■ 寄 稿

ヨーロッパの言語療法士
—その社会的位置づけ—

倉内 紀子 白坂 康俊

Systems for Speech Therapy in European Countries

—With reference to the status and function of
speech therapists in their societies—

Noriko Kurauchi and Yasutoshi Shirasaka

I. はじめに

昨年、欧米の言語療法および言語療法士の社会的位置づけについて調査する機会を得た。

欧米の言語療法に関してこれまでわれわれが知っていたことは、単に、免許の性格や療法士の数、養成制度の年限などを項目別にアンケート調査した程度のものであったように思う。

しかし、日本と欧米諸国では、法律体系や医療制度さらに教育制度などがそれぞれ異なっている。言語療法士の資格制度も、各国でこうしたさまざまな社会背景のもとに制定され運用されている。

資格制度の内容をただ项目的に調査するのではなく、できるだけその背景にまでたちいて、異なる体制の中での長所・短所を比較したいというのが、調査に際しての基本的な考えであった。

また、日本の医療に関する法律は、後に述べるように、業務範囲、指示系統、責任の分担などを厳格に規定する業務制限法的性格をもっている。しかし、欧米の医療の体制や制度は、もう少しゆるやかであると聞いていた。それでは、いったいどのような医療体制の中で言語療法士の資格制度が規定され運用されているのか、できるだけ各々の国の社会的背景を掘り下げてと考えるように到った一番の動機はそのことであった。

このような観点にたって調査した欧米の言語療法のうち、イギリス、デンマーク、スウェーデン、オラン

ダについて報告する。

なお、言語障害の評価や訓練（言語療法）を担当する専門職は、わが国では一般に言語療法士（ST）とよばれているが、欧米ではこの名称は国によって異なっている。各国の個々の名称についてはそのつど触れるが、本文中の記載は、とくに不都合がない限り言語療法士あるいは ST を用いる。

II. 日本の言語療法士

ヨーロッパの言語療法について報告する前に、日本の言語療法ならびにそれを担当する専門職の現状についてまとめてみる。

日本で言語療法の対象とされる障害は、①失語症および言語に関する高次神経機能の障害、②運動障害性構音障害、③音声障害、④脳性麻痺の言語障害、⑤口蓋裂言語、⑥言語発達遅滞、⑦機能的構音障害、⑧吃音、⑨聴覚障害の9種類であり、さらに平衡機能障害を含めるかについて議論がなされている。なお、聴覚障害は言語障害の1つとして扱うのが一般的である。

言語療法を必要とする障害者の総数は約90万人で、日本の人口1億2000万人の0.75%にあたっている。

これらの障害者に対して訓練を行う施設は、日本では、聾学校や言語障害学級などの教育機関、通園施設やリハビリテーションセンターなどの福祉機関、リハビリテーション専門病院や大学病院などの医療機関の3つに大別される。

言語障害者に対する訓練・指導の歴史は、聾学校、養護学校など教育の分野が先鞭をつけてきた。日本で医療の分野にリハビリテーションという領域が誕生してから、ようやく30年になるにすぎない。

しかし、言語障害の改善には、口蓋裂の手術、脳血管障害の医学的管理など原因疾患に対するケアが大きな影響をおよぼす。また、構音器官の動きなどに関する医学的な情報が効果的な訓練プログラムの立案に不可欠である。しかも、近年、言語障害児の早期発見・早期療育の有効性や、脳卒中後のベッドサイドからの訓練開始の必要性が明らかにされてきた。このような対応は医療機関でなければできにくく、実際、STが医師や看護婦、PT、OTなどのスタッフと連携して訓練・指導にあたることで著しい成果をあげている機関も多い。

こうした状況を背景にして、日本では、歴史が浅いにもかかわらず、医療における言語療法の領域が著しく発展してきた。そしてそれが、医療で治療・訓練を受ける患者の増加だけでなく、言語療法の技術や学問的な発展を促してきたのである。

しかしながら、このように医療における必要性が認められてきたにもかかわらず、医療および福祉機関で言語療法を担当する専門職の総数は全国でおよそ1,000人にすぎない。この数は、医療・福祉機関で必要と推定される言語療法士5,700人の1/5に満たず、そのうえ、この1,000人のうち、半数以上は専門教育を受けていないという状況である。

