

発達障がい児を対象としたセラピー行動の操作的定義

：応用行動分析に基づくディスクリート場面におけるチェックリストの作成

Operational Definition of Therapeutic Behavior for Children with Developmental Disorders: Construction a Checklist of Therapeutic Behavior at Discrete Trials Based on Applied Behavior Analysis

吉野智富美*

Chifumi YOSHINO

上村 裕章*

Hiroaki WEMURA

吉野俊彦**

Toshihiko YOSHINO

発達障がい児に対する効果的な介入方法として、応用行動分析に基づく技法が様々に提案されてきた。ディスクリート場面だけでなく、近年ではフリーオペラント事態における組織的な介入方法も用いられるようになった。一方で、発達障がいへの介入効果を査定する際に、障がい児の行動査定だけでなく介入する側の行動、すなわちセラピー行動が適切かどうかを査定する必要性が指摘されている。こうした技法を用いるのが専門家だけでなく、日常場面において直接障がい児と関わる親や教師も含まれるためである。けれども、こうしたセラピー行動の査定の基準はまだ明確でない。そこで、本論文では、先行研究を概観した上で、ディスクリート場面におけるセラピー行動の操作的定義を行い、そのチェックリストを作成した。

キーワード：エビデンスベースト、応用行動分析、発達障がい、セラピー行動

1. はじめに：応用行動分析による発達障がい児の様々な行動への介入効果の研究

発達障がい、精神障がい、その他様々な理由から日常生活に困難のある子どもや大人、家族、社会に対して、科学的に効果があると証明された方法によってサービスを提供することは、介入する側としての責務であり倫理でもある。このようなエビデンス・ベースト（科学的に十分な介入効果の根拠があるもの）という考え方は医学から発展してきたものであるが、近年では臨床心理学においても重要な判断基準となりつつある。うつに対する認知行動療法やパニック障害に対する行動療法などを含む精神障がいに対する介入効果（eg., 丹野, 2001; 内山・坂野, 2003; 吉野, 2009）や、発達障がい児・者への教育・行動介入における応用行動分析（Applied Behavior Analysis: 以下 ABA）に基づいた介入効果（eg., 井上, 2009）は、注目されるだけでなく、介入方法の選択基準として一般的になりつつある。

ABAに基づいた発達障がい児を対象とした効果研究には、対象児の行動をターゲットとした「療育アプローチに関する研究」と、彼らに関わる行動セ

ラピスト、教師、保護者など介入者側の関わり方をターゲットとした、「セラピー行動に関する研究」に大別できる。まず、本項で前者の研究について概観する。

1) 「療育アプローチに関するエビデンス研究」の概観

a) 早期集中行動介入（Early Intensive Behavioral Intervention; EIBI）

Lovaas (1987) によって行われた、発達早期における集中的な行動介入は、こうした ABA に基づいた効果研究を端的に示すものである。Lovaas は介入群（EIBI 群）として 2～3 歳の自閉症児 19 名に対して週平均 40 時間の集中的な行動介入を 2 年以上実施した。統制群として週 10 時間以下の療育を受けるか、別の方法で療育を受ける群を合計 40 名設け、4 年後の変化を比較・検討した。その結果、EIBI の介入を受けた子どもの方がそうでない子どもに比べて IQ の値が 30 以上高く、そのうち 9 名は小学校普通クラスでのインクルーシブな教育を受けられるようになるまでに機能が回復したことが、報告された。

* 行動・教育コンサルティング

** 神戸親和女子大学

この Lovaas (1987) の研究以降、集中介入時間数や統制群を変えながら EIBI に関するエビデンス研究が多く行われ、その効果が確認されている (井上, 2009)。それらの多くは、15~40名程度の2~4歳の自閉症児を対象に、ランダム化比較試験を行った研究が多く、それらの研究によると、家庭・学校において週30~40時間、1対1での行動介入を1~2年以上集中的に行うことで、子どもの言語スキル、適応スキル、知的機能、社会コミュニケーションスキルなどにポジティブな変化がもたらされることが明らかになっている。また、行動セラピストのみによる介入よりも、トレーニングを受けた教師や保護者も一貫した行動セラピーを同時に行うことで、その効果が増すことも複数のペアレントトレーニング研究などによって示されている (e.g., Clark, Baker, & Heifetz, 1982; 山上, 1998)。

