

表2. 診断年齢の異なる群におけるSRSで測定した
症状重症度

	児童群 (n=10)	児童期診断群 (n=14)	児童期未診断群 (n=33)
年齢	13.7 (0.5)	17.4 (8.5)	23.9 (6.2)
初診時年齢	10.7 (2.6)	10.7 (3.2)	21.3 (5.6)
SRS 得点			
合計 0-195	80.4 (26.1)	80.8 (27.7)	88.3 (29.4)
気づき 0-24	9.6 (2.9)	8.8 (4.3)	9.3 (3.1)
対人認知 0-36	15.5 (7.0)	14.5 (6.1)	17.4 (6.0)
コミュニケ ーション 0-66	28.7 (7.9)	27.7 (9.7)	28.7 (11.0)
対人的動機 づけ 0-33	10.8 (4.7)*	12.7 (5.9)	16.7 (6.2)*
常同症 0-36	15.8 (7.4)	17.3 (7.0)	23.2 (5.9)

* $p < .01$; 児童群 < 児童期未診断の青年成人群

D 考察

原版 SRS を米国の一般母集団でスクリーニングに用いた場合、男児では 70 点以上、女児では 65 点以上であると PDD が疑われ、精査が推奨される。一般母集団における日本語版 SRS の妥当性検討はまだなので、得点の解釈は難しいが、本研究の児童群で 81.8 ± 23.9 、成人群で 88.3 ± 29.4 という結果は米国と比べて低値であった。本研究では大多数が高機能 PDD であったことが影響していると思われる。

また SRS 得点が下位診断によって影響されなかったのは、原版と同様であった。つまり、自閉性障害と診断されたケースでも SRS 得点が低値の者もいれば、PDD-NOS と診断されたケースでも SRS 得点が高値の者もいるということになり、

PDD の症状の多様性と連続性がここでも示唆された。

児童期に PDD 診断を受けることなく青年や成人になった人々は、児童期に診断を受けた PDD 者と比べて、少なくとも現在、自閉的症状が軽度であるということは示されなかった。今後、児童期に診断に至らなかった理由は、児童期に診断が見逃された患者側の要因で説明されるのか、環境側の要因あるいはその組み合わせで説明されうるのか、について検討する必要がある。解釈はまだできないが、児童期に未診断で思春期を迎えた PDD 患者の対人的動機づけが減弱しているという事実は注目すべきである。

今日、一般精神科でのトピックの一つに、伝統的な精神医学的症候論では鑑別困難な、高機能 PDD と統合失調症あるいは人格障害などの境界あるいは鑑別診断というテーマがある。連続的に軽症例も把握しうる SRS の尺度特性は、スクリーニングだけでなく、背景に PDD が存在し、かつ様々な主訴で受診してくる精神科患者の非定型的な臨床像を鑑別診断する際に役立つことが期待される。さらに PDD のレベルが臨床閾下であっても、他の精神医学的合併があるケースは、そうでないケースと比べて、適応が悪いことが知られているので、カットオフを知るためだけでなく、臨床閾下群の臨床的な意味づけのためにも、SRS 得点の一般母集団内分布を知る必要がある。

原版では大サンプルにもとづく標準化が行われ、偏差値で評価できる。したがって、来年度は日本語版の標準化を目指して、大サンプルでの信頼性・妥当性検

討を行う。また本研究では、本来児童用の SRS を成人に用いたが、来年度は成人版および幼児版の日本語版についても、著作権取得見込みなので、同様の信頼性・妥当性検討を行う予定である。

E 結論

本研究の第 1 の目的である、自閉症および PDD の早期診断について、今年度の結果から結論できることは、次の 3 点である。

第 1 に、小児科医対象の実態調査から、これまで見逃しの多かった高機能 PDD 児の早期診断に関して意識が高まっている一方、診断とその後の親への対応という技術レベルでの懸念が強く、経験にもとづいたケース対応がなされている状況が明らかとなった。臨床医向けに、早期診断と事後的対応に関するガイドラインを早急に確立する必要性が確認された。

第 2 に、日本語版 M-CHAT は、18 ヶ月前後において非 PDD 児がほとんど通過する社会的行動を中心に構成されているため、年齢依存的な PDD スクリーニングとして有効に機能することが示された。

第 3 に、日本語版 M-CHAT は 1 歳前後の乳幼児に対して、PDD と無関係に社会性発達の尺度として活用できる可能性が予備的知見から示唆された。このことは、日本語版 M-CHAT が PDD スクリーニングの目的以外にも、これまで乏しかった社会性発達の指標として 1 歳前から乳幼児健診で活用できる可能性を示すものである。

次に本研究の第 2 の目的である、未診断成人症例の簡便な PDD 診断法につい

て、日本語版 SRS の有用性に関する予備的検討の結果、PDD 下位診断に関係なく自閉的特性の連続的尺度として臨床的に有用である可能性が示唆された。さらに、SRS 下位プロフィール分析から未診断成人患者の重症度のみならず対人行動の特性が指摘される可能性が示された。

来年度は、それぞれのサンプル数を増やして、日本語版 M-CHAT および日本語版 SRS の信頼性・妥当性の検討およびそれらを用いた診断法に関する検討を続ける予定である。親への対応についてのガイドラインの試作も行う予定である。

F 健康危険情報 なし

G 研究発表

1. 論文発表

稲田尚子, 神尾陽子. 8 ヶ月齢から 20 ヶ月齢の乳幼児の社会的行動獲得の時系列. 国立精神・神経センター精神保健研究所平成 19 年度研究報告書抄録集, pp.35, 2008.

辻井弘美, 稲田尚子, 神尾陽子. 高機能自閉症スペクトラム幼児の早期診断についての実態調査: 小児科医へのアンケート調査から. 国立精神・神経センター精神保健研究所平成 19 年度研究報告書抄録集, pp.36, 2008.

2. 学会発表 なし

H 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

I 参考・引用文献

神尾陽子: アスペルガー症候群の概念: 統合失調症スペクトラム障害との関連における概念の変遷と動向. 精神科治療学, 23, 127-133, 2008.

神尾陽子. 自閉症の初期発達. 心理学評論, 50, 6-12, 2007.

神尾陽子. “Social brain の障害”としての自閉症再考. 臨床精神医学, 36, 953-957, 2007.

神尾陽子, 稲田尚子. 1歳6ヵ月健診における自閉症またはその他のPDD早期発見についての予備的研究. 精神医学, 48, 981-990, 2006.

Constantino JN, & Gruber CP. Social Responsiveness Scale (SRS). Western Psychological Services, Los Angeles, 2005.

