

別添4-7

医療と福祉の連携促進に向けて

分担研究報告書

令和5年度厚生労働科学研究費補助金
(障害者政策総合研究事業)

研究課題名(課題番号) : 強度行動障害者支援のための指導の人材養成プログラムの開発および
地域支援体制の構築のための研究(22GC1015)
分担研究報告書

分担研究課題名 : 医療と福祉の連携促進に向けて

分担研究者 : 會田千重(国立病院機構肥前精神医療センター 統括診療部長)
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 療育指導室アドバイザー)
山元美和子(国立病院機構肥前精神医療センター 療育指導科長)
大坪建、石津良子、西村泰亮(国立病院機構肥前精神医療センター 精神科医師)

研究要旨

強度行動障害支援における、医療と福祉、および教育などの多分野連携については、2013年度に始まった「強度行動障害支援者養成研修」からの継続したテーマであったと考える。それからの10年間において、同研修の受講修了者は数万人規模に増え、医療分野でも2020年4月に発足した「強度行動障害医療研究会」が2023年4月には「強度行動障害医療学会」となり、全国42都道府県260名の多職種が参加している。ただし、実際に各地での強度行動障害に関する地域支援体制を考えた場合、医療と福祉、および教育などの連携は、頻度・内容・継続性において未だ不十分と思われる。そこには1)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の不足や、2)お互いの人材養成研修への理解・相互乗り入れの不足、があるように思う。またそれに加え医療現場では3)強度行動障害医療への知識不足、苦手意識、処遇困難事例への苦慮が大きいと考える。

上記のような課題に対し、国立重度知的障害者総合施設のぞみの園を中心に行われた「中核的人材養成研修」の内容や、同時期に進行していた二つの厚労科研「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」(研究代表者:會田千重)、「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)も参考に、今後必要・有用と思われる取り組みを整理し報告した。

医療と福祉、および教育など多分野の連携促進に向けて、BPI-S等の標準化された行動障害評価尺度の共有、機能的アセスメントの知識の共有が有用である。また氷山モデルシート、ストラテジーシート、クライシスプランシートや、医療機関でのフォーマルなアセスメント結果、福祉・教育分野からの生活・コミュニケーション支援情報等については、相互補完的に活用できればよい。基本的には患者・利用者の支援に必要な情報は、同意を得た上で当たり前医療・福祉・教育関係者で提供しあうものと意識することが重要である。人材養成研修に相互に乗り入れ、入院事例の長期化を防ぐために地域の中核的人材・広域的支援人材と共働すること、発達障害者支援センター、基幹相談支援センター、各種協議会等の関与なども求められる。

【背景】

強度行動障害に関する報告で、医療と福祉の連携について全国調査を行ったものは少ないが¹⁾、いくつかの報告・資料からその医療ニーズに比べ、実際の連携の頻度・内容・継続性は未だ不十分と思われる。「強度行動障害医療研

究会(2021年当時)」で調査した「強度行動障害医療および支援～各地域の現状についてのアンケート調査」で、回答のあった33都道府県での「地域での行動障害に対応する医療機関:精神科」は28地域65病院で「ある」ものの、一部の国立・公立・民間病院が中心であっ

た。「地域での行動障害に対する医療機関：身体科」となると、33都道府県中、半数の16地域32病院で「ある」とその数は更に減少していた。入院治療中に条件を満たせば利用可能となった行動援護は33都道府県で「利用あり」が2地域、重度訪問介護は「利用あり」が3地域と、行動障害に関する入院中の福祉サービス利用もごく稀であった²⁾。

A. 研究目的

強度行動障害に関する地域支援体制の強化に必要な医療と福祉、および教育などの多分野連携について、課題と今後必要・有用な取り組みについて整理する。

B. 研究方法

強度行動障害に関する概要については、厚生労働省ホームページで公表されている「強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会報告書（2023年3月）」³⁾を参考にした。

また「中核的人材養成研修」（本研究課題による）、「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」（以下會田班）、「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」（以下井上班）の内容については、厚生労働科学研究データベースに今後報告資料が公表される予定であるが、現時点ではそれぞれ研究代表者・分担研究者として取得した情報に基づいて述べた。

教育現場での強度行動障害支援については、東京都教育委員会が公表している「強度行動障害のある児童・生徒への効果的な指導の在り方（2024年2月）」⁴⁾を参考にした。

《倫理面への配慮》

強度行動障害やその支援に関する概要については、厚生労働省や公的機関等で公表されている情報を用いた。また参考にした各研究はそれぞれの機関の倫理委員会で承認された内容となっており、かつ本報告にも個人情報を含まないよう配慮した。

