
■特集 特別支援をめぐる学校教育の現状と課題

特別支援教育に期待するもの —地域医療の立場から—

平谷 美智夫（平谷こども発達クリニック）

Thoughts on Special Needs Education for Autism Spectrum Disorder Patients: From a Community Health Perspective

Michio HIRATANI (*Hiratani Clinic for Developmental Disorders of Children*)

〔別刷〕

■特集 特別支援をめぐる学校教育の現状と課題

特別支援教育に期待するもの

—地域医療の立場から—

平谷 美智夫（平谷こども発達クリニック）

Thoughts on Special Needs Education for Autism Spectrum Disorder Patients: From a Community Health Perspective

Michio HIRATANI (*Hiratani Clinic for Developmental Disorders of Children*)

■要旨：社会の教育への期待は人材育成にあり、保護者の願いも子どもの経済的自立、すなわち就労にある。自閉症スペクトラム児の多数を占めるいわゆる高機能群の多くは、幼児期から一定の療育や学童期での適切な教育、特別なニーズをもつ生徒として就労に関する適切な援助が行われると、一般就労であれ保護的就労であれ、就労が可能になると思われる。職場での特別な配慮も必要であるが、教育サイドで就労を意識した特別支援教育が望まれる。家庭や地域での子育て機能の低下や膨大な数の対象者、医療機関を受診する児童に限られること、自閉症スペクトラム児では社会性の未熟さによる問題行動は教育場面で現れることが多く、そのほかに高い学業困難の合併頻度などより、医療機関で支えることは不可能であり、“しつても勉強”と教育に期待せざるを得ない。自閉症スペクトラム障害の増加は、遺伝性の要因に加えて生育環境の関与も大きい。乳幼児期からの子育て支援に始まり、認知の特性を意識した高度な専門教育を含めた個別教育プログラムに基づく特別支援教育が求められる。医療の役割は、児童の認知心理学的な評価を含めた診断と、心理学や言語病理学などの療育機能を通して特別支援教育にエビデンスを提供することにある。

■キーワード：職業選択を意識した教育、「もっとひどい子がいますよ」、しつても学業も学校で、個別指導プログラム、教育成果の評価

I. はじめに

有史以来、モラルや社会性を含めたわが国の広い意味での教育レベルは、世界有数の高さであったと思われる。この歴史が、今日のわが国の繁栄の基礎となっていると考える。ところが、近年、自閉症スペクトラム障害をはじめとして“軽度発達障害”とよばれるこどもが急増し、まともな授業が成立しない教室から先生方の悲鳴が聞こえてくる。この国の先行きが心配になってくる。そんななかでやっと特別支援教育の考えが提唱され、徐々に現場に浸透しつつある。

1. 就労を意識したエビデンスに基づいた教育を

小児科医である筆者が就労に具体的にかかわることではないが、長い間療育に通ってきた児童が成人を迎えるようになって、わが国の教育界では就労指導の意識があまりに低いのではないかと感じるものが

多い。そこで、就労ということについて、ローナ・ウィングが述べていることを引用させていただく（以下、ローナ・ウィング(久保ら訳)、1998より）。

- ① 自閉性障害をもつ能力の高い人のほとんどは一般企業で働けます。その何割かは、自分の持つ学問の能力や資格をかなり下回る仕事についています。これは対人関係の乏しいことや、高度の仕事に要求される計画力や融通性がないことによるためです。低レベルの仕事に親は落胆するかもしれませんが、その仕事が本人に合っているなら、彼らが自立していると見なすべきです。(pp. 304-305)
- ② 一般就労であろうと保護的就労であろうと、自閉性障害を持つ人が特殊なスキルを発揮して楽しみを得られる適切な就労は、自尊心を高め、問題行動を最小限に抑える最良の方法です。自閉性障害を持つ能力の高い人は、広い範囲で有給の仕事についています。能力のレベルと、特殊なスキ

ルの範囲と、ある一定の要素が就職を成功させるために重要です。好意的で理解のある雇用主と寛容な同僚が成功には不可欠の要素です。社会的障害、コミュニケーション障害のため、人との相互関係や会話の多い仕事に就くことは困難です。(pp. 240-241)。

