

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

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

分担研究報告書

「多職種向けの強度行動障害チーム医療研修」プログラム作成と医療者育成
「強度行動障害者への入院治療プログラム」の整備と介入研究
(2年間)

主任研究者：国立病院機構肥前精神医療センター	會田 千重
分担研究者：国立病院機構肥前精神医療センター	杠 岳文
日本発達障害ネットワーク	市川 宏伸
鳥取大学医学部医学系研究科	井上 雅彦
国立重度知的障害者総合施設のぞみの園	日詰 正文、成田 秀幸、根本 昌彦
ゆうあい会石川診療所	高橋 和俊
国立病院機構さいがた医療センター	山下 健
愛知県医療療育総合センター中央病院	吉川 徹
岡山県精神科医療センター	児玉 匡史
国立病院機構菊池病院	田中 恭子

研究協力者（事例介入）：

千曲荘病院	安藤 直也
東京都立松沢病院	金城 圭、羽田野 晴美、黒木 和弘、石橋 浩弥
国立病院機構榊原病院	岡 知加、濱口 正廣、青木 信親
京都府立洛南病院	幸田 有史、石川 千明、中西 祐斗
愛知県医療療育総合センター中央病院	小林 正人
国立病院機構やまと精神医療センター	谷口 謙
松ヶ丘病院	坪内 健、谷 健太、鹿野 賢司、大田 奈緒
岡山県精神科医療センター	大重 耕三、古田 哲也、福田 理尋
	藤田 純嗣郎、黒岡 真澄、牧野 秀鏡
	山下 えりか、楠本 麻由
国立病院機構賀茂精神医療センター	松川 桃子、元山 淳、吉田 豊、山本 弥生
	三宅 一葉、小林 麻美、古川 涼子
国立病院機構肥前精神医療センター	西原 礼子、山下 葉子、天野 昌太郎
	井村 祐司、宮川 奏子、山元 美和子
	石津 良子、大坪 建、浪花 孝明
	吉浦 真由美、野間口 誠、北島 政臣
	瀬戸山 圭、永石 憲遵、笹原 智美、寺田鈴子
	青山 瑞穂、江頭 典弘、小林百雲子、光藤崇子

研究協力者(事例介入補助)：

社会福祉法人侑愛会 星ヶ丘寮	中野 伊知郎
社会福祉法人はるにれの里 地域支援事業所ゆうゆう	中村 明美
かとうメンタルクリニック	樋端 佑樹
兵庫県中央こども家庭センター・ひょうごこころの医療センター	木下 直俊
社会福祉法人同愛会 練馬区立大泉つつじ荘	竹矢 恒
国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局秩父学園	堀越 徳浩
京都市南部障がい者地域生活支援センターあいりん	太田 正人
社会福祉法人島根県社会福祉事業団 障害者支援施設光風園	松尾 卓哉
おかやま発達障害者支援センター	池内 豊
社会福祉法人あさみなみ 生活介護事業所かるかる	長谷川 真樹
社会福祉法人はる	福島 龍三郎、上田 諭

【研究要旨】 本研究班では2年間の研究として、入院中の強度行動障害者の専門治療・研修プログラム整備と地域移行に向けた福祉・教育等との連携ガイドラインの検討のため、1) 多職種向けの「強度行動障害チーム医療研修」プログラム作成と医療者育成、2) 強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定(非盲検無対照試験)、3) 入院中の強度行動障害者の専門治療プログラムとして「精神科病棟における強度行動障害入院治療プログラム」整備、4) 「入院中の強度行動障害者の地域移行に向けた地域移行パス」の作成を行った。本報告書では主に1) 2) 3)について成果と課題を報告する。

【結果】

1) 多職種向けの「強度行動障害チーム医療研修」プログラム作成と医療者育成

介入施設でChallenging Behaviorや自閉スペクトラム症に対し治療の第一選択とされる「特性に応じた心理社会的介入」を実施できるように、国立病院機構で2015年度から実施している「強度行動障害チーム医療研修」を基盤とし、R4年度に分担研究者も加わって医師、看護師、心理士等多職種による計10講義の「多職種向け強度行動障害チーム医療研修動画」を作成し、各介入施設で視聴した。治療介入開始後も多職種で共有できるよう提供し、かつSV連絡会議でも内容を補足した。「基礎的知識を得た上で、事例を通して振り返ったり、OJT(On the Job Training)をしたりすることが更に有効」、「DVDの形式もあり勤務時間外でも見られて良かった」、「チーム医療スタッフだけでなく、病棟全スタッフや看護部全体で動画視聴できた」などの意見が寄せられた。

2) 精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラム」整備

3) 強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定(非盲検無対照試験)

精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅠ(基礎編:3週間)」は、障害特性に応じたコミュニケーション支援や環境調整、クライシスプラン作成、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化、などを含めた内容で、精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅡ(応用編:12週間)」はそれに加えて応用行動分析(機能的行動アセスメント)導入や、ストラテジーシート作成、などを導入するものとした。

<治療プログラムⅠ(約3週間)>

2年間で34事例のエントリーがあり、選択基準外や入院期間延長、データ不備を除外した29例について集計した。男性22名・女性7名、年齢は6-44歳(中央値:22歳)、知的障害の程度は最重度

11 名・重度 12 名・中等度 5 名・軽度 1 名、自閉スペクトラム症 (Autism Spectrum Disorder:以下 ASD) の合併は全例 100%、てんかん合併は 9 例 (31%) であった。主な行動障害は他害や器物破損・激しい自傷等であった。障害支援区分は 4 が 1 名・5 が 6 名・6 が 13 名で、ほか 9 名は児童であった。医療者が評価した行動関連項目の中央値は 16 (10-20 点)、強度行動障害判定基準の中央値は 28 (13-47 点) であった。処方されている抗精神病薬の平均 chlorpromazine (CPZ) 換算は 494.7mg (25-1600mg) であった。主要評価項目である ABC-J 興奮性サブスケールは入院時に比し退院時の数値が低下した事例が 29 例中 22 例で、副次評価項目である BPI-S は顕著な変化がなかった。介護者負担感の尺度 CRA-J は全項目・合計の平均値とも、福祉支援者よりご家族が高得点を示していた。

