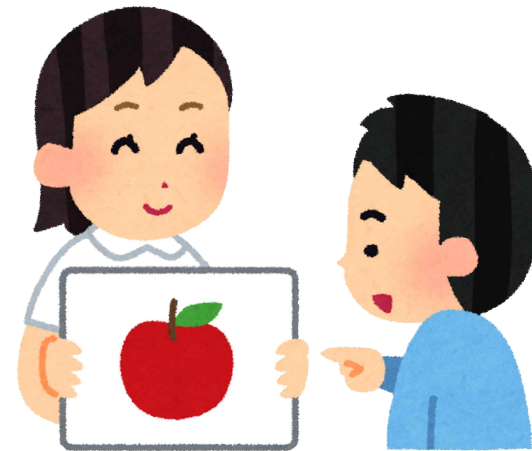


環太平洋乳幼児教育学会日本支部
(PECERA Japan) 2025年 研究会
第9回神戸こどもの発達支援研修会

共生社会のこれからを考える

～医療・療育と保育の互恵的連携協働をめざして～

子どもの発達支援の協働のために 医療の視点から



神戸大学大学院医学研究科内科系講座
小児科学分野小児神経学・発達行動小児科学部門
永瀬裕朗

発達支援の必要性への気付き

乳幼児健診でのreferについて（神戸市を例に）

言葉の遅れ → 1歳半健診で指摘

どこで相談する？

病院

神戸市療育センター（総合・西部・東部）

保健所：要フォロー子育て教室
/発達支援個別専門相談

児童発達支援施設

すこやか保育支援事業（保育園・認定こども園）

こども家庭センター

病院：原因検索、診断

神戸市療育センター（総合・西部・東部）：

1) **保険診療としての療育**

2) **親子教室** 子どもと保護者を対象とした子どもの遊びの場・保護者同士の交流の場、保育士等による子育て相談を行い、**幼稚園・保育所等**や**児童発達支援センター・事業所等**の利用につなげる。

保健所：要フォロー子育て教室（「所属」があるとため）
/発達支援個別専門相談

児童発達支援施設：民間療育（内容はさまざま）

すこやか保育支援事業（保育園・認定こども園）

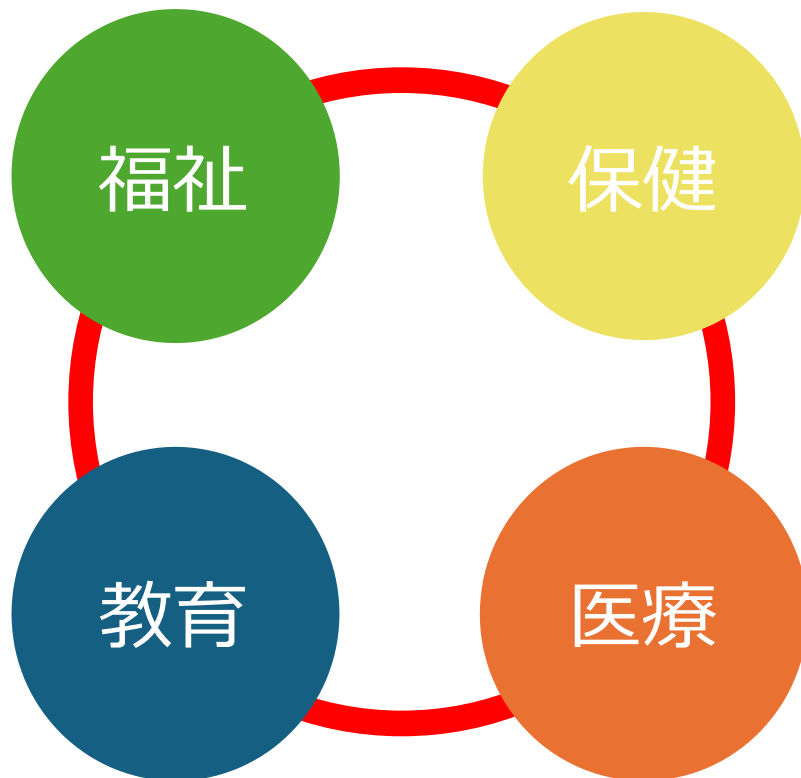
こども家庭センター：発達検査の精査（新版K式）、療育手帳発行

**同列で医療と保育、幼児教育、保健、福祉が併記
ゴールは同じなのか？**

発達支援が必要な子どもへの支援ネットワーク

互恵的でかつ、専門的機能をそれぞれが高度にしっかりと果たせる連携協働が求められる

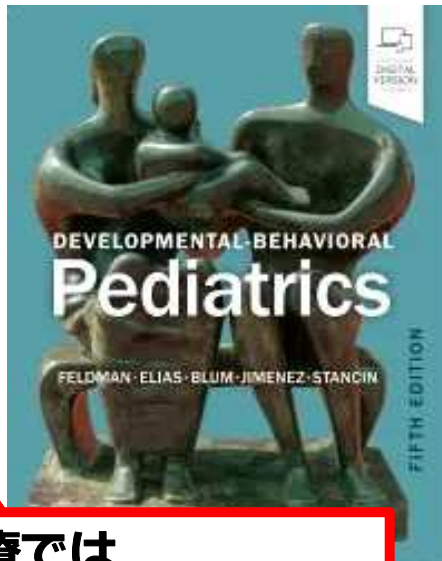
→それぞれの専門的機能（目的）を理解している？



- 医療機関（病院・療育施設）は何を目指しているのか？

医療にはつなげておいた方がいい？

「発達障害の治療」とは？



**医療では
何を目的として
何をしているのか？**

- 保育園・幼稚園・認定こども園は何を目指しているのか？

園によって方針が違うけど
どこを勧めたらいい？

エビデンスはある？



教科書がない！？

医学・医療（medicine）とは ～源流から～

「もっとも古い治療者は、聖職者、シャーマン、あるいはマジシャンであった。」
(Levin疫学者、宗教学者 2020)