- ③ より高い能力を持つ成人で、スキルがあるにもかかわらず一般雇用に結びつくことができない人もいます。なぜなら、給料をもらって仕事をするにすれば、彼らはあまりにも柔軟性が乏しく、反復的であることが多いからです。(中略) 能力の高い人に対しては、適切な訓練と経験を持ったスタッフと特別な設備を用意しないと対応ができないのです。(pp. 240-241)
- ④ 自閉性障害を持つ成人の多くは、たとえ援助付きでも一般の職場では働けず、保護された下で就労しなければなりません。利用できる最も一般的な機関は、学習困難の成人の為に地方自治体のソーシャルサービス部が運営している、通いの社会教育施設です。ここでうまくいくこともありますが、自閉性障害に対しての特別なニーズが満たされず問題を生じることがしばしばあります。施設によっては、対人関係に支障のない人とうまくいかない自閉性障害の成人のために、別のプログラムを整えています。この問題の良い解決策として推奨すべきです。(pp. 304-305)

次に、自立と就労(＝経済的な自立)の意味について、石川肇氏の持論を紹介する。すなわち、「自立とは、自らの意思に基づく決定と自己統治ができる状態である。働いて賃金を得ることは、自らの人生を自分らしく生きていくための行為であり、生活主体者としての自由が実現されるものである」。

保護者の願いは、できれば一般企業で就職し、一般の人と同程度の賃金をもらえることだと思うが、必ずしもその願いはかなえられていないことが多い。しかし、幼児期から一定の療育や学童期での適切な教育、特別なニーズをもつ自閉症スペクトラムの人に対する就労に関する支援が行われると、多くの自閉症スペクトラムの人でも一般就労であれ保護的就労であれ、就労が可能になると思われる。その結果、賃金に見合った税金や社会保険料を納付することも可能になる。保護者の願いは、「将来税金と年金を払えるようになってほしい(できることなら少しでも多額の)」に尽きるのではないかと思う(平谷, 2006a)。

いじめや達成感のない学校生活は、生徒のやる気をなくし、簡単な仕事すらできなくしてしまう。認知に偏りのある生徒が彼に合わない(認知の弱い部分が要求される)職業につくと悲劇である。学校での進路指導がきわめて重要である。進路指導とは、個々の生徒の適性(職業適性検査に相当)を把握した上で、高等教育機関への進学も含めた職業選択指導を行い、その進路指導が適正であったかを少なくとも就労5~6年後の職場での勤務状態を見届けて初めて判断できる。この作業の繰り返しのなかで、進路指導の専門家が育つ。10年~20年後の予後調査を続けることで確立されてきた若年性高血圧や小児糖尿病などの治療の考え方と同じである。ところが、日ごろ思春期の児童をもつ保護者と接していて、思いつき程度の職業紹介や進路指導はあっても、エビデンスに基づいた「科学的」な指導はなされていないように思われる。そもそも、学校にそのような専門職が配置されていないといっても過言ではない。少子化の時代、一人ひとりが国にとって大切な宝物であるのに本当にもったいないと思う。

2. 教育全般に療育の視点を—「しつけは家庭で・教育は学校で」から「しつけも教育も学校で」へ—

筆者は小児科医として30数年、大学付属病院、地域基幹病院、療育機関(福井県小児療育センター)で働き、8年あまり前から地域で子ども発達クリニックを開設し、発達障害の子どもたちの健康支援と発達支援に取り組んできた。これらの活動を療育とよぶことができるが、療育という言葉を私なりにまとめたことがあるので紹介する(平谷, 1999)(表1)。

療育の基本は、個々の児童の抱えている障害、エビデンスに基づいて個別に対応することである。個別支援教育プログラムに従って一人ひとりの生徒にあった教育を施すという特別支援教育の考えは、療育と基本的に同じであると考えられる。しかし、わが国の医療・教育・福祉が、「個々の児童の可能性をできるかぎりのばして、自立を目指す」という子育ての使命を果たしてはいないと思うことが少なくない。98.5%の児童(養護学校と特殊学級の生徒を除いた数)を対象として、同じ教科書で一斉授業というこれまでの通常学級の教育には、個別教育プログラムに基づいて教えるという考えや療育の視点はきわめて弱かったといわざるを得ない。また残り1~1.5%の児童を対象とした特殊学級や養護学校においても、ごく一部の先駆的な教師や学校を除けば、ごく

