

サイコロジストの意見や指導計画ものせられ、膨大な量である。このIEPの書類をもとに、両親と、生徒にとって必要な支援や教育サービスを話し合うミーティングがあり、それにTEACCHのスタッフが参加することもある。小学校から中学校、中学校から高等学校への進学の際には、現在通っている学校と進学先の学校が共同でIEPミーティングを行い、情報を共有するという工夫がされており、IEPなどのすべての資料は、進学先に引き継がれる。高等学校卒業後の移行計画は、更に綿密に行われる。例えば、卒業後の進路にしても、大学などへの進学・一般雇用・障害者雇用・職業訓練などの選択があり、それぞれの場への移行支援が必要となる。また、高等学校卒業後、自立して暮らすことの多い米国では、グループホームに住むのか、アパートで自立生活を送るのかといった選択も必要となり、それに伴う地域活動についての支援も必要となる。こうした学校から職場や地域社会への移行をスムーズにするための橋渡しでも、TEACCHは大きな役割を果たしている。移行のためのコンサルテーションも時間をとって行われ、大学関係者や職場・グループホームの関係者とTEACCHのスタッフがコンサルテーションをすることも多い。例えば、障害者雇用にしても、特性によりあった職場選びへの提案やジョブ・コーチとの連絡、実際の職場管理者への連絡、また、職場に直接でかけ何回か職場の様子を観察し、職場での構造化を提案するなど多くの時間を割いている。大学であれば、学生支援担当やカウンセラーに学生の特性を伝えて、単位履修や授業上の支援を要請するなどである。離職時の支援なども関係機関とTEACCHの間で調整が行われることが多く、生涯にわたる支援が実現している。

まとめ：巡回相談の課題

TEACCHは、自閉症スペクトラムに特化したシステムであり、日本にそのままのシステムを導入することは難しいかもしれない。しかし、日本

においてもよりよい巡回相談、支援を行うためには、同時的支援と継時的支援を可能にする地域のセンター的組織が必要だと考える。

巡回相談の課題をまとめてみると、①客観的アセスメントに基づく教育評価がされていない、②発達障害に適したアセスメントが少ない、③時間軸にそった発達のライフステージに合った支援システムがない、の3点が挙げられる。①については、教育現場で客観的なアセスメントを行い、それに基づいて教育的評価や教育支援計画を立てるなどの動きがすでに始まっている、②については、現在、アセスメントについては、自閉症特性を調べるものとして、PARS (Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale；広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度) という日本独自のツールも開発されている。また、同時に、自閉症の評価ツールとして欧米ではゴールドスタンダードといわれるAutism Diagnostic Observation Schedule Genetic (自閉症診断観察スケジュール；ADOS-G) とAutism Diagnostic Interview-Reversed (自閉症診断面接；ADI-R)、対人関係の状態を測定できるSocial Responsiveness Scale (対人応答性尺度；SRS)、生活上の困難度を測定できるVineland Adaptive Behavior Scale-Second Edition (Vineland適応行動尺度) などの欧米のツールについても翻訳や日本における標準化が急速に進んでいる。TEACCHのところで紹介したTTAPの翻訳版も、まもなく出版される予定である。このように、多くのアセスメントが教育支援に役立てられる日も遠くないだろう。

以上のような、同時的支援は、現状ではアセスメントが限られている面はあるものの、教員の専門性の向上、校内の連携、センター的機能を持つ特別支援学校の存在、巡回相談、関係機関の連携などにより実現しつつあるが、地域に根ざしライフステージに沿った生涯にわたる継時的支援システムは、これから構想を立てていく段階であると

考えられる。診断やアセスメントが行え、その情報を継時的に蓄積し、それを基に、生活する地域の学校や職場などに巡回相談という形で支援ができる機能をもつ機関が、日本にもできることが望まれる。こうした機関としては、地域の基幹的な医療機関、療育機関、発達障害者支援センターなどがその役割を果たせる可能性がある。筆者が留学中、TEACCHのスタッフは、よく“bridge（橋渡し）”という言葉を使っていた。それは、同時的な他機関との橋渡しであり、継時的な学校間、学校と職場間といった橋渡しの両方向を志向していた。そのような機能を持ち、そして、日本に適合した地域モデルが1日も早く構築され、それが、日本全国で広がることを期待したい。

文 献

参考文献

中央教育審議会. (2005). 特別支援教育を推進するための制度の在り方について(答申).

- 黒田美保. (2005~2006). よこはま発達クリニックホームページ 留学便り. <http://www.yfdc.net/abroad.html>
- Mesibov, G., Shea, V., & Schopler, E. (2005). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. New York: Plenum Publishers.
- Mesibov, G., Thomas, J.B., Chapman, S.M., & Schopler, E. (2007). *TEACCH transition assessment profile*. Texas: Pro-Ed An International Publisher.
- 宮崎英憲. (2004). 個別の教育支援計画に基づく個別移行支援計画の展開. 東京: ジアース教育新社.
- 文部科学省. (2003). 今後の特別支援教育の在り方について(最終報告).
- 文部科学省. (2007). 発達障害早期総合支援モデル事業(実施要項).
- 文部科学省. (2007). 高等学校における発達障害支援モデル事業(実施要項).
- 東京都教育委員会. (2004). 東京都特別支援教育推進計画.
- 東京都教育委員会. (2007). 東京都特別支援教育推進計画 第二次実施計画.
- 梅永雄二. (2007). LD/ADHD/アスペルガー症候群の進路とサポート. 東京: 明治図書.

Miho, Kuroda, **The current state and issues of school consultation for high school students with developmental disabilities: The direction that school consultation should take from a viewpoint of TEACCH model.** Japanese Journal of Clinical Developmental Psychology 2009, Vol.4, 21-27.

The Model Project of Support for the Persons with Developmental Disabilities by the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology started in 2007, and since then, the special needs education has been adopted at high schools. Along with this, the frequency of itinerant consultation at schools has been increasing. Itinerant consultation at high schools is considered to be particularly important in the point that the consultation focuses on the shift of their life to the social life in the community after finishing their education course. In this paper, we survey the current state of itinerant consultation at high schools in Tokyo and discuss its problems. At the same time, we examine the direction that itinerant consultation, conducted on the life stage of high school, should take from a lifelong developmental viewpoint, referring to the support model of TEACCH in the U.S. where school consultation and individual shift support plans have far advanced.

[Key Words] Itinerant consultation, Individual shift support plan, Life stage, TEACCH

2009. 4. 21 受理

田中 康雄*

AD/HD 50年の流れと将来の展望

児童青年精神医学とその近接領域 50(50周年記念特集号)；137—144 (2009)

I. はじめに

筆者に求められたのは、注意欠陥多動性障害 (Attention-deficit hyperactivity disorder 以下AD/HD) に対する50年の流れと将来の展望である。そこで筆者は、48年におよぶ学会誌と総会報告を振り返り、現在AD/HDと括られる障害群が、それぞれの時代においてどのように議論・検討されてきたか、時系列に沿って俯瞰してみた。われわれ児童青年精神医学会員が歩んできた道を振り返ることで、明日へとつながる道に目を向けてみたいと思う。

II. 1960年代

関連論文数は10編ある。児童相談所に来所した行動異常児140名を分析した大槻(1960)は、主に脳波異常と行動異常について論じたが、すでに発達の未成熟さを予測し、器質的障害の存在に注目した。すなわちその後登場する微細脳損傷症候群 (minimal brain dysfunction (damage) syndrome 以下MBD) 的視点からの解析を始めていたのである。詳細な事例一覧には、臨床像として「多弁」、「落ちつきない」、「注意散漫」ということばが記述されていた。大槻は「多くの例にあって、身体的な運動過多と落ちつきなさは極めて特徴的な症状」と指摘し、主眼であった脳波異常とは「特別な関係はなかった」ものの、「衝動的な行為および不穏、刺激性、身体的な運動過多などの症状の組み合わせは常に認められる」と強調し、遊技治療の結果からも「落ちつきなさ、多動、衝動行為、攻撃

性などは、かなり固定的なものだという印象」を述べている。生活環境のなかには現在の虐待環境も示唆されており、現在の多様な課題がすでに抽出されていると思われる。

また品川(1960)は、WISCに見られる言語性、動作性のDiscrepancyに着目し、3000名からの子どものデータを13のグループに分類し検討した。そのなかのひとつに「落ちつきのない子」として、言語性優位群が多く(動作性優位群の1.4倍)「原因はさまざまであろうが、いずれにせよ行動的な特質が知能構造に特定の型をあらわす点」に注目した。

