

## 強い自傷と攻撃行動を見せる最重度知的障害・自閉症者の行動改善に向けた支援

～強度行動障害を見せるケースの  
各ステージでの支援のまとめ～

公益財団法人 鉄道弘済会  
総合福祉センター弘済学園  
大森綾子



総合福祉センター弘済学園の大森です。どうぞよろしく  
お願いします。

本日は、「強い自傷と攻撃行動を見せる最重度知的  
障害・自閉症者の行動改善に向けた支援。強度行  
動障害を見せるケースの各ステージでの支援のまとめ」  
を発表させていただきます。

## 2. 事業種目および定員

- ・「弘済学園児童寮」 定員80名
- ・「弘済学園第二児童寮」 定員30名
- ・「弘済学園デイケアセンター」 定員20名
- ・「弘済学園グループホーム」 定員4名
- ・「弘済学園児童ショートステイ」 定員5名・空床型
- ・「弘済学園児童発達支援センターすきっぷ」 定員20名
- ・「弘済学園地域生活支援センターわくわく」 定員10名
- ・「弘済学園デイケアセンター(生活介護)」 定員20名

事業種目および定員です。主な入所利用者は、児童  
寮 80 名。第二児童寮 30 名。合わせて定員 110  
名となります。現在、4 歳から 30 代後半までの方が  
入所利用されています。そのほかにも、デイケアセンタ  
ーや児童発達支援センター、地域生活支援センターなど、  
幅広く事業をおこなっています。

## 1. 沿革

- 1932(S7)年 財団法人鉄道弘済会設立
- 1953(S28)年 「日向弘済学園」千葉県に開設
- 1963(S38)年 就労生活支援のための  
「ACC」開設
- 1972(S47)年 総合福祉センター「弘済学園」  
神奈川県秦野市へ移転
- 1998(H10)年 グループホーム開設
- 1999(H11)年 (旧)第二種自閉症児施設開設

弘済学園の概要です。1932 年、財団法人鉄道弘  
済会が設立されました。1953 年に、日向弘済学園と  
して千葉県に開設され、その後 1972 年、総合福祉  
センター弘済学園として、現在の神奈川県秦野市へ  
移転されています。

## 3. 利用者の概要

- ・知的障害が重く、発達の遅れ大きい方  
(重度・最重度9割)
- ・障害が重複し、行動障害を示している方  
(自閉症8割・強度1割)
- ・家庭機能に支援の必要な方
- ・地域生活に支援の必要な方

入所利用者の概要です。知的障害の方が重く、発達  
の遅れが大きい方。重度・最重度の方が9割、自閉  
症の方が8割、強度行動障害を示す方が1割いらっ  
しゃいます。ほかにも、家庭機能に支援の必要な方  
であったり、地域生活に支援の困難な必要な方が入所  
されています。

## 4. 療育・支援体制

- ・生活クラス(12)と日課クラス(14)による24時間支援
- ・適性別近似値集団によるクラス編成
- ・施設訪問教育制度による学校教育連携
- ・クラス担任制とスーパーバイズ制
- ・諸記録の活用(クラス・個人・個別支援・年間まとめ等)

療育・支援体制ですけれども、適正別近似値集団によるクラス編成をおこなっています。生活 12 クラスと、日課 14 クラスによる 24 時間支援を実施しています。また、施設訪問教育制度による、学校教育の連携もおこなっています。

### 1. 対象ケースの概要

Aさん 30代半ば 男性  
 障害区分認定「6」療育手帳1度  
 最重度知的障害 自閉症 入所して20数年経過

性格・特性:  
 神経質で敏感  
 固執性、多動性、自閉的傾向が強い  
 手の感覚異常が著しい

課題行動:頭部への強い自傷  
 頭突きなどの攻撃  
 ⇒絶えず頭部には大きな傷跡があり、えぐられている状態  
 ⇒毛細血管が破壊され赤色尿

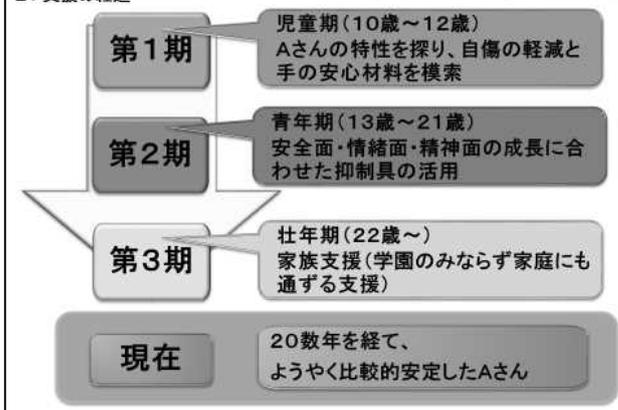
ここから強度行動障害の支援事例です。Aさん、30代半ば、男性。障害区分認定6。療育手帳1度の自閉症です。入所して二十数年が経過されます。性格としましては、神経質で敏感。固執性、多動性、自閉的傾向が強い方です。課題行動としては、頭部への強い自傷、頭突きなどの攻撃。たえず、頭部には大きな傷跡があり、えぐられている状態でした。また、毛細血管が破壊され、赤色尿、血尿が見られます。

### 1. 対象ケースの概要

年齢	入園までの経過
1歳	初語出現するもコミュニケーション機能を持たない 人との関係つかない
2歳	行動異常目立ち「自閉傾向」と診断
2歳9か月	療育センターでの診療開始
6歳	特別支援級に在籍 → 落ち着いている
7歳	大腿部をつねる自傷が出現。不登校 こめかみを叩く行動が出現 →毛細血管が破壊された赤色尿 →当該部に潰瘍形成が見られる
9歳～10歳	当園の3か月の母子入園を経験 その後、当園に入園

入園までの経緯です。2歳で行動異常が目立ち、自閉症と診断。その後、療育センターでの診療を開始されました。7歳では、大腿部をつねる自傷が出現し、通学バスに乗れなくなり、トイレにも行かず、布団からも出られない状態となり、不登校。こめかみを叩く行動が出現し、毛細血管が破壊された赤色尿。また、頭蓋部に、潰瘍形成が見られました。

### II. 支援の経過



二十数年と在園年数が長いため、このように4つの時期に分けて、それぞれの成長過程で大切だった支援のポイントを振り返りながら報告させていただきます。

II. 支援の経過

1. 第1期 児童期  
～Aさんの特性を探り、  
自傷の軽減と手の安心材料を模索～



入園初年度（10歳）～入園3年目（12歳）

では、まず第1期、児童期。Aさんの特性を探り、自傷の軽減と手の安心材料を模索。入園初年度、10歳から入園3年目、12歳までの様子です。こちらの写真は、入園当初の写真となります。では、入園当初のAさんの様子をご覧ください。



