

Q&Aシリーズ

発達障害

ADHD編

はじめに

我が国では2005年に発達障害者支援法が施行され、発達障害をもつ人々の特性を理解し、その早期発見と支援を行うことが国及び地方公共団体、国民の責務として定められました。さらに2016年の一部改定では、乳幼児期から高齢期まで、それぞれのライフステージに応じた支援を切れ目なく行い、発達障害をもつ人々の自立や社会参加がよりよいものになるよう努める必要があることが明記されています。

本シリーズではそのような背景から、発達障害のなかでも主要な障害である自閉症スペクトラム障害(ASD)、注意欠如・多動性障害(ADHD)、学習障害(LD)、発達性協調運動障害(DCD)、チック症をとりあげ、年齢段階ごとの特徴や経過、支援上の留意点の基礎知識について、3冊のQ & A形式のテキスト(「ASD編」「ADHD編」「LD・発達性協調運動障害・チック障害編」)にまとめました。本書の執筆・編集は、お茶の水女子大学人間発達教育科学研究所の小児科学・児童精神医学および心理学を専門とする教員メンバーと大学院生、そして発達障害に造詣の深い外部研究者によるものです。

人間発達教育科学研究所はお茶の水女子大学ヒューマンライフイノベーション開発研究機構に属しており、もう一つのヒューマンライフイノベーション研究所とともに、人が生涯を通じて健康で心豊かな生活を過ごすための研究・開発と、安全・安心な社会環境構築のためのイノベーション創出を目指して、2016年4月に設置されました。「こころとからだのイノベーション」をモットーとし、少子高齢化社会における社会的諸問題に対応して、健やかで活力と意欲ある子どもたちの育成、一生を通じたQOLの向上と健康寿命の実現、QOLを維持した健康寿命の実現を目指した研究を行っています。特に、生活習慣病、発達障害、炎症性疾患をコアテーマとし、子ども期、成人期、高齢期のライフステージを通じた研究を推進しています。

本書は、本機構の成果や実績を発信する教育コンテンツの一つとして作成され、現在の発達障害の支援ニーズに沿ったものと考えておりますので、手元に置いて参考にしていただけたら幸いです。

ヒューマンライフイノベーション開発研究機構 機構長 森田 育男

監修者の序

子育てや子どもの教育に関心のある方にとって、発達障害は耳慣れない言葉ではなく、むしろすでに聞き飽きた言葉になっているかもしれません。しかし、私は長年に亘って小児科の医師として、発達障害の診療を行う傍ら、発達障害について啓発活動を行ってきましたが、すでに社会に言葉として発達障害が定着したにもかかわらず、その正しい意味が十分に理解されていないと感じています。

正しく理解することが困難な理由は、発達障害という平易な名前であるにもかかわらず、その実態は専門家にとっても難しいことです。発達障害は一応総称としての診断名ですが、他の臨床診断、例えば糖尿病の様な診断の決め手となる検査や心理テストがありません。またその特徴となる症状の記載の中にも明確性を欠くものがあります。さらに専門家や研究者の中でもいまだに議論が続いている不明点があるのです。

しかし、発達障害についての正しい理解を専門家だけに任せておけない事情があります。それは、発達障害を持つ子どもや大人の数が非常に多いことであり、適切な対応が家庭や園、学校だけでなく職場も含めた社会のあらゆる場面で必要とされていることです。

本書は高い専門性を保ちながら、最新の発達障害に関する情報を、発達障害の基礎から現場での応用まで幅広い視点で、わかりやすいQ&Aの形でまとめた意欲作です。発達障害のある子どもや大人と接する機会の多い現場で、本書が有効に使われることを期待しています。

2021年3月

榊原 洋一

発達障害 ADHD 編

目次

はじめに..... 2

監修者の序..... 3

Q01. 発達障害とは何ですか？ 6

Q02. 発達障害は病気ですか、障害ですか、個性ですか？ 8

Q03. 発達障害は本人に告知した方がいいですか？
どのように伝えればいいですか？ 10

Q04. 進路選択で注意すべきことは何ですか？ 12

Q05. ADHDはどのように診断されるのですか？ いつ頃ですか？ 14

Q06. 長期的なADHDの経過について教えてください。 16

Q07. 幼児期のADHDの特徴について教えてください。 18

Q08. 幼児期のADHDの治療法(支援)について教えてください。 20

Q09. 幼児期に親ができること、すべきことは何ですか？ 22

Q10. 就学を目前にした時期での子育てのポイントを教えてください。 24

Q11. ADHDと診断されたら、家族は周囲(保育園や幼稚園など)に
そのことをどのように伝えればいいですか？ 26

Q12. 保育士や幼稚園教諭の子どもへの対応の仕方において
気をつけるべきことは何ですか？ 28

Q13. 幼児期の子どもで健康で安全な生活に必要なことは何ですか？ 30

Q14. 学校で「集団での活動が苦手」と言われました。
どこに相談したらいいですか？ 32

Q15. 学校で「ADHDかも」と言われました。
どこに相談すればいいですか？ 受診はどうすればいいですか？ 34

Q16. 学齢期のADHDの特徴について教えてください。 36

Q17. 学童期のADHDの治療法(支援)について教えてください。 38

Q18. 児童期において、家庭や学校で特に注意すべきことは何ですか？ 40

Q19. 学齢期の親のための支援はありますか？ 42

Q20. 思春期において、家庭や学校で特に注意すべきことは何ですか？ 44

Q21. ADHDと診断されたら、家族は周囲(学校など)に
そのことをどのように伝えればいいですか？ 46

Q22. 教師が学齢期のADHD児への対応の仕方において
気をつけるべきことは何ですか？ 48

Q23. 大学に通う場合、本人や周囲はどのようなことに気をつけなければい
ですか？ 50

Q24. 成人期のADHDの特徴について教えてください。 54

Q25. 成人期のADHDの治療法(支援)について教えてください。 56

Q26. 家庭生活で留意すべきことは何ですか？ 58

Q27. 健康な生活に必要なことは何ですか？ 60

Q28. 本人が職場で注意すべきことは何ですか？ 62

Q29. 職場でのADHDのある人への対応の仕方において
気をつけるべきことは何ですか？ 64

Q30. 高齢期のADHDの特徴と、家族や本人が注意すべきことを
教えてください。 66

本書のアイコンについて

本書「Q&A シリーズ 発達障害 ADHD 編」では、内容に応じて以下のようなアイコンをつけています。

 ADHDの基礎的事項	 思春期(学齢期)のADHDにかかわること
 幼児期のADHDにかかわること	 成人期のADHDにかかわること
 幼児期のADHD、特に保育所・幼稚園にかかわること	 成人期のADHD、特に就労にかかわること
 児童期(学齢期)のADHDにかかわること	 高齢期のADHDにかかわること

01

発達障害とは何ですか？

A

遺伝子的要因による脳機能の変化によって生じる特異な行動特徴を示す状態のことです。

発達障害は単独の障害の診断名ではなく、基本的には自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorder: ASD)、注意欠如多動性障害 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD)、そして(限局性)学習障害 ((Specific) Learning Disorder: LD) の3つの代表的な障害の総称です。このほかに、発達性協調運動障害 (Developmental Coordination Disorders: DCD) やチック障害 (Tic Disorders) などを含むことがあります。「発達」障害という総称で呼ばれるようになったのは、いずれも幼少時期から症状が見られる生まれつき(生得的)な障害であるからです。

生得的であるという意味は、それらが出生後に生じた原因、例えば子ども自身の感染症への罹患、外傷、中毒などによって生じたのではないということです。では生得的な障害ないしは病気の原因にはどのようなものがあるのでしょうか。一つは妊娠中の母親の感染症、薬物摂取、放射線被曝、環境汚染物質暴露などによって胎児に障害ないしは病気が発症する場合です。先天性風疹症候群、母親のサリドマイド服薬、胎児性水俣病などはそうした例です。胎児の元になる受精卵は、母親の卵子と父親の精子が受精することによってできますが、卵子や精子の染色体に変異が起こり、それが胎児の染色体に影響して起こる染色体異常症も生得的な発症です。さらにさまざまな原因で、胎児の遺伝子に変異が起きたために発症する遺伝子異常症も生得的ということが出来ます。

発達障害は生得的ですが、上記の疾患(障害)のように、一つの遺伝子や染

色体の変異が原因ではなく、私たちの目の色や髪の色が、両親から受け継いだ多数の遺伝子によって決まる様に、発達障害は多数の遺伝子の特定の組み合わせによって生ずる特徴のある脳の働きが土台になって生じる状態であると考えられています。発達障害を持つ大勢の人の遺伝子を解析した研究によると、例えばASDには20以上の遺伝子が関係していることが推測されています。また遺伝子の研究が行われる前から、発達障害は遺伝的な要因が関連していることがわかっていました。それは発達障害の家族内集積性です。家族内集積性とは、ある子どもに発達障害があると、きょうだいや親などの他の家族の成員にも同じ発達障害があることが多いことをいいます。

遺伝子の特定の組み合わせが、発達障害が脳機能の変化を起こす機構はまだ十分にはわかっていませんが、脳神経細胞のシナプスや神経伝達物質の働きを介して、症状につながると考えられています。

発達障害の発症には上記の様に遺伝子が関係していますが、胎児期の環境も関与していることがあります。遺伝子(DNA)に記録されている遺伝子情報は一生変化しませんが、DNAは化学物質(高分子)ですので、メチル化やアセチル化などの化学的な変化が胎児期初期に起こることがあるのです(エピジェネティクス)。例えば一卵性の双生児は遺伝子が全く同じですが、一人に発達障害があってももう一人には発達障害が認められないことがあるのは、こうした発達初期でのDNAのメチル化やアセチル化が双生児の一方の子どもにだけ起こった可能性が考えられるのです。遺伝子の特定の組み合わせが「土台になっている」としたのはそのためです。

また、発達障害の遺伝子素因による症状は、育つ過程で周囲の環境から影響を受けて、一人一人固有の発達障害の症状に変容してゆきます。



02

発達障害は病気ですか、障害ですか、個性ですか？

A

発達障害は「病気」「障害」「個性」のうちどれか一つの状態で説明できるものではありません。

発達障害を持つ人は、その行動や思考の特徴のために、家庭や地域あるいは学校等での生活や学習においてさまざまな困難を経験します。「発達障害」という呼び名は、本人や家族、教育関係者が、こうした行動や思考特徴によって引き起こされる困難を軽減したり解消するための方策（治療、療育、保育、教育、支援など）を効率的に行うための一種の符丁です。ですから、本来その呼び名は病気、障害あるいは個性のどれでも構わないのです。問題は、そうした符丁である病気や障害という言葉が、それを聞いた周囲の人の意識の中に引き起こすイメージによる偏見や誤解に容易に結びついてしまうことです。

障害は個性である、という言い方をすることがありますが、それは発達障害の行動や思考特徴が、定型発達（健常）児（者）の行動や思考と乖離したのではなく、連続していることを強調して、障害という言葉を持つ「何かが欠損・欠陥している」という誤ったイメージを打ち消そうという考え方によるものです。

病気や障害という呼び名によって、それを聞いた周囲の人の中に誤ったイメージが生起してしまうのを解消するために呼び名を変えるのは、最も直截な解決方法に思えるかもしれませんが、本質的な解決には至りません。なぜなら、周囲の人々がネガティブな印象を描いてしまう理由は、呼び名（符丁）以上に、発達障害を持つ人が示す行動や思考特徴が、平均的な行動や思考から偏位していることだからです。平均値から偏位した行動や思考パターンを「異質」と捉えてしまい、悪くするとそうした行動する思考特徴を持つ人を排

除してしまう傾向のある社会では、たとえ発達障害は個性である、と定義しても、異質を排除するという傾向は変わらないでしょう。

病気なのか障害なのかという問いについては、その両者は医学においてはほぼ同義に使われていることを述べて説明に代えたいと思います。例えば注意欠陥多動性障害（ADHD）は、欠陥や障害という言葉を避けて注意欠如多動症とも呼ばれますが、元の英語名は Attention Deficit/Hyperactivity Disorder です。この disorder は disease と同義の病気という意味で、翻訳の仕方によっては注意欠陥多動病としても良いのです。つまり病気と障害を区別せずに使用しているのです。障害の代わりに使用されている「症」も医学においては高血圧症、高コレステロール血症、尿毒症のように、「病」と同義に使われています。

こうした呼び方についての議論を続けるより、発達障害の本態についての理解を深めることの方が重要ではないでしょうか。

03

発達障害は本人に告知した方がいいですか？ どのように伝えればいいですか？

A

告知は必要ですが、告知の時期や内容は本人の年齢や理解度によってさまざまです。

この問いへの回答するにあたって、告知することが本人にとって意義があるという前提をまず共有しておきましょう。そうすればこの問いへの答えは、発達障害を持つ本人の理解度や年齢によって一通りではないことが容易に理解できるでしょう。

乳幼児や就学前後の子どもにその障害名 (ASD、ADHD) を告知することは、本人の理解を得ることが困難ですので、告知することの意味はあまりないでしょう。告知は保護者や保育士・教員、そして本人のケアに関わる専門家に対して行われることになります。

逆に理解力のある成人では、発達障害の意味やその対応方法 (治療も含めた) を本人に告知するのは当然のことになります。告知することで、自分の行動や心理的特性や医学的治療・心理的療法等が必要であることを理解できます。

この問いが大きな意味を持つのは、本人が小中学生である場合です。高校生以上はほぼ成人と同じ対応になります。

本人に告知をする年齢は、自分自身のことを客観的に見る能力 (メタ認知) の発達が見られる小学3~4年生が一つの目安です。本人の理解力が不十分な場合はこの限りではありません。

