

## 課題別研究

# 我が国の病気のある子どもの教育の在り方に関する研究

- 病弱教育と学校保健の連携を視野に入れて -

(研究期間 平成 18 年度～19 年度)

## 研究報告書

平成 20 年 3 月

独立行政法人  
国立特別支援教育総合研究所

## 課題別研究

# 我が国の病気のある子どもの教育の在り方に関する研究 －病弱教育と学校保健の連携を視野に入れて－

(研究期間 平成 18 年度～ 19 年度)

## 研究報告書

平成 20 年 3 月

独立行政法人  
国立特別支援教育総合研究所



## まえがき

この報告書は、平成 18、19 年度に行われた課題別研究「我が国の病気のある子どもの教育の在り方に関する研究－病弱教育と学校保健の連携を視野にいれて－」の研究報告書である。

はじめに、この研究背景を説明したい。平成 18 年度から、研究所における病弱教育研究スタッフが大幅に変わり、従来の研究スタイルを大きく変える必要が生じた。そこで、病弱教育におけるナショナルセンターとしての機能を果たすために、人に依存しない研究方針を打ち出す必要があった。そこで、日本の病気のある子どもの教育の抱える課題を包括的に検討し、今後の病弱教育研究の長期的な目標を設定し、中長期的な病弱教育の研究課題を抽出して、計画的に研究を推進することとした。

まず、特別支援教育下における病弱教育の長期的な大目標を、通常の学校における病気による長期欠席者を支える体制整備に置き、通常の学校に対する特別支援学校（病弱）等からの支援ネットワークづくりとした。病弱教育の本質が、元々通常の教育を受けることが出来なくなった子どもへの教育の保障から始まっているからである。また、従来の特別支援学校（病弱）と病弱・身体虚弱特別支援学級の枠では解決が出来ず、すべての学校を対象とするため、病弱教育と学校保健の連絡調整とその後の学校保健での管理体制も研究の視野に入れた。

大目標を実現するためには、特別支援学校（病弱）等の教育機関の支援ネットワークづくりが不可欠であるため、病弱教育に関する様々な教育機関の実践活動に介入し、その学校のローカルな課題解決に参画しながら、一般的な課題解決方法を模索する介入的研究方法をとることで、支援ネットワークづくりも同時に行えることを構想した。

しかし、病弱教育現場では短期間で転勤する教員も多く、今まで積み重ねてきた教育実践の伝承がうまく機能しない現実がある。そこで、従来研究所において進めてきた自立活動の指導法等の研究を補完し、さらに発展させるために、教育と医療との連携を前提に、疾患の自然歴に基づいた指導法の開発的研究を行いながら、その情報を病弱教育に関わる全国の教員が共有できるナレッジ・データベースの構築を進めることにした。

研究の具体的な内容の概説は、病気のある子どもの教育について（総論）に譲るとして、従来進めてきた一つ一つの研究が、独立性を持ちながら、研究者がネットワーク構築に介入して研究を進めるという方法論を重視した。教育現場への支援機能を持ちながら、新たに見えてきた課題にも即応するという研究スタイルで 2 年間が経過した。各章の研究報告の中には、このような研究スタイルを採ったために、未だ途上の研究もあり、その部分は中間成果報告とした。成果のまとめとして、不十分な点が多くあることを承知の上で、研究の効率化と総合化を図ったことを強調したい。この点については、成果が出次第、順次情報提供を行う予定である。

本報告書が、特別支援教育における病気のある子どもの教育の推進に少しでも貢献できることを願うとともに、この領域の研究の更なる発展のために、ご意見・ご要望を賜れば幸いである。

最後に、本研究を進めるに当たり、ご指導、ご協力いただいた研究協力者、関係機関の方々に対し、深く感謝の意を表する次第である。

平成 20 年 3 月

研究代表者

独立行政法人国立特別支援教育総合研究所

教育支援研究部

西牧 謙吾

## ●研究体制

### 研究代表者

西牧謙吾 (教育支援研究部上席総括研究員)

### 研究分担者

滝川国芳 (教育支援部主任研究員)

