

中国における障害児教育の最近の諸問題Ⅱ

西 信高*・胡 勇**

Nobutaka NISHI, Hu Yong

Some Characteristic Problems in Special Education in Latest ChinaⅡ

[Key Word : China, Special Education, Poverty, Learning Disability, Educational Psychology]

[キーワード：中国，教育，学習障害，診断基準，心理学史，臨床教育学]

はじめに

日本のある自治体の「就学指導委員会」において検討された事例のなかに、以下のようなものがあった。

〈事例〉

小学校5年 男子

胎生期周産期ともに異常なし。乳児期については、定額・寝返り・這行まではほぼ標準的に推移したが、初歩は1歳4か月になってからであった。保護者からの報告によると、発語は満1歳までに獲得となっているが、幼児期全体を通じて発語・発話量は少なく、多動の傾向を示した。

2年間保育所生活を送ったが、途中退所し、学齢になって小学校へ就学した。異常とはいえないまでも他の児童とは著しく異なる行動をとるということで、教育委員会関係の相談機関や児童相談所等で指導を受け、また、医療機関をも受診した。そして高学年になって、障害児の治療教育にあたる複数の医療機関において心理検査やカウンセリングを受け、「注意欠陥多動障害」「多動症候群」などと診断された。

学校生活においては、低学年のころに他の子どもへの暴力行為や器物の破壊といった行動が見られた。その後その傾向は減少しつつあるが、不登校にまでは至らないまでも登校を渋るようになり、午後には帰宅することも多くなった。腹痛や頭痛を訴えて、しばしば保健室で過ごす姿が見られた。そして現学年になって、欠席がちとなり、登校しても保健室までであって教室には入らないといった状況も増加してきている。

学習時間は静かに席に着いていることが多いが、いわゆる「学業不振」である。体育は参加せずに、「見学」

の形をとることが多い。友達関係は希薄であり、休憩時間も一人で孤立していることが多い。

学校の対応として、可能な限り学習上の個別指導を考慮し、意欲を持たせるようにと激励や賞賛のこぼれを多くかけるように努めている。そして、本児に対して無理強いを避けて気持ちよく学校生活を送れるようにと、身体的な不調を訴えてきたときには保健室での休息や早めの下校といった措置を講じている。しかしながら、突発的に器物を破壊するなどの行動にでたり、地域での反社会的な行動もあって、警察に補導されることもあった。学校として、多人数の学級の中での指導には限界があり、情緒障害の学級に在籍させて担任の手厚いきめ細かな支援を基盤に置きながら、学校での集団生活の発展を目指したいという方針をたてている。

なお、本児の家族に父親はいない。

就学指導委員会直前の発達検査の結果では、WISC-RでIQ80、言語性・動作性いずれもほぼこの数値を示して差異はない。また、行動安定のために薬物療法も導入されているが、副作用の発現があり、効果は必ずしも十分ではないとされている。

就学指導委員会の結果は、情緒障害の特殊学級への入級が適当である、というものであった。

この例のほかにも、たとえば知的発達がいわゆる「境界線」上にあり、学年があがるにつれて「とくに国語や算数の学習困難が目立ち」「従って、学習障害と判断して学習障害児のための特別の学級への入級を勧めたい」といった考えが学校から示される例もある。筆者の周辺では、そのような例が最近急速に増加しているという印象がある。

そのような子どもに対して、少なくとも無視するという形ではなく、学校が真摯に、そして積極的に受け止める努力を重ねている事実は貴重なものである。そして一人の担任が多数を受け持つ学級内での対処には限界を感じ、既存の制度としての「特殊学級」、なかでも「情緒障害学級」の活用を企図することも、必ずしも否定すべきものでもないといえよう。しかしながら、不登校や「いじめ」問題を始め、子どもの育ちに関わる数多くの現象が最近さまざまに指摘されており、専門家と呼ばれる集団にとどまらず一般的な話題ともなっている状況を見ると、個々のケースバイケースの対応に終わらせずに理論的な整理が求められていると理解すべきであろう。

そして実際、日本教育学会においては、「臨床教育学」に関する課題研究が3年間にわたって組織され、教育学の分野での新しい可能性が探る努力がなされている。さらに、1995年には、特別なニーズ教育とインテグレーション学会（SNE学会）が発足し、それらの子どもを特別な教育的ニーズを持つ子どもとしてとらえ、障害児教育との共通性や異質性についてなど、さまざまな角度からの検討が加えられつつある。

しかし、日本教育学会にせよSNE学会にせよ、なお、明確な方向性を見いだし得ていないのが現状であり、引き続きの理論的・実践的研究の深まりが待たれている。

そのような折り、1998年の日本LD学会において、中国の静進氏¹⁾が「中国における小児臨床心理及び行動研究の現状」と題して講演を行った。

本稿は、この講演を手がかりとしながら、LD（学習障害）に関する中国における研究の状況を概観するなかで、今後日中両国において求められる研究と、治療教育あるいは学校教育における実践的諸課題を探ろうとするものである。

