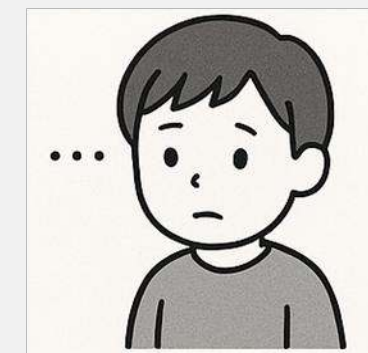
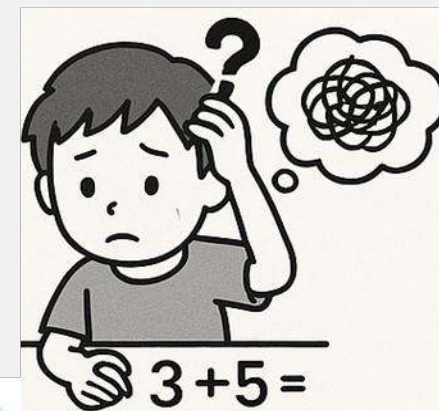


知的発達症
Intellectual
Developmental
Disorder:
ID





知的発達症群(Intellectual Developmental Disorder: ID)

診断基準

※正確な診断基準は成書にしたがってください

□ DSM-5-TR（アメリカ精神医学会/精神障害の診断と統計マニュアル第5版-テキストリヴィジョン）

項目	内容
A	臨床的評価および個別化，標準化された知能検査によって確かめられる．論理的思考，問題解決，計画，抽象的思考，判断，学校での学習，および経験からの学習など，知的機能の欠陥．（IQ<70）
B	個人の自立や社会的責任において発達的および社会文化的な水準を満たすことができなくなるという適応機能の欠陥．継続的な支援がなければ，適応上の欠陥は，家庭，学校，職場，および地域社会といった多岐にわたる環境において，コミュニケーション，社会参加，および自立した生活といった複数の日常生活活動における機能を限定する．（適応行動＝日常生活活動ADLの制限）
C	知的機能および適応の欠陥は，発達期の間に発症する（Age<18）

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2022

□ 疫学

有病率は一般人口全体において1%，中所得国では約1.6%，高所得国では約0.9%とされる
日本の教育現場では常に増加傾向にある（文科省）
男女比は軽度IDで1.6:1，重度IDで1.2:1（男性に多い）

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2022

(令和元年5月1日現在)

特別支援学校等の児童生徒の増加の状況

特別支援学校

視覚障害 知的障害 病弱・身体虚弱
聴覚障害 肢体不自由

小学校・中学校

特別支援学級

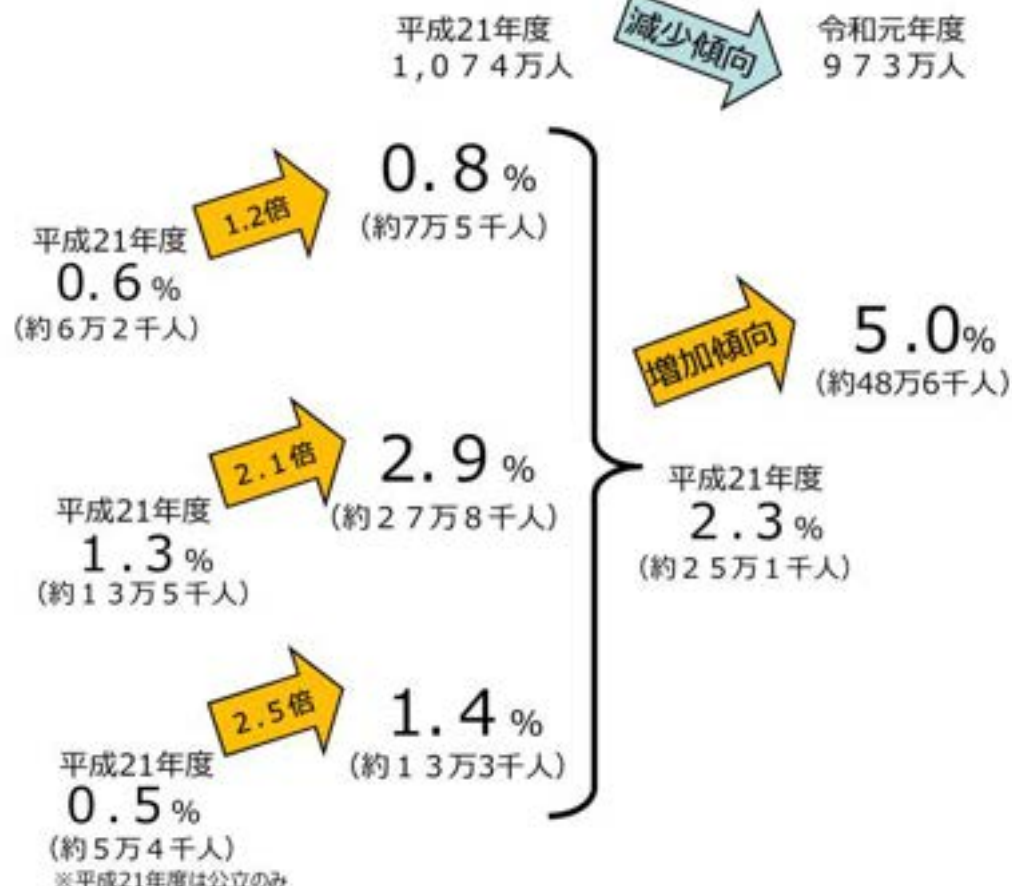
視覚障害 肢体不自由 自閉症・情緒障害
聴覚障害 病弱・身体虚弱
知的障害 言語障害

通常の学級

通級による指導

視覚障害 肢体不自由 自閉症
聴覚障害 病弱・身体虚弱 学習障害 (LD)
言語障害 情緒障害 注意欠陥多動性障害 (ADHD)

義務教育段階の全児童生徒数

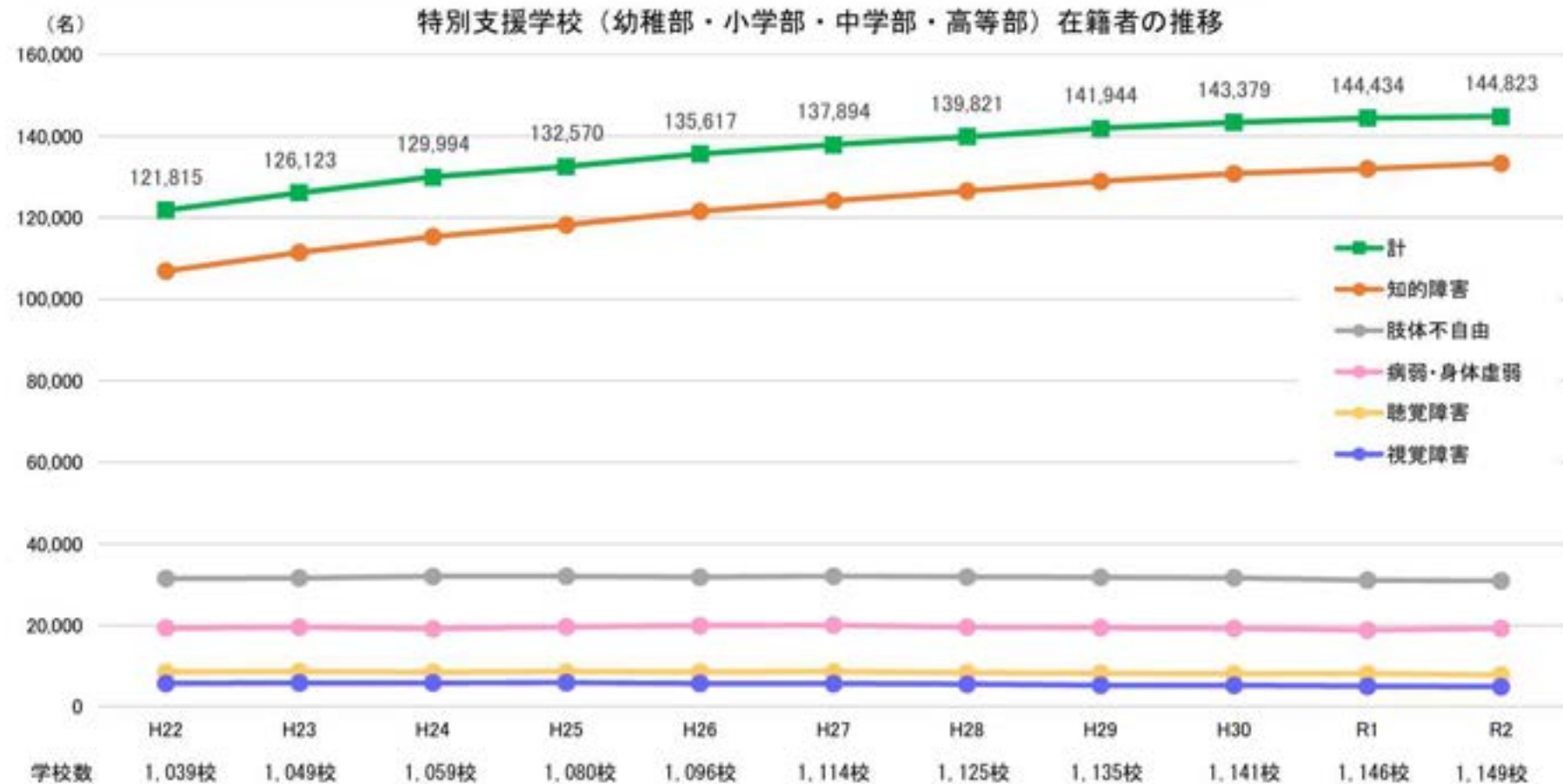


発達障害 (LD・ADHD・高機能自閉症等) の可能性のある児童生徒: 6.5% 程度※の在籍率

※この数値は、平成24年に文部科学省が行った調査において、学級担任を含む複数の教員により判断された回答に基づくものであり、医師の診断によるものではない。

特別支援学校・特別支援学級・通級による指導の現状

特別支援学校の児童生徒数・学校数の推移(各年度5月1日現在)



【令和2年度の状況】

	視覚障害	聴覚障害	知的障害	肢体不自由	病弱・身体虚弱	計
学校数	86	119	790	352	158	1,505
在籍者数	4,978	7,850	133,308	30,905	19,240	196,281

(出典) 学校基本統計

※学校数は、平成19年度より、複数の障害種に対応できる特別支援学校制度へ転換したため、複数の障害に対応する学校及び複数の障害を有する者については、それぞれの障害種に集計している。このため、学校数及び在籍者数の障害種別数値の合計は計と一致しない。

特別支援学級の児童生徒数・学校数の推移 (各年度5月1日現在)



特別支援学級在籍者数の推移



【令和2年度の状況】

	知的障害	肢体不自由	病弱・身体虚弱	弱視	難聴	言語障害	自閉症・情緒障害	計
学級数	29,162	3,150	2,518	537	1,294	707	29,287	66,655
在籍者数	138,232	4,685	4,312	643	1,965	1,495	151,141	302,473

(出典) 学校基本統計

“知的障害 (Intellectual Disability)”とは??

