

平成19年度障害者保健福祉推進事業

(障害者自立支援調査研究プロジェクト)

自閉症や強度行動障害を示す人たちへの
支援に関する実態調査

調 査 研 究 報 告 書

全国自閉症者施設協議会

はじめに

障害者施策が措置制度から支援費制度、自立支援法へと変動する中で、私たちが最も懸念してきたことは、自閉症や強度行動障害の人たちが費用対効果の観点から今まで以上に支援を敬遠されてしまう（契約をしてもらえない）ということであった。

とりわけ自立支援法下では、身体的な介護度をベースにした障害程度区分の認定によって報酬単価が大きく変わってくる仕組みのため、24時間1対1対応が必要なくらい行動の監護度が大変であっても、個別生活スキルや身体的能力にそれほど困難を示さない自閉症や強度行動障害の人たちはきわめて低い報酬単価に抑えられるため、事業対象として敬遠されてしまうことが想定される。

この障害程度区分の認定と支援困難な状態像との乖離があまりにも大きい自閉症や強度行動障害の人たちの問題は、障害程度区分の見直し論議の大きな契機になった。しかし、現在に至る見直し論議の流れは、身体的な介護度だけでは測れない知的障害や精神障害の認定問題一般に拡散してしまい、また、自閉症や強度行動障害特有の支援の困難さも、身体的な介護と同次元で論じることのできない見守りや予防的支援の問題に埋没してしまった感がある。

そこで、今回の調査研究では、長い間知的障害の視点からしか支援が検討されてこなかった人たちが、再度身体的な介護度でしか支援を受けられないということがないように、自閉症や強度行動障害の人たちに特有な支援ニーズや状態像を明らかにし、その効果的なサービスの提供と質の評価方法について検討を行ない、適正な支援施策につなげていくことをめざした。

しかしながら、調査研究事業が実質的に11月頃からのスタートという時間的な問題や、各施設の新体系への移行準備と、それに絡んだ基盤整備事業や職員確保のための手立て等の多様な問題が重なった多忙な時期であったこともあり、当初の目的から考えると不十分な調査結果になってしまった。ただ、今回の調査でもいくつかの重要な点が明らかになっており、要約すれば次のようである。

1) 旧法の強度行動障害加算対象者の4割以上(43.8%)が、自立支援法下(重度障害者包括支援)では非該当になる。

2) 強度行動障害加算対象者はすべての日課において、支援形態および支援員との距離ともに緊密な対応が行なわれている。

3) 強度行動障害を示す人たちに必要な支援量を、時間で示すことは妥当性に欠ける。

今後、残された課題については継続して調査研究を進めていきたい。

最後に、この多忙な時期にもかかわらず、ご協力をいただいた各会員施設および検討委員の皆様に心から感謝申し上げます。

平成20年3月31日

全国自閉症者施設協議会
会長 奥野 宏二(あさけ学園)

目 次

はじめに

調査の概要	1
1. 調査の目的	
2. 調査の方法	
予備調査の集計	3
1. 施設調査票の回収率	
2. 強度行動障害の判定基準に該当する利用者と実際の加算受給者の割合	
3. 強度行動障害支援加算事業の実施状況	
事例調査の集計	4
1. 強度加算対象者の概要	
2. 3つの行動障害尺度間の合計点数の比較	
3. 2つの強度行動障害尺度の項目分析	
4. 標準化尺度にみられる強度行動障害の特徴	
5. 日常生活における生活介護度と行動監護度	
6. 参考文献	
観察調査の集計	
1. 観察調査の方法	
2. 各日課の所要時間の比較	
3. 各日課における支援員との距離と支援形態の関連性	
4. 今後の課題	
地域における強度行動障害を示す人たちへの取り組みの報告	
・地域で暮らす行動障害を有するケースへの支援 三原 憲二、福原 正将（あかりの家、兵庫県）	
・重度自閉症者の地域生活移行 木村 昭一、菊池 道雄（厚田はまなす園、北海道）	
・自閉症施設における強度行動障害支援のあり方について 五十嵐 康郎（めぶき園、大分県）	
・行動障害のある自閉症者の地域生活移行の支援 山本 俊彦（横浜やまびこの里、神奈川県）	
・通所施設における行動障害への支援 中村 和博（ワークセンターひのき、三重県）	

外部評価委員からの意見および評価

- ・強度行動障害支援の実態調査について

小林 信篤（川崎医療福祉大学）

- ・行動障害をもつ人の支援ニーズアセスメントにおけるS I Sの意義

古屋 健（群馬大学）

- ・強度行動障害支援に関する実態調査の意義と調査結果への意見

黒川 新二（札幌市のぞみ学園）

- ・SIS（知的障害のある人の支援尺度）の視点

三谷 嘉明（名古屋女子大学）

参考資料

- (1) 強度行動障害支援加算の受給状況に関する実態調査票（予備調査）
- (2) 自閉症や強度行動障害を示す人たちへの支援に関する実態調査票（事例調査）
- (3) 実際的な処遇状況の観察調査、記録と整理の要領（観察調査）

調査の概要

1. 調査の目的

自閉症や強度行動障害を示す人たちは、そのニーズ把握が困難であるとともに、障害の状態像を表わす共通の評価尺度も確立されていない。また、福祉サービスの利用についても常に適切な支援を必要とする。そこで、全国自閉症者施設協議会の加盟施設において、強度行動障害をもつ利用者の実態、強度行動障害支援加算の受給状況、具体的な支援内容等に関する調査や事例研究を行なう。さらに、入所施設での支援現場において、場面見本法による行動観察研究を実施し、より客観的なデータも加えることで、自閉症や強度行動障害の人たちに特有な支援ニーズや状態像、実際的な支援の内容を明らかにする。そして、それらに対応した効果的なサービスの提供と質の評価方法について検討を進めていく。

2. 調査の方法

(1) 強度行動障害支援加算の受給状況に関する実態調査（予備調査）

2006年4月当時、全国自閉症者施設協議会に加盟する62施設のうち、16施設（受給対象者数121人）がこの事業を実施していた。その後、障害者自立支援法の施行によって、新事業体系への移行が急激に進められている中で、改めて最近の実態について施設調査を行なう。具体的には、強度行動障害の判定基準に該当する者の占める割合（利用者比）や、強度行動障害支援加算事業の実施状況、および加算受給者の人数について調査する（資料参照）。

(2) 自閉症や強度行動障害を示す人たちへの支援に関する実態調査（事例調査）

(1)の予備調査に続き、強度行動障害支援加算事業を実施しているすべての成人施設に依頼して、強度行動障害支援加算を受給している者の状態像や行動障害の程度、支援のニーズや現況について、事例調査を実施する。さらに、S-M 社会生活能力検査（日本文化科学社）とSIS 行動支援度尺度（中央法規）の2つの標準化尺度をテスト・バッテリーに加えた（資料参照）。

(3) 実際的な処遇場面における行動観察（観察調査）

強度行動障害支援加算を受けている施設の中から、全国を6ブロックに分け、自閉症支援に実績があって、自閉症児（者）の占める割合が75%以上の施設をひとつずつ選定した。これらの施設のさまざまな生活場面にわたり、強度行動障害を示す人たちの日中と夜間における具体的な支援内容について行動観察（場面見本法）を実施する（資料参照）。

(4) 比較対照群の設定

上記の(2)および(3)の調査には、強度行動障害を示す人たちと同じ環境内（施設）で生活している者の中から、次の2つの比較対照群を設けている。

- a. 強度行動障害の判定基準に該当しない自閉症児（者）
- b. 強度行動障害の判定基準に該当せず、自閉症をもたない知的障害児（者）

(5) 地域における強度行動障害を示す人たちへの取り組みの報告

通所施設やケアホーム（グループホーム）、ショートステイ等を利用している強度行動障害児者（判定基準に該当する者）についても、家庭や地域社会における実践事例をいくつか取り上げて検討を行なう。

(6) 外部評価委員を含めた検討委員会による調査や観察データの客観的な評価・分析

- ①障害の程度や状態像、支援ニーズと日中活動（労働、外出、余暇など）との関連性について検討する。
- ②パニック等の激しい行動上の問題や健康、安全確保のための予防的支援の実態を明らかにする。
- ③「世話（介護）」的支援と「療育」的支援との質的差異を明らかにする。
- ④以上の結果を強度行動障害に該当しない自閉症や知的障害児（者）と比較検討し、強度行動障害を示す人たちへの総合的な支援プログラムや支援ニーズ、行動上の問題の発生機序や抑制因子などについて考察する。

予備調査の集計

1. 施設調査票の回収率
2. 強度行動障害の判定基準に該当する利用者と実際の加算受給者の割合
3. 強度行動障害支援加算事業の実施状況

事例調査の集計

1. 強度加算対象者の概要
2. 3つの行動障害尺度間の合計点数の比較
3. 2つの強度行動障害尺度の項目分析
4. 標準化尺度にみられる強度行動障害の特徴
5. 日常生活における生活介護度と行動監護度
6. 参考文献

観察調査の集計

1. 観察調査の方法
2. 各日課の所要時間の比較
3. 各日課における支援員との距離と支援形態の関連性
4. 今後の課題

予備調査の集計結果

1. 施設調査票の回収率

表1-1の全国自閉症者施設協議会の正会員施設に予備調査（資料参照）を依頼し、入所（成人）52施設中43施設から回答を得た（回収率82.7%）。このうち、平成19年11月1日現在、強度行動障害支援加算事業を実施しているのは19施設（36.5%）で、半数以上の施設は、自閉症児（者）の占める割合が80%を超えている。次の段階として、これら19施設の強度行動障害支援加算受給者全員を対象とした「自閉症や強度行動障害を示す人たちへの支援に関する実態調査（事例調査）」を実施している。

表1-1. 全自者協加盟施設(66施設)の施設種別

施設種別	施設数	%
入所施設	52	78.8%
通所施設	11	16.7%
自閉症児施設	2	3.0%
児童通園施設	1	1.5%
合計	66	100.0%

2. 強度行動障害の判定基準に該当する利用者と実際の加算受給者の割合

回答のあった43施設の利用者総数2,091人のうち、強度行動障害の判定基準に該当している者が590人（28.2%）なのに対して、実際の加算受給者は156人（総数比7.5%）と少ない。しかしながら、平成17年の知的障害者福祉協会の入所更生施設データ（435人、総数比0.6%）と比較すると、すべての知的障害者更生施設（入所）における強度行動障害支援加算事業の利用者のうち、全自者協加盟施設で1/3以上を占めることになる。

3. 強度行動障害支援加算事業の実施状況

本事業を実施している19施設の利用者総数に比して、判定基準に該当する者の人数の分布は幅広く、一概に、強度行動障害をもつ利用者の多い施設が本事業を実施しているとは言えない（表1-2）。また、1施設あたりの加算受給者数は4人以下が最も多くなっているが（57.9%）、加算受給者が20人以上在籍する施設もみられた（3施設、15.8%）。

表1-2. 1施設あたりの判定基準に該当する利用者と実際の受給者の割合のクロス集計

受給者\該当者	10%未満	10~30%	30~50%	50~70%	70~90%	90%以上	合計
10%未満	0	0	0	0	1	0	1
10~30%未満	0	2	1	2	0	0	5
30~50%未満	0	2	1	0	0	0	3
50~70%未満	0	3	0	0	0	0	3
70~90%未満	0	1	2	0	0	1	4
90%以上	1	0	1	1	0	0	3
合計	1	8	5	3	1	1	19

事例調査の集計結果

1. 強度加算対象者の概要

予備調査の結果に基づき、強度行動障害支援加算事業を実施している 19 施設のうち、18 施設の加算受給者 151 人について、担当支援員から調査票（資料参照）への回答を得た。これらの個人データは、同じ環境（施設）内で生活している対照群（強度行動障害に該当しない自閉症者 99 人、同様に非該当の知的障害者 74 人）と比較検討された（表 2-1）。

表2-1. 事例調査のサンプル数

性別\受給状況		強度対象者	(非)自閉症	(非)MR	合計
男	人数	124	81	47	252
	%	82.1	81.8	63.5	77.8
女	人数	27	18	27	72
	%	17.9	18.2	36.5	22.2
合計	人数	151	99	74	324
	%	100.0	100.0	100.0	100.0

性別、暦年齢、遅滞水準（IQ）、健康の状況は 2 つの対照群とほぼマッチングしており、男女比は約 4 : 1、暦年齢は 20 歳から 30 歳代を中心に分布し、遅滞水準は測定不能を含む最重度および重度、健康状況の比較的良好な者が大多数を占めている。障害種別をみると、ほぼ全員（97.4%）が自閉性障害を合併している。

表2-2. 入所前の生活の場と受給状況のクロス集計

入所前(生活)		強度対象者	(非)自閉症	(非)MR	合計
家庭	人数	92	68	46	206
	%	60.9	68.7	62.2	63.6
養護学校寄宿舎	人数	6	6	6	18
	%	4.0	6.1	8.1	5.6
入所(児童)	人数	13	6	4	23
	%	8.6	6.1	5.4	7.1
入所(成人)	人数	24	15	14	53
	%	15.9	15.2	18.9	16.4
グループホーム	人数	0	0	1	1
	%	0.0	0.0	1.4	0.3
精神病院	人数	12	4	3	19
	%	7.9	4.0	4.1	5.9
ショートステイ	人数	4	0	0	4
	%	2.6	0.0	0.0	1.2
合計	人数	151	99	74	324
	%	100.0	100.0	100.0	100.0

対照群と異なる点として、精神病院等の医療機関からの入所（12人、7.9%）、ショートステイのまま入所（4人、2.6%）が目立っている（表2-2）。さらに、現在参加している日中活動において、労働作業以外の運動・療育活動に参加している者（38人、15.9%）や、1日あたりの平均活動時間の短い者の多いことがあげられる（表2-3 a、b）。

表2-3a. 活動内容と受給状況のクロス集計

主な活動内容		強度対象者	(非)自閉症	(非)MR	合計
療育活動	人数	38	15	8	61
	%	25.2	15.2	10.8	18.8
創作活動	人数	4	0	6	10
	%	2.6	0.0	8.1	3.1
労働作業	人数	106	83	59	248
	%	70.2	83.8	79.7	76.5
その他	人数	3	1	1	5
	%	2.0	1.0	1.4	1.5
合計	人数	151	99	74	324
	%	100.0	100.0	100.0	100.0

表2-3b. 活動時間と受給状況のクロス集計

活動時間		強度対象者	(非)自閉症	(非)MR	合計
2時間未満	人数	24	3	4	31
	%	15.9	3.0	5.4	9.6
2~4時間未満	人数	36	18	21	75
	%	23.8	18.2	28.4	23.1
4~6時間未満	人数	43	43	33	119
	%	28.5	43.4	44.6	36.7
6時間以上	人数	48	35	16	99
	%	31.8	35.4	21.6	30.6
合計	人数	151	99	74	324
	%	100.0	100.0	100.0	100.0

2. 3つの行動障害尺度間の合計点数の比較

旧法の強度行動障害の判定基準（20点以上）、重度障害者包括支援の認定基準（15点以上）、SIS行動支援尺度の合計点数を比較検討した。

3つの尺度間の相関（Pearsonの係数）はいずれも高い数値を示している（表2-4）。しかしながら、合計点数の平均値についての1元配置による分散分析を行なったところ、強度加算対象者は他の2つの対照群よりも1%水準で有意に高くなったものの、重度障害者包括支援の行動障害尺度における合計点数は全体的に低く、強度加算対象者でも平均14.7（SD 4.53）が強度行動障害に該当する基準（15点）を下回っている（表2-5）。とりわけ、旧法の判定基準に該当する201人のうち、89人（43.8%）は自立支援法下で制度

から外れてしまう可能性の高い点が危惧される。

表2-4. 3つの行動障害尺度点数間の相関(Pearsonの係数)

行動障害尺度	旧法	重度包括	SIS
旧法の強度行動障害	1		
重度障害者包括支援サービス	.853	1	
SIS行動支援尺度	.678	.676	1

表2-5. 受給状況ごとの各行動障害尺度合計点数の平均値

行動障害点数\受給状況		強度対象者	(非)自閉症	(非)MR
旧法の強度行動障害	平均値	34.0	18.4	11.3
	標準偏差	9.71	11.32	12.95
重度障害者包括支援サービス	平均値	14.7	9.2	6.1
	標準偏差	4.53	5.09	5.78
SIS行動支援尺度	平均値	17.5	13.0	10.1
	標準偏差	5.52	7.33	7.52

3. 2つの強度行動障害尺度の項目分析

(1) 3つの行動障害尺度の下位項目間の比較

3つの行動障害尺度を構成する35項目について、旧法の項目点数の重み付けをなくして1元配置の分散分析を行なったところ、[てんかん発作の頻度][自殺企図の予防][性的攻撃の予防]を除くほとんどの項目で3群間に有意な差が認められた。

(2) 新旧の強度行動障害尺度下位項目の因子分析

第1回目の因子分析の結果、SIS行動支援尺度(12項目)は単独の因子として集約されるので分析から除外した。さらに、新旧の強度行動障害尺度の合計23項目の内部相関行列を用いて、主因子法で固有値1.00以上を示した次の5因子を抽出し、Varimax法で回転を行なった(表2-6)。なお、回転前の5因子で23項目の全分散を説明する割合は51.88%であった。

第1因子：多動、固執、突発性、パニックの因子

旧法の[激しいこだわり][激しい多動][通常と違う声を上げたり]、新法の[7-ナ. 多動または行動停止][7-ニ. パニックや不安定な][7-ノ. 他人に突然抱きついた][7-ハ. 環境の変化により、突][7-ヒ. 突然走っていなくなる]の8項目で因子負荷量が高くなっている。多動や固執、奇声や突発的な行動とパニックや興奮に関連した因子と考えられる。

第2因子：自傷、他人や物などへの攻撃の因子

旧法の[ひどく自分の体を叩いたり][ひどく叩いたり蹴ったりする][激しい器物破損]、新法の[7-ヌ. 自分の体を叩いたり][7-ネ. 叩いたり蹴ったり器物]の5項目で因子負荷量が高くなっている。自傷や他傷、器物破損などの攻撃的行動で構成されている。

第3因子：摂食、排泄、睡眠の因子

旧法の[睡眠障害][食べられないものを口に][排泄に関する強度の障害]、新法の[7-ツ. 食べられないものを口][7-フ. 過食、反すう等の食事]で因子負荷量が高い。食事や睡眠、

排泄など、最も基本的な日常生活習慣や身体的な健康に関する因子と考えられる。

第4因子：コミュニケーションの因子

新法のための[6-3-イ. 本人独自の表現][6-4-イ. 言語以外のコミュ]に高い因子負荷量を示している。コミュニケーションの困難さと関連が高い。

第5因子：行動障害への対応の困難さの因子

旧法のための[パニックへの対応が困難][他人に恐怖を与える程度]に因子負荷量が高く、行動障害への対応の困難さの程度を示している。

ただし、[てんかん発作の頻度]項目は共通性(0.093)および回転後の因子負荷量ともに極端に低く、これら5つの因子との関連性は見出せなかった。

表2-6. Varimax 回転後の因子行列

各下位項目\因子	1	2	3	4	5
【旧法の強度行動障害】					
ひどく自分の体を叩いたり	.104	.646	.185	.254	.056
ひどく叩いたり蹴ったりする	.245	.605	.183	-.079	.302
激しいこだわり	.436	.165	.309	.180	.310
激しい器物破損	.260	.525	.259	-.007	.195
睡眠障害	.265	.226	.512	.082	.068
食べられないものを口に	.293	.147	.705	.148	.090
排泄に関する強度の障害	.164	.165	.403	.138	.146
激しい多動	.706	.189	.324	.143	.047
通常と違う声を上げたり	.471	.341	.191	.046	.052
パニックへの対応が困難	.221	.199	.101	.145	.819
他人に恐怖を与える程度	.192	.285	.221	.038	.690
【重度障害者包括支援】					
6-3-イ.本人独自の表現	.196	.058	.219	.790	.066
6-4-イ.言語以外のコミュ	.228	.145	.185	.792	.092
7-ツ.食べられないものを口	.059	.163	.517	.165	.101
7-ナ.多動または行動停止	.598	.112	.318	.203	.209
7-ニ.パニックや不安定な	.446	.424	.119	.294	.296
7-ヌ.自分の体を叩いたり	.128	.599	.121	.318	.214
7-ネ.叩いたり蹴ったり器物	.291	.632	.178	.059	.226
7-ノ.他人に突然抱きついた	.470	.268	.219	.179	.181
7-ハ.環境の変化により、突	.534	.291	.144	.320	.297
7-ヒ.突然走っていなくなる	.698	.248	.203	.138	.194
7-フ.過食、反すう等の食事	.389	.101	.531	.139	.189
てんかん発作の頻度	.071	.126	.117	-.020	-.020

旧法および新法ともに強度行動障害の判定基準に該当する114人と、旧法には該当するが、新法では非該当となる89人の2群間で、各因子得点平均値の差の検定(t-検定)を行なった。なお、5因子すべての因子得点はほぼ平均値0.00、標準偏差1.00を示している。

図2-1のとおり、行動障害への対応の困難さの因子（第5因子）のみ、(旧)該当 vs(新)非該当群の方が(旧)該当 vs(新)該当群よりも有意に高くなった。他の4つの因子は行動障害の発生頻度やコミュニケーションの困難さに関する項目で、(旧)該当 vs(新)非該当群は(旧)該当 vs(新)該当群よりも有意に低くなっている。すなわち、新法で非該当となってしまう群はパニックや他者に恐怖を与えるなど、強度行動障害の程度を評価する旧法の第10～11項目の因子得点が有意に高いことからみて、発生頻度を中心とした新法の項目だけでは、発生頻度がさほど高くないけれども、一度エスカレートすると本人や他者などに大きな危険を及ぼす行為を除外してしまう可能性の高いことが懸念される。

(3) 新旧の強度行動障害尺度の合計点数と各因子得点間の相互関連性

新旧の強度行動障害尺度合計点数を基準変数、5つの因子得点を説明変数とした重回帰分析、および各因子得点間の内部相関（Pearsonの係数）の算出を行ない、要因相互の関連性を図式化する（図2-2）。それぞれの強度行動障害尺度合計点数に対する5つの因子得点の標準化係数（ β ）を片側矢印、(旧)該当 vs(新)該当群で相関の高い因子間を実線の両側矢印、(旧)該当 vs(新)非該当群で相関の高い因子間を点線の両側矢印で結ぶ。

重回帰分析の結果、旧法の強度行動障害合計点数に対するコミュニケーションの因子（第4因子）の直接的な寄与（ $\beta = .350$ ）がやや弱くなっている。これを除くと、ほとんどの因子得点は新旧の強度行動障害尺度合計点数との有意な標準化係数（ β ）を得ている。

(旧)該当 vs(新)該当群で有意に高い正の相関関係を示している因子は、コミュニケーションの困難さと関連した自傷攻撃（ $r = .293$ ）、多動固執と関連した自傷攻撃（ $r = .282$ ）、もしくは摂食排泄睡眠（ $r = .300$ ）、対応困難（ $r = .233$ ）という2つの大きな流れが考えられる。対照的に、(旧)該当 vs(新)非該当群において、多動固執と関連した自傷攻撃（ $r = .327$ ）、もしくは対応困難（ $r = .269$ ）の流れは(旧)該当 vs(新)該当群と共通している。この群ではそれ以外に、摂食排泄睡眠と対応困難の間（ $r = .426$ ）に高い相関がみられる。

図2-2のモデルから、旧法および新法の判定基準から抽出可能な強度行動障害の類型を次にあげておく。

- ①旧法および新法ともに抽出可能なタイプ
 - ・多動固執と関連した自傷攻撃
 - ・多動固執と関連した対応困難
- ②新法では抽出可能だが、旧法では抽出できにくいタイプ
 - ・コミュニケーション困難と関連した自傷攻撃
 - ・多動固執と関連した摂食の障害（新法には排泄、睡眠の困難さの項目がない）
- ③旧法では抽出可能だが、新法では抽出できにくいタイプ
 - ・摂食排泄睡眠に関連した対応困難（特に旧法のみ排泄、睡眠の困難さ）

これらの結果をみると、第5因子だけでなく、摂食排泄睡眠の因子（第3因子）の中にも新法の認定基準で除外された項目（排泄、睡眠）の存在が見出された。なお、これらの2項目については、障害程度区分認定調査項目全体でもわずかにプロセスI（79項目）の[排尿(4-5)][排便(4-6)][夜間不眠あるいは昼夜の逆転が(7-オ)]の項目にとどまっている。

4. 標準化尺度にみられる強度行動障害の特徴

表2-7. 受給状況ごとの遅滞水準と標準化尺度間の相関

尺度\受給状況		強度対象者	(非)自閉症	(非)MR
全検査SA	相関係数	.495	.324	.362
	有意確率	.000	.000	.000
SIS合成標準得点	相関係数	-.155	-.379	-.181
	有意確率	.022	.000	.111

a. S-M 社会生活能力検査（日本文化科学社、1970）

この社会生活スキルの標準化尺度を用いて、受給状況ごとに全検査 SA（社会生活年齢）と遅滞水準間の相関（Kendall のタウ係数）を求めた。表 2-7 のとおり、社会性や生活スキルの側面に関しては、3 群ともに遅滞水準と有意に高い正の相関が認められた。各下位領域 SA の平均値の分布をみると（図 2-3）、一般に[身辺自立][作業]が高く、[意志交換][集団参加]が落ち込んでおり、[移動][自己統制]はその中間に位置している。1 元配置による分散分析の結果（表 2-8）、強度対象者と 2 つの対照群の間に有意差がみられたのは[身辺自立]のみで、多くの下位領域（全検査 SA、意志交換、集団参加、自己統制）は自閉症と単純な知的障害の間に有意差が出現したものの、強度対象者と非該当の自閉症の間には認められていない。[移動][作業]について、3 群間の顕著な差異はみられなかった。

