

# 【講義】 強度行動障害と医療

筑西こころのクリニック

院長 中山 公実

# — 医療側からみた強度行動障害 —

- 1 精神科の診断
- 2 医療的アプローチ
- 3 福祉との連携

# 強度行動障害の症状

- 自傷行為
- 暴力、他害行為
- 激しいこだわり
- 器物破損
- 睡眠障害
- 異食、過食、反すう、多飲、詰め込み、
- 排泄（便こね、強迫的な繰り返し）
- 著しい多動（身体や生命の危険につながる）
- 大声、奇声（パニック）
- 粗暴、恐怖感を与える行為

# ① 強度行動障害と精神科の診断

## ➤精神科の診断

1. 生来性の障害について
2. 知的障害、自閉スペクトラム症（ASD）、先天性症候群などの評価
3. 精神疾患の合併の有無は？
4. 身体疾患の合併の有無は？

→仮説を立てる→仮説の検証→確定診断

精神疾患：不安障害、強迫性障害、統合失調症、双極性障害など

身体疾患：てんかん、外傷、アレルギー、薬の副作用など

# 症状把握の方法

## ➤ 本人から体験していることを語ってもらう

体験していることを言葉で述べる（あるいは書く）、それを聴いて（あるいは読んで）その人が体験している事柄を、私達の経験、知識に照らし合わせて理解する

→ 体験内容の理解

## ➤ 行動を観察する

表情、振舞、姿態、話し方、運動などその行動を観察し、直接知覚して精神症状とする

→ 表出された症状

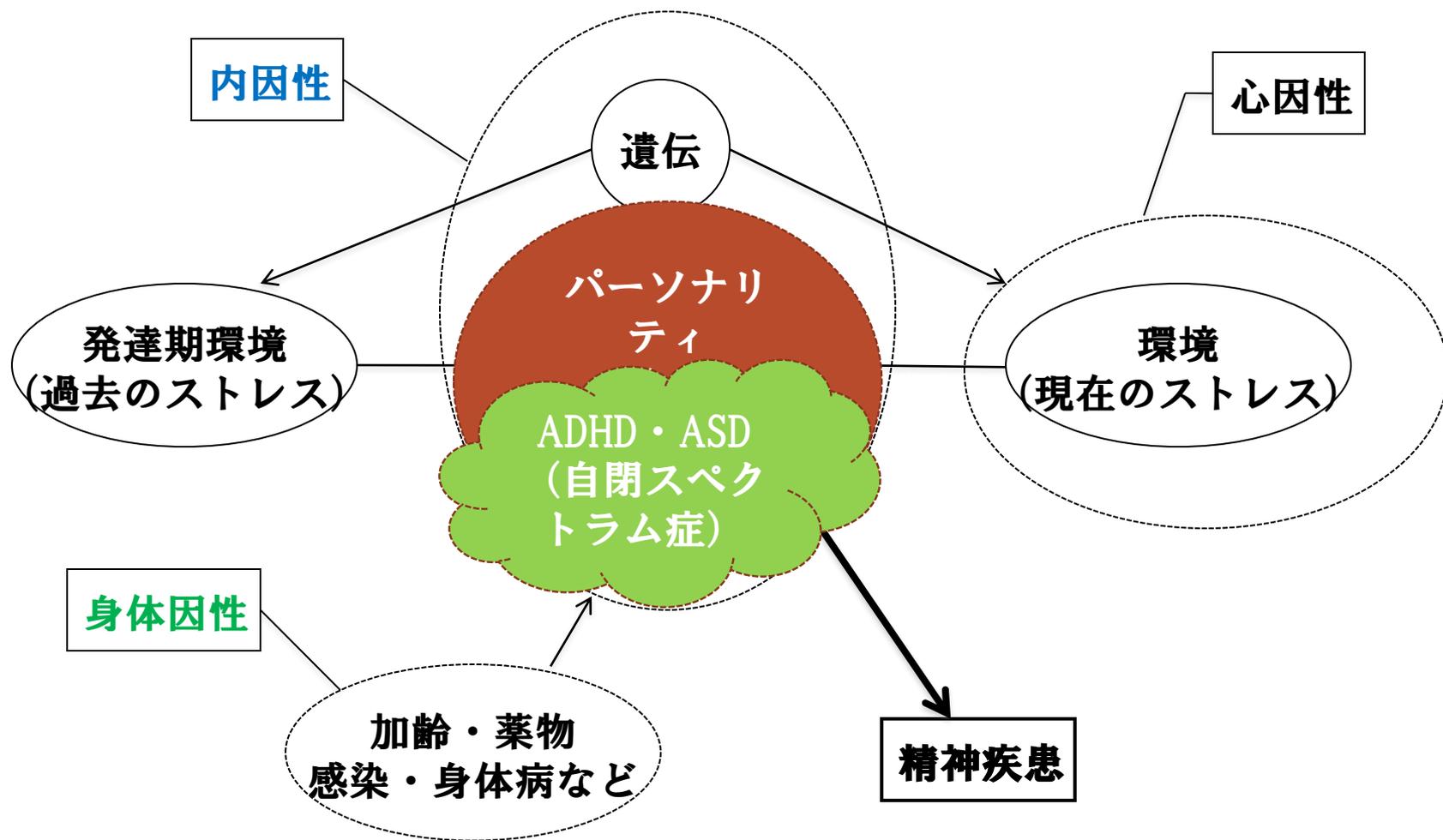
# レオ・カナーの言葉

レオ・カナー（アメリカ）1894-1981

1943年（昭和18年）、人には興味を示さないが、クリニックの調度品には非常に関心を持つ11人の子どもに自閉的孤立と名付けました（早期乳幼児自閉症）。これが「カナーの自閉症」

