

研究課題名（課題番号）：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（24GC0701）

分担研究報告書

分担研究課題名 「強度行動障害の理解と背景」（基礎編前半）
「強度行動障害への標準的な治療とは」（基礎編後半）
「精神科病棟における強度行動障害チーム医療」（応用編）
講義資料及び講義ビデオの作成

研究分担者：會田千重（国立病院機構 肥前精神医療センター）

研究要旨

令和 4—5 年度「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」（會田班）で作成された強度行動障害チーム医療研修プログラムについて、強度行動障害者の特性や行動上の課題が一般医療従事者にも分かるようになっているかを見直すとともに、一般医療受診環境で生じうる問題とその背景に関する記載を加筆して、以下の講義資料および講義ビデオを作成した。

「強度行動障害の理解と背景」（基礎編前半）

【目標】一般医療、各科の医療者が強度行動障害のアセスメントと対応の基本について理解でき、クライシスプランについても知ることができる。診療報酬のしくみについても理解できる。

「強度行動障害への標準的な治療とは」（基礎編後半）

【目標】強度行動障害への「標準的な支援」を踏まえて、多機関と双方向に連携し情報収集すること、構造化や行動の意味（機能）を考えた病棟環境の調整など標準的な入院対応の概要を知る。

「精神科病棟における強度行動障害チーム医療」（応用編）

【目標】精神科医療従事者が強度行動障害チーム医療研修の概要と福祉・教育等との共働について理解し、多職種チーム（MDT）カンファレンスやクリニカルパス実践の重要性を理解できる。

令和 7 年度には研修プログラムを実際に試行することを予定しており、受講した研修生や専門家・当事者家族の意見を丁寧に確認し、現実的な研修プログラムとなるよう、他講義も含め難易度や内容の調整に十分留意することが重要と考える。

A. 研究目的

令和 4—5 年度「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」（以下會田班）で作成された強度行動障害チーム医療研修プログラムについて、強度行動障害者の特性や行動上の課題が一般医療従事者にも分かるようになっているかを見直すとともに、一般医療受診環境で生じうる問題とその背景に関する記載を加筆する。

また、それぞれの講義の到達目標は以下に記す。

「強度行動障害の理解と背景」（基礎編前半）

【目標】一般医療、各科の医療者が強度行動障害のアセスメントと対応の基本について理解でき、クライシスプランについても知ることができる。診療報酬のしくみについても理解できる。

「強度行動障害への標準的な治療とは」（基礎編後半）

【目標】強度行動障害への「標準的な支援」を踏まえて、多機関と双方向に連携し情報収集すること、構造化や行動の意味（機能）を考えた

病棟環境の調整など標準的な入院対応の概要を知る。

「精神科病棟における強度行動障害チーム医療」（応用編）

【目標】精神科医療従事者が強度行動障害チーム医療研修の概要と福祉・教育等との共働について理解し、多職種チーム（MDT）カンファレンスやクリニカルパス実践の重要性を理解できる。

B. 研究方法

本研修プログラムは、2015 年度から国立病院機構・肥前精神医療センターで行われてきた「強度行動障害チーム医療研修」「強度行動障害を伴う発達障害医療研修」（行動療法や構造化等の専門知識を踏まえた講義やグループワークからなり 2024 年度までに 1,302 名修了）を基盤とし、令和 4-5 年度厚労科研「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」の事前研修動画に「B. 研究方法」に記載した到達目標を設定した上で加筆修正を行った。また本研修プログラムで使用するシートや資料は、會田班で作成し既に有効性が報告された同介入プログラムで使用されたものを活用した。

（倫理面への配慮）

事例に関しては、個人情報保護に最大限留意し、発表に関しては本人に同意取得が困難であるため、保護者に説明し同意を得ている。

C. 研究結果

基礎編前半は、プログラム全体として「強度行動障害の外来診療が適切にできる」事を目標としており、講義 2「強度行動障害の理解と背景」では、実際にまだ強度行動障害を有する患者に接したことがない、あるいは経験の少ない医療従事者も多々受講することを想定した簡潔な内容を心がけた。

他の 6 つの講義部分と一部内容の重複はあるが、ポイントを各セクション見出しに簡潔にまとめ、他のどの講義に相当する内容かも講義番号で提示し、研修生が研修プログラム

全体を把握しやすいように努めた。その上で、医療分野では一日に多職種のスタッフが関わること多いため、医師に限らず、看護師や作業療法士、ケースワーカー、心理療法士などによるチームとしての関わりや業務分担が、各医療機関で想定しやすいよう講義内容を工夫した。診療報酬やクライシスプランについても具体的に触れ、実践的な講義内容になるよう配慮した（講義スライド参照）。

基礎編後半は、基礎編前半を受講した医療機関の研修生が、更に「強度行動障害への 90 日間までの標準的な精神科入院治療が適切にできる」事を目標に参加するものであり、講義 1「強度行動障害への標準的な治療とは」では、外来での検査・処置、薬物調整のみでなく、機能的行動アセスメントや TEACCH®自閉症プロ

グラムに基づく構造化など、福祉領域で「標準的な支援」と呼ばれる基本的な知識を身につけ、その上で一定の入院期間でも行動障害が悪化したり、新たな行動障害が出現しない様に配慮した治療ができるよう、内容を工夫した。そのため使用するシートとしてクライシスプランシートのみでなく、入院時に確認が不可欠な「医療基本情報シート」「生活・コミュニケーション支援情報シート」についても触れた。また患者の一日の生活の流れを紹介し、「標準的な支援」のために「広義の医療」が必要であることを強調した。基本知識の一つである機能的行動アセスメントについて、ストラテジーシートを紹介し、また構造化の重要性を伝えることで、他講師の講義に繋がりにくいよう配慮した。また受講した研修生が現場で孤立しないで治療介入する必要があるため、「多職種チーム医療」「チームマネジメント」を意識しやすいように、「多職種チーム医療チェック表」について詳しく述べた。

応用編は基礎編前半・後半を受講した医療機関が、更に「強度行動障害への 90 日間までの専門的な精神科入院治療が適切にできる」事を目標に参加するものである。講義 2「精神科病棟における強度行動障害チーム医療」では、精神科医療従事者が強度行動障害チーム

医療研修の概要と福祉・教育等との共働について理解し、最終的に多職種チーム（MDT）カンファレンスやクリニカルパス実践の重要性を理解できる事を目標とする。そのため、基礎編後半の内容は理解した上で、更に退院先（移行先）を見据えながら入院治療を行うことの重要性を強調した。医療機関だけで支援を組み立てるのではなく、入院前の支援者や家族が用いていた支援グッズも取り入れて、多分野と垣根のない支援が導入でき、治療介入に活かせること、そのうえで病院環境で得られた情報や手法を地域の支援者や家族にうまくフィードバックして、地域支援体制の一部として医療機関が存在することを目指せるような講義内容とした。

D. 考察・結論

強度行動障害は、幼児期・学齢期からその傾向が認められることが少なくないため、予防や幼少時からの継続した支援の必要性も強調する必要がある。本研修プログラムは、その点を意識したプログラム構成となっているが、実際に強度行動障害を呈した状態の知的・発達障害児（者）に困難さを感じている医療者が多いと思われるため、具体的・実践的な講義やワーク、情報提供を行い、各地域での強度行動障害医療の発展や充実に寄与したいと考える。

またおそらく研修プログラムを実際に試行した段階で、内容の重複や難易度の調整などが不可欠と考える。受講した研修生や専門家・当事者家族の意見を丁寧に確認し、現実的な研修プログラムとなるよう令和 7 年度の調整に十分留意することが重要と考える。

E. 健康危険情報

本研究に関係する健康危険情報はない。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

第 121 回日本精神神経学会学術総会 シンポジウム 69「ライフステージを通じた強度行

動障害の地域支援体制の発展を目指して」
(2025. 6 月、神戸)

第 79 回国立病院総合医学会 シンポジウム
「強度行動障害チーム医療研修の現状とこれから」(2025. 11 月、金沢)

にて関連する内容を発表予定

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

<参考文献>

1. R4-R5 年度 厚生労働省科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究総括研究報告書（研究代表者：會田千重）厚生労働科学研究データベース
2. R5 年度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（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター）厚生労働科学研究データベース
3. 「強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会」の報告書
4. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_32365.html
5. 令和 3 年度障害者総合福祉推進事業「強度行動障害児者の実態把握等に関する調査研究」事業報告書 PwC コンサルティング合同会社 令和 4 年 3 月

医療従事者のための強度行動障害チーム医療研修
基礎編前半 2

強度行動障害の理解と背景

国立病院機構肥前精神医療センター 會田千重

1

- 本講義に関して開示すべきCOIはありません
- 事例に関しては、個人情報保護に最大限留意し、発表に関してはご本人またはご本人に同意取得が困難な場合、保護者もしくは成年後見人に説明し同意を得ています

2

講義内容

1. 強度行動障害の定義と概要
2. 強度行動障害の状態にある人のアセスメント
3. 強度行動障害の状態にある人の対応の基本
4. クライシス・プランとは
5. 強度行動障害の診療報酬のしくみ
6. まとめ

3

1. 強度行動障害の定義と概要 ～ポイント～

- 強度行動障害とは重度・最重度知的障害を伴う自閉スペクトラム症が中核群で、顕著な行動障害を呈している「状態」を指し、近年は疫学調査が進んでいます
- 予防、介入、身体的治療など、各医療機関でできることは異なります



4

強度行動障害とは？

- ◆強度行動障害とは、自傷、他害、こだわり、もの壊し、睡眠の乱れ、異食、多動など本人や周囲の人の暮らしに影響を及ぼす行動が、著しく高い頻度で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている「状態」です
- ◆強度行動障害にはさまざまな状態像が含まれますが、強い自傷や他害、破壊などの激しい行動を示すのは重度・最重度の知的障害を伴う自閉スペクトラム症の方が多く、**自閉スペクトラム症と強度行動障害は関連性が高い**と言われています
- ◆令和3年度に障害支援区分認定調査を受けた 267,569 件分のデータのうち、「行動関連項目」の合計点が 10 点以上は約 15%であり、40,135 人がこの基準での「強度行動障害」にあたります
(＊厚生労働省「強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会」報告書より)
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_32365.html

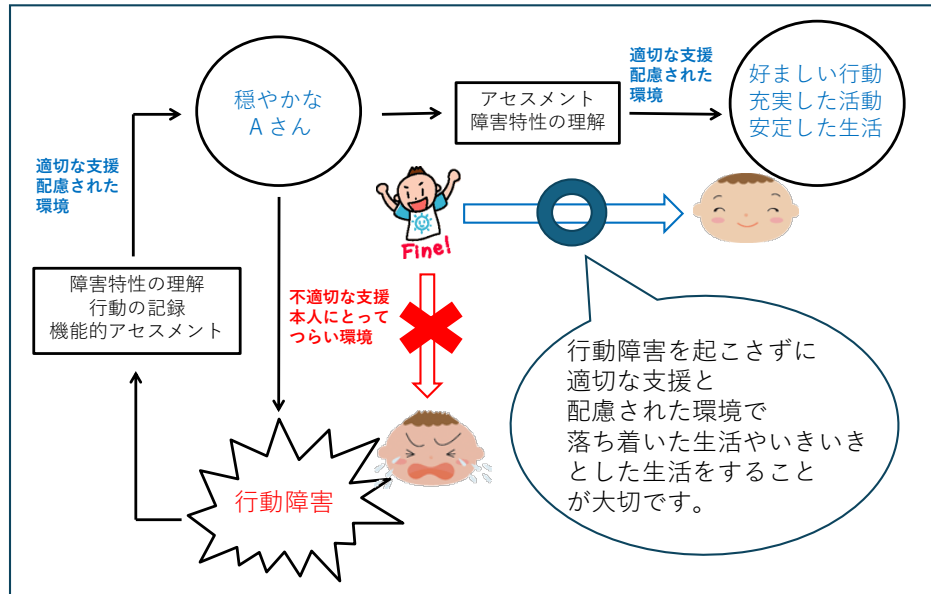
5

Challenging Behaviour(Behavior) チャレンジング行動

- ◆海外では類似の**Challenging Behaviour(Behavior)**という概念があり、その定義は「本人や他の人の身体的安全が深刻な危険にさらされるような強度、頻度、または持続時間のある文化的に異常な行動、もしくは通常地域の施設の利用を制限されたり、利用できなくなってしまうような行動」です

6

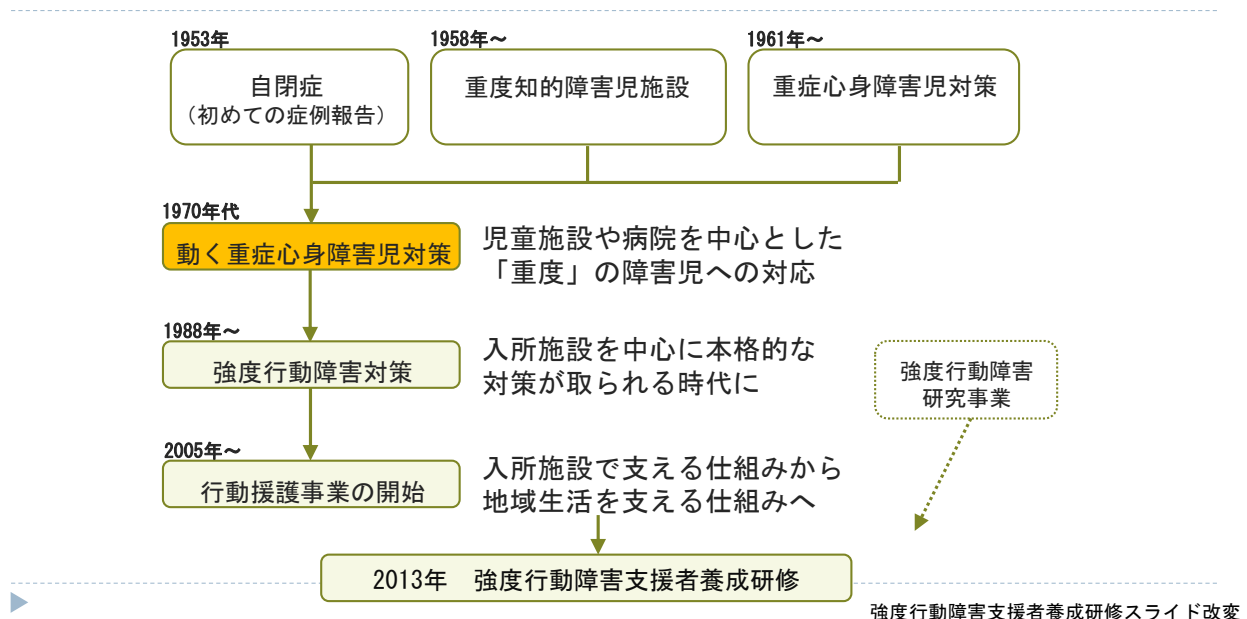
行動障害に対応した支援→予防の支援へ



「佐賀CB支援ネット」勉強会2018資料を改変

7

強度行動障害対策の歴史的経緯



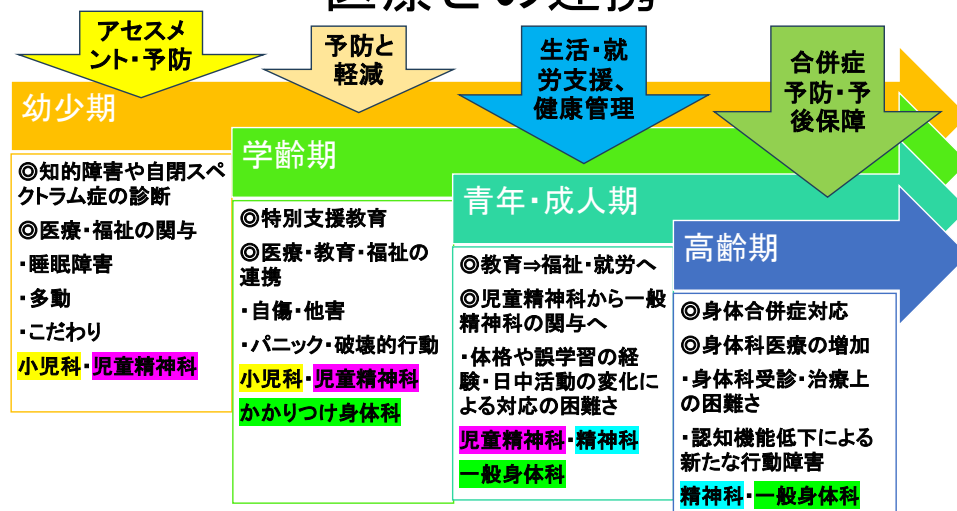
8

強度行動障害処遇/サービスの現状



9

強度行動障害と介入時期における課題 医療との連携



直近の論文によると、乳幼児期（睡眠障害・多動・こだわり）・学齢期（自傷・他害・破壊的行動）・成人期とわけて予防や対策の必要性（Inoue et al, 2022）