表2-8. 受給状況間の各 S-M 下位領域SAの1元配置分散分析

S-M 下位領域	F-値	有意確率	傾 向
全検査SA	6.557	.002	強度≒自閉<MR
身辺自立	3.618	.028	強度<自閉≒MR
移動	1.409	.246	
作業	2.128	.121	
意志交換	6.864	.001	強度≒自閉<MR
集団参加	18.836	.000	強度≒自閉<MR
自己統制	11.919	.000	強度≒自閉<MR

b. SIS 支援尺度（中央法規、2008）

表 2-7 は同様に、支援ニーズの標準化尺度によって、受給状況ごとに合成標準得点と遅滞水準間の相関（Kendall のタウ係数）を求めている。S-M 社会生活能力検査のようにスキル面を測定する尺度と異なり、遅滞水準との相関係数は 3 群ともに低くなっている。各下位領域標準得点の平均値の分布をみると（図 2-4）、下位領域間の大きなバラつきは認められなかった。1 元配置による分散分析の結果（表 2-9）、全体指標となる合成標準得点に加えて、[家庭生活活動][地域生活活動][健康と安全の活動]のニーズは、強度対象者が 2 つの対照群よりも有意に高くなっている。これらの結果から、強度対象者は、上記した S-M 社会生活能力検査の[身辺自立]スキル面の弱さとともに、日常生活場面での高い支援ニーズを有している。併せて、地域生活や身体の健康（安全）に関する支援ニーズも顕著に高く、特にこれらの側面に関する強度対象者への手厚い支援が望まれている。

表2-9. 受給状況間の各領域SIS標準得点の1元配置分散分析

SIS 下位領域	F-値	有意確率	傾 向
----------	-----	------	-----

合成標準得点	6.470	.002	強度>自閉≒MR
家庭生活活動	9.875	.000	強度>自閉≒MR
地域生活活動	5.132	.006	強度>自閉≒MR
生涯学習活動	3.350	.036	
雇用活動	4.338	.014	
健康安全活動	7.861	.000	強度>自閉≒MR
社交活動	4.125	.017	

さらに、[健康と安全の活動]に関する具体的な内容として、強度行動障害支援加算の受給対象者のSIS医療的・行動的支援ニーズ尺度「その他」への回答を表2-10に示す。

表2-10. SIS医療的・行動的支援ニーズ尺度「その他」の具体的な内容(自由記述)

No.	医療的支援ニーズ尺度	行動的支援ニーズ尺度
1	慢性的皮膚疾患	非特定な要因で行動が乱れる
3	自傷による傷が日常化して治りにくい	一度問題行動が生起すると繰り返して起こる
4	できた傷を触り続け、さらに悪化させる	一度問題行動が生起すると繰り返して起こる
6	病院や医療行為全般への激しい抵抗	周囲の音や雰囲気によりパニックとなる
7	病院や医療行為全般への激しい抵抗	一度問題行動が生起すると繰り返して起こる
8	身体に触られるのを極端に嫌がる	感覚過敏
10	病院や医療行為全般への激しい抵抗	不安や待ちにくさにより行動が乱れる
11	慢性的皮膚疾患、アレルギー疾患	一度問題行動が生起するとエスカレートしていく
12	慢性的皮膚疾患、極度の便秘	以前問題行動が起きた同じ場面で繰り返して起こす
15	病院や医療行為全般への激しい抵抗	一度問題行動が生起すると繰り返して起こる
17	爪をはぐので常に処置が必要	常に、こだわりによるパニックや他害の恐れがある
20	アトピー性皮膚炎	
33		奇声、暴言
54		子どもに対する異常行動、性器いじり
57		頻回な放尿
58		服薬を拒否し他害を行なう
59		他害、かみつき
62		拒食
83		不眠(入眠困難、早期覚醒)
84		不眠
88	自傷の処置	食べ物求めて、施設の厨房や民家に侵入する
100	痛風の通院治療、服薬の拒否	
102		不安が強く、さまざまな場面で行動停止する
132		不眠の予防
144		強いこだわり
150		偏食による栄養不足の予防
168		破壊行為が固着し、手厚い予防や環境が必要
169		常に自傷、他害、破壊、失踪防止の予防が必要

232	けがの治療	多飲水による水中毒
233	けがの治療	
242	患部の処置	高い所(危険箇所)に登る
246	患部の処置	他人の行動に干渉する
258		多飲水による水中毒
259		洗濯物への執着
262		多飲、嘔吐の繰り返しによる吐血
264		儀式的行為による行動停止

5. 日常生活における生活介護度と行動監護度

上記のような2つの標準化尺度を用いた結果から、強度行動障害を示す人たちは日常生活場面において、スキル面（生活介護度）と支援度（行動監護度）の両面にわたる適切な援助を必要としている。そこで、これら2つの介助度を5段階で評定し、数値が高いほど支援度の増すようにそれぞれ1～5点を割り当て、さまざまな日課で2要因の分散分析を行なった（図2-5～14）。このうち、介助度間の分散について、生活介護度の方が行動監護度よりも有意に高くなった日課は、洗面・歯みがき、身だしなみの2項目なのに対して、行動監護度の方が生活介護度よりも有意に高くなったのは、起床、衣服の着替え、食事、排泄、就寝の5項目と多く、他の3つの日課はいずれの介助度とも3.0以上の高い数値を示しているが、有意差はみられなかった。また、受給状況間の分散については、強度対象者への介助度はすべての日課で2つの対照群よりも有意に高く、上記した2つの標準化尺度による知見を裏付けている。

なお、それぞれの日課の場面で問題となる行動障害の具体的な内容（自由記述）を表2-11に示す。

表2-11. 各日課において問題となる行動障害の具体的な内容(自由記述)

日常生活全般	起床・睡眠	食 事
特定の物へのこだわり	不眠	過食(飲)
執拗な質問や要求の繰り返し	昼夜逆転	早食い
収集癖	睡眠が不安定	詰め込んで喉を詰まらす
他人の物を持って来てしまう	極端に寝付きが悪い	噛まずに飲み込む
興味ある物に突然走り出す	中途覚醒	盗食
変化への抵抗	朝極端に起きにくい	異食
行動の切り替えが困難	早朝覚醒	習慣的な嘔吐、反すう
儀式的行動	消灯すると眠れない	極端な偏食
部屋、押入れ等に閉じこもる		拒食(飲)
集団場面に入られない	着替え・身だしなみ	食器を投げる、ひっくり返す
自慰行為	頻回に着替える	食器(箸、スプーン等)を壊す
下半身の露出	頻繁に衣類を出し入れする	
興奮・パニック	毎日同じ服を着るこだわり	排 泄
気分変動、不穏	不適切な場面での脱衣	失禁、放尿(便)
フラッシュバックによる興奮	破衣	便器内の水を飲む

指示に対する激しい抵抗・拒否	ボタン、タグ等をちぎる	尿(便)を服に付ける
奇声、大声を出す		便を口に入れる、なめる
多動、徘徊	洗面・歯みがき	弄便
着席持続できない(離席)	歯ブラシを噛む	肛門を触る、指を入れる
無断外出、飛び出し	出血するほど力を入れる	便器以外での排泄
寡動・行動停止	歯ブラシの毛を抜く	頻尿
常同・反復行動	歯磨き粉を食べる	トイレを詰まらせる
唾吐き	水遊び、水へのこだわり	
音、皮膚等の感覚過敏	水を恐がる	入 浴
自傷	水を撒き散らす	浴槽に飛び込む
他害		長い時間浴槽に入っている
眼鏡を払い落とす		入浴用品を壊す
建物、家具等の破壊		石鹸、シャンプー等の大量使用
物を投げる		洗剤の容器を空にしてしまう
新聞、雑誌等の紙破り		浴槽での排泄
TV、カセット等を大音量で聴く		洗剤の誤飲
		浴槽の湯を飲む

6. 参考文献

- ・三木安正（監）（1980）．新版 S-M 社会生活能力検査 手引．日本文化科学社．
- ・障害者福祉研究会（監）（2007）．障害者自立支援法 障害程度区分認定ハンドブック（改訂版）．中央法規．
- ・（財）日本知的障害者福祉協会（監），渡辺勸持，古屋健，三谷嘉明（共訳）（2008）．知的障害のある人の支援尺度（SIS）～介護から支援への転換～．中央法規．
- ・（財）日本知的障害者福祉協会（2006）．平成 17 年度 全国知的障害児・者施設実態調査報告書．日本知的障害者福祉協会．

観察調査の集計結果

1. 観察調査の方法

表3-1のように、普段の日課6場面とその前後の時間を含めた場面見本法を用いて、個々の対象者に観察者が1人ずつ付き、観察および記録を行なった（資料参照）。

表3-1. 各日課の観察場面および時間

日 課	開始の時間	終了の時間	観察に含める時間
①朝の時間	自発的な起床、または起床の声かけを始めた時間	着替え、洗面・歯みがき、朝食、他が終了した時間	終了後の約10分間
②日中活動 (AM or PM)	活動場面への移動を開始した時間	活動時間、活動が終わり居住棟に戻った時間	開始前、および終了後のそれぞれ約10分間
③食 事	食堂で夕食を食べ始めた時間	夕食が食べ終わった時間	開始前、および終了後のそれぞれ約10分間
④入 浴	脱衣場等で脱衣を始めた時間	脱衣、入浴、洗体・洗髪等から着衣が済んだ時間	開始前、および終了後のそれぞれ約10分間
⑤余 暇 (AM or PM)	特に行事等のない休日の約2時間	開始・終了時間とも特に定めない	開始から終了までの時間のみ
⑥就 寝	居室で就寝の準備を始めた時間	入眠した時間	開始前の約10分間

表3-2. 受給状況ごとの有効サンプル数

日課\受給状況	強度対象者	(非)自閉症	(非)MR
起床	19	19	12
寝具片付け、着替え	19	19	12
洗面、歯みがき	17	19	12
朝食	18	19	12
排尿	17	16	9
移動、準備	20	18	11
日中活動(半日分)	20	18	11
夕食	20	19	11
入浴	20	19	11
脱衣・着衣、整髪	20	19	12
就寝準備、着替え	20	19	12
入眠	20	19	12
余暇、自由時間	20	19	11

強度行動障害支援加算事業を実施している6施設の加算対象者20人の観察データは、同じ環境（同法人の施設を含む）内で生活している対照群（強度行動障害に該当しない自閉症者19人、同様に非該当の知的障害者12人）と比較検討された。各群の有効サンプル数

を表3-2に示す。

2. 各日課の所要時間の比較

表3-3のとおり、日中活動や入眠までの時間などの分散が大きかったものの、ほとんどの日課の所要時間について、3群間で有意な差異は認められなかった。こうした知見からも、強度行動障害を示す人たちに必要な支援量を時間で示すのは妥当性に欠けることが裏付けられる。

表3-3. 受給状況ごとの各日課の所要時間(分)の記述統計量

日課\受給状況	強度対象者			(非)自閉症			(非)MR		
	Min	Max	平均	Min	Max	平均	Min	Max	平均
起床	0	25	5.1	0	26	4.8	0	5	2.4
寝具片付け、着替え	2	9	6.2	2	117	13.2	0	25	8.8
洗面、歯みがき	2	18	7.6	1	24	5.5	2	15	7.3
朝食	8	24	14.3	3	43	16.6	5	30	11.3
排尿	1	7	3.1	1	15	3.8	1	7	2.8
移動、準備	2	15	6.7	3	56	9.5	2	25	8.5
日中活動(半日分)	10	197	87.1	50	240	110.8	30	120	86.7
夕食	6	33	18.7	7	40	18.5	11	38	19.8
入浴	2	30	15.1	6	38	19.2	10	26	17.0
脱衣・着衣、整髪	2	11	7.3	2	17	7.7	4	18	9.1
就寝準備、着替え	1	21	6.6	1	20	5.3	1	16	5.1
入眠	1	270	51.1	1	65	30.9	2	280	47.1

表3-4. 受給状況ごとの支援員との距離および支援形態の中央値

日課\受給状況	支援員との距離(m)			支援の形態		
	強度	(非)自閉	(非)MR	強度	(非)自閉	(非)MR
起床	0.5	2	2.5	3	3	2
寝具片付け、着替え	0.5	2	2.5	4	3	2.5
洗面、歯みがき	0.5	0.5	2	4	4	3
朝食	0.5	1	2	4	3	2
排尿	2	2	5	3	2	1
移動、準備	1	1.5	2	3	2.5	2
日中活動(半日分)	1	1.5	2	3	3	3
夕食	0.5	2	3	3.5	3	2
入浴	0.5	1	2	4	4	4
脱衣・着衣、整髪	0.5	1	2	4	2	2
就寝準備、着替え	1	2	2	3	3	2
入眠	1	2	3	2	2	1
余暇、自由時間	2	2	2	3	3	3

3. 各日課における支援員との距離と支援形態の関連性

さまざまな日常場面における支援員との距離と主な支援形態(1:同じ場面にいるのみ、2:見守り、3:声かけ等、4:一部介助、5:全介助)の中央値を表3-4、そして、これら2つの要因と所要時間の関連性、および各場面に特有な問題行動を観察記録から抽出して図3-1~12に示す。

①起床してから日中活動の前まで、および食事の時間について

早朝から連続して観察された記録から、起床、着替え・寝具の片付け、洗面・歯みがき、朝食、排尿の5つの場面を抽出し、上記の2つの要因についてクロス集計を行なった。図3-1~5にみられるとおり、支援員との距離(m)は、排尿を除くほとんどの場面で3群間に有意な差がみられる反面、支援形態で有意差が認められたのは朝食だけとなっている。起床、着替え、洗面・歯みがき、朝食の時間帯において、支援形態の差異はあまりみられないにもかかわらず、1人以上の支援員が強度対象者と平均0.5mの近い距離で支援を行なっている様子が示唆される。

これらの場面における激しい行動障害として、睡眠の不安定さによる早朝覚醒、極端に起きにくい、起床時の身体のだらつき(図3-1)、着替え・寝具の片付けの際、衣類を脱ぐ、破衣、衣服に関する固執(図3-2)、洗面・歯みがき時の水遊び、水や歯みがき自体への嫌悪、多飲水(図3-3)、排尿に関して、頻回な失禁、便器以外での排尿(図3-5)があげられる。これらの行動障害の多くは、支援員との距離と支援形態相互の相関(Kendallのタウ)が有意に高く、頻回もしくは激しくなるにつれて、より近接した直接的支援が必要になると考えられる。対照的に、食事場面(朝食:図3-4、夕食:図3-8とも同様に)での盗食、食器等を投げる等は突発的で、他者に危害を及ぼす可能性が高いことから、直接的な支援は行なわなくても、常に近い距離での見守りや予防的な働きかけが欠かせないようである。

②活動場面への移動を含む日中活動の時間について

2つの要因間のクロス集計の結果、日中活動時間は2要因ともに3群間で有意差がみられないものの(図3-7)、活動場面への移動は支援員との距離に有意な差が認められ、強度対象者の平均1.0m以内に支援員が付き添っている(図3-6)。さらに、強度対象者については、支援員との距離と支援形態間の相関(Kendallのタウ)も有意に高いことがわかる。

具体的には、移動や活動場面における多動もしくは行動停止、常同行為、突発的行動、徘徊、離席、奇声や大声を出す、持続困難、物や日課への固執などの行動障害に対して、発生頻度や激しさの程度が高いほど、より近接した直接的支援の必要なことがわかる。

③入浴時、および前後の脱・着衣、清拭、整髪等の時間について

入浴に関する一連の観察記録から、浴室(洗体・洗髪を含む入浴)、脱衣場(脱・着衣や整髪等)の場面に分け、2つの要因間でクロス集計を行なっている。図3-9および10のとおり、支援員との距離はいずれの場面ともに3群間で有意差がみられ、強度対象者と平均0.5mの近い距離で支援員が介助を行なっている。また、支援形態については、清拭、整髪等のみに有意な差が認められた。ただし、入浴時の支援形態は3群ともに中央値4(一部介助)の高い介護度まで達しているために有意差は認められていないと考えられる。先の事例調査の結果を裏付けるように、入浴に関する一連の観察場面を通じて、生活介護度のかなり高い様子が示唆される。さらに2要因相互の相関(Kendallのタウ)についても、すべての群で有意に高くなっている。

浴室や脱衣場での激しい行動障害として、異食（浴槽の湯、シャンプー、石鹸等）や多飲水、多動や行動停止、身体のみずつきがあげられる。入浴場面は生活介護度が顕著に高いことに加えて、行動監護度の観点からみても、特に事故の防止等に留意すべき場面と考えられる。

④就寝の準備から入眠までの時間について

居室を中心とした一連の観察場面を就寝の準備、就寝から入眠するまでの2つの時間に分けて、2要因間でクロス集計を行なっている（図3-11、12）。どちらの時間帯においても、支援員との距離は3群間で有意差がみられず、大部分の利用者に対して約1~2mの距離で支援を行なっている。しかしながら、支援形態について、強度対象者は非該当の知的障害群よりも介助度が有意に高くなっている。2要因間の相関（Kendallのタウ）は、特に就寝準備の時に強度対象者と非該当の自閉症群で有意に高くなっている。

具体的な行動障害として、就寝前になっても多動や常同行為、奇声が続く、興奮して極端に寝付きが悪くなったり、不眠、さらに居室での破壊行為に及ぶ可能性が示唆される。この場面では、発生頻度や激しさの程度が高くなるにつれて、より近接した支援だけでなく、長時間にわたるやりとりが必要となってくる。

⑤余暇・自由時間について

休日における約2時間の様子を観察し、支援員との距離と支援形態の2要因間でクロス集計を行なった。両方の要因とも、3群間で有意な差はみられず、支援員との距離の平均は約2m、支援形態は声かけや視覚的手がかり等を主としている。また、強度対象者のみ、2要因間で有意に高い相関（Kendallのタウ）が認められている。この場面での激しい行動障害を具体的にあげると、多動や常同行為、突発的な行動、奇声や大声、変化への抵抗や物への固執などに対して、より近接した支援が行なわれている。

以上の結果をまとめると、強度対象者と支援員の距離は、排尿、余暇・自由時間以外のほとんどの場面で0.5~1.0m以内に近接した支援を行なっており、カイ2乗検定の結果、強度対象者は起床、着替え、洗面、食事、移動、入浴・整髪の場合において、2つの対照群と比べて支援員との距離が有意に近くなっている。また、支援形態についても、強度対象者の中央値は、食事、入浴時の着脱衣・整髪等、就寝・入眠の場合で2つの対照群と有意な差が認められることから（カイ2乗検定）、先の事例調査の結果と関連して、常に声かけや介助の必要な状態にあると考えられる。さらに、2要因相互の相関（Kendallのタウ）をみても、日常生活全般に強度対象者の数値が高くなっていることと総合して、予防的支援も含め、1対1関係を基盤とした緊密な支援や対応を進めている様子が裏付けられる。

4. 今後の課題

今回の観察調査は、準備期間の不十分なこともあって、各協力施設の有効な支援プログラムを反映した客観的データの抽出ができず、療育的支援の「質」や具体的な予防的支援方法の提示には至らなかった。次の機会には本調査の結果を発展させて、より精緻な検討方略の構築を図っていきたい。

地域での取り組みの報告

- ・ **地域で暮らす行動障害を有するケースへの支援**

三原 憲二、福原 正将（あかりの家、兵庫県）

- ・ **重度自閉症者の地域生活移行**

木村 昭一、菊池 道雄（厚田はまなす園、北海道）

- ・ **自閉症施設における強度行動障害支援のあり方について**

五十嵐 康郎（めぶき園、大分県）

- ・ **行動障害のある自閉症者の地域生活移行の支援**

山本 俊彦（横浜やまびこの里、神奈川県）

- ・ **通所施設における行動障害への支援**

中村 和博（ワークセンターひのき、三重県）

地域で暮らす行動障害を有するケースへの支援

あかりの家（兵庫県） 三原 憲二、福原 正将

A. あかりの家の概要

昭和 61 年開設、入所利用者 40 名（うち自閉症 34 名；85%、強度行動障害加算 12 名）、療育手帳（A；39 名、B₁；1 名）、支援費障害程度区分（A；40 名）、全員が作業に従事（うち 17 人が施設外で通勤的作業）、常勤支援員 21 名、パート支援員 4 名

付帯事業：発達障害者支援センター、圏域コーディネート事業、指定相談支援事業、市町相談支援事業、障害児等療育支援事業、強度行動障害者特別支援加算事業

B. あかりの家の短期入所の受け入れ

1. 受け入れの現状

(1) 定員：短期入所（泊）6 名、日中一時支援 10 名

(2) 平成 17 年度短期入所（泊）実績：50 人、延べ 2,019 日

うち自閉症児（者）1,977 日；98%、行動障害に起因する利用 1,848 日；91%
近隣市町だけではなく、療育を目的として遠方からの利用がある。

2. リハビリ的ショートステイ

あかりの家では、療育目的の短期入所を「リハビリ的ショートステイ」と呼んでいる。次のある保護者からの手紙が、その「リハビリ的」と呼ぶ理由を説明している。

「今年 1 年、定期的にお世話になりありがとうございました。11 月からは状態が崩れてしまったので毎週様子をみていただけたこと、……たくさんの面で改善されて、睡眠は日付が変わらないうちに寝てくれるようになり、睡眠時間も 6~7 時間と長くなり大変楽になりましたし、どれだけ助かっていることでしょうか。また薬を錠剤のまま飲めるようになって、風邪をひいても以前のように 2~3 週間寝付くということがなくなったこと、きちんと生活リズムをつけて下さったこと。人との関わりが苦手で〇〇医師から言葉はあきらめるように言われていましたが、最近学校で声を出してやりとりしようという部分も見られ始めたことなど…」

(1) 短期入所による行動障害改善の背景

- ①わかりやすく構造化された日課や環境や関係の中で過ごす（わかりやすさ、見通し）
- ②問題を引き起こしている環境や関係から離れる（しなくてもすむ環境や関係）
- ③集団的日課の流れに乗せられる形での健康的な生活の回復
- ④安定的な日中活動による食事・睡眠・排泄など基本的・生理的な生活力の回復
- ⑤疲れ切った本人と支援者の体力や気力の回復
- ⑥療育的・専門的な働きかけ

(2) リハビリ的ショートステイの形態

①定期的利用

次の「長期利用」、「緊急利用」を経て帰宅した利用者が、地域での生活を円滑に行なえるように定期チェックを行なう。地域生活を続ける中で生じるずれを早期に修正する機

能をもつ。毎週、毎月、数ヶ月ごとなど、利用形態はさまざまである。

②長期的利用

家庭や作業所や学校で行動障害が激しくなって家庭や地域で暮らすことが困難になった場合、こじれた場面や関係から切り離れた上で専門的療育支援を実施する。月単位や、場合によっては年単位の長期利用がある（市町により長期利用不可の場合もある）。

③緊急の利用

待ったなしでの緊急利用形態である。問題が生じた関係や環境から切り離し、専門的療育支援を実施する。

3. リハビリ的ショートステイの支援体制

強度の行動障害へ向き合うには、支援者の質と量が同時に要求される。高度な専門性と支援者としての強い意思、そして、その療育に必要な支援者数とその質と量である。

(1) リハビリ的ショートステイの担い手

力量のある支援者があたる。特に初期の集中的な取り組みについては、強度行動障害担当者を充てている。

(2) 支援員の質

自閉症支援のための高度な専門性をもった支援員の育成はきわめて重要である。

①強度行動障害者支援加算（事業）によって培われた専門性

②職員育成のための研修

1年間のプログラムによる新任職員研修、外部からのスーパーバイザーによる療育研修、1年の療育の集大成としての「あかりの家事例研究会」、毎月の嘱託医による事例検討会など、支援員の質の維持・向上には、施設長を先頭に多大な努力を傾けている。

(3) 支援者の量

強度行動障害の人たちのショートステイを可能にしている理由は、強度行動障害加算による支援員の増員が大きい。

C. 具体的な事例の検討

事例1：こだわりと暴力により家庭生活が困難になったYさんの事例（26歳、男性）

a. プロフィール

療育手帳A判定、自閉症。養護学校高等部卒業後は作業所を利用するが、長続きせず自宅にこもっていた。家族構成は父親、母親、兄、本人。ADLはほぼ確立している。

b. 利用の主訴

在宅生活における家族への粗暴行為と破壊行為による生活困難

c. 支援開始時の状況

市の障害福祉課経由で緊急依頼（母親への暴力、そのため父親が会社へも行けない。近隣住人の通報）

①母親への強迫的な依存傾向（そばから離さない。そばに居ても眠らせない等）

- ②生活リズムの乱れ（昼夜逆転）
- ③強いこだわり（深夜に自宅近辺で車の往來を見続ける。模型作りに月に 20 万円）、
- ④独自の論理（寝ている時、お母さんはそばに居なければならない、口から酸素を吸うと頭がおかしくなる）
- ⑤激しい粗暴行為、破壊行為（上記①～④がかなわないと暴れ出す。警察沙汰になる）

d. 強度行動障害判定（あかりの家による） 合計 33 点

他害行為（5 点）、こだわり（5 点）、物壊し（5 点）、睡眠（5 点）、食事（3 点）、対応困難（5 点）、恐怖を感じ対応できない（5 点）

e. 利用の経過

地域療育等支援事業の訪問の形で支援を開始した。一定の成果を得るが長続きせず、問題が再び出現してくる。短期入所が検討され、入院による服薬調整をして短期入所に至る。

f. 短期入所における取り組み

（第 1 期：生活リズムの改善とパニック時の自己抑制、自己コントロールの獲得）

- ・施設のハード面の機能を使った生活リズムの改善（施設の規則性の利用）
- ・集団生活に合わせる練習（人に合わせる生活）
- ・パニック時の自己コントロールを養う（説明、説得、身体抑制から自力での情動抑制を助ける）
- ・問題行動の背景にある独自の理論の修正

彼は、ショートステイを仮の生活と捉えていた。その中で、些細なことでパニックになり、支援員は粗暴行為を受けることも多かった。ここで怯えを見せず、向き合い続けた結果、強度の問題行動は影を潜めた。（初期の集中的な取り組みにより、こちらのペースや枠組みに引き込むことに成功した）

