

強度行動障害を伴う最重度知的障害を持つ患者に対して 行動コンサルテーションを試みた1事例

中山 政 弘*

強度行動障害を伴う知的障害・発達障害児(者) Bに対して筆者がBの病棟スタッフに行動コンサルテーションを行ったところ、約4か月間の介入で、Bの脱衣・放尿の行動が減少し、コンサルテーションの効果が見られた。

この事例では、臨床心理士による行動コンサルテーションによって、Bの行動や介入のあり方に対する理解が深まっていく中で、介入に対するコンサルティの動機づけが高まっていったことや、Eメールによるコメントを通して、コンサルティが自分たちでアイデアを出し合い、介入のあり方についても検討していくという動機づけの維持が見られた。

キーワード：行動コンサルテーション・強度行動障害・国立病院機構

目的

平成22年4月より個人の特性等に配慮した特別な医学的ケアを必要とする強度行動障害を伴う知的障害・発達障害児(者)に対する治療における診療報酬として、強度行動障害入院医療管理加算(1日につき300点)が新設された。

強度行動障害とは「直接的他害(噛みつき、頭突きなど)や、間接的他人害(睡眠の乱れ、場所・プログラム・人へのこだわりといった同一性の保持、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の困難な」状態と定義されている(飯田ら, 1989)。診断名としては自閉症スペクトラム障害や精神発達遅滞などが含まれるものの、必ずしも医学による診断によって定義されているのではなく、主として本人に対する総合的な療育や福祉サービスが必要性の指標として成立した概念である。

臨床的にみると、強度行動障害は、生来的に持っている資質そのものではなく、その特異な行動の意味を理解できずに周囲から不適切な対応がなされ、その結

果として形成されてしまった二次障害であり、改めて適切な支援や働きかけを丁寧に行うことで行動障害の軽減が可能であるという視点が重要である。

強度行動障害入院医療管理加算に関する診療報酬医科点数表「入院基本料等加算の施設基準等」の第17の2強度行動障害入院医療管理加算における「強度行動障害児(者)の医療度判定基準」評価の手引きによると、臨床心理士が患者の行動の意味を明らかにして他職種に伝えていくと言う心理の専門性を活かすという役割を持って、多職種協働チームの一員に位置づけられている。

また、その中で薬物療法以外の治療的アプローチによる行動修正を行う専門医療として、「行動療法」やTEACCH®の「構造化による指導structured TEACCHing」などが専門医療として位置付けられている(曾田ら, 2011)ことから、臨床心理士がチーム医療を進めていく上でその中心的役割を担っていくことが期待されている。

この診療報酬改定への動きの基礎となった厚生労働省精神・神経疾患研究委託費17指-11および20指-

* 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター 心理療法士

14「重症心身障害児(者)の病因・病態解明, 治療・療育, および施設のあり方に関する研究(主任研究者: 佐々木征行)」における分担研究の一つである, 「強度行動障害を伴う動く重症心身障害児者の疾病論的, 障害論的, 政策的位置づけに関する研究(分担研究者: 平野誠(平成22年度については坂尾良一))」でも, 臨床心理士を含む多職種チームでの実践研究が行なわれ, その治療効果が明らかにされている(平野ら, 2008)。しかし, 上記研究に協力している施設の中には, 筆者をはじめとした臨床心理士が直接チームのメンバーとして参加している施設だけでなく, 勤務している医療機関において臨床心理士が強度行動障害を伴う知的障害・発達障害児(者)に対する治療における多職種チームに参加できていない施設もあり, 強度行動障害を伴う知的障害・発達障害児(者)に対する治療において臨床心理士がどのような形で関わる事が出来るのかということをはっきりさせる必要がある。

このような状況への臨床心理士の関わり方の一つとして, コンサルテーションが考えられる。臨床心理士によるコンサルテーションは, これまで身体科から精神科へのコンサルテーション(大上, 2010)や学校におけるコンサルテーション(道城, 2012; 佐藤・加瀬, 2014)の実践が多く報告されている。直接的な治療への参加という形ではなく, コンサルテーションを受ける側(コンサルティ)の問題解決の援助や援助能力の向上を目的とした関わりも臨床心理士としての援助のあり方の一つである。特に, 行動療法を中心とした治療を展開させていくためには「行動療法」の考えを基礎とした方法によるコンサルテーションが必要であると考えられる。

このような「行動療法」の考えを基礎とした方法や技法を用いて行われるコンサルテーションの総称を行動コンサルテーション(加藤・大石, 2004)と呼ぶ。行動コンサルテーションとはコンサルティの問題解決を系統的に進めるために, ①問題の同定, ②問題の分析, ③介入の実施, ④介入の評価という4段階を経て, クライアントやコンサルティの問題を解決する方法論である。強度行動障害を伴う知的障害・発達障害児(者)に対する治療として行動療法を進めていく上で, どのような行動に対してアプローチしていくのかということや, どのように介入を進めていくのかということに対してのコンサルテーションを行うことは, 治療チームにおける中心的な役割に次いで, 治療を進めていくスタッフを支援するという意味で重要な役割であると考えられる。

