

「わかって、わたしのペース」

AD/HD、LD、高機能自閉症を持つ子どもの理解と指導

奈良県心身障害者リハビリテーションセンター 岩坂 英巳

H14.6.22(土) 開放講座にて(文中PDFはパワーポイントの番号です。)

PDF2 ADHDと他の軽度発達障害とのクロスの割合は、LDはだいたい4割くらい。ただ見かけ上のLD、もともとは正式なLDではないが、ADHDがあるために、授業が聞けない、やる気がなくなるということで、知的レベルのわりにLDがでてきてしまうというのを入れると、6割くらいがクロスするといわれている。MR(知的障害)の7割以上は軽度、軽度域の知的障害の子の一部に関してはADHDを合併しているといわれている。PDD(広汎性発達障害)中心部分に自閉症という子どもが入るが、自閉症の傾向をもった子どもを広くPDDというが、その子どもの何割かがやはり知的障害を合併してきている。LDと見分けが付きにくい子どももいるが、医学の定義上はADHDとPDDとはクロスしてはいけない、同時に診断を付けてはいけないということ、これが少し混乱をまねいている。

PDF3 こういった子どもたちを軽度発達障害というが、杉山先生の定義では、1 健常児との連続性の中に存在し、加齢、発達、教育的介入により臨床像が結構変化する。2 視点の異なりから診断が相違しがち。3 理解不足による介入の誤りが生じやすい。介入が難しいのに、介入の仕方によって経過が変わってくる。4 二次的な、もともともっている障害にプラスアルファされて二次的な情緒、行動での問題が生じやすい。ということで軽度発達障害の概念をとらえている。

PDF4 医者が「障害」を英語でいうといろいろある。学習障害というのは、Learning Disabilities、すなわち能力の不足というのと医学的にはLearning Disordersの方を使うのと、二通りある。広汎性発達障害とかADHDの障害というのは、国際診断基準に従っているので、Disordersである。Disordersというのは日本語では障害と訳されているが、実際は躁うつ病とかを気分障害や神経症を不安障害といった形で表している。精神科医が最近使う障害、こういう広汎性発達障害とか、この場合の学習障害、ADHDの注意欠陥/多動性障害といった場合には、どちらかという疾患、一病といった概念に近いものがある、それが少し誤解があると思う。こういったもの(Disorders)があるが故に、普段の生活で機能面の障害(Impairment)が起こる。そしてこれは医学では例えば脳梗塞の方であれば左半身が使えなくなっている機能の障害(Disabilities)、それによって普段の生活にいろいろ不自由がでてくるという形で能力障害、社会的不利という形で進んでいくといわれている。ただ社会的不利(Handicap)という言葉もあまり使われなくなってきたが、結局はどれだけ社会的に障害があるかで、ADHDとかの子どもたちの障害の程度が変わってくる。例えば

車椅子の方なら、このスロープから上がってこられる。このHandicapで障害をとらえた時には本人のもっている部分だけではなくて、周りの理解とか応援とか体制が必要。それによって障害の程度が変わってくるというのがポイント。ADHDの子もそういった影響が比較的大きいと思われる。

PDF 5 LDの現文部科学省の定義は左側。右側が全米のLDの定義。基本的には全般的に知能発達の遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算するまたは推論する能力のうち、特定のものの習得と使用に著しく困難をもつ。中枢神経系の何らかの機能障害が推定される。全米のLDの定義、上は同じだが三つ目がある。自己調整行動、衝動コントロール、社会的認知、社会的相互作用における諸問題が併用する可能性という形で、アメリカにおいては学習障害だけではなくて社会的な弱さ、その部分まで定義に明記されている。日本は今後、おそらくこの定義（文部科学省の定義）に従って進んでいくかと思うが、なぜかこの社会的困難が落ちてしまっている。

PDF 6 医学的なDSM-協は、米国の国際診断基準では、LDは字が読めない、算数が苦手、書けない、うまくしゃべれない。脳の機能障害によって音韻、聞こえてきた音の理解、文字を見るときその線のクロスの仕方が離れて見えるとか、あるいはトイザラスのRがひっくり返っているが、このような鏡文字のような形態認知の弱さ、聴覚の保持、音から形態を認識する部分、あるいは数の概念を認知というが、これが弱いのがLD。故に、こういった学習障害というのが生じてくる。頻度は、定義があやふやなので1から3%といわれてもなかなか信頼できるかどうかは難しいが、クラスに一人はいてもおかしくない。米国では非常に多い。トム・クルーズとかは有名。台本を書かれても覚えられない。日本では漢字とかでは非常にイメージがわかりやすい。特に、林や森のような漢字はイメージがわかりやすい。ひらがなも読み方が決まっている。ただ米国の場合はいろいろな単語によってアルファベットの読み方が変わるので、米国では非常にLDが増えてくるということになっている。

PDF 7 これは文部省の定義には入っていないが、社会性の障害が比較的出やすい。全国LDの親の会の方で出されたアンケートの結果で、学校教育の中でLDをもっている子どもが困っていること。(1) 友人関係 (いじめ孤立) (2) 学習面の遅れ (3) 適切な援助が受けられない (個別指導がない) (4) 先生の理解がなかなか得られない。(5) 学習面以外の集団行動 (運動会とか) が苦手である。(6) 本人の心の問題。人間不信、意欲がなくなってくる。(7) 進路も迷うことが少なくない。

PDF 8 LDにおける学習面以外の問題で社会性の困難さがなぜ起こってくるのか。認知の弱さがあるので、状況判断がしにくい。語用論、ことばのコミュニケーションを場面、背景で読み取る弱さがある。大人では、たばこをくわえて「ライターを持っていませんか」と聞いた場合は、他の人

に火を貸して欲しいということで、LDの特徴としては「持っているよ」といって火を付けずにポケットに戻す。そういうのが場面状況でのコミュニケーション、語用論あたりの弱さが見られる。メタ認知(自分のしていることを客観的に点検修正する力の弱さ)、これはADHDの子どもも弱い。一つの場面で失敗をして、それが学習されずに失敗を繰り返してしまう。運動面は、筋力だけの問題ではなくて、脳の成熟にともなって発達していくので、不器用、絵を描かせてみると年齢に比べて幼稚である。また身体の距離感がないから机の間を通り抜ける時、ほかの子とぶつかってしまったり、ほかの子の物を落としてしまったりということがある。合併症としてADHDが多くて、セルフエスティームの低下、不登校も見られがちである。

PDF 9 LDを持つ子どもへの支援と配慮 (PDF 9) は、こちらの研究所で作られたガイドブックを使わせてもらっている。本人に対しては、自信、達成感を持たせる。本人のLD的な特性を生かして、できるところからはじめる。少しでもできた時点で誉めるようにしていく。全部できて誉めるのではなくて、ちょっとできたら誉めるということを繰り返して、達成感とかやる気を促していく。主体性・自立性を高める。本人が考え実行していく習慣を早期から付けていくということ。見通しを持たせる。学習の手順、活動の手順、目標を1週間、その日という単位で明確に示していく。場合によったら、紙に書いたりして黒板の前にわかるようにして書いてあげる。

