

強度行動障害を捉える視点についての一考察

勝井陽子

【キーワード】 強度行動障害 包括的課題 相互作用

はじめに

現在、地域や施設での生活において知的障害を持つ人々の中には自傷・他傷・異食・不眠等々の環境への著しい不適応状態を示し、本人のみならず周囲の家族や関係者にとっても非常に困難な状態に至る人々が存在し、そのような状態は強度行動障害と呼ばれている。

強度行動障害は「直接的他害（噛みつき、頭つき、など）や、間接的他害（睡眠の乱れ、同一性の保持例えば場所・プログラム・人へのこだわり、多動、うなり、飛び出し、器物損壊など）や自傷行為などが通常考えられない頻度と形式で出現し、その養育環境では著しく処遇困難なものをいい行動的に定義される群」¹と定義されている。自他ともに極めて重篤な状況に至ってしまう強度行動障害の様相については、その内的状態をいかに理解するかをめぐる解釈や、指導・援助の技法や介入効果に焦点をあてた研究がその多くを占めてきた。強度行動障害の状態を呈している危機的な状況を目前にした際、これらの研究は時に多くの示唆を与え、その実践に対し大きな影響を与えている。だが、こうした技法の実践はおのずから障害福祉政策に規定される側面を持ち、人的資源や物的資源など技法が実践されうる条件を持たなければ現実の危機的な状況を改善することは困難である。

強度行動障害を呈する知的障害者（以下、強度行動障害者）とその家族の生活は、強度行動障害といった事態に直面すると危機に瀕する。本稿では強度行動障害者とその家族は多様な社会生活上の困難を抱えた状態であり、社会生活上の基本的要求が充足されていない状態として捉え²、そのニーズを総合的に充足することが地域での生活を支えるものであると考えた。そして、強度行動障害の問題は如何に捉えられる必要があるのか、その視点についての検討を行うことを本稿の目的とした。

1. 強度行動障害の概念定義について

1-(1) 強度行動障害の状態とは

知的障害児（者）の中でも、日常生活において自傷、固執、パニック、他傷、異食、不眠などの行動を示す場合がある。これらの行動は、家族や生活を共にする者達にとって非常に深刻な困難を生じさせ、時として知的障害児（者）本人の生活だけでなく生命をも危うくさせる可能性を持っている。

人々の中には、子どもがコンセンツの差し込み口を求めて家々に入ってしまうため、母子2

人の家庭の中では、子どもが過ごす2階の1室の窓は外から釘を打って、母親は子どもが家から出て行かないように、出て行き事故に遭わないように、他の家の中に侵入しないようにしている状態が存在している。

また、子どもがパニックの度に家の壁を突き破るため、家の壁には常に穴が空いている家、車の中で暴れるのでダッシュボードには常にカバーがない車、自傷のため変形した両頬の人、他傷のため数ヵ所噛まれ腫れ上がり変形した職員の腕、何時間も絶叫する人、異食のため大腸一杯に石が溜まった人など、多様な問題となってしまう行動に本人も共に生活する者も傷つき、疲弊し、それでも生活する現実がある。

ある施設に子どもが入所に至った親は、興奮して暴れ他害に至る娘に瞬時も目が離せなく、手をつけられなく柱につないだ絶望を語っている³。

またある親は、片づけても片づけても繰り返される部屋のなかの散乱に、精神の均衡が崩れ、自分が何をするのか分からなくなってしまうことがあることを述べている⁴。

ここに挙げた事象はほんの一例であり、強度行動障害の状態像はその人・その場面・状況などそれぞれに多様な像を示し、また状態像は長期的にも短期的にも変化する場合もある。その様式はまさに人それぞれであり個別性が強く、個別因子に留まらず、周囲の物や周囲の人といった環境からの影響を受け行動している側面ももつ。

その行動の激しさがもたらす生活や社会といった環境への影響は大きく、また、その行動がもたらす本人や他者への生命の危険といった重篤な結果を招く可能性が高く、このような生活の危機に瀕している本人や家族に対する支援の必要は明白であるといえよう。

1-(2) 強度行動障害の定義

この強度行動障害の概念は、医学的に人々の病気や死因の状況を分析し、医療の効果を測ってきた代表的な国際診断基準である WHO 世界保健機構の『ICD-10 国際疾病分類第 10 版』(World Health Organization,1992)⁵ やアメリカ精神医学会 (APA) の『DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引』(American Psychiatric Association,1994)⁶ において精神医学的に分類・定義されているものではなく、日本における行政上の概念として定立したものである。

