

Table 1 Clinical Diagnostic Criteria for Prader-Willi Syndrome (Gunay-Aygun, 2001)

Major criteria

1. Neonatal and infantile central hypotonia with poor suck, gradually improving with age
2. Feeding problems in infancy with need for special feeding techniques and poor weight gain / failure to thrive
3. Excessive or rapid weight gain on weight-for-length chart (excessive is defined as crossing two centile channels) after 12 months but before 6 years of age; central obesity in the absence of intervention
4. Characteristic facial features with dolichocephaly in infancy, narrow face or bifrontal diameter, almond-shaped eyes, small-appearing mouth with thin upper lip, down-turned corners of the mouth (3 or more are required)
5. Hypogonadism-with any of the following, depending on age:
 - a. Genital hypoplasia, (male: scrotal hypoplasia, cryptorchidism, small penis and / or testes for age (< 5 th percentile); female: absence or severe hypoplasia or labia minora and / or clitoris
 - b. Delayed or incomplete gonadal maturation with delayed pubertal signs in the absence of intervention after 16 years of age (male: small gonads, decreased facial and body hair, lack of voice change; female: amenorrhea / oligomenorrhea after age 16)
6. Global developmental delay in a child < 6 years of age; mild to moderate mental retardation or learning problems in older children
7. Hyperphagia / food foraging / obsession with food
8. Deletion 15q11-13 on high resolution (> 650 bands) or other cytogenic molecular abnormality of the Prader-Willi syndrome region, including maternal disomy

Minor criteria

1. Decreased fetal movement and infantile lethargy or weak cry in infancy, improving with age
2. Characteristic behavior problems-temper tantrums, violent outbursts, and obsessive-compulsive behavior; tendency to be argumentative, oppositional, rigid, manipulative possessive, and stubborn; perseverating, stealing, and lying (5 or more of these symptoms required)
3. Sleep disturbance and sleep apnea
4. Short stature for genetic background by age 15 (in the absence of growth hormone intervention)
5. Hypopigmentation-fair skin and hair compared with family
6. Small hands (< 25 th percentile) and / or feet (< 10 th percentile) for height age
7. Narrow hands with straight ulnar border
8. Eye abnormalities (Esotropia, myopia)
9. Thick, viscous saliva with crusting at corners of the mouth
10. Speech articulation defects
11. Skin picking

Supportive criteria

1. High pain threshold

2. Decreased vomiting
 3. Temperature instability in infancy or altered temperature sensitivity in older children and adults
 4. Scoliosis and / or kyphosis
 5. Early adrenarache
 6. Osteoporosis
 7. Unusual skill with jigsaw puzzles
 8. Normal neuromuscular studies
-

To score, major criteria are weighted at 1 point each, and minor criteria are weighted at 1/2 point each. Supportive findings increase the certainty of diagnosis but are not scored. For children 3 years of age or younger, 5 points are required, 4 of which should come from the major group. For children > 3 years of age and for adults, a total score of 8 is required and major criteria must comprise 5 or more points of the total score.

成人に達した発達障害児(者)への対応
——現在そして未来——

栗 秋 美 樹 松 石 豊次郎

金 原 出 版 株 式 会 社



成人に達した発達障害児(者)への対応 ——現在そして未来——

栗 秋 美 樹* 松 石 豊次郎**

要 旨

成人に達した発達障害児(者)への対応のあり方が、盛んに議論されている。医学からのみでなく、社会福祉側も含む包括的支援が重要である。しかし、現状は大変厳しい。病院における現状は、成人に達しても小児科から先の行き場がなく小児神経科専門医がフォローアップしている。社会福祉面での支援においても、軽度発達障害児(者)は支援を得られず、重度の場合は支援があっても年齢制限やさまざまな制約により支援制度を活用できない。さらに、関係諸機関の連携による支援が重要であるが、いまだ連携は薄い。

