

延岡市の障害児母子通園施設における言語聴覚障害児の実態

～言語聴覚士による通園施設支援の試み～

Survey of children with speech-language-hearing disorders
in a habilitation nursery of Nobeoka City
: a support system to habilitation nursery by speech-language-hearing therapist

安川千代 今給黎禎子 鈴木啓 山田弘幸 笠井新一郎 倉内紀子
Chiyo YASUKAWA Teiko IMAKIIRE Hiraku SUZUKI
Hiroyuki YAMADA Shinichiro KASAI Noriko KURAUCHI

Abstract

This survey was conducted to understand the state of children with speech-language-hearing disorders in a habilitation nursery for children with disabilities. We evaluated 43 children with a screening test which consisted of 4 items. And, we gave questionnaires to their parents and nursery school teachers. 41 of the children were both mentally handicapped and had speech-language-hearing disorders. Parents and teachers needed practical methods for development of language. We started a new system to support them. The aim of the system is to convey information about teaching.

キーワード：障害児母子通園施設 実態調査 言語聴覚士 支援システム
key words : a habilitation nursery , survey,
speech-language-hearing therapist, support system

I. はじめに

言語聴覚士（ST）は、過去5回の国家試験を経て、平成15年4月現在、7,767名にまで増加した。しかし、日本の言語聴覚障害児・者の総数は、人口の4.4%（528万人）と見積もられており、言語聴覚障害児者のニーズを満たすためには、約36,000人のSTが必要とされている¹⁾。この試算をもとに、延岡市の言語聴覚障害児・者を算出すると、延岡市の人口は約126,000人であることから、市内には約5,500名の言語聴覚障害児者がいると推定される。

そのうち、小児の言語聴覚障害に関して改めて考えてみることにする。鈴木は、発達障害の発生率及び有病率について障害別にまとめている²⁾。

表1 主要な発達障害疾患の発生率と有病率(千人あたり)

障害	発生率	有病率
脳性麻痺	1.5~2.0	1.0~1.5
精神発達遅滞	8~10	7~8
重症心身障害 (胎生~周産期)	0.7~1.0	0.5~0.8
(周産期以降)		0.2
自閉症	1.0	1.0
筋ジストロフィー	0.02	

延岡市の18歳未満の人口は23,582人（平成15年10月1日現在、住民基本台帳）であることから、有病率の合計（千人あたり9.7~11.5）から算出すると、発達障害児の数は、230~270人と推定される。これに対して、延岡市の医療・福祉・教育機関で活動するSTは、現在4名であり、うち小児を専門に扱うのはことばの教室に所属する1名のみである。小児の言語聴覚障害に関わるSTの不足は全国的な現象ではあるが、延岡市の場合には特に深刻であるといえる。

このような状況の中、当学科は本年6月、延岡市内の障害児母子通園施設から、言語聴覚障害児の支援を依頼された。そこで、今後の支援の在り方を検討する資料を得るために、園児の言語聴覚障害に関する実態を調査し、その結果に基づき新たな支援システムを立ち上げたので報告する。

II. 支援対象施設の概要

児童福祉法では、障害の種類に応じて種々の障害児施設を規定し、設置することとしている。しかし、言語聴

覚障害担当者の配置が義務づけられているのは、難聴幼児通園施設と聴覚言語障害者更正施設のみである。その他の肢体不自由児施設や各種の障害児通園施設などにおいても、少数のSTを配置している所があるが、その数は決して十分とは言えない³⁾。またこれとは別に、心身障害児総合通園センターがある。これは、肢体不自由児・知的障害児通園施設等を併設していることが特徴であり、医師、保育士、PT、OT、ST、ソーシャルワーカー等の様々な専門職が関わって障害の診断・判定・相談・指導等を行っている。しかし、センターの設置主体は都道府県・指定都市・中核市、もしくはおおむね人口20万以上の市となっている。平成14年度における設置箇所数は全国で15か所のみであり、宮城県北部には現存しない⁴⁾。