「映像」

これは、散髪をおこなっている様子です。たえず、こめかみには、直径3cm大の傷跡がある状態で、泣きが頻繁に見られていました。

II. 支援の経過 第1期 児童期 入園1年目

児童期：入園初年度（10歳）

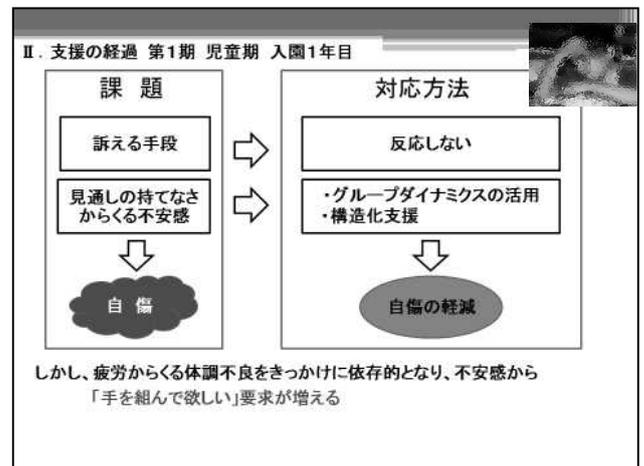
Aさんの様子

- ・絶えず泣きとこめかみへの自傷が見られる
- ふとこ
- ・手を懐へしまう
- ・特定の語句を繰り返し唱えながら、じっとしている

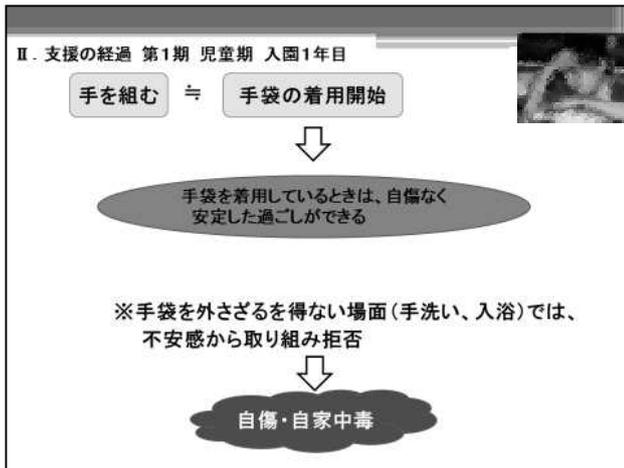
自傷の要因として考えられるもの

- ・自分の要求を相手に訴えるための手段
- ・自閉症特有の感覚異常によるもの
- ・家庭から学園と環境が変化し、イレギュラーな状況で見通し持てない不安感

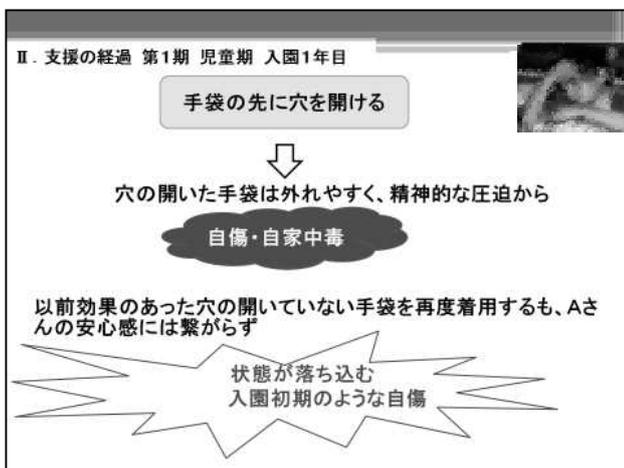
今の映像で見ていただいたように、たえずこめかみには、直径3センチ大の傷跡、泣きが見られていました。これらの自傷の要因として考えられるものとしては、何らかの要求を親に対して訴える誤学習によるものであり、職員が何かを促そうとした際に、自傷で訴えるといった手段として使われていました。また、家庭から学園へと環境が変化し、イレギュラーな状況で見通しの持てない不安感から、自傷につながったと思われます。



そのため、訴える手段に対しては反応しない。見通しの持てなさから来る不安感に対しては、グループダイナミクスの活用、構造化支援を実施することにより、学園の通常の生活では、自傷の軽減を図ることができました。しかし、疲労から来る体調不良をきっかけに依存的となり、不安感から手を組んでほしい要求が増えました。



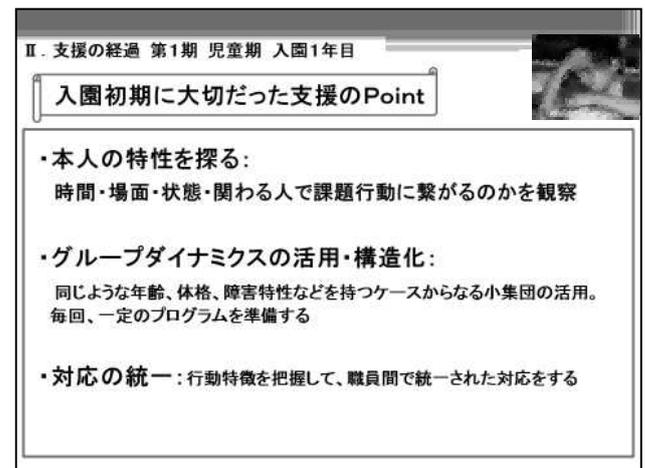
ここで、手を組んでもよかったのですが、活動の妨げになるため、手を組むことの代替手段として、手袋の着用を開始しました。その結果、手袋を外さざるを得ない場面、手洗い、入浴では、不安感から取り組み拒否となり、自傷、自家中毒となっていました。しかし基本的には手袋を着用しているときは上機嫌で手を出し、何でも前向きに取り組み、自傷も一切見られなくなりました。



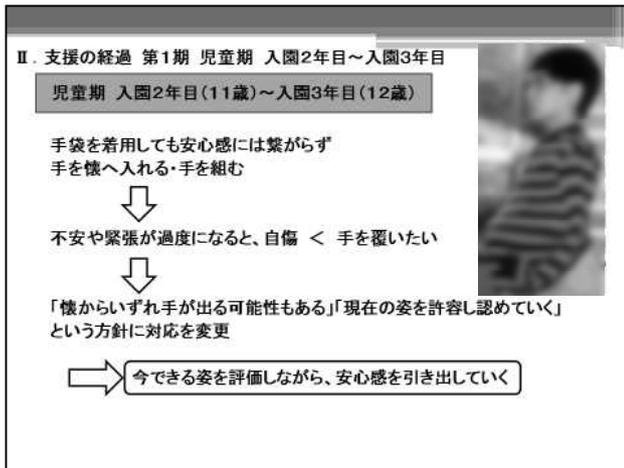
そのため、次へのステップとして、手袋への依存が常態化しないように手袋の先に穴を開けるという対応を試みました。穴の開いていた手袋は、職員が予想する以上に外れやすく、Aさんのストレスとなり、連日 37℃以上の高熱が続くなど、自家中毒と思われる症状が見られるようになりました。そのため、以前効果のあった穴の空

いてない手袋を再度着用しても、Aさんの安心感にはつながらず、入園初期のような自傷が見られるほど、状態は落ち込んでしまいました。

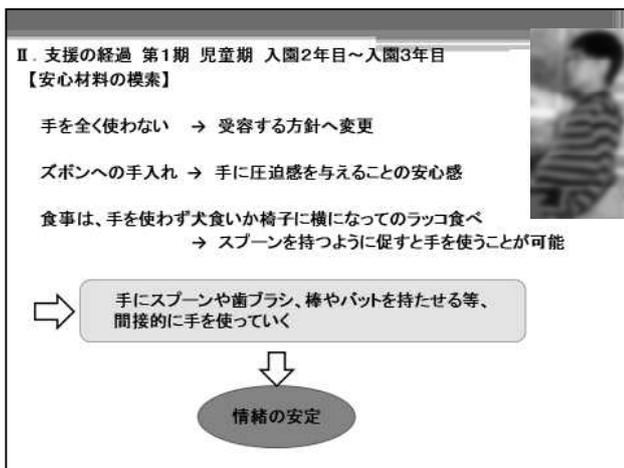
もともと、手袋の着用の際、Aさんは手袋と衣服の裾の間が開かないように神経を使っており、衣服の延長として、体を覆うものとしての感覚を持っている姿が見られていたにもかかわらず、手袋の先に穴を開けてしまったことが支援の失敗と言えます。



ここで、入園初期に大切だった支援のポイントです。本人の特性を探る。どのような時間、場面、状態、関わる人で課題行動につながるのかを観察する。グループダイナミクスの活用、構造化。同じような年齢、体格、障害特性などを持つケースからなる小集団の活用。毎回、一定のプログラムを準備する。対応の統一。行動特徴を把握して、職員間で統一された対応をする。特に本人の特性を探るというのは、手を覆いたい姿から手袋を着用し、安定したにもかかわらず、職員が早い段階で次のステップ。手袋の先に穴を開け、再び自傷をさせることになった支援の失敗からも言えるように、今後の支援の方向性を決める上で、入園初期では特に大切なことと言えます。

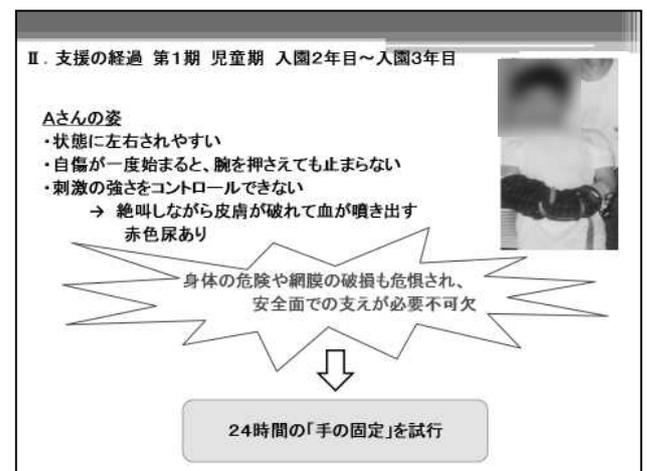


続いて、児童期。入園2年目 11歳から、入園3年目 12歳までの様子です。先ほども言いましたが、手袋を着用しても安心感には繋がらず、手を懐へ入れる、手を組むようになった A さんです。これらは、A さんの自己抑制の強さを示しており、不安や緊張が過度になると、自傷よりも強く手を覆いたいという行動になっていました。そのため、まずは、グループダイナミクスの活用と構造化支援による見通しを持つことで、不安感の軽減につなげ、手を出すことにあまり着目せず、いずれ手が出る可能性もあるという見方で、今できる姿を評価しながら、安心を引き出そうと考えました。



