

【演習】

障害特性の理解とプランニングⅡ

— 行動援護を利用した外出時の支援の手順書を作成する —

林 克也

国立障害者リハビリテーションセンター学院

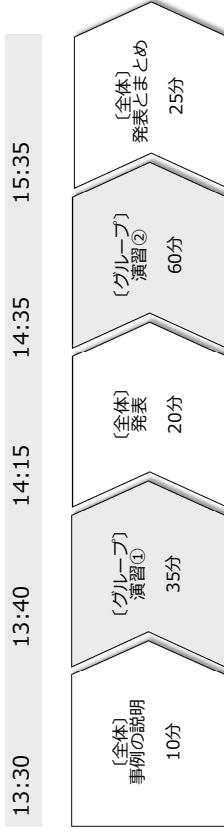
この時間の目的

屋内での日中活動の支援とは異なり、外出時の支援には特有の配慮が必要となります。この時間は、「高崎のぞむさん」が行動援護を利用して外出する場面を想定し、自閉症や知的障害の障害特性に配慮した外出時の「支援の手順書」を作るプロセスを学びます。

【ポイント】

- ① アセスメントや検討した支援計画が「正しい」かどうかを問題にする時間ではありません。
- ② 外出時の支援で特に気をつけなければいけないポイントを押さえましょう。
- ③ 経験の比較的浅いヘルパーに指示を出す際の留意点を整理しましょう。

この時間の流れ



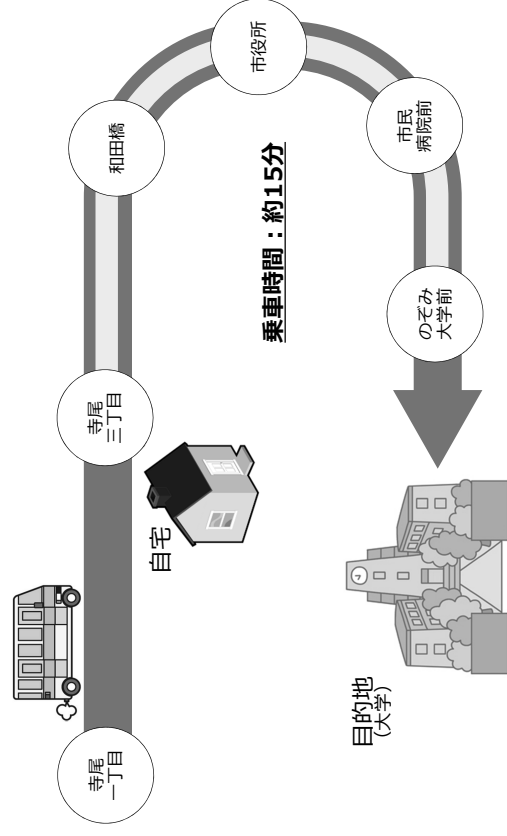
演習1：行動援護を利用した外出時を想定して、障害特性の把握と支援の計画を立てましょう。

演習2：立案した支援の計画を経験の浅い職員に伝えるための「支援の手順書」を作成し、実際に伝えましょう。

のぞむさんの休日

- ある天気の良い土曜日の午後のこと。のぞむさんは行動援護事業所のヘルパーと一緒に路線バスに乗って15分くらいのあるところにある大学構内に散歩に出かけました。
- あまり人のいない静かな構内の散歩道を歩き、学生食堂前にある自動販売機でジュースと小さなお菓子を買う。乗り物好きで食べることも大好きなのぞむさんの、休日のささやかな楽しみです。
- 長年続いていた週末のドライブがお父さんのケガで続けられなくなったのをきっかけに、継続可能な週末の過ごし方を考えようと、この散歩を取り入れてから早2ヶ月が経ちました。
- 毎回、出発時に外出の流れを写真カードを思いながら丁寧に説明していることもあり、のぞむさんもだいぶ慣れたようです。今ではヘルパーが訪問すると、嬉しそうにリュックサックを背負って家から出てくるようになりました。

のぞむさんの外出 | バスのルート



あるヘルパーの悩み

- のぞむさんの外出を担当しているヘルパーにはとても困っていることがあります。それは、のぞむさんが降りる停留所ではないのに降車ボタンを押してしまうことです。
- ボタンを押してしまうと降りずにはいられません。仕方なく手前のバス停で降りることになり、混乱するのぞむさんを目の前にして遠方にくれたこともあります。
- 今のところ、その場しのぎでボタンを隠したり遮ったりもしていますが、のぞむさんがイライラするだけであまり効果はありません。ただ座って着くの待つのが苦手なようで、着くのを今か今かと待っている様子も見られます。
- のぞむさんは子どもの声も苦手です。バスの中でうまく過ごせずイライラしているときに、もしバスに小さな子どもが乗ってきたら…。悩む日々が続いています。

のぞむさんの外出 | 大学の構内



左上：バス停

右上：食堂前の広場

左下：自動販売機



演習① | バス内の過ごし方を考える

- テキストに沿って、のぞむさんのバスの中での過ごし方について支援計画を考えましょう。
- 「司会」「発表者」「記録」を決めてください。

【演習の流れ】

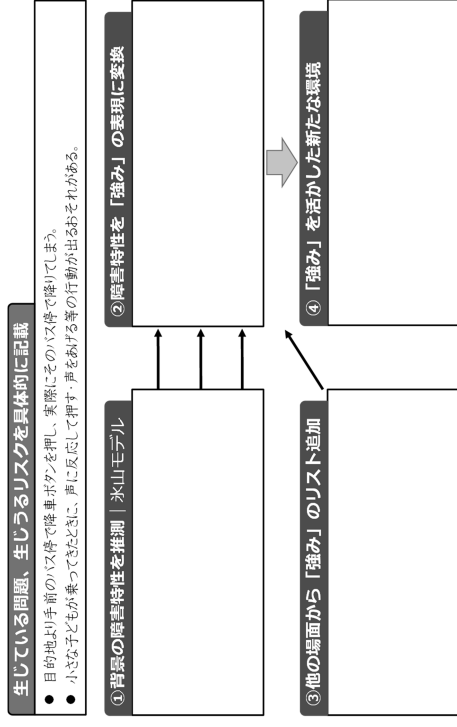


【使用する情報】

1. のぞむさんの基本情報 (情報シート P1-P8)
2. のぞむさんの外出について (情報シート P9)
3. スライド「あるヘルパーの悩み」

演習① | 支援計画の作成 (30分)

①～④のステップに沿って、グループで話し合いながら支援計画を立てましょう。適宜、ワークシート (WS-5) を使ってください。



生じている問題、生じうるリスクを具体的に記載

- 目的地より手前のバス停で降車ボタンを押す、実際にそのバス停で降りてしまう。
- 小さな子どもが乗ってきたときに、声に応じて押す・声をあげる等の行動が出るおそれがある。

① 背景の障害特性を推測 | 氷山モデル

② 障害特性を「強み」の表現に変換

③ 他の場面から「強み」のリスト追加

④ 「強み」を活かした新たな環境

演習① | 記入例

生じている問題、生じうるリスクを具体的に記載

- 目的地より手前のバス停で降車ボタンを押す、実際にそのバス停で降りてしまう。
- 小さな子どもが乗ってきたときに、声に応じて押す・声をあげる等の行動が出るおそれがある。

① 背景の障害特性を推測 | 氷山モデル

- 言葉の理解が難しい(降りるバス停とそうでないバス停の区別が視覚的に示されていない、「押してはダメ」等と否定的な指示が言葉で伝えられている)。
- 何もしないで待つことが難しい(車内で待つための方法が用意されていない)。
- 子どもたちの声が苦手(子どもが乗ってくるのが予期できず、静かにしてもらおうとできない)

③ 他の場面から「強み」のリスト追加

- 家では、ヘッドフォンを使って音楽を聞いて過ごしており、お気に入りの曲であれば30分程度は聞いていられる。
- スケジュールでの予定の把握が可能
- 短い、単語での指示であれば理解しやすい

② 障害特性を「強み」の表現に変換

- 降りるバス停までの見通しが視覚的に示されていれば理解できる。
- 視覚的に伝えられれば理解しやすい。
- 肯定的で短い言葉(「次ですよ」等)で伝えられれば抵抗なく受け入れられる。
- 好きなことをしていただければ30分以上は待てる。

④ 「強み」を活かした新たな環境

- バス停を通過する毎に「バス停の写真」を剥がしていくスケジュールを作り、視覚的に見通しを持たせる。
- 車中は好きな音楽をイヤホンで聞く。
- 降りるときには、スケジュールの降車ボタンカードを示して、「次ですよ」と声をかける。

演習① | 発表とまとめ (20分)

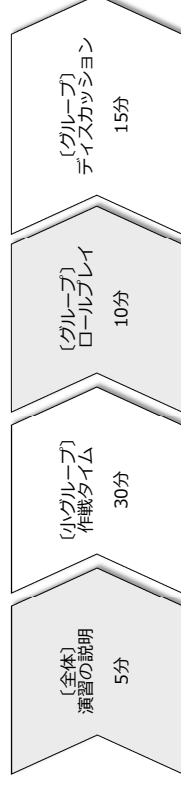
1. 2～3グループに発表してもらいます。

2. 発表者は、4つのプロセスに沿って、どのような結論になったのかを簡潔にご報告ください。

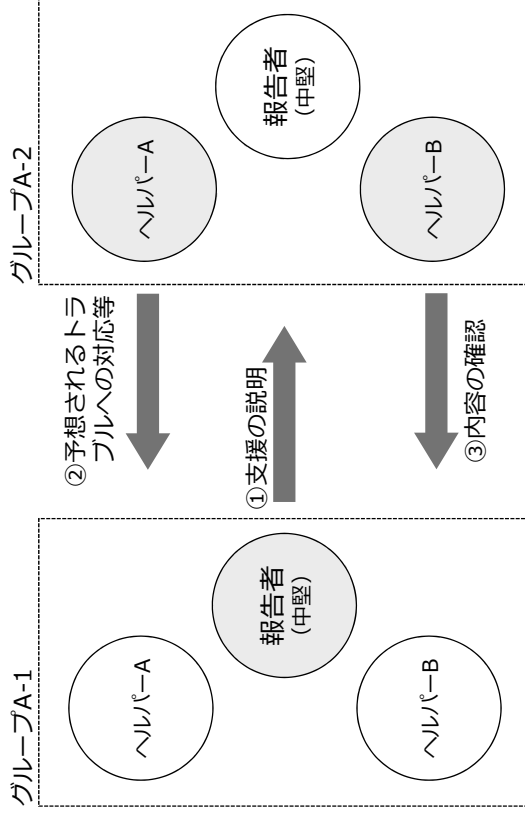
演習② | 支援の計画を伝える

- テキストに沿って、考えた支援計画を「支援の手順書」にまとめ、他のヘルパーに伝えましょう。
- 3人の小グループに分かれて、役割を決め、互いに伝達し合います。

【演習の流れ】



演習② | 支援の計画を伝える



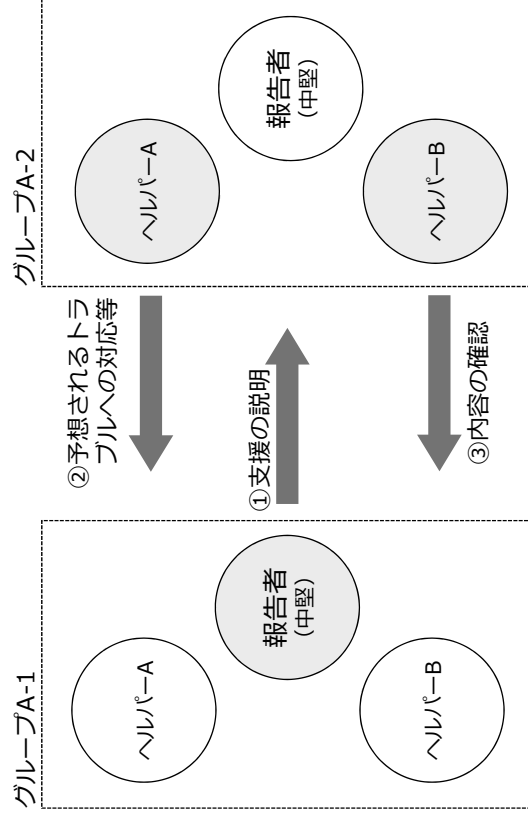
演習② | 作戦タイム (30分)

1. 小グループの中で「報告者」「ヘルパーA」「ヘルパーB」を決めてください。
2. 演習①で考えた支援の計画をもとに、「支援の手順書」を作成しましょう。適宜、ワークシート (WS-6) を使ってください。
3. 「支援の手順書」を使って3分間で相手グループのヘルパーに説明する準備をします。少なくとも「根拠を示して」「わかりやすく」の2点には留意しましょう。

演習② | ロールプレイ (10分)

1. どちらの小グループから報告するのかを決めてください。
2. 報告者は、作戦どおりに相手グループのヘルパーに説明をしましょう。時間は3分間です。
3. 報告を受けた小グループのヘルパーは、報告者に対して質問や確認をしましょう。報告者は質問に対して簡潔に答えましょう。
ヘルパーA：具体的な状況をあげて、トラブルが起きたときの対応について質問しましょう。
例) 急に腹痛になったときにはどうしたらいいですか
ヘルパーB：支援の手続きについて整理して、「〇〇というところでね」と確認をしましょう。
4. 小グループを交代して、同じように1～3を行ってください。

演習② | 支援の計画を伝える



演習② | デイスカッション (15分)

1. ヘルパー役の人は、相手の説明が「わかりやすかったか」「根拠が示されていたか」という観点から、感想を述べてください。報告者役の人は、報告するうえで「難しかった点」をあげてください。
2. その他、気がついた点があれば共有したうえで、支援の手順をうまく伝えるために重要だと感じたポイントを整理しましょう。

演習② | 発表とまとめ (25分)

1. 2～3グループに発表してもらいます。
2. 発表者は各グループで話し合われた内容を全体に報告してください。

演習② | 手順書の作成・説明の例

例えば次のような内容、流れが考えられます。

手順書

- 報告者（サービス提供者等）が作成したプランに沿って何回か試し、わかっていること・そうでないことを明確に。
- 乗車から降車までのステップと、各ステップでの注意点を簡潔に記載する。

説明

- 1回目は報告者が引き継ぎのヘルパーと一緒に同行して、支援の手順を実際を示す。
- 手続きを決めた理由と、その通りにやる重要性、緊急時対応、留意点、記録等について補足の説明をする。

まとめ | (外出時の) 支援のポイント

【外出で失敗しないために】

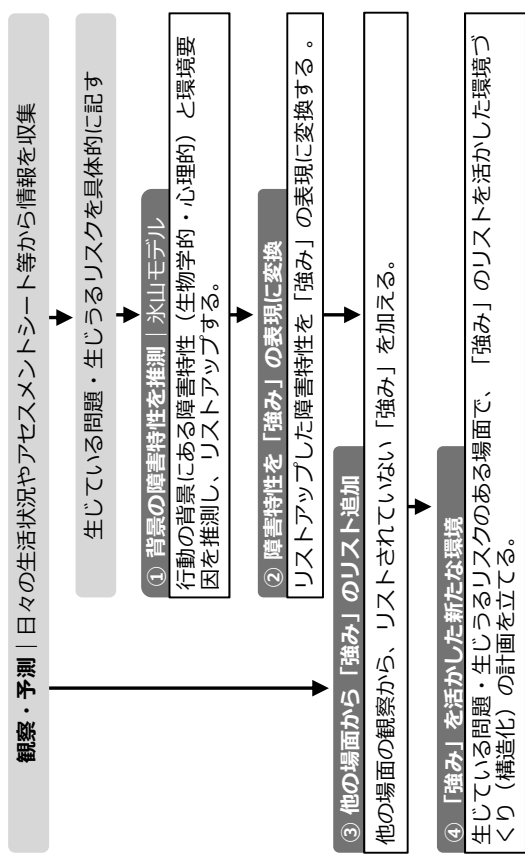
- 障害特性や本人の行動特性に配慮した事前準備を念入りに
- 常に先手の支援で行動障害の予防
- 本人の疲労度に配慮 → 疲労に起因する行動障害
- 次回の外出に対するモチベーションに配慮
- 日常生活に戻るまで支援は終わらない
etc.

まとめ | 伝えるときのポイント

【手順書と説明のチェックポイント】

- 手順はシンプルか（対応が細か過ぎたり、複雑な手順が必要だったりしないか）
 - 課題となる行動への対応方法が具体的に伝えられているか
 - なぜそのような方法になったのかという意味（理由）が伝わっているか
 - 本人の行動と支援の流れが整理されているか
 - 記録の内容と方法が決められているか
 - 2人で付くときの役割分担が決められているか
- etc.