一方の教育機関でも、数の面では言語障害をもつ児童生徒に何とか対応できているものの、専門教育を受けている者が指導にあたっているとは限らず、また、たとえ専門教育を受けていてもその内容が言語障害に対応するのに必要な医学的な知識を欠いているため、必ずしも満足のいく状態ではない。

このように、日本において言語障害を担当する専門職が不足し、質も保証されていないのは、担当者の資格認定制度が確立していないためである。

教育の分野でも、言語障害の児童を担当するための特別な資格はない。一般教員の免許を所持していれば、専門知識がなくても言語障害児を担当することができる。

ところが、医療に関してはさらに深刻で、言語障害の担当者を規定する資格や免許の制度は全く存在していない。したがって、医療分野で現に言語療法を担当している者は、法解釈上は無資格であり、違法であることになる。取締りの対象になるということは現実にはないが、その身分および業務は非常に不安な状況に

置かれている。

さらに、言語療法の保険点数が1回100点と非常に低いため、一般私立病院では採算が全くとれないので言語療法を提供できず、専門職を置くことができない。公立病院でも正式に職種として認められず、定数設置が困難である。

また、資格制度がないために養成制度が確立しておらず、現在の少ない定数を満たすだけの養成校もない。その結果、残りは専門教育を受けていない者で埋めざるをえず、結果的に、言語療法を誰がやってもよい状況にある。

すなわち、日本では、言語療法を担当する専門職が極端に不足しており、また、その専門職は必要な専門教育を受けているとは限らない。言語障害者がいつでもどこでも適切な言語療法を受けられる状態から程遠い現実にある。

III. ヨーロッパの言語療法士

1. イギリス

イギリスでは、言語療法士はSpeech Therapistとよばれている。その数は約4,000人で、日本の半分の人口のところに4倍のSTがいることになる。

一般に「言語療法は医療である」と考えられており、この基本的な考えに基づき80%以上のSTがヘルスサービス、すなわち医療の分野(日本の厚生省に相当)に属している。それでいて実際にSTが働いている場所は、医療機関だけでなく、学校、老人ホーム、自宅訪問まで、医療・福祉・教育のすべての領域にわたっている。行政上1つの領域に属しながら他の領域でも働けるというのは、日本の枠組から考えると理解し難いが、これを可能にしているのはディストリクト・スピーチセラピストという制度があるからである。

イギリスにはディストリクトとよばれる行政区があり、ほとんどのSTがこのディストリクトに属している。地方公務員のようなものだが、日本であれば、地方公務員であっても実質的には地方自治体が設置した病院や学校など実際に働いている職場に所属し、上司はその機関の長となる。しかしイギリスの場合には、ディストリクト・スピーチセラピストという1つの独立した機構があつて、STは皆そこに属するのである。この機構はヘルスサービス、すなわち医療に位置づけられており、STはそこから病院や学校などあちこちの機関に派遣されて仕事をする(図1)。採用も個々の病院や学校によってではなくディストリクトによって行われ、給与もディストリクトから支給される。

イギリスは約200のディストリクトに分かれてい

る。1つのディストリクトの例を図2に示した。

チーフもST自身で、どこにどのようにSTを配置し、どういう仕事をさせるか、給与はどうするかなど管理的な仕事を中心の、いわば総括責任者でありチーフIとよばれている。

図1 ディストリクトスピーチセラピスト

ロンドンにある人口約45万人という比較的規模が大きいこの地区の場合、チーフIのもとに2名のチーフIIがいる。各々病院サービス部門（成人が主体）と地域サービス部門（小児が主体）の統括が仕事で、チーフIと同様、臨床業務は少ない。コーディネーターとしての役割が主体になる。

病院サービス部門のチーフIIのもとには7名のチーフIIIが、地域サービス部門のチーフIIのもとには5名のチーフIIIがいる。チーフIII以下が実質的な実働メンバーである。病院サービス部門では、ディストリクト内を3つの小地域に分け3名のチーフIIIが分担するほか、老人、音声障害、精神薄弱者のサービスを専門に担当するチーフIII、小児まで含めた言語センター担当のチーフIIIがいる。一方、地域サービス部門の方は、地域でのサービスを聴覚障害児、言語障害児、保健所、発達遅滞児、精神薄弱者の5つに分け、5名のチーフIIIが担当している。

