

第 I 部 ADHD に関連する各種の評価法

I. ADHD に関連する各種の評価法

ADHD の診断は、アメリカ精神医学会の DSM の基準や世界保健機関の ICD などの操作的基準に基づき、年齢相応の児童生徒と対比して、最終的には医師によって行われるのが一般的である。これに対し、アセスメントやスクリーニングとは、ある判断基準を参考に、子どもの状態像をチェックするもので、一般の学校の教師が実施することも可能である。

ここでは、まず ADHD の概念の歴史的な変遷について述べ、ADHD の診断基準として最もよく用いられている「精神疾患の分類と基準」(DSM-IV) と「国際疾病分類」(ICD-10) についての診断基準を示すこととした。また、学校教育の現場で比較利用可能と思われる簡易な行動特徴の把握のためのチェックリスト（主として学校におけるスクリーニングとしての利用）、及び本研究部が中心となって取り組んできた ADHD 等の児童生徒のためのチェックリスト等を紹介し、最後に、文部科学省より公表された「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」(平成 15 年 3 月) と「小・中学校における LD (学習障害)、ADHD (注意欠陥／多動性障害)、高機能自閉症の児童生徒への教育的支援体制の整備のためのガイドライン（試案）」(平成 16 年 1 月) の資料として掲載されている ADHD の判断基準（試案）、実態把握のための観点（試案）、指導方法について示す形とした。

1. ADHD の概念の歴史的変遷

注意欠陥／多動性障害 (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder ; ADHD) という診断カテゴリー名が用いられ始めたのは最近のことである。1987 年に公表されたアメリカ精神医学会による診断基準第 3 版改訂版の DSM-III-R からで、これが現在の第 4 版 DSM-IV (1994) にも引き続き用いられている。

このように ADHD という診断名は比較的新しいものであるが、落ち着きのない子ども達に対する医学的な対応の歴史は古いもので、ローマ時代の著名な医師であるガレノスが多動な子どもにアヘンを処方したという記録がある。しかし、多動で落ち着きのない子ども達に広く関心が集まるきっかけとなったのは、1917 年～1918 年にかけての欧米におけるエコーモ脳炎の大流行である。その脳炎後遺症として注意の障害や多動、衝動性が多くの子どものみられたことが報告され、多動や注意の障害が脳障害と関連していることが医学界で注目されるようになった。その後、脳炎後遺症に限らず、頭部外傷、麻疹、鉛毒、てんかんなど様々な脳障害の子どもに多動や注意の障害が伴うことが報告され、脳障害と多動・不注意が密接に関連づけて考えられるようになった。

このように脳障害の子どもに多動・不注意が高頻度でみられることから、逆に多動や不注意のある子どもには脳障害があることが推定されるとして、1940 年代に MBD (Minimal Brain Damage ; 微細脳障害、後に Minimal Brain Dysfunction ; 微細脳機能障害) の概念

が誕生する。これは多動や注意の欠陥などを呈する一群の子ども達には、当時の検査技術では明らかにすることのできない<微細な>脳障害があると仮定した疾患概念である。この考え方は 1950 年～60 年代を通して、最も一般的な疾患概念となるが、徐々に、そのあまりに曖昧な定義や臨床的な意義の希薄さに疑問を呈する考えが広まり、1970 年代になると徐々に MBD の概念は用いられなくなっていった。

この時期と一致して児童の精神障害については行動的診断が一般的となってきた、世界保健機関 (WHO) では ICD という基準が、米国精神医学会では DSM という操作的診断基準を用いるようになっていった。この流れの中で、従来の MBD は DSM の診断体系の中では LD、発達性協調運動障害、ADHD、反抗挑戦性障害などの診断カテゴリーに分けられ、それぞれはより広い範囲で診断されるようになった。DSM-III (1980) では Attention-Deficit Disorder (with or without Hyperactivity) となっていたが、DSM-III-R (1987) から注意欠陥多動性障害、すなわち Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) という診断カテゴリーが用いられ、これは DSM-IV にも引き継がれ現在に至っている。ADHD は基本的に行動的診断による診断カテゴリーであり、従来の疾患概念とは異なったものである。

2. ADHD の診断基準等

不注意や多動のある子どもについての医学診断は、現在、アメリカ精神医学会の作成した「精神疾患の分類と基準、DSM-IV」もしくは世界保健機関の作成した「国際疾病分類、ICD-10」の2つの診断体系のどちらかでなされることが多い。2つの診断体系と診断基準を以下に紹介する。

1) DSM-IVによる診断

DSM-IVは多軸評価といって、臨床家が治療計画を立てたり、転帰を予測することに役立つようなものとなっている。DSM-IVによれば「ADHD」の診断の定義は、「多動」、「不注意」、「衝動性」の3つを主症状とする障害で、「注意欠陥および破壊的行動障害」という上位カテゴリーに属し、下位分類として、3症状の組み合わせから3つの病型（混合型、不注意優勢型、多動性－衝動性優勢型）に分類されている。DSM-IVのADHDの診断では「不注意群」と「多動性・衝動性」の2つの組合せの症状を必須のものであるという見解をとっている。DSM-IVの診断基準では基本症状は、不注意に関連する9項目のA(1)群と多動性－衝動性の9項目（衝動性の3項目を含む）のA(2)群に分けられている。

DSM-IVによる診断基準

注意欠陥／多動性障害 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders)

A. (1) か (2) のどちらか：

- (1) 以下の不注意のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6ヶ月以上続いたことがあり、その程度は不適応的で、発達の水準に相応しないもの：

不注意

- (a) 学業、仕事、またはその他の活動において、しばしば綿密に注意することができない、または不注意な過ちを犯す。
 - (b) 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である。
 - (c) 直接話しかけられたときにしばしば聞いていない様に見える。
 - (d) しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での業務をやり遂げることができない（反抗的な行動または指示を理解できないためでなく）。
 - (e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。
 - (f) (学業や宿題のような) 精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしばさける、嫌う、またはいやいや行う。
 - (g) (例えば、おもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、道具など) 課題や活動に必要なものをしばしばなくす。
 - (h) しばしば外からの刺激によって容易に注意をそらされる。
 - (i) しばしば毎日の活動を忘れてしまう。
- (2) 以下の多動性－衝動性の症状のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6ヶ月以上持続したことがあり、その程度は不適応的で発達水準に相応しない：