今回依頼のあった施設「延岡こども発達支援センター さくら園（以下、さくら園）」は、宮城県北部にある唯一の障害児通園施設であり、平成15年4月より特定非営利活動法人（NPO）が運営している。延岡市とその周辺町村から0歳~6歳（就学前）までの障害児を受け入れており、平成15年9月1日現在45名が在籍、年齢別の3つのクラスで集団保育を行っている。その他に、保育士が個別指導を実施している。個別指導は、園児1人に対し1回50分程度で頻度は月3回程度行っており、運動面・認知面・言語面などの各領域を指導している。常勤のリハビリテーションスタッフは所属していない。

延岡市は、「さくら園」を拠点として「障害児地域療育機能強化事業」を実施しており、事業対象児に対しては、非常勤のPT、OTがリハビリテーションを行っている。この事業対象児となるのは、医師（整形外科医）による巡回医療相談の結果、リハビリテーションが必要と判断された児であるが、STはこの事業には含まれていない。STの関与としては、以前より当学科の相談システム“ハロー”と連携を取っているが、あくまでも“ハロー”を利用する園児のみを対象として情報交換やケースカンファレンスを行っていた。施設の依頼によって全園児を対象とした支援を実施するのは、今回が初めてとなる。今回は、週1日1名のSTが非常勤のリハビリテーションスタッフとして「さくら園」に関わってゆくこととなった。

III. 調査

1. 調査方法

1) 対象児

「さくら園」に在籍する45名のうち、休園中の2名を除く43名、年齢の分布を表に示す(表2)。

表2 対象児の年齢分布

年齢	人数
～0:11	1
1:00～1:11	4
2:00～2:11	5
3:00～3:11	7
4:00～4:11	9
5:00～5:11	14
6:00～	3
計	43

疾患名はダウン症9名、脳性麻痺7名、自閉性障害3名、滑脳症2名などであった。その他、水頭症、ソトス症候群ヘルペス脳炎、ファロー四徴症、CATCH22症候群などもみられた。また、先天性関節拘縮症、喉頭軟化症、痙攣重積、未熟児網膜症、ウエスト症候群、難聴など様々な合併症を有している者があった(表3)。

表3 対象児の障害名(複数回答あり)

疾患名	人数
ダウン症	11
脳性麻痺	7
自閉性障害	3
滑脳症	2
水頭症	1
ソトス症候群	1
ヘルペス脳炎	1
ファロー四徴症	1
CATCH22症候群	1
その他 先天性関節拘縮症、喉頭軟化症、痙攣重積、未熟児網膜症、ウエスト症候群、難聴 ほか	

2) 調査方法

平成15年6月から7月にわたり、対象児の養育者43名及び保育士6名全員に対して、記名式のアンケート調査を実施した。同時に、対象児にスクリーニング評価を実施した。アンケートは、施設に配布及び回収を依頼した。スクリーニング評価は、当大学の施設を利用し、1回40分程度、各児に対し1～2回のセッションにて行った。

3) 調査内容

a. アンケート

養育者への質問項目は、現在のことばの状況や特に伸ばし

たい能力などであった。保育士への質問項目は、担当する園児の個別指導内容や指導に困っている点などであった。

b. スクリーニング評価

評価項目は、次の4点とした。

- ① 聴覚—防音室内で、遊戯聴力検査又はCORを行った。
- ② 言語—国リハ式(S-S法)を実施、可能な者には質問応答関係検査を行った。構音面は、発信課題にて評価した。
- ③ 動作性課題—(S-S法)における積み木、描画、はめ板課題を行った。
- ④ その他—コミュニケーション態度など、必要に応じて観察項目を記した。また、発達年齢が低い児や課題に非協力的な児に関しては、保護者に遠城寺式・乳幼児分析的発達検査表を行い、発達年齢の参考とした。

