

厚生労働省 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

総括報告書

岡田 俊 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的・発達障害研究部)

【検討委員】

會田 千重 (一般社団法人強度行動障害医療学会事務局長)

日詰 正文 (一般社団法人日本発達障害ネットワーク副理事長)

山脇 かおり (国立障害者リハビリテーションセンター発達障害情報・支援センター長)

吉川 徹 (あいち発達障害者支援センター副センター長)

又村 あおい (一般社団法人全国手をつなぐ育成会連合会 常務理事 兼 事務局長)

中野 伊知郎 (公益財団法人日本知的障害者福祉協会)

調査要旨

強度行動障害を有する当事者が疾患の予防や治療のために、精神科医療以外の一般身体科医療を必要とすることはしばしばあるにも関わらず、その行動上の課題のためにスムーズに治療を受けることができないことが懸念されるが、強度行動障害者の一般医療受診の実態は明確ではない。本事業では、医師・歯科医師、当事者家族、福祉関係者のそれぞれに対して調査を実施し、強度行動障害を有する当事者の一般身体医療の実態を把握するとともに好事例を集積した。あわせて、大学病院、強度行動障害ユニットをもつ総合病院、強度行動障害の当事者がいる家族、身体合併症病棟を持つ精神科病院、新型コロナウィルス感染症による入院治療、歯科検診・口腔ケアの取り組みの実態についても聞き取り調査を行なった。その結果、強度行動障害を有する当事者が、一般身体医療受診ニードを有しているながら、外来受診や入院医療に困難を抱えている実態が明らかになった。強度行動障害者の一般身体医療受診を促進するためには、強度行動障害の当事者に対するかかりつけ医としての継続的診療に一定の評価が必要であること、医師、看護師、精神保健福祉士または医療ソーシャルワーカーが研修の受講等によって強度行動障害の特性と対応についての知識を持ちその者が強度行動障害者の一般身体医療受診や入院に先立っての福祉関係者や家族からの情報収集、院内調整を行い、個室等のアメニティも準備し、入院時及び退院時の医療福祉同席のカンファレンスを開催した場合に一定のインセンティブを付与する必要があるとおもわれることを述べた。他方、福祉関係者や家族の同伴受診や入院時の同伴が有効に作用しているが、負荷も大きい実情を踏まえ、それらのマンパワーの補助（付添婦の活用など）なども検討を要すると考えられた。

A. はじめに

強度行動障害を有する当事者が疾患の予防や治療のために、精神科医療以外の一般身体科医療を必要とするることはしばしばあるにも関わらず、その行動上の課題のためにスムーズに治療を受けることができないことが懸念される。しかし、強度行動障害者の一般医療受診の実態を明らかにする資料はなく、また、対応された事例のなかには参考となる好事例が存在すると思われる。

本事業では、医師・歯科医師、当事者家族、福祉関係者のそれぞれに対して調査を実施し、強度行動障害を有する当事者の一般身体医療の実態を把握するとともに、好事例を集めることで、強度

行動障害の当事者の一般身体医療の拡大することに資する情報を得ることを目的とした。

なお、本調査における強度行動障害は、行動障害児（者）研究会（1989）に基づき、

○精神的な診断として定義される群とは異なり、直接的他害（噛み付き、頭突き等）や、間接的他害（睡眠の乱れ、同一性の保持等）、自傷行為等が通常では考えられない頻度と形式で出現し、その養育環境では著しく処遇の困難なものであり、行動的に定義される群

○家庭にあって通常の育て方をし、かなりの養育努力があっても著しい処遇困難が持続している状態

とした。

B. 方法

検討委員の構成

強度行動障害の医療、福祉の現状に造詣が深い以下の方々を検討委員としてお迎えし、調査方法の検討、調査事項の作成、分析について助言をいただいた（敬称略）。

會田 千重（一般社団法人強度行動障害医療学会事務局長）

日誥 正文（一般社団法人日本発達障害ネットワーク副理事長）

山脇 かおり（国立障害者リハビリテーションセンター発達障害情報・支援センター長）

吉川 徹（あいち発達障害者支援センター副センター長）

又村 あおい（一般社団法人全国手をつなぐ育成会連合会 常務理事 兼 事務局長）

中野 伊知郎（公益財団法人日本知的障害者福祉協会）

アンケート調査の実施

Google form を用いたアンケート調査を、強度行動障害の当事者の支援に携わる医療関係者、福祉関係者、当事者家族に対して実施した。アンケート実施期間は、令和6年2月から3月とした。

聞き取り調査の実施

アンケート調査では明らかにならない詳細情報を明らかにする目的から、以下の聞き取り調査を実施した。聞き取りには、Zoom を用いるか、対面調査を行い、書き起こしデータを元に質的な分析を実施した。

なお、聞き取りの対象は、以下の通りである。

1) 大学病院における知的障害者の入院治療に関する聞き取り調査（佐賀大学）

大学病院における強度行動障害の当事者の医療の受け入れ状況を明らかにし、そこでの課題と好事例について情報を収集する。

2) 強度行動障害ユニットをもつ総合病院における知的障害者の入院治療に関する聞き取り調査（愛知県医療療育総合センター中央病院）

強度行動障害ユニットを持つ総合病院においては、一般身体医療受診ニードを持つ当事者をどのように受け入れ、連携がとられているのかを明らかにする。

3) 強度行動障害の当事者がいる家族への聞き取り調査（全国手をつなぐ育成会連合会）

強度行動障害のある当事者の親から見た当事者の一般身体医療ニード、そのために親が望むことについて聴取する。

4) 東京都立松沢病院精神科身体合併症病棟における、行動障害を伴う知的障害者の入院受入れの現況と課題（東京都立松沢病院）

東京都立松沢病院は、身体合併症病棟を持つ精神科病床であり、そこで医療の実態、医療と福祉の連携の実態を明らかにする。

5) 知的障害者の新型コロナウイルス感染症による入院治療に関する東京都内精神科医療機関への聞き取り調査（東京都立松沢病院、国立精神・神経医療研究センター病院、医療法人社団青山会青山木病院）

身体合併症のなかでも特に新型コロナウイルス感染症に特化した連携の実態を明らかにする。

6) 秩父学園における歯科検診・口腔ケアへの取り組み（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）

障害歯科は、強度行動障害の当事者の身体医療の先駆的な例として参考にすべき点が大きいと思われる。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は、わが国で唯一の国立の福祉型障害児入所施設であり、その対応の実態とこうした事例を集積する。

C. 結果

結果については、それぞれの報告書に詳細がまとめられていることから、ここでは抄録のみ掲載する。

1) 医師対象アンケート調査

医師・歯科医師を対象として、強度行動障害を有する当事者の診療経験、そのなかで苦慮した点、有効であった工夫などに関する情報を得ることを目的としてアンケート調査を実施した。回答者は130名であり、そのうち歯科医師が最多であった。対象疾患をみると、脳神経内科/外科、眼科、歯科口腔外科、耳鼻咽喉科、消化器内科、呼吸器内科、皮膚科、整形外科、腎臓内科、泌尿器科、乳腺外科、産婦人科、循環器内科、心臓血管外科、内分泌内科、総合内科まで、急性期から慢性期治療、高度医療まで、強度行動障害のある当事者が一般身体医療ニーズを有していることが明らかになった。しかし、多動、安静保持の困難、奇声・大声、暴言・暴力、器物破損、異食、医療機材に触る、指示が伝わらない、採血や検査を実

施できない、待てないなどの多様な困難に直面する。また、親きょうだいや支援者の同伴を要するなど、家族負担も大きいことも明らかになった。入院診療においては、一般病棟を利用して精神科が併診しているケースは2割に留まり、一般身体科のみあるいは精神科病棟を利用して一般身体医療が実施されており、行動制限の実施も9割を超えていた。外来や入院診療に役立った工夫としては、視覚的な説明、タイマー、手順書、スケジュールの活用などの障害特性を踏まえた支援、家族や支援者の同伴や付き添い、入院期間の短縮、事前に当事者の情報を得ておくことがあげられた。しかし、カンファレンスの実施やケースワーカーの関与は少数に留まっており、一般身体医療受診を拡充するためには、医療と福祉の連携に対するインセンティブが求められると考えられた。

2) 福祉関係者アンケート調査

当事者の支援に関わる福祉関係者441名から回答を得た。支援経験年数が10年を超える回答者が多く障害者支援施設や生活介護通所事業所、共同生活援助に携わる支援者が多かった。福祉施設のうち、法人の診療所機能を有するという回答は15.5%と少数であった。少数ながらも診療所機能を有する法人では、内科、精神科、歯科のみならず、眼科、皮膚科、整形外科、脳神経内科、小児科など、多様な診療科を備えており、そこで実施される検査も血液検査、尿検査、心電図、脳波、胸部X線、便潜血のみならず、超音波検査、胃透視、骨密度、CT、上部消化管内視鏡、MR I、下部消化管内視鏡などまで実施できており、診療所機能を有する法人と、有しない法人では、自施設内で対応可能な範囲が大きく異なる。また、診療所機能を有する法人では、当事者は医療処置や検査の実施に日頃から慣れしており、その点でも状況は異なると考えられる。

外部受診時の困難は、診察、検査、処置の拒否だけではなく、医療関係者への暴力、医療機器の破壊、他の患者への迷惑など多岐にわたり、普段の生活状況とは異なる環境下で、強度行動障害の当事者への対応に慣れない医療者の対応では、対応が困難な状況が見て取れる。実際に、4割以上の福祉関係者が今後の診療を断られたという経験をしている。入院治療においては、入院受け入れ先が決まらないという体験を56.5%が経験しており、実際に入院をあきらめているケースもあるようである。しかしながら、その受診理由は、肺炎などの感染症、頸椎損傷、骨折、白内障、癌、水

中毒、交通事故、脱腸、腎不全、虫垂炎、腸捻転、イレウスなどであり、決して放置できない疾患が並ぶ。必要な医療が、当たり前に受けられない危険性と隣り合わせにある当事者の現状を示していると思われる。

入院の付き添いは、6割以上で求められており、施設の職員や家族などが対応している。家政婦、付添婦の派遣を利用しているケースもある。付き添いの負担が大きい一方、コロナ禍や病棟管理上の事情から付き添いが出来ない、あるいは、複数名が付き添えないことが悩みともなっており、柔軟な対応を可能にする枠組みが求められる。

外来受診においては、待ち時間をなくしたり、個室を準備すること、入院においても個室を準備したり、待たせるための持ち物を持たせること、手順書やスケジュールを持参させるなどの工夫が行われている。

行動制限については、精神科病棟のみならず一般病棟においても行われており、退院後のADL低下とも関連している。外部医療機関での入院医療を可能にするためには、不可欠であることも十分に理解しつつも、当事者の負担のみならず、合併症や退院後のADLの面からも最小化が求められる。

福祉関係者の自由記述では、医療関係者の理解が十分でないことと、一方、当事者の医療について後ろ向きであったり、人権を配慮していないのではないかという不信も垣間見える。また、専門病棟や多様な診療科を有する専門病院への期待も高い。これらに対して何らかのインセンティブや体制確保が検討される必要がある。

3) 家族対象アンケート調査

当事者家族を対象として、強度行動障害を有する当事者の診療経験、そのなかで苦慮した点、有効であった工夫などに関する情報を得ることを目的としてアンケート調査を実施した。回答者は207名であり、20歳以上40歳未満の当事者の親で、回答者は母親多かった。大部分の当事者がかかりつけ医を有しており、歯科、児童精神科が多く、次いで内科、小児科が続いた。一般身体科受診については42%が困難を抱えているが、入院診療、救急医療、救急車の対応を断られた、警察を利用するように言われたといった命に関わる状況が存在しており、実際に手術や医療を諦めざるを得なかつたといった回答もあった。最終的に専門的な医療を受けることが結局できたという回答の中に

は、医師からの直接連絡や家族からの直接連絡が奏効したという回答が多く、ここでもかかりつけ医に役割や、また家族が奮闘せざるを得ない現実を示しているといえる。

かかりつけ医を受診する工夫としては、時間を過ごさせるための物を持参する、医療処置について写真などを用いて事前に説明する、タイマーなどを使って見通しをもたせるなどの発達支援、支援者の付き添いの一方、待ち時間を短くする、個室を準備して待たせるなどの病院側で可能な配慮があげられている。他方、かかりつけ医以外の病院受診で困った理由は、待ち時間、検査やバイタル測定の困難とともに、医療関係者が強度行動障害の当事者への対応になれておらず、親も不安を抱えることがあげられている。

入院医療については、家族が終日に渡って付き添いを求められるケースが70%に及び、付き添い者の食事の調達に苦慮したり、トイレにも行けない現状が明らかになり、また個室利用に際して、個室料が高額に要求される実態、医療的処置や検査の実施に困難があったり、安静が保てず苦慮している実情も明らかになった。入院治療においては、スケジュールを提示したり、入院期間の見通しがつくようにする、過ごすための物を持ち込むなどの工夫が重要であるが、そのためには医療関係者から親に情報が伝えられることが前提となり、医療者と家族との良好なコミュニケーションが求められた。

医療と福祉のカンファレンスについては77.5%が実施されておらず、福祉サービス事業所からのコミュニケーション支援や入院中に利用可能な障害福祉サービスについても情報が提供されているのは少数であった。

常日頃から病院受診になれていることが必要であるが、かかりつけ医のみでは医療は完結しない。待ち時間をなくすことや個室の準備など、どの医療機関でも可能な工夫はあるが、それを実施するためには受付から医療従事者まで多くの職員が強度行動障害の特性を理解すること、事前の調整が必要であると考えられる。

4) 大学病院における知的障害者の入院治療に関する聞き取り調査（佐賀大学）

知的能力障害のある当事者においては、先天性心疾患、骨異常、成長障害、側弯、泌尿生殖器異常、聴力障害、内分泌代謝疾患、運動機能障害、過誤腫、免疫異常、てんかんなどを伴うことも多

いほか、生活習慣病、悪性腫瘍や冠動脈疾患などの併存を伴うこともしばしばである。多様な身体疾患有し、診断と治療には高度な医療機器等を要することも少なくないことから、高度医療機関における対応が不可欠なことも多い。しかし、知的能力障害や強度行動障害のある当事者の診療経験が少ない多様な医療職が対応することから、当事者や家族には不安が尽きない。そこで、強度行動障害者の医療において医療機関同士ないし医療福祉の連携において先駆的なネットワークが構築されていると思われる佐賀大学医学部附属病院において知的障害者の受け入れ状況、受け入れに伴う困難、受け入れ時に行った工夫などを聞き取った。その結果、てんかん重積や悪性腫瘍など、多様な身体疾患において救急外来、一般外来、精神科などの多様な経路で入院が提供されており、その過程では、採血や検査実施に困難を抱えながら、事故や外傷リスク予防のための鎮静や身体拘束などを実施しつつも必要な医療が提供されていることが明らかになった。その背景には、医学生教育や前期研修において診療科を問わず学びの機会が提供されているという状況に加え、連携の実績が長いことが関係している可能性がある。また入院中の過ごし方として、私物を持ち込ませたり、視覚支援などのグッズを持ち込ませたりするほか、精神保健福祉士や精神科医を含めた退院カンファレンスが実施されているなどの工夫が見られる。しかしながら、これらをよりよく活用したり、リハビリテーションも含めた多面的な医療、福祉との連携を進めていくためには、看護師や医療ソーシャルワーカー、心理職、作業療法士などの多職種が関与すること、また、強度行動障害に関する知識の均てん化が望まれる。

5) 強度行動障害ユニットをもつ総合病院における知的障害者の入院治療に関する聞き取り調査 (愛知県医療療育総合センター中央病院)

知的能力障害のある当事者への一般身体科医療の普及を進めるひとつの方法として、強度行動障害への対応が可能な専門病棟との連携を考えうる。また、強度行動障害に特化した専門病棟での対応上の工夫が、強度行動障害のある当事者の一般身体科病棟における対応に有用である可能性もある。そのため、強度行動障害の当事者に専用ユニットを有する総合病院である愛知県医療療育総合センター中央病院の医師を対象に聞き取り調査を実施し、専門病棟の活用状況、病棟管理上の課

題の有無、対応上の工夫について聞き取りを行った。愛知県医療療育総合センター中央病院には12床の強度行動障害専門のユニット（すべて個室で隔離可）が存在している。一般身体医療の必要な強度行動障害の当事者は、精神科病床を利用し、一般病床に入院することは原則としてない。精神科病床から手術室に向かって、歯科治療、内視鏡検査やポリープ切除術などが行われている。術後は身体拘束下での点滴が実施されることもあるが、数日程度で退院となっている。多職種連携が明確であり、精神保健福祉士が入院の調整、看護師が情報の取得、入院前および入院中には多職種でのカンファレンスが行われており、地域の相談支援専門員等とのカンファレンスが行われることもある。専門ユニットでの物理的構造や対応経験の蓄積は、幅広い強度行動障害者の受け入れを可能にしていると思われる。同時に、愛知県医療療育総合センター中央病院で行われている多職種連携の在り方は、専門ユニットを持たない他の医療機関においても実施可能性があり、専門的知識のある医療従事者を配置し、多職種からなる支援チームを組織したり、カンファレンスを開催することの意義を示すものと思われた。

6) 強度行動障害の当事者がいる家族への聞き取り調査（全国手をつなぐ育成会連合会）

本事業におけるアンケート調査の結果から、強度行動障害のある当事者が一般医療受診に際してしばしば困難を抱えていること、また入院治療を受けることに困難を感じたり、終日にわたる家族の同伴を余儀なくされている現状が明らかになった。しかしながら、想定された質問に基づく調査では明らかにし得ない困難や、その困難を解決するさまざまな工夫を見いだすために、当事者家族に直接聞き取りを行った。その結果、以下のことことが明らかになった。強度行動障害の当事者だからこそ、日頃から継続的診療を受けておくことが大切であり、総合診療においてジェネラルに対応できる体制の一方、専門性の高い医療ニードにも備える必要がある。強度行動障害のある当事者への実施に困難を感じる検査や医療処置であっても、不可能ではない、ということである。付き添い、スマールステップでの練習、視覚的な手がかりなど、いろいろな手段があり、時間を掛けて慣れていく過程の大切さを医療機関と医療者の双方が認識することが期待されている。医療機関と地域をつなぐ職種として、精神保健福祉士の関与はあつ

ても、一般身体医療については医療ソーシャルワーカーの関与が期待されるが、医療ソーシャルワーカーが強度行動障害の特性について理解していただけのかという不安を持っている。また、在宅での支援を評価する必要性もある。訪問看護などは既に利用されているが、訪問診療についてはハードルが高い。医療機関の受診の一方で、地域生活を支える診療の選択肢も確保する必要がある。

7) 東京都立松沢病院精神科身体合併症病棟における、行動障害を伴う知的障害者の入院受入れの現況と課題（東京都立松沢病院）

強度行動障害を有する者の身体合併症による入院受入れ・入院中の処遇・退院調整等の現状と課題を明らかにすることを目的として、東京都立松沢病院精神科身体合併症病棟での実態を病棟担当医師・精神保健福祉士より聞き取った。強度行動障害を有する者に特化した情報を得ることは難しかったが、行動障害を伴う知的障害者の入院に関する情報は得られた。結果として、当事者が入院・治療の必要性を理解できないために治療行為の際に身体拘束等行動制限を要すること、自傷や不食等への対応の難しさ、治療完遂の困難、急激なADLの低下とそれに起因する紹介元への退院困難、入院元からの「平時の生活や、治療に関する意思確認・連絡先といった“最近の”情報提供」の必要性などが示された。視覚提示や構造化、余暇支援等にはマンパワーや福祉側との情報共有の不足もあり課題があった。医療と福祉双方の体制・制度を熟知した専門職の関与、福祉サービスとの連携強化、身体疾患治療と特性に応じた支援の両方を実践するための医療側・福祉側双方の人員確保、診療報酬上の加算等の採算向上が望まれる。

8) 知的障害者の新型コロナウイルス感染症による入院治療に関する東京都内精神科医療機関への聞き取り調査（東京都立松沢病院、国立精神・神経医療研究センター病院、医療法人社団青山会青木病院）

東京都における、知的障害者施設に入所する知的障害者の新型コロナウイルス感染症による精神科病院身体合併症病床・感染症病床への入院治療に関する聞き取り調査を都内3病院行った。いずれの病院からも強度行動障害に特化した情報は得られず、知的障害を有する者を対象として情報を収集した。入院経路は入院調整本部・保健所・

精神保健医療課の3つのルートがあり、病院間の機能分化もなされていた。点滴や酸素投与等の治療や感染管理上の指示を理解することの困難から、隔離や体幹・上肢の拘束など行動制限を要した例が多かった。重症例では急性期を脱した後に歩行・嚥下等のADL低下がみられリハビリ等も含め規定された入院期間を超えての入院継続を要した例があった。重症化・急変時の医療行為実施に関する事前の意思決定・検討がなされていなかつた場合には、入院受入れや治療方針決定に時間を要した。今後同様のパンデミックを想定した備えとして、特有の感染リスクを有する知的障害者・発達障害者、特に施設等で集団生活を営んでいる者の受入れも念頭に置いた、機能分化を含めた地域の医療計画・体制整備に加え、震災同様に「生活状況や嗜好・コミュニケーション様式等を含む、統一された様式による情報提供の準備」「急変時に使う医療行為に関する事前の意思決定」が挙げられ、いずれも定期的に更新され新しいものであることが望まれた。また、医療福祉連携の一環として、平時より近隣の機関同士の関係構築や、感染症蔓延期に入所施設にアウトリーチする様式の医療体制提供も検討される。

9) 秩父学園における歯科検診・口腔ケアへの取り組み（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）

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（以下「秩父学園」と略）は、わが国で唯一の国立の福祉型障害児入所施設である。本稿では、秩父学園に入所した重度～最重度知的障害及び自閉スペクトラム症を背景に有する強度行動障害の状態にある児童に対する歯科検診・口腔ケア（介助歯磨き）への取り組みを好事例として収集した。要点として、医療・福祉職員間の事前の情報共有、スケジュールの視覚提示や実物・実地での“慣らし”などのプレパレーション、受け入れ不良時の中止・中断を含めた児童のペースを尊重したスマールステップでの対応、事後の情報共有と日常で実施可能な口腔ケアの継続などが挙げられた。並行して、支援員の側からみた「児童が受診しやすい医師と医療機関の要件」に関する情報も収集した。事前の情報提供が可能であること、待機スペースの確保や児童のいる場所まで医師が出向くこと、児童のペースに合わせた過度に侵襲的にならない診療（見学や受診の回数を重ねて慣らすこと・中止や中断の判断を含む）、

「待てなさ」や感覚面への配慮などが望まれた。医療機関側には時間的・空間的・人的余裕の確保が求められるため、それらを担保するための何らかのインセンティブを設定することが必要と考える。

D. 考察

1) 強度行動障害者の一般身体医療のニードとその実態について

強度行動障害者の一般身体医療ニードは、生活習慣病や癌などを含め、強度行動障害でない人と同じくあることに加え、一部は、強度行動障害の背景をなす病態と関連する診療ニード（例えば、てんかん発作）、また、一部は強度行動障害当事者の行動障害に伴う診療ニード（異食、自傷など）の結果としても見られることから、むしろ一般身体医療ニードは強度行動障害者の方が高いと言える。

しかしながら、生活の場である施設に医療機能が附属している法人は少数であるし、訪問診療等によって、在宅で医療を受けることが出来ているケースは少数である。また、このように施設内あるいは在宅で医療を受けられている場合であっても、外部受診などで、専門診療科を受診する必要があることはしばしばである。しかしながら、外部受診あるいは入院医療においては、しばしば困難が生じている。その状況は、速やかな医療受診が不可欠と思われる状況下においても生じており、あたりまえの受けるべき医療が受けられないという人命尊重、また、人権上も憂慮すべき事態が生じているといえる。

2) 「かかりつけ診療」の重要性について

いざという時に医療を受けられるためには、平時から診察、検査、処置に慣れていることが大切である。歯科、児童精神科、内科、小児科などがかかりつけ医として機能しており、高度にコントロールする必要のある疾病がなくても、常日頃より定期的なフォローアップが実施されていることが、早期発見、専門医療への円滑な紹介のためにも重要である。年齢とともに受診が必要な診療科が広がっていき、耳鼻科、眼科、皮膚科なども必要になる。耳や目の診察などは、慣れがなくては、いきなり受け入れがたいものであり、これらの診療にスマールステップで慣れておくことが大切である。

3) 強度行動障害へ対応することの専門性の評価

歯科診療においては、障害歯科が専門領域として歴史をもっており、そのノウハウが蓄積している。しかし、その他の診療科においては、強度行動障害の専門性の評価やインセンティブが存在しないことが問題である。

前述したような、定期受診や診察になれるステップは、それに該当する診療報酬上のインセンティブはない。これらを実施するのは、高度医療機関であることが多く、通常診療においても人的にも診療の需給バランスにおいても逼迫している実態がある。そのなかでかかる努力を行うためには、医療関係者ひとりひとりの意識だけではなく、経営を含めた執行部の理解が必要であり、そのような対応を行うことが、地域における病院機能の養成であるという意識付けが必要である。

4) 地域における機能分化の必要性

前項と関連する問題として、地域において強度行動障害に対応する総合病院、あるいは、一般診療科と連携する精神科病床について、病院機能上の位置づけやインセンティブが必要である。そして、それらをバックアップする強度行動障害に対応する専門病棟や、一般診療機能を有する精神科病院などがあれば、さらに十全な体制といえる。

5) 一般身体科医療のための行動制限

身体科病棟であるか、精神科病棟であるかをとわず身体拘束や隔離が実施されることがほとんどであるのが実情である。必要な一般身体科医療を受けられないことに比べれば、行動制限も受け入れざるを得ない、あるいは、薬剤による鎮静も受け入れるという思いがあるものの、長期の身体拘束によって、行動上の問題が変化したり、歩行が不安定になるなどして、ADLが低下しているケースもある。行動制限の最小化の努力は、強度行動障害の当事者においても同じく目指されるべきである。

6) 付き添いや個室対応について

支援者あるいは当事者家族が終日あるいは日中の付き添いが求められ、多大な負担となっている実情がある一方、診療を可能にしているもっとも大きな要因の一つともなっている。家政婦などが利用されているケースもあるが、日頃からの支援状況を知っている支援者と同様の動きが出来ているかは定かではない。福祉職員のマンパワー面でも何らかのインセンティブが求められる。

障害福祉サービスにおいては、通院時の付き添いについて居宅介護に「通院等介助」という類型が

設定されているところだが、強度行動障害へ特化したサービスではなく、そもそも全国的に活用されているとは言いがたい状況にある。また、強度行動障害に特化した外出支援としては「行動援護」というサービスがあり、これを通院時の付き添いで活用することも不可能ではないが、従業者の養成が進んでおらず、同じく全国的に活用されているとは言いがたい。さらに、入院時の付き添いに関しては「重度訪問介護」という長時間派遣可能なヘルパーサービスがあり、これを入院中も利用することが可能となっている。ただし、入院時の付き添いだけを目的とした利用は認められておらず、強度行動障害者の利用も進んでいない状況にあることから、既存サービスを利用しやすくする運用面の改善も期待される。

外来受診では、個室で待機させ、待ち時間をなくすること、入院診療でも個室対応が不可欠である。個室料が患者負担になっているケースと、患者に負担せず、病院経営上はマイナスになっている場合もあると思われる。病院が個室を準備している場合に、経済的なインセンティブが求められる。

7) 多職種連携と地域連携

入院以前の情報収集、地域との調整などを行う上で、精神保健福祉士や医療ソーシャルワーカー、その他のコメディカルスタッフが地域との調整に入ることは有意義である。地域と医療者が同席するカンファレンスが必ずしも実施されていないほか、コミュニケーション支援もほとんど活用されていない実態があり、地域との連携のあり方について一定の手順を示し、診療報酬の要件とするなどのインセンティブが求められる。

8) 近接性の高い医療への評価

強度行動障害のある当事者は、外出がままならない。病院に入れないといったケースも少なくない。訪問診療やオンライン診療など、在宅で受けられる医療的ケアの評価も大切であると思われる。

9) 医療関係者の強度行動障害に対する知識の普及と判断の裁量

事前情報が十分にない場合、あるいは、あつたとしても何らかの対応が必要な状況であると判断された場合には、当事者の様子に気づいた医療スタッフが、強度行動障害に対する知識を踏まえて、個室を準備するなどの機転をきかせた対応が求められる。その判断が、医師の診察を踏まえ

て、でなければ動けない、ということでは不十分である。多職種が強度行動障害に対する一通りの知識を有して、一定の裁量を与えられる必要がある。

E. 結語

強度行動障害を有する当事者の一般身体医療受診を進めるためには、

- 1) 強度行動障害のかかりつけ医としての継続的診療や専門性に一定の評価が必要であること、
- 2) 医師、看護師、精神保健福祉士または医療ソーシャルワーカーが研修の受講等によって強度行動障害の特性と対応についての知識を持ち
- 2) その者が強度行動障害者の一般身体医療受診や入院に先立っての福祉関係者や家族からの情報収集、院内調整を行い、個室等のアメニティも準備し、
- 3) 入院時及び退院時の医療福祉同席のカンファレンスを開催した場合に一定のインセンティブを付与する必要があるとおもわれる。

他方、福祉関係者や家族の同伴受診や入院時の同伴が有効に作用しているが、負荷も大きい実情を踏まえ、それらのマンパワーの補助（付添婦の活用など）なども検討を要する。

F. 参考文献

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働省 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

**強度行動障害といわれる状態にある当事者の歯科を含む一般身体医療受診に関する調査
(医師歯科医師対象)**

岡田 俊 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的・発達障害研究部)

調査要旨

医師・歯科医師を対象として、強度行動障害を有する当事者の診療経験、そのなかで苦慮した点、有効であった工夫などに関する情報を得ることを目的としてアンケート調査を実施した。回答者は130名であり、そのうち歯科医師が最多であった。対象疾患をみると、脳神経内科/外科、眼科、歯科口腔外科、耳鼻咽喉科、消化器内科、呼吸器内科、皮膚科、整形外科、腎臓内科、泌尿器科、乳腺外科、産婦人科、循環器内科、心臓血管外科、内分泌内科、総合内科まで、急性期から慢性期治療、高度医療まで、強度行動障害のある当事者が一般身体医療ニーズを有していることが明らかになった。しかし、多動、安静保持の困難、奇声・大声、暴言・暴力、器物破損、異食、医療機材に触る、指示が伝わらない、採血や検査を実施できない、待てないなどの多様な困難に直面する。また、親きょうだいや支援者の同伴を要するなど、家族負担も大きいことも明らかになった。入院診療においては、一般病棟を利用して精神科が併診しているケースは2割に留まり、一般身体科のみあるいは精神科病棟を利用して一般身体医療が実施されており、行動制限の実施も9割を超えていた。外来や入院診療に役立った工夫としては、視覚的な説明、タイマー、手順書、スケジュールの活用などの障害特性を踏まえた支援、家族や支援者の同伴や付き添い、入院期間の短縮、事前に当事者の情報をておくことがあげられた。しかし、カンファレンスの実施やケースワーカーの関与は少数に留まっており、一般身体医療受診を拡充するためには、医療と福祉の連携に対するインセンティブが求められると考えられた。

A.はじめに

強度行動障害を有する当事者が疾患の予防や治療のために、精神科医療以外の一般身体医療を必要とすることはしばしばあるが、行動上の課題のためにスムーズに治療を受けることができないことが懸念される。しかし、強度行動障害者の一般医療受診の実態を明らかにする資料はなく、また、対応された事例のなかには参考となる好事例が存在すると思われる。本事業では、医師・歯科医師、当事者家族、福祉関係者のそれぞれに対して調査を実施し、強度行動障害を有する当事者の一般身体医療の実態を把握するとともに、好事例を集積することで、強度行動障害の当事者の一般身体医療の拡大することに資する情報を得ることを目的とした。本調査では、医師、歯科医師を対象として実態調査の結果を報告する。

なお、本調査における強度行動障害は、行動障害児（者）研究会（1989）に基づき、

○精神的な診断として定義される群とは異なり、直接的他害（噛み付き、頭突き等）や、間接的他害（睡眠の乱れ、同一性の保持等）、自傷行為等が通常では考えられない頻度と形式で出現し、その養育環境では著しく処遇の困難なものであり、行動的に定義される群
○家庭にあって通常の育て方をし、かなりの養育努力があつても著しい処遇困難が持続している状態とした。

B.調査目的

医師・歯科医師を対象として、強度行動障害を有する当事者の診療経験、そのなかで苦慮した点、有効であった工夫などに関する情報を得ることを目的とする。

C.アンケート調査

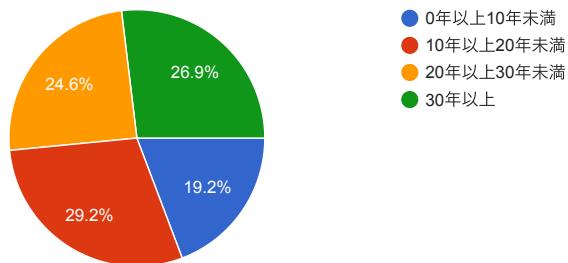
Google フォームを用いて、医師、歯科医師を対象とした無記名のアンケート調査を実施した。調査期間は令和6年2月から3月までとした。

D. 結果

医師・歯科医師130名より回答を得た。

<回答者の属性>

診療経験年数は、0年以上10年未満(19.2%)、10年以上20年未満(29.2%)、20年以上30年未満(24.6%)、30年以上(26.9%)であり、概ね均等であった。



主として診療している診療科は、歯科医が86.9%と圧倒的に多く、精神科（主として精神科であるが、他の診療科としても診療しているという意味であると思われる）が5.4%、小児科4.6%、内科1.5%、耳鼻科、眼科が0.8%であり、歯科医師の回答が最多であった。

<診療内容>

脳神経：てんかん20%、脳出血5.5%、脳梗塞6.4%、水頭症9.1%、脳腫瘍7.3%、神経鞘腫2.7%、眼球破裂1.8%、
眼：外傷性白内障0.9%、老人性白内障2.7%、網膜剥離0.9%、緑内障2.7%、眼球破裂1.8%、糖尿病性網膜症1.8%
歯・顎：歯折41.8%、歯脱臼36.4%、自己抜歯20.9%、齶歯74.5%、歯肉炎67.3%、歯槽膿漏48.2%、義歯作成28.2%、顎関節脱臼13.6%、歯科検診60.9%、舌がん5.5%、口腔内出血29.1%
消化器：胃潰瘍0.9%、ウイルス性肝炎0%、氏脂肪肝1.8%、消化器内異物1.8%、イレウス6.4%、巨大結腸症0.9%、偽性腸閉塞1.8%、寄生虫感染症0%、誤嚥性肺炎6.4%、

呼吸器：肺がん1.8%、気管支炎・肺炎7.3%
皮膚：裂傷5.5%、打撲4.5%、熱傷0.9%、白線1.8%、疣状0.9%、せつ・よう0.9%、蜂窩織炎4.5%、皮膚潰瘍5.5%、帶状疱疹2.7%
骨：頸椎症1.8%、頸椎ヘルニア2.7%、圧迫骨折1.8%、脱臼2.7%

内分泌：糖尿病6.4%、脂質異常症4.5%、高尿酸血症4.5%、甲状腺機能異常4.5%、低身長2.7%、思春期早発症1.8%

腎・泌尿器：腎機能障害・腎不全（透析を含む）1.8%、腎結石0%、腎がん・膀胱がん・尿管がん0%、前立腺がん1.8%、前立腺肥大1.8%、尿閉2.7%、膀胱炎2.7%

乳腺：乳腺炎0.9%、乳がん1.8%

女性：卵巣がん0.9%、子宮がん1.8%、妊娠1.8%、月経異常1.8%

耳鼻咽喉：鼻炎3.6%、副鼻腔炎4.5%、頭頸部腫瘍0%、眩晕1.8%、耳垢0.9%

心血管：狭心症・心筋梗塞1.8%、不整脈1.8%、低血圧・高血圧4.5%

全身状態：低体温3.6%、水中毒・電解質異常3.6%、脱水5.5%、るいそう4.5%

処置：胃瘻造設4.5%、術中鎮静管理2.7%

その他：4.5%

外来診療について

<外来治療に苦慮した点>

多動(88.9%)

奇声・大声(78.7%)

暴言・暴力(58.3%)

器物破損(39.8%)

異食(20.4%)

医療機材に触る(53.7%)

指示が伝わらない(83.3%)

採血や検査を実施できない(40.7%)

待てない(58.3%)

代諾者から治療への同意を得ることに苦労した(13%)

他部署に人員の応援を要請しなければならなかつた(23.1%)

その他：治療に満足しない、歯科治療中にかみつかれた、診療予約が体調によりたびたび変更になる、処置後の自傷・他害

<外来診療への同伴者>

当事者の親(96.3%)

当事者のきょうだい(28.4%)

当事者の子ども(10.1%)

当事者の支援者(66.9%)

その他：児童精神科の医師、病棟看護師、当事者の祖父母

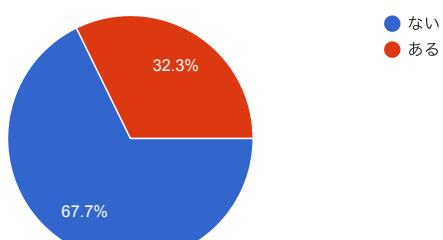
<外来診療に役だった取り組み>

事前に当事者についての情報を得ていたこと(71.6%)

外来診察に家族が同伴したこと (84.4%)
 外来診察に支援者が同伴したこと (58.7%)
 外来診療時に当事者が落ち着くための持ち物を持参させたこと (54.1%)
 外来診療前に別室や落ち着く場所で待機させたこと (43.1%)
 医療処置について写真などを用いて事前に説明したこと (50.5%)
 タイマーなどを用いて見通しがつくようにしたこと (40.4%)
 手順書やスケジュールを用いたこと (45%)
 その他：複数回のプレパレーション、数を数える、待ち時間なくす、診察室に限らない車中などでの診察、泣く患者と重ならないようにする、治療薬を服薬させて来院させる、麻酔、本人の様子を写真に撮って説明した
 <外来診療を受け入れたことで、その後の強度行動障害児・者の受け入れへの影響>
 今後の受け入れは難しいということになった (7.3%)
 院内で体制を構築し受け入れることとなった (16.5%)
 その後も受け入れを続けている (86.2%)
 支援者の同伴などをお願いすることとした (27.5%)

入院診療について

<入院診療の受け入れ>
 ある (32.3%)、なし (67.7%)

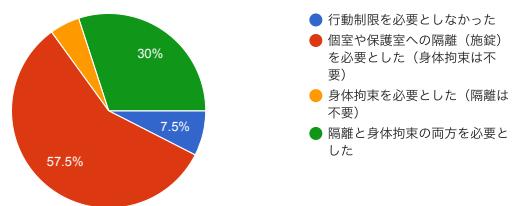


<入院診療の受け入れ先>
 一般身体科に入院した（精神科の対診なし） 60%
 一般身体科に入院し、精神科と併診した 20%
 精神科に入院し、身体医療を行った 42.5%
 その他：専門病棟、重症心身障害者病棟、準集中治療室

<行動制限の実施>

隔離と身体拘束の両方を必要とした 30%
 個室や保護室への隔離（施錠）を必要とした（身体拘束不要） 57.5%
 身体拘束を必要とした（隔離不要） 5%

行動制限を必要としなかった 7.5%



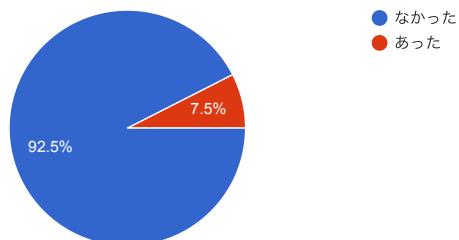
<入院治療において苦慮した点>

多動 (87.5%)
 奇声・大声 (72.5%)
 暴言・暴力 (52.5%)
 器物破損 (42.5%)
 異食 (22.5%)
 医療機材に触る (37.5%)
 指示が伝わらない (75%)
 採血や検査を実施できない (37.5%)
 待てない (50%)
 代諾者から治療への同意を得ることに苦労した (15%)
 他部署に人員の応援を要請しなければならなかつた (20%)

その他：安静を保てない（手術部位を触る）

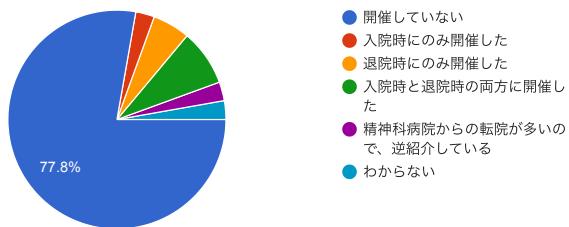
<入院中の付き添い>

当事者の親 (87.2%)
 当事者のきょうだい (20.5%)
 当事者の子ども (10.3%)
 当事者の支援者 (48.7%)
 なし、できない (10.4%)
 <入院中の福祉サービス事業所からのコミュニケーション支援>
 なし (92.5%)
 あり (7.5%)



<入院中の医療と福祉同席のカンファレンス>

開催していない (77%)
 入院時のみ開催 (2.8%)
 退院時にのみ開催 (5.6%)
 入院時と退院時の両方に開催 (8.3%)
 不明、その他 (5.6%)



<入院医療で役立った工夫>

事前に当事者についての情報を得ていたこと
(84.2%)

入院に家族が付き添ったこと (76.3%)

入院に支援者が付き添ったこと (36.8%)

入院に当事者が落ち着くための持ち物を持参させたこと (55.3%)

検査を出来るだけ外来で実施し入院期間を短縮したこと (36.8%)

