

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

分担研究報告書

研究課題名（課題番号）：入院中の強度行動障害への支援・介入の専門プログラムの整備
と地域移行に資する研究

分担研究課題名：入院中の強度行動障害者の専門治療・研修プログラムにおける
構造化の導入

研究分担者：田中恭子（国立病院機構菊池病院）

研究要旨

精神科病院に強度行動障害をもつ児・者が入院した場合、主に患者と接するのは看護師を中心とする病棟職員である。しかし我が国の現状として、強度行動障害支援に不可欠な自閉症スペクトラムの理解や支援スキルに関する職員研修が十分に実施されているとは言えない。さらに座学の研修だけでは、実際の現場にいかすことが難しいことも指摘されてきた。

当院では強度行動障害をもつ児・者が入院する専門病棟において、構造化に関するワークショップを過去4年実施してきた。そこで学んだ知識やスキルを、実際の行動障害の改善に応用する力をつけることを目標とし、フォローアップ研修を行った。上級者がスーパーバイザーとして研修を遂行し、症例を絞って1年間をかけて丁寧にケーススタディを行った。フォローアップ研修により患者の行動障害が改善すること、およびQOLが向上することを目標とした。また職員の自閉症スペクトラムや構造化についての知識の向上、自己評価の向上も目指した。

ケーススタディを行った1例は行動障害が改善しQOLが向上した。1例は評価尺度での行動障害の改善はなかったがQOLが改善し、地域のGHへの退院が可能となった。職員のASDや構造化についての知識は改善がなかったものの、自己評価は高まった。フォローアップ研修について、コアメンバーとして参加した職員からは高い評価が得られた。

当院で実施した実践的な現場における研修をPOINTモデルとして提唱した。今後、他の医療機関や組織でも実行可能であるか、検証が必要である。

A.研究目的

自傷や他害などの激しい行動障害、いわゆる強度行動障害の状態が長期に及ぶと家族や施設職員は苦慮・疲弊し、精神科病院への入院が必要となる場合がある。一般の精神科病院では入院の目標は行動障害がいくらか改善することや支援者のレスパイトであることが多く、行動障害に対して積極的な介入を行うことは難しい。主に看護師

が直接患者と接するが、必ずしも看護師は強度行動障害や自閉症スペクトラム（以下、ASD）への専門的対応を習得しているわけではなく、職員が戸惑うことも多い。

医療者に対する研修として、強度行動障害チーム医療研修が2015年より行われているが、全国的にみても参加者数は1000名程度であり、どの医療機関にも研修修了者がいるといった状況ではない。また、研修を受

けても実際の現場に戻った時に、受講内容をいかして支援を実行することは難しいことが福祉領域から報告されている。座学だけではなく、実際の現場で経験あるスーパーバイザーのもとで指導を受けることが、支援力向上には望ましい。

国立病院機構菊池病院（以下、当院）には強度行動障害児・者が入院する病棟が2つ（それぞれ定床50）あり、約8割の方が強度行動障害をもつ状態にあるが、専門的な治療の取り組みは十分とは言えない状況である。分担研究者は令和元年より当院において構造化ワークショップを開始し、その効果や課題について報告してきた。まず病棟において中心的に動くことができる職員の育成を目的とし、令和1～2年には病棟より数名の職員を選抜し、ワークショップを行った。参加した職員によって構造化が病棟で実行できることが分かったが、病棟全体で統一した関わりを行うことが課題となった。そこで令和3～4年には、各病棟の全職員を対象にワークショップを行った。これらによって病棟内で統一した関わりとして構造化を用いるための基盤は形成できた。しかしながら、これまでの取り組みは構造化を試行的に実施することを目的としていたために、やってみた時にうまくいかなかったことをもう一度考え直し、構造化し直す（再構造化）ことはできていなかった。そのため、“構造化してもうまくいかなかった”という不全感で終わっていた事例もあった。再構造化を繰り返すことこそ、継続的な支援では重要である。そこで今年度は上級者（医師）の指導のもと、実際の支援の現場で構造化を用いた行動障害改善を目的としたフォローアップ研修を行うこととした。こ

のような現場でのハンズオンの職員研修・患者支援がどのような影響を及ぼすかについて、フォローアップ研修の前後を比較することによって検証した。患者の状態については行動障害が改善するとともにQOLが改善することを目的とした。職員については、ASDや構造化についての知識やスキルが向上し、今後他の患者の支援に応用していくための自信や病棟として支援力が向上することを目指した。

