

表1 対象児童と保護者の状況

	診断・こどもの特徴	療育前 評価時 年齢	PARS (回 願)	PARS (4月 現 在)	KIDS(総DG)	CBCL 総点	CBCL 総T	GHQ-28 計	前期集 団療育 参加の 有無	前期 家庭 での PECS 実施
1	A MR こだわり強い	2歳11 か月	24	31	52	62	64	13	○	○
2	HFPDD 要求強い	2歳8か 月	18	14	99	88	82	8		
3	HFPDD 受動	2歳4か 月	15	9	89	43	56	7		
4	PDD 運動発達遅滞 中度MR	2歳1か 月	19	17	55	59	63	11	○	
5	A 中度MR	2歳1か 月	29	25	52	80	73	8	○	
6	PDD 軽度～境界域 MR 保育園在籍	2歳8か 月	14	15	69	45	57	5	保育園	
7	HFPDD 受動	2歳10 か月	9	4	78	10	37	2		
8	A MR こだわり強く 変更が苦手	2歳11 か月	45	40	74	74	69	10	○	
9	A 軽～境界域MR 遊び広がりにくい	1歳11 か月	18	14	68	42	56	2		
10	HFPDD 変更が苦手	2歳3か 月	19	16	88	52	60	2		
11	A MR 遊びが限定 注意転導性強い	2歳3か 月	15	14	52	19	43	2		
12	PDD 中度MR 運動 発達遅滞	2歳9か 月	26	27	46	45	57	2	○	○

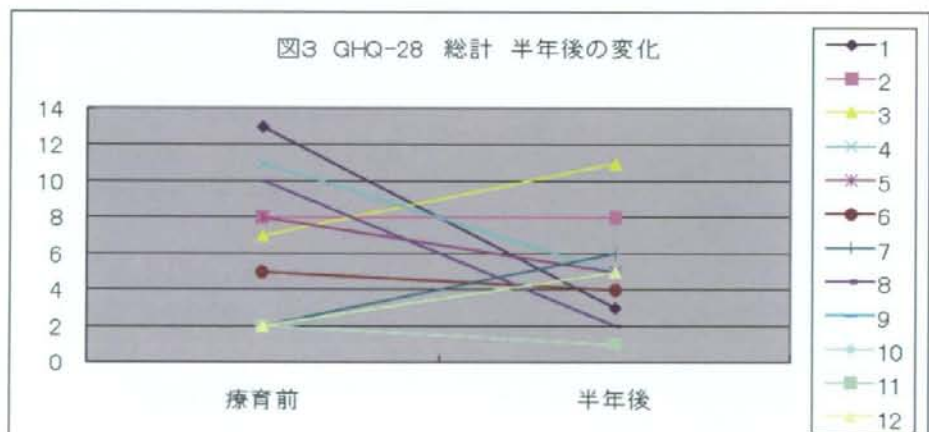
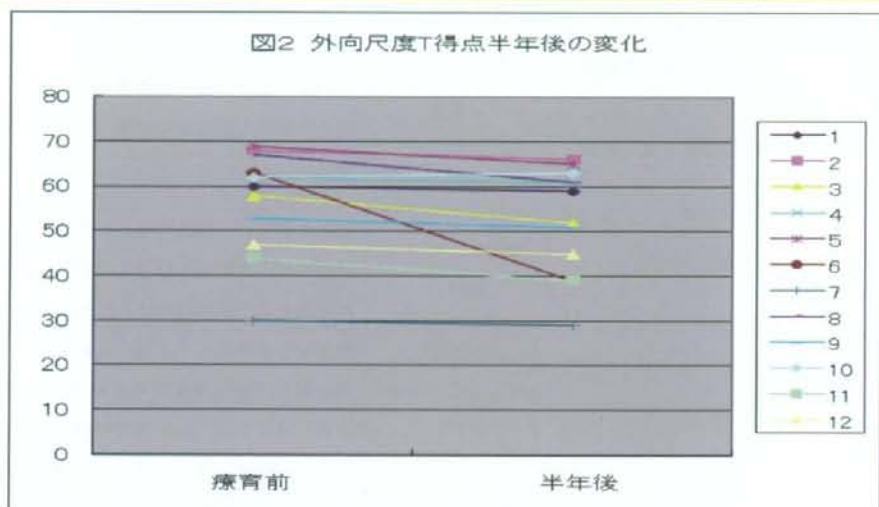
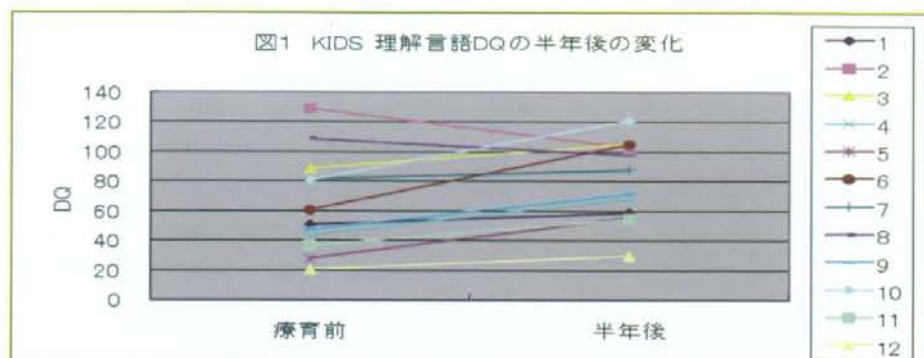