＜治療プログラムⅡ（約 12 週間）＞

2 年間で 14 事例のエントリーのうち、けいれん重積による転院のため中断した 1 事例を除く 13 例について集計した。男性 8 名・女性 5 名、年齢は 13-51 歳 (中央値: 26 歳)、知的障害の程度は最重度 4 名・重度 6 名・中等度 2 名・軽度 1 名、ASD の合併は全例 100%、てんかん合併は 5 例 (38.5%) であった。主な行動障害は他害・不穏・器物破損・激しい自傷等であった。障害支援区分は 4 が 2 名・5 が 1 名・6 が 8 名で、ほか 2 名は児童であった。医療者が評価した入院時の行動関連項目の中央値は 14 (10-19 点)、強度行動障害判定基準の中央値は 26 (11-41 点) であった。処方されている抗精神病薬の平均 chlorpromazine (CPZ) 換算は 784.3mg (0-2575mg) であった。

＜SV 連絡会議＞

介入と同時に医療・福祉関係者合同で分担研究者・協力者を含めた SV (スーパーバイズ) 連絡会議をリモートで毎月実施した。SV 連絡会議には介入医療機関の医師・看護師・心理士・作業療法士・ケースワーカー・児童指導員・保育士などと、外部機関の医師・看護師、福祉職や相談支援員、心理専門家等が参加し、令和 4 年 4 月～令和 6 年 3 月の 2 年間で のべ 21 回、のべ 531 名が参加した。

＜統計解析結果＞

治療プログラムⅠの 29 例の統計解析で ABC-J 興奮性サブスケール、ABC-J 多動サブスケール、ABC-J 無気力サブスケール (他者への反応や活動参加の乏しさを示す) は介入前後で有意に低下しており、BPI-S 自傷行動 (頻度)、BPI-S 自傷行動 (重症度)、強度行動障害判定基準 (合計)、BPI-S 攻撃的/破壊行動 (頻度)、BPI-S 攻撃的/破壊行動 (重症度)、行動関連項目 (合計) も介入前後で有意に低下しており、治療プログラムの効果・有効性が示された。

＜質問紙結果＞

家族への質問紙の回答には、「入院治療がなかったら家族が壊れていた」等の記載も見られた。一方で治療スタッフアンケートでは「刺激の量や生活スタイルが入院前の施設と病院では大きく異なる」「職員だけではやりきれないので SV 連絡会議があって良かった」「地域での検討会を開いて欲しい」といった医療者側の負担・困惑も示された。

＜その他の課題：重症度の評価・介護者の負担＞

在宅で不調となり福祉サービス利用の受け皿がなく入院治療になっているにもかかわらず、障害支援区分が 4 である患者も治療プログラムⅠ・Ⅱとも少数だが存在していた。今回、行動関連項目や強度行動障害判定基準は調査員でなく医療者がチェックしており、個別の事例の重症度からは点数が低い印象を受けるものもあった。介護者負担感を示す CRA-J は福祉支援者がつけた場合より家族がつけた場合が全ての項目・合計とも高い得点であったことは、家族の疲弊度を反映していると考えられた。

【考察】

介入研究や入院中の強度行動障害者の専門治療プログラム整備を通して明確になった今後の課題は、精神科病棟での手厚いチーム医療体制・研修整備の必要性、病棟環境調整の難しさ、重大な被害など処遇困難事例の地域福祉サービス利用の難しさ、福祉サービス利用を断られ疲弊した家族支援の問題、各地域でのネットワーク構築のための専門協議会の不足、などであった。

A. 研究目的

全国多施設共同で、入院中の強度行動障害者の専門治療・研修プログラム整備（1～2年目）と介入による効果判定（1～2年目）、地域移行に向けた連携ガイドライン作成（1～2年目）を目的とする。

B. 研究方法

2年目（当該年度）：入院中の強度行動障害者の専門治療・研修プログラム整備と地域移行に向けた福祉・教育等との連携ガイドラインの検討

1) 多職種向けの「強度行動障害チーム医療研修」プログラム作成と医療者育成方法)

国立病院機構で2015年度から実施している「強度行動障害チーム医療研修」をベースに、研究代表者・分担者・協力者多職種（医師・看護師・公認心理士・福祉専門家）で作成した研修教材について、2)の介入研究実施医療機関スタッフ対象に、動画視聴を行い、アンケート調査や実際の介入を通してその効果を検証した。

精神科救急病棟や一般精神科病棟でも実施しやすい環境設定（個別の空間でも可能な活動の導入や福祉からの情報提供の積極的活用）・治療技法も含み、介入施設スタッフは多職種で研修教材を視聴した。視聴方法はインターネット上で固有のリンクを使用する、DVD・USB等にデータを入れて配布し視聴するなど、各医療機関の勤務状況や環境に応じて工夫した。

医療者育成に関する評価は、①介入後の治療スタッフアンケートによる項目・自由記載による質的な評価と、②治療プログラムⅡ（12週間介入）では介入初期と退院時のNAS（Nurse Attitude Scale）¹⁾の比較検証、③分担研究者・研究協力者で行っているSV連絡会議内での質的評価とした。

2) 精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラム」整備

3) 強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定（非盲検無対照試験）

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

（Ⅰ）精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅠ（基礎編：3週間）」

《介入の概要》障害特性に応じたコミュニケーション支援や環境調整、クライシスプラン²⁾作成、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化、など。

（Ⅱ）精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅡ（応用編：12週間）」

《介入の概要》障害特性に応じたコミュニケーション支援や環境調整、クライシスプラン作成、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化、応用行動分析（機能的行動アセスメント）導入、ストラテジーシート作成、など。

2つの入院治療プログラムを表1・2のスケジュールに沿って研究代表者・分担者・協力者で実施し、介入効果を判定し、代表者施設にデータを集約し解析した。研修と治療プログラムを含めた介入の全般的効果・結果評価については、事例集積後にABC-J（異常行動チェックリスト日本語版）³⁾、日本語版BPI-S（問題行動評価尺度短縮版）⁴⁾

で定量的に解析するとともに、支援者や介護者に対する質問紙やSV連絡会議の中での質的評価を行った。また医療者育成や地域・家族支援の観点も加味し、標準化された支援者評価（NAS）¹⁾・介護者評価（Caregiver Reaction Assessment 日本語版）⁵⁾を解析した。

対象) 以下選択基準を満たす精神科入院患者

1. 自力歩行可能以上の運動機能を有する
2. 障害支援区分認定調査の「行動関連項目」10点以上（表3参照）
3. 「強度行動障害判定基準」10点以上（表4参照）
【注】行動制限や注射等による鎮静無しの状況】
4. ABC-J（異常行動チェックリスト日本語版）の興奮性サブスケール18点以上
5. IQ70未満で知的障害を有する

介入方法) 別紙表1・表2に示すような介入スケジュールで実施

治療効果判定)