メタ認知の能力があるからといって、障害という言葉の意味や、障害を特徴付ける行動や心理的特性について、医学や心理学的な用語が理解できるわけではありません。子どもにわかりやすい用語で比喻などを使って説明するのが良いでしょう。Q2の回答と矛盾するようですが、障害という言葉が理解

困難だからといって病気に例えると、病気に対する限られた知識しかないこの年齢の子どもは、苦痛や辛い治療 (注射など) を連想しがちですので避けましょう。

障害名や医学的・心理学的な用語を使わずに、本人の行動特徴をそのまま伝えたり、わかりやすい比喻で伝えるのが良いと思います。例えば ADHD の行動特徴を持つ子どもには；

「あなたは自動車に喩えると、スポーツカーのエンジンが付いているけれどブレーキが効きにくい自動車ですね」

「もの忘れや、気が散りやすいクセがありますね」

また ASD の子どもには；

「あなたには、他の人の考えていることがわかりにくい特徴があります」

「ルールに気が付きにくいところがあるね」

中学生以上では、人の実行機能 (複雑な思考や行動を制御する認知システム)^{注)} をわかりやすい言葉で示し、本人の特徴を数値的に説明する方法が有効であることがあります。例えば「集中の深さ」「集中時間」「気持ちを抑える力」「人の気持ちを理解する力」などについて、100点満点で数値で提示します。「人の気持ちを理解する力は80点だけど、ものごとに集中する時間の長さは、いつもちょっと短めなので68点くらいかな」など、長所と組み合わせで示すことで前向きに捉えることができます。

注) 自分の感情や行動をコントロールすること、ワーキングメモリをうまく使うこと、課題などに取り組む際に、注意の集中や処理のスピードをコントロールしたりすること、などが具体的な例として挙げられます。

04

進路選択で注意すべきことは何ですか？

A

本人の意見も尊重しながら、一人一人の子どもの特性や教育的ニーズに合った学びを受けられる学校や学級を選択しましょう。

発達障害をもつ子どもの就学先は、「通常学級」、「特別支援学級」、「特別支援学校」の大きく3つに分けられます。

「通常学級」では、多くの友だちに囲まれて刺激を受けながら、学校生活を過ごすことができます。通常学級においても、少人数指導や習熟度別指導、支援員の配置などの支援を受けられる場合があります。一方で、学級あたりの児童生徒の人数が多いため、個々のペースに合った学習を進めるには限界があります。そこで、通常学級に在籍しながら、一定の時間のみ「通級指導教室」に通い、個々の特性に応じた特別な指導を受けるといった選択肢もあります。「通級指導教室」はすべての学校に設置されているわけではないため、他校の通級指導教室に通ったり、他校の教員等からの巡回指導を受ける場合もあります。

「特別支援学級」では、学級あたりの人数が少なく、障害のある子ども一人一人に応じた学びを進めることができます。校内に併設されている学級ですので、通常学級との交流や共同学習の機会があります。

「特別支援学校」は、障害の程度が比較的重い子どもを対象としています。学級あたりの人数がさらに少なく、障害のある子どもたちが、個々に合った手厚いサポートを受けながら学校生活を過ごすことができます。

就学先は、障害の状態、教育的ニーズ、本人や保護者の意見、専門家の意見、学校や地域の状況などをふまえ、総合的な観点から決定します。市区町村の教育委員会や学校は、本人や保護者に対して十分な情報提供を行い、本人や

発達障害のある子どもの就学先

小学校	通常学級	1学級あたりの標準人数は40人（1年生のみ35人）。通常の教育カリキュラムに沿った指導が基本となる。少人数指導や習熟度別指導、支援員の配置などの支援が受けられる場合もある。
	通級指導教室	通常学級に在籍し、ほとんどの授業は通常学級で受けながら、障害の状態に応じた特別な指導を週1～8単位時間受ける。
	特別支援学級	1学級あたりの標準人数は8人。小・中学校内に設置されている。障害のある子どもを対象として、一人一人の子どもに合った教育カリキュラムを、個別のペースで進めていく。校内の通常学級との交流や共同学習の機会もある。
特別支援学校	1学級あたりの標準人数は6人（重複障害の場合3人）。小学部、中学部の他に、高等部や幼稚部が設置されている学校もある。障害の程度が比較的重い子どもを対象として、一人一人の子どもに合った教育カリキュラムを、個別のペースで進めていく。学習面だけでなく、生活面の配慮や支援も手厚い。	

保護者の意見を最大限に尊重したうえで、教育的ニーズや必要な支援について関係者全員の合意形成を行うことが原則となっています。

発達障害をもつ子どもをはじめ、特別な支援を必要とする子どもの就学に関する相談を希望する場合には、市区町村が実施している「就学相談」の場を利用することができます。専門の相談員が、子どもの生育歴や発達の様子などを聞き取り、子どもの行動を観察し、必要に応じて発達検査や知能検査などを実施したうえで、就学に関するアドバイスをを行います。就学予定先への見学や体験を行う場合もあります。子どもと一緒に候補となる学校が主催するイベントに参加したり見学を申し込んだりして、本人の意見も尊重しながら、一人一人の子どもの特性や教育的ニーズに合った学びを受けられる学校や学級を選択することが大切でしょう。

なお、就学時に決定した学びの場は固定されたものではなく、後に転学することも可能です。子どもにとって学びやすい環境を選び直すこともできます。学びの場を固定したものとして考えるのではなく、子どもの発達や適応の状況に応じて、柔軟に選択していくことが必要です。

参考資料

- 1 就学相談・就学先決定の在り方について（文部科学省）
(https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/siryo/attach/1325886.htm)
- 2 榎原洋一（2011）. 図解 よくわかる発達障害の子どもたち ナツメ社

05

ADHDはどのように診断されるのですか？
いつ頃ですか？

A

ADHDの行動の特徴を列記した診断基準に従って、概ね4歳以降に診断されます。

ADHDの診断は、本人の行動特徴を日頃からよく見ている複数の大人からの行動特徴の聴取（小児の場合）や本人の自身の行動の陳述（成人の場合）内容を、診断基準（DSM-5, ICD-10）に照らし合わせ、基準を満たしているか判断して行われます。DSM-5では、ADHDの不注行動9項目、多動衝動性行動9項目のいずれかのうち6項目以上（成人では5項目以上）が該当し、さらにそのために日常生活や学校生活2カ所以上で支障をきたしている状態が6カ月以上続いていることが診断の必須条件になっています。また、そうした行動特徴が12歳までに顕在化していることも条件です。

ADHDは生まれつき（生得的）な障害であるというのが現在の考え方ですので、多動などの行動特徴は2歳前後から見られることも知られていますが、そうした行動や思考特徴が、本人の支障として顕在化するのには、概ね保育園や幼稚園といった社会生活が始まってからです。本人の行動特徴からADHDが疑われ、専門機関を受診するようになるきっかけとしては、園での集団活動への参加や、他児との人間関係における困難が多いのです。

多動や衝動性のように、周囲からの観察で気づかれない不注意優位のADHD（女兒に多い）の場合には、園や小学校低学年ではその行動の特徴が顕在化しない場合があります。行動特徴の顕在化の年限として、過去のDSMでは7歳までになっていたのが、最新版のDSM-5で年限が12歳に改定されたのは、女兒に多い不注意優位のADHDはその頃にならないと気がつかれないことが多いからです。

近年、小児期には全くADHDの行動特徴がなかったにもかかわらず、成人してから行動特徴が明らかになる成人型のADHDがあることが明らかになっています。

知能検査（ウェクスラー式など）や、その他の心理テストではADHDの診断を行うことはできません。医療機関によってはADHDの診断の一環にウェクスラー式知能検査などの心理テストを行うところもありますが、それは鑑別診断のために行われるものです。またADHDのスクリーニングないしは診断の補助として、ADHD評価スケール（ADHD-RS）やCAARS（Conners' Adult ADHD Rating Scale）のようなチェックリストが有用ですが、その評点のみでADHDの診断を下すことはできません。診断は診断基準に示された行動特徴とそれによる支障の有無を確認することでつけられるのです。

参考資料

- 1 日本精神神経学会（日本語版用語監修）高橋三郎・大野裕（監訳）染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村将・村井俊哉（翻訳）（2014）. DSM-5[®] 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院
- 2 融道男・小見山実・大久保善朗・中根允文・岡崎祐士（監訳）（2005）. ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン 医学書院



06

長期的な ADHD の経過について教えてください。

A

思春期頃までに軽快することが多いのですが、青年期、成人期まで症状が続くこともあります。

長期的な ADHD の経過を理解するためには、ADHD の併存障害と合併障害について知っておく必要があります。発達障害の種類 (Q1 参照: ADHD、ASD、LD) によって多少差がありますが、発達障害の発症には遺伝子が関係していることがわかっています。たぶん共通の遺伝子が関与しているために、同一の個人の中に複数の発達障害が共存しているのではないかと (例: ASD と ADHD、ADHD と LD) と推測されています。

ADHD と共存することがある他の発達障害やその他の精神神経疾患としては、ASD、LD、チック、てんかんなどが挙げられ、それらは併存症と呼ばれています。併存症と異なり、最初から共存はしていないが、ADHD の行動特徴によって二次的に発症する障害 (疾患) としては、反抗挑戦性障害 (反抗挑戦症)、行為障害 (素行症)、不安障害、うつなどが知られており、二次障害ないしは合併障害と呼ばれています。こうした併存障害や合併障害は、ADHD のある子ども (成人) の 70% にも見られるという報告があります。そのため、長期的な予後は、併存障害や合併障害の有無によって大きく変わってきます。

ここではそうした併存障害や合併障害のない ADHD の長期予後について述べます。ADHD の症状が顕在化し、診断されるのは通常 5~6 歳ころです。特に保育所や幼稚園と異なり、一定時間教室の中で座学をしなくてはならない小学校では、多動や不注意などの行動特徴が顕在化するのです。ADHD の行動特徴の中で、多動行動 (離席、よじのぼる、走り回る、おしゃべりをする)

は、周囲から気がつかれやすく、本人にも自覚されやすいためか、小学校高学年になるまでに自然に (服薬などによる治療がなくても) 軽快することが多いようです。それに対して、不注意や衝動性に起因する行動特徴は、思春期以降まで続くことが多いのです。不注意はそのための行動特徴が周囲から目立たず (授業に集中できない、物をなくす、物忘れをする、集中を要する作業を最後まで行えない)、その結果が本人 (と家族) にしか感得されないことも関連しています。その行動特徴が生起しているその時 (物をなくす、物忘れをする、ボーッとしている) に、周囲から矯正的な対応がないことも関連していると思われます。

しかし本人には不注意による自己肯定感の低下などの負荷があり、さまざまな方策によってそれを乗り越えることも可能です。日本ではきっちりとした数字はありませんが、多くの子どもが思春期を超える頃までに、ADHD と診断されない状態にまで軽快します。しかし成人になるまで不注意や衝動性が持続することもあります。成人の 2.09% に ADHD の行動特徴が残るという日本での調査結果 (内山ら, 2012) もあります。小児期の ADHD の有病率が 4~5% であることを考えると、思春期までに軽快する率は 50~60% ということになります。

参考資料

内山敏・大西将史・中村和彦・竹林淳和・二宮貴至・鈴木勝昭・辻井正次・森則夫 (2012). 日本における成人期 ADHD の疫学調査. 子どものこころと脳の発達, Vol. 3, No. 1, 34-42.



07

幼児期の ADHD の特徴について教えてください。

A

落ち着きがない、かんしゃくを起こしやすいといった行動の特徴が目立ちやすい時期です。他児とのトラブル、事故やけがには特に注意が必要です。

幼児期は、ADHDの主症状のうち、落ち着きのなさや衝動的なふるまいといった、多動性や衝動性の症状が主として目立ち始める時期です。よく動き回ったり、衝動をコントロールできないことは、定型発達の幼児期の子どもにも普通に見られる行動特性です。ADHDのある子どもは、このような多動性や衝動性の特徴が、他の子どもと比べて、より顕著に、頻繁に見られます。

多動性の症状の特徴として、落ち着きのなさや、じっとしていることの苦手が挙げられます。例えば、絶えず歩き回っていたり、体を揺すっていたり、手足などを動かし続けたりする様子が見られます。身体の動きだけでなく、おしゃべりが止められない子どももいます。静かにしなければならない場面でも、黙っていることができず、つい話してしまうのです。このような特徴により、集団での行動から外れやすく、保育所や幼稚園で他の子どもたちと同じ活動に参加することが難しい場合もあります。一方で、自分が強く興味のあることに対してはすぐに取りかかり、没頭して取り組む様子も見られます。

衝動性の症状は、自分自身をコントロールすることへの困難につながっています。例えば、順番を待つことができず、列に割り込んでしまったり、他の子どもが使っている物を無理矢理取ってしまうことがあります。他の子どもをたたいたり、乱暴な関わり方をしてしまう子どももいます。我慢をすることが苦手で、自分の主張が通らなかったり思い通りにならないことがあると、激

しいかんしゃくを起こすこともあります。これらの行動は、保育所や幼稚園で他の子どもたちとのトラブルの原因になってしまう場合があります。

ADHDのある子どもは、落ち着きのなさや衝動性の高さ、注意力の散漫さにより、突然に走り出したり、高いところから飛び降りたり、急に飛び出してしまうといった危険な行動をとりやすい傾向にあります。そのため、予期せぬ事故や大きなけがには、特に注意が必要です。また、興味があるものを見つけて急にいなくなってしまうことがあるため、外出先では迷子にならないように気をつけておく必要があるでしょう。

このような幼児期のADHDのある子どもの特徴から、「しつけがされていない」「わがままな子ども」という誤解を受けることがありますが、ADHDはあくまで生得的な脳の機能障害であり、しつけや育て方の問題ではありません。なお、幼児期に言葉の遅れが見られることもありますが、ADHDは他の発達障害と併存する場合も少なくないため、必ずしも言葉の遅れはADHDの特徴とは言い切れないでしょう。