表1 療育とは（特別支援教育に通じる考え）

「療育とは：一人の人間の限らない自己実現を目指して環境を整え、適切な援助を提供し本人の努力を促すという総合的な行為を意味する。本質的に教育と異なるものではないが、障害者の場合には健常者に比べて治療的な関わりがより重要であるので、障害を持つ人に関する行為の場合に使われる。治療的な関わりには、原疾患の診断、治療、リハビリに加えてさまざまな合併症の診断・治療、さらに発達障害においては認知機構や行動上の問題の医学的な病態の理解と対応なども含まれる。療育においては障害者の主要な障害に目を奪われてしまうのではなく、共存している一見目立たない小さな障害を重視することも大切である。なぜならそれらを解決することによって障害者の QOL (quality of life) の向上を得るからである。」

（平谷，1999）

最近まで卒業後の自立を意識した個別教育プログラムが作成されることは少なかったといっても過言ではない。受診までに長いあいだ待たせて、しかも十分な診断もできない医療サイドの問題はより深刻であるが…（平谷，2006b）。

注意欠陥多動性障害（以下 ADHD）・広汎性発達障害（PDD）への特別支援教育には、しつけ（我慢する力、社会性の涵養など）の要素が大きく、学習障害（LD）においても狭義の学習以外のさまざまな心理的な問題がからんでくるので、指導する側に認知心理学などの知識も必要である。学習障害と診断した児童の学校でのそれまでの対応をみると、当該児童がなぜ読み書きに問題があるのか、なぜ算数が苦手なのかを検討した痕跡すらないことに驚かされる。また、症状は乳幼児期からすでに現れており、就学前からの介入が必要な場合が多い。

このように、特別支援教育の課題は幅が広く、専門的な技術が要求され、学校（保育園・幼稚園）・家庭・地域社会・医療機関と横の幅も広く、乳幼児期から成人に至る長い時間軸の仕事である。また子どもたちは、6～18歳の成長期の日中の大半の時間を学校で過ごす。就学前の幼稚園・保育園もこの枠に入る。教育機関の役割は甚大である。しかも特別支援教育の対象児は、20%は下らないと実感する。

従来、「勉強は学校で、しつけは家庭で」との考え方があったが、家庭や地域での子育て機能の低下や発達障害の増加からは、「勉強も生活に役立つスキルの発達援助も学校で」と教育に期待せざるを得ない。このことは、決して家庭の役割を否定するものではない。学校と家庭で一貫した対応をすることで、子どもたちが生活をしていくために必要なルールを身につけることが可能になるのであるが、保護者への指導も特別支援教育の役割と位置づけていただかないと対応できないと考える。

このように、特別支援教育は従来の教育のあり方や幅を超えた大きな課題である。この課題を果たすためには、教員中心であった教育の世界に、さま

ざまな分野の専門家の参入が必要である（平谷，2005a）。

3. 特別支援教育の対象としての自閉症スペクトラム障害

（1）多彩な臨床症状を有する自閉症スペクトラム（LD・ADHD・PDDを併せもつ児童が多い）

筆者のクリニックでは、一人の子どもにも ADHD+LD, PDD+ADHD などと、2つ、時には3つの診断名を付けることが珍しくない。1980年代、いわゆる軽度発達障害に相当する用語は MBD（微細脳機能障害：minimum brain dysfunction）である。MBDは、LDとADHD（アスペルガー障害も含まれていたと思われる）を包含する概念であるが、90年代にLDの概念が提出され、MBDは使われなくなった。しかし、わが国でLDといわれた子どもたちの多くは、実はPDDや知的障害児、あるいはADHDであった。LD・ADHD・PDDは上記のように診断が重複していることが多く、以前のMBDとほとんど同じ児童を指していることが多い。療育技術は典型例についての研究や指導の実践により発展するので、3つの疾患を別個の疾患として理解した上で、一人の子どもにこの3つの疾患が重複すると捉えたほうが、より深い理解と的確な療育（教育）につながると考える（平谷，2005b, 2005c, 2007）。

（2）特別支援教育対象児童は6%ではなく20%以上と推測する

多くの課題は教育で解決すべきものであり、量的にも医療機関では対応しきれない。クリニックのスタッフが大変だなあと感じる明らかなアスペルガー障害の児童ですら、「おかあさん、この子の何が問題なのですか？ もっとひどい子がいますよ！」という教師が少なくない。これは1%の児童を特殊教育の対象としていた時代の考え方である。現在の日本で、盲・聾・養護学校、特殊学級や通級指導教室で学んでいる障害のある生徒の割合は除々に増えてきていると思われるが、1.6%程度に過ぎない。文部