まとめ | 手順書の作成プロセス



資料

- 情報シート
- ヒントシート
- ワークシート: WS-1～WS-6
- 運営の手引き 2014年10月ver.
- 強度行動障害支援者養成研修のねらい
- 強度行動障害に関する研究と支援の歴史



高崎のぞむさんの生履歴

「高崎のぞむ」さんは26歳の男性です。現在は、父親と母親と一緒に自宅で生活しています。のぞむさんには4歳上の姉がいます。姉は2年前に結婚し、家を出ています。

のぞむさんは、大柄で、身長が172センチ、体重が105キロあります。体重については、10年前前は60キロ少々でしたが、毎年コンスタントに増えてきています。最近、高血圧気味で、かかりつけの内科医からは、食事制限や運動を勧めるように指導されていますが、家庭で対応することは難しくなっています。

生まれたばかりののぞむさんは、元気な赤ん坊で、母親は姉よりも手のかからない子だと思っていました。しかし、発語が遅く、1歳半になっても大声で泣き続けるか、口をモグモグするだけで、言葉を発することはありませんでした。小児科や保健師の紹介で、市内の療育訓練や相談窓口に通い、3歳からは同じような障害のある幼児たちが通う通園施設に毎日行くことになりました。医師から、知的な発達遅れと自閉症と診断されたのは4歳の時でした。

簡単な単語を話すようになったのは、小学校に通い始めた頃からです。学校は、当初、地域の学校の特別支援学級に通っていましたが、クラスメートと同じように学習ができたことで、5年生からスクールバスを使って特別支援学校に通うようになりました。当時は振り返る学校に通うようになり、道路工事現場や子どもたちの泣き声といった極端に嫌いなこともありました。家族としては、話す単語に限られること、他の子どもたちと一緒に行事に参加することが難しいことなど、将来に対して漠然とした不安を感じていました。

生活が変わったのは、特別支援学校の中等部の2年生からです。近所のコンビニで、親子で買物に来ていた3歳位の子どもを突き飛ば

して、ケガをさせてしまったのです。ケガはもちろんですが、3歳の子どもとその母親の恐怖心は相当なものだったようで、店舗内は大騒ぎ、警察もやってきて母親が事情聴取を受けることになりました。のぞむさんは、事の重大さをわかっている素振りもありませんでした。家族は、のぞむさんを連れて近所に買い物や散歩に出かけられなくなりました。外出は、月に1〜2回、車でドライブに出かけ、比較的広々とした郊外で少し散歩をすることがありました。

次第に、学校や家庭で断続的に唸るような大声をあげたり、ドンドンと床を強く踏み鳴らしたりするようになり、高校生になった頃には、先生や親に頭突きをしたり腕や肩を強くつかねる行為が目立つようになってきました。大人の集団が苦手なのぞむさんは、高校を卒業してから毎日10教人が通ってくる比較的小さな作業所に通いはじめました。しかし、そこでも大声をあげ床を強く踏み鳴らしたり、他の利用者へ頭突きをするなどの他害行為が続いたため、1年半で退所することになりました。そしてしばらく在宅生活を送った後、20歳から現在まで新しくできた生活介護事業所「あじさい」に通うようになりまりました。

あじさいでは、のぞむさんの行動に対して、専門的にどのような対応が可能であるかを、真剣に職員同士で検討して支援を行っていました。通所中や家庭内では、以前より少しずつ行動が落ち着いています。のぞむさんの両親は、のぞむさんに深い愛情があり、今も、親としてできる限りのことをやり続けたいと考えています。愛情の深さは、のぞむさんの日々の服装や、持ち物に書かれている名前を見てもわかります。また、のぞむさんのための週末ドライブは、10年以上たった今も続けられています。

サービス等利用計画（要約）

インテーク (情報の収集・整理)	アセスメント (評価)	氏名 高崎のぞむ	プランニング (支援計画)
<ul style="list-style-type: none"> 26歳男性 自閉症 重度知的障害 身長172センチ 体重105キロ 高等部卒業後、8年間で45キロ体重増加 高血圧(100-160) 14歳の時に近所のコンビニで3歳の子を突き飛ばし怪我をさせている 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 子どもの泣き声はテレビから聞こえても不機嫌 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 DVDカセットのセット作業や洗濯ほし作業が可能 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 個別化された作業環境だと、一度に20分から1時間近く継続して作業に取り組むことが可能 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ことが多い 静養室での活動は特になく、長時間休憩が続くと不機嫌になり、頻繁に静養室を出入りし、床を強く踏みならはじめる 写真を使った指示で活動がいくつか理解できている 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 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い見られる 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) 	<p>生物的なこと (疾患や障害、病気など)</p> <ul style="list-style-type: none"> 中学生から強度行動障害の状態が継続している。重度の知的障害のある自閉症 生活習慣病の対策が必要 健康・衛生に配慮した詳細な援助は行いつらい とっさに乳幼児を突き飛ばすリスクがある 女性や子どもの甲高い声は嫌い 混乱し興奮すると数時間単位で周囲の人がケガをするリスクがある <p>心理的なこと (不安、葛藤、希望、感情など)</p> <ul style="list-style-type: none"> 一人で作業や自立課題は20分程度集中して取り組む 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・床を踏みながら・頭突き等)に表れる 周囲の人のとっさの動きに反応し興奮することがある 刺激が少くない場所で、一人でいることを好むが、30分以上続くことと興奮することがある 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 歯磨きや入浴といった活動の終了が理解できない <p>社会的なこと (家庭、施設、学校、地域資源など)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 家庭以外での外泊経験は15年以上経験していない 2年を目前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) 	<p>①タイエットと生活習慣病の予防</p> <p>②支援付きの外出手段の確保</p> <p>③穏やかに日中活動の時間を過ごす</p> <p>④定期的なショートステイの利用</p>	<p>○昼食に満腹感を与える低カロリーメニュー</p> <p>○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)</p> <p>○休憩時間に個別に深呼吸の練習</p> <p>○相談支援事業と行動援利用の調整(早急のサービス開始に向けて)</p> <p>○行動援護事業所と具体的な支援方法の確認(支援員が複数同行予定)</p> <p>○1日に作業1種類、自立課題6種類を準備</p> <p>○1日単位の個別のスケジュールを当面固定</p> <p>○スケジュールの伝達方法を調整</p> <p>・スケジュールの掲示場所は静養室</p> <p>・3つ程度の活動を写真・カードで提示</p> <p>・静養室の休憩時間の終わりはタイマー</p> <p>○スケジュールの変更時には家庭に連絡</p> <p>・家庭での影響を確認</p> <p>○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)</p> <p>・曜日の固定</p> <p>・他の利用者との調整</p> <p>・宿泊時に必要なものを確認</p> <p>・夜間と早期のスケジュールを確認</p> <p>・最初の実施日</p>

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
障害福祉サービス受給者証番号	*****	相談支援事業者名	相談支援センターかわせみ
地域相談支援受給者証番号	*****	計画作成担当者	国立 希美
		計画開始日	2014年7月

月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00	起床 朝食 事業所の迎え	起床 朝食 事業所の迎え	起床 朝食 事業所の迎え	起床 朝食 事業所の迎え	起床 朝食 事業所の迎え	起床 朝食 事業所の迎え
8:00	起床 朝食 事業所の迎え	起床 朝食 事業所の迎え	起床 朝食 事業所の迎え	起床 朝食 事業所の迎え	起床 朝食 事業所の迎え	起床 朝食 事業所の迎え
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	生活介護 あじさい
12:00	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	生活介護 あじさい
14:00	事業所の送り	事業所の送り	事業所の送り	事業所の送り	事業所の送り	事業所の送り
16:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
18:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
20:00						
22:00						
00:00						
02:00						
04:00						

主な日中生活上の活動	週単位以外のサービス
父親の昼食で外出(ドライブ)が出来なくなっており、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、精神科医に通院する。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、他書等が時折見られており、1日を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、週末の行動支援、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。
----------------------	--

個別支援計画			
利用者名	高崎 のぞむ	障害程度区分	区分5
利用開始日	2008年5月10日	相談支援事業者名	生活介護事業所 あじさい
モニタリング実施日	2014年6月10日	計画作成担当者	赤城 あきら
		計画開始日	2014年7月1日

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	<ul style="list-style-type: none"> ・自傷や他害が少なくなつて欲しい(穏やかに生活を送ってほしい)。 ・体重が気になるので、ダイエットをして痩せて欲しい。 ・外出ができていないので外出させてあげたい。できれば、外で色々なことを体験させてあげたい。
総合的な援助方針	<ul style="list-style-type: none"> ・そのまさんの障害特性や現在有している能力・スキルを活用した支援を提供し、①落ち着ける(安心できる)生活環境の中、②自立的に活動を過ごせるよう支援を行う。
長期目標	<ul style="list-style-type: none"> □ 安心して自立的に活動できるよう支援を行い、併せて自傷や他害といった行動の生起数を半分に減らす。 □ ケアホームでの生活を視野に入れ、より自立的に過ごせるよう支援を行う(Ex. 歯磨き、トイレ、糸眼等、生活内での様々な場面)。 ■ 作業を自立的に実施できるよう、(環境調整を含め)支援を行う。目標としては、15分間継続して作業に取り組めるよう支援する。
短期目標	<ul style="list-style-type: none"> ※ 作業に関しては2週間に1回のミーティングを行い、実施状況を確認すると共に、必要な支援方法を検討し準備、実践を行う(計4回の実施を予定)。 ※ 普段の引き継ぎ、情報共有の手段として「作業記録・引継ぎ帳」を使用する。 ■ 食事制限+散歩(運動)を実施し、半年間で5~10kgの減量を目標とする。

ニーズ	支援目標	サービス内容	頻度・時間	提供先・担当
ダイエットと生活習慣病予防(医学的ニーズ)	<ul style="list-style-type: none"> ① 体重の減量(ダイエット)を目標とし、併せて生活習慣病の予防を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ① 昼食に、満足感を与える低カロリーメニューの提供 ② 日中活動に散歩の時間をいれ(時間や歩行距離は、計画的に増やす) ③ 休憩時間に、個別に深呼吸の練習を行う 	<ul style="list-style-type: none"> 昼食(毎日) 13:00~13:45(毎日) 休憩時間(休憩時毎) 	<ul style="list-style-type: none"> ●生活介護事業所 ・栄養士 ・調理師 ・看護師 ・支援員(主に②③)
穏やかに日中活動の間を過ごす(家族のニーズ)(関係者のニーズ)	<ul style="list-style-type: none"> 穏やかに生活が過ごせるよう、本人に適した環境調整や日中活動を提供する 	<ul style="list-style-type: none"> ① 作業、及び自立課題の提供 ② 個別のスケジュールの提示 ③ スケジュール伝達方法の調整 ・1回の提示数は3枚程度 ・スケジュール変更時は、保護者に連絡を行う 	<ul style="list-style-type: none"> 毎日 毎日 週時 	<ul style="list-style-type: none"> ●生活介護事業所 ・支援員 ・(保護者)

生活介護事業所「あじさい」

- ① 9:10 事業所公用車にて送迎（自宅玄関で待つ）
- ② 9:30～15:00 「あじさい」にて活動
- ③ 15:00 事業所公用車にて自宅へ送迎（自宅到着後、保護者へ引き継ぎ）



生活介護事業所「あじさい」全景



静養室（ソファアール）



多目的ホール



廊下（静養室⇄作業室）



作業室

時間	活動	サービス手順
9:30-10:00	来所	【スケジュール1：朝の準備】
10:00-10:45	班別活動	【スケジュール2：DVD 組み立て】
10:45-11:00	お茶休憩	【スケジュール3：お茶休憩】
11:00-11:45	班別活動	【スケジュール4：DVD 組み立て】
11:45-12:45	昼食・昼休み	【スケジュール5：昼食】
12:45-13:30	散歩	【スケジュール6：散歩】
13:30-14:35	自立課題	【スケジュール7：自立課題×2回】
14:35-15:00	帰り	【スケジュール8：帰宅】

支援の留意点①（期間：2014年7月1日～10月1日）

ワークシステム	<ul style="list-style-type: none"> ● 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、「おわりの箱」に入れる ● すべてのワークが「おわりの箱」に入った時点で休憩の場所に移動
作業・自立課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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かけをする ● 言葉か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」と指示して静養室に移動、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、更に5 分程度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

行動支援計画

作成年月日 2014年 9月 1日
 提供責任者 榛名 和雪
 担当ヘルパー 妙義、浅間、大山、榛名

障害種別	知的障害、自閉症			障害程度区分	5
利用者氏名	高崎のぞむ	性別	男性	生年月日	1988年 7月 7日
住所	*****			電話番号	*****
長期目標	<input type="checkbox"/> バス停から自宅までの往復を安全に移動できる。 <input type="checkbox"/> バス移動(乗降、及び車中の過ごし方)をスムーズに実施できる。				
曜日	時間帯	サービス内容			
土	14:00~17:00	行動支援(余暇支援)			
サービス内容		ご本人の希望			
ご家族の希望		<ul style="list-style-type: none"> ■外出ができていないので外出させてあげたい。できれば、外で色々なことを体験させてあげたい。 ■体重減量のためにも、運動をさせて欲しい。 			
ニーズ・課題	短期目標	サービス内容・留意点			
①外出の予定が分からないと不安になり他害が起きることがある	見通しを持って安心して外出を行う。	スケジュール(写真)で予定をお伝えします。又、具体物や高崎様が理解されている単語を使ってコミュニケーションを行います。			
②バスの中で降車ボタンを押したり、急に動いたりよりよとすることがある。	車中の15分間を、快適に過ごす。	危険が無いよう常に近くで見守り、もしくは手をつなぎ、場合によっては行動を制止します。			
③バス降車の切替えがスムーズに出来ないことがある	バスの降車をスムーズに行う。	危険が無いよう常に近くで見守り、もしくは手をつなぎ、場合によっては行動を制止します。			
④運動(散歩)の実施	キャンパス内を散歩する(約30分x2)。	「のぞみ大学」キャンパス内を散歩します。その際目的の地を食堂前の自販機とします(片道30分のコース)。自販機にて、ジュース又はアイスクリームを買います。			
⑤バス降車後の安全確保(その他)身支度の手伝い	降車後、自宅まで安全に案内する。	バス降車後、支援者が車道側を歩き徒歩にて自宅まで案内を行います。			
		バス出発の40分前に自宅へ向い、スケジュールの再確認、及び身支度が調っていない場合、お手伝いをします。			

追加情報

保護者より、自宅での余暇の過ごし方について教えていただきました。

余暇の過ごし方

- のぞみさん宅では、余暇を過ごすものを【余暇グッズ】と呼んでいました
- 下の余暇グッズの右側括弧内の数字は、過ごせる目安の時間だそうです

余暇グッズ一覧

- DVD
 - 「お母さんと一緒」のような児童向けのものも見ますが、10分程度でどこかに行ってしまう。以下のDVDが現在は大好きで、最初から最後(字幕)まで見ている。ただし途中で終われないので時間があるときしか、本人に見るかどうかを聞かない。
 - ・「モータースポーツ DVD WRC で証明したラリーパーワー 「スバル インプレッサ WRX」改訂復刻版」(48分)
 - ・「サ・建設の車 スペシャルバージョン」(45分)
- CD (30分以内であれば、曲が終わるまで聞いている)
 - ・AKB48
 - ・童謡(最近のお気に入りには「パンパポーン」)。ただし、曲に合わせて跳ぶとのこと

現在、外出を想定してポータブルCDプレーヤーを家でも使っている。また「イヤーマフの代わりにもなるかな」との母親の考えでヘッドフォンを試行。結果的にポータブルCDプレーヤーとヘッドフォンを家でも使っている。
- マッサージ機 (20分：全身リラクソコース)
- レゴブロック (長いときで30分程度)

日によっては、急にブロックが入っている容器(バケツ)ごと投げ散らかすことがある。
- 雑誌めぐり (5分程度 (1冊))
- ミニカーの車輪を回す (5~10分)

ただし、新しいミニカーだと20分ぐらいらしていることがある。
- アルバムめぐり (10~40分)

自分の写真を見ている。新しい写真がアルバムに入った日は、長い時間見ている。
- ゴムボール (?分)

(家では)持っているときと安心するのが、食事やお風呂、寝るとき以外は持っていることが多い。ただ、家の外に持って行こうとすることは少ない。

行動履歴を利用したのぞみさんの外出

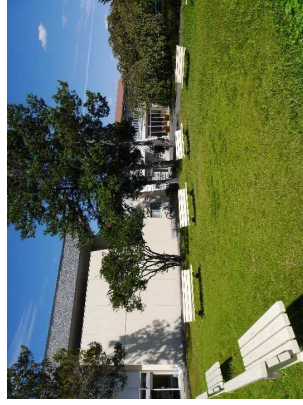
- ① 自宅から約15分間、バスに乗り「のぞみ大学」へ
- ② キャンパス内で散歩した後、食堂前の自動販売機でジュースとアイスクリームを購入
- ③ 学生食堂前の広場でおやつを食べ、バスに乗って帰ります