医療処置について写真などを用いて事前に説明したこと (31.5%)

タイマーなどを用いて見通しがつくようにしたこと (28.9%)

手順書やスケジュールを用いたこと (31.6%)

検査や処置の頻度を減らしたこと (26.3%)

その他：個室で対応、入院期間の短縮

<入院診療を受け入れたことで、その後の強度行動障害児・者の受け入れへの影響>

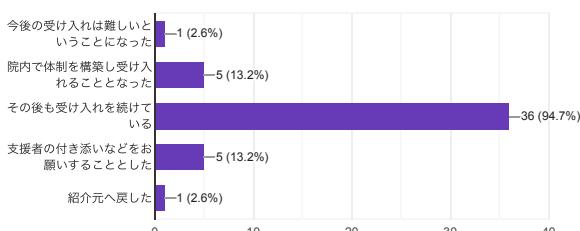
今後の受け入れは難しいということになった (2.6%)

院内で体制を構築し受け入れることとなった (13.2%)

その後も受け入れを続けている (94.7%)

支援者の同伴などをお願いすることとした (13.2%)

その他：紹介元へ戻した



<ケースワーカーの関与>

ケースワーカーは関与しなかった (68.4%)

ケースワーカーが病院間の調整を行った (13.2%)

ケースワーカーが家族との調整を行った (10.5%)

ケースワーカーが地域の支援者との調整を行った (18.4%)

ケースワーカーが地域とのカンファレンスを招集した (7.9%)

その他：児童指導員が調整、わからない、精神科への入院にケースワーカーが関与

<強度行動障害児・者の外来治療や入院治療の受け入れを拡大していくうえで、何が必要か（自由記述）>

マンパワー

人員確保

人員の確保

人手

福祉が提唱する標準的な支援を医療でも共有する、医療から福祉・教育が求める診療情報フォーマットを作成・提供する、地域での実践的な支援者ネットワーク作り、各レベルの研修（基礎研修とより専門的な実践研修、事例やグループワークを含めたフォローアップ研修）、医学教育に強度行動障害医療の単元を取り入れる、診療報酬への更なる反映。

発達障害、視覚支援に関する知識や工夫を、ある程度当たり前にどの科でも用意したうえで、個別の対応を保護者や担当医等と事前に打合せして面倒でも対応していくこと。

環境整備と人員確保で更なる加算が必要

幼児～学童期において

適切な関わりを受けることができて整った気持ちのコンディションで生活できること。

それぞれの理解の段階に応じて『わかるように』正しく教えてもらえること。

他人からの指示が入りやすくなるように育つもらうことが大切で、（いろいろな反応をする）人の存在について意識することができる力を思春期までに育てることが大切です。2～遅くとも3歳には広くプライマリーではJASPER、必要性の高い児にはインリアル・アプローチを開始して、程度に応じて就学～小学校卒業までじっくりと療育訓練を受けることが大切と考えます。

①強度行動障害児・者加算等の設置②都道府県・市町村での受け入れ可能な二次医療機関の拡充③

強度行動障害児・者の受け入れのための研修会の拡充（医師だけではなく、コメディカルも含む）

歯科治療を実施するうえでは医科やケースワーカーとの連携は必要である

保険点数の加算を増やして欲しい

子供の正常発達を十分知ること。説明してもわからないと考えず、これから行うすべての行為について、毎回説明する努力を惜しまないこと。

可能な限り早い段階(幼児期)からのサポートが必要であり、重症化してからでは、処置が煩雑になり通院では困難な事がある

強度行動障害のみならず、自閉性障害や発達障害自体が一般医療で知られていないと考えています。現在当院では小生が研修に来る初期臨床研修医に強度行動障害を含む自閉症性障害のレクチャーを行っています。

総合病院等で、地域の連携医が共同治療医として外来検査や入院治療に参加する仕組みがあるようです。小生が受け持っている方が歯科治療に際し、開業の歯科の先生が総合病院歯科と連携して治療に取り組まれる予定があります。

保護者、家族だけでなく、施設職員や学校教職員などと意見や診療に対する方向性を統一すること多職種の連携、強度行動障害への一定した対応のノウハウの蓄積

強度行動障害児者についての知識、対処法を知ること。存在を周知して、周囲が少しでも環境を整えることが必要だと思います。

早期からの関わり

異業種との連携

保護者施設の協力、十分なスタッフの確保

本人のことがわかる方が必ずいること、事前に本人の情報をしっかりと伝えて貰うこと、そしてお互いに決して危険な状態にはしないことかと思います

身体科の強度行動障害への理解・支援の促進。

診療時間

医療機関、医療関係者の理解、待ち時間の配慮、事前の準備、環境調整、視覚支援、医師の技術、診療報酬＊予防接種や健康診断においても同様の配慮が必要だと思います。

外来診療において鎮静などをかけないと診療が困難なためスペシャルニーズ診療科に紹介が優先になります。歯科領域においての科目にて上記の方の対応への勉強が不足しており、病院内のスタッフへの講習会実施が必要。また認知向上をはかるようディスカッションなどを歯科の学会にとりあげる（学会主催者の意識にもよります）なども必要かと思います。

今後の学生に対する教育も必要と思われます。

誰が代諾者になるのかの事前の確認

支援者側のマンパワーと時間的（収入的）ゆとりが大事だと思います。

コメディカルの充実

付添入院許可。安全のための病棟作り。

まずは、医療側の理解が大きいと思われます。配慮によりうまくいくケースも多いからです。そのためには、研修が必要であると考えられます。医療と福祉と家族の連携も重要です。人手と時間を確保するための財源ならびに、連携や配慮に対して診療報酬上の手当も必要です。さらに配慮や安全確保のためのガイドラインがあればよいと考えます。

外来受診時

時間に余裕のある時間帯に来院いただく

待ち時間が少なくなるように検査を別日に行うなど工夫する

第三次医療機関で歯科治療を受け入れてくれる施設を増やしていただく。

医療者の理解と体制の構築

薬物的行動療法

保険における加算などの評価

スタッフの患者に対する理解や、薬剤を用いた行動調整法のスキルを有する人材の確保

医療者のマンパワー

医療制度の整備

まず、強度行動障害という状態に関する知識を広め、一般の診療所の役割を認識していかなければならない。

疾患の理解

精神科との連携と環境の整備

情報

精神科医などが常駐、もしくは直ぐ連携がとれる状態

知識とスタッフの協力など。

介助者の人数が必要だと思います。

強度行動障害児者についての啓蒙。普段の診療でその人に強度行動障害があるかどうか意識していませんでした。主に歯科訪問診療にて高齢者を拝見しており、他害の有無は確認していましたが、生育課程にまではあまり注意をはらえていませんでした。

若手医師、歯科医師への研修会や勉強会

充分な人員

対応方法を共有し知識のある職員を増やすこと、鎮静法などの薬物的管理が出来る環境を作ること

障害に対する理解。入院管理上の現実問題はあると思うが、なんでも精神科入院というのは違うと思う。

日常の状態や、医療に対する許容範囲の、情報提供や共有と、歯科に関しては、問題発生前からの予防的定期受診の推進と、市井の医院と高次医療機関との連携やバックアップ体制。

障害者の行動管理技法、実際をより広く啓発すべきではないでしょうか。

システム構築

患児の特性やその保護者の心理を受け止めて理解できるような人材の育成

人員の確保が何よりも重要だと思います。

入院でも外来でも、常に見守りが必要となるため、家族以外の複数の支援者の付き添いが必要であると思います。

社会的制度と対応出来る医療機関への支援

家族や支援者から、事前の生活背景とう情報収集
スタッフの教育、家族及び支援者の理解、支援、
福祉の知識がある方の積極的な介入

医院として受け入れる体制づくり

診療にあたる上で必要な知識、設備、やそのレク
チャー

人員

主治医との連携

保護者、支援者への口腔保健センター等全身管理
下での治療ができる医療機関の事前周知

強度行動障害患者の身体科治療を、精神科病棟に
医療保護入院をさせて行動制限を行うことに法的
妥当性があるのか懸念を持ちながら治療してい
る。国として明確な指針があることが望ましい。

地域医療連携 歯科麻酔医の活躍

人員 行政介入 診療報酬の増加

強度行動障害に関する知識と技術

強度行動障害の方の特性とその対処について説明
を行い、受け入れてもらえるための時間的余裕が
必要と思う

場所に慣れることや信頼関係の構築に複数回の通
院が必要だが、その診療やトレーニング時の診療
報酬が請求できないので、何かしら補助して欲し
い。

家族の環境の把握。患者さまの性格、嗜好、等あ
らゆる情報

大学での教育

日常生活の情報。

対応できる専用の診療室の設置

受け入れを行っていることを伝えること。

病院と診療所での事前情報等のやりとりを活発に
行うこと。

まず、家の外に出る事へのハードルがかなり高い
と考えられるので、病院にたどり着くための助け
になること、病院に着いた後にも個室が用意でき
ること（待合も、診療室も）専門スタッフを増やす
事が必要だと思います。

受け入れるための知識（スタッフ全体）

隔離された待合や診療室、専属のスタッフ

地域連携、地域の受け入れ先

病棟スタッフ教育（応用行動分析など）

幼少期は治療への恐怖心が強くておこす行動かそ
ういった疾患によるものかは専門医でないと判断
しにくいので、一般の先生たちへの講習会などの
情報提供の場が必要かと思います

強度行動障害児の家庭は、ひとり親家庭など多く、家庭の事情で来院が途絶えがちになるので、
支援者のサポートが必要だと思いました。

かなりのマンパワーと鎮静のための麻酔薬の使用
の必要性があります。外来でのプラスアルファでの
診療加算が必要だと考えます。

専門医の配置。受け入れを考慮した施設の設備。

スタッフの訓練。

専門職からのレクチャー

家族の支援、マンパワー

患者に対する知識を親や支援者から事前に得るこ
と。例えば、言ってはいけない言葉とか、触って
はいけない部位などは予め把握しておく必要があ
ると思う

心構えと忍耐力

外来受診が難しくなった方の訪問診療を増やし
て、在宅でのトレーニングから行う。

院内スタッフ全員と、他の来院患者の理解が必
要。

診療スタッフの理解

そのような方たちの知識を増やし、理解できるも
のを増やすこと。全身麻酔が可能な施設を増やす
こと。

障害に対する理解

強度行動障害児・者の治療・入院に関わるスタッ
フが障害に対する理解を深め、行動調整とその必
要性について理解することが必要と考えます。また、医療従事者と患者家族、支援者、さらに多職
種スタッフ間の連携も重要と考えます。

患者さんの行動の特徴や、受け入れシステムやリスク、保険点数など、分からぬことが多い多すぎて敷居が高いです。

どれくらい需要があるのかなども含めて情報提供があれば取り組みの発端になる気がします。

十分な設備。診療時間を融通できるか。

専門的知識、スタッフ

受け入れ可能なクリニックのリストがあるとよいのではないか?

どのような行動障害があるのかをあらかじめ医師・歯科医師に報告されるとそれに対する対応がしやすいと思う。

2040年には団塊の世代ジュニアの人口ボリューム層が一番となり、今以上に医療従事者のニードが増えしていくため、時流に乗った診療を心掛けていくことが必要である。

全身麻酔や診察、診断に必要な開業医向けのマニュアル

理解と人手

人手。治療を行う際も、検査を行う際も抑制を要することが多く、そのための人員が必要。

また、治療後に他の患者に暴力を振るう患者もいるため、待合室にも監視のための人員が必要。

また、指示が伝わらないこともあり、一人にかける時間が多くのかかる。

保護者からの強度行動障害に関する情報提供（歯科だと初診時の問診ではASDや知的障害としか言わず、隠したがる保護者も少なからずいる為）
入所施設単位等集団での定期健康診断やかかりつけ医科・歯科での定期予防検診の拡充。

時間、人員、設備

保護者や協力者との情報のやり取りと連携

療育の進みや普段の生活に関する情報を共有すること

術者のみではなくて、周囲のスタッフの理解向上及び世間一般への情報提供

強度行動障害児・者を専門とした医療施設と医療スタッフ

十分な医療機関の連携

スタッフの理解と覚悟

受け入れ施設の周知

根気よく脱感作や体験をかさね、絵カード、スタッフ教育を充実させていく。歯科では、定期健診をこまめににし、疾患を作らない予防にシフトしていけば、第一次医療機関でも、可能。

マンパワー

家族や施設、ケースワーカーの支援や、病棟の体制を整えること

多職種連携

障がい者歯科診療所の存在と協力歯科医師対応出きるような体制、コデンタルスタッフの知識

診療報酬

医療従事者の確保と金銭面を含めた行政のバックアップ

スタッフを含む診療提供体制の構築

周囲の理解や知識、設備

障害児・者に接する機会がなく、対応の仕方がわからないため診療できないと判断される歯科医師の先生方が多いと思われます。各地域の歯科医療センターや、三次医療機関にて障害者診療に触れる機会を作ることが偏見や先入観を取り払えることにつながると考えます。

経験の蓄積とチームワーク

①二次医療機関の充実化

②その為の行政の協力

③大学内講座の拡大

一次医療機関での対応は非常に困難な状況です。特に歯科医療では大変難しく、治療難民となりつづります。”

わからない

人員の確保

その他：複数回のプレパレーション、数を数える、待ち時間なくす、診察室に限らない車中などでの診察、泣く患者と重ならないようにする、治療薬を服薬させて来院させる、麻酔、本人の様子を写真に撮って説明した

E. 考察

今回の調査では、歯科医師が多かったものの、130名の医師・歯科医師から回答を得ることができ、これまでに最大規模で一般身体科医療の現状を評価することが出来たと思われる。対象疾患をみると、脳神経内科/外科、眼科、歯科口腔外科、耳鼻咽喉科、消化器内科、呼吸器内科、皮膚科、整形外科、腎臓内科、泌尿器科、乳腺外科、産婦人科、循環器内科、心臓血管外科、内分泌内科、総合内科まで、急性期から慢性期治療、高度医療まで、強度行動障害のある当事者が一般身体医療ニーズを有していることが明らかになった。

しかし、一般身体医療の外来においては、多動、安静保持の困難、奇声・大声、暴言・暴力、器物破損、

異食、医療機材に触る、指示が伝わらない、採血や検査を実施できない、待てないなどの多様な困難に直面する。また、親きょうだいや支援者の同伴を要するなど、家族負担も大きい。しかし、その後も、外来診療を継続して受け入れているケースが 86.2%にも及び、院内での体制の強化や支援者の同伴のもとに診療を継続するなど、医療機関側が前向きな受け入れを行っている。

他方、入院診療においては、32.3%が入院を経験していたが、そのうち精神科の対診なく一般身体科で治療していたのが 60%であった。このなかには精神科がない施設が多かったのではないかと思われる。実際、一般精神科に入院し、精神科が併進したケースは 2割に留まり、精神科に入院し一般身体医療をおこなったケースは 4割を越える。つまり、精神科のない施設では一般身体科で対応せざるを得ないが、精神科がある場合には、精神科病棟を利用するケースが多くなるのではないかと思われる。入院病棟とも関連しうるのが隔離や身体拘束の状況である。行動制限を必要としなかったのは 7.5%に留まり、隔離が 87.5%、身体拘束が 35%となっている。入院病棟と比べると、ここには精神保健福祉法外の個室利用や点滴実施時の身体固定などを含むと考えられるが、いずれにせよ、行動制限が可能なハードを必要としている現状がある。入院治療における困難は、多動、奇声・大声、暴言・暴力、器物破損、異食、医療機材に触る、指示が伝わらない、採血や検査を実施できない、待てないといったことで、外来診療とほとんど同じであり、当事者の親きょうだいや支援者が付き添っている点も類似している。その後もほとんどが入院の受け入れを継続している。

外来診療においては、強度行動障害の受け入れの工夫として、事前に当事者についての情報を得ていたこと。家族や支援者の同伴、当事者が落ち着くための持ち物を持参させたこと、外来診療前に別室や落ち着く場所で待機させたこと、医療処置について写真などを用いて事前に説明したこと、タイマーなどを用いて見通しがつくようにしたことなどがあげられている。入院診療においても、同様の取り組みに加え、検査を出来るだけ外来で実施し入院期間を短縮したこと。手順書やスケジュールを用いたこと、検査や処置の頻度を減らしたこと等があげられている。これらは通常実施されている強度行動障害の支援が医療の場においても活用であることとともに障害特性を踏まえた、待合、医療処置等の工夫が有用であるかを示してい

るといえ、医療者と支援者とのコミュニケーションが以下に大切であるかを示しているといえよう。

しかしながら、医療と福祉の連携は、ケースワーカー等が間に入ってコーディネートされ手いる例は少数に留まっているようである。カンファレンスの開催も 77%が実施されず、とのことであり、ケースワーカーが関与しなかった例も 68.4%におよぶ。強度行動障害の患者の外来、入院での受け入れには様々な課題があったとしても、それは医療の現場で解決すべき問題とされ、直接に家族や支援者から医療者が情報を得ており、そのため医療機関と福祉が連携するというところには至っていないと思われ、この点に現状を改善する糸口があるようと思われる。

厚生労働省 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

強度行動障害といわれる状態にある当事者の歯科を含む一般身体医療受診に関する調査
(福祉関係者対象)

岡田 俊 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的・発達障害研究部)

調査要旨

当事者の支援に関わる福祉関係者 441 名から回答を得た。支援経験年数が 10 年を超える回答者が多く障害者支援施設や生活介護通所事業所、共同生活援助に携わる支援者が多かった。福祉施設のうち、法人の診療所機能を有するという回答は 15.5% と少数であった。少数ながらも診療所機能を有する法人では、内科、精神科、歯科のみならず、眼科、皮膚科、整形外科、脳神経内科、小児科など、多様な診療かを備えており、そこで実施される検査も血液検査、尿検査、心電図、脳波、胸部X線、便潜血のみならず、超音波検査、胃透視、骨密度、CT、上部消化管内視鏡、MR I、下部消化管内視鏡などまで実施できており、診療所機能を有する法人と、有しない法人では、自施設内で対応可能な範囲が大きく異なる。また、診療所機能を有する法人では、当事者は医療処置や検査の実施に日頃から慣れており、その点でも状況は異なると考えられる。

外部受診時の困難は、診察、検査、処置の拒否だけではなく、医療関係者への暴力、医療機器の破壊、他の患者への迷惑など多岐にわたり、普段の生活状況とは異なる環境下で、強度行動障害の当事者への対応に慣れない医療者の対応では、対応が困難な状況が見て取れる。実際に、4割以上の福祉関係者が今後の診療を断られたという経験をしている。入院治療においては、入院受け入れ先が決まらないという体験を 56.5% が経験しており、実際に入院をあきらめているケースもあるようである。しかしながら、その受診理由は、肺炎などの感染症、頸椎損傷、骨折、白内障、癌、水中毒、交通事故、脱腸、腎不全、虫垂炎、腸捻転、イレウスなどであり、決して放置できない疾患が並ぶ。必要な医療が、当たり前に受けられない危険性と隣り合わせにある当事者の現状を示していると思われる。

入院の付き添いは、6割以上で求められており、施設の職員や家族などが対応している。家政婦、付添婦の派遣を利用しているケースもある。付き添いの負担が大きい一方、コロナ禍や病棟管理上の事情から付き添いが出来ない、あるいは、複数名が付き添えないことが悩みともなっており、柔軟な対応を可能にする枠組みが求められる。

外来受診においては、待ち時間をなくしたり、個室を準備すること、入院においても個室を準備したり、待たせるための持ち物を持たせること、手順書やスケジュールを持参させるなどの工夫が行われている。

行動制限については、精神科病棟のみならず一般病棟においても行われており、退院後の ADL 低下とも関連している。外部医療機関での入院医療を可能にするためには、不可欠であることも十分に理解しつつも、当事者の負担のみならず、合併症や退院後の ADL の面からも最小化が求められる。

福祉関係者の自由記述では、医療関係者の理解が十分でないことと、一方、当事者の医療について後ろ向きであったり、人権を配慮していないのではないかという不信も垣間見える。また、専門病棟や多様な診療科を有する専門病院への期待も高い。これらに対して何らかのインセンティブや体制確保が検討される必要がある。

A. はじめに

強度行動障害を有する当事者が疾患の予防や治療のために、精神科医療以外の一般身体科医療を

必要とすることはしばしばあるが、行動上の課題のためにスムーズに治療を受けることができないことが懸念される。しかし、強度行動障害者の一

般医療受診の実態を明らかにする資料はなく、また、対応された事例の中には参考となる好事例が存在すると思われる。本事業では、医師・歯科医師、当事者家族、福祉関係者のそれぞれに対して調査を実施し、強度行動障害を有する当事者の一般身体医療の実態を把握するとともに、好事例を集積することで、強度行動障害の当事者の一般身体医療の拡大することに資する情報を得ることを目的とした。本調査では、福祉関係者を対象とした実態調査の結果を報告する。

なお、本調査における強度行動障害は、行動障害児（者）研究会（1989）に基づき、
○精神的な診断として定義される群とは異なり、直接的他害（噛み付き、頭突き等）や、間接的他害（睡眠の乱れ、同一性の保持等）、自傷行為等が通常では考えられない頻度と形式で出現し、その養育環境では著しく処遇の困難なものであり、行動的に定義される群
○家庭にあって通常の育て方をし、かなりの養育努力があつても著しい処遇困難が持続している状態とした。

B. 調査目的

強度行動障害のある当事者を支援する福祉関係者を対象として、各施設における強度行動障害の身体医療に対するニードと対応状況、外部受診における困難や有効な工夫、入院医療における困難や有効な工夫などに関する情報を得ることを目的とする。

C. アンケート調査

Google フォームを用いて、福祉関係者を対象とした無記名のアンケート調査を実施した。調査期間は令和6年2月から3月までとした。

D. 結果

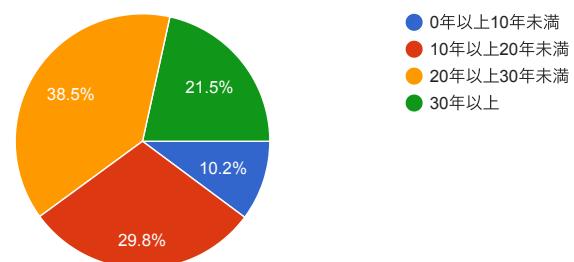
当事者家族 414 名より回答を得た。

<回答者の属性>

回答者の支援経験年数は、30 年以上が 20.5%、20 年以上 30 年未満が 38.6%、10 年以上 20 年未満が 29.7%、0 年以上 10 年未満が 10.1% であった。

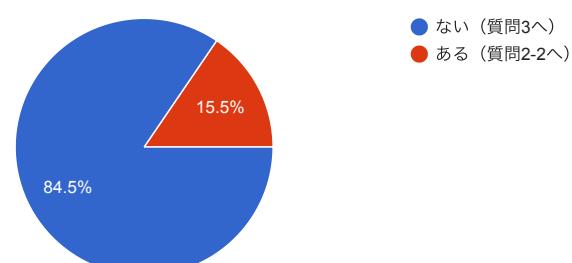
回答者の勤務先は、障害者支援施設が 59.9% であり、生活介護通所事業所 29.2%、共同生活援助 12.6%、就労継続支援事業所 12.3%、児童入所施

設 7.7%、放課後等デイサービス 4.8%、児童発達支援 3.8%、行動援護・重度訪問看護事業所 2.4%、地域生活支援センター 1.9%、居宅介護・同行援助事業所 1.2%、相談支援事業所 1.4%、療養介護 0.7%、短期入所 0.7%、発達障害者支援センター 0.9%、その他として、指定特定相談支援、救護施設、就労移行・就労定着、地域生活支援事業、緊急保護事業、共生型デイサービス、計画相談などであった。

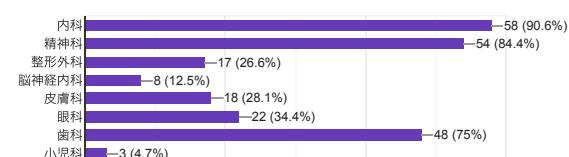


<福祉施設の診療機能>

勤務している法人に附属している診療機能は、あると答えた回答者は 15.5% に留まり、84.5% はがないと回答した。

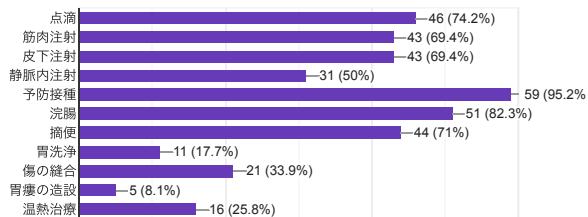


あると回答した場合に設置されている診療科としては、内科 90.6%、精神科 84.4%、歯科 75%、眼科 34.4%、皮膚科 28.1%、整形外科 26.6%、脳神経内科 12.5%、小児科 4.7%、その他として耳鼻咽喉科、脳神経外科、泌尿器科、外科であった。



可能な検査内容は、血液検査 84.7%、尿検査 77.4%、心電図 74.2%、脳波 67.7%、胸部X線 62.9%、便潜血 48.4%、超音波検査 38.7%、胃透視 35.5%、骨密度 30.6%、CT 27.4%、上部消化管内視鏡 17.7%、MR I 17.7%、下部消化管内視鏡 16.1%、その他（歯科レントゲン、腫瘍マーカー、聴力検査など）であった。

可能な医療処置は、予防接種 96.8%、浣腸 82.3%、点滴 74.2%、摘便 71%、筋肉注射 69.4%、皮下注射 69.4%、静脈内注射 50%、縫合 33.9%、温熱治療 25.8%、胃洗浄 17.7%、胃瘻造設 8.1%、歯石除去 1.6%であった。

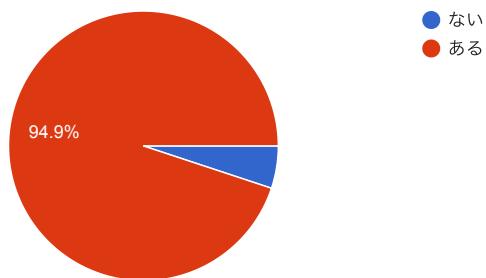


<福祉施設内の専門職>

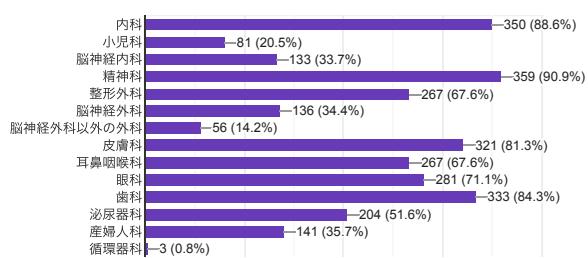
社会福祉士 88.6%、精神保健福祉士 57.5%、作業療法士 28.5%、臨床心理士・公認心理師 27.1%、理学療法士 21.5%、医師 17.1%、児童福祉司 11.1%、介護福祉士 9.2%、看護師 4.8%、保育士 2.9%、その他（言語聴覚士、管理栄養士、音楽療法士、幼稚園教諭など）であった。

<外部受診>

外部への医療機関の受診は 94.9%があり、5.1%がないとのことであった。

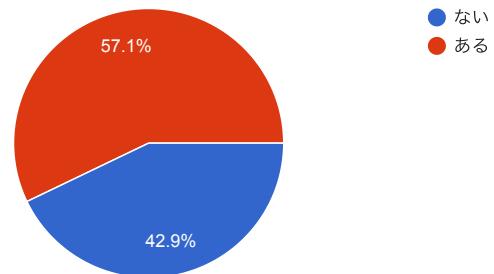


外部受診する医療機関は精神科 90.9%、内科 88.6%、歯科 84.3%、皮膚科 81.3%、眼科 71.2%、耳鼻咽喉科 67.7%、整形外科 67.7%、泌尿器科 51.5%、産婦人科 35.9%、脳神経外科 34.3%、脳神経内科 33.6%、小児科 20.5%、外科 14.1%、循環器科 0.8%、その他（総合診療科など）

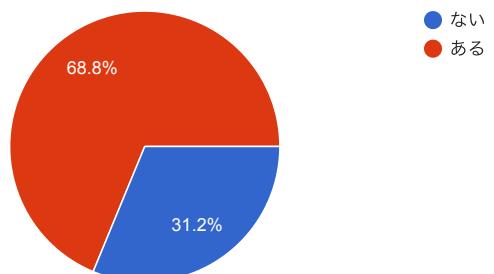


<外部受診時の困難>

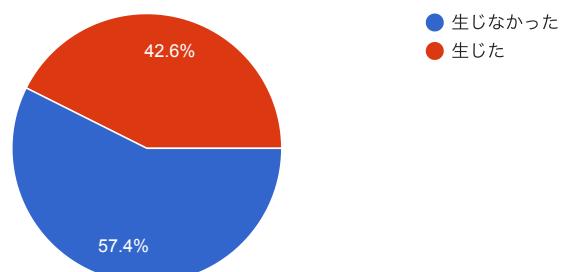
外部受診時に受け入れの困難を伝えられたことのある福祉関係者は 57%、ないは 43%であった。



外部受診時に診療が支障がある事態二丁面したのは 66.8%（ないは 31.2%）であり、具体的には以下のようない事態があった。



その結果、今後の診療を断られたという経験を 42.6%の福祉関係者が経験している。



CT の機械の上部に乗ってしまう
歯医者の診察台で暴れるので歯科衛生士さんと身体を支える
耳鼻咽喉科や内科で検査をする際に顔を動かすので動かないように支援を要した
見通しがつかない待機時間や、待合室で気になるものが多く、設備や他患者の私物を気にする。
要求が満たされないと大声や他害（スタッフへの）することがあった。
医師、看護師の髪の毛を掴む、叩く、暴れる、奇声を発する。

破損行為 大声

パニックになり、他害（つかみかかる、頭突き、爪たて等）や自傷（床や壁に頭打ち、自分の頭を叩く等）をして泣き叫ぶ、動き回る等の行動があり、院内にいることが不可能になる。

特に歯科や耳鼻科等で麻酔を使用しても診察ができないといったケースがある。

耳鼻科では、診察時間外に10人くらいの病院スタッフが集められて本人を抑え込むといった方法をとられたこともあった。

医療者に他害をする 検査ができない

暴れて検査が出来なかつた

長時間の待ち時間が待てない、診療内容の見通しが持てず混乱し暴れる

暴れる 座れない 入れない レントゲンなどでじっとしてられない MRIがとれない

診察中パニックになり、治療を受けることができなかつた。

力の調節の困難等の背景があり、診療台に勢いよく座ってしまい台が折れた

医療行為をDr.が行おうとする際に、暴れて実施できなかつた。

処置中の医師、看護師を叩く

CTなど画像検査の拒否や診察室や病院自体に入れない。

入院中、スタッフが付き添わないと入院許可が出なかつた

利用者が検査等で動きが抑制できることで、検査ができないと伝えられる。

パニックにより診察を中止しました。

診察中暴れる、受診拒否 治療拒否

診察室へ入室できない、診察を受けることができない、処置を拒否する

診察前に暴れて受診拒否された

暴れる、待てない、暴言

医師への髪引き。

激しい拒否により暴れてしまい診療不可。

CTを撮るため麻酔をかけるも麻酔が効かず結局職員が一緒にCT室に入った。押さえながらCTを撮影、本来ならそのまま一日入院予定であったが帰って欲しいと言われて帰された。

歯科受診時、大声や床に座り込む、物投げや蹴るなどの他害行為。

髪の毛を束で抜く、手を引っ搔いて出血するなどの自傷行為。

診療行為に不安を感じ、大声、他害、自傷があり、受診できなかつた。

歯科受診の際に噛みつき 診察室や医療機関の建物へ入ることができない など

病院に入れない。待っていることができない。

待合室での待ち時間に、待ちきれず、見通しが持てなくなり、不安定になって他害に及ぶことがあつた

- ・こだわりや確認行動を病院の医師や看護師に強要した、また大きな声を上げて指示を出した。

- ・安静が必要な検査時、安静ができず走って逃げた。

- ・病院の中に入れず、そもそも受診ができなかつた。”

診察の拒否のため、診察室から出ていこうとするなど。

Dr.などの眼鏡への攻撃（物へのこだわりによりその場にじっとしていられない、かみつく、蹴る、体動による強い抵抗、待てない、言葉による拒否、寄声、暴言など）

病院到着時、車から下車できず付き添い職員に対しての他害あり

医師への他害や奇声等

静止できなく、動き回り拒否行動出たため診察室に入ると暴れる

診察が待てずに待合室で大声を出す、暴れる、診察拒否する、検査の際暴れる等

診察中に強いこだわりが出た為、入院設備のある病院を紹介された。

衝動行為

受診時の採血等の検査拒否のために脱走 強いこだわりにより看護師などを困らせた。

暴れて検査や治療ができなかつた。

診察をしている意思を叫いた。

暴力、失禁、放尿

拘りが強いことで必要な検査が受けられなかつた診察中に座っていられないでの、職員の口頭での状況説明のみとなつた、CT等の撮影ができない、入院を断られる、注射等の治療ができない患部固定が難しくて処置できない。採血やレントゲン撮影等の諸検査が出来ない。

検査ができずに暴れる、診察室に入れないなど診察室に入ろうとしない、他害行為、多動（CT撮れない）、診察室から出ようとする、採血時に暴れる、待合室で待てない、待合室で大きな声を出して他者へ迷惑をかける、服を脱ごうとする

診療拒否

突然の拒否や見通しの立たない治療、突然体を触るなどの際にパニックとなりました。

D r やN s に噛みついたり摘かみかかり医療器具の破損や興奮奇声や拒否行為をする。

医師の診療を滞らせる、看護師を叩く等

診察待ちに、利用者が急に興奮され、職員止められず、患者である子供を激しくたたいた。

不安で暴れて検査ができなかった。

縫合中の抜糸、点滴の抜去、放尿

診察が不快なため、医師を叩こうとしたり蹴ろうとした

・聴診器があてられない、そもそも診察室に入れない

・採血や予防接種など注射系

・待ち時間の過ごし（見通し）

・レントゲンやCTなど静止できない

実際にその利用者は強度行動障害として出てない

ですが、普段の様子からもつくのではないかなどと感じています。発達検査を受けに行った時に暴力的(ものを投げる、保護者を叩くなど)になり、検査不可となり精神科へ受診しているケースはあります。

医師及び看護師などへの暴力行為 診察室を飛び出す

診察室の物への拘りで置いてある場所から払い落とす。

奇声を発する。行動停止で診察室に入らない。採血ができない。

消防の非常ボタンを押す。医師や看護師に唾はき。失禁。失便。大声。奇声。

待合室での大声、飛び跳ねる、トイレ籠り、診察への強い拒否

大声、放尿、放便、強い拒否

触診している医師を叩いてしまった。

診察拒否（暴れる）

受診は受け入れてもらえて、検査等を実施できない。パニック等により。

待ち時間に待つことが難しく他傷行動や大きな声を出す、衣類を脱ぐ、部屋の中に入れない、近くの医療機器を倒そうとする、大声を出して医療従事者に対して引っ搔く、掴むなど。

自傷、他害、声出し

レントゲンやMRIなどの検査できない 虫歯などの治療も拒否が強くできない

医療機器を押し倒す。医師、看護師に対する暴力など。

大声、首や腕を振っての診察・治療拒否

診療待機時間に引率者に粗暴行為あり

診察待ちの間座って待てない、歩き回る、両手を強く叩く（自傷）、頭を叩く（自傷）、足を踏み鳴らして大きな音をたてる、職員の腕を強くつかむ（他害）

怖がって中断された。

暴力、院内で大声をあげ走り回り退出を指示される。

他害、大声、唾吐き、こだわりのあるものを見つけると立ち上がる。

激しく抵抗し、触診、レントゲンが撮れない大声をあげる。

治療拒否

3人以上で行動を制止し、全身麻酔で検査を行った。

恐怖で逃げ出す間に暴れ結果暴力に発展

診察中に飛び出し、大声を出しながら病院内を走り回る等の行動

裂傷縫合時に暴れて、なかなか縫えなかった

予防接種や採血時にパニック 飛び出し

強い拒否から暴力的になり医療機器を破壊する恐れがあった。

診察時、検査時の暴言・暴力 待合室での暴言・暴力

・マスクをしない ・椅子に座れず歩き回る
・唾液をいろんな所に付ける ・診察拒否 ・ポスターなどを破る ・大声 ・他の患者を触る
・待ち時間が苦手

診察中に医師、看護師に頭突きなど

点滴を抜く

安静が保てない

看護師への噛みつき、叩く、腕を抓る等の行為。

手を挙げる 噙みつこうとする

・骨折治療に関して装具を装着できずすぐに外してしまった。

・腹部手術後医師や看護師の指示が通らず動き回る。身体に付けている管を引き抜く。絶食 だったが水や食べ物を激しく要求する（医師の判断で摂取する）

①歯科で義歯作成が必要な状態だったが、本人がネットで固定していても動き型を取ることが出来なかつた。②眼科受診で本人が処置台に顔を乗せることが出来ず、同行していた看護師を引きずり

ながら強引に診察室から出てしまい診察が受けられなかつた。

医療機関に入れない、診療ができない

診察室で座っていられなくなり、立ち上がってしまふ。dr の手を払ってしまう。

機器への接触や破損・医師や看護師への他害・待ち時間が困難 等

診察台での強い拒否（体を動かす等）

検査の際に暴れてしまい、必要検査ができなかつた

待合所で暴れる 声を出す 他害 治療中じつとできない

医療職員に対しての暴力行為

ジャンピング、奇声

診察室から飛び出す

看護師や医師へ噛みつく

パニックになり、待合室などの他の患者さんからの非難の視線…

ご本人、不安定により、診察室及び院内の徘徊・拒否行動・他者への暴力行為が発生した。

診察中に興奮し破壊行為や他害行為をしそうになつた。

気になるポスターがあり破つてしまつた。

通院の声を掛けた時に「行かない」と強く拒否される。無理に連れて行こうとすれば職員への暴力に繋がるので1度拒否した時は再度誘う事はない。

小さい子供への興味が強く付き添っていないとその子の服を脱がしてしまう。

病院内で初めての診察室で中に入れず大声を上げる。その後売店に走り、手あたり次第手に取り離さなくなつた。

診察中に痛みが出て医師に向かつて手を挙げた。職員が間に入り代わりに叩かれた。

処置時を待つことが難しく、正確な診察を受けることも困難であった。

耳鼻科受診時に治療を拒否

付添者を叩く。突如、院外へ飛び出す等。

他患者、医師、看護師へのつかみかかり等

診療所内への入室・受診拒否

他害・自傷・奇声・検査や点滴ができない。

診察台にあがれない。 注射を拒否するなど 噙みつき、掴みかかりや医療器具、薬剤への悪戯。

採血では暴れてしまつて採血が取れない。歯科では治療時に身体等を抑えなければならない等

在宅期間中に受診経験が無く、診察拒否をされ強度行動障害の状態に陥つた。（暴れる・自傷・他害など）

治療台に座れない、暴れる、拘束が必要になる、じつとできない

大声、奇声があるため手術、入院を受け入れ拒否。

診察拒否

待つことが出来ない、機械類の拒否があり検査が困難

・診察中の医師や看護師への粗暴行為（髪を引っ張る、唾を吐く、叩く、噛みつく等）・診察室に入室できない。・大声を出し、興奮しパニックになる。

医師への他害行為（頭突き、平手打ち、かぐる）多動で、診療が受けられない。精密検査 CT MRI 内視鏡検査 など

歩き回る、大声、処置中の粗暴行為

急に不穏になり診察に至らなかつた。

レントゲンやCT等が動いてしまい撮れない。点滴を抜いてしまう。看護師等を叩いてしまう。

ご本人が診療拒否や暴れてしまうため、本来なら行うべき検査ができず診察もままならないまま終えてしまう事例が度々あります。

診察拒否、その場から立ち去る

受診時、環境の変化と見通しが不透明なことから大声やパニックが起きた。

診察までまてないため、俳かい、自傷、飛び出し、他害、奇声をあげる、じつとできないため検査ができない。

診察室入り口で暴れ、中に入ることができない。診察中拒否のため手、足が（攻撃的に）出る。

医療行為の拒否 入室の拒否

診察拒否（患部を触らせない）、つばを吐きかける

・点滴抜去等 ・X線やMRI等の検査が困難 ・医師への暴力

ヘルパー同行にて精神科受診時、後から来られた父親に対して蹴る、殴りかかるなどの他害行為あり（日常的に自宅において御家族に対して他害行為あり）、診察室にて頓服薬（リハリドン）服薬していただく。ヘルパーは本人さんを診察室より連れ出して、父親とは距離を取つていただく。その日の診察は中止となり、次回受診となる。

