

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 総合研究報告書

研究代表者 會田 千重

令和6(2024)年 5月

目次

I. 総合研究報告書

- 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）・・・・ 17

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）・・・・・・ 37

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）・・・・・・・・・・ 57
主任研究者 會田 千重
研究協力者 西原 礼子
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、地域モデルの検討」
分担研究者 山下 健・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 87
協力研究者 下村 拓也、石田 光、阿部義隆
5. 長期在院知的・発達障害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）・・・・・・・・・・ 95
主任研究者 會田 千重
分担研究者 市川 宏伸
研究協力者 田淵 賀裕

III. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 131

* 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

総合研究報告書

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て研究を行った。

B. 研究方法(添付資料の「流れ図」参照のこと)

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。

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）

2つの入院治療プログラムを添付資料表1・表2の介入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する。

《対象：以下選択基準を満たす入院患者～精神科または療養介護病棟、年間目標症例数：20名×2年間》

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想定】
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

《対象の評価指標》

①行動障害の重症度

- ・障害支援区分認定調査の「行動関連項目」
- ・「強度行動障害判定基準」【注】行動制限や注射等による鎮静無しの状況想定】

- ・ABC-J
- ・日本語版BPI-S

②知的能力・自閉スペクトラム症等障害特性評価

- ・WAIS-IV、田中ビネー知能検査V、遠城寺式乳幼児分析的発達検査（成人でも使用可）など
- ・CARS-2（小児自閉症評定尺度 第2版：成人でも使用可）など
- *診断についてはDSM-5を使用し、支援のためのアセスメントとして以下を任意に実施
- ・感覚プロファイル短縮版（SSP）
- ・Vineland-II適応行動尺度など
- ・QABF(Questions about behavioral function)

《治療効果判定》

標準化された指標である1. 2. と、有期限有目的入院治療の場合は3. 標的症状の定量変化（福祉分野で既に導入され始めているObservationsアプリによる匿名の定量測定）を入院時/（初期）介入後/退院後4週間で有意差を比較する（表1・表2参照）。また4. 支援者評価尺度（NAS）、5. 保護者（介護者）評価尺度（CRA-J）も実施し解析する。

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：NAS(Nurse Attitude Scale)
5. 保護者（介護者）評価：CRA-J(Caregiver Reaction Assessment)

《統計解析》

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。

目標症例数については、同様の強度行動障害患者に対する介入研究¹⁾で有意差が得られた母集団約20例と同等の症例数を設定した。

（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。

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

本研究におけるモデルケースを含む介入エントリー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。

5) 「長期在院知的・発達障害患者アンケート」

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した。

(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

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

「多職種向け強度行動障害チーム医療研修動画」:

- ①肥前医師：「強度行動障害概論」60分
- ②肥前医師：「自閉スペクトラム症」50分
- ③肥前看護師：「強度行動障害の看護」60分
- ④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
- ⑤肥前保育士：「強度行動障害の療育」30分
- ⑥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
- ⑦根本昌彦：「看護の実践と理論」60分
- ⑧山下健「院内の多職種共同と地域連携」36分
- ⑨田中恭子：「行動障害への対処法～構造化」60分
- ⑩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（R4～R5）

分担研究者：国立病院機構さいがた医療センター・精神科・医師 山下健

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。以下にポイントを記す（詳細は分担研究報告書参照）。

●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」作成

*クライシスプラン作成

*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」を実施する

●地域ネットワークの醸成

*退院後も地域ケア会議を継続する

*訪問診療・訪問看護の利用

*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する

*柔軟な再入院システムを可能にする医療施策が必要

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

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 国立病院機構肥前精神医療センター

名誉院長 杠岳文

・「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」（R4～5）

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。

強度行動障害者に対し精神科医療機関に期待される医療的対応については、いくつかの調査結果から、精神科入院患者の2～3%は強度行動障害者であると推測されるが、未だ信頼性の高い調査は行われていない。今後、精神科医療機関での強度行動障害者の入院者数を含め、処遇の在り方と行動療法や構造化の適用の有無など、薬物療法を含め治療内容についても実態調査が望まれる。また、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の課題が挙げられる。

また、国立病院機構精神科病院の療養介護病棟は、上記の様に精神科医療機関の機能が整った上で、複数の県にまたがる強度行動障害の地域拠点医療機関として、①高度専門医療機関として強度行動障害の人材育成と情報発信に係る地域拠点、

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医療拠点の2つの拠点機能を有することが期待される。そのために、強度行動障害の程度を適宜評価し、高度専門医療施設入院基準を設け、福祉・教育・一般精神科医療との連携と専門医療機関として即応性の強化が求められる。一方で、高い倫理性、透明性を有する強度行動障害医療のモデル病棟となることが望まれる。

一般社団法人日本発達障害ネットワーク
理事長 市川宏伸

・「強度行動障害児者の入院医療に対する保護者等の期待に関するアンケート調査」(R4)

治療を受ける側の、保護者や支援者から見て、どのような結果、要望、期待などを持っているかをアンケート調査し、これからの調査結果から、強度行動障害入院治療への今後の方向性を模索する一助になることを目指した。「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ことが明らかになった。

鳥取大学医学部医学系研究科

臨床心理学講座・教授 井上雅彦

・「問題行動における機能的アセスメントの適切な選択と実施に関する研究」(R4)

医療、福祉、教育、家庭などの様々な状況での機能的アセスメントを効率的に実施するためには、その状況に合わせていくつかの機能的アセスメントの中から適切なツールを選択、使い分けていくことが必要である。しかし我が国では様々な機能的アセスメントの方法について網羅的にレビューした文献は少なく、日本の現場に合わせた使用方法について言及・考察した文献はみあたらない。本研究では機能的アセスメントのシステム化やマニュアル化、さらにその次のステップである機能的アセスメントをコーディネートできる専門家の養成に向けて、アセスメント手法を整理・検討した。

・「強度行動障害のある生徒の長期経過」(R5)

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。

国立重度知的障害者総合施設のぞみの園・研究部・研究員参事

根本昌彦

・「看護師による介入・研修手法と看護師の組織作りについて」(R4)

強度行動障害支援を行う医療機関や福祉施設には看護師が配置されている。その看護師を養成する課程では強度行動障害の対応方法を学ぶ機会は少ない。更に、医療機関などの実務経験も得にくい状況である。

学びや経験が得にくい状況に対応すべく、強度行動障害医療研究会(現学会)の看護師分科会(略称KYOKAN)では、令和4年度から自閉症の基礎に関する研修を3回実施している。その研修内容や結果のアンケートから、強行に関わる看護師の質の向上には、“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”が必要であることが解った。加えて看護の情報交換や共有の場として“看護師が連携する場づくり”も重要である。

・「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」(R5)

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。

岡山県精神科医療センター・医療部・医療部長/ 臨床研究部長 児玉匡史

・精神科病院における多職種チーム医療体制構築 (R4)

精神科病院における強度行動障害に対する多職種チーム医療体制構築のため、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4年度の活動実績をまとめ、課題を抽出した。

・「精神科病院における多職種チーム医療体制構築」(R5)

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事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。

国立病院機構菊池病院 精神科医師 田中恭子

・「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」(R4~5)

強度行動障害をもつ児・者が精神科病院に入院

となることがあるが、治療にあたる看護師の多くは構造化などの有効な支援法について学ぶ機会が少ない。知識やスキルがないまま支援を続けることは、患者の行動が改善しないだけでなく、職員の自己効力感の低下、バーンアウトのリスクともなるため、職員の研修は重要である。

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た。

国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

総務企画局・研究部部長 日詰正文

・福祉分野と医療分野の連携—ICTの活用に着目した文献調査 (R4)

強度行動障害者への支援は、その行動の背景要因が明確には把握しにくいことから、支援や配慮の具体策を見つけ実施する事が難しい。しかし、丁寧な記録やチームでの分析や一貫性のある対応が解決への確実なプロセスにつながることは、支援現場の関係者にとっては既知のことである。記録の引き継ぎ、チームで背景要因の分析やモニタリングを行う仕組みの構築に向けて、迅速な情報共有を行い意思決定する手段としてICTの活用性に着目し、文献調査を行った。

・「<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」(R5)

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。

国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

診療部・部長 成田秀幸

・福祉分野と医療との連携にむけた課題 (R4)

強度行動障害を伴う方の暮らしを支える上で、様々な領域、職種が機能的に連携し、チームで支援していくことが重要である。一方で実際の支援現場では、どのようなことについて、どのように連携をしていくことが有用な支援につながるのか、具体的な取り組みについて悩むことも少なくない。福祉分野と医療による、それぞれの強みを活かした望ましい連携の在り方を検討するにあたり、知的障害や発達障害の特性を有する方が実際に医療機関を受診した機会を振り返り、連携の有用性や今後に向けた課題について検討した。

・「医学部教育における強度行動障害に関する学びの提案」(R5)

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ゆうあい会石川診療所

所長 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)」(R4)

8か所の入所施設(障害者支援施設)を対象に、入所者の医療的ニーズ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。

入所者の高齢化が進展しており、それとともに支援ニーズの高度化と医療の必要性の高まりが予測される一方で、実際にはADLの低下と医療的ケアの増加は目立たず、入所施設におけるADL支援や医療的ケアの対応の水準は、利用者の状態よりも看護師等の人材不足を中心とした施設側の

要因によって決定されている可能性があるものと思われた。また、支援ニーズの高まりはADLの低下以外の要因によることが示唆された。

・「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1報・第2報・第3報・第4報) (R5)

(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療法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。

愛知県医療療育総合センター中央病院

子どものこころ科・部長 吉川徹

・「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」(R4~5)

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。これらの規模の大きな自治体はそれぞれ強度行動障害を念頭においた施策を展開していた。特に支援者の養成については、医療従事者、福祉従事者がそれぞれ領域を越えて知識を伝達する相互交流的な研修が求められており、強度行動障害支援者養成研修、高度人材養成のための研修、医療従事者の研修の中で取り扱われていた。今後、各地域で中核的人材、広域支援人材の育成が求められる際、また強度行動障害に対応できる医療機関の整備を進める際には、共同でのケーススタディの実施などを含む、相互乗り入れ的な研修の実施が必要であると考えられた。

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・田淵：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記録やスキッ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いう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、医療機関では冰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。これについても冰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広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、重大な被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：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：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・構造化のとりくみー国立病院機構14施設の専門病棟における多施設共同研究ー 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, 田淵賀裕, 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

2022厚労科研（ 22GC1019 ）

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

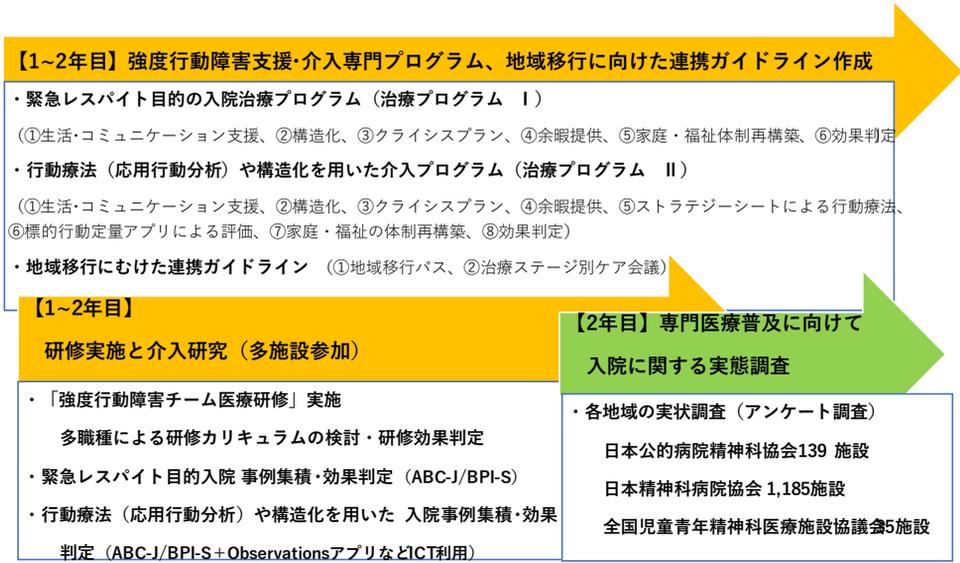


表1 精神科病棟における強度行動障害入院治療プログラム I 基礎編:3週間

	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*		○			
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)	【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	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					
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	評価・ 修正して 介入 ↓	○ (下記同様) ○ (スタッフ 聞き取り)		【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	評価・ 修正して 介入 ↓		#○		
行動関連項目・強度行動 障害判定基準(10点以上)	#○	#○									#○	
ABC-J (興奮性サブスケール18点以上) BPI-Sスコア	#○	#○									#○	
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(計画に追加)、治療プログラムⅡでは初期介入後評価(計画に追加)・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おう(計画に追加)

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(計画に追加)

表3

障害支援区分認定調査の
行動関連項目10点以上

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. 特定のものでは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

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連絡会議があつて良かった」「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に提供し、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・一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記録やスキュープロットは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》

支援者(治療スタッフ)評価:

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

介護者評価:(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）で臨床パズ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、「冰山モデル」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に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連絡会議があつて良かった」「(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がった事例であったが、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「こうなのか」「こうすればよいのか」ということに繋がりと、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。
- ・現場での冰山モデル・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ズであった。
- ・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 事例紹介)

- ・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 事例紹介)

- ・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 事例紹介)

- ・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らん 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、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られる。

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ズ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きみが機能している（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ージャー、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.

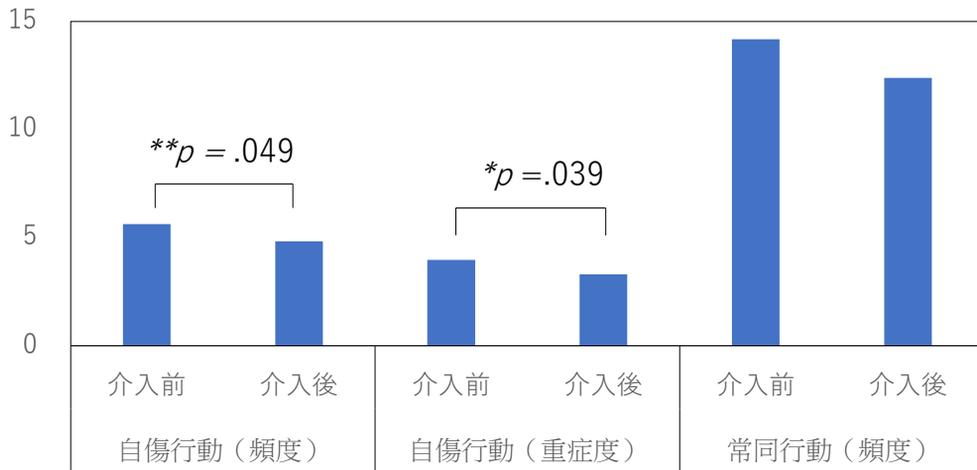
4) Masahiko Inoue, Naoko Inada, Yoichi Gomi, Chie Aita, Toshikazu Shiga. Reliability and validity of the Japanese version of the Behavior Problem Inventory-Short Form. Brain and Development. 43(6), 673-679. 2021

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.

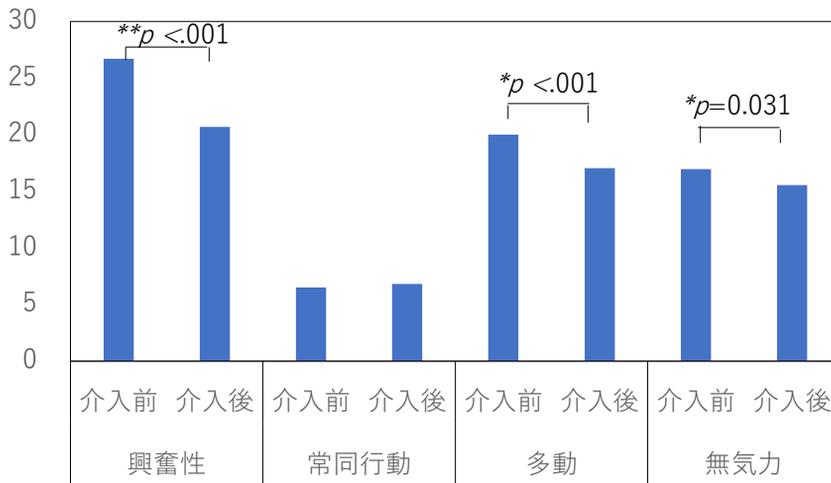
BPI-Sサブスケールへの介入効果 n=29



< 図 1 >

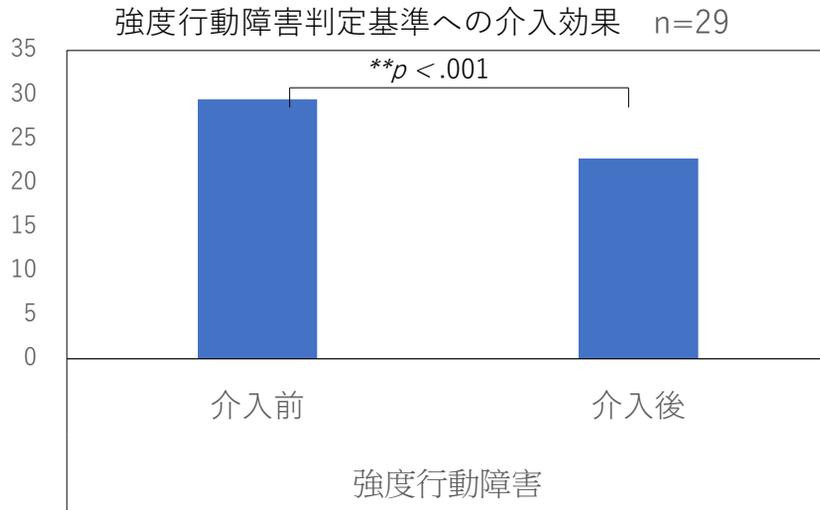
BPI-S自傷行為（頻度）サブスケール、BPI-S自傷行為（重症度）サブスケールは介入前後で有意に低下していた

ABC-Jサブスケールへの介入効果 n=29



< 図 2 >

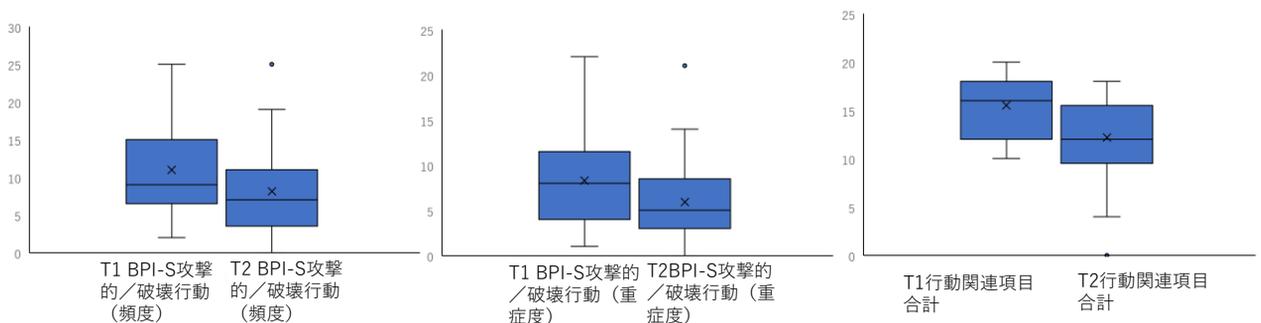
ABC-J興奮性サブスケール、ABC-J多動サブスケール、ABC-J無気力サブスケールは介入前後で有意に低下していた



< 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	評価・修正して介入	
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)			○ #(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					
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	評価・修正して介入	○ (下記同様) ○ (スタッフ聞き取り)		【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	評価・修正して介入		
行動関連項目・強度行動障害判定基準(10点以上)		#○								#○
ABC-J (興奮性サブスケール18点以上) BPI-Sスコア		#○								#○
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	【 事例番号 】	【 介入内容 】	入院日	2024/ /	退院日	2024/ /
治療プログラム		介入詳細	あり1 なし0			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	相談フォーマット記録			別紙参照
治療プログラム II (4週目以降12週まで)	チーム会議	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			
			室内			
			室外			
治療プログラム II (4週目以降12週まで)	チーム会議	クライシスプラン作成	相談フォーマット記録			別紙参照
		多職種 (MDT) 会議				
		地域移行のためのケア会議				
		* 薬物療法				
		心理・発達検査、身体的検査				
		標的行動の直接的評価 (スキャタープロット・ABC)	紙面にて			
		FAST/QABFなど間接的評価	Observationsアプリにて			
		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			
		地域移行のためのケア会議	2週間介入後 (介入②-1後) 多職種チーム医療チェック表			
		スタッフ評価	質問紙	プログラムI介入後		
ご家族評価	チーム会議	NAS (プログラムIは介入後のみ)	介入前 (初期介入後評価) 介入後			別紙参照
		質問紙	プログラムII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

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Ⅰ（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でも有効になった」「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ればよかった」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れば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

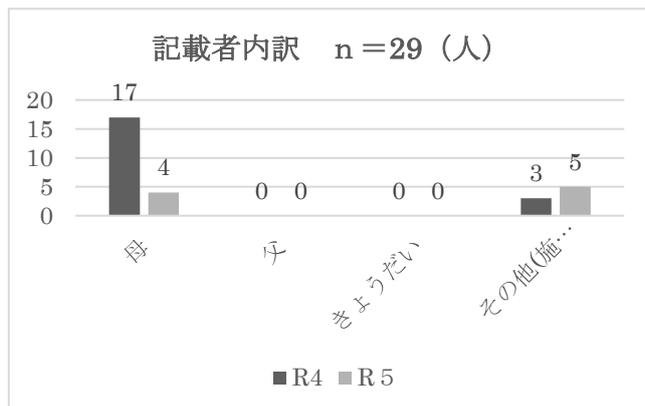
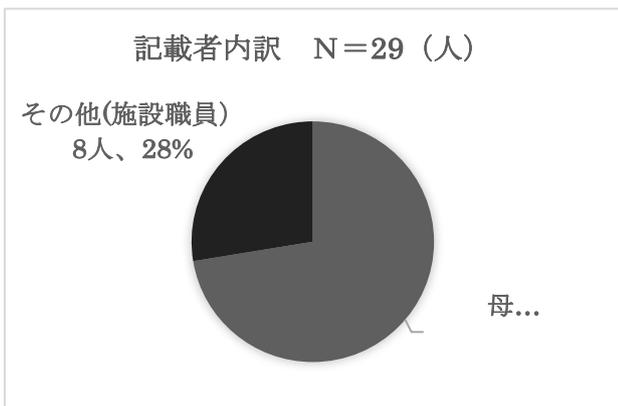
*アンケート総数 34名 (令和4年度; 21名、令和5年度; 13名)

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%

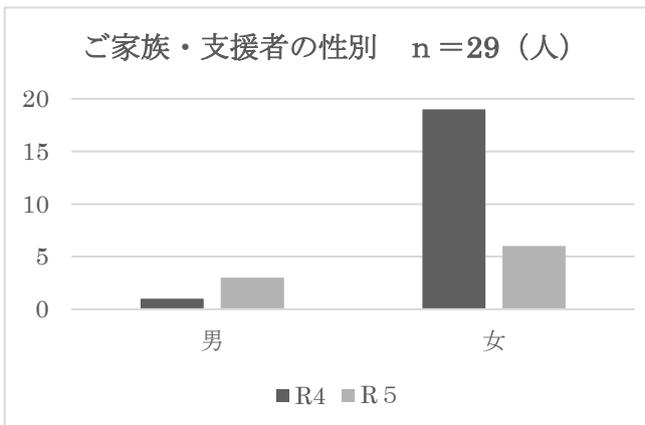
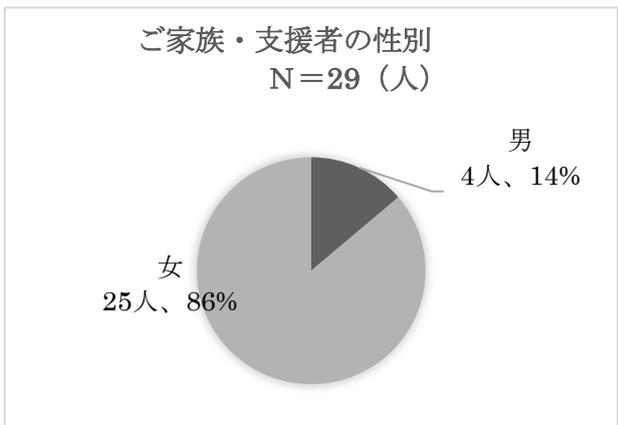
左グラフ:R4・R5 総計 右グラフ:R4・R5 比較