1. 主要評価項目：ABC-Jの各サブスケール
2. 日本語版BPI-Sの各頻度合計得点
3. 標的症状（行動障害）の定量測定（Observationsアプリ）
4. 支援者評価：スタッフの感情表出評価尺度NAS（Nurse Attitude Scale）および質問紙
5. 保護者（介護者）評価：介護者負担感の尺度CRA-J（Caregiver Reaction Assessment）および質問紙

（倫理面への配慮）

本研究の介入プログラム協力医療機関に対してプライバシー保護について十分な説明を行い、事例対象者へは共通した書面での説明と同意を行うよう、研究代表施設の倫理委員会で承認された書面を各協力医療機関に配布し使用した。事例対象者ご本人は主に重度知的障害を伴う方を想定しており、十分な理解と同意が得られない

ため、保護者または成年後見人を代諾者としてインフォームドコンセントを行い、文書での同意を得た。そのほか関連倫理指針に基づいた手続きを遵守するとともに、介入研究を行う医療機関は、各分担研究者・研究協力者の所属機関での規定に基づいて倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1) 多職種向けの「強度行動障害チーム医療研修」プログラム作成と医療者育成

介入施設でChallenging Behaviorや自閉スペクトラム症に対し治療の第一選択とされる「特性に応じた心理社会的介入」を実施できるように、国立病院機構で2015年度から実施している「強度行動障害チーム医療研修」を基盤とした講義（①②③④⑤⑩）、R4年度に分担研究者が加わって作成した医師、看護師、心理士等多職種による講義（⑥⑦⑧⑨）の計10講義の「多職種向け強度行動障害チーム医療研修動画」を作成し介入施設で視聴した。研修動画は各職種で治療プログラム実施前に視聴することとしていたが、治療介入開始後も多職種で共有できるよう提供し、かつSV連絡会議でも内容を補足した。

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

- ① 會田千重（医師）：「強度行動障害概論」
60分
- ② 石津良子（医師）：「自閉スペクトラム症」
50分
- ③ 青山瑞穂（看護師）：「強度行動障害の看護」
60分
- ④ 杉本頼己（心理士）：「行動分析によるアセスメント」80分＋「環境調整・介入」30分
- ⑤ 平石チカ（保育士）：「強度行動障害の療育」
30分
- ⑥ 吉川徹（医師）：「強度行動障害と医療～行動療法・薬物療法の考え方」50分

- ⑦ 根本昌彦（看護師）：「看護の実践と理論」
60 分
- ⑧ 山下健（医師）：「院内の多職種共同と地域
連携」36 分
- ⑨ 田中恭子（医師）：「行動障害への対処法～
構造化」60 分
- ⑩ 肥前精神医療センター保護者：「家族とし
て」30 分

研修内容について質問紙の回答を分析した結果は、分担研究報告書「強度行動障害者への支援・介入に関する治療スタッフアンケート調査（2 年間）」に記す。

また、SV 連絡会議でも「初めて強度行動障害に接する人には有効」、「基礎的知識を得た上で、事例を通して振り返ったり、OJT（On the Job Training）をしたりすることが更に有効」、「DVD の形式で勤務時間外でも見られて良かった」、「チーム医療スタッフだけでなく、病棟全スタッフや看護部全体で動画視聴できた」などの意見が寄せられた。

2) 精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラム」整備

3) 強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定（非盲検無対照試験）

強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定（非盲検無対照試験）については、代表者施設での倫理審査承認、UMIN 登録を経て令和 4 年 8 月から令和 6 年 2 月までエントリーを行い、精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅠ・Ⅱ」を用いて、各事例についてアセスメントや構造化・応用行動分析などを用いた介入を実施した。

【SV 連絡会議】

介入と同時に医療・福祉関係者合同で分担研究者・協力者を含めた SV（スーパーバイズ）連絡会議をリモートで開始し、毎月継続した。SV 連絡会議

には介入医療機関の医師・看護師・心理士・作業療法士・ケースワーカー・児童指導員・保育士などと、外部機関の医師・看護師、福祉職や相談支援員、心理専門家等が参加し、令和 4 年 4 月～令和 6 年 3 月の 2 年間でのべ 21 回、のべ 531 名が参加した。介入実践方法や地域移行・地域支援に向けた連携手法について、具体的な質疑応答や手法・情報の共有、専門家によるスーパービジョンを行った。また治療プログラムについても毎月の SV 連絡会議で検討し、使用する各フォーマットを実施・般化しやすいよう改良した。

介入研究をリモートによる SV 連絡会議で多分野多職種の毎月の意見交換をしながら進めることで、治療介入のみでなく、地域移行や地域の福祉・教育分野との連携に有用なヒントが得られた。

*SV 連絡会議は、今後も厚労科研「強度行動障害の客観的なアセスメントパッケージの実用化に向けた研究」（研究代表者：井上雅彦）の分担研究として、継続する予定である。井上班の継続課題として実施する際のアセスメント・記録においては、機能的行動アセスメントとして QABF に変えて Functional Analysis Screening Tool（FAST）を用い、ABC 記録やスキュープロットは Observations アプリを用いて記録できればと考えている。

【介入事例のまとめ（2 年間）】

令和 4 年度は療養介護病棟や精神科慢性患者でのモデル事例を含め、10 施設 23 事例、令和 5 年度も 9 施設 25 例、合計で 48 例のデータを集積し、各年度 20 例の目標症例を達成した。2 年間の内訳は治療プログラムⅠで 9 施設 34 事例（肥前精神医療センター・愛知県医療療育総合センター中央病院・岡山県精神科医療センター・千曲荘病院・洛南病院・賀茂精神医療センター・菊池病院・やまと精神医療センター・松ヶ丘病院）、治療プログラムⅡで 5 施設 14 事例（肥前精神医療センター・千曲荘病院・榊原病院・松沢病院・賀茂精神

医療センター) エントリーとなった。以下治療プログラムⅠとⅡに分けて報告する。

(Ⅰ) 精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅠ」(基礎編:3週間)

～障害特性に応じたコミュニケーション支援や環境調整、クライシスプラン作成、TEACCH®自閉症プログラムに基づく構造化～

治療プログラムⅠ(約3週間)の2年間での計34事例のうち、ABC-J 興奮性サブスケールが18点未満であった1事例と、入院期間が長期化したもの・データ収集に不備があった計3事例を除外した29例について集計した。男性22名・女性7名、年齢は6-44歳(中央値:22歳)、身長・体重の中央値は163cm・65kgであった。知的障害の程度は最重度11名・重度12名・中等度5名・軽度1名、自閉スペクトラム症(Autism Spectrum Disorder:以下ASD)の合併は全例100%、てんかん合併は9例(31%)であった。主な行動障害は他害や器物破損・激しい自傷等であった。また障害支援区分は4が1名・5が6名・6が13名で、ほか9名は児童であり、行動関連項目の中央値は16(10-20点)、強度行動障害判定基準の中央値は28(13-47点)であった。処方されている抗精神病薬の平均 chlorpromazine (CPZ) 換算は494.7mg(25-1600mg)、中央値は400mgであった。

