

## 地域支援心理研究センター公開シンポジウム（第8回）

### 基調講演「発達障害の臨床と発達支援」

講師：博愛発達障害研究所／神戸博愛病院児童精神科  
白瀧 貞昭

今ご紹介をいただきました白瀧と申します。今日、私に与えられましたテーマはここにありませうなことです。「学校・園における」ということが主題のうちの1つとして書いてあります。私は今、普段はクリニックで発達障害児・者のいわゆるクリニック臨床をやっておりますが、そこへ来ていただく方はもちろん児童、生徒、あるいはその父兄、家族が多いです。

私はそれ以外に、後で一緒にシンポジウムをやる橋本先生がずっと西宮市の教育委員会の中でいろいろと活動しておられまして、私も西宮市の教育委員会と連携をしまして、私ども医者の方が学校へ出かけて行って教師全員に集まっていたいて、学校でどういふふうに対処したらいいか、困っているようなケースを教師と一緒に検討をしていく、コンサルテーション活動と呼んだりしていますけれども、そういうことを30年近くやっております。我々のほうが学校の現場へ出かけていって、西宮市では西宮市立の全ての幼・小・中・高に対してこういうコンサルテーションを行って行っています。1年間で大体120回、一番多いときは130回ぐらいあったんですが、今はお金の関係で回数も減らされていますけれども、我々児童精神科医、阪神間の医師が集まって、一番多いときは合計で17、8名が手分けして、学校・園をカバーするという活動をしておりました。

我々の一番の主眼は、学校現場で教師に対

して発達障害、あるいはいろんな他の精神科の障害も含めて理解をしていただくということですので、学校で我々が子どもさんを診るということは一切しておりません。これは、我々はしていけないことだと思っ、強く意識しております。

学校は今言ったように、我々と一緒になって、そしてお互いにあるケースのことを検討し合っ、そこから一番ベストな方法を見つけていく、そういうことを主眼にしてやるはずなんです、ともすれば、一緒に検討するなんて面倒くさいから、先生が来て答えを言うてくれ、そして、何だったらそこに子どもがおるから診て、こういう時にはこうしたらええということだけを言うてくれと要望されるのが非常に多いんですね。

しかし、教師が生徒に学習指導をするときに何と申しますか。答えだけを私たちに幾ら求めても、教師は答えを言うことだけがほんとの解決にならないということを知っておくべきだということは、教師は生徒に言っているはずでしょう。その教師が我々に向かって、答えだけ教えてくれたらいいと。忙しいのに、そんな全員が集まってそんな検討する会なんて要りませんということは、ちょっとおかしいのではないかなと何度も言ったりするんです。何十年もやっておりますので、やっとその辺のことが認識していただけるようになった。その上で、学校での子どもというのを、今度は我々は教師を通じて知ることができる。

そういう意味で我々も非常に勉強にもなるわけです。そういう体験を私も持っておりますので、その辺を今日来ておられる方々に少しでもお役に立てるように、お話をしていきたいと思っております。

発達障害というのは、皆さんご存じだと思いますけども、その特徴をこのスライドに書いておきました。

発達障害はその出現時期の早さと継続期間の長さの特徴があり、かつ、高次神経心理機能が広範に障害(障害程度は軽度であるが)されるという特徴がある。従って、発達障害児者の支援には保健・医療、福祉、教育などの広範な領域に渡る連携が必要とされるし、発達初期からの長期に及ぶ連続性のある、一貫した支援が必要とされる。このような支援の必要性が今まさに、国全体で認識され、しかもその具体的実施が検討されようとしている。

発達障害というのは出現時期の早さ、これが非常に早いんですね。今日初めてそんなことを聞くとされるかもしれませんが。発達障害の中で、持っている問題が非常に困難であるということでは有名なのが、いわゆる自閉症です。今、世界的には分類体系の中では、広汎性発達障害といっています。これは、基準では、一番早く診断できる年齢が2歳半以降であるということになっています。あるいは、少し前は3歳で早いうちに診断すべきだと言われていましたが、今は2歳半から3歳以降になっています。

ところが、そのときになって初めてこういう障害の症状が出現してくるのではないんです。発達障害の出現時期は非常に早くて、私たちは保健所へ行って、日本の保健所では1歳半健診といまして、市町村によってはそれよりももう少し早く生後1年前に7カ月に健診をやったりとか、そういう順で一斉健診をやるのは日本の非常にすぐれた制度であります。これをうまく利用するには、親が気づいてうちの子どもは自閉症ではないかなとい

う認識をする前に、親がうちの子どもは全く普通の子どもと変わらないと思ってる人も、一斉健診で、必要があって呼び出しがありますと、1歳半では保健所へ少なくとも行かないといけないのです。

行って、その瞬間までは全く何の心配も持ってなかった親が、そこで保健師とか臨床心理士あるいは医師が診て、実はこのの中には自閉性障害の疑いがもう既に症状としてあるよといわれます。今のところ一番早い診断は2歳半以降ですから、1歳半健診のときに来てもらっても、そのときには診断はできません。でも、その子はあと1年たつと自閉性障害という診断をされるかもしれない、そういう疑いを我々は持つことができます。それが、早期発見ということなんですね。自閉性障害のハイリスク児の早期発見と言います。

こういうことができる所は、世界の中でもそんなにたくさんないんです。医療とか福祉の先進国であるヨーロッパでも、この一斉健診を1歳前から、1歳半あるいは3歳児になったら行うというところはそんなに多くはないんです。日本は、地域の全ての子どもがそこへ行って診てもらう、この受診率が非常に高いのも特徴です。大体この辺でも96%以上という受診率があるはずですよ。

何にも疑ってない親が、保健所で受診しなさいと言われてるから行きます。全ての子ども96~7%がそこへ行くわけです。ところが、クリニックに行くというのは、親が自分の子どもの中に何か普通と違うなと思われることを発見して初めて連れていくわけです。だけど、一斉健診を利用すれば、親が気づいてない段階でも、そのことに精通した専門家が診れば、その専門家だけが、将来その可能性があるとということがおおよそ子どもを見つけ出すことができるんですね。こういうすぐれた制度が日本にありますので、これを特に私は強調しておきたいと思えます。

もし、そういう早期の一斉健診制度がな

かったら、逆に言うと、そういうことが本に書いてあると親は心配ばかりするわけです。どこに行ってもこれを確認すればいいのか、そういう場所もないと頭の中にある心配が募っていくということで、それは必ずしもプラスにならないかもしれないですね。だけでも、日本ではそれは可能なんです。

一度そういう診断がつくと、発達障害というのは幾ら一生懸命、治療、療育をやっても簡単に消えない、継続期間も長いというのが特徴です。原因に属することとして、脳神経系のほうの機能及び構造に異常があるということですね。こういうのを高次神経心理機能、そういう機能面に障害があります、これを起こしてるのが脳の実質的な構造上あるいは機能上の異常ということなんです。

子どもに関するいろんな症状の原因を大きく2つに分けることができますが、その1つが、今ここで言っている脳が関係してる問題です。もう一つは、以前から日本では子どもの症状、病気といえどもこれしかないと言われていたのですが、いわゆる子どもの心の中に原因が加わって、その子どもの心の中にある大きな不安であるとかあるいは葛藤であるとか、そういうものが家庭環境あるいは地域環境、そういうところから出てきて、それが子どもに心の原因として長く存在して、そしてそれが症状になっていく。こういうのを心因性とか心理的原因の症状と呼びますが、その2つに分けると、ここで言う発達障害というのはもう明らかにこれなんです。

