

## ダウン症のある人に心の不調や行動の不調がみられたら

### 1. まず問題の要因を考えてみる

#### 1) 関係者の方々に知ってほしい基本的なことは

- (1) 「ダウン症」だけで判断しないこと。思い込みや先読みは判断を誤りやすい。
- (2) その人にあるダウン症の特性に加え、かなりの支援が必要なところ（障害）があっても、それらは一部にすぎず「基本は人間としての共通面や両親からの遺伝継承」ということを忘れないで。ダウン症があることは「人類の多様性の一つ」であり、特別なことではない。「特別な人（子）」と思ったら差別にもつながる。

「特別」の意味は、辞書によると「他との間に、はっきりした区別があること。他と、はっきり区別して扱うこと。また、そのさま」。「特別な人」となると「かけがえのない人」という意味になるので、家庭であれば全員に使われる言葉。

「特別」は英語の「スペシャル (special)」と同じではない。スペシャルは「通常と異なること」で、さらに「一般にはない優れた資質」の意味もある。

- (3) このような見方考え方を子育ての初めからしていけば心の不調の大半は防げるが、後からでも、親が気づいた時に見方考え方を変えれば改善に向かう。
- (4) 親の見方考え方の切りかえは容易でないが、我が子を救う最も良い対処法である。たとえ親が高齢でも切り替えは可能なので諦めない（「年をとっているから」というのは自分への偏見にすぎない）。
- (5) 周りの人が見方考え方を変えなければ、問題は解消できず、かえって悪化する。
- (6) 不適切な行動（ひきこもり、暴力、物壊し、異常な排泄行為など）は、本人が問題への適切な対処法を学んでいないための余儀ない行動と言えよう。
- (7) 人間は複雑で、刻々と変化しているので、決まったやり方だけでは対処できない。その場その場で、本人と一緒に考えていこう。
- (8) 薬を使って改善したようにみえても、それは一時的であり、根本的な解決ではないので、薬に頼ると、後になって、さらに深刻になってしまう。
- (9) ダウン症のある人は認知症になりやすいということをよく耳にする。それを聞いた親ごさんたちは不安をいだくであろう。しかし認知症は一般の人にもかなりみられるし（30代、40代で認知症になる人もいる）、ダウン症があると全員がアルツハイマー病になるわけでもない。

21番染色体の遺伝子群のなかにアルツハイマー病との関係が深いアミロイドβ（ベータ）を産生する遺伝子が含まれているので、ダウン症になると一般の人より1.5倍多く産生される。それがダウン症と認知症との関係に結びつけられている。しかし、その遺伝子が通常より一つ多い（遺伝子が1.5倍になる）ことと認知症になることはイコールではない。

「遺伝子の変化が病気の発現に直結するとは限らない」ということは遺伝学の常識だが、

そもそも 1.5 倍の増加は発症にどれだけ影響するのだろうか。アルツハイマー病と診断された 40 歳以上のダウン症の人で 75%が誤診だったというアメリカでの報告があり、80 代で脳に認知症の変化があるのに症状が出なかったダウン症の人がいることも知られている。アルツハイマー病を発症するさまざまな環境要因はわかってきている。たとえば、認知症を促進する食事、抑制する食事の不足、運動不足、肥満や糖尿病、睡眠不足、歯周病などが影響するので、生活習慣の見直しは重要である。

若年性認知症を起こす遺伝子変異を持っていれば誰でも認知症になりやすい（もちろんダウン症の人）。一方、アルツハイマー病を抑制する遺伝子も発見されている。

CT などの画像から診断されることもあるが、ダウン症の人は若い頃から脳に隙間がみられることがあり、認知症の診断は簡単ではない。物忘れが認知症につながるとも言えない。また、うつ病を「ダウン症だから認知症」との思い込みから誤診され、悪化をもたらしていることもある。喪失など非常に辛い経験や自信を失う環境などでダウン症の人もうつ病になりうるが、うつ病と初期の認知症を画像で診断することは容易でない。うつ病と診断され抗うつ剤で認知機能低下が改善されるものがある一方、認知症が誘発される薬もある。

