

ADHD

—その概観と指導・治療上の課題点—

原 英樹

1. ADHDとは何か

まず、ADHDに関する研究を概観して、その障害実態、診断、発生要因、治療や指導などについて基本的な論述を下記に行う。

① ADHDの基本的な特徴

ADHDとは、Attention Deficit and Hyperactivity Disorderの略語であり、日本語では注意欠陥・多動性障害、あるいは注意欠如・多動症が有力な名称になるが、多くの場合、英語名の頭文字を取ってADHDと称されている。

Sulkes (2020) は、医療研究者や医療従事者に向けた医療用手引書のMSD Manualにおいて、ADHDが就学期以前に発現し、対人関係機能、社会的機能、学業能力、職業的機能の発達に問題を生ずる、主な神経発達障害（以後、一般的な名称の発達障害と記す）の一つであり、学習障害（LD）、広汎性障害（アスペルガー症候群や高機能自閉症などの自閉症スペクトラム障害）などとならんで、学校や社会などの様々な場面で、不適応状態を引き起こす重要な神経発達上の問題であることを論じている。また、その障害の発症率は、学齢期の子どもたちの8～11パーセント程度であると推定とされている（Sulkes, 2020 ; Wolraich et al., 2019）。

ADHDは、長年にわたって、学齢期の児童生徒だけを対象とする障害と見なされてきたが、近年、青年、成人になっても、その障害を契機とした様々な不適応症状が続く事例が知られるようになり、後述するように、重要な診断基準である精神疾患の診断・統計マニュアル、DSM-5（Diagnostic Manual of Mental Disorders-5, 2013）にも、青年、成人の診断基準が取り入れられることになった（American Psychiatric Association, 2013）。

② ADHDの行動的特徴と主な分類

ADHDは、主に多動性、衝動性、不注意性を特徴としていることが知られている（司馬, 1999 ; Sulkes, 2020）。

ADHDのタイプ分類に関して、司馬（1999）は、児童精神科医としての臨床的な観察により、行動的特徴をもとに、“多動性と衝動性を主とするタイプ”、“不注意性を主とするタイプ”に大別して、その特徴の概要を下記のように説明している。

“多動性と衝動性を主とするタイプ”は、活発で、思い通りにならないと直情的に怒り出して、暴力的な行動を行ったり、ルールや規則、順番などに従うことができず、気ままな行動を示したりする傾向が強いと述べている。

一方、“不注意性を主とするタイプ”は、気が散りやすく、集中力や忍耐力に欠け、重要な場面でうっかりと物忘れするが多い傾向が強いとしている。

いずれのタイプとも、総じて、集団活動にうまく適応できず、対人関係を安定的に形成することが極めて難しいという共通した特徴を示すと述べている。

多方, Sulkes (2020) は、“多動性と衝動性を主とするタイプ”, “不注意性を主とするタイプ”に加えて、両タイプの特徴を合わせ持つ“混合型”が存在することを指摘している。

③ 発症率の性差

ADHDの男女比については、全体的に男子が女子に比べて2倍ほど多く発症するが、タイプ別に見ると、“多動性と衝動性を主とするタイプ”では、男子の発症率が顕著に多いのに対して、“不注意性を主とするタイプ”では、男女の発症率がほぼ変わらないと報告されている (Sulkes, 2020)。

④ ADHDの診断

ADHDの診断基準に関しては、アメリカ精神医学会が発行する診断基準の手引書である精神疾患の診断・統計マニュアル, DSM-5 (Diagnostic Manual of Mental Disorders-5, 2013) によれば、“多動性と衝動性”, “不注意性” 2つの基軸における9つの特徴が示されており、17歳未満では、どちらかの基軸で6か月以上に渡り6つ以上が該当した場合を、また、混合型では両方の基軸で6か月以上に渡り6つ以上が該当した場合を、診断の基準としている。

注目すべきは、前記のように、以前、ADHDは学齢期までの児童生徒にのみ該当する障害とみなされてきたが、近年では、青年, 成人になっても、その障害状況が継続することが報告されるようになり (Sulkes, 2020), 17歳以上のADHDに対する新たな診断基準が設けられた。17歳以上では、どちらかの基軸で6か月以上に渡り5つ以上が該当した場合を、“混合型”では両方の基軸で6か月以上に渡り5つ以上が該当した場合を、診断の基準としている。