心因性の、日本では子どもに対する治療といえますか、そういうものが歴史的には、過去非常に長い間、これを取り入れてきたわけですね。ですけども、発達障害の子どもがいたとしたら、それだけではいけないかもしれないということを全ての人が頭に置いとかないといけないんです。心因性のものが、その発達障害の子どもに、後で説明しますが、認知性の心因性の症状というものをつくると

いうことも最近わかってきてます。それから、もともとあった脳起源の問題と、この心因性の問題の2つを同時に持つというのが発達障害児・者であると、考えた方がよいのです。

したがって、発達障害児・者への支援は、保健・医療、福祉、教育などの広範な領域にわたる連携が必要とされ、しかも発達初期からの長期に及ぶ連続性のある、できれば一貫した支援が必要となります。そのような支援の必要性が今まさに国全体で認識され、しかもその具体的な実施が検討され初めている。上記の分野でいえば、特別支援教育が、まさに発達障害の支援のために学校の教育というものを従来の障害児という診断を受けた障害児に対する教育だけではなくて、発達障害も広く含めてそういう子どもに対して考えてやりましょうと文科省は2007年ぐらいに言ってるんです。これがいわゆる特別支援教育です。

### 特別支援教育（2007年4月開始）

障害の程度等に応じ特別の場で指導を行う「特殊教育」から障害のある児童生徒一人一人の教育的ニーズに応じて適切な教育的支援を行う「特別支援教育」への転換を図る。

特別支援教育とは、従来の特殊教育の対象の障害だけでなく、LD、ADHD、高機能自閉症を含めて障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けて、その一人一人の教育的にニーズを把握して、そのもてる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するために、適切な教育や指導を通じて必要な支援を行うものである。

（特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者議）

ただ文科省は、いわば高い山の上で看板だけ掲げておればいいので、国民が住んでいる地域で具体的にそれを行うのは、国が直接行うのではなくて、市町村や行政に命令して、「はい、あなたたちもやりなさいよ」と言うだけです。その後、各地域でそれをどう具体的に行っていくかというのは、各市町村の教育委員会の今、仕事ですね。2007年に文科省がそういう看板を掲げて、それじゃ各市町村でどこまで具体化されてるのかということ、恐らく多くの方はご存じだと思いますけども、まだまだ形になるようなもの

はできてない。私は神戸市の教育委員会にもずっとかかわっていますので、その歴史を見てもすけれども、神戸市でもまだ文科省のいう本物の特別支援教育という、この後にすぐ出てきますけれども、具体的な内容をつくるようなことはできてないのです。

文科省が言ってる特別支援教育などは、今までの障害児教育の欠陥みたいなことがいろんな人によって指摘されて、特にその中で、障害の程度等に応じ特別の場で指導を行うという特殊教育から、障害のある児童生徒一人一人の教育的ニーズに応じて適切な教育的支援を行う方向への転換を図ると。特別支援教育というのは、従来の特殊教育の対象の障害だけじゃなくて、学習障害、注意欠陥多動性障害、この頃はADHDという言葉そのまま使いますが、あるいは先ほどの自閉性障害の中で高機能というのは知的によく発達している子どものことを高機能と言いますね。自閉症があるんだけど、従来の自閉症は言葉には出てなかったけどもほとんどは知的障害と一緒に持っていたが、最近ふえてきてるのは、知的レベルは平均値からいうとそんなに低くなくて、健常の子どもの持っている値とほとんど変わらない。しかし、どこを見ても全く健常の、普通の知的発達をしてるかというとは実はそうではない。ですから、ちょっと混乱がありますが、これも後で言います。

知的に、平均値だけをとって見ればよく発達している。そういう子どもは、自閉性障害のほうも程度が非常に軽くなるということが最近わかってきたんですね。この高機能自閉症あるいは高機能広汎性発達障害、そういう子どもの数が最近是非常にふえています。そういう子どもがほんとにたくさん生まれるということになっているんですか、それとも子どもの数が急にふえてきたのではなくて、今までそうとは思わなかった、わからなかった、発見する技術が、診断率が上がったんですかという質問がよくあるんですね。これも私の

答えは後で言います。

こういう障害がある児童というのは、一般に従来の特殊教育の対象に比べて非常に軽症型です。程度が軽くなってるんですね。原因が異なってきた、変わってきたわけじゃなくて、従来の重症型の程度をより軽くした子どもですから、当然そういう全ての子どもの数は、ちょうど富士山の裾野で言うと、重症型のほうは上のほうのより少人数の層であります。それがずうっと裾野のほうに広がっていくわけです。そうすると程度は軽くなります。当然人数は多くなります。今我々が抱えてる問題はそういうことです。非常に多くのいろんな地域で、この間も国際学会があって、各国が発達障害をどの程度、皆、見つけてるかという、アフリカでも東南アジアでもヨーロッパでもアメリカでも、もうほとんど一緒です。多く見積もっていけば8%、日本は比較的、そういう子どもの診断組織あるいは早期発見組織、そういうものが比較的質が高いという国のうちの1つですよ。そうすると、よりたくさんの方が詳細に検討しますから見つかるわけです。ある数字は7.何%とか、最近では8%とかいいます。ほかの多くのヨーロッパの国は5.6%とか7%まで来てます。最近わかってきた東南アジアのインドネシア、やっぱりほぼ同じぐらいの頻度の子どもがいるらしいということもわかってきています。

軽症型ですから、そういう子どもたちの自立や社会参加が可能になってきてます。以前のように、障害を持ってるんだから、この子はもう一生、社会の中で生活するのは無理でしょうと言う時代ではないんです。持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善または克服するために、適切な教育や指導を通じて必要な支援を行うものであると。特に、個別的なそれぞれの子どもの教育的ニーズに応じて教育の環境を与えていくというのが、日本の従来の教育と著しく発想が異なるところです。

日本は、狭い国にたくさんの国民がいましたから、つい最近までは、教育というのは集団のための教育でよかったんですね。一人一人の教育よりも、集団の教育のレベルを上げていくということに一生懸命になってた。今でもその流れが続いています。そうすると、この新しい発想と衝突するわけです。我々はいくまでも発達障害を持っている個人の子どもの学習上の困難、改善、あるいはそれを克服するための方法論を家族、本人と一緒に考えてみる。そして、学校でこういうふうにしたらいいなと思って親から学校に言うと、学校では途端に、学校というのはその子1人のためにあるんじゃないんですと。同じクラスの中には、少ない学校で30人、32、3人の子どもがいるんです、それに対して教師は1人なんですよと言う。その辺の話を聞いていたら、僕ならクリニックで親子と一緒に言っていた、この子のときには先生が通してくれたらいいねというような、そんな話はまるで夢物語であるというのはよく理解できます。だけども、やっぱりこの子にとって必要なのは何かということを考えていくと、積極的な教育に応じたことと、今の学校の中で実践していたこと、これをどのように調和させていくか、それが今の一番の課題だと思うんです。