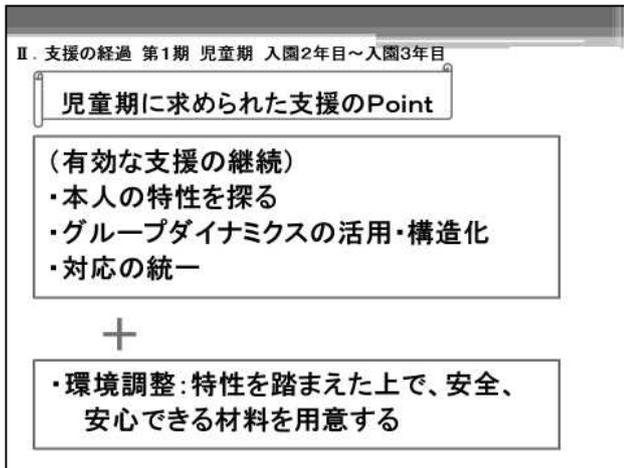
そのため、手を全く使わない A さんに対して、受容するスタンスに変更して経過を観察しました。その中で、A さんがズボンに手を入れることがあったので、その行動に着

目しました。すると、A さんはズボンに手を入れることで、手に圧迫感を与え、手の感覚を維持させている状況がうかがえました。また、これまでの食事は手を使わず、犬食いか、いすに横になってのラッコ食べでありましたが、あるとき、試しにスプーンを持つように促すと、手は自然と出て、手を使うことは可能でした。そのため、手に何かを持つことで、A さんの安心感へとつながるのではないかと推測し、スプーンや歯ブラシ、棒やスポンジを持たせることで、情緒の安定が図れるようになりました。



しかしまだまだ状態に左右されやすく、自傷が一度始めるとその激しさはエスカレートし、腕を押さえても止まりませんでした。こめかみを叩く自傷は、状態が低下すると刺激の強さをコントロールできず、絶叫しながら皮膚が破れて、血が噴き出すほど激しく。血尿まで見られ、体の危険や網膜の破損も危惧され、安全面の支えが必要でした。そのため、行動制限に基づき、24時間の手の固定を実施しました。

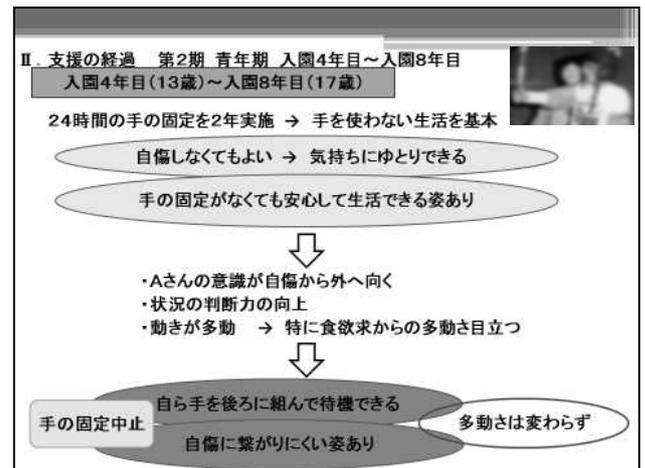
ここでの留意点として、以前の支援の失敗からも学んだことを生かし、こちらの写真にもあるように、手が見えることで不安感から膨張しないよう、その部分を、布で覆うようにしました。



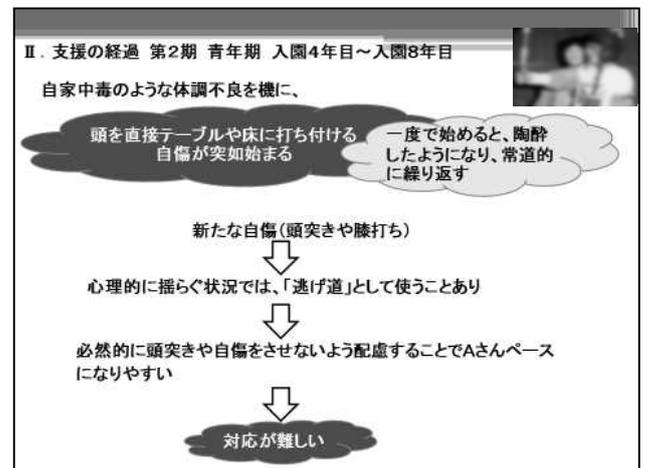
ここで、児童期に求められた支援のポイントです。入園初期に大切な支援のポイント3つに加え、環境調整。手にスプーンやバットを持つことから、状態が安定したように特性を踏まえたうえで、安全・安心できる材料を用意することが大切と言えます。



続いて、第2期。青年期。自傷の頻度に応じた抑制具の活用と、成長に合わせた情緒の安定。入園4年目13歳から、入園12年目21歳までの様子です。

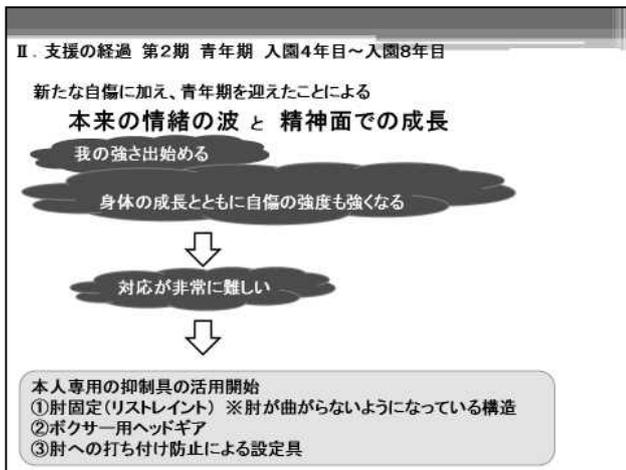


まず、24時間の手の固定を2年間実施し、手を使わない生活を基本としました。その結果、手の固定によりAさんの意識が自傷ではなく、外に向けたことで周囲がよく見えるようになり、結果、多動さが見られるようになりました。状況の判断力が向上し、動きも多く、特に食欲求からの多動が目立ちました。また、固定により、改善していた自傷に対しては、自己抑制への促しとして、手の固定を中止しても、自ら後ろに組んで、待機できる姿が見られるようになりました。

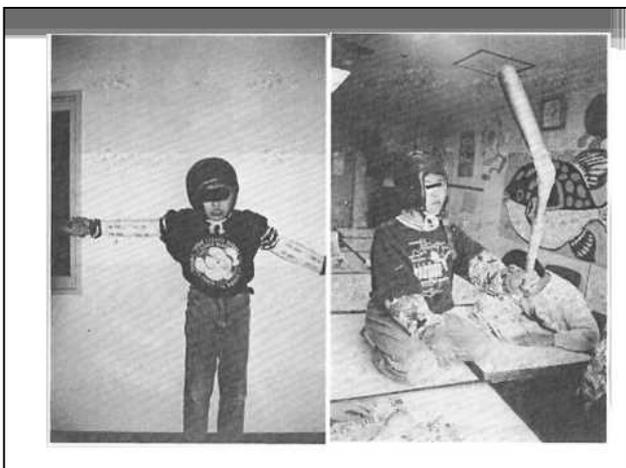


しかし、ある日の夕方、下痢が続いたことで、夕食の量を控えめにしたところ、頭を直接テーブルや壁、床に打ちつける自傷が突如始まり、その日は寝つくまで自傷が続きました。翌日も、頭突きによる自傷が続き、一度始めると、目つきがとろんと陶酔したようになり、情動的

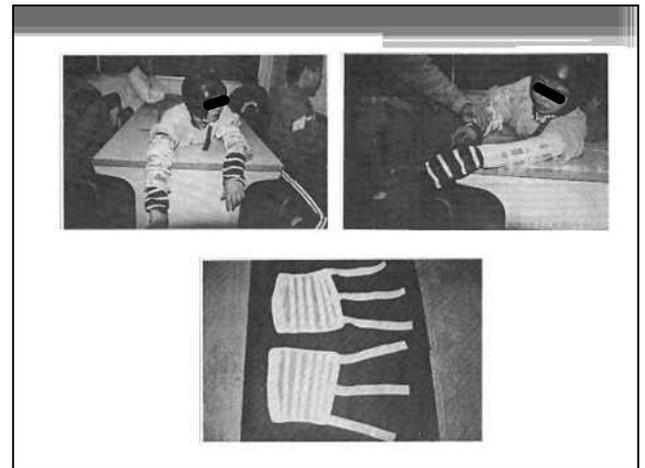
に繰り返すようになりました。また、軽減傾向だった、手でのこめかみを叩く自傷も一変して増加し、新たな課題として、頭突きや肘打ちと広がり始めました。また、できるようになりつつあった目的行動もできなくなっています。以降、頭突きや自傷は、逃げ道に使うことがあり、心理的に揺らぐ状況では、こうした状況が出やすく、必然的に頭突きや自傷をさせないように、Aさんペースの対応になり、支援上、常に一定の課題意識を求めることが困難となってしまいました。