参考資料

榎原洋一（2011）. 図解 よくわかる発達障害の子どもたち ナツメ社

08

幼児期の ADHD の治療法（支援）について教えてください。

A

多動や不注意による困難が生じないように環境を整備し、併せて行動療法的アプローチを行い、改善されない場合には薬による治療を行うこともあります。

ADHDの行動特徴が、日常生活の中で顕在化し、またそれが生活に支障をきたすようになるのは、多くは授業中の集中力や、時間や空間の使い方の厳密なルール遵守が求められるようになる小学校入学以降からですが、就学前の子どもにも、多動性、衝動性や不注意が顕在化し、適切な対応（支援）が必要になることがあります。

幼児期の子どもでは多動行動は、走り回ったりよじのぼったりする身体活動が、時に衝突や転落などの事故につながります。室内を走り回っていて物や他の子どもにぶつかってけがをする、高いところから飛び降りてけがをする、外遊びで前を見ないで走っていて物に衝突するなどです。また衝動性が高いために、急に道に飛び出る、集団行動の最中に急に飛び出してしまうなどの行動も見られます。また周囲の状況に対する注意が不十分であるために、集団行動中に出された指示に気づかずに一人だけ別の行動をしてしまうこともあります。こうした周りからの指示が通りにくい行動特徴のために、ASDと誤って診断されてしまうこともしばしばあります。

幼児期の ADHD ないしは ADHD の可能性のある行動特徴を持っている子どもへの対応には、生活環境の改変、行動療法的支援、そして自己肯定感の涵養、そしてごく例外的に薬物療法が行われます。

環境変容とは、走り回り急に飛び出したり、高いところから飛び降りたりする行動が起こりにくく、たとえそのような行動が出ても安全な環境を準備

することです。転倒しやすい段差の前や階段の昇降口に柵を取り付けるのも有効です。こうした安全な環境は、ADHDの行動特徴のある子どもだけでなく、乳幼児一般にとっても安全な環境です。園庭の遊具にも、同様の安全策を適用します。特に集団の中で指示が通りにくい子どもには、全体への指示出しとは別途に個別に指示を伝えます。

逸脱行動が多いために、どうしても叱責や注意が多くなり、そのことが本人の自己肯定感を低くしてしまうため、多動や衝動性の高い行動が見られなかった場合には褒め、自己肯定感を高めるようにします。年長児になると、トークンエコノミーなどの行動療法的な対応が有効です。トークン（代用貨幣）エコノミーとは、指示に従った行動や、賞賛できる行動が見られた時に、トークン（シールなどで代用も可）を本人に渡し（シールでは用紙に貼付）、逆に不適切な行動があった時には、トークンを回収（シールを剥がす）します。一日の終わりに、トークン（シール）が一定数以上たまったら、褒美（おやつ、キャラクターカードなど）を渡します。

こうした対応によっても多動や衝動的な行動が収まらず、けがや事故の危険性がある場合に限って、薬物療法が行われます（4歳以上）。

09

幼児期に親ができること、すべきことは何ですか？

A

子どもの特徴の理解を深め、子どもの良いところに注目すること、親自身のメンタルヘルスを保つことが大切です。

ADHDのある子どもは、じっとすることができない、すぐに行動してしまう、話を聞いていない、言われたことをすぐに忘れてしまうなどの特徴により、日常的に叱責されることが積み重なってしまうことがあります。親として、ふだんから、子どものことを褒めようとしたり、叱らないようにしたりすることを心掛けていても、子どもの問題となる行動を見たときに、「何度言ったらわかるの！」「また同じことをやってる！」など、とっさに叱ってしまうことはよくあることです。しかし、そのようなことが度重なって叱られ続けた子どもは、自信を失ったり、意欲が低下したり、反抗的な行動に出たりすることもあります。問題が改善しないうえに、子どもが反抗的な態度を示したりやる気を失ったりする姿を見ることで親もまた落ち込んでしまい、イライラしやすくなる。そうした状態の親の言うことに、子どもはますます従わなくなる・・・このような悪循環に陥ってしまうと、どうしても親子の関係は悪化していってしまいます。

親子関係が難しくなることを防ぐためには、まずは、親が子どもの特徴に関する理解を深めることが大切です。そして、子どもが見せる行動に関して、「子どもがわざとやってる」「親を困らせようとしている」「私のしつけが悪いせい」などと考えないことが必要です。ADHDの特性である多動性や衝動性は、幼児期においては、どの子どもにも多かれ少なかれ見られる特徴であるため、ADHDに当てはまるのかどうか判断することは難しいところではありますが、ADHDかどうかにかかわらず、幼児期の子どもが見せる行動の多く



は、自分をコントロールする力がまだ発達途上ゆえに起こることや、「つい」「うっかり」起こることが多く、意図的なものではないことがほとんどです。また、ADHDはあくまでも生得的な脳の機能障害であるため、育て方やしつけによってなるものではありません。例えば、病院で待たされたり電車にある程度以上長い時間乗らなくてはならないときには飽きてしまわないようにおもちゃや絵本、おやつなどを持参するなど、あらかじめ、子どもが起こしそうな問題を予測し、周囲の環境や接し方を工夫することによって、できるだけ、そのような事態にならないように予防的に対処することが大切です。

日常的には、問題となる面ばかりに注目するのではなく、問題ではない面、つまり、子どものできていることや、子どもの良い面に注目し、積極的に言葉にして認めたり褒めたりしていくこと、また、親子で楽しみを共有していくことで、より良いコミュニケーションを積み重ねていくことが大切です。

以上のことは、親自身が時間や気持ちに余裕を持っていないと実行することが難しいものです。親自身が日頃からメンタルヘルスを保てるよう、子育てについて誰かに話をしたり、自分がリラックスできる時間を持つたりすることも大切です。地域の子育て支援の機関やサービスを積極的に利用することもよいでしょう。

10

就学を目前にした時期での子育てのポイントを教えてください。

A

就学後のことを見通して、家庭と学校が連携をし、それぞれの立場で子どもを支援していくことが実現できるように、外部の支援機関の積極的な関与が望まれます。

子どもへの接し方、関わり方の原則は、小学校に入学しても幼児期と大きく変わることはありません。ただし、子どもが小学校に入学すると生活環境や状況が大きく変化するために、接し方、関わり方の原則を実行することが難しくなることがある、という心づもりが必要です。そして、Q9に挙げたことを、一貫していくこと、継続していくことが、より大切になります。

特に、大きな変化としては、小学校では、授業が中心の生活になるため、保育園や幼稚園と比べて、学習、集団行動、規律がより求められるようになります。一つ一つの活動の時間は長くなり、作業スピードも速く、内容もより難しくなっていきます。ADHDの主症状である不注意、多動性、衝動性が顕著な場合、学校生活ではさまざまな問題が生じやすくなります。例えば、学習面では、授業に必要な持ち物や宿題を忘れる、持ち物をなくす、授業に集中することができない、離席するなどが見られるかもしれません。それにより、学習内容の理解が遅れてしまうこともあります。生活面では、係の仕事を忘れる、休み時間と授業時間の切り替えに時間がかかり開始時間に遅れる、登下校に時間がかかる（寄り道をしてしまうなど）、また、対人関係面では、他児と言い争いになる、手が出て喧嘩になる、などが起こりやすくなるかもしれません。

学校生活での問題は、親にとって大きな悩みとなります。さらに、Q9に挙げたような家庭での問題もある場合には、親子関係の悪循環をより悪化させてしまうリスクがあります。子どもにとっては、学校生活での問題を、学校で



も家庭でも二重に叱られることになってしまうためです。例えば、宿題をやり忘れる、持ち物を持っていかない、などは、先生にも親にも叱られることになるでしょう。

小学校では、保育園や幼稚園の頃と比べると、親と先生が日常的にやりとりをすることが減ります。例えば、小学校へは子どもが一人で登下校をするため、園のときのように、登園時や帰りに迎えにいった時などに、子どもの日々の様子を先生と話す機会は減ります。子ども自身が学校から配布物などを持って帰ってきたり、家から提出するものを持って行ったりすることも増えるでしょう。

以上のことをふまえ、特に小学校生活のはじめのうちは、学校と親が密に連絡を取り合うことが必要です。持ち物の管理・提出など、重要なことに関しては、子どもができなかったことを叱るのではなく、親も先生も互いに確認をして、できるだけ失敗を未然に防ぎ、子どもを叱らなくて済むようにすることが大切です。また、子どもが学校でできたことを親が褒めたり、家庭で良かったことを先生が褒めたりするを通して、子ども、親、先生のより良い関係を築いていくことが大切です。小学校生活を円滑にスタートできるようにするために、入学前から少しずつ準備をはじめましょう。保育園や幼稚園、家庭での子どもの様子をメモなどに整理し、入学前の学校見学会や保護者説明会時に小学校に伝えておくことや、外部の専門支援機関（医療機関、児童発達支援センター、教育センター等）に通っている場合には、支援機関の担当者（相談員等）に、支援機関での子どもの様子について書面にまとめてもらい小学校に情報提供を依頼する、または親自身がその情報を小学校に伝えておくとい良いでしょう。また、朝の支度や帰宅後の持ち物の片付けを自分でするようにしたり、休日に小学校までの通学路を歩いてみるなど、入学後必要となることを子ども自身が少しずつ練習していくことも大切です。

11

ADHDと診断されたら、家族は周囲（保育園や幼稚園など）にそのことをどのように伝えればいいですか？

A

担任に加え主任の先生や園長先生などにも同席してもらい、ADHD由来の行動特性を具体的に説明して支援を求めましょう。

幼児期の子どもの落ち着きのなさや不注意は発達の過程で見られる通常の様子でもあるため、ADHDの診断は児童期以降（6歳頃～）とされてきました。しかし、行動をコントロールしたり抑制することが著しく難しい場合、家庭や園での早期の支援的介入によるメリットが認識され、2011年のアメリカ小児科学会のガイドラインでは、診断可能な年齢が4歳に引き下げられています。これは、早期から環境調整などによる支援を行った場合、ADHDの特性自体はなくなっても、そこから派生する園での生活や遊びにおける困難を軽減し子どもの適応を促進できるということを意味しています。園のなかでの理解者や支援者を増やして子どもが安心して過ごせるように、診断（行動の特徴と支援の必要性）についてはできるだけ早く園に伝え理解を求めた方がよいでしょう。

実証研究のメタ分析（多くの研究の総括的分析）を基にした発達段階別の効果的な支援方法を表にまとめました。幼児期に有効な支援方法としては、ペアレント・トレーニング（Q19参照）を用いて親がADHD特性に応じた関わり方を学ぶこと、教師がクラスルームマネジメントを学び集団内での子どもの行動調整を支援すること、また、片付けや時間の区切りのつけ方などのスキルを本人が学び日常の中での実行を促すことなどの効果が確認されています。実際にはトレーニングを受けることが難しい場合もありますが、家庭と園が連携して子どもを支えることの効果が実証されているという点が重要でしょう。この点を踏まえると、子どもの診断を園に伝える際に



ADHDのための発達段階別の効果的行動支援

	幼児期	児童期	青年期
レベル1 効果的支援	ペアレントトレーニング ^a クラスルームマネジメント ^b オーガナイズスキル訓練 ^c 複数プログラムの組み合わせ	ペアレントトレーニング ^a クラスルームマネジメント ^b ピア行動支援 ^d 複数プログラムの組み合わせ	オーガナイズスキル訓練 ^c
レベル2 効果の可能性		脳神経フィードバック ^c	ペアレントトレーニング ^a

注. トレーニング対象者：a = 親、b = 教師、c = ADHDのある子ども、d = サマーキャンプ等での集団内の他児。オーガナイズスキル訓練には整理整頓などの片付け、行動の計画やタイムマネジメントの訓練が含まれる。
（参考 Evans, Owens, Wymbs, & Ray, 2018; Evans, Owens, & Bunford, 2014; Pelham & Fabiano, 2008）

は、担任だけでなく主任や園長などの責任ある立場の教員も交え、具体的な支援について共通認識を形成することが大切です。家庭も園も限られた時間や人的資源の中での支援となるため、相互に信頼しあい協力できる体制を作ることが鍵になります。

ADHDのある子どもは、トラブルにつながる行動を起こしてしまい、叱責や非難を受けることが多くあります。そのため、自信を失い自尊感情が低下したり、できないことを何度も指摘され反抗的になったりするなど、二次的な問題に至ってしまう場合も少なくありません。しかし、興味のあることには驚くほどの集中力を見せたり、豊かな発想力を持っていたり良い面もたくさんあります。「困った行動」の背後には子ども自身ではどうにもできず「困っている状況」があることを見通し、望ましくない行動は叱責よりも落ち着ける場所でなぜその行動がいけないのか子どもにわかる言葉で説明します。また、望ましい行動が見られた時にはたくさん褒め、その日一日のなかで園・家庭のどのような場面で行った行動が見られたかを日誌などで情報共有するなど、幼児期だからこそできる家庭と園の連携を目指しましょう。

参考資料

アメリカ小児科学会のガイドライン（2011年）
American Academy of Pediatrics (2011). ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 128, 1007-1022. ※上記ガイドラインは2019年に改訂版が出されています。

12

保育士や幼稚園教諭の子どもへの対応の仕方において気をつけるべきことは何ですか？

A

ことばかけや保育の流れに配慮するとともに、全員が過ごしやすいよう環境の工夫をしましょう。

ADHDのある子どもは、エネルギーに行動する反面、じっとしていることや待つことが苦手です。着席時に立ち歩く、注意散漫で保育者の話を聞いていない、過度の集中から熱中すると切り替えができないといった特徴があります。しかし、衝動性を少しずつ自分でコントロールできるようになる幼児期後半には、保育者に支えられながら役割や責任を果たせるようになってきます。不注意、多動性、衝動性は、程度の差はあるものの、発達のどの子どもにもみられることなので、保育という共同生活の場では環境設定が大切です。

