

## 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)。

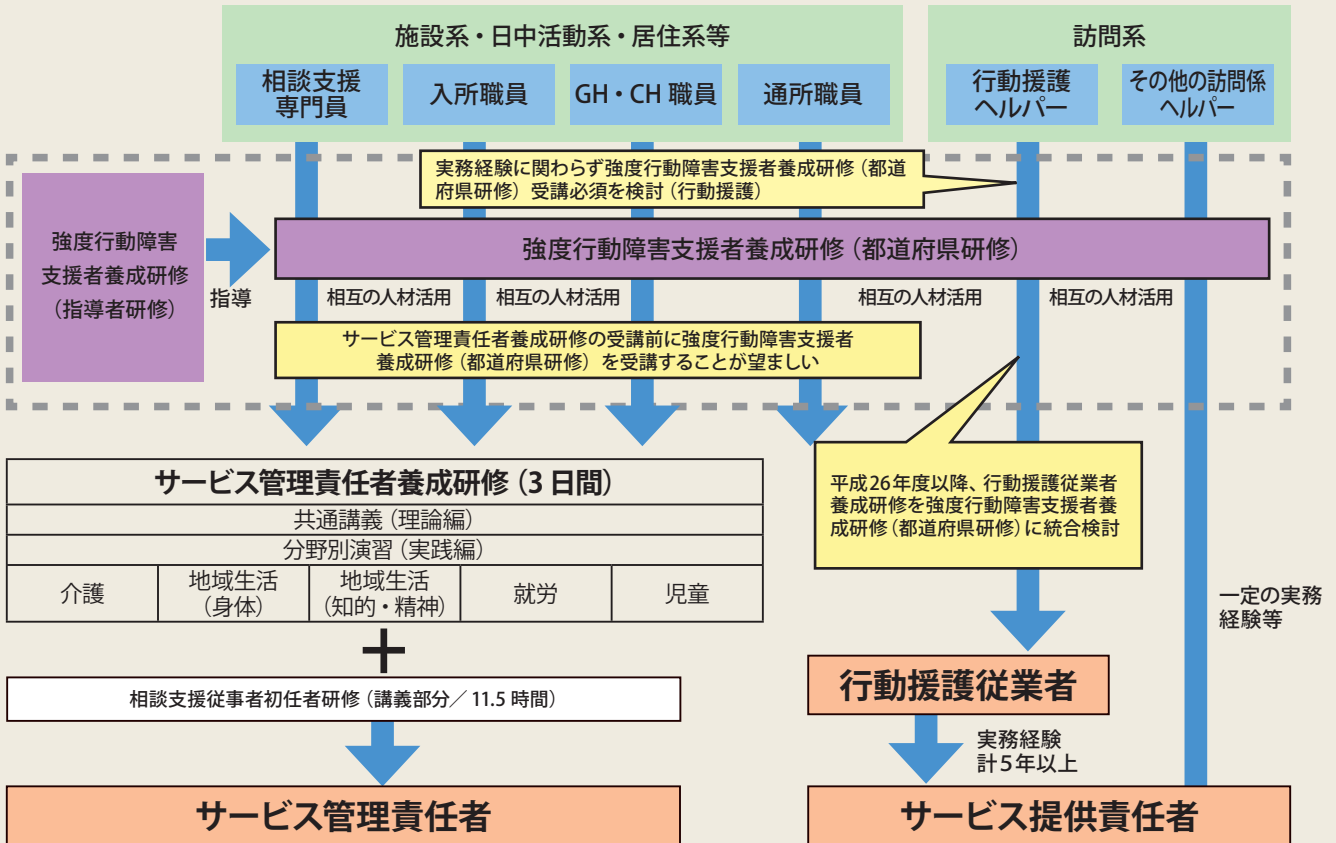


図 II-1-1 強度行動障害支援者養成研修のスキーム

## 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。

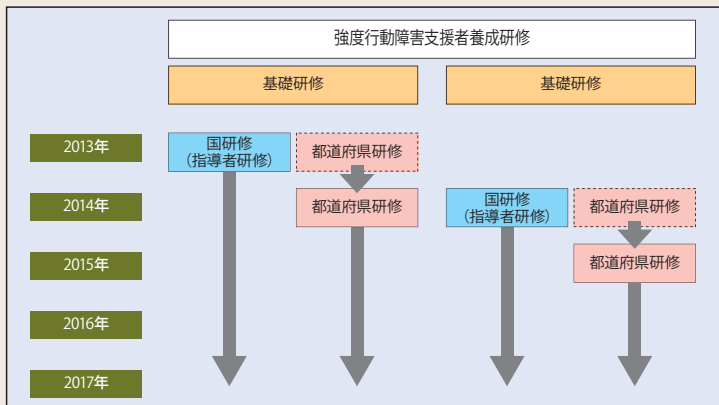


図 II-1-2 2本立て研修の実施スケジュール

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)。

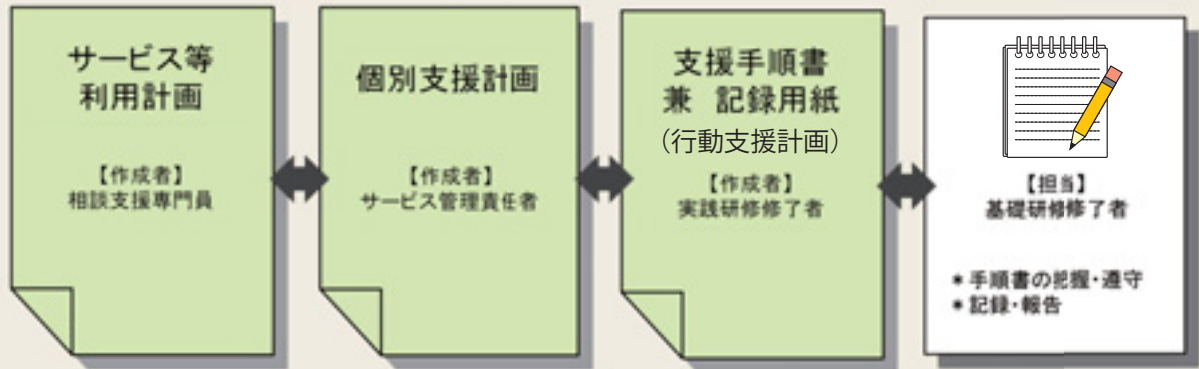
- ①支援の手順書に書かれている内容とその根拠を理解する
- ②詳細な手続きまでチームプレイを徹底する
- ③確実に、実直にルールを守り続ける

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》

