

令和5年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「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」（22GC1019）

令和5度分担研究報告書

分担研究課題名：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、地域モデルの検討

分担研究者：山下 健（国立病院機構さいがた医療センター医師）
協力研究者：下村 拓也（国立病院機構さいがた医療センター医師）
石田 光（国立病院機構さいがた医療センター児童指導員）
阿部 義隆（国立病院機構さいがた医療センター精神保健福祉士）、
研究参加医療機関の代表者、ヒアリングを行う各外部機関の担当者

研究要旨

強度行動障害児者は行動障害の激しさゆえ地域での処遇が困難となる事例が少なくない。本研究では集積事例を通じて、処遇困難となる可能性がある強度行動障害児者の地域移行を円滑にするための適切な地域移行パスを作成する。また強度行動障害児者を支援する地域関係機関らに仮想ケア会議、質問紙法を用いて、適切な地域移行モデルを検討し、報告する。

A．研究目的

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、地域モデルを明らかにする。

B．研究方法

本研究におけるモデルケースを含む登録事例を用いて分担研究者のいる地域における有識者らと仮想ケア会議を行い、円滑な地域移行に必要な事柄について検討を行う。また地域における強度行動障害者の支援を行う者らに質問紙法を用いて、得られた結果について考察する。

（倫理面への配慮）

本研究に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。また患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、特定されないように配慮した。

C．研究結果

本研究にて策定した地域移行パス、クライシスプラン、地域処遇実施計画書を提示する。

1) 入院クリニカルパスについて

強度行動障害を伴う知的障害児者に関わる支援者（計画相談事業所、通所施設、入所施設、重度訪問介護事業所の職員）に対して質問紙法を行ない、最も適切な入院治療の期間について、1ヶ月、2ヶ月、3ヶ月、3ヶ月超で検討したところ32名（55名中）が3ヶ月を最も適切と回答したため、入院クリニカルパスについて3ヶ月で設定した。

（a）治療介入を目的とした長期的な入院治療

入院治療は3か月前後の期間を想定し、大まかに治療ステージを“急性期”“開放観察期”“地域移行期”に分け、それぞれのステージ毎に地域ケア会議を開催することとした。入院治療を行う前には地域ケア会議を行い、事前に得られた情報を共有する事が望ましい。診断のために幼少期の発達歴、行動障害についての詳細な情報、行動障害が生じた際の支援者の対応について、現在の服薬内容と副作用の確認、てんかんの有無、そのほかの身体疾患について、入院前の生活のスケジュール、本人の好きな余暇活動や安心できる環境、過敏性の有無、こだわりの有無、現状の福祉サービス、これまでに有効であった支援方法などもありとあらゆる情報を確認する必要がある。また可能であれば、通っていた学校時代の情報を得ることも重要である。これらの情報は入院治療を行う上で患者の生活基盤を入院前の環境と可能な限り隔たりを軽減し、入院による混乱を少しでも減弱しうる可能性がある。これらの情報を基に、患者が病棟内でどのような生活をするか、どのような行動障害がどのような状況で生じるか、行動障害に対してどのような対応が有効であるかを想定しながら環境整備を行う。同時に地域支援者らと入院治療の到達目標、退院後の生活、支援体制をどのように再構築するかと合意を得ながら検討していく。退院後は再度地域に移行するため、それら医療のみで検討する事は不適切であり、地域支援者らと入院前から退院後までを同等に共有し、共に入院治療における到達目標を検討する事が妥当であろう。そのため帰住先について、まずは在宅なのか、施設なのか、在宅であれば、「自宅の間取り、

本人の生活する部屋」「誰と同居するのか」「本人以外の家族の生活状況と家族が見守り可能な時間」「誰が自宅での主介護者となるのか」「通所サービスの利用について」「在宅支援（訪問看護、訪問ヘルパー、重度訪問介護）が必要かどうか」「ショートステイのニーズ」「通院、通所の送迎は誰が行うのか」といった情報が必要となり、施設であれば、「施設の構造、本人の生活する部屋」「他の利用者との関係性」「施設職員の勤務体制」「施設内の大まかなスケジュール（与薬時間や食事時間、入浴時間、日中活動の時間、余暇時間、起床時間、消灯時間）」「施設内で持ち込み可能な物品や可能な作業」といった情報が必要となる。

