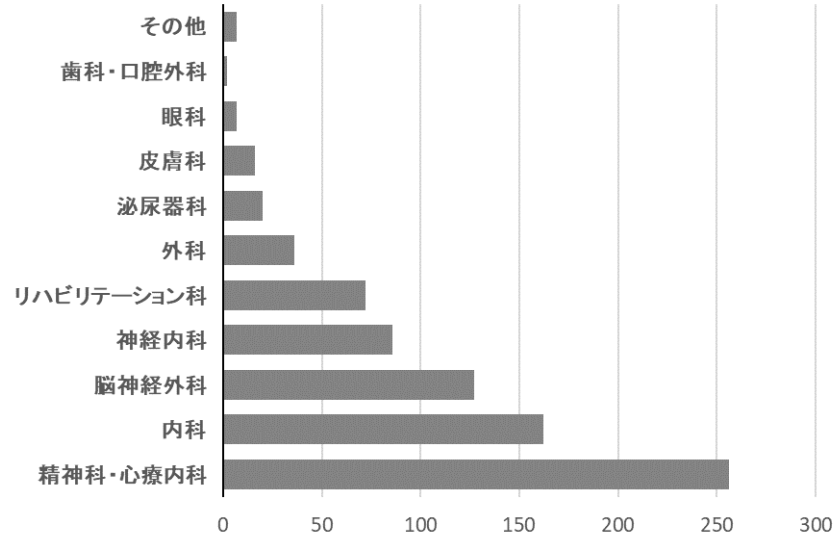


図 2 診療科別入院日数（過去 3 年間）

個人情報保護のため、各施設の入力担当者は自施設のデータのみを閲覧できる設定とし、集計を担当する研究分担者及び研究協力者のみがすべてのデータを閲覧・編集できる設定とした。入力終了後、研究分担者が個人情報を削除した 2 次データベースを作成し個人が特定されない状態で解析を行った。

C. 研究結果

同意の得られた 362 名のうち、有効データが得られたのは 359 名（全入所者 445 名の 80.7%）であった。

調査時の年齢は 18 歳から 97 歳、中央値は男 50.6 歳、女 56.2 歳であった。知的障害区分は最重度（IQ 20 未満または測定不能）が最も多く、最重度と重度（IQ 20～34）で 2/3 以上を占め、軽度（IQ 50～69）は 4.4%であった。知的障害を伴わない人はいなかった。知的障害区分ごとの年齢の中央値は、軽度 62.2 歳、中等度 58.5 歳、重度 52.7 歳、最重度 49.1 歳と、知的障害が重くなるほど年齢は下がる傾向があった。

図 1 に過去 1 年間（令和 4 年 1 月 1 日～12 月 31 日）の医療機関外来受診回数（入院となった場合を除く）の合計を診療科別に示す。年間の受診総回数は 8,752 回、利用者 1 人あたりの平均は年 24.4 回であり、2015 年調査の 35.1 回から大幅に減っていた。診療科別にみると精神科・心療内科が最も多く、次いで内科、皮膚科の順であり、2015 年調査から変化は見

られなかった。

図 2 に過去 3 年間（令和 2 年 1 月 1 日～令和 4 年 12 月 31 日）の診療科別の入院日数の合計を示す。全入院日数は 791 日、利用者 1 名あたり 2.20 日で、これも 2015 年調査の 3.86 人から大幅に減っていた。診療科では精神科・心療内科が最も多く、次いで内科、脳神経外科の順であった。2015 年調査では内科、精神科・心療内科、整形外科の順であったが、内科の日数が大幅に減り、整形外科の入院は過去 3 年間で 0 日と大きな変化がみられていた。

入院時に付き添いが必要だったのは歯科・口腔外科の 2 日間（0.25%）と、2015 年調査の 32.1%から著明に減少し、入院に付き添いが必要なケースはほとんどなかった。

図 3 に 1 年間の総外来受診回数と年齢の相関を見たものである。弱いながらも年齢が上がると外来受診回数が増える傾向があり（線形回帰分析，r=0.251，p<0.001）、2015 年調査と同様の傾向だった。

図 4 は入院のあったケースに限って 3 年間の総入院日数と年齢との相関を見たものである。入院 0 日のケースを含めても含めなくても入院日数と年齢とのには明らかな相関は見られず、この点も 2015 年調査と同じだった。

図 5 は医療的ケアの有無別に総外来受診回数を見たものである。総外来受診回数の中央値は、医療的ケアがない場合には 16.5 回だったが、医療的ケアがある場合には 36 回で、明らかな差がみられ（Mann-Whitney U Test，p<0.001）、2015 年調査と同様の結果であった。

図 6 は総外来受診回数と総薬剤数の相関を

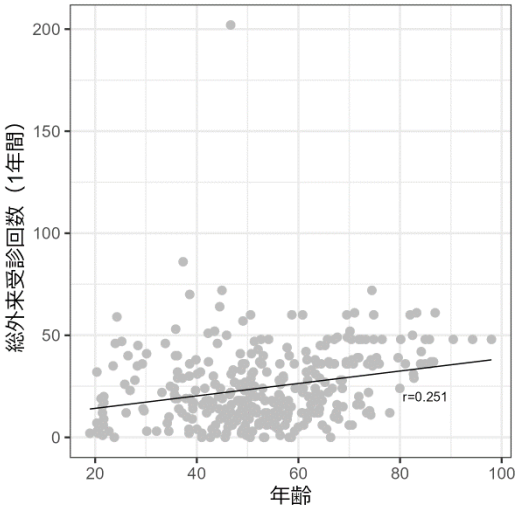


図 3 年齢と外来受診回数

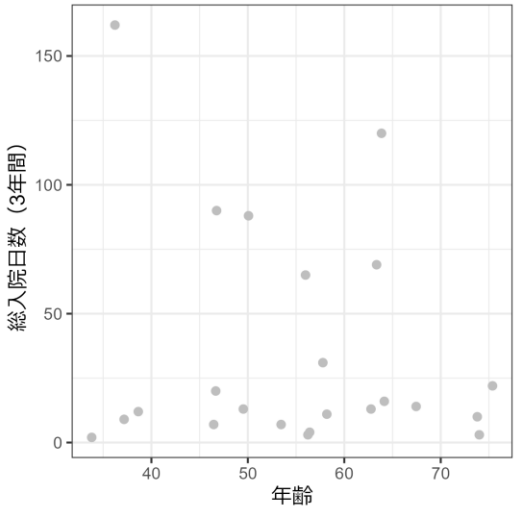


図 4 年齢と入院日数
（入院 0 日のデータを除く）

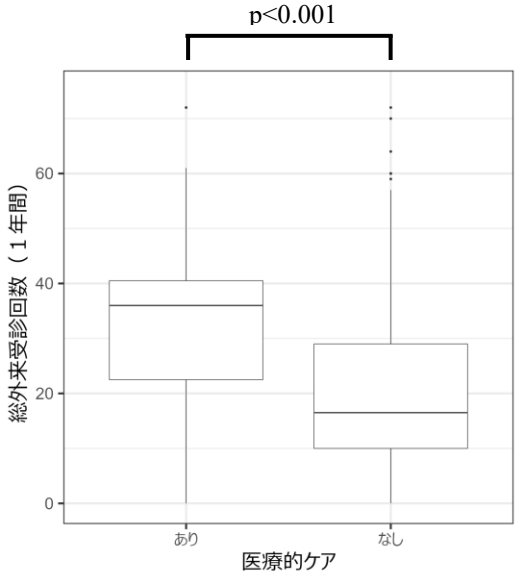


図 5 医療的ケアと外来受診回数

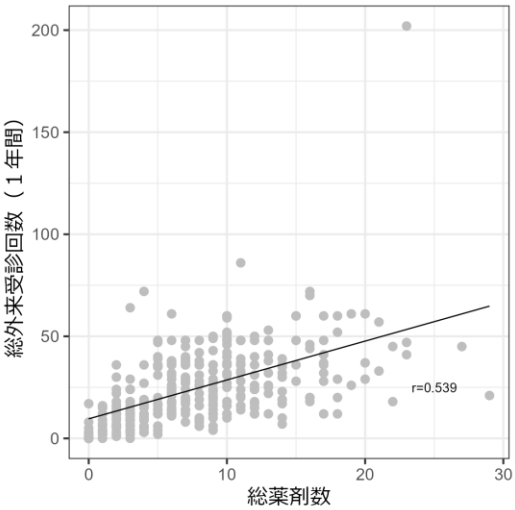


図 6 総薬剤数と外来受診回数

見たものである。この 2 つの間には比較的高い相関がみられ、この点も 2015 年調査と同様だった。

D. 考察

今回の調査では、調査対象の年齢が中央値でほぼ 5 歳上昇していたにもかかわらず、外来受診回数、入院日数ともに大幅な減少がみられていた。これは、この調査の対象年が新型コロナウイルス感染症の流行時期と重なっていることが大きく影響しているものと考えられる。一般人口においても、厚生労働省の病院報告をはじめとする複数の報告[4, 5]で同様の傾向がみられるが、それらの減少幅と比較しても本報告での減少幅は著しく、知的障害のある人たちの医療は感染症の流行による影響を受けやすいことを示しているものと考えられる。

その一方で、2015 年調査で示した通り医療機関の受診や入院が入所施設の日常業務の大きな負担となっていることも確かであり、コロナ禍における外来受診と入院日数の減少は、入所施設における医療の在り方に対して一つの示唆をもたらしているともいえる。薬物療法という面からみると、総薬剤数は 2015 年調査よりも増加しており[6]、医療の必要性が低くなったわけではないと考えられるが、薬物療法の整理と合理化を含め、施設入所者の高齢化と医療の高度化による医療の複雑化にどう対処していくのかを新型コロナウイルス感染症の経験も参考にしつつ改めて考えるべき時期に来ているといえる。

今回の調査でもう一つ特筆すべき点は、入院時の付き添いがほとんどゼロになっていた点である。これも新型コロナウイルス感染症の影響と考えられるが、その背景として、医療機関側が付き添いなしでも対応できる体制を整えたことによるものなのか、または付き添いが必要となるようなケースをほとんど受け入れなかったためなのか、今回の調査だけで明らかにすることはできなかった。今後、同様の調査を継続的に行うことで、付き添いの問題が再燃するのか、それとも今回の経験をもとに付き添いなしでの入院が可能となるような体制づくりが進むのか、注意して経過を見る必要があるものと考えられる。

E. 結論

知的障害のある施設入所者は、医療機関の受診は、外来、入院ともに新型コロナ感染症の影響を大きく受けて減少していた。また入院の付き添いが求められる場合も著しく減少していた。この経験をもとに、入所施設におけるより効率的・効果的な医療の在り方を再検討すべきである。

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

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

＜参考文献＞

1) 高橋和俊他「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査(第 1 報)」厚生労働科学研究費補助金障害対策研究事業「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」平成 27 年度総括・分担研究報告書 pp 15-24 (2016)
2) 高橋和俊他「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査(第 2 報) ～職員アンケート調査から～」厚生労働科学研究費補助金障害対策研究事業「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」平成 28 年度総括・分担研究報告書 pp 9-19 (2017)
3) 高橋和俊他「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査(第 4 報) ～医療機関の利用状況～」厚生労働科学研究費補助金障害対策研究事業「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」平成 29 年度総括・分担研究報告書 pp 12-19（2017）
4) 厚生労働省「病院報告」https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/80-1.html
5) 小豆畑丈夫他「新型コロナウイルス感染症拡大が、一般医療機関(在宅医療および一般急性期医療)に与えた影響」日本在宅救急医学会誌 6：30-33（2022）
6) 高橋和俊「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査（第 2 期・第 2 報）～薬物療法の分析～」令和 4 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業)「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」令和５年度総括・分担研究報告書（2024）in press

＜謝辞＞
今回の調査に当たり、データベースへの入力を担当していただいた以下の皆様に感謝申し上げます。

上川孝一（ねお・はろう）
紀谷智彦、花輪香織（ワークショップまるやま荘）
中野伊知郎、兒玉智樹（星が丘寮）
高田久嗣、鎌田俊介（侑ハウス）
祐川暢生、中尾雅子（明生園）
折目泰則、東隆史（新生園）
小谷高大、伍樓政幸（函館青年寮）
祐川暢生、石村正徳（侑愛荘）
（敬称略、順不同）

令和5年度　厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

研究課題名（課題番号）：入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究（22GC2001）

分担研究報告書

分担研究課題名：社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査（第 2 期・第 4 報）～行動関連項目の分析～

研究分担者：高橋和俊（社会福祉法人侑愛会　ゆうあい会石川診療所　所長）

研究要旨

社会福祉法人侑愛会の 8 か所の入所施設（障害者支援施設）を対象に、厚生労働省が定める強度行動障害の判定項目（行動関連項目）に関する調査を行った。対象は 2022 年 12 月 31 日時点で入所していた 445 名のうち研究参加への同意と有効データの得られた 328 名（73.7%）である。半数以上が強度行動障害の判定基準を満たし、内訳では「コミュニケーション」の点数が最も高かった。知的障害が重くなるほど行動障害の程度も重くなる傾向があり、精神・神経科薬数も多くなる傾向があった。年齢が高くなると行動障害は次第に軽くなっていく傾向があり、これは知的障害の程度によらなかった。全体として行動障害の程度に性差は見られなかったが、一部の項目には性差があり、どのような行動に着目するかによって男女差の認識が変わる可能性を示唆していた。知的障害が軽度～重度の場合とは異なり、最重度の知的障害を伴う場合には行動障害が重いほど医療機関の受診回数が多くなる傾向があった。知的障害のある施設入所者では、強度行動障害の比率が高く、コミュニケーション支援を中心とした支援の充実とともに、強度行動障害に対応できる医療の体制整備が求められている。

A. 研究目的

我々は 2015 年と 2022 年の 2 回にわたり、社会福祉法人侑愛会の運営する 8 か所の施設に入所している知的障害を持つ人たちを対象に、医療の必要性に関する調査を行った[1-7]。この 2 回の調査を通じ、障害支援区分が全体として重度化していること、ADL の低下や医療的ケアの増加ではその傾向を説明できず、そのほかの要因によるものである可能性が高いことを指摘した。

近年、医療分野でも強度行動障害への注目が高まり、その支援や治療の在り方をめぐって活発な議論が展開されるようになった。この問題は知的障害入所施設においては従来から大きなテーマであり、継続的に取り組みが行われているが、薬物療法を中心とした医療ニーズの高さから、福祉と医療の連携がより強く求められている分野であるともいえる。

今回は、入所施設における強度行動障害の実態を明らかにすることを目的に、2015 年調査、2022 年調査と同様の対象について、厚生労働省が定める強度行動障害の判定項目（いわゆる行動関連項目）に関する調査を行なった。

B. 研究方法

対象は、2022 年 12 月 31 日現在で、社会福祉法人侑愛会の運営する 8 か所の障害者支援施設で生活している 445 名のうち、研究参加に同意の得られた 362 名（男 249 名、女 113 名）である。

これらの人たちについて、性別、年齢、Body Mass Index（BMI）、知的障害区分、障害支援区分、主診断名、合併症、日常生活動作（ADL）、受けている医療的ケアとその種類、薬物療法の有無と使用薬剤数、薬剤名（商品名）、過去 1 年間の医療機関の外来受診（科名と受診回数）、

過去 3 年間の入院（科名と入院日数）、厚生労働省が定める強度行動障害の判定項目（行動関連項目）等について 1 次データベースを作成した。

1 次データベースは、セキュリティーの確立している商用データベース（サイボウズ kintone）を使用して構築し、データ入力は入所施設ごとに任命された 1～数名の入力担当者が行った。この 1 次データベースから個人情報を除いた 2 次データベースを作成し、解析を行った。

統計解析はオープンソースの統計解析言語「R」及び開発環境「RStudio」を用いて行った。

（倫理面への配慮）

個人情報保護のため、各施設の入力担当者は自施設のデータのみを閲覧できる設定とし、集計を担当する研究分担者及び研究協力者のみがすべてのデータを閲覧・編集できる設定とした。入力終了後、研究分担者が個人情報を削除した 2 次データベースを作成し個人が特定されない状態で解析を行った。

C. 研究結果

同意の得られた 362 名のうち、有効データが得られたのは 328 名（全入所者 445 名の 73.7%）であった。

調査時の年齢は 18 歳から 97 歳、中央値は男 50.5 歳、女 54.9 歳であった。知的障害区分は最重度（IQ 20 未満または測定不能）が最も多く、最重度と重度（IQ 20～34）で 2/3 以上を占め、軽度（IQ 50～69）は 4.0%であった。知的障害を伴わない人はいなかった。知的障害区分ごとの年齢の中央値は、軽度 69.7 歳、中等度 59.2 歳、重度 52.4 歳、最重度 49.1 歳と、知的障害が重くなるほど年齢は下がる傾向があった。

表 1 に行動関連項目の採点基準を示す。「コミュニケーション」「説明の理解」「てんかん」の 3 つは独自の基準が採用されているが、その他の 9 項目については統一した基準となっている。

図 1 に行動関連項目の総スコアの分布、図 2 に項目ごとの平均スコアを示す。スコア 0 点は 8.2%、1～9 点は 39.3%、10 点以上は 52.4%であり、半数以上が強度行動障害の判定基準を満たしていた。個別の項目でスコアが最も高かったのは「コミュニケーション」で、説明の理解」「多動・行動停止」「不安定な行動」がそれに続いていた。

図 3 に各行動項目のスコア分布を示す。月 1 回以上のてんかん発作があるケースは極めて少なく、他の項目と比較し、強度行動障害への寄与度は低かった。また、「コミュニケーション」「説明の理解」はそのほかの項目と採点基準が異なっているため直接の比較は困難であるものの、1 点と 2 点を合わせた比率はこの二つの項目が他の項目よりも高く、強度行動障害の判定への寄与度が高くなっていた。同一の判定基準を採用している 9 項目中では、「不安定な行動」「多動・行動停止」「不適切な行動」「大声・奇声を出す」の 4 項目の寄与度が高くなっていた。