I 中国の小児臨床心理学

ここでは静進氏の講演を要約する。中国の研究の現状についての総括的な報告であり、現在の到達点と課題が整理されている。今後のわれわれの研究にとっても大きな意味をもつと考えられるので、細かい数字を含めてまとめておくこととする。なお、講演録で使用されている用語や文章を正確に反映させたいと考えて、可能な限り講演録から引用して、要約する。

講演の構成は 1.歴史、2.現状、3.小児多動注意集中障害と学習障害の研究の現状、4.今後の展望となっている。

1.の歴史では、中国における心理学研究体制の発展過程を概観しているが、それをまとめると表1のように

なる。

そして、現在では、心理テストについていえば中国大陸で使われている心理テストの種類は100種以上にのぼり、その使用率は、臨床心理で50.0%、教育学23.7%、科学研究23.6%、人事部門2.7%となるなど、広く普及してきている。また、障害児心理学または臨床心理の研究機関としては、湖南医科大学、中国科学院心理研究所、北京医科大学精神衛生研究所、上海精神衛生研究所、杭州大学心理学科、北京師範大学児童心理研究所、南京小児心理衛生センター、中山医科大学行動医学センターなどが有名であるが、教育学と心理学領域では、主として認知心理あるいは教育心理及び実験心理の研究が行われている。

しかしながら、「障害児心理と行動に関する研究が比較的少なく、矯正治療訓練の内容はさらに少なく」、「臨床小児科と小児神経科において心理学と行動医学の内容と方法を用いたのは最近のこと」に過ぎないといった指摘もなされている。

中国では、いわゆる改革開放政策、「一人っ子」政策等による人口構造や社会経済状況の変化に伴い、小児心理と行動についてさまざまな問題が指摘されるようになってきているが、しかし、「小児心理医学においてはいまだ統一の計画に欠け、基礎と臨床の研究の発展が緩やかであり、その現状は国と社会の大きな要請にまだほど遠い」としている。

さまざまな問題としてあげられているその一つは、16歳未満の児童数が3億にのぼるが、新生児死亡率（IMR）と5歳未満児の死亡率（U5MR）が先進諸国ではそれぞれ5%と20%であるのに対し、中国では37.8%と43%となっている事実である。二つには、一人っ子家庭が5,000万以上に達しているが、その両親は青年時代に文化大革命のもとで十分な教育を受ける機会が奪われたため、子どもに強い愛情を注ぐ一方で厳しく勉強を強いる「教育パパ」や「教育ママ」となり、子どもの成長と発達に悪影響を及ぼす傾向が見られること、そして第三には、逆ピラミッド型の家族構成に起因するいわゆる「4. 2. 1症候群」の増加である。そして、南京小児心理衛生センターの報告では、1983年から1993年までに受診した小児心理障害患者38,828例のなかで7歳から12歳までの男子がもっとも多かったとして、その内訳を以下のように紹介している。