**「自閉症児の話すことばが、場にそぐわず意味不明な場合でも、本人にとっては最初に学習した際に特定の物事や場面と結びついた言葉であるから、聞き手が努力してその個人的な体験にたどり着けば、なぜそのことばがその場面で選ばれたのかわかる」**

# 精神障害の病因に対する考え方



(野村総一郎：精神疾患100の仮説より改変)

# 行動の変化をおこしうる医学的状态

- 感染症（膀胱炎、齲齒、皮膚炎、脳・髄膜炎）
- 骨折などの外傷
- 気胸
- 腸閉塞、胃炎・胃潰瘍（腹痛）
- 貧血、低血糖、脱水、水中毒
- 内分泌（甲状腺炎、思春期、月経、更年期）
- アレルギー
- 頭痛
- てんかん

# 誰でも我慢が難しい状況

- 頭痛、腹痛、歯痛、骨折などの「痛み」
- 「かゆみ」 アトピー、水虫、疥癬
- 空腹、暑い、寒い
- 恐怖・不安
- 嫌い・苦手（五感、心理的に）
- 喪失

## 精神科領域で、

# イライラ、攻撃性、多動性が強まる状態

- 幻覚妄想状態
- うつ状態
- 不安状態
- 躁状態
- てんかん
- 抗精神病薬の副作用：アカシジア
- フラッシュバック

# ASDや知的障害の人が我慢できない状況

- 見通しがきかない
- 感覚刺激が過多、過小
- やることがない
- 命令される、指示される
- スケジュールや環境の急な変化
- 簡単すぎる課題、難しすぎる課題
- 衣食住にまつわる不快がある
- 「行動障害の後の状況」その行動を強めている

# うつ病の症状

- 気分が落ち込む、疲れやすい、楽しくない
- 理解力、判断力、記銘力が低下する
- 対人関係で被害的となり易く、自分を責める
- 自傷行為、器物破損など自他へ向けて攻撃的となる
- 今まで平気だった音や光、においなどが我慢できなくなる
- 睡眠障害（寝付けない、中途覚醒、早朝覚醒、過眠）
- 食行動の異常（食欲低下、過食）、体重減少
- 頭痛、便秘、あるいは下痢など