図 4 に知的障害区分ごとの行動関連項目合計点数を示す。点数の中央値は、軽度 3、中度 5、重度 8.5、最重度 16 と知的障害が重くなる

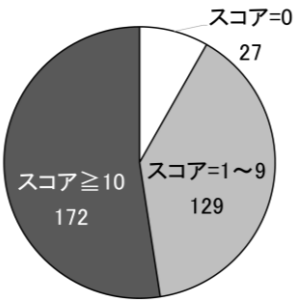


図 1 行動関連項目合計点数の分布

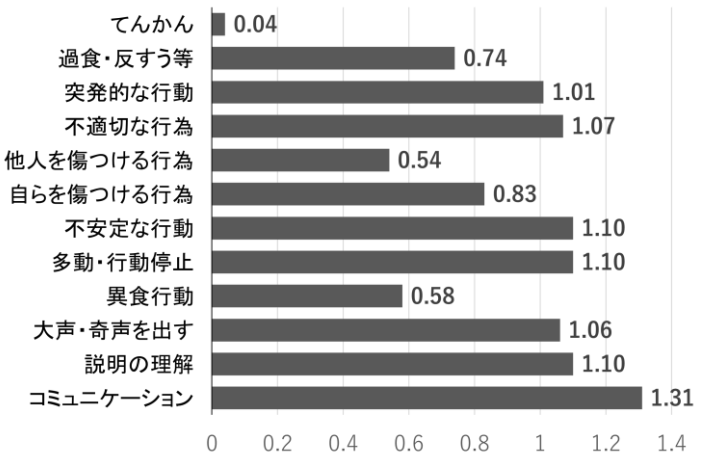


図 2 行動関連項目ごとの平均スコア

ほど行動関連項目合計点数が上がる傾向がみられた（Mann-Whitney U Test）。

図5、図6は、行動関連項目合計点数と精神・神経科薬と関連を見たものである。精神・神経科薬の有無で分類すると、行動関連項目合計点数の中央値は「あり」の場合が13点、「なし」の場合が 5.5 点で、この２群の間には有意差がみられた（Mann-Whitney U Test, $p<0.001$）。また、行動関連項目合計点数と精神・神経科薬数との間には、弱いながらも正の相関があった（線形回帰分析, $r=0.307$, $p<0.001$）。

図７は、知的障害区分ごとに行動関連項目合計点数と年齢との関係を見たものである。知的障害区分を考慮しない場合には行動関連項目合計点数と年齢の間には弱い負の相関（線形回帰分析, $r=-0.450$, $p<0.001$）がみられたが、知的障害区分はこの傾向に影響を与えていなかった（共分散分析, $p>0.5$）。図８に示すように、性別もこの傾向には影響を与えていなかった（共分散分析, $p>0.4$）。行動関連項目ごとに点数の分布の精査を見てみると、ほとんどの項目では性差がなかったが、「説明の理解」と「他人を傷つける行為」では性差がみられた（表2）。

図 9 は知的障害区分ごとに行動関連項目合計点数と総外来受診回数との相関を見たものである。知的障害区分を考慮しないと、行動関連項目合計点数と外来受診回数との間には相

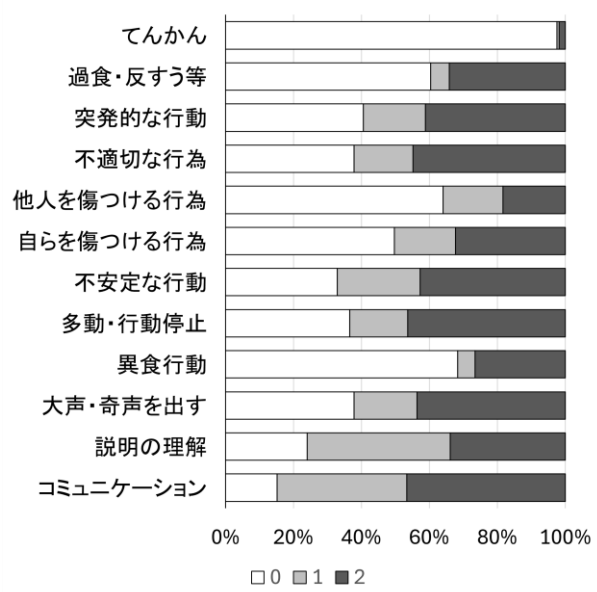


図 3 行動関連項目ごとのスコア分布

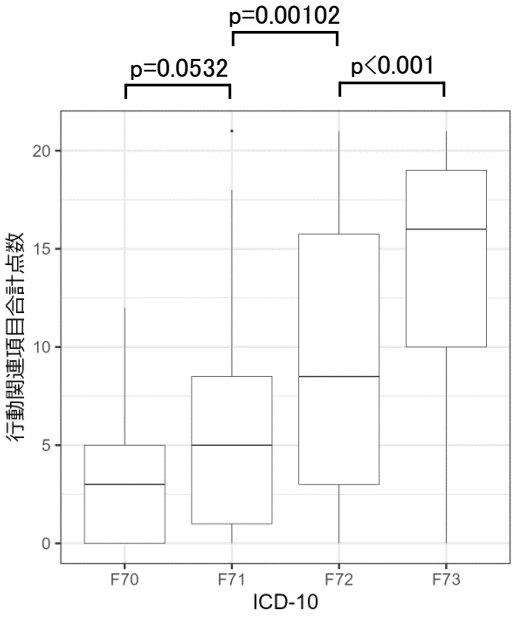


図 4 知的障害区分ごとの
行動関連項目合計点数

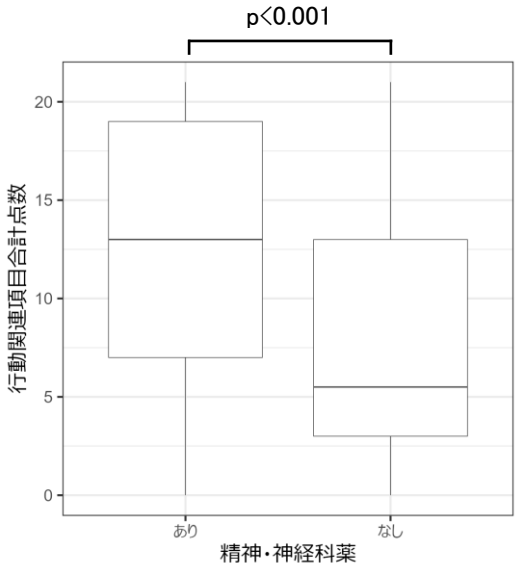


図 5 精神・神経科薬の有無による
行動関連項目合計点数

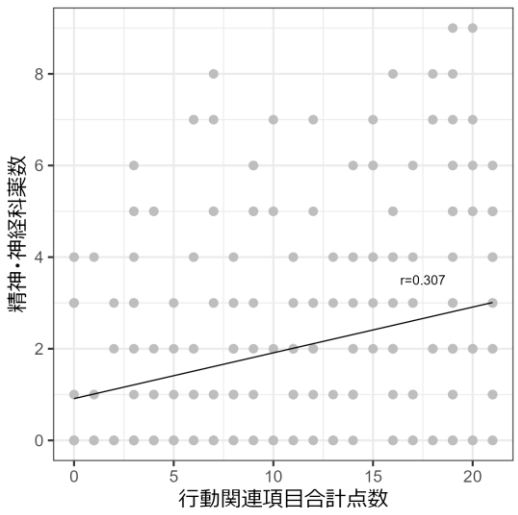


図 6 行動関連項目合計点数と
精神・神経科薬数との相関

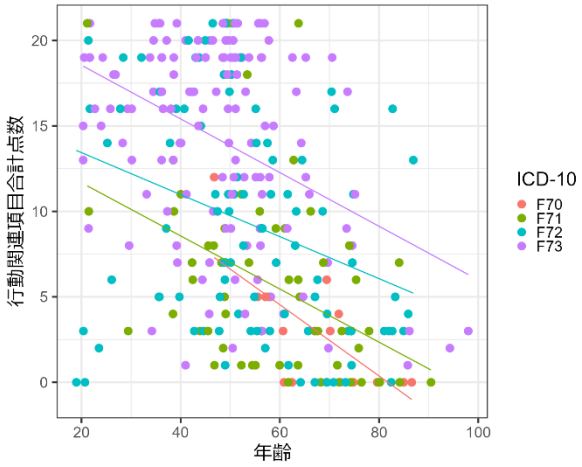


図 7 行動関連項目合計点数と
年齢との相関（知的障害区分ごと）

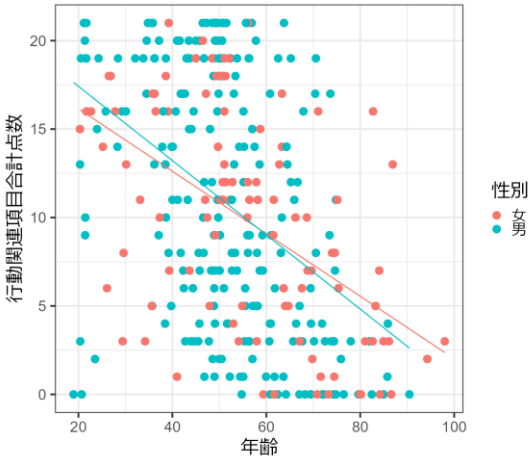


図 8 行動関連項目合計点数と
年齢との相関（性別ごと）

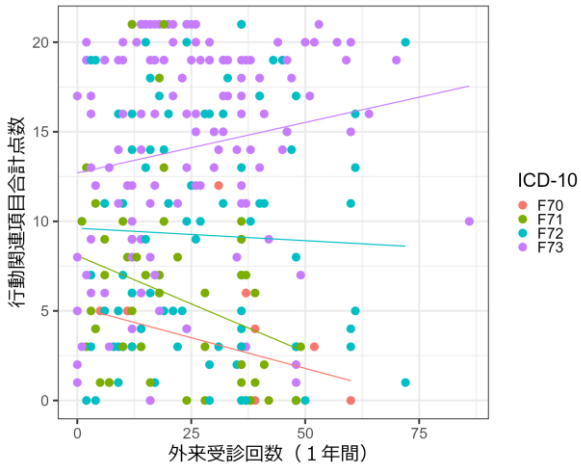


図 9 行動関連項目合計点数と
外来受診回数との相関（知的障害区分ごと）

関は見られなかった（線形回帰分析，p=0.96）が、知的障害区分の影響を加味すると、最重度の場合には行動関連項目合計点数が高いほど外来受診回数が多くなる傾向があり、その他の場合とは逆の傾向を示していた（共分散分析，p=0.024）。

D. 考察

今回の調査では、社会福祉法人侑愛会の運営する 8 か所の施設に入所している知的障害のある人たちについて、行動関連項目に関する分析を行った。調査対象の半数以上が行動関連項目の合計点数が 10 点以上となり、あらためて当法人の施設入所者における強度行動障害の頻度の高さが浮き彫りになった。

行動関連項目ごとに見ると「コミュニケーション」の平均点数が最も高く、次いで「説明の理解」「多動・行動停止」「不安定な行動」が同じ平均点数で続いていた。しかしながら、「コミュニケーション」「説明の理解」「てんかん」の 3 項目はほかの項目とは採点基準が異なり、直接の比較は難しい。特に「説明の理解」は 0 点が「理解できる」、1 点が「理解できない」、2 点が「理解できているか判断できない」となっており、1 点が 2 点より軽微な状態とは必ずしも言えない構成になっている。このことを加味すると、少なくとも当法人の入所施設においては「コミュニケーション」（表出性コミュニケーション）と「説明の理解」（受容性コミュニケーション）の支援ニーズが高いと考えられる。

そのほかの行動の問題としては、「多動・行動停止」「不安定な行動」「不適切な行為」「突発的な行動」「大声・奇声を出す」の 5 つの項目で平均点数が 1 点を超えており、寄与度が高かった。反対に「てんかん」は極めて点数が低く発作が良好にコントロールされている例が多いことを示していた。

強度行動障害は最重度知的障害との関連が指摘されているが、今回の調査でも行動関連項目合計点数は知的障害区分が重くなるほど高くなる傾向があり、この関係を裏付けていた。その一方で、強度行動障害を形成する行動の問題には、生来的な特性に起因するものだけでなく、適切なコミュニケーション手段を持たないことによる代替行動や、不適切な学習によって習得された行動も含まれているものと考えられる。表出性及び受容性コミュニケーションの支援ニーズの高さも考慮すると、幼少期に知的障害の存在が認識された時点でコミュニケーションを中心とした支援を開始し、一貫した方法で支援を継続することの重要性を示唆しているものと考えられる。

また精神・神経科薬の使用数と行動関連項目合計点数の間に関連が認められたことについても注意が必要である。確かに行動の問題がある場合には、過剰な興奮を抑える、不眠を軽減する、感覚過敏を軽減するなどの点で薬物療法が一定の役割を果たすことも多い。しかしその一方で、本来はコミュニケーション支援や環境調整によって解決すべき問題が過剰な薬物療法によってマスクされてしまい、眠気、倦怠感、意欲の低下、食欲亢進、体重増加などの副作用もあいまって、むしろ生活の質の低下につながってしまう可能性も否定できない。当法人の入所施設は視覚的構造化などにも積極的に取り組み、薬物療法だけに頼らない支援を目指しているが、そのような取り組みが行われている施設ばかりとは限らず、また在宅や医療機関の入院ではさらに支援や環境調整が手薄となり、結果として薬物療法に頼らざるを得なくなっている状況もあるものと推察される[8]。

行動関連項目合計点数と年齢との関係では、知的障害の程度にかかわらず年齢の上昇に伴って点数が下がる傾向が認められた。これは、強度行動障害への生物学的な要素の影響の大きさを示しているともいえるが、その一方で若年層への支援ニーズの高さを示しているともいえる。今回は施設入所者を対象とした調査ではあったが、20～30 歳の若年層は在宅の比率も高く[9]、行動の問題が大きい時期に家庭内で十分な支援を得ることができずに過ごしているケースが多いことも懸念される。今後は施設入所者だけでなく在宅のケースについても同様の調査を行う必要性を示していると考えられる。

従来までの報告では、強度行動障害に相当するような行動の問題は男性に多いとするものと男女差はないとするものがあり一定していない[10]。今回、行動関連項目ごとの検討も行ったところ、ほとんどの項目は男女差がなかったが、「説明の理解」と「他人を傷つける行為」には男女差が見られた。前述のとおり「説明の理解」は 1 点が「理解できない」、2 点が「理解できているか判断できない」となっており、必ずしも点数が行動障害の重症度を反映しているとは言えない面がある。そのため、この男女差はコミュニケーション障害の程度よりもむしろその質を反映していると考えるべきかもしれない。行動関連項目合計点数には性別による差はみられなかったが、以上のような点も加味すると、どのような行動に着目するのかによって男女差の評価が変わってくる可能性もあるものと思われる。

行動関連項目合計点数と外来受診回数の関係は、最重度の知的障害を伴う場合とそれ以外との場合で傾向に差が見られた。最重度の知的障害を伴う場合には精神・神経科の受診が多く、薬物療法も精神・神経科薬の使用数が多い。その一方で、それ以外の場合には内科などの身体疾患による受診の比率が高くなる傾向があり、その差が表れたものと考えらえる。

今回の調査を通じ、施設入所者では強度行動障害の基準を満たす人が決して少なくないこと、表出性・受容性コミュニケーションの支援ニーズが高いこと、強度行動障害が顕著になるほどそれに対応する医療ニーズが高まることを確認することができた。これらの人たちへの小児期からの支援体制の充実とともに、その特性に合わせた医療機関の体制整備の必要性を強く示唆しているものと考えられる。

E. 結論

知的障害のある施設入所者では、強度行動障害の比率が高く、コミュニケーション支援を中心とした支援の充実とともに、強度行動障害に対応できる医療の体制整備が求められている。

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：なし
H. 知的財産権の出願・登録状況：なし

＜参考文献＞

1) 高橋和俊他「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査(第1報)」厚生労働科学研究費補助金障害対策研究事業「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」平成 27 年度総括・分担研究報告書（2016）pp 15-24
2) 高橋和俊他「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査(第2報) ～職員アンケート調査から～」厚生労働科学研究費補助金障害対策研究事業「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」平成 28 年度総括・分担研究報告書 pp 9-19（2017）
3) 高橋和俊他「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査(第3報)～薬物療法の分析～」厚生労働科学研究費補助金障害対策研究事業「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」平成 28 年度総括・分担研究報告書 pp 20-25（2017）
4) 高橋和俊他「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査(第4報)～医療機関の利用状況～」厚生労働科学研究費補助金障害対策研究事業「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」平成 29 年度総括・分担研究報告書（2018）
5) 小豆畑丈夫他「新型コロナウイルス感染症拡大が、一般医療機関(在宅医療および一般急性期医療)に与えた影響」日本在宅救急医学会誌 6：30-33（2022）
5) 高橋和俊「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査（第 2 期・第 1 報)」厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」令和 4 年度総括・分担研究報告書 pp 84-91（2023）
6) 高橋和俊「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査（第 2 期・第 2 報）～薬物療法の分析～」令和 4 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業)「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」令和５年度総括・分担研究報告書（2024）in press
7) 高橋和俊「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査（第 2 期・第 3 報）～医療機関の利用状況～」令和 4 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業)「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」令和５年度総括・分担研究報告書（2024）in press
8) 吉川徹「行動障害を伴う知的・発達障害児（者）の薬物療法」児童青年精神医学とその近接領域 62:454-458（2021）
9) 井上雅彦、福崎俊貴「強度行動障害のある人の鳥取県における総人口調査」自閉症スペクトラム研究 19:25-34（2022）
10) E. エマーソン他「チャレンジング行動 ー強度行動障害を深く理解するために」二瓶社（2022）

＜謝辞＞

今回の調査に当たり、データベースへの入力を担当していただいた以下の皆様に感謝申し上げます。

上川孝一（ねお・はろう）
紀谷智彦、花輪香織（ワークショップまるやま荘）
中野伊知郎、兒玉智樹（星が丘寮）
高田久嗣、鎌田俊介（侑ハウス）
祐川暢生、中尾雅子（明生園）
折目泰則、東隆史（新生園）
小谷高大、伍樓政幸（函館青年寮）
祐川暢生、石村正徳（侑愛荘）
（敬称略、順不同）

表 1　行動関連項目と採点基準

行動関連項目	0 点			1 点	2 点
コミュニケーション	1. 日常生活に支障がない			2. 特定の者であればコミュニケーションできる 3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる	4. 独自の方法でコミュニケーションできる 5. コミュニケーションできない
説明の理解	1. 理解できる			2. 理解できない	3. 理解できているか判断できない
大声・奇声を出す	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上の)支援が必要
異食行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上の)支援が必要
多動・行動停止	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上の)支援が必要
不安定な行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上の)支援が必要
自らを傷つける行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上の)支援が必要
他人を傷つける行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上の)支援が必要
不適切な行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上の)支援が必要
突発的な行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上の)支援が必要
過食・反すう等	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上の)支援が必要
てんかん	1. 年に 1 回以上			2. 月に 1 回以上	3. 週に 1 回以上