それで、発達障害全般の傾向とか、特に皆さんに今日私が伝えておきたいことを最初に幾つかまとめて、そしてその後、発達障害の中で一つ一つ、各論的に早期診断のための根拠であるとか、あるいはそれが見つかったら、後どのような、いわゆる介入、対処法、学校でいえば対処法ということになるだろうと思いますが、その辺のことについてわかっていることを説明していきたいと思います。

このスライドは大体、今さっき言ったことと同じことですが、一番最後の「寛解と再燃を伴わない安定した経過を示す」と。だから、急に悪くなったり、急によくなったりということはほとんどありません。

### 発達障害とは (ICD-10定義)

- 発症時期が幼児期か小児期である
- 中枢神経系の生物学的成熟に関連した機能発達の障害、もしくは遅滞である
- 寛解と再燃を伴わない安定した経過を示す

今、国際分類、先ほどの質的分類ということを行いました、ICD-10、これがWHOがつくっている世界向けのいろんな病気の種類体系です。日本では、もう一つ、アメリカの精神医学協会がつくっている障害の種類体系、これをDSMと呼びますが、日本で医者が診断書に診断名を書くときには、この2つの分類体系のどちらかに載っている病名を書きましょうというのが正しい病名の書き方です。それで言うと、後で出てきますが、自閉性障害の中に自閉症スペクトラム障害という言葉が最近いろんなところで出てきてると思いますが、これは、この2つの分類体系のいずれにも出てないもので、英国のローナ・ウイングさんという女性の児童精神科医ですが、自分の子どもさんが自閉症だったんで、生まれてから一生懸命勉強されて、ご主人も精神科医なんです、夫婦でこのあたりのことはよくご存知なのです。実は自閉症障害を一番最初に言い出した人がハンス・アスペルガーというオーストリアの小児科医ですが、この先生の書いた本を後で読み直して、これはいいことが書いてある、私が最近、英国で診てる子どもとよく似てるから、ドイツ語で書かれてた文献なので英語に翻訳して、世界中で紹介したいと思って、アスペルガーという人の症例報告を自分で英語版に直して、そして自分で見たケースも幾つか含めて1冊の本にして出したんですね。そのときにつけた名前が「自閉症スペクトラム障害」だったんです。けれど、それはICD-10とかDSM-IVにも両

方とも出ていない名前なので、診断書には書いてはいけませんと日本ではなってるんですが、多くの医師が、これを正当な診断名だと書いてるといった問題があります。

もし親御さんとか教師で、病院でこういう診断名を受けてると親が聞いてると、それ以外のことは何にも言われてなくて、スペクトラムということだけしか聞いてませんと言われたら、それはちゃんと正しい、本当の名前があるんですよということをもう一遍ドクターに相談して、正しい病名は何なんですかということを知りたいようにしてください。

発達障害として挙げられてるものが大体このスライドに出ています。

児童期・青年期の精神障害分類 (ICD-10) 中の発達障害
F70 知的障害 (mental retardation)
F80 会話および言語の特異的発達障害
F81 学力 (学習能力) の特異的発達障害 (学習障害)
F82 運動機能の特異的発達障害
F83 混合性特異的発達障害
F84 広汎性発達障害
F90 多動性障害
F91 行為障害
F92 行為および情緒の混合性障害
F93 小児期に特異的に発症する情緒障害
F94 小児期、青年期に特異的に発症する社会的機能の障害
F95 チック障害

知的障害が先ずあります。これはもう概念としては一番古くからあったんです。日本でも「精神薄弱」とか、あるいは「精神遅滞」というような名前ではばれてきました。ご存じのように、福祉、教育の領域では「精神遅滞」とか「精神薄弱」という言葉はなるべく使わないでおきましょうということで、7、8年前ですか、「知的障害」という言葉に統一されているんです。ところが、医療の領域だけはこの「精神遅滞」という言葉も一応使ってもよろしいということにはなっているので、医者は報告書などで使っています。

なぜ「精神」という言葉を使うとよくないかということ、我々が今問題にしてるのは精神機能の中の知的機能だけを問題にしてるわけ

です。だったら何を検討してるのか、知的、知的機能だけですと。このことをはっきりわかるように名前をつけたほうがいいですよ。それを「精神」という名前をつけてしまうと、もっと全般的なことをいろいろ検討しているのかなとみんな錯覚してしまいますよね。だからそういう意味で、その広い精神的機能のうちの知的機能だけを今議論してるんだということで、はっきりしましょうというのがこの知的障害ということばに変更になった理由です。

次に、これは後でも詳しく説明しますが、知能のいろんな領域が広範に、同学年の知的レベルの平均値を10にしますと、同学年のレベルを全体の7割のところの線を引きます。7割を切ったら、その人の知的レベルは学年の最低のレベルにまだ到達していないということで、知的に障害がありますというふうに言います。全般に広く7割を切るものがたくさんあると知的障害というふうに言います。

それに対して、たくさん領域に分けながら、もう8割方はみんな最低の70%、7割のライン以上であるんだけど、1つか2つだけ、それを大きく下回るところがあるということ、例えば、読み書き計算の中の読みの力だけ、あるいは書くという力だけが3割、学年相当の3割の力しかないという状態が見つかったら、これを学習障害というふうに言います。学習障害というのは学習能力の障害ということです。英語では、Learningと、それからDですね、以前はdisabilityという、ability——何々ができるという、そういう能力があるという、ableという、ここから。それをこの本当の検査をして、その人がある知的検査をして、あるレベルにあるなというふうに思ったときに、その人の知的レベルはこのぐらいのレベルですねというふうに。この客観的な数字で全ての能力がはっきり計算できるとは限らないですね。

日本でもそうですが、いろんな複雑な社会状況の中で、能力は持っている、それがうまく発揮できる社会と、そのまますぐにはストレートに発揮できない社会、いろいろあるでしょう。だから、ある人の知的能力が低いと見えても、それをその人が持っている絶対的能力が低いのか、それともその人の能力は意外と高いんだけど、それをうまく発揮できるだけの環境が整っていないということによってそうなってるのかと。その両方の区別が難しいので、その両方を含めたもので、単に最低のレベルを下回ってますよというふうに考えましょうというのが、昔使っておった disability の時代の言葉です。

昔はLDというのは Learning Disability という言葉を使ってたんです。その後、WHO なんかの考えも変わって、相対的ラインといいますが、環境を考えた上である人の能力を検査しておきながら、検査の結果は余り指標になりませんよと言われてたら、それじゃ、客観的なその人の持っているレベルは出ないんじゃないかと。そんな議論を幾らしてももう大概な話ばかりになるからというので、数字に出るんだしたら、その数字も一応我々はその人の能力と考えましょうという考え方が出てきて、その数字がとにかく低ければ、この人に知能の問題があるんだということです。そういう意味で、LD というのは、今は Learning Disorder —— 何々病という、その Disorder という言葉の D に変わってきてるんです。

日本では昔から、知能というのは数字で見て、客観的に出して、はい、これで出ましたと、そんなふうに言えるようなもんじゃないんですと考えるきたんです。特に、日本では潜在的能力というようなことをよく強調しました。潜在的能力というのは、この人の知能の検査の結果は低いけれども、実は検査のときにうまく言えなかっただけで、この人のほんとの能力はもっと別のときに見たら高いかもしれないんですよ。そういうのを潜在能力