# 「うつ」かもしれない行動変化

- 声が小さく、表情変化が乏しい、しかめ面
- 涙もろい、攻撃的、怒りっぽい
- 行動が遅い、反応が鈍い、活動性低下、ごろごろする
- 好きなことにも興味を示さず、ボーッとしている
- 同じことを繰り返す
- 服装や身だしなみが乱れ、入浴を嫌がる
- 高齢者ではそわそわしたり、落ち着かなくなったり、心配のあまり多弁（多訴）になったり、焦燥感が全面に出ることもある。

# 行動観察することの大切さ

- 1日、24時間その人を、たくさん目で見て、話し合って、理解し情報の共有をすることで、説明や表現が苦手な人たちの1日を支援者がより理解できるようになる。
- 理解した情報、その日共有した情報を簡潔に記録に残すことはその人と、後の支援者にとって有益なものとなる。

## ② 強度行動障害と医療的アプローチ

### ➤ 薬物療法

- ▶ 標的症状軽減
- ▶ 副作用への注意

### ➤ 入院治療

- ▶ 緊急避難的に保護（暴力、自傷）
- ▶ 疾患の治療（身体疾患、てんかんなど）
- ▶ タイムアウト、リセットとしての意味合い
- ▶ 観察、評価、検査、薬物調整
- ▶ 家族、施設が体制を調整するまでの時間

# 薬物と標的症狀・副作用

疾患	標的症狀	薬物	副作用
抗精神病薬	多動 自傷行為 易刺激性 易刺激性 常同行為	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶リスペリドン</li> <li>▶オランザピン</li> <li>▶ハロペリドール</li> <li>▶アリピプラゾール</li> <li>▶ピモジド</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶体重増加</li> <li>▶過鎮静</li> <li>▶錐体外路症状</li> <li>▶アカシジア</li> <li>▶QT延長（心電図チェック）</li> </ul>
抗うつ薬	反復行為 攻撃性	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶フルボキサミン</li> <li>▶クロミプラミン</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶焦燥、衝動性亢進</li> <li>▶QT延長、けいれん</li> </ul>
抗てんかん薬	衝動性 攻撃性	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶バルプロ酸</li> <li>▶カルバマゼピン</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶肝障害、高アンモニア血症</li> <li>▶発疹、眠気、眩暈</li> </ul>
抗不安薬	不安 焦燥	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ベンゾジアゼピン</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶眠気、筋弛緩作用</li> <li>▶依存、せん妄</li> </ul>
中枢刺激薬	ADHD症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶メチルフェニデート</li> <li>▶アトモキセチン</li> <li>▶グアンファシン塩酸塩</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶食欲低下、不眠、頭痛</li> <li>▶食欲低下、悪心、下痢</li> <li>▶眠気、頭痛、徐脈、低血圧</li> </ul>
睡眠薬	不眠	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ベンゾジアゼピン</li> <li>▶メラトニン</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶眠気、記憶障害、転倒</li> <li>▶眠気、眩暈（フルボキサミン禁）</li> </ul>

# 副作用としての錐体外路症状

- ドパミン抑制の結果、パーキンソン病様の症状（協調運動の障害）を呈するもの
- **アカシジア**：落ち着きがなくなり、足がムズムズしてじっとしてられない。
  - **アキネジア**：動作緩慢や仮面様顔貌が重症化する。「無動症」
  - **流涎**：咽頭や喉動きが低下することによる、唾液分泌過多
  - **振戦**：口、手指、四肢などの振るえ
  - **急性ジストニア**：抗精神病薬投薬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、体を反転させたり、目が上に向いたりする
  - **遅発性ジスキネジア**：抗精神病薬の長期服用により口周囲（ウシのような口の動き）、四肢体幹の不随意運動が出現する