「のぞみ大学」行ききのバス車内



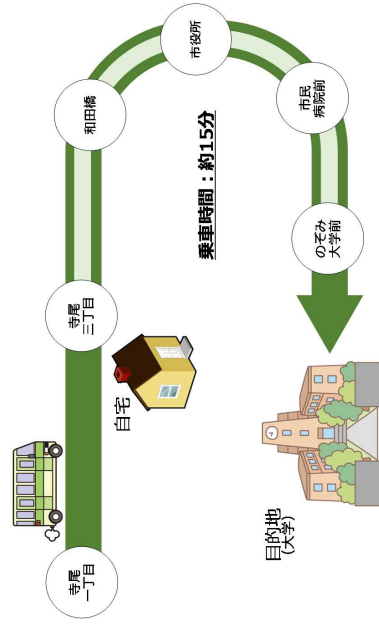
バス停「のぞみ大学前」



学生食堂前の広場



自動販売機



社会的コミュニケーションの障害

- 言葉（音声）で伝えられた内容を理解することが苦手
- 表情等の言葉以外の手がかりを読み取ることが苦手
- 暗黙の了解を理解することや、その場の文脈に合わせた行動をとることが苦手
- 人に伝えるときに知っている言葉をうまく使えない
- 人に何かを伝えようという気持ちになりにくい
- 状況や文脈をうまく読み取れず、一方的な関わり方になりやすい

限定された反復的な行動様式

- 興味・関心の幅が狭い
- 「いつも」と違うこと・変化を苦手とする
- 先の見通しをうまく持てない
- 物事の「始め」と「終わり」がわかりにくい
- 特定の行為や行動を繰り返す（例：オウム返し、手をひらひらさせる）

その他の特性

- 能力の発達がアンバランスである（例：難しい漢字は読めるがうまく会話はできない）
- 感覚が独特である（例：感覚過敏・鈍麻、情報の取捨選択ができない）
- 部分に意識が向き、全体を見ることが苦手
全体から部分を抽出することが苦手
- 体の使い方が不自然だったり独特だったりする
- 多動性（落ち着きがなくなってしまう）
衝動性（結果を考えずに突然反応してしまう）

- 目で見てわかることの理解は得意
- はっきりと伝えられれば理解がしやすい
- その場で求められていることや状況が明確になっていれば守ることができる
- 言葉（音声）以外の方法であれば伝えることができる
- しっかりと応えてくれる安心できる相手であれば興味を向けやすい
- 関わり方のルールが明確になっていればしっかりと守ることができる
- 好きな物については、強い関心を示す、エネルギーを使うことができる
- 慣れ親しんだこと・もの・やり方を好む
- 見通しが持てることには安心して自立的に取り組むことができる
- 「始め」と「終わり」がわかるようになっていればしっかり守ることができる

得意なことに関してはとても高い能力を持っている

変化や違いに鋭く気づくことができる（過敏）、忍耐強い（鈍麻）

一つのことには、抜群の集中力を発揮する →（焦点を当てるべき場所を明確化したり、全体を組織化したりすることで、全体若しくは細部に point を向けることができる）

ゆっくり時間をかければできる

目 次

1. 基本的な考え方
(1) 研修の目的
(2) 都道府県研修に期待すること
2. 研修会開催準備
(1) 運営スケジュール
(2) 運営体制と予算
(3) 会場と開催日
(4) 募集方法
(5) 受講の確定と事前通知の方法
(6) 研修会資料等の準備
3. 研修プログラムの作成
(1) 国基準
(2) 講師・発表者の調整
4. 研修会の運営
(1) スタッフと役割分担
(2) 事前のリハーサル
(3) 研修会運営の基本
5. 継続的な連携体制の構築に向けて
(1) 継続的な研修実施と連携体制
(2) 研修に関する要望・意見について

強度行動障害支援者養成研修（基礎・実践研修）

運営の手引き

(2014年10月 ver.)

独立行政法人

国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

1. 基本的な考え方

(1) 研修の目的

強度行動障害とは、自分の体を叩いたり食べられないものを口にに入れる、危険につながる飛び出しなど本人の健康を損ねる行動、他人を叩いたり物を壊す、大泣きが何時間も続くなど周囲の人のく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のことを言います。適切な専門的な支援を行う必要があり、医療を含めた強度行動障害に関する総合的な支援体制を構築するとともに、障害者福祉施設等の従事者が、専門的な知識や技術や身を付け、本人の生活の質を向上させることが求められています。強度行動障害支援者養成研修(基礎・実践研修)とは、入所、通所、居宅、相談等、強度行動障害者の障害福祉サービスに携わるあらゆる職員を対象に、今後、従事者として身に付けるべく「基礎的な知識」と「初歩的な支援計画の立案方法」を学ぶ場です。

基礎研修と実践研修の目的な内容の詳細は、テキストの「強度行動障害支援者養成研修のねらい」「強度行動障害支援者養成研修の内容」「実践研修のポイント」をご参照下さい。

(2) 都道府県研修に期待すること

上記の基本的な考え方に加え、各都道府県における研修において、以下の2点を考慮し、プログラムの企画・運営を行って欲しいと考えています。

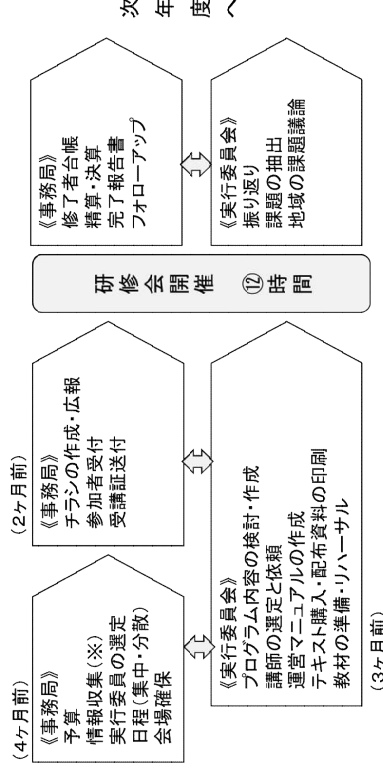
- ☑ 都道府県における研修プログラムについては、実際に強度行動障害のある人の支援経験が豊富な人を中心としたチーム(実行委員会)を組んで、この実行委員会が主体的に研修の企画・運営にあたる
- ☑ 演習や講義(特に事例報告)については、可能な限り地域の事例に則した、具体的なものを提供する

また、都道府県研修の企画・運営を行う実行委員会等を通して、各地域で、障害福祉サービス体系や所属法人等を超え、広域で強度行動障害支援ノウハウに関する情報交換ができるようなネットワークづくりを行い、地域において強度行動障害支援体制の構築が進むことを期待しています。

2. 研修会開催準備

(1) 運営スケジュール

各都道府県において、強度行動障害支援者養成研修(基礎・実践研修)を開催するにあたっての大きな運営スケジュールは下記の図の通りです。研修規模やプログラム内容の調整、準備期間が変わってくると思います。下記のスケジュールは、概ねモデルプログラムに準じた運営を行った場合の目安です。



(2) 運営体制と予算

強度行動障害支援者養成研修(基礎・実践研修)の運営体制は、「事務局」と「実行委員会」を分けたほうが望ましいと考えます。

- ☑ 事務局：研修の準備から報告までの進行管理と事務一般を取り扱う部所・組織、そして担当者。可能であれば、複数年事務局を継続することにより、地域の強度行動障害者支援に関するネットワークづくりや支援体制構築に向けての事務局機能を果たす
- ☑ 実行委員会：主に日々行動障害のある人の支援に携わっており、支援のノウハウや経験が比較的多い人材を、複数の法人等から募り、研修プログラム作りや、依頼する講師の選定、具体的な研修の進行を行なう。研修プログラムの内容の向上を図り、地域のネットワーク構築の中核メンバーとなる

もちろん、地域の実情に合わせた別の運営体制が適当な場合もあります(例：他領域も含め総合的な実務者研修の実施体制が存在する)、さらに都道府県が本研修の実施主体について別途法人を指定して一括実施する場合は(例：委託)、その実施法人が作成した運営体制になるものと考えられます。

予算に関しては、運営主体が都道府県である場合、指定法人で実施する場合により異なり、さらに指定法人で実施する場合も都道府県からの委託料の有無等により大きく異なることが予想されます。もちろん、事務局や実行委員会の規模や事前準備の頻度、講師・トレーナーの謝金、会場費、開催案内とその配布等により支出が決まってきます。この手引書では、具体的なモデル案は提示しませんが、受講者の自己負担額をどの程度に設定するかは本研修において重要な事項です。

(3) 会場と開催日

研修の支出額に大きな影響を及ぼすのが、研修会場の確定です。都道府県主催で、公的な会場の利用が可能なら、費用をかけずに会場の確保ができます。一方、比較的大きな定員を想定した場合、基礎と実践を合わせて4日間(連続日程である必要はない)会場をおさえるには、早い段階から企画を立案する必要があります。会場を確定することで、募集定員が自ずと確定します。また、演習の運営方法次第で定員も変わってきますので、慎重に判断してください。

国研修(指導者研修)では、基礎研修、実践研修ともに2日間連続の研修を実施しています。都道府県研修においては、必ずしも2日間連続開催でなくともかまいません。可能な限り、受講生(所属組織)にとつて参加しやすい日程を組んでいただければと思います(例：○月の第2火曜日と第4火曜日に基礎研修開催、△月の第2金曜日と第4金曜日に実践研修開催)。

(4) 募集方法

障害福祉サービス事業所や施設等においても、強度行動障害ということばかりイメージする状態像は、必ずしもひとつではありません(「強度行動障害支援者養成研修の内容」を参照)。就労系の事業所で、集団生活から逸脱する行動が時々みられる人のことを強度行動障害と考えていたり、地域活動支援センターに時々やってきて他の多くのメンバーを不安にさせる境界性人格障害が疑われる人を、強度行動障害ではないか?と考え、受講される人もいるはず。また、かつての強度行動障害特別処遇事業の対象者のみをイメージし、強度行動障害判定基準表で10点以上の人が複数いるにもかかわらず、「当方には強度行動障害はいない」と研修に応募しないかもしれません。このような誤解が、すぐに無くなることはありません。都道府県研修を継続的に実施することが、強度行動障害の正確な理解をもたらす、もっとも有効な方法のひとつだと私たちは考えています。とにかく、はじめ、あるいは初期の都道府県研修では、入所系・通所系・居宅系、そして相談支援等、多くの事業所に研修の開催要項について情報が行き届くような方法を工夫してください。代表的な募集方法は、下記の通りです。必ず複数の方法を組み合わせて広報を行ってください。

- チラシを印刷し配布する(郵送・FAX)
- 障害福祉サービス事業所の管理者・従事者が集まる研修会やイベントでチラシを配布
- 事業者が必ず閲覧するWEBページに掲載
- 事業者間のメールリングリストで送付

(5) 受講の確定と事前通知の方法

受講申込から受講の確定までのサンプルとして、平成26年度強度行動障害支援者養成研修(基礎研修(指導者研修))の流れを以下にまとめます。

- ① チラシならびに申込書の発送(5月12日)
- ② 申込受付の締切日(6月16日)
- ③ 受講決定書と事前提出書類の発送(6月20日)
- ④ 事前提出書類の締切日(6月30日)
- ⑤ 研修会開催(7月10日～10日)

国研修では、受講者を「都道府県からの推薦」としているため、申込書以外に事前提出書類(現場で抱えている事例の紹介)の提出を求めています。都道府県研修では申込書の書式により詳細な情報の記載を求め、することも可能です。また、申込書等により得られる受講者の情報は、グループワークの班編成等において非常に重要な情報になります。

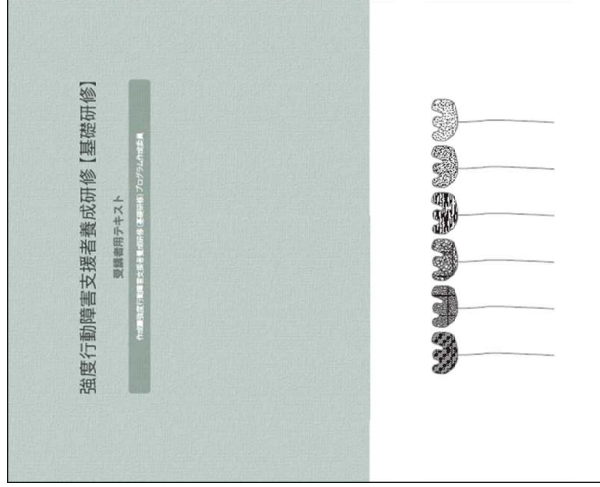
(6) 研修会資料等の準備

今回の国研修(指導者研修)で準備した研修会資料等は概ね次の通りです。

- 研修テキスト
- 研修テキストの補足資料(講義のPP・演習用のワークシート、研修アンケート等)
- 強度行動障害支援者養成研修運営の手引(この手引のことです)
- バインダー(受講生のテキスト・資料等をひとまとめにする)
- 座席表
- 名札(受講者用・インストラクター事務局用)
- 参加者・トレーナー等名簿
- 演習教材(ワークシート、演習シナリオ、マーカー他)
- 受付セット一式(参加者名簿、文房具、領収書、つり銭)
- 修了証
- ノートパソコン(液晶プロジェクト接続用ケーブル)
- 記録用器具(デジタルカメラ、ビデオカメラ、三脚、記録媒体)
- その他事務用品(梱包用具、紙コップ、)

会場の設備によっては、音響機器、液晶プロジェクター・スクリーン、看板等の準備が必要になります。なお、今回の国研修(指導者研修)における研修会資料等の準備では、短期間のテキスト作成が求められましたので、その他の事務負担を可能な限り減らそうと努力しました。

「強度行動障害者支援者養成研修(基礎研修)受講者用テキスト」は、平成26年6月よりのぞみの園において1冊1,200円で有償頒布を行っています(消費税・送料込み)。ただし、料金の支払いは、のぞみの園指定の銀行に振込となります。振込手数料は申し記ありませんが振込者負担をお願いしています。また、受講者用テキストの前のバージョンのもの(表の一部変更、誤字等多い)については、のぞみの園のホームページ(下記 URL)で公開しています。ただし、フルカラーA4版で200ページ近くあるテキストです。すべてのページをコピーするだけでもかなりの金額になります。



- のぞみの園ホームページで公開されている、前のバージョンの受講者用テキスト
【本文】 http://www.nozomi.go.jp/publication/PDF/H25_kyodo%20Text_01.pdf
【資料編】 http://www.nozomi.go.jp/publication/PDF/H25_kyodo%20Text_02.pdf
- 有償刊行物の購入方法
 のぞみの園研究部に下記の情報を記載の上、FAXでお申込み下さい。
 ①氏名、②注文冊数、③送付先住所(郵便番号含む)、④電話連絡先、⑤領収書の宛名
 FAX番号 027-320-1391
 また、巻末のサポートデスクへのメールでも注文を受け付けます。

3. 研修プログラムの作成

(1) 国基準

強度行動障害者支援者養成研修(基礎研修)のカリキュラムについては、平成26年10月現在、以下の基準が示されています(詳しくは、平成26年1月31日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「強度行動障害者支援者養成研修(基礎研修)事業の実施について(運営要領)」を参照のこと)。都道府県研修においても、この科目、内容、時間数を想定してプログラムを組むことになります(テキスト106P参照)。

科目名	時間数	内容
I 講義	6	本研修の対象となる行動障害 強度行動障害の定義 強度行動障害支援の歴史的な流れ 知的障害/自閉症/精神障害とは 行動障害と家族の生活の理解 危機管理・緊急時の対応 強度行動障害と精神科の診断 強度行動障害と医療的アプローチ 福祉と医療の連携
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 ②強度行動障害と医療 ③強度行動障害と制度 自立支援給付と行動障害 / 他 (例)支援区分と行動関連項目・重度訪問介護の対象 拡大・発達障害者支援体制整備・強度行動障害 支援者養成研修 構造化の考え方 構造化の基本と手法 構造化に基づく支援のアイデア 支援の基本的な枠組み 支援の基本的なプロセス アセスメント票と支援の手順書の理解 記録方法とチームアプレイで仕事をする大切さ 虐待防止と身体拘束について 強度行動障害と虐待 児童期における支援の実際 成人期における支援の実際
2 強度行動障害に関する制度及び支援技術の基礎的な知識	3.5	④構造化 ⑤支援の基本的な枠組みと記録 ⑥虐待防止と身体拘束 ⑦実践報告
II 演習	6	内容 情報の入手とその方法 記録とそのまとめ方と情報共有 アセスメントとは 様々なコミュニケーション方法 コミュニケーションの理解と表出 グループ討議/まとめ 感覚・知覚の特異性と障害特性 行動障害を理解する冰山モデル グループ討議/まとめ
1 基本的な情報収集と記録等の共有	1	①情報収集とチームアプレイの基本
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
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
合計	12	

また、強度行動障害支援者養成研修(実践研修)のカリキュラムは、国基準について作成準備中です(平成26年度中に確定予定です)。平成26年10月時点のカリキュラム案は、研修テキストの「強度行動障害支援者養成研修の内容」をご参照下さい。

本研修は、重度訪問介護における行動障害を有する者への対応(基礎研修)、ならびに行動援護従業者養成研修(基礎・実践研修)を想定したカリキュラムですので、研修プログラム作成に際しては、国基準の時間数に準拠してください。

