

幼稚園における特別支援教育の実態について

～対応に苦慮しているケースの実態と保育者の専門性について～

白垣 潤* 梅下弘樹**

要 旨

幼稚園における特別支援教育の実態を明らかにするために、幼稚園教諭が対応に苦慮している障害児あるいは障害が疑われる幼児の実態を調査し、保育者の専門性を検討した。その結果、障害児あるいは障害が疑われる幼児は女児よりも男児の方が多かった。家族構成には有意な傾向は認められなかった。医療機関との連携については、診断があるケースは52.8%となり、半数近くが診断はないが気になるケースということであった。保育・教育現場と医療機関も含めた専門機関の連携がスムーズに進む制度の必要性が考察された。領域別相談内容では、社会とコミュニケーションについて多く挙げられた。保育者の専門性について考察され、保育・教育現場で有用なアセスメントの開発の必要性が考察された。

キーワード：特別支援教育、幼稚園、医療との連携、相談内容、アセスメント

I. はじめに

近年、幼稚園や保育所で発達障害児あるいは発達障害が疑われる、気になる幼児が増加傾向である（白垣・梅下、2010）¹⁾。保育・教育現場では発達障害者支援法（平成17年4月1日）の施行、特別支援教育の正式実施（「学校教育法等の一部を改正する法律案」；平成18年6月15日可決・成立、同年6月21日公布、平成19年4月1日から正式に実施）以来、対応を模索しているが対応の難しさが報告されている。

筆者らは、特別支援教育専門家として、保育・教育現場から要請されて、幼稚園、保育所、小学校で気になる事例のアセスメントをし、現場の先生方と対応方法を検討していく機会も多い（年間のべ24～100校・園程度、各校・園で毎回1～10名程度）（白垣・梅下、2010）¹⁾。また、岡崎市特別支援教育相談センター「そよかぜ相談」の専門相談委員として委嘱されており、それ以外にも、岡崎市ダウン症親の会保育・教育相談、岡崎女子短期大学付属幼稚園での教育相談、豊川市、東海市での保育事例研修講師等現場との連携実績も多い。

現場の先生方は、それぞれの市町等で作成されている「相談児童生徒個人票」などをもとに、事例を検討し、整理しており、筆者らもその資料をもとに事例の観察、アセスメント、検討を

行っている。これは、アメリカのIEP（Individualized Educational Plan）をもとに、文部科学省が、盲・聾・養護学校には平成11年3月から（盲学校、聾学校及び養護学校小・中学部学習指導要領）、発達障害のある児童生徒への支援については平成17年4月から（初等中等教育局長、高等教育局長、スポーツ・青少年局長3局長通知）導入された、「個別の指導計画」である。しかしながら、平成17年4月から導入された対象としては、「小学校等」となっており、幼稚園では導入がまちまちである。

保育者は保育・教育現場において、発達障害児あるいは発達障害が疑われる幼児の対応に苦慮している。それは実際には、保育者の質的な専門性の低さも指摘されているが、むしろ健常児に比して手がかかるという労力面の問題が大半を占めている（白垣・梅下、2010）¹⁾。今回、筆者らは保育・教育現場から対応に苦慮している事例についての相談を受け、その対応方法について検討していった。

そこで、本研究では、幼稚園における特別支援教育の実態を明らかにするために、幼稚園教諭が対応に苦慮している障害児あるいは障害が疑われる幼児の実態を調査し、保育者の専門

*岡崎女子大学

**岡崎女子短期大学

性を明らかにすることを目的とする。

Ⅱ．対象と方法

調査対象は、愛知県内の幼稚園教諭 100 名で、対応に苦慮している障害児あるいは障害が疑われる幼児をそれぞれ 1～3 例挙げてもらった。

方法は、愛知県私立幼稚園連盟から依頼された「障害児あるいは障害が疑われる気になる子への対応」についての特別支援教育研修会において、実際の対応方法を検討するために、事前に調査用紙を配布し、回収した。調査にあたっては、愛知県私立幼稚園連盟第一教育研究部の機関同意を得、対象となる幼稚園教諭に対しては研究についての説明と同意を文書にて行い、資料は匿名化し個人情報保護に留意して行った。回収数・回収率は 65 件、65%で、挙げられた対象児数は 106 名であった。