精神発育遅延	34.7 %
多動注意集中障害（ADHD）	31.45%
精神分裂病	1.3 %

また、小児心理外来への来診児について、以下のよう

表 1

年	事 項	備 考
1917	北京大学哲学科に最初の心理学課程設置 同じく心理学教室開設	
1920	北京高等師範学校に心理学実験室を設置 南京高等師範学校に心理学科設置	
1921	中華心理学会設立	
1922	心理学専門誌「心理」発刊	「変態心理」に関する論文等掲載
1930年代	10数大学に心理学科・心理学教室を設置 中央研究院に心理研究所設置	大学向けの心理テキストの出版
1936	南京にて中国心理衛生協会成立 (日中戦争の時代)	翌年活動停止
1948	第 1 回心理衛生全国大会開催	1949年以降 医療教育など旧ソ連方式を移入。パブロフ学説を基礎とする。 医学部は総合大学から独立し、医学院または医科大学へ改組。1949～1982の間、医科大学に心理学、精神医学課程は設置されず。精神病院、養護学校等の医療施設で心理相談、心理治療、心理分析、心理テスト等の実施と研究はなされなかった。
1952	中国科学院に心理研究所設置	当時の唯一の心理学専門誌「心理学報」は旧ソ連の研究を紹介する翻訳が中心。マルクス・レーニン主義を基礎とする旧ソ連の心理学研究路線を踏襲。1949～1979まで、欧米の心理学理論を「反動の唯心主義学説」として排除。 文化大革命前、北京、北京師範、東北師範、華東師範、杭州の各大学では心理学科を設置していたが、教育学・教育心理学を主として、精神医学や欧米の心理学理論は導入されなかった。
1966.5～ 1976.10	文化大革命	「資本主義の反動学術思想」として、心理学を否定。あらゆる研究施設が閉鎖され、心理学科が取り除かれ、学術活動が禁止された。 「1965年から1978年まで、心理学は中国大陸に存在しなかったと言えよう。」
1979.6	第 1 回医学心理学術会議開催(北京)。 全国医学心理専門委員会の設置。 衛生部の要請による心理学教科書の編集	この会議の後、各医科大学で相次いで医学心理学教室または研究室の設置 (1998年には、心理学、行動医学課程を設置する大学は80余。心理学課程を設置した医療専門学校は300余。)
1983	中国社会科学院少年研究所が医学・心理学・学校教員等関係者を集めた会議を開催。	1980年代以降、Freudの精神分析理論、Piagetの認知発達論、Maslowの需要段階論、Rogersの人本主義療法、森田療法など、旧ソ連外の心理学が若手研究者や学生の間で支持を得る。
1983	中国心理衛生協会に、児童臨床心理学専門委員会及び中華児童精神衛生研究所を設立	このことは「我が国における小児臨床心理の研究が全面的に展開することを示している。」しかしながら、「資金及び設備が貧弱であるため、一部の地域に限られている。」
1984	ジャムス医学院が、日本との協力で東北地方初の小児脳性麻痺研究所を設立。	
1986	障害者連合会が、日本との協力で北京で中国最大規模の障害者リハビリ医療センターを設立	

静進氏の講演録をもとに筆者が作成

に数字をあげている。

発育遅延・行動異常	50 %以上
自閉症	12.5%
うつ病	1.6%

さらに、1987年に国が行った調査の結果も示されている。それによると、0歳から14歳までの小児における精神発育遅延の発病率が都市では0.75%、農村では1.46%、平均1.07%であって、男女差はみられなかったという。そして、小児の精神神経系疾病の発生原因は妊娠中と出産によるものが50%であり、これについて静進氏は、先進諸国と比べて顕著な差があり、つまりはこれらは予防可能であることを示していると指摘する。

講演のなかの「3. 多動注意集中障害と学習障害の研究の現状」の冒頭では、以下のように述べられている。

中国においては学習障害 (LD) に関する病名と診断基準がまだ統一されていない。この状況は1960~70年代の日本によく似ている。関連ある病名は軽度脳機能障害 (MBD)、多動注意集中障害、集中力の欠如に伴う多動性障害、学習困難、学習能力の欠如、学習不能、学習障害などがある。教育界、心理学界、小児医療保健、小児科などでは用いている病名と診断基準が異なるため、混乱を招く。我が国での研究が1970年代に始まり、学習障害 (LD) に対する研究が1990年代以降に盛んになった。

その後に出現率等に関する各種の調査結果が紹介されているが、それらを以下に列挙する。

- 多動注意集中障害に対する疫学調査
(調査者・調査年等記されていないが、複数の結果の総括的数値と想像される一筆者)
発病率 1.3%~7.8% 多くが3%~4%
農村が都市より高い。
男性が女性より高い。
- 多動注意集中障害と攻撃的な行為に関する文化背景の調査
(1992年。中国、アメリカ、日本、インドネシアにおいて行われた。)
多動注意集中障害に対し、中国とインドネシアの医師がアメリカ、日本の医師に比べ高い点数をつけた。文化背景によって小児多動注意集中障害に対する理解と評価が異なることがわかった。
- 1994年に行われた上海のある調査
小児心理外来に来診した1万人弱の小児患者の中では、勉強の問題で治療を受けるものが最も多かった。そのうち、学校適応不良 53.5%

多動注意集中障害 26.2%

- 王耀華による在校児童に対する調査
学習障害の発生率 17.8%
- 静進らによる1998年に広州市内の小学生を対象とした調査 (日本から導入し、改訂を行ったPRS表を用いた。)
スクリーニングされた学習障害 (LD) を想定された者の出現率 8.1%。
しかし、診断基準に合致したものはより低いことが明らかになった。

- 学習障害で来診した3,084例に対する分析 (1992年の一研究)

LDの診断基準に合致したもの 0.5%

(特殊技能発育遅延、読み、計算障害)

多動症状 95%

攻撃行為 56%

うつ状態 21%

こうした調査結果に続いて、1985年から1997年6月の間に中国国内の専門誌に掲載された学習障害とADHDに関する論文に対する静進氏の分析結果が、表により示されている。そこから読みとれることとして、以下のような点が挙げられている。

