

## 研修の構成

# 1 基礎研修のカリキュラム

強度行動障害者支援者養成研修(基礎研修)は、以下の表の通りです。

表II-1-1 強度行動障害者支援者養成研修(基礎研修)カリキュラム

科目名	時間数	内容		ページ
【講義】	6			
1 強度行動障害がある者の基本的理解	2.5	①強度行動障害とは	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本研修の対象となる行動障害</li> <li>・強度行動障害の定義</li> <li>・強度行動障害支援の歴史的な流れ</li> <li>・知的障害／自閉症／精神障害とは</li> <li>・行動障害と家族の生活の理解</li> <li>・危機管理・緊急時の対応</li> </ul>	11
		②強度行動障害と医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・強度行動障害と精神科の診断</li> <li>・強度行動障害と医療的アプローチ</li> <li>・福祉と医療の連携</li> </ul>	35
2 強度行動障害に関する制度及び支援技術の基本的な知識	3.5	③強度行動障害と制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援給付と行動障害 / 他</li> </ul> (例) 支援区分と行動関連項目 <ul style="list-style-type: none"> <li>・重度訪問介護の対象拡大</li> <li>・発達障害者支援体制整備</li> <li>・強度行動障害支援者養成研修</li> </ul>	101
		④構造化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・構造化の考え方</li> <li>・構造化の基本と手法</li> <li>・構造化に基づく支援のアイデア</li> </ul>	67
		⑤支援の基本的な枠組みと記録	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援の基本的な枠組み</li> <li>・支援の基本的なプロセス</li> <li>・アセスメント票と支援の手順書の理解</li> <li>・記録方法とチームプレイで仕事をする大切さ</li> </ul>	83
		⑥虐待防止と身体拘束	<ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待防止法と身体拘束について</li> <li>・強度行動障害と虐待</li> </ul>	97
		⑦実践報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>・児童期における支援の実際</li> <li>・成人期における支援の実際</li> </ul>	95
【演習】	6	内容		ページ
1 基本的な情報収集と記録等の共有	1	①情報収集とチームプレイの基本	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報の入手とその方法</li> <li>・記録とそのまとめ方と情報共有・アセスメントとは</li> </ul>	1
2 行動障害がある者の固有のコミュニケーションの理解	2.5	②固有のコミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・様々なコミュニケーション方法</li> <li>・コミュニケーションの理解と表出</li> <li>・グループ討議／まとめ</li> </ul>	37
3 行動障害の背景にある特性の理解	2.5	③行動障害の背景にあるもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感覚・知覚の特異性と障害特性</li> <li>・行動障害を理解する氷山モデル</li> <li>・グループ討議／まとめ</li> </ul>	55
合計	12			

基礎研修では、概ね2日間、12時間のカリキュラムを予定しています。そして、この研修は、主として知的障害者・精神障害者に対応する重度訪問介護従業者養成研修カリキュラムに相当するものです。

研修の位置づけは、下の図の通りです。国が開催する指導者研修(モデル研修)と都道府県研修が平行して実施される仕組みは、サービス管理責任者研修に似ています。ただし、サービス管理責任者研修受講前に「受講することが望ましい」とこの資料に記載されていますが、現段階(2013年12月)では、この強度行動障害支援者養成研修の修了者が、事業所設置の認定要件や加算対象になっているわけではありません(図II-1-1)。

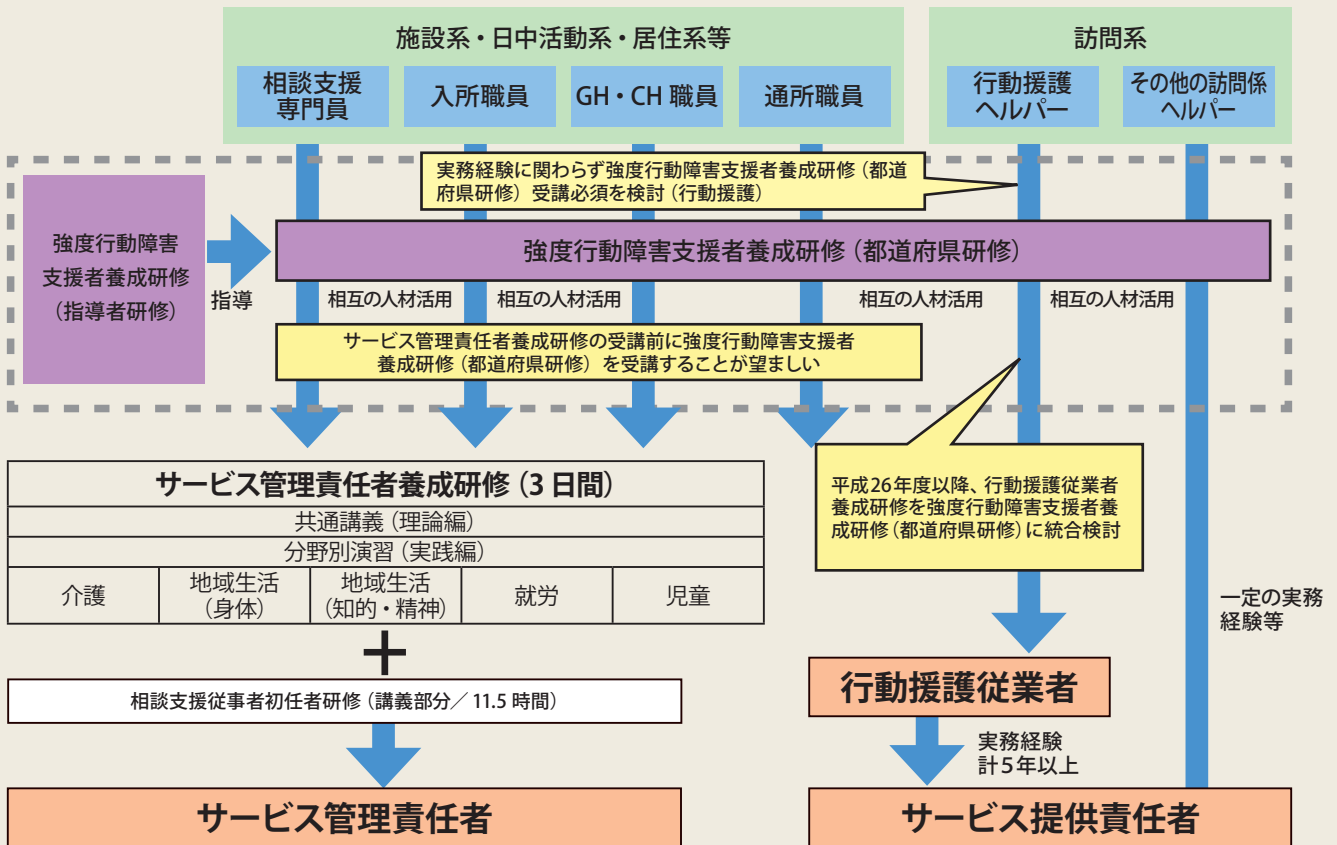


図 II-1-1 強度行動障害支援者養成研修のスキーム

## 2 基礎研修と実践研修の2本立て

強度行動障害支援者養成研修は、2013年10月に、各都道府県より2~3人の受講者の推薦をうけ、「基礎研修(指導者研修)」が開催されました。そして、この指導者研修の受講者が、地元に戻り、都道府県研修を開催することになります。実は、強度行動障害支援者養成研修は、入門講座としての「基礎研修」だけでなく、ステップアップ講座としての「実践研修」の2本立てで企画されています。実践研修は、2014年に国研修(指導者研修)が実施される予定であり、現在プログラムの開発に着手したところです。なお、実践研修については、概ね3日間、20時間のカリキュラムを予定しています。

国が開催する研修(指導者研修)と都道府県研修が同時に実施される仕組みは、サービス管理責任者研修に似ています。図II-1-2は、強度行動障害支援者養成研修の「基礎研修」と「実践研修」が実施されるスケジュールを簡単に示したものです。2015年以降は、各都道府県においても「基礎研修」と「実践研修」を開催することになります。

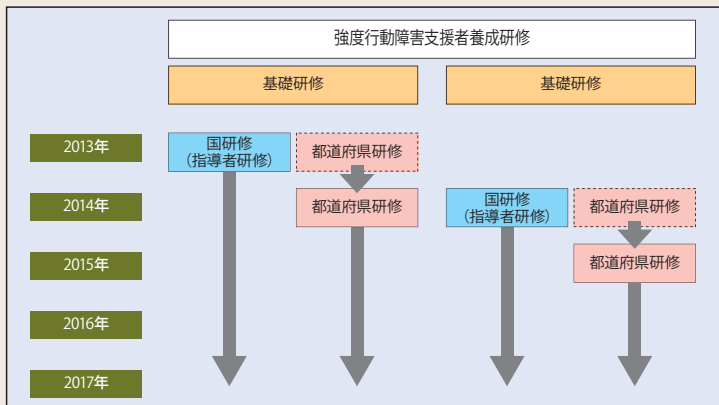


図 II-1-2 2本立て研修の実施スケジュール

2013年4月に障害者総合支援法が施行され、今後矢継ぎ早に制度改正が予定されています。強度行動障害支援者養成研修の位置づけも、制度改正と平行して様変わりしていく予定です。現段階で、概ね決まっていることは以下のとおりです。

- 強度行動障害支援者養成研修は、入門講座としての「基礎研修」と、ステップアップ講座としての「実践研修」の2本立てである。
- 強度行動障害支援者養成研修は、施設系・日中活動系・居住系等の従業者にとっては、サービス管理責任者研修の前段階で受講が望ましいと位置づけている。
- 訪問系の従業者にとっては、2014年度の制度改正(重度訪問介護の対象拡大)に合せて、位置づけを再度見直される。また、行動援護従業者養成研修については、何らかの形で強度行動障害支援者養成研修に統合する予定である。

### 3 基礎研修と実践研修の役割

強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)が目指しているのは、以下の3つです(「I-1はじめに」参照)。

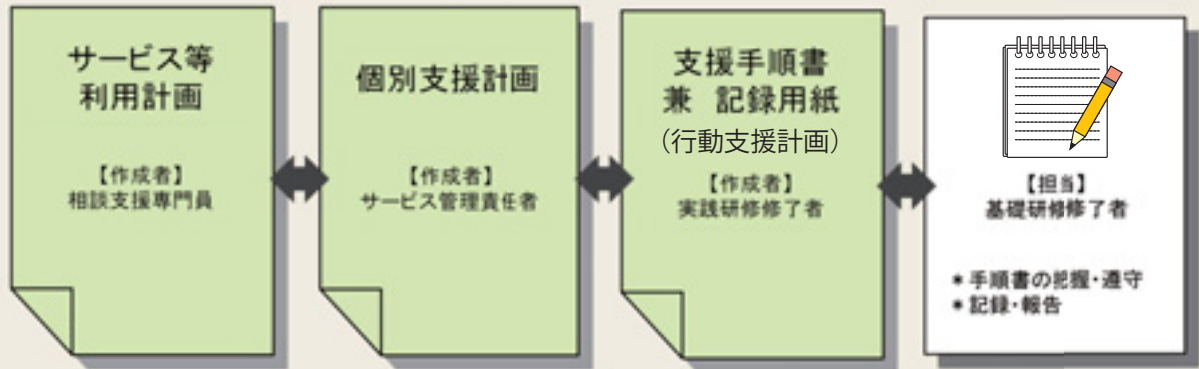
- ①支援の手順書に書かれている内容とその根拠を理解する
- ②詳細な手続きまでチームプレイを徹底する
- ③確実に、実直にルールを守り続ける

現在、実践研修のカリキュラムが正式に完成していません。正確に、基礎と実践のゴールの違いを説明することは困難です。しかし、方向性は固まっています。図II-1-3を見ながら、基礎研修と実践研修の違いを説明します。

現在、施設系・日中活動系・居住系の障害福祉サービス事業所においては「個別支援計画」、また訪問系の事業所においては「居宅介護計画」が立案されています(p.111)。また、最近では、利用者の様々なニーズと地域の資源を調整して、相談支援専門員が作成する「サービス等利用計画」も存在しているはず(p.110)。

ところが、強度行動障害者の支援においては、個別支援計画や居宅介護計画といった大まかな支援内容では、適切な支援が行えません。障害特性に配慮した留意点を整理し(p.112)、日々の日課と各活動の詳細を決め、そして、時間単位で各活動をどのような流れで行っていくかを詳細に記した「支援手順書」が必要になります(p.113-117および「I-8【講義】支援の手順書・記録・手順書の変更」参照)。この支援手順書の作成を、基礎研修修了者に求めているわけではありません。強度行動障害支援者養成研修の基礎研修のゴールは、この「支援手順書」に記されている内容を正確に理解し、手順通りに遵守できることです。そして、同時に、支援内容の概要ないし必要な利用者の行動を随時記録し、それをまとめて報告することが求められます。図II-1-3の一番右側の四角に相当する部分です。

## 《施設系・日中活動系・居住系》



## 《訪問系》

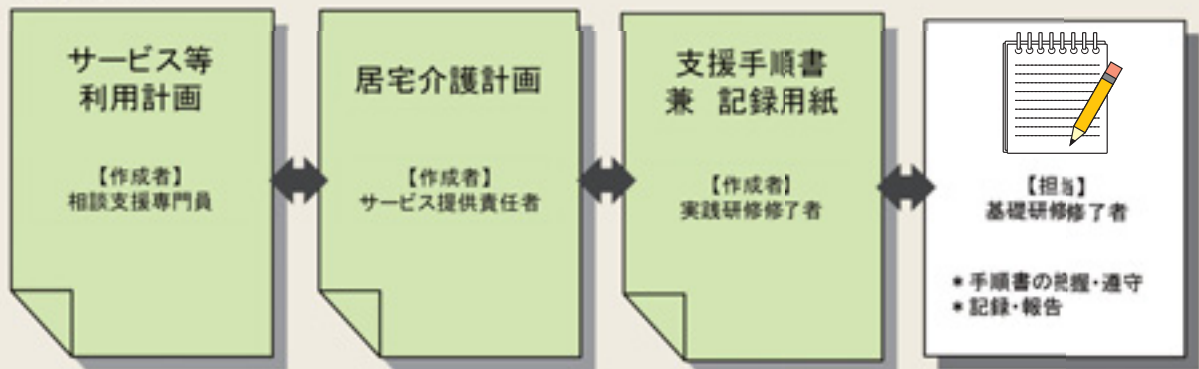


図 II-1-3 支援に係る文書の作成者と研修修了者の役割

強度行動障害支援者養成研修(実践研修)のゴールは、サービス管理責任者が作成した個別支援計画(あるいはサービス提供責任者が作成した居宅介護計画)を読み込み、詳細な支援手順書を作成し、支援の担当者(基礎研修修了者)にその方法を正確に伝達できることです。また、日々の支援結果の記録方法について、的確に指示したり、担当者の疑問に答えること。さらに、一定期間同一の手順で実施した支援の結果を取りまとめ、サービス管理責任者と相談し、支援方法の変更や継続について議論できることが求められます。ここで強調しておきたいことは、強度行動障害のある人の支援においては、「サービス等利用計画」や「個別支援計画(居宅介護計画)」の立案と同等、あるいはそれ以上に「支援手順書」の立案ができること、その内容を読み取りチームで繰り返し支援を実施できることが重要であるということです。基礎研修で12時間、実践研修で20時間を割いている理由もここにあるのです。

## 4 基礎研修を実施する際に

本テキストの「I. 本編」において、「表II-1-1強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)カリキュラム」の内容を網羅しています。しかし、いくつかの内容については、タイトルと主旨のみで、内容が掲載されていないものがあります。それは、「地域の実情に応じ、専任した講師の得意とする内容を優先するもの」と「年度により変化が大きい制度について」です。各内容については、2013年度国研修(指導者研修)のものを中心に「II. 資料編」に掲載してあります。資料編を参考に、研修を計画してください。

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者名	高崎 のぞむ	障害程度区分	区分 5	相談支援事業者名	相談支援センター川瀬美
障害福祉サービス受給者証番号	53*****			計画作成担当者	国立 希美
地域相談支援受給者証番号	41*****			計画開始年月	2013年7月

	月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00	起床	起床	起床	起床	起床		
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	起床	起床
	事業所の迎え	事業所の迎え	事業所の迎え	事業所の迎え	事業所の迎え	朝食	朝食
10:00	生活介護 あじさい	生活介護 あじさい	生活介護 あじさい	生活介護 あじさい	生活介護 あじさい		
12:00						昼食	昼食
14:00						行動援護 (ドライブ等)	
16:00	事業所の送り	事業所の送り	事業所の送り	事業所の送り			
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
20:00							
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
0:00							
2:00							
4:00							

主な日常生活上の活動	週単位以外のサービス
父親の怪我で外出(ドライブ)ができなくなって以来、外出機会が極端に少ない。生活介護への通所は安定している。夕食前の空き時間に自立課題を実施する。	2ヶ月に1回、精神科に通院する。通院は保護者の送迎による。月に2回、生活介護事業所併設のショートステイを利用する。

サービス提供によって実現する生活の全体像	日中活動には安定した通所が可能であるが、他害等が時折見られ、1日の穏やかに過ごせるようになるにはまだ課題がある。生活介護での安定した日中活動への取り組みを図るとともに、週末の行動援護、月2回のショートステイの利用を進めることで、家庭と生活介護以外の場への生活の広がりが期待できる。家族のレスパイトとしても重要であり、本人も含めた家庭全体の安定を図る。
----------------------	---

支援計画シート 氏名(高崎のぞむ) 支援計画書(〇〇〇〇)

インテーク (情報の収集・整理)	アセスメント (評価)		プランニング (支援計画)
情報 (見たこと、聴いたこと、資料などから)	理解・解釈・仮設 (わかったこと、推測したこと)	支援課題 (支援の必要なこと)	対応・方針 (やろうと思うこと)
<ul style="list-style-type: none"> <li>●26歳男性 自閉症 重度知的障害</li> <li>●身長172センチ 体重105キロ</li> <li>●高等部卒業後、8年間で45キロ 体重増加</li> <li>●高血圧(100-160)</li> <li>●14歳の時に近所のコンビニで2歳の子を突き飛ばし怪我をさせている</li> <li>●その後も学校や施設の外出中に幼児の方に向かっていく場面を数回制止している</li> <li>●子どもの泣き声はテレビから聞こえても不機嫌</li> <li>●外出は、施設の送迎と父親がドライブに連れていく以外に外出経験なし</li> <li>●DVDカセットのセット作業や洗濯ばさみの袋詰作業など、単純な工程の仕事が可能</li> <li>●書類やチラシの封入等、手先の巧緻性が求められる作業は手順の学習は可能だが製品としての完成は難しい</li> <li>●個別化された作業環境だと、一度に20分から日によっては1時間近く継続して作業に取り組むことが可能</li> <li>●休憩時間は他の利用者や職員の動きが見える環境だと落ち着かなくなるため、静養室のソファで横になっている場合が多い</li> <li>●静養室での活動は特になく、長時間休憩が続くと不穏状態になり、頻繁に静養室を出入りし、床を強く踏みならしはじめる</li> <li>●写真を使った指示で活動がいくつか理解できている</li> <li>●ときどき笑顔を見せ、支援員に近寄ってくることもあるが、しばらくしてから興奮状態になる場合もある</li> <li>●入浴や歯磨き(うがい)が1時間以上たっても終わらないことが多々見られる</li> <li>●2か月前、歯磨きの中止を指示した父親に、コップを投げつけ、目に大けがを負わせる(その後休日のドライブが行けていない)</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>生物的なこと</b> (疾患や障害、気質など)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●中学生から強度行動障害の状態が続いている重度の知的障害のある自閉症</li> <li>●生活習慣病の対策が必要</li> <li>●健康・衛生に配慮した詳細な援助は行いづらい</li> <li>●とっさに乳幼児を突き飛ばすリスクあり</li> <li>●女性や子どもの甲高い声は嫌い</li> <li>●混乱し興奮すると数時間単位で不穏状態が続き、場合によっては周囲の人がケガをするリスクあり</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>心理的なこと</b> (不安、葛藤、希望、感情など)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●一人で行う作業や自立課題は20分程度集中して取り組む</li> <li>●とっさに何らかの慣れ親しんだ行動を取ろうとする時に静止すると興奮することが多い(大声・床を踏みならす・頭突き等に表れる)</li> <li>●周囲の人のとっさの動きに反応し興奮することがある</li> <li>●刺激が少ない場所で、一人でいることを好むが、30分以上続けると興奮することがある</li> <li>●笑顔や人との関わりを求める行動がかならずしも快適な状況の表現とは限らない</li> <li>●歯磨きや入浴といった活動の終了が理解できない</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>社会的なこと</b> (家庭、施設・学校、地域資源など)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●両親は愛情をもって接しているが、今後も長期間この生活を続けることの困難さを感じている</li> <li>●家庭以外での外泊経験は15年以上経験していない</li> <li>●2年を目処に複数箇所のケアホームの設置が検討されている(行動障害対応が可能か不確定)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①ダイエットと生活習慣病予防</li> <li>②支援付きの外出手段の確保</li> <li>③穏やかに日中活動の時間を過ごす</li> <li>④定期的なショートステイの利用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○昼食に満腹感を与える低カロリーメニュー</li> <li>○日中活動に毎日散歩の時間を組み入れる(時間や歩行距離は計画的に増やす)</li> <li>○休憩時間に個別に深呼吸の練習</li> <li>○相談支援事業と行動援護利用の調整(早急のサービス開始に向けて)</li> <li>○行動援護事業所と具体的な支援方法の確認(支援員が複数回同行予定)</li> <li>○1日に作業1種類、自立課題6種類を準備</li> <li>○1日単位の個別のスケジュールを当面固定</li> <li>○スケジュールの伝達方法を調整                         <ul style="list-style-type: none"> <li>・スケジュールの提示場所は静養室</li> <li>・3つ程度の活動を写真・カードで提示</li> <li>・静養室の休憩時間の終わりはタイマー</li> </ul> </li> <li>○スケジュールの変更時には家庭に連絡                         <ul style="list-style-type: none"> <li>・家庭での影響を確認</li> </ul> </li> <li>○月に2回(各1泊)生活介護事業所併設のショートステイを活用(要調整)                         <ul style="list-style-type: none"> <li>・曜日の固定</li> <li>・他の利用者との調整</li> <li>・宿泊時に必要なものを確認</li> <li>・夜間・早朝のスケジュール確認</li> <li>・最初の実施日</li> </ul> </li> </ul>

参考：近藤直司(2012) 医療・保健・福祉・心理専門職のためのアセスメント技術を高めるハンドブック【明石書店】

---

## 支援の留意点(期間：2013年7月1日～10月1日)

### ●ワークシステム

- 高さ 190cm のパーテーションを 3 方向に設置
- 座席の背面は 100cm の長さのカーテン
- ワーク中は、原則パーテーションの入り口のカーテンを閉じて外から見守る
- 左の 3 段の棚のトレイのワークを上から 1 つずつ実施し、終わりの箱に入れる
- すべてのワークが終わりの箱に入った時点で休憩の場所へ移動