### 研究協力者

桐山直人 (神奈川県立平塚養護学校、教諭)  
長谷川千恵美 (日本大学、非常勤講師)  
島 治伸 (徳島文理大学、教授)  
武田鉄郎 (和歌山大学、教授)  
平賀健太郎 (大阪教育大学、講師)  
丹羽 登 (文部科学省初等中等教育局特別支援教育課特別支援教育調査官)  
清田晃生 (国立精神・神経センター、室長)  
加藤忠明 (国立成育医療センター研究所、部長)  
西牧真里 (関西福祉科学大学、講師)  
樟山勝子 (前神奈川県立横浜南養護学校長)

10名

## 目 次

第1章 病気のある子どもの教育について（総論）	1
第2章 精神疾患の児童生徒の教育－平成18年度精神疾患研究会報告－	7
第3章 病院にある学校のあり方と病気による長期欠席者への対応	25
第4章 病弱特別支援学校高等部の地域における役割に関する研究	37
第5章 病気のある子どものデータベースに関する研究	71
1 子どもの病気のデータベースの意義	
2 小児慢性特定疾患治療研究事業からの特別支援教育への期待	
3 特別支援学校（病弱）のセンター的機能を活用した通常の学級に在籍する病気の子どもへの教育的支援に関する研究	
第6章 筋ジストロフィーの児童生徒の教育	91
第7章 病弱教育の歴史研究	99
1 歴史研究を進めるにあたり	
2 通常教育の歴史からみた障害児教育	
3 病弱教育の歩み－学校衛生を中心に－	
4 「日本病弱教育史」（1990年刊）の成果から見る研究課題	
第8章 韓国における特殊教育と健康障害教育の動向	149



# 第1章

## 病気のある子どもの教育について（総論）

## 第1章 病気のある子どもの教育について（総論）

西牧 謙吾（国立特別支援教育総合研究所 教育支援研究部）

課題別研究「我が国の病気の子どもの教育の在り方に関する研究～病弱教育と学校保健の連携を視野に入れて～」は、研究所の第Ⅱ期中期計画の研究目標である「特別支援教育に係る実際的・総合的研究の推進による国の政策立案・施策推進等への寄与及び教育現場への貢献」を受けて、特に（1）国の政策課題及び教育現場のニーズ等に対応した研究の推進、（3）大学等の関係機関等との連携・協力体制の強化による総合的な研究の推進、（4）研究成果の普及促進等、に対応した研究の方針のもとに推進した。以下、その方針の下、研究の全体構想を概観して報告する。一つ一つの研究が、独立性を持ちながら、共通する方法論や相互の関連性を持ち、研究の効率化を図っている。

### ○国の政策課題及び教育現場のニーズ等に対応した研究の推進

特別支援教育を推進するための制度の在り方について（答申）（平成17年12月8日中央教育審議会）の「特別支援教室（仮称）」に向けた当面の方策のエ。その他で述べられた、いわゆる院内学級についての行に対応して、病気による長期欠席者への対応と病院にある学校の在り方を推進した（第3章）。

現在でも、病気の子どもへの訪問教育は、特別支援学校（病弱）からだけではなく、特別支援学校（肢体不自由）や特別支援学校（知的障害）からも行なわれており、これからは特別支援学校も、障害種を超えて支援を行うことが出来るために、病気の子どもの教育の実態把握が、従来の方法では難しくなることが予想される。病弱教育においては、長らく全国病弱身体虚弱教育研究連盟（全病連）で、2年に一度病類調査が行われてきたが、特別支援教育元年の調査から、病類調査の方法を少し変更し、より正確なデータ収集が出来るように、文部科学省特別支援教育課特別支援教育調査官（病弱教育担当）とも連携して、病類調査方法の改善を行うことにした（第5章）。

また、病弱教育現場の課題として、精神疾患等の児童生徒の増加が指摘されてきたが、児童精神科のある病院に併設されている特別支援学校（病弱）は少なく、課題解決の困難性に対して問題解決に向かう力を特別支援学校として集結できていた。そこで、当研究所が中心になり、平成18年度より精神疾患研究会を立ち上げ、入院の必要なレベルの児童生徒の教育的対応の在り方検討から研究を開始した。これは、平成20年度からは、全病連心身症等研究委員会とタイアップして研究を推進することになっている（第2章）。