（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

広汎性発達障害に対する早期治療法の開発

分担研究者 杉山登志郎（あいち小児保健医療総合センター）
研究協力者 明翫光宜（中京大学心理学部）
野村香代（浜松医科大学子どもこころの発達センター）
並木典子（あいち小児保健医療総合センター）
原仁（横浜市中部地域療育センター）
山根希代子、水野徹、太田民恵、桑田和枝
（広島市西部こども療育センター）
藤坂龍司（つみきの会）

要旨

広汎性発達障害に対するエビデンスに基づいた早期療育の手法を確立するため、全国の様々な早期プログラムを実践する幾つかのグループで、前方向視的な調査を実施する。本年度はその準備として、これまでの早期療育に関する文献の展望、基準線としての普通の母子療育通園施設における児童の変化調査、都会における療育通園での同じく変化の調査、PECSを用いた早期療育の試み、在宅でのABAを用いた早期療育の取り組みの効果について、それぞれ検討を行った。

1. 研究の目的

早期発見・早期療育の重要性が主張されて、いくつか療育の実践が報告されている。また同時に自閉症療育の基本的知見が十分に整理されないまま、いくつもの療育の技法が提案されており、当事者や家族にとっては混乱を招く状況となっている。広汎性発達障害に対するエビデンスに基づいた早期療育の手法を確立することは、大きな課題となっている。われわれは、全国の様々な早期プログラムを実践する、それぞれ特徴のある幾つかのグループで3年間にわたって、前方向視的な調査を実施する。

本年度はその準備として、文献的展望、幾つかのパイロットスタディーによって基準線とも言うべき資料を取得することが本年度の研究の目的である。

2. 研究の方法

研究1では、最近までに報告された自閉症あるいは広汎性発達障害の早期療育に関する文献を国内、国外から集め批判的な展望を行った。研究2では、ごく一般的な保育と生活指導を中心とした母子通園施設に通った児童に関して、来年度からの前方向視的研究に用いるのと同じチェックリストを使用して、この1年間の変化を後方向視的に調査し、統計学的な検討を行った。研究3では、PECSによる早期療育の試行を行った児童を中心に、早期療育のプログラムについて検討を行った。研究4では、早期療育を平均12ヵ月実施した様々な発達障害の児童の主として社会性に関する変化について、SM式社会能力検査を用いて測定し、その変化を調べ

た。研究5では、在宅でABA（応用行動分析）による早期療育を行うというユニークな実践を行っているつみきの会の紹介とその成果について検討を行った。

<倫理に関する配慮>

今回の研究では、患者の匿名性が守られるように、個人名は研究資料に伏さず、すべてコードをもちいて管理を行っている。また研究の参加に関しては、その両親から文書による承諾を得ており、一括管理している。

3, 結果

研究1では、社会スキル練習、応用行動分析、TEACCHさらに最近のRDIを含む発達論的療育、ペアレントトレーニングなどがありそれぞれに成果が認められている。またわが国では、療育通園や関係障害の調整など、独自の実践が行われ、成果を上げてきた。これらの文献を展望してみると、それぞれにそれなりの成果を得ることは出来ていた。しかし何が働くのかという点に関しては、未だに証明がなされていないことも明らかとなった。

研究2ではKIDS, CBCL, PARS, GHQの各尺度で、1年に満たない通院期間において、いずれの尺度においてもほぼ有意な改善が認められ、療育の有効性を示唆する結果となった。特に、PARSの得点は1%水準の有意な改善が示され、単なる発達の促進だけではなく、自閉症症状の改善も認められることが明らかとなった。

研究3では初診年齢2歳8ヶ月の広汎性発達障害児において、PECSによる療育の後、グループ療育を行い、コミュニケーションにおける大きな発達が示された。

研究4では、AD群の平均SQ値 60 ± 16 、PDD群は 72 ± 17 、MR群 70 ± 19 であった。1回目と2回目のSQ値の変化の平均は、AD群では -2 （分布 $-20 \sim 20$ ）とむしろ下がり、PDD群では $+8$ （分布 $-19 \sim 35$ ）またMR群では $+3$ （分布 $-28 \sim 46$ ）では上昇が認められた。このように、一見AD群において療育によってむしろ低下が

認められた。

研究5では、療育の実践によって、社会的スキル、コミュニケーション、社会的行動のいずれもそれなりに伸びたことが示された。またKIDSを用いた調査では、ABAを用いたつみきの会の療育グループの方が、地域の通園に通い、ABAを用いなかった群よりも有意に発達が伸びていることが示された。

4, 考察

研究2, 研究3, 研究5はそれぞれ療育方法は異なるが、それなりに早期療育の成果と考えられる結果が示された。

一方、研究4では、約1年間の療育によって自閉症群においてむしろSM社会性尺度の低下が認められたという驚く結果となった。これはおそらく、比較的重度の発達障害の場合には、幼児期全体を通してその発達障害として症状が明らかになるために、運動発達の向上や、自立的行動の増加によって、むしろ社会性の一過性悪化ということが発達に添って起こりうるということを反映していると考えられる。

研究1からは、自閉症研究60年の歴史の中で、療育研究も平行して行われてきたが、未だに決定打というべき方法は手探りであることが改めて示された。その一方で、一般的な普通の保育でも、それなりに成果が上がるらしいこともまたわが国の資料から示されている。何が早期療育において有効であり、またなぜ有効であるのかという点は、本研究の全体的なテーマであり次年度以後も引き続き検討を行う。

5, 結語

早期療育はそれなりに有効であることが改めて示された。今後は、その背後にあるものの解明と、どのような児童に、どのような療育が最も適しているのかという検討であろう。

本年度の業績

- ・ 杉山登志郎：子ども虐待という第四の発達障害. 学研、東京、2007
- ・ 杉山登志郎：発達障害の子どもたち. 講談社新書、東京、2007.
- ・ 杉山登志郎：高機能広汎性発達障害と子ども虐待. 日本小児科学会雑誌, 111(7), 839-846, 2007.
- ・ Miyahara M, Bray A, Tsujii M, Sugiyama T: Reaction time of facial affect recognition in Asperger's disorder for cartoon and real, static and moving faces. Child Psychiatry and Human Development, 38, 121-134, 2007.