B.研究方法

1. フォローアップ研修の方法

それぞれの病棟において強度行動障害をもつ対象者を1名ずつ特定し、令和5年度の1年間をかけて行動障害の改善を目指し、ケーススタディを行った。1年間のおよそのスケジュールは表1のとおりである。

表1

4月	ケースの決定
5月	行動障害の観察・データ収集
6月	標的行動の決定
7月	標的行動についてのABC分析
8月	冰山モデルに基づく仮説の決定とプラン立案
9月	構造化の実行
10月	再構造化1
11月	再構造化2
12月	再構造化3
1月	再構造化4
2月	再構造化5
3月	まとめ

毎月のテーマに沿い、スーパーバイザーである医師と受け持ち看護師、および数名の看護師からなるコアメンバーを中心として、対象患者に対する支援について継続的にディスカッションし実践した。病棟全体でのカンファレンスを月に1回30分定期的に行い、コアメンバーや受け持ち看護師とは随時コアメンバー会議を行った。

2. 対象患者

各病棟の対象患者の状態像を表2に示す。対象患者は病棟職員と相談し、強度行動障害の状態を示すASDを伴う知的障害者であること、受け持ち看護師のスキルや知識などを考慮し、医師が決定した。フォローアップ研修の前後で、強度行動障害スコア、行動関連項目判定スコア、ABC-J、BPI-Sについて受け持ち看護師が評価をした。行動障害に対してやむを得ず、行動制限(隔離や身体拘束)を行っている場合、その時間や内容についても調査した。行動障害の改善だけでなく患者の生活の質(QOL)がどれくらい改善したかについて、試案としてScale of Quality Life for People with Challenging Behaviors(以下SQPCB)を

作成し評価を行った(資料1)。

3. 職員

各病棟のコアメンバーは、症例1は看護師3名、症例2は看護師3名、療育指導員1名、精神保健福祉士の計5名である。フォローアップ研修の前後(2023年6月・2024年3月)で、下記の各質問に回答を依頼した。強度行動障害をもつ利用者への支援に対する意識については8つの質問(例、強度行動障害をもつ方への支援は難しい)に対して「強くそう思う」5から「強くそう思わない」1の5件法で尋ねた。支援に対する自己評価は「利用者の問題行動に対してどれくらい対応することができると感じていますか」という問いに対して、「できている」4、「少しできている」3、「あまりできていない」2、「できていない」1の4件法で回答を得た。ASDと構造化についての知識は、分担執筆者が20問の正誤問題を作り、その正答率を比較した。20問の質問は、分担執筆者の他、TEACCH Autismプログラムの資格をもつ2名の医師が内容を確認し、作成された。フォローアップ研修に対する評価は「とても良かった」5から「良くな

表2

	症例1：30代・男性 ASD、ID(最重度)		症例2：20代・女性 ASD・ID(重度)、てんかん
観察された問題となる行動	他害(足蹴り、つかみかかり)、不潔行為、服破り、大声、睡眠		他害、器物破壊、不潔行為、こだわり
標的とした行動・頻度(プレ)	服破り 6回/2週間	足蹴り 8回/3週間	服をトイレにつける 31回/2週間
実行した支援	<ul style="list-style-type: none"> ・行動の出やすい時間帯に予め給食を食べる ・手に紙を握らせる ・本人の好む感触の衣類に変える ・部屋を暗くする 	<ul style="list-style-type: none"> ・対応人数を減らす ・スタッフの身に付けているものを外す ・静かな環境にする ・解除部位をマグネットを見せて示す ・解除部位を触って知らせる 	<ul style="list-style-type: none"> ・スケジュールの作成 ・絵カードにより服要求(1日5枚) ・約束表 ・ホールへの時間開放 ・余暇活動・自立活動の実施
標的とした行動・頻度(ポスト)	服破り 3回/2週間	足蹴り 0回/2週間	服をトイレにつける 0~3回/日

かった」1の5件法で回答を得た。フォローアップ研修が病棟に変化をもたらしたかについても、「大きな変化があった」5から「全く変化がない」1の5件法で回答してもらった。コアメンバー、病棟看護幹部(病棟師長・病棟副師長)は、フォローアップ研修についての評価、研修で良かった点・難しかった点などの自由記述についても求めた。(倫理面への配慮)

入院している患者本人は知的障害があり理解が難しいため、家族に対して研究主旨を文書にて説明し、同意を得た。職員に対しても研究主旨を文書にて説明し、同意を得た。職員の調査は無記名とし、個人の特長ができないように個人情報保護に努めた。当院の倫理委員会の承認を得ている。

