

肢体不自由児に対する心理リハビリテーションの意義と課題

垂髪 あかり

神戸松蔭女子学院大学教育学部

Author's E-mail Address: akasuzu720@shoin.ac.jp

The Significance and Issues of the Psychological Rehabilitation for the Children with Physical Disabilities.

UNAI Akari

Faculty of Education, Kobe Shoin Women's University

Abstract

肢体不自由児に対する心理リハビリテーションには、リハビリテーション医学をもとにした医学的観点からの方法と、教育学的観点から、動作課題を通じて動作不自由の改善と心身の活性化を行う方法がある。とりわけ後者は「動作法」と呼ばれ、特別支援学校の教育現場で広く普及している。本稿では、肢体不自由児の心理特性、コミュニケーション特性を踏まえた「動作法」の理論と技法についての検討と、筆者自身が参加した「心理リハビリテーションキャンプ」における事例の検討を行った。そして、学校教育現場における肢体不自由児への心理リハビリテーションとして、「動作法」が他のリハビリテーションの方法と比べて広く普及・活用される要因に「教員の実践可能性の高さ」があることを指摘した。一方で、理学療法や作業療法、認知療法や音楽療法・園芸療法など、「動作法」以外の様々な心理リハビリテーションについても、その有用性を明らかにし、取り組む主体である子どもと保護者が様々な心理リハビリテーションの方法から選択できる環境を整備することの必要性があることを課題として提示した。

The methods of Psychological Rehabilitation can be divided into two types. One is the methods from medical point of view, and the other is to improve the inconvenience and activate the mind and body through the movement task from the pedagogical point of view. The latter is called “Dohsa training” which is widely used in the special educational school in Japan. This study examined the theories and techniques of “Dohsa training” based on the psychological and communication characteristics of children with physical disabilities, and the case study in the

psychological rehabilitation camp.

As a result, I pointed out that the reason why " Dohsa training " more widely used and utilized than other rehabilitation methods is that, " Dohsa training " is practicable for teachers in the school. On the other hand, it is necessary to clarify the usefulness of various psychological rehabilitation other than " Dohsa training " such as physical therapy, occupational therapy, cognitive therapy, music therapy and horticultural therapy. And also, it is necessary to create an environment in which children and their parents, who are the main actors, can choose from various psychological rehabilitation methods.

キーワード：特別支援学校、「動作法」、心理リハビリテーションキャンプ

Key Words: special educational school, " Dohsa training ", the psychological rehabilitation camp

1. はじめに

特別支援教育における特別支援学校教諭の教員養成課程では、「心身に障害のある幼児、児童又は生徒の心理、生理および病理に関する科目」（教育職員免許法施行規則第7条）が必須科目とされており、障害のある幼児児童生徒の心理・生理・病理を多角的に理解することが必要であるとされている（永井，2019）。筆者の勤務校では、2019年4月に教育学部教育学科において特別支援学校教諭の教員養成課程が新設され、障害のある幼児児童生徒の心理・生理・病理に関する科目が開講している。同課程においては、1年次に『特別支援教育原論』『特別支援教育入門』を学び、心理・生理・病理の科目は2年次から学修する科目としてカリキュラム設計がなされている。

筆者が担当する科目「肢体不自由児の心理・生理・病理」においては、肢体不自由児に対する心理的な治療法として、心理リハビリテーションについても取り上げる。

趙らによれば、心理リハビリテーションには、医学的観点と教育的観点があるとされている（趙・渡邊・矢野，2020）。前者である医学的観点による心理リハビリテーションは、リハビリテーション医学をもとにしており、患者（クライアント）の心理的・内的変化を促し、不安やうつ、障害への適応を援助する治療法であるとされている（上田，2016）。一方、教育的観点の心理リハビリテーションは、成瀬らが開発した、動作課題を通じて動作不自由の改善と心身の活性化を目的とした日本独自の心理療法（成瀬，1995）を指し、「動作法」、「臨床動作法」、「心理リハビリテーション」などと呼ばれている。趙は、特別支援教育に心理リハビリテーションに関する研究は、その多くが「動作法」に基づいて行われている点で、医学分野での心理リハビリテーションとは異なることを指摘している（趙，2020）。また、中井・高野（2011）は、特別支援学校幼稚部から高等部において「常に活用している理論・技法」が「動作法」であると指摘している。

そこで本稿では、特別支援学校の教育現場における肢体不自由児への心理リハビリテーションとして、最も普及している「動作法」を取り上げ、その意義と課題について検討する。