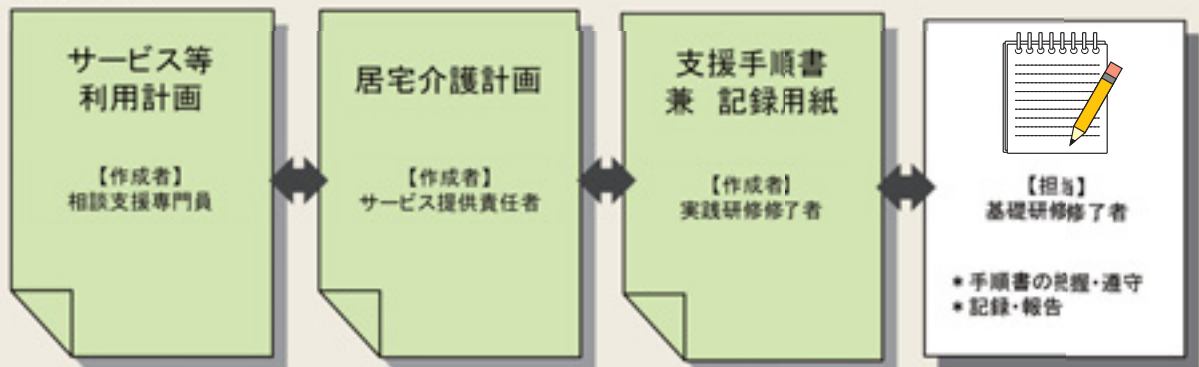


図 II-1-3 支援に係る文書の作成者と研修修了者の役割

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							
14:00						昼食	昼食
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	事業所の送り	行動援護 (ドライブ等)	
18:00							
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
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><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><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><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】