主要評価項目であるABC-J 興奮性サブスケールは入院時に比し退院時の数値が低下した事例が29例中22例であった。副次評価項目であるBPI-Sは顕著な変化がなかった。

《主要評価項目》

ABC-J 興奮性サブスケール

入院時:中央値26(18-43)

退院時:中央値20(1-42)

《副次評価項目》

BPI-S 自傷行動(頻度)

入院時:中央値5(0-14)

退院時:中央値4(0-14)

BPI-S 攻撃的/破壊行動(頻度)

入院時:中央値9(2-25)

退院時:中央値7(0-25)

BPI-S 常同行動(頻度)

入院時:中央値13(3-29)

退院時:中央値13(1-25)

《その他》

支援者(治療スタッフ)評価:

NAS 平均得点(介入後のみ評価)

敵意 6.6 批判 11.7 肯定的言辞 18.0

合計 36.2

介護者評価:(29例中28例より回答あり)

【保護者19名】

CRA-J 平均得点(介入後のみ評価)

日常生活への影響 21.3

ケアに関する受け止め 14.5

家族からのサポート 11.5

健康状態への影響 6.9

経済的な影響 5.8

総得点 60.1

【入所中の施設スタッフ9名】

CRA-J 平均得点(介入後のみ評価)

日常生活への影響 13.3

ケアに関する受け止め 13.4

家族からのサポート 9.0

健康状態への影響 4.5

経済的な影響 4.6

総得点 45.0

《病棟での日常的な観察》

医療機関での入院のため以下の観察・カルテ記録が必須であり、当然のこととして実施されてい

た。ただし採血や各種検査に苦慮する事例は多く、視覚的支援や手順書を用いたプレパレーションの手法について SV 連絡会議で協議することもあった。

- ・バイタルサイン（血圧・脈・体温・呼吸など）
- ・睡眠状況
- ・食事量
- ・尿回数、排便状況
- ・意識レベルやてんかん発作の有無
- ・外傷の有無や皮膚状態
- ・薬物の副作用の有無

＊1年目の集積事例 20 例について、統計解析した結果を記す。

（統計解析手法）

・Shapiro-Wilk 検定にて正規性が確認された ABC-J の各サブスケール（興奮性・無気力・常同行動・多動）、強度行動障害判定基準（合計点）、BPI-S 自傷頻度・自傷重症度・常同行動について t 検定を行った。

・Shapiro-Wilk 検定にて正規性が確認されなかった BPI-S 攻撃的／破壊行動と行動関連項目について Wilcoxon の符号付き順位検定を行った。

（解析結果）

・介入前後で ABC-J 興奮性サブスケール (** $p < 0.001$)、ABC-J 多動サブスケール (* $p < 0.001$)、ABC-J 無気力サブスケール (* $p = 0.031$)、BPI-S 自傷行動（頻度）(** $p = 0.049$)、BPI-S 自傷行動（重症度）(* $p = 0.039$)、強度行動障害判定基準合計 (** $p < 0.001$) は有意に低下していた (図 1) (図 2) (図 3)。

・介入前後で BPI-S 攻撃的／破壊行動（頻度）、BPI-S 攻撃的／破壊行動（重症度）、行動関連項目合計は有意に低下していた (図 4)。

（Ⅱ）精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラムⅡ」（応用編：12 週間）

～障害特性に応じたコミュニケーション支援や環境調整、クライシスプラン作成、TEACCH®自閉

症プログラムに基づく構造化、応用行動分析（機能的行動アセスメント）導入、ストラテジーシート作成～

治療プログラムⅡ（約 12 週間）の 2 年間での計 14 例のうち、けいれん重積による転院・運動機能低下のため中断した 1 事例を除く 13 例について集計した。男性 8 名・女性 5 名、年齢は 13－51 歳(中央値:26 歳)、身長・体重の中央値は 171cm (150－179.5cm)・68kg (42－86.5kg) であった。知的障害の程度は最重度 4 名・重度 6 名・中等度 2 名・軽度 1 名、自閉スペクトラム症 (Autism Spectrum Disorder: 以下 ASD) の合併は全例 100%、てんかん合併は 5 例 (38.5%) であった。主な行動障害は他害・不穏・器物破損・激しい自傷等であった。また障害支援区分は 4 が 2 名・5 が 1 名・6 が 8 名で、ほか 2 名は児童であった。入院時の行動関連項目の中央値は 14 (10-19 点)、強度行動障害判定基準の中央値は 26 (11-41 点) であった。処方されている抗精神病薬の平均 chlorpromazine (CPZ) 換算は 784.3mg (0-2575mg)、中央値は 625mg であった。介入後の各評価尺度については、現在退院後結果を集積中である。

【介入や治療プログラム整備に関してまとめ】

治療プログラムⅠ・Ⅱとも相談フォーマットは全例で記載していたが、研究の途中で長期経過（行動障害出現時期やきっかけ）、被虐待歴が重要と考えフォーマットの改良を行った。また、生活・コミュニケーション支援情報は入院初期から必要であり、フォーマットを活用しなかった事例でも、主に看護師が家族や福祉支援者から聞き取りをしていた。介入実践記録 (表 5) は特に治療プログラムⅠ（3 週間の短期間入院）で臨床的役割を果たした。

治療プログラムを使用した介入研究を行い SV 連絡会議で検証した結果、患者に関する情報収集や各資料の記録は、それぞれの機関・職種で得手不得手があることが分かった。具体的には「生活・コミュニケーション支援情報シート」はご家

族または福祉支援者、「クライシスプランシート」は看護師、「ストラテジーシート」は心理士または専門研修経験のある医療者、「冰山モデル」は福祉支援者が比較的記録に慣れており記載しやすい事が分かった。

また構造化や余暇活動、作業活動のグッズ等は教育関係者や福祉支援者・ご家族など、実際に普段使用しているものを持参してもらい応用すれば、強度行動障害者に初めて接する医療者でも病棟での実施が可能であることが分かった。