表 2　行動関連項目の男女別スコア分布

	コミュニケーション		説明の理解		大声・奇声を出す		異食行動		多動・行動停止		不安定な行動	
点数	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男
0	14.1%	15.7%	15.2%	27.9%	42.4%	35.8%	75.8%	65.1%	42.4%	34.1%	37.4%	31.0%
1	45.5%	34.9%	29.3%	47.6%	21.2%	17.5%	7.1%	4.4%	18.2%	16.6%	25.3%	24.0%
2	40.4%	49.3%	55.6%	24.5%	36.4%	46.7%	17.2%	30.6%	39.4%	49.3%	37.4%	45.0%
男女差	p=0.2909		p<0.001***		p=0.1141		p=0.0326		p=0.09166		p=0.1781	

	自らを傷つける行為		他人を傷つける行為		不適切な行為		突発的な行動		過食・反すう等		てんかん	
点数	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男
0	51.5%	48.9%	73.7%	59.8%	40.4%	36.7%	46.5%	38.0%	61.6%	59.8%	96.0%	98.3%
1	19.2%	17.5%	19.2%	17.0%	18.2%	17.0%	17.2%	18.8%	9.1%	3.9%	1.0%	0.4%
2	29.3%	33.6%	7.1%	23.1%	41.4%	46.3%	36.4%	43.2%	29.3%	36.2%	3.0%	1.3%
男女差	p=0.5361		p=0.003812**		p=0.4283		p=0.1593		p=0.5113		p=0.1781	

検定は Mann-Whitney U Test を用いた。

令和５年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と
地域移行に資する研究」（22GC1019）

令和５度分担研究報告書

分担研究課題名：入院中の強度行動障害者の地域移行に向けた地域移行パス、地域モデルの検討

分担研究者：山下　健（国立病院機構さいがた医療センター医師）
協力研究者：下村　拓也（国立病院機構さいがた医療センター医師）
石田　光（国立病院機構さいがた医療センター児童指導員）
阿部　義隆(国立病院機構さいがた医療センター精神保健福祉士)、
研究参加医療機関の代表者、ヒアリングを行う各外部機関の担当者

研究要旨
強度行動障害児者は行動障害の激しさゆえ地域での処遇が困難となる事例が少なくない。本研究では集積事例を通じて、処遇困難となる可能性がある強度行動障害児者の地域移行を円滑にするための適切な地域移行パスを作成する。また強度行動障害児者を支援する地域関係機関らに仮想ケア会議、質問紙法を用いて、適切な地域移行モデルを検討し、報告する。

A．研究目的

入院中の強度行動障害者の地域移行に向けた地域移行パス、地域モデルを明らかにする。

B. 研究方法

本研究におけるモデルケースを含む登録事例を用いて分担研究者のいる地域における有識者らと仮想ケア会議を行い、円滑な地域移行に必要な事柄について検討を行う。また地域における強度行動障害者の支援を行う者らに質問紙法を用いて、得られた結果について考察する。

（倫理面への配慮）

本研究に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。また患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、特定されないように配慮した。

C．研究結果

本研究にて策定した地域移行パス、クライシスプラン、地域処遇実施計画書を提示する。

1） 入院クリニカルパスについて

強度行動障害を伴う知的障害児者に関わる支援者（計画相談事業所、通所施設、入所施設、重度訪問介護事業所の職員）に対して質問紙法を行ない、最も適切な入院治療の期間について、1 ヶ月、2 ヶ月、3 ヶ月、3 ヶ月超で検討したところ 32 名（55 名中）が 3 ヶ月を最も適切と回答したため、入院クリニカルパスについて 3 ヶ月で設定した。

(a)治療介入を目的とした長期的な入院治療

入院治療は 3 か月前後の期間を想定し、大まかに治療ステージを“急性期”“開放観察期”“地域移行期”に分け、それぞれのステージ毎に地域ケア会議を開催することとした。入院治療を行う前には地域ケア会議を行い、事前に得られた情報を共有する事が望ましい。診断のために幼少期の発達歴、行動障害についての詳細な情報、行動障害が生じた際の支援者の対応について、現在の服薬内容と副作用の確認、てんかんの有無、そのほかの身体疾患について、入院前の生活のスケジュール、本人の好きな余暇活動や安心できる環境、過敏性の有無、こだわりの有無、現状の福祉サービス、これまでに有効であった支援方法などもありとあらゆる情報を確認する必要がある。また可能であれば、通っていた学校時代の情報を得ることも重要である。これらの情報は入院治療を行う上で患者の生活基盤を入院前の環境と可能な限り隔たりを軽減し、入院による混乱を少しでも減弱しうる可能性がある。これらの情報を基に、患者が病棟内でどのような生活をするか、どのような行動障害がどのような状況で生じるか、行動障害に対してどのような対応が有効であるかを想定しながら環境整備を行う。同時に地域支援者らと入院治療の到達目標、退院後の生活、支援体制をどのように再構築するかと合意を得ながら検討していく。退院後は再度地域に移行するため、それら医療のみで検討する事は不適切であり、地域支援者らと入院前から退院後までを同等に共有し、共に入院治療における到達目標を検討する事が妥当であろう。そのため帰住先について、まずは在宅なのか、施設なのか、在宅であれば、「自宅の間取り、

本人の生活する部屋」「誰と同居するのか」「本人以外の家族の生活状況と家族が見守り可能な時間」「誰が自宅での主介護者となるのか」「通所サービスの利用について」「在宅支援（訪問看護、訪問ヘルパー、重度訪問介護）が必要かどうか」「ショートステイのニーズ」「通院、通所の送迎は誰が行うのか」といった情報が必要となり、施設であれば、「施設の構造、本人の生活する部屋」「他の利用者との関係性」「施設職員の勤務体制」「施設内の大まかなスケジュール（与薬時間や食事時間、入浴時間、日中活動の時間、余暇時間、起床時間、消灯時間）」「施設内で持ち込み可能な物品や可能な作業」といった情報が必要となる。

急性期は 1 ヶ月前後を想定している。興奮、不穏が強く自傷他害のリスクが高い状態の患者が多く、自傷他害や器物損壊、異食、拒食などこれまでと同様の、もしくはこれまででは考えられなかった行動障害が生じることもあるが、これらはおおよそ環境変化に対する反応と考えられる。急性期は患者のリスクアセスメントに応じて行動制限を要することが少なからずあり、多くの患者は個室ないしは保護室で刺激遮断を行いながら、信頼関係の構築に努めることが必要となる。信頼関係の構築に関しては、共に過ごす時間を多く取ることやタクティールケアが、本人の安全を確認したうえで好きな活動を提供するなど、個々の症例に応じて様々の手法が想定され、試行錯誤が必要となる。急性期では生物学的条件の整備（生活リズム、入浴、排せつ、食事）、心理的アセスメントと薬物療法を中心とした。薬物調整と並行して主に発達検査、知能検査等を行い、患者のアセスメントを行う。患者の特性や知能評価に加えて実際の関わり・観察から得られた情報は、どのような支援・関わり方が日常生活（食事、入浴、排泄等）、また適切な余暇や自立活動の設定に対して、治療方針・到達目標の再検討及び開放的処遇に向けた介入方法を策定するまでがおよその急性期の到達目標とした。急性期ステージでの地域ケア会議においては、本研究のディスカッションにて多くの機関から退院後の支援体制を調整するために少なくとも 1− 2 ヶ月ほどの期間を要するとのことであったため、この段階において退院後の地域支援体制がある程度検討されている必要があり、地域側に患者の得られた特性・アセスメントの情報を提供し、合意を得ながら後述する“退院後支援体制計画書”の雛形を作成する事とした。

※退院後支援体制計画書

退院後支援体制計画書は強度行動障害を伴う知的障害児者が地域移行を促進し、円滑に地域生活を送るために医療機関関係者がまとめた計画書であり、退院後の生活に関わる支援者が、計画書をもとに本人の支援体制を共有し、各機関が連携しやすくなることを目的とした書類である。これらの書類は原則として、地域関係者らと協働の上記載していくことが望ましい。

開放観察期は介入手法の検討と開放観察を中心とした。急性期で得られたアセスメントを基に強度行動障害に対して有効と考えられている支援方法の中で患者に適した手法やそれぞれの特性に応じた構造化を検討する。主に TEACCH や応用行動分析を基にしたトークンエコノミーシステムなどが想定されるだろう。そしてそういった介入方法を検討する際に医療側は、それらが在宅ないし施設で再現可能な手法であるかどうかという視点は常に持ち続ける必要がある。在宅ないし施設と医療ではマンパワーやハード面などありとあらゆる点において差がある。そのため院内で有効であった介入方法も地域移行した際に再現できないのであれば、入院治療が大きな意味をなさなくなる。そのためこのプロセスにおいて重要なのは、介入方法の計画を地域側と定期的にやり取りしながら作り上げていくということである。実際に介入方法を行なっていく際は、導入当初に患者が大きく混乱することが予想され職員とマンツーマンで行う必要も出てくるかもしれないが、徐々に職員の介入を減らしていき、最終的には自立して活動できるような想定が必要である。しかし、治療介入については保護室や個室での隔離の中で行うものではなく、開放的な処遇の中で行うべきであるが、開放的な処遇を行うことは他の患者や職員に対して自傷他害のリスクを伴う事があり、開放観察に付き添う職員の不安感から開放的な処遇を行えず、行動制限を持続させざるを得ないケースも多々あると考えられる。強度行動障害を伴う知的・発達障害児者の場合は言語的コミュニケーションが困難であったり、衝動性の高さゆえに“行動を予測しにくい”ため、その不安感は通常よりも大きくなると思われる。そのため開放観察を進めていくには、まず職員の不安感の軽減が必要であり、そのためには、病棟でカンファレンスを行い、「開放観察をする場面」「時間」「付き添いは何人で行うのか」「問題が生じたときにはどう対応するのか」といった事を職員が可能であると判断できる所まで検討する必要がある。それが些細な開放観察であったとしても、それをすることにより職員の不安感は少なからず軽減し、次の段階に進む事が可能となる。もちろん開放観察中に行動障害が生じたとしても、その時時に得られた情報からクライシスプランを作成することは可能である。

＊クライシスプランとは、安定した状態の維持、また病状悪化の兆候がみられた際の自己対処と支援者の対応について病状が安定している時に合意に基づき作成する計画であり、近年多くの分野において浸透しつつある。厳密にいえば、患者との合意が得られることは稀であり一つの亜型ではあるが、“調子がいい時の状態”“調子が良くない（=

行動化が生じる可能性がある）状態”“行動化が生じている状態”に分類し、それぞれの状態に応じて“誰が”“どのような援助”を行うかを具体的に計画した書面である。

このようなクライシスプランは入院前から得られた情報に加え、入院治療中に得られたアセスメント結果や観察によって得られた情報を元に作成していく。クライシスプランを作成することで、予測しにくい行動化を客観的評価から推測しやすく、全ての支援者が共通の理解をすることが可能となり、退院後も家族や地域支援者らにとっても重要な情報となりえる。このような支援方法とクライシスプランは全体を通して約 3 か月間の治療を予定しているため､必然的に 1-2 週間の感覚で多職種による評価、修正を重ねていく必要があり、その中で患者に対して有効であった支援方法や関わり方を吟味し、開放的な処遇を織り込んだ個別スケジュールを作成することが、開放観察期の目標となる。そしてこのステージにおける地域ケア会議では前段の退院後支援体制計画書を修正しながら地域と再検討し、入院治療において有効であった介入方法が地域移行した際に再現性について評価する事が重要となる。

地域移行期は、患者が在宅や施設に移行する支援を行う。患者が退院し、生活する場所と病院では大きな gap があり、その gap を埋めるために、入院前に得られた帰住先についての情報と照らし合わせ、患者の病室と退院後生活する部屋を擦り合わせていく。刺激の少ない環境を求めて全ての物品を取り去ることは患者の自己刺激行動を惹起する事が多々あるため、適度な刺激を留意する必要がある。また、帰住先での人員配置や支援者も再確認する必要がある。また、実際に病棟内で導入された自立活動や余暇の過ごし方が帰住先でも再現可能かどうか、物品の問題や見守り体制の問題で再現が難しい場合は地域支援者らとさらに擦り合わせていくステージとなる。またこのステージにおいて重要となるのは、入院治療で行った介入手法やクライシスプランについて地域へ伝達していく事である。強度行動障害を伴う知的障害児者に対して、“統一した対応”が必要不可欠であることは既に知られており、言葉や紙だけでは全てを伝える事は困難である。そのため対応方法や声掛けなどありとあらゆる関わりを丁寧に伝達するために、地域ケア会議は重要な役割となるが、その際に実際に患者と職員が関わっている場面を地域支援者らに確認してもらうことは最も良い方法の一つであると考えられる。

(b)緊急避難を目的とした短期的な入院治療

緊急避難を目的とした短期的な入院治療に関しては期間を 1 ヶ月前後で想定した。緊急避難を目的とした入院治療に関しては、その到達目標は支援体制の再構築に尽きるだろう。上段でも述べたように急性期の入院となった患者は精神運動興奮が強く、行動制限を要し、介入が難しいことが想像される。そのためまずは静穏な環境下での刺激統制や薬物調整による情動の安定化がまず目標となるだろう。その後急性期の精神運動興奮が鎮静化された後は同様に心理アセスメントを行ない、特性把握に努める。そして入院環境にて観察された情報とアセスメントを基にして、入院前の生活様式、環境に対して患者が困難を感じていた可能性について検討をする。地域ケア会議については入院時、退院前の計 2 回行う。入院前には前段と同様の内容となるが、円滑な地域移行のために退院後の支援体制についてはより詳細に話を詰める必要がある。退院前の地域ケア会議でも可能であれば退院後支援体制計画書を作成し、地域側と十二分に検討を重ね、円滑な地域移行を目指す。

2）地域ネットワーク、地域ケア会議について

地域における強度行動障害支援を行っている支援者らと仮想症例を用いたケア会議とディスカッション及び質問紙法を行った。

質問紙法にて医療との垣根を感じたことが、常に感じている・よく感じている・たまに感じている・あまり感じない・全く感じないでアンケートを行った。結果はたまに感じる（28 名）、よく感じる（13 名）、あまり感じない（10 名）、常に感じている（1 名）、全く感じない（0 名）であった。また医療への情報提供を躊躇した事が、ある・ないで質問紙法を行ったところ、ない（26 名）ある（29 名）との結果が得られ、医療側と福祉側にはなんらかの隔たりがあり、約半数の支援者において医療が欲している情報がスムーズに得られない、地域支援者らが発信することができないといった弊害が生じていることも明らかとなった。そのため地域移行に際しては各症例における地域関係者らとの関係構築を十分に醸成させる必要がある。そして関係を醸成させるには各関係機関の役割を理解した上での相互交流を重ねていくことが求められるだろう。

(a)地域ネットワークの醸成

上記のような入院クリニカルパス、地域移行パスを現実的なものにするためには、地域と医療の間に強固な信頼関係及びネットワークが醸成されている事が前提となる。本研究におけるディスカッションの中で地域ネットワークを醸成するための、個々の症例を通じて、もしくは症例とは関係のない場面での有効な方法について検討した。個々の症例を通ずる場合では、上記のように退院後も継続した地域ケア会議を行うことに加え、訪問診療、訪問看護等で医療側が地域に出向き、“顔の見える関係”を作っていくことが望まれる。また症例とは関係のない場面として、地域によっては強度行動障害を伴う知的障害児者に係る支援者らの間で連絡協議会が開かれており、そういった会議への

参加や研修会等を定期開催するといった案が出た。ディスカッションの中で明らかになったのは、現状では医療と福祉、行政が個々の症例においてはかろうじて同じ方向を向く事ができているが、地域全体を見た時にそれぞれの病院や事業所、行政が全く違う方向を向いているとまではいかないが、足並みは揃っておらず、大きな意味での地域ネットワークは全く構築されていないという事が明らかとなった。しかしそのような地域全体のネットワークは一病院や一事業所が尽力しても構築する事は困難であり、これまでも行政が尽力してきたことと思われるが、今後は広域的人材等が重要な役割を担う事が期待される。

(b)地域ケア会議

地域ケア会議については質問紙法にて最も適切なケア会議の頻度について、2週に1回、1月に1回、2ヶ月に1回、3ヶ月に1回で検討したところ37名（65名中）が1月に1回の頻度が適切であると回答が得られた。そのため急性期、開放観察期、地域移行期のそれぞれにおいて地域ケア会議を行う事が望ましいと考えた。また地域ケア会議は漫然と行うのではなく、それぞれのステージに応じて目的をもって行う事が重要となる。

入院時の地域ケア会議では上記のように地域側からありとあらゆる情報を得ることは当然であるが、最も重要と考えられるのは、入院の治療目標・到達目標、退院後の支援体制について地域支援者らと検討し、計画する事である。医療側が主導で検討する事は結果として地域側との齟齬を生み、“押し付け合い”が生じさせてしまう可能性があるからである。急性期ステージでの地域ケア会議では薬物調整について、心理アセスメントや患者の特性についての情報共有を行い、その情報をもとに退院後の想定される支援体制を記した退院後支援計画書の雛形を共有し、地域側と検討する。そして開放観察期に行う予定としている治療介入や余暇活動、自立活動についての説明を行い、それらが地域移行後も再現可能な否かについての検討が中心となる。開放観察期ステージの地域ケア会議では行った治療介入及び開放観察により得られた情報の共有、退院後支援計画書の修正を行う。地域移行期ステージでの地域ケア会議では入院治療の総括として、入院中の観察から得られた情報の共有、介入手法、環境調整、退院後支援体制書・クライシスプランの最終確認が中心となる。この時期の地域ケア会議について重要なのは、やはり介入手法、クライシスプランの伝達である。これらは言葉で伝えるには限界があり、可能な限り統一した対応を目標とするのであれば実際に職員が対応している姿を地域側に見てもらう事が有効となるだろう。退院後も継続的に地域ケア会議を行う事が望まれる。入院から通院へ移行した後にも入院中に作成したクライシスプラン、退院後支援計画書の妥当性、有効性についての検証を繰り返し行う必要がある。そもそも入院中に作成したクライシスプラン・地域実施計画書については“入院環境”の中で作成されたものであり、あくまで雛形であることは全ての支援者が理解しておく必要がある。強度行動障害を有する知的障害児者が周囲の環境によって大きく影響される事は既知であり、病院から地域へ soft-landing するため、いかに手を尽くして環境整備を行なったとしても全く同質の環境を提供する事は不可能である。そしてその環境の差は強度行動障害を有する知的障害児者に確実に影響を与え、それに合わせてクライシスプラン、退院後支援体制計画書も変化を要求される。そのため通院治療へ移行した後にも継続的に多職種、多機関を交えたケア会議を定期的に行い、対象者の状況、状態についての共有し、クライシスプラン・地域実施計画書の妥当性について検証する必要がある。また症例によっては退院後早期に危機的状況を迎える事は少なくなく、そういった処遇困難が予想されるのであれば、予め地域内での処遇の見通しとそれが破綻した際にどのように支援体制を再構築するか、またどの程度まで危機的状況に陥った際に再度の入院処遇を行うかまで検討しておくことでより支援者らの安心、信頼関係に加え、を強固にするだろう。そのため地域ケア会議を退院後も継続して開催することが望ましいだろう。その頻度については個々の症例と危機的状況であるかどうかに応じてではあるが、1− 3 ヶ月の頻度であれば無理なく医療側も参加可能ではないかと考える。