と言います。ここまで言うと、これは際限ないですよ。それじゃ、結局検査をしないで、我々はどうしてその人の知的能力をはかるんですかと。方法論がないんじゃないかというふうになります。この議論はちょっとストップしましょうということで、今とにかくやっぱ検査ではかった範囲のものを我々はその人の知的能力と言うんだというふうになっています。

知的障害と学習障害というのは、対立概念ですね。ある子どもで Mental Retardation —— MR という診断がついたということは、LD ではないということの意味する。あるいは LD という診断がついた子どもは MR ではないと当初は定義してたんです。後でそのグラフを見せますけども、例えばある子どもの心理検査、知能検査をします。そうすると、ウェクスラーという人の開発した知能検査が一番細かく詳細に検討することができる。子どもの知的能力全体を13ぐらいの領域に分けます。そして、その13のうちの10個ぐらいが平均でとると7割をはるかに下回ってる。だから、5割ぐらいですね。残りの2つぐらいはさらにもっと低くて、10の平均値に対して1、2ぐらいのレベルしか到達してないということがわかりました。こういう子どもも実際にはいます。

そうすると、知的、全般的なレベルの低さもありますし、さらに部分的な能力のものすごく欠損みたいなものもあるから、MR と LD を一緒に合併することも論理的にはあり得るんだということですね。今、そういう診断をしてもいいと、我々医者側でもなっています。

それから、部分的能力の中で運動機能だけが —— この部分的というのは「特異的」という言葉で表記しますが、運動機能の特異的発達障害といいます。特に、運動機能でも体全般の粗大な運動機能の大きな障害は、脳性麻痺という概念が昔からありますが、ここ

で言う運動機能の特異的発達障害というのはもっと微小な、運動機能を大きく分けると粗大な全身運動機能と、それから、顔のあるせまい部分の運動、こういう微細な運動の障害と、この2つに分けて、後者のほう、特に指先の協調運動障害というようなことがこの中に入る。こういうのを日本語では古来使っていた「不器用」という言葉で表現します。これも学習障害の中に入れていいだろうと考えられます。

次は、先ほど言いました広汎性発達障害です。これは、ICD-10には広汎性発達障害という名前が出ています。それから、多動性障害。アメリカの分類では、これを注意欠陥多動性障害と言うんです。最近は、「注意欠陥」の後に「/（斜め線）」を引っ張って「多動性障害」というふうに書きますが、実は今の英語圏の文献をざっと調べますと、「AD/HD」という、この間に「/（線）」を入れるのは必ずしも全ての人が入れてるわけじゃないんですね。日本ではこれをもう厳しく、大学で教授が教えるときには、線を入れなさいと言ってるんですが、実際見たら、ほとんど入れてないんですね。

ヨーロッパでよく使っているICD-10では多動性障害といいますが、アメリカでADHDで注意欠陥多動性障害といっています。それから、行為障害。これに付随する情緒の混合性障害が一緒になったりとか、それからこの辺はみんな使いませんが、チック障害というのは、有名ですよ。チックということですね。テレビでたけしがやってるような感じで、こうですよ。ひょっとしたら皆さんは、こういう発達障害の中にチックが入るんですかとちょっと奇妙に思うかもしれませんが。従来は日本では、今でもチックというのは、これは子どもの心因性、情緒性障害の1つであろうといっています。ほとんどの親は、うちの子どもは試験の前になってストレスが多くな

るとチックの症状が出てきますとか、終わった途端に消えるんですとか言うんですが、その流れでいくと、学校へ行って先生にいつ叱られるかしらん、周りの生徒からいつ批判されるかしらんと、そういう教室の中では、ストレスが強くなったらチックは強くなるはずですよ。ところが、実際に子どもの観察をしてみると、家の中では圧倒的にふえるんですが、外ではほとんど出ないんです。

本当にチックというのはストレスあるいは緊張感、それだけが原因となって出てるのかというと、そうではないんです。いろんなケースの検討が進んでまいりまして、原因は先程のように、小さいころから心因性に起源を持つチックも確かにありますが、むしろこれは年齢の小さいときに出て数年間のうちに大体自然に寛解していくもののほうが多いです。それに対して、後になって出てくる、例えば中学校以降になって出てくる場合にはチックの症状もいろんなところにまたがって、普通一番多いのは運動性チックですね。こう体を動かしたりとか。それから声が出る。ウウウウウウウウという感じですね、声が出る。さらにその声が言葉に出てくる。その言葉は母親が聞いたら嫌がるようなオチンチンとかウンチとか、そういう汚い言葉で言うので、汚言症という言葉が日本語ではついています。

こういう言語性のチックと運動性のチック、この両方のスタイルが年長になって出てくるタイプが非常に多いんですが、この場合は予後が非常に悪いんですね。悪いとときに、原因は心因性の場合にはほとんどないです。脳のほうがどの程度関係してるのかということでも脳内検査をしてみると、発作性の脳波の異常がある期間に出てきたりとか、そういうことがやっぱり多いです。

ですから、発達障害というのは、このチックなんかを見れば、発達障害の中にこれが入ってるということは、起源の中に心因性以外のものも我々は考えておかないと駄目だと



いうことを教えてくれるということですよ。

一番最後に申しますけども、ぜひ頭の中にちょっと置いてもらいたいのは、お母さんが子どものことをいつも叱りつけてないですとか、あるいは母親の欲求水準が高くて、子どもができないのに、できるできると言っていて、お尻をたたき過ぎてないです。それが強くなり過ぎるからチックが出てくるんですよというのはい昔の話です。今は、優しいお母さんで、そんなことは一切言わなくても、やっぱりチックを持ってる子は結構います。そうすると、そういう子どももやっぱり治療法をいろいろと考えて、よく取り組めば改善する可能性は幾らでもあるんです。

最近の、私どもが聞いている情報を幾つか、ちょっとだけ簡単に紹介します。

発達障害というのは、先ほど言いましたように、脳神経系との対応を考えることが必要であります。昔、脳神経系を考えるということになると、我々が一番先に考えたのは運動とかそういうことが考えやすかったんですが、最近では発達障害の中に子どもの学習に対して困難性を与えるような要因が脳起源のものではないかどうかですね。知能もそうです。さらにもっと微妙な、ほんとはこれがどうも関係している機能なのか、従来ならば純粹なる心理機能のみと考えられていたものも、これは人間の中の1つの機能であるという意味では脳も関係してるはずですね。そういう機能に我々は取り組まないと、ほんとの発達障害の解明のためには進まないということがだんだんわかってきました。

そういう機能のことを高次神経心理機能と言います。語用機能というのはご存じですか。先ほど言った自閉性障害の近年一番多いタイプは、知能がほとんど平均値から言うと問題のないような、いわば高機能型の軽症自閉症です。だから、そういう人たちが障害されているのは何の機能なのかということですよ。今