厚生労働科学研究費（こころの健康科学研究事業）

（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

広汎性発達障害に対する早期治療法の開発

分担研究者 杉山登志郎（あいち小児保健医療総合センター）
研究協力者 明翫光宜（中京大学心理学部）
野村香代（浜松医科大学子どもこころの発達センター）
並木典子（あいち小児保健医療総合センター）
原 仁（横浜市中部地域療育センター）
山根希代子、水野徹、太田民恵、桑田和枝
（広島市西部こども療育センター）
藤坂龍司（つみきの会）

その1 自閉症の早期療育の現状と展望

明翫光宜 中京大学心理学部
野村香代 浜松医科大学子どもこころの発達センター
並木典子 あいち小児保健医療総合センター
杉山登志郎 あいち小児保健医療総合センター

要旨

自閉症および広汎性発達障害の早期療育に関する国内、国外の報告を展望した。早期療育によって確かに成果があがることは示されてきたが、どのようにしてそれが有効であるのは、十分に示されては来なかった。それらは社会スキル練習、応用行動分析、TEACCH さらに最近の RDI を含む発達論的療育、ペアレントトレーニングなどがありそれぞれに成果が認められている。またわが国では、療育通園や関係障害の調整など、独自の実践が行われ、成果を上げてきた。これらの文献を展望し、今後の療育研究についてまとめた。

1. 研究の目的

自閉症の発達経過の研究は、幼児期からの長期的な予後に関するものが多かったが、近年では、早期発見・早期療育の重要性が主張されて、いくつか療育の実践が報告されている。また同時に自閉症療育の基本的知見が十分に整理されないまま、いくつもの療育の技法が提案されており、当事者や

家族にとっては混乱を招く状況であるといえないだろうか。そこで本論文では、これまでの自閉症の早期療育に関する研究を概観し、自閉症の早期療育の意義について考察したい。

自閉症児の早期療育の効果を示す研究データは、日本においてもいくつか示されている。1962年に始まった3歳児健康診査、

1977年に始まった1歳6ヶ月健康診査によって、全ての乳幼児に対して医学的・心理学的な発達スクリーニングが全国的に行なわれるようになったことが大きな要因であるといえる。つまり、早期療育が比較的早い時期から市町村で取り組みだされたと考えられる。1980年代での早期療育の研究は、例えば早期診断・早期療育の現状と課題について議論する研究報告がなされていた（例えば、服部, 1987）。

1990年代から、自閉症児の早期療育の効果を示す研究が報告され始める。例えば、杉山（1996）の研究データを示す（Table1-1, Table 1-2, Table2）。

まずTable1-1では、A群とB群の違いとして療育開始の時期があげられる。B群の方が有意に早い時期に療育が開始されたことがいえる。さらにTable 1-2では、折れ線後の言語獲得状況を比較しているが、3歳時ではA群3名（11%）に対してB群28名中

Table1-1 始語開始、言語消失、療育開始の時期（杉山, 1996, p. 11）

	始語開始（月）	折れ線（月）	療育開始の時期（月）
A群（1972-1976）	13.3±2.8	22.1±3.5	43.7±9.8
B群（1989-1993）	14.3±2.8	21.9±3.7	32.5±6.2
t-test	n. s.	n. s.	t=3.76 p<0.01

Table1-2 折れ線後の有意獲得（杉山, 1996, p. 11）

	3歳	4歳
A群（1972-1976）	3（11%）	6（22%）
B群（1989-1993）	14（50%）	20（71%）*

*p<0.01 $\chi^2=11.5$

Table2 高機能広汎性発達障害の早期診断と現在の状況（相関係数）（杉山, 1996, p. 14）

	療育開始（月）	IQ	適応（GAF得点）
診断年齢（平均5.7歳）	0.51（p<0.001）	0.07（n. s.）	-0.38（p<0.01）
療育開始（平均3.2歳）		-0.12（n. s.）	-0.27（p<0.05）
IQ（平均88.3）			-0.18（n. s.）

14名（50%）、さらに4歳時ではA群6名（22%）に対してB群20名（71%）と有意にB群が多いという結果が示されている。これらの資料は、療育によって自閉症の軽症化を示すものである。

さらにTable2では、診断年齢、療育開始年齢、IQ、GAF得点に関してPearsonの積率相関係数が算出されている。この表が示すのは、診断の年齢が低いほど療育開始が早く、診断年齢および療育開始年齢が低いほど、GAF得点（後年の適応）は良いことを示す。つまり、早期療育を開始した自閉症、高機能広汎性発達障害の症例において、療育開始の年齢が低いほど、適応状況は良いというデータが示されているのである。

杉山（1996）の研究から、確かに早期療育の効果を示唆する結果が出ている。しかし、自閉症児が早期療育を受けることで何が改善するか、また早期療育のどのような側面が発達促進的であるのかという点ではまだ十分に明らかにされていない。この点の解明が今後求められるであろう。

2. 海外での早期療育について

海外での早期療育について、療育理論について、いくつかの変遷がある（十一, 2003）。1980年代までの療育の研究については、Simeonsson, Olley, & Rosenthal（1987）の総説がある。そこで、実験的なデータと科学的な手法を用いている自閉症児のため

の包括的なプレスクール・プログラムと評価される研究はわずかに3つしかなかったと言われている。その3つの研究とは、Fenske et al(1985), Lovaas(1987), Strain et al(1986)であった。

Rogers (1996) の展望論文では6つの包括的な治療プログラムについて紹介しているので表に示す (Table3)。それらの研究の展望から得られたこととして、まず同じ介入を受けるにしても超早期 (2-4歳) に行なわれた方がずっと発達促進的であるということである (Fenske et al, 1985 ; Lovaas & Smith, 1988)。第二に、自閉症の療育は、脳性まひや重度の精神遅滞など重度の神経発達の障害を抱える子どもよりも早く効果を期待することが出来そうである。自閉症の早期は柔軟性があり、発達障害の中でも独特であり、介入の臨界期を示していると考えられた (Rogers, 1996)。以下、海外で行なわれてきた早期療育について概観する。

(1) 社会的スキルのためのカリキュラム

自閉症児のプレスクールカリキュラムとして、自閉症児の社会的スキルや対人スキルに焦点を当てた研究と実践が多く行なわれた。社会的カリキュラムでは、(a)問題行動を減らすこと、(b)遊び、(c)模倣、(d)クラスに入る準備教育、(e)社会的ルーチンなどが目標に挙げられていた (Olley & Stevenson, 1989)。以下、代表的なカリキュラムについて紹介する。

プレスクール児のための社会能力治療教育パッケージ (Social Competence Intervention Package for Preschool Youngsters : SCIPPY) と呼ばれるカリキュラムがある (Day, Powell, & Stowitschek, 1980)。これは具体的な活動内容が書かれている20枚の活動カードからなり、3つの重要な遊びスキルである「遊びの組織化」、「共有」、「援助」を教えるためのアイデアを仲間に提供するものである。SCIPPYは遊びを用いて、社会的スキルを教える形態をとっている。活動は、発達的な順序性が考慮され、実験的に効果的であることがわかっ