# 精神科入院治療でできること

容易  
↑  
↓  
難しい

1) 緊急避難的な本人の保護

2) 家族や施設スタッフのレスパイト

3) 検査による身体状態の評価

①採血・尿  
②XP③心電図④CT・MRI

4) 行動や情緒に関する評価(心理テスト・評価尺度)

5) 薬物調整

①田中ビネー知能検査・  
遠城寺式乳幼児分析的発達検査  
②CARS・PARS-TR  
③ABC-J・BPI-S  
④感覚プロフィール

6) こだわり行動や行動障害のリセット

7) 行動療法や構造化による介入

・CARS:小児自閉症評定尺度 ・PARS-TR:親面接式自閉スペクトラム症評定尺度  
・ABC-J: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

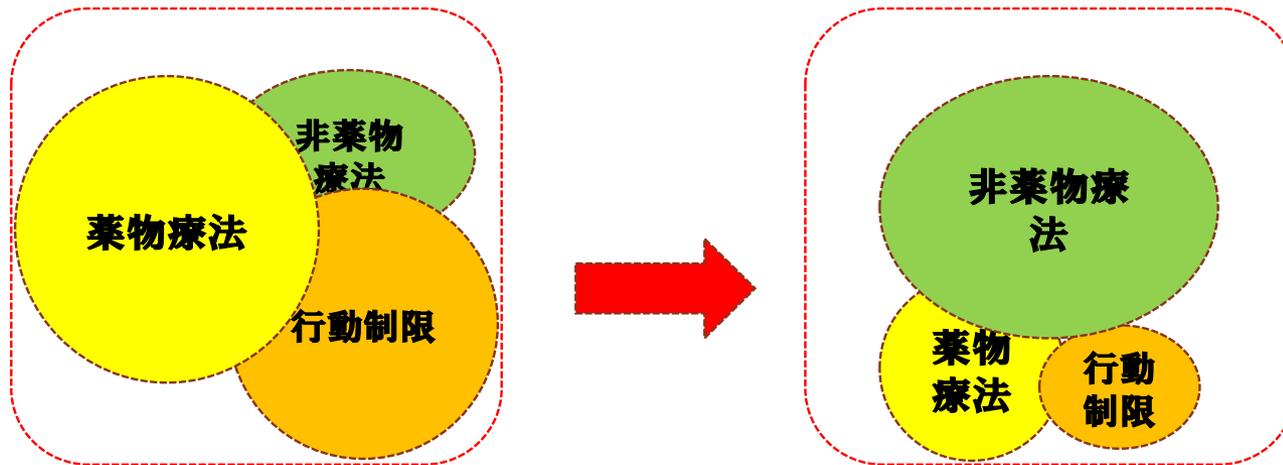
# 入院治療の注意点

- 一時的のことが多いが、本人や他者の安全確保のための個室隔離、あるいはさらに身体拘束を使用することがある
- 入院するとふだんの生活環境と異なる日課、場所、支援者  
長期入院からの退院では、戻ってからがまた慣れない環境
- 入院中は薬物療法などで落ち着いても、退院したらまた変化する可能性がある
- 医療側が持っている手段は薬物療法のみが多い  
(行動療法や構造化による介入ができることが望ましい)

# 強度行動障害に対する薬物治療の特徴

- ◆ 行動障害が重度なほど**多剤併用**になりやすい
- ◆ **ASD合併例**では有意に薬剤使用量が多い
- ◆ **粗暴性**が問題の場合には薬剤使用量が多い
- ◆ **抗精神病薬、抗てんかん薬**の使用が多い

# 行動障害と医療的アプローチ



**現在が転換点！**

## ③ 医療と福祉の連携

### ➤ 医療機関が欲しい情報

- ベースラインの情報
  - ✓ もともとはどうだったのか
  - ✓ 現在の生活（変化後）

### ➤ よりよい連携のために

- 診断、効果判定、評価のためにわかりやすい情報
  - ✓ 視覚化、数量化（てんかん発作回数などの増減表など）
  - ✓ 経時的変化（年、月、週、日、時間）
  - ✓ これまでの検査情報

