

# 第 I 部 問題の所在とその解明のための視点

## 第 1 章「学習障害」の概念

### 第 1 節「学習障害」の成立が示すこと

「学習障害」という用語が使われるようになったのは、そう古いことではない。しかし、同様の臨床的特徴を示す者は、それまでも居たはずである。こうした人々は、それまではどのような障害名で対応されていたのか。何故それが不都合になったのか。新しい用語を使うことで、どのような問題が解決されたのか。逆に、新たな問題は生じなかったのか。こうした問題意識を持って、ここではまず、歴史的並びに社会文化的背景について触れておくことにしたい。

ここでの関心は、研究の系譜ではない。すでに述べたことであるが、定義に不明確な部分があり、それが「学習障害」を単独の障害カテゴリーとして理解することを困難にしているという基本的な問題がある。この問題をときほぐす手がかりが、歴史的並びに社会文化的背景を明らかにすることで得られるのではないかと考えるからである。

#### 1. 「学習障害」の概念の歴史的並びに社会文化的背景

##### (1) アメリカにおける「学習障害」の誕生

「学習障害」は1963年以前には、読み障害、脳機能不全、脳損傷あるいは知覚障害等とさまざまに呼ばれていた。カーク（Kirk, S.A.）により、教育の観点でLearning Disabilityという用語を使うことが提案されたが、その含意は、さまざまな障害名は指導とは結びつかず、教育的ではないという点にあった（篠原, 1991）。ここでいう 1963年とは、知覚障害児基金によって催された親と専門家によるシカゴ大会におけるカークの講演をさすものであり、これをきっかけとして用語が統一されたという点で、この年がLD元年と称されることになる（上野, 1993）。

大塚（1993）は、アメリカにおいて「学習障害」という用語を生み出した背景とその帰結について次のような見解を紹介している。「カークの提唱した学習障害という概念がアメリカ合衆国の教育行政レベルで明確に位置づけられるようになった最大の要因は、親の会による社会的、政治的運動の成果であったといえる。この親の会の運動は学習障害の傘下にできるだけ多くの子どもを含めようとする高い動機づけを持っていた。すなわち、広く受け入れやすい学習障害の概念を普及させ、多くの子どもたちを学習障害として取り込んでいくことによって、公的援助の財源を確保しようと試みたのである。この運動はそういった意味での政治的成功をもたらした。しかし、それは同時に必然的ともいえる学習障害の概念の不明確さを生み出すことにもなったのである。（Senf, 1986）」

こうした経緯は、「学習障害」が教育的対応を前提とした教育用語に他ならないことを示すもの

である。

## (2)「学習障害」以前

それでは、その時にひとくりにされたさまざまな障害が、それまでどのような名称で呼ばれてきたかという点のみておくことにしたい。中根（1993）は、学習障害前史を2つの流れになぞらえて紹介している；第1は後に微細脳機能障害という用語を提案することになる流れ、第2は発達性読字障害並びに言語遅滞の流れである。これにしたがって見ていく。

第1の流れは、脳障害児の知覚と運動の障害に関連する。中根（1993）によれば、LD児は以前、情緒障害児として扱われていたふしがあり、中枢神経刺激剤を投与して著効を得た30例の問題行動を持った情緒障害児（Bradeley & Providence, 1937）は、後に微細脳機能障害と命名され、さらにLDと呼ばれるようになったと考えられている。多動で問題行動の多い子どもへのアプローチに最も影響を与えたのが、1940年代からのシュトラウス（Strauss, A.A.）らの一連の外因性精神薄弱の研究であるとされる。この見方は精神遅滞を伴わない脳障害児に対する研究へと引き継がれていった。伊藤（1994）は、シュトラウスの研究成果を紹介し、脳損傷患者（成人）に認めた一般障害が脳障害児（外因性精神遅滞児、微細脳障害児を含む）に共通していることをあげて、その内容を次のように列挙している；①多動性または情緒不安定、②衝動性または抑制不全、③不器用、④固執性または硬直性、⑤図地関係のゆがみ、⑥被転導性または注意範囲の偏狭性、⑦思考障害。

第2の流れは、読み、書き、計算する、という学習能力の障害に関連する。第1の流れの系譜よりもさらに古く、1896年にモルガン（Morgan, W.P.）が先天性語盲として、1字1字のアルファベットは読めるが、語になると簡単なもの以外は全く読めないという14歳の症例を分析したことに始まる。この研究の流れもまた、読む、書く、綴りを言う、話すなどの発達の遅れと成人の脳損傷との類似に着眼し、鏡像文字、鏡像読み、語の一部ないし全部を右から左に読む現象に対し、中枢神経過程の問題としてとらえようという方向に収斂する。また、言語遅滞の関連で発達性失語、先天性語聾や聴覚失認についても、同様の方向をたどる。そして、ジョンソンとマイクロバスト（Johnson & Myklebust）は、言語発達を、①言葉の理解（聴覚性言語受理）、②言葉話す（聴覚性言語表出）の発達について、③読み（視覚性言語受理）が可能になり、④最後に「読み」を通して書かれた語を理解し適切な語彙や文法にまで汎化できた上で「書く」という表出が可能になるとした。さらに、彼らは計算障害には、言語あるいは読み、量的思考、数字の読み、数字の再視覚化と数字を書くこと、指示の記憶といった過程の障害に起因するものがあることを示したのである（中根、1993）。

以上のようにみてくると、「学習障害」として統一された用語には、第1の流れと第2の流れに示される実にさまざまな臨床的特徴が、教育的対応を求めて包含されたことがわかる。さらにいうならば、そのキーワードは「脳機能の障害に起因する」問題であり、「特殊教育の対象となりにくい子どもたちの問題解決のための教育プログラムが確立していない」ことにあった。こうした問題