歴史的には宗教と密接な関係：

ともに人間の苦しみを取り去ること＝救済を目標

「医者が必要とするのは、丈夫な人ではなく病人である」 マタイによる福音書9:12

→啓蒙主義、実証主義を経て現代医学へ

医学・医療（medicine）の構造

主訴、問題点

現病歴

現症（診察）

鑑別 原因となる疾患を羅列

検査

診断

治療

医学・医療（medicine）の構造

主訴、問題点	発達の遅れ、低身長・・・
現病歴	xx歳より言葉の遅れに気づく・・・
現症（診察）	神経学的所見、身体診察所見
鑑別 原因となる疾患を羅列	染色体異常、代謝疾患・・・
検査	血液検査、脳波、放射線、心理検査・・・
診断	「発達障害」だけではなく階層がある
治療	根治療法、対症療法 の有無

主訴・問題点、病歴、現症から鑑別疾患を挙げ、診察・検査により診断し、
治療する＝問題点を解消することがゴール

医療での対応（診断について）

精神運動発達遅滞 → 1歳半健診で指摘

医療での対応（診断について）

精神運動発達遅滞

自閉スペクトラム症 → 3歳時に療育センターで指摘

医療での対応（診断について）

精神運動発達遅滞

自閉スペクトラム症

てんかん → 7歳で初めてのけいれん後診断

医療での対応（診断について）

精神運動発達遅滞

自閉スペクトラム症

てんかん

GLUT1欠損症

SLC2A1 遺伝子異常

→10歳、空腹時のふらつきで診断

GLUT-1 DS : 髄液に糖を取り込めない疾患

Figure Overview of the pathogenesis, phenotypes, diagnosis, and treatment of glucose transporter type 1 deficiency syndrome (Glut1 DS)

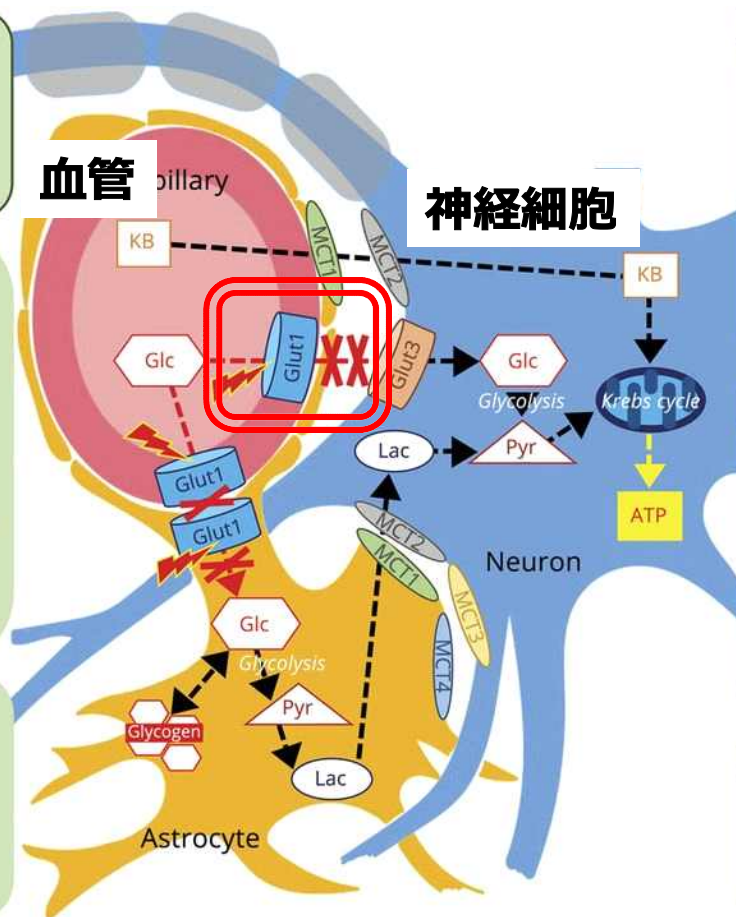
Glucose transporter type 1 deficiency syndrome (Glut1 DS) is a rare treatable neurometabolic disorder caused by monoallelic or, more rarely, biallelic pathogenic variants in the *SLC2A1* gene which encodes Glut1.

Pathogenesis

Glut1 is a glucose transporter mainly localized in brain capillary endothelial cells and their encircling astrocytic end-feet. Here, it plays a critical role in cerebral glucose delivery, being responsible both for glucose transport from the bloodstream into the extracellular cleft (between the endothelium and astrocyte) and then again for glucose transport from the extracellular cleft into astrocytes. Genetically-determined defects in Glut1 result in impaired glucose transport across the blood-brain barrier and into astrocytes, thus causing cerebral energy failure.

Clinical picture (1)

Classic phenotype: Infantile-onset chronic encephalopathy with pharmacoresistant epilepsy, developmental delay, acquired microcephaly, spasticity, and movement disorders (ataxia, dystonia, chorea) which may be continuous, paroxysmal, or continual with fluctuations in severity.



Clinical picture (2)

The clinical spectrum of Glut1 DS includes milder phenotypes which generally fall into one of three categories:

- Epilepsy
- Movement disorders, in particular paroxysmal exercise-induced dyskinesia (attacks of chorea and dystonia affecting mainly the lower limbs)
- Cognitive/behavioral disturbances.