# 医療機関が欲しい情報

- **病歴**（出生時からの概略と最近のもの双方、大きな外傷、罹病の既往、てんかん発作の有無）
- **最近の検査データ**（脳波、CT、血液検査、心理検査など）
- **バイタル記録**（**体温**、心拍、血圧、排便、食事）
- **内服薬**（いつから、何のために、どのくらい、効果は・・・）
- **一日のスケジュール**
- **特徴** 好きなもの、苦手なもの、好きな余暇、パニック時の対応
- **症状記録** 発熱や嘔吐下痢などしている状態であれば、摂取した水分量と、排尿回数、下痢であれば回数だけでなく性状も確認

# バイタルサインとは

- 血圧**→脳内圧亢進の有無の目安にもなる
- 心拍**→出血があれば頻脈、てんかん発作後も頻脈、発熱あれば頻脈。低体温、甲状腺機能低下症で除脈。
- 呼吸数**→不安状態では↑、あるいは高熱でも↑、昏睡↓、興奮状態↑、血液や肺の状態を示す。
- 体温**→低体温、高体温。心拍との比較をする。
- 意識状態**→興奮しているのか、もうろうとしているのか
- 尿量**→水分の出納の意味だけでなく、呼吸や循環機能などの反映
- ✓いずれにしても本人の**ベースライン**との**比較**が重要

# ふだんの様子・ベースライン

- コミュニケーションの手段、言語表象の理解の段階
- 好物、嫌いな物
- こだわり、くせ、習慣
- 日課、自立課題
- 性格、気質
- てんかん発作の頻度
- 聞こえ、視力、温痛覚、運動能力（麻痺の有無）

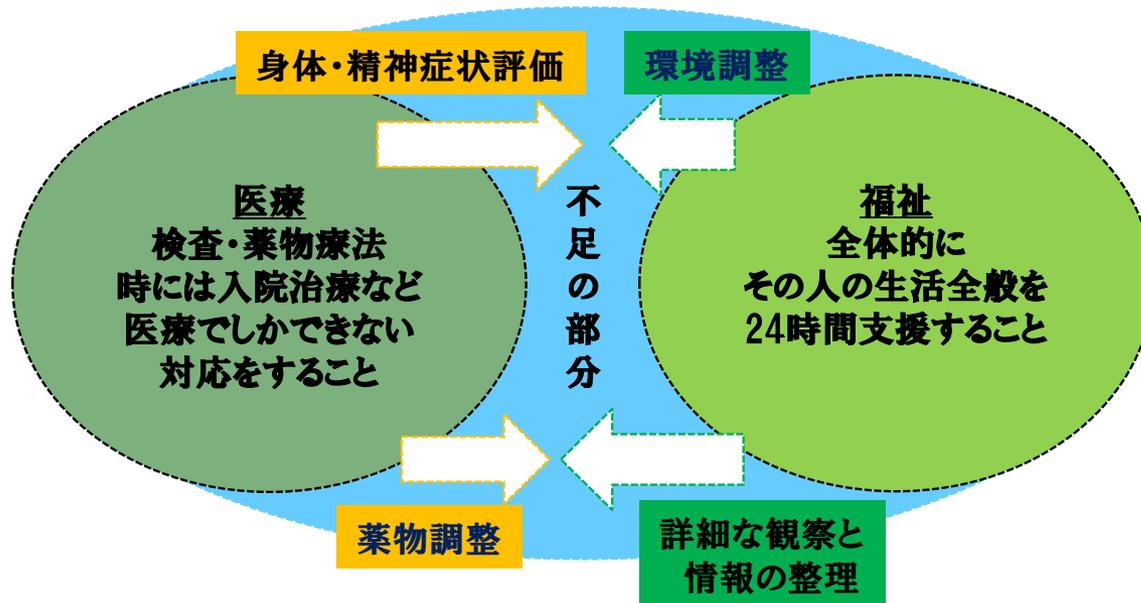
# 変化の特徴

- だんだんひどくなってるのか
  - 変わらないのか
  - 多少よくなってきているのか
  - あるとき、急に出現したのか
  - 昔あったのがまた出てきたのか
  - 症状の波がもともとあって今回はそれがひどいのか
  - 最近、きっかけや出来事がある起きてきているのか
- (日常生活にどの程度支障を与えているのかの評価も必要)