知的障害は、以前に精神遅滞と表されていた知的発達の障害である。

「**知的機能**」と「**適応機能**」に基づいて判断され、分類される。

様々な中枢神経系疾患が原因となるため、正しい診断を受けて、早期に治療・療育・教育を行う必要がある。本人のみならず、家族への支援もかせない発達障害のひとつである。

知的障害は、**知能指数 (IQ)** によって診断されると思われがちであるが、**適応機能 (すなわち日常生活能力)** と合わせて、診断されるのが原則である。

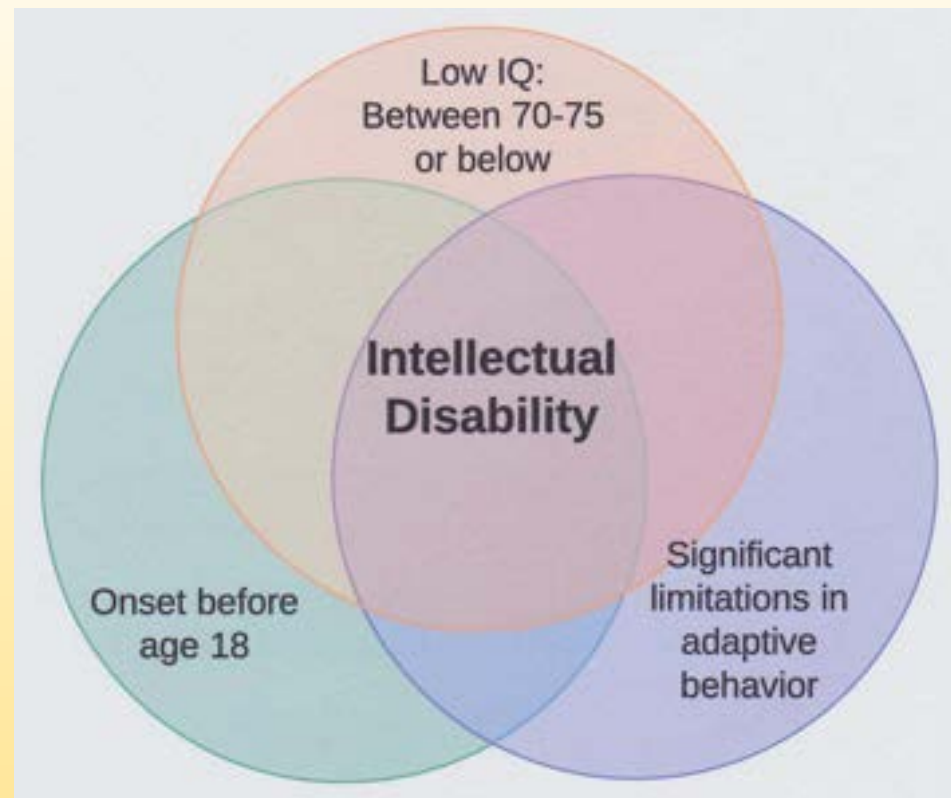
すなわちDSM-5では、「A. 全般的な知的機能が同年齢の子どもと比べて明らかに遅滞し」、「B. 適応機能の明らかな制限が」、「C. 18歳未満に生じる」と定義される。中枢神経系の機能に影響を与える様々な病態で生じうるので「疾患群」「症候群」ともいえる。



“知的障害（Intellectual Disability）”とは？？

アメリカ知的発達障害協会（AAIDD）は、以前は精神遅滞として知られていた知的障害を、「**知的機能および適応行動（日常生活上の社会的および実践的スキル）の両方における重大な制限を特徴とする障害であり、この障害は18歳未満で生じる**」と定義している（米国知的障害者協会 American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [AAIDD], 2013.）

知的障害を表す概念図



<https://www.tes.com/lessons/K7WL2PgL6fBSMA/copy-of-students-with-intellectual-disability-teaching-tips>

知的機能とは、学習・問題解決・記憶などの心的能力を指す。これは一般的にIQテストによって測定される（AAIDD, 2013）。低いIQスコアは通常、知的障害を示すが、現在の基準はそれだけに留まらず、適応行動を考慮する（Snowman & McCown, 2015）。

適応行動は日常生活の中で学習し、使用される行動のことである。適応行動は次の3つのカテゴリーに分類される。

- 1.概念的スキル - 言語と数学のスキル
- 2.社会的スキル - 対人関係スキル、規則（ルール）に従う能力など
- 3.日常生活の実践的（実用的）なスキルと職業的スキル

日本における“知的障害（Intellectual Disability）”の定義

平成17年度知的障害児（者）基礎調査結果（厚生労働省）より

1 知的障害

「知的機能の障害が発達期（おおむね18歳まで）にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの」と定義した。
なお、知的障害であるかどうかの判断基準は、以下によった。

次の（a）及び（b）のいずれにも該当するものを知的障害とする。

（a）「知的機能の障害」について

標準化された知能検査（ウェクスラーによるもの、ビネーによるものなど）によって測定された結果、知能指数がおおむね70までのもの。

（b）「日常生活能力」について

日常生活能力（自立機能、運動機能、意思交換、探索操作、移動、生活文化、職業等）の到達水準が総合的に同年齢の日常生活能力水準（別記1）のa, b, c, dのいずれかに該当するもの。

（※別記1省略）

適応行動に相当

別記1とある「日常生活能力」水準とは、年齢別に判断の目安となるような文章が列挙されているものであり、非公開である。a, b, c, d というのは程度を表しており、a が最も重いランクを意味する。
下に例を示します。見ても分かるようにa⇒dに向かって、重度⇒軽度になっています。

例

日常生活能力水準	a	b	c	d
対象が18-29歳の場合	他人の助けを借りなければ身のまわりの始末ができない。	身のまわりの始末はどうにかできる。	身のまわりの始末はできるが、状況（時・所・場所・TPO）に応じた配慮ができない。たとえば服装など。	身のまわりの始末はできるが、状況（時・所・場所・TPO）に応じた配慮ができない。たとえば服装など。
	簡単な意思表示しかできない。	簡単な日常会話しかできない。	限られた範囲内ならば日常会話はどうか通じる。	日常会話はできるが、込み入った話は難しい。
	集団行動は散歩程度しかできない。	指示されても集団行動は充分にはできない（体操、ボールけりなど）。	簡単な社会生活のきまりは、ある程度理解できる。	簡単な社会生活のきまりに従って行動できるが、事態の変化には適応できない。

“知的障害（Intellectual Disability）”の重症度分類

知的障害の程度					
IQ	生活能力	a	b	c	d
I (IQ ~20)			最重度知的障害		
II (IQ 21~35)			重度知的障害		
III (IQ 36~50)			中度知的障害		
IV (IQ 51~70)			軽度知的障害		

厚生労働省

上の表から分かるように、IQが最も低いIレベルであったとしても、日常生活能力がdレベルであれば、最重度ではなく重度になる場合があります。同様に、IQがIIレベルであったとしても、日常生活能力がaレベルであれば、重度ではなく最重度になる場合があります。

- 
- 知的障害には，特定の原因疾患がない．
 - 知的障害とは，疾患名ではなく，状態を指す名称である．

例えば脳性麻痺というのは，主に周産期（出生前後）で脳に何らかの問題が生じ，生後の運動障害が生じる特定の疾患名です。それに対し，知的障害というのは，その原因となる疾患が非常に沢山あり，結果として脳の知的機能を担う領域の損傷あるいは機能障害を生じた状態を指しているのです。

それでは次に，沢山あるという知的障害の原因疾患について簡単に見ておきます。

“知的障害（Intellectual Disability）”の原因疾患

原 因	重度知的障害	軽度知的障害
染色体異常症	22%	4%
遺伝症候群	13%	12%
神経変性・代謝性疾患	8%	0%
家族性遺伝疾患	6%	9%
胎児期感染、薬物など	4%	5%
原因不明の先天性疾患	18%	20%
周生期疾患	4%	5%
後天性疾患	5%	1%
不明	22%	43%

出所：Strømme & Hagberg (2000) より。

この表を見ても分かるように、知的障害を引き起こす疾患は多岐に渡ります

“知的障害（Intellectual Disability）”の原因疾患

これ↓↓は、先程のスライドの表の原本です

Table I: Classification of aetiology of 178 children with mental retardation

Aetiology	SMR (N=79)		MMR (N=99)		Total MR (N=178)		SMR-MMR	
	N	%	N	%	N	%	%	95% CI
Biopathological	76	96	67	68	143	80	28 ^a	18, 39
Prenatal	55	70	50	51	105	59	19 ^a	5, 33
Genetic	38	48	25	25	63	35	23 ^a	9, 37
Chromosomal	(17)	(22)	(4)	(4)	(21)	(12)	18 ^a	8, 27
Specific syndromes	(10)	(13)	(12)	(12)	(22)	(12)	1	-9, 10
Neurodegenerative/developmental	(6)	(8)	(0)	(0)	(6)	(3)	8 ^a	2, 13
Familial mental retardation	(5)	(6)	(9)	(9)	(14)	(8)	-3	-10, 5
Acquired	3	4	5	5	8	4.5	-1	-7, 5
Unknown	14	18	20	20	34	19	-2	-14, 9
Dysmorphic, unspecified syndromes	(7)	(9)	(13)	(13)	(20)	(11)	-4	-13, 5
Brain anomaly	(7)	(9)	(7)	(7)	(14)	(8)	-2	-6, 10
Perinatal	3	4	5	5	8	4.5	-1	-7, 5
Postnatal	4	5	1	1	5	3	4	-1, 9
Undetermined	14	18	11	11	25	14	7	-4, 17
Predominant psychiatric	(7)	(9)	(5)	(5)	(12)	(7)	4	-4, 11
Predominant neurological	(6)	(8)	(4)	(4)	(10)	(6)	4	-3, 11
Miscellaneous	(1)	(1)	(2)	(2)	(3)	(1)	-1	-4, 3
Unspecified mental retardation	3	4	32	32	35	20	-28 ^a	-18, -39
Total	79	100	99	100	178	100		

^a Significant difference of proportion; CI, confidence interval; SMR, severe mental retardation; MMR, mild mental retardation.