- 教育治療に関する研究がゼロに近い。
- 矯正訓練を主とした治療に関する報告はわずか6編である。
北京医科大学など多数の医療機関が小児感覚統合訓練室を設置し、学習障害、自閉症に対する治療を行い、言語訓練も行っているが、治療効果に関する報告がまだ少ない。
- 診断に関する報告が8編。中医薬が主として治療する報告が45.2%を占める。用いられた処方的大部分が補心丹、甘麦大棗湯、生脈飲であり、多動注意集中障害に対する効果があるとされている
- 研究における方法論と結果が日米に似ているが、dyslexiaなどの病名の使用がごく少ない。
そして、総括的に、LDには神経疾患が存在するが、神経心理異常と認知の程度には国、文化背景及び価値観による差が生じると考えられ、異文化における比較研究はLD小児認知と神経心理の特徴とその相違の詳細な機序を明らかにすると同時にLD小児に対する治療にも重要な価値があると考えられる、と述べている。
また最後に、一人っ子と行動異常の関係を探る研究を紹介している。

1992年に22都市の研究機関が調査チームを組み、

Achenbach's 小児行動 scale を用いて全国 24,013名の4~16歳の小児に対して調査を行ったが、その結果、行動異常の発生率が12.97%で、DSM-IV-Rに合致するものが86.4%を占めていた。小児行動に及ぼす最大の影響は親の関係、教育方針と態度及び学校の環境などがあげられた。男性と女性との間に差がなく、13.4%と12.5%であった。

この調査の他、一人っ子の行動異常に関する研究は増加しているが、それらによると、一人っ子とそうでない子どもとの間での行動異常の出現率については、有意な差が見いだされていないという。

講演の最後で今後の展望が示されているが、一人っ子が子ども人口に占める割合が都市では98%、農村では60~80%となっており、こうした人口構造の変化は疾病の治療よりも心理問題を重視しなければならなくなるという見通しが述べられている。

II 中国の研究における諸特徴と評価

静進氏は、中山医科大学小児科に所属しており、いわゆる医学サイドからのアプローチということになる。そしてまた、これは講演録であり、論文であればより厳密で緻密な論を展開し得るところを、ある程度の制約を受けて省略ないし割愛せざるを得なかった面もあることが考えられる。さらに、翻訳過程で演者の意図が必ずしも正確に日本語に反映されなかった箇所のあることも否定できない。

そのような条件を考慮しながら、氏の講演からいくつかの問題や課題を、以下、とりあえず並列的に数え上げておきたい。

a. 文化大革命期以前の記述で、欧米の心理学理論の導入はなく、もっぱら旧ソ連からの移入に終始したとされる。中ソ論争が表面化したのは1960年4月であった。その後中国はソ連を修正主義として批判し、ソ連は技術者を引き揚げるなどの対抗措置をとった。1949年10月の中華人民共和国の成立以来の歴史を見ると、時の指導者の考えにより政策的な揺れが極端から極端へと簡単に移行してしまうという印象を受けるのであるが、そうした経緯のなかで、科学研究の分野でもあっさり旧ソ連での研究を否定してしまったものと見られる。しかしながら、その後40年を経過した現在において、欧米の心理学の導入が隆盛を誇っているが、他方、ソ連時代に発展を見たパブロフやヴィゴツキー、マカレンコ等々の生理学や心理学、教育学の成果をあらためて検討する作業が

ほとんど行われていないのではないかと思わせる内容となっている。改革開放政策による市場経済への移行のなかで大きな経済発展をとげつつある現在、欧米及び日本といった先進資本主義国の科学や技術の導入は時代の流れに即したものであるといえよう。実際、子どもの治療教育にあたるにせよ、やはりそのための施設・設備の充実やスタッフの確保のためにはなによりも経済的基礎、つまりは資金が必要となる。この面での不足を演者は指摘しているのであるが、しかし同時にまた、提示された資料をみるならば、それゆえにこそ沿岸部と内陸部との経済的生活環境の格差がうかがわれ、行動障害の出現率の差異など都市部と農村部との間の相違を考慮しなければならぬ実態が浮かび上がるのである。このような経済的、社会的諸条件が子どもの育ちにどのように影響するのか、その検討過程において旧ソ連の諸科学の蓄積を振り返ることは、あながち意味のないことではないと考える。

b. 用語上の問題も散見される。

「精神病院、養護学校を含め、各医療施設が・・・」という文章がある。中国では、学校教育において養護学校という呼称はなく、特殊教育学校となっている。「中国教育事業統計年鑑」(1994)では、つぎのように分類されている²⁾。

特殊教育学校 (Special Education Schools)

盲聾哑学校

(Schools for the Blind and the Deaf-mute)

聾哑学校 (Schools for the Deaf-mute)

盲校 (Schools for the Blind)

普通学校附設及び随班就読

(Attached to Regular Schools)

盲 児対象

聾哑児対象

弱智児童輔読学校 (学級)

弱智児童輔読学校 (学級)

