

# 第1章 青年期における「学習障害」主訴をとらえる視点

「学習障害」の定義に関する議論は、関係者の間では、概ね教育用語としての合意をみることになった。その経緯については、障害者職業総合センター調査研究報告書 №38 ですでに紹介した。本報告書では、職業リハビリテーションにおける「学習障害」に関する考え方についてまとめるうえで、定義をめぐる議論については一部を再録することとし、関連の動きについてまとめておくこととしたい。

## 第1節 「学習障害」の定義をめぐる

### 1. 文部省調査研究協力者会議「中間報告」から「報告」まで

#### (1) 「学習障害」の定義をめぐる

「学習障害」を有するとされる青年についてその特徴をみると、現行の職業リハビリテーション・サービスの対象となる特徴をもつ青年が存在する一方で、通常の入職のための仕組みを利用して適応し、職業リハビリテーションのサービスを必要としない青年も少なからず存在する。これは、「学習障害」をどのようにとらえるのかについての見解が関係者により様々であったこととも密接に関連する。

主として医療関係者は、「読み」「書き」「計算」のいずれかに困難があるが知能に遅れはない、という最も狭義の「学習障害」の定義によっている。

また、文部省の定義では、「読み」「書き」「計算」のいずれかの困難に、「聞く」「話す」「推論する」の困難を加える。従来（1999.7.までの文部省の定義（中間報告）；文部省，1995）では知的発達遅滞を伴うことを認めており、この定義によれば、対象者の知能はすべての領域に分布する。これに対し、現行の定義（1999.7.発表の定義；文部省，1999）では、知的発達の遅れは認めていない。しかしながら、現在のところ、従来（1999.7.までの文部省の定義）で診断された子どもの診断を現行定義に基づいて見直すことに関する指針は提案されていない。したがって、「学習障害」を主訴とする対象者の知能はすべての領域に分布するという従来（1999.7.までの文部省の定義）の範囲と変わってはいない。

加えて、教育並びに臨床の関係者の中で、さらに広い範囲を認める立場がある。こうした立場に立つ人々は、運動機能障害（不器用）、注意欠陥多動障害（ADHD）をこれに加える。そして、最も広い範囲を認める立場は、“社会性に困難がある子ども”をも含める。

こうした諸家の意見の別れるところは、主として、多様な発達障害の特性をどこまで含めるかにあり、その他に「学習障害」による二次的障害の問題の扱いがある。

#### (2) 「LD」について

「学習障害」は Learning Disabilities を翻訳した時にあてられた用語のうちの1つである。しかし、教育、医療の関係者をはじめとして、保護者も本人も、この用語を適切でないとして「LD」と称する場合が多い。

森永（1993）は、「LD」を用いる立場を次のように解説する。

『「重度の精神遅滞などで学習に障害を起こしているのではなく、他は正常でありながら学習に関する能力に限定的な障害があり、障害児と同列に教育すべきではないが、健常児を対象とした教育ではついてゆけない子どもたち」という意味でLDということばを用いています。LDという場合、障害が学習に関する能力の限定的な障害なので、その点について配慮し、その障害の克服を手助けしていけば、健常児と同じように知的な能力を発揮できる、治療教育が可能、との考え方を根底においております』。

こうした見解を背景として、このような特性を持つ子どもは「障害児と健常児の間の子ども」「グレイゾーンの子ども」であるために、適切な支援をうけることができないという「学習障害」観が成立することになった。そして、親も教育関係者も、「おとなになったら、障害でなく個性になる」という希望に支えられて教育することになる。つまり、親の教育観の拠り所は、「健常ではないが、障害でもない」子どもであるが、適切な支援があれば「健常」と同じように人生を送ることができるという見解である。そのために、子どもを「頑張れば、できるようになる」「頑張っ普通をめざそう」と励ますのである。こうした場合、親子の目標は、暗黙の内に「障害者には分類されたくない」ことで一致しているのであるが、明確には意識されていないこともある。「LD」の「D」は「Disabilities」の頭文字でありながら、「障害」ではないという不思議な置き換えが行われたからである。