そして、以上12名のチーフIIIのもとにそれぞれ5名前後のSTがいて、各々が病院や学校、保健所、老人ホームなどで働いているのである。

こういった分割の仕方は、ディストリクトによって人口、病院の数などに合わせて変わっていくが、全体的なピラミッド型の構造は同じである。

一人のSTが、週の前半は病院、後半は学校で働くということもあるし、1日の内でも午前中は学校で午後

図2 ディストリクトの組織

は病院というような場合もある。それが、日本でいう非常勤ではなく、所属がそもそもディストリクトで、そこから必要に応じて派遣されるのである。

障害者の数や言語療法の需要の変化、さらにはST数の増減などに対して臨機応変に対応できるのは、このシステムの長所の1つであろう。STの配置を含むサービスの体制の決定権がチーフIにあるからである。

このように、STのサービス体制がかなり独自性をもって、しかも行政上のシステムとして実現されている背景には、The College of Speech Therapistsという言語療法士の協会の役割が大きい。

STの養成課程は4年で、全国に16の養成校があるが、協会の学術委員会 (academic board) がこれら養成機関のカリキュラムを5年毎に審査するというチェック機関になっている。さらに、卒業生に対してSTの認定書 (国家資格) を発行する審査機関は、この協会なのである。いずれも協会が国、厚生省の委託を受けて行っている。

このように、協会は1950年台の設立当初から、資格養成制度や業務内容の規定、サービス体制の決定などについても実質的な役割を果たしてきている。

イギリスの制度は、ST自身に独自の決定権があること、医療や教育など領域によってサービス内容に質的な差ができていくこと、行政上の機構であるため地域差の問題も解決しやすいことなどを長所としてあげることができる。

逆に短所として、医師や教師など各機関内の他職種とのつながりが希薄になる可能性があること、人件費がかかり財政上の問題が出ていることなどを指摘できる。実際、この財政的な問題は深刻で、このシステムが数年後には維持できなくなるという見方もある。

2. デンマーク

イギリスではすべてのSTが医療に属し、独自性のある行政的なシステムが実現されていたが、デンマークのシステムもこれに似ている。

デンマークでは、すべてのSTが教育 (日本の文部省に相当) に属している。すなわち、「言語療法は教育である」というのが基本的な考えである。この「教育」の概念が日本とは大きく異なるものであることは後に述べるが、とにかく、すべてのSTが行政上は教育の分野に属しながら、実際には学校だけでなく医療機関でも福祉機関でも働けるということになっているのである。

イギリスではほとんどすべてのSTがディストリクトという1つの機構に属していたが、デンマークでは、

14に区分されたカウンティ (日本の県に相当) に属するSTと、さらにその下の単位であり275に細分化されたコミュニティ (日本の市町村に相当) に属するSTに二分される。

カウンティに属しているSTは、カウンティが管轄している機関、主として成人を対象とする病院で働き、コミュニティに属しているSTは、コミュニティが管轄している機関、主として学校で働く。この結果、成人と小児というふうに対象年齢によってSTが分かれることとなった。

成人を対象としている者が約300名、小児 (0~16歳) を扱っている者が約700名で、人口500万人のこの国におよそ1,000名のSTがいる。

カウンティのシステムを図3に示した。カウンティに属して成人を対象とするSTは、すべて、Speech Instituteとよばれる機構に所属している。このSpeech Instituteはカウンティの教育部門の中に位置づけられており、病院で働くSTも行政上は教育に属することになる。STが個々の病院に属さないのはイギリスと同様である。

Speech Instituteにはカウンティの大きさによっても違うが20名前後のSTがいて、ここから病院や老人ホームなどに派遣されるのである。逆に、病院から患者がくることもありSpeech Instituteでも臨床が行わ

図3 カウンティのシステム

れている。

「患者がいればどこでもできる」というデンマーク言語療法士協会の会長のことばどおり、ST は、この Institute から患者がいる所にどこへでも出かけて行くことができる。

なお、学校のうち Special School は例外的にカウンティに属し、養護学校へも必要に応じて ST が派遣される。

そして、イギリスの場合と同様、たとえ病院で働いていようとも彼らの長は Institute のチーフ (ST) であり、給与もカウンティから支給される。

次にコミュニティのシステムを図 4 に示した。コミュニティに属して小児を対象とする ST は、コミュニティの教育部門の中に位置づけられた School Psychology Service に属している。ST は、1つの学校を拠点に周辺の 2, 3カ所の普通学校と 3, 4カ所の幼稚園を担当し、0歳から 16歳までの聴覚言語障害児に対するサービスを行う。