科学省の調査結果によると、約6%の生徒がLD、ADHD、PDDと推定されているが、実感としてはもっと多いと思われる。IQ 70～85の境界線級知能の生徒は13.6%と計算され、通常学級在籍生徒の少なくとも15～20%が学習面あるいは行動面で特別な支援を必要としている（平谷、2007）。

これだけ多くの児童に医療機関で対応することは、物理的に不可能である。しかも、自閉症スペクトラムやADHD児のトラブルは学校場面で生じるので、特別支援教育の大きな分野と位置づけていただかないと解決できない。読み書き障害や算数障害の児童のつまずきのプロセスを認知心理学のレベルで明らかにして、エビデンスに基づいて学業を支援することも教育の大きな課題である（高井・平谷、2007）。

（3）軽度発達障害、特に自閉症スペクトラム障害の増加の要因—LD・ADHD・PDDを人生の上り坂の生活習慣病としてとらえる—

わが国では発達障害の疫学研究は乏しく、経年的なデータはもちろん、現在の発生率すら正確にはわかっていない。しかし、筆者は20年あまり発達障害の医療に携わってきて、アスペルガー障害を中心として発達障害は確実に増加していると感じる。この増加をどう解釈すればよいのであろうか。カナーが発表した当初、自閉症は親の育て方によるものとされ、自閉症のこどもをもつ親は辛い目にあった。近年、自閉症（ADHDやLDも）の原因は先天的・遺伝的要因によるものであり、親の育て方によるものではないことが強調されてきた。

単一の遺伝子異常で発症しうる遺伝病であるフェニルケトン尿症（アミノ酸代謝異常のひとつ）では、人口5～7万人に1人という発症率は長い間変わらない。ところが、糖尿病では、遺伝（体質ともいわれる）の関与は明確にありながらも、環境要因や生活習慣の複合的な関与が近年の増加を説明している。小児喘息、スギ花粉症、乳幼児の卵アレルギーも増加している。江戸時代と今日の日本人には遺伝子に違いはないはずである。糖尿病やアレルギーを発症する遺伝子をもっているも昔の生活様式ではあまり発症しなかったが、今日の生活環境や生活習慣のもとで発症する人が増えたと考えられる。逆に発症する遺伝子をもたない人は、どんなに生活習慣が悪くてもなかなか発症しないとも考えられている。発達障害にも同様のことがいえるのではないかと推測する。糖尿病やアレルギー疾患発症の要因に比べるとわかりにくさはあるかも知れないが、自閉症ス

ペクトラム障害発症にかかわる環境要因は、子育ての考え方、親子・家族構成・地域の人間関係、テレビやゲームを含めた環境などの子どもの発達に関係する養育環境であるといえる。

糖尿病を人生の下り坂の生活習慣病とよぶなら、自閉症スペクトラム障害は人生の上り坂の生活習慣病ととらえることができるのではないかと考える。このように考えると、家族性・遺伝的な自閉症スペクトラムの近年の増加が説明でき、社会が何をなすべきかが明らかになるのではないかと思う。

（4）乳幼児期から成人までの子育ての中に特別支援教育を位置づける

特別支援教育の基本的な考え方は、子どもたち一人ひとりにあった教育を施すというものである。対象となるADHDやPDDへの支援は、我慢することや社会性の涵養などのいわゆる「しつけ」的な面に加えて、構造化を含めた社会の理解、注意集中や固執、イライラなどの改善を目標にした投薬などの医療的な対応などがある。LD支援では、言語病理学的な分析に則った評価と指導、LDトラウマとよばれる児童の心理的な打撃へのカウンセリング的な対応である。さらに、ADHD・PDD・LDのすべてにおいて、その症状は乳幼児期からすでに現れており、就学前からの介入が必要である。これらの課題は幅が広く、学校（保育園・幼稚園）・家庭・地域社会・医療機関と横の幅も広く、乳幼児期から成人にいたる長い時間軸の仕事であり、教員のみで担うことは不可能である。いいかえると、特別支援教育は従来の教育の枠を大きくはみ出るものであり、多くの分野の専門家が学校に入ることが必要である。