### ●作業・自立課題

- 1 回の作業や自立課題は 15 ～ 20 分程度
- 作業量 (DVD ケース組み立て 60 ケース、洗濯バサミの袋詰めは 40 袋)
- 自立課題 (1 課題 5 分から 10 分のを 3 課題)
- 通所前に作業 1 種類、自立課題 6 種類をセットして教材棚に入れておく

### ●休憩

- 個室の静養室を専用の休憩場所とする
- 休憩の修了の合図はアラーム (休憩開始時に支援員がタイマーセット)
- スケジュールは静養室に設置

### ●スケジュール

- スケジュールは写真で半日程度 (通所前と昼食時にスケジュールをセット)
- 写真は確認したらボード下のポケットに入れる
- 室内の目的の場所や物に目印としてスケジュールと同じ写真を貼っておく (指差して確認)

### ●コミュニケーション等

- 1m くらいに近づき、視界に入ったことを確認してから言葉がけをする
- 言葉がけは落ち着いた声で「高崎さん」「スケジュール」「手洗い」等、単語で
- 各活動の動作が分からなくなっているときは、名前を呼んで手本を示す
- ワークや休憩中に声が大きく・激しくなってきたら、「落ち着いて」と深呼吸を促す
- 落ち着かず床を叩いたり、頭突きが見られたら、「休憩」と指示して静養室へ移動、様子を見守る (落ち着いてきたら「落ち着いて」と深呼吸を促し、さらに 5 分ほど休憩して次のスケジュール)
- 落ち着かない時間がしばらく続いた場合、その時間のスケジュールは省く



## 支援手順書 兼 記録用紙【①手順書例】

利用者名	高崎のぞむ	サービス提供日	2013年10月18日(金)			作成者名	赤城あきら
事業所名①	生活介護事業所あじさい	サービス名	生活介護	時間	9:30-15:00	提供者名	榛名陽子
事業所名②		サービス名		時間		提供者名	
事業所名③		サービス名		時間		提供者名	

時間	活動	サービス手順	チェック	様子
9:30-10:00	来所	【スケジュール1:朝の準備】 ・静養室でスケジュール確認 ・ロッカー室で着替えて作業室へ		
10:00-10:45	班別活動	【スケジュール2: DVD 組み立て×2回】 ・途中で10分間、静養室で休憩		
10:45-11:00	お茶休憩	【スケジュール3:お茶休憩】 ・食堂でお茶休憩		
11:00-12:00	班別活動	【スケジュール4: DVD 組み立て×2回】 ・途中で10分間、静養室で休憩		
12:00-13:00	昼食・昼休み	【スケジュール5:昼食】 ・食堂で昼食後、静養室で休憩		
13:00-13:45	散歩	【スケジュール6:散歩】 ・公園まで散歩		
13:45-14:25	自立課題	【スケジュール7:自立課題×2回】 ・途中で10分間、静養室で休憩		
14:25-15:00	帰り	【スケジュール8:帰宅】 ・ロッカー室で着替え		

### 【連絡事項】

- 活動の切り替えは静養室で行います。原則として活動ごとにスケジュールを確認します。
- 静養室での休憩の終わりはアラームで知らせます。
- 壁やガラスに頭突き、人の二の腕をつねる等の行動はだいたいぶ少なくなりましたが、もし観察されたらその時間と前後の様子をチェック・様子欄に記入してください。その他、特に問題がなければ各スケジュールのチェック項目に○を記入してください。

### 【問い合わせ事項】

## 支援手順書 兼 記録用紙【②記録例】

利用者名	高崎のぞむ	サービス提供日	2013年10月18日(金)			作成者名	赤城あきら
事業所名①	生活介護事業所あじさい	サービス名	生活介護	時間	9:30-15:00	提供者名	榛名陽子
事業所名②		サービス名		時間		提供者名	
事業所名③		サービス名		時間		提供者名	

時間	活動	サービス手順	チェック	様子
9:30-10:00	来所	【スケジュール1:朝の準備】 ・静養室でスケジュール確認 ・ロッカー室で着替えて作業室へ	△	更衣室で館林さんにこわばった表情で近づいた。榛名が間に入って視界を遮り、高崎さんを外に出した。静養室に戻って落ち着く。
10:00-10:45	班別活動	【スケジュール2: DVD 組み立て×2回】 ・途中で10分間、静養室で休憩	○	
10:45-11:00	お茶休憩	【スケジュール3:お茶休憩】 ・食堂でお茶休憩	○	
11:00-12:00	班別活動	【スケジュール4: DVD 組み立て×2回】 ・途中で10分間、静養室で休憩	○	
12:00-13:00	昼食・昼休み	【スケジュール5:昼食】 ・食堂で昼食後、静養室で休憩	△	スムーズに食事を始めていたが、熊谷さんが甲高い声を上げると不穏に。早めに切り上げて静養室に移動。
13:00-13:45	散歩	【スケジュール6:散歩】 ・公園まで散歩	×	出発前のトイレで熊谷さんとバッシングし、すれ違い様に頭突きをした。静養室に緊急非難。
13:45-14:25	自立課題	【スケジュール7:自立課題×2回】 ・途中で10分間、静養室で休憩	×	落ち着いたが課題はできず静養室で横になっていた。
14:25-15:00	帰り	【スケジュール8:帰宅】 ・ロッカー室で着替え	○	熊谷さんとバッシングしないようにアラームを10分弱遅らせた。

### 【連絡事項】

- 活動の切り替えは静養室で行います。原則として活動ごとにスケジュールを確認します。
- 静養室での休憩の終わりはアラームで知らせます。
- 壁やガラスに頭突き、人の二の腕をつねる等の行動はだいたいぶぶぶぶとなりましたが、もし観察されたらその時間と前後の様子欄に記入してください。その他、特に問題がなければ各スケジュールのチェック項目に○を記入してください。

### 【問い合わせ事項】

【◎経過報告例】

のぞむさんの記録のまとめ

利用者名：高崎 のぞむ  
作成者名：榛名 陽子  
作成日：2013年10月21日

スケジュール	10/7 (月)	10/8 (火)	10/9 (水)	10/10 (木)	10/11 (金)	10/14 (月)	10/15 (火)	10/16 (水)	10/17 (木)	10/18 (金)
1: 来所	△	○	○	○	△	○	○	△	○	△
2: 作業	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3: お茶	△	○	○	○	○	×	○	△	○	○
4: 作業	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5: 昼食	△	○	△	△	○	○	○	○	△	△
6: 散歩	△	○	○	×	○	△	○	○	○	×
8: 自立課題	○	○	○	—	○	○	○	○	○	—
9: 帰り	○	○	○	△	○	△	○	○	○	○

○：よく取り組めた △：他害のおそれがあった ×：他害があった —：参加できなかった

【備考】

- 18日は朝から状態が悪く、散歩前のトイレの時間に熊谷さんに頭突きをしてしまった。
- その後も興奮がなかなか収まらず、午後はまったく活動に参加できなかった。

## 支援手順書 兼 記録用紙【④手順書例(詳細)】

利用者名	高崎のぞむ	サービス提供日	2013年10月18日(金)			作成者名	赤城あきら
事業所名①	生活介護事業所あじさい	サービス名	生活介護	時間	9:30-15:00	提供者名	榛名陽子
事業所名②		サービス名		時間		提供者名	
事業所名③		サービス名		時間		提供者名	

時間	活動	サービス手順	チェック	様子
9:30-10:00	来所	【スケジュール1:朝の準備】 静養室(スケジュール)→ロッカー室(着替え) →静養室(スケジュール)→作業室		
10:00-10:45	班別活動	【スケジュール2: DVD 組み立て×2回】 作業室(作業15分)→静養室(休憩10分)→アラーム →トイレ→静養室(スケジュール)→作業室(作業15分)		
10:45-11:00	お茶休憩	【スケジュール3:お茶休憩】 作業室→静養室(スケジュール)→手洗い →静養室(スケジュール)→食堂(お茶休憩) →静養室(スケジュール)→作業室		
11:00-12:00	班別活動	【スケジュール4: DVD 組み立て×2回】 作業室(作業15分)→静養室(休憩10分)→アラーム →トイレ→静養室(スケジュール)→作業室(作業15分) →静養室(休憩15分)		
12:00-13:00	昼食・昼休み	【スケジュール5: 昼食】 アラーム(12:00)→手洗い→静養室(スケジュール) →食堂(昼食)→静養室(休憩)		
13:00-13:45	散歩	【スケジュール6: 散歩】 アラーム(13:00)→トイレ→静養室(スケジュール) →玄関(靴の履き替え)→公園→玄関(靴の履き替え) →静養室(スケジュール)→手洗い→静養室(休憩)		
13:45-14:25	自立課題	【スケジュール7: 自立課題×2回】 アラーム(13:45)→作業室(自立課題15分) →静養室(休憩10分)→アラーム→作業室(自立課題15分) →静養室		
14:25-15:00	帰り	【スケジュール8: 帰宅】 静養室(スケジュール)→トイレ→静養室(スケジュール) →ロッカー室(着替え)→静養室(スケジュール) →玄関(靴の履き替え)→送迎		

### 【連絡事項】

- 活動の切り替えは静養室で行います。原則として活動ごとにスケジュールを確認します。
- 静養室での休憩の終わりはアラームで知らせます。
- 壁やガラスに頭突き、人の二の腕をつねる等の行動はだいぶ少なくなりましたが、もし観察されたらその時間と前後の様子をチェック・様子欄に記入してください。その他、特に問題がなければ各スケジュールのチェック項目に○を記入してください。

### 【問い合わせ事項】

## 支援手順書 兼 記録用紙【⑤手順変更例(詳細)】

利用者名	高崎のぞむ	サービス提供日	2013年10月24日(木)			作成者名	赤城あきら
事業所名①	生活介護事業所あじさい	サービス名	生活介護	時間	9:30-15:00	提供者名	榛名陽子
事業所名②		サービス名		時間		提供者名	
事業所名③		サービス名		時間		提供者名	

時間	活動	サービス手順	チェック	様子
9:30-10:00	来所	【スケジュール1:朝の準備】 静養室(スケジュール)→静養室(着替え)→ 静養室(休憩)→アラーム(9:50)→作業室		
10:00-10:45	班別活動	【スケジュール2: DVD 組み立て×2回】 作業室(作業15分)→静養室(休憩10分)→アラーム →トイレ→静養室(スケジュール)→作業室(作業15分)		
10:45-11:00	お茶休憩	【スケジュール3:お茶休憩】 作業室→静養室(スケジュール)→手洗い→ 静養室(お茶休憩)→アラーム→作業室		
11:00-12:00	班別活動	【スケジュール4: DVD 組み立て×2回】 作業室(作業15分)→静養室(休憩10分)→アラーム →トイレ→静養室(スケジュール)→作業室(作業15分) →静養室		
12:00-13:00	昼食・昼休み	【スケジュール5:昼食】 静養室(スケジュール)→手洗い→静養室(スケジュール) →食堂(昼食)→静養室(休憩)		
13:00-13:45	散歩	【スケジュール6:散歩】 アラーム(12:45)→トイレ→静養室(スケジュール) →玄関(靴の履き替え)→公園→玄関(靴の履き替え) →静養室(スケジュール)→手洗い→静養室(休憩)		
13:45-14:25	自立課題	【スケジュール7:自立課題×2回】 アラーム(13:30)→作業室(自立課題15分) →静養室(休憩15分)→アラーム→作業室(自立課題15分) →静養室(休憩20分)		
14:25-15:00	帰り	【スケジュール8:帰宅】 アラーム(14:35)→トイレ→静養室(スケジュール) →静養室(着替え)→玄関(靴の履き替え)→送迎		

### 【連絡事項】

- 活動の切り替えは静養室で行います。原則として活動ごとにスケジュールを確認します。
- 静養室での休憩の終わりはアラームで知らせます。
- ロッカーは静養室に移動しました。着替えは静養室で行ってください。
- 熊谷さんと動線が重ならないように注意してください(特に朝、休憩時間)
- 自立課題終了後、帰りの準備をするまでに20分間の休憩が入ります。

### 【問い合わせ事項】



## 2 研修の背景

# 1 研修における行動障害（強度行動障害）とは

## Question

強度行動障害には、反社会的行動や急性期の精神科症状がある人を含めて考えるのでしょうか？

## ポイント

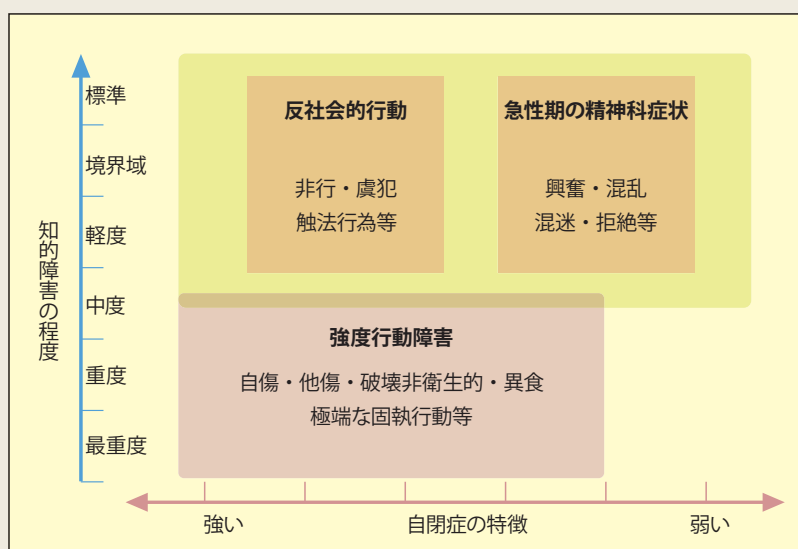
- 相談支援専門員を代表とする地域における相談支援の現場では、最近、「行動障害」という言葉から、罪を犯した障害者（いわゆる触法障害者）、あるいは、起訴までには至っていないが繰り返し反社会的行動を繰り返す障害者を連想する人が多いようです。行動障害あるいは強度行動障害の研修の参加者には、このような触法や反社会的行動への対応を期待する人が増えています。
- 行動援護が、知的障害者だけでなく精神障害者も含むようになったことを契機に、対象がかなり多様になっています。また、平成25年度から、重度訪問介護の対象者が、知的障害者や精神障害者に拡大します。幻視幻聴といった代表的な急性期症状が原因で、行動上に問題が表面化する人も強度行動障害というのでしょうか。

上記のような行動障害は、支援者が対応に苦慮しており、困難ケースとして多様な専門職から構成されるケース検討を行っても、適切な方針が見いだせない事例が多いのだと推測されます。また、拘留から矯正施設入所、または精神科病院における入院治療といった、障害福祉分野と異なる専門機関との連携や専門知識が求められる場合もあります。さらに、このような人たちは、知的障害の程度（認知機能）が正常範囲ないし比較的軽度の遅れの人である場合がほとんどです。かつての強度行動障害特別処遇事業の対象者とは、臨床的（実践的）に、その行動の理解の仕方や支援技法に明らかな違いがあります。

今回の研修の対象は、このような反社会的行動や急性期の精神科症状等に関する行動障害を、「原則」取り上げない方向で考えています。図II-2-1の網掛け部分の中～最重度の知的障害のある自閉症を中心とした、行動障害を中心に研修を考えます。その理由は次のとおりです。

- このような行動障害のある人の基本的な支援方法がほぼ確立している。
- 障害福祉の現場（入所・通所・居宅）や養育者に、この確立した支援方法が必ずしも周知・徹底されているわけではない。
- 支援方法を知らないために、障害特性に合わせた配慮ができず、虐待等に至る事例がなかなか減らない。

精神障害の中でも、大人になってからの傷病によりかなり重篤な認知機能が低下している高次脳機能障害のある人、早期のアルツハイマー病により認知機能の著しい低下が見られる等の理由により、行動障害が顕著になる事例も推測されます。しかし、現段階では支援の実践事例等が十分ではありません。今後の課題として、早急に研究すべきテーマだと思います。



図II-2-1 研修の対象となる強度行動障害のイメージ



## 2 研修の対象となる強度行動障害者の想定される数

### Question

強度行動障害のある人はどれくらいいると考えればいいのでしょうか？

### ポイント

- 入所施設やそこからケアホーム等に地域移行する人の支援として、強度行動障害の事例が時々報告されます。また、たくさんの強度行動障害のある人たちが、入所施設の待機リストに入っているという話も聞きます。一方で、最近の特別支援学校等を見学しても、強度行動障害あるいはそのリスクのある児童生徒は非常に少なくなっているような印象を受けます。強度行動障害のある人はどれだけいるのか調査されていないのでしょうか。
- 制度が誕生して8年が経過した行動援護は現在7,000人以上が利用しています(平成25年4月)。また、入所施設等において、特別重度支援加算(Ⅱ)の対象者がかなりたくさんいると言われていています。一方で、行動援護や特別重度支援加算の対象者のうち、以前の強度行動障害特別支援事業の基準に合致する対象者は、半数にも満たないだろうという話も聞きます。実態はどのようなのでしょうか。

強度行動障害とは、20年以上前から「精神的な診断として定義される群とは異なり、直接的他害(噛み付き、頭突き等)や、間接的 he害(睡眠の乱れ、同一性の保持等)、自傷行為等が通常考えられない頻度と形式で出現し、その養育環境では著しい処遇の困難な者をいう」と定義されています。一方、厚生労働省において行動障害の程度を測定するチェックリストは、現在まで2種類存在しており、時代時代においてカットオフ値の変更がありました。

全国規模の疫学調査は、残念ながら行われていません。しかし、鳥取県では、強度行動障害(初期の強度行動障害支援者処遇事業対象者あるいは障害程度区分における行動関連項目12項目の点数が15点以上)と判断される人は、入所・通所の障害福祉サービス利用者あるいは特別支援学校に通う児童生徒の1.2%であると報告されています(信原 2011)。この数字を、全国規模に当てはめると、7,700人程度と考えられます(入所・通所の障害福祉サービス利用者51万人、特別支援学校在籍者数13万人)。1.2%は、小さな数字ですが、強度行動障害として対応が必要となる年代は、思春期後半から40歳ごろまでに集中しています。この年代だけをとりあげると、3%~5%が強度行動障害と言っても良いかもしれません。

のぞみの園においても、在宅で強度行動障害のある人の調査を実施する際、簡便な判断の方法として、①身体的に重篤な障害がなく、②思春期以降の年代で、③一人で外出することが困難、④一人で留守番することが困難、という基準を使ってきました。すると、知的に重度・最重度の障害で、強度行動障害を示す人は、行動援護対象者の中でも決して多くないことがわかっています。先ほどの、1.2%という数字は、感覚的にかなりしっくり来る数字です。また、最近の少子化の影響からか、特別支援学校等でこのような著しい行動障害を示す児童生徒は極めて少なくなっているようにも見受けられます。

今回の研修の対象は、極めて厳格な強度

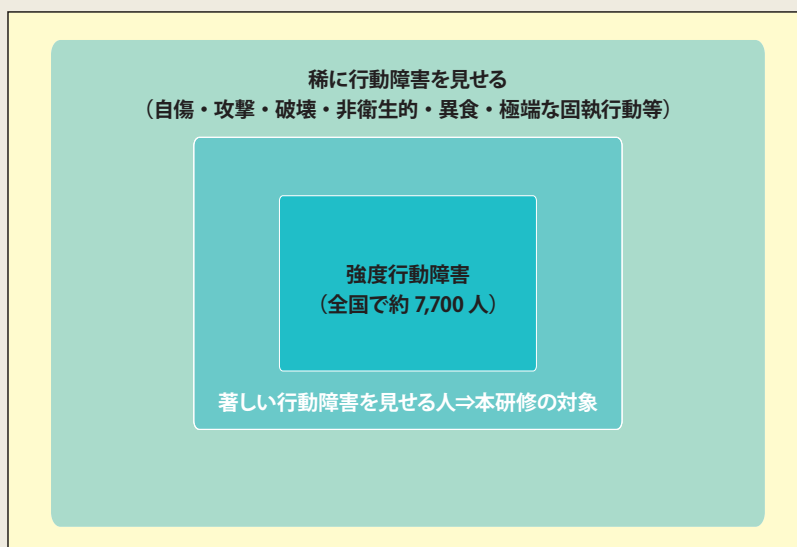


図 II-2-2 厳密な強度行動障害と周辺の行動障害のイメージ

行動障害とするわけではありません。図II-2-2のように、その周辺の類似した状態を含めやや広目の想定を行います。その理由は以下のとおりです。

- 厳格な定義の周辺に同じような対応を必要とする人がかなりたくさんいる
- 厳格な定義の2～3倍としても、臨床的に「一定の期間、適切な支援を行えば、劇的な変化が見られ、社会適応力が大幅にアップする（例：一人で買い物に出かける）」人は存在しないと推測される

### 3 強度行動障害研修を行うに至った背景

#### Question

研修を必要とするテーマはたくさんあるのに、どうして強度行動障害なのですか？

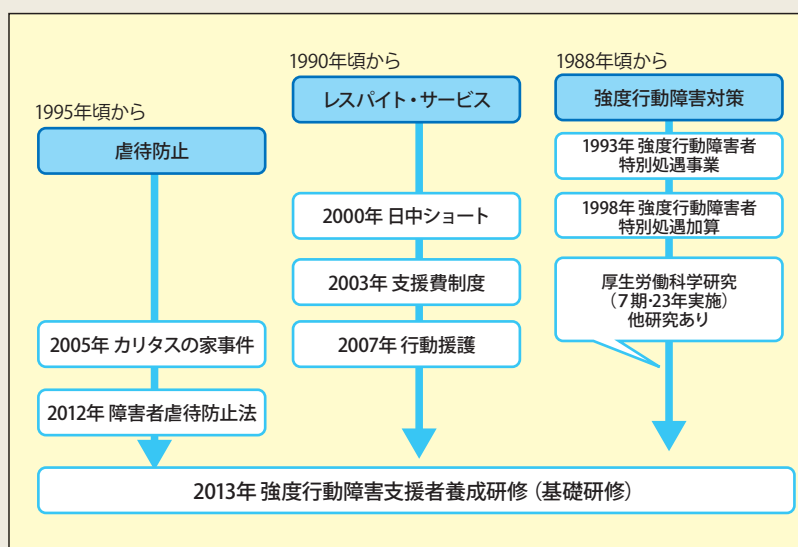
#### ポイント

- 強度行動障害のある人は、決してたくさんいるわけではありません。少子化が進む中、この数が急激に増えているといった証拠もありません。なぜ、このような少数のグループの研修を全国で大規模に行うのでしょうか。
- 強度行動障害を対象とした研修は既にいくつか行われています。例えば、国立障害者リハビリテーションセンターでは「行動障害支援者研修会」が、また発達障害者支援者実地研修事業として「強度行動障害研修」といった国レベルの研修が行われています。また、都道府県や発達障害者支援センター、そして民間や任意団体でも、研修会やセミナーが開催されています。今回の研修が誕生した背景を教えてください。