2. 調査結果

1) アンケート結果

保護者、保育士いずれに対するアンケートも回収率100%であった。

a. 保護者へのアンケート

図1は、児の諸機能のうち、保護者が特に能力を向上させたいとする点の集計結果である(複数回答あり)。表出に関するものが15件と最も多く、この中にはYes-No表出から表現の幅を広げたいというものまで様々なレベルを含んでいた。行動とは、コミュニケーション行動に関するもので9件であった。嚥下には、かまずに飲み込む、ストローがうまく使えないなどの訴えを含み8件であった。また、構音に関するもの5件、言語理解3件、聴覚2件、その他には将来完全自立してほしいなどの全般的な意見が3件であった。

また、STに訓練を受けたり定期的にアドバイスを受けたりした事がなく、合併症の治療などを除けば、定期的にかかっている病院・施設がない事が多く、かかっている場合でも、医師や関連専門職から子供への関わり方のアドバイスや今後の言語発達の見通しについて詳しい説明を受けておらず、他機関のSTを紹介された事もなかった。

現在の子供の言語発達段階については、おおよそ正しい認識があり、次の目標となるステップをある程度認識していた。しかし、次のステップを目指すために日常的に行っていく関わり方が分からず、現在の子供の様子を足踏み状態であると認識している保護者が数名いた。

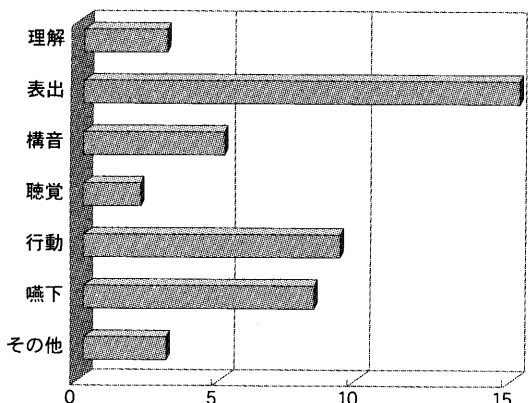


図1 保護者が能力を向上させたいと思う点

b. 保育士へのアンケート

図2は、個別指導の内容を示す(複数回答あり)。言語に関するものが29件と最も多かった。この中には絵カード課題等の他に、絵本の読み聞かせを含んでいた。次に多い手指とは、ビー玉、積み木等を使用した手指の巧緻性の改善であり、27件であった。また、数、形、色等の教科学習の基礎となるものが19件であった。行動には、母子分離を促す、やりとり遊びを楽しむことなどを含み10件であった。その他には、課題場面に応じられない子供に対しての歌遊び13件、感覚遊び12件などであった。

指導に当たり困っている点として、傾聴や注目ができない、集中力や課題持続力の不足、また課題や遊びを深めていく力の不足などがあげられた。支援システムに対する希望としては、上記の問題点に対する具体的方法が知りたい、専門家による言語能力評価に加えてより具体的な指導プログラム案が知りたい、問題行動に対する対処法が知りたい、一部の母親のリハビリテーション依存に対して、保育や遊び場面での関わりの重要性を理解してもらう方法が知りたいなどがあげられた。

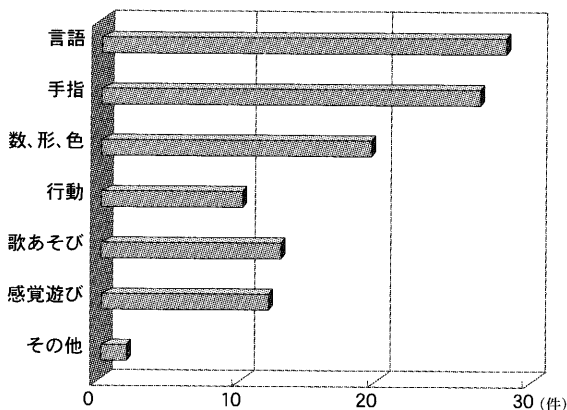


図2 保育士が行っている個別指導の内容

c. 保護者と保育士の比較

保護者が伸ばしたい目標としてあげているものは、Yes-No表出から構音にいたるまで、言語の発信に関するものが多かった。これに対して保育士が課題の目標としてあげている点は、傾聴、注目、指示理解など言語の受信に関するものが多かった。