“多動性と衝動性”の診断基準

- ・身をよじったり、手足をいじくりまわしたりする
- ・落ち着いて座っていることができない
- ・不適切な状況で、走り回ったり、何かによじ登ったりする
- ・静かに遊んだり、余暇を過ごしたりすることができない
- ・衝動的で落ち着きがなく、あちこち動き回る
- ・極度に話しすぎる
- ・質問が終わる前に我慢できず答えてしまう
- ・順番を待つことが苦手である
- ・他者の会話に割り込んだり、他者の行為を遮ったりする

“不注意性”の診断基準

- ・学業, 仕事などにおいて、細部に注意が行かず、ケアレスミスをしがちである
- ・課題や活動を行う際に注意を持続できない
- ・直接話しかけられても、聞いていないような様子を示す
- ・指示に従えず、上の空であるか集中できずに学校, 日常生活, 職場などでの課題が貫徹できない

- ・学業の課題など、知的な努力を長期に持続させることが必要な作業を嫌けたり、避けたり、やろうとしたりしない
- ・学業用品、財布、書類などの重要な持ち物をなくす
- ・周りの刺激に注意をそらされやすい
- ・日常の活動で忘れ物が多い

その他にも、DSM-5には、下記に示されているようなさらなる診断基準の条件が示されており、このような基準が付加的に用いられることがある。

- ・多動性と衝動性”、“不注意性”などの症状が、同年齢の子どもたちと比べて顕著に示されること
- ・少なくともいくつかの症状的特徴が12歳以前に見られること
- ・2つ以上の場面状況（学校、家庭、教会や職場など）において障害が発生していること
- ・症状が学業、家庭、職場などの日常生活における機能を妨げていること

ADHDの診断では、上記のような診断基準を用いた医師による問診や行動観察の他に、通常は、WISC（児童用）やWAIS（成人用）のなどの個別的知能検査や新版K式発達検査などを始めとした心理発達の検査の結果、親から聞き取った成育歴やエピソード、教員による学習や行動上の所見など、様々な情報を包括的に検討して判断がなされる。

⑤ ADHDの発生要因

ADHDの発生要因に関しては、以前は、親の養育態度や環境的な問題などを主に論議がなされてきたが、近年、脳機能などの研究が進み、脳の中樞神経などの発達的問題を主として、様々な研究がなされるようになってきている（司馬, 1999; 上野, 2003）。

Sulkes (2020) は、ADHDの発症に関して、単一の要因に帰することなく、生化学的、感覚運動的、生理的、行動的因子など、多様な観点から研究が進められていることを述べている。発症の契機となる危険要因としては、未熟児出産、頭部外傷、鉄欠乏症、閉塞性睡眠時無呼吸症候群、鉛の暴露、出生前のアルコールやタバコ、コカインの暴露などを挙げている。研究の蓄積により、上部脳幹と前中脳伝達路における活性または刺激の低下をとともう、脳内におけるドーパミンやノルアドレナリンなどの神経伝達物質の不足やそれらの調節不能など、脳神経の問題が、根本的な要因として関与していることが明らかになりつつある。

他方で、後述するように、ADHDの障害を持つ者たちも、保護者、教師、周囲の者たちの効果的なサポートがあれば、学校や職場などにも適応できるようになることがあきらかになっている（司馬, 1999; 上野, 2003）。言い換えれば、親や教師などの関わり方や姿勢などが、ADHDの不適応行動を軽減する上では極めて重要なのであり（Alison & Munden, 1999）、その副次的な要因として、家庭、学校、社会環境などのありかたについて検討することにも、一定の意味があると考えられる。

また、学校の要因について、上野（2003）は、ADHDの者たちを取り巻く、学校における環境や対人関係などを取り上げ、とりわけ、全員に同一の学習、行動課題を行わせる画一的指導法が横行しているため、集団行動が苦手な授業や行事などに集中し難いADHDの者たちは、多くの精神的苦痛を強いられることが多く、学校の教育システムそのものが、彼らの不適応を悪化させてきた可能性が高いことを指摘している。さらに、教

師やクラスメートたちが、ADHDの生得的な行動を意図的なものと誤解して、叱責や非難をあげせるなど、心理的に彼らを傷つけて、不適応行動を増幅してしまう危険性も指摘されている(司馬,1997;上野,2003)。