(2) 講師・発表者の調整

講義・演習の大部分は、原則「実行委員会」のメンバーが分担し、実施することが望ましいと考えます。また、国研修においてもこの原則に沿った運営をしています。ただし、都道府県によっては、様々なサービステキ系において強度行動障害者支援の経験豊富な人材を募ることが難しい場合も想定されます。そのような場合は、ぜひ、国研修の事務局である「のぞみの園研究部」にご相談、ご連絡をいただければと思います。

「受講者用テキスト」以外の資料については、講師・発表者に事前に作成依頼し、当日までに印刷しておく必要があります。指導者研修(国研修)で用いたパワーポイント等は、データで配布いたします(データの配布方法等についてはのぞみの園サポートデスクにご連絡下さい)。

4. 研修会の運営

(1) スタッフと役割分担

強度行動障害支援者養成研修(基礎・実践研修)当日の運営は、事務局と実行委員が協働で運営することとなります。特に、実行委員には、講義や演習のインストラクターだけでなく、運営スタッフとしても活躍してもらいます。今回の国研修(指導者研修)の役割分担は、以下のように設定しました。スタッフ数が多い場合は、事前に役割分担だけでなく、詳細な研修スケジュール等を作成し、進行管理する必要があります。

- 統括
- 司会
- 受付(出納担当兼務)
- 外部講師接待(受付・統括と兼務)
- 会場設営・案内
- 音響・機材操作
- 記録(写真等)

(2) 事前のリハーサル

本研修では、演習内容等において難しい運営が求められることの無いように計画したつもりです(グループ・ディスカッションのファシリテーターの配置なし)。それでも、講義や演習においてタイトな時間設定されている研修の運営には、それなりの経験が必要です。可能な限り、事務局と実行委員で、会場設営や機材の使い方を含め、簡易なリハーサルを実施しておくことを勧めます。

また、スムーズに事前準備や当日の進行ができるよう、「演習マニュアル」を作成し、事務局ならびに実行委員会全員に周知しています。

(3) 研修会運営の基本

研修会を運営する際は、どうしても研修内容や受講者の反応が気が気になるところです。しかし、比較的長い時間「集団生活」の場を提供していることを忘れてはいけません。健康管理や事故・怪我、あるいは自然災害の可能性等は、原則、受講者の個人責任ではありますが、事務局と実行委員は、安全で安心できる研修会の運営を心がける必要があります。

5. 継続的な連携体制の構築に向けて

(1) 継続的な研修実施と連携体制

今回の国研修(指導者研修)と都道府県研修の役割の違いについては、下の図のように考えています。特に、都道府県研修の事務局・実行委員になる人には、研修終了後も、次年度以降に向けて、継続的な地域連携の体制構築と強度行動障害者支援の質の向上を目指した取り組みを、ぜひ行っていただきたいと願っています。

受講者	国研修	都道府県研修
持って欲しい 問題意識	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県の推薦を受けた者 都道府県研修でインストラクター(実行委員)ないし事務局として運営に携わることが期待される者 強度行動障害対策は地域の障害福祉施策にとっても重要 強度行動障害者支援の養成にはしっかりと時間を掛けて取り組む必要がある 	<ul style="list-style-type: none"> 入所・通所・居宅・相談支援等の事業所で行動障害のある人の支援に携わる現任者 経験年数の浅い人を想定
問題解決の アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> 小さな保健福祉圏域ではなく、広域で強度行動障害支援のノウハウを蓄積し、人材の開拓、ネットワークづくりを行う 	<ul style="list-style-type: none"> 適切な支援無しに、強度行動障害のある人の快適な生活は保障できない 現状にはまだまだ解決すべき問題がたくさん存在する 日々の支援内容を研修で学んだことに照らし合わせて振り返る 聯絡あるいは地域で振り返った内容について意見交換

さらに、地域における連携や質の向上のきっかけとなるステップアップ研修として、国立障害者リハビリテーションセンター主催の「行動障害者研修会」や発達障害者支援実地研修事業として実施している「強度行動障害研修」の他、他機関でもいくつかの研修が行われています。

(2) 研修に関する要望・意見について

国立のぞみの園では、強度行動障害者養成研修(基礎研修・実践研修)の国研修(指導者研修)の事務局を継続的に行っていく予定です。同研修、あるいはその他強度行動障害者支援に関する様々な問い合わせ、ご意見やご要望については、下記事務局(サポートデスク)までご連絡下さい。

「強度行動障害者養成研修事務局(サポートデスク)」

独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園事業企画局研究部

(略称:国立のぞみの園研究部/こくりつのぞみのそのけんきゆうぶ)

TEL 027-320-1741 FAX 027-320-1445 担当:志賀・五味・信原

E-mail nobuhara-kazu@nozomi.go.jp

【資料】 強度行動障害支援者養成研修のねらい

1 強度行動障害とは

1. 強度行動障害の定義

自分の体を叩いたり食べられないものを口に入れる、危険につながる飛び出しなど本人の健康を損ねる行動、他人を叩いたり物を壊す、大泣きが長時間も続くなど周囲の人のく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のこと。

強度行動障害とは、上記のような状態像の人のことを言います。そして、強度行動障害者とは、強度行動障害の状態をもつ人のこと（以降、ここでは便宜上、強度行動障害者と記した場合、児童期を含めたものとします）。

強度行動障害という名称は、今から25年前、1980年代後半に誕生しました。当時、知的障害児入所施設において、これまで出会ったことのない「極端な自傷や他害を示す」「支援が非常に困難な子どもたち」に直面し、その支援のあり方を考える実践的な研究がはじまりました。また、強度行動障害の状態にある人の大多数は、重度（あるいは最重度）の知的障害を伴う自閉症あるいは自閉症スペクトラム圏域の人でした。

2. 判定基準と強度行動障害

強度行動障害の状態像を、数値化し、その重篤さを判定する尺度はいくつか存在します。平成26年から、障害福祉サービス等の必要性を明らかにするツールとして「障害者支援区分」が新たに設けられました。この障害者支援区分の中の行動関連項目11項目と医師の意見書によるてんかん発作の頻度から、行動障害の重篤さを判定するようになりました。この判定基準は、「強度行動障害判定基準表」と呼ばれるものです（本文末資料参照）。この基準表の合計点が10点以上の場合、著しい行動障害ありと判断され、障害福祉サービスにおいて手厚い支援が提供される仕組みになっています。具体的には、行動支援が利用でき、施設入所支援や短期入所、共同生活介護における重度障害者支援加算の対象になります。ちなみに、現在、行動支援の利用者ならびに重度障害者支援加算の対象者は、合計で2.5万人近いものと推測されます。

ところが、強度行動障害判定基準表で10点以上の人が、すべて上記の強度行動障害の定義に当てはまる状態像であるかという点、そうではありません。定義に書かれているより、いくらか穏やかな行動障害を示す人がかなり含まれます。強度行動障害の厳密な定義やアセスメント方法に関する学術的な研究は、今後も引き続き実施されます。研究の成果に合わせ、強度行動障害の定義も将来、変わるかもしれません。現時点で、強度行動障害とは、行動障害が若干穏やかな状態にある人も含めた、強度行動障害判定基準表で10点以上の人たちを呼ぶことにします。

しかし、例外も存在します。強度行動障害判定基準表で10点以上の人の中には、知的障害の程度がない、あるいは軽度で、触法や真犯等のいわゆる反社会的行動を示す人、急性期の精神科疾患（例：統合失調症）や非常に不安定な状態像（例：強い自殺念慮）による混乱を示す人、成人になってからの事故や疾病により認知機能が極端に低下（高次脳機能障害等）することによる行動上の問題を示す人が含まれる可能性があります。障害者自立支援法が施行されたから、障害福祉の対象者が急激に広がり、このような反社会的行動や急性期の精神科症状等を示す人が、地域の相談支援事業所を訪れるようになりました。しかし、このような行動上の問題は、上記の強度行動障害の定義と状態像が異なります。そして、その支援方法についても、異なると考えられます。

強度行動障害支援者養成研修は、重度（あるいは最重度）の知的障害を伴う自閉症あるいは自閉症スペクトラム圏域の人を中心に、強度行動障害判定基準で10点以上の人を想定して、研修プログラムを作成しています。

3. 専門領域によって異なる強度行動障害のイメージ

重度（あるいは最重度）の知的障害を伴う自閉症あるいは自閉症スペクトラム圏域の人を中心とした強度行動障害者の支援には、多くの職種・専門領域の人が関わっています。そして、支援を行っている施設・組織の特徴や実際に支援に関わってきた経験から、同じ強度行動障害と言っても、全く異なる状態像をイメージしていることがわかってきました（先に記した、反社会的行動や急性期の精神科症状等は除く）。

例えば、放課後等デイサービスや学齢期を中心に行動支援を行っている事業所では、最初のページに記した強度行動障害の定義より、やや穏やかな状態像の人たちをイメージしています。全国で、概ね2.5万人（あるいはそれ以上）いると考えられる人たちです。一方、都道府県において強度行動障害支援の中核的な役割を担っている障害者支援施設では、強度行動障害の定義に非常に近い状態像の人たちのごとをイメージしています。このような状態像の人は、療育手帳交付者の1%程度、つまり全国に概ね8千人いることがわかっています。さらに、かつて強度行動障害特別処遇事業を実施していた施設や重度の知的障害者の入院治療を行っている公立の精神科病院等では、医療と福祉サイドで協力し、できうる限りの集中的かつ専門的な支援を一定期間提供しても、状態像の改善がわずかな（あるいはほとんど見られない）、いわゆる難治群と考えられる人を連想するようです。

専門領域により異なる強度行動障害のイメージを、別の表現で説明します。最初の2.5万人の強度行動障害者は、支援の基本的な枠組みを丁寧に言えば、教月で行動上の問題が軽減し、障害特性への配慮はある程度継続するものの、以前の生活環境に比較容易に戻ることも可能な人たちかもしれません。2番目の、8千人の強度行動障害者は、支援の基本的な枠組みを丁寧に長期間（ほぼ一生）提供できる体制があれば、行動上の問題は軽減し、安定した日常生活が過ごせる人たちかもしれません。さらに、難治群と考えられる人は、構造化を中心とした支援の枠組みを長期間提供し続けることで、いくぶん安定した生活は送れるものの、行動上の問題の劇的な改善は難しく、医療との密接な連携を常に欠かせない人たちかもしれません。

強度行動障害者に対する医療や福祉サービスに長期間携わってきた何人もの専門家が、強度行動障害にはいくつかのタイプの存在することを、経験則として語っています。つまり、重度（あるいは最重度）

の知的障害を伴う自閉症あるいは自閉症スペクトラム圏域の人を中心とした強度行動障害者といっても、非常に多様なグループが存在しており、さらには個別性が非常に大きいとも推測されます。

2 強度行動障害のある人への支援の基本

1. 行動障害が生まれる原因（その仮説）

乳幼児期から、強度行動障害の状態である人は、誰もいません。これまでの調査からは、思春期後半以降、多くは中等教育（中学・高校の年代）あるいはそれ以降20歳代の前半に、強度行動障害の状態になることがわかっています。つまり、ある一定の発達過程を辿ることで生じる状態像です。

この発達過程には、いわゆる生物学的な「障害特性」に加え、周囲の支援体制やかかわり方といった「環境要因」が、相互に関係してきます。そして、強度行動障害とは、障害特性と環境要因のネガティブな相互作用が、比較的長期間継続し、蓄積することで、その状態が固定すると推測されています。逆に、行動障害を起こさないようにする取り組みは、障害特性を正確に理解し、適切な環境要因を作り上げることで、ポジティブな相互作用を継続することです。

ここでしっかりと覚えて欲しいことがあります。それは、意図的にネガティブな相互作用を繰り返して、強度行動障害に育て上げてきた人は、誰もいないということです。強度行動障害と呼ばれる人の多くは、乳幼児期から思春期、そして青年期・成人期に至るまで、両親・家族の愛情に育まれ、保育士・教師、そして児童福祉サービス従事者や医療機関の従事者の献身的なかかわりを受けてきたはずで、愛情や献身的なかかわりは、強度行動障害者の支援にとって、もともと基本的なことであり、欠かすことができないものです。ところが、強度行動障害がある人は、ほとんどが重度（あるいは最重度）の知的障害を伴う自閉症あるいは自閉症スペクトラム圏域の人です。さらに、非常に極端な感覚過敏・鈍麻、際立った注意欠如、衝動性、そして頑健な固執性等を併せ持っている可能性があります。その障害特性を理解し、適切なかかわり方や周辺環境を調整する方法を見つけて出すことは、容易なことではありません。通常の子育てや教育・支援、多くの知的障害者の療育方法を応用しようとしても、ネガティブな相互作用に至ってしまう可能性があるのです。さらに、知的障害や自閉症の専門家が、ネガティブな相互作用を断ち切り、障害特性を正確に理解し、適切な環境調整を行えるようになるまで、これまで随分と長い時間を費やしてしまっただけです。

2. 基本的な支援の枠組み

既に25年の歴史のある強度行動障害研究の成果として、「どのような方法で支援を行うべきか」が概ね固まっています。今から10年前、強度行動障害のある児童・成人に対して先駆的な実践を行ってきた施設（財団法人鉄道弘済会 弘済学園、社会福祉法人愛会【おしまコロニー】、社会福祉法人旭川荘等）が中心となり、事例検討をベースとした、実証的かつ詳細な研究が行われました。そして、この事例研究から、基本的な枠組みの骨格が生まれました。これこそが、ネガティブな相互作用を断ち切り、強度行動障害のある人に対して継続的でポジティブな相互作用を提供できる方法のはじめの提案

だったので。その成果を基本に、当研修では、以下の6点を「基本的な支援の枠組み」と呼び、強調しています。

- ☑ 構造化された環境の中で
- ☑ 医療と連携しながら
- ☑ リラックスできる強い刺激を選じた環境で
- ☑ 一貫した対応をできるチームを作り
- ☑ 自尊心を持ちひとりでできる活動を増やし
- ☑ 地域で継続的に生活できる体制づくりを進める

至ってシンプルな枠組みですが、これを継続的かつ美直に実践することは容易なことではありません。それぞれの枠組みの背景に関する専門的な知識がある程度必要になります。また、一人ひとりの強度行動障害者の状態像に合わせ、知識を実際の支援方法に応用できなくてはなりません。その上、支援に携わるチーム全体が歩調を合わせる必要があります。残念ながら、全国の多くの障害福祉サービス事業所では、基本的な支援の枠組みに沿った実践が行えないでいます。また、複数の事業所等が基本的な枠組みに沿って、連携して支援を組み立てている地域は非常に少ないのが現状です。

3. 強度行動障害のある人と生活する家族から

基本的な支援の枠組みは既に固まっています。問題は、全国の多くの施設・事業所・地域で、それを実践できる体制を構築する段階です。適切な支援を提供している施設・事業所・地域の少なさは、強度障害のある人の生活に多大な負担をもたらします。直接、本人からの意見を聞き取ることが困難ですが、強度行動障害のある子どもを育ててきた家族の話を下に紹介します。決して、昔の話ではありません。現在の話です。

27才になる自閉症の息子も幼児期、学齢期から飛び出しや破壊行為が続き、専門施設の入所を経験し、視覚的なサポートを使いながら暮らしていましたが、23才頃から破壊や自傷が急に増え、24才の秋には家での生活が破綻し緊急入院となりました。その後、家に戻っても同じことの繰り返しになることは目に見えていきました。二度と家には戻りたくないという本人の強い要求がありましたので、彼の生活の場を探し始めました。県内外の入所施設にあたってみましたが、受け入れ先がないのです。行政の担当者も努力してくださいましたがなかなか見つかりません。病院からは医療としてできることはもうないので一日も早く退院を迫られ、家に帰されたら二人で死ぬか無いかというギリギリの状態でした。一番入所施設の助けを必要とする時に門を閉じられるのだという現実を突きつけられ愕然としました。

※かがやき 2014年10号（自閉症協会指導誌） 木村ひとみさんの原稿より抜粋

このような家族の想いは、決して極端なものではありません。障害者支援施設だけではなく、グループホーム、通所の事業所、さらにはヘルパー系の事業所であっても、強度行動障害のある人の受け入れを躊躇する実態は、珍しいことではありません。結果的に、家族に過剰な負担を強い、そして本人に対する適切な支援が提供できず、行動障害がますます悪い方向に向かってしまいます。

強度行動障害支援者養成研修の内容

1 研修が目指すもの

1. 最終的な目標

私たちは、全国の多くの施設・事業所・地域で、強度行動障害のある人に適切な支援が提供できるところを目指しています。そのためには、以下の3つが必要だと考えています。

- ① ある程度広域単位（人口30万人～50万人以上規模）で強度行動障害に対する支援体制の構築
- ② 都道府県単位で強度行動障害支援者養成研修の継続的な開催と各地域の実情にあった現実的な人材養成の仕組みづくり
- ③ 強度行動障害のライフサイクルを見通した地域の実情にあった資源の開発