さらに118例の問題児の予後調査を行った藍澤(1964)は、問題児の既往に、「注意散漫である、そわそわと落ち着きがない、ほんのすこしもじっとしていない、という多動傾向」と、「一人ぼっちでいることが多い、いつも一人遊びをしている、家庭や学校にとけこまない、こどもらしくない、という内閉傾向」に有意差を認めた。さらにこの両群の子どもは学校で注意を受けやすく、予後が芳しくないことを指摘した。短絡的ではあるが、この両群に、現在のAD/HDや高機能広汎性発達障害の可能性を、筆者は推察した。また3歳児の行動特徴を追跡した中(1966)は、3歳の望ましくない行動の一つに「ガサガサ動きまわってじっとしていないこと (hypermotility)」をあげて検討し、多動は症状と、環境上の問題から生じる場合があると述べている。そして他の問題行動に比べ、多動の消退にくさを強調した。

また、「対人共感性」という指標でこれが欠如した一群の子どもたち9例を詳細に検討した石神(1967)の症例報告では、現在でいうところの、愛着障害やAD/HD、あるいはアスペルガー

*北海道大学大学院教育学研究院附属子ども発達臨床研究センター

e-mail: ytanaka@edu.hokudai.ac.jp

症候群という診断が想起された。

60年代には、落ち着きのなさ、という子どもの言動は、成長とともに消退しにくい、なにかしらの Clinical Entity の存在が予感されていたといえよう。

60年代の学会発表で関連した演題は8つで、脳炎後遺症後の多動状態の報告からはじまり、読み書き障害や学習不振についての発表があった。

Ⅲ. 1970年代

関連論文数は4編である。なかでも山口(1973)の示した不器用児の症例報告が目を引き。ここには、現在でいうところの発達性協調運動障害、AD/HD、広汎性発達障害の臨床像を彷彿させる3例の詳細な検討がなされている。

当時風靡していたMBD概念については、西田ら(1973)が歴史的変遷を要領良くまとめているが、岡田ら(1974)は、このMBDに対してひじょうに厳しい批判的展望を著した。

「MBDを論じる際に一応は社会心理的条件を強調する論者もみとめられているものの、時代の趨勢はだんだんと、脳損傷を重要視する傾向が生まれてきている」という一文は、MBDを他の発達障害名に、脳損傷を脳の発達のアンバランス、と置き換えると現在でも十分通用する危惧となりうる。さらに岡田らの「子どもの主体性を尊重する神経学の重要性を力説すると共に、具体的な症例を通じてMBDを代表する、無器用、多動性、不随意運動といった症状も、子どもの主体的な投企をはなれては、正しく位置づけられず、治療教育的にも症状の意義を把握できない」という指摘は、現在でも十分意義がある提言といえよう。

70年代の総会報告は、シンポジウムのみの開催が3回あり、それ以外でも発表演題が15~20と極めて少なく、本論に関係する演題は見あたらなかった。

Ⅳ. 1980年代

関連論文数は9編である。DSM-IIIが登場し

たのが1980年で、87年にはDSM-III-Rが登場したため、80年代はMBDという用語が論文に登場しなくなり、代わって「学習障害」という用語が目立ってきた。牧田(1985)は、MBDを多動型、学習障害型、その混合型という3つに分岐するというPetersらのモデルを用いることで、学術的関心の移動を謳い、花田(1983)は、これまで臨床家が学習障害へ注目してこなかった理由として、学習障害は教育の問題であると考えたり、行動面から落ち着きのない子、脳障害の面から脳微小機能症状群としたり、神経心理学的立場から失語症とといった、症状の一面でのとらえ方にある姿勢を批判した。

ここに新たに登場した「学習障害」という障害像を、われわれはいかに共有すべきかが学会での緊急課題となり、26巻4号(1985)では特集が、27巻2号(1986)には総会のパネルディスカッションが掲載された。Myklebust, H. R.の学習障害について、森永(1985)による詳細な紹介が報告されるも、学会全体として、未だどう捉えるべきかの大きな戸惑いが浮遊していた。

概念形成の戸惑いを見据えながらも、学習障害を論じる時、読み書きの障害に対して、「症状を羅列的に取り上げ、それらの障害がすぐさま脳機能の障害と短絡的に結びつけられている」状況を批判し、「子どもの示す障害を発達過程の中に正しく位置づけ」て「なぜできないのか、どのようにできないのか」を知ることの重要性を示唆した山口(1985)の指摘は、臨床的態度として高く評価できる。これは前述の岡田ら(1974)の批判に対する一つの前向きな解答になっているように思われる。

一方、「検査、診断、投薬のほかに、子どもへの適切な指導方法と取り扱い方を考えることの重要性」を強調した花田(1983)と、「教育と医学(療)との両域にわたる学際的問題として、この種障害の研究と対応との強化を育みたい」と締めくくった牧田(1985)は、ともに学習障害に求められる教育との連携の必要性に触れていた。

80年代に起きた学習障害の登場は、その概念形成には躊躇しつつも、医療と保育・教育との学際的連携を生み出す萌芽になった。しかし、その一方で、まだ家族支援というまなざしは登場していない。

この時期、他に注目すべき論文として、三野ら（1986）のメチルフェニデート精神病の報告と、同じく三野ら（1987）による青春期に至り精神病状態を呈した ADD（Attention-Deficit Disorder：注意欠陥障害）の症例報告を指摘しておきたい。後述する清水ら（1992）が報告した ADD 精神病と併せて、その後、AD/HD 関係の論文や総会報告が多数出現していくなかでも、ここまで明確な病態像の報告はなく、後続する報告もない。現在メチルフェニデート（商品名リタリン）が使用出来ず、徐放薬としての長時間作用型の薬物（商品名コンサータ）のみが使用可能な現状において、薬物治療を発展的に議論する時期にある。その意味でも、これらの事象に対する意識は持ち続けておく必要がある。われわれのまなざしは、その後いわゆる二次障害としての反抗挑戦性障害、行為障害などとの関連へと注目が移っていったが、精神病圏との関連についても気に留めておくため、これらは貴重な報告論文である。

80年代の学会発表に、関連した演題は16ある。演題には MBD や ADD あるいは学習障害といった用語が入り交じり、この時期の混沌さが読み取れる。

V. 1990年代

関連論文数は16編で、この時期には2つの流れをみることができる。ひとつはいわゆる学習障害に対する整理であり、もうひとつは、AD/HD へのさらなる関心の広がりである。

総会報告数は、41演題と一気にふくれあがる。さらに95年以降の総会報告では学習障害を取り上げることがなくなった。この背景に1992年に発足した日本 LD 学会の存在が隠れている可能性もあろう。

論文としては、34巻4号（1993a）で、再度、

学習障害の概念を巡っての医学的整理が試みられている。次いで34巻5号（1993b）では心理・教育的立場からの論が展開された。特に中野（1993）が提示した「指導プログラム」は、現在読み返してもひじょうに有用である。その後、95年に文部省（当時）が LD の定義の中間報告を行い、99年に文科省が「学習障害とは、基本的には、全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する、推論するなどの特定の能力の習得と使用に著しい困難を示す、さまざまな障害をさすものである。学習障害は、その背景として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、その障害に起因する学習上の特異な困難は、主として学齢期に顕在化するが、学齢期を過ぎるまで明らかにならないこともある。学習障害は、視覚障害、聴覚障害、精神薄弱、情緒障害などの状態や、家庭、学校、地域社会などの環境的な要因が直接の原因となるものではないが、そうした状態や要因と共に生じる可能性はある。また、行動の自己調整、対人関係などにおける問題が学習障害に伴う形で現れることもある」との最終報告を行った。

一方、石川（1993）は学習障害という概念や用語を医学は使用すべきではない、という提言を行い、「学習障害という概念の妥当性すら十分に吟味されることのないまま、疑似医学的概念として」の学習障害の弊害を述べた。これは、AD/HD も含め、障害の有無の線引きが難しい、いわゆる軽度発達障害全般に当てはまる難しさでもある。石川の「教育の治療者化という、従来の管理教育以上に深刻な問題を生み出しつつある責任の一端は医学にある」ということばは、筆者としてもやや同様の悩み（筆者の場合は「責任の一端は私にある」という表記になろうが）を抱くときがある。と同時に、現状に生きづらさを抱えて呻吟している子どもたちも間違いなく存在する。改めての学際的取り組みについて、より議論と実践の積み重ねが求められる。

もう一方の流れは、AD/HD への関心の高さである。発表演題も99年になると一気に11演題

となる。これはこれまで平均しても4演題程度であったため、過剰ともいえよう。

この方面の論文は3編ある。原田(1999)は、AD/HDと反抗挑戦性障害の合併に関する研究を報告し、いわゆるDBDマーチの先鞭となった。残りの二つは、榎戸(1999a, b)によるAD/HDの長期経過における共存症の研究である。榎戸も自ら触れているように、AD/HDの長期経過に関する報告は少ないため、貴重な報告といえよう。