（第 2 期：保護者宿泊、外出等による親子関係の修正、強化）

- ・あかりの家という「施設のハード面」を利用した親子関係の修復、強化

施設内の地域交流ホームにおいて、親子で毎週末の土曜日の昼から日曜日の昼まで 24 時間過ごす。当日までの動機付け、注意喚起、保護者との打ち合わせ等をしっかり行なった。実施当日は、緊急時の対応のため待機していたが、大きな問題はなかった。そのような宿泊訓練を繰り返し、成功体験を積み上げた。

（第 3 期：帰省の開始による在宅生活の安定と内面の揺れの修正）

- ・週末帰宅（自宅で親主導の関係を作る。失敗をしない先行支援。成功の印象を作る）
- ・帰宅による情緒の揺れを修正（自分の枠付け、こだわりの再起への対応、コントロールを再確認）

地域生活へ戻していく具体的展開として週末帰宅を実施する。この帰宅中に粗暴行為やこだわり（夜明け前の散歩、昼夜逆転、高額買い物等）をした場合は、再度支援をやり直すという約束を交わす。また、日記を付けてもらい、行動の把握も同時に行なう。保護者にも暴力や破壊行為の起こる流れにこだわりが関係していることを理解していただき、協

力を求める。帰省中は問題が起こらないが、施設の生活で次の帰宅を期待しての情緒の揺れが起こるようになる。この時にも、在宅生活に戻りたい思いを叶えるためには、自分で我慢できることが必要であるという話と抑制方法の再確認を行なう。

(第4期：自力帰省、消費生産活動等の具体的在宅復帰への展開)

- ・バス・電車による自力帰省（社会生活活動に触れる、自信を付ける、目的をもった行動を行なう。）
- ・生産・消費活動の適正化（作業工賃の支給、高額の買い物の抑制、社会生活活動に触れる）

定期的な帰省による施設と家庭の往来が可能になっていたため、大きな障害はなく自力で帰省できている。また、施設での作業に対して、保護者から預かった1日500円の工賃を施設長より支給した。月に1万円くらいの小遣いになり、欲しい物は小遣いの範囲で買うという設定にした。その約束も守り、在宅時の月20万の世界に戻る様子はなかった。

(第5期：帰省日数の増加と自力利用) —現在進行中の取り組みである。

- ・週末帰宅日数を1泊から2泊へ（在宅生活時間の拡大、成功感を親子で実感してもらう機会の増加）
- ・自力で交通機関を用いた短期入所の利用（将来を見据えた自力での日中活動利用経験）

g. まとめ

本ケースは、自分の枠組みや論理が肥大化して、その生きづらさに家族を巻き込んだ事例と考えられる。その支援は、「内面世界とのやりとり」と「在宅復帰プログラム」の2本柱で行なった。在宅復帰プログラムはわかりやすさと細かさが鍵を握る。しかし、内面世界とのやりとりは「心理戦」であり、行動の底にある内面を読み取る力が必要になる。やりとりを通して、納得や相手に合わせた自己の枠組みの修正、自己コントロールの力を育てていく。

最初、その心理戦に全力を注いだ。それによって、強迫性、衝動性を1ヶ月ほどでコントロールすることができた。このやりとりで、人から学ぶ姿勢や話し合いによって自分の枠組みを崩すことができる態度が確立できた。このベース作りが以降の展開をスムーズにした。しかし、時々現われる「目に見えない彼の独自の論理展開」の軌道修正は常に必要であった。その軌道修正には、わかりやすさと納得しやすさが必要で、施設長の権威を借りたり、本人との話し合いに行政担当者に同席してもらうなどで本人の論理に対応していった。1年後には、短期入所（宿泊）から通所形態での支援を考えている。

事例2：極度の偏食と活動意欲のなさによる養育困難なTさんの事例（15歳、男性）

a. プロフィール

養護学校中学部3年生、療育手帳A判定、自閉症。家族構成は祖母、母親、姉、本人。ADLについて、未確立の部分が非常に多い。

b. 利用の主訴

極度の偏食、不眠状態、学校での活動意欲のなさによる養育困難

c. 支援開始時の状況

養護学校経由で依頼（偏食の改善）があり、他の問題についても相談を受ける。

- ①偏食（パン、おやつ、麺類以外は食べない。汁をかけてご飯をわずかに食べられる）
- ②生活リズムの乱れ（早朝まで眠れない。朝覚醒できず、登校時間に間に合わない）
- ③集団行動ができない、座ってられない（多動、興味関心をもちにくい）

d. 強度行動障害判定基準（あかりの家による） 合計 25 点

こだわり（3点）、物壊し（1点）、睡眠（5点）、食事（5点）、多動（5点）、騒がしさ（1点）対応困難（5点）

e. 偏食への支援

初回は2泊3日を設定し、マンツーマンで集中的に取り組んだ。なお、偏食の指導については、あらかじめ具体的なプログラムを保護者に説明し、了解を得ている。

最初の食事の時、食堂へは行くが、席に付こうとしなかった。やっと席に着くも、食事には手をつけない。そこで、食物を口に近づけると拒否的な反応がみられた。ここで直感的に、食べたくないのではなく、「食べられないと思っている」「食べ方がわからない」と予想された。

「食べられない」原因として、一口量の調整の難しさ、食べたことのない物や苦手な物を口にする拒否感、咀嚼や嚥下の感覚的な難しさを背景にした、身体や意欲の「固まり」を仮定した。過去の嫌悪体験や初物への苦手意識も考えられた。

食事を目の前にして動きが止まるため、支援員が食べさせることになる。また、口に入れる量を定量でわかりやすくするためにスプーンを使う。努力を要する動作は最小限にし、咀嚼と嚥下動作に集中してもらう。このように、本人のできにくいことは積極的に応援する姿勢をとった。具体的な展開としては、

- 1) 支援員がつまむ程度の量をスプーンに入れて口に運び、咀嚼と嚥下に集中してもらうように声かけする。
- 2) 次に、自分でスプーンに入れるよう勧めるが、たくさん入れすぎて口に運べなくなる。
- 3) スプーンに乗せる量の調整を助け、自分で道具を操作して食べる。
- 4) 量を数段階に分け、少しずつ増やして、スプーンに丁度乗り切るだけの量にしていく。

このようなステップを踏みながら、着実に成功を積み重ね、自分で食べられるようになる。2食目以降は、量について指示してあげることで食べるようになる。

作業や就寝の場面でも同じであった。自分の身体を思うように動かせないことから、行動の乱れが起こっている。作業の場合、座り方がわからないから飛び出す、就寝でも寝方がわからないから不眠状態になる。このように、どうしたらよいかわからない状況が彼の問題行動の背景にあって、周囲の理解を損なう原因となっていたのである。

f. まとめ

本ケースは、「動きたくても動けない」ことに対して後押しをしてあげることによって解決した事例である。具体的な支援としては、①苦手意識の反応を起こさせない工夫（食べ物の量の調節や周囲の環境刺激などのコントロール）、②スモール・ステップ（成功させられる設定を組み続ける）、③適切な反応が生起するようにうまく後押しする、④最初に必ず成功さ

せる（最初の失敗は次の支援の失敗や場面状況への反応を呼ぶ）、⑤問題の質と成り立ちを見抜く（問題行動をなくすことが目的ではなく、どう感じ、考えているかが大事）といった、きめ細かい視点は必須である。

この1回の利用以降、学校や家庭の食事の幅が広がり、夜間の睡眠もいづらか改善される。現在も継続して、週1泊2日の定期的な利用を行なっている。

D. 附 記

以上の取り組みは、「自閉症支援の専門性を地域に返していく」施設の方針に基づいたものである。しかしながら、支援員が不足している中で、入所利用者のための支援員でありながらショートステイ利用者に相当の力を注ぐことへの葛藤は強い。

重度自閉症者の地域生活移行

厚田はまなす園（北海道） 木村 昭一、菊池 道雄

1. はじめに

当施設は、第一種自閉症児施設に入所していた過齢児の家族が中心となり、昭和 62 年に定員 40 名で開設された。現在は定員 60 名で、その 8 割が重度自閉症である。開設当初は行動障がい者の激しい利用者に対してさまざまな取り組みを行なうも、職員、利用者ともに多くの混乱が続いた。

その後、「人権を守る」「地域生活」という視点とともに、自閉症の特性を理解するための研修を重ね、自閉症者に合った支援に取り組む中で、徐々に落ち着いた生活が可能となってきた。

通所部、分場、グループホーム開設等の地域への取り組みを行なうとともに、平成 11 年に強度行動障がい者特別処遇事業を開始する。

平成 14 年には、当施設分場に通う行動障がいの激しい重度自閉症者 4 名によるグループホーム（現ケアホーム）を世話人およびナイトケア専任職員を配置し開設した。

その後も「どんなに重い障がいをもっていても地域の中での生活」を法人のモットーとし、ケアホームの展開を進めている。平成 20 年 1 月現在、法人全体で 12 ヶ所のケアホームを運営している。そのうち 8 ヶ所は、重度自閉症者中心のケアホームとなっている。

2. 地域での暮らしに向けて

(1) 入所施設の限界

入所施設での支援と並行して重度自閉症者の地域生活を展開してきた中で明確になってきたことは、入所施設という環境は彼らにあまりにも合わないということである。施設という空間によるさまざまな刺激、集団生活からくる多くの人的刺激、集団プログラムからくる制約など、自閉症者にとっては苦手な生活状況が多い。

また、職員という面から考えると、交代制勤務ということがあり、職員間のチームワークや連携のあり方が大きく、時として一貫性のない支援になることもある。そして、職員は常に多くの利用者を支援しなければならないため、一人一人の利用者にどこまで細かく関わっていけるかということもある。

このような、自閉症者にとって入所施設での長期にわたる生活の難しさが考えられる。

(2) 家庭（在宅）での限界

一部の家庭では、思春期や成人期を迎えた自閉症者が、家族の一員として安定して過ごすことができなくなっている。自閉症者本人中心の家庭生活リズムとなっていることが多く、家族が本人に振り回されている実態もある。家庭内での激しい行動障がいから、危機的な状況になっている家庭もある。父母、兄弟姉妹等の家族による刺激が本人にとって不適切なものとなり、自閉症者本人によるコントロールがきかなくなり、さまざまな不適応行動が家族にとって大きな負担となっていることもある。

これらの状況は、自閉症者本人の問題、または家族の自閉症理解の問題ということだけでなく、思春期から成人期にかけての家族に対する教育・福祉・医療・行政等関係者の支援の不

十分さからきたものである。さらに、思春期だからというだけではなく、自閉症の特性に合った幼児期からの一貫した支援や、家族への支援の不十分さが原因とも考えられる。

(3) ケアホームでの支援

当法人のケアホームは4～6人規模である。小集団の生活ということで、入所施設に比べて人的刺激が大幅に減少する。また、住居規模から考えても空間的な刺激は減る。これらの点から、自閉症者にとってより落ち着いた環境を提供することができる。

支援の内容としては、自閉症の特性を踏まえた個別的プログラムの提供と個別化された支援環境の設定が重要となる。利用者の状況によりケアホーム利用者全体としての活動も可能であるが、障がいがいれば重いほど個別的な活動や生活の流れが必要となってくる。利用者の状況によっては、「皆で何かをしよう」という発想を捨てる必要もあるだろう。

職員サイドから考えると、少人数への対応ということで個々人の生活の細かな部分まで配慮することが可能である。また、行動障がい面についても、分析、対応、評価等による細かな支援が可能となる。そして、ケアホームの生活で関わる職員が限定されることにより、関係する職員間で連絡調整が取りやすく、一貫した支援に結びつく。

家庭との関係では、在宅の利用者の場合、それまでの混乱した家庭生活から離れることにより、家族としては、それまで利用者の行動に翻弄されていた生活から落ち着いた家庭環境へと移っていく。利用者自身にとっても、コントロールがきかなくなる家族からの刺激が減ることにより不適切な行動が減少する。そして、ケアホームという新しい生活に移行する時に生活がリセットされ、それまで抱えていた混乱を全体として減少させることができる。

入所施設からケアホームに移行した場合も、ケアホームでの取り組みによりある程度行動障がい減少し、帰省時において、家庭内での生活にも落ち着きがみられる。もちろん在宅であった者、入所であった者ともに職員による外泊時の家庭への支援は必要である。

実感として、これまで重度自閉症者のケアホームでの支援を進める中で、以前から言われている「入所施設が行動障がいを作り出す」ということを認識してきた。

3. 入所施設の機能

当法人の考える入所施設の機能は、基本的に『終の棲家』ではなく、通過型施設ということを重視している。当法人の運営する札幌市自閉症者自立支援センター（設置は札幌市）は、『有期限・有目的』を基本方針として平成17年に開設された。行動障がいの激しい自閉症者であっても、地域生活に向けての支援を行なうという考えのもとに運営されている。

当施設も同様に、行動障がいをもつ自閉症者の地域生活への支援ということを基本方針としている。もちろん最重度者の中には、現在の制度や体制において入所施設を生活の場としなければならない利用者もいるため、今すぐ施設をなくすことは不可能である。さらに、地域や在宅、他施設等で行動障がいの激しさから対応困難になっている場合の緊急避難としての機能をもつと考えている。しかし、それらの利用者も含めて、いかに地域生活への移行支援を行なうか、そしてその中で暫時入所施設規模の縮小をどのように進めていくかということである。もちろん、入所している利用者の快適な生活環境やサービスを限りなく提供していくことは言うまでもないが、どんな重度の自閉症者も入所施設を人生のゴールにしてはならないと思う。

当然、強度行動障がい加算事業も地域移行の取り組みの一環として位置付けられる。強

度行動障がいに対するプログラムを組み立て、支援を行なう中で行動障がいの軽減を図る。その目的は、施設生活内での安定だけではなく、地域生活に向けてということが前提である。特に新規入所を受け入れる場合、行動障がいの激しい利用者は事前に強度行動障がいの判定を受けてもらい、その上で家族にも地域生活に向けての支援を行なうという説明をしている。

しかし、成人期になった行動障がいの激しい重度自閉症者の行動改善は困難な面も多く、いかに幼児・児童期からの自閉症に特化した支援が重要かということも痛感している。

4. 支援の形態

当施設入所者に対する支援体制は、利用者:職員の割合が約 2.4 : 1 である。強度行動障がい対象利用者の支援は、基本的な支援プログラムを担当職員が作成し、所属する生活棟の職員全体で検討している。当施設にはサテライト型入所施設も設置され、入所者 4 名が夜間支援体制のもと地域の住宅で生活している。また、当法人は自閉症・発達障がい支援センターを運営しており、行動障がいの激しい利用者に対して支援センター職員と支援の検討を行ないながら取り組んでいる。

施設生活支援だけではなく、ケアホーム生活者に対するバックアップの支援は重要であり、コーディネーターとしての地域生活支援職員とケアホーム専任職員が綿密に連携している。月 1 回、当施設職員、当法人通所授産施設職員、地域生活支援職員、サテライト施設職員、ケアホーム職員による会議を行ない、利用者の状況報告、問題点、支援方法等について検討している。また、各ケアホームのスタッフ（世話人）も含めた会議を月 1 回開催し、より細かな日常生活の状況や問題点に関する情報交換や検討を進めている。このように関係職員の連携を図ることによって、各ケアホームが単独で機能しているのではなく、関係職員全体で利用者の地域生活を支えるという共通認識ができ上がる。

5. 支援の実際

入所施設を出て地域生活を望む利用者本人と家族のニーズに応えるということが基本となる。それ以外に、施設入所を希望しない自閉症や発達障がいをもつ者について、どんなに障がいが重くても地域生活をさせたいという家族の願いに応えるための支援を行なっている。

平成 14 年に札幌で開設した重度自閉症者のグループホームは、そのような家族の願いから始まった。以前にその利用者は当施設の短期入所を利用していたが、施設という集団になじめず、他害や自傷が激しかった。家庭内での行動障がいも激しく、家族支援も行なっていたが、困難性も高かった。しかし、グループホームでの生活を始めてからは、小集団の中で自閉症の特性に応じた支援を進めることで行動障がいが軽減されていった。利用者が安定することで、家族もある程度の生活の落ち着きを取り戻すことができるようになった。これらのことが、当法人のその後の重度自閉症者の地域生活移行への展開に大きく結びついていった。

平成 17 年には、ナイトケア職員を配置し、行動障がいの激しい重度自閉症者 4 名によるグループホーム（現ケアホーム）を開設した。これは、他の通所施設と入所施設の利用者の家族が自閉症の専門的支援を望み、当法人と一緒に検討しながらグループホームを建設したものである。それらの利用者は、判定は受けていないが明らかに強度行動障がい加算の対象となる行動障がいをもっていた。グループホームの利用にあたり、利用者の情報収

集を行なうため、通所利用者には当施設の短期入所を実施した。他の施設入所利用者は、実習という形で当施設を利用し、情報収集や支援方法の検討等を行ない、そのまま施設には戻らずにグループホームへ異動し、現在もケアホームでの生活や日中活動の場において、些細なつまづきから激しいパニックや頑強な行動停止等を起こすことがあり、その都度原因究明と対応の検討によりおさまっている。仮に、ケアホームでなく施設に入所していたら、以前の施設や家庭での激しい行動障がいはいは軽減されなかったと考えている。

当施設が所在する地区においては、当法人が運営する通所授産施設と連携を取り、7カ所のケアホームとサテライト型施設1カ所合計35名の支援を行なっている。日中活動は、当施設通所部や通所授産施設で行なっている。

一部ではあるが、就労している利用者もいる。1ヶ所のケアホームでは、単独型短期入所事業を行ない、在宅の自閉症者への支援やケアホーム利用に向けた体験入所として活用されている。その短期入所利用者は、施設という集団内での短期入所が難しい場合や本人自身が施設利用することを拒否する者などである。そうした利用者にとって、入所施設での短期入所はマイナス要素が大きく、不適切と考えられる。ケアホームでの短期入所を行なうことで、ケアホーム籍へのスムーズな移行が可能となっている。

6. おわりに

これまで述べたように、当法人は「どんなに重い障がいをもっていても地域の中での生活」「重度の自閉症の人こそケアホーム生活を」という理念のもと、各事業所、関係機関、家族、地域、医療と連携しながら、そしてそれぞれの利用者の特性や行動に配慮した住居形態や設置場所を検討しながら、今後もケアホームでの生活支援を展開していく。

【事例1】：30歳、男性

自閉症、最重度。平成7年入所、平成19年退所。平成11年12月より強度行動障がい特別処遇を開始した（開始時27点、終了時13点）。

行動障がいとして、行動停止があり、活動が終了しても次の活動に移れずに停止する（10～40分程）。作業、食事、余暇等の日課だけでなく、洗面後トイレに行くときトイレの入り口で停止するというように、あらゆる場面で見られた。激しい常同行為もあり、洗面所へ走って飲水をする、一步步いては戻る等を繰り返す。排泄関係では、便器で排便することができず、汚水槽にまたがり排便していた。自傷も多く、指を顎に激しく打ちつける、指や口唇の皮をむく等があった。精神的な不安定状態が激しくなると他害もあり、頭突きや叩くという行動が見られた。

各活動の切り替わりの際に空白の時間があると行動停止が多いため、行動のスムーズな移行をめざして、空白の時間に自立課題を導入する。絵や写真カードによる活動提示を行なうが、行動停止があるため、色カードと場所のマッチングによる提示を行なうことにより減少した。自由時間などの見通しの立たない時間、活動内容の曖昧な時間帯に常同行為や自傷等が目立っていた。この時間帯にも自立課題を取り入れ、無目的な時間の減少を図った。排便に関しては、排便時間を調べて誘導するとともに、トイレのドアに本人が使うトイレであるという目印を付けることで徐々に便器での排便が可能となった。医師と相談し、服薬調整も行なっていた。

平成17年に「サテライト型入所施設」整備を行ない、地域生活のトレーニングをする目的で、本人も含めて4名での生活を始めた。スケジュールの使用、自由時間における課

題の設定等、視覚的支援と入所施設で取り組まれた構造化された支援を引き継いだ。サテライトにおいても行動停止等はあるが、頻度は入所時代から大幅に減少していった。平成19年11月には2年間にわたるサテライト施設での取り組みを引き継ぎ、新設のケアホームでの生活に移行し、現在きわめて落ちついた生活を続けている。

【事例2】：32歳、男性

自閉症、最重度。他の入所施設から当法人ケアホームへ移行した。

前の入所施設では強度行動障がい判定は受けていないが、行動障がい激しい。作業時はもちろん、食事時も居室を出ることができなかった。日照にこだわりがあり、日没近くなると行動停止する。曇りの日は不調になることが多い。帰省時にも、日照へのこだわりから日没まで出入りできなかった。夜間も、特定の家の明かりや街灯がついていると外に出ることができない。行動の切り替わりの時、ズボンとパンツを片足のみ脱いで移動し、再度履くという儀式的行動がある。自傷もあり、ストレスから強迫的に行なう。こだわりも強く、変更が難しい。食事目目の前にある物を口に一度に入れてしまう等の行動があった。親は当施設への入所を希望していたが、入所することで同様の行動障がいと考えられるため、刺激が少なく対応がしやすく、また生活も組み立てやすいナイトケア職員を配置したグループホーム（現ケアホーム）での生活を数名の親と一緒に検討した。平成17年6月、グループホームに入居して当施設の通所部利用を開始する。入居当初は視覚的支援やスケジュールに本人が慣れていなかったため、行動停止や自傷が続いた。居室の窓に紙を貼り日照刺激の軽減を図り、移動時に具体物を提示する等の取り組みを行なう。例えば、施設からグループホームに戻る時、缶コーヒーの空缶を渡して（ホームに帰ったら缶コーヒーが飲めるという合図）送迎車両に乗り、ホームに戻った時に缶コーヒーを飲むという流れを作った。日中作業の移動も移動のシンボルとなるものを渡し、作業場にある同一物とマッチングさせた。入居1ヶ月ほどでこれらの取り組みが本人のスムーズな動きとして定着してきた。時間の遅れはあるものの通所も順調に行なえた。しかし、行動停止や自傷は時々見られ、原因不明の場合もあった。施設の居室から出る時に入口で転倒し、急遽通院したことがあった。突然の予定変更や病院での処置に混乱し、通院後、施設の居室から出ることができなくなった。複数の職員の対応でグループホームに戻り、翌日通所するが、居室から出られない状態が続く。次の行動の提示物を変更する等の取り組みを行ない、数日後にはもとの落ち着いた状態となる。移動時にズボンの片足を脱ぐことへのこだわりは、職員が片手をつないで移動すれば防ぐことができるが、手をつながずに移動できるための取り組みが課題となっている。

頻繁に担当医に状況を報告し、服薬調整も行なっている。現在も時々見られる行動停止等に対応しているが、以前より安定した生活を送っている。

【事例3】：38歳、男性

自閉症、重度。平成7年入所、平成17年退所。

対人刺激に極端に弱く、視線を合わせる、声かけを受ける、また予定の変更、見通しの不安からストレスを蓄積し、パニックや大声を上げる、破壊行為、他害、多飲水、常同行為等があった。パニック時は対応が困難で、自室内で落ち着くのを待つしかなかった。

行動障がいの軽減にあたり、強度行動障がい処遇事業の対象とするのではなく、自活訓練事業対象者として、敷地内の独立した自活訓練棟における小集団での外部刺激の少ない

生活に取り組むこととした。1日のスケジュールは文字カードでの提示を行なう。現在行なっている行動の終了は、タイマーでアラームがなるように設定した。作業ではキッチンタイマーを使用し、次の行動に移るようにした。食事は自活訓練棟の自室で取り、他利用者からの刺激を避けるようにした。訓練棟の生活で混乱し、パニックを起すことはなかったが、作業の移動時に車両内で他の利用者から見つめられた、声をかけられた等で大声を出すことがあった。

平成17年6月、ナイトケア職員の配置されたグループホーム（現ケアホーム）での生活を始める。自活訓練棟での取り組みを継続し、グループホーム内で他利用者に関わる時間を少なくする。スケジュール、余暇や課題の見直しを進めながら生活の支援を行なっている。しかし、パニックがなくなったわけではない。余暇活動で公園に行き乗馬をした時、スケジュールでは「〇〇公園」となっていた。「公園に行き馬に乗る」ことが提示されていなかったことから、ケアホームに戻ってパニックを起した。このように基本的配慮を忘れ、本人に辛い思いをさせてしまったという失敗もある。

しかし、施設入所時よりもパニックが激減し、落ち着いた生活を送れるようになったことは明確である。

自閉症施設における強度行動障害支援のあり方について

めぶき園（大分県） 五十嵐 康郎

1. はじめに

めぶき園は、県都である大分市に隣接する犬飼町（合併後は豊後大野市）に知的障害者更生施設（30名定員）として平成3年6月に開園しました。自閉症専門施設として誕生したことから、自傷、他害、こだわり、器物破損などの激しい行動障害を伴うケースが多数入所しました。

開園直後、町営公民館で活動中に利用者を見失い、職員、保護者はもとより、地元消防団も出動して捜索したものの、一昼夜行方がわからず、ようやく翌日の昼過ぎに川べりの草むらで発見されたことがありました。彼は激しい自傷により片目を失明し、感覚過敏で衣類を身にまとうことができず、常に奇声と唾吐きが絶えず、1分と落ち着かず、ちょっとした隙に職員の手を振り払って道路や崖に飛び出すという状態でした。マンツーマンで対応し、現在は簡単な生産活動に取り組めるようになりました。

別のある利用者は、激しい他害、こだわり、パニック等により、暴れ出すと手がつけられず、蹴ったり、叩いたり、噛みついて職員を痣だらけにしたり、職員を投げとぼして、骨折させたこともありました。彼も現在はスムーズに職員の求めに応じて落ち着いて過せるようになりました。