周囲に対しては、学習しやすい環境を作ってあげる。机の上、一つものを出すと一つ直すということをしてあげないと、机の上はいっぱいで一つ出すと一つ机から落ちてしまう。一定スケジュール、規則とかは掲示してあげるとわかりやすい。座席は前の方。先生目と手が届くスペースがいい。友人の理解と協力を促す。どうしても見ためによくわからないから、いつもその子だけが特別扱いではないということを他の子が思わないようにする。太郎君がLDだという言い方でもって行くのではなくて、「目の悪い子がめがねかけているのと同じで、こういった部分が弱いからこういう工夫を先生もしている。みんなも協力してくれ」と言う。あるいはすごくいい発想をしているので「上手にするのじゃないか」という風に話をもっていってもらって周りの理解を得ていく。

また家庭との連携は、学習面では例えばLDの子はことばの教室に通っている子も多いので、そういうところで本人の特性にあわせたような試みをしている場合には、おうちの方にもつないでいただく。学習以外の場面、普段の生活などの場面でも先ほどのアンケートにも出ていたようなことに関して、ホットラインが必要、電話で毎日やりとりするというのは難しいが、1週間、2週間単位で連絡を取り合うことができればずいぶん子どもにとってはプラスに出る。学校全体の体制としてADHD、LDの担任の先生、教頭先生、校長先生、ことばの教室の先生全体の中での体制が是非必要かなと感じる。LDの特性、学習面の配慮の詳しいことは、研究所のガイドブックで。

PDF 10 続いてPDD広汎性発達障害、そのうちの高機能自閉症、アスペルガー障害について。高機能自閉症は、3歳以前から対人やりとりの障害、コミュニケーションの障害、興味の制限と反復がある。これらは自閉症の定義そのもの、高機能の自閉症は知的な障害があるかないかで判定されている。高機能というと全体的に社会性など他の面で、高機能かということそうではなくて、知的障害がないというだけで判断されている。自閉症の重い軽いではない。その辺の誤解のないように。

アスペルガー障害は、この自閉症の特徴がやや弱い。3歳以前に明確な言葉の遅れがない。ただ保護者も周囲も、そういえば幼稚園へ行く前、3歳ぎりぎりのところで言葉が出だしたが、それまではなかなか言葉が出なかったなあと感じていることが多い。またオウム返しではないけれども、トイレへ行くときでも「トイレ？トイレ？」と語尾をあげていた。それは保護者や周囲が「トイレ？」と聞くからだだった。また話し出すと、学者が話し出すように話していた。社会性の障害、軽いコミュニケーションの障害。興味、行動の偏りにより社会的・職業的に著しい障害がある、そのような場合をアスペルガーという。この3つの障害があっても、社会的に自分にあった職業をもつ場合や、自分にあったパートナーを見つけて、家庭生活を送っている場合には、この一番最後の社会的、職業的に著しい障害がないということになるとアスペルガー障害と判断されない。診断の条件をみたすことが大切なのではなくて、治療が必要かどうかということである。

PDF 1 1 アスペルガー障害の誤解されやすい部分は、1 ヒトに興味がないわけではない。思春期になると対人興味が増してくると、そのやりとりの仕方がわからず悩んだり、周囲とのトラブルが生じてきたりする。自閉症の子どもも、周りの世界に感心を持ち出すのだが、自分だけの世界というのが第一という感じがある。アスペルガーの方は、自分だけの世界ではなくて、私たちと同じような世界にいるが、コミュニケーションの障害があつて他の人のことばを理解できていなかったり、表情の読みとり、怒っているな、いやがっているなとかの読みとりが弱い。また自分から表していくときに、自分の感情や言いたいことをうまくいえないという特徴がある。

2 感情がないのではなく、他者の気持ちだけではなく、自分の気持ちにも気付きにくい。それは思春期ぐらいから感じてくる。感情を表出するのが苦手。100人のアスペルガーの人がいると、100通りのタイプがある。あるアスペルガーの子で、本当に自分の感情がわかっているのかなと感じる子がいて、ただその子は熱心な担任の先生との関係の中で、それまではがんばろうとして、うまくいかずに怒っていたということが多かったが、思いつき泣いたり、過去の苦しかった経験を言葉に出して言えるようになってから、だんだんと変わってきた。自分の気持ちを言葉でリピートすると自分の中に入ってくる。頭の中で混乱していたのが、口から出てきてまた入ってくる。それを上手に他の人がそう感じたから悲しかったんだよねといってもらえるとよくわかる。そういった形で感情を出せるようになってきたということがある。感情がないわけではない。

3 人と交わる生活を送るのに、超人的な努力をしている。先ほどいったように周りの世界に入っていこうとするけれども自己流なので、本人にとっては非常に努力をしている。わがまま、相手の気持ちをなんでわからないのと言われるけれども、それはむしろ逆。何とかしようとしている。

4 ところが知的には記憶がすぐれていたりとか、興味があることはぐっと勉強するので、成績もいい。小学校の表面上の適応はいい。ただ社会的には二次障害とか出てくるので、社会的予後はよくない。

5 結構多い。広汎性発達障害、自閉症、高機能自閉、アスペルガーすべて含めていくと0.6〜1%くらいはいるのではないかとされている。

PDF 1 2 アスペルガー障害の難しさ。1 小学校低学年の頃は気付かれにくい。(おとなしい子、

こだわりの強い子、不注意、多動の子など) 2 そうこうしているうちに妙な子ということで、いじめられやすい。先々の二次障害そして、社会的な適応の方で足を引っ張ってしまう。

3 思春期になって過去のいやな体験がフラッシュバックのように思い出されて、パニック様になったり、あるいはうつ状態、幻覚妄想状態になったりする。幻覚というのは20人に1人、うつに関しては10人に1人が体験するといわれているので、アスペルガーの人がこういうことになっても決しておかしくない。とくに時間的な経過は、非常に記憶がよいので、昔の経験がまるでフラッシュバックのように思い出される。まるで映画のように。記憶がよいがためのしんどさはある。

4 他者には自分と違う考えや信念があるということを理解できない。理解しようとはするが、非常に分かりづらい。可能であれば早期診断して、本人の認知、行動特性に合った療育、教育を。母親などの家族の精神的な安定。これはどういうことかということ、自分の子どもが分かりにくい。障害と分かっていたらその子を理解しようとするが、分かりにくいから、怖い、かわいくない。小学校の早期のうちに診断して、こういうような認知、行動特性があるということが分かれば対応ができる。早期診断により、子どもの行動も読めてくると、かわいらしさとか親子関係、お母さんの迷いがなくなり安定する。子どもの方も安定し愛着がわいてくる。やはり医者立場から言うと早期診断をして本人の認知の行動特性にあった療育という形でもっていけたらよいと感じる。