90年代は、さらに前述した清水ら(1992)による多彩な精神症状を呈したADDの男子例の症例報告がある。しかし、記述された生活歴からは、典型的なADDと考えて良いのか迷うところはある。榎戸(1999b)の報告でも「自閉性障害は否定できた」とあえて記載しているが、この時期以降臨床的にAD/HDと診断すべきか、高機能の広汎性発達障害と診断すべきか、ひじょうに迷う事例が増えてきたように思われる(この関連については2000年代に引き継がれていく)。その意味で、清水ら(1992)の報告した16年の長期経過から統合失調症様症状を呈した症例報告は、ひじょうに価値あるものであるが、筆者は本例の今の様子を知りたいとも思う。

VI. 2000年代

関連論文数は49巻4号(2008)現在で30編になる。99年の総会報告の増大を受けて、関連論文も一気に増えた。総会報告も49回大会現在で145演題と、ひじょうに多くなっている。おそらく、この2000年代の動きが、今後のAD/HDの研究展望を示唆するものとなる。

掲載された論文の傾向を5つに分けて概観する。

1. 概念整理・総論的論文

かつての学習障害、あるいはMBDの登場時期と同様、まずAD/HDの概念整理的論文が見られる。栗田(2002)や上林(2002)による総説は、第42回総会における教育講演を元にして

いる。同様に43巻2号(2002)に掲載されたシンポジウム「AD/HD」の記録も42回総会のものである。これを受けて次の43回総会で記念講演されたBiederman(2003)は、神経生物学と精神薬理学に言及した。直接拝聴した筆者は薬物療法の効果がずいぶんと強調されていたという印象が強い。2006年の46回総会で特別講演され、分子遺伝学と画像診断を駆使した神経心理学的見地を強調したSergeant(2006)の論文は本城氏の翻訳により読むことができる。

2. 治療・支援

2000年代は、治療・支援における論文も多数見受けられるようになった。総説は、前述のシンポジウム「AD/HD」(43巻2号, 2002)を嚆矢とする。以後、AD/HDが示す攻撃性の背景にある脆弱性を事例から報告した田中(2003)や、青年期への支援に言及した岩坂(2006)、包括的な支援をそれぞれの立場で述べたAD/HDの支援の仕方・支援の場(48巻3号, 2007)といったシンポジウムの報告へと受け継がれていく。そこでは山下(2007)による夏期治療プログラムの紹介や自閉症スペクトラムとAD/HDとの関連などが議論された。

各論としての治療で、飯田(2003)、小原ら(2004)は薬物療法における具体的な報告を行った。当時、メチルフェニデートの有用性を示唆し、当時保険外適応という課題に言及していた。コンサータが登場した現在、今後さらに臨床研究を明確にしていく必要と、成人のかたへの薬物が皆無という現状を真剣に検討する必要がある。

一方、以前から注目されていたペアレント・トレーニングやソーシャルスキル・トレーニングについては、岩坂ら(2002)、岩坂(2007)による実践報告がある。家族への支援については、高橋(2005)が広く発達障害をテーマに発達支援と家族支援について論じ、村上ら(2006)は、母親の障害受容と患児の心理社会的援助過程を詳細に論じ、包括的アプローチとして広く連携のあり方に言及している。

より専門的な治療としての入院治療については、岩田ら（2001）が症例報告を行い、入院という枠組みを徐々に家庭・学校へ移行していくことで改善へ向かう様子が語られている。

家族への支援に加え、入院治療においても地域・関係者との連携の重要性が強調されてきたといえよう。

3. 教育との連携

なかでも教育現場との連携については、前述した花田（1983）と牧田（1985）の求めによりやく答えるような報告が相次ぐようになった。2007年から開始された「特別支援教育」は、それ自体が教育現場における医療の観点の活用ともいえる。44巻2号には当時文部科学省・特別支援教育調査官の柘植（2003）によるランチョンセミナーでの報告内容が掲載された。さらに2005年からは、教育に関する委員会が、特別支援教育をめぐる課題と現状認識、取り組みなどを総会シンポジウムで取り上げてきた。第1回は連携や支援の現状について討論され（46巻4号、2005）、第2回では、それぞれの取り組みに対して、LD親の会会長（当時）の山岡（2006）が必要な教育的対応について述べている（47巻5号、2006）。

4. 併存障害・鑑別

AD/HDにおける併存障害を集計した鈴木（2005）は、20例の自験例をもとに併存障害の多様さと高率さを言及した。渡部（2008）は気分障害との関連について触れ、原田（2005）は反抗挑戦性障害と行為障害について、その成り立ちと治療について概説し、前述したように学際的地域連携の重要性を指摘し、その子にある発達状況の評価の大切さを改めて強調した。

この延長線上に位置づけられるかもしれないが、非行との関連についても、冷静に検討を加えていく必要がある。46巻4号（2005）で非行臨床の現状と課題がパネルディスカッションされ、松浦ら（2007、2008）は、少年院の子どもたちの行動特性について、詳細な検討を積み重

ねている。かれらの発達的特性を、安易、短絡的に診断名に結びつけるのではなく、かれらにある生きづらさを少しでも理解できる研究へと進んでいくことを期待している。

いずれにしても、AD/HDは従来複合的な障害を持ちやすいことが知られているが、今後、さらに検討を深めていくべき分野である。

一方90年代から検討されてきた広汎性発達障害の重複、あるいは鑑別について、木野内ら（2007）は、AD/HDから広汎性発達障害に診断変更に至った症例を検討し、診断の難しさと、それ以上に日頃からの親との信頼関係を樹立することの重要性を示唆した。

こうした併存障害や鑑別を巡る臨床問題は、今後も継続する重要なテーマの一つとなるであろう。

5. 成人AD/HD

成人あるいは青年期への支援については、朝倉ら（2003）が、自らAD/HDではないだろうかという疑い受診された成人15例の詳細な診察を行い、5例（33.3%）が成人AD/HDと診断できたと報告し、診断そのものの困難さと臨床的特徴を検討している。特に、成人精神科医療者に成人のAD/HDという存在を広く知らしめる必要性を説いた。青年期軽度発達障害児者への支援を考えるとというシンポジウムが掲載された47巻3号（2006）では、青年期以前からの行動療法やペアレント・トレーニングにより当事者の自尊感情を育むことと、自分自身を知るという主体的な対応の重要性が議論された。

Ⅶ. 今後の展望

以上、第1回からの本学会総会プログラムと抄録集、および学会誌をつぶさに見直し、AD/HDに関連していると思われる論文や発表演題を蒐集し、時間軸に沿いながら、展開されてきた議論の若干の整理を行った。

障害の類型学的視点からは、現代のAD/HDは、脳損傷児の研究を嚆矢とし、MBDの登場とともに、右往左往しつつ、次いで登場した学習

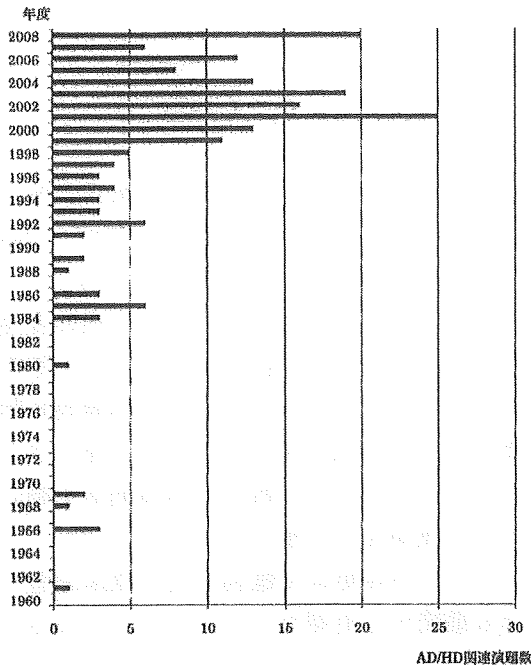


図1 児童青年精神医学会総会で発表されたAD/HD関連演題数の推移

障害の位置づけを巡り困惑し、80年代にDSMに採用されたADDに戸惑いながら、徐々に今の姿へ帰着していった感がある。

さらに、発表演題を整理してみると、1999年の第40回総会から急激に発表数が増えていった。第48回総会では9年ぶりに落ち込んだが、49回総会では盛り返した(図1)。最近の演題からは、AD/HDの診断方法や器質的原因を改めて探る方向が認められる。同時に成人のAD/HDへの支援や、日常の支援のあり方をもっと豊かにしていく努力が求められているようにも思われる。今後、さらに保育・教育との密な連携を巡って、実践研究が活発に行われることと、やはりもっとも身近な家族をどう支援するかという点が検討されていくことが望まれる。