急性期は1ヶ月前後を想定している。興奮、不穏が強く自傷他害のリスクが高い状態の患者が多く、自傷他害や器物損壊、異食、拒食などこれまでと同様の、もしくはこれまででは考えられなかった行動障害が生じることもあるが、これらはおおそ環境変化に対する反応と考えられる。急性期は患者のリスクアセスメントに応じて行動制限を要することが少なからずあり、多くの患者は個室ないしは保護室で刺激遮断を行いながら、信頼関係の構築に努めることが必要となる。信頼関係の構築に関しては、共に過ごす時間を多く取ることやタクティカルケアが、本人の安全を確認したうえで好きな活動を提供するなど、個々の症例に応じて様々の手法が想定され、試行錯誤が必要となる。急性期では生物学的条件の整備（生活リズム、入浴、排せつ、食事）、心理的アセスメントと薬物療法を中心とした。薬物調整と並行して主に発達検査、知能検査等を行い、患者のアセスメントを行う。患者の特性や知能評価に加えて実際の関わり・観察から得られた情報は、どのような支援・関わり方が日常生活（食事、入浴、排泄等）、また適切な余暇や自立活動の設定に対して、治療方針・到達目標の再検討及び開放的な処遇に向けた介入方法を策定するまでがおおよそ急性期の到達目標とした。急性期ステージでの地域ケア会議においては、本研究のディスカッションにて多くの機関から退院後の支援体制を調整するために少なくとも1-2ヶ月ほどの期間を要するとのことであったため、この段階において退院後の地域支援体制がある程度検討されている必要があり、地域側に患者の得られた特性・アセスメントの情報を提供し、合意を得ながら後述する“退院後支援体制計画書”の雛形を作成する事とした。

※退院後支援体制計画書

退院後支援体制計画書は強度行動障害を伴う知的障害児者が地域移行を促進し、円滑に地域生活を送るために医療機関関係者がまとめた計画書であり、退院後の生活に関わる支援者が、計画書をもとに本人の支援体制を共有し、各機関が連携しやすくなることを目的とした書類である。これら

の書類は原則として、地域関係者らと協働の上記載していくことが望ましい。

開放観察期は介入手法の検討と開放観察を中心とした。急性期で得られたアセスメントを基に強度行動障害に対して有効と考えられている支援方法の中で患者に適した手法やそれぞれの特性に応じた構造化を検討する。主にTEACCHや応用行動分析を基にしたトークンエコノミーシステムなどが想定されるだろう。そしてそういった介入方法を検討する際に医療側は、それらが在宅ないし施設で再現可能な手法であるかどうかという視点は常に持ち続ける必要がある。在宅ないし施設と医療ではマンパワーやハード面などありとあらゆる点において差がある。そのため院内で有効であった介入方法も地域移行した際に再現できないのであれば、入院治療が大きな意味をなさなくなる。そのためこのプロセスにおいて重要なのは、介入方法の計画を地域側と定期的にやり取りしながら作り上げていくということである。実際に介入方法を行なっていく際は、導入当初に患者が大きく混乱することが予想され職員とマンツーマンで行う必要も出てくるかもしれないが、徐々に職員の介入を減らしていき、最終的には自立して活動できるような想定が必要である。しかし、治療介入については保護室や個室での隔離の中で行うものではなく、開放的な処遇の中で行うべきであるが、開放的な処遇を行うことは他の患者や職員に対して自傷他害のリスクを伴う事があり、開放観察に付き添う職員の不安感から開放的な処遇を行えず、行動制限を持続させざるを得ないケースも多々あると考えられる。強度行動障害を伴う知的・発達障害児者の場合は言語的コミュニケーションが困難であったり、衝動性の高さゆえに“行動を予測しにくい”ため、その不安感は通常よりも大きくなると思われる。そのため開放観察を進めていくには、まず職員の不安感の軽減が必要であり、そのためには、病棟でカンファレンスを行い、「開放観察をする場面」「時間」「付き添いは何人で行うのか」「問題が生じたときにはどう対応するのか」といった事を職員が可能であると判断できる所まで検討する必要がある。それが些細な開放観察であったとしても、それをする事により職員の不安感は少なからず軽減し、次の段階に進む事が可能となる。もちろん開放観察中に行動障害が生じたとしても、その時時に得られた情報からクライシスプランを作成することは可能である。