C. 研究結果

【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（會田班）より】～中核的人材養成研修との比較

1. 事前研修

《多職種での動画視聴による研修》

會田班では、国立病院機構および肥前精神医療センターの「強度行動障害チーム医療研修」を参考に作成した下記の動画研修資料を事前に視聴した。

- ① 「強度行動障害概論」60分
- ② 「自閉症」50分
- ③ 「強度行動障害の看護」60分
- ④ 「行動分析によるアセスメント」80分「環境調整・介入」30分
- ⑤ 「強度行動障害の療育」30分
- ⑥ 「強度行動障害と医療～行動療法・薬物療法の考え方」50分
- ⑦ 「看護の実践と理論」60分
- ⑧ 「多職種医療と地域移行」36分
- ⑨ 「行動障害への対処法～構造化」60分
- ⑩ 「家族として」30分

中核的人材養成研修では、計5回のオンラインでの講義・演習・討議と1回の集合形式での演習と実践報告会が行われた。

講義内容は本人の特性の理解（自閉スペクトラム症の学習スタイルや知的障害の特性を踏まえながら）、ICFの概念も含め環境・状況因の検証、行動の機能的アセスメント、を軸としたものになっていた。それに加え初回・第6回（実践報告会）に事業所所属長が参加必須とし、各研修の間に事業所内での支援の実行状況をチェックするなど、チームマネジメントを意識した内容になっていた。

2. アセスメント・記録・介入手法

會田班では添付資料のプロトコール（表1・表2）で介入し、行動障害に関する客観的な評価尺度*を加え、アセスメントや介入効果検証がしやすいようにした。具体的には以下の指標を用いた。

《アセスメント：必須のもの》

- ・行動関連項目
- ・強度行動障害判定基準
- ・異常行動チェックリスト（ABC-J）＊
- ・問題行動評価尺度短縮版（BPI-S）＊
- ・IQ（知能指数）またはDQ（発達指数）
- ・Nurse Attitude Scale（NAS）～スタッフの感情表出評価尺度
- ・Caregiver Reaction Assessment 日本語版（CRA-J）～介護者負担感の尺度

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、項目も具体的で使いやすかった。

《アセスメント：ほかに》

- ・小児自閉症評定尺度第2版（CARS2）
- ・感覚プロファイル
- ・Questions about behavioral function（QABF）～行動の機能に関する質問

CARS2、感覚プロファイルについては、心理士や作業療法士などの専門職がチームにいれば記載しやすく環境調整や介入に有用、QABFに関しては医師や看護師でも記載しやすいため行動の機能が分かりにくい場合などに有用であった。

《記録フォーマット》

- ・相談フォーマット（入院までの生活歴・被虐待歴も含む）
- ・生活・コミュニケーション支援情報シート（事前に家族や福祉支援者に記載を依頼）
- ・介入実践記録
- ・クライシスプランシート⁵⁾
- ・冰山モデルシート
- ・ストラテジーシート（井上雅彦）

會田班では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（表3）は特に治療プログラムI（3週間の短期間入院）でクリニカルパス的な役割を果たした。

冰山モデルやストラテジーシートに関しては「強度行動障害チーム医療研修」受講者や、心理士などの専門職がチームにいる場合は記載しやすかったが、医療現場では慣れておらず、記載できていない医療機関が多かった。それらより、クライシスプランシートのほうが精神科医療現場、特に看護師に浸透しており、それをもとに介入プランの統一を図る事例がほとんどであった。

《病棟での日常的な観察》

医療機関での入院では以下の観察・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と思われる。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共有することもあった。

- ・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

中核的人材養成研修では、ICFシステム、学習スタイルチェックシート、冰山モデルシート、機能的アセスメント（ABC記録・スキャタープロット）を用いて事前評価していた。またICFシステム、活動参加の支援計画書、ストラテジーシートを用いて方針を立てていた。途中PDCAサイクルで支援や環境を見直ししながら、支援結果は、課題分析シートで達成レベルを、スキャタープロットで頻度や時間を評価し、研修を通じた対象者の変化や支援者・支援チーム・事業所の変化を記録していた。

3. SV（スーパーバイズ）連絡会議の実施

上記介入研究をリモートによるSV連絡会議で多分野多職種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、参加人数はのべ531名に及んだ。今後は「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」(井上班)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 記録やスキュータープロットを可能であれば Observations アプリを用いて記録できればと考えている。

中核的人材養成研修では、全研修期間を通して研修生とディレクター・トレーナー・サブトレーナー・事務局が、ICT を用いて連絡や相談、情報共有を継続していた。また研修修了後も6ヶ月間、ICT を用いたグループチャットや訪問による助言を継続する予定となっている。