この場合、「障害ではなく、個性である」という見解は、「ハンディキャップに対する支援を求めるニーズはあるが知的障害ではない」という見解と同義であることが多い。これは、学校生活に適應するためには何らかの支援を必要とするが、知的障害ほどの遅れはないという見解であり、知的発達の遅れが軽度であることを強調するものとなっている。確かに、皆が皆、おとなになったら障害がなくなって個性になるのであれば、適切な対応をし、励まして「頑張らせる」ことが妥当な教育であることに相違ないのである。

### （3） 文部省（現、文部科学省）の定義の含意

「学習障害」の特性は、しばしば、「発達の遅れに偏りがある（全般的な知的発達の遅れはないが、特定領域に遅れが認められる）」と表現されるが、それは表 1-1 の実線アンダーラインの部分に明示されていた。

従来の定義によれば、

- ① 学習障害児の知的水準は正常範囲にある
- ② 学習障害の原因は中枢神経系の機能障害によるものと推定しており、原則として、他の障害や環境的要因によってもたらされる学習上の困難は学習障害に含めない、とされていた。

しかし、さまざまな原因でひきおこされる学習上の困難は、直接的な原因ではないが、合併して生じるとされており、表 1-1 の波線の部分の障害は、「学習障害」に含まれるという定義であったといえる。

これに対し、現行の定義（表 1-2）では、他の障害や環境的要因との重複については「定義ではふれない」とし、基本的には全般的な知的発達遅れがないことの確認を要件としている。また、行動の自己調整・対人関係の問題については、「学習障害児には、行動の自己調整や対人関係などに問題が見られる場合がある」としながらも、「このような問題のみが生じていたり、このことが主たる原因として学習の遅れが生じている場合は学習障害ではない」と付記された。

表 1-1 文部省の定義（1999.7.まで）

『学習障害とは、基本的には、全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する、推論するなどの特定の能力の習得と使用に著しい困難を示す、さまざまな障害を指すものである。

学習障害は、その背景として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、その障害に起因する学習上の特異な困難は、主として学齢期に顕在化するが、学齢期を過ぎるまで明らかにならないこともある。』

さらに、『学習障害は、視覚障害、聴覚障害、知的障害\*、情緒障害などの状態や、家庭、学校、地域社会などの環境的な要因が直接的な原因となるものではないが、そうした状態や要因とともに生じる可能性はある。また、行動の自己調整、対人関係などにおける問題が学習障害に伴う形で現われることもある。』（\*：発表当時の障害名は「精神薄弱」）

表 1-2 現行の定義（1999 以降）

学習障害とは、基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指すものである。

学習障害は、その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的な要因が直接の原因となるものではない。

現行の定義が従来の定義と異なる点の特記すると、次のようになる。

- ① 他の障害や環境的要因との重複について
  - ア 重複障害についての記述は定義ではふれない
  - イ 基本的には全般的な知的発達遅れがないことの確認を要件とする
- ② 行動の自己調整・対人関係の問題について

学習障害児には、行動の自己調整や対人関係などに問題が見られる場合がある。

しかしながら、このような問題のみが生じていたり、このことが主たる原因として学習の遅れが生じている場合は学習障害ではない

また、現実的な問題としては、特異な学習困難の把握方法として以下のような基準が示された。

① 国語又は算数（数学）の基礎的能力に著しい遅れがある。著しい遅れとは、児童生徒の学年に応じ1－2学年以上の遅れがあることをいう。

小2、3年 ..... 1学年以上の遅れ

小4年以上又は中学 ..... 2学年以上の遅れ

② 全般的な知的発達に遅れがない。

知能検査等で全般的な知的発達の遅れがないこと、あるいは現在及び過去の学習の記録から、国語、算数（数学）、理科、社会、生活（小1及び小2）、外国語（中学）の教科の評価の観点で、学年相当の普通程度を示すものが1以上あることを確認する。