These presentations may have onset both in childhood and adulthood, and may occur either in isolation or as a mixed syndrome.

Diagnosis

One or both of the following criteria:

1. CSF glucose <3.33 mmol/L on fasting lumbar puncture with normal blood glucose (CSF/blood glucose ratio <0.4);
2. Monoallelic pathogenic variant (or rarely biallelic pathogenic variants) in the *SLC2A1* gene on molecular genetic testing.

Abnormally low erythrocyte 3-O-methyl-D-glucose uptake assay confirms the clinical diagnosis of Glut1 DS.

CSF lactate is usually low-normal or low.

Treatment

Ketogenic diet: Ketone bodies enter the brain by monocarboxylic transporters and are metabolized exclusively within mitochondria, thus representing an alternative fuel to restore cerebral energy.

Francesca Magrinelli et al. *Neurology* 2020;95:500-501

診断は？

精神運動発達遅滞？

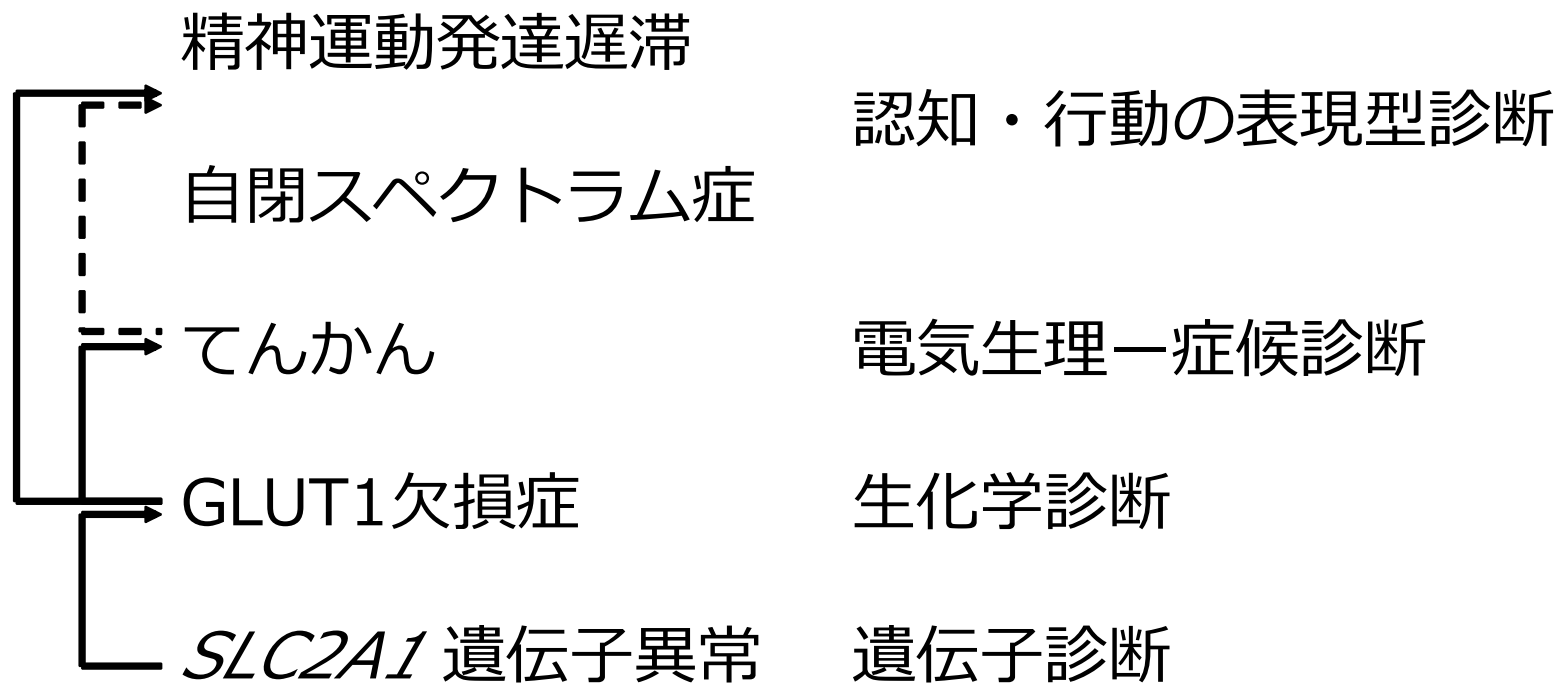
自閉スペクトラム症？

てんかん？

GLUT1欠損症？

SLC2A1 遺伝子異常？

診断は？



全て診断として正しい（階層）

経過

ケトン食療法を開始後

2週間後

ふらつきは明らかに減少

脳波検査：改善

1カ月後

学校で1日を通して元気に過ごせるようになった

書字も枠の中に収まるようになった

診察にも協力的になった

自閉スペクトラム症由来の不器用さとも思わせる運動失調症状も改善

医療での対応(稀だが典型的なパターン)