ADHDのある子どもは、大人からの叱責や失敗体験から、心理的な傷つきや不調を抱え、幼児であってもそれらが原因で日常生活に支障がでることもあります。身体の不調、不安・緊張、暴言・暴力などの二次的な問題を防ぐには、声かけや関わりの工夫、環境に配慮することが大切です。保育者が「○○ちゃん！○○君！○○しちゃだめ」と連呼していると、それを日常的に耳にしている周囲の子どもたちから「○○ちゃんや○○君はいつも先生に叱られている」というイメージを持たれてしまうことになります。「○○しない」という否定文は、子どもからはわかりにくいものです。例えば、「廊下は走らない」よりも、「廊下は歩こう」のほうが、どのような行動が望ましいのかわかりやすい声かけとなります。ADHDのある子どもにとって難しい整列や順番待ちの時には、「次の次だね」など、子どもの気持ちに沿った肯定的な声かけを

します。また、一つの遊びが長続きしない場合、今日は何をして遊ぶのかという遊びのシナリオを子どもと一緒に決めておくのも良いかと思います。活動と活動の間、衝動的に走り回ってしまうときは、手をつないで室内をゆっくり歩いてみましょう。

環境構成は視覚的にわかりやすい工夫を取り入れた、ユニバーサルデザイン的环境づくりが良いでしょう。例えば、日課を絵カードにして子どもたちの目につきやすい所に貼っておく、固定遊具の目につきやすいところに「こういう使い方は×」のようにラミネートで貼り、集まりの時間を利用してクラスの中で望ましい使い方を確認しておく、などが考えられます。順番を守れるよう、手洗い場前の床にビニールテープを貼ることで並ぶためのガイドとなる線を示します。遊具やブランコのところに「1・2・3」と順番を示す椅子やシートを用意しておく、子どもたちが自分たちで順番を管理できるようになります。教室内に注意喚起の貼り紙をする場合は、必ず子どもの目線に合った位置に掲示しましょう。

幼児は不満や怒りを制御することが苦手なので、自分の要求が通らないとかんしゃくを起こすことがあります。特に、ADHDのある子どもはささいなことでカッとなりやすく、友だちとトラブルになってしまったり、部屋を飛び出したりしてしまうことも多いかもしれません。静かな場所で一旦待つ、深呼吸するなどクールダウンの対処法を教えるとともに、落ち着いたあと、「どうすればよかったのかな？」と保育者が問いかけ、乱暴以外の方法で自分の気持ちを伝える方法を一緒に考えてみるなど、状況にあったソーシャルスキルが身に付くよう根気強く指導していきましょう。

参考資料

- 1 榊原洋一 (2011). 図解 よくわかる発達障害の子どもたち ナツメ社
- 2 榊原洋一 (2016). 最新図解 発達障害の子どもたちをサポートする本 ナツメ社

13

幼児期の子どもの健康で安全な生活に必要なことは何ですか？

A

園や家庭内の危険箇所をチェックし安全管理をはかること、それぞれの場所での環境設定の工夫や園と家庭が協力して生活リズムを整えることが必要です。

ADHDのある子どもは、注意力が散漫だったり、思いついたことをすぐ行動に移してしまう傾向があるため、信号や周りの車の状況をよく見ないで道路に飛び出してしまったりなど事故に遭いやすいといわれています。また、色々なところによじのぼることを好み、階段や手すり、遊具の高いところから転落してしまう事故も聞かれることがあります。したがって、子どもが危険を冒しやすいことを踏まえ、園や家庭の中の危険箇所をチェックし安全管理をはかることが大切です。例えば、口に入れて困るような小さな玩具や危険物は手の届く範囲に置かない、冷蔵庫や戸棚などの扉にストッパーをつける、壁面のコンセントの穴をふさぐ、テーブルや机の角にクッション材をつける、ドアが閉まって手を挟まないようクッションをつける、危険な場所に柵を取り付けるなど工夫をしましょう。幼児期であれば、ベランダや窓のそばに踏み台になるようなものを置かないようにします。

ADHDのある子どもは道を歩いている途中でも自分の興味の向いたものに突進していくことがあり、人ごみの中では迷子になってしまうケースもあります。登園するときや出かけるときなどは、手をつないだまま離さないようにすることが大切です。安心・安全に過ごすことのできる環境整備とともに、子どもにどのような行為が危険なのか、日頃から説明することも欠かせません。口頭で説明するだけでなく、飛び出したときの危険性や交通ルールについて絵カードで示す、のぼってはいけない場所には、「×」「のぼりませ

ん」と書いたカードを貼り、「してはいけない」と視覚的にわかるようにするのが良いでしょう。

心身発達の著しい幼児期は生活リズムを整えることが重要ですが、睡眠リズムが乱れやすいADHDのある子どもの場合、規則正しい生活習慣を意識して身につけさせることが求められます。休日でも平日と同じ時間に寝起きする、食事もできるだけ同じような時間帯にするなど生活リズムを崩さないようにし、日中は外遊びなどで運動させるなど、家庭の協力が必要になります。生活リズムが乱れやすく、いろいろな方法で睡眠リズムを整えようと努力しても寝付きや寝起きの著しい悪さなどの睡眠の問題が改善しないときは、医師に相談してみましょう。

ADHDの特性の一つにのめりこみやすさがあり、一度はじめるまででの切り替えがうまくできない子どももいます。テレビ視聴やゲームについては、見る・遊ぶ時間を子どもと一緒に決めるなどのルール作りや、お天気の良い日は親子で散歩や買い物に出かけたりして、メディア以外の活動を豊かにすることが大切です。また、食事時にテレビをつけていたり、玩具がそばにあったりすると気が取られて食がすすまない、遊び食いのような行動がみられるようになります。家庭や園に限らず、子どもが注意散漫にならないような食事の環境の工夫をしましょう。一斉でのトイレを嫌がる理由として、園のトイレになじめない、または尿意が自覚できずトイレに行きたがらない子どももいますが、ADHDのある子どもは遊びにのめりこみ過ぎて、遊びを中断することを嫌がったりトイレに間に合わなかったりすることもありますので、様子を見て個別に声かけをすることが必要です。

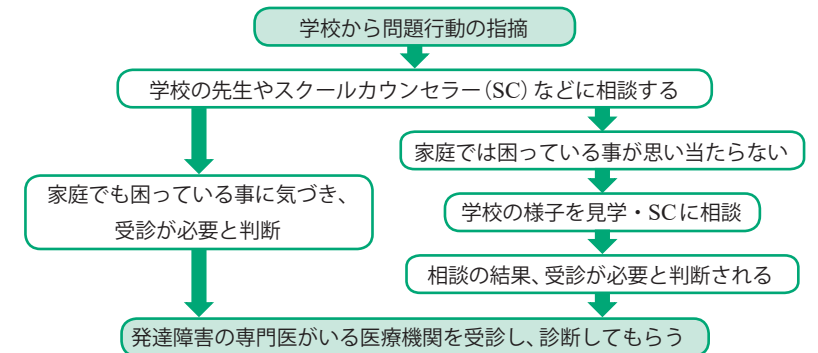
学校で「集団での活動が苦手」と言われました。どこに相談したらいいですか？

A

まずは、お子さんがどのような場面で困っているのか、学校の先生やスクールカウンセラーに相談してみましょう。

お子さんの発達に寄り添い、適切なサポートをしていくためには、お子さんの家庭での様子とともに集団での活動の場となる学校での様子を把握しておく必要があります。子どもの問題行動の背景には、さまざまな要因があります。同じ「集団での活動が苦手」ということでも、じっとしてられないため授業中に席を立ってしまう、おしゃべりが止まらない、ぼーっとして指示が通らない、自由遊びや班活動で自分の思いが通らないとカッとなり友達とケンカになってしまうなど、さまざまな内容やそれが顕著に見られる状況が想定できます。まずは、お子さんが学校生活の中のどのような場面で「集団での活動が苦手」なのか、担任の先生や部活動の指導の先生などお子さんに直接関わっている先生に詳しく聞き、お子さんがどのように困っているのかを把握しましょう。

また、これまでお子さんの家庭での様子や子育てしてきた中で気になった点はないでしょうか。例えば、整理整頓が苦手だったり、すぐ気が散り集中力が続かなかったり、順番を守れなかつたりといったことなど、子育てする中で「気になる」「困った」と思った点について確認してみましょう。親が「困った」と感じることは、たいてい子ども自身の困り感にもつながっています。もし、家庭の様子の中では、集団活動が苦手ということがよくわからないというのであれば、学校での子どもの様子を実際に参観することができるように相談してみるといいでしょう。また、スクールカウンセラーに相談し、家



庭での様子を共有しながら、クラスでのお子さんの様子をスクールカウンセラーに見てもらいましょう。

そのうえで、お子さんの発達に偏りや発達障害の特性があると気づいたときには、発達障害の専門医のいる医療機関を受診し、適切な支援へとつなげていく必要があります。医療機関の受診が迷われる場合には、子育て支援センターや教育相談センターなどの行政機関に相談してみましょう。また専門機関で受けたアドバイスは早めに学校に伝えて、指導法に反映してもらうなど協力を得ることが必要です。担任の先生だけでなく、校内の特別支援コーディネーター担当の先生やスクールカウンセラーに同席してもらい、学校全体でサポートしてもらえるようお願いするといいいでしょう。支援の仕方子どもは変わります。学校と家庭が協力・連携し合いながら、「集団活動のどのような場面が苦手なのだろう」と子どもの立場になって、その困り感を具体的に理解し、解消する方法を見つけてあげることが大切です。

相談機関

- 1 発達障害の専門医がいる医療機関（小児神経科、児童精神科、発達外来など）、地域の小児科診療所（専門医を紹介してもらえる）
- 2 行政機関の相談所（保健センター、子育て支援センター、教育相談センター、児童相談所など）



15

学校で「ADHD かも」と言われました。どこに相談すればいいですか？ 受診はどうすればいいですか？

A

ADHD かどうかを判断するには医療機関の受診が必要です。医療機関の受診が必要かどうか迷われる場合には、自治体の窓口にも相談することもできます。

ADHDの疑いを持たれたときには、医療機関を受診します。ADHDの診断や治療、相談ができる診療科は、主に小児神経科か児童神経科、もしくは発達外来(子どもの発達の問題を専門的に診察)です。医療機関を受診するかどうか迷われる場合には、発達障害者支援センター、保健センター、子育て支援センター、児童相談センター等の公的機関にも相談することもできます。また、診断や治療には結びつきませんが、自助グループや家族会なども相談先の一つです。自助グループや家族会にはADHDの当事者や家族が参加しているため、仲間づくりや日常的に困っていることへの具体的な対処方法などの情報が得られるという利点があります。

ADHDの診断を受けるには、医療機関の受診が必要となります。医療機関を受診する場合には、事前に、ADHDの診断や治療ができるか、受診にあたって予約や紹介が必要か確認します。専門の医療機関が見つからない場合には、かかりつけの小児科医に相談し紹介してもらうことも可能です。

ADHDは、現在の子どもの状態だけでは診断できません。生まれたときの様子やこれまでの生育歴・養育歴、学校での様子などの情報が必要です。受診にあたっては、母子健康手帳、今まで受けた健診の結果、育児日記、学校との連絡帳、過去から現在までの通知表、子育てで過去に困ったことや現在困っていることのメモなどを用意して持参します。医療機関では、問診の他に、身

公的な相談機関

発達障害者支援センター	発達障害者への支援を総合的に行っている専門機関で、各都道府県・政令指定都市に設置されています。
保健センター(保健所)	各自治体に設置されています。相談すれば関係機関を紹介してもらえますが、窓口の担当者によっては、発達障害についての知識が十分ではないという場合もあります。
子育て支援センター・児童相談センター	親が子どもの発達に関して相談することができる行政機関です。児童相談センターでは、就学相談も行っています。各自治体に問い合わせれば、場所など詳しく教えてくれます。

参考資料より作成

体的・心理的な発達の様子を調べる検査を実施します。ADHDの症状チェックリストを親が記入することもあります。医師は、問診や行った検査の結果に加えて、親が持参した母子健康手帳などの情報から、総合的に判断します。例えば、ADHD特有の行動が特定の状況でのみ見られ、他の状況では見られない場合には、ADHDではない可能性も考えられます。したがって、家庭での様子だけでなく学校での行動の様子の情報も必要になります。

ADHDの診断の目的は、子どもがより健やかで充実した生活が送れるようにすることです。診察の結果ADHDの診断が下りなくても、子どもが生活上で困難を抱えているのであれば、適切な支援や指導方法を探し、子どもの抱えている困難さを解消する必要があります。ADHDと診断がなされた場合は、子どもの抱えている困難さの原因が明確になり、どのように療育や支援、指導をすべきかわかりやすくなります。

参考資料

榎原洋一(2019). 最新図解 女性のADHDサポートブック ナツメ社

Memo

一般社団法人日本発達障害ネットワーク
(<https://jddnet.jp/about-jddnet/>)



16

学齢期の ADHD の特徴について教えてください。

A

多動性や衝動性に加え、忘れっぽさや注意の移り変わりやすさといった不注意の症状が顕著になりやすい時期です。学校生活では、学習面や友人関係面での困難に直面しやすい傾向にあります。

学齢期になると、就学前の時期に比べて、集団行動や規律を求められる場面が増えますので、ADHDの症状がより顕著に現れることも多くなるかもしれませんが、幼児期には、落ち着きのなさや衝動性が主な特徴として見られますが、学齢期には、これらに加えて、忘れっぽさや注意の移り変わりやすさといった不注意の特徴も目立つようになります。

