

## 〔トレンド〕

### アメリカ合衆国の障害児評価 における医師の役割

中野善達

わが国では文部省初中局長通達によって、教育する上で特別な取り扱いが必要な心身障害児の「心身の故障の判断」及び、教育措置の決定に医師が重要な役割を果たすことが示されている<sup>1)</sup>。即ち、「心身の故障の判断」は、医学的・心理学的・教育的な観点から総合的かつ慎重に行うべきであるとされ、視覚障害、聴覚障害、肢体不自由については専門医による精密な診断、病・虚弱については医師の精密な診断に基づくべきであるとされている。さらに、就学指導委員会の構成を、都道府県では医師5人以上、教育職員7人以上、児童福祉施設の職員3人以上とし、市町村では医師2人以上、教育職員7人以上、児童福祉施設などの職員1人以上とし、医師の大きな比重が明示されている。

もっとも、これの実際の運用に当たっては、様々な問題が生じているのもまた、よく知られているところである。

ここでは、わが国の障害児教育に大きな影響を及ぼしてきたアメリカ合衆国について、障害児評価に医師がどの様に関わっているのかに関し、若干の資料を基に記すこととする。中心となる資料は、合衆国上院の労働・人的資源委員会の障害者問題小委員会による聴聞会で、アメリカ小児科学会(American Academy of Pediatrics: AAP)を代表して陳述したDavid R. Williams(AAPのノースカロライナ州会長)の陳述内容である<sup>2)</sup>。

その前にまず、P.L. 94-142全障害児教育法及び同法施行規則において、医学的サービスや医師の役割がどう規定されているのかを見ることにする。

#### 1. P.L. 94-142及び同法施行規則と医学的サービス

障害児には特殊教育及び関連サービスが提供される。P.L. 94-142の第4条(1)項は関連サービスを次のように定義している。

「関連サービス」という用語は、輸送並びに障害児が特殊教育から利益を得ることを援助するために必要とされる、発達の・矯正的及びその他の支援サービス

(言語病理学、オージオロジー、心理的サービス、理学療法や作業療法、リクリエーション、医学的サービス、カウンセリングサービス。医学的サービスは、診断目的と評価目的のものだけが入る)及び、子供の障害状態の早期発見とアセスメントを含んでいる。

このように、医学的サービスとして、診断と評価が規定された。また、同法施行規則は121a. 532の「評価手続き」において、「(e)評価は総合的チームによってなされる。あるいは、少なくとも1人の教師もしくは想定される障害分野に精通している他の専門家を含むグループによってなされる。(f)子供は必要があれば、想定される障害に関連するあらゆる分野(健康、視覚、聴覚、社会的地位、情緒、一般知能、知的教科の成績、コミュニケーション状態、運動能力を含む)についてアセスメントされる<sup>3)</sup>。」としている。

特異性学習障害に関しては、認定のための独自の施行規則作成が定められ(P.L. 94-142、第5条(b))、1976年11月29日、認定基準案が公表された。この案では、評価はチームで行われるべきこととされ、さらに第5条の医学的問題では、「(a)対象児が教育に関連のある医学的問題を持っていると思われる際は、対象児の親に医学的検査を受けるよう要請する。(b)行われる医学的検査の程度とタイプは医学検査者が決定する。(c)もしも、教育に関連のある医学的知見が得られたならば、チームによる文書報告中に記載する<sup>4)</sup>」とされた。

ところが、この案は大修正がなされ、障害児一般の評価手続きの補足といった形式となり、「医学的問題」(第5条)は削除されてしまった<sup>5)</sup>。このように、障害児評価への医師の役割は、かなり限定的で、しかも明示されているとはいいがたいものである。

#### 2. アメリカ小児科学会の調査

アメリカ小児科学会(AAP)は政府教育局の調査費補助を受け、障害児評価における医師の役割に関し、全国調査を実施した。各州(50州及びコロンビア特別区)の障害児評価に関する施行規則や規定を取り寄せ、整理を行った。それぞれの州の表現がまちまちであり、推測しなければならない部分がかかなりあったが、報告書がまとめられた<sup>6)</sup>。

ここでは、次の事項が指摘されている。

①固定制特殊学級あるいはリソースルームや病院などに措置する際、少なくとも部分的に医師による医学的評価が必要と定めているのは、コネティカット州、マサチューセッツ州、ロードアイランド州、の3州だけである。