C.研究結果

1. 患者について

症例1・2の行動障害の状態と実行した支援の内容、標的となった行動と出現頻度の前後比較について表2に示す。またフォローアップ研修前後のデータについて表3に

示す。

【症例1】前期は「服を破る」という行動を標的行動として取り組んだ。本人の感覚過敏や余暇活動の乏しさなどに気づき、手に代替の物を握らせる、本人の好む感触の衣服の調整を行うことによって、ほとんどその行動がみられなくなった。そのため、後期にもう一つの行動障害「足蹴り」にも取り組んだ。足蹴りがあるために、拘束解除がなかなかできず、本人も欲求不満や不穏が続き、対応に苦慮していた。足蹴りがでなかった時の状況に受け持ち看護師が着目し、多人数での対応から少人数の対応に変え、静かな声かけと共に拘束解除する部位を視覚的・触覚的に予告することによって安全に拘束解除ができることが増えた。標的行動の出現頻度はほぼ0となった。行動関連項目にはほとんど変更なかった(17→18)ものの、強度行動障害判定スコア(43→27)、ABC-J(123→109)、BPI-S(51→36)のいずれも値が大幅に低下した。また行動制限の内容が大幅に改善した。研修前は5点身

表3

	症例1：30代・男性 ASD、ID（最重度）		症例2：20代・女性 ASD・ID（重度）、てんかん	
	プレ	ポスト	プレ	ポスト
行動関連項目	17	18	7	12
強度行動障害判定スコア	43	27	5	35
ABC-J	123	109	17	35
BPI-S	51	36	7	37
行動制限	24時間身体5点拘束	ほぼ毎日30分～2時間の身体拘束フリー	24時間隔離	毎日朝の会に参加、一日3時間の室外フリー
SQPCB	6	19	14	22
その他	全体的に穏やかになり、標的行動以外の行動障害も減った		地域のGHへ退院することができた	

体拘束を毎日終日行っており、拘束解除できる日が8回/月、最長でも30分であった。しかし、研修後は身体拘束解除が可能な日が大幅に増えて24回/月、2時間開放できる日もあった。標的行動の足蹴りの頻度が減っただけでなく、その他のつかみかかりや大声などの行動障害の頻度も少なくなり、全体的に穏やかとなって笑顔がみられる時間も増えた。また身体的な状態も改善し、以前は夜間睡眠が十分にとれず叫声や多動が強く、痩せが著しかった。血液検査でも脱水や栄養状態不良の所見があった。取り組み後は食事量、薬物量は変えていないにもかかわらず体重は1年間で10kgほど増えて適正体重になり、血液検査異常も改善した。これらの全ての取り組みの結果から、SQPCBは6→19点と大幅に改善を認めた。

【症例2】衣類にこだわりがあり、衣類交換の目的を果たすため「服をトイレにつける」行動が出現する患者に対し、取り組みを行った。一日の流れを示すスケジュール、服の交換回数を分かるような交換カード、ホールでの時間開放と約束表、個別の時間充実

のための自立課題活動などの導入を行った。本症例では、行動関連項目、強度行動障害判定スコア、ABC-J、BPI-Sの値はいずれも上昇している。しかし、これは取り組み開始時には隔離をしていたために問題となる行動が出ていなかったが、行動制限の緩和とともに刺激に触れる機会も増え、他害や大声などの問題が顕在化したためである。支援上の課題は増えてはいるものの、SQPCBは14から22点へと上昇した。患者のQOLという視点で見れば、終日隔離をされているよりも、室外での活動に参加することができたことでの楽しみや喜びは提供できたのではないかと思われる。本症例は、療養介護の認定が1年と期限付きの患者であったことから、地域への退院を目指した。地域とのオンラインミーティングや宿泊体験などを繰り返し、他県のグループホームへの退院をすることができた。