ている遊びスキルを基本としている。

次に、「学習の経験... プレスクールの子どもと親のための代替プログラム (Learning Experience... An Alternative Program for Preschoolers and Parents : LEAP)」がある (Hoyson, Jamieson, & Strain 1984)。自閉症児と健常児を対象にした土日を除く毎日3時間行なう教育を含んでいる。LEAPの重要な特徴は、プログラムの親参加である。LEAPの概念モデルは次の3つの仮説をもとに作られている。(a)カリキュラムの目標は家庭・学校・地域社会に必要なスキルに焦点を当てる、(b)習得したスキルは親・教師・友達の積極的な関わり合いによって維持される、(c)それぞれの活動の綿密な計画・実施・評価がよりよい教育を導く、である。教育目標は、「学習達成プロフィール (Learning Accomplishment Profile : LAP)」を使って行なわれる。LAPは8領域に分かれており、(1)細かい手操作、(2)細かい書く動作、(3)言語理解、(4)言語表出、(5)認知的な数の計算、(6)認知的なマッチング、(7)粗大な物の運動操作、(8)粗大身体運動である。

1980年代に発展してきた社会的スキルの教育についての共通点は、「就学準備」、「健常児との相互交渉による自然強化と健常児のスキルの般化」、「行動療法的アプローチ (プロンプトと強化を用いてははっきりと分かりやすく教える)」であった。健常児との関わりを治療的に用いる統合教育は、自閉症児の対人相互交流の効果を生じさせ、般化させるのに必要であるという証拠を示す研究がみられたようである。しかし、これらの治療効果をもたらすには参加した仲間の対人能力が重要であるとの指摘もあり、統合教育は自閉症児の対人相互交流の介入に必要であるが、十分条件とはならないのではないかと McConnell(2002)は述べている。

(2) 応用行動分析の研究

アメリカで広く用いられている体系的療育プログラムの代表の1つとして応用行動分析 (ABA) が挙げられる。厳格に統制され

た治療環境下で行動療法を行なう古典的 ABA に始まり、より自然な状況下で学習訓練を重視するようになった近年の ABA まで様々なバリエーションがある (十一, 2003)。

自閉症研究の初期の介入研究の特徴は、古典的 ABA の手法を用いた単一事例研究の実験計画の多さである。これらの研究の長所は、(a) 介入の構成要素の中から単独の効果と複合的効果の分離、(b) 有効な介入の効果に焦点を当てられること、(c) 個性記述的分析なので柔軟性の高い実験方法の厳密な

統制が可能である、(d) 治療構築段階に特化した利点、の 4 点である (McConell, 1994)。特に応用行動分析の中でも Lovaas et al の実践が当初から優れた治療効果を報告し続けてきた。Lovaas et al は、自閉症療育に対する治療効果を最大にする変数 [(a) 早期介入、(b) 治療への親参加、(c) コミュニティフォーカス、(d) 高密度治療] を全て動員した治療パッケージを「自閉症早期介入行動モデル」として開発し、検証し、洗練化を図っている (中野, 1996)。また早期の

Table3 6つの包括的な治療プログラム (Rogers, 1996)

研究	N	月齢	診断対象	比較群	治療期間	治療形態	結果
Fenske et al (1985)	9	48.9	特になし	年長自閉症群 9 名 (101.2 ヶ月)	2 年以上	応用行動分析 (週に 27 時間)	<ul style="list-style-type: none"> 年少のグループの 44% が普通学校へ通学 年長グループの 11% が普通学校へ通学
Lovaas (1987) McEachin, Smith, & Lovaas (1993)	19	34.6	低機能の子どもは除外された。治療者の力量によってグループは割り当て	40.9m の子ども 40 名 1 対 1 の治療が週に 0 ~ 9 時間と地域の特別教育サービスを受けた。	2 年以上	1 対 1 の応用行動分析 (週に 40 時間)	<ul style="list-style-type: none"> IQ スコアの変化 実験群 VS 統制群 : 83 VS 52 普通学級に進学 実験群 VS 統制群 : 47% VS 2% 軽度の障害で特殊学級へ進学 実験群 VS 統制群 : 42% VS 45% 知的障害を伴った重度の障害 実験群 VS 統制群 : 10% VS 53%
Hoyson, Jamieson, & Strain (1984)	6	40	向精神薬を服用している精神遅滞は除外した。	Pre-Post デザイン 比較群はなし	6 ~ 16 ヶ月	統合グループプログラム (週に 15 時間) 10 名の子どもに対して 4 名のスタッフ (発達の、あるいは行動的カリキュラム)	介入期間の間、健常の発達指数と子どもの発達指数を重ねた。その結果、全ての領域において発達指数の有意な増加が認められた。
Rogers, Lewis (1989) Rogers, Dilalla (1991) Rogers, Lewis, & Reis (1987)	49	45.8	特になし	Pre-test の際に行動上の問題がある子ども 27 名を比較群とした。	6 ~ 12 ヶ月	小グループの発達カリキュラム (週に 22 時間)	<ul style="list-style-type: none"> ほとんどの発達領域で有意な増加が認められた。 養育者との象徴遊びや社会的相互作用の有意な増加が認められた。 介入期間の間、健常の発達指数と子どもの発達指数を重ねた。その結果、73% の子どもが 5 歳までに言語の使用が可能に。

Harris et al (1990)	et	16	50.11	高機能	Pre-Post デザイン 比較群は健常群	12ヶ月	小グループと大グループ、 応用行動分析、 離散的試行および教育	・ビネー知能指数が18ポイント 上昇した。 ・言語指数が8ポイント上昇した。
Anderson et al (1987)	et	14	42.3	地域によって選別	Pre-Post デザイン 比較群はなし	1~2年	応用行動分析による家庭教育、 発達の、あるいは行動的カリキュラム (週に15~25時間)	・毎年、全ての発達領域について有意な増加が認められた。

介入行動モデルは、2人の自閉症児の兄弟をこのモデルで治療して成功した母親の手記によって多くの関心を集めた (Maurice, 1993)。

Lovaas et al の早期介入行動モデルの基礎研究の概略は、Table3にも示してある (Lovaas, 1987; Lovaas, & Smith, 1988; McEachin, Smith, & Lovaas, 1993)。比較の対象は、(1) 高密度治療群 19名 (週40時間の行動療法を2年以上)、(2) 最小治療群 19名 (週10時間以下の行動療法)、(3) 非治療群 21名 (他機関で処遇) であった (Lovaas, 1987)。

治療終了後、高密度治療群が6-7歳の時点で知的機能と就学措置の比較が行なわれた。平均IQは、高密度治療群が63から83に上昇した。一方、最小治療群と非治療群には大きな変化認められなかった (最小治療群: 57→52、非治療群: 59→58)。また高密度治療群 19名中9名 (47%) は、普通学級1年を無事に修了した。最小治療群、非治療群合わせて40名の中で同様の改善を示したのは1名であった。

2回目の追跡調査は、高密度治療群が平均13歳に達した時点で行なわれた。IQは、高密度治療は84.5、最小治療群は54.9であった。高密度治療群で普通学級に措置されていた9名中8名はなお普通学級に留まり、1名だけが学業ではなく問題行動から特殊教育を要求された。しかし、普通学級に措置されなかった10名のうち1名が特殊学級か