表2 PEGSの進行状況

回数	現在のPECSのフェイズ	セッションでの語彙数	現状
1	9 自由遊びでフェイズII	10 (単語)	動物のフィギュア強い好子。動物の名称の言葉で要求可。こだわり強いが、遊びのモデル(直接介助)で徐々に広がる。
2	9 おやつ・自由遊びでフェイズII・III・IV	100 (文章)	常にしゃべっている。相手の意図理解困難。目前の対象に注意が移りやすい。マイペースだが、変化への適応困難
3	9 発語あり 自由遊びでフェイズI・II・III、IIが定着しにくい。フェイズIV(文章)でフェイズIIを試みる	30 (文章)	文章レベルでやや一方的なコメント。要求少ないが「もう一回」と言葉で発信出始める。相手の言葉の意図理解困難(ちぐはぐな行動)。
4	9 おやつ場面でフェイズI	4 (単語) ちよーだい	感覚運動遊び、小玩具など広がり、感覚運動遊びでは人とのやり取りも楽しむ。笑顔・発声が増える。要求の指さし出始める。
5	8 おやつ・シートブランコでフェイズI	4 (あれとつとり ここ やつた)	感覚遊び繰り返しすること可 振り返って人を見て笑う(セッション中4~5回)手差しの要求 スケジュールを見て手差しで要求
6	10 ブランコでフェイズII おやつでフェイズIV	3 (ワードパーシャル) さい(ください) こ(ブランコ)	発声が増える 視線が合う 指さしでの要求が増える 公園で「かーわってー」とプレイ場面から学習 行動のまとまりが出てきた
7	9 自発が非常に少ない。おやつ場面でフェイズII 手伝ってカード使用可	3? (ワードパーシャル) かーとー・・・	受動強く自発的な要求少ない。スケジュール導入で安定して過ごす。話しかけると、服をいじくり困る様子。自立課題は安心して好きな様子。
8	9 自由遊びでフェイズI	3 (単語) あけてかあさん	パターンの発語だが増える。水へのこだわりはスケジュール導入で安定し、遊びも広がる。
9	8 遊び場面でフェイズII・III	3 (おいで かして おま(コマ))	遊びが広がり、カードでの要求(じっくり見て選択)増え、発語も聞かれる。ピアノで弾く模倣可。終わると褒めてもらおうと見返り可。

10	9	おやつ場面でフェイズI スライムでフェイズIII	10	家庭では文章レベルで会話。セッションでの 発語少ない。行動や流れて記憶（次回よりス ケジュール導入予定） カードの詳細な弁別 も可
11	9	おやつ エグザイルでフ ェイズI・フェイズII（1 メートル）	3	注意転導性強いが、構造化を図り、遊べるよ うになり、構造化を取り払ってもOK。視線 での共感、カードでの要求明確となる。自立 課題好む。手伝って導入し、少し可。
12	8	おやつでフェイズI・フェ イズII（1メートル） 小 玩具でフェイズI	1（おととと）	発声が増える。以前は 所在無くふらふらと していたが、遊びが広がり、因果関係理解で きつつあり。カードでの要求も可。視野が狭 く見たものに反応しやすい。やり取りができ つつあり。

（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

I 早期療育の効果に関する検討

研究4 つみきの会におけるABA家庭療育の半年間の成果

研究協力者 藤坂龍司 つみきの会
池田千紗 つみきの会
井上ともみ つみきの会
森岡真生 つみきの会

研究要旨

1才6ヶ月から3才9ヶ月（平均33.6ヶ月；男児8名、女児4名）の自閉症・広汎性発達障害に、つみきの会による家庭でのABA療育の結果を、半年経過した段階で測定した。PARS得点は事前検査平均値が21.8、中間検査の平均値が21.1と変化がなかった。CBCLは事前平均値66.4、中間検査平均値60.7で統計学的に有意の差は認められなかった。母親のGHQは平均値9.7に対し中間検査値平均12.4と悪化したが、統計的に有意の差は認められなかった。KIDSにおける発達指数は、事前検査平均値50.9、中間検査平均値55.5と、統計学的有意な上昇が認められた（ $t=-1.94$, $df=11$, $p<0.5$ ）。新版K式発達検査による発達指数は、事前検査平均値55.8、中間検査平均値が62.8で、統計的に有意の差が認められた（ $t=-2.33$, $df=11$, $p<0.5$ ）。1年での資料を見なくては、この結果はまだ評価が困難である。

A. 研究の目的

自閉症・広汎性発達障害児の早期療育法の一つとして、応用行動分析（ABA）による個別療育が近年高い成果を挙げている。特にロバース博士の開発した「早期集中行動介入（EIBI）」は、47%の被験児が知的に正常域に達し、かつ付添なしで普通学級に入学するという劇的な成果を挙げ（Lovaas, 1987）、複数の追試でもその効果が確認されている（Smith, Groen & Wynn, 2000, Sallows & Graupner, 2005, Cohen, Amerine-Dickens & Smith, 2006）。

EIBIは、①ABAに基づく個別療育を、②主として子どもの家庭で、③週20～40時間、1年以

上に渡って継続する、という特徴を持つ。EIBIはいわゆる古典的ABAに属し、大人主導によるデスクでの不連続試行法（Discrete Trial Training, DTT）を多用するが、①子どもの生活の場である家庭や学校で療育を行なうこと、②日常生活を共にする親が療育に参加すること、によって、古典的ABAの欠点とされる「般化の困難」を克服している（Lovaas, Koegel, Simmons & Long, 1973）。

EIBIの難点は、訓練を受けた複数のセラピストが子どもの家庭を訪問し、週20～40時間の個別療育を行なうため、多大なコストがかかることである。もし親が自らセラピストとなり、

ロバースの療育法に基づきながら1日1～2時間程度の無理のない家庭療育を行なうことで、ある程度の改善効果を挙げることができれば、より実現可能性の高い普及モデルとなりうるだろう。

そこで本研究は、1才半から3才の自閉症・広汎性発達障害児12名を対象に、主として親が1日1時間以上の家庭療育を1年間継続し、その効果を明らかにすることを目的とする。このたび、半年後の中間検査の結果がまとまったので、そのデータを中心に報告する。

B. 対象と方法

1) 対象

対象はつみきの会HP及び会員向けメーリングリストを通じての被験者募集に応募した12組の親子である。当初14組の応募を受け、事前検査を行なったが、その後、半年後の中間検査までに2組が研究から離脱した。1組は医学上の理由（三角頭蓋の手術）、もう1組は家庭の事情（老親の介護）による。そこで本報告では、中間検査を受けた残り12組のみを対象とする。

当初、募集にあたっては、①首都圏、名古屋周辺、神戸・大阪とその周辺のいずれかの地域に在住し、②2～3才の自閉症・広汎性発達障害児（疑いを含む）を持つ、③つみきの会未入会の家族を対象にした。未入会者に限定したのは、ABA療育開始前のデータを得るためである。しかし2008年2月中旬に募集を開始した後、2ヶ月経っても当初予定した10組以上の被験者が集まらなかったため、4月中旬から会員歴1年以内の会員に対象を拡大した。6月初めに応募者が14組に達したので、募集を締め切った。後に離脱した2組を除く参加者12組のうち、非会員7組、会員5組である。非会員は事前検査後ただちにつみきの会に入会した。