③ 学習障害の判断は、保護者の了解のもとに専門家チームに委ね、学校では行わない。

以上のように、教育における「学習障害」は、定義に即して「診断」ではなく「判断される」対象として受けとめられることになった。

#### （4）新旧2つの定義の間で

定義が変われば、該当する特性を持つ者の範囲も変わることになり、混乱は避けられない。また、定義の範囲が広がることによる混乱と、狭くなることによる混乱とは異なったものとなる。狭くなったことによる混乱としては、まずは、新旧2つの定義の間で、現行定義によると「学習障害」でなくなった子どもたちは、今後、どのような障害理解（特性理解）を求められるのかという問題である。この子どもたちは、「頑張れば普通になる」という「学習障害」に付帯する教育目標からは、確かに遠くなったといえる。

もともと、「学習障害」をめぐる議論は、軽度ではあるが多様な障害を持つ子どもの保護者が、教育制度の改革を求めて運動をおこしたことから高まってきたものである。したがって、保護者並びに教育関係者・臨床家が「学習障害」に最も広い範囲を認める立場をとることは、当然の帰結である。これに対し、現行の文部科学省の基準は医学の診断基準に近いものとして設定されたことになる。そして、従来の定義では「学習障害」とされていたけれども、現行定義では他の障害、例えば、「知的障害」「精神障害」「言語障害（コミュニケーション障害）」「運動機能障害」「注意障害」「行動障害」「自閉症（広汎性発達障害）」「神経症」「高次脳機能障害」などに分類される方がその特徴を理解しやすいとされる子どもがでてくることになった。こうした障害との境界域に特性が分類される子どもたちを「学習障害」周辺児と呼ぶか、知的障害周辺児もしくは精神障害周辺児、言語障害周辺児等々、数ある障害名のいずれで呼ぶかについては、障害に対する見方の問題と関連が深いとみることができよう。

しかし、留意すべきは文部省（現、文部科学省）がこうした定義の明確化を行った背景には、的確に

診断しなければ効果的な指導を行うことができない、という判断があった点である。

## 2. 診断をめぐって

..... 医学的診断：その基準と限界 .....

栗田（1995）によれば、「児童精神科における学習障害に関する診断学的研究の流れからすれば、読む、書く、計算するの3つの基本的な学習能力のいずれかに障害がある場合に、学習障害と診断するという、狭義の学習障害概念に依拠することが最も厳密な立場であり、これがアメリカ精神医学会の診断統計マニュアル第3版改訂版（DSM-III-R, 1987）以来の立場である。これは現在、最も新しい2つの国際的な診断基準体系である世界保健機関の国際疾病分類第10版（ICD-10, 1993）とアメリカ精神医学会の診断統計マニュアル第4版（DSM-IV, 1994）にも受け継がれている」。ここでは、医学的診断の基準は「狭義の学習障害概念」であることが主張されている。

表1-3に示すように、学習障害はDSM-IVでは、いわゆる発達障害に含まれると考えられてきた障害群の1つとして、精神遅滞、広汎性発達障害（自閉的な障害を総称）、コミュニケーション障害、運動能力障害と並記されている。一方、ICD-10（国際疾病分類第10版）では発達障害は「心理的発達障害」の名称で精神遅滞と並記される（栗田, 1994）。

表 1-3 ICD-10 と DSM-IVでの学習障害の位置

世界保健機関の ICD-10	アメリカ精神医学会の DSM-IV
精神遅滞	精神遅滞
心理的発達障害	
<ul style="list-style-type: none"> <li>学習能力の特異的発達障害</li> <li>特異的読字障害</li> <li>特異的計算能力障害</li> <li>特異的書字障害</li> <li>混合性学習能力障害</li> <li>その他の学習能力障害</li> <li>特定されない学習能力障害</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>学習障害</li> <li>読字障害</li> <li>算数障害</li> <li>書字表出障害</li> <li>特定不能の学習障害</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>運動能力の特異的発達障害</li> <li>言葉と言語の特異的発達障害</li> <li>混合性特異的発達障害</li> <li>広汎性発達障害</li> <li>その他の心理的発達障害</li> <li>特定不能の心理的発達障害</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>運動能力障害(発達性調節運動障害)</li> <li>コミュニケーション障害</li> <li>広汎性発達障害</li> </ul>