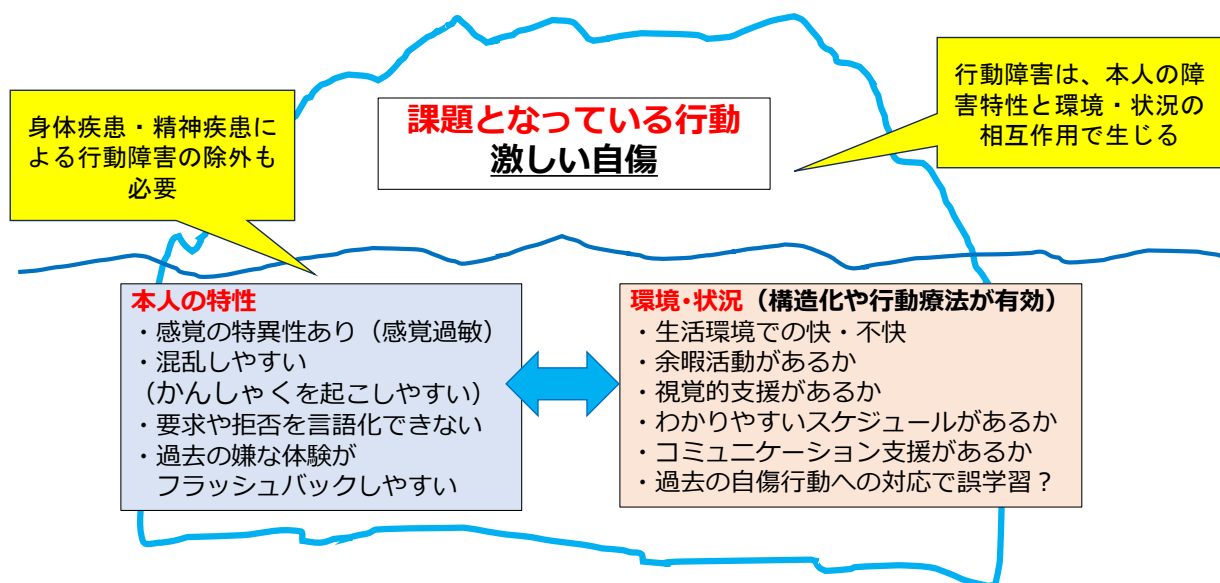
10

講義内容

1. 強度行動障害の定義と概要
2. 強度行動障害の状態にある人のアセスメント
3. 強度行動障害の状態にある人の対応の基本
4. クライシス・プランとは
5. 強度行動障害の診療報酬のしくみ
6. まとめ

11

行動障害について冰山モデルで考える Iceberg Model (Schopler, E ; 1995)



12

「本人の特性」のアセスメント

1. 全般的なアセスメント～講義5「医療受診・入院に先立つ情報の集め方」
講義6「障害特性に基づく環境作りやコミュニケーション支援」
日常生活での観察、本人の好みや希望
生活・コミュニケーション能力
身体疾患の合併や不調（体調が整っているか）
精神疾患の合併（優先すべき治療があるか）
2. 障害特性のアセスメント～講義4「発達障害支援ニーズと合理的配慮」・講義6
知的能力の評価（得意・苦手の評価）：知能検査、遠城寺式・乳幼児分析的発達検査
自閉スペクトラム症特性の評価：CARS-2、PARS®-TR、ADOS-2、ADI-R
ほかにADHD特性の評価なども
感覚処理特性の評価：感覚プロファイル（Sensory Profile™）
ストレングスのアセスメント：Vineland™-II 適応行動尺度
個別教育支援計画の記載内容など

13

「環境・状況」のアセスメントと調整

1. 本人の好みや希望に沿っているか？ [講義4・6・7](#)
合理的配慮は？（障害者差別解消法）
2. 介入手法（将来の姿・移行先を見据えて） [講義3～7、基礎編後半や応用編講義でも](#)
構造化
機能的行動アセスメントによる介入
表出コミュニケーションの支援 PECS®（絵カードコミュニケーション・システム）、PECSTalk™など
感覚処理特性への配慮、刺激のコントロール
クライシス・プランシート [後述](#)
余暇活動の充足、日中活動の内容・量の検討
福祉サービスの積極的利用（入院中の行動援護・重度訪問介護も）
3. 家族・地域支援 [講義3、基礎編後半や応用編講義でも](#)
家族の状態・家族歴の把握と支援、地域でのネットワークによる支援

14

「課題となっている行動」のアセスメント

1. 行動の評価をする（標準的な評価尺度）
 ABC-2（異常行動チェックリスト日本語版：Aberrant Behavior Checklist Second Edition）
 BPI-S（行動問題調査票短縮版日本語バージョン：Behavior Problems Inventory-Short Form）
2. 行動の成り立ちを知る
 誤学習・適切な行動の未学習？
 変遷は？（いつから出現しどのように持続・変化しているか）
 トラウマやフラッシュバックの関与は？
3. 行動の機能（意味）を分析する＝機能的行動アセスメント
 基礎編後半講義 4「チャレンジング行動の理解」

15

講義内容

1. 強度行動障害の定義と概要
2. 強度行動障害の状態にある人のアセスメント
3. 強度行動障害の状態にある人の対応の基本
4. クライシス・プランとは
5. 強度行動障害の診療報酬のしくみ
6. まとめ

16

3. 強度行動障害の状態にある人の 対応の基本 ～自閉スペクトラム症について

自閉スペクトラム症の診断基準に示される症候のベースには「学習スタイル」があり、それに応じた支援が、ライフステージ・場面を通して、切れ目なく行われることが重要です

(詳しくは、講義4で)



17

自閉スペクトラム症 (ASD) の支援のポイント

(ASD: Autism Spectrum Disorder)

ASDの人の学習スタイル

- ・視覚優位
- ・中枢性統合の弱さ
- ・独特の注意の向け方
- ・実行機能の困難
- ・感覚の特異性
- ・心の理論の弱さ



支援のポイント

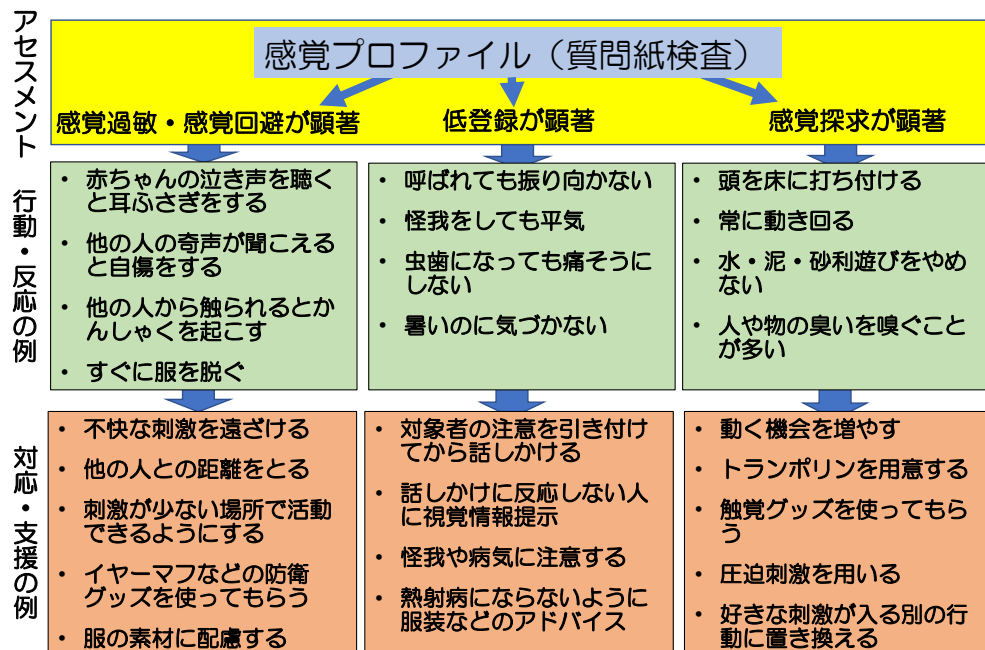
- ・秩序だっていること
- ・予測できること
- ・明確で具体的であること
- ・慣れ親しんでいること
- ・興味、関心をいかす
- ・肯定的に伝える
- ・視覚的支援を活用する
- ・不要な刺激を減らす

刺激のコントロール・構造化・視覚化
肯定的で一貫した対応がキーワード

肥前精神医療センター 瀬口康昌Drスライド

18

参考：感覚処理特性に応じた支援



(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 岩永竜一郎先生スライド)

19

3. 強度行動障害の状態にある人の対応の基本 ～身体的治療と薬物療法

身体合併症が生じてても、自覚的訴えができない、元来の生物学的な脆弱性などから、症状が非典型的であったり、重症化が見逃されやすい人たちです。コツは「軽症のうちの検査」「視覚的支援などを用いた検査・処置」です。

また、薬物療法は第一選択の治療ではなく、短期的・長期的副作用に留意が必要です。



20

強度行動障害を有する知的・発達障害児(者)の 身体的治療の困難さと受入れ先の不足

➤ 強度行動障害＋医療的ケア

～加算や入院対象となるための基準はあるが、
対象閾値以下の「医療的ケア判定スコア」点数でも対応困難

➤ 強度行動障害＋急性期の身体疾患治療（外傷や感染症、その他の一時的な身体疾患）

～対応に難渋するため受入れ医療機関が少なく、**保護者の付き添い必須の病院も**
～新型コロナウイルス感染で重症化しても転院に難渋した

➤ 強度行動障害＋検診（生活習慣病や悪性腫瘍）

～かかりつけ医受診や精神科病院入院中にできる範囲ですのみ（採血・画像検査など）

➤ 強度行動障害＋予防接種

～集団接種やかかりつけ医ではできない場合も多い

21

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（R5 障害者総合福祉推進事業：代表者NCNP 岡田俊）

・ 医師歯科医師対象調査（130名）

- ・ **対象疾患**は、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、総合内科など、急性期から慢性期治療、高度医療までさまざま
- ・ **治療上の困難さあり**～多動、安静保持困難、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。親きょうだいや支援者の同伴を要するなど
- ・ **診療の状況**は、一般病棟＋精神科併診は2割、一般身体科のみor精神科病棟を利用して一般身体医療実施が多い、行動制限も9割以上
- ・ **役だった工夫**として、視覚的な説明、タイマー、手順書、スケジュールの活用、入院期間の短縮、事前の情報収集だが、カンファレンスの実施やケースワーカー関与は少数

22

検査・処置時の視覚的支援～持参してもらう場合も



肥前精神医療センターの例

23

知的・発達障害に対する薬物療法の留意点

- 発達障害に対する向精神薬投与はほぼ適応外処方～
「小児の自閉症スペクトラム障害に伴う易刺激性」への**抗精神病薬**
ADHD（注意欠如・多動性障害）に対する**抗ADHD薬**のみ承認
- 自閉スペクトラム症や「Challenging Behavior」に対して **非薬物療法**
～**心理社会的介入が第一選択**（NICE guideline 2013,2015）
- 知的障害・自閉スペクトラム症やChallenging Behaviorに対し有効性
行動療法や行動の機能分析（Doehringら, 2014）（Heyvaertら, 2014）（Hornerら, 2002）
コミュニケーション指導（Hutchins and Prelock, 2014）
医療機関を含めた地域での包括的介入（McNellis and Harris, 2014）
- 自覚的訴えがないことが多く、効果や副作用の判定が大事、個人差も大きい
～ **“start low, go slow”**（参考：吉川 臨床精神薬理, 2013）

24

3. 強度行動障害の状態にある人の対応の基本 ～多機関連携と専門的医療

先行研究でも、最近の調査でも、精神科病棟で2年以上の長期在院知的・発達障害患者は約1～3%*にのぼっています。入院長期化を是正するために多機関と地域で連携し、非薬物療法も含めた専門的医療を行うことが重要です。

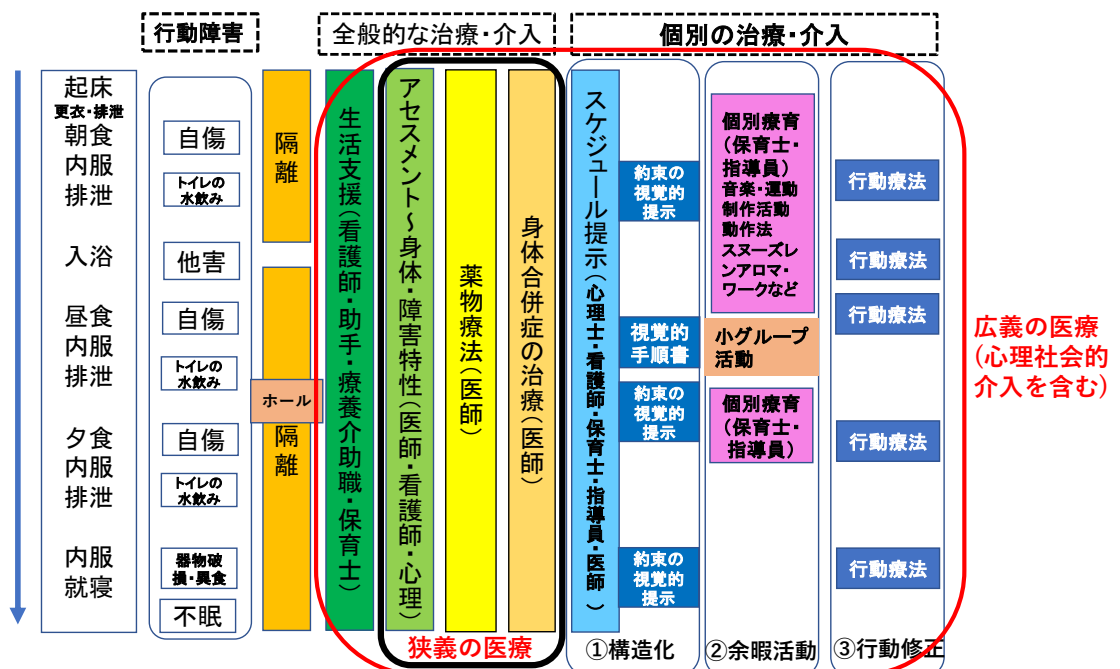
福祉・教育など多分野との連携は、本人・保護者のためだけでなく、医療者側にとっても、負担やストレスを減らすために重要です。

