
発達障害と学校教育—精神科医は何ができるか？—

本 田 秀 夫

「精神科」第17巻第5号 別刷
2010年11月 発行

特集 発達障害とサイコセラピー

発達障害と学校教育*
—精神科医は何ができるか?—

● 本田秀夫**

Key Words: developmental disorders, AD/HD, autism spectrum disorders, special needs education, psychiatry

はじめに

発達障害の子どもたちへの治療/支援において、教育的アプローチの担う役割はきわめて大きい。近年、AD/HDの治療薬が相次いで発売されるなど薬物療法の占める位置が大きくなったが、それは教育的アプローチの役割を引き下げるものでは決してない。しかし、通常的身體医学における教育的アプローチがあくまで医療の枠組み内で行われる(たとえば、糖尿病における食事指導など)のに対して、発達障害の治療におけるそれは医療の枠組みを超えて学校教育の中で取り組まれるときに最もその効果が期待できるところが特徴である。逆に、発達障害の存在に無頓着なままに通常の教育的環境に曝された発達障害の子どもたちの中には、取り返しのつかない心の傷を負わされてしまう場合もありうる。したがって、発達障害の子どもたちに対する最大の効果を引き出すための治療戦略においては、医療と教育の密接な連携が不可欠である。

筆者は精神科医であり、発達障害に対する学校教育のノウハウを述べる立場ではない。本稿では、医療と学校教育が実りある連携を進めていく上で精神科医が心得ておくべき事項につい

て述べることにする。なお、本稿では発達障害をわが国の「発達障害者支援法」で規定されている意味で用いることにする。

わが国の特別支援教育が抱える両価構造

2007年から実施されている特別支援教育におけるトピックの一つに、「個別指導計画」の導入があった。これは、個別の教育ニーズを把握し、一人一人の子どもに固有の支援計画を事前に立てることを主旨としている。個別指導計画の導入がことさらに強調されたということは、わが国の学校教育が元来の構造上は個別のニーズに対応していないことの裏返しである。

医療では、個別のニーズに対応するのは基本中の基本である。まず診断と評価を行い、次いで治療法を選択する。治療法は、ある程度パッケージ化されることもあるが、原則として完全に個別化されている。これらすべてのプロセスが個別のニーズに沿って行われることは、当然すぎて議論の俎上にも乗らない。

一方、わが国の学校教育では「学習指導要領」という標準化されたカリキュラムが用意されており、各学習課題についてその内容と教える時期が決められている。授業を開始する前に子どもの学力を評価することは、原則としてない。教師は定められたカリキュラムを一斉指導によって進めるだけである。評価は、指導後にはじめて学力テストという形で行われる。ここでの評価結果は子ど

* School education for children with developmental disorders—What can psychiatrists do?—.

** Hideo HONDA, M.D., Ph.D.: 山梨県中央児童相談所[☎400-0005 山梨県甲府市北新1-2-12]; Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center, Kofu, Yamanashi 400-0005, Japan.

もの努力の結果と見なされ、テストの成績が悪くても「できなかったところはしっかり復習しなさい」と子どもの奮起を促すだけである。個々の子どもの学力の特徴によってカリキュラム側をアレンジすることは、通常はない。健康状態に多様な個人差があるように、子どもの教育ニーズも多様である。ところが、今のわが国の学校教育では、原則としてそのような多様性を認めていないのである。「学習指導要領に沿った一斉指導」はわが国の学校教育の根底をなす価値観であり、多くの教師にとってこの価値観を書き換えることは相当な努力を要する。そのような通常の学校教育における価値観に変更を加えないままで特別支援教育が導入された結果、教師たちは、「決められたカリキュラムを一斉指導で教える」という価値観と、「個別ニーズに応じて個別指導計画を立て、カリキュラムを改変する」という特別支援教育の価値観という両価構造の狭間に立たせられることになった。特別支援教育を担う現場の教師の中には、このような両価構造を克服し、生徒の個別のニーズに沿ってカリキュラムを巧みにアレンジしながら授業を進めている人たちが数多く存在することも事実である。しかし、必ずしも特別支援教育を専攻していない教師が職場のローテーションで配置されたという場合も少なくない。それまで一斉指導の価値観のみを培ってきた教師が特別支援教育に配置された途端にまったく正反対の価値観に基づく職務に携わらなければならなくなる、その戸惑いは医療スタッフの想像を超えたものである。医療と教育との連携の場においてコミュニケーションの齟齬を防ぐには、医療スタッフがこのことを肝に銘じておくことが重要である。

