

自閉症児のトイレでの排尿行動の形成における 行動コンサルテーションの効果

奈良 理央^{*1}・小沼 順子^{*2}・長尾かおる^{*3}

要旨：

研究の目的：自閉症児のトイレでの排尿行動の形成において、事業所指導員及び保護者へ実施した間接援助技法としての行動コンサルテーションによる効果を検討した。研究計画：ベースラインデザインと強化基準の変更デザインを用いた。場面：放課後等児童デイサービス事業所及び家庭で実施した。対象者：1名の自閉症児と、対象児が利用する児童デイサービス事業所職員を対象にした。介入：対象児に対する直接的な行動観察と、事業所職員からの聞き取り調査による生態学的アセスメントに基づいて、トークン・エコノミー法と段階的な強化基準の変更による支援を実施した。行動の指標：事業所、家庭、学校での排尿回数を記録し、達成率として測定した。結果：3回の介入期間を経た後、達成率が100%を維持した。結論：トークン・エコノミー法を用いた行動コンサルテーションによる支援では、対象児の生態学的アセスメントが重要であり、特に強化子の種類や与えるタイミングが大きく関係することが示された。また、家庭、学校での支援が重要であり、情報の共有のみならず支援方法の共有も重要であることが示唆された。

キーワード：排尿行動 行動コンサルテーション トークン・エコノミー法 生態学的アセスメント

The Effects of Behavioral Consultation Leading to Toilet Usage In Autistic Children

Michiou NARA, Junko KONUMA, Kaoru NAGAO

Abstract：

Study objective: To toilet train and foster habit formation of toilet usage in children with autism, the lead author examined the effects of behavioral consultation, carried out with an instructor as well as a guardian of the child, as indirect support. *Design:* A baseline design and a changed reinforcement design were used. *Setting:* The child care service, home, and school. *Participants:* An autistic child and the facility staff who interacted with the target child. *Intervention:* Support was carried out according to a token economy system and changes in level-based reinforcement criteria, based on an ecological assessment involving direct behavioral observation of the target child and a hearing investigation from the staff. *Measurement:* The number of times the child successfully used the toilet in the facility, home, and school was recorded and measured. *Result:* After three periods of interventions, a 100% success rate was achieved and maintained. *Conclusion:* Support provided via behavioral consultation using the token economy system showed that the ecological assessment of

^{*1} なら みちおう 弘前大学大学院地域社会研究科地域政策研究講座

^{*2} こぬま じゅんこ 青森県立弘前第一養護学校

^{*3} ながお かおる 社会福祉法人和晃会 八晃園

the target child was important, particularly in regards to the type of reinforcer and the timing with which it was given. In addition, providing support at school and home were important, suggesting that both the sharing of information and joint provision of support in both places was important.

Key Words: toilet training, behavioral consultation, token economy system, ecological assessment

I. 問題と目的

排泄行動の未自立は、知的障害児・者の基礎的な問題であり、彼らの生活の質 (QOL: quality of life) に重要な影響を与えるものとされてきた (Dalrymple & Ruble, 1992; McCartney & Holden, 1981)。

排泄行動に問題のある知的障害児・者を対象にしたトイレット・トレーニングの研究は、行動論に基づくアプローチとして Ellis (1963) によって始められた。その後、完全自立排泄行動を形成するための包括的な短期集中トレーニング・パッケージが Foxx and Azrin (1973) によって開発された。それは、①膀胱訓練、②自発的開始訓練、③定着指導、で構成されている。その手続き上の特徴は、①水分摂取を増やす、②30分を1クールとした排泄行動の訓練を反復する、③適切な排泄行動には正の強化を随伴させる、④不適切な排泄に対して過剰修正あるいは積極的練習などの嫌悪手続きで対応する、というものであった。このパッケージの効果に関する集中的検証は1980年代中盤まで行われ、その結果、簡単な言語指示理解が可能であるなどのいくつかの条件を満たし、生活年齢2歳半以上の重度の知的障害児・者においても、完全自立排泄が可能であることが示された (大友, 1986)。この知見は、知的障害児・者の生理的かつ能力的な障害に起因するとされてきた排泄の未自立という問題 (Tredgold & Stoddy, 1956) が、実は適切な援助技術や機会の不足という社会的な問題であることを示した点において重要であった。その後のトイレット・トレーニングの研究も、Foxx and Azrin (1973) の手続きに基本がおかれた。

しかし、近年、以下のような新たな研究が展開されている。すなわち、嫌悪の手続きを使用せず、対象児・者の排泄行動に対する現時点での弁別刺激を詳細に分析し、無誤学習 (errorless learning) によって適切な排泄行動の確立手続きを導入していく、というプログラムが採用されつつある (Hogopian, Fisher, Piazza, & Wierzbicki, 1993; Luiselli, 1996a, 1996b; Taylor, Cipani, & Clardy, 1994; Wilder, Higbee, Williams, & Nachwey, 1997)。また、手続きの中に、嫌悪性の段階が想定され、より嫌悪性の低い手続きから導入していく、という配慮がなされている (Issenman, Filmer, & Gorski, 1999; Luxem & Christophersen, 1994; Luxem, Christophersen, Purvis, & Baer, 1997)。さらに、施設での集中トイレット・トレーニングではなく、家庭での親参加で実施されるホーム・デリバリー型の援助方法が検討されている (Houts, Peterson, & Liebert, 1984; Houts, Peterson, & Whelan, 1986; Houts, Whelan, & Peterson, 1987; Whelan, & Houts, 1990; 武藤・唐岩・岡田・小林, 2000)。