参加者募集にあたって子どもの年齢は当初2才0ヶ月～3才6ヶ月としたが、応募者が少なかったため、途中で1才6ヶ月～3才10ヶ月に

対象を拡大した。

参加者の子どもの事前検査時のプロフィールを表1に示す。年齢は1才6ヶ月～3才9ヶ月、平均33.6ヶ月、性別は男児8名、女児4名である。全員が医療機関ないし公的療育機関によって、自閉症・広汎性発達障害またはそれらの疑い、との診断を受けていた。事前検査でのPARSの回顧得点は22～40点（平均29点）であった。

2) 方法

事前検査時に今回の研究計画について保護者に説明し、以下の諸点について同意を得た。

①今後1年間、日曜を除く毎日、1日1時間以上のABA家庭療育に少なくとも片親が従事すること（子どもの病気などやむを得ない事情がある場合を除く）

②今後少なくとも半年間、保育園や通園施設に週3日以上通わず、家庭療育に専念すること

③未入会者の場合、ただちにつみきの会に入会し、会のテキストに従って家庭療育を行なうこと

④1年間、ABA以外の治療・療育に参加または従事しないこと（すでに医療機関において投薬等を受けている場合は除く）

また月1回の親講習会にできる限り参加すること、家庭療育の記録をつけて提出すること、を義務づけた。

家庭療育は親以外に、学生アルバイトや親戚、友人などが参加することを認めた。その費用及び募集・訓練は親の負担とした。

家庭療育を指導するため、参加者を居住地ごとに東京地区（4組）、名古屋地区（3組）、神戸地区（5組）の3グループに分け、それぞれの地区で月1回、第一筆者を講師とする親講習会を行なった。講習会では毎回、1家族30分程度の個別指導を行なうほか、ABAの基本原則や問題行動への対処法、基本的な教育技法などについての講義を行なった。

また第一筆者による訓練を受けたつみきの

会所属セラピストが、週1回、対象者の家庭を訪問し、1回2時間の療育に従事するとともに、親を精神的に支える役割を果たした。

療育は、つみきの会のオリジナルテキスト「つみきBOOK」に従って行なった。このテキストは、ロバース博士の一連の療育テキスト(Lovaas, 1977, Lovaas, 1981, Lovaas, 2003)を参考にして筆者が会員向けに作成したものである。対象者にはテキストと付属ビデオを1部ずつ無料で配布した。

その他、対象者専用のメーリングリストを開設し、それを通じていつでも筆者宛に質問や相談を行なえるよう、またその回答を他の参加者も参考にできるようにした。このメーリングリストを使って、参加者全員が地域グループを超えて、情報を交換し、励まし合うことができた。

またつみきの会の通常の会員向けサービスとして、地域ごとの定例会への参加、会員専用メーリングリストでの情報交換などがあり、対象者はこれらのサービスも利用することができた。

3) 測定

PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)、CBCL (子どもの行動調査表 2-3 才用)、日本版 GHQ28、KIDS (乳幼児発達スケール Type T)、新版 K 式発達検査の各検査を、事前および半年後に行なった。

事前検査は、各参加者の応募時期に合わせて、2008年3月から6月にかけて順次、1, 2 家族ごとに実施し、PARS、CBCL、GHQ28、KIDS のデータを取った。PARS の聞き取りは第一筆者が担当し、残りは親が自記した。GHQ28 は全員、母親が回答した。新版 K 式発達検査は、今回の研究とは独立した専門機関 (駒澤大学文学部心理学有光興記研究室、日本聴能言語福祉学院若宮診療所 ST 田島志保、かとう小児科 (三重県)、兵庫教育大学神戸サテライト臨床心理相談室 藤田佑里子相談員) に依頼し、別に日を設けて実施した。

半年後検査も同様にして、2008年9月～12月に実施した。

C. 研究結果

1) 家庭療育の実施状況

各参加者の療育開始から当初一ヶ月間の家庭療育実施時間は、最も短い参加者で一日あたり43分 (週あたり5時間1分)、最も長い参加者で一日あたり166分 (週あたり19時間22分)、参加者全員平均値は一日あたり91分 (週あたり10時間37分) であった。2ヶ月目以降のデータは未集計である。

本研究プロジェクトに参加する際、各参加者には日曜を除く毎日、1時間以上 (週換算で6時間以上) の療育を義務づけたが、実際には子どもや親の病気、体調不良などにより、当初1ヶ月間において週6時間に満たなかった参加者が2人いた (S5, S6)。

家庭療育の主な担当者は大部分が母であったが、S2のみは父親が大半の療育時間を担当していた。またS1～S10は、週1回訪問するつみきの会所属セラピストの療育を除いて、療育時間のほとんどを母親ないし父親が担当していたが、S11、S12の2名は親以外に自らの負担で複数の人員をセラピストとして雇用・訓練し、療育を分担させた。セラピストはS11においては母親の妹や知人、S12においては専ら学生アルバイトであった。

2) 親講習会

東京、名古屋、神戸の三カ所で毎月行なわれた親講習会には、S6、S10が1回ずつ欠席した他は、ほとんどの参加者が当初6ヶ月間、毎回出席した。平均出席率は97%である。親講習会は1年間継続予定である。

3) 測定結果

PARS、CBCL、GHQ28、KIDS (DQ)、新版 K 式発達検査 (DQ) の、事前検査及び半年後の中間検査における結果を、表2に示す。

PARSの現在得点は、事前検査の平均値が21.8、中間検査の平均値が21.1でほとんど変化がなかった。

CBCLの総合得点は、事前検査の平均値が66.4、中間検査の平均値が60.7で若干減少したが、統計的に有意の差は認められなかった。

被験者の精神健康度を示すGHQ28は全員、母親に実施した。事前検査の平均値が9.7に対し、中間検査の平均値が12.4で若干増加(悪化)したが、統計的に有意の差は認められなかった。ただしS1とS3の2名は中間検査において極めて高い値を示した。

KIDSにおける発達指数は、事前検査の平均値が50.9、中間検査の平均値が55.5であり、両者の間に統計上有意の差が認められた($t=-1.94$, $df=11$, $p<0.5$)。また新版K式発達検査による発達指数は、事前検査の平均値が55.8、中間検査の平均値が55.8、62.8であり、こちらも統計的に有意の差が認められた($t=-2.33$, $df=11$, $p<0.5$)。