2. 特別支援学校における心理リハビリテーション：「動作法」

「動作法」は、今日、「臨床動作法」とも呼ばれ、その理論と技法が広く普及している。初期は脳性麻痺の子どもを対象としていたこの技法と理論は、その有効性が他の障害でも確認され、現在では統合失調症や摂食障害、不登校の者、災害被災者、中高年の健康維持にも用いられ、障害の有無に関わらず、人が心身の健康を維持・増進するための手法として様々な場面で適用されている。

1960年代半ば、脳性麻痺の青年の腕が催眠暗示によって動いたというエピソードに始まる「動作法」は、1970年代半ばに、リラクゼーションを中心とした自己弛緩法としての「心理リハビリテーション」として当時の養護学校に普及していった。

同じ頃、当時の特殊教育諸学校（盲学校、聾学校、養護学校）に「養護・訓練」の時間が設けられるようになった。それまでは「機能訓練」と呼ばれる時間の中で医学的リハビリテーションが行われていた学校現場に、医療従事者ではなく教育活動としての時間を設けることになり、学校教員が提供できるリハビリテーション技術が求められた。この時期普及し始めていた「動作法」は、こうした学校現場のニーズにも合致し、全国の肢体不自由用語学校の「養護・訓練」の指導方法として広く取り入れられるようになったのである。

「動作法」は、その効果を最大限に引き出すために、理論と技法が普及し始めた当初より集団で一緒に宿泊して訓練を行う「キャンプ」を重視してきた。1960年代から取り組まれたこの「キャンプ」は、現在に至るまで「心理リハビリテーション」の要の活動となり、現在では「キャンプ」に加えて集団療法、生活指導、親の会と保護者研修、トレーナー研修などの包括的な支援プログラムと発展している。1泊2日から6泊7日と、様々な形態があるが、標準的なキャンプは、5泊6日の集団宿泊集中訓練である。トレーニーとトレーナー、保護者とスーパーバイザーなどのスタッフが泊まり込み、1日3回の動作訓練のセッションをこなし、班別や全体ミーティングで事例のスーパーバイズを受けながら、早朝から夜間までプログラムが組まれている。ハードなスケジュールの中ではあるが、経験の浅いトレーナーを育てながら、なおかつトレーニーに対する訓練効果を上げることができるという特長があると言われている（井村・古川，2004）。実際、筆者もトレーナー候補としてこのキャンプへの参加経験がある。日々のスケジュールをこなすためには、気力も体力もかなり必要ではあるが、じっくりと時間をかけてトレーニーとの信頼関係を築き、一体となって訓練に集中する環境と、ミーティングで他のトレーナーやスーパーバイザーと交流し様々な視点を得ること、さらに保護者も含みながら全体の活動を行うことで、トレーニーだけでなく家族支援にも関わることができたことが、「動作法」を学ぶ者としては大きな収穫であった。

このキャンプを含む「心理リハビリテーション」の活動は、1976年に設立された日本リハビリテーション心理学会に基づいている。同学会では、「リハビリテーション心理学」及び「心理リハビリテーション」の啓発のために「心理リハビリテーション・トレーナー」資格、「心理リハビリテーション・スーパーバイザー」資格の認定、「心理リハビリテーション」に関する研修活動の実施、諸外国における「リハビリテーション心理学」及び「心理リハビリテーション」の普及と啓発のための様々な国際活動を行うなど、国内外を問わず幅広い活動を行って

いる。

3. 肢体不自由児の心理・コミュニケーション特性と動作法の理論

3-1. 心理特性

肢体不自由児は、脳や脊髄の中樞神経の問題から四肢麻痺を来すのみならず、末梢神経や筋肉の病気、手足の先天性欠損などにより運動障害を来す場合が多い。肢体不自由の発生頻度としては、中樞神経の障害による脳性麻痺が最も多く、その他に筋疾患、末梢神経疾患、先天性四肢欠損、二分脊椎、ポリオ後の後遺症が発生要因として挙げられる（東條，2018）。脳障害の広がりには、麻痺以外に様々な脳内神経システムの不調をもたらす。例えば、前頭葉機能の障害をもつと、他者の心の中を読み取り調節することが困難になることや、複数同時処理、注意の持続・集中するのが困難となることが報告されている（東條，2018）。