またこの時期、新たな自傷に加え、青年期を迎えたことによる、本来の情緒の波と、精神面での成長、我的強さが出始め、体の成長とともに自傷の強度も強くなった状況から、対応が非常に難しくなっていました。そのため、体の危険と網膜の破損、脳へのダメージ防止のため、本人専用の抑制具の活用を開始しました。



それが、こちらの写真になります。まず、肘固定、リストレイントですけれども、肘が曲がらないようになっている構造です。見た目の拘束感が少なく、腕や手のひらが自由に使える抑制具となっています。また、ボクサー用のヘッドギアです。

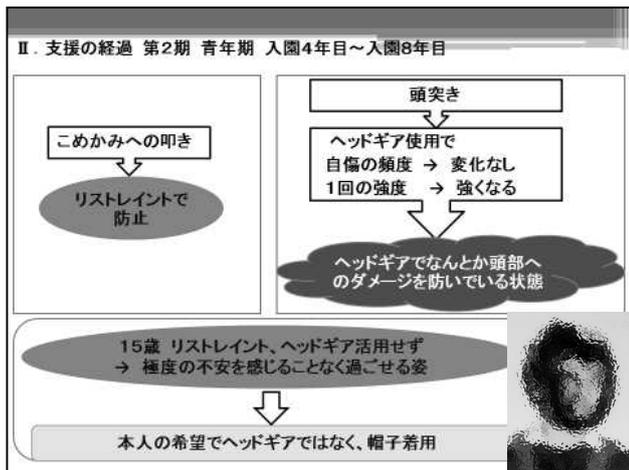


そして、肘への打ちつけ防止による設定具となります。この写真の一番下にあるものは、抑制具で体に傷がつかないように肌の上にこちらの布を覆い、その上に抑制具をつけるようにしました。

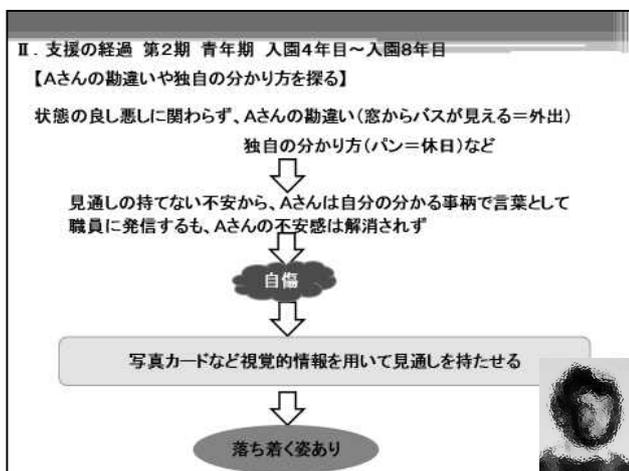
ではここで、肘固定を活用している食堂場面のAさんの様子を少しだけご覧ください。



《映像》

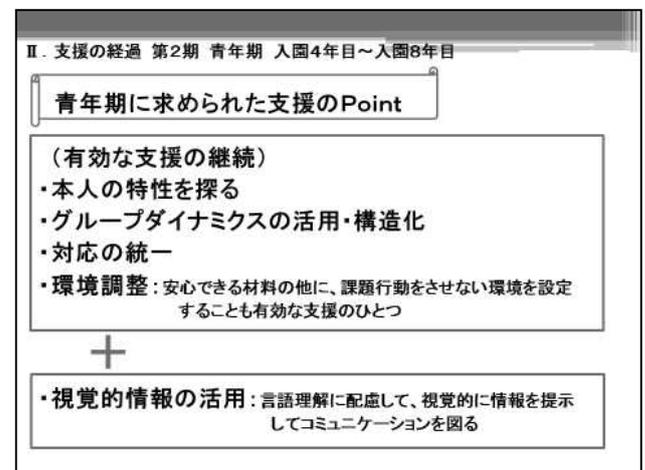


これらの抑制具の活用により、こめかみへの叩きは防止することができました。しかし頭突きに関しては、ヘッドギア使用で自傷の頻度には変化がなく、1回の強度は強くなり、ヘッドギアでなんとか頭部へのダメージを防いでいる状態となりました。その後、24時間の抑制具を活用して2年後。15歳の夏、暑さから自らリストレイントとヘッドギアを外したがる姿が見られるようになりました。そのため、試しに抑制具を外してみると、極度の不安を感じることなく、概ね安定して過ごすことができました。しかし、頭突きが一度出始めると、ヘッドギアで覆われていない部分、頬、顎、額を狙った自傷が脅迫的となり、ヘッドギアを上手にずらして、リズムよく打ち続ける姿に変化は見られなかったため、頭への圧迫感の代用として、本人の希望に応じて、帽子に切り替える対応を取り入れてみました。そうすることで、再び、ある程度の安定が図られたAさんです。

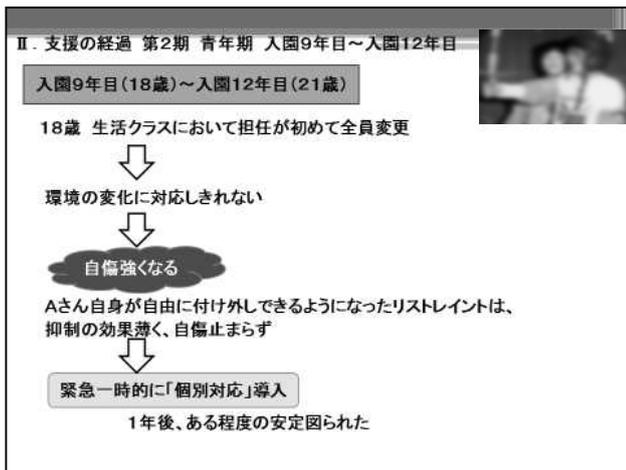


そこで、次なる支援として、Aさんの勘違いや、独自のわかり方を探る支援を実施しました。これは、状態の良し悪しに関わらず、Aさんの勘違い。窓からバスが見える＝外出といったように、Aさんはよく「バスバス。観光バス」だったり、「パンパン。ペアレント」など、Aさん独自のわかり方で職員に訴えてくれる様子がありました。当園では、その当時の朝食は、平日はご飯、休日はパンのメニューが出ていました。そこで、Aさん独自のわかり方として、パンが出たら休日となったのだと思います。そして、パン＝休日＝両親が来る、「ペアレント」、となりました。

Aさんは、自分のわかる事柄で、言葉として職員に発信するも、見通しの持てない不安感から自傷となっていました。そこで、写真カードなど、視覚的情報を用いて、見通しを持たせたところ落ち着く姿がありました。ここで、青年期に求められた支援のポイントです。

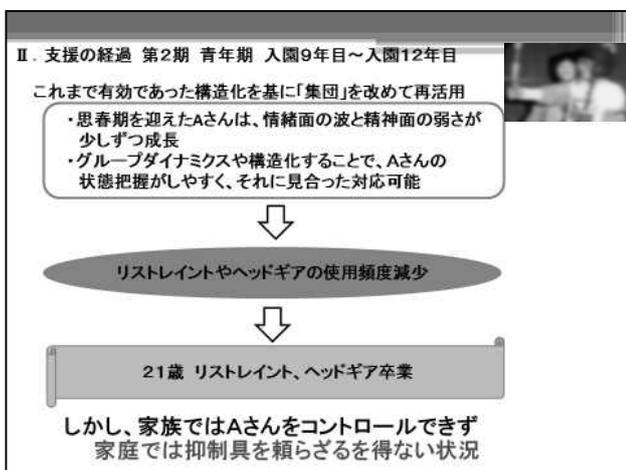


これまでの有効であった支援の継続に加え、視覚的情報の活用。言語理解に配慮して、視覚的に情報を提示してコミュニケーションを図るといったことが挙げられます。また、ここでの環境調整というのは、体や網膜の破損の防止のために、必要に応じた抑制具の活用を用いることも有効な支援の一つと言えます。