現代の医療は？

課題

科学主義・実証主義による医療の高度化・高コスト化

（発達の遅れ一つでもさまざまな検索が可能に）

→大病院では治療できる疾患の急性期入院治療に対象を絞るように（選定療養費）

大切なことでも実証できないもの（価値に関わる問題など）は扱いにくい

→evidence based medicineへ（Guyatt 1991年）

→ 現代の日本の医療（特に急性期病院）の役割は

「人間の苦しみ」のうち医療化する範囲（有効な診断・治療法があるもの）とそれ以外の範囲を特定して振り分け、前者に対応すること…になってきた

医療において求められる治療(介入)の質：エビデンスがあるとは？

医療の特徴：集学的・コストが高い、公的保険で支払われる

→ 効果が証明されている（エビデンスレベルが高い）ことが重視される

PICOモデル（効果の記載法の一つ）

Patient 患者

Intervention 介入、治療

Control 対照

Outcome 結果

医療において求められる治療(介入)の質：エビデンスがあるとは？

医療の特徴：集学的・コストが高い、公的保険で支払われる

→ 効果が証明されている（エビデンスレベルが高い）ことが重視される

PICOモデル（効果の記載法の一つ）

Patient 患者

Intervention 介入、治療

Control 対照

Outcome 結果

例

自閉症の幼児に

療育プログラムAを実施することは

プログラムBよりも

就学時点での適応を改善しますか？

**複数のランダム化比較試験で有効性が示されていれば
有効な治療（介入）とされる**

治療は？

目的：アウトカムが測定可能・明確

青字 治療法あり 赤字 治療法なし

精神運動発達遅滞

→治療法なし

自閉スペクトラム症

→行動療法（対症療法）適応改善

てんかん

→薬物療法(対症療法) 発作減少

GLUT1欠損症

→食事療法（対症療法）症状改善

SLC2A1 遺伝子異常

遺伝子診断

→治療法なし

治療は？

(教育・福祉も治療手段となる)

医 教育 福祉

精神運動発達遅滞

→治療法なし

医 教育 福祉

自閉スペクトラム症

→行動療法（対症療法）適応改善

医

福祉

てんかん

→薬物療法(対症療法) 発作減少

医

GLUT1欠損症

→食事療法（対症療法）症状改善

医

SLC2A1 遺伝子異常 遺伝子診断 →治療法なし

+

医 教育 福祉

その他（コミュニティ、家族、宗教）

疾病受容

スピリチュアルな悩み

→スピリチュアルケア

（緩和医療 日本では、いまだがん領域が中心）

病院での医療における発達の問題の扱いに対する姿勢（私見）

：ミニマルハンドリング（必要最小限の介入）



理由

- 患者・障害者になるということ
→「治療されるべき対象」、「そのままではダメ」
- 高コスト

医療でしかできないエビデンスのある治療を医療で

予防→アウトリーチ

では、発達の問題がある幼児では 誰にどこが介入（支援）するのか？ ～連携～

- 医療的・療育的対応が有効である対象は何か？
- 医療の対象外となった場合、他分野に何が期待できるのか？
- 予防医学の観点での協働

初めて応用行動分析(ABA)によるIQ改善効果を示した論文（Lovaas（1987））

- 内容：介入群として2-3歳の自閉症児19名に対して週平均40時間の集中的な行動療育を2年以上実施した。コントロール群として週10時間以下の療育を受けるか、別の療育を受ける群を合計40名設け、4年後の変化を比較・検討した。

実験群の介入内容

支援1年目：自己刺激、自傷、攻撃行動などを減らす、言語による要求に従う行動を教える、模倣を教える、適切なおもちゃで`の遊び方を教える、支援を家庭内に拡張していく

支援2年目：表出言語を教える、仲間との相互作用的な遊びを教える、園で機能的行動を教える、支援をコミュニティーに拡張していく

支援3年目：適切で多様な情動の表出方法を教える、読み、書き、算数の基礎を教える、観察学習を教える

- 結果：介入群はIQが30以上高く、そのうち9名は小学校通常学級でインクルーシブな教育を受けられるようになった。

ASDとIDの幼児はABAによる治療プログラムの効果が明確 →発達障害における医療（治療モデル）の良好な対象

2歳児が入っている研究

表2 4つの介入形態で検証されたエビデンス (RCT 論文)

	報告者 (年)	研究対象児	介入 (分析対象児数)	結果
DTT	Smith ら ³⁰⁾ (2000)	ASD or PDD 児 28 名 (生後 18~42 ヶ月)	DTT 群 (15 名) vs 親訓練群 (13 名)	DTT 群は、IQ がより改善し、13% の子どもが正常機能に達した
	Sallows ら ⁴⁾ (2005)	ASD 児 23 名 (生後 24~42 ヶ月)	DTT 群 (13 名) vs 親訓練群 (10 名)	DTT 群は、IQ がより改善し、48% の子どもが正常機能に達した
PRT	Schreibman ら ³¹⁾ (2014)	ASD 児 39 名 (生後 20~45 ヶ月)	PRT 群 (20 名) vs PECS 群 (19 名)	両群のどちらもコミュニケーションスキルが向上したが、親は PECS を実施する方が難しいと感じていた
	Mohammadzadeh ら ³²⁾ (2014)	ASD 児 30 名 (6~11 歳)	PRT 群 (15 名) vs DTT 群 (15 名)	PRT 群は、コミュニケーションと標的行動がより改善した
ESDM	Dawson ら ³³⁾ (2010)	ASD 児 45 名 (生後 18~30 ヶ月)	ESDM 群 (24 名) vs コントロール群 (21 名)	ESDM 群は、IQ、適応行動、自閉症診断がより改善した
	Dawson ら ³⁰⁾ (2012)	ASD 児 29 名 (生後 18~30 ヶ月)	ESDM 群 (15 名) vs 地域療育群 (14 名) *脳波コントロールデータとしての定型発達群 (17 名)	ESDM 群は、IQ、言語、適応および社会的行動が改善し、人の顔を見たときの脳波が定型発達児と類似した
	Rogers ら ³¹⁾ (2012)	ASD 児 98 名 (生後 14~24 ヶ月)	P-ESDM 群 (49 名) vs 地域療育群 (49 名)	子どものアウトカムにグループ間の差はなかった
	Estes ら ³²⁾ (2014)	ASD 児 98 名 (生後 14~24 ヶ月)	P-ESDM 群 (49 名) vs 地域療育群 (49 名)	P-ESDM 群は育児ストレスの増加の報告はなかったが、地域療育群は増加した
	Estes ら ³³⁾ (2015)	ASD 児 39 名 (生後 18~30 ヶ月)	ESDM 群 (21 名) vs 地域療育群 (18 名)	Dawson ら ³⁰⁾ の 2 年後追跡調査により、ESDM 群は ASD 症状、適応行動が改善した
	Vismara ら ³⁴⁾ (2018)	ASD 児 24 名 (生後 18~48 ヶ月)	P-ESDM を基盤とした遠隔トレーニング群 (14 名) vs コントロール群 (10 名)	遠隔トレーニング群は、親の P-ESDM 忠実度とプログラム満足度が高かった。コミュニケーションは両群とも向上した
	Rogers ら ³⁵⁾ (2019)	ASD 児 45 名 (生後 12~30 ヶ月)	P-ESDM++ 群 (24 名) vs P-ESDM 群 (21 名)	P-ESDM++ 群は、親の子どもの交流スキルが向上したが、子どもの転帰にグループ間の差はなかった