Strømme P. Aetiology in severe and mild mental retardation: a population-based study of Norwegian children. Dev Med Child Neurol. 2000 Feb;42(2):76-86.



“知的障害（Intellectual Disability）”の原因疾患

原因	重度知的障害	軽度知的障害
染色体異常症	22%	4%
遺伝症候群	13%	12%
神経変性・代謝性疾患	8%	0%
家族性遺伝疾患	6%	9%
胎児期感染、薬物など	4%	5%
原因不明の先天性疾患	18%	20%
周生期疾患	4%	5%
後天性疾患	5%	1%
不明	22%	43%

出所：Strømme & Hagberg (2000) より。

しかも、知的障害の多くの割合が、原因不明であることも分かります

“知的障害（Intellectual Disability）”の原因疾患

原 因	重度知的障害	軽度知的障害
染色体異常症	22%	4%
遺伝症候群	13%	12%
神経変性・代謝性疾患	8%	0%
家族性遺伝疾患	6%	9%
胎児期感染、薬物など	4%	5%
原因不明の先天性疾患	18%	20%
周生期疾患	4%	5%
後天性疾患	5%	1%
不明	22%	43%

出所：Strømme & Hagberg (2000) より。

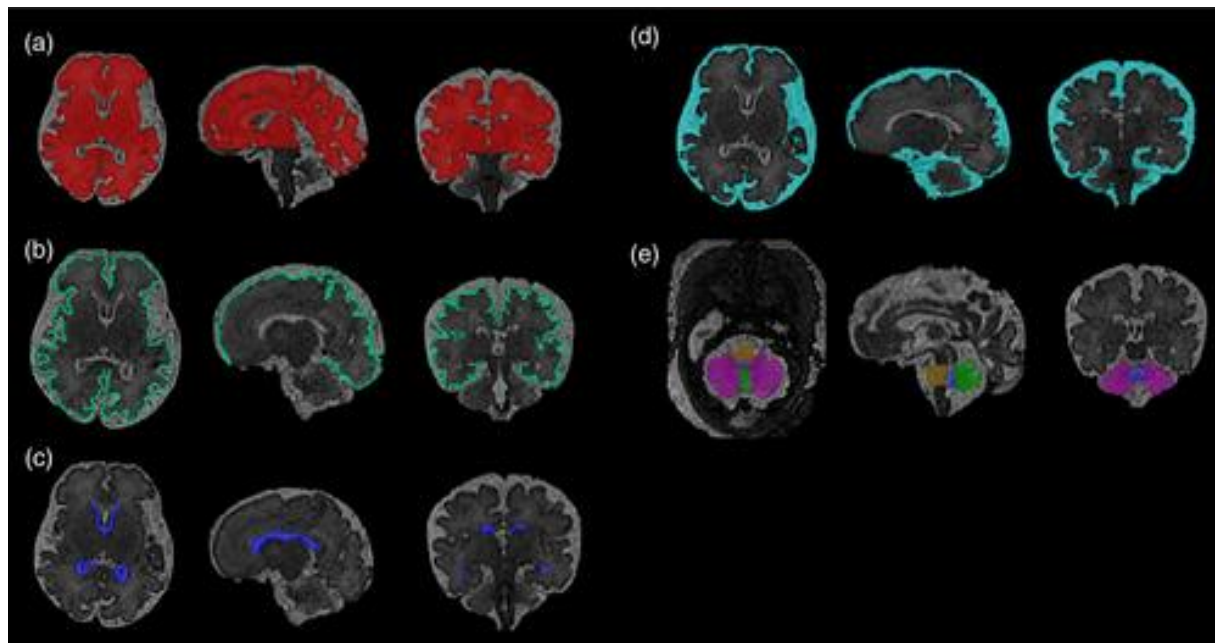
知的障害の判明している原因疾患として一番割合の多いのは、染色体異常症・遺伝症候群

Invited Review | Open Access | CC BY

New approaches to studying early brain development in Down syndrome

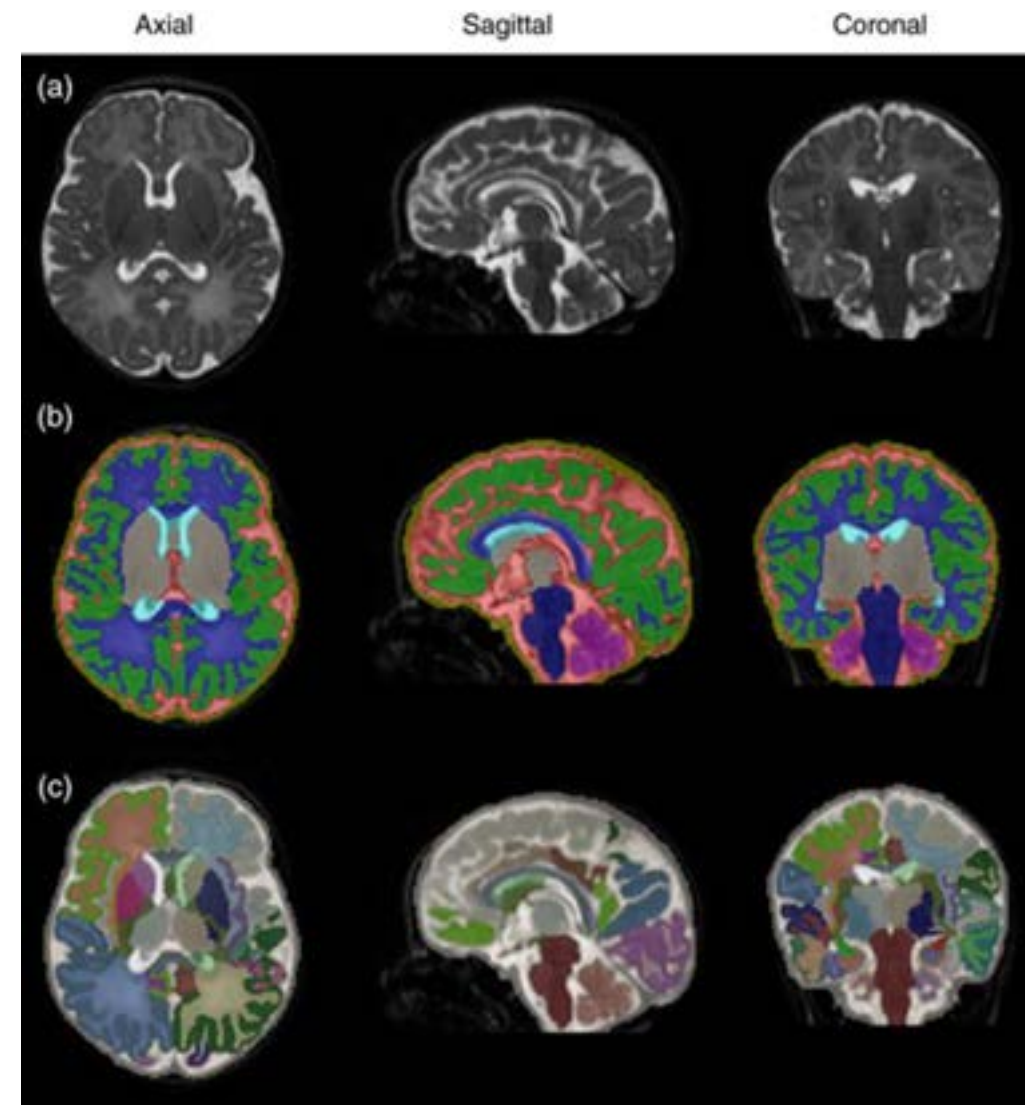
Ana A Baburamani, Prachi A Patkee, Tomoki Arichi, Mary A Rutherford