(資料出所：栗田, 1996)

DSM-IVによれば、学習障害は「個人的に適用された標準化された、読字、算数、あるいは書字に関するテストの成績が、その子どもの年齢、学習の経験および知能水準から期待されるよりも明らかに低いときに診断され、学習の問題は、学業や読字、算数、あるいは書字を必要とする日常生活を著しく妨

げる」とされる。ICD-10 でも名称は異なるが、内容は DSM-IVと同様、読字、算数、書字の3つの障害が主なものである(表 1-4)。

表 1-4 ICD-10 と DSM-IVの学習障害 3 型の診断基準の要約

<p><b>ICD-10 の特異的読字障害 (F81.0)</b></p> <p>A. 以下のいずれかが存在：            (1) 年齢と知能から期待されるより、読字と理解得点が少なくとも 2 標準偏差低い            (2) 重篤な読字困難か、A(1)の状態が以前にあり、年齢と知能から期待されるより書字得点が少なくとも 2 標準偏差低い            B. 基準 A の障害は、学業や読字能力を要する日常活動を著しく障害する            C. 障害は、視覚や聴覚の欠陥または神経学的障害の直接の結果ではない            D. 教育経験は著しく乏しくはない            E. IQ70 未満を除く</p> <p><b>ICD-10 の特異的書字障害 (F81.1)</b></p> <p>A. 年齢と知能から期待されるより、書字得点が少なくとも 2 標準偏差低い            B. 読字、理解および計算に関する得点が正常範囲内(平均から 2 標準偏差以内)            C. 明白な読字障害の既往はない            D. 教育経験は著しく乏しくはない            E. 初期から書字の困難が存在した            F. 障害は、学業や書字能力を必要とする日常活動を著しく障害する            G. IQ70 未満を除く</p> <p><b>ICD-10 の特異的計算能力障害 (F81.2)</b></p> <p>A. 年齢と知能から期待されるより、計算得点が少なくとも 2 標準偏差低い            B. 読字、理解および書字に関する得点が正常範囲内(平均から 2 標準偏差以内)            C. 読字または書字障害の既往はない            D. 教育経験は著しく乏しくはない            E. 初期から算数障害は存在した            F. 障害は、学業や計算を要する日常活動を著しく妨げる</p>	<p><b>DSM-IVの読字障害 (315.00)</b></p> <p>A. 読字テストの成績が、年齢、知能および教育から期待されるよりはるかに低い            B. A の障害は、学業成績または読字能力を要する日常活動に明白に支障となる            C. 感覚障害が存在するならば、それに通常伴うものを越える読字困難がある</p> <p><b>DSM-IVの書字障害 (315.20)</b></p> <p>A. 書字能力が、年齢、知能および教育から期待されるより、はるかに低い            B. A の障害は、学業や書字を必要とする日常活動に明白に支障となる            C. 感覚障害が存在するならば、それに通常伴うものを越える書字の困難がある</p> <p><b>DSM-IVの算数障害 (315.1)</b></p> <p>A. 標準化されたテストで測定された算数能力が、年齢、知能および教育から期待されるよりはるかに低い            B. A の障害は、学業成績または算数能力を要する日常活動に明白に支障となる            C. 感覚障害が存在するならば、それに通常伴うものを越える算数能力の困難がある</p>
---	---

(資料出所：栗田，1995)

ここで、学習障害の診断に関し、精神遅滞の扱いにおいて、この最新の2つの診断基準に差異があることを注目しておかなければならない。つまり、ICD-10 では IQ70 未満の例を除くとして精神遅滞を除外しているが、DSM-IVでは DSM-III-R と同様に、軽度遅滞でも特定の学習能力の低下が著しければ、学習障害の診断も可能としている点である。