1つの候補になっているのが語用機能。「語用」というのは、言語の機能のうちの1つですよ。言語機能にもいろんなレベルの、より低次の言語機能から高次の言語機能までありますが、知能が高いだけに、彼らは言葉をしゃべるかしゃべれないかという、そんな簡単な障害ではないんです。みんな、しゃべるんですよ。しゃべるんだけども、1人でしゃべり出したらずうっと、相手がそこにいようとしまいと関係なしに、言いたいことだけ言う、はい、終わりましたと。本人の言語表現という形ではできてるかもしれないけども、会話ではないですね。会話が成立するためには、相手側が言いたそうにしていたときに、あっ、じゃ、ここで自分の言いたいことを一遍ストップします。あなた、何か言いたいですか。どうぞ言ってくださいという、ちょっと自分がストップして相手にその余裕を与える。そして、今度は相手が終わりそうになったら、あっ、そろそろしゃべってもいいかなと。私はこう思うんですがと言って、ちょっと前口上を言いながらその話の内容を詰めていくとか、こういうことが会話の中でも非常に高級な言語機能ですよ。これだけを欠いてるが、言語機能はもう十分持ってるというのが最近の高機能型の広汎性発達障害の子どもに見られる特徴です。場の雰囲気を見ながら声の調子を変えていくとか、相手の顔、ちょっと表情が曇ってきたら、この人は好まない話題なのかなということも察した上でちょっと変えていくとか、こういう言語機能のことを語用機能と言います。

それから、多動性障害の中で問題になっているのが、授業中に、自分が興味がなくても、これは授業なんだからある一定の時間は聞いとかなんといかんよ、そういったときに先生の話に注意を傾けておく力、こういうものを注意機能と言います。これが障害されていくというのが多動性障害の1つですよ。

まだあと幾つかあるんですが、これと非常

に連動しているんですが、授業中に、この授業が終わったら運動場へ出てグラウンドに行ってお遊ぼうかなと考えてるうちに、もう矢も盾もたまらなくなって、授業中に外へ出てしまおうとするんですね。実際に出てしまう。こういうのは衝動行為ですから、授業中でなんだ、頭の中であと何分ぐらいしたらこの話は終わるのかな、そしたら遊べるんやと。そしたらもうちょっと待とうということで、もう一遍考え直して、その場にずっと我慢して待っておれるということですね。そのためには、こういう衝動性を制御する、この機能は、脳の中でも一番前のほうの前頭前野という部分の機能であると言われてます。脳の全体の発達の中で一番最終に脳の中で成長するのが運動神経とか、そういうことを担っている中心溝の少し前のあたりなんですけど、それがずうっと後ろのほうに成長して行って、そしてもう一遍、最後の一番後になって前のほうに、その部分に成長が及んでくる。脳の成長、発達の様子なんですけども、一番最後になって前のほうに成長が及んでくる、最後になって出来てくる前頭前野の部分の機能が多分障害されるとその機能が障害されるだろうということがわかってきました。

それから、最近問題になってるのがワーキングメモリーです。これもぜひ覚えといてください。メモリーですから、記憶のうちの1つだろうということはわかると思いますが、日本では従来、メモリー、記憶というと短期記憶と長期記憶、この2つしか考えてなかったんですね。だけど、学校の学習のときに、算数の計算をするときに、2けたの数字を先生が2つ言うとき、後のほうと最初のほうの数字を頭の中で足して、暗算して答えを出さない。そして、わかったら手を挙げなさいと。こういう課題をしたときに、最初の数字を言うた後、答えが出せるまでに1、2分かかるかもしれませんね。そうすると、答えを出そうとした瞬間に、最初に聞いた数字を

もう頭の中に、忘れてしまっていて、残ってないという場合があるんです。だから、後で聞いたほうの数字はちゃんと覚えてるから、あっ、答えはこれでしょうと言って、最後の数字だけを言うんですね。だけど、その前に何か数字、言いませんでしたかと言うと、いいえと。もう見事に残ってないんですね。

こういう数分間だけ頭に置いておくということ、数分間、短期間だけですから、頭の中の記憶の倉庫の中にしまい込んでしまうと、そう簡単には取り出せないから、最近言われてるのは、そういう記憶の倉庫の中に入れるのではないんじゃないか。つまり、脳のいろんなところにこの数字を漂わせているということですね。そうすると、いろんなところにぶかぶか浮いてる状態だから、必要だと思っただらばとそれをどこかに引っ張り出せるのではないかと。ちょうどインターネットでデータ検索をするときに、ネットのラインの最初から打ち込んでしまっていて、パソコンの記憶の中に入ってしまうと、これはそう簡単には取り出せないですね。だから、そのラインの上をオンラインの状態にデータを漂わせておく。そういう状態に近いのではないかと。そういうふうに考えたら良いと思います。

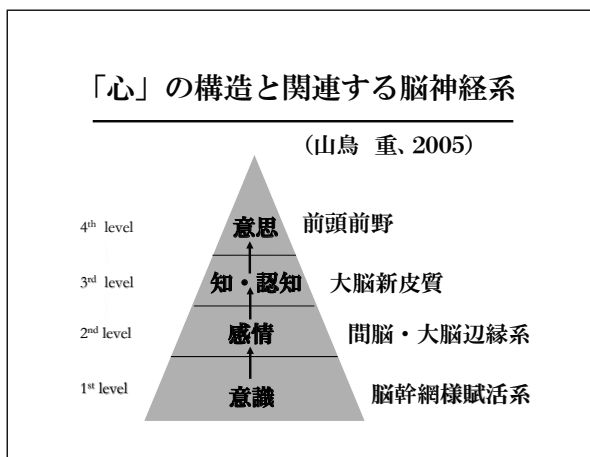
どうしても「メモリー」という名前がつくんですから、研究者は、いや、脳の中で記憶の機能を持つてるところは海馬であるとか、脳を中心のほうではないかなといろんなことをいいます。最近はいろんな技術が進んできましたから、大体はマウスを調べるようになってるんですが、今の考え方、新しい考え方で言うと、そんな脳のある1カ所だけに故障が起こってるからこの機能の障害があるというはずではないでしょうと。脳全体の中にふわふわ浮いてるような状態をどう研究していくのか、そこに問題があるんだから、そんな部分的な部分を見つけてもしょうがないと、そういう考え方も今はあります。

それから、先ほど言いました実行機能。こ

これは前頭前野が一旦こうしようと思ったことをもう一遍深く考えて、前後、後先を考えて、それは余りここではしないほうがいいよということを考えて、もう一度行動に移そうという、そういう機能のことを実行機能と言います。

それから、先ほどのいわゆる語用機能に近いことですが、社会認知機能であるとか。今、我々はこういう機能が発達障害の中のどの障害の部門にどのような形で、そしてしかも大事なことは、何歳ごろにはどのような機能が、その瑕疵、ADHDの子どもでも、その子どもが数歳後になったら同じ症状が出てくるかという、必ずしもそうじゃないですね。そうすると、それがまたどのように別のところへ移っていくのかというようなこともちゃんと調べていかないといけないのではないかなというのがあるんな人の認識です。

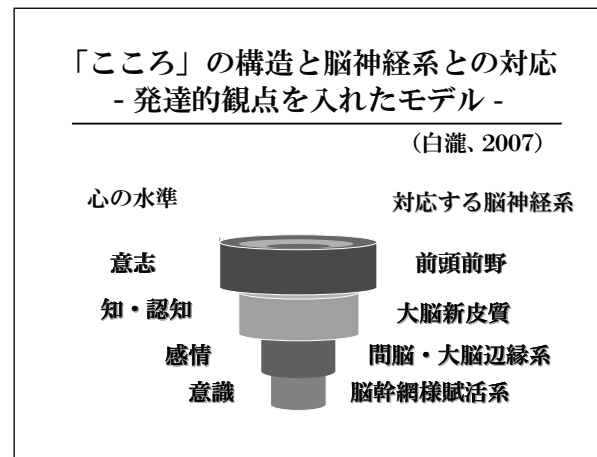
私の先輩である山鳥先生という神経学者ですが、この方は大人の脳のことを詳しく調べてる脳神経内科医ですが、この人は最近、心の構造とそれに関する脳機能とをこういうふうに考えていきたいと思います。