※クライシスプランとは、安定した状態の維持、また病状悪化の兆候がみられた際の自己対処と支援者の対応について病状が安定している時に合意に基づき作成する計画であり、近年多くの分野において浸透しつつある。厳密に言えば、患者との合意が得られることは稀であり一つの亜型ではあるが、“調子がいい時の状態”“調子が良くない(=

行動化が生じる可能性がある) 状態” “行動化が生じている状態” に分類し、それぞれの状態に応じて “誰が” “どのような援助” を行うかを具体的に計画した書面である。

このようなクライシスプランは入院前から得られた情報に加え、入院治療中に得られたアセスメント結果や観察によって得られた情報を元に作成していく。クライシスプランを作成することで、予測しにくい行動化を客観的評価から推測しやすく、全ての支援者が共通の理解をすることが可能となり、退院後も家族や地域支援者らにとっても重要な情報となりえる。このような支援方法とクライシスプランは全体を通して約 3 か月間の治療を予定しているため、必然的に 1-2 週間の感覚で多職種による評価、修正を重ねていく必要があり、その中で患者に対して有効であった支援方法や関わり方を吟味し、開放的な処遇を織り込んだ個別スケジュールを作成することが、開放観察期の目標となる。そしてこのステージにおける地域ケア会議では前段の退院後支援体制計画書を修正しながら地域と再検討し、入院治療において有効であった介入方法が地域移行した際に再現性について評価する事が重要となる。

地域移行期は、患者が在宅や施設に移行する支援を行う。患者が退院し、生活する場所と病院では大きな gap があり、その gap を埋めるために、入院前に得られた帰住先についての情報と照らし合わせ、患者の病室と退院後生活する部屋を擦り合わせていく。刺激の少ない環境を求めて全ての物品を取り去ることは患者の自己刺激行動を惹起する事が多々あるため、適度な刺激を留意する必要がある。また、帰住先での人員配置や支援者も再確認する必要がある。また、実際に病棟内で導入された自立活動や余暇の過ごし方が帰住先でも再現可能かどうか、物品の問題や見守り体制の問題で再現が難しい場合は地域支援者らとさらに擦り合わせていくステージとなる。またこのステージにおいて重要となるのは、入院治療で行った介入手法やクライシスプランについて地域へ伝達していく事である。強度行動障害を伴う知的障害児者に対して、“統一した対応” が必要不可欠であることは既に知られており、言葉や紙だけでは全てを伝える事は困難である。そのため対応方法や声掛けなどありとあらゆる関わりを丁寧に伝達するために、地域ケア会議は重要な役割となるが、その際に実際に患者と職員が関わっている場面を地域支援者らに確認してもらうことは最も良い方法の一つであると考えられる。

(b)緊急避難を目的とした短期的な入院治療

緊急避難を目的とした短期的な入院治療に関しては期間を 1 ヶ月前後で想定した。緊急避難を目的とした入院治療に関しては、その到達目標は支援体制の再構築に尽きるだろう。上段でも述べた

ように急性期の入院となった患者は精神運動興奮が強く、行動制限を要し、介入が難しいことが想像される。そのためまずは静穏な環境下での刺激統制や薬物調整による情動の安定化がまず目標となるだろう。その後急性期の精神運動興奮が鎮静化された後は同様に心理アセスメントを行ない、特性把握に努める。そして入院環境にて観察された情報とアセスメントを基にして、入院前の生活様式、環境に対して患者が困難を感じていた可能性について検討をする。地域ケア会議については入院時、退院前の計 2 回行う。入院前には前段と同様の内容となるが、円滑な地域移行のために退院後の支援体制についてはより詳細に話を詰める必要がある。退院前の地域ケア会議でも可能であれば退院後支援体制計画書を作成し、地域側と十二分に検討を重ね、円滑な地域移行を目指す。