表1 障害児評価への医師の参加

カテゴリー及び状態		州の数 (N=51)	%
1. 特殊教育が必要と想定される全ての子への 医師の評価	必要・強く推奨	8	15.7
	推奨・示唆	8	15.7
2. 障害グループ別、医師の評価			
聴覚障害	必要	20	39.2
	推奨	12	23.5
視覚障害	必要	11	21.6
	推奨	19	37.3
身体障害・健康障害	必要	35	68.6
	推奨	1	2.0
情緒障害・社会的障害	必要	7	13.7
	推奨	22	43.1
言語障害	必要*	8	15.7
	推奨	7	13.7
精神遅滞	必要	9	17.6
	推奨	3	5.9
学習障害	必要	8	15.7
	推奨	13	25.5

\*音声障害

表2 聴覚障害

1. 1名の医師 <sup>1)</sup> による評価が必要 (10州) アラバマ <sup>2)</sup> 、アーカンサス、イリノイ、モンタナ、ニューメキシコ、ノースカロライナ <sup>2)</sup> 、ノースダコタ、オクラホマ、テキサス、ウェストバージニア <sup>2)</sup>
2. 1名の医師と1名のオージオリジストによる評価が必要 (10州) コロンビア特別区 <sup>3)</sup> 、ハワイ <sup>2)</sup> 、インディアナ、ミシガン、ネブラスカ、ニューヨーク <sup>3)</sup> 、オハイオ、ロードアイランド、バージニア、ウィスコンシン
3. 1名の医師 <sup>1)</sup> もしくは1名のオージオリジストによる評価を推奨 (12州) アラスカ、アイダホ、ルイジアナ、ミシシッピー、ネバダ、ニューハンプシャー、オレゴン、ペンシルバニア、サウスカロライナ、テネシー、バーモント

- 1) 耳鼻咽喉科医、耳科医もしくは医師 (専門は問わない)。
- 2) さらに、眼科医もしくは検眼士による評価が必要。
- 3) 難聴児だけに必要。

表3 視覚障害

1. 1名の眼科医もしくは他の医師による評価が必要 (11州) アラスカ、アーカンサス、イリノイ、ミシガン、ネブラスカ <sup>1)</sup> 、ニューハンプシャー、ノースダコタ、ロードアイランド、ユタ、バージニア、ウェストバージニア <sup>2)</sup>
2. 1名の眼科医もしくは1名の検眼士による評価を推奨 (19州) アラバマ、デラウェア、フロリダ、ジョージア、アイダホ、インディアナ、ルイジアナ、ミシシッピー、ミズーリ、モンタナ、ネバダ、ノースカロライナ、オクラホマ、オレゴン、サウスカロライナ、テネシー、バーモント、ワシントン、ウィスコンシン

- 1) 1名の検眼士による評価も必要。
- 2) 弱視児だけに必要。

表4 身体障害・健康障害

1名の医師<sup>1)</sup>による評価が必要(35州)

アラバマ、アラスカ、アーカンサス、コロンビア特別区、フロリダ、ジョージア、ハワイ、アイダホ、イリノイ、インディアナ、カンサス、ケンタッキー、ルイジアナ、ミシガン、ミズーリ、モンタナ、ネブラスカ、ネバダ、ニューハンプシャー、ニュージャージー、ニューメキシコ、ノースカロライナ、ノースダコタ、オハイオ、オクラホマ、オレゴン、ペンシルバニア、サウスカロライナ、テネシー、テキサス、ユタ、バージニア、ワシントン、ウィスコンシン<sup>2)</sup>、ウェストバージニア

1) 整形外科医もしくは他の医師。

2) 総合的チームに1名の整形外科医、理学療法専門医もしくは小児科医をメンバーにすることを示唆。

表5 在宅指導・病院内指導

1名の医師による評価が必要(20州)

アリゾナ、アーカンサス、コネティカット、フロリダ、ジョージア、イリノイ、インディアナ、ケンタッキー、ルイジアナ、ミシガン、ミズーリ、モンタナ、ネブラスカ、ニュージャージー、ノースカロライナ、オクラホマ、サウスカロライナ、ワシントン、ウェストバージニア、ウィスコンシン

表6 情緒障害・社会的障害

1. 1名の医師による評価が必要(5州)

アラバマ<sup>1)</sup>、フロリダ<sup>1)</sup>、オハイオ、オレゴン、バージニア

2. 1名の精神科医による評価が必要(2州)

ニュージャージー、ペンシルバニア

3. 1名の医師による評価を推奨(3州)

カリフォルニア、ルイジアナ<sup>2)</sup>、ノースカロライナ

4. 1名の精神科医による評価を推奨(2州)