4層からなる構造を考えています。一番下の構造が意識、正常な意識があるかないか、あるいは寝るか起きるかというような簡単な機能は脳幹網様賦活系という中枢神経機能が担っているということ。それから、その1つ上の機能が感情機能。ある話を聞いて悲しくなるとかうれしくなるとか。あるいは先生の話聞いてて、授業中に、もう急に先生の話、授

業を、もうやめた、こんな聞きたくないわと言って怒ってしまって、すぐ部屋から出ていこうとする、行動に移すという場合ですね。行動に移すというのは、先ほどのように前頭前野の制御機能の障害が考えられるんですが、その場合に、そのぐらいのことで何であんなに腹立たんといかんのという問題なんですね。それはここの感情レベルの問題である。そしたら、恐らくこの辺の関係があるのではないだろうかと考えていく訳です。

その上に大脳新皮質というところが関係している知能とか認知機能とか、さらに一番上の最上階に前頭前野の、先ほどのように実行機能と言われてるような、こういう構造を考えてるんですね。これは、大人のでき上がった脳と心の構造との対応を調べたモデルですが。私はそれを教えてもらって、子どもから大人になるまでには、こういうふうに考えたほうがわかりやすいと思いますということで、発達を入れたモデル、私が作ったのはこれです。



心の構造も、初期のより未熟な神経機構、さらにその上、さらにその上、こういうふうに積み重なっていく。これの特徴は、一番後になって出てくる上層の前頭前野という脳機能ができたら、未熟な前の古い中枢神経系は全部消えてなくなってるんじゃないんです。これは何十年も前から論争になっておったんですが、日本の耳鼻科の生理学者がいいモデルをつくるというのですが。例えばその当

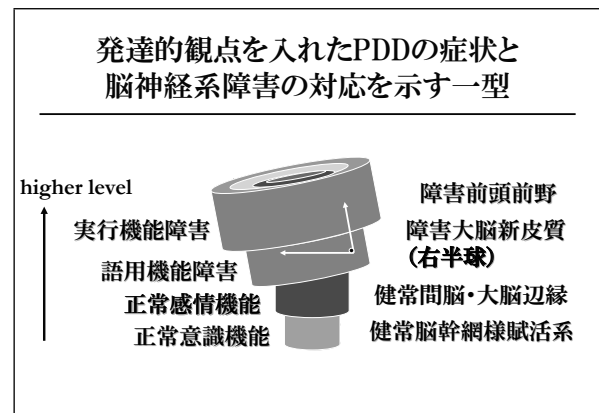
時は、赤ちゃんの運動を支えてるのは反射神経機構なんですね。赤ちゃんは常に頭がこっち向いたら手がこうなるんです。こう向いたらこう。もう簡単な脊髄反射機構です。それが生後8カ月、9カ月になると、こういう反射のような素朴な運動機能が消えて、より上等な随意運動機能に変わっていく。

この深いところの脊髄、脳幹網様賦活系よりもより上位の、こういうところの機能に移っていくんですが、そのときに、これはもうなくなっていくだろう、そしてこれに変わっていくだろうと。次ができれば、これは消えてこれになると考えてたんですが、そうではないですよということを日本の昔から仁王大王門というんですか、大きなお寺のところへ行くと、どこかこないして構えてる、あれを彫刻した有名な、昔は名前を覚えてたんですが（笑）、あの人の彫刻を、足を見ると、ぐうっと頑張っているときに、足の指がちゃんとこうして上向いている。つまり、反射が出現してる。だから、仁王さんも、あれはもっと成長したはずの——まさか子どもの仁王さんじゃないと思うんですが、その中にも実に必要によってはそういう未熟な反射がちゃんと出るように神経機構が残されているんだということをそれで示してるんだと言っておられます。

それから、サッカーの試合中に、瞬間的に最大の力を発揮するようなヘディングをするんですね。サッカー選手がヘディングをするときに、例えばこうなったら、実はこうなんです。こんなことをしてる人がいる。こういう運動姿勢が出るということは、この姿勢を出すために運動機構がサッカー選手の健全な、優秀なサッカー選手の中にも残ってるんです。ちゃんと残されてる。必要となれば、いつでもぱっと出せるように神経機構の中につくられているんだということをおっしゃってる人なんですね。僕は読んだときに、はああっと思って、これはいいことを言ってくれ

てるなということで、私、それがずうっとその後、頭の中にあっただけです。これを見たときに、こういう一番上層の前頭前野の脳ができて、必要があればこれをぱっと出せるようにちゃんと準備してある。これがどこかに出てくる、よく探せば見つかるはずなんです。ただ、我々にはそういう意識がないから、そんなものは起こるはずがないと思って、起こってても認めていない可能性があります。

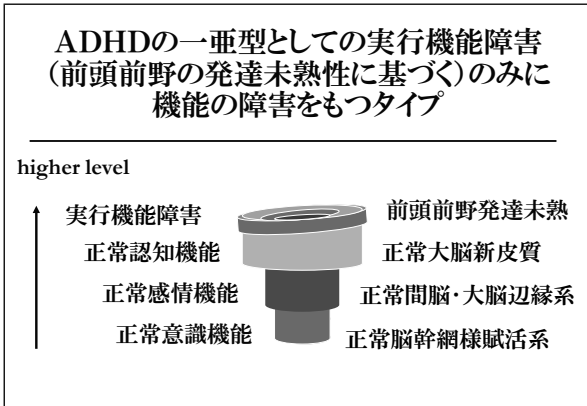
これでいろんなこと私は考えようとしてるんですが、今までわからなかったことが、このモデルではわかってきたんです。



これは「ADD」と書いてありますから、先ほどの注意欠陥多動性障害ですね。このADHDの神経機構の発達については、まだほとんど考えられてないです。ADHDの症状は何ですかといったら、注意—集中障害であるとか、衝動性が高い、それから、じっと立ち止まっていることができないとか、そういう症状を3つ並列的に並べてるだけなんです。つまり、発達の観点をまだ誰もADHDでは考えてないのです。子どもの多動性障害を我々が見つかるためには、子どものときにはどんな症状があらわれてくるのか。そして、大人になったらそれがどういうふうに変っていくのかとか、その症状の変化とともに、背景には脳神経系の障害部位がどんなふうに変ってきてるのかということを我々は知ることには奔走してきたのです。

PDD、広汎性発達障害については症状の発達の変わりがかなりわかってきたんです。だけ

ど、多動性障害についてはまだ誰もそんなことは言っていないので、これを私は仮説的モデルとして、



例えばこのレベルまでは正常であったものが、このレベルで初めて何かひずみがある。そうすると、前頭前野の発達未熟性みたいなものがあって、そしてそこが担っている実行機能がうまく作動していないんです。これがいわゆる衝動型の子どもの典型的に見られる行動パターンです。従って、脳幹網様賦活系は全く正常、寝たり起きたりという意識、リズムはちゃんと正常にありますし、感情も多動性の子どもの多くは別に普通の人なら何とも思わないような話を聞いて急に涙を出して、泣き出したりとか、ということはありません。