2. 広域を前提に

強度行動障害判定基準表で10点以上の人は、少なくとも2.5万人いと推測されています。人口10万人あたり20人前後の強度行動障害者がいることとなります。強度行動障害研究がはじまった25年前に想定していた状態像の人は8千人いと推測されています（概ね療育手帳交付数の1%）。人口10万人あたり6人ということになります。どちらにしても、強度行動障害とは、比較的稀な状態像であることに間違いありません。人口規模が数千人から数万人の市町村で、強度行動障害者支援のノウハウの蓄積を図ろうとしても、現実的ではありません。ましてや1つの組織、1つの事業所だけで、強度行動障害者支援を行うことは無謀です（きっかけ作りとしては非常に大切だと思いますが）。ある程度の人口規模のある圏域で、支援体制を検討することが現実的です。人口30万人規模の圏域であれば18人～60人、人口50万人規模であれば30人～100人の支援内容を検討できますし、そのノウハウの蓄積も可能となります。さらに、その成果から、地域の実情にあった支援体制の企画や構築が検討できます。

2 研修のスキーム

1. 都道府県地域生活支援事業

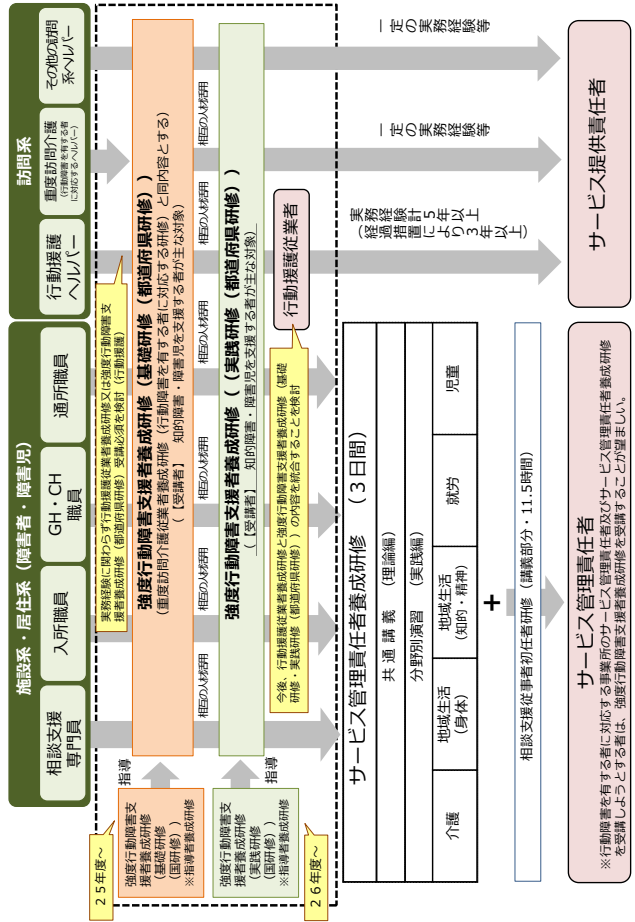
平成25年度より、強度行動障害支援者養成研修が、都道府県地域生活支援事業に位置づけられました。同時に、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修（指導者研修））が実施され、平成26年度には強度行動障害支援者養成研修（実践研修（指導者研修））も新たにスタートします。強度行動障害支援者養成研修のスキームは、次頁のとおりになります。

プログラムについても一部修正が必要になってきております。下の図は、行動援護従業者養成研修のカリキュラムです。

基本カリキュラム		改訂版キースト(H21版)	
時間	時間	時間	時間
I 講義	6	6	6
1 制度及びサービス	2	2 ① 行動援護を理解する	2 人間理解の在りようとして21世紀の課題 障害とはなにか 医学モデルと社会モデル 自立の意味 知的障害とは 発達障害とは 精神障害とは 障害についての基本認識 障害のある人達から学ぶ 心身障害と行動援護 精神疾患と行動援護
2 障害特性と障害理解	2	2 ② 行動援護の基本I・II	2 地域生活とは めざしたい地域生活支援サービスのかたち 行動援護は何を担うサービスか 障害者自立支援法の到達点と課題 行動援護の対象像と法令上の規定 行動援護サービスの展開像と法令上の規定 自閉症体験(固有の感覚) 自閉症を理解するヒント
3 支援技術	2	2 ③ 行動理解の基礎	2 自閉症とは 行動援護の背景に潜む障害特性(冰山モデル) 自閉症とコミュニケーション 感覚の特異性 その他の特性(細部・転導性・組織化・同一性・一般化) 自閉症の記憶 構造化
II 演習	14	14	14
1 事例検討	4	4 ① 行動援護の技術I	3 アセスメントとは アセスメントと支援計画 アセスメントの必要性(不十分なアセスメントの危険) 安心な社会生活を送るためのステップ 予定を伝える 行動支援計画を作成する 介入の4つのポイント
2 事例分析	3	3 ② 行動援護の技術II	3 予防的介入 軌道修正的介入 危機回避的介入 啓発的介入
3 事例分析の検討	3	3 ③ 事例分析	4 身体を有物に使う対応 対応を振り返る 迷わず振るがらない対応 対症・説明・協力依頼 視覚支援
4 事例分析の検討	3	4 まとめと問題提起	

※ 行動援護従業者養成研修の基本カリキュラムと平成21年改定の中央セミナーテキストの項目

強度行動障害支援者養成研修の「基礎研修」は、実戦経験1年程度の新任職員を主な対象です。また、「基礎研修」は、平成26年4月からの重度訪問介護の対象拡大に対応し、行動援護を有する者への支援を行うための専門性確保の研修として推奨されている内容となっております(12時間)。次頁の図は、「基礎研修」のカリキュラムの概要です。この図の右端の「行動援護対応」の欄は、前頁の行動援護従業者養成研修のカリキュラムに相当する記号を示してあります。



※平成26年春時点の強度行動障害支援者養成研修のスキーム図(厚労省資料)

強度行動障害者の支援に関する研修は、これまで先駆的な取り組みを行ってきた施設・事業所を中心に、事例検討や研究事業・研修が実施されてきました。一部の有志と有識者を中心とした、不定期で、小さな人数を対象とした専門的研修であったと考えられます。都道府県地域生活支援事業に位置づけ、全国で大規模で強度行動障害者の支援に関する研修が開催されるのは、強度行動障害支援者養成研修がはじめてです。

2. 行動援護従業者養成研修・重度訪問介護における行動援護を有する者への対応研修

平成18年にのぞみの園において「行動援護従業者養成研修中央セミナー」が実施された後、全国で広く行動援護従業者養成研修が開催されるようになりました。この研修は、行動援護の従業者確保の観点から「従業者資格要件」が見直され、同研修を修了することで、サービス提供責任者およびサービス提供者(ヘルパー)の資格要件が緩和されることもあり、多くの人が受講・修了しています。行動援護従業者養成研修においても、想定される支援の対象は強度行動障害(広義の、定義より穏やかな行動障害を示す人が中心)です。しかし、平成26年より重度訪問介護の対象拡大により、行動援護を有する人に対する居室内でのアセスメントや環境調整の役割が行動援護従業者に求められるようになりました。これまでの外出中心の支援と異なる専門性が必要になります。そこには当然、生活介護等の日中活動支援、グループホームや短期入所、さらには相談支援等との連携が欠かせません。行動援護従業者養成研修の

科目名	時間	内容	行動援修対応
I 講義	6		
1 強度行動障害に関する者の基本的理解	2.5	①強度行動障害とは 本研修の対象となる行動障害 強度行動障害の定義 強度行動障害支援の歴史的な流れ 知的障害/自閉症/精神障害とは 行動障害と家族の生活の理解 危機管理・緊急時の対応	I-2 I-2 I-1 I-2 I-2 I-3
2 強度行動障害に関する制度及び支援技術の基本的知識	3.5	①強度行動障害と精神科の診断 ②強度行動障害と医療的アプローチ ③強度行動障害と医療の連携 ④強度行動障害と精神科の診断 ⑤強度行動障害と医療的アプローチ ⑥強度行動障害と精神科の診断 ⑦強度行動障害と医療の連携 ⑧強度行動障害と精神科の診断 ⑨強度行動障害と医療的アプローチ ⑩強度行動障害と精神科の診断 ⑪強度行動障害と医療的アプローチ ⑫強度行動障害と精神科の診断 ⑬強度行動障害と医療的アプローチ ⑭強度行動障害と精神科の診断 ⑮強度行動障害と医療的アプローチ ⑯強度行動障害と精神科の診断 ⑰強度行動障害と医療的アプローチ ⑱強度行動障害と精神科の診断 ⑲強度行動障害と医療的アプローチ ⑳強度行動障害と精神科の診断 ㉑強度行動障害と医療的アプローチ ㉒強度行動障害と精神科の診断 ㉓強度行動障害と医療的アプローチ ㉔強度行動障害と精神科の診断 ㉕強度行動障害と医療的アプローチ ㉖強度行動障害と精神科の診断 ㉗強度行動障害と医療的アプローチ ㉘強度行動障害と精神科の診断 ㉙強度行動障害と医療的アプローチ ㉚強度行動障害と精神科の診断 ㉛強度行動障害と医療的アプローチ ㉜強度行動障害と精神科の診断 ㉝強度行動障害と医療的アプローチ ㉞強度行動障害と精神科の診断 ㉟強度行動障害と医療的アプローチ ㊱強度行動障害と精神科の診断 ㊲強度行動障害と医療的アプローチ ㊳強度行動障害と精神科の診断 ㊴強度行動障害と医療的アプローチ ㊵強度行動障害と精神科の診断 ㊶強度行動障害と医療的アプローチ ㊷強度行動障害と精神科の診断 ㊸強度行動障害と医療的アプローチ ㊹強度行動障害と精神科の診断 ㊺強度行動障害と医療的アプローチ	I-1 I-2 I-2 I-1 I-3 I-3 I-3 I-2 I-3 I-3 I-3 I-1 I-3 I-3
II 演習	6		
1 基本的な情報収集と記録の共有	1	①情報収集とチームプレイの基本 ②記録とそのまとめ方と情報共有・アセスメント ③様々なコミュニケーション方法 ④コミュニケーションの理解と表出 ⑤グループ討議/まとめ	II-1 II-1 II-2 II-2 II-2
3 行動障害の背景にある者の理解	2.5	③行動障害の背景にあるもの 感覚・知覚の特異性と障害特性 行動障害を理解する水山モデル グループ討議/まとめ	II-2 II-3 II-3

※ 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）のカリキュラムと行動援修従業者養成研修との対応

また「実践研修」は基礎研修を修了し、3年から5年程度の強度行動障害者の経験のある人を中心としてカリキュラムが組まれています。「基礎研修」と「実践研修」を合わせたカリキュラムは（合計24時間）、行動援修従業者養成研修のカリキュラムをすべて含むものとして作成されています。強度行動障害支援者養成研修の「基礎研修」と「実践研修」を修了したことで、行動援修従業者養成研修が修了したこととして読み替えられるかどうかは、現時点では結論が出ていません（平成26年度中に結論が出る予定）。しかし、強度行動障害支援者養成研修は、行動援修従業者養成研修のカリキュラム内容をすべて網羅し、制度改正による新たなニーズに対応した内容を目指して作成されています。

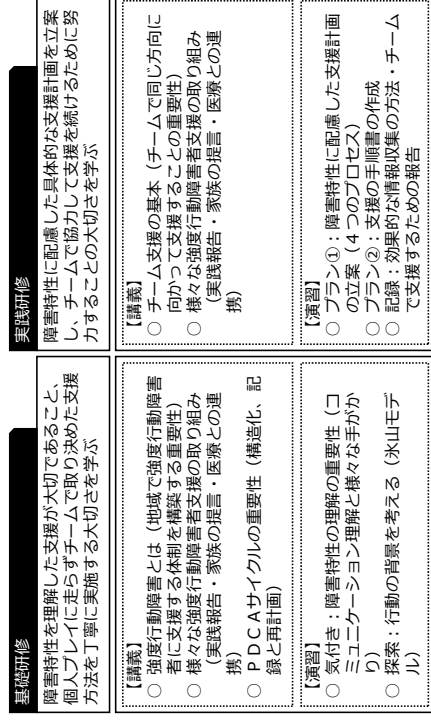
強度行動障害支援者養成研修（実践研修）のカリキュラム（案）の内容と行動援修従業者養成研修との対応については、次頁の図を参照して下さい。

科目名	時間	内容	行動援修対応
I 講義	4		
1 強度行動障害のある者へのチーム支援	2	①強度行動障害支援の原則 チームによる支援の重要性 支援の6つの原則 地域で強度行動障害の人を支える ②強度行動障害と生活の組み立て 行動障害のある人の生活と 支援の実態 日中活動場面における支援 夕方から朝にかけての支援 外出場面における支援	II-1 II-1 II-1 II-3 II-3 II-4 II-4 II-4 II-4 II-3
II 演習	8		
1 障害特性の理解とアセスメント	2.5	①障害特性とアセスメント 障害特性の理解 障害特性に基づくアセスメント 行動の意味を理解する 強みや弱みを活かす視点 構造化の方法 構造化の方法	II-1 II-1 II-1 II-3 II-3 II-3
2 環境調整による強度	3.5	①構造化の考え方と方法 ②支援の手順書の作成 日中活動場面における支援の手順書 外出場面における支援の手順書 ③記録に基づく支援の 記録の整理と分析 記録の整理と分析 再アセスメントと手順書の修正 ④危機対応と虐待防止 危機対応の方法 虐待防止と身体拘束	II-4 II-4 II-4 II-4 II-4 II-4 II-4 II-3

※ 強度行動障害支援者養成研修（実践研修）のカリキュラム（案）と行動援修従業者養成研修との対応

3 基礎研修と実践研修の役割

下の図は、強度行動障害支援者養成研修の「基礎研修」と「実践研修」の内容をまとめたものです。

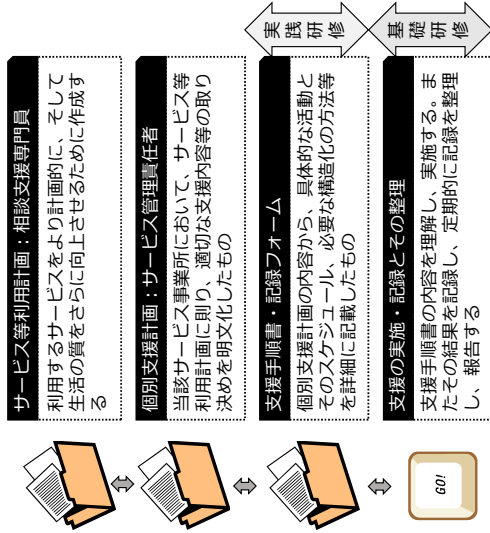


※ 基礎研修と実践研修の目指すものと講義・演習内容

基礎研修は「チームで支援するための最低限の知識を知ること」、実践研修は「チームで支援するための具体的な方法を立案すること」が、各研修の目指すゴールです。そして、このゴールが実現できるよう、講義と演習合計 12 時間のプログラムが組まれています。

4 日々の支援計画の重要性

2つの研修の違いを、別の角度から説明したものが、下の図です。



※ 事業所等の業務内容に照らした2つの研修の目指すものの違い

障害福祉サービスを利用する際、「サービス等利用計画」の作成が必要になります。この文書は、地域の相談支援事業所の相談支援専門員が、障害のある人ならびに関係者の意向を聴き取り、可能な限り質の高い生活に向け、実現可能なプランを記したものです。通所や居住等の施設・事業所は、このサービス等利用計画に沿った形で、事業所が行うべきサービス内容を具体的に記した「個別支援計画」を作成します。この文書を作成するのは、事業所のサービス管理責任者であり、この個別支援計画を元に、障害のある人と施設・事業所は利用契約を締結します。ちなみに、訪問系の事業所の場合「居宅介護計画」と呼ばれ、主にサービス提供責任者が作成することになります。

強度行動障害支援者養成研修（実践研修）においては、この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、支援の担当者にその方法を正確に伝達できることを目指しています。また、日々の支援結果の記録方法についても、的確に指示し、担当者の疑問に答えることも目標になります。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・記録フォーム」の立案ができること、さらにチーム全体で「支援手順書・記録フォーム」で記された内容を実直に、繰り返し実施できるよう支援の担当者に伝達・モニターすることが重要であるということです。