特に3週間の治療プログラムⅠでは中等度知的障害の患者も2割弱含み、言語でのコミュニケーションが一見できるようで実際は難しいというスタッフの意識が必要であったと思われる。また在宅で不調となり福祉サービス利用の受け皿がなく入院治療になっているにもかかわらず、障害支援区分が4である患者も治療プログラムⅠ・Ⅱとも少数だが存在していた。今回、行動関連項目や強度行動障害判定基準は調査員でなく医療者がチェックしており、個別の事例の重症度からは点数が低い印象を受けるものもあった。介護者負担感を示すCRA-Jは福祉支援者がつけた場合より家族がつけた場合が全ての項目・合計とも高い得点であったことは、家族の疲弊度を反映していると考えられた。治療プログラムⅠでABC-J興奮性サブスケールが入院時に比し退院時に低下した事例が29例中22例(76%)であったことや、前年度までの20例の解析から、プログラムの有効性が示された。実際に家族への質問紙の回答の中には、「(入院前は在宅で過ごしていたので)入院治療がなかったら家族が壊れていた」等の記載も見られた。一方で治療スタッフアンケートからは「刺激の量や生活スタイルが入院前の施設と病院では大きく異なる」「職員だけではやりきれないのでSV連絡会議があつて良かった」「(地域移行に難渋するので)地域での検討会を開いて欲しい」といった医療者側の負担・困惑も示された。

《介入施設医療者、介入補助を行った福祉支援者、SV連絡会議参加者の意見～第3回分担研究者・研究協力者合同会議より:2024年2月18日 東京》

1) 介入施設より

【岡山県精神科医療センター 児玉匡史医師】

(4事例介入)

・これまで強度行動障害を持つ患者への介入は十分にはできていない状態であったが、医師・看護師・PSW・OT・心理療法士で「強度行動障害治療チーム」を編成し病院全体の知識意識の底上げに繋がった。

・印象に残っていることは、入所施設から入院を受けたものの退院後の処遇を断られ、最終的には人と人の繋がりで何とかショートステイに繋がった事例であったが、地域移行の難しさを感じた。

【同センター 山下えりかOT】

・日中活動を求められ、外部から期待されているが手探り状態。

【同センター 古田哲也看護師】

- ・とにかく大変。
- ・現場の意見と介入を実施する側の意見の乖離があると感じる。

【菊池病院 田中恭子医師】

(2事例介入)

・介入プログラムが決まっていたのでやりやすかった。

・スタッフは、当初「何をするのか」という疑問を持っていたようだが、やってみれば「こうなのか」「こうすればよいのか」ということに繋がり、院内で完結するのではなく、「地域に帰る」という地域と繋がる治療目標や視点を考えるきっかけになったのではないと思う。

【肥前精神医療センター 會田千重医師】

(14事例介入)

・精神科救急病棟では、OTの日中活動への介入の

役割が重要であった。

- ・しかし、OT 以外の室外活動の導入や対応に戸惑うこともあった。
- ・現場での氷山モデル・ストラテジーシートの記載は難しく、心理士や専門知識のある医師の協力が必要。
- ・強度行動障害治療病棟（モデルケース）では、対応に慣れていた。
- ・看護師によるクライシスプラン記載はスムーズであった。
- ・地域移行に関しては、帰住先が決まっている人は良いが、緊急避難的に医療保護入院してきた患者さんは帰住先が見つからず困難な例もあった。

【千曲荘病院 安藤直也医師】

（15 事例介入）

- ・3 週間の入院になると受け入れ体制が整わないまま経過してしまうが、3 ヶ月入院で治療プログラムⅡの体制を整えることにより行動改善に繋がり地域移行が安定して行えるようになった。
- ・しかし、移行に関しては、地域に支援機関が乏しく退院後ショートステイ先が少ないため外来での支援が難しくなる印象がある。

【やまと精神医療センター 谷口謙医師】

（2 事例介入）

- ・院内治療チームは精神科、専門治療病棟（療養介護）にそれぞれ行動療法チームがあり院内認定の強度行動障害専門看護師がいる。
- ・1 例目については、発達障害者支援センターに細かく関わってもらっている。それぞれの事例で情報共有はうまくいっているが、退院後の地域生活については不安がある。

【賀茂精神医療センター 松川桃子医師】

（4 事例介入）

- ・多職種院内チームができ、週 1 回程度会議が持てた。そこで細かいポイントをその都度話し合えたことや、看護師が細かく観察してくれたことは

介入のしやすさに繋がった。

- ・しかし、地域においては実際に使える福祉サービスの資源が少ないと感じる。

2) SV 連絡会議参加メンバーより

【かとうメンタルクリニック 樋端佑樹医師】

- ・最近のケースで、地震で不安定になり緊急入院した患者では、退院時、医療機関とつなぐ相談支援員がキーパーソンであった。クライシスプランは有効であった。

【練馬区立大泉つつじ荘 竹矢恒氏】

- ・軽度知的障害の人を受け入れるところが少ないと感じる。グループホーム（GH）が乱立してそこで悪化している？
- ・入所施設が閉鎖し行き先がない問題が生じている。
- ・のぞみの園からの移行事例で、GH と通所先での日中活動をどうスライドするのか、綿密にやりとりしたのが有効であった。

【京都市南部障がい者地域生活支援センターあいらん 太田正人氏】

- ・地域により資源が違う。
- ・個別に受け入れてくれるショートステイ先の確保が困難。
- ・施設の入所者がいる中でショートステイ利用者の個別対応は難しい。
- ・例えば5か所くらいの施設をショートステイで利用しているが自宅に帰せない事例があった。その後施設からも断られ、京都の空住宅を使わせてもらうよう要請中。その人に合わせた住環境で一人暮らしを地域で支援していければ。
- ・自立支援協議会で情報共有してくれるところが増えていった。
- ・京都市独自の福祉サービス（居宅支援）ができている。

【障害者支援施設光風園 松尾卓哉氏】

- ・島根県独自の強度行動障害処遇体制支援事業はあるが、地域移行は行き先がなく 15 年間で 5 人のみ。全員が精神科病院入院例であった。
- ・最近、強度行動障害医療研究会の研修に参加する医師や看護師が増えてきている。

【おかやま発達障害者支援センター 池内豊氏】

- ・アセスメントをする際、SV 会議で共有し福祉の中でも見るポイントが共有できるようになってきた。
- ・対象者を想像しすぎず、具体的なアセスメントが必要。
- ・12 週間の介入について、自立課題の提案をすることはあるが福祉の現場からは意見は言いにくい。いかに達成感を持って院内でやっていただけるかが課題かと思う。
- ・岡山県は、福祉協会にスーパーバイザーが 4 人いてコンサルテーションの調整役をおかやま発達相談支援センターが担っている。