多動性

- (j) しばしば手足をそわそわ動かし、またはいすの上でもじもじする。
- (k) しばしば教室や、その他、座っていることを要求される状況で席を離れる。
- (l) しばしば、不適切な状況で、余計に走り回ったり高いところへ上ったりする（青年または成人では落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない）
- (m) しばしば静かに遊んだり余暇活動につくことができない。
- (n) しばしば「じっとしてられない」または、まるで「エンジンで動かされるように」行動する。
- (o) しばしばしゃべりすぎる。

衝動性

- (p) しばしば質問が終わる前に出し抜けに答えてしまう。
 - (q) しばしば順番を待つことが困難である。
 - (r) しばしば他人を妨害し、邪魔する（例えば会話やゲームに干渉する）。
- B. 多動性－衝動性または不注意の症状のいくつかが7歳未満に存在し、障害を引き起こしている。
- C. これらの症状による障害が2つ以上の状況において（例えば、学校（または仕事）と家庭）存在する。
- D. 社会的、学業的または職業的作業において、臨床的に著しい障害が存在するという明確な証拠が存在しなければならない。
- E. その症状は広汎性発達障害、精神分裂病、またはその他の精神病性障害の経過中のみ

に起こるものではなく、他の精神疾患（例えば、気分障害、不安障害、解離性障害、または人格障害）ではうまく説明されない。

DSM-IVの診断基準の「混合型」は上記の不注意の項目が6項目以上、多動性と衝動性の項目が合わせて6項目以上当てはまり、その症状が6ヶ月以上続くものとされ、「不注意優勢型」は上記の不注意の項目が6項目以上当てはまり、しかもそれが6ヶ月間以上続き、その程度が不適応的で、発達の水準に相応しないものとされる。「多動性-衝動性優勢型」は上記の不注意の項目が6個未満で、多動性と衝動性の項目が合わせて6項目以上、計12項目当てはまり、その症状が6ヶ月以上続くものとされる。また、7歳未満から症状が存在すること、複数の場面で存在すること、症状によっては問題が発生している明らかな証拠があること、広汎性発達障害、精神分裂病、その他の精神病性障害の経過中に起こるものではなく、他の精神疾患では説明されないものとなっている。このことから、「ADHD」の近接の障害として取り上げられることのある自閉症が「ADHD」と併記して診断される場合には注意が必要となる。「ADHD」の有病率はDSM-IVの診断の手引きには3～5%と記載されている。統計は主に米国のものが多いが、1.8%～13.3%と調査によってばらつきが見られる。日本ではKanbayashiらが保護者のつけた評価表の結果から7.7%と報告したものがある。男女比は3～5:1であるとされているが、病院基盤の調査では9:1としたものもある。また、一般的に留意すべきこととして、学習障害やコミュニケーション障害も合併するケースがあると記載されていることである。

2) ICD-10による診断

国際疾病分類 (ICD-10) の診断基準では、多動性障害を「不注意」「過活動」「衝動性」という3つの症状を必ず持つものとして定義しており、DSM-IVの診断基準とは一部異なっている。

ICD-10による診断基準

多動性障害 (Hyperkinetic Disorders)

注 多動性障害の研究用診断では、さまざまな状況を通して広範にかついつの時点でも持続するような、不注意や多動、そして落ち着きのなさを異常なレベルで明らかに確認しておくことが必要である。またこれは、自閉症や感情障害などといった他の障害に起因するものではない。

G 1 不注意

次の症状のうち少なくとも6項が、6ヵ月以上持続し、その程度は不適応を起こすほどで、その子どもの発達段階と不釣り合いであること。

- (1) 学校の勉強・仕事・その他の活動において、細かく注意を払えないことが多く、うっかりミスが多い。
- (2) 作業や遊戯の活動に注意集中を持続できないことが多い。
- (3) 自分にいわれたことを聴いていないように見えることが多い。

- (4) しばしば指示に従えない、あるいは学業・雑用・作業場での仕事を完遂することができない（反抗のつもり、または指示を理解できないためでなく）。
- (5) 課題や作業をとりまとめるのが下手なことが多い。
- (6) 宿題のように精神的な集中力を必要とする課題を避けたり、ひどく嫌う。
- (7) 学校の宿題・鉛筆・本・玩具・道具など、勉強や活動に必要な特定のものをなくすことが多い。
- (8) 外部からの刺激で容易に注意がそがれてしまうことが多い。
- (9) 日常の活動で物忘れをしがちである。

G 2 過活動

次の症状のうち少なくとも3項が、6ヵ月以上持続し、その程度は不適応を起こすほどで、その子どもの発達段階と不釣り合いであること。

- (1) 座っていて手足をモゾモゾさせたり、身体をクネクネさせることがしばしばある。
- (2) 教室内でまたは着席しておくべき他の状況で席を離れる。
- (3) おとなしくしているべき状況で、ひどく走り回ったりよじ登ったりする（青年期の者や成人ならば、落ち着かない気分がするだけだが）。
- (4) 遊んでいて時に過度に騒々しかったり、レジャー活動に参加できないことが多い。
- (5) 過剰な動きすぎのパターンが特徴的で、社会的な状況や要請によっても実質的に変わることはない。

G 3 衝動性

次の症状のうち少なくとも3項が、6ヵ月以上持続し、その程度は不適応を起こすほどで、その子どもの発達段階と不釣り合いであること。

- (1) 質問が終わらないうちに、出し抜けて答えてしまうことがよくある。
- (2) 列に並んで待ったり、ゲームや集団の場で順番を待てない。
- (3) 他人を阻止したり邪魔したりすることがよくある（例：他人の会話やゲームに割り込むこと）。
- (4) 社会的に遠慮すべきところで、不適切なほどに過剰にしゃべる。

G 4 発症は7歳以前であること。

G 5 広範性 この基準は、複数の場面で満たされること。たとえば、不注意と過活動の組合せが家庭と学校の両方で、あるいは学校とそれ以外の場面（診療室など）で観察される。（いくつかの場面でみられるという証拠として、通常複数の情報源が必要である。たとえば、教室での行動については、親からの情報だけでは十分といえない。）