(Schools for Retarded Children)

普通学校附設及び随班就読

(Attached to Regular Schools)

蛇足的ではあるが、日本の場合は以下のようなになる。

特殊教育諸学校

盲学校

ろう学校

養護学校

知的障害養護学校

肢体不自由養護学校

病弱養護学校

特殊学級

知的障害

肢体不自由

病弱・身体虚弱

弱視

難聴

言語障害

情緒障害

このほかに、「精神発育遅延」「行動異常」といった、日本では最近使用されない用語も見られる。前者は発達障害、後者は行動障害に置き換えられるであろうし、また、「精神」に関しては、1999年4月から施行されている法³⁾によって「精神薄弱」は「知的障害」へと変化している。また、「学習不能」も使用されているが、これは日本でも1970年代までは一般的であったといえる。戦後の日本の教育はアメリカの強い影響のもとで発展してきたが、障害児教育も例外ではなく、なかでもS.A.Kirkの寄与は大きかった。そして、知的障害は「教育可能(educable)」「訓練可能(trainable)」「ケア(care)」に分類され、「学習不能」は、それに対応する概念として用いられた。しかしながら、70年代後半からは「権利としての障害児教育」という理念が広まりを見せ、79年度の養護学校義務制実施を経て障害児の全員就学が実現されるにいたって、この「教育不能」は名実ともに意味を失うこととなった。

用語に関わるその他の問題として、翻訳上の配慮や困難性、つまり中国での呼び方を尊重して日本語に移し替えるのかそれとも日本で普及している用語に意識するかといった方針にも左右されるのであるが、違和感を伴う用語も使用されている。例を挙げれば、

MBD(軽度脳機能障害)

人本主義療法

などである。前者は、1960年代から使われるようになったMinor-Brain Damage すなわち「微細脳損傷」である。その後、Minimal Brain Dysfunction と、機能障害に着目した用語に変わったが、軽度であるか重度であるかその程度については直接言及しない概念と考えられる。「軽度」は、Minor や Minimalの誤訳ではないかとも考えられる。そして後者は、来談者中心療法あるいは非指示的カウンセリングと訳されるものである。「人本」から受ける語感としては「人」一般が根本をなすかのような印象もあるが、そうではない。

他にも上海での調査を紹介したなかに、小児心理外来1万人弱の来診者のなかで「勉強の問題で治療を受ける

もののがもっとも多かった」という記述がある。「勉強」と「学習」あるいは「勉学」等々類似の用語はさまざまにあるが、はたしてどのような意味をもつものか正確には把握しにくい。中国には「教学」といった、たぶん旧ソ連の教育学理論を反映した用語もあるが、この講演録のなかでは一度も使われていない。

以上のような用語上の問題は、背景としては中国語においては表意文字を使用するといった言語的特質そのものに起因するものもあるであろうが、やはり子どもの「障害」に関しては医学的アプローチが従来リードしてきた経緯があり、「障害児心理と行動に関する研究が比較的少なく、矯正治療訓練の内容はさらに少なく」、「臨床小児科と小児神経科において心理学と行動医学の内容と方法を用いたのは最近のこと」であるといった状況を反映していると考えられる。が、ここでは一つの課題としての提起にとどめ、用語の整理と体系化は、機会を改めて試みたい。

Ⅲ 学習障害をめぐって

先にも引用したが、学習障害について述べられた冒頭部分は、「中国においては学習障害(LD)に関する病名と診断基準がまだ統一されていない。この状況は1960～70年代の日本によく似ている。関連ある病名は軽度脳機能障害(MBD)、多動注意集中障害、集中力の欠如に伴う多動性障害、学習困難、学習能力の欠如、学習不能、学習障害などがある。教育界、心理学界、小児医療保健、小児科などでは用いている病名と診断基準が異なるため、混乱を招く。」となっている。

しかしながら、日本においても各専門分野のなかで必ずしも明確な共通認識が生まれているとは言えず、そして各専門分野相互の間においてはなおのこと、混乱の状況がみられる。

一例として、一事典⁴⁾のなかの記述を比較する。各執筆者によってやはり微妙に相違している。(傍線筆者)

知能の全般的な発達水準は正常範囲にあるが、部分的には偏りが多くみられ、学習能力の習得にさまざまな困難を示したり、行動的にも特異な症状を多く有する児童を総称する概念で、1960年代ごろから米国を中心に広く使われ出した教育用語である。教育領域と同時に、医学、心理学などとの近接でも用いられる学際的な用語でもある⁵⁾。

これらの多動児には、単純に親をはじめとする環境的なもののみでは説明、解決がつかないグループがあり、

子どもの側に原因を求めていったら、脳の障害や未成熟であると考えたと説明ができやすいくことが出てきた。こうして脳障害の一環としての多動児、あるいは多動類似症候を示す子どもたちに生物医学的なカテゴリーが与えられることになった。