米国学術研究会議 (National Research Council, 2001) は、早期からの週25時間以上の ABA による系統的で発達的に適切な支援が、発達障がい児にとって最も効果的であるとのガイドラインを示している。

b) 特定の行動をターゲットとした単一事例の行動介入

EIBI の包括的プログラムを構成する介入手続きのひとつひとつの構成要素に関する個々の研究も重要である (井上, 2009)。1960年代以降、言語行動、日常生活スキル、身辺自立スキル、社会的コミュニケーションスキル、アカデミックスキルなどの適切行動の獲得、癩癩や自傷・他傷行動など不適切行動の改善など、特定の行動をターゲットとした ABA による介入効果のエビデンスが単一事例の研究によって示されている。DeMeyer, Hingtgen, & Jackson (1981) や Mesibov (1998) は、自閉症児を対象とした1000件以上の研究をレビューした。その結果、自閉症児の行動レパトリーを最大限に広げるための最良の介入方法は、系統的な ABA に基づいた介入であることが示された。

c) ディスクリート・トライアル・ティーチング (Discrete Trial Teaching, DTT, 不連続試行法)

DTT は、あらかじめ決めておいたターゲット行動に三項強化随伴性によって獲得させていく方法であり、主に机上における構造的な子どもとセラピストとの1対1による行動介入のことである。たとえば、セラピストが子どもにりんごを見せて「これ何？」

と聞き、「りんご」と言語表出する行動をターゲット行動とした場合、セラピストは子どもに「これ何？」と言いながらりんごを見せ (弁別刺激 (S^D) の呈示)、子どもがそれに応じて「りんご」と答えることができた場合に (ターゲット行動の生起)、「そうだね！」とほめながらお菓子などの食用好子や高い高いなどの身体的好子などを呈示して (強化刺激の呈示)、りんごを見て「りんご」と答える表出言語行動を伸ばしていくのである。もしも、「りんご」と言語表出できない場合には、セラピストが子どもの学習の程度に合わせて「り？」と言語プロンプトを呈示するなどしてターゲット行動の表出を促す。もしも、間違った反応が表出されたり、反応が見られなかった場合には、再度 S^D を呈示すると同時にプロンプトを与えることで、積極的にターゲット行動の自発的な表出を促していくのである。

自然な状況下での学習が困難な発達障がい児にとって、このような環境を統制したディスクリートな状況下での学習は、新たな行動を学習するのに効果的である (Sarokoff & Sturmey, 2004)。本来、こうした行動の随伴性は、社会的な環境の中に含まれており、障がいを持たない子どもたちが適切な行動 (言語行動を含む) を獲得したり、不適切な行動をしなくなるのは、行動随伴性がそうした自然場面に含まれているためである。換言すれば、自然場面において適切な行動が獲得できない子どもたちに対して、より意図的に組織的に行動随伴性を導入して、適切な行動の獲得を促しているにすぎない。DTT は、現在、自閉症児にとって効果的に特定の行動を獲得させるのに第一に最優先すべき有力な方法であることが示されている。

d) ピボタル・レスポンス・トリートメント (Pivotal Response Treatment, PRT, 機軸行動発達支援法)

PRT は、DTT と異なり、フリーオペラント状況下での行動介入法の一つである。自閉症児の言語と社会的コミュニケーションの学習・発達を促す自然なアプローチ法である。机上ではなくフロアでの比較的自由的な環境の中で、多様な S^D を呈示し、行動が習得・維持・般化・自発される状況を作りながら、環境内の多様な社会的手がかりに対する自発的な反応を生み出し、自然な強化を受ける機会を最大限にする行動介入法である (ケーゲル, L. K. ・ ケーゲル, R. L.)。

たとえば、子どもの気に入ったおもちゃを手の届かない棚の上に見えるように設置し（S^oの呈示）、日常の中で「おもちゃとって」とマンド（要求言語行動）を表出させたり、「おもちゃ」と言って指さし行動を表出させたりする方法が取られる（反応の表出）。そして、子どもにターゲット行動が表出した場合に、介入者側が「おもちゃを渡す」などの適切で、自然な好子の呈示を行うのである。