D. 考察

1) 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

會田班でも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介入を行う点は共通していた。

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、BPI-S など比較的簡単に評価できる標準化された尺度で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、FAST での間接的評価、ABC 記録やスキュー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、相互に補完出来る和良好的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前に提供するもの、医療側も当たり前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使いやすい。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。

2) お互いの人材養成研修への理解・相互乗り入れに関する提案

現在、福祉分野では「強度行動障害支援者養成研修」が年々受講者を増やし、そこからより

実践的な地域支援体制の強化のため「中核的人材養成研修」やいくつかの地域での事例研修（フォローアップ研修・アドバンス研修）が行われている。強度行動障害支援者養成研修には医療職の参加も可能であるが、筆者の知る限りごく一部である。講師としては「関係機関との連携」の講義を医療者が分担しており、各地域で主に医師が講義を行っているものの、医療者が福祉現場での研修内容を知ることは少ない。強度行動障害に関してはかなりの部分が医療分野での治療介入とオーバーラップしている内容にもかかわらず、である。

医療分野では、2015年度から国立病院機構と肥前精神医療センターが年間160名程度に実施してきた「強度行動障害チーム医療研修」があるが、これをより一般医療従事者に向け展開する予定の、厚労科研「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」（代表者：岡田俊）にも期待したい。

また教育分野での強度行動障害への対応は、予防という観点から非常に重要であり、東京都教育委員会による「強度行動障害のある児童・生徒への効果的な指導の在り方」の目次から抜粋する内容は、「強度行動障害が生じた背景の把握」「学齢期からの適切な対応」「コミュニケーション」「環境の調整（構造化）」「関係諸機関との連携」「苦手とする刺激への対応」など、福祉・医療における研修の概要と共通のものになっている。また、これまでは教育分野での研修と福祉・医療分野での研修がお互いに知られていない状況が多かったが、令和6年度の「強度行動障害支援者養成研修（基礎・実践）指導者研修」には、対象者として「教育関係」と明記された要項となっている。

3) 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、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。今後報告予定の令和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. 結論

医療と福祉、および教育などの連携は、頻度・内容・継続性において未だ不十分と思われる。それに対して、1) 強度行動障害に関するアセスメントや介入における手法の共有、2) お互いの人材養成研修への理解・相互乗り入れ、3) 医療現場での強度行動障害への知識の普及、福祉・教育分野の支援者からの積極的な情報提供、処遇困難事例への地域支援体制の強化について、提言を行った。

G. 研究発表：なし

H. 知的財産権の出願・登録状況：なし

参考

- 1) 厚生労働省ホームページ：「著しい行動障害のある方々への新たな支援策の構築に向けて（中間整理）」（日本知的障害者福祉協会）. 社会保障審議会障害者部会. 第132回(R4. 6. 13).
- 2) 會田千重：第63回日本児童青年精神医学会総会 教育講演10「強度行動障害」2022. 11.
- 3) 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報告書（2023. 3）.
- 4) 東京都教育委員会ホームページ：「強度行動障害のある児童・生徒への効果的な指導の在り方」（2024. 2）

5) 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.

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 (基礎編)

	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、I Q(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 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 (応用編)

～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、I Q(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 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	【 〃 】	入院日	2023/ /		退院日					2023/ /			
			介入詳細	あり1 なし0	回数	実施・ 開始日1	実施・ 開始日2	実施・ 開始日3	実施・ 開始日4		実施・ 開始日5	担当者・会議参加者詳細 (複数可)	内容など
治療プログラム 治療プログラムⅠ (3週)	「標準的な支援」参考	介入内容	介入詳細	あり1 なし0									
		生活・コミュニケーション支援 情報収集	物理的構造化										別紙参照
		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										
		クライシスプラン作成											
		多職種 (MDT) 会議											別紙参照
		地域移行のためのケア会議											
治療プログラムⅡ (4週目以降12週まで)	チーム 会議	*薬物療法										別紙参照	
		心理・発達検査、身体的検査											
		標的行動の記録	紙面にて										
		応用行動分析	Observationsアプリにて										
			MAS・QABFなど間接的記録										
			ストラテジーシート記載										
			多職種 (MDT) 会議	介入前 (行動療法準備期)									
			チーム 会議	2週間介入後 (介入②-1後)									
			地域移行のためのケア会議										
		スタッフ評価		質問紙	プログラムⅠ介入後								
	プログラムⅡ介入後											別紙参照	
NAS (プログラムⅠは介入後のみ)	介入前 (初期介入後評価) 介入後											別紙参照	
ご家族評価		質問紙	プログラムⅠ介入後									別紙参照	
			プログラムⅡ介入後									別紙参照	
		CRA-J	プログラムⅠ介入後 プログラムⅡ介入後									別紙参照	