

【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、間接的他人害(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、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して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、制度改正により評価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では、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。

- 強度行動障害者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²⁾。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より、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³⁾。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⁴⁾。

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聴き取りでは、「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⁴⁾。

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てみると、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・集団に入れずいたずらが多い・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うかがわれます⁵⁾。

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したが、精神医療を中心に、モデル的に多職種の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度・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、重度・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いうコペルニクス的転換であり・・・』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、重度・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⁶⁾。

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。自閉症児親の会全国協議会(現、一般社団法人日本自閉症協会)が行った最初に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⁷⁾。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、個別性の高い、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の反省を含めて、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く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いとされた「動く重症児」、精神医療を中心とした多職種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た訳ではありません。

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らない。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1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」という時代が変わろうとしていました。

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 年台後半、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の入所者が増えていたようです(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¹⁾。

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 単独の効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。

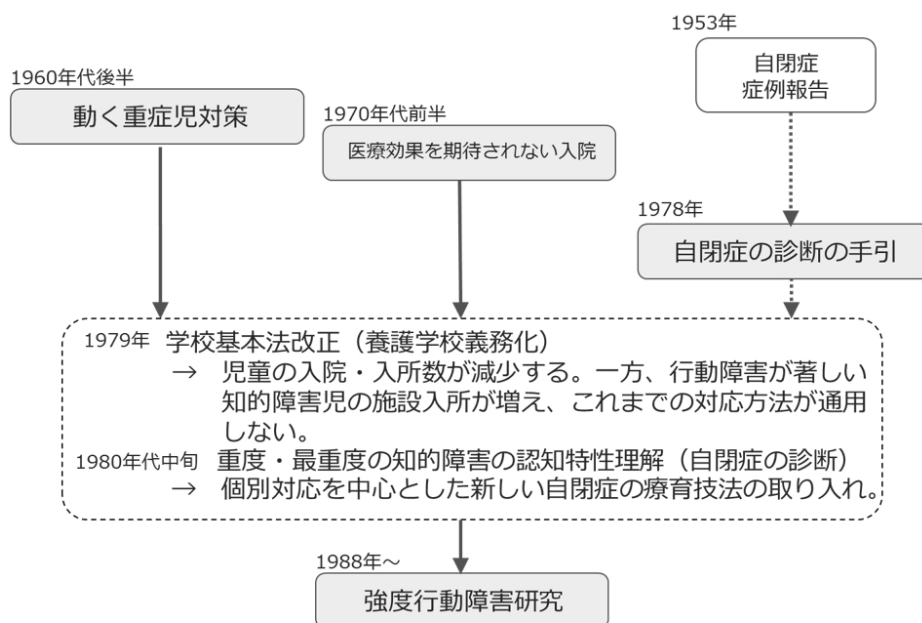


図1. 強度行動障害の名称が誕生する前の経過

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(現厚労省)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たものである。

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¹¹⁾。「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そうです。

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・心理療法士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かかわらず、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した。

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⁾。さらに、2015年4月の障害者福祉サービス等の報酬改定においてその詳細が見直され、①強度行動障害支援者養成研修(実践研修)修了者を配置した体制を整えた場合7単位/日、②強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者が、実践研修修了者の作成した支援計画シートに基づき、強度行動障害を有する者に対し夜間に個別の支援を行った場合180単位/日、加算されることになりました。