このような研究動向は、知的障害児・者の抱える排泄に関連する行動問題に対して、その行動を生じさせる環境要因を機能的にアセスメントし (functional behavioral assesment: Neef & Iwata, 1994)、基本的な援助手続きのパッケージを「個別化」し、対象児・者の日常生活文脈を可能な限り生かすというものであると要約できる (Mace, 1994)。

一方、学校や支援施設にカウンセラーやワーカーのような対人援助職が配置されていても、本人に対する専門的で直接的 (direct) な相談や援助の提供ができない場合がある。ゆえに、障害児・者の保護者と連携しながら教師や施設職員を支える間接的 (indirect) な援助によるコンサルテーションの技法が有効である (奥田, 2005)。中でも行動コンサルテーション (behavioral consultation; Bergan, & Kratochwill, 1990) は、行動論の立場に基づくアプローチを駆使して、コンサルティ (保護者や教師、施設職員) を支えながら、クライアント (不登校児や障害児・者) に関与する間接的な援助技法であ

る（松岡・加藤, 2004）。行動コンサルテーションは、心理学的コンサルテーションの一種であるが、わが国に紹介されたのは、2004年であり（加藤, 2004）、まだ10余年しか経ていないため、その価値の確認と効果の検証は今後の作業に委ねられている。また、この技法は、誰もが習得可能であるものだが、その習得には一定期間の学習と経験を必要とする。そのような学習と経験を蓄積するためのわが国の受け皿は未整備であり（大石, 2000）、行動コンサルテーションを実行し、クライアントの行動変容が生じるようコンサルティを支えるには、家庭や学校、支援施設の実情に即した工夫が必要とされる（松岡・加藤, 2004）。

さらに、昨今、知的障害や発達障害などの児童のための支援施設・事業所では、今なお利用者の排泄行動の支援で苦慮する事例が少なくない。このような事例が施設等で扱われる問題のどのくらいの割合になるかは把握していないが、筆頭著者の行動コンサルテーション対象施設を含むいくつかの施設では確認されている。そして、その支援に際し、スタッフの支援技法の理解や経験の不足などから、適切な支援が提供されていない状況が指摘されている。日常生活行動の中で排泄行動が形成されず、そのままになってしまう原因については、現代社会の多忙さからの保護者の育児状況の変貌など様々考えられるが、子どもの成長に伴い、人権上の観点からも放置できない緊急性を要する問題になると考えられる。本研究の対象児童においても緊急性を要し、早期の解決が望まれた。

以上のことから、障害児・者の排泄行動の形成にあたっては、嫌悪刺激によらない彼らの生活文脈に即した方法で実行されることが望ましく、そのような方法はより多くのコンサルティに対する普及・啓発、教育的意義などの視点から社会的価値は高いと考えられる。

そこで、本研究は、今なお知的障害支援施設や学校などの現場では支援に苦慮することの多い排泄行動の形成を1つの事例とし、自閉症児のトイレでの排尿行動の形成において、事業所指導員へ実施した間接援助技法としての行動コンサルテーションによる効果の検討を目的とした。

II. 方法

1. 参加者

(1) コンサルティ：以下、CTEと記述する。

X県Y市知的障害者支援施設Z園の放課後等デイサービス事業所の指導員（主任）であり、当該施設に勤務して2年になる。201X年7月から本研究クライアントを担当した。

(2) クライアント：同施設を利用する対象児である。以下、CLIと記述する。

CLIは自閉症と診断されている。Y市内小学校の知的障害特別支援学級に在籍している。また、療育手帳（B判定）を所持している。201X年7月からZ園の経営する児童デイサービス事業所を利用している。

(3) コンサルタント：以下、CTAと記述する。

X県Y市知的障害者支援施設Z園のコンサルタントとして行動コンサルテーションを実施し、現在まで当該施設と関わって5年になる。本コンサルテーションにおいては、月1～2回、1回につき約15～2時間実施した。

2. コンサルテーションに至る経緯

CLIは、児童デイサービス利用当初から、指示に対する反応に差があり、対人関係に問題を抱えていた。もっとも、知的障害を伴う自閉症というCLIの実態を考えれば当然であり、音声言語でのコミュニケーションが少なからず困難であった。思いどおりにならないことや急な予定変更があると切り替えができず、スタッフを叩いたり、蹴ったりするなどの、攻撃性が見られた。また、感覚的な問題としては、手洗いの際、水道の蛇口から流れる水に固執し、制止が難しいこともあった。

排泄に関する状況は、常時紙パンツを着用し、事業所に来た時点で、既に排尿し取り替えなければならない状態であった。しかし、不快であるという様子もなく、平然としていた。担当スタッフが取り替えようと声かけしても、「嫌だ」といって拒否した。トイレに連れて行こうとすると、床に寝転がって泣き叫んだ。また、大便も紙パンツにしており、スタッフは臭いで気づくという状況であった。時々、大便が紙パンツから漏れ出し、ズボンを汚すこともあった。そのため、友達から「〇〇さん、くさい～」と嫌がられていた。学校の状況も、事業所内とほぼ同じ状態であり、教師も困惑していた。しかし、排泄の問題を積極的に解決しようとすることはなかった。