診察中に医師をたたこうとした。

歯を折られる。髪の毛二千本ほど引きちぎられた。服を破られた。

大声を出してしまった。点滴を抜いてしまう。唾を吐きかけるなど

採血時に暴れることがあり、別室で、多くの職員や関係者で対応したことがある。

環境変化により暴言（卑猥な言動）、暴行（職員を殴る）

診察を待てず、大声をあげてしまう、待合室の壁を頭突き等で破損してしまう。

状況の理解が出来ないことから他害・自傷・器物破損・奇声など

大声をあげて椅子に座ることができず、医師や看護師に暴力をふるおうとした。

車中で興奮してしまい、予防接種が受けられなくなった。

歯科受診の際、Dr や看護師を叩いてしまい次回から来ないでくださいと言われる。

暴言・治療拒否

落ち着かずに席に座ってもすぐに立てったり、暴れたり抵抗したりする。

医師や看護師を叩く、点滴や注射針を抜く、レントゲン室で暴れる、他いろいろ

診察中に先生を叩こうとされたり、暴れたりされる。

検査をする際、座ることができない・動き回る・奇声を上げる・診察室に入れない

慣れない環境が故の他傷行為、大声を出しての診察拒否

検査、治療のとき動いてしまう

診察室にて騒ぐ、噛みつき、自傷、もの投げ、等歯科治療時に鋭利な器具使用により混乱し、手で払いのける、奇声を上げる行為あり。

入院中、付き添いをしなければならなかつた。

興奮による他害

暴れる、拒否する動かない

診察拒否や興奮状態による奇声など

治療している医療従事者の手を振り払う、器具のシールのこだわる等の行動あり。

診察受付後、診療まで待ちきれず、付き添いの職員の髪の毛を引っ張つた。

歯科治療中に動き回り、治療が出来ない。胃カメラの受診の際に、喉からカメラを入れる際に「怖い」といい口を開けない

(待合室) 売店が気になって走り出す、他の患者さんが持っていた飲料を奪い飲む等長時間待つこ

とが困難なために起こる事態。（診察中）医師に頭突きをする。歯科治療中の噛みつき行為。

診察以前に、通院すること自体が難しい方がおられます。不安が募り、普段のスケジュールが崩れ、不穏になることもある。

通院できたとしても、まずは、Dr の前までの移動が難しく、館内を歩き回る・大きな声が出るなどの行動がみられる

また、1人ひとりのケースによりますが、感染症の検査・ワクチン、採血（注射を含む）、採尿便、点滴、レントゲン、心電図、各エコー、MRI などが難しく、他害表現（爪を立てる・引っ搔く・噛む・物を壊すなど）や拒否表現（採血中の針・点滴を抜く、レントゲン、エコーなどジッとすることができず、パニックになるなど）、行動停止（切り替えが難しく、動けなくなるなど）がありました。

終わりに、通院の有無に関わらず、その負荷がかかる事で、また、仮に各検査ができたとしても、その後の生活にも大きな影響がみられる場合が多い

歯科通院など、じっとしていられない

落ち着きがなく、じっとしていられない。こだわりで他者の眼鏡や、髪をしばるゴムを取ってしまう。診察室の物をいじってしまう。検査の拒否。大声をあげる、点滴を抜こうとする、看護師に対して掴み掛かり

看護師に手が出る。 診療させてもらえない。問診検診の際に医師に掴みがあつたり、噛みつこうとする行動があった。

また、できる限り待たないように予約などをして対応しているが、待たなければならぬ事態となり、待ち切れず動き回る。

病院のドアを開けて、中の様子や状態を見るなど。

大声や激しい自傷があり、点滴を自己抜去するなど治療に支障が生じた。

採血ができない、暴れて注射できない、大声が出て迷惑、待合で患者を殴つたりけつたり、病院に入れない、診察室に入れない、診察室の中の道具を触る等”

暴れて治療が困難になる。暴れるので診察や入院は難しいと言われてしまう。

暴れて治療を受けることが困難な事案

採血の拒否 心電図の拒否 暴れて医療機器を壊す 待合で一般の人に怪我をさせる

採血の際に嫌がり暴れてしまう
落ちつかない事や動きが激しいため、採血、レントゲン、点滴、縫合などの検査・処置が行えない
診察室 検査室に入室出来ない。逃げ出してしまう。騒ぐ。 頭突き 噛みつく 髪を引っ張る
叩く 服を破るなど
排便し体につける。医師を蹴る。支援者、家族に噛みつく。
歯科診療が強い拒否でできなかった。
突発的行動、暴力、異食、自傷行為、奇声、説明の理解が困難為拒否
心電図の機器を装着する際に、技師さんを叩いた。
静止しているのが困難で、動いてしまい検査などができない。
パニック状態になり十分な検査を受けられなかつた
医師、他のスタッフへの叩き
興奮状態（大きな発声、行動抑制不可、暴れてしまう等）が院内で続く。一般患者さんをたたきに行く等。
じっと待つことができず、レントゲン、CT 等の検査ができないこと。待合室で静かに待てず、支援者を複数にして、車で待機していること。
検査中に技師を叩いた、待合室で他の患者を叩いた
診察の待ち時間に興奮状態になった
医師を叩く。待合室で暴れる。受付に設置しているカーテン等を引きちぎる。待合室、診察室で奇声を上げる。縫合するがすぐ外す。など
医師の髪に掴みかかり、なかなか離さない事案あり
物壊し、不潔行為（放尿）、衝動的な疾走
自身の頭部を平手で叩く自傷行為が発生した
受診を待てずに立ち歩き等が酷くなり、受診ができなくなった
婦人科の健診台から飛び降りる。採決時、あばれる等
拒否による他害や物損行動 興奮（大声等）により他の患者への迷惑行動
診察の拒否、入院できない、暴力行為、暴言
採血やレントゲン等の検査時に拒否が強く、振り払う手や動きが暴力につながること、また、その場にとどまることができなかつたケース
診察時間まで待てずに、院内徘徊・奇声をあげる。

走り回る・大声をだす・自傷など
予防注射（インフルエンザ、コロナウイルス）、抗原検査
肛門の診察（触診）を拒否
受診中に医師や看護師に対し、他害行為をした。先生に対して話しかけがやまずつめよる行為。治療に対して理解が難しく先生の手をはらいのける行為。
受診・診察拒否 大声 破壊行動 暴力 マスクが出来ない
多動・自傷・他害
暴力 暴言（奇声、大声を出す） 診察室から逃げ出す 他の患者さんが迷惑、その場に居れなくなる
自傷や他害、叫び声、放尿、陰部を出す等
医療機器の破壊。弁償。
診察時、医師や看護師への粗暴行為、待合室での大声を上げる等の不適切な行為、他患者に関わろうとする等。
椅子に座れない、診察室に入れず飛び出す、その場で排泄してしまう、走り出す、暴れて叩く・齧る・大声を出す・頭突きするなど
歯科受診の際、器材を振り払う。内科触診中に医師に他害など
強い受診拒否等
受診までの時間が待てない。診察室や検査室でも多動で受診や検査ができない
診察台の上で体を震わせて診察台が破損
診察に協力的でない（多動等）
器具の破壊など
○車から降りられず、医師が車まで来て診察をする
○拘束着が必要
待合室で不穏になり、失禁や暴力的な行為なった縫合途中に暴れる事があった
レントゲンなどが取れないで、痛がらないから骨折ではないと判断された
集中治療室で暴れる”
歯科治療中に暴れた
詳しい検査をしてもらえない、縫合してもらえないなど
・検査ができなかつた・待つ時間が長く座っていられない・救急車に乗ることを嫌がる
診察室にて医師や看護師に対し引っ搔く等の他害行動があつた。
診察（処置）を嫌がり、器物破損につながつた。

自傷行為 大声

耳鼻咽喉科受診時に本来であれば鼻腔にカメラを挿入したかったがパニックになり困難となった。診察台からの飛び出し。注射等の抵抗。受診への移動中の行動面への配慮。

歯科で虫歯治療の際に、本人がじっと出来ずに、動き回ってしまい、結果できなかつた

心電図 CT 検査 MRI 検査等難しい。

MRI が撮れない 点滴を外す 内視鏡ができない等他害、自傷、大声、暴れる、逃げ出す

歯科：座れない、唾を吐く、職員の手を噛む、紙を引っ張る、逃げる、下半身を見せる

婦人科：内診台から飛び降りそうになる

採血：看護師に抱きつこうとする

内科：聴診器で診察中に、聴診器に「わー！」と声を出したので医者がびっくりして椅子から落ちた”

- ・血液検査の拒否があり、スタッフ数名で対応しても抵抗が強く採血ができなかつた。
- ・歯科治療の際、拒否があり、診察台から離れようと力で動く様子が見られ、支援者・受診先スタッフで支援を行ったが、抵抗が強く治療ができずに終わった。

病院内に入ることが出来ない・大声・暴言・粗暴受診の際、奇声や大声を出し医師に対しての粗暴行為がみられた。

眼科を受診した際、動作停止し、視力検査ができなかつた

血液の採取が困難（おおあはれのため断念した）

診察に耐えられない

インフルエンザ予防接種の際、介護抵抗・拒否が強く職員 3~4 人での制止が必要だった

診察中に、医師・看護師に対して暴力（足蹴）をふるう。待合いで他患者にむかっていく。

診察に拒否を示し暴れてしまうことあり。

医師に暴力を振るう、検査を拒否するなど大きな声を出し、診察不可

診察室で暴れる

診察室に入れない 大きな声をだす 処置中（採血など）スタッフにつかみかかる、爪を立てる

大学病院受診待ち時間に、近くにおられた患者さんが飲み物を鞄から出された時、利用者が欲しくなり大声・奇声をあげ喚き出し、付き添いしていた自分に襲いかかってきた。周囲におられた患者さん達は移動された。利用者と自分は病院職員のはからいで別の場所に移動したが、待ち時間に耐

えれなくなったこともあり、その後の診察もままならず終了した。

注射等の場面でいやがりことがあった。

脳波計測中、計測器を破壊した

待ち時間が待てない。

適切な治療を受けられない。

暴れて危険なため、治療、検査が困難な時がある。

注射時、強い拒否がある

診察中に暴れたり大声を出す。

診療中にパニック、診療の時間を見てなくて走り出してしまったことがあります。

異食未遂、他害、大声、多動、診察室に入れないと、医療行為が苦手で血液検査等に強く抵抗する。そのため正しい診療方針が得られない。

診療を激しく暴れ抵抗し、診療室に入れないと落ち着いて受診できない

診察室に入れない。診察室から飛び出す。職員への粗暴。

不安定になり車を降りることができなかつた。

診察中、器具等を気にして触ろうとしてしまう。

- ・対応された医療従事者に対し、手が出て私物を破損させた

- ・医療機器を噛んで破損させた

- ・病院の備品を破損させた

- ・大声をあげ拒否をし、他の方に迷惑をかけた

- ・大声をあげ拒否をし、必要な検査が受けられなかつた”

診療時間まで待てない。治療の際、医師に抵抗するため、適正な処置が実施できない。

点滴治療、レントゲン検査や MRI などの検査に拒否がある。

医師に対して暴力行為

多動で受診できない、待っていられない、CT などでじっとできない、検査が出来ない、注射ができない、歯医者で医師の手に噛みつく、口を開けたりの指示に従えない

- ・レントゲンが撮れない。

- ・診察を待てない。”

注射する段階になって拒否して暴れる、飛び出そうとする。

病院到着後、受診までの待ち時間が待てず、施設へ戻りたい要望が強く出た。

診察中、診察室内に留まれず、外へ出たい要望が強く出た。

病院内の移動中、歩行を拒否し病院内に座り込み、寝転び、移動が困難となった。

病院内で検査に対する拒否、病院職員に対して他害に及びそうになった。

病院内で注意獲得行動から、床に倒れ、周囲の方が心配した。

診療中に医師、看護師に噛みつく

触診をさせてもらえない。診察しようとする医師に手を伸ばし爪を立てる。身に着けているマスクや眼鏡等を取ろうとする。など

掴み掛け行動があり、数人の職員で押さえる必要があった。

興奮状態で大きな声を出したり、暴力行為が見られた。

他害（噛みつき、髪を引っ張る、頭突き、唾吐きなど）

着席しない・暴れる

検査(CT やレントゲン等) や治療(点滴等) を嫌がりる。外したり全身を使って動く。

診察の待ち時間や移動時に付き添いの方に掴みかかることがありました。

自傷、奇声

スイッチを押そうとする、椅子を投げる、治療に抵抗して暴れる

大きな声で叫んだり、壁を叩いたりされた。

歯科～ベッドで横になる際、拒否、他害

医師や看護師等のスタッフにつかみかかる

耳鼻科で耳の自傷行為による傷等を診察してもらうために医師の求めに応じてじっとしていることができないことで、状態を判断できる診療ができずに終えざるを得なかった。

大声や多動のため待合室以外で待機したことがある。レントゲン撮影の際に動いてしまう。

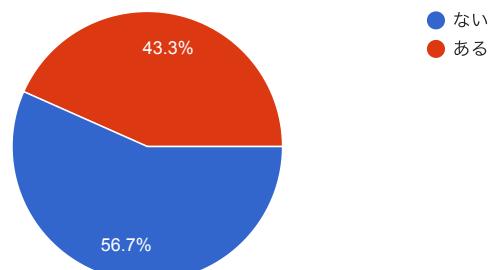
あばれる、奇声他害・物損・不潔行為、多動、声出しなどあり、落ち着いて診断・治療を受ける事が困難

歯科受診時、診察台に乗ることを拒否して暴れることがあった。また、診察の順番が待てずに興奮したことがあった。

拒否によりその回の受診が延期になった。

<入院診療における困難>

入院診療の受け入れ先がなかなか決まらないという事態を 56.7% の支援者が経験していた。



断られた際の医療受診の理由は下記のようなケースである。

- 誤嚥性肺炎
- 頸椎損傷
- 逆流性食道炎
- 網膜剥離手術
- 骨折
- 白内障
- 癌
- 病院に断られる前に家族が諦めることがケースとしては多い。
- 行動障害（深刻な他害）
- 感染症
- 打撲
- 肺炎
- 手術の同意が得られない、リハビリも指示が通らないため入院の適応にならないと言われた
- 腸閉塞
- 異物の飲み込み
- 発熱
- 服薬調整
- 怪我
- 外傷、高熱
- 末期がんの看取り
- 骨折、重度の肺炎
- 骨折や腸閉塞
- 新型コロナウイルス症
- 歯科治療
- 内科治療
- 肺炎
- 不随意運動
- 本人が病状や治療行為に理解ができないので入院治療は困難と言われる。
- 水中毒
- 尿路感染症
- 内分泌系の疾患
- 交通事故
- 内科的、骨折等整形的な入院治療が必要な際。

腫瘍（悪性、良性）の手術などが必要な場合、入院前により精密な検査を必要とする場合が多いが、レントゲンは撮影できてもMRIは出来ないなど、行動特性により十分な検査が受けられない場合がある。こうした場合、治療をしないで対症療法で様子を見ていった方が良いのではないかと医師から提案を受ける。

入院が必要な治療の場合、身体拘束等行動制限（鎮静剤の滴下も含め）を病院の方針として実施していないため、行動的な障害が強い方は術後管理が難しいと判断され、治療をしない方が良いのではないか、と話を受ける。

診察室に入った最初の印象から、治療が必要な病気があっても「やれることはない」と判断される。

腎不全、

誤嚥性肺炎

股関節骨折により、入院・手術が必要とされたが、強度行動障害による治療拒否、リハビリ拒否が予想されるため、手術も拒否され、他院への紹介状をお願いするが、紹介状を書くとその後の通院がその病院になることから紹介状を書くことも拒否された

脱腸

盲腸破裂・胃がん等の手術後

休日外来受診で骨折が判明し手術が必要な状況だったが、施設で痛み止め内服しながらみて、平日に改めて入院するように言われた。

虫垂炎

腎腫瘍

コロナ陽性時、本人の障がい特性から入院不可なケースあり。強度行動障害を受け入れるといっていた病院も、人数制限があり入院できなかった。手術や入院が必要なケースであっても、障がい特性から難しいケースが多い

緩和医療

強い自傷をしてしまい唇がちぎれかけた時に委託医の病院では入院が困難となった。

大腿骨骨折

腸ねん転

整形外科（骨折）でも精神科がないと入院は受け入れて頂けない。

前立腺肥大に

躁状態、突発的な行動

鎖骨骨折

精神症状の悪化（異食・切迫した行動により日常生活を送ることができない状況等）・

行動障がいによる激しい他害等で、輪番病院で診療を断られた。

病気、治療に関わらず救急搬送時

不明熱

腹部ヘルニアで手術をしてくれない。

痔

イレウス、

腸閉塞（異食行為による）

糖尿病による人工透析

子宮筋腫摘出術

マイコプラズマ肺炎時、

外耳炎

尿閉

悪性リンパ腫、白血病（末期で出血傾向）

乳がん手術後

歯茎の腫瘍

薬物中毒

・救急要請を行ったが、言語による意思表出や不調部位の特定が難しい利用者であり、救急隊より受け入れ先を探して頂いたが、搬送先がなかなか見つからなかった

・以前入院したことのある近隣の病院からは対応が難しいと断られた”

入院が必要な腎機能の病気でしたが、行動障害著しい利用者様であったため入院が出来ず施設にて訪問診療という形で過ごしました。

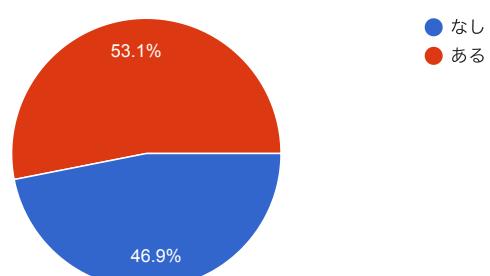
頸の骨折

法人の他施設の利用者さんは点滴を外したらすぐに退院になった

肺炎によりSpO₂が下がった状態であったが、入院はできず、施設での経過観察となつた。

<入院中の困難>

入院中に行動上の問題のために診療に支障が生じる事態は53.1%が経験しており、具体的には下記のような困難があった。



その結果、27%が強制退院となり十分な治療が受けられず、その後も入院が継続されたのは、36.7%であった。その他のケースにおいても、外来での診療は可能であるが、入院は受けてもらえないようになったという回答がほとんどであった。

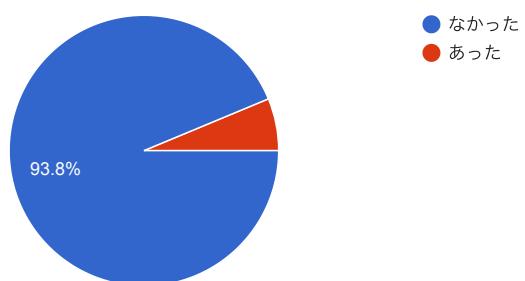
<入院中の付き添い>

入院中の付き添いを求められなかつたとする回答者は37.6%に留まり、46.4%が終日の付き添いを求められる、3.8%は日中の付き添いを求められた。残りは、食事をとらないなどの事情から部分的な付き添いを行つた、医療施設や当事者によって異なる、などの回答であった。

付き添いを行つたのは、施設の支援員が77.5%、家族14.7%、居宅事業所の職員が7.4%であったが、4.4%は家政婦紹介所や家政婦協会から家政婦/付添婦の派遣を利用していた。

<入院中の支援>

入院中に福祉サービス事業所からのコミュニケーション支援（重度訪問介護等）雅有ったという回答者は6.2%に留まり、93.8%はなかつたと回答した。



入院中、有効であったと支援として、73.4%が個室を準備してもらったこと、47.4%が当事者が落ち着くための物を持ち込ませたこと、19.1%が手順書やスケジュールを視覚的に提示したことあげているが、14%は入院先で有効な支援はなかつたと回答した。その他としては、日頃から関わっている支援の付き添い、病院職員とのコミュニケーションの橋渡し、病院職員への情報の伝達などがあがつた。

<入院中の行動制限>

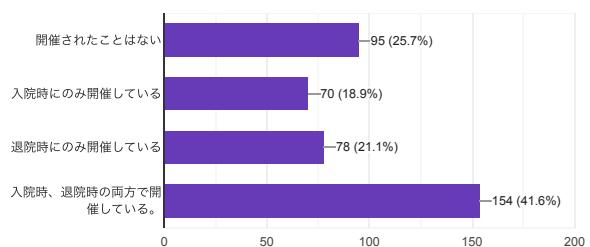
一般病棟での身体拘束が51.6%、精神科病棟での身体拘束が38.5%、精神科の閉鎖病棟の使用が36.9%、精神科での隔離が33.3%、一般病棟での個室の施錠が13.1%であったが、行動制限を経験しなかつたという回答も14.8%にあつた。その他

としては、行動制限を行わぬために終日の付き添いを求められたという回答があつた。

入院中の治療や行動制限に関する同意は、家族が94.4%であり、施設職員が32.6%、後見人が28.1%、本人という回答も9.1%に見られた。その他としては、医療倫理委員会、市長同意、家族の同意の元職員が代筆、児童相談所、施設長などがあつた。

<医療と福祉のカンファレンス>

入院時にのみ開催が18.9%、退院時にのみ開催が21.1%、入院時、退院時とも開催したが41.6%であった。開催されたことはないと回答は25.7%であった。



<退院後のADL>

退院後のADLは入院前と変わらないという回答が50%、改善するという回答が9.4%に対して、悪化するという回答が33.9%あつた。その他として、一時的に悪化するが徐々に改善、身体拘束を受けていた場合には歩行困難、入院前にはなかつた行動がみられるようになる、と言つた回答が見られた。

<一般身体科医療受診（外部受診）を拡大して行く上で重要と思われること（自由記述）>

医療従事者の障害理解 事業所側の職員体制整備
本人への説明と同意 合理的配慮
行動障害の理解と個別支援や個別配慮 地域の医療機関が行動障害を正しく理解すること
強度行動障害の状態にある方に限らず重度の知的障害というだけで受診を断られることもあるため、最低限の知識、倫理観を備える仕組み、教育が必要

待合で待機せず時間に合わせて通院する事で、スムーズな受診

また、待ち合いで待つ必要があるのであれば、個室対応が必要。

なるべく地域で受診をと、療育センターなどで指導を受けるが、コロナ禍を経て、マスクできず奇声を発することなどに理解を得づらく、なかなか受診をしてみることが叶わない。

本来ならば、主治医が在籍する医療機関のソーシャルワーカーさんが中心になり、地域での診療をサポートしてもらえると、双方楽になるのではないか。

精神科、内科、外科、歯科、眼科、整形などが揃っている医療拠点の拡充

個別の待合室、カームダンススペース

診察までの待ち時間を極力減らす。待ち時間は個室もしくは車内等で待機、状況によっては車内で診察。採血等必要なことは、見通しをもたせた上でできるだけ手早く行う。病院側にも本人の特性に多少は理解が欲しい（感覚過敏でマスクができるない方に、マスクの着用を声かけされるだけでパニックになる）

地域によるのかもしれません、ヘルパーが移動支援や行動援護で受診に同行した場合、多くのケースで診察室内は控除になると思います。強行の方は、構音障がいや座位保持が困難といった理由による診察室内介助は該当しませんが、診察室内は特に支援が必要な場となります。診察室内では特に専門的な支援をしているのにも関わらず、控除は問題があるのではないかと思います。”

医療者や一般患者の理解 医療と福祉の連携

医療機関側の理解

医療、福祉双方の、本人理解と有効な支援（視覚的な手掛けり等）の活用。スマールステップでの受診。

まずは医療者の理解を広げることだと思います。医療機関が強度行動障害者を理解し、受け入れ体制を整える。

待ち時間が生じないようあらかじめ受診の時間を予約しておくこと。

利用者さんの特性についての事前の説明、他の患者さんにご迷惑をかけないように時間まで車で待つ等の配慮事項の確認、往診してくださる医療機関の開拓

医療側の強度行動障害に対する理解の増進

受入病院の医療従事者の強度行動障害に関する特性やスタンダードな支援方法の理解

受診する利用者が所属する施設の通院付添の為の人員体制確保

医療従事者への強度行動障害に関する啓発

- ・医療者の強度行動障害の障害理解
- ・医療機関の強度行動障害あっても一般的な医療を受ける権利を有しているなど人権的な視点

・必要があれば鎮静なども考慮して検査する医療的なスキル

・行政などの関わりのもと、強度行動障害の医療相談センターなど、強度行動障害の中核を担う医療機関を指定するなどの施策”

付き添いが施設職員にお願いされるが、複数入院とかになってくると付き添いが難しくなる。看護師が強度行動障害を対応できるようになって貰いたい

強度行動障害者の理解

①医療機関との信頼関係の構築 ②保護者の医療同意の確立 ③検査等に係る医的侵襲行為に対する同意書 ④発達障害（とくに強度行動障害）への理解と啓蒙 ⑤入院時の付き添い等のサポート体制の確保

児童期から医療機関へ受診出来るよう、特性に配慮した支援が必要と考えます。

障がいへの理解、受診の個別化

支援方法の共有、医療従事者の知識獲得

医療側の理解

予めの提携医療機関、付き添い家政婦の手配 診療点数を上げる。医療と福祉の連携、お互いを知ること。

見通しやスケジュールなどの視覚的な支援。音などの刺激を抑えた部屋や場所の準備。

情報共有

強度行動障害の理解

医師や看護師の理解。優先順位を上げてもらう取り組み

職員の数 マンパワー不足では安全な対応ができない

病院の医師や看護師、コメディカルへ強度行動障害の基礎知識、対応方法の教育。

障害特性の理解。そのうえで合理的配慮についてともに考えること。必要であれば医療と福祉の定期的な研修の実施。

受診できたとしても障がい特性上、検査や治療を「できないでしょ」という具合に諦められてしまうことが多い。受診の際はどこで待機するか（あるいは待てるか）等々、配慮している。一般受診者と同じようにスムーズにはいかないため、協力的な医療機関にしか頼ることができない（Dr.を見て判断している） 医療機関への働きかけが重要なと思う。

① 病院の理解が重要。拒否的な態度、無理解な様子に対して施設職員は、今後の関係を考えて必要なことが言えない。

② 配慮された専用の環境。

③ 利用者が理解しやすい受診内容等の視覚的な提示など。事前に施設で用意するのは正確性に限界があるので、ある程度、事前に情報を共有できるとありがたい。”

必要であるならば、施設で使用している手順書の提供、共有することで病院で過ごせるようにしていくこと。

特性への配慮がしやすい医療 例えは看護師、医師からの無用な声かけなどは混乱の要因

視覚支援の持ち込みを可能にすることと、治療と支援の違いがまだ明確に見られているため、自閉症の方の特性等を医療の分野でも理解してくれるとありがたい。

障害への理解、診療開始時刻の提示、待合室（場所）の環境他

利用者さんを理解してくれる医師がいる所が増えると良いと思われる。

病院の理解、診察時の工夫（騒いでも問題がない待機場所の確保等）

医師の理解、病院の受け入れ環境、他患者への説明、理解

医療機関の障害特性の理解、往診の柔軟性

ご本人を取り巻く関係機関との連携と受診時の環境調整

医療機関の理解

機器が充実している医療機関での障がいの理解

刺激に弱い人などに対する環境設定”

待つことが難しい方が多いため、待ち時間を極力なくす対応が求められる。

強度行動障害特性を理解している方がいると良いと思う。（医師、看護師、社会福祉士等）

医療スタッフの方の障害理解をしてもらうこと
入院時に病院で付添が出来る体制や、患部固定や検査が難しい場合の対応方法

個室診療

医療機関の完全看護の徹底

行動の理由などの理解共有

医療現場への障がいの理解と必要な検査を実施できる技術

専門の医療機関、対応科

障害特性の理解、福祉と医療双方が治療に向けて対応策を考える姿勢

理解・環境

本人が受診内容を理解できる視覚的な支援と見通しが持てることで不安をなくす支援

受け入れ側の障害に対する理解、付き添い人数の制限無し

強度行動障害を理解した付き添い者の確保が必要。また通院に伴う手間に対する報酬の確立

幼児期から医療になじむ体験を増やす（未経験による苦手さもあると思われる）

医療スタッフ等の障がい特性の理解 医療機関等のハード面での環境整備

・医療関係者と施設との関係性 ・本人の特性を医療側へ提供 ・施設職員からの本人へのアプローチ（情報のインプット）の確立

病院側の障がい理解がない。医師から知的障害が嫌いだから今後診ないとはつきり言わされたことがある。

やはり医師看護師の理解とそれにともなう一般客観は地域の理解

医師や看護師の障がいへの理解が必要かと思思います。

医療面と支援力。支援のあり方ひとつで過ごしやすい環境を作ることもひとつ的方法。

医師や医療機関としての意識の醸成、診療点数の拡大

病院側と受診・治療を受ける権利について共通理解を得る事 カンファレンスの開催

”・医療機関の受診については、事前に本人へ知らせる（ただ知らせるだけでなく、本人がイメージしやすいように）。

・本人が安心して治療を受けられるために、本人に説明できる支援者が複数名付き添う。

・体験を繰り返すことで、ある程度慣れてくるを感じている。体験することが重要。

・支援者は待ち時間の過ごし方など通院を通して工夫していくことが大事。回を重ねることで情報が蓄積するので、より本人が安心できる対応に繋がっていくのではないか。”

身体拘束に関する具体的な対策

強度行動障害者の専門で受診できる医療機関

障害に対する医療従事者の理解、合理的配慮など（待合室の設えを工夫）

検診や通院を通じて普段から利用者の行動特徴を知ってもらうこと。協力医療機関との情報共有
通院等介助事業所を使える範囲が増えるようにする、介護タクシーを使いやすいようにして訪問看

護事業所が通院支援をしやすくする。外部受診は本人にはストレスが大きいように見えるので訪問診療を受けやすくする

強度行動障がいの理解と対応

医師や受け入れ病院側の理解の促進、付き添い支援者等の支援力の向上、支援方法の確立

医療従事者の強行の知識と、環境整備

受け入れてくれる病院が限られており、遠くまで出かける必要がある。近くの病院で受診したい。

強度行動障害に対しての理解をすること。

専門のスタッフと動いたりしても影響のない空間
医師の意識：受診時に「このような生産性の無い障害者を治療する必要が無い」というニュアンスの発言を受けたことがあった。大変残念だった。

障害の理解

医師の増員、看護師の増員、支援員の増員 地域医療体制の維持

児童期の受診の仕方。怖い所という刷り込みが成人期の受診困難に直結してくることを実感。

診察までの動線確保。医療機関との連携。

医療従事者の障害に対する理解度

受け入れ先の拡大

刺激の少ない個室の待合室の用意 場合によってはその個室にドクターに来ていただく

待ち時間の短縮や本人の受診に対する理解深度を確認する受診の手順の準備など

病院関係者の障がいに対する理解。待合室では無く個室を用意してもらう。必要に応じて往診してもらう。

・予約をして待ち時間を作らず受診できる仕組みがると双方に負担が軽減される

・医療機関が強度行動障害について理解し受け入れている旨のアナウンスや専門にしている医療機関の存在や時間帯があること”

病院の強度行動障害への理解

専門の病院が出来るとありがたいが、難しいと思われる。病院にもよるが、医者にもよる。ちゃんと診察してくれようとする医者もいますが、酷い医者になると「暴れたら診れないよ、うちじゃ無理」などという医者もいる。理解が進むことも一つだが、環境面として専用の待合室など出来ても良いと思う。

自閉傾向の方は特にですが、本人に事前予告し見通しを立てていく 本人に理解できる説明を行う

外部医療機関の受け入れ態勢（こちらからの特性

への説明、ご理解を頂く 外部からの刺激を減らせられる環境の提供があれば、なお有難い）

医療機関への障害理解への周知 ・ 関係者による理解を得るために丁寧な説明

病院側の理解。専門職の配置

・精神科との連携が必要 ・障害の特性の理解・治療等の伝え方。

普段から定期通院などの医療機関との信頼関係。強度行動障害の利用者だけでなく、他の利用者さんの通院などで、こちらの知的障害者への対応を見て知っていてもらうこと。お互いに知っていると、知的障害者への対応の配慮を理解しシステムに受けられる、また急な受診でも対応をしてもらえることに繋がる。

中核となる障害に対応する拠点医療機関の存在と、その機関を中心としたネットワーク、研修等により、医療機関の理解を広げる。待ち時間の配慮や他の患者がいない時の診療をしてもらえるだけで受診しやすくなる。

利用者の特性の理解 受診前の事前準備 合理的配慮

・医療機関及び医療従事者の障がい特性理解
・通院環境整備（個別待合室・視覚支援・治療や対応の説明）

・時間をかけて治療できる余裕
・予告支援（どのような機器を使うか見せてもらったり触らせてもらえる）

受診時の引率体制、医療機関や周囲の患者様のご理解

強度行動障害に対する理解と啓発 事前予約
お互いの信頼関係しかない あとは医師の方針
受診待合室（個室の準備）

病院側の理解と他の患者さんたちの理解。施設の支援の確立（対処方法の確立）

医師から「検査する必要ある？」など、最初から検査出来ない前提で話をされることが多く、医療でも理解のない医療職が一定数いる。

自身で状態を説明出来ないので、家族や支援者が代弁するしかないが本人の不調があるかないか？確実に症状が出てない限り、受診することもハーフルが高い。

待てない方も多いので、予約の段階から難しい。
受入側の理解が必要。”

検査・診察室などの配慮

病院スタッフの強度行動障害への理解

医療従事者の障害理解

強度行動障害がでている対象者に対して支援ができる支援者が付き添う必要があるが支援施設から人を出す事が難しいと思う。信頼関係がない支援者では受診が難しい。

医療分野の行動障害の理解

強行専門職の配置とスタッフへの支援方法について周知する

日頃から行きつけの病院を作つて、Dr. や看護師さんに利用者様の様子や行動を知つてもらつておく。

職員不足の解消と医療機関や地域の理解

受診時間の指定により、待ち時間を少なくする。
専門性のある職員配置と安心して受診できるハード面の整備

医療機関との情報共有と連携

専門的な人材の拡充

普段からの繋がりと待ち時間等の配慮・工夫

外部受診先の障がい受容

障がい特性の理解

医療機関側にも福祉的な考え方を受入れて頂きたいと思います。

事前に申し出がしやすいシステム作り。

受け入れる側の準備も必要であるため、過去の受診歴（診察や処置に関して必要な配慮を含む）を家族が簡易にでもまとめられるツールの作成。
強度行動障害分野における専門家から医療機関へのスーパーバイズ。”

受診を待たせないこと。利用者の特性を理解している職員の付き添いが有効であると思われる。
個室で完全予約の受診ができるとありがたいです。

受信先病院等のスタッフとの協力連携とそのためのコミュニケーション、本人自身の慣れ。強度行動障害やレベルの高い自閉症であっても、慣れていく中で外来受診・入院初期のような破天荒ぶりはいくらか減るので、慣らしていくだけの時間と根気などが本人はもちろん支援者や受け入れ側に必要と思われる。

一般の患者による障害に対する理解

普段から通うことで、慣れた空間、顔見知りの人方がいると認識してもらうことが良いと思う。
本人が一般の方と同じ検査、治療を受けさせてほしい

一般とは別枠で受け入れ態勢が必要。

強度行動障害についての社会的な理解

・待ち時間の短縮や過ごし方（場所を含む）。

医療機関の強度行動障がいへの理解が重要
医療関係者の理解と医療施設内での安心できる環境

知的障がい者への理解が乏しく専門的に対応できる医師、看護師がいない。

強度行動障害の方が受診しやすい環境調整（専用の診療場所を設けるなど）

個別で対応できる環境、家族以外の付き添い支援などのサービス

通院時の付き添い、引率

医師の理解

障がいに対する認知

医療職の障がいに関する理解。待ち時間の軽減を図るシステム作り。

家族、医療、福祉事業所、行政との連携。

静かな場所や個室での受診

”受診や入院中の支援者の付き添い拡充。

医療機関の障害特性の周知と配慮”

”・通所の事業所ということ、事業所内に強い強度行動障害の方がいないことが理由で、家族　が受診に付き添っています。支援員は日々の支援があるため、付き添いは難しいのが現状です。加算対象にするサービスを拡大など工夫が必要かと思います。

・強度行動障害の方に理解ある医療機関を増やすことも必要ではないでしょうか。”

病院の障害に対する理解

受け入れ先の拡大のために、入所施設と外部医療機関との密な情報共有が必要。そのシステム構築のためにも、自立支援協議会の活性化が重要であると考える。

少なくとも県に1カ所専門的な病院を設置すべき。

医療機関の受け入れにおける対象者の理解　個室、時間帯など環境調整

医療に係る方でも知的障害のことを知らない場合が多いのでまず、理解して頂けるよう知識、情報の提供が必要ではないかと思われる。

・待ち時間の緩和　・医療スタッフの障害特性の理解と柔軟な対応

一般的の病院では難しく、今後は障がい者支援施設等においてはリモートで行ってくれるよう協力をしてもらいたい。

”強度行動障害児・者の通院の場合、同行ヘルパーの技量も求められると思われます。利用者によっては2名体制にて対応も必要な場合もあります。

受入れる医療機関の理解

情報共有や医療機関へ説明や理解を図る事。本人も経験を積み慣れる。職員はスキルアップと利用者の理解・工夫をすること。諦めないこと。特殊歯科の様に障害者向けを増やしてほしい。病院側の受け入れ体制、診察する場所の確保（クールダウンできる場所）

障がい者支援に従事してから、重要な課題だと思っております。障がいという理由だけで断られたり、緊急時、救急車で対応していただいても車内で病院が決まらず、一時間以上待たされることもありました。また、障がい者に対する医師からの偏見もあり、救急車で運ばれた先の医師に何故障がい者を連れてきたと怒鳴りつけられたこともあります。医療機関には、当たり前に人として障がい者を受け入れるルールや国からの発信、県や市、福祉団体、当事者団体が声を大にして呼びかける必要性を感じます。いち施設職員では、なかなか声が届かず、医療の方が優位性（上位）を感じます。障害をお持ちの方でも、普通に安心して医療にかかるることを切に望みます。

障害に対する理解と環境整備（空間を分ける・個室の整備など）

障害への理解 個室 専門の病院を増やす
環境の配慮

Dr や病院の強度行動障害への理解が重要。支援している職員は、確実に病院や他の患者さんに迷惑を掛けることはしたくないと思っている。普通は待合で待機のところ、車内で待機できるや可能な限り、車内診察を可にするだけでも大いに助かる。（ただし、実際そのようにしてくれている病院が増えていることも付け加えます。）

病院側の理解が必要。

待つことが苦手であるため、待てる個室。強度行動障害に対しての医師の理解。

強度行動障害者の特性上、精神科との連携と協力を受けつつ内科や外科等の診療は重要不可欠と感じる。また、児童期からの医療との連携は必要で障害軽減につながることも重要

強度行動障害のことをもっと知って頂きたい

障害特性に特化した看護師等の配置

施設側と医療者（医師・看護師等）の連携（スケジュール・提示物の共通認識等）・安心できる環境：受診時であれば個室の待合室

障がいへの理解と受診待ち時間の短縮、待合室の工夫など

待ち時間や場所に対する配慮や受診環境の調整を気にかけてほしい。

受診待機場所（個室）の確保。

医療機関の理解、常にオンコール、
受け入れ病院の理解

医師の裁量。

医療関係者の障害への理解

訪問診療の充実、オンライン診療の促進、専門的な知識、経験ある方の同行とその報酬充足。

医療関係者の障害理解、落ち着いた環境設定
診察待ち時間の軽減、診察予約、訪問診療

・医療従事者の強度行動障害に対する理解の促進。

・家族、支援関係者、医療関係者の連携の推進。
・訪問診療の充実。（通院できずにインフルエンザやコロナの検査ができない事例もあったので、訪問による検査も受けられるとよい）”

付添いの有無、病院側との連携

医療機関のスタッフの理解と柔軟な診療方法は必要ではあるが、同行するスタッフの強度行動障害に関する支援知識と対応力の向上を並行して行っていく事。

医療機関やそこへ受診される一般患者の障害に対する理解度

個室の待合室や待ち時間のタイマー等の合理的配慮

外部受信先の看護師さんの障がいに対しての理解促進が必要と考える。障害者が全て強度行動障害であるかの対応をされた経験が、GH も人員が少ないので対応に苦慮した。

総じて待つことが苦手な方が多いので、ネット予約や車内待機（付添者へ連絡）自分のペースで待てる部屋を準備する等してほしい。電話呼び出しを断られることもあるので、2 人体制で行くことも多かった。総合病院や整形外科での待ち時間は、本人と付添者の負担が特に大きかった。

強度行動障害の方々への理解

”・本人の理解や経験を積むため、通院・受診・検査に対し、スマーリステップを作ることができるサポート体制作り（それが可能となる報酬体系）

・普段から、医療機関となじみの関係を築き、理解者を増やしていく為に、自立支援協議会・行政などと共に、地域への発信を行うこと、また、障がい理解のある医療機関（入院可能）の構築（ソフト面・ハード面も兼ね備えた）の必要性の訴えと具体案提示

・親亡き後を想定し、往診・訪問診療などの活用・準備”

医師の障害者に対する理解。

周りの環境や診察等の待ち時間の短縮、病院内の流れを視覚的にお伝えする方法

病院側の理解

今まででは、外部受診は可能であったが、入院は満床で断られたときがあった。

強度行動障害の医療関係者の理解と、職員の対応（知識）

医療相談も含め受入医療機関名をもっと公表して分かり易くする

本人自身が病院に行けない状況があったり、救急車での搬送先が見つからないケースがあるので、在宅医療を行っている医療機関との医療協力ができるようにして、医師の往診が可能なようにお願いしたい。

強度行動障害のある方が、落ち着ける環境で治療を受けることができるよう、訪問診療が拡充することが必要と思われる。これは、施設入所をされている方も同様である。また、地域で生活されている方も施設入所をされている方も、福祉との連携は欠かせないと思います。

刺激が多いところでは、難しい。

無理矢理、押さえつけてやる行為は次につながりにくい。

病院も人手不足で大変だと思うので、外部サービスの利用のしやすさが必要かと思う。

受け入れ側の障害に対する理解と支援者の受診前の事前準備が重要。何をされるか分からぬといふ不安から、課題とある行動が生じているため、医療機関受診前から病院医師や看護師との連携が図ることやスマールステップでの治療など、医療機関との連携が必要と考えます。”