*2009厚労科研・2015厚生労働行政推進調査事業調査より



25

強度行動障害には狭義の医療＋広義の医療が入院から退院まで必要



26

他に余暇グッズ・室内グッズとして・・・ ～重度知的障害がある場合～

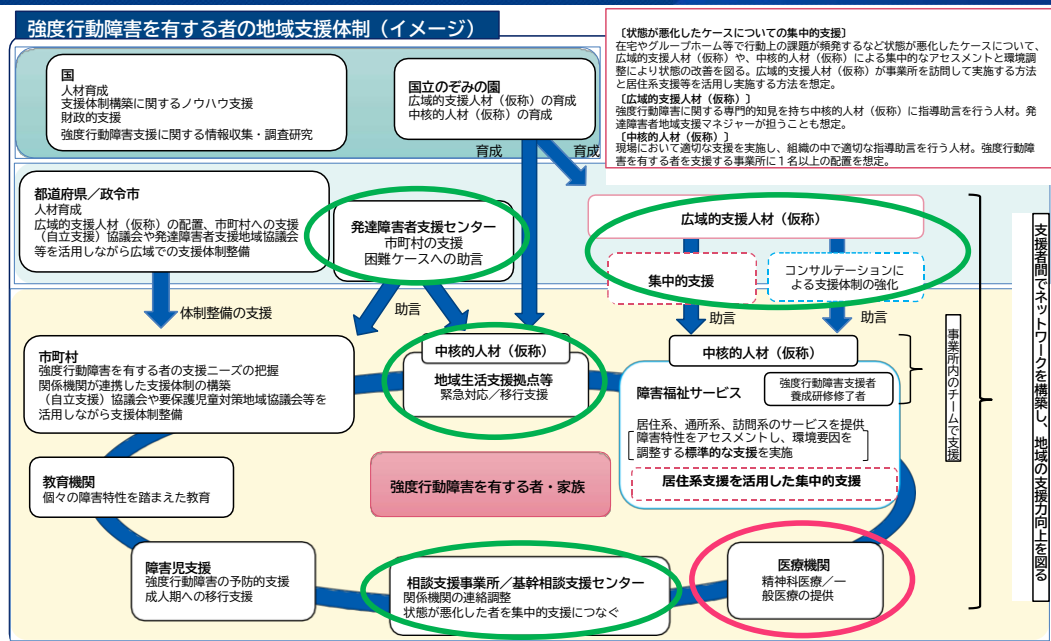
常時室内に入れておけるもの

ぬいぐるみ	自分の好きな毛布 や枕	音の出る絵本	ストロー(感覚遊 び)
音楽プレイヤー(操 作は自分orスタッ フで)	DVDプレイヤー(操 作は自分orス タッフで)	工作グッズ	タブレット(ネット 無しでもいいよう ダウンロード済み)
野球選手図鑑	好きな図鑑	路線図・地図	アロマグッズ

使用時のみ出し入れするもの

29

強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会報告書～概要③～



30

倫理・人権・虐待防止のこと ～関連する法律等

2012年10月施行

- ・「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」
(障害者虐待防止法)

障害者福祉施設従業者による障害者虐待で**行動障害のある者の割合が33.5%(R4)**

2016年4月施行

- ・「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」
(障害者差別解消法)

「合理的配慮」は義務

2001年3月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」身体拘束ゼロへの手引き
～高齢者ケアに関わるすべての人に～

- ・(一般病床で)「**緊急やむを得ず**」身体拘束が認められる場合は1)「**切迫性**」「**非代替性**」「**一時性**」の3つの要件を満たし、2)これらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られる

安全ベルト・ミトン・つなぎ服も拘束です!

31

講義内容

1. 強度行動障害の定義と概要
2. 強度行動障害の状態にある人のアセスメント
3. 強度行動障害の状態にある人の対応の基本
4. **クライシス・プランとは**
5. 強度行動障害の診療報酬のしくみ
6. まとめ

32

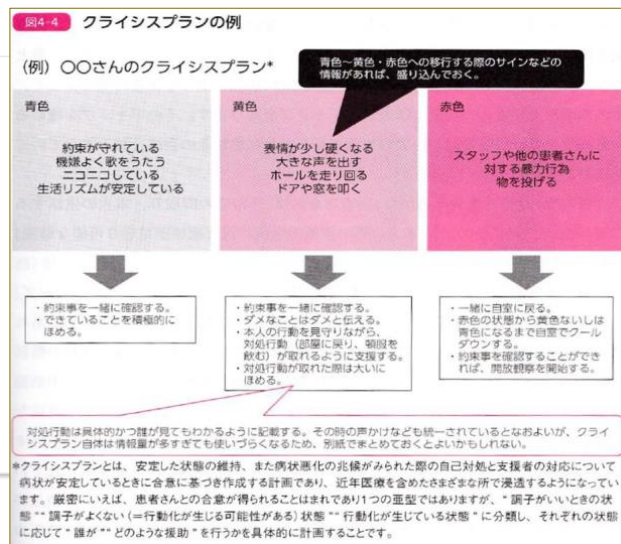
クライシス・プランシート（基礎編後半ワーク2 参照）

クライシスプランシート

	(***)いつもの様子	(>.<)注意サイン	(T.T)介入が必要
状態			
介入の仕方			

精神科医療現場での活用比較的多い

保護者や福祉支援者の情報から、主治医・看護師で作成し、多職種で共有しておく
～医療機関では、看護師が作成しやすい



山下健: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」
第4章、「精神科病棟で実践する強度行動障害医療」より

クライシス・プラン（CP-J）活用時の留意点

- ・クライシス・プラン（CP-J）は「安定から悪化までの生活・病気の状態に応じた自己対処及び支援者の対応、さらに悪化時の希望について、当事者と支援者が協働的に作成するプロセスにより合意された計画」（狩野俊介・野村照幸，2024）を指す
- ・強度行動障害の領域においては患者さんと合意形成できない部分があり、その場合には定義における“共同的に作成するプロセス”という部分と合致しない可能性がある
- ・基本的に協働的に作成するが、強度行動障害の領域においては支援者にとっての支援ツールとして活用されうる

クライシス・プラン（CP-J）研究会（クラブラネット）
<https://www.crisis-plan-japan.page>

講義内容

- 1. 強度行動障害の定義と概要
- 2. 強度行動障害の状態にある人のアセスメント
- 3. 強度行動障害の状態にある人の対応の基本
- 4. クライシス・プランとは
- 5. 強度行動障害の診療報酬のしくみ
- 6. まとめ

35

別紙 14 の 2

強度行動障害児（者）の医療度判定基準				
I 強度行動障害スコア				
行動障害の内容	行動障害	行動障害	行動障害	行動障害
1 ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	肉が傷えたり、頭部が変形に くなど。			
2 ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	噛みつき、蹴り、なぐり、強 かなような行動など。			
3 激しいこだわり	強く指示しても、どうしても みとおす、何百メートルも前 行為で止めても止めきれない			
4 激しい器物破壊	ガラス、家具、ドア、茶碗、 危害が本人にもまわりにも及 てしまうなど。			
5 睡眠障害	昼夜が逆転してしまっている 危害を加えるなど。			
6 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	テーブルごとひっくり返す、 いれず、皆と一緒に食事で 常をきたした偏食など。			
7 排泄に関する強度の障 害	便を手でこねたり、便を投げ 的的に排泄排泄行為を繰り返すなど。	以上	以上	毎日
8 著しい多動	身体・生命の危険につながる飛び出しをする。目を離すと一時も 座れず走り回る。ベランダの上など高く危険なところに入る。	月1回 以上	週1回 以上	ほぼ 毎日
9 通常と違う声を上げたり、 大声を出す等の行動	たえられない様な大声を出す。一度泣き始めると大泣きが何時間 も続く。	ほぼ 毎日	1日中	絶えず
10 パニックへの対応が困難	一度パニックが出ると、体力的にもとてもおさまれずつきあつ ていけないう状態を呈する。			困難
11 他人に恐怖感を与える程 度の粗暴な行為があり、対 応が困難	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、 かわっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある。			困難

A-231-2 強度行動障害入院医療管理加算（2010～）

I 強度行動障害スコア
10点以上

II 医療度判定スコア
24点以上（医療必要度）

算定可能なのは・・・

●障害者施設等入院基本料を算定する病棟

●児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する病棟

●精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟（2024～）

唯一の専門的な医療加算

II 医療度判定スコア

1 行動障害に対する専門医療の実施の有無	
① 向精神薬等による治療	5点
② 行動療法、動作法、TEAOHなどの技法を取り入れた薬物療法以外の専門医療	5点
2 神経・精神疾患の合併状態	
① 著しい視覚障害（全盲などがあり、かつ何らかの手段で移動する能力をもつ）	5点
② てんかん発作が週1回以上、または6ヶ月以内にてんかん重積発作の既往	5点
③ 自閉症等によりこだわりが著しく対応困難	5点
④ その他の精神疾患や不眠に対し向精神薬等による治療が必要	5点
3 身体疾患の合併状態	
① 自傷・他害による外傷、多動・てんかん発作での転倒による外傷の治療（6ヶ月以内）	3点
② 慢性疾患・皮膚などによる外用剤・軟膏処置（6ヶ月以内に1ヶ月以上継続）	3点
③ 便秘のため週2回以上の浚腸、または座薬（下剤は定期内服していること）	3点
④ 呼吸器感染のための検査・処置・治療（6ヶ月以内にあれば）	3点
⑤ その他の身体疾患での検査・治療（定期内服による副作用チェックのための検査以外、6ヶ月以内にあれば）	3点
4 自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応	
① 行動障害のため常に1対1の対応が必要	3点
② 行動障害のため個室対応が必要（1対1の対応でも開放処遇困難）	5点
③ 行動障害のため個室対応でも処遇困難（自傷、多動による転倒・外傷の危険） ※ いずれか一つを選択	10点
5 患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害への対応	
① 食事（異食、他害につながるような盗食、詰め込みによる窒息の危険など）	3点
② 排泄（排泄訓練が必要、異食やトイレの水飲み、多動による転倒・外傷の危険）	3点
③ 移動（多動のためどこへ行くか分からない、多動による転倒・外傷の危険）	3点
④ 入浴（多動による転倒・外傷・溺水の危険、多動による水中毒の危険）	3点
⑤ 更衣（破衣・脱衣のための窒息の危険、異食の危険） ※ 次により配点 ・常時1対1で医療的観察が必要な場合及び入院期間中の生命の危機回避のため個室対応や個別の時間での対応を行っている場合（5点） ・時に1対1で医療的観察が必要な場合（3点）	3点

注）「強度行動障害児（者）の医療度判定基準 評価の手引き」に基づき評価を行うこと。
「I」が10点以上、かつ「II」が24点以上。

36

R6 年度診療報酬改定での関連項目

①入退院支援加算

関係機関との連携強化、入院前からの支援の強化～「コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者又は**強度行動障害の状態の者**」と明記（入院時支援加算 1：240点等）

②歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価の見直し

「**強度行動障害を含む**」・・・と明記（講義 7）

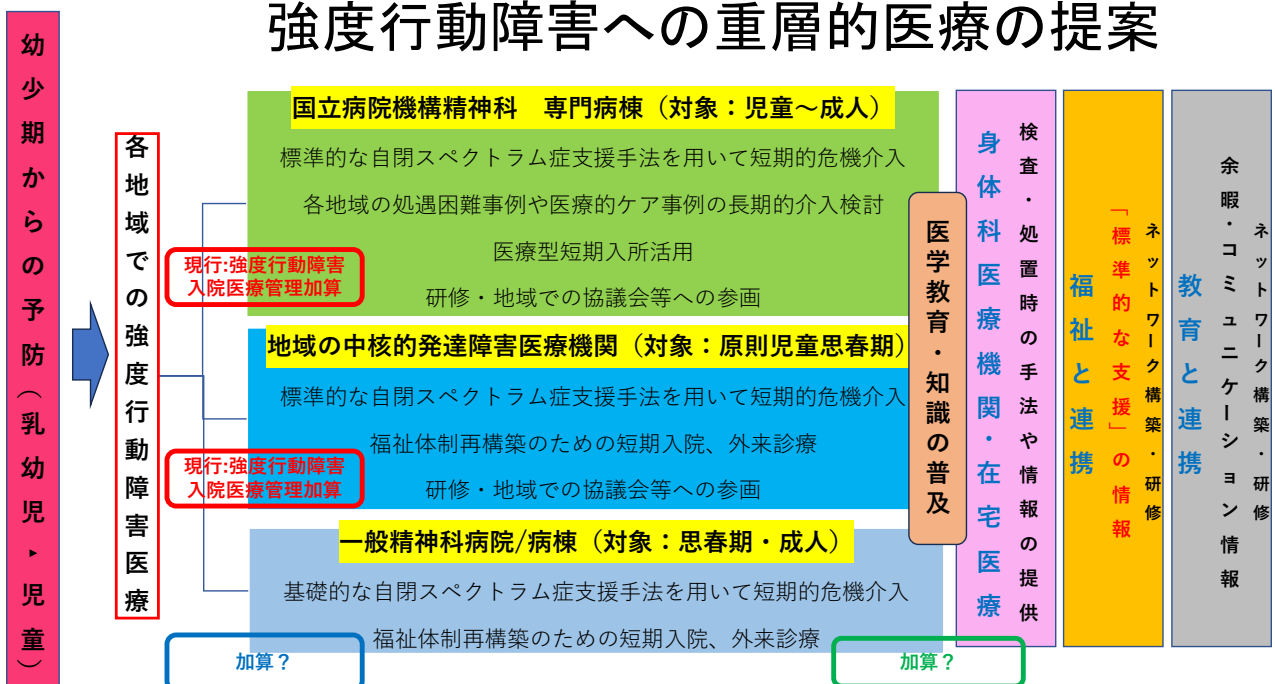
（初診料＋175点or250点or500点、1時間超えるごとに＋100点等）

* 児童思春期支援指導加算

児童思春期の精神疾患患者の外来診療充実（1回に限り最大1000点）

37

強度行動障害への重層的医療の提案



38

まとめ

～強度行動障害医療で大事なこと～

多機関で連携して

予防する
ことが
大事！！

1. 自閉スペクトラム症/障害特性理解と支援
2. 余暇活動やコミュニケーション（受容/表出）の支援
3. 医療と福祉・教育の連携によるネットワーク（ICTも利用）
4. ライフステージ全体を通して他者を信頼できるような関わり
5. 長期的な影響を考えた薬物療法の適正化、健康管理
6. 家族支援

39

強度行動障害医療学会

2020年10月～研究会としてML開始

44都道府県の280名以上が参加

（医療・福祉・教育・心理・行政など）

看護分科会「KYOKAN」

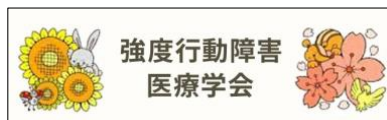
医師分科会「KYODO」

年3回の勉強会・情報共有など実施

2023年4月～学会へ

ホームページ

<https://kyou-kou.sakura.ne.jp/>



福祉施設
の看護師
も含む

40

強度行動障害への標準的な治療とは

国立病院機構肥前精神医療センター 會田千重

【本講義の目標】

強度行動障害への「標準的な支援」を踏まえて
多機関と双方向に連携し情報収集すること
構造化や行動の意味(機能)を考えた病棟環境の調整など
標準的な入院対応の概要を知る

- ・本講義に関して開示すべきCOIはありません

講義内容

1. 強度行動障害の定義と概要
2. 強度行動障害への「標準的な支援」
3. 多機関との双方向の連携
4. 構造化や機能的アセスメントに基づく入院対応

1. 強度行動障害の定義と概要 ～おさらい～

- 強度行動障害とは重度・最重度知的障害を伴う自閉スペクトラム症が中核群で、顕著な行動障害を呈している「状態」を指し、近年は疫学調査が進んでいます
- 予防、介入、身体的治療など、各医療機関でできることは異なります