これは環境を統制したディスクリートな行動介入の対極にあるもので、遊びや言語、ソーシャルスキルにおいて効果的であることが示されている。

このような自然な環境下での行動介入は、①行動の維持と般化、②形成される行動の多様性、③形成される行動の自発性の促進といった面において効果的であることが示されている（大野・杉山・谷・武蔵・中矢・園山・福井, 1985）。

2) 技法を選択する際の注意点

これまで概観した様々な介入技法について比較することは、現場において、実際にその発達障がい児にどの技法を選択して関わるかを決定する際に重要な意味を持っていると考えられる。

Schreibman, Kaneko, & Koegel (1991), Delprato (2001) は、DTTによる介入とPRTなどのフリーオペラント的な介入の効果を比較した。その結果、フリーオペラント状況下での介入の方がスキルの獲得・般化においてより効果的であること、さらに、PRTを行っている親の方が、DTTを行っている親よりもより幸福感を持ち、ストレスを感じず、子どもとのコミュニケーションもよりよく取れていることが明らかになった。

一方で、山本・澁谷 (2009) は、発達障がい児への行動介入の運用において、はじめは1対1や小集団など安定した環境からスタートし、徐々に子どもにとってより日常場面に近いフリーな環境の中へ移行していくことで行動が改善していくと述べている。

ここで注意したいことが2つある。まず、表面的には異なる介入技法であるが、あくまでも、行動分析学の行動を見つめる基本単位である行動随伴性や三項随伴性はいずれの介入技法においても保たれている点である。つまり、それぞれに利点はあるにしても、行動獲得において、「S^oの呈示」→「子どもの反応」→「強化刺激の呈示」という行動の随伴性が、ディスクリートな状況でも自然な状況でも重要であり、それを対象児に合わせて分かりやすく不連

続で行ったり、日常の中で自然な状況で呈示したりするという違いがあるといえる。その意味では、ディスクリートな介入における「S^oの呈示」→「子どもの反応」→「強化刺激の呈示」が行動介入における最小の単位であり、全ての介入において共通する基本要素であるといえる。

もうひとつは、これも行動分析学の基本理念である、ひとりひとりを見つめる視点の重要性である。構造主義的アプローチのような、Aという診断がA'という介入方法を示唆するのではなく、同じ診断であっても、あくまでもひとりひとりへの介入効果を重視しなければならない。PRTがより自然であり、DTTがより統制されていることは事実だが、たとえば「人間だから」といった情緒的な理由で前者のみが選択されるのではなく、ひとりひとりの発達段階、症状、目的、そして誤解をおそれずに書けば「個性」に合った介入方法が選択されなければならない。

2. セラピー行動・介入行動の査定の問題

米国精神保健研究所 (National Institute of Mental Health, 2004) は、行動セラピストや教師に加えて、保護者も療育に参加して行動介入のスキルを学習し、家庭においても療育を行えるようにすることを薦めている。この例に見られるように、セラピストや教師はもちろん、子どもに直接関わる機会の多い保護者も行動介入の方法を学び日常生活で実践することは、子どもが獲得した適切行動の維持・般化を促す意味でも、セラピストの行動介入時間の不足を補う意味でも重要であるといえる。

このような専門家以外が直接発達障がい児に関わることはABAの特徴のひとつとして挙げられる。多くの心理療法では、訓練を受けて経験を重ねなければ適切な介入も査定もできない。そのため、時間的にも空間的にも最も多くを共有している親をはじめとした保護者は、介入に積極的に関わることはできない。一方、ABAでは行動コンサルタントはペアレントトレーニングなどを通じて、直接に親が子どもたちと日常的な場面に関わる際のトレーニングを行い、またそうした介入を重視する。

けれども、発達障がい児へのABAによる介入の効果が確認され、その重要性が認められてきているとはいえ、実際にはどのような行動セラピストや教師、保護者が介入しても一様にそれらの効果が再現できるわけではないという指摘がKoegel, Russo, & Rincover (1977) によってされている。行動介入の

有効性は介入する側の正確で一貫した手続きの実施に依存しているのである (Ducharme & Feldman, 1992)。つまり、ABAによる行動介入に関する研究対象をこれまでの「介入を受ける側」から「介入をする側」である行動セラピストや教師、保護者にも拡大していく視点が必要であるということである (大久保・井上, 2006)。