なお、本研究は岡崎女子大学研究倫理審査による承認を得て施行した（平成 28 年度通知番号 1）。

調査内容は、①対象児性別、②対象児年齢、③家庭環境（家族構成及び外国人家庭であるか／離婚家庭であるか）、④生育歴・療育歴、⑤医療機関等による診断名（医師による診断がある場合のみ。担当者の推測では記入しない）、⑥医師等の意見、⑦気になる状況、の 7 項目であった。①対象児性別は選択式、②対象児年齢は空欄記入式、後の 5 項目は全て自由記述で記入してもらった。

調査内容については、筆者 2 人で、KJ 法を用いて整理し、津守式乳幼児精神発達診断法の 5 領域、①運動、②探索・操作、③社会、④生活習慣、⑤言語に加えて、知的な問題を加えた 6 領域に分類した。

統計処理については、対象児の生活月齢の平均・標準偏差の導出、男女間の月齢の差の検定（t 検定）、同居する家族構成数、医療機関状況提供数、領域別相談内容数の度数を算出し、全体との割合を導出した。

Ⅲ．結果

1) 対象児の人数、生活月齢

調査で挙げられた対象児の人数は合計 106 名で、そのうち男児が 82 名、女児が 24 名であっ

た。生活月齢の平均及び標準偏差は、全体では 56.1 ± 11.1 ヶ月で、そのうち男児が 57.0 ± 10.8 ヶ月、女児が 53.2 ± 11.5 ヶ月で男女間の月齢には有意差は認められなかった（ $t=1.497$ 、 $df=104$ 、 ns ）（表 1）。

表 1 対象児

	人数（名）	%	平均年齢（ヶ月）	標準偏差（ヶ月）
総数	106	100.0	56.1	11.1
性別				
男	82	77.4	57.0	10.8
女	24	22.6	53.2	11.5

2) 同居する家族構成数

幼稚園教諭が対応に苦慮する事例について、同居する家族構成数によって影響が見られるかを検討するために、度数を算出した。その結果、父 104 名（対象者総数からの割合 98.1%）、母 103 名（以下同 97.2%）、義母 1 名（0.9%）、祖父 8 名（7.5%）、祖母 10 名（9.4%）、曾祖母 1 名（0.9%）、叔父 1 名（0.9%）、兄 23 名（21.7%）、姉 15 名（14.2%）、弟 27 名（25.5%）、妹 25 名（23.6%）であった。対象者全体のなかで、外国人家庭が 3 例（1 例は父親がアメリカ人、1 例は母親がペルー人、1 例は母親がカナダ人）（2.8%）、離婚家庭が 3 例（2.8%）であった（表 2）。

表 2 同居する家族構成数

	度数	%
対象者数	106	100.0
父	104	98.1
母	103	97.2
義母	1	0.9
祖父	8	7.5
祖母	10	9.4
曾祖母	1	0.9
叔父	1	0.9
兄	23	21.7
姉	15	14.2
弟	27	25.5
妹	25	23.6
外国人家庭	3	2.8
離婚家庭	3	2.8

3) 医療機関との連携

医療機関との連携を探るために、医療機関等

による診断名（医師による診断がある場合のみ。担当者の推測では記入しない）、その診断した医師等の意見、を記入してもらった。その結果、在胎週数の記載があるものが2名（1.9%）、出生体重の記載のあるものが11名（10.4%）、診断名が有るものが56名（52.8%）、医師等の意見が有るものが41名（38.7%）であった。医療機関への受診拒否のケースが3名（2.8%）、医療機関へ受診したが園への連絡拒否のケースが4名（3.8%）であった。医師による診断名が有るケースについて、具体的な診断名は、広汎性発達障害（PDD）8名、自閉症スペクトラム（ASD）24名、アスペルガー症候群1名、注意欠陥・多動性障害（ADHD）6名、学習障害（LD）1名、情緒障害2名、知的障害5名、精神発達遅滞1名、言語発達遅滞2名、難聴1名、場面緘黙2名、ダウン症候群1名、運動発達遅滞1名、脳性麻痺（CP）1名、その他9名（心室中隔欠損、川崎病、レクリングハウゼン病、ヒトメタニューモウィルス肺炎、牛乳・卵アレルギー、半年程度の遅れ、機能的構音障害、無熱性けいれん、脳挫傷・脳出血後遺症によるけいれん発作が各1名ずつ）であった（表3）。