に対応するために、1962年にアメリカのノースウエスタン大学に委員会が設置されたが、この委員会のメンバーとなったのが、カーク、マイクロバスト、ジョンソン、シュトラウスといった研究者たちであり、1963年のカークの講演はこの委員会の意を受けたものであったといわれる（森永、1992）。そこで、1963年以降の「学習障害」に関する諸々の研究成果は、専ら治療教育を支えることになる。

### (3) わが国における「学習障害」の誕生

わが国においては、1996年、定義に関する文部省の見解がだされたことはすでに紹介した。

『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、精神薄弱、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。』

「学習障害」の定義は、アメリカと同様、該当する児童生徒を教育措置の対象とするために検討されたものであった。わが国の定義が、学校教育における措置の歴史の長いアメリカのそれを踏まえたものであり、定義がもたらす混乱もまた、アメリカがこれまでに経験したものときわめて類似しているとすれば、歴史的背景並びに社会文化的背景の考察は意義深いものとなろう。

こうした検討の詳細は次節にゆずることとし、ここではわが国における治療教育の現状に関する杉山（1996）の見解を紹介しておくことにしたい。彼によれば、「学習障害を生じている中枢神経系の障害そのものは、基本的には障害は不変であり、本当の学習障害の場合、障害のあるその固有の領域に関しては、さまざまな教育的工夫によって補修されたとしても完全な修復は望めず、一生にわたる障害となることが多い。教育の目標はしたがって、障害の完全な克服であるよりも他の発達障害と同じく、どのようにして社会的ハンディキャップを減じることという点におかれる」。

本節をまとめるにあたり、わが国においても、上記の「学習障害」の定義が新たな問題を提起したという意見があることを紹介しておくことにする。原（1995）は、「重度障害児の陰にかくれてなおざりにされていた軽度障害児への教育的対応を見直す方向で学習障害（以下LD）概念が考えられているならば、LDの定義が明示されたことを歓迎したい。しかし、従来から一部でおこなわ

れてきたように、LDを診断名として使用することはますます難しく、さらなる混乱を生むのではないかと危惧せざるを得ないのが現状である」と主張する。また、石川（1993）は、「学習障害」が医学的概念としては余りに曖昧であるという点を次のように主張する。「臨床像が社会文化的制約を受け、発生頻度に文化差が大きく、予後調査の評価が諸家によって大きく異なるなど、疫学的なデータに信頼をおきにくい。種々の神経心理学的検査は、医学的知見との相関性が不明確なまま施行されている。」として、医学は「学習障害」という概念や用語を使用すべきではないという提案を行っている。しかし、もともと医学が対象としてきた症例に対し、教育的発想に基づいて“新たな試み”を行った経過があるだけに、両者の立場の違いについて、もう少し詳しくみておくことにしたい。

## 2. 定義に関する議論：医学と教育の間

文字を必要としない文化であったなら、読み書きの巧拙は問われない。学校のない社会であったならば、学業成績は個人の評価基準として成り立ち得ない。したがって、ここで扱う「学習」の問題とは、高度情報化社会の中、圧倒的多数がサラリーマンという雇用関係の中で生計を立てる生き方に適応しなくてはならない社会文化的背景の中での問題である。これはわが国にとっては自明のことかもしれない。しかし、ここに問題の本質があるという見方もまた自明のこととってよいであろうか。というのは、「学習障害」は教育加熱の問題と無縁ではないと考えるからである。教育的対応のあり方の問題は、社会文化的背景の中で醸成された親のニーズによるところが大きい。しかし、医学的診断は社会文化的背景を踏まえつつも、データに基づいて行われる。ここに、高度に情報化した社会の学校教育のあり方を見直す、換言すれば、教育と医学のギャップを説明する手がかりがあると考えられる。

学習上の問題は、「学習障害」だけに生じるわけではない。文部省の定義にも、他の障害を除外する事項がうたわれている。そこで、まずこうした問題の全体像を見ておくことにしたい。宮本（1992）は、学習上の問題を生じ得る状態を示し（表1-1）、通常、「学習障害」として問題にされるものは、表中の特異的学習障害に該当するとしている。

極論をすれば、こうした資料は、「学習障害」に含まれる子どもたちの全容を示している。アメリカにおける運動のよりどころとなった部分、言い換えると、「学習障害」の傘下にできるだけ多くの子どもを含めることによって公的援助の財源を確保しようと試み、並びに実際に成功したというくだりをあえて繰り返すことで、再度確認しておきたい。「学習障害」の中に、重複というかたちで多くの項目が除外されずに残ったのは、運動の趣旨によるものといって過言ではないだろう。わが国でもそれは同様であり、本研究において分析した事例の中には、上記の項目でいえば、精神疾患や精神遅滞、神経疾患、多動、不登校による長期の欠席、非行などが確認されている。しかし、医学のアプローチはこうした運動の成果と立場を異にしており、特異的学習障害を厳密に診断する立場をとっている。ここでは、医学的診断の基準が意味することをみておくことにしたい。

表 1-1 学習上の障害を生じ得る状態

1. 発達障害	3) 反抗挑戦性障害
1) 特異的学習障害	8. 劣悪環境
2) 精神遅滞	1) 劣悪な教育環境
3) 広汎性発達障害	(含む不適切な授業方法・内容)
4) 発達性言語障害	2) 劣悪な社会経済環境
2. 感覚障害	3) 文化的剥奪環境
1) 聴力障害	4) 長期の欠席
2) 視覚障害	9. 薬物
3. 神経疾患	1) 抗けいれん剤
1) てんかん	2) 向精神薬
2) 変性疾患	3) アルコール
3) 脳腫瘍	4) シンナー・覚醒剤・麻薬
4. 精神疾患	10. 心身症
1) 躁うつ状態・病	1) 起立性調節障害
2) 精神分裂病	2) 過敏性腸症候群
5. 心因反応	11. 内分泌・代謝障害
1) 神経症状態	1) 甲状腺機能亢進症
2) 行動異常	2) 低血糖を反復する状態
6. 被虐待児症候群	12. その他
7. 崩壊性行動障害	1) 睡眠不足－睡眠時無呼吸症候群など
1) 注意欠陥多動障害	2) 非行
2) 行為障害	