VIII. おわりに

医学は、病態の類型を巡って絶えず議論し続けている。AD/HDの歴史もある意味、分類を巡っての困惑の歴史でもあった。同時に、今後台頭してくる発達精神病理学的視点に立った、包括的理解に依拠した支援策が求められているといえよう。

最後に、学会誌第1巻4号と、2巻2, 4号で田中(1960)、伊藤(1961)、木村(1961)が提起・討議した類型・研究方法論に立ち返ることで、原点回帰を促したい。ここでは田中(1960)の指摘を再録することに大きな意義があろう。

“真に心理的次元でのgeneticな立場というのは人間の形成は結果が原因になりつぎつぎに展開していく自己運動の過程だということを認識した形成過程の把握でなければならない……中略……類型学的把握は存在の状態を問題にし、形成過程的把握は過程の様式を問題にするという局面にたち、両者の結び目を絶えず問うていくことが、じつは自然的立場に立った研究方法なのである。”(田中, 1960)

謝 辞

本論執筆には、過去の学会誌や総会抄録をすべて閲覧する必要があった。貴重な過去の学会誌は、本学、間宮正幸氏から貸与していただいた。また過去の総会抄録は土倉事務所で閲覧することが出来た。編集部の天野貴子さんには休日にも関わらず抄録閲覧にご協力いただいた。

お二人のご協力・ご配慮に深く感謝いたします。

文 献

- 藍澤鎮雄(1964): 問題児の予後調査. 児童精神医学とその近接領域, 5, 255-276.
- 朝倉新, 松本英夫, 尾中啓枝他(2003): Adult AD/HDの臨床的研究—臨床的特徴と診断における問題点を中心に—. 児童青年精神医学とその近接領域, 44, 1-15.
- Biederman, J. (2003): 注意欠陥/多動性障害のライフサイクル—神経生物学・精神薬理学に関する最近の知見—. 児童青年精神医学とその近接領域, 44, 94-101.
- 榎戸美佐子(1999a): 注意欠陥多動障害(ADHD)の臨床的研究, I—臨床症状と長期経過における適応性—. 児童青年精神医学とその近接領域, 40, 369-385.
- 榎戸美佐子(1999b): 注意欠陥多動障害(ADHD)の臨床的研究, II—ADHDにおける強迫性について

- 一、児童青年精神医学とその近接領域, 40, 386-401.
- 花田雅憲(1983): 学習障害と児童青年精神科医療. 児童青年精神医学とその近接領域, 24, 179-185.
- 原田謙(1999): 注意欠陥/多動性障害と反抗挑戦性障害が合併した病態に関する研究. 児童青年精神医学とその近接領域, 40, 358-368.
- 原田謙(2005): 反抗挑戦性障害と行為障害. 児童青年精神医学とその近接領域, 46, 285-295.
- 飯田順三(2003): 注意欠陥/多動性障害の薬物療法. 児童青年精神医学とその近接領域, 44, 347-353.
- 石神互(1967): 対人共感性を欠如した一群の問題児について. 児童精神医学とその近接領域, 8, 409-420.
- 石川憲彦(1993): 医学は, 学習障害という概念や用語を使用すべきではない. 児童青年精神医学とその近接領域, 34, 454-464.
- 伊藤隆二(1961): 精神薄弱児の類型論およびその研究方法論—教育心理学的立場から—. 児童精神医学とその近接領域, 2, 190-196.
- 岩坂英巳, 清水千弘, 飯田順三他(2002): 注意欠陥/多動性障害(ADHD)児の親訓練プログラムとその効果について. 児童青年精神医学とその近接領域, 43, 483-497.
- 岩坂英巳, 根来秀樹(2006): 思春期・青年期のAD/HDへの支援について. 児童青年精神医学とその近接領域, 47, 257-263.
- 岩坂英巳(2007): ADHDへの心理社会的治療. 児童青年精神医学とその近接領域, 48, 437-446.
- 岩田卓也, 西田寿美(2001): 多動性障害と診断された小学校1年生男児の入院治療. 児童青年精神医学とその近接領域, 42, 48-56.
- 児童青年精神医学とその近接領域(1985): 特集: 学習障害. 児童青年精神医学とその近接領域, 26, 219-285.
- 児童青年精神医学とその近接領域(1986): パネルディスカッション: 学習障害をめぐって. 児童青年精神医学とその近接領域, 27, 85-93.
- 児童青年精神医学とその近接領域(1993a): 学習障害特集(1). 児童青年精神医学とその近接領域, 34, 325-363.
- 児童青年精神医学とその近接領域(1993b): 学習障害特集(2). 児童青年精神医学とその近接領域, 34, 395-464.
- 児童精神医学とその近接領域(2002): シンポジウム: 注意欠陥/多動性障害(ADHD). 児童青年精神医学とその近接領域, 43, 145-169.
- 児童青年精神医学とその近接領域(2005): 教育に関する委員会セミナー: 特別支援教育をめぐって—現状と課題—. 児童青年精神医学とその近接領域, 46, 397-408.
- 児童青年精神医学とその近接領域(2005): 子どもの人権と法に関する委員会: パネルディスカッション: 非行臨床の現状と課題—児童青年精神医学からとらえなおす—. 児童青年精神医学とその近接領域, 46, 409-417.
- 児童青年精神医学とその近接領域(2006): 教育に関する委員会セミナー: 特別支援教育—取り組みと課題—. 児童青年精神医学とその近接領域, 47, 404-410.
- 児童青年精神医学とその近接領域(2006): シンポジウム2: 青年期軽度発達障害児者への支援を考える. 児童青年精神医学とその近接領域, 47, 250-273.
- 児童青年精神医学とその近接領域(2007): シンポジウム3: AD/HDの支援の仕方・支援の場. 児童青年精神医学とその近接領域, 48, 263-292.
- 上林靖子(2002): 注意欠陥/多動性障害の診断と評価. 児童青年精神医学とその近接領域, 43, 139-144.
- 木村謙二(1961): 精神薄弱児研究における類型・方法への論考—田中・伊藤両氏の論文を読んで—. 児童精神医学とその近接領域, 2, 343-348.
- 木野内由美子, 越川直枝, 石井桂子他(2007): AD/HDから広汎性発達障害へ診断変更に至った症例に関する一考察—児童相談所での医学診断の課題と展望. 児童青年精神医学とその近接領域, 48, 344-352.
- 栗田広(2002): 注意欠陥/多動性障害(ADHD)の歴史と概念. 児童青年精神医学とその近接領域, 43, 131-138.
- 牧田清志(1985): 学習障害に対する児童精神科医の構え. 児童青年精神医学とその近接領域, 26, 219-234.
- 松浦直己, 橋本俊顕, 十一元三(2007): 少年院におけるLD, AD/HDスクリーニングテストと逆境的小児期体験(児童虐待を含む)に関する調査. 児童青年精神医学とその近接領域, 48, 583-598.
- 松浦直己, 橋本俊顕, 十一元三(2008): 少年院在院者と一般高校生における学童期の行動の問題に関する調査. 児童青年精神医学とその近接領域, 49, 322-335.
- 三野義央, 永松郁子, 永松清明他(1986): メチルフェニデート精神病—分裂病状態に陥った注意集中障