D. 考察

事前および中間検査で行なったいくつかのテストのうち、特にKIDSおよび新版K式発達検査で測定した発達指数が、統計的に有意の改善を示した。ただ、これがABA家庭療育の効果といえるのか、あるいは他の療育方法でも同程度の改善を示すのか、あるいは特に早期療育をしなくてもこの程度の改善を示すものなのかは、われわれのグループの結果だけでは何とも言えない。

ただ、ABA家庭療育に関する古典的な研究であるLovaas(1987)においては、週10時間未満のABA家庭療育を行なった群ではIQの改善が認められなかった。今回の結果はそれとは異なり、比較的短い時間の親主導の家庭療育で、短期的にせよDQ値に統計上有意の改善が見られたもので、この療育モデルの有効性に期待を抱かせる。

今回の結果で懸念されるのは、GHQ28の数値

の上昇である。これは療育開始半年間で母親の精神健康度が全般的に悪化傾向にあることを示している。

被験者ごとに見ると、中間検査で最も高い数値(26)を示したS1は、意外なことにこの半年間で子どものDQ値が最も顕著に上昇したケースである(K式で62→92)。その一方でPARSの現在得点の上昇(15→25)に見られるように、子どもが2才に達して、自閉症特有の問題行動はむしろこの間に次々に顕在化してはきたが、それだけでこの極度に高い数値を説明できるとは思えない。S1の場合は、家庭療育のストレス以外の要因が作用していたのではないか、と思われる。この報告書の執筆時点で、S1の家庭療育は10ヶ月が経過したが、毎月の講習会での直接観察やセラピストによる毎週の訪問報告を見る限り、母親の精神状態は安定しており、家庭療育にも意欲的に取り組み続けている。

次に高い数値(22)を示したS3は、子どもが療育に抵抗し、そのコントロールがうまくできなくて、当初から悩んでいた。子どもの状態もあまり改善していない。訪問セラピストの励ましで、なんとか続けている、という状態である。そのため半年を経過した時点で、子どもを保育園に入れることを勧めた。現在は、保育園に通いながら1日1時間程度の家庭療育を続けている。

いずれにしてもGHQ28の平均値の上昇は、毎日の家庭療育が母親にとって少なからず負担になっている可能性を示唆するものであろう。この負担をどう軽減するかが、親主導型ABA家庭療育の大きな課題と言えるかもしれない。

文 献

- Cohen, H., Amerine-Dichens, M., & Smith, T. 2006 Early Intensive Behavioral Treatment: Replication of the UCLA Model in a Community Setting. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27, 2, S145-155.
- Lovaas, O. I. 1977 *The Autistic Child*:

Language Development Through Behavior Modification.

Irvington Publishers, Inc. NY.

Lovaas, O. I. 1981 Teaching Developmentally Disabled Children: The Me Book. Pro-Ed, TX.

Lovaas, O. I. 1987 Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in

Young Autistic Children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 1, 3-9.

Lovaas, O. I. 2003 Teaching Individuals with Developmental Delays: Basic Intervention Techniques.

Pro-Ed, TX.

Sallows, G. O., & Graupner, T. D. 2005 Intensive Behavioral Treatment for Children with Autism:

Four-Year Outcome and Predictors. American Journal on Mental Retardation, 110, 6, 417-438.

Smith, T., Groen, A. D., & Wynn, J. W. 2000 Randomized Trial of Intensive Early Intervention for

Children with Pervasive Developmental Disorder. American Journal on Mental Retardation, 105, 4, 269-285.

表1 被験児プロフィール

	月齢	性別	診断名	PARS*	親会員歴
S1	23	F	PDDの疑い	22	○
S2	18	M	自閉症の疑い	27	○
S3	32	M	自閉症	34	○
S4	33	N	自閉傾向	31	○
S5	40	F	自閉症	22	○
S6	45	M	自閉症	25	10ヶ月
S7	36	M	自閉症	26	7ヶ月
S8	26	M	自閉症	40	5ヶ月
S9	42	M	非定型自閉症	35	10ヶ月
S10	36	F	自閉傾向	28	○
S11	30	F	自閉症の疑い	22	○
S12	42	M	自閉症スペクトラム	37	5ヶ月

*PARSは回顧得点

表 2 各種検査データ

被験者	PARS		CBCL		GHQ28		KIDS (DQ)		K 式 (DQ)	
	事前	中間	事前	中間	事前	中間	事前	中間	事前	中間
S1	15	25	75	74	10	26	60.9	75.9	62	92
S2	18	29	74	78	10	7	66.7	75.0	71	82
S3	24	17	80	72	12	22	43.8	33.3	60	62
S4	26	23	61	52	6	8	42.4	35.9	46	47
S5	16	8	63	50	9	12	55.0	58.7	54	54
S6	21	17	64	57	6	14	31.1	31.4	43	39
S7	23	21	70	84	5	4	61.1	71.4	65	79
S8	31	25	97	69	17	16	53.8	62.5	56	62
S9	22	19	71	43	15	14	47.6	56.3	49	58
S10	23	18	47	53	17	12	38.9	53.7	67	67
S11	20	24	57	56	4	13	23.3	30.6	41	36
S12	22	27	38	40	5	1	85.7	81.3	55	75
平均	21.8	21.1	66.4	60.7	9.7	12.4	50.9	55.5*	55.8	62.8*

PARS は現在得点。CBCL は総合得点。* : $p < 0.5$

（主任研究者 奥山眞紀子）

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

II 強度行動障害の再検討

研究1 強度行動障害の再検討

研究協力者 川村昌代 あいち小児保健医療総合センター
橋詰由加里 浜松医科大学精神神経科
大隅香苗 浜松医科大学精神神経科

研究要旨

強度行動障害事業とその研究報告について批判的な検討を行った。強度行動障害とは実は青年期パニックを頻発させていた当時の処遇困難に陥った自閉症であり、行動障害という曖昧な対象を据え、入所施設における処遇事業とその研究が行われた結果、当初の目的からのずれが生じた状況を、わが国の自閉症療育および施設療育の歴史を踏まえ詳述した。強度行動障害の成因として、指摘されて来なかった問題としてトラウマの介在、チックおよび気分障害の併存について述べた。今後の課題として、医療と福祉の協働による治療モデルが必要であることを指摘した。