学校教育における障害への配慮の分類

障害のある子どもに対する学校教育の配慮の仕方には、3通りある。1つ目は、障害の存在に対して何の配慮もせず、通常のカリキュラムを進めるというやり方である。これを「無配慮」と呼ぶことにする。障害による問題の所在とカリキュラムの内容との関連がほとんどない領域では、このやり方で問題ない。心機能障害の子どもに対する数学の教育などがこれに当たる。2つ目は、障害へのケアを優先して通常よりも課題の負荷(難度、

強度、量など)を下げて教育を行うというやり方である。これを「低負荷型配慮」と呼ぶことにする。通常の授業を提供することが障害に対して悪い影響を及ぼす場合にこのやり方がとられる。心機能障害で運動制限を要する子どもに対する体育の授業のような場合がこれに当たる。知的障害の子どもに対する特別支援教育の考え方も、基本的には低負荷型配慮といえる。3つ目は、障害に対する治療的行為そのものを学校教育のカリキュラムに組み込んでしまうというやり方である。これを「特異的治療型配慮」と呼ぶことにする。通常の学校教育のカリキュラムにはないその障害特有の治療的行為でも、障害克服のために益することであれば特別支援教育の教科として取り込んでしまうという考え方である。視覚障害の子どもに点字を教える場合や、聴覚障害の子どもに手話を教える場合などがこれに当たる。

では、発達障害に対する学校教育においては、どのような配慮が望ましいのであろうか。学習障害のように、問題の所在が学校の主たる活動である教科学習そのものにある場合、通常のカリキュラムでは十分に理解できない科目に対する配慮は低負荷型配慮が中心になるであろう。判断が分かれるのが、AD/HDにおける多動、衝動性および不注意、自閉症スペクトラム障害(以下、ASD)における対人行動の異常や興味の限局などに由来してみられる集団適応のさまざまな困難さに対する配慮のあり方である。多動と不注意を例にとってみよう。学習指導要領の中には、着席し続けることや忘れ物をしないことを授業で教えるという規定はない。この場合、無配慮の方針をとるならば、授業中いくら離席しようが忘れ物を繰り返そうが、それとは無関係に決められたカリキュラムに沿って授業を進めることになる。低負荷型配慮であれば、多動な子どもに対しては長時間の集中を要しない難度と量にカリキュラムを調節するという発想が必要となる。特異的治療型配慮では、たとえば忘れ物を防止するための工夫の仕方を教える授業を設定するという発想になる。

ASDではどうであろうか？ ASDの子どもたちは一斉授業の中でしばしば苦痛を感じる。定型発達の子どものたちが一斉授業を問題なく受けることができるのは、授業内容にある程度の興味を持って