First published: 17 May 2019 | <https://doi.org/10.1111/dmcn.14260>

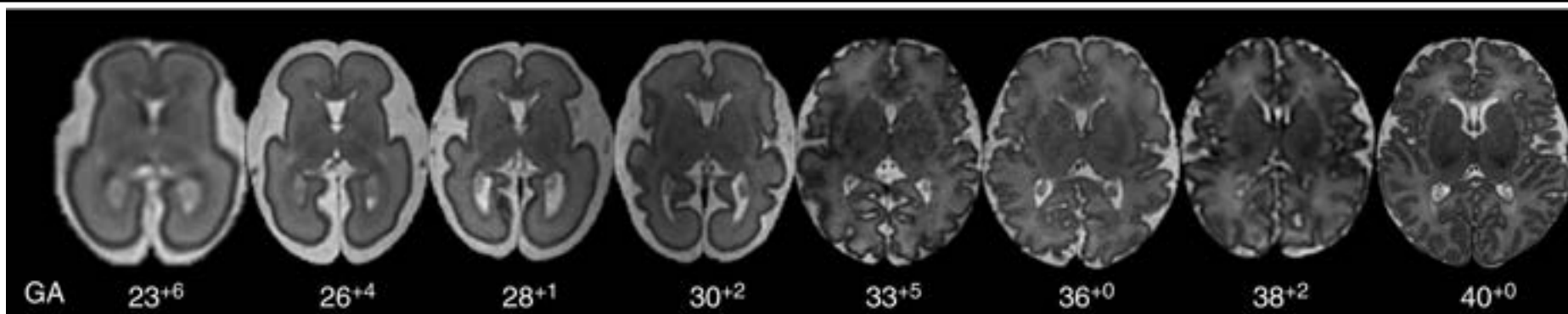


妊娠33+2週のダウン症の胎児脳

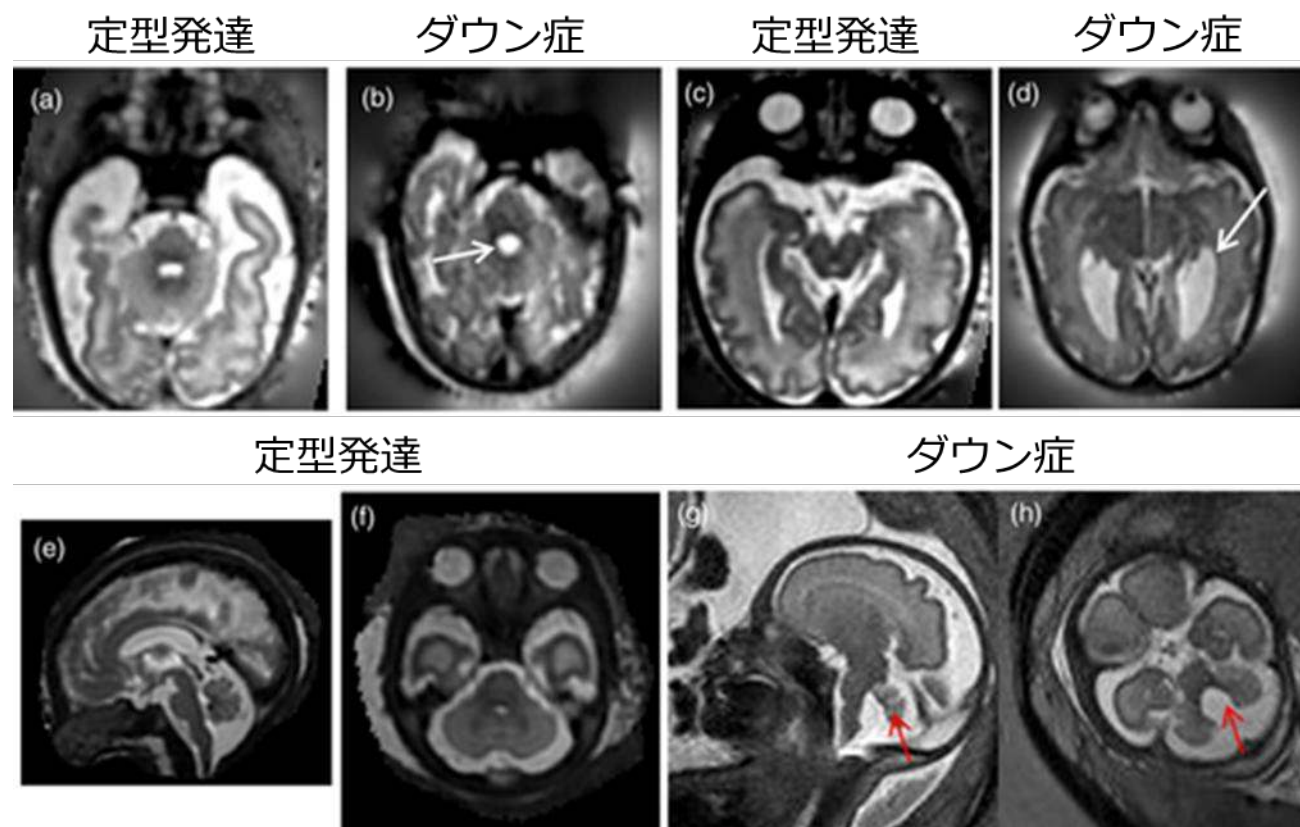
(a) 脳全体を示すT2強調MRI画像、小脳を除く（赤）、(b) 皮質（緑）、(c) 側脳室（濃青）、(d) 脳脊髄液（淡青）、(e) 小脳半球（紫）、小脳虫部（明緑）、橋（黄）および第4脳室（青）。



出生後42 + 5週目のダウン症の新生児の脳。



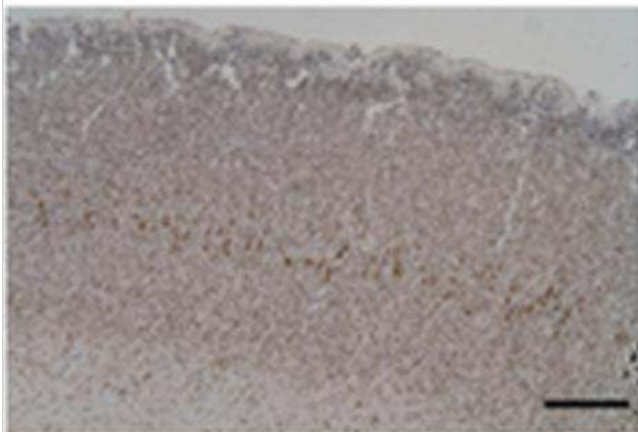
胎児の脳の発達を示す。胎児（23+6～38+2），および新生児（40+0）のT2強調MRI画像。時間の経過に伴う皮質の複雑さの著しい増加に注意。このように定型発達児では、皮質の折り畳み（しわ）が著しく増加していく。



定型発達の胎児とダウン症の胎児におけるT2強調MRI画像。
 白い矢印：ダウン症の胎児における第4脳室と側脳室が拡大していることが分かる。
 赤い矢印は小脳虫部の回転（g）と第4脳室拡大（h）を示す。

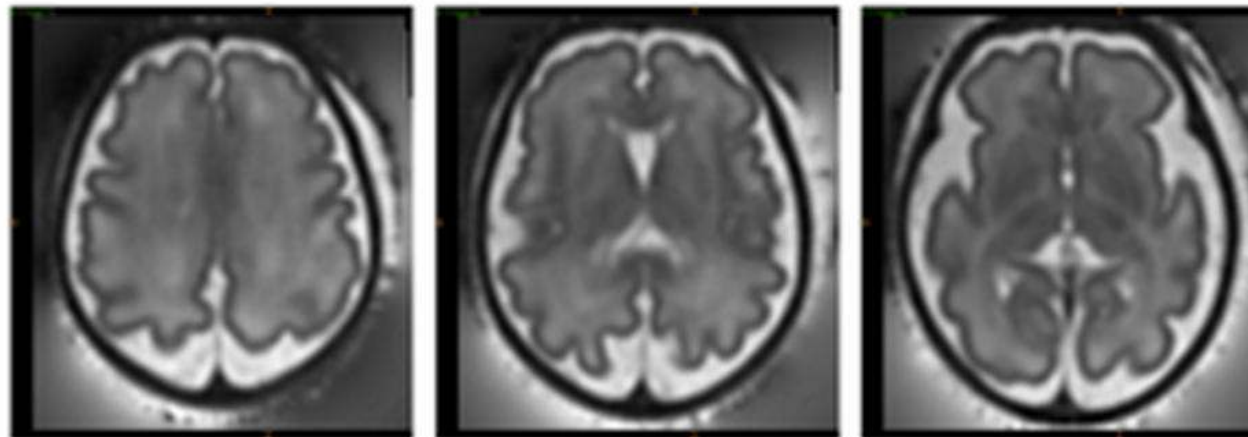
定型発達

(a) Control (22⁺² GA)

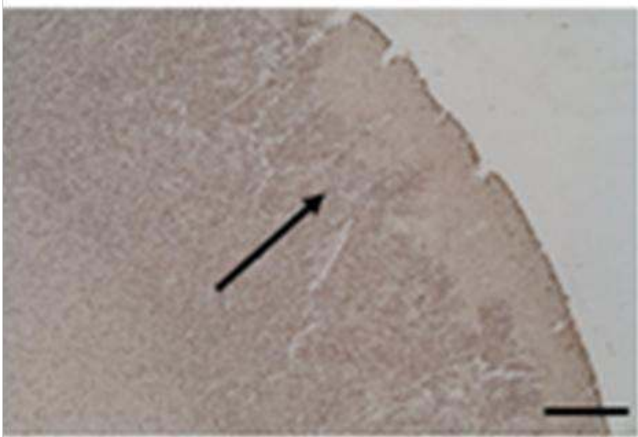


(b)

Control fetus (30⁺⁵ GA)

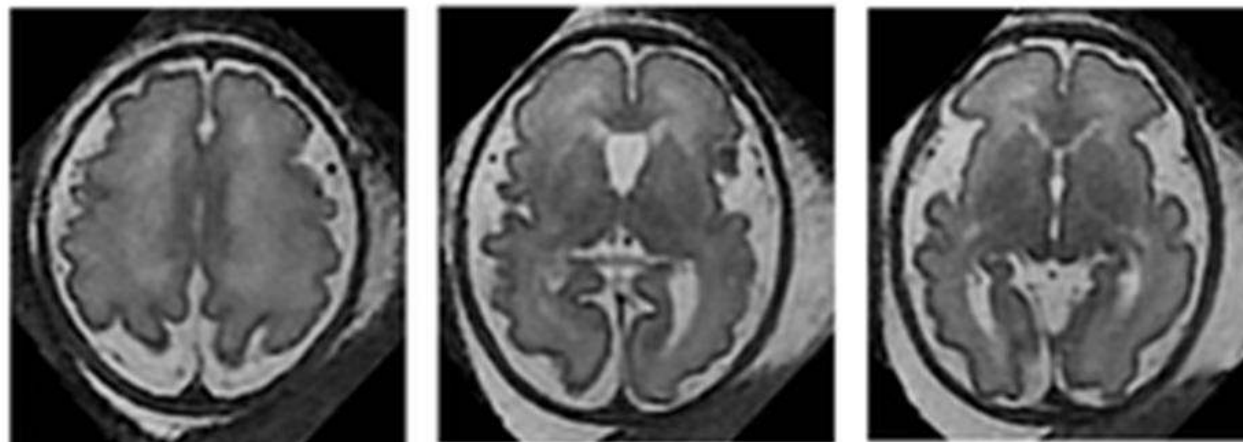


(c) Down syndrome (21⁺¹ GA)



(d)

Fetus with Down syndrome (31⁺⁰ GA)

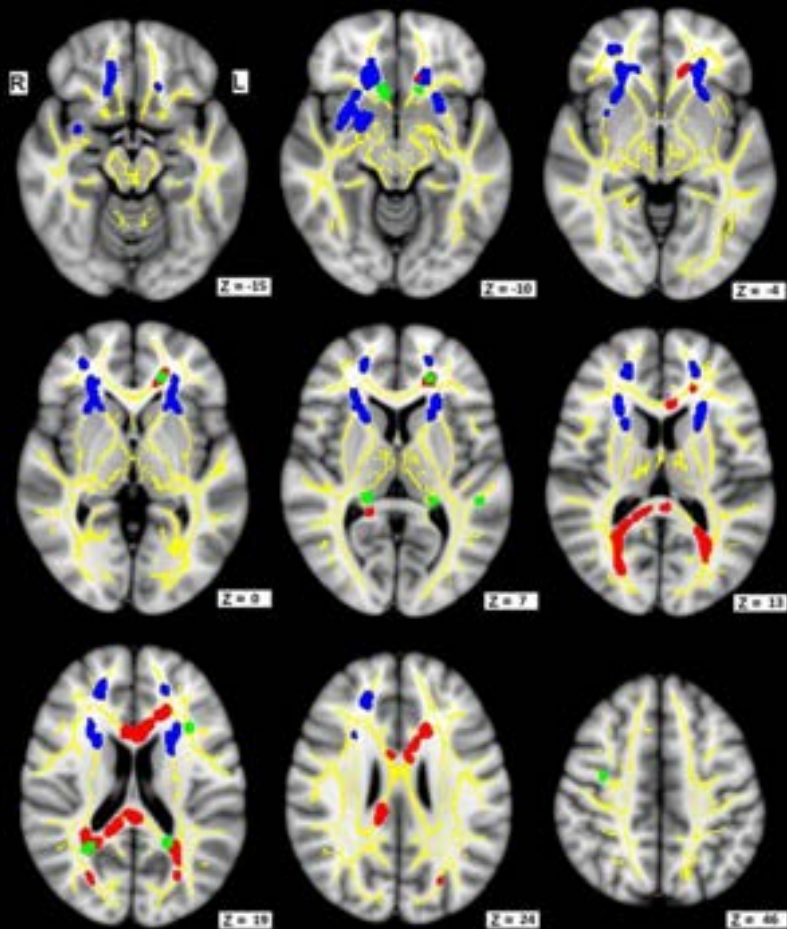


ダウン症

ヒト胎児死後組織の皮質における神経染色. 定型発達の胎児とダウン症の胎児.