(資料出所：宮本，1992；アンダーラインは筆者による)

(1) 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1-2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、学習障害は精神遅滞、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、運動能力障害と並列されている。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列される（栗田，1994）。

表 1 - 2 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 心理的発達障害 学習能力の特異的発達障害 特異的読字障害 特異的計算能力障害 特異的書字障害 混合性学習能力障害 その他の学習能力障害 特定されない学習能力障害 運動能力の特異的発達障害 言葉と言語の特異的発達障害 混合性特異的発達障害 広汎性発達障害 その他の心理的発達障害 特定不能の心理的発達障害	精神遅滞 学習障害 読字障害 算数障害 書字表出障害 特定不能の学習障害 運動能力障害 (発達性調節運動障害) コミュニケーション障害 広汎性発達障害

(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、書字の障害3型が主なものである(表1-3)。

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に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。

このことについて、「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っ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

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

<p><u>ICD-10の特異的読字障害 (F81.0)</u></p> <p>A. 以下のいずれかが存在 :</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>D. 教育経験は著しく乏しくはない</p> <p>E. IQ70未満を除く</p>	<p><u>DSM-IVの読字障害 (315.00)</u></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</p> <p>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</p> <p>C. 感覚障害が存在するなら、それに通常伴うものを越える読字困難がある</p>
<p><u>ICD-10の特異的書字障害 (F81.1)</u></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</p> <p>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)</p> <p>C. 明白な読字障害の既往はない</p> <p>D. 教育経験は著しく乏しくはない</p> <p>E. 初期から書字の困難が存在した</p> <p>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</p> <p>G. IQ70未満を除く</p>	<p><u>DSM-IVの書字障害 (315.20)</u></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</p> <p>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</p> <p>C. 感覚障害が存在するなら、それに通常伴うものを越える書字の困難がある</p>
<p><u>ICD-10の特異的計算能力障害 (F81.2)</u></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</p> <p>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)</p> <p>C. 読字または書字障害の既往はない</p> <p>D. 教育経験は著しく乏しくはない</p> <p>E. 初期から算数障害は存在した</p> <p>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>G. IQ70未満を除く</p>	<p><u>DSM-IVの算数障害 (315.1)</u></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</p> <p>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</p> <p>C. 感覚障害が存在するなら、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)

る、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。

## (2) 医学的診断と教育的対応の実現について

原（1995）は医学の立場から、問題点を2つあげた上で、類似する診断名を統括する整理概念として「学習障害」を理解することを提案している；第1は、実際の臨床場面では読字障害、算数障害、書字障害と確信をもって診断できる例はそれほど多くはない。しかし、学習上の問題の存在は確かである。狭義のLDにこだわれば、ほとんどの疑い例を放棄するか、あるいは「特定不能の学習障害」とせざるを得ないだろう；第2の問題は、医学的には関連する学習障害あるいは行動障害と診断される場合でも、いわゆるLDの基本的な定義にあてはまるならば、LD児として教育的援助が保証されるような合意が医学と教育領域でおこなわれていないことだ。……（中略）……これらの診断名で教育的援助の対象外となるのであれば、厳密な意味での医学的診断がかえって対象児の不利益となる。

教育的対応のプログラムを考えるうえでは、個々の問題に着目して、中枢神経系の損傷部位を解明し、機能の診断と関連づけることが必要であるという見解がある。これは、特定の学習能力の面での遅れや歪みが、その能力をつかさどっている脳の障害に起因するものであることから、医学的なアプローチにより心的機能の中枢である神経系の機構の解明をめざす立場である。こうした研究が進むにつれて、脳の損傷部位に対応した治療プログラムが検討されることになる。しかし、微細な損傷部位を明確に特定することは、今後の課題とされている。

また、障害を受けた脳の代償機能について、「脳の機能は分業による serial な体系と同時に、1つの系が障害を受けても別の系が代償的に働くという parallel な体系とが重なりあっている。とりわけ、児童の脳の機能は活発な代償作用があり、例えば、言語中枢のように、成人では代償がきかない分化された機能においても、代償が可能である場合が少なからず存在することが知られている。つまり、おそらく学習障害とは、障害を受けても parallel な系が存在し、全体の認知能力に大きな影響を与えない、かなり幅の狭い認知能力の障害であるものと考えられる。そうでなければ、その障害は全体の認知能力に影響を与え、知的障害を引き起こすことになるからである（杉山、1994）。」という見解がある。治療指導はこうした代償機能と密接に関連するわけであるが、詳細な解明もまた今後の課題とされている。

しかし、こうした解明とは別に、臨床場面では、当面する学習上ないしは行動上の障害や困難に、具体的に対応していかなければならない。それは、情報の処理の過程のどこに問題があるのか、す



なわち、ものを知覚する段階に障害があるのか、それを記憶したり、得た情報を構成する段階に障害があるのか、あるいは、言語や行動や感情として表出する段階の障害であるのか、を明らかにすることによって、教育プログラムを構成していこうとする立場である。そのために、このアプローチでは、さまざまな心理検査が利用されており、その後の指導に指針を与えるために利用されているのだが、指導技法としての有効性については、なお検討が必要とされる段階である。したがって、「学習障害」児への対応のために、有効性を保証された教育プログラムが確立されているわけではない。