2) スクリーニング評価結果

a. 聴覚

音場30dBHLの刺激にて31名が通過、12名が未通過であった。未通過の12名のうち、既に難聴の診断を受けている者が3名、中耳炎等の既往があり定期的に耳鼻科にかかっている者が2名あった。その他には耳鼻科の既往がない者が2名おり、軽度難聴を発見した。また、脳性麻痺などの原疾患を持ち、50dBでも音源探索行動が見られなかった者が5名おり、今後精査が必要と思われた。

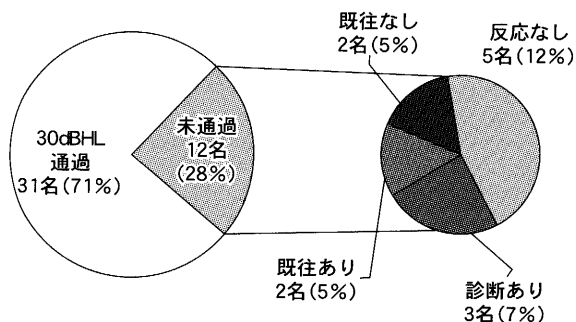


図3 聴覚スクリーニングの結果

b. 言語

言語評価は主に国リハ式(S-S法)を行った(表4-1)。また可能な者には、質問応答発達検査(簡易版)も行った。(S-S法)における発達年齢と照らし合わせた結果、41名に遅れが認められた。年齢相当の言語発達が認められたのは、4歳2ヶ月で段階5-1であった1名と6歳2ヶ月で段階5-2を通過した1名の計2名のみであった。5歳2ヶ月で段階5-1であった1名は、(S-S法)の設定する発達年齢の幅が広い為、遅れの有無を判断するにはさらに精査が必要と思われた。構音面は発信課題において評価した結果、構音発達のみが遅れている者はいなかった。

表4-1 国リハ式S-S法検査結果：受信（年齢別）

年齢	段階					
	1	2	3-1	3-2	4	5
～0:11	1					
1:0～1:11	1	3				
2:0～2:11	2	2	1			
3:0～3:11		2		2	2	
4:0～4:11	1		1	1	5	1
5:0～5:11	1	1	1	4	5	2
6:0～	1				1	1

(単位:人)

c. 動作性課題

やや項目数が少ないが、言語性課題との著しい差がないかどうかをチェックした。全体的な遅れの者が多く、明らかな上肢の運動制限がある場合を除き、言語発達との著しい差が見られた者はいなかった(表4-2)。

表4-2 国リハ式S-S法検査結果：動作性課題（年齢別）

暦年齢	発達年齢							
	1:00 以下	1:00 1:05	1:06 1:11	2:00 2:05	2:06 2:11	3:06 4:00	4:06 4:11	6:00 6:05
～0:11	1							
1:0～1:11	3	1						
2:0～2:11	2	2	1					
3:0～3:11	2	1	1	1	1			
4:0～4:11	1		3	2	2	1		
5:0～5:11	1	1	1	2	2	3	3	1
6:0～	1					1		1

(単位:人)

d. その他

アイコンタクトの有無、こだわり行動や攻撃行動の有無、母子関係の様子など観察し、特記事項を記した。コミュニケーション態度非良好群が15名、常同行為のある者が1名などあった。

3) 評価のまとめ

暦年齢に比して言語受信の発達が低いものは、43名のうち41名(93%)であった。言語障害の分類としては、知的障害が21名と最も多く、ダウン症9名、脳性麻痺7名、自閉性障害3名などであった(表5)。特異性言語発達障害や器質性・機能的構音障害の者はいなかった。これらの結果は施設の性質上、発達障害をきたす原