特筆すべきは、処遇困難事例については地域移行に難渋する場面がしばしば見られている。処遇困難となり得る予測因子の同定は困難であった。おそらく各地域における医療や福祉資源などが影響するためと考えられた。そして一般的な事例に比してより多くの外部機関が集結するが、地域ケア会議の場面では行動障害の困難さが際立って議論され、病院対地域ひいては医療と福祉の対立構造が生じる可能性がある場面が散見されている。それらがエスカレートすると、まさに‘押し付け合い’のような状況から、特定の機関に負担が集中し、地域ネットワークの破綻が危惧される。地域ネットワークの破綻は、強度行動障害児者らに不利益をもたらすため、特にその処遇が困難となる患者における地域ケア会議では対立構造となるのを防ぐために第3者的立場から有識者の参加が必要となる。第3者的立場の有識者とは当初は強度行動障害研究会のメンバーや県外のスーパーバイザーを想定していたが、現在育成が予定されている広域的支援人材が今後その適性を持っていくと考えられる。そしてこれらの地域ケア会議については医療側が主体となるのではなく、医療はあく

まで地域資源の中で名脇役となることを目指し、地域でのケアプランの中心は患者、その家族であり、そのマネージャーとして計画相談事業所や基幹相談支援センターらがイニシアチブを取ることが本来適切であると考えられるが、現状では地域側が確実にイニシアチブを取れる程度に医療と福祉が“対等な関係”であるとは言い難い。地域側がケアマネジメントにおいてイニシアチブが取れるような土壌を作っていく事も喫緊の課題の一つであると考える。

D. 考察

本研究では地域の強度行動障害を伴う知的障害児者に関わる多機関の有識者らとのディスカッションを通して、地域移行に際して重要な役割を担う地域ケア会議やそれに必要な情報を整理し、地域移行に向けた入院中の治療戦略について検討をした。地域移行パス、クリニカルパス、退院後支援体制計画書等を作成したが、これらはあくまで暫定的かつ理想的であり、それらを利用する病院や医療者、患者、地域支援者がそれぞれの解釈によって、またそれぞれの地域におけるネットワークの醸成具合により様々な様相を呈することが予想される。上記のように、強度行動障害に対応するためには、相応の人的資源とテクニックが必要であるが現在の診療報酬では、多職種が揃い難い事や人的資源をここまで動員することができない病院も多々存在すると思われ、今後の診療報酬改定でなんらかの好転が望まれる。また3ヶ月以内の再入院となった際に精神科急性期治療病棟入院料を算定する事ができない現行のシステムでは再入院のハードルが高くせざるを得ない。再入院のハードルを高くすることは地域ネットワークを構築する上で医療が対応できない、いわば“手を引かざるをえない”時期ができてしまう事は地域ネットワークを構築する上で大きなウィークポイントになり得る。もちろん再入院のハードルを下げてしまう事で強度行動障害を伴う知的障害児者が再入院を繰り返し、むしろ地域移行を促進しないというピットフォールに陥る可能性は否定できないが、彼らを取り巻く地域ネットワークの中で医療が名脇役になるためには柔軟に再入院を受け入れられるようなシステムに変革を遂げる必要もあるのではないかと考える。最後に現在広域的支援人材の育成が始まっているが、広域的支援人材は上記のように集中的支援に入り、知的障害児者に対し、専門的知識を持って環境調整や支援のアドバイスをしていく事となっているが、それ以外にも医療と地域の中継ぎや大きな意味での地域ネットワークを育てていく上で大きな役割を果たすのではないかと期待している。

E. 結論

本研究では地域の強度行動障害を伴う知的障害児者に関わる多機関の有識者らとのディスカッションを通して、地域移行に際して重要な役割を担う地域ケア会議やそれに必要な情報を整理し、地域移行に向けた入院中の治療戦略について検討した。

G. 研究発表

予定はない

H. 知的財産権の出願・登録状況

予定はない

強度行動障害パス・ガイドライン（案）

氏名：　　様

医師：　心理療法士：　作業療法士：　精神保健福祉士：　看護師：　使用開始日：　使用終了予定日：

経過	入院前	1か月目	2か月目	3か月目	退院
STEP		**急性期：行動制限・刺激統制**	**回復期：開放観察**	**社会復帰期：地域移行**	
アウトカム	入院目標の明確化	刺激を遮断した環境で暴力に関する行動問題（他害・自傷）がなくなる 生活環境調整：家族・支援者からの情報収集。支援体制の大枠の構築 環境：保護室、エリア	開放観察下で暴力に関する行動問題（他害・自傷）がなくなる 生活環境調整：地域支援者・家族と介入方法について共有と検証 環境：保護室→ホールへ	環境が変化しても暴力に関する行動問題（他害、自傷）が低減する 生活環境調整：介入方法をより実効性の高いものへ見直しを図る 環境：個室・ホール→帰住先へ	今後目標の明確化
治療計画	苦手な刺激を取り除いた環境への適応 （休息を促すための環境に構造化、視覚的な手がかりを効果的に使う）	入院目標を実現させるための新たな環境（刺激遮断を緩和）で構造化する （上手に褒める、スモールステップ、困難な時の具体的支援やフィードバックを系統的に用意）	地域へ移行・様々なプランを汎化 （ケア会議を中心に）		
ケア会議	☐ ケア会議（入院時） ☐ 生活環境について詳細な情報取集 ☐ 家族歴、生活歴、生活・行動・感覚などの聴取 ☐ 入院の到達目標を地域支援者と検討	☐ ケア会議（中間） ☐ 必要に応じて広域的人材の参加を依頼 ☐ 心理アセスメント・特性についての共有 ☐ 入院の到達目標の進捗具合の共有 （必要に応じて地域と再設定を） ☐ 帰住地の評価 ☐ 退院後支援計画書（ひな形）の共有 ☐ 治療介入法についての共有	☐ ケア会議（中間） ☐ 必要に応じて広域的人材の参加を依頼 ☐ 開放観察で得られた情報の共有 ☐ 治療介入法の擦り合わせ （地域移行可能か否か） ☐ 帰住地の整備 ☐ 退院後支援計画書の検討 ☐ クライシスプランの説明 ☐ 外出・外泊の検討	☐ ケア会議（退院前） （可能であれば帰住地での開催を） ☐ 必要に応じて広域的人材の参加を依頼 ☐ 帰住地の整備 ☐ 退院後支援計画書の共有 ☐ クライシスプランの共有・伝達 ☐ 治療介入法の伝達・移行	
医師	☐ 治療の構造化（初回） ☐ 薬剤療法（鎮静が中心）	☐ 治療の構造化（中間） ☐ 薬剤調整（副作用に留意しながら）	☐ 治療の構造化（退院前） ☐ 薬剤調整（地域支援者らが内服を支援しやすいように）		
看護師 心理療法士 作業療法士 精神保健福祉士	☐ MDT会議（1−2週に1回）→ ☐ 生活面・行動障害の観察・記録→ ☐ 身体計測・検査 ☐ 安心できる関係づくり ☐ コミュニケーション方法の確立 発達・知能検査 ☐ 心理アセスメント 観察から得られた情報 ☐ 開放観察の計画 リスクアセスメント ☐ 開放観察の実施→ 生活基盤の安定化 ☐ （食事・排泄・清潔などの日常生活） （適切かつ統一した声掛け、対応） ☐ TEACCHの検討・導入 ☐ ABC分析 ☐ 個別スケジュールの作成 ☐ クライシスプラン（ひな形）の作成 ☐ ストラテジーシートの作成 ☐ 退院後支援計画書（ひな形）の作成	☐ トークンエコノミーシステムの活用 ☐ TEACCHが有効に機能している ☐ 個別スケジュールの妥当性検証 ☐ クライシスプランの実践・修正 ☐ ストラテジーシートの実践・修正 ☐ 退院後支援計画書の修正 （開放観察の情報を踏まえて）	※地域との擦り合わせを行い地域への汎化を目指す ☐ （可能であれば外出・外泊の検討） ☐ トークンエコノミーシステムの汎化 ☐ TEACCHの地域移行を見据えた修正 ☐ 個別スケジュールを帰住先に合わせていく ☐ クライシスプランの実践・修正 ☐ ストラテジーシートの地域移行を見据えた修正 ☐ 退院後支援計画書の修正 （地域移行を見据えて）	
備考	バリアンス：				

作成日：

☐ 強度行動障害スコアによる評価

☐ ABC-Jによる評価

☐ ABC-Jによる評価　☐ ABC分析に関するレクチャー受け
☐ 身体計測・検査　☐ 生活技能の評価、発達・知能検査のレクチャー受け
☐ MDT会議　☐ 薬剤療法（鎮静）
☑ 日常生活能力の把握

☐ ABC-Jによる評価

☐ 帰住地のスケジュールへ徐々に変化
☑ ABC分析に関するレクチャー受け
☐ 栄養状態の評価
☐ 環境の構造化
☐ 薬剤療法（気分良く抑制）

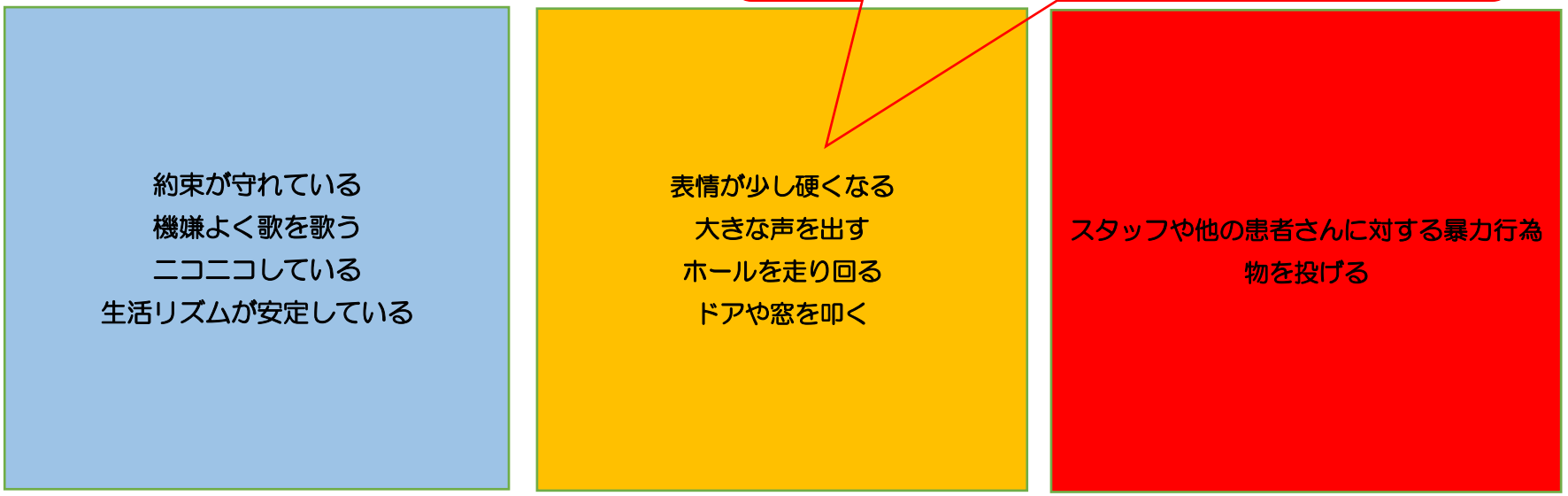
☑ 枠組みの構築（分化強化）

☑ 薬剤療法（時に軽い賦活）
☑ 栄養状態の評価

☑ 生活技能の評価

（例）〇〇さんのクライシスプラン

青色～黄色・赤色への移行する際のサインなどの情報があれば、盛り込んでおく。



・約束事を一緒に確認する。
・出来ている事を積極的に褒める。

・約束事を一緒に確認する。
・ダメなことはダメと伝える。
・本人の行動を見守りながら、対処行動（部屋に戻り、頓服を飲む）が取れるように支援する。
・対処行動が取れた際は大いに褒める。

・一緒に自室に戻る。
・赤色の状態から黄色ないしは青色になるまで自室でクールダウンする。
・約束事を確認することが出来れば、開放観察を開始する。

対処行動は具体的かつ誰が見てもわかるように記載する。その時の声掛けなども統一されているとなお良いが、クライシスプラン自体は情報量が多すぎても使いづらくなるため、声掛け表なるものでまとめておくとよいかもしれない。

退院後支援体制計画書（病院 → 在宅）

患者名		主治医	
患者 ID		看護師	
診断名		作成者	

退院日：令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　（予定）

退院後の事業所利用

事業所①（事業名）	（　　）	時間	：　～　：	担当者	
事業所②（事業名）	（　　）	時間	：　～　：	担当者	
事業所③（事業名）	（　　）	時間	：　～　：	担当者	

＜共有事項＞

1）コミュニケーション	言語	サイン	文字	絵カード	その他
2）環境調整	視覚提示		構造化		その他
3）ADL	自立	声掛け	見守り	介助	その他
4）クライシスプラン	有　・　無				
5）マイルール　こだわり					
6）支援時のポイント					

＜緊急時対応＞（頓服薬等）

1）
2）
3）

＜緊急時連絡先＞

日　中：
夜　間：
相談員：

＜留意事項＞

さいがた医療センター　（　　病棟）

記入日	令和　　年　　月　　日（　　）

令和５年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と
地域移行に資する研究」（22GC1019）

令和５度分担研究報告書

分担研究課題名：地域における医療を含む強度行動障害支援体制構築に向けての検討

分担研究者：吉川徹　　愛知県医療療育総合センター中央病院児童精神科
研究協力者：小林正人　愛知県医療療育総合センター中央病院児童精神科

研究要旨

本分担研究においては昨年度、医療を含む支援体制整備の方法や必要な資源について検討を行うことを目的として、都道府県として愛知県、政令市として名古屋市、中核市として豊田市を取り上げ、行政担当者、医療機関へのヒアリングを行い、現状の取り組みについて調査を行った。今年度は、更に規模の小さな基礎自治体として愛知県東海市、半田市を取り上げ、行政担当者へのヒアリングを行った。
小規模な自治体においては、直接的な医療機関の整備、確保や連携のための事業の実施などは困難であるものの、一般的な発達障害の支援研修や強度行動障害支援者養成研修の実施などを通じて、医療との連携を図っていることがわかった。小規模な自治体においては、域内に強度行動障害に対する専門性の高い医師、医療機関を確保することは困難であるが、研修講師としての招聘などを通じて、濃厚な医療的支援が必要になった場合に担当できる医師、医療機関との繋がりを持つことは、地域における医療資源の有効活用の観点から、重要であると考えられた。
昨年度、今年度の調査からは支援者の養成については、支援者の領域を越えた相互交流的な研修の必要性が高いことが示唆され、また既存の研修の枠組みを活用することにより、小規模な自治体においてもそれを実施できる可能性が示唆された。

A．研究目的

主研究は全国多施設共同で1）強度行動障害者の支援･介入の専門プログラム整備と介入による効果判定、2）地域移行に向けた連携ガイドライン作成、3）今後の専門医療普及に向けての実態調査を目的としているが、強度行動障害に対する支援は、医療領域のみで行われるわけではなく、保健、福祉、教育などの多くの領域が関与する課題である。医療を含む支援体制構築においては、他領域の支援と医療領域の支援の連携の強化が課題となる。
特に、当事者が地域での生活を継続することを目標とする場合、支援者や支援機関が疲弊し、従前の生活を継続できなくなってから医療が関与するのではなく、比較的早期より医療機関もその人を支える支援の一翼を担い、その人が望む暮らしを続けていくための支援が行われることが目標となる。
このためには対応できる医療機関の整備が求められるとともに、他領域の支援者が、強度行動障害支援において医療が果たすことのできる役割と限界についての知識をもち、適切なタイミングでリファーすることができることが必要となる。
地方自治体のレベルで強度行動障害の支援を考える場合、その支援には高い専門性を持つ支援者の関与が必要となり、また支援の負担も大きいことから、多数の支援者や支援機関が関与する必要がある場合が大きい。
昨年度の分担研究においては、都道府県、政令市、中核市といった、規模の大きな自治体を対象に調査を行った。その中では、強度行動障害への対応を政策課題とし、情報共有、研修企画、直接支援、医療機関連携など、幅広く取り組んでいる自治体があることがわかった。しかしより小規模な自治体では、強度行動障害への対応を直接うたった事業の展開は困難であることが推測され、大規模な自治体とは異なる戦略が必要となることが推察される。
そこで今年度の本分担研究においては、比較的人口規模の小さい自治体を取り上げ、一般的な知的障害児者発達障害児者への支援体制整備に加え、強度行動障害を念頭においた支援体制整備や研修の中での医療に関連する情報の提供を中心に現状の取り組みについて調査を行う。
昨年度行った、大規模な自治体における支援の試みに関する分析を併せて行い、医療を含む支援体制整備の方法や必要な資源について、考察を行う。

B. 研究方法

本分担研究では、比較的小規模な自治体として、愛知県東海市および半田市の取り組みについて調査を行う。調査はそれぞれの自治体において強度行動障害支援の体制整備を担当する職員へのヒアリングおよび関連する資料の収集を通じて行う。
昨年度の調査および本年度の調査によって得られた情報に基づき、医療を含む支援体制整備の方法や必要な資源についての検討を行う。

C．研究結果

(1) 東海市
東海市は面積43.43km2、人口約11.2万人の自治体である。強度行動障害に特化した特別な施策は行っていないが、発達障害支援に関する独自の研修体系を構築、実施しこれを継続している。今回、東海市市民福祉部子ども課の担当者にヒアリングを行った。

① 発達支援事業研修会

開催の経緯

東海市では平成23年度に発達障害児の支援のあり方検討委員会を開催、翌年より発達支援事業を開始した。平成26年度より発達支援関係機関連絡会議を開催。この会議からの提案書に基づき、平成27年度より市内の福祉領域の事業所と従事者を対象に、基礎研修を開始した。平成30年からの第5期東海市障害福祉計画・第1期障害児福祉計画の中にも横断的かつ系統的な研修実施として位置付け、同年から発達支援連携会議を設置。令和元年度より研修を拡大、体系化している。