表3 医療機関との連携

	度数	%
対象者数	106	100.0
在胎週数	2	1.9
出生体重	11	10.4
医師による診断名有り	56	52.8
広汎性発達障害（PDD）	8	
自閉症スペクトラム（ASD）	24	
アスペルガー症候群	1	
注意欠陥・多動性障害（ADHD）	6	
学習障害（LD）	1	
情緒障害	2	
知的障害	5	
精神発達遅滞	1	
言語発達遅滞	2	
難聴	1	
場面緘黙	2	
ダウン症候群	1	
運動発達遅滞	1	
脳性麻痺（CP）	1	
その他	9	
医師等の意見有り	41	38.7
医療機関への受診拒否	3	2.8
医療機関へ受診したが園へ未連絡	4	3.8

4）領域別相談内容

幼稚園教諭が気になる状況の項目に書かれた自由記述の内容を、筆者2人で、KJ法を用いて整理し、津守式乳幼児精神発達診断法の5領域、①運動、②探索・操作、③社会、④生活習慣、⑤言語に加えて、知的な問題を加えた6領

域に分類した。

その結果、問題が挙げられている領域として、知的が22名（20.8%）、うち知能指数の情報有りが7名（6.6%）、運動が8名（7.5%）、探索・操作が12名（11.3%）、社会が86名（81.1%）、生活習慣が39名（36.8%）、言語が60名（56.6%）であった（表4）。

表4 領域別相談内容数

	度数	%	うち医師の診断有り
対象者数	106	100.0	56
知的な問題	22	20.8	15
うち知能指数の情報有り	7	6.6	7
運動	8	7.5	5
探索・操作	12	11.3	6
社会	86	81.1	41
生活習慣	39	36.8	20
言語	60	56.6	31

※複数回答あり

IV. 考察

1）対象児について

今回の調査においては、挙げられた対象児数は106名で、そのうち男児が82名（77.4%）、女児が24名（22.6%）と男児が圧倒的に多い結果であった。これは、笹森ら（2012）²⁾等の発達障害児あるいは発達障害が疑われる児は女児よりも男児の方が多いという先行研究の結果を支持するものであった。

2）家庭環境について

先行研究においては、家庭環境の問題も指摘されており（宮本、2008³⁾；林、2008⁴⁾；杉山、2008⁵⁾；西尾、2007⁶⁾）、保育・教育現場の関係者からも家庭環境の問題は多数報告されている。今回の調査においては、同居する家族構成数を調査した。その結果、有意な傾向は認められなかったが、①核家族が圧倒的に多いこと、②兄弟姉妹数の中で姉だけが少ない傾向、の2点が認められた。発達障害については、発達という側面から、遺伝か環境かという議論がなされており、また環境要因で発達障害に類似した症状を呈する症例も報告されている（白垣・梅下、2010）¹⁾。姉だけが少ない傾向については、姉がいると面倒を見てもらえるケースもあるのではないかと考えられる。弟がちょっと逸脱しても放っておかない状況が問題行動を改善する可能性が考えられる。妹も近接した年齢であれば同様の傾向が認められるかもしれない

ので、今回は調査対象に入っていなかったが、今後、兄弟の年齢や兄弟姉妹数との関連についても検討していきたい。今後、保育・教育現場で報告されている、DVやネグレクトの疑いなど、より詳細な質的な検討が求められる。

3) 医療機関との連携

診断名があるものが56名(52.8%)、そのうち医師等の意見(医師や臨床心理士からのアドバイス)があるものが41名(38.7%)であった。発達障害が疑われる幼児について検診などでリスク児としてチェックされていない、もしくはフォローされていないことが露呈した結果であり、包括的な体制整備が必要であると思われる(白垣・梅下、2010)¹⁾。さらに、在胎週数や出生体重の情報については、入園時に情報収集を行っているのか、行っているが教師に情報が行っていない、もしくは、教師が必要を感じていない、など複数の要因が考えられる。今後、実態をさらに調査するとともに、保育者の専門性と教育の必要性について検討していきたい。

また、半数近くが診断はないが問題行動が気になるケースということであり、今後、医療機関との連携が進んで診断がつくのか否かは不明なところである。というのも、日本の場合、医療機関との連携は保護者が行わなければ成立することは稀で、保護者が保育者と同様に問題を認識していなければ医療機関への受診は叶わないからである。自身の子どもについて問題という認識がない保護者を動かして専門機関につなげることは難しく、反面そのプロセスにおいて保護者との軋轢を生じさせることも少なくない。今回の研究では、医療機関への受診拒否のケースが3名(2.8%)認められた。また、たとえ医療機関を受診したとしても確定診断が得られるとも限らないし、受診したこと、診断されたことを園に伝えてくれるかは保護者に委ねられている。実際、今回の研究においても、医療機関へ受診したが園への連絡拒否のケースが4名(3.8%)あった。診断があっても現場で早急な加配保育士が配置されることも難しい状況である(白垣・梅下、2010)¹⁾。