疾患を有する園児が多いことが影響していると思われる。また、残りの3名についても、学習障害や軽度の汎性発達障害などを視野に入れて、さらに精査する必要があると思われた。また3名の保護者からも、就学を控えて、不安(教科学習や集団行動ができるかなど)や、行動面の問題(飽きっぽい、話を集中して聞けないなど)について訴えがあり、経過観察が必要と判断した。

結果として、訓練や経過観察を全く必要としない者は1名もいなかった。知的発達の遅れに伴う言語発達の遅れが認められる者が多く、支援を行う際には、発達全般を評価して課題を設定する必要があると考えられた。また、今後の見通しや具体的な関わり方の知識が不足しているために、保護者に不安が生じていると思われた。また、保護者と保育士のアンケート結果には若干のずれが認められた。

表5 対象児の障害名別人数

障害の種類	人数
知的障害	22 (52%)
ダウン症	9 (20%)
脳性麻痺	7 (16%)
自閉性障害	3 (7%)
要観察	2 (5%)
計	43 (100%)

IV. 支援の立案と実践

調査結果をもとにして、今後われわれが行うべき支援とはどのようなものであるかを検討した。週1回、1名のSTによって運営する必要性から、すべての児に対する訓練をSTが行うことは不可能であると考えられた。そこで、既に園で行われている、集団保育及び個別指導を充実させることによって、支援が可能ではないかと考えた。この方法の利点として、STが行う課題設定場面に限局した働きかけよりも、より生活に近い保育場面で適切な関わり方を実践することにより、保護者が求めている、日常的な関わり方のモデルを示すことができるという点がある。