事前の情報提供やケース会議などを通して本人の特性を共有しておくこと

受け入れ側職員の強度行動障害に対する理解

医療機関と連携した研修実施

待ち時間の短縮 リモート受診も可能になる 駐車場の配慮 医療機関との信頼関係

発達障害や行動障害について理解していただける医療スタッフの増員。

医療機関へ本人の情報をしっかりと伝えることと、医療スタッフの理解。

診療時間帯への配慮、複数職員による付添体制

強度行動障害者への理解。病院での待ち時間の短縮。個室の準備など

必要に応じ、利用者の特性や配慮して頂きたいことを受診前に病院側へ伝達する。通院前には本人にとってわかりやすい形で説明を行い、スムーズに通院できるよう支援する。

スタッフに本人とのコミュニケーション手段を実際に見せて学んでもらう

外来であれば、個別待合室があれば非常に助かります。また、MRI 等の画像診断が難しい方の場合、他の方法があれば示していただきたいです。その他、訪問診療をもっと活用できればとは思います。

強度行動障害に理解のある医師の存在

個別の対応。時間や場所の個別化（待ち時間を減らす工夫）。

往診や予約診療等の柔軟な枠組みが増えていくこと

医療従事者の障害に対する理解の促進

緊急時の通院支援

障がいの理解と配慮。人手不足の解消。

・待ち時間の短縮（総合病院では1~2時間待ちということが多い）

・オンラインでの診察”

医療機関の構造化を含めた環境整備と専門職の配置

相互理解の必要性あり。

支援する側の知識（支援）の向上を受け入れ側の理解

”医療機関の理解

待てない方に対する個別空間の設定や配慮”

医師や看護師の障害の理解、結局2人体制で通院しなければならないため、職員数の確保

日本社会の障害への理解

医師から来てもらう診療スタイル

本人の受診につながる相互理解と工夫のための、受診する病院と支援者間でのコミュニケーション

待ち時間の軽減 入口から動線の短い診察室

医療関係者を含め、一般患者さんの理解。

病院への配慮義務

健常の患者の理解が得にくい場合、強度行動障害のある方を予約制にする等の時間指定

医療機関の理解。岩手県北上市の医師会から障害者の待ち時間を減らすための特例のパスポートを発行している。

まずは強度行動障害の理解。環境面の設定を行い時間配慮を行うこと。待合室の改善。

”待ち時間を短くする。現在病院から配慮頂いている点として、定期受診であればオーダー検査実施後、一旦帰り、時間を空けて職員が結果を聞きに行っている。初診は難しいが上記に近いことができれば負担軽減になる。

障害の有無に違いはないが、初診では3～4時間程度は病院（総合病院）にいる。”

医療と福祉の連携。医療従事者の障害の理解、制度の周知。

時間帯を分ける 待合室を分ける 待ち時間を短くする

”強度行動障害に特化した病院施設を作りたい
通常の病院だと通院も入院も困難で適切な医療が受けられない状況です”

受入側の配慮

診療側の強度行動障害に対する理解

周囲や病院の人達の障害への理解（環境、特性含めて）

”知る機会を増やす。受入れのメリット（診療報酬等）をつくる等

”

スタッフの理解

時間を分けるなど、待ち時間を少なくする。

受信できる医療機関を増やして欲しい

強度行動障害への理解

個別的な配慮、通過ルートなどの工夫、医療関係者の理解等

”障害特性に理解や配慮して頂くと、通院に対してのハードルも下がり経験も多くなりパニックなども減るのではないか。

苦手な事が多く有るので、事前に連携して受入れて頂くと介助者も安心して通院できる。”

医療機関の利用者への理解、環境調整を含む配慮
医療ソーシャルワーカーの介入や、福祉に詳しい医療従事者の導入

入院までのスムーズな対応（待ち時間が長くなりがち）

障害者が診察を待ちやすい環境（例えば車の中で待ち、スマホで診察の順が来たことを呼び出す等、待合室で待たなくてよい工夫）

待機場所の環境や待ち時間の過ごし方及び見通しの示し方。診察や検査の手順や流れについての見通しの示し方。パニック時の対応方法についての

確認と必要に応じたケースカンファレンスの場の設定。

一般の人の認知度や理解度があがること

訪問看護事業の利用も想定した上で、対応する看護師等の医療従事者が、強度行動障害者の障害特性や専門性を生かした対応力を高めていくことが重要であると考えます。

医療関係者の強度行動障害に関する理解 本人が落ち着いて診療を受けるための合理的配慮
本人理解のために医療ソーシャルワーカーや看護師の存在も大きい。

受診往復時の安全管理。本人の行動特性をよく理解している職員の同行。

専門職マンパワーの養成

医療従事者の理解

”・家族以外での付き添いの方が必要。家族は、自身では病院に連れて行けないと思っており、受診すらできない状態である。

・そのような人を受診してくれる病院。地域では行くことができる病院がない。他の病院を勧められても、結果、たらいまわしにされて、受診できる病院がない。小児神経科、精神科系のかかりつけはあっても、内科、外科、耳鼻科、歯科、眼科などでかかりつけ医がない様子。また、小児神経科、精神科のある病院でも、予約しないと受診ができない。”

”・専門外来があればよいが、無理であれば予約受診が出来ればと思う。（順番を待っていられない、マスクが出来ない、奇声・大声・独語・徘徊があると他の患者さんも理解を得ることが出来ない）

・検査を受けることも困難なので病院側にも協力してもらいたい

・ご家族の理解”

一般の方と同時刻での受診が困難なケースや、待合で長時間待つことが困難な利用者が多くいらっしゃるので、時間枠を決めての診察や、訪問・オンライン受診など普及すると受診へのハードルが下がると考えます。

強度行動障害に対する病院側の受け入れ態勢や障がいへの理解、可能であれば付き添い家族や職員の事前に相談をしてどういう診察・診療の運びなら当事者が受診できるのか等のやり取りができるばと考えます。

医療関係従事者の理解・周知

入院病棟に発達障害、強度行動障害の専門知識を持つ人の配置が重要と思われる。

医師や看護師と障害者の支援者が連携できる体制が整えられていると良いと思います

入院はかなり困難であるため長期入院は不可と考えます。

診療報酬に加算の制度

受入側の知識・理解・体制

待ち時間や診察場所（車内診察）の配慮

双方の連携と情報共有、また受診に特化した支援。

医療従事者の強度行動障害に対する知識、理解。個別の環境・支援への配慮。通所施設で在宅の方は、通院は家族対応。そもそも車で病院に連れていくことが難しい。病院に到着しても、駐車場から玄関に入るまでの支援が必要。家族支援、ヘルパー（行動援護/重度訪問介護）の拡充。

行動特性の理解と、診察順番を優先してくれること。

コミュニケーションが難しい為、安心して受診出来る環境づくり

本人が落ち着いて受診できるためのゆとりを持った時間設定

通院することきえできない方がいるので患者さんが安心し、落ち着いた状態で診てもらえる環境
特性の理解 偏見をなくす

医療機関の強度行動障害の理解とスムーズな受診を受けられるための手順や配慮

病院職員の意識、スムーズに受診出来る環境

人権の尊重

待ち時間や処置を受ける際の対応職員の確保
発達障害への適切な理解のある医師をかかりつけ医に持つこと。現場支援者が適切な支援を行える土台を作り、本人を診察や医療的ケアを受けられる状態にしておく事。

県立、国立の公共機関で知的障害者や強度行動障害者の専門医療機関を作り診てほしい。

情報提供 共有

強度行動障害（知的障害）に関する知識、理解がある医療機関を増やす。一般の患者と一緒に空間で待ったり、受診する事は難しいので配慮ができるようになれば良い。

”・事業所と地域の医療機関の協力体制の構築と対象となる利用者の情報共有

・障害特性に対しての理解”

強度行動障害受診専門の場所があると良いのでは。当事業所の強度行動障害のある方は施設という慣れている場所での診療を望む方も多くいると思います。そのため専門の訪問診療が充実していくと良い。

①往診の平準化 ②障害児の歯科診療先の拡大

③専門ヘルパー的な介添員の配置

地域医療の理解と協力

理解ある支援者がいる環境、一般の患者さんとは違うスペースで受付、待合、診察の流れで過ごせる環境

時間を決めて他の受診者と分けて受診できるようになると落ち着くかもしれない

医療機関の受け入れの理解。

”病院側の理解と施設職員等の育成

”・待ち時間の短縮

・他患者とは別の診療時間の設定

・医師、看護師の障害についての理解

・通院練習”

強度行動障害者等が、落ち着いて治療を受けるため、保護ネット、身体拘束、麻酔等での対応が望まれる。

検査が安易になる事。

事前に受診先に本人特性を伝達し、本人が良い状態で受診ができるよう、診察時間や診察方法を調整することが大切ではないかと思います。複数回の受診や定期的な受診に移行する場合も多いため、受診自体に嫌なイメージ（恐怖・苦痛）を残さないような配慮も必要だと思います。

受け入れる医療側に専門的知識を有するスタッフを配置してほしい。個々人の特性に細かな対応ができる環境設定をしてほしい。

受け入れる医療側に専門的知識を有するスタッフを配置してほしい。個々人の特性に細かな対応ができる環境設定をしてほしい。

送迎など受診する際は職員が付き添うので問題は無いと思うが受診時に特記行動が出た際に病院側の理解が無いと受診しづらくなる。

本人の特性（具体的に）を伝え理解をしてもらうこと。看護職員にわかりやすいツールを作成し、どのような声かけやサポートが必要なのか、知つてもらう。

待ち時間の改善、検査機器使用が可能になるような機器、受け入れ態勢の改善等をお願いしたい周りの理解。落ち着いて待てる空間（個室の待ち合い室等）

行動援護に従事できる人間を増やす。
専門知識を持った医療従事者と福祉従事者の連携
”看護師など病院内での支援者の障害理解
障害特性に合わせたパーソナルスペースの確保など環境面の配慮
待ち時間を少なくする、オンライン受診などの有効活用”
強度行動障害の啓蒙。強度行動障害に関わりのある人間と利用者どちらもが可能な限り各コミュニティへ参加をし、強度行動障害を認知させていく。
出入口（動線）の確保、受付時間の短縮、患者が少ない時間での診察
”医療の専門職（医師、技師など）の強度行動障害の知識を深める。
医師によりますが、強度行動障害に至らない知的障がいの方のことも拒否する場合があるので、医師になる前に理解を深めて頂きたい。
病院側の理解と支援体制の充実。
特性の理解、落ち着ける環境の設定（個室や刺激が少ない空間）
歯科や内科での採血時、暴れてしまうことがあるため、麻酔処置が必要になる場合がある。より専門的知識を備えた看護師や医師が必要と感じる。
医師側の、行動障害に対する理解
病院の理解、複数の引率者配置、病院内での待合所の配慮、病院内での滞在時間の配慮
障害者（知的、行動障害）への理解と対応できるまたは専門相談員の配置
待ち時間を縮小。見通しを持って診察できるように視覚的な手順の提示。障害の理解。
見通しを持って受診してもらえるような障害特性にあった支援
予約診察と時間通りの診察、落ち着ける環境、診察（検査内容）の可視化による見通し
精神科以外の科において強度行動障害の理解をしてもらい、治療を拒否しないで欲しい。
待ち時間をなくすこと
練習を行わせてほしい。例えば 歯科 ベットに横になり⇒口に器具を触れるなどの段階を踏まえての練習
行動障害のある方への病院や医師等の理解と協力意思疎通が難しい障害のある人に対する医療受診時における意思決定支援についての認識を、医療従事者と福祉支援者が共有していること。

医療従事者の障害理解。診療報酬への上乗せがあると少しは医療機関受け入れがよくなるのではないかと考える。
特になし
病院側の理解と問題とならないように複数の職員で付き添う
”・スムーズに受診・入院が決まらない事が多い為、体調不良や怪我・急変があった場合の受け入れ先があれば安心。
・待合室では周りに人も多く待てない。衝動的な行動に繋がってしまう事が多い為、（設置物や自販機などに反応）興奮状態となってしまう事が殆どである。一般の方と同じ条件での受診は困難な事が多い。受診しスムーズに診察室に入れるよう配慮があればよいが。
・待合室は個室を用意して頂き、移動せずそのまま診察が受けられる環境。
・訪問診察と処方。”
日頃から医療を福祉に巻き込んでおくこと。予防的に健康診断が受けられる状態になっておくこと。
医療機関とのネットワーク拡大が重要だと考えられる。
<一般身体科への入院治療を拡大していく上で重要な工夫（自由記述）>
医療従事者の障害理解 本人への説明 特性に対する事前の情報共有 合理的配慮
支援者の数を増やす（所属施設職員だけでは数が足りない）
専用の病床を増やすこと。
”医師や看護師の理解がまだまだ少なく、本人に合わせた配慮が出来ていない事が多いと感じる。
緊急的に普段行っていない病院へ受診した場合は致し方ないと思うが日常的に通院している場所では、事前に話し合いをしてもらえる場を用意していただき配慮事項を伝える機会があればと思う。また、通院に関しては本人付き添いが必須と言われる事が多いと思うが、定期的な通院であれば付き添い無くスタッフのみで通院を可能としたい。
当事者にとって普段リズムが大きく変わる通院は情緒を乱す要因となりやすい。”
重度訪問介護などによる付き添い可能にすること。
チック（トゥレット症候群）に対するアプローチ
在宅診療、在宅入院

家族だけではなく、本人と日頃接している支援者も合わせて医療と連携をとっていくこと。

医療者の理解 入院中に慣れている支援者の付き添いを可能にする

職員付き添いの場合の十分な報酬加算

医療、福祉双方の、本人理解と有効な支援（視覚的な手掛けかり等）の活用。そのためのカンファレンスの実施等

医療者の理解を広げることだと思います。

医療機関が、個室等の対応を積極的進めること。

個室の用意

こちら側で付き添いの体制をなんとか確保した上でお願いするようにはしてきましたが、医療機関によっては感染症対策上、付き添い不可だったり

（拘束は必須になりますが）人数限定（勤務体制上、これはけっこうきつい）だったりすることはあります。でも、付き添い体制を確保した上でお願いしないと突破口にはならないなと思っています。

医療側の強度行動障害に対する理解の増進

入院退院時のカンファレンスの実施

一般の患者と区別なく、公平に入院治療を受け入れて欲しい

サービスとしての福祉の介入

付き添いがつづけないことで入院とならないこともあるため、障害者支援施設においても、特例的に重度訪問介護を使用できるなどの法改正

精神科での入院治療

障害特性の理解、構造化、視覚支援

障がいへの理解、個室化、施設職員との連携情報共有

支援方法の共有、医療従事者の知識獲得

まずは受け入れてくれる病院の拡大が必要。また、支援についての知識を医療従事者の方も少しでも良いので知ってほしい。

予めの提携医療機関確保

診療点数を上げる。医療と福祉の連携、お互いを知ること。

支援者を守るための法整備がまず優先。それを解決せずにこの問題は解決できない

静かで安心感が持てるような部屋（場所）を作る。見通しやスケジュールなどの視覚的な支援。やりとりができる支援者。

情報共有、関係者連携

強度行動障害の理解

まずは入院の有無、できるできないをはっきりと公表してほしい。保護者が都度落胆するので。

強度行動障害の方も同じ人であるという認識

「人格の尊重」「人権擁護」という倫理観。

障害特性の理解。そのうえで合理的配慮についてともに考えること。必要であれば医療と福祉の定期的な研修の実施。

”質問16と同じ。

加えて、強度行動障害やASDの専門家の配置。”必要であるならば、施設で使用している手順書の提供、共有することで入院治療できるようにしていくこと。

個室の確保

3次救急でも障害があるだけで、救急搬送される際に、暴れませんか等、課題とされる行動を確認されるので、まずは命を優先してほしい。

障害への理解、教育、コミュニケーション支援の拡大、柔軟な個室対応の選択他

”医療機関の連携強化をお願いしたい。医師にもいろんな人がいて難しいです。

付き添いサービスの拡充

病院の受け入れ環境、他患者への説明、理解

医療機関側の柔軟な受け入れ体制の確立

ご本人を取り巻く関係機関との連携と受診時の環境調整

医療機関の理解

完全看護でも、必要に応じて理解ある人は付き添える柔軟な対応

付添いができる専門的な知識を有するヘルパーが必要。

個室の準備と落ち着くものの持参・身体拘束も必要ではないか。

障がい特性を理解した介助員がいると良いと思う。

個室対応、付き添い人を配置する

付添い支援

積極的に受け入れてもらえるような制度上のメリット

医療現場への障がいの理解と必要な治療を実施できる技術

障害の理解と手厚い報酬での支援

同上

理解・環境

障がい特性について専門的知識のある付添いの確保

障害理解、受け入れ前の情報共有

強度行動障害を理解した付き添い者の確保が必要。

ASD や発達障害も看護師（医師）の学ぶ分野として拡大。

“強度行動障害の存在を知る人が先ず少ないのかな？と感じています。

実際に研修を受けて、支援できるように修了証を持っていますが学ぶまでは存在さえも知らなかつたです。

まずは知識として知れるような機会を色々なところから伝えて言ってもらえると結果的に拡大に繋がるのではないかかな？と感じています。”

医療スタッフ等の障がい特性の理解 医療機関等のハード面での環境整備

本人、保護者、（施設職員）の意見の確認と医療への情報提供による最大限の治療方法の理解と同意（説明等）

“長期間になると施設職員が 24 時間付き添いするのは限界があるので、外部の付き添いできる人材や事業所が必要。現在、外部で知的障害を付き添いしてくれる事業所がない。特に強度行動障害は難しいと思うので専門知識のある付き添い人材が育成されるといいと思います。

専門病棟ないしは専門個室

一般患者への配慮として、個室にて受け入れられるような環境が望ましいと思います。

医師や医療機関としての意識の醸成、診療点数の拡大

病院側と受診・治療を受ける権利について共通理解を得る事

”・手術や入院が必要な疾病が見つかった時に、その先の治療を考えていくのに困難さが多く、治療に結び付けていくために多大な労力（医療機関のたらいまわし、遠方の医療機関に通わざるを得ないなど）を必要となっている。ゆっくり伝えているほど時間を割けない中で、医療機関に本人の特性を的確に伝えられることが重要。

・治療に向けて、支援者側も医療機関とコミュニケーションを深め、医療機関が何を困るのかをしつかり共有し、事前の工夫など下準備を整えておくことが大事。

・入院付き添いのヘルパー事業所が少なく、依頼できたとしても高齢のヘルパーが派遣され、対応できないといったケースがある。

・施設入所支援の場合でも、状況を勘案し、重度訪問介護など使えると費用面でも助かるかもしれないが、事業所が少ないため難しいか。

・コロナ感染症の流行後から、家族の付き添いも断られることが多く、付き添いを必要とするような人は入院自体が難しいといったケースがあつた。

・止むを得ない身体拘束を必要となることが予測される人は、門前払いのケースがある。

・理解してもらえるよう働きかける、どうしたら受け入れ可能かという視点で対話を重ねることが大切だと思うが、現実は非常に厳しいと感じている。”

付き添い人の勤務体制、身体拘束に関する具体的な対策

入院治療の場合は入院環境などを分けた方が容良いと思われる

コロナ後に認められることが少なくなった付き添い家政婦の活用

協力医療機関との連携。総合病院へ入院できるよう紹介状を書いてもらう。

精神科との連携

経験がないのでわからない

強度行動障がいの理解と対応

医師や受け入れ病院側の理解の促進、付き添い支援者等の支援力の向上、支援方法の確立 質問 16 と同様です。

付添を求められるため、負担が大きい。

強度行動障害に対しての理解をすることが重要と考えます。また、治療にあたり、医師（一般身体科と精神神経科）どうしの情報共有や連携等が必要と考えます。

専門のスタッフと動いたりしても影響のない空間、生活全般にかかるアセスメント

障害の理解

同上

児童期から医療機関に対する良いイメージを持つてもらえるよう組み立てていく事と医療スタッフの強行の方への合理的配慮も重要。

医療機関との連携。

医療従事者の障害に対する理解度

特になし

重度訪問介護だけでなく行動援護利用者の付き添いに行動援護で対応する

病院側の専門職の配置など

病院関係者の障がいに対する理解。個室対応。できる限りの当事者のルーティーンの実施。施設職員の付き添い。

”・福祉サービス事業所との連携

・支援者を受け入れられる棟（部屋）がある

”病院の理解

医師、看護師の研修への参加”

質問16とほぼ同じ。専門の病棟ができれば良いが、できれば個室対応で、周りに影響が少なく出来る体制、環境が望ましい。

入院の期間や目的について本人に理解できる説明を行っていく 受け入れて頂く医療機関の方に、この方の特性を理解してもらうべく、事前に情報提供を行って対応のご協力をお願いする。

医療機関への障害理解への周知 ・ 関係者による理解を得るための丁寧な説明

・ 精神科との連携が必要、手術等を受けた後は精神科で入院治療をする流れが決まっていれば病院も受け入れやすくなるのではないか。手術後2～3日で暴力があり退院させられたことがあった。次の病院の紹介もなく、命に関わることだったので施設に帰ることができず自分たちで精神科にお願いして入院して治療した。病院の判断も理解できるが、その方は受け入れてくれる精神科があつたから助かったが、なければ施設で亡くなっていたと思う。受け入れ先を探すのも施設の仕事であり限界がある。・障害の特性の理解・治療等の伝え方も大切。伝わっていないと不安で暴れて薬を投与されたことがある。どこまでの治療を望むか本人の理解が難しい。

”病院側も入院対応の成功体験があると、次の入院の時に違う利用者でも受け入れがよい。受け入れしたことのない病院や病棟に入る時は、本人の特性や対応についてなど丁寧に伝え、入院したらお任せではなく、しっかりと介入し病院側も安心して受け入れられるような

対応が重要。”

現行の医療体制、診療報酬体系の中では困難と思われる。発達障害者支援センターや専門医の医療機関へのコンサルテーション、入院時からの支援者の関与や、退院に向けての医療機関内での活動の設定などが重要。

利用者の特性の理解 受診前の事前準備 合理的配慮

”・上記と動搖

・付き添い不要な環境整備”

付添いの受け入れ（コロナ禍で付添い自体が難しい）と医療機関や周囲の患者様のご理解

”治療を一番に優先できる環境（病院、患者、施設ともに協力できる環境）

治療に必要な科だけでなく、精神科等と連携して診られる医療体制”

お互いの信頼関係しかない あとは医師の方針 医療職員の障がい特性の理解

看護師や周りの人の理解

”圧倒的に受入病院が足りない。

ADLが落ちて帰ってくる。

付き添い制度

病院スタッフの強度行動障害への理解

付き添い人の確保

入院中の付き添いが難しい。付き添いができる支援者が毎日必要である。

入院後の福祉サービスの保証

上記に加えて他の入院患者さんに対して必要に応じた対応

かかりつけ医に手術のできる病院を紹介してもらい、個室を使って、付き添い職員が介護しながら一緒に治療にあたる。

職員不足の解消と医療機関の理解

施設職員・病院との情報共有。入院中の支援の必要性の確認等

専門性のある職員配置と安心して受診できるハーフ面の整備

医療機関との情報共有と連携

高度行動障害を持たれている方に特化した病棟・医師・看護師の配置。

福祉と医療の協力と柔軟な対応

精神科との連携

医療機関側で福祉的な考えを考慮し、退院後施設に戻ってからのことも踏まえて治療を行って頂きたいと思っています。

”事前に申し出がしやすいシステム作り。

受け入れる側の準備も必要であるため、過去の受診歴（診察や処置に関して必要な配慮を含む）を家族が簡易にでもまとめられるツールの作成。

強度行動障害分野における専門家から医療機関へのスーパーバイズ。

入院時の行動制限について、虐待に繋がらないための具体的チェックリストの作成（あくまで目安であり、○点未満ならなにをしてもよいというのではない）。”

個室対応。利用者の特性を理解している職員の付き添い。難しいようであれば、看護師等への対応方法等の情報提供を行う等。

”個室の準備。

付き添い者の確保。

一般社会の障害理解度向上。”

医療機関はすべての患者を受け入れ、適切な治療を受けさせてほしい。

専門知識を持った職員による関りや個室が必要。

環境（設備）の整備（障害特性に応じ）

・入院中の過ごし方の見通し。・余暇時間の過ごし方。

病室の環境構成。必要最低限の物は置かない。壁はクッション素材の物を使用する。防音設備。

”付き添い問題。シングル世帯の場合、母親の心理的ストレスは大きく、入院患者への気遣い

幼児の場合 24 時間付き添いで協力者のない場合、動き回る子どもをずっと付き添わなければならぬ肉体的しんどさに疲弊していました。入院時のヘルパーの存在があると良い。”

知的障がい者を理解し対応できる人材の確保

強度行動障害の方が入院しやすい環境調整（専用の病棟を設けるなど）

入院先が強度行動障害に対応できる環境、人の確保。

病院の受け入れ体制の確保

病院の理解

安心できる人の付き添い

医療職の障がいに関する理解。入院時、付き添い者（サービス）の人材確保。

受け入れ先の拡大。

専門スタッフの常勤や個室対応

かかりつけ医など慣れ親しんだ者、場所であれば色々と軽減できることが想定されるが、救急搬送などで総合病院など普段と違う場合は注意が必要のため、病院側の理解が必要と思われます。

支援方法について、受診段階から医療機関との連携が必要だと考える。

少なくとも県に 1 カ所専門的な病院を設置すべき。

医療機関の受け入れにおける対象者の理解 個室、時間帯など環境調整 場合により、同意を得た上で麻酔薬等の検討

知識、情報とともに、対応できる職員を増やす必要があると思われる。

入院時の付き添いが必要な場合もあるが、期間が長く慣れてくると付き添いが必要じゃなくなる場合もあるため、本人の様子をみながら付き添いの有無について相談していくといいように思う。

・医療スタッフの障害特性の理解と柔軟な対応 病床的には難しいが、強度行動障害専用の個室を設けてくれたら有難いと思っていますが？

基本的にヘルパー不足の面もあり、対応できるヘルパーの育成が必要だと思います。

カンファレンス

受け入る医療機関の理解

病院と施設の関係性。期間を切られて、状態の変化がないが退院になることがあります、施設で対応が困難な場合がある。期間延長。

医療分野での障害への理解を深めてほしい。

病院側の強度行動障害の理解、日課のスケジュール支援、個室を使用する頻度が高いと思われるの個室代の補助

障がい者支援に従事してから、重要な課題だと思っております。障がいという理由だけで断られたり、緊急時、救急車で対応していただいても車内で病院が決まらず、一時間以上待たされることもありました。また、障がい者に対する医師からの偏見もあり、救急車で運ばれた先の医師に何故障がい者を連れてきたと怒鳴りつけられたこともあります。医療機関には、当たり前に人として障がい者を受け入れるルールや国からの発信、県や市、福祉団体、当事者団体が声を大にして呼びかける必要性を感じます。いち施設職員では、なかなか声が届かず、医療の方が優位性（上位）を感じます。障害をお持ちの方でも、普通に安心して医療にかかるることを切に望みます。

障害に対する理解と環境整備（空間を分ける・個室の整備など）

障害への理解 専門の病院を増やす

環境の配慮

個室は絶対だと思うが付き添い職員の不足が何よりも問題である。現場（施設）を回しながら病院対応となると強度行動障害云々でなく人が足りない。

病院側の理解が必要

個室や刺激の少ない環境。変化に弱い事への理解。

健康に家庭や施設生活が送られていくことが大前提です。入院治療を行うことで今までの生活に戻

つていける治療であれば健常者と何ら変わらない取り組みだ。

完全介護と言いながら強度行動障害の方は付き添いを求められること多いためもっと強度行動障害を知って頂き、人員配置をして欲しい

病室の環境整備

安心できる環境(個室)・見通しのもてるスケジュールの提示の為の共通認識と連携

強度行動障害への理解と受入スタッフ体制の強化など

入院しやすい環境を整えるため付き添いを支援員や家族がしなくともいいように、ヘルパー等、医療と福祉サービスの中で共有する仕組みを作ってほしい。

個室の確保。強度行動障害者を受け入れた医療提供施設への診療報酬の引き上げ。

医療機関の理解、身体拘束、環境や人的整備付き添い看護の充実

医師の裁量。

施設療養、自宅療養の体制作り。訪問看護、訪問診療、ヘルパー等。また、その報酬充足。

医療関係者の障害理解、落ち着いた環境設定

個室、援助者の付添い、

・医療従事者の強度行動障害に対する理解の促進。

・家族、支援関係者、医療関係者の連携の推進。

・本人向けの個室の確保。

・付き添い支援制度の充実（医療、福祉の両面から制度を構築）。”

医療機関のスタッフの理解と柔軟な診療方法は必要ではあるが、同行するスタッフの強度行動障害に関する支援知識と対応力の向上を並行してしていく事。

医療機関やそこへ受診される一般患者の障害に対する理解度

他入院患者の強度行動障害障害特性の理解

障がい特性の理解（受診する側、受け入れ医療機関）

”個室の必要性。付添い可能な専門スタッフの拡充。身体拘束（3要件に当てはまる範囲で

治療に必要な場合）※できないと断られることが多い。”

付き添いを可能にして頂きたい。

・普段から、医療機関となじみの関係を築き、理解者を増やしていく為に、自立支援協議会・行政などと共に、地域への発信を行うこと、また、障

がい理解のある医療機関（入院可能）の構築（ソフト面・ハード面も兼ね備えた）の必要性の訴えと具体案提示

医師の障害者に対しての理解。

職員の付き添いもしくはご家族の協力付添が出来る人員の確保

専門医不足なのか、主治医が変更になることがある。

強度行動障害の医療関係者の理解と、職員の対応（知識）

”病院側の障害についての理解。受け入れに対する即応性。施設利用者の場合、家族が遠方の場合があるため、受け入れ同意書などの柔軟な取扱いをお願いしたい。

また、在宅医療機関が入所施設利用者の治療にあたる事ができるようにしていただきたい。

新興感染症などを含め施設療養などを強いられることがあるが、療養施設ではないため、看護師や支援員での対応には限りがある。医師のサポートがあれば、より安心して現場で対応できると思うので、様々な状況を想定して、医師の診察が受けられるようにお願いしたいです。”

障害特性をよく理解している方が付き添うことができるように、医療機関の環境を整えることや、日頃利用しているサービスを継続的に入院時も使えるようにすることが必要と思われる。また、退院時のフォローを福祉と連携していく必要があると思われる。

”入院中はこだわるものがないため、こだわらないが、家では気になるものが多く気になって暴れることが多く、入院はレスパイト要素が強く改善は難しい。

「入院させられた」と思っているため、退院後、暴れるケースが多い。”

病院も人手不足で大変だと思うので、外部サービスの利用のしやすさが必要かと思う。

入院となると、本人にとって不慣れな環境下での生活となることから、入院治療を拡大していくということは、本人にとってなかなか難しいように感じます。

事前の情報提供やケース会議などを通して本人の特性を共有しておくこと

強度行動障害に対する理解

強度行動障害者対応可能な設備の充実

特性を考慮した病室が必要

精神科が併設している若しくは精神科の医師がおり、相談できる環境。

医療機関へ本人の情報をしっかりと伝えることと、医療スタッフの理解。

どうしても他の患者に暴力などを振るわれる場合は、最低限の身体拘束は必要と思われる。

強度行動障害者への理解。個室の準備など利用者の特性や配慮して頂きたいことを入院前に病院側へ伝達し、入院中も定期的に状態確認を行う。入院前には本人にとってわかりやすい形で説明を行い、スムーズに入院ができるよう支援する。

精神科との連携。付き添いをする場合、快適とは言わないまでも、付き添い者も長期間過ごすことができる環境。

強度行動障害に理解のある医師の存在

個別の対応。個室対応。

入院時コミュニケーション支援の適用範囲の拡大あるいは入院時の職員付き添いにかかる金銭的補償制度が整っていくこと

障がいの理解と配慮。人手不足の解消。強度行動障害に特化した部屋の造り。

強度行動障害について知識を有する職員の配置

医療機関の構造化を含めた環境整備と専門職の配置

行動障害の対応方法について、研修等を受けられた方が増えていくことが重要。

”医療機関の理解

ヘルパー等の社会資源の拡充”

医師や看護師の障害の理解、病院によっては必ず付き添いが必要なため、職員数の確保及び付き添い者の心理的負担の軽減（2人体制の付き添い、1人ずっと1対1で付き添うのは負担が大きい）
同上

付き添いの拡大

本人の入院につながる相互理解と工夫のための、入院する病院と支援者間でのコミュニケーション
個室利用 24時間ケア体制 刺激低減された空間
医療関係者を含め、入院患者さんの理解。

個室の提供

個室と付き添いの依頼できる機関の充実

病室の改善。（刺激物を取り除く）入院中の過ごし方を模索する。本人のストレングスの共有を前もって行うこと。

本人、周囲の患者、業務する看護師などを考慮すると一概に一般科の入院治療を行うことが必ずしも良いとは思わない。

看護体制の充実

個室対応

”強度行動障害に特化した病院施設を作つて欲しい
通常の病院だと通院も入院も困難で適切な医療が受けられない状況です”

受入側の配慮、設備の充実

診療側の強度行動障害に対する理解

周囲や病院の人達の障害への理解（環境、特性含めて）

知る機会を増やす。受入れのメリット（診療報酬等）をつくる等

スタッフの理解

特性等による影響が生じないよう、区域を分ける。

困難なことで有ると考えるが障害者（認知症者も）の人権を守つて貰いたい

入院時に利用できる身体ケアや情報伝達支援の専門家の配置

個室化、入院時など特別な場合に見守り体制が取れるような制度

動ける間は入院困難な場合があるが、医療を必要としている障害者の方が利用者しやすく、介助者も専門分野でなく支援する中で不安も大きいので安心して利用できる様に互いに協力できる関係が必要ではないか。

医療機関の利用者への理解、環境調整を含む配慮（個室対応など）

個室の利用、在宅者と同等の福祉サービスの利用
入院までのスムーズな対応（待ち時間が長い）

一番大きな負担が付き添いを求められる事、付き添いをしなくて良いなら入院もしやすい

入院中の室内での過ごし方の見通しの示し方。付添人の確保。パニック時の対応方法についての確認と必要に応じたケースカンファレンスの場の設定。

障害への理解と入院中のサポート体制を高めること

”①入院中も本人の状態を熟知している支援者が、継続的に医療的専門職との連携に基づき、本人とのコミュニケーションを取りながら入院治療に対応できる仕組みが重要と考えます。

②入院先の医療従事者が、強度行動障害のある方の障がい特性や支援方法の理解を深めることと、

その治療に係る専門的な対応は、報酬上の評価としても整備されていくことが重要と考えます。”入院環境として、精神科個室病棟が落ち着く利用者もいるため、個々のニーズに応じた入院体制が整備されることが望ましい。

医療機関側のサポート体制。強度行動障害・行動特性に対する理解。

入院機関の整備・マンパワーの充実

医療従事者の理解

付き添いの人がいると、家族の負担も減るのである。強度行動障害の方の支援ができ、かつ、付き添える人は少ないと思うが。支援者の負担もそれなりに大きいとも思う。

”・専門の病棟で慣れたスタッフで対応して欲しい
・専門外来と専門病棟があれば（県に1つでも）
予約してでも診察を受けたい
・病院側の強度行動障害児/者の理解
・通院や入院の際のご家族の協力”

特性に配慮した環境が整った病棟や専門スタッフの配置の必要性を感じます。

医療関係従事者の理解・周知

精神科病棟等の連携（精神科に入院しながら内科治療・外科治療）が行えるようになると治療がスムーズに行えるように思う。

病院内に障害支援に関する専門職を配置する等本人が環境や精神的な安定状態になるための努力の時間を要するので予定どおりにはゆかないものと考えて支援するべきです。

診療報酬に加算をかけられる制度を受入側の知識・理解・体制

精神科病棟との連携

双方の連携と情報共有、また外部支援の導入。

医療従事者の強度行動障害に対する知識、理解。個別の環境・支援への配慮。通所施設で在宅の方は、家族対応。そもそも車で病院に連れていくことが難しい。病院に到着しても、駐車場から玄関に入るまでの支援が必要。家族支援、ヘルパー

（行動援護/重度訪問介護）の拡充と柔軟な対応ができるような制度。

支援の必要性をお互いに感じることができるように共有すること。

患者さんのペースを尊重する事も必要

入院先の医療機関と生活支援のスタッフによる情報共有（本人の理解特性などについて）

同上

特性の理解 偏見をなくす 施設との情報交換

強度行動障害の特性を理解し、できる限りの構造化と安心して落ち着いて過ごせるためのスケジュール化、視覚化

強度行動障害の知識を持つこと、そしてそれを理解することが大切。また個室対応

病院側の理解

スケジュールや視覚的支援、障害理解ある職員発達障害への適切な理解のある医師をかかりつけ医に持つこと。入院機能をもつ病院と連携できる関係にあること。現場支援者が適切な支援を行える土台を作ておく事。

精神病院で内科、外科病棟を作り入院治療ができると良い。

情報提供 共有

通常の医師や看護師では強度行動障害の患者を診ることは難しいと思う。病院にも社会福祉士等、障害者支援の専門の職員を配置できれば良い。医療受診と同じで一般の患者と一緒に部屋で入院する事は難しいので個室である事が必要。

”・適切な治療を入院期間中、継続的に受けことができる設備環境

・障害特性に対しての理解”

①個室利用の平準化 ②異食、多動、器物破損、他害に対応できるスペース（精神科併設）の確保
③付き添いの緩和

地域医療の理解と協力

”理解ある支援者がいる環境

施設だけで解決を求めるのではなく、関係機関が互いに助け合いながら共に治療を進めることができる環境”

医療機関の受け入れの理解

家族以外が付き添う際の報酬等について

”・入院時の個室対応

・医師、看護師の障害の理解
・強度行動障害の対応ができる付き添いの育成”
精神科を含めた総合病院での入院が理想である。
入院付添いの確保。個室使用時の利用料の確保。
必要な治療が最短期間でできるよう、関係者が協力していくことが大切だと思います。

・入所施設での受け入れが困難となった場合の入院治療がスムーズに図れるよう、施設と医療がより連携して当事者をサポートしていくシステムづくり。個室の充実。医療と福祉を細かくつないでもらえるパイプ役の充実。

入所施設での受け入れが困難となった場合の入院治療がスムーズに図れるよう、施設と医療がより

連携して当事者をサポートしていくシステムづくり。個室の充実。医療と福祉を細かくつないでもらえるパイプ役の充実。

付き添いの問題は重要であり、施設側で付き添いする事は難しい。付添婦の利用がメインとなると思うので、付添婦の人数が増えると助かる。

本人の特性（具体的に）を伝え理解をしてもらうこと。看護職員にわかりやすいツールを作成し、どのような声かけやサポートが必要なのか、知つてもらう。

障害者への理解、他入院者に迷惑がかからないような、病院側の体制があればありがたいと考えます

”・本人の落ち着ける環境の提供。

・専門職の配置（外部サービスも可とする等の柔軟な対応）”

看護師など病院内での支援者の障害理解、障害特性に合わせた環境面の配慮、

上記回答と同文。

重度訪問介護による付き添い、退院後の受け入れ
事業所へのフォローアップ等

精神科医師、その他スタッフとの連携。

強度行動障害及び知的障がい等について、医師、
看護師等になる前に理解を深めて頂きたい。（資格取得の際に）

”24時間の付き添いが求められることが多いが施設の職員、家族だけでは対応が難しいため
それらを代行できるサービスの拡充。”

特性の理解、落ち着ける環境の設定（個室や刺激が少ない空間）

より専門的知識を備えた看護師や医師が必要と感じる。

”入院時、コロナで家族以外の面会はかなわなかつた。

病院とご本人とのパイプ役として、病室にも出入りできる支援者が必要ではないか。”

個室対応

障害者（知的、行動障害）への理解と対応できるまたは専門相談員の配置

個室。ADL、特性の把握。

見通しを持って受診してもらえるような障害特性にあった支援

安心して入院加療できる環境づくり、専門スタッフによる支援

医療と福祉の連携、精神科を含め、無理な条件を出したり、入院できる病院が少ない。

見通しが持てる入院生活の提供・できれば複数の職員の配置や応援体制があれば良い

ご本人のことを理解している保護者、支援員の付き添いが良いと思われるが、事業所の職員の不足などがあり、入院などの専属の職員を配置してほしい。

病院や医師等の理解と協力、付き添いの充実
特に入院時には障害のある当事者それぞれの重要な配慮すべき点を必ず医療側に家族や福祉支援者側が伝え、最善の方針等を確認してから治療等の処置に入ること。これを欠いてしまうと、医療側が想像もしないようなその後の生活や命そのものの危機に不本意ながら繋げていってしまうリスクがあることを、医療・福祉双方が十分に学ぶ必要がある。

医療従事者の障害理解。診療報酬への上乗せがあると少しは医療機関受け入れがよくなるのではないかと考える。

特になし

ご本人に理解を求めて理解が出来ないので、治療を進める上で、病院側から抑制帯の試用を言われる。安静が保たれるように薬の使用もあり得る。

”・診察治療については部屋に訪室し対応。（毎日決まったルーティーンでのスケジュール）

・担当医の決定

・コミュニケーションツールの準備（絵・カード）

・物事を伝えるための構造化（物理・視覚的構造化）

・時間経過の伝え方（タイマー、砂時計他）

・家族、施設職員との情報交換・連携

○落ち着いた空間。個室での対応。（障害特性に合わせた部屋の環境整備）

・強化ガラスではなくアクリルボードの使用（窓ガラス、テレビ画面の保護等）

・壁、床はクッション材（自傷での怪我防止）

・物損行為防止：余計な装飾はしない、蛍光灯紐なしでリモコン操作等、手の届かない位置に設置。（出っ張りなどは気になる方が多い）

・掃除しやすい素材、排水装置や換気扇も設置（失禁・失便に対する配慮）

・入浴、食事など全て居室で終えられる環境。（外部との接触を避ける。必要なない刺激を避ける。：人や物など）

※行動障害の方を受け入れる為には、一般的な環境ではストレスとなる物が多い為、治療を受けてもらう為には落ち着いて過ごして頂く環境調整（人や物）が必要となってくると思われる。上記以外でも必要事項はあると思われる。”