ロードアイランド、ウェストバージニア

5. 1名の精神科医もしくは1名の心理専門家による評価を推奨(19州)

アラバマ<sup>1)</sup>、アーカンサス、コロンビア特別区、フロリダ<sup>1)</sup>、ハワイ、インディアナ、アイオワ、ケンタッキー、ミシガン、ミシシッピ、ミズーリ、モンタナ、ニューメキシコ、ニューヨーク、ノースダコタ、テネシー、テキサス、ユタ、ワシントン

1) アラバマとフロリダは、この表で2箇所に出てくる。

2) 神経学的検査も推奨されている。

表7 言語障害

1. 音声障害の場合、1名の医師による評価が必要(8州)

アラスカ、ジョージア<sup>1)</sup>、インディアナ<sup>2)</sup>、ルイジアナ、ミシシッピ、ニューメキシコ、オハイオ<sup>1)</sup>、ワシントン

2. 1名の医師による評価を推奨(7州)

アラバマ、フロリダ、アイダホ、ニューヨーク<sup>3)</sup>、オハイオ、オレゴン、ペンシルバニア

1) 耳鼻咽喉科医による評価が必要。

2) 聞こえ、神経学的もしくは生理学的諸状態について、必要なら検査。

3) 必要に応じ、耳科医、神経科医、咽喉科医やオージオロジストに照会することが推奨されている。

コネティカット州：6ヶ月以上にわたり特殊学級に措置される可能性のある全ての子について、障害の性質や程度を明確にするための医学的評価が必要。

ロードアイランド州：固定制特殊学級対象児を決め

る際、医学的評価が必要。

マサチューセッツ州：25%以上を通常学級外で過ごすと思定される子については、医師によるアセスメントを含め、完全な評価が必要。

表8 精神遅滞

1名の医師による評価が必要（9州）
① 遅滞の程度を問わない（5州） カリフォルニア <sup>1)</sup> 、ハワイ <sup>1)</sup> 、ニューメキシコ <sup>2)</sup> 、オレゴン、バージニア
②軽度もしくは教育可能な精神遅滞（2州） ノースカロライナ <sup>1)</sup> 、ウェストバージニア <sup>3)</sup>
③ 中度もしくは訓練可能な精神遅滞（5州） コロンビア特別区、ジョージア、ノースカロライナ、ノースダコタ、ウェストバージニア <sup>3)</sup>
④ 重度精神遅滞（3州） ジョージア、ノースカロライナ、ペンシルバニア
⑤ 最重度精神遅滞（3州） コロンビア特別区、ペンシルバニア、ユタ
1) 評価は推奨されているが、必要とされていない。
2) 評価の必要性は教育措置との関連で決められる。
3) 1名の医師もしくはナースが行う。

表9 学習障害

1. 1名の医師による評価が必要（8州） アラスカ <sup>1)</sup> 、コロンビア特別区 <sup>1)</sup> 、ニュージャージー <sup>1)</sup> 、オハイオ <sup>1)</sup> 、ペンシルバニア <sup>1)</sup> 、テキサス、バージニア、ワシントン <sup>1)</sup>
2. 1名の医師による評価を推奨（13州） アーカンサス <sup>1)</sup> 、カリフォルニア、アイダホ、カンサス、ケンタッキー、ルイジアナ、ミシガン <sup>1)</sup> 、ミシシッピ <sup>1)</sup> 、モンタナ、ノースカロライナ、オレゴン、ロードアイランド <sup>1)</sup> 、ウェストバージニア
1) 神経学的検査を含む。

表10 盲聾、重複障害

1名の医師による評価が必要（13州） アラバマ <sup>1)</sup> 、アーカンサス、コロンビア特別区、ジョージア <sup>2)</sup> 、インディアナ、ケンタッキー、ルイジアナ <sup>2)</sup> 、ミシガン <sup>3)</sup> 、ノースカロライナ <sup>1)</sup> 、ノースダコタ、オハイオ、ユタ、バージニア
1) 1名の眼科医もしくは検眼士による評価を含む。
2) 盲聾児について、ジョージアとルイジアナは1名の眼科医、1名の耳科医もしくはオージオロジストの評価が必要。
3) 評価者として以下を示唆：神経科医、整形外科医、眼科医、耳鼻咽喉科医。

②評価チームのコンサルタントとしての医師。顧問的役割であり、相談に応じ、助言・勧告・指示を行う。ミシシッピ州は小児科医を指定し、ニュージャージー州は校医と定めている。