G 6 G 1 - G 3 の症状は、臨床的に明らかな苦痛をひき起こしたり、あるいは社会的・学業上・仕事面での機能障害をひき起こすほどであること。

G 7 この障害は広汎性発達障害（F84.-）、躁病エピソード（F30.-）、うつ病エピソード（F32.-）、または不安障害（F41.-）の診断基準を満たさないこと。

3) DSM-IVとICD-10の基本構造の比較

表1にはDSM-IVとICD-10で捉えられている多動症に関する基本構造の比較を示した。表1に示すように、DSM-IVでは不注意と多動性-衝動性の2つの組合せの症状を必須とする見解を、ICD-10では不注意、過活動、衝動性の3症状を必須のものとして捉えている。

表1 DSM-IVとICD-10に示される多動症の基本構造の比較

精神疾患の分類と基準 (DSM-IV) Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders	国際疾病分類 (ICD-10) Hyperkinetic Disorders
不注意	不注意
多動性-衝動性	過活動
	衝動性
7歳以前	7歳以前
2カ所以上	広範性

太田昌孝著 (2000) : 多動症の子どもたち (大月書店) より抜粋

3. ADHDの行動評定

ADHDの診断カテゴリーは、児童生徒の行動的診断によるところが大きい。また、病因としては単一なものではなく多様なものが包含されうると考えられている。行動評定は、行動の程度や特徴によって児童生徒の状態像を評価するものだが、あくまでも一時的なスクリーニングとして用いられる場合が多い。行動評定には多くのものが利用されているが、ADHDの評価に用いられるものとして、比較的よく利用されているものに、コナーズの評定尺度、ADHD評定尺度、パークレーの質問表、その他、児童生徒の行動全般を評価するものとして、アッヘンバッハの小児行動チェックリスト(親用、教師用)などが挙げられる。行動評定を利用する場合、対象となる子どもの年齢や評価項目の捉え方の相違などが関係してくるため、複数の担当者で評価していくことが必要となる。

以下に、比較的簡易に利用できると考えられる行動評定の項目を示した。

(1) コナーズの行動評価表 (rating scale) (教師用)

<Connerris, C, K, 1969, 田中康雄著「ADHDの明日に向かって」(星和書店)より転記、不許複製>

※ 以下、p. 12までの「コナーズの行動評価表 (rating scale) (教師用)」は、Web上は掲載していません。

(2) ADHD-R S-IV (Dupaul)

ADHD-RS-IV <山崎晃資著(上林、斉藤、北編「注意欠陥/多動性障害-ADHD-の診断・治療ガイドライン」株式会社じほう)より転記、不許複製>

※ 以下、p. 13の「ADHD-R S-IV (Dupaul)」は、Web上は掲載していません。

(3) Achenbachの「子どもの行動チェックリスト TRF」(教師用)

<Copyright T.M. Achenbach. Reproduced by permission. 訳: 児童思春期精神保健研究会(利用に際しては国立精神・神経センター精神保健研究所児童思春期精神保健部に問い合わせること)、不許複製>

※ 以下、p. 18途中までの「子どもの行動チェックリスト TRF」は、Web上は掲載していません。

「子どもの行動チェックリスト TRF」は、上記の問題行動尺度 113 項目について、教師が子どもの行動を評定し、8つの症状群尺度 (Syndrome Scale) と2つの上位尺度である内向尺度 (Internalizing) と外向尺度 (Externalizing) から、児童の特徴を把握し、治療や教育に役立てることができる (中田、2003)。8つの症候群尺度は「ひきこもり」「身体的訴え」「不安/抑うつ」「社会性の問題」「思考の問題」「注意の問題」「非行的行動」「攻撃的行動」から構成されている。これらは各評価項目によってまとめられており、総得点、T得点、内向尺度得点、内向T得点、外向尺度得点、外向T得点を算出し、それらの結果をもとに、子どもの問題の特徴と深刻度を評価することが可能とされている (正常域、境界域、臨床域) (中田、2003)。

(4) Werry-Weiss-Peters の行動評定表 <鈴木昌樹著「微細脳障害」(川島書店)より転記、不許複製>

※ 以下、p. 19の「Werry-Weiss-Peters の行動評定表」は、Web 上は掲載していません。

(5) デービスの多動性評定尺度 <不許複製>

※ 以下、p. 20の「デービスの多動性評定尺度」は、Web 上は掲載していません。

(6) スチュワートらの評定表 (Stewart, M,A, 1970) <不許複製>

※ 以下、p. 21の「スチュワートらの評定表」は、Web 上は掲載していません。

(7) エーデルブロックの Children Attention Problems scale

<司馬理英子著「のび太・ジャイアン症候群」(主婦の友社)より転記、不許複製>

※ 以下、p. 22の「エーデルブロックの Children Attention Problems scale」は、Web 上は掲載していません。

(8) Gomez の多動評定尺度

<星野仁彦他著「学習障害・MBD の臨床」(新興医学出版社)より転記、不許複製>

※ 以下、p. 23の「Gomez の多動評定尺度」は、Web 上は掲載していません。

(9) 坂本、西岡の多動評定尺度 <不許複製>

※ 以下、p. 24の「坂本、西岡の多動評定尺度」は、Web 上は掲載していません。

(10) 児童生徒の行動チェックリスト (仮称) (国立特殊教育総合研究所情緒障害教育研究部作成)

以下に示す内容は、当研究所で実施したプロジェクト研究「多動などの行動上問題のある児童への特別支援教育の在り方に関する研究(平成13年～14年度)」で実施した実態調査に利用したチェックリストである。ここではADHDのみでなく、近縁群として考えられるLDや高機能自閉症などの調査も念頭に入れて評価シートを作成した。

児童生徒の行動チェックリスト (特殊研：情緒障害教育研究部)