Ⅱ．特別支援教育における医療の役割

特別支援教育を推進するためには、①個別支援計画に基づいた一人ひとりのニーズに応じた的確な支援、②そのために校内体制を確立する、③地域支援体制を構築して関係者・関係機関と連携する、の3点が重要であるとされる。この課題を実効あるものにするためには、前述のように、多くの専門家の参加が不可欠である。この課題のなかで、クリニックがどのような役割を果たせるかを考えてみる。

1. 発達障害についての医療（医学）と教育について感じること

（わが国の）医療と教育には類似点もあるが、相

違する面も多い。思いついた事柄を箇条書きにする。

① 大多数の児童は学区の指定された小中学校に通学する義務があり、授業料は無料であるが、医療機関受診は義務ではなく有料であり、発達障害の児童のごく一部が受診するだけである。児童精神科医が少ないので、受診に数か月～数年待ちというわが国独特の貧弱な行政の不手際もある。

② 医療機関では、まず診断があり、診断に多くの労力と費用をかけても保護者の納得が得られるが、教育では、診断はともかく評価もこれまでさほど重視されてこなかったと思う。教育界には、いまだに診断＝レッテルはりと言言する人がいるが、後述のように診断とは、個々の生徒の認知・行動特徴をエビデンスにもとづいて評価するものである。医療において、診断は治療に結びつくものであり、教育においても診断は個別教育プログラム作成の基礎となるものである。さらに、診断あるいは評価は、医療・教育のどちらにおいても児童を理解し治療(教育)する上で、関係者が共有するキーワードであると考えている。

③ 医療においては、同じ疾患であっても治療法の選択は個々の患者の状態や進行段階によって異なる。高血圧・糖尿病・癌の人に漫然と同じ処方をしたら患者さんは怒るであろうし、死亡する人も出るだろう。一方、教育の世界では診断に相当する評価はあまり行われず、児童の学力に関係なく30～40人のクラスでの一斉授業がなされ、個別指導プログラム(評価と指導)はほとんどなかったといっても過言ではない。

④ 医療では治療法の科学的な評価は二重盲検法が標準的である。筆者が大学病院に在籍した1971～1987年に、小児白血病の治療成績はずいぶん向上し、それ以後さらに驚異的に向上した。教育にただちに導入しうるかどうかは議論があると思うが、概要を記載する。まず、多くの大学や基幹病院の小児科医によって作られたチーム(小児白血病研究グループ)により、小児急性リンパ性白血病(ALL)の2つの治療プロトコルが考案される。新たに診断された患児を、これまでの治療成果の上で作られた2つのプロトコルのどちらかの治療グループに無作為に入れて治療し、数年後に2つのグループの治療成績を比較し、より優れた治療法が明らかになり、この治療法をベースに新たに2つの治療プロトコルを作成して同様に実施する。3年ごとにスタディの結果を検討する。87年、91年、94年、2000年と

確実に治療成績が向上した。筆者が医師になった1970年初期には100%の子どもが発症1年あまりで死亡していたのが、1981年のプロトコルでは5年無病生存率が40%、2000年には90%近くに上昇し、急性リンパ性白血病は治癒するといえるレベルに到達した(小泉、1986; 鶴澤、2005)。

当初、受け持ちの子どもの治療方法を、乱数表により本部で決められることに抵抗感があったが、劇的な(もちろん20年以上かかっているが)生存率と完全寛解率の向上を経験して、二重盲検法こそが多くの病気の正しい治療法の発展を保障するものであると確信している。療育施設で日々脳性麻痺の子どもたちにかかわっていたとき、「脳性麻痺に対する従来の理学療法は効果がなかった」という結果を二重盲検法で明らかにした論文(Palmer, et al., 1988)を読んで、衝撃を受けたことをありありと記憶している。

⑤ 高血圧や糖尿病の治療法の評価は、治療開始後10年あるいは20年にわたる疫学調査によって検討されるが、筆者の知る限り、教育ではそのような検討はあまりなされてはいないのではないかと思う。

⑥ 医療では、終身カルテとして診療録が継続されるのが基幹病院では普通であるが、教育では、小学校から中学に入れば児童の記録の多くは廃棄され、同じ学校であっても進級して担任が変わるだけで、多くの児童の記録が途切れることが多い。対象児童が多く、実際には困難なことであると思うが、個人情報保護という名のもとに、貴重な情報が捨てられていることも残念に思う。