ら普通学級に措置されたので前回の調査と同様の治療改善を維持していることになる。

しかし、方法論に問題もあった。ランダムサンプリングが十分でない点である。またフォローアップ時の子どもの年齢にも多少の違いがあり、論争が行なわれたが大方は研究結果がそれらによって大きく損なわれたとは受け止められていない (中野, 1996)。その他に訓練成果の「般化」の難しさ (十一, 2003) や普通学級で学習できることで、あたかも自閉症の治癒ないし全快をしたかのような「正常機能」という表現の問題があった (佐々木, 2001)。現在のロバース法の治療原理は以下のようになっている (中野, 1996)。

- (a) 行動原理の強調: 行動療法の原理
- (b) 家族の参加
- (c) 治療初期は1対1の指導
- (d) 統合: 子どもが集団場面に参加できる段階からは健常児との統合教育に導入
- (e) 総合性: 新しい行動を1つ1つ学習させていく
- (f) 集中性: 週に40時間、30時間の介入
- (g) 個人差: 行動療法への反応は著しい個人差がある

その後の発達研究の流れから、ABAは個別施行をやめて自然条件に近い治療環境を用いる必要性を訴える研究者が現われた。療育の成果も言語や行動の形式的側面のみに注目するのではなく、コミュニケーション行動の機能性を評価することが重要視され

ることになった（十一，2003）。近年のABAの特徴は、(a)学習場面の主導権は子どもにある、(b)トピックは子どもが選ぶ、(c)強化子は食べ物の報酬からやり取りの中での受諾や承認のような自然なものになった、の3点であり、古典的ABAで問題になった「般化」が円滑に行なわれやすくなっている。

(3) TEACCHプログラム

TEACCHプログラムとは、Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Childrenの略である。アメリカのノースカロライナ州立大学を基盤になされているノースカロライナ州の自閉症とその家族、関係者（教師、支援者、雇用主）、専門家を対象にした包括的プログラムのことを指す（内山，2006）。このプログラムの目的は自閉症者が社会の中で有意義に生活し、出来るだけ自立した行動を出来るように支援することにある。TEACCHプログラムの早期療育について内山（2006）の解説を要約する。

TEACCHプログラムの早期療育の実践として、プレスクール（就学前プログラム）がある。そこでは、2歳から5歳までの自閉症の子どもを対象にしている。療育が行われる教室は高度に物理的構造化がなされている。例えば、壁やカーペットなど普通の幼稚園にあるような境界に加えて衝立や本棚、ホワイトボードなどを使って明確に視覚的に区切られたワークエリア（学習課題のエリア）とサークルエリア（集まり、遊びのエリア）、そして、おやつ場所など明確に区別して設定する。プレスクールでは絵カードによるコミュニケーション指導をよく用いる。この方法はPECSと似ているがPECSほど文法の正確さにこだわらない。

個別療育は、1対1で個別に設定された課題をワークシステム（何の課題をどれだけ行なって、終わったら次は何をすべきかを示したもの）に従って行なうよう教育される。子どもは1対1の指導場面でワークシステムが理解できるようになると、今度はワークシステムに従って複数の課題を順番

にこなせるように指導される。なお、課題は治療者が手作りをしている。

集団療育は週に1回から2回であり、3人から6人の子どもで構成される。少人数制が日本での療育との違いである。グループの構成も子どもの現在の能力や困難な点、親のニーズをアセスメントし、発達水準や気質のマッチしたグループを作る。グループのメンバーが決定したらワークエリアや休憩エリアなど家具の配置も子どもに合わせて決定する。さらに子どものアセスメントに基づいてスケジュールとワークシステムを設定する。グループで教える内容は、遊びのスキル、一緒に共同して何かを作ること、順番や交代の方法についてなどである。なお高機能グループでは、社会的ルールを視覚的に提示したり、ソーシャルストーリー（Gray & White, 2000）を用いるなど社会性の指導に重点をおいている。

TEACCHプログラムでは、特に幼児期において親との協力が重要である。個別セッションに親も参加して家庭で出来るように練習することもある。さらに週に1回の勉強会などで構造化について研修する。なお、親訓練や家庭学習の研究（Ozonoff, & Cathcart, 1998）については以下のペアレントトレーニングで述べている。

TEACCHプログラムは、自閉症特性に合わせた物理的構造化（自閉症へのバリアフリー）と応用行動分析など必要な治療技法を吸収しながら発展している治療パッケージである（佐々木，2001；内山，2006）。

TEACCHプログラムの理念は以下である。

- (a) 理論ではなく子どもの観察から自閉症特性を理解する
- (b) 保護者と専門家の協力
- (c) 治癒ではなく、子どもが自分らしく地域の中で生きていけることがゴールである
- (d) 正確なアセスメント
- (e) 構造化された指導法の利用
- (f) 認知理論と行動理論を重視する
- (g) スキルを伸ばすと同時に弱点を受け入れる

(h) 全体的な見方を重視する

(i) 生涯にわたるコミュニティーに基礎を置いたサービス

(4) 発達の療育論

古典的 ABA が自閉症療育の第一世代と呼ぶなら、現代型 ABA と TEACCH が第二世代、そして第三世代モデルとして発達の療育論がアメリカで普及しつつある。発達療育論は正確には、Social-Pragmatic Developmental Approach (SPD) と呼ばれる (十一, 2004)。このモデルに含まれる療育プログラムは、Rogers のデンバーモデル、Greenspan による DIR モデル、Prizant のサーツモデル、Gutdtein (2000) の RDI などがある。このモデルの特徴として以下のことが挙げられる (十一, 2003; 2004; 2006)。

まず、コミュニケーション能力の習得は基本的に対人相互作用の場で行なう。そのような状況で何よりもまず子どものコミュニケーション欲求を惹起し、治療者のコミュニケーションスタイルを子どもに最適化することにより、自分のコミュニケーション行動が有効であると子どもが実感できるように重点を置く。

それと関連して、子どものコミュニケーション行為を基本的にいったんは全て受け入れる。これによりコミュニケーションの試みが反復促進されるようになる。

次の特徴として自らの思いが対人状況に影響を及ぼしうる能力を育むために非指示的一動因促進型というスタイルがとられる。子どもの自己選択によって自発性、能動性、そして表出性を失わないようにし、表出のレパートリーを豊かにすることを目指す。

さらに、他者との交流状況における自己の緊張・情動状態の安定化を学習の前提として重視する点である。これは社会的・対人的活動に緊張・情動状態の安定化が不可欠であるのみならず、幼児期には認知機能と情動が一体化して発達することが明らかになっている。つまり、対人相互場面での情動調整が可能になると、対人的相互性とともに他者や環境に対する安全感と信頼感が生まれ、学習および情動発達が進展する