さらに、脳性麻痺の場合などは、反射・反応の発達が不十分であり、筋緊張が亢進するため、安定した座位や円滑な上肢の運動が著しく制限される。そのため、能動的な視覚による探索や手の使用が困難となる。また、首すわり、肘立て、腕立て、寝返り、腹這い、四つ這い、つかまり立ち、つたい歩き、ひとり立ち、独歩と発達する移動運動についても、脳神経および筋機能の障害から肢体不自由児は定型発達の通りに進まず、移動の制限が生じる。こうした様々な制限が、肢体不自由児の認知に大きな影響を及ぼすのである。そして移動運動の制限は、肢体不自由児の物事に対する直接体験の著しい不足につながり、同年齢の子どもたちに比して社会性の発達にも好ましくない影響を及ぼすことが報告されている（川間，2018）。脳損傷という一時的要因と肢体不自由による移動制限などの二次的な要因、それらの相互作用により、肢体不自由児の認知機能は未発達な部分が多く存在することが指摘されている。

3-2. コミュニケーション特性

徳永（2018）によると、肢体不自由児がコミュニケーションにおいて示す困難には大きく2つのタイプがあると言われている。第一が、話し言葉や書き言葉は理解可能であるが、発声や書記などの表出や表現に困難がある場合である。第二が、知的障害を伴う際、言葉や文字が理解できない場合である。前者については、その子どもが可能な表出方法の発見と補助手段の活用が必要となる。後者の場合、子どもの理解の程度に応じて記号やサイン、シンボル、表情などを活用することが求められる。

肢体不自由児の知的発達の程度には大きな幅がある。そのため、それぞれの子どものコミュニケーションの段階も、発達初期に見られる喃語から単語、3語文、そして年齢相当までと様々である。また、言語的コミュニケーションを獲得する以前の発達段階の子どもに対しては、指さしや身振り、表情によりやりとりを行う。さらに、障害が重く重複している子どもの場合は、原初的コミュニケーションが中心となる。関わり手は子どもの目の動きやまなざし、表情、身体の動きから意志や感情を読み取り、意味づけて共有し、応答していく。

3-3. 動作法の理論

こうした肢体不自由児の心理およびコミュニケーションの特性を踏まえて、「動作法」では、動作課題を通じた動作不自由の改善と心身の活性化を目的としたトレーニングを行っていく。成瀬（1995）は、動作法における「動作」を、「意図—努力—身体運動」の図式で説明している。この図式においては、人が身体を動かす際、まず「意図」が発生し、それを実現するための「努力」の過程を経て、「身体運動」が生じると考える。「動作法」では、これらのプロセスの全体を「動作」とよび、この一連の過程がスムーズに行えるように援助する。援助者は課題としてある動作を動作者に求める。すると動作者が、その課題に対して拒否や無反応、受容等の対応を身体動作で表出する。それはある時は、目に見えて把握できる明らかな身体の動きであったり、またある時は、動作者の身体に触れている援助者のみが把握できるような一瞬の脱力のような動きであったりする。その動作者の表出を受けて、援助者は、さらに課題の働きかけを返していくという相互交渉が、展開されていくのである。この相互の営みが「動作法」である。

こうした「動作法」場面における動作改善やコミュニケーションの促しについて、本吉（2012）は、動作者自身の主体的な取り組みや主動感・動作に伴う体験を重視し、動作者の心理プロセスを考慮しながら展開されるものであると指摘している。また「動作法」における援助者と動作者のやりとりは、他者（援助者）との関係性を含んだもの（成瀬，2000）であり、「最も原初的なコミュニケーション」であると言われている。そして、他者との基礎的な相互交渉を促進させる援助法になることが指摘されている（笹川・小田・藤田，2000）。この時の動作は、1つの動作が他者との関係性によって生じるという視点を含むため、「動作法」は肢体不自由児のコミュニケーション改善にも有効であるとされている。また、この視点が、言語によるアプローチが困難な重症心身障害児や非言語アプローチの方が有効な障害児者をも、「動作法」の有効性が確認されている所以である。

4. 事例検討

ここでは、筆者が参加した「心理リハビリテーションキャンプ」で担当した事例について検討する。

事例検討に際しては、本事例の対象児及び保護者に対して同意を得、個人情報への配慮・尊重を徹底した上で検討を行った。

4-1. 事例の概要

事例は特別支援学校に在籍する2年生（8歳）男児（以下、Aとする）である。脳性麻痺の診断を受けており、「心理リハビリテーションキャンプ」への参加は初めてであった。定額（首の座り）はしているが、自力での寝返り、坐位保持は困難であった。医療的ケアはなく、リラックスチェアやバギーでは安定した姿勢を取ることができ、家庭や特別支援学校では、仰臥位または傾斜をつけた椅子で過ごすことが多い。言語によるコミュニケーションは難しく、家族や教員は、Aの表情の変化から意思や気持ちを読み取りコミュニケーション