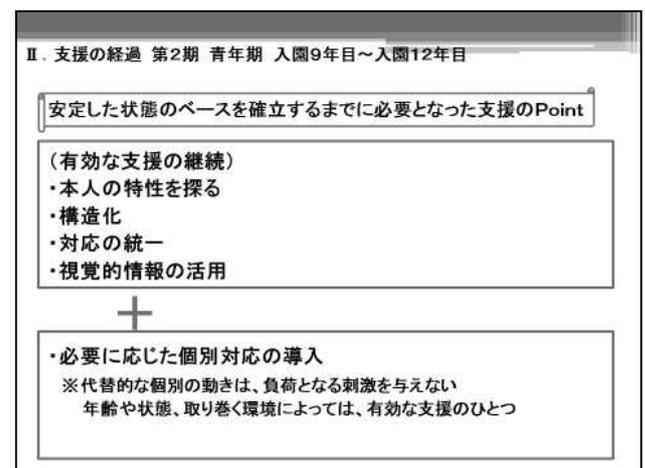


続いて、入園9年目18歳から、入園12年目21歳までの様子です。18歳のとき、生活クラスにおいて、担任が初めて変更となりました。それによって、Aさんは環境の変化に対応しきれず、自傷が強くなってしまいました。自傷を止めるためのリストレイントやヘッドギアを活用しましたが、自由につけ外しができるようになったリストレイントは、自傷に繋がってしまい、抑制の効果が薄れてしまいました。また、青年期特有の状態変動の激しさがAさんの状態の波を捉えにくくしており、本来であれば、これまで有効であった、集団を活用した支援を進めたかったのですが、緊急一時的に個別対応を導入せざるを得ませんでした。

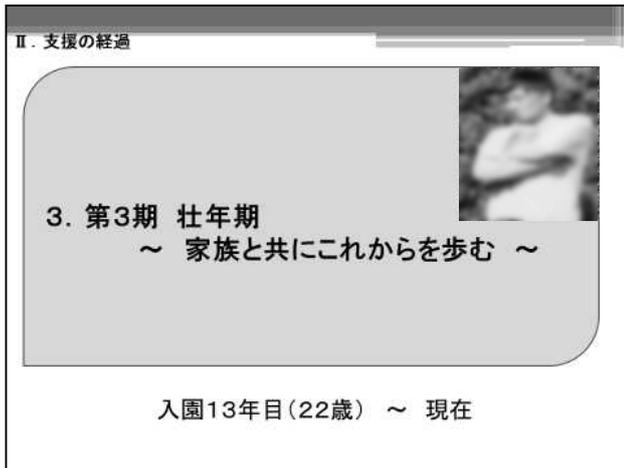
個別対応を始めて一年後、少しずつ、またある程度の安定を図ることができました。



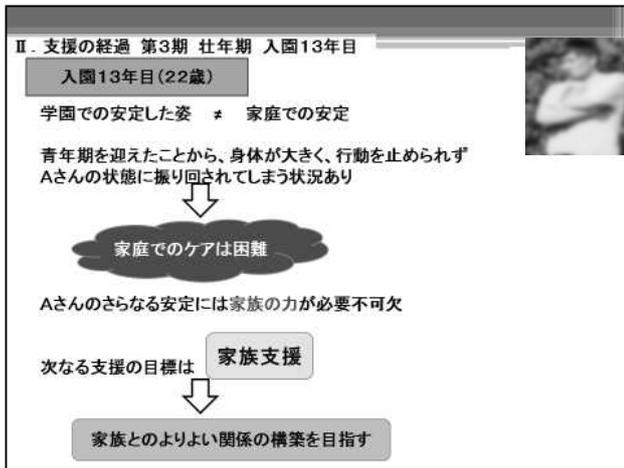
そのため次のステップとして、これまで有効であった構造化を基に集団を改めて再活用するようにしました。思春期を迎え、情緒の波に加え、精神面での成長が見られたAさんにとってグループダイナミクスは、これまで以上にプログラムの構造化がより生かされ、状態が低下しているときも集団と行動を共にすることで、より見通しが持ちやすく、安心感を持って過ごせるようになりました。また、集団で動くことで、外からの影響によるものか、Aさんの勘違いによるものかを捉えやすく、それに見合った対応ができるようになりました。それにより、自然とリストレイントや、ヘッドギアの使用の頻度は減少していきました。21歳の最後には、リストレイント、ヘッドギアにも頼らなくても生活できるベースを獲得できました。しかし、家族では、Aさんをコントロールできず、抑制具を頼らざるを得ない状況がありました。



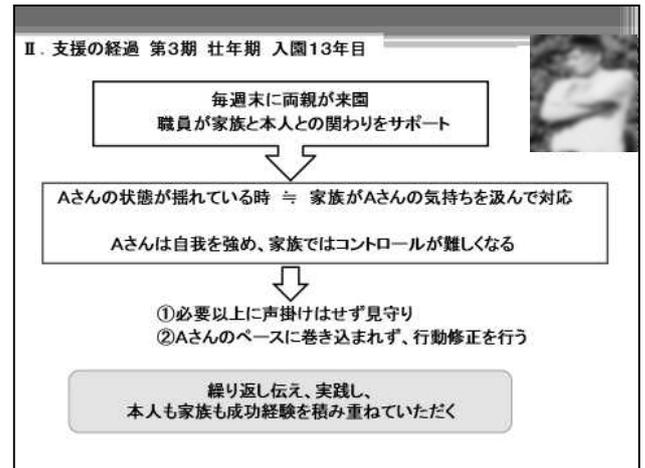
ここで、安定した状態のベースを確立するまでに必要となった支援のポイントです。これまでの有効な支援の継続に加え、必要に応じた個別対応の導入。この個別対応は、当園のAさんの状態把握による見通しの持てなさから、緊急一時的に取り入れたものですが、年齢や状態、取り巻く環境が合致しなければグループダイナミクスはマイナス要素となってしまいます。そのため、代替的な個別の動きは、Aさんに負荷となる刺激を与えることなく対応できるので、時期によっては有効な支援と言えます。



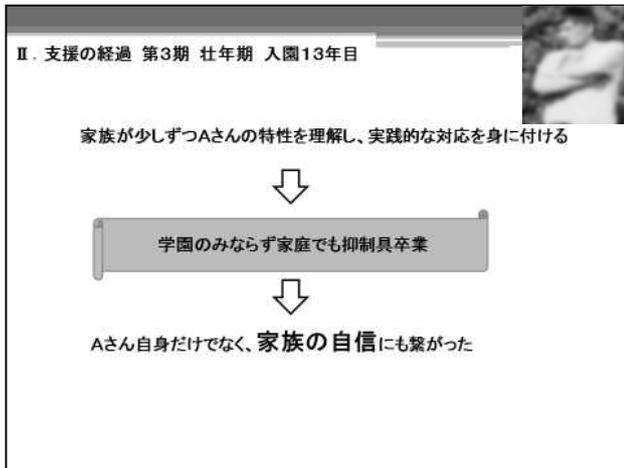
続いて、第3期。壮年期。家族とともにこれからを歩む。  
入園13年目22歳から現在までの様子です。



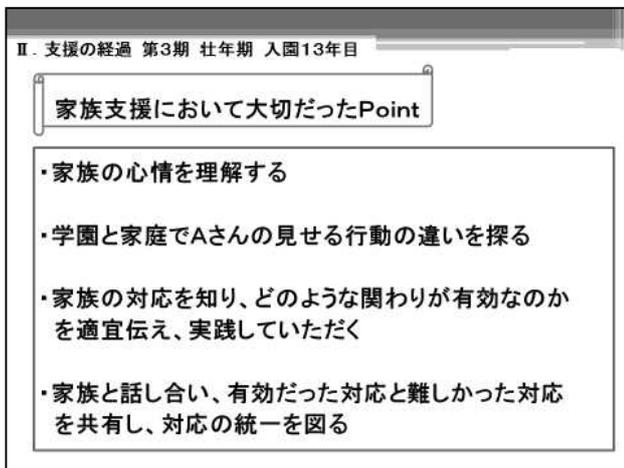
まず、入園13年目22歳の支援報告です。学園では、比較的安定した姿を見せていたAさんでしたが、青年期を迎えた頃から、家庭での過ごしは、これまでのように、家族は時間をかけて話していけば聞き分けられるといった状態ではありませんでした。体が大きくなり、拒否も強くなり、家族による家庭でのケアは、さらに困難が生じていました。そこで、Aさんのさらなる安定には、家族の力が不可欠と考え、次なる支援の目標は家族支援とし、家族とのよりよい関係の構築を目指しました。