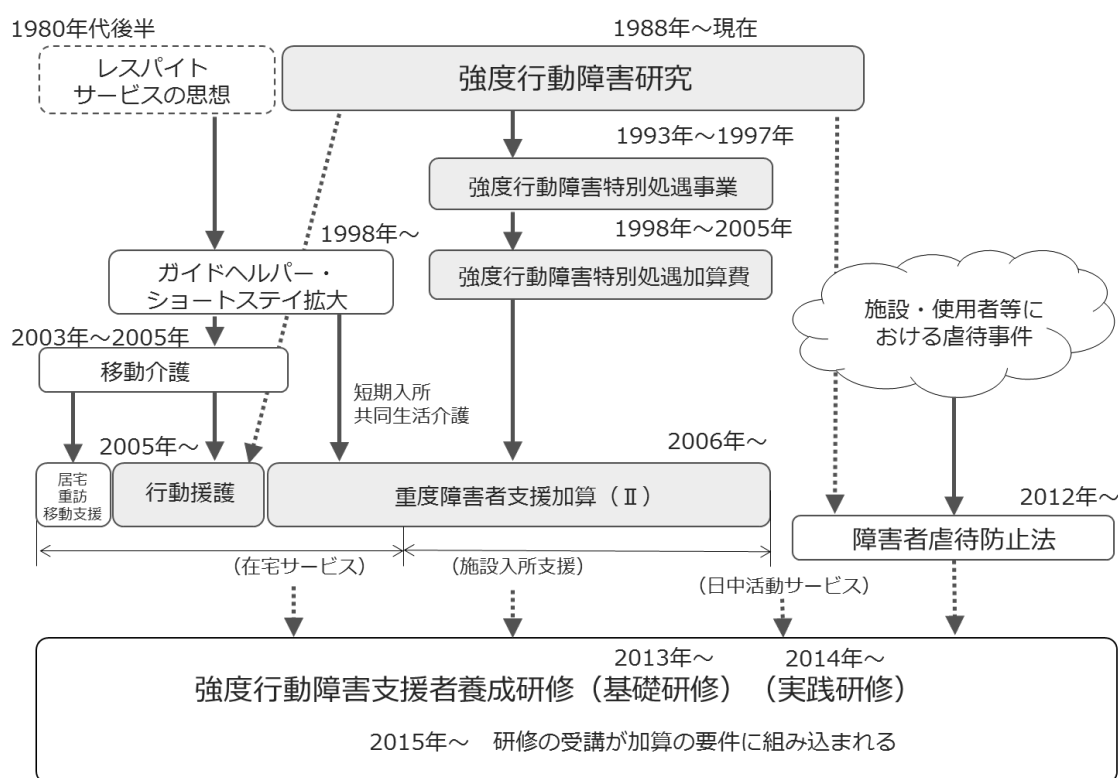


図2. 強度行動障害児(者)支援に関する様々な施策の経過

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、行動援護と短期入所・共同生活援助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⁾。科学的な証明が決して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)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">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成功経験を積む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る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・全体的に対応しうるものでなければならない」と明記しており、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通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ない
- 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 療育は必ず個別的な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

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、TEACCHプログラムは家庭やグループホームを基盤に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、「介護疲れの休養」等の私的理由においても利用ができるようになったのは、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の理念は、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ありました。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^{17) 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%(122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、とすることが挙げられる。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。

4 行動障害をめぐるこれからの課題

(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の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

なりました（表1参照）。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、共同生活援助における重度障害者支援加算の対象になります（ただし、いずれも強度行動障害支援者養成研修、行動援護従業者研修の受講等の要件を満たしていることが必要）。

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²¹⁾。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（身体障害や精神障害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	20点以上	12 (0.4%)	14 (0.5%)	26 (0.9%)
判定基準表	10～19点	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²²⁾。しかし、現時点では、施設入所だけでその3倍以上の約1.5万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

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いと推測されます。せっかく作り上げ、高い専門性と絶え間の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います。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、居室の施錠、立ち入り空間の制限、ミトン等による自傷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ているにしても、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、間違いなく身体拘束ゼロです。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、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²³⁾ ²⁴⁾。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行う人が含まれます。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が変わってきたのです。

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²⁵⁾。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) 国立コロニー開設に至る道のり. 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) 淀野寿夫(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. さぽーと 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. さぽーと 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) 村岡美幸他(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III: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わる調査:「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II. 紀要第6号(のぞみの園), 80-88.

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. 支援が不要 2. 稀に支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
4-16 異食行動	1. 支援が不要 2. 稀に支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
4-19 多動・行動停止	1. 支援が不要 2. 稀に支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
4-20 不安定な行動	1. 支援が不要 2. 稀に支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
4-21 自らを傷つける行為	1. 支援が不要 2. 稀に支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
4-22 他人を傷つける行為	1. 支援が不要 2. 稀に支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
4-23 不適切な行為	1. 支援が不要 2. 稀に支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
4-24 突発的な行動	1. 支援が不要 2. 稀に支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
4-25 過食・反すう等	1. 支援が不要 2. 稀に支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
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