1, 基礎情報

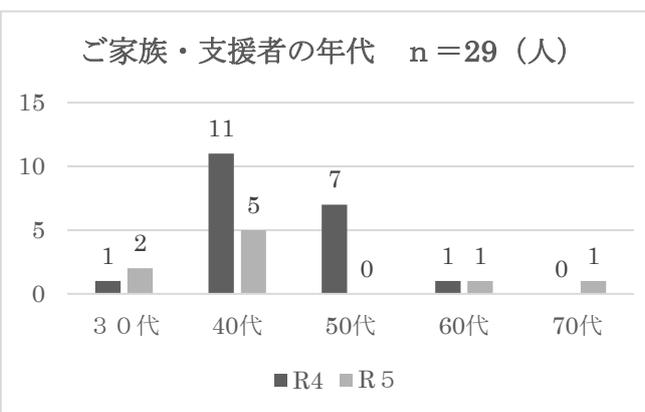
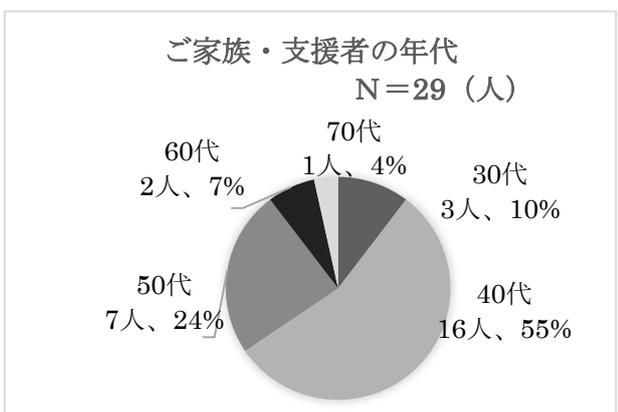
1) 記載者内訳



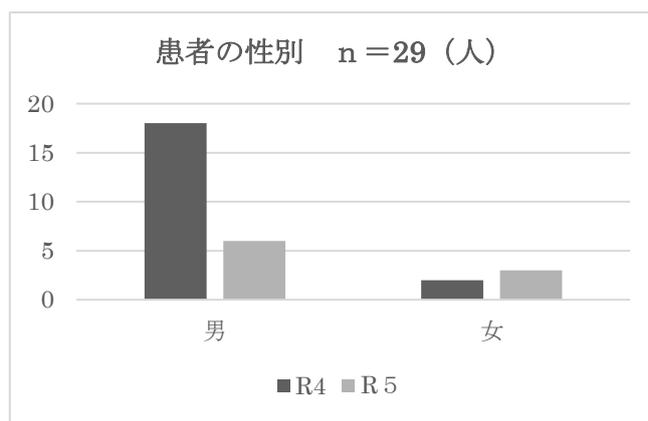
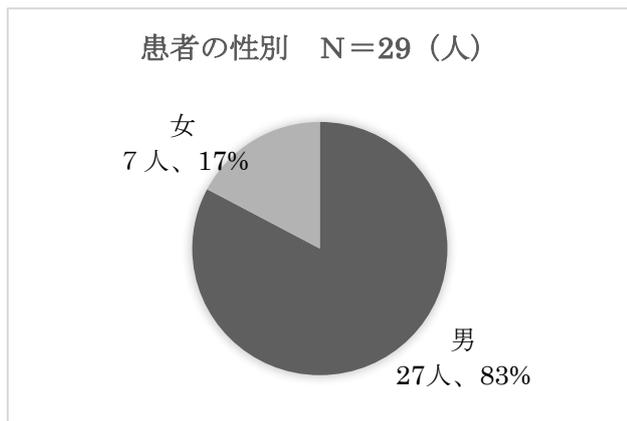
2) ご家族・支援者の性別



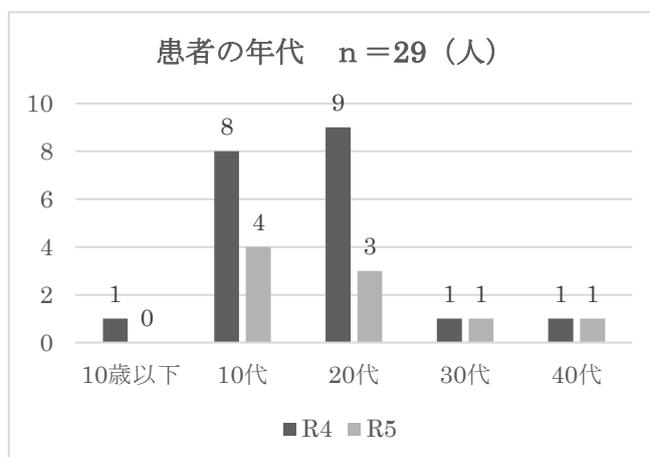
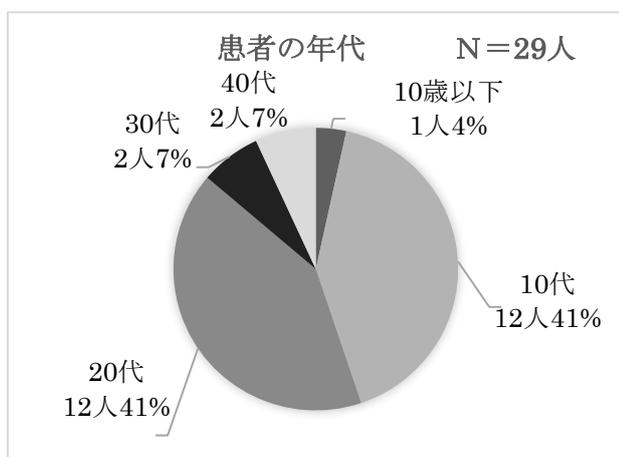
3) ご家族・支援者の年代



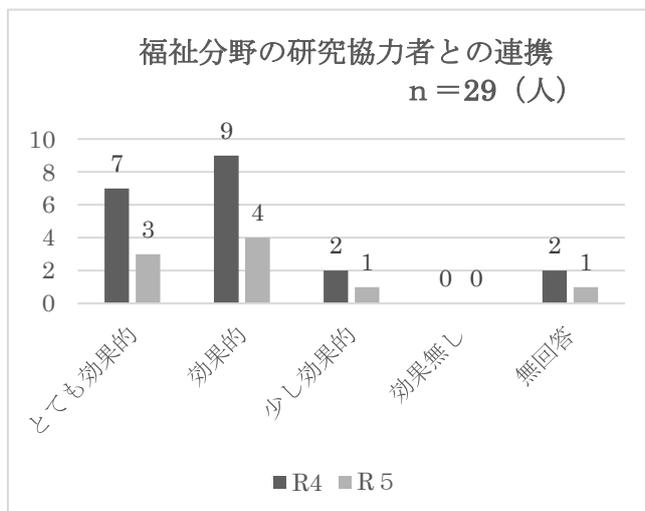
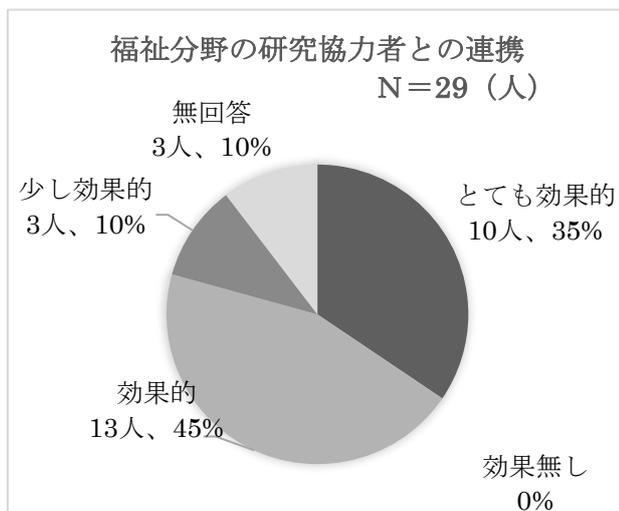
4) 患者の性別



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場所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下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知って少し安心した。
- ・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。
- ・障害があつ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。

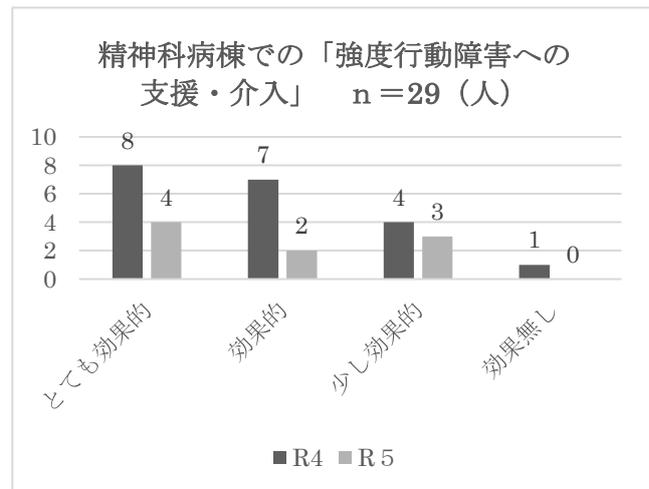
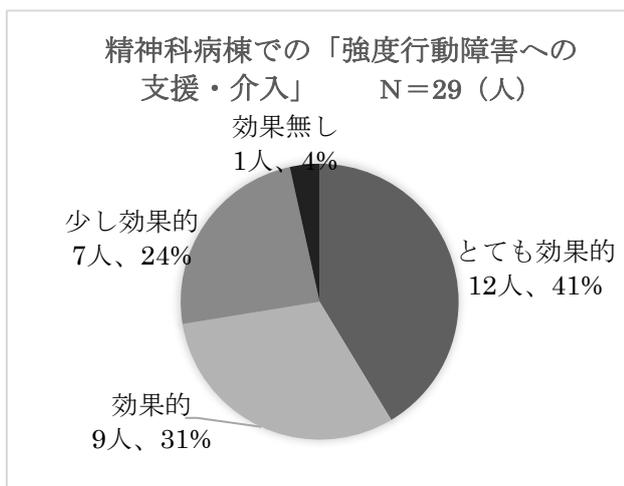
2) 効果的

- ・ 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。
- ・ OT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あ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なのはわかったが、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思えるようになった。
- ・ 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した様子が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ると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良かったです。
- ・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。深掘りして判断してもらえたこ

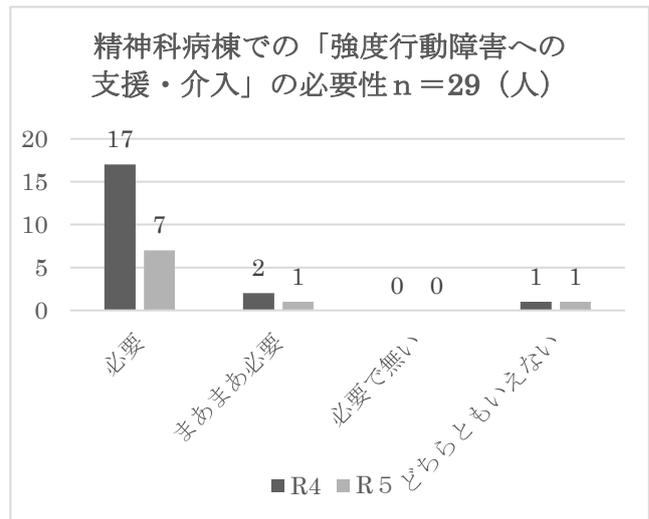
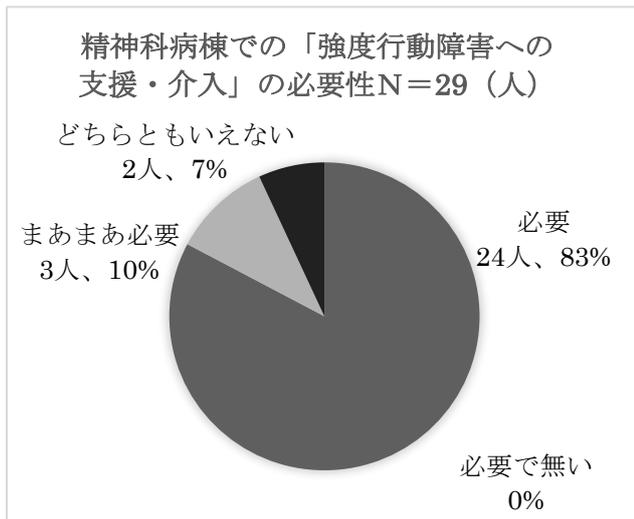
とで安心感につながった。

- ・ 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？えていただきました。
- ・ 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かと思います。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、見守りをさせていただく事は必要だと思えます。
- ・ 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。

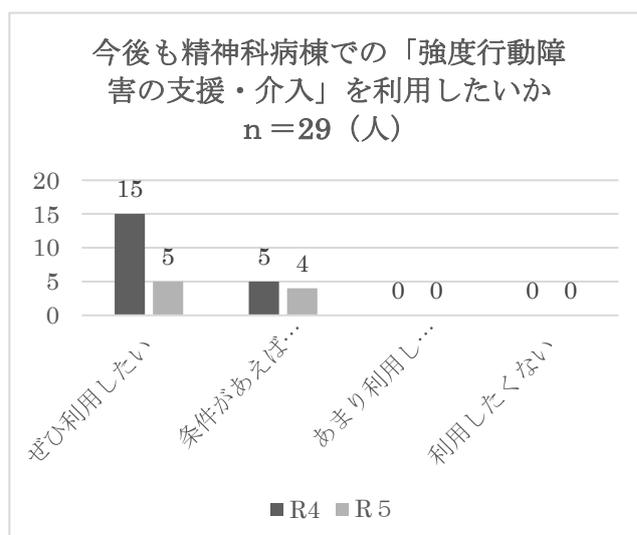
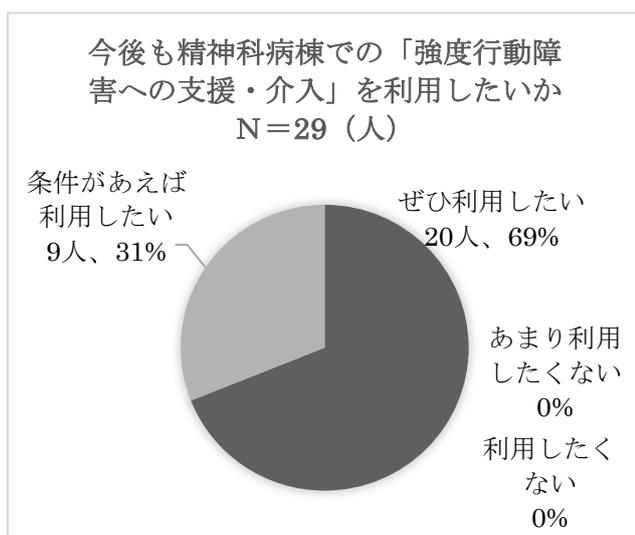
2) まあまあ必要

- ・ 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る限りは、今後も引き続き利用したいと思う、行動が、何か理由があつての事か、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うありがたい。

2) 条件があれば利用したい

- ・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) 条件があれば利用したい

- ・ 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。親は食事制限や心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、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くとありがたいです。今後ともよろしくお願ひいたします。
- ・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。

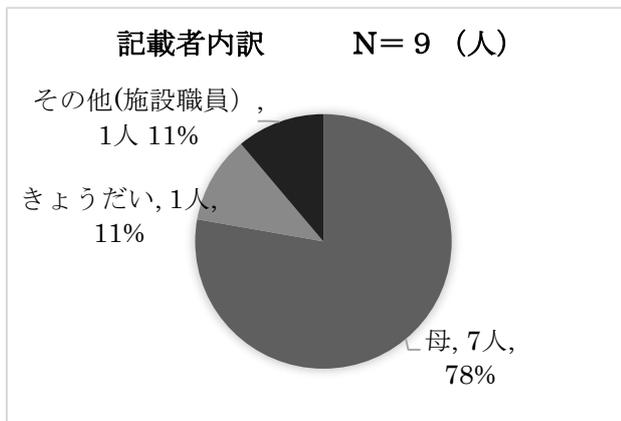
【入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究】

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

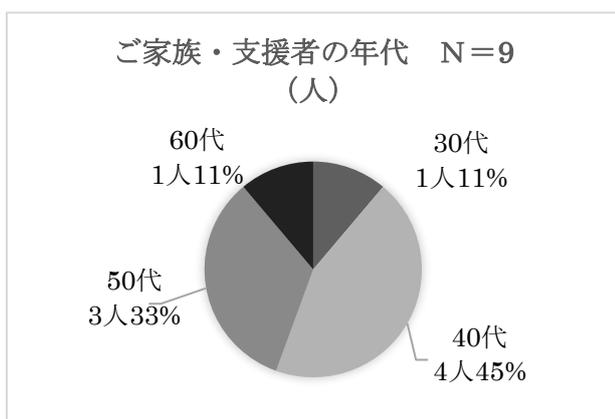
1) 記載者内訳



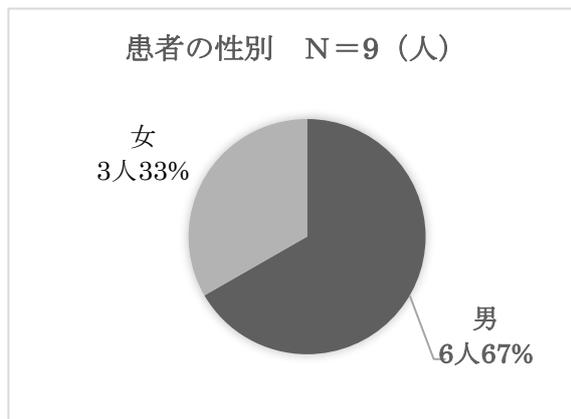
2) ご家族・支援者の性別



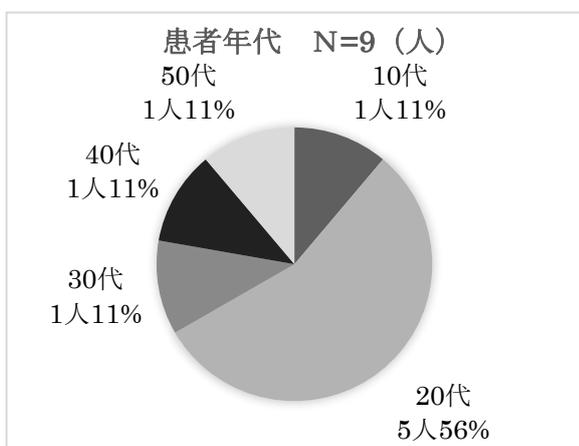
3) ご家族・支援者の年代



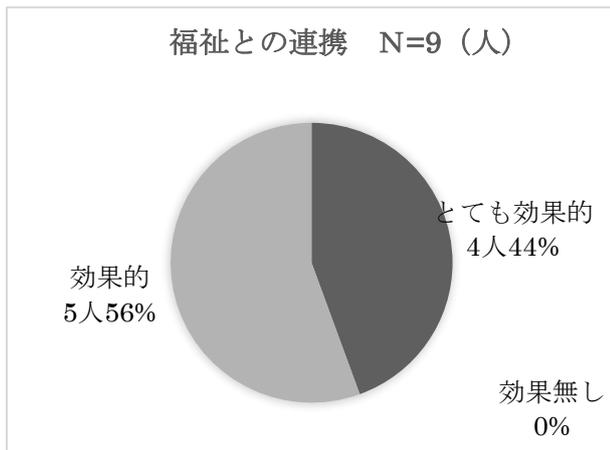
4) 患者の性別



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】

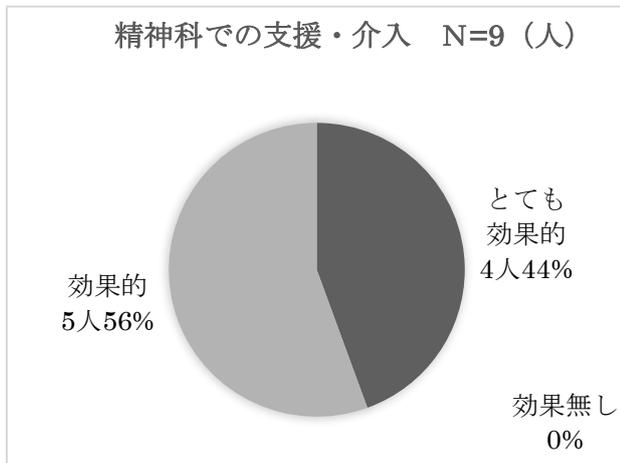
1) とても効果的

- ・ 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いたので、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。
- ・ 病院での本人へ関わ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で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】

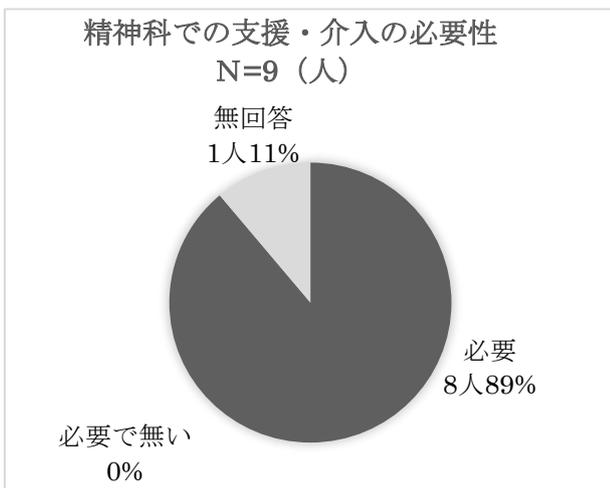
1)とても効果的

- ・ 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がない)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れば、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？



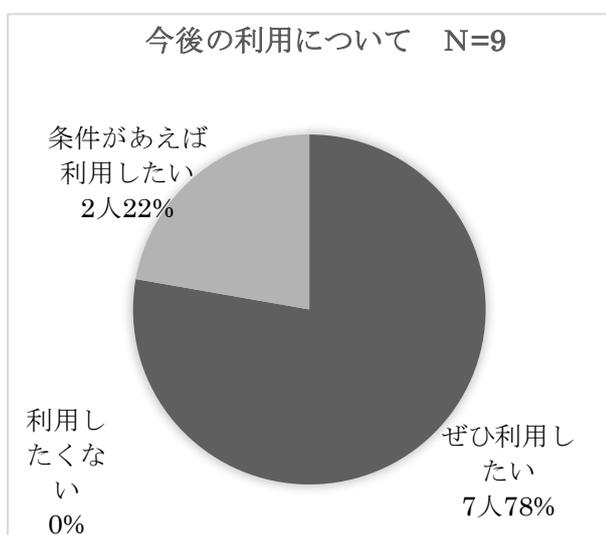
【自由記載】

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)の逃げ道かもしれないませんが入院治療は時には必要と思っています。
- ・ 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うれしい。
- ・ 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の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がたいたく思います。
- ・ 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) 条件があれば利用したい

- ・ 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下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たありがとうございます。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す。
- ・ 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。

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Ⅰ（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わ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

取できた 12 名（全例）分を集計した。こちらにも看護師が最多の 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で課題があった。介入研究の内容を今後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】