PDF 13 アスペルガーの理解と対応。1 変化を嫌う。新しい場面で必ずパニックになるということではないが、非常に変化を嫌う。新しい環境に移るまでには前もって十分に準備をして、年度替わり、転校するときには前もって話をするとか、見せるという形で十分に準備をしていく。先の見通しが見えない。目隠しされて前へ行けと言われていたような状態になるので、いろんな情報を与えてあげる。

2 対人やりとりの障害。それに対しては、周囲の理解(担当生徒制)。これはカレンさんが言っていることで、横に本人を理解をして、今は先生の話が分かってないなと思ったら、ちょっと声かけをしてくれるとか、本人の弱いところをコーチしてくれるような人を付けられたらいい。この生徒にもかなり負担がかかってくるので難しい面もあるが、クラスの子が理解していくと本人がやりやすい。理解がないと非常にやりにくいという話。行動をコーチしていくということで、その相手の気持ちから自分がこういう風に行動すると、その結果として相手がどういう気持ちをもつかということが非常に読みづらい。一つ一つの場面でこの行動は正しい、だめだということをかかり具体的に教えてあげる。ちゃんとできた行動に関しては、プラスの強化、必ず誉めるということ。その場その場で適切な行動ができたらい。「昨日の休み時間に花子ちゃんと話していた時に、急にいらいらして叫びそうになったところを、鉛筆をぐっとおさえただけで我慢したね。」「先生見てたけどあそこで鉛筆折ったらどうなったかな、叫んでたらどうなったかな。」と言い、できたことを誉める。行動として覚えてもらう。人とのやりとりというのは、フィーリングというかあんまり頭で考えずに自然になされているが、アスペルガーの人たちは、頭の中で今自分がこうしたらどうなるのかなということ、めまぐるしく考えてからでないと行動できない。わかりやすく教えてあげる。場合によったら紙に書いてあげるという必要がでてくる。

3 限局的な興味、こだわりがある。こだわりを全部なくしてしまうとよけいに本人がしんどい。こだわりを保ちつつルールを守る。非常に難しい質問をする子どもがいるが、質問の時間をゼロに

してしまうとなかなか難しいこともあるので、「質問の時間を決めよう」と言って、その時間以外は、「今は質問の時間じゃない」と言って耳を貸さない。こだわりを残しつつルールを守っていけるように指導する。

4 集中力の不足。ADHDの子どもにみられる集中力の不足と言うよりも、こだわりの世界、空想の世界に入りがち。何か課題をしても、別の方に入って行ってしまふ。それが課題にのれない、集中力が不足するという形に入って行ってしまふ。今何をしていくかということ、確かな見通しを立ててあげる。構造化されたプログラム。構造化っていうのはまず課題をしてから、好きな図鑑をみるというようなルールをピシッと決める。ちゃんとできずに先に図鑑をみようとしたら、取り上げられる。そういったものをルールとして作っていく。本人が、自分の世界に入っている時、ある程度の時間はいいが、現実に戻るように、本人が興味をもてるようなゲームを1対1で友達とするとか、現実の世界に戻して他の人とのやりとりをもたせていくというような工夫をする。

5 協調運動が苦手。アスペルガーの子どもに協調を強要しない。本人のペースは守る。違う意味での協調運動では、ルールの中でボール投げをするということが非常に苦手。どうしても参加できない。そういう場合は強要しないほうがいい。

6 学業不振。本人の言葉の理解の部分で弱いところは、ちゃんと理解した上で、伝えていく。「みなさんー」と言われた時点で、誰のことかわからない。「〇〇くん」といわれないと理解できない。しかしクラスの中でそういわれると本人傷つくので、そういった意味で、手の届く範囲の席に座らせて、「みなさん」と言いながら、みなさんには君も入っているんだよという感じで、とんとんと肩をたたいてあげる。何する時間かなというあやふやな言い方をすると、何する時間かなで止まるので、何をすべき時間かをはっきり言ってあげる。記憶の強さを利用して本人が達成できるようなプログラムを組んでいく。そういった中で小学校の低学年の間にいじめに遭ったということも少なくないので、本人の得意なところをみんな、あるいは自分自身が認めていくような工夫が是非必要である。

7 実は傷つきやすい。かんしゃくの予防する方法として、傷つきやすいから普段は努力しているけどうまくいかない、傷つきやすいから、他の人とのやりとりでカーッと叫んでしまふ。正義感が強いので授業中は静かにしないとイケないと思っているところへ、他の子が話していると、「静かにしなさい」と威嚇するように叫ぶ。それで結局は嫌われてしまふ。かんしゃく状態を起こさないように、そんな時にはどういう風に我慢をするか、深呼吸を3回するとか、指を数えるとか、どうしても手が出そうなくらいカーッときた時には、その場を離れて、担任の先生のところに行くなど、具体的に約束をするようにする。このようなかんしゃくの予防法として、約束を紙に書いて本人に渡してあげるとか、傷つきやすいからかんしゃくを起こす、かんしゃくを起こすから、また周りとうまくいかないという悪循環をはずしていく必要がある。

PDF 14 ここからはADHDの医学的な話と、後はペアレントトレーニング、訳すと親訓練ということについて。ADHDのお子さんをもつ家族の方に集まってもらってその対応をグループで練習していくことをリハビリセンターでおこなっている。どういった対応の練習をしているのかという話を詳しく説明していく。その対応の仕方とは、LDの子ども、アスペルガーの子どもの対応にも共通する部分があり、対応の詳しい話はADHDの話の中で。

まず、今なぜADHDなのか。

- 1 その頻度の多さ。ADHDの子どもについては全体の3から5%。日本でもこれぐらいはいるだろうと言われている。
- 2 診断の難しさ。行動の質ではなくて量を見ている。量的に見ているので診断が非常に難しい。
- 3 何で注目されているか。それは医学界でのコンセンサス、ADHDは存在しますよと医学界でもはっきりと認識され出して、診断をきちんと付けて治療の指針を作り初めて丸3年。ADHDのガイドラインの本が、今年中には出る予定になっている。
- 4 教育現場での混乱。学級崩壊、21世紀に向けての特別支援教育との関係で、LDとかPDDの子と同様に、ADHDをもつ子どもへの取組が注目されている。しかしまだ混乱している状況がある。
- 5 マスコミはわかりやすいキーワードとしてADHD、多動児として保護者の不安に注目している。情報が錯綜していて、保護者の養育不安、自分のせいじゃないか、相談・受診があふれている。今は、時期的には、正しいADHDの理解を進めていって、現場での具体的な対応の実践、ADHDの定義がどうであるかではなくて、あやまりの部分は捨てて、芯の部分だけを押しえて、具体的に現場ではどう対応していけばいいのか、繰り返して、その実践の中からさらに分かりやすい対応を進めるという時期にある。