家庭では、朝食を摂る習慣がなく、CLIの体調には気を配る様子は見られなかった。また、どちらかと言えば放任が多く、排泄の問題を解決しようという要望はあったが、事業所からの促しには消極的で、応えることはなかった。ただ、早く布パンツに替えようという希望はあった。このような状況からCTEからCTAに報告があり、放置できない緊急性があると捉え、201X+1年の2月から行動コンサルテーションを開始した。

3. 事前アセスメント

(1) 排泄に関する生態学的アセスメント

初めに、ベースライン期を設定し、2週間にわたって事前アセスメントを行った。

CTEはスタッフ全員に対し、CLIに対しトイレに行くことを促さず、訴えがあった時だけ対応するよう依頼した。また、臭いがしたり、CLIが下半身を気にし始めたりした時、トイレに連れて行くようにした。

CLIは事業所に来所すると、その日の事業所内での活動スケジュールに従って行動するようになっていたが、初めに入室した部屋に固執し、次の活動場所への移動に強い抵抗を示すことが度々認められた。スタッフが移動を促そうとすると泣き叫び、スタッフを叩いたり、蹴ったりし激しく抵抗した。CLIが指示に従えたのは、スタッフ全8人中CTEを含む2名のみで、他のスタッフの指示や依頼に対しては、概ね拒否的な行動を示した。しかし、CTEともう1名のスタッフが支援した際には、カードや音声言語で「おしっこ」と伝えることがあった。そのような場合には、自分からトイレに行ってズボンとパンツを下げ、便器に座り排尿できたが不確実であり、拭きとることはできなかったため援助を要した。一方、学校においても事業所とほぼ同じような状況であった。家庭においてはトイレに行くように促すことはなかった。そのため、常時紙パンツを着用している状態であり、ただ時間だけが過ぎ、指導のタイミングが見出せない状況であった。

(2) スタッフの対応

CLIはコミュニケーションに課題があったため、活動への補助的手段として、Fig.1に示すイラストや写真によるスケジュールボード（ボードから外すとバラバラにして単独のコミュニケーションのためのツールとしても使用できる）を用い、CLIのコミュニケーションのツール（Augmentative and alternative communication: 以下、AACと記述）としていた（黒田・東・津田, 2002）。カードの使用は、事業所内の活動全般において行い、CTEや他のスタッフは使用方法をその都度教示した。CLIからトイレの訴えがなくても、CTEや他のスタッフがトイレに連れて行かなければならないと判断した時点でトイレのカードは使用された。しかし、CLIはスタッフにカードを用いて尿意を訴えることはなかった。支援態度は、前述のCTEを含む2名以外CLIに対し訓練的な態度で臨むことが多く、否定的な態度や声かけが先行していた。そのため、CLIの適切な行動を強化するための働きかけはなく、賞賛することもほとんどなかった。



Fig. 1
イラストカードと写真カードによるスケジュールボード

CLIについてスタッフが語る実態は、ほとんど否定的な言葉であった。

4. 標的行動

本研究では、標的行動を達成するための一連の行動についてTable 1のような課題分析を行った。その結果、①CLIが尿意を伝えられるスタッフはCTEと他のスタッフ1名であること、②伝えることさえできれば自発的にトイレに行き、排尿が可能であること、③パンツ・ズボンの上げ下げ、拭き取りなど、排尿行動にかかわる下位行動のほとんどが可能であること、以上3点が判断できた。そこで、「スタッフにトイレの意思を伝え、トイレに行って排尿すること」を標的行動にした。事業所での排泄の成功・不成功を記録するために、来所した時点で、紙おむつの状態を確認し、既に排尿していれば紙おむつを取り替えるようにした。事業所では、15:00（活動前）、15:50（おやつ後）、16:35（帰宅前）の3回を定時排泄の時刻として設定した。

Table 1 CLIの標的行動の課題分析

1. スタッフにトイレの訴えをする
2. トイレに直行する
3. 便器のふたを上げる
4. ズボン・パンツを下げる
5. 便座に座る
6. 排尿（排便）する
7. 拭き取る
8. ズボン・パンツを上げる
9. 水を流す
10. 便器のふたを下げる

行動指標として、来所後1回でも失敗があればその日は未達成とし、事業所内での成功・不成功の日数を採用した。そして、それらから従属変数として週ごとの達成率を求めた（達成率＝その週における達成した日数の合計÷その週の日数×100）。

5. コンサルテーション手続き

本研究では、「問題の同定」「問題の分析」「指導介入の実施」「指導介入の評価」の4段階で行われるバーガン・モデル（Bergan & Kratochwill, 1990; Kratochwill & Bergan, 1990）の手順を使用した。介入手続き及びコンサルテーションの内容をTable 2に示す。