1. 下記の1-37の項目についての評価は、以下の基準で1から4の数字をご記入ください。(不明の場合は空欄のまま)
 - 1=ほとんどない、もしくは全く目立たない 2=ときどきある、もしくは多少目立つ
 - 3=しばしばある、もしくはかなり目立つ 4=非常にしばしばある、もしくは非常に目立つ
2. 二重線で囲った項目(38-40と101-103)については各々以下の評価基準でご記入ください。
 - 38)と39) 1=概ね学年相応の理解力がある 2=概ね1学年以上2学年未満の遅れ
 - 3=概ね2学年以上3学年未満の遅れ 4=概ね3学年以上の遅れ
 - 40) 1=困難がない 2=やや困難がある 3=かなり困難がある 4=非常に困難がある
 - 101)と102) 1=ない 2=多少ある 3=かなりある 4=非常に大きい
 - 103) 1=特にない 2=あるが小さい 3=大きい 4=非常に大きい 5=非常に大きく至急に相談したい
3. 学級の全ての児童生徒が上記1-40項目で評価点が1以下で、調査の対象児がいない場合、評価点の欄いっぱい大きく「0」をつけてください。
4. 評価が困難であるなど、何らかの理由で本調査に御協力いただけない場合には、評価点の欄いっぱい大きく「×」をつけてください。

項 目		評 価 (数字)
性別(男、女)		
児童生徒番号		
1	何事にも自信が持てない、もしくは何事にも意欲がわかない様子がみられる	
2	頭痛・腹痛・過労など身体的な不調が起きやすい	
3	授業もしくは学校を休みがちである	
4	伝言・宿題・教材教具などの忘れ物が多く、約束や予定を忘れる	
5	気が散りやすく、1つのことに注意を集中し続けることがむずかしい	
6	勉強・試験・係活動など課題の実行の際に不注意な間違いがみられる	
7	勉強その他の活動で課題をやり遂げることができない	
8	授業中の離席・立ち歩きがある	
9	授業中に席についてはいるが、私語が多かったり、じっとしてられず、落ち着きがない	
10	様々な場面で、何かを駆り立てられるように動き回ったり、しゃべりすぎたりする	
11	他の人が話し終わる前に話し始めるなど、出し抜けて唐突な発言や行動がある	
12	順番を守れなかったり、他人の会話を余計な口をはさんだりする	

13	何度注意しても変わらない	
14	独りでいることを好み、または友人・仲間が欲しいようにみえない	
15	友達に欲しい気持ちや友達と仲良くしたい気持ちはあるが、友達ができないか、友達関係をうまく築けない	
16	遊びその他で仲間に入れてもらえず、休み時間・放課後を含め学級で孤立している	
17	含みのある言葉が分からず、言葉通りに受けとめる	
18	学級や仲間の中における暗黙のルールが分からないようにみえる	
19	周囲に困惑するような発言があるなど、状況に応じた周囲への配慮が苦手である	
20	特定のものと、順序、ルールにこだわる	
21	柔軟性が不足しているため、周囲とうまくいかぬことがある	
22	特定の分野で飛び抜けた知識・能力を持っている	
23	周囲に理解しがたい独特な行動・言葉づかい・話し方・表情・姿勢などがある	
24	他の子どもは興味を持たないようなことに興味があり、「自分だけの知識世界」を持っている	
25	会話の仕方が研式的で、抑揚なく話したり、間合いが取れなかったりすることがある	
26	学習への興味関心が薄く、参加意欲が乏しい	
27	動作・行動にぎこちないところや不器用なところがある	
28	保護者や教師等、大人への反抗的な言動が多い	
29	感情の起伏が激しく、すぐにかんしゃくを起こすなど、感情に流される行動がある	
30	故意に他の子どもや保護者・教師等をいらだたせるような言動がある	
31	自分の失敗等を他人のせいにする	
32	故意に器物を傷つけたり壊したりすることがある	
33	同級生などに対して威嚇するような発言がみられる	
34	他の子どもとよくトラブルを起こし、手が出たり、取っ組み合いのケンカをする	
35	他の子どもに残酷な行為をしたことがあったり、動物に残酷な行為をしたことがある	
36	嘘をつくことがある	
37	刃物やバットなどで他人を威嚇するなどの行為をしたことがある	
38	全般的にみて学年相応の学習の理解に困難がある	
39	国語または算数（数学）の基礎的理解に困難がある	
40	聞く、話す、読む、書く、計算するまたは対論することのいずれかに困難がある	
101	学級の学習・秩序に上記の事項が与える影響	
102	本人の学習・生活に上記の事項が与える影響	
103	配慮・支援の必要性	

ご協力ありがとうございました

本調査の結果等については、平成15年度に実施された国立特殊教育研究所が主催した特殊教育セミナーⅡ（テーマ：「LD、ADHD および自閉症等のある子どもへの支援」）において、その一部の内容について報告している。

(11) その他の検査

ADHD の特徴の把握のために、行動評定と合わせて実施されるものとしては、各種の心理検査や、人格検査、神経心理学的な検査等が利用されている。ADHD 児が在籍する通常の学級では馴染みの薄いものだが、通級指導教室に入級する際の判断材料とする場合などもあり、個々人の認知機能や情報処理過程を把握していく上で参考となる。

LD や ADHD などの軽度発達障害のある子の場合、ウェクスラー系の知能検査 (WISC-III など) や K-ABC、ITPA などが比較的よく用いられている。こうした心理検査は結果の読み取りや解釈に熟練を必要とするが、専門機関でなければできないものではないため、学校の教師がトレーニングを積み、臨床経験を重ねていくことで利用可能なものとなっていく。

以下に、ADHD の特徴の把握に利用可能と思われる心理検査の幾つかを示した。

① WISC-III 知能検査

個別知能検査であるウェクスラー式知能検査は幼児や学齢期の児童、青年期以降等の年齢段階によって幾つかのテストバッテリーが用意されている (WIPPSI, WISC-R, WISC-III, WAIS)。WISC-III の適用年齢は 5 歳 0 ヶ月～16 歳 11 ヶ月とされている。

この検査は、言語性検査 (文字や言語を使用し言語的な応答を求める) と動作性検査 (文字や言語を用いる代わりに積み木、図版、記号などを用い、簡単な手の操作で回答させるもの) に区分され、それぞれの領域の知能指数 (IQ) と言語性 IQ と動作性 IQ を合わせた全知能指数 (IQ) を算出することができ、言語性 IQ (PIQ) と動作性 IQ (VIQ) の差 (discrepancy) や群指数、プロフィールなどを見ていくことで、児童生徒の認知機能の特徴などを把握することができる。