知的障害や自閉症といった概念が、国際通念上ある一定の基準により共通の認識を持たれているのは異なるのが強度行動障害の概念である。

「直接的他害（噛みつき、頭つき、など）や、間接的 he害（睡眠の乱れ、同一性の保持例え場所・プログラム・人へのこだわり、多動、うなり、飛び出し、器物損壊など）や自傷行為などが、通常考えられない頻度と形式で出現し、その養育環境では著しく処遇困難なものをいい、行動的に定義される群である。その中には医学的には、自閉症児（者）、精神薄弱児（者）、精神病児（者）、などが含まれるものの、必ずしも医学による診断から定義される群ではない。主として、本人に対する総合的な療育の必要性を背景として成立した概念である」⁷

と、提唱されたものであり、強度行動障害は障害の種別を表わす医学的な分類概念ではなく、原因に関わらず問題となる行動の改善に向けた取り組みが必要な状態像として行動的に定義されているものである。

1993年4月1日付けの厚生省児童家庭局長通知、児発310号「強度行動障害特別処遇事業の実施について」における厚生省の定義では「精神薄弱児（者）であって、多動、自傷、異食等、生活環境への著しい不適応行動を頻回に示すため、適切な指導・訓練を行わなければ日常生活を営む上で著しい困難があると認められる者」を強度行動障害児・者としている。

そして同通知における操作的定義として、この中で強度行動障害特別処遇事業の対象となる者は1993年4月1日児障21号厚生省児童家庭局障害福祉課長通知による強度行動障害判定指針（表2）にて示されている。指針中の「強度行動障害の目安と内容例」においてその行動障害の目安となる状態像が示され、「強度行動障害判定基準表」（表1）において11項目にわたる行動障害項目の出現頻度により点数化される。「家庭にあって通常の育て方をし、かなりの養育努力があっても、過去半年以上様々な強度な行動障害が継続している場合」基準表において10点以上の状態に該当する者を強度行動障害、20点以上の状態に該当する者を強度行動障害特別処遇事業の対象者とし、障害者福祉政策の対象としての強度行動障害児・者を定めている。

（表1）「強度行動障害判定基準表」

行動障害の内容	1点	3点	5点
1 ひどい自傷	週に1, 2回	一日に1, 2回	一日中
2 強い他傷	月に1, 2回	週に1, 2回	一日に何度も
3 激しいこだわり	週に1, 2回	一日に1, 2回	一日に何度も
4 激しいもの壊し	月に1, 2回	週に1, 2回	一日に何度も
5 睡眠の大きな乱れ	月に1, 2回	週に1, 2回	ほぼ毎日
6 食事関係の強い障害	週に1, 2回	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7 排泄関係の強い障害	月に1, 2回	週に1, 2回	ほぼ毎日
8 著しい多動	月に1, 2回	週に1, 2回	ほぼ毎日
9 著しい騒がしさ	ほぼ毎日	一日中	絶え間なく
10 パニックがひどく指導困難			あれば
11 粗暴で恐怖感を与え、指導困難			あれば

(表2)「強度行動障害の目安と内容例」

行動障害の内容	行動障害の目安の例示
1 ひどい自傷	肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしたり、つめをはぐなど。
2 強い他傷	噛みつき、蹴り、なぐり、髪ひき、頭突きなど、相手が怪我をしかねないような行動など。
3 激しいこだわり	強く指示しても、どうしても服を脱ぐとか、どうしても外出を拒みとおす、何百メートルも離れた場所に戻りにいく、などの行為で止めても止めきれないもの。
4 激しいもの壊し	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などをこわし、その結果危害が本人にもまわりにも大きいもの、服をなんとしてでも破ってしまうなど。
5 睡眠の大きな乱れ	昼夜が逆転してしまっている、ベッドについていられず人や物に危害を加えるなど。
6 食事関係の強い障害	テーブルごとひっくり返す、食器ごと投げるとか、椅子に座っていれず、皆と一緒に食事できない。便や釘・石などを食べ体に異状をきたしたことがある拒食、特定のものしか食べず体に異状をきたした偏食など。
7 排泄関係の強い障害	便を手でこねたり、便を投げたり、便を壁面になすりつける。脅迫的に排尿排便行動を繰り返すなど。
8 著しい多動	身体・生命の危険につながる飛びだしをする。目を離すと一時も座れず走り回る。ベランダの上など高く危険な所に上る。
9 著しい騒がしさ	たえられない様な大声をだす。一度泣き始めると大泣きが何時間も続く。
10 パニックのもたらす結果が大変なため処遇困難な状態	一度パニックが出ると、体力的にとでもおさまられずつきあっていかれない状態を呈する。
11 粗暴で相手に恐怖感を与えるため処遇困難な状態	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、かかわっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある。