本論文では, 強度行動障害を伴う知的障害・発達障害児(者)である患者に対して「行動療法」による治療を行う専門医療において, 臨床心理士が参加していない多職種協働チームを対象に行った行動コンサルテーションが効果的であった1事例を提示する。この事例は, 手続きを簡略化し, Eメールを用いて行ったコンサルテーションにおいて, コンサルタントが提案した介入の方向性についてのコメントをもとにコンサルティが実際の介入方法を検討し, 実施した事例であった。合わせて本論文では, 強度行動障害を伴う知的障害・発達障害児(者)の治療における院内の他部門や外部から臨床心理士が果たしうる役割について考察した。

事例提示

1. 対象とコンサルテーションの枠組み

1) コンサルティ: A病院の重症心身障害病棟のスタッフ

コンサルテーションはA病院の重症心身障害病棟のスタッフに対して実施した。A病院は, 重症心身障害病棟を持つ国立病院機構の病院である。病棟スタッフとして病棟医長(精神科医), 看護師, 児童指導員, 保育士が勤務している。A病院には心理療法士という職名で臨床心理士が勤務しているものの, 重症心身障害病棟での業務や院内での連携はなされていないとのことであった。筆者とのやり取りは主に児童指導員が行った。

2) クライアント: Bさん

A病院の対象患者

50歳男性, 入院期間35年

診断名: 最重度知的障害, 先天性難聴, てんかん

入院までの経緯

- 先天性難聴であり, C聾学校に通学。
- 多動のため, 昭和49年3月D精神科を受診し, 気質的なものと言われた。
- 多動が激しくなり学校に在籍出来ず, 昭和50年5月障害者支援施設E苑に入所したが, 精神症状があり施設内で介護困難なため, 昭和50年9月にF病院入院。
- その後拒食状態が著しくなり, 昭和52年9月にG病院入院するが, 水に執着が強く, 多動, 奇声, 放尿, 爪かみ, 汚水や汚物を異食, そして嘔吐・反芻が特に顕著になり, 昭和53年1月にA病院入院となる。

入院中の経過

現在は, 嘔吐や反芻, 異食はないが, 脱衣・放尿な

強度行動障害を伴う最重度知的障害を持つ患者に対して行動コンサルテーションを試みた1事例

どの問題行動は入院時から継続して見られている。
てんかんは、服薬でコントロールされている。

X年2月時点のデータ

津守式発達検査：発達年齢：4歳4か月
運動：3歳0か月 探索・操作：3歳0か月 社会性：2歳0か月
排泄・生活：5歳6か月 理解・言語：1歳9か月
医療度判定スコア（24点以上で強度行動障害入院医療管理加算の適用となる）：46点
強度行動障害スコア（20点以上で施設入所が適切であると考えられる）：27点
自傷：1点 こだわり：5点 器物破損：5点 睡眠障害：1点
食事関係：5点（盗食） 排泄関係：5点 多動：5点

3) コンサルタント

コンサルタントは行動療法を用いた支援を専門とする

る臨床心理士（筆者）が行った。

4) コンサルテーションの流れと手続き

このコンサルテーションは、X-1年2月からX年8月にかけて実施した。複数の重症心身障害病棟を持つ国立病院機構内の医療機関で同時に行った介入研究（曾田ら,2014）の一部である。介入研究のスケジュールとしては表1の通りである。介入研究を多施設で同時に進めるにあたっては、TV会議システム等を利用した事前研修および会議を定期的実施した。まず、各施設が介入研究を始める前に、国立病院機構が設置する医療機関内で数か所稼働しているインターネット回線を利用したTV会議システムを用いて、各施設に対して強度行動障害や行動療法に関する講義を同時配信する事前研修を実施した。また、介入研究が開始されて数か月後には、同システムを用いて各施設での介入研究の進捗状況や手続等の確認のための会議も定期

表1 介入研究のスケジュール

課題	内容	期間
Step0	講義等による行動療法の基礎知識の習得	随時 全7回
Step1 取り組む行動を選ぶ	シート①：目標行動設定シートを用いて、事前に受け持ちと児童指導員・心理療法士によって、取り組む行動を絞る 第1回カンファレンスを実施し、観察する場面・状況を確認、シート②：プレ記録シートに記入していく	2週間 (10日)
Step2 取組前の状況の確認 ベースライン期	期間内にカンファレンスを実施し、プレ記録シートの内容から、シート③：プレ計画シートを作成しながら、分析を行う 分析をもとにシート④：計画シートを作成し、練習する場面設定・練習する行動・できた時のこほうび、を確認する	4週間 (20日)
Step3 取り組み 第1期	シート⑤：記録シートに記入していく 期間内にカンファレンスを実施し、シート⑤：記録シートの内容から、見直しをした方がいい点を確認	4週間 (20日)
Step4 取り組み 第2期	関わり方の内容を変更する場合は、シート④：計画シートに記録	4週間 (20日)
Step5 取り組み 第3期		4週間 (20日)
Step6 取り組みの評価	シート④：計画シート・シート⑤：記録シートの内容から、現在の取り組みを継続するか新しい取り組みを始めるかを確認する 継続する場合：Step3に戻る 新しく取り組む：Step1に戻る	2週間 (10日)