JASPER	Kasari ら ¹⁸⁾ (2006)	ASD 児 58 名 (3~4 歳)	共同注意群 (20 名) vs 象徴遊び群 (21 名) vs コントロール群 (17 名)	共同注意群と象徴遊び群のどちらも標的行動が改善した。共同注意群は、子どもからの共同注意が増加し、象徴遊び群は、母親との交流において、より多様な種類の象徴遊びを示した
	Kasari ら ³⁶⁾ (2008)	ASD 児 56 名 (3~4 歳)	共同注意群 (20 名) vs 象徴遊び群 (19 名) vs コントロール群 (17 名)	共同注意群と象徴遊び群は、表出言語が増加した。低い表出言語レベルでスタートしていた子どもは、共同注意群のみ有意な改善を示した
	Kasari ら ³¹⁾ (2010)	ASD 児 38 名 (生後 21~36 ヶ月)	共同エンゲージメント介入群 (19 名) vs コントロール群 (19 名)	共同エンゲージメント介入群は共同注意と機能的な遊びの多様性に改善を示した
	Lawton ら ³⁷⁾ (2012)	ASD 児 52 名 (3~4 歳)	共同注意群 (20 名) vs 象徴遊び群 (16 名) vs コントロール群 (16 名)	Kasari ら ^{18,36)} の追跡調査により、共同注意群と象徴遊び群は、共同注意の質 (共同注意時のボジティブ感情) と表出言語 (共同注意時のボジティブ感情) が向上していた
	Goods ら ³⁸⁾ (2013)	ASD 児 11 名 (3~5 歳)	JASPER 群 (5 名) vs コントロール群 (6 名)	JASPER 群は、自由遊びにおける遊びの種類が増加し、クラスルームでの活動に参加しない時間が減少し、要求行動が増加した
	Kasari ら ³⁹⁾ (2014)	ASD 児 61 名 (5~8 歳)	JASPER+EMT 群 (30 名) vs JASPER+EMT+SGD 群 (31 名)	自発的なコミュニケーションのためには SDG を含めた混合介入 (JASPER+EMT+SGD 群) から始めることが支持された。言語能力の低い学齢期の子どもたちは、共同注意と遊びスキルに重点を置き、SDG を組み込んだ介入を実施することで自発言語を大幅かつ迅速に習得できた
	Kasari ら ⁴⁰⁾ (2015)	ASD 児 86 名 (2~5 歳)	JASPER 群 (43 名) vs 心理教育的介入群 (43 名)	JASPER は、共同注意の時間、遊びの種類、達成された対人関係レベル、クラスルームへの参加に効果があった

DTT: Discrete Trial Training, PRT: Pivotal Response Treatment, ESDM: Early Start Denver Model, JASPER: Joint Attention Symbolic Play Engagement Regulation, ASD: Autism Spectrum Disorder, PDD: Pervasive Developmental Disorder, PECS: Picture Exchange Communication System, P-ESDM: 家族による ESDM, P-ESDM++: 強化された家族による ESDM, EMT: Enhanced Milieu Teaching, SGD: Speech Generating Device

これらの対象の多くは、ASDとID！⇒早期療育エビデンスがある！

神戸大学病院での研究 2025年度開始予定

知的発達症を合併した自閉スペクトラム症の2歳児を対象とした早期療育プログラムの開発

- 目的 : ASD + IDの2歳児に有効で実用可能な医療ベースのプログラム開発
- 対象 : 二次健診でID+ASD疑いとされ、療育センターにフォローが必要となった2歳児
- 方法 : 合計12回（2回/月）、1時間/回の心理士によるABA（神戸大学独自）、家族指導あり
比較対象は療育センターフォローになったが、本介入を希望されなかった児
- デザイン : 単群観察研究
- アウトカム : 3歳時で療育センター開始時の主にASD症状、発達水準、日常生活適応の程度、
感覚プロファイル
(プログラム前後で新版K式、KIDS、ADOS-2、CARS-2、Vineland)