いわく、多動症候群、微細脳機能障害 (MBD)、注意欠陥障害 (ADD)、学習障害 (LD)、などなどである⁹⁾。

行動異常の中で通常よくみられるのは、多動と注意集中困難、不器用さなどであるが、全例に存在するものではなく、とくに多動などは、幼児期から学童期前半の限られた期間にみられる場合が多い(略)。また、全体に発達が遅れを取り戻し catch up、症状が消失する場合もあり、これは脳障害というより、むしろ発達のずれ developmental lag と考えた方がよく、未熟児、代謝障害児などの追跡研究でみられることが多い。学齢期の症状として問題になるのは、学習面の障害である。これは、脳障害が一時的に関連した、すなわち巣症状としてはっきりとえられる学習障害 (先天性語聾 word deafness、発達性失語症 developmental aphasia、発達性失行症 developmental apraxia、発達性ゲルストマン Gerstmann 症候群など) と注意集中障害などの行動異常により、二次的に学業不振となる例が存在する。

予後に関しては、前述の発達のずれの症例では、良好のこともあるが、二次的な情緒障害や登校拒否、非行などの問題を抱え、社会適応ができない症例がかなりの率でみられるとされる⁷⁾。

学習障害という診断名は日本の従来の特殊教育では使われてこなかったし、「DSM-III-R」でも採用されていない。ただし特異性発達障害の学業技能障害がこれに当たるといえよう。それには、発達の算数障害、発達の表書き方障害、発達の読み障害が含まれる。

学習障害という名称は、アメリカの1975年全障害児教育法施行規則で「特異性学習障害」という名称が採用されて以来、新しい障害名として認知され、研究とサービスの対象とされるようになり、日本でも1990年代になって通級による指導の対象として検討されるようになった(通級学級に関する調査研究協力者会議、1992)。学習障害の定義や診断方法や判定基準はまだ混乱があり、専門家の間での一致を見るまでにはいたっていない。

1975年全障害児教育法施行規則では、学習障害は「話しことばや書きことばを理解したり、使用したりすることに含まれる基本的心理過程の一つまたは複数の障害。(略)⁸⁾」

学習障害は、以前から学習困難、学業不振と混同され続けていた障害概念である。この障害を示す子どもは、個体要因(脳の機能障害)によって、知能は正常に近い、またはそれ以上のものを有しながらも、話す、読む、聞く(理解する)、書く、綴る、計算する、といった学習能力または思考能力の一部に支障をきたしている(これを言語性学習障害とよぶ)。また、注意が一定に定まらず、散漫な状態で教室内を歩きまわったり、注意したことを簡単に忘れてしまう、気持ちが状況の変化で容易に転導してしまふ、一定の事物に固執する、情緒が不安定になりやすいなど、いわゆる「多動」、「注意欠陥」状態を呈して、かかわるおとなを翻弄させている学習障害も多い(これを非言語性学習障害とよぶ)。

すなわち、学習障害児とは、正常域に近い知的能力を有することを前提として、①知的能力に個人内差の著しい者、②状況のみずからでは整理できず、多動または引きこもり状態を現して、学習状況に適応できない者を指すものである。

しかし、実際には、言語性学習障害と非言語性学習障害の二つの状態を併せて現す者も少なくない。けれども、学習障害の発見、教育的かかわりを考えた際、言語性に問題をきたしている子どもの方が、かかわるおとなの配慮を招きやすく、適当な教育も受けやすくなる。

牧田清志(1968)の研究によると、欧米では先の読字・書字に障害を現す学習障害がその典型とされているのに対して、わが国では、そこに困難をきたす者は少なく、後者の「多動」、「注意欠陥」状態を顕著に現している非言語性学習障害が多いとされている。したがって、表意文字を用いるわが国の文化的土壌が、学習障害のその面に関する障害を軽減していると予想できるわけであるが、反面、状態が多動などの非社会的な問題に焦点づけられてしまうために、かかわるおとなの誤解を招き、適当な教育を受けることができない子どもも多いとされる(佐々木正美、1986)。

この状況から、当然人間接触の機会を得ることが少なく、情緒の不安定さを増していくケースは多い。小児や児童の療育を専門としている医療センターには、学校で「情緒障害」とみなされて、診断に訪れる学習障害児が増えているという。しかし、学習障害は、個体要因の障害であることから、情緒障害とは異なるものである。表面的な問題行動に、かかわるおとなが振り回されて、結果的に学習障害に圧力をかけやすいということが問題視されている⁹⁾。