学習面では、学習に必要な持ち物や宿題を忘れて来てしまうことがあります。学校で先生から言われた指示を保護者に伝え忘れたり、保護者宛の書類を渡し忘れてしまうこともありますので、「今日の先生からの連絡は？」とご家庭で声かけするとよいでしょう。また、集中力を維持し続けることが難しく、長い時間着席していないとならない授業では、途中でぼんやりとしてしまったり、与えられた活動や課題を最後までやり遂げられなかったりすることもあります。しかし、興味のあることには人一倍の集中力で取りかかることもあるので、ADHDのある子どもに集中力が無いわけではありません。集中力を持続させることが苦手なので、興味の対象が次々に移り変わってしまうのです。例えば、教室の外から聞こえてくる声や物音に気を取られたり、授業には関係のない掲示物に見入ってしまうことがよくあります。自分で注意をコントロールすることが苦手なため、一度それた注意を元に戻すことが難しく、注意が次々に移り変わってしまう「注意の転導性」という特徴が見られ

やすいといえます。先生の話や指示を最後まで聞くことができず、授業が理解できないことが続くと、やがて学業不振に陥ってしまう危険性もありますので、わからなくなったことがあるかどうか、丁寧に見てあげることが必要です。多動性や衝動性が強い子どもの中には、授業中に座っていることができず、教室内を立ち歩いたり、教室の外に出て行ってしまう場合もあります。

友人関係面では、友だちとの約束を忘れたり、決められた係や委員会の仕事を忘れたりすることが続くと友だちとうまくいかなくなることもあるので、友だちとの約束やクラスでの仕事をメモして確認する習慣をつけるとよいでしょう。また、衝動をコントロールする力が弱いため、友だちとの間で思い通りにならないことがあると、激しく言い返したり、突発的に手が出てしまう子どももいます。順番を待つことが苦手な列に割り込んでしまったり、会話の中で相手が話しているのをさえぎって自分が話し始めてしまうことで、友だちとのトラブルにつながってしまうこともあるでしょう。ADHDのある子どもは、考えてから行動することが苦手で、思いついたらすぐに動き始めてしまいます。行動力があることは、ADHDのある子どもの強みともいえますが、友だちとのトラブルに発展したり、からかいやいじめの対象となる危険性もあるため、周囲の大人たちがよく見守り、困ったことになった時には子どもと一緒に考え、友だちとの付き合い方を工夫できるようサポートする必要があります。

17

学童期の ADHD の治療法（支援）について教えてください。

A

学習環境の変容や行動療法的指導を行い、改善しない場合には薬による治療が行われます。

乳幼児期から学童期になると就学によって生活環境が激変します。長い時間教室の中で座っていなければならないだけでなく、授業に集中し、帰宅後も宿題を終わらせ提出しなくてはなりません。こうした時間と空間に拘束された生活の中で、ADHDの主症状は顕在化します。DSM-5に記載されたADHDの診断基準の多くが、学校での典型的な不適切な行動の記述（例：教室など、席に座っていることが決められている場で席を離れる、細かいことに注意がいかない、あるいは学校での学習や仕事、その他の活動において不注意なミスをおかす）によって示されているのもそのためです。

学童期の子どもの治療法（支援）も基本は、幼児期と変わりません。環境変容（教壇に近い席に座る、窓や出口から遠い席に座る、机の上にたくさんの物を置かないようにする）やトークンエコノミーなどを取り入れた環境で授業を行います。

家庭での保護者からの協力を得るために、保護者にADHDの特徴としてけなどの対応法について学んでもらい、教師と協働しやすいようにします（ペアレント・トレーニング）。

こうした方策によっても、多動、衝動性あるいは不注意など行動特性によって不適切な行動が続く場合には、薬物療法が行われます。

現在日本でADHDの薬物療法に使用が認められている（保険適用がある）のは、メチルフェニデート除放剤（コンサータ[®]）、アトモキセチン（ストラテ

ラ[®]）、グアンファシン（インチュニブ[®]）、ディスレキサンプェタミン（ビバンセ[®]）の4種類の薬剤です。このうち、メチルフェニデートとディスレキサンプェタミンは中枢刺激薬で、その処方には専門的な知識がいるために、登録された医師が処方します。

これらの薬剤は、注意や記憶、動機づけなど実行機能と呼ばれる働きに関与する脳部位に作用し、集中力や自制力などの機能を促進する働きがあることがわかっています。これらの薬剤の服用によって、ADHDの諸症状の軽減が得られることがわかっています。また、長期的な効果として二次障害である不安障害やうつなどの発生率を下げることも報告されています。薬物療法は、成人期まで不注意などの症状が続く一部の例を除いて、数年間続けられます。使用する薬剤によって異なりますが、食欲不振、不眠、ふらつきなどの副作用が見られることがあるので、医師による丁寧な経過観察が必要です。

最近、ゲーム形式のアプリによって不注意などの症状を軽減することができるとわかり、今後の治療法として注目されています。



18

児童期において、家庭や学校で特に注意すべきことは何ですか？

A

生活リズムを整え社会的スキルを身につけること、学業面や友人関係面の困難に適切に対応することが求められます。成功体験を積み重ね、子どもの自尊感情を育むことが大切です。

家庭においては、生活リズムを整えることが大切です。ADHDのある子どもの中には、時間の調整がうまくいかず、生活リズムが乱れやすい子どもがいます。また、行動の切り替えの苦手さにより、テレビやゲームなどに一度熱中するとやめるタイミングを失い、やり続けてしまうこともあります。生活リズムの乱れは、心身の不健康や不適応のリスクとなるため、注意が必要です。見通しを持った規則正しい生活を送るために、スケジュール表を準備することも効果的でしょう。また、人の話をしっかりと聞き、指示に従う習慣を身につけることも大切です。ADHDのある子どもの中には、話を聞くことが苦手だったり、聞いた指示を忘れやすい子どもが少なくありません。ADHDのある子どもと話すときには、簡潔でわかりやすい言葉を使用し、気が散るような周囲の刺激(テレビの音声など)を減らすことを心掛けましょう。基本的な会話のマナーも、児童期に習得したい社会的スキルの一つです。会話に割り込まない、相手の話を最後まで聞く、自分のことばかり話し続けないといったマナーは、家庭での団らんの場で身につけていくことができます。簡単な「お手伝い」を任せることも効果的です。家庭内で何らかの役割を果たすことは、責任感や自立心の芽生えにもつながります。時に失敗もあるかもしれませんが、温かく見守りながら、しっかりと役割を果たした際には、褒める言葉や感謝の言葉をかけることが重要です。

学校においては、授業に集中できなかったり課題をやり遂げられないことで、学習意欲の低下や学業不振に陥るケースが見られます。小学校での学習の困難は、中学校、高校へと進学するに伴ってさらに深刻化する場合もあるので、早めに適切な指導や支援に結びましょう。また、友人関係についても配慮が必要です。ADHDのある子どもは、周囲の子どもからすると自己中心的で乱暴な子どもに見えてしまい、敬遠されたり孤立してしまうことがあります。学校生活でのさまざまな失敗が、からかいやいじめの対象となってしまう可能性もあります。教員をはじめとする周囲の大人は、孤立やいじめが起きていないか、日頃から注意深く丁寧に観察することが必要です。子ども本人は、会話のマナーを守る、順番を守る、怒りや衝動を抑えるといった社会的スキルを身に付けていくことが大切になります。

家庭と学校で共通して大切なこととして、子ども本人が「できた!」と実感できる「成功体験」を積み重ねて、自信や達成感を持てるようになることです。ADHDのある子どもの失敗や困難は、生まれつきの特性のよるものであり、本人の努力が不足しているわけではありません。本人に悪気がないにもかかわらず、何度も繰り返し叱責されたり、問題視されてばかりでは、自分自身に自信を失くし、自尊感情が低下してしまうことにつながりかねません。良いことやうまくできたことは適切に褒めながら、本人に合ったスモールステップで成功体験を積み重ねて、自尊感情を育てていくことが大切であるといえるでしょう。

19

学齢期の親のための支援はありますか？

A

ADHDのある子どもを持つ親を支援するためのプログラムであるペアレント・トレーニングの有効性に関するエビデンスは、多数の研究により報告されています。

ペアレント・トレーニングは、親（養育者）が子どもの特徴の理解を深め、行動理論に基づき子どもに肯定的に関わるスキルを習得する教育的介入プログラムです。数多くの研究により、ペアレント・トレーニングを受けた親の不適切な養育の軽減（過度な叱責が減るなど）、肯定的な養育の増加（褒めたり認めたりすることが増えるなど）、メンタルヘルスの改善（育児のストレスの低減など）、また、子どもの適応行動の増加や不適応行動の軽減などの行動改善に関するエビデンスが示されており、現在、ペアレント・トレーニングは、ADHDのある子どもの行動を改善するための介入方法として推奨されています。ペアレント・トレーニングには、個別および集団のプログラムがあり、通常、行動理論の理解・褒め方・指示の仕方・不適応行動への対応などの内容で構成され、5～10回程度のプログラムとなっています。参加者は、講義、ロールプレイ、ホームワークを通して、子どもへの適切な関わり方の知識とスキルを習得することを目指します。日本では、ペアレント・トレーニングはADHDのみに特化したプログラムではありませんが、近年、ASDなどとともに発達障害児全般に対する支援方法として、注目されるようになってきています（ASD編Q11も参照）。ペアレント・トレーニングは、医療機関や自治体の児童発達支援センター、児童発達支援事業所などで受けられる場合が多いですが、残念ながら日本全国どこでも受けられるほどまでにはまだ普及していません。ペアレント・トレーニングを実施している支援機関があるか、居住地域の発達障害者支援セ



ペアレント・トレーニングの基本プラットフォーム

- ① コアエレメント（プログラムの核となる要素）
 - ・ 子どもの良いところ探し＆褒める
 - ・ 子どもの行動の3つのタイプわけ
 - ・ 行動理解（ABC分析）
 - ・ 環境調整（行動が起きる前の工夫）
 - ・ 子どもが達成しやすい指示
 - ・ 子どもの不適切な行動への対応
 - ★参加者のニーズに応じて、オプションを追加する
- ② 運営の原則
 - ・ 4、5～7、8人の集団を推奨
 - ・ 概ね隔週、1回90～120分、全5回以上
- ③ 実施者の専門性
 - ・ 職種は問わないが、ペアレント・トレーニングの養成研修を受講した者

ンターや児童発達支援センター、また行政窓口などに尋ねてみましょう。ペアレント・トレーニングの書籍や、インターネットなどにも資料があって参考にすることもできますが、可能であれば、専門的なトレーニングを受けて適切な知識や実施スキルを習得することが望ましいでしょう。

日本には、ペアレント・トレーニングに関するさまざまなプログラムがありますが、その望ましい内容やトレーニングのあり方については、近年、発達障害のペアレント・トレーニングの有識者の会（日本ペアレント・トレーニング研究会）によって「基本プラットフォーム」というコンセンサスが得られてきています。基本プラットフォームは、①コアエレメント（プログラムの核となる要素）、②（ペアレント・トレーニングの）運営の原則、③実施者の専門性から成り立っており、ペアレント・トレーニングを実施する支援機関・支援者には、基本プラットフォームの理解と習得が推奨されています。基本プラットフォームの詳細は、「ペアレント・トレーニング実践ガイドブック」を参照してください。

参考資料

- 1 日本ペアレント・トレーニング研究会 (<https://parent-training.jp/>)
- 2 一般社団法人日本発達障害ネットワーク JDDnet 事業委員会 (2020). ペアレント・トレーニング実践ガイドブック (<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000653549.pdf>)

20

思春期において、家庭や学校で特に注意すべきことは何ですか？

A

ADHDの主症状に基づく困難への対応に加え、情緒面や行動面における二次的な問題の予防および早期対応に重点を置いた支援が大切になります。

思春期は、発達障害の有無にかかわらず、心身の大きな変化に直面することとなり、多くの子どもが不安定になりやすい時期です。身体面では、第二次性徴を迎え、急速な発達・成熟が見られます。精神面では、自我が確立され、他者からの目が気になるようになり、「自分と他者との違い」に目を向けやすくなります。このような中で、思春期のADHDのある子どもにとって最大の危機は、日常生活でのつまずきや失敗、また周囲からの叱責や非難に起因する「二次的な問題」に直面しやすいということです。思春期のADHDのある子どもへの支援では、ADHDの主症状だけでなく、これらの二次的な問題に対する予防、早期対応が鍵となります。

思春期を迎えると、つまずきが続いてしまうケースも少なくありません。不注意のために授業についていけなくなって学業での成果がなかなか上がらないと、学習意欲が低下してしまうこともあるので、宿題や定期テストなど、一つ一つの課題をクリアできるよう本人とともに確認し、わからないことが発見されたら、丁寧に復習を重ねていくことが必要です。また思春期は、仲の良い友人同士でのグループでの親密性が高まりやすい時期ですが、ADHDのある子どもは衝動的な行動が多くなりがちなことから、グループにうまくなじまず、孤立しやすい傾向にあることにも留意が必要です。児童期までのからかいに比べ、思春期以降のいじめは深刻化するケースもあるため、友人関係に悩みを抱えていないかふだんの会話や学校での様子などに気を配り、トラブルについては事態が深刻化しないうちに相談を重ねていくことが大切です。

思春期以降のADHDのある子どもが直面しやすい二次的な問題

情緒面	抑うつ気分、過度な不安や緊張など	さらに深刻化すると・・・	うつ病、不安障害など
行動面	過度に反抗的な態度や暴言、暴力など		反抗挑戦性障害、素行(行為)障害など

ADHDのある子どもが思春期において直面しやすい情緒面の二次的な問題としては、抑うつ気分、過剰な不安や緊張などが挙げられます。これらの問題が深刻化すると、うつ病や不安障害といった疾患に至るケースもあります。一方、行動面の二次的な問題としては、過度に反抗的な態度や暴言、暴力などが挙げられます。これらの問題が進行すると、反抗挑戦性障害や素行(行為)障害といった障害に至るケースもあります。近年では、ゲーム依存やネット依存のリスクの高さも指摘されています。