施設で行っている支援の般化が病院ができること。

その方の障がい特性で、複数の支援員で対応することが必要な場合があるため、その体制を評価する制度を設けてほしいと考えられる。

E. 考察

今回の調査では強度行動障害の当事者の支援に関する福祉関係者 441 名から回答を得ることが出来た。支援経験年数が 10 年を超える回答者が多く障害者支援施設や生活介護通所事業所、共同生活援助に携わる支援者が多かった。

福祉施設のうち、法人の診療所機能を有するという回答は 15.5% と少数であった。少数ながらも診療所機能を有する法人では、内科、精神科、歯科のみならず、眼科、皮膚科、整形外科、脳神経内科、小児科など、多様な診療科を備えており、そこで実施される検査も血液検査、尿検査、心電図、脳波、胸部 X 線、便潜血のみならず、超音波検査、胃透視、骨密度、CT、上部消化管内視鏡、MR I、下部消化管内視鏡などまで実施しており、診療所機能を有する法人と、有しない法人では、時施設内で対応可能な範囲が大きく異なり、二極化していることがうかがえる。また、診療所機能を有する法人では、当事者は医療処置や検査の実施に日頃から慣れており、その点でも状況は異なると考えられる。

外部受診時の困難は、診察、検査、処置の拒否だけではなく、医療関係者への暴力、医療機器の破壊、他の患者への迷惑など多岐にわたり、普段の生活状況とは異なる環境下で、強度行動障害の当事者への対応に慣れない医療者の対応では、現実に対応が困難な状況が見て取れる。実際に、4 割以上の福祉関係者が今後の診療を断られたという経験をしている。

入院治療においては、入院受け入れ先が決まらないという体験を 56.5% が経験しており、実際に入院をあきらめているケースもあるようである。しかしながら、その受診理由は、肺炎などの感染症、頸椎損傷、骨折、白内障、癌、水中毒、交通事故、脱腸、腎不全、虫垂炎、腸捻転、イレウス

などであり、決して放置できない疾患が並ぶ。必要な医療が、当たり前に受けられない危険性と隣り合わせにある当事者の現状を示していると思われる。

入院の付き添いは、6 割以上で求められており、施設の職員や家族などが対応している。家政婦、付添婦の派遣を利用しているケースもあるとのことであるが、どの程度の対応が出来ているのか、確認が求められる。付き添いの負担が大きい一方、コロナ禍や病棟管理上の事情から付き添いが出来ない、あるいは、複数名が付き添えないことが悩みともなっており、柔軟な対応を可能にする枠組みが求められる。

外来受診においては、待ち時間をなくしたり、個室を準備すること、入院においても個室を準備したり、待たせるための持ち物を持たせること、手順書やスケジュールを持参させるなどの工夫が行われている。個室料は、個人の負担となっていることも、病院側が請求せず、減免となっていることもあると思われるが、前者では個人の負担増、後者では病院経営上も負担となっている。このような工夫を実施することへの何らかのインセンティブが求められる。

行動制限については、精神科病棟のみならず一般病棟においても行われており、退院後の ADL 低下とも関連している。外部医療機関での入院医療を可能にするためには、不可欠であることも十分に理解しつつも、当事者の負担のみならず、合併症や退院後の ADL の面からも最小化が求められる。

福祉関係者の自由記述では、医療関係者の理解が十分でないことと、一方、当事者の医療について後ろ向きであったり、人権を配慮していないのではないかという不信も垣間見える。また、専門病棟や多様な診療科を有する専門病院への期待も高い。これらに対して何らかのインセンティブや体制確保が検討される必要があるように思われる。

厚生労働省 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

**強度行動障害といわれる状態にある当事者の歯科を含む一般身体医療受診に関する調査
(当事者家族対象)**

岡田 俊 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的・発達障害研究部)

調査要旨

当事者家族を対象として、強度行動障害を有する当事者の診療経験、そのなかで苦慮した点、有効であった工夫などに関する情報を得ることを目的としてアンケート調査を実施した。回答者は 207 名であり、20 歳以上 40 歳未満の当事者の親で、回答者は母親が多かった。大部分の当事者がかかりつけ医を有しており、歯科、児童精神科が多く、次いで内科、小児科が続いた。一般身体科受診については 42% が困難を抱えているが、入院診療、救急医療、救急車の対応を断られた、警察を利用するように言われたといった命に関わる状況が存在しており、実際に手術や医療を諦めざるを得なかったといった回答もあった。最終的に専門的な医療を受けることが結局できたという回答の中には、医師からの直接連絡や家族からの直接連絡が奏効したという回答が多く、ここでもかかりつけ医に役割や、また家族が奮闘せざるを得ない現実を示しているといえる。

かかりつけ医を受診する工夫としては、時間を過ごさせるための物を持参する、医療処置について写真などを用いて事前に説明する、タイマーなどを使って見通しをもたせるなどの発達支援、支援者の付き添いの方、待ち時間を短くする、個室を準備して待たせるなどの病院側で可能な配慮があげられている。他方、かかりつけ医以外の病院受診で困った理由は、待ち時間、検査やバイタル測定の困難とともに、医療関係者が強度行動障害の当事者への対応になれておらず、親も不安を抱えることがあげられている。

入院医療については、家族が終日に渡って付き添いを求められるケースが 70% に及び、付き添い者の食事の調達に苦慮したり、トイレにも行けない現状が明らかになり、また個室利用に際して、個室料が高額に要求される実態、医療的処置や検査の実施に困難があったり、安静が保てず苦慮している実情も明らかになった。入院治療においては、スケジュールを提示したり、入院期間の見通しがつくようになる、過ごすための物を持ち込むなどの工夫が重要であるが、そのためには医療関係者から親に情報が伝えられることが前提となり、医療者と家族との良好なコミュニケーションが求められた。

医療と福祉のカンファレンスについては 77.5% が実施されておらず、福祉サービス事業所からのコミュニケーション支援や入院中に利用な障害福祉サービスについても情報が提供されているのは少数であった。

常日頃から病院受診になれていることが必要であるが、かかりつけ医のみでは医療は完結しない。待ち時間をなくすことや個室の準備など、どの医療機関でも可能な工夫はあるが、それを実施するためには受付から医療従事者まで多くの職員が強度行動障害の特性を理解すること、事前の調整が必要であると考えられる。

A. はじめに

強度行動障害を有する当事者が疾患の予防や治療のために、精神科医療以外の一般身体科医療を必要とすることはしばしばあるが、行動上の課題のためにスムーズに治療を受けることができないことが懸念される。しかし、強度行動障害者の一般医療受診の実態を明らかにする資料はなく、また、対応された事例のなかには参考となる好事例

が存在すると思われる。本事業では、医師・歯科医師、当事者家族、福祉関係者のそれぞれに対して調査を実施し、強度行動障害を有する当事者の一般身体医療の実態を把握するとともに、好事例を集積することで、強度行動障害の当事者の一般身体医療の拡大することに資する情報を得ることを目的とした。本調査では、当事者家族を対象として実態調査の結果を報告する。

なお、本調査における強度行動障害は、行動障害児（者）研究会（1989）に基づき、

○精神的な診断として定義される群とは異なり、直接的他害（噛み付き、頭突き等）や、間接的他害（睡眠の乱れ、同一性の保持等）、自傷行為等が通常では考えられない頻度と形式で出現し、その養育環境では著しく処遇の困難なものであり、行動的に定義される群

○家庭にあって通常の育て方をし、かなりの養育努力があつても著しい処遇困難が持続している状態

とした。

B. 調査目的

強度行動障害のある当事者の家族を対象として、強度行動障害を有する当事者の診療経験、そのなかで苦慮した点、有効であった工夫などに関する情報を得ることを目的とする。

C. アンケート調査

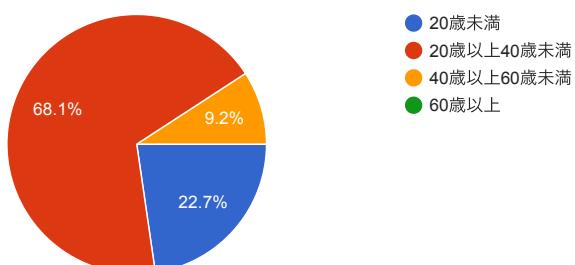
Google フォームを用いて、当事者家族を対象とした無記名のアンケート調査を実施した。調査期間は令和6年2月から3月までとした。

D. 結果

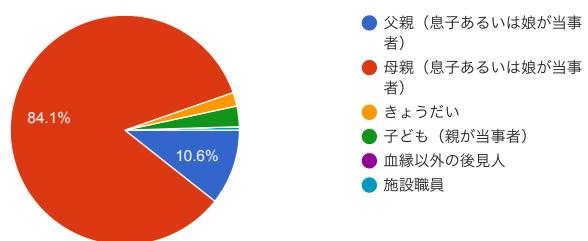
当事者家族 207 名より回答を得た。

<回答者の属性>

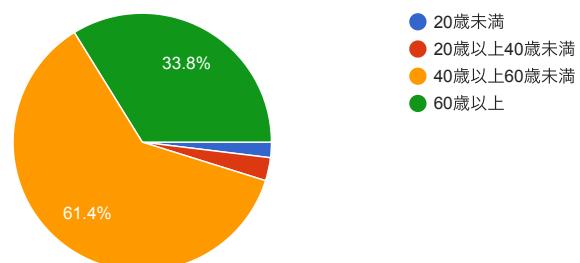
当事者の年齢は、20 歳以上 40 歳未満 68.1%、20 歳未満 22.7%、40 歳以上 60 歳未満 9.2%、60 歳以上 0% であった。



回答者は当事者から見て、母親が 84.1%、父親が 10.6%、子どもが 6%、同胞が 1.9%、その他が 0.5% であった。

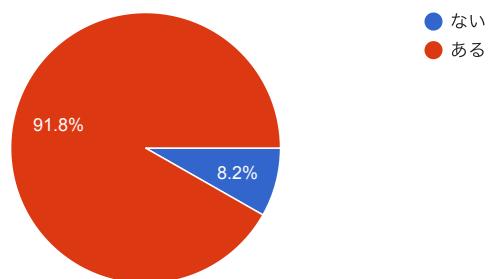


回答者の年齢は 40 歳以上 60 歳未満が 61.4%、60 歳以上が 33.8%、20 歳以上 40 歳未満が 2.9%、20 歳未満が 1.9% であった。



<かかりつけ診療の現状>

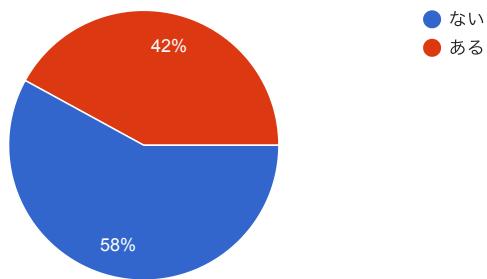
かかりつけ医がある当事者家族は 91.8%、ないという回答は 8.2% であった。



かかりつけ医の診療科は、歯科 64.8%、児童精神科 61.7%、内科 32.7%、小児科 31.6%、皮膚科 16.3%、耳鼻咽喉科 11.7%、眼科 8.7%、脳神経内科 7.1%、整形外科 5.6%、外科 2%、その他として、心療内科、内分泌内科、発達診療科、総合診療科、脳神経外科、アレルギー科、遺伝診療科であった。

<一般身体科医療受診の困難>

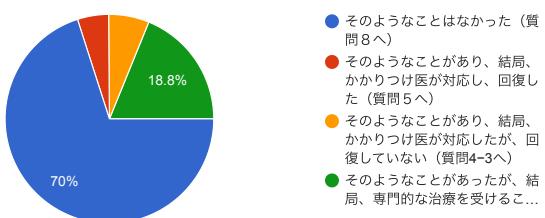
一般身体科医療の受診の困ったことがない 58%、あるが 42% であった。



具体的には、入院診療を断られた（18.8%）、救急病院の外来受診を断られた（17.6%）、望まない治療をうけさせられた（15.3%）、救急車での対応を断られた（3.5%）、その他12.9%であった。「その他」の中にも上記の項目に該当する回答が多く含まれていた。家族で連れて行けない、建物や診察室に入ってくれない、救急車ではなく、警察を呼ぶように言われた、当事者が子どもの声に反応、当事者、家族ともに不安と混乱、マスクを着用できないので断られた。入院が不可能であると告げられ、手術や治療をあきらめざるを得なかつた、医療処置がおこえなかつた、暴れたので追い返された、「ここで診れる子と思いませんか」と言われた、などである。

<専門的医療受診に関連する困難>

専門的な医療のためにかかりつけ医から他院に紹介する際、なかなか受信先が決まらなかつたことがあったか、という質問に対し、70%はそのような方はなかつた。18.8%は「そのようなことがあったが最終的には専門的治療を受けることが出来た」、「そのようなことがありかかりつけ医が対応し回復した」が4.8%、「そのようなことがありかかりつけ医が対応し回復した」が6.3%であった。



「そのようなことがあったが、結局、専門的な治療を受けることができた」と回答した回答者のうち有効であった方法は、医師からの直接連絡（47.6%）、親自身からの連絡（40.5%）、地域の障害福祉関係の支援者からの連絡（11.9%）、ケースワーカーからの連絡（7.2%）、親の会からの連絡、行政職員からの連絡、受付職員からの連

絡がそれぞれ2.4%。その他として、警察官、救急車、県の医療相談、特別支援学校からの連絡などであった。

「そのようなことがあり、結局、かかりつけ医が対応したが、回復していない」または「そのようなことがあったが、結局、専門的な治療を受けることができた」と回答した回答者の病名や病状は以下の通り：自傷が激しく入院してすぐに退院させられ、薬の調整が出来なかつた、疥癬、コロナウイルス感染症、脂質異常症、児童精神科から精神科への移行、てんかん発作、自傷行為による膝の腫脹、顔面の蜂窩織炎、親知らずの抜歯、耳下腺部の腫れ、停留精巣、精巣上体炎、異食によるイレウス、自傷による頭部外傷、口唇口蓋裂による矯正、痔、粉瘤、外傷、糖尿病、齶歯、脂肪腫、下腿浮腫、しもやけ、睡眠障害、緑内障、不明熱など。

<かかりつけ以外の病院を受診する際に有効であった工夫>

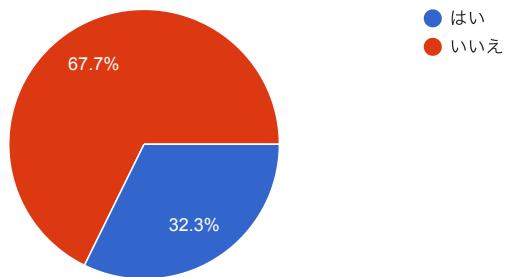
時間を過ごすための物を家族の判断で持たせた（52.1%）、支援者が業務として付き添った（25.6%）、医療処置について写真などを見せて事前に説明した（23.9%）、手順書やスケジュールを持って行った（19.7%）、静かな環境で待てるよう部屋を準備してもらった（17.1%）、時間外など空いている時間に対応してもらった（17.1%）、時間を過ごすための持ち物を支援者や親の会の仲間のすすめで持参した（8.5%）、タイマー等を用いて見通しがつくようにした（8.5%）、時間を過ごすための物を病院の指示で持って行った（5.1%）、支援者がボランティアで付き添った（3.4%）、その他6.8%であった。その他には、待ち時間を短くしてもらった、予約時間まで来るまで待機した、診察の順序を最後にしてもらった、静かな環境で待機させた、

どのようなことをするか付き添いがモデルを見せた、向精神薬を内服させたなどであった。

<かかりつけ医以外の病院への受診で困った点>

待ち時間が長い81%、採血が困難であった56.2%、心電図や脳波などの検査が困難であった50.4%、医療スタッフの対応が当事者の特性を踏まえたものではなかつた48.8%、待合が騒がしい43%、慣れた場所への外出に困難はなかつたが、新しい場所に出かけるのは困難であった40.5%、身長や体重や血圧の測定が困難であった21.5%、そもそも外出が困難であった20.7%、その他（本

人への説明や対応がすべて親に委ねられる、遠方、暴れる、医療者が対応に慣れていない、病院への恐怖感、親が病院での対応に不安、など)
 <かかりつけ以外の病院への入院経験>
 ありが 32.3%、なしが 67.7%



<入院診療科・入院理由（自由記述）>

- ・口腔外科
智歯、埋没歯の抜歯、う歯の治療
 - ・皮膚科
重症蕁瘍(多形紅斑)
 - ・精神科
器物破損 自傷
 - ・小児外科
停留精巣摘出術
 - ・小児科
けいれん、ホルモン検査、蜂窩織炎
 - ・脳神経内科
てんかん
 - ・胸部外科
縦隔腫瘍（腹腔鏡手術）
 - ・内科
急性胃腸炎、水痘、肺炎
 - ・消化器外科
消化管出血
 - ・眼科
網膜剥離 網膜再生手術
 - ・泌尿器科
血尿、膀胱鏡検査
 - ・外科
外傷、動脈、神経断裂、イレウス（開腹術）
 - ・整形外科
骨折
 - ・耳鼻科
耳垢除去
- <入院時の付き添い>
 家族が終日付き添ったが 70%、家族が日中付き添ったが 5%、家族と支援者が交代で付き添った

2.5%、付き添いを求められなかつたが 20%であつた。

<入院治療で困った点>

手術室に移動する直前に、不穏になりかけて、開始時間が押してしまつた。

消灯後に不安になり病室から出て廊下をぐるぐる歩いたりナースステーションからアラーム音が常に聞こえていたり人の気配で眠れなかつたりしたトイレ、シャワー付きの個室にならざるを得ない。個室を希望したので料金が割高になった付き添いの食事は頼めず 交代者もいない為 本人が寝ている間に看護師に声をかけ 走って一階上の売店へ行き 母の食事や飲み物の調達をしていた退院後の施設を探したが難航した。

部屋からの飛び出し。点滴を本人が外す。床への頻繁な排泄。

全く寝なかつた。多動で飛び出したり、点滴の管をかじって外してしまつたりした本人が入院する意味を説明したが、理解できなかつた

採血を含め検査をしたことがなく、なんの検査をどのようにするのかも分からないので、チャイルド・ライフ・スペシャリストに医師との仲介をしてもらい、絵カードや事前練習をさせてもらい検査をすることができた

ICUにいることを嫌がり騒いだ

母親（親族）以外の付き添いができなかつた トイレ付の個室にもらつたが付き添い人の食事の買い出しが難しかつた

スケジュールは示していたが家に帰りたがり騒いだ

多動で目が離せないので、入院中、親自身の食事の調達や、洗濯に出るなどができる、夜に家族が来るのが頼りだつた

全く理解ができないのでCT検査や血液検査をする時に暴れて何回もやり直された。最終手段でベッドに固定してもらつた。

オペ前の絶食期間での我慢（館内放送で「食事を取りに来て」と流れるので自分も食べられると、食事の要求をするのを我慢させることが大変だつた）

オペ後、麻酔が切れて大暴れした

事前に手術室前での待機を申し出たが断られた オペ後病室へ帰つたが、傷口を触る（包帯やテープなどすべて剥がす）ので身体拘束をされたが、力が強く、拘束バンドを引きちぎり暴れた、結局

母がずっとベッドへ寄り添い、傷に触らないよう注意していた

付き添いの母への配慮は全くなし、食事、トイレ等、とても困った

夜、寝ないので、同じ病室の人に迷惑をかけてしまった

過敏で食事が困難。ご飯を食べられないが、パンは出せないとこの事で、食事が毎食栄養剤になるとの事。部屋にトイレがなく、トイレに行く時はボタンを押すように言われたが、本人は理解ができない。

付き添いの、食事と入浴、他に変わってもらう人がいない

端的なことは、回答可能だが、様子や変化については説明を家族がした。

点滴を抜く、暴れる、大声を出す

個室しか無理なのでお金がかかる。

母親が付き添うので、残された家族が心配。

荒れて拘束室に入れられることが頻発した。拘束には時間などの制限があるために結局一人しかいない鍵のかかった女子棟？に移動になり、そこにずっと入れられた。学校の机とベッドしかない無機質で暗くコンクリでできた牢屋のような所だった。

多動の付き添い、点滴を外してしまう、自分（付き添い者）の食事

とにかくベットでじっとできない、相部屋は無理、個室でも部屋から飛び出す、他の部屋や病院の中のあらゆるところに入ってしまい危険。点滴を外したがって暴れる。

付き添い者はトイレも食事もままならない

点滴を抜いてしまわないように常にみていなければならない

付き添い一名では、長期間対応出来ない。

入眠時に発作が頻発し、起きているときには目が離せないほど動き回るので、入院中ほとんど眠れなかつた

トイレにも簡単には行けない

食事が付き添い用の分がないので、買い物にもなかなか行けない

お風呂にも入れない

相部屋の時は、隣のベッドとカーテンで仕切られているだけなので他の患者のアラームや泣き声で部屋にいられなかつた。

付き添い用の簡易ベッドがあつても、添い寝しないと眠ってくれない。ベッドが狭すぎて体中が痛くなつた

採血がなかなか出来なくて、数人で押さえてできた。レントゲン、手術室に入ることが難しく、母が付き添いました。手術室では、麻酔が効くまで側にいた。

点滴を外してしまう。採決の時看護師を叩いてしまう。抜糸時、押さえつけるのに何人もの人手が必要。病院食を食べず、毎日食べさせに通う。ガーゼの交換が出来ず親が毎日看護師に変わりする。

特に困ったことは無かつたが、大学病院に入院したので任せるしか無かつた。ただし自由に面会ができないこと。24時間対応してもらえる病院でないと入院は難しい。

目が離せず付き添い中はトイレに行けなかつたり食事が取りづらかつたりした。本人が大きい声を出すので周りに迷惑だったので早めに退院した。

元気になると、点滴を引きずって、病院内を徘徊する

食事を拒否…母親がみじん切りした

慣れない環境。時間をもて余す。退屈。不安。

手術終了後の痛みの説明の理解ができないため、なぜ痛いのかを理解できない

点滴を抜く

包帯を外す

コロナで会わせて貰えずその間に薬の量が増え会えるようになったら震え等がひどくなりビックリした

完全に離れるのは初めての経験だったので、私（親）が情緒不安定になつてしましました。

家族の付き添いが求められた

受け入れ先の病院決定までに8時間以上かかつた。

病院へと搬送については、本人が体力衰退するのを待つか、少なくとも5名以上の介助者が必要であった。

大学病院の為待ち時間がかなり長かつた

病院に泊まるのを理解できずに嫌がり、夜ほとんど寝なくて「おうち帰る」と言い続けた。

<入院治療で役立った工夫>

清拭などの普段のスケジュールにないものは省き、病院食も許可を得て無しにして、食べられる物を食べて良い時間まで少しづつ食べて過ごし

た。飲食不可の時間になつたら病室から自宅に持ち帰り、目に入る所から食べ物を無くした。

部屋に カレンダーを貼つておおよその退院日に家に帰れる事を一日ごとに短くして見通しを持たせた

本人の暇を潰せるグッズやタブレットを持ち込んだ

障害者団体の病院情報

個室にした

検査をする場所や手術の場所の写真を撮らせてもらったり、事前に見学させてもらえた

検査の前に検査の練習をしてもらったり実際の動きを見せてもらえた

体にどんな管を付け、いつ外れるか、病状により変更があるという了解の元、教えてもらい本人に視覚的に伝えられた

児童精神科の医師から配慮が必要な点についてコメントをもらえた

好きなもの（絵本やゲーム、ポータブルDVD（わざわざ購入して））を持っていった

ベッドに固定してもらえたのは本当に良かったです。本人も諦めて暴れることもなく処置をして頂けました。病院のスタッフさん達がずっとついて頑張った。

個室を利用。ビデオを持ち込み、お気に入りのビデオをずっと見ていた。

窓から工事車両（隣の敷地が工事中だった）眺めていた。

なるべくいつも持っているものを、そばに置いておく 新聞やテレビガイドなど

顔マークや我慢度のスケール、時計の絵やひらがな付きの内容説明、場所の図を用意してもらえば、かなり納得してくれると思います。

タブレットで好きな動画や音楽を聴く

いつもしている視覚支援や環境調整を一部だけ取り入れて、絵カードで伝えたりご飯は一人で食べられるようにしてくれた。

本人の興味のある好きなゲームやDVDを持参し、病院でDVDプレーヤーをお借りして余暇の時間に使用した。

することがないことで、問題行動に発展する為、病室にDVDプレーヤーやゲームなどを持ち込んだ

スマホやタブレットが視覚的に状況を把握させるのに役立つ

一緒にいること、パズルなど好きな物を持って行った。

個室で、本人の希望にできるだけ合わせてもらえること。オルゴールや部屋の明るさなど。食事の時間以外での捕食などやってもらった

手術の際の事前検査でEKGなど、初めての検査の際に携帯で検査を検索し、イラスト付きの説明内容で、イラストを見ながら「痛くないから大丈夫だよ」と説明ができ、本人も理解ができ、検査が何事もなくすんなり受けられた

スマホを持たせて動画を見せた

2か月間保護室で誰にもほぼ干渉されることなく、夜間も睡眠し、3食食べていた

術後は不安定にならないように当日は泊まった。

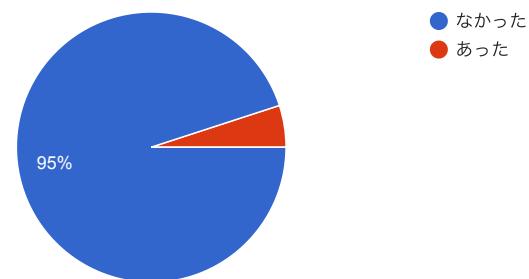
①安静安全な場所の確保（環境を整える）②ドクター、看護師、ケースワーカー、家族のこまめな情報共有③面会謝絶で刺激を減らしリセット。安静治療に専念できた④幼い頃、母に担がれストレッチャーに乗った経験

幼少期の頃から親や支援者の指示を聞けるように生活に工夫をしてきた

視覚支援をしたが治療よりも病室で過ごすのが大変だった

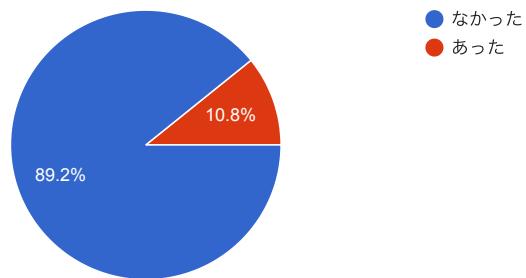
＜福祉サービス事業所からのコミュニケーション支援＞

なし 95%、あり 5%



＜行動障害のある人が入院中に活用できる障害福祉サービスがあることを市町村や相談支援事業所などから情報提供されたこと＞

なし 89.2%、あり 10.8%



<医療と福祉のカンファレンス>

医療と福祉が同席するカンファレンスは

なかつた 77.5%

退院時にのみ医療と福祉が同席するカンファレンスが開催され、家族も参加した 7.5%

入院時と退院時に医療と福祉が同席するカンファレンスが開催され、少なくとも一方に家族も参加した 7.5%

入院時にのみ医療と福祉が同席するカンファレンスが開催され、家族も参加した 2.5%

その他 5%

<病院に連れていく前に本人が強く嫌がること>

新しい病院に行くときには嫌がる 56.5%

特に怖がる様子はない 31.9%

医療処置や医療者の対応で怖い思いをしてから怖がるようになった 29%、他の患者の声を聞いたり怖がる様子を見てから怖がるようになった

23.2%、理由はわからないが怖がるときがある

22.2%、家族が無理をして連れて行ったことがきっかけで怖がるようになった 12.1%

その他（一番目に呼ばれないと嫌がる、待ち時間が長いと嫌がる、病院に入りたがらない、人が怖い、痛い思いをしてから嫌がる、道順や建物を見てかんしゃくを起こす、強制的に指示されることを嫌がる、予期せぬ検査を嫌がる、車から降りない、白衣を見ると怖がるなど）

<外来治療や入院治療の受け入れを拡大していくうえで、何が必要か（自由記述）>

強度行動障害は重い知的障害を伴うことが多く、自閉スペクトラム症の支援であげられるような事前の説明や時間を過ごせるアイテムもなかなか持っていない。よくない経験を積むよりも、辛いことはぼんやりしているうちにさっさと終わらせるほうが、本人も家族も医療機関もいいときもあるので、穏やかに鎮静できるような薬物投与が一番いいのではないかと思う。

医療側の理解：今回の入院手術は、本人の生活のペースを尊重していただき、自宅での生活とあまり変わらない環境設定にできました。

専門の時間帯や車内で待機できるように配慮、医師やスタッフが好意的に受け入れてくれると嬉しい

入院はなるべく個室にして欲しい

待合室（小さな小部屋で良い）があるといい

ヘルパーが付き添えない場合病院に障害に対して理解があり正しい対応のできる医療スタッフがいるといい

広く強度行動障害の認識が広がりそういう人もいるんだとなる世界になって欲しいです。

必要なものは心のゆとりと、差別ではなく区別です

歯科も含め、全ての医師と看護師の自閉症児者、強度行動障がい者への知識、本人のニーズへの配慮。他科の医師が精神科医主治医と連携を取ろうとする姿勢がほぼ見られない。保護者を介して診察内容を伝えようとするが、保護者や本人への精神面の負担が大きい。保護者も医療の知識を身につけないと伝えようにも話がわからない。非常に困りを感じている。

強度行動障害への理解と柔軟な対応

医療従事者の方の理解度の深さ

障害者への理解と診察や治療の手順書が病院側に用意されていると助かります 家で用意した手順書と実際の治療と違う事があるため

難しいとは思いますが急かさないで診察が受けられる時間的な余裕と医療スタッフの心のゆとりがあると連れて行く保護者も有り難いです

てんかんの服薬で精神状態が悪化しました。てんかんと精神の両面から見てくださる医師がいてくれたらと思います。

知識に基づいた対応をお願いしたいが人手が足りてないように思う

ヘルパー同行

医療従事者の理解と協力、また、同じ病院にかかる他の患者さんの理解が必要です。

なぜ待てない、なぜ暴れる、なぜ奇声を発する、等の障害特性です。周りの目を気にしながら、当事者も親も支援する人も本当に大変です

病院へ予防接種や血液検査をする時に数人のスタッフの方々が助けてもらわないと必要な検査や予防接種が受けられない。時々、人数を確保されるのに時間がかかるて本人が待ちきれず困った事があります。保護者としてはそうであっても賛同に応えて集まって下さったスタッフの方々に感謝しております。

「この子大変だから人数が必要」と知って分かつておられるスタッフの方は少々お時間を頂いて直ぐに対応してくれるのですがそうでないと時間がかかってしまいます。

歯科では押さえないと治療などが出来ず、ネットでもゴミ収集する時のネット、押さえるのは自転車のなどで使われる物で身体を押さえ、それでも暴れる時はスタッフと親が押さえる。しかし、だんだん子どもも嫌になり、スタッフの方も手伝ってくれなく親1人で押さえるようになりました。まともな治療も出来ず時間と保険料が無駄にかかるので小児科の大きな病院で歯科があるところをネットで調べました。もっと強度行動障害の為の成人になってからも気楽に安心して通える歯科があつたらと願います。

医療者に自閉症の患者に対する対応要領を学んでいただきたい。

オンラインでの受診や訪問医療、医療スタッフとは別に強度行動障害の支援について十分理解のある行動援護スタッフが必要だと思います。また、こうしたスタッフの待遇や職場環境が向上することを願っています。

病院毎に受診の手引きがあると良い

強度行動障害は、こうだからと決めつけず、その人の特性に合わせた対応。

家族以外の付き添いが必要、特にヘルパーの付き添いや利用が可能としてほしい

当事者の周りの人々が医療従事者の方へ強度行動障害の特性や対応の仕方を理解してもらえるよう、適切な治療を受けるために何が必要な支援なのか、どういう困り感があるのかを伝えていくことが必要なのではないかと感じます。

親も病院も、当事者にきちんと視覚支援で伝えどんな工程で進むのか、何故病院に行くのかを伝えたら、怖がらず受信出来ると思う。

病院の検査などで、手順書が病院にあるといふと思う。今は、全て自分で作って持っていくので。手順書があると、障害があっても無くてもみんな病院に嫌なイメージを持たないと思います。

医者や看護師が強度行動障害について理解することが第一だと思います。

他には待合場所を個別に設けてもらえたと本人も付き添い人もとてもありがとうございます。

各医療機関での障害へのご理解やご協力が重要かと思います

周囲に迷惑をかけず安心して過ごせる場の確保、病院側の理解、入院中の付き添い（親、ヘルパー）、受け入れに関する情報などの周知、重症や緊急時の裏入れ体制の確保など

事前の学習が有効。受診の見通しがもてる動画を作成してもらうのがいいかもしない。動画が好きな子どもも多いです。

ひどい対応は今までではないが、現場が殺伐としていて病院かかることが気が重い。現場の人数の拡充と、発達障害児のリアクションに対して医療現場が知識を持ち対応できること必要と思う。子供に動画鑑賞用のタブレットを貸出またはフリーWi-Fiが病院にあるだけで、何とか院内に誘導できて長い待ち時間を乗り越えられる。

視覚的構造化、障害特性の理解

眼科や歯科は、受診を断られてしまう。他に紹介もしてもらえないため、すごく困る。

診療拒否されないように、配慮のある病院リストがほしい。

障害者本人が信頼する支援の付き添いが必要です。カルテに書いてあるはずなのに毎回こちらから発達障がいの話をしないと対応してもらえない診療所があります。

まずはそういう事前確認をして欲しいです。

初めてお会いする医療関係者は、息子をどのように扱えばいいか戸惑ったり緊張されたりするので、今通院している内科は最初は精神科に通っていて、内科の採血を精神科でしてもらったりしました。普段から時間をかけて場所や人に慣れれば通いやすいと思います。

初めての場所や対面に難しさを感じるので治療・通院・入院以外にコミュニケーションの工夫が必要かなと思います。我が家場合は注射を必要とする治療が無理なので、インフルエンザ等ワクチン接種が飲めるような方法が見つかるといいなと思います

まだそこまでの経験がないので分からない

強度行動障害の特性をきちんと理解してくれる病院の医師やスタッフを揃えてほしい。

本人の不安がなるべくなくなる様、視覚的支援や障害の特性に合った関わりをして欲しい。

本人だけでの入院は厳しいので、親も一緒に居れる個室を望みます。

医療従事者の障害への理解

受け入れる病院が特定されるため、受け入れない病院はますます経験がなくなり、受入を躊躇するようになる。経験のある医療関係者（医師、看護師、麻酔師）がどの主要病院には必要。

医師、看護師、麻酔師の慣れ。知識や理屈だけでは対応ができない。慣れの機会としては、定期健診を病院が担うことではないか。

たまたま息子は、今まで緊急で受診が必要になることがなかったのですが、もしそういう事態になったら、いろいろ準備が必要だと思います。恐らく、実際には思っているよりも大変かもしれないし、もしくは、予想よりもスムーズに受けられるかもしれません。普段使っている物をいろいろ持ち込むかもしれません。

言葉を理解することが難しいので、これから何が起こるかを伝えるために、絵カードを準備する・動画を見せる、など。

医療機関の方々には、急かさずに待ってもらう余裕が欲しいです。人によって注意すべきポイントは違うので、どんな患者か、知ろうとして欲しいです。

入院することになったら、恐らく家族の付き添い(24時間)を求められると思いますが、家庭によって交代出来たり出来なかつたりするので、何らかの支援は欲しいです。

慣れている人の同行

強度行動障害の子へのスタッフの理解と優しい声かけ

知的障がい専門の総合病院を設けてほしいと思います。高度救急医療も設備された、スーパードクター集団であれば安心して受診ができると思います。

時間的余裕。十分なスペースの確保。防音。

人員不足はすぐには解決できないかもしれません、医療スタッフの接し方、保護者への声かけの仕方について研修を積むなどすぐに出来そうなことを継続するだけでも保護者や本人にかかる精神的負担が軽減されると思います。接し方が上手な方とそうでない方の差が大きいと感じます。

先方の理解、付き添いの確保、クールダウンの部屋、万が一に備え、フリーで補助に入れる人

耳鼻科治療はドクター、ナース3人プラス親、これでも、出来たのは10歳位まで、その後は、暴れ過ぎで、病院に定期検診すら行けなくなり、噛みつき、破壊など、家庭での生活が出来なくなり、施設入所しました。どんなに頑張って介護しても、もう、生活破綻していましたが、入所出来たのは16歳です

家族はボロボロになりました。施設入所した事に、一つの悔いもありません。今更、頑張り過ぎたと、もっと前に出すべきだったと思っております。コロナ下の自宅待機など、フォローの得られない時間は本当に大変でした。

受診は困難なことが多いので、医療用のサポートブックのようなものを作って、受診したことがある病院で今後も受診することになるであろう病院に配布して子供のことを知つてもらうことをしました。

私は障害のある子を育てているので強度行動障害という言葉を知っていますが、医療者の方は知っているのかな?と思うことがあります。受診がうまくいくように、お互いが協力する気持ちも大切です。

外来治療について待合室などを別に設ける。

なるべく待たないで良い工夫。時間予約制、車でまち、時間が近づいたら連絡してもらい、そのまま診察室へ向かえるなど。

障害者対応の時間帯や曜日をもうける。

待てない。病院は車でギリギリまで待つ事がほとんどです。

ダメな事ですが、病院は嫌がるので家族が病院で貰った薬を本人に使ったりします。

痛い、体調が悪いとも訴えられないで、周りにいる人や家族が気付けたらいいですがこの先も心配です。

専門の病院があると安心なのですが。

遠方なので親が歳をとった時通院できるか不安。行動支援は通院では使えないしこちらの都合より施設の都合が優先されるのでその辺りを改善してほしい

待つことができないので車での待機、症状によっては診察もしていただけないかと思います。また院内では部屋に鍵がないと院内を歩き続け介助するものが疲弊してしまうので鍵がほしいです。

①ヘルパーさんなど親の補佐してくれる方。

②病院、医師、看護婦さんが強度行動障害への対応を出来るような機会、環境。

- ・支援学校卒業までに支援学校で健康診断（血液検査を含む）を受けられるように練習する。

- ・どのような工夫や支援があれば検査が受けられるか養護教諭が把握し、進路先に引き継ぐ

- ・重度知的障害者や強度行動障害者の健康診断は自己負担を無料にし、行動援護の対象にする。

- ・年に1度の健康診断を受け入れ先に義務化する

・重度知的障害者や強度行動障害者の通院同行の行動援護は、診察や検査時も支援に含まれるものとする。

・チャイルド・ライフ・スペシャリストのような、医療にかかる際の仲介となる人を養成する
・患部部分だけでなく、本人を総合的に診ることができえる人を養成する

曇り空、目の前を救急車が通った、テレビで災害のニュースがあった急なスケジュール変更などで突然変貌します。いつもは明るい笑顔の子ですがこの様な事で私はこれまで何回もわたしは殴られたり蹴られたり叩かれたりしています。わたし家族なら仕方ありませんが、他の方に危害をと思うと病院に行きたくても連れて行けなかつた事あります父親が休みの時はいいですが 以前は親せきの叔父に付き添い頼みましたが、皆高齢または亡くなったりでもう頼める人はいません。なのでそういう時にお願い出来る公共の機関があればとても嬉しいです。

発熱者対応の[お熱のある方はこちらへどうぞ]の様に[スペースが必要な方はこちらへどうぞ]等の、専用の静かな空間の場所、絵、イラストでの場所提示、特に診察の手順書等が必要かと思います。見通しがつかないと不安でパニックになる、それなくとも体調不良でパニックになり精神不安定な所に、その様なスペースが無いと家族や支援者が何人も必要で、混雑した場所はパニックになる。

まずは当事者がどの様な支援があると少しでも安心して外来・入院治療が出来るかを、息子の外来受診の一例を説明します。その支援は、受診日の1ヵ月前から始まります。

①受診日を1ヵ月のスケジュールカレンダーに提示(提示の仕方は写真、イラスト、イラスト+文字、文字のみひらがな、漢字等、当事者の認知力により提示)

※通常、息子は1ヵ月間のカレンダーでスケジュールを見て、更にその日1日分のスケジュール提示(文字での)をし、見通しを持つ事で不安やパニックに対応している。

②外来受診の実際

A 支援者が息子と共に車内で待機して、B 支援者が待合室で順番を待ち、呼ばれそうな時間帯になったら支援者Aに連絡し、息子と共に待合室で順番を待つ、その待つ際も安心する持ち物、混雑していないスペースを少しでも探して待つ、息子の

手には診察室での診察手順書を持ち、イメージしてもらい、見通しを持たせる、そして、あと何分で診察かを受付に確認しタイマーを提示、時間の見通しを持って頂く。これらを支援して、初めて受診をする事が出来ます。それでもパニックになる事もあります。診察が終わると、支援者Aと息子はすぐに車に戻り待機、本日頑張ったご褒美に好きなランチに行く事を1日のスケジュール表提示して、好きなゲームをしてもらう、支援者Bが会計、薬局で精算後車に戻るまでのおおよその時間をタイマーで提示し見通しを立て、不安なく待てる様支援する。これらを支援しても尚、ストレスがかかると家の壁に穴を開けたり、自傷、パニックになります。どうぞ障害をより理解していただき、当事者の身体的だけではない、精神的、社会的ケアを含めたトータルペインをケアしていただきたいと思います。

医師同士の情報交換、MSWの関わり、障害理解専門知識のある医療関係者の育成。個室の確保。外来治療を受ける際、待つことができず待合室で暴れたり、大声を上げるので離れて待つ場所を作ってほしい。