事業の目的

発達障害児の支援については、保育所、小学校、中学校といった、教育や福祉のそれぞれの支援領域において個別に研修が行われているが、そこに共通の基盤が乏しく、領域間の縦、横の連携に際して困難が生じることがみられた。そこで領域間の支援の共通基盤を作ることを目的として、研修が企画された。このため本研修は障害児支援領域に留まらず子どもに関わる支援者の全てを対象とし、福祉領域に限らず教育領域の支援者の受講も想定されている。ライフステージの先を見越した知識の獲得も重視されている。
また連携の向上を目的としているため、研修参加者の交流プログラムをあわせて実施している。

現在の研修体系

従来より行われていた単発の研修では、想定する受講者像が明確ではなく、どの研修を受講すればよいのかわかりにくいという点への反省から、受講者のレベルを明確化すること目的として、レベル毎の研修が体系化されている。

1) 基礎研修
東海市の支援体制と連携についての理解、障害の基礎的理解や子どもの生きづらさの理解、基本的な配慮事項の理解を目的として実施。対象はできるだけ幅広く、子どもに関わる支援者を想定している。

2) 応用研修
基礎研修の受講者を対象としており、障害児支援の制度等、障害理解とアセスメント方法、感覚統合や応用行動分析などに基づく支援方法などを理解することを目的としている。
3) SV（スーパーバイザー）研修
他の支援者に助言ができる人材の育成を目的としており、応用研修の受講者のうち、所属長からの推薦が得られた者を対象としている。個別支援計画の作成、ペアレント・プログラムなどの保護者支援の方法、スーパービジョンの方法などを理解することを目的としている。令和5年度より研修を開始し、現在までに16名が受講している。
SV研修では所属する組織の中での支援に加え、地域の支援体制の全体像を把握することも目指しており、困難事例での援助要請ができることも重視している。これは、少数の事業所等で対応することの難しい強度行動障害やそれが疑われる事例において、重要な支援スキルとなるものと考えられる。

研修を通じた医療との連携

本事業の実施に際しては、愛知県による発達障害支援指導者養成研修が一つの契機となったという。その研修には医師による講義が含まれており、医療機関の利用目的や連携などについての言及があった。
このため支援の共通基盤づくりや医療機関の利用に関する知識の獲得などのために、医療領域の研修も必要であると考え、平成27年の本研修開始当初より、医師による講義、質疑を基礎研修のプログラムに組み入れ、継続して実施している。
研修開始当時、診断医療機関の不足、減少といった問題にも直面しており、医療でなければいけない支援とそれ以外の領域でも可能な支援について、周知することが求められていたという。また研修によって、「とりあえず受診」「とにかく受診」という姿勢が変化し、地域全体の医療機関の利用の技術は向上しているのではないかという。

今後の課題

研修を実施していくなかで、いくつかの課題が明確になってきているという。
まず多くの研修に共通することであるが、基礎研修、応用研修の受講のみでは支援上の困難の解決には直結しづらく、コンサルテーションの仕組みの整備が必要であると認識されている。これに対応するのがSV養成の目的ともなっているが、全ての事業所等でSVが確保できるわけではなく、課題となっている。
また特に教育領域の支援者の研修受講が難しく、受講者数が伸び悩んでいるという。現在進行している教員の働き方改革施策もあいまって、勤務時間中の研修時間確保が難しいことが大きな課題である。
研修レベルが上がる毎に、それぞれの支援領

域で求められる知識や技術のバリエーションが増加するため、研修の内容や難易度の設定が難しい点も指摘されている。

(2) 半田市
半田市は面積47.42km2、人口約11.5万人の自治体である。本市では自立支援協議会内に強度行動障がいに関する支援検討会を設置、法定の強度行動障害支援者養成研修を域内の支援者に向けて開催している。今回、福祉部地域支援課の担当者と自立支援協議会の運営を担う半田市社会福祉協議会内の半田市障がい者相談支援センターの担当者にヒアリングを行った。

① 強度行動障害支援者養成研修
開催の経緯
愛知県においては、強度行動障害支援者養成研修の制度開始とともに平成26年に県主催で、基礎研修を開催した。翌27年より指定事業者による開催に移行したが、半田市は同年より、自立支援協議会の主催により、市内の支援者に向けて基礎研修を開催している。基礎研修の開催について市で予算化することにより、基礎研修の受講が無料となっているのが特徴である。
研修の開催にあたっては、自立支援協議会に「行動障がいに係わる支援体制検討会」を設置。市内の支援者有志による実行委員会を組織、プロジェクトメンバーを募り、準備運営にあたっている。平成27年度から令和4年度までは、愛知県の指定をうけたNPO法人サポートちたによる開催としていたが、令和5年度から半田市社会福祉協議会が指定事業者となり、直接開催している。
平成30年度からは協定に基づき、近隣の常滑市、南知多町、美浜町に受講対象地域を拡大したが、現在は半田市および常滑市を対象地域としている。また平成30年には全国ネット版強度行動障害支援者養成研修フォローアップ研修のモデル事業に参加、以後もフォローアップ研修を独自に開催している。
平成31年から基礎研修に加え実践研修についても独自開催を開始した。実践研修については無料とはせず低額の受講料を徴収している。

事業の目的
同市では本研修を市内の各事業所や従事者に受講を促すことによって、支援の共通言語とすることを目的としている。特に困難であると言われる自閉スペクトラム症への支援において、共通の基盤を作ることが期待されているという。また地域の支援者が集合型の研修において一堂に会する機会を提供することを通じて、顔の見える関係を作ることを目指している。強度行動障害の支援にあたっては、少数の事業所のみによる支援には限界があり、京津する支援言語を持つ複数の事業所で対応することが必要となる事例が多いことから、こうした機会の提供は重要であると考えられる。

現在の受講者像
市内の障害児福祉事業所については、ほぼ全ての事業所に本研修の受講者が従事しており、域内共通の新人研修的な位置付けになっているという。一方で、成人期支援を担う事業所については、入所系の事業所からは受講がある反面、通所系の事業所からの受講は少なく、課題となっている。また特に基礎研修については、福祉関係者のみならず学校や医療機関に対しても受講を後押ししている。
フォローアップ研修については、基礎研修、実践研修の受講者を対象に、以前の研修で学んだ考え方やツールを実際の支援に活かしていくために、普段から活用する習慣をつけていくことを目的として、受講者の担当事例検討などを通じて、支援姿勢の再確認や、支援の組み立て直しの検討を行い、現場での効果的な実践に繋げることを目指している。

研修を通じた医療との連携
半田市の強度行動障害支援者養成研修基礎研修では開催初年度から継続して、医師による講義を実施している。これには強度行動障害支援が福祉で完結しない方がよいという認識に基づき、「悪くなったら入院、薬物」といった発想にならないよう、医療的支援の活用の仕方について早期から学び、薬物療法や入院治療について、福祉的支援と連携した有効な使用方法を周知することを目指している。

② コンサルタント派遣事業
フォローアップ研修の実施などによっても、研修で得られた知識が現場で十分に活用されないという認識から、平成31年度より市内の4事業所の、強度行動障害支援者養成研修の講師を担当している専門性の高い支援者をコンサルタントとして派遣する事業を予算化し、実施している。基幹相談支援センターと連携しながら事業所への支援を行っている。

D．考察
本分担研究では、今年度、比較的小規模な自治体に対し、強度行動障害者に対する医療を含む支援体制整備についての調査を行った。

小規模な自治体においては、独自の強度行動障害に特化した支援事業を行うことは困難であり、国や広域自治体の施策の活用や、一般的な発達障害に対する支援研修などを通じて、強度行動障害の一次予防、二次予防を目指す施策を実施することが実際的であると考えられた。
こうした研修を通じて、医療資源の有効活用が図られ、過剰な医療受診の抑制と、濃厚な介入を要する事例を早期に高い専門性を持つ医療機関への受診に繋げることが、強度行動障害領域における医療を含む支援体制整備に必要であると考えられた。

また小規模な自治体であっても半田市においては、コンサルテーション体制の整備などに

取り組んでいる。これを可能としている背景には、地域での強度行動障害支援者養成研修開催やそのためのプロジェクトチームの運営などの根気良い取り組みが、専門性の高い支援者の確保や地域支援に向けての動機づけに繋がっていることが推測された。

自治体の規模にかかわらず、医療と他領域との連携に関しては、多くの地域で研修の実施が施策として行われていることがわかった。愛知県内では福祉従事者に対する全国的に行われている研修である強度行動障支援者養成研修に際して、医師による医療的支援に関する講義が行われている場合が多い。これは医療的支援の効果、限界や医療資源の有効活用について、福祉従事者に知識を伝達することで、一定程度福祉事業所を医療機関の連携を円滑にする効果があるものと期待できる。また今後、各地域で中核的人材、広域的支援人材の育成が行われる際に、医療的支援についても充分な知識と連携の経験を持った人材を確保する必要があると考えられ、応用的な内容も含む研修等の実施が課題となる。

また今回の調査で、大規模な自治体のみでなく、強度行動障害支援者養成研修の枠組みを使用することなどにより、小規模な自治体であっても、福祉従事者から医療従事者に向けての研修も実施できる可能性があることが示唆された。強度行動障害者への支援に関しては、医療側には福祉側からの支援技法についての情報を求めるニーズがあり、これは個別事例に関しての情報の必要性とともに、一般的な支援技法に関する研修のニーズがあるものと考えられる。

こうした医療従事者、福祉従事者に対する研修は、地域の中で行われる場合、支援者相互の「顔の見える関係」を形成することにも寄与すると考えられる。強度行動障害をめぐっては、その支援の困難さから医療と福祉の間にはともすれば疑心暗鬼が生じやすく、そのような可能性を減じる意味でも、地域の中での継続的な関係の形成は非常に重要であると考えられる。
特に小規模な自治体においては、域内に強度行動障害に対する専門性の高い医師、医療機関を確保することは困難であるが、研修講師としての招聘などを通じて、濃厚な医療的支援が必要になった場合に担当できる医師、医療機関との繋がりを持つことは、医療資源の有効活用の観点から、重要であると考えられた。
昨年度の研究からは大規模な自治体においては、強度行動障害児者の入院を想定した専門病床の整備や、単科精神科病院との連携を通じた入院病床の確保などの施策が行われていることがわかった。小規模な自治体においては、独自の医療機関や医療支援体制の確保は困難であるが、広域的に診療を担当できる医療機関との連携を保ち、効率的に利用することを通じて、支援体制の中に医療を組み込むことができることも示唆される。

昨年度、今年度の調査の限界として、特定の地域の自治体に調査が偏っていることが挙げられる。特に今回対象となった地域は、強度行動障害に対する医療資源がまだまだ不足しているとはいえ、相対的には恵まれた地域であることは、指摘しておくべきであろう。
今後、更に全国規模に調査範囲を拡大し、好事例の収集や傾向の分析などを行っていく必要があると考えられた。

E. 結論

医療を含む支援体制整備の方法や必要な資源について検討を行うことを目的として、行政機関、医療機関へのヒアリングを行い、現状の取り組みについて調査を行った。

調査からは支援者の養成については、支援者の領域を越えた相互交流的な研修の必要性が高いことが示唆され、また既存の研修の枠組みを活用することにより、小規模な自治体においてもそれを実施できる可能性が示唆された。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 加藤志保 吉川徹 強度行動障害を持つ人のための行動療法・薬物療法 精神科治療学 38(8) 895-900 2023.8
2) 吉川徹 感覚の多様性を踏まえた支援 こころの科学 235, 10-16, 2024.5

2. 学会発表

1) 吉川徹 麻酔と関連する自閉スペクトラム症の特性 日本小児麻酔学会第28回大会シンポジウム10　自閉症の麻酔 2023.10.8 福井
2) 吉川徹 価値をめぐる冒険～発達障害診療で何をみて何を読むのか～ 日本青年期精神療法学会第40回総会シンポジウム『こころをみる、関係を読む』 2023.11.25 神戸

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

令和 4-5 年度

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

「入院中の強度行動障害者への支援･介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究」

強度行動障害者への入院治療プログラム

資料 2024.5.18 版

入院中の強度行動障害への支援・介入専門プログラム【多職種チームによる介入実践記録】

施設名		【　　】	入院日	2024/　/							退院日	2024/　/
事例番号		【　　】										
治療プログラム		介入内容	介入詳細	あり1 なし0	回数	実施・ 開始日1	実施・ 開始日2	実施・ 開始日3	実施・ 開始日4	実施・ 開始日5	担当者・会議参加者詳細 （複数可）	内容など
治療プログラムⅠ （3週）	「標準的な支援」参考	**生活・コミュニケーション支援情報収集・氷山モデルシート確認**										別紙参照
		構造化	物理的構造化									
			個別スケジュール									
			視覚的構造化									
			ワークシステム									
		余暇活動	室内									
			室外									
		クライシスプラン作成										別紙参照
	チーム会議	**多職種（MDT）会議**	**相談フォーマット記録**									
		地域移行のためのケア会議										
		＊薬物療法										別紙参照
		心理・発達検査、身体的検査										
治療プログラムⅡ （4週目以降12週まで）	応用行動分析（機能的行動アセスメント）	標的行動の直接的評価 （スキャタープロット・ABC）	紙面にて									別紙参照
			Observationsアプリにて									別紙参照
		FAST/QABFなど間接的評価										別紙参照
	チーム会議	多職種（MDT)会議	介入前（行動療法準備期） **ストラテジーシート記載**									
			2週間介入後（介入②-1後） **多職種チーム医療チェック表**									
		地域移行のためのケア会議										
スタッフ評価		質問紙	プログラムⅠ介入後									別紙参照
			プログラムⅡ介入後									別紙参照
		NAS （プログラムⅠは介入後のみ）	介入前（初期介入後評価）									別紙参照
			介入後									別紙参照
ご家族評価		質問紙	プログラムⅠ介入後									別紙参照
			プログラムⅡ介入後									別紙参照
		CRA-J	プログラムⅠ介入後									別紙参照
			プログラムⅡ介入後									別紙参照

相談フォーマット（Slack ほか相談用）

（施設番号：　　）（事例通し番号：　）

事例概要	年代：10 ・ 20 ・ 30 ・ 40 ・ 50 歳代 性別：男 ・ 女　（自力歩行可能なこと）		
入院までの経過 概要			
診断名			
ASD	あり ・ なし	てんかん	あり ・ なし

IQ または DQ（70 未満）	
療育手帳	A ・ B
障害支援区分	児童 ・ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ・ ６
行動関連項目（10 点以上）	入院時　　点 ／ 退院時　　点
強度行動障害判定基準スコア （10 点以上）	入院時　　点 ／ 退院時　　点
入院時　ABC-J （興奮性サブスケール 18 点以上）	興奮性：　　無気力：　　常同行為： 多動：　　不適切な言語：
入院時　BPI-S	自傷行動：　　頻度　　重症度 攻撃的／破壊的行動：　頻度　　重症度 常同行動：　　頻度
行動制限	24 時間隔離 ・ 時間により隔離 ・ 24 時間拘束 ・ 時間により拘束
1. 課題となっている行動	・ （いつからどのように進行？：　　） （虐待の関連は？：　　）
2. 目標行動 （1. に対する肯定的・具体的な目標行動、「～しないで過ごせる」でも可）	・

3. 現在の対応 （事前の環境調整や視覚的提示、望ましい行動後の強化子、課題となる行動が起こってしまった時の対応など）	・ ・ ・
4. ストレングス	・ ・ ・ ・
5. キーとなる連携先	・ ・ ・
6. 相談したいこと	・ ・

【注意点】

＊Slack 上には個別の年齢や個人名・イニシャル・施設名・団体名などの記載はしないでください。

＊支援グッズなどの写真を載せる際も、個人名部分は必ず消してください。

＊動画は載せないで下さい。

＊上記の相談フォーマットを作成の上、ご相談お願いします（毎回項目 1～5 までは変更無ければ一緒で構いません。2 回目以降は 6.「相談したいこと」の部分を新たにしてつけてください）。

生活・コミュニケーション支援情報シート（医療機関連携用）

氏名		生年月日	年　月　日（　）歳

		《感覚特性・行動上の問題》	《能力・支援の方法》
生活支援	運動	問題あり(　)・なし	走れる・歩ける・歩行障害・車椅子・補装具
	食事	感覚過敏：あり(熱さ・冷たさ・味・匂い・食感)･なし	常食･一口大・刻み・ミキサー・トロミ
		偏食：あり(　)・なし	スキル：全介助･半介助･見守り･自立
		異食：あり(　)・なし	環境(　)
		詰め込み：　あり・なし	物品(　)
		食器投げ：　あり・なし	補食(　)
		その他：あり(　)・なし	⇒工夫点：
	排泄	問題あり(　)・なし	おむつ：要・不要
			スキル：全介助･半介助･見守り･自立
			時間誘導の間隔（　）
			⇒工夫点：
	入浴	感覚過敏：あり(熱さ・冷たさ・お湯全身・顔面)･なし	入浴頻度：週・日(　)回・（　）分
		水飲み：　あり・なし	スキル：全介助･半介助･見守り･自立
		走り出し：　あり・なし	
		その他：あり(　)・なし	⇒工夫点：
	更衣	感覚過敏：あり(素材・タグ・ゴム・暑さ・寒さ)･なし	スキル：全介助･半介助･見守り･自立
		破衣：　あり・なし	
		その他：あり(　)・なし	⇒工夫点：
	薬	感覚過敏：あり(味・匂い・触感)・なし	回数（朝・昼・夕・眠前）・食事（前・後）
		拒薬：　あり・なし	飲み方／塗り方：
		その他：あり(　)・なし	⇒工夫点：
	睡眠	感覚過敏:あり(暑さ・寒さ・素材)・なし	ふだんの睡眠時間：　時～　時
		寝具破損：　あり・なし	ベッド・布団・その他（　）
		その他：あり(　)・なし	⇒工夫点：
	居室	感覚過敏：あり(暑さ･寒さ･光･音･視覚･匂い･その他)	ふだんの居室環境：個室・（　)人部屋
		器物破損：　あり・なし	入れておく私物：
		その他：あり(　)・なし	⇒工夫点：
	共通	他の感覚過敏（ こだわり（ 異食　（ その他（	

生活・コミュニケーション支援情報シート（医療機関連携用）

コミュニケーション	受容	視覚的理解（具体物・写真・イラスト・マーク・ひらがな・漢字）	
		言語理解ほか（身の回りの物の名前・身体の名称・色・数・単語全般・会話・ジェスチャー）	
		TEACCH（個別スケジュール・視覚的構造化・物理的構造化・ワークシステム）：＊道具持参□	
		その他	
	表出	言語ほか（身の回りの物の名前・身体の名称・色・数・単語全般・会話）	
		PECS（絵カードコミュニケーションシステム）：＊道具持参□	
		他のコミュニケーションカード（余暇物品・食事関係・お菓子・排泄関係）：＊道具持参□	
		他の表出（クレーン現象・指さし・ジェスチャー）	
		快表現（　　）：不快表現（　　）	
		その他	
	対人関係	（孤立型・受動型・積極奇異型）	
		好きな相手（　　）・苦手な相手（　　）	
日中活動	情報	好きなこと･もの･活動･遊び：	
		ふだんの様子写真：＊あれば添付□・＊道具持参□	
		強化子（あり：　　・なし）・強化方法（即時強化・トークン・ポイント）	
	タイムテーブル（余暇・ワーク・運動も）	6:00　8:00　10:00　12:00　14:00　16:00　18:00　20:00　22:00　24:00 →	
	集団参加	大集団	可・不可・支援があれば可（　　）
		小集団	可・不可・支援があれば可（　　）