特別支援学校（病弱）高等部の地域における役割についての研究は、平成19年度から始まった研究研修員による研究である。研究研修員制度は、現在進められている研究所の研究の一翼を、研究所所員と対等の立場で現場の教員に担って頂く制度である。従来の長期研修の発展型ではあるが、自分の研究課題を研究所所員の指導を受けながら行うものではない。そこで、高等学校レベルで病気を理由に、不登校等の学校不適応を起こした生徒の受け皿を調査し、現行制度下で、どのような体制整備の可能性があるかを検討した。

高等学校における特別支援教育は始まったばかりであるが、不登校から退学になることに対する

する予防的介入を想定して、受け皿としての社会資源として、特別支援学校（病弱）高等部を捉え、それ以外の様々な地域の受け皿を調査し、実証的に準ずる教育課程における転入生徒の支援の在り方を検討した意欲的な研究となった（第4章）。

提案型の研究として、希少疾患で、病気の自然歴に関する研究がある疾患に対して、医療、教育、福祉情報を集め、生涯にわたる支援情報を整理する研究を開始した。平成19年度は、Angelman症候群を調査している。希少疾患であり、研究協力体制構築に時間がかかったが、現在（平成20年1月末現在）パイロット調査中であり、来年度全国調査を実施する予定である。今後ナショナルセンターの機能として必要と思われる希少疾患に関する情報センター構想を視野に入れた、予備的研究と位置づけている。

情緒障害児短期治療施設に併設されている特別支援学校が、全国で3校あり、うち2校が病弱である。児童精神科に入院するものの中にも虐待ケースが散見される。このようなケースは、退院後、児童養護施設に引き取られ、近隣の小中学校に通学することが増えている。そこで、先行的に上記2校に、児童虐待の子どもの教育的支援をテーマに、研究をお願いした（みずほ特別支援教育研究助成）。この成果は、特別支援学校における対応事例であるが、児童養護施設を通学区域にかかる小中学校での支援にも参考になろう。

#### ○大学等の関係機関等との連携・協力体制の強化による総合的な研究の推進

病弱教育現場の課題は、まず心身症、発達障害の2次障害、精神疾患等の児童生徒の増加である。逆に筋ジスや特定の慢性疾患等しか受け入れることが出来ない特別支援学校（病弱）では、在籍する児童生徒数が減少している。ここで、新たな疾患への対応と従来病弱教育で対応してきた疾患の教育的ノウハウが失われつつあるという課題が見えてくる。後者に関しては、今後小中学校に在籍する病気のある子どもの支援に貢献できるものも多く、情報提供体制の整備とともに喫緊の課題となっている。

そこで、特別支援学校（病弱）のセンター的機能の強化を推進すべく、全国病弱身体虚弱教育研究連盟（全病連）、全国病弱特別支援学校長会（全病長）との連携の推進を図った。まず、平成18年度当初の全病長研究大会で、上記の研究構想を提案し、平成18年度は研究所で企画立案し、事業を実施し、そこに全病長の校長に入ってもらった。今年度は、全病連、全病長の年度の仕事に当初から位置づけてもらい、それに研究所が協力するという方針に変えていった。その結果、全病連筋ジス研究委員会の活性化が進み、それを起爆剤に、平成20年度は、心身症等研究委員会も研究所の研究パートナーとして運営される予定である。全病連筋ジス研究委員会の活性化の状況は、筋ジスサミットの運営主体の変化に現れている。平成18年度は、研究所と北海道八雲養護学校との共同研究体制で運営された（札幌市立山の手養護学校で実施）。平成19年度は、全病連筋ジス研究委員会と研究所の共催で開催し、全病長研究大会函館大会終了後、北海道八雲養護学校に全国の校長が10名集合し、研究委員会と筋ジスサミットを開催した。来年度は、すでに全病連年次計画の中で、筋ジスサミット in 九州が企画されている。このように、研究所が関係機関と連携を深めながら進む活動そのものは、その過程を共有した校長や教員に受け継がれ、言葉での説明ではなく、活動の共有を通じた連携モデルとなり、特別支援学校のセンター的機能や地域作りに活かされると考えている（第6章）。