Table 2 介入手続き及びコンサルテーションの内容

【介入手続き】	内 容	記録期間	コンサルテーション
• ベースライン期 I (1w~2w) 201X+1年2/22~3/5	• 初めからトイレに行くことを促さず、訴えがあった時だけ対応する。また、臭いがしたり、CLIが下半身を気にし始めたりした時、トイレに連れて行く。	• 2週間 (12日)	• 1w (2/27) • 2w (3/5)
• 介入期 I (3w~11w) 201X+1年3/7~5/7	• トイレに行けた日に、トークンを理解させるための補助としてチョコ1個と金のシールがもらえることをあらかじめ予告しておく。 • 来所日数6日間の内、金シールが5枚貯まったら、最終日の土曜日にポテトチップス（小1袋）を与え賞賛する。	• 9週間 (37日)	• 6w (3/28) • 8w (4/16) • 11w (5/7)
• 介入期 II (12w~19w) 201X+1年5/9~7/2	• チョコの交換媒体となる金シールを取り入れる。5枚貯まったら、最終日の土曜日にポテトチップス（小1袋）を与え賞賛する。	• 8週間 (40日)	• 13w (5/21) • 18w (6/25)
• ベースライン期 II (20w~22w) 201X+1年7/4~7/23	• 当初のベースライン期の支援方法に戻し、アセスメントを行う。	• 3週間 (13日)	• 20w (7/9) • 22w (7/23)
• 介入期 III (23w~29w) 201X+1年7/25~9/10	• 担当指導者を固定化し、排泄ができれば、金シールを与える。できなくても赤シールを与え、どのシールでも5枚貯まれば、最終日の土曜日にポテトチップス（小1袋）を与え賞賛する。	• 7週間 (28日)	• 25w (8/8) • 29w (9/10)
• フォローアップ期 (30w~33w) 201X+1年9/12~10/7	• 介入期 IIIでの介入を継続する。	• 4週間 (20日)	• 31w (9/24)

【コンサルテーションの内容】

コンサルテーション	所要時間	内 容
• 1w • 2w	120分 180分	<ul style="list-style-type: none"> • インフォームドコンセント（問題の同定：行動問題の定義、環境の調査） • 生態学的アセスメントについて（行動観察、家庭・学校からの情報） • 機能的行動アセスメントの方法の説明（ABC分析、記録方法、ベースライン法） • 標的行動の検討（問題の分析：行動観察記録とABC分析から標的行動を決定） • 支援方法の検討（嫌悪刺激を用いない指導方法、トークン・エコノミー法）
• 6w • 8w • 11w	各60分	<ul style="list-style-type: none"> • 行動観察記録の確認 • VTR視聴（指導介入の実施：介入の整合性と厳密性の確認）
• 13w • 18w	各60分	<ul style="list-style-type: none"> • 行動観察記録の確認 • VTR視聴（指導介入の実施：介入の整合性と厳密性の確認、強化子の確認）
• 20w • 22w	60分 120分	<ul style="list-style-type: none"> • 行動観察記録の確認 • 介入の修正（強化子の確認、バックアップ強化子、スタッフの支援の確認）
• 25w • 29w	各60分	<ul style="list-style-type: none"> • 介入の効果の確認及びフォローアップ期の見通し（指導介入の評価：達成率の確認、強化子の効果） • 強化基準変更手続きの方法
• 31w	各60分	<ul style="list-style-type: none"> • VTRの視聴及び介入の効果の確認（指導介入の評価：支援場面と達成率との関連）

201X+1年2月下旬から201X+1年10月上旬までを週に分け、1週から33週とした。また、便宜上、週をwと表記した。

本コンサルテーションにおいて、CLIに対するCTEの介入は以下の通りであった。

- ベースライン期Ⅰ：201X+1年2/22～3/5（1w～2w）
- 介入期Ⅰ：201X+1年3/7～5/7（3w～11w）
- 介入期Ⅱ：201X+1年5/9～7/2（12w～19w）
- ベースライン期Ⅱ：201X+1年7/4～7/23（20w～22w）
- 介入期Ⅲ：201X+1年7/25～9/10（23w～29w）
- フォローアップ期：201X+1年9/12～10/8（30w～33w）

(1) ベースライン期（Ⅰ：1w～2w、Ⅱ：20w～22w）

本研究においてベースライン期は2期あるが、1wから2wでは、事前調査としての生態学的アセスメントを行った。その結果は、先述した通りだが、CTAは本事例の問題は何にあるのかを、行動問題の定義に照合し、同定するようCTEに提案した。その後、問題の分析を経て、標的行動の決定に至った。この期間の介入手続きはTable 2に示した。20wから22wでは、介入Ⅱでの達成率の低下が何によるものなのかを判断し、介入手続きの変更をするために、一旦介入を中止した。そして、CLIの状態をアセスメントし直すための期間として、最初のフラットな状況であるベースライン期を再度設定した。

(2) 介入期Ⅰ（3w～11w）

この期間は、①CLIの専任スタッフを設けること、②トークン・エコノミー法（Alvord, & Cheney, 1994; Ayllon, 1999）を参考にした強化の指導介入を行った。具体的には、トークンを理解させるための補助としてチョコレートを用い、Table 2の手続きをとった。もっとも、CLIの専任スタッフを設けるかどうか、結果に大きな影響を与えることについてCTEも深く考えてはおらず、介入手続きのみを他の指導員たちに周知したに過ぎなかった。CTEのほか、CLIへの支援が比較的熟練した指導員1名が介入する機会が多く、その2名の支援者が偶然固定化されていたと言える。

(3) 介入期Ⅱ（12w～19w）

介入期Ⅰでは好結果を得たので、担当者を専任化せず、強化基準の変更を行った。しかし、介入手続きの曖昧さが災いし、CLIの達成率の低下を招くことになった。

(4) 介入期Ⅲ

介入期Ⅱの後、介入手続きの修正を行うために再度ベースライン期（20w～22w）を急遽設定した。その後、修正した手続きを、専任スタッフを設けた中で実施した。定時排泄の時刻を、10:30、12:50、15:00、17:00、18:00にし取り組んだ。この時期は、CLIの夏休みとも重なり、事業所や家庭での介入を集中的に実施できた。家庭では、母のほか祖母も介入に参加し、紙パンツを布パンツに替え定時排泄に取り組んだ。排泄時刻を、6:00、7:00、19:30、21:00にした。また、CTA及びCTEから家庭に対し、成功したら賞賛を与え、仮に失敗しても次に成功すれば良いことを話すこと、加えて、決して叱るなどの嫌悪刺激を与えないように依頼した。この時期から家庭ではCLIに朝食を与えるようになっていた。