これらの指摘にもあるように、これまで欧米においてセラピストや教師へのトレーニングに関する教育プログラムの効果研究が報告されてきているが、我が国においてはその数は非常に少ない。しかし、特別支援教育の実施などにより専門性の向上や研修・学習のニーズも高まっており、今後は短期間でABAの原理やディスクリート環境下での行動介入方法などの技術を効果的に習得できるためのプログラム研究の推進が期待されている (井上, 2009)。

いったんプログラムが完成したら、そのプログラムの効果が、介入する側のセラピー行動獲得においてどの程度有効であるのかを継続的に検討していくことが重要である。その際には、プログラム受講群と非受講群での群間比較、あるいはプログラムを受ける前後での被験者内比較をし、その効果を検討することが期待される。

これまでの研究によって少しずつ明らかにされてはいるものの、トレーニングによる適切なセラピー行動が獲得されたかどうかについての研究は今後の課題として残されている。たとえば菅野・小林 (1996) は、発達障がい児のペアレントトレーニングを行っているが、そこで用いられている比較時の従属変数は、①親のABAに関する知識の評定、②親による子どもの行動評価など主観的・間接的変数である。また、免田・伊藤・大隈・中野・陣内・温泉・福田・山上 (1995) は、精神遅滞児へのペアレントトレーニングにおいて、プロンプトの呈示やプロンプトフェーディングの仕方、強化刺激の呈示方法などについて演習形式によって保護者をトレーニングしているが、そのプログラム効果の査定においては、①KB PAC (Knowledge of Behavioral Principles as Applied to Children; O'Dell, Tarler Benlolo, & Flynn, 1979; 日本語版 梅津, 1982) による保護者のABAに関する知識の習得度のアセスメント、②保護者の抑うつ度のアセスメントに留まっている。つまり、実際にトレーニングによって、ターゲットとしたセラピー行動がどの程度獲得されたかが測定されていない。

しかし、そもそも適切なセラピー行動とはどのようなものだろうか。介入される側、すなわち子どものターゲット行動が行動介入によってどのように変容するのかを検討する際に、子どもの行動を直接観察し、生起頻度・強度・潜時などを測定する。それと同じように、介入する側のセラピー行動も直接観察によって、行動の生起頻度などをアセスメントすることが可能だろう。それを実現するためには、介入手続きが計画通りに正確に実行される度合いを示す「介入の厳密性 (treatment integrity)」(加藤・野口, 2004) を含んだセラピー行動を操作的に定義した上で、継続的に評価していく必要があるといえる。

しかし、井上 (2009) が述べているように、発達障がい児への行動介入プログラムの内容や質、介入者を指導する専門家やスーパーバイザーの力量も統制されていない現状では、介入する側のセラピー行動を正確にアセスメントすることも困難であるといえる。

以上から、行動セラピストだけでなく、発達障がい児と日常的に関わる保護者、教師の行動介入を適切に形成していくために、セラピー行動を操作的に定義した上で、その行動を評価し、フィードバックし、行動の獲得度合いを示していくための基準が必要であるといえる。

3. セラピー行動に関する研究の概観

現在のところ、井上 (2009) が指摘するように我が国においてはセラピー行動に関する系統的な研究は少ないが、その中でも近年、行動セラピストではない大学生などのボランティアスタッフを対象としたスタッフトレーニングの効果研究が報告されている。ディスクリートな場面におけるトレーニングの効果研究とフリーオペラント状況下でのトレーニングの効果研究についてそれぞれ概観する。

大久保・井上 (2006) は、自閉症児を対象としたボランティアスタッフの教授行動改善に及ぼすトレーニングプログラムの効果検討を行った。自閉症児に関わるボランティアスタッフ5名に対して、ABAに関する基礎的なレクチャーを行った後に、ボランティアスタッフが自閉症児に対して行った課題場面と遊び場面の行動セラピー場面を撮影したビデオを、彼らが互いに観察し合い、フィードバックを行うというピアトレーニングの一環としての「相互フィードバックトレーニング」の効果を検討した。その結果、

課題場面においては全てのスタッフのセラピー行動が改善し、3名のスタッフが担当した対象児の正反応率が上昇し、逸脱行動が消失した。その一方で、遊び場面においては顕著な効果がみられなかった。この研究では、セラピー行動に関して後述する3カテゴリーについて定義をし、評価項目を挙げている。そして、これに基づいてボランティアスタッフのセラピー行動をインターバルレコーディング法によって評価している。