この筋ジス教育に関する活動は、いろいろなところで反響を呼び、厚生労働省精神・神経疾

患研究神野班（筋ジストロフィーの療育と自立支援のシステム構築に関する研究）とつながりができる、教育の立場から研究の一角に参加できるようになった（平成18年度～）。その繋がりから、厚生労働省障害保健福推進事業「筋ジス患者の就労のための医師・教師・患者・家族を対象にした実態把握の調査研究及び就労支援実証モデルの策定」の企画段階から参加し、筋ジス協会と連携体制を築くことができた。

### ○ 研究成果の普及促進

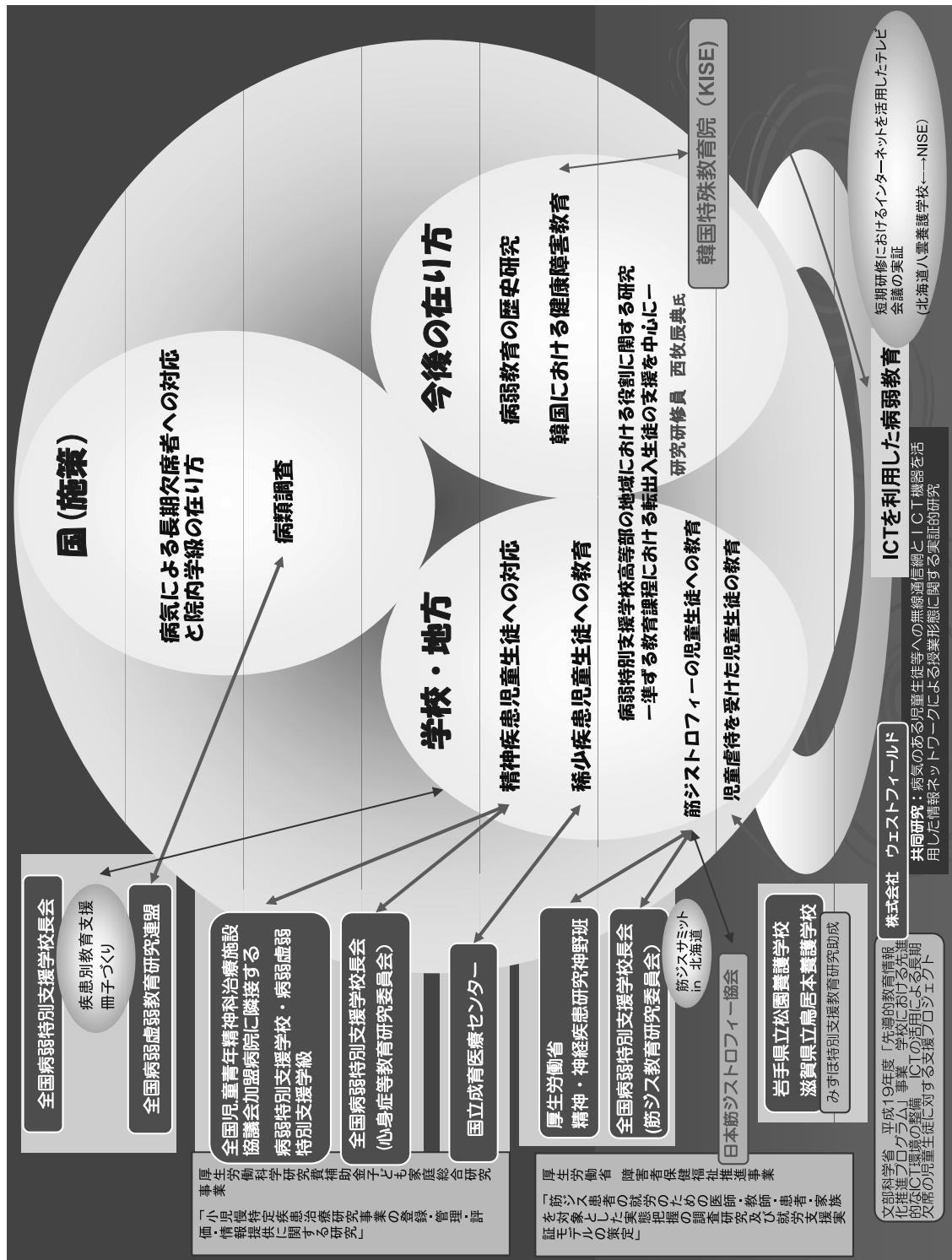
研究所では、小中学校に在籍し病気を理由に長期欠席している子どもへの対策として、研究成果のガイドブック化を通して、小中学校等の担任や養護教諭向けに、情報提供を行ってきた。最近では、「インスリン依存型糖尿病の子どもの教育支援に関するガイドライン（試案）」（平成16年度）、「腎臓疾患の子どもの教育支援に関するガイドライン（試案）」（平成17年度）、「慢性疾患、心身症、情緒及び行動の障害を伴う不登校の経験のある子どもの教育支援に関するガイドブック」（平成17年度）の作成を行った。