よって以下に示す3点の支援策を立案した。支援の流れに沿って図に示す(図4)。

第1点は、園児全員に対して行ったアンケート及びスクリーニング評価である。

第2点は、評価結果をもとに報告書を作成、これを保育士へ提供し集団指導時に有効に活用してもらうこととした。具体的には、評価結果とともに「お母さんへのア

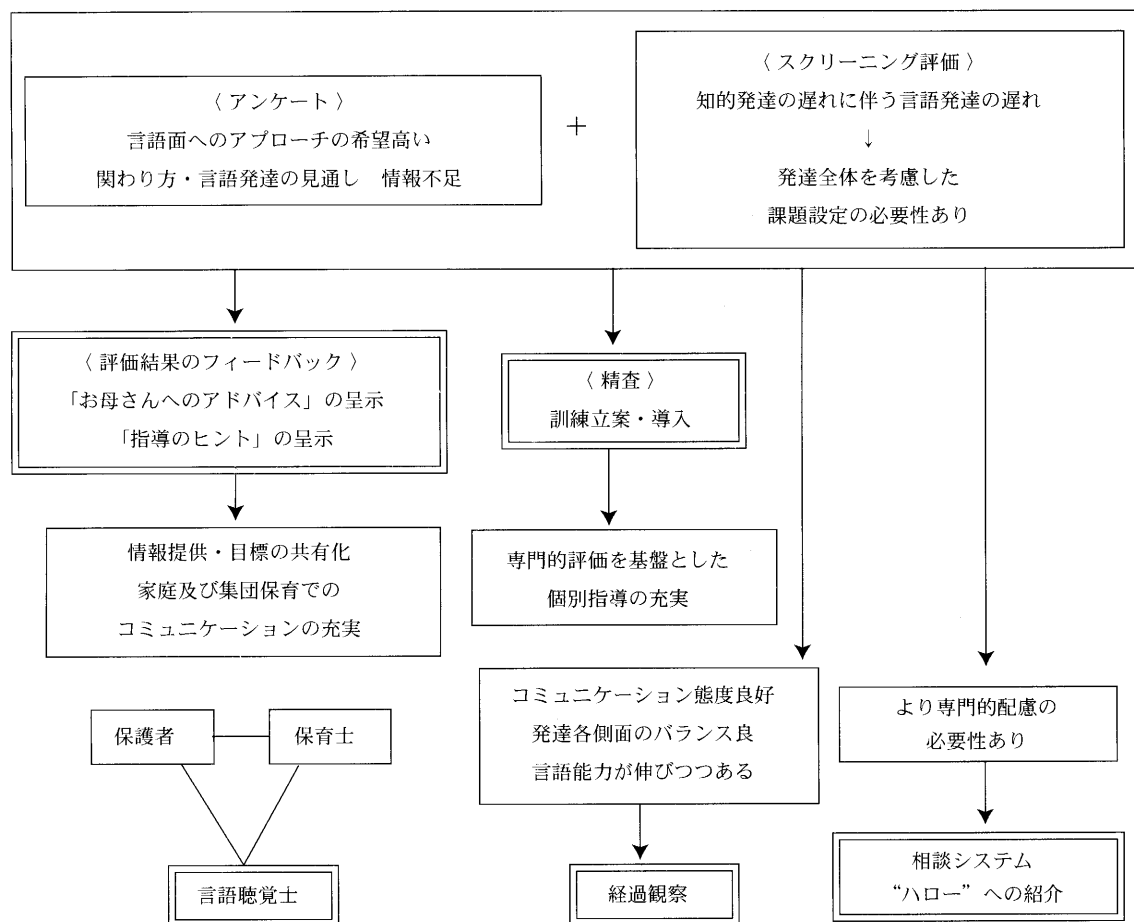


図4 支援の流れ

トバイス」と、保育士向けの「指導のヒント」を呈示した。「お母さんへのアドバイス」は、主にスクリーニング時の問診やアンケートで出された不安や質問に対してSTが返した内容を記した。「指導のヒント」は、ポータル乳幼児教育プログラムを参考にして専門用語の排除に努め、個別指導場面でしやすい項目を挙げるようにした。

第3点として、スクリーニングの結果にもとづき、園児を今後の対応別に3つのグループに分けた。ほとんどの者は言語面だけでなく発達全般に遅れが認められたため、課題の設定にあたっては、言語以外の発達全般の精査が必要であった。そこで、発達検査及び訓練プログラム立案を行うこととした。ただし、園での個別訓練を中心とするため、STとのセッションは5～6回（隔週1回で約3ヶ月間）とし、その後は訓練内容を保育士に伝え、園の個別訓練で継続して行ってもらったようにした。

その一方で、コミュニケーション態度非良好群の一部や、聴覚障害があるまたは疑われる者など、特に配慮が必要と思われる者計8名を、当学科の相談システム“ハ

ロー”へ紹介し、STが個別対応を行うこととした。そのほか、やりとり行動を獲得しており、ゆるやかなながらもバランスのとれた発達の途上であると思われた者は経過観察とし、半年～1年の期間において再評価を行うこととした。

次に、実際に行った支援のうち2例を以下にあげる。

支援例①：4歳0か月女児、滑脳症、左片麻痺。〈S-S法〉において受信4-2（2歳1ヶ月レベル）、発信は単語レベル（音声約30語、身ぶり約80語）で、保育士は発信行動が活発だがバリエーションが増えず、停滞状態と感じていた。指導のヒントとして、身ぶりを組み合わせて2語文を表現させること、また写真やカタログの切り抜きを利用して、視覚的な発信手段を併用することを提案した。

支援例②：6歳0か月女児、MR。質問応答検査簡易版56点（4歳台）、保育士は集中力の不足を指摘、また考えれば分かる事でも「分からない」と即答してしまうとの事であった。指導のヒントとして、伝言ゲームや買い物ごっこで聴覚的把持力を伸ばすこと、また就学前とい

うことで文字学習も導入されていたが、なぞり書きや点結びから始め、写字へ移行する等のスモールステップを提案した。

V. 考察

療育を構成する機能は、大まかに「保育」「相談」「訓練」「診療」の4つに分けられ、中でも必須の機能は「保育機能」と「相談機能」とされている⁵⁾。これまでの「さくら園」では、これらの機能を全て保育士が担ってきた。今回、通園施設にSTが関わることによって貢献できる点について、いくつかの視点で考察を加える。