## 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

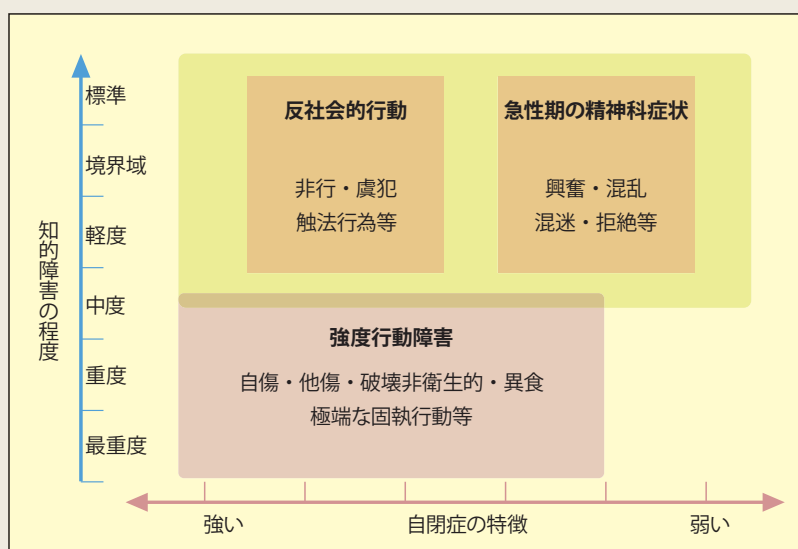
- 相談支援専門員を代表とする地域における相談支援の現場では、最近、「行動障害」という言葉から、罪を犯した障害者（いわゆる触法障害者）、あるいは、起訴までには至っていないが繰り返し反社会的行動を繰り返す障害者を連想する人が多いようです。行動障害あるいは強度行動障害の研修の参加者には、このような触法や反社会的行動への対応を期待する人が増えています。
- 行動援護が、知的障害者だけでなく精神障害者も含むようになったことを契機に、対象がかなり多様になっています。また、平成25年度から、重度訪問介護の対象者が、知的障害者や精神障害者に拡大します。幻視幻聴といった代表的な急性期症状が原因で、行動上に問題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