さらに、「DSM-III-R には知能に関する明確な規定がなく、したがって、今日を代表する診断基準で

ある DSM-III-R において、学習障害は概念があつて診断ができない病態である(杉山, 1993)」という主張は、DSM-IVでも指摘できる。杉山(1996)はまた、「学習障害」の診断が比較的安易に行われる傾向があるとして3つの場合を指摘している；第1は、神経心理学的所見、すなわち、脳の分業の働きはかなり限られた分野に明確な障害が認められる場合である。しかし、このような児童は非常に稀であり、知的障害を伴っていることが多い；第2は、学習障害を生じる可能性が高い児童という指摘がなされている場合であり、一つは幼児期の言語遅滞、もう一つは注意欠陥多動障害の存在である。しかし、両者とも学習障害を伴うとは限らず、知的機能の測定が行われていない場合も多い；第3は、いわゆる非言語性学習障害の診断である。現在のところ、非言語性学習障害に含まれるものの大半は試行的仮説の域を出ておらず、公的な診断基準に取り上げられている唯一の病態は発達性協調運動障害のみである；として、一見科学的にみえる器質的な病名を安易にあてはめることが時に行われていると警告する。

厳密な診断は、注意欠陥多動障害や運動能力障害、コミュニケーション障害と学習障害を区別することを求めている。しかし、その一方で、知的障害を重複する余地を残していること、安易な診断が行われることで厳密さに疑義が指摘されていること、が現時点における問題であるといえよう。

### 3. 医学用語と教育用語の間で

小児神経科の領域では、「学習障害」の原因とされる中枢神経系の機能障害を念頭において、病態に迫る試みが進んでいる。その基本姿勢について、小枝・二上(1999)は「特異的な認知能力の障害を呈する一群として「LD」という用語を残しておく、医学の進歩とともに病因・病態が確立したものを、一つの疾患単位として分離独立させていくのが望ましい」とし、「現時点で最もその可能性が高いのが、いわゆる *dyslexia* (筆者注：「読み障害」をさす) であろう」と、その試みが成果を上げていることを示唆している。

辻井・杉山(1999)もまた、学習障害は単一の病態ではなく、一群の臨床的症候群であり、より病態の限定された広汎性発達障害とは大きな臨床像の違いがあると結論づけている。したがって、学習障害、広汎性発達障害、多動性障害などの全般的な知的障害を伴わない軽度発達障害においては、操作的診断基準において複数の診断を満たした場合、診断に優先順位をつけることが必要であるとして、将来的に問題を残しやすい広汎性発達障害を優先し、両者を *Learning Disabilities* などの名前のもとで曖昧に同じように扱うには問題があると指摘する。

こうした見解は、現在、広範囲の臨床像を対象としている「学習障害」が、いずれは明確に区分されるべきである、と示唆するものである。そして、その根拠には学習困難という臨床的所見を、脳の機能との関連で記述するという医学の試みがあげられる。しかし、このような見解にたてば、保護者をはじめ、教育関係者や臨床家の多くが使うような「学習上の困難のある児童・生徒」つまり「教育上の特別な配慮を必要とする児童・生徒」を対象とする用語とは相容れないことになる。したがって、医学関係者の中に「LDという用語を医学から教育の領域へお返ししよう」(長畑, 1999)という立場を生むこ

とになっている。ここでは、このような医学と教育の間で、どのような議論が展開されているのかについて触れておくことにしたい。

#### (1) 医学の最先端がとらえる「学習障害」

原(1998)は教育や心理学領域では取り扱わない、医学領域独自の学習障害研究があるとするれば、そのテーマは原因研究であるとして次の2つの次元をあげている。第1は、脳障害部位(責任病巣)を特定して学習障害の発生機構を明らかにしようとする次元であり、第2は、学習障害を高率で発生するとされるハイリスク児(超低出生体重児等)の前方視的追跡研究により原因と状態像の形成を明らかにしようとする次元である。