2. 職員について

①強度行動障害をもつ利用者への支援について

フォローアップ研修の前後では大きな変

現在、利用者の問題行動に対してどれくらい対応することができると感じていますか？

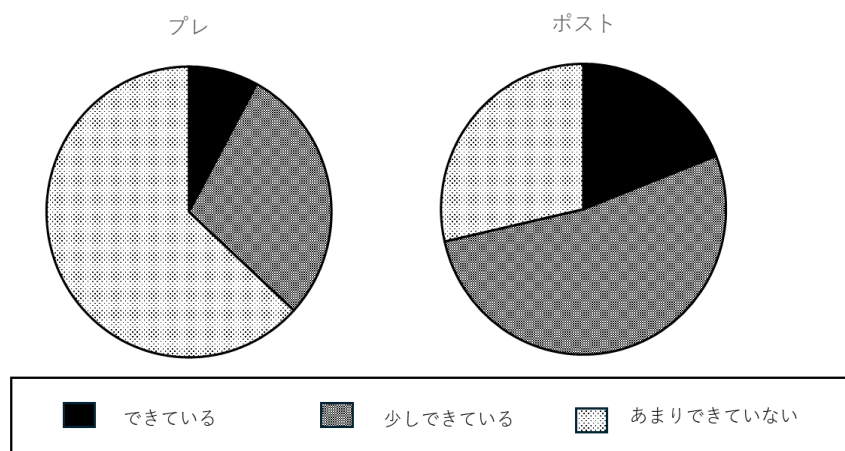


図1 支援に対する自己評価

化はみられなかった。

②支援に対する自己評価

プレでは「あまりできていない」63%が大多数であったのに対して、ポストでは「少しできている」52%が過半数を超えた。「できている」と答えた回答者も、プレでは8%であったが、ポストでは19%に増加していた(図1)。

③ASD・構造化についての知識(20点満点)

ASDについては、プレ16.7点、ポスト16.3点とほとんど変化はなかった。構造化については、プレ17.1点、ポスト17.2点であった。ASDも構造化もいずれもフォローアップ研修を行っても得点は上昇しなかった。

④フォローアップ研修に対する評価

全体では「とても良かった」21%、「良かった」50%、「どちらでもない」29%で、7

割以上の職員は肯定的な評価をしており、平均は3.9であった。コア・幹部メンバーによる評価の平均は4.5、それ以外の職員の平均は3.8と大きな差があり、コアメンバーとして主体的・積極的参加をした職員や病棟幹部からの評価は高かった。

フォローアップ研修が病棟に変化をもたらしたかについては、「大きな変化があった」19%、「少し変化があった」40%で過半数は何らかの変化をもたらしたと考えていた。しかし「どちらでもない」31%、「あまり変化がない」10%という意見もあった。コア・幹部メンバーは何らかの変化を感じており平均は4.3となったが、それ以外の職員からは「どちらでもない」「あまり変化がない」との回答があり平均も3.5と低かった。どのような変化があったかについては、「定期的なカンファレンスを行い事例検討する機会をもつようになった」「問題行動についての対応を病棟全体で考え取り組むことができた」「1人の利用者のことを全スタッフで