同様の冊子は、全国の特別支援学校（病弱）でも、独自に作成している。そこで、研究所が今まで培ってきたガイドブック作成のノウハウを活かして、今年度、全病長と協力して、小・中学校の教員向けに、疾患別教育支援冊子を作成している（第5章）。

### ○その他

ナショナルセンターの機能の中で、政策提案を行うに当たり、過去の歴史をふまえるためには、日本の病弱教育史に関しての基礎資料の収集と歴史研究は必須であると考えた。報告書では、明治・大正期の病弱教育の成立史を中心にまとめた（第7章）。

病弱教育は、その国の医療体制に大きく影響を受ける。日本における病弱教育の方向性を考える上で、国際比較は重要な研究の視点である。韓国は、最近健康障害教育を制度化し開始したアジアでも数少ない国である。また教育へのICT利用の先進国でもある。当研究所NISEは、1995年からと韓国国立特殊教育院KISEと交流協定を締結している。そこで、KISEの協力を得て韓国における健康障害教育の最近の動向をまとめた（第8章）。





## 第2章

### 精神疾患の児童生徒の教育 －平成18年度精神疾患研究会報告－

## 第2章 平成18年度精神疾患研究会報告 「精神疾患を持つ思春期の生徒への

### 支援体制構築の試み - 病弱養護学校・院内学級の事例から -」

西牧 謙吾(国立特別支援教育総合研究所 教育支援研究部)

棹山 勝子(前神奈川県立横浜南養護学校)

#### はじめに

精神疾患のある子どもの支援は、今まで全国児童青年精神科治療施設協議会（以下、全児研）に加盟する病院を中心に研究が、長年積み重ねられ、隣接する特別支援学校（病弱）、病弱身体虚弱特別支援学級の教員も、この研究会に参加してきた。しかし、協議内容は、医療を中心に行われ、教育サイドの課題を協議する場がないとの指摘があった。そこで、全児研に参加している特別支援学校（病弱）、病弱・身体虚弱特別支援学級に呼びかけて精神疾患研究会を発足させた。研究事務局を国立特別支援教育総合研究所（以下研究所）に置き、神奈川県立横浜南養護学校を研究協力代表校とし、事務局に参画をお願いした。神奈川県立横浜南養護学校は、平成17年度みずほ教育福祉財団障害児教育研究助成を受け、「病弱養護学校に在籍する精神疾患のある児童生徒への教育の在り方に関する実際的研究」を行った。ここでは、平成19年度精神疾患研究会報告（平成20年1月末現在）がまだ出来ていないため、平成18年度を中心に報告することとした。