【社会福祉法人はる 福島龍三郎氏】

- ・氷山モデルやストラテジーシートを使うことは福祉の現場ではまだまだである。
- ・今後、行動関連項目の高い人が医療機関入院の際、福祉現場での中核的人材が関わるようになっていく。
- ・SV 会議は、治療の様子や医療体制を知るよい機会であった。地域で SV 会議のようなものを作れたらと思う。また、今後も SV 会議を継続していただきたい。
- ・佐賀県で行っている医療・福祉・教育三分野からの多職種によるフォローアップ研修は、各分野分化が違って大変ではあるが、共通言語を持って支援をやっていければと思う。

D. 考察

1) 1) 多職種向けの「強度行動障害チーム医療研修」プログラム作成と医療者育成について

治療を進めるにあたって、特に精神科病棟のス

タッフ構成や現状を考えると、研修について以下の追加や改良が必要と考えられた。

- ・作業療法士による講義も必要
- ・身体的治療や受診障壁解消のための連携手法についても分量を増やして講義する
- ・「応用行動分析（機能的行動アセスメント）」や「TEACCH®プログラムに基づく構造化」の手法や評価尺度を分かりやすく伝達する
- ・院内で多職種チームで取り組みやすくするため、チームマネジメントの観点からの講義も必要
- ・研修体制については、福祉や教育との相互交流的研修が理想的であり、福祉領域の中核的人材養成研修や「標準的な支援」も参考にする
- ・分担研究者日詰氏からの示唆として、認知症研修を参考に①医療関係者についての目標・計画値の設定を進める、②チームマネジメントの演習の位置づけ、が指摘された。
- ・分担研究者成田医師からは、①講義や臨床経験を通じて強度行動障害の医学教育を進めるべき、②知的・発達障害全般の医療受診における困難さへの知識と工夫できるスキルの獲得、③生活場面に医療者が参画して臨床を行う事が有用、などの示唆をいただいた。

2) 精神科病棟における「強度行動障害者への入院治療プログラム」整備

3) 強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定について

今後福祉や教育分野と相互に補完出来ると良いのではないかと考えるのが、①フォーマルなアセスメントの活用と、②生活・コミュニケーション支援情報、③支援・治療方針を考える上でのシートの活用である。

①医療機関では知能・発達検査や CARS（小児自閉症評定尺度）、感覚プロファイルなど、フォーマルなアセスメントが行いやすい。身体的状態や健康管理に関する情報も必須のこととして意識している（医療機関の体制によっては難しい場合もあるが）。それらを福祉・教育分野で行われるイ

ンフォーマルなアセスメントと組み合わせれば、患者・利用者の全体像を把握する事が可能ではないかと思われる。QOLを含めたアセスメントができれば、なお望ましい。

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

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

治療プログラムⅠ（約3週間）29例の支援者評価尺度であるNASに関しては、二つの精神科単科病院の看護師281名で調査報告した香月らの先行研究結果と比較すると、「敵意」「批判」のスコアは本研究の得点が低く、「肯定的言辞」については得点が同等であった。今回の介入研究は、これまで強度行動障害を伴う患者を受け入れた経験がある医療機関を中心に行ったため、強度行動障害への多職種チーム医療に慣れていることを反映しているものと推測された。介護者負担感の尺度CRA-Jはいずれの項目の平均値とも、福祉支援者よりご家族が高得点を示していた。

今回はABC-Jを主要評価項目とし、介入前後で有意差も得られたが、ABC-Jは58項目と項目数が多く、また項目は支援者による評価のばらつきが

やや出やすいため、複数で確認しながらつける必要があると思われた。BPI-Sは30項目であり、項目も具体的で用いやすかった。

4)「入院中の強度行動障害者の地域移行に向けた地域移行パス」の作成について

山下らの分担研究を参照とするが、特に入院が長期化しやすい緊急の措置入院・医療保護入院の事例では、帰住先に難渋することが多く、地域移行について地域の多分野のネットワークも含めた支援会議や検討会が必要である。地域支援体制づくりやスムーズな地域移行のために、以下のような対応が必要と考える。

1. 入院時に退院時期を確定している（予定通り退院できる）
2. 退院時期は未定だが、退院（移行）先をコーディネート・協力する地域の機関やしきみが機能している（基幹相談支援センター・自立支援協議会・発達障害者支援地域協議会・発達障害者支援センター・発達障害者地域支援マネジャー、地域生活支援拠点等整備事業など）
3. 退院時期もコーディネート機関も未定だが、多機関連携し退院（移行）できる（行動援護や重度訪問介護などのサービスを福祉事業所と連携し入院中から利用・行動拡大）

「強度行動障害者の入院治療による介入と効果判定」について、介入手法と地域移行・地域支援手法のそれぞれについてSV連絡会議で協議した結果、福祉との連携や多職種チーム医療により臨床的には一定の効果が得られているが、①精神科病棟での手厚いチーム医療体制・研修整備の必要性、②病棟環境調整の難しさ、③重大な他害など処遇困難事例の地域福祉サービス利用の難しさ、④福祉サービス利用を断られ疲弊した家族支援の問題、⑤各地域でのネットワーク構築のための専門協議会の不足、などの課題が挙げられた。

E. 結論

これまでも「強度行動障害医療学会」での情報共有により、「強度行動障害者専門の入院治療先の乏しさ・待機者の多さ」「一般精神科病棟入院中の専門的介入手法の未整備」「退院後の地域移行の難しさ」などが断片的に把握されていた。本研究による介入やSV連絡会議により、①精神科病棟での手厚いチーム医療体制・研修整備の必要性、②病棟環境調整の難しさ、③重大な他害など処遇困難事例の地域福祉サービス利用の難しさ、④福祉サービス利用を断られ疲弊した家族支援の問題、⑤各地域でのネットワーク構築のための専門協議会の不足など、が改めて浮き彫りになった。

R6年度には新たな厚労科研で「強度行動障害を有する知的・発達障害に関わる医療従事者向け研修プログラム開発に向けた研究」が3年間予定されている。今回の介入研究や研修プログラム作成での要点を反映し、広く一般医療者も強度行動障害の知識を得て、より入院・外来治療の手法が般化できるよう協力していきたい。そしてR6年度の診療報酬改定で「強度行動障害」という文言が明記された「入退院支援加算」や歯科治療における「歯科治療環境への適応が困難な患者」への加算算定、関連するものとして「児童思春期支援指導加算」が一助となって、上記課題をクリアできることに期待したい。

F. 健康危険情報：なし

G. 研究発表

1. 論文発表：なし

2. 学会発表：

會田千重 市川宏伸 井上雅彦 日詰正文 成田秀幸 根本昌彦 高橋和俊 山下健 吉川徹 児玉匡史 田中恭子：強度行動障害者への入院治療プログラムを用いた多施設介入研究
第64回日本児童青年精神医学会総会Eポスター
2023.11.14 青森

會田千重 市川宏伸 井上雅彦 日詰正文 成田秀幸 根本昌彦 高橋和俊 山下健 吉川徹 児玉匡史 田中恭子：入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラム整備と地域移行についての多施設共同研究 日本精神神経学会学術総会 2024.6.20 北海道

H. 知的所有権の出願・取得状況：なし

参考文献)

1) 香月富士日 後藤雅博 染谷俊幸 (2007)：精神科臨床スタッフの感情表出に影響を与える要因 Nurse Attitude Scale の信頼性・妥当性と下位尺度の意味するものについての検討 精神医学 49 (2)：119-127.