2. 平谷こども発達クリニックにおける自閉症スペクトラム児童の診断プロセスと療育

発達外来を受診する児童の症状はさまざまであるが、これらの問題への対処を含めた療育は背景にある児童の特性を明らかにする(＝診断)ことから始まると考え、療育に先立ってかなりの時間を割いてプロフィールを作成する。プロフィールは全5ページにおよび、生育歴・発達歴・学校での様子・発達テストの結果・ADHDやPDD, LDの診断根拠、最後に認知・行動特徴を項目ごとにまとめ、診断名が記載される。両親の参加のもとで約1時間かけてプロフィールに従って説明し、診断書を手渡す(告知)。診断書とプロフィールは、保護者が納得の上で担任に手渡すことになっている。診断告知後、発達障害全般について保護者に講義(ガイダンス)し、その後の療育に繋げる。家庭や学校場面での行

動問題については心理スタッフが相談指導し、読み書き障害が合併している可能性があれば言語聴覚士による評価がなされ言語指導が行われる。担任や保育士が保護者とともにクリニックに来て、スタッフと懇談する場合も少なくない。この診断書は単に診断名のみでなく、児の認知・行動特徴がまとめられているので個別支援計画の基礎データとなる。また、プロフィール作成自体が担任とのやりとりを経て作られるので、校内体制との地域支援体制は空間的には別個であってもアンケートなどを通して作られる（平谷、2005c）。

3. クリニックにおける療育の成果：すべての児童に個別指導を（一斉授業だけでは子どもの心もつまずきのプロセスも理解できず、教師の力もつかない）（表2）

クリニックでは、幼児から中・高校生に至るまで、多くの子どもたちが個別指導を受けている。月1回～週1回の指導であるが、かなりの成果が得られる。ADHD、視空間認知障害、算数障害、エPILEプシーのAさんは、苦手な後片付けについて心理士の指導を受けた後、算数障害の専門家の個別指導を受けた。つまずきのプロセスをしっかりと押さえた指導に、彼女自身が手応えと達成感を感じ、たった1時間の指導のために学校を休んで遠方から通院した。算数の力がつくのと並行して他の学力も伸び、指導前の240人中の150～170番から2年後の卒業時には90番まで上昇し、余裕をもって志望校に合格した。ほかに、つまずきのプロセスを明らかにすることを目標にした診断・評価システムと、個別の教材を準備するなどのクリニックスタッフの努力による療育成果が得られている。個別指導を受ける子どもたちの生き生きとした表情と成長をみると、日本の子どもが全員、月に1回でもいいから個別指

導を受け、すべての教師が少なくとも1人の個別指導（当然、個別教育プログラムを作って）を担当するようになれば、生徒はもちろん、教師の学習指導力やこどもの心を理解する力が伸びて学校がもっと明るくなるのに、と思う。「この子だけを特別扱いはできません！」などと胸を張って言い張る先生がいまだにいるこの時代に、このことをぜいたくだと思う関係者がいるかもしれないが、個別指導は生徒の達成感＝やる気をもたらすという最高の費用対効果を生み、結局は社会に富を、児童と保護者にとって幸せをもたらすと確信する（平谷、2007）。

Ⅲ. ま と め

医療の役割は、①心理士や言語聴覚士などの専門スタッフもかわり、児童の認知心理学的な評価を含めた診断・評価などのエビデンスを特別支援教育に提供すること、②乳幼児期からかわることが出来る立場を生かした早期介入、③薬物療法やリハビリテーション医療（心理・言語療法）を提供する、の3点にある。また、④学校医として果たす役割も重要である。しかしながら、いずれの点においても医療はその責任を果たしているとは思えない（平谷、2008）。

この4点を意識して、クリニックは教員・保育士・保健センター保健士とともに、地域の子どもたちや保護者に接してきた。エビデンスということばを使いながらも、具体的な引用文献も少なく、実際は筆者の思いを連ねたにすぎない。しかし、「特別支援教育に失敗したら日本は減る」との思いは大きくなるばかりである。医療サイドがその責任を果たしていないことを反省しなくてはならないが、個々の教員が特別支援教育の意味を理解して各自の技術を磨くとともに、教員の数はもちろんであるが、心