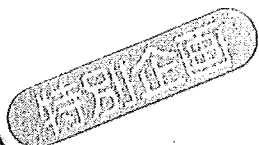
- 害の青春例一。児童青年精神医学とその近接領域, 27, 178-187.
- 三野義央, 永松清明, 吉田健男(1987): 青春期に妄想状態を呈した注意集中障害の1症例。児童青年精神医学とその近接領域, 28, 226-233.
- 森永良子(1985): Learning disabilities—心理学の立場から—。児童青年精神医学とその近接領域, 26, 266-278.
- 村上凡子, 栗木紀子(2006): 注意欠陥・多動性障害男児への包括的アプローチ—母親の障害の受容から男児への心理社会的援助までの課程—。児童青年精神医学とその近接領域, 47, 374-385.
- 中脩三, 阿部和彦, 鈴木ふみよ他(1966): 3才児に認められた行動特徴の追跡的研究。児童精神医学とその近接領域, 7, 132-137.
- 西田博文, 篠原弘江, 安武紳子他(1973): 特異な発達をする1児童—パーソナリティ上の特徴と類型学的位置づけに関して—。児童精神医学とその近接領域, 14, 276-284.
- 中野良顕(1993): 学習障害児の指導プログラム。児童青年精神医学とその近接領域, 34, 395-410.
- 小原葉子, 後藤英一郎, 宮崎仁(2004): 注意欠陥多動障害における薬物療法の適用について。児童青年精神医学とその近接領域, 45, 65-77.
- 岡田幸夫, 人見一彦(1974): 微細脳損傷症状群についての批判的展望。児童精神医学とその近接領域, 15, 192-203.
- 大槻克子(1960): 児童における行動異常の発生要因についての多面的, 力動的考察。児童精神医学とその近接領域, 1, 302-317.
- Sergeant, J. (2006): ADHD: Does it exist and can it be treated? 児童青年精神医学とその近接領域, 47, 201-204.
- 品川不二郎(1960): WISCによるDiscrepancy(言語性・動作性のIQ差)に関する研究—臨床例のタイプ別集計—。児童精神医学とその近接領域, 1, 403-411.
- 清水聖保, 牧原寛之, 駒井早苗(1992): 多彩な精神症状を呈したADDの1男子例—16年の長期経過より—。児童青年精神医学とその近接領域, 33, 303-310.
- 鈴木太(2005): 学童期の注意欠陥多動性障害児における併存症。児童青年精神医学とその近接領域, 46, 35-48.
- 高橋脩(2005): 障害児の発達支援と家族支援: 現状と展望。児童青年精神医学とその近接領域, 46, 473-477.
- 田中昌人(1960): 精神薄弱児の類型学的研究をすすめるにあたっての方法論的問題点。児童精神医学とその近接領域, 1, 412-417.
- 田中康雄(2003): 子どもの攻撃性と脆弱性S-1。注意欠陥/多動性障害(AD/HD)のある子どもたちの, 誤解されやすい言動と傷つきやすい心について。児童青年精神医学とその近接領域, 44, 128-135.
- 柘植雅義(2003): これからの特別支援教育政策。児童青年精神医学とその近接領域, 44, 113-119.
- 渡部京太(2008): 児童・思春期の気分障害と注意欠陥/多動性障害(AD/HD)の関連について。児童青年精神医学とその近接領域, 49, 149-161.
- 山口俊郎(1973): Clumsy childrenの3症例。児童精神医学とその近接領域, 14, 237-253.
- 山口俊郎(1985): 学習障害, ことに「不器用な子」について—発達の観点から—。児童青年精神医学とその近接領域, 26, 251-265.
- 山岡修(2006): そもそもLDなどの軽度発達障害に必要な教育的対応とは。児童青年精神医学とその近接領域, 47, 408-410.
- 山下裕史朗(2007): 新しい支援の仕方, 支援の場としての夏期治療プログラム。児童青年精神医学とその近接領域, 48, 275-281.

こころの科学

14
NOVEMBER
2009

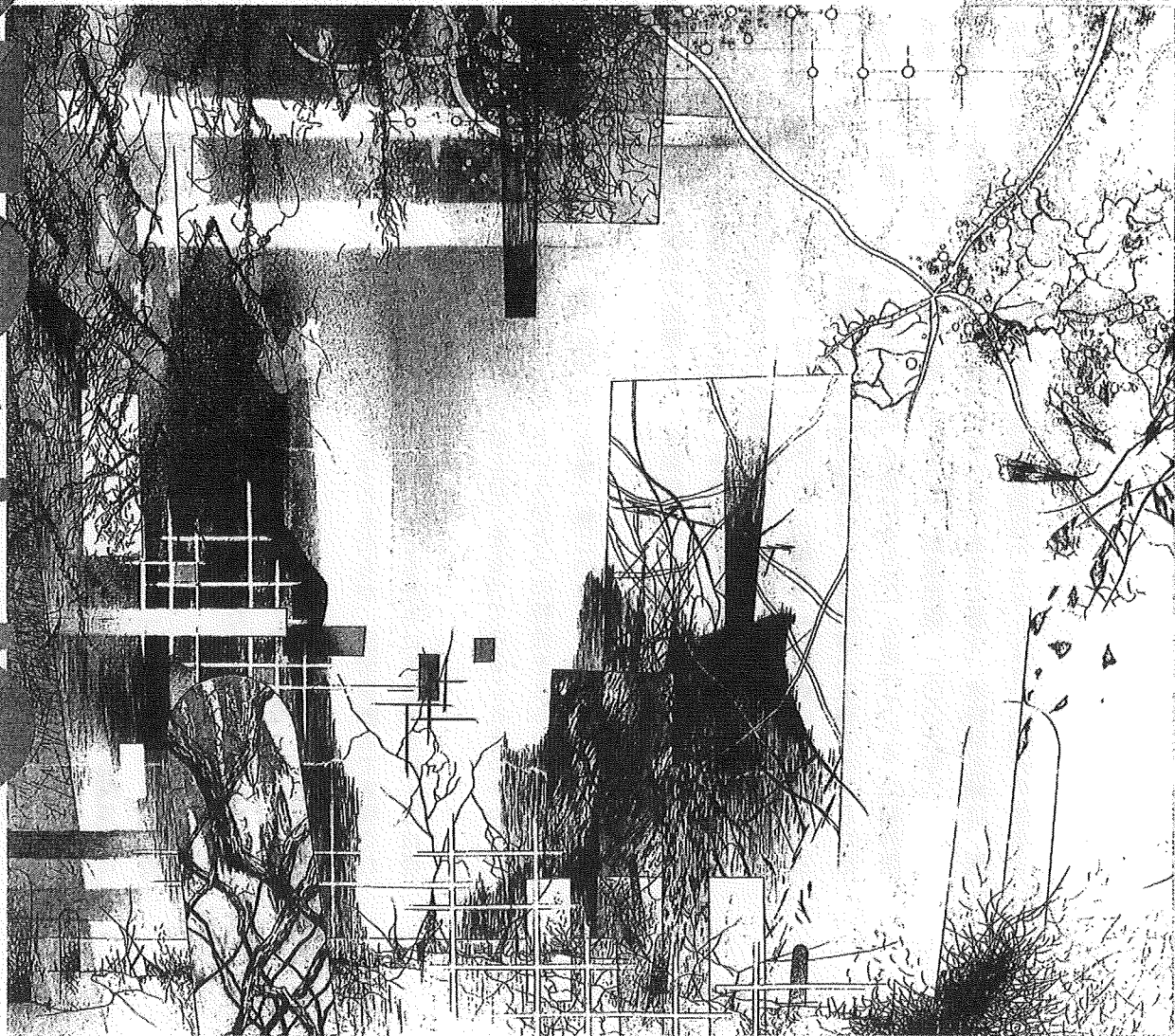
2009年5月1日発行／年6回寄附月の1日発行／通巻45号／平成10年3月9日第三種郵便物認可
監修 岡崎祐士 青木省三 宮岡 等

A
D
H
D
と
L
D



田中康雄 編

生きにくさを抱えた子どもたちにADHD、LDと診断がつくことで、努力不足や親のしつけが責められることは減ってきた。だが、生きにくさがそれで軽減されるわけではない。必要なのは一人ひとりへの全人的な理解だ。



Nakagome Yoko

ADHDとLD

[特別企画]

田中康雄……………編

注意欠如・多動(性)障害(ADHD)、学習障害(LD)をもつ子どもたちへの関心・注目は依然として低下していない、と思う。

たしかに、落ち着きのない子どもを「親の躰がなっていないから」と評価する関係者は、やや少なくなってきた。漢字の読み書きにつまずいている生徒に「努力が足りない」と追いつめるだけの教師も少なくなってきた。

しかし、同時に「あの子、ADHDっぽいね、一度診断を受けたらどうだろうね」とか「LDだから、無理に学習させないほうがいいみたいだよ」という言葉も増えてきたように思われる。

わかってもらえない「生きにくさ」を抱えていた子どもたちが、医学診断名で表現されることは、間違いなく増えてきた。では、そのおかげで子どもたちにある生きにくさは軽減してきただろうか。

子どもたちは、「僕(私)がADHD(あるいはLD)をもっていることをわかってほしい」のではなく、「ADHD(あるいはLD)というひとつの特性をもちながら、それ以外のさまざまな個性、特性をもつ僕(私)」という唯一無二の存在をわかってほしい」という全人的理解を求めている。

かつて臺は、「分裂病という疾病の治療より、分裂病者の生きようを重視する」発想として生活臨床を提案した。生活者とみることで、「その自立を助けるために、継続的に生活相談に乗って行く。病者は相談相手としての治療者をつつの支えに、痛み多い人生行旅を難渋しながらも、自分の足で歩みづつける」と記した(「解説」『分裂病の生活臨床』三頁、創造出版、一九七八年)。別の著書では「(生活臨床は)生活障害の改善をめざした治療であり、患者本人の『暮らし下手』『生き辛さ』を助けるもの」と述べている(『精神医学の思想―医療の方法を求めて』改訂第三版、二五六頁、創造出版、二〇〇六年)。