的に実施した。一方、TV会議システムを持たない施設については、講義内容を録画したものを送付し、研究機関を通して電話等で手続きに関する質疑応答を行った。

A病院に関しては、TV会議システムを持たない施設であったため、コンサルテーションによる準備介入として上記の事前準備を行うことに加えて、本研究のためにX-1年2月に2日間にわたって出張研修会および介入に関するカンファレンスを実施した。筆者が講義を実施し、カンファレンスでもコメントした。講義では、「自閉症スペクトラム障害の理解と支援（おさらい）」というテーマで、再度介入研究に必要な発達障害や行動療法等の基礎知識について説明した。また、「行動療法・構造化の記録シートを使った実践について」というテーマで、平野ら（2011）が作成した、「行動療法」による介入研究をチームで共通理解し、行動療法による専門医療を多職種協働チームで実施するための書き込み式の計画・記録シートの利用方法についての説明も行った。

Bさんの介入に関しては、個人情報保護に配慮し、「行動療法」による介入研究を行うことや、具体的な介入方法について事前に説明した上で家族の同意を得て介入を開始すること、さらに家族の申し出によっていつでも介入を中止することが出来ることなどの倫理的配慮に関する審査について事前にA病院内の倫理委員会の承認を受け、スタッフを通じて研究協力の依頼が行われた。

カンファレンスでは対象患者の特性等の確認と、スタッフが現時点でとらえている行動の様子について共有化を行い、介入を進めるにあたっての大きな方向性と記録によるスタッフのとらえている状態の再確認について筆者がコメントを行い、今後はEメール等で介入期ごとにフィードバックすることを確認した。

また、コンサルテーションを実施し、フィードバックする手続きとしては、行動コンサルテーションにおける①問題の同定②問題の分析③介入の実施④介入の評価という手続きに基づいて実施した。

2. 問題の同定および分析

1) 問題の同定

まず、カンファレンスでコンサルティであるスタッフから対象患者の目標行動として取り組みたい行動と、その行動が起こっている状況を確認していった。

入院当初から続いている脱衣・放尿について取り組みてみたいということで、以下のような現在の行動の

様子がスタッフから報告された。

- 服を脱いでおしっこをかけた後に触ったりして遊んでから、着替えを要求してくる
- 朝から保育士さんに着替えを要求する
- 気に入らない服だと、遠うものを持ってきてもらうように要求したり、私物庫に直接行くこともある（スタッフによって対応が様々だということが分かる）
- 受け持ち看護師をはじめ、男性スタッフでは着替えを要求することが少ないなど、スタッフによって本人の行動が違う気がする
- 土日や準夜帯は、スタッフによって要求をする回数が違う気がする

スタッフの発言をまとめていく中で、Bさんの脱衣・放尿の行動が見られるきっかけや時間帯による回数の違いなども確認する必要がある。そこで、「脱衣・放尿を減らす」ということを目標行動とし、まずはアセスメントとして介入前の状態（以下、ベースライン期）での1か月のデータを取って、スタッフの意見を客観的に確認することとした。

2) 問題の分析

ベースライン期のまとめによるアセスメントで得られたデータをもとに、問題の分析を行った。ベースライン期の記録を収集後、新年度になりスタッフが入れ替わるなど病棟があわただしかったとのことで、X年4月末に記録用紙が郵送される。

記録用紙は1日ごとの記録の表だったので、コンサルティも理解しやすいように筆者がグラフにまとめて（図1）みたところ、ベースライン期（X-1年2月12日～3月14日）の1日を通しての脱衣・放尿の平均回数は9.5回であった。

また、郵送してきたコンサルティの児童指導員からは次のような感想があった。

「研究を始める前に統一した方が良かったことかも

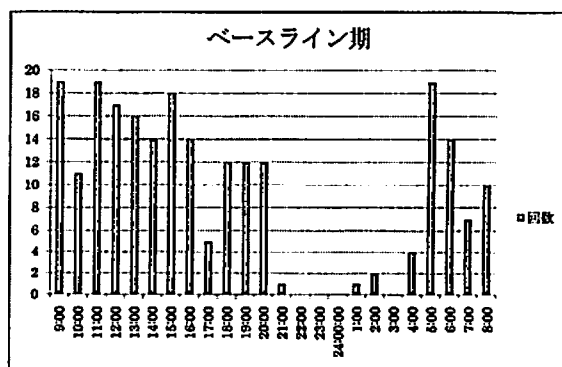


図1 ベースライン期のBさんの1日における放尿・脱衣の回数 (平均)