1. はじめに

強度行動障害とは、発達障害児、者において通常の生活に支障を来すような行動の異常を持つに至った場合である。1988年、飯田雅子らの施設調査の結果、施設の処遇の上で、著しい困難を抱える障害児、者が施設入所者の1割程度を占めることが明らかとなった。この調査結果に対して、異例とも言うべき対応が取られた。第一は、実態把握と対応の為の研究班が直ちに組織されたことである。第二は、この研究班の成果を取り入れながら、1992年度から対応策として、指定を受けた施設による特別処遇制度が実施されたことである。研究班によって強度行動障

害判定基準表（表1）が作成され、そのうち総得点10点以上の者を強度行動障害と呼び、さらに総得点20点以上を示す者に対して特別処遇制度が実施された。この経過から伺えるように、強度行動障害事業は当時の厚生省の強い指導の下に推進された。その中心が当時厚生省児童家庭局障害福祉課課長浅野史郎の指導であったことは広く知られている。1993年4月1日付けで「強度行動障害特別処遇事業の実施について」（児発第310号厚生省児童家庭局長通知）を通知、施行し、その中で強度行動障害児、者について、知的障害児、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事業対象として位置づけ、そのための職員配置をはじめとする強度行動障害児、者への支援が事業化された。以後、1998年7月31日付「強度行動障害特別処遇加算費について」及び2004年1月6日付け同通知により改正を行いながら事業は継続され続けた。しかし2006年4月の障害者自立支援法施行によって、施設サービスが同年10月から新しい施設事業体系に移行することに伴い「強度行動障害特別処遇事業」そのものは、廃止されることとなった。この間、強度行動障害事業に並行して厚生労働省科学研究の形で継続的な調査研究が2006年まで行われ続けた。

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	一日何度も
3 激しいこだわり	週に1-2回	一日に1-2回	一日何度も
4 激しい物壊し	月に1-2回	週に1-2回	一日何度も
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 粗悪で恐怖感を与え指導困難			あれば

しかるに今、これだけのエネルギーと時間と経費とを投入した試行および研究は、何らその成果をまとめることなく、閉じられようとしている。あたかも、発達障害への関心が軽度発達障害に傾斜する中で、強度行動障害は既に死語となったかのごとくである。しかし未だに処遇困難者が存在する。知的障害を対象とした施設のみならず、その一部は未だに単科精神病院の保護室を占領しているのである。強度行動障害に関する研究の多くは、施設現場

における指導員の長年の苦闘の上に行われたものである。われわれはまず、そのことに深い敬意を表したい。だがその様にして積み重ねられた事業であり研究であればこそ、このまま忘却させてはならないと思う。この事業および研究の見直しをここで試みるのは、その総括を誰かが行う必要があると考えるからである。

2. 強度行動障害事業の再検討

1) 強度行動障害の概念と対象

この研究はそもそも、施設入所者の中に対応に非常に苦慮するが少なからず存在するという事実から出発した。その為に、幾つかの特殊な問題を抱えた。第一は、通常の研究において一般的に優先される対象者の診断や年齢、性別、知能指数などの諸因子ではなく、行動的な問題、それも入所処遇において著しい困難を生じる問題に焦点が当てられた点である。このことは、次の2つの問題に直結した。第二に、その結果、主として入所施設を舞台とする研究、事業となった点である。処遇の場もまた入所施設とされ、強度行動障害事業がスタートした。もちろん強度行動障害そのものは、当時において在宅でも頻々と生じていたが、雑な言い方をすれば、施設で困る子どもや大人への対応として進められ、この姿勢は最後まで継続された。第三に、課題としての範囲の広さと、実際の対象とのずれという点である。この事業は行動障害という広範な行動を対象としたが、その実、中心は自閉症、とりわけ自閉症の青年期パニックであった。

最も早い取り組みである石井班の初期の研究では、強度行動障害の対象と

して当時の分裂病があげられている。しかし強度行動障害の8割前後まで自閉症もしくは自閉的傾向を持つ入所者であることが最初の調査において既に明示されており、徐々に対象は自閉症であることに施設側は気付くようになる。もっとも新しい飯田班の研究報告においてもなお、自閉症以外の診断名が付された対象の症例が散見されるが、例えば強度行動障害を呈するダウン症候群、あるいは注意欠陥多動性障害という診断の児童について、実際の症例を見ると、前者は明らかに自閉症の併存を持つ重度遅滞者であり、後者も社会性の障害を抱える（子ども虐待が絡んだ症例もしくは）広汎性発達障害に属する児童である。歴史的経緯のところでもう一度取り上げるが、この事業自体が、わが国における入所施設の主たる対象が精神遅滞から自閉症へと意識的に切り替わった分岐点となった。正確な言い方をすれば、この強度行動障害事業によって、わが国の入所施設は自閉症と出会い、精神遅滞を主としたモデルから自閉症を主とするモデルへと変容したのである。

ここに指摘した諸点の意味をより明確にするために、わが国における自閉症療育と施設療育の歴史的経緯を振り返ってみたい。

2) わが国の自閉症療育の変遷と強度行動障害

周知の様に自閉症はその基本的な病因仮説が何度も大きく変遷した。当初、自閉症は重症の情緒障害と考えられていた為、遊戯療法や分析的な治療が試みられた。しかし1970年代になると、自閉症が発達障害であることが明示さ

れた。ここで病因として注目されたのが先天性の認知障害、なかんずく言語障害である。自閉症の中核は社会性の障害ではなく、先天性の認知発達障害に基づく言語コミュニケーションの障害であり、その結果二次的に社会性の障害が生じるという病因仮説は、当時、自閉症におけるコペルニクスの転換とまで呼ばれた。1977年 Lovaas は「自閉症の言語」を出版し、行動療法を基盤とする言語治療によって自閉症の治療を計るプログラムが世界で広く実践されるようになった。この流れは周知の様に、1980年代後半に言語コミュニケーション障害のみでは社会性の障害は生じないことが示され、再び自閉症の中心は社会性の障害へと戻る。1990年代に至って、アスペルガー症候群などの高機能群の存在が注目されるようになり、さらに自閉症児、者の自伝が世界の様々な地域から著され、その特異な体験世界が広く知られるようになり、自閉症研究は、知的な遅れのない広汎性発達障害の研究に広がって行く(See 杉山、2008b)。