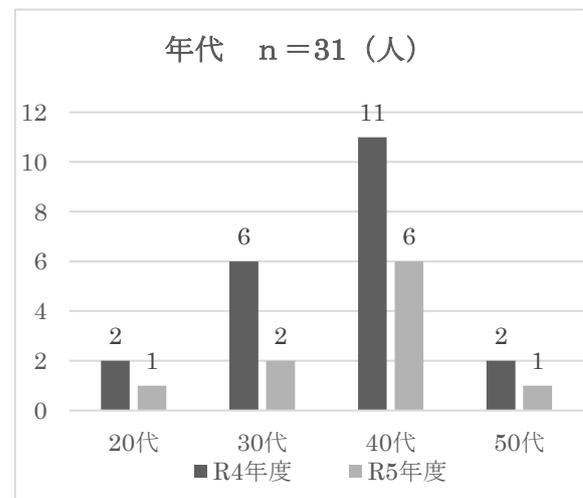
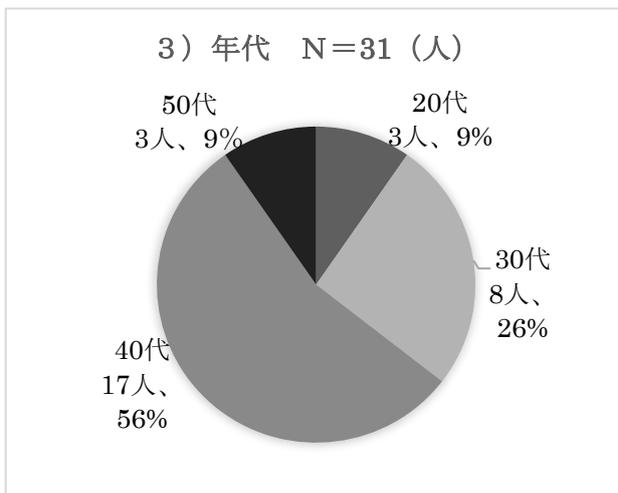
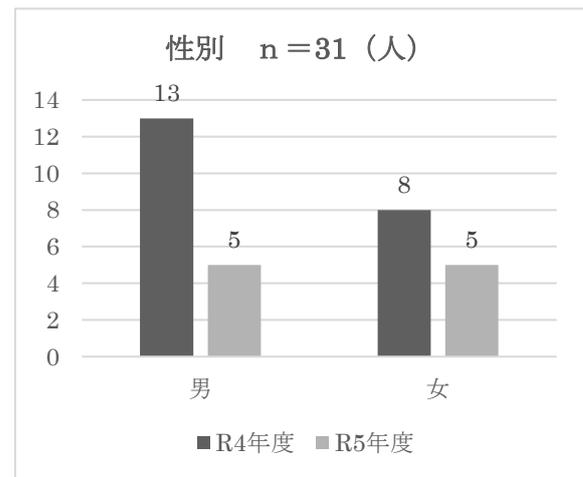
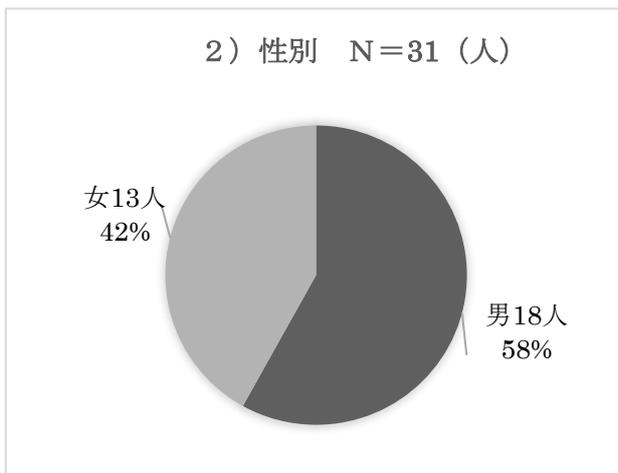
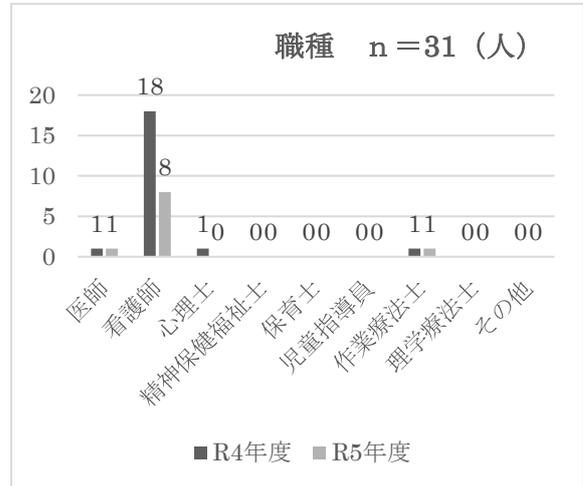
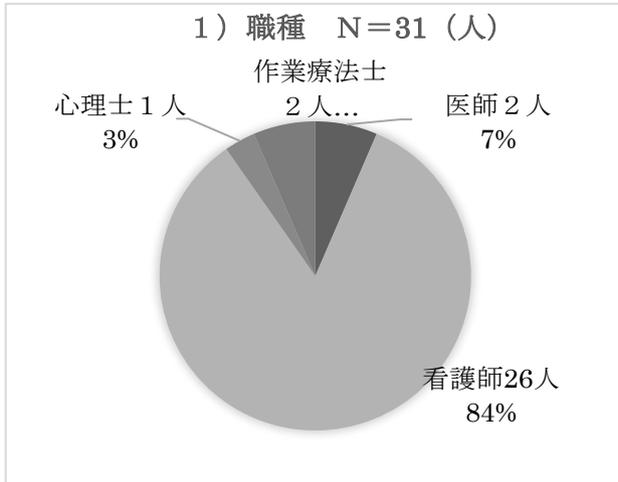
治療プログラムⅠ 治療スタッフアンケート集計

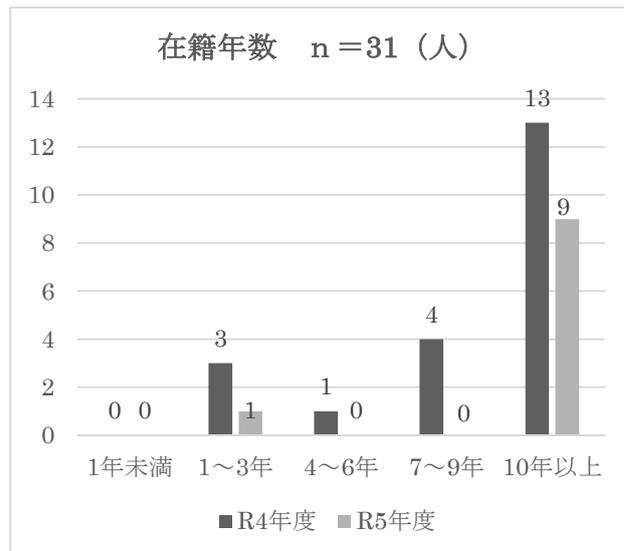
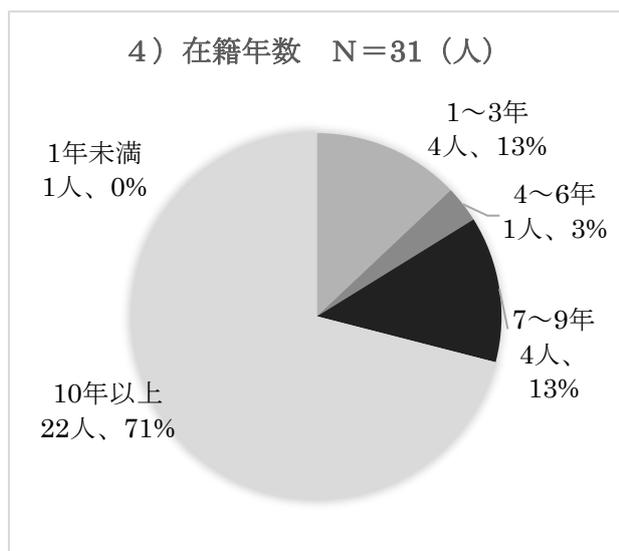
*アンケート総数 34名 (令和4年度; 21名、令和5年度; 13名)

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%

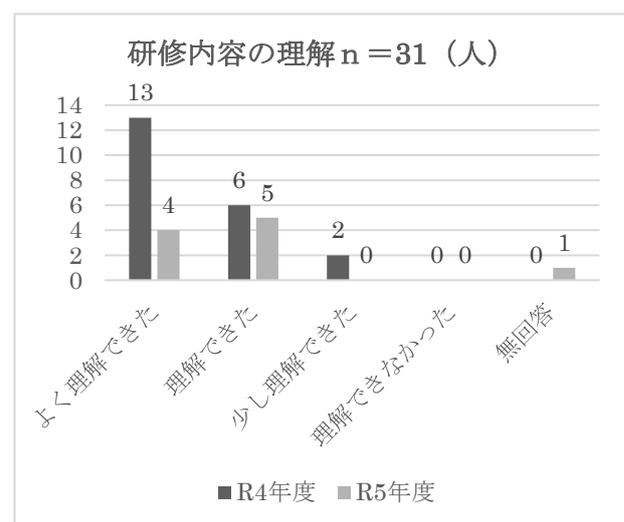
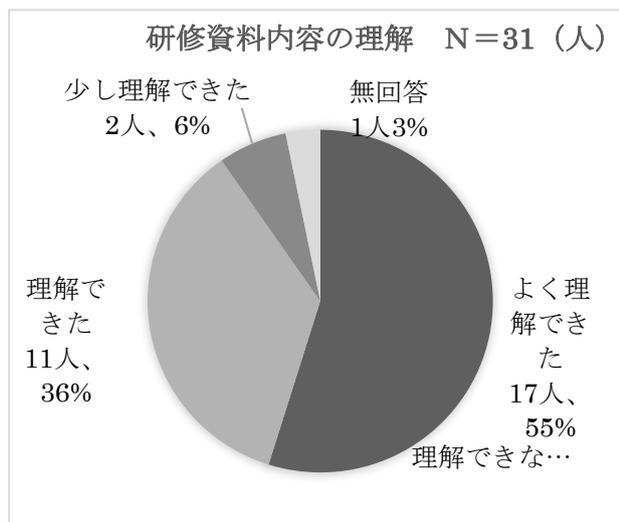
左グラフ:R4・R5 総計 右グラフ:R4・R5 比較

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。

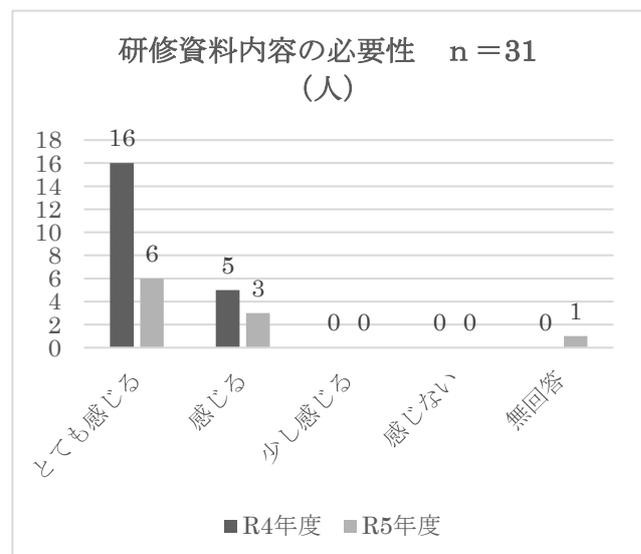
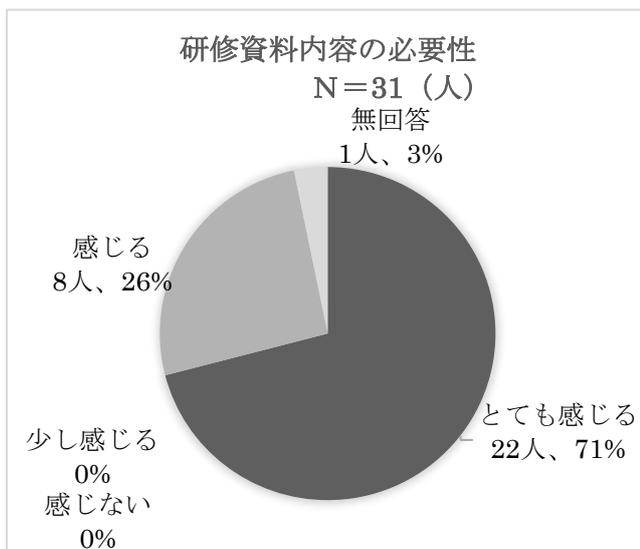
2) 理解できた

- ・ 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が助かった。
- ・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】

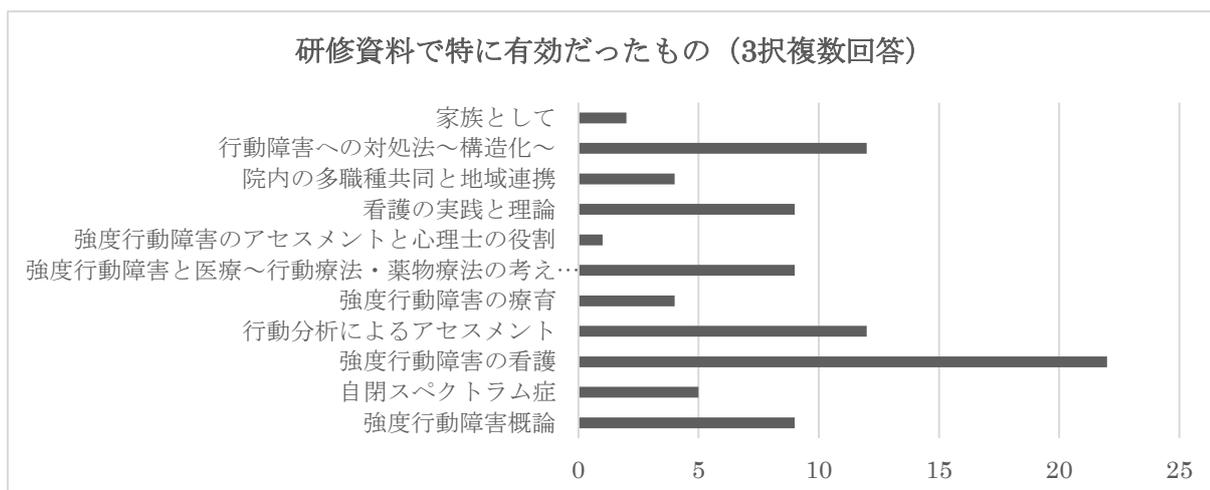
1) とても感じる

- ・ 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っ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】

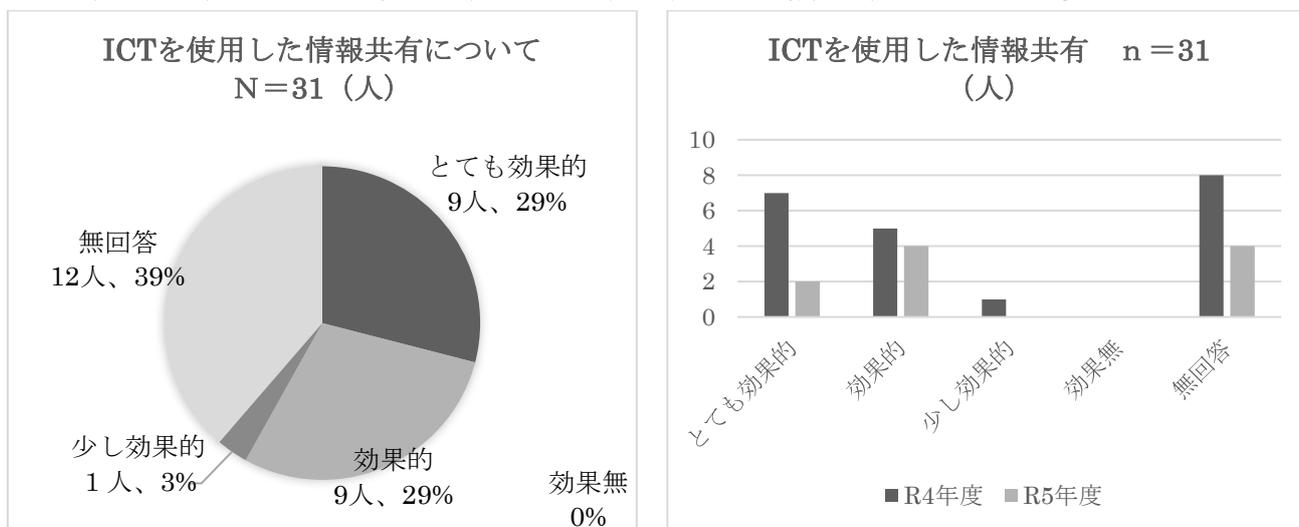
- ・ 患者さんのアセスメントや多職種連携・ご家族・地域との連携も重要であるから。
- ・ ASD・強度行動障害等の知識を深めることができた。
- ・ 日常的な業務を見直すことができた。
- ・ 疾患の理解、関わり方、支援の方法などを学べた。
- ・ 今後、構造化を図りながらの看護が提供できるよう活かしたい。
- ・ 講義の中で患者さんの特性を理解し行動療法も学べ即実践に繋がる。
- ・ 困難な状況にある現場で迅速な対応が必要であり、今ある環境で有効な手立てが欲しい。
- ・ 強度行動障害を持つ患者さんを受け待ったことがなく、看護の実践がわからなかった為。
- ・ 知識不足を補うことができた。
- ・ 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わ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

- ・ 統一したかわりを持つために共有できる場所。
- ・ 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】

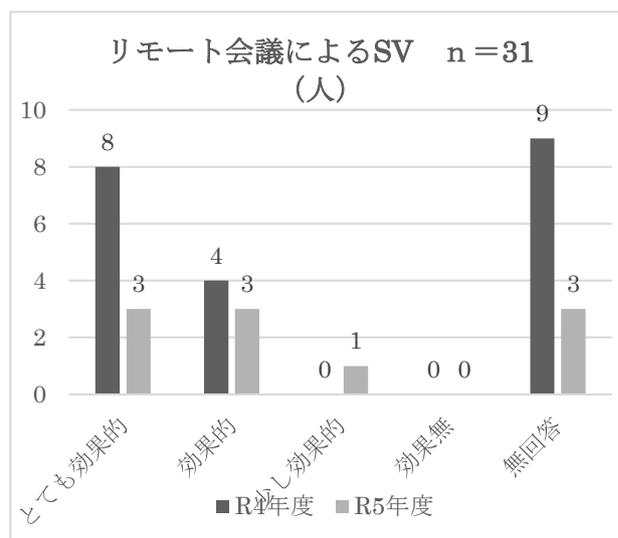
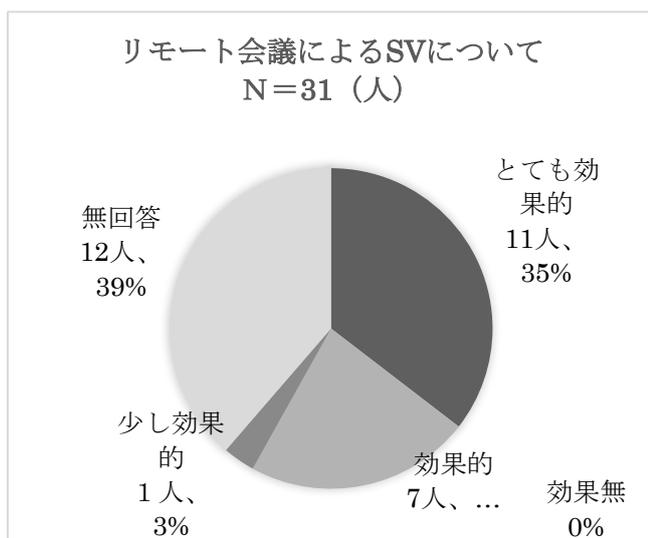
1) とても効果的

- ・ 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え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】

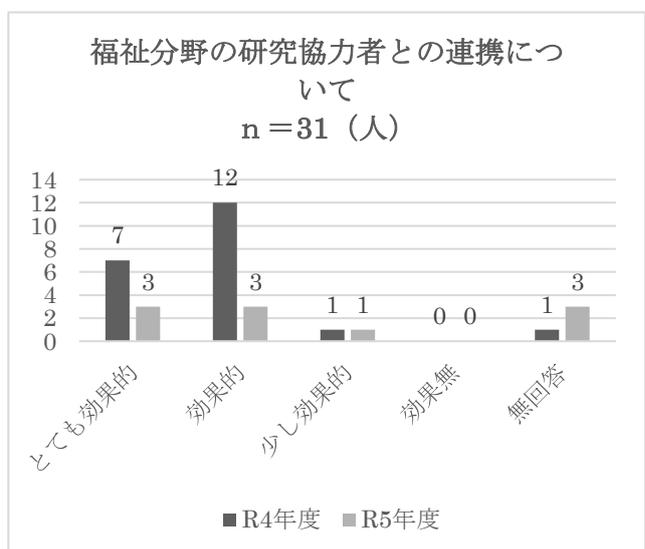
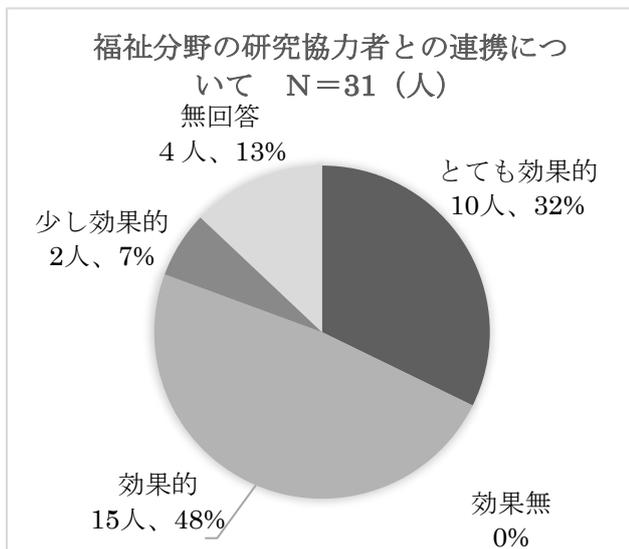
1) とても効果的

- ・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たらえた。
- ・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が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】

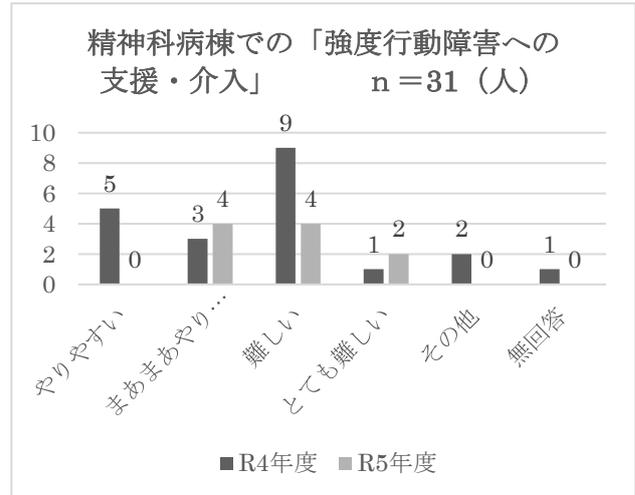
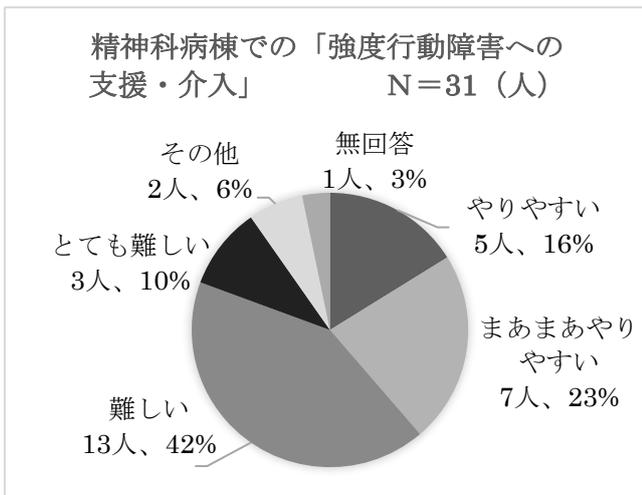
1) とても効果的