私は、発達障害も生活障害がその中心に置かれるべきであると思う。本特別企画は、医療・教育・福祉・司法などの学際的な専門家と当事者周辺の方々により、「個々の生きよう」に近づくことを目指している。

●総論

ADHDってなに？ LDってなに？

田中康雄

北海道大学大学院教育学研究院
附属子ども発達臨床研究センター

はじめに

本特別企画では、注意欠如・多動(性)障害(以下ADHD)と学習障害(以下LD)について学際的な検討を行うことを目的としている。日常の保育・教育現場での対応や、医療のことができること、家族への対応や福祉行政の現状、さらに、当事者・家族の思いを傾聴し、成人後の状況までについて、多面的に理解できるようにしている。加えて、ひじょうにデリケートな課題である、虐待や非行との関係についても学ぶことができる。本稿では、まず、ADHDあるいはLDについての障害特性を概説し、生活障害としての視点からの再考を提案する。

歴史の変遷

子どもにある学習の問題や多動、衝動性といった落ち着きのなさについては、一九四〇年代後半になって米国で注目されはじめ、日本では一九六〇年代から関心をもたれてきたという¹⁾。落ち着きのなさ、すなわち多動が注目されはじめたのは、一九〇二年のスタイルによる「道徳的制御の欠陥」と称する脳に損傷を受けた子どもの報告と、一九一八年の嗜眠性脳炎後遺症の子どもの報告からである。こうした脳の器質的な障害から生じる行動異常や運動、認知のつ

まづきをもつ子どもを、一九四七年ストラウスは脳損傷児とまとめて呼称した。のち一九五九年にパサマニックによる微細脳損傷(minimal brain damage: MBD)という用語が誕生した。その後、損傷(damage)という言葉がさまざまな誤解や偏見を生むということで、機能障害(dysfunction)と置き換えられ、以後、微細脳機能障害(minimal brain dysfunction: MBD)という名称が医学界で使われるようになっていった。

一方、治療教育の立場から、カークは一九六二年に「文化・教育上の要因等に由来せず、脳機能異常および(あるいは)情緒ないし行動異常におそらく由来した言語や計算に関する学習の障害」としてLDを提唱した。六三年にはLD全米の親の会が発足し、以後急激な進展を示したという。

そのため、一九六八年のアメリカ精神医学会による診断基準第二版(DSM-II)に特異的学習障害という診断名が登場し、ADHDと分岐するかたちとなっていった。すなわちこの時点でMBDは、ADHDとLDに分離していったと思われる。

その後は、周知のように、多動、注意散漫、衝動性を主症状とするADHDと、読む、書く、計算するという学習スキルが、知的な遅れがないにもかかわらずつまづいている状態を

指すLDが用いられるようになった。

わが国でもカークの提言に先立ち、一九五二年に発行された、教師たちによる「個人差に依る国語の学習指導」という著書には「注意散漫の児童をどうしているか」という章があり、そのための対策が説かれている。一九五七年に発行された『国語学習の診断と治療』では、まったく読めない子ども、読解力がたりない子ども、などの章があり、読めない子どもについては、知能年齢が低い場合、言語発達が遅れている場合に加えて、聞いたことを記憶したり聞き分けたりする力のおとる子ども、見たものを記憶したり見分けたりする力のおとる子ども、という視点での子どもへの理解と接近が説かれていた。これは、いかに当時の教師が子どもの学習状況をこまやかに点検対応していたかを証明するものであろう。

医学領域では、MBD当時から、多動、衝動性に対する薬物療法などが議論される歴史があるが、ADHDという名称は、一九九七年の神戸の事件少年や、学級崩壊といった事象に関連して、キレやすい子どもといったような誤解されやすいかたちで広まってしまった。一方、一九九〇年より公式にLDに関する検討をはじめた文部省（現在の文部科学省）は、一九九五年の中間報告を経て、一九九九年に最終報告を出した。しかし、このLD (Learning Disabilities) の

定義と医学的診断のLD (Learning Disorders) の定義には多少の齟齬が残った。

このように、ADHDとLDは、古くて、しかし新しい障害名であり、その内実もさまざまなかたちで広まっていった。さらに、そもそも、こうした状態を示す子どもたちにはさまざまな要因が考えられ、なかなか理解しにくいのが現状である。

ADHDについて

ADHDは、年齢不相応の著しい多動性、衝動性、不注意を主症状とするもので、症状の細目はDSM-IV-TRによる診断基準項目を参照していただきたい。これには、そうした症状のいくつかが七歳未満に、二つ以上の生活場面において存在していなければならぬという約束がある。つまり、特定の場所に限定した言動ではなく、また年齢的に高くなってから急に認められるようなものでもないということである。加えて、その症状により、社会的、学業的、または職業的機能に「まずきを認めていること、すなわち日常生活を送るうえで、生きにくさという感覚が自覚されて、はじめて診断される、ということになる。

鑑別あるいは除外すべき診断としては、「広汎性発達障害、統合失調症、または他の精

神病性障害の経過中にのみ起こるものではなく、他の精神疾患（例：気分障害、不安障害、解離性障害、またはパーソナリティ障害）ではうまく説明されない」とされているが、臨床的には、広汎性発達障害と重複する、あるいは鑑別困難な事例も少なくない。

有病率（あるいは発生確率）は、DSM-IV-TRによると、学齢期の子どもで三〜七％、性差はおおよそ二対一〜九対一と男児優勢である。成人における有病率（あるいは発生確率）は一〜五％で、性差も男女比が二対一に限りなく近づくとはいわれている。なお、わが国での疫学調査データは、ない。

基本症状である多動性、衝動性または不注意は、加齢により変化していく。たとえば、学齢期の着席困難は小学三年生頃になると目立たなくなるが、そわそわと体を揺らす、ノック式ボールペンをノックし続けるといった移動のない多動性へと変化することがある。宿題などの忘れ物は、徐々に「ごまかす」ようになり、成人になるとこうした行為は社会的信用を落とすことになる。一方で、友人へのちよっかいや止まらないおしゃべりは、思春期での無視やいじめを生むかもしれないし、愉快な仲間と評価されるかもしれない。頻回な注意、叱責から、子どもたちは自己評価を落とし、自信喪失、不安、抑うつといった二次的な精神症状が認められる

場合もあれば、無気力、無関心、あるいは未成年の喫煙、粗暴行為といった反社会的行為が生じる場合もある。

診断評価のためには、本人および家族、関係者から直接面接で得られる現症に加え、これまでの発達歴や家族歴、保育教育機関における評価（お便り帳や通知表、テストの結果）などを丁寧に遡り検討する必要がある。子どもの行動チェックリストにはAD/HDRS（DSM準拠）などが有用となるだろう。

最大の関心事である治療的対応であるが、現時点では、①環境調整、②薬物療法、③心理・社会的対応、の三点を融合した包括的対応をライフイベントに合わせて行うことが推奨される。環境調整については、本特別企画の保育・教育の現場からの各論文が参考になる。薬物療法については岡田論文、さらに医療的な向き合い方の基本については、青木論文に詳しい。心理・社会的対応は、村瀬論文を中心に本特別企画のすべての論文が対象である。とくに、当事者や親からの主体的な主役の言葉（高山論文、内藤論文）は重く受けとめなければならぬ。

LDについて

前述したように、医学的診断のLD (Learning Disorders) は、神経心理学的な観点から、読

字、書字、算数能力の障害といった学力面の特異的発達障害を意味している。

一方、一九九九年に文部省が定義した教育用語としてのLD (Learning Disabilities) は、「基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指すもの」とし、推定原因として「中枢神経系に何らかの機能障害を置き、他の障害が重複して出現しても、あるいは環境等がその状態を生み出す要因にならないこととした。教育用語としてのLD (Learning Disabilities) は、医学用語のLD (Learning Disorders) と広汎性発達障害およびコミュニケーション障害（聞く・話すの障害、吃音、構音障害など）を包括したものと見える。³⁾医学的診断のLDは、DSM-IV-TRによれば、読字障害（読みの正確さと理解力の障害）、書字表出障害（書字能力の障害）、算数障害（算数能力の障害）、特定不能の学習障害から構成される。さらに、精神遅滞や広汎性発達障害、コミュニケーション障害、ADHDが随伴しやすいことも特徴である。

(1) 読字障害

読字障害とは、生活年齢や知能や年齢相応の教育程度に依りて期待される水準よりも、読む能力が低いと判断される状態を指す。

DSM-IV-TRによると、読字障害の有病率は学齢期の小児で四%といわれる。診断された方の六〇〜八〇%が男性だが、これは相談に訪れるのが男性に偏るためで、男女の比率はほぼ等しいとされる。この問題は、小学三、四年生以降にならないと、周囲になかなか気づかれにくい。