強度行動障害支援者養成研修は、図II-2-3のような歴史的経過の中で生まれたものです。特に、図の右(強度行動障害対策)の流れで、支援技法の詳細な手続きやスペシャリスト養成について、長い間、研究が積み重ねられてきました。しかし、現在でも障害者支援施設等の虐待事件の対象は、強度行動障害の対象者あるいはその近隣領域の人が多いためです。年月をかけ、一定の支援技法(例：構造化)の有効性が証明され、そして経験則としても認められるようになってきました。しかし、地域のほとんどの障害福祉の現場では、そのような支援技法を効果的かつ継続的に活用することはできていないのです。支援の方法は確立していますが、それを「いつでも」「どこでも」実施できるまでには、まだ相当の時間を要すると考えられます。

また、単純に特定の環境で、適切な支援技法を使えば、強度行動障害のある人ならびにその家族の問題が解消するわけではありません。レスパイトの視点を含め、より総合的で、なおかつライフステージ全般を見渡す必要があります。このような総合的視点は、あらゆる障害福祉サービスの事例にもあてはまるものです。

今回の研修プログラムは、国・都道府県研修で、毎年3,000人を超える規模で実施することが前提です。強度行動障害者の理解者を広め、障害福祉サービスの根底にある総合的でライフステージを見据えた考え方を普及させる大切な研修なのです。



図II-2-3 強度行動障害支援者養成研修誕生の歴史的経過

## 4 強度行動障害とライフステージ

### Question

強度行動障害というと、幼児期から高齢期までライフステージ全般の課題なのでしょうか？

### ポイント

- 強度行動障害のある人の支援の事例報告等は、明らかに年代の偏りがあります。しかし、これまで、このような視点で行動障害の問題はあまり整理されていません。
- 年代により、生活の方法、活用するサービス、求められる支援の内容は異なるのでしょうか。

図II-2-4は、年齢別の強度行動障害のある人の人数を表した、空想上の図です。このような実態調査は行われていません。作成にあたって参考にした根拠は、以下の通りです。

- 行動障害のある子どもを育てた家族の回想調査では、最初に問題が大きくなったと記憶しているのは、中学校、高校、そして高校卒業後まもなくの年代である（全日本手をつなぐ育成会 2013）
- 中高年の年代になると、概ね行動障害はマイルドになり、以前は参加できなかった活動に参加できるようになる傾向にある（Perkins & Berkman 2012）
- 穏やかになるとは言っても、50歳代を過ぎても、構造化や視覚支援といった個別の計画的な支援は継続的に必要（村岡他 2012）
- 行動障害のある人を支える行動援護利用者の年齢構成は、思春期から30歳代前半までが多い。30歳代の後半では、親の年齢も考えると、施設入所の割合が増えていると推測される（田中他 2010）

現状から考えると、①中高生の段階から30歳少々までは在宅支援がメインで、施設入所は緊急時対応等の機能を中心に考える、②30歳代以降は家庭以外の居住環境の生活がメインで、特に入所施設については縮小の施策を継続していることからケアホーム等の生活の在り方も想定することが求められます。また、③行動上は穏やかになる傾向がある50歳以降も、急激な疾病等の課題があることも考える必要があります。

さて、もう一つ課題があります。強度行動障害のリスクのある思春期以前に子どもたちの多くは、自閉症の診断と認知機能が重度・最重度の範囲という以外に、「睡眠障害」や「極端な感覚過敏（限られた食事・服装等）」という、質の異なる課題を抱えている場合が多いようです。それも、3～4歳で、目立たなくなるといった短期ではなく、学齢期になってもその傾向が継続すると推測されます。この年代の支援まで視野にいれるかどうか、検討課題です。

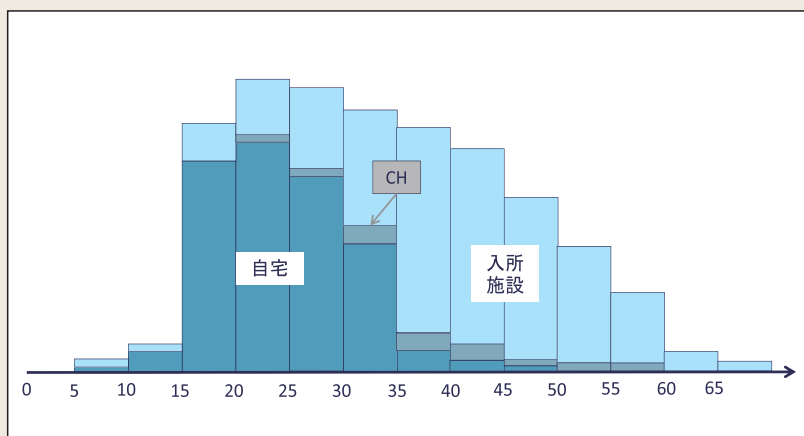


図 II-2-4 年代別に強度行動障害が起きうる可能性とその環境



# 3

【講義】

強度行動障害と医療

資料編

## 強度行動障害と医療

### 問題行動の呼称と内容

#### 立場と視点による呼称のいろいろ



- ①不適切行動；場面や状況に不適切な行動
- ②不適応行動；状況や発達の期待に合わない行動
- ③問題行動；許容しにくいor生活上支障になる行動
- ④異常行動；普通でない、精神医学的に奇妙な行動
- ⑤課題行動；発達の課題になる、改善すべき行動
- ⑥行動障害；一般に好ましくない行動の反復をいう
  - (a)非社会的；孤立、不参加、緘黙、放浪、奇行など
  - (b)反社会的；反抗、破壊、攻撃、妨害、非行、触法

### 「問題行動」のコペルニクスの転回

従来は教師や養育者、支援者が「問題だ」と感じると  
「問題行動」⇒問題を起こす子が常に悪者



- 「問題行動」を起こす側にも理由がある
- 一般に「問題行動」は環境との相互作用が強い
- 援助者や環境がしばしば問題行動を誘発する

#### 【問題行動の新しい定義】

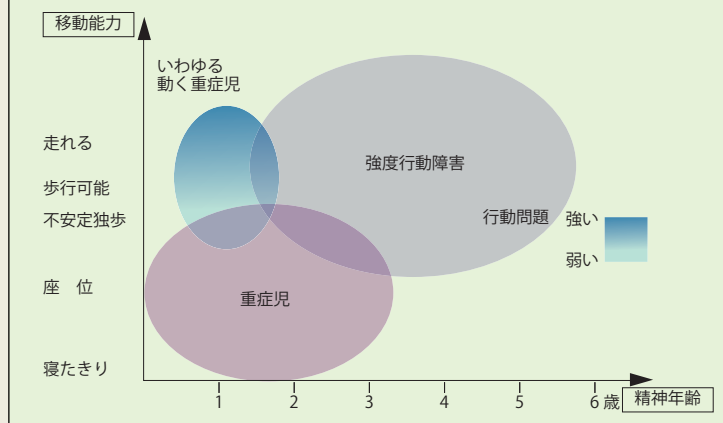
- ①自分や他者の身体や健康を害する行動
- ②自分や他者の有益な学習や活動を妨げる行動
- ③他者に著しい不安や不快を与え、社会通念上許されない行動

## 一般的な子どもの行動障害の分類

(杉山雅彦、一部改変)

- ① 食事関連；拒食症、過食症、異食症
- ② 睡眠；不眠、入眠困難、断眠、夜驚、悪夢症候群
- ③ 排泄；夜尿、失禁、遺糞
- ④ 性的問題；異常な関心、過剰な自慰、ストーカー
- ⑤ 神経性習癖；チック、脱毛癖、爪かみ
- ⑥ 対人関係；孤立、引っ込み思案、いじめ
- ⑦ 学業不振；怠学、記憶障害、LD
- ⑧ 無気力；抑うつ、アパシー、不登校、ニート、無為
- ⑨ 反社会的；虚言、反抗、非行、素行障害、犯罪
- ⑩ 情緒障害；多動、不安、激情、器物破損、規則違反
- ⑪ 言語やコミュニケーション；吃音、緘黙、多弁、言語遅滞

## 動く重症児と強度行動障害



## 重度の重複障害児(重症心身障害)の行動障害

長期に観察すると対象児の97%に問題行動(田端)

学習的(訓練的)変容のしにくさ

原始的行動や反復・習慣的行動の多さ

指しゃぶり (51%)	自慰 (27%)	自傷 (45%)
常同行動 (60%)	弄便 (19%)	異食 (21%)
攻撃 (50%)	排泄問題 (66%)	他害 (36%)
衝動行為 (40%)	その他(睡眠など) (31%)	

## いわゆる「動く重症児」の6類型

(中島洋子)

### 重度の知的障害に加えて

- 1型・・・強い歩行障害で、集団生活での安全保護が困難
- 2型・・・視聴覚障害などの感覚障害が著しく危険
- 3型・・・知的に最重度で危険回避や身辺処理が困難
- 4型・・・難治てんかん、虚弱、感染や栄養障害に対する慢性的な入院や治療
- 5型・・・行動障害が顕著(自傷、他害、異食)で常時介護や治療を要す
- 6型・・・その他

## 法人施設の「動く重症児」の行動障害

(末光ら)

- ①ひどい自傷 (26名)
- ②激しい他害 (30)
- ③こだわり (53)
- ④器物破損 (20)
- ⑤睡眠障害 (47)
- ⑥食事の問題 (55)
- ⑦排泄 (21)
- ⑧著しい多動 (31)
- ⑨騒々しさ (21)
- ⑩パニック (22)
- ⑪粗暴行為 (6)

## 強度行動障害

背景に重度知的障害や自閉症を持つことが多い  
知的障害入所施設では80%以上を自閉症が占める

表 II-3-1 強度行動障害判定基準表

行動障害の内容	1点	3点	5点
1 ひどい自傷	週に1、2回	1日に1、2回	1日中
2 つよい他害	月に1、2回	週に1、2回	1日に何度も
3 激しいこだわり	週に1、2回	1日に1、2回	1日に何度も
4 激しいものこわし	月に1、2回	週に1、2回	1日に何度も
5 睡眠の大きな乱れ	月に1、2回	週に1、2回	ほぼ毎日
6 食事関係の強い障害	月に1、2回	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7 排泄関係の強い障害	月に1、2回	週に1、2回	ほぼ毎日
8 著しい多動	週に1、2回	週に1、2回	ほぼ毎日
9 著しい騒がしさ	ほぼ毎日	1日中	絶え間なく
10 パニックがひどい指導困難			あれば
11 粗暴で恐怖感を与え指導困難			あれば



## 自閉症を伴う重度知的障害と 伴わない重度知的障害

- 知的障害が重度になるほど、コミュニケーション能力の制約や異常行動、こだわりなどが出現
  - 自閉症との鑑別が困難に
- 自閉症の行動特性からの推定診断
  - エコラリア、視線回避、常同行為、反復言語、特異な姿勢や運動、こだわり、収集癖、独話、パニック、自傷、サバン能力、カタトニーなど
- PARS、CARS、ADOSなどの評定を利用
- なぜ鑑別するか？ → 理解と支援のヒント  
(学習スタイル、視覚的構造化など)

## 知的障害の精神医学的合併 (1)

- 知的障害での行動異常や精神疾患の出現率
  - Rutter(IQ=70以下で30~42%の精神疾患)
  - Corbett(重度障害児で13~50%の出現率)
  - Heaton-Ward(入所者1251名の5.4%)
  - Wright(1507名の7.3%)
  - Jacobson(30578名の11.6%)
- Singhのまとめ (1991)
  - 入所者の8~10%に治療を要する重度精神疾患
  - 入所者の50%が少なくとも1つの精神疾患を持つ
  - 入所者の約10%は重症の精神疾患
  - 成人入所者の約60%は1つ以上の重症精神疾患
  - 児童入所者の約20~30%は精神疾患を持つ
  - 在宅知的障害児の約20~30%が精神疾患を持つ

## 知的障害の精神医学的合併 (2)

- 施設入所の知的障害の人の30~60%が向精神薬
  - 副作用の警告から20~30%に減少(米国)
- 軽・中度の知的障害への薬効≠非知的障害群
  - 重度では逆説反応、過剰鎮静、他の副作用が↑
- 非薬物的アプローチが増えてきている
  - 作業的療法、レジャーの育成、自立生活
  - コミュニケーション指導(とくにPECS)
  - 情緒的表現の改善、自己評価の増進、自立性の獲得、社会的相互作用の拡充

## 知的障害の精神医学的合併 (3)

### 1) うつ病の合併

知的障害者の1.2~3.2%、知的障害児の1.5~2.0%

\*一定の認知レベル以上でないとは無が不明

既存の不応反応の増悪を判断される

自閉症状にみられたり、非特異的行動は見過ごされたり

#### 重度知的障害者の抑うつ症状

気分障害(悲嘆、無気力、閉じこもり、興奮、啼泣、器物破損、かんしゃく)、睡眠障害、食欲減退、体重減少、自傷、

カタトニー様混迷、幻覚、不安、自殺念慮

#### 重度知的障害児の抑うつ症状

不快、悲哀、不機嫌、怒り、運動量や活動の低下

幻覚、妄想、自己攻撃、常同行動、便秘

## 知的障害の精神医学的合併 (3)

### 2) 双極性感情障害

抑うつや躁の気分の明確な表現がない場合がある

抑うつや躁状態のエピソード期間が通常と異なる

自己攻撃、行儀のわるさ、退行行動がしばしば見られる

### 3) 統合失調症

IQ=50以下の重度知的障害児の精神病は診断不能説

⇨可能説(O'Gorman 1970) 約3%に出現

妄想、幻覚、幻聴、思考奪取、急性妄想反応

自閉症との鑑別

### 4) 人格障害

軽・中度の55%にあり、うち22%は著しい問題

## 知的障害の精神医学的合併 (3)

### 5) 痴呆症

従来は一次性的脳障害、併存精神病、長期服薬の副作用

ダウン症とアルツハイマーに限らず、重度知的障害の老人

性痴呆が診断されるようになった

Harper (1998)

①行動の変化: 日常行動の変化、睡眠障害、注意の欠落、記憶の低下、活動性低下、情緒不安定、閉じこもり

②生物学的リスク因子: 尿失禁、高血圧、けいれん発作、虚血性疾患、神経症状(ふるえ、筋硬直や攣縮)

③遺伝的リスク: 精神疾患や痴呆症、虚血発作の家族歴、

④薬物の長期利用: 向精神薬、抗てんかん剤、降圧剤、

⑤その他: 55才以上、向精神薬に無反応

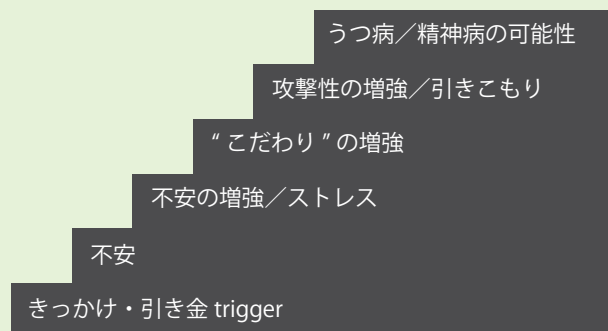
## 知覚変容現象

(小林)

自閉症スペクトラム障害 (ASD) の子どもで、聴覚や触覚、視覚などの知覚が急に過敏になる現象

- 幼児期と思春期に生じやすい
- 聴覚過敏 光過敏 触覚過敏 臭覚過敏
- 根底に、コミュニケーションの困難さ、課題処理の困難さ、自己不安などのストレスが続き、未解決状態

## アスペルガー障害のうつ病階段



Val Cumines ら「Asperger Syndrome」 David Fulton Pub.1998 より

## 強度行動障害へのアプローチ

### ● 基本的に医育連携によるチームアプローチ

医療的 (治療的) アプローチ

教育・療育・育成的アプローチ

最も重要な生活支援

\*薬物療法のみで改善するのは稀

### ● 治療介入的支援

予防育成的支援

### ● 育て (育ち) 直し支援

## 医療的アプローチ

### ①薬物療法

精神安定剤、抗不安剤、抗うつ剤、感情調整剤、  
抗けいれん剤、睡眠薬、漢方薬、サプリメント

### ②療育的アプローチ

コミュニケーション指導：PECS、VOCA  
感覚・運動：スポーツスキル（水泳、球技など）  
レジャースキル：カラオケ、小旅行  
作業療法：農作業、在庫管理や発注、清掃  
精神療法：アート療法、箱庭療法、

## 行動障害にどのように迫るか

### ①第1軸：基本病名

〔重度知的障害、自閉症、脳炎後遺症、脳性麻痺、ダウン症など〕

### ②第2軸：合併症、症状名、あるいは行動特性

〔トゥレット障害、てんかん、抑うつ状態、  
強迫症状、カタトニー、解離症状〕

### ③第3軸：現在の生活／環境や対人的な関係

〔夜間せん妄、感覚過敏、タイムスリップ、隙間障害〕

### ④第4軸：行動の機能分析（行動が表現するもの）

〔STAR (ABCD)分析や行動Box〕

### ⑤第5軸：親や援助者の資質、内容ややり方

## ダウン症に併合しやすい合併症

- 脳（知的障害、てんかん、自閉症、脳血管障害、  
小脳欠損～萎縮、基底核石灰化、痴呆）
- 眼（遠視、近視、乱視、弱視、白内障） ●舌（巨舌症）
- 耳（難聴、反復性中耳炎） ●頸部（環軸変位症）
- 胸部（先天性心疾患、肺動脈高血圧、食道閉鎖）
- 内臓（内臓逆位症、腸管憩室、肛門閉鎖、内臓奇形）
- 四肢（低緊張、O脚、扁平足、湿疹）
- その他（類白血病、免疫不全、歯牙異常、肥満）

## 冰山モデル

- 特異な行動**
- 汚したり、ぬらしたりする
  - 便をもらす
  - トイレの以外の場所で排泄する

- 基底にある障害**
- 身体的シグナルに気付きにくい
  - 一連のトイレ行動を体系化することができない
  - 混乱しやすい（かんしゃくを起こしやすい）
  - 系列的な記憶が弱い

## 事例1：28歳 男性重度知的障害

**主訴：**動作が止まり、固まる

**経過：**幼児期から無言語のまま、話さない

文字や数は理解しない言語指示も無視

TVの特定の音楽やCMには反応→難聴はない

動物と折り紙の本に熱中する

**養護学校に通っていたが、父親が死亡し、10歳から施設入所**

簡単な作業ができ、身辺処理は自立した

動物の粘土細工が大好きで熱中

気に入らないと噛みついたり、カンしゃくを起こす

無言のまま、コミュニケーションしない

**26歳 食事中、入浴中、などに動作が止まり、数分固まる**

→固まる時間が30～120分と延長、作業や散歩でも作業や生活行動の手順が狂い始めた

## 事例1

活動中に固まる  
動作が停止したままフリーズ

知的障害 → 自閉症

カタトニー      ファンタジー回避性？

てんかん

意識消失発作  
定型または非定型欠神  
精神運動発作

## 事例2: 38歳 男性 ダウン症

**主訴:** 夜間に騒ぐ、暴れる

**経過:** ダウン症で出生し、重度の知的障害と無言語

特別支援学校の小学部～高等部卒業

身体的には健康、基本的に穏やかで大人しく従順だった

要求は指さして「ア～ア～」

卒業後は就労せず、在宅で祖母、母と過ごす、ディケア利用

28歳頃から徐々に指示に従わず

30歳頃から父親にも逆らうようになった

38歳母親が大病のため在宅が困難→施設入所

入所後しばらくして昼夜逆転、夜は大声で騒ぐ暴れる

器物破損や職員に暴行、昼間は安眠する

大量の精神安定剤や睡眠薬を服用するも、効果は乏しい

## 事例3: 19歳 男性 自閉症

**主訴:** 作業所で暴れる、他害が多い

**経過:** 自閉症でIQ=40、単語を少し話す

小学は特別支援学級→中学は支援学校

従順で大人しく、きちんと活動し、パニックは稀

高等部卒業後は在宅で近くの作業所に

半年頃から、作業所で暴れる、他害が多い

毎日3～5回のひどいかんしゃく、こだわりの増悪はない

自閉症青年期の問題行動として、安定剤を服用するも

著しい改善はなし

因みに、この作業所は知的障害者と自閉症者を区別し

ない方針で運営されている

## 事例4: 44歳 男性 知的障害

**主訴:** 飲水や水道へのこだわり行動、多尿

**経過:** 小学校のとき知的障害と診断された

10歳から施設利用、生真面目に活動する

小石や飴の包み紙に少しこだわる

単語が少々出るが、要求以外は独語

小児期や青年期には多飲はなかったが、40歳頃から

食後に多量の水やお茶を飲み、排尿回数も多く尿量も多い

その後、水道を見つけると必ず水を飲むようになり

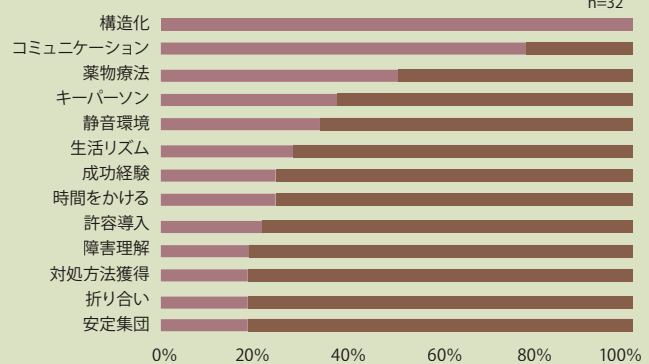
禁止しても眼を盗んで水を飲む

水道から飲むので、飲水量は不明

## 強度行動障害に有効だった支援

(飯田雅子 2004)

図1 強度行動障害に有効だった支援 n=32



## 強度行動障害に有効な支援構造

(飯田雅子 2004)

図2 強度行動障害に有効な支援構造

時間をかけて、成功経験を重ねる

衝動性支援

強迫性支援

知覚過敏への支援

TEACCH

生物学的条件の整備 (生活リズム・食事・排泄・睡眠)

## 望ましい定例検討会

### ●ゼネラリストモデル

お互いの知識を、広く浅くでも共有しよう

立場を超えて分かり合おう、協力し合おう

### ●学習はプロセス

学習はだんだんに分かるもの

継続は力なり

### ●嫌でも続けることが発展と発達につながる

「根気と粘り強さだけが、私の才能です」





4

【実践報告】

居宅サービス

---

# 1 はじめに

---

私の実践報告は、地域における児童の支援ということで、行動援護事業所での実践を中心に展開した話題提供となります。もちろん、行動援護さえあれば、地域における行動障害のある人の生活を支えられるわけではありません。各種の福祉サービスと並行して、児童であればとりわけ教育との連携は大きなものです。また医療や療育機関、相談支援事業所と連携しながら支援に取り組むことで、成果を上げていくことができると思います。