(c) 黒い矢印は異常な皮質の折りたたみの証拠を示している.

(b,d) 年齢が一致した定型発達胎児と比較して、ダウン症胎児では、**皮質の畳み込み（しわ）が減少している**ことを示す.



青：認知症のないDS成人と非DS成人とを比較したときにFA値が減少した領域を示す。
 緑：認知症のあるDS成人が認知症のないDS成人よりもFA値が低い領域を示す。
 赤：DS成人のFAが低いほど、BPT（認知機能）スコアが低いことを示している。

要するに、ダウン症では前頭葉や頭頂葉の容積が小さかった。

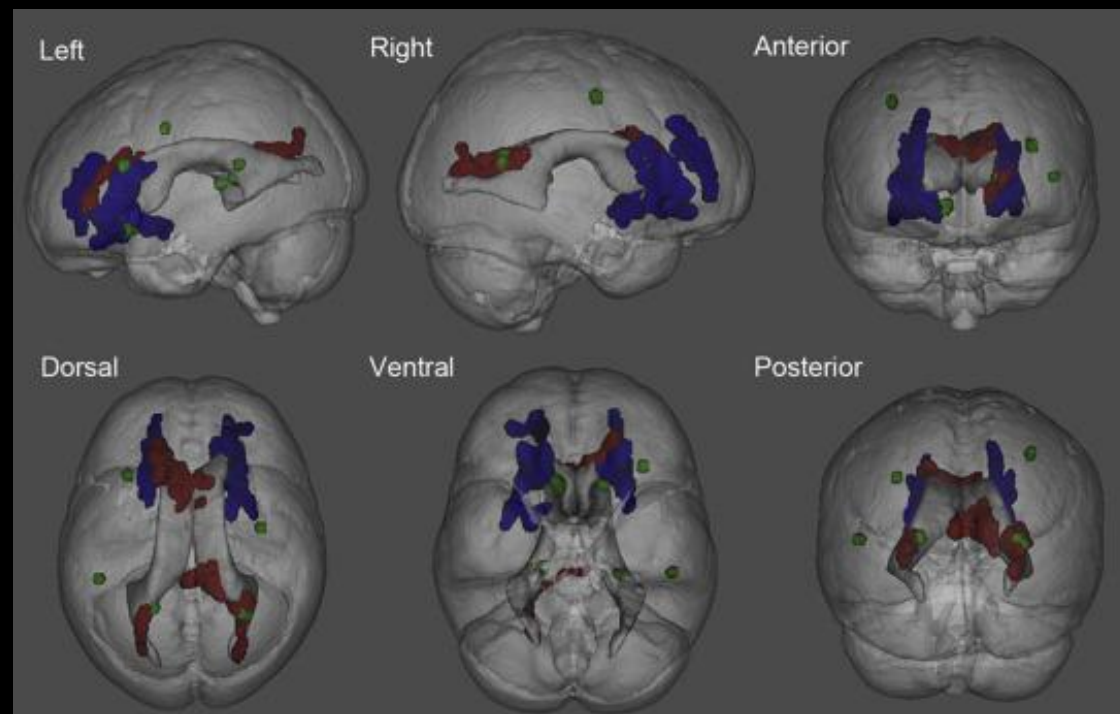
FAは、白質における線維密度、軸索直径、および髄鞘形成を反映する。

DS＝ダウン症

青：認知症のないDS成人と非DS成人とを比較したときにFAが減少した領域を示す。

緑：認知症を有するDS成人が、認知症のないDS成人よりもFAが低い領域を示す。

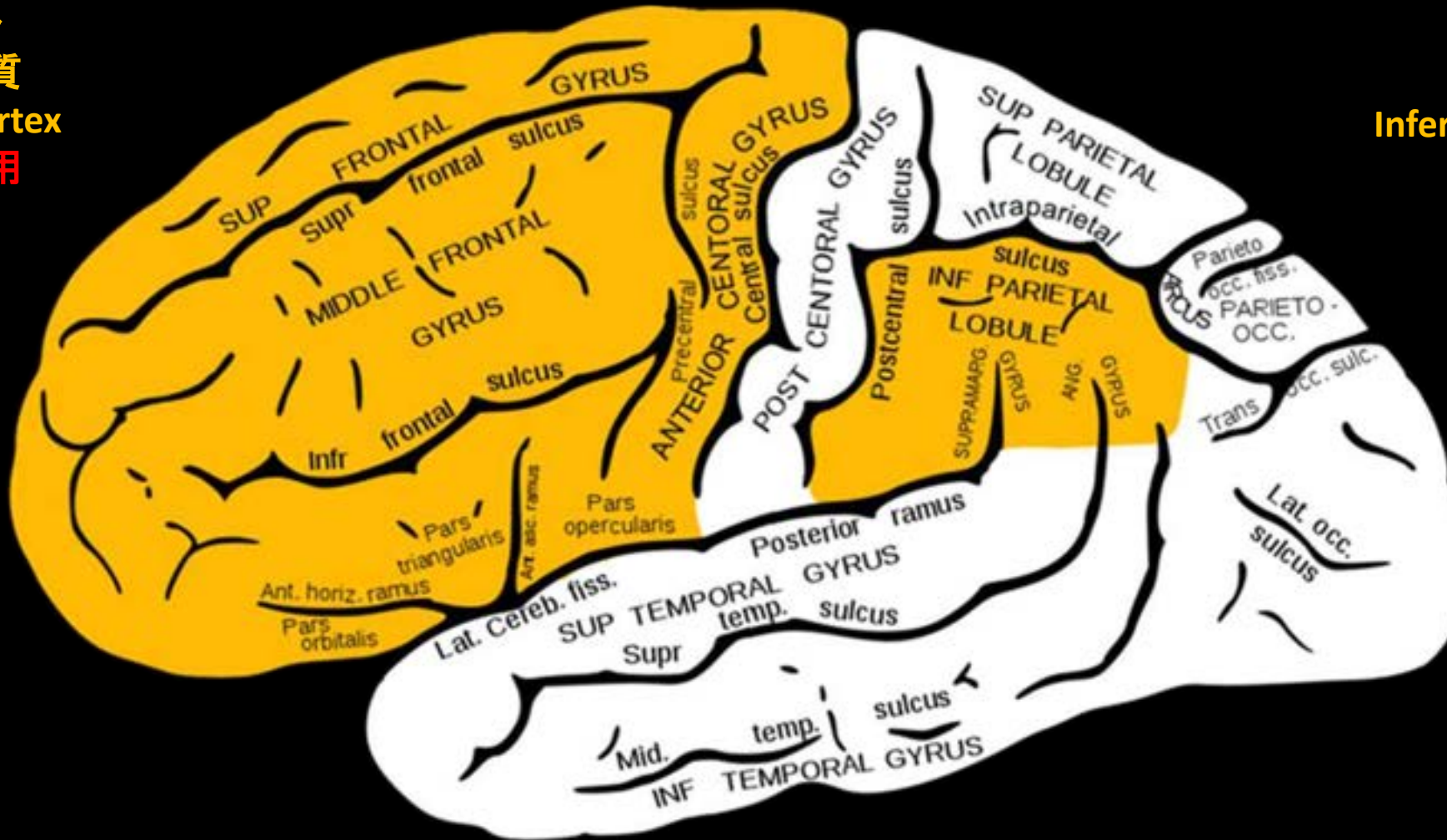
赤：低いFAが低いBPT（認知機能）スコアと関連する領域を示す。



Powell D, Caban-Holt A, Jicha G, Robertson W, Davis R, Gold BT, Schmitt FA, Head E. Frontal white matter integrity in adults with Down syndrome with and without dementia. *Neurobiol Aging*. 2014 Jul;35(7):1562-9.