③評価チームメンバーとしての医師。ニューヨーク州：各学区に障害者問題委員会が設置され、年に少なくとも1回は障害児に関する諸情報を審理し、評価する。最低4人のメンバー中の1人は校医であり、全ての医学的データを審理し、他の委員に説明することになっている。ルイジアナ州、マサチューセッツ州：ニューヨーク州に類似した規則。

④医学的決定を行う。テネシー州、バージニア州：特殊教育及び関連サービスの対象かどうかを決定する

際、医学的診断や報告をとりわけ重視することになっている。

⑤包括的アセスメントの構成要素としての医学的評価。障害が想定される全ての子供に対しての医学的評価を必要もしくは強く推奨しているのは、次の8州である。コネティカット、マサチューセッツ、ミシシッピ、ニュージャージー、ニューヨーク、ロードアイランド、テネシー、バージニア。推奨もしくは示唆しているのは次の8州である。アーカンサス、カリフォルニア、デラウェア、ルイジアナ、メイン、メリーランド、ニューハンプシャー、サウスダコタ。

⑥独自路線をとるカリフォルニア州。医師は看護婦や他の専門職と同じく、入級委員会で評価チームのメ

表11 学習障害の認定—総合的チーム構成員に関する州のガイドラインと実際(Frankenberger, W.ら, 1985<sup>9)</sup>)

	州のガイドライン		実 際	順 位
	メンバーとして必要	メンバーとして適切。 必要と明記なし。		
校長、指名された人物	4%	20%	50%	7
教育行政担当者	2	17	74	4
心理専門職	33	43	80	3
ソーシャルワーカー	2	9	24	
特殊教育教師又は専門家	37	39	86	1
通常学級の教師	54	13	85	2
音声言語病理専門家	0	46	62	6
ガイダンスカウンセラー	0	15	28	
オージオロジスト	0	11	3	
読みの専門家	0	28	16	
医 師	7	24	3	
関連する医療関係者	0	22	22	
両 親	4	4	73	5
両親の支援者	0	2	5	
その他	4	15	20	
チームの平均人数	1.44人	3.39人	6.32人	
S D	1.01	3.02	1.77	

ンバーとなる。そして、精神遅滞や教育障害（他の州の学習障害）を主として診るようになっていく。

表1に、各州において障害児の評価を行う際の医師の参加に関する全体的なまとめが示してある。表2—10には、障害別に表1の内訳が記されている。

### 3. AAPその他の見解

D.R. Williamsによると、AAPは障害児の問題を重視し、1957年には障害児問題委員会（Committee on children with handicaps）を設置して活動を行ってきたという。また、1966年には、小児科医と教育関係者との提携を検討するプロジェクトを発足させ、政府教育局に協力し、障害児の診断とケアに関する養成・訓練のプログラムを開発する努力をしてくれている。

しかしながら、P.L. 94-142及び同法施行規則は医師の役割を全く軽視している。医師は障害児の早期発見・診断だけでなく、早期対応に関しても重要な役割を担う必要がある。さらに評価という教育措置決定や、個別教育プログラムの立案にも、場合によっては中心的役割を演ずる必要がある。関連サービスの提供者という際の、サービス提供も医師が相当の役割を占めるはずである。しかし、実際のところ、子供の医学的ニーズに関し、医師に相談すべきかどうかを決める

ことも教育関係者が行っている有様である。

教育関係者が医師の役割を軽視しているのは、法律そのものに由来するのが根本的問題であるが、さらに、医学的サービスをどこが提供してくれるのかをよく知らないこと、さらに、医学的サービスがとかく高価になりがちであることも関連がある。

今後、次のようにすべきである。

①P.L. 94-142及び同法施行規則を修正し、医師の役割を重視し、それを明記すること。②関連サービスの定義及び内容をより明確にすること。③医師が障害児問題とりわけ教育問題をよく知るため、医師養成カリキュラムを見直し、障害児の教育問題をよく知るようにする。④医師と教育関係者との連携の協力体制をきちんと築き上げる。⑤評価の際、広範な医学的検査の実施はできるだけ避け、必要最小限の検査だけを行い、安価な医学的サービスの提供を心掛ける。

同様なこと、とりわけ関連サービス中の医学的サービスに関し、アメリカ精神医学会（American Psychiatric Association）及びアメリカ児童精神医学会（American Academy of Child Psychiatry）を代表し、ジョージワシントン大学のNoshpitz, J.D.教授も、問題点を指摘している。精神医学者からみると、憂慮に耐えないという。