表2 Bさんの脱衣・放尿に関するABC分析

きっかけ (A)	行動 (B)	結果 (C)
特定の時間帯とは関係なく 特定の(自分の要求をかなえてくれる)スタッフ	服を脱いで、着替えを要求する	スタッフが着替えを渡す
	服を脱いでおしっこをかける	
男性スタッフが多い スタッフ自体が少ない時間帯	着替えの要求が少ない	スタッフが着替えを渡さない

知れませんが、脱衣・放尿時のスタッフの対応がバラバラなことが気になります。例えば、脱衣時にすぐに服をあげる人や、しばらく待つように言う人、患者さんに服を選ばせる人や職員が服を選ぶ人等です」

そこで、カンファレンス等でのスタッフからの意見や感想、そしてデータから考えられることについてABC分析を行い(表2)、以下の2点の可能性を考えた。

1点目は、7時と17時の時間帯以外は特定の時間帯に集中していると言えるほどでもないが、本人にとっては日課になっていた、暇つぶしでやっている可能性がある。

2点目はどちらかというと日中の行動が多く見られるようであり、スタッフの人数が多い時間帯でも見られることから、ミーティングで示唆されたような自分の要求通りの対応をしてくれるスタッフに関わりを求めている行動の可能性もある。

これらのことから、Bさんの脱衣・放尿行動には「物や活動の要求」の機能があると仮説を立て、現在の行動(B)に代わる行動に対する結果(C)の随伴ときっかけ(A)の状況を変える介入が必要であると思われる、介入案を提案することとした。

3. 介入の実施

#1: 筆者の介入の手続きに関する提案とコンサルティからの介入方法についての報告

X年5月10日: 筆者の提案

コンサルタントがコンサルティに対してEメールにて問題の分析や支援の提案、助言を行った。

まず問題の分析として、取り組む上で以下の2点を確認してもらうこととした。

(ア) 回数が多い時間帯・少ない時間帯と1日のスケジュールとを照らし合わせて、行動が見られやすい状況についてパターンを見つけられそうかスタッフで検討してみるができるか。

(イ) ミーティングで示唆された「おしっこをかけ

た後に遊んでいる」ことが、感覚遊びになっているのだとすると好きな感覚は何なのか(水の感触・水にぬれている布の感触など)を明らかにできないだろうか。

また以上のことを確認することに加え、検討してもらいたい介入の方向性について考えるヒントとして、以下のポイントを説明した。まず、1日中見られる行動に介入する場合は、1日の行動全てに対して介入するように取り組むか、一定の関わる時間帯を決めてその時間帯に起こった行動について介入するように取り組む方法を考える必要がある。また、「してほしくないことをしないようにする」ことと同時に「関わりを求めていることに応じる」ことや「好きな活動(感覚遊び)をできる状態を保障する」ためには、取り組む時間や内容も事前に計画することが必要である。

以上のことを確認してもらい、介入の方向性についての以下の2点を提案した。

(1) 条件がクリアできたら、本人が好きなごほうびで強化する

(2) 1日の中で水にぬれる感覚を楽しめる遊びをできる時間を作る

具体的な介入方法についてはコンサルティが考案できるように、介入案は大まかな方向性のみ提案を行った。

X年5月22日: コンサルティからの報告および質問
病棟カンファレンスが行われ、以下の介入方法が決まったとのことだった。

(1) 午前(8:00~11:00)に脱衣・放尿がなければ、強化子としてシール1枚とお子様せんべい1枚が、午後(14:00~16:00)に脱衣・放尿がなければ、強化子としてシール1枚とお子様せんべい1枚が、平日は児童指導員から、土日には看護スタッフからごほうびがもらえる

(2) 平日11:00から行われる個別療育で、フットパ

スによる足浴ができる

また、ベースラインを測定する時には、取りあえず現在の関わりの状態で測定しようということで、職員の関わりを統一してこなかったが、今後、対応を統一した方がいいのかということについての質問がなされた。

X年5月23日：筆者のフィードバック

筆者の提案した介入の方向性から具体的な介入方法を検討したことを評価するとともに、質問に対しては、ベースライン期では今の状態での様子を確認することが目的であるため、関わり方がスタッフによって違うのであれば、そのままのやり方で関わって良いことを伝えた。そして、実際に介入が開始される時には対応する時のやり方は同じにした方が本人は混乱しなくてすむし、特定の人にばかり関わろうとすることが少なくなると思われることを伝えた。