学習能力もそんな大きな問題じゃない。これは、結構多いですけどね。そうすると、この部分だけが足りないから、こういう格好になってきてるんじゃないかと。そういうモデルということはおわかりますが、うまいこと回復しますと、ここにはちょっとまだ出していないんですが、ここが一番最初のレベル、ということは、正常意識機能、あるいはこれを言いかえれば睡眠覚醒部分の障害ですね。夜中にもう泣き出したらもう何時間もとまらないで、お母さんがそのたびに起こされて、もう大変でしたわと。後で、今これを知るために小学校の4年、5年ぐらいで多動性障害の子どもが見つかったら、お母さんに、私、小学校の幼児期のチェック表を作ってた、この辺を聞いています。お昼に寝たり起きたりの

リズムがものすごく不正確、あるいは夜間も、寝たと思ったとたん、もう数十分後には起き出したりとか、そういう睡眠覚醒リズムの障害。これは、その部分の脳が一番関係していると見られてるんです。

ここにこの症状があったとしたら、この時期のこの機能がその当時、ダメージを受けてた可能性があります。このときにダメージを受けてても、その後、正常の神経機構がうまく健全につくられていけば。そしてここは、今4年生の多動性を示してる子どもは、大概はやっぱりこういうものがありますので、そうするとこれとこれだけに神経性の発達の問題があると。そういう子どもが見つかってきた。丹念にお母さんに聞きますと、50人ほどを最近調べて聞いたんです。過半数の25、6人で、1歳までにそういうことで非常に苦労しましたと報告してくれました。あとのこの辺は、別に問題なかったと思いますというケースが過半数以上ありました。ということは、子どものこの時期の注意機能というのは、起きてるから注意が集中してる。寝てしまってるから注意集中が維持できない、そういう単純な機構ですね。

このスライドは、注意機能を4つの段階に分けて、それに相応する中枢神経系の部位を想定して、小さい子どもにどの機能が大きく障害されてたかというようなことを、これを回想法により、お母さんに数年前の子どものことを思い出してもらいます。

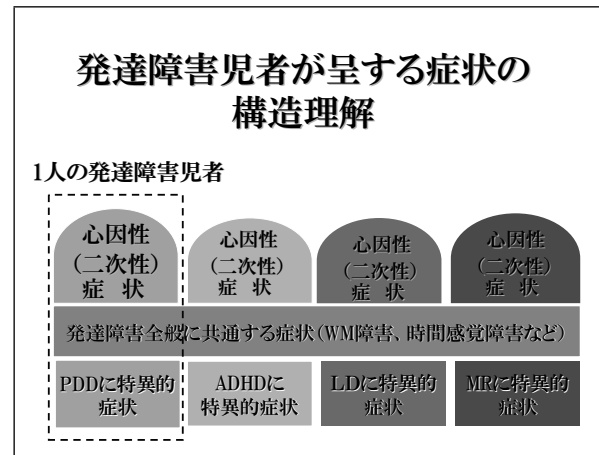
該当年齢	注意機能の発達段階	関連する脳機能系
I 誕生 ～ 8・9ヶ月	覚醒意識を前提とする注意機能の成立 reflexive attention	脳幹網様賦活系
II 8・9ヶ月 ～ 1歳半頃	外界からの強い刺激に全面的に 依存する注意機能 alerting attention	間脳・大脳辺縁系
III 1歳半頃 ～ 3歳頃	外界からの刺激が認知活動と結びついた (運動を抑制することも可能になった) 注意機能 orienting attention	大脳新皮質
IV 3歳頃 ～ 5・6歳頃	子どもの側に外界への注意機能発現の予測 的準備性が出来ていて注意機能が成立 executive control of attention	前頭前野
V 5・6歳頃 以後	刺激の質に対しても(悪影響を生じさせる) 適切に対処できる認知への制御能力を伴った 注意機能の維持 executive control of attention	前頭前野

もちろん、お母さんの回想が必ずしも100%正しいとは限りません。ですから、先ほどの保健所での7カ月健診のときに、あるお母さんは、うちの子どもはもう今、寝なくて困ってますとか、お昼に睡眠、覚醒の時間が非常に不規則で、もうすぐに寝てしまう、けども、すぐ目が覚めるんです、そういうことで困ってるというお母さんがあったら、その子どもをずっと今度は系統的に追跡していくと数年後にADHDの診断がされる可能性がある。

7歳以降になったら注意欠陥多動性障害の診断はもうしてよいということになっています。6年足らずの間フォローアップすることによって、この兆候から将来の多動性障害の診断を予測できるのではないかと思います。この時期の子どもを我々は将来のADHDの診断のためのハイリスク児と呼んでいます。これを保健所でも健診で確認していくことが、日本ではできるんです。ほかの国ではそれができない。

今、立てたモデルがこのスライドにあるのです。注意機能というものを発達の4つか5つぐらいの段階に分けてます。一番最初の段階が、覚醒意識を前提とする注意機能が成立するということがわかりました。ただ、ちょっといろいろ混乱がありまして、同じ名前でも別のものを意味してると、そういう論文もあることはありますけども。

このスライドは、発達障害の子どもが基本的に持っている症状が、三層構造から成り立っていることを示そうとしたものです。



一番最下層にある症状は、各発達障害に特異的にある症状です。そういう1人の発達障害児・者の子どもがこれしか持ってないのではないんです。先ほど言いましたように、心因性の二次性症状もあります。さらに、多くの発達障害に共通して普遍的に存在する症状があることも最近わかってきました。これがワーキングメモリー機能であるとか、時間感覚障害といわれるものです。

時間感覚というのは、我々が目をつぶっておって、今から2分間という時間を自分で長さをはかってみてください。2分たったと思ったら手を上げてくださいというふうにさせてたら、いろんな人が、自分は2分間というのはどれだけか考えている実態というのがわかります。子どもに、30人、40人いたら、今から先生が音を立てて、そこから2分間たったと思ったら手を上げなさいということをしてたら、同時に何十人もの子どものそれぞれが持っている自分の時間の長さ、早さというんですか、こういうのを時間感覚と言いますけども。これがADHDの子どもは、この時計が早い。物すごく早くたってる。だから、教師から見たら5分間ぐらいしかたっていないよと思うのに、この子は、いや、それはもっと長くなってるはずだと思うのです。僕の思う5分というのはこのぐらいですよと言って、早く。だから、もう5分たっただしょう、早く出ていいですかというふうに言うんだけど、先生は、いや、そんなんまだ

まだ、まだ2分しかたっていないよと。そういう時間感覚のずれみたいなものがあるらしいということがわかって、これも訓練によってある程度、時計のほんとの早さに矯正できるんじゃないかということです。

例えば多動性障害という診断を受けたとしたら、3つの中核症状があるはずですから、多動が明らかに見つけられたとしたら、あとの2つは何だというふうに思わないで、むしろこれがあったらこういう2つもあるはずだと、そういうふうに疑って探しに行きましょう。そしたら、必ず見つかる。見つかったら、またこれに対してどう対処するのかということを考えなきゃいかんということです。