PDF15 医学界でADHDが注目されている理由として、

- 1 相談件数の増加。1996、7年から出版物が出て、1998年くらいからテレビでよく報道され、ADHDの受診予約は、小児科、児童精神科でも3ヶ月から半年待ち、1年近く、ひどいところでは3年待ちというところも出ている。
- 2 国際診断基準(DSM-協)は、94年に出た。一番最初、ADHDがADDとして国際診断基準に上がったのはDSM-監ですが、実際世界的にありますよといわれたのが、1980年のDSM-企の中で、ADHDの話が出てきて、現在は94年のDSM-協を使っている。日本では、精神科ではそれを使いましょうということが浸透してきている。
- 3 生物学的な研究の積み重ね、研究をしていくと、医者の本分としては治療だけではなくて、病態を研究していってより精度のよい治療をしていくということ。それを研究を各機関でやっていくといくつかの所見が出てきて、研究が重要であるというコンセンサスになってきている。
- 4 正しい見立てと適切な治療が予後を左右する。早く診断、遅くなっても正しく診断して、本人にあった治療をしていく。
- 5 50歳以上のADHDはいないといわれてきたが、大人になっても残るということが最近になって分かってきた。大人になると、ないという考えではどういうことになるかということ、ほっとくことになる。それは困るので、児童青年精神医学会では認められていることなので、症状が残るのでできるだけ早いうちから対応が必要である。
- 6 ガイドラインが作成されて、3年で区切りがついてもうすぐ出版、また新たに3年がスタート、具体的な実践がスタートした。

PDF16 教育界でADHDが注目されている理由。私は教育界にいるわけではないので、あくまで想像だが、

1 学級崩壊。キレルことへの関連付け。1990年代ごろより子どもが騒いで授業ができない。松浦のデータでは、学級経営が困難だと感じている教師は中学7割、小学校3割。キレル子、カッとなって反抗する子、中学5割、小学校4割。文部省かどこかの研究所のデータかは分からないが今朝の新聞に、キレル子の76%は親の責任、10数%は学校の責任という不思議な記事がのっていたが、キレル子という言葉が一人歩きしていて、その子に対する教育現場、家庭での支援が注目されていると思う。

2 特殊教育では、知的、情緒という形で、障害児学級で障害の程度に応じて場を規定して、教育をされていた。昨年出された「21世紀の特殊教育の在り方」では、個々のニーズにあわせた教育に変わりつつある。そういった中で軽度発達障害の中でも頻度の多い、そして周りにも影響のあるADHDの子が注目されてくる。

PDF17 親がADHDをもつ子どもにふりまわされている理由として、いろいろな保護者から聞いた話では、

- 1 可愛らしいけど憎らしい。可愛らしいのに、なんでこんなことするのという感じ。
- 2 できるのに頑張らない。
- 3 なぜ同じ失敗ばかりしてしまうのか。
- 4 この子が悪いのか、やる気がないのか、あるいは障害なのか個性なのかで迷う。
- 5 私の育て方が悪かった。
- 6 ADHDと考えると納得できる。ただ診断機関、治療機関も少ない中で、ADHDということで納得はできるが、その次どのようにしたらいいのか。本人を理解して、本人を応援していくすが分からない。

PDF18 診断基準として、ADHDは注意欠陥/多動性障害 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)、それは、ABCDEすべてを満たす場合をADHDと診断する。

A、6つ以上の不注意または衝動性、多動性の症状が、発達水準にふさわしくない程度に不適応的に6ヶ月以上続く。これは発達水準ということのみでみる。10歳の子で知能指数が70位であれば、7歳ととらえて、その子の不注意等の症状が顕著であるという場合のみ診断される。知的障害をもった子どもとADHDの合併は比較的医学的な診断が付くことが少ない。

B、これらの症状のいくつかは、7歳未満に存在し障害を引き起こしている。小学校入る以前から出ている。思春期になってから不注意とかが出てくるとか、初老期になって出てくるとかというのは違う。病気をまず考えて見る必要がある。私のところにこられた最高年齢は、67、8歳の女性の方が、自分がADHDではないかということでこられて、ここ数年不注意とか、怒りっぽいとか、痴呆ではないが、ちょっとうつ気味になられていた。7歳未満からみられているというのが大切なキーワード。ただ不注意だけの場合は、小さい頃目立たなかったということが多いため、大人の方

で、「片づけられない女たち」という本を見て相談にこられる、小さい頃は成績もよく、頑張っているのに、主婦とか、社会に出てから、壁に当たってという方が多い。

C、これらの症状による障害が、2つ以上の状況（例えば学校/仕事と家庭）において存在する場合診断する。ここで注意すべきは、小学校高学年くらいになると、学校では我慢しているけれど、家に帰ってから落ち着きがなくなったり、衝動的になったりする。「学校では何もないです、家庭の問題じゃないですか」のようなことがあるが、本人は学校でしんどさを我慢していることがある。家庭で気持ちがゆるんだとき症状が出てきてしまう。ある程度衝動や多動が我慢できる小学5、6年くらいになると、この2つ以上というのに差が出てくる。その場合にどちらの対応が悪いということではなくて、全体的に本人の特性とか学校での状況、友達との関係、勉強の苦手意識、あるいは家庭での状況、両親、兄弟とか全体的に状況を把握した上で、改善の方法を相談していく。

D、社会的、学業的または職業的機能において、臨床的に著しい障害が存在する。

E、冒頭の図（PDF 2）で説明したように、広汎性発達障害でうまく説明されない。どちらか迷う場合は、広汎性発達障害が優先されるということになる。

PDF 19 ADHD-RS（レイティングスケールの資料を見ていただくと、この人数でページをめくる音すごい。ADHDの子どもは、クラスの2、3人のこのページをめくる音に気が散ってしまう。これだけめくる音がすると話が聞けない。）とは、DSM-Ⅳを分かりやすく作り直したもの。東海大の児童精神科の山崎教授が翻訳されて、非常にたくさんのADHD、一般の子どもにためして使えるであろうと言われている。これをいたずらにチェックして、たくさん目立てばADHD、ということは決して正しくはない。チェックとして、可能性があるかどうか、問題点があるかどうかで形では、学校家庭でこういったものをチェックするということは、非常に有用である。このレイティングスケールにのっている項目が、こちらDSM-Ⅳということになっている。

不注意の項目、ケアレスミスを繰り返す、注意持続が困難である、気が散りやすい、聞いてないようにみえる。自分の都合のいいことにはパパッと反応したりする。テレビを見ているとき、「宿題をきなさい」といわれる、何か「取ってきて」というと本当に聞こえないのかというくらい反応しない。でも「おやつ何にしようかな」というと「〇〇」と答える。「なんだ、聞こえてるじゃない。」ものをなくす、忘れっぽい。課題が遂行できない。知的な遅れやアスペルガーのように指示が理解できないのではなくて、指示は理解できている。反抗してやらないのでもない。途中で、気がそれて遂行できない。順序立てるのが非常に苦手。これは大人になっても続くことが多い。持続的な努力を避ける。留学中にADHDの学校も見に行ってきたが、カリフォルニア各学校で、ADHDに対する取組をしていて、それでもしんどくなって専門的な学校に回って来た子どもたちがいる。ここでは罰則として何度も同じ単語を繰り返して書くという宿題をさせていた。ADHDの子が漢字をノートの見開き全部に書いていけというのは、罰則に近いしんどさがある。でもやらなければならない時はやらなければならないが。持続的な努力のいることは、非常に苦手である。