#2：取り組み第1期を終えてのコンサルティに対するEメールでのコンサルテーション

X年7月2日：コンサルティからの最初の1か月での取り組みの報告

報告では、第1期（X年6月4日～30日）の脱衣・放尿の回数は1日あたり平均3.5回であった。

条件がクリアできたら強化としてこほうびがもらえるというルールが本人にも伝わったようでこほうびを欲しがるとあるとのことだった。また、本人からの着替えの要求に対する対応を統一したが、こほうびの渡し方にはまだ対応の違いがあることがカンファレンスで気づきとして挙げられたことや例えば、排便後の脱衣の回数が多いことが記録から分かったことなど、記録から成功できている時と、成功していない時をスタッフ同士で検討できていることが報告された。

X年7月4日：筆者のフィードバック

報告内容を受けて、まず脱衣・放尿の回数、破衣行動回数は確実に減ってきており、今回の取り組みや病棟での対応はとてうまくいっていると思われるという、コンサルティであるスタッフ全員の取り組みを評価した。また、うまくいっている要因としては、関わりが増えたことももちろんだが、病棟スタッフの対応が統一されたことの効果は大きいと思われることも伝えた。その一方で、排便の際の脱衣については、脱衣が激しいということは便の感覚が気持ち悪いということかもしれないので、しっかり

と便を拭いてあげるようにした方が良いと思われることや、週末に担当者から強化子を受け取ることが難しいということだが、現在月～金で対応されている児童指導員のやり方を病棟のスタッフと確認してもらい、対応や声かけを統一すると、強化子をもたらえる機会が増えると思われることを伝えた。

#3：取り組み第2期を終えてのコンサルティに対するEメールでのコンサルテーション

X年8月7日：コンサルティからの次の1か月での取り組みの報告

報告では、第2期（X年7月1日～31日）の脱衣・放尿の回数は1日あたり平均3.7回であった。

母親の面会がなくなったとのことで、全般的に状態が不安定になっているがなんとか行動は維持されていることや、排便後の消拭のやり方や入浴時の着替えの要求に対する対応などを統一したことやこほうびの渡し方を統一したことが報告されるなど、病棟カンファレンスの中で、記録からどのようなことが要因として考えることができるのかを予想し、それを確認できていた。

X年8月8日：筆者のフィードバック

コンサルティからの報告の内容からは目標とする行動の出現回数が維持されていることと、記録に基づくカンファレンスの中でコンサルティが自分たちで取り組み方や対応を考えることが出来ていることを改めて評価した。

4. 介入の評価

1) 対象患者の行動の変化

9月末に、取り組みをまとめた内容をEメールで送ってもらったところ、第3期（X年8月1日～31日）の脱衣・放尿の回数は1日あたり平均4.6回であった。この結果をふまえ、ベースライン期から第3期までの

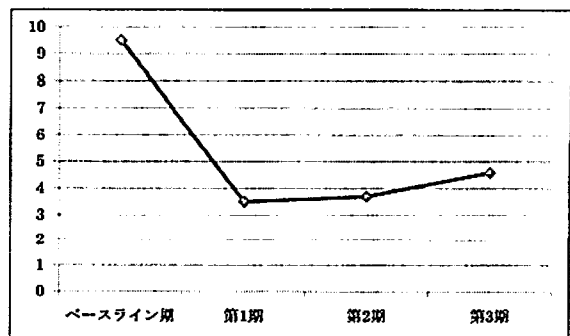


図2 Bさんの1日あたりの放尿・脱衣行動が起こった回数 (平均)

Bさんの脱衣・放尿行動の変化をグラフ化した(図2)。これまでの行動コンサルテーションに関する多くの研究においては、行動の変化の指標が視覚的判断(visual inspection)によるところが多い(山田,2001)ということから、まずは行動が見られた回数の変化を視覚的に判断すると、脱衣・放尿行動の回数が減少し、おおむね維持されていたと考えることが出来た。

さらに本研究では、近年の行動コンサルテーションの研究では効果量を算出し、行動変化の指標の一つとして標記することが多くなっている(高橋・山田, 2008)ことから、Bさんの事例を単一事例実験(Single-case research design)としてベースライン期から介入期までの行動を測定し、効果量を算出した。本研究では、Busk & Serlin (1992)の効果量Approach1 (Busk and Serlin's Effect Size 以下, ES_BS1)を算出した。ES_BS1とは、ベースライン期と介入期の平均値差をベースライン期の標準偏差で割ったものである。単一事例研究においてベースライン期を「統制群」、介入期を「介入群」と見立てて群比較を行うこの方法は、ベースライン期を基準とした介入群の比率によって算出する他の効果量の測定法(例えばpercentage of non-overlapping data : PND)の問題点として挙げられる基準(ベースライン期)が「偶然」良い値になることによって介入の効果を正しく評価できないということを防ぐ方法として有効だと考えられている。この値が1であることは、介入期の平均値がベースラインの平均値に比べて、ベースライン期の標準偏差の単位で1標準偏差分大きいことを意味する。その結果、効果量ES_BS1=(9.5-4.4)/5.7=0.89で、介入期の平均値がベースラインの平均値よりも0.89標準偏差分大きいことが明らかになった。