言語性検査の下位項目には、知識、類似、算数、単語、理解、数式があるが、言語性検査の場合、動作性検査に比べて教育や文化の影響を受けやすいとされている。動作性検査の下位項目は、積木模様、組合せ、絵画配列、迷路、絵画完成、符号などがある。動作性検査は言語性検査に比べ、文化や社会的影響が少ないため、言語障害のある子にも実施できるという特徴がある。

② K-ABC 心理・教育テストバッテリー

子どもの知的な発達水準と知能の強い面と弱い面を明らかにするための心理検査である。得意な認知処理様式 (同時処理、継次処理) を導きだし、指導に生かすことができる。適用年齢は 2 歳 0 ヶ月～12 歳 11 ヶ月までとされている。

この検査は、認知処理過程尺度 (同時処理尺度、継次処理尺度) と習得度尺度から構成され、14 の下位検査によって成り立っている。各下位検査には例題が設けられており、課題を理解してから次の段階に進んでいく。結果は、評価点、標準得点、プロフィール表を

作成し、同時処理尺度と継次処理尺度の標準得点についての判断をし、その差が有意であるかをみて、個人の得意とする認知処理スタイルを明らかにし、指導に役立てることができる。

③田中ビネー知能検査

スタンフォード・ビネー検査改訂版をもとに田中寛一により作成された知能検査である。1歳級から成人級までの各年齢段階に応じた検査項目（言語、動作、記憶、数量、知覚、推理、構成）が配列されており、一般知能を測定している。検査時間は、個々の実態に応じて異なるが、概ね30分から1時間程度かかる。基本的には、被験者の生活年齢と等しい年齢級から開始し、1つでも合格できない問題があれば、下の年齢級に下がって、不合格の問題が1つもない年齢級（基底年齢）までおこなうことになっている。検査結果は精神年齢（MA）および知能指数（IQ）として示され、知的発達のレベルを知ることができる。ビネー式知能検査としては、この他「鈴木ビネー検査」、「辰巳ビネー検査」などがある。

④ITPA（言語学習能力診断検査）

この検査は、オズグッド（Osgood）のコミュニケーションモデルに基づいて構成されており、イリノイ大学のカーク（Kirk）らによって作成された。年齢の適用範囲は3歳～8歳11ヶ月で子どものことばの発達の諸側面を検査することができる。

ITPAには10の下位検査があり、言語学習について仮定された3つの次元（回路、過程、水準）に基づいてそれぞれの能力が測定できる。また、プロフィールから、ことばの発達が年齢相応かどうか、どの水準に落ち込みが見られるかなどの個人内差をとらえることのできる検査でもある。

⑤フロスティッグ視知覚発達検査

この検査は、フロスティッグ（Frostig）によって開発されたもので、子どもの視知覚機能の発達を把握し、発達の偏りを見たり、課題となる領域から指導上配慮すべき点などについて参考とすることができる。検査内容は、「目と手の協応」、「図と地の関係」、「形の恒常性」、「位置関係」、「空間関係」の5つの領域で構成され、内容は検査用紙に組み込まれている。適用年齢は4歳0ヶ月～7歳11ヶ月とされている。個々人の実態によって異なるが、実施時間は概ね30～40分程度で実施できる。

検査とは別に視知覚学習ブックというトレーニングシートが用意されており、視知覚能力の向上に向けた学習に役立てることができる。

⑥グッドイナフ人物画検査

グッドイナフ人物画検査は、グッドイナフにより標準化された検査で、日本版は桐原や小林により標準化されている。

この検査は動作性知能を評価する単一の検査であり、適用年齢は3歳から精神年齢が9歳程度までの児童、及び発達に遅れや偏りのある児童や成人に対して利用可能とされている。子どもの描画能力や身体意識の発達を把握すると共に、描写の特性から、性格検査として利用することも可能とされている。検査は個別でも集団でも実施可能で、「人をひとり描いて下さい。頭から足の先まで全部です。しっかりやってね」と教示し、縦長の用紙を縦にして身体面を描かせていく。採点は50の採点項目に従い、各項目について+（プラス）もしくは-（マイナス）で評価する。また、参加者の生活年齢を基に、動作性の知能指数（DAM-IQ）を算出することができる。

⑦内田クレペリン精神検査

適用範囲は小学校1年生から成人までとされている。2つの数字の加算という単純作業を35分間（5分間休憩）行わせた結果を健常者の標準的な作業量（健常者状態定型曲線）と比較することにより、作業処理（学習）能力、作業能率、行動のテンポのほか、性格、行動面の偏りといった心理的問題について把握することができる。

⑧ABS 適応行動尺度

6歳以上の知的障害児・者等に適用可能とされている。知的障害児・者がその環境の自然的・社会的要請にどれだけうまく応えられるかを、教師、ソーシャルワーカー、児童指導員、保母らが日常観察をとおして評定し、適用行動の水準や行動領域ごとの特性を明らかにしていく検査。

⑨新版 S-M 社会生活能力検査

知的障害のある子の社会生活能力の評価を目的として、三木安正らによって作成された。適用範囲は1歳～13歳までで、身辺自立、移動、作業、意志交換、集団参加、自己統制の6つの領域から構成されている。

対象となる子の日常生活をよく知っている保護者や教師が質問項目に回答する方法をとっている。社会生活指数（SQ）を算出し、社会生活能力のレベルを把握することができる。

⑩スポーツテスト

各種の体力を構成する要因と運動能力が測定できる。テスト項目には、反復横跳び、垂直跳び、背筋力、握力、状臥上体そらし、立位体前屈、50m走、持久走・急歩などの各種目があり、敏捷性や瞬発力、柔軟性などの運動能力が評価できる。

(12) 認知と注意のテスト、実行機能の検査（国立特殊教育総合研究所情緒障害教育研究部作成）

本テスト（認知と注意のテスト）は、ADHD の子どもの認知面でのつまずきや実行機能の問題等について、参加者に実際に体験してもらい、その状態像や困難さについて理解を深めてもらうために作成された。

