厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

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

総 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」:

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

研修効果の判定については、別途分担研究報告書「強度行動障害者への入院治療プログラムを用いた介入研究」「強度行動障害者への支援・介入に関する治療スタッフアンケート調査」に詳細を記載したが、SV 連絡会議でも「初めて強度行動障害に接する人には有効」、「基礎的知識を得た上で、事例を通して振り返ったり、OJT（On the Job

Training）をしたりすることが更に有効」、「DVDの形式で勤務時間外でも見られて良かった」、「チーム医療スタッフだけでなく、病棟全スタッフや看護部全体で動画視聴できた」などの意見が寄せられた。

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

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

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

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

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

同時に医療・福祉関係者合同で分担研究者・協力者を含めた SV(スーパーバイズ)連絡会議を開始し毎月継続した。計 21 回、延べ参加人数 531 名の SV 連絡会議では、介入実践方法や地域移行・地域支援に向けた連携手法について、具体的な質疑応答や手法・情報の共有、専門家によるスーパービジョンを行った。また治療プログラムについても毎月の SV 連絡会議にて検討し、使用する各フォーマットを実施・般化しやすいよう改良した。

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

4)「入院中の強度行動障害者の地域移行に向けた地域移行パス」の作成と地域モデルの検討（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・発達障害患者についてのアンケート調査」（會田千重・市川宏伸・田渕賀裕）

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

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

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

6）各分担研究者による関連課題についての研究

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ことが多く専門的技法の助言へのニーズが高いこと、院内多職種チームの関与により構造化やコミュニケーションの工夫などの実践は増えていることが示唆された。一方で、応用行動分析的手法や専門的アセスメントについては、十分な利用に至っていないことが示された。精神科病院においてより治療的・戦略的に強度行動障害を受け入れるため、院内多職種チームを導入することが有用であることが示唆された。

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慮法のさらなる複雑化が予想された。

（第3報）

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

（第4報）

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

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、また強度行動要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・田渕：R5)、強度行動障害者の入院治療による介入（會田ほか：R4・R5）での薬物療法調査が一定のエビデンスを示したと考える。福祉領域でも「中核的人材」や「広域的人材」の育成が求められているが、強度行動障害に対応できる医療機関の整備も課題である（吉川ら：R4)。

2）地域移行と地域支援体制作り

院内での「強度行動障害者の入院治療による介入」がうまくいったとしても、同時に「地域移行」に関しての工夫が必要となる。入院時、もしくは入院前から「ICT も活用した福祉分野と医療分野の連携」（日詰：R4）により、「記録の引き継ぎ」「チームでの背景要因の分析やモニタリング」がやりやすくなる。また「地域移行パス」「地域モデル」を意識すること（山下ら：R4・R5)、日頃から医療・福祉従事者が「相互交流的な研修」を実施することが必要である（吉川ら：R4・R5)。その研修の中には、「医療受診場面で生じる課題」や「医療受診の際の手立て」（成田：R4)、「生活場面への医療者の参画」（成田：R5）なども含まれると良い。入所施設における医療ニーズの問題もある。7 年前の調査と比較し入所施設での高齢化が進んでいるが、ADL の低下や医療的ケアの増加が見られない中で障害支援区分の重度化が進んでいたり（高橋：R4)、薬物療法の複雑化・薬

剤数増加（高橋：R5）の指摘もあった。

3）強度行動障害に関するアセスメントや介入における共通手法に関する提案

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

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

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

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

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

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

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

医療現場では、そもそも知的・発達障害全般への知識不足や苦手意識が根強くあるように思う。これは医学教育の中で知的・発達障害に関する講義や実習が精神科医療の中でごく一部ということや（成田：R5）、精神科的薬物療法では解決されることが少ないこれらの対象者への対応の難しさを反映していると思われる。今後予定されている令和6年度障害者総合福祉推進事業「強度行動障害を有する者の一般医療受診に関する実態調査」（国立精神・神経医療研究センター）でもその問題が取り上げられると思われる。前述した令和6年度からの全国版「強度行動障害医療研修」による知識の習得に加え、福祉・教育分野から提供されるアセスメントや介入手法の情報、具体的な視覚的支援や余暇グッズの提供から、治療への困難さが軽減することこそ、入院事例の長期化を防ぎ、強度行動障害医療が全国的に拡がる原動力となると考える。

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

E. まとめ

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

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

F. 健康危険情報：なし

G. 研究発表：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－国立病院機構 14 施設の専門病棟における多施設共同研究－　児童青年精神医学とその近接領域　第 60 巻第 4 号. 499-515.