宇野・堀口(1998)は、「学習障害」が局所大脳機能障害を背景とした認知障害であるとし、症状の詳細な検討と操作的な定義が徐々に一致する方向であると主張する。つまり、大脳の特定部位の障害と教科学習上の困難との対応が明らかになることにより、「その背景として中枢神経系に何らかの機能障害があると推定される」と記述された文部省の定義が妥当性を高めているというのである。これはまた、有効な機能訓練を行うために、認知神経心理学的な分析が必要であり、言い換えると、「いじめや学習上のつまずき、精神科疾患などの心理的な問題による学習の遅れ」や「単なる学習の遅れ」とは区別されるべきであるという主張でもある。

このように学習困難を大別したうえで、さらに頭部MRI(Magnetic Resonance Imaging)やCT(Computer Tomography)などの画像診断により明確な異常を示す場合の学習困難と、頭部MRIやCTなどでは明確な損傷を認めないが大脳の局所血流量が低下した領域が確認される場合の学習困難とがあることを明らかにしている(宇野・堀口, 1998)。前者の学習困難は、出生時の問題等による大脳損傷に起因する後遺症(失語、失行、失認などの高次神経機能障害)を背景として生じる。これに対し、後者の学習困難は、書字、読み書き、言葉の理解などの特異的な側面だけが苦手になるという特徴を持つ。後者についても、成人の後天的脳損傷による高次神経機能障害に類似した症状として理解できるものであり、血流量低下の部位は成人における類似症状を呈した大脳病巣を含んでいる(宇野, 1999)と報告している。

また、宮尾(1999)は、脳機能の左右差や刺激課題による反応の差を、読字課題などで脳波測定した結果について報告している。加えて、事象関連電位(脳活動を電位変動として記録し、脳機能の異常を評価する試み)の臨床応用により、認知処理を解明するシステムの検討を始めており、診断用システムの可能性にも言及している。

辻井・杉山(1999)は、ICD-10(WHO)の診断基準により診断した特異的発達障害の学習障害群で、脳波と画像診断検査に異常所見が認められた事例があることから、脳の機能的・構造的問題がより大きく関与している可能性が示唆されたことを報告している。

一方で、原他(1998)による追跡研究では、追跡研究そのものの困難さに加え、追跡期間の長さによる制約があることから、個人内差の検討を今後に残している。



いずれにしても、近年、以上のように問題となる状態像を脳機能の活動状況と対応させて理解する試みが数多く報告されるようになってきており、医学がめざす問題解明の方向として特筆できる。こうした解明が進むことにより、「学習障害」の診断並びに機能訓練の方法が確立されていくことになる（宇野他，1998；金子他，1998）。

## （２）教育用語としての「学習障害」

長畑（1999）は、医学、心理学、教育学の立場を次のように整理している。すなわち、医学の立場を「障害を細かく分類し、疾患単位として確立していくことを基本とし、疾患単位毎に原因を明らかにして治療法を見いだしていく」、心理学の立場を「正常の場合にも異常の場合にも共通してみられる心理法則を明らかにしていく」、教育の立場を「現実問題として教育措置をどうするのが重要であり、教育思想の問題を避けられない」としている。そのうえで、特別な教育ニーズのある子どものために、教育においては概念の拡大を主張する立場が時代の趨勢である現状を指摘している。つまり、このような現状を踏まえれば、医学においてLDを用語とすることは適切ではない、という提案をすることになるのである。

こうした提案を受け、「学習障害」を教育用語として用いることについては、関係者間で合意が形成されてきているとあってよいであろう。そのうえで、辻井（2000）は、教育用語としての学習障害概念の問題点を指摘する。具体的には、自閉症スペクトラムを学習障害に含めると、とりわけ行動面での学習障害の状態像が拡散してしまい、教育現場で困ることの多い行動上の問題の方に関心が集中してしまいやすいという指摘である。すなわち、教育現場で学習障害が疑われる場合、行動面での落ち着きのなさ、衝動性といった注意欠陥多動性障害がもつ特性や不器用さといった発達性強調運動障害がもつ特性、そして、対人関係の困難、共感性の問題といった高機能広汎性発達障害がもつ特性への注目がなされることになるが、こうした特性は精神医学的診断における学習障害の主要な特性ではない、という指摘である。