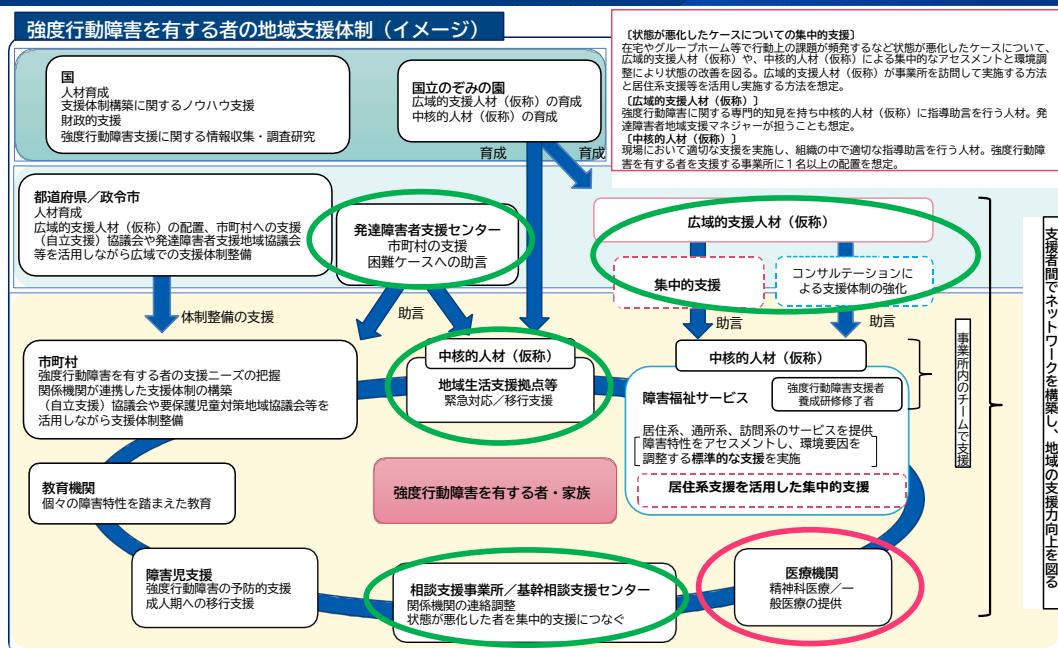


強度行動障害とは？

- ◆強度行動障害とは、自傷、他害、こだわり、もの壊し、睡眠の乱れ、異食、多動など本人や周囲の人の暮らしに影響を及ぼす行動が、著しく高い頻度で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている「**状態**」です
- ◆強度行動障害にはさまざまな状態像が含まれますが、強い自傷や他害、破壊などの激しい行動を示すのは重度・最重度の知的障害を伴う自閉スペクトラム症の方が多く、**自閉スペクトラム症と強度行動障害は関連性が高い**と言われています
- ◆令和3年度に障害支援区分認定調査を受けた 267,569 件分のデータのうち、「行動関連項目」の合計点が 10 点以上は約 15%であり、40,135 人がこの基準での「強度行動障害」にあたります
(＊厚生労働省「強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会」報告書より)

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_32365.html

強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会報告書～ 概要③ ～



講義内容

1. 強度行動障害の定義と概要
2. 強度行動障害への「標準的な支援」
3. 多機関との双方向の連携
4. 構造化や機能的アセスメントに基づく入院対応

2. 強度行動障害への「標準的な支援」

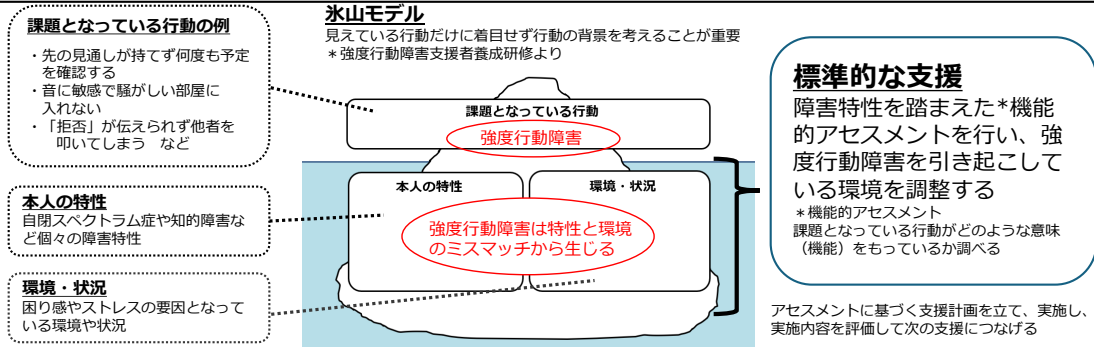
「標準的な支援」の基本は、構造化や機能的アセスメントに基づく対応です。自閉スペクトラム症や Challenging Behaviorの第一選択とされている「心理社会的介入」も「標準的な支援」と共通するものです。それに加えて、身体疾患・精神疾患による行動障害の除外も必要です



強度行動障害を有する者への標準的な支援（基礎講義3より）

（強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会報告書（令和5年3月30日）より）

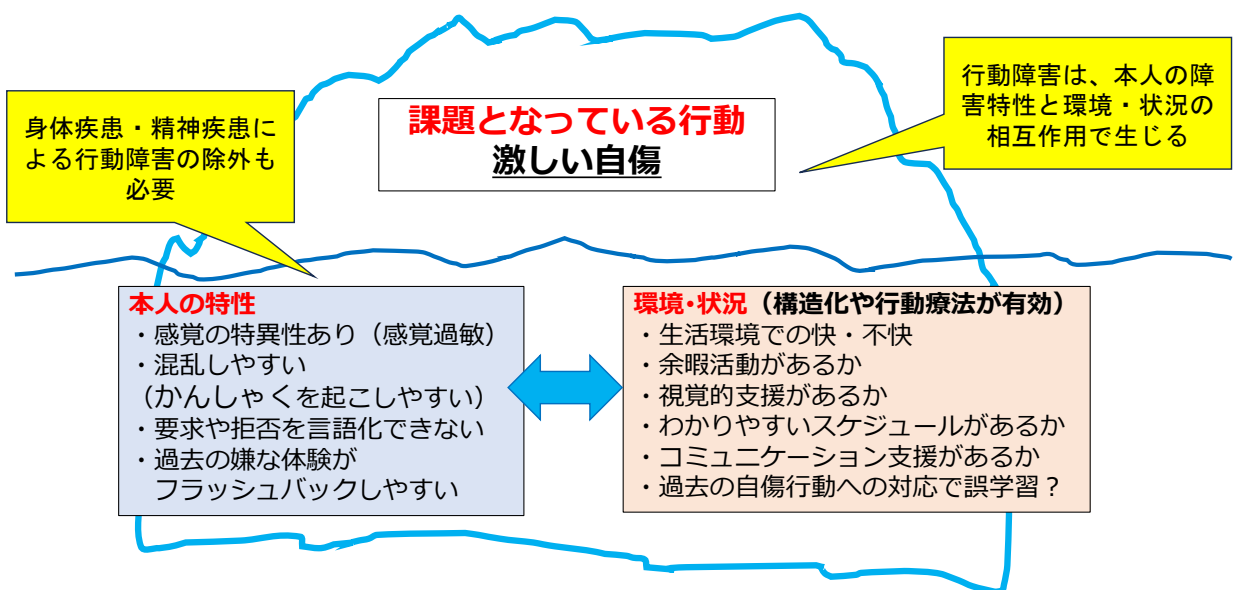
○（中略）強度行動障害を有する者への支援にあたっては、知的障害や自閉スペクトラム症の特性など個人因子と、どのような環境のもとで強度行動障害が引き起こされているのか環境因子もあわせて分析していくことが重要となる。こうした個々の障害特性をアセスメントし、強度行動障害を引き起こしている環境要因を調整していくことが強度行動障害を有する者への支援において標準的な支援である。



予防的支援の重要性（強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会報告書より）

- 予防的観点**を込めて標準的な支援を行うことが必要
- 強度行動障害を引き起こさなくても良い支援を**日常的におこなう**ことが重要
- 支援者、家族、教育等の関係者が、標準的な支援の**知識を共有し、地域の中に拡げていく**ことが重要

行動障害について冰山モデルで考える Iceberg Model (Schopler, E ; 1995)



原因は身体か精神か 実際はそう単純ではないことが多い

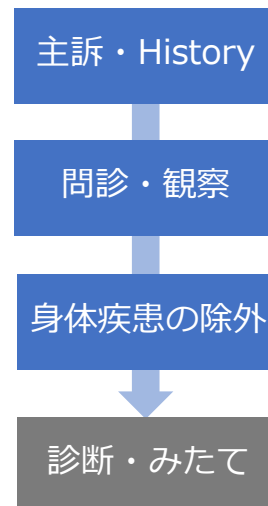
精神医学の方法

- 身体疾患の除外
- 問診と観察、症状把握
- 原因とみため 仮説をたてる
- 仮説の検証→確定診断

みため（見立て）・・・

患者の症状を正しく把握し、患者と環境の相互関係を理解し、どの程度まで病気が生活の支障となっているかを読み取ること（土居、1969）

基本的に除外診断



国立障害者リハビリテーションセンター病院 児童精神科 金 樹英Drスライド

自閉スペクトラム症で、有病率が高い疾患

ASD全体では7~8割になんらかの併存疾患・状態がある

- 他の発達障害（ADHD、学習障害、発達性協調運動障害、知的障害、チック、Tourette症候群、吃音、構音障害）
- 精神障害（不安症 42~56%、うつ病 12~70%、強迫症 7~24%、精神病性障害群 12~17%、摂食障害 4~5%）
- てんかん 8~30%、脳波異常 ~60%
- 睡眠障害 50~80%
- 内分泌系障害 16%
- 視覚障害（近視、弱視、乱視、斜視）、聴覚障害
- アレルギー疾患や自己免疫疾患など ~38%
- 消化器疾患 9~70%

国立障害者リハビリテーションセンター病院 児童精神科 金 樹英Drスライド

自閉スペクトラム症 (ASD)の支援のポイント

(ASD: Autism Spectrum Disorder)

ASDの人の学習スタイル

- ・視覚優位
- ・中枢性統合の弱さ
- ・独特の注意の向け方
- ・実行機能の困難
- ・感覚の特異性
- ・心の理論の弱さ



支援のポイント

- ・秩序だっていること
- ・予測できること
- ・明確で具体的であること
- ・慣れ親しんでいること
- ・興味、関心をいかす
- ・肯定的に伝える
- ・視覚的支援を活用する
- ・不要な刺激を減らす

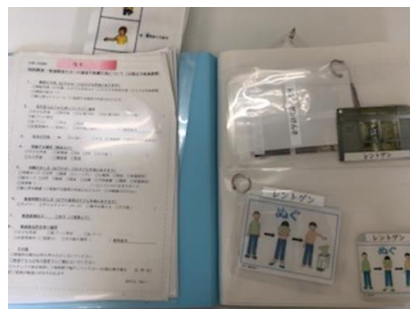
刺激のコントロール・構造化・視覚化
肯定的で一貫した対応がキーワード

2025 Hizen psychiatric Medical Center

肥前精神医療センター 瀬口康昌Drスライド

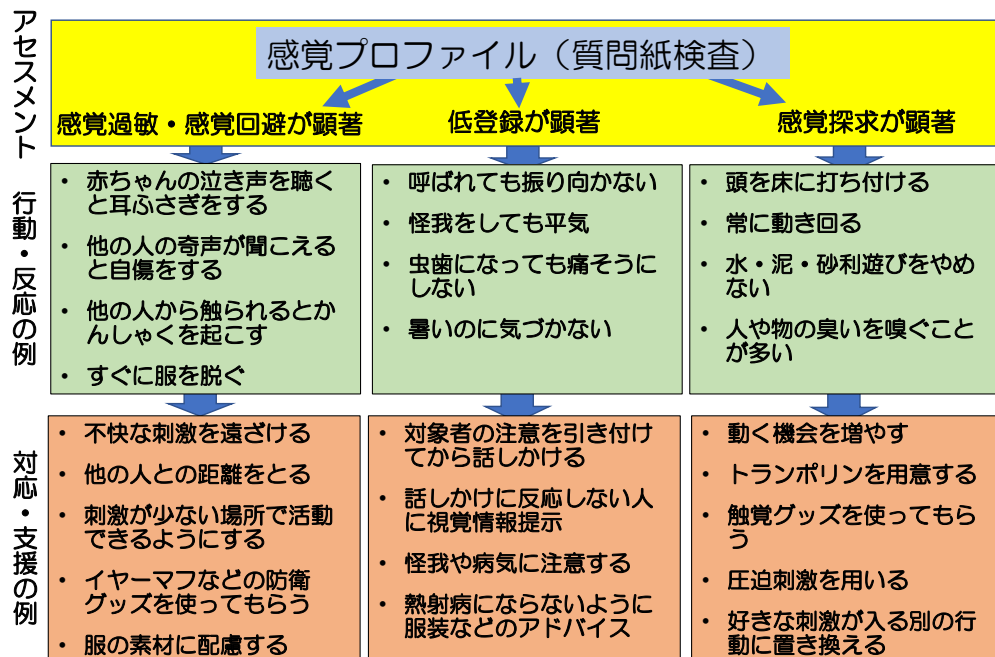
検査・処置時の視覚的支援～持参してもらう場合も

2025 Hizen psychiatric Medical Center



肥前精神医療センターの例

参考：感覚処理特性に応じた支援



（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 岩永竜一郎先生スライド）

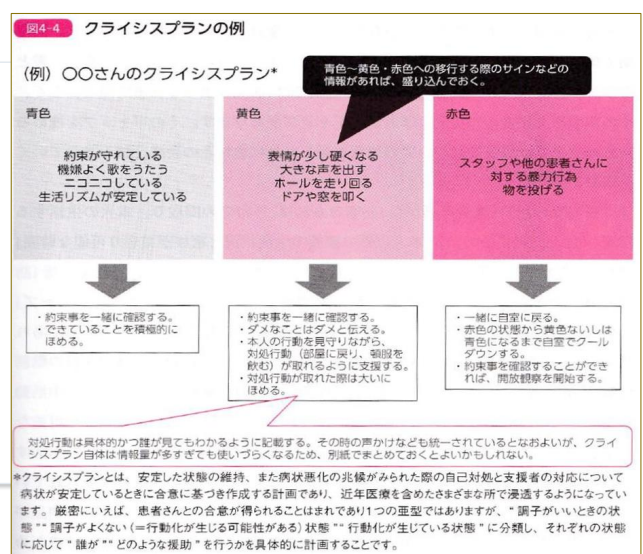
クライシス・プランシート（ワーク2参照）

クライシスプランシート

	(*)いつも様子	(>-<)注意サイン	(T,T)介入が必要
状態			
介入の仕方			

精神科医療現場での活用比較的多い

保護者や福祉支援者の情報から、主治医・看護師で作成し、多職種で共有しておく
～医療機関では、看護師が作成しやすい



山下健: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」
第4章、「精神科病棟で実践する強度行動障害医療」より

クライシス・プラン（CP-J）活用時の留意点

- ・クライシス・プラン（CP-J）は「安定から悪化までの生活・病気の状態に応じた自己対処及び支援者の対応、さらに悪化時の希望について、当事者と支援者が協働的に作成するプロセスにより合意された計画」（狩野俊介・野村照幸，2024）を指す
- ・強度行動障害の領域においては患者さんと合意形成できない部分があり、その場合には定義における“共同的に作成するプロセス”という部分と合致しない可能性がある
- ・基本的に協働的に作成するが、強度行動障害の領域においては支援者にとっての支援ツールとして活用されうる

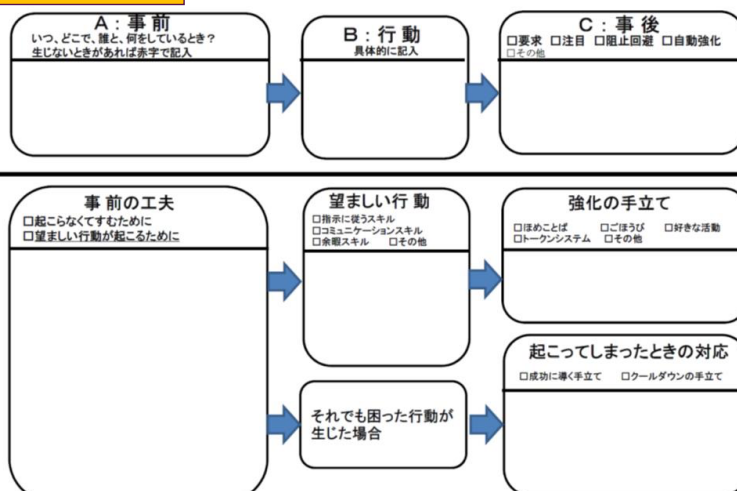
クライシス・プラン（CP-J）研究会（クラプラネット）
<https://www.crisis-plan-japan.page>