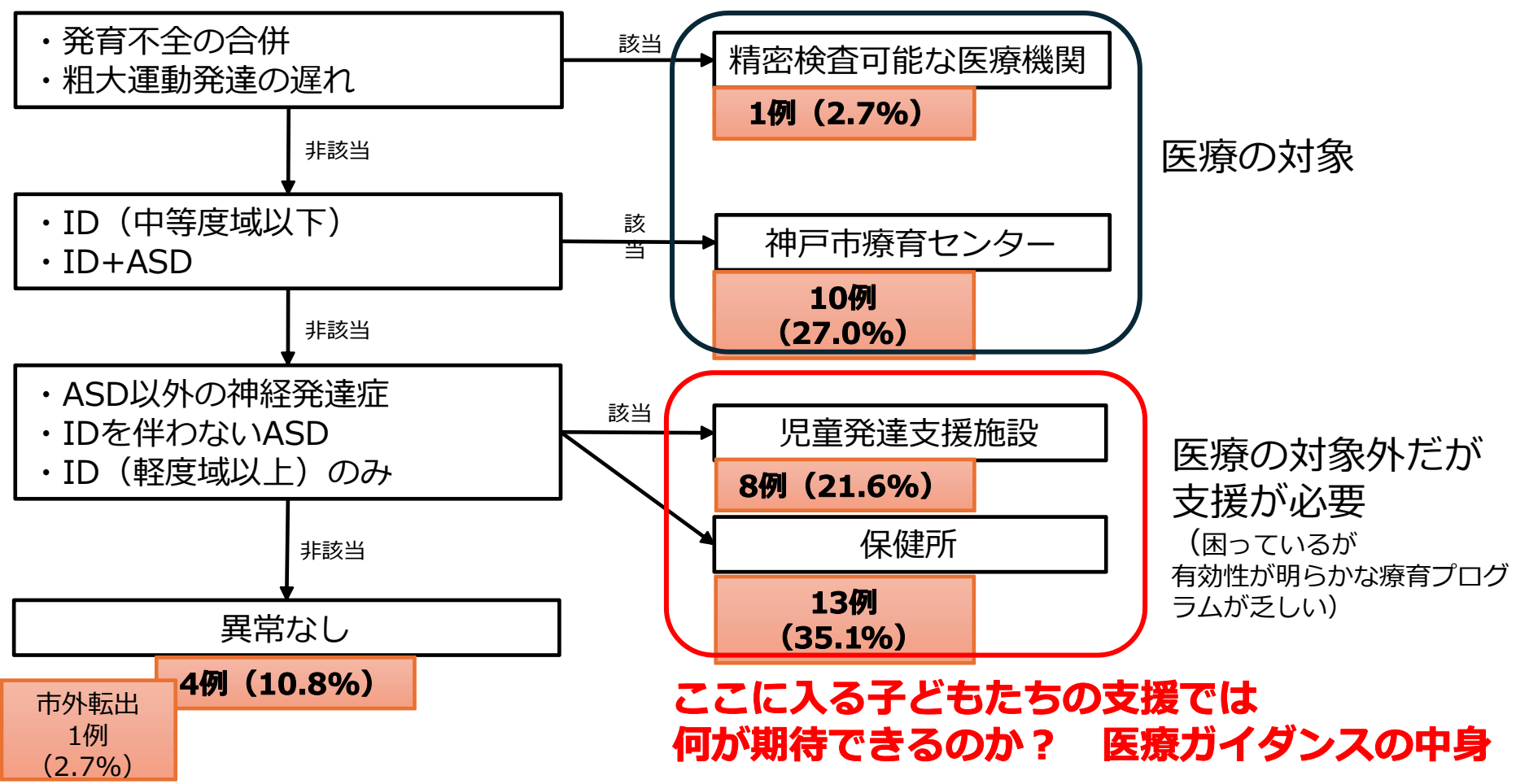
医療保険制度（小児特定疾患カウンセリング料の範囲内）でできる、
できるだけ短時間で効果的な療育方法の構築を目指す

医療の対象の子どもをスクリーニング

神戸市発達二次健診

2023年10月～2024年1月実施状況：37例

一次健診で要指導、要継続観察、要フォロー健診とされた群の中で、エビデンスが確立した療育の対象となる状態（ASD+ID）は4人に1人！



教育・保育（幼児期）幼稚園教育要領（xx式もあるが。。）

知識・技能

思考力・判断力・
表現力等

学びに向かう力・
人間性等

小学校

幼児期の終わりまでに育ってほしい姿 10項目

1.健康な心と身体

2.自立心

3.協同性

4.道徳性・規範意識の芽生え

5.社会生活との関わり

6.思考力の芽生え

7.自然との関わり・生命尊重

8.数量・図形、文字等への関心・感覚

9.言葉による伝え合い

10.豊かな感性と表現

幼稚園

保育園

こども園

幼児期の終わり

育みたい能力・資質 3本の柱

知識および
技能の基礎

思考力・判断力・
表現力等の基礎

学びに向かう
人間性等

幼稚園

保育園

こども園

満3歳以上

5領域

健康

人間関係

環境

言葉

表現

第2節 児童相談所の業務

2. 相談援助活動の展開

(1) 調査、診断（アセスメントを含む）、判定

社会診断（児童福祉司、相談員等）

心理診断（児童心理司等による）

医学診断（医師による）

行動診断（一時保護部門の児童指導員、保育士等）

その他の診断（理学療法士等によるもの等）

→総合診断 協議により判定を行い、援助指針を作成。

児童相談所の方針を子ども及びその保護者並びに、必要に応じて祖父母等の親族に伝え、その意向を聴取するとともに、その策定過程においても、子ども及びその保護者等の者の参加を得ることが望ましい。