ADHD の子どもの行動特徴を把握するものではないが、LD や ADHD 等の指導に携わっている関係者に対し、彼らの困難性の理解に役立てられればと考え、本報告書に掲載していくこととした。また、このテストは国立特殊教育総合研究所で本研究部が関わっている各種の研修や講習会等でも活用している。

次ページ以降に、テスト内容の抜粋を示した。

【認知と注意のテスト】

「認知と注意のテスト」は、特に ADHD や LD の子どもが困難を抱えている認知面の状況を参加者に体験してもらう目的で作成した。例えば、問題 1 の「螺旋か同心円かを選択」では、背景に混同しやすい刺激を加えることで、螺旋か同心円かを比較するのが難しい状況を設定した。また、答え合わせでは、視覚的に理解しやすい色刺激を提示することで、「同心円」という回答が導き出せるようになっている。同様に、問題 2 や問題 3 では、背景となる余分な刺激を除去することで図形や線を認識しやすくなることなど、具体的な支援につなげられるような課題を設定した。ここで示した例題は、余分な刺激に反応しがちである ADHD の傾向や、LD の子どもに見られがちな図と地の知覚の困難さなどを理解することと併せ、具体的な支援の手だて（色別で刺激を見易くする、図形であれば、平面でなく、立体的なものを利用するなど）を検討していく上で利用価値のあるものとする。

【実行機能（E.F.）の検査】（Stroop Test）


「実行機能（E.F.）の検査」では、仮名文字（あか、みどり、あお、きいろ、むらさきの 5 文字）、漢字（赤、緑、青、黄、紫）、色（漢字と組み併せた各 5 色（赤、緑、青、黄、紫）の色）という 3 つの要素で構成される知覚刺激を秒単位で提示し、①「仮名文字と漢字の意味が一致した場合（みどり＝緑、色の刺激は省く（例えば、色が緑色でも表記が赤、青、黄、紫は不正解）」に○印を付ける課題（20 問）と、②「仮名文字と色が一致した場合（あか＝赤色、漢字の意味は無関係（漢字で赤と表示されていても色が緑、青、黄、紫は不正解）」に○印を付ける課題（20 課題）を作成した。

近年の ADHD に関する研究では、脳科学の発展により、前頭前野がつかさどるとされる実行機能が未熟なケースが多いと考えられている。これは脳の中で様々な情報を整理して、過去の経験等と結びつけ、行動をコントロールしていく力と考えられている（Barkley, 1995）。このテストでは、出された課題に応じて、字の「意味」と字の「色」に適切に注意を配分する「注意の配分」についてみるものである。


【認知と注意のテスト】

認知と注意のテスト

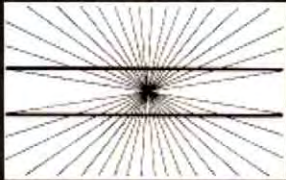
国立特殊教育総合研究所



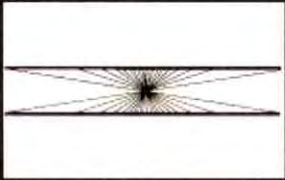
1. 螺旋
2. 同心円



1. 螺旋
2. 同心円




問題2
1. 直線 2. 曲線



1. 直線 2. 曲線



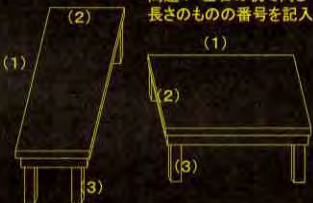
1. 直線 2. 曲線



問題3
1. 平行線である 2. 平行線ではない



1. 平行線である 2. 平行線ではない



問題4 左右の机で同じ長さのもの番号を記入



問題5
下の5本の線の中、上の線と同じ長さの線はどれですか？

上から
1.
2.
3.
4.
5.



下の5本の線の中、上の線と同じ長さの線はどれですか？

上から
1.
2.
3.
4.
5.



下の5本の線の中、上の線と同じ長さの線はどれですか？

上から
1.
2.
3.
4.
5.



問題6
何の絵ですか？



問題8
要点をおさえ、模写してください



要点をおさえ、模写してください



問題9
誰かいますか？



問題10
どこが
おかしいですか？



問題11
どこが
おかしい
ですか？

【実行機能 (E.F.) の検査】 (Stroop Test)

実行機能(E.F.)の検査
Stroop Test

上の仮名の表示と一致した文字の時に
○を記入してください

みどり
緑

あお
紫

きいろ
黄

あお
青

上の仮名の表示と一致した色の時に
○を記入してください

きいろ
緑

むらさき
青

あか
緑

あお
青

あか
赤

(13) LD、ADHD、高機能自閉症の判断基準（試案）、実態把握のための観点（試案）、指導方法

＜「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」（平成15年3月）より転記＞

＜小・中学校におけるLD（学習障害）、ADHD（注意欠陥／多動性障害）、高機能自閉症の児童生徒への教育的支援体制の整備のためのガイドライン（試案）より転記＞

ADHD（注意欠陥／多動性障害）

以下の基準に該当する場合は、教育的、心理学的、医学的な観点からの詳細な調査が必要である。

A. 以下の「不注意」「多動性」「衝動性」に関する設問に該当する項目が多く、少なくとも、その状態が6ヵ月以上続いている。

○不注意

- ・学校での勉強で、細かいところまで注意を払わなかったり、不注意な間違いをしたりする。
- ・課題や遊びの活動で注意を集中し続けることが難しい。
- ・面と向かって話しかけられているのに、聞いていないようにみえる。
- ・指示に従えず、また仕事を最後までやり遂げない。
- ・学習などの課題や活動を順序立てて行うことが難しい。
- ・気持ちを集中させて努力しなければならない課題を避ける。
- ・学習などの課題や活動に必要な物をすぐなくしてしまう。
- ・気が散りやすい。
- ・日々の活動で忘れっぽい。

