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
「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」

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　村端　祐樹
国立病院機構榊原病院　村田　昌彦　濱口　正廣　青木　信親
京都府立洛南病院　幸田　有史
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
国立病院機構賀茂精神医療センター　松川　桃子　元山　淳
山本　弥生　三宅　一葉　小林　麻美
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　山元　美和子　石津　良子
宮川　奏子　相川　美紀子　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

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まみ　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：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」による医療者育成、2）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、3）各分担研究者による、関連課題についての研究を行った。引き続き事例集積中であるが、現時点で治療プログラムⅠ（約3週間）の19例について集計した結果、男性16名･女性3名、年齢は6－42歳(中央値：19歳)、身長・体重の中央値は164cm・65kgであった。知的障害の程度は最重度8名・重度8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3例（16%）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5名で、ほか7名は児童であり、行動関連項目の中央値は17(10-20点)、強度行動障害判定基準の中央値は28（13-46点）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19例中14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。今後更に事例を集積し統計解析予定である。

課題として、精神科病棟での手厚いチーム医療体制・研修整備の必要性、病棟環境調整の難しさ、重大な他害など処遇困難事例の地域福祉サービス利用の難しさ、福祉サービス利用を断られ疲弊した家族支援の問題、各地域でのネットワーク構築のための専門協議会の不足、などが挙げられた。今後も入院中の強度行動障害者の1）専門治療・研修プログラム整備と介入による効果判定、2）地域移行に向けた連携ガイドライン作成、3）今後の専門医療普及に向けての実態調査、を行っていく。

A. 研究目的

全国多施設共同で1）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)、2）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

1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」による医療者育成

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・分担者多職種（医師・看護師・公認心理士・福祉専門家）でカリキュラムの検討を行い、2）の介入研究実施医療機関スタッフ対象に、研修教材の作成を行う。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）・治療技法を含め、介入施設スタッフは多職種で研修教材を視聴する。

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)4)、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）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）

治療プログラム作成は、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た（Ⅰ）緊急レスパイトプログラム（期間3週間）、アプリケーションによる行動評価（Observations）も含めた（Ⅱ）12週間プログラムを作成する。

2つの入院治療プログラムを表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する。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）[2]、日本語版BPI-S（問題行動評価尺度短縮版）[3]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う。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）[4]を解析する。

（表1）緊急レスパイト目的の入院治療プログラム（治療プログラムⅠ）：約3週間
（表2）行動療法（応用行動分析）や構造化を用いた介入プログラム（治療プログラムⅡ）：約12週間

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

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：NAS(Nurse Attitude Scale)および質問紙
5. 保護者(介護者)評価：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使用し、各協力医療機関に配布した。事例対象者ご本人は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)「多職種向け強度行動障害チーム医療研修動画」

各介入施設で視聴、質問研修動画内容は、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」1) 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」2) を基盤とし、医師・看護師・心理士等多職種による 10 講義を作成した。研修動画は各職種で視聴するもので、一般精神科病棟も含め以下内容について実施した。「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で共有できるよう提供し、かつ SV 連絡会議でも内容を補足した。

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

❶肥前医師：「強度行動障害概論」60 分

❷肥前医師：「自閉スペクトラム症」50 分

❸肥前看護師：「強度行動障害の看護」60 分

❹肥前心理士：「行動分析によるアセスメント」80 分＋「環境調整・介入」30 分

❺肥前保育士：「強度行動障害の療育」30 分

❻吉川先生：「強度行動障害と医療～行動療法・薬物療法の考え方」50 分

❼根本看護師：「看護の実践と理論」60 分

❽山下先生：「院内の多職種共同と地域連携」36 分

❾田中先生：「行動障害への対処法～構造化」60 分

❿肥前保護者：「家族として」30 分

研修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」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）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 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。

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 9 回、延べ参加人数 222 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。

令和 4 年度は療養介護病棟でのモデル事例を含め、10 施設 23 事例のデータを集積した。内訳は治療プログラムⅠを 9 施設 20 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を3施設3事例（肥前精神医療センター・千曲荘病院・榊原病院）エントリー済みである。

治療プログラムⅠ（約3週間）の20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事例を除外した19例について集計した。男性16名･女性3名、年齢は6－42歳(中央値：19歳)、身長・体重の中央値は164cm・65kgであった。知的障害の程度は最重度8名・重度8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3例（16%）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5名で、ほか7名は児童であり、行動関連項目の中央値は17（10-20点)、強度行動障害判定基準の中央値は28（13-46点）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19例中14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。今後更に事例を集積し統計解析予定である。

《主要評価項目》

・入院時

ABC-J興奮性サブスケール：中央値27（18-43）

・退院時

ABC-J興奮性サブスケール：中央値22（1-42）

《副次評価項目》

・入院時

BPI-S自傷行動（頻度）：中央値5（0-14）

・退院時

BPI-S自傷行動（頻度）：中央値4（0-14）

・入院時

BPI-S攻撃的／破壊行動(頻度)：中央値10(3-25)

・退院時BPI-S攻撃的／破壊行動（頻度）：中央値8（0-25）

・入院時BPI-S常同行動(頻度)：中央値13(4-25)

・退院時BPI-S常同行動(頻度)：中央値12(2-25)

《その他》

<u>支援者（治療スタッフ）評価：</u>

NAS平均得点（介入後のみ評価）

敵意6.1　批判11.8　肯定的言辞17.8

合計35.0

<u>保護者（介護者）評価</u>：

CRA-J平均得点（介入後のみ評価）

日常生活への影響19.8

ケアに関する受け止め14.4

家族からのサポート10.7

健康状態への影響6.2

経済的な影響5.3

総得点56.4

治療プログラムⅡ（約12週間）の3事例は、男性3名で、年齢は14歳・22歳・26歳、身長・体重の中央値は172cm・75kg、全例ASDで知的障害の程度は最重度1名・重度2名、てんかん合併は1例であった。主な行動障害は他害・不穏・気分破損・激しい自傷等であった。障害支援区分は6が2名で、児童1名であった。

今後事例の集積を続け、データを追加・解析していく。

D.考察

「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。

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いが、「肯定的言辞」については得点が同等であった。CRA-J とともに今後もデータを集積し、治療スタッフやご家族・福祉支援者の属性による得点の差等も含め解析予定である。

また、実際に治療プログラムを使用した介入研究を行い SV 連絡会議で検証した結果、患者に関する情報収集や各資料の記録は、それぞれの機関・職種で得手不得手があることが分かった。具体的には「生活・コミュニケーション支援情報シート」はご家族または福祉支援者、「クライシスプランシート」は看護師、「ストラテジーシート」は心理士または専門研修経験のある医療者、「氷山モデル（参考資料)」は福祉支援者が記録になれており記載しやすい事が分かった。また構造化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（作業療法士など)、病棟での実施が可能であることが分かった。

E. 結論

これまでも「強度行動障害医療研究会」や学会等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が、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浮き彫りになった。今後も入院中の強度行動障害者の 1) 専門治療・研修プログラム整備と介入による効果判定、2) 地域移行に向けた連携ガイドライン作成、3) 今後の専門医療普及に向けての実態調査、を行っていく。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

H. 知的所有権の出願・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) 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.

3) 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

4)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