藤田・松見(2009)は、大学生と自閉症児との交流におけるPRTを用いたトレーニングプログラムを作成し、適切な相互作用が形成されるかどうかを検討した。PRTの教示、モデリング、ロールプレイ、パフォーマンスフィードバックからなるプログラムを作成し、大学生4名に対して一連のプログラムに基づいた指導を行った後で、3名の自閉症児に対して1対1の遊び場を設定し、自閉症児との相互作用が形成されるか、セラピー行動が生起するかどうかを多層ベースライン法によって検討した。その結果、2名の自閉症児と大学生との相互作用が形成され、3名の大学生のセラピー行動が増加した。この研究においても、PRTによるセラピー行動が8項目操作的に定義されている。たとえば、「(S^pを呈示する前に)子どもの注意を促す」、「(遊びや仕草に)ナレーションを付ける」などである。そして、これら8項目のセラピー行動の生起確率をインターバルレコーディング法によって評定している。

4. 既存のチェックリストの概要と問題点

中野・宮崎(2005)は、ディスクリート環境下での行動介入の際に必要な介入者側のセラピー行動を「自己評価表」として12項目挙げている。保護者が家庭でのディスクリートな行動介入を終えた後に、自身の行動を想起して各セラピー行動が生じていたかどうかを「はい」「いいえ」で簡単に評価するものである。これら12項目を概観すると、①S^pの呈示に関するものが6項目、②子どもの反応に対する強化刺激呈示に関するものが6項目あり、2項目に大別できる。

しかしこれらの評価項目の中には、プロンプトの呈示やプロンプトフェーディングに関するチェック項目、誤反応・無反応の際の介入者側の対応に関するチェック項目が示されておらず、セラピー行動を評定するには不十分であるといえる。

さらに各項目の内容を検討すると、いくつか指摘

する点がある。たとえば、S^pの呈示に関する項目のうち、「教示にはいつも同じ言葉を使った」については、対象児によっては、「これは何?」「これ何だ?」「じゃあこれは?」など異なったS^pに対して同様の反応を促す般化トレーニングを行う場合もあり、項目として不向きであると考えられる。「教示を何度も繰り返さなかった」については、何回まで教示を示すことが許されるのかが不明確であり、評価しづらいといえる。

大久保・井上(2006)は、Koegel et al. (1977)、澤村ら(1994)、加藤(1995)をもとに、ディスクリートな場面でのセラピー行動を3カテゴリーに分けている。すなわち、①セラピストからのS^pの呈示、②セラピストからの強化刺激呈示、③セラピストからのプロンプト呈示である。しかし、これも子どもが誤反応を示したり、そもそも反応を示さなかった場合のセラピストの対応がリストに挙がっておらず、セラピー行動を評価する場合には不十分であるといえる。

5. 新しいチェックリストの提案

Koegel et al. (1977)、大久保・井上(2006)、中野・宮崎(2005)を参考に、ディスクリート場面におけるセラピストのセラピー行動を以下の4項目別にリストアップし、各項目別にセラピー行動を操作的に定義し、チェックリストを作成した(Table1)。重複する表現に関しては一つの表現にまとめた。

- 1) 弁別刺激(S^p)の呈示: ターゲット行動を表出させる前にS^pを呈示する行動に関するもので4項目あった。子どもの注目を効果的に取ること、注目を取れた直後にS^pを短くて必要十分な形で呈示すること、1試行に対して1回だけ呈示することなどが特徴であった。
- 2) プロンプトとプロンプトフェーディング: 子どものターゲット行動が適切に生起しない場合に、介入する側が手助けを行い、子どもの行動の達成に準じて徐々に手助けを減らしていくセラピー行動で、4項目あった。
- 3) 子どもの反応に対する強化刺激の呈示: 子どもがS^pに対してターゲット行動を示したときの介入する側の対応で、行動の直後に好子を呈示する、誉め言葉を伴わせるなどで6項目あった。
- 4) 誤反応・無反応への対応: S^pに対して子どもが間違った反応をしたり、何も反応を示さなかったりした場合の対応で、「ダメ」と言って再度S^pを呈示