畠田は、幼児通園施設「呉本庄つくし園」でのSTの活動を報告している。この施設では、状態別の3クラスにSTが担任としてそれぞれ1名ずつ配置され、月曜日～金曜日のクラス療育及び、隔週土曜日のポーターズ親子個別指導、また1名につき年間6回の言語個別指導を実施している⁶⁾。施設に所属する全園児に対しての指導を行いながら、かつ個々の訓練効果を高めるためには、それぞれの施設環境に応じて、複数の支援策を並行して実施し、システムの実施及び修正・改善を重ねていくという現状が推察された。

東川は、精神遅滞や自閉症を伴う言語発達遅滞児の療育を考える上で、コミュニケーション機能を要求、叙述、対人の3つの大項目に分類、それぞれに対してさらに3つずつの下位項目を設定している⁷⁾。そして、このコミュニケーション機能分類に基づいて、チェックリスト形式の「療育指導プログラム〈通園版〉」を作成し、主に身辺課題における子どもの行動を評価して個別の療育プログラムを立案している。このプログラムの成果としては、STと通園施設が協力して療育指導プログラムを作成する過程において、個々の子どもにあわせたスモールステップを設定することで療育場面が変化したこと、また介助法の再検討を通して養育スタッフ自身に関わり方をコントロールするようになったことをあげている^{7) 8)}。ここでは、各児に対して療育場面でのコミュニケーションのあり方や行動のつまづきを細かくひろい出し、適切なスモールステップを設定し、その情報を施設及び家庭で共有することの重要性が明らかになった。また、通園施設の支援においては、STと保育士が協力して療育プログラムを作成・実施する課程そのものが、相互理解をはかる機会として重要であったことが分かった。今回行った「さくら園」の支援では、訓練室内での検査場面のみで言語能力の評価を行っており、療育場面での行動の

つまづきや児と他者とのコミュニケーションのあり方など、様々な要素のひろい出しが不十分であった事が示唆された。また、行動に沿ったコミュニケーションのスク립トを用いることで、保育士に具体的なスモールステップを分かりやすく呈示することが可能となっているため、今後はこれらの行動場面の利用を検討したい。

藤岡らは、精神薄弱児通園施設におけるSTの個別言語訓練とクラス指導を報告している。TEACCHプログラムによって療育場面の構造化をはかるとともに、視覚的な発信代替手段（絵カード）を用いることによって、発信意欲が向上したこと、また、この二つの相乗効果によって言語発達の促進が見られた事が報告されている⁹⁾。

「さくら園」においても、音声受信に至っていない児が18名おり、そのうち暦年齢が1歳10ヶ月以上にも関わらず、この段階にとどまっている児は13名であった。しかし現在園内では、サインやシンボルも含め、視覚的な代替コミュニケーション手段を統一的に使用していないため、今後、園全体のコミュニケーション環境を整備してゆくためには、これらの導入の必要性が示唆された。

秦野は、一般的に、言語発達の問題が顕在化する時期として、次の4点をあげている。①子どもの言語発達の問題に気づいた時②障害のある子どもが入園した時③子どもの言語発達が進んでいないように感じる時④就学を間近に控えた時である¹⁰⁾。「さくら園」での支援にあっても、この4点を視野において保護者を支援することは重要であると考えた。まず、新規の入園児にはできるだけすみやかにこの支援システムを運用し、コミュニケーションに関する問題を洗い出し、可能な支援を順次開始していく必要がある。また、就学を控えた不安に関しては、既に一部の保護者からの訴えがあった通り、対応が急がれる問題であると思われた。多くの児は「さくら園」卒園後、地域の小学校や養護学校へ入学するため、就学後も教育機関と連携を取って必要な支援を行っていく必要があり、そのためには園児のみに限局しないより包括的な支援システムの必要性が示唆された。