### (3) 見解の違いについて —— 医学, 心理学, 教育学 ——

山崎(1993)は、日本における学習障害研究の立場が3タイプあることを指摘している;第1は、学習障害概念を最も広くとる人で、発達障害そのものを学習障害と考えている;第2は、特異性発達障害、つまり、ことばと言語の発達障害、運動能力障害、読み書き算盤の学習(能力)障害の3つを学習障害ととる;第3は、読み書き算盤の学習(能力)障害だけを学習障害と考えている。そして、どのレベルで考えるかは各々の考え方によらしながらも、「個別指導や課題指導の必要な子どもが、イコール学習障害である」という分類は、混乱のもとになるばかりか全く意味がない、と主張する。

「学習障害」が親の会の運動によって時流に乗った教育的な概念であることから、生物学的・医学的な診断とは、もともと、なじまないのかもしれない。しかし、公教育であれば、教育的対応の「対象となる／ならない」という基準が必要である。個別指導や課題指導は、極端な言い方をすれば、障害の有無にかかわらず、すべての親子のニーズではないだろうか。誰を対象とし、誰を対象としないという判断は、公教育である限り、客観的、合理的なものでなくては世論の支持は得られない。診断と教育的対応の連携が必要になるのはこのことに尽きる。

そこで、見解の分かれる問題を具体的にあげておくことにしたい。学習上の問題がある子どもを教育的に措置するために「学習障害」とするという立場の是非を問うことを別にすれば、これは、概念の厳密さに関する問題である。論争が起こっている第一は、知的水準の下限をどこにおくのかについてであり、IQを70以上という立場から90以上という立場まで研究者によってさまざまである(大塚, 1993, 中根, 1992)。そして第二は、注意欠陥多動性障害を「学習障害」に含めるのかどうかという点であり、含めるという立場(牟田, 1990; 上野, 1991)と含めないという立場(長畑, 1990)がある。いずれの問題についても、現時点では見解の一致を見るに至ってはいない。

## 第2節「学習障害」に対する教育的対応をめぐる問題

「学習障害」は教育的な概念であるから、それに相当する医学的障害名に対応させようとするれば、一致しないのは、もともと当たり前のことであるというべきかもしれない。一方、教育的措置を求める立場からは、それはもどかしいこと、このうえない。子どもは刻々と育っていくからである。しかし、行政的な対応が実現するうえでは、こうした診断基準は、教育と医学の合意を得て明確にされることが必要となる。

ここでは、まず、「学習障害」を疑う特徴について、年齢段階別に問題とされる状態像について、ついで、学習過程の理論的モデルからみた「学習障害」の種類について、取り上げておくことにしたい。次に、諸外国の教育的対応をめぐる現状を俯瞰しておきたい。そうすることで、定義の不明確さの実際がみえてくると考えるからである。

### 1. 「学習障害」の種類と対応

#### (1) 年齢段階で問題とされる症状

宮本（1992）は、学習能力障害の症状を5つに大別した；①発達面の問題、②行動面の問題、③運動面の問題、④学習面の問題、⑤心理面の問題。こうした問題は、子どもの年齢により、症状としてでやすい、あるいは、問題として取り上げられやすい時期があるとしている。つまり、幼児期前半までは発達上の問題が多く、その後、小学校の低学年までは行動面の症状が主であり、次第に学習面の問題が明らかになる。幼児期後半からは不器用を中心とする運動面の問題が取り上げられることもある。思春期以降は心理面の問題が大きくなってくるが、各年齢層の主な症状は、学習面と心理面を除けば、成長とともに目立たなくなってくることが多いとしている（表1-4）。

心理面の問題については、それだけを取り出すと、「学習障害」の特徴ということでは了解し難いものがある。中枢神経機能障害による行動特徴として認められるものというよりは、発達面の問題、行動面の問題、運動面の問題を背景として、生育歴の中で培われた問題ではないかと考えた方が無理がないからである。確かに、性格特性や心因性の項目の中には年少期の行動面の問題とオーバーラップする問題がなくはない。しかし、年齢とともに目立たなくなるという先の見解からすれば、矛盾することになりはしないだろうか。

表1-4だけを見て誤解を生むことがないように、宮本の見解を付記しておく。彼によれば、行動面の問題に対し、常に注意、叱責される状況、友人関係のまずさ、各能力障害による失敗体験からくる自信喪失や自己評価の低さなどが、年長児以後の心因性問題行動の背景となる。そして、周囲の無理解と不適切な対応などが直接の誘因となるが、誘因として多いものは、友だちのからかい、いじめ、教師・両親の無理解な態度（一方的な叱責、本人への責任転嫁）などであるとしている。