- ・ 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いただくため学びとなった。
- ・ 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―福祉―教育―行政―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

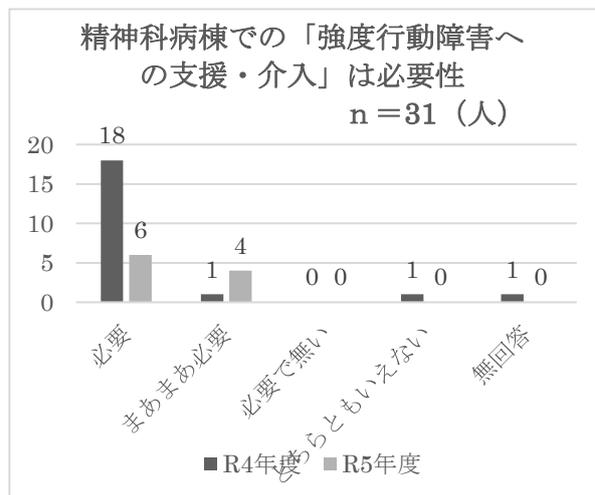
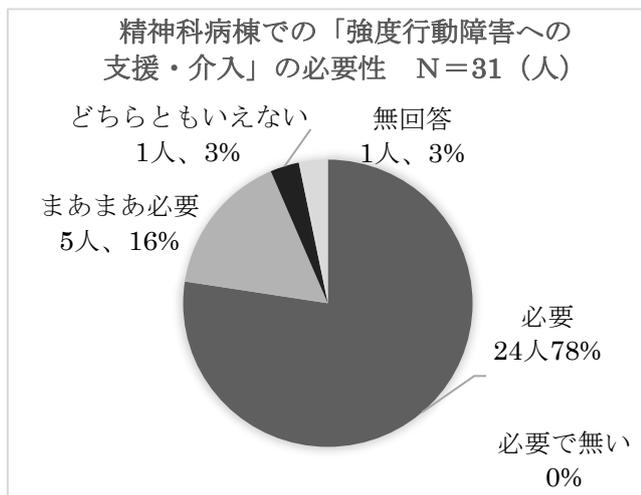
- ・当病院は急性期病棟で受け入れているが、病棟の性質上、一般精神の急性期治療に準じた治療になっていると思う。例えば、入院3ヵ月を経過し「以降も精神科病棟で治療」となると治療環境から無理があると思う。
- ・他患者との折り合いが悪くなりいじめの対象にもなってしまう。他室訪問をしてしまいトラブルになってしまう。隔離時間が長期化する療育ができない。
- ・構造上、刺激を減らすことが難しい。時間の制約がある。

- ・ 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、実際に介入に際しても、知識不足を感じるが多かった。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う？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、評価しやすいく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と、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ふ。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、レスパ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いたケースがある、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によって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

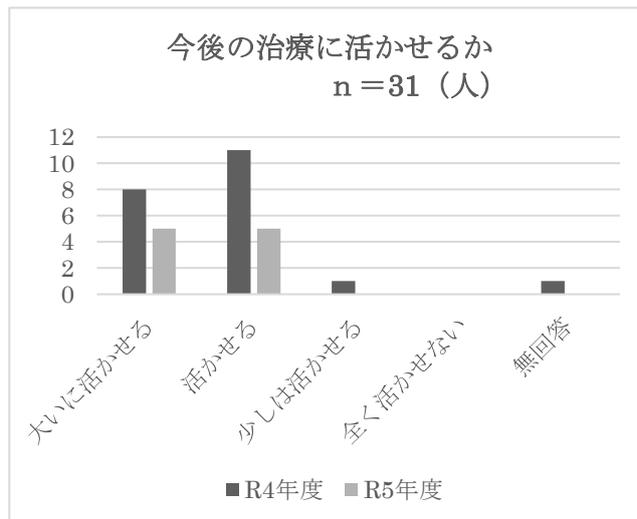
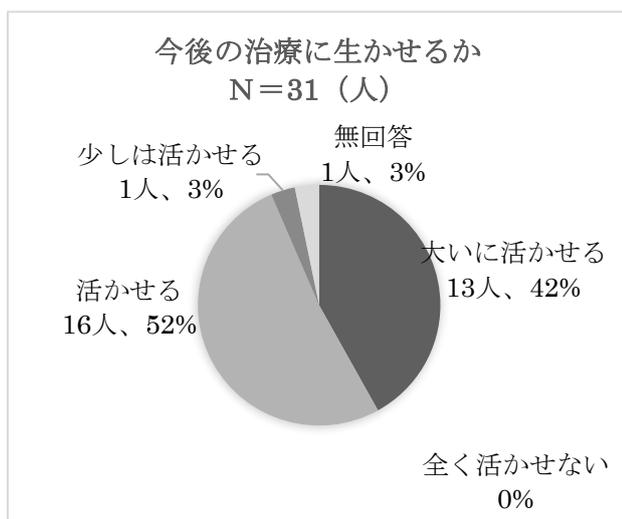
- ・受け入れるなら必要（精神科病棟で）、強度行動障害の専門的支援が提供できるなら、利用者 Fa も安心すると思う。例えば環境が理由で行動制限を要さないといけない（集団生活、異食、他者トラブル、マンパワー）だと、「重心病棟を希望したい」のが本音だと思う。
- ・他患の対応、入院対応により、個別的な関わりができない。保護室でのルールの問題があり、効果的な支援ができない。
- ・漫然と行動制限しなくてよい。
- ・医療だけでも福祉だけでなくアイデアをだしながら地域で生活できるよう、みんなでとりくんでいく課題だから。
- ・危険につながる行動等もあり、精神科病棟での支援は必要ではないかと思われる。破壊行動、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かかわからないが、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場所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と。
- ・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えます。

1 1. 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いのではないかな。

【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と思います。ありがとうございました。
- ・十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。

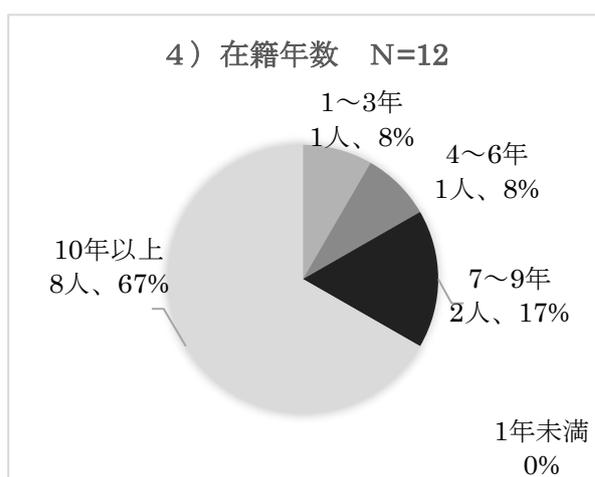
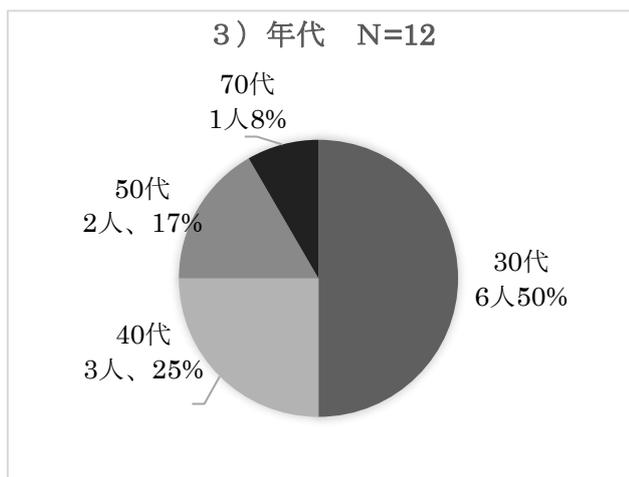
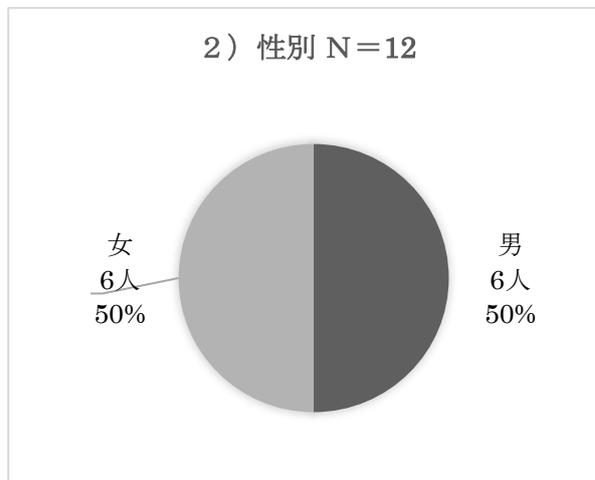
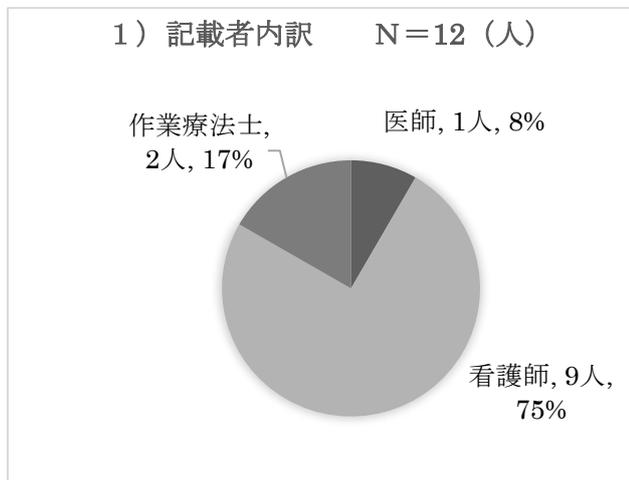
【入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究】

治療プログラムⅡ 治療スタッフアンケート集計

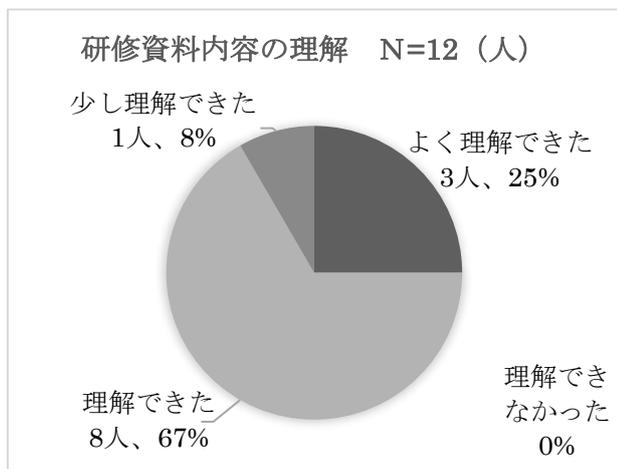
*アンケート総数 12名 回収・有効回答数 12名

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。
- ・ 資料が実際にイメージしやすい内容だった。
- ・ 文章のみでは難しいなど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。

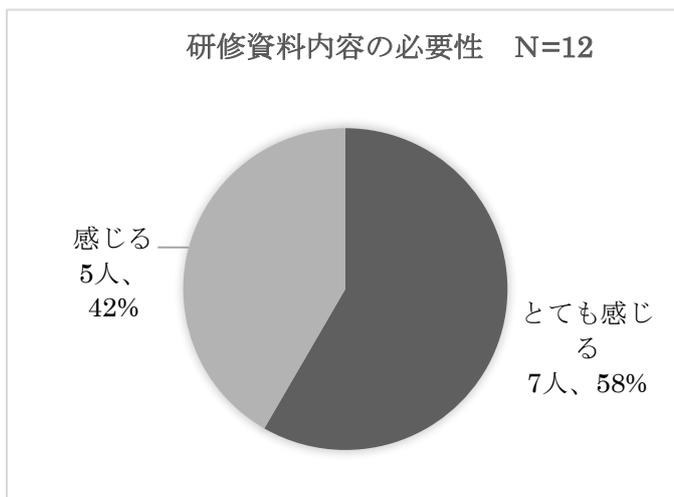
2) 理解できた

- ・ 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わかりやすかった。
- ・ 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

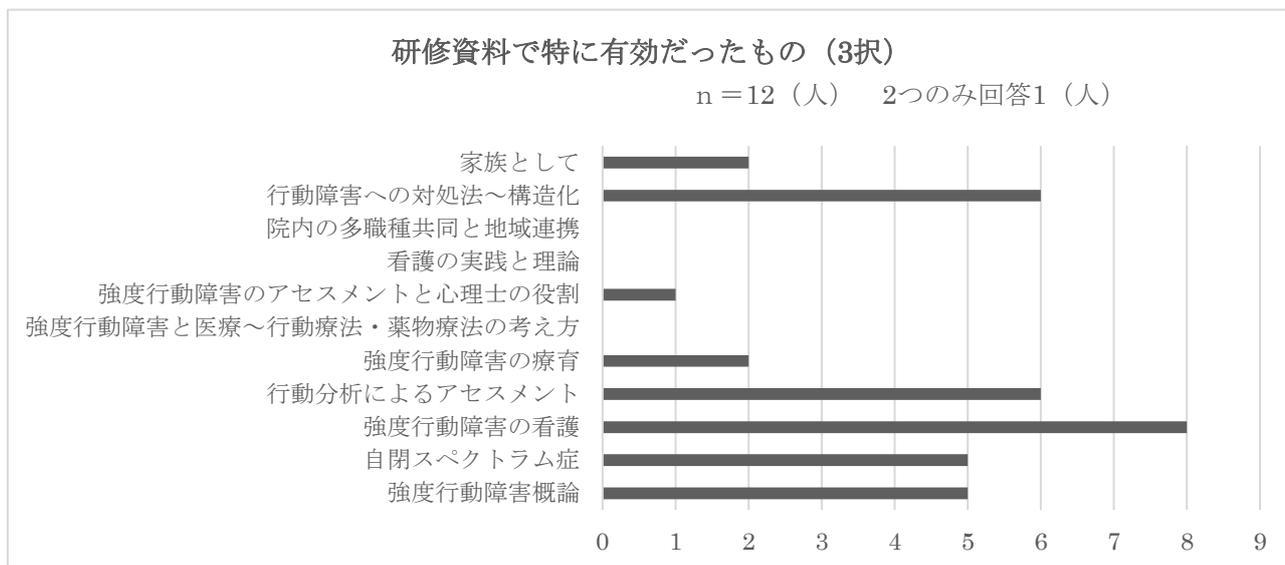
- ・ 各施設によってかかわり方、介入は異なる部分もあり、統一するためには必要と思う。
- ・ 対応・介入を見直す、学ぶきっかけになった
- ・ 対象や他職種の特徴などを理解することで看護師としての関わり方の幅も広がると思います。
- ・ スケジュールの提示 1 つを取っても様々な方法があった。事前に知識をつけておく事で、本人にはどのタイプが合っているのか検討ができるので必要だと思う。
- ・ 書籍やインターネットなどで独学することが困難な分野と考えられる。症例数も決して多くはないため、学習する機会は必要である。
- ・ なかなか身近で学べる場がないため、資料があるのはありがたかった。
- ・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

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、アセスメントの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？

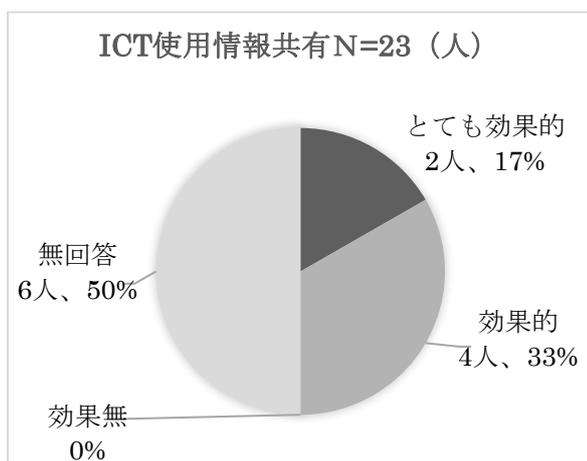
n=12 2つのみ選択1



【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が重要と思うため。
- ・ 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】

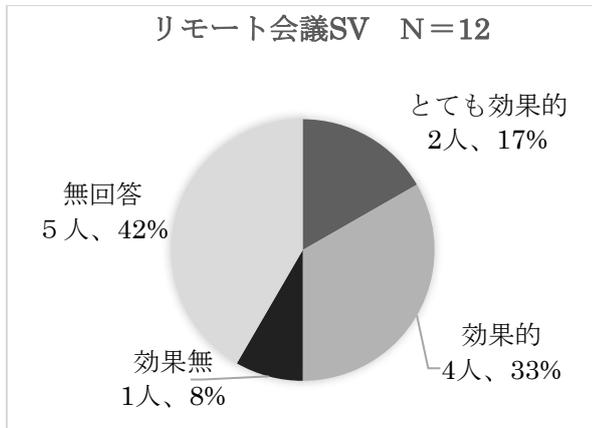
1) とても効果的

- ・ 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。

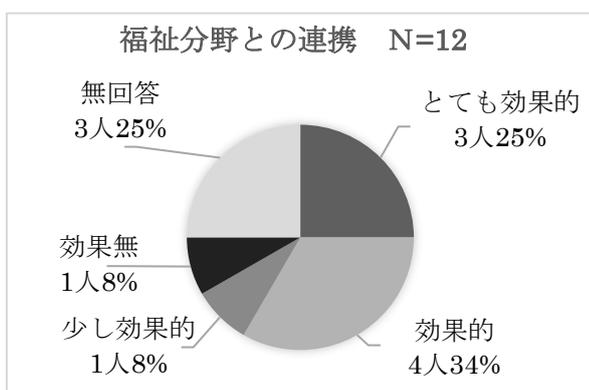
2) 効果的

- ・ 第三者による視点は新たな気づきももてよいと思うため。
- ・ 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れた。
- ・ 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。

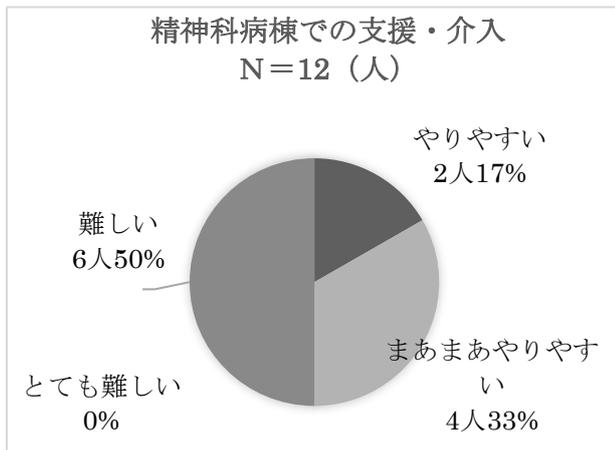
3) 少し効果的

- ・ 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。

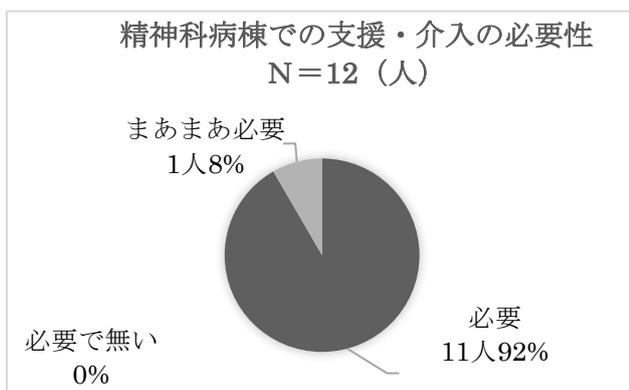
2) まあまあやすい

- ・ 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入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】

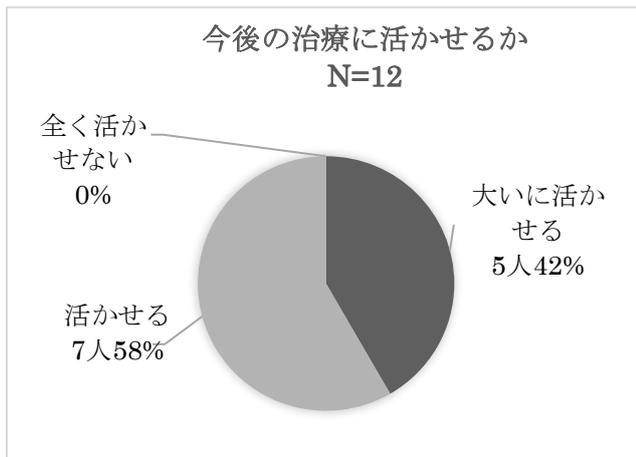
1) 必要

- ・ 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・施設はまだ質・量ともに充実しているとはいえないため、一般精神科病棟での支援・介入は必要だと思う。
- ・ レスパイトや他害・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えます。
- ・ 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えます。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えます。
- ・ 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・介入が必要だと思う。

10. 今回の介入研究の内容は今後の治療にも活かせるそうですか？



【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。
- ・ 初めて受け持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るそうです。

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るのである。
- ・ 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いのではないかと。
- ・ 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。

令和5年度分担研究報告書

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カルケアが、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な手法が想定され、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な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わず、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、それをする事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。厳密に言えば、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ふ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す必要がある。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、病院対地域につ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三者的立場から有識者の参加が必要となる。第三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た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

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:

強度行動障害スコアによる評価

経過 STEP	入院前	1か月目	2か月目	3か月目	退院
		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→帰宅先へ		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 (上手に要める、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	<input type="checkbox"/> ケア会議 (入院時) <input type="checkbox"/> 生活環境について詳細な情報収集 <input type="checkbox"/> 家族歴、生活歴、生活・行動・感覚などの聴取 <input type="checkbox"/> 入院の到達目標を地域支援者と検討	<input type="checkbox"/> ケア会議 (中間) <input type="checkbox"/> 必要に応じて広域的人材の参加を依頼 <input type="checkbox"/> 心理アセスメント・特性についての共有 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 帰宅地の評価 <input type="checkbox"/> 退院後支援計画書の(ひな形)の共有 <input type="checkbox"/> 治療介入法についての共有	<input type="checkbox"/> ケア会議 (中間) <input type="checkbox"/> 必要に応じて広域的人材の参加を依頼 <input type="checkbox"/> 開放観察で得られた情報の共有 <input type="checkbox"/> 治療介入法の擦り合わせ (地域移行可能か否か) <input type="checkbox"/> 帰宅地の整備 <input type="checkbox"/> 退院後支援計画書の検討 <input type="checkbox"/> クライシスプランの説明 <input type="checkbox"/> 外出・外泊の検討	<input type="checkbox"/> ケア会議 (退院前) (可能であれば帰宅地での開催を) <input type="checkbox"/> 必要に応じて広域的人材の参加を依頼 <input type="checkbox"/> 帰宅地の整備 <input type="checkbox"/> 退院後支援計画書の共有 <input type="checkbox"/> クライシスプランの共有・伝達 <input type="checkbox"/> 治療介入法の伝達・移行	
医師	<input type="checkbox"/> 治療の構造化 (初回) <input type="checkbox"/> 薬剤療法 (鎮静が中心)	<input type="checkbox"/> 治療の構造化 (中間) <input type="checkbox"/> 薬剤調整 (副作用に留意しながら)	<input type="checkbox"/> 治療の構造化 (退院前) <input type="checkbox"/> 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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> MDT会議 (1-2週に1回) </div> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> 生活面・行動障害の観察・記録 </div> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> 身体計測・検査 </div> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> 安心して居る関係づくり </div> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> コミュニケーション方法の確立 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> 発達・知能検査 <input type="checkbox"/> 心理アセスメント 観察から得られた情報 </div> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 生活基盤の安定化 <input type="checkbox"/> (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) <input type="checkbox"/> TEACCHの検討・導入 <input type="checkbox"/> ABC分析 <input type="checkbox"/> 個別スケジュールの作成 <input type="checkbox"/> クライシスプラン (ひな形) の作成 <input type="checkbox"/> ストラテジーシートの作成 </div> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> トークンエコミーシステムの活用 <input type="checkbox"/> TEACCHが有効に機能している <input type="checkbox"/> 個別スケジュールの妥当性検証 <input type="checkbox"/> クライシスプランの実践・修正 <input type="checkbox"/> ストラテジーシートの実践・修正 </div> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> (可能であれば外出・外泊の検討) </div> <div style="width: 20%;"> ※ 地域との擦り合わせを行い <input type="checkbox"/> トークンエコミーシステムの汎化 <input type="checkbox"/> TEACCHの地域移行を見据えた修正 <input type="checkbox"/> 個別スケジュールを帰宅先に合わせていく <input type="checkbox"/> クライシスプランの実践・修正 <input type="checkbox"/> ストラテジーシートの地域移行を見据えた修正 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> 退院後支援計画書 (ひな形) の作成 </div> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> 退院後支援計画書の修正 (開放観察の情報を踏まえて) </div> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> 退院後支援計画書の修正 (地域移行を見据えて) </div> </div>				
備考	バリエーション:				