認知症が確実であった時も諦めてはならない。現在使われている認知症の治療薬は未だ著しい効果が得られておらず副作用もかなりある。ダウン症のある人は副作用が出やすく、効果もあまり期待できないので推奨できないが、健常部を大事にすること、さらに現在は進行を抑えるさまざまな方法（健康な面の重視、食事を含む生活の改善、人間関係の見直し、楽器演奏や運動、読み聞かせと話し合い、身体疾患の予防と治療、新しい楽しみ、十分に良好な睡眠など）について研究がされているので、ご家族は正しい情報を得て、医療・福祉などの担当者話し合い、前向きな対策を立ててほしい。

## 2) 心や行動に不調がみられたときには

- \* 小さなことであっても問題があったら放置しないでほしい。
- \* 親の不安な気持ちや否定的な言動で本人の不安は増す。気持ちの切り替えが必要。
- \* ダウン症のある人は、親への深い思いやりから、つらさを表現しないことが多い。
- \* ダウン症の人は共感性が高く、親の心配も我がことのように感じるので、状態悪化につながりやすい。親は我が子に専心してしまわないで、自分の生活を大切にしてほしい（趣味や好きな読書、映画などで自分の頭を切り替える、おしゃれをする、若い頃にやりたかったことをする、スポーツ、夫婦や友人と食事や好きなコンサートに行く、など）。
- \* ダウン症の人たちは、ストレスを笑顔で抑えていることが多い。
- \* 不調には何らかの要因があるはずなので、対処する前に、それが何かを考え、調べる。
- \* 要因には、何らかの病気が潜んでいるかもしれない。それは、気管・肺、胃腸・肝臓、腎臓、関節、皮膚、内分泌（甲状腺、下垂体、性ホルモン）などの病気であるが、痛みだけでも心は不調になりうる。総合的な検診と治療が必要。しかし病気の部分以外は健康なので、気分的に圧倒されないよう、活動を無理なく楽しく続けるべき。

- \* 要因となる背景を無視して診断する専門家は替えたほうがよい（「急激退行だ」とか）。
- \* 有名な医師でも優しい医師でも、対話に応じない、意見を聞かない医師は替えよう。

### 3) 要因となる心理的背景を探る

- \* ダウン症のある人が受けるストレスのほとんどは人間関係によるもの。  
それはたとえば、同居者（家族、グループホーム・入所施設の利用者）、福祉支援者、職場の同僚や他の利用者による、よけいなお世話や注意、速すぎるお喋り、理解できない内容、大きく異なる生活パターン、など。仲間の言葉で傷ついたことも、友達がいないとか、なかなか会えない寂しさも要因になる。
- \* 親や支援者などが共感してくれない、自由が認められない、意見を聞いてくれない、人権を無視される（一方的な指示や禁止、偏見・差別、子ども扱いなどで能力を不適切に判断される、敬意の欠如、約束の破棄、など）。  
〈共感とは、他者と同じ思いを感じ取ること＝シンパシー、感情的エンパシー〉
- \* 初めてのことで先が見えないのに十分な説明がされないと、不安になってしまう。
- \* 会話ができる人でも、仕事の説明が理解しにくいときに聞き返せない。聞き返しても説明が改善されない。
- \* 生活や仕事に「やりがい」「生きがい」が感じられない。能力を発揮できない。
- \* 生活や仕事に満足できない、生活や仕事のレベルが低すぎる、または高すぎる。
- \* 不適切な生活環境、特に変化の速い現代生活や仕事で速さを要求されるとストレスは大きくなる。これは行動を緩慢にってしまう（強迫性緩慢）。
- \* 我慢して頑張ることが評価されてきたので、頑張り続け、燃え尽きた。
- \* 「優秀だ」「よく出来る」と褒められてきた人は、挫折しても立ち直る力（復元力、レジリエンス）が弱いことが多い。
- \* 余暇活動が少なすぎる、まじめすぎて遊びがない（家族など周囲の人もまじめすぎ）。
- \* 学校を卒業してから運動が減少。それによる筋肉の減少、活動の低下、ストレスの蓄積、関節の支持低下、体重増加。口の筋肉は発声が減ると衰え、滑舌が悪化、嚥下障害にもなる。
- \* 喪失体験（家族の病気や死、親の離婚、転居、きょうだいの移転や結婚、担当支援者の変更や離職、親しい人、友人との別離、失恋など）に納得のいく説明がなされなければ、不安にさいなまれる。
- \* 家族や職場での悩みやグチを聞いてくれる人がいない。本音で相談ができない。
- \* 季節や気候も（自律神経やホルモンのバランスが崩れやすい春先や気圧の変動など）影響するが、親がそれに敏感すぎると、本人は病気に負けてしまい、症状が悪化する。
- \* 不満が積もり、現実から逃れるために、楽しかった幼い頃に戻りたい気持ちになるが、それなのに、「ダウン症特有の退行」と誤解されてしまう。