関連症状は年齢によって変化するが、自己評価 self-

esteem の低さ、気分の不安定、欲求不満耐性の低さ、かんしゃくの爆発を伴う。また学業成績不振はこの障害をもつ子どものほとんどに当てはまり、いわゆる学習障害 learning disability との合併症はしばしば見受けられる。さらに神経学的徴候や運動一知覚機能障害が存在することもある。

(略) 有病率は高く、3%に達する。また、男児のほうが女児よりも約6倍多くみられる¹⁰⁾。

やや煩わしくなるが、あとひとつのLDに関する記述を挙げておきたい。

その原因として、中枢神経系の未熟発達あるいは発達への偏りが根底にあると考えられ、全般的な知能に遅れがないにもかかわらず個人内で能力にアンバランスがみられ、学習能力の習得に困難を示し行動面でも特異な症状を示す子ども達は学習障害児と呼ばれている。具体的には、漢字がなかなか覚えられない、文字は読めても文章として理解できない、本が読めるのに文字が書けない、図形や地図の理解が困難で簡単な地図が描けない、等の学習面での困難があり、運動面では協応動作の発達に遅れがあるために縄跳びやボール投げが巧くできない等である。また行動面では、集中力が乏しく、じっと席に座ってられない、あるいは特定のものに固執するなど集団に適応しにくい子どもが多い。(略)

全般的な知的水準が正常範囲内にあるSLD(特異的学習障害)における教育が中心に検討され実践されている米国と比べ、日本ではSLDを含む境界線児が多いと言われており、我々も広義にLDを捉え周辺の子ども達も含めて、能力にアンバランス持つため教育に特別な配慮が必要な軽度障害の子ども達として考えようとしている¹¹⁾。

以上みてきたように、学習障害の定義や診断基準については必ずしも明快な共通認識が形成されているとは言えないのである。そして、文面上は明確であるかのように見えても、現実の子どもを前にしたとき、実際の診断は容易ではなくばらつきがでてくるという実態もある。講演の中で、広州市内の小学生の調査ではLDの出現率が8.1%であったが、診断基準に合致した者はそれより少数であると述べられている。しかし、たとえばオーストラリアでは、学習困難を理由に特別の教育を受けている子どもの割合は全児童生徒の11.0%、行動障害については3.2%になっているという報告がある¹²⁾。基準が異なれば当然出現率も異なるのであり、いずれが正しい、

表2 特別な教育を受けている児童・生徒の割合(%)

オーストラリア(特別な教育的ニーズをもつ子供の出現率, 1979年度)		
軽度精神遅滞		1.39
聴覚障害		0.24
肢体不自由		0.19
視覚障害		0.17
中重度精神遅滞		0.06
学習困難		11.0
行動障害		3.2
スウェーデン(基礎学校児童のうち特別指導を受けている者の割合, 1976年)		
	第1学年	第6学年
就学時適応困難	11.0	0.0
読み書き困難	4.6	12.4
算数困難	2.0	8.9
情緒障害	0.3	0.9
学業不振	1.0	2.8
言語障害	4.8	0.9
視覚障害	0.0	0.0
聴覚障害	0.1	0.1
肢体不自由	0.0	0.1
体育困難	0.1	0.2
カナダ(ブリティッシュ・コロンビア州, 1991年度)		
重度重複障害		0.09
中重度精神遅滞		0.26
重度精神遅滞		0.05
肢体不自由		0.17
視覚障害		0.07
聴覚障害		0.22
自閉症		0.06
重度学習障害		2.13
軽度精神遅滞		0.72
重度行動障害		0.88
リハビリテーション		0.97
優秀児		3.86
アメリカ合衆国(1990年度)		
特殊学習障害		4.88
言語障害		2.36
精神発達遅滞		1.15
重度情緒障害		0.89
聴覚障害		0.13
重複障害		0.20
肢体不自由		0.11
病弱等		0.13
視覚障害		0.15
日本(1994年度)		
精神薄弱		0.56
肢体不自由		0.11
病弱・虚弱		0.04
視覚障害		0.01
聴覚障害		0.05
言語障害		0.12
情緒障害		0.10

あるいはまたどこにおいて出現率が高いなどとは、一概には言えないのである。

「学習困難」と「学習障害」とは異なる概念と言えるが、しかしいずれにせよ通常の学級での通常の教育課程や指導では対処しきれない子どもとして特別の教育が求められる子どもとして、オーストラリアの数字と中国広州市のそれとの間には一定の関連性が見いだせよう。

おわりに

1990年6月、文部省初等中等教育局に「通級学級に関する調査研究者会議」が設置されたが、1992年3月の報告書には学習障害についても取り上げられることとなった。これは、従来の健常児の教育と障害児の教育という枠組みでは解決し得ないさまざまな問題を抱える子どもの存在の認知と、それに対応する新しい制度もしくは形態の必要性を確認するものであった。そして実際に、たとえば島根県では言語障害児学級や難聴児学級が通級指導教室に移行したが、不登校の子どもを始め多種多様な子どもの相談と教育にあたっている現状となっている。通常学級で不適応状態に陥っている子どもや通常の学級では対応がむづかしいとされる子どもを一手に引き受けているとも言える。