多動性の項目として、移動性多動、これは席を離れていく。本人にとっては理由がある。〇〇君は、教科書を知らないおじさんに見せてあげたかったという理由で席を立った。本人の中では教室を動く時には、飽きてきたっていうだけではなくて、先生の話聞いていて、前の子がポトッと鉛筆を落とした。そういった音にも過敏に反応し、落ちた鉛筆を拾ってあげるということで立つ。先生は

「うろうろするな」ということで怒ることもあり得る。静坐性多動、座っていながらがさがさしている。頭の中の多動。これはレイティングスケールにはないが、脳味噌がごそごそ動き回るといわれる方もいる。非常におしゃべりで、陽気。騒々しい感じ。駆り立てられるような感じ。ゼンマイが巻かれるように行動する。衝動性の項目は、質問が出る前に行動する、他人を妨害したり、じゃましたりする。これは集団生活を送る上で、大変なことばかり。小学校に入った時点でADHDの子どもの難しさがクローズアップされやすいことになる。

PDF 2 0 DSMの弱点。1 行動を量的に診断している。レイティングスケールのところにもない、しばしば、非常にしばしばという表現が使われている。非常に、しばしばというのは毎日、何度も、いろんな環境で本人とか家族、周りのものの生活のQOLを乱すものという定義はあるが、非常にあいまいである。

- 2 鑑別診断との境界も非常にわかりづらい。とくに軽い知的障害、一番難しいのはPDD。
- 3 症状の程度を明確に示す指標がない。
- 4 年齢別の基準がない。
- 5 多動を伴わないタイプも存在するが、見落とされがちである。
- 6 注意集中の「持続」が困難なのであって、「欠陥」ではない。
- 7 衝動性は、キレルという言葉と混同されて、暴力的、攻撃的と勘違いされやすいが、おっちょこちょいが激しい感じである。

PDF 2 1 経過と予後。

- 1 成長に伴い多動はおさまりやすい。
- 2 セルフエスティームが低下したり、学習面の障害がみられる、対人関係の問題がみられる、行為障害などが合併してみられる。
- 3 成人期に障害を残すものが、20から30%いるのではないか。
- 4 周りに影響されない独特の発想力で研究職などでリーダーシップを発揮されて、活躍されている方も少なくない。
- 5 刑務所に入っている人の多くは、LD/ADHDだという報告が時々あるが、正しいデータ、きちんと診断された子どもが五年後、十年後にどうなっていたかというふうに見ていったということはない。犯罪を起こした人の生育歴を追うと、いろいろ落ち着かない部分が小さい時からあったというふうにされて、診断基準に当てはめて、実際は違っているのに、ADHDと診断されているということになっているのが7から8割あると思われる。ADHDだから犯罪を犯しやすいということは全くの間違いである。

PDF 2 2 ADHDの原因。前頭前部、脳の前の方で、血流、糖の代謝の低下があるといわれている。その治療薬リタリンで、実際回復するというのが、画像で見られる。リタリンの働きっていうのが、ドーパミンを増やすっていうことなので、前頭部でのドーパミンの不足っていうのが、疑

われている。実行機能障害というのは、何か課題が与えられた時に、効果的にやり遂げられるような能力である。モチベーション、動機付けがあつて、計画を立てて目的に向けてやっていく間、ワーキングメモリーといって、その課題を記憶にとどめといてちゃんとする。大人の方でもこれは弱くて、片付けられない、それが一つの課題。例えば台所をきれいにしようとして、台所に行って何かやり始めたとき、何かむこうの方の書斎がちょっと気になる。そこに本が出ているから、片付けに行こうとすると、アルバムが目に入ってしまう。それをちらちら読んでしまうとよけいに散らかってしまう。その間自分がやっていかなければならないという記憶もないし、計画立ても弱い。これが実行機能の弱さである。

2 ERP これが先ほどでてきた〇〇君にいろいろな音を気かせて反応をみる。ADHDの子どもに出てくるのは反応の弱さ。脳波の振れがこれくらい出てほしいのが、ちょっとしか出ない。あるいは大人の方でも出てくる。それは何を意味するかというと、注意を調節する機能や衝動コントロールの弱さを意味するといわれている。ADHDを持っている子どもが先生の話の聞いている時に、先生以外の人の話声、運動場のいろいろな音が聞こえてくる。本来小学校2、3年くらいになるといらない音には反応しない。しかしADHDをもつ子どもは、無差別にいろいろな音に反応してしまうものだから、たとえば教室で授業を聞いている、大阪の地下鉄で授業を聞いているような雑音を本人は感じている。

3 遺伝的な要因として、一部ドーパミンのレセプター、トランスポーターに異常のある家系というのはあるが、基本的には多因子的要因、傾向として伝わるというレベル。

PDF 2 3 ADHDの診断の仕方は、2ヶ所以上の証明があるので、2ヶ所以上の行動評価、ADHDレイティングスケールは、家と学校と両方で見ると。7歳未満ということなので、生育歴、発達歴。アレルギーの影響っていうのも落ち着きのなさに出てくるので、チェックをして心理検査で、注意集中、記憶とか、耳からの入り方をどんなバランスで強い、弱いがあるのか、検査の態度も確認する。事象関連電位など生理学的な検査もできればする。診断場面での一発診断は無理。

PDF 2 4 何歳から診断できるか。5歳まではなかなか診断がしにくい。しかし診断とまではいかななくても、疑いということで療育の場に入れていくということで、親に対しては、障害というかADHDの傾向があつて育て方が難しいことを認識してもらって援助していく。理解していくことで親子関係の改善を図る。本人にはセルフエスティーム、自尊心をはぐくんでいく。集団に慣れるのが弱いことを周りが意識して、早い目から取り組んで、本人が入りやすいように配慮して、小学校側に橋渡しをしていく。5歳ぐらいに何らかのチェックができて、傾向がみられたらいいのではないかとということで小児科、医療機関らの強い意見として出てきている。ただし早期に診断した時には、診断変更が出てくる場合がある。小学校2、3年生頃になると、理解の弱さ、軽度の知的障害じゃないか、4、5年くらいになると対人関係が主になるとアスペルガーではないか。ADHDと診断を同時にするのは、アスペルガーはだめといわれているが診断変更は可能。