を行っているとのことであった。

4-2. 「心理リハビリテーションキャンプ」の構造

X年8月に行われた5泊6日の「心理リハビリテーションキャンプ」であった。「心理リハビリテーションキャンプ」の構成員は、トレーニー、保護者、スーパーバイザー、トレーナー、サブトレーナーである。Aはトレーニー、保護者の参加は母親のみ、筆者はAの担当トレーナーとして参加した。この時の「心理リハビリテーションキャンプ」（以下、「キャンプ」とする）のデイリースケジュールは、朝の会、3回の「動作法」セッション、トレーナー研修、朝の会、集団療法、トレーナーミーティングによって構成されていた（表1）。

表1：「心理リハビリテーションキャンプ」のスケジュール一例（5泊6日）

時間	第1日目	第2日目	第3日目	第4日目	第5日目	第6日目
7:30	起床	起床	起床	起床	起床	起床
		朝の会	朝の会	朝の会	朝の会	朝の会
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
9:00	研修	動作法	動作法	動作法	動作法	動作法
		研修	研修	研修	研修	研修
11:30	開会式	動作法	動作法	動作法	動作法	閉会式
12:30	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
13:30	インテーク	休憩	休憩	休憩	休憩	
14:30	動作法	集団療法	集団療法	集団療法	集団療法	
		動作法	動作法	動作法	動作法	
17:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
18:00	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	
	自由時間	自由時間	自由時間	自由時間	自由時間	
20:00	班別ミーティング	班別ミーティング	班別ミーティング	班別ミーティング	班別ミーティング	
21:00	全体ミーティング	全体ミーティング	全体ミーティング	全体ミーティング	全体ミーティング	
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	

4-3. インテーク時のAの様子と保護者のニーズ

慣れない場所で不安そうな表情をしていた。筆者が挨拶をしても特に表情の変化はなかった。自力坐位は困難であったため、仰臥位にて身体の硬さや筋緊張の度合いを見せてもらった。身体を動かそうとすると上下肢の筋緊張が強くなり、それに伴って表情も硬くなっていた。言語によるコミュニケーションは難しく、家族に対してはわずかな発声や表情の変化で意思や感情を表しているとのことであったが、筆者に対しては表情一つ変えず、緊張した様子が伝わってきた。保護者の希望として、Aが身体の緊張を少しでも解きほぐしリラックスできるようにすることと、坐位が取れるようになることが挙げられた。

4-4. 「キャンプ」における事例の変化

「キャンプ」1日目～3日目は、筆者もAも、そして母親も、「キャンプ」の日課に慣れる

のに大きなエネルギーを使った。特に初日、2日目は、筆者がAの身体に触れるとAの身体の筋緊張が高まってしまうことが多く、常にスーパーバイザーのアドバイスを受けながら、筋緊張を緩める動作を繰り返した。とはいえ、1日3回顔を合わせ、身体に触れるという「動作法」のセッションをこなしているうちに、徐々に関係ができてきたように筆者には思えた。Aから筆者に対する発声や表情の変化は相変わらず乏しかったが、3日目になると筆者がAの身体に触れても極度に緊張して身体がこわばるということも減り、筆者が「力抜くよ」とタッチングと声かけでゆっくり伝え、それを理解してか上手く脱力してリラックスする姿が見られるようになった。

こうしたAの姿を経て、4～6日目は、スーパーバイザーのアドバイスによってあぐら坐位に取り組んだ。援助者の支えなしでAが坐位を取るのは困難であったため、脚をあぐら坐位の形にしてもらった後、Aの背後からなるべく背骨が真っ直ぐになるよう援助者の手脚を使って支えた。慣れない坐位姿勢に、A自身が戸惑っている様子が援助者である筆者にも伝わってきた。筋緊張が高まり、肩を中心とした上半身全体に力が入っていた。この状態で筆者の声かけに呼応して、自ら身体の力を抜いてリラックスできることが坐位姿勢における第一の課題となった。その後、各セッションで坐位姿勢をとり、筆者からの声かけにわずかでもAがうまく自分自身の力を抜けたら、それをさらなる声かけとタッチングによりフィードバックするというのを継続した。すると次第に、Aは筋緊張に支配された自ら身体から、うまく脱力ができるようになっていった。そして、「キャンプ」最終日である6日目には、背後から支えていた筆者の手脚を徐々に離す時間をとることに挑戦した。完全に筆者の支えを離すことができたのは、わずか数秒であったが、その間、Aは自ら筋緊張をコントロールし、身体の重心をしっかりと地面につけて、あぐら坐位をとることができたのであった。