るからであり、「同じことでも一人でやるより皆で一緒にやる方が楽しい」という価値観を持っているからである。ところがASDの子どもたちは、特有の興味の限局のため、他の子どもたちの多くが興味を持つことでも興味を持ってないことがしばしばある。さらに、「同じことでも一人でやるより皆で一緒にやる方が楽しい」という価値観を、ASDの子どもたちの多くは先天的には持っていない。また、通常の一斉授業では、教師が主として口頭による一斉指示を出すことが多い。多くの子どもたちにとっては何ということのないこの「口頭の一斉指示」が、ASDの子どもたちにとってはきわめて理解困難なものである。ASDの子どもたちの多くは視覚による情報入力に強く注意が向けられてしまい、聴覚による情報入力のみではピンとこないからである。また、授業のところどころでは、特定の生徒に対する指示や質問がなされる。ASDの子どもは、人の発した言葉にベクトルがあること、つまり、その言葉を発した人と向けられた相手があることに対する気づきと理解に困難がある。したがって、教師の発した言葉のうちのどれが一斉指示でどれが特定の個人に向けられたものかを直感的に判別することが難しい。

ASDの子どもたちにとってもっと悩みが深刻なのは、多くの子どもたちにとって最も楽しいはずの休み時間や課外活動など他児との交流の時間である。子どもたちの視点からみると、学校は教科を勉強する場であるとともに、いやそれ以上に友だちとの交流を深める場である。しかし、子ども同士の交流を深めることは、学校教育においては派生的、付随的なものと見なされている。交友関係の作り方や維持の仕方などを授業で教えることは、通常はまずありえない。むしろ、教師の介在しない休み時間などの時間帯に、遊びなどを通じて自然に身につけるべきものと考えられている。ASDの子どもたちにとって、自然に友だちを作り、友情の維持の仕方を身につけることは、きわめて困難である。

このようなASDの子どもたちに対して、どのような配慮が必要であろうか。無配慮であると、ASDの子どもが興味を持ってない内容のカリキュラムを、ピンとこない一斉指示で淡々と進めることになる。低負荷型配慮では、カリキュラム

の内容と指示の方法をASDの子どもにも理解しやすく興味を持てるように改変することを教師が試みることになる。特異的治療型配慮では、交友関係の作り方、維持の仕方を授業の形で丁寧に教えていく、などが考えられる。

子ども本人の精神保健の視点から考えると、無配慮は発達障害の子どもにとってきわめて侵襲的である。授業の内容がよく理解できない状態、あるいは集中の限界を超えた状態で長時間その場にいなければならない、しかも、コミュニケーションが苦手であるためにうまくSOSのサインが出せないままに何年も経過してしまう。これは、一種のネグレクトといつてよい。低負荷型配慮によって、このような侵襲性は回避できる。近年の特別支援教育では、低負荷型配慮が必要であることまではコンセンサスができてきていると思われる。特異的治療型配慮については、筆者の印象としては、その必要性を感じている教師は多いものの、通常学級の場のみでは実践が困難であるようである。

通常学級におけるインクルージョンの理念と実践

知的に遅れない発達障害の子どもたちは、通常学級に所属し、大多数の定型発達の子どものと一緒に授業を受け、休み時間や課外活動をとにもする。その中で無配慮のまましていると、彼らはさまざまな困難を感じ、学年が上がるにつれて孤立感を感じたり、いじめを受けたりするようになり、やがては不登校やひきこもりへと発展していくことも少なくない。インクルージョンとは、障害の有無を問わず同じ社会環境の中で生活し、教育を受けるべきであるという理念であるが、同じ集団に属しさえすれば何とかなると考えることは、発達障害の子どもたちに対しては無配慮の弊害に陥る危険を伴う。発達障害の子どもたちが通常学級の中で十分に理解と興味を持って取り組むためには、特別な配慮が不可欠である。そのためには、彼らには特別な配慮が必要であり、それが当然の基本的人権であるという理念を本人、保護者、教師、さらにはクラスメートとその保護者たちがしっかりと認識できるような風土を学校全体として保障する必要がある。