表 1 - 4 各症状の主な内容

<p>1. 発達面の問題</p> <p>1) 言語発達の遅れ</p> <p>2) 社会性の発達の遅れ</p> <p>3) 運動発達の遅れ (稀)</p> <p>2. 行動面の問題</p> <p>1) 脳機能障害としての行動異常</p> <p>①多動性</p> <p>②衝動性</p> <p>③注意転導性</p> <p>④感情易変性</p> <p>⑤爆発性</p> <p>⑥固執性</p> <p>⑦不規則な生活・睡眠リズム</p> <p>⑧事故の多発</p> <p>2) 社会性の発達の未熟性による行動異常</p> <p>①集団行動困難</p> <p>②欲求不満に対する低耐性</p> <p>③易興奮性</p> <p>④乏しい交友関係</p> <p>⑤いじめ</p> <p>⑥規則・ルールの理解困難</p> <p>⑦冗談・ユーモアの理解困難</p> <p>⑧虚言傾向</p> <p>3) 心因反応としての行動異常→心理面の症状</p> <p>3. 運動面の問題</p> <p>1) 協調運動障害 (不器用)</p> <p>2) バランス運動の障害</p>	<p>4. 学習面の問題</p> <p>1) 言語性学習の障害</p> <p>①音声言語の理解・表出の障害</p> <p>②読みの障害</p> <p>③書字の障害</p> <p>2) 算数障害</p> <p>①計算の障害</p> <p>②文章題の障害</p> <p>③図形問題の障害</p> <p>3) 非言語性学習の障害</p> <p>①空間認知, 形, 順序, 時間の理解の障害</p> <p>②人の行動, 表情, 身ぶりの理解の障害</p> <p>③状況 (場) の理解の障害</p> <p>5. 心理面の問題</p> <p>1) 性格特性としての問題</p> <p>①低い自己評価</p> <p>②自信喪失</p> <p>③感情不安定</p> <p>④不安</p> <p>⑤緊張しやすさ</p> <p>⑥敏感性</p> <p>⑦頑固・融通がきかない</p> <p>2) 心因性の症状</p> <p>①集団行動からの逸脱</p> <p>②興奮・乱暴・反抗的な言動</p> <p>③不登校・怠学</p> <p>④非行</p> <p>⑤性的逸脱行動</p> <p>⑥抑うつ・自殺企図</p> <p>⑦睡眠障害</p>
--	---

(資料出所: 宮本, 1992)

したがって、学習能力障害への対応は、教育的対応と心理的対応が中心となり、医学的 (薬物) 対応は補助的であり、対応の最終目標は、認知障害自体の改善よりも患児の自己評価の低下を防ぐこと、つまり、自分に対する自信を持たせていくことにおいた方がよいと主張する。こうすることで、最終的に持つ可能性のある、そして、最も対応が困難となる心理社会的な問題の予防・軽減化を図れると思われると結論している。また、限界を意識せずに認知障害の改善を指導することは、時に、心理的負担を患児に強いることになると警告している。

(2) 学習過程の理論的モデルからみた「学習障害」の種類

白瀧（1993）は、学習と関連する高次精神機能、あるいは基礎的心理過程と脳神経系との関係を考える際のモデルに基づいて「学習障害」を分類している（表1-5）。これは、外界からの種々の刺激を受容し〔入力〕、これを脳で統合、判断し〔統合〕、必要なものを記憶の倉庫に蓄え〔記憶〕、外部に対して行動として表現する〔出力〕という一連の機構に従っている。

表1-5 学習過程の理論的モデルからみた学習障害の分類

- 
1. 入力の障害
    - 1) 視覚認知障害
      - ・文字、単語、文章の読みの障害
      - ・図と地の弁別の障害
      - ・距離、奥行き認知の障害
    - 2) 聴覚認知障害
      - ・語音、単語、文章の弁別、聞き取りの障害
      - ・注目すべきものと背景音との弁別の障害
      - ・音声の情報処理のスピードの障害（遅速）
  2. 統合の障害
    - 1) 順序理解の障害
      - ・視覚的順序理解の障害
      - ・聴覚的順序理解の障害
    - 2) 抽象能力の障害
      - ・視覚的抽象能力の障害
      - ・聴覚的抽象能力の障害
    - 3) 統合、組織化の障害
      - ・現在見聞きしているものと過去の経験とを統合し、総合的に判断することの障害など
  3. 記憶の障害
    - 1) 短期記憶の障害
      - ・視覚的短期記憶障害
      - ・聴覚的短期記憶障害
    - 2) 長期記憶の障害
  4. 出力の障害
    - 1) 言語性表出の障害
      - ・自発言語の障害
      - ・会話性（やりとり）言語の障害
    - 2) 運動障害
      - ・粗大運動の障害
      - ・微細運動の障害（不器用）
        - 視覚的微細運動障害
        - 聴覚的微細運動障害
- 

（資料出所：白瀧，1993）

表1-6 学習障害の治療、療育、教育的指導の種類

- 
- (1) 代償的心理教育的アプローチ
    - ・感覚処理アプローチ
    - ・多感覚アプローチ
    - ・心理・運動アプローチ
    - ・心理・言語アプローチ
    - ・行動変容アプローチ
  - (2) 学習環境改善によるアプローチ
    - ・物理的環境を学習しやすいように変える
    - ・学習理論に基づいて環境を望ましい方向に変える
    - ・教育工学的手法の採用
  - (3) 狭義医学的アプローチ
    - ・中枢性興奮剤の服薬
  - (4) 二次的な情緒障害、行動異常の発生を防止するための方法
    - ・家庭、両親の役割の認識
    - ・子どもの現実の発達レベルに基礎をおくゴールの設定
- 

(資料出所：白瀧，1993)

こうした試みは、高次精神機能の実態からみると、余りにも単純すぎるものであるが、分析的にどこに機能に障害があるかを見きわめることによって、ある程度、学習障害への心理、教育的指導も考えられ、有効なものである（白瀧，1993）。彼もまた、「学習障害」児への援助は心理・教育的指導によってなされるのが今日の大勢であるとして、援助法をまとめている（表1-6）。

いずれの見解も医学の立場からのものであるが、教育的対応を原則としている点、並びに、成長とともに改善されない障害が新たな問題を生じさせることを問題としている点で共通している。確かに、子どもの脳の可塑性が著しく大きいことが話題になっており、成人では考えられない活発な代償形成が行われることは知られている。一方、子どもの発達を見きわめる際には、すべての場合に症状が改善するわけではない、もしくは、いつまでも改善が期待できるわけではない、といったことが重要となることは言うまでもない。しかし、どういう場合に改善を期待できるのかについて明らかになっているわけではない。もっとも、いつまでも希望を持ち続けたい親にとって、明らかにしたくないことかもしれない。