○多動性

- ・手足をそわそわ動かしたり、着席していてもじもじしたりする。
- ・授業中や座っているべき時に席を離れてしまう。
- ・きちんとしていなければならない時に、過度に走り回ったりよじ登ったりする。
- ・遊びや余暇活動におとなしく参加することが難しい。
- ・じっとしていない。または何かを駆り立てられるように活動する。
- ・過度にしゃべる。

○衝動性

- ・質問が終わらないうちに出し抜けに答えてしまう。
- ・順番を待つのが難しい。
- ・他の人がしていることをさえぎったり、じゃましたりする。

B. 「不注意」「多動性」「衝動性」のうちいくつかは7歳以前に存在し、社会生活や学校生活を営む上で支障がある。

C. 著しい不適応が学校や家庭などの複数の場面で認められる。

D. 知的障害（軽度を除く）、自閉症などが認められない。

◎実態把握のための観点（試案）

ADHD（注意欠陥／多動性障害）及び高機能自閉症

A. 基本方針

- ・学校における実態把握については、担任教員等の気付きを促すことを目的とすることが重要である。
- ・障害種別を判断するためではなく、行動面や対人関係において特別な教育的支援の必要性を判断するための観点であることを認識する必要がある。
- ・学校では、校内委員会を設置し、同委員会において、担任等の気付きや該当児童生徒に見られる様々な活動の実態を整理し、専門家チームで活用できるようにすることが求められる。専門家チームでは、このような学校における実態把握をも含めて、総合的に判断することになる。

B. 留意事項

- ・ADHD や高機能自閉症等、障害の医学的診断は医師が行うものであるが、教員や保護者は、学校生活や家庭生活の中での状態を把握する必要がある。
- ・授業や学校生活において、実際に見られる様々な特徴を把握できるような観点を設定する必要がある。
- ・高機能自閉症等の一部には、行動としては現れにくい児童生徒の内面的な困難さもあることに留意する必要がある。
- ・授業等における担任の気付きを、注意集中困難、多動性、衝動性、対人関係、言葉の発達、興味・関心などの観点から、その状態や頻度について整理し、校内委員会に報告する。

C. 観点

○知的発達の状況

- ・知的発達の遅れは認められず、全体的には極端に学力が低いことはない。

○教科指導における気付き

- ・本人の興味のある教科には熱心に参加するが、そうでない教科では退屈そうにみえる。
- ・本人の興味ある特定分野の知識は大人顔負けのものがある。
- ・自分の考えや気持ちを、発表や作文で表現することが苦手である。
- ・こだわると本人が納得するまで時間をかけて作業等をすることがある。
- ・教師の話や指示を聞いていないようにみえる。
- ・学習のルールやその場面だけの約束ごとを理解できない。
- ・一つのことに興味があると、他の事が目に入らないようにみえる。

- ・場面や状況に関係ない発言をする。
- ・質問の意図とずれている発表（発言）がある。
- ・不注意な間違いをよくする。
- ・必要な物をよくなくす。

○行動上の気付き

- ・学級の児童生徒全体への一斉の指導だけでは行動に移せないことがある。
- ・離席がある、椅子をガタガタさせる等落ち着きが無いようにみえる。
- ・順番を待つのが難しい。
- ・授業中に友達の邪魔をすることがある。
- ・他の児童生徒の発言や教師の話を遮るような発言がある。
- ・体育や図画工作・美術等に関する技能が苦手である。
- ・ルールのある競技やゲームは苦手のようにみえる。
- ・集団活動やグループでの学習を逸脱することがある。
- ・本人のこだわりのために、他の児童生徒の言動を許せないことがある。
- ・係活動や当番活動は教師や友達に促されてから行うことが多い。
- ・自分の持ち物等の整理整頓が難しく、机の周辺が散らかっている。
- ・準備や後片付けに時間がかかり手際が悪い。
- ・時間内で行動したり時間配分が適切にできない。
- ・掃除の仕方、衣服の洗濯や着脱などの基本的な日常生活の技能を習得していない。

○コミュニケーションや言葉遣いにおける気付き

- ・会話が一方通行であったり、応答にならないことが多い。
(自分から質問をしても、相手の回答を待たずに次の課題に行くことがある。)
- ・丁寧すぎる言葉遣い（場に合わない、友達どうしても丁寧すぎる話し方）をする。
- ・周囲に理解できないような言葉の使い方をする。
- ・話し方に抑揚がなく、感情が伝わらないような話し方をする。
- ・場面や相手の感情、状況を理解しないで話すことがある。
- ・共感する動作（「うなずく」「身振り」「微笑む」等のジェスチャー）が少ない。
- ・人に含みのある言葉や嫌みを言われても、気付かないことがある。
- ・場や状況に関係なく、周囲の人が困惑するようなことを言うことがある。
- ・誰かに何かを伝える目的がなくても、場面に関係なく声を出すことや独り言が多い。

○対人関係における気付き

- ・友達より教師（大人）と関係をとることを好む。
- ・友達との関係の作り方が下手である。
- ・一人で遊ぶことや自分の興味で行動することがあるため、休み時間一緒に遊ぶ友達がいないようにみえる。
- ・口ゲンガ等、友達とのトラブルが多い。

- ・邪魔をする、相手をけなす等、友達から嫌われてしまうようなことをする。
- ・自分の知識をひけらかすような言動がある。
- ・自分が避難されると過剰に反応する。
- ・いじめを受けやすい

※DSM-IV、ASSQ、「ADHD の理解と学級運営」(仙台市教育センター、平成 13 年度)、「注意欠陥／多動性障害 (ADHD) 等の児童・生徒の指導の在り方に関する研究」(東京都立教育研究所、平成 11 年度)を参考にした