#### 4) 本人の生活歴に要因が潜んでいないか

- \* ダウン症があってもなくても、経験不足でストレス対処力や復元力（レジリエンス）が弱い人、自己表現が苦手な人、依存的または攻撃的な人はいる。そこに家族の過保護・過干渉や単純な価値観、狭い視野や経験、本人に合わない期待や不寛容などが加わると、思春期以降に広がる生活圏に適応できず、自信を喪失し、心の病が生じやすくなる。
- \* 善意と思われがちな過保護、過干渉が無意識になされている。
- \* 失敗しないよう、いつも守られてきたので、挫折があっても立ち直れない。
- \* 何でも先回りされてきたので、自分で選択することがない。
- \* 親が「ウチの子には無理」と思い込んでいるので、経験が不足している。
- \* 逆に、親が「ウチの子は何でもできるから」と、親の理想と期待で頑張らせている。
- \* 親や教師の、厳しい訓練で伸ばしてあげたいという思いに応えて頑張り続けている。
- \* 親はとにかく視野が狭くなりがち。将来の目標に向かって直進しがち。
- \* 親には、我が子がオトナになってほしいという気持ちと、いつまでも子どもであってほしいという相反する気持ちがある。自分を越えてほしいという気持ちと、越えてほしくないという気持ちもある。特に我が子が「障害児」と思うと、自分を越えることは（自分が障害者以下と感ずるので）受け入れられないという深層心理があっても不思議ではない。
- \* 特に母親は自分が産んだからと自責の念を抱くことも多い。しかしそのことは、障害ある子を産んだ全ての親も責めることになるのだが、それには気づかれていない。それに、どんな子を産んだかを人間が決めることはできないはず。
- \* 親の未だ受容できない気持ちを「我が子の能力は自分が育てた」という自負に置きかえ、本人の意思と関係なくアートなどに専念させていることもある。
- \* 人間がなかなか変えられない思考や気持ちは、狭く理に合わなくても、自分を守る効用があると考えられている。しかしそのような防衛心は誰のためにもならない。
- \* ダウン症の人は、嫌だと感じていても我慢して、「楽しい」「がんばります」と答えがち。
- \* ネガティブなことを言うと親が悲しむという思いやりが自由を抑えている。
- \* 「障害者は常に楽しく過ごすのがよい」という非現実的な思いやりが周囲にあると、悩みに気づかれない。
- \* 楽しみを自分で見つけたことがない。何をしたいかわからない。
- \* 家庭の一員でなく自分が中心なので、対等な人間関係が築きにくい。
- \* 本人の親切心で他の人のために行うことが、余計なお節介と思われ、嫌がられる。
- \* 卒業してから学びの機会がなく、頭を使うことがあまりない。
- \* 学びの機会や場はあっても、本人の生活力や思考力の向上につながるものではない。

## 5) 行動の不調を防ぎ改善するための具体的な関わりは

### (1) 子どもの頃にしておくこと

- \* 親は、将来親自身が楽になるように子育てをすることを。できるだけ子ども自身がやれるよう、手助けは必要なときだけにして、やる気を削がないこと。そして、無理なことはしかなるべき人に頼めるように育てていく。
- \* 親や、保育、療育、教育、医療・看護などの専門家は、「ダウン症だから」という固定観念を外し、一人ひとりの様子を温かく観て、耳を傾け、気持ちに共感して、思いを自分で表現できるように、一緒に考え、話し合う。子どもが自分で考えて判断し行動できるように導いていくことはお互いのためになる。
- \* 周りから与えられるだけでなく、自分で選べるように育てる。選択を誘導しないために、どちらを選んでもかまわないようにして選ばせる。
- \* 「家庭の一員」として役割を分担し、「家庭の中心」にしない。
- \* できなくてもすぐに諦めない。他のやり方を試して、その子に合ったやり方をさがす。
- \* 家庭や社会での生活を広げ、経験から学び考えることや、本の読み聞かせやテレビ視聴から一緒に話し合うことで視野が広げられる。それによって対処法を自分で考える力や、ひとに相談する力が育つので、将来、不安や苦しみがあっても解決できるようになる。
- \* 今後も理解してくれる身近な人を増やしていくこと。困ったときに大いに助けとなる。