⑥ ADHDの治療や指導

斎藤(2016)は、ADHDの治療や指導として、下記のような心理社会的療法や薬物治療が行われることを明らかにしている。

A. 社会心理的療法

まず、斎藤(2016)は、心理社会的療法として、行動療法、環境調整、ペアレントトレーニング、SSTなどの方法が用いられていることを述べている。そして、これらの療法が、下記に示すように、ADHDに顕著な不適応行動、たとえば、事物を秩序立てて分類したり片付けたりすることができないこと、順番を無視して一方的な行動や会話をおこなうこと、集中力を持続できないことなどの問題修正に役立てられていることを論じている(斎藤,2016)。

ここで、これらの社会心理的療法の内容を以下に短く記しておく。

行動療法は、様々な場面で不適応を起ししやすい行動に焦点を当てて、本人に適した目標設定を行い、問題解決のための対処法などを段階的に習得させることで、適応的な行動へと修正を行っていくものである。また、ADHD特有の不適応行動に対して、親や教師、クラスメートなどによる叱責や非難にさらされることで自信を喪失したり、抑うつ感情などを示したりすることが多くなるが(上野,2003)、そのような場合には、認知的な歪みに対する修正を合わせて行うことになる。

環境調整は、問題を引き起こす要因となりやすい場所や用具などの多様な環境条件や刺激を改善、調整して、適応的な行動を促進する方法である。

ペアレントトレーニングは、保護者が、適切な行動を褒めて、不適切な行動は無視するなど、叱責や非難に頼らず、子供に対して良好な関係を保ちながら、適応性を高めることを目的として、子供との効果的な関わり方を実践しようとするものである。

SST(Social Skills Training)社会技能訓練は、苦手で問題が生じやすい場面を具体的に設定して、小集団でロールプレイング(役割演技)を行い、参加者同士でねぎらいや長所に対するフィードバックを与えながら、短所には一切言及せず互いに改善を目指したアドバイスを行い、自信を高めながら適応的な行動を身に着けるように促す手法である。

これら心理社会的療法については、薬物に見られるような副作用はないが、ADHDの生得的な行動そのものを修正するために、短期的な効果は望めず、適応性を高めていくためには、長期的な視点で臨まなければならない。

B. 薬物療法

ADHDにおいては、下記のように、メチルフェニデートという中枢神経刺激剤、アトモキセチンという非中枢神経刺激剤などが、比較的多く用いられている(村上,2017;斎藤,2016;Sulkes,2020)。

ここで、これらの主要な薬剤の特徴や使用上の留意点などに関する概要を下記に示す。

メチルフェニデートは、脳内においてドーパミンとノルアドレナリンの神経伝達物質の働きを強め、ADHDに特有な注意欠如や衝動性などの症状を抑える働きがある。一方で、睡眠障害、抑うつ、胃痛、頭痛、食欲不振、心拍数や血圧の上昇などの副作用がある。

アトモキセチンは、脳内のノルアドレナリンの神経伝達物質の働きを強めて、同様に、ADHDに顕著な症状を抑える働きがある。副作用としては、吐き気、食欲不振、傾眠、頭痛が見られ、一部では、自殺念慮、攻撃性や敵意の高まりなどが示されるという報告もある。

前述のように、上記の薬物を用いた療法は、ADHDに見られる不適応行動を抑制するという意味において、比較的早期に一定の効果が見られる一方で、様々な副作用が発現する可能性もあるため、慎重に進めていく必要がある。

2. ADHDの指導・治療上の課題点

ここでは、ADHDの児童生徒に対する指導や治療を行う際に課題となる問題点について、下記に論じていく。

① インクルーシブ教育に対応した教員の専門性の向上

平成18年に障害者の権利に関する条約が国連で採択されたことを契機として、平成25年に学校教育法施行令が改正され、平成26年に国連で採択された障害者の権利に関する条約がわが国の国会で批准されるなど、障害を抱える者が、障害のない者と分け隔てなく、平等に学べることを目指した“インクルーシブ教育”という新たな教育的理念が徐々に浸透してきた。このような理念に沿って、障害を抱える者が差別なく共に学校で学べる、新たな教育システムへの転換が行われつつある（中央教育審議会、2012；文部科学省、2015）。