表2 クリニックでの個別指導例

Aさん：不注意優勢型注意欠陥多動性障害(ADD-I)、視空間認知障害、算数障害、エPILEプシー。 小さいころから数年毎に相談に通って来られていたが、いつの時期も有効なサービスを提供する力がなく、数回の通院で終了してきた。クリニックの療育機能が整ってきたことをD君のお母さんから聞き、中学1年生の3学期に2年ぶりに受診された。診断プロフィールを作成して、上記診断とし、3つの課題を挙げた。 ①物事の手はずを整えることの指導(ADD-Iに基づくと考えられる)、②算数障害についてはスーパーバイザーの指導を仰ぐ、③担任に彼女の障害を理解してもらう。①の課題については、心理スタッフが行動療法の基本に立って部屋の片付け方を教えたところ、短期間に見違えるほど部屋が片付くようになり本人も喜んだ。②算数指導は、スーパーバイザーと言語療法士の協力で施行した。つまずきのプロセスをしっかりと押さえた指導に、彼女自身が手応えと達成感を感じ、たった1時間の指導のために学校を休んで遠方から通院した。算数の力がつくのと並行して他の学力も伸び、指導前の240人中の150～170番から2年後の卒業時には90番まで上昇し、余裕を持って志望校に合格した。③については、担任は「そんなはずはない」と彼女の障害を最後まで理解してくれず、最後は母親もさじを投げた。

理士や言語聴覚士など、より多くの専門家の教育現場への配置をも含めた教育行政の改革が望まれる。

文 献

- 平谷美智夫(1999)心身障害児(特に知的障害児・者)の療育における教育・福祉・医療の連携—障害児センター小児科医の果たす役割についての考察—, 小児の精神と神経, 39, 7-15.
- 平谷美智夫(2005a)夏休みは誰のためにある?—養護学校についての私の思い—(障害児医療から/カルテに書かないこと43), GAKKEN特別支援教育Web マガジン自立をめざして!
http://kids.gakken.co.jp/campus/jiritu/medical/backnumber/06_1011/top.html
- 平谷美智夫(2005b)思春期の問題:学習障害, 小児科診療, 68, 1096-1099.
- 平谷美智夫(2005c)AD/HD・HFPDD(高機能広汎性発達障害)・LDの関連性に関する臨床的考察, LD研究, 14, 253-260.
- 平谷美智夫(2006a)企業版・特別教育支援を(障害児医療から/カルテに書かないこと43), GAKKEN特別支援教育Web マガジン自立をめざして!
http://kids.gakken.co.jp/campus/jiritu/medical/backnumber/07_0607/top.html
- 平谷美智夫(2006b)医療保険制度と発達クリニック—開院6年を経過して思うこと—(障害児医療から/カルテに書かないこと47), GAKKEN特別支

援教育Web マガジン自立をめざして!

<http://kids.gakken.co.jp/campus/jiritu/>

- 平谷美智夫(2007)発達障害に対する学習支援について—民間診療所での発達障害に対する学習支援の実践をふまえて—, 発達, 28, 21-27.
- 平谷美智夫(2008)発達障害児に対する学校医の役割—学校医は学校へ行き, 学校保健委員会に出席し, 健康相談を行おう—, 小児科臨床, 61, 2649-2654.
- 小泉昌一(1986)小児急性リンパ性白血病の治療研究, 寛解維持療法における6-MercaptopurinとMethotrexateの大量間歇投与法の有効性CCLSG-S811(Phase III Study), 臨床血液, 28, 8.
- Palmer, F.B., Shapiro, B.K., Wachtel, R.C., Allen, M.C., Hiller, J.E., Harryman, S.E., Mosher, B.S., Meinert, C.L., and Capute A.J. (1988) The effect of physical therapy on cerebral palsy-controlled train in infant with spastic diplegia. *New England Journal of Medicine*, 318, 803-808.
- 高井雪帆・平谷美智夫(2007)医療機関における学びの支援, 発達, 28, 42-48.
- 鶴澤正仁(2005)小児白血病—MRD量に基づく治療戦略の現状と課題—, 臨床血液, 46, 109-120.
- ローナ・ウィング(久保紘章・清水康夫・佐々木正美訳)(1998)自閉症スペクトル—親と専門家のためのガイドブック—, 東京書籍.

—2008.1.15 受稿, 2009.4.14 改稿—