### (2) 思春期以降に問題が生じたら、次のような関わりと対処を

- \* 何があっても、親は大人として、感情を抑えて問題に対処することが必要。  
そのためにはアンガーマネジメントやアサーションを学ぶとよい（本などもある）。
- \* 適切な対処をすれば問題は必ず解決する。それを信じて、あわてないで。
- \* まず、身体疾患がないかどうかをかかりつけ医に調べてもらうこと。
- \* 親と子は違う人格。本人の問題は親が解決すべきことか、本人が自分で解決すべきことかを判断し、親が解決にあたった時は経過と結果を我が子に説明する必要がある。
- \* 要望や辛さに耳を傾け（傾聴）、共感する。これは自然にできることではないので、学びが必要。共感とは同情とは違い、同じ（ネガティブな）感情にはまるものではない。
- \* 今までの状態や周囲からの意見にとらわれず、今の様子をありのまま観る。声なき声にも心で感じとることを。
- \* 子どもの頃からよく出来ると言われ、自分でも自信があり、困った時には親が助けていた人は、自分で立ち直る力（復元力、レジリエンス）が育っていない。他の人を低く見るところもあり（親がそうしなくても、人間は差別したがる）、プライドも邪魔する。  
立ち直りの弱い人は一般にもいるのに、ダウン症の特性のように思うのは偏見である。
- \* 挫折には共感し、自分で考えて乗り越えられるような話し合いと支援が必要となる。
- \* 言葉でやりとりできなくても、本人の気持ちを感じとることはできる。そのためには声

のニュアンス、絵（色づかいも）や文字、ジェスチャー、ひとりごと、表情の変化などに注目しよう。

- \*ひとりごとは病気ではない。気持ちの発露なので止めない。内容には思いが含まれているので、聴きとる努力を。今の自分と幼い自分とで対話をするダウン症の人もある。
- \*自信を失っているときに、励ましたり頑張らせたりすると逆効果になりやすい。
- \*やる気が出ないときは、援助しながら、少しでもできたことを認め、自尊心を高める。
- \*語りかけは、わかりやすい言葉で、具体的に。曖昧な言葉や抽象的な言葉は避けて、短い文で、ゆっくり語りかけていく。
- \*言葉の最後が記憶に残りやすいことを知る（これは誰でも同じ。たとえば外国語学習）。
- \*理解が難しそうならば、言い方を変えたり、具体的に説明する。数値も利用できる。
- \*ダウン症のある人は視覚から学ぶタイプなので、絵や写真や文字を使うとよい。
- \*話すときには、よけいな言葉をつけ加えない。情報が多すぎると誰でも混乱する。
- \*ネガティブな言葉はできるだけ使わない。互いに否定的な感情が先に立ってしまう。
- \*「もし…ならば…」といった仮定法は使わない（IQの高い専門職で誤解する人もいる）。
- \*質問は「クローズド・クエスチョン」で。「それは～ですか?」「これって～なの?」
- \*答えがすぐに出ない時は、こちらの意向が確かめられていることがある。ひとまず待って、その間に本人の表情と反応を温かく観察し、どんな気持ちかを推しはかる。
- \*褒めるよりも、具体的な言葉で認めるほうが前に進むことができる。
- \*問題が明らかに教育や居住の場、職場にあるならば、改善のために職員と話し合う。（固定観念で見えていないか、説明は適切か、速する作業か、逆に遅すぎる作業か、周囲の期待が能力に合っているか、職場の人間関係は良好か、など）
- \*関係性が膠着して、どうしても解決できないときは他の居場所を探すほうがよい。それも本人の状態が深刻になる前に迅速に判断する。
- \*問題は本人にないことをしっかり何度も説明する。「あなたは悪くない」と繰り返し言う。それによって、時間はかかっても自信が回復される（ただし相手を責めることはしない）。
- \*問題が本人にあっても叱ってはならない。改善するための方策を一緒に話し合う。
- \*ストレスを減らすために、親も本人も、好きなこと、やりがいをいろいろ見つける。
- \*家族全員が毎日のリズムを整える。難しければ、できるところから少しずつ進めていく。
- \*本人が相談したり、グチをこぼしたりできる相手を見つける（支援のヘルパーさんとか）。
- \*認知行動療法やリラクゼーション法、マインドフルネスも役立つ。自己学習もある。
- \*行動の問題には行動療法が有効なことが多いが、周囲の理解不足による心の傷や、原因がそのままの状況で行動にアプローチしても、不安は解消できない。
- \*本人の人権を守るための法律（総合支援法、差別解消法）や「意思決定支援」について、家族や支援者、関係者は、文言だけでなく、その理念、目的、具体的な実施などを含めて知っておく必要がある。この法律は専門家から与えられたものでなく、当事者をよく