とりわけ、平成25年の学校教育法の施行令の改正（文部科学省、2013）で、一定の障害を持つ児童生徒は原則として特別支援学校に就学するという基本方針を転換して、地方自治体の教育委員会が、個々の児童の障害状況に合わせて、通常の小中高校か、特別支援学校か、その就学先を決定する仕組みになったことにより、障害を抱える児童生徒が、通常学校に就学するケースが大幅に増えてきている。

特別支援教育の推進に関する調査研究協力者会議の審議経過報告（2019、文部科学省）によれば、通常学校における、特別支援教育学級の担任や、障害のある児童生徒に通常学級に受け入れ大部分の指導を行う“通級指導”の担任などには、特別支援教育学校を専門とする教員免許の取得が義務付けられておらず、大学の教員養成課程における特別支援教育に特化した教育科目や内容も極めて限定されたものとなっている。そして、現状では、障害を抱える児童生徒に対応する教員の障害に対する専門性は充分とは言い難く、その理解と対応力を高めていくことが今後の課題であるとしている。

実際に、10年を超えるベテランで生徒指導を得意とする、ある教員が、ADHDの生徒が引き起こす数々の問題に追われ、ある時、心因性の不整脈の発作で、学校から救急搬送されるのを、後輩として目撃したことがあるが、この事例により、いかに一般的な児童生徒の指導に長じていても、ADHDに通じた専門的な理解力と対応力を十分に身に着けていないと、適切な指導対応を行うことが極めて難しくなってしまうことを痛感することになった。

そのため、筆者も、通常の中学校、高等学校の教員養成を目的とした特別支援教育の授業において、通常学校で接する機会が比較的多いと考えられるADHDなどの発達障害を中心として、実在したケースなどをもとに、障害の実態をできるだけ再現して模擬的に体

感させることで、全く予備知識や体験がない受講生にも、その障害実態と対応について、少しでも理解が深まるよう心掛けているが、インクルーシブ教育という理念に沿って、今まで以上に、ADHDなどの障害を抱えた児童生徒をより多く通常学校に受け入れる可能性が高いことを考えると、実践的体験を更に重視した形で、その障害状況に即応した教育養成や教員に対する研修などを更に充実させていくことが必要となるのではないかと。

具体的には、今後、インクルーシブ教育の理念を一層推し進めていくことを鑑みて、障害を抱える児童生徒に数多く触れる機会を提供する実習体験や、実地研修などを増やして、ADHDなどの障害実態をより本質的に理解し、その対応力を高めていくように備え、教員全体の特別支援教育に関する専門性を磨いていくことが急務となるのではないだろうか。

② 重複障害に起因した診断や支援対応の課題

ADHDのような発達障害は、知的な活動が著しく損なわれる精神遅滞や、障害が容易に認知できる肢体不自由の障害などはと異なり、多くの他者には障害の存在が顕在化され難く、明確に認知されないことが少なくないと述べられている(中田, 1995; 田中, 2010)。従って、行動や思考の詳細な観察により障害の兆候をとらえて、十分な知識や見識を備えた適切な診断、アセスメントを行わない限り、早期発見や治療が非常に難しくなる。

さらに、ADHDを抱える者たちの中には、全体的な知能には問題はないが一部の学習機能に著しい遅れを示す学習障害や、知的な問題は少ないが共感性や対人関係などに顕著な不適応を示す高機能自閉症やアスペルガー症候群などに代表される広汎性障害(自閉症スペクトラム)の特徴を併せ持った重複障害を示すことが少なくないといわれている(柘植, 2002; 柘植, 2013; 上野, 2003)。

上記のような診断にあっては、ADHDの障害を示す者であっても、ADHD単独の障害の特徴を持つ者と、学習障害あるいは広汎性障害の特徴を併せ持つ重複障害を示す者では、異なる指導や治療の対応が必要となるため、一部の認知しやすい障害の状況のみに着目すると、他の重複した障害の兆候を見流し、不適切な診断をもとに誤った対応をすることになりかねない。そのため、ADHDの特定にあたっては、学習障害や広汎性障害などとの重複障害を念頭に、些細な兆候や特徴にも慎重に注意を払い、より丁寧な診断を行う必要がある。