彼らだけでなく、利用者の激しい行動障害と向き合う中で、私たちは行動障害の多くが彼ら本来のものではなく、対人関係や環境による二次的なものであることを学びました。すなわち、障害が重いからと何もさせなかったり、腫れ物にさわるように接したり、自閉症の人には意思や人格がないかのように、本人を抜きにして物事を決めたり、高圧的、暴力的に接したりと、親や教師、施設職員などの関係者が人としてまともに接してこなかった結果が行動障害を強化してしまったのです。

開園当初はショートステイの利用はほとんどありませんでしたが、平成10年頃から徐々に増え始めました。平成11年に昼夜逆転、器物破壊、母親への暴力行為などから、両親が近くの親戚宅に避難し、警察や精神病院からも断られたことから、福祉事務所を通して当園に協力依頼のあったケースをショートステイで受けて、短期間で劇的に改善し、当園の支援で欠員のあった他施設への移行もスムーズに行なうことができたことから、行動障害を伴う困難事例の依頼が当園に寄せられるようになりました。

当園がこれまでに関わったケースには、無事に他施設に移行したり、家庭復帰を果たしたケースもあります。ショートステイ、日中一時支援、行動援護などの現行制度を活用して、現在も行動障害の激しい10名の支援を継続しています。さらに、精神病院入院中などの複数のケースへの支援を求められていますが、空き部屋がない、職員体制に余裕がないなどの理由で順番待ちになっています。

当園がこれまで取り組んできた中で、日中一時支援や行動援護等の通所型や訪問型の支援で行動障害が改善、あるいは改善されつつあるケースもありますが、昼夜逆転やこだわり、器物破壊、家庭内暴力などの深刻なケースの多くは、行動障害を生み出した環境や人間関係から切り離し、当園で24時間の生活を通して療育することで改善されました。また、以前の環境や周囲の人との関係性が原因で強度行動障害の状態に陥っている場合が大半な

ので、もとの環境や自閉症専門ではない知的障害施設に移すと、逆戻り、場合によっては悪化してしまうことから、当園で行動障害が改善された後も多くの配慮と支援が必要と考えられます。

本稿では、これまで当園が取り組んだ在宅の激しい行動障害を伴う3事例を紹介し、自閉症施設における療育や強度行動障害支援体制のあり方、さらに配慮すべき点等について考察したいと思います。

2. 事例の紹介

事例①：不登校、パニック、暴力行為のあるA君

養護学校の中学部に進学し、思春期の不安定さと担任教師の厳しい対応がきっかけとなって、昼夜逆転、他害行為、パニック等の行動障害が出現しました。高等部に進学しましたが、給食を食べなくなり、嘔吐が見られ、登校できなくなり、家庭でも頻繁にパニックを起こして母親に暴力を振るうことから、緊急避難として精神病院に入院しました。退院して自宅に戻る車中で大暴れして両親の手に負えなくなったことから相談を受け、急遽ショートステイで受けることになりました。

わざと下腹部を露出したり、噛みついたり、壁に頭をぶつけたり、さまざまな行動障害が見られましたが、これまでの他者とのネガティブな関係から、他者に対して安心感をもちることができず、他者からの声かけや感情に対して過敏になっているとの仮説に基づき、さまざまな行為に対してネガティブに反応しないで肯定的に接すること、しかしながら、本人の言いなりになるのではなく、本人の思いや要求を受け止めながら、こちらからも課題を求めて応じられた時は認める。下腹部を露出する行為に対しては、出してはいけないことを伝えて部屋に戻すことを全職員で確認しました。こうした取り組みの結果、徐々に落ち着いて穏やかに暮らせるようになりました。

事例②：不登校、こだわり、器物破壊、暴力行為のあるB君

中学校2年生の1学期まで障害児学級に通っていましたが、2学期から養護学校に転校し、3年生になって不登校になりました。8月下旬から噛みつきなどの他害行為が見られ、他施設のショートステイを利用しましたが、暴力を振るうことから断られ、精神病院に入院しました。県精神保健福祉センターに相談したところ、県内で処遇できる所はないと言われたとのことでした。期限付き入院のため、当園で見てもらえないだろうかという相談を受けました。

こだわり、昼夜逆転、暴力行為、破壊行為等、とても大変なケースと思われましたが、もしかしたら役に立てるかもしれないという思いからショートステイで受けることにしました。

当初は、窓の開閉から、時計、非常ベル、消火器とあらゆる物にこだわり、机や椅子を積み重ねて食堂の時計を外して投げたり、電球を外して割ったり、窓から飛び出してボイラーのバルブを閉めたり、部屋で放尿したり、2mもあるフェンスを乗り越えて大便をするなど、さまざまな行動に執拗にこだわり、止められると暴力をふるうという状態でした。

このような行動は、こだわりというよりも周囲とのネガティブな関係が原因になっているのではないかという仮説に基づき、こだわり行動をすべて止めるのではなく、例えば破壊行為や暴力行為は毅然として止め、窓の開閉や食堂椅子の入れ替えなどのさほど支障のないものについては、エスカレートしない限りは見守ることにしました。職員との信頼関

係が深まる中で、徐々にこだわりも和らぎ、活動にも参加できるようになりました。

事例③：こだわり、唾吐き、暴力行為のあるC君

C君は、県内のN通所施設（以後N施設という）を利用していましたが、こだわり、唾吐き、暴力行為などの行動障害に対して、N施設の職員がC君に唾を吐き返したり、暴言を吐くなどしたことから人権問題に発展し、施設長や当該職員が引責辞職し、ついには利用者の大半が退所するという事態に発展しました。N施設は、C君のために施設運営が危機に瀕しているとして、C君に退所を求めました。両親は、周辺に適切な施設がなく、退所すれば孤立した生活にならざるを得ないことから、通所を強く希望しました。その結果、両親が付き添うことを条件に通所が認められましたが、N施設職員に対しての唾吐きや暴力行為があるため、親任せで、N施設職員はほとんど関わりませんでした。

県障害福祉課から、自閉症専門施設の立場でN施設に対してC君への支援に関するスーパービジョンをしてほしいとの依頼を受け、当法人の発達障害者支援センターのセンター長や支援課長がN施設に出向いて支援しました。C君から当法人の職員に対しての唾吐きや暴力行為はありませんでしたが、N施設の職員に対しては相変わらず唾吐きや暴力行為が続き、C君に突きとばされたN施設職員が転倒し、腰を痛めて施設を休むという事態が起きました。N施設職員のネガティブな対応に原因があると思われましたが、そのことが原因でC君は来所を控えるよう求められました。

行動援護という形態で自宅やN施設に支援課長を派遣しましたが、N施設は、C君とN施設の職員との関係性からC君の唾吐きや暴力行為が引き起こされていることを理解できず、支援課長がC君の行動障害そのものを改善（治療）してくれるものと考えて自らの対応は改めようとしないうえ、支援課長が対応している場面では大きな問題を起こさずに過ごすことができても、わずかな隙に強引にN施設職員に対して暴力をふるうなど、このままでは両親が毎日送迎し、付き添わなければならない、仕事にも差し支えて今後の見通しがもてないことから、父親、福祉事務所、コーディネーター、当園職員でC君の支援会議を開いて、活動の場を当園に移すことにしました。

自宅から当園まで車で片道1時間程度かかりますが、空き部屋がないこと、両親が在宅を希望したことから、当園職員が自宅から当園まで送迎して当園の活動に参加しています。活動の場を当園に移してから唾吐きはまったく見られず、暴力行為は他利用者が出した大声が気になって、職員と利用者の背中をそれぞれ1~2回程度やや強く押した程度にとどまっています。

C君に関しては、何度も繰り返されるC君の問いかけに対して、過剰にならないように肯定的に接する。仕事を強制せず、できたことを認めるというごく基本的な対応で、私たちとはさほど大きな問題を起こすことなく過ごしていますが、まだようやくスタートラインに立ったばかりで、本当の取り組みはこれからだと考えています。

3. 自閉症療育のコペルニクス的転回

紙面の関係上、ここでは3例を紹介するにとどめましたが、他にも家庭や通所施設で激しいこだわり、他害行為、器物破壊、パニックなどのために対応困難となったケースをお受けして、心労からうつ状態に陥っていた母親の健康が回復したり、以前に在籍していた施設の職員が当園での様子を見学して、穏やかに落ち着いて過ごしていることに驚いたというエピソードもあります。また、養護学校中等部在学中に昼夜逆転から不登校になり、

母親に暴力をふるうために行動援護で職員を派遣して支援しましたが、職員が支援できるのは数時間のため、根本的な問題解決につながらず、結局、約1ヶ月半、めぶき園で生活することで生活リズムの立て直しを図り、行動障害が改善し、現在は家庭から通学しているケースもありますし、行動障害の激しい小学生の家庭に職員を派遣しているケースもあります。

実は多くの自閉症の人が、他者は一方的に指示したり、否定したり、命令するばかりで、誰も理解してくれない、誰も教えてくれない、誰も関わってくれないと感じていると思われれます。自閉症の人に関わる者の多くが、行動の現象面だけを捉えて行動修正を試みたり、関わろうとすればするほど拒否や手痛い暴力に出会い、どう関わればよいのかわからなくなって関わることを止めてしまったり、放任や腫れ物にさわるような対応になってしまつて出口のない悪循環に陥るのです。

彼らはほんの短時間のふれあいですら、心を許すこともあります。時には気持ちが通じた喜びを満面の笑みで抱きついて表現することもあります。自閉症の人は他者に理解してほしい、認めてほしい、愛されたいと渴望しています。しかし、彼らの思いに反して、無理解や拒否・否定に出会うことで傷つき、他者に対して回避的になってしまうのです。

自閉症や重い知的障害の人は感情の被伝導性が高いために、援助者のネガティブな感情が伝わりやすく、そのことに配慮した関わり方も重要です。彼らが興奮している時に笑顔で穏やかに接することで、彼らの感情も穏やかなものになります。

また、援助者がどれだけ余裕をもって関わられるかということも重要なポイントです。援助者が余裕をもつことで、自閉症や重い知的障害の人にも安心感をもって落ち着くことができるのです。この余裕は、知識と経験に基づいて自閉症や重い知的障害の人の気持ちや行動を予測することから生まれます。

自閉症の人は、周囲との関係性を通してさまざまな行動障害を呈したり、回避的になったり、さらには攻撃的な態度を示すようになるのです。療育上は、こうした関係性の視点を通して彼らの行動を見ていくことがとても重要です。

人の成長や発達には、安心感に基づく他者とのやりとり（交流）が重要です。行動療法や動作法、あるいは構造化等は自閉症療育に有効であり、私たちも活用していますが、そのどれもがそれだけでオールマイティというわけではありません。実際の療育は、利用者の個性、性格、能力、年齢や場面、さらには援助者の力量、利用者との関係、立場、他の諸条件によって異なるのです。私たちは、先に述べた関係性の視点を持ち、援助者の知識と経験を総動員して即興的に援助者としての最良の役割を演じていく、その過程こそが療育であり、専門性だと考えています。

当園でのこれまでの取り組みで、スーパービジョンと職員間のチームワークの重要性を痛感しています。大学教授や私、さらにセンター長や支援課長がスーパーバイザーになって、事例を通して「その時（職員は）どういう気持ちであったのか」等と職員の気持ちや関わり方を検証します。職員間の情報交換や意思統一を図ることも大変重要です。関係性が成立している人、うまくいっている人の話を聞いて参考にすることで、職員の態度や関わり方が変化して改善されることも多々あります。

これまでは援助者の問題を等閑に付したまま、クライアントの問題として捉える傾向がありましたが、多くの場合、援助者の課題として捉え直すことで問題解決の糸口が見えてくるのです。クライアントのみを問題とする視点からは自閉症や障害の重さが限界となつてしましますが、援助者の課題とする視点に立てば無限の可能性が開けるのです。これを

私は天動説から地動説への転回になぞらえて、自閉症療育のコペルニクスの転回と呼んでいます。

4. 取り組みの実際

当園は30名定員ですが、自閉症施設としての実践から培ったノウハウを生かして、通所、入所、訪問（派遣）等のさまざまな形態で、定員外に10名の行動障害を伴うケースへの支援を提供しています。また、これまでも多くの人たちの行動障害改善に取り組んできました。その基本的な考え方については前節で述べたとおりです。

事例③のように通所や職員派遣で対応できるケースは、施設のキャパシティや家族の希望という側面もありますが、事例③は両親が十分対応できていることから、主としてN施設の問題と考えられます。生活の立て直しが図れ、養護学校に通学できるようになった事例も、約1ヵ月半のめぶき園での生活が立て直しのきっかけになりました。①や②のような困難事例に関しては、入所という形態で現在の環境や対人関係から切り離さなければならぬと思われまふ。というよりも、家族が本人に対して恐怖心を抱くなど、家庭での暮らしそのものがすでに継続不可能に陥ってしまっています。

家庭復帰や他施設への移行がスムーズに図れたケースもありますが、事例①や事例②のように家庭復帰や他施設への移行がきわめて困難なケースの方が多いように思っています。彼らは自閉症という障害に対しての特別な配慮に基づく支援によって、当園で今は穏やかに落ち着いて暮らしていますが、いわゆる行動障害が治ったというわけではありません。環境や人的対応の変化で、容易に強度行動障害の状態に戻ってしまいます。彼らには、長期的に特別な配慮や支援を欠かすことができないと思っています。

前節で述べたような理念に裏付けられた自閉症に対する深い理解と、療育に関する高い専門性や豊富な実務経験に基づいて、スーパービジョンできる人材、利用者の心理や行動の筋を読み解きながら適切かつ自在に関わることのできる人材、そしてそれらを前提にした質の高いチームアプローチが必要です。

当園は30名定員の小規模施設にすぎませんが、さまざまな困難事例に対してフレキシブルに対応するために、14名の常勤職員を含めて17名の支援員を配置しています。そのうちの12名は行動援護従事者としての資格をもっています。ショートステイ、日中一時支援、行動援護、どのような形態で受けた場合でも、当園利用者と同様に日中活動や行事への参加を前提にしています。行動障害の状態を改善するためには、職員の専門的な配慮や関わりとともに、生活のリズムを整えて生活にメリハリや生きがいをもてるようにすることが重要であり、入所施設での暮らしと日中活動の保障が大きな意味をもっているものと思われまふ。特に受け入れ当初は24時間体制でのマンツーマン、あるいはそれ以上の対応が求められるために、当園にとって大きな負担になりますが、彼らが穏やかに落ち着いて暮らせるようになった時の私たちの喜びには大きなものがあります。

5. 結論

職員に高い専門性とマンツーマン対応が求められることから、本稿で述べたような強度行動障害のあるケースに取り組むには、自閉症施設（入所）であること、スーパービジョン体制があること、経験豊富な職員が十分に配置されていることなどの専門性や職員配置に関しての一定の基準が必要と思っています。家庭崩壊に直面するような深刻なケースが主な対象であるだけに、直ちに対応できる即応性が求められます。個々の事情や希望に応じて、

入所、通所、訪問（派遣）などのさまざまな支援形態が求められます。1対1以上の職員配置が必要であることから、3年経過後には通常の支援に戻すことを前提に、急性期でもある受け入れ当初の3ヶ月間は月額20,000円程度、3ヶ月経過後から3年までの期間は月額16,000円程度が保障されれば、当園においては可能だと考えています。

私たちは、自閉症施設としての特性とこれまで培ってきたノウハウを生かすことで、予算さえ付けばかなりの支援ができると考えています。救えるはずの人がいるにも関わらず、手をこまねいているしかない現状は、彼らにとって不幸であるばかりでなく、私たちにとっても大変残念なことです。

行動障害のある自閉症者の地域生活移行の支援

横浜やまびこの里（神奈川県） 山本 俊彦

1. はじめに

社会福祉法人横浜やまびこの里は、横浜市内で生活する自閉症児（者）が、地域で当たり前に暮らせる支援をするということを目標に、横浜市自閉症児者親の会の運動によって平成元年に設立された。そして、平成2年に通所更生施設「東やまた工房」を開設し、現在では横浜市内に自閉症を中心とした障害者への支援として、障害者支援施設（旧入所更生施設1ヶ所、通所サービス事業所（生活介護事業所）3ヶ所、地域活動支援センター（旧地域作業所）2ヶ所、ケアホーム（共同生活介護事業）6ヶ所、移動支援事業所（ガイドヘルプサービス）、相談支援事業所（横浜市発達障害者支援センター）を運営している。また、高齢者福祉事業としては、通所介護事業所2ヶ所、居宅介護支援事業所2ヶ所、地域包括支援センター2ヶ所も運営している。

2. グループホームの運営について

平成6年に2ヶ所のグループホーム（現ケアホーム）の運営を始め、現在では6ヶ所を運営している。

一般的にグループホームは、施設に比べて障害者が暮らす資源としては貧弱に考えられがちである。しかし、当法人では、グループホーム単独ですべての暮らしのサポートを行なうのではなく、法人のバックアップや地域の資源を活用し、地域での暮らしを支えるシステムを模索する試みでもありと考へ、積極的な運営をしてきている。

グループホーム運営を計画していた当時、平成8年から入所更生施設「東やまたレジデンス」の開設が予定されていた。入所施設については、地域移行を積極的に進めることを視野に入れた設計を行ない（後述）、自閉症や重度の障害をもちながら地域で暮らすための援助を模索する必要があると考へて、あえて入所施設開設よりも先にグループホームの運営を開始した。

当法人では、自閉症という障害の理解と、ひとり一人に応じた地域生活援助サービスの開拓やその実践の積み重ねによって、重度の障害をもった自閉症の人のグループホーム・ケアホームも可能であり、より多様で個別的な地域生活の展開が可能になるとの考へに基づき、グループホーム・ケアホームの運営方針として以下の4点をあげている。

- 1) 自閉症の障害を理解した支援を行なう
- 2) 一人ひとりの暮らしを支援する
- 3) 年齢相応の普通の暮らしをめざす
- 4) 適切なホーム運営のシステムを構築する

現在運営しているケアホームの概要は表4-1のとおりである。表の援助スタッフ以外にも、主任、係長、課長がバックアップに入っている。非常勤職員とハウスキーパーは交代勤務で、1日に1名が勤務している。

3. 地域移行をめざした入所施設の運営

平成8年5月に法人運営の入所施設「東やまたレジデンス」を開所した。定員は40名で

表4-1. やまびこの里が運営しているケアホームの概要

ホームの名称	構造	人数	援助スタッフ			開所年月
			常勤	非常勤	ハウスキーパー	
ハウス BEE	一戸建て 2階家	男5名	1名	2名	1名	H.6年4月
ハウス SEA	一戸建て 2階家	男4名	1名	1名	2名	H.6年11月
ハウス DOUX	一戸建て 2階家	男4名	2名	9名	1名	H.10年3月
ハウス EEL	テラスハウス 2棟	男4名 女1名	1名	2名	2名	H.10年2月
ハウス F	マンション 3戸	男4名	1名	1名	0名	H.12年3月
ハウス G	一戸建て 2階家	男6名	1名	4名	1名	H.12年6月

短期入所事業4名を行なっている。当法人では、入所施設を「通過型」であると考え、支援もその後の生活を考えた形態を採っている。

先に記したように、入所施設を運営する2年前からグループホームの運営を始めている。より地域に近い場所での「生活」を行なうことにより、入所施設にその「生活の形態」を利用することを考え、入所施設からグループホームへの移行が少しでもイメージしやすいようにした。

居室の設計では、7つのユニットに分け、すべて個室としている。7つのユニットはすべて設計が異なり、台所、風呂、洗面といった生活に必要な設備をそれぞれに備えたユニットケアを行なっている。1つのユニットを4~7名で利用し、「グループホーム」を想定した規模となっている。

また、日中活動の場は生活ユニットとは別の場所に設け、「職住分離」の形態を施設開所当初から採っている。通所施設とグループホームを利用するという、地域移行後に想定される生活スタイルを採ることにより、地域移行をスムーズにできるようにするためである。これは障害者自立支援法における入所施設機能のデイ・ナイト分離と同じ発想であったため、あまり違和感がなく新事業体系へ移行することができた。

4. 通所施設の利用を継続しながら地域移行を行なう取り組み

重度の障害や行動障害をもつ人たちの場合、家庭での生活が困難になってから入所施設を利用し、施設での「訓練」の後に地域生活へ移行するというプロセスが想定されることが多いと思われる。しかし、通所施設の利用を継続しながら家庭生活を継続できる支援を受け、本人の状態や家族の加齢などの理由で家庭生活が困難となる前に、ケアホームに生活する場を移行することも可能であると考えられる。

下記の表4-2は、当法人が運営するケアホーム利用者の入居前の生活場所と障害程度を示している。

表 4-2. ケアホームへの入居前の生活場所と障害程度

ホームの名称	入居前の生活場所	定員	障害程度区分				
			2	3	4	5	6
ハウス BEE	入所施設から移行	5名			1名		
	在宅生活から移行				1名	2名	1名
ハウス SEA	入所施設から移行	4名				1名	
	在宅生活から移行			1名	1名	1名	
ハウス DOUX	入所施設から移行	5名				2名	2名
	在宅生活から移行						1名
ハウス EEL	入所施設から移行	5名					
	在宅生活から移行			1名	3名	1名	
ハウス F	入所施設から移行	4名		1名			
	在宅生活から移行			3名			
ハウス G	入所施設から移行	6名			1名	2名	
	在宅生活から移行				1名		2名

現在のケアホーム利用者の約3分の2は在宅生活からの入居者であり、障害程度区分が重度に該当する方の多くが行動障害を伴う利用者である。ケアホーム入居時には、利用していた通所施設の職員とケアホーム担当職員が連携し、混乱なくケアホームでの生活を始められるよう支援内容を検討し、生活の移行をスムーズに行なうことができた。

ケアホーム入居後も安定した生活を維持するために、ケアホーム職員は入所施設と同様に常勤職員を配置し、さらに非常勤職員を配置して支援を行なっている。個々の利用者に合わせて支援を進めて、少人数での落ち着いた生活を継続するには、国基準での職員配置では不十分であると言わざるを得ない。

5. 支援の実際

当法人が運営するケアホームの支援体制は、先の表4-1のとおり、常勤職員＋非常勤支援員＋ハウスキーパーを配置している。

【事例】：33歳、男性

自閉症、療育手帳A2判定、障害程度区分5。

平成8年に、他の入所施設から東やまたレンジデンスに入所した。平成10年より当法人ケアホームに入居し、通所施設東やまた工房を利用中である。

学齢期より、他害や異性に突然触ることが頻繁に見られ、県内の入所施設に入所となる。

その入所施設では、特に女性職員への接触行為や他害があり、一時期拘束衣を着せられていたこともあった。

東やまたレジデンスでは、関わる職員や1日の活動内容、時間、場所等を本人に「理解できるよう」に伝えることで、不安になる要素を軽減した。また、気になるような事柄は職員間で対応の統一を図り、混乱のないようにした。

異性への接触行為に対しては、触らないことを「約束」として確認し、「約束」を守れた時には守れたことを評価し、守ることを強化していくことを継続した。また、興味がある異性職員とは別途「話す時間」を設ける等をして、適切な関係を保てるよう対応した。

このような支援を行なうことによって他害行為はなくなり、異性への接触行為も激減した。安定した生活が送れるようになり、週末の帰宅も定期的に行なえるようになった。

ケアホームへの入居後も、上記の支援を継続していくことで安定を維持していった。状態の変化により伝える内容や約束の中身も変え、より本人に理解、納得できる支援の形態を作っていた。

また、その他の問題として、ケアホーム異動後も本や消耗品を多く「集める」行為は続いていた。職員が管理してしまうのは簡単であったが、本人にとっては否定的なことであり、主体的に生活をしてもらうためにもどのようにすれば本人が管理できるかを考えた。

具体的な対応として、本に関しては入れる場所を決め、その場所に入らなくなったら古い物から片付けることとした。片付ける時は必ず本人と一緒にしない、自分で管理している意識をもってもらうようにした。消耗品はストックを1個と決め、使用している物がなくなったら、いつ、誰と買いに行くかを明確に示すことで、なくなる不安を軽減した。

上記したのは、行動障害の問題を入所施設の資源を利用して軽減し、地域により近いケアホームへ移行した1事例である。

ケアホームでは、物理的な構造も含めて入所施設より弱い部分がある。行動障害の激しい状況が見られる場合は、入所施設の資源を利用する中で行動障害の原因を探り、適切な対応、支援を行なうことで軽減を図る。そしてケアホームへ移行することが、家族も含めてより安心できると言えよう。また、ケアホームでは5名程度の利用者のため、より細かい部分への対応が可能となる。事例の「本や消耗品を集める」といった問題は日常生活上では大切な問題ではあるが、他害や破壊行為といった問題と比べた場合、見えにくい問題であると考えられがちであろう。こういった問題に対しては、ケアホームの小規模な体制だからこそ柔軟、機敏に対応できることであるとも言える。

各資源の特色をうまく使い、利用することで、地域で生活することはもちろん、生活の中身や質を考えた「豊かな生活」を作り出していくことに結び付くと考えられる。

5. 終わりに

20歳代前半で入居した利用者も30代後半となってきている。この中には50歳代を迎えた利用者もいる。加齢によりこれまでの生活スタイルの見直しが必要となっている。具体的には、食事内容や量の変更、運動プログラムの導入といった、健康状態により注意した生活が必要となっている。各ホームでは、血圧、体温、体重等のバイタルチェックを日課の中で実施しているが、年齢や状況に応じたさらなるチェックや観察が必要となっている。

また、経営上の問題も大きな問題である。平成18年4月より障害者自立支援法が施行され、当法人のグループホームも新事業体系のケアホームに移行して1年半が経った。今後も制度の変更は予定されているが、手厚い職員配置を行なっているため、当法人のケアホ

ームは赤字運営を余儀なくされているのが実態である。横浜市では、ケアホーム・グループホームの運営に対する助成を積極的に行なっているが、それでも経営上の問題は解決できていない。

今後、入所施設からの地域移行を進めることが求められており、通所施設利用者の保護者の加齢が進む中、ケアホームの積極的展開も求められているが、経営的にも安定して運営できる制度設計を期待せざるを得ない。制度の改善を求めながら、あくまで利用者にとっての「地域生活」が何かを考え、より運営方法と支援内容の見直しが大きな課題となっている。