2) 地域ネットワーク、地域ケア会議について

地域における強度行動障害支援を行っている支援者らと仮想症例を用いたケア会議とディスカッション及び質問紙法を行った。

質問紙法にて医療との垣根を感じたことが、常に感じている・よく感じている・たまに感じている・あまり感じない・全く感じないでアンケートを行った。結果はたまに感じる (28 名)、よく感じる (13 名)、あまり感じない (10 名)、常に感じている (1 名)、全く感じない (0 名) であった。また医療への情報提供を躊躇した事が、ある・ないで質問紙法を行ったところ、ない (26 名) ある (29 名) との結果が得られ、医療側と福祉側にはなんらかの隔たりがあり、約半数の支援者において医療が欲している情報がスムーズに得られない、地域支援者らが発信することができないといった弊害が生じていることも明らかとなった。そのため地域移行に際しては各症例における地域関係者らとの関係構築を十分に醸成させる必要がある。そして関係を醸成させるには各関係機関の役割を理解した上での相互交流を重ねていくことが求められるだろう。

(a)地域ネットワークの醸成

上記のような入院クリニカルパス、地域移行パスを現実的なものにするためには、地域と医療の間に強固な信頼関係及びネットワークが醸成されている事が前提となる。本研究におけるディスカッションの中で地域ネットワークを醸成するための、個々の症例を通じて、もしくは症例とは関係のない場面での有効な方法について検討した。個々の症例を通ずる場合では、上記のように退院後も継続した地域ケア会議を行うことに加え、訪問診療、訪問看護等で医療側が地域に出向き、“顔の見える関係” を作っていくことが望まれる。また症例とは関係のない場面として、地域によっては強度行動障害を伴う知的障害児者に係る支援者らの間で連絡協議会が開かれており、そういった会議への

参加や研修会等を定期開催するといった案が出た。ディスカッションの中で明らかになったのは、現状では医療と福祉、行政が個々の症例においてはかろうじて同じ方向を向く事ができているが、地域全体を見た時にそれぞれの病院や事業所、行政が全く違う方向を向いているとまではいかないが、足並みは揃っておらず、大きな意味での地域ネットワークは全く構築されていないという事が明らかとなった。しかしそのような地域全体のネットワークは一病院や一事業所が尽力しても構築する事は困難であり、これまでも行政が尽力してきたことと思われるが、今後は広域的人材等が重要な役割を担う事が期待される。

(b)地域ケア会議

地域ケア会議については質問紙法にて最も適切なケア会議の頻度について、2週に1回、1月に1回、2ヶ月に1回、3ヶ月に1回で検討したところ37名(65名中)が1月に1回の頻度が適切であると回答が得られた。そのため急性期、開放観察期、地域移行期のそれぞれにおいて地域ケア会議を行う事が望ましいと考えた。また地域ケア会議は漫然と行うのではなく、それぞれのステージに応じて目的をもって行う事が重要となる。

入院時の地域ケア会議では上記のように地域側からありとあらゆる情報を得ることは当然であるが、最も重要と考えられるのは、入院の治療目標・到達目標、退院後の支援体制について地域支援者らと検討し、計画する事である。医療側が主導で検討する事は結果として地域側との齟齬を生み、“押し付け合い”が生じさせてしまう可能性があるからである。急性期ステージでの地域ケア会議では薬物調整について、心理アセスメントや患者の特性についての情報共有を行い、その情報をもとに退院後の想定される支援体制を記した退院後支援計画書の雛形を共有し、地域側と検討する。そして開放観察期に行う予定としている治療介入や余暇活動、自立活動についての説明を行い、それらが地域移行後も再現可能な否かについての検討が中心となる。開放観察期ステージの地域ケア会議では行った治療介入及び開放観察により得られた情報の共有、退院後支援計画書の修正を行う。地域移行期ステージでの地域ケア会議では入院治療の総括として、入院中の観察から得られた情報の共有、介入手法、環境調整、退院後支援体制書・クライシスプランの最終確認が中心となる。この時期の地域ケア会議について重要なのは、やはり介入手法、クライシスプランの伝達である。これらは言葉で伝えるには限界があり、可能な限り統一した対応を目標とするのであれば実際に職員が対応している姿を地域側に見てもらふ事が有効となるだろう。退院後も継続的に地域ケア会議を行う事が望まれる。入院から通院へ移行した後にも