あと、時間が十何分かですので、かいつまんで要点だけをお話したいと思います。

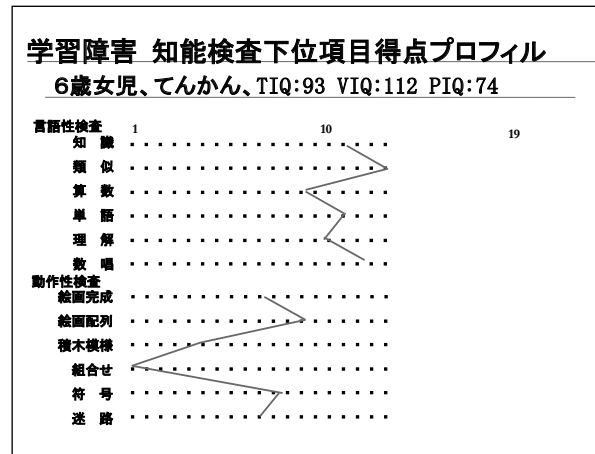
知的障害において伝えたいのはこのことです。先ほどから平均値ではIQがそんなに低くはないとか、高いとかというふうに言いましたが、知的障害の概念が最近変わってきているというんですね。まあ、最近でもないですね、もう何十年も前からですけども。まず日本では知能というのは、人がその時々に必要なとする課題解決能力を最大限発揮して、そして自分なりの答えを見つける。そのときに動員される能力のことを知能とか、知的能力というふうに言います。これは認知であるとか、学習能力とか、そういったものの、ただ1つじゃなくて、集合みたいなものです。

それから、概念としては学習障害が部分的障害に対して、こちらは全般的ですね。対立概念ですが、先ほど言いましたように、合併すると同時に、両方が並存することは可能です。

それから、複数の認知、学習能力を平均値で定義するやり方から、1つ1つの認知、学習能力をそのまま重視し、全体をプロフィールとしてみるという方法に変わってきてる。

このスライドで示すのは、ウェクスラーの

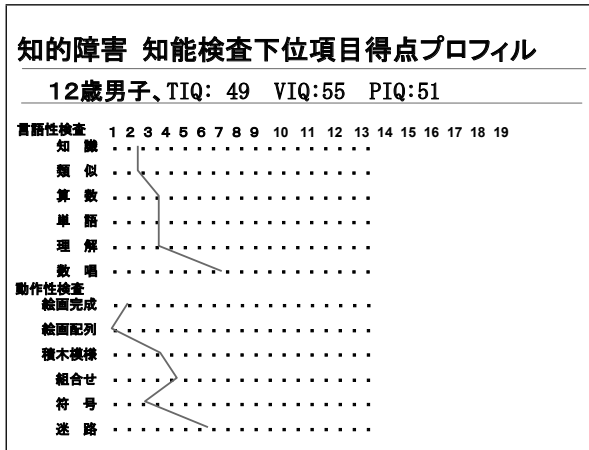
知能検査結果の1つの例です。



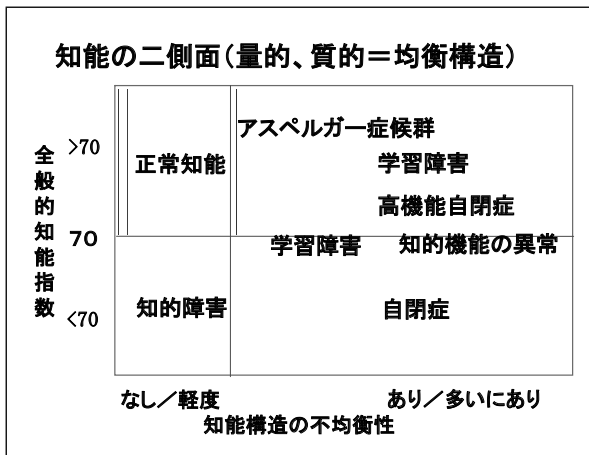
この子は学習障害を持っている6歳の女の子で、てんかんという症状がある。今までの知能、この人の知能はどのくらいですかと言われたら、トータルIQは93。この図では、1つ1つの値を全部足して平均したら93ということです。だけど、1つ1つ細かくこういうふうに分けてみると、実はこの人はこれだけ極端に、10のうち、平均値に対して1の値しかない、こういうものも1つあるんですね。ですから、この子の教師が治療の状態を知って、この子に必要な個別的学习状況をどう整えていくかということを考えるときには、これをぜひ頭に置いてほしいんですね。その次に、積み木模様とか、この辺でもかなり低い部分があるんです。

学習障害に限らず、発達障害の子どもの知能は、こういうふうにもいいところも高いところも結構ありますが、低いところも結構あります。このことを知能構造の中に不均衡性があるという。そういう子どもで、平均値だけを調べて、親に告げて、平均値が高いですから、お母さんは喜びなさいという言い方をする方も過去おられたようで、そういう話もよく聞くんです。ぜひそういう言い方はしないようにしてほしいと思います。

このスライドにあるのが従来からの知的障害で、この子は一番高いところでも6か7です。低いところは低い。



だから、おしなべてどこを見ても、平均的に低いところにありますが、この場合は平均値だけを見てもよろしいということです。だけど、多くの発達障害の子どもはこんなふうにはなっていない、もっと出入りの激しい状態になってます。それに基づいて、知的障害の概念規定を、今こういうふうに我々は変えるべきだと提案しています。



それは、今までは全般的な平均値70よりも、高ければ正常知能、低ければ知的障害としています。だけど、今さっき言いましたように、もう一つの軸を設けるべきだと提案しているのです。この軸を知能構造の不均衡性と言います。この不均衡性が非常に高ければ、平均値が70以上あったとしても、内容としては高いものもあるかわりに、一方ではこんなに低いものがあるということです。だから、これも知的機能の異常と考えましょう、知的障害ありということにしていいんですよということです。

アスペルガー症候群とか、そういう子どももこの不均衡性が高ければ、平均値が80、90であっても、少なくとも兵庫県ではIQ平均値が90であっても、不均衡性が高ければ軽度ぐらいにはしてもいいということにしています。ところが、それを知らない熱心な夫婦がいますので、お母さんがそういうところに行って診断書を書いてくれと、特に、福祉手当を申請したいと頼むとします。そのためには診断書があるわけですね。平均値だけを見たら、おたくのお子さんは平均値が高いですね、これは知的障害じゃないですよと言われると、もうそのお母さんは申請できないんですね。

もう一つ診断書、特別児童扶養手当の診断書は軽度障害ではだめなんです。全国的に中度以上の障害相当でなかったら該当しないということになります。だから、知的機能の障害が軽度ありますよということだけでは、手当はもらえない。これもよく知っておいてください。児童相談所からの検査結果の報告が平均値だけしか書いてなかったら、ちゃんとクレームをつけて、そして再申請するというようなことも我々は親に指導しています。

ということで、もう時間がほぼなくなっていますので、あとはちょっと資料は多目につくってお配りしてあると思いますので、読んでいただいておいたら大体わかるようになってるかなと思いますので、一応きょうはこの辺で終わりにしたいと思います。

どうもご清聴、ありがとうございました。(拍手)

(了)

(注)

上記は、2012年11月10日(土)に、追手門学院大学において開催された、地域支援心理研究センター公開シンポジウム「発達障害の理解と支援-学校・園における発達障害の気づきと対応」の講演をもとに作成した。