ようになるのである。

最後に、出来る限り自立的な社会適応能力を獲得する上で、治療者の介助統制のもと、なるべく同世代者を媒介とした学習場面を積極的に利用する点も多くの第二世代モデルとは異なっている。

代表的な発達療育論としてサーツモデルと RDI について紹介する。サーツモデルは正確には「交流型対人コミュニケーション・情動安定・支援モデル」のことである (Prizant et al, 1997; 2003; 十一, 2003; 2004; 2006)。サーツモデルは、対人コミュニケーション (共同注意の能力増進)、情動安定化 (自己調整能力、相互的調整能力、破綻状態の修復)、交流型支援 (学習支援・家族支援) の 3 つの領域から具体的目標が考えられる。

RDI は Gutdtein が開発した自閉症など対人関係能力の発達に問題のある子どもたちに、経験の共有、情緒的な参照能力、対人的調整能力などを発達、促進することを目指した援助・教育プログラムである。Gutdtein et al (2007) は、2000 年から 2005 年の間に RDI プログラムに参加した自閉症児を対象に介入前とフォローアップにおいて ADOS と ADI-R を用いて、社会性 (経験の共有) の査定を行なった。フォローアップ時の査定で経験の共有において自閉症の診断を満たしている子どもはいなかった。この研究では比較群がないことや研究の統制の点で限界があるものの、RDI の効果を示唆するものである。

発達論的アプローチは、交流や情動の側面が強調されるため、心理療法との類似性がうかがえる。しかし、発達論的アプローチは次のことから特に精神力動的アプローチとは大きく異なると十一 (2003) は指摘する。精神力動的アプローチでは、「力動」が生じることは、個体の持つ欲求や本能的衝動がそのまま対人性を帯びた欲動や欲望となる状態を想定して、その力動の問題に携わる作業である。一方、発達論的アプローチは、自閉症では対人的な「力動」という現象が発生する基盤となるメカニズム自

体に問題があるという事実に注目し、経験的知見と技術的分析を通じて人間の発達過程を再検討したものであるといえる。

(5) ペアレントトレーニング

ペアレントトレーニングによる早期介入の展望がある (McConachine, & Diggle, 2006)。研究を Table4, Table5 に示す。これらの表から、社会的コミュニケーションスキルの改善の観点から早期療育としてのペアレントトレーニングが効果は確かにあるといえる。

しかし、McConachine, & Diggle (2006) は文献展望から以下のことを考察している。

第一に、ランダムサンプリングによる統制研究に関して、ペアレントトレーニングの効果を評価した研究は非常に少ない。第二に、全ての研究に重要な方法論上の欠点が認められる。特に、介入効果を明確にペアレントトレーニングに帰属できるほどの十分な大きなサンプルを持つ研究がないことである。

Table4 自閉症児のペアレントトレーニングの研究 (McConachine, & Diggle, 2006, Pp.123-124)

研究	研究協力者	治療計画	測定尺度と結果
Aldred et al (2004)	<ul style="list-style-type: none"> ・介入群 14 名 ・統制群 14 名 ・月齢 24~71 ヶ月 ・ADI と ADOS によって診断を確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・社会的コミュニケーションの親訓練 (SCT 群) VS ルーチンケア (RC 群) 1 年齢と自閉症症状の重度についてはランダムサンプリングが行なわれている。 2 Pre-test と Post-test の間隔は 12 ヶ月 3 介入は、ワークショップ形式で親への心理教育を行い、その後 6 ヶ月間個別セッションを行なった。親は 1 日 30 分の実践を求められた 4 ルーチンケアは、地域で行なわれている教育的・治療的サービスを受けた 	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもの結果 1 ADOS の社会的コミュニケーションのスコアが改善された (SCT>RC)。 2 言語理解 (MacArthur Communication Development Inventory) では有意差なし。 3 言語表出 (MacArthur Communication Development Inventory) では有意差なし。 4 Vineland Adaptive Behavior Scales では有意差なし。 ・相互作用の結果 1 子どものコミュニケーション行動 (SCT>RC) 2 親の同 3 時性 (SCT>RC) 4 注意の共有 (SCT>RC) ・親の結果 Parenting Stress Index では有意差なし。

<p>Drew et al (2002)</p>	<p>・介入群 12 名 ・統制群 12 名 ・月齢 22 ヶ月 ・ADI によって ICD-10 の自閉症を確認した。</p>	<p>・共同注視に焦点を当てた親訓練群 (JAFPT) VS ルーチンケア (RC 群)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 7 名の自閉症児を除外することでランダムサンプリングが行なわれた。 3 Pre-test と Post-test の間隔は 12.3 ヶ月 4 介入は、個別の家庭セッションを 1 日 30~60 分を 6 週間行なった。また地域のルーチンケアも受けている 5 統制群は、地域で行なわれている教育的・治療的サービスを受けた 	<p>・子どもの結果</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 言語理解 (MacArthur Communication Development Inventory) では有意差なし。 2 言語表出 (MacArthur Communication Development Inventory) では有意差なし。 <p>・親の結果 Parenting Stress Index では有意差なし。</p>
<p>Jocely et al(1998)</p>	<p>・介入群 16 名 ・統制群 19 名 ・月齢 24-72 ヶ月 CARS によって DSM-III の自閉症を確認した。</p>	<p>・デイケア+親訓練 (APP 群) VS デイケア (DC 群)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 自閉症の重症度に関するランダムサンプリングは満たされている。 2 Pre-test と Post-test の間隔は 12 ヶ月 3 介入は、自閉症就学前プログラム (APP)。親は機能分析に関して 10 週間にわたり、15 時間以上の訓練を受けた。子どもはその間、デイケアセンターに出席していた 4 統制群は、地域で行なわれているデイケアサービスを 10 週間にわたり、15 時間以上受けた。ソーシャルワーカーのサポートもあった 	<p>・子どもの結果</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Autism Behavior Checklist では有意差なし。 2 早期介入/就学前発達プロフィールでは有意差なし。 <p>・親の結果</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Stress-Arousal Checklist では有意差なし。 2 Family Assessment Measure では有意差なし。 3 TRE-ADD Autism Quiz (APP > DC)
<p>Koegel et al(1996)</p>	<p>・介入群 7 名 ・統制群 10 名 ・3-9 歳 DSM-III によって自閉症を確認した。</p>	<p>・Pivotal response training (PRT 群) VS Individual target behavior training of parents (ITB 群)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Pre-test と Post-test の測定が行なわれた。 2 PRT は、多くの手がかりへの反応や動機を励ます行動変容法に基づいている。 3 ITB は、行動のプロンプティングやシェイピングを用いたものである。親の実践を助けるためにマニュアルを用いた。 	<p>・相互作用の結果 観察尺度</p> <p>幸福感 (PRT > ITB)</p> <p>関心 (PRT > ITB)</p> <p>少ないストレス (PRT > ITB)</p> <p>コミュニケーションスタイル (PRT > ITB)</p>