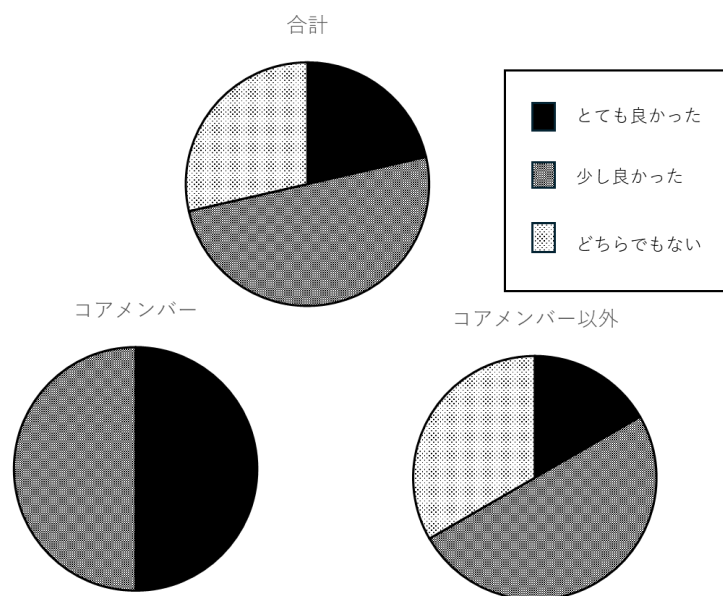


図2 フォローアップ研修の評価

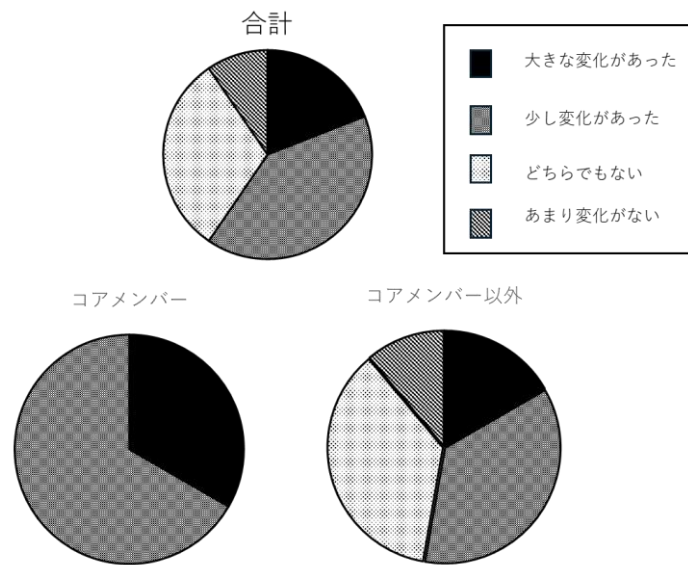


図3 病棟に変化をもたらしたか

考えることができた」「関わり方に統一性がうまれた」「チーム全体で情報共有が図られ、患者さんのためにがんばるという思いが強くでて、よかった」「行動にどのような意味があるのか、考える機会が増えた」などの意見が聞かれた。

フォローアップ研修で良かったこと・役立ったことの自由記述では「スタッフが共同して問題に取り組む姿勢が見られた」「身をもって利用者さんの変化を実感できた」「とりくみの方法が分かった」「直接指導を受けることで、計画的・戦略的に実行することができた」「個人のスキルアップやモチベーションの向上につながった」などの意見があった。うまくいかなかったこと・難しかったことについては、「計画の周知が難しかった」「統一した対応を行うことが難しかった」「行動障害・構造化への理解にばらつきがある」などの意見があった。

⑤コア・幹部メンバー12名からのフィードバック

コアメンバー・幹部スタッフとして参加したことで、「症例を通して行動障害の改善の仕方や考え方について学ぶことができた」は「とてもそう思う」9名、「どちらかといえそう思う」3名で平均4.75であった。「今後、別の症例についても学んだことを用いていくことができると思う」についても同様で、「とてもそう思う」9名、「どちらかといえそう思う」3名で平均4.75であった。「自分以外のスタッフもこの取り組みで学ぶことができたと思う」は「とてもそう思う」7名、「どちらかといえそう思う」4名、「どちらでもない」1名で平均4.5であった。

コアメンバーとして取り組んで良かったことについては、「患者の行動障害が明らかに軽減した。“行動障害のある患者”というイメージが変わり“自分達の支援方法が悪かったのでは”と思うスタッフが増えた」「TEACCHプログラムの取り組み方や利用者の問題行動のあげ方、改善策の立て方など改めて学ぶことができた」「メンバーと

共に考えることで違う視点や考え方に気づくことができた」などの意見があった。病棟への良い影響として「統一した関わりを行うことについて、担当者がリーダーシップをとり検討を重ねることができた。対象者理解が深まった」「患者さんにとって何が一番良いかを療育・リハ・連携室とみんなで目標に向かって取り組めた」などの意見があった。難しかった点は「行動障害に対して、支援の目的、指定した時間に関わる必要性など、PNs が考えている意図を他スタッフへ細かく説明して理解を得ることや、計画の導入、統一したプランを行ってもらうために周知することが大変だった」「情報（設定）の共有、対応について細かな部分が統一できなかった。すべてのスタッフが興味を持っているわけではなく意識に差を感じた」など職員間の情報の共有や周知徹底などの難しさの意見が多かった。今までのそれぞれの職員が参加する形のワークショップと、今回のスーパーバイズを受けながら1名の患者を全職員で支援するワークショップとの違いを尋ねたところ「現在行っていることの把握がしやすかった」「今までは小グループでの活動だったため全体の把握が難しかった。また活動に参加しないスタッフもいるようだった。今回は対象者1人に対して担当者を中心に全スタッフで関わることをできた（知らないでは済まされない意識が生じた）」「より具体的に取り組みが継続して行えた」「昨年までのものは継続性がなく結果がみえなかった。今回は退院にむけ問題点を抽出し、構造化による支援を継続して行うことができた。結果として退院につながり効果を実感できた」などの意見があった。今回の取り組みが個人や病棟に与

えた変化については「行動障害の起こる原因は何だろうという視点が変わった」「あきらめずに様々な手法で関わりを行っていくことが患者の変化をもたらすことが分かった」「手法・評価・結果の流れを実感できたので、次の支援に意欲的に取り組むことができる」などの意見があった。