2) コンサルティとの介入整合性(treatment integrity)
次に、コンサルテーションの効果を検討するために、

コンサルティとの介入整合性を検討した。介入整合性とは筆者が提案した介入案とコンサルティが考案した具体的な介入手続との間に機能的な一致があるとみなすことができるかを判断されれば、コンサルテーションによってコンサルティが介入を成功させることができたと考えることができるという概念である(道城,2012)。協働コンサルテーションにおける機能的アセスメントの過程で、コンサルティ自身に介入方法を考案してもらうことによる効果を検討(Ervin et al, 1998)し、コンサルティのリソースを活かし、文脈にあった介入方法を考案することが支援の維持につながると考えられている。

筆者の提案した介入の方向性とそれをもとに実施した介入手続きを比較したところ(表3)、「午前中と午後脱衣・放尿がなければ」という「条件」に対して、「シール1枚とお子様せんべい1枚」という「ごほうび」で強化されていた。また、「個別療育」という「1日の時間の中」で「フットバスによる足浴」という「水にぬれる感覚遊び」をできる時間が用意されたのである。このことから、コンサルタントが提案した介入案とコンサルティのA病院が実施した介入手続きには機能的な一致があるとみなすことが出来ると思われ、介入整合性が見られたと考えられる。

5. 考察

本研究では、強度行動障害を伴う知的障害・発達障害児(者)である患者に「行動療法」による治療を行う重症心身障害病棟のスタッフに対して、行動コンサルテーションを行った。その結果、介入方法については筆者の介入案と機能的に一致していると考えられる。すなわち介入整合性のある介入方法が計画され、実施された。そして、対象患者の脱衣・放尿という目標行動が減少したことから、行動コンサルテーション

表3 筆者の提案した介入案をもとにA病院が実施した介入手続き

提案した介入案	実施した介入手続き
条件がクリアできたら、本人が好きなごほうびで強化	午前(8:00~11:00)に脱衣・放尿がなければ、シール1枚とお子様せんべい1枚 午後(14:00~16:00)に脱衣・放尿がなければ、シール1枚とお子様せんべい1枚 平日は児童指導員から、土日には看護スタッフからごほうびがもらえる
1日の中で水にぬれる感覚を楽しめる遊びをできる時間を作る	個別療育(平日 11:00~) : フットバスによる足浴

の効果があつたと考えた。この結果について、臨床心理士によるコンサルテーションにおける4つの機能（加藤,2013）のうち、「心理的側面についての客観的理解の促進」「コンサルタントによる心理的支え」の視点から行動コンサルテーションの果たした役割について考えていきたい。

まず、「心理的側面についての客観的理解の促進」の機能とは、行動分析などによる対象患者の行動についての心理学的側面からの説明や介入を進めていく上での行動療法などの実践方法の説明などが含まれると考えられる。

芝田（2014）は行動分析自体の効果として述べているが、体験を本人の内側から見ようとしてとらえる行動分析によって患者自身の思考体験が促されていく。また、今回の対象患者のように発達障害や知的障害を持つ患者など言語化などに問題が多い場合には患者自身よりも周囲からの観察を主な手段として行動分析を行うことがある。つまり、今回の行動コンサルテーションも、コンサルティによる対象患者の観察記録という形式を通して患者の行動観察で得られた情報から対象患者の行動について筆者が行動分析によって整理して説明することによって対象患者の行動の仕組みが理解されるという、コンサルティの思考体験が促されたのではないかとと思われる。

また、事前準備として発達障害の特性や行動療法などの専門医療についての講義をビデオで事前に送付したり、本研究のように改めて基本的理解を深めてもらったことは重要であったと思われる。この事前の基本的な枠組みの理解をふまえて、Eメールによる行動コンサルテーションの手続きの中で介入による対象患者の変化を報告してもらう形式をとったことで、対象患者の理解が実践の中でさらに深まったのではないかとと思われる。これまでA施設では行動療法や構造化による指導による介入は実践されたことはなかった。今回、共同臨床研究という枠組みを通して、初めての方法論について基礎知識を学んだだけの状態から介入をスタートすることはコンサルティであるA病院において、実際に効果がある取り組みなのだろうかと不安を感じたのではないだろうか。そして実際に介入が始まり、第1期が終了したところでカンファレンスを開き、そこでコンサルティ自身によって記録が見直されていく中で、準備段階での講義による行動療法の考え方やその考えをもとにした実際の介入の方法を適切に理解できたことを再確認するとともに、自分たちの取り組みによって介入の効果が明らかに見られたことに気付く

ことが出来たのではないだろうか。第1期のまとめをカンファレンスやEメールでの報告でまとめていくという作業がコンサルテーションの中でなされたからこそ、この気づきが得られたのではないかと考える。