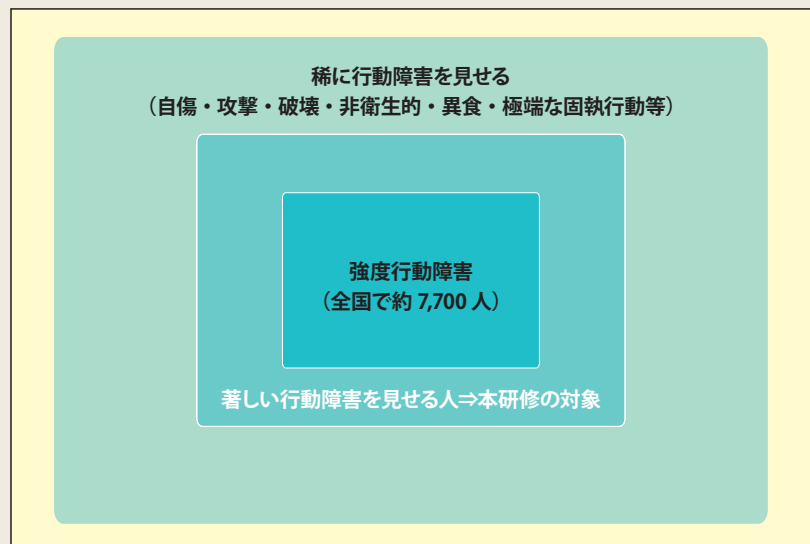


図 II-2-2 厳密な強度行動障害と周辺の行動障害のイメージ

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？

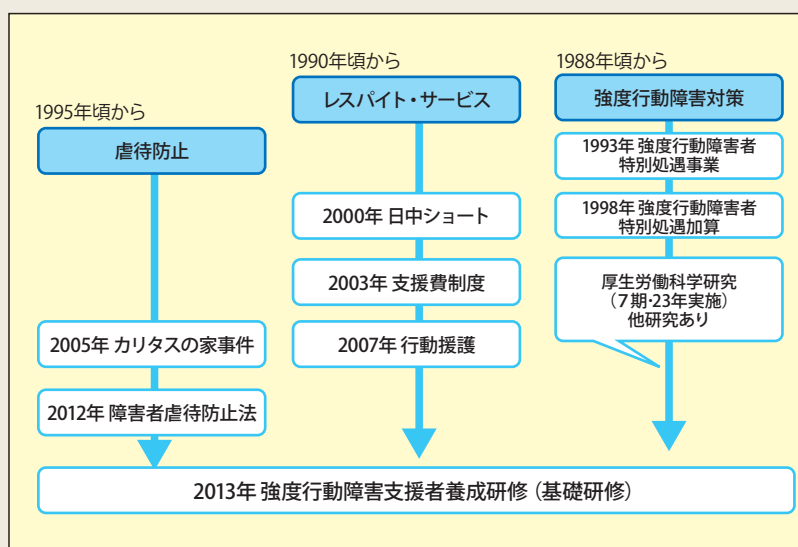
#### ポイント

- 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。

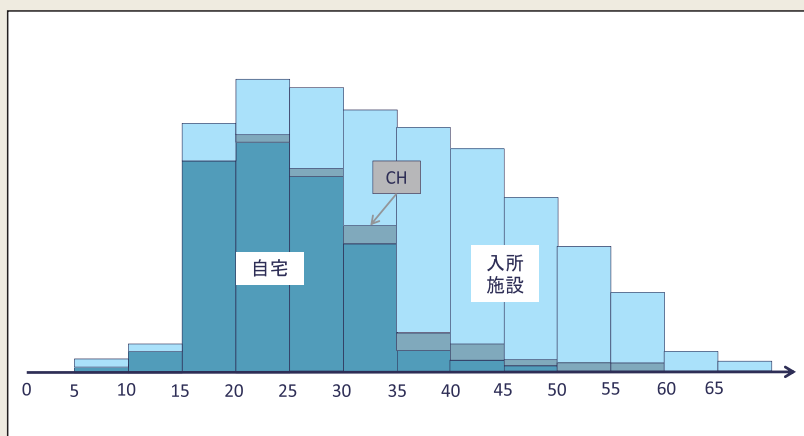


図 II-2-4 年代別に強度行動障害が起きうる可能性とその環境





# 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】

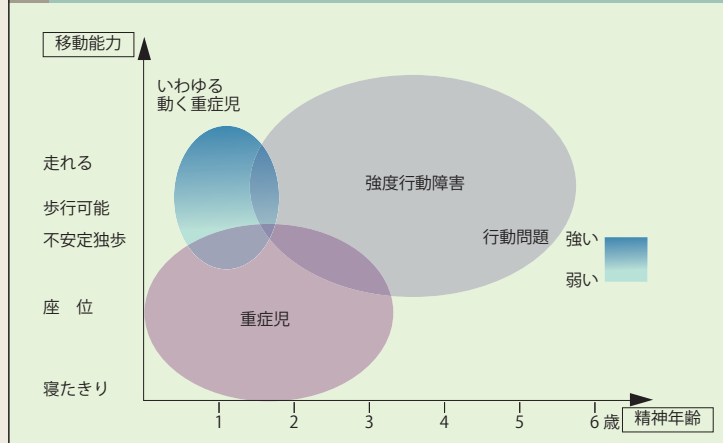
- ①自分や他者の身体や健康を害する行動
- ②自分や他者の有益な学習や活動を妨げる行動
- ③他者に著しい不安や不快を与え、社会通念上許されない行動

## 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 つよい他傷	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



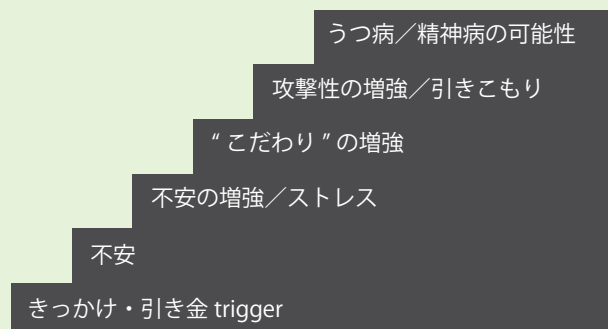
## 知覚変容現象

(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が付きにくい
  - 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、デイケア利用

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

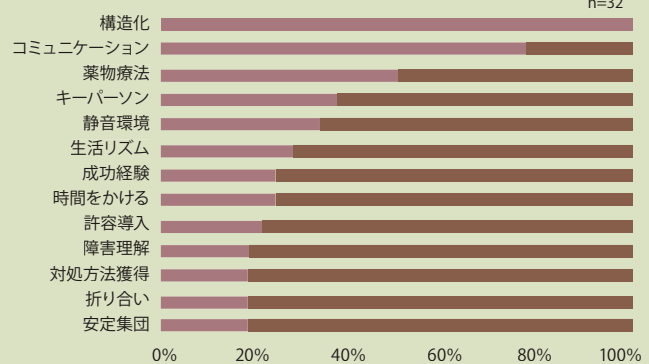
禁止しても眼を盗んで水を飲む

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

資料編

---

# 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