---

## 2 行動障害のある人たちへの支援

---

私は大学卒業後、知的障害のある人たちの成人の入所施設で支援員として働いたのがこの世界のスタートです。その当時（1989年）、行動障害のある人や自閉症の人たちに対する支援方法等の技術が未熟な状況にあり、想いや感性での支援を余儀なくされ、結果として、障害特性の理解が不十分なまま支援をしていました。そんな時、私自身が担当した利用者の中に頭を強く叩く自傷行為、噛みつく等の他害行為、物壊しといった行動障害のある人がいて、その自傷行為の結果、眼の網膜剥離を起こし失明の危機にありました。また併せて、心臓疾患、肝臓疾患、てんかん発作を持っており、知的障害の人たちの施設で見ることの困難さとともに、制度の狭間にある人たちなのだと感じていました。支援者として思い悩み、この仕事を継続していけるのか自問自答させられた一人の利用者でした。

その後、彼は手術をし、再発も2度あったものの眼が見えるようになり、自傷行為もなく安定した生活を送るようになったのですが、それは私の勤めていた施設から、重症心身障害施設に生活の場を移し、そこで応用行動分析学に精通していた支援者と出会ったのがきっかけだったのです。彼の支援のエピソードの1つに、好きなドラえもんを支援計画に取り入れ、ドラえもんを一つのご褒美として支援を組み立て、行動障害を軽減し消失させていったのです。この利用者の支援の成果を間近で見聞したことが、私自身に支援の価値を再認識させ、行動障害のある人たちへの支援がライフワークとなるきっかけになりました。

---

## 3 支援に入る前に抑えておくポイント

---

児童の支援に入る前にアセスメント票として保護者から事前に聞き取りを行うことと思います。その人の特徴、好きな活動、物、人、嫌いな活動、くせなどの情報を得て、支援の導入計画を立てていきます。その情報はとても有益なものですが、加えて支援が始まると、本人と会うごとに理解が深まり変化していくものです。支援への取り組みを進めるためには、支援計画（PLAN）→実践（DO）→評価（CHECK）→改善・修正（ACTION）の流れを繰り返し実行していくことを意識し、本人と周囲の人たちとの安心した生活を目指し、少しずつ積み上げていくことになります。

### 事例報告に向けて

- 書面の資料（アセスメント）は重要なものだけど・・・
- いつも支援のはじまりは新しい出会いである。
- そして、本人と会うごとに理解が深まり、また理解が変わっていくのが常である。
- 場合によってはこれまでの理解の仕方が間違いであったと気づき、理解の修正を行う必要も度々である。
- チームで支援のベースを揃え、支えていく視点を大切に。

## 4 A君の事例

現在、Aくんは特別支援学校中学部2年生の自閉症の男の子です。幼少期から草や花に対しての固執性が強く、その衝動を制止される場面のやりとりの中で嘔みつき等の行動障害が頻発していました。小学部5年生の時に居宅介護事業所が中心となり、他の関係機関と連携してケア会議を積み重ね、刺激のコントロール及び環境の調整をする取り組みを行っていききました。その中で、学校との連携がうまく行われ、情報を共有しながら支援を継続することができました。Aくんは適切な関わり方を学習しながら、人への警戒心も減少し穏やかな状態像に変わっていききました。

保護者はとても熱心に我が子に愛情を持って接しておられ、幼少期からいろいろと得られた情報が我が子にプラスになるものと思えば、すぐに実行していました。しかし、保護者の思いとは裏腹に、Aくんにとっては適切な経験と不適切な経験が混在していて、見通しが持てず、不安な状況にあったと思われます。そこで、彼を支える支援チームで、本人の特性の理解を深めるとともに問題となる行動の分析をするために、客観的なデータの収集を提案し、ケア会議で支援計画と評価の検討を積み重ねていききました。保護者は、支援計画の実行や修正とともに、Aくんが落ち着いていく状況を見て、混乱していた我が子への関わり方を学び自信も出てきました。

こうした経過を経て、地域の中でうまく生活を送っていたAくんですが、幼少期からいつも通っていた歯科医に行けなくなってしまいました。抜歯したことがきっかけで、歯医者さんの建物にさえ入れなくなってしまうのです。この状況の中で虫歯ができてしまい、食事の際、表情が大きく曇るようになって保護者から相談の連絡が入りました。そこで、視覚的支援を使いAくんの持つ強みを生かして、歯医者さんに行って治療ができるようになる行動支援計画を立てることにしました。

行動支援計画を立てるにあたり、本人の特性や環境設定を踏まえて検討を行いました。Aくんはいつもと同じ場所、活動、人だと安定するということはわかっていたので、その強みを生かしていこうと考えました。新規に行くことになった歯科医とも連絡を取り、協力して進めていききました。Aくんに歯医者さんに行くことなどを伝達するためには、彼が見通しを理解しやすい具体物や写真を使用しました。また、この歯科受診が円滑にいくように、受診が終わったら、必ずAくんの好きなマクドナルドに行ってポテトを食べるという流れを作りました。保護者には、この計画についての了解を得て、当面は、このルーチンを継続することにしました。これらの取り組みは、Aくんを支えるチームの連携をベースに進められ、行動援護場面での保護者の同伴については、行政からは特例として認められました。

### 本人の特性と環境設定を踏まえての見立て

- いつもと同じ場所、活動、人だと安定する。
- わかりやすい環境設定（今まで行っていた歯科からの変更と歯科医との連携）
- 手続きを踏む（歯科に行く意識づけ、本人への確認・同意→具体物歯ブラシの持参と建物の写真）
- 強化子を準備する。
- ぶれない目的（歯科治療を安全に行う）

家庭・医療（歯科治療）・福祉（行動援護）・教育・療育の間での連携・ベースの共有

### Aくんを支えるチーム

- 療育（〇〇メンタルクリニックスタッフ）
- 教育（〇〇特別支援学校教師）
- 福祉（居宅支援事業所・行動援護含む3カ所、短期入所事業所2カ所、日中一時支援2カ所）
- サークル（音楽サークル）
- 医療（精神科・〇〇メンタルクリニック）
- 医療（歯科・〇〇歯科）

## 5 歯科受診への取り組み

保護者には自宅で、歯科受診について伝えていただき、ヘルパーは自宅訪問に際して、同じように歯科受診に行く手続きを踏んでもらいました。家での事前説明の段階で、視覚的支援によるコミュニケーションのやり取りがスムーズに運んだため上々の滑り出しとなりました。歯科では治療よりもまずは建物に入ること、治療の態勢になること、口を開けてもらうことといったスモールステップを踏んでいくことになりました。初回から5回は、ほぼ治療というよりも歯磨きをしに行っていた状態だと思います。保護者、ヘルパー、歯科スタッフが一体となって歯科治療の下地づくりを行っていきました。6回目～10回目あたりでは、本人と歯科医との信頼関係もできて、徐々に治療に向けた取り組みを行っていき、歯に金属を入れる練習、レントゲン撮影、局部麻酔と新しいチャレンジも増えていきました。しかし、局部麻酔に関しては、より細かなスモールステップを組みましたが、残念ながら成功しませんでした。

その後、歯科受診に行くことに抵抗はないものの、局部麻酔についての警戒心は強くなる一方になってしまい、残念ながら全身麻酔による治療方針へ転換せざるを得なくなりました。その後は、全身麻酔による治療を前提とした心電図や採血といった検査が多くなりましたが、特に問題なくこなしていきました。一番心配したのは、全身麻酔治療の後の口内の違和感に対する反応でしたが、麻酔治療を終えた後もそうした行動は見られませんでした。これまでスモールステップで積み上げてきた成果として、その後も定期的な歯科受診ができています。この経験で得た本人の強みの確認と自宅での環境設定を考え、新たに歯磨きスペースを作りました。Aくんは、自宅でもスムーズに歯磨きができるようになり、虫歯予防の取り組みが定着していきました。

今回の支援は、行動援護ヘルパー個人の力量に依拠したのではなく、チームをベースに、医療・教育・福祉との連携が図れていたことが成功につながったものと思います。



### 初診～5回目の受診時

治療と言うより・歯磨きです。  
ドクター・口を開ける行為は不安な気持ちがあっではできない。

- 治療を受ける行為の際、ドクターは5カウントして、1休憩した。
- 口内の検査手順を一定にした。
- 当初はヘルパーも介入して治療を行っていた。
- この時期のスモールステップを踏み、成功体験を積んだことが現在の姿になっている。
- この歯磨きスタイルを自宅でも応用し、磨き直しスペースを作った。

### 受診6回目～10回目

- ドクターとの関係づくりが進み、徐々に治療に向けた取り組みを行っていった。
- 歯に金属をかぶせる。レントゲン撮影。局部麻酔を行う。新しいチャレンジを始めるたびに草や花への固執性が強くなることも分ってきた。
- 局部麻酔については細かなスモールステップで乗り越えようとしたが、なかなかさせてもらえない状況が続いた。
- 並行して、自宅での居宅介護で歯磨きスペースの構造化、手順の統一を図る。



歯医者行く（病院の写真）



歯医者が終わったら次はマクドナルドへ

## 6 支援のチームづくり

このように、行動障害のある人たちの支援は、チームで取り組んでいくことが大切です。この研修では、「一貫した対応のできるチーム」の必要性が強調されています。実践の中でも示されているように、ケア会議の開催などの取り組みを実行し、行動障害の背景と捉え方についての共通理解を深め、支援内容を共有し一貫して取り組み、評価を行ってさらに支援計画を精査していくことにより、チームの力を高めていき、強度行動障害のある人たちの生活の質を向上させていく行動支援が可能になると考えています。特に児童期では、こうしたチームにより支援計画が立てられその支援が実行されれば、行動障害への早期対応により人への警戒心を強めずにすむでしょう。そして、直接地域に出て行って生活場面で支援する機会もあるので、生活を充実させる取り組みの幅は広がっていくのです。

### チームアプローチについて

- 抱え込まない
- チームで取り組む
- いろんな情報・アイデアを共有
- 生活の質の高まり
- 支援者のモチベーション向上
- 地域での力に繋がっていく
- メンタルヘルスにも繋がる
- ソーシャルワークの視点



# 5

【實踐報告】

兒童施設入所

資料編

---

## 1 はじめに

---

当施設は、28名の子どもが2寮に分かれて暮らす児童入所施設です。全室個室で男女別や年齢別などでブースに分かれて生活し、学齢児は特別支援学校に通学しています。

8年ほど前、小学2年生のA君は母親と祖母に連れられ、音楽セッションの見学にきました。その後間もなくして、月2回の音楽セッションと移動支援を利用した余暇支援が開始されました。

小学校3年生の頃から少しずつ行動障害としての課題が顕在化してきます。そして、年を追うごとにひどくなっているように見えました。頻繁に起こる行動は、衣服を脱いで車道に投げる、周囲の人につかみかかる、人の髪を引っ張る、食事の時反射的に食器を払い落とす、その他さまざまな場面で物投げ(椅子やテレビなど)、器物壊し、自らを傷つける、弄便などでした。

---

## 2 3人のヘルパーによる支援

---

ヘルパー3名が担当してプール支援を行っていましたが、毎回同じロッカーを使えないと玄関先で靴を投げる、服を脱ぐなどの行動になってしまうことが課題となっていました。そこでBヘルパーは、毎回同じロッカーを予約するなどして使えるようにできないかと考えました。他のヘルパーにも様子を聞いてみると、Cヘルパーは「自分の時は問題なくできている」、Dヘルパーは「毎回困っているが、パニックになってもその都度なんとか対処している」という答えでした。

3人のヘルパーで話し合っ、どう対応するのが本人にとって良いのかを検討することにしたのですが、結果として何もしないまま一年近くが経過し、A君がそれぞれの違った対応に慣れたのか、その場面での問題はいつのまにかなくなっていました。つまり、この件で一番頑張ったのはお金を払ってサービスを使っているAくんでした。もちろん、ヘルパーが何もなかったわけではありませんが、それぞれが試行錯誤した努力も一貫した支援へと結びつけられなければ意味がないのです。

自分の時はうまくできていても、支援者は自分のできる限界を知らなくてはいけないと思います。自分が支援できるのは1日のあるいは1週間のほんの少しの時間で、残りの多くの時間は他の支援者(ご家族を含む)によって支えられているのです。みんなが同じ視点、同じ方法で一貫した支援をしなかったら、人によってアプローチの仕方が違う支援が常態化してしまったら、障害のある本人が一番つらい思いをしているはずですよ。

---

## 3 行動障害の検討、短期入所の利用、そして方針の違い

---

私たちは、挨拶代りに会った人の髪を引っ張ってしまうなどの彼の示す行動は、力づくで抑えられてきたこれまでのやり取りを通して、自分の要求を通すためには力づくで押し通す方法を誤って学習してきたのではないかと考えました。本人が理解できるような情報提供の工夫をしようと考え、彼の障害特性からわかりやすく見通しが持てるルーチン化を重視しました。ご家族には、本人が見通しを持てるように移動支援を利用して外出するときは、必ずヘルパーの写真を渡し予め外出する場所やコースを決め、決まったパターンでの外出支援を実施しました。

小学校高学年になると短期入所も利用するようになりました。家庭での支援はますます大変になっているようでしたが、母親は「自分の子どもは自分で見るべきだ」との考えが強く、困っていることをあまり話してはくれませんでした。短期入所では安心して過ごせるように、帰宅日や登校日がわかるようカレンダーで印をつけて示したり、一日の行動に見通しが持てるようスケジュール提示の取り組みを始めました。その中で、彼は絵や文字による指示を見て行動することはできていませんでしたが、実物での指示については理解できていて有効であることがわかりました。また、ルーチン化されていないことについては一つ先の行動しか見通せないこともわかってきました。

---



しかし、家族からは、「言葉がまだ出ていないのに、視覚支援を入れてしまうとつとつと言葉の発達が遅れてしまう」という主治医の考え方に同調され、視覚支援の導入を断念せざるをえませんでした。

---

## 4 中学2年生から状態はさらに悪化

---

中学2年の秋頃から調子の悪い日が増えてきました。Eヘルパーが自宅を訪ねても外出できなかつたり、出かけてもすぐに自宅に帰りがつたりするようになりました。外出の内容は、プール支援や散歩、公園遊びなどです。以前は大好きで飽きずに長時間乗っていたブランコも、最近は5分ともたなくなっていました。また、この時期にはEヘルパーしか支援に入ることができなくなっていました。Eヘルパーは、本人の行動を記録し原因を探しました。気温が14度以下になると寒さに弱いのか不機嫌になりました。パターン化した外出では、しばらくは落ち着いて出かけられますが、飽きてしまうのか長期間にわたると同じパターンでは楽しめなくなるようでした。自宅を出てバスに乗り、公園でブランコに乗ってもすぐに帰ろうとします。知っている道に出ると早足になります。

一方、家族からは、「夕方まで祖母一人なので、彼の支援は十分にはできません。支援時間は守ってほしい。」と言われました。そこで、仕方なく自宅から離れたバス停で降車し、彼の知らない道を延々と遠回りして歩き続けました。歩いているといつかは自宅に着くとわかっているので、ヘルパーに付いて歩いてくれます。しかし、だんだん疲れてくるとその不快さからか、衣服を脱いだりする行動を起こすようになりました。もう体も大きくなっているので、道端で全裸になってしまうことも困りますし、脱いだ衣類を拾いに行くのも本人から手を離すことができないので、支援は困難なものとなり限界が見えていました。

---

## 5 親からの短期入所の要請を受けて

---

中学3年の春ごろより通学を嫌がり、スクールバスに乗れない日が増えました。時々祖父がバイクの後ろに乗せて行くこともありましたが、5月の連休明けには不登校となり、移動支援もキャンセル続きでご家庭の様子があつかめなくなりました。心配なので、キャンセルされても一応様子だけは見に行ってもらおうようEヘルパーに頼んでいましたが、6月に入ると母親から短期入所希望の要請が入りました。これまで大変さをあまり外部には訴えてこなかった家族だけに、その困り具合は深刻であることが容易に想像できました。家では椅子を投げたり、食事の時に食器を割ってしまう等の行動障害が頻繁となり、祖母が一人で日中のA君の世話をすることが体力的にも困難になっていたし、車で連れ出すことも一苦労という状態でした。

緊急に対応が必要と判断し、とりあえず短期入所で預かることにしました。食事はマンツーマンで彼の両手をおさえて食べ物を口に運ばないと、食べたいのに食器を払いのけてしまい、落ち着いて食べることができない状態でした。しかし、夏休みとなり短期入所の枠には他の利用者の予約がすでに入っていたため、他の障害児施設への入所を提案することになりました。家族は施設入所に悩みましたが、夏休みの1か月を自宅で過ごすことはもはや無理だと考え、障害児施設に期間限定(8月末まで)で入所することになりました。施設側としては、1か月では本人の行動面の課題は十分に改善できないし、自宅に戻っても家族だけで支援していくのは困難だろうと考え、もう少し長い(年単位)入所をお勧めしましたが、この時点では家族の同意が得られず1か月の契約となりました。

---

## 6 1か月の短期入所を受け入れて

---

施設では、事前に短期入所や居宅介護の事業所のヘルパーと彼の障害特性やこれまでの支援内容・支援方法等について綿密にやりとりをし、入所の体制を作って受け入れました。短期入所からいったん自宅に戻ると、また改めて連れ出すことは難しいと判断し、短期入所から障害児施設へは直接移動しました。本人は二人のスタッフに両脇を抱えられて歩いて玄関をくぐりましたが、自宅に帰るのではないことがわかったり、彼にとっては突然初めての場所、初めてのスタッフ、初めての子どもの集団に入ることになったので、当然ながら金切り声をあげたりかんしゃくを起きました。スタッフは行動障害への対応について再検討し、当面の対応としては、状態の観察、対症療法としての行動抑制、医療による支援等を開始し、環境調整は個室の利用、室温や音の調整、家具の一時撤去のほか、本人の座る場所の固定、日課の固定、待ち時間の短縮なども行いました。

まだ、施設全体で構造化の手法を用いた支援に取り組む状況ではありませんでしたが、居宅介護利用時に有効であった「次の行動を本人に実物を使って伝える」という視覚支援の必要性を感じたスタッフが、周囲の理解と協力を得ながら始めました。また、注意されて失敗を繰り返す前に、一人であるいは援助を受けて成功できる体験を積み重ねるようにしました。さらに、排泄の不順が弄便の原因になることがあるため、看護師によるバイタルチェックで体調を管理し、医師の診察による薬の変更と服薬管理をしました。その際、医師から「自閉症のA君には構造化の手法を用いた支援が有効でしょう」という助言をもらい、自分たちの支援方法の見直しを行いました。



---

## 7 入所当初の様子

---

入所当初、食事場面では3名のスタッフの介助が必要で、やむを得ず2名が両腕を抑え1名が食事を口元に運び、スタッフが足りないので事務職員にも食事介助要員として現場に入ってもらいました。自宅でも腕を抑えて食事をしてきたとのことで、長い間力で抑制し腕に負荷をかけてきたので、A君の腕の筋肉は相当発達し力も付いていました。本人の予期せぬことが起こったり、気持ちがおさまらないと服脱ぎ、衣類破き、弄便、室内での失禁、自分を引っ掻く、物を投げる、他の人に手を出すなど様々な行動が出現していました。

この頃の支援記録には、「コミュニケーションにおける『NO』の表現が、すべて物投げや衣服脱ぎ、自傷、他傷に結びつくので慎重な対応が必要である。しかし、この突然の他傷行為が少なくなれば、絵カード等で見通しをつけることも教えることができるのではないかと？現段階では新たなことへの挑戦は、拒否的な態度が予想され難しい」と記載されていました。

A君は夏休みであったため学校にも行かず、これまでとは違う環境に置かれ、慣れない環境や人への不安感は、計り知れないものがあったと思います。この時期は、室外に出ることを好まず、以前の移動支援の時に大好きだったブランコが見える位置に座って過ごしていました。また、家族の顔を見ると帰宅できると勘違いしてしまいそうなので、お母さんには陰から様子を見に来てもらっていました。そして、家族からは本人の1か月間の様子と家族の生活安定の両面から、当初の入所期限の延長希望が出されました。

---

## 8 入所期限の延長と学校への通学

---

9月に入ると学校が始まります。スクールバスに乗って登校することを支援目標としましたが、もし乗れなければ、高校生を送る自家用車で送っていくことも検討しました。始業日は、他の子どもたちも制服に着替えたり、学校の鞆の準備をしたりと朝から慌ただしくしていました。A君にも制服を見せると着替えてくれ、周りの様子を見ながらスクールバスに乗ることができました。笑顔で自分からバスに乗っていく姿は印象的でした。

しかし、その後時間に遅れてしまいスクールバスに乗れない日が出るなど、一度パターン化した事柄が突然彼の中で変わってしまったたり、行動を起こすタイミングが読めないことが増え支援に苦慮する場面が多くなりました。しかし、後で支援記録を読み直してみると、スクールバスに乗れなかった初めての朝は、スタッフが制服より先に学校のリュックを見せてしまい、順序が違ったことで混乱したのではないかと、また、次にスクールバスに乗れなかった時は、着替えの時間が早すぎて10分ほど出寮を待たせてしまったことで、混乱し服を脱いでしまったのではないかと、彼なりの理由があったように思われました。

スタッフは掴みかかる等の行為が頻繁なことから、A君は指示や状況が理解できなくて混乱しているのではないかと、本人が決められているルーチンが変更になってしまったり、場面の切り替えがうまく伝わらないための混乱や不安、あるいは、A君が自分に注目して欲しいための行動ではないかと、フラッシュバックで過去の嫌なことを思い出してしまうのか、といろいろ推察しました。その他、突然の声かけに弱いこと、たまたま学齢児のいなかった日は落ち着いて過ごせたことなど、一つひとつ生活の中で確認し対応策を試行錯誤しながら考えていきました。

---

## 9 入所後1年が経過して

---

入所後1年が経過し、今はだいぶ行動面に落ちつきが出てきました。例えば、入浴前には着替えを自分でそろえることができています。時々靴下を忘れることもあります。下着・靴下・パジャマと毎回決まったものをセットすることでルーチンにすることができました。スタッフの体重が減ってしまうほど大変だった食事の場面は、今でも食器をまったく投げないわけではありませんが、一人で食器を持って食べることができています。要求は簡単なジェスチャーで出し、実物の提示による指示を読み取ることができています。登校や休日のドライブ、プールへの外出など様々な活動にも参加できています。

本人の理解できる方法でコミュニケーションがとれるようになること、毎日の生活に見通しが持てること、障害特性に配慮した支援がチームで実施されること、これらがすべて同時進行で行うことができたことと、施設のスタッフも専門家が加わって相談したり連携して進めることができたので、自信を持って行動支援を実行することができ結果に繋がっていったものと思います。