4-5. 考察

6日間の「キャンプ」において「動作法」を行うことによって、Aは、筆者の声かけとタッチングによって自らの身体の筋緊張を少しずつ解けるようになっていった。これまでもAは、家族や特別支援学校の担任など、慣れ親しんだ大人との関係性は、構築できていた。しかし、わずか6日前に出会った人を受け入れ、その人を信頼し、歩調を合わせて身体を動かすということを、今回の「キャンプ」でAは初めて経験したに違いない。「キャンプ」1日目、2日目は、当然のことながらAもトレーナーである筆者も身構えていたが、徐々に関係性が築けつつあったことを、筆者はAの身体を通して体感した。筆者の導き（＝意図）をAが受け止め、それに添うように自らの身体を動かそうとする（＝努力）。自分の意思ではなかなか解くことができない筋緊張を、何とか解こうしているAの努力を身体を通して感じ、そのわずかな営為を認め、声かけをする。この一連の過程は、呼吸を一体とし、身体に触れていてこそ感じられるものかもしれない。Aの身体から余分な力が抜け、筋緊張から解き放たれてリラックスすることができたAを、筆者が認め、さらなる声かけをする。「動作法」のセッションは、この繰り返しである。

しかし、6日間の「キャンプ」における、計14回の「動作法」セッションを経て、Aの自

らの身体に対する認識と対人関係には大きな変化が見られた。どのタイミングで、どう力を抜けば、少しでも筋緊張を解くことができるのか、身体のどこに力を入れれば、安定して座っていられるのか——1回1回のセッションで、Aはそれらを習得していった。その際、筆者との関係性は確実なものとなっていった。筆者自身に対して警戒し、心の扉を開かないでいる状態から、筆者の声かけを理解し、受け止める段階へ、最終的には筆者の声かけに添って自らの身体を動かそうと努力ができるようになった。この関係性の変化は筆者自身が体得したのもでもあり、Aの変化を見ていた母親からも評価が得られていた。

Aに行った「動作法」セッションの内容は、日常生活においても同様のトレーニングが行えるよう、一緒に「キャンプ」に参加した母親にも伝えられた。母親は、Aの変容を肯定的に受け止め、「またキャンプに参加したい」とコメントしていた。

5. 「動作法」と他の心理リハビリテーション

ここまで、「動作法」を中心に述べてきたが、肢体不自由児への心理リハビリテーションは、動作法だけではない。陣内(1999)は、小児リハビリテーションの特徴として、「①対象となる障害の多くは先天的要素をもっている。②成長・発達とのかかわりが大きい。③親、特に母親の存在が大きい。④子どもにとってリハビリテーションのゴール(目標)はその子どもにとってふさわしい教育の場を提供することである。」の4項目を挙げている。

これらの特徴に照らしたとき、子どもの障害や生活上の困難をできるだけ早く発見し、必要に応じて専門的な療育へと進めていくのが一般的な方法である。その際、専門的なアプローチだけを重要視するのではなく、母と子ども、家族の日常生活動作に応じた方法を選択していく必要がある。

現在、動作法以外の子どもに対する心理リハビリテーションでは、行動療法や認知行動療法、感覚統合、音楽療法、遊戯療法、園芸療法、動物療法などが行われている。また、心理的側面への直接的なものではないが、運動発達や日常生活動作に焦点を当てたアプローチを行う理学療法や作業療法は、肢体不自由児への取り組みとして多くの特別支援学校や療育施設で行われている。

趙ら(2020)は、教育分野における研究では、心理リハビリテーションという「動作法」や「心理リハビリテーションキャンプ」を中心とした観察・質的研究が多く、その他のリハビリテーションプログラムへの言及がほとんどなされていないことを指摘している。実際、特別支援学校教育現場に対するアンケート調査を行った宮崎(1999)の研究でも、「自立活動」の指導方法として様々な方法が活用されていることが示されているが、その中でもとりわけ「動作法」の活用が58%に上ることが明らかにされている。

6. おわりに～意義と課題～

「動作法」は、肢体不自由児への心理リハビリテーションとして、特別支援学校の教育現場で最も活用されている手法である。動作課題のやりとりを通して、心と身体についての困難