読む力は、文字と文字でないものを識別できるようにすることが最初の段階であり、次に「かな」を解読することである。日本語の「かな」は一字一音であるため、ひらがな五〇音表が拾い読みできる、という能力がまず求められる。次に、一連の単語を視覚的に認識し、短期・長期記憶と照合し、さらにその意味を理解するという段階が期待される。

読字障害と診断される子どものなかで、音読が徐々にできるようになっても、文章の意味理解が伸びない子どもがいる。その一方で、話し言葉での理解は問題ないため、授業において口頭での教示や説明は理解できるが、教科書を音読しようとする、とたんにひどくたどたどしくなる子どもがいる。音読には問題がないのに、内容理解が悪く、読解困難な場合を特異的読解困難児と呼び、言葉の教示は理解できるが、音読や書き取りに困難を示す場合をディスプレイシアと呼ぶこともある。

一連の単語を視覚的に認識し（短期・長期）

記憶と照合する部分がつまざくと、読める文字だけ読む「拾い読み」や、空間の視覚的認識処理につまざくと「とばし読み」などが認められる場合もある。あるいは「ゆっくりと何度も読まない」と理解できない「子どももいる」。

学習成果はつねに「できた・できなかった」と結果で評価されるため、子どもにいかに恥ずかしいという体験をさせないかが重要となる。

(2) 書字表出障害

書字の障害を考えると、不器用さで上手に書けないといった、字形の拙劣さと区別する必要がある。

書字の困難さでは、ひらがながもつとも障害されにくく、カタカナ、漢字、英語の順に難しくなるといえる。これは、ひらがなやカタカナは文字と音が一対一対応しているが、漢字や英語は複数の音との対応と形の複雑さがあるためである。

書字の場合、読めない文字は書けないだろう。しかし、読めても書けない場合もある。書字表出障害の場合は、単純に書けないのか、読めないつまざきもあるのかを点検しておく必要がある。筆者は、小学五年生の男児が黒板に書いた漢字交じりの文字をノートにすべてひらがなで正しく書いていた場面に遭遇した。彼などは、読めるけれど書くのが苦手であるのだろう。書字のつまざきは、音読できず、音声的に正

しく綴る能力が低下することで生じる場合と、形態的誤りや記憶のつまざきにより書けない場合とがあるだろう。後者の場合は、複雑図形模写やあとで記憶に頼って書くときにつまざきを認めることができる。書字表出障害は、読字のつまざきに比べ学習場面で気づかれることが早く、小学一、二年生になる頃には明らかにやすが、DSM-IV-TRでは有病率の算定が困難であるという。

(3) 算数障害

DSM-IV-TRでは有病率を1%とし、小学五年生以上にならないと確認困難であるという。秋元⁵⁾によれば、算数障害は二つの能力の障害から検討することができるという。

ひとつは、数詞やその読み書き、計算に困難をきたす場合である。これは言語性能力の障害で、九九が覚えられない・思い出せない、暗算ができないなどで、用語・概念理解、文章問題の記号への解読や数字・記号の解読のつまざきである。日常的には、金銭の計算などの具体的な操作はできる。もうひとつは、視覚・空間能力の障害で、量の概念のつまざき、図形の位置関係、筆算で桁がそろえられないことなどつまざきしている。その一方で定型的作業は得意で、機械的な計算問題はできる。

数学的手順は、次第に推論能力も問われ、ひじょうに複合的な各要素の検討が求められるた

め、広範囲な学習障害を示しやすいことも知られている。

LDの診断は、発達歴を詳細に聴取し、学力到達度の正常範囲、学習機会の欠如、教え方の拙さ、文化的要因、他の発達障害などの鑑別・合併に注意し、心理検査(WISC-III、K-ABC、ITPA、絵画語彙検査など)と実際の学習現場の状況を加味して行うことである。

希求される対応支援は、子どもの学習成果の向上をむやみに目指す前に、「できない」ことが怠けや意欲の低下、あるいは人として劣るといふことではないということを周囲に理解してもらい、本人に「これは苦手なことなのだ」と自覚してもらうことで、恥ずかしいとか、自分ほだめだという自己卑下感をもたせないことである。

その一方で、学校の成績や学歴には、子どもも将来を決定づける力がある。親は、将来、子どもに苦労させないために、学習の困難さを克服できないだろうかと希求する。この焦りを受けとめながら、今できることを蓄積していくこと、得意な方法を発見することといった地道な努力を支援者がし続けることである。

生活障害からの打開を求めて

以上が医学的視点からの解説であるが、こう

した特性のある子どもたちの生活をいかにすれば豊かな方向へ導くことができるだろうかを考えてみたい。本特別企画は、そのことを中心に置いていたため、各論文の随所に多くのヒントを読み解くことができる。ここで筆者も二、三述べておきたい。

まず述べておきたいのは、ADHDやLDをもつ子どもたちは、「成長する」という事実である。発達障害という名称は、発達することに「つまづいているかのような錯覚を生じさせる」。しかし、どの子も予測を裏切るような育ちを示す。ある意味、その驚きと感動のために、筆者はこの仕事から離れないのだと思う。

次に述べておきたいのは、課題をもつ子どもに対しても、つまづきを消失させる、変えることに努力するのではなく、変わる以前の今、目の前にいるその子どもを、尊重し、肯定的に認めることである。

この姿勢を筆者は、『窓ぎわのトットちゃん』に登場する小林校長先生の態度から学ぶことができた。黒柳徹子さんの自伝のような本書では、小さい頃から「反省」を母の胎内に忘れてきた子と呼ばれ、注意されても態度の改まらないうトットちゃんが生き生きと描かれている。

ある小学校を一年生の途中で退学させられたトットちゃんは、二つめの小学校としてトモエ学園に転校した。転校時の面接でこの学園の小

林校長は、母親を廊下で待たせ、トットちゃんとの一対一での面接場面で、トットちゃんは「なんでも話してごらん」という校長の促しに、四時間以上も話し続ける。トットちゃんをして「あとにも先にも、トットちゃんの話をして、こんなにちゃんと聞いてくれた大人は、いなかった」と語らせた校長は、その後毎日、トットちゃんに対して「きみは、ほんとうは、いい子なんだよ」と語り続ける。

見事に小学校生活に支障をきたさなくなるトットちゃんだが、もともとの特性は卒業してもまったく変わりはしない。では、何が変わったのだろうか。

三つめ、これもトットちゃんからの学びだが、小さな子どもの思いを軽んじない、その思いにこころを馳せて、護っていくことである。本書では「もともと性格も陽気で、忘れっぽいタチだったから、無邪気に見えた。でも、トットちゃんの中のだこかに、なんとなく、疎外感のような、他の子供と違って、ひとりだけ、ちよつと、冷たい目で見られているようなものを、おぼろげには感じていた」という記載がある。トットちゃんのおぼろげな不安、疎外感を、われわれはこころする必要がある。

おわりに

ADHDとLDを対象に論じる本特別企画を

読み終えた後、これは一人ひとりの子どもたちと身近な親を大切に思う、という当たり前のことに帰着することを、筆者は編者として願っている。医学的視点からの特性の説明も、教育的接近も、虐待や非行という周辺関連現象も、すべては「その人に限りなくちかづく」ために必要な情報、ツールなのである。

今一度、われわれは何を大切にしたいのか、自問したい。

〔文献〕

- (1) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., text revision (DSM-IV-TR). APA, 2000. (高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳「DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル」新訂版、医学書院、二〇〇四年)
- (2) 田中康雄「AD/HD 五〇年の流れと将来の展望」『児童精神医学とその近接領域』二〇〇九年(印刷中)
- (3) 田中康雄「学習障害とコミュニケーション障害の理解と対応」『児童精神医学とその近接領域』二〇〇九年(印刷中)
- (4) 黒柳徹子「窓ぎわのトットちゃん」講談社文庫、一九八四年
- (5) 秋元有子「算数障害のサブタイプ―記号とその意味の視点から」『LD研究』一二巻、一五三一―一五七頁、二〇〇三年

(たなか・やすお/精神医学)

●医療・保健福祉の現場から

紡いでゆく連携

——ネットワーキングからネットワーキングへ——

田中康雄

北海道大学大学院教育学研究
院 附属子ども発達臨床研究センター

はじめに

本稿は、ADHDとLDのある子どもたちを主人公にして、親や関係者も含めての学際的支援のあり方について検討する。ここでは、何のための、誰のための連携かを考えてみた。

連携の必要性

落ち着きがない、絶えず動き回る、何度言っても態度が改まらない、突然乱暴な行動を示すといった子どもたちがいる。また、知的には遅れはないのだが、学習に困難をきたしている、読んだり書いたり、計算したりできない、運動