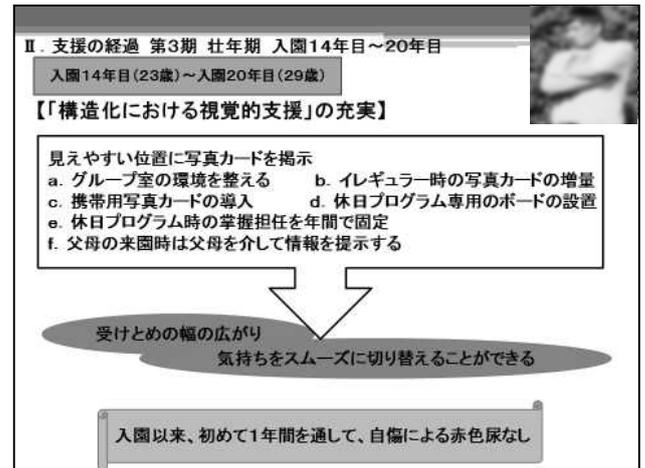
その内容としましては、週末に両親が来園された際に、職員がサポートしながらAさんとの関わりを実践の中から学んでもらうことを繰り返しました。始めに職員の対応を見てもらいながら、対応の意味や、本人の変化などを細かく説明しました。その上で、昼食やおやつ、散歩と職員がサポートしながら、父母が中心となって関わっていただき、その場で職員がコメントするようにしました。父母中心の実践を通して、両親はAさんの状態が揺れているときに、Aさんの気持ちを汲んで、先手に対応してしまわれる様子がありました。たとえば、「手洗いをしましょう。」「散歩へ行くよ。」などの声かけをしたときに、Aさんが自傷をしたとします。すると、ご両親は、当たり前ですが、自傷されるのが嫌で、見てられないので、「AさんAさん、自傷しないの。わかった。散歩をやめよう。手洗いは後にしよう。」など、Aさんペースになっており、逆にAさんの理解がつきにくく、混乱に繋がり、自傷、自我を強めていることが見て取れました。そのため、必要以上に声かけはせずに見守ること。Aさんのペースに巻き込まれないで、本来の動きに戻していくようにすること。この2点を繰り返し伝え、実践してもらい、成功経験を積み重ねてもらおうようにしました。



それらの支援により、家族は少しずつAさんの特性を理解し、実践的な対応を身につけられるようになりました。それにより、家庭でも抑制具に頼らなくても済む生活ができるようになりました。これは、Aさん自身だけでなく、家族の自信にも繋がりました。



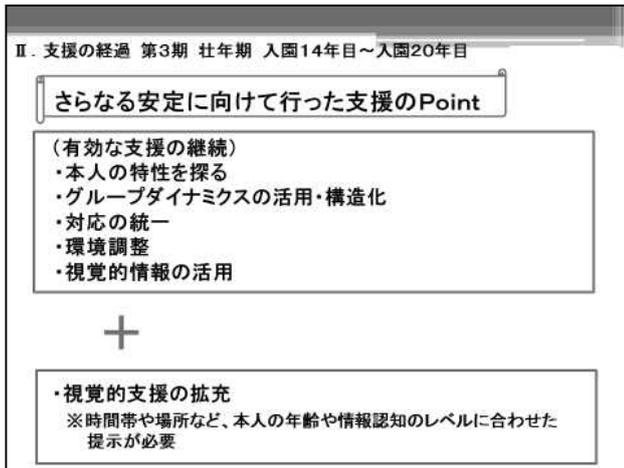
ここで、家族支援において大切だったポイントです。家族の心情を理解する。学園と家庭でAさんの見せる行動の違いを探る。家族の対応を知り、どのような関わりが有効なのかを適宜伝え、実践していただく。家族と話し合い有効だった対応と難しかった対応を共有し、対応の統一を図るといったことが挙げられます。



続いて、入園14年目23歳から、入園20年目29歳までの支援の報告です。Aさんは、環境の変化や人の出入りなどが期待感や不安感に繋がり、些細なことがきっかけで、気持ちが大きく揺れてしまいます。特に、イレギュラーは、見通しの持てなさから、強い不安感となり、苛立ちや自傷、気持ちが高ぶっている際にも同様の行動が見られました。そのため、情緒の波の振幅を小さくすること、不安の低減。この2点を目的に、構造化における視覚的支援の充実を図りました。

その中身としましては、グループ室の環境を整える。採血や歯科検診などの行事関連によるイレギュラー時の写真カードの増量。父母の来園時は、父母を介して情報を提供するなど、いろいろと試行錯誤していく中で、苦手なプログラムでも早めに伝えていけば受け止められるようになり、自分で次の行動を確認する姿が見られるなど、受け止めの幅が広がり、気持ちをスムーズに切り替えることができるようになりました。

また、入園前7歳から月に4回から5回、ひどい時には、2週間ずっと出ていた血尿は、これらの支援をプラスで行うことで、入所20年目、29歳にして、初めて血尿のない1年となりました。これは、とても大きな成長だったと私は思います。



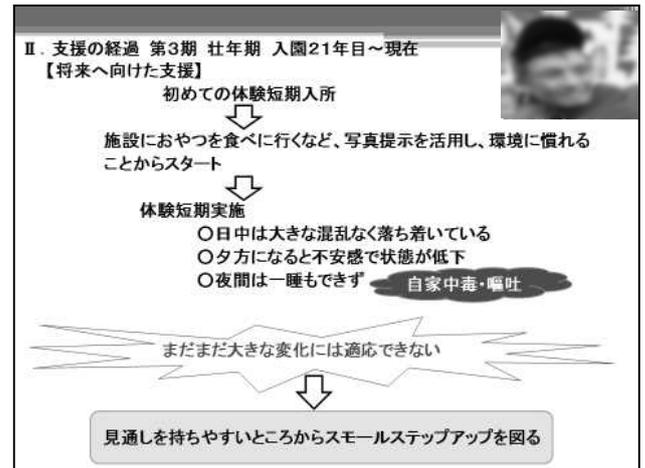
ここで、さらなる安定に向けておこなった支援のポイントです。これまでの有効な支援の継続に加え、視覚的支援の拡充。視覚的情報の活用の継続に加え、さらに細かな視覚的情報の拡充をすることで、Aさんは見通しをよりはっきりと持つことができるようになり、さらなる安定に繋がりました。視覚的に情報を提供するとともに、時間帯や場所など、本人の年齢や情報認知レベルに合わせた提示が必要となります。

では、ここでAさんの現在の様子をご覧ください。



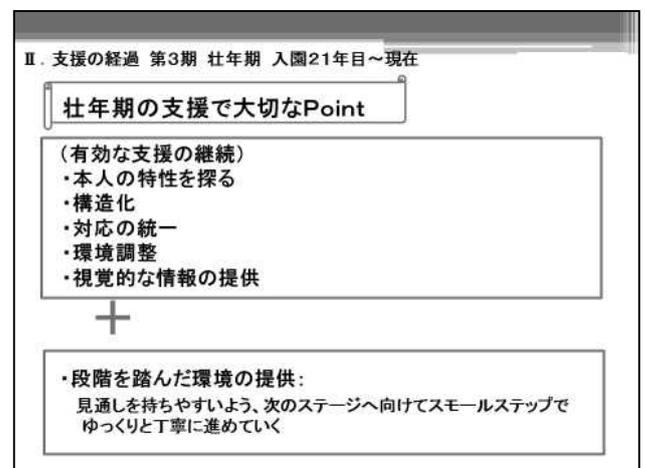
「映像」

Aさんは、すでに抑制具を卒業し、自由となった両手で毎日一生懸命、日中の作業、これは園芸の作業ですけれども、土入れや、土運びを自傷をほとんどすることなく、落ち着いた姿で活動しています。