通所施設における行動障害への支援

ワークセンターひのき（三重県） 中村 和博

1. 沿革と概要

昭和 56 年 自閉症者施設として定員 40 名の入所更生施設（あさけ学園）を開設

昭和 63 年 あさけ学園の入所定員を 40 名から 80 名に増員
入所利用者の週末 1 人外泊訓練を継続実施し、家庭生活訓練を行なう。

平成 10 年 入所更生施設に通所部を開設
入所定員を 80 名から 60 名に減員。5 名は在宅生活、もう 5 名は法人グループホーム、残り 10 名を通所部に移行する。新規の在宅利用者も加えてスタートした。

平成 14 年 通所部を通所授産施設ワークセンターひのきとして開設

現在のセンターの利用者は、在宅通所者の他にケアホーム利用者や入所施設利用者を含め 29 名である。旧法体制であるが、日中活動としては通所授産にとどまらず相互乗り入れを行なっている。

2. 支援の目標と支援体制

(1) 支援の目標と視点

ワークセンターひのき（以下ひのき）の利用者は、強度行動障害の判定基準を満たしている者が大半を示している。彼らの行動障害を考えると、一般的にはとても通所できると思えない人が多い。

自傷や他傷、跳びはね、多動や行動停止、奇声、常同行為、こだわり、パニック等、行動障害と呼ばれる行為について、表面的にそれらの行為をいさめ、やり過ぎすのではなく、行為の背景にある問題にしっかりアプローチする。またその際に、保護者（主に母親）と情報交換を行ない、支援員と保護者が利用者に統一した方向で関わっていけることが必須条件として、本当の意味での行動障害の軽減をめざしている。

当然のことながら、利用者の状態やそれを取り巻く環境は日々変化している。普段の作業を軸とした日中活動の中で、睡眠不足から状態が悪くなっているのか、1 度失敗した場面や他者との関係がクリアできていないからなのか、いつものパターンと異なるためか、週末になるにつれて蓄積する疲労からきているのか等、細かく状態を見ていく必要がある。また、その時々で行動障害は変わるので、現象面に目が奪われがちになるが、点ではなく線で見えていくことに努めている。それらを分析し、降園してから過ごす家庭での食事・睡眠・排泄といった生活リズムをいかに安定して過ごせるかについても、ポイントを置いて日々取り組んでいる。

(2) 支援の体制

ひのきでは、施設内の受注作業支援の他に、複数の職員が付き添う企業内作業や利用者単独の職場実習、すでに就労している人たちの支援を行なっている。利用者は重度の自閉症や行動障害の著しい人たちであるが、彼らがきちんと生活したいという思い、させたいという保護者の思いに答えていくことが支援員の使命であるという理念から、1 日約 8 時

間の日中活動（通所利用）時間だけでなく、24時間全体をケアしていくことを目標に置いている。具体的な取り組みについて、以下のように整理できる。

- 1) 利用者だけでなく家庭の状況も常に変化しているため、普段から連絡ノートや電話で情報を共有できるようにしている。
- 2) 夜間や休日、家庭内で緊急事態があった場合に対処できる体制をとっている。これは危険回避という側面もあるが、トラブルがあった時に本人のどこが課題になったのかをすぐにフィードバックしていくことと、次回のトラブル発生を防ぐためである。支援員が家庭に出向いたり、両親に本人を連れて来てもらい、介入や対応を行なっている。
- 3) 行動障害が激しく、止まらない状況で家庭が疲弊してきている場合、あるいは、それが予測される段階で、あさけ学園（入所）でのショートステイを行なう。行き詰まった関係の改善、生活リズムの回復、親のリフレッシュ、関わり方の再確認などを行なうようにしている。
- 4) ひのき利用者の通勤形態は、公共交通機関の利用9名、自転車・徒歩5名、保護者による送迎6名である。これまで、通勤途上の電車の中で騒ぐ、駅で大声を出す、ホームで電車が入ってくると顔を出して駅員から注意され、バス停で待っている間に車道に出てトラックを止めてしまう等の問題がみられた。これらへの対応の他に、電車の中で寝過ごしで違う駅で降りてしまい、捜索に至るような利用者への対応を図る等、職員と家庭で情報交換をしながら、定期的に通勤の観察や支援を行なっている。
- 5) 利用者が日常生活を送る上で障壁となるさまざまな問題に関して、個別的な介入を行ってきた。具体的には、床屋に行けない利用者に対する家族の人と行けるための支援。太り過ぎや偏食への対応。年齢に合わせた食生活を送るために、日中活動の昼食場面を活用した正しい食事摂取の仕方の支援を行ない、家庭生活につないでいく。栄養士から1食分の必要なカロリーをレクチャーしてもらい、実際の家庭での食生活の見直しを行なう。ボロボロなのに捨てられない衣類を、両親同席で本人と話をしながら捨てる練習を行なう等である。
- 6) 行動障害の軽減を図る上で、もうひとつの大きな柱が医療である。法人内に児童青年精神科の診療所を併設しており、必要な利用者には定期の診察に職員が同行し、家庭と日中活動の様子を伝え、総合的に判断できるよう配慮している。また、脳波や採血などの検査、1人ではじっとしてられない、不安で騒いでしまう場面に職員が同行して支援している。
- 7) 上記の対応については、両親と必要に応じて面談を行ない、取り組みの目的やその方法について確認し、利用者がきちんとできるための支援に重点を置いている。

3. 具体的な事例検討

事例1：過去の失敗を引きずり、対人関係に不安を抱き、不眠、自傷、他傷により家庭生活が困難なS君との関わり

(1) 学校時代の経過

養護学校高等部時代、同級生を突きとばして怪我を負わせてしまう。もともと落ち着きがなく、学校からも問題児扱いされており、これが原因で転校を余儀なくされてしまう。中等部時代は学校の発表会で同級生とバンドを組み、ドラム担当で張り切ってやっていた社交的な性格のS君だが、突きとばしてしまったことで落ち込み、対人関係に不安を抱く

ようになってしまう。母親も学校から怪我をさせてしまった人に謝罪を求められ、学校を変わることをそれとなく言われて落ち込んでしまう。仕方なく別の養護学校へ転校するが、家庭で不眠、夜間に枕で両親を叩く、洗剤類をぶちまける、自傷等は改善されなかった。

外出しても人混みが嫌でスーパーにも入れず、両親に欲しい物を買ってきてもらい、自分は車の中で待つようになってしまう。養護学校卒業とともにひのきに通うこととなる。

(2) ひのきにおける関わり

ひのきに来たS君は、目つきが鋭く、身体に力が入っているのか腹筋も割れ、いつでも戦闘態勢に入れる感じだった。ひのきでの初期的な目標として、下記の2点について取り組みを開始した。

①毎日安定して通うこと

②日中活動の作業を通じて支援員とやりとりしながら行動し、成功体験をどんどん積み重ねていく

通所前の短期実習で大きな問題もなく来ることができたこと、S君も毎日行く場所があることへの安心があったのか、休むことなく通所できた。

作業も、スチールの板に樹脂クリップを2つはめるという、失敗しにくく、たとえ失敗してもやり直しが可能な仕事から始めたことで、不安なくできていた。スチール板やクリップがなくなったら、支援員に「〇〇ください」と言って取りに行くことも教えてきたことで、S君も自信が付いたことから、この2つの目標はほどなくクリアできるようになるが、家庭での行動障害は止まっていない状況だった。

S君が家庭で起こしていた問題としては、不眠による夜間の両親への攻撃。学校でのトラブルの一件で、電話が鳴ると目つきが怖くなりイライラする。偏食、洗剤類をぶちまけるなどがある。母親もS君が暴れ出すと怖くて触れないので、声をかけるタイミングが遅れ、エスカレートしてしまう悪循環となった。唯一の救いは、いつもは優しい父親が怒るとS君もハッとすることから、したくてしているわけではないことや、もしかしたら止めて欲しいと思っているのではないかということが見えてきた。

母親とも相談して、S君への恐怖心を払うことができればエスカレートしなくて済むかもしれないことを確認し、夕方迎えに来た時に、S君が嫌いなみかんを母親と一緒に騒がずに食べる練習をしてきた。帰る時間なのに帰れないこと（パターン変更）や嫌いな物を食べるよう言われたことで、「反省・正座」（これは学校時代に悪さをした時に、先生に言われた言葉で状態が悪い時に良く出る言葉）と言う。S君にも、すぐに怒るのではなく、頑張らないと家庭でもエスカレートするし、眠れなくなることを伝えて練習を重ねてきた。

取り組みを続けていく中で、母親もS君に声かけするタイミングをつかみ、徐々にS君もエスカレートしなくなってきた。練習後、家でイライラしなくなったことから、母親も家でみかんを出せるまでになってきた。この頃から、不眠や夜間の攻撃も減少してきた。

大きく崩れることなく過ごせていたが、ゴールデンウィーク中、久々に母親を夜間に枕で攻撃する行為があり、今まで何があっても電話してくることもなかった母親からSOSの電話が掛かってきた。母親にS君を連れて来てもらい、母親がS君に対して関わるチャンスであることを伝え、「今後、母親に対して暴力を振るうことがあったら、あさけに泊まってもらおう」と母親、支援員から伝えられる。

この時の母親は今までと違う迫力があつた。これを境としてS君の母親に対する暴力は止まり、睡眠も安定し、イライラも声かけすることもなく済むようになった。

家庭で安定してくるにつれて、それまで外出時の人混みを嫌っていたS君が買い物にも一緒に行くことができ、人の多いテーマパークで自分の思うように動けなくても、落ち着いて楽しむことができるようになってきた。

事例2：重い障害を抱えながらも、企業内作業で頑張り、リタイヤしたK君との関わり

(1) 入所に至る経過

以前は、同一法人内のあさけ学園に入所していた。両親は、いずれは在宅でK君と過ごしたいと考えていたが、当時、信頼していた人に「K君はしっかり働ける人になっていないので、働くことを教えた方が良い」と言われ、あさけ学園に入所した経過がある。

(2) 入所での様子と関わり

重度の障害を抱えるK君ではあったが、母親の努力もあり、生活していく上でのスキルはある程度身に付けていた。入所での生活は構造化された場面ということもあり、大きな問題もなく生活や作業ができていた。将来は在宅でという方向性もあり、平日はしっかり働いて、週末は家までバス、電車を利用して自分ひとりで外泊する取り組みも開始された。

家庭では好きなCDを聴いていることが多かったが、音量調整ができず、大音量で聴いて跳びはねる。電車に乗ると、気温に関係なく窓を開ける（顔を出して怪我をしたこともある）。外出時に跳びはねを繰り返し、足の腱を痛めてギブスをはめたこともあった。

母親とも相談して、K君にも伝えて適当な音量の所にテープを貼り、ボリュームを上げそうになると母親が注意していくことで言うことを聞けるようになる。窓開けや跳びはねは、他の人にも迷惑をかけるのでその都度母親が注意してきたにもかかわらず、止まらない状態が続いた。

K君としては遊びの延長のような感覚だったと思うが、K君にとって1番大変なことは、食事のコントロールであった。K君の家では大皿で料理が出てくるので食べ過ぎてしまい、週末外泊のたびに少し太って帰園することが続いていた。まったく満腹中枢が機能していないのではなく、大皿で料理が出ると好きな肉類ばかりに手が出て、なくそうとすこだわりもあってか、歯止めがきかなくなってしまう。支援員も母親も気がついていたので、母親と量を決めた盛り付けに変更できないか話してきたが、両親はK君が食べるのが楽しみなのでついつい止め切れなかったことや、あさけ学園に帰って普通に生活していれば体重もすぐに元に戻っていたこともあり、この問題は改善されないままできていた。今になって、週単位での体重の増減がK君の身体に与える影響を考え直すと、何とかしておけばよかったという反省が残る。

(3) 企業内作業の取り組みと通所に向けた試行

作業はペースの面を除けば安定してできていた。支援員と4名の利用者で外壁パネルのリースをしている工場に働きに行く話があり、K君もメンバーの1人に加わった。会社から制服も支給され、皆に「カッコイイ」と言われ、初めて外で働くK君はすごく嬉しそうにしていた。給料も上がり、自分で稼いだお金を帰宅時の交通費として使っていくことになり張り切っていた。

作業内容は、ペアでパネルを機械に乗せ、きれいになったパネルをラインから取り出し、枚数をチェックするという理解しやすい工程ということもあり、仕事は安定していた。

会社に働きに出ると同時に、通所に向けた試行も開始された。家庭で生活するにあたり、

食生活についても母親と相談してきた。母親も承知してはいたが、親として食べたがるK君に制限を加えるのは忍びないという思いや、大皿の料理を好きなだけ食べる習慣をもつ父親の手前、今までのスタイルを変えることは難しかった。懸念していたように、K君の体重は増えていき、会社から支給された制服のウエストが合わなくなる。母親も危機感を感じ、毎日ウォーキングしたり、週末に身体を動かす余暇を取り入れたが止まらなかった。

会社に行き始めて5年が経過した時、体重は10kg以上増え、それに伴ない睡眠が取れずに夜間騒いだり、下痢をすることも多くなる。会社で支援員の指示に対してうまく動けず、エスカレーターして声を出して騒ぐことが増えてきた。何よりもK君にとってダメージが大きかったのが、工作中に失便してしまうことである。20代前半で、小さい時から排泄を失敗したことの無いK君に与えた影響は大きく、それ以降も不眠、大声、指や足の皮や爪を剥がす自傷行為が続いた。途中リタイヤも検討されたが、もう一度良い形にして終わりたいという支援員の思いもあり、タイミングが遅れ、不景気で仕事もなくなってきた時点で、K君にとっては失敗の形で終わってしまう。

食事、睡眠、排泄のリズムが崩れ、体重が増えたことで尿酸値（痛風）も上がり、そのための服薬も加わった。ひのきでの作業を軸としてK君の状態を立て直すために、母親と以下の3点について話を進めた。

①睡眠の安定を図るために医療と連携する。服薬に頼るのではなく、食事の摂取量、排泄も含めた生活リズムの安定を図る。

②行動障害（騒ぐ、自傷）について、本人にしてはいけないことをしっかり伝えていく。

③生活リズムの安定、行動障害の軽減を図るためのひとつの手段として、構造化されたあさけ学園でのショートステイも活用していく。

関わりの中で、「今までギリギリで踏ん張っていた疲労」「手足が異常に冷たく、身体がうまく動かない」「身体がうまく機能しないことで作業に集中できない」時に緊張状態になり、騒がないことを伝えるタイミングが遅れたり、「我慢させられている」という思いが先行してしまうと騒ぐことが続いた。支援員も「我慢が足りない」とK君1人に踏ん張りを求めるような対応を振り返り、原因が明確に把握できない間は、騒ぐK君が一方的に悪いのではなく、24時間365日という長いスパンで見えていくことを支援員間で確認する。支援員も考え方を切り替えるのに大変な努力が必要だったが、視点を変えることで「体調が悪くて困っているのか」「疲れて困っているのか」「人の責任にしているのか」が見えやすくなってきた。その時の状況判断や援助の必要性、踏ん張ることを求めるのかをタイミングよく対処できるようになると、騒ぐ行為は減少していった。

家庭生活においては、食事の問題には母親が踏み切れず、ショートステイの活用もK君が嫌がるからという理由でできていない。その背景には、「困っている」と思っている支援員とそう思えない両親との意識のずれがあるので、問題の共有こそが今後の課題であり、必要な取り組みと考えている。

事例3：日常生活を困難にしているこだわりや、随伴して起こる行動障害から抜け出せないE君との関わり

(1) 通所に至るまでの経過

養護学校高等部3年の時、あさけ学園の療育相談に来所。当時のE君は、嫌なことを見聞きすると所かまわず人や物に体当たりする行為が激しく、家の壁はいたる所に穴が開いた跡があり、E君自身の前歯も欠けているほど。「嫌なこと」とは、餅、餡子、竹輪、カレ

一、アイスクリーム、クリスマスツリー、メリットシャンプー等を見聞きすると、目つきが厳しく、コントロール不能状態になり、笑いながら所かまわず体当たりをする。他にも、目の前に人がいると前に行けないので突きとばす。通常の散歩ルートに花見シーズンでいつもはいない集団が花見をしていると、そこにも体当たりをする。歯みがきはするが不十分で、人には仕上げをさせようとしないので虫歯になるが、病院は嫌がる。床屋も首筋や顎下に触られるのが嫌いで、騒いでさせず、伸びると鋏でザクザク切ってしまうのでいつも坊主頭。寝ている間にこっそり母親が切ろうとすると、瞬時に目覚めて騒ぐ。

学校では緑色の絵の具をたっぷり使い、汚れた体操服（半袖）を洗濯することにこだわる。体操服にもこだわり、他の服も着ず、どんなに寒くても半袖で、制止するような対象には体当たりをしていたので、先生が常に複数人付いていた。人に怪我をさせたり、物を壊すことが頻繁で、いつも学校から苦情の電話が入っていた。母親は、学校を卒業してからも、しばらくは電話が鳴るたびにドキリとしていたようである。

あさけ学園の療育で、苦手なことを見聞きしても体当たりしないことから始め、歯みがきの仕上げや苦手な食べ物も騒がずに食べる練習をしてきた。最初、支援員3人で対応しても体重の軽い女子支援員は5mも突きとばされたりしたが、突きとばされないようになり、母親とも歯みがきの仕上げや苦手な餅を騒がないで食べる段階までこぎつけた。

(2) ひのきにおける関わり

養護学校卒業後、ひのきに通うことになる。今までの療育相談での介入内容を受け、主に昼食場面を使って、男性支援員を中心にピッタリ付き、出された物は騒がずに食べることに取り組んだ。

ひのきの昼食は、あさけ学園の厨房が用意する弁当を皆一緒に食べるのであるが、当然E君が騒いでしまうメニューも出てくる。単なる偏食と異なり、餅や餡子、竹輪はもともと食べづらいこと。カレーやアイスクリームは他の人の分まで食べていたのが、ある日突然食べなくなったこと、ベッチョリした白米や固めの白米は食べにくい、炊き立てのホカホカご飯なら食べる、母親の手作りシューマイは食べるが、冷凍食品のシューマイは食べない等、いろいろな問題が含まれていることがわかってきた。

別のテーブルで、餅や餡子、竹輪等、もともと食べづらい物は細かく切り分けて口元に運び、噛んで食べるよう応援する。騒ぐので最初は寝かせて食べさせたが、「噛んで」と声かけやリズムを取って励ますと口が動く。それがうまくいった時点で座って食べ、徐々に他の利用者と一緒に食べられるようになってきた。

白米やシューマイといったE君独自の判断による食物は、その旨をE君にも伝え、皆と一緒に物（出された物）を自分で食べられるよう、繰り返し練習してきた。

また、あさけ学園では月に1度のペースでお楽しみ弁当というメニューがあり、いつもの弁当箱にサンドイッチが入っていたり、トンカツにいつもと違うソースが乗っていることがある。E君は困り果てて、「お弁当にはご飯でしょう」「トンカツにはソースでしょう」と言う等、パターンが変わることも苦手であった。これは、いつもの散歩ルートにいないはずの人がいたり、年に1回のクリスマスシーズンに、いつもはないツリーがあった時の反応と同じこともわかってきた。一度失敗をしてしまうと、その時間帯が近づくだけでドキドキして笑いや動きが多くなることから、いかにE君にとって失敗なく過ごせることが大事なのかわかってきた。

昼食の場面を通じて、出された物を騒ぐことなく食べられる実績を積んでいくことで、

苦手なことを見聞きした時に騒いで体当たりしたり、人を突きとばしてしまう行為は、どの支援員との間でも激減してきた。

次に母親と協力して、家で母親が作る食事を騒がず食べることに取り組んだ。最初はE君も騒いで、体当たりして拒否したが、母親が頑として譲らずにいと、母親の迫力に負けたのか、少しずつではあるが食べられるようになってきた。

成功体験を積み、信頼関係ができたところで、昔から失敗し続けてきた床屋に行くことに取り組んだ。E君には、「坊主頭にしないこと」「床屋で騒がない」ことを伝え、支援員と母親が同行し、お客の少ない時間帯に床屋に行く。ソワソワ、ジタバタして店に入ろうとしなかったが、「約束でしょ」と言われ、しぶしぶ店に入り席に座る。失敗させたくなかったのも、事前に店の人と打ち合わせ、カットだけで終わることになっていたが、E君もやる気を見せ、シャンプーまでできた。これを2~3回繰り返した後、支援員が店の外で待機するなどして、徐々に離れつつ成功していき、顔剃りまでできるようになる。これ以降、自分の髪を鋏で切ることはなくなった。

あまりに行動障害が激しく、後手に回るしかなかったE君との関わりであったが、取り組みを進めてきた中で、「難しい」ことなのか、「パターンが変わったから」なのか、「甘えやわがままの類」なのか、「失敗をしたことがあるから」なのかについて、支援員と母親が知見や情報を共有し、その上で「叱る」こと、「配慮する」こと、「E君に求める」ことを行動で示した母親の頑張りもあり、当初の目的が達成できた。

4. まとめ

行動障害が激しいからといって特別な環境を作るのではなく、行動障害をもっているからこそ集団の中でルールを守り、その中にいる「人」を意識させ、やりとりしながら適切な行動に導いていくことが、彼らの力になってきていることは間違いない。自閉症の人たちは表面的な行動が目立つので、そこに目を奪われて「奇怪な人」「粗暴な人」と見られ、本当は本人が一番困っていると思われぬこともしばしばみられる。特別な存在として付き合うのではなく、普通の存在として付き合うには、第1に関わる側の力量（療育）が問われてくる。彼らの将来を考えた時に、何を止め、何を教えていくべきなのかについて考える努力をしないと行けない。

次に、保護者との協力（意識）が大切になってくる。彼らが幼ない頃は、まだ両親も若いので何とかやり過ごせる。大きくなってくると必然的に両親も年齢を重ね、体力的にも追いつかなくなり、諦めたり妥協せざるを得なくなってくる。こうなると、今まで孤軍奮闘してきた保護者が、安心して行動障害に立ち向かえるような応援（24時間365日対応してくれる場所）も必要になってくる。

同時に、ひのきに通うことで一定期間は落ち着いて過ごせるようになるが、もともと家で（両親との関わりの中で）問題を起こしていた彼らにとって、クリアできていない場面では以前と同じような問題が浮上してくる。彼らのもっている行動障害の大変さを考えると、支援員や両親が本気になって関わらなければ、うまくいかないことばかりが増えてしまう。その意味でも、両親の気持ちの切り替えや、逃げずに彼らと真正面から向き合うことは大切になってくると感じている。

最後に、特別な環境や配慮を受けることよりも、大変ではあるが普通の存在として生きていくことを彼らは望んでいると思う。行動障害の改善を図る上で、関わる側の力量と保護者の協力は必要不可欠な反面、実に大きな課題と考えられる。

外部調査委員からの意見

- ・ 強度行動障害支援の実態調査について

川崎医療福祉大学 小林 信篤

- ・ 行動障害をもつ人の支援ニーズアセスメントにおけるS I Sの意義

群馬大学 古屋 健

- ・ 強度行動障害支援に関する実態調査の意義と調査結果への意見

札幌市のぞみ学園 黒川 新二

- ・ S I S（知的障害のある人の支援尺度）の視点

名古屋女子大学 三谷 嘉明

強度行動障害支援の実態調査について

川崎医療福祉大学 小林 信篤

こうした調査の実施が非常に意義深いことは、これまで全国自閉症者施設協議会が実施してきた各種の実態調査からも理解される。

この調査で明らかにしたいのは、自閉症の人たちの中に強度な行動障害を伴う人たちがいて、対応が非常に難しく、支援をしていくためにはこれまでの方法論や人員配置では困難であるため、相応の対応をしようとすれば費用がかかるということ述べるのか、あるいはそうした人たちでも、対応の考え方と方法論次第ではある程度の行動の改善が期待され、例えば、地域での生活も展望できる程度まで改善していくためには、対応する考え方や方法論の導入のために費用がかかるというところまで明らかにしようとするのか、このあたりの明確さにやや欠けるのではないかと考えられる。

また、行動障害の特徴として、对人的関係から発生もし、また抑制もされるという点があげられるのではないだろうか。つまり、対応する人間によって、その人の行動の状況はかなり左右されると言える。そうであるならば、自閉症の障害特性について一定の理解があるであろう、全自者協加盟施設に対してのみの調査だけで、全自者協が期待する、あるいは、厚生労働省が期待している答えが導き出せるのかという点に若干の疑問が残るところである。比較対照群がない中で期待する結果を導き出すことに無理があるということはないだろうか。結果的に、専門性がないままに自閉症を受け入れ、行動障害を発生させている施設が恩恵を被る結果になりはしないか。しかもそうした恩恵を受けていながら、自閉症者への支援の質は高まらないまま、単純に自閉症は大変というだけのことになりはしないか。それでは、最も自閉症の人を考慮して支援をしてきている全自者協施設が、結果的に自閉症の人たちの足を引っ張ることになりはしないのか疑問が残るところであり、結果を出しながら自閉症は大変と訴えていくのは、ある種の自己矛盾を抱えてことになるのではないかと感じられる。

強度行動障害の認定については、これまでその行動の内容と頻度が大きく関わってきた。これは委員会の中でも話したことであるが、頻度の多少が必ずしも強度行動障害の程度とリンクしない実態がある。そうした行動をどう評価するかは重要な問題と言える。例えば非社会的な行動であっても、他に迷惑がかからない状況であるならば1回でアウトとはなりえない。しかし、反社会的な行動の場合には、1回でも行なったら完全にアウトなのである。例えば、「人を解剖してみたい」、「刺してみたい」、「殺してみたい」といった言葉を口にする機能的に高いタイプで行動障害の頻度が低い、あるいは起こしていないが、起こす可能性を秘めたタイプをどう評価するのか。