入院中に作成したクライシスプラン、退院後支援計画書の妥当性、有効性についての検証を繰り返す必要がある。そもそも入院中に作成したクライシスプラン・地域実施計画書については“入院環境”の中で作成されたものであり、あくまで雛形であることは全ての支援者が理解しておく必要がある。強度行動障害を有する知的障害児者が周囲の環境によって大きく影響される事は既知であり、病院から地域へ **soft-landing** するため、いかに手を尽くして環境整備を行なったとしても全く同質の環境を提供する事は不可能である。そしてその環境の差は強度行動障害を有する知的障害児者に確実に影響を与え、それに合わせてクライシスプラン、退院後支援体制計画書も変化を要求される。そのため通院治療へ移行した後にも継続的に多職種、多機関を交えたケア会議を定期的に行い、対象者の状況、状態についての共有し、クライシスプラン・地域実施計画書の妥当性について検証する必要がある。また症例によっては退院後早期に危機的状況を迎える事は少なくなく、そういった処遇困難が予想されるのであれば、予め地域内での処遇の見通しとそれが破綻した際にどのように支援体制を再構築するか、またどの程度まで危機的状況に陥った際に再度の入院処遇を行うかまで検討しておくことでより支援者らの安心、信頼関係に加え、を強固にするだろう。そのため地域ケア会議を退院後も継続して開催することが望ましいだろう。その頻度については個々の症例と危機的状況であるかどうかに応じてではあるが、1-3ヶ月の頻度であれば無理なく医療側も参加可能ではないかと考える。

特筆すべきは、処遇困難事例については地域移行に難渋する場面がしばしば見られている。処遇困難となり得る予測因子の同定は困難であった。おそらく各地域における医療や福祉資源などが影響するためと考えられた。そして一般的な事例に比してより多くの外部機関が集結するが、地域ケア会議の場面では行動障害の困難さが際立って議論され、病院対地域については医療と福祉の対立構造が生じる可能性がある場面が散見されている。それらがエスカレートすると、まさに‘押し付け合い’のような状況から、特定の機関に負担が集中し、地域ネットワークの破綻が危惧される。地域ネットワークの破綻は、強度行動障害児者らに不利益をもたらすため、特にその処遇が困難となる患者における地域ケア会議では対立構造となるのを防ぐために第三者的立場から有識者の参加が必要となる。第三者的立場の有識者とは当初は強度行動障害研究会のメンバーや県外のスーパーバイザーを想定していたが、現在育成が予定されている広域的支援人材が今後その適性を持っていくと考えられる。そしてこれらの地域ケア会議については医療側が主体となるのではなく、医療はあく

まで地域資源の中で名脇役となることを目指し、地域でのケアプランの中心は患者、その家族であり、そのマネージャーとして計画相談事業所や基幹相談支援センターらがイニシアチブを取ることが本来適切であると考えられるが、現状では地域側が確実にイニシアチブを取れる程度に医療と福祉が“対等な関係”であるとは言い難い。地域側がケアマネジメントにおいてイニシアチブが取れるような土壌を作っていく事も喫緊の課題の一つであるとする。

D. 考察

本研究では地域の強度行動障害を伴う知的障害児者に関わる多機関の有識者らとのディスカッションを通して、地域移行に際して重要な役割を担う地域ケア会議やそれに必要な情報を整理し、地域移行に向けた入院中の治療戦略について検討をした。地域移行パス、クリニカルパス、退院後支援体制計画書等を作成したが、これらはあくまで暫定的かつ理想的であり、それらを利用する病院や医療者、患者、地域支援者がそれぞれの解釈によって、またそれぞれの地域におけるネットワークの醸成具合により様々な様相を呈することが予想される。上記のように、強度行動障害に対応するためには、相応の人的資源とテクニックが必要であるが現在の診療報酬では、多職種が揃い難い事や人的資源をここまで動員することができない病院も多々存在すると思われ、今後の診療報酬改定でなんらかの好転が望まれる。また3ヶ月以内の再入院となった際に精神科急性期治療病棟入院料を算定する事ができない現行のシステムでは再入院のハードルが高くせざるを得ない。再入院のハードルを高くすることは地域ネットワークを構築する上で医療が対応できない、いわば“手を引かざるをえない”時期ができてしまう事は地域ネットワークを構築する上で大きなウィークポイントになり得る。もちろん再入院のハードルを下げた事で強度行動障害を伴う知的障害児者が再入院を繰り返し、むしろ地域移行を促進しないというピットフォールに陥る可能性は否定できないが、彼らを取り巻く地域ネットワークの中で医療が名脇役になるためには柔軟に再入院を受け入れられるようなシステムに変革を遂げる必要もあるのでないかと考える。最後に現在広域的支援人材の育成が始まっているが、広域的支援人材は上記のように集中的支援に入り、知的障害児者に対し、専門的知識を持って環境調整や支援のアドバイスをしていく事となっているが、それ以外にも医療と地域の中継ぎや大きな意味での地域ネットワークを育てていく上で大きな役割を果たすのではないかと期待している。