さて、新たな特別支援教育の理念に沿って、障害の種別になっていた聾学校、盲学校、養護学校が、特別支援学校に集約、一本化されることにより、複数の障害を持つ児童生徒がワンストップで教育支援を受けられるような体制に徐々に変容しつつある。

しかし、神奈川県を例に取り、その現状を見ていくと、相模原中央支援学校のように、聴覚障害、視覚障害、肢体不自由、病弱、知的障害などの全ての障害分野を網羅し、小中高の全ての段階に応じて、障害に対する教育対応を行うことができるような学校教育体制が、十分に整備されているとは言い難い。

そのため、たとえば、ADHDと視覚障害を重複して持つ者が、それぞれの障害に対応する複数の特別支援学校に通学し、場合により、日ごと、時間ごとに、異なる場所にある学校に通わなければならないという事態が考えられる。また、それぞれの障害の担当者が、同じ学校内で行う場合とは異なり、情報を共有し、連携を取るプロセスや手段が限定されるため、即時に対応することが困難になるという危険性を排除できないと推察される。

他方、相模原中央支援学校のように、聴覚障害、視覚障害、肢体不自由、病弱、知的障

害などの全ての障害分野を網羅し、小中高の全てに対応して教育を行える特別支援学校であれば、ADHDの児童生徒が他の障害を併せ持つ重複障害を持つ場合でも、日ごとに、あるいは時間ごとに異なる場所にある学校に赴くような不都合もなく、異なる障害の担当者同士が、同じ学校内にいるため、互いに情報を共有し、連携が容易になり、問題が発生した際に即時に対応することが容易になるという利点がある。

重複した障害を示すADHDの児童生徒に対する効果的な指導や治療の対応を考えると、学習障害や広汎性との重複障害の兆候を的確にとらえてより慎重な診断を行うことや、より利便性や有用性の高いワンストップで教育対応が行える特別支援学校を整備していくことが極めて重要になると考えられる。

③ 障害に対する無理解や誤対応により生じる二次障害

前述のように、ADHD、学習障害、広汎性障害などの発達障害に関しては、その障害状況が顕在化、可視化され難く、障害の存在が明確に認知されないことが少なくないため(中田, 1995; 田中, 2010)、従って、周囲にいる親、教員、クラスメートなどがしっかりとした専門的見識を持たない限り、そのような障害を抱える児童生徒を早期に発見して、適切な支援や対応を行うことは容易なことではない。

言い換えれば、障害を抱える周囲の人々が、障害に対する適切な理解と対応力を磨いて、様々な場面で示された些細な障害の兆候を的確に把握し、正しい診断や適切な教育支援につなげていかなければ、障害状況が放置されるだけでなく、誤った指導対応により、その障害はより悪化することになりかねない。つまり、このような周囲の人々の障害に対する無理解と誤対応は、二次障害と呼ばれる、より深刻な不適応状態を生み出すことになる。

実際、ある特定の知的領域だけに顕著な遅れや欠損状態を示す学習障害の児童生徒に対して、その原因を、本人の努力不足や一般的な学習不振に帰して、単なる学習ドリルによる反復練習を行わせるなどの効果的でない指導を行ったり(柘植, 2002; 杉山, 2007)、全体的な知的能力に著しい遅れが見られないことを根拠として、安易に通常学級への就学を進めたりする不適切な事例が報告されている(柘植, 2013)。このような教員の学習障害に対する無理解や誤った学習上の指導対応は、勉学への意欲を低下させ、学校に対する否定的な感情を高めて、不登校を引き起こすなど、二次障害という更なる障害状況の悪化を招く危険性を著しく高めてしまうことが指摘されている(柘植, 2013)

既に述べたように、ADHDについても、多動性、衝動性、不注意性などを特徴とした、集団行動や社会的場面において示される特有な不適応行動が、障害に起因するものであることが明確に認識され難く、身勝手や故意によるものと判断されやすいものであるために(中田, 1995; 田中, 2010)、親、教員、クラスメートなど、周囲の者に叱責や非難を受けることが多くなる(上野, 2003)。このような障害を抱える者たちは、生得的行動を否定されるために、自信を喪失したり、抑うつ感情を示したりすることが多く、他方では、周囲の者たちへの反発を強めて、対人関係を悪化させることにもつながりかねない(上野, 2003)。