1-(3) 医学的概念について

強度行動障害は医学的な分類概念ではないとしても、その状態像の相当な困難さは医学的な範疇で捉えられている側面もある。

行動障害という用語は『ICD-10 国際疾病分類第10版』⁸ (World Health Organization, 1992) とアメリカ精神医学会 (APA) の『DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引』⁹ (American Psychiatric Association, 1994) の中で用いられているが、小林によると用語とその使われ方において大きな違いがみられ、診断基準間での違いについて以下のように述べている。

「行動障害は通常 behavior disorder の訳語として用いられるが・・・中略・・・ICD-10 では、そもそもこの診断ガイドラインのタイトルが『精神と行動の障害に関する分類』とされていることから分かるように、ここで使用されている『行動の障害』は behavioral dis-orders の訳語である。『行動の障害』は発達障害においてみられるばかりでなく、他の精神障害においても認められるものであり、それらをすべて包含した内容を指している。それに比べると DSM-IV は『通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害』の中の『注意欠陥および破壊的行動障害』 attention-deficit and disruptive behavior disorders のみに行動障害 behavior disorders が適用されている。・・・中略・・・behavioral disorders の behavioral は一般的な行動を幅広く指し、behavior disorders は、行動そのものの特有な障害を意味することになるのであろう」¹⁰

また、「行動障害」という用語について小林は、「発達障害の領域において行動上の問題が認められる場合に、以前は異常行動、行動異常という用語が当てられることが一般的であったが、今日では行動障害という用語が使用されることが多い」¹¹ と述べている。

肥後らは、精神科領域における正式な診断名でもなく、ICD-10において「精神および行動の障害」に関する診断コードの中に従来より行動障害といわれてきている症候が、いたる所に記載されていることから「行動障害という概念は、精神科領域における症候を総括する概念であったり、情緒障害と同様のものとみなされたりしているが、明確に定義されていない概念であると言える」¹²としている。内田によれば、severe behavior disorder は、強度行動障害と概念的に最も近いが、一般的には、より限定的な破壊行動 (de-structive behavior) の方が頻繁に使用されているとし、破壊行動は、自傷、他傷、器物破損に限定されており「解決要求行動」もほぼ同様に使用されているという¹³。

このように行動障害は医学的な対象として考えられているが、その定義に至っては肥後らが言うように行動障害となる行動や状態は研究者や研究領域において異なっているといった状況であると考えられる¹⁴。

そして、行動障害、知的障害の行動障害、自閉症の行動障害、といったところでも厳密には明確になっていない領域であるといえる。

2. 強度行動障害問題の視点

2-(1) 強度行動障害の成因

強度行動障害の行動は多様な形で現れ、それらは社会生活上において自らや他者にとって社会的に適切でない、歓迎されない結果をもたらす。しかし、本人による行動の結果、本人にとっては望ましい意図する結果をもたらす場合もある。「多動、自傷、異食等、生活環境への著しい不適応行動を頻回に示す」といった行動の状態を捉えた臨床的な概念は政策のメルクマールとしての必要があるが、援助を行う上では「多動、自傷、異食等、生活環境への著しい不適応行動を頻回に示す」といった行動の状態を、どのような視点から見るといことが重要となり、それらはニーズを如何に捉えるかという視点をも呈すると考えられる。

肥後は行動障害を見る視点として、病理モデルと相互作用モデルを提示しており、病理モデルについては、以下のように説明する。

「従来、行動障害・行動異常・問題行動などと言われる行動を示す人は、そのような行動があることを指摘され、そのような行動を行わないように努力することを求められてきた。これは、そのような行動があることは、それを行う何らかの病理性あるいは能力上の問題があり、それらを改善することが行動障害克服につながると考えられてきたからである」

他方、相互作用モデルについては

「我々の行動は環境（人的および物理的）との相互作用の上で成立しており、その行動を行なう個人のみを抽出し、問題を指摘して、取組の対象とすることは、生態学的な妥当性に欠けるといえよう。そこで大切になってくるのは、行動障害の所在を、それを行っている個人に見い出すという視点から、その個人と環境との相互作用のなかに見い出していこうとする視点へのシフトである」