(5) フォローアップ期

介入期Ⅲでの介入手続きを継続し、達成率の推移を観察した。また、これまでの指導介入についての評価を行った。

6. 倫理的配慮

倫理的配慮として、本研究に用いる個人データの扱いに関し、研究の目的、データの管理と扱い等を記した同意文書をCTE及びCLIの保護者に配付し、同意したとする意味での署名捺印をもらった。論文記述の際は、年齢、性別の記載を避け個人が特定されないようするとともに、個人名はその立場の名称で、所属施設名はアルファベットで代用するなど、研究結果に影響のない範囲での個人情報保護のための配慮をした。

Ⅲ. 結果

ベースライン期Ⅰの1w、2wにおけるCLIの排尿行動は、Fig. 2に示したように、全く達成されなかった。介入期Ⅰの3w、4wでは、指導介入の効果があり、達成率が60%を示した。5wでは75%を示したため、そのまま向上し続け、達成基準の80%に達するものと推測したが6wに入り50%に低下した。その後、40%まで低下したが11wで100%に達した。介入期ⅡからはCLIの健康面への配慮、及び強化子が多くなることによる飽和の回避から、チョコレートから他の交換媒体（token：トークン）であるシールに変更できるように強化の手続きを変更した。しかし、手続きの理解の不十分から達成率は次第に低下し、20%に落ち込んだ。CTAはCTEから相談を受け、一旦ベースラインに戻すことを提案し、20wから22wまでをベースライン期としてCLIの状況をアセスメントした。その結果、CLIには介入期Ⅱの手続きが難しかったこと、担当するスタッフの支援が一定化しないこと、強

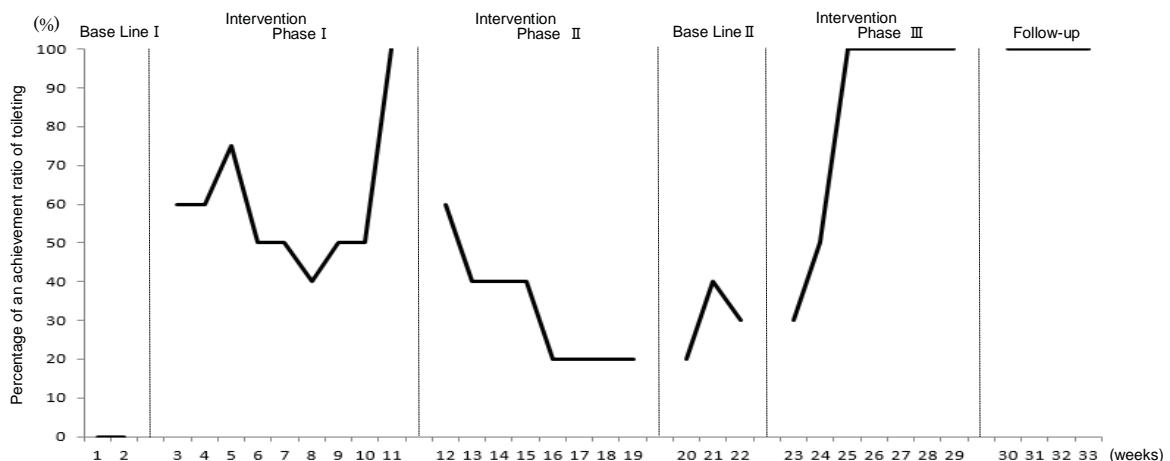


Fig. 2 CLIの排尿行動の達成率の推移

化子の変更の意味が理解できなかったことなどが重なり、混乱が生じたものと判断した。そこで、介入期Ⅲを設定し、強化子と強化基準の変更を行った。23wでは30%だったものが24wでは50%、25wから29wまでは100%に向上した。フォローアップ期では、達成率は100%を維持した。また、学校では、定時に誘導しなくても、自分からトイレに行くようになった。

IV. 考察と課題

1. CLIの排尿行動の形成について

CLIのベースライン期以前の状況については、事業所内では定時排泄に取り組み、家庭や学校にも定時排泄を依頼するなどのできる限りの努力をしていた。しかし、CLIの排尿の支援についてはなかなか協力が得られなかった。家庭では「やっている」ようではあったが連続的ではなく、学校では排尿行動そのものに取り組むことはなかった。このことについては、「やっても上手くいくはずがない」という諦めがあったと考えられる。しかし、事業所が本格的に取り組み始め、取り組み方や記録表などの使い方を提案するなど、インフォームド・コンセントを行ったほか、数回にわたり丁寧な説明を行うことによって、少しずつ取り組み始め、最終的には家庭、学校、事業所が協力し合い、取り組みは成功した。

ベースライン期における達成率は、芳しいものでなかった。CLIにとって排尿することはしてもしなくても、周囲に与える影響が理解できないため困ることはなかった。このような場合、本人が行動することによって本人にとって有益な事態が随伴しなければ、行動の生起と維持は困難である。