	＊＊クライシスプラン＊＊		
	(*^^*)いつもの様子	**(>_<)注意サイン**	**(T_T)介入が必要**
状態			
予防介入			

＊居室や活動時の写真など、普段の様子が分かるものがあれば、保護者の了解を得て持参ください。

＊個別スケジュールや予告用カレンダー、その他の視覚的支援グッズや余暇グッズも、可能なら持参ください。
（使用できる範囲で使わせていただきます）

強度行動障がい関連の判定基準

１．平成１８年９月２９日厚生労働省告示第５４３号「厚生労働大臣が定める基準」（行動関連項目）

行動関連項目	0 点			1 点	2 点
コミュニケーション	1. 日常生活に支障がない			2. 特定のものであればコミュニケーションできる 3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる	4. 独自の方法でコミュニケーションできる 5. コミュニケーションできない
説明の理解	1. 理解できる			2. 理解できない	3. 理解できているか判断できない
大声・奇声を出す	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に１回以上の支援が必要	4. 週に１回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週５日以上）支援が必要
異食行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に１回以上の支援が必要	4. 週に１回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週５日以上）支援が必要
多動・行動の停止	1. 支援が不要	2・希に支援が必要	3. 月に１回以上の支援が必要	4. 週に１回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週５日以上）支援が必要
不安定な行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に１回以上の支援が必要	4. 週に１回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週５日以上）支援が必要
自らを傷つける行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に１回以上の支援が必要	4. 週に１回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週５日以上）支援が必要
他人を傷つける行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に１回以上の支援が必要	4. 週に１回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週５日以上）支援が必要
不適切な行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に１回以上の支援が必要	4. 週に１回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週５日以上）支援が必要
突発的行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に１回以上の支援が必要	4. 週に１回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週５日以上）支援が必要
過食・反すう等	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に１回以上の支援が必要	4. 週に１回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日（週５日以上）支援が必要
てんかん	1. 年に１回以上			2. 月に１回以上	3. 週に１回以上

行動関連項目を強度行動障がいの判定（１０点以上）に利用しているサービス【平成 30 年】

①施設入所支援≪重度障害者支援加算（Ⅱ）≫（区分４～／50 歳以上の場合は区分３～）

②生活介護≪重度障害者支援加算≫【新設】（区分３～／50 歳以上の場合は区分２～）

③短期入所≪重度障害者支援加算≫（区分６）

④共同生活援助≪重度障害者支援加算≫（区分６）

⑤行動援護（区分３～）

⑥重度訪問介護（区分４～）

【合計　　点】

２．平成３０年3月２２日厚生労働省告示第１０９号（強度行動障害児判定基準）

行動障害の内容	１点	３点	５点
ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	週に１回以上	１日に１回以上	１日中
ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	月に１回以上	週に１回以上	１日に頻回
激しいこだわり	週に１回以上	１日に１回以上	１日に頻回
激しい器物破損	月に１回以上	週に１回以上	１日に頻回
睡眠障害	月に１回以上	週に１回以上	ほぼ毎日
食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	週に１回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
排せつに関する強度の障がい	月に１回以上	週に１回以上	ほぼ毎日
著しい多動	月に１回以上	週に１回以上	ほぼ毎日
通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	ほぼ毎日	１日中	絶えず
沈静化が困難なパニック			あり
他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為			あり

強度行動障害児判定基準を強度行動障がいの判定（２０点以上）に利用しているサービス【平成 30 年】

①福祉型障害児入所施設≪強度行動障害児特別支援加算≫

②児童発達支援及び放課後等デイサービス≪強度行動障害児支援加算≫【新設】

【合計　　点】

ABC－J スコアリングシート

名前：		性別：	
検査年月日：	2013//	年齢：	

評価者：

No.	評定
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

No.	評定
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	

No.	評定
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	

サブスケール	得点
興奮性	0
無気力	0
常同行動	0
多動	0
不適切な言語	0
合計	0

関連：

強度行動障害スコア	
医療度スコア	
その他（　　）	

ABC-J　スコアリングためのヒント集

＜ABC-Jのサブスケール＞
Ⅰ.興奮性,焦燥,泣き叫ぶ（15項目）　Ⅱ.無気力,社会的引きこもり（16項目）　Ⅲ.常道行動（7項目）　Ⅳ.多動,不服従（16項目）　Ⅴ.不適切な言動（4項目）

No.	項　目	項目の説明	0	1＝問題行動の程度は軽い	2＝問題行動の程度は中等度	3＝問題行動の程度は著しい	サブスケール
1	家庭・学校・作業所などで過剰に活動的である	混乱するほど活動的:椅子を押したり、あちこちを走ったり歩き回る。じっと座っていられない。 頻度＋強度の複合判断		他の利用者に比べて活動的である。	休憩への配慮を要する。または行事や狭い空間、では周りのモノを常に触る。	常に動き回り、拘束や個室などの外的調整がないと休めない。	多動
2	外傷を作るような自傷行為	自分の体に裂傷、打撲傷、擦過傷を作るような自分に対する反復行動。 （例;頭を壁に叩きつける、目を指に突っ込む、咬む、ひっかく、つねったり殴る、校門に指を入れる、頭髪を抜く）		週1回以上	1日に1回以上	1日中	興奮性
3	ぼんやりしている、のろい、不活発	スタッフからの促しがなければ、患者は動いたり何かをしたりできない。 患者はいつも疲れた様子で、活気がない。		スタッフからの促しがないと、動いたり遊んだりすることがない。 患者は時折疲れているようにみえることがある。	スタッフが何度か促さないと動いたり遊んだりすることができない。 患者は疲れやすいため、スタッフが配慮する必要がある。	スタッフが促しても動いたり遊んだりすることは難しい。 患者は常に疲れているようにみえる。	無気力
4	他者に対して攻撃的	言葉や行動で他者に苦痛やけがを負わせる。 （例;押す、突く、叩く、物投げ、金切り声をあげる、他人を虐める、咬む、ひっかくなど）		月1回以上	週1回以上	1日に頻回	興奮性
5	人から孤立しようとする	人と関わろうとしない。無口で、むっつりとし、隠れたり静かな場所を探す。隅に座り、人が近づくと逃げ出す。 (例:部屋の隅に移動し、居たがる傾向、毛布などで刺激を遮断する程度)		患者は一人で過ごすことが多い。	患者から自発的な他者との関わりはほとんどない。 施設内で人の少ない所へ移動しようとする。	自発的な他者との関わりは全くない。 他者が近づくと避ける。	無気力
6	無意味に続く体の動き	目的のない体の動き（例:体を前後に揺する） 粗大運動（身体を大きく使った動き）のみをスコアリングの対象とする。		週に数回程度みられる。 その行動が生じるのは、特定の時間や、特定の活動の間に限られる。	1日に何回も繰り返している。 声掛けなどによって止めることができる。	常に同じ行動を繰り返している。 その行動を簡単に止めることはできない。	常同行動
7	騒々しい	不適切に騒がしく乱暴。 （例:金切り声を出す、大声をあげる、遊んでいるときに出しゃばる、身の回りの物をたたいて音を出す など）		声や音を立てて騒がしい。注意するとやめることができる。	大声を出したり、物を叩いて大きな音をたてる。注意するとやめることができる。	注意しても大きな音を出したり大声を出すことが長時間続く。	多動
8	不適切な叫び声	訳もなく叫び声をあげる。人の注意を引こうとしていることもある。たいてい患者には混乱している様子がない。 痛みを感じているときの叫び声は含まない		週に数回程度みられる。 叫び声が生じるのは、特定の時間や、特定の活動の間に限られる。	1日に何回も繰り返している。 声掛けなどによって止めることができる。	常に同じ行動を繰り返している。 その行動を簡単に止めることはできない。	興奮性
9	しゃべりすぎる	必要以上に、いつもしゃべっている。意味が通った話かどうかは関係ない。		ときどき、しゃべりすぎることがある。	日ごろからしゃべりすぎることが多いが、注意するとやめることができる。	いつもしゃべっていて、やめられないことがある。	不適切な言動
10	かんしゃくを起こす	金切り声、怒って泣き叫ぶ、こぶしを振り回す、足を踏みならす など。		ほぼ毎日（1日1回以上）	1日中（食事・入浴・睡眠などの時間以外50%前後）	絶えず（食事・入浴・睡眠などの時間以外70^100%）	興奮性
11	常同行動:無意味に続く体の動き	目的もなく動作を反復する。（例:頭をぐるぐる回す、手を振る、複雑な指の動き、手で体を軽く叩いたり、飛び跳ねる） 粗大運動（身体の大きな動き）と微細運動（手先のこまかい動き）が組み合わさった動作をスコアリングの対象とする。		週に数回程度みられる。 その行動が生じるのは、特定の時間や、特定の活動の間に限られる。	1日に何回も繰り返している。 声掛けなどによって止めることができる。	常に同じ行動を繰り返している。 その行動を簡単に止めることはできない。	常同行動
12	何かに気を奪われている;空間を見つめている	空想に耽る。いろいろ促さないと注意を向けない。		周囲に無関心で、週に何度か自分の世界に入っていたり、空中を見つめたりすることがある。	常にではないが1日の内に何度か、自分の世界に入っていたり、空中を見つめたりすることがある。	1日の半分以上を、空中を見つめたりして過ごしている。	無気力
13	衝動的（考えずに行動する）	何も考えずに、急に、あるいは自動的に行動する。むこうみずで「ぞんざい」な行動がみられる。		週に1回程度	日に1回程度	1日の中で何度も起こる	多動
14	怒りっぽい、不機嫌	駄々をこねたり、文句を言う。子どものように要求する。ちょっとしたことで泣く、混乱する。		週に数回程度みられる。 特定の時間や、特定の活動の間に限られる。	1日2～3回みられる。スタッフの声かけによって落ち着くことはできる。	常に怒りっぽく、不機嫌。スタッフが声かけしても落ち着くことができない。	興奮性
15	落ち着きがない、じっとしていられない	立ったり座ったり、歩き回ったりしている(独り座位以上)		課題や食事（10～20分ほど）は座っていられる	5分程度は座っていられる	座っていられない（テーブルや抑制帯がなければ立ち上がる）	多動
16	引きこもり;一人遊びを好む	単独行動を好む。社会的に孤立。極端におとなしい。 知的にある程度高い方のみ;他者と手をつなぐことができるレベル		週に何度か、人のいないところに移動したり、刺激を遮断するような行動（毛布をかぶるなど）がみられる。	1日の内に何度か、人のいないところに移動したり、刺激を遮断下しするがみられる。	他者を明らかに避け、一人で過ごしたがる。	無気力
17	奇異、奇妙な行動	儀式的な反復行動に耽る		週に数回程度みられる。 その行動が生じるのは、特定の時間や、特定の活動の間に限られる。	1日2～3回程度。スタッフの声かけによって止めることはできる。	常に同じ行動を繰り返している。または特定の時間・活動の際にその行動を反復して行う。 その行動を止めるとパニックや癇癪をおこす。	常同行動
18	反抗的:手におえない	職員に従わない。強く要求されると、強情になったり攻撃的になったりする。		指示に従うこともあるが、こだわりや気分の変動でその場から動けないことがある。 本人の特性に応じてた対応をすることで対処できる。	理由を説明したり、本人に応じた対応をしても職員の手を振り払ったり、 何度も大きな声を出し、要求を通そうとする。	他者にけがを負わせかねないような強引な方法で要求を通そうとする。 また、拒否の表現として、大怪我につながりかねない他害がある。	多動

19	不適切な場面で叫ぶ	予測不能な不適切な発生。必ずしも注意を引こうとする行動でなくても良い。		週に1回程度	日に1回程度	1日の中で何度も起こる	興奮性
20	表情が変わらない;情緒的な反応の欠如	刺激(くすぐったり、押されたり、痛くされる)されても、感情の変化を示さない。感情の平板化。 表情変化の豊富さもチェック;笑顔のみでなく、怒り、悲しみ、などの表情がみられるか		感情表現が少ない、または場面と表情が合わない(いつも笑顔でのみ反応する など)。	表情変化がほとんどない。状況によっては情緒的な表現がみられるときとそうでないときがある。	情緒的な反応、表情変化はほとんどみられない。	無気力
21	人のじゃまをする	破壊的:施設、教室、作業所での活動のじゃまをする		意図的ではないが結果として他者の活動を邪魔してしまうことがある。	意図的に邪魔をすることが度々ある。	意図をもって邪魔をしており、被害が大きい。	多動
22	同じことを繰り返して言う	単語や文章を繰り返して言う。反響言語(エコラリア)を含む。		1～2週間に一度	週に数回	1日の内に数回	不適切な言動
23	何もしないが、座って他者を見ている	周囲の出来事に反応しない;抑うつ的な場合もある。		他者や活動に自分から関わろうとすることが少ない。周囲が声をかけると参加できる。	他者や活動に自分から関わることはほとんどない。 周囲からの促しによって活動に参加することが出来ることもあるが、長時間参加し続けることは難しい。	他者や活動に自分から関わることはほとんどない。 周囲が声をかけても参加することは難しい。	無気力
24	非協力的	簡単な命令に従うのを拒否する (発達年齢1歳以上対象)		週に1回程度	日に1回程度	1日に頻回	多動
25	抑うつ気分	感情やその他の社会的刺激に反応しない。平板化した感情。悲哀。(例:涙もろい。視線が合わない。話しかけても反応しないなど)		週に数回見られる	1日2～3回みられる。スタッフのが声かけすると反応することがある。	常に元気がない状態で、スタッフが声かけしても、興味を示さない。	興奮性
26	体に触れられることに抵抗する	人が近づくと避ける。職員に捕まえられると嫌がる。人から離れようとする。		時折、他者が近づいたり触れたりすることを嫌がることがある。	触られると嫌がり払おうとするが、その場を離れることはない。	他者から触れること嫌がり、その場を離れる。	無気力
27	頭を前後に動かす	意味のない反復的な動作。 自己刺激行動は含まない。粗大運動。		週に数回程度	1日に何回も繰り返している。声掛けなどによって止めることができる。	常に同じ行動を繰り返している。その動作を簡単に止めることはできない	常同行動
28	指導に注意を向けようとしない	何度か言葉や動作で促す必要がある。 言語理解のできない場合は除外する。(発達年齢1歳以上対象)		2,3回言うと注意を向ける	言葉と動作で複数回促がすと注意を向ける	言葉と動作で何度促がしても注意を向けることが出来ない。	多動
29	要求がすぐに受け入れられないと気がすまない	自分勝手;要求がすぐに受け入れられないと、混乱したり、癇癪を起こす。		週に1回程度	日に1回程度	1日に頻回	興奮性
30	他者とかかわりを持とうとしない	集団への適応が難しい。促された時だけはかかわりを持てる。		集団に入ることは可能であるが、たまに集団活動を嫌がることがある。	通常、集団に入ることが難しいが、促されると参加できることもある。	集団に参加することができない。促されても参加することは難しい。	無気力
31	集団活動を妨げる	集団活動を中断させたり、混乱させたり、用具を捨てる:遅れてきたり、みんなの注意を引こうとする。		席の配置など、他の利用者に比べ、環境設定に配慮を要する。	大声や、不適切な行動、物品を破損するなどで集団活動に支障をきたす。	集団活動を妨げるため活動出来ない。 または短時間しか参加できず、個別に計画を立てる必要がある。	多動
32	長時間同じ場所に座ったり立ったままでいる	意味もなくたっていたり、座っていたりする。退屈であったり、落ち込んでいたり、完全に引きこもってしまっていたり。 特定の場所、姿勢へのこだわりはここでスコアリング		1日の中で数度、特定の場所に留まり動かなくなることがある。	通常、同じ場所から動かないが、促しがあると移動することが可能。	同じ場所から動くことができない。促しがあっても自分から動くことは難しい。	無気力
33	大きな声で独り言を言う	大きな声で独り言を言う。明らかに他の人との会話ではない場合。		1～2週間に1回	週に数回	1日の内に数回	不適切な言動
34	ちょっとしたことで泣き叫ぶ	些細な刺激に過敏に反応。泣いたり、実際の不快感と不釣り合いな反応。過剰に感情的。		刺激に対して過敏に反応することがあるが、頻度は少ないか、場面が限られている。	一日に数度、過敏な反応がみられる。	非常に過敏であり、刺激を抑えるために環境調整が必要。	興奮性
35	手・体・頭の反復的な動作	無目的な自己刺激行動。常同的行動。 基本的に自傷を目的とした行為は含まないが、結果として怪我をした場合は含む。		自己刺激を目的とした反復動作が時折みられる	同じ動作を繰り返し行っている。怪我は伴わない程度の自己刺激行動がある。	常に同じ動作を繰り返し、怪我をしても続けている。簡単に止めることはできない。	常同行動
36	すぐに気分が変化する	急に気分が変化する。理由もなく笑ったり、泣いたり、叫んだりする。		些細なことで気分が変化することがある。スタッフが対応するとすぐに落ち着くことができる。	些細なことで気分が変化するが、スタッフが数回声かけをすると、落ち着くことができる。	一度気分が変化すると、スタッフが声をかけても落ち着くことができない。	興奮性
37	活動に参加(反応)しない	スタッフから促されても活動に参加しない。患者は何もしないままであったり、 それまでしていたことを続けたり、その場から離るなどの方法で活動を回避する。		促されると短時間活動に参加することが出来るが、長時間活動に参加し続けることは難しい。	促されても、活動に参加できないことが多いが、たまに活動に参加できることがある。	強く促しても、活動に参加することはできない。	無気力
38	すぐに席を立つ(授業、訓練、食事の時など)	じっとしていたり、座っていたり、課題をしているべき時に、うろうろ歩き回る。		食事や作業など、することが明確であれば集団場面でもじっとしていることができる	個室で1対1で対応すれば、10分程度の課題をこなすことができる	個室で1対1で対応してもじっとしていることが出来ない	多動
39	短い時間でもじっと座ってられない	過活動、多動。 じっとしていられる、時間の長さを重視してスコアリング		固定椅子や拘束帯を使う必要があるが、そうした道具を使えば、一定時間じっと座っていることができる	患者の注意をひく道具(好きな玩具など)があれば、短時間座っていることができる	常に動いている。	多動