2) 狩野俊介・野村照幸 (著、編集)：危機がチャンスに変わる クライシス・プラン入門 精神医療・保健・福祉実践で明日から使える協働プラン 中央法規 2024.

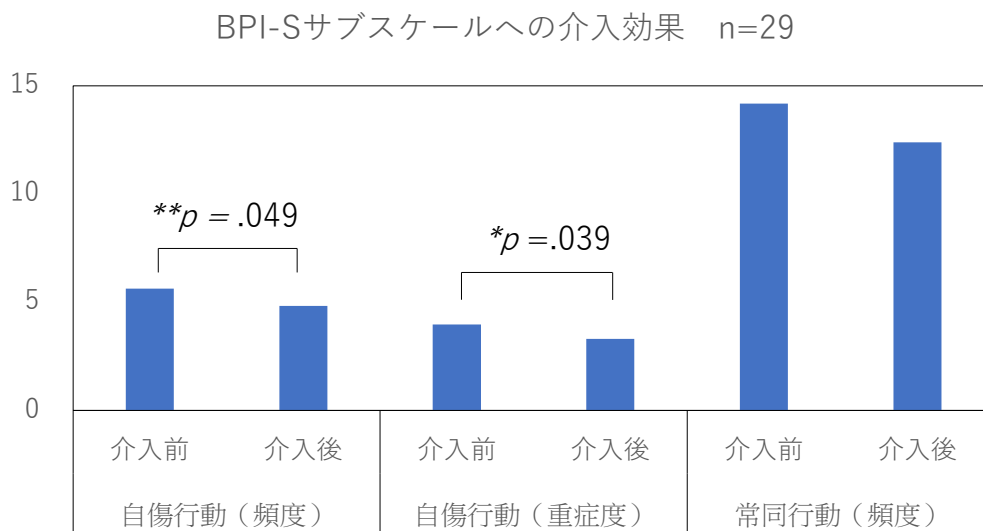
3) 小野善郎 (2006)：異常行動チェックリスト日本語版 (ABC-J) による発達障害の臨床評価 (pp38-43). 東京, じほう.

4) Masahiko Inoue, Naoko Inada, Yoichi Gomi, Chie Aita, Toshikazu Shiga. Reliability and validity of the Japanese version of the Behavior Problem Inventory-Short Form. Brain and Development. 43 (6), 673-679. 2021

5) Tomoyo Misawa 1, Mitsunori Miyashita, Masako Kawa, Koji Abe, Mayumi Abe, Yasuko Nakayama, Charles W Given. Validity and reliability of the Japanese version of the Caregiver Reaction Assessment Scale (CRA-J) for community-dwelling cancer patients. The American journal of hospice & palliative

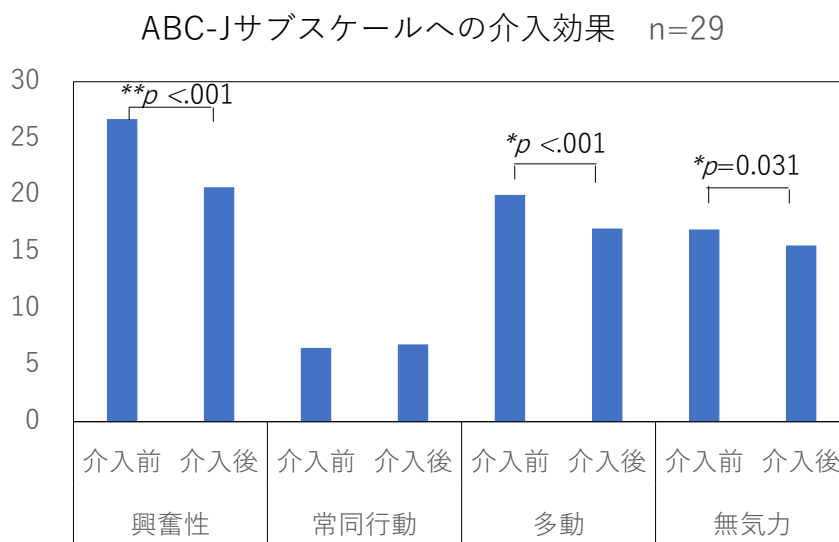
care. 26(5):334-40. 2009

6) 肥前精神医療センター監修 會田千重編集
多職種チームで行う「強度行動障害のある人への
医療的アプローチ」 中央法規 2020.