面が極端に不器用である、会話がうまく成り立たない、一方的である、といった特徴をもった子どももいる。

こうした子どもの親は周囲から「甘やかしている」「躰がなっていない」と言われやすく、一方的に親の力不足という非難にさらされる。また、子ども本人は「わかっていないのに、わざととしている」「嘘つきで困る」「ただわがままなだけだ」と評価されてしまい、たびたび強い叱責を受けてしまう。

一方、保育・教育の現場でも、指導に当たる当事者以外の人々は「特別な子どもとは思えない」「ちょっと幼いくらいで、この程度の子ど

もはよくいるよ」と評し、時には当事者の指導力のなさや判断されてしまうことがある。そのなかでもっとも困っている保育士・教師が孤立してしまふ。

ADHD、LDのある子どもたちは、生来的にそうした特性をもって生まれてきたと理解されるまでに時間がかかる。理解されるまでの間、右記の悪循環と追いつめられ感^①は、継続されていく。こうした悲劇は、ひとえにこの種の問題が正確に理解されにくいことに起因する。

次の悲劇は、こうした子どもに対して比較的早くに「ADHDかもしれないから一度病院で診てもらったら」という周囲の善意からの助言や、「発達障害であれば、通常学級ではむずかしい」といった言葉、「毎日、親と一緒に登下校して、授業中もそばについていてください」と依頼されること、である。ここには、障害の理解はある程度あるのだろうが、逆に子ども自体の理解への接近が阻害されてしまっている。

障害特性を共有したうえで、一人ひとりの子どもへの接近を通して、関係者や家族が、よりよい関係性を築き上げること、それが連携である。ここで筆者は、連携とは、「複数の者（機関）が、互いの専門性を尊重したうえで、同じ目的をもち、連絡をとりながら、協力し合い、それぞれの者（機関の専門性）の役割を遂行すること」と定義している。さらに、この相互尊重を

掲げている背景には、支援は「支援する人の物語」ではなく「支援を受ける側を主人公とする物語」へ転回する必要性を痛感しているということがある。誰のための連携か、誰のための支援かを考え続け、支援するチームを検討していくことが求められてきた。

発達と発達障害

ここで特性を知るためには、そもそも発達障害ということの意味を共有する必要がある。私たちは発達障害という言葉は何気なく使っているが、この言葉が意味したものを拾い集めてみた。

小児科医の椎原⁽³⁾は、「成長・発達の過程において、特に初期段階で何らかの原因によりその過程が障害され、認知、言語、社会性、運動などの機能が障害された状態」と説明した。この医学的な説明は「個人に備わった機能がうまく働いていない」状態を意味する。

一方でヴィゴツキー⁽⁴⁾は、障害のある子どもとは「同年輩の健常児より、たんにより少ししか発達しないのではなく……質的に異なる独特の発達のタイプを示す」と述べた。つまりバリエーションなのだという視点である。このタイプの違いという指摘はひじょうに納得できる。

杉山⁽⁵⁾は、その差異、バリエーションが、発達

途上に生じた「道筋の乱れ」と社会的な適応が重なりあわないもののみを障害と称した。筆者の「生活障害」にもっとも近い指摘である。

「道筋の乱れ」を鯨岡⁽⁶⁾は、「負の様相」と称し、発達障害とは、人間の「生涯にわたって身・知・心の面に現れてくる成長・変容の過程において、何かしらの「負の様相」が人生の早期に現れ、それが一過性でなく、その後の成長・変容に何かしらの影響を持続的に与えている状態」と定義した。ここで述べる「負の様相」は、時代的、社会的、文化的価値にもよるものである。このエコロジカルな視点から浮上した状態として、発達障害を理解するべきである。ゆえに発達障害があるということは、生活に障害があるということになる。

子どもが困っていること

ADHDやLDのある子どもが困っていることとは何だろうか。子どもは、一所懸命頑張っても失敗ばかりで、時には叱責されたり、嘲笑されたりする。もうどうでもいいやと投げやりになり、自信や将来に対する希望がもてずに、子どもたちには生きている充実感が育たない。

つまり、子どもは自分にある「発達障害」に困っているのではなく、自分が思うようにいかないこと、周囲から期待されていることがかな

わないことに「困っている」といえないだろうか。であれば、解決する場は「日常の生活の場」でしかないはずである。

親が困っていること

では、親は何に困っているのだろうか。わが子のことは、誰よりも理解しているという自負が、これまででもっとも身近に育ててきたという強い思いが、親にはある。しかし、この子の「育てにくさ」だけは、誰にも理解してもらえない。この子の落ち着きのなさ、一方的でわがままにみえる言動ややる気のなさ、あるいは学習不振は、皆親である自分の育て方のせいだと思われているように感じる。親は落ち込み、自分を責め、孤立し、自信を失っている。

つまり、親も、子どもにある「発達障害」に困っているのではないだろうか。親は、自分の対応がどうしようもなくうまくいかないこと、親として子どもを従わせることができないことに、力になれないことに悩んでいるのである。そして、親なき後、この子がどのように生きていくというのだろうと、果てなく心配している。

ライフステージに応じた応援団づくり

家族以外で妊娠を祝福できるのは、保健師の

特権である。母子手帳を発行した瞬間から、母になるべき人の応援者である。妊娠中の不安を受けとめ励ましていく。出産後、一時的に気持ちがあふさぎ気味になること（マタニティ・ブルーム）もよくあることと安心させる。

出産までに産婦人科医師と助産師も勇気づけていく。妊娠中の母になるべき人の気分は胎児もともに感じてはいるはずである。

定期健診では、保健師の役割は、子どもの育ちを確認しつつ、親の不安やさまざまな悩みに耳を傾け、支えていくことである。一歳半でひじょうに手のかかる落ち着きを欠く子どもに出会えば、診断よりも、「たいへんね。お母さんのほうこそ夜はちゃんと寝られているの？」とまず母を気遣い、労うべきである。

レスパイト目的に集まる場所や、子どもの養育支援を行うところを紹介するときも、何か問題があるからではなく、使える資源を十分に活用することで、母子ともに適度に休息することを目的にする。

就学前に出会う保育士は、手のかかるあるいは何かしら気になる子どもに対して、急ぎ医療を勧めるよりも、子どもの日常を観察し、その子のこころの言葉を代弁することで、母と意見交換をしてほしい。この時期の最大の親の悩みは、「この子のことがちつともわからない。私はどうしたらよいのだろう」という思いである。

この子はこんなふうな思っているのではないだろうかと、あれこれとその子のこころの中身を予測することを、楽しんでほしい。子どもの側からいえば、「僕（私）のことをわかって」と一所懸命に接近してくれている。少なくとも決めつけることはしない」ということであろう。

一年、あるいは二年の保育期間中に、子どもと日常をとにもすることで、保育士のその子の思いへのアンテナの感度は、いやがおうにも高まる。保育士は、その子のこころに触れ、一緒の時間を過ごしたいのである。

そこで得たさまざまな情報を、丁寧に小学校へ伝えるのが、就学時の連携となる。情報は日常生活を送るうえで役立つものでありたい。すると、行動特性と、代弁してきたそこに生じるこの子の思いを伝えてほしい。

小学校の六年間、担任や校長が替わるたびに、親はこうした情報の伝達を希求し続けている。

ADHDやLDのある子どもたちにとって、小学四年生前後が大きな壁となる。ひとつは、学習レベルの向上が期待され、もうひとつは親密な人間関係の構築が行われる。LDのある子どもでは、前者によりつまづきやすく、ADHDのある子どもでは、親密で落ち着いた人間関係を築きにくい。教室を飛び出すほどの多動さは影を潜め、学習は、意欲の低下が加わり、本

当のつまづき具合が判断しにくくなる、一〇歳前後の壁ともいうこの時期、子どもたちのこころは大人からやや距離を置き始める。

発達の階段は、その時その時、さまざまな課題をもつ。すべてをクリアすることよりも、どこでこれまでのつまづきの補修をするかが課題となる。手遅れということは無いが、何も手出しをしないままだと、何も始まらない。

求められる連携とは、親の思いと子どもの育ちを伝えていくことであり、つねに油断なく、誰かが心配し続けることである。

ネットワーキングから ノットワーキングへ

こうしたケアの実践と理論を架橋するのがネットワーキングであるが、山住とエンゲストロームらは、こうした繋がりを、自由度を高め、臨機応変に柔軟に活動の糸を結び合わせ、ほどこき、ふたたび結び合わせるといふようなイメージから「ノットワーキング (Knotworking)」と呼んだ。Not Workingではなく、knot (結び目)、すなわち結び目作りのことである。前述したように、ライフステージごとに登場する関係者は入れ替わる。その都度、臨機応変に柔軟に必要に応じた関係者と結び目を作っていくことが求められる。

放っておくと、理解しにくいために、大人の