二次的な問題への対応は容易ではありません。ADHDに二次的な問題が併存することで、治療や支援の困難度も高まり、改善には時間がかかることとなります。したがって、日頃から「予防」すること、また兆候が見られたら「早期対応」を行うことが大切になります。そのためには、周囲がその子どもの特性をよく理解し、必要な支援を適切に提供していくことが大切です。また、自信や達成感を積み重ね、「自尊感情」を育むことが重要な鍵となります。失敗体験の連続では、「どうせ自分にはできない」という劣等感が募り、コンプレックスが増幅する一方です。親や教師、友人との間に良好な関係を構築することも難しくなるでしょう。苦手なことに対しては、周囲のサポートを得ながら丁寧に対処していくことで「自分なりにがんばれた」という安堵感を得ることを目標とし、そのうえで、得意なこと・好きなことを見つけ、その分野での力を伸ばすことを重視することが大切です。自分の「強み」を知り、自尊感情を育むことは、思春期以降の将来の進路選択においても有用です。

ADHD と診断されたら、家族は周囲（学校など）にそのことをどのように伝えればいいですか？

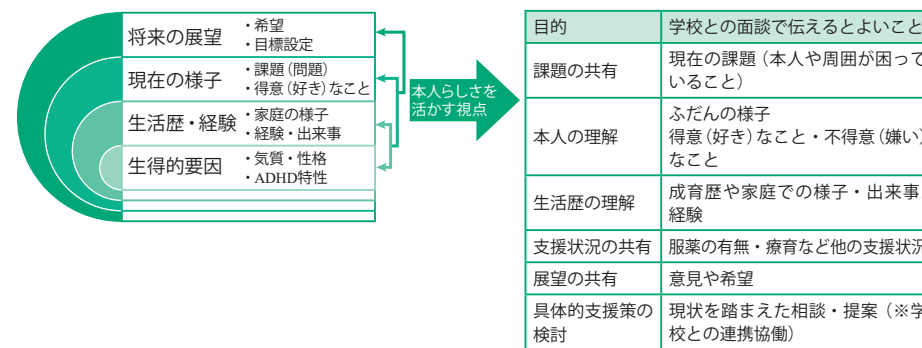


担任教員に加え特別支援コーディネーターなどに現状の課題を具体的に伝え、家庭と学校の連携を図りましょう。

学齢期は授業や行事など集団参加の場面が多く、課題や決まりごとなど学校生活での負担が増えることで ADHD の行動特性が顕著に表れ、その影響も大きくなっていく時期です。不注意、衝動性や多動性などの行動特性は脳の機能に由来しているため、根本的に変えることはできませんが、服薬や環境調整によって本人の適応を支えることは十分に可能です。反対に、ADHD が見過ごされ適切な支援を受けられない状態が続いてしまうと、周囲とのトラブルや失敗の繰り返しで自尊心が低下し、抑うつや不安などのメンタルヘルスの問題に至ったり、叱責や非難を繰り返されることで反抗心がつり、反抗挑戦性障害や行為障害といった二次障害につながってしまうこともあります。従って、専門機関で診断を受けたらできるだけ早く担任教員や特別支援コーディネーター（ASD 編 Q21 参照）などに相談し、現状の課題を具体的に伝え家庭と学校で連携して支援体制を作ることが大切です。

図に示した通り、学校などに診断を伝える目的は、問題行動に対処するだけでなく、子ども本来の伸びやかな発達を支援することです。そのためには、ADHD という障害特性だけでなく、ふだんの様子もふまえて子どもを包括的に理解してもらうことが必要です。診断を伝える際は困ったことや問題点に注意が向いてしまいがちですが、子どもの得意なことや好きなことなども共有し、「本人らしさ」を活かした環境調整を工夫しましょう。また、Q11 の表に示した通り、発達段階によってそれぞれ効果的な支援方法があることが実証

診断を周囲（学校・学童保育等）に伝える：
本人らしさを活かす支援のために



的に報告されています。例えば、児童期では教師が ADHD のある子どもとの関わり方や効果的なクラスルームマネジメントを学ぶほかに、集団内の他児によるピアサポートを促進する支援も効果があるとされています。さらに思春期以降は ADHD であるなしにかかわらず親や教師など権威に対して反発したり、自己の確立や自立が発達課題となるため、本人が自分で考え決めていくことを尊重することも大切です。例えば、日常生活や学校の課題などは家庭や学校が支援してルーチン（規則的な枠組み）を設けつつ、取り組む内容と順序は本人が決定するなど自己決定に根差した目標達成の実感を得られるよう工夫し、自立に必要なオーガナイズスキルを獲得する支援が効果的です。子どもの成長と共に支援の形は変わりますが、本人のウェルビーイングを中心とした支援の継続が求められます。

参考資料

国立教育政策研究所・国立特別支援教育総合研究所（2020）． 生徒指導リーフ Leaf3s． 発達障害と生徒指導—自尊心への配慮—
（<https://www.nier.go.jp/shido/leaf/leaf03S.pdf>）

22

教師が学齢期の ADHD 児への対応の仕方において気をつけるべきことは何ですか？

A

不登校やいじめなどの友人とのトラブルへの早期介入や、特性に応じた学習環境への配慮が重要です。

ADHD児は自分をコントロールすることが苦手で、暗黙のルールがわからないため、集団で孤立しがちです。いじめを経験したり不登校になることもあります。学校や家庭で理解されない状況が続いてしまうと、反抗的な態度が顕著になったり、逸脱行動を犯すリスクも高まります。行動の変化を敏感に察知し、早期に対応することが必要です。

危機対応にとどまらず、教師はふだんから ADHD 児に対し叱責や非難を減らし、特性に見合った丁寧で適切な対応が必要です。障害者差別解消法では、学校や園に対して、障害のある子どもが他の子どもと平等に学べるよう「合理的配慮」を求めています。ADHDへの合理的配慮には以下のようなものがあります (CHADD, 2019; 田中, 2008):

- (1) 席の配置：気が散らないように窓や入口近くの席は避ける。教卓の近くや、几帳面で面倒見の良い子の近くに座らせる。机間距離をとる。
- (2) 身辺整理：覚えることの苦手さを補うため宿題帳 (宿題の内容な提出期限をメモした日誌形式のノート) を利用する。より年少の子どもに期待するレベルの簡単な整理整頓スキルを身に付けさせる。
- (3) 学級運営：アイコンタクト、人の話を遮らないなど、良い聞き方を具体的に教え、それができたら褒める。小休止やストレッチを入れて気分転換を図る、授業中に教師のお手伝いを頼むなど、着席が苦痛になった場合には離席して動けるようにする。望ましくない行動が出たらその場から離し、一人で考える場所と時間を与える (タイムアウト)。

ADHDのある子どもの支援のコツ



Image credit ALLPPT.com

- (4) コミュニケーション：口頭の指示はメモ書きやイラストで聞き逃しを補う。体験学習や、パソコンや視聴覚機器の使用により複数の感覚情報を使うことで理解や記憶を促す。
- (5) 学習支援：宿題の量は少なくして「わかった」「できた」といった達成感を重視する。結果の評価だけではなく取り組み姿勢を認める。
発達障害の支援では「コーチング」という言葉が聞かれます。教師はコーチとして子どもに伴走し、助言し、励ましながら、目標達成やスキル獲得を導いていきます。長所も短所も自分以上に理解してくれる大人の存在は、子どもの情緒を安定させ、自己肯定感 (今の自分でいい、という感覚) を育みます。

参考資料

- 1 CHADD (2019). Recognizing ADHD in the classroom. (<https://chadd.org/for-educators/overview/>)
- 2 田中康雄 (2008). ADHDの明日に向かって：認め合い・支えあい・赦しあうネットワークを目指して (第2版). 星和書店.

23

大学に通う場合、本人や周囲はどのようなことに気をつければいいですか？

A

生活リズムが乱れやすくなります。専門機関の支援も活用して特性に合った環境を本人中心に整えていきましょう。

大学に入学すると、学業や生活を自分で管理する度合いが増します。ADHDの学生は時間を管理したり優先順位をつけるのが苦手なため、夜更かして朝の授業に出られなかったり、期限直前になっても課題に取り掛かれずに単位を落としてしまうこともあります。日常生活では、サークルやアルバイトなど人間関係の幅が広がります。そのため予定を詰め込みすぎてドタキャンしたり二重に約束してしまったりして信頼を失ったり、人間関係がこじれたりすることもあります。また、大学入学を機に一人暮らしを始めると、持ち物の管理ができず、生活習慣も乱れやすくなります。金銭管理が苦手だと、計画的に買い物ができずにお金がなくなってしまい、学生ローンなどに手を出してしまって苦しむこともあります。

このための対処として、本人には、自分の特性を自覚し、苦手を補うために生活環境や人間関係を見直したり、家族や周囲の人にも理解してもらい、計画的な生活を送るための協力や支援を頼んでみる、といったことが必要です。本人には、以下のようなアドバイスをするとよいでしょう：

1. 自己理解を深める

- 自分の得意なことと苦手なことを書き出してみましょう。自分の良いところは自分ではわからないことがあるので、友だちや家族に聞くのもよいでしょう。海外の研究によると、ADHDに関連した自分の行動の困った部分に気づいてコントロールできるようになれば失敗も少なくなり、



ADHD 困り感チェックリスト (岩淵・高橋, 2011)

こんなことに困っていませんか・・・

物忘れが多い	睡眠のリズムが不規則
生活が不規則	やらなければならないことが複数あるときにうまくこなせない
人を呼べないほど部屋が散らかっている	いつもやらなければいけないことに追われて余裕がない
やりたいことがたくさんありすぎる	イライラしやすい
人間関係がうまくいかない	頑張っているわりに、期待していたような結果にならない

結果として自信を得ることができるといわれています。

2. 環境を調整する

- 注意を集中しやすい環境をつくります (目や耳に入る刺激を少なくする工夫。掲示物のない勉強部屋、デスク周りをシンプルにする、など)。
- 忘れっぽい人はすぐにメモを取る、スケジュール管理アプリやスマホのリマインダー機能を利用するのも効果的です。目立つところにスケジュール表を掲示し、家族にもリマインドしてもらいましょう。何をするときでも優先順位をつけましょう。
- 衝動性の高さから失言をして人間関係をこじらせてしまうことがあるようなら、発言する前に心の中で“イチ・ニ・サン”と数えたり、深呼吸するようにするのも一手です。

3. 相談する

- 友人の協力を得る：大学生活をうまく乗り切るためには、クラスやサークルなどで同じ趣味の仲間や気の合う人を1人でもいいから見つけて、友だちを作ることが重要です。スケジュール管理や情報提供をしてもらったり、悩みや困りごとの相談にもものってもらったりしましょう。
- 学内の教職員や学生相談室のアドバイザーとの連絡を密にする：あなたのことを知ってもらい、定期的に会い、困ったことがあったら相談しま



しょう。

- 心理的支援を受ける：ADHDのある人が日常生活で経験することの多い困り感を自己評価する質問を挙げました（前ページ）。自分の特性にうまく対処できない場合には専門機関に支援を求めましょう。大学の相談機関のほか、地域の発達障害者支援センターや発達障害当事者の自助グループなどでも心理相談やワークショップを提供しています。自分を卑下したり、物事を悪い方に解釈したりしてしまう考え方を修正するとともに、コミュニケーションスキルの向上や環境調整の方法を一緒に考えてくれます。
- 薬物治療が必要なこともある：気分が落ち込む、人に会るのがつらい・怖い、眠れない・寝すぎるなど、精神的な不調が見られたら医療機関を受診しましょう。

ADHDの学生は、これまでも、落ち着きがない、集団行動ができない、約束を守らない、怠けているなど、叱責や非難を受けた経験がある人もいます。その蓄積により、自信を失い、精神的な不調に陥ることもあります。周囲のサポーターはコーチ役として、本人に苦手なことを自覚してもらい、その対応策を一緒に考えます。その一方で、自由な発想やエネルギーさなど、得意な面が伸びていくように応援してあげましょう。完璧を求めすぎないことが重要です。

参考資料

岩渕未紗・高橋知音（2011）. 大学生のADHD困り感 質問紙の作成 信州心理臨床紀要, 10, 13-24.