#### 設立目的

昨今、新聞・雑誌紙面に精神疾患に係わることばが、散見されることが、多くなり、青少年が絡んだ事件・事故の報道の中に関係者の精神疾患を連想させるケースも少なくない。

一方、全国病弱養護学校の在籍者病類調査では、毎年に精神疾患を持つ児童生徒や、精神疾患に起因すると思われる状態像を示す児童生徒の増加が見られる。しかしながら、これらの児童生徒に対する有効な指導方法は確立されておらず、医療との連携が必須でありながら適切な医療ケアがない現状における児童生徒も多い。また、特別支援学校（病弱）に在籍して安定した生活を送ることができるようになっても地域に戻ってのサポートが乏しいため、前籍校に戻ることができない児童生徒も見られる。特に、中学部を卒業後の進路選択の幅、進学後のフォローについては、全国的にも大変貧弱な実態がある。

このような現状を鑑み、特別支援学校（病弱）に在籍する精神疾患を持つ中学部段階の生徒の指導事例を中心に検討し、効果的な指導方法や教育課程を検証すること、高等部進学後の支援体制づくりを検討することを研究として行うこととした。

#### 研究計画

①病弱養護学校に在籍する中学部卒業段階の生徒の指導について精神医療関係者の助言を得ながら事例研究を行う。②精神疾患を持つ児童生徒にとって、有効な教育課程・自立活動を中心とする指導方法の検討を行う。③中学部卒業後の支援体制づくりについて研究する。

#### 研究方法

全国の病弱養護学校の中から精神疾患を持つ児童生徒が多く在籍し、かつ医療と緊密な連携

表1 研究協力校

学校名	住所	校種	学部	通学方法
茨城県立友部東養護学校	〒309-1703 笠間市鯉淵6528-1	病弱	小中高	自宅 寄宿舎
(病院名) 県立友部病院	〒309-1717 西茨城郡友部町旭町654	精神科病院		
神奈川県立横浜南養護学校	〒232-0066 横浜市南区六ッ川2-138-4	病弱	小中高	入院
(病院名) 神奈川県立こども医療センター	同上	精神科病棟		
三重県立緑ヶ丘養護学校	〒514-0125 津市大里窪田町357	病弱	小中高	入院
(病院名) 国立三重病院	同上			
大阪府立刀根山養護学校 精神医療センター分教室	〒573-0012 枚方市松丘町1-66	病弱	小中	自閉症児施設入所
(病院名) 大阪府立松心園	〒573-0022 枚方市宮之坂3-16-21	自閉症児施設		
香川県立善通寺養護学校	〒765-0004 善通寺市善通寺町字伏見2615	病弱	小中高	入院
(病院名) 国立香川小児病院	〒765-0004 善通寺市善通寺町2603	精神科病棟		
大分県立石垣原養護学校	〒874-0838 別府市鶴見4050-293	病弱	小中高	自宅 入院
(病院名) 国立西別府病院	〒874-0833 別府市大字鶴見4548	小児精神科		
宮崎県立児湯養護学校	〒889-1401 児湯郡新富町大字日置1297	病弱	小中	自宅 入院
(病院名) 宮崎県立富養園	〒889-1498 児湯郡新富町大字三納代2226	精神科病院		
札幌市立平岸高台小学校・ 平岸中学校のぞみ分校	〒062-0934 北海道札幌市豊平区平岸4条18-1	通常小・中学校	小・中	自閉症児施設入所
(病院名) 市立札幌病院清療院	同上	精神科病院		
湖陵町立湖陵小学校・中学校若松分校	〒699-0816 島根県出雲市湖陵町大池240	通常小・中学校	小中	入院
(病院名) 島根県立湖陵病院	同上	精神科病院		

## 講師

ヒルバ ヒサヨ 塗場 寿代	平塚保健福祉事務所
------------------	-----------

## オブザーバー

キヨタ アキオ 清田 晃生	国立精神・神経センター
------------------	-------------

## 事務局

西牧 謙吾	独立行政法人国立特別支援教育総合研究所
滝川 国芳	独立行政法人国立特別支援教育総合研究所
棹山 勝子	前神奈川県立横浜南養護学校校長

をとりながら教育を進めている学校を研究協力校として抽出した（表1）。助言者として地域の精神保健福祉の携わっている保健師・精神疾患児童生徒への関わりが深い学識経験者を招請し、研究協議会を開催することとした。