<p>Koegel et al(1996)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介入群 7 名 ・統制群 10 名 ・3-9 歳 ・DSM-III によって自閉症を確認した 	<p>Pivotal response training (PRT 群) VS Individual target behavior training of parents (ITB 群)</p> <p>Pre-test と Post-test の測定が行なわれた。PRT は、多くの手がかりへの反応や動機を励ます行動変容法に基づいている。ITB は、行動のプロンプティングやシェイピングを用いたものである。親の実践を助けるためにマニュアルを用いた。</p>	<p>相互作用の結果 観察尺度 幸福感 (PRT>ITB) 関心 (PRT>ITB) 少ないストレス (PRT>ITB) コミュニケーションスタイル (PRT>ITB)</p>
<p>Schreibman et al(1991)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介入群 12 名 ・統制群 12 名 ・月齢 2.8 - 12.7 歳 	<p>Post-test のみ測定が行なわれた (19 名が参加)。19 名のうち 5 名がそれぞれの条件のトレーニングに参加した。PRT は、多くの手がかりへの反応や動機を励ます行動変容法に基づいている。ITB は、行動のプロンプティングやシェイピングを用いたものである。親の実践を助けるためにマニュアルを用いた。</p>	<p>親の結果 観察尺度 感情、熱中、関心、幸福がデータとして使用できなかった。</p>
<p>Sherman et al (1988)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・家庭教育群 5 名 ・入院群 5 名 ・外来群 5 名 ・2.6-7 歳 ・診断尺度は明らかではない 	<p>家庭教育、入院群、外来群の比較 機能水準によって自閉症児のランダムサンプリングは満たされている。介入前に 2 ヶ月間の間、子どもは査定を受ける。その後、6 ヶ月間の介入を受けて、2 ヶ月のフォローアップを受けた。</p> <p>家庭教育はインテンシブなスタイル (週に 5 日、6-8 時間) であった。不適応行動を減らし、スキルの獲得のために指導者は子どもに直接働きかけた。親は行動変容の原理について訓練を受けた。</p> <p>入院群の子どもは、週に 5-7 日入院して、親は治療には関わらなかった。</p> <p>外来プログラムは、家庭教育プログラムの最小版である (週に 5-8 時間)。親は積極的に治療に参加した。親は行動変容の原理を学習し、指導者との関わりは最小限であった。</p>	<p>子どもの結果 行動観察、Hung Functional Behavioral Checklist、Developmental Checklist はデータとして使用できなかった。</p>

Smith et al(2000)	ABA 群 15 名 PT 群 13 名 月齢 18~42 ヶ月 診断尺度は明らかではない	集中的な家庭教育による応用行動分析群 (ABA 群) VS 親訓練群 (PT 群) 各群の診断と IQ がほぼ同じである。 Pre-test は 3 ヶ月前に測定し、4 年 10 ヶ月時にフォローアップを行なった。 ABA 群は、週に 30 時間のロバース法に基づいて、2~3 年行なわれた。 PT 群は、親はロバース法と同じ治療技法を学んだ。親は、週に 5 時間の指導を 3 ヶ月から 9 ヶ月の間、受けた。子どもは親訓練を受けている間、特別教育を 10~15 時間受けた。	子どもの結果 IQ (Bayley 又はビネー法) : ABA>PT Merrill-Palmer : ABA>PT Reynell : 有意差はなし。 Vineland Adaptive Behavior Scales : 有意差はなし。 Child Behavior Checklist : 有意差はなし。 Lower parent training of workload : ABA>PT 親の結果 Lower parental stress : ABA>PT Higher parental training of quality : 有意差はなし。 Lower parental workload : ABA>PT
Bristol et al(1993)	介入群 14 名 統制群 14 名 年齢 3.8 歳 診断尺度は CARS を用いた	TEACCH+親訓練群 (PT 群) VS TEACCH 群 (CG 群) Pre-test は介入前に、その後、フォローアップとして 6 ヶ月と 18 ヶ月に測定した。 PT 群は、母子心理教育治療を伴った TEACCH を受けた。この群の母親は、子どもが受ける TEACCH サービスの共同治療者として積極的な役割を担った。 CG 群の母親は、子どもが受ける TEACCH サービスの共同治療者として役割は担わなかった。	親の結果 Maternal depression : PT>CG
Ozonoff & Cathcart(1998)	介入群 11 名 統制群 11 名 月齢 31-69 ヶ月 診断については不明だが、CARS によって自閉症が確認されている。	TEACCH+親訓練群 (PT 群) VS TEACCH 群 (CG 群) Pre-test は介入前に測定され、平均 16.5 週にフォローアップを行なった。 PT 群は、TEACCH プログラムと家庭での親訓練プログラムを並行して介入を行なった。参加者は、週に 1 回のセッションを 10 回受け、1 日 30 分子どもに関わる事を求められた。 CG 群の親は、標準的な TEACCH プログラムのサービスを受けた。	子どもの結果 PEP-R の結果より、模倣、知覚、目と手の協応、認知などで有意差はなし。

<p>Howlin (1981) Howlin et al(1987) Holmes et al(1982)</p>	<p>介入群 16 名 統制群 14 名(6ヶ月) 統制群 16 名(18ヶ月) 年齢 3-11 歳</p>	<p>親訓練群 (PT 群) VS ルーチンケア (RC 群) Pre-test は介入前に行なわれた。その後、6ヶ月、18ヶ月ごとに測定した PT 群の親は、家庭で行動療法が行なえるように訓練した。母親は 1 日 30 分子どもと関わるように指導された RC 群は、地域で利用できるルーチンケアに加えて断続的な外来治療を受けた</p>	<p>6ヶ月の子どもの結果 言語機能・言語機能ともに有意差はなし。 6ヶ月の親の結果 母親の行動の変化：有意差なし 母親の言葉の変化：情報提供、賞賛など RT>RC 母親の発声の変化：PT>RC 母親から子どもへの不快な言葉：RC>PT 6ヶ月の相互作用の結果 母子関係の希薄さ(直接観察)：RC>PT 母子の遊びと分離(直接観察)：PT>RC 18ヶ月のフォローアップ(子ども) 親からの面接より 家での問題行動：PT>RC こだわり：PT>RC 遊びの水準：RC>PT 子どもの言語使用：有意差なし 子どもの言語水準：有意差なし IQ：有意差なし 18ヶ月のフォローアップ(相互作用) 親からの面接より 親に対する反応性：RC>PT 他者への反応性：RC>PT 仲間への反応性：RC>PT</p>
--	--	--	---

Table5 自閉症児のペアレントトレーニングの統制研究 (McConachine, & Diggle, 2006, p. 125)