Memo

独立行政法人日本学生支援機構のHP内の障害学生支援のページ (https://www.jasso.go.jp/gakusei/tokubetsu_shien/index.html) には、支援情報が豊富に紹介されています。

Memo

24

成人期の ADHD の特徴について教えてください。

A

ADHD に由来する行動特徴によって、社会生活に困難を抱える場合もあり、長期的なストレスから二次障害に至ることもあるので引き続き留意が必要です。

ADHD は、子どもに特有のものではありません。かつては子どもの発達障害であり、思春期以降、ADHD に特有の行動特徴が軽快、もしくは消滅するものと考えられていました。しかし、成人期になっても、幼児期や学齢期に見られた「多動性・衝動性」及び「不注意」による行動特徴が、その形を変容させつつも存在していることが明らかになってきました。ADHD は生得的なものであり、成人期になって初めて ADHD と診断される人もいますが、それは、子ども期に親や教師など周囲の人々に症状が気づかれず、大人になってから本人が社会生活に困難を抱えて受診した結果であることが多いのです。

多動性・衝動性が強い場合、子どもの頃は、学校など集団生活の中で ADHD の症状に気づかれやすく、大人になると、多少、落ち着きのなさが残ることがありますが、目に見える多動症状はおさまってくることが多いといわれています。ただし、症状が軽かったり、特徴を受け入れてくれる環境で生活をしていると見過ごされているケースもあります。一方、不注意優勢型の場合は、おとなしく、学校などの集団の中で目立たないことも多いため、見過ごされることが多いと指摘されています。しかし、大人になり、一人暮らしや就職、結婚といった新しい環境や人間関係の中で、不注意な行動による失敗やつまづき、生きづらさが表面化し、症状に気づくことがあります。なお、不注意優勢型は女性に多いといわれています。

子どもに比べ成人の ADHD は社会的認知度が低く、周囲からの理解が得ら



最も多い主訴10(多い順)

1 集中できない	6 時間管理が不得手
2 物事や行動を秩序立てて行えない	7 感情を抑えることができない
3 仕事を完成させることができない	8 衝動的行動が多い
4 不注意	9 不安がある
5 学業成績不振	10 仕事の効率が上がらない

参考資料より

れにくい状況もまだ続いていますし、子どもでは大目にみてもらえる ADHD 症状に由来する行動が、社会や家庭で担う役割や責任が大きくなる大人では許容されないことも多くなります。ADHD の成人は、そうでない人と比較し、留年や退学、転職、離婚、交通事故、失業といったライフイベントの頻度が高いという報告があります。また ADHD と診断された成人によくみられる主訴として、集中できない、物事や行動を秩序立てて行えない、仕事を完成させることができないなどが挙げられています。ADHD の行動特徴が原因で、金銭管理や時間管理の不得手、面倒な仕事の先延ばし、人の話を聞けないなどといったことから、仕事への支障をきたしたり、周囲の信用を失うなど、子どもの頃よりも、より大きな不利益を被ることが予想されます。本人は怠けているわけではないのに、社会生活に困難を抱えやすく、周囲の理解の乏しさもあり、劣等感や自己否定感などが強くなりがちです。このため ADHD の行動特徴を持つ人は、うつや不安障害など、二次的に別の精神疾患を引き起こすリスクも高くなりやすい特徴があります。成人期に至っても ADHD の症状が継続してそのために困難を抱えている場合や、一人暮らしや就職・結婚など環境の大きな変化で症状が表面化した場合には、ためらわずに受診や相談を開始し、適切なサポートを得ることが必要です。

参考資料

Faraone, S. V., Spencer, T. J., Montano, C. B., & Biederman, J. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: a survey of current practice in psychiatry and primary care. *Archives of Internal Medicine*, 164(11), 1221-1226.

25

成人期の ADHD の治療法（支援）について教えてください。

A

家族や職場の仲間による支援と薬による治療が行われます。

かつては小児期の障害と考えられていた ADHD は成人期にも見られることがわかりました。成人期の ADHD には、小児期の ADHD が成人期まで持続している場合と、成人期になって初めて症状が現れる場合があることが報告されていますが、それら両者が同一の障害であるのか議論があります。日本での成人の ADHD の頻度（発生率）は、2%程度とされていますが、男児に多い小児期と異なり、男女差はありません。

成人期の ADHD の症状は、不注意と衝動性が中心で、多動症状は目立ちません。また家庭と学校での不適切な行動が主である小児の ADHD と異なり、家庭と職場での行動上の困難が目立ちます。さらに ADHD だけでなくその二次障害である不安障害やうつが合併していることが多く、治療も ADHD に対しての治療だけでは不十分になります。

小児期の ADHD と異なり、保護者や教師による支援は成人期の ADHD では望めません。職場の同僚や上司、既婚者では配偶者による支援が必要になります。

支援は、危険を伴う作業を受け持たせない、集中を要する部署を避ける、一回の指示を少なくするなど職種ごとに、不注意がもたらす危険やミスを少なくする配置や方策を組み合わせで行います。

例えば、手帳やスマホによるスケジュール管理、リマインダー機能の活用、仕事の段取りを可視化する工夫（To Do List 作成、ボイスメモ）などを組み合わせ活用します。衝動のコントロールには、タイムアウトなどの怒りのコ



ントロール方法（アンガーマネージメント）を利用します。職場や家庭の中に ADHD について理解のある同僚、上司を見つけておき、人間関係における悩みや本人が気づかない症状等について適宜相談できるようにしておくことも重要です。

成人期の ADHD への対応は薬物療法以外の方策だけでは不十分であるために、世界各国のガイドラインでは、最初から薬物療法を行うことが勧められています。使用される薬剤は学童期と同じく、中枢刺激薬であるメチルフェニデート（コンサータ[®]）、ディスレキサソフェタミン（ビバンセ[®]）やアトモキセチン（ストラテラ[®]）、グアンファシン（インチュニブ[®]）です。薬物治療によって、不注意や衝動性などの症状が軽減するだけでなく、二次障害にも良い影響を与えることが報告されています。

また、二次障害として不安障害、うつなどの合併症に対する精神医学的な治療も合わせて行う必要があります。

26

家庭生活上で留意すべきことは何ですか？

A

頑張りすぎて症状や家族関係を悪化させるより、サポートしてくれる人や便利な家電製品、スマホやパソコンのアプリを積極的に活用しましょう。

家庭生活では、日常を維持し、同じような状態を保つことが求められます。例えば、食事を用意すると、汚れた調理器具や食器が出ます。清潔の維持には、食器洗い、食器の片づけが必要です。同じようなことが、生活のあらゆる場面で生じ、誰かが掃除したり整頓したりして「元の日常生活状態」に戻します。日常生活の維持とは、地味で単調な繰り返しが多いものです。

こうした家事はまた、計画的かつ順序だてて手際よく行わなくてはならず、ADHDのある人にとって苦手な領域といえます。苦手なことを一人で抱え、無理に頑張りすぎて家族とトラブルになるよりも、家族に自分の特性をよく知ってもらい、得意・不得意をおぎなえるよう役割分担するなど、お互いに支え合える関係性を築いていきましょう。ヘルパーや家事代行サービスを積極的に利用するという手もあります。ロボット掃除機や食洗機、全自動洗濯乾燥機など、便利な家電も利用できます。公共料金の支払いなどは自動引き落としを選びましょう。

家庭生活においては、妊娠・出産・育児というライフイベントが発生することもあります。女性の場合、妊娠・出産により女性ホルモンの分泌量が大きく変化し、その結果ADHD症状に影響を及ぼすこともあります。妊娠中は一般に気分が安定しやすいとされますが、出産後は、女性ホルモン量が一気に減ることによって、産後うつになりやすいことも指摘されています。発達特性に関わらず、出産後の育児は父親も母親も24時間365日勤務状態で、疲



やることリストの例

		○月○日
8:00	洗濯	✓
8:30	洗い物	✓
9:00	そうじ	✓
9:30	郵便局(振り込み)	
10:00	買い物	

参考資料 p.91 より

スマートフォンのアラーム機能の使用例



労やストレスが蓄積しやすい時期です。まずは、産前産後の変化について心構えをしておき、気軽に悩みを相談できたりお手伝いを頼める相手(サポーター)を確保しておきましょう。子育てでは、思い通りにいかないことがたくさん出てきます。自分の感情(特に怒り)のコントロールに気を配りましょう。また、子育て中は、予防接種・健診から保育園や学校のお便り管理まで、子どものためにやらなくてはならない雑務がたくさんあります。スマホやパソコンのカレンダーアプリや母子手帳・父子手帳アプリなど活用し、期限ギリギリまで放置せずに適切に対応するようにしましょう。

ワークライフバランスの側面では、ADHDのある人は、仕事を完ぺきにこなそうとしたり、もっとできそうだと思って仕事や予定を詰め込んだりしすぎる傾向があり、その結果家庭のことやプライベートの充実が後回しになることがあります。疲れる前に休む、という判断が難しい場合には、定期的に仕事の休みを取ることをルール化し、疲れすぎを防ぐようにしましょう。また日々の家族でのコミュニケーションを大切に、お互いの予定を確認し合うようにしましょう。家庭の居心地の良さを維持することは、ADHDのある人の心の安定に大きく関わります。

参考資料

小野和哉(2017). 最新図解 大人の発達障害サポートブック ナツメ社

27

健康な生活に必要なことは何ですか？

A

健康的なライフスタイル(食生活・睡眠・運動)は ADHD 症状を和らげ、日常生活を楽にするのに役立ちます。

ADHDのある人は、仕事やイベントをスケジュールに詰め込み過ぎたり、一つの活動に没頭し過ぎたりすることもあるため、健康的なライフスタイルを維持することに難しさを抱えることがあります。しかし、健康的なライフスタイルは、身体的な健康を維持するのに役立つのみならず、日常の疲労やストレスを緩和することによって、ADHD症状を和らげることにもつながります。以下は、健康的なライフスタイルを維持するために、気をつけた方がよい点です。スマホやパソコンのアプリなど活用しながら自分のライフスタイルを見直してみましょう：

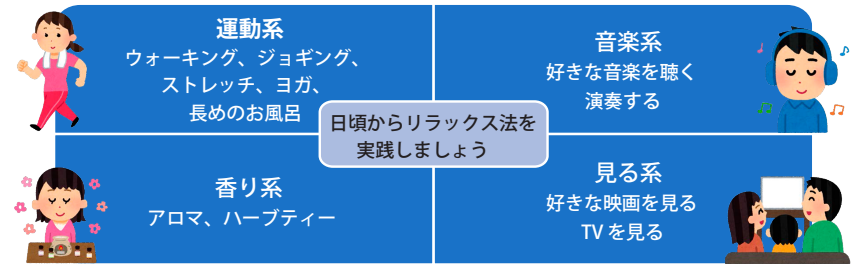
1. アルコールやニコチンの摂り過ぎに注意しましょう。

一般的に、ADHDのある人は、カフェインやアルコール、ニコチンなどの依存症になりやすいことがわかっています。これらの使用量を記録することによって、自分で摂取量に気づき、量や時間を制限することができるようになるでしょう。

2. 食事の時間と質、量を制限しましょう。

ADHDのある人は、食べ過ぎやドカ食い、手軽なハンバーガーなどのファストフードなどの食べ過ぎ、あるいは逆に、仕事やゲームに没頭して食事を抜いてしまうなど、不規則な食事をしがちです。食事の時間と内容を記録することで栄養の偏りに気づき、栄養のバランスを考えた食事を定期的にとりましょう。

自分なりのリラックス法を見つけましょう (以下は例です。自分なりの方法を複数見つけましょう。)



3. 睡眠に気を配りましょう。

テレビをいつまでも見たり、ネットサーフィンやオンラインゲームにはまったりすることによって、睡眠時間が短くなってしまったり、睡眠の質が下がったりすることがあります。テレビやゲーム、インターネットの使用に関しては、タイマーをセットして次の活動に移るようにし、時間を制限するようにしましょう。十分に質の良い睡眠は身体的な健康に大事だけでなく、疲労回復、ADHD症状の緩和にもつながります。

4. 定期的に運動するようにしましょう。

週2~3回、1回30分程度の定期的な運動は、健康増進や肥満予防につながるだけでなく、ストレス解消にもなります。ADHDのある人、特に、長年生きづらさを抱えてきた人はストレスをためやすい傾向があります。自分なりのストレス解消法やリラックス方法を知りましょう。女性であれば、月経周期に関わる不調がADHD症状に影響することがあります。これも軽い運動を行うことで改善するとされています。

5. 定期的に健康診断を受けましょう。

ADHDのある人は、自分の身体的な不調に気づきにくい傾向があります。自分の誕生日には必ず健康診断を予約するなど、忘れずに健康診断や歯科定期健診を受けるようにしましょう。

28

本人が職場で注意すべきことは何ですか？



自分の特性を理解し、苦手な状況に対してどのような対応策や支援が必要なのかを考えておくことが大切です。

ADHDは“不注意”“多動性・衝動性”といった特性が現れる障害です。社会生活に適応するためには、自分の特性（長所・短所）を理解し、苦手な状況に対してどのような対応策が有効なのか、どのような支援が必要なのか、自分に合う対処法を考えておくことが大切になります。

ADHDの不注意の特性による困難さに対しては、カレンダーやリマインダーアプリ、付箋などを使用したメモの活用や、やることリストの作成、物の置き場所や持ち物確認の自分なりのルールを決めておくなど、忘れ物や忘れ事になるべく起こりにくくなるような仕組みや環境を整えることが必要です。また、自分で工夫するだけでなく、大事なことについては周りの人にチェックやリマインドをお願いするなど、上手にサポートしてもらえるとよいでしょう。複数の仕事を抱えているときは、同僚や上司に相談して作業の優先順位をつけたり、途中で確認してもらうなど、ミスが起こりにくくなるよう工夫しましょう。

ADHDの多動性・衝動性の特性により、対人関係においては、相手が話している間でも、言いたいことが頭に浮かぶとすぐ言ってしまうたり、カッとなって乱暴な言動をとってしまう場合があります。日頃から衝動的に話さないようにする習慣づけや、話し始めるときは「今、お話してもよろしいでしょうか」など相手の了解を得てから話す気配りができるようにしましょう。SST（ソーシャルスキルトレーニング）という認知行動療法を基盤としたコミュニケーションスキルを習得するためのトレーニングや、怒りのコントロール



大人のADHDにみられる職場での困難の例

「不注意」面

- ・忘れ物や失くし物が多い
- ・仕事に集中できない
- ・整理整頓ができない
- ・ミスが多い
- ・計画的に仕事を進められない
- ・約束や期限を忘れてしまう

「多動性・衝動性」面

- ・カッとなり、人と衝突してしまう
- ・すぐにはしゃぐ、舞い上がる、のぼせる
- ・話の途中で割り込んでしまう
- ・後先考えずに動いてしまう
- ・安請け合いしてしまう

を学ぶアンガーマネジメントの講習を受けるのもよいでしょう。そういった講習は医療機関や発達障害の人を支援する機関、ビジネスマナー教室などでも受けることができます。

ADHDのある人は気持ちの切り替えが苦手で、人間関係や仕事上のストレスを抱えやすい面があります。仕事を引き受けることが難しいときには、事前に状況について上司や同僚に相談し、安請け合いしないようにするなど、できるだけ日頃からストレスをためないように工夫しましょう。ミスをしたときにはお詫びのことばを、サポートしてもらったときはお礼のことばを伝えることも大切です。一方的にサポートされるという形ではなく、自分の得意な面を生かして周りの人もサポートするような対等な関係を築いていけるといいでしょう。