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

3) 市川宏伸, 田渕賀裕, 平川淳一他（2016）：発達障害入院患者についてのアンケート調査の 3 群比較. 平成 27 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者政策総合研究事業. 医療的管理下における介護及び日常的な世話が必要な行動障害を有する者の実態に関する研究. 研究代表者　市川宏伸. 分担研究報告書, 33-37.

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

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

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

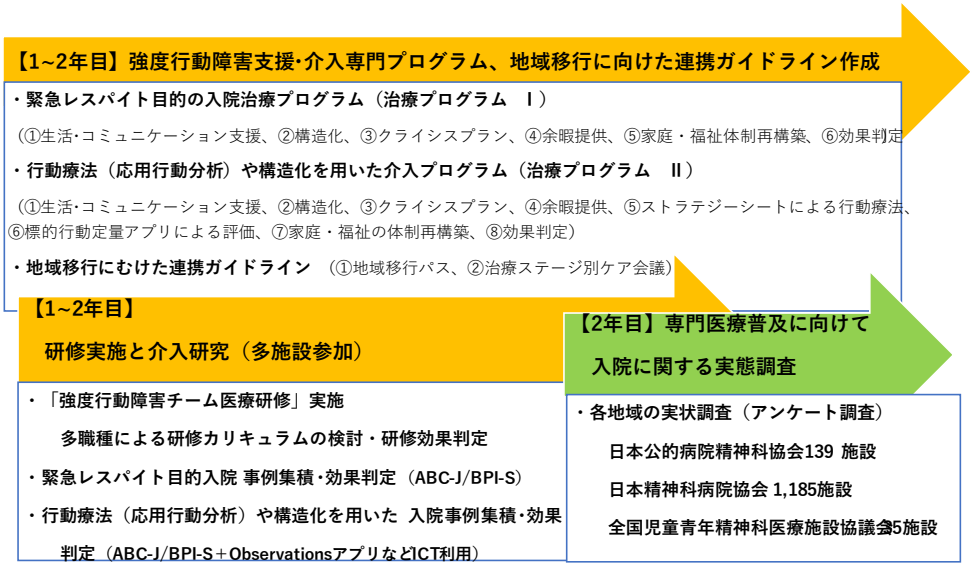

表1　精神科病棟における強度行動障害入院治療プログラムⅠ
基礎編:3週間

	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					質問紙・NAS 質問紙・CRA-J
地域での支援体制の再構築・移行支援のための会議					

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

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

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

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

データ取得の留意点　1

1．介入組み入れ時に、以下の選択基準を確認すること

- **行動関連項目・強度行動障害判定基準（いずれも10点以上）**
- **ABC-J興奮性サブスケール18点以上**
- **IQ70未満、自力歩行可能**

2．基本情報

➢ＩＱ（ＤＱ）：児童では2年以内の検査が望ましい。成人例で長く検査未実施の方は施行可能なら入院中に検査し、難しければ以前の数値が算出されていれば使用可とする

➢CARS2(小児自閉症評定尺度）、感覚プロファイルなど：施行可能なら入院中に実施してアセスメントの材料とする

3．支援情報収集・支援準備

➢可能なら入院前に準備、もしくは入院時～介入準備期の入院後1週間までに準備する

データ取得の留意点　2

4. 評価尺度

- ABC-J、BPI-Sは治療プログラムⅠではPre(過去4週間の状態)/Post(退院後4週間の状態)とも保護者に聞き取り、治療プログラムⅡでは、Pre/Postは保護者に聞き取りし、初期介入後評価のみスタッフに聞き取りとする（ただし慢性期病棟での治療プログラムⅡ試行では全てスタッフ聞き取りとする）
- スタッフ評価：①質問紙での自由記載、②NAS(Nurse Attitude Scale)を治療プログラムⅠでは介入後評価（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