歯科治療は暴れるので全身麻酔で治療してもらうが、遠方の専門歯科に連れて行かなければまたならない。親が高齢になり、連れて行けなくなってきた。

地域に治療してもらえる歯科があればと思う。

まずは、受診をとそれができない、

自宅にて、睡眠薬を処方して服薬してから運びたい、よくニュースで寝ていて記憶ないと事件があるが、病院にお願いしても受診のための睡眠薬は処方されないため病院には行けない。往診をうけているが、来てくれる病院は少なく、診察程度の診療しかできていないので、歯科治療に、自宅にて睡眠薬服用麻酔医師同行、ポータブル検査器具治療をお願いしたい。

不安が強くこの不安を取り除くため、先に時間をかけ視覚的に伝え、予想される処置を伝え、今の痛みや苦しみが楽になることを伝える、見通しが持てるように説明する必要があると思います。時間がとてもかかりますが、本人が納得するまで待つことも現場で理解してもらう事も大切だと思います。

行動障害がある人の特性を受診前から伝えておくことが大切。

これまで、精神科 以外は、大人になってからは、受診していません

いつも 夫と一緒に 精神科へ連れて行いきます。
車の中で息子を待たせ受診していました。

コロナの予防接種は、母が 接種する時に接種することができます。

通院介助が受けてくれる事業所が増えてほしい。
その時は家族支援つきでも お願いしたいです
先ずは医療関係者の障がい者に対する理解、また
親元から離れた障がい者は、支援者が障がい者の
日常をよく観察して症状の変化を時系列で把握し
ておく為の最低限の気付きが必要。（熱があるだ
けでなく、便の状況、歩き方がいつもと違う等い
つもと何が違うか日常の気付きがないと病院につ
ながりません。医者にも説明できません）親はそ
れをしています。だから重症化する前に病院に行
けます。

看護師の他に知識のある介護士がいてくれると助
かると思う

他害や自傷を起こしたときにサポートしてくれる
人 待合室を個室にして欲しい。

動かれると出来ないなどの否定的なことばがけ。
をやめる。

受け入れる病院関係者側の理解、周知が深まって
いけば良いと思う。

個室の待合室があると助かる。必要な時のヘルパ
ーの確保が難しいため、対応できる人材の育成が
必要。ヘルパー以外での福祉サービスでも対応でき
る支援者が対応可能な制度があると良いと思
う。訪問診療の充実。地域の医師への障がいに関
する啓発。

歯科と眼科の治療を本人が受け入れない。歯科に
関しては、全身麻酔になると思うので、前段の検
査(採血、心電図など)も入院してやっていただけ
ると親も本人も負担が少なくなると思う。

病院へ連れていく前に障害の内容を説明し、対応
をお願いしました。

自分がお世話になっている かかりつけ医にお願
いをして紹介をしてもらいました。

一番大切なのは家族が毅然とした態度で対応する
こと。

知り合いに紹介してもらい情報を常に収集する
こと。

医師や従事者の理解、暖かい態度、強度行動障害
を「本人からの言葉」と受け取ってもらえること。
幼児期からの療育的検診。重度訪問介護の利

用対象を広げるか、付き添い介助で使えるサービ
スがあればありがたいです。

その強度行動障害のある人が通える専門の病院が
是非欲しいです。強度行動障害のある人達を理解
し寄り添ってもらえる病院。色々な科が入ってい
る総合病院が必要だと思います。この人達は、あ
ちこちの病院には行けない。特定の場所にある病
院じゃなければいけないです。健常者が行ける
病院には行けない。

障害特性を理解しているスタッフと設備

家族のケア（食事、寝床など）

家族同伴で宿泊できる施設（これらは、家族同伴
でなければ必要ない）

構造化と対応医師看護師療育士のスキルアップ、
個室対応利用料特別免除（全額免除）、付き添い
人を障害者支援サービスとしての導入

重度知的障がい者（てんかん）・自閉症・強度行
動障害・糖尿病・高血圧の所見がある。

全般的な指導、治療等に対応していただける病
院、施設を望む。片道 100Km弱の精神科を有する
県立病院に 6 才から現在 45 才まで 3 か月に 1 回通
院している。そのつどに発生した

問題点を相談するが期待できる指導方法を提示さ
れなかった。定期的にただ薬を処方してくれるだ
けのために通院している。真摯な診療、アドバイ
スをお願いしたい。

障害者専門の病院があればいい。

他者との距離があると、気にせず、治療をうけら
れるので、専門窓口がほしい

医療関係者に障がい特性と、本人にとってのこだ
わり等の情報を事前に知っておいて欲しいです。
また、検査や診療の具体的な場所や段取りや所要
時間などを事前に教えてほしいです。できれば、
先生の顔写真や病院の写真もいただきたいです。
また、本人のこだわり行動などを受け入れていただ
ける時間的、精神的余裕を持って、診療してい
ただきたいです。

専門的な知識を持つ医療従事者の方が増えていた
だけたら有難い。

つい先日、定期検査の結果、便潜血陽性のため地
域のクリニックに相談したら「動いてしまうよう
な知的障害のある方の受診は受け付けていま
せん」「相談も受け付けていません」と言われた。
大学病院や公立病院に相談したところ、「若いの
で大きな病気の可能性が少ないし、痔かもしれな

いし、他に症状がないのであれば、無理して検査をしなくてもよいのでは」と言われた。

せめて公立病院や大学病院くらいは、普通の人と同じように検査して欲しい。

また、なぜ検査してほしいのかという家族の思いや、検査しなかった場合のリスクなどを考えて欲しい。

言葉やジェスチャーなどのない最重度の知的障害者が病気になった場合、痛みを我慢してしまったり、痛いことを伝えられなかつたりする。

強度行動障害があれば病気によって機嫌が悪くなったりもするので、ただ機嫌が悪いのか、病気によるものなのか、それ以外の原因なのかわからず、暴れる本人を押さえつけたり叱ったり、精神安定剤等を何倍も服用させたりすることになる。

通所先の職員は、日々「暴れる原因」を一生懸命分析してくれているが、家でも通所先でも、その原因は一つでも減らしたい。なので、症状を言えない障害者は積極的に検査を受け入れて欲しい。以前、ひざが痛んで立てなくなり、救急病院でひざの血を抜いてもらうことが度々あり、原因を調べてもらおうとあちこちの病院(10箇所以上)に行ったが、「こういうお子さんを調べてどうするんですか?」と言われたり、「検査は無理です」と断られたり。原因がわかった後も「こういう方の入院は難しいので手術はできません」と言われた。

どうしたら手術できるのか、入院できるのかを考えて欲しい。

また、手術をしないとどうなるのか、本人はもとより家族や支援者の思いを想像して欲しい。

ガラスで手の側面を10センチ以上×2箇所切り大出血したとき、流血したまま、救急車に乗るのが怖くて30分以上待たせ、乗車後も各方面に連絡してくれたが受け入れてくれる病院は1件も無かつた

「受け入れてくれる病院が無いのでこのまま降りてもらうしか無い」と言われたが、「日大板橋に診察履歴がある」と話すと連絡してくれてようやく受け入れてくれた。

受け入れてくれる病院が無いという理由で、もし出血多量で亡くなることがあっても仕方がないことなのか。

鎮静剤なり、(本人が受入可能な場合は)拘束帯なり、救急車や病院には、命を守る備えをしていただきたい。

怪我をしても治療できず、出血した状態で学校へ行くと、学校側は処置してもらわないと受け入れ拒否。

突然の怪我、病気は母1人では病院に連れて行けず、父親も遅刻早退休暇などなど困ります。

言葉が通じず、どこを検査すれば良いのかも分からず、毎回困ります。

病院で暴れると大勢の人に囲まれて、かわいそうじゃないの!医師はなぜ来ないの!とワーウー言われます。一般市民に強度行動障害の事をもう少し理解していただく事をいつも願います。年齢の高い医師にも、騒ぐと注射すると言われます。とにかく皆さんの理解が欲しいです。

医療機関における自閉症を含む発達障害の特性の正しい理解

医療従事者、その他病院関係者の障害の理解の浸透が必要と思われます。

待ち時間、診察での対応、すべてに「本人の納得を待つ」ほかの人にはわかりづらい時間が必要ですが、それを説明しきれなくて、こちらが我慢あるいはやめてしまうことが多い。

やはり、障害特性の理解かと・・・、それを求めます。

またそばで介護する私が見通しが持てず、本人に説明ができない。病院側は「この後何があり、いつ終わるか」を「わからなくよい」と思っているのでしょうか、強度行動障害の介護にはそれが必須なので、いつも困ります。

また、今、全身麻酔の歯科治療が、事故があり、受診できなくなっています。

15年ほど前にどんどん歯が悪くなり、全身麻酔での治療を受けて、神経をかなりとりました。その後、定期的に見てもらって安定していたので、今、とても不安です。

医療機関に、知的障害の人がどんなこだわりがあるのか、どんな事が苦手なのかを理解して欲しい。

できる事できない事を理解してもらえれば、治療がスムーズに行えると思う。

病院に慣れる

医療者側の障害理解とそれを促すための診療報酬加算

理解のある方々も居ると思いますが、親や福祉関係者でさえ手を焼く人に対応してもらうには現実的に報酬だと思います

奇声をあげたり動きが激しいので、個別の部屋を用意してほしいと思います

お医者、看護師さんなど回りの人達が行動障害児を理解してくれる事が大事

待ち時間ができるだけ少なくなるようにしてほしい

医師、看護師の理解、特性に応じた対応、環境作り、ヘルパーの派遣(田舎なので事業所がない)

その時ごとに応じた説明とコミュニケーション、医療、福祉相互のカンファレンスは必要ではないかと切実に思います。

外来にても入院にても、強度行動障害のある子を連れて行くに際して1番辛いのは、周りに迷惑をかけることです。親はただ謝りつづけるしかない。

外来であれば、時間外や予約の最後に誰もいなくなつてから診てもらうとかが可能であればありがたい。小児科受診時代は、建物に入れない場合は、駐車場の車の中に先生が来てくださり、診察して下さることもありました。涙でました。でも、大人になるとそうはいかないです。

入院に関しては…個室限定で、付き添いは母親以外に父親との2人体制を可能にすること。また、時にはヘルパーさんが付き添うなども可能になれば、少しほはかります。

予約制である。待機場所がある。医師・看護師がやわらかい言葉がけ 付き添いの支援

病院等に個々の強度行動障害について理解している人がいてくれればいいと思います。

医師やスタッフにも強度行動障害について熟知していただきたいです。困らせているのではなく、困っていたり、怖い故の不適切な行動起こすのですが…、医療従事者であっても、一般の方と大差ない対応をされると親子ともに、いたたまれないし、冷たい空気は本人も分かります。

全病院医療者には発達障害の知識やコミュニケーションの基本を知って欲しい。発達障害で通う精神科の医療者は知識やコミュニケーション方法に精通されていることが多いが、一般病院の医療者は無知の事が多い。医療者の対応態度、コミュニケーションによって荒れることが多い。私自身も医療者だが学校で発達障害患者への対応は習わなかった。学生時代の必須科目や病院の患者対応のひとつとして身につけていただければ、助かる。

また、待ち時間の長い病院は、静かな環境の待合室を作りたい。発達障害は待つことが苦

手で待ち時間に苦痛を伴い診療時間が待てず、暴れたり発狂することがあるため、せめて静かな環境の待合室、別室を作りたい。また、入院時、家族付き添いとなると個室を勧められるが発達障害は新しい環境での生活に苦痛を伴うため、付き添いが個室必須の場合は個室減免対象となるよう入院対応病院は全国統一でしていただきたい。

長年検査や処置や治療で苦労しました、30年かけて慣れていきました。

初めての事は、抵抗があります、怖がります。

モデルを見せて、何をするかを教えたり、手を握り安心させたりしました。

終わったら、楽しみがあると伝えました。

入院は付き添いがあつても、渋られることがありました。

以前より、医療関係者の障害者への知識は向上していると思います。

理解力不足で抵抗があるなど、時間がかかるのを知つてもらうことと、知識を増やしてもらいたい。

でも一番は、障害者専門病院、または病棟など作って頂きたい。

待合室で他の患者さんと一緒にいることは難しいので、別室で待つとか、来院したときに直接診察室に入れるようにしてほしいです。

駐車場に空きがないと、車中で待つことになりますが、これがまた、大変なので、スペースの確保がほしいです。

診察や会計に時間がかかると助かります。

じつとしていることが難しいので、治療によっては麻酔も考えてほしいです。

最近の医師、看護師は障害に理解のある方々が多いので、以前よりは気持ちが楽です。

入院の場合は付き添いが必要になるかと思いますが、患者本人は当然の事ながら、側でケアする付き添いの生活全般にも配慮してほしいです。

トイレなどは、他の患者さんと共用ですと待つたり待たせたりが多くなるので、専用があると助かります。

入院中に気を紛らす遊び場なども、他の方々に遠慮せずに過ごせるようになつていると有難いです。

以前親知らずの抜歯で3日間入院したとき、病室の他に過ごせる場所がなく、廊下を行ったり来たりして何とか過ごしました。

入院時の付き添い

専門性のある医師

社会の理解がもっともっと必要、それに尽きます。障害への理解だけでなく、親はどれほど遠慮し、申し訳ない思いで暮らしているか？どれほど困り、苦労しているか、その理解が社会に広かれればと、願っています。

医療従事者の理解と受け入れ。同行する人が医療従事者に本人の特性やそれに伴う必要な対応をどれだけ伝えられるか。

通院で、待合室が空いている時間での診察。（長く待たないようにして欲しい）

特性に配慮した問診（話しかけられるのが苦手だと言っているのに、毎回、言葉で色々問診がある）。

通院で、待合室が空いている時間での診察。（長くます、受付から始め、強度行動障害を多くの医療従事者が理解して欲しい。）

地域の全ての診療科の強度行動障害を受け入れている病院マップがあると助かる。（電話での特性説明に時間がかかる割にあっさり断られダメージが大きい。）

専門外来や入院設備

訪問医療の拡充

より柔軟な対応をしてくれるところが増えて欲しい

医師の理解度、個室の待合室

厳密な予約時間

待ち合い室や待ち時間が苦手です。

個室で待たせていただけたり、電話やネットで診察の予約ができると助かります。

眼科や耳鼻咽喉科でも歯科のように身障者専用の病院があると助かるのですが…”

そもそも緊急ではない場合はかかりつけ以外に受診しようとも思わない。特に婦人科系で内診等が出来るとも思えない。究極としては強い精神薬で寝かせて受診するしかないと考えている。

外来治療に関しては慣れることが大切です。具合が悪くなくても定期的に受診して信頼関係を築くことが必要です。

診察前の事前の聞き取りや打合せ

（当日のスケジュール、本人への伝え方、治療の流れなど）

外来受診や治療をさせたいと思っていても、初めての病院であったり、待ち時間の他の人の声に反応し本人が落ち着かなくなってしまう。連れて行くこと自体大変だと感じることがほとんどです。

まず、医師やスタッフの方の障害への理解がないと難しいです。

あらかじめかかりつけではない病院を受診するときは子どもの障害について知らせておくことで必要最小限の診察や検査で済ませてもらった時もありました。

待ち時間も現在通院している病院では個室で待っていることができる割合落ち着いて受診することができます。

ただ、入院については経験がありませんが、今後そのようなときが来れば家族が付き添う以外の選択肢はないと今は思っています。

入院に限らず、外来の場合でも 病院と、本人や家族の間に入って相互をサポートしてもらえるような福祉のサービスがあると助かると思います。”医師と一般患者の理解。

何をするかを事前告知できる情報提供と予約で待ち時間の削減。

診察時間の余裕、先生の理解、スペースの確保。本人がどのような治療をするのかが、視覚的に理解できるようにしてほしい。できれば事前に治療方法などを教えてもらえると、本人が落ち着いている時に、本人の理解できる方法で伝えることができるので、当日落ち着いて治療を受けることができる。

強度行動障害についてもっと知ってもらう必要がある。健常者と平等に治療が受けられないようなことがあっては困ると思う

強度行動障害の受診可能な病院が少なく、外来受診時はいつも混んでいて本人を連れて待っていることが難しいので、定期的に親のみ受診して息子の状態を伝え薬を処方してもらっている。本人を連れて受診可能な環境を望んでいます。

好奇の目で見られることも多いので、根本的にお医者さんや看護師さんの障害への理解だと思う。医師、看護師、検査技師ほか、病院で働いている全ての方々の理解が1番必要だと思います。

静かに淡々と治療を進めて欲しい。しつこく本人に質問しない。障害特性への理解。

安全のために身体を拘束する設備がほとんどの所で用意されていない。必要であれば無いといけないのではと思うし、本人のために必要だと思います。

日頃お世話になっているヘルパーさんに付き添って頂けると助かります。

障害に理解があり積極的に対応する医院の発掘・維持

1番には強度行動障害について病院全体で理解してもらい環境を整備していく事が大切。

受診する際に家族以外にも当事者をサポートできる体制も必要だと思います。

患者の理解

専門窓口

例えば歯科治療であつたら、歯磨きから待合室で始めるというようなスマールステップで行うと良い。まず、診てくれるところを探す。息子の場合は、東京都心身障害者口腔センターです。小さい内から連れて行っての練習が大事。幼い頃は、暴れても周りはまだ寛容である。歯科、散髪など何度も行くようにして現在は問題ない。

本人の一番落ち着かない状況(奇声大声、自傷など)を見ただけで、診察そのものを諦められてしまつことが多い。時間はかかるが、本人がある程度(完全ではなくても)納得して医療行為を受けられるまでの時間の余裕や経験の積み重ねが「必要な人たち」と理解される視点をお持ちの医療従事者の方が増えてほしい。

小児への押えつけや身体拘束と同じように行える、と考えている医療従事者の方もいるが、その後の本人への悪影響は計り知れないので、その対応により強度行動障害を悪化させる可能性があることを知ってほしい。

本人への適切な働きかけ方も正直わからない。保護者だからといって完璧ではないので、特に総合病院などで相談できたり医療行為の流れについて事前に説明してもらったりするような、また、こちらの特性を事前に説明し円滑に進められるような、間に入ってコーディネートしていたたける存在があると助かる。

強度行動障害のある人の特性等を理解している医療従事者が増えると良いと思います。

声掛け一つでかなり本人の行動が違ってくるかと思います。

幼少期から、病院に慣れておく経験も大切だと思います。

たとえば、歯科だと口腔ケア等。”

医療従事者の理解

若い医師は本人が嫌がるのを無理に治療すると

「虐待になる」と言って、すぐに「無理だね、できないね」予防接種や採血すら「無理」と口にす

る 病院に連れて行くだけでも疲弊しきっているのに医師やスタッフの理解がないとつらいある程度の身体拘束や入眠剤を使ってでも必要な検査や治療をしてもらいたいいつもの薬程度の診察ならば、オンラインや訪問診療など本人が安心できる場所で受けたい 診察室に入るのを嫌がることが多いので、かかりつけ医が待合室や車まで出向いてきて助かっている

母ひとりで病院に連れて行くこと自体大変 外来にもヘルパーさんなどと一緒に行けたらと思う”入院した事はまだないですが外来治療の事でお医者さんの酷い対応で大変な思いをした事がありましたので受け入れをしてくださるお医者には障害に大して理解がある方だと嬉しいと思います。まず拡大していただけると本当にありがとうございます。医療従事者の理解。専門病院の創設。

息子が施設から帰宅して、時間が経過してから左側頭部全体に内出血のアザがあらわれたのですが、本人は話すことができないため、頭を打った等の状況がわからず、施設に連絡しても連絡がつかずどう対応していいのかが判断できないため、とりあえず、近隣の大きな救急病院、2か所ほど連絡しましたが、言葉が話せず状況がわからないことを説明するとCTをみれる技術者がいない等の理由で診療を断られました。やむを得ずほかに電話している中で、ある脳神経外科病院は宿直の先生がみて、とりあえず、診療してもらえたのですが、言葉がはなせず、こちらのいうことを理解できないことを把握していただくと、一言、「こんな人がいるんだね！？」ということを言われました。CTをとっていただき翌日までの様子見となりました。結果、大事にはいたりませんでした。

正直、親でも息子が何を考え、今どう思っているのかがわからないというのが正直なところなので、致し方ないのですが、医療機関においては、もう少し、このような障害のある人がいるということを認知していただき対応していただけるとありがたいです。

受け入れ側の障害の理解

治療・処置の手順をカードやタブレットで分かりやすく示す。

保護者も障害があるから…と思わず、本人に分かりやすく伝えることも大事だと思います。”

障がい特性の理解

障害の理解や受け入れ施設の拡大

受付で検査がおとなしく出来ないと判断して受診拒否をしないでほしい。命に関わる場合は麻酔を使っても検査してほしい。

診察室に入れない事を理由に拒否せず説得に協力してほしい。どうしたら治療が出来るかと一緒に考えて欲しい。

待ち時間をできるだけ少なくしたい。車など落ち着ける場所で待てて、電話で連絡が来てすぐ受診できればいい。個室などは、拒否する場合があると入れないので。

待ち時間がないよう予約時間通りに診察してもらう事や待たなければならない時は個室を用意して貰いたいです。初めて受診の際は、親だけでなく学校の担任や利用施設の担当職員の方に付き添つて貰えると心強いです。最初だめでも、対応を考えながら何度も試させて頂き時間はかかるでしょうが、じっくりとかまえて頂きたいです。

誰でも新しい病院だと不安になるのは当たり前と考えます。本人が理解できるように根気強く支援をしていく努力をしなければ、と考え支援しております。

治療の説明を含めて、本人が治療を受ける準備ができるまで時間をかけてもらえるようにしてほしい。

診療を嫌がったり暴れたりした時に、医者・看護師が感情的にならないようにしていただきたいです。一度、診察室から退出し、様子を見て再度、診療にトライいただけるような配慮があると助かります。それを許してくれる医者・看護師がいる病院は、何度かトライするうちにスムーズに受診できるようになる傾向です。

障がいを特徴ととらえてもらうには、まだまだ壁はあるように感じます。医大のような大きな病院だといろいろな科があり、連携をとってもらい安心して受診を受けることのできる体制をとってもらえると良いかな？！と思います。大人になっても不安だったり怖がったりと本人にとって大きなストレスになることもあります。怒りに変わり自傷行為になることもあります。初診の時に書く問診票に、支援してほしい事を書く欄があっても良いと思います。本人を知ってもらえるきっかけになるのではないかと思います。

本人の理解と慣れが一番必要です。現在かかり付けの病院も通って慣れていったからかかり付けになったので。

障害特性を理解し、本人に寄り添い、怖がらない環境整備や、本人がいかに慣れて安心して受診出来るかが必要で、受け入れ医療機関が増えて欲しいです。

病院になれる取り組むことが大切な

入院時の個室の確保

待ち時間の短縮もしくは個室の待てる場所”

紹介状をもって予約をしようとしてもその段階で断られることがあった（国立病院でも）

医療者の人が障害のある人のことを知って理解しようとする。支援者の話を聞く。待ち時間の短縮や一般の人とは待合室を分けることが出来れば”

待ち時間を減らしてほしい

待合室を別にして欲しい

医療関係者（病院や救急車の人、）も家族も周りのみんなの強度行動障害についての学びや理解が深まらなければいけない

親の見守り

医療者が障害特性を理解して下さることが1番だと思います。採血もいつの頃かまではできていましたが、押さえつけられたことが原因でひどく嫌がるようになりました。マイナスの経験をさせてしまったことで、医療を必要とする今、医療を受けることが困難な状況です。

支援者の方に助けられ、一歩でも前にすすめると良いと思います。”

入院治療経験は有りませんがかなり難しいと思います、家族の誰かが居ないとかなり大声を出したりするので困っています

何かを思い出すとパニックになり、走っていったり、物を投げます。（外だと、自分の靴を脱いで投げたり、その辺を蹴ります）

外来は私も居るので今まで大丈夫でしたが、入院だと、窓を開かないようにしてもらえるとか、ドアも出れないようにしてもらえるとか、（それだと、個室じゃ無いとトイレに行けませんが…）常に見ていてもらえると安心です…”

第三者の理解力。

医療機関全体の強度行動障害への理解が最大の課題と考えます。また、診療拒否もありますし、私が住んでいる県では、強度行動障害（障がい者含む）を診察や検査をしてくださる病院はありません。あっても1つか2つ位。行動障害の次男も検査を受けさせたいが、どこも受け入れがない状態。お医者さんが、行動障害を抱える者も診察できるスキルを身に着けてほしいと願います。行動

障害であっても、やり方では、落ち着いてできる場合の方が多いと感じます。医術は、単に病気を診るだけではなく、人となりも診るという医術も身に着けて欲しいと考えます。また、医大生になるまで障がいを持つものを見たこともなし、接したこともない医大生もいるかと思いますので、研修医の段階で障がい者も診るというも単位として克服しなければならない課題としていって欲しいと願います。

発達障害者を受け入れる病院のリスト

ドクターや看護師が理解しもっと、障害者の勉強すること。

大学病院の対応が不十分。とくに、コロナで重篤になり本人1人の入院なんてありえない、絶対に家族や支援者が付き添うべきだし、つきそいさせてほしい

短時間で繰り返しの受け入れ対応はありがたい
医療機関の理解と協力と情報(障がいが重くても診察してもらえるなどの情報、治療の方法と工夫の情報) 福祉サービス(支援者の充実、相談機関)
ありません

病院側の配慮

例えば 待機時間の待合場所の確保

待機時間の長さ

入院手続きがいちいち面倒”

公的な専門医療機関の開設 精神科以外の生活習慣病の医療機関等

医者や看護士さんたちの障害の理解と接し方の工夫

環境整備

個室でないとダメです

暴れるし、回りに迷惑かけるため

キズを、さわるためには、拘束しても、かまわない

スムーズに行ってくれるので、分からないです。

配慮を頂きたいです。

本人が落ち着いて過ごせる別室があるといいです。

知的障害やてんかんなど、障害者の医療証を提出しただけで、診察を拒否されてしまう事があるが、障害について、知識を持っていて、障害者と関わったことがある専門の方(看護師さん、ケアマネージャーさんなど)が増えると、時間をかけて、本人と関わっていくことができ、治療が継続できると思います。

ただ、今の現状の看護師さんやケアマネージャーさんの働き方にとって、私達が希望している事は、厳しい要求なのだと思います。

この現状を変えていくことが必要だと思います。”医療従事者に、障害の特性を詳しく伝えて、本人がその日に無理な場合は、後日でも対応できるか確認して、緊急性がなければ、いろんな意味で余裕を持つ事が大切である。親、もしくは支援者が、先に情報や、いろいろ準備しておく事も必要。本人がなるべく苦痛にならないように考える。とりあえず、あきらめないで、チャレンジしてみてください。

医療従事者の障害理解をより深めるための啓発活動

今はまだ緊急な入院はないが、年を重ねていく今からが不安です。

本人が行動障害を起こさなくて済むような環境を出来る範囲で準備していただけすると助かります。重度知的障害で幼少期には口唇裂、側弯症の手術を受けること也有ったので、医療機関には乳幼児から診てもらっていました。小さなころは泣く子を抑えて処置していましたが、おかげで痛い注射も、各種検査もできるようになっています。また、保護者からその場で必要な配慮を求めています。注射の針は本人に見せてからする。点滴後の落ち着く場所の確保など。本人も親も、具体的な配慮を求ることは有効と思いました。

ただ、地域では医療受診できない本人も多く、特に歯科では麻酔を使っての治療をする病院に患者が集中するなどあります。

支援学校の頃も思いましたが、処置を試せる病院が欲しいと思います。息子の学校はとても一生懸命に医療受診について、保健室の先生が取り組んでいました。カードでの手順の提示、血圧計など使える医療機器、注射器のモデルを用意し、腕を消毒して注射の「真似」をする。保健室では精一杯ですが、本当に注射の体験にはなりません。

本当の注射、点滴の体験が、スマールステップで出来る機関があると嬉しいです。

息子も久しぶりに点滴をするときは、怖がって手を引いてしました。何とか出来ましたが、自分よりも力の大きな息子を母親は押さえられません。久しぶりに「練習できる場所があれば、1年に1回でも行けるのになあ」と思いました。

強度行動障害、あるいは自閉症の研修を受ける等して理解のあるスタッフを作っていくことが必

要。そのようなスタッフがいるということを当事者にわかりやすく知らせてもらいたい。

また、受診が難しい科について(耳鼻科など)は、障害者歯科のように専門病院があるととても助かる。

外来は、待ち時間がなく、理解のあるスタッフが、たくさんいて、暴れても治療はしないといけないので、毅然とした態度で、視覚支援や、その他いろいろな支援をしてほしい、

もっと、障害者専用の病院、せめて時間が、あればよいなど、おもいます。

入院は、幸いしたことは、ないのですが、もし、入院することに、なつたら、治療は、おろか、慣れない部屋に不安から、居られないのではないか?と、思っています。考えると、不安しかないです。

病院の対応では 障害の理解 勉強をしていただけると有り難いです

受診する側は 本人を理解してくださるヘルパーさん 施設職員さんが同行して 親と連携するのが大切だと思います

我が子が通っているメンタル科の先生は 初めてお会いした時 「私は精神科の勉強はしてきましたが 知的障害 自閉症などの勉強はしてきませんでした これから少しづつ勉強していきたいと思います」と言われました 信頼出来る先生だと思いました

そんな気持ちの在るお医者さんが増えると良いなあと感じます

結局は人と人として向き合える でしょうか?
やはり、待ち時間などが長いとすごく困ります。
大きな声を出したり、常同行動がすごく出たりして周りの方が釘づけになるような感じでずっと目線を感じて待合室に居られなくなり、外の人のいないところで待っていると呼ばれていたりして、絶対2人は付き添う人がいります。

血液検査やレントゲンなど幾つも検査になると受けられず血液検査だけして、また今度違う検査をするということになり、何度も病院に行くのは、付き添う親も子どももとてもストレスになるので、結局もう血液検査だけでいいです。というふうになり、きちんと調べられず終わってしまうことがほとんどです。”

医療者の理解 福祉サービス

入院する場合は個室でないと無理だと思う

外来は、診察まで待つののが難しいので、予約で、その時間通りに受診できると、お互いストレスが少なくなるのではと思う”

大きな病院には障害者の診察について相談をする窓口があればと思う。また、医療現場の方々には障害に関する正しい知識を身につけるよう研修を重ねてほしい。

親や家族に情報がほしい。

障害者がスムーズに受信できる病院を紹介した一覧表がほしい。

家族、特に母親はどうしても我慢する傾向にあります。専門性の高い対応できる入院先があると心強いです

○医師や看護師など医療者を育成する機関の養成過程に、知的障がいや自閉スペクトラムなど障がいを有する方が受診する際に配慮することなどの学びを加えてほしい。

また、他害に備えての学びも必要だと思います。
現在、精神科や警察などで採用されている手法ではなく、廣木道心さんが提唱実践されている自他護身に基づく「支援介助法」がよいと思います。
○病院のホームページに、院内の画像を見れるようにしていただけすると、視覚優位の障がいを有する方たちには予告ができ、受診する際の助けになると思います。

実際に、病院さんのホームページによっては、診察室や待合室などの画像が掲載されており、とても助かっています。

○理想論となってしまうかもですが、幼少期からスマールステップで継続的に、受診が必要となった場合に備えて、病院で受診の練習ができればいいなあとは思います。

○採血が、とても苦手です。

例えば、パルキシオスメーター的な形状のもので、パチッと指を挟めば採血ができるものが開発されればいいのになあと思います。

現在は、本人(25歳)を床に寝かせて、その周りを医療スタッフさん数人で体を抑えて、私たち保護者が馬乗りになってなんとか実施しています。今回このようなアンケートを実施して下さいまして、本当にありがとうございます。

息子の対応に日々追われて、なかなか記入する時間が取れなくて遅くなってしまいました。

申し訳ありません。”

個室対応があればよいと思う

①一般向け『強度行動障害』に対する認識、理解を広める②病院内の環境を整える③専門知識のある医師や看護師、介助者の増員④行政とケースワーカー、家族の連携

医療従事者の方々の理解。

時間の余裕を持って、急ぎの雰囲気などを出さないで欲しい。私たち以上に敏感なのでどこに何があるのか？などの確認をして、落ち着く事があるので、見守って欲しい完全予約を取ってくだされば、とても安心です。まずは子供に小さいうちから医療機関を数多く経験させる事だと思います。小さいうちは親も子供より力や体力も有り子供の制御できらから、ある程度大きくなるともう体力的にも無理だと思います経験上、診断が出た時からもう準備は始めた方が良いと、まずはそこからと思います。

本人が通っている生活介護施設では定期的に健康診断があります。いつも見てくれている職員さんの元、比較的安心して受けすることが出来ているようです。また、内科医による診察では心配なことなどを質問もできます。

私はこのような体制で前科受診できるのが理想だと思っています。普段から気になる症状があり眼科や歯科を受診させたいと思っていますが、眼科から診察を拒否された経緯があり、あきらめてしまっています。施設に医師が来てくれたら、と思わずにはいられません。もちろん設備もないのに無理なのは分かっていますが。一般的の患者と一緒に待ち、普通に診察を受けることが当たり前の条件なら、この子達には医療を受ける権利がないのと同じです。

比較的理解のある医師もいるのでしょうか、それを探すのも大変です。こういった子達を専門に見てくれる医療機関があればいいのにと思います。

外来治療の時に個室で待てる場所の確保

入院の時の個室料の補助”

1、行動援護を利用して、母親にヘルパーさんが同行する形で安心して受診できた。同行は適用外だが、福祉担当者が「認められないが、現場までは見に行かないで…」と言ってくださり、大変ありがとうございました。

何らかの同行支援があるとよい。

2、受け入れ先の病院に、強度行動障害の研修などを行い、理解を深めていただけたらと思う。医師、看護師さんの理解が救いとなる。

3、幼少時、緊急に小児科病棟の6人部屋に入院して24時間付き添いで苦労した。

個室が案内されると少しは違ったと思う。

各地の拠点病院で、受け入れの環境が整った部屋を整備してほしい。

4、待ち時間の大変さが軽減されるような、スマホ受診時間連絡システムの完備。

入院になったら付き添いに交代でヘルパー利用できたらよいと思うのと、自傷行為の鼻骨骨折による軟骨腫で手術が必要だがしばらく鼻を触れないという事で手術後にベッドに両手を縛らないといけないという事で手術を断念。鼻の軟骨腫が珍しい事例だそう。軟骨腫が出来てから本人が不穏になり毎日荒れている。精神科の薬の処方を増やしたために副作用で喉が乾き水分を大量にとり失禁が多い。手術後、顔に触れないようにできれば良いが。

とにかく早めに治療してもらいたいです。予約でいっぱい、虫歯が悪化しました。

今のところは、病院側のご厚意で受診、投薬による治療が出来ているとしか思えない。

本人への治療知識が必要かとも思いましたが不安を強くするだけなので、病院側の理解、専門病院の設置等、願わざにはいられません。”

病院に入るだけでも嫌がり大変で、待合室を作つて貰つて、そこで待機しつつ、そのまま治療を受けさせて貰える環境が欲しいです。

待合室以外の待機場所や待ち時間の短縮が必要。本人の苦手を聞いてくれて、他の治療が可能かどうか検討していただきたい。入院の際は大部屋は無理なので個室料金の割引があると助かる。

虫歯治療は全身麻酔をしないと受けることができない。何が必要かは分からぬ。

スタッフの研修を深め、見た目だけの判断せず、安心の助言をほしい。

付き添いに慣れた支援者、家族が必要。本人の安心納得の為、手立てのグッズ手荷物が複数ある。

支援者からの言葉かけ、本人が音をたてたりしますので、待合室は、別室が必要です。

日時が期限切れのようですが、送信させていただきます。

粉瘤の再発で2回目の全身麻酔オペを3月12日にしてもらったのですがそれは日帰りでしてもらいました。(前回一泊であまりにも病室で大声を出して周囲にご迷惑をおかけしたので)医療の上で必

要な時もありますが日帰りOKにしてもらえてありがたかったです。

無理とは思いますが大きな声を出しても大丈夫な病室があればありがたいと思いました。

本当に入院が必要な時にどうなるのか不安だらけです。

E. 考察

今回の調査では、当事者家族 207 名からの回答を得ることができた。当事者の年齢は 20 歳以上 40 歳未満が最多であり、母親による回答が多くかった。

かかりつけ医は 9 割を超える当事者が持っていたが、歯科、児童精神科が多く、内科、小児科が続いた。一般に想定されるかかりつけ医が小児科、内科であると考えると、強度行動障害の当事者における「かかりつけ医」のあり方が異なっており、歯科のかかりつけ医のシステムが定着していること、児童精神科医療がかかりつけ医として、幅広い役割が求められる可能性を意識する必要がある。

一般身体科医療を受診することには 42% が困難を抱えているが、入院診療、救急医療、救急車の対応を断られた、警察を利用するように言われたといった命に関わる状況が存在しており、実際に手術や医療を諦めざるを得なかつたといった回答もあった。最終的に専門的な医療を受けることが結局できたという回答の中には、医師からの直接連絡や家族からの直接連絡が奏効したという回答が多く、ここでもかかりつけ医に役割や、また家族が奮闘せざるを得ない現実を示しているといえる。

かかりつけ医を受診する工夫としては、時間を過ごさせるための物を持参する、医療処置について写真などを用いて事前に説明する、タイマーなどを使って見通しをもたせるなどの発達支援、支援者の付き添いの一方、待ち時間を短くする、個室を準備して待たせるなどの病院側で可能な配慮があげられている。他方、かかりつけ医以外の病院受診で困った理由は、待ち時間、検査やバイタル測定の困難とともに、医療関係者が強度行動障害の当事者への対応になれておらず、親も不安を抱えることがあげられている。待ち時間の短縮や個室の準備は、どの病院でも可能な一方、そのような対応の工夫を行うためには、病院スタッフのゆとりや機転が必要であり、これらの対応を行うことへの医療機関側の理解や現場の差配の自由度が関係しているといえる。

入院医療については、家族が終日に渡って付き添いを求められるケースが 70% に及び、付き添い者の食

事の調達に苦慮したり、トイレにも行けない現状が明らかになり、また個室利用に際して、個室料が高額に要求される実態、医療的処置や検査の実施に困難があったり、安静が保てず苦慮している実情も明らかになった。入院治療においては、スケジュールを提示したり、入院期間の見通しがつくようにする、過ごすための物を持ち込むなどの工夫が重要であるが、そのためには医療関係者から親に情報が伝えられることが前提となり、医療者と家族との良好なコミュニケーションが求められた。

医療と福祉のカンファレンスについては 77.5% が実施されておらず、福祉サービス事業所からのコミュニケーション支援や入院中に利用な障害福祉サービスについても情報が提供されているのは少数であった。

病院受診については新しい病院を怖がったり、他の患者の声に、特性に基づかない対応などがあげられている。

全体を通してみると、早い段階からかかりつけ医を持ち、医療的処置になれていることが必要であるが、そのようななかでも待ち時間をどう過ごすか、個室等が準備されるか、待ち時間がないことなどが強く求められている。これらはいずれの病院でも不可能ではない対応である一方、当事者に即した柔軟な対応が受付から医師、看護師まで一貫して行われる必要があり、十分な調整が必要である。医療、福祉の連携が十分に行われていないことも喫緊の課題といえる。

厚生労働省 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

大学病院における知的障害者の入院治療に関する聞き取り調査

岡田 俊（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的・発達障害研究部）
會田千重（国立病院機構肥前精神医療センター）

調査要旨

知的能力障害のある当事者においては、先天性心疾患、骨異常、成長障害、側弯、泌尿生殖器異常、聴力障害、内分泌代謝疾患、運動機能障害、過誤腫、免疫異常、てんかんなどを伴うことが多いほか、生活習慣病、悪性腫瘍や冠動脈疾患などの併存を伴うこともしばしばである。多様な身体疾患有し、診断と治療には高度な医療機器等を要することも少なくないことから、高度医療機関における対応が不可欠なことが多い。しかし、知的能力障害や強度行動障害のある当事者の診療経験が少ない多様な医療職が対応することから、当事者や家族には不安が尽きない。そこで、強度行動障害者の医療において医療機関同士ないし医療福祉の連携において先駆的なネットワークが構築されていると思われる佐賀大学医学部附属病院において知的障害者の受け入れ状況、受け入れに伴う困難、受け入れ時に行った工夫などを聞き取った。その結果、てんかん重積や悪性腫瘍など、多様な身体疾患において救急外来、一般外来、精神科などの多様な経路で入院が提供されており、その過程では、採血や検査実施に困難を抱えながら、事故や外傷リスク予防のための鎮静や身体拘束などを実施しつつも必要な医療が提供されていることが明らかになった。その背景には、医学生教育や前期研修において診療科を問わず学びの機会が提供されているという状況に加え、連携の実績が長いことが関係している可能性がある。また入院中の過ごし方として、私物を持ち込ませたり、視覚支援などのグッズを持ち込ませほか、精神保健福祉士や精神科医を含めた退院カンファレンスが実施されているなどの工夫が見られる。しかしながら、これらをよりよく活用したり、リハビリテーションも含めた多面的な医療、福祉との連携を進めていくためには、看護師や医療ソーシャルワーカー、心理職、作業療法士などの多職種が関与すること、また、強度行動障害に関する知識の均てん化が望まれる。

A. はじめに

知的能力障害のある当事者においては、遺伝子疾患として先天性心疾患、骨異常、成長障害、側弯、泌尿生殖器異常、聴力障害、内分泌代謝疾患、運動機能障害、過誤腫、免疫異常、てんかんなどを伴うことが多い。また、肥満や偏った食生活による糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病、また、高齢化に伴って、悪性腫瘍や冠動脈疾患などの併存を伴うこともしばしばである。