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

帰宅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)

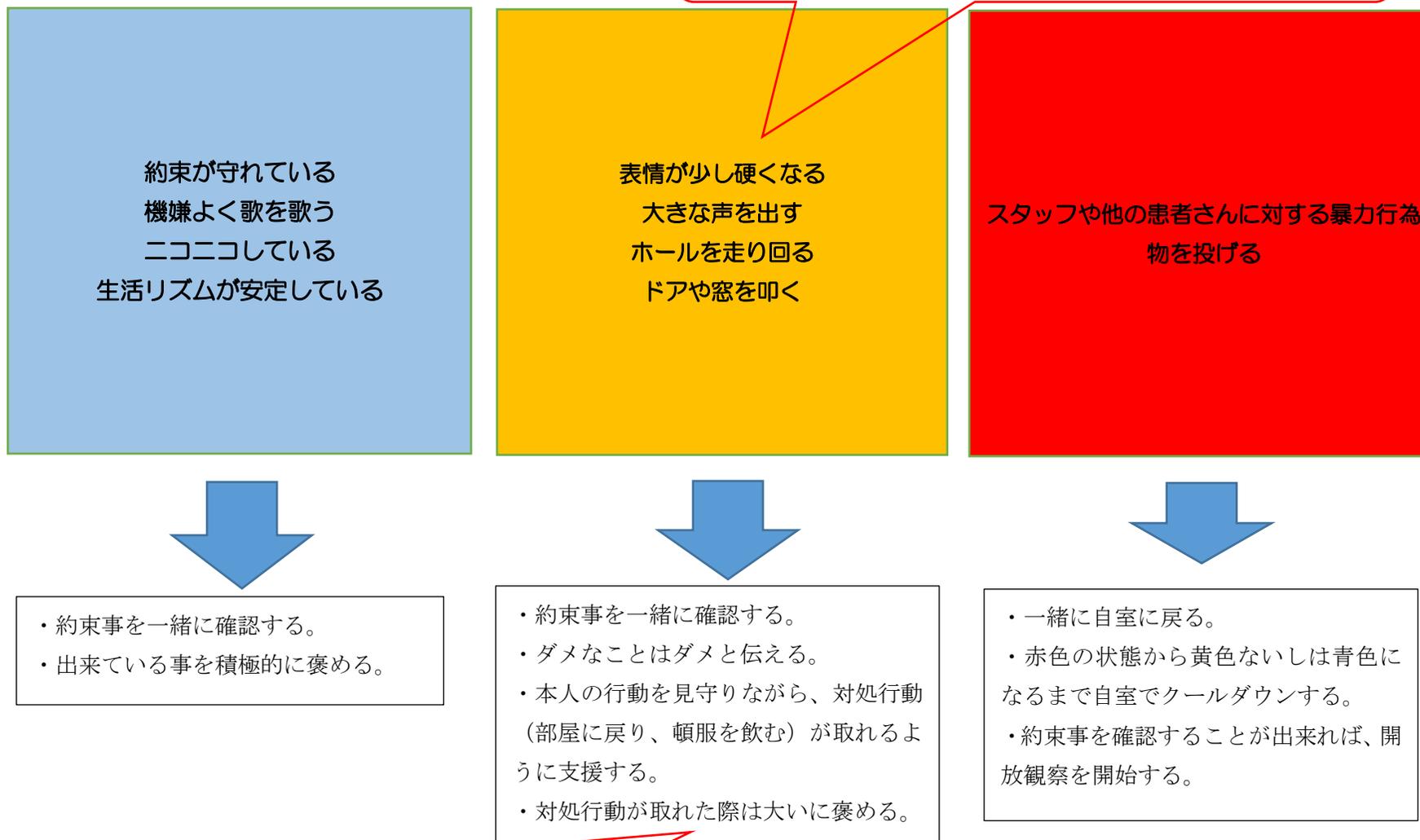
栄養状態の評価

生活技能の評価

作成日:

(例) ○○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。



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もよいかもしれない。

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
- 2) 環境調整
- 3) ADL
- 4) クライシスプラン
- 5) マイルール こだわり
- 6) 支援時のポイント

言語	サイン	文字	絵カード	その他
視覚提示		構造化		その他
自立	声掛け	見守り	介助	その他
有 ・ 無				

<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（ ）
-----	-------------

分担研究報告書

長期在院知的・発達障害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 田淵 賀裕

【研究要旨】

これまでも長期在院知的・発達障害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施設の内計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NH0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%、NH0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%、NH0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%、NH0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、NH0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、NH0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る。

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」などがあつた。

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、田淵賀裕、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、田淵賀裕：「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、田淵賀裕、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.

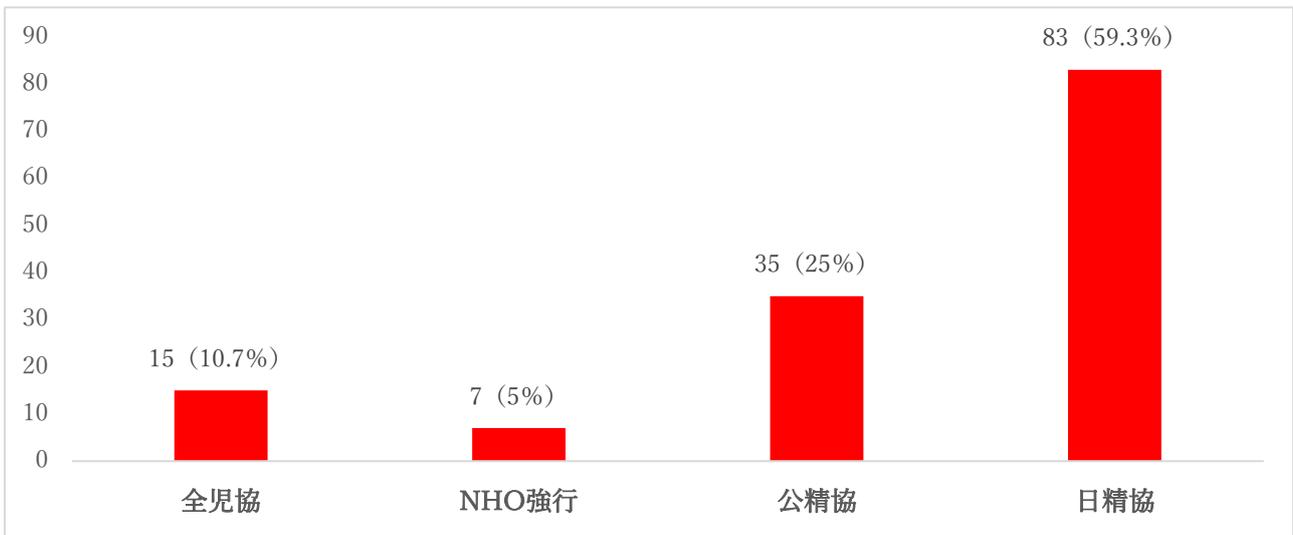
田淵賀裕：第3章「精神科から」知的・発達障害における福祉と医療の連携 市川宏伸編著 金剛出版 東京 103-112, 2019.

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

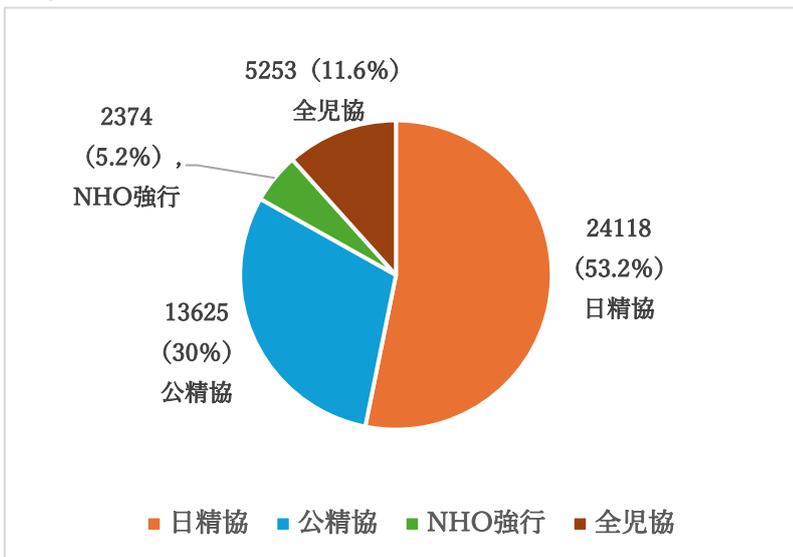
- ・全国児童精神科医療施設協議会 = 「全児協」～35 施設送付
- ・日本公的病院精神科協会 = 「公精協」～104 施設送付
 - ・公精協のうち国立病院機構強度行動障害治療病棟のある精神科病院 = 「NHO 強行」9 施設
- ・日本精神科病院協会 = 「日精協」～1181 施設送付

◆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）

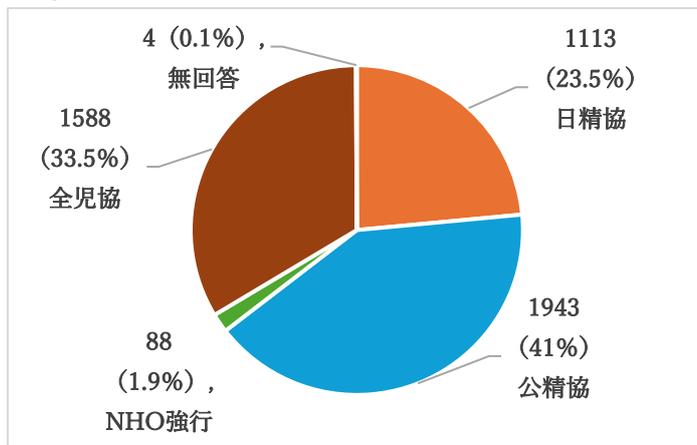
日精協	2009* 井上班	2015** 市川班	2023 今回
600 以上	6	項目なし	6
400 以上	31	17	13
200 以上	101	89	31
100 以上	92	82	33
100 未満	18	10	0
合計	248	198	83

* 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



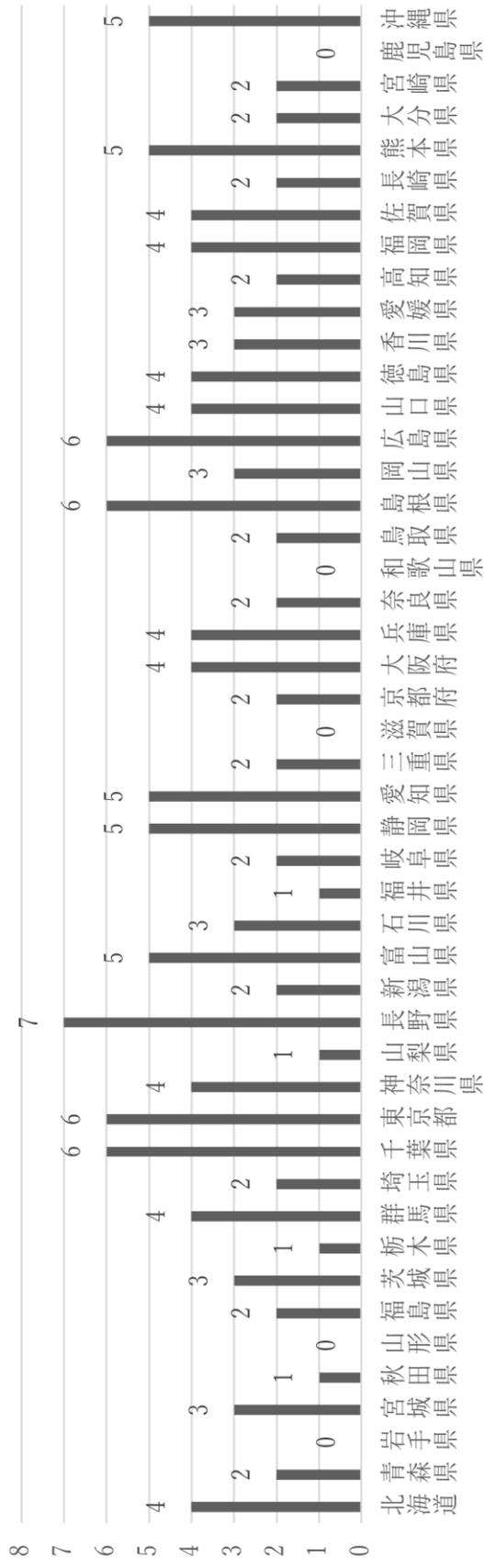
常勤医師数（2023）

	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

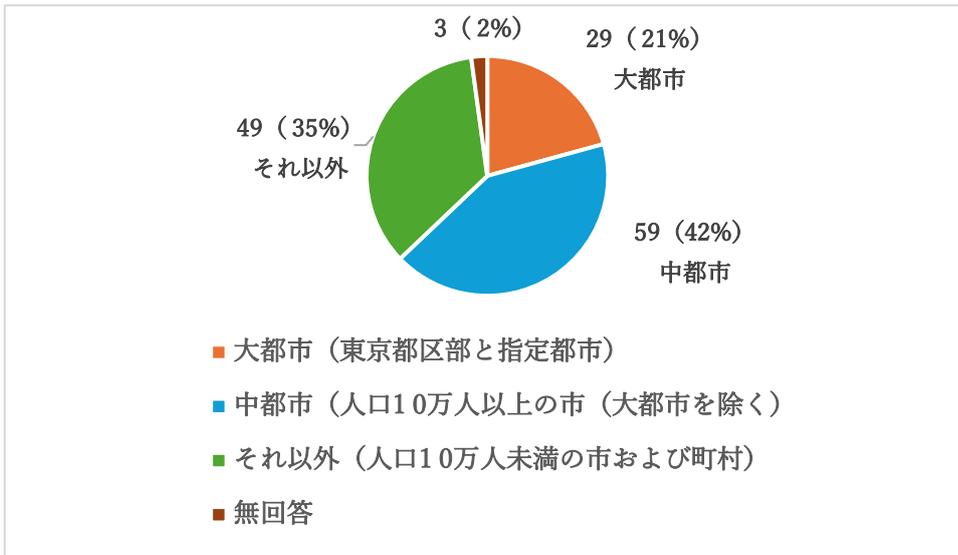


病院の所在都道府県 n = 140

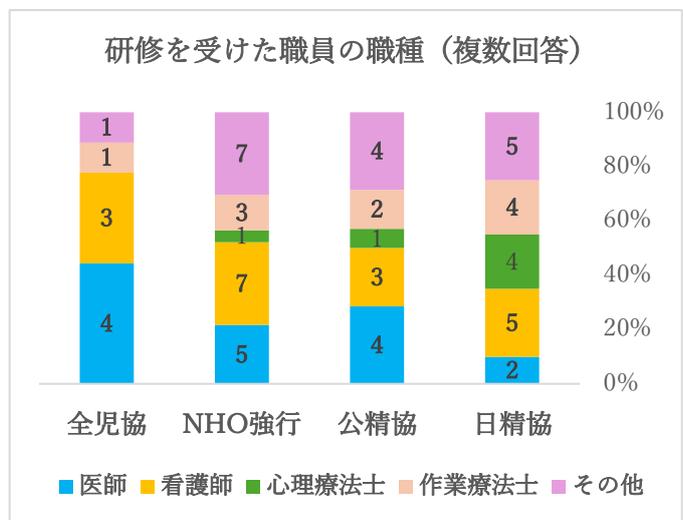
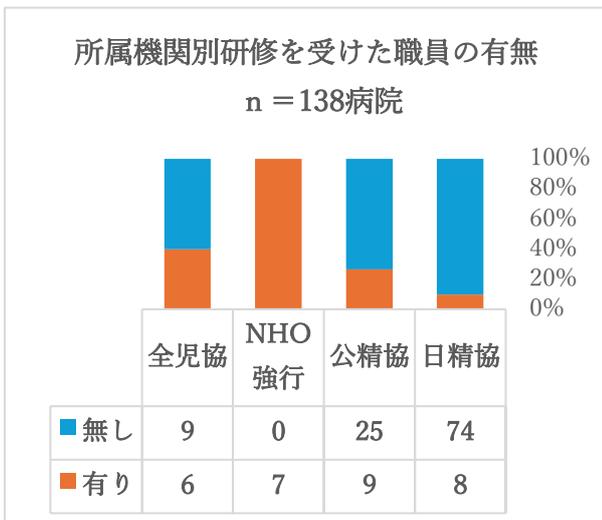
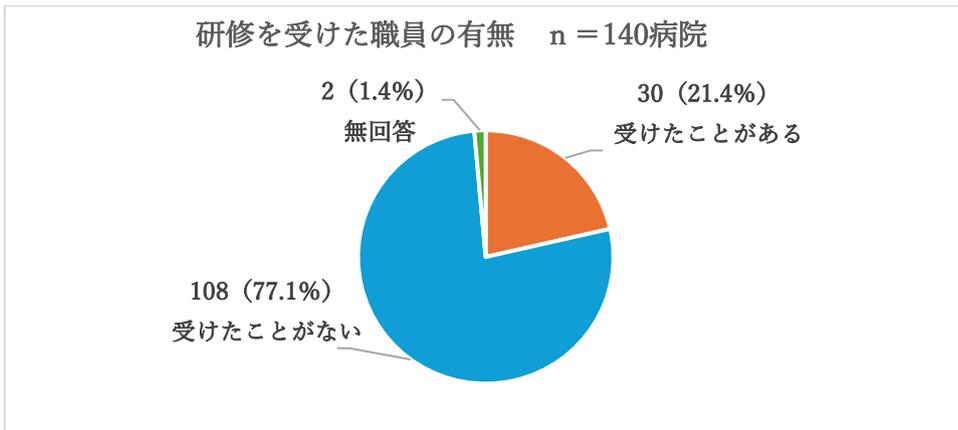


Q3. 病院の所在都道府県 n = 140 病院

◆Q4. 立地都市の規模

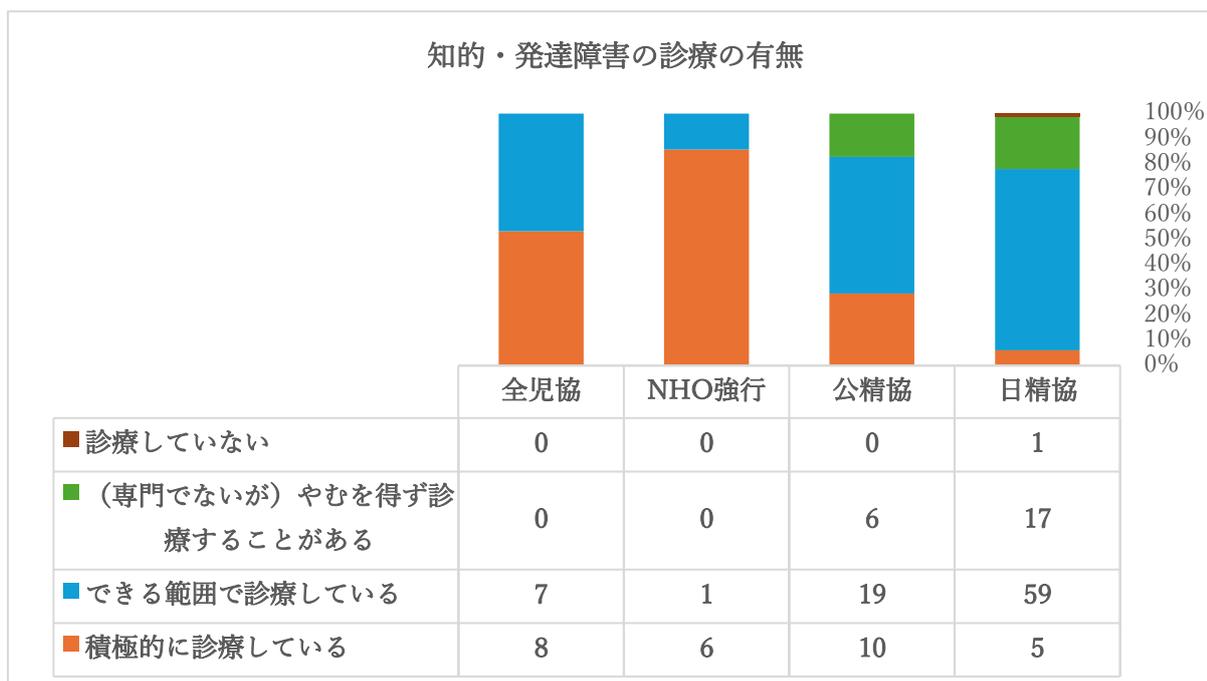


イ) Q5. Q6. 国立病院機構での「強度行動障害チーム医療研修」または福祉領域での「強度行動障害支援者養成研修」を受けたことがある職員の有無・職種 n=140 病院



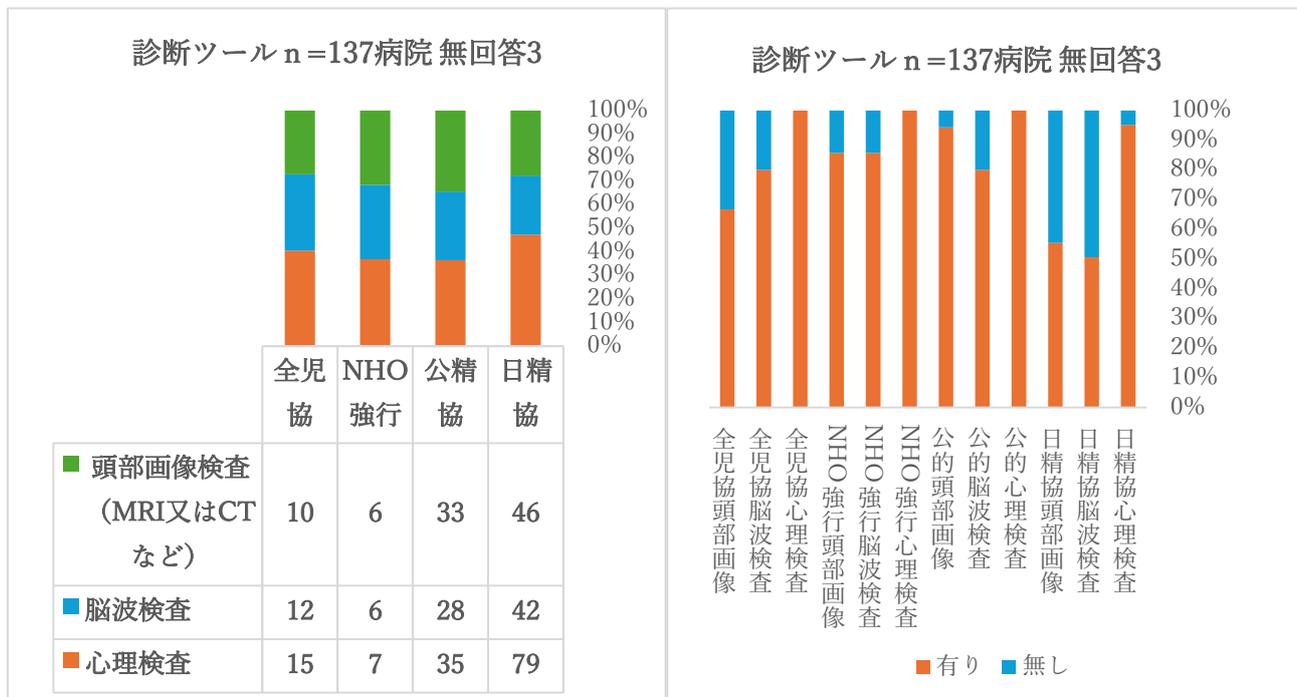
* 職種の「その他」は児童指導員、保育士、療育介護専門員、精神保健福祉士、理学療法士