このように、成人を担当する ST も、小児を担当する ST も、基本的に教育の分野に属するのである。

ところで、デンマークの「教育」の概念は日本とはかなり異なるものである。デンマークでは、いわゆる学齢児に対する学校教育だけでなく、成人の障害者に

対するサービスも「教育」であるし、さらには一般成人に対する短期コースも「教育」なのである。教育の分野に属しながら ST が病院で成人の失語症も扱えるのは、それが「教育」の範疇に入るからである。

そして、このように、成人に対する生涯教育も含んだ広い意味での「教育」という概念の中に ST の業務が位置づけられていることが、資格制度にも反映されている。

デンマークの ST は Logopæd とよばれているが、その資格養成制度は、普通教員の資格と 2 年以上の経験の上に ST としての 1 年半の専門教育を付加したものである。したがって、すべての ST が基礎資格として教員免許をもっている。

カウンティに属する ST はこの Logopæd の資格が必須であるが、コミュニティに属し小児を対象とする場合、教員の資格があれば必ずしも Logopæd の資格は必要ない。ただし、実際には Logopæd の資格をもつ人がほとんどである。

なお、1982 年にコペンハーゲン大学に ST の養成課程が設置された。現在 (1988 年 6 月) のところ卒業生はまだでていないが、近い将来、教員の資格をもたない新しい ST が誕生する。彼らは、教員の資格がないため、成人を対象とする ST としてカウンティで働くことになる。

コペンハーゲン大学の主任教官が、このコースの設置について、「教員 + α ではなく、コミュニケーション障害そのものに焦点をあてた教育が必要ということで設立された。理論的で科学的なカリキュラムが特徴である」と語っていたのが印象的であった。

デンマークのシステムは、すべての ST が行政上同じ領域に属し、しかも独自の機構をもつことによって他の領域でも働けるという、イギリスと同様の特徴をもつ。その領域が医療ではなく教育である点、さらに基本的に成人と子供の 2 つに分かれている点が異なる。

なお、デンマークの言語療法士協会も、1920 年台設立という歴史と伝統を有し、養成校の開設やその内容に関して強い発言権をもっている。

3. スウェーデン

スウェーデンの制度の特徴は、ST が医療と教育という領域に二分され、その資格制度も異なる点である。イギリスやデンマークのように、ST が基本的に同じ領域に属し、その上で病院でも学校でも働けるということは、スウェーデンではない。

スウェーデンの ST は、0～7歳と 19歳以上を対象に医療分野で働く Logoped と、7～19歳を対象に教

図4 コミュニティのシステム

育分野で働く Talpedagog の 2 職種に分かれている。人口およそ 800 万人に対して、約 600 名の Logoped と、それよりはるかに多い Talpedagog が存在する。そして、Logoped も Talpedagog も、カウンティのような行政区ではなく、それぞれ医療機関あるいは教育機関に所属している。

たとえば、ストックホルム近郊の人口約 40 万人の地域では、1 大学病院が、その地区の 0～7 歳および 19 歳以上の全言語障害者をカバーしている。

その病院の言語部門は、医師 2 名（内 1 名は部長）、看護婦 1 名、ST つまり Logoped 14 名（内 1 名は主任）という構成である。すなわち、ST のチーフはあくまでその病院のその部門の主任であり部長である。これは、イギリスやデンマークとは異なり、どちらかというといふ日本的である。

また、前述のように、Logoped と Talpedagog は、その領域、職域、対象年齢だけでなく資格養成制度も異なっている。

病院 ST である Logoped は、大学病院と隣接した養成課程で 3 年間の専門教育を受ける。それに対して、学校 ST である Talpedagog は、3 年以上の普通教員としての経験をへたあと 1 年の専門教育を受ける。

このように複数の資格制度があることから、医療や教育など領域によってサービス内容に質的な差がでることが懸念されるが、それを、逆に、対象年齢というきちんとした役割分担によってカバーしているともいえる。

4. オランダ

人口 1,400 万人のオランダには約 4,000 名の ST がいる。そして、その半数以上が教育の分野で働いている。残りが医療分野で、そのうち開業している ST の割合は、今回取り上げた 4 カ国の中でいちばん多い。

ST は Logopedist とよばれ資格養成制度は 1 種類である。

養成校は 4 年間の Higher School とよばれる学校で、PT や OT、看護婦、保母、小学校の教員などもここで養成される。Higher School は日本でいう文部省に属するが、ST の資格は厚生省によって交付される。そして、学校で働く ST もこれが必要である。イギリスと同様、ST が医療であると考えられていることが伺える。