D. 考察

1. 患者に与える影響について

1 症例ずつ、2つの病棟においてケーススタディを行った。構造化の考え方を主軸にしているがそれだけではなく、行動療法の考え方や PECS、感覚調整などを組み合わせ、あらゆる角度から支援を探った。冰山モデルの考え方から、表面的な対応に終始するのではなく、問題となる行動がなぜ、どのような状況で起こっているのかを分析し、代替となる行動や新たなスキルを教えることや刺激となる要因を調整するなどした。これらの総合的な支援によって、1例は明らかに行動障害が軽減した。もう1例は評価スコアでは悪化しているように見えるが退院に結びつけることができた症例であり、問題行動の有無や増減だけでは測れない、本人の QOL が改善した部分があったと考えている。標的行動として一つの行動を取り上げたが、実際には一つの行動が改善することによって、追従して他の行動障害が改善することを経験した。また行動だけでなく、情緒面や身体的な健康面に関しても好ましい影響がみられた。患者自身は言語的な表現ができないために QOL を第三者が評価することは難しいが、実際に本研究でみられた患者の好ましい変化、すなわち患者の行動や状態像、生活状況、検査や治療

内容などを評価することで主観的な QOL に近似することができるかもしれないと考えた。試案として QOL 評価スケール (SQPCB) の作成、評価を試みた結果、2 例ともに QOL の改善がみられた。強度行動障害をもつ者への支援を考える際には、行動障害が減るだけでなく、本人にとっての幸福、wellbeing が改善することを目標にすべきと思われる。今後、適切な評価尺度の作成や支援目標の設定が必要と思われる。

2. 職員や病棟に与える影響について

強度行動障害をもつ利用者への支援に関する意識、ASD・構造化の知識には変化がなかった。支援に関する意識は過去 4 年間のワークショップによって、ほぼ一定化した印象である。ASD や構造化についての知識が向上することを狙っていたが、フォローアップ研修では講義をするなどして知識を強化することはせず、実践的な支援の工夫などを話題にすることが多かったためか、ASD や構造化の知識の向上にはつながらなかったようである。

大きく変わった点は、支援に対する自己評価で「あまりできていない」が集団の過半数を占めていたことが、「できている」「少しできている」の合計が過半数を超えたことである。コアメンバーだけでなく、病棟として統一した取り組みをするにあたって職員が関わったことで他の職員にも良い影響があったのではないかと考えている。職員が行動障害に対応できていると自己評価できていることの意義は大きい。自分達がやっている事が患者の行動の改善に効果があると効力感をもてること、職務への満足感ややりがいがあることで職員のさらなる意欲

の向上、ひいては虐待の防止にもつながるのではないかと考える。

病棟という組織の変化としては「変化があった」とする群と「どちらでもない・変化がない」とする群に見方が分かれた。コア・幹部メンバーなどの積極的に参加した職員とそうでなかった職員との差があり、どのような立場やモチベーションで研修に参加したかが影響したようであった。今後コアメンバーは入れ替える予定で、担当職員として主体的・積極的な参加が増えることを期待したい。支援計画の周知徹底、実行が難しいことも多くの職員が記述しているところだが、病棟として一体感をもち、統一した支援ができるよう今後も取り組んでいきたい。

3. 職員の育成について

コアメンバーとなった職員は、初めての取り組みに対して戸惑いはあったと思うが、懸命に取り組んでくれた。コアメンバーからは本研修に対しても高い評価が得られており、何より患者の行動の改善や退院に結びつけることができたことに喜びや達成感が表現されたことが成果であった。スーパーバイズを受ける中でディスカッションをしたり、フィードバックをすぐに受けることができたことが役立ったのではないかと考える。今回コアメンバーを経験した職員が、今後は他の職員のモデルやメンターとなっていくことも期待している。

4. 職員研修のあり方について

今回症例を絞り、1 年の時間をかけ、スーパーバイズを受けながら各病棟職員が統一した関わりを行い続けたことで、ようやく

表 4

P	Practical	実践的	・実際の患者・利用者を対象とする ・モデル例への支援ではなく、実際に対象者への支援を実行しながら学ぶ
O	On-site / On the Job	現場での/ 職務を実行しながら	・実際に患者・利用者や家族・支援者が生活する場において行う ・支援の考え方ややり方について上級者からのコーチング・スーパーバイズを受け、支援を繰り返しながら学ぶ
I	Integrate	統合する	・一つの支援法にこだわらず、いくつもの支援アプローチを柔軟に組み合わせる ・施設・機関や地域がもつ資源をうまく組み合わせることで機能させる
N	Next Level	次なるレベルを目指す	・それぞれの職員や支援者の知識やスキルのレベルは様々であるが、各々が次なる、より質の高い支援が提供できることを目指す ・各自が、各々の職務の専門性を高めることを目指す
T	Team Building	チームで作り上げる	・チームとして他職種が力を合わせる ・各自の力が発揮されることでチームの総合力の向上を目指す