とする。すなわち、行動にはその人なりの意味があり、

「ある行動が続くという事は、その人が生活している環境のなかに、その行動が続く必然

性が存在していることを示しているのである。そこで、病理モデルのように個人のみを切り取ってくるのではなく、その人と環境との相互作用に問題を探し、そこに取り組みの方向性を探る必要がある。・・(中略)・・ここで重要なことは、個人への取り組みだけではなく、環境に対する取り組みにも重点を置くことであろう」

と述べ、行動障害の成因は個人と環境との相互作用のなかに見い出せるとしている¹⁵。

また飯田は、

「強度行動障害の成因は個々のケースが生来的に持っている資質そのものではなく、それが不適切な育て方との相互交渉の中で形成された状態像であり、働きかけにより軽減していくことが可能だという前提が含まれている」

「その状態像は不適切な対応から形成された2次3次障害であるとの認識である。すなわち、その発端には本人の生物学的な背景からもたらされる特異な行動があり、次にその意味を理解できない養育者の受け止め方がある。養育者がその行動の意味を正確に把握できない時に本人のストレスは増大し、攻撃・破壊・自傷など様々な行動障害となり、それがさらに養育者の評価と対応を受け、より複雑に拡大されて強度行動障害となる」

とし、療育への示唆として「背景に自閉性障害があれば、同一性の保持の欲求があるので構造化された環境を整備する。またコミュニケーションの困難さには、カードや絵を使った手法で補うなど、それぞれの障害に対応した暮らしやすい環境を整備する」と言い、本人の特性が関与し、周囲の環境により二次的に生じる障害であると述べている¹⁶。

そして、笹野は行動障害を引き起こす要因には様々なものがあるとした上で、多くの場合本人が持つ要因に環境要因が作用し増幅されると言う。行動障害の背景となる要因として本人の要因と環境要因に分け本人の要因として、①発達レベル②脳器質性（機能的）障害③感覚障害④身体の不調⑤精神科疾患⑥気質、性格が挙げられ、環境要因として①対人関係②日課、プログラム内容、物理的環境③不安、恐怖、緊張感をひきおこすできごとがあると述べている¹⁷。

飯田・笹野の所説は、環境からの影響・要因への視点を持ちつつ、個人の要因にも着目するという立場であり、相互作用モデルといえる。

行動障害の概念の曖昧さや、何ををもって行動障害と断定するのかといった共通理解が形成されていない現状では、行動障害の成因を捉える際にどのような視点からとらえるのかが未だ定立していない状況であると考えられ、そのような現状ゆえ、強度行動障害への対応はTEACCHプログラム（松本・中島・末光¹⁸、寺尾¹⁹）、行動分析（奥田・竹澤・川上²⁰、野口²¹）受容的交流療法（石井・白石²²）、文脈上援助（佐藤・中村・田之畑²³）等といった多様なアプローチによるところとなっていると言える²⁴。

2-(2) 強度行動障害の背景

強度行動障害への施策が当初対象としたのは「精神薄弱児（者）のうち強度行動障害を示す者に対する福祉の充実を図るため」（児発310）とし、その対象は知的障害児・者であった。

長畑は自閉症、重度知的障害、ダウン症、てんかんが合併する人に強度行動障害が認められるとしている²⁵。笹野は行動障害の背景には、気分障害、統合失調症、トゥレット障害、強迫

性障害、てんかんにみられる精神病状態、身体疾患の精神科合併症（内分泌疾患など）、人格障害といった精神科疾患がある場合があるとしている²⁶。また1988年の行動障害研究会の知的障害児施設・知的障害者更生施設・自閉症児者施設・重症心身障害児施設・国立療養所への調査では、特に激しい行動障害が毎日みられる群（314名）のうち35%が向精神薬の投与を受けていた²⁷。三島らは、知的障害児入所施設での入所者198名のうち、強度行動障害を示す者には有意に自閉症が多く、その中でも自閉症だけの群と自閉症とトゥレット障害を合併した群とでは、自閉症とトゥレット障害を合併した群に明らかに有意に強度行動障害が多いことを指摘し、トゥレット障害の強迫的な攻撃的行動、チックを背景にした突発的不随意行動、不規則な情動の変動、多動、摂食障害、睡眠障害などが臨床的に強度行動障害と一致する所が多いことを述べている²⁸。

このように、強度行動障害の状態を示す人々の中には、医療による対応を必要としている者も多く、医療との連携が必要とされているところである。

2-(3) 障害について

ここで、障害一般についての概念的な理解について見ておく。何故ならば、障害は単に障害者本人に内在的な問題なのではなく、本人の要因も含みつつ、環境の諸要因との相互作用の中で構造的に生起する問題であることが明らかにされてきているからである。