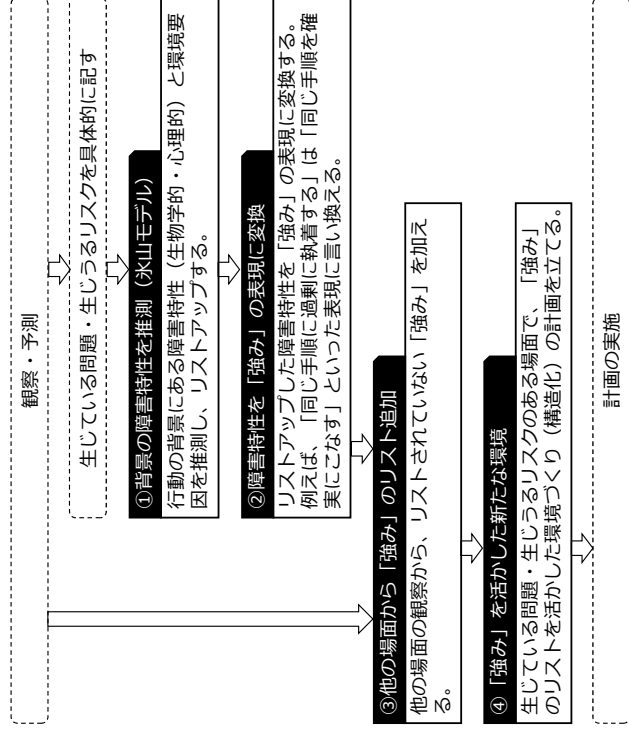
一般に、個別支援計画は、日々のあるいは週間・月間単位で、チームとしてどのような支援を行うかを詳細に取り決め、場合によっては頻繁に改定する文書として適したものではありません。強度行動障害者の支援においては、頻繁な改定が前提の、日々のあるいは週間・月間単位の詳細な取り決め、さらには支援を行った結果としての記録の取り方が重要になります。そして、「支援手順書・記録フォーム」の作成には、障害特性に関する専門的な知識や経験が必要になります（一般的な個別支援計画作成よりはるかに難易度が高いと考えられます）。「実践研修」を受講すれば、すぐに適切で意味ある「支援手順書・記録フォーム」が作成できるわけではありません。

「基礎研修」は、「支援手順書・記録フォーム」に記されている内容とその根拠を理解し、詳細な日々の支援手順まで注意を払い、実直にチームプレイを徹底することを学ぶ機会です。強度行動障害者の担当者に求められるのは、これまでの経験則や思想信条に則った臨機応変の対応ではなく、実直にチームプレイに徹することなのです。そして、この重要性を理解するために、強度行動障害者の支援の重要性和固有の障害特性に関する知識を学び、新たな気づきの体験を基礎研修において提供します。

実践研修のポイント

1 支援手順書を作成する基本的なプロセス

強度行動障害支援者養成研修（実践研修）においては、障害特性に配慮した具体的な支援計画、つまり「支援手順書・記録フォーム」を作成するための演習が中心になります。そして、具体的な支援計画作成のプロセスとして、私たちは下の図の「4つのステップ」を提案します。



※ 支援手順書・記録フォーム作成のための4つのステップ

日々の生活の中で、支援の対象者の大きな行動上の問題の発生が観察されるか、そのリスクが高いと想定される場合は、まず、その背景に存在する、いわゆる生物学的、あるいは心理・対人関係上の特性を想像します。「基礎研修」の演習で扱った氷山モデルです。表面化した問題行動のみに着目せず、『①背景の障害特性を推測する』ことが最初のステップです。

次のステップは、推測した『②障害特性「強み」の表現に変換』します。例えば、「状況の全体像を把握するのが難しい」といった特性を「特定の刺激(例：色)を確実に注目する」といったことばに言い換えます。いわゆる、リフレーミングと呼ばれるステップです。

3つ目のステップは、対象者の「強み」をさらに膨らませます。特定の行動上の問題やリスクが推測される場面でなく、日常生活全般の様子から、強みのリストを補強します。『③他の場面から「強み」のリストを追加』の過程です。

そして最後のステップで、『④「強み」を活かした新たな環境』を計画します。その際、基礎研修の講義で紹介した、構造化の技法(物理的構造化、スケジュール、ワークシステム、決まった手順や習慣、視覚的構造化)が非常に役立ちます。構造化に限らず、強度行動障害の日々の支援を立案する際には、「強み」を活かす方法を採用するのが基本です。

2 意味ある計画作成には経験が大切

1. OJTが可能ない環境

強度行動障害支援者養成研修(実践研修)の演習は、4つのステップを踏みながら、具体的な支援計画の作成プロセスを学ぶことです。しかし、研修で、このプロセスの重要さと具体的な方法を学び、グループ討議を行ったからといって、強度行動障害者にとつて、すぐに意味ある「支援手順書・記録フォーム」が作成できるわけではありません。

機動的な事例ではなく、現場に戻り、実際のケースを通して、強度行動障害者の支援の経験が豊富で、知的障害者や自閉症に関する知識や各種支援技法の理論を学んだ人と一緒に、具体的な支援計画の作成を繰り返す経験が必要になります。そして、当然、施設・事業所・地域等において、OJT(オン・ザ・ジョブ・トレーニング：支援の現場で経験を通じた教育訓練)が行える環境が必要になります。

2. 研修とネットワークづくり

私たちは、全国の多くの施設・事業所・地域で、強度行動障害のある人に適切な支援が提供できるところを目指し、その最初のステップとして強度行動障害支援者養成研修を企画しています。ですから、①広域単位、②継続的な人材養成、③地域の資源開発が平行して進められることで、はじめてこの企画の成果が現れるものと考えています。

強度行動障害支援者養成研修(基礎研修・実践研修)は、四半世紀前に強度行動障害者研究がスタートし、社会的な問題として浮上してから、はじめて誕生した全国レベルの対策です。全国のすべての都道府県で、強度行動障害支援者養成研修が継続的に実施されることを強く望みます。

ただし、この研修を継続的に実施するだけで、最終的な目標に到達できる訳ではありません。強度行動障害とは比較的稀な状態であり、ある程度の広域を前提にしないと、その支援のノウハウを蓄積できないと先に述べました。市町村の枠組みを超えた広域のネットワークづくりには、「中核となる人材・組織」や「ネットワークを支える仕組み(財源)」が必須になります。その上、地域の状況(精神科医療や障害福祉サービス資源、特別支援教育、当事者活動等)に応じて、最善の方法を考え、実施・検証するには、「他の圏域の実践者との詳細な意見交換」が欠かせません。

強度行動障害支援者養成研修(基礎研修・実践研修)は、ひとりでも多くの人に、強度行動障害の現

状の厳しさを知らせてもらい、障害特性を理解する方法と基本的な支援の枠組みを理解し、さらにチームで適切な支援体制を組むための最低限の知識を学ぶためのカリキュラムを提供しています。強度行動障害者支援のスーパーバイザー養成や地域の支援体制構築の中核メンバーの養成を行うものではありません。いくつかの地域や専門家が試行的に始めた段階です。

しかし、強度行動障害者支援者養成研修は、地域の強度行動障害者支援の最前線で開催している、実践者が中心となり企画・実施することを推奨しています。研修の企画・運営の主体がどこであれ、強度行動障害者の実験経験が乏しい、地方自治体の研修担当者や大学や専門学校教員が中心にプログラムを実施することは、この研修の本来の主旨から外れます。強度行動障害者養成研修は、都道府県単位で（人口規模の小さな県では近隣の県と協同開催も検討して下さい）、最前線でお互いの支援内容や課題を共有同に会し、研修プログラムの企画・運営を議論すると同時に、定期的にお互いの支援内容や課題を共有できる場として、活用して欲しいのです。モデル研修（カリキュラム）の中に、様々な支援現場の実践報告や家族からの情報提供を加えている理由は、このような地域の事業所・支援員同士の情報交換を活性化し、ネットワーク作りの促進を図りたいと考えているからです。

私たちの目指す目標は、あまりにも現実離れした、理想が高すぎる空論ではありません。しかし、支援の方法論が概ね固まっているのに、強度行動障害があり通常では考えられない生活上の困難さを抱えている人が全国にかなりの数いるにもかかわらず、適切な支援ができずに受け入れ拒否に直面している当事者・家族がたくさんいることを忘れてはいけません。さらに、1つの組織・事業所に、強度行動障害者支援を集約することによる、悲惨な暴行（虐待）事件が繰り返し起きていることも、私たちは知りました。どんなに高い理想であっても、歩みを進めずして、強度行動障害者が安心した生活は送れません。そして、その地域における障害者の権利擁護や差別解消に向けての文化醸成もあり得ません。

表1. 強度行動障害判定基準表

障害支援区分調査項目等	0点	1点	2点
3-3 コミュニケーション	1. 日常生活に支障がない	2. 特定の者であればコミュニケーションできる 3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる	4. 独自の方法でコミュニケーションできる 5. コミュニケーションできない
3-4 説明の理解	1. 理解できる	2. 理解できない	3. 理解できているか判断できない
4-7 大声・奇声を出す	1. 支障が不要 2. 稀に支障が必要 3. 月に1回以上の支障が必要	4. 週に1回以上の支障が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支障が必要
4-18 異食行動	1. 支障が不要 2. 稀に支障が必要 3. 月に1回以上の支障が必要	4. 週に1回以上の支障が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支障が必要
4-19 多動・行動停止	1. 支障が不要 2. 稀に支障が必要 3. 月に1回以上の支障が必要	4. 週に1回以上の支障が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支障が必要
4-20 不安定な行動	1. 支障が不要 2. 稀に支障が必要 3. 月に1回以上の支障が必要	4. 週に1回以上の支障が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支障が必要
4-21 自らを傷つける行為	1. 支障が不要 2. 稀に支障が必要 3. 月に1回以上の支障が必要	4. 週に1回以上の支障が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支障が必要
4-22 他人を傷つける行為	1. 支障が不要 2. 稀に支障が必要 3. 月に1回以上の支障が必要	4. 週に1回以上の支障が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支障が必要
4-23 不適切な行為	1. 支障が不要 2. 稀に支障が必要 3. 月に1回以上の支障が必要	4. 週に1回以上の支障が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支障が必要
4-24 突発的な行動	1. 支障が不要 2. 稀に支障が必要 3. 月に1回以上の支障が必要	4. 週に1回以上の支障が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支障が必要
4-25 過食・反すう等	1. 支障が不要 2. 稀に支障が必要 3. 月に1回以上の支障が必要	4. 週に1回以上の支障が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支障が必要
てんかん発作の頻度 (医師意見書による。)	1. 年に1回以上	2. 月に1回以上	3. 週に1回以上

【資料】強度行動障害に関する研究と支援の歴史

1 この資料の目的と結論

強度行動障害という名称は、1988年にスタートした行動障害児(者)研究会において命名されたものです。頻繁な自傷や他害等の行動ゆえに、強度に適応行動障害を見せる障害児(者)という意味からこの名称が採用されました。当時の定義は、「精神科的な診断として定義される群とは異なり、直接的他害(噛みつき、頭突き等)や、間接的他害(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く処遇の困難な者」とされています。また、「家庭にあって通常の育て方をし、かなりの養育努力があっても著しい処遇困難が持続している状態」と付け加えられています。

行動障害児(者)研究がスタートするさらに20年前、1960年代後半より、行動障害が著しい人たちにに対する支援の困難さと、何らかの施策の必要性が訴えられています。年代により、障害の原因や特性に関する専門的知見、福祉や教育の仕組み、療育や支援技法の発展、障害のある人の権利に対する考え方や、そして政治・経済状況等、大きく異なります。「行動障害が著しく支援が困難である」と問題提起されてきた対象者が、過去45年間、同一の状態像の人たち(グループ)を指しているとは限りません。

この資料は、これまでの強度行動障害あるいは関連する、資料・文献を中心に、強度行動障害ならびにその近隣領域の障害者に対する研究や支援方法の発展について、歴史的な経過からまとめることを目的とします。また、可能な限り、平易な表現を用いることを心がけます。全国の強度行動障害支援者養成研修(実践研修)の参考資料としてご活用いただければ幸いです。なお、この資料の概要は、以下の5つにまとめることができます。

- 強度行動障害とは、本人の(生物学的、心理発達の)障害特性と環境との相互作用により生まれると考えられており、適切な支援が継続的に行われることで、多くは改善傾向がみられる。
- 強度行動障害に関する実践的研究により、適切な支援の基本的な枠組みは10年前に提案されており、その内容は、今に至るまでほとんど変わっていない。しかし、全国の多くの障害福祉関係機関では、この基本的な枠組みに沿った対応を継続して実施することが難しい。
- 約20年前に「強度行動障害判定基準表」が作成されて以降、障害福祉サービス利用における行動障害の判定基準が活用されているが、制度改正により評定項目やカットオフ値が変更され、強度行動障害を対象とした施策の対象者が大幅に増えている。初期の強度行動障害研究の対象者と、現在判定される対象者とは、状態像や支援の必要性が大きく異なる可能性が存在する。
- 発達障害支援法の施行、障害者自立支援法による3障害一元化、罪を犯した障害者の福祉的支援等、最近、障害福祉サービスの対象の変化に伴い、相談支援を中心とした障害福祉サービス事業所等では、これまでとは異なる行動障害への対応が求められている(例:反社会的行動や自

殺念慮等)。このような新たな課題に関する支援のあり方については研究段階であり、今後の大きなテーマである。

- 強度行動障害支援者養成研修では、強度行動障害に対する基本的な支援の枠組みが固まっている、重度の知的障害と自閉症を併せ持つ強度行動障害者(児)を中心に、支援方法の周知を測り、地域における支援体制が構築されることを目指す。

2 強度行動障害の名称が生まれる前 (1960年代～1980年代)

(1) 動く重症児対策

強度行動障害ということばが誕生する以前から、同等の問題を抱える人たちの支援の難しさが指摘されています。1960年代後半になると、「動く重症児」ということばが登場し、何らかの対策が必要であると議論されています。重症心身障害児の専門施設が設立され、その後、全国の国立療養所においても、重症心身障害児者の受入が開始された頃です。そして、1970年には、中央児童福祉審議会が、「動く重症児」に関して以下の様な意見具申を行ってしています。

「動く重症児」とは①精神薄弱であって著しい異常行動を有するもの、②精神薄弱以外の精神障害であって著しい異常行動を有するもので、「いずれも身体障害を伴うものを含む」として、①に該当するものについては、「重度精神薄弱児収容棟」において、また、これに肢体不自由を伴うものについては、重症心身障害児施設において、特に精神医療についての機能の充実に、医療と保護指導を図るものとし、②に該当するものについては、小児精神病院において治療を行う必要がある。

「動く重症児」については、重症心身障害児者施設ないし精神薄弱児者施設の重度棟に入所するにしても、最新の医療的な対応、特に濃厚な精神医療がなければ、保護が不可能と考えられていました。なお、この意見具申の後も、「動く重症児」に対して有効な手立てを見出すことができず、「全国重症心身障害児(者)を守る会」において、その後も要望書で「動く重症児対策の確立」を毎年掲げています。

なお、当時「動く重症児」の医療や支援に携わった関係者からのインフォーマルな聞き取りでは、「動く重症児と強度行動障害は明らかに状態像が異なる」と明言する人がいる一方、「重症心身障害児の病棟に多動で行動障害が顕著な、今だと自閉症と診断される子どもがいた」と振り返る人もいます。

(2) 精神科医療を中心としたモデル事業

ほぼ同じ頃、「動く重症児」とは別の方向から、強度行動障害と想定される児童へのアプローチが始まっています。1969年にモデル的に、東京都(梅ヶ丘病院)、大阪府(中宮病院)、三重県(高茶屋病院)の公立病院に自閉症児施設が整備され、翌年からは、この自閉症児施設における療育費用に対して国が助成を行うこととして、厚

生事務次官通知が出されています⁸⁾。

このモデル施設は、精神医療を中心に、教育、心理、介護、看護等のチームワークで療育を行う機関です。ところが、専門の自閉症療育施設のひとつである梅ヶ丘病院の当時の状況を記した資料があります。当時、藤原は、「昭和40年以降梅ヶ丘病院に入院を予約していた131名の精神薄弱児について入院を希望する理由を調べると、その多い方から、…落ち着きなく多動・乱暴な行動が多い、不潔行為(失禁、弄便など)・反抗的・不眠・亢奮・集団に入れない・ずいずいが多い、言葉がない、生活全部介助を要する、周囲へ無関心・極めて自閉的、てんかん発作頻発・家からの飛び出し、遠出する・奇声大声をあげる…」という順になる。知能の程度はIQ30以下の重症例が大部分であった。」と記しています。さらに、「両親として精神病院より精薄施設を希望するほうが多いが、精薄施設側ではなるべく重症や落ち着きなく動きの多い子はさけてこれは精神病院でない」と無理である」と断ら

れてしまう」と、治療効果を期待されない入院が多数存在していたことがわかれます⁹⁾。

動く重症児対策として、濃厚な精神医療の提供の重要性が指摘されていますが、精神医療を中心に、モデル的に多職種チームワークで行う療育の現場では、行動障害が著しい重症・最重度の知的障害児者の対応に懐疑的であったと考えられます。なお、このモデル的な自閉症療育のその後の変遷は、1980年の児童福祉法の改正により、医療型の第一種自閉症児施設、福祉型の第二種自閉症児施設に区分され、現在に至っています。

(3) 自閉症の療育と強度行動障害

今では、強度行動障害の多くは自閉症(あるいは自閉症スペクトラム)であることが知られています。しかし、動く重症児や初期の自閉症対策がスタートした段階では、重症・最重度の知的障害児者に自閉症の診断がつくことは、ほとんどありませんでした。