応用行動分析に基づく行動の機能分析と対応

応用編
ワーク2

心理士がkeyperson
精神科医療現場での
活用まだ少ない

ストラテジーシート



コミュニケーションの
機能

注目
回避や逃避
物や活動要求
～同じ機能を持つ適切な
コミュニケーション
行動を教える

自動強化の機能

行動自体が生み出す
感覚刺激が
その行動を強めている
～他に楽しめる
余暇活動などを広げる

自閉症の子どものためのABA基本プログラム4
「家庭で無理なく対応できる困った行動Q&A」
学研(2015) 井上雅彦

知的・発達障害に対する薬物療法の留意点

- 発達障害に対する向精神薬投与はほぼ適応外処方～
「小児の自閉症スペクトラム障害に伴う易刺激性」への抗精神病薬
ADHD（注意欠如・多動性障害）に対する抗ADHD薬のみ承認
- 自閉スペクトラム症や「Challenging Behavior」に対して
～心理社会的介入が第一選択（NICE guideline 2013,2015）
非薬物療法
- 知的障害・自閉スペクトラム症やChallenging Behaviorに対し有効性
行動療法や行動の機能分析（Doehringら, 2014）（Heyvaertら, 2014）（Hornerら, 2002）
コミュニケーション指導（Hutchins and Prelock, 2014）
医療機関を含めた地域での包括的介入（McNellis and Harris, 2014）
- 自覚的訴えがないことが多く、効果や副作用の判定が大事、個人差も大きい
～ “start low, go slow” （参考：吉川 臨床精神薬理, 2013）

講義内容

1. 強度行動障害の定義と概要
2. 強度行動障害への「標準的な支援」
3. 多機関との双方向の連携
4. 構造化や機能的アセスメントに基づく入院対応

3. 多機関連携と双方向の連携

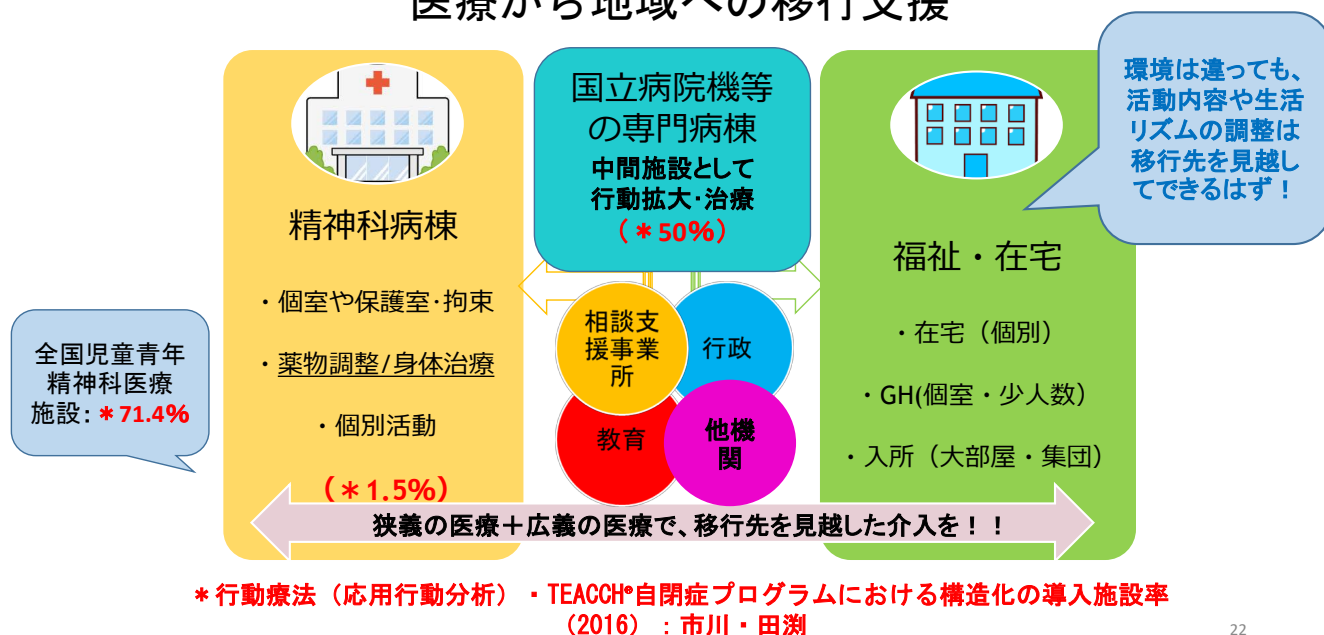
先行研究でも、最近の調査でも、精神科病棟で2年以上の長期在院知的・発達障害患者は約1～3%*にのぼっています。入院長期化を是正するために多機関と地域で連携し、非薬物療法も含めた専門的医療を行って地域に帰ることが重要です。

福祉・教育など多分野との連携は、本人・保護者のためだけでなく、医療者側にとっても、負担やストレスを減らすために重要です。

*2009厚労科研・2015厚生労働行政推進調査事業調査より



強度行動障害の人の 医療から地域への移行支援



ワーク1 参照: 情報シート (関係者で入院前に記載を)

[illegible]

医療基本情報シート

生活・コミュニケーション実況情報シート (在宅、施設-医療機関外：ふだんから記入しておいてください)									
氏名	(男・女)		生年月日	年 月 日 () 歳					
緊急連絡先	①	(住所)	※特記事項						
	②	(住所)							
身長・体重	cm	kg	感温度	あり (B型肺炎・C型肝炎・その他)	・なし				
主な症状									
行動観察	自他・他害・こわがり・器物破損・騒音騒動・異食・排泄閉塞・歩行・大声・発声・パニック・拒食								
アレルギー	あり (薬物・食物・花粉・その他) ・なし								
身体の状態	でんか(あり・なし) 手関節 (種類) ・歯痛 (あり・なし) 骨節痛 (部位) : 皮膚病変 感覚異常 その他の合併症 () 聴覚機能 視覚 聴覚 平衡・姿勢・歩行機能 歯槽牙 結膜炎								
コミュニケーション	言語・サイン・文字・写真・絵								
基本的対応	自閉スペクトラム障害などの 基本的対応に 応じた支援	【緊急苦害などの予知】 言語・写し・絵、その他 () 【緊急通達】 聞き・書き・光・音・匂い・触覚、その他 () 【緊急回避】 聞き・書き・光・音・匂い・触覚、その他 () 【緊急回避などの回避手段】 聞き・書き・光・音・匂い・触覚、その他 () 【工夫の表裏】 検査資料の活用・生活資料・発心資料・こたわりの保証							
生活環境	(居住性上・近所環境・行動上の問題) ふだんの状況・支援の方法や工夫 貴族・つむぎ・家庭設備・その他 () 自立・見守り・一部助成・全助成								
食事	食費するもの () 好きな食べ・物 () 嫌いな食べ・物 () 食工：自力・自力・その他 ()								
排泄	頻度・排泄回数・トイレの水取量・長時間の排泄 その他 () 排泄・尿・便・おむつ・ボタツバ・イレイン 清潔・便座・下着 () 種類： 拘へ 拘へ 拘へ 拘へ 拘へ								
生活環境	環境・視覚・その他 () 自立・見守り・一部助成・全助成								
入浴	水取量・走出し・その他 () 熱源利用 月 日								
衣服	被衣・脱衣・その他 () 自立・見守り・一部助成・全助成								
衣服	衣服の好みあり () ・なし 食工：衣工を外す・その他 ()								
睡眠	感覚過敏による拒否・その他 () 自立・見守り・一部助成・全助成								
睡眠	感覚過敏による拒否・その他 () 食工：脱衣・脱衣の仕方								
睡眠	拒否・その他 () 食工：脱衣させ方・変りなど ()								
睡眠	感覚過敏：あり(聞き・書き・光・音・匂い・触覚)・その他 () ふだんの服装・履物： 履物： () 入浴服								
睡眠	器物破損・その他 () 食工：私物など ()								

Hizen Psychiatric Medical Center

生活・コミュニケーション情報シート

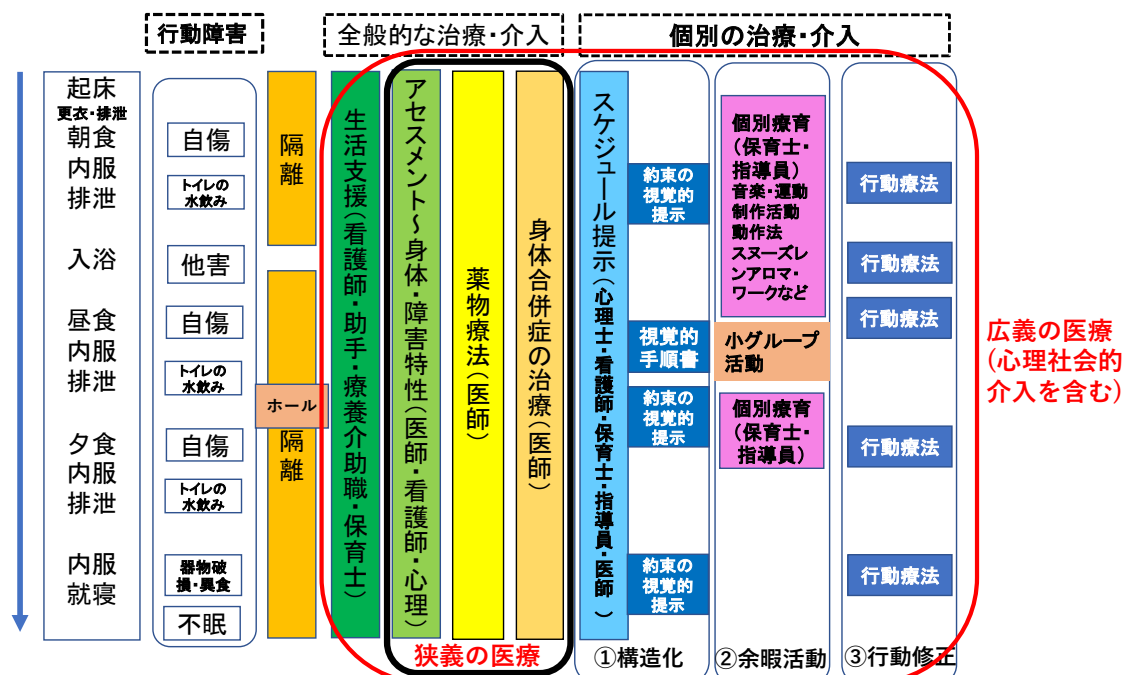
生活・コミュニケーション支援情報シート（在宅・施設・医療機関へ：ふだんから記入していただいてください）									
コミュニケーション	内容	視覚的物類（具体物、写真、イラスト、マーク、ひらがな、漢字） 言語情報ほか（身の回りの物の名前、身体の色・名、色、数、単数・全数、金銭、ジュース等） TEACH（個別スケジュール、視覚的構造文、物理的構造文、ワークシステム）							
		その他							
	表紙	言語ほか（身の回りの物の名前、身体の色・名、色、数、単数・全数、金銭） PICS（絵カードコミュニケーションシステム） 他のコミュニケーションワークシート（金銭ほか、食料ほか、日用品、季節関係） 他の表出（クレヨン絵画、指差しジュース等）							
		他							
		他							
対人	（図立型、変動型、横書き変型）								
	その他								
情報	書きな相手（ ） 、書きな相手（ ）								
	書きなことも・活動・遊び（ ）								
タイムスケジュール	強化す（あり） ・なし）、強化力文（即時強化、トークン、ポイント）								
	6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00
日中活動	起床、食事・活動、入浴、就寝など、一日の生活を記入ください								
	その他								
集団	大集団 可・不可・支援があれば可								
	小集団 可・不可・支援があれば可								
クライシスプラン (1)何いつもの様子 (2)どの注意方法 (3)何いつ介入が必要									
状態									
予知や介入									
ご家族からのご希望：									
●居室や活動時の安全など、習得の目的が異なるものもあれば、保護者の了解を得て行なう可。 ●生活リズムや生活用カレンダー、その他の視覚的支援システムや道具も併用可。 （使用できる範囲で変わっていただきます）									
Hizen Psychiatric Medical Center Ver.5									

4. 構造化や機能的アセスメントに基づく入院対応

薬物療法や身体合併症の治療などの「狭義の医療」だけでは、スムーズな地域移行は困難です。「心理社会的介入」や「標準的な支援」を意識した「広義の医療」を行う事で、入院の長期化や入院後の状態悪化が防ぎやすくなります



強度行動障害には狭義の医療＋広義の医療が入院から退院まで必要



ワーク2(環境作りと対応の工夫)

- ワーク1で収集した情報シートに基づき、病院での環境作りを検討
- クライシスプランシートを記載
- 「行動障害の治療」にとらわれず、QOLの視点も
- 治療者の心理的安全性にも留意
- 病院での工夫やクライシスプランを保護者や地域支援者とも共有

27

「多職種チーム医療チェック表」でチームマネジメントを

1. 多職種での会議を調整・設定できましたか？
2. 会議において、職種や経験年数にかかわらず、参加者が自由に意見を言えましたか？
3. 参加者の意見を整理し、まとめることができましたか？
4. 介入や記録の方法を決める際は、実行できる無理ない方法について意見を出し合いましたか？
5. 介入方法を決める際は、『いつ・だれが・何を行うのか』を誰が聞いても分かるように具体的に決めましたか？
6. 記録について『いつ・どのような方法で実施するか』を決めましたか？
7. 介入／記録が順調にできているか、定期的に確認しましたか？
8. 新しい介入を実行した際は、一定の経過を見た後、振り返りのカンファレンスを設定しましたか？
9. 振り返りのカンファレンスで実際の記録を確認しましたか？
10. 振り返りのカンファレンスで介入効果の判定や修正点について意見を出し合いましたか？
11. 多職種チームメンバーをお互いにねぎらいましたか？
12. 次の介入方法を具体的に検討し、決定できましたか？

令和5年度厚生労働科学研究費補助金「強度行動障害者支援のための指導的人材養成プログラムの開発および地域支援体制の構築のための研究」 中核的人材養成研修 実行状況チェックシートより一部改変

28

まとめ ～強度行動障害医療で大事なこと～ 多機関で連携して

予防する
ことが
大事！！

1. 自閉スペクトラム症/障害特性理解と支援
2. 余暇活動やコミュニケーション（受容/表出）の支援
3. 医療と福祉・教育の連携によるネットワーク（ICTも利用）
4. ライフステージ全体を通して他者を信頼できるような関わり
5. 長期的な影響を考えた薬物療法の適正化、健康管理
6. 家族支援

強度行動障害医療学会

2020年10月～研究会としてML開始

44都道府県の280名以上が参加

（医療・福祉・教育・心理・行政など）

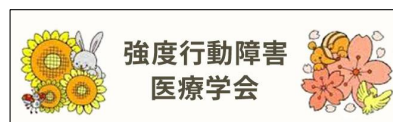
看護分科会「KYOKAN」

医師分科会「KYODO」

年3回の勉強会・情報共有など実施

2023年4月～学会へ

ホームページ
<https://kyou-kou.sakura.ne.jp/>



福祉施設
の看護師
も含む



医療従事者のための強度行動障害チーム医療研修
応用編2

精神科病棟における強度行動障害 チーム医療

国立病院機構肥前精神医療センター 會田千重

- 本講義に関して開示すべきCOIはありません
- 事例に関しては、個人情報保護に最大限留意し、発表に関してはご本人またはご本人に同意取得が困難な場合、保護者もしくは成年後見人に説明し同意を得ています

講義内容

基礎編のおさらいです

1. 強度行動障害の定義と概要
2. 強度行動障害の状態にある人のアセスメントと対応の基本
3. 福祉・教育分野との連携と専門的医療
4. 多職種チームカンファレンスと地域ケア会議
5. 強度行動障害クリニカルパスの実践
6. まとめ