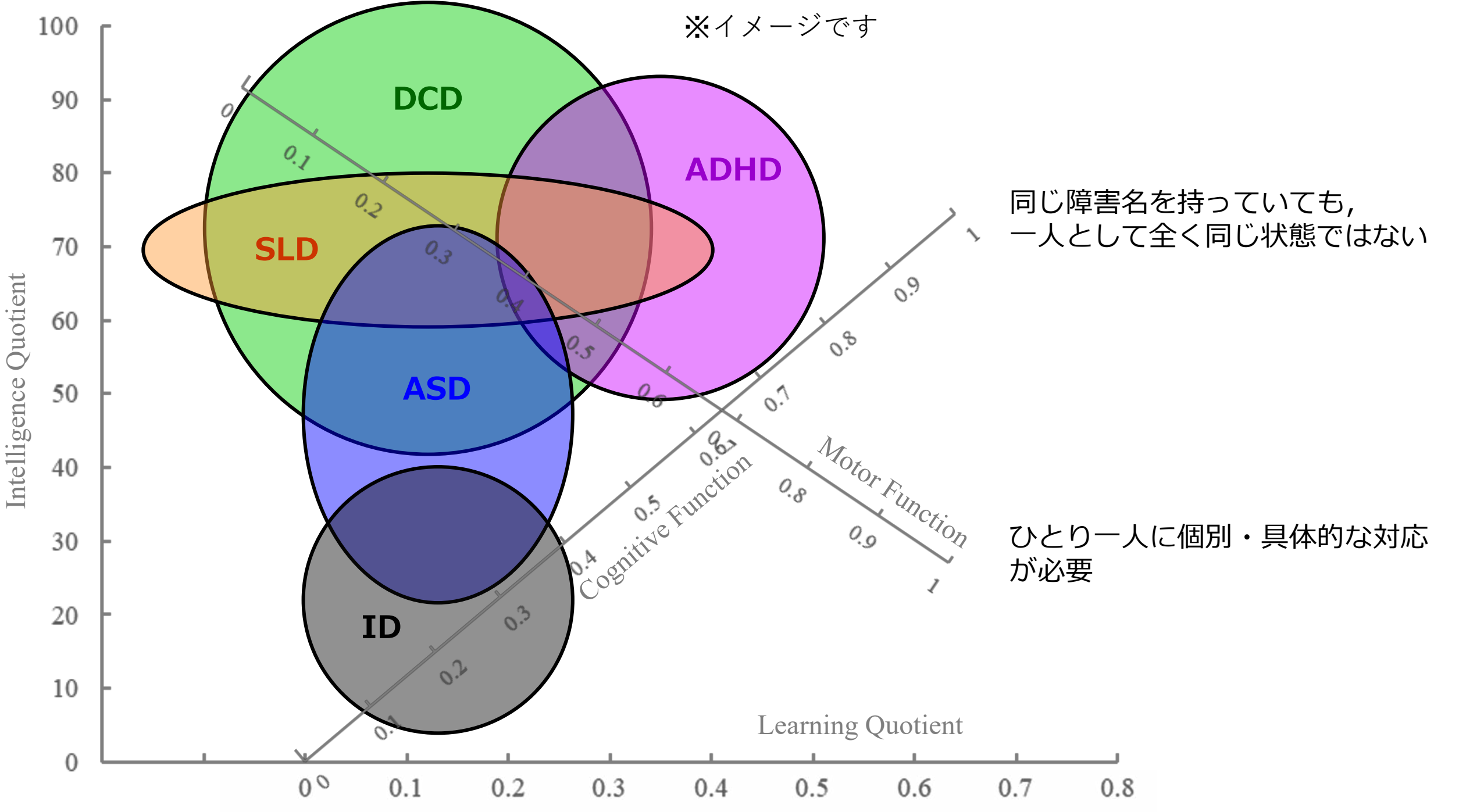
知的機能(知的発達)に重要な領域

前頭前野
前頭前皮質
Prefrontal cortex
知識の使用



下頭頂小葉
角回, 縁上回
BA39野・40野
Inferior parietal lobule
知識の保存

ダウン症では, 知的機能に重要な領域である頭頂葉と前頭葉の容量低下がある



二分法的研究

—二分法的発達観に基づく研究—

定型発達
健全
正常
普通

神経発達障害
非定型発達
異常
疾患
病・症
特性
状態

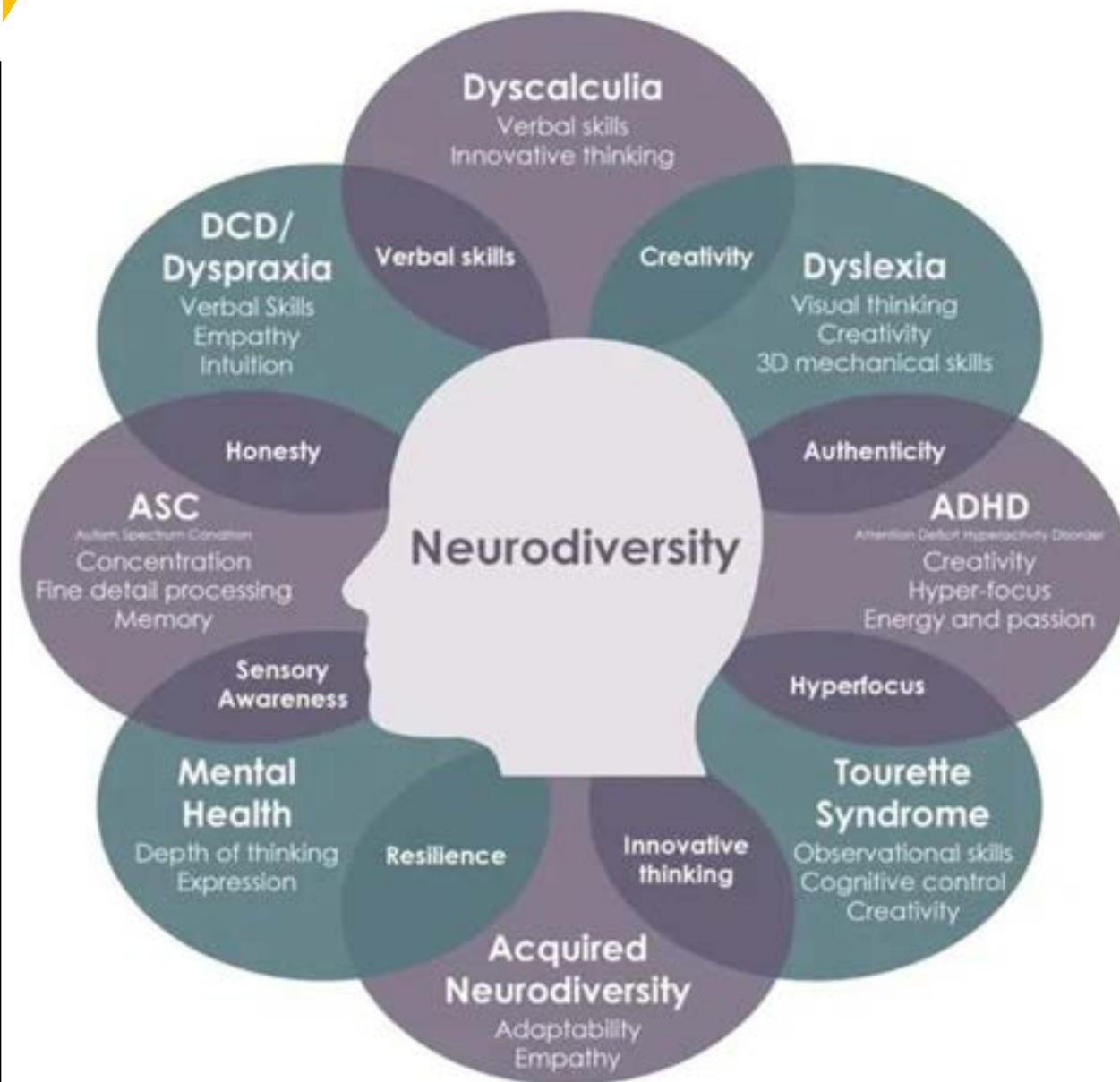
二分法



ニューロダイバーシティ

定型発達
健全
正常
普通

神経発達障害
非定型発達
異常
疾患
病・症
特性
状態



ニューロダイバーシティ



経済産業省

Ministry of Economy, Trade and Industry

ニューロダイバーシティ (Neurodiversity, 神経多様性) とは, Neuro (脳・神経) とDiversity (多様性) という2つの言葉が組み合わされて生まれた「脳や神経, それに由来する個人レベルでの**様々な特性の違いを多様性と捉えて相互に尊重し, それらの違いを社会の中で活かしていこう**」という考え方であり, 特に自閉スペクトラム症, 注意欠如・多動症, 学習障害といった発達障害において生じる現象を, **能力の欠如や優劣ではなく, 『人間のゲノムの自然で正常な変異』**として捉える概念である。

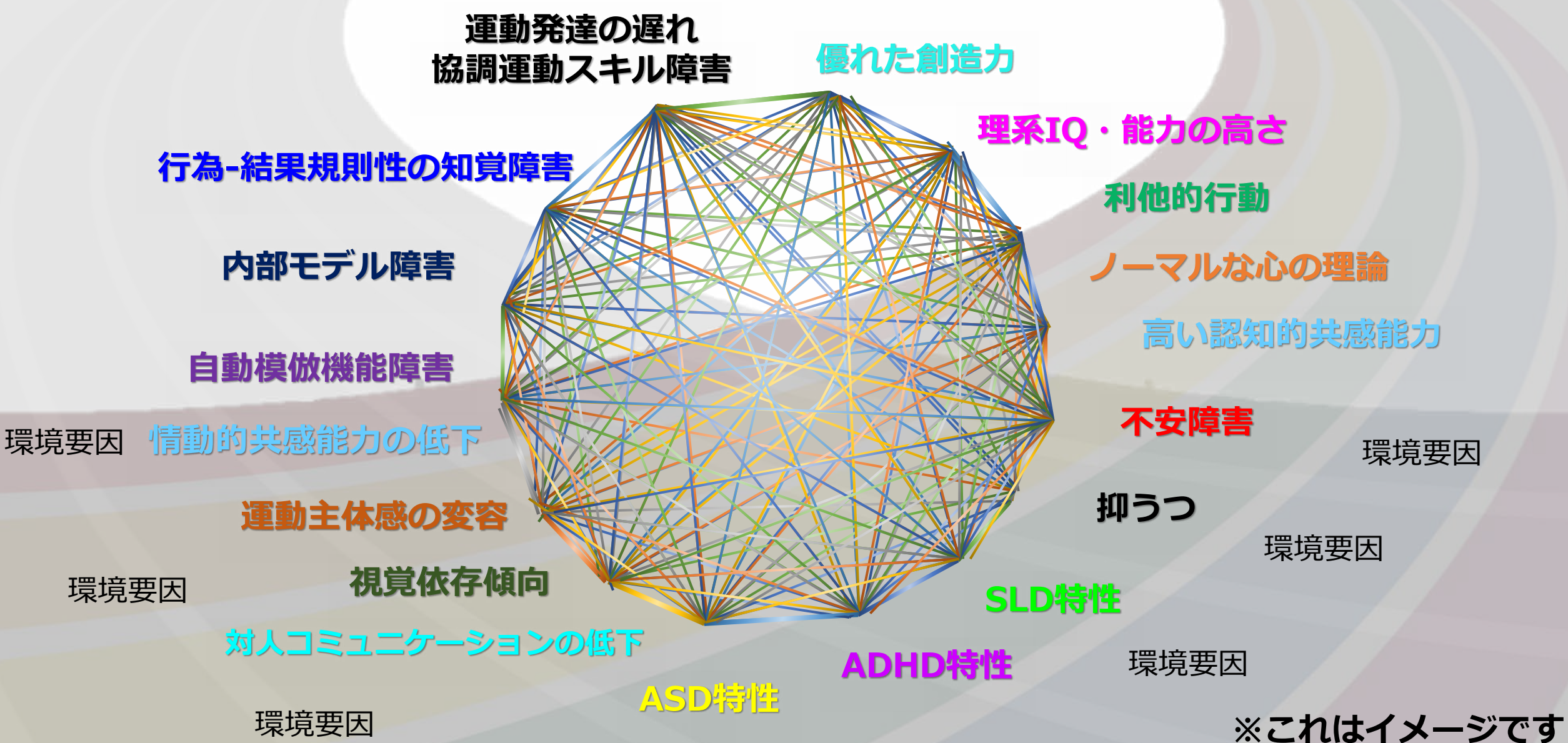
由来: 1990年代にオーストラリアの社会学者Judy Singerが, 「神経発達障害 (神経学的多様性) は本質的に病的なもの (障害, 病・症, 異常) であるとする通説・概念に対抗するものとして提唱. つまりニューロマイノリティの人々を病理や障害ではなく, ヒトの自然で正常な変異 (個性) として位置づけ, ゆえにそれらは治療される必要がある (あるいは治療することができる) という考え方を退ける概念である。