自閉症の診断基準については、専門家の間でも長らく一致を見ていませんでした。日本で最初の自閉症の症例報告がされたのが1952年です。そして、1978年に、ようやく厚生省から「自閉症の診断の手引(案)」が発表されています。内外の自閉症研究の成果から、専門家間で概ね自閉症の障害の本質や診断基準についてコンセンサスが得られるまで、四半世紀の時間が必要でした。当時、中根(1978)は、「『まず自閉症というものがあって、それを基礎に言語・知能・行動面に障害が起こってくる』という考えから『他の、より基本的な障害—たとえば言語や認知の障害をもたらすであろう障害—のために自閉的といわれる行動上の障害が起こってくる』のであり、自閉も症状の一つにすぎない」とする考えへの見方の変換である。いわば天動説から地動説へとというコペルニクスの転換であり、…」と記しています。「自閉症とは発達期からの認知機能の障害が中核である」と専門家間でコンセンサスを得られるまで、長い時間を要しており、それゆえ、治療や支援の現場で様々な混乱が生じていました。ところが、1978年出版の中根の論文においても、重症・最重度の知的障害児者を「自閉症」と診断することは困難であると記されています¹⁰⁾。

強度行動障害と自閉症との関連性が明らかになったのは、1980年代に入ってからです。自閉症児親の全国協議会(現、一般社団法人日本自閉症協会)が行った最初の大規模調査においては、15歳以上の自閉症児者249人のうち、20%は決まった所に一人で外出することができない、15%は新しい場所に適応することができない、そして12%は常に「異常行動」があると回答しています¹¹⁾。また、行動障害児(者)研究会が1989年に行った全国の児童相談所ならびに更生相談所を対象とした調査では、強度行動障害のうち自閉症と診断されていたの

は、それぞれ25%、18%でした⁸⁾。

1980年代は、自閉症を中心とした心身障害児に対して、個性性の高い、多様な療育技法が開発され、その効果が検討された時代でもありました。佐々木(1982)は、「従来の心理治療(遊戯療法)主導であった時代の予後が、多くは悲観的であったこと反省を含めて、早期からの感覚運動統合訓練、神経心理学や学習理論に基づいた各種の認知学習や社会適応上の生活指導など、幅広い治療法の開拓と実践と成果の確認が進行中であり、このあたりの問題を整理・検討する必要がある」と記しています¹⁰⁾。

1970年代初期に重度精神薄弱児収容棟や重症心身障害児施設で支援が難しくとされた「動く重症児」、精神医療を中心とした多職種の専門チームによるモデル的な病院において「治療効果が期待されない重症例」に対して、1980年代になると、自閉症の障害の本態に関する新たな理解の広がりと同時に開発された様々な療育技法が試みられる時代へと変化してきたのです。残念ながら、この段階では、行動障害が著しい重度の知的障害者の問題解決に向けての、有効な手がかりが見つかっていません。

そして、80年代後半になり、ようやく単独の療育ではなく、総合的・全体的なアプローチの重要性に気づき、強度行動障害児(者)研究会がスタートしました。

「明らかに強度行動障害問題は『複合的』な問題なのである。強度行動障害児(者)への、真に有効な対応とは、それらの様々な課題に対して総合的・全体的に対応しうるものでなければなりません。それゆえ、我々は、この福祉、医療、教育の立場を統合し、家庭や本人に好ましいあり方を実現すること、これらを強度行動障害問題への基本的な立場とした。」とは、どう研究会スタート時に基本的スタンスです。

(4) 障害児をとりまく大きな社会の変化

行動障害が著しい人への問題が表面化した1960年代後半から、強度行動障害ということばが誕生した1980年代後半までの約20年の間に、障害児をとりまく社会的な環境は大きく変化しました。

そのひとつは、1979年の学校基本法改正です。養護学校の義務化が実現し、どんな障害があっても、すべての子どもたちが学校に通うようになりました。以前は就学免除されていた、行動障害の著しい知的障害児が学校に通うようになったのです。見方を変えると、少なくとも義務教育の9年間、安全で健康的な活動を保障した「日中の通い場所」が全国に整備されたのです。これ以降、児童期に精神科病院へ入院、あるいは施設へ入所を希望する知的障害者は明らかに減少しています。例えば、知的障害児入所施設の入所者数は、1975年時点で2.7万人を越えていましたが、1990年台には1.9万人まで減っています。施設には18歳以上の加齢児がかなり存在していたと推測されますので、純粋に児童期の入所者数の減少は、この数字以上だと考えられます。

もうひとつの大きな変化は、1981年の国際障害者年です。私たちの国においても、「完全参加と平等」の実現に向けての長期計画が策定される時代になったのです。この年が、障害者の権利の尊重と差別禁止に向かうターニングポイントであり、同時に保護政策から地域生活を支える仕組みづくりに向かった時期でもあります。

専門的な医療・福祉の実現を目指していた自閉症対策も、この間に大きく変容していききました。特に、自閉症の専門的な療育機関として設置された医療型の自閉症児施設(第一種自閉症施設)は、実際に施策が動き出した1980年頃には、「医療から、教育・福祉の対策へ」という時代に変わろうとされていました。

強度行動障害児(者)研究は、先駆的に研究と実践に取り組んできた、弘済学園、あしたば中野学園(次年度、かしわ学園)、秩父学園といった知的障害児の入所施設を中心にスタートしました。1980年代後半、全国の児童入所施設の利用者数が減っていく中、先駆的な実践で成果をあげていた施設では、自宅や地域での生活が困難になった強度行動障害のある子どもが入所者が増えたようです(特に、施設に隣接した場所に養護学校が設置された施設では、その傾向が顕著でした)。当時、行動障害が著しい子どもたちが地域生活を続けていくには、教育ならびに福祉の支援が不十分であったと推測されます。その根拠として、行動障害児(者)研究会(1989)の調査結果で、当時の施設の種別に強度行動障害のある者の割合をまとめています(表1)。この表から、強度行動障害者が在籍していると考えられた4種類の施設のうち、施策として拡大しなかった自閉症施設を除き、強度行動障害の割合が明らかに高いのは知的障害児入所施設(13.7%)であることがわかります。

表1. 研究初期段階における各施設の強度行動障害の割合(行動障害児(者)研究会(1989)より)

施設種別	強度行動障害者数	在籍数	割合
知的障害児入所施設	977	7,113	13.7%
知的障害者入所更生施設	1,577	20,066	7.9%
自閉症施設(1種・2種)	162	384	42.2%
重心施設(国療重心委託含む)	663	8,452	7.8%
合計	3,379	36,015	9.4%

(5) ここまでの整理

行動障害が著しい知的障害児者の存在と、その支援の難しさについては1960年代後半から指摘されています。しかし、強度行動障害といった名称を提案し、特別なグループとして支援のあり方が研究されたのは、その後20年近く経ってからです。その間に、

- ① 自閉症の中核障害は認知機能にあり、教育や福祉の役割が重視されるようになった
- ② 障害の重い子どもたちが学校に通い地域で生活する時代に変化した
- ③ 行動障害が著しい子どもたちが地域で生活を続けるに十分な教育・福祉の資源がなく、知的障害児入所施設を希望する人が増えていた
- ④ 単独の效果的な療育技法は存在せず、経験則として総合的・全体的な支援が必要であることに気づいた。

1960年代後半から1980年代までの経過をまとめたものが図1です。その後、強度行動障害のある人の支援のあり方については、

- ① 予防を含め効果的な支援技法の開発
 - ② 地域生活を続けていくための仕組みづくり
- といった、2つの方向に進んでいくこととなります。

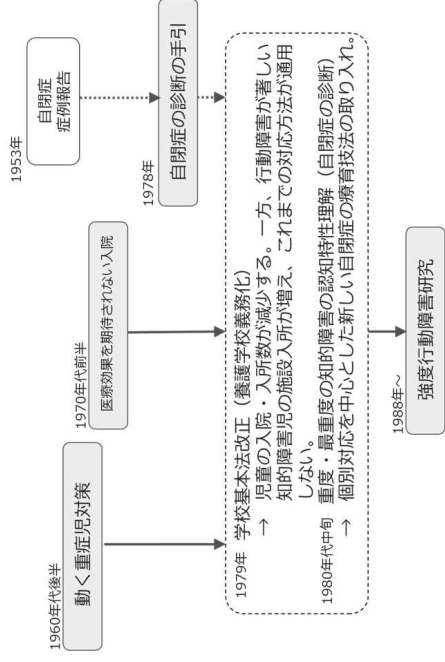


図1. 強度行動障害の名称が誕生する前の経過

3 コンセンサスが得られた支援技法(1990年代～現在)

(1) 強度行動障害を対象とした施策の誕生

強度行動障害に関する研究成果を受け、厚生省(現厚生労働省)では、いくつかの施策を実施しています。これ以外にも、地方自治体単位で、独自の仕組みが存在していたと思われまます。図2は、強度行動障害研究がスタートしてから強度行動障害支援者養成研修に至るまでの、国の施策について概略図としてまとめてあります。

ちなみに、強度行動障害研究がスタートしたきっかけについて、高橋は次のように記しています¹⁾。「こんな逸話が残っています・・・昭和63年(1988)年6月、保護者から届いた一通の私信をテーマに、当時の厚生省障害福祉課長浅野史郎氏が弘済学園を訪れました。氏は、そこで観た『異常行動の激しい子どもたち』のビデオに痛く触発され、取り組みの緊急性を痛感したと・・・」そして、浅野氏が、強度行動障害の名付け親であったとされています。行動障害児(者)研究の成果を受けて、最初に誕生したのが「強度行動障害特別処遇事業」であり、1993年から5年間実施されました。この事業は、強度行動障害児・者を対象に、精神薄弱児施設、第2種自閉症児施設、精神薄弱者施設等において、①個室等の建物設備(各施設定員4人)、②指導員・精神科医・心理療法師等の専門指導員配置、③個別の支援プログラム作成による3年間の集中的・有期限支援という際立った特徴のある事

業でした。しかし、入所施設におけるこの事業は、一人あたりの報酬単価が当時の精神薄弱者援護施設の倍程度であったにも関わらず、事業実施施設は当初の3施設から、最終年である1997年においても、全国17施設に留まっています。

わが国最初の、強度行動障害を対象とした画期的な事業については、結局5年で廃止され、1998年からは、強度行動障害特別処遇加算費として一般予算化されています。その後、2003年の支援費制度におおても、知的障害児・者施設において同様の加算の仕組みが引き継がれ、2006年の障害者自立支援法以降は、重度障害者支援費加算(Ⅱ)として入所施設における重複加算が引き継がれました¹²⁾。

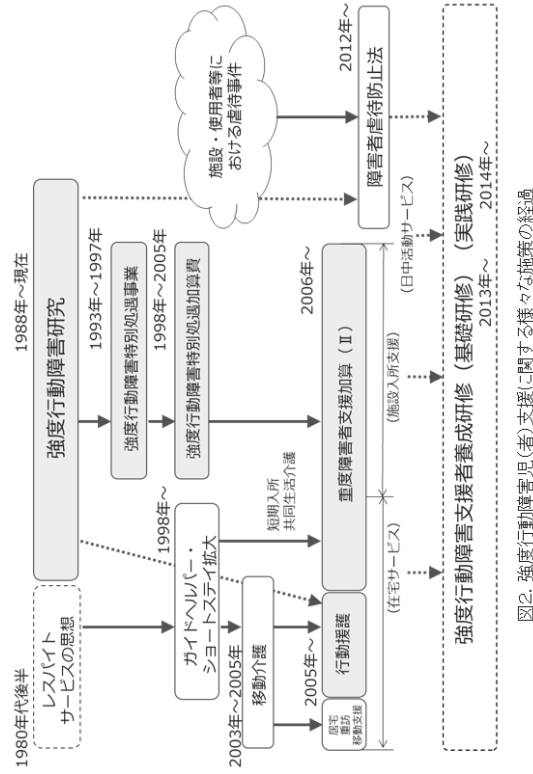


図2. 強度行動障害児(者)支援に関する様々な施策の経過

在宅サービスにおいて、強度行動障害を想定した施策は、現在、行動支援と短期入所・共同生活介護における重度障害者支援費加算が存在します。そして、2013年より、強度行動障害支援者養成研修のプログラムを作成し、都道府県地域生活支援事業のメニュー項目として加えられました。なお、在宅サービスが生まれた経過については、後述します。

(2) 実践的な研究から生まれたベスト・プラクティス

強度行動障害を対象とした実践的な研究は、いくつかの研究班において、現在に至るまで継続的に実施されています。初期の研究では、強度行動障害のある人の実態と著しい生活上の課題やその背景を明確にすることを目的としていました。また、典型的な強度行動障害の事例に対して、先駆的な支援を行っている事業所の実践とその効果の評価も行われています。

飯田らは、1998年より厚生(労働)科学研究として強度行動障害の支援に関する実践的な研究を、2006年まで

3期9年間継続して行っています。その経過において、主任・分担研究者の実践フィールドである、弘済学園、第二おしま学園、旭川児童院間で、継続的かつ頻繁な事例検討を通して、強度行動障害支援にとって特に有効であった支援の洗い出しが行われました。結果として、明らかになった有効な支援方法は、表2のようにまとめられています¹³⁾。科学的な証明が十分とはいえないまでも、現在でも、強度行動障害の支援に精通した多くの施設等で納得できるベスト・プラクティスです。

表2. 強度行動障害に共通して有効であると考えられる支援方法(有効度の高い順から)

- ① 構造化を図ることで本人に了解しやすい環境整備
- ② 話しことばに依存しない視覚的なコミュニケーション方法の活用
- ③ 薬物療法を代表とする医療との連携
- ④ キーパーソンを中心に信頼を回復できる対人環境
- ⑤ 静穏環境を整え知覚過敏への予防
- ⑥ 生活のリズムを整え生理的な快適さを生み出す等をあげている。
- ⑦ 自立してできる活動を見つけて成功経験を積み
- ⑧ 十分な時間をかけて対応する

このベスト・プラクティスに、最も大きな影響を与えたひとつが、米国内ノースカロライナ州において全州規模で実施されていた自閉症の包括的な支援プログラムである、TEACCHプログラムの日本における普及です。

前項で記した通り、1970年代から80年代にかけて、日本において自閉症に関する様々な療育プログラムが開発(あるいは欧米からの輸入)され、それぞれの成果の確認と統合・整理が試みられてきました。TEACCHプログラムでは初期段階から、「自閉症とは、人間のコミュニケーションをはじめ、認知的、社会的、そして行動上の機能に大きな混乱や影響を及ぼす複合的な障害であり、この重症性と複合性に対応するための療育は、従来の各種治療法を単純に組み合わせただけのアプローチではまったく不十分である」と考えていました。行動障害児(者)研究会においても、当初から、強度行動障害に対して「総合的・全体的に対応しようものでなければなりません。明記しており、TEACCHプログラムの影響をうけるのは必然の流れであったと考えられます。

ちなみに、1990年前半、TEACCHプログラムを支える哲学と理論は次の7つにまとめられています¹⁴⁾。

- ① 自閉症の障害の本質は中枢神経系を含む器質的な問題であり、それが周囲の世界や状況の見出しに混乱や影響を及ぼしている
- ② 療育は両親と専門家が密接な協力関係を維持しながら実施する
- ③ 療育者はスペシャリストではなく、それを超えてジェネラリストでなければならぬ
- ④ 療育プログラムは包括的に調整されなければならない
- ⑤ 全生涯にわたって支援し続ける
- ⑥ 療育は必ず個別的理念のもとに実施する
- ⑦ 治療や教育は構造化の方法を応用することが効果的である

おける重度障害者支援加算であります。2006年に障害者自立支援法が施行されてから、十分とは言えないまでも、強度行動障害のある人を地域で支える仕組みが少しずつ整備されてきており、安定した地域生活へ向けての実践が報告されるようになってきました¹⁸⁾。

(4) 障害者虐待と行動障害に対する適切な支援

2012年10月より障害者虐待防止法が施行されています。過去、施設等において、行動障害が著しい知的障害者の虐待事件が起きており、これらが法整備の背景になっていると言われています。虐待防止といった視点から、強度行動障害への支援の重要性が強調される理由は、いくつかの資料から明らかになっています。

厚生労働省では、平成25年度障害者虐待防止・権利擁護指導者養成研修を開催しており、その研修プログラムの中に「強度行動障害のある人への身体拘束・行動制限の防止」が加わっています。また、法施行後最初の半年間の障害者虐待の実態調査結果からは、養護者虐待認定件数のうち、強い行動障害の人は、9.2% (12人)、行動障害のある人は15.7% (209人)、施設従事者等虐待のうち、強い行動障害の人は6.8% (12人)、行動障害のある人は11.9% (21人)存在していました¹⁹⁾。さらに、法施行後2ヶ月目に、知的障害児施設において強度行動障害のある入所者が支援員の暴行により死亡する事件が発生しました。この問題の検証委員会の中間報告においても下記の通り、強度行動障害のある人が虐待を受けるリスクを指摘しています²⁰⁾。