次に「コンサルタントによる心理的支え」とは、自分たちの取り組みが評価されたり、サポート感覚を得たり、エンパワメントされたりすることであると考えられる。コンサルテーションにおいて、まずコンサルティの動機づけをいかに高めるかということに始まり、次にコンサルティの介入の維持と般化をいかに行うかということが重要なテーマである。第1期で高まったコンサルティの動機づけを第3期まで維持することは今回の行動コンサルテーションにおいてもとても重要であった。特に、Eメールによる他施設へのコンサルテーションということで普段のチーム医療の一員でない筆者の関わりによって、動機づけを最後まで維持することが出来るようにいくつかの点で配慮を行った。

第1にEメールでのコメントをする中で、コンサルティが自分たちで気づいたことや工夫しようと考えたことを意図的に筆者がほめていった。大隈（1999）は行動療法においては記録をしてきた患者や保護者をねぎらい、ほめることを欠かさないことの重要性を述べている。できていることはほめ、状況がよくわからないことは観察や記録をしてもらい、宿題として持ってきてもらうし、その宿題を作り、持ってきていただいたことについてもねぎらいやほめを多用する。そのようにして患者の心配を具体的に知ることができれば、患者に対する自然な支持ができることになるというのである。

第2に、実際の介入のあり方が適切であったことについてコメントするだけでなく、コンサルティがチームとしてアイデアを考え出したり、介入のあり方をスタッフ間で統一しようとしていることを評価していった。これによって第1期までの記録の見直しによって自分たちの関わりに効果があることが理解されると同時に、改めてスタッフによる対応に差があることとそれによって対象患者の行動が大きく変化することが理解され、そのことをふまえて第2期以降において自分たちで記録からパターンを見つける行動分析が行われたり、介入の方法を探ろうとしたことにつながったのだと思われる。特に今回の行動コンサルテーションにおいては、スタッフとの関わりはEメールが中心という間接的な形であった。カウンセリングにおいては直接の対話によってクライアントが自分の力で問題に直面していくことを支えている。Eメールによるコンサ

強度行動障害を伴う最重度知的障害を持つ患者に対して行動コンサルテーションを試みた1事例

ルテーションでは、Eメールを媒介に自分たちで模索しながら介入方法を検討していることを評価することで、コンサルティが自分たちで考えるようになっていったことを支えたのではないかと考える。

チーム医療による治療が推進されていく中で、臨床心理士がチームの一員として役割を担う中で、医師がリーダーとして治療を方向づけ、治療が進んでいく中でチームのメンバーをねぎらうこともあると思われる。その一方で、ケースによっては臨床心理士がリーダーという役割としてではなく、チームが円滑にそれぞれの役割をこなせるように様々な場面で関わっていくという方法もあるだろう。その関わりの中で、それぞれの職種への敬意やねぎらいがなされることもあると思われる。本研究においても、コンサルテーションにおける筆者の役割はあくまでもコンサルティが介入を進めていきやすいように、行動療法などについての理論的枠組みを説明し、介入のあり方の方向づけをおこなった、その後はEメールによってコンサルティ自身が取り組みの効果や自分たちの関わり方に自信を持ってもらえるようにねぎらっていった。このようなチーム医療にも共通する他職種への関わり方がコンサルテーションにおいても院内の他部門や外部から臨床心理士が果たしうる役割なのではないかと考える。

また、本研究は国立病院機構の臨床心理士の存在意義についても方向性を見出したのではないかと考える。現在、国立病院機構内の医療機関の様々な診療科で勤務している心理療法士という職名で勤務している臨床心理士の全国規模の協議会設立に向けて動き出しており、今後各施設での存在意義を高めることや横の連携が増えていくことが期待されている。強度行動障害を伴う知的障害・発達障害児(者)の治療に取り組んでいる施設は国立病院機構においても数少ないが、この試みが臨床心理士としての存在意義を高めることや、強度行動障害を伴う知的障害・発達障害児(者)の治療を行う病棟スタッフにとっても臨床心理士を活用できるメリットがあることを伝えていく一助になることを期待する。

さらに本研究は、行動コンサルテーションという対象患者に対する間接的な支援方法が対象患者の行動変化や症状の改善といった、行動療法の主な目的を満たすことが出来るエビデンスを示すことに寄与することが出来たのではないかとと思われる。その中で、本研究は一事例のみの実践という試みであったため、同様の形式での行動コンサルテーションのデータの蓄積によって、行動コンサルテーションによる支援の効果がさ

らに明らかになるものと思われる。また、Eメールを中心としたコンサルテーションという進め方についても、実際に訪問することによる効果との比較も必要であると思われるため、今後もさらなる実証的研究が望まれる。

付記

本研究はNHOネットワーク共同研究事業 H24-NHO(重心)-02 強度行動障害を持つ重度精神遅滞児(者)の専門的治療と移行支援に関する研究(研究責任者: 會田千重)の一環として実施した。

本研究をまとめるにあたり、A病院のスタッフの皆様には実際の介入だけでなく詳細な記録をまとめていただくなど様々な協力をいただきました。誠にありがとうございました。また、本研究に協力していただいた患者様ならびに保護者様にも心からお礼申し上げます。