周囲の無理解や誤対応によって発生する二次障害は、生得的な原因で生じる一次障害と異なり、親、教師、クラスメートなどの不断の努力や意志によって防げるものであり、このような二次障害を無くすためにも、社会の至る所で、障害に対する理解教育を推進していくことが望まれると言えよう。

④ 親の障害受容

繰り返し論じてきたように、ADHDをはじめとした発達障害は、比較的障害の存在が認知され難い性質を持つため、診断や支援対応が遅れしまう傾向が強い。加えて、親たちは、後述するように、すぐには障害の現実を受け止められず、障害の子どもを育てていく中で、様々な不安や困難、挫折などを経験してから、ゆっくりと我が子の障害を受け入れて、適応への道筋を歩いていくことになる（中田, 1995; 田中, 2010）。

田中（1995）によると、親は、わが子の様々な不適応に際して、周囲の者から「躰ができていない」、「きちんと叱るべきだ」などという無理解による非難や叱責を受けることも多く、強いストレスにさらされる中で、12か月から24か月の“ためらいの期間”というわが子の障害を容易に受容できない複雑な心理的な葛藤を経て、ようやく、診断、治療へと進んでいくことを指摘している。

多くの親は、最初に、わが子が障害児であるという診断結果に接して、「こども、自分たちともども、人生が終わった」と述べるような強いショックや不安の感情を抱くことになる（田中, 2010; 柘植ら, 2013）。このようなショックや不安は、受験、進学、就職などの数々の節目にあたり、何度も繰り返し経験されるため、障害の受容は長期にわたり、様々なプロセスを経て本格的な適応へと向かっていくことになる（中田, 1995）。

障害受容のプロセスに関しては、Drotar et al. (1975) が、親たちが、ショック、否認、悲しみと怒り、適応、再起の5段階を経て障害の受容に至ることを論じている。他にも、Olshansky (1962) は、親は、常に内面に絶え間ない苦しみを抱えていて、悲哀を繰り返しながら進んでいくという慢性的悲哀説を論じており、多方、中田（1995）は、受験、進学、就職などの重要な局面で、躓きによる障害に対する否定的感情とその躓きや課題を克服できたことによる肯定的感情が、常に混じりあった状態の中で、様々な経験を積み重ねて徐々に障害を受容していくこと明らかにしている。いずれにおいても、親が、様々なショックや不安、葛藤などと長期にわたり格闘するプロセスの中で、障害の受容へと至っていることが理解できると言えよう。

さて、筆者が担当していた事例をもとに、親との障害受容に関する応答を見ていくと、まさに、わが子の障害実態を認めて、正面から向き合わなければならない極限の状況に直面したときに、障害の可能性やその診断や治療つい言及しようとする、「子どもを障害児扱いするのですか。あなたはとんでもない人なんですね、見損ないました」などと辛辣な言葉で障害の可能性を否定しようとする攻撃的な反応や、「もううちの子の将来ないってことですね」などと落胆して泣き崩れるような絶望感に満ちた反応が示されることが多い。どちらも共通して、我が子を障害者と認めて敗北者にしたくない、特別支援学校や障害者支援施設に通わせて経歴に傷をつけるようなことはしたくないという思いが強く、健常者として一生暮らさせたいということであった。後に、このような親たちも、わが子が障害を抱えていることを受容して特別支援を受けさせると決意することになったのだが、常に「普通の子どもとは違う、もしかしたら障害児ではないか」という思いと「普通の子どもであってほしい」という思いが交錯して、葛藤状態のまま障害受容ができずにさまよっていたと述べていた。

当然のことながら、親が、早期に、我が子の障害を受容して、診断、治療へと向かっていけるようになるように越したことはない。しかしながら、長年にわたる親の葛藤を考え

れば、子供の将来に希望を見出して、障害を抱えながらも生き生きとした人生送ることができるという確信や希望を持てるように援助していくことは、並大抵のことではない。

筆者は、障害の可能性を語る時、発達障害者とだったといわれているエジソン、インシュタイン、野口英世、フォード（アメリカの自動車会社の創設者）、大江光（日本ゴールドディスク大賞や日本アカデミー賞優秀音楽賞を受賞した作曲家）などの逸話を伝えるようにしている。一例としては、ノーベル文学賞受賞者大江健三郎の長男で、作曲家として現在も活躍している大江光氏に関して、父の健三郎氏が、医師から、光氏が知的障害のため満足に言葉話すこともできないと診断されたことにめげず、光氏が興味を示した鳥の声などを集中的に聞かせるなど、独自の養育的な援助を与え続けたことにより、光氏が後に作曲家として立派に成功した逸話を例にとり、発達障害を抱えながらも、社会に貢献した可能性があることを折に触れて伝えるようにしている。