# 入院中のフィードバック、効果判定

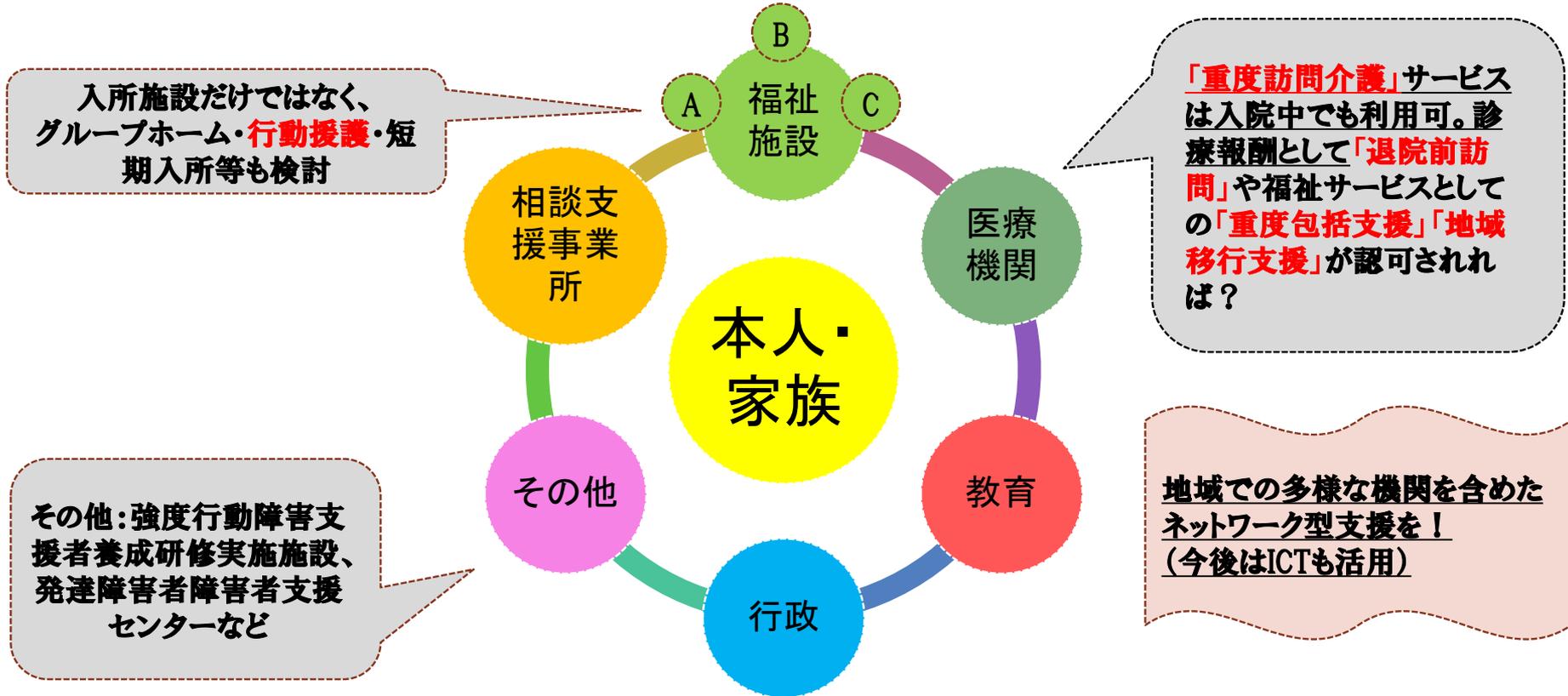
- 薬物が効いているのか、行動障害の変化は？
- 出現のしかた（程度・回数）の変化は？
- 内服前の行動障害の重症度をきちんと評価しておく必要がある。その上で、薬物を用いて効果あったかどうか判定し、医師に伝える。医師は本人を見ただけでは判断できない。てんかん以外は検査指標もない
- てんかん回数、問題行動の頻度などの数量化を図ると分かり易い