障害の概念は時代により変遷を遂げており、かつては障害が個人の病理学的な要因においてのみ考えられていたが、1970年代より世界保健機関（以下WHOという）において障害に関する分類法について検討が始まった。

障害についての国際的な指標が必要となった経緯は、WHOの活動の一つに国際疾病分類を作成し改定を重ねるという取り組みがあり、この国際疾病分類が疾病の予防対策などに役立つものであったが、慢性疾患や後遺症対策の評価のツールとしては不十分であり、病気自体ではなくその結果をどのように分類するか、その分類を用いた対策の効果測定をどのようにしたら良いのかといった課題が存在しており、「病気の分類」に加えて「障害の分類」も必要とされるようになったためである²⁹。慢性疾患や後遺症は、長期にわたり生活に大きな影響を及ぼす。そのため病気そのものではなく病気・怪我やその後遺症の生活への影響などといった病気やけがの諸帰結を把握する手段が検討された。その結果1980年にWHOより国際疾病分類の補助として、機能障害と社会的不利に関する分類である国際障害分類（International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. 以下ICIDHという）が提案され、これによりリハビリテーションや社会保障の効果測定を行おうとした³⁰。

ここでは、障害モデルを、機能障害(impairment)、能力障害(disability)、社会的不利(handicap)の3つの区分にわけた。ICIDHが「障害」というものについて構造的な概念モデルを提示したことは、ただ単なる分類や説明のためではなく、それまで渾然一体に考えられていた障害を、いくつかの構成要素とその相互作用関係として捉え理解することができるようにした。そして、各レベルへのアプローチの方法を検討しやすくさせ、社会的な障壁によっても障害が生産されうるということを明らかにすることを意図していた³¹。

しかし、この ICIDH への批判として「障害特に社会的不利の発生における環境の役割が考慮されていない」としたことや³²、「障害の主観的側面が考慮されていない」³³といったことがあげられ、修正の必要性が明らかにされた³⁴。

2001年5月の第54回 WHO 総会で ICIDH の改定版として国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health 以下 ICF という) が採択された。

これは障害者だけを分類するのではなく、すべての人を対象とした分類であり、障害を3つのレベルで捉えるのは ICIDH と同様であるが、ICIDH が障害というマイナスのみを対象としていた点を変更してプラスあるいは中立的な用語が用いられた。

ICF の定義では「心身機能と身体構造」に対して、それらが問題を抱えた否定的な側面を「機能障害」とした。同じく、「活動」に対してそれらが問題を抱えた否定的な側面を「活動制限」とした。そして「参加」に対してはそれらが問題を抱えた否定的な側面を「参加制約」とした。「心身機能と身体構造」「活動」「参加」の総称を「生活機能」とし、「機能障害」「活動制限」「参加制約」といった問題を抱えた否定的な側面の総称を「障害」と呼んでいる。さらに障害の発生と変化に影響するものとして、新たに「環境因子」と「個人因子」がモデルの中に加えられ、それぞれの要素が相互に影響しあう関係であることを示す双方向モデルが取り入れられた。ここにおいて障害とは、こうした「心身機能と身体構造」「活動」「参加」といった「生活機能」が制限・制約されている状態で、誰にでも起こり得ることであることを明確にし、全ての人がある程度の障害を持っているという視点から「健康状態」が様々な要因により「機能障害」「活動制限」「参加制約」を引き起こし阻害されるというように、障害の概念が疾患だけでなく妊娠、加齢、ストレスなどの「健康状態」にも拡大された³⁵。

ICIDH では、障害を個人の問題としてとらえ、病気・外傷などから直接的に生じるものであり、専門職による個別的な治療という形で医療などの援助を必要とした、「機能障害→能力障害→社会的不利」という直線的な医学モデルが援用されていたと言われる。これに対し、障害を主として社会によってつくられた問題とし、障害は社会的環境によって作り出されたものとした社会モデルが提起されてきた。ICF は、この社会モデルの意義をふまえつつ、医学モデルに対する対立的なモデルとして位置づけ、この二項対立の統合モデルを提示している³⁶。

ICF の大きな特徴は、その評価に「環境因子」という観点を加えた点であるが、その意義について当時の厚生労働省社会・援護局生涯保健福祉部長、高原亮治は、「これまでの ICIDH は、身体機能による生活機能の障害を分類するという考え方が中心であったが、同じレベルの機能障害でも、バリアフリーの整備等が進んだ環境で生活していれば、そうした整備が遅れている環境で生活することと較べて活動や参加のレベルが向上する。このような考え方は、今後の障害者はもとより、全国民の保健・医療・福祉サービス、ひいては社会システムや技術のあり方の方向性を示唆する」³⁷と述べている。