わが国の自閉症児への教育は、当初は自閉症に対してどの様に対応したらよいか戸惑った試行錯誤あるいはほとんど無為放置に近い対応を行った。この背後には情緒障害仮説があることはいうまでもない。次いで行動療法が導入されると、厳密なプログラム作成に基づかない、負の強化子を多用した、力による行動療法的指導とでもいう他のない対応を自閉症児に対して行うようになった。今日から見れば極めて強引な対応が横行し、この影響は直ちにではなく、自閉症独自の記憶の障害であるタイムスリップ現象の介在によつ

て数年から時として十年余のタイムラグを経て、青年期パニックの頻発という現象として噴出した。しかもこの当時なお、一方では情緒障害仮説の亡霊が未だに教育の場をさまよっており、親の愛情不足によって自閉症が生じると考える療育者、教育者も数多く存在した。80年代から90年代においてわが国において広く認められていた発達障害臨床における大問題とは、自閉症の青年期パニックであった。強度高度障害とは、実は自閉症における青年期パニックの別名であり、自閉症に初めて向かい合った教育現場、あるいは療育現場の混乱によって行動障害を呈するに到った自閉症児、自閉症青年の姿であった。

この混乱した状況は、90年代になって自閉症の体験世界が紹介され、TEACCHプログラムが広く受け入れられ、さらに高機能群が数多く見いだされる状況が一般化するにつれて徐々に修正をされて行く。このTEACCHプログラムをはじめとする自閉症の認知に沿った対応の受け入れ促進に際して、余り指摘されてこなかったことであるが、実は当時、強度行動障害事業の果たした役割は大きかった。当時において、最も障害児・者のプロである入所施設に働く指導員による苦闘に満ちた経験は、自閉症の特性に合った対応のモデルとなったのである。もちろん後述するように、それぞれの立場からの取り組みがばらばらになされ、まとめが十全になされたとは言い難いのであるが、強度行動障害事業の成し遂げた成果の最大の一つはこの点にあるのではないか。

3) わが国の施設療育と強度行動障害
わが国の入所施設による施設療育という視点から強度行動障害事業を歴史的に検討することもまた必要である。周知の様に世界レベルでは80年代にはインテグレーションの大波が押し寄せ、大規模入所施設は解体に向かうのであるが、いわゆる先進国において入所施設の枠は、このインテグレーションへの切り替えが行われる以前に、全ての入所希望者の入所が可能な数が確保されていた。例えばアメリカ合衆国を例に取れば、そこでは収容者数が数千人規模の巨大なコロニーが作られ、その後、この巨大化した入所施設の解体が行われたのである。それに対して、わが国ではニード調査に基づいた入所施設建設は過去行われたことはなく、一度も入所希望者を全て満たす枠が社会的に用意されることがなかった。そのため80年代において、一方で知的障害者、自閉症者の為の入所施設が作られ続けながら、同時に世界的なインテグレーションの波を受けるという矛盾した状況もたらされたのである。

この強度行動障害事業を推進した中心に浅野史郎の強い意志があることは先に触れた。浅野氏は、わが国においてグループホームによる療育を最初に推進した人間の一人であり、今後のわが国の発達障害児、者施策におけるインテグレーション推進の必要性をわが国で誰よりも早く気付いていたことは疑いない。強度行動障害事業は施設入所を促進するために行われたとは考えられず、浅野氏の意図を推察すれば、一つは治療センターとしてのわが国の施設の模索であり、さらにはこの事業を介在し、処遇困難者のグループホーム自立を含む、その後における地域復

帰であったのではないか。さらに言えば、この事業は恐らく、当初において施設解体をも視野に入れたものであり、恒久的な施設療育とは矛盾をはらむ部分を持っていた。

しかるにこの推進側の意図が、強度行動障害事業を実施する側に果たして共有されていたのであろうか。寺尾によるおしまコロニーの報告を見ると、当初は集中的に人手をかけて療育を行い、地域復帰を計るという明確な意図の元にスタートした。しかしこの様な意図からはむしろ逆の方向に強度行動障害事業が向かった。このことは、井上らの報告に示されているとおりである。最も早い報告書である石井斑H2年度報告書、p53 にM君の症例の中で彼の処遇に関する図が掲載されている。そこには、幼児期から成人期にわたって施設を中心とした療育体制のなかでM君の成長を計るというモデルが図示されている。この図は意図せずして明確に、自閉症の療育を、あるグループの施設群が幼児期から成人まで引き受けるというモデルである。ちなみにこの療育モデルは、われわれによってパトタッチ型と呼ばれている。すなわち専門療育機関が家族が変わって、子育てを全て成人まで請け負う(パトタッチする)というモデルである。これが施設療育におけるインテグレーションと矛盾することは言うまでも無かる。強度行動障害事業の背景となる施設療育において、処遇困難という現象が、施設療育の指導員を基準としたことから伺えるように、強度行動障害事業を通して、このパトタッチ型モデルが様々な形で顔を出している。その結果、徐々にこの事業は当初の意図とは反対に、施設療育の一つの

形に収まっていったのである。

強度行動障害は明らかに複合的な要因を持つものであるが、これまで指摘した背景によって、その調査研究は対象の輪郭が不鮮明な、実践的症例研究にならざるを得なかった。個々の症例への取り組みは何よりも重要である。しかし、症例検討においてなされるべき普遍化の為の基本的な枠組みすら、余り意識されずに症例の集積がなされることになった。そのために背景となる生育歴、精神医学的診断、発達の視点から行動障害解析など基本的な問題を系統的に評価することが困難であった。さらに服薬の効果判定など医療との関わりに関しては非常に大きなばらつきが生じ、最も重要なフォローアップについて、十分になされない症例報告が大半を占めることになった。先に触れた入所施設での実践がその中心になったこともこの様な事情の背景にあることは言うまでもない。例えばTEACCHモデルの有用性など、施設サイドにおいてこの実践の中で得られ、普遍化されたものも少なくないが、施設療育自体がこれまでに、個々の文化としての療育理念を育ててきており、この事業の展開の中で、全国の施設において横断的に症例の集積を行い、分析を行うということよりも、療育の実践の中で施設サイドの理念に沿ったあるいは従来の理念を展開した療育手技の検討という方向に、症例研究が向かいがちになった。障害児療育における理念は重要である。しかし一方で、客観的な裏付けを欠く理念的なレベルの評価によって、症例の実践がまとめられる傾向が生じた。