ポイント: 従来, 神経発達障害を有する子どもにみられる特性 (**ASD = 社会性の障害; ADHD = 不注意／衝動・多動etc**) は, ネガティブなものとしてのみクローズアップしてきたが, ニューロダイバーシティの概念が与えたインパクトは, そうしたネガティブな部分だけでなくポジティブな部分 (**ASD = 細部までのこだわり傾向, ADHD = 豊富な発想力, 迅速な決断力・行動力**) に着目し, その力を社会に活かそうとする社会的動向に繋がったことである. Microsoft例. Microsoft社でXbox360のデバッグ業務を受注した際に, ASD者達が通常のスタッフでは発見が困難だったバグや誰も想定できなかったバグを多数発見してMicrosoftに多大な貢献をしたのは有名な話。

※これはイメージです

DCD児



※これはイメージです

Highly Sensitive Person

Highly Sensitive Person (HSP, 高度に敏感な人) とは、アメリカの心理学者Elaine N. Aronが提唱した概念で、生まれつき感受性が強く、外部からの刺激に対して深く処理する傾向がある人のことを指す。HSPは人口の約 15~20% を占めるとされ、単なる「内向的」や「神経質」とは異なる特性を持つ。

HSPの主な特徴 (DOESモデル)

AronはHSPの特性を DOES という4つの要素で説明している

1.Depth of Processing (深く考える)

1. 物事を表面的に捉えず、深く考える傾向がある
2. 些細な出来事でも意味を見出し、内省することが多い

2.Overstimulation (刺激に圧倒されやすい)

1. 大きな音、人混み、強い光などの刺激に敏感
2. 短時間で疲れやすく、休息が必要

3.Emotional Reactivity and Empathy (感情の反応が強く、共感力が高い)

1. 他人の気持ちに影響を受けやすい
2. 映画や音楽、芸術に対する感動が深い

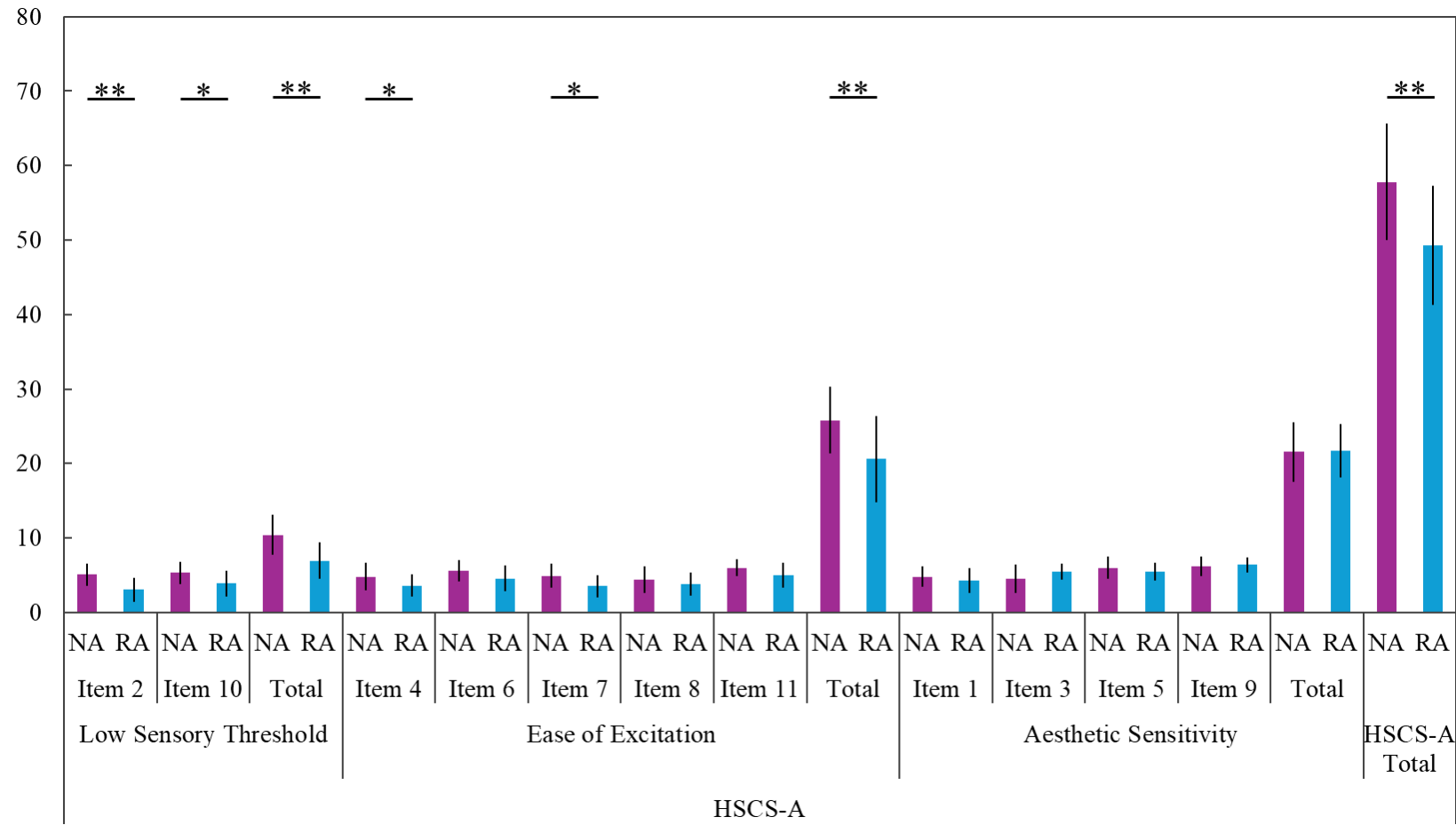
4.Sensitivity to Subtleties (些細な刺激に気づく)

1. 周囲の変化や空気を敏感に察知する
2. 微妙なニュアンスや表情の違いを感じ取る



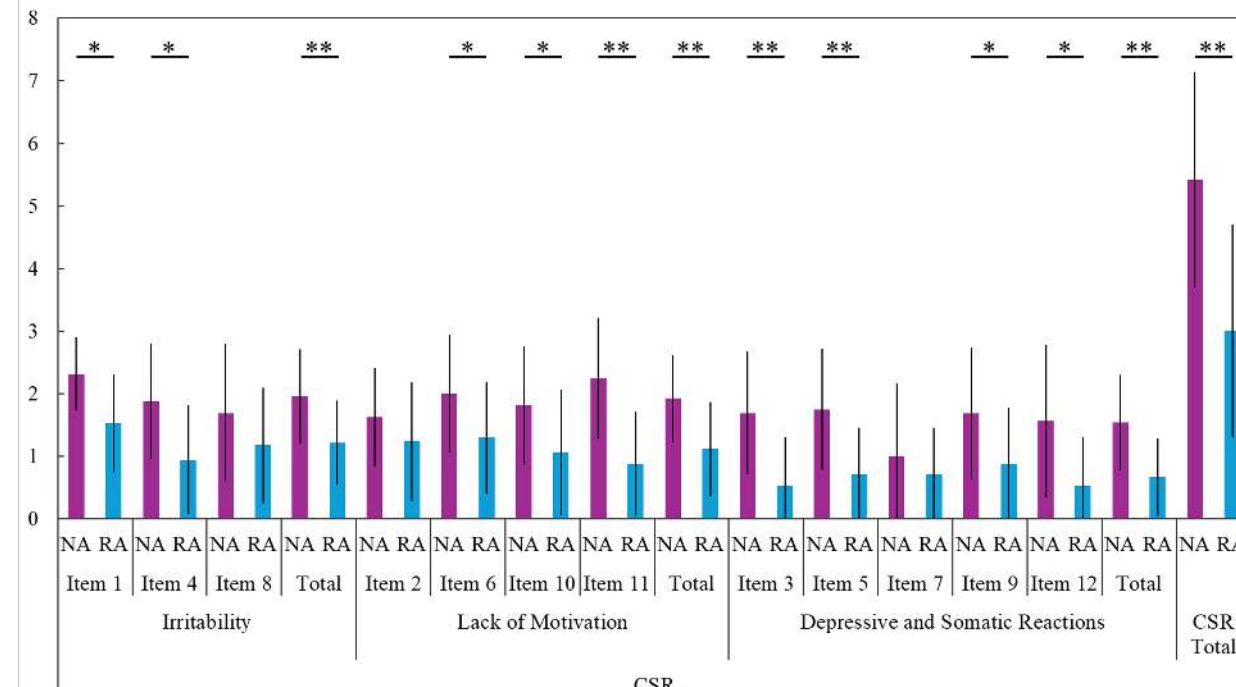
日本における不登校児において、HSC (HSP) が関与しているか否かは分かっていない