高松は、地域療育システムの原則的モデルとして、人口100万以上の地域をカバーする高度療育機関（総合療育センターなど）、人口10～15万の小地域に即時対応する一次療育機関（通園施設など）、その中間に位置する二次機関という重層的構造を提案している¹¹⁾。その中で、重要なのは構造ではなく機能面であり、優れた調整機能によって地域に既存の保育所、障害児通園施設、各種病院の相互連携をとることが必要であるとしている。

また一次療育機関に必要な機能としては、乳幼児の把握、スクリーニング機能、通園機能、訪問機能、他の関

連機関との連絡調整機能の5点をあげている。「さくら園」はこの地域の通園施設として重要な位置を占めており、一次療育機関にあたると考えられるが、これまでは、通園機能及び一部訪問機能を主として活動してきた経緯がある。今回、言語聴覚障害に限ってではあるが、STがスクリーニングを行い、必要な情報提供及び相談システム“ハロー”との調整を開始したことには、今後の「さくら園」の療育機能をさらに充実させる上で、意味があると考えられる。

VI. 今後の課題

今回の支援システムの実施では、2名の軽度聴力障害を発見したこと、また言語面に対する具体的なアプローチ方法の紹介等を通し、保育士からは「個別指導時の参考になった」「絵本の読ませ方などさらに具体的に知りたい」との発言があり、ある程度の満足度が得られたと感じているが、いくつかの課題もある。まず、STが提示した情報やプログラムがどの程度保育士によって実施され、また有効であったか、今後も密接に連携をとりながら検討してゆく必要がある。

また、供給可能な評価や訓練の頻度と、保護者の訓練に対するニーズとの調整も課題である。一部の母親はSTによる個別訓練の回数増加を希望している。また、児によって受ける支援の回数や内容が異なるため、母親間に不公平感が生じる危険性がある。これを避けるためには、十分な主旨の説明と、個々の母親のニーズに対する配慮が必要である。

また、今回の支援では、STの専門的対応が必要な児と、保育場面での関わり方の工夫で対応可能な児との大きく2つに分けて対応を行ったが、本来このような判断はSTのみではなく他の関連専門職との連携の上になされるべきである。この点からも、他機関との連携は必要である。まずは、さくら園を拠点として行っているPT、OTの事業に関して、現在カンファレンスや共同のリハビリテーション計画など、早期に連携をはかっていきたいと考えている。

参考引用文献

- 1) 日本言語療法士協会編：言語聴覚士の仕事。第2版。朱鷺書房、大阪、pp.128-135、1999
- 2) 熊谷公明・栗田広編：発達障害の基礎。日本文化科

学社、東京、pp.74-79、1999。

3) 山縣文治編：よくわかる子ども家庭福祉、ミネルヴァ書房、京都、pp.134-135、2002。

4) 内閣府編：平成15年度版。障害者白書。国立印刷局、東京、2003。

5) 宮田広善著：子育てを支える療育<医療モデル>から<生活モデル>への転換を。ぶどう社、東京、pp.155-157、2001。

6) 畠田春香、水野徹：幼児通園施設におけるSTの役割について。第27回日本聴能言語学会学術講演会抄録集125-126、2001。

7) 東川健、佐竹恒夫、原広美、他：1言語発達障害児(自閉症)のコミュニケーション訓練-通園施設との連携によるコミュニケーション機能の拡大-。横浜リハビリテーション事業団：リハビリテーション紀要第8号、1997。

8) 東川健、飯塚直美、伊藤淳子、他：療育指導プログラム<通園版>の開発(1)-言語発達遅滞児の療育におけるSTと通園施設の連携の試み-。音声言語医学36巻1号。P.125、1995。

9) 藤岡紀子、桑原綾子：通園施設における個別言語訓練とクラス指導-自閉症児に<S-S法>とTEACCHプログラムを適用して、言語発達遅滞研究、第3号。119-120、1997。

10) 大石敬子、石田宏代、他(大石敬子編)：入門コースことばの発達と障害3、ことばの障害の評価と指導、大修館書店、東京、pp.206-214、2001。

11) 高松鶴吉：療育とはなにか。ぶどう社、東京、pp.150-152、1990。