# 福祉と医療のそれぞれの役割 ～従来のイメージ～



「一医療機関、一福祉事業所が双方の努力でなんとかする」・・では、  
強度行動障害の支援/医療の場合、無理が生じます！！

# 強度行動障害の望ましい支援 ～ネットワークによる多様な支援～



# 「強度行動障害医療研修」参加医師アンケート2018より

(医師25名:北海道1・中部7・関西3・中国4・四国1・九州/沖縄9)

## 「治療の困難さ」

- ・ 医療につながるものがゴールで、退院出来る事例が少ない
- ・ 入院による環境変化・薬物療法によるマイナス効果から医療も福祉も不全感が強まる
- ・ 入院までに精神科を転々とし隔離拘束対応のみで終わっているケースが目立つ
- ・ 統合失調症やアルコール依存症と異なり発達障害の患者が地域に定着するのが難しい

## 「福祉領域での問題、地域格差」

- ・ 福祉での「強度行動障害支援者養成研修」の継続性・人材育成の問題
- ・ GHや施設が需要に比し少なく帰住先を選定するのに難渋する

## 「連携の問題～医療と福祉、医療機関どうし、行政との連携」

- ・ 外来治療では事業所からの情報提供があったり無かったり
- ・ 入所施設や病院が単独で抱えているケースが多い
- ・ 入院治療後に元々の施設から「対応できない」と言われるケースあり
- ・ 療育的な介入に早くから医療もチームに入れてほしい(問題が悪化してから頼まれる)
- ・ 行政との密な連携が必要である
- ・ 医療機関同士の連携の問題もある(児童精神科・小児科と精神科医)

## 「システムや診療報酬・福祉報酬上の問題」

- ・ 入院から施設・地域移行へ外出・体験の負担大(退院前訪問や重度包括支援、地域移行支援の報酬利用を！)

# 医療と福祉の対話

## ～特殊な医療から一般の精神医療へ～

- 医療と福祉の対話は、責任・負担を対等な立場で補し合い、顔の見える関係を作っていく事から始まります。福祉であれば医療、医療であれば福祉について深く理解することが必要となります。
- 近年は全国的にも強度行動障害医療についてのニーズが高まり、一般精神医療の中でも向き合う必要が出て、専門性の確立を求められるようになりました  
→この数年でシンポジウムが開催され、研究会の発足、教科書が作成され、一般精神医療の中でも議論が始まりました。
- 今後正しい知識を持った支援者、医療者らが集まり、各地域において顔の見える関係から豊かなネットワークを形成するための“対話”が始まり、強度行動障害医療を必要とされる方々に適切な支援が施されていくことが期待されます。

第115回日本精神神経学会シンポジウム(2019年度)“精神科医は強度行動障害に何が出来るか?”  
第116回日本精神神経学会シンポジウム(2020年度)“強度行動障害の医療と福祉・教育をつなぐ”  
第61回児童青年精神医学会シンポジウム(2020年度)“強度行動障害を伴う知的・発達障害児(者)の薬物療法と関係機関・家庭との連携”  
強度行動障害医療研究会発足(2020年度) 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年刊)

# まとめ

## 医療側からみた強度行動障害

1

### 強度行動障害と精神科の診断

精神科疾患、身体疾患、薬物の影響

2

### 強度行動障害と医療的アプローチ

薬物療法、入院治療、（行動療法）

→試行錯誤、『魔法の杖』はない

3

### 福祉と医療の連携

視覚化、数量化で一緒に考える共通基盤を持つ  
「ベースライン」の情報が不可欠。

ふだんの行動観察の重要性