(2) 援助

上記援助指針に基づいて児童相談所は子ども、保護者、関係者等に対して指導、措置等の援助を行う。

第3節 相談の種類とその対応

1. 相談の種類

大きくは養護相談、障害相談、非行相談、育成相談、その他の相談に分類される。

保育・幼児教育の育ってほしい姿には「健康な心と体」
児童相談所の相談内容には「障害相談」が含まれるが、

いずれも困難の解消・治ることが目的ではない
(測定しない)

→医療とはゴールが異なる

「治す」ことを目的として案内すべきではない？

- 知的発達症
- 反応性愛着障害（逆境的小児期体験）

いずれも予後不良（二次障害）が予測される

保育・教育・福祉分野と医療の目的が近い

認知遅延のある子どもの4/5歳時の行動障害の有病率は、

収入の少ない家庭での生活、
より貧困な地域に住んでいること、
併存する情緒障害があること、
向社会的行動が乏しいこと、
母親の健康状態が悪いこと、
怒りっぽい/厳しい子育てにさらされていること、
一貫性のない子育てにさらされていること

6/7歳と8/9歳での行動障害の持続性は、

男の子であること、
物質的な困窮の中での生活、
子どもの表現によるコミュニケーション障害、
ひとり親の家庭での生活、
怒りっぽい/厳しく一貫性のない子育てにさらされていること

と独立して関連。

境界性障害または知的障害のある子どもは、知的能力の高い同年代の子どもと比べて、行動障害が持続する可能性が有意に高かったが、それは複数の環境リスクにさらされた場合のみであった。

結論: この高リスクグループにおける行動上の困難の持続性と高いレベルは、環境的逆境にさらされるリスクの増加と、その逆境にさらされた場合の回復力の低下の組み合わせに関連。

逆境の小児期体験

1995年から1997年にKaiser Health Plan membersで健康診断を受けた人を対象に、質問紙で過去に受けた虐待、 生育期の家族機能について以下の10項目を調査

虐待

心理的虐待

身体的虐待

性的虐待

心理的ネグレクト

身体的ネグレクト

家族の機能不全

離婚・別居

精神疾患・自殺企図

物質依存

服役

母（継母）に対する暴力

ACE Score Prevalence for CDC-Kaiser ACE Study Participants by Sex, Waves 1 and 2.

Number of Adverse Childhood Experiences (ACE Score)	Women Percent(N = 9,367)	Men Percent (N = 7,970)	Total Percent (N = 17,337)
0	34.5%	38.0%	36.1%
1	24.5%	27.9%	26.0%
2	15.5%	16.4%	15.9%
3	10.3%	8.5%	9.5%
4 or more	15.2%	9.2%	12.5%

Felitti VJ, et al., Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. 1998 May;14(4):245-58

ACEが4以上の人は0の人に比べて

- ✓ 現在喫煙している 2.2倍
- ✓ 深刻な肥満 1.6倍
- ✓ 余暇に運動しない 1.3倍
- ✓ 昨年1年間で2週間以上のうつ 4.6倍
- ✓ 自殺未遂歴 12.2倍