一人の患者の行動の改善につなげることができた。これだけの時間と労力を割かなければ行動障害は改善しないということも物語っている。実際の現場では受け持ち看護師が意欲やスキルがあっても一人では難しい。支援計画の方向性を定め、継続的にチームを率いていくために船頭の役割を担う存在が必要なのかもしれない。スーパーバイザーは支援について提案したりする以外にも、コアメンバーへの肯定的フィードバックを行い職員の意欲や動機を維持させたり、病棟状況を把握し無理のない課題設定をするなど、多面的なスキルを求められると実感した。今回は同じ病院内の医師がその役割を担ったことで、病棟の内情が把握しやすく良かった面はあった。外部のスーパーバイザーが担うとすれば、内部のリーダー的人物と情報を密にやりとりすることが必要である。難しい役割だが精神科病院へのスーパーバイズを行うのであれば経験豊富な医師か、外部の強度行動障害支援に精通したスーパーバイザーが担えると良いと考える。今後の福祉行政計画に基づけば、広域的支援人材がその役割になるのかもしれない。

今まで実施してきた病棟での構造化ワークショップと今回のフォローアップ研修は、実践的に現場で **OJT** を行う職員研修である。参加した職員からは概ね良好な評価を得たと考えている。患者の状態が改善したこと、職員の自己評価が高まったこと、特に積極的に参加したコアメンバー職員からは高い評価があったことが収穫であった。このような職員研修を **POINT** モデルと提唱する(表4)。**POINT** とは **Practical** (実践的)、**On-Site/On the Job** (現場・職務を遂行しながらの)、**Integrated** (統合した)、**Next Level** (次なるレベルを目指す)、**Team Building** (チームで作り上げる)の頭文字をとったものである。**POINT** は物事の先端・研修のモデルの最終的な先 (**Point**) という意味合いと、重要な要点・核心部分 (**Point**) という意味合いも込めている。座学やモデルケースではなく実際の症例を扱うこと、上級者の指導を現場で継続的に受けること、様々な考え方やリソースを組み合わせること、それぞれの職員個人・施設や病院などの組織がさらなる高み・次のステップを目指すこと、チームで作り上げることなどがその趣旨である。座学やモデルケースでの研

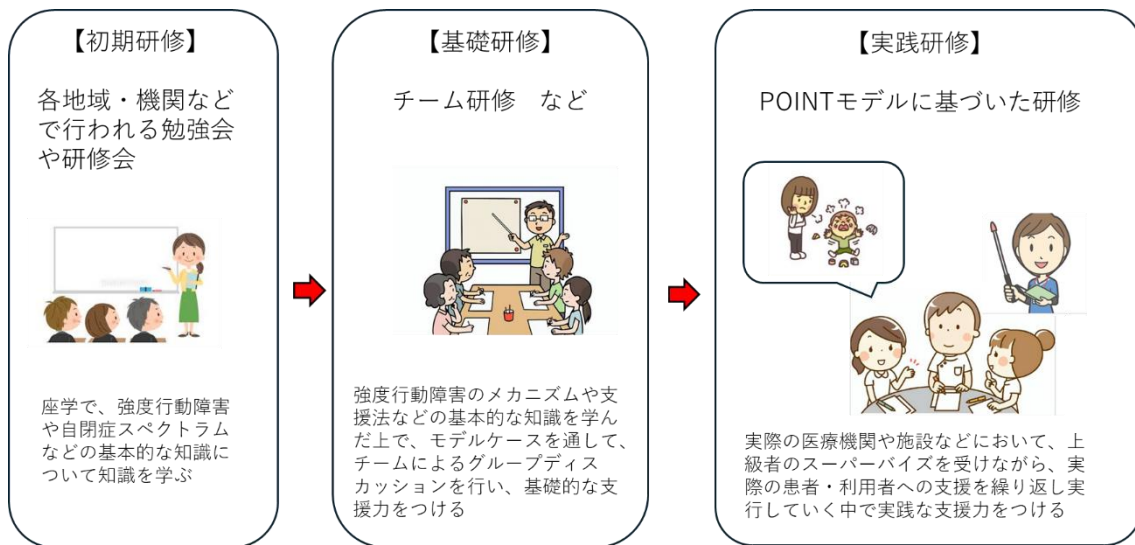


図4 研修のイメージ図

修を終えた後には、実際の支援力をつけるための POINT モデルに基づいた研修が行われることが望ましいと考える（図 4）。福祉領域で今後開始される中核的人材育成研修なども類似のモデルが計画されているようであり、研修の重要な点としては医療も福祉と共通していると思われる。医療の現場では、さらに精神科の特殊性や医学的な知識にも通じていることが求められるかもしれない。そういった人材の育成や医療現場への導入が今後の課題であると考えられる。当院の実践が他の医療機関でも応用が可能なのか、例えばオンラインなど遠隔的なスーパーバイズも同様の効果が得られるのかなどについて、今後の検証が必要である。