## PDF 2 5 鑑別すべき他の障害としては、

- 1 今言ったような高機能自閉、アスペルガー。アスペルガーの子どもは妙なイントネーション、学者風の話し方。集団で遊んでいる時にぼろが出やすいADHDと違って、アスペルガーは一人で遊んでいても壁で遊んだりとか、車輪だけで遊んだり、妙な遊びをしたり、興味の偏りが著しい。
- 2 軽度知的障害の子どもは、発達年齢で考えて欲しい。
- 3 うつ病、躁うつ病で、不注意、多動というのがあるが、これは7歳以前に出るといことがない病気なので、発達の経過をみて、15歳くらいで落ち着きのなさが出たということであれば、こちらを疑う。
- 4 通常の発達段階での多動児。リハビリセンターでの診断でも、悪い時期は半年待ちなので、3歳の時期に予約をして、来たときにはもう「落ち着いています」と先生に言われたというケースがよく聞かれる。
- 5 操作的な逸脱行動を示す多動児というのがあるが、学級崩壊なんかで、状況をみて、周りを扇動するっていう計画性は、ADHDの子どもは非常に弱いので、扇動されてワッと動いてしまうということはあると思うが、周りを扇動するタイプはまずない。これは大切かなということで、虐待、ネグレクトで落ち着きのなさや衝動性が出るということがある。非常に注意して鑑別しないとイケないし、こちらもしっかりと対応しなければと思う。

## PDF 2 6 合併しやすい他の障害。

- 1 LD
- 2 反抗挑戦性障害というのは、非常に反抗的、友達にはまだいいが、親や教師に反抗的。脳の本人の特性が原因であると言われている。
- 3 行為障害。万引き、火を付ける、ペットをいじめる、犯罪行為を起こしやすい行為障害は、反社会性人格障害に移行しやすい。ADHDにもこれらの障害が出ることもあるが、反社会性人格障害を持っている人が、ADHDであるとは言い切れない。
- 4 中学くらいから不登校、家庭内暴力も注意が必要。
- 5 うつ状態が二次的に出てくる。いらいらして怒りっぽくなる、おなかが痛くなるような状態で、うつ状態になることに注意が必要。不安が強くなって子ども返りをしたり、強迫性、こだわりが強くなったりという障害が出たりする。目をパチパチというような、チックも合併しやすい状態である。おねしょも脳の未熟性と関連しているので、ADHDの子に合併しやすいということも知られている。

PDF 2 7 治療とは、診断をして、その子のいろんな特性をや状況を理解して、どうやって対応していくか、戦略を立てるための診断。その後、薬物療法、行動療法、家族支援、教育への介入という話になってくる。

○休憩 対応テスト (PDF 3 9～4 2) 付けておく。

PDF 28 治療上、薬が効きやすいということが、医者に関わっている大きな理由であって、リタリンというドーパミンを増やす薬は、7割以上の方に有効。ただ効き目が短い。副作用として、飲む量で調節はできるのが、吐き気、給食が食べられない、飲む時間が遅くなると不眠、チックが出るということがある。

衝動性、こだわりとかで、ガチッと分けられる訳ではないが、他のセレネースという精神安定剤、てんかんの方に使っているテグレトールという薬を使っていることもある。こだわり、うつに効く薬を使うこともある。多動とチックでは、リタリンを使うとチックが悪くなるので、カタプレス、これは血圧を下げる薬だが、これもよく効く。こういった薬を使うということは、周りが本人をコントロールしやすくするというスタンスで出すのではなくて、本人の生活にとって何がプラスで、マイナスの部分が多い時に薬を使っていく。

PDF 29 行動療法。飴と鞭といわれるが、そうではなくて、適応行動を積み重ねていくことで、結果として適応行動を増やし不適応行動を減らすということが行動療法であって、子ども自身に、SST、ソーシャルスキルトレーニングをYMCAでもしているようだし、LDの子どもに対しては、こちらの教育研究所の土曜会で活発に活動されている。ここでされていることは、社会生活上のスキル、対人関係を中心にトレーニングしていく。身の回りのことはできるようになるので、状況を認知して、どう判断して、どう行動するのかということが必要。例えばドッチボールの壁。ルール遊びの壁があって、小学校4、5年生くらいになってもADHDの子は、昼休みに他の子がドッチボールをしてるとそこに入りたければ例えば3対3で盛り上がっていても、急に入ってボールを持って、好きなように投げる。周りがしらけてすぐ終わっても、気付かない。「自己チュー」と言われ、仲間に入りにくくなる。これも実行機能、判断の弱さが非常に影響していて、本来4、5年生の子どもであればしばらく応援してから、「入っていいか」と声をかけるとか、もう一人どこから連れてきて交代でするとか、そういう作戦を立てるが、実行機能の弱さからそれができない。ただわがままではなくて、その実行機能に関しては2、3年遅れている。もし1年生の子が、4年生のお兄ちゃんのところに入ってそういうことをしたとしても、怒られないと思う。ところがADHDの子は見かけは一緒、できることもあるのにわがままなことをすると思われがち。だからこのようなことをSSTでトレーニングしていくことが有用。基本ルールを教える、順番を守る、分け合う。これはアメリカ留学中にADHDがもともとベースにあって、入院に至るようなケースがあった場合、何が彼らに欠けているのかなと向こうの治療者と話をしたときに、このあたりが小さい時から弱かったということが出たことがある。

衝動コントロールをしていくために、言葉がうまく出せないことも悪循環になっているので、言葉で表現する練習をするとか、とりあえずその場を離れるという練習をする。二次障害を防いでいくために、セルフエスティーム、友人関係を築いていくことが大切だということは、医学的にも証明されている。

PDF 30 奈良医大で始まり、リハビリセンターでも引き継いでいる家族教室というのがあるが、目的は、ADHDを持つ行動特徴を理解し、行動療法に基づく効果的な対応法を習って、練習して

身に付ける。それによって子どもの適応行動を増やしたり、親子関係をよくしようということ。方法は1グループ6人ぐらいで、半年間、全10回。毎回テーマを決めて学習、話し合い、練習。宿題、自宅でも練習してもらう。

PDF 3 1 親訓練の全体の前半部分。最初は、家族心理教育。次に行動を観察して、よい行動に注目できるようにして、親子タイムでよいところ探しをする。

PDF 3 2 プログラムの入り方は、1 親のせいではない、子どものせいでもない。先生のせいでもない。脳の機能障害が元にあるんだということを確認しあう。

2 周囲の対応によって本人の経過が大きく変わる。その対応は非常に難しいので、半年間かけてやっっていこうということ。

3 スタートのときは親子関係の悪循環におちいつている。悪いことをして怒られる、叱られる。その悪循環を起こしている。そうなっていることをまず認めること。でも何かよいところを見つけていこうというところで、行動の客観的観察とよい注目をスタートする。半年間同じメンバーですから、お互いに話を聞いたり、励ましあったり、アドバイスするというので、グループの自助的なサポート機能も育てていく。