- 虐待(暴行)の原因の一つには、個人の問題として、支援スキルが不十分であり、また、虐待防止についての基礎的知識がない、と言うことが挙げられる。このため、支援に行き詰まり、行動障害を抑えるために暴行に至った面があることは否定できない。
- 支援に行き詰まりかけていた段階で、始めは緊急避難的な過剰防衛としての力を行使していたと考えられるが、だんだんとその方が通常の支援より楽だと思い、通常の適切な支援の実施に努めずに、安易に暴行を行うことを繰り返していた。
- 自ら外部に暴行を受けたことを訴える能力があると判断できる利用者に対しては暴行を行わず、通常の支援を選択しており、暴行の対象となったのは、自らの声を外部に伝えることのできない利用者であった。

(5) ここまでの整理

強度行動障害に関する研究がスタートしてから25年が経過しました。その間、強度行動障害を想定した事業もいくつか誕生しており、支援の基本的な枠組み、ベスト・プラクティスも10年程まえからほぼ固まっています。しかし、全国の多くの障害福祉関係機関では、このようなベスト・プラクティスを実施することが容易ではない現実があります。そして、強度行動障害のある人を対象に、不幸な虐待・暴行が無くなりません。

このような現状を踏まえ、厚生労働省では、施設入所支援、日中活動支援、在宅サービスといったあらゆる障害福祉サービスにおける、強度行動障害者に対応する専門的な人材の育成を急務の課題と考えています。そして、2013年度より強度行動障害への対応を中心とした研修体系の整備に着手することになりました。

また、日本の強度行動障害者支援のベスト・プラクティスは、入所施設を中心としたものであったが、TEACC Hプログラムは家庭やグループホームを基盤とした地域社会を日常生活している点に大きな違いがありました。

(3) 入所施設から地域生活支援に向けて

制度としての強度行動障害特別処遇事業から10年、岡山県の旭川荘におけるベスト・プラクティスによる成果を中島は次のようにまとめています¹⁵⁾。

- ① 最重度の知的障害と自閉症を併せ持つ強度行動障害に対する処遇事業において多くの対象者は行動問題が改善され施設内で安定した生活を送っている
- ② 事業において児童相談所・厚生相談所・福祉事務所などの行政関係者を交えた定期的な連絡調整会議を開催することで圏域の強度行動障害対策の重要性の認識が深まった
- ③ 圏域の関係機関で任意の事例検討会を開催する中で、自閉症成人の暮らしのQOLを検討し、施設の役割や専門性を問い直す意識改革が行われた。

一方、処遇事業で行動が改善されたにしても、在宅生活を可能にするような地域資源の絶対的不足を課題としてあげています。その理由として、「3年の特別処遇の環境下ではかろうじて行動問題は改善したとしても、良い状態の維持のためにはそれ以後も特別処遇と同程度に構造化された特別支援を必要とすること、さらに知的に最重度で自立度が低ければ介護にもマンパワーを必要とする実態がある」と記しています。

ここで、在宅生活を支えていく施策の歴史を簡単に振り返ります(図2参照)。
1970年台後半より、在宅重度心身障害児(者)緊急保護事業がスタートしました。これは、介護者の傷病、出産、冠婚葬祭等により、一時的に施設入所を可能とする事業のことです。この緊急保護の対象者が、「介護疲れの体業」等の私的理由により、一時的に施設入所を可能となったのは、1989年からです。ちょうどその頃、レスパイトサービスの理念が欧米より紹介されました。レスパイトとは「障害のある人のケアを家族から一時的に代行することによって障害のある本人と家族にもうひとつの時間と機会を提供する家族支援サービスの一形態」のことです。当時、学校が完全週5日制に段階的に移行する時期でもあり、このレスパイトサービスは、障害児者の家族や地域福祉関係者に瞬く間に広まりました。緊急一時保護という名称より、ショートステイ(短期入所)という呼び名が広く使われるようになってきたのもこの頃です¹⁶⁾。

一方、身体障害者へのガイドヘルパー制度が、知的障害者に拡大したのが1998年です。ガイドヘルパーとは、障害のある人の外出を支援することで、積極的に社会参加の促進を目指す制度です。行動障害のある人にとっては、ガイドヘルパーと外出することで、その間、家族の休息や家事等を保障する機能がまりました。つまり、レスパイトです。この制度は、移動介護、そして移動支援と名称を変え、2006年以降は市町村地域支援事業のひとつとして全国で展開されています。そして、強度行動障害のある人に特化した、より専門的なスキルを持ったガイドヘルパーが外出等のサービスを提供する事業として、行動援護が2005年に登場しました。現在、強度行動障害に特化した在宅サービス施策は、行動援護以外に、短期入所(ショートステイ)と共同生活介護(ケアホーム)に

4 行動障害をめぐりこれからの課題

(1) 判定基準の変更と対象者の拡大

研究から具体的な福祉施策に移行する際、大きな課題になるのは、その対象者を明確に説明(区分け)する根拠です。強度行動障害に関しては、事業や年代により、対象者を判定する基準が異なっています。図3は、事業と年代による、強度行動障害の判定基準の変化をまとめたものです。2003年の支援費制度、2006年の障害者自立支援法、そして2013年に障害者総合支援法と、最近では短期間に障害福祉サービスの体系が大きく変化しています。その流れの中、強度行動障害の判定基準も比較的短期間に変化しています。



図3. 年代と事業による強度行動障害判定基準の変化

国における最初の事業である、1993年の強度行動障害特別処遇事業は、この利用者を判定するために「強度行動障害判定基準表」という11項目で各項目3つの選択肢からなる評価尺度を作成しました。この判定基準は、2012年の障害者自立支援法の改正時まで、入所施設や短期入所・共同生活介護の加算として活用されています。ただし、得点のカットオフ値は、当初の20点以上から、2012年の段階で15点以上に引き下げられました。

もうひとつの判定基準は、2005年からスタートした行動援護のために採用されたものです(正確には、新たな判定基準は2006年より採用)。これは、自立支援給付の仕組みで採用された106項目の障害程度区分の中から、「行動関連項目」を11項目抜き出し、独自に得点化したものです。こちらのカットオフ値は、行動援護のスタート段階で10点以上と定められましたが、2008年より8点以上に引き下げられています。また、2012年より重度障害者支援費加算においても、同様の行動関連項目8点以上がカットオフ値として採用されました。なお、強度行動障害判定基準表と行動関連項目のどちらの判定基準も、問診や観察で、1件15分以内で記述可能なチェックリストであり、その得点化も容易です。

そして、2014年度より「障害者支援区分」が新たに設けられました。この障害者支援区分の中の行動関連項目11項目と医師の意見書によるてんかん発作の頻度から、行動障害の重篤さを判定するようになります。新しい「強度行動障害判定基準表」です。この基準表の合計点が10点以上の場合、著しい

行動障害ありと判断され、障害福祉サービスにおいて手厚い支援が提供される仕組みになりました。具体的には、行動援護が利用でき、施設入所支援や短期入所、共同生活介護における重度障害者支援加算の対象になります。

判定基準とカットオフ値が対象者数にどのような影響を与えるかは、いくつかの調査研究があります。代表的なものとして、鳥取県における障害者支援施設、障害福祉サービス事業所、特別支援学校を対象とした大規模な調査結果を表2に紹介します²⁾。この調査からは、強度行動障害判定基準表で20点以上の人は、障害福祉サービス等を受けている障害者のうち0.9%(26人)程度の発生率であり、一方、行動関連項目で8点以上の人は1.9%(52人)に上昇します。なお、他の調査より発生率が少ない理由としては、障害福祉サービスを利用している身体障害者や精神障害者が含まれているためです(身体障害者や精神障害者を中心にサービス提供している事業所には強度行動障害に相当する人は存在しなかった)。

表2. 強度行動障害の判定基準とカットオフ値による対象者数の変化(N=2,809)

	行動関連項目		合計
	15点以上	8～14点	
強度行動障害	12 (0.4%)	14 (0.5%)	26 (0.9%)
判定基準表	3 (0.1%)	23 (0.8%)	26 (0.9%)
合計	15 (0.5%)	37 (1.3%)	52 (1.9%)

ここでは、強度行動障害の判定方法の詳細やその基準の妥当性については触れません。しかし、強度行動障害者の施策がスタートすると、その対象者の基準は緩和され、拡大してきたのは事実です。厚生労働省が公表している、サービス利用状況ならびに加算対象者数においても、この拡大傾向は明らかになっています。施設入所支援の重度障害者支援加算(Ⅱ)は、行動関連項目に変更する前は全国で2,432人(2011年4月)に過ぎなかったが、新基準で14,901人(2014年4月)に増えていきます。また、行動援護についても、行動関連項目10点の2007年11月で3,204人であったが、8点に引き下げられると7,013人に増えていきます(2014年4月)。

振り返ると、研究から施策が生まれ、実際の運用段階になると、様々な理由から、対象者の基準が緩和されてきました。強度行動障害者として支援を受けている数は確実に増えていきます。正確な数字を現段階では推計できないが、施設入所だけを取り上げても拡大傾向は明らかです。日本知的障害者福祉協会は、平成15年・16年段階で施設利用者の3%、約4,900人が強度行動障害に相当すると見積もっています²⁾。しかし、現時点では、施設入所だけでその3倍以上の約11.5万人が強度行動障害として加算を受けています。2014年度からスタートした、「強度行動障害判定基準表」においても、この拡大傾向は継続するものと考えられます。慎重に推移を見守る必要があります。

強度行動障害の対象者が増えることが問題ではありません。問題は、継続的な実践研究によりまとめられたベスト・プラクティスが、拡大した対象者に有効であるかどうかを検証することです。強度行動障害に関する研究がスタートした当初、あるいは入所施設を中心としたベスト・プラクティスが固まった時点から、強度行動障害と判定される人は何倍にも拡大してきています。初期の実践的な研究の積み重ねで生まれたベスト・プラクティスは、支援

を行う側の高い専門性と絶え間ない努力が求められるものです。一方、新しい強度行動障害の中には、そこまで徹底した支援がなくても、一定の地域生活が可能なの人も多く推測されます。せつかく作り上げ、高い専門性と絶え間ない努力が求められるベスト・プラクティスが全国に広がらず、安易な支援に終始してしまうと、結局、強度行動障害特別処遇事業における対象者相当の人を、施設や地域で支えることができなくなってしまう。強度行動障害者の事業所における受け入れ拒否は、今もって珍しいことではありません。

(2) 施設等における支援の理想と現実

対象者の拡大以外にも、ベスト・プラクティスに影響を与える社会的要因は存在します。ひとつは、障害者の権利擁護と差別禁止の浸透です。

決してネガティブな変化ではありません。ところが、強度行動障害の支援では、従来から、居室の施設、立ち入り空間の制限、ミトン等による自衛行動の予防といった、いわゆる身体拘束や行動制限に相当する対応を多くの現場で行ってきています。代替的な対処方法が考えられず、第三者の意見が反映される委員会等における承認を経たにしても、長期間このような身体拘束を継続している現状は、大きな権利侵害です。理想は、間違いない身体拘束ゼロです。しかし、先駆的な実践研究においても、医療と密接に連携した集中的な支援プログラムを実施しても、難治性行動障害と想定される者が一定数存在することが指摘されています¹⁵⁾。

権利擁護の最大限の尊重と福祉的な支援の可能性とその限界性を知ることは、そして何よりも、支援を提供する施設等の実力を自ら冷静に判断することは、大切です。しかし、この判断は、あまりにも難しい課題です。その上、施設等の運営においては、資金の管理といった、経営的なセンスが求められます。理想と現実との乖離に折り合えが付けられない施設等は、ベスト・プラクティスを継続しようとするワークモチベーションが低下し、同時に虐待が発生するリスクが高まってしまうかもしれないのです。

(3) 障害福祉サービスとしての新たな行動障害対策

行動障害の著しい人への障害福祉サービスとして、もうひとつ重要な課題が残っています。それは、知的障害が軽度ないし知的障害のない人の行動障害についてです。

契機となったのは、2005年の発達障害者支援法の施行です。これ以降、成人期の知的障害のない「生活に生きづらさをもつ」発達障害者の支援が社会的な課題になりました²⁹⁾。発達障害と診断された、あるいはその疑いのある人の中には、他者への危害や自傷行為(例:自殺念慮)等の行動障害を繰り返している人が含まれます。また、障害者自立支援法以降、障害福祉サービスは3障害を一元化したことにより、従来精神保健分野の対象であった精神障害者(例:統合失調症、境界性パーソナリティ障害等)の支援も増えています。さらに、2009年より、厚生労働省では「地域生活定着支援事業」がスタートしました。罪を犯し、矯正施設(刑務所、少年刑務所、留置所、少年院等)を退所した障害者の地域生活支援を、障害福祉サービスが積極的に担う時代になってきたのです。

のぞみの園では2年間にわたり、地域の相談支援事業所が、精神科病院入院した知的障害者にどのような相談を行っているかを探索的に調査しています²⁹⁾。結果は、81事例のうち80%は、知的障害の程度が中度・軽度であり、過去25年の研究や支援が行われてきた、いわゆる強度行動障害者は少数派でした。現在、相談支援事業

が支援に携わっている行動障害の多くは、妄想幻覚等の急性期症状のある人、暴行・窃盗・放火といった反社会的行動を繰り返す人であることが明らかになりました。このような新しい行動障害のある人に対する、福祉サービスのあり方については検討が始まった段階に過ぎず、まだ十分な研究も行われていません。これから検討されるべき課題です。

[文献]

- 1) 行動障害児(者)研究会(1989) 強度行動障害児(者)の行動改善および処遇のあり方に関する研究。財団法人キリン記念財団。
- 2) 岡崎英彦(1968) 講座:行動のある重症児(上)(下)、両親の集い、144-145号。
- 3) 小林提樹(1971) 講座:いわゆる「動く重症児」の問題(上)(中)(下)、両親の集い、178-180号。
- 4) 遠藤浩(2014) 国立コロンビア開設に至る道のり、10周年記念紀要(のぞみの園)。
- 5) 藤原豪(1973) 精神病院における精神薄弱問題について、臨床精神医学、2(12)、79-84。
- 6) 中根晃(1978) 自閉症研究。金剛出版。
- 7) 辻野寿夫(1982) 自閉症児者療育の縦断的研究。平成57年度厚生省心身障害者研究班報告書(班長 佐々木正美)「自閉症の本態、原因と治療法に関する研究」、163-182。
- 8) 行動障害児(者)研究会(1990) 強度行動障害児(者)の行動改善および処遇のあり方に関する研究(II)。財団法人キリン記念財団。
- 10) 佐々木正美(1982) 平成57年度厚生省心身障害者研究班報告書(班長 佐々木正美)「自閉症の本態、原因と治療法に関する研究」。
- 11) 高橋潔(2014) 強度行動障害への取り組みの歴史と現状。かがやき2014年10月号、43-45。
- 12) 大塚晃(2011) 強度行動障害者のサービス体系について。平成22年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業報告書(主任研究者 井上雅彦)「強度行動障害者の評価尺度と支援手続きに関する研究」、5-14。
- 13) 飯田雅子(2004) 強度行動障害を中核とする支援困難な人たちへの支援について。さぼーと11月号、45-51。
- 14) 朝日新聞厚生文化事業団(1994) ノースカロライナ州にみる自閉症治療教育:TEACCHプログラム(朝日福祉ガイドビデオ解説集)。
- 15) 中島洋子(2003) 行動障害をもつ自閉症の地域生活支援:医療・療育施設の立場から。さぼーと8月号、26-30。
- 16) 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設(のぞみの園)(2013) 地域における短期入所(ショートステイ)の利用体制の構築に関する調査について。平成24年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業報告書。
- 17) 荒井龍一(2013) 障害の重い人のグループホームでの生活:個別に支援を受けながら暮らしていくこと。手をつなぐ、694、16-17。
- 18) 村岡幸美他(2013) 重度の知的障害児者が在宅を快適に過ごすために必要なサービスについて□:家庭、

学校、福祉サービスの実際を通して、紀要第6号(のぞみの園)、67-79.

19) 厚生労働省(2014) 平成24年度都道府県・市区町村における障害者虐待事例への対応状況等に関する調査結果報告書.

20) 千葉県社会福祉審議会・千葉県社会福祉事業団(2014) 千葉県社会福祉事業団による千葉県袖ヶ浦福祉センターにおける虐待事件問題、同事業団のあり方及び同センターのあり方について(中間報告).

21) 信原和典(2011) 鳥取県における強度行動障害を有する方への現状等に関する調査:「施設・事業所における強度行動障害のある方への、現状等に係る調査」.

22) 財団法人日本知的障害者福祉協会(2005) 平成15・16年度全国知的障害児・者施設実態調査報告書.

23) 近藤直司(2011) 青年期・成人期の発達障害者へのネットワーク支援に関するガイドライン. 平成23年厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業(主任研究者 近藤直司)「青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン」作成に関する研究」.

24) 本田秀夫(2013) 子どもから大人への発達精神医学:自閉症スペクトラム・ADHD・知的障害の基礎と実践. 金剛出版.

25) 志賀利一他(2013) 精神科病院に入院している知的障害者の実態と医療と福祉の連携に関する研究□.

紀要第6号(のぞみの園)、80-88.