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

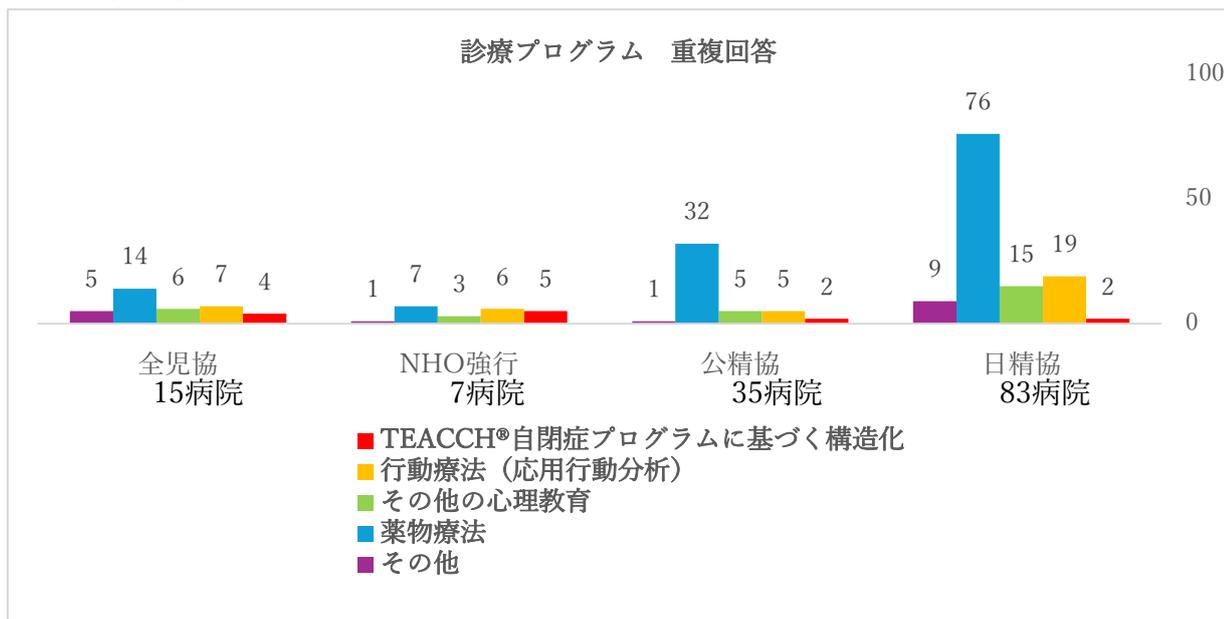


エ) Q8. 知的・発達障害の診断と治療

(1) 診断ツール (重複回答可) n=137 病院 無回答 3 病院



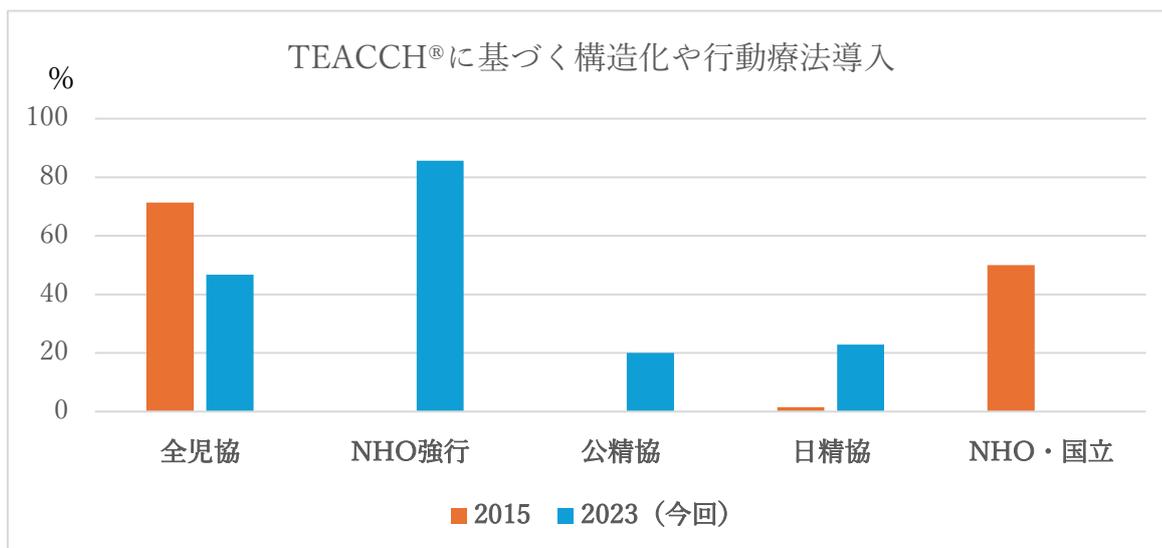
(2) Q9. Q10. 知的・発達障害の診療プログラム（重複回答可） n=138 病院 無回答 2 病院



* 「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

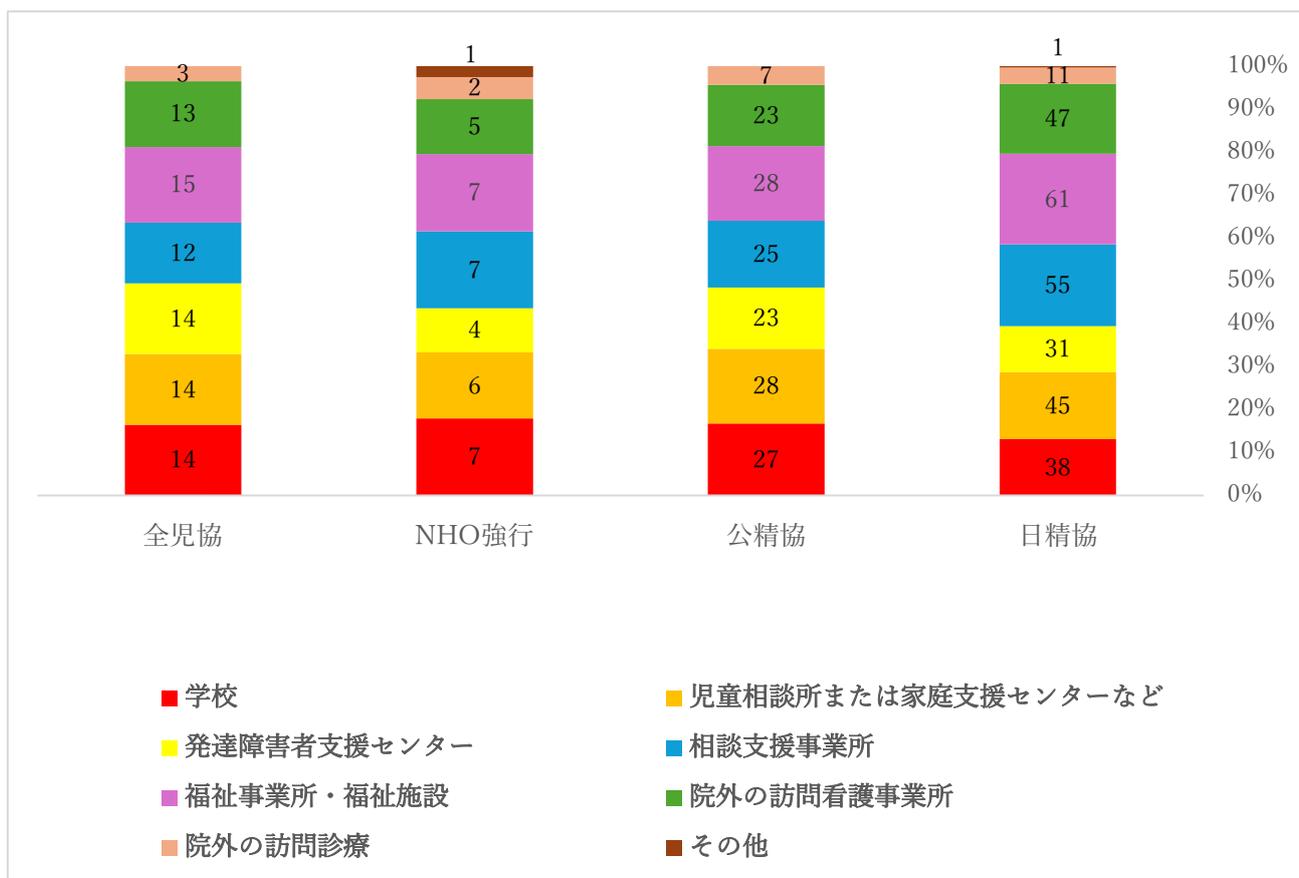
** TEACCH®自閉症プログラムまたは行動療法（応用行動分析）の導入は、全児協群 7（46.7%）、NHO 強行群 6（85.7%）、公精協群 7（20%）、日精協群が 19（22.9%）であった。

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

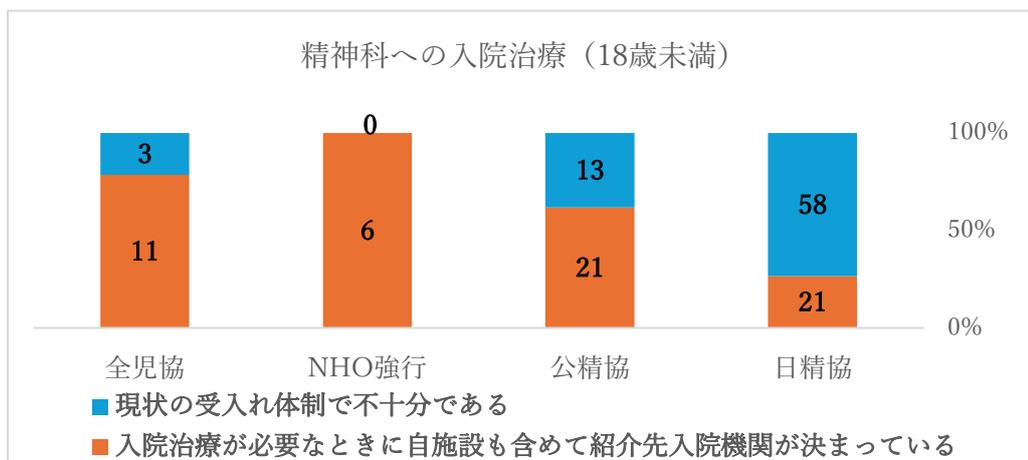
(3) Q11. 他機関との連携（重複回答可） n=123 病院 無回答 17 病院



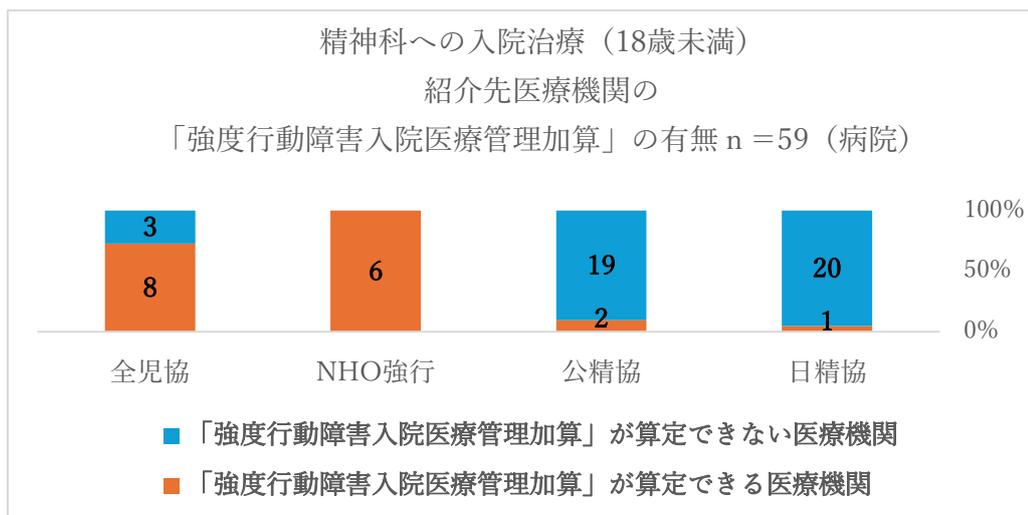
*その他：基幹相談支援センター、成年後見人、地域支援者

(4) Q12. 精神科への入院治療

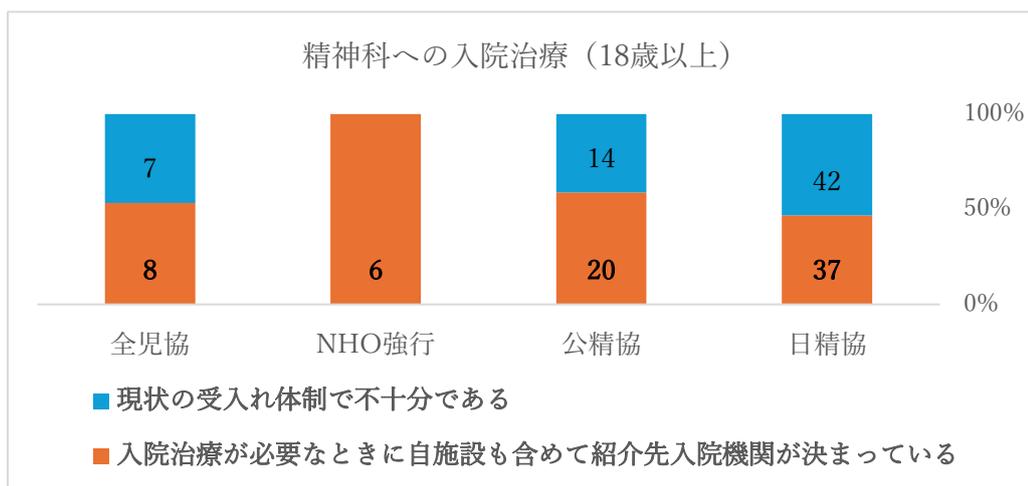
精神科への入院治療（18歳未満） n=133 病院 無回答 7 病院



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



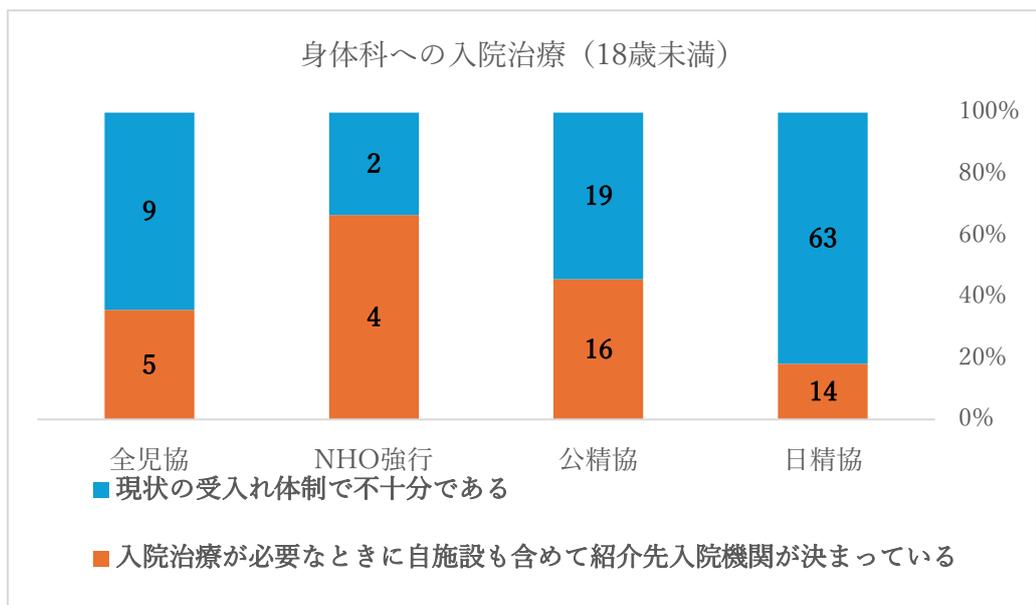
Q14. 精神科への入院治療（18歳以上） n=134 病院 無回答 6



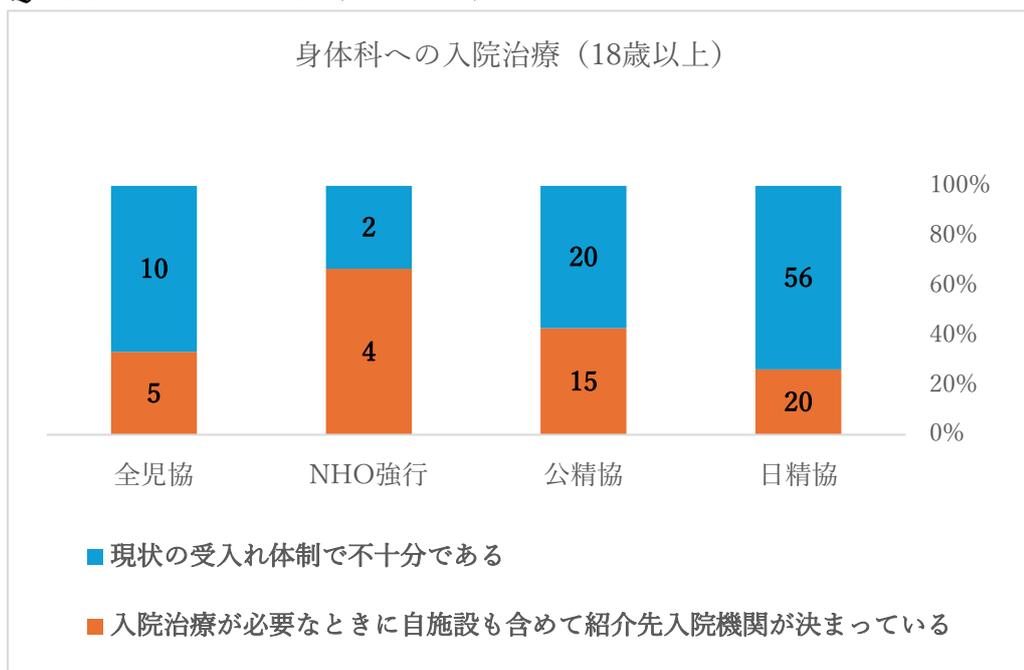
Q15. Q14 で入院期間が決まっていると答えた病院の入院先での加算の有無 n = 71 病院



(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

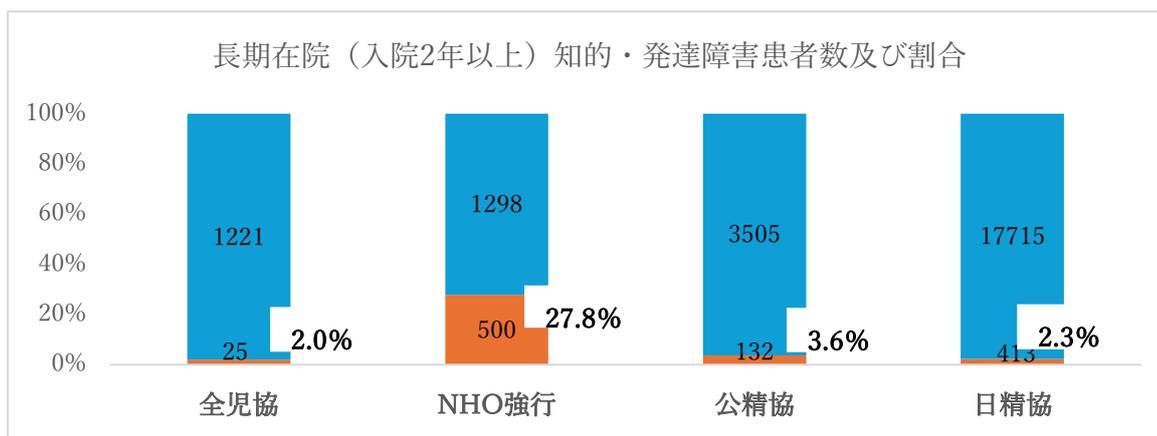
Q20. ◆所属機関別長期在院（入院2年以上）知的・発達障害患者数

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



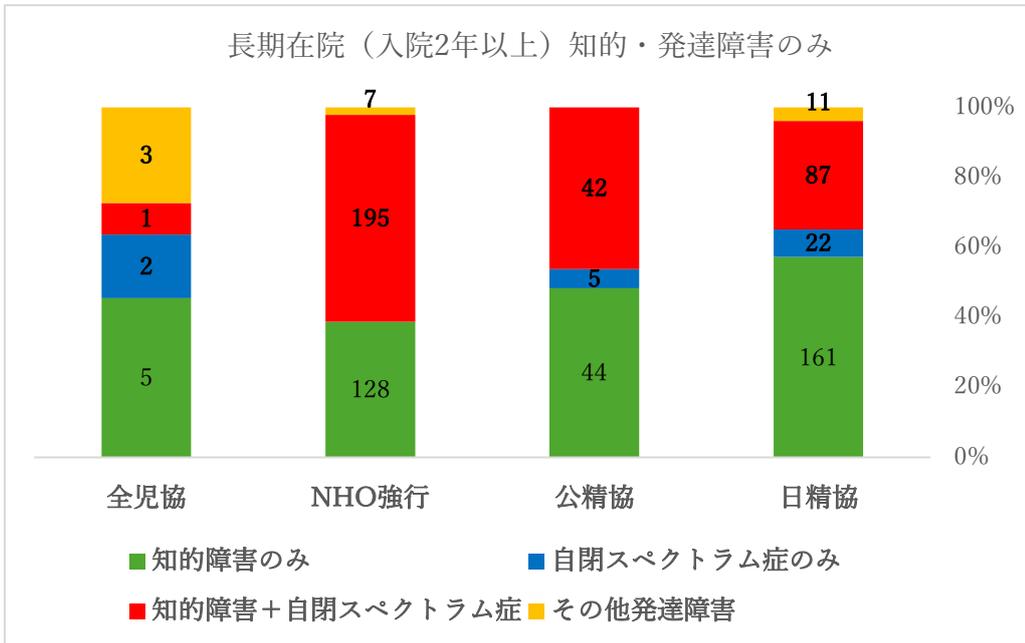
* NHO 強行は療養介護・障害児入所支援（指定医療機関）としての長期入院（入所）が多い

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%)