研究	研究協力者	治療計画	測定尺度と結果
Bristol et al(1993)	介入群 14名 統制群 14名 年齢 3.8歳 診断尺度は CARS を用いた。	TEACCH+親訓練群 (PT 群) VS TEACCH 群 (CG 群) Pre-test は介入前に、その後、フォローアップとして 6ヶ月と 18ヶ月に測定した。 PT 群は、母子心理教育治療を伴った TEACCH を受けた。この群の母親は、子どもが受ける TEACCH サービスの共同治療者として積極的な役割を担った。 CG 群の母親は、子どもが受ける TEACCH サービスの共同治療者として役割は担わなかった。	親の結果 Maternal depression : PT>CG
Ozonoff & Cathcart(1998)	介入群 11名 統制群 11名 月齢 31-69ヶ月 診断については不明だが、CARS によって自閉症が確認されている。	TEACCH+親訓練群 (PT 群) VS TEACCH 群 (CG 群) Pre-test は介入前に測定され、平均 16.5週にフォローアップ。 PT 群は、TEACCH プログラムと家庭での親訓練プログラムを並行して介入を行なった。参加者は、週に 1回のセッションを 10回受け、1日 30分子どもに関わる CG 群の親は、標準的な TEACCH プログラムのサービスを受けた。	子どもの結果 PEP-R の結果より、模倣、知覚、目と手の協応、認知などで有意差はなし。
Howlin (1981) Howlin et al(1987) Holmes et al(1982)	介入群 16名 統制群 14名(6ヶ月) 統制群 16名(18ヶ月) 年齢 3-11歳	親訓練群 (PT 群) VS ルーチンケア (RC 群) Pre-test は介入前に行なわれた。その後、6ヶ月、18ヶ月ごとに測定した。 PT 群の親は、家庭で行動療法が行なえるように訓練した。母親は 1日 30分子どもと関わるように指導された。 RC 群は、地域で利用できるルーチンケアに加えて断続的な外来治療を受けた。	6ヶ月の子どもの結果 言語機能・言語機能ともに有意差なし。 6ヶ月の親の結果 母親の行動の変化：有意差なし 母親の言葉の変化：情報提供、賞賛など RT>RC 母親の発声の変化：PT>RC 母親から子どもへの不快な言葉：RC>PT 6ヶ月の相互作用の結果 母子関係の希薄さ(直接観察)：RC>PT 母子の遊びと分離(直接観察)：PT>RC 18ヶ月のフォローアップ(子ども) 親からの面接より 家での問題行動：PT>RC こだわり：PT>RC 遊びの水準：RC>PT 子どもの言語使用：有意差なし 子どもの言語水準：有意差なし IQ：有意差なし 18ヶ月のフォローアップ(相互作用) 親からの面接より 親に対する反応性：RC>PT 他者への反応性：RC>PT 仲間への反応性：RC>PT

3. 日本での療育

次に日本で行なわれている療育形態と研究を紹介する。日本でも早期から自閉症の療育について実践・研究が行われてきた。アメリカをはじめとする海外との大きな違いは、療育開拓が個人レベルで行なわれることが多く、大学規模や自治体での取り組みに発展するケースはわずかであったようである（十一，2003）。

(1) 母子通園施設での療育

日本でよく行なわれている療育スタイルは、母子通園施設での早期療育である。母子通園施設でのカリキュラムは、母親を通して通常の遊びと日常生活の練習を指導する構成となっている。療育の基本的指導内容をまとめると以下のようになる。

- (a) 健康な生活（発達の保障）
- (b) 養育者との信頼と愛着形成
- (c) 遊びを通しての自己表現活動
- (d) 基本的な身辺自立
- (e) コミュニケーション能力の確立
- (f) 集団行動における基本的なルール

上記のカリキュラムを見る限り、特別な訓練を用いているわけではない。しかも、保育士が母親を通して通常の遊びと日常生活の練習を指導している。しかし、上記の杉山(1996)のデータを参照する限り、療育を行うことにより、自閉症の症状が軽症化しているのは事実である。それでは母子通園施設での療育と普通保育の構造の違いについて述べてみる。

母子通園施設と普通保育との違いから考えてみると、母子通園施設は1対1対応で行なうということである。普通保育では、加配保育士が配置されても1対1というスタイルは実現しない（日本自閉症スペクトラム学会，2005）。この療育スタイルにより、愛着をはぐくむ基盤が可能となり、療育の密度が異なるのである。氏家（2000）は、自閉症乳児は生来対人志向性が弱いことを指摘し、それを端に発する親子の交互作用（関わり）の減弱を如何に活性化するかが必要であると述べている。そのことにより、間主観性や共感性の発達障害の進行を断ち

切ることを目指している。単独集団療育の前に3歳台という段階で愛着形成が必要であり、その後療育に進むのが望ましいという考えである。上記の早期療育におけるカリキュラムは、自閉症の乳幼児期特有の課題であり、自閉症の早期療育の原則であるとされている（高橋，2003）。

母親を通じての早期療育の実践報告があるので紹介する。荻原ら（荻原，2002；荻原・高橋，2003）は、これまでの乳児期の自閉症研究は、「VTR記録の分析や母親の記憶に頼った回顧的資料や育児日記の検討など後方視的研究にとどまっていること」、「自閉症児の発達研究の多くは3歳以降からのものがほとんどである」と問題点をあげ、1歳台、2歳台の自閉症児の超早期療育に取り組むと同時に、乳幼児期の発達経過を前方視的に研究している。その中で特に高橋・荻原の研究（2003）を詳しく取り上げる。研究協力者は10名（男児6名，女児4名）であり、療育開始年齢は平均1歳6ヶ月（1歳0ヶ月～1歳9ヶ月）である。療育期間は平均3年9ヶ月（2年3ヶ月～4年9ヶ月）である。

療育形態は週に1回の間隔で、母子同席で約1時間の個別指導を行なった。前言語コミュニケーション段階では、対面遊びや身体接触遊びを通して快適な情動を引き出し、そのような行為を提供する人への関心を高めることを目的とした。さらに子どもの興味・関心、行動変容を、関わりに対する反応を母親に伝え、活動に参加させ、母子の関係促進的な関わり方の習得を行なっている。シンボル獲得以降は認知的課題を徐々に取り入れ、子どもの発達に伴って指導内容を変えた。研究協力者は、ほぼ同時期から週一回の集団母子療育にも参加したとのことである。評価法は、遠城寺式発達検査（1ヶ月、あるいは隔月のペースで母親からの聴取で実施）、田中ビネー知能検査（療育終了前後で実施）である。発達検査のプロフィールは、2歳から3歳にかけて「発語」・「言語理解」に著しい伸びが認められ、V字型へと移行した。さらにDQは全