こうしたことから、教育的対応に関する基本的な見解の違いがみえてくる。「おとなになったら個性になる」ことを拠り所として教育にあたる立場と、「改善されない障害を見越して対応していかなければならない」とする立場であるといえよだろうか。前者があくまで「障害ではなくなる」ことをめざすのであれば、この2つは決して相入れない見解となる。しかし、子どもの成長にしたがって、前者から後者に転換していくというのであれば、2つは同時には成り立ちにくい、相入れない見解ではなくなるだろう。障害カテゴリーに入れるのか、入れないのか、これは、関係者によって意見の異なる大きな問題である。

## 2. 教育的対応の違いとその背景

学習上の困難を示す子どもに対する援助のあり方をめぐる見解は、文化や社会的背景によって異なっている。現時点で教育的な援助を実施しているいくつかの国々の間でも、援助に関する基本的な考え方や方法が異なっており、1つの国の中でも州や学校区によって対象児の範囲が異なる（国立特殊教育総合研究所、1995）。ここでは、全日本特殊教育連盟編集の『最新世界の特殊教育－40カ国と日本の比較－』によって、1991年当時、学習に困難のある子どもたちが、世界40カ国の教育において、どのように位置づけられているのかについてみておくことにしたい。

学習上の困難を示す子どもに対し、「学習障害」というカテゴリーを設けて特殊教育の対象に位置づけている国は、40カ国中8カ国（アメリカ、カナダ、コスタリカ、メキシコ、台湾、フィリピン、オランダ、ドイツ：但しオランダでは学習・行動障害、ドイツでは呼称は「学習障害」でも知的障害、学習困難を含む広範な対象）であった。これに対し、「学習困難」「学習遅滞」「心理発達遅滞」など、障害名をラベリングせずに教育の対象としている国は、それが特殊教育であるか通常教育であるかという違いはあるが、7カ国（イギリス、オーストラリア、ニュージーランド、香港、ノルウェー、デンマーク、イラク）であった。個別に対応しているために特段の記載をしていない国や、最近の5年間でわが国のように新たな政策を展開している国もあろうから、これだけで言及はできないが、「学習障害」が問題になっていない国々も多く、これが社会文化的背景によって異なるといわれる所以である。しかし、問題にしている国でも、“障害としてでなく個々のニーズに対応する”方向と、わが国が準拠したアメリカのような“障害カテゴリーに位置づける”方向とがあることがわかる。

### (1) 「学習困難」／個々のニーズへの対応：イギリスとオーストラリアの場合

緒方（1996）は、学習に困難を示すこどものニーズに対応する点に注目し、多様な対応の仕方を紹介している。それによれば、障害名を採用しなかった国の状況は以下のようなになる。

オーストラリアでは、「学習障害」ではなく「学習困難」という用語を使うことを選択した理由として、学習でつまづく子どもたちのほとんどは、脳の器質的障害や機能障害がはっきりと示されているわけではないことがあげられている。また、オーストラリアにおける「学習困難」は、読み・書き・算数を中心とした教科の学習に困難を示す状態を包括的に表す用語であり、学習困難、学業遅進、軽度の知的障害を持つ子どもを分ける必要はないと考えられた。したがって、厳密な定義による拘束なしに、通常の学校で支援する方針が採用されている。

イギリスの場合、1981年の教育法の改正は、特殊教育のあり方を検討するために設置したウォーノック報告（1978）に基づいており、①障害児と健常児に恣意的に2つのグループに分けるのではなく、特別なニーズは連続するものであるという概念を採用しなくてはならない、②いままで、子どもが特殊教育を受けるために分けられていた10の障害カテゴリーは「学習困難」という1つの用語に変えることが必要である……（以下略）……としてニーズに対応することに主眼をおいたもの

となった。

ここでいう「学習困難」とは、通常の学校で提供される学習において著しい困難を示す場合をさし、できる限り、通常の学校における対応を主流にしていくことを定めている。したがって、オーストラリアで使用されている語と同じでありながら、意味するところは異なるものである。

しかし、いずれも通常の教室で対応することを採用し、障害カテゴリーに焦点をあてるのではなく、個々の子どものニーズに応じて教育を行う点が共通している。

## (2)「学習障害」／障害カテゴリーに位置づける対応：アメリカの場合

アメリカでは、学習上の問題を持つ子どもを特殊教育の対象とするために、「学習障害」という用語を選択した。以下に、全米学習障害合同委員会（1987）の定義を示す。

学習障害とは、聞く、話す、読む、書く、推論する、あるいは数学的能力の獲得・使用に顕著な困難を示す異質な障害を含むグループにつけられた包括的な名称である。これらの障害は個人に内在するものであり、中枢神経機能の障害に起因すると推定され、生涯を通じて起こり得る。自己調節行動、社会的認知・社会的相互作用における問題が学習障害と共に見られることもあるが、それだけで学習障害を構成するわけではない。他の障害（例えば、感覚障害、精神遅滞、重度の情緒障害）あるいは環境的要因（文化の違い、教育方法の拙さや不十分さ）が付随することはあるが、ここで述べる学習障害はこれら他の障害や環境要因の結果として生じたものではない。

「学習障害」に関するわが国の定義は、学校教育における措置の歴史の長いアメリカのそれを踏まえたものであり、定義がもたらす混乱もまた、アメリカがこれまでに経験したものときわめて類似しているのではないだろうか。そこで、アメリカにおける問題とその解決の試みをまとめておくことにしたい。これは、今後わが国において検討されなければならない問題を展望するうえで有意義なものとなろう。そこで、わが国より先行して「学習障害」を制度的に特殊教育の対象としたアメリカ合衆国（全障害児教育法：P.L. 94-142, 1975）において議論されている問題点を整理しておくことにしたい。