Table1 Details of the Therapeutic Behavior Rating Scale for Discrete trial Teaching

1. 弁別刺激 (SP) の呈示	1) SPを呈示する1~2秒前に子どもの注目を取っていたか？(子どもがセラピストの顔か、課題・教材を見たか?) 2) 子どもの注目を取る際には、子どもの名前を呼ぶ、課題を指さす、身振り・身体誘導・効果音のいずれかによって注目を取ったか? 3) 短い簡潔なことばで教示を出していたか？(例:「これ何?」など) 4) 教示は1試行に対して1回だけ出していたか?
2. プロンプトとプロンプトフェーディング	1) 子どもがうまく課題を達成できないときに限ってプロンプトを出していたか？(子どもの自発的反応を妨げなかったか?) 2) 成功できる確実なプロンプトを出していたか? 3) SP呈示後、しばらく待っても子どもが反応しない場合(通常3秒程度までで子どもの反応潜時によって変動あり)、あるいは反応があっても誤反応を完了してしまう直前に、セラピストがプロンプトを出したか? 4) 徐々にプロンプトを減らしていく工夫がされていたか?
3. 子どもの反応に対する後続刺激の呈示	1) 子どものターゲット行動生起後1~2秒の間に好子を出したか? 2) 子どもに分かりやすい好子を出したか? 3) 物的な好子に加えて、「すごいね!」「上手だね!」などの形容された言葉によって子どもをほめていたか? 4) 強化する行動の基準が一致していたか? 5) 好子の種類やほめ言葉の表現に3つ以上のバリエーションがあったか？(連続して、同じ好子を呈示していないか?例:「すごいね」だけの繰り返しの使用の有無) 6) 子どもにとって嫌悪的でない好子を出していたか？(好子呈示後に子どもが喜んでいたり嫌悪的な反応を示さなかったか?)
4. 誤反応・無反応への対応	1) 子どもの誤反応・無反応へは、無視または「だめ」、「ちがう」の対応をしたか? 2) 1の後、10秒以内に次のSPを呈示したか? 3) 次の試行では、確実に達成できるプロンプトを呈示して、子どものターゲット行動を引き出し、強化を受けられる機会を作ったか?

するなどに関するセラピー行動で3項目あった。

6. 今後の展望

最後に、本研究の今後の展望について考察する。まず、実際の・臨床的な面から、行動セラピストや保護者の行動介入のトレーニングやスーパービジョン、コンサルテーションにおいて、本研究において作成したセラピー行動チェックリストを用いながら、セラピー行動を客観的にアセスメントしていくことが可能である。さらに、行動介入を行った者自身と観察者とで互いに評定をしながら自己評価・他者評価の精度を高めていく際にも使用可能である。

より研究的な立場からは、発達障がい児に関わる行動セラピスト、教師、保護者に対するセラピー行動獲得を目的としたセラピストトレーニング、ペアレントトレーニング研究において、本研究で作成したアセスメントを使用することで、プログラムのどの時点でセラピー行動がどのように獲得されていくのか、インターバルレコーディング法などによって行動の生起率を評価しながら検討していくことも可能である。

同時に、子どもの行動変容を測定することで、行動介入を行う側と行われる側との相互作用について

も検討することが可能である。

特に、行動随伴性を示した1, 2, 3の項目は、フリーオペラント状況下での行動介入時にも適用可能な項目であり、たとえばPRTによる行動介入時のセラピー行動のアセスメントにも応用可能であるといえる。今後PRTでのセラピー行動に則した表現に変えながら、フリーオペラント状況下でのセラピー行動についても操作的に定義し、セラピー行動を査定していくことが望まれる。

引用文献

- Clark, D. B., Baker, B. L., & Heifetz, L. J. (1982). Behavioral Training for Parents of Mentally Retarded Children: Predictions of Outcome. *American Journal of Mental Deficiency, 87*, 14-19.
- DeMeyer, M.K., Hingtgen, J.N., & Jackson, R.K. (1981). Infantile autism reviewed: A decade of research. *Schizophrenia Bulletin, 7*, 388-451.
- Delprato, D.J. (2001). Comparisons of discrete-trial and normalized behavioral language intervention for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31*, 315-325.