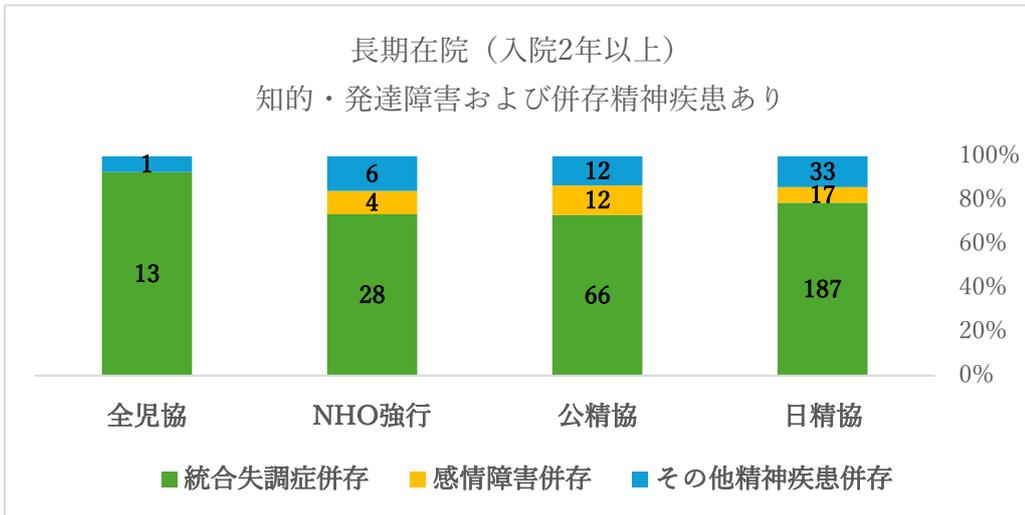
◆長期在院発達障害患者の診断名と人数

(1) Q21～Q24 知的・発達障害のみの診断人数及び内訳 692人



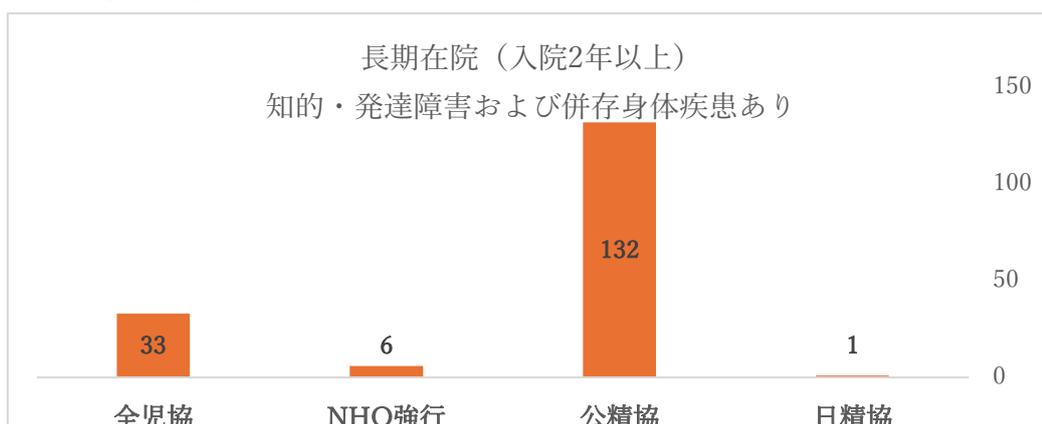
* その他の発達障害：ADHD、CATCH22 症候群、てんかん性精神病、広汎性発達障害、髄膜炎後遺症、ダウン症、先天性風疹症候群、先天性無眼球症、多動性障害

(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

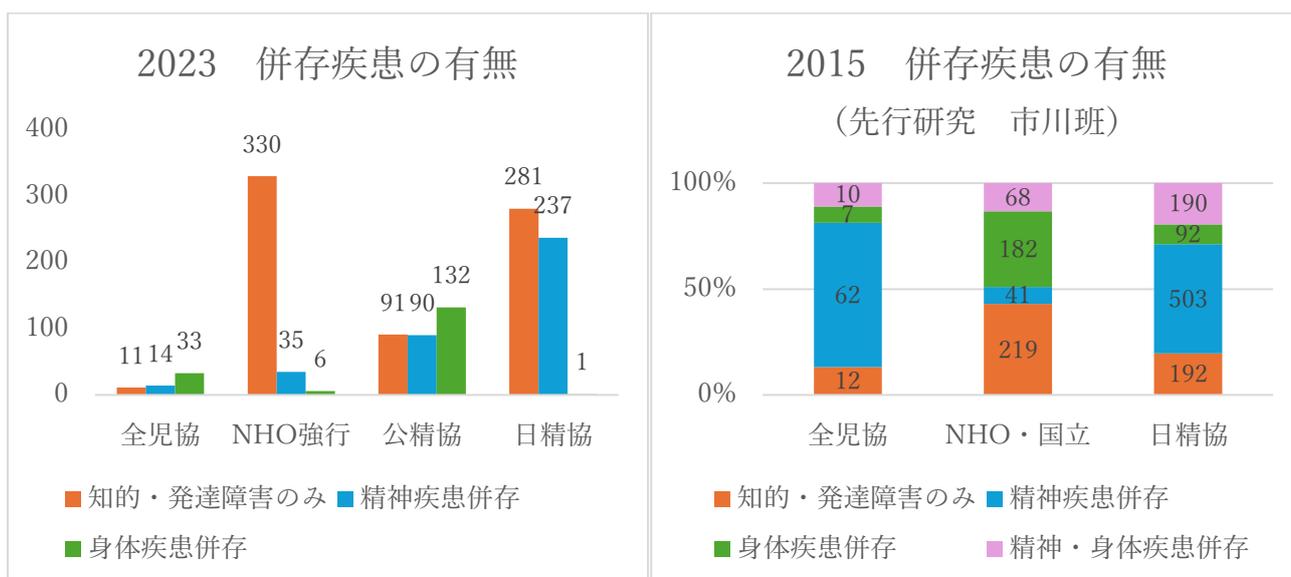
(2) Q30～Q31 知的・発達障害および併存精神疾患人数及び内訳 379人



* 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

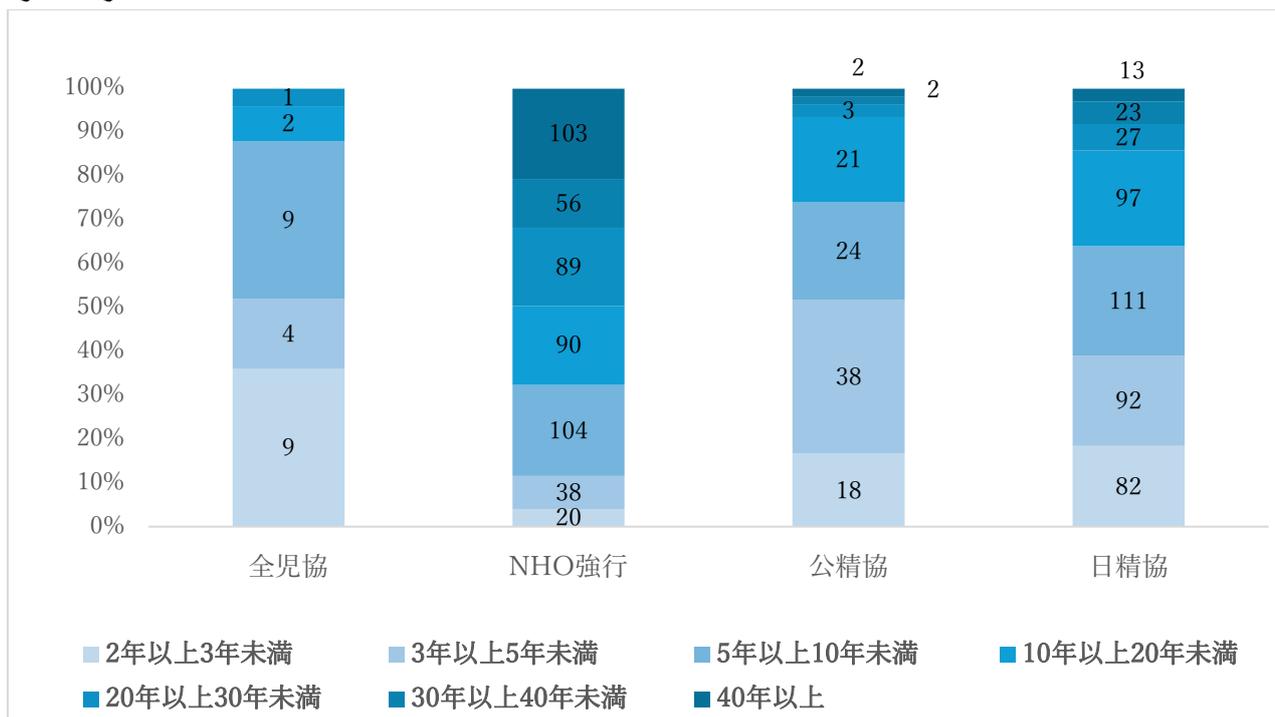
併存疾患の有無（2023） *一部重複回答あり

	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



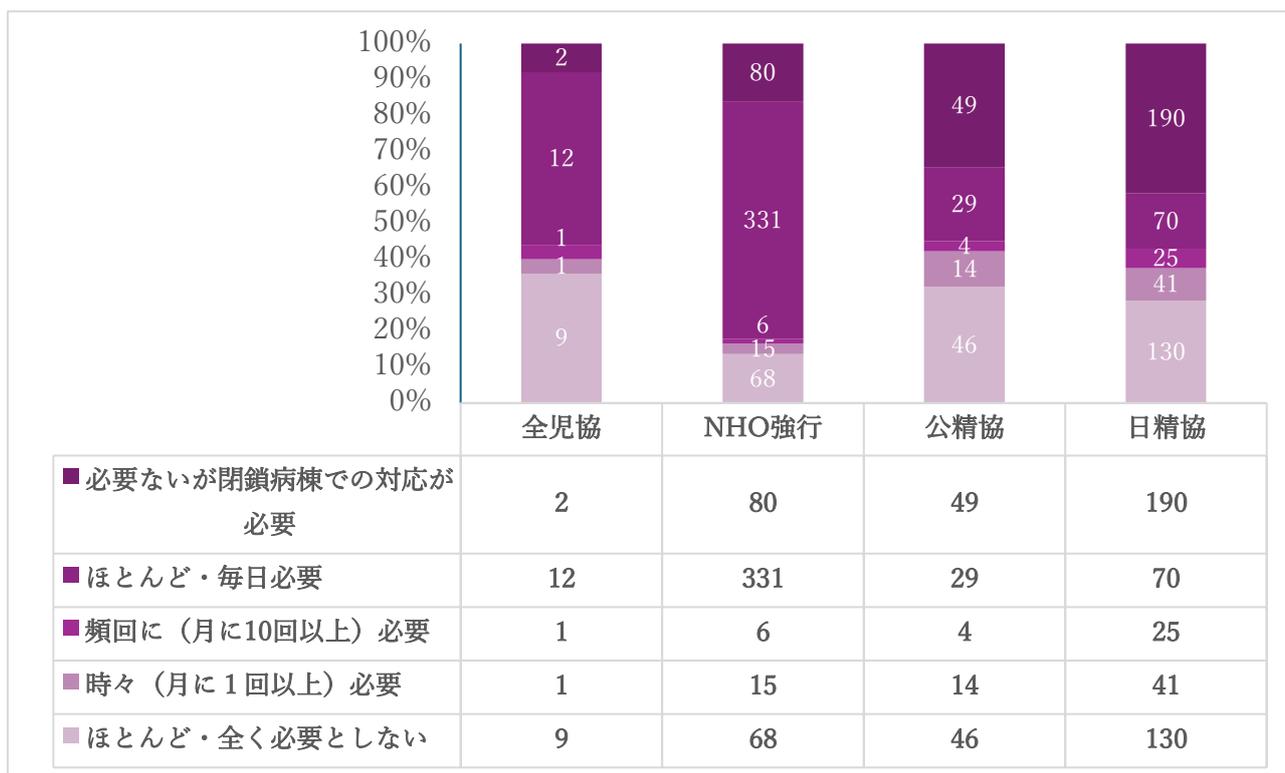
* NHO 強行は療養介護・障害児入所支援（指定医療機関）としての長期入院（入所）が多い

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

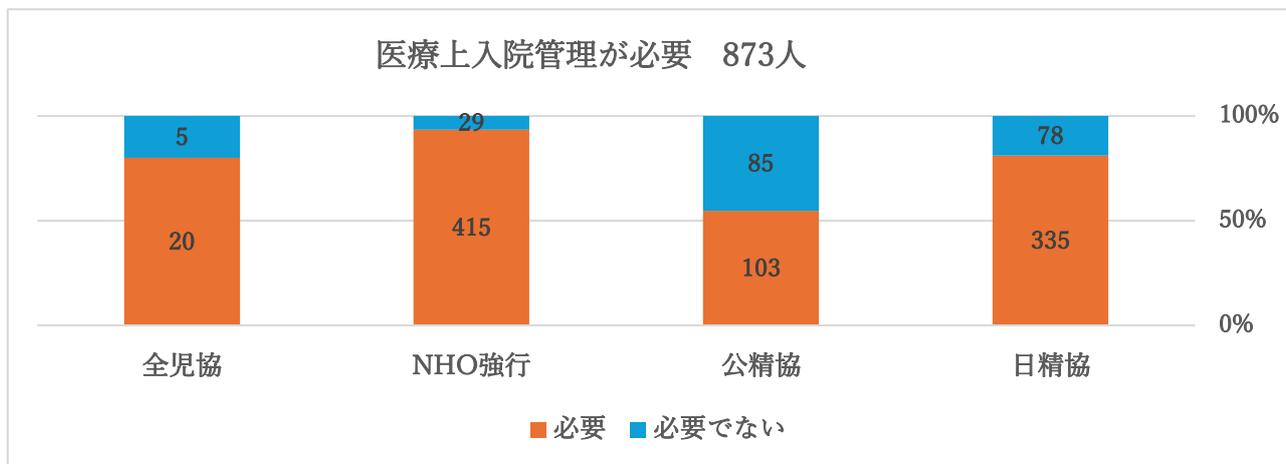


身体拘束の有無（日精協群を先行調査と比較）

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

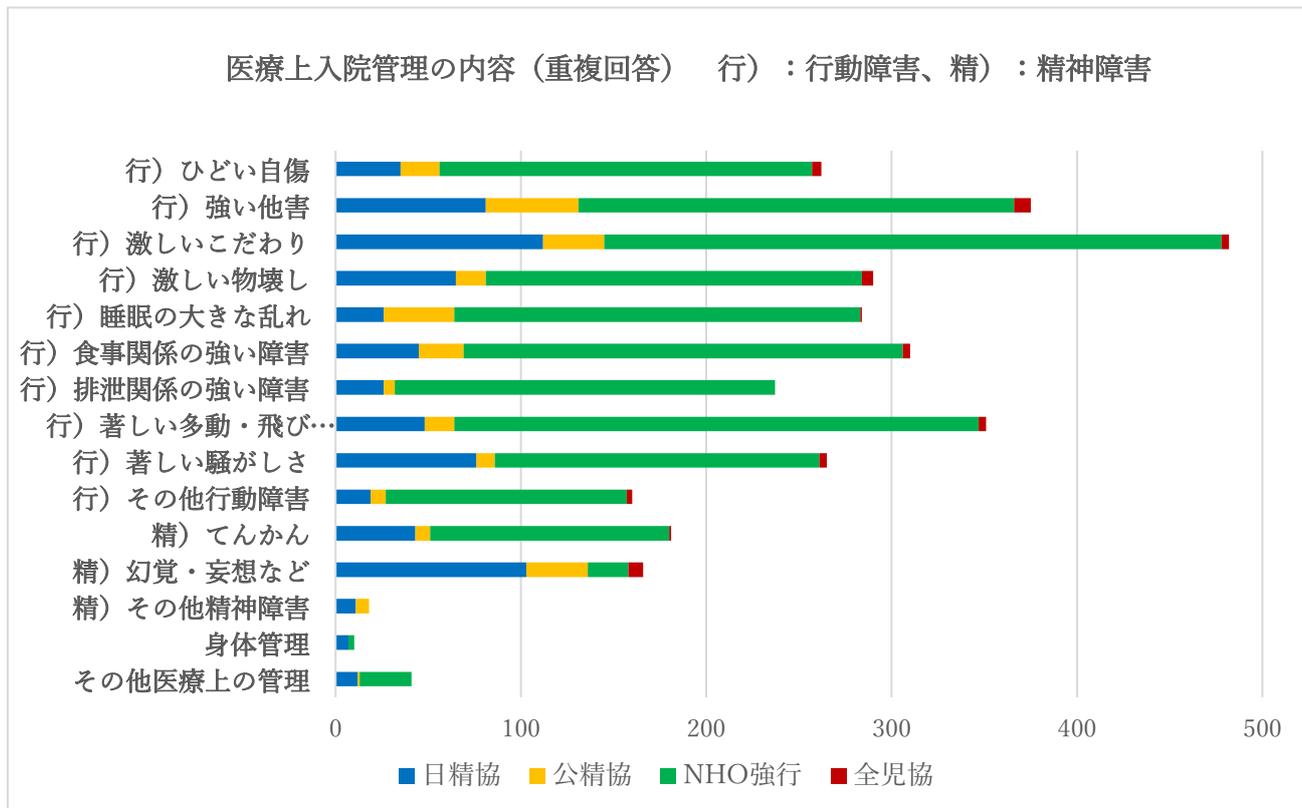
◆医療上入院管理が必要 873人



※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

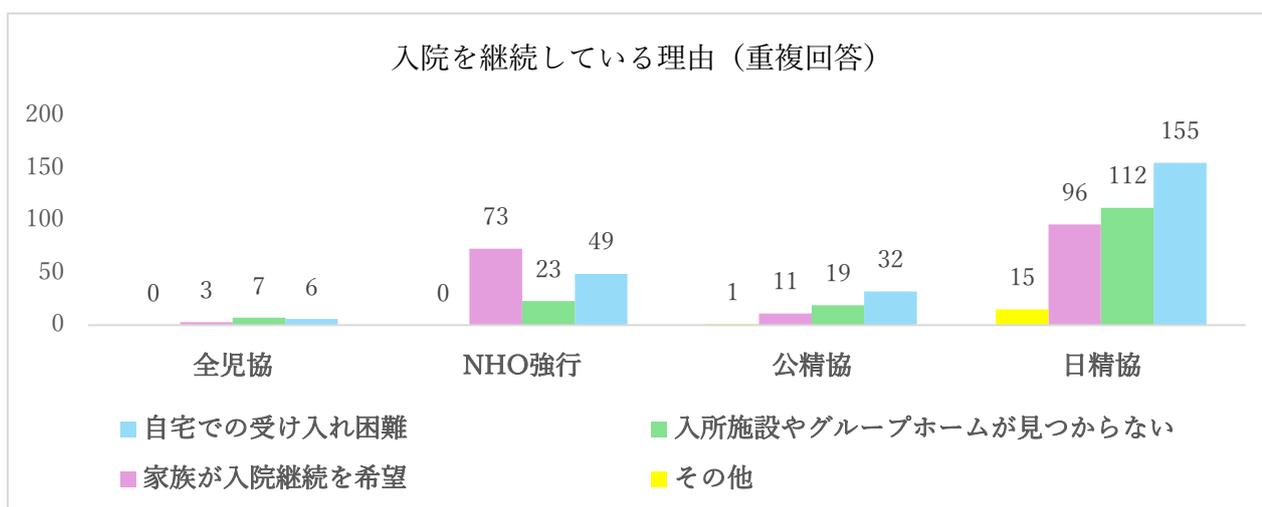
*その他精神障害：介護抵抗（入浴拒否）、解離、気分障害、強迫性障害（不潔恐怖）、誇大妄想、過活動、他者への迷惑行為、衝動性、認知症状態、壁たたき、壁蹴り、他患者へ怒鳴る、無為、自閉、容易に不穏興奮状態になる 心氣的な訴えが多い、躁症状、希死念慮

*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%)

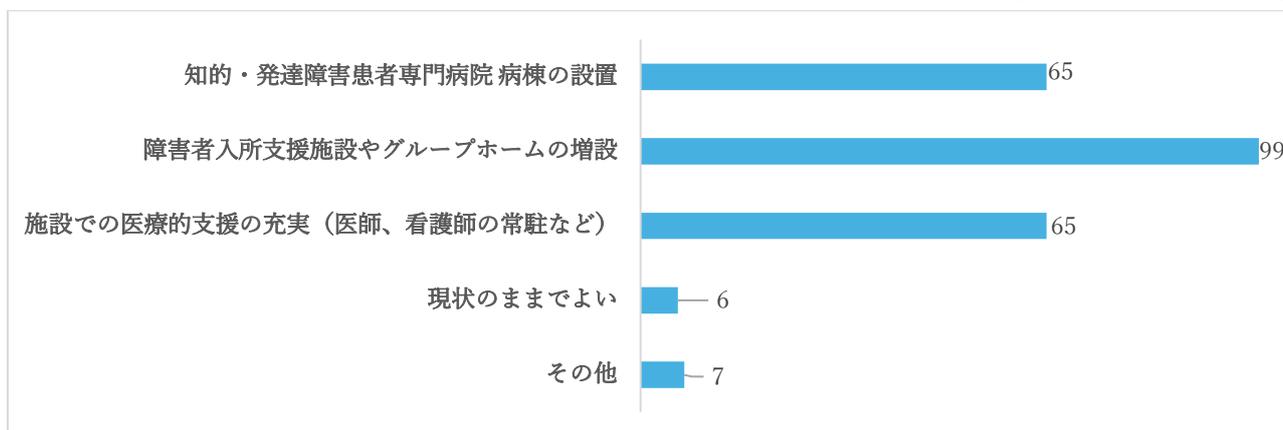
Q65～Q74 入院を継続している理由（重複回答可） n=123 病院 無回答 17 病院



*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

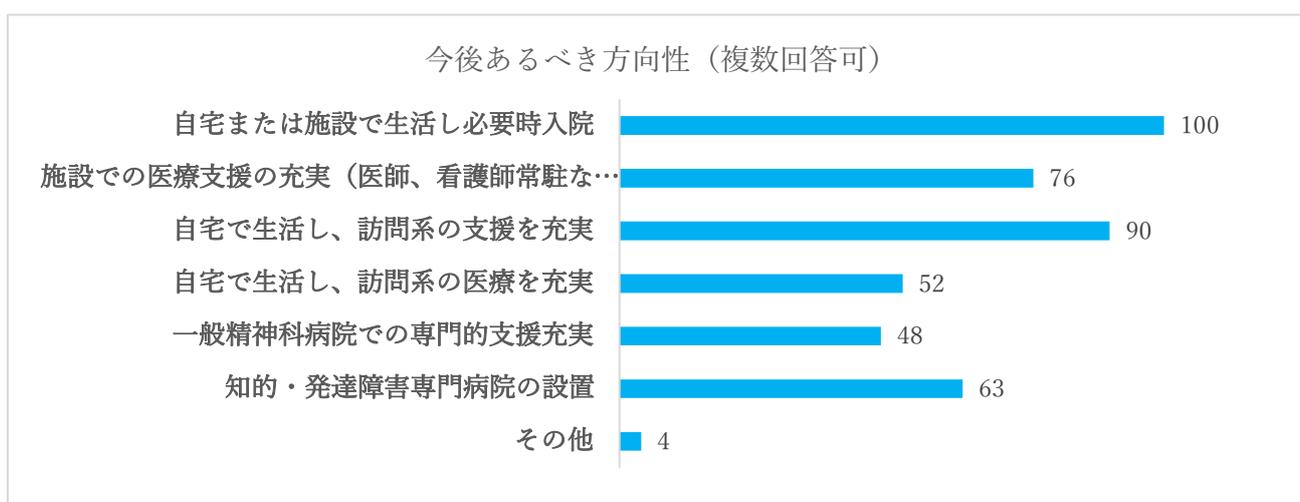
長期入院とならないために必要と思われる支援（複数回答可） n=123（病院） 無回答 17（病院）