行動に対する評価は周囲の人間の情緒や感情が反映され、客観的な指標での評価ができていく。また、起こる場面や状況によって異なる評価がされたり、関わる人間によって、その行動に関する評価が変わることは往々にしてあることである。さらに、行動に対する法人や施設が掲げる支援に対する理念や方向性も、具体的な支援の在り方に大いに影響を与えているはずである。問題とされる行動のひとつやふたつは私たちも含め誰にでもあるものであるが、例えば、問題行動は問題であるから基本的にはすべて消去するとして支援していくのか、ある程度は許容していくとするのかで支援の在り方は明らかに違うであろう。

うし、支援のゴールが異なることを意味し、その結果、行動に対する評価の在り方の違いにもつながるのである。さらに、頻度が減少することは、確かに専門性のある支援の結果とすることは少なくとも誤りではないが、専門的支援があることが行動改善の前提となってしまう、その専門的支援が外せず結果的に地域での生活の展開が困難であるケースも少なくはない。この場合に専門性のある支援が発揮されての結果という評価とするのかどうか、評価そのものを検討する必要があるのではないだろうか。

行動障害をもつ人の支援ニーズアセスメントにおけるSISの意義

群馬大学 古屋 健

AAIDD（アメリカ知的・発達障害協会）が作成した SIS（知的障害のある人の支援尺度）を邦訳した立場から見ると、今回の調査結果は SIS の意義を再確認できるものとなった。いくつかの分析結果を紹介しながら、SIS の特徴とその意義を明らかにしたい。

SIS は、知的障害をもつ人が年齢に相応しい活動を支障なく行なうために必要な支援ニーズをアセスメントするための道具として開発された。実際には、複数の下位尺度から構成されているが、ここでは全活動領域での支援ニーズを総合した「支援ニーズ指数」（SIS 合成標準得点）と「特別な行動支援ニーズ」（行動尺度得点）について見ることにする。今回の調査では、「日常生活動作における生活介護度と行動監護度」尺度も実施されているので、これらの尺度間の比較から SIS の特徴を析出することが可能である。

まず、強度行動障害の判定基準との関係を見てみよう。調査結果の分析の中で、旧法における強度行動障害の判定基準と新法での重度障害者包括支援サービスの認定基準の全項目について因子分析がなされ、5 因子が抽出された。そこで、抽出された 5 因子の個人別因子得点を説明変数、SIS等の尺度得点を基準変数とする重回帰分析を行なった（表 5-1 参照）。 R^2 で示される説明率を見ると、SIS行動尺度得点と行動監護度得点が高く、行動障害判定基準がこれら尺度得点に示される支援ニーズを高い精度で予測できることを示唆している。ただし、標準化 β を見ると、SIS行動尺度では 5 因子すべてに均等な重み付けがなされているのに対して、行動監護度では因子により重み付けに違いがあり、新法で加えられた「コミュニケーション困難」の問題をかかえている人ほど高く、旧法にあった「行動障害への対応困難」の問題は相対的に低く評価されやすいことがわかる。

表 5-1. 重回帰分析の結果(標準化 β と R^2)

説明変数\基準変数 判定基準因子得点	SIS		介助度	
	行動尺度点数	合成標準得点	生活介護度	行動監護度
多動固執パニック	.302 **	.281 **	.201 **	.276 **
自傷攻撃	.267 **	.050 ns	.194 **	.251 **
摂食排泄睡眠	.283 **	.137 **	.237 **	.199 **
コミュニケーション	.246 **	.269 **	.421 **	.409 **
対応困難	.286 **	.135 **	.037 ns	.119 **
調整済み R^2	.480	.216	.360	.429

** p<.01 を示す

次に、SIS の合成標準得点と行動尺度得点、日常生活動作の生活介護度と行動監護度得点から、旧法・新法による強度行動障害該当者と非該当者をどのくらい正しく判別できるか、ステップワイズ方式による判別分析により検討した。旧法・新法とも有効な尺度として残ったのは SIS 行動尺度と行動監護度の 2 つで、標準化判別係数は旧法で 0.793 と 0.377、新法で 0.616 と 0.582 となり、旧法では相対的に SIS 行動尺度が高い判別力をもっていた。

正判別率は旧法 80.9%、新法 75.0%であるが、旧法では「該当」で、新法では「非該当」で相対的に正判別率が高い（表 5-2 参照）。この結果は、新法では支援ニーズが高くても「非該当」に判定される確率が高いことを示唆している。

表5-2. 正判別率

	予測	
	非該当	該当
【旧法】		
非該当	67.2	32.8
該当	11.2	88.8
【新法】		
非該当	81.5	18.5
該当	36.1	63.9

これらの結果は、行動障害をもつ人の支援ニーズをアセスメントする上で、SIS の「特別な行動支援ニーズ」尺度がきわめて有効であることを示している。

強度行動障害支援に関する実態調査の意義と調査結果への意見

札幌市のぞみ学園 黒川 新二

筆者は、市立札幌病院静療院児童心療センター、第一種自閉症児施設「札幌市のぞみ学園」において、発達障害の診療と療育とに従事している。その経験をもとに、本調査研究の意義と結果について意見を述べる。

行動障害をもつ自閉症児（者）の生涯支援は、その道を見出せない時代が長く続いていたが、今ようやく、数箇所の先進的な地域で、この人たちにおだやかで充実した生活を作り出すことに成功し始めた。本調査研究は、そのような先進的な取り組みが本邦のあらゆる地域で可能になることをめざして、療育方法上の課題とそれを人的・経済的に保証する福祉法上の課題とを検討しようとしたことに大きな意義がある。

生来性の心身の発達の障害の中で、本人と家族にとっての負担が最も重い障害、すなわち最も手厚い支援が必要な障害は、重症心身障害と自閉症である。重症心身障害の支援の中心が身体的介助であり、自閉症の支援の中心が心理的・精神医学的な行動監護であるという点是对照的であっても、本人と家族にとっての心理的・経済的な負荷が甚だしく大きいという点で両障害は同じである。また、かつては施設入所生活以外には考えられなかったのだが、今は地域生活が夢でなく、現実の目標であると考えられるようになった点でも両障害は同じである。ただし、重症心身障害のハンディキャップの重さと支援の必要度は、専門外の一般の人であっても目に映る。これに対して、自閉症のハンディキャップの重さと支援の必要度は目に見えにくい。そのため、自閉症児（者）の家族と支援者は、自閉症のハンディキャップの重さを認知してもらえず、そのために、手厚い支援を可能にする人的・経済的な裏付けを得られないことに苦しんでいる。

行動障害をもつ自閉症児（者）におだやかで充実した生活を作り出している地域では、必要な人的・経済的裏付けを、後援会からの資金拠出や地方自治体の単独事業支出に頼っている。この状態のままでは、自閉症児（者）がおだやかで充実した生活を送ることができるのは、熱心な後援者や地方自治体の例外的な協力がある少数の地域にとどまるであろうし、さらに、そのような先進的な取り組みも、後援者や自治体が疲弊すれば、たちまち衰退してしまうであろう。筆者をはじめ、自閉症児（者）の人生を見続けてきた臨床医師たちは、本邦のあらゆる地域で自閉症児（者）がおだやかで充実した生活を送ることができるように、そのために必要な支援が保証されるように、自閉症のハンディキャップの重さが正当に認知され、支援必要度が正確に評価されることを強く望んでいる。筆者が本調査研究に期待したのは、特にこの点への貢献である。

66施設が加盟する全国自閉症者施設協議会が取り組んだ本調査研究では、支援の必要度を、生活介護の必要度と行動監護の必要度に区分して調査した。自閉症の目に見えにくいハンディキャップを評価するための試みである。調査結果は、①自閉症者は対照群よりもセルフケアが劣ること（S-M 社会生活能力検査）、したがって生活介護度も高いこと、②強度行動障害をもつ自閉症者は、それに加えて行動監護度が高いこと（日常生活における生活介護度と行動監護度との比較）の2点を示している。この調査結果は、自閉症のハンディキャップの特質の一部分を表現している。ただし、一部分にすぎず、十分なものである

とは言えない。

例えば、自閉症者への支援が成功している現場を見ると、スタッフは、自閉症者の心理状態を把握する能力と的確に介入する能力とを高い水準で身に付けている。そして、生活環境と作業環境に関して、自閉症者ひとり一人に適合したオーダーメイドの刺激統制とタイムスケジュールを用意できるようなハードウェアと職員配置を備えている。自閉症者におだやかで充実した生活を作り出すためには、スタッフの十分なトレーニング、配慮された建築・設備、オーダーメイドスケジュールを支えるだけの職員数を保証する必要があるのである。これも自閉症に必要な支援の一部であるのだが、本調査研究では検討されなかった。次年度以降も調査研究を続けて、自閉症のハンディキャップの特質を正しく把握できるような、より優れた評価方法を開発すべきである。

現在、自閉症児（者）への特別な支援の裏付けになっているのは、強度行動障害加算事業（旧法）である。行動障害をもつ自閉症児（者）への支援の唯一の裏付けであり、命綱である。強度行動障害加算（旧法）が重度障害者包括支援サービス（新法）の中で継承されるのかどうかを、本調査研究では事例調査によって調べている。調査結果は、旧法の強度行動障害加算該当者 203 人のうち、重度障害者包括支援サービスでの尺度該当者は 114 人（56%）にとどまることを示している。さらに、自立支援法の現行の障害程度区分において、自閉症者は 5 あるいは 6 を得られない場合がしばしばあり、その場合には尺度以前に対象外とされてしまう。この調査結果と障害程度区分の問題点の 2 点から、命綱は危うい状態にあると言えよう。

自閉症児（者）への支援の必要度の正確な評価は、本調査研究などによって評価方法の検討が始まったばかりである。今後さらに検討が進み、評価方法が定まるまでの間、強度行動障害支援加算の存続などの特別な配慮が行なわれ、自閉症福祉の後退を防ぐ措置が実行されることを望みたい。

SIS(知的障害のある人の支援尺度)の視点

名古屋女子大学 三谷 嘉明

SIS (Supports Intensity Scale Users Manual) はアメリカ知的・発達障害協会 (AAIDD) が 2004 年に刊行し、知的障害のある成人の社会的自立に向けた支援度を測り、個別支援計画に資するために活用するものである。アメリカの知的障害の歴史が生み出したもので、日本のそれとは多少異なるところがあるが、根本的には共通すると思われる。障害者自立支援法 (以下、自立支援法) でも「自立」が強調されているが、知的障害をもつ人が生涯にわたって自立して生きていく上で必要かつ適切な支援を継続的・連続的に行なう上で留意すべき支援の領域や項目を構造的にあげ、しかも「支援の頻度」、「一日当たりの支援時間」、「支援タイプ」の 3 次元から支援の質をも測定している。

SIS の支援の概念は相当に広範囲で、支援を以下のように定義している。

支援とは、「人々の利益や福祉を促進するさまざまな社会資源や方法であり、この支援によって、人々はより自立、生産的に生きる力を高め、互いに助け合う社会への参加を強め、ともに生きる地域社会を作り、生活の質を改善する」としている。

この支援の定義は①社会資源と方法、②人々の利益や福祉の増進、③自立と生産性の向上、④社会参加、⑤地域生活での共生を図り、究極的に⑥ QOL の向上をめざすために、各要素が十分機能しながら総合されたものである。この定義にみる適切な「支援」が SIS の支援であり、個人のニーズを客観的に測定するための測度をなし、このデータに基づいて徹底した個別支援計画が作成される。

このような支援の概念が形成される背景は、知的障害のある人に対する 5 つの視点の変化によるものである。

- ①障害のある人に対する期待の変化 (いろいろな経験を良い方向へ向ける)。経験による学習の可能性の増大する事実の蓄積がさまざまな経験の必要性を強調することになる。
- ②障害の機能的な記述 (障害の状態を心身の状態から生活機能の重視へ)。医療モデルから社会モデルへの変化に伴ない、生活状況や生活活動が重視されるようになる。
- ③年齢に適切な活動 (その人の生活年齢にふさわしい活動への注目)。精神的能力に基づく活動から社会的な経験の重視、豊富な社会経験の機会の提供によって、人間としての成長が可能なが実証され、生活年齢に相応し経験の重要性が指摘される。
- ③消費者中心のサービスと支援 (消費者自身がサービスの方向を指示する)。利用者のサービスの自己決定・自己選択の尊重とそれらに対する適切な支援が重要視される。
- ④個別化された支援を提供する支援ネットワーク (一人ひとりに合った支援の提供)。

適宜・適切な支援は社会資源の有機的連関の中で提供されることで、効果を上げる。

以上のような視点の変化は最近のことで、知的障害のある人は発達の可能性に大きな制約を有するとの意識的・無意識的な偏見 (行政、専門家、実践者、親、本人も含めた) によって、これまで多くの学習・経験の機会を奪われてきた。ノーマライゼーション、インクルージョン、自己権利擁護、自己決定・自己選択、エンパワメントなどの理念や概念に基づく実

践を通して、知的障害のある人の可能性が発見されることになった。それら発見が新しい「支援」観を要請し、さらに適切な支援のための新しい「支援尺度」を要請し、数年をかけて SIS が完成された。

SIS は、自立支援法における「障害程度区分」とは似て非なるものである。障害程度区分は利用者の介護度を測定するにすぎないが、それが利用者に必要なサービスの量を決定する絶対的・客観的尺度として機能し、障害者福祉の現場を混乱に陥れている。現行の障害程度区分は全面改訂が絶対的に必要であるが、改定に際して SIS は非常に参考になろう。

引用文献：(財)日本知的障害者福祉協会(監)．渡辺勸持，古屋健，三谷嘉明(共訳)
(2008)．知的障害のある人の支援尺度(SIS)～介護から支援への転換～．中央法規．

参 考 資 料

(1) 強度行動障害支援加算の受給状況に関する実態調査票（予備調査）

(2) 自閉症や強度行動障害を示す人たちへの支援に関する実態調査票、記入要領（事例調査）

(3) 実際的な処遇状況の観察調査、記録と整理の要領（観察調査）

強度行動障害支援加算の受給状況に関する実態調査票

— 平成19年11月1日現在の様子を記入してください —

1. はじめに、下の欄に必要事項を記入してください。

施設の名称		記入者氏名	
施設の種別 (事業名)		鉄道の最寄駅 (JR、私鉄等)	

2. 本体施設（通所部、分場等を除く）の入所定員数、および現在の利用者数を記入してください。

(1) 入所定員数 人

(2) 現在の利用者数 男 人 女 人 合計 人

3. 設問2-(2)の利用者のうち、自閉症児(者)、および他の障害者の人数を記入してください。なお、すべての利用者をいずれかの項目に分類し、2-(2)の合計と下の表の合計人数が一致するようにしてください。

障害分類	人数
自閉症(自閉的傾向を含む)	<input type="text"/> 人
自閉症をもたない知的障害	<input type="text"/> 人
その他(身体、精神障害等)	<input type="text"/> 人
合計	<input type="text"/> 人

ここで『自閉症』とは、医学的診断によるものだけでなく、児童相談所や知的障害者更生相談所の判定、または治療・相談歴、他で自閉症に類する診断の記載があるものを含む。

4. 設問2-(2)の利用者のうち、旧法の強度行動障害(合計20点以上)、または新法の重度障害者等包括支援サービス(合計15点以上)に該当する者の人数を記入してください。 人

5. 設問4の強度行動障害児(者)のうち、強度行動障害支援加算(または重度障害者等包括支援サービス)を受けている者の人数を記入してください。 人

★設問5で[1人以上]の該当者(強度行動障害支援加算を受けている者)がいる場合、次ページの設問6にも記入をお願いします。

6. 設問2-(2)のすべての利用者について、強度行動障害の有無、障害の分類(診断)、知的障害の程度(重度、中・軽度)に分類し、下の各欄にそれぞれ該当する者の人数を記入してください。

障害の分類(診断)	知的障害の程度 ※		合 計
	重 度 IQ(DQ)35 以下	中・軽度 IQ(DQ)36 以上	
①別紙1または2の強度行動障害に該当するすべての利用者	人	人	人
② ①のうち、強度行動障害支援加算(または重度障害者等包括支援サービス)を受けている利用者	人	人	人
③別紙1または2の強度行動障害に該当しない利用者のうち、自閉症をもつ者	人	人	人
④別紙1または2の強度行動障害に該当しない利用者のうち、自閉症をもたない知的障害の者	人	人	人

※ [重度]には、最重度や知能検査が実施困難なための未測定等を含む。また、測定値が明らかでない場合は、療育手帳の判定結果等を参考に記入してください。

なお、①の合計は設問4に回答された人数、②の合計は設問5に回答された人数と一致させてください。

以 上

ご協力をいただきましてありがとうございました。再度、記入漏れがないか確認の上、下記の全自者協事務局宛に返送してください。よろしくお願いいたします。

《 返 送 ・ 連 絡 先 》

〒510-1326

三重県三重郡菰野町杉谷 1573 番地 あさけ学園内

全国自閉症者施設協議会事務局 担当：近藤裕彦

Tel. 059-394-1595 Fax. 059-394-1985

E-mail. asake-g@cty-net.ne.jp

自閉症や強度行動障害を示す人たちへの支援に関する実態調査

事例調査票（個人票）

— 平成19年11月1日現在の本人の様子を記入してください —

1. はじめに、下記の欄に回答をお願いします。選択肢のある項目については、当てはまる数字を○で囲んでください。それ以外の項目は、具体的な内容を記入してください。

施設の名称		記入者氏名	
利用者氏名 (イニシャル等)	(男・女)	暦年齢	()歳()ヵ月
障害の分類	1. 自閉症（自閉的傾向を含む） 2. 自閉症をもたない知的障害 3. その他（身体、精神障害）		
知能の水準	1. 最重度（IQ 19 以下） 2. 重 度（IQ 20～35） 3. 中 度（IQ 36～50） 4. 軽 度（IQ 51 以上） 5. 測定不能 6. 未測定、不明		
強度行動障害 支援加算の受 給状況と期間	1. 強度行動障害支援加算の受給対象者： <u>受給開始から（ ）年（ ）ヵ月間</u> 2. 強度行動障害の判定基準に該当しない自閉症児（者） 3. 強度行動障害の判定基準に該当しない、自閉症をもたない知的障害児（者）		
入所前の状況 (生活の場)		入所前の状況 (屋間の活動の場)	
健康の状況	1. 元気で病気らしい病気はしない 2. ときに風邪をひいたり、下痢する程度 3. やや病弱で、よく医師にかかる 4. ほとんど病気がちである		
日中活動の内容 (具体的に)		日中活動の時間 (1日あたり)	平均 約（ ）時間

2. 次の2ページから11ページまでの調査1～4について、すべての質問項目に回答してください。
3. 同封のS-M社会生活能力検査を実施し、その結果を本調査票の2ページ目に転記してください。
4. 回答は施設で取りまとめ、期限までに下記の事務局宛（あさけ学園内）に郵送してください。
5. 本調査で得られたデータは数的に処理し、個人の秘密は厳守します。

実施担当 全国自閉症者施設協議会 調査研究プロジェクト検討委員会

問合せ先 三重県三重郡菟野町杉谷 1573 番地 あさけ学園内（担当：近藤）
〒 510-1326 Tel. 059-394-1595 Fax. 059-394-1985

※S－M社会生活能力検査の結果（各下位領域別SA）を転記してください。

SH： 歳 カ月	L： 歳 カ月	O： 歳 カ月	C： 歳 カ月
S： 歳 カ月	SD： 歳 カ月	全検査SA： 歳 カ月	

調査 1 旧法における強度行動障害支援費受給の判定基準

本人が家庭や地域社会などで生活することを想定して、以下の各項目の当てはまる頻度（ex. 週に1回以上など）を○で囲んでください。さらに、合計点数を求めてください。すべての項目に回答してください。

行動障害の内容	1点	3点	5点
ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	週に1回以上	1日に1回以上	1日中
ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回
激しいこだわり	週に1回以上	1日に1回以上	1日に頻回
激しい器物破損	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回
睡眠障害	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	週に1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
排せつに関する強度の障害	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
著しい多動	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	ほぼ毎日	1日中	絶えず
パニックへの対応が困難			困難
他人に恐怖を与える程度の粗暴な行為があり、対応が困難			困難
1, 3, 5点それぞれの小計			
		1+3+5の合計	

調査 2

重度障害者包括支援サービスでの強度行動障害の判定基準

本人が家庭や地域社会などで生活することを想定して、以下の各項目の当てはまる数字（1～5）を○で囲んでください。さらに、合計点数を求めてください。すべての項目に回答してください。

行動関連項目	0点	1点	2点
6-3-イ 本人独自の表現方法を用いた意思表示について	1 独自の方法によらずに意思表示ができる	2 時々、独自の方法でないと意思表示できないことがある	3 常に、独自の方法でないと意思表示ができない 4 意思表示ができない
6-4-イ 言語以外のコミュニケーション手段を用いた説明の理解について	1 日常生活においては、言語以外の方法（ジェスチャー、絵カード等）を用いなくても説明を理解できる	2 時々、言葉以外の方法（ジェスチャー、絵カード等）を用いないと説明ができないことがある	3 常に、言葉以外の方法（ジェスチャー、絵カード等）を用いないと説明を理解できない 4 言葉以外の方法を用いても説明を理解できない
7-ツ 食べられないものを口に入れることが	1 ない 2 ときどきある	3 週1回以上	4 ほぼ毎日
7-ナ 多動または行動停止が	1 ない 2 希にある 3 月に1回以上	4 週1回以上	5 ほぼ毎日
7-ニ パニックや不安定な行動が	1 ない 2 希にある 3 月に1回以上	4 週1回以上	5 ほぼ毎日
7-ヌ 自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行為が	1 ない 2 希にある 3 月に1回以上	4 週1回以上	5 ほぼ毎日
7-ネ 叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為が	1 ない 2 希にある 3 月に1回以上	4 週1回以上	5 ほぼ毎日
7-ノ 他人に突然抱きついたり、断りもなく物を持ってくることが	1 ない 2 希にある 3 月に1回以上	4 週1回以上	5 ほぼ毎日 (ほぼ外出のたび)
7-ハ 環境の変化により、突発的に通常と違う声を出すことが	1 ない 2 希にある 3 月に1回以上	4 週1回以上	5 ほぼ毎日
7-ヒ 突然走っていなくなるような突発的行動が	1 ない 2 希にある 3 月に1回以上	4 週1回以上	5 ほぼ毎日
7-フ 過食、反すう等の食事に関する行動が	1 ない 2 希にある 3 月に1回以上	4 週1回以上	5 ほぼ毎日
てんかん発作の頻度	1 年に1回以上	2 月に1回以上	3 週に1回以上
1点と2点それぞれの小計			
		1+2の合計	

調査3

日常生活動作（日課）における生活介護度と行動監護度

本人が1日の日課を過ごしている時の生活介護度、および行動監護度について、以下の各指標の当てはまる数字（1～5）を○で囲んでください。さらに、そこで起こる（起こりやすい）行動上の問題を具体的に記入してください。すべての項目に回答してください。

指 標	生活介護度	行 動 監 護 度
1級	該当する日常生活動作が習得されていないため、この日課すべての面で常時介助が必要	該当する日常生活動作を行なう際に、多動、自傷、激しい拒否的行動が顕著で、この場面では常時付き添い監護が必要
2級	該当する日常生活動作がほとんど習得されていないため、この日課の多くの面で常時介助が必要	該当する日常生活動作を行なう際に、多動、引きこもりなどの行動があり、この場面では常時監護が必要
3級	該当する日常生活動作の習得が不十分なため、この日課の一部介助が必要	該当する日常生活動作を行なう際に、行動面での問題行動に対して、注意したり、時々指導したりすることが必要
4級	該当する日常生活動作の習得は不十分ではあるが、この日課の点検や助言が必要とされる程度	該当する日常生活動作を行なう際には、行動面の問題に対して多少注意する程度
5級	該当する日常生活動作はほとんど習得しているが、自主的な生活態度の養成が必要	該当する日常生活動作を行なう際に、行動面にはほとんど問題がない

1日の日課	生活介護度	行動監護度	行動上の問題（具体的に記入）
1 起床	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
2 衣服の着替え	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
3 寝具の片付け	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
4 洗面、歯みがき	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
5 食 事	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
6 排せつ	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
7 入 浴	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
8 身だしなみ	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
9 就 寝	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
10 余暇、自由時間	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
11 その他（具体的に） _____	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	

調査4

S I S セクション1：支援ニーズ尺度

対象者が6つの活動領域（パートA～F）で支障なく生活するために必要とされる支援の頻度、1日あたりの支援時間、および支援タイプを評定してください。その上で、各測度（支援の頻度、1日あたりの支援に要する時間、支援のタイプ）の当てはまる数字（0～4）を○で囲んでください。各項目の得点の合計を求めて粗点欄に記入してください。さらに、パートごとに粗点の合計を求めて下段の粗点合計欄に記入してください。

1. この尺度に記入するにあたって、現在受けている、または利用可能なサービスや支援について考慮する必要はありません。
2. 得点は、対象者がそれぞれの活動を支障なく行なうために必要と思われる支援の程度を示していなければなりません。
3. もし補助器具を利用している場合、その補助器具を備えた状態で評価してください。
4. もし対象者が項目にあげられた活動を行なっていないくても、すべての項目に回答してください。

評 定 キ ー		
支援の頻度： この活動のために必要な支援の頻度は？	1日あたりの支援に要する時間： この領域で支援を必要とする1日あたり、平均してどのくらい時間が充てられますか？	支援のタイプ： どのようなタイプの支援が必要ですか？
0 = 1月1回未満	0 = 無	0 = 無
1 = 1月1回以上、1週1回未満	1 = 30分未満	1 = 見守り
2 = 1週1回以上、1日1回未満	2 = 30分以上、2時間未満	2 = 言語あるいは動作による促し
3 = 1日1回以上、1時間1回未満	3 = 2時間以上、4時間未満	3 = 部分的な身体介助
4 = 1時間1回以上	4 = 4時間以上	4 = 全面的な身体介助