それでは、保育・教育現場で問題を認識した場合、どのように対応していけば良いのだろうか

か？まだ医師による診断はなされていないが保育者によって「発達障害が疑われる」として挙げられた事例が発達障害の診断を受けた事例と類似の発達特性を呈していることから、保育者の子どもを見る目の確かさが裏付けられる結果とも言える。医療と教育・保育の連携の必要性が叫ばれている昨今、保護者を媒介にしないで、保護者を参加させないという意味ではなくむしろ制度としては中心的に参加してもらって、専門家同士で情報の共有、意見交換等ケースカンファレンス、ひいては教育・保育分野で導入されている個別の指導計画、個別の教育支援計画につながる制度の導入が望まれる。結果的に対象児及び保護者の利益につながるような施策が待たれるところである。医療機関も含めた専門機関の連携がスムーズに進む制度が必要であろう。

また、診断名はあるが医師等の意見がないものは15名(診断がある56名-医師等の意見がある41名=15名)もあり、医療機関への受診が実際の対応につながっていないケースである。医療機関の場合、診療報酬の問題で、診断結果、検査結果だけを伝えるところも少なくない。しかし、保育・教育現場においては、その結果を理解する専門用語や知識等の専門性が共通ではないので、対応に苦慮するという問題も散見される。医療と保育・教育との連携が実効性のあるものとして進むように、対応の手立てを検討していく必要があると思われる。

診断名の具体的な障害名については、自閉症スペクトラムが24名と圧倒的に多く、発達障害者支援法(平成17年4月1日施行)に明記されている発達障害全体でみると診断名がついている者56名中43名が発達障害ということになり、発達障害が疑われて病院に受診するケースが多いことがうかがえる。ダウン症や心室中隔欠損、ヒトメタニューモウィルス肺炎など発達障害以外の障害はなぜ挙げられたのかということについても疑問が残る。障害というだけで苦慮しているわけではない者も含まれているし、随伴障害として羅列されて含まれただけというケースもある。今後の検討では、どういう機序で出されてきた障害名なのかについても検討していきたい。ただし、診断名のなかには、注意が必要なものも散見される。例えば、

「情緒障害」については、本来の場面緘黙症などの情緒障害であれば問題ないが、2008年3月までは「情緒障害」は学校教育法上は自閉症を包括しており、同年4月より明確に分離され、それ以前の概念なのか以後の概念なのかは判断つきかねる。また、「精神発達遅滞」についても「知的障害」と同義であるが、医学用語としての「精神発達遅滞」と学校教育法上の「知的障害」との概念が混在しており、注意が必要である。新しい診断名を知ってはいるが、あえて古い用語を使っているこだわりの医師もいるので、用語ではなく本質的な内容の連携ができるとなお良いと思われる。ただし、発達障害の診断自体、DSM-Vというチェックリストによるものである。したがって、診断の有無を検討すること自体に問題をはらんでおり、今後はこの診断のあり方についても根本的な検討が進められることが望まれる（白垣・梅下、2010）¹⁾。福祉先進国のように福祉を充実させ、診断が得られればそれに見合った補助や支援が受けられるという制度ができ、診断を幅広く行うことは有効であると思われるが、日本のように、診断はされたものの、その後の支援につながっていないケースが多い実態を見ると、より良い制度の導入が待たれるところである。それまでは、診断よりも問題行動からのアプローチが最善であると思われる。

4) 領域別相談内容

領域別相談内容数は、社会が圧倒的に多く 86 名（81.1%）、ついで言語 60 名（56.6%）であった（表 4）。これは、実際の診断名で社会性とコミュニケーションの障害の特徴を有する自閉症スペクトラム（ASD）が多い結果と同様の傾向である。実際の気になる状況としては、以下の通りである。

①社会（気になる状況に挙げられた自由記述より）

- ・社会性の問題
- ・愛着形成不全
- ・新規なものへの適応ができづらい
- ・離席
- ・着席できず歩き回る、走り回る
- ・集中力がない
- ・情緒が不安定で、意志が通じないと泣き叫ぶ