40	かかわりを持つのが困難	自閉的傾向がある。視線が合わない。社会的関係の欠如。（視線が合わないなど、自閉症の特徴についてスコアリング）		周囲の働きかけをたまに無視することがある。他者に対する関心が少ない。	反応を引き出すために、何度か働きかける必要がある。他者に対する関心がほとんどない。	強く働きかけても注意を引くことができない。他者に対して無関心。	無気力
41	不適切に泣いたり叫んだりする	いわれなく泣いたり叫んだりする。（苦痛を感じているときの叫び声は含まない） 非常に「感情的」		週に1回程度	日に1回程度	1日に頻回	興奮性
42	ひとりで居ることを好む	非社交的、内気、引きこもりがち。積極的に孤立しようとする。 ある程度の発達年齢（8か月以上；クレーンによる要求がみられる程度）を持つ方を対象にスコアリング		一人で過ごすことが多い。	自発的な他者との関わりはほとんどない。施設内で人の少ない所へ移動しようとする。	自発的な他者との関わりは全くない。他者が近づくと避ける。	無気力
43	言葉や身振りで意思の疎通を図ろうとしない	引っ込み思案。言葉、手話、身ぶりで意思表示できるにもかかわらず、要求、希望を伝えようとしない。 言葉や身振り手振りでの意志伝達が困難		普段は要求を伝えるが、気分が乗らないと、言葉や身振りで要求を伝えないことがある。	自発的に要求を伝えることは難しいが、周囲が促すと要求を伝えられることがある。	能力的には可能であるにも関わらず、ほとんど言葉や身振りで要求や希望を伝えることがない。	無気力
44	すぐに気が散ってしまう	集中の欠如、やる気がない、注意の持続が短い。		個室など環境を整えれば見守りで取り組むことができる	個室で1対1の対応をすれば集中して取り組むことができる。	個室で1対1の対応をしても集中して取り組むことができない。	多動
45	手足を繰り返し振ったりゆすったりする	腕・指・足・足指の無目的で常同的な動作。儀式的な性質をもつことがある。 微細運動（手先や脚先の細かな動き）をスコアリングの対象とする。		特定の時間、活動の際にその行動が生じる。（週に数回程度）	1日に何回も繰り返している。声掛けなどによって止めることができる。	常に同じ行動を繰り返している。その動作を簡単に止めることはできない	常同行動
46	ひとつの単語や文節を何度も言う	周囲の出来事と関係なく、何度も何度も同じことを言う。		1～2週間に1回	週に数回	1日の内に数回	不適切な言動
47	物を壊す、地団駄を踏む、ドアをバタンと閉める	騒音を出して楽しんだり、職員を苛立たせたりする。アクティング・アウト、葛藤の表現、癇癪発作など。		普段は落ち着いているが、きっかけがあるとそうした状態になる。スタッフの声かけで落ち着くことができる。	普段から、もの壊しや地団太などの行動がみられる。スタッフが声かけすると落ち着くことができる。	普段からもの壊しや地団太などの行動がみられる。 スタッフが声かけしても落ち着くことができない。	興奮性
48	常時部屋の中を走ったり跳んだりする	非常にエネルギッシュで、活動的。 衝動的な行動、動きは俊敏である		お風呂や行事の前などある一定の場面で走る、跳ぶなど行動性が高まる。	常に走ったり、跳んだりしている。	常に走ったり飛んだりしており、壁を登るなど通常では考えられない危険を伴う行動がある。	多動
49	体を前後にゆする	何の目的もない常同行動。		特定の時間、活動の際にその行動が生じる。（週に数回程度）	1日に何回も繰り返している。声掛けなどによって止めることができる。	常に同じ行動を繰り返している。その動作を簡単に止めることはできない	常同行動
50	自己に苦痛を与えるような行為	自傷行為。過度な自慰行為など。必ずしも出血、裂傷、切り傷をきたさなくても良い。		週1回以上	1日に1回以上	1日中	興奮性
51	話しかけられても注意を向けない	服従せず反応が鈍い。聴覚障害がある場合除外。（発達年齢1歳以上対象）		嫌いなこと、話したくないことについては、聞こえていても反応しない。	（おやつ、散歩など）好きな言葉にのみ反応する	聞こえていても、ほとんどの声かけを無視する	多動
52	自分自身に対する暴力行為	あらゆる形の自分自身に危害を加える行為。		週1回以上	1日に1回以上	1日中	興奮性
53	不活発で、決して自発的に動かない	不活発、抑うつ的、異常なほど同じ場所に留まろうとする。		1日の中で数度、特定の場所に留まり動かなくなることがある。	通常、同じ場所から動かないが、促しがあると移動することが可能。	同じ場所から動くことができない。促しがあっても自分から動くことは難しい。	無気力
54	はしゃぎすぎる傾向がある	絶えず動き続けている、非常にエネルギッシュ		活動的な場面が月に1回程度ある。	活動的な場面が週に1回程度に見られる。	活動的な場面が毎日見られる。 または、壁を登るなどの危険行為や著しい他害や自傷、器物破損がある。	多動
55	愛情に対して拒否的に反応する	抱かれたり、キスされたり、なでられたりするのを嫌がる。		好意を示す行動に対して対応することが出来るが、長時間対応することは難しい。	好意を示す行動を嫌がるが、特定の人やタイミングによっては受け入れられることもある。	好意を示す行動はほとんど受け入れられない。	無気力
56	故意に指示を無視する	意志が強い、反抗的、指示は聞いて理解できるが指示通りにしようとしない。 （発達年齢1歳以上対象）		故意に指示を聞かず、無視する	故意に指示を聞かず、手を振る払ったり物にあたったりする。	故意に指示を聞かず、著しい自傷、他害、器物破損がある。	多動
57	自分の思ったようにできないとかんしゃくを起こす	自分の要求や希望が叶えられないと、金切り声をあげる、地団駄を踏む、攻撃的になる。		月に数回	週に数回	1日の内に数回	興奮性
58	他者に対して社交的な反応がほとんどない	感情的に反応がない、非社交的。人から離れようとする。（自閉症の特性、アイコンタクトの有無は考慮しない）		周囲の働きかけに反応しないことがある。他者に対する関心が少ない。	反応を引き出すために、何度か働きかける必要がある。他者に対する関心がほとんどない。	強く働きかけても注意を引くことができない。他者に対して無関心。	無気力

小野善郎（2006）：異常行動チェックリスト日本語版（ABC-J）による発達障害の臨床評価(pp38-43). 東京, じほう.
上記文献を参照し肥前精神医療センターにて作成

BPI-S
問題行動評価尺度短縮版

対象者: **回答者:**

ID: _____ 対象者との関係: _____

年齢: _____歳_____ヵ月 一日に対象者と接する平均的な時間: _____

対象者と接してきた期間: _____

知的障害: ☐ 知的障害なし ☐ 不明

☐ 軽度(IQ=56-70) ☐ 中度(IQ=41-55) ☐ 重度(IQ=26-40) ☐ 最重度(IQ<26)

教示

以下に、3 種類の問題行動を特定するための包括的な定義がありますので、それらに目を通してください:自傷行動(項目 1-8)、常同行動(項目 9-18)、攻撃的／破壊的行動(項目 19-30)。各項目に関する対象者の行動が、過去 2 ヵ月間に、(1)通常どれくらい頻繁にみられるか(頻度)、および(2)どの程度問題となっているか(重症度)、について、最もあてはまるものに〇をつけてください。

もしその行動が過去 2 ヵ月間に一度も見られなかった場合は、「一度もなかった／問題ない」(“0”)に〇をつけてください。

もし、3 種類の行動がみられる場合は、その頻度とその重症度を適切に評価してください(以下の定義を使用してください。【注:常同行動下位尺度には重症度評定欄はありません】)。

	軽度の問題	中度の問題	重度の問題
自傷行動	行動はみられるが、対象に重大な損傷を与えるものではない(例:一時的に皮膚が赤くなる、とても軽いあざ)。	行動は対象に中度の損傷を与える場合がある(例:中程度のあざ、皮膚のひっかき傷、繰り返しかさぶたをはがす)。	行動は対象に中度から重度の損傷を与え、何らかの医療的対応が必要になる場合がある(例:皮膚を噛みちぎる、指で目をつく、骨折する)。
攻撃的／破壊的行動	行動はみられるが、他の人に重大な損傷を与えるものではない(例:一時的に皮膚が赤くなる、とても軽いあざ);あるいは、器物を壊すが軽度であり、修理や交換は必要としない(例:ものを投げる、家具を傾ける、ドアを激しく閉める、食べ物を台無しにする、塗装に傷をつける)。	行動は他の人に中度の損傷を与える場合がある(例:中度のあざ、皮膚のひっかき傷);あるいは、器物を壊すが、修理すれば使用することができる。(例:カーテンや家具を部分的に壊す)。	行動は他の人に中度から重度の損傷を与え、何らかの医療的対応が必要になる場合がある(例:皮膚を噛みちぎる、指で目をつく、骨折する);あるいは、交換が必要なほど、器物を壊す。

自傷行動

自傷行動は、自分自身の身体に損傷を与える行動を指す;例:損傷は、すでに起きている場合もあれば、それをやめさせなければ起きることが予想される場合もある。自傷行動は同じやり方で何度も何度も繰り返され、その人に特徴的な行動である。		一度もない／問題ない	頻度				重症度		
			1カ月に一度	1週間に一度	1日に一度	1時間に一度	軽度	中度	重度
1	自分を噛む	0	1	2	3	4	1	2	3
2	頭を叩く	0	1	2	3	4	1	2	3
3	手、その他の身体の一部で身体(頭以外の部位)を叩く	0	1	2	3	4	1	2	3
4	自分をひっかく	0	1	2	3	4	1	2	3
5	異食:食べ物でないものを食べたり飲み込んだりする	0	1	2	3	4	1	2	3
6	身体の開口部にものを入れる(例:鼻、耳、おしりの穴の中)	0	1	2	3	4	1	2	3
7	髪の毛を抜く(部分的に禿げるほど)	0	1	2	3	4	1	2	3
8	音が出るような歯ぎしり	0	1	2	3	4	1	2	3

攻撃的／破壊的行動

攻撃的／破壊的行動は、攻撃的な行為であり、また他の人やものに直接向けて明らかな攻撃をすることである。		一度もない／問題ない	頻度				重症度		
			1カ月に一度	1週間に一度	1日に一度	1時間に一度	軽度	中度	重度
9	他の人を叩く	0	1	2	3	4	1	2	3
10	他の人を蹴る	0	1	2	3	4	1	2	3
11	他の人を押す	0	1	2	3	4	1	2	3
12	他の人を噛む	0	1	2	3	4	1	2	3
13	他の人をつかんだり引っ張る	0	1	2	3	4	1	2	3
14	他の人をひっかく	0	1	2	3	4	1	2	3
15	他の人をつねる	0	1	2	3	4	1	2	3
16	他の人を言葉でののしる	0	1	2	3	4	1	2	3
17	ものを壊す(例:衣服を引き裂く、椅子を投げる、テーブルを壊す)	0	1	2	3	4	1	2	3
18	他の人をいじめる－意地悪であったり、残虐である(例:他の人からおもちゃや食べ物を横取りする)	0	1	2	3	4	1	2	3

常同行動

常同行動は、一般の人には異常で、奇妙で、不適切に見えるものである。常同行動は、同じやり方で何度も何度も繰り返される自発的な行為であり、その人に特徴的な行動である。しかしながら、常同行動は、身体的な損傷を引き起こさない。		一度もない／問題ない	頻度			
			1カ月に一度	1週間に一度	1日に一度	1時間に一度
19	ロッキング、前後に身体を揺する	0	1	2	3	4
20	ものや自分のにおいを嗅ぐ	0	1	2	3	4
21	腕を振ったり揺らす	0	1	2	3	4
22	ものを同じやり方で動かす（ものをねじる、くるくる回す）	0	1	2	3	4
23	反復的に手や指を動かす	0	1	2	3	4
24	怒鳴ったり叫んだりする	0	1	2	3	4
25	うろうろ歩き回る、飛び跳ねる、走り回る	0	1	2	3	4
26	自分をこする	0	1	2	3	4
27	自分の手やものをじっと見る	0	1	2	3	4
28	奇妙な身体の姿勢を続ける	0	1	2	3	4
29	手を叩く	0	1	2	3	4
30	顔をしかめる	0	1	2	3	4

合計得点

	頻度	重症度
自傷行動		
攻撃的／破壊的行動		
常同行動		

BPI-S copy right (c) 2011 by Johannes Rojahn. Authorized Japanese translation in 2015 by Masahiko Inoue, Tottori University, and Naoko Inada, Tokyo University, Japan.
BPI-S の著作権は Johannes Rojahan にあります。この日本語訳は、鳥取大学 井上雅彦と東京大学 稲田尚子が著作権所有者から正式に使用許可を得たものです。

1：とてもあてはまる　2：ややあてはまる　3：どちらともいえない　4：ややあてはまらない　5：まったくあてはまらない

（NAS 記載者職種：　　・性別：男・女）（施設名：　　）

	1	2	3	4	5
(1) 患者さんと一緒に過ごすのはいいことだ。	□	□	□	□	□
(2) 患者さんは私を疲れさせる。	□	□	□	□	□
(3) 患者さんは、私の忠告を聞いてくれない。	□	□	□	□	□
(4) 実際のところ一緒にやっていくのがむずかしい。	□	□	□	□	□
(5) 私のほうがどなったりする。	□	□	□	□	□
(6) 患者さんに、ここにいてほしくない。	□	□	□	□	□
(7) 患者さんは、私を狂わせようとしている。	□	□	□	□	□
(8) 私の方が、かっとなることがある。	□	□	□	□	□
(9) 一緒にやっていきやすい。	□	□	□	□	□
(10) 世話をしなければならず、うんざりする。	□	□	□	□	□
(11) 患者さんは、わざと私の手をわずらわせる。	□	□	□	□	□
(12) 患者さんと一緒にいると楽しい。	□	□	□	□	□
(13) 患者さんは、本当にお荷物だ。	□	□	□	□	□
(14) 患者さんと言い争うことがある。	□	□	□	□	□
(15) 患者さんのことを、大変親密に感じる。	□	□	□	□	□
(16) なんとかうまくやっていける。	□	□	□	□	□
(17) 私の手には負えない。	□	□	□	□	□
(18) 私の方が、かんかんに怒ることがある。	□	□	□	□	□
(19) いじわるやいやみを言ってしまう。	□	□	□	□	□
(20) 患者さんは、私のしたことに感謝してくれる。	□	□	□	□	□
(21) 以前よりは一緒に生活しやすくなった。	□	□	□	□	□
(22) 私を一人にしておいてほしい。	□	□	□	□	□
(23) 患者さんは、私に面倒を見てもらうのは、当然と思っているようだ。	□	□	□	□	□
(24) 患者さんは、自分をコントロールすることが出来る。	□	□	□	□	□
(25) 患者さんと、親密な感じになりにくい。	□	□	□	□	□
(26) 以前よりも一緒に生活しにくくなった。	□	□	□	□	□
(27) とても不満を感じる。	□	□	□	□	□
(28) 患者さんは、大変物分りが良い。	□	□	□	□	□
(29) 私は失望している。	□	□	□	□	□
(30) 患者さんは、私とうまくやっていこうと試みている。	□	□	□	□	□

1：とてもあてはまる　2：ややあてはまる　3：どちらともいえない　4：ややあてはまらない　5：まったくあてはまらない

香月富士日　後藤雅博　染谷俊幸（2007）：精神科臨床スタッフの感情表出に影響を与える要因　Nurse Attitude Scaleの信頼性・妥当性と下位尺度の意味するものについての検討　精神医学　49（2）：119-127.

CRA-J （記載者職種：　　・性別：男・女）（施設名：　　）

介護についてあなたが感じていることについておうかがいします。
あてはまる番号一つに○をつけてください。

	全く思わない	思わない	どちらでもない	思う	いつも思う
日常生活への影響					
1. 介護を始めてから、親戚や友人を訪ねる機会が減った。	1	2	3	4	5
2. 今の活動の中心は、介護である。	1	2	3	4	5
3. 介護を始めてから、自分の予定や計画が減った。	1	2	3	4	5
4. 介護をするために仕事や他の活動を途中でやめなければならない。	1	2	3	4	5
5. 介護のせいで、自分がくつろぐ暇がない。	1	2	3	4	5
ケアに関する受けとめ					
1. 家族の介護ができることを誇りに思う。	1	2	3	4	5
2. 介護は私にとって大切なことである。	1	2	3	4	5
3. 率先して介護をしたいと願っている。	1	2	3	4	5
4. 介護することで、自分も幸せになることができる。	1	2	3	4	5
5. 介護に楽しさを感じている。	1	2	3	4	5
家族からのサポート					
1. 他の家族(兄弟姉妹、子どもたち)は、自分ひとりに介護をさせている。	1	2	3	4	5
2. 誰もが私だけに介護を押し付けている。	1	2	3	4	5
3. 介護を始めてから、他の家族に見放されたような気がする。	1	2	3	4	5
4. 介護するにあたり、他の家族から援助を受けることはとても難しい。	1	2	3	4	5
健康状態への影響					
1. 介護を始めてから、自分の健康状態が悪くなった。	1	2	3	4	5
2. 介護を始めてからは、いつも疲れている。	1	2	3	4	5
経済的な影響					
1. 介護により、金銭的負担を強いられている。	1	2	3	4	5
2. 介護のための費用を払うことが難しい。	1	2	3	4	5

Tomoyo Misawa 1, Mitsunori Miyashita, Masako Kawa, Koji Abe, Mayumi Abe, Yasuko Nakayama, Charles W Given.Validity and reliability of the Japanese version of the Caregiver Reaction Assessment Scale (CRA-J) for community-dwelling cancer patients.
The American journal of hospice & palliative care.26(5):334-40. 2009