### 取り入れた方法

- 終わりの提示
- 入浴時間のタイマー活用
- 写真
- 具体物の提示
- パーテーションによる刺激統制
- 本人の使いやすい食器等の工夫
- 要求のサイン



6

【實踐報告】

成人地域生活

# 1 はじめに

社会福祉法人はるにれの里は約450名の方が利用しています。450名のうち約8割が自閉症の人たちです。どんな重度障害者も地域での自律生活を最終ゴールとして目指すことを理念として掲げ、現在ケアホーム33ヶ所で重度の自閉症や行動障害の激しい人たちの地域生活をサポートしています。

今回ご紹介するのは、激しい行動障害のある重度の知的障害を伴った自閉症の人が地域で一人暮らしをされている事例です。ご本人Aさんは、30歳の女性です。

## 始めまして・・・

- 平成21年9月から一人暮らしを始めました。もう4年になります。
- 4軒入っているアパートに住んでいます。
- エアコンもつき快適な生活を送っています。
- 一人の暮らしをしてイライラすることはありません。

# 2 問題行動に着目してしまいがちだが・・・

Aさんは、鍵のかかったドアを蹴り破ったり、電気器具の破壊行動のほか、殴る蹴るの他害行動が頻繁に見られていました。支援者にはこうした問題行動ばかりが目につき、それらを減らしていくことがサポートの核となっていました。しかし、一向に減ることがなく増えていくばかりの現状に、行き詰まりを感じ退職するスタッフも出てくるほどでした。どうして問題行動が出てしまうのか？ 日常のサポートの中では考える余裕すらありませんでした。

そこで、関わるチームとして、どうして他害に至るのか、その際の状況、本当の不安、混乱、要求は何なのか？ まずは、改めてAさんを知ることから始めました。最初は、困難な問題についてはいつぱい気づくのに、得意なところや強みはなかなか見つけ出すことがで

## Aさんのことを知ってみると・・・この支援でいいの？

- ご本人にあった情報量・形態だったか
- 要求の発信の仕方はどうか
- 変更は理解できていたか
- 見通しを持って活動を行っていたか
- 環境の設定は合っていたか



**支援のポイント!**  
問題行動を軽減するのではなく、ご本人を知り無理なく生活していくこと

## Aさんの困難なこと

- 私は一度経験をしたことは、同じことを繰り返さないとイライラします。
- シングルフォーカスで見えてしまうので、切り換えられずイライラします。
- 私は活動の変更が分らないけど、変更されてしまうと付いていくしかではありません。
- 自分が何をしているのか、見えるものが気になって忘れていきます。
- 人を叩く蹴る、ものを壊すなどの経験はやらないと次の活動に移れない。いつもと一緒にやり遂げないと。
- 気になることがスタッフに言えずストレスが溜りました。
- 待つって何？意味がわからない。

## Aさんの得意な事

- 私は手抜きをしない真面目な特性を持っています。
- 一度注意を向けると継続して集中できます。
- いつもと一緒に得意です。
- 見えるものが気になって仕方ないけど、見えなければ気になりません。
- 一度経験したことは忘れません。
- 気になることを特定のスタッフに言うようになりました。
- 次の活動までの時間待つことができるようになりました。

きませんでした。しかし、見方を変えてみると、Aさんには得意なところがたくさんあることに気づきました。

例えば、シングルフォーカスで「注意を向けると切り換えられない」、これも見方を変えると、「一度注意を向けると継続して集中できる」ことに、「変更が出来ない」ことについては、「いつもと一緒は得意」「一度経験したことは忘れない」、など見方を変えることでKさんにとって得意なところがいくつも見えてきました。そこで、これまでの支援を再検討することにしました。

---

## 3 ご本人の満足できる生活に向けて

---

### 1 一人暮らしの提案

---

- 他の方がどうしても気になって仕方がなく、我慢できません。
- でも、自分の理由でイライラすることはありません。
- 決められた時間一人で余暇活動ができます。DVDやスクラップ、ゲームに昼寝もできます。
- 予定は前日に聞けば心の準備ができます。
- 「いつもと違うこと」は、一つずつ丁寧に知らせてくれれば混乱しません。  
などAさんの様子から一人暮らしの提案が進められました。

### 2 サポート隊が動いたこと

---

- ホームの近くにアパートを借りる(法人と賃貸契約)
- 居宅事業所の協力を得る
- 自立支援サービスを使う
- 親御さんもその協力者に
- セキュリティーの充実、  
など、一人暮らしの実現に向けてチームが動き出しました。

---

## 4 一人暮らしの生活をチームで支える

---

サポートには、4事業所合計24名が関わっているため、「多分こうだろう」「きっとこうだわ」といった一人ひとりの判断ではなく、困ったらすぐに連絡しあって確認を取ることを周知徹底しました。また、地域の居宅事業所のヘルパーさんたちには、Aさんについてのエピソードやサポートに入って困ったこと、Aさんの個性や自閉症の障害特性についての情報の共有、緊急時の対応などを含め、定例でミーティングを行うとともにサポート隊の声から統一したマニュアルの作成を行いました。

---

## サポート隊の声からマニュアルを作る

行動・様子	理由・原因	対応
職員の体に触れる (背中や手など)	ご本人なりのコミュニケーションではあるが誤学習	● 10 カウントする(「1, 2, 3…」と10まで数えて「おしまい」と言って切り上げのタイミングを伝える。)
顔をしかめる 目をつぶることが多い	不調のサイン	● (基本的に) 様子をみる。 ・原因がはっきりしている(主にてくてくや外出時などで、人が刺激になっている、周囲の騒音)時は、刺激の少ない場所へ移動する。 ・頻繁に見られるようであれば、連絡してお薬を服用していただく。
肩を上げ下げしたり 大きく回す(チック)が多い	不調のサイン	● 様子をみる。 ・他の不調サインも同時に見られるのであれば連絡する。
笑っている	高揚している不調の前触れ	● 様子をみる。 ・高笑いはその後、不穏に変わることがある。
表情を硬くして声を上げている 他害がある	不調	● 枕叩きをして発散し、切り替えを図る。枕を指差し、「枕叩きます」と伝える。枕をこぶしで思いきり叩いていただく。力が弱いとうまく発散されない場合もあるので、横で職員が布団を叩いて力強さを示すという方法もあります。 ・連絡して薬を服用していただく。
泣いている	不調	● 不必要な声かけなどの刺激をしない。 ・体調不良が原因の場合もあるので、具合が悪そうであれば検温を。 ・連絡して薬を服用していただく。
あせって行動している カードの取り忘れがある	不調の前触れ	● 取り忘れは指さしで示して、気づいていただく。 ・見たいテレビがあつて、急ぐ場合もあります。
スケジュールの逸脱	誤学習の可能性	● 歯磨きの最中にテレビを見てしまうことなど、指さしで「今何をすべきか」気付けるようにする。あいまいな対応は日課が崩れる原因になることがあります。

### サポート隊は教えられました。 ご本人を知らなければ仮説は立たない。

- こだわりではなく環境からの自己防衛?  
(トレーニングホームの時と違う)
- 行事のスケジュール提示は本当は分らなかった。  
(1ヶ月→1週間→前日の支援に変更)
- 実は、困らせる人でなく困っていた人。
- 本当は臆病で不安だった。
- 気になるものは見えるものだけでなく、過去に経験したことも含まれ、混乱は奥深いものだった。

### 親御さんのことば・・・

- 話を聞いた時には心配と不安でいっぱいだった。一人暮らしなんて思ってもみなかった。
- うちの子は特定の人の支援でないとダメだと思っていた。
- 身辺自立はできるけど、自己流ばかりで指示が入らないと思っていた。
- 支援者が変わっても支援が継続すること。これが一番の願いです。



生活介護では、見てわかる、見通しの持てる活動の流れをいつものやり方で行う、という学習を積み重ねていきました。「一人の時間もスケジュールがあるから平気」など、一人暮らしの中でもこれらの生活介護で学んだシステムを使うことで、新しい環境でも初日から落ち着いて過ごせています。

その後も、一つひとつ丁寧に学習することで掃除、洗濯、土日はレシピを見て一品調理ができるようになりました。Aさんには自発的に取り組める活動が増えて行きました。変更が学習できたことや選択して実行できる経験を積むことなどを通して、Aさんも生活も共に変化していきました。

そして、この4年間他害はありませんしイライラする様子も見られなくなりました。行動障害がなくなっただけではなく、Aさんが自分でできることやコミュニケーションのやり取りの幅が広がっていきました。地震や停電、体調不良の時の対応など、まだ残された課題もありますが、Aさんの穏やかな生活を今後もチームでサポートしていきたいと思っています。



スケジュールシステム



スケジュールボード



ドラえもんカードを入れてから次のカードを取る  
(スケジュールに戻るルーチン)



火災などでランプがついたら、「まちます」のカードを持って外の決められた場所まで逃げます(カードの裏には連絡先を記載)



7 【実践報告】

## 成人施設入所

---

## 1 はじめに

---

社会福祉法人旭川荘障害者支援施設いづみ寮は、昭和48年に知的障害者更生施設として開所され、現在、生活介護80名、施設入所支援75名の利用者定員数で、在籍者の平均年齢は47.1歳です。平成5年、国のモデル事業として開始された「強度行動障害特別処遇事業」において、これまでに15名の利用終了者と現在4名の利用者がいます。

利用者の事業利用開始年齢は15～36歳で、平均21.9歳。精神発達年齢は、1～2歳が8名、2～3歳が8名、4歳以上が3名と重度の知的障害のある人の割合が高い傾向にあります。診断別では、重度の知的障害を伴ったダウン症が1名、重度の知的障害を伴った自閉症が18名と圧倒的に自閉症の割合が高く、自閉症の障害特性への理解が強度行動障害の支援を行う上で必要不可欠であると言えます。また、てんかんの保有率は19名中8名で42.1%、4～5期生はそれに加え、重症のチック障害であるトゥレット障害、気分障害、水の強迫的な多飲などの強迫性障害、自発的に動こうとするとフリーズしてしまうカタトニーなど、精神疾患との重複の割合が高い傾向にありました。

終了後は地域で生活を送ることを目的として支援を進めてきましたが、1名を除きほとんどの人たちが入所施設への異動という結果となり大きな課題の一つになっています。

---

## 2 ケース1 強い他害行為のあるAさんへの支援

---

Aさん： 男性 利用開始年齢16歳（利用期間3年）

診断名は重度知的障害を伴う自閉症

生育歴： 幼少のころより多動で、常に目が離せない状態で、集団行動がなかなかできませんでした。特別支援学校小学部5年生頃より人に対しての他害行為や物壊し等が始め、中学部、高等部に進むにつれてそれがエスカレートし、学校および家庭での対応は困難を極める状況でした。

高等部2年時に学校を中退し、本寮へ入所および本事業へ参加する運びとなりました。入所時の強度行動障害得点は42点でした。

### 1 入所当初～1年を経過して

---

Aさんの入所当初の様子は、1日を通して情緒的に不安定な状態が続き、他の利用者、職員に対する蹴り、叩き、つねりといった他害行為や自分の顔叩き、目の中に液体石鹸を自ら入れるなどの自傷行為、机、ドア、窓などを破壊する物壊し、落ちていたゴミや紙切れなどを口に入れる異食など、生活の随所にこれらが認められました。

支援方法としては入所当初より、構造化をベースとした取り組みを行いました。Aさんは、カードに描かれている内容と活動とのマッチングを理解できる能力があり、単純な作業についてはその内容を理解できていました。しかし、いざ活動になると前述したような行動障害が出てきてしまい、作業を含め、日中活動にはほとんど落ち着いて参加できない状況でした。

入所後ほぼ1年半の間、日中活動に限らず生活全般を通して、支援・介入⇒行動障害⇒その対応といった図式が繰り返され、改善への糸口がまったく見えない状況が続きました。また、入所当初より主治医と相談しながら薬の調整も何度も行ってきましたが、目に見えた効果は現れませんでした。

打つ手が見いだせない中、主治医から「大幅な投薬の整理を行ったらどうか」との提案から市内にある精神科病院へ1か月間の入院を行いました。

---

## 2 薬の調整前後の状況

1か月後Aさんが退院してきましたが、退院時の医師からの報告書では「薬は大幅に変更しましたが、特に状態の変化は認められませんでした」との内容であり、その通りAさんは入院前と変わらない行動を示していました。また入院している間に、このAさんの事例を厚生労働省科学研究班飯田班のケース会議で報告し、いくつかのご指摘をいただきました。

- ①Aさんは感覚過敏が強いのではないか。言語指示が多すぎるため、それを少なくした方が良いのではないかと。
- ②集団での活動自体が負の刺激となっているのではないかと。キーパーソンを決め、マンツーマンでの活動から見直してみたらどうか。
- ③視覚的な情報提供による理解に強みがあるように見える。カードの内容、次の活動内容などもカードを見て理解できているようなので、その強みを活かすため、もう一度基本に立ち返り、支援のやり直しを図ってみてはどうか。

などの意見をいただき、スタッフ間で話し合いを重ねることになりました。

## 3 再検討された支援を一貫して実施

飯田班での指摘事項を検討し、スタッフ間で下記の2点を中心に支援の統一を行い実行しました。

- ①声掛けは「Aさん」という名前のみで、情報は線画、写真での提示を徹底しました。
- ②それまでの4名での小集団活動から、職員とのマンツーマン活動に切り替え、人刺激を減らしました。

特に本人のもつ感覚過敏に配慮した取り組みと、視覚的な情報提供など基本的なことを統一して継続していったところ、開始2~3か月ごろより落ち着いた状況が認められ始め、半年後にはほとんど行動障害が見られなくなりました。

## 4 ケース1のまとめ

今回の情緒面の安定、行動改善に繋がった要因は、大きく4つあると考えました。

- ①本人の持つ感覚過敏(人との距離、人の声、大きな物音など)に配慮し、刺激の減少に努めたことが、状態の改善に影響を及ぼした。
- ②本人の強み(カードの示す内容が理解できる、スケジュールシステムにより見通しを持って活動に参加することができる)に着目した視覚的な情報提供、日課プログラムの情報提供は効果的であった。
- ③医療との連携については、精神科病院退院直後は、医師の報告書にもあったように状態の変化は認められませんでした。刺激に対する過敏性の緩和などが退院後2~3か月より認められてきた事実から、徐々に投薬変更の効果が表れてきた。
- ④本療強度行動障害事業参加者の3年間の改善率を調べたところ、年齢が若いほど改善率が高い傾向があり、それと照らし合わせても十代という若さが改善のスピードを早めた。

以上4点の要素が時期的にもタイミング良く重なり合い、比較的短期間で効果が認められたものと考えられます。Aさん自身も日に日に表情が明るくなり、活動にも完全に落ち着いて参加できるようになりました。取り組みを行って1年後にはマンツーマンでの活動から小集団への活動に移行しても特に問題はなく、また、職員とのコミュニケーションの一場面でくすぐられるなどの接触があっても喜んで受け入れるなど、刺激の過敏さもかなり緩和された様子が見え始めるようになりました。

退所時時点での強度行動障害得点は8点で、入所時42点から比べると、80%以上の改善率となりました。

#### 本寮で活用した支援の方法とツール

支援の方法は、構造化をベースとし「その人が分かる方法での情報提供」「その人が不安や混乱に陥らなくてもよい環境整備」をコンセプトとして支援を展開しました。



日課等の情報提供に使っている線画カード



半日のスケジュールを示した例



実物呈示によるスケジュール



パーティションで周囲の刺激を減らす環境整備

### 3 ケース2 トウレット障害を起因とする行動障害がある利用者への支援

Bさん：男性 利用開始年齢26歳(利用期間3年)

診断名は重度知的障害を伴う自閉症、てんかん、重症のチック障害であるトウレット障害、気分障害など精神疾患を重複

生育歴：幼少のころから多動。特別支援学校小学部5年頃より、他者に対する他害行為やガラス割りなどの物壊しが出現し、中学部、高等部と進むにつれ行動がエスカレートしていき、家庭や学校での対応が困難となりました。

15歳でA知的障害者更生施設に自宅から通所しますが、行動は安定せず、同年精神科病院へ入院となり、その後も入退院を繰り返す状況でした。18歳のときB知的障害者更生施設に入所しますが、状況は改善せず精神科病院と施設の行き来を繰り返す状況が続きました。そして、26歳のとき本寮の強度行動障害事業に参加することになりました。

#### 1 入所当初

入所当初より1日を通じて断続的に衝動性、強迫性からくる行動障害(他者を叩く、強く押すなどの他害行為、机、いす、窓などを破壊する激しい物壊し、自分の腕を噛む、壁に体当たりや頭突きなどの自傷行為、「うー」と大声を出すなど)が認められました。

Bさん本人もAさん同様「感覚過敏」が認められましたので、言語指示の減少と人との距離等を考慮して支援を開始しました。構造化をベースとして支援を行ったところ、Bさんはカードが示している活動やその内容を理解できていました。また、今の活動、次の活動というようにカードを見て日課を理解する能力もありました。しかし、いざ活動に参加すると、上述したような行動障害が頻繁に出現し、落ち着いて活動に参加することは皆無に近い状態でした。

言語指示を抑えた支援、本人の持つ強みを活かした支援を心掛けて行っていました。誰かがそばを通っただけで衝動的に近くにいる人に対し手が出てしまう、他の人の咳払いなどにも過敏に反応し荒れ狂ったようになってしまうなど、本人の感覚過敏の程度がとても強く、本人の刺激となるものをすべて取り除くことは不可能でした。

#### 2 てんかん発作が頻発し1か月入院

また、入所後1年を経過した頃より、てんかん発作が頻発するようになり、精神科病院へ薬の調整を視野に入れ1か月入院しました。入院期間中は、1日のうち何回かは大声や扉への体当たりが見られましたが、基本的には落ち着いて過ごせていたと病院側から報告を受けました。実際スタッフが何度か面会に行ったのですが、落ち着いた表情で衝動性、強迫性からくる行動障害は認められませんでした。入院中は特にてんかん発作が起こることもなく脳波も安定しており、また、情緒面においても比較的落ち着いていたため、医師の判断により薬の変更は行われませんでした。

入院中の環境は、個室であったため、他の人と関わることがほとんどない状況に加え、音もあまりない静かな環境でした。そのような刺激の統制された状況においては比較的落ち着いて過ごすことができたことから、今一度「本人の持つ刺激の過敏性」「刺激に反応しなくても衝動的に出てしまうチックとしての行動」に対して、3つの支援を見直しました。

##### 1) 本人の感覚過敏に配慮した取り組み

棟内の空間を間仕切り戸の設置により2等分(他の利用者3名：Bさん=2：1の面積)にし、他の利用者との生活空間を別にしました。また、職員とのマンツーマン活動を徹底して、他の利用者へ衝動的に他害行為を行わなくても良い環境整備を行いました。

## 2) 活動プログラムの簡素化

活動数や作業の数が多い状況では、本人が理解できず混乱している場面がよく見られ、行動障害が起きやすい傾向にありました。そこで、活動数、活動内容、作業の量などを減らし、活動プログラムにおける混乱の軽減を行いました。

## 3) 衝動的な行動への対応

急に手が出てしまう、壁やドアに体当たりをしてしまう、物を投げる、壊す、大声を張り上げるなどの衝動的な行動に関しては、「自分で抑えようと思っていても衝動的に出てしまうチックとしての行動」と捉え、基本的に「他の人に危害が加わらない」「本人自身のケガに繋がらない」ことについては、特に注意をせず見守りに徹するようにスタッフ間で徹底しました。

入院前・退院後の日課プログラムの状況(AMの例)

入院前の活動	退院後の活動
朝の会(4名による)	朝の会
ひげそり	ひげそり
掃除	
歯みがき	歯みがき
ラジオ体操	
散歩(集団)	
ティータイム	ティータイム
ワークシステムによる作業	
スヌーズレン	スヌーズレン
昼食	昼食

## 3 結果

これら3つのポイントに配慮した支援を行ったところ、チックが要因として出てくる「大声」や「壁への体当たり」などの衝動的な行動は、依然として一日数回はありましたが、活動に参加している時の表情が柔らかくなる、職員に対して衝動的に手が出てしまう行動の頻度や強さが減るなど、情緒面で安定した時間の増加、行動障害の頻度や、強度の減少が若干ではありますが認められるようになりました。また、特筆すべき点は、職員の介助が必要な生活支援(歯磨きや入浴など)の場面で、それまでは激しい抵抗を示していたのに、取り組み以降は徐々に抵抗が少なくなり、半年後にはほとんど落ち着いて介助を受けることができるようになりました。

## 4 ケース2のまとめ

他の利用者と生活空間を別にする、職員とのマンツーマンで活動を行うなど、人刺激がある程度統制された環境で過ごすことは、本人にとって「他の利用者に対して他害行為ができない」環境ではなく、「衝動的に他害行為をしなくても良い」環境であり、結果として支援者から注意されたり、行動を止められることも著しく減少することになりました。

また、本人が負の刺激として捉えやすい言語での情報提供、いわゆる「言葉掛け」を極力抑えることで、不必要に負の刺激にさらされない良い状況が作り出せ、情緒面の安定した時間帯が徐々に増加していきました。本人の感覚過敏の程度の強さが理解でき、それに合わせた配慮を行えたことが、この情緒面の安定に繋がったのではないかと考えています。

また、活動数を減らしたり、活動内容の簡素化を図ることで、活動全体の見通しが持ちやすくなり、「今やること」がより明確化され、本人が混乱せずに理解して活動に参加できるようになったことも要因の一つでしょう。そして、今まで理由が分からず衝動的に出ていた体当たりや他害行為などの行動障害も、「チックに起因する行動」として捉え環境を整備することで、「自分でも止められない行動」を行っても「人から否定的に注意されたり、止められたりしない」一貫した対応を続けることで、徐々に「人に対する嫌悪感や恐怖感」の減少に繋がっていったのではないかと考えています。

事業終了時の強度行動障害得点は41点で、入所時の42点から1点しか減少はしませんでした。得点に表れない「表情の柔らかさ」や「人に対する恐怖感、嫌悪感の減少」は大幅に改善されたように思います。何よりも家族の方が「本当に接しやすくなりました。一緒にいて怖くなくなりました。本当にありがとうございました」と言われたことが、とても大きな印象として残っています。



---

## 4 強度行動障害支援の5つのポイント

---

今回の2つの事例から、私たちに強度行動障害の改善として考えられる5つのポイントを整理してみました。

### 1 本人の持つ障害特性、特に感覚過敏への配慮

---

自閉症の障害特性のうち、感覚過敏だけに着目すれば良いというわけではありませんが、行動障害の支援を考える上で「感覚過敏」は大きなキーワードになると思います。

自分の後ろを人が通っただけでもそれが負の刺激となり衝動的に手が出てしまう、他の人が咳払い1つするだけで荒れ狂ったようになってしまうなど、私たちには何でもない日常の出来事であっても、彼らにとっては大きなストレスであり、苦痛を感じ、居ても立っても居られない状態となり行動障害が出てしまい、自分自身ではそれをどうすることもできない次元にあることを、支援者は理解し受け止めることが大切です。したがって、音域、音量、人との距離、環境の変化など何を苦手としているか、本人の抱えている感覚過敏に気付けるかどうかということが、支援の大切なポイントの1つになります。