E. 結論

スーパーバイザーの指導のもと、症例の問題となる行動とその背景について丁寧に考察し、再構造化を繰り返しながら支援を継続的に行っていくことで、患者の行動障害の改善や QOL の向上につながることを

示した。職員研修の基礎を終えた後、現場で実行性のある支援力をつけるための職員研修の形として、POINT モデルについて提案した。これらの取り組みの結果、中心的な役割を果たしたメンバーの成長に加え、病棟としても多くの職員が自己評価が向上するなどの成果がみられた。今後、他の医療機関や組織への応用が課題である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

・ Kyoko Tanaka. Is On-Site Practical Workshop Effective in Reducing Burnout and Improving Self-Efficacy of Inpatient Staff Working for Individuals with Severe Challenging Behaviors? ASCAPAP May, Kyoto, Japan. 2023

・ 田中恭子、宮谷龍之介、和田浩稔、西尾啓、

塩沢真揮、田中亨治、坂西信彦、渡辺健次郎、
山下建昭. 強度行動障害に対する新たな挑
戦—新病棟設立後 14 例の強度行動障害者
を受け入れた経験から— . 第 105 回熊本精
神神経学会. 熊本市. 7 月 3 日. 2023 年

・田中恭子. 強度行動障害をもつ知的障害
児・者の新規入院・レスパイトの受け入れの
経験から. 第 64 回日本児童青年精神医学会.
e ポスター. 弘前市. 2023 年

・内野祐一、田中恭子、宮崎里美、谷川彰、
高橋理栄子、末永紀子、寺師絵里香. 強度行
動障害のある患者への支援—地域への移行
を目指して—. 第 1 回熊本強度行動障害連
携会議. オンライン. 12 月 8 日. 2023 年

・末永紀子、田中恭子、藤本智美、菅原実妃
「強度行動障害を伴う重症心身障害者の地
域移行に向けて～日中活動支援の取り組み
～」. 第 45 回九州地区重症心身障害研究会.
福岡市, 3 月 16 日, 2024 年

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

資料 1 試案 QOL を測定する尺度

SQPCB (Scale of Quality of Life for People with Challenging Behaviors)			
	0	1	2
1. 笑顔や穏やかな表情	ない	2, 3日に1度	毎日
2. 本人が好きな活動や物を楽しむ時間	ない	2, 3日に1度	毎日
3. 本人による活動や物の選択	ない	週に1, 2回	週に3回以上
4. 同意・要求・拒否を表出するためのコミュニケーションの確保 (絵カード・実物・ジェスチャーなど)	ない	特定の人や場所でのみ使えている	いつも使えている
5. 十分な休息や睡眠 (体が休めている)	とれない	2, 3日に1度	毎日
6. 適切な食事量	毎日不適切な量 (過食・小食)	とれる日もあるが毎日ではない	毎日
7. 適切な運動 (歩行・体操やリハビリなど)	過活動・低活動	2, 3日に1度	毎日
8. 標準体重 (あるいは本人のベスト体重)	肥満・やせ	肥満ややせの傾向	標準体重 (ベスト体重)
9. 身体的な健康 (血液検査などの客観的な所見)	治療を要する健康上の問題がある	治療は不要だが注意すべき健康上の問題がある	身体的に健康である
10. 衛生・清潔の保持	1か月に数回の入浴やシャワー	1週間に1回の入浴やシャワー	1週間に3回以上入浴やシャワー
11. 作業・活動・療育への参加	月に数回以下	2, 3日に1度	毎日
12. 頓服薬 (不調の時に使用する不穏時・不眠時など) の使用	毎日	2, 3日に1回	月に3回以下
13. 隔離	24時間隔離	隔離時間が少しでもある	なし
14. 身体拘束	24時間身体拘束	身体拘束時間が少しでもある	なし
15. 家族や後見人との面会や外出・外泊などの交流の機会	ない	家族・後見人や本人の希望通りではないが行われている (例えば感染対策や本人状態のため制限がある)	家族・後見人や本人が望むように行われている