そこで、介入期Ⅰを設定し、トイレでの排尿行動に随伴して起こる事態（良いこと）を出現させることにした。介入期Ⅰでは、トイレで排尿できれば強化子としてのチョコレートが毎回のように出現し、それが繰り返されれば、バックアップ強化子としての大好きなポテトチップスがもらえるといった設定であった。指導介入の効果は見られ、達成率の向上が認められた。

しかし、介入期Ⅱにおいては、強化子であるチョコレートをそのトークンとなるシールへと変更手続きを行ったが、CLIの理解力や支援に当たるスタッフの力量を考慮しなかったこと、及びCLIとスタッフの関係への配慮が不十分であったことが要因となり、達成率の大幅な低下を招いた。すなわち、トークンと強化子が混在し、CLIの混乱を招いたこと、また、CLIと関係のとれるCTE及び他のスタッフ1名と、関係が上手くとれないその他のスタッフを比較し、「なぜ関係がとれないのだろう?」「何が違うのだろう?」という疑問が生じたにもかかわらず、その理由を明らかにしなかったことなど、指導介入上の稚拙さがあったように推察する。さらに、生態学的アセスメントにおいて、CLIの周辺環境面からの情報ばかりが重視され、個体の認知力の査定が不十分であったことも、介入方法が曖昧になった要因の1つとして考えられる。

このような事態から、一旦介入を中止し、再度ベースラインを設定せざるを得なくなった。この期間でのアセスメントによって、CLIと関係のとれる支援スタッフを専任化して実施することが重要であると判断し、介入期Ⅲを設定した。

介入期Ⅲでは、支援スタッフをCTEとスタッフ1名に専任化した。そして、毎回の強化子であったチョコレートをトークンであるシールに変更し、トイレで排尿できれば賞賛してシールを与え、不成功であっても、決して嫌悪的な刺激を与えるのではなく、頑張ったことを賞賛し、シールを与えることにした。シールが5枚貯まれば、バックアップ強化子としてのポテトチップスがもらえることは介入期Ⅱと変わることはなかったが、毎回の強化子がチョコレートやシールなど、交絡する誤ったトークン・エコノミー法の使用が改善され、CLIにとって理解し易い本来想定した指導介入になった。さらに、この時期は、夏休みと重なったこともあり、事業所での滞在時間が長かったことや、家庭ではCLIの祖母が協力し、集中的な定時排泄が可能であったことが、達成率の向上に貢献したと考えら

れる。27wからは布パンツにしても失敗しなくなった。

フォローアップ期においても達成率は100%を維持し、学校や事業所での排尿の間隔も長くなり、問題はなくなっていた。また、CLIの専任スタッフ以外のスタッフの指示にも従うようになった。このように、指導介入は有効に機能したものと推察する。

2. 行動コンサルテーションについて

本研究のような行動論的アプローチでは、客観的な指標に基づいた要因追求を行うことが求められるため、CLIへの生態学的アセスメントは大変重要であった。本研究では、CLIの周囲の環境がCLIの行動問題に深く関連していた。行動問題の場合、その原因を本人の精神状態や身体の不調などに求めてしまうような、いわゆる医学的なモデルに依存することが問題を複雑化することはよくある。本研究でも、排尿行動の問題の原因を周囲に求めず、本人に求めた感はある。家庭も学校も「そのうちなんとかなる」的な感覚であったように考える。

行動コンサルテーションの役割は、コンサルティの気づきを支援することであり、その気づきに対し、行動論的アプローチとしての的確な方法を示すことである。本研究ではCTEの気づきが即時的対応へつながったと言える。

行動論的アプローチにおいては、介入前の状況の把握が重要であり、通常ベースライン法を評価方法として導入した場合、ベースライン期での状況を正確に分析する必要がある。本研究においては、コンサルテーション実施前では、CLIの行動に支援スタッフの力量（専門性）が大きく影響するとは想定していなかったと推察する。そのため、組織的な支援体制が組めず、対症療法的な指導に終始してしまう事態になり、排尿行動の定着がなされなかったものとする。

コンサルテーション手続きにおいては、主に生態学的アセスメントの方法と機能的行動アセスメント、さらに支援技法としてのトークン・エコノミー法についての講義を行った。実施した生態学的アセスメントに言及すると、アセスメントは支援方法の選択に関係するため、できる限り厳密に行うことが重要であり、CLIの周辺の環境の情報やCLI自体の個体の情報は詳細に分析されなければならなかった。しかし、個体の情報としてのCLIの認知力が介入に大きく影響することを考慮せず、また、それを査定することもなく、排泄行動の状況ばかりを重要視し、低次レベルの認知力と誤解していた。このことが、介入デザインの組み方を誤る結果になったのではないかと考えられる。実際、CLIは、一語文のレベルの会話は成立し、スタッフの指示にも従うことはあり、決して低次レベルではなかった。もっとも、達成率が低下した原因はこれだけではなく、CLIと関係のとれないスタッフによる支援が要因だったことは大きい。CLIの認知力も深く関係していたと考えられる。実際のコンサルテーションの実施場面では、CTAはCLIの情報をCTEに求めたが、書類等から得られる情報は多くはなく、学校やその他の機関へ問い合わせることも行ったが、CLIの認知面に関して得られた情報は少なかった。学校において新しい学習を始める際や行動改善を意図して指導（支援）プログラムなどを作成することは普通に行われることではあるが、その際、認知や社会性の情報は特に重要であり、心理検査の結果を詳細に分析し、作成するプログラムに反映させている。けれども、児童デイサービスの一事業所がそれを完全に実行することは容易なことではなく、一定のスキルが身につくまでには時間を要する。それ故、コンサルテーションの必要性は重要であるにもかかわらず、本コンサルテーションでのCLIの認知面での実態把握が不十分であったのは、CTAの見通しの甘さが原因である。