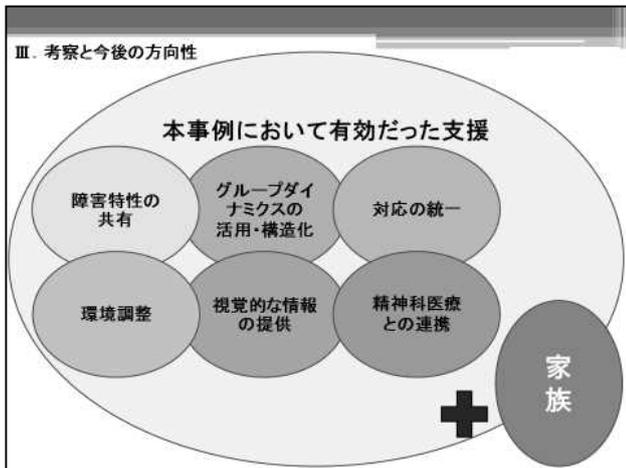


続いて、将来へ向けた支援についてです。当学園では、年に5回、1週間から2週間の帰省期間を設けています。初めての体験短期入所の前には、帰省期間を利用して、その施設におやつを食べに行くなど、環境に慣れるようにと、両親も配慮されました。そのうえで、成人施設での短期入所に踏み切り、日中は大きな混乱なく、比較的落ち着いて過ごすことができていましたが、夕方になると状態が低下し、夕食はほとんど食べず、夜間も一睡もできない、自家中毒のような嘔吐となっていました。

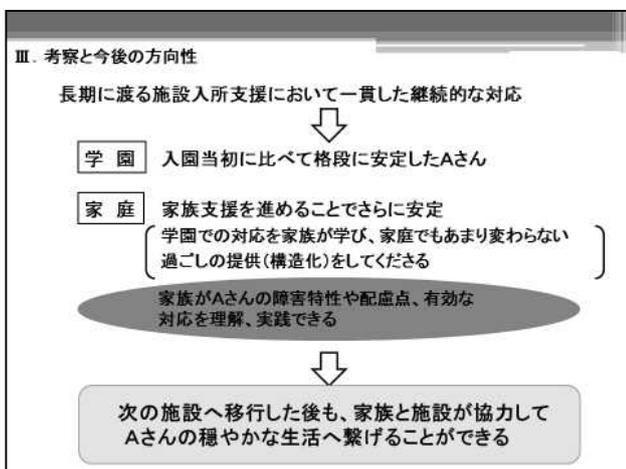
以前に比べれば、精神的にも強くなったAさんですが、まだまだ大きな変化には対応できない弱さを持っていることが確認されました。そのため、見通しを持ちやすいところから、スモールステップを図ることにしました。



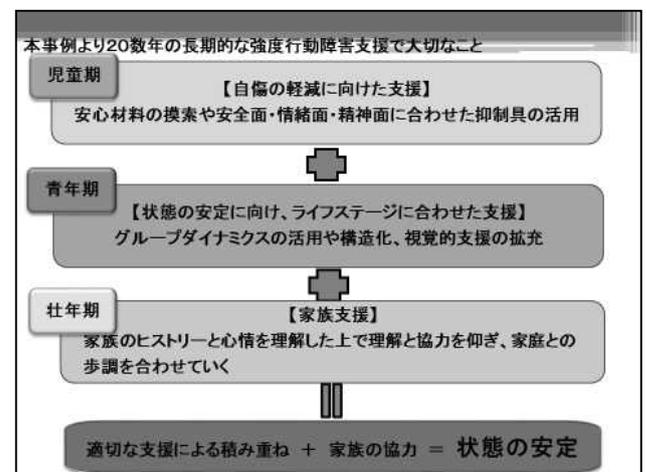
壮年期の支援で大切なポイントです。これまでの有効な支援の継続に加え、まだまだ環境の変化に適應できない A さんの為、段階を踏んだ環境の提供。見通しを持ちやすい次のステージへ向けてスモールステップでゆっくりと丁寧に進めていくことが大切だったと言えます。



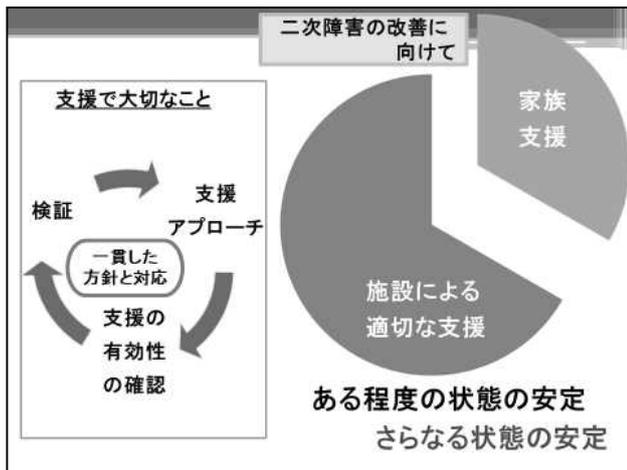
考察と今後の方向性。本事例で有効だった支援として、施設や家族など A さんと関わる人との障害特性の共有。グループダイナミクスの活用、構造化。対応の統一。安心できる材料。課題行動をさせない環境調整。情報を提供する時間や場所。本人の年齢や情報認知レベルに合わせた視覚的な情報の提供。本日は時間の関係上取り上げてはいませんが、精神科医療との連携。そして、何よりも家族。家族の力、家族の存在が大切だと言えます。施設支援のみならず、家族による理解と協力があってこそその A さんの安定と言えます。



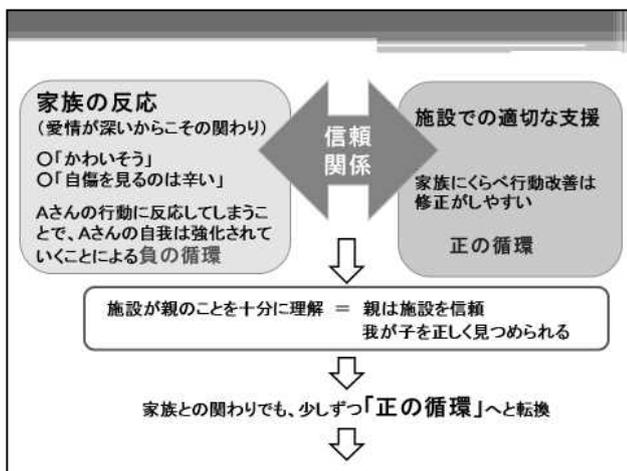
また、長期に渡る施設入所支援において、一貫した継続的な対応により、入園当初に比べて格段に安定した A さんです。しかし、学園のみならず、家族支援を通して、家族が A さんの障害特性や、配慮点、有効な対応を理解、実践できるようになったことで、状態の安定を図ることができた A さんです。繰り返しになりますが、家族が A さんの障害特性や、配慮点、有効な対応を理解、実践できるようになることで、次の施設へ移行したあとも、家族と施設が協力して、A さんの穏やかな生活へ繋げることができると言えます。



長期的な強度行動障害の支援事例から学んだこと。今回は、在園二十数年と、学園での生活が長いケースを取り上げました。入園以降、自傷の軽減のため、手の安心材料の模索や、安全面、情緒面、精神面の成長に合わせた抑制具の活用をおこなってきました。また青年期では、環境の変化や人の出入りなどが、期待感、不安感となり、情緒の乱れに繋がる A さんのために、グループダイナミクスの活用や構造化、視覚的支援の拡充など、ライフステージに合わせた支援を提供しました。あわせて壮年期では、家族の心情を理解したうえで、家族の理解と協力を仰ぎ、家族支援を展開してきました。それにより、施設による適切な支援による積み重ね、そして、家族の協力、この二つが揃うことで、状態の安定が図られました。

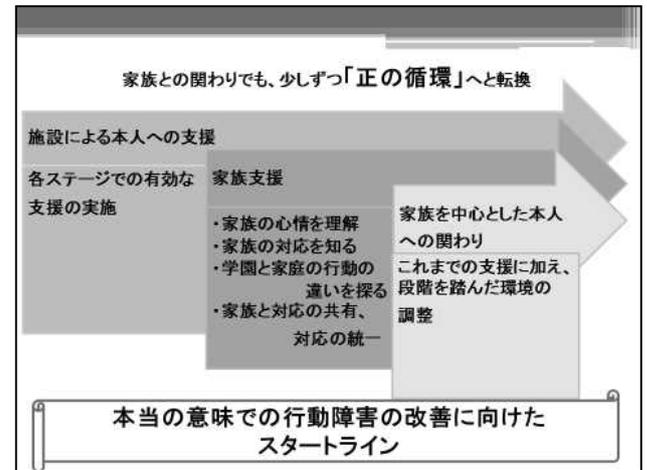


長期に渡る支援で大切なことは、一貫した方針と対応であり、そのためには、支援の有効性を確認し、検証しながら進める、このようなサイクルが大切であると言えます。また、二次障害の改善に向けて、施設による適切な支援は、ある程度の状態の安定を図ることができます。そこに、家族支援が加わり、家族の失意と心情を理解、共感し、家族もAさんの対応ができるようになると、Aさんのさらなる状態の安定に繋がります。