◎指導方法

ADHD (注意欠陥／多動性障害) 及び高機能自閉症

A. 基本的な考え方

< ADHD の指導・高機能自閉症等の指導共通 >

- ・ ADHD・高機能自閉症等のある児童生徒の教育的ニーズは多様であることから、一人一人の実態把握を、単に行動上の問題の把握のみならず、教科学習や対人関係の形成の状況、学校生活への適応状況など様々な観点から行うことが必要である。
- ・ ADHD・高機能自閉症等のある児童生徒の保護者、クラスメイト、クラスメイトの保護者への理解推進も積極的に進める必要がある。
- ・ ADHD・高機能自閉症等のある児童生徒に対して、個別の指導計画による指導が見られ、効果を上げている例も見られるが、当該児童生徒への一層の教育の充実ということから、その作成にあたっては、通級指導教室や特殊学級など校内の特殊教育の担当者からの支援を得ることが望ましい。個別の指導計画を作成し、運用するに当たっては、保護者への十分な理解と連携が求められる。個別の指導計画の作成や運用の在り方については、研究開発学校における取り組みの成果等を参考に検討することが考えられる。
- ・ 知的発達には遅れがないものの学習面や行動面で様々な状態像を示し、社会的適応にも困難を示すことがあることから、生徒によっては中等教育段階の早い時期から、障害の特性に配慮した職業に関する教育が必要である。

< ADHD の指導 >

- ・ 多動行動等に対応するためには、小学生など低年齢段階からの適切な指導が重要である。
- ・ 生活技能 (主として対人関係技能) を身に付けることが大切である。その際には、適切な行動に向けての自己管理能力を高めることも大切である。
- ・ 問題行動、非行等への配慮が必要である。
- ・ 自信回復や自尊心 (自己有能感) の確立、さらには自分で自分の行動を振り返ったり、

他者が自分をどうとらえているのかを理解したりすることも大切である。

- ・投薬（中枢刺激剤等）の効果が認められる場合があることから、医療との連携が重要である。

B. 具体的な配慮

<ADHDの指導・高機能自閉症等の指導共通>

- ・共感的理解の態度を持ち、児童生徒の長所や良さを見つけ、それを大切にした対応を図る。
- ・社会生活を営む上で必要な様々な技能を高める（ソーシャルスキルトレーニング）。それらは、ゲーム、競技、ロールプレイ等による方法が有効である。
- ・短い言葉で個別的な指示をする（受け入れやすい情報提供、具体的で理解しやすい情報提示）。
- ・いじめ、不登校などに対応する。
- ・本人自らが障害の行動特性を理解し、その中で課題とその可能な解決法、目標を持つなど対処方法を編み出すよう支援する。
- ・校内の支援体制を整える。
- ・周囲の子どもへの理解と配慮を推進する。
- ・通級指導教室での自信と意欲の回復を図る（スモールステップでの指導等による）。
- ・通級指導教室担当者は、在籍学級担任への児童生徒の実態や学習・行動の状況等に関する情報提供や助言をする。
- ・医療機関と連携する。

<ADHDの指導>

- ・叱責よりは、できたことを褒める対応をする。
- ・問題行動への対応では、行動観察から出現の傾向・共通性・メッセージを読み取る。
- ・不適応をおこしている行動については、その児童生徒と一緒に解決の約束を決め、自分であることと支援が必要な部分を明確にしておく。
- ・グループ活動でのメンバー構成に配慮する。
- ・刺激の少ない学習環境（机の位置）を設定する。

※上記の具体的な配慮は、すべての年齢層に共通というわけではなく、年齢によって、異なることに注意する必要がある。また、同年齢であっても、個々の状態に応じて配慮事項は変わることにも注意する必要がある。

※また、いくつかの指導実践では、通常の学級で可能な配慮と、通級指導教室等における配慮が有効な場合もあることが報告されている。

第1部 引用・参考文献

- 1) American Psychiatric Association (1994) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Forth Edition). 高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳 (1996) 「DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引」, 医学書院
- 2) 上林靖子, 斉藤万比古, 北道子編 (2003) : 注意欠陥/多動性障害—ADHD—の診断・治療ガイドライン. 株式会社じほう.
- 3) 田中康雄 (2001) : ADHD の明日に向かって—認めあい・支えあい・赦しあうネットワークをめざして—. 星和書店.
- 4) Munden,A.,Arcelus,J (1999) : The ADHD Handbook.A Guide for Parents and Professionals on Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. (市川宏伸他訳 (2000) : ADHD 注意欠陥・多動性障害—親と専門家のためのガイドブック—)
- 5) 鈴木昌樹 (1979) : 微細脳障害—学習障害児の医学—. 川島書店.
- 6) 星野仁彦, 八島祐子, 熊代永著 (1992) : 学習障害・MBD の臨床. 新興医学出版社.
- 7) 児童思春期精神保健研究会訳 (2002) : 子どもの行動チェックリスト TRF (教師用) (5～18歳)
- 8) 松下恵美子 (2002) : 学校でできる検査—レッテルはりに終わらない支援のためにチェックを—. 月刊実践障害児教育, 350, 22-27.
- 9) 前川久男, 石隈利紀, 藤田和弘, 松原達哉 (1995) : K-ABC アセスメントと指導, 丸善メイツ.
- 10) 松原達哉 (1995) : 心理テスト法入門, 日本文化科学社.
- 11) 日本版 WISC-III刊行委員会訳編著 (1998) : 日本版 WISC-III知能検査法, 日本文化科学社
- 12) 小林重雄 (1977) : DAM グッドイナフ人物画検査ハンドブック. 三京房.
- 13) 坂本龍生, 田川元康, 竹田契一, 松本治雄編 (1985) : 障害児理解の方法—臨床観察と検査法—, 学苑社.
- 14) Barkley,R (1995) : TAKING CHARGE OF ADHD:The Complete, Authoritative Guide for Parents. (海輪由香子訳, 山田寛監修 (2000) : ADHD のすべて. 大日本印刷.)
- 15) 司馬理英子 (1997) : のび太・シャイアン症候群. 主婦の友社.
- 16) Pfiffner,L (1996) : All About ADHD, The Complete Practical Guide For Classroom Teachers. (上林靖子, 中田洋二郎, 山崎透, 水野薫監訳 (2000) : ADHD をもつ子の学校生活, 中央法規.
- 17) World Health Organization (1992) : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. (隔道男, 中根充文, 小見山実監訳 (1993) : 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.)

- 18) 特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議 (2003) : 今後の特別支援教育の在り方について (最終報告)
- 19) 文部科学省 (2004) : 小・中学校における LD (学習障害)、ADHD (注意欠陥/多動性障害)、高機能自閉症の児童生徒への教育的支援体制の整備のためのガイドライン (試案)