知的能力障害のある当事者には、身体疾患の併存リスクは高く、それらの診療科は多岐にまたがり、救急受診などの頻度が高

い。また、身体症状の言語化が困難なことが多く、幅広い客観的検査を実施するなかで、診立てていく必要がある。そのためには、より高度な検査を含めた段階的な鑑別診断、そのうえでの治療実施が必要になることから、医療機材ならびに医療従事者のそろった高度医療機関での診療が求められ、地域におけるかかりつけ医との密接な連携が求められる。

しかしながら、そこでは医療者の専門性が高度に機能分化しており、多様な職種や医療者が関与する。また、若手医療者が多く医療者の異動も頻回であることから、当事者に関する情報共有や診療への知識の蓄

積は希薄となりがちであり、当事者や家族が安心感を持ちにくい状況となりがちである。知的能力障害の有無にかかわらず、身体疾患について必要な医療を受けることができることは享受されるべき当然の権利であり、そのために必要な工夫を行うことは、医療者が実施すべき基本的配慮に含まれる。しかしながら、そのような受け入れの配慮のノウハウは、明確に示されておらず、経験によらざるを得ないのが実情である。

そこで、この聞き取りでは、強度行動障害のある知的障害者の受け入れ病棟を有する肥前精神医療センターと福祉機関とのネットワークを構築している佐賀県をモデルと定め、この地域における専門医療を提供している佐賀大学医学部附属病院の医師を対象として聞き取り調査を実施することとした。

B. 調査目的

強度行動障害のある当事者を含む知的障害者の受け入れ状況、受け入れに伴う困難、受け入れ時に行った工夫を明確化し、大学病院や総合病院における入院治療及び入退院に係る課題を把握するとともに、促進する好事例についての情報を得る。

C. 聞き取り

佐賀大学医学部附属病院の精神科医師 2 名に聞きとりを行った。

1) 受け入れ状況

2019 年 4 月 1 日から 2024 年 3 月 12 日までに中等度以上の知的能力障害を有する患者の入院相談は 46 名（うち 10 人は中等度、重度 30 人、最重度 6 人）であった。そのうち、19 名は救急対応を要さないな

どの医療上の理由から入院にいたっておらず、残りの 27 人が入院加療を受けている。

そのうち半数以上が救急車で搬送され、救命救急病棟（ECU）で受け入れており、来院後に精神科が併診している。一般病棟への直接受け入れは 10 人あまりで、精神科への入院ケースは少数例に留まっている。精神科入院については、保護室や病床の準備がすぐにできず、精査や早期の受け入れが十分できなかった事例もあった。

このうち 6 割が肥前精神医療センターに通入院しており、その他は、精神科病院あるいは 2 か所の障害者入所支援施設からの入院であり、家族からの直接の入院依頼はごく少数であった。

2) 入院治療を要した身体疾患

けいれん重積が 11 人と最多であり、次いで悪性腫瘍が 5 人、イレウス 3 人、肺炎 3 人、骨折 2 人、歯科治療 2 人、誤食・誤飲 1 人であった。地域の救急医療は、佐賀県医療センター好生館が相当部分を担っているという実情があり、補完しているとのことであった。

3) 医療的対応の困難な状況

知的能力障害のある当事者では、点滴、胃管の自己抜去、安静が保てないことによる転倒やベッドからの転落、採血や検査時に興奮して暴れるといった事例があり、身体拘束をやむなくされたり、画像検査時に麻酔科の協力を得て鎮静したり、抗精神病薬（ハロペリドールなど）や睡眠薬（フルニトラゼパムなど）による鎮静がおこなわれているとのことであった。保護室利用でも対応困難で、結果的に身体拘束に至ることが多い、また精神科病棟では当事者に対

する他の入院患者の困惑もあるとのことであった。

4) 対応上の工夫

看護師も手厚く対応しているが、家族や施設から事前に対応に関する十分な情報を得ること、精神科病棟以外では必要に応じて家族や施設職員の付き添いをお願いしたり、面会を増やすことが有用とのことであった。施設で視覚支援が実施されている場合に、視覚支援のグッズを持ちこんだり、本人が好む漫画などの私物を持ち込むことを認めることが有用なケースもあった。タブレットなどの電子機器は病棟管理上許可できていない。作業療法士が関与し、活動を提供すると言ったことは実施できておらず、医学生がレクレーションの形で週1回程度関わることがある。また、知的能力障害や強度行動障害があると、骨折後等の身体リハビリテーションが行えず、比較的短期の入院で退院となることもあるとのことであった。

5) 退院に向けての支援

特に精神科病棟では退院前カンファレンスを実施し、精神科医や精神保健福祉士が同席したり、地域移行に関する意見交換や調整を実施できているが、医療ソーシャルワーカーの関与には至っていないとのことであった。退院後の身体管理や地域への移行に際して、家族が不安を感じて躊躇するケースもあるとのことであった。

6) 受け入れを促進する方法

佐賀大学医学部では、アーリーエクスボージャーの医学生教育、後期研修医の精神科ローテートの一環として、肥前精神医療センターの研修を実施しており、強度行動障害に対する医師の認知は高いことが示唆されるとのことであった。

しかし、看護師は様々な診療科をローテートしており、精神科医療の経験があるとは限らず、また精神保健福祉士や医療ソーシャルワーカーは精神科とは別部門、心理士は1名が精神科であるか、他の心理士は他の診療科に所属しているなど、多職種の所属や経験はまちまちである。入院中あるいは退院後に向けてのカンファレンスでは、多職種の知識を統一することが有効に作用しうる可能性があるとのことであった。また、地域での医療機関同士の連携という観点では、退院・再受け入れがスムーズだと、次の事例の入院も受けやすいと感じていた。

D. 考察

まず重要な点は、強度行動障害への対応について先駆的な取り組みを行っている肥前精神医療センターと連携している佐賀大学医学部附属病院における聞き取りであり、必ずしも一般化できないことに留意が必要である。

第一に、医学生教育あるいは後期研修において、強度行動障害についての学びの機会があることは一般的ではない。医学生向けの教科書において、強度行動障害について記述があるものは少数にとどまる。後期研修における精神科研修の期間は4週間から8週間あり、関連病院に強度行動障害を受け入れている国立病院機構などを伴う医育機関はであることから、後期研修における強度行動障害の学びの機会をどう組み入れるかについて、検討すべきであるかもしれない。

第二に、コメディカルスタッフの強度行動障害に関する学びの機会を提供することや、退院に向けての多職種カンファレンス

の機会を作るなどして、個人あるいは組織としての強度行動障害の対応の機会を作る取り組みである。

第三に、入院中の工夫である。佐賀大学医学部附属病院では、本人が落ち着くものや、視覚支援のグッズが持ち込まれたり、ということが行われている。しかし、これらをより有効に用いるためには、関与する医療スタッフがその重要性を理解し、その使用法やコミュニケーション支援について一定の知識を持つこと、また、入院中の生活について作業療法士や心理職などが関与することで、より安定したものとすることが望まれる。

第四に、実際には強度行動障害があったとしても、入院医療の機会が提供され、時には鎮静や身体拘束を使用することがやむなきこととなっていたとしても、身体治療が一定提供されていることは評価すべきことであり、入院とはならなかつた例においても、強度行動障害が直接の理由とはなっていないことである。しかしながら、このことはどの医療機関においても担保されているわけではない。これを可能とするためには、医療スタッフ全体と理解があってのことであることを心得るべきであると思われる。

以上の点については、令和6年度の診療報酬改定で「特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者」が追加・明示された「入退院支援加算」も今後活用しながら、強度行動障害の医療が全国的に進んでいくことが期待される。

【謝辞】

本調査にご協力くださいました佐賀大学医学部精神科の大石絢子先生、白石匠先生に感謝申し上げます。

厚生労働省 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

強度行動障害ユニットをもつ総合病院における知的障害者の入院治療に関する聞き取り調査

岡田 俊（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的・発達障害研究部）

調査要旨

知的能力障害のある当事者への一般身体科医療の普及を進めるひとつの方法として、強度行動障害への対応が可能な専門病棟との連携を考える。また、強度行動障害に特化した専門病棟での対応上の工夫が、強度行動障害のある当事者の一般身体科病棟における対応に有用である可能性もある。そのため、強度行動障害の当事者に専用ユニットを有する総合病院である愛知県医療療育総合センター中央病院の医師を対象に聞き取り調査を実施し、専門病棟の活用状況、病棟管理上の課題の有無、対応上の工夫について聞き取りを行った。愛知県医療療育総合センター中央病院には12床の強度行動障害専門のユニット（すべて個室で隔離可）が存在している。一般身体医療の必要な強度行動障害の当事者は、精神科病床を利用し、一般病床に入院することは原則としてない。精神科病床から手術室に向かって、歯科治療、内視鏡検査やポリープ切除術などが行われている。術後は身体拘束下での点滴が実施されることがあるが、数日程度で退院となっている。多職種連携が明確であり、精神保健福祉士が入院の調整、看護師が情報の取得、入院前および入院中には多職種でのカンファレンスが行われており、地域の相談支援専門員等とのカンファレンスが行われることもある。専門ユニットでの物理的構造や対応経験の蓄積は、幅広い強度行動障害者の受け入れを可能にしていると思われる。同時に、愛知県医療療育総合センター中央病院で行われている多職種連携の在り方は、専門ユニットを持たない他の医療機関においても実施可能性があり、専門的知識のある医療従事者を配置し、多職種からなる支援チームを組織したり、カンファレンスを開催することの意義を示すものと思われた。

A. はじめに

知的能力障害のある当事者への一般身体科医療の普及を進めるひとつの方法として、強度行動障害への対応が可能な専門病棟との連携を考える。しかし、このような専門病棟は、数が極めて限られているのが実情であるほか、専門病棟で提供可能な身体管理に一定の限界がある可能性もある。他方、強度行動障害に特化した専門病棟での対応上の工夫が、強度行動障害のある当事者の一般身体科病棟における対応に有用である可能性もある。ゆえに、専門病棟の活用状況、病棟管理上の課題の有無、対応上の工夫について聞き取りを行うことが有用であると考えられる。

そこで、この聞き取りでは、強度行動障害の当事者に専用ユニットを有する愛知県医療療育総合センター中央病院の医師を対象に調査を実施することとした。

B. 調査目的

愛知県医療療育総合センター中央病院における強度行動障害専門病棟を活用状況、病棟管理上の課題の有無、対応上の工夫について聞き取りを行うことが有用であると考えられる

C. 聞き取り

愛知県医療療育総合センター中央病院の精神科医師1名に聞きとりを行った。
1) 受け入れ状況

愛知県医療療育総合センター中央病院は障害児者を対象とする総合病院であり、12床の強度行動障害専門の精神病床ユニット（すべて個室で隔離可）が存在している。そのため、一般身体医療の必要な強度行動障害の当事者は、精神科病床を利用し、一般病床に入院することは原則としてはないとのことである。

具体的には、歯科治療のための入院が多く、他に上部・下部内視鏡検査やポリープ切除術、異食した異物の除去などの内視鏡処置、骨折後のリハビリテーションなどの入院例がある。また食餌療法や糖尿病治療などの内科的治療を行う症例もある。悪性腫瘍のための外科手術はわずかである。

外科手術術後は、身体拘束下での点滴が実施されることもあるが、早期に拘束解除されており、隔離も要しない事例が多い。治療終了後は、数日以内にもとの生活の場に退院している事例が大半である。

2) 多職種の連携

入院に当たっては、身体科医師と精神科医師、病棟で日程などの調整が行われることが多く、医療ソーシャルワーカーが調整に関わることもある。身体科での通院歴のある患者については、当該科から必要な支援に関する情報が得られることがある。入院時に看護師が日常の生活や必要な支援についての聴取を行っており、支援の継続性を重視している。

入院期間が短いことから、カードを用いたコミュニケーション支援や、レクリエーションの利用などについても入院前のものをそのまま活用することが多く、身体疾患治療を目的とした入院の場合、新規の支援を導入することはない。そのため、事前、または入院時の情報の取得が大切になる。

入院中には、医師、看護師、心理師、精神保健福祉士、保育士等が院内カンファレンスを実施している。また一部のケースではそこに相談支援専門員や地域の支援者を交えてカンファレンスを行うこともある。

D. 考察

強度行動障害に対応可能な専門ユニットがあることは、多様なチャレンジング行動のある患者を受け入れることを可能にすると思われる。

しかし、それ以上に明らかになったのは、病棟構造よりも多職種チームの成熟であり、そのなかで各職種が分担して、入院受け入れの調整、診療科からの情報取得、地域における相談支援専門員等の支援者との合同カンファレンスなども開催している。このような多職種連携は、必ずしも専門ユニットと連動しないものであり、総合病院等においても強度行動障害者の対応に知識を持つ医療従事者がチームを形成し、入院調整、情報取得、地域の支援者を交えてのカンファレンス開催などによって機能することが可能である可能性を意味していると思われる。

その結果、強度行動障害のある人の身体医療の受け入れにおいて、苦慮する点はそれほど上がってこなかった。これは事前準備の緻密さとスタッフの経験、物理構造によるところがあると思われ、専門ユニットがあることの利点であると思われた。

【謝辞】

本調査にご協力くださいました愛知県医療療育総合センター中央病院吉川徹先生に感謝申しあげます。

厚生労働省 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

強度行動障害の当事者がいる家族への聞き取り調査

岡田 俊（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的・発達障害研究部）

調査要旨

本事業におけるアンケート調査の結果から、強度行動障害のある当事者が一般医療受診に際してしばしば困難を抱えていること、また入院治療を受けることに困難を感じたり、終日にわたる家族の同伴を余儀なくされている現状が明らかになった。しかしながら、想定された質問に基づく調査では明らかにし得ない困難や、その困難を解決するさまざまな工夫を見いだすためには、当事者家族に直接聞き取りを行った。その結果、以下のことが明らかになった。強度行動障害の当事者だからこそ、日頃から継続的診療を受けておくことが大切であり、総合診療においてジェネラルに対応できる体制の一方、専門性の高い医療ニードにも備える必要がある。強度行動障害のある当事者への実施に困難を感じる検査や医療処置であっても、不可能ではない、ということである。付き添い、スマールステップでの練習、視覚的な手がかりなど、いろいろな手段があり、時間を掛けて慣れていく過程の大切さを医療機関と医療者の双方が認識することが期待されている。医療機関と地域をつなぐ職種として、精神保健福祉士の関与はあっても、一般身体医療については医療ソーシャルワーカーの関与が期待されるが、医療ソーシャルワーカーが強度行動障害の特性について理解していただけるのかという不安を持っている。また、在宅での支援を評価する必要性である。訪問看護などは既に利用されているが、訪問診療についてはハードルが高い。医療機関の受診の一方で、地域生活を支える診療の選択肢も確保する必要がある。

A. はじめに

本事業におけるアンケート調査の結果から、強度行動障害のある当事者が一般医療受診に際してしばしば困難を抱えていること、また入院治療を受けることに困難を感じたり、終日にわたる家族の同伴を余儀なくされている現状が明らかになった。しかしながら、想定された質問に基づく調査では明らかにし得ない困難や、その困難を解決するさまざまな工夫を見いだすためには、当事者家族に直接聞き取りを行うことが必要と思われる。そのため、当事者家族の意見を集約する目的から、当事者団体に所属するご家族を通して実態を把握するヒアリング調査を実施することとした。

B. 調査目的

当事者家族が抱える一般身体医療受診の困難の実態と支援ニード、一般医療受診を促進するための方策についてご意見を伺うこととした。

C. 聞き取り

全国手をつなぐ育成会連合会の副会長である小島幸子様にお話を伺いました。

- 1) 強度行動障害者の一般医療受診の実態
強度行動障害の当事者を親が受診させようとしても診療を断られたり、診療が認められても本人が暴れてしまって受診できなくなることが多い。行動援護を使って医療を受診させようとしても、行動援護が日常の外出のために利用するものであると当事者が認識しているため、医療受診への支援に切り替えられないこともある。

かかりつけ医の小児科医は、見つけられていたとしても、成長に伴って内科で総合的に診療するところが少なくなり、眼科、耳鼻科などの専門性の高い診療科の受診が求められるが、専門性の高い診療科への受診が極めて難しい。いったん診療が可能になっていても、慣れていた主治医の異動によって、通院が出来なくなってしまうことも多い。医療機関から遠ざかることで再受診が困難になることも多く、定期的な受診が望ましい。

多くの親が市販薬で済ませているが、薬の服用が困難な当事者も多いし、市販薬で対応できないケースもある。地域において、ジェネラルに対応してくれる医師、あるいは、強度行動障害に対応可能な医療機関で、多くの診療科がある機関（たとえば松沢病院のような医療機関）が増加することが望ましい。

2) 地域における一般医療の重要性

強度行動障害のある当事者が暮らす場所として、施設入所やグループホームではなく、在宅が選択されているというケースは、集団での生活に困難があり、個別的な対応がより必要なケースが多く、そのような当事者は、医療受診においても待合室で大声を出してしまうたり、多くの医療者との対応が困難な当事者でもある。病院職員が個室を準備することで問題なく受診できるようになったケースもある。

訪問診療は、基本的には歩行障害のために通院できない人を対象としており、強度行動障害の当事者を想定していない。利用できているケースは少数であり、またすべての医療に対応できるわけではないが、安心して医療を受ける体制が整っている。近年ではオンライン診療も拡大してい

るが、強度行動障害についても活用の可能性を期待したい。

3) 救急医療・高度医療、慢性期医療について

緊急時には救急要請をすれば救急車には乗れるものの受信先で断られるケースもある。

糖尿病などの慢性疾患の治療を必要とするケースもあるが訪問看護を利用してケアをされている。

人工透析が必要であっても透析を断られるケースもあるが、その一方で、ボランティアやヘルパーが横につけば、透析が実施できている現状がある。悪性腫瘍の手術においても家族が入院に付き添うことで可能なことが多い。親は、強度行動障害のある当事者が通常の医療保険にはいれないため、手をつなぐがん保険を利用しているケースがほとんどであり、このような高度医療が、当事者にも受けられるように願っている。

4) 医療と福祉の連携について

精神科については、障害基礎年金の受給などで精神保健福祉相談員との相談の機会があるなど一定の理解があるが、医療ソーシャルワーカーが強度行動障害のことを理解し、地域との連携に関わっているケースは期待に比べて少ないと感じる。医療受診時に家族の付き添いを求められることは多いが、ボランティアやヘルパーなど、多様な支援者が関与できるし、在宅でも訪問診療や訪問看護の利用が可能である。

5) 強度行動障害に対応可能な医療の拡充について

障害歯科を利用するることは一般的であり、それにより強度行動障害の当事者の歯科診療が確保されている。

また、画像検査のために鎮静をされるケースがある一方、画像検査中の全身状態のモニタリングが十分でなく、リスクを伴うことから、事前に何度も練習をしてから検査を行い、鎮静なく、検査を実施できた事例もある。

また、眼科の顎のせ台にスマールステップで顎を乗せる練習から眼科受診を可能にする練習しているケースもある。

当事者が理解できるスケジュール、手順書、具体物などの視覚的手がかりを示すように心がけているケースもある。

強度行動障害に対応することを専門性ととらえて、特性に応じた調整を試みるということができれば、医療の幅は広がることになる。そのためには障害特性についての知識を多くの医療者にもち、医療受診を目指して、当事者や家族と協働する必要がある。

6) 緊急時の対応について

新型コロナウイルス感染症の感染拡大によって入院医療を必要とするケースもあるが、実際、その環境を受け入れることは困難である。訪問看護でワクチン接種を受けられたケースもあるが、予防医療が重要になる。

被災時においても避難所にいられず車で過ごしたというケースがある一方、避難所で個室を設けてもらったというケースもある。保健師が判断して、福祉避難所を提供されるケースもあるが、福祉避難所の情報は公開されておらず、数が少ないという問題がある。多くの親が、日頃から避難物資

や、抗てんかん薬を災害時に備えて余裕をもって置いておいたりしている実情がある。

D. 考察

当事者の特性や地域の医療・福祉の状況は多様であるため、必ずしも一般化できない側面はあるが、いくつかの共通する点を指摘しうる。

第一に、強度行動障害の当事者だからこそ、日頃から継続的診療を受けておくことの意味である。そのためには総合診療においてジェネラルに対応できる体制を確保するということも大切であるし、同時に、かかりつけ医で対応できない医療もある。そのようなときに初めてその診療科を受診しようとしてもうまくいかない。日頃からの慣れが必要である。一般医療受診が困難な強度行動障害の当事者ほど、定期的な診療のニードが高いことを理解する必要がある。

第二に、強度行動障害のある当事者への実施に困難を感じる検査や医療処置であっても、不可能ではない、ということである。付き添い、スマールステップでの練習、視覚的な手がかりなど、いろいろな手段はあり、それらの活用によって対応できているケースはある。しかし、これらはいずれも時間を要することであり、医療者の協力なくして達成できない。重要なことは、医療機関と医療者の双方が、強度行動障害の特性を踏まえ、このようなプロセスの大切さを認識し、一般医療受診の確保のために努力することを共有できるかである。

第三に、強度行動障害のために必要な身体診療を受けることができないという事態

を回避するという前提である。常日頃から準備できていない医療機関であっても身体治療を必要とする状況は存在する。そのような場合には、鎮静や行動制限、付き添いが必要になったとしても、必要な医療を受けられるように対応してほしいと親は願っていると言うことである。ただし、それはやむを得ない場合であって、常日頃から前項のような努力がなされることが必要ある。

第四に、医療と福祉との連携である。医療機関と地域をつなぐ職種として、精神保健福祉士の関与はあっても、一般身体医療については、医療ソーシャルワーカーの関与を期待しているが、医療ソーシャルワーカーが強度行動障害の特性について理解していただけたのかという不安を持ってい

第五に在宅での支援を評価する必要性である。訪問看護などは既に利用されているが、訪問診療についてはハードルが高い。医療機関の受診の一方で、地域生活を支える診療の選択肢も確保する必要がある。

【謝辞】

本調査にご協力くださいました全国手をつなぐ育成会連合会の副会長である小島幸子様に感謝申し上げます。

厚生労働省 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

東京都立松沢病院精神科身体合併症病棟における、行動障害を伴う知的障害者の入院受入れの現況と課題

山脇かおり、中林睦美、倉川佳世
(国立障害者リハビリテーションセンター発達障害情報・支援センター)

調査要旨

強度行動障害を有する者の身体合併症による入院受入れ・入院中の処遇・退院調整等の現状と課題を明らかにすることを目的として、東京都立松沢病院精神科身体合併症病棟での実態を病棟担当医師・精神保健福祉士より聞き取った。強度行動障害を有する者に特化した情報を得ることは難しかったが、行動障害を伴う知的障害者の入院に関する情報は得られた。結果として、当事者が入院・治療の必要性を理解できないために治療行為の際に身体拘束等行動制限を要すること、自傷や不食等への対応の難しさ、治療完遂の困難、急激なADLの低下とそれに起因する紹介元への退院困難、入院元からの「平時の生活や、治療に関する意思確認・連絡先といった“最近の”情報提供」の必要性などが示された。視覚提示や構造化、余暇支援等にはマンパワーや福祉側との情報共有の不足もあり課題があった。医療と福祉双方の体制・制度を熟知した専門職の関与、福祉サービスとの連携強化、身体疾患治療と特性に応じた支援の両方を実践するための医療側・福祉側双方の人員確保、診療報酬上の加算等の採算向上が望まれる。

A . はじめに

【東京都立松沢病院における精神科身体合併症病棟の沿革】

東京都立松沢病院は1879年、上野公園内に東京府癲狂院として開設された。1919年、世田谷区に移転し、松沢病院と改称した。現在、同院は898床を有し、精神障害者の急性期医療、社会復帰医療、薬物依存症医療および身体医療を重点医療に掲げ、地域と医療連携を推進しながら、都民のための精神医療センターとして役割を果たすことを運営理念の一つとしている。

同院における身体合併症医療の歴史も古い。稻熊ら¹⁾によると、1945年頃から結核合併症病棟が設置され、身体科の非常勤医師の指導のもとに肺結核の治療を行ってい

た。1970年代後半までは、院内における身体合併症医療は身体科の非常勤医師のコンサルテーションのもと精神科医が診療にあたり、重症例は地域の総合病院に診療を依頼していた。しかし、精神疾患に対する偏見のために総合病院での受入れが困難な場合も少なくなかった。また、民間の精神科病院においても入院患者の高齢化に伴い身体合併症が増え、その対応に苦慮するようになってきた。その結果、公的医療機関での身体合併症医療体制を整備することが広く望まれる情勢となった。そこで同院では、院内患者に限定せず都内の精神障害者の身体合併症に対応する方針が示され、身体科の副院長や各科の常勤医師が配属された。1977年には老年期精神障害者のため

の内科慢性期病棟、1978年に内科・外科急性期病棟が開設された。1981年に東京都精神科患者身体合併症医療事業（通称「合併症ルート」）が開始され、精神科病院入院中に身体合併症を併発した患者が、東京都からの仲介を受けて身体合併症医療が可能な精神科病院あるいは精神病床をもつ総合病院に転院できる体制が整備され、同院は転院を受け入れる医療機関としての機能を担うようになった。

同院の身体科は、内科、神経内科、消化器外科、整形外科、脳神経外科、リハビリテーション科、麻酔科、放射線科、歯科はそれぞれ常勤医師が勤務し（歯科は外来診療のみ）、形成外科、眼科、耳鼻科、皮膚科、婦人科、泌尿器科はそれぞれ非常勤医師が勤務する（形成外科以外は外来診療のみ）。身体合併症病棟は3病棟あり、2病棟が精神病床（全86床、それぞれ41床、45床）、1病棟（45床）が一般病床である。このほかに、結核モデル病床が18床あり、結核モデル病床をもつ1病棟（45床）は、2020年の新型コロナウイルス感染症（Coronavirus Disease 2019: COVID-19）の流行を受け、精神障害者のCOVID-19の治療を受け入れる病棟に運用が変更された³⁾。

今回、強度行動障害を有する者の一般医療受診、特に入院治療の実態を調査するにあたり、筆者が過去に東京都内の知的障害者入所施設の嘱託医をしていた折、入所者の身体疾患に伴う入院を、同院をはじめ東京都精神科患者身体合併症医療事業に参加している医療機関に依頼していたことから、都内最大の身体合併症病床を有する同院へのヒアリングには大きな意義があると考え、調査協力を依頼した。

B. 調査目的

東京都立松沢病院精神科身体合併症における、強度行動障害を有する者の身体疾患による入院治療の現況を把握し、好取組と課題を抽出すること。

C. 調査内容

令和6年3月、東京都立松沢病院にて、病棟担当精神科医師、精神保健福祉士より、「精神科身体合併症病棟での入院受入れ」について聞き取りを行った。

【精神科身体合併症病棟での入院受入れ】

文献¹⁾²⁾によると知的障害圏（ICD-10のF7）を基盤とした当該病棟への入院は内科・外科を合わせた全数（2019年度 約1100例/年）のうち6%前後である。入院経路は施設と自宅が多い。知的障害圏の患者のうち、「強度行動障害の状態にある者」に特化したデータの収集はなされておらず、実数及び詳細は不明であったため、「行動障害を有する知的障害者」について下記の情報を収集した。

1) 多い入院理由（疾患名）：

文献¹⁾²⁾と同様に従来は、消化器疾患（異物誤飲（異食）、重度便秘、イレウス等）、呼吸器疾患（肺炎等）。コロナ禍で呼吸器疾患が増加し頻度が逆転した。高齢者では骨折や誤嚥性肺炎が多い。

直近の1年間では、内科入院360例中、基礎にある障害が知的障害圏である患者は4例。軽度知的障害が1名、重度知的障害が3例。強度行動障害に該当するかどうかは不明だが、3例とも行動障害がみられた。

原則として夜間休日の受入れは行っておらず、3例とも全て平日日中の入院であった。施設からの直接依頼、または東京都が仲介しての入院依頼を受けることもある。依頼から入院までの日数は、緊急だと当日、そうではない場合は数日内に予定入院となる。

2) 受入れ時に、行動障害に関連して考慮される事柄 :

特にないが、平時の本人の様子・ADL や対応上の留意点、家族の連絡先等についての情報は欲しい（詳細は後述）。

3) 他の精神疾患を合併する、同症状の患者と比べて入院期間の異同 :

入院期間は長くなることが多い。点滴自己抜去、清潔保持困難、不食、リハビリが進まないこと等により、回復が遅れがちであるため。病院食を摂取しないために好んで食べそうな食品を家族や施設から持ち込んでもらった・職員が院外に出て好物を調達した症例や、ベッドから転落して骨折したために入院期間が延長した症例もある。なお、身体拘束がなければ、ベッドは病室内に入れず床にマットレスを敷いていることが多い。

一方で、治療への理解・協力が得られないことにより、治療の完遂を諦めて簡素化し早期に退院となる症例もある。

4) 薬物療法について :

入院当初は、向精神薬は中止か最小限。回復に合わせて漸増・調整する。不穏に対して增量することもある。症状が、薬剤の副作用と考えられる場合には減薬や変更も

ある。睡眠障害には睡眠薬で対応する場合もある。

5) 行動制限を要する割合とその理由 :

具体的な数値は手元にないが、行動制限を要する割合は高い。急性期は体幹と上肢の身体拘束が多い。理由は点滴自己抜去が多く、その他には頭をぶつける、顔を叩く等の自傷、清潔保持困難などがある。急性期を脱した後は、大声・奇声、他患の病室に入る行為などによる隔離や、顔を叩く自傷によるミトン拘束など部位・時間を限定した拘束を行うこともある。

6) 入院治療において苦慮した点 :

- 個室を占有すること（奇声や徘徊等のため多床室に移せない）
- 治療の必要性を本人が理解できないこと
- 大声・奇声
- 環境の急激な変化により、嚥下・歩行・排泄などの ADL が急激・顕著に低下すること（入院前の居所に戻れるかどうかに大きく影響する）
- 器物破損
- 他害（特にコロナ時、医療従事者の防護具を外そうとする行為、噛みつき、飛び蹴り等。医療従事者の感染リスクにも）

7) 入院時・入院中の付き添い :

入院時は施設職員だけでなく家族の付き添いがある（医療保護入院も鑑み）。入院中は完全看護であり付き添いはなし。施設職員が面会に来た際、職員退室後に不穏となり食事を摂らなくなった症例もあった（一緒に帰れると思った様だった）。

8)当事者の入院中に、福祉サービス事業所からのコミュニケーション支援の利用：なし。

9)入院診療を円滑に行う上で、役立った取り組み：

合併症病棟では身体疾患の治療に注力しており、一般的には余暇の提供や個別の支援等を行う余裕はあまりない。視覚提示や従来使っていた支援用具の持ち込みはほとんどない。看護師の配置も制度上は 13:1 だが、松沢病院では 10:1 である。身体合併症のケアにプラスして精神科的なケアも必要となるため圧倒的に人手が足りない。

イヤーマフ等の持ち込みもあまりない。音が鳴る玩具や音楽を聴くための機材・ラジオ等が持ち込まれることもあるが、たいていは壊される。症例により、絵本やタブレットを持ち込んでもらったこと也有ったが、タブレットは壊され、絵本も破かれたり。お気に入りのぬいぐるみを持ち込んでもらった例はある。

余暇の支援は課題だと感じているが、マンパワーが足りない。作業療法士の介入や福祉関係者からの支援（但しコロナ禍以降面会制限も厳しく、外部の支援者が入るのは現状では難しい）、動画を視聴できる壁埋め込み式の TV などがあるとよいのかもしれない。

10)入院診療を受け入れたことで、その後の行動障害を有する児者の受け入れの変化：

当院の場合、前後で特に変化はない。「身体科治療の必要性があれば受ける」というのは変わらない。行動障害が重症だから受け入れない、ということはない。身体

疾患について当院の身体科医師による治療が可能な範囲にあるか、個室が確保できるかどうかどうかが決め手となる。

11)入院診療・退院調整にあたっての、精神保健福祉士など医師以外の職種の関与や、カンファレンス開催の有無：

内科・外科各病棟に 1 名の非常勤精神保健福祉士がいる。嚥下・排泄・歩行など急激に ADL が低下したことにより、元の施設が「その様な状態では引き取れない、うちでは対応できない」と話し、施設職員も変化ぶりに困惑することが少なくない。加えて、対応する準備が人的にも機材的にも厳しいため、退院先の調整に難渋することもある。また、入院にかかる医療費について「こんなにかかると思っていなかった」と家族に困惑されてしまうこともある。知的障害者施設の費用が安価で、入院医療や高齢者入所施設で月毎にかかる家族負担との差が大きいことも、ADL 低下時の「紹介元の施設で受け入れ困難」による措置変更を困難にしている要因となっているよう感じる。また、病院側は平時の状態が分からず、入院時には当事者は全身状態が悪くぐったりしていることもあり、どこをもって回復とするのかも掴みづらい。そういう理由から、退院先の調整やケースワークに月の単位で時間を要することがある。

12)行動障害を有する児者の外来治療・入院治療の受け入れを拡大していく上で、必要なこと・促進要因となりうると思われるのこと：

●事前の情報提供準備：元々の ADL、好きなもの・嫌いなもの、家族の連絡先等（入所時に聴取されたものや 5-10 年前のもの

など古い情報、散逸した情報であることが多いため、最新の情報が欲しい）、震災時と同様に情報が“多すぎない”フェースシートのようなものがあるとよい。

●急変時の対応（救命処置をどの程度まで行うか）についての取り決め・意思確認

（本人または代諾者から）：入所当初のものであるため古い・そもそも確認がなされておらず職員も家族も意識していないことが多い。入院中に初めて説明を受け困惑されることも少なくない。

●入院に伴う費用の知識：知的障害者施設入所に係る経費が安いため、入院費の金額に驚かれることが少なくない。措置変更を要する場合にも、費用負担が増える場合には難渋する。介護保険が使える場合と、それよりも若年の場合でも異なる。後者の場合、経済的に余裕があれば他の精神科病院への転院が検討されるが、経済的に厳しい場合には行政と相談。生活保護も検討されるが、これには住所地・施設所在地の保護課間で調整をする。医療的ケアが可能な施設への短期入所を繰り返しつつ入所先を探す症例もあった。

【その他】

●東京都内では、合併症ルート・精神科身体合併症病棟が存在することによる弊害もあると感じる。「確実な受け皿がある」とも言えるが、反面、身体疾患を発症した精神障害患者の一般身体科受診・入院が難しくなっている。医療機関側が「合併症ルートを使って松沢病院へ」と受入れを断ってしまう。むしろこういったシステムのない地方の方が「精神障害者の一般医療受診」は進んでいるのではないか。コロナを経て、近隣他県では精神科病床に身体合併症

用の病床ができたと聞いている。強度行動障害を有する者の入院受入れも増えるのではないか。

●褥瘡を合併している症例も決して少くない。紹介の契機となった疾患よりも褥瘡の方が重症だったという症例もある。褥瘡対応・処置や予防について、施設職員の病棟来訪時に実地で学んでもらったこともある。

●重症の場合や急変に際して家族が困惑し、治療内容（どこまで治療するか・蘇生も含めて）の決定が難しかった例があった。逆に、施設から搬送されたものの、家族が「何もしてくれるな」と治療を拒否したためにやむを得ず「治療せず退院」となった症例もあった。そういういたケースでは、医療費や介護タクシーなどについても揉めることがあった。

D. 考察（聞き取りから推察される現状と課題）

【1. 医療側の体制と入院環境整備に関するここと】

精神科身体合併症病棟では、病棟の機能として当然であるが、身体合併症治療と精神疾患への治療・対応が優先される。行動障害のある児者が入院する場合、入院時には全身状態が不良で動かない・動けないことも少なくないが、入院（環境の著しい変化）や治療の必要性について当事者の理解を得ることが難しいために、病棟職員側に対応スキルと、それを実践する人的・時間的余裕がなければ、治療上やむを得ず隔離や身体拘束などの行動制限を要する可能性が高い。また、回復期にも、大声・奇声や徘徊、自傷等に起因して行動制限が継続さ

れる症例もあることが確認された。構造化や視覚提示については、施設で活用されている資材があったとしても、身体的に対応を急がれている時に施設職員や家族から病棟職員に伝達することは困難であると考えられる。回復期に“手持無沙汰”になることも自傷や器物破損等の誘因となると予測されるが、病棟側のマンパワーの不足（身体科的ケア・精神科的ケアの両方を行うにも関わらず“13:1（松沢病院では10:1）”という設定は、文献での指摘同様に無理があると感じる）、知的障害・自閉症特性に応じた適切な対応についての知識・情報伝達の不足から、現状では個々の余暇支援を病院職員のみで行うことはかなり厳しいと推定される。病棟での作業療法士の介入や、（外部からの入室・関与が可能であれば）当事者を知る施設職員や福祉サービス事業所からのコミュニケーション支援や行動援護等の導入の検討も期待されるが、検討のためにはまず医療従事者・福祉支援者双方が相互に望ましい対応や制度・体制について知識を得て理解・共有する必要があると思われた。併せて、受入れと退院を調整できる、医療と福祉機関双方の制度と事情に精通した専門職（精神保健福祉士、社会福祉士、ケアマネジャー等）の確保・養成も非常に重要である。

稻熊らは「（筆者加筆：精神科身体）合併症病棟の患者1人あたりの平均診療単価が高い（文献¹⁾より転載：内科系病床が24,600円、外科系病床が28,694円、内科外科混合の一般病床が30,365円であり、同院ではスーパー救急病棟に次いで高額）ことは、診療密度が高いことによると考えられる。しかしながら、身体疾患を扱う総合病院の患者1人あたりの平均単価が

70,000円程度であり、大学病院では80,000円程度であることに比べると著しく低いといえる。患者1人あたりの診療単価は高いが、利益率ということでみると、身体合併症病棟は人件費と経費が大きく、院内で最も利益率が低い病棟群である。当院合併症病棟の2019年度の利益率は-94～-85%であった。」とも報告しており¹⁾、採算が取れないところに“より手厚い支援がいる”強度行動障害を有する児者の身体合併症を受入れるには、現状では精神科病院側に限界があると考えられる。今後は精神科（リエゾン）医が在勤する総合病院での一般医療受診を拡大することも検討する必要がある。また、採算と人的資源確保の両面から、当事者に理解可能な情報提供・コミュニケーション支援や余暇支援などを実践し得る福祉職員の派遣や、手厚い対応を求めるごとに担保するための加算等のインセンティブも不可欠と考える。

もう一つ、「入院後の急激なADL低下を防止、または最小限に食い止める取り組みはあるのか」も課題である。治療の必要性と内容を理解できないことによる治療・回復過程の遅延、リハビリが進まないこと、行動制限の影響等の関与が想定される。今後、身体疾患による入院に伴うADL低下の内容と頻度・程度及び関連要因の調査、介入効果の検討も望まれる。行動制限を最小化し、できるだけ早期に「従前の日常に近づける」ことを目指したいが、これには平時あるいは急性期からの医療機関と福祉施設の密度の高い連携、情報と支援スキルの共有が望まれる。

【2. 家族や福祉職員側への啓発と平時からの準備に関するこ】

また、入院を契機に嚥下・排泄・歩行等のADLが急激にかつ著しく低下する症例も少なくない。病院側は罹患前の当事者の様子が分からぬいため、どの程度で「回復」なのかを判断しがたい。

●家族や施設職員の側が、ADLが低下することを予測できていることがあまりない

●知的障害を有する当事者の身体機能低下（いわゆる“老化”）は同年齢の健常者に比して10年程早いとの知見⁴⁾があるが、そのことについて認識している家族や施設職員は少ない印象を受ける

●入院費が高額であることを、家族等に驚かれることも少なくない

との指摘も重要である²⁾。平時より、加齢に伴う機能低下が一般よりも早く進行すること、重篤な身体疾患罹患を契機に急激にADLが低下する可能性、医療受診・入院に際して費用が発生すること、急変時の処置内容等について、家族や福祉関係者に啓発を行う必要性がある。それとともに、定期的に（少なくとも年に1回程度）、当事者のADLや嗜好、興味関心、感覚面を含めた対応上の留意点、キーパーソンと家族の連絡先、急変時の搬送の要否や治療内容・蘇生処置の程度（DNRを含む）についても関係者で協議し簡潔にまとめておき、病棟側がすぐに活用できる“利用可能な新しい情報”を円滑に医療機関に提供できるよう準備しておく必要がある（肥前精神医療センター作成の基本情報シート⁵⁾等も参照）。

E. 結語

東京都立松沢病院精神科身体合併症病棟での行動障害を伴う知的障害者の入院の実態を病棟担当医師・精神保健福祉士より聞

き取った。「強度行動障害の状態にある者」に特化した情報を得ることは難しかったが、行動障害を有する知的障害者の身体合併症による入院において、当事者が入院・治療の必要性を理解できないために治療行為の際に身体拘束等行動制限を要すること、自傷や不食等への対応の難しさ、治療完遂の困難、急激なADLの低下とそれに起因する紹介元への退院困難などが特有の課題として挙げられた。視覚提示や構造化、余暇支援等はあまり導入されていなかった。紹介元からの「平時の生活や、治療に関する意思確認・連絡先といった“最近の”情報提供」と相互理解に基づく連携の必要性などが示された。

※本稿の内容は、調査者個人の意見であり、所属機関の見解ではありません。

【謝辞】

本調査をご快諾くださいました、東京都立松沢病院 水野雅文院長、大澤達哉部長、稻熊徳也医師、木村亜希子氏に深謝いたします。

F. 参考文献

- 1) 稲熊徳也, 井藤佳恵: 東京都立松沢病院における身体合併症病棟の取り組みと課題. 精神神経学雑誌, 123 (4); 169-178, 2021
- 2) 井藤佳恵, 木村亜希子, 齋藤正彦: <事例検討13> 知的障害を抱える人たちの高齢化身体合併症を抱え、帰る場所をなくすということ. 老年精神医学雑誌, 30(8); 940-949, 2019
- 3) 福田陽明, 邊士名智代, 今井淳司ほか: 東京都立松沢病院における新型コロナウイルス