たしかに、診断は医学の専権事項であるが、治療法の確立のために細分化を欠くことができないという主張は、指導方法を確立していくために教育関係者がとる立場と、どこまでが同じでどこからが違うのか、極めてわかりにくい。「学習障害」という呼称が様々な状態像を包含していればいるほどに、指導法は個別にならざるを得ないという問題を含んでいる。したがって、「学習障害」全体に共通する指導法があるのだろうか、ひいては、「学習障害」として様々な状態像を統合する意義が明確になるのだろうか、と思うからである。しかし、現状では、医学と教育とが対立する立場を主張しているように見える。

それにもかかわらず、文部省（現、文部科学省）が発表した現行の定義では、「推論する」以外の「読む」「聞く」「書く」「話す」「計算する」について、医学の診断ときわめて近い判断をしたことになった。これが行政機関が認めた通常学級における教育的対応の範囲ということになる。この定義について、広い範囲の対象者を認める立場の関係者は、どのように受けとめるのだろうか。定義の見直しを求める

ことになるのだろうか。今後の展開を見守る必要のある点である。

## 第2節 学齢期におけるLDのとらえ方をめぐって

### 1. LDをどうとらえるか

…… 知的機能についての考え方 ……

依田（2000）は、「LDを「軽度」精神遅滞と連続してとらえ、それに基づいて教育実践を考えようとしている論者が多い」点を指摘している。このような論者に対し、依田は「運動論的・行政的には「境界線児」も含んだ方がよい場合もあるであろうし、学校教育の場でボーダーの子どもたちの教育が保障されていくことは大切な課題であるが、理論的に教育学の問題としてLDを考える場合には、この点は曖昧にできないであろう」として、LDを「軽度精神遅滞とは異なるととらえる」立場をとる。この2つの立場は、学齢期におけるLDの理解を2分するものであるといえよう。そこで、もう少し詳しく依田の論文を引用してみたい。

#### （1）知的障害と連続する

依田は、「LDを知的障害と連続するととらえる」立場について、山口（1999）、上野（1992）、清水（1998）の3氏をあげる。彼らは、いずれも教育における対応のあり方では、文部省（当時）の「報告（1997）」や特別支援教育に関する議論にも深くかかわっており、LD教育では中心的な関係者であることは言うまでもない。

山口の立場については、「LDが全般的な知的発達の遅れはなく、知的障害とは異なる、ただし、…『他の障害との重複』において、知的障害との重複は認められるので、全般的な知的発達の遅れを伴うLDもあり得ることから、「基本的には」としたものである。LDが知的障害とは違うという点は定義の重要なポイントであるが、知的障害との重複を認めると、LDか、知的障害か又はそれらの重複かの判別がつきにくいケースが出てくるであろうという点、また、特定の学習能力の障害をもたらす中枢神経系の機能障害は、当然知的発達に影響する場合のあることが考えられ、事実、LDの多くは低知能群に属することから見て、個々の子どもの判別に困難な問題が生じるおそれがある点が問題点として残る。（山口，1999）」という見解をとりあげている。依田はこの記述の中に含まれる「全般的な知的発達の遅れを伴うLD」「LDの多くは低知能群に属する」において、山口がLDを知的障害と連続するものととらえていると説明する。

また、上野については「学習障害と精神遅滞、自閉症は境界域では連続すると見るのが自然である（上野，1992）」と主張している点、具体的には、いわゆる境界線児であるIQ70～85の一部を「low LD（上野，1995）」として位置づけている点を指摘する。

上野（1995）は、LDの概念を表わして次のような図式化を行い、『わが国固有の集団指導に重きを