そして一方、かつて知的障害に関わって、障害児とまでは言えないがそれに近いという意味で「境界線児」という用語がしばしば使用され、そしてまた同じく、境界線児とまでは言えないがしかし健常とは言いがたいという意味で「知的サブノーマル」という用語も創出された歴史がある。

いずれにせよ、通常の学校や学級の体制、そしてそこでの学習形態や学習内容の吟味もなく、そのなかで不適応に陥る子どもだけに視点を当てて問題視することは、一種の「片手落ち」となろう。学習指導要領の改訂ごとに学習すべき内容が高度になり、しかもそのための時間数が十分に設定されていないといった指摘が各方面でなされている。そして2002年からの新指導要領では、そのような状況に対する手だてが不十分なまま学校の完全5日制の導入がなされるなど、「学習障害」の少なくとも現象面では数の増大が危惧されるのである。

学習障害という限りは、基本的には学校教育における学習において、障害がある、もしくは生ずるということになる。いわば学校教育をターゲットにおいた障害概念である。一方、情緒障害を例にとれば、その障害は当然学校教育における学習の面でも何らかの障害が生ずるであろうが、のみならず学校外の広範な社会生活のなかで

もさまざまな障害が生ずるのであろう。そのことは、つまり同じく「障害」ではあるにせよ、両者においてはレベルの相違があり、学習障害の場合はより限定的ということになる。

このようにみえてくると、学習障害について、従来の医学や心理学からのアプローチのみならず教育学の積極的な参画が求められていると言える。

「はじめに」で挙げた日本の例について、その子どもの像として「学習障害」「多動」「破壊活動」「協調性の欠如」等々が浮かび上がっているのであるが、しかしその知的能力を考慮するならば、自らの存在をアピールするための悲痛な叫びの一表現、という理解も可能なのではなかろうか。そのようなあからさまな行動に訴えるまでには至らないが、しかしその一歩手前で逡巡しあるいは耐えている予備軍的な子どもは決して少なくない。保健室登校や最近増加しつつある病弱養護学校への転校や知的障害学級への移籍など、不登校の子どもをめぐる現象は、そのことを示しているとみられる。また、集団への適応という面においても、いじめの問題や学校崩壊の問題など、個人に解消し得ない構造的な問題が背景にあり、その解明とあわせて個人の問題を考える必要があるであろう。

中国においては、小学校段階から学期、学年、卒業のための試験が課される¹³⁾。義務教育制度が整備され、一人っ子政策のもとで教育熱が高まり、拝金主義という風潮の中で有利な就職をめざす競争が激化するならば、そして、静進氏の指摘するように学習障害をはじめとする子どもの問題が社会的諸条件に大きく規定されるものであるならば、中国の今後の経済的文化的発展の歩みのなかでなおいっそう子どもの「障害」が深刻化することもあり得る。特別の学校を建設せずに可能な限り通常学級で障害児を受け止めるとする教育政策をもつ中国において、学習障害に関する研究は障害児教育の方面からも関心を寄せなければならない問題となっている。

注及び参考文献

- 1) 静進；中国における小児臨床心理及び行動研究の現状、日本LD学会機関誌、vol.7 no.1, PP.50-54, 1998.
- 2) 中華人民共和国国家教育委員会計画建設司編；中国教育事業統計年鑑1994、人民教育出版社（北京）、P.88, 1994.8.
- 3) 「精神薄弱の用語の整理のための関係法令の一部を改正する法律」1998年9月28日成立。1999年4月1日施行。

- 4) 氏原寛他編；心理臨床大辞典，培風館，1992.
- 5) 同上書，(学習障害の項) P.868.
- 6) 同上書，(多動児の項) P.876.
- 7) 同上書，(微細脳損傷の項) P.883.
- 8) 同上書，(障害児臨床の項) P.1140.
- 9) 同上書，(障害児保育，障害児教育の項) PP.1146-1147.
- 10) 同上書，(注意欠陥障害の項) PP.878-879.
- 11) 竹田契一；学習障害児（LD児）およびその周辺児の問題について（1），障害者臨床教育に関する基礎的研究（Ⅳ），大阪教育大学障害者臨床教育研究プロジェクト，PP. 27-28, 1993.11.
- 12) 菴谷利夫；教科学習に特異な困難を示す児童・生徒の類型化と指導法の研究，国立特殊教育総合研究所，P.1, 1996.7.
- 13) 世良正浩；中国の教育改革，世界の教育課程改革（教育研究資料第4集），民主教育研究所，P.168, 1996.7.