ADHDのような障害に対して、早期に適切な診断、指導や治療を行っていくには、親が、不安や葛藤を乗り越えて、我が子の障害を受容できるように、寄り添い支え続けることが不可欠である。指導や治療にあたる者は、このような援助について、より良い在り方を求めて、常に自らに問うていかなければならず、筆者も、その一員として、模索し続けている。

⑤ クラスメイトに対する障害教育

二次障害の項で述べたように、ADHDの発達障害は、肢体不自由児などと異なり、障害の存在が明確に認知されず、周囲にいるクラスメイトなどには、その特有な不適応行動が、身勝手や故意によるものと判断されやすく（中田, 1995; 田中, 2010）、叱責や非難を受けることが多くなる（上野, 2003）。自身の生得的な行動に対して叱責や非難を受けた者たちは、自信を喪失したり、抑うつ感情を示したりすることが多く、他方では、反発を強めて、周囲の者たちとの関係を悪化させることにもつながりかねない（上野, 2003）。

上野（2003）によれば、とりわけ、画一性が重要視される日本の教育システムにおいては、誰もが一斉に同一の学習や行動上の課題を行うことが当然視とされているが、ADHDのような児童生徒には、このような作業や行動を実行することが極めて難しい。このような不適応は、特に集団場面の活動や行動、具体的には、授業に始まり、朝礼や整列行進、清掃や集団での話し合い、班での共同作業など、数多くの場面で示されることになる。

これに関して、上野（2003）は、ADHDの児童生徒が不得意とすること（たとえば、授業への集中、片付けや清掃など）に関して、本人の状態に合わせて、初歩的で容易なことを始点にして、細かくスモールステップ化した行動目標を設定し、適切な行動には何らかの報酬や、肯定的なフィードバックを与えるなどして、目標とする行動に導くような指導を学校で行うことが必要であると論じている。

前記のように、クラスメイトにとっては、ADHDの児童生徒が障害を抱えていることは認識され難いことから（中田, 1995; 田中, 2010）、このような個別的な指導は、時として、ひいきや特別扱いを行っているという教員に対する不満を生じさせ、ひいては、クラスメイトとの対人関係に不和をもたらすようなことにつながる可能性がある。

筆者が教育相談を担当していた障害を抱える児童の事例では、週に一回、不適応行動の修正を目的とした心理社会的治療に通うため、学校を早退していたことが、実際に、特別扱いとしてクラスメイトに不満を持たれてしまうようなことになり、非常に対応が難しい問題となった。ADHDの児童生徒の適応性を高める指導を着実にを行うためには、このよ

うな不満や不和を防ぐことが必要であり、そのためには、クラスメートの障害に対する理解や、障害を持つ者に対する協力的な姿勢を養成するように努めなければならないといえよう。

もちろん、このような障害理解のための教育は行うことは、容易なことではない。ADHDの障害をクラスメートに説明する際は、様々な点に十分に注意する必要がある。具体的には、障害内容を説明する際に、クラスで差別が発生したり、異常者という偏見が生じたりすることを防ぐには、障害の名称を明示するか否か、脳神経の問題などに言及するか否かなど、その伝え方に細心の工夫をしなければならない。同時に、当該児童やその親にも事前に了解を取っておくことも必要である。そして、担任として、クラスメートが、ADHDの児童生徒に対して、どのように接し協力をしてほしいかなど、障害の児童生徒を包み込んだクラス全体の運営を図る具体的な腹案を持って、その展望を指し占めていく必要がある。