そのような風土が学校に根づくためには、医

療の関与が必要であろう。なぜならば、前述したように「学習指導要領に沿った一斉指導」はわが国の学校教育の根底をなす価値観であり、多くの教師にとってこの価値観を書き換えることは相当な努力を要するからである。そして、学校に子どもを通わせる保護者たちも知らず知らずのうちに同じ価値観を共有してしまい、そのためにわが子の示す問題に対する悩みをより深めがちであることにも留意すべきである。近年、就学前に早期発見され、早期介入を受ける発達障害のケースが増加しつつある。診断と支援の方針が早い時期に的確に伝えられ、早期介入によって個別のニーズに適切に対応することの効果を知った保護者は、就学前から適切な配慮を学校に求めるようになる。そのような保護者が増えることが、特別支援教育を学校全体に根づかせる風土を作る最も強力な推進力となる。ここにも早期診断、早期介入の重要な意義がある。

通級による指導の意義

発達障害に特化した教育を学校教育システムの中で行う場として、通級指導教室が全国各地で整備されつつある。通級指導とは、通常の学級に在籍する心身に軽度な障害のある小学校、中学校の児童生徒が、特別な指導の場(通級指導教室)に通いながら通常の学級とは異なる特別の指導を受けるもので、1993年に法制化された。通級指導の対象は、「通常の学級での学習におおむね参加でき、一部特別な指導を必要とするもの」とされる。2006年に文部科学省が学校教育法施行規則の一部改正を行い、情緒障害の中に長い間含まれてきた自閉症を独立して規定するとともにLD,AD/HDを新たに通級指導の対象とし、発達障害が通級指導の対象として明確に規定された。以来、通級指導教室に通級する発達障害の児童生徒数は爆発的に増加している。

横浜市を例にとると、①対人意識と社会性の向上、②コミュニケーションを円滑に行えるようにすること、③情緒の安定を図ること、④行動上の問題の改善を図ることが指導の目標に据えられている¹⁾。これらの目標設定は、特異的治療型配慮に特化したものといえる。

発達障害に対する通級指導は、個別指導の形

態で行われる地域もあるようであるが、横浜市では小集団指導を主たる形態として行われている。筆者の私見では、この小集団指導という形態は上記のような特異的治療型配慮以外にも重要な意義が潜んでいる。それは、同様の特性を持つ少数派同士の間づくりの機会が保障されるという意義である。発達が非定型であることは、本来は価値中立的である。それは、たとえ生物学的に定型と異なっている、である。しかし、社会構造はどうしても多数派である定型の人たちを中心に形成されてしまうため、非定型の人たちは社会的ハンディキャップを背負うリスクが高まる²⁾。このような、発達障害の人たちが社会的少数派であることによるハンディキャップに対する支援の考え方として、筆者は「ネスティング(nesting)」という理念を提唱している³⁾⁴⁾。これは発達障害の人たちの活動拠点となる場を意図的に保障する技術論であり、具体的には共通の認知発達と興味を介した小集団を計画的に新規作成することである。学齢期になり対人意識の高まってきた段階の子どもたちにとって、ネスティングは仲間づくりを促進し、その集団を自分たちの活動拠点として位置づけることに大きく寄与する。このことは、適切な自尊感情と社会参加への動機づけを育むための重要な基盤となりうる。

通級指導教室に通わせる保護者も担当する教師たちも、通常学級での適応改善を通級指導の唯一の目標としがちである。そこには、通級指導教室は通常学級で適応できるようになるまでの仮の所属という意識がある。しかし、通級指導教室に通う子どもたちの多くは、通級指導教室を楽しみと感じ、そこに集まる子どもたちに対して通常学級のクラスメートよりも親近感を感じるようである。もし通級指導教室を運営する教師たちにネスティングの発想と技術論があれば、通級指導教室を拠点とした社会参加の促進をより意図的かつ強力に行える可能性があるように思われる。

医療と学校教育の連携のあり方

発達障害のある学齢児に対する支援では、医療と学校教育の密な連携が重要であることは、

すでに述べた。では、実際の連携はどのように進めていけばよいのであろうか。筆者らのグループは、これまでに横浜市および全国の情緒障害通級指導教室の担当教師と地域療育センターの医療スタッフとの連携のあり方について研究し、それをもとに医療と教育の連携のあり方についていくつかの論文を出版している¹⁾⁵⁾⁻⁷⁾。詳細はそちらを参照していただくことにして、ここではその概略を簡単に述べる。