このような現状と問題点を議論し、アメリカでの「Adult Pediatrics」の例を含めて、今後の対応のあり方を検討する。

はじめに

子どもの急性疾患が減少し、また、軽症化してきている今日、子どもの慢性の病気が小児期から成人期まで継続するケースが増加している。神経疾患の代表としてあげられるのが発達障害であり、DSM-IV (Diagnosis and Statistical Manual-IV) によれば、「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」というカテゴリーのなかに分類されており、疾患名は精神遅滞、学習障害、運動能力障害、コミュニケーション障害、広汎性発達障害(自閉症、Rett 症候群、小児期崩壊性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害)、注意欠陥および破壊的行動障害(注意欠陥/多動性障害、行為障害、反抗挑戦性障害、特定不能の破

壊的行動障害)と分類されている¹⁾。

また、発達障害をもつ子どもたちは、障害とともに成人に達することがほとんどで(成人へのキャリアオーバー)、予後が悪いこともまれではない。成人に達し、内科の年齢となっても、発病時から診ている小児科医がフォローすることが多くなってきた。小児科医が子どもから大人までのトータルライフで診察、つまり、米国ではすでに盛んな「Adult Pediatrics」の視点で患者に対することが大変重要になってきている²⁾。しかし、発達障害児(者)への対応は医学からのみでなく、社会福祉や教育側も含む包括的対応が必要とされ、現在、この「対応」のあり方が大きな問題になっている。

* Miki KURIAKI 久留米大学大学院医学研究科(小児科学) ** Toyojiro MATSUIISHI 久留米大学医学部小児科

[連絡先] ☎ 830-0011 福岡県久留米市旭町 67 久留米大学医学部小児科

I. 病院側の対応と現状

1. 久留米大学病院小児科神経外来

久留米大学病院小児科神経外来では、神経疾患をはじめとする、発達障害児(者)の診断、治療および成人へキャリアオーバーした患者のフォローアップを行っている。アスペルガー症候群やADHDなどの軽度発達障害の来院が近年増えている。多忙な外来で時間を有効に使うため、予約の段階で、行動チェックリスト(学校用・家庭用)をあらかじめ郵送し、その他の行動に関する情報なども含め、初診時に持参してもらうようなシステムを作っている。初診時のインタビュー、患者本人、保護者、学校担任からの訴え、記入済みのチェックリストの評価などを通して、あらゆる角度から患者を診察し、診断を下している。また、必要に応じては、患者の学校の周辺環境調整のために、学校関係者と保護者を交えて話し合い、患者の症状改善のために、関係諸機関に出向き、積極的に取り組んでいる。

重度の発達障害、たとえば、自閉症、精神遅滞、てんかん、Rett症候群に関しても、初診時に時間をかけ、臨床、神経心理検査、神経放射線学的検査などを通して、あらゆる角度から診断している。また、これらの発達障害は単独で発病するより、むしろ他の疾患と併存することも少なくないため、慎重な診察に心がけている。たとえば、自閉症の約3/4に精神遅滞、また、1/5~1/3にかけての自閉症患者にてんかんが発症することも報告されている³⁾。表に、現在、久留米大学小児科神経外来で成人に達した後もフォローアップされている発達障害児(者)の一部を示す。

調査時年齢は、17~44歳(男性24人、女性17人)、平均年齢23.6±6.3歳であった。フォローアップの期間は0~44年(平均9.6±8.3年)。もっとも多かった診断名は「てんかん」の34名、

そのうち25名(85.7%)は「精神遅滞」を伴っていた。35名中26名は過去1年間以上けいれん発作は認めておらず、また、発作を認める3名でも、1~3カ月に1回と少なく、月に2回以上の発作がある人は、Sturge-Weber症候群などの基礎疾患があった。その他、精神遅滞を伴う自閉症で思春期にてんかん発作を伴った者が4名、脳の器質疾患に心因反応を伴うものが2名、過呼吸症候群、心因性歩行障害、運動によって誘発される不随運動発作などであった。就業している人は作業所やアルバイトを含めて6名であった⁴⁾。