PDF 3 3 行動の観察。「突然行動するんです」、「いつもこうなんです」といわれるが、行動には必ず理由がある。行動の前には状況やきっかけがあつて、行動への対応があつて、行動が形作られていく。例えばファミリーレストランでオーダーすると、オーダーしたものがなかなかこない。それが行動の前の状況。それに大声を出して怒ってしまうのが行動。それに困ったので、対応としておもちゃを買ってあげるというパターンがあつたりする。ADHDの子の行動はなかなか変えにくい。その場合は前後の状況を変えていく。なかなかオーダーがこないという時のためにお絵かきセットや本人のおもちゃを持っていっておく。最初のうちは、あんまり時間のかからない店に連れて行く。対応としては、前もって「大声出したら帰っちゃうよ」、「おもちゃは買わないよ」と言っておく。本人が暴れ得にならにように。都合が悪いと大声を出して、「おもちゃを買え」ということになるかもしれないが、自然に身に付いてくるのが子どもなので、前のようなことにならないように、一貫してやっっていく。このように行動だけにとらわれずに、前の状況はどうだったか、結局どうだったかを記録してみる。それを繰り返していくことで、行動を客観的に見ていく。

PDF 3 4 行動を3つに分ける。好ましい行動は増やして、好ましくない行動は減らす。問題行動は止める。増やしたい行動の方から見る。いい行動が出たときには、よい注目をして具体的に誉める。

PDF 3 5 誉める練習をするために、親子タイムを設ける。短い時間で無理のない範囲内で設定して、

1 親は口出しせずに子どもと関わる。

2 子どもは自分の好きなことをする。ただテレビゲーム以外の、やりとりが必要なことを一緒にやろうと問いかけて、子どもに選ばせる。親は口出ししないようにする。普段の時間の中で、これだけはやらさなければという、追われているようなことが非常にADHDの子どもの家庭では多い。この親子タイムの時間は、口出ししない自由な時間。あるいは上手に遊んでいることを誉める。すると親も楽しめていくし、子どもは同世代の子どもと遊ぶのが苦手だから、意外にのってきて楽しめたりする。そういったことを理解していくことで、親は注意の向け方が上達、具体的にはパッとその場で誉める。上手に誉める習慣が出来やすくなる。子どもの方はいい注目を受けることが多い。親子の悪循環から脱してくる。

PDF 3 6 プログラム前半のポイントとして、誉める練習、親子タイムを利用することで、最初3ヶ月くらいでいい注目が出来るようになったか、誉める習慣が付いたか、親子関係はよい注目から、さらにながらぶるところにきているか、親子とも楽しめているか。話しやすい雰囲気にはなっているか、ということを確認した上で、後半テクニック編へ入る。

PDF 3 7 後半は従いやすい指示の出し方、ADHDの子の気の散りやすさがあるから、先ほどのテレビを見ている子に指示を出す場合は、面倒くさくても台所の手を止めて、目を見て声をかける。シンプルに、「宿題を早くしなさい」というよりも、まず「連絡帳を取ってきなさい」とか、まず一つできることから声をかけていく。3つの行動の誉める、無視する、すぐ止めるとタイムアウト。そのタイムアウトが非常に難しいのでトークンという1日の間で朝の支度を何時までするか、学校から帰ったら宿題をするとか、やらせたい課題をいくつか選んで、それが出来た場合はシールをはり、それがたまったらご褒美をという形で、本人にやるべき行動とか、これをしたらいけないよということをトークン表に張り出すことで、やったらだめな行動を示す。やれる行動が増えてきたことを表で見せて、ご褒美をもらえるということもしている。

PDF 3 8 この無視というのが非常に難しい。虐待のネグレクトとは全く違う。注目をしないということ。ほっとかれるとわざと気を引きたがって悪いことをするということに対して、一時その行動に注目しないということ。親子タイムで親御さんが上手にしたなということを紹介したい。ある男の子がゲームボーイのソフトをなくした。小さいのでよくなるのですが、あちらこちらをひっくり返していた。泣き叫んで。お母さんはもうあきらめていったん片付けなさいって言った。無視していたのではなくて、物陰から音をちゃんと聞いていた。10分間くらい本人がワーッとになっていた時は無視していて、片付け出したとたん誉めた。最初にワーッとになっている時にお母さんが怒っても、パニックになる。誉めるということを手を使った例。よけいな注目をしない、なおかつ間髪入れず誉めるというのが無視のテクニック。タイムアウトというか、行動を止める方法と

しては、ともかく、「今度妹をたたいたら、5分間向こうの部屋で正座だよ」とか、「後二回こんな悪いことをしたら、ゲームは取り上げだよ」というような、警告を出しておく。サッカーでもいきなりレッドを出したら怒る。まずイエローを出す。警告を出しておいて、よくない行動に指示を出しておく。警告を出したのに守れないということになると、タイムアウトの時確かに抵抗はするが、本人納得もするし、悪い行動が理解できる。有無を言わず、いきなりタイムアウトではなくて、「今度したらどういう罰がある」という警告をした上で、タイムアウト。注意すべきは、終了したら水に流す、本人がシュンとしていたら日本のお母さんは優しいので、よしよしとしてしまうが、それも我慢してもらおう。だめなことをしたらよしよしが残っちゃうということがある。さらっと別の方に切り返すことが必要。3つの行動をタイプに分けて対応していくことは、ADHDに限らず、アスペルガーの子どもにも使えるかなと思うが、ADHDの子はのりやすいということが言える。

PDF 3 9 対応テスト Q 1 c

PDF 4 0 Q 2 c

PDF 4 1 Q 3 d

PDF 4 2 Q 4 d

ただしこれらの回答が一つだけが正答というわけではなく、あくまでも親訓練教室流にすればこの答えになるということ。

PDF 4 3 親訓練の効果。子どもへの効果は、小学校低学年ほど改善しやすい。高学年になって、多動、不注意はあまり変わらなくても、やり遂げる、本人の達成感が増してくる。対応のスキルが上達する。誉められることで、自信ややる気が出てきたということが推測される。子どもの情緒面はさまざまだが、いじめられても「やめて」と言える、手をだすより、言葉で言えるという結果がでている。実際参加された親御さんへの効果というところ、ADHDのお子さんへの理解、受容、対応の自信ということは全員非常にアップしている。自分一人で抱え込まずに、周囲の理解と援助を求める。結局は子どもの部分を理解することで、自分で抱え込まないという姿勢が出てくる。

PDF 4 4 この訓練効果を持続させるために何が必要か。1年後の結果を見ていくと、ADHDの子を理解し、誉める習慣があると親子関係の安定は持続しやすい。二次障害を防ぐということになる。親がいろんな対応の技術を高めることで、困難な場面でも、何とかなるという自信がもてる。子どものセルフエスティームは重要。ただ子どもの行動や、気分の波は非常に変化する。そうなると

家庭だけではなくて、学校でも先ほどの3つの行動に対する対応、特に誉めるということ、高学年になるとできて当たり前という感覚で、低学年に比べてあまり誉めなくなるが、本人の耳元で誉める。6年生のADHDの子で、みんなができることを誉めても本人嫌がるので、周囲に分らないようにちゃんとできているねと誉めてあげる。学校でADHDを持っている子どもの理解と対応を家庭での親訓練にのっとったもの同じようにすることは、親訓練の効果持続の鍵だと言われている。