- Ducharme, J.M. & Feldman, M.A. (1992). Comparison of staff training strategies to promote generalized teaching skills. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 165-179.
- 井上雅彦 (2009). エビデンスに基づいた発達障害支援の最先端: 自閉症に対するエビデンスに基づく実践を我が国に定着させるための戦略 行動分析学研究, 23, 174-183.
- 藤田昌也・松見淳子 (2009). 機軸反応訓練 (Pivotal Response Treatments) を用いた自閉症児と大学生との相互作用の形成 行動療法研究, 35, 67-81.
- 加藤哲文 (1995). 障害児療育施設における指導員訓練: 指導機能の習得におけるビデオ・フィードバックとセルフモニタリングの効果について 日本行動療法学会大21回大会発表論文集 Pp. 72-73.
- 加藤哲文・野口和也 (2004). 行動コンサルテーションの方法 加藤哲文・大石幸二(編) 特別支援教育を支える行動コンサルテーション-連携と協働を実現するためのシステムと技法- 学苑社
- ケーゲル, L.K.・ケーゲル, R.L., 氏森英亜・小笠原恵 (訳) (2009). 機軸行動発達支援法 二瓶社
- Koegel, R.L., Russo, D.C., & Rincover, A. (1977). Assessing and training teachers in the generalized use of behavior modification with autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 197-205.
- Lovaas, O.I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.
- 免田 賢・伊藤啓介・大隈紘子・中野俊明・陣内咲子・温泉美雪・福田恭介・山上敏子 (1995). 精神遅滞児の親訓練プログラムの開発とその効果に関する研究 行動療法研究, 21, 25-38.
- Mesibov, G.B. (1998). Formal and informal measures on the effectiveness of teach program. *International Journal of Autism*, 1, 25-35.
- Mirenda, P. (1997). Supporting individuals with challenging behavior through functional communication training and aac: Research review. *Augmentative and Alternative Communication*, 13, 207-225.
- 中野良顕・宮崎麻衣子 (2005). こどもの上手な教え方 自閉症の子育て支援マニュアル なかよしキッズステーション
- National Institute of Mental Health (2004). *Autism spectrum disorders*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Retrieved December 9, 2008.
- National Research Council (2001). *Educating children with autism*. Washington, DC: National Academy Press.
- O'Dell, S.L., Tarler-Benlolo, L.A., & Flynn, J.M. (1979). An Instrument to measure knowledge of behavioral principles as applied to children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 29-34.
- 大久保賢一・井上雅彦 (2006). 自閉症児を対象とした臨床スタッフの教授行動改善に及ぼす Trainer-Training の効果 行動療法研究, 32, 45-63.
- 大野裕史・杉山雅彦・谷 晋二・武蔵博文・中矢邦雄・園山繁樹・福井ふみこ (1985). いわゆる「フリーオペラント」法の定式化- 行動形成法の再検討- 心身障害学研究 (筑波大学研究紀要), 9, 91-103.
- Sarokoff, R.A. & Sturmey, P. (2004). The effect of behavioral skills training on staff implementation of discrete-trial teaching. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37, 535-538.
- 澤村まみ・加藤哲文・小林重雄 (1994). 発達障害児の教師トレーニングに関する試み-行動変容技法訓練パッケージを用いて- 心身障害学研究 (筑波大学研究紀要), 18, 121-130.
- Schreibman, L., Kaneko, W.M., & Koegel, R.L. (1991). Positive affect of parents of autistic children: A comparison across two teaching techniques. *Behavior Therapy*, 22, 479-490.
- 菅野千晶・小林重雄 (1996). 発達障害幼児の親指導プログラムに関する検討-児童相談所におけるプログラムの実施- 行動分析学研究, 10, 137-151.
- 丹野義彦 (2001). エビデンス臨床心理学-認知行動理論の最前線 日本評論社
- 内山喜久雄・坂野雄二 (2003). エビデンス・ベスト・カウンセリング (現代のエスプリ別冊) 至文堂
- 梅津耕作 (1982). KBPAC. 行動療法研究会発行.
- 山本淳一・澁谷尚樹 (2009). エビデンスにもとづいた発達障害支援: 応用行動分析の貢献 行動分析学研究, 23, 46-70.
- 吉野俊彦 (2009). 科学知と日常知の狭間: 科学とエビデンスベストをめぐって 神戸親和女子大学文学研究科紀要, 5, 85-92.