E. 結論

本研究では地域の強度行動障害を伴う知的障害児者に関わる多機関の有識者らとのディスカッションを通して、地域移行に際して重要な役割を担う地域ケア会議やそれに必要な情報を整理し、地域移行に向けた入院中の治療戦略について検討した。

G. 研究発表

予定はない

H. 知的財産権の出願・登録状況

予定はない

氏名:

医師:

心理療法師:

作業療法師:

精神保健福祉士:

看護師:

使用開始日:

使用終了予定日:

様

☐ 強度行動障害スコアによる評価

☐ ABC-Jによる評価

- ☐ ABC-Jによる評価
- ☐ ABC分析に関するレクチャー受け
- ☐ 身体計測・検査
- ☐ 生活技能の評価、発達・知能検査のレクチャー受け
- ☐ MDT会議
- ☐ 薬剤療法(鎮静)
- ☒ 日常生活能力の把握

☐ ABC-Jによる評価

帰宅地のスケジュールへ徐々に変化

- ☐ に変化
- ☒ ABC分析に関するレクチャー受け
- ☐ 栄養状態の評価
- ☐ 環境の構造化
- ☐ 薬剤療法(気分良く抑制)

☒ 枠組みの構築(分化強化)

- ☒ 薬剤療法(時に軽い賦活)
- ☒ 栄養状態の評価

☒ 生活技能の評価

(例) ○○さんのクライシスプラン

青色～黄色・赤色への移行する際のサインなどの情報があれば、盛り込んでおく。

約束が守れている
機嫌よく歌を歌う
ニコニコしている
生活リズムが安定している

表情が少し硬くなる
大きな声を出す
ホールを走り回る
ドアや窓を叩く

スタッフや他の患者さんに対する暴力行為
物を投げる

- ・約束事を一緒に確認する。
- ・出来ている事を積極的に褒める。

- ・約束事を一緒に確認する。
- ・ダメなことはダメと伝える。
- ・本人の行動を見守りながら、対処行動（部屋に戻り、頓服を飲む）が取れるように支援する。
- ・対処行動が取れた際は大いに褒める。

- ・一緒に自室に戻る。
- ・赤色の状態から黄色ないしは青色になるまで自室でクールダウンする。
- ・約束事を確認することが出来れば、開放観察を開始する。

対処行動は具体的かつ誰が見てもわかるように記載する。その時の声掛けなども統一されているとなお良いが、クライシスプラン自体は情報量が多すぎても使いづらくなるため、声掛け表なるものでまとめておくともよいかもしれない。

退院後支援体制計画書（病院 → 在宅）

患者名		主治医	
患者 ID		看護師	
診断名		作成者	

退院日：令和 年 月 日（ ）： （予定）

退院後の事業所利用

事業所① (事業名)	()	時間	: ~ :	担当者	
事業所② (事業名)	()	時間	: ~ :	担当者	
事業所③ (事業名)	()	時間	: ~ :	担当者	

<共有事項>

- 1) コミュニケーション
- 2) 環境調整
- 3) ADL
- 4) クライシスプラン
- 5) マイルール こだわり
- 6) 支援時のポイント

言語	サイン	文字	絵カード	その他
視覚提示		構造化		その他
自立	声掛け	見守り	介助	その他
有 ・ 無				

<緊急時対応>（頓服薬等）

- 1)
- 2)
- 3)

<緊急時連絡先>

日 中：
夜 間：
相談員：

<留意事項>

さいがた医療センター （ 病棟）

記入日	令和 年 月 日（ ）
-----	-------------