不登校群: NA群
登校群 : RA群



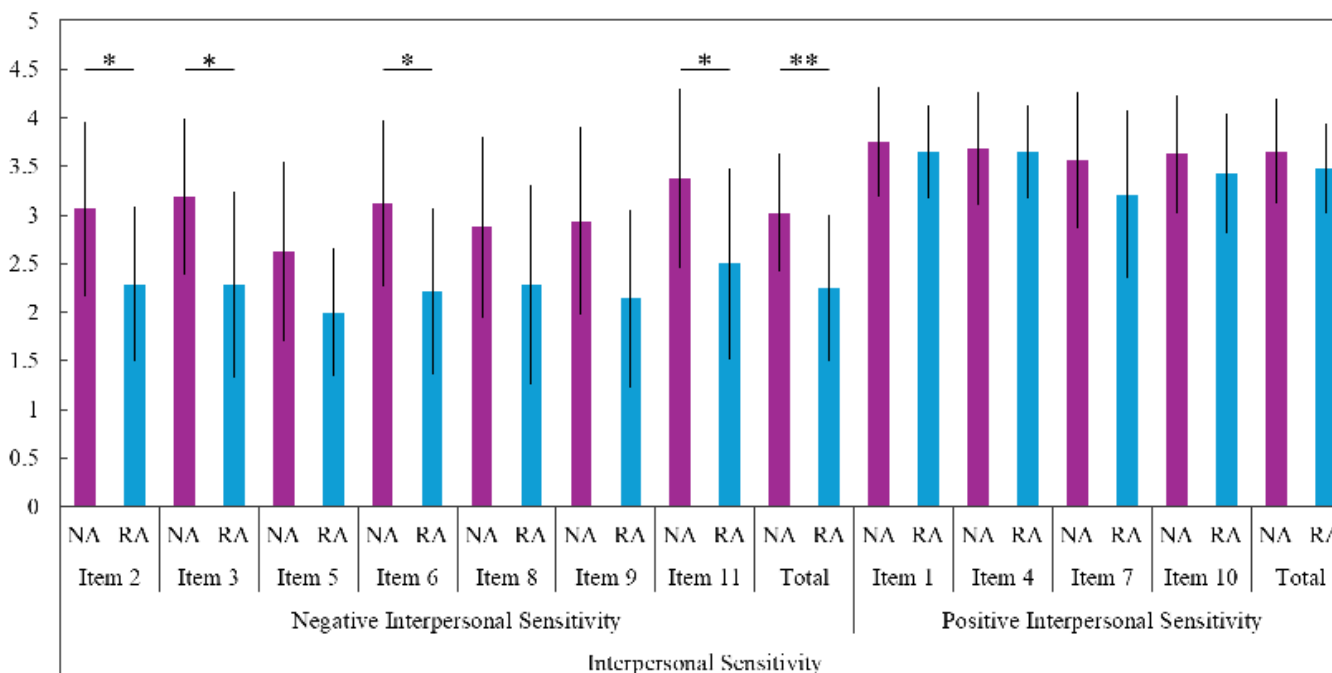
HSCS-A

低感覚域	②そう音のせいで 不快な感じになる ⑩大きな音は 好きではない
易興奮性	④短時間に多くのことをしなければならぬときんちょうしてしまう ⑥一度にあまりに多くのことをさせられると イライラする ⑦一度にいろいろなことが起こっていると ふゆかいになる ⑧生活に変化があるのは 好きではない ⑪だれかに観察されているときんちょうしてしまい、ふだんよりうまくできなくなってしまうことがある
美的感受性	①自分の周りで起きる小さな変化にも気がつく ③よい香りのするものが 大好きだ ⑤音楽のおかげで とても幸せになることがある ⑨よい味がするものは 大好きだ



ストレス

易怒	①いらいらする ④なんとなくムカつく ⑧おこりっぽい
無気力	②集中できない ⑥やる気がでない ⑩がんばるのがむずかしい ⑪体がだるい
抑うつ・身体反応	③泣きたい気分だ ⑤落ち込んでいる ⑦ドキドキする ⑨お腹が痛い ⑫頭が痛い



対人感受性

否定的感受性	②他の人は私に興味がないのではないかと心配する ③人が私とちょうどよいきより感で接しているか いつも気になる ⑤人が私と真面目に話をしていないのではないかと不安になる ⑥他の人の表情を見て、私をきらっているのではないかとおそれる ⑧私が他の人にあたえるえいきょうについて心配する ⑨人が周りの人たちとどのように関わるか気にする ⑪他の人をいやな気持ちにさせるのではと心配している
肯定的感受性	①他の人の返事の仕方が優しいと安心する ④人が私と仲良くしてくれると安心する ⑦他の人の声の感じが明るいと安心する ⑩他の人が話しやすいと安心する

Correlation matrix among the measured variables.

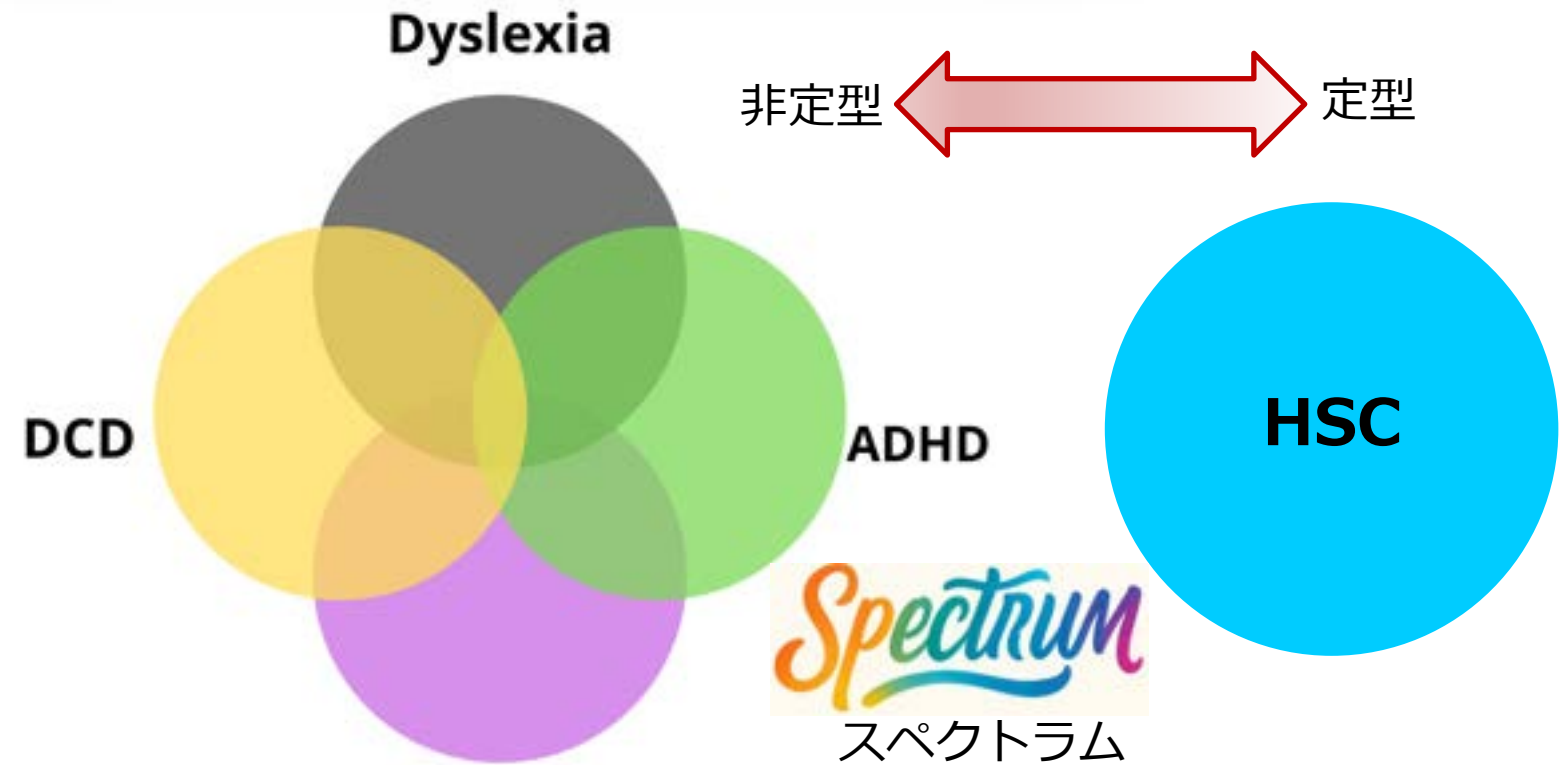
		J-HSCS				CSR				CISM	
		LST	EOE	AES	Mean	Anger	Apathy	D&Pr	Total	NIS	PIS
J-HSCS	LST	—									
	EOE	0.500**	—								
	AES	0.119	0.039	—							
	Mean	0.721**	0.837**	0.490**	—						
CSR	Anger	0.332	0.637**	0.085	0.563**	—					
	Apathy	0.438*	0.575**	-0.134	0.468**	0.562**	—				
	D&PR	0.279	0.645**	0.038	0.530**	0.583**	0.633**	—			
	Total	0.402*	0.721**	-0.010	0.602**	0.790**	0.860**	0.900**	—		
CISM	NIS	0.346	0.653**	-0.048	0.532**	0.748**	0.316	0.566**	0.608**	—	
	PIS	0.209	0.466**	0.477**	0.564**	0.646**	0.145	0.430*	0.388*	0.488**	—

Correlation Matrix Between Self-Report and Parent-Report Scores on the Highly Sensitive Child Scale.

	Item 2	Item 10	LST	Item 4	Item 6	Item 7	Item 8	Item 11	EOE	Item 1	Item 3	Item 5	Item 9	AES	J-HSCS
SR group															
Parent-Child	0.523*	0.380	0.581*	0.231	-0.136	-0.054	0.141	-0.154	0.135	0.131	0.119	0.571*	0.048	0.235	0.462
Correlation															
RA group															
Parent-Child	0.121	0.604*	0.491	-0.158	0.268	0.236	0.019	0.031	-0.106	0.316	0.396	0.287	0.098	0.311	0.108
Correlation															
Total															
Parent-Child	0.564**	0.535**	0.638**	0.153	0.149	0.229	0.126	0.016	0.224	0.246	0.181	0.493**	0.090	0.250	0.464**
Correlation															

**p<0.01, *p<0.05

HSCと神経発達症はスペクトラム!?



happydots
Therapy Services for Children

Happy Dots © 2025

Design & Build / SMRT Digital

<https://happydots.com.au/what-is-developmental-coordination-disorder-dcd/>

- ASD児におけるDCD併存率は67-97%である
- ADHD児におけるDCD併存率は50%以上であり，最もDCDを併存する神経発達症である
- SLD児におけるDCD併存率は30-50%（読字障害ディスレクシア・書字障害ディスグラフィアの50%，特異的言語障害SLIの30%）である

信迫悟志. 神経発達症. PT・OTビジュアルテキスト小児理学療法学第1版. 羊土社, 2023

畿央大学 大学院

入学案内・募集要項 2026

KIO UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL

Graduate School of Health Sciences

健康科学研究科
健康科学専攻

修士課程 2年

生命医科学分野
リハビリテーション学分野
看護学分野
健康栄養学分野
人間看護学分野
ライフケア/ロジ（生活支援技術）学分野

博士後期課程 3年

健康生命科学分野
健康支援科学分野
ライフケア/ロジ（生活支援技術）学分野

Graduate School of Education

教育学研究科
教育実践学専攻

修士課程 2年

教育実践学分野
発達支援教育分野

Kio
やさしく
「めあて」に定まる。



信迫研究室では、

教育現場で働きながら（働いていなくても）

大学院で共に研究する方を募集しています!!



信迫 悟志 / 教授

博士（健康科学）畿央大学

2001年に理学療法士免許取得。2009年に畿央大学大学院健康科学研究科修士課程を修了し、2012年に同大学院博士課程を修了。急性期、回復期、維持期における14年間の臨床経験を経て、2015年より畿央大学大学院特任助教、その後、助教、准教授を経て、現在教授。現在は、主に高次脳機能障害、神経発達症の臨床研究に取り組んでいる。

テーマ例

- 子どもの運動発達／認知発達に関する発達科学研究
- 神経発達症のメカニズムと発達支援／リハビリテーション研究
- 高次脳機能障害のメカニズムとリハビリテーション研究

少しでも大学院進学にご興味がある方は、

信迫までDMください!!

随時受け付けています!!

ご清聴ありがとうございました！