また、オランダでは、保険制度が他の 3 カ国とは異なっている。スウェーデンやデンマークそしてイギリスは、基本的に言語療法は無料である。現在のところオランダでも国民保険と民間保険という 2 種類の保険のどちらかでカバーされているが、その制度は必ずし

も正常に機能しているとはいえず、言語療法を保険の適応からはずすとか、ST のポストや養成校の削減など、国全体の経済的な情勢とからんだ深刻な問題が ST に提示されている。

なお、開業して国民保険の患者を扱うためには、訓練室の面積、待合室や患者専用のトイレの設置、検査訓練用機器、訓練の頻度などの最低基準が厳密に規定されており、これを満たすことが義務づけられている。民間保険の場合にはそのような基準はないが、医師でなければ保険会社に指示を書けず、患者を紹介してくれるような医師の存在が不可欠であるということになる。

このように、保険制度などの外的な制限が厳しくなってくると、医師との関係の問題がでてくる。このあたりの事情や行革の動きなど、ここでも日本と似た印象を受けた。

IV. 考 察

以上述べてきたように、国によって言語療法の領域や基本的なサービスの体制、資格養成制度の内容は異なっていた。

しかし、共通していえるのは、どの国にも言語障害を担当する専門職の資格養成制度があり、その国の実情に合わせたサービスの体制ができているということである。すなわち、ST は、独自のしかも社会的に位置づけられた領域をもっている。そして、少なくとも患者がサービスを受けられない状態、受けられない場所がないということである。

また、医療とか教育とか領域の話をするとき、日本の場合には、その施設が医療に属するか教育に属するかが問題になる。しかし、ここでみたヨーロッパの国では、領域というのはサービスの内容が医療的であるか教育的であるかという概念であり、施設の性格による制限は少ない。

行政上は医療に属しながら教育機関でも働けるとか、基本的に教育に属しながら病院でも自宅訪問というかたちでも仕事ができるというのは、医療制度や領域という概念の枠組が日本に比べてかなりゆるやかであることが影響していると考えられる。

ところで、日本の言語療法の学問的な水準や技術的な面に関しては、音声障害などいくつかの障害を除くと、おそらく世界的にみてもトップレベルであろう。実際に臨床場面を見学したり、各国の言語療法士とディスカッションをしてきて、そういう印象を強くもった。

しかし、日本の ST には社会的に位置づけられた領

域がない。専門職の数も圧倒的に不足しており、質的なばらつきも大きい。日本では、言語障害者がいつでもどこでもサービスを受けられるという状態からは程遠い。

このような現状を打開する方策として、25年以上も前から、医療における言語療法士の資格制度制定の運動が、当事者はもとより関連する医学会などによってなされてきた。

そして、この間何度かは実現直前まで話が進みながら、現在に到ってもまだ制定されていないのは、主に当事者の一部すなわち現に言語療法を担当している人々の間に反対の意見が存在するからである。反対を唱える人は、必ずしも資格制度制定自体を否定しているわけではなく、提唱されている資格制度の内容について不服とする人がほとんどである。

反対を唱えている人の意見には、教育年限が不足であるという養成制度に関する点、医師から独立した資格にしてほしいという医師との関係に関する点、医療だけの資格でなく教育も含めた資格にしてほしいという領域の問題に関する点などがある。

これらの意見の中にはもっともな主張もあり、このような資格制度が実現できるのであれば、言語療法士の専門性の向上や障害者に対するサービス体制にとって望ましいことはいうまでもない。しかし、現実には、現在の日本の医療制度や社会体制の中でこれらの意見を盛り込んだ資格制度を制定するのは不可能に近い。

そこで、以上のようなことが認められなければ資格制度制定は見送るべきであるといった反対意見と、現実的な選択をし、まず現在の医療体制の中で実現可能な資格制度を制定しようとする意見とが、当事者の間で対立しているのである。

それでは、これらの主張の実現が不可能なのはなぜであろうか。そのことを理解するためには、日本の医療の特殊性すなわち日本の医療制度の特質について考察する必要がある。

日本の医療制度は法的な規制が非常に厳しい。それは、医療は他の業務に比べて、サービスを受けた患者の側がその行為の適否を判断することが難しく、しかも誤った行為がなされた時の患者の不利益が深刻であるという考えに基づいている。そこで、日本の医療に関する法律は、業務範囲を厳格に規定する業務制限法的性格をもっている。