理解し、必要な物事を熟知している親と支援者たちが超党派の国会議員と協力して作ったものなので、大いに役立ち、本人や家族を守ることができる。そのため親の会などで勉強会を継続的に開くことが望ましい。

## 2. 心や行動の問題に薬を使うには

### 1) 使用前に知っておくべきことは

- \* 心理支援や人的・物的環境の改善でも回復できないときには、薬を使うことも考える。
- \* 薬を使うときは、「必要な時に、必要な量で」が基本。
- \* 薬の多くは本来毒であり、「飼い慣らして」治療に利用しているのである。
- \* そのため、薬を安易に使うことも、拒否することも状態の改善にはつながらない。
- \* 薬の処方には診断名が必要になるが、確定診断は容易でないので、症状で選んだ方がよいことも多い（妄想障害を統合失調症、適応障害を退行や認知症と診断されたり、架空の友や独り言だけで統合失調症と診断されたり、といった問題例が多数ある）。
- \* 心の病気に使う薬は、精神障害のない人が服用してはならない。想定外の副作用が起こったり、副作用だけが強く出たりすることがある。
- \* 薬を使うときは、本人が理解して服用できるよう、わかりやすく説明してから了承を得ることが原則（必要緊急の時は例外）。
- \* 心の病気に使われる薬は脳に働くので、精神面にも危険な副作用が出ることがある。
- \* 心の病に使われる薬には依存性があるものが少なくないので、担当医は最初によく調べて処方すべきである。
- \* ダウン症の人は、脳細胞や神経が薬に反応するとき一般の人と違う特性がある。またダウン症があっても人により少しずつ違っている。さらに年齢やそのときの状態によっても、薬の作用は一人ひとり異なる。
- \* 全ての薬には主作用と副作用がある。それは薬の効果が一ヵ所だけではないため当然。副作用に良い悪いはないが、危険な副作用の可能性がわかっているならば、担当医は処方前に家族に伝え、起こったらすぐに報告してもらい早急に対処しなければならない。
- \* 副作用のなかには血液疾患や肝機能・腎機能障害のように検査でしかわからないものもあるので、定期的な検査が必要。
- \* 治療薬は、確実な医学情報のうち最新のものから選ばれる（古い情報からは、その後わかった効果や副作用は得られない）。新しい情報はインターネットで得ることができる。
- \* 医師は薬学や薬理学を熟知していると思われるが、そういう人は多くない。薬が処方された時に、家族は遠慮せず担当医や調剤薬局の薬剤師に訊ねること。納得がいく答えが得られなければ調べてもらうこと。
- \* 心の病の薬にはすぐに効果が出ないものが多く、副作用が先に出ることがあるので、続け

るか減らすかの判断を医師は行う。効果が出てこない薬は適切でない可能性がある。

- \*薬の効果も副作用も予測できないことがある。そのため使ってから状態の変化を観察することが必要で、変化があれば、どんなことでも担当医に報告する。
- \*効果も副作用も、見つけられるのは家族や身近な支援者だけなのだから。
- \*代替医療や民間医療薬、サプリなどは玉石混淆（玉より石の方がはるかに多い）。効果や副作用が検証されていないものが多く、他の薬との相互作用もほとんど研究されていないので、使用は避けたほうがよい。実際、医師が勧めた代替医療を親が信じて標準医療を拒み、病気が悪化して命を落としたダウン症の人もいる。
- \*インターネットの情報も玉石混淆。正しい判断をするための医学の基礎と最新の正しい知識がなければ、怪しい情報でも鵜呑みにしがちなので、非常に危険である。
- \*インターネット情報は、検索すると似たような情報がどんどん出てくる（フィルターバブル）。最初の情報が間違っていたり、フェイクであったりすると、正しい情報は入ってこなくなってしまう。
- \*医師以外の方が薬を勧めるのは言語道断である。専門家でもしてはならない。担当医は、他の人からの勧めがあっても安易に処方してはならない。医療のプロとして、まず背景や経歴を聴き取り、「生活環境や対人関係はどうか」「病的かどうか」「薬は必要か」「必要ならばどの薬が適切か」など、総合的な判断に基づいて治療に進むべきである。
- \*最初の診断や見立てが間違っていたら治療も間違ふおそれがある。医師は、途中で疑問を感じたら、診断が正しいかどうかを検討し直さなければならない（トンネル・ビジョンを防ぐために）。患者の状態に関する新しい情報が入ったときも診断や治療が正しいかどうかを再検討する必要がある。