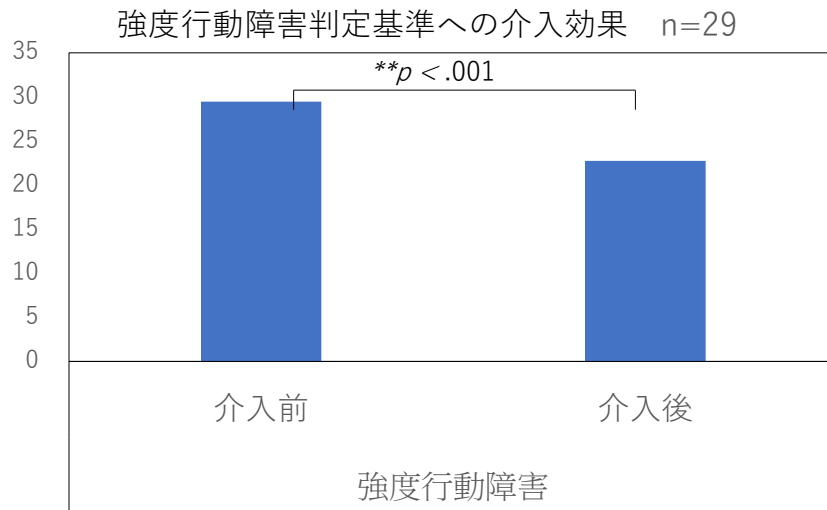
<図 1>

BPI-S自傷行為（頻度）サブスケール、BPI-S自傷行為（重症度）サブスケールは介入前後で有意に低下していた



<図 2>

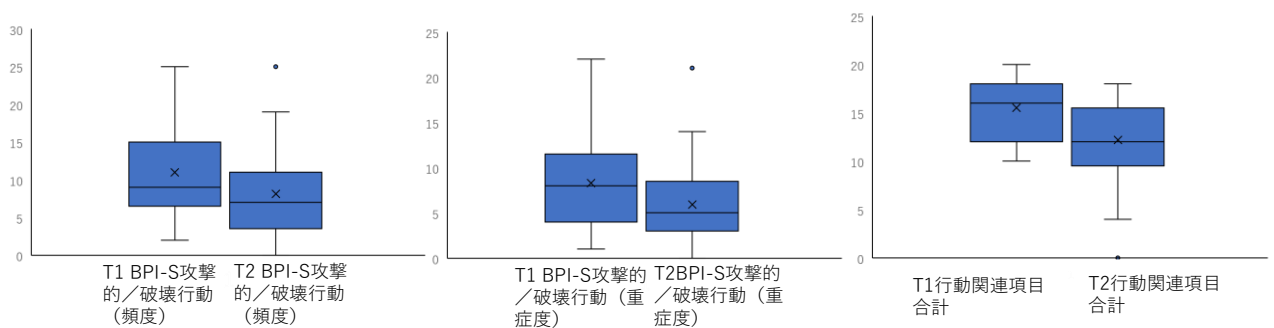
ABC-J興奮性サブスケール、ABC-J多動サブスケール、ABC-J無気力サブスケールは介入前後で有意に低下していた



< 図 3 >

強度行動障害判定基準（合計点）は、介入前後で有意に低下していた

BPI-S、行動関連項目の解析結果 n=29



< 図 4 >

BPI-S 攻撃的/破壊行動（頻度）、BPI-S 攻撃的/破壊行動（重症度）
行動関連項目（合計）、いずれも介入前後で有意に数値が低下していた

表1 精神科病棟における強度行動障害入院治療プログラムⅠ
基礎編：3週間

	入院前 (外来)	入院時～ 介入準備期		介入 (2W)	介入後評価
基本情報＊		○	【介入準備期】 (1W) 院内外 多職種 カンファレンス ↓ クライシスプラン 作成		
行動関連項目・強度行動障害判定基準(いずれも10点以上)		○ #(下記同様)			○ #(下記同様)
ABC-J (興奮性サブスケール18点以上) BPI-Sスコア		○ (#過去4週間の 状態を保護者 に聞き取り)			○ (#退院後4週間の 状態を保護者に聞 き取り)
支援情報収集 (生活・コミュニケーション)	● (可能なら)	○			
支援準備 (個別スケジュール・予告書・ 余暇道具等)	● (可能なら)	○			
スタッフ評価 ご家族評価					
地域での支援体制の再構築・移行支援のための会議					

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

表2 精神科病棟における強度行動障害入院治療プログラムⅡ
応用編：12週間

～はじめの部分は治療プログラムⅠと共通(評価#は治療プログラムⅠと同様に行う)

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

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

表 3 障害支援区分認定調査の行動関連項目

(平成 18 年 9 月 29 日厚生労働省告示第 543 号「厚生労働大臣が定める基準」より)

行動関連項目	0 点			1 点	2 点
コミュニケーション	1. 日常生活に支障がない			2. 特定のものであればコミュニケーションできる 3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる	4. 独自の方法でコミュニケーションできる 5. コミュニケーションできない
説明の理解	1. 理解できる			2. 理解できない	3. 理解できているか判断できない
大声・奇声を出す	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上)支援が必要
異食行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上)支援が必要
多動・行動の停止	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上)支援が必要
不安定な行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上)支援が必要
自らを傷つける行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上)支援が必要
他人を傷つける行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上)支援が必要
不適切な行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上)支援が必要
突発的行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上)支援が必要
過食・反すう等	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に 1 回以上の支援が必要	4. 週に 1 回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週 5 日以上)支援が必要
てんかん	1. 年に 1 回以上			2. 月に 1 回以上	3. 週に 1 回以上

表4 「強度行動障害判定基準」（平成30年3月22日厚生労働省告示第109号より）

行動障害の内容	1点	3点	5点
ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	週に1回以上	1日に1回以上	1日中
ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回
激しいこだわり	週に1回以上	1日に1回以上	1日に頻回
激しい器物破損	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回
睡眠障害	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	週に1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
排せつに関する強度の障がい	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
著しい多動	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	ほぼ毎日	1日中	絶えず
沈静化が困難なパニック			あり
他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為			あり

入院中の強度行動障害への支援・介入専門プログラム【多職種チームによる介入実践記録】

施設名	【	】	入院日	2024/ /	退院日	2024/ /									
事例番号	【	】													
治療プログラム	介入内容														
			介入詳細	あり1 なし0	回数	実施・ 開始日1	実施・ 開始日2	実施・ 開始日3	実施・ 開始日4	実施・ 開始日5	担当者・会議参加者詳細 (複数可)	内容など			
治療プログラムⅠ (3週)	「標準的な支援」参考	構造化	生活・コミュニケーション支援情報収集・氷山モデルシート確認									別紙参照			
			構造化	物理的構造化											
				個別スケジュール											
				視覚的構造化											
				ワークシステム											
		余暇活動	余暇活動	室内											
				室外											
				相談フォーマット記録										別紙参照	
				クライシスプラン作成											
				多職種 (MDT) 会議											
チーム会議		地域移行のためのケア会議													
		*薬物療法										別紙参照			
治療プログラムⅡ (4週目以降12週まで)	応用行動分析 (機能的行動アセスメント)	心理・発達検査、身体的検査	心理・発達検査、身体的検査										別紙参照		
			標的行動の直接的評価											別紙参照	
			(スキャタープロット・ABC)											別紙参照	
			FAST/QABFなど間接的評価											別紙参照	
			介入前 (行動療法準備期)												
		チーム会議	多職種 (MDT) 会議	ストラテジーシート記載											別紙参照
				2週間介入後 (介入②-1後)											
				多職種チーム医療チェック表											
スタッフ評価		地域移行のためのケア会議	プログラムⅠ 介入後										別紙参照		
			プログラムⅡ 介入後											別紙参照	
			介入前 (初期介入後評価)											別紙参照	
			介入後											別紙参照	
			プログラムⅠ 介入後											別紙参照	
ご家族評価			プログラムⅡ 介入後										別紙参照		
			プログラムⅠ 介入後											別紙参照	
			プログラムⅡ 介入後											別紙参照	
			プログラムⅠ 介入後											別紙参照	
			プログラムⅡ 介入後											別紙参照	