このように ICIDH から ICF への変化のうちには、社会モデルを一方的に重視する立場に対しての問題提起を含みつつ、医学モデルから医学・社会統合モデルへとといった、この間の障害観の変遷が示されている³⁸。これらの障害モデルの発展は、障害者への対応を、教育、医療、福祉等機能別に捉えるのみでなく、障害者がおかれた環境と当事者との相互作用の中で総合的

に捉える視座の広がり準備してきている。すなわち、障害への対応は各々の障害者への対応にとどまることなく、家族や支援者、障害者を取りまく環境への働きかけをも含めた対応が求められている。さらに、上述した医療との連携にとどまらず、教育、労働、家族、交通、住宅政策など、広範な政策領域との連携によって総合的に行われなければならない。強度行動障害への政策もまさにそのような総合的な視点を要請しているのである。

2-(4) 強度行動障害の問題とは

障害一般についても以上のように総合的で構造的な把握と対応が求められているのであるが、強度行動障害の問題においてはそのことが一層強調されなければならない。ここでは強度行動障害の問題をどのように捉えるかについて検討する。

行動障害児(者)研究会は強度行動障害の問題として生活実態の視点から「家庭での養育の困難さ」と「家庭生活の維持の困難さと崩壊」について指摘している³⁹。「家庭での養育の困難さ」とは、食事や排泄といった生活行動の困難や自らの身体生命に危険な行動があること、他者に危害を及ぼすため外出などの社会的行動の困難が示された。また本人が学校への登校拒否を示したり、登校しても療育の方針が一貫されていないなど適切な教育環境が不備であると指摘した。「家庭生活の維持の困難さと崩壊」については、母親は買い物や食事の準備が出来ないといった家事ができない点や、睡眠時間が確保できず肉体的な負担が大きいこと、また不安感・孤立感・焦燥感といった心理的負担も大きく、父親は家庭に対する不安感を持ちつつでは仕事に集中できず、家庭を維持していくのは大変困難であり、両親の離婚や自殺など家庭の崩壊に至ることを指摘した。

これは強度行動障害の問題が家庭で発生すると、1次的にはその養育自体が困難であると共に、2次的には家庭生活をも困難化させるということである。

行動障害児(者)研究会は強度行動障害を、本人の持つ要因と育成環境側の要因の2項を挙げ⁴⁰、「両要因の交互交渉の結果としての強度行動障害」としており、環境からの影響・要因への視点を持ちつつ、個人の要因にも着目するという立場をとっている。しかし、行動障害児(者)研究会は強度行動障害の問題に対する対応として、①早期療育の開始②家庭での対応が困難③教育と福祉の連携④施設での処遇要件の確保⑤医療、心理、教育、福祉の総合的連携を保った対応⑥研修体制の確立⑦療育マニュアルの作成を挙げた⁴¹。ここでは、医療、心理、教育、福祉の総合的連携を保った対応が必要であると述べられているが、この場合の福祉は何を対象としたのであろうか。「②家庭での対応が困難」の項目では、「強度な行動障害が現われてしまったからでは、家庭ではとても、対応できない。なぜならば、特に家庭という場の環境は、強度行動障害児(者)が適応するには、気になるものや事柄がおおすぎ、混乱しやすい特徴を持つためである。また、親・家族では扱いの専門性が持てず、養育上の悪循環をきたすためでもある」として、本人を家族から分離し施設での対応のみを前提としている。これらは、本人の行動障害の改善に焦点化された対応であり、福祉の対象としては個人の行動障害のみに目が向いていたといえる。

そして「家庭生活の維持の困難さと崩壊」を解決できるのは、本人と家族の分離であるとい

う視点に留まっており、家庭生活の維持について本人が分離されないまま福祉による支援を受けられる選択肢は考えられていなかった。

植田は強度行動障害の人々への支援について「人と人との関係、人とモノとの関係、人と事柄との関係、そして、その生活関係の中を流れる情緒をふくみながら、対象者の主観的な生活経験と客観的な生活体験とを統合したトータルな生活理解につなぐ」視点から、「問題行動」の把握だけでない生活ニーズの把握を求めている⁴²。