2. 国立小児病院神経科

国立小児病院神経科では、小児期発症の神経難病の成人化について調査を行っている。1998年1月~6月の調査報告によると、神経外来受診患者数973名中、0~14歳が621名、15歳以上が352名(36.2%)で、疾患の内訳は、てんかん、代謝変性疾患、筋疾患、感染症、脳性麻痺であった。受診患者数は1990年ごろから増加傾向にあり、その理由として、患者の年齢が「高齢化」していることが報告されている。全体の3%が15歳を超えて初めて受診しており、外来患者の26%は15歳以上であった。さらに、15歳以上の患者の多くは、10年以上フォローアップされており、平均4.2の神経科以外の診療科を受診していた⁵⁾。

3. 大阪府立母子保健総合医療センター

大阪府立母子医療総合センターの報告によると、小児神経科での外来再診患者数は年間約12,000名で、主な疾患はてんかん、脳性麻痺、精神発達遅滞であった。また、神経外来の特徴として、もともと神経疾患以外で他の科にかかっていた人が、のちに精神遅滞やてんかん発作で紹介されてくることも多かった。受診者の多くは重度の脳性麻痺や精神遅滞などの疾患をもっており、20歳を超えたキャリアオーバーした発達障害者が増えていた。

以上の3病院の共通点として発達障害をもつ

表 小児神経疾患——成人へのキャリアオーバー

番号	年齢	性別	初診時年齢	診 断
1	31	F	15	汎下垂体機能不全, てんかん
2	24	F	22	てんかん, 精神遅滞
3	24	F	8	てんかん, 精神遅滞
4	25	F	14	てんかん
5	19	M	3	てんかん, 精神遅滞, Sturge-Weber 症候群
6	19	F	3	てんかん, 精神遅滞
7	20	M	4	てんかん, 精神遅滞
8	34	M	17	てんかん, 精神遅滞, 小人症
9	24	M	12	てんかん, 精神遅滞
10	19	M	3	てんかん, 精神遅滞
11	20	M	4	自閉症, てんかん, 精神遅滞
12	19	M	11	てんかん, 精神遅滞
13	27	M	14	てんかん, 精神遅滞
14	35	M	2	てんかん, 精神遅滞
15	22	M	0	てんかん, West 症候群
16	31	M	15	てんかん, 精神遅滞
17	19	F	7	てんかん, 精神遅滞
18	18	F	17	自閉症, 精神遅滞
19	23	M	12	突然の驚愕によって誘発される不随変運動発作症
20	21	M	5	てんかん, 精神遅滞
21	31	M	3	てんかん, 精神遅滞, 小人症
22	21	M	5	てんかん, 脳静脈奇形
23	26	M	24	てんかん
24	19	F	3	重症筋無力症
25	20	M	4	てんかん, 精神遅滞
26	20	M	4	てんかん, 精神遅滞
27	44	M	41	突然の驚愕によって誘発されない不随変運動発作症
28	20	F	5	てんかん, 精神遅滞
29	17	F	0	てんかん, West 症候群
30	32	F	16	てんかん
31	18	M	16	自閉症, 精神遅滞
32	20	F	4	脳性麻痺, 精神遅滞, てんかん
33	17	M	9	てんかん, 精神遅滞
34	27	F	11	ミオパチー
35	19	M	2	てんかん, 精神遅滞
36	19	F	3	てんかん, 片麻痺
37	38	F	22	てんかん
38	25	F	1	てんかん, 精神遅滞
39	23	F	12	心身症
40	18	M	15	てんかん
41	18	M	5	自閉症, てんかん, 精神遅滞