- ・目が合いにくい
- ・友達に対して異常な執着
- ・自分の感情をコントロールできず、カッとなるとすぐに手が出て、止められない
- ・日常は集団行動できるようになってきたが、保護者が観に来ると一斉活動しなくなる
- ・物には関心があるが友達にはあまり関心がない
- ・理解はできていてもわざとダメと言われたことを繰り返す時がある
- ・やりたいと思ったことはやらないと納得できず怒ってしまい、落ち着くまでに時間がかかる
- ・感情制御が未熟、感情の起伏が激しい
- ・やりたいことと違うことを教師や友達から言われると「やだ」と「うーん」と、床に寝転がって怒る
- ・ふらふらして座ってられない、気に入らないことがあると引っ張ったりかみついたりする
- ・感情のコントロールが難しく、自分がやりたいことができないと暴れて泣いてしまう
- ・活動の見通しができず、パニックになってしまう
- ・大人に噛み付く
- ・空気が読めない
- ・衝動的に手が出る
- ・好きなことに没頭すると止められない
- ・ボーッと考え事をしていることが頻繁にみられる
- ・我慢ができない
- ・一度思いが通じないと感情をあらわにして怒り叫びながら泣く、パニック
- ・好き嫌いが激しく、嫌いなことに対して強くあたる
- ・保護者の足にしがみついて離さない、自分のほほを保育者のほほに数分くっつけたがる
- ・集団生活の中で周囲の状況を自ら認識することが難しく、興味のある事柄を優先してしまう
- ・同年代の子と関わりが少ない
- ・気に入らないこと、思うようにならないことがあると大声を出したり、部屋から出て行き、園庭まで行こうとする
- ・他児と関わりを持とうとするが、加減がわか

- ・ らず力一杯引っ張ったり、押したり、気に入らないとたたく、蹴るなどの行動が見られる
- ・ 環境の変化に混乱しその場にいられないことが多い
- ・ 周りと全く違うことをしている時がある
- ・ 一度、苦手意識を持ったものや嫌なことに對して頑なにそれを拒もうとする
- ・ 初めての場所や環境は苦手で、攻撃的になったり飛び出したりしてしまう
- ・ ちょっかいいいじわるが多い
- ・ 周りの人の動きや音に敏感に反応し、席を立てて動いてしまうことが多い
- ・ 気持ちの切り替えが苦手
- ・ 気持ちが抑えきれない
- ・ 他児との交流が持てず、一方的な関わり、気分によって行動、活動のムラ、集中して取り組めない、感情のままに行動してしまうなどの様子が見られる
- ・ 人との距離感下手
- ・ 興味の無い活動には参加せず、絵本を読んだり寝転んだりする
- ・ 奇声
- ・ 泣く時にしがみつく
- ・ 気持ちが高まり過ぎてしまい、落ち着きを取り戻すまでに時間がかかる

②言語（気になる状況に挙げられた自由記述より）

- ・ 言語未獲得
- ・ 言葉が少し遅い
- ・ オウム返し
- ・ 返答に困ると「わからない」と答える
- ・ 言葉が遅いのでコミュニケーションをはかることが難しい
- ・ 言葉も不明瞭でありコミュニケーションがはかりにくい
- ・ 言葉はゆっくりで幼いしゃべりである、赤ちゃん言葉が出る
- ・ 困ったことを言葉で言うことができない
- ・ 始語が遅かった
- ・ 保健師に知的・言語の遅れを指摘される
- ・ 有意語が出ない
- ・ 大人の話を目を見て聞くことができない
- ・ 視線が合いにくい
- ・ 言葉を含めたコミュニケーション能力に障害

が見られる

- ・ 言語による交流が未発達
- ・ 構音も聞き取りが難しくコミュニケーションの難しさがある
- ・ 非言語的なレベルでの共感導きが必要
- ・ 理解力に欠ける
- ・ 話が理解できない
- ・ ことばだけの指示では理解できないことが多い
- ・ 暴言
- ・ ことばの療育に通っている
- ・ 言葉が少なく、会話が難しい
- ・ 3歳児検診でことばの遅れがわかる
- ・ 相手の意志を無視した会話をしたり、過度のスキンシップをしたりする
- ・ 伝えたことを理解できない、表出言語もほとんどない
- ・ 上位概念の理解が難しい
- ・ 発声は可能だが、発音は未熟
- ・ 「うー」「あー」という声と表情で相手に伝えようとする
- ・ よくしゃべるが理解していない
- ・ 現在二語文か三語文、他児とコミュニケーションが取れない姿が見られる
- ・ 言葉でのコミュニケーションが難しいため、叩いたり押したりする