高林は、強度行動障害の課題の認識としては、単に個人と環境との相互作用としてとらえるのではなく、社会問題としての生活問題に規定されたものとして捉えている。これまでの「対人スキルと環境調整に限定された思考と支援」は強度行動障害の問題の社会性や全体像を亡失させ、「本人の『行動の問題』へと帰着」させることを危惧し、強度行動障害の人々や家族の「生活や世話・介護の困難・不安は、基本的には、生活基盤の不安定さ、地域におけるつながりの乏しさ、必要な制度・施策の欠如によって生じる生活問題として構造的に生み出されている。そのような幾重にも重複した社会的不利に規定され、コミュニケーションの困難さに媒介されて、本人の思いや願いが『行動障害』というかたちであらわれている」とし、強度行動障害は「社会的不利の構造的な重複による、本人とその家族の生活上の困難・不安に規定・媒介された本人の思い・要求の現象形態である」と述べている。その上で、制度的条件として雇用保障・所得保障と「本人の状態に適切に対応できる医療、療育と教育、住宅の保障と提供が不可欠」であり、「本人だけでなく家族の生活問題を視野に入れて、生活実態に応じた体系的な対策を整備」することによって、強度行動障害の人々の地域生活が可能となると論じている⁴³。

強度行動障害の状態を示す人々は、その個々人の持っている「個人因子」は多様であり、「どのようにアプローチするか」も重要な論点ではあると考えるが、田中は「コミュニティから排除した知的障害者たちを操作可能な対象とするために、どのような分析的で、テクニカルな方法を創り出してきたのか」⁴⁴として、各種のアプローチは知的障害の人々を操作可能とするためのツールとして見ている。重度知的障害者の『『重度』』のという形容が示す一つの意味は、支援一被支援関係における意思交換の困難さ」と田中も言うとおりに、操作可能云々の以前に強度行動障害の状態となる重度知的障害の人々との意思交換は、前述のケースからも理解できるように非常に困難である場合が多い。家族や関係する職員らは藁にもすがる思いで何か気持ちが通じないか、理解できないだろうかと暗中模索し、そのヒントとしての各種のアプローチの存在により意思交換を可能とする一瞬を得られることもあり、得られないこともある。コミュニケーション障害の範疇では、対話者相互のコミュニケーションという相互性を重視した動的な視点での検討が行われてきている。このように各種のアプローチや知見を参考にした意思交換は、強度行動障害の人々と共に過ごす時、互いのコミュニケーションの一助となる可能性を含んでいる。それゆえ障害の社会モデルの「変革されるべきは個人ではなく、社会である」とした認識だけではなく、医学モデルの個人志向的な視点は「その人」をより理解しようとする行為・関係を構築しようとする行為を助ける故、その存在を無視することはできない。

よって、強度行動障害の課題は医療、心理、教育、福祉の包括的な課題であると捉え、その視点は個人と環境の両要因とその相互作用を範疇におくことが必要であると考えられる。

おわりに

以上、本稿では強度行動障害者やその家族のニーズを総合的に充足することが地域での生活を支えるものであると考え、強度行動障害の問題を捉える視点についての検討をおこなってきた。強度行動障害の状態に至った場合、時として失明や生命の維持に関わるといった不可逆的な結果がもたらされるが故、その問題を捉える視点のもつ意味は重い。本人・家族のニーズが放置されれば、そのニーズは潜在化し、地域生活の存続は限りなく脆弱なものとなるだろう。