子どもたちは思春期、成人に達しても小児神経専門医で長期にわたりフォローアップされていた⁶⁾。

II. 社会福祉や支援団体の対応

社会福祉の制度は発達障害児(者)にどのような対応をしているのか、意外と知られていないのが現状であるため、以下具体的に紹介する。

1. 手帳

福岡県久留米市の場合、身体障害者に対して、申請によって、身体障害者手帳が交付されている。障害の程度により、等級が1級から6級まで分かれている。知的障害者に対して、申請によって療育手帳が交付される。障害の程度が重度と判定された場合は、Aの手帳、また、中軽度と判定された場合はBの手帳が交付される。手帳を保持することにより、さまざまな福祉サービスを受けることができる。たとえば、交通、公共料金などの割引、自動車税などの減免、また、所得税、市民税などの控除を受けることができる⁷⁾。

2. 年金・手当

a) 障害基礎年金

発達障害者の初診が20歳以前である場合、20歳になった時点で手続きができる。障害の程度により、1級と2級に分けられている。また、20歳以降に障害者となった場合、初診日に国民年金に入会していること、障害等級で定められた障害の状態であること、などすべての条件をみたしてなければいけない⁷⁾。

b) 特別障害者手当

20歳以上の在宅の重度障害者に対して、常時特別の介護を必要とする場合に支給される。ただし、施設入所の場合、3カ月以上の入院の場合、また、本人や扶養義務者などの所得が限度額を超えている場合は支給されない⁷⁾。

3. 在宅ケア

学校を卒業し、在宅ケアが必要となる障害者の人たちのために、さまざまなサポートがある。福岡県久留米市で行われているサービスのいくつかを紹介する。

「ホームヘルプサービス」は障害者の人たちの身辺のお世話で、地域によって違うが、久留米市では、重度身体障害者世帯のみへのサービスを行っている。サービスの内容は、①身体の介護に関すること、②家事に関すること、③相談、助言に関すること、である。「心身障害者家事援助サービス」は、介護者への援助を目的としたサービスで、介護者が病気などで援助が必要な場合に家事援助者が派遣される。援助の内容は、①食事や身のまわりのお世話、②住まいの掃除、③生活用品の買い物、④公的機関や医療機関との関係、⑤その他、とくに必要と認められた用務、である⁷⁾。

4. 障害者地域療育等支援事業(コーディネーター)の役割

障害者地域療育等支援事業を行うコーディネーターは、福祉制度と障害児(者)の間に立って、さまざまな日々の生活、療育における相談を受け、対応している。実際は、生活や療育の相談を超え、年金、手当などの取得が困難な人たちと制度の間に入り、取得可能なように支援が行われている。たとえば、診断が20歳以後で、障害基礎年金を取得したい場合、小中学校の担任に当時の障害者本人が現在と同じ障害を抱えていたかどうかを聞きにいたりして、障害者がかかわるあらゆる分野でサポートにあたっている。2003年度から導入される「支援費制度」が施行されるときに各地域に配置される「ケアマネージャー」的役割を果たされている、といえよう。

5. 就労の問題

日本障害者雇用促進協会は障害者の雇用の促進に関する事業を行う団体として、昭和52年に発足し、障害者の雇用安定のために取り組んで

いる。また、障害者雇用に関する事業主への助言、雇用相談を含めた支援も行っている。そのなかで、「障害者リハビリテーションサービスの推進」も行っており、地域障害センターが中心となり、全国47都道府県に設置された地域密着の職業リハビリテーションの実施施設において、以下の5業務を行っている。① 職場評価・指導、② 職業準備訓練(8週間)、③ 職域開発援助事業、④ 職業講習、⑤ 地域雇用支援ネットワークによる精神障害者職業自立支援。