虚血性心疾患 2.2倍

- ✓ 悪性腫瘍 1.9倍

2006年のフォローアップスタディ

ACEが6以上の人は、ACEが0の人に比べて20年早く死亡

- ✓ 糖尿病 1.6倍
- ✓ 65歳の時点での死亡は2.4倍
- ✓ 75歳の時点での死亡は1.7倍

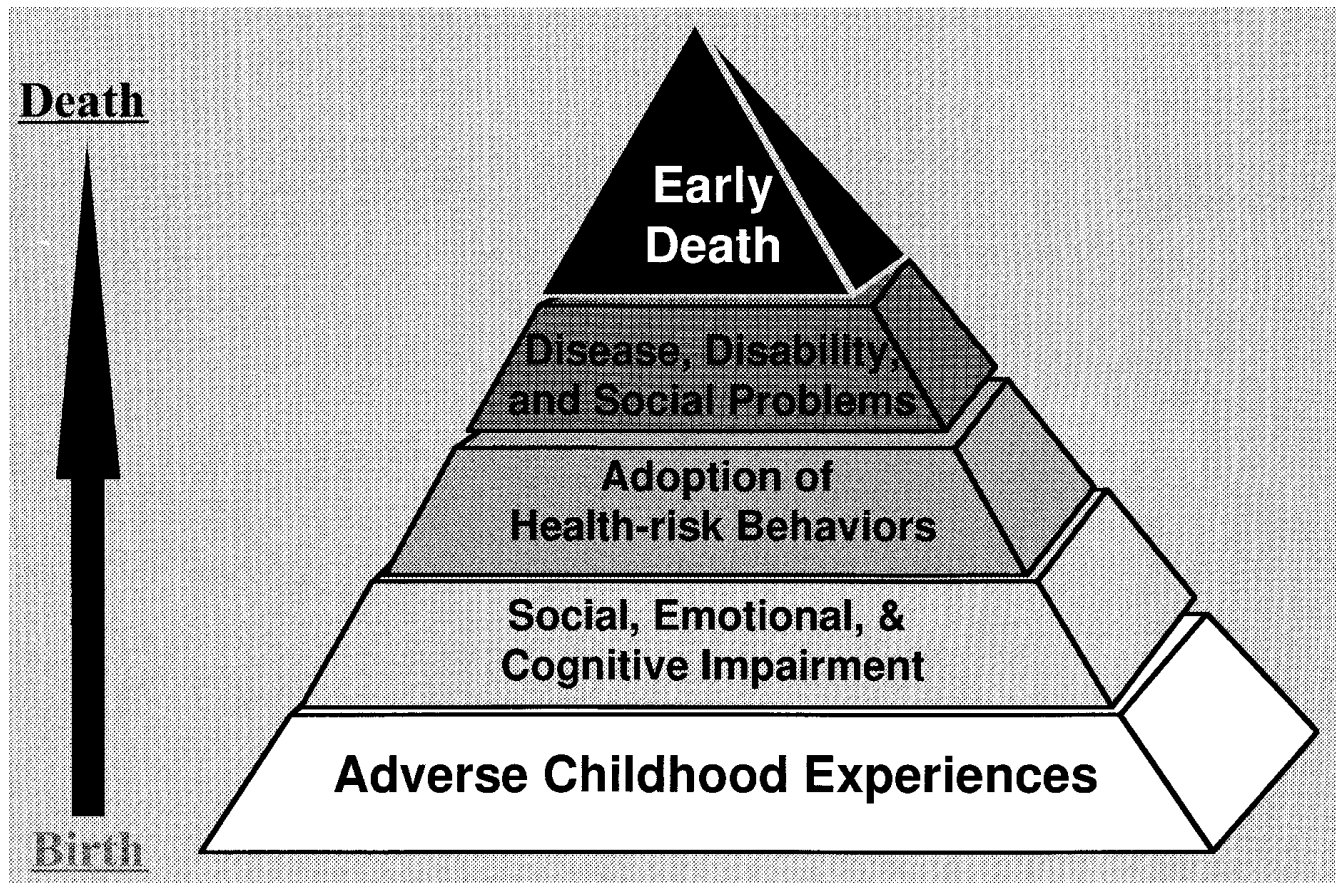


Figure 2. Potential influences throughout the lifespan of adverse childhood experiences.

小児期の環境の改善が将来の疾病予防につながる

発達の問題→知育を積極的にする？ 知育系の幼児教育は良いのか？

早期の学業教育は長期的な害をもたらす
学問を重視する幼稚園や保育園の潜在的なリスク

研究の結果は非常に一貫

早期の学業訓練により、その訓練の目的である特定の
テストで子供のスコアがいくらか向上するが、これらの
の初期の向上は1～3年以内に消える。

早期の学業指導に長期的な学業上の利点がないという
ことよりもおそらくもっと悲劇的なのは、

そのような指導が、**特に社会的および感情的な発達の
領域で長期的な害を生む可能性がある**ことである。

幼児期の教育の最適化は
心理社会的合併症の予防に有用？

[Peter Gray Freedom to Learn](#)

Early Academic Training Produces Long-Term Harm

Research reveals negative effects of academic preschools and kindergartens.



Source: Google images approved for reuse

Many preschool and kindergarten teachers have told me that they are extremely upset—some to the point of being ready to resign—by the increased pressure on them to teach academic skills to little children and regularly test them on such skills. They can see firsthand the unhappiness generated, and they suspect that the children would be learning much more useful lessons through playing, exploring, and socializing, as they did in traditional nursery schools and kindergartens. Their suspicions are well validated by research studies.

A number of well-controlled studies have compared the effects of academically oriented early [education](#) classrooms with those of play-based classrooms (some of which are reviewed [here](#) [\(link is external\)](#)), in an article by Nancy Carlsson-Paige, GERALYN McLaughlin, and Joan Almon). [1] The results are quite consistent from study to study: Early academic training somewhat increases children's immediate scores on the specific tests that the training is aimed at (no surprise), but these initial gains wash out within 1 to 3 years and, at least in some studies, are eventually reversed. Perhaps more tragic than the lack of long-term academic advantage of early academic instruction is evidence that such instruction can produce long-term harm, especially in the realms of social and emotional development.

- 知的発達症
- 反応性愛着障害（逆境的小児期体験）

いずれも予後不良（二次障害）が予測される

二次障害（精神面だけでなく、内科的疾患も）予防は、
環境の最適化（教育・福祉）が中心

（医療のみでは解決しない）

結語 1：子どもの発達支援の協働のために医療の視点から 医療機関でしかできないこと、医療ではむずかしいこと

特徴

- ベースとなる疾患まで含めた診断・治療という枠組み（医療モデル）
- 診断書を発行できる（福祉サービスの利用、将来の年金）
- ゴール・方向性は明確（障害が減る、病気が治る＝マイナスがなくなること）
- 長期間の支援が可能

課題

- 根拠が薄い支援を表向きには推奨できない（実際はこちらの方が重要なことも...）
- コストがかかる（時間・回数が限られる）
 - 長時間の療育、エビデンスのある療育の提供は難しい
 - （個人差が大きくエビデンスがあるのはごく一部）
- 日常生活における観察・介入は難しい（汎化の問題）
- クライアントは「患者」
- 疾患・障害など欠損状態を減少させるという意味以外の介入法については答えを持たない

結語 2 : 子どもの発達支援の協働のために医療の視点から 保育・乳幼児教育との連携に向けて



保育園・幼稚園に期待すること (医療ではできないこと)

- 子どもの生活に長時間関わる
- 子ども同士の関係、子どもを含む家族同士の関係（共同体）を育む
- 生活を通した予防的治療になりえる

幼児教育・保育に関して医療者として知りたいこと (ゴールが明確なエビデンス)

- 「志向性の質」 : xx式が優れるのか？ 何をゴールとして？
学校準備を志向することのメリットとデメリット
- 発達に困難があるこどもに何が提供できるのか？（特別支援教育）

医療（プライマリケア）と教育・保育でのゴールが近い

予防的アプローチ分野において協働でプログラム開発ができる？