### 2 支援に行き詰ったときほど基本に立ち返ることが大切

---

今回の2つの事例について共通していたことですが、なかなか行動改善ができない場合、だんだんと支援が基本から外れ雑になっていくことが実際に認められました。毎日激しい行動障害を繰り返す彼らに対し、本当は彼らが一番苦しんでいるということがもはや想像できず、冷静さを見失い、言語での指示が多くなる、活動の見直しができず同じつまずきを何度も繰り返すなど、不必要なマイナス刺激を与え続けていたという事実がありました。また、今回の2事例は、結果として情緒面の安定、行動障害の軽減ができましたが、この改善に結びついたのもやはり「構造化の基本に基づいた支援を再構築し、それをスタッフ間で統一し貫き続けたこと」が良い結果に繋がったと考えています。行き詰ったときほど再度基本に戻る大切さを学ぶことができました。

支援者の「観察力」や「知識」を高めることで課題解決の糸口が見えてきます。行動障害を示している人の状態をそのままの行動として捉えるのではなく、その背景にあるもの(冰山モデルの水面下の部分)を見る力が必要になってきます。その行動には必ず要因となるものがあり、その要因を除去、軽減すれば必ず良い方向に向かうものと思います。行動障害を示す前の様子、示している状態、支援者がどのような対応をしたのか、その後どのような様子だったのかを継続的に記録に残しておけば、行動の要因となる部分を見つけやすくなり、行動障害が出やすい傾向や、落ち着きやすい動きかけの傾向などが明らかになってくると思います。行動記録を継続的につける習慣は必要で大切なことです。

また、観察するにあたり、やはり自閉症の基本的な障害特性についての知識は、必要最低限学ぶ必要がありました。この基本的な部分での理解が足りないと、支援者が「間違った方向」で努力し続けてしまう可能性があります。支援者側が良かれと思って行っていることが、本人にとって苦痛でしかない、ストレスでしかない状況を生み出していくことになりかねません。まさに「悪意のない虐待」の状態です。支援者の好意、熱意が行動障害の増悪に繋がらないよう、自閉症の障害特性の理解は押さえておくべき大切なポイントです。

### 3 医療との連携の重要性

---

強度行動障害のある人たちの支援を考える時、医療面との連携は必要不可欠であると考えています。今回の2事例のうち特にAさんに関しては、医療面の取り組みが改善に大きく関係しました。精神科病院へ入院し、大幅な

---

薬の調整を行ったこともそうですが、月に一度状態を報告し、医療面からのアドバイスをもらうことは支援を行う上で、新たな視点の広がりや支援の見直しに繋がったことも多くありました。このように行動障害の支援を考える上で、自閉症や行動障害に対して理解のある医師に出会い協力することができるかどうかは、その後の支援の広がり大きな影響を及ぼします。

しかし、支援者側にはまだ医療に対して(特に薬に対して)不信感を募らせている人も多いのではないかと思います。また、家族も同じような考えを持っている人がいると思います。「医療→薬→副作用」の構図ができあがり、「医療との連携」と聞いただけで拒否反応を示す人も少なくありません。また、逆に医療面に頼りすぎている人もいて、「薬を変更したのに思ったほど効果が表れない」などと、薬だけに効果を過剰期待する人もいます。

特に強度行動障害のある人たちは、精神疾患を重複しているケースも多く、支援を考えていく中で医療面からのアプローチはとても重要であると考えています。支援者側も医療面のケアについて理解を深めることが必要で、医療との適切な関係を作っていくことが大切ではないでしょうか。「支援」「医療」「家庭」「学校」これらが相互に理解を深め協力しあってこそ、強度行動障害のある人たちへの支援の改善が行われていくものと思います。

## 4 人に対する「不信感」「恐怖感」を「安心感」に変える作業

本人のもつ障害ゆえの特異な行動に対する無理解の積み重ねが、強度行動障害を生み出している実情に理解を深める必要があります。強度行動障害を生まれ持っている人はいないのです。本人の障害特性や環境状況への配慮がなされないような無理解による支援が、長期にわたり継続された不安と混乱の蓄積により行動障害は生み出されると言われています。そこには「人から叱責される」「押さえつけられる」といった経験から人に対する不信感や恐怖感を強く抱き、支援が予想以上に進んでいかないケースも少なくありません。

Bさんも、衝動的な他害行為や物壊しなどの行為が若年のころより認められ、その成育歴の中で人からの「叱責」や「身体的な押さえつけ」等があったと聞きます。そして、入所当初より人に対する不信感や恐怖感が強く認められ、生活支援における介助場面での激しい抵抗は、本人の感覚過敏だけでなく人に対しての不信感や恐怖感が大きな要因の一つであったと考えられます。人に対しての安心感が徐々に芽生えてくることで、支援への抵抗にも和らぎが感じられるようになりました。

## 5 支援現場で大切なのは、統一と継続

強度行動障害のある人は、施設や事業所から受け入れを拒否される、契約の解除を迫られ行き場を失ってしまうなどの状況を耳にします。その施設や事業所側の理由は、「能力のある職員がいないため」「本人と他の利用者の安全が今の職員レベルでは守り切れないから」などという内容がよく聞かれます。

強度行動障害の支援者は、決して優秀な能力を持った一部の人間にしかできないものではありません。確かに突発的に起きる自傷行為や他害行為、物壊しなどを目のあたりにすれば、戸惑い、困難さを感じると思います。また、それらの行動障害を一朝一夕に改善することも難しいことです。しかし、改善に向けての方法論がほぼ明確化されている現在、その「障害特性の理解」「多角的に物事を見る観察力」など基本的な部分を学習し経験を積んでいけば、誰でも強度行動障害のある人たちへの支援はできると考えています。

ただし、チーム内、事業所内で誰の理解も協力も得ないで、一人だけで孤軍奮闘してもなかなか良い結果に結びつくものではありません。このことは、支援が必要な人誰に対しても言えることですが、特に強度行動障害のある人への支援は、チーム内の一貫した支援がより一層大切な要素となります。チームでの統一した考え方に基づく一貫した支援の継続こそが、行動改善に必要な不可欠なポイントなのです。

# 8

【実践報告】

家族からの提言

資料編

---

## 1 背景

---

このプログラムは、行動障害が著しい人と一緒に生活している家族から、その生活の有り様や、現在および将来の希望などについてお話していただく時間です。

一般的に、強度行動障害のある人は、大人になっても「一人で外出する」ことは難しいと考えられます。つまり、一人で通勤・通学ができる、買い物にでかける、息抜きに休日にお出かけするといった活動は難しいのです。また、家族が自宅にその人を一人にして、一定の時間外出する、つまり「留守番をお願いします」ことも難しいのです。家族(多くは母親)は、家の中でも外でも、かなり長時間生活や活動を共にして、強度行動障害のある人を見守ったり援助したり、時には介護を行っていることとなります。学校や通所の施設に通っている、いわゆる日中活動の時間以外は、睡眠以外の全ての時間、この障害のある人の側に寄り添い、家族が見守っている事例は決して少なくありません。このような生活を送っている家族の負担やストレスは、しっかりと把握する必要があります。

また、通常とは異なる独特のスタイルで、家庭生活の全体を組み立てている家族もたくさんいます。たとえば、家族全員がそろって夕食をとることを、4歳頃から20年間一度も行っていない家庭があります。残業などにより帰宅時間が日々変動する父親、塾やクラブ活動で曜日により帰宅時間が異なる兄弟の事情を、障害のある人が理解し受け入れることが困難な場合があります。ちょっとした環境変化に弱い人にとって、毎日確実に夕食時間ダイニングにいるのは母親だけ、そして、その場で障害のある人が一人で夕食を食べているという話をよく聞きます。

障害福祉等に携わる支援者は、家族に対して無闇に「家族(親)が甘やかしている」「躰がなっていない」といった考えを持つことはありません。しかし、強度行動障害のある人の、一般的な家庭生活とかけ離れた実態を必ずしも十分知っているわけではありません。障害の状況、それに至った経過、その間の家族の努力をしっかりと冷静に知る必要があるのです。

長い時間、最も親身に接している家族の情報がないと、良い支援は組み立てられません。ちょっとした表情の変化や仕草は、どのような意味をもっているのか、家族は独自の勘と経験を働かせて判断しています。また、行動障害ゆえに大変な状況を何度も経験している家族は、リスクに対して敏感であり、安全で安心できる生活を強く望んでいるのです。

同じゴールに向かって支援を行っていくチームの一員として、最も重要な情報をもっている家族に参加してもらうことは、地域における強度行動障害のある人の支援を考えていくために大切なことです。また、家族の心身の健康状態は、障害のある人の生活に大きな影響を及ぼすので、家族の負担の軽減やレスパイト支援といった視点も重要になります。一人ひとりの家族の意見をしっかりと聞くことが、支援を進めていく上では大切であり、そのモデルとしてこのプログラクが存在することをご理解ください。

---

## 2 ねらい

---

①家族の本音、②実際に役立つ支援、③行動障害のある本人が支援者に望むこと(代弁)、などをご家族からお話いただくことにより、行動障害のある人と家族の生活を理解し、今後の支援に活かしていただくことをねらいとしています。

### 3 講義内容の流れ

II-8-1は講演内容モデルの1例です。それぞれの事情に合わせた形での調整が必要です。

講演内容のモデル	
①講演者の紹介(司会・進行者による)	⑤最近～現在の本人の様子
②行動障害のある本人の紹介	1)日常生活の様子
1)プロフィール	2)現在抱えている課題
・所属、年齢	⑥最近～現在の家族の様子・心境の変化
・家族構成、家族との関係	1)最近(現在)の家族の様子
・医学情報	2)④の頃と比べた家族の心境の変化
・コミュニケーション	⑦まとめ
・興味、関心、得意なこと	1)現在まで、役に立った支援、良かったと思う支援
2)行動特徴	2)受講者に伝えたいメッセージ
③幼少期～学齢期の本人の様子	
1)当時の日常生活の様子	
2)当時利用していた支援	
④幼少期～学齢期の頃の家族の様子・心境等	
1)家族が困っていた本人の行動	
2)家族の様子・心境等	
・母親 ・父親 ・兄弟 ・祖父母等	

図 II-8-1 講演内容モデルの一例

## 1 講演者の紹介

実名で紹介してよいかどうかの確認を事前に行います。特に資料を受講生に配布する場合、個人情報についての十分な注意が必要です。

## 2 行動障害のある本人の紹介

### 1) プロフィール

本人のプロフィールを第3者にもイメージできるように、なるべく具体的に話してもらいます。写真や動画を活用することもお勧めします。

#### ● 所属、年齢

学校、利用している施設種別等の紹介。学年や年齢、行っている課題や作業内容等も可能な限り具体的に紹介していただきます。

#### ● 家族構成、家族との関係

本人から見た家族構成を具体的に紹介していただきます。本人と家族との関係、必要(行動障害と関係がありそう)な場合は家族同士の関係も紹介していただきます。

例

「家族は父、母、小学生の弟と本人の4人家族。父親は残業が多いため、日曜日を除いてはもっぱら母親が本人の養育に当たっている。弟との関係は良好。」

#### ● 医学情報

診断名、障害者手帳の有無と程度、服薬状況等の紹介。

例

「自閉症で知的障害を伴っている。療育手帳はA1。思春期の頃にてんかん発作を初発。現在、向精神薬を服薬。」

## ● コミュニケーション

コミュニケーションの方法(理解と表現)を具体的に紹介していただきます。

例

「簡単な指示(トイレなど)は言葉で分かるが、絵カードがあるとスムーズ」

## ● 興味、関心、好きなもの、得意なこと

本人の興味や関心事、好きなものを具体的に紹介。得意なことや苦手なことについても紹介していただきます。

例

「好きなものは水やキラキラしたもの、嫌いなものは掃除機」

## 2) 行動特徴

どのような行動障害があるかを具体的に紹介。行動障害以外の特徴についても紹介していただきます。

例

「自傷行為として壁やタンスなどに頭突きをしたり、大きな奇声を上げることがある」

## 3 幼少期～学齢期の本人の様子

現時点での本人の年齢や生育歴などによって、どの時点まで遡って紹介するかは異なります。現在、学校に通っていれば就学前後までの幼少期、成人であれば学齢期くらいまでが概ねの目安となります。

### 1) 当時の日常生活の様子

後で現在の様子と比較する意味で、当時苦勞された様子を紹介していただきます。行動障害の対応に最も苦勞された時期を中心に紹介していただきます。

例

「高いところが好きで、家の中では棚やタンスの上によく登っていました。目が離せませんでした。」

### 2) 当時利用していた支援

この時期あるいはその前後で、当時利用していた支援(サービス)があれば、具体的な支援(サービス)内容や利用するに至った理由も含めて紹介していただきます。

例

「幼少期から地元自治体の障害児通園施設に通っています。その後、ホームヘルパーのサービスも受けるようになりました。」

## 4 幼少期～学齢期の頃の家族の様子・心境等

行動障害のある子どもと暮らす家族の苦労や心境などを、本音で紹介していただきます。

### 1) 家族が困っていた本人の行動

家族から見て最も困っていた本人の行動を端的に紹介していただきます。一つに絞れなければ2～3上げていただいてもよいでしょう。

例

「自傷行為、頭突き、大きな奇声の3つです。かつては家の中だけだったのに、高学年になると公共の場でも見られるようになってしまいました。」

### 2) 家族の様子・心境等

行動障害のある人と一緒に暮らす家族からの視点を紹介していただき、生活の困難さや家族の心境について支援者の理解を促します。母、父、兄弟姉妹等、それぞれの様子・心境について紹介していただきます。

例

「母親としては主治医や心理士等いろいろな人たちに、いろいろなことを言われる度に舞い上がったり、落ち込んだりしていました。」

## 5 最近～現在の本人の様子

最も苦労された頃と比較して落ち着いたたり、成長した様子を紹介していただきます。その中で残された課題についても触れていただき、まとめへの布石とします。

### 1) 日常生活の様子

最近の本人の様子を紹介していただきます。

例

「職場などでは落ち着いて作業していますが、自宅などでは条件が整ってしまうと激しい自傷があり心配です。」

### 2) 現在抱えている課題

様々な取り組みや支援を受けながら生活してきたにも関わらず、今なお残存する課題について紹介していただき、行動障害の課題解決の困難さを伝えていただきます。

例

「家族が一緒にいられないことや、家での激しい自傷が課題で、どうにかしなければならぬと感じています。」

## 6 最近～現在の家族の様子・心境の変化

最近の家族の様子・心境などを紹介していただきます。

### 1) 最近（現在）の家族の様子

### 2) 4（幼少期～学齢期の頃の家族の様子・心境等）の頃と比べた家族の心境の変化

例

「他の人が育てていればもっと成長していたんじゃないかと悩むこともありましたが、今は少しずつ花を咲かせていることを感じます」

## 7 まとめ

行動障害のある人の本人支援に、有意義で具体的なポジティブメッセージを発信していただきます。

### 1) 現在までで、役に立った支援、良かったと思う支援

個別の療育技法を前面に出すのではなく、どのような工夫や環境設定等に効果があったのかを具体的に紹介していただきます。

例

スケジュールという一日の予定表を作ることで、本人にとって難しい『見通し』が生まれ、安心して毎日を過ごせる上に、本人の苦手な『予定変更』が可能になりました。」

### 2) 受講者に伝えたいメッセージ

行動障害のある家族を代表していることを踏まえて、メッセージを伝えていただきます。抽象的だったり、ネガティブな内容ではなく、研修生が現場に戻って実際に役に立つ具体的でポジティブなメッセージの発信をお願いします。

例

行動障害がある人への支援が成功するかどうかは、初回の『成功体験』がキーポイントです。」



# 9

【講義】

## 虐待防止法と身体拘束

資料編

---

# 1 はじめに

---

ここでは、平成24年10月1日から施行された“障害者虐待防止法”について知っていただくとともに、行動障害のある人が障害特性を理解してもらえずに支援された場合、権利侵害や虐待のようなことが起こってしまうことを知っていただきたいと思います。

虐待防止関連の法律としては、平成12年に“児童虐待の防止等に関する法律”が成立。平成13年には“配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律（DV防止法）”平成17年11月には“高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律”が成立しました。そして、平成23年6月に“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”が成立し、平成24年10月より施行されました。

---

## 2 障害者虐待防止法

---

平成24年10月1日から始まった障害者虐待防止法は、目的の最初の部分に「～障害者に対する虐待を防止することが極めて重要であること」、そして、最後に「～障害者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって障害者の権利利益の擁護に資することを目的とする」と書かれています。つまり、虐待が起こらないように防止するところに力点が置かれている法律となっています。

また、「擁護者に対する支援」という部分では、家族などの擁護者によって起こる虐待について触れられています。家族などの擁護者は、もちろん愛情をもって育ててきていますが、介護している人の中には大きなストレスを抱えていたり、相談できる人が周りに誰もいなかったりなど、追い込まれた状態にある人がいることも事実です。このようなことが原因であることが多いため、虐待までに発展しないように、家族などの擁護者を支援していくという部分にも併せて主眼が置かれています。

また、虐待が起こってしまった場合には、なるべく早く小さいうちに見つけて、虐待がエスカレートする前に被害を防いでいくことが重要になってきます。そこで、法律の中でも早期発見・早期対応ということが重視されています。この法律の第三条（障害者に対する虐待の禁止）には「何人も、障害者に対し、虐待をしてはならない」と定義されています。

### 1 通報義務

---

この法律では、障害者に対して以下の3つに挙げた人たちが行う虐待行為を障害者虐待と定め、障害者虐待を受けたと思われる障害者を発見した人は「速やかに、これを市町村（または都道府県）に通報しなければならない」という義務を定めています。

- ① 身の回りの世話や介助、金銭の管理などを行っている家族・親族・同居人など（養護者）
- ② 障害者福祉施設などの職員（障害者福祉施設従事者等）
- ③ 勤め先の経営者など（使用者）

上記のような人たちから障害者虐待を受けたと思われる障害者を発見した人は、市町村に設置された、市町村障害者虐待防止センターへ連絡することになっています。また、会社で虐待を受けている、つまり使用者による虐待を発見した場合は、都道府県に設置されている障害者権利擁護センターと、前述の市町村の障害者虐待防止センターでもどちらでも受け付けるということになっています。

## 2 障害者の定義

---

改正後の障害者基本法2条1号において、障害者とは、「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）その他心身の機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活または社会生活に相当な制限を受ける状態にあるもの」、障害者手帳を取得していない場合や18歳未満も含まれると定義されています。

## 3 養護者による虐待

---

養護者による虐待は、「障害者を現に養護する者であって障害者福祉施設の職員や障害者雇用をしている人以外の者」となっています。具体的には、身近の世話や身体介助、金銭の管理などを行っている障害者の家族、親族、同居人等が該当することになっています。また、同居していなくても、現に身近の世話をしている親族・知人などが養護者に該当する場合があるということになっています。

### 〔養護者による虐待の5つの類型〕

- ①身体的虐待・・・障害者の身体に外傷が生じ、若しくは生じるおそれのある暴行を加え、または正当な理由なく障害者の身体を拘束すること。
- ②性的虐待・・・障害者にわいせつな行為をすることまたは障害者をしてわいせつな行為をさせること。
- ③心理的虐待・・・障害者に対する著しい暴言または著しく拒絶的な対応その他の障害者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
- ④放棄・放置・・・障害者を衰弱させるような著しい減食または長時間の放置、養護者以外の同居人による①から③までに掲げる行為と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること。
- ⑤経済的虐待・・・養護者または障害者の親族が当該障害者の財産を不当に処分することその他当該障害者から不当に財産上の利益を得ること。

## 4 障害者福祉施設従事者等による障害者虐待

---

障害者福祉施設の設置者または障害福祉サービス事業等を行う者は、職員の研修の実施、利用者やその家族からの苦情解決のための体制整備、その他の障害者虐待の防止のための措置を講じなくてはなりません（第15条）。また、障害者福祉施設従事者等による障害者虐待を受けたと思われる障害者を発見した者は、速やかに、市町村に通報する義務があります（第16条）。

これは、発見者が同じ施設・事業所の職員であっても同様です。その場合、通報を受けた市町村は通報者の秘密は守らなくてはならないとされています。また、施設・事業所の管理者などが、施設・事業所内の障害者虐待について職員から相談を受けたり、養護者や使用者による障害者虐待に気づいて相談を受けたりする場合などが考えられますが、その場合も同様に、障害者が虐待を受けたと思われるときは、市町村に通報する義務があります。

こうした規定は、施設・事業所における障害者虐待の事案を施設・事業所の中で抱えてしまうことなく、早期発見・早期対応を図るために設けられたものです。

「障害者福祉施設従事者等」とは、障害者総合支援法等に規定する「障害者福祉施設」または「障害福祉サービス事業等」に係る業務に従事する者のことです。具体的には、次のような事業や施設が該当します。

○障害者福祉施設

障害者支援施設、のぞみの園

○障害福祉サービス事業等

居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援及び共同生活援助、一般相談支援事業及び特定相談支援事業、移動支援事業、地域活動支援センターを運営する事業、福祉ホームを運営する事業、障害児通所支援事業、障害児相談支援事業

〔施設・事業所における虐待の5つの類型〕

- ①身体的虐待 …… 障害者の身体に外傷が生じ、若しくは生じるおそれのある暴行を加え、または正当な理由なく障害者の身体を拘束すること。
- ②性的虐待 …… 障害者にわいせつな行為をすることまたは障害者をしてわいせつな行為をさせること。
- ③心理的虐待 …… 障害者に対する著しい暴言、著しく拒絶的な対応または不当な差別的な言動その他の障害者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
- ④放棄・放置 …… 障害者を衰弱させるような著しい減食または長時間の放置、他の利用者による①から③までに掲げる行為と同様の行為の放置その他の障害者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。
- ⑤経済的虐待 …… 障害者の財産を不当に処分することその他障害者から不当に財産上の利益を得ること。

よく目には困りますが・・・	
<b>こんなことは虐待になります</b>	
<b>身体的虐待</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●通所施設において、利用者が指示に従わなかったため、平手打ちした</li> <li>●かんしゃく時の様子を他の職員に見てもらったため、つねってかんしゃくを起こさせた</li> <li>●かんしゃく時に破壊行為や他害行為があるので部屋に鍵をかけ閉じ込めた</li> <li>●苦しむのを楽しむために大量のわさびをご飯に盛って食べさせた</li> <li>●施設側の管理の都合で睡眠薬を服用させる</li> </ul>
<b>性的虐待</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●わいせつな映像を見せて興奮するのを見て楽しむ</li> <li>●入浴介助中に利用者の性器を触り、いたづらをする</li> </ul>
<b>心理的虐待</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●利用者に対し、常に命令口調で話す</li> <li>●利用者の身体に落書きをし、写メを撮って友人に送る</li> <li>●「力」「あほ」など障害者を侮辱する言葉を浴びせる</li> <li>●怒鳴る</li> <li>●ののしる</li> </ul>
<b>ネグレクト (放棄・放置)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●利用者が何か訴えているが、わかる言葉ではないため無視している</li> <li>●同居人による身体的虐待や心理的虐待を放置する</li> <li>●汚れた服を着せ続ける</li> <li>●不潔なまま放置する</li> </ul>
<b>経済的虐待</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●本人の同意なしに財産や預貯金を処分したり運用する</li> <li>●日常生活に必要な金銭を渡さない</li> </ul>
<b>その他</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●職員のペースに合わせるため、本人のペースを無視し、強引に連れていくなど</li> </ul>