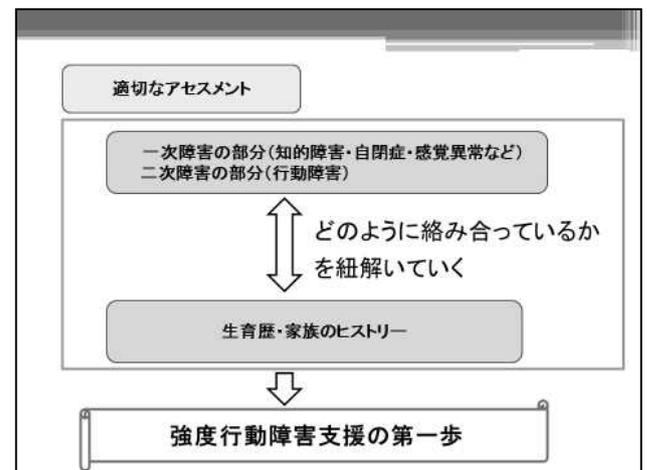


また、「かわいそう」「自傷を見るのはつらい」と、家族はAさんの行動に反応してしまうことでAさんの自我は強化されていきます。それによって負の循環に陥ります。しかし、施設では適切な支援により、家族に比べ行動改善は修正がしやすく、正の循環に変えることはそれほど難しくありません。そこで、行動障害への支援で大切な

のは、親との信頼関係です。施設のことを親が十分に理解し、信頼を得て、親が我が子を正しく見つめられるようになると、少しずつ正の循環へと転換します。



また、施設のみならず、家族との関わりでも、少しずつ正の循環へと転換できるようになることで、Aさんのような難しいケースでも家族を中心として、本人への関わりも可能となります。この家族を中心とした、本人への関わりが可能となった、この三つの矢が揃うことで、本当の意味での行動障害への改善に向けたスタートラインになると言えるのではないのでしょうか。



ここで、適切なアセスメントとして、これまでもお伝えしてきたように、行動障害を見せるケースへの支援は、専門性の提供に加え、家族の力の大切さが確認できま

す。そのため、知的障害、自閉症、感覚異常など、一次障害の部分に加え、行動障害、二次障害の部分による、自傷、他害などは、成育歴のみならず、家族のヒストリーもアセスメントしながら、それらがどのように絡み合っていくのかを紐解いていくことが、強度行動障害支援の第一歩であることを改めて再確認します。



最後に、改めて二十数年に渡る支援によって、課題行動は変化し、成長した A さんを振り返って終わりにしたいと思います。本人の特性を探り、自傷の軽減と情緒の安定を目指した児童期。自傷の頻度に応じた抑制具の活用と、成長に合わせて情緒の安定を図った青年期。家族とともに歩み、抑制具を卒業、そして、7歳から頻繁に見られていた血尿が、年間を通して見られなくなった 29 歳。そして、安定期を迎え、家族を中心に次のステージへ向けてスモールステップで取り組んでいる現在。

これだけ長い年月をかけて、ようやく笑顔が多く、比較的穏やかで安定した姿を獲得できた A さんです。



これで A さんの事例報告を終わりにさせていただきます。  
長い時間ご清聴ありがとうございました。

## (参考) 行動制限の利用規程(例)

### 1. 許可申請手続き

- 1) 実際に現場からのニーズが出される。
- 2) 担当者によるケース支援会議などを通じ担当者間での必要性を検討する。
- 3) 行動制限の必要性が本当にあるのか、代替方法はないかの確認を行い、記述箇所がそろっているかを  
確認する(書式)。
  - ・行動制限の目的
  - ・行動制限の種類
  - ・使用場面と形態
  - ・器具を使用しなければならない理由
  - ・今までに実施した他の方法とその限界
  - ・保護者の同意と意見
  - ・医師の見解
  - ・期間の限定(期間、使用時間、再検討日)
- 4) 特に医療的色彩の濃い場合には、医師に医療的見地からの見解を求める。
- 5) 要件とは、理由、他の方法の限界、医師の見解、期間時間の限定、使用器具が個人用またその目的で  
作られていることである。
- 6) これらが整ったら担当の管理職(課長)の許可を得る。
- 7) ご家族が来園された際に、直接詳しく説明をする。
- 8) 同意を確認した後、書面に書き込み、承諾の印を求める。
- 9) 同意が得られ、施設長の許可を得たところで開始する。
- 10) 期間が終了したら、再度、更新の手続きを開始する。
- 11) 年度が変わる度に新規の用紙に書き込んで作成する。

### 2. 実施記録手続き

- 1) 前記の行動制限許可願と対応させた「行動制限実施記録」を作成する。
- 2) 観察記録期間も含めるため、ケース記録とは独立させた様式とし、各利用者毎、生活・日課クラス別に  
作成と記録を行う。
- 3) 夜勤日誌での実施記録(確認記録も含む)は、生活クラス早番職員が引き継ぎ、生活クラスでの実施記  
録に転記する。
- 4) 行動制限の実施時間・場面中の状況と結果、及び実施中の定時確認・点検結果を記載する。
- 5) 行動制限の種類が2種類以上ある場合は、内容毎に記載する。
- 6) ご家族から要請があれば、実施記録を開示する。
- 7) 本記録は、次回の更新手続きに向けて、再度、当該行動制限の必要性について検証・吟味するための  
資料として活用する。

### 3. 行動制限実施記録様式(記入例)

月 日	時間・場面	内容	結果・対処
1/8	21:00～6:30	居室の施錠	異状なし
1/9	21:00～6:30		異状なし

\* 行動制限が1種類のみの場合は、内容記載を省略して可。

月 日	時間・場面	内容	結果・対処
1/8	21:00～6:30	抑制帯の使用	背中に擦り傷あり、医務で治療済み。家庭連絡済み。
	朝食時・昼食時・夕食時	食席への胴固定	異状なし。

\* 行動制限の種類が2種類以上の場合は、内容毎に記載する。

### 4. 「個別支援計画」における特記事項として(記入例)

<p>平成〇〇年度 前期 個別支援計画 (生活)</p> <p style="text-align: right;">〇〇園</p> <p>クラス:(生活) <u>〇クラス</u> 利用者氏名:<u>〇〇〇〇</u> 殿</p> <p>聴取調査 実施日:<u>平成〇〇年〇月〇日</u> 口述者:<u>〇</u> 聴取者:(職員名)</p> <p>支援計画 作成日:<u>平成〇〇年〇月〇日</u> 作成者:(職員名)</p>
<p><b>支援のねらい及び手順・方法等</b></p>
<p><b>健康・安全</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 異食につきましては、ご本人の状態により、髪の毛・衣類のタグ・布地・釘・タバコの吸殻・ビーズ・輪ゴム・クリップ類・ジュースタグ・スポンジなどが対象となる可能性があります。生活環境の整えを行いながら、対象となる物を傍に置かない、衣類のタグや布地は切り取っておく、などの配慮をした支援に努めます。</li> <li>・ 移動につきましては、常に職員と手つなぎをして進めていきます。</li> <li>・ 夜間につきましては、安全面の優先を第一に考え、職員の宿直室と一緒に休んで頂きます。</li> <li>・ 異食をしようとする時は、衝動的に対象物を探し、見つけると直ぐに口に入れてしまう可能性があります。危険性から鑑みて、衝動的な状態が落ち着くまでは、行動制限許可願いに基づき、両手にミトン型の手袋を着けさせて頂き、安全確保に努めます。</li> <li>・ 万が一、手袋を着けて頂いた時は、ご本人のフラストレーションも十分考えられますので、落ち着いた時にスキンシップを図りながら、心の充足に努めます。</li> <li>・ 異食の確認、または可能性が考えられる場合は、直ちに看護師に報告し、看護師の判断に基づいて該当医療機関を受診し、医師の判断により、必要によっては入院等の医療行為を受けて頂きます。また速やかにご家庭へご連絡を致します。</li> <li>・ 現在、精神科薬の調整をしていますが、笑顔も見られるようになり、比較的良い状態が続いています。引き続き、経過観察をしていきながら、調整の相談を進めさせていただきます。</li> </ul>

(管理職 印)

### 行動制限の許可願(例)

	指導課長	次長	園長
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 担当係長 担当職員</p>			
氏名 クラス			
行動制限の目的			
行動制限の種類			
使用場面と形態			
行動制限を使用しなければならない理由 1. 2. 3. 4.			
今までに実施した他の方法とその限界 1. 2. 3. 4. 5.			
保護者の同意と意見			印
医師の見解			
期間の限定 期間 年 月 日～ 年 月 日まで 再検討日 年 月 日 使用時間 時 ～ 時まで ( )の場面で 1回 10分以内、20分以内、その他( )			