29

職場での ADHD のある人への対応の仕方 において気をつけるべきことは何ですか？

A

一人一人の特性をよく理解し、職場の状況とその人に合った対応を工夫し、本人も周囲も気持ちよく働くことのできる環境づくりをめざすことが大切です。

ADHDのある人が職場で困難を抱えるのはどのような状況でしょうか。第一に、ADHDのある人は、注意を集中することが苦手という特性があります。興味の対象が次から次へと変わってしまい、一つのことに集中して長時間作業を行うことが難しいという場合があります。また、周囲に注意を払うことに難しさがある場合もあります。第二に、ワーキングメモリ（作業を行うために、情報を短期間、覚えておくこと）の働きが弱いこともあります。例えば、話を聞くときに、最初の方に聞いたことを覚えておきつつ、話を聞き続けるといったことが苦手です。第三に、衝動性を抑えることが難しいという特性がある場合があります。このような場合、職場においては具体的にどのような対応をしたらよいのでしょうか。

まず、注意を集中することが苦手という特性については、気を散らさない環境を作ることによって対応ができるでしょう。例えば、机の配置を人の出入りが少なく、あまり人の動きが見えない所にし、パーティションを配置するなどの工夫が考えられます。また、周りに注意を払うことの難しさから、集団作業などでの時間管理が苦手な場合もあります。このような時には、タスク管理チェック表などを作成し、全体の仕事の流れや自分の進捗状況を本人自身が管理できるようにしたり、途中経過についてこまめにチェックやリマインドをしてあげることによって、納期を守ることができるようになります。ワーキングメモリの働きの弱さに対応するには、指示は、はっきりと短く、シンプルに



職場での対応例

- ・ 集中しやすい環境をつくる
- ・ 指示は一度に一つ、その都度出す
- ・ スケジュール管理は周りの人がサポートする
- ・ 衝動的な行動には臨機応変に対応する
- ・ 適材適所を考えて、その方の特性に合った仕事内容を考える

伝える、文書やメモも渡すなど、コミュニケーション上の工夫が有効です。同じ作業を長時間繰り返すような単調な作業、長時間の注意の集中が必要な作業などの場合は、途中で定期的に休憩を入れて気分転換できるようにするとよいでしょう。本人がストレスを抱えた場合には職場内で衝動的な行動が目立ってしまうこともありますが、そのようなときには、管理者や上司がこの特性を理解し、その場で過剰に反応せずに、落ち着いた環境のなかで本人とよく話し合うなど、柔軟に対応することが望ましいといえます。

ADHDのある人の特性は、それぞれです。一人一人の特性をよく理解し、丁寧な話し合いを重ね、合理的な配慮に基づいたさまざまなサポートを工夫することによって、本人もやりがいを持って働くことができるようになり、また、周囲も気持ちよく働くことのできる環境を作っていくことができます。

Memo

発達障害のある方と共に働く上でのポイントと障害特性
(https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaihakoyou/shisaku/jigyounushi/e-learning/hattatsu/)

30

高齢期の ADHD の特徴と、家族や本人が注意すべきことを教えてください。

A

軽度の認知症と似た症状を示したり、重複したりすることがあります。専門家に相談し、適切な対応ができるようにしましょう。

高齢期の ADHD については、研究や臨床所見が世界的にもまだ十分な蓄積がないのが現状ですが、オランダの60歳~94歳を対象とした比較的大規模な調査研究 (Michielsen et al., 2012) では、この年齢層で診断がつくレベルの ADHD は2.8%であると推定しています。小児期の有病率は4~5%といわれていますので (Q6 参照)、長い人生のなかで軽快する人も少なからずいると思われます。発達障害が日本で知られるようになったのは1970年代以降であるといわれており (繁信, 2020)、60歳以上の人が子どもの頃には、ADHD についても一般にはほとんど知られていませんでした。学校、職場、家庭などさまざまな場面で生きづらさを感じながらも、本人も周囲も ADHD であることに気づかないまま現在に至っていて、うつ病や認知症などに罹患したときに初めて ADHD も併存していることが明らかになったり、小児期からの ADHD が持続している高齢者の方々も今後、増えていくと予想されます。

ADHD は多動性・衝動性の症状とともに、不注意の問題を特徴としていますので、高齢期の軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment : MCI) ^{注)} と類似した症状を示すことがあり、認知症を疑って物忘れ外来などに来談した人々のなかに ADHD と診断される方が混在していることがあります。MCI やその他の認知症と ADHD との関係性についてはまだ明らかになっていませんが (渡辺, 2020)、ADHD に認知症が併発したり、現在の状態が認知症で



はなく ADHD である可能性もあります。これまでの本人の様子から気になることがあれば、発達障害の専門家に相談してみましょう。

高齢期では、入院や介護施設への入所など大きな環境変化も多く、ADHD の特徴にあった配慮を受けることによって、それぞれの場所での生活の質を向上させることが可能になります。また、高齢期の ASD と同様に、未診断による本人の自覚や周囲の理解の欠如、適切なサポートが得られない状況が長期にわたることで、うつ病や不安障害などの二次的な問題が発生してしまうこともあります。ADHD の診断がなされることによって、これまでの人生の適切な捉えなおしや現在の生活の改善をはかるなど、診断のメリットを活かす対応の工夫が重要でしょう。

注) 食事や入浴、着替え、トイレといった日常の基本動作には問題がみられないものの、買い物や家事、金銭管理などやや複雑な認知的機能を必要とする動作において、不注意によるミスや物忘れ、紛失などの支障を来す脳機能障害

参考資料

- 1 Michielsen, M., Semeijn, E., Comijs, H. C., van de Ven, P., Beekman, A.T. F., Deeg, D. J. H., & Kooij, J. J. S. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry* 201, 298–305. doi: 10.1192/bjp.bp.111.101196
- 2 繁信和恵 (2020). 老年期精神科医療の臨床場面やケアの現場での対応. *精神医学*, 62, 179-185.
- 3 渡辺 憲 (2020). 発達障害と認知症の病因・病態上の関連. *精神医学*, 62, 131-140.

【Q & Aシリーズ】発達障害 ASD編 目次

Q01. 発達障害とは何ですか？	8
Q02. ASDの原因について教えてください。	10
Q03. 発達障害の有病率はどれくらいですか？	12
Q04. ASDはどのように診断されるのですか？いつ頃ですか？	14
Q05. 長期的なASDの予後について教えてください。	16
Q06. 乳幼児期のASDの特徴について教えてください。	18
Q07. 乳幼児期のASDの治療法(支援)について教えてください。	20
Q08. 1歳6カ月の乳幼児健診で「対人関係の発達の遅れ」を指摘されましたが、 どういう意味ですか？	22
Q09. 幼稚園(保育所)で「集団での活動が苦手」といわれましたが、どういう意味ですか？	24
Q10. 乳幼児期に親(家族)ができること、すべきことは何ですか？	26
Q11. 乳幼児期の親のための支援はありますか？	28
Q12. ASDと診断されたら、周囲(保育所や幼稚園など)にそのことをどのように 伝えれば良いですか？	30
Q13. 保育士や幼稚園教諭の子どもへの対応の仕方において気をつけるべきことは何ですか？	34
Q14. 乳幼児期の健康で安全な生活に必要なことは何ですか？	36
Q15. ASDのある子どもが学校生活を送るうえで留意することはどういうことでしょうか？	38
Q16. 学齢期のASDの治療法(支援)について教えてください。	40
Q17. 学校で「自閉圏の発達障害かも」と言われました。 どこに相談すれば良いですか？受診はどうすれば良いですか？	44
Q18. 児童期において家庭や学校で特に注意すべきことは何ですか？	46
Q19. 学齢期の親のための支援はありますか？	48
Q20. 思春期以降、家庭や学校で特に注意すべきことは何ですか？	50
Q21. ASDと診断されたら、家族は周囲(学校など)にそのことをどのように伝えれば良いですか？	54
Q22. 通常学級の担任教師が子どもへの対応の仕方において気をつけるべきことは何ですか？	56
Q23. 大学進学を決めた場合、本人や周囲はどのようなことに気をつけて準備すれば良いですか？	60
Q24. 成人期のASDの特徴について教えてください。	64
Q25. 成人期のASDの治療法(支援)について教えてください。	68
Q26. 結婚後の家庭生活で留意すべきことは何ですか？	72
Q27. 健康な生活に必要なことは何ですか？	76
Q28. 本人が職場で注意すべきことは何ですか？	80
Q29. 職場でのASDの方への対応の仕方において気をつけるべきことは何ですか？	82
Q30. 高齢期のASDの特徴や、家族や本人が注意すべきことを教えてください。	86
Column 1 保育の現場で大切にしていること ~お茶の水女子大学こども園から~①	33
Column 2 保育の現場で大切にしていること ~お茶の水女子大学こども園から~②	43
Column 3 心の理論とASD	53
Column 4 Autism Speaksとは？	67
Column 5 ASDと感覚異常	79

【Q & Aシリーズ】発達障害 LD・発達性協調運動障害・チック障害編 目次

Q01. 発達障害とは何ですか？	6
Q02. LDとは何ですか？	8
Q03. 一般的にLDはどのような経過をたどるのですか？	10
Q04. LDの治療法(支援)について教えてください。	12
Q05. 学齢期のLDを持つ子どものために親ができること、注意すべきことは何ですか？	14
Q06. 教師が学齢期のLDを持つ子どもへの対応の仕方において気をつけるべきことは 何ですか？	16
Q07. 学齢期のLDを持つ子どもを支援するツールやアプリにはどんなものがありますか？	18
Q08. 発達性協調運動障害(Developmental Coordination Disorder: DCD)とは何ですか？	20
Q09. 一般的に発達性協調運動障害はどのような経過をたどるのですか？	22
Q10. 発達性協調運動障害の治療法や支援について教えてください。	24
Q11. 親や教師が学齢期の発達性協調運動障害を持つ子どもへの対応の仕方において 気をつけるべきことは何ですか？	26
Q12. チック障害とは何ですか？	28
Q13. 一般的にチック障害はどのような経過をたどるのですか？	30
Q14. チック障害の治療法や支援について教えてください。	32
Q15. 親が発達障害であった場合、子どもが発達障害になる確率はどれくらいですか？	34
Q16. 発達障害者支援法とは何ですか？	36
Q17. 発達障害のある人々を生活面で支援する社会制度について教えてください。	38
Q18. 発達障害のための教育面での支援制度について教えてください。	40
Q19. 発達障害のための就労面での支援制度について教えてください。	42
Q20. 親が亡くなった後はどうなりますか？	44
Q21. 地域(国)によって発達障害者の支援制度に違いがありますか？【アメリカ】	48
Q22. 地域(国)によって発達障害者の支援制度に違いがありますか？【イギリス】	52
Q23. 地域(国)によって発達障害者の支援制度に違いがありますか？【東アジア】	56
Q24. 保育の現場で大切にしていることは何ですか？【お茶の水女子大学こども園から：その1】	58
Q25. 保育の現場で大切にしていることは何ですか？【お茶の水女子大学こども園から：その2】	60
Q26. 心の理論とASD	62
Q27. ASDと感覚異常	66
Q28. Autism Speaksとは何ですか？	68
Q29. 発達障害の支援に役立つ電子ツール・アプリについて教えてください。	70
Q30. 発達障害の理解や支援に役立つ文献やウェブサイトを教えてください。	72
Column 1 発達障害は病気ですか、障害ですか、個性ですか？	47
Column 2 高齢期のASDの特徴と、家族や本人が注意すべきこと	51
Column 3 高齢期のADHDの特徴と、家族や本人が注意すべきこと	55

監修

榑原洋一 お茶の水女子大学 名誉教授

執筆一覧（五十音順）

内海緒香 人間発達教育科学研究所 保育・教育実践研究部門 特任講師
川島亜紀子 山梨大学大学院 総合研究部
教育学域教育学系（生活社会教育講座）准教授
岐部智恵子 お茶の水女子大学基幹研究院 研究員
小林聡子 お茶の水女子大学大学院 博士後期課程
齊藤彩 お茶の水女子大学 教学IR・教育開発・学修支援センター 講師
榑原洋一 お茶の水女子大学 名誉教授
菅原ますみ お茶の水女子大学 基幹研究院 人間科学系 教授
人間発達教育科学研究所 人間発達基礎研究部門長
原口英之 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
児童・予防精神医学研究部 科研費研究員
所沢市こども支援センター発達支援エリア スーパーバイザー
松浦素子 人間発達教育科学研究所 研究協力員
松本聡子 人間発達教育科学研究所 特任アソシエイトフェロー
山崎洋子 人間発達教育科学研究所 特任アソシエイトフェロー
吉武尚美 順天堂大学国際教養学部 准教授

執筆協力

佐藤健太 お茶の水女子大学附属高等学校 教諭・大学非常勤講師

（敬称略）

書 名 Q & Aシリーズ
発達障害 ADHD編 ISBN978-4-9911373-4-1

発行日 2021年3月31日

編集・発行 国立大学法人 お茶の水女子大学
ヒューマンライフイノベーション開発研究機構
(人間発達教育科学研究所)

〒112-8610 東京都文京区大塚2-1-1

URL <http://www.cf.ocha.ac.jp/iehd/>

E-mail info-iehd@cc.ocha.ac.jp

発行協力 特定非営利活動法人 お茶の水学術事業会

©お茶の水女子大学ヒューマンライフイノベーション開発研究機構, 2021

※本書の内容の全部または一部を、無断で複写・複製・転記することを禁じます。