（項目内容の説明については、記入要領の別紙資料を参照のこと）

支援ニーズ尺度A： 家庭生活活動の項目	支援の頻度	1日あたりの支援に 要する時間	支援のタイプ	粗点
1 トイレの使用	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2 衣類の手入れ（洗濯を含む）	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3 食事の準備	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4 食事を摂ること	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5 家事と掃除	0 1 2 3 4	0 1 2 × ×	0 1 2 3 4	
6 衣服の着こなし	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7 入浴、衛生面、および身だしなみへの配慮	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8 家庭用の器具や技術の操作	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
粗点合計 家庭生活活動				(92)

(項目内容の説明については、記入要領の別紙資料を参照のこと)

支援ニーズ尺度B： 地域生活活動の項目	支援の頻度	1日あたりの支援に 要する時間	支援のタイプ	粗点
1 地域中を移動する（交通機 関を利用して）	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2 地域社会での余暇活動への 参加	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3 地域での公共サービスの利 用	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4 友人や家族を訪問する	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5 個人が重要とみなす地域活 動への参加（教会、ボラン ティア等）	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6 買い物や商品の購入	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7 地域メンバーとの交流	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8 公共の施設や場所の利用	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
粗点合計 地域生活活動				(91)

(項目内容の説明については、記入要領の別紙資料を参照のこと)

支援ニーズ尺度C： 生涯学習活動の項目	支援の頻度	1日あたりの支援に 要する時間	支援のタイプ	粗点
1 学習活動での人との交流	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2 訓練・教育の決定への参加	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	
3 問題解決方略の学習と活用	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4 学習のための機器利用	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5 訓練・教育場面の利用	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6 実用的な知識の学習（記号 の読み方、釣銭の計算等）	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7 健康・医学教育技能の学習	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8 自己決定技能の学習	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
9 自己管理技能の学習	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
粗点合計 生涯学習活動				(104)

(項目内容の説明については、記入要領の別紙資料を参照のこと)

支援ニーズ尺度D： 雇用活動の項目	支援の頻度	1日あたりの支援に 要する時間	支援のタイプ	粗点
1 職業・業務環境状況の確認 と受容	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2 特殊な職業技能の学習と活 用	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3 同僚との交流	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4 上司・指導者との交流	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5 受容できる速さによる労働 業務の遂行	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6 受容できる質での労働業務 の遂行	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7 職務割り当ての変化	0 1 2 × ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8 情報探索と雇用者からの援 助	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
粗点合計 雇用活動				(87)

(項目内容の説明については、記入要領の別紙資料を参照のこと)

支援ニーズ尺度E： 健康と安全活動の項目	支援の頻度	1日あたりの支援に 要する時間	支援のタイプ	粗点
1 薬を飲む	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2 健康・安全上の危険回避	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3 ヘルスケアサービスを受け る	0 1 2 3 4	0 1 2 × ×	0 1 2 3 4	
4 歩行と移動	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5 緊急サービス利用方法の学 習	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6 栄養状態の維持	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7 身体的健康とフィットネス の維持	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8 情緒的安寧の維持	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
粗点合計 健康と安全活動				(94)

評 定 キ ー

支援の頻度： この活動のために必要な支援の頻度は？	1日あたりの支援に要する時間： この領域で支援を必要とする1日あたり、平均してどのくらい時間が充てられますか？	支援のタイプ： どのようなタイプの支援が必要ですか？
0 = 1月1回未満	0 = 無	0 = 無
1 = 1月1回以上, 1週1回未満	1 = 30分未満	1 = 見守り
2 = 1週1回以上, 1日1回未満	2 = 30分以上, 2時間未満	2 = 言語あるいは動作による促し
3 = 1日1回以上, 1時間1回未満	3 = 2時間以上, 4時間未満	3 = 部分的な身体介助
4 = 1時間1回以上	4 = 4時間以上	4 = 全面的な身体介助

(項目内容の説明については、記入要領の別紙資料を参照のこと)

支援ニーズ尺度F： 社交に関わる活動の項目	支援の頻度	1日あたりの支援に 要する時間	支援のタイプ	粗点
1 世帯内の社交活動	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2 他人と一緒にのレクリエーション・余暇活動への参加	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3 世帯外での社交活動	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4 友人関係の形成と維持	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5 個人的ニーズについての人との意思疎通	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6 適切な社会的技能の活用	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7 親密な恋愛関係	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8 ボランティア活動への関与	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
粗点合計 社交に関わる活動				(93)

S I S セクション 2 : 自己管理・権利擁護に関する補助尺度

各測度（支援の頻度、1日あたりの支援に要する時間、支援のタイプ）の当てはまる数字（0～4）を○で囲んでください。もし対象者が項目にあげられた活動を現在行なっていない場合、すべての項目に回答してください。各項目の得点の合計を求めて粗点欄に記入してください。さらに、粗点の高い順に1番から順位を付けてください。

評 定 キ ー		
支援の頻度： この活動のために必要な支援の頻度は？	1日あたりの支援時間： この領域で支援を必要とする1日あたり、平均してどのくらい時間が充てられますか？	支援のタイプ： どのようなタイプの支援が必要ですか？
0 = 1月1回未満	0 = 無	0 = 無
1 = 1月1回以上, 1週1回未満	1 = 30分未満	1 = 見守り
2 = 1週1回以上, 1日1回未満	2 = 30分以上, 2時間未満	2 = 言語あるいは動作による促し
3 = 1日1回以上, 1時間1回未満	3 = 2時間以上, 4時間未満	3 = 部分的な身体介助
4 = 1時間1回以上	4 = 4時間以上	4 = 全面的な身体介助

（項目内容の説明については、記入要領の別紙資料を参照のこと）

自己防衛・権利擁護に関する項目	支援の頻度	1日あたりの支援に要する時間	支援のタイプ	粗点	粗点の高い順位
1 自己権利擁護	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		
2 金銭と私的財産の管理	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		
3 業者からの自己防衛	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		
4 法的責任の遂行	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		
5 自己権利擁護・支援組織への所属と参加	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		
6 法的サービスを受ける	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		
7 選択と意思決定	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		
8 他者の権利擁護	0 1 2 3 ×	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		

S I S セクション 3 : 例外的な医療的・行動的支援ニーズ尺度

以下の各項目について、どの程度の支援が必要か、当てはまる数字（0～2）を○で囲んでください。さらに、○が付いた「1」と「2」それぞれの粗点の小計を求めてください。さらに、小計「1」+「2」の合計を求めてください。もし対象者が項目にあげられた活動を現在行なっていないとしても、すべての項目に回答してください。

評 定 キ ー

0 = 支援の必要がない

1 = 部分的な支援が必要（見守り、あるいは部分的な援助の提供）

2 = 強力な支援が必要（医療条件や行動を管理するために定期的、あるいは全面的な援助の提供）

（項目内容の説明については、記入要領の別紙資料を参照のこと）

例外的な医療的・行動的支援ニーズ尺度A： 医学的支援ニーズの項目	自分で できる	部分的に 支援が必要	全面的に 支援が必要
人工呼吸装置のケア			
1 吸入・酸素療法	0	1	2
2 体位ドレナージ姿勢排液法	0	1	2
3 胸部理学療法	0	1	2
4 吸引	0	1	2
食事摂取			
5 口唇刺激あるいは顎下固定	0	1	2
6 経管摂取（例えば、経鼻胃管）	0	1	2
7 非経口摂取（経静脈栄養）	0	1	2
スキンケア			
8 体位移動（ムレや床ずれを防止すること）	0	1	2
9 開放性創傷のドレッシング	0	1	2
その他の例外的医学ケア			
10 免疫力低下による感染病予防	0	1	2
11 発作の管理	0	1	2
12 透析療法	0	1	2
13 ホストミーケア	0	1	2
14 リフティングと移動	0	1	2
15 治療サービス	0	1	2
16 その他（具体的に）： _____	0	1	2
		1と2それぞれの小計	
		1+2の合計	

評 定 キ ー

0 = 支援の必要がない

1 = 部分的な支援が必要（見守り，あるいは部分的な援助の提供）

2 = 強力な支援が必要（医療条件や行動を管理するために定期的，あるいは全面的な援助の提供）

（項目内容の説明については，記入要領の別紙資料を参照のこと）

例外的な医療的・行動的支援ニーズ尺度B： 行動支援ニーズの項目	自分で できる	部分的に 支援が必要	全面的に 支援が必要
対外的破壊行動			
1 他人への攻撃・傷害行動の予防	0	1	2
2 対物破壊行動の予防	0	1	2
3 窃盗の予防	0	1	2
自己破壊行動			
4 自傷の予防	0	1	2
5 異食（非食用物質の摂取）の予防	0	1	2
6 自殺企図の予防	0	1	2
性的			
7 性的攻撃の予防	0	1	2
8 非攻撃的だが不適切な行動の予防	0	1	2
その他の例外的行動支援			
9 かんしゃくや情動爆発の予防	0	1	2
10 徘徊の予防	0	1	2
11 精神作用物質の乱用の予防	0	1	2
12 精神的健康のための処置管理	0	1	2
13 その他，深刻な行動的問題の予防 具体的に： _____ _____	0	1	2
1と2それぞれの小計			
		1+2の合計	

ご協力ありがとうございました。記入の誤りや漏れがないか，再度確認をお願いします。

記録と整理の要領

1. 目的

強度行動障害支援加算を受けている施設のうち、全国6ブロックごとに1施設ずつ、自閉症支援に実績があって、自閉症児（者）の占める割合が75%以上の施設を選定し、行動障害の発生機序、それへの対応や予防的支援の方法、取り組まれている行動改善プログラムなどについて、観察調査を行なう。

2. 対象者

強度行動障害支援加算を受給している利用者、および、これらの対象者と暦年齢や生活環境等でマッチングされた2つの比較対照群（12/10 検討会資料を参照のこと）を選定してください。

3. 記録者

対象者が利用する施設の職員が観察の記録と整理を行なう。なお、観察者の人選にあたっては、観察場面への影響などに十分配慮する。

4. 期間

事例調査と並行して実施する。

5. 方法

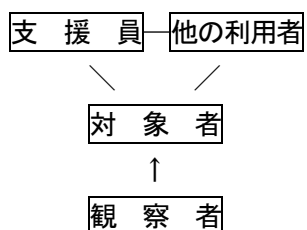
場面見本法を用いて、観察者が対象者（利用者）に1対1で付き、観察記録する。観察の回数は、下記の6つの日常生活場面（日課）について、それぞれ1回以上の観察機会を設ける。

6. 観察場面（時間帯）

次の6つの日常生活場面（日課）、および⑦各時間内の排泄行動、開始前／終了後の約10分間を含めて、それぞれの観察時間とする。

日 課	開始の時間	終了の時間	含める時間
①朝の時間	自発的な起床、または起床の声かけを始めた時間	着替え、洗面・歯磨き、朝食がすべて終了した時間	終了後の約10分間
②日中活動 (AM or PM)	活動場面への移動を開始した時間	活動時間、および活動が終わって居住棟に戻った時間	開始時、および終了後のそれぞれ約10分間
③食 事	食堂で夕食を食べ始めた時間	夕食が食べ終わった時間	開始時、および終了後のそれぞれ約10分間
④入 浴	脱衣場で脱衣を始めた時間	脱衣、入浴、洗体・洗髪等から、着衣まで終わった時間	開始時、および終了後のそれぞれ約10分間
⑤余 暇 (AM or PM)	特に行事のない休日の約2時間	開始および終了時間とも特に定めない	特に含めない
⑥就 寝	居室で就寝の準備を始めた時間	入眠した時間	開始前の約10分間

7. 記録の整理



のように、対象者とその場面にいる他者（支援員、他の利用者）との三項関係に基づき、観察された行動等を記録・整理していく（別紙の記入例を参照のこと）。

なお、各日課（場面）ごとにsheetを作成し、上記6の①～⑥のsheetをまとめてひとつのfileにする。

Face-sheet への記入

各 Sheet の上部に、日課（場面）、観察の期日、日課の開始／終了時間、観察対象者の氏名（イニシャルで）、性別、暦年齢、観察群／比較対照群の別（下記の1～3の数字）、記録者の氏名を記入する。

- ・強度行動障害加算を受給している利用者－1
- ・強度行動障害の判定基準（旧法）に該当しない自閉症者－2
- ・強度行動障害の判定基準（旧法）に該当しない、自閉症をもたない知的障害者－3

a. 時間

各日課の開始時（0:00）から記録した行動が生起するまでの時間（分）。開始前の記録は、開始時を基点として（－）で表記する。（ex. 開始5分前の場合は - 5:00 と記す）。

b. 距離

刺激となる者（S）とそれに反応した者（R）とのおよその距離（m）。

c. 行動項目（ADL、他）

それぞれの日課に含まれる個々の日常生活動作、その他の行動など。具体的に記入する。

d. 刺激（S）→反応（R）の方向

刺激となる者（S）、反応となる者（R）ともに、対象者－1、支援員－2、他の利用者－3、その他－4（具体的に記入）で記入する。なお、関わっている支援員が複数の場合、①、②…で記す。

e. 支援の形態

- (1) 形態…その場面にいる支援員の動きについて、同じ場面にいるのみ－1、見守り－2、指示・注意・手がかりの提示－3、一部介助（手を添える等）－4、全介助－5、その他－6（具体的に記入）で記入する。なお、重複する場合は、大きい方の番号のみを示す。
- (2) 態度…支援に対する本人の態度について、支持／承認などの Positive に受けている－1、拒否／敵対などの Negative に受けている－2、無反応または無関心－3、その他－4（具体的に記入）で記入する。また、その支援によって変化の見られた場合、例えば2→1（Positive に転じた）のように示す。

f. 行動上の問題

生じた行動上の問題を行動観察の欄から抽出し、具体的に記入する。

g. 行動観察

観察された行動を具体的に記入する。

h. 働きかけや対応, 直前の状態

左記の観察された行動に関連して, 他者からの働きかけや対応, 本人の直前の状態などを具体的に記入する。

i. 予防的支援, 対応の意味付けなど

左記の行動上の問題に対して日常的に行なっている予防的支援, および対応の意味付けなどを具体的に記入する。

以 上

【記入例】

日 課 (場面): 夕食 平成 19 年 12 月 11 日 (開始時間 17 : 53 ~ 終了時間 18 : 23)

観察対象者氏名: M. M. (イニシャルで) 性別: (男) 暦年齢: (19) 歳 グループ: (1) 群

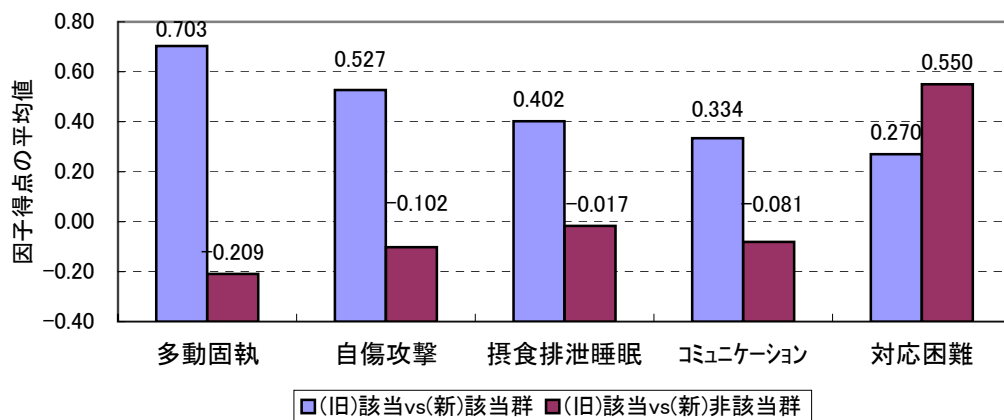
時間 (分)	距離 (m)	記録項目 (ADL, 他)	S→Rの方向		支援の形態		行動上の問題 (要 約)	観察記録(具体的に)	働きかけや対応(S)、直前の状態
			刺激	反応	形態	態度			
-10:00	1.0	手洗い	Th①	本人	全介助	+		1番先に呼ばれて、薬用石鹸で手を洗ってもらう	Th①(前方)を向き、背もたれの無いすに座っている
-7:00	2.0		本人	他Pt	近接	-	他害 刺激に過敏	隣のPtに足を出すチョッカイ(3回)	いすに戻ると、座ったままThや手を洗いに来るPtに過敏に反応し、目で追う
-5:00	0.5	トイレ(排尿)	Th②	本人	一部	+	身体の揺れ 垂涎	身体のふらつき、よだれが出ている	ベルトの金具、ズボンのボタンを外す出にくいので声かけ等で促す Th②がピッタリ付く
-2:00	1.0	食堂へ移動	Th②	本人	見守り	-	タオルを噛む	首のタオルをかみながら、歩いて移動	急ぎ足になってしまう
0:00	0.5	食事開始	Th②	本人	一部	+	一品食べ	いきなりデザートに手を出す。続いて、汁を飲み干そうとする	Th②が皿を押さえ、声かけで止まる Th②の「おかず」の声かけで、おかずに移る
0:03	2.0 0.5	他Ptへ援助	Th② Th②	他Pt 本人	近接 一部	- +	強い固執	再度、汁を飲み干そうとする Thに手を持たれ、おかずへ。自分でご飯を一口食べる	Th②が席を離れる Th②がすぐ戻り、声かけ、手を持って促す
0:10	0.5	小発作	本人	本人	見守り	NR	てんかん	箸を持ったまま、頭を垂れる	Th②が意識回復まで身体を支える
0:12	2.0 4.0 0.5	他Ptへ援助	Th② Th① Th②	他Pt 本人 本人	近接 注意 一部	- - →+	飯を握りつぶす	もう一方の手でご飯を食べようとし、手のひらで握りつぶしてしまう そのまま食べ続ける 3回続けて指示される	Th②が席を離れる Th①が声かけ Th②がすぐ戻り、声かけ、手を持って台ふきんで拭き取る。「かみなさい」の指示で一口きちんと食べさせる
0:17	0.5	奇声	本人	本人	見守り	-	奇声	「こわい」と大声を上げる	Th②が「だいじょうぶ」と声かけ
0:18	0.5		Th②	本人	一部	-		レンコンを残し、デザートに手が出る	Th②の声かけで止まり、残りのレンコンを食べる
0:20	1.0	他Ptへ援助	Th②	他Pt	近接	-	手叩き 姿勢の崩れ	全部食べ終わり、手叩き2回 腰が浮き、姿勢が大きく崩れる	有意味な発語の少ない本人からの終了のサイン
0:21	0.5	服薬	Th②	本人	一部	→→	手叩き 終了を待てない	ご飯粒をさらってきれいに食べる 薬を飲み、手叩き(待てないサイン)	Th②が茶碗のご飯粒をまとめる 本人の舌の上に薬を一粒ずつ乗せる
0:22	0.5	食器片付け	Th① Th②	他Pt 本人	近接 一部	+ +	身体の揺れ	もう一方の隣のPtが先に食器を片付け、Th①の隣で座って待つ 食器を流しまで運び、ガチャンと洗い桶に入れる。タオルで口を拭く	本人はTh②の声かけで、食べ終わった食器を重ねて待つ Th②がピッタリ付き、手を添える
0:25	0.5	トイレ(排便)	Th②	本人	一部	+	身体の揺れ 垂涎	身体のふらつき、よだれが出ている	ベルトの金具、ズボンのボタンを外す出にくいので声かけ等で促す Th②がピッタリ付き、終わると尻を拭く
0:30	0.5	食事終了	本人	他Pt	一部	-	終了を待てない	再度着席し、そろって「ごちそうさま」をする。待てずに隣のPtを叩く	他とそろった動作の際、待ちにくい
0:31	1.0	歯みがき	Th①	本人	全介助	+	他害	食堂からリビングへ移動し、歯をみがいてもらう 他Ptへ手伸ばし	歯みがきの順番が待てない

※ の欄について、「記録と整理の要領」に基づき、数字(コード)に直して記入してください。

記録者氏名: 近藤 裕彦 1

予防的援助, 対応の意味付け, 他
姿勢の崩れ, 多動傾向を抑える
場面全体にざつつかないよう見守り
ふらつき, 放尿の防止, 排尿リズムの確立を計る。排尿の量, 失禁の有無の確認
Th②のすぐ後を歩くようにする
介助箸を使用 Th②がすぐ斜め前に座って援助する 食事中, Th①は隣のテーブルのPtを援助しながら, 全体を見守り
本人の嫌いな食べ物が最後に残ると食べにくくなるため 常に行動監護が必要
不適切な行動が続かないようにするため, 動作を修正する(確認)
硬いもの(レンコン)を嫌がっている? 手が出そうになった時点で, 事前に声かけで制止する
座位姿勢の保持が困難(約20分) 咽て吐き出さないようにする Th②が肩に手をやり, 「待ってて」と声かけで制止する
Th②が本人と共に席を離れる際, 他Ptの行動上の問題を防止する ふらつき, 食器を割らないよう防止
ふらつき, 便で遊ぶ等, 失便の防止, 排便リズムの確立を計る。排便の量や形状, 失便の有無の確認 (食後の失便が多いため, 別行動)
Th①のすぐ後を歩くようにする
Th①のそばで座って待たせる

図2-1. (旧)該当vs(新)該当群と(旧)該当vs(新)非該当群間の因子得点の平均値



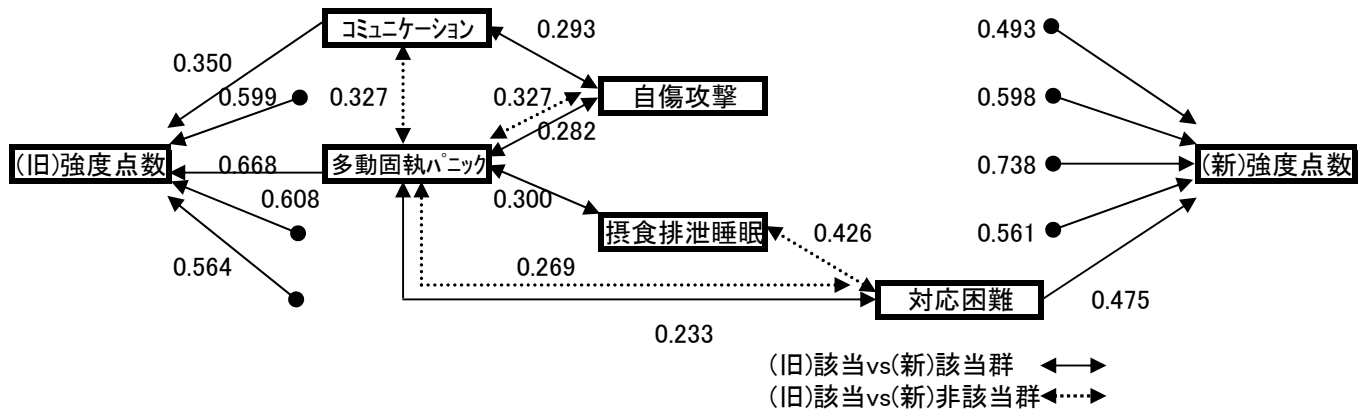


図2-2. (旧)vs(新)の強度行動障害判定基準と5因子間の相互関連性

図2-3. 受給状況ごとの各領域SAの平均値分布

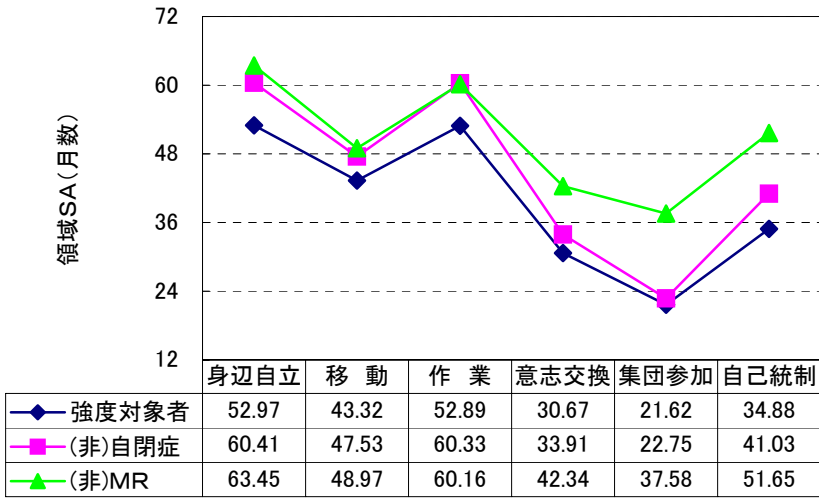


図2-4. 受給状況ごとのSIS各領域標準得点の平均値分布

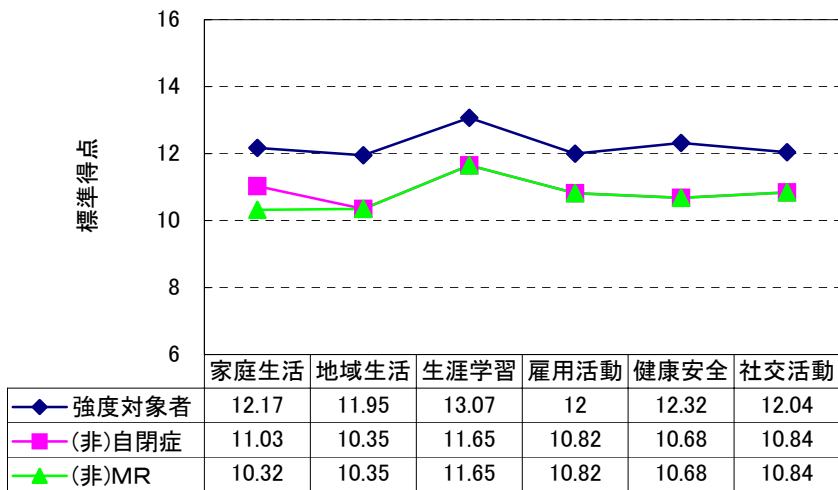
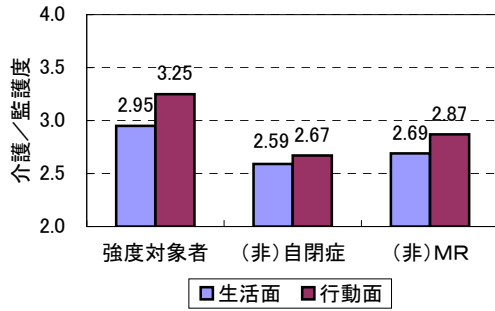