図 II-9-1 施設、事業所などでの障害者虐待の例

上記①～⑤ですが、①身体的虐待、②性的虐待は、「養護者による虐待」と文面上では一緒になっています。③の心理的虐待については、「拒絶的な対応」の後に、「～不当な差別的な言動」という文言が入っています。また、④放棄・放任では、「養護者以外の同居人」となっていた部分が「他の利用者による」身体的、性的、心理的な虐待が起こっていることを放置してしまうということが書かれています。さらに、「障害者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること」ということで、見て見ぬふりをすることや、本人がやりたがらないので本人主体と言いつつ放任するようなことも起こっている実態があります。

## 5 使用者による障害者虐待

厚生労働省では、平成25年6月に、法の第28条に基づき、平成24年度(平成24年10月1日の法施行から平成25年3月31日まで)における使用者による障害者虐待の状況、使用者による障害者虐待があった場合にとった措置等についてとりまとめて情報公開をしています。

その情報では、使用者から何らかの虐待を受けていたと認められるケースは194名で、身体障害25名、知的障害149名、精神障害23名、発達障害4名となっていました。身体的虐待を受けた者が16名、性的虐待を受けた者が1名、心理的虐待を受けた者が20名、放置等による虐待を受けた者が15名、経済的虐待を受けた者が164名ということで、経済的虐待が最も多いという現状がありました。

### 〔使用者による虐待の5つの類型〕

- ①身体的虐待 …… 障害者の身体に外傷が生じ、若しくは生じるおそれのある暴力を加え、または正当な理由なく障害者の身体を拘束すること。
- ②性的虐待 …… 障害者にわいせつな行為をすることまたは障害者をしてわいせつな行為をさせること。
- ③心理的虐待 …… 障害者に対する著しい暴言、著しく拒絶的な対応または不当な差別的言動その他の障害者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
- ④放棄・放置 …… 障害者を衰弱させるような著しい減食または長時間の放置、他の労働者による①から③までに掲げる行為と同様の行為の放置その他これらに準ずる行為を行うこと。
- ⑤経済的虐待 …… 障害者の財産を不当に処分することその他障害者から不当に財産上の利益を得ることとなっています。

上記①～⑤ですが、①身体的虐待、②性的虐待は、「養護者による虐待」と文面上では一緒になっています。③の心理的虐待については、従事者からの虐待と同じく、「拒絶的な対応」の後に、「～不当な差別的な言動」という文言が入っています。また、④放棄・放任では、「養護者以外の同居人」「他の利用者による」となっていたところが、「～ほかの労働者による」ということで、同僚・上司・部下などからの身体的、性的、心理的な虐待が起こっていることを放置してしまうということが書かれています。この使用者による虐待については、障害児童も高齢の障害のある人もこの虐待防止法が適用されることになっています。

## 3 身体拘束・行動制限について

本人を落ち着かせるためにとか、周りへの影響を考えてなどの理由で本人の行動を抑制することが、本人にとってはマイナスになってしまう可能性があることや、倫理的な部分で問題になってくることがあります。以下の内容をよく知っていただき、また、ご本人の障害特性などをしっかりと理解し、できる限り支援方法の共有化やマニュアル化などによって行動障害が起こってしまう前に、適切に支援していただきたいと思います。

### 1 緊急やむを得ない場合の身体拘束実施

基本的な考え方としては、「正当な理由なく障害者の身体を拘束すること」は身体的虐待となることは言うまでもありません。そして、身体拘束が日常化することが、さらに深刻な虐待事案の第一歩となる危険があります。

また、やむを得ず身体拘束をする場合であっても、その必要性を慎重に判断するとともに、その範囲は最小限に

しなければならぬことになっています。判断に当たっては適切な手続きを踏むとともに、身体拘束の解消に向けての道筋を明確にして、職場全体で取り組む必要があります。

## 2 身体拘束実施の3要件

- 切迫性、非代替性、一時性の3要件すべてを満たすこと
- 3要件すべてに当てはまる場合でも、慎重な対応が必要

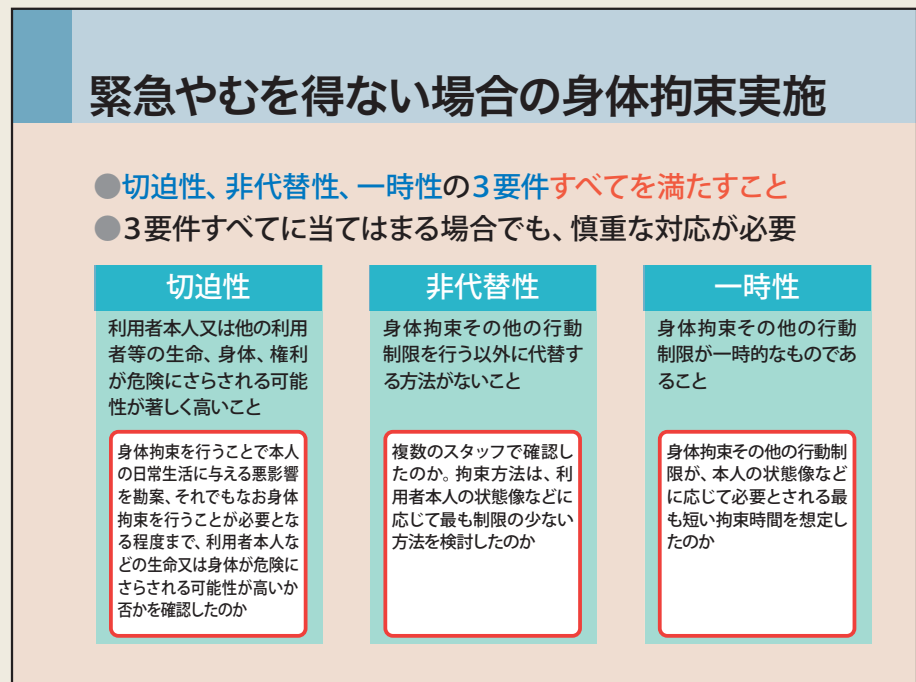


図 II-9-2 身体拘束実施の3要件

## 3 身体拘束をするようになった判断や手続きについて整理する

- 個人でなく施設、または事業所全体として判断するためのルールや手続きを定めることが必要。
- 利用者本人や家族に対して、個別に十分な説明を行うルールを確立する。
- 拘束実施中も、3要件に該当しているか引き続き観察する。

## 4 身体拘束を行ったことを記録する

- 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録しなければなりません。

## 5 行動制限の廃止

---

- 「問題行動」に対処するために、身体的虐待に該当するような行動制限を繰り返していると、本人の自尊心は傷つき、抑えつける職員や抑えつけられた場面に対して恐怖や不安を強く感じるようになってしまいます。このような人や場面に対しての誤った学習を繰り返した結果、さらに強い「問題行動」につながり、それをさらに強い行動制限で対処しなくてはならないという悪循環に陥ります。
- 行動障害に対する知識と支援技術を学び、支援をマニュアル化することなどによって職員全体で共有し、行動制限の廃止に向けて取り組むことが施設・事業所での障害者虐待を防止することにつながると共に、支援の質の向上にもつながります。

---

## 4 虐待防止のための心得

---

施設(事業者)として虐待に対する私たちの態度としても、以下のようなことを考えていく必要があると思います。

- ①「不適切な関わりは虐待である」という認識を持つこと
- ②虐待はどこでも起こっており、それに対しては私たちが毅然とした態度で権利侵害を防ぐための声をあげなければ現状は変わらないという認識に立つこと
- ③「私だけは(虐待をしていないから)大丈夫」ではなく、他の職員の行う虐待を見過ごすことも重大な過失行為であること
- ④虐待が深刻な権利侵害であり、犯罪につながる行為であることを認識すること
- ⑤組織的な対応や通報のシステムなどがあり活用できる社会資源を知ること
- ⑥一人ひとりの利用者の生活を守る専門職であることの自覚を持ち、そのために必要な知識や技術などの獲得、権利について敏感に反応できる倫理観を持つこと
- ⑦そのための自己研鑽を怠らないこと

そして、以下のように職場内での整備を進めていき、虐待がおこらない環境を積極的に作っていかれることを願っています。

- 虐待防止体制の整備(責任者、法人/施設内虐待防止委員会の設置など)
- 虐待に対応するためのマニュアル整備
- 職員に向けた教育や研修、OJTなど
- スーパービジョン体制の確立
- 現場のヒヤリハット(報告記入と共有)
- 事故報告の共有・検証
- 情報共有のための会議や事例検討会の実施
- 第三者による評価や関わりの機会の確保





# 10

【講義】

## 強度行動障害と制度

資料編

# 1 措置から契約へ ～個別給付の時代～

平成15年度の支援費制度の施行により、行政処分による措置制度の仕組みから離れ、利用者がサービスを選択できる契約制度の仕組みが始まりました。とは言うものの、支援費制度は措置の名残の施設訓練等支援費と自治体の裁量による補助金での居宅支援費に分かれましたので、移動支援等の地域生活支援の財源確保が不十分で仕組みとして機能なくなりました。そのため障害程度区分を用いて対象者を区別して介護給付と訓練等給付に分け、これを個別給付と位置づけて財源を国が義務的に支給できるようにしました。対象として認められればどの市町村で同様に個別給付が支給される仕組みとなりました。その際、支援費制度の中で突き抜けて予算を伸ばした移動支援については、支援が必要な者を一定の基準により介護給付に位置づけ、行動援護として事業化しました。

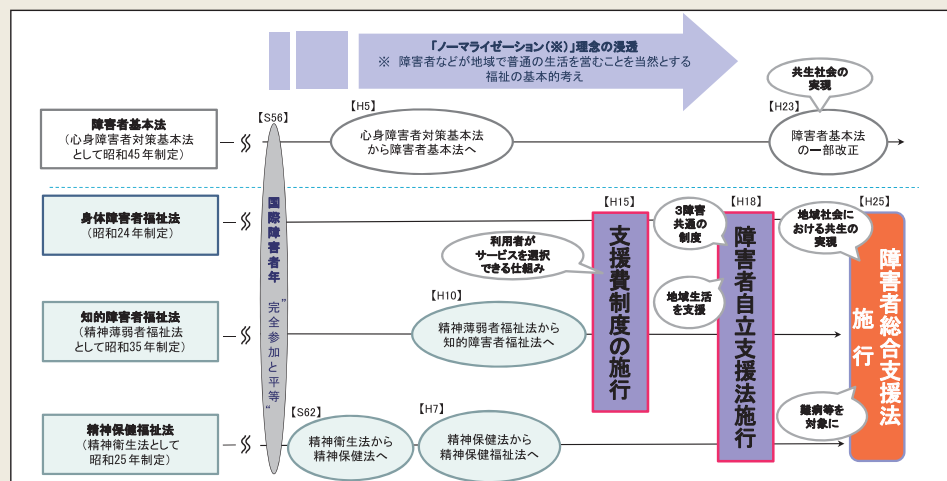


図 II-10-1 傷害福祉施設の歴史

# 2 新たな時代へ ～障害者総合支援法に関わる主な検討課題～

障害者自立支援法施行後、政権交代により障害者自立支援法を見直す検討がなされ、障害者総合福祉法の骨格提言を経て、改正された障害者総合支援法が平成25年から施行されることとなりました。

平成25年4月施行分については、障害者の範囲が拡大され難病等の追加がありました。難病等の範囲は、厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会での議論を踏まえ、当面、市町村の補助事業（難病患者等居宅生活支援事業）の対象疾病と同じ範囲とし、対象疾患を定める政令改正を今後実施する予定です。

平成26年4月施行分については、平成25年7月から再開された社会保障審議会障害者部会と、そこにワーキングチームとして位置づけられた障害者の地域生活の推進に関する検討会でいくつかの課題が討議されました。

1つ目は重度訪問介護の対象拡大です。現行の重度の肢体不自由者に加え、重度の知的・精神障害者に対象を拡大するため、具体的な対象範囲や事業者の指定基準、報酬の在り方等を検討しました。2つ目はケアホームとグループホームの一元化等です。事業者の指定基準や報酬の在り方等とともに、外部サービス利用規制の見直しやサテライト型住居の創設についても検討しました。3つ目は附帯決議で指摘された小規模入所施設等を含む地域における障害者の居住の支援等の在り方について検討しました。

また、社会保障審議会では、見直しが進められていた障害支援区分の在り方と地域移行支援の対象拡大について検証しています。

# 1 重度訪問介護の対象拡大

重度訪問介護の対象者を、「重度の肢体不自由者その他の障害者であって常時介護を要するものとして厚生労働省令で定めるもの」として厚生労働省令において、現行の重度の肢体不自由者に加え、行動障害を有する者に対象を拡大する事を平成26年4月1日より予定しています。

見直し後の重度訪問介護の対象者は、下線で示された部分になります。すなわち「重度の肢体不自由者その他の障害者であって、常時介護を要するものとして厚生労働省令で定めるもの」から「障害程度区分4以上であって、下記の①または②の条件を満たす者」へと拡大されました。

- ①二肢以上に麻痺等があり、障害程度区分の認定調査項目のうち、「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも「できる」以外と認定されていること。
- ②知的障害または精神障害により行動上著しい困難を有する者であること。(基準については、障害支援区分への見直しをふまえ判断)

サービス内容としては、居宅における入浴、排せつ及び食事等の介護・調理、洗濯及び掃除等の家事、その他生活全般にわたる援助、外出時における移動中の介護となります。

※日常生活に生じる様々な介護の事態に対応するための見守り等の支援を含むとされます。特に「行動障害を有する者」については、行動障害に専門性を有する行動援護事業者等によるアセスメントや環境調整などを行った上で、本サービスの利用を開始することとなります。このことにより行動援護は、今まで移動介護を中心とした事業とされてきましたが、来年度以降は居宅内での対応が環境調整として支援できる見込みです。

主な人員配置としては、サービス提供責任者は常勤ヘルパーのうち1名以上です。介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修修了者、ヘルパー1級、ヘルパー2級であって3年以上の実務経験がある者となります。ヘルパーは一事業所毎に、常勤換算で2.5人以上の配置が必要です。居宅介護に従事可能な者、重度訪問介護従事者養成研修修了者がヘルパーになれます。特に「行動障害を有する者」に対応する場合は、専門性を確保するため、行動障害を有する者の障害特性に関する研修を受講することとなります。研修内容は、強度行動障害支援者養成研修と同等の内容とする予定です。参考までに国保連平成25年6月実績では、事業所数6,023箇所、利用者数は9,368人です。

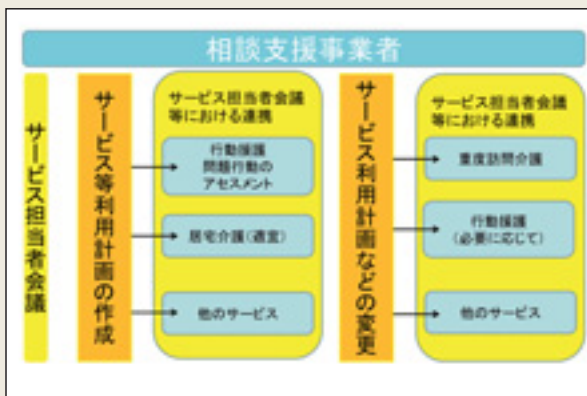


図 II-10-2 平成 26 年 4 月以降のイメージ

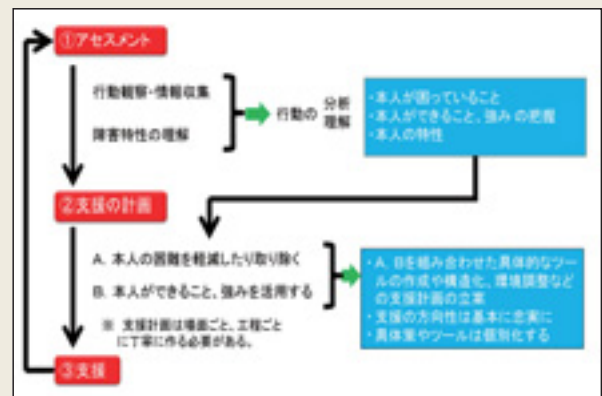


図 II-10-3 アセスメントから支援までのプロセス

## 2 ケアホームとグループホームの一元化等

### 1) 給付形態の一元化 ～報酬の現状維持～

ケアホームとグループホームの一元化ではケアホームの報酬がどのように位置づけられるのかが心配されていました。グループホームに一元化された後の報酬については、基本的には現行と変わりありません。ただし外部サービスの利用の仕方について見直し案が提案され検討が進められました。現行で区分の高い利用者には世話人以外の対応による介護サービスが必要とされています。その際、区分の高さに内在されている報酬で支援者を確保する介護サービス包括型と外部のサービス利用で支援者を確保する外部サービス利用型に分かれます。

一元化後のグループホームでは、介護を必要とする者としめない者が混在して利用することとなり、また、介護を必要とする者の数も一定ではないことから、全ての介護サービスを当該事業所の従業員が提供するという方法は必ずしも効率的ではないとの意見が出されました。一方、これまでのケアホームと同様に、馴染みの職員による介護付きの住まいを望む声もあるため、介護サービスの提供形態としては、グループホームで提供する支援を「基本サービス(日常生活の援助等)」と「利用者の個々のニーズに対応した介護サービス」の2階建て構造とし、介護サービスの提供については、①グループホーム事業者が自ら行うか(介護サービス包括型(現行ケアホーム型))、②グループホーム事業者はアレンジメント(手配)のみを行い、外部の居宅介護事業所に委託するか(外部サービス利用型)のいずれかの形態を事業者が選択できる仕組みとすることが検討されました。

#### 介護サービス包括型のイメージ

- 介護サービスについては、現行のケアホームと同様に当該事業所の従業員が提供。
- 利用者の状態に応じて、介護スタッフ(生活支援員)を配置。

#### 外部サービス利用型のイメージ

- 介護サービスについて、事業所はアレンジメント(手配)のみを行い、外部の居宅介護事業者等に委託。
- 介護スタッフ(生活支援員)については配置不要。

### 2) 介護サービスと報酬の在り方

#### 介護サービス包括型の報酬

介護サービス包括型については、グループホームの従業員が介護サービスも含めた包括的なサービス提供を行うことから、現行ケアホームと同様に、障害程度区分、人員配置に応じた包括的な報酬(基本サービス+介護サービス)として設定することになります。その場合、現行、経過的に認められている重度者の個人単位のホームヘルプ利用については、平成26年4月以降についても、必要な支援の質・量を担保する観点から、新規の利用も含め当分の間認められることとなりました。

#### 外部サービス利用型の報酬

外部サービス利用型については、介護を必要としない者も利用するため、利用者全員に必要な基本サービス(日常生活上の援助や個別支援計画の作成等)は、包括的に評価し、利用者ごとにそのサービスの必要性やその頻度等が異なる介護サービスについては、個々の利用者ごとにその利用量に応じて算定する仕組みで対応します。

その場合、一元化後のグループホームで外部の居宅介護サービスを利用した場合であっても、その費用が基本サービス分も含めて、現行ケアホーム(一元化後の介護サービス包括型)とそれほど変わらない水準となるよう、安定的な運営や効率的なサービス提供が可能となること等を考慮した居宅介護の算定方法を検討する予定です。

### 3 サテライト型住居について

地域生活への移行を目指している障害者や現にグループホームを利用している障害者の中には、共同住居よりも単身での生活を望む人がいると言う声と、少人数の事業所が経営安定化の観点から、定員を増やそうとしても近隣に入居人数など条件にあった物件がなく、また、物件が見つかったも界壁の設置など大規模改修が必要となるケースも少なくないとの声があがりました。共同生活を営むというグループホームの趣旨を踏まえつつ、1人で暮らしたいというニーズにも応え、地域における多様な住まいの場を増やしていく観点から、グループホームの新たな支援形態の1つとして本体住居との密接な連携（入居者間の交流が可能）を前提として、ユニットなど一定の設備基準を緩和した1人暮らしに近い形態のサテライト型住居の仕組みを創設するための検討が行われました。結果としては、単身等での生活が可能と認められる者が対象者の基本として位置づけられ、以下の基準での対応で仕組みが整えられる予定です。