支援方法については、CTEに介入に対する整合性と厳密性を求めたが、臨床経験が伴わなかったため、伝えられる側のCTEの理解の不十分さは否めなく、CTAとの間に誤差が生じたものと考えられる。さらに、CTEが他のスタッフに伝える際にはより誤差が大きくなり、先述した介入期Ⅱでの介入の不整合さが顕著になったものとする。

コンサルテーション活動において、このような事態はしばしば起こり得ることとして想定すべきであり、独立変数として結果に大きく影響することをCTAは認識しておく必要があった。それ故、コ

ンサルタントの伝え方とコンサルティの捉え方に誤差が生じないように、「介入の厳密性 (treatment integrity)」(Gresham, 1989) の保持が重要であったことは言うまでもない。

その後のコンサルテーションは、VTRによる行動観察が中心になったが、介入期Ⅱでの介入の失敗を修正するため一旦介入を中止し、20wから22wをベースラインに戻し、20wと22wで介入手続きの修正のための講義を行った。再度、強化子、トークン、バックアップ強化子等の使い方について確認した。そして、CTEの理解度の状況から介入の整合性と厳密性が保持されていると判断し、介入期Ⅲの実施を決定した。

介入期全体において、トークン・エコノミー法を参考にすることで、嫌悪的指導を避けることができ、スタッフに訓練的態度を想起させることはなかった。しかし、意外に「慣れ」させることを目的にし、訓練の方法を強いるような指導は稀ではなく、そのような場合、かなりの確率で悲劇が起こることは予想できる。実際に本研究でもコンサルテーション初期におけるベースライン期では、支援者の状況はそのようなものであったと推察できる。これは、人間性を欠く支援になりがちで、支援者、対象者の双方にとって不幸を招く可能性があることを認識すべきである。

本研究においては、トークン・エコノミー法と強化基準変更を参考にし、適時的に取り入れたことがCLIの行動変容を招き、行動コンサルテーションの有効性を高めたものと考えられる。

トークン・エコノミー法は、それ自体で成立するものではなく、目的とするものがあってこそ成立する。また、強化基準の変更にしてもクライアントの実態に合わせて行うものである。これらのタイミングの良い使用によって高い効果が期待できるが、クライアントの成長によって、褒賞 (reward) も変化するものであるから、実態を常に把握しておくことは極めて重要である。さらに、実施しやすいトークン・エコノミー法を工夫することが必要であり、本研究では家庭や学校でも取り組めるものが考案された。家庭と家庭以外の支援機関が一緒に取り組めば、さらに効果を高めることも可能になってくるし、コンサルテーションは実施し易いものになる。

本研究において実施した行動コンサルテーションは、コンサルタントがコンサルティに対して間接的に実施したものではあるが、クライアントに対しても直接的に介入した部分があり、昨今紹介されるようになった教師と親が協働して行うコンジョイント行動コンサルテーション (以下、CBCと記述; Sheridan, S. M., Kratochwill, T. R., & Bergan, J. R., 1996) に類似していた。これは、コンサルティの支援スキルが未熟な場合有効とされるが、本研究ではコンサルティの支援スキルは熟練していたため、保護者に支援技法を教示する際にコンサルタントが若干援助する程度で済んだ。しかし、今後の行動コンサルテーションでは、このようなCBCの形態を実施当初から想定し、実践のデザインを考えておくこともコンサルテーション活動を円滑に進める上で重要であると考えられる。また、コンサルタントとコンサルティとの間の共通理解は特に重要であり、このことは「伝える」「理解する」といった点において焦点化され、コンサルティを中心とするクライアントの直接的支援者が、介入計画を厳密に実行できるかという介入の厳密性と常に対峙することになる。コンサルテーション終了後実施したCTEへのインタビューからは、「介入全体において介入Ⅱが良好な状態で推移しなかったことで責任の重さや焦りが生まれ、自信が持てなくなり、指導介入に消極的になっていた。しかし、介入Ⅲの手続きに変更すると効果が現れ、指導介入に自信が持てたと同時にCTAに対する信頼が一層増した。何よりもCLIの保護者から感謝されたことがうれしい。」というコメントがあった。このことは、CTEのCTAやコンサルテーションへの「受容性 (acceptability; Reimers, Wacker, & Koeppl, 1987)」の現れと捉えることができ、介入の厳密性の向上との関連を示唆できるが、残念ながら現在のところエビデンスを明確に示すことはできず、その検証は今後の作業に委ねられている。この点については、行動コンサルテーションの効果そのものに強く影響するため、その保持と向上は極めて重要である。さらに、クライアントそれぞれへの支援方法はアセスメントに基づいて決定されるが、その方略を明示することが今後の課題であり (奥田, 2005)、行動論的アプローチとしての行動コンサルテーションの普及に寄与するものと考えられる。