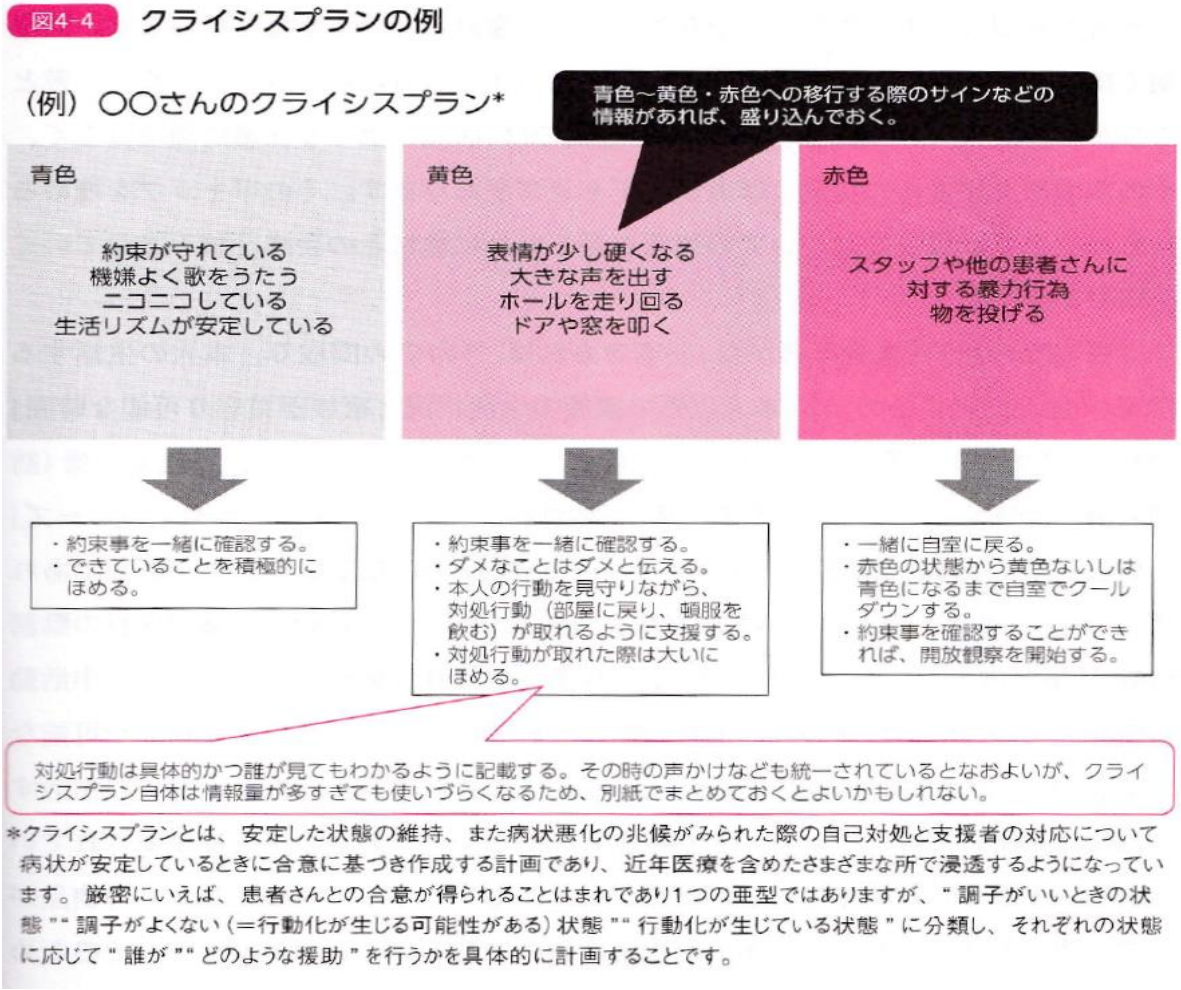
クライシスプランシート

施設名（　　）

事例番号（　　）

	(*^^*)いつもの様子	(>_<)注意サイン	(T_T)介入が必要
状態			
介入の仕方			

図4-4 クライシスプランの例

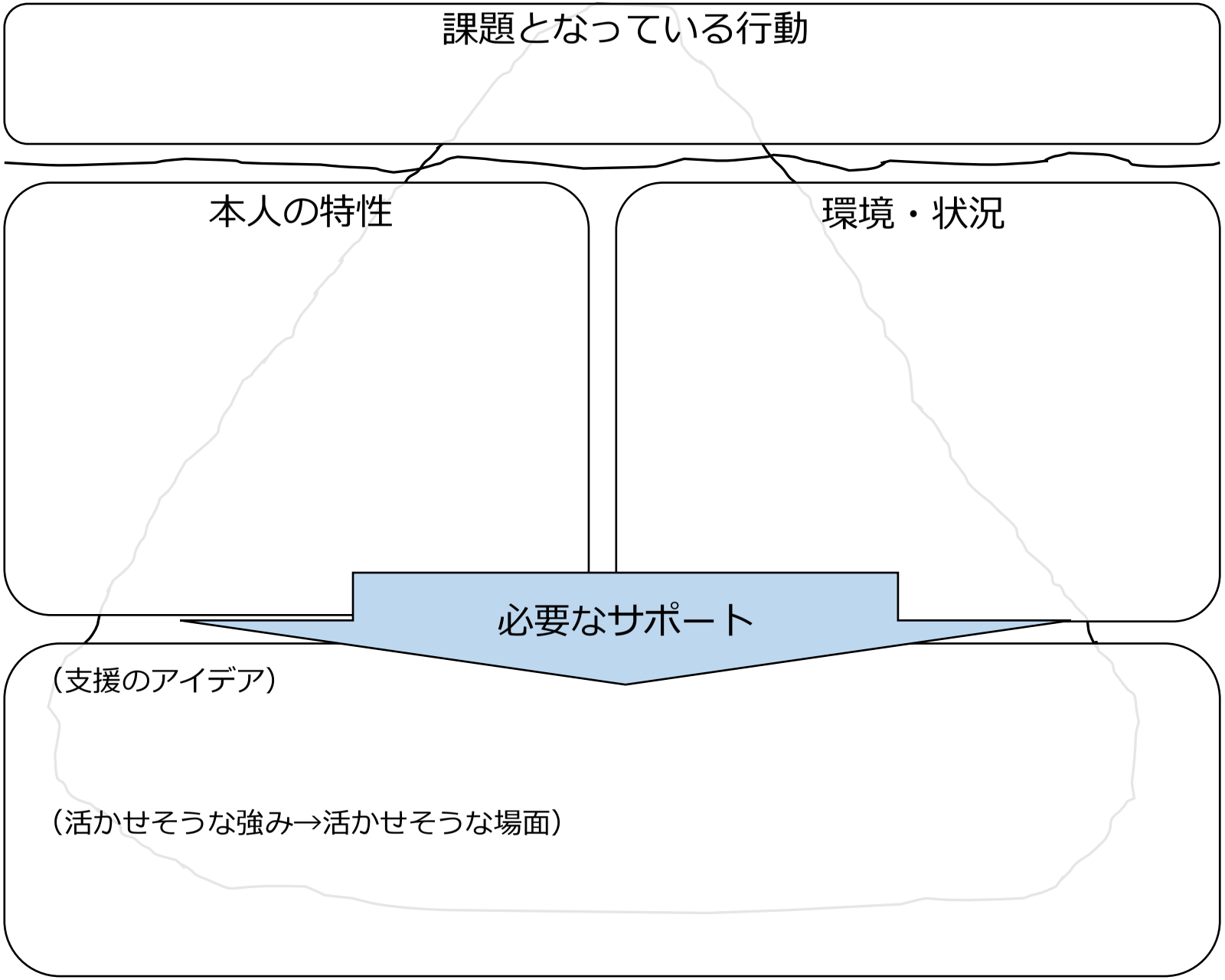


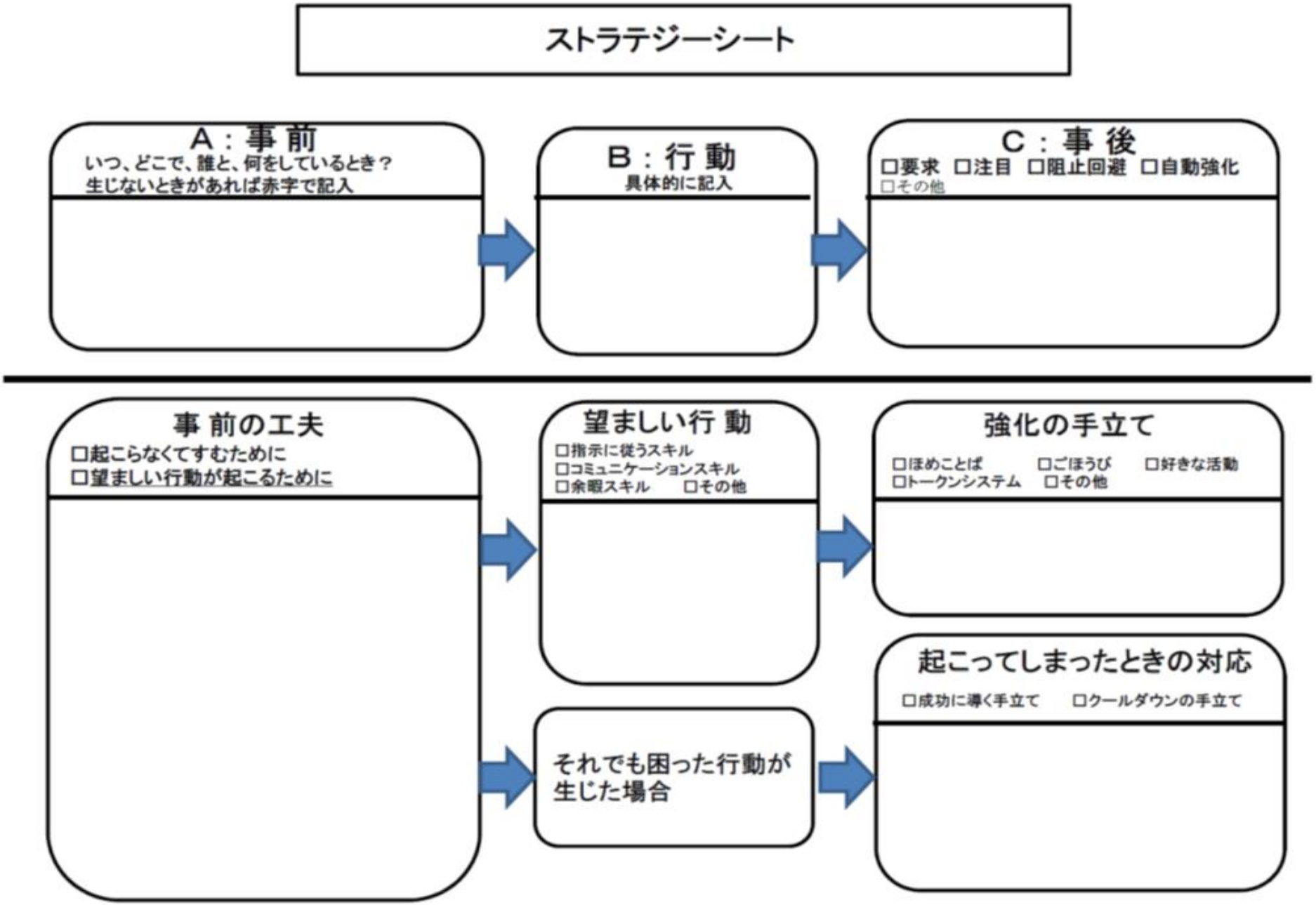
*クライシスプランとは、安定した状態の維持、また病状悪化の兆候がみられた際の自己対処と支援者の対応について病状が安定しているときに合意に基づき作成する計画であり、近年医療を含めたさまざまな所で浸透するようになっています。厳密にいえば、患者さんとの合意が得られることはまれであり1つの亜型ではありますが、“調子がいいときの状態”“調子がよくない（＝行動化が生じる可能性がある）状態”“行動化が生じている状態”に分類し、それぞれの状態に応じて“誰が”“どのような援助”を行うかを具体的に計画することです。

山下健:多職種チームで行う「強度行動障害のある人への医療的アプローチ」第４章，P121「精神科病棟で実践する強度行動障害医療」より

参考:「危機がチャンスに変わる クライシス・プラン入門」精神医療･保健･福祉実践で明日から使える協働プラン 狩野俊介,野村照幸著･編集

氷山モデルシート





出典　©Masahiko Inoue（井上研究室ホームページ：http//www.masahiko-inoue.com/ ）

多職種チームでの治療／介入の役割分担

	介入内容	手法・手段	実施者、どのように導入するか
精神科病棟における強度行動障害入院治療プログラムⅠ **基礎編（3週間）**	**生活／コミュニケーション支援**	**情報シート記入** **多職種で共有**	事前に**保護者か福祉支援者**に書いてもらい入院時に持参してもらう
	構造化	**個別スケジュール・場面の組織化・視覚的支援・ワークシステム**	・**自宅や学校、福祉事業所**で使用していたものを持参してもらい、役立てる ・ワークは**作業療法士（OT）**と共同で ・個別スケジュールなどは、**受け持ち看護師**と主治医で工夫
	余暇活動	**室内** **室外**	・室内の余暇は持参してもらい使用 ・室外活動はホールか個別の場所でのOTなど
	クライシスプラン	**シート記入** **多職種で共有**	**保護者や福祉支援者の情報**から**主治医もしくは看護師**で作成
	多職種会議	**入院時カンファレンスなど**	**主治医・看護師に加えて、なるべくOT・心理士・PSWも**参加
	地域移行のためのケア会議	**病院で実施し、地域体制の検討**	**医師・看護師・PSW・相談支援員・福祉事業所支援者**など
	＊アセスメント	**障害特性や行動の機能、身体状態**	**心理士・医師・看護師・OT**(知能、CARS2、感覚プロファイル、FAST、フィジカルアセスメント)

多職種チーム医療チェック表

介入施設（　　）事例（　　）会議回数（　　）回目　　2024/　/

○・△・－		
	1	多職種での会議を調整・設定できましたか？
	2	会議において、職種や経験年数にかかわらず、参加者が自由に意見を言えましたか？
	3	参加者の意見を整理し、まとめることができましたか？
	4	介入や記録の方法を決める際は、実行できる無理ない方法について意見を出し合いましたか？
	5	介入方法を決める際は、『いつ・だれが・何を行うのか』を誰が聞いても分かるように具体的に決めましたか？
	6	記録について『いつ・どのような方法で実施するか』を決めましたか？
	7	介入／記録が順調にできているか、定期的に確認しましたか？
	8	新しい介入を実行した際は、一定の経過を見た後、振り返りのカンファレンスを設定しましたか？
	9	振り返りのカンファレンスで実際の記録を確認しましたか？
	10	振り返りのカンファレンスで介入効果の判定や修正点について意見を出し合いましたか？
	11	多職種チームメンバーをお互いにねぎらいましたか？
	12	次の介入方法を具体的に検討し、決定できましたか？

【1～12より→工夫できそうな点】
・
・
・

令和５年度厚生労働科学研究費補助金「強度行動障害者支援のための指導的人材養成プログラムの開発および地域支援体制の構築のための研究」　中核的人材養成研修　実行状況チェックシートより一部改変

表1 精神科病棟における強度行動障害入院治療プログラムⅠ
基礎編:3週間

	入院前（外来）	入院時～介入準備期		介入（2W）	介入後評価
基本情報＊		○	【介入準備期】（1W） 院内外多職種カンファレンス ↓ クライシスプラン作成		
行動関連項目・強度行動障害判定基準（いずれも10点以上）		○ #（下記同様）		評価・修正して介入	○ #（下記同様）
ABC-J（興奮性サブスケール18点以上） BPI-Sスコア		○ （＃過去4週間の状態を保護者に聞き取り）			○ （＃退院後4週間の状態を保護者に聞き取り）
支援情報収集（生活・コミュニケーション）	●（可能なら）	○			
支援準備（個別スケジュール・予告書・余暇道具等）	●（可能なら）	○			
スタッフ評価 ご家族評価					質問紙・NAS 質問紙・CRA-J
地域での支援体制の再構築・移行支援のための会議					

＊年齢、性別、身長・体重、ＩＱ(ＤＱ)：70未満、行動制限、原因診断、自閉スペクトラム症合併、てんかん合併、薬物療法の内容、CARS2(小児自閉症評定尺度）、感覚プロファイル、QABFなど

表2 精神科病棟における強度行動障害入院治療プログラムⅡ
応用編:12週間
～はじめの部分は治療プログラムⅠと共通（評価＃は治療プログラムⅠと同様に行う）

	入院前（外来）	入院時～介入準備期		介入①（2W）	初期介入後評価	行動療法前評価（2W）		介入②-1（2W）	介入②-2（2W）	退院時評価（2W）
基本情報＊		○	【介入準備期】（1W） 院内外多職種カンファレンス ↓ クライシスプラン作成				【行動療法準備期】（1W） ストラテジーシートによる行動療法の検討/QABF			
行動関連項目・強度行動障害判定基準（10点以上）		＃○		評価・修正して介入	○ （下記同様）			評価・修正して介入		＃○
ABC-J（興奮性サブスケール18点以上） BPI-Sスコア		＃○			○ （スタッフ聞き取り）					＃○
支援情報収集（生活・コミュニケーション）	●（可能なら）	○								
支援準備（個別スケジュール・予告書・余暇道具等）	●（可能なら）	○								
標的行動定量 Observationsアプリ						○		○	○	○
スタッフ評価 ご家族評価					NAS					質問紙･NAS 質問紙･CRA-J
地域での支援体制の再構築・移行支援のための会議										

＊年齢、性別、身長・体重、ＩＱ(ＤＱ)：70未満、行動制限、原因診断、自閉スペクトラム症合併、てんかん合併、薬物療法の内容、CARS2(小児自閉症評定尺度）、感覚プロファイルなど

データ取得の留意点　1

1．介入組み入れ時に、以下の選択基準を確認すること

・行動関連項目・強度行動障害判定基準（いずれも10点以上）

・ABC-J興奮性サブスケール18点以上

・IQ70未満、自力歩行可能

2．基本情報

- ＩＱ（ＤＱ）：児童では2年以内の検査が望ましい。成人例で長く検査未実施の方は施行可能なら入院中に検査し、難しければ以前の数値が算出されていれば使用可とする
- CARS2(小児自閉症評定尺度）、感覚プロファイルなど：施行可能なら入院中に実施してアセスメントの材料とする

3．支援情報収集・支援準備

- 可能なら入院前に準備、もしくは入院時～介入準備期の入院後1週間までに準備する

データ取得の留意点　2

4．評価尺度

- ABC-J、BPI-Sは治療プログラムⅠではPre(過去4週間の状態)/Post(退院後4週間の状態)とも保護者に聞き取り、治療プログラムⅡでは、Pre/Postは保護者に聞き取りし、初期介入後評価のみスタッフに聞き取りとする（ただし慢性期病棟での治療プログラムⅡ試行では全てスタッフ聞き取りとする）
- スタッフ評価：①質問紙での自由記載、②NAS(Nurse Attitude Scale)を治療プログラムⅠでは介入後評価、治療プログラムⅡでは初期介入後評価・退院時評価の2回実施する
- 家族に対する評価：①質問紙での自由記載、②評価尺度（CRA-J）を退院時にお渡しして記載してもらう

5．行動の機能分析

- 治療プログラムⅡでは標的行動に対しストラテジーシートを記載する際にQABF(Questions about behavioral function)を実施する。治療プログラムⅠでも主な問題行動に対しQABFを実施する