一意的な概念規定が困難であっても、教育的対応を受ける対象を特定するための定義が必要となる。アメリカでは、連邦行政命令集に定められている定義がこれにあたる。すなわち、「年齢に相応した指導を提供したにもかかわらず、一時的に他の状態では引き起こされない“能力”と“学力”とのくい違い（合衆国保健・教育・福祉省, 1977, 121a・541）」がある場合を「学習障害」としている。そして、定義に基づいて障害特性に即した新たな教育措置を行おうとするものである。なお、ここでいう「他の状態」とは、学習障害の定義で除外されたもの、すなわち、一時的な視覚の障害、聴覚の障害、運動の障害、精神遅滞、情緒障害、経済的に恵まれないこと、もしくは、感覚

や身体的な機能障害の結果による学習上の問題を含んでいる。

しかしながら、この操作的な定義についても、以下の点で議論 (Mertens & McLaughlin, 1995) がある。

- ① 学習障害を構成しているさまざまな障害が概念化されていない。微細脳機能不全、知覚障害、読字障害などはその病因、症候、出現率、治療法が現段階では、はっきりしない。
- ② 能力と学力のくい違いの原因を、精神遅滞や情緒障害、経済的に恵まれないことなどと確実に区別できない。
- ③ 「潜在的可能性に比べて学力が低い」という考え方であるが、テストでは今後の学力を予測できるだけであり、それをもとに潜在的可能性が推測されるだけである。

「学習障害」の診断には、“能力”と“学力”の測定を欠くことができない。ところが、“能力”とは知能検査によって測定される値で示されるものであり、しかも、知能検査の値は相対的なものに過ぎない。「知能検査の下位項目のばらつきや言語性知能と動作性知能との差などを基準とした定義のみでは、独立した診断はできない」(Epps, Ysseldyke & Algozzine, 1985 ; Blalck, 1987 ; Heath & Kush, 1991) という見解や、「知的な能力は児童の潜在的な能力を測定しているわけではなく、読字障害 (dislexia) と読みの弱い子ども (poor reader) との間に、認知の差を見いだすことはできない」(Stanovich, 1991) などの見解は、評価尺度の妥当性に関する問題を指摘するものである。

このような議論を背景として、“能力”と“学力”のくいちがいをどのように測定するかについても、議論が分かれている。アメリカ各州では概ね、①所属する学年からの逸脱\*<sup>1</sup>、②期待値公式法\*<sup>2</sup>、③標準得点比較法\*<sup>3</sup>、④回帰分析法\*<sup>4</sup>の4方式のいずれかが判定基準として採用されている。しかし、これらはいずれも、一長一短があり、各州で異なっている (表1-7 : 熊谷・大塚, 1993)。このように、「学習障害」への対応が進んでいるアメリカにおいても、未だに的確な方法を模索している状況にある。

---

脚注) \* 1 : 所属学年からアチーブメントが何学年遅れているかを求める

\* 2 : 知的能力から期待される学年水準を算出して実際のアチーブメントの差異を求める

\* 3 : 知的能力とアチーブメントを平均値100、1標準偏差15の同じ軸で比較して差異を求める

\* 4 : 検査結果の平均への回帰を考慮して期待値の精度を高める



表1-7 アメリカの各州の定義と判定基準の実態

州名	1981~82	1985~86	1989~90						
	差異算出の方法 a	差異算出の方法 b	差異算出の方法 c	顕著な差異の 基準 (SD) d	LDの定義がある e	差異の記述がある f	差異の基準がある g	知能の記述がある h	
								平均以上	精神遅滞以上
アラバマ		E	S	Grade	*	*	*	*	
アラスカ					*	no	no		
アリゾナ			SR		*	*	*		
アーカンソー		E	SW		*	*	*		
カリフォルニア		S	S	1.5	*	*	*		
コロラド	S		E		*	*	*		
コネチカット		S	S	1.5	*	*	*		*
デラウェア			SR		*	*	*		
コロンビア特別区		GE	GE		*	*	no		
フロリダ	S	S	S	Grade	*	*	*		*
ジョージア	G	S	S	1-1.5	*	*	*		*
ハワイ			G		*	*	*		
アイダホ		ES	E		*	*	*		
イリノイ					*	no	no		
インディアナ			SR	1-1.5	*	*	*	*	
アイオワ	SR	G	SR	1	*	*	*	*	
カンザス		SR	SR		*	*	*		*
ケンタッキー		E	SR	1	*	*	*		
ルイジアナ	S	S	S	Grade	*	*	*		
メイン			S	1.5	*	*	*		
メリーランド			SR	1.5	*	*	*		
マサチューセッツ					no	no	no		
ミシガン									
ミネソタ	G	R	SR	Grade	*	*	*		
ミシシッピ		E	S	1	*	*	*		
ミズーリ		SR	SR	Grade	*	*	*		
モンタナ		R	R		*	*	*		
ネブラスカ			S	1	*	*	*	*	
ネバダ	S	GE	E		*	*	*		
ニューハンプシャー					*	*	no		
ニュージャージー					*	no	no		
ニューメキシコ	S	E	S	Grade	*	*	*	*	
ニューヨーク	E	E	E		*	*	*		
ノースカロライナ		S	S	1	*	*	*		
ノースダコダ			S	2	*	*	*		
オハイオ	S	S	S	2	*	*	*		
オクラホマ			S	1	*	*	*		
オレゴン		G			*	*	no		
ペンシルバニア		E			*	no	no	*	
ロードアイランド			SR		*	*	*		
サウスカロライナ					*	*	no		
サウスダコダ	G				no	no	no		
テネシー	S		S	1	*	*	*		*
テキサス	S	S	S	1	*	*	*		*
ユタ	G	GE	SR		*	*	*		
バーモント	S	R	SR	1.5	*	*	*		
バージニア					*	*	no		
ワシントン		R	SR	1.5	*	*	*		
ウェストバージニア			SR	1.5-2	*	*	*	*	*
ウィスコンシン	E	E	E		*	*	*	*	
ワイオミング		E	SR	1	*	*	*		