また、当院心理療法士の杉本頼己先生には、上記研究における研究協力者の一人として、本研究をはじめとした様々な研究報告の分析やまとめを行っていただきました。心から感謝を申し上げます。

文献

- 會田千重・中山政弘・平野誠・瀬口康昌・西原礼子(2008). 強度行動障害を持つ重度精神遅滞児・者の医療度判定基準の作成と実態調査. 日本重症心身障害学会誌, 33(2), 219.
- 會田千重・中山政弘・山元美和子・西原礼子・大野淳子・山下葉子・杉本頼己・平野雅子・海老原民子・坂尾良一・元山淳・谷口謙・山崎道一・後藤章・平石和一・鈴木徹郎・大島崇文・横尾光治・石崎恵子・上里政博・山崎敏生・興石裕次・滝澤昇・村田博昭・高橋純哉・樋廻旬子・丸澤由美子・棚橋保・横山尚子・中土井芳弘・中村民生・市野和恵・原田聡・橋本憲明・金城安樹・原めぐみ(2014). NHOネットワーク共同研究事業 H24-NHO(重心)-02 強度行動障害を持つ重度精神遅滞児(者)の専門的治療と移行支援に関する研究. 研究報告書(平成24~25年度), pp.5-7.
- 會田千重・瀬口康昌・中山政弘・西原礼子・山下幸子・平野誠(2011). 「強度行動障害を持つ重度精神遅滞児(者)の医療度判定基準」の作成と実態調査. 児童青年精神医学とその近接領域, 52(5), 609-623.
- Busk, P.L., & Serlin, R.C. (1992). Meta-analysis for single-case research. In Kratochwill, T.R., Levin, J.R. (Eds.), Single-case research design and

- analysis: New directions for psychology and education. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp.187-212.
- Ervin, R.A., DuPaul, G.J., Kern, L., & Friman, P.C. (1998). Classroom-based functional and adjunctive assessments: Proactive approaches to intervention selection for adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 65-78.
- 道城裕貴 (2012). 通常学級において学級全体を対象に行った行動コンサルテーションの効果. *行動療法研究*, 38(2), 117-129.
- 平野誠・會田千重・中山政弘・瀬口康昌・西原礼子・久継昭男・山下葉子・市来悦子・山田淳子 (2008). 強度行動障害を伴う動く重症児(者)の疾病論的、障害論的、政策的位置づけに関する研究. 17指一 11厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「重症心身障害児(者)の病因・病態解明、治療・療育、および施設のあり方に関する研究」総括研究報告書, pp.182-189.
- 會田千重・中山政弘・平野誠・西原礼子・山下葉子・荻本みわ子・杉山かおり・木下直俊・倉重久美子・平野雅子・吉住昭・平石和一・石崎恵子・上里政博・西沢芳子・和田聡・櫻出直木・山崎敏生・内野英幸・横尾光治・谷口謙・櫻原充・坂尾良一・元山淳・山口喜久雄・久継昭男・村上優・大鶴卓・金城安樹・古賀聖子 (2010). 重症心身障害児(者)の病因・病態解明、治療・療育、および施設のあり方に関する研究. 24. 強度行動障害を伴う動く重症心身障害児(者)の医療モデル構築に関する研究. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費による研究報告集(平成21年度), pp.448.
- 飯田雅子 (1989). 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助成研究報告書.
- 加藤哲文・大石幸二 (2004). 特別支援教育を支える行動コンサルテーション-連携と共同を実現するためのシステムと技法-. 学苑社.
- 加藤尚子 (2013). 児童養護施設における心理コンサルテーションの機能に関する研究. *心理臨床学研究*, 31(4), 663-673.
- 大上俊彦 (2010). 他職種からなるコンサルテーションリエゾンチームによる一般医療との連携. *精神神経学雑誌*, 112 (12), 1216-1220.
- 大隈紘子 (1999). 行動療法における支持, こころの科学, 83号, pp.65-70.
- 佐藤美友貴・加瀬進 (2014). 近年の学校コンサルテーション教育の動向と課題—通常学校・通常学級を対象とした実践事例研究を中心に—. *東京学芸大学紀要総合教育科学系II*, 65, 165-173.
- 芝田寿美男 (2014). 強迫性障害の行動療法における助言や指導. *臨床精神医学*, 43(8), 1145-1153.
- 鈴木ひみこ (2010). 日本における行動コンサルテーション研究の課題と展望. *人文論究*, 59(4), 181-196.
- 高橋智子・山田剛史 (2008). 一事例実験データの処遇効果検討のための記述統計的指標について—行動分析学研究の一事例実験データの分析に基づいて—. *行動分析学研究*, 22, 49-67.
- 山田剛史 (2001). 一事例実験とメタ分析. 下山晴彦・丹野義彦(編) 講座臨床心理学2 臨床心理学研究, pp.203-222.