さを軽減しようとする心理療法でもある「動作法」は、なぜ、これほどまでに教育現場に浸透したのか。その理由の一つに、「教員が学校現場で実践可能である」ということが挙げられるであろう。同じく子どもへのリハビリテーションとして歴史のある理学療法や作業療法などは、理学療法士や作業療法士という、専門スタッフが必要である。それは行動療法や認知行動療法など、心理分野からのアプローチにおいても同様で、専門的な心理職が必要である。

一方、「動作法」は、筆者自身がトレーナーとして「心理リハビリテーションキャンプ」に参加し研修を積んだように、「キャンプ」への参加（回数規定あり）による臨床研修とスーパーバイザーによる認定によって、教育現場で子どもの動作の評定および訓練計画の作成、訓練の実施を行うことができる。学校現場にこれらの遂行が可能な教員がいると、肢体不自由障害により姿勢、運動、移動の困難から様々な心理的課題やコミュニケーションの課題を抱える子どもたちへの「自立活動」の時間の指導がより効果的なものとなる。他の教員も、学校現場における「動作法」の実施により、子どもが変容する姿、子どもと相互交渉する姿を間近に見て、大きな刺激を受ける。チームティーチングが基本である特別支援学校の現場において、「動作法」が普及、活用する構造は、ここにある。

ただし、「動作法」以外の様々な心理リハビリテーションも軽視すべきではない。個々の方法に、それぞれの魅力があり、肢体不自由の子どもたちへの活用効果が期待されるであろう。各子どもの個性や家族の生活スタイルとの相性も重要であり、取り組む主体である子どもと保護者が、様々な心理リハビリテーションの方法から選択できる環境を整備することが大きな課題であるといえる。

【文献】

- 趙 彩尹, 渡邊尚孝, 矢野夏樹 (2020) 肢体不自由児・者における心理リハビリテーションの課題—脳性まひ児・者を中心に—, *Journal of Inclusive Education*, 9, 80-89.
- 井村修, 古川卓 (2004) 沖縄県における心理リハビリテーションの展開—琉球大学による地域貢献のひとつのあり方—, *人間科学*, 13, 157-177.
- 陣内一保 (2008) こどものリハビリテーション医学, 医学書院.
- 川間健之介 (2018) 肢体不自由の心理特性, よくわかる肢体不自由教育, ミネルヴァ書房, 24.
- 宮崎昭 (1999) 肢体不自由養護学校の養護・訓練に関する調査, 肢体不自由教育, 141, 日本肢体不自由児協会, 22-27.
- 本吉大介 (2012) ICF の障害概念からみた特別支援に通う肢体不自由児に対する心理リハビリテーションキャンプの意義, *リハビリテーション心理学研究*, 39 (1), 47-58.
- 永井祐也 (2019) 特別支援学校教員養成課程の生理・病理の授業開発—「主体的・対話的で深い学び」及び「ICT 機器の活用」の観点から—, *くらしき作陽大学作陽音楽短期大学*

研究紀要, 91, 41-50.

日本リハビリテーション心理学会 HP (<http://dohsa-hou.jp/>) 2020年12月10日引用

日本リハビリテーション心理学会資格認定委員会, 心理リハビリテーション格認定委員会規約 (http://dohsa-hou.jp/dir_jarp_dohsa/wp-content/uploads/2020/01/c_kiyaku.pdf)

2020年12月10日引用

中井滋, 高野清 (2011) 特別支援学校 (肢体不自由) における自立活動の現状と課題, 宮城教育大学紀要, 46, 173-183.

成瀬悟策 (1995) 講座・臨床動作学 1 臨床動作学基礎, 学苑舎.

成瀬悟策 (2000) 動作療法, 誠信書房.

笹川えり子, 小田浩伸, 藤田継道 (2000) ダウン症児, 自閉症児とその母親との相互交渉に及ぼす動作法の効果, 特殊教育学研究, 38 (1), 13-22.

東條恵 (2018) 肢体不自由の医学的理解, よくわかる肢体不自由教育, ミネルヴァ書房, 17.

徳永豊 (2018) 自立活動の指導法 3. コミュニケーションの指導と評価, よくわかる肢体不自由教育, ミネルヴァ書房, 146-147.

上田敏 (2016) 心理療法, 標準リハビリテーション医学, 第3版, 医学書院, 207-212.

(受付日: 2020. 12. 10)