要約すると、ADHDの児童生徒の適応性を高める指導を着実にを行うためには、クラスメートの障害に対する理解や、障害を持つ者に対する協力的な姿勢を養成するように努めなければならない。そのため、教員は、差別や偏見につながらないよう細心の工夫を行って、クラス全体が、ADHDの児童生徒を包み込みながら、共に成長していけるように導いていくこと、いわば“インクルーシブクラス”を作り上げていくことが課題となる。

3. ADHDの指導・治療に関する今後の課題

既に述べたように、近年、ADHDの研究が進み、ADHDは学齢期の児童生徒だけではなく、青年や成人にもADHDの障害を抱える者が多く存在することが明らかになりつつある。しかし、社会における、青年や成人のADHDに対する理解や認識も未だ十分ではなく、我が国の高等教育機関や地方自治体における、青年や成人のADHDに対する支援対応は、整備、拡充の途上にあると考えられる。

今後は、インクルーシブ教育の理念に沿って、障害を抱える者が、痛痒を感じずに障害のない者といきいきと共存していくためには、青年や成人のADHDについても深く焦点を当てて、研究や支援対応を行っていく必要がある。

謝辞

本論文に記した事例の発表に際して、来談者であるご本人や保護者、教員の方のご快諾をいただきましたことに深く感謝を申し上げます。

【文献】

American Psychiatric Association. 2013 Diagnostic and Statistical Manual of Disorders-5. 20 Washington DC.; American Psychiatric Association.
中央審議会 初等中等教育分科会 2012 「共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育

システムの構築のための特別支援教育の推進（報告）

Drotar, D., Baskiewicz, A., Irvin, N., and Klaus, M. 1975 *The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: A hypothetical mode.* *Pediatrics*, 56, 710 – 717.

Olshansky, S. 1962 *Chronic sorrow; A response to having a mentally defective Child.* *Social Casework*, 43, 190 – 193. 松本武子（訳）（1968）絶えざる悲しみ—精神薄弱児を持つことへの反応. 家族福祉—家族診断・処遇の論文集 家族教育社 Pp.133 – 138

Hallowell, E.M., and Ratey, J.J. 1994 *Driven to distraction.* New York; Pantheon Books. 司馬恵理子（訳）（1998）へんてこな贈り物 誤解されやすいあなたに—注意欠陥・多動性障害とのつきあい方 インターメディカル

文部科学省 初等中等教育局 2007 特別支援教育の推進について（通知）

文部科学省 2013 第一編 学校教育法施行令の一部を改正する政令の解説

Retrieved December 30, 2023 from https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/icsFiles/afieldfile/2014/06/13/1340247_04.pdf

文部科学省 初等中等教育局 特別支援教育課 2015 平成27年度実施事業 インクルーシブ教育システム構築事業（資料）

文部科学省 特別支援教育の推進に関する調査研究協力者会議の審議経過報告抜粋 2019 教員の特別支援教育に関する専門性の現状と課題について

Retrieved December 30, 2023 from

https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/044/attach/1298226.htm

村上桂津美 2017 注意欠陥・多動症（ADHD）特性の理解 心身医学 57, 27 – 38.

中田洋二郎 1995 親の障害認識と受容に関する考察—受容の段階説と慢性的悲哀 早稲田大学心理学年報27, 83 – 92.

斎藤万比古（編集代表）ADHDの診断・治療指針に関する研究会（編）2016 注意欠陥・多動症—ADHD—の診断・治療ガイドライン 主婦の友社

司馬英里子 1999 のび太・ジャイアン症候群〈2〉—ADHD これで子どもが変わる 主婦の友社

Sulkes, S. B. 2020 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADD, ADHD) . In *MSD Manual Professional Edition.* New Jersey; Merck & Co., Inc. Retrieved December 30, 2023 from

<https://www.msmanuals.com/en-jp/professional/pediatrics/learning-and-developmental-disorders/attention-deficit-hyperactivity-disorder-add,-adhd>

田中康夫 2010 親のメンタルヘルスから見た発達障害 子育て支援と心理臨床第2巻 発達障害の家族支援—家族と協働するための実践スキル Pp20 – 26.

柘植雅義 2002 学習障害（LD）—理解とサポートのために 中公新書

柘植雅義 2013 特別支援教育 —多様なニーズへの挑戦 中公新書

上野一彦 2003 LDとADHD 講談社プラスアルファ新書

Walraich, M. L., et al. 2019. *Pediatrics 144, Vol 4.* <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>