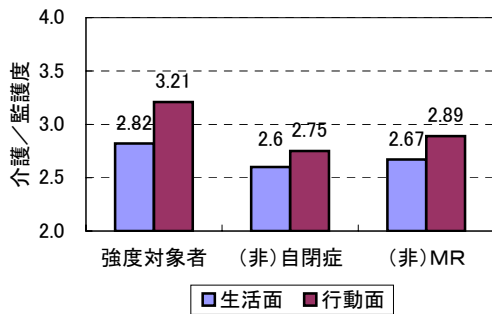
図2-5. 起床の平均値の分布



【2要因の分散分析】

	F-値	有意確率	傾向
介助度	9.076	0.003	生活<行動
受給状況	11.650	0.000	強度>自閉≒MR

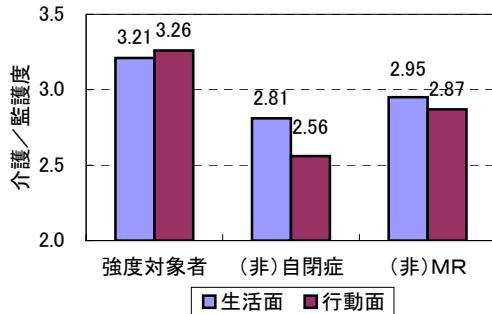
図2-6. 衣服の着替えの平均値の分布



【2要因の分散分析】

	F-値	有意確率	傾向
介助度	10.882	0.001	生活<行動
受給状況	8.139	0.000	強度>自閉≒MR

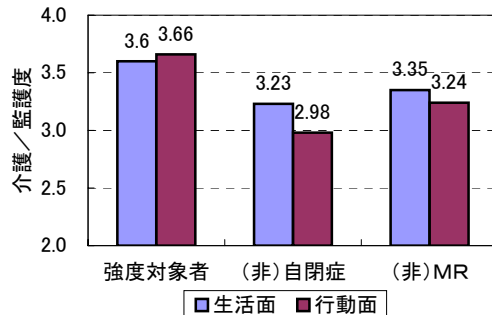
図2-7. 寝具の片付けの平均値の分布



【2要因の分散分析】

	F-値	有意確率	傾向
介助度	3.266	0.072	
受給状況	10.762	0.000	強度>自閉≒MR

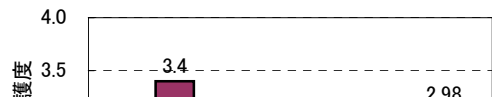
図2-8. 洗面・歯みがきの平均値の分布



【2要因の分散分析】

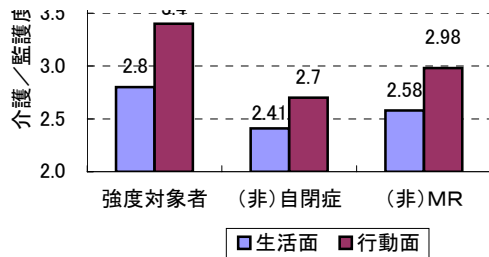
	F-値	有意確率	傾向
介助度	6.946	0.009	生活>行動
受給状況	15.068	0.000	強度>自閉≒MR

図2-9. 食事の平均値の分布



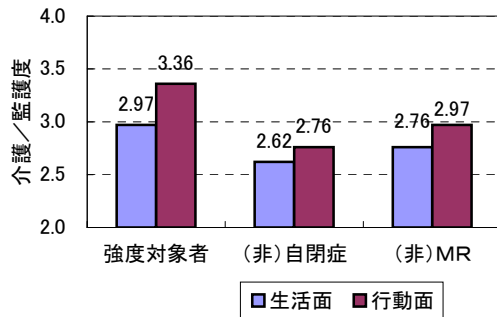
【2要因の分散分析】

	F-値	有意確率	傾向
介助度			
受給状況			



介助度	35.314	0.000	生活<行動
受給状況	11.532	0.000	強度>自閉≒MR

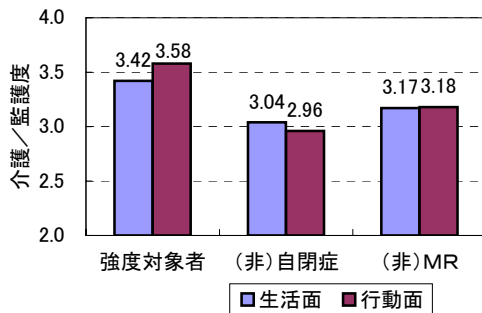
図2-10. 排泄の平均値の分布



【2要因の分散分析】

	F-値	有意確率	傾向
介助度	8.944	0.003	生活<行動
受給状況	9.575	0.000	強度>自閉≒MR

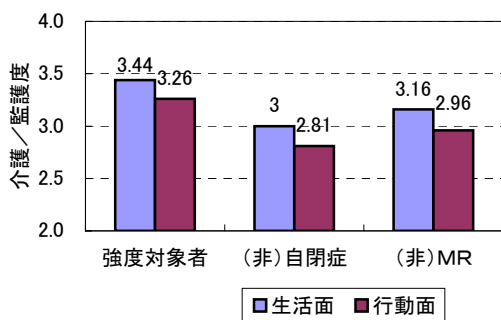
図2-11. 入浴の平均値の分布



【2要因の分散分析】

	F-値	有意確率	傾向
介助度	0.480	0.489	
受給状況	12.984	0.000	強度>自閉≒MR

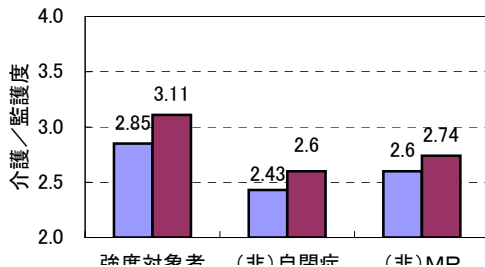
図2-12. 身だしなみの平均値の分布



【2要因の分散分析】

	F-値	有意確率	傾向
介助度	13.595	0.000	生活>行動
受給状況	11.824	0.000	強度>自閉≒MR

図2-13. 就寝の平均値の分布



【2要因の分散分析】

	F-値	有意確率	傾向
介助度	3.867	0.050	生活<行動
受給状況	11.409	0.000	強度>自閉≒MR

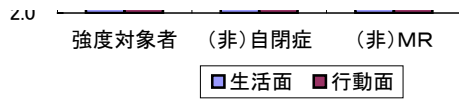
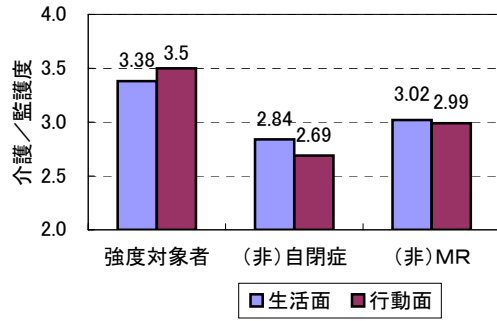


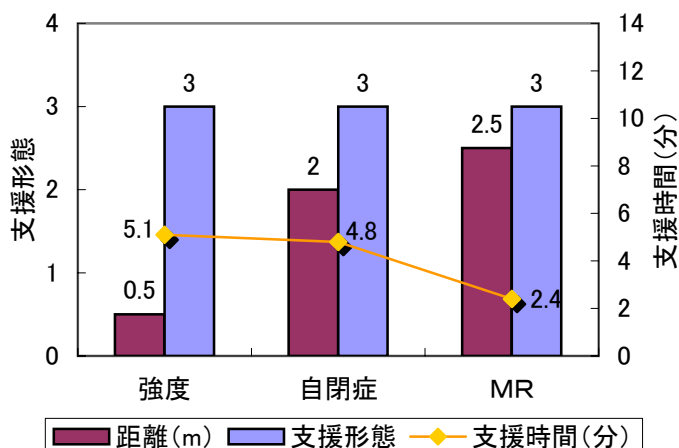
図2-14. 余暇・自由時間の平均値の分布



【2要因の分散分析】

	F-値	有意確率	傾向
介助度	1.338	0.248	
受給状況	20.682	0.000	強度 > 自閉症 > MR

図3-1. 時間×距離×形態の代表値(起床)



【3群間のカイ2乗値】

距離(m) 32.049 *
支援形態 14.393

【距離と支援形態の順位相関】

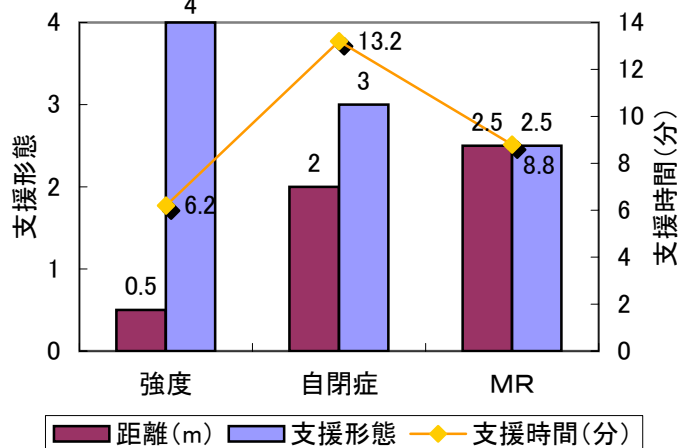
強度対象者 -0.686 *
(非)自閉症 -0.584 *
(非)MR -0.587 *

※有意確率P<.05を*で示す

【場面に特有の行動障害】

極端に起きにくい
早朝覚醒
ふらつき

図3-2. 時間×距離×形態の代表値(着替え)



【3群間のカイ2乗値】

距離(m) 23.203 *
支援形態 5.473

【距離と支援形態の順位相関】

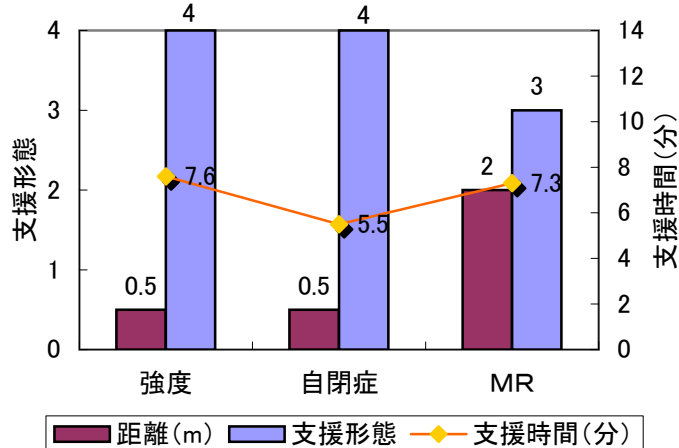
強度対象者 -0.544 *
(非)自閉症 -0.514 *
(非)MR -0.834 *

※有意確率P<.05を*で示す

【場面に特有の行動障害】

裸になる
破衣
衣服の固執

図3-3. 時間×距離×形態の代表値(洗面)



【3群間のカイ2乗値】

距離(m) 22.516 *
支援形態 9.547

【距離と支援形態の順位相関】

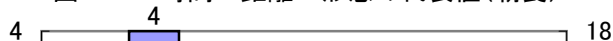
強度対象者 -0.318 *
(非)自閉症 -0.339 *
(非)MR -0.389 *

※有意確率P<.05を*で示す

【場面に特有の行動障害】

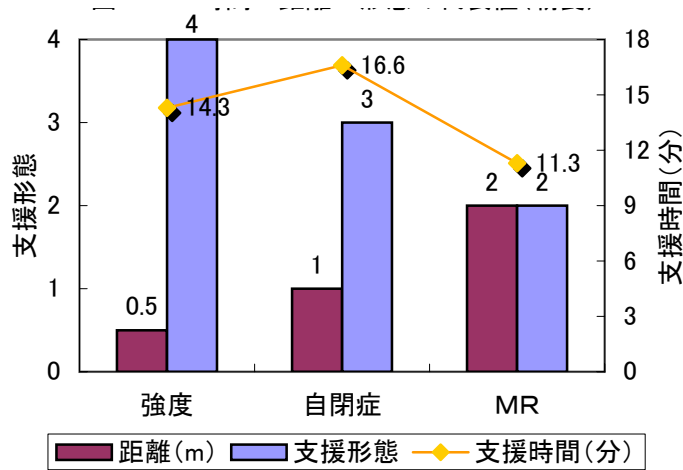
水遊び
水や歯みがきへの恐怖、嫌悪
多飲水

図3-4. 時間×距離×形態の代表値(朝食)



【3群間のカイ2乗値】

距離(m) 27.318 *



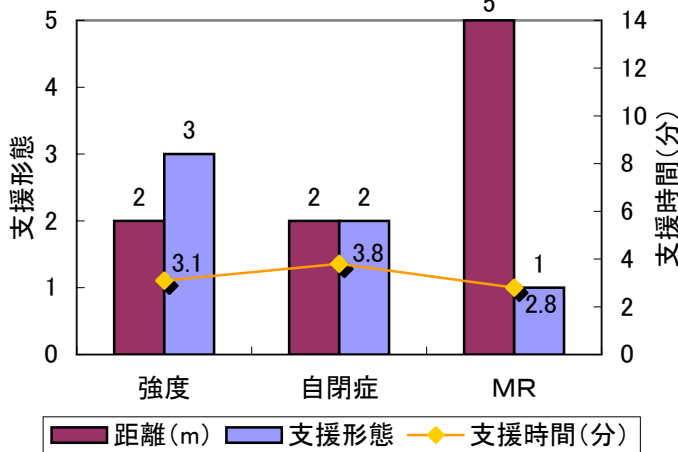
支援形態 21.221 *

【距離と支援形態の順位相関】
 強度対象者 -0.288
 (非)自閉症 -0.375 *
 (非)MR -0.244

※有意確率P<.05を*で示す

【場面に特有の行動障害】
 過食(飲水)
 咀嚼困難、詰め込み過ぎ
 盗食
 食器等を投げる

図3-5. 時間×距離×形態の代表値(排尿)



【3群間のカイ2乗値】

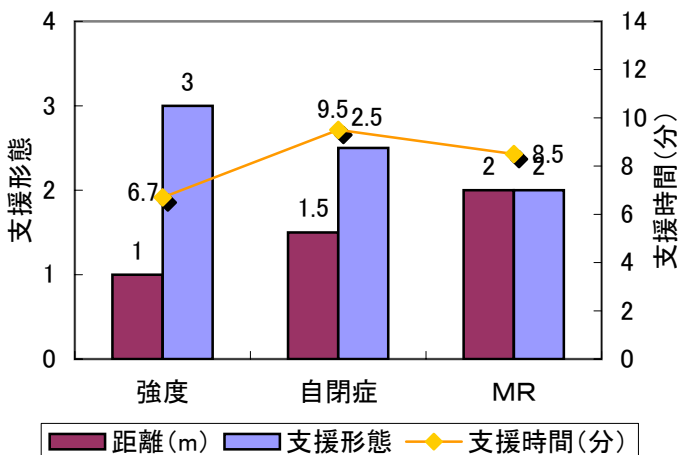
距離(m) 13.747
 支援形態 13.436

【距離と支援形態の順位相関】
 強度対象者 -0.593 *
 (非)自閉症 -0.298
 (非)MR -0.960 *

※有意確率P<.05を*で示す

【場面に特有の行動障害】
 失禁、放尿
 便器以外での排尿
 頻尿

図3-6. 時間×距離×形態の代表値(移動)



【3群間のカイ2乗値】

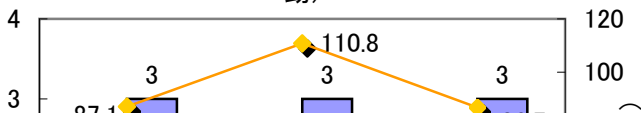
距離(m) 25.459 *
 支援形態 14.635

【距離と支援形態の順位相関】
 強度対象者 -0.448 *
 (非)自閉症 -0.280
 (非)MR -0.106

※有意確率P<.05を*で示す

【場面に特有の行動障害】
 多動、常同行為
 突発的行動

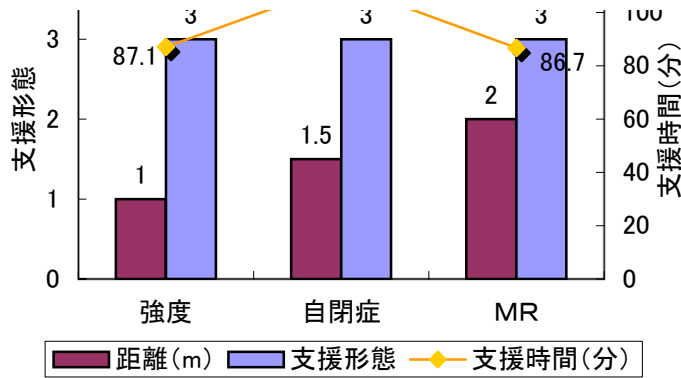
図3-7. 時間×距離×形態の代表値(日中活動)



【3群間のカイ2乗値】

距離(m) 21.000
 支援形態 7.994

【距離と支援形態の順位相関】

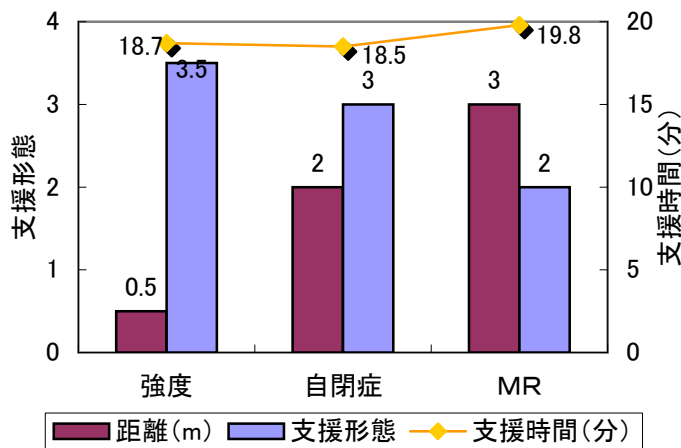


強度対象者 -0.456 *
 (非)自閉症 -0.236
 (非)MR -0.110

※有意確率P<.05を*で示す

【場面に特有の行動障害】
 多動、徘徊、離席
 奇声、大声を出す
 持続困難
 物や日課への固執

図3-8. 時間×距離×形態の代表値(夕食)



【3群間のカイ2乗値】

距離(m) 35.162 *
 支援形態 13.828

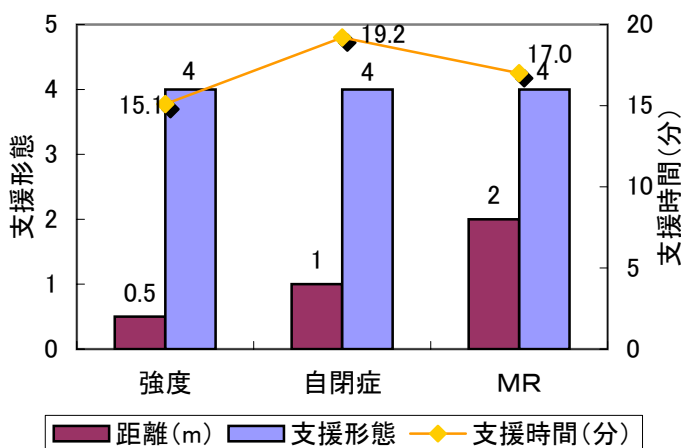
【距離と支援形態の順位相関】

強度対象者 -0.158
 (非)自閉症 -0.236
 (非)MR -0.198

※有意確率P<.05を*で示す

【場面に特有の行動障害】
 過食(飲水)
 咀嚼困難、詰め込み過ぎ
 盗食
 食器等を投げる

図3-9. 時間×距離×形態の代表値(入浴)



【3群間のカイ2乗値】

距離(m) 21.078 *
 支援形態 14.698

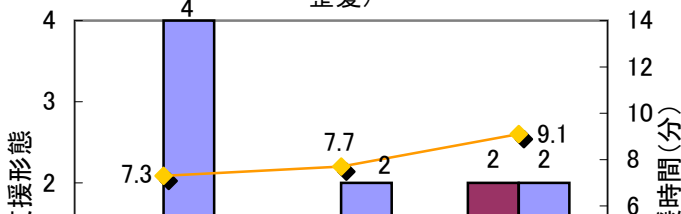
【距離と支援形態の順位相関】

強度対象者 -0.477 *
 (非)自閉症 -0.591 *
 (非)MR -0.741 *

※有意確率P<.05を*で示す

【場面に特有の行動障害】
 多動、ふらつき
 異食

図3-10. 時間×距離×形態の代表値(清拭、整髪)

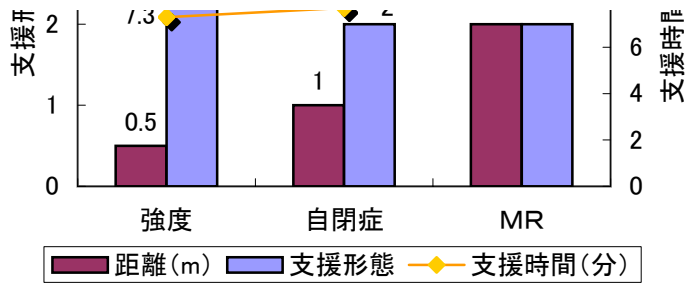


【3群間のカイ2乗値】

距離(m) 33.937 *
 支援形態 19.515 *

【距離と支援形態の順位相関】

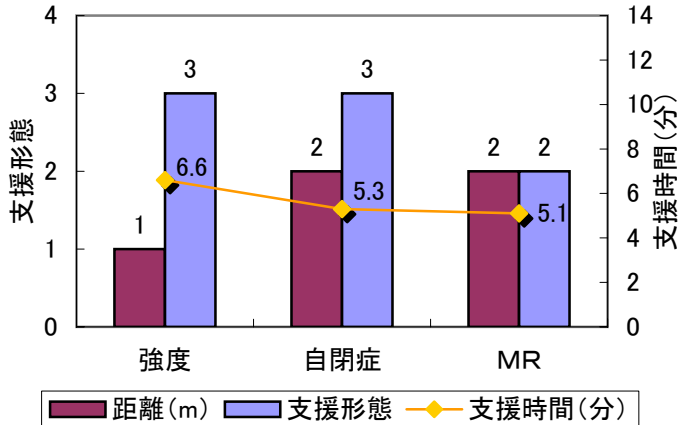
強度対象者 -0.275
 (非)自閉症 -0.600 *
 (非)MR -0.677 *



※有意確率 $P<.05$ を*で示す

【場面に特有の行動障害】
 多動、ふらつき
 動作の中断
 多飲水

図3-11. 時間×距離×形態の代表値(就寝準備)



【3群間のカイ2乗値】

距離 (m) 14.688
 支援形態 17.746 *

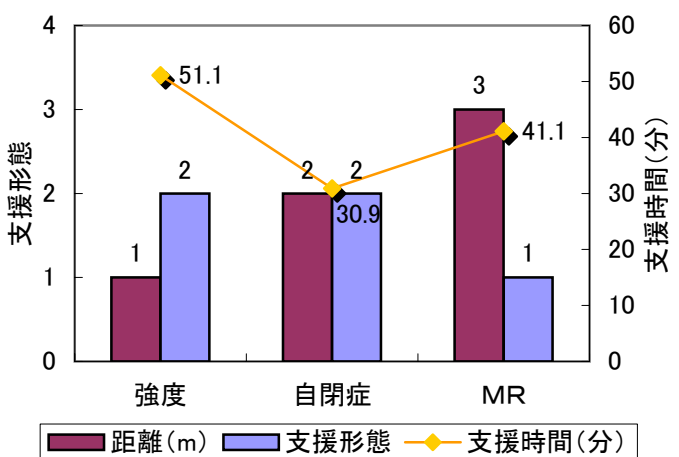
【距離と支援形態の順位相関】

強度対象者 -0.410 *
 (非)自閉症 -0.625 *
 (非)MR -0.316

※有意確率 $P<.05$ を*で示す

【場面に特有の行動障害】
 多動、常同行為
 奇声
 破壊

図3-12. 時間×距離×形態の代表値(入眠)



【3群間のカイ2乗値】

距離 (m) 17.115
 支援形態 17.314 *

【距離と支援形態の順位相関】

強度対象者 -0.321 *
 (非)自閉症 -0.294
 (非)MR -0.517 *

※有意確率 $P<.05$ を*で示す

【場面に特有の行動障害】
 不眠
 極端に寝つきが悪い
 中途覚醒

調査研究プロジェクト検討委員会 名簿

内部検討委員： 三原 憲二（あかりの家、兵庫県）
真鍋 龍司（札幌市自閉症者自立支援センター、北海道）
松田 健（三気の里、熊本県）
川相 智史（袖ヶ浦ひかりの学園、千葉県）
山本 俊彦（東やまたレジデンス、神奈川県）

外部評価委員： 小林 信篤（川崎医療福祉大学）
古屋 健（群馬大学）
黒川 新二（札幌市のぞみ学園）
三谷 嘉明（名古屋女子大学）

事務局： 近藤 裕彦（あさけ学園）

平成 19 年度障害者保健福祉推進事業
(障害者自立支援調査研究プロジェクト)

自閉症や強度行動障害を示す人たちへの支援に関する実態調査

調査研究報告書

発行者 全国自閉症者施設協議会
代表 会長 奥野 宏二
発行日 平成 20 年 3 月 31 日

事務局 (社福) 檜の里 あさけ学園
〒510-1326 三重県三重郡菟野町大字杉谷 1573 番地
Tel. 059-394-1595 Fax. 059-394-1985
E-mail. asake-g@cty-net.ne.jp