#### 研究協議会記録

##### 1. 研究の目的について

研究代表者（西牧）より、本協議会の趣旨説明を行った。

###### ・研究協力校の選定

不登校対策として心身症に対応している学校ではなく、純粹に精神疾患児の指導をされている学校＝全国児童青年精神科医療施設研究会（全児研）加入校の中から病弱養護学校と院内学級を中心に選定した。

###### ・なぜ、精神疾患か？

病弱養護学校ではさまざまな病気の子どもに対応してきたが、ずっと以前は感染症、その後は慢性疾患ベースであった。慢性疾患の二次障害としての心身症、慢性疾患の自立活動という指導が中心であった。最近は、入院治療の進歩により慢性疾患児が少なくなり、発達障害児が前面に出てきている。しかし、まだ教育としては余り手をつけられていないのが精神疾患である。

特別支援教育という枠の中で見ると、小・中学校では不登校としてとり上げられている児童生徒の不登校の原因に少なからず中・高等部になって精神疾患を発症する例がある。心身症・発達障害という単純な枠組みでは、精神疾患ということに思い至らないことが多いのだと思うが、初期対応を誤ると予後も誤った対応をしてしまうことが多い。

###### ・研究の方向性

研究対象校で、精神疾患という診断を受けた上でその子どもたちの学校教育をどうするか、不登校対策をどうするか、ということと同時に、診断を受けた精神疾患児にどう対応したか、子どもの見方・捉え方を含めて地域の小・中学校へフィードバックしていってほしい。

また、不登校の子どもの初期症状の中にも精神疾患を想定しながら初期対応をしてほしい。こういうまとめをしながら情報発信をしていきたい、というのが今回の研究目的である。

##### 2. 精神疾患児への支援と課題

###### A) 教育の現場から

###### <神奈川県立横浜南養護学校>

- ・神奈川県立横浜南養護学校の現状について宮内学校長から説明。
- ・同校の平成17年度みづほ教育福祉財団障害児教育研究助成事業における研究成果「病弱養護学校に在籍する精神疾患のある児童生徒への教育の在り方に関する実際的研究」について棹山より研究の概要と残された課題を報告
- ・取り上げた6事例の報告を同校教諭が行った。

###### <三重県立緑ヶ丘養護学校>

- ・三重県立緑ヶ丘養護学校より学校の概要説明。  
精神科は、併設されていないが、週1回非常勤の精神科医師来校  
精神疾患児が年々増えている。  
児童生徒の将来の展望について、医療との連携が必要

- ・三重県立緑ヶ丘養護学校長から現状と課題の報告  
学校医として、精神科医を招請する計画  
学校カウンセラーを試験的に中学校から派遣してもらった。好評である。

## B) 医療の現場から

西牧上席総括研究員より「病弱養護学校における心身症の児童生徒の教育」について、国立特別支援教育総合研究所の調査研究に基づいた具体的な数字による発表があった。

### (ア) 病弱養護学校の全国調査から

- ・高等部で生徒数激増
- ・心身症と心身症等で不登校経験あり（心の病を抱えている）児童生徒が病弱養護学校に多数在籍している。
- ・心身症は、中3年でピーク、不登校経験は、中2年でピーク
- ・転入学までの相談機関——病院・児童相談所、相談相手は、医師臨床心理士等、転出でもほぼ同じ結果
- ・問題行動に対する対策——研修・連携・共通理解の場・保護者面談等
- ・子どもが、どんな病気や症状を持っているか、心身症・神経症・発達障害・虐待等
- ・学習の遅れの背景——学習空白・発達障害・生活習慣未形成等
- ・問題行動への対応——観察と見守り・原疾患への配慮・主治医への相談による積極的介入
- ・不登校の背景——身体・精神疾患、学業不振、対人関係、家族・家庭環境、（精神疾患の症状としての身体症状、対人恐怖の項目にも精神疾患が疑える。また、家庭環境では、親の病気が原因の場合、保護者の精神疾患が想定される）