文献

- Alvord, J. R., & Cheney, C. D. (1994) *The home token economy*. Third edition. MA, Cambridge Center for Behavioral Studies.
- Ayllon, T. (1999) *How to use token economy and point systems*. Second edition. Texas, PRO-ED, Inc.
- Bergan, J. R. and Kratochwill, T. R. (1990) *Behavioral consultation and therapy*. New York, Plenum press.
- Dalrymple, N. J. & Ruble, L. A. (1992) Toilet training and behaviors of people with autism: Parent views. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 265-275.
- Ellis, N. R. (1963) Toilet training the severely defective patient: An S-R reinforcement analysis. *American Journal of Mental Deficiency*, 68, 98-103.
- Foxx, R. M. & Azrin, N. H. (1973) *Toilet training the retarded: A rapid program for day and night time independence toileting*. Research Press, Champaign. 東 正監訳 (1976) トイレット・トレーニング: 自立指導の実践プログラム. 川島書店.
- Gresham, F. M. (1989) Assessment of treatment integrity in school consultation and prereferral intervention. *School Psychology Review*, 18, 37-50.
- Hogopian, L. P., Fisher, W., Piazza, C. C., & Wierzbicki, J. J. (1993) A water-prompting procedure for the treatment of urinary incontinence. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 473-474.
- Houts, A. C., Peterson, J. E., & Liebert, R. M. (1984) Effect of prior imipramine treatment on the results of conditioning therapy in children with enuresis. *Journal of Pediatric Psychology*, 9, 505-509.
- Houts, A. C., Peterson, J. E., & Whelan, J. P. (1986) Prevention of relapse in full-spectrum home training for primary enuresis: A components analysis. *Behavior Therapy*, 17, 462-469.
- Houts, A. C., Whelan, J. P., & Peterson, J. E. (1987) Filmed versus live delivery of full-spectrum home training for primary enuresis: Presenting the information is not enough. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 902-906.
- Issenman, R. M., Filmer, R. B., & Gorski, P. A. (1999) A review of bowel and bladder control development in children: How gastrointestinal and urologic condition relate to problems in toilet training. *Pediatrics*, 103, 1346-1352.
- 加藤哲文 (2004) 特別支援教育における「行動コンサルテーション」の必要性. 特別支援教育を支える行動コンサルテーション, 第1章, pp.2-15. 学苑社.
- Kratochwill, T. R., & Bergan, J. R. (1990) *Behavioral consultation in applied settings: An individual guide*. New York, Plenum Press.
- 黒田未来・東 敦子・津田 望 (2002) 重度知的発達障害児への補助・代替コミュニケーション (AAC) 指導. 特殊教育学研究, 39, 25-32.
- Luxem, M. C., & Christophersen, E. R. (1994) Behavioral toilet training in early childhood: Research, practice, and implications. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 370-378.
- Luxem, M. C., Christophersen, E. R., Purvis, P. C., & Baer, D. M. (1997) Behavior-medical treatment of pediatric toileting refusal. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 18, 34-41.
- Luiselli, J. M. (1996a) A transfer of stimulus control procedure applicable to toilet training program for children with developmental disabilities. *Child & Family Behavior Therapy*, 18, 29-34.
- Luiselli, J. M. (1996b) A case study evaluation of a transfer-of stimulus control toilet training procedure for a child with pervasive developmental disorder. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 11, 158-162.
- Mace, F. C. (1994) The significance and future of functional analysis methodologies. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 385-392.
- 松岡勝彦・加藤哲文 (2004) 行動コンサルテーションの特徴. 特別支援教育を支える行動コンサルテーション, 第3章, pp.28-41. 学苑社.
- McCartney, J. R., & Holden, J. C. (1981) *Toilet training for the mentally retarded*. In J. L. Matson & J. R. McCartney (Eds.), *Handbook of behavior modification with the mentally retarded*. Plenum Press, New York, 29-60.
- 武藤 崇・唐岩正典・岡田崇宏・小林重雄 (2000) トイレット・マネジメント手続きによる広汎性発達障害児の排尿行動の形成-短期集中ホーム・デリバリー型の支援形態における機能アセスメントとその援助-. 特殊教育学研究, 38, 1-10.
- Neef, N. A., & Iwata, B. A. (1994) Current research on functional analysis methodologies: An introduction. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 211-214.
- 大石幸二 (2000) 知的障害教育における「研修現場」への応用行動分析学のアプローチ. 特殊教育学研究, 38, 53-63.
- 大友 昇 (1986) トイレット・トレーニングの短期集中指導法. 川島書店.
- 奥田健次 (2005) 不登校を示した高機能広汎性発達障害児への登校支援のための行動コンサルテーションの効果-トークン・エコノミー法と強化基準変更法を使った登校支援プログラム-. 行動分析学研究, 20, 2-12.
- Reimers, T. M., Wacker, D. P., & Koepl, G. (1987) Acceptability of behavioral interventions: A review of the liter-

- ature. *School Psychology Review*, 16, 212-227
- Sheridan, S. M., Kratochwill, T. R., & Bergan, J. R. (1996) *Conjoint Behavioral Consultation: A procedural manual*. New York, Plenum press.
- Tredgold, R. F., & Soddy, K. (1956) *A textbook of mental deficiency (9th ed.)*. Bailliere, London.
- Taylor, S., Cipani, E., & Clardy, A. (1994) A stimulus control toilet training program. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 155-160.
- Whelan, J. P., & Houts, A. C. (1990) Effect of a waking schedule on primary enuretic children treated with full-spectrum home training. *Health Psychology*, 9, 164-176.
- Wilder, D. A., Higbee, T. S., Williams, W. L., & Nachwey, A. (1997) A simplified method of toilet training adult in residential setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 241-246.