医療が教育との連携を発展させるための原則は、まず教育が主役で医療が脇役であることを、現場のスタッフがよく認識しておくことである。これは、医療の役割が小さいということではない。発達障害に関する先進的な知識を有し、ケースに関する全体像を包括的に把握できるのは、医療である。しかし、特に学齢期において発達障害の子どもに対する支援を最も密に行うのは、学校教師である。したがって、医療の側が有しているさまざまな情報や知識をいかに学校現場に伝承し、実践に活用してもらうかが、支援の成功を左右する。すなわち、医療が教育の優れた脇役になれるかどうか、連携の鍵である。

連携においては、医療と教育の両者が互いの信頼関係に立ち、双方向の意思疎通が十分に行われる必要がある。その際には、連携の深さのレベルがあることを認識しておくことよい。最も浅いレベルの連携(レベルI)は、総論的知識を医療側から教育側に伝達する支援である。教師を対象としたセミナーで医師が講師を務めるなどの場合がこれに当たる。

次のレベル(レベルII)は、個別の事例の教育方針に関するコンサルテーションである。単なる総論ではなく個別の事例に関する支援である点で、レベルIよりも深い連携である。しかし、システム化されていない点に限界がある。

最も深いレベル(レベルIII)は、医療と教育が複数の事例を常に共有し、必要に応じて即座に密な意思疎通をとることが可能であり、その状況のもとで定期的なカンファレンスが行われるというものである。これが可能になるには、現場の個々のスタッフの努力と熱意のみに依存するのではなく、地域で事例を共有する医療と教育の機関同士で連携をシステム化していくとい

う発想が必要である。このレベルの連携が可能となった段階では、特別なニーズのある子どもたちに特別支援教育が提供されることが当然であるとの考え方を学校全体の風土として根づかせることが可能となる。

おわりに

高等学校への進学率が95%を超えているわが国において、12年もの長い期間にわたって生活の大半を占めることになる学校は、子どもの人格形成においてきわめて重要な位置を占めることは間違いない。この貴重な時期に適切な支援がなされるか否かによって、発達障害の人たちのその後の人生が大きく左右する。われわれ精神科医はもっと学校教育についてよく知り、脇役としての教育への支援法について議論しなければならない。本稿がそのきっかけになれば幸いである。

文 献

- 1) 笠原文史, 清水康夫, 本田秀夫. 小学校における発達障害児の教育と精神科医療との連携ニーズ. 精神科治療学 2008; 23: 1319-24.
- 2) 本田秀夫. アスペルガー症候群の影と光—精神科医は何をめざすべきか?—. 精神科治療学 2010; 25: 69-73.
- 3) 本田秀夫. 広汎性発達障害の早期介入—コミュニティケアの汎用システム・モデル—. 精神科治療学 2009; 24: 1203-10.
- 4) 本田秀夫. アスペルガー症候群のコミュニティケア考. 心と社会 2010; 139: 58-64.
- 5) 清水康夫, 本田秀夫, 日戸由刈. AD/HDの心理社会的治療—教育との連携, 教師への支援—. 精神科治療学 2002; 17: 189-97.
- 6) 清水康夫, 本田秀夫. 医療機関と学校とのネットワーク. AD/HDの診断・治療研究会(上林靖子, 齊藤万比古, 北 道子)・編. 注意欠陥/多動性障害—AD/HD—の診断・治療ガイドライン. 東京: じほう; 2003. p. 213-5.
- 7) 清水康夫. ADHDを含めた発達障害にかんする医療と教育のあり方—情緒障害通級指導教室との連携のシステム化に向けて—. 精神科治療学 2010; 25: 947-54.