感染症 Coronavirus disease 2019 :
COVID-19)患者の受け入れについての中間
報告. 精神神経学雑誌, 122(10); 794-756,
2020

- 4) 日詰正文 : 障害者の高齢化による状態像
の変化に係るアセスメントと支援方法に
関するマニュアルの作成のための研究. 令和
2年度～令和3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）（総合）研
究報告書 ; p1-9, 2022
- 5) 會田千重 編: 多職種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
出版 ; p21, 2020

厚生労働省 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

知的障害者の新型コロナウイルス感染症による入院治療に関する東京都内精神科医療機関への聞き取り調査

山脇かおり、中林睦美、倉川佳世（国立障害者リハビリテーションセンター 発達障害情報・支援センター）

調査要旨

東京都における、知的障害者施設に入所する知的障害者の新型コロナウイルス感染症による精神科病院身体合併症病床・感染症病床への入院治療に関する聞き取り調査を都内3病院行った。いずれの病院からも強度行動障害に特化した情報は得られず、知的障害を有する者を対象として情報を収集した。入院経路は入院調整本部・保健所・精神保健医療課の3つのルートがあり、病院間の機能分化もなされていた。点滴や酸素投与等の治療や感染管理上の指示を理解することの困難から、隔離や体幹・上肢の拘束など行動制限を要した例が多かった。重症例では急性期を脱した後に歩行・嚥下等のADL低下がみられリハビリ等も含め規定された入院期間を超えての入院継続を要した例があった。重症化・急変時の医療行為実施に関する事前の意思決定・検討がなされていなかった場合には、入院受入れや治療方針決定に時間を要した。今後同様のパンデミックを想定した備えとして、特有の感染リスクを有する知的障害者・発達障害者、特に施設等で集団生活を営んでいる者の受入れも念頭に置いた、機能分化を含めた地域の医療計画・体制整備に加え、震災同様に「生活状況や嗜好・コミュニケーション様式等を含む、統一された様式による情報提供の準備」「急変時に行う医療行為に関する事前の意思決定」が挙げられ、いずれも定期的に更新され新しいものであることが望まれた。また、医療福祉連携の一環として、平時より近隣の機関同士の関係構築や、感染症蔓延期に入所施設にアウトリーチする様式の医療体制提供も検討される。

A. はじめに

2019年冬、中国の武漢から拡大した新型コロナウイルス SARS-CoV-2 による新型コロナウイルス感染症 (Coronavirus Disease 2019 : COVID-19) は、2020年1月に日本国内でも確認され、以後複数回にわたり流行を繰り返した。「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」

(以下「感染症法」と略) 上、2類感染症に位置付けられ、行動制限を含む厳しい感染対策が行われた。2020年3~4月に知的障害者施設での集団発生が報告された¹⁾。報告によると、知的障害等入所者の背景や症例数（入所者70名中63名が発症。うち54例が確定症例）から、全員の入院管理は困難と判断され施設内で対応された。意思疎通困難により個室管理など適切な感染管理上の指示を理解しにくい入所者や、居室移動で精神的に不安定になる入所者がいたこと、十分な職員数の確保が困難であったことから、区域内の行動制限に留め、部屋移動は困難と判断した旨の記載があった。その後、米国において「知的障害や発達障害を有する者は障害がない人と比べ発症時の重症率が高い

く、特にグループホームに住む者²⁾や18歳未満の者³⁾では死亡率が高い」ことが報告され、これと前後しての国内での当事者・家族を対象とした複数のアンケート調査から、5割以上の人々にマスク着用困難または負担⁴⁾、2割以上の人々に感染対策の理解の困難⁴⁾、また衛生管理の困難⁵⁾や検査受診の困難があつた⁶⁾ことなど障害特有の困難があることが示され、障害に配慮した感染対策（検査や入院等を含む）が必要と考えられた⁷⁾。

感染症拡大に伴い、都道府県は対策本部を設け、検査、医療体制の整備を行った。東京都においても、2020年4月に入院調整本部が設置され、初期には保健所からの依頼を受け、患者の重症度・基礎疾患の有無・住所地等を踏まえた広域的な入院先医療機関の調整を実施した。2021年1月には、夜間入院調整窓口を設置。同年3月からMIST（東京都新型コロナウイルス感染者情報システム）を導入し、効率的に入院調整を進めた。同年8月からは、夜間入院調整窓口により中等症II以上を対象に保健所を介さない入院調整を行うようになつた⁸⁾。2023年5月8日にCOVID-19の感染

症法における 2 類から 5 類への類型変更を受け、2023 年 9 月末に入院調整本部は解散したことである。

東京都においては、知的障害者入所施設内での COVID-19 発生を受け、行動障害を伴う知的障害者の都内精神科病院の身体合併症病床や感染症対応病床への入院受入れがなされた。本稿では、患者の受入れがなされた精神科病院のうち、主力であった 3 病院での知的障害者、特に行動障害を伴う知的障害者の入院受入れに関する状況を調査し報告する。

B. 調査目的

強度行動障害を有する者、または行動障害を伴う知的障害者の COVID-19 による入院受入れに関する情報を医療機関より収集し、入院治療及び入退院に係る医療上・医療福祉連携上の課題を把握すること。

C. 聞き取り

「東京都内では、障害者入所施設から新型コロナウイルス感染症治療病床への受入れ調整がある時期から比較的円滑に行われていた」との話題があり、各医療機関において、1) 知的障害者施設からの入院受入れが促進されたという認識があるかどうか、あればその時期と契機・理由について、2) 入院受入れ・治療・退院調整に関して苦慮したこと、3) 今後同様のパンデミック等が起きた際に、医療側・福祉側それぞれに準備しておくと良いと思われる事柄（情報・物品等）等について聞き取り調査を行った。

【東京都立松沢病院】

＜※別テーマの聞き取り調査と同時にを行い、重複し切り分けられない内容もあったため、コロナ病床に特化した内容の調査が十分でないことを申し添える。＞

稻熊徳也医師（精神科）、木村亜希子氏（精神保健福祉士・社会福祉士・介護支援専門員）よりお話を伺った。

国内でいち早く、2020 年 3 月に新型コロナウイルス感染症患者用病床を身体合併症病棟内に開設。同年 4 月 1 日より、感染症病棟を COVID-19 専用の対策病棟（コロナ病床）とした。医師の人員

体制は精神科医 3 名、身体科医 4 名（他病棟と兼務）とし、看護師は 15 名が勤務し、精神科救急症例を含む精神障害を有する COVID-19 患者の入院治療を積極的に受け入れた。病床開設初期の詳細については文献⁹⁾を参照されたい。

2020 年 4 月から 2021 年 3 月までの 1 年間のコロナ病床入院患者は 636 例、うち基礎となる障害が知的障害圏の患者は 66 例（10.4%）、入院前の居所が知的障害者施設であった患者は 30 例であった。行動障害を有していた例は少なくなかつたが、入院時の全身状態が不良であった例が多かつたこともあり、正確な人数や行動障害の程度は不明。

1) 入院受入れが促進されたという認識があるか、あればその時期と契機・理由：

当院の場合には、元々コロナ病床があったということもあるってか、特別な働きかけやきっかけによる促進等ではなく、障害者施設でクラスターが発生したことに伴い入院が増加した。市中の流行から 1 ヶ月程度遅れる印象であった（施設職員の持ち込みによるよう）。流行初期には無症状でも検査陽性であれば入院となっていた。「施設職員も軒並み感染して施設を運営できない」という背景もあったようだ。人工呼吸器に加え、途中からは ECMO など重症者に対する治療機材も導入された。

2) 入院受入れ・治療・退院調整に際して苦慮したこと：

＜受入れ＞

●行動障害があることを理由にお断りするということは全くなく、当院で身体科的治療が可能な患者は全て受入れていた。

＜入院治療＞

●職員全員が個人防護具を装着していたため、噛みつこうとする行為、飛び蹴り等の他害に及ぶことが他疾患患者よりも多かった。見慣れない防護服が怖く、パニックを起こしたのではないかと推察する。

●治療の必要性への理解が乏しく、行動制限（隔離・身体拘束）を要した。点滴や酸素投与を要する場合に、自己抜去がみられ上肢・体幹の拘束を行った例があったが、できるだけ最小化に努めた。本人が元気でも感染症拡大防止のための一定期間の行動制限を要し、本人が理解できない・安

静を保てないため退院まで隔離の継続を要した。バイタル測定も困難だった。

●重症の場合や急変に際して、家族が困惑し、治療内容（どこまで治療するか・蘇生も含めて）の決定が難しかった症例があった。

3)今後同様のパンデミック等が起きた際に、医療側・福祉側それぞれに準備しておくと良いと思われる事柄（情報・物品等）

●平時の情報（新しいもの）

●急変時の病院への搬送の要否、蘇生を含めた治療内容についての事前の協議・意思確認（年1回程度アップデートしておいて欲しい）

4)その他

●コロナ禍を経て、福祉施設の職員の対応力が上がった印象。吸引などの対応も含めて、「自分達で対応できることは行う」という意識が高まった印象を受ける。

●精神科病院向けの、新型コロナウイルス感染症対応マニュアルを作成。経皮的動脈血酸素飽和度（SpO₂）に応じた対応や薬剤選択等を掲載。関係団体に提供した。また、「自院でコロナ対応をしなければならない」という地方の単科精神科病院から多くの問合せを受け、提供した。

【国立精神・神経医療研究センター病院】

鬼頭伸輔精神診療部長（精神科）、澤恭弘氏（社会福祉士・精神保健福祉士）よりお話を伺った。

新型コロナウイルス感染症対応病床（以下「コロナ病床」と略）は、2020年6月に開設し、2023年3月に終了した。この間の入院依頼は532件、受入れた症例は349例で、うち知的障害圏を基礎の障害とする症例は19例であった（統合失調症が最も多く40%、認知症が30%、知的障害は第3位で5%）。重度知的障害がその中の3分の1程度。男女比は半々。行動障害の程度は調査しておらず不明。入院前の居所は、自宅、施設、病院からが3分の1ずつで、経路としては入院調整本部・保健所・精神保健医療課を経由していた。病棟の人員配置については、正確には言えないが、14-19床に対して夜勤看護師を2-3名配置するなど厚くしていた。コロナ病床立ち上げの段階で病院全体から志願者を募り、重度心身障害・一般・精神科各病棟の職員が集まつた。知的障害者への対応に長け

た重度心身障害児病棟看護師や、発達障害者支援を得意とする精神科病棟看護師、作業療法士や理学療法士も加わっていた。毎朝多職種でミーティングを開催して情報を共有し、入院中の処遇について「できることがないか」と積極的に協議し、行動制限最小化や各障害特性に応じた視覚提示

（絵、簡略な文章、かなや大きな文字の使用等）、シンプルな声かけを行った。また入院前にあらかじめ家族や施設職員から適切なコミュニケーション手段に関する情報も収集し、活用に努めた。受入れは、土・日・祝日の当番日以外は、平日日中のみ。検査実施等の兼ね合いからできるだけ15時までにと依頼していた。

1)入院受入れが促進されたという認識があるか、あればその時期と契機・理由：

ある時期から入院が促進されたという印象はない。病院の設備として、経鼻高流量酸素投与（中等症II）までの受入れが可能であり、事前の受入れ調整段階でその旨も説明し納得いただいた上の受入れであった。病棟満床時の他には、ECMOも含めた集中治療の希望、精神科病棟での治療の拒否があった症例は受入れできなかった。

2)入院受入れ・治療・退院調整に際して苦慮したこと：

<受入れ>

●「とても困った」とまではないが、事前に急変時の延命治療をどの程度行うかを決められていない症例や、家族内での意思決定の調整がなされていない症例では入院までに時間を要した。

<入院治療>

●急性期には呼吸状態・全身状態不良で行動の問題がみられることはなかった。回復期には、できるだけTVやDVD、本人の好きな物などを病室内に持ち込めるようにした。器物破損に至りそうな場合には、職員が目を配り提供方法を調整するなどして予防した。職員の防護具を剥ぎ取る行為や弄便などもみられたが、さほど問題にはならなかつた（認知症の症例の方が行動上の問題は激しかつた印象）。

●知的障害の方に限った難しさというのはさほどなかった。点滴や経鼻酸素を外すなどがあった症例では体幹と上肢（場合により肩も）の拘束を要することがあった。回復期に他患の病室に入るなど、行動範囲を遵守できない症例で隔離や体幹の

拘束を要することがあった。但し、病棟全体として行動制限最小化への意識が高く、できるだけ限定的な使用・解除に努めていた。

●当院への入院患者全般として、感染症法上の指定入院期間が過ぎても、治療で使用したステロイドの漸減や、呼吸状態の改善を待つ時期（酸素がなかなか外れない等）、低下した ADL のある程度の回復を図るためのリハビリ等により入院期間が一般よりも長いことが多かった。これは知的障害に限った話ではなく、認知症など他疾患を基礎とする患者との違いは特になかった。

<退院調整>

●特に苦慮したということではなく、元の居所に戻られた。

3)今後同様のパンデミック等が起きた際に、医療側・福祉側それぞれに準備しておくと良いと思われる事柄（情報・物品等）：

●平時からの近隣施設や他病院との連携
●施設へのアウトリーチ型医療：知的障害者施設入所者が全例入院できたわけではなく、クラスター発生時にやむを得ず施設内での対応を余儀なくされ、施設が「孤立状態」であった事例が複数あったと聞いています。入所施設に医療従事者が出向き治療・支援する体制整備も必要ではないか。
●情報共有のための統一された様式のツール：共通した書式の情報シートがあると良い。施設や病院により様式や記載された情報の内容・順序が異なっており、把握に時間を要したため。震災に備えた準備と同様である。

【特定医療法人社団青山会青木病院】

飛鳥井望院長（精神科）よりお話を伺った。

青木病院は精神科 270 床、一般（内科）50 床を有している。東京都からの要請を受け、2020 年 6 月に新型コロナウイルス感染症専用病棟を開設した。元々ストレスケア病棟であったものを改変し、開設当初は個室 11 床、多床室 3 床の 14 床で運用したが、2021 年 1 月 20 日からは個室 16 床（うち多床室の 1 人使用 5 床）、多床室 3 床の 19 床で運用した。人員配置としては医師 2 名（精神科・内科 1 名ずつ）でスタートし、途中から感染症内科医が加わり 3 名体制となった。看護師は 15 名体制であった。当初は松沢病院を後方支援することを想定していたが、実際には入院調整本部・

精神保健医療課からの入院依頼を受入れた。

COVID-19 の重症度としては軽症から中等症 II（経鼻高流量酸素投与まで）を受入れた。松沢病院、国立精神・神経医療研究センター病院（NCNP）と当院の 3 病院で精神障害を基盤に有する COVID-19 患者を受入れた。日曜日と祝日、年末年始やゴールデンウィークなども、松沢病院は常に稼働、NCNP と当院とで 1 日交代で入院受入れを行っていた。

2023 年 9 月末まで運用し、その間の自院入院中の患者を除く外部からの全入院者数は 622 例。開設から 1 年 2 ヶ月間のデータでは 251 例中知的障害圈は 10 例（4%）であった。統合失調症、認知症、気分障害、神経症または発達障害、物質関連傷害に次いで、という順であった。最終的な集計は行なっていないが、知的障害の患者の割合は全期間を通じて同程度と思われる。知的障害の程度としては重度から最重度、自閉症合併例が多かった。この群では、青壮年が多かった。

入退院調整の窓口は精神保健福祉士が行っていた。入院経路としては、自宅と施設、病院とがあり、多くは入院調整本部または精神保健医療課を経由した。入所施設でのクラスターの際には、1 例目は都を経由したが 2 例目以降は施設から直接依頼を受けることもあった。年齢層が比較的若かつたためか、身体科的な基礎疾患はなく、COVID-19 の症状が改善次第、ほぼ規定通りの入院期間を経て元の居所に退院した。この群では、ADL が低下した症例や“アフターコロナ”としてのリハビリや転院等を要した症例はなかった。

1) 入院受入れが促進されたという認識があるか、あればその時期と契機・理由：

途中から変化したということではなく、開設当初から変わらず、入院依頼に対応していた。

2) 入院受入れ・治療・退院調整に際して苦慮したこと：

<受入れ>

●特に知的障害・自閉症に特化した苦慮はなかった。

●受入れの際に、当院でできる治療内容の範囲（人工呼吸器がないこと等）をお伝えし、家族等に了承いただいた症例を受入れた。

●入院時の採血やCT検査の際に、感覚過敏や処置の理解・協力が難しいことから、抑制や鎮静を要する症例があった。

<入院治療>

●急性期には、点滴や酸素投与に際して、自己抜去等のために体幹・上肢の身体拘束を要することが少なくなかった。

●感染対策目的での安静を守れない症例も少なからずあったが、ナースステーションを除いた病棟デイルームを含む全体がレッドゾーンということもあり、器物破損や物品持ち出し・他病室に入る等の迷惑行為がなければ、共有スペースを歩き回ることなどは様子を見ながら行っていた。隔離を行うことで却ってドア叩き等不穏を呈することもあったため、看護師の協力を得て可能な限り行動制限を最小化した。玩具等の持ち込みもあれば可とした。

●安全第一ではあるが、「患者さんの気持ちが少しでも和らぐように」と急性期後の活動や余暇の提供に努めた。

●医療従事者の個人防護具を剥がそうとする・物を投げる・壊す等の行為もあったが、認知症による行動・心理症状を有する患者に比べると軽度であった。

<退院調整>

●入所施設でクラスターが発生した際に、「職員も罹患しており人員不足で受入れが困難」という理由から退院が伸びた症例はあったが、それ以外での退院困難はなかった。

●初期にはPCR陰性化を待つという理由で退院までの期間が延長されたことがあったが、患者のADL低下等もさほどみられず、蔓延期の後半はほぼ規定の日数で元の居所に退院した。

3)今後同様のパンデミック等が起きた際に、医療側・福祉側それぞれに準備しておくと良いと思われる事柄（情報・物品等）：

●入院時の情報提供（多いほど良い）

●急変時等のDNRも含めた治療内容に関する家族からの意思確認（入院時に再度病院医師より行うが）

●退院先の確保：知的障害圏の症例ではなかったが、認知症の症例で退院調整に難渋することがあったため

D. 所感

新型コロナウイルス感染症の流行期において、初期には知的障害者施設内で集団発生が起きた際、発症者数などの規模に加え、感染管理上必要な事項・指示を理解し順守することの難しさや環境変化に伴う不安等も考慮され、一般的な「全例入院」とは異なる対応がなされたことがあった¹⁾。しかし、東京都においては2020年4月に入院調整本部が開設され、同年6月以降基礎に知的障害を含めた精神障害を有するCOVID-19患者については今回調査した3病院の機能分化を含めた医療体制が整備された。以降、病床が確保できれば（病床満床や治療可能な範囲を超えることがなければ）円滑に入院受入れがなされた。但し、今回の調査では入院依頼元である知的障害者施設や調整機関への調査は行っておらず、また3病院共に「強度行動障害を有する者」に特化した情報はなかったこともあり、施設入所中の知的障害者、特に強度行動障害を伴う者でCOVID-19に罹患し入院治療を要すると考えられた者のうちどの程度の割合が適切な医療につながったかは不明である。

3病院において、行動障害の有無や程度が入院判断の妨げになることはなかったが、治療内容やその必要性、感染管理上の指示を理解できないために治療・観察期間中には隔離や上肢・体幹の拘束など行動制限を要したこと、医療従事者の個人防護具を外そうとする行為、場合によって他害に及ぶ症例もあったこと、重症例では急性期を脱した後に歩行・嚥下等のADL低下がみられリハビリ等も含め法律で規定された入院期間を超えての入院を要する症例があったこと、重症化・急変時の治療内容について家族が判断に迷うことがあったことなどが聴取された。

比較は困難であるが、聞き取りの内容から、3病院間、特に松沢病院と他2病院で受入れた症例の知的障害・行動障害の程度が異なる可能性が考えられた。しかしながら、余暇物品の提供や見守り等に関して、国立精神・神経医療研究センター病院の事例からは手厚い人員配置や「障害特性に応じた支援技術を有する看護職員」の存在、青木病院の事例からは看護職員の工夫に加えて、自由に歩けるスペースや余暇活動提供が、行動障害の軽減に有効であったかもしれない。

今後同様のパンデミックを考慮しての備えとして、特有の感染リスクを有する⁴⁾⁵⁾知的障害者・発達障害者、特に施設等で集団生活を営んでいる者²⁾

の受入れも念頭に置いた、機能分化を含めた地域の医療計画・体制整備はもとより、震災同様に「生活状況や嗜好・コミュニケーション様式等を含む、統一された様式による情報提供の準備」

「急変時に行う医療行為に関する事前の意思決定」が挙げられ、いずれも定期的に更新され新しいものであることが望まれた。また、医療福祉連携の一環として、平時より近隣の機関同士の関係構築や、感染症蔓延期に入所施設にアウトリーチする様式の医療体制提供も検討される。

今回、知的障害者施設、入所者を受け入れた全医療機関、入院調整を行った行政機関への調査には至っておらず、今後も引き続き関連情報の収集に努める。

※本稿の内容は、調査者個人の意見であり、所属機関の見解ではありません。

【謝辞】

本調査にご協力くださいました、東京都立松沢病院、国立精神・神経医療研究センター病院、特定医療法人社団青山会青木病院の皆様に深謝いたします。

E. 参考文献

- 1)坂本 壮, 伊藤史生, 中村聰志ほか: 千葉県内知的障害者施設で集団発生した新型コロナウイルス感染症対応の経験. IASR, 41 (7) : 114-115. 2020
- 2)Landes, SD., Turk, MA., Formica, MK., McDonald, KE. & Stevens, JD. : COVID-19 outcomes among people with intellectual and developmental disability living in residential group homes in New York State. Disability and Health Journal, 13 (4) : 100969, doi : 10.1016/j.dhjo.2020.100969. 2020
- 3)Turk, MA., Landes, SD., Formica, MK. & Goss, KD. : Intellectual and developmental disability and COVID-19 case-fatality trends : TriNetX Analysis. Disability Health Journal, 13 (3) : 100942, doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100942. 2020
- 4)国立障害者リハビリテーションセンター：新型コロナウイルス感染症拡大に伴う発達障害児者および家族への影響—当事者・家族向けアンケート

調査結果より一.

<http://www.rehab.go.jp/application/files/6316/1102/0298/202101.pdf>. 2021

5)日本財団：コロナ禍における健常者と障害者調査 レポート . https://www.nippon-foundation.or.jp/app/uploads/2020/11/new_pr_20201013_01.pdf. 2020

6) 日本ダウン症協会・全国手をつなぐ育成会連合会・日本自閉症協会：「知的障害児者と関係者における 新型コロナウイルス感染の問題への対応について」アンケート結果報告 . http://www.autismjapan.org/action2/2021/koron_aanke-to.pdf. 2021

7) 清野 絵：新型コロナウイルス感染症と知的障害、発達障害：福祉分野における影響と課題、必要な取組み. 発達障害研究, 43 (3) : 278-289. 2021

8) 東京都：新型コロナウイルス感染症対策に係る東京都の取組 令和5年6月2日改訂版. https://www.sp.metro.tokyo.lg.jp/seisakukikaku/corona_torikumi_2306a/ 2023

9) 3)福田陽明, 邊土名智代, 今井淳司ほか: 東京都松沢病院における新型コロナウイルス感染症Coronavirus disease 2019 : COVID-19)患者の受け入れについての中間報告. 精神神経学雑誌, 122 (10) : 794-756. 2020

厚生労働省 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

秩父学園における歯科検診・口腔ケアへの取り組み

山脇かおり (国立障害者リハビリテーションセンター 発達障害情報・支援センター)
熊澤海道 (国立障害者リハビリテーションセンター 病院 歯科)
中林睦美 (国立障害者リハビリテーションセンター 発達障害情報・支援センター)

研究要旨

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（以下「秩父学園」と略）は、わが国で唯一の国立の福祉型障害児入所施設である。本稿では、秩父学園に入所した重度～最重度知的障害及び自閉スペクトラム症を背景に有する強度行動障害の状態にある児童に対する歯科検診・口腔ケア（介助歯磨き）への取り組みを好事例として収集した。要点として、医療・福祉職員間の事前の情報共有、スケジュールの視覚提示や実物・実地での“慣らし”などのプレパレーション、受け入れ不良時の中止・中断を含めた児童のペースを尊重したスマールステップでの対応、事後の情報共有と日常で実施可能な口腔ケアの継続などが挙げられた。並行して、支援員の側からみた「児童が受診しやすい医師と医療機関の要件」に関する情報も収集した。事前の情報提供が可能であること、待機スペースの確保や児童のいる場所まで医師が出向くこと、児童のペースに合わせた過度に侵襲的にならない診療（見学や受診の回数を重ねて慣らすこと・中止や中断の判断を含む）、「待てなさ」や感覚面への配慮などが望まれた。医療機関側には時間的・空間的・人的余裕の確保が求められるため、それらを担保するための何らかのインセンティブを設定することが必要と考える。

A. はじめに

秩父学園は、昭和 33 年(1958)に厚生省（当時）の附属機関として創設された我が国唯一の国立知的型障害児入所施設である。

文献¹⁾によると、社会不適応や行動障害を伴う知的障害児者をめぐる対応策が本格的に議論され始めたのは戦後、昭和 20 年代に入ってからであった。当時、人々の生活水準の低迷や障害児者の生活環境の劣悪化などの危機的状況の中で、知的障害児者への対応に国家をあげて力を注ぐことが犯罪・事故防止につながるとされた。更に、こうした消極策に留まらず、個々人の福祉理解を進め、ひいては福祉社会の形

成・地域福祉の向上に寄与する有効な手段として注目されるようになった。このような過程のなかで国立重度知的障害児施設「秩父学園」は開設された。

平成 22 年(2010)に国立障害者リハビリテーションセンター（以下「国リハ」と略）に統合され、名称を国リハ自立支援局秩父学園へと改称した。平成 24 年(2012)、改正児童福祉法施行に伴い、設置種別を福祉型障害児入所施設へと変更した。平成 26 年(2014)に医務課を廃止して園生医務室とし、入所児童の診療を国リハ病院外来に移行した。現在は内科・児童精神科・歯科が定期的に診療を行っている。

現在の組織は、園長の下、庶務課、療育支援課、地域移行推進課、地域支援課から成り、職員数は 71 名である。知的障害児を対象とした定員 100 名の入所部門、発達障害児を対象とした通所部門を有しております。令和 5 年 8 月現在、入所児童数は 50 名（18 歳未満 41 名、18 歳以上 9 名）である。

開設当初より、重度知的障害および自閉症を有する児、特に強度行動障害の状態にある児を各地の児童相談所を経由して受け入れていた。現在も過半数が知的には最重度から重度の障害を有する児童であるが、近年は不適切養育・虐待を背景とした愛着の問題を有する中等度から軽度の知的障害児の入所も増加しており、口腔衛生などのセルフケアを十全に実施できない児童も少なからず存在する。

強度行動障害を有する児者の定期検診や医療受診のハードルは高く、診察に至るまでの準備が必要である。受診前からの準備は「プレパレーション」と呼ばれ、個人の特性に応じた配慮が必要となる。

B. 調査目的

本稿では、秩父学園に歯科医師が出向き、年余にわたり歯科受診・口腔ケアから遠ざかっていた強度行動障害を有する入所児童に対する歯科検診および口腔ケア（歯磨き）の取組みについて情報収集する。並行して、秩父学園職員の側から見た「児童が受診しやすい・受診し難い医療機関の要件」についても情報収集を行う。

C. 強度行動障害のある児童への歯科的対応の例

特性ごとの歯科的対応についての例を以下に示す。

【共通事項】

強度行動障害の特性により、全く歯磨きが行えない、または短時間しか歯磨きを行うことができない状況であり、今まで歯科検診を受けることができなかった者を対象とした。達成目標は、口の中（あるいは口腔内）の状態を確認し支援員による介助歯磨きが行えることとした。

歯科検診実施のため、プレパレーション（病気や入院によって患者に引き起こされる様々な混乱に対し、準備や配慮を行うことで悪影響を和らげ、患者や家族の対処能力を引き出すこと）を行う。事前に対象者の情報収集を行い、計画を立案する。事前に歯科受診と「流れ」について、実物や絵カード等を用いたスケジュール提示を行う。実際のプレパレーションの導入では、抵抗の少ないと考えられる対象者本人の歯ブラシを使用し、診察室には、必要最低限の物のみを設置、頻度は 1 ヶ月に 1 度とする。

【衝動性が高く、音や接触に対する感覚過敏が強い児童の場合】

■歯科

- ・歯科入室前：歯科医師が寮の居住空間に出向き、対象者の様子を観察または情報収集を行う。感覚過敏が強いとのことから、直接対象者への接触を行わず、歯科医師から対象者に紙一枚を手渡してみる。このときの反応により、意思疎通が可能であるかの情報を得ることができる場合がある。

- ・歯科受診初回：前日に、歯科受診について、写真や絵カード、具体物等を用いてスケジュール提示を行う。歯科診察室に入室後、言語とジェスチャー等で椅子に座ることを促し、診療台ではない、日常で見慣れている普通の椅子に座ってもらう。まずは、対象者に「この場所は何をする場所か」ということを理解してもらうため、対象者自身に歯を磨いてもらう。次に歯科医師が歯磨きすることを言語とジェスチャーやモデリング法（実際に歯科医師や支援員が歯磨きを行っている様子を見てもらうなど）で伝え、歯科医師（他者）による歯磨きを試みる。その後に言葉とジェスチャーで診療台への移動を促し、診療台に座った状態でカウント法を用いて歯磨きを行い、終了とする。
- ・2回目：診療台へ座ることから開始し、歯科医師による歯磨きまで行う（前回の復習）。次に口の中の診査に必要な口腔内ミラーを見せ、実際に触ってもらう。口の中で使用する際に抵抗がみられ、複数回施行しても診査を行うことができなかつた場合、中止とする（対象者の意志ではなく医療提供者の意志を優先することで不用意に不穏状態を誘発し信頼関係を損なうことがないようにするため）。
- ・3回目：歯科医療器具を使用する順番に並べ、終了を明確にすることで見通しを提示する。また、歯科受診終了時の報酬（強化子：対象者のご褒美となる物）を設定し、スケジュールで示す。
- ・4回目：3回目と同様の手順で行い、スムーズに実行できることを確認する。始めは報酬を設定し、徐々に報酬がない状況の歯磨きへ移行していくことで最終的に報酬なく支援員による歯磨きがおこなえるようにする。

感覚過敏が強い児童には、スマールステップで積み重ねていくことが重要であると考えられる。また、スマールステップで進めていくうえでプレパレーションの内容決定については情報収集が重要である。歯科での経験と日常生活の中での口腔ケアの意識をつなぐことで、寮での歯磨きが可能となる場合がある。

【不安が強く、スケジュールからの逸脱や見通しがつかないときに拒否やパニックを起こしてしまう児童の場合】

■歯科

- ・歯科入室前：医師が寮の居住空間に出向き、対象者の様子を観察または情報収集を行う。物や人への興味・関心がかなり希薄な児童は、歯科医の存在に全く気付かず、視線接触の困難や外部からの刺激への反応が乏しいことがある。
- ・歯科受診初回：受動型の児童では、歯科医師と支援員が対象者の手を引きながら入室することがある。診療台に歯科医師と共に座り、歯磨きを行う。この際に抵抗がみられた時、「歯磨きに抵抗している」か「何をされるのかわからないことに抵抗しているのか」を判断するためにエクスポージャー法（ある刺激を提示し、その刺激にさらされると引き起こされる反応の強度は低下していくという考えに基づく方法）とカウント法を用いた対応を行う。その結果、決められた時間は歯磨きをすることを確認できた場合、歯磨きという行為自体に抵抗しているのではなく、スケジュールの段階で明確な

提示を行えば継続した歯磨きができる可能性が示される。

終了後、担当支援員と2回目に向かたプレパレーションの立案を行ない、報酬（強化子）の設定・事前の寮での寝かせ磨きの実施を依頼する。

- ・2回目：具体的なスケジュール提示を行い、診療台へ促す。診療台へ座ったら、カウント法を用いた歯科医師による歯磨きを行う。終了後に報酬（強化子）を受け取り終了する。
- ・3回目：前回と同様の手順で診療台に寝た状態での歯磨きを行う。時折起き上がり、声を発するなどの行動が見られた場合、医療提供者は抑制などの行為は行わず、本人の切り替えを焦らずに待つ。終了後、口の中の診査に必要な口腔内ミラーを寮で使用してもらう依頼をする。
- ・4回目：前回と同様の手順で診療台へ寝た状態で歯磨きを行う。寮で口腔内ミラーの使用について支援員からの情報を伝えてもらい、口の中の診査を行う（例えば、「歯磨き粉を少しつけると口に入れさせてくれた」という支援員からの情報に従った結果、スムーズに口の中を診査することができた、など）。その後、報酬なく、寮での支援員による歯磨きが見えるようにする。

不安が強く、見通しが立ちづらい児童は、歯科受診の前に寮の中で寝そべることや安全な器具を支援員が提示するなどの事前準備により、歯科診療室内でパニックを起こすことなくスケジュールを進められる可能性が高くなると考えられる。また、歯科検診を通じて歯磨きに対する意識が芽生え、日常生活の中でも歯

磨きのルーティン化がみられる場合がある。

【警戒心が強く、意にそぐわないときに暴れたり、相手によって対応を変えたりすることのある児童の場合】

■歯科

- ・歯科入室前：歯科医師が寮の居住空間に出向き、対象者の様子を観察または情報収集を行う。歯科医を捉え、警戒心の強い眼差しで相手を見ている、あるいは全く視線が合わないなどについて観察を行う。
- ・歯科受診初回：入室後、本人が選択した所に座ってもらい歯を磨いてもらう。可能であれば医師が診療台へ促し、座ってもらう。初回は警戒心が非常に強いため、診療台に座った時点で終了とする。歯科に対する嫌な印象を与えないように長時間のプレパレーションは行わない。
- ・2回目：前回同様、落ち着く場所を本人に選択してもらうが、脱走等の突発的な行動が生じた時には中止にすることがある。そのような場合は、終了後に支援員と次回に向かた計画の立案を行う。
- ・3回目：突発的な行動が成功体験となると、回避（室外に出る）→やらなくて済むという行動が形成されてしまう可能性があるため、その前に「歯磨きをする」「口の中を見る」ことについて視覚的に提示、毅然とした態度で内容を明確に伝える。その後、対象者が要求してくることと歯科医師の要求とを相互に受け入れてもらうように対応をする。
- ・4回目以降：3回目と同様の手順を繰り返し行う。スムーズな歯科受診が可能となった場合、報酬（強化子）を設定する。

その後、報酬なく、寮での支援員による歯磨きが行えるようにしていく。

警戒心が強く、要求が通らないときに暴れてしまうような児童の場合には、対象者のペースに巻き込まれすぎないように毅然とした態度と一貫性のある対応を示すことが重要であると考えられる。また、歯科検診から日常生活での歯磨きについて「○○さん（支援員）に磨いてもらうんだよ」といったように具体的かつ明確に対象者に伝えることで日常の歯磨きが可能となる場合がある。

しかしながら、対象者の状態を無視した高圧的な対応はすべきではない。

D. 施設での工夫と配慮、支援員の側からみた、「受診しやすい医療機関」について

<医療受診全般についての所感と要望>

- ・初診前に入所児童の説明をすると共にできるとよい
- ・初診までのステップ：様子を見る→顔合わせをする→診察へ
- ・本人の様子を見ながら、本人が理解できる視覚提示を行うことが重要
- ・他身体科医療機関の医師について（熊澤医師との比較より）
 - ① 話しかけ過ぎるのは“ご法度”であるにも関わらず通常通りの診察をおこなってしまう
 - ② 福祉からの情報を聞いてくれない
 - ③ 入所児童の“待つことの苦手”への配慮が希薄
 - ④ 本人目線で考え、福祉側で医療機関の選別をせざるを得ない

⑤ 受診をしても処置まで行きつかない時もある

例）車から降りない（医師が車まで来てくれるかどうか）

今回の診察は中止するか否かの判断が難しい

医師と福祉の足並みがそろうかどうかなど

⑥ 医療に対して関係性が薄いと遠慮してしまう

- ・本音としては事前準備を行いたく思い、事前の情報共有が可能かどうかを知りたい
- ・新規場面については事前に協力して準備し、“エラーレス”にしたい
- ・関係者全体でターゲット行動や工夫をする点を共有し馴化にもってきたい

<福祉サイドの工夫>

- ・具体的にはドライブ、写真、事前カード、CD、などを用いて不快を軽減する
- ・絵カードが伝わらない児には動画で示す（見せる）
- ・強化子の選択が重要。強化子の影響力が強い場合、消去の手続きが困難となってくる可能性がある
- ・使用する道具の実物に触れてもらう

<施設で用いているアセスメントツール>

- ・秩父学園では心理、ST、OT がフォーマルなアセスメントを行う
- ・具体的なツールをして PEP-3、新版 K式、K-ABC II、感覚プロファイル、S-M、遠城寺式、Vinland-II など

<福祉側から見た、「受診しやすい医師・病院」の要件>

◎受診しやすい医師・病院：

- ・待機スペースがある
 - ・車中で待つ場合に受付が声を掛けてくれる、医師が本人の待機場所まで来ててくれる
 - ・知的障害者に馴れている、ケースに合わせてくれる
 - ・時間指定と予定時間を守る
 - ・支援者を慮ってくれる
- ×受診しがたい医師・病院：
- ・自傷が始まりそうになると「当院では診療できない」と中断し、以後の受診を断る
 - ・麻酔無しで縫合等の処置をしようとした医師もいる

予防や健康寿命の観点からも認識がたかまっているところである²⁾。強度行動障害を有する児者は現状においては健康診断等の機会もなかなか得られないことが多いこともあり、児童期からの介入の一環として歯科・医科の受診や日常における口腔衛生管理の習慣を確立しておくことは非常に重要である。本稿で取り上げたような実践とその要点が、「継続可能な支援」として福祉施設職員と受診先医療機関（「健診受診への準備・慣れ」という意味では特別支援学校の関与もあるとより望ましいかもしれない）の双方に共有されることを願うばかりである。

また、支援員の側から見た「受診しやすい（好ましい）医療機関」として、可能ならば対象児童について事前に情報提供できること、十分な待機スペースの確保・医療従事者側が待機場所（乗ってきた車等）まで出向いて診察してくれること、児童の受療態勢が整うのを待つ（児童のペースに合わせる）こと、「待てなさ」や感覚の特異性への配慮、待機的な受診が可能な場合には事前の見学や段階的なプレパレーションの機会を設けること、拒否が強い場合には無理強いせず中断・中止を選択することなどが挙げられた。障害者歯科分野においては、既に自閉スペクトラム症者の口腔内診査やポリッシングによる歯面研磨の適応基準³⁾や初診時の適応要因⁴⁾の検討、歯科受診時の行動調整法を用いた意思決定支援の実践⁵⁾など医科に比して先進的な取り組みがなされており、対象者の理解に応じたプレパレーションも含め、当事者に寄り添う取り組みがなされていることが多い。しかし、これらを実践するにあたっては、医療機関側に時間的・空間的・人的余裕の確保

E. 考察

秩父学園での、強度行動障害を有する児童に対する歯科検診・口腔ケア（介助歯磨き）に向けた取り組みを報告した。様々な特性がある中で対象者に合った対応を行うためには、支援員と医師が事前に対象者の情報（特にフォーマルアセスメントの結果や、情報提示の方法と理解度、対人関係、嫌悪刺激を中心とした感覚の特異性、強化子、注意の持続等）共有と、医師による行動観察を行ったうえで、計画を立案することが重要であると考えられた。また、実際の歯科診察の場面では、プレパレーションを行う際に、対象者の切り替えやタイミングを「待つ」ことが重要であり、医療提供者側の意志を優先させることなく、対象者にとってより理解が得られやすい方法を支援員とともに模索していた。

口腔ケアの必要性・重要性については、単に齲蝕の予防に留まらず、生活習慣病の

が求められる。事前準備や「待つ」時間、応答的かつ侵襲的にならない対応等の“手厚い支援”を担保するインセンティブを設定する必要があると考える。

※本稿の内容は、調査者個人の意見であり、所属機関の見解ではありません。

【謝辞】

本調査にご協力くださいました、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職員の皆様に深謝いたします。

F. 参考文献

- 1) 中嶋洋, 園川縁: 日本初の国立重度知的障害児施設, 秩父学園誕生の背景 –ニーズ分析と入園事例の検討を中心に–. 日本獣医生命科学大学研究報告, 61; 87-97, 2012
- 2) 熊澤海道: 口腔の病気とケア –身近にできること–. 知的・発達障害者の健やかシリーズ 03 食と口腔衛生, 独立行政法人国立重度知的発達障害者総合施設のぞみの園; 2022
- 3) 鈴木香保利, 小笠原正, 増田裕次: 自閉スペクトラム症者における口腔内診査とポリッシュングブラシによる歯面研磨のレディネス. 障害者歯科学雑誌, 44; 223-233, 2023
- 4) 鈴木香保利, 小笠原正 他: 自閉スペクトラム症者における初診時の適応要因. 障害者歯科学雑誌, 43; 193-201, 2022
- 5) 小笠原正, 緒方克也ら: 知的能力障害のある人の歯科治療時の行動調整法における意思決定支援-手引き-. 障害者歯科学雑誌, 40; 131-136, 2019