今後の筆者の課題として、強度行動障害者とその家族の地域での生活を支える社会的な支援体制についての研究方法や課題設定に関する精査が求められると考える。

脚 注

- 1 行動障害児（者）研究会『強度行動障害児（者）の行動改善および処遇のあり方に関する研究』財団法人キリン記念財団、1989年、4頁
- 2 岡村重夫『社会福祉原論』全国社会福祉協議会、1983年、79頁
- 3 神奈川県立ひばりが丘学園『わたしたち、かわるよ！－強度行動障害への取り組み－』神奈川県立ひばりが丘学園創立50周年記念事業実行委員会、1999年、46～67頁
- 4 同上
- 5 世界保健機関(WHO)作成の『疾病および関連保健問題の国際統計分類第10改訂版(ICD-10)』のうち第V章「精神および行動の障害」の中の「臨床記述と診断ガイドライン」として融道男、中根 允文、小見山 実、岡崎 祐士、大久保 善朗監訳『ICD-10 精神および行動の障害－臨床記述と診断ガイドライン』医学書院、2005年
- 6 アメリカ精神医学会、高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳『DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引』医学書院、2003年
- 7 行動障害児（者）研究会、前掲書、4頁
- 8 融道男、中根 允文、小見山 実、岡崎 祐士、大久保 善朗監訳『ICD-10 精神および行動の障害－臨床記述と診断ガイドライン』医学書院、2005年
- 9 アメリカ精神医学会、高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳、前掲書
- 10 小林隆児『自閉症と行動障害－関係障害臨床からの接近』岩崎学術出版社、2001年、2～3頁
- 11 小林隆児、前掲書、3頁
- 12 肥後祥治「行動障害の類型」長畑正道他編著『行動障害の理解と援助』コレール社、2001年、23～26頁
- 13 内田一成『発達障害者の強度行動障害に対する行動分析と環境分析の2方向分析モデル』発行者内田一成、2000年、5～6頁
- 14 肥後祥治、前掲論文、24頁
- 15 同上、23～26頁
- 16 飯田雅子「強度行動障害」『障害福祉の基礎用語－知的障害を中心に－改訂版』財団法人日本知的障害者福祉協会、2008年、35頁
- 17 笹野京子「行動障害への医学的アプローチ」『行動障害の基礎知識』財団法人日本知的障害者福祉協会、2007年、16～23頁
- 18 松本好生、中島洋子、末光茂「強度行動障害児（者）の処遇システムに関する研究－特別処遇事業の実践成果から－」『川崎医療福祉学会誌』Vol.4 No.1、1994年、11～20頁
- 19 寺尾孝士「強度行動障害への対応－第二おしま学園の実践－」『ZSZ 心を開く』全国心身障害児福祉財団 No.25、1997年、50～55頁
- 20 奥田健次、竹澤律子、川上英輔「激しい攻撃行動を示す強度行動障害者に対する支援（1）－FT スケジュールによ

- る行動障害の軽減―』『日本行動分析学会第23回年次大会』2005年、102頁
- 21 野口幸弘「強度行動障害を示す自閉性障害者への援助―民間療育機関での実践―」長畑正道他編著『行動障害の理解と援助』コレール社、2001年、191～208頁
 - 22 石井哲夫、白石雅一「強度行動障害に対する在宅援助の実際―在宅の強度行動障害事例 M君に対する受容的交流療法アプローチ」『平成3年度厚生省心身障害研究報告書 強度行動障害の処遇に関する研究』1992年、183～272頁
 - 23 佐藤暁、中村洋子、田之畑保夫「強度行動障害を示す一事例への文脈上援助」『岡山大学教育学部研究集録』119号、2002年、83～92頁
 - 24 その他のアプローチとして構造化療育、認知発達療法、感覚統合療法等多様であり、それぞれ適応と限界を有していると思われる。よって施設単位でアプローチが異なっており、そのため場が異なると一貫性が保てない状況も発生することが考えられる。
 - 25 長畑正道「行動障害の医学」『行動障害の理解と援助』コレール社、2001年、43頁
 - 26 笹野京子、前掲論文、16～23頁
 - 27 行動障害児（者）研究会、前掲書、1989年、43～44頁
 - 28 三島卓穂、川崎葉子、飯田雅子、四宮美恵子、横田圭司、菅野敦「強度行動障害の臨床的研究」『発達障害研究』第21巻、第3号、1999年、202～212頁
 - 29 佐藤久夫、小澤温『障害者福祉の世界第3版』有斐閣、2006年、12頁
 - 30 同上、12頁
 - 31 植田章、岡村正幸、結城俊哉編著『障害者福祉原論』高学出版、2001年、111頁
 - 32 河野勝行『WHOの国際障害分類を読む』文理閣、2002年
 - 33 上田敏『リハビリテーションを考える』1983年、87～90頁
 - 34 植田章、岡村正幸、結城俊哉編著、前掲書、111頁
 - 35 障害者福祉研究会編『ICF国際生活機能分類―国際障害分類改訂版―』中央法規、2002年
 - 36 小澤温「障害者福祉と障害概念の意味」仲村優一他監修、岡本民夫他編『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規、2007年、1045頁
 - 37 障害者福祉研究会編、前掲書
 - 38 佐藤久夫、小澤温、前掲書、17頁
 - 39 行動障害児（者）研究会、前掲書、1989年、2頁
 - 40 同上、13頁
 - 41 同上、69頁
 - 42 植田章『知的障害者の加齢とソーシャルワークの課題』高学出版、2004年、192頁
 - 43 高林秀明『『強度行動障害』の研究と地域生活保障の課題』『障害者問題研究』第33巻、第1号、全国障害者問題研究会、2005年、27～35頁
 - 44 田中耕一郎「社会モデルは<知的障害>を包摂したか」障害学研究編集委員会編『障害学研究3』明石書店、2007年、34～62頁