強度行動障害とは？

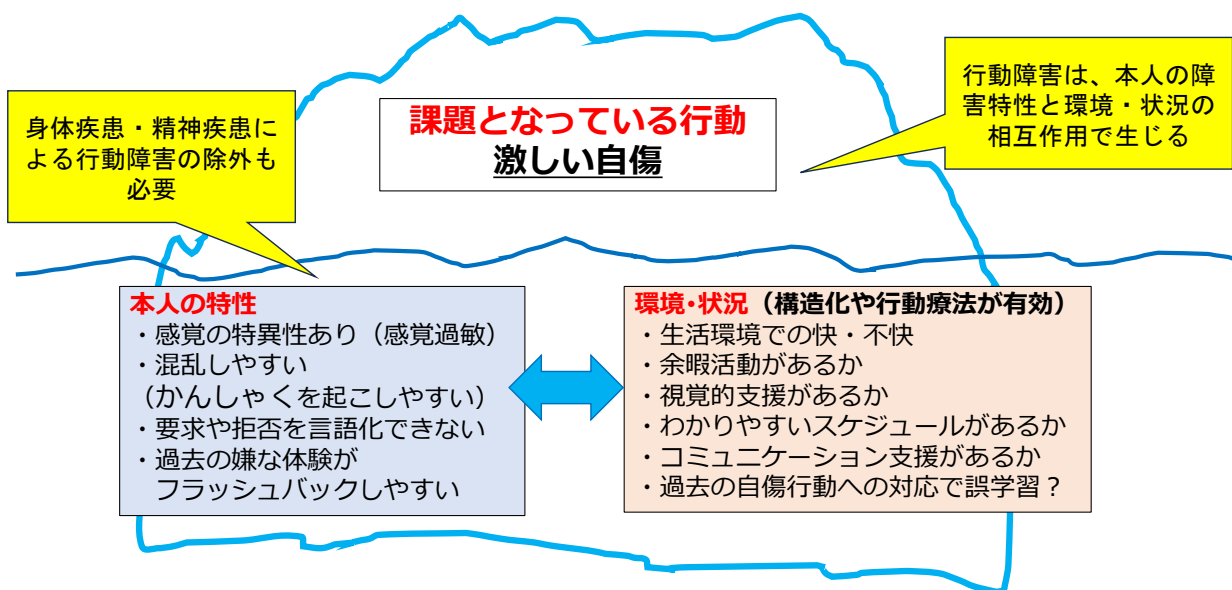
- ◆強度行動障害とは、自傷、他害、こだわり、もの壊し、睡眠の乱れ、異食、多動など本人や周囲の人の暮らしに影響を及ぼす行動が、著しく高い頻度で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている「状態」です
- ◆強度行動障害にはさまざまな状態像が含まれますが、強い自傷や他害、破壊などの激しい行動を示すのは重度・最重度の知的障害を伴う自閉スペクトラム症の方が多く、**自閉スペクトラム症と強度行動障害は関連性が高い**と言われています
- ◆令和3年度に障害支援区分認定調査を受けた 267,569 件分のデータのうち、「行動関連項目」の合計点が 10点以上は約 15%であり、40,135人がこの基準での「強度行動障害」にあたります（厚生労働省「強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会」報告書より）
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_32365.html （2023.3.30）
⇒ライフステージを通した多機関連携・支援と、「狭義＋広義の医療」が必要です

講義内容

ここから先は
基礎編＋応用編

1. 強度行動障害の定義と概要
2. 強度行動障害の状態にある人のアセスメントと対応の基本
3. 福祉・教育分野との連携と専門的医療
4. 多職種チームカンファレンスと地域ケア会議
5. 強度行動障害クリニカルパスの実践
6. まとめ

行動障害について冰山モデルで考える Iceberg Model (Schopler, E ; 1995)



「本人の特性」のアセスメント

1. 全般的なアセスメント～[前半講義 5 「医療受診・入院に先立つ情報の集め方」](#)
[前半講義 6 「障害特性に基づく環境作りやコミュニケーション支援」](#)
日常生活での観察、本人の好みや希望
生活・コミュニケーション能力
身体疾患の合併や不調（体調が整っているか）
精神疾患の合併（優先すべき治療があるか）
2. 障害特性のアセスメント～[前半講義 4 「発達障害支援ニーズと合理的配慮」](#)・[応用編講義](#)
知的能力の評価（得意・苦手の評価）：知能検査、遠城寺式・乳幼児分析的発達検査
自閉スペクトラム症特性の評価：CARS-2、PARS®-TR、ADOS-2、ADI-R
ほかにADHD特性の評価なども
感覚処理特性の評価：感覚プロファイル（Sensory Profile™）
ストレングスのアセスメント：Vineland™-II 適応行動尺度
個別教育支援計画の記載内容など

「環境・状況」のアセスメントと調整

1. 本人の好みや希望に沿っているか？ [基礎編前半講義・応用編講義](#)
合理的配慮は？（障害者差別解消法）
2. 介入手法（将来の姿・移行先を見据えて）
[応用講義 6、応用講義10「日中活動とコミュニケーション支援」](#)ほか
[応用講義 7「自閉スペクトラム症特性に応じた構造化の実践」](#)
構造化
機能的行動アセスメントによる介入
表出コミュニケーションの支援 PECS®(絵カードコミュニケーション・システム)、PECS Talk™など
感覚処理特性への配慮、刺激のコントロール [基礎前半講義 2 参照](#)
クライシス・プランシート [基礎前半講義 2 参照](#)
余暇活動の充足、日中活動の内容・量の検討
福祉サービスの積極的利用（入院中の行動援護・重度訪問介護も）
3. 家族・地域支援 [基礎前半講義 3、応用講義 8・9](#)
家族の状態・家族歴の把握と支援、地域でのネットワークによる支援

「課題となっている行動」のアセスメント

1. 行動の評価をする（標準的な評価尺度）
ABC-2（異常行動チェックリスト日本語版：Aberrant Behavior Checklist Second Edition）
BPI-S（行動問題調査票短縮版日本語バージョン：Behavior Problems Inventory-Short Form）
2. 行動の成り立ちを知る
誤学習・適切な行動の未学習？
変遷は？（いつから出現しどのように持続・変化しているか）
トラウマやフラッシュバックの関与は？
3. 行動の機能（意味）を分析する＝機能的行動アセスメント
応用講義6「チャレンジング行動の機能分析に基づく対応」

2. 強度行動障害の状態にある人のアセスメントと対応の基本 ～身体的治療と薬物療法

身体合併症が生じて、自覚的訴えができない、元来の生物学的な脆弱性などから、症状が非典型的であったり、重症化が見逃されやすい人たちです。コツは「軽症のうちの検査」「視覚的支援などを用いた検査・処置」です。

また、薬物療法は第一選択の治療ではなく、短期的・長期的副作用に留意が必要です。



強度行動障害者の身体合併症の看護 (基礎前半講義6参照)

1. 患者の日常を知る

- ・バイタルサイン、食事摂取量、排泄、睡眠、
- ・既往歴
- ・日中活動
- ・不穏時の前後の記録・アセスメント
- ・日内変動パターン、異食の有無

2. 観察からわずかな変化に気づく

- ・新たな傷、運動能力の変化
- ・声かけに対してのレスポンスの変化
- ・日課としていることへの対応能力の変化
- ・てんかん発作の頻度・発作時間帯
- ・精神状態の変化
- ・好きな物(事)・嫌いな物(事)
- ・こだわりやくせ・習慣の変化

いつもと比べて
「なんか変」
「なんかおかしい」
に敏感になる

3. バイタルサイン測定～フィジカルアセスメント

- ・体温(低体温・高体温、心拍との比較)
- ・脈拍(発熱・てんかん発作後⇒頻脈、低体温⇒徐脈)
- ・血圧
(持続する高血圧⇒頭蓋内疾患)
(低血圧⇒ふらつき・転倒リスク)
- ・呼吸数
(不穏状態・高熱、興奮状態で上昇、呼吸の状態変化)
- ・尿量(水分バランスや浮腫・脱水などへの反映評価)
- ・意識状態(レスポンスはどうか? 傾眠傾向なのか?)
- ・皮膚状態(創傷、腫脹・発赤、皮下出血痕など)

患者は、自ら身体の不調を訴えることが出来ない
普段との比較が重要(普段を知っておく!)

第76回国立病院総合医学会シンポジウム 肥前精神医療センター 野間口誠師長スライド改変

調査対象期間

2000年4月～2022年7月

合計 のべ125例(76名)

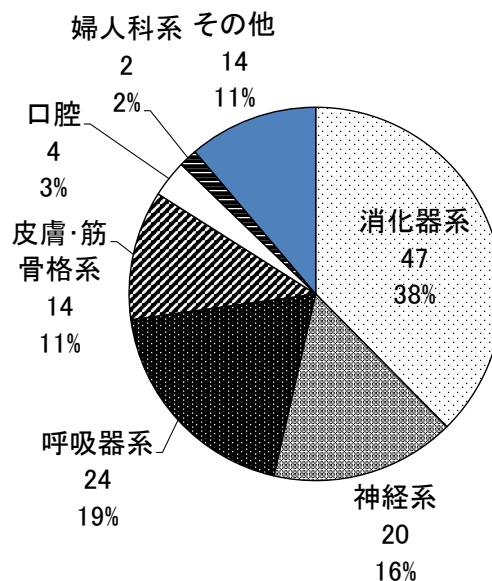
性別 男86例 女性39例

転院時平均年齢

40.1歳(18歳～59歳)

転院先(のべ)

法人病院	62例
大学病院	40例
国立病院機構	13例
公立病院	8例
その他	2例



肥前精神医療センター強度行動障害専門病棟
合併症による転院症例(2000～2022 山元)

知的・発達障害に対する薬物療法の留意点

- 発達障害に対する向精神薬投与はほぼ適応外処方～
「小児の自閉症スペクトラム障害に伴う易刺激性」への**抗精神病薬**
ADHD（注意欠如・多動性障害）に対する**抗ADHD薬**のみ承認
- 自閉スペクトラム症や「Challenging Behavior」に対して **非薬物療法**
～**心理社会的介入が第一選択**（NICE guideline 2013,2015）
- 知的障害・自閉スペクトラム症やChallenging Behaviorに対し有効性
行動療法や行動の機能分析（Doehringら, 2014）（Heyvaertら, 2014）（Hornerら, 2002）
コミュニケーション指導（Hutchins and Prelock, 2014）
医療機関を含めた地域での包括的介入（McNellis and Harris, 2014）
- 自覚的訴えがないことが多く、効果や副作用の判定が大事、個人差も大きい
～ **“start low, go slow”**（参考：吉川 臨床精神薬理, 2013）

発達障害に対する薬物療法（対象年齢が合致した赤字以外の処方は適応外処方）

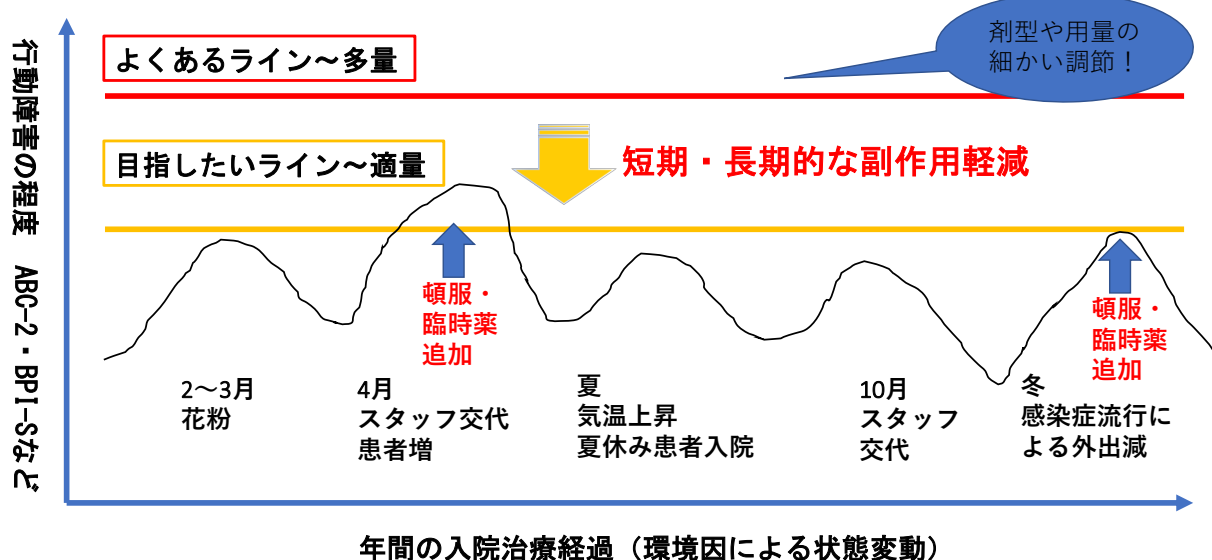
分類	薬剤名(商品名)	標的症状とその効果	主な副作用
抗精神病薬	リスベリドン(リスパダール)	自閉スペクトラム症の易刺激性に有効	体重増加、月経異常など
	アリピプラゾール(エビリファイ)	自閉スペクトラム症の易刺激性に有効	体重増加など
	その他の新規抗精神病薬 オランザピン(ジプレキサ) クエチアピン(セロクエル)など	興奮性に有効な可能性がある	眠気、体重増加など オランザピン・クエチアピンは糖尿病で禁忌
	従来の抗精神病薬 ハロペリドール(セレネース・リントン)	興奮性に有効な可能性がある	錐体外路症状(急性・遅発性)
	従来の抗精神病薬 クロルプロマジン(コントミン) レボプロマジン(レボトミン) プロペリシアジン(ニューレブチル)など	興奮性への効果は様々	過鎮静、錐体外路症状(急性・遅発性)
抗うつ薬	フルボキサミン(ルボックス)	抑うつ・不安に有効なこともあり（反復的行動に対しては効果は確実ではない）	消化器症状など ロゼレムとは併用禁忌
気分安定薬	バルプロ酸(デパケン、セレニカ)	興奮性や躁症状への効果は様々	高アンモニア血症、血小板・血球減少など
ADHD治療薬	中枢刺激薬 メチルフェニデート除放錠(コンサータ) リスデキサンフェタミン(ビバンセ)	ADHD症状を伴う人には有効なこともあり	食欲低下・不眠など IQ50未満や重症のチック症例では望ましくない
	アトモキセチン(ストラテラ)	ADHD症状を伴う人には有効なこともあり	消化器症状など、緑内障には禁忌
	guanfacine塩酸塩徐放剤(インチュニブ)	ADHD症状には有効なこともあり（確定診断必要）	血圧低下、不整脈など
睡眠薬	メラトニン(メラトペル)	小児期の神経発達症に伴う入眠困難に有効	眠気、めまいなど
	メラトニン受容体作動薬(ロゼレム)	不眠に有効なこともあり	フルボキサミンと併用禁忌 脱抑制による落ち着きのなさ、ふらつき転倒
	ベンゾジアゼピン系	不眠に有効なこともあり	

副作用としての錐体外路症状

症状名	状態
アカシジア	落ち着きがなくなり、足がむずむずしてじっとしてられない。静座不能
急性ジストニア	抗精神病薬投与初期に、身体の筋肉がひきつれを起こし、首が横に向いたり、身体を反転させたり、舌を突出させたりする。眼球上転も含まれる。緩徐・持続性の奇妙でねじのような不随意運動
遅発性ジストニア	抗精神病薬長期服用による、持続性姿勢異常（痙性斜頸など）
遅発性ジスキネジア	抗精神病薬長期服用による。口周囲の場合、口をモグモグさせる特徴的な動きとなる。四肢や軀幹の場合は舞蹈病様やアテトーゼ様（くねくねした動き）の不随意運動となる
アキネジア	動作緩慢や仮面様顔貌が重症化し、不動となる
流涎	咽頭や喉の筋肉の動きが低下することにより、唾液分泌過多となる
振戦	口、手指、四肢などの振るえ
筋強剛	関節を動かしたときに歯車がかくかくするような歯車現象、重症ではろう屈現象（腕が曲がらない）