地域職業リハビリテーションを通して、その地域における医療、教育、福祉の各専門機関の連携の中核となり、雇用者と障害者双方の観点に立ったリハビリテーションサービスを提案し、支援・調査を行っている、とのことである⁹⁾。しかし、現実には就労は困難なことが多い。また、厚生労働省は、「障害者就業・生活支援センター事業」を各都道府県に数カ所配備する傾向で進めている。社会福祉法人・民間法人とし、養護学校の卒業生のフォローアップを目指している。職業適応援助者(ジョブコーチ)を地域障害職業センターに配置し、就労前後の支援も検討されているが、機能しているとはいえない現状である。

6. 就労のサポートを提供する親の会

発達障害の支援団体の一つであるアスペルデの会(高機能広汎性発達障害の支援団体)は、青年期プログラム「サポーターズクラブ」の就労支援グループを設置している。「就労維持」を主な目的として活動し、余暇活動を楽しみ、グループの中のやり取りも楽しみ、また、職場でのストレスをリフレッシュさせることも目的としている。活動内容は、登山、フランス料理の会食、旅行などで、活動資金は彼らの給料のみで、スタッフの分も彼らが支払っている。このような長期活動から得られるものとして、集団にかかわれることで安心感をもて、リラックスできる。実際、メンバーにとって、リラックスできる場となっており、精神面において役立つ

ているようであると報告されている。問題なく学生生活を送ることは、就労の絶対条件のことのようにだが、「絶対条件」ではない。また、ソーシャルスキルにとらわれるのではなく、「自己感覚」や「アイデンティティ」を得ることの大切さもこの活動の大きな役割の一つのようである⁹⁾。

III. 発達障害者への対応に関する問題点

1. 病院側の対応における問題点

これまで述べてきたように、発達障害児が成人に達しても、小児神経科医を中心とする小児科医がフォローしている。その理由として、初診が幼児期であり、1つの臓器別に分化した内科診療科では対応できない。また、精神神経科を希望しないために小児科にてフォローアップしている現状である。早期発見、早期介入が可能となってきた現在、乳幼児期からの患者は増える一方で、成人へ達した患者の行き場がなく、増えていく新患と小児科に戻ってくる患者の対応に追われ、「燃え尽きる」小児神経専門医も少なくない。また、その分、患者の診察までの待ち時間は受診まで数カ月間待たなければならない。現状では、年金の書類作成に際し、作成は小児科医だが、精神科医の証明が必要となり、収益も精神科のみとなる。こういう矛盾した点の見直しが必要であり、日本小児神経学会が社会福祉委員会を通して、国に申請中である。

発達障害者が成人期になると、自分の内面と外界のギャップから、2次障害の精神疾患を伴うことがよくみられる。高機能自閉症とうつ病の合併の場合、認知、思考、行動などの長年の障害と社会への不適合がうつ病の原因になっていると考えられている。脅迫症状や精神分裂病、ADHDの2次障害としてもうつ病、反抗挑戦性障害や行為障害などがあげられ、小児科と精神

科の連携が重要となってくる。

2. 福祉の問題点

現状では、行政が設けている支援サービスに関して、さまざまな制約や利用回数の制限などにより、利用したくてもできないことがある。たとえば、久留米市の場合「ホームヘルプサービス」に関しては、重度身体障害者世帯のみと限定されていたり、「家事援助サービス」という、介護者が病気などで家のことができない場合のサービスに関しては、18歳未満の重度知的障害者世帯に限られている⁷⁾。しかし、障害者が歳をとるにつれて、介護者である保護者も当然歳をとっていくわけであり、さらなるサポートが必要となってくる。せっきくのサービスが有効に利用できるよう、見直しが必要であろう。このような障害者をもつ保護者に知られていない場合が多くある。もっと行政から保護者へ活発な情報提供が必要と思われる。

前項で述べた「療育手帳」に関しても、取得できる精神遅滞や脳性麻痺などの発達障害者は社会福祉援助を受けることができるが、高機能自閉症などの軽度発達障害児(者)に手帳の取得は不可能であり、現状では生涯にわたって支援を受けることができない。軽度発達障害をもつ人たちは、「ハローワーク」でも障害者用のサポートを受けることができず、「就労」という壁にぶつかる。対人コミュニケーションがうまくできない高機能自閉症の人たちは、学業成績や筆記試験はうまくいっても、面接では奇異な印象を与えて、パスできなかつたり、また、就業継続が困難なことが多い¹⁰⁾。