最も大きな問題は恐らく、強度行動障害に対するモデルのずれであろう。

これらの理念の基盤は恒久的な入所施設を背景として構築されたモデルである。もちろんのこと、例えば石井の言う受容は、どの様な場であれ障害児療育において重要な視点である。しかしここに指摘しただけが十分に意識されていたとは考えにくい。強度行動障害事業は明らかに治療モデルの処遇であったのであるから。

3. 強度行動障害の成因を巡る検討

強度行動障害が単一の成因にはならないことは言うまでもないであろう。この強度行動障害事業の研究において指摘された要因としては、自閉症、男性、青年、重度の知的障害などそれほど多いものではない。強度行動障害研究で指摘がなされたことは、今回の小林ら、寺尾、井上ら、川村らの報告にまとめる。小林らが指摘するように愛着形成の問題や過敏性を巡る問題、対人的な葛藤状況などが中心であり、強度行動障害を、重度の知的障害を伴った自閉症の青年期パニックと読み替えれば、当然のことである。

ここでは強度行動障害研究の症例報告に散見され、しかし十分な検討がなされていない問題を指摘しておきたい。第1にチック、第2に気分障害、第3にトラウマの関与である。実はこの三者はいずれも相互に関連を持つ。

まずチックであるが、強度行動障害に属する自傷や他害の一部が広義のチックに類縁の行動であることは、飯田班の症例検討の中で指摘されている。しかしこの行為の反復や汚言症などのチック症状の背後にある病理はフラッシュバックに極めて近縁のものであり、この両者に連続性があることは疑いない。自傷の一部に、行為チックと

われわれが呼ぶ、一連の行為を反復再現するというフラッシュバックとも取れる重症のチックがある。重度の知的障害を伴いパニックを頻発させる自閉症の示すチックにどの様に対応すれば良いのかという答えは未解決のままである。

気分障害は自閉症のみならず広汎性発達障害において最も頻度の高い併存症である。強度行動障害の背後に、気分障害の併存例がある例があることは、これまでも指摘されてきた。特に問題は双極性障害である。双極Ⅰ型は希であるが存在する。一方、双極ⅠⅠ型は臨床的にしばしば認める。また知的障害重度の症例に比較的多く認められる問題でもある。この気分の変動は、実は被虐待児にも認められるものである。重度の知的障害を伴う自閉症において、後述するトラウマの関与があると考えれば、被虐待児類縁の状況があつたとしても不思議ではない。気分障害の併存は、医学的治療が必要である。

さてトラウマである。自閉症は、そもそもトラウマを引き起こしやすいいくつかの要因を抱える。第1に、本質解明が未だに不十分である知覚過敏性という問題がある。基盤としては、扁桃腺など、情動的な情報の調律器官における機能不全が背後にあるのであろう。だが、この過敏性は、自閉症独自の記憶の障害である time slip によって、過敏性に関連する記憶によって不快体験のフラッシュバックが生じ、徐々に生理的な問題から、状況を引き金とした心理的な問題へ展開する。この time slip 現象とは正に、トラウマによるフラッシュバックに他ならない。知覚過敏性という生理学的な不安定性

によって、一般の健常者ではそれほど脅威でない事象においてもしばしばトラウマと同等の脅威性を帯びるのである。第2に、過剰選択性や中枢的統合の不全などの独自の認知構造は、全体の把握が困難で、部分にとらわれやすい特徴を持つ。その結果 perspective の障害が生じ、不意打ち体験や秩序の混乱が容易に引き起こされる。第3に、愛着形成の遅れである。愛着は幼児が不安に駆られたときに、愛着者の存在によって不安や脅威を軽減させ、情動的な混乱をなだめる行為である。愛着形成は、それ故にそれ自体がトラウマからの優れた防御壁となるのであるが、その未形成は正に被虐待児に認められるように、混乱を自ら治める方法を知らずにある年齢までを送ることになる。この愛着の未形成は養育者の側に強い欲求不満を生じ、頻回の叱責や、時としては虐待が生じ、さらに愛着の形成を困難にすることになる。先に述べたように、当時の青年期パニックの嵐は、自閉症児に対する混乱した対応や強引な療育や教育の副作用として生じていた可能性が高い。

自閉症の体験世界をトラウマという視点から振り返ってみると、逆に彼らの示す行動の特徴と、被虐待児に認められる臨床的な特徴とが重なり合うことにも気付かざるを得ない。自閉症児の示す防衛としての常動行為、防衛としての解離反応、さらに過覚醒とそれに伴う気分の変動など。幼児期であればあるほど、トラウマへの脆弱性が強く、それによって適応状況が大きく変化する。迫害体験からの保護が可能であった場合には、学童期後半に愛着獲得がなされ、その後は彼らなりの方法ではあるが、トラウマに対する脆弱性

は軽減する様に見える。しかし強烈なトラウマに晒され続けた場合には、他者の存在そのものがパニックの引き金となるに至る。これこそ強度行動障害に他ならない。発達障害の適応を決める要因として、育ちの中の愛着形成の問題が大きく関与することはこれまでも多くの指摘があった(小林, 2001)。一方、発達障害の適応の負の要因としてのトラウマの存在は、これまで十分に意識されてきたとは言えないのでは

4. 強度行動障害を巡る今後の課題

発達障害臨床の場で、青年期パニックをみることは本当に少なくなった。これは何よりも、教育の場が自閉症について学び、TEACCHをはじめとする自閉症の認知に沿った対応を組むことが増え、放置もまた強引な対応も共に減ったためであろう。しかし今日においても処遇困難な自閉症青年は存在し続けており、既に行動障害を呈する自閉症青年、自閉症成人にどの様に対応するのかという課題は、過去のものになったわけではない。ここでは、強度行動障害研究の中で検討を残す課題をなるべく簡略に取り上げておきたい。

1) 予防に関する課題

強度行動障害を自閉症および広汎性発達障害、それも重度の知的障害を伴った児童、青年の悪性のパニック頻発と考えた時、これまでに指摘された問題を踏まえてどの様な予防策が必要なのであろうか。自閉症の愛着形成が学童期にずれ込むことを考慮すれば、その間の自閉症とその家族へのサポートが何よりも大きな予防策となることは疑いない。虐待やいじめなどの迫害体