15

強度行動障がいに対する薬物療法



* ABC-2：異常行動チェックリスト日本語版 BPI-S：問題行動評価尺度短縮版

16

講義内容

1. 強度行動障害の定義と概要
2. 強度行動障害の状態にある人のアセスメントと対応の基本
3. 福祉・教育分野との連携と専門的医療
4. 多職種チームカンファレンスと地域ケア会議
5. 強度行動障害クリニカルパスの実践
6. まとめ

3. 福祉・教育分野との連携と専門的医療

先行研究でも、最近の調査でも、精神科病棟で2年以上の長期在院知的・発達障害患者は約1～3%*にのぼっています。入院長期化を是正するために多機関と地域で連携し、非薬物療法も含めた専門的医療を行うことが重要です。

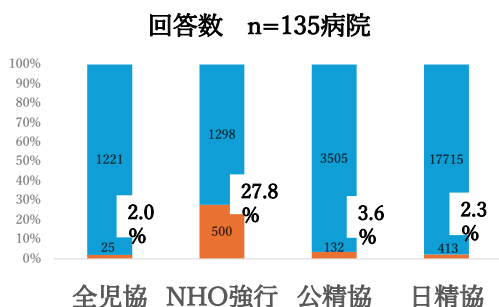
福祉・教育など多分野との連携は、本人・保護者のためだけでなく、医療者側にとっても、負担やストレスを減らすために重要です。

*2009厚労科研・2015厚生労働行政推進調査事業調査より



長期在院知的・発達障害患者についての厚労科研アンケート調査 (2023 會田班)

2023會田班 長期在院（2年以上）
知的・発達障害患者数及び割合



日精協	* 2009井上班 249施設 回答率20.5%	* * 2015市川班 201施設 回答率16.7%	2023會田班 83施設 回答率7%
全精神科 入院患者	55,287	34,582	18,128
長期知的・ 発達患者	2,319 (4.2%)	975 (2.8%)	413 (2.3%)
医療上入院 必要性無し	1,478 (35.6%)	244 (25.1%)	35 (8.5%)

「現状の受け入れ体制で不十分」と回答した率

- ・18歳未満の精神科入院先 32.4%⇒73.4%
- ・18歳以上の精神科入院先 36.6%⇒53.2%
- ・18歳未満の身体科入院先 29.9%⇒81.8%
- ・18歳以上の身体科入院先 33.3%⇒73.7%

(2015年データ⇒2023データ)

* 2009井上班:厚生労働科学研究(研究代表者 井上雅彦)～日精協に属する1214病院を対象にアンケート調査したもの(有効回答249件)

* * 2015市川班:厚生労働行政推進調査事業費補助金(研究代表者 市川宏伸)

～全児協26病院(有効回答23)、国立病院機構および国立研究機構17病院(有効回答14)、日精協1205病院(有効回答201)にアンケート調査したもの

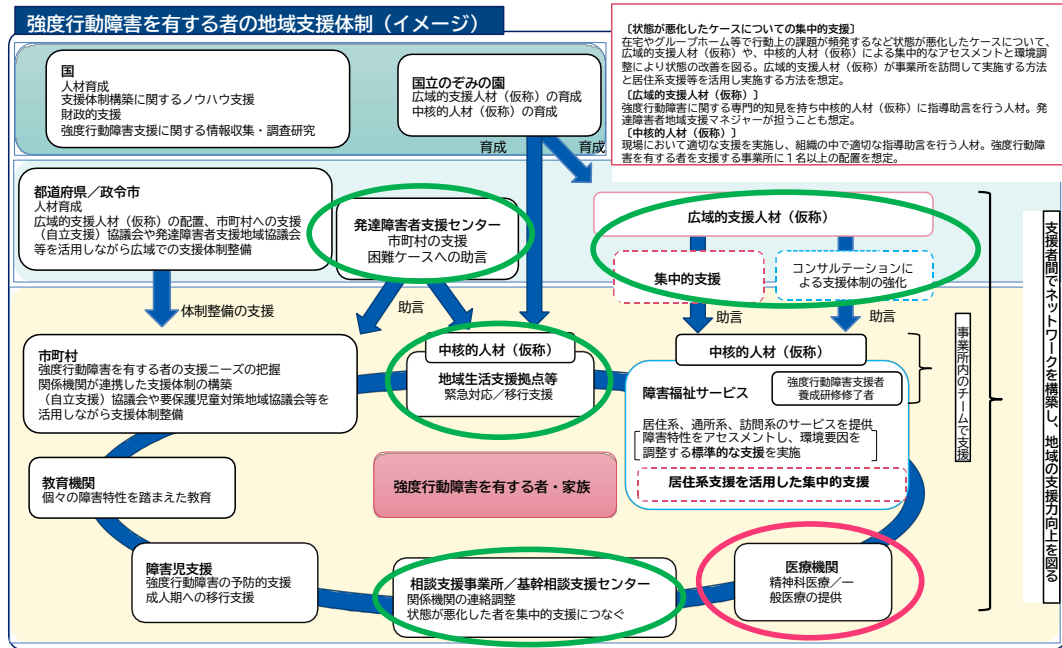
R5年3月 強度行動障害を有する者の 地域支援体制に関する検討会報告書～概要～ 「6. 医療との連携体制の構築」

- ・強度行動障害の状態の背景にある疾患や障害を医療により完全に治すことは難しく、医療の充実と併せて、福祉や教育と連携した支援を進めることが必要
- ・精神科病院への入院については、移行先を見据えた介入を行い、入院中から福祉との連携を行うことが重要。また、入院の長期化を防止する観点からも、精神科医療における「*標準的支援」の実践を進めていくことが重要

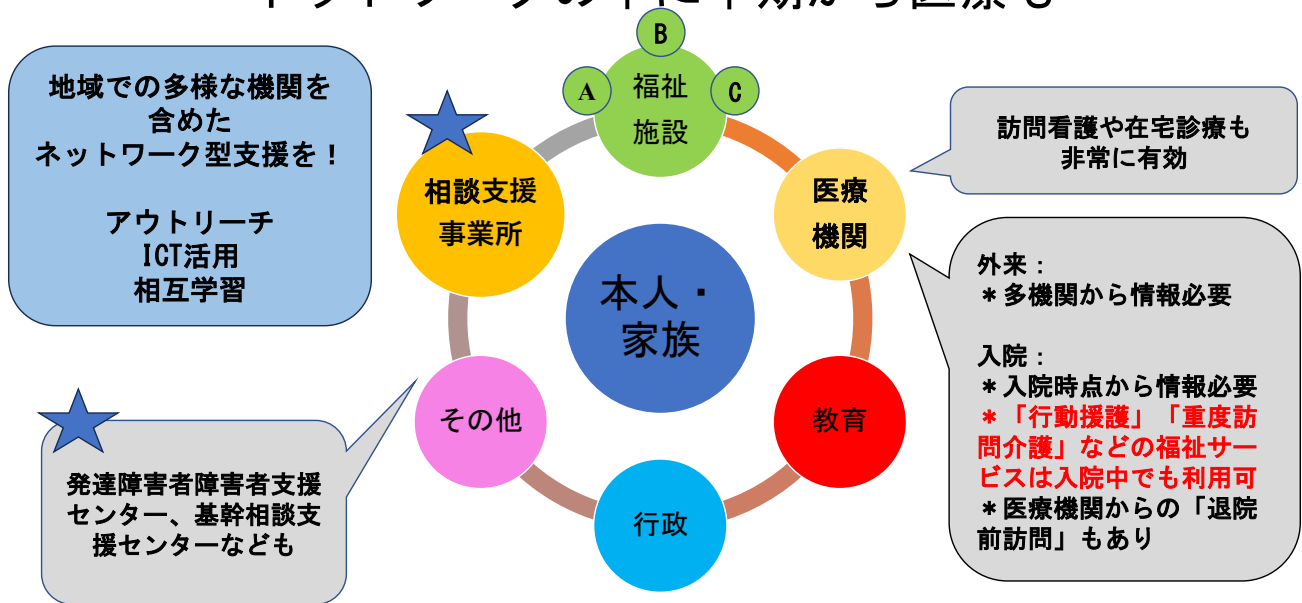
※標準的な支援とは個々の障害特性をアセスメントし、強度行動障害を引き起こしている環境要因を調整する支援

- ・強度行動障害を有する者が身体疾患の治療を受けられる体制づくりを進めていくことが必要であり、治療に係る負担も踏まえた報酬上の評価について検討を進めることが必要。また、日頃から福祉と医療の相互の連携を強化していくことが重要

強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会報告書～概要③～



強度行動障害への地域支援 ～ネットワークの中に早期から医療も～

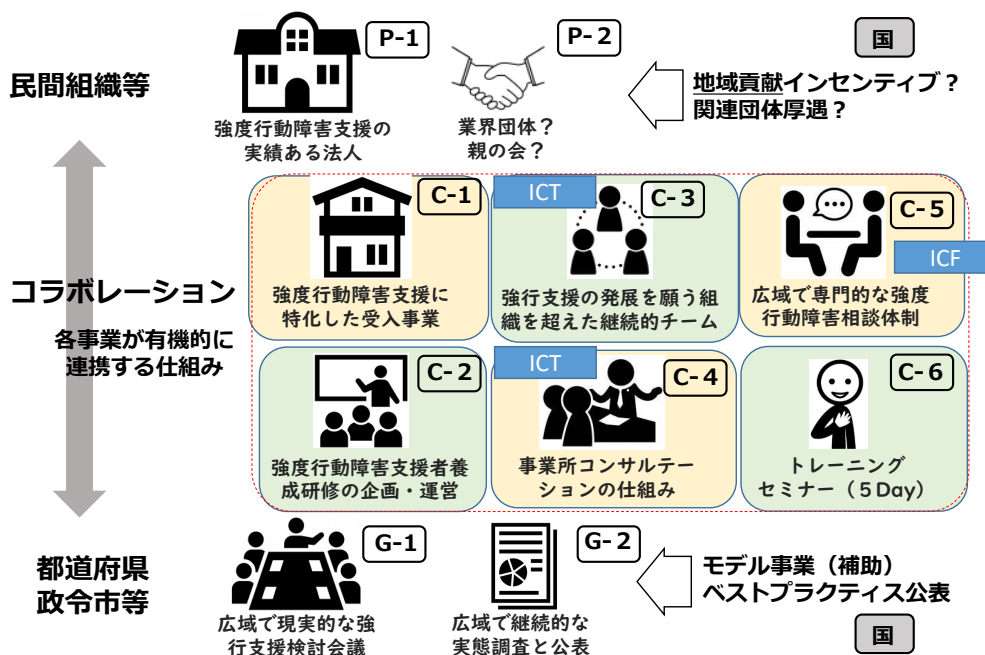


地域における取り組み例（地域勉強会ワーキング）

全日本自閉症支援者協会、2021年

地方自治体と民間法人等との利的協力関係をどのように築くか

国立のぞみの国 2020～2021年



自分の地域で、それぞれチェックしてみましょう・・・

地域支援体制	各都道府県の状況
広域で現実的な強行支援検討会議	
広域で継続的な実態調査と公表	
強度行動障害支援に特化した受入事業	
強度行動障害支援者養成研修の企画・運営	
強行支援の発展を願う組織を超えた継続的チーム	
事業所コンサルテーションの仕組み	
広域で専門的な強度行動障害相談体制	
トレーニングセミナー（5DAY）	
強度行動障害支援の実績のある法人	
業界団体 / 親の会	

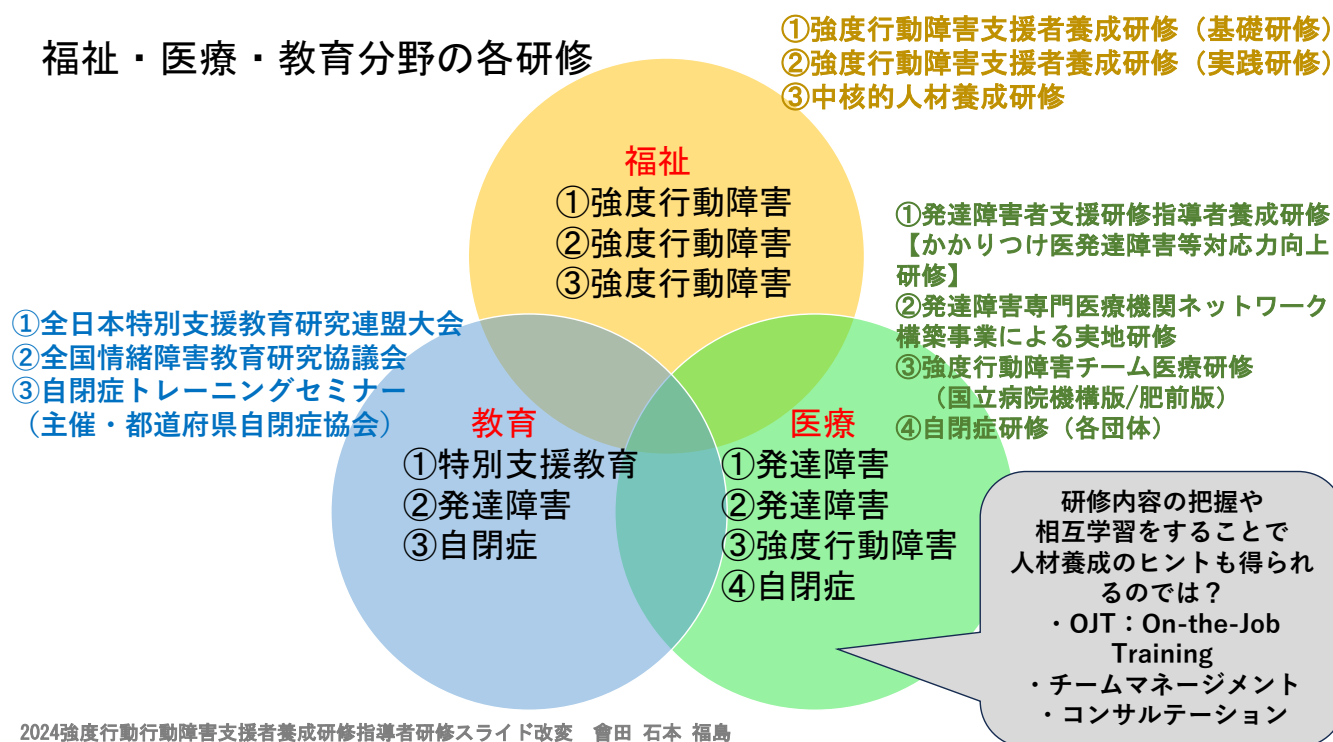
これから入院する人が長期化しないための対応

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（講義8参照）

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）

福祉・医療・教育分野の各研修



2015年 「重大な他害で福祉事業所の再利用は困難と思われた Bさん：20代男性」：ネットワークの活用事例

(最重度知的障害を伴うASD: IQ測定不能, 強度行動障害判定基準24点, 174cm93kg)

外来通院

- ・相談支援センター
- ・福祉サービス実施事業所(行動援護)
- ・デイケア通所中の近医
- ・**当院**

短期入院

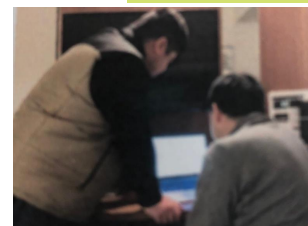
- ・相談支援センター
- ・福祉サービス実施事業所(行動援護)
- ・**強度行動障害支援事業所**
- ・デイケア通所中の近医
- ・**当院**

GH移行後

- ・相談支援センター
- ・福祉サービス実施事業所(行動援護)
- ・**日中通所生活介護**
- ・**強度行動障害支援事業所**
- ・デイケア通所中の近医
- ・**当院**