注：a~cのカラムにおいて G：学年からの逸脱，E：期待値公式，S：標準得点比較方法及び標準偏差を用いる方法，R：回帰分析法，W：WISC-Rの下位検査による差異

dのカラムにおいて Grade：学年によって顕著な差異の基準をかえる

e~gのカラムにおいて \*：ある，no：ない

hのカラムにおいて \*：除外項目の他に知的機能に関する記述がある

(資料出所：熊谷・大塚，1993)

現実には、「学習障害」が特殊教育の対象とされた1975年以降、「学習障害」児が特殊教育対象児全体に占める比率が上昇傾向をたどり、代わって知的障害児の構成比が減っている（Algozzine & Korinek, 1985）。障害カテゴリー別の「特殊教育及び関連サービス」対象者数（1991-92学年度）でみると特異性学習障害は224万人を越え、対象者全体の50%に達している（Mertens & McLaughlin, 1995）。このような傾向の原因として、精神遅滞児や学習遅進児が「学習障害」として認定されたことが指摘されている（McLeskey & Waldron, 1991）。精神遅滞に比べると、「学習障害」の方が社会的に受け入れられやすいという点が魅力的であるということかもしれない。これは何を意味するものなのだろうか。

彼らの教育の場は、リソースルームが56%で最も多く、次いで通常学級（21%）、特殊学級（22%）、特殊学校（1%）となっている（中野, 1994）。いずれにせよ、概念的定義や操作的定義から導き出された判定基準が不明確な状況を反映して、「学習障害」児の正確な実態がなかなか把握しにくいのが現状である。

### (3) わが国の現状

渡部（1996）によれば、教育法における「障害児」とは、学んでいる教育機関にかかわりなく、「障害」を有するが故に「特別な教育的ニーズ」を持つ子どもである。したがって、生理・医学的には「障害」があっても、「特別な教育的ニーズ」を持たない場合には、教育法上は「障害児」と扱う必要はないことになる。しかしながら、彼はまた、障害児であっても通常学級に学ぶ者は「特殊教育」が受けられないとして、「特殊教育」が「障害児教育」を指す用語ではないことを主張する。こうした議論が起こる背景には、わが国の特殊教育が場に規定されているという現状がある。ここに、「学習障害」を障害であるとするものの是非をめぐる議論が成立する背景があるといえるのではないだろうか。

わが国においては、「学習障害」児は、現在のところ、通常学級の行動問題児、学業不振児、境界線児や特殊学級の障害児などの違いが明確でない状況で教育を受けている。それは、「通級学級に関する調査研究協力者会議（審議のまとめ）」において、「学習障害児等に対する対応」の項で、次のように指摘されていることにみてとることができる（1992）。

- ① 指導内容・方法、判断基準、類型化などに関する基礎的な研究が必要である。
- ② 学習障害児を含む学習上困難をきたす児童・生徒についても、当面、既存の特殊学級での通級\*指導等で対応すべきである。

同答申はさらに、当面、学習障害児を含めて、通常の学級における指導上の配慮・工夫だけでは十分な教育効果を期待することが難しい児童生徒を対象として、試行的に特別の指導の場を設ける

---

\*：「通級」とは、比較的軽度な心身障害がある児童生徒に対して、各教科等の指導は主として通常の学級で行い、心身の障害の状況等に応じた特別の指導を特殊学級または特別の場で行うという教育の形態であり、近年、障害の種類・程度によっては、一般的な教育の形態となりつつある（文部省, 1992）。

などの実践的な研究を先行させることが必要であると指摘している。そして、実践的研究の課題として、実態把握の方法、特別な教育的ニーズに対応するモデルプログラムの開発と指導の実践、障害タイプ別の指導内容・方法の立案と実践、保護者に対する指導の在り方の研究等をあげている。

この問題については、文部省の特別研究として、国立特殊教育総合研究所において1991年度から4年間にわたり、「教科学習に困難を示す児童・生徒の類型化と指導法の研究」（国立特殊教育総合研究所、1995）を実施している。同研究では、対象児を障害カテゴリーによって限定的に論じるのではなく、「困難さ」の側面からアプローチをする立場を取っているが、結果的には障害名による差異は非常に小さいと指摘している。つまり、「学習障害児を対象とした研究も、精神発達遅滞児についての指導についても、特に教科学習あるいは教科学習に必要なスキルの側面から見ると、共通する困難さがあり、結局は子ども一人ひとりの特性に合わせて指導が行われている」という知見から、個別指導の意義と学校における指導体制の必要性を結論づけている。一方、個別的な対応を受けることが特別視につながることを嫌う保護者が多いという現実的な問題も指摘されている。

しかし、これらの児童生徒に対する指導については、市町村教育委員会及び小・中学校において十分な知識・経験がなく、今後、具体的な指導を行うに当たっては多くの困難を抱えているとして、1995年度の施策で、①学習障害児等の理解啓発リーフレットの作成・配布、②学習障害児等担当指導主事講習会の開催、③学習障害児等に対する指導方法に関する調査研究を、また、1996年度の施策で、①市町村教育委員会担当者や小・中学校教員に対する相談体制の整備、②指導事例集の作成を取り上げている（文部省、1996）。