験を軽減し、対人的コミュニケーションを向上させ、愛着の促進をはかるといふ一般的な対応策が最も有効であることは疑いないであろう。臨床的には青年期パニックは本当に減っており、今日、家庭での療育が困難になるほどの自閉症青年を見ることは希である。

2) 強度行動障害の治療

先に触れたように、強度行動障害を呈した自閉症への対応は治療が必要である。これには悪循環を出来るだけ軽減させた状態で、その成因となっている対人関係の是正、コミュニケーションの修復、チックや気分障害への治療、トラウマの修復が必要であり、これは医療と福祉との協働以外には困難であろう。入所による一時的な家庭生活からの切り離しが必要な場合が少なくないのであるが、この治療に医療抜きで出来るとは考えられない。既に強度行動障害を呈した自閉症に対する処遇を、医療と福祉の協働作業として組み直すことが必要であろう。

一概に施設療育の全てが否定されるべきではないとわれわれは考える。実際に一般的な知的障害や自閉症において、施設生活者の方が在宅よりも平均寿命が長いということは余り知られない事実である。しかし、世界の大きな趨勢の中でわが国の入所施設も今後は徐々にグループホーム療育へと転換が迫られている。今後、地域における療育へ転換が進められて行く中で、強度行動障害事業およびその研究成果に対して、今回の試みのように、改めて学び直すことが求められるに違いない。

文献

- 小林隆児(2001)：自閉症の関係障害臨床。ミネルヴァ書房、京都。
- 杉山登志郎(2008a)：子どものトラウマと発達障害。発達障害研究, 30(2), 111-120.
- 杉山登志郎(2008b)：高機能広汎性発達障害の歴史と展望。小児の精神と神経, 48(4), 327-336.

（主任研究者 奥山眞紀子）

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

II 強度行動障害の再検討

研究2 強度行動障害の再検討：石井班の報告を中心に

研究協力者 川村昌代 あいち小児保健医療総合センター

研究要旨

平成2年から平成9年にかけて厚生科学研究石井班において報告された強度行動障害研究の結果をまとめた。石井班ではまず、強度行動障害の定義を定め、実態を調査した。様々な行動障害をその特徴からグループ化し障害尺度を作成、行動障害児の基盤に持つ特性や、施設などでの処遇者側からみた対応の困難度、環境の違いによる改善の有無などとの関係性を評価した。一方で、強度行動障害特別処遇事業として行動障害児の施設療育での経過に沿って報告したが、個別処遇に対して人員配置の限界があることや、施設退所後のケースワークの困難さといった問題点が明らかとなった。

A. はじめに

この報告において、事業およびその研究の全体をくまなくまとめるのは困難である。われわれはまず、主としてH2年度からH9年度の最初の石井班の報告を元に、強度行動障害に関する調査研究の総括を試みる。批判的な検討は考察に回し、報告書の内容を、概念、に分けてまとめる。出来るだけ公正な鳥瞰を試みるが、膨大な報告書のまとめにおいて不備がある可能性は避けられない。

B. 強度行動障害に関する実態研究のまとめ

1) 強度行動障害の概念

先に触れたように、施設における指導員が、入所者への関わりにおいて困難さを感じる問題行動からこの研究は始まった。これらは高度障害判定表に示される次の様な問題行動群である。1、自己統制ができないために現される行動障害群：多動、失禁・不潔症、衝動・粗暴行動、無断外出、性的異常行動、破衣症、衝動症。2、主体的に生活を営むことができないために現される行動障害群：常同症、寡動、収集・盗癖。3、行動障害

群：自閉的症候、偏食・拒食、自傷癖、反すう・嘔吐癖。さらに、4、問題行動：多動、失禁または不潔、衝動・粗暴行為。対応拒否や自傷行為、固執行動（平成3年報告書P7～8）。

先に触れたように、1988年に全国の居住施設や更生施設、自閉症児施設、重症心身障害児施設などに飯田らはアンケート調査を行い、476施設から回答を得た。その調査では、強度行動障害にランクされる児が対象施設の利用者総数のうち9.4%を占めるという結果が得られた。そして、中でも特に激しい行動障害を示す強度行動障害児は3.1%を数えた。

2) 強度行動障害の原因

強度行動障害の原因として、最初の報告では、生後、早期における母親およびそれに代わる養育者との関係が形成されないことから、物への認知及び適切な関わりをすることができない、さらに状況に適切な行動のシエマを形成することができない状況が生じ、自己の内的な衝動が秩序ある認知への対応とはならず、感覚並びに動作にこだわりを生じるため、さらに周囲から抑制、排除、叱責などされ、二次的・三次的に自傷・他害あるいは感覚遮断の方向に進むという仮説が示された(平成3年報告書P15)。

強度行動障害は発達障害児、者の持つ基礎的な障害に機能障害、関係障害と環境障害が重なり合って形成されると考えられ誘発要因として次の問題が示された(平成3年報告書P18)。1、家族の問題：障害の予後的な見通しなどの不

足が、家族内の不安や危機感を増やすことになり、児への不適切な処遇や関わりにつながった。そのことが障害児の生活能力をさらに低めていく結果となり、強度行動障害が形成された。2、指導員の専門性の問題：療育方針が定まらず、また処遇に際しスーパービジョンが存在しない施設の状況があった。業務内容は多岐にわたり、ワーカーの疲労もあった。3、環境障害：日本の住宅事情は欧米のそれに比して極めて条件が悪いことが指摘された。パーソナルスペースが少ないため、居住施設にはプライバシーがないことがあり、強度行動障害を生じる一因となっていると考えられた(平成3年報告書P21、22、26、27)。

3) 強度行動障害の実態調査とその分析

研究班は、全国の精神遅滞関係の施設及び養護学校を対象に調査を実施した。処遇困難とされたものの属性の分析の結果、男性、自閉症・自閉的傾向を示すもの、知的レベルの低いものが多いという結果が得られた。生活年齢層では16から20歳代、精神年齢層では4～6歳代が多かった。もっとも頻繁に認められる行動障害は、固執、常同行為の順で、次いで精神運動興奮・興奮や多動であった。一方、精神運動・興奮や自傷、攻撃性の爆発では突発的間欠的に生じていることが示された。多動は年齢が増すにつれて減少傾向が示された。摂食障害や睡眠異常、排泄障害の出現頻度は上位項目に比べて極端に少なかった(平成3年報告書P95)。