10ヶ月の頃



20代の現在

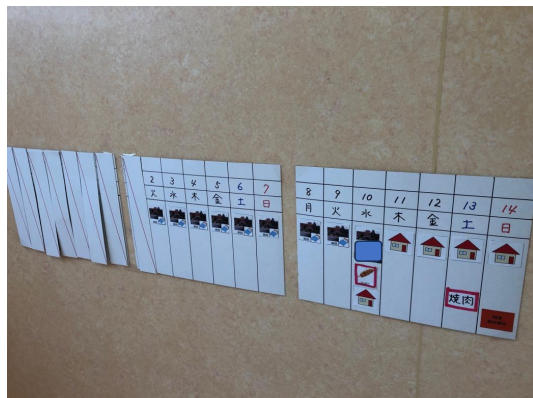
2020年 視覚的支援の持参事例



- 最重度知的障害+ASDの20代男性(在宅)
個室入院(福祉型短期入所は受入れ無し)
- 他害・パニックで通所不可となり家族疲弊
定期的なレスパイト入院～新たな通所先へ
- 母作成の視覚的支援グッズを持参し入院
- 支援手法のスタッフ統一、服装も固定



2022年 支援・余暇グッズ持参事例



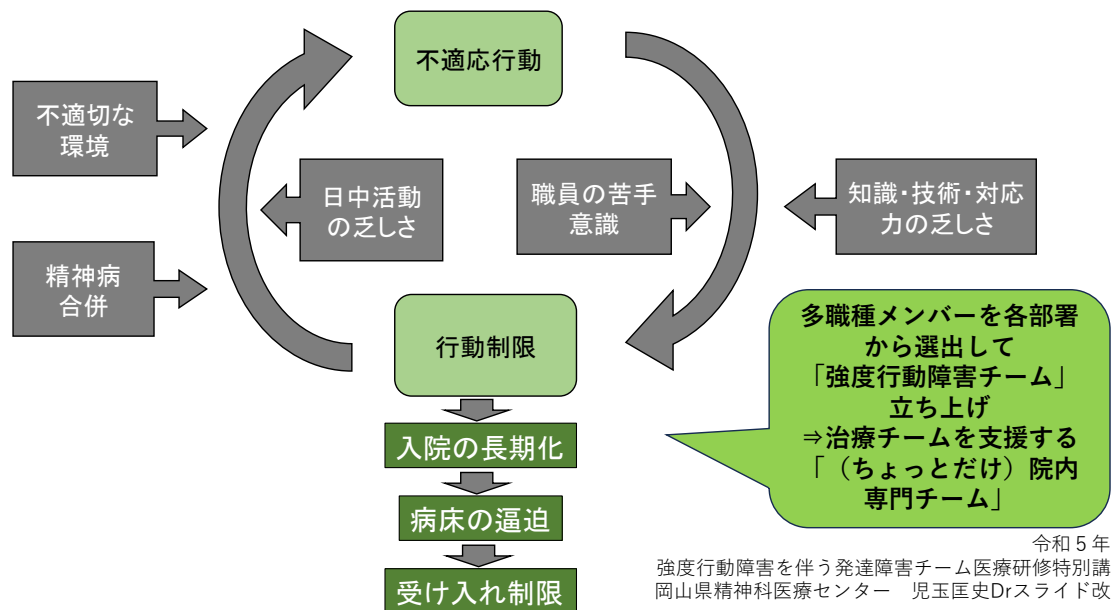
- 最重度知的障害+ASDの20代男性
個室入院(グループホームでの他害・器物破損あり
スタッフの支援体制立て直しのため年数回入院)
- 持参のカレンダーで一日終わったら紙を貼って終了
- 室外で使用するイヤーマフ置き
- スケジュールと余暇グッズのタブレット(夜間預かり充電)

29

講義内容

1. 強度行動障害の定義と概要
2. 強度行動障害の状態にある人のアセスメントと対応の基本
3. 福祉・教育分野との連携と専門的医療
4. 多職種チームカンファレンス(講義5参照)と地域ケア会議
5. 強度行動障害クリニカルパスの実践
6. まとめ

精神科病院での悪循環



厚労科研「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」 (精神科病棟における強度行動障害に対する治療プログラムⅠ 基礎編:3週間)

	連携	入院前 (外来)	入院時～ 介入準備期	連携	介入 (2W)	介入後評価
基本情報*			○			
行動関連項目・強度行動障害判定基準(いずれも10点以上)			○	【介入準備期】 (1W)	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			○	院内 多職種チーム(MDT) カンファレンス ↓ クライシスプラン 作成		○
支援情報収集 (生活・コミュニケーション)		● (可能なら)	○	クライシスプラン作成	精神症状評価・ 薬物調整・各種 検査など同時に 行う	
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			TEACCH®自閉症プログラムに 基づく構造化			質問紙・NAS 質問紙・CRA-J
障害特性に応じたコミュニケーション支援や環境調整			地域支援体制の再構築・地域ケア会議	連携		

* MDT : Multidisciplinary Team の略で、多職種で構成される支援チーム
* NAS : Nurse Attitude Scale * CRA-J : Caregiver Reaction Assessment

32

資料参照：多職種チームによる介入実践記録

[illegible]

地域ケア会議も行
いましょう
(講義 8・ワーク 3
参照)

33

「多職種チーム医療チェック表」でチームマネジメントを

1. 多職種での会議を調整・設定できましたか？
2. 会議において、職種や経験年数にかかわらず、参加者が自由に意見を言えましたか？
3. 参加者の意見を整理し、まとめることができましたか？
4. 介入や記録の方法を決める際は、実行できる無理ない方法について意見を出し合いましたか？
5. 介入方法を決める際は、『いつ・だれが・何を行うのか』を誰が聞いても分かるように具体的に決めましたか？
6. 記録について『いつ・どのような方法で実施するか』を決めましたか？
7. 介入／記録が順調にできているか、定期的に確認しましたか？
8. 新しい介入を実行した際は、一定の経過を見た後、振り返りのカンファレンスを設定しましたか？
9. 振り返りのカンファレンスで実際の記録を確認しましたか？
10. 振り返りのカンファレンスで介入効果の判定や修正点について意見を出し合いましたか？
11. 多職種チームメンバーをお互いにねぎらいましたか？
12. 次の介入方法を具体的に検討し、決定できましたか？

令和5年度厚生労働科学研究費補助金「強度行動障害者支援のための指導的人材養成プログラムの開発および地域支援体制の構築のための研究」 中核的人材養成研修 実行状況チェックシートより一部改変

34

講義内容

1. 強度行動障害の定義と概要
2. 強度行動障害の状態にある人のアセスメントと対応の基本
3. 福祉・教育分野との連携と専門的医療
4. 多職種チームカンファレンスと地域ケア会議
5. 強度行動障害クリニカルパスの実践
6. まとめ

厚労科研「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」 (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)

治療プログラムⅠ と同様	入院前 (外来)	入院時～ 介入準備 期		介入① (2W)	初期介入 後評価	行動療法 前評価 (2W)		介入②-1 (2W)	介入②-2 (2W)	退院時 評価 (2W)
基本情報*		○	【介入 準備期】 (1W) 院内外 多職種カン ファレンス ↓ クライシス プラン作成	評価・ 修正して 介入	○ (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	機能的行動 アセスメント	評価・ 修正して 介入		○
行動関連項目・強度行動 障害判定基準(10点以上)		○			○ (スタッフ 聞き取り)					○
ABC-J (興奮性サブスケール18点以上) BPI-Sスコア		○								○
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

地域支援体制の再構築・移行支援のための地域ケア会議

* 基本情報～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 * NAS: Nurse Attitude Scale * CRA-J: Caregiver Reaction Assessment

資料参照：強度行動障害クリニカルパス

強度行動障害(パス・ガイドライン)(案)				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:
経過	STEP	入院前	1か月目	2か月目	3か月目	
アウトカム	入院目標の明確化	急性期:行動制限・刺激統制 刺激を遮断した環境で暴力に関する行動問題(他害・自傷)がなくなる 生活環境調整:家族・支援者からの情報収集、支援体制の大枠の構築 環境:保護室、エリア	回復期:開放観察 開放観察下で暴力に関する行動問題(他害・自傷)がなくなる 生活環境調整:地域支援者・家族と介入方法について共有と検証 環境:保護室→ホールへ	回復期:開放観察 開放観察下で暴力に関する行動問題(他害・自傷)が低減する 生活環境調整:介入方法をより実効性の高いものへ見直しを図る 環境:個室・ホール→療養先へ	社会復帰期:地域移行	
治療計画	苦手な刺激を取り除いた環境への適応 (休息を促すための環境に構造化、視覚的な手がかりを効果的に使う)		入院目標を実現させるための新たな環境(刺激遮断を緩和)で構造化する (上手に表れる、スモールステップ、困難な時の具体的な支援やフィードバックを系統的に用意)		地域へ移行・様々なプランを汎化する (ケア会議を中心に)	
ケア会議	☐ ケア会議(入院時) ☐ 生活環境について詳細な情報収集 ☐ 家族歴、生活歴、生活・行動・感覚などの聴取 ☐ 入院の到達目標を地域支援者と検討		☐ ケア会議(中間) ☐ 必要に応じて広域的な人材の参加を依頼 ☐ 心理アセスメント・特性についての共有 ☐ 入院の到達目標の進捗具合の共有 (必要に応じて地域と再設定を) ☐ 療養地の評価 ☐ 退院後支援計画書(ひな形)の共有 ☐ 治療介入法についての共有		☐ ケア会議(中間) ☐ 必要に応じて広域的な人材の参加を依頼 ☐ 開放観察で得られた情報の共有 ☐ 治療介入法の擦り合わせ ☐ (地域移行可能か否か) ☐ 療養地の整備 ☐ 退院後支援計画書の検討 ☐ クライシスプランの説明 ☐ 外出・外泊の検討	
医師	☐ 治療の構造化(初回) ☐ 薬剤療法(鎮静が中心)		☐ 治療の構造化(中間) ☐ 薬剤調整(副作用に留意しながら)		☐ 治療の構造化(退院前) ☐ 薬剤調整(地域支援者らが内服を支援しや ¹)	
看護師 心理療法師 作業療法師 精神保健福祉士	☐ MDT会議(1~2週に1回) ☐ 生活面・行動障害の観察・記録 ☐ 身体計測・検査 ☐ 安心できる関係づくり ☐ コミュニケーション方法の確立 発達・知能検査 ☐ 心理アセスメント 観察から得られた情報		☐ 開放観察の計画 リスクアセスメント 生活機能の安定化 ① (食事・排泄・清潔などの日常生活) (適切かつ統一した声掛け、対応) ② TEACCHの検討・導入 ③ ABC分析 ④ 個別スケジュールの作成 ⑤ クライシスプラン(ひな形)の作成 ⑥ ストラテジーシート ☐ 退院後支援計画書(ひな形)の作成		☐ 開放観察の実施 ① トークエコノミシステムの活用 ② TEACCHが有効に機能している ③ 個別スケジュールの妥当性検証 ④ クライシスプランの実践・修正 ⑤ ストラテジーシートの実践・修正 ☐ 退院後支援計画書の修正 (開放観察の情報を踏まえて)	
備考	バランス:				※ 地域への移行を促す ① トークエコノミシステムの汎化 ② TEACCHの地域移行を見据えた修正 ③ 個別スケジュールを療養先に合わせる ④ クライシスプランの実践・修正 ⑤ ストラテジーシートの地域移行を見据	

37

資料参照：退院後支援計画書

病院から在宅への
分かりやすい
情報提供

(さいがた医療センター版：山下健Dr)

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	言語	サイン	文字	絵カード	その他
2) 環境調整	視覚提示		構造化		その他
3) ADL	自立	声掛け	見守り	介助	その他
4) クライシスプラン	有	無			
5) マイルール こだわり					
6) 支援時のポイント					

<緊急時対応> (頓服薬等)

- 1)
2)
3)

<緊急時連絡先>

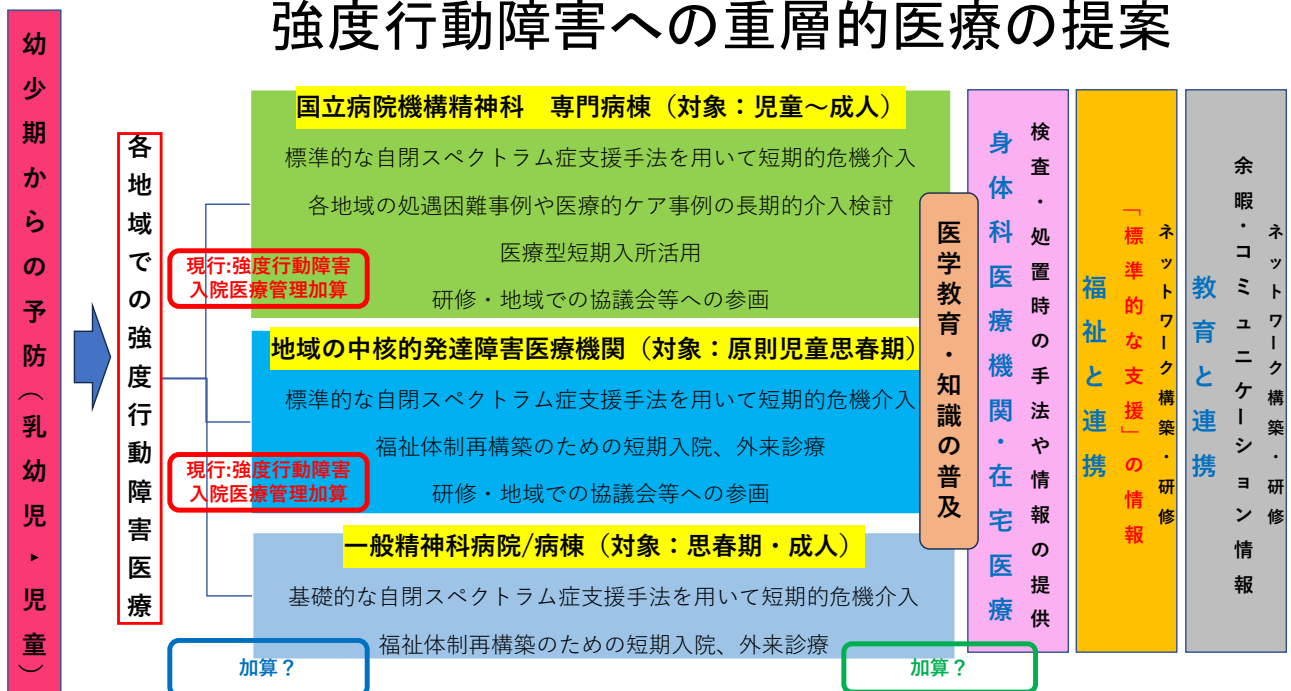
日 中:
夜 間:
相談員:

<留意事項>

講義内容

1. 強度行動障害の定義と概要
2. 強度行動障害の状態にある人のアセスメントと対応の基本
3. 福祉・教育分野との連携と専門的医療
4. 多職種チームカンファレンスと地域ケア会議
5. 強度行動障害クリニカルパスの実践
6. まとめ

強度行動障害への重層的医療の提案



強度行動障害医療学会

2020年10月～研究会としてML開始

44都道府県の280名以上が参加

(医療・福祉・教育・心理・行政など)

看護分科会「KYOKAN」

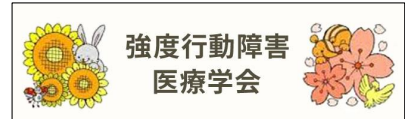
医師分科会「KYODO」

年3回の勉強会・情報共有など実施

2023年4月～学会へ

ホームページ

<https://kyou-kou.sakura.ne.jp/>



福祉施設
の看護師
も含む

まとめ ～強度行動障害医療で大事なこと～ 多機関で連携して

予防・継続
することが
大事！！

- 幼少時からの自閉スペクトラム症/障害特性理解と支援
- 余暇活動やコミュニケーション（受容/表出）の継続的支援
- 思春期以降の身体や情緒の変化への対応
- 医療と福祉・教育の連携によるネットワーク（ICTも利用）
- ライフステージ全体を通して他者を信頼できるような関わり
- 行動障害出現の歴史を遡ってとらえること
- 長期的な影響を考えた薬物療法の適正化、健康管理
- 家族支援

目指していききたいこと・考え方

治療や行動障害軽減のあとに豊かな暮らしがあればいい



その人らしい豊かな暮らしを目指すことで
適切なアセスメントや治療・支援ができる
【予防の観点で心理社会的介入を行えば治療全体がうまくいく】