## 2) 心や行動への薬について、ご家族と関係者の方が押さえておくことは

- \*心の病の薬は補助的に使います。薬だけでは心の病や行動の問題は解決できません。
- \*心理面の支援や環境（人や物による環境）改善を必ず先にすべきで、それで改善できない時に初めて薬を使うことを考えます。
- \*ダウン症がある人での薬効の特性（薬が効きすぎる、副作用が出やすい、使用を控えるべき薬がある）について、薬の使用を考えたときに担当医と話し合ってください。
- \*薬の副作用については、親ごさんや支援者の方も知っておく必要があります。たとえば、よく使われるリスパダール（リスペリドン）には食欲亢進作用があり、肥満の人にはリスクが高いこと、また副作用のお漏らしが出たダウン症の人もありますし、突然の心停止や認知症との関連も言われています。また、エビリファイ（アリピプラゾール）という薬で意欲がなくなり放心状態になった人がいて、副作用とわからないと、穏やかになったと誤解されることがあります。さらに糖尿病があると生命の危険をもたらす合併症が生じることがあります。
- \*いつもと違うと感じたら、すぐ担当医に「副作用ではないですか」と尋ねてください。



副作用を軽くみる医師もいるので、ネットの医薬情報を調べておいたほうが安心です。ネットでは情報を得るときは怪しい情報を避けるために、「○○○○（薬の名前）& 添付文書」「患者向医薬品ガイド」で正しい情報を検索するとよいでしょう。。

- \* 副作用を無視したり、すぐに対処しない医師は替えたほうがよさそうです。
- \* 「向精神薬」は、最初副作用が出ても、しばらくすると消えていくことが多いのですが、副作用が出たら直ぐに担当医に報告します。医師は、副作用がどの程度か、どれだけ続くかを調べて、減量か継続かを判断してくれます。
- \* 向精神薬の多くは急に服用を中止すると「離脱症状」が出ることもあるので、少しずつ減らしていかないと危険です。
- \* 心の病に効く薬は、長期に使わないほうがよいので、心理支援と環境改善は継続していかなければなりません。
- \* 副作用には、後になって出てくるものがあります。そのなかで認知症を誘発しうるものは深刻です。認知症の症状に使った薬がかえって悪化させることもあります。認知症を誘発しうる薬としては、睡眠薬・抗うつ薬・抗不安薬の一部や向精神薬のベンゾジアゼピン系薬が知られています。認知症がけいれんから起こることも、認知症があるとけいれんが起こることもあるので、けいれんがあれば直ぐに治療しないとなりませんが、注意すべきは、抗けいれん剤のなかに認知症を誘発しうるものがあることです（バルビタール、フェニトイン、プリミドン、バルプロ酸＝デパケン、カルバマゼピン＝テグレトール、トピラマートなど）。薬の認知症誘発作用については以前より多くわかってきていますが、ダウン症があるとリスクが高くなるかどうかは、抗コリン製剤以外ではまだ検証されていませんが、可能性がないとは言えないので、慎重に薬を使う必要があります。

この文は担当のドクターなどに見せてくださって結構です。

.....

この文は、長谷川 Dr. の監訳した本と書いた本からの引用を含めています。

1. ダウン症のある成人に役立つ メンタルヘルス・ハンドブック  
心理・行動面における強みと課題の手引き（遠見書房）
2. ダウン症神話から自由になれば 子育てをもっと楽しめる（遠見書房）

文責：医師 長谷川知子

いでんサポート・コンサルテーション オフィス

元静岡県立こども病院遺伝染色体科医長

ご本人、ご家族、ケアや支援をする方々、薬剤師さんからの助言を入れて書きました。