\*参考文献の紹介

### (イ) アンケート調査から

#### ○院内学級

都道府県の基幹病院に入院している子どもの疾患のうち、1番多いのは悪性新生物・悪性腫瘍であるが、3番目に心身症等の行動障害が上がっている。院内学級のレベルでも精神疾患が多い。

#### ○医療機関調査

\*参考文献の紹介

一定期間、患者調査を行った。3歳以上の子どもについてどのような症状を持っていたか、小児科医が聞き取り調査した結果、不定愁訴（体がだるい・頭痛・腹痛・微熱）が、上位を占めた。このうち、医師が心の問題としたものは約6%、学年が上がるにつれて増えてくる。（本来、受診数の少ないはずの小学生での不定愁訴が目を引く。また男女とも中学生で増）

診断名は、起立性調節障害等、中でも摂食障害が特徴的、高等学校では各校に一人は居る計算になる。睡眠・対人関係に問題を感じている子ども多かった。また、これらの子どもは、欠席しがちであった。

#### ○保健室利用者調査

全国から無作為抽出、利用者の来室理由を調査した。利用者数は、小・中・高校とも高学年ほど多く、中3年で最多。

来室理由は、頭痛・だるさ・腹痛等で、医療機関に受診する前の子どもの実態が現れている。

このうち心身症を疑わせるケースは10%弱であった。

#### ○長期欠席児童生徒（病気を理由）調査

親の申告で病気を特定しているが、半数以上は不定愁訴であった。担任が病気が理由と考えている子どもの中にも、心身症・精神疾患の子どもがまぎれている。

#### ○病弱養護学校の適応障害のある児童生徒調査

中学校で約半数（うち7割が発達障害）、高等部で3割強（うち4分の1が発達障害）、全体では11.4%が発達障害であった。

#### ○キャリーオーバー症例調査

慢性疾患の子どもが成人後も小児科にかかる例がかなりある。病状が不安定であると同時に、家庭生活も不安定で就労・結婚まで結びつかない。ひきこもりを含めて社会経済的な課題である。

##### （ウ） 不登校の次、引きこもりの背景にある精神障害

初期の診断をしっかりした上での対応が大切である。

- ・薬物療法（統合失調症・気分障害）
- ・精神・心理療法的アプローチ（「心のくせ」というとらえ方で、不安障害・人格障害）
- ・認知特性を踏まえた支援（発達障害）

##### （エ） 多軸的な評価システム

\*参考文献の紹介

不登校状態の子どもを見ていくときにどういう座標軸でみるか、5つの軸を提案している。

不登校の症状による10年後の社会適応や不登校の出現状態による分類などをまとめている。是非、研究の参考にしてほしい。

#### C) 保健福祉の立場から

＜講師＞神奈川県平塚保健福祉事務所専門福祉司　塗場寿代

神奈川県の横浜・川崎を除いた県域に保健福祉事務所が設置されている。資料に基づいて平塚保健福祉事務所の事業の紹介をしたい。保健福祉事務所は、保健所と町と村の生活保護の相談窓口である福祉事務所が行政的に一緒になったもので、従来の保健所と思ってよい。

平塚保健福祉事務所では、嘱託医として月3回午後、非常勤の精神科医師を雇用し、「こころの健康相談」として1人45分ずつ相談を受けている。市や町の広報で宣伝をしている。先着順の予約制、年齢は問わないので10代から上はきりなくさまざま。

あくまで相談なので診断書を書いたり薬を処方したりはできない。相談の中で精神科の診断が必要ではないかという助言が得られることがある。

ニーズに応じて訪問に行くこともある。相談と訪問を兼ねることもある。どちらも精神障害者のご家族からの相談が多く、「様子がおかしいが、精神科を受診したほうが良いかどうか」と言うもの、ご本人からの場合は「うつ」の方のものが多い。「精神科にかかっているが、よく知らない、早くよくなりたい、どうしたらよいか」というあせりの気持ちからくる相談である。

アルコールやひきこもりも