資格や免許制度というのは、ある業務や行為を行うために必要な知識や技術をもつ者のみにそれを行うことを許可するもので、同時に、必要な知識、技術を獲得するための養成や教育の最低基準も規定される。そ

れによって、その業務や行為の質が保証される。

現在日本で医療職として規定されているのは、医師、看護婦、薬剤師、PT、OT、X線技師、検査技師などで、これらの専門職が現行の業務制限法的な医療制度の中に位置づけられている。

業務の範囲が厳しく決められているということは、裏返せば、厳密な責任論が伴うということで、業務の指示系統、責任の分担などの関係が非常に厳密に決められているということである。したがって、他の医療職が医師の指示で業務を行っているのに、共同で業務にあたる言語療法の担当者だけが医師の指示を受けずに、独立の資格でそこに参加するというような体制をつくることは、現在の医療の体系を根本的に改革しない限り困難である。

一方、教育の免許は医療に比べて非常にゆるやかな規定であり、他の職種との責任体系などはほとんど規定されていない。さらに、医療や教育という領域が欧米に比べてはっきりと分かれており、各々に属する機関や専門職を管轄する省庁も違う。このように、全く性格の異なる分野の資格制度を1つの法律で規定することは、現在の日本では非常に困難である。したがって、教育を含めた資格制度というのはさらに実現不可能なのである。

今の日本の言語療法士にとって重要なことは、資格制度ができないまま放置するのでなく、現在の日本の社会の仕組みを考慮した上で、まず障害者がサービスを受けられる状況をつくること、すなわちサービスが受けられない状態や受けられない場所をなくすることである。そのためには、日本の実情に合った資格養成制度をつくらねばならない。そしてその前提は、言語療法が社会の中に位置づけられるということである。

何もない所につくるのではないから、既存の枠組にある程度添うことはやむを得ない。そこに、枠組が異なるものを、しかも、ある特定の部分だけをもちこむことはできない。まず、法律体系、医療・保険制度、教育制度など、日本の制度を十分に考慮した資格養成制度およびサービスのシステムをつくるのが先決である。

将来的には、その上で、医療制度など制度そのものに対する検討を加えていくような視点が必要であると考えている。業務制限法的な考え方にしても、時代の変化を考えると時代遅れの感がある。国民の意識は大きく変化してきているし、不正な医療に対する批判の目ももっている。一方、リハビリテーションの分野では、それに関与する専門職各々の独自の判断が重要であり、チームアプローチが原則ということは常識にな

ってきている。そういう意味で、リハビリテーションの分野は医療制度それ自体を改革していく突破口にも成り得る分野である。

しかしそうした全体の制度の問題に関与していくのは、言語療法という領域がきちんと社会的に位置づけられたあとの問題である。そのためにも、まず資格制度がいるのである。

養成制度の年限や、言語療法は医療か教育かといった議論がもう 25 年以上も繰り返されている。その結果未だに資格制度がなく、言語療法自体も、それを担当する職種も、社会的に認知されているとはいえない。これは、言語療法の領域の発展にとって、そして何よりもサービスを受ける側の障害者にとって、大変に残念な現状である。

この状況を打開するための言語療法士自身の役割と責任は大きい。

ヨーロッパの言語療法に関するこのささやかな報告が、日本の現状を見直す 1 つのきっかけになれば幸いである。

V. まとめ

イギリス、デンマーク、スウェーデン、オランダの

言語療法および言語療法士の社会的位置づけについて調査した結果を報告した。

国によって言語療法の領域や基本的なサービスの体制、資格養成制度の内容は異なっていたが、どの国にも言語障害者を担当する専門職の資格養成制度があり、その国の実情に合わせたサービスの体制ができていた。また、医療制度そのものや、医療・教育という領域の概念が日本に比べてゆるやかであり、それが資格制度の運用に反映されていた。

日本には言語療法士の資格制度はなく、言語障害者に対するサービスの体制も非常に不十分である。この状況を打開するためには、法律体系、医療・保険制度、教育制度など、日本の制度を十分に考慮した資格養成制度およびサービスのシステムをつくることが先決であると考えられた。

今回の調査に関する準備とまとめにはわれわれが共同であったが、各国の現状に関する実際の調査は、清水基金の助成を受けて、倉内が実施した。このような機会を与えてくださった清水基金に謝意を表する。