さらに、就労に関しては、多動、不器用、学習困難などの幼児期からの問題が青年期に残っており、これらに対する対応が必要である。乳幼児期にかかわった職員も病院へ紹介した患者とその後連絡を取り合うことが少なく、成人になった患者がどういうところでつまづき、解決できないでいるのかをみることは少ない。このことは軽度発達障害児(者)をとりまく専門機

関の連携にもいえる。そのため、障害者の自立を阻害する問題の理解、解決や予防策をみつけないまま、幼児期と児童期の指導や治療に漠然とあたっている。各機関の連携が円滑にいかないため、せっきくの教育、治療、トレーニングが空回りすることになり、成人期に達しても、職業訓練以前の問題解決にあたらなければならない、不必要に「自分ではできない」という気持ちを再認識させられることとなり、「セルフエスティーム」をさらに下げてしまうことになりかねない。

IV. アメリカの「Adult Pediatrics : 小児成人医療」の現状とそのアイデアが教えること

アメリカでは、1960年代から、Combined Internal Medicine-Pediatrics (IMP) の研修制度が始まった¹¹⁾。これは、これまで一般医になるため主流であった Family Practice (FP) Residency に代わった研修制度であり、入院・外来の小児と成人患者の両者へのケアをさらに深く学ぶことができる。研修を受けた医師はすべての年齢層への診療・治療に携わる能力を備えることとなり、生涯を通しての Health Care System へも十分に対応できることになる。当初は、FPからの猛烈な批判・非難があったようであるが、IMPとして雇われる医者も増えており、1990～2000年の間のIMP採用は63%増加している(FPは34%増加)。実際、IMPとして働いている医師によれば、乳幼児や成人の複雑な疾患の治療において、FPよりも自信をもって治療に取り組んでいると、報告されている¹¹⁾。

以上のように、アメリカでは小児成人医療の統合に対して意識が高く、小児医療と成人医療の違った「医療文化」を橋渡ししよう、という討論もされてきた¹²⁾。The American Academy of Pediatrics によると、アメリカでは、0歳(正

確には卵子着床時点からとされている) から21歳までが小児科医が診察にあたらなければならない患者の年齢である。しかし、「特別な状況」によっては、21歳を超えた場合でも、患者と医師の相互同意のうえ、小児科医がフォローし続ける場合もある¹³⁾。また、診察において、小児患者の健康面においてはもちろん、社会心理的な成長や発達においても小児科医が見守らなければならないといわれている。

さらには、治療を進めていくにあたって「family-centered¹²⁾: 家族にも重点を」である。これは、慢性疾患を抱えた子どもの健康状態は家族の存在、サポートにかかっていると、小児科医が認識しているからであろう。これは、日本の小児科においても同じである。しかし、成人内科は、患者と1対1で向き合うことがほとんどであり、また、内科医は「cognitive speciality¹²⁾」で、患者の心理ニーズに応えるというよりはむしろ診断に重点を置き、「終わりなき検査」が実施され、治療へと運ばれていくという批判もある。

このようにまったく違った「医療文化」といわれている小児科と成人内科の間を、いつの日か成人に達した障害者は渡って行かなければならない。先に述べたIMPがいる場合は別だが、いない場合、この「transition: 移行期¹²⁾」とスムーズに向かい合うためには、成人に達するまで診てきた小児科医が、これから新しく担当する内科医（もしくは、その他の科の医師）の紹介や小児科と成人内科における治療の進め方の違いをゆっくり、患者が納得いくまで話し合うことが大切である、と報告されている。また、小児科と成人内科が互いに支えあい、そして、互いの専門分野を教えあいながら協力していくことの大切さを強調されている¹²⁾。