#### 4. 若干のコメント

アメリカ合衆国で、障害児評価に医師の役割が重視されていないことには、いくつかの事柄が関与していると思われる。我が国と異なり、アメリカでは、軽度の障害児であっても特殊教育及び関連サービスの対象となること、しかも統合教育政策によって、障害の程度と教育を受ける場との関連が明らかでないことも1つの要因であろう。さらに、障害児を医学的観点から分類するのではなく、教育的観点から、教育的対応に共通性の高いものは一緒に対応し、できるだけおおまかな分類だけにしようといった傾向が強まってきていることなども関連があるであろう。

何よりも大きいのは、医学的サービスは高価なものという意識と、実際に経費がかかりすぎるという問題である。

アリゾナ、コロラド、ミネソタ、ワイオミングの各州は、障害児の評価への医師参加を示唆してさえもないのである。他の州も、身体障害や感覚障害を除くと、医師の役割を余り期待していないようである。学習障害といった比較的新しい、しかも医学と関連の薄いと想定されている分野でも事情は同様である(表11<sup>9)</sup>)。医学的サービスの経費が高いことへの警戒感、Reagan大統領が登場し「小さな政府」を実現しようと、諸規則の見直しを計画した際、P.L. 94-142の施行規則改正案にはっきりと表明されている。即ち、同改正案は、関連サービス中の保健関連サービスの経費増大を最も問題が大きいと指摘し、政府の援助対象とならない医学的サービスをきわめて細かく、具体的に列挙しているのである<sup>10)</sup>。この改正案は上下両院を始め反対が多く、ついに陽の目をみなかったが、その底流となっている考え方は、経済事情が悪化すればするほど、顕在化する危険性をはらんでいるといえよう。

こうした状態に、手をこまねいている医師ばかりいるわけではない。1989年4月3日、上院の聴聞会で全米精神保健・特殊教育連合(National Mental Health and Special Education Coalition)を代表して陳述したカリフォルニア大学Steven R. Forness教授は、次のように指摘している。

医師は法律や特殊教育関係者に、医師の役割軽視に遺憾の意を表明しているが、自らの側の態度への反省が十分でなかったきらいがある。われわれはこの反省の上で、情緒障害の早期発見・アセスメント・教育的対応について、精神保健関係者、特殊教育関係者、親たちと相談したい。1987年、アメリカ精神医学会をはじめ20以上の団体でCoalitionを結成し、活発に活動を

展開してきている。この中で、医師の役割が再認識され、医師養成や研究のあり方も検討されてきている<sup>11)</sup>。

また、P.L. 102-119(1991年10月7日制定)における障害乳幼児の早期発見・アセスメント・早期対応の強化方策は、これまで以上に医師の障害児評価における役割を増大させることになるであろうと推察される。アメリカは、この点では我が国と事情が大変異なり、今後の推移を注意深く見守って行きたい。

#### 注

- 1) 教育上特別な取り扱いを要する児童・生徒の教育措置について(昭和53年10月6日、文部省初等中等教育局長通達)。
- 2) Testimony before the Subcommittee on Handicapped, Committee on Labor and Human Resources, Oversight hearing on P.L. 94-142 Education for All Handicapped Children Act, July 31, 1980.
- 3) P.L. 94-142, Education for All Handicapped Children Act of 1975.
- 4) Federal Register, Vol. 42, No. 163, 42474-42518 August 23, 1977.
- 5) Federal Register, Vol. 41, No. 230, 52404-52407, November 29, 1976.
- 6) Federal Register, Vol. 42, No. 250, 65082-65085, December 29, 1977.
- 7) Twarog, W.T., Levine, M.D., and Rorkeley, T.R. (1979): Patterns of physician participation in the evaluation of handicapped children for special education programs: A report on state regulations. この主要部分が上の2)に引用されている。
- 8) 上記2)に収載されている。
- 9) Frankenberger, W. and Harper, J. (1985): Variations in multidisciplinary team composition for identifying learning disabled children. The Mental Retardation and Learning Disability Bulletin, 13, 40-48.
- 10) Federal Register, Vol. 47, No. 150, 33836-33860, Proposed rules, August 4, 1982.
- 11) Forness, S.R. Testimony before the Subcommittee on Handicapped, Committee on Labor and Human Resources. Hearing on P.L. 94-142, April 3, 1989.
- 12) P.L. 102-119 Individuals with Disabilities Education Act Amendments of 1991.