以上、挙げられた自由記述をそのまま記載したが、保育者が発達段階をきちんと理解しているか、理解しているとしても、子どものアセスメントができて発達年齢に沿った対応ができているかについては詳細は不明である。特別支援教育の導入以降、子どもの発達段階、能力に合わせた個別の指導が求められており、保育者養成校においても発達心理学や障害児保育、障害児教育などの科目において、乳幼児の発達を理解する能力、子どものアセスメント（評価と対応）を行う能力を醸成し、特別支援教育のニーズがある児への支援ができる保育者の養成が必要であろう。子どもが社会に出る初めての機会が幼稚園・保育園入園である場合が多いが、この時期に今回のような調査が行えることは有用であると思われる。その後、どのように発達していったか、就学していったかについて追跡調査も行えるとさらに良いだろう。

また、保育・教育現場においては、自由記述で挙げられた行動について問題視しているものの、対象児の機能障害に起因する問題なのか、我慢できていないだけのわがままなのかの鑑別が難しく、対応に苦慮していることがうかがえる。鑑別のポイントとしては、どんな TP0 であってもできない場合と対応する人や場所が変わればできる場合とが挙げられる。つまり、後者の場合は、ポテンシャルはあるということになるので、頻度や持続時間は事例によっても変わってくると思われるが、少しずつ不適応行動を抑制・消去し、適応行動を習得させるプロセスが可能であろう。将来社会に出て行くことを念頭に置いて、対応することが肝要であると思われる。

今回は書いてもらった自由記述を順不同で重複している内容はまとめて記載したが、整理するといくつかの内容に分類できると思われる。今後、先行研究なども合わせてレビューしていき、項目を整理していくことで、保育者が困っている社会性とコミュニケーションの問題をリスト化し、チェックリストを作成することで、簡便に教育・保育現場で保育者の専門性でスクリーニングを行うことができるようになると思われる。また、このチェックリストを詳細に細分化することを通して、保育者が対象児の該当項目をチェックするだけで、詳しい対象児の文章による説明につなげることができ、医療機関等、他の専門機関との連携にもつなげることができるのではないと思われる。今後、このような保育者独自のアセスメント手段を確立していくということを通して、保育者の専門性の向上とともに、検診のあり方や保育・教育の枠組みの検討など国や地方公共団体レベルの抜本的な子どもを取り巻く環境の整備が求められる。

付記

本研究は岡崎女子大学・岡崎女子短期大学研究倫理審査による承認を得て施行した(平成 28 年度通知番号 1)。調査にあたっては、愛知県私立幼稚園連盟第一教育研究部の機関同意を得、対象となる幼稚園教諭に対しては研究についての説明と同意を文書にて行い、資料は匿名化し個人情報保護に留意して行った。

また、特定団体との利益相反 (Conflict of Interest : COI) はない。

研究の分担については、計画、立案は共同担当、調査の実施、回収、入力、分析は白垣が担当した。本稿は、1 章、2 章、3 章を白垣が担当し、4 章は共同担当した。

引用文献

- 1) 白垣潤・梅下弘樹 (2010) 「発達障害児および発達障害が疑われる幼児の発達特性と家庭環境に関する研究-津守式乳幼児精神発達診断法を用いて-」, 『岡崎女子短期大学研究紀要』, 43, pp. 41-46.
- 2) 笹森洋樹・伊藤由美・廣瀬由美子・梅田真理・大城政之・植木田潤・渥美義賢 (2012) 「発達障害と情緒障害の慣例と教育的支援に関する研究-二次障害の予防的対応を考えるために-」 『平成 22 年度～23 年度研究成果報告書』, 国立特別支援教育総合研究所.
- 3) 宮本信也 (2008) 「発達障害と子ども虐待」, 『発達障害研究』, 30(2), pp. 71-81.
- 4) 林隆 (2008) 「発達障害の危険因子・憎悪因子としての子ども虐待」, 『発達障害研究』, 30(2), pp. 82-91.
- 5) 杉山登志郎 (2008) 「子どものトラウマと発達障害」, 『発達障害研究』, 30(2), pp. 111-120.
- 6) 西尾加奈子 (2007) 「高機能広汎性発達障害児の家庭環境に対する一考察 -児童虐待と発達障害との関連性についての比較検討-」, 『特殊教育学研究』, 26(3), pp. 11-22.