*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）



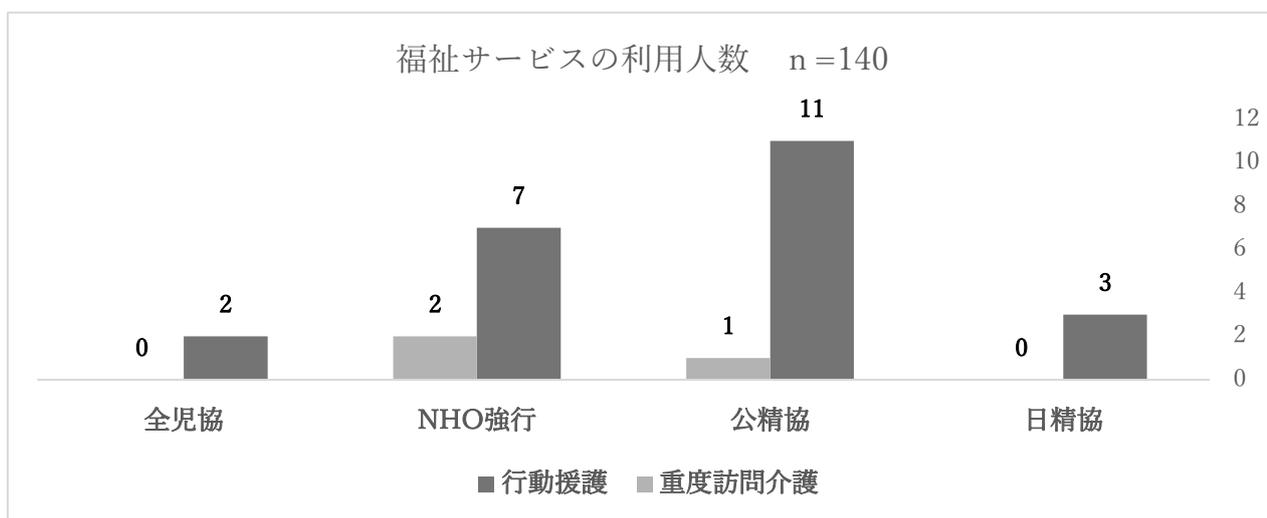
- *その他・入院中に地域生活を念頭においた生活訓練を行える保険診療制度の整備
- ・ 対象患者を診る地域の専門医師の充実

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）

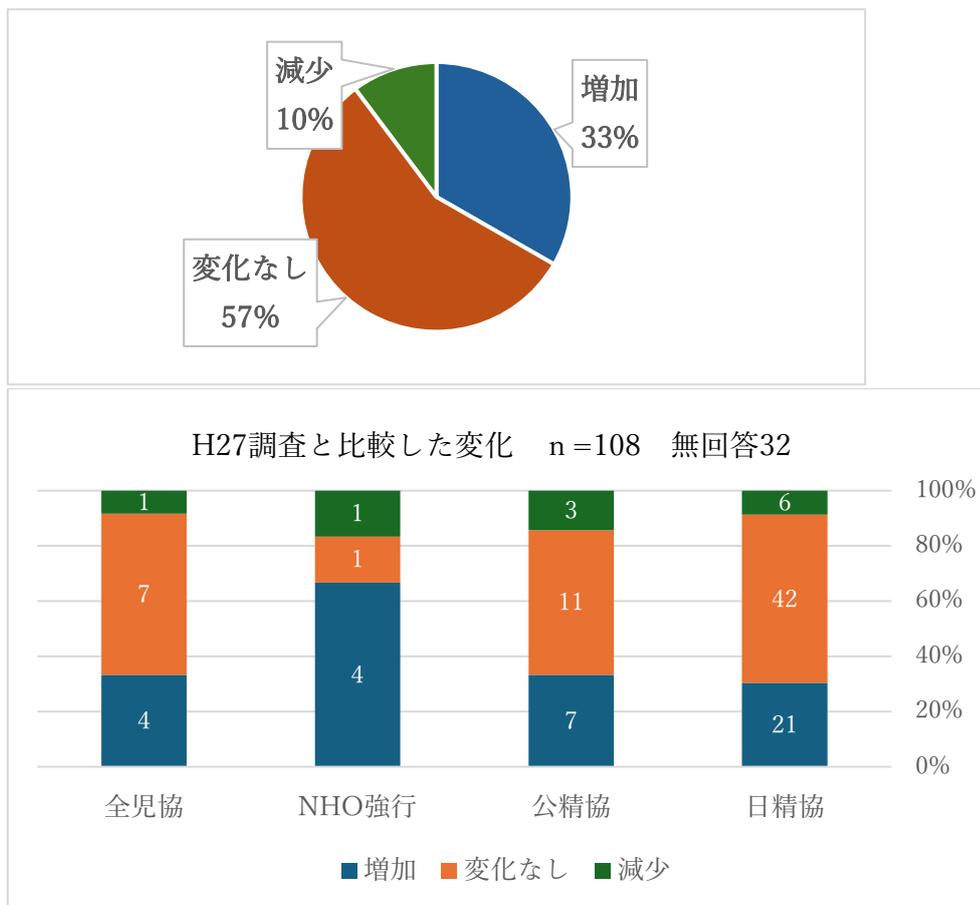


<入院中に福祉サービスを利用している病院数>

- ・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と
- ・ 積極的に入院を受けようになり、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をお願いした
- ・ 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 入力をお願いします。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）

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

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ください） _____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ください） _____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か変化していますか？

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 _____

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
會田千重	Challenging Behaviorを伴う神経発達症(知的発達障害を)	齊藤万比古、 岩垂喜貴編著	児童精神科入院治療の実際	金剛出版	東京	2022	63-72
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 編	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
會田千重	「動く重症心身障害児(者)と強度行動障害について」	小児看護 「動く重症心身障害児(者)」	vol145 No5	522-528	2022

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 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

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	<ul style="list-style-type: none"> (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)	<ul style="list-style-type: none"> 		

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・
4. ストレングス	<ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・ ・
5. キーとなる連携先	<ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・
6. <u>相談したいこと</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・ ・

【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、ご相談をお願いします(毎回項目 1～5 までは変更無ければ一緒に構いません。2 回目以降は 6.「相談したいこと」の部分を新たに添えてください)。

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（ ）																														
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	<table border="1"> <tr> <td>6:00</td> <td>8:00</td> <td>10:00</td> <td>12:00</td> <td>14:00</td> <td>16:00</td> <td>18:00</td> <td>20:00</td> <td>22:00</td> <td>24:00</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: right;">→</td> </tr> </table>										6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	24:00	→								
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	No.	評定	No.	評定
1		21		41	
2		22		42	
3		23		43	
4		24		44	
5		25		45	
6		26		46	
7		27		47	
8		28		48	
9		29		49	
10		30		50	
11		31		51	
12		32		52	
13		33		53	
14		34		54	
15		35		55	
16		36		56	
17		37		57	
18		38		58	
19		39			
20		40			

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 スコアリングのためのヒント集

<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ったりしていられない。 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、頭髮を抜く)		週1回以上	週1回以上	1日に1回以上	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をしなければ、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できない。 患者は時折疲れているようにみえることがある。	スタッフが何度が促さないで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、むつりつと、隠れたり静かな場所を探す。隅に座り、人が近づくとき逃げ出す。 (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	無意味に繰り返す体の動き	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。	週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やばる、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出している。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	訴もく叫び声をあげる。人の注意を引こうとしていることある。たいてい患者には混乱している様子がある。 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、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、ごぶしを振り回す、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: 無意味に繰り返す体の動き	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。 週に行動が生じるのは、特定の時間や、特定の活動の間に限られる。	週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、週に何度が自分の世界に入っていたり、空を見つめたりすることがある。	常に何かが自分の世界に入っていたり、空を見つめたりすることがある。	1日の半分以上を、空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、人ざいの行動がみられる。		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。	週に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。スタッフが声かけても落ち着くことができない。	興奮性
15	落ち着かない、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)は座っていられない	5分程度は座っていられない	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。	理由を説明したり、本人に応じた対応をして職員の手を振り払ったり、要求を通そうとする。本人の特性に応じた対応をすることで対応できる。	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。その行動を止めることとパニックや崩壊をおこす。 他者に手を離れさ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、大怪我につながるかならない他事がある。	無気力
17	奇異、奇妙な行動	儀式的な反復行動に耽る		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。					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とも良い。		週に1回程度	感情表現が少なく、また場面と表情が合わない(いつも笑顔でのみ反応するなど)。	日に1回程度	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。	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。 表情変化の意図さもチェック: 笑顔のみでなく、怒り、悲しみ、などの表情がみられるか		週に1回程度	感情表現が少なく、また場面と表情が合わない(いつも笑顔でのみ反応するなど)。	日に1回程度	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		週に1回程度	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っている。	週に1回程度	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(エコーリア)を含む。		週に1回程度	単語や文章を繰り返して言う。反響言語(エコーリア)を含む。	週に1回程度	単語や文章を繰り返して言う。反響言語(エコーリア)を含む。	1日の内に数回	不適切な言動
23	何も見ないが、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。		週に1回程度	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。	週に1回程度	他者や活動に自分から関わることほとんどない。周囲からの促しによって活動に参加し続け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。周囲からの促しによって活動に参加し続け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。	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	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	簡単な命令に従うのを拒否する (発達年齢1歳以上対象)	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1回程度	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1回程度	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)	常に元気がない状態で、スタッフが声をかけても、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。職員に捕まえられようと嫌がる。人から離れようとする。		週に1回程度	人が近づくと避ける。職員に捕まえられようと嫌がる。人から離れようとする。	週に1回程度	人が近づくと避ける。職員に捕まえられようと嫌がる。人から離れようとする。	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1回程度	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1回程度	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。	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ていない	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く。(発達年齢1歳以上対象)		週に1回程度	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く。(発達年齢1歳以上対象)	週に1回程度	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く。(発達年齢1歳以上対象)	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、痙攣を起す。		週に1回程度	自分勝手・要求がすぐに受け入れられないと、混乱したり、痙攣を起す。	週に1回程度	自分勝手・要求がすぐに受け入れられないと、混乱したり、痙攣を起す。	1日に頻回	興奮性
30	他者とかわわりを持とうとしない	集団への適応が難しい。促された時だけかかわりを持つ。		週に1回程度	集団への適応が難しい。促された時だけかかわりを持つ。	週に1回程度	集団への適応が難しい。促された時だけかかわりを持つ。	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、用具を捨てて、遅れてきたり、みんなの注意を引こうとする。		週に1回程度	集団活動を中断させたり、混乱させたり、用具を捨てて、遅れてきたり、みんなの注意を引こうとする。	週に1回程度	集団活動を中断させたり、混乱させたり、用具を捨てて、遅れてきたり、みんなの注意を引こうとする。	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ちまわっている	意味もなくたっていたり、座っていたり。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		週に1回程度	意味もなくたっていたり、座っていたり。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	週に1回程度	意味もなくたっていたり、座っていたり。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	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。		週に1回程度	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。	週に1回程度	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日の内に数回	不適切な言動
34	ちよ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、実際の不快感と釣り合いのない反応。過剰に感情的。		週に1回程度	些細な刺激に過敏に反応。泣いたり、実際の不快感と釣り合いのない反応。過剰に感情的。	週に1回程度	些細な刺激に過敏に反応。泣いたり、実際の不快感と釣り合いのない反応。過剰に感情的。	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。		週に1回程度	無目的な自己刺激行動。常同行動。 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。	週に1回程度	無目的な自己刺激行動。常同行動。 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。	常に同じ動作を繰り返している。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。		週に1回程度	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。	週に1回程度	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。	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、その場から離れるなどの方法で活動を回避する。		週に1回程度	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、その場から離れるなどの方法で活動を回避する。	週に1回程度	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、その場から離れるなどの方法で活動を回避する。	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。		週に1回程度	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。	週に1回程度	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。	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	通活動、多動。 じっといらぬ。時間の長さを重視してスコアリング		週に1回程度	通活動、多動。 じっといらぬ。時間の長さを重視してスコアリング	週に1回程度	通活動、多動。 じっといらぬ。時間の長さを重視してスコアリング	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	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)		周囲の動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、何度か動きかけが必要がある。他者に対する関心がほとんどない。	強く動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	非社会的。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、身振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ていない。 言葉や身振りで意思の疎通を図ろうとしない		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られないことがある。	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	手足を繰り返して振り振ったりゆったりする	腕・指・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でいたり、職員を苛立たせたりする。アクティヴィング・アット、葛藤の表現、衝動発作など。		普段は落ち着いているが、き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。スタッフの声かけすると落ち着くことができる。	普段からの壊しや地団太などの行動がみられる。スタッフの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	非常にエネルギーギンジュで、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っている。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。	常に走ったり跳んだりしており、壁を登るなど通常では考えられない危険な行動がある。	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。過度な自傷行為など。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、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もある。	通常、同じ場所から動かないが、促しがあることで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	はしやぎすぎる傾向がある	絶えず動き続けている。非常にエネルギーギンジュ		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書や自傷、器物破壊がある。	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、手を振る私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、器物破壊がある。	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	他者に対して社会的な反応がほとんどない	感情的に反応がない、非社会的。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)		周囲の動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、何度か動きかけが必要がある。他者に対する関心がほとんどない。	強く動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

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 _____ カ月 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 カ月間に、(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○をつけてください。

もしその行動が過去 2 カ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○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価欄はありません】)。

	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、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

<p>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。</p>		<p>一度もない／問題ない</p>	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

<p>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。</p>		<p>一度もない／問題ない</p>	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(一意地悪であったり、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か月に一度	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。	<input type="checkbox"/>				
(2) 患者さんは私を疲れさせる。	<input type="checkbox"/>				
(3) 患者さんは、私の忠告を聞いてくれない。	<input type="checkbox"/>				
(4) 実際のところ一緒にやっていくのがむずかしい。	<input type="checkbox"/>				
(5) 私のほうがどなったりする。	<input type="checkbox"/>				
(6) 患者さんに、ここにいてほしくない。	<input type="checkbox"/>				
(7) 患者さんは、私を狂わせようとしている。	<input type="checkbox"/>				
(8) 私の方が、かっとなることがある。	<input type="checkbox"/>				
(9) 一緒にやっていきやすい。	<input type="checkbox"/>				
(10) 世話をしなければならず、うんざりする。	<input type="checkbox"/>				
(11) 患者さんは、わざと私の手をわずらわせる。	<input type="checkbox"/>				
(12) 患者さんと一緒にいると楽しい。	<input type="checkbox"/>				
(13) 患者さんは、本当にお荷物だ。	<input type="checkbox"/>				
(14) 患者さんと言い争うことがある。	<input type="checkbox"/>				
(15) 患者さんのことを、大変親密に感じる。	<input type="checkbox"/>				
(16) なんとかうまくやっていける。	<input type="checkbox"/>				
(17) 私の手には負えない。	<input type="checkbox"/>				
(18) 私の方が、かんかに怒ることがある。	<input type="checkbox"/>				
(19) いじわるやいやみを言うてしまう。	<input type="checkbox"/>				
(20) 患者さんは、私のしたことに感謝してくれる。	<input type="checkbox"/>				
(21) 以前よりは一緒に生活しやすくなった。	<input type="checkbox"/>				
(22) 私を一人にしておいてほしい。	<input type="checkbox"/>				
(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。	<input type="checkbox"/>				
(24) 患者さんは、自分をコントロールすることが出来る。	<input type="checkbox"/>				
(25) 患者さんと、親密な感じになりにくい。	<input type="checkbox"/>				
(26) 以前よりも一緒に生活しにくくなった。	<input type="checkbox"/>				
(27) とても不満を感じる。	<input type="checkbox"/>				
(28) 患者さんは、大変物分りが良い。	<input type="checkbox"/>				
(29) 私は失望している。	<input type="checkbox"/>				
(30) 患者さんは、私とうまくやっっていこうと試みている。	<input type="checkbox"/>				

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

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	でも ない どちら	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

クライシスプランシート

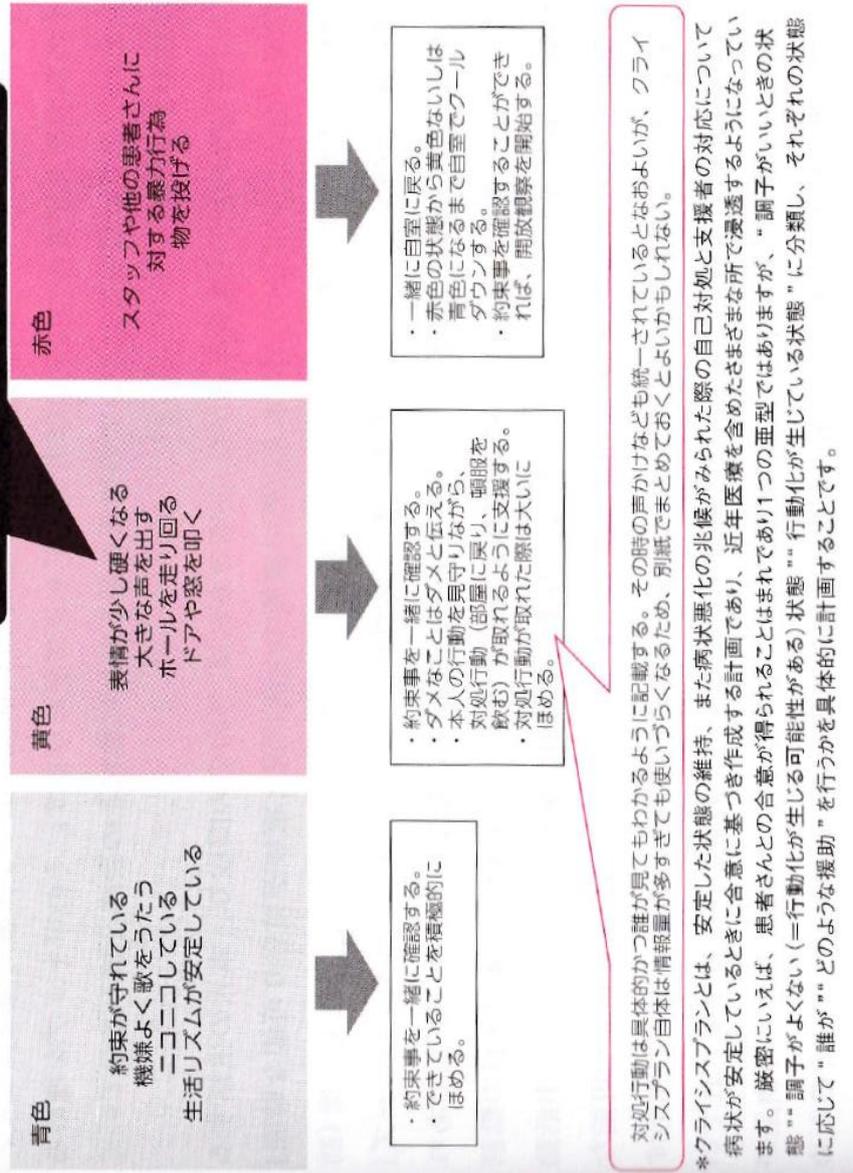
施設名 ()

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			

クライシスプランの例

(例) ○○さんのクライシスプラン*



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

課題となっている行動

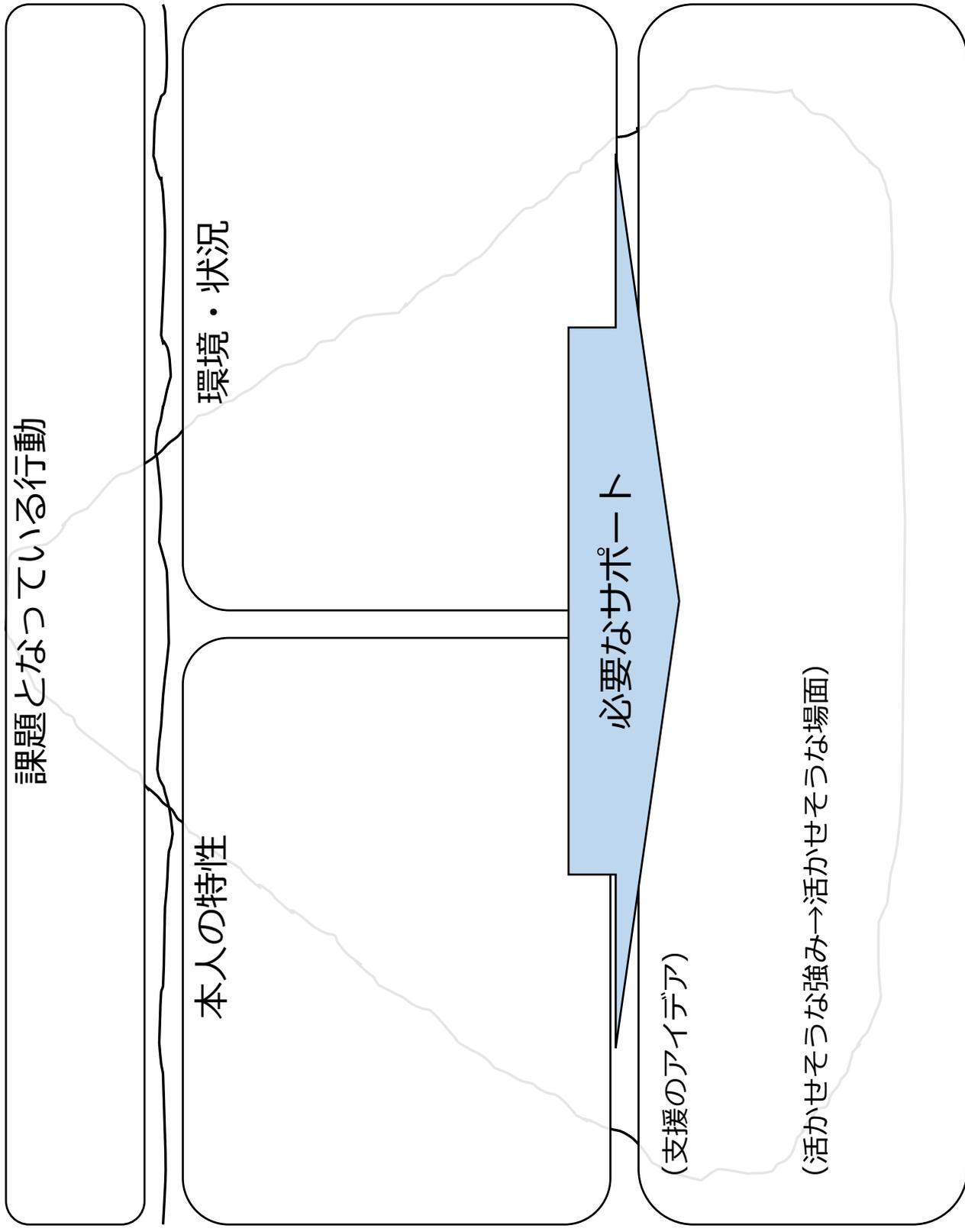
本人の特性

環境・状況

必要なサポート

(支援のアイデア)

(活かせそうな強み→活かせそうな場面)



ストラテジーシート

A: 事前
いつ、どこで、誰と、何をしているとき？
生じないときがあれば赤字で記入

B: 行動
具体的に記入

C: 事後
要求 注目 阻止回避 自動強化
その他

事前の工夫
起こらなくすむために
望ましい行動が起こるために

望ましい行動
指示に従うスキル
コミュニケーションスキル
承認スキル その他

強化の手立て
ほめことば ごほうび 好きな活動
トークンシステム その他

それでも困った行動が生じた場合

起こってしまったときの対応
成功に導く手立て クールダウンの手立て

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 度行動障害プ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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う、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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 室内の余暇は持参してもらい使用 ・ 室外活動はホールが個別の場所での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、職種や経過年数にかかわらず、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】

.

.

.

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	評価・修正して介入 ↓	
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)			○ #(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					
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	評価・修正して介入 ↓	○ (下記同様) ○ (スタッフ聞き取り)	【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	評価・修正して介入 ↓							
行動関連項目・強度行動障害判定基準(10点以上)		#○												#○
ABC-J (興奮性サブスケール18点以上) BPI-Sスコア		#○												#○
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