V. 将来に向けて

成人に達した発達障害児への対応をテーマとし、これまでその現状、問題点を述べてきたが、最近では医療、サポート団体や親の会、行政、教育の現場からの情報発信が盛んに行われており、障害児(者)へ対する認識は以前に比べて高くなってきているといえるであろう。しかし、あらゆる角度からのサポートは増えてきているものの、肝心の「連携」が乏しいのが現状である。各専門間の連携、およびチーム医療などの専門内部での連携が大変重要である。さらに、ここでは「専門分野からの対応」を議論しているため触れていなかったが、各専門機関と「家族」との連携も忘れてはいけない。

先に述べた、アメリカでの小児成人医療への認識の高さは、日本において、発達障害児(者)へのサポートの見直しを考えたとき、十分に見習う点であろう。障害児が障害者へとになっていく過程のなかで、そのなかでかかわる各専門内外の連携がしっかりしていれば、障害児(者)が過ごしにくい環境がよりよいものとなり、自信をもって成長していき、自立へもつながる。この「連携」が障害者への包括的支援を成功させるにも必要であり、今後対応をよりよいものへ発展させていくためにも、大きなテーマ、課題である。

現在、さまざまな学会において、発達障害にかかわるあらゆる分野の専門家が集まり、包括的支援を目指してそれぞれの立場からの情報や問題点が提起されている。現場で対応するそれぞれの専門家が意見交換することはとても大切だが、その際、お互いが専門家として尊敬しあい、同じ目の高さから支えあう気持ちをもって行うことがとても大切である。またそこで得られた情報をこれまで発達障害にかかわってこなかった人たちにも広めていき、社会全体で取り組んでいくことによって、発達障害児(者)に対するさらなる理解と支援につながることを期

—小児科—

待して稿を終える。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR 2000 : 精神疾患の分類と診断の手引き. 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸(訳)
- 2) 久留米大学小児科学教室 : あゆみ 1993—久留米大学小児科同門会会報第 21 号, 加藤裕久主任教授就任記念号
- 3) 高木隆郎, M. ラター, E. ショプラー (編) : 自閉症と発達障害研究の進歩. 1998/vol. 2, 特集 遺伝と疫学. 日本文化科学社, 東京, p 14, 1998
- 4) 松石豊次郎ほか : 小児神経疾患のキャリアオーバー. 脳と発達 32 : S 189, 2000
- 5) 国立小児病院 : 平成 10 年度厚生省小児医療研究委託費研究報告集, p 139
- 6) ケーススタディ 1・小児神経科 : 年長児への対応が迫られる小児神経科. Clinic Magazine, p 29, 2002
- 7) 障害者福祉ハンドブック. 久留米市
- 8) 日本障害者雇用促進協会 : II 職業リハビリテーションサービスの推進. 日本障害者雇用促進協会, pp 4-5, 2001
- 9) 辻井正次, 杉山登志郎, 石井道子 : 青年期高機能広汎性発達障害に対する心理療法的接近の試み (2) —就労支援の点から見たグループ活動の意義. 第 87 回日本小児精神神経学会, 2002
- 10) 杉山登志郎, 辻井正次(編) : 高機能広汎性発達障害—アスペルガー症候群と高機能自閉. プレーン出版, 東京, p 170, 1999
- 11) Campos-Out Calt D, Lundy M, Senf J : Outcomes of Combined Internal Medicine-Pediatrics Residency Programs ; A Review the Literature. Academic Medicine 77 : 247-256, 2002
- 12) Rosen D : Between two worlds ; Bridging the cultures of child health and adult medicine. J Adolesc Health 17 : 10-16, 1995
- 13) American Academy of Pediatrics, Council on Child and Adolescent Health : Age limits of pediatrics. Pediatrics 81 : 736, 1988