PDF 4 5 セルフエスティームとは、自尊心とか訳される。自分を大切に、自分を傷つけない。できないというのではなく、失敗してもまたチャレンジしていく、自分の得意なところ、苦手なところを認めていく。これがうまく育っていかないと、行為障害のようなものが出てくる。アメリカの話では、セルフエスティームの高い子どもは、非常に社会適応がいい。3番のセルフエスティームを高めて、意識して、学童期に変化を持たせることで、将来の精神不安定、適応障害の発症や再発予防に有効であるといわれ、全クラスでセルフエスティームに対応しているという地域もある。このあたりが二次障害への対応なので、ADHDを持っている子どもに対して、これは大きなキーワードである。

PDF 4 6 実際どういった取組をされているのかを紹介すると、教育にセルフエスティームを組み込む。少人数クラス。SST。ハイリスク児を5歳児でチェックする。家族の親訓練のようなプログラムの参加。プログラムが学校で家族でできていけないか。本人の達成感とか、親子のポジティブなやりとりを家庭と学校とで連携しあって高めていく。

PDF 4 7 学校への提言は医者立場からはできないが、アメリカではこうなっているという紹介をしたい。

PDF 4 8 1 セルフエスティームを育む。自己評価が低いので、短所を責めずに、長所を大切にす

る。  
2 悪い注目を浴びてしまう。悪い自己イメージを付けない。幼児期から思春期でも同様。早くきちんとみんなと同じようにということを日本では要求されがちだが、differentとwrongはイコールではない。しかし日本ではみんなと違うことは悪いとされがち、「みんなと違っていい」と教えてあげないと、ADHDの子は長所が見えてこない。できてあたりまえ、怠けているととらえずに、脳の発達未熟性からできないと理解してあげる。

PDF 4 9 行動を客観的に観察する。セルフエスティームとともに平行してやることは、衝動性のコントロール。幼児期、小学生の時期から必要で、先ほどのレストランのおもちゃのような暴れ得は

だめで、本人に選ばせて、本人に決めさせて、もし守れなかったら本人の責任にする。自己決定、自己責任。行動に見通し。例えば、リハビリセンターの診察室にはおもちゃが置いてある。診察後、お母さんと話しているとき、本人のってきているのに「はい診察終わり」というといけない。「あと5分くらいで終わるよ」という声をあらかじめかけておく。アナウンスしていくとだいぶ違う。「だめ」でなく「ーしよう」、「ーしないとーできない」ではなく「ーしたらーできる」という問いかけが必要。

PDF 5 0 社会性を育んでいく。これは遊びは発達段階があって、4歳半くらいから集団でルールをもって遊ぶ様になる。このあたりで1番になりたがる、折り合いを付けられないというのが問題となってくる。4歳半から5歳はもめて当たり前。これが小学校になっても残ると周りともうまくいかない。もうこの段階になった時点から本人にルールを覚えさせていく必要がある。言葉が出にくく、身体が先に出るので、言葉で言えなくなる。何か行動してしまっても、失敗をしても本人が落ちついてから、言葉で出させる。要求や拒否を手で払いのけるのではなく、ジェスチャーや言葉で出せるように。その日あったことを順序立ててしゃべることが非常に苦手。低学年のころから、遠足などの話を、他のお母さんからの情報や、ノートを見て、ヒントを与えながら、話させていくことが大切。社会性とは「生きる力」。10年先を見通して、自己決定、自己責任を促す。

PDF 5 1 ADHDの部分を受け入れ対策を立てる。脳の特徴として、判断より反応が先に出る。(衝動性)結果を一方向的に叱らず、対処法を教える。

2 まず注意を引いてから、簡潔に指示を出す。「ーしてくれない」というと、嫌と言われるだけ。それを「片づけて来なさい」とかをきっぱり言う。

3 注意の持続が困難。やるべきことを忘れてしまうので、興味を持たせる、スモールステップで達成感を持たせる。できて当たり前でなくて、忘れずにほめる。

4 パニック。身体を制止して、クールダウン。落ち着いて来たら、落ち着いて来たねと応援してあげてコントロールできるような練習。さっきのゲームソフトのような場合は、無視してから誉める。

PDF 5 2 家族サポートが非常に大切かなと医者立場で思う。

1 親訓練でのことは、ADHDだけではなく、軽度な障害を持った子どもを持った親に共通するが、親のせいでも、子どものせいでもない。子どもの脳の成熟のアンバランスであるととらえる。

2 やはり子供の苦手な部分を受け入れられるように援助する。

3 親自身の養育の不安が強いので自信を低下させない。

4 親子関係の安定化が長い目で見て適応行動、不適応行動に影響を与える。

5 相談できるネットワークづくり。

PDF 5 3 ネットワーク。これはえじそんくらすの本の組織表を使わせてもらっているが、ここにはのっていないが、家庭と教育との連携がキーになるかと思う。このような形で専門分野が責任分担して、お互いに関わっていくことが大切。学校連絡表。行動連絡シート。1週間分。長期目標、今年度、今学期の目標を書いて、その間に1週間ごとの目標をチェックしていく。先生の話をちゃんと聞いた。それが目標行動。昼休みの後どうだったか。お友達と仲良くする。本人とのできそうな約束を目標行動を書いておいて、2-3週間ごと先生と連絡を取る。そうすることで本人の様子がよくわかる。何よりも午前中、昼休み、午後とすることでリタリンの効果の判定にもなる。こういったものを活用していただければ。しかし子どもには絶対見せない。評価されていることがわかれると非常にいやがるので。

PDF 5 4 ADHD、LD、高機能、広汎性発達障害を持つ子どもとのつきあい方。太郎君はイコールADHDではなくて、一部分。ADHDという言葉が一人歩きすると、個々の本人の何が困っていて、何がよいところかが見えない。それに気を付ける。今日のテーマは障害児教育部で付けていただいたが、子どものペースを理解する、それは様々な障害の認知の特性を認めつつ、弱い部分を放っておいたら何とかなるであろうではなくて、しっかりコーチする。ペースと同様にここには書いていないが、スペースも作ってあげる必要がある。居場所、家庭とか学校で居場所がないと、非常にセルフエスティームに関わってくるので、認めてもらえる場を作る。

3 セルフエスティームを大切に。

4 えじそんくらす(奈良はポップコーンという親の会)でいつも言っていること。「障害は理解と支援で個性になる。」

5 そのためにはよいところ探しから。笑顔を引き出す。子どもの本来の笑顔を引き出すのが、子どもの精神科に関わる自分の仕事であると思うし、子どもの心に関わる専門家の役割。最後は子どもの可能性を信じて、子供本来の笑顔を導き出すようにしていく。今日の話にでてきたADHDを中心とする軽度発達障害の子どもたちへの集団の中で個別な配慮をしていくというのは難しいけれども、家庭と教育、ADHDには医療も連携させてもらって、本人に配慮していく。しかしこれはどんな子どもにも通用すること、本人にわかりやすく指示する、セルフエスティームを高めていくというのはすべての子どもに通じることで、ベテランの先生では私はやっていることと言われるかもしれないが、普段の取組の基本という形で話を終えさせていただきたい。ありがとうございました。