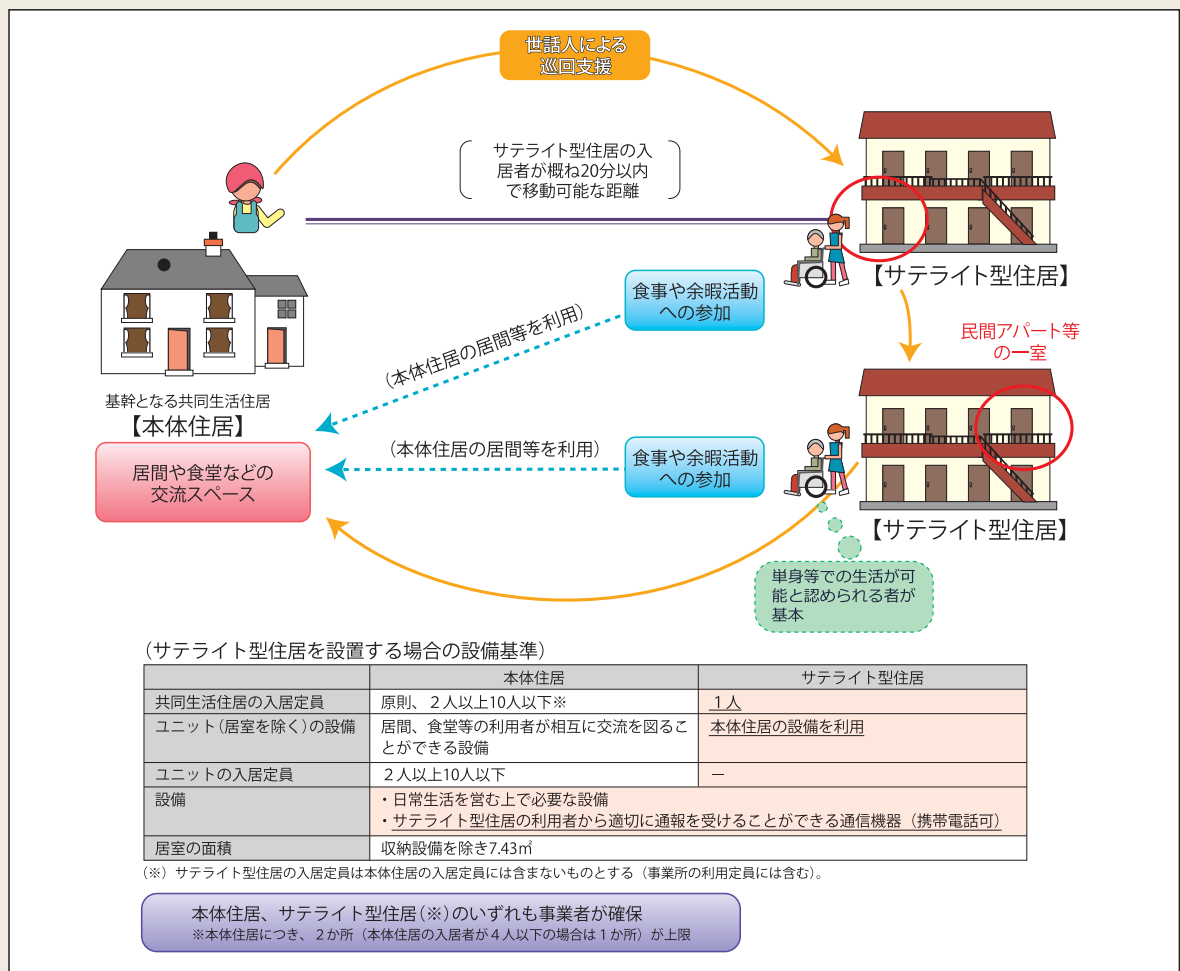


図 II-10-4 サテライト形住居の概要

## 4 地域における障害者の居住支援、障害者の高齢化・重度化等に対する対応について

平成24年6月に成立した障害者総合支援法における衆参の附帯決議においては、「障害者の高齢化・重度化や「親亡き後」も見据えつつ、障害児・者の地域生活支援をさらに推進する観点から、ケアホームと統合した後のグループホーム、小規模入所施設等を含め、地域における居住支援の在り方について、早急に検討を行うこと」とされました。検討会では、各団体からヒアリングが行われました。ヒアリングにおいて挙げられたニーズは以下になります。

### 求められるニーズ

- 地域での暮らしの安心感の担保
- 親元からの自立を希望する者に対する支援
- 施設・病院等からの退所・退院等、地域移行の推進
- 医療的ケア、行動障害支援等、専門的な対応を必要とする者への支援
- 医療との連携等、地域資源の活用
- 夜間も利用可能なサービス、緊急対応体制
- 障害特性に応じた施設整備

### 求められる機能

- 相談（地域移行、親元からの自立）
- 体験の機会・場（一人暮らし、グループホーム等）
- 緊急時の受け入れ・対応（ショートステイの利便性・対応力向上等）
- 専門性（人材の確保・養成、連携）
- 地域の体制づくり（サービス拠点、コーディネーターの配置等）

その上で、障害者の地域生活の支援については、障害福祉計画等に基づき取り組みを進めているため、今後、障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、上記のような機能をさらに強化していく必要性が確認されました。その際、相談支援を中心として、学校からの卒業、就職、親元からの独立等、生活環境が変化する節目を見据えた中長期的視点に立った継続した支援も必要と指摘されました。

平成26年4月には小規模・多機能拠点の整備（コーディネーターの配置、グループホームの定員規模の特例、障害福祉計画に基づく整備）やグループホームにおける日中・夜間や重度者に対する支援の充実等を行う予定です。この事により、障害者の高齢化・重度化や「親亡き後」についての課題に対し一定程度対応することができるよう、地域における居住支援のための機能が強化されていく予定です。

具体的には、障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、各地域の抱える課題に応じて、居住支援のための機能（相談、体験の機会・場、緊急時の受け入れ・対応、専門性、地域の体制づくり）を地域に整備していく手法としては、①これらの機能を集約して整備する「多機能拠点整備型」（グループホーム併設型、単独型）、②地域において機能を分担して担う「面的整備型」等に分けて対応が進められます。

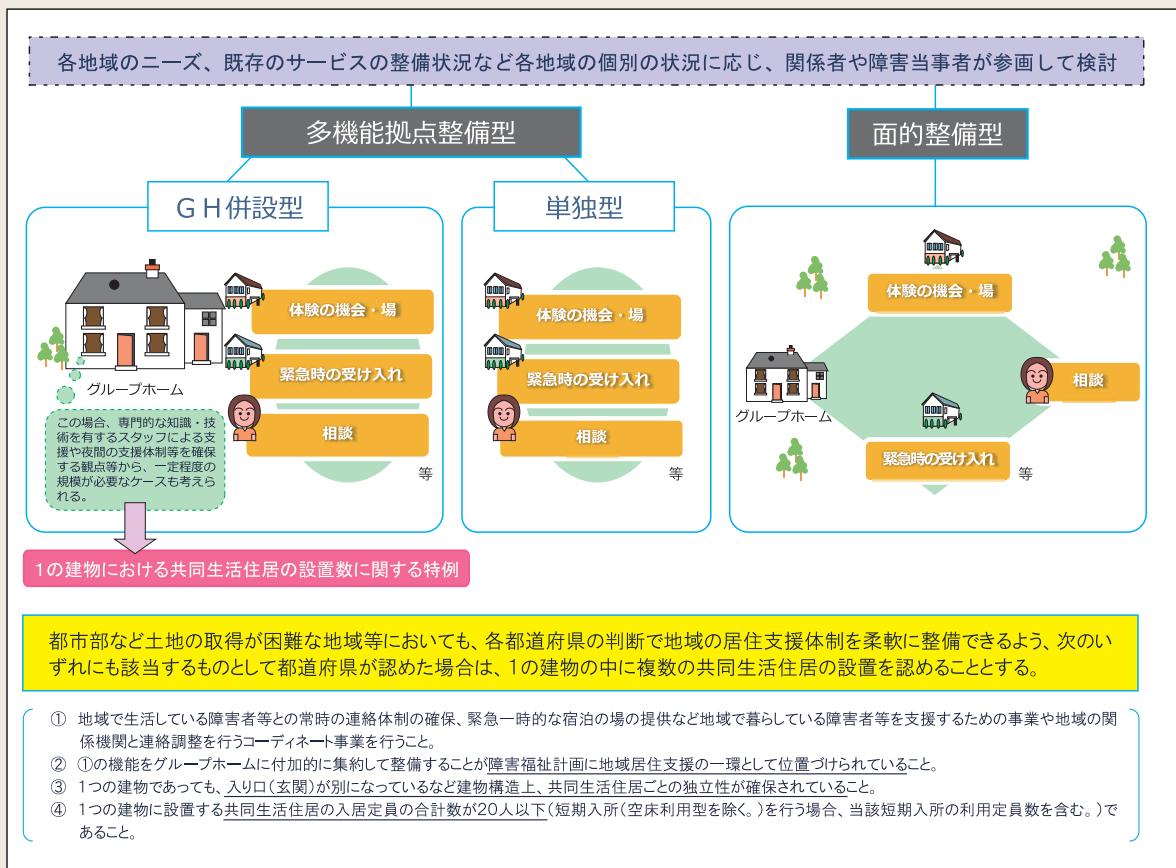


図 II-10-5 地域における居住支援のための機能強化

## 5 平成26年以降の制度見直しの見通し

上記のような内容で「重度訪問介護の対象拡大」、「ケアホームとグループホームの一元化等」、「地域における障害者の高齢化・重度化等に対する居住支援の対応」「障害支援区分」、「地域移行支援の対象拡大」、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」について施行される予定です。また、「基本指針の改正」を踏まえ、各地方公共団体は、平成26年度中に第4期障害福祉計画を作成することが義務づけられます。

その後は、施行後3年(平成28年4月)を目処とした見直しの検討として以下の項目が検討すべき課題となっています。

- ①常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方
- ②障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方
- ③障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方
- ④手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通をはかることに支障がある障害者等に対する支援の在り方
- ⑤精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方







# 事例集

ミサキさんは特別支援学校中学部の卒業を控えた15歳の頃、急に学校に通うことができなくなりました。家では奇声を上げ続けたり、変形するほど自分の顔を叩いたり……。自傷を放っておくわけにはいかず、家族は交代でミサキさんを抱きかかえて過ごす毎日が続きました。睡眠のリズムも崩れ、昼夜逆転した生活に家族は疲れ果てていました。

3歳のときに中度の知的障害を伴う自閉症との診断を受けたミサキさんは、小さい頃から強い感覚過敏がありました。人の大きな声や歓声が苦手で、他の子どもが遊んでいる公園に連れていくたびに泣き叫んでいました。こだわりの強さも相当なもので、小さく点滅するネオンサインを見つけると動けなくなってしまふミサキさんを家に連れ帰るのにも大変苦労したそうです。

特別支援学校小学部に入学した後、特に問題となったのは、行事のたびに大きなかんしゃくを起こすことでした。行事の前になると、ミサキさんは不安で泣きそうな顔になりながら繰り返しお母さんに行事の中身について尋ねます。お母さんが1つずつ丁寧に予定を伝えるとその場は落ち着くのですが、行事の当日は思い通りに事が進むことはありません。結局、大声をあげて暴れているミサキさんに毎回先生が付きっきりになってなだめていたそうです。しかし、そうした対応もミサキさんの身体が大きくなるに従いだんだんと難しくなり、中学部3年生になった頃には行事がなくても月に2、3回、学校や家で大きなかんしゃくを起こすようになっていました。不登校の直接のきっかけとなったのは、学校で卒業に向けた準備が始まり、お母さんが「卒業したら中学部にはもう通わない」ことをミサキさんに伝えたことだったようです。もともと先の見通しが持てないことに対する不安が強かったミサキさんの状態は、その日を境に急激に崩れていきました。

中学部3年生の秋、以前相談に通っていた教育センターの臨床心理士から、行動援護を勧められ利用を開始しました。家族の話や本人の様子から「自傷を止めようとする家族のがんばりが、ミサキさんをさらに混乱させているのではないか」と考えた臨床心理士は、事業所と家族と相談し、段階的な行動援護の支援プログラムを立案しました。最初の目標は、家族と離れて、ヘルパーと一緒に安心して過ごせる時間を少しずつ増やすことです。当初は自宅でヘルパーと一緒に着替えなどの外出準備をして、近所の公園に出かけ、ミサキさんが好きなジュースを飲んで帰宅するだけの支援です。自傷が起きた時の対策として、当初はヘルパー2人体制で支援をしました。だんだんヘルパーにも、外出にも慣れてきた段階で、ジュースが買える自動販売機やその他の行き先の写真を並べたスケジュールボードを活用し始めました。そして、少しずつ行き先を増やし、長い時間の外出ができるようになってきました。この時期にはヘルパー1人での対応も可能になっていました。

集中的に支援を提供して2ヶ月たった頃には、スケジュールボードを使って行きたい場所を自分で選ぶこともできるようになりました。行き先の選択肢には学校も入れてあります。午後の散歩の時間ですが、調子のいい日には学校を選ぶこともありました。それがきっかけで、少しずつ登校できる日も増えていきました。今でも予想外のことに会ってかんしゃくを起こすことはありますが、外出のとき以外もスケジュールボードを使うことで、見通しを持って比較的落ち着いた毎日を送れているとのことでした。

行動障害が激しくなり生活リズムまで崩れてしまうと、家族だけで立て直すことは難しくなります。専門的かつ段階的に計画を立てながら、本人も家族も少し落ち着いて生活できる状況を作り出し、そして、さらに、次のステップを踏み出せる環境作りが必要になります。この事例は、専門的な知識を持った臨床心理士と行動援護事業所が連携した事例です。

## 事例②

### 何人ものヘルパーと長距離散歩に出かけているタクヤさん

20歳を過ぎたタクヤさんは、14歳から移動支援を利用しています。

タクヤさんは、話しことばは無く、「ウー」という声と身振り、そして絵や写真を使って意思表示する自閉症の人です。特別支援学校中学部2年生の頃から、学校や家庭でのこだわりが強くなり、思い通りにならないと、唸り声を上げ、家族の髪を引っ張り、雑誌や衣服を破ってしまうことがしばしば見られるようになりました。幼児期から通ってきた児童精神科に定期的に受診し服薬管理を受けるとともに、定期的なショートステイの利用を勧められました。そして、役所の福祉サービスの窓口で、ショートステイと同時に勧められたのがガイドヘルパー（移動支援）でした。

当時からタクヤさんは、健康増進を目的に平日は母親と、休日は父親と一緒に自宅の周囲約3キロ1時間弱の散歩を行っていました。この散歩は、同じコースを少々の雨が降っても毎日続けています。タクヤさんは、散歩コースを熟知しており、1人で道に迷うこともなく戻って来られるのは確実なのですが、家族は必ず付き添いが必要だと考えています。それは、散歩途中に突然大きな声を断続的に発したり、全速力でかけ出したりすることが頻繁にあるからです。また、道路工事や普段は人通りが少ないのに人ごみができているなどの不測の事態に出会うと興奮し、人や物にあたることもあるのも心配の種でした。週に2日この散歩の付き添いに、移動支援を使うことになりました。

これまでの5年間に、タクヤさんには10人のヘルパーが交代でつきました。母親は、交代の度に「相性」を心配しています。最初の頃は、男性がいいのか？女性がいいのか？若い人がいいのか？年配の人がいいのか？快活な人がいいのか？朴訥とした人がいいのか？…とタクヤさんと相性の良い人のタイプを想像してみましたが、ヘルパー個人の属性には関係なさそうです。相性の悪いヘルパーと散歩に出かけた後は、必ず目つきが厳しく奇声が多くなり、こだわりがよりいっそう極端になりました。家族とヘルパー事業所との話し合いで、①散歩する姿を確認しながら後方からタクヤさんのペースに合わせてついて行く、②必要ない時に指示や声掛けをしない、③興奮気味になったら決まった「落ち着いて」のサイン（絵カード提示と両手を胸の上から下に下げるジェスチャー）を出す、④もし危険で対応が困難な状況が生まれたら母親の携帯電話に（不通の時は事業所に）連絡する、⑤帰宅した時家族に簡単に様子を報告する、といったルールを決めることにしヘルパーの相性の問題も次第に減っているようです。

母親の言葉です。「本当は、365日、必要な時にいつでも日中活動やショートステイが利用できることを望んでいます。やはり、何かあった時の対応を考えると施設型のサービスが安心です。でも、予約が殺到したり、緊急時にショートステイの空きがあっても移動の手段がなかったり等、なかなかうまくいかないものです。その点、移動支援は自宅までヘルパーさんが来てくれるのが大変助かります。良いヘルパーさんが、何年も続いて支援してくれるといいのですが、無理な注文でしょうね。」

家族の想いは、本当に多様です。移動支援はマンツーマンのサービスです。そして、これは一人ひとりの特徴に合わせたきめの細かいプログラムが展開できるメリットがある一方、人と人の相性や同一のヘルパーが稼働できる時間に限界があるのも事実です。また、家族と事業所とで密接に連携をとりながら、最良のサービス方法を考えていけることが移動支援の良さと言えます。

ケイタさんは、もうすぐ30歳です。

1歳半の頃はまだ歩けず、言葉もほとんど出ていない状態でした。3歳半の頃に受けた様々な検査の結果、知的障害と自閉症傾向と診断を受けました。現在は、自閉症に特化した生活介護事業所を利用し、ほぼ毎日通うことができます。しかし、ビデオや動画サイトなどで好きなアニメを繰り返し見ることがとても好きで、休日はずっと家にいて、通所以外の外出機会がほとんどありませんでした。

何年か前までは、土曜日に父親とプールに行っていました。それも今では行きたがりません。家族以外の人とどこかに出かけることは、ほとんどありません。そこで、ケイタさんが通所している生活介護事業所に併設された相談支援事業所に母親が相談したところ、「月数回ヘルパーと外出する」「ショートステイを定期的に利用する」といった提案を受けました。ヘルパーに関しては、家の中に家族以外の人が入ることに不慣れなケイタさんは、簡単にヘルパーを受け入れることはできません。試しに、ヘルパーが一度家庭訪問したところ、とても落ち着かない様子で、その日はしばらく興奮状態が続きました。そこで、ヘルパーとの外出ではなく、ショートステイの活用から挑戦することになりました。

しかし、ショートステイの予約を取ったからといって、すぐに宿泊ができるとは考えられません。相談支援事業所とショートステイ事業所、そして母親とで、ショートステイの利用に向けての計画を立案しました。計画は次の3段階です。

- ①生活介護事業所終了後、ショートステイに母親が送迎し、1時間程度個室でビデオを見て過ごす(ショートステイに行くことを朝スケジュール提示する、ビデオは自宅から母親が持っていく)
- ②生活介護事業所終了後、ショートステイに母親が送迎し、夕食を食べて、夜8時に母親が迎えに行く(ショートステイに行くスケジュール提示と、持っていくビデオを本人に選ばせる)
- ③生活介護事業所終了後、ショートステイに母親が送迎し、1泊して、生活介護事業所の送迎で通所する(ショートステイに行くスケジュール提示と、持っていくビデオを本人に選ばせる)

最初のステップの1時間利用を2回行ったところで、ショートステイへ出かけることをケイタさんは理解したようです。夕食を食べて自宅に帰る経験は1回だけで、宿泊が可能になりました。今では、月に2回、1泊ずつ定期的にショートステイを利用しています。その間、ケイタクンが生まれてからはじめて、両親はそろって外出に出かけることが出来ました。ただし、ショートステイに持っていくビデオや本の量が日増しに多くなり、リュックに入りきらないことが悩みの種です。

これまで、親元を離れた生活が全く想定できなかったのに、ショートステイをきっかけに、ケアホームの利用といった新しい目標が見えてきました。

## 事例④

### 複数の行動援護事業所が支えているカオリさん

カオリさんは、生まれてから36年間、自宅で両親と一緒に生活しています。知的障害の程度は最重度ですが、小さい頃は健康で、“おとなしい”という表現がピッタリの子でした。

中学校を卒業後、特別支援学校の高等部に進学できず、近隣の小規模作業所に通い始めました。当初は手先の器用さを発揮し、受注作業を黙々とこなしていたそうです。1年程経過し、得意な仕事の受注がなくなった頃から、頻繁に激しい行動障害を起こすようになりました。作業所、自宅、そして通所途中、どこで起きるかわかりませんし、一旦興奮状態になってしまうと、近くにいる人に頭突きをする、物を投げる(机や植木鉢といった大きなものも)、壁や窓に体当たりするなど、大変危険な行動になってしまいます。そして、その頃から、服や物の配置に対する極端なこだわりが見られるようになり、そのこだわりからかんしゃくに発展することも多くなりました。

結局、カオリさんは作業所を退所し在宅状態に、そして、次の施設に通い始めましたがそこでも適応できず退所、現在3番目の施設に通って5年近くになります。そこは、自閉症を中心とした重度の知的障害者が通う施設で、構造化された環境が整備されており、カオリさんは1日の大部分を自分専用のパーテーションで仕切られた空間の中で、軽作業や休憩(例：音楽をヘッドホンで聴く)、食事をして過ごしています。施設では、落ち着いてきていますが、今でも月に数回は激しい行動障害を起こしてしまいます。

今の施設に通いはじめる前の面接で、相談支援専門員は、通所がうまくいっても起床から送迎の時間、帰宅後の3時間、そして週末の過ごし方の3つの時間が問題で、家族は大変苦勞していて疲弊していると感じました。特に、朝送迎車に送り出す時に必ずカオリさんは何回か家族に頭突きをしています。3時半に帰宅して夕食を食べるまでの時間も大変です。興奮状態があまりにひどくて、両親共に家から逃げ出すことが何回もありました。

相談支援専門員は、生活介護に加え、居宅介護、行動援護を組み入れたサービス利用計画を作成し、いくつかの事業所と市の担当者に集まってもらい支援会議を開催しました。現段階では、ショートステイとして受入可能な事業所が地域に無いため(これは自立支援協議会の議題として取り上げられました)、概ね居宅介護を週14時間、行動援護を週20時間利用する計画が承認され、行動援護・居宅介護を実施している2ヶ所の事業所が分担してヘルパー派遣を行うことが決まりました。そして、ヘルパーへの対応法の研修とマニュアル作成は、生活介護事業所をお願いすることになりました。家族との信頼関係ができていない生活介護事業所の担当職員が、慣れるまで数週間自宅に出かけ、その場でヘルパーならびに事業所のサービス提供責任者に対応法を伝えました。地域の複数の事業所がチームでカオリさんの生活を支える取り組みが始まったのです。

カオリさんの母親は、新しく来るヘルパーに必ずお願いしています。「ご迷惑をおかけしますが、この子は家が好きで、私たちが頑張れるまで自宅でこの子と一緒に生活したいのです」

この事例のように、著しい行動障害が長期間続いている場合には、地域の事業所でチームを作り、役割を分担してサービス提供することになります。単独の行動援護事業所だけでは、長時間、適切な対応ができるヘルパー派遣を行うことが難しいのが現状です。行動援護事業所だけでなく、様々な事業所が知恵を出し合い協力し相談支援専門員が中心となり行動障害があっても地域で生活できる環境を作っていくことが大切です。

○編集（五十音順）

- 青山 均 横浜市社会福祉協議会障害者支援センターセイフティーネットプロジェクト横浜  
五味洋一 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
志賀利一 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
田口正子 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
村岡美幸 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

○執筆（五十音順）

- 川西大吾…………… 本編 8, 資料編 7  
社会福祉法人旭川荘  
五味洋一…………… 本編 2, 7, 資料編 11  
国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
志賀利一…………… 本編 1, 11, 資料編 1, 2, 11  
国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
田中正博…………… 本編 10, 資料編 10  
社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会  
村岡美幸…………… 本編 9, 資料編 11  
国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
中野喜恵…………… 本編 8, 資料編 6  
社会福祉法人はるにれの里  
中村公昭…………… 本編 4  
社会福祉法人横浜やまびこの里  
中村 隆…………… 本編 8, 資料編 4  
社会福祉法人共栄福祉会  
西村浩二…………… 本編 5  
社会福祉法人つつじ  
林 克也…………… 本編 8, 資料編 8  
国立障害者リハビリテーションセンター学院  
藤井 亘…………… 資料編 9  
NPO 法人みらい  
本多公恵…………… 本編 8, 資料編 5  
社会福祉法人滝乃川学園  
吉野邦夫…………… 本編 3, 資料編 3  
西多摩療育支援センター

このテキストは平成 25 年度障害者総合福祉推進事業「強度行動障害支援初任者養成研修プログラム及びテキストの開発について」の成果物です。

強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）  
受講者用テキスト

2014 年 2 月 第 1 刷発行  
作成■強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）プログラム作成委員  
発行■独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
〒370-0865 群馬県高崎市寺尾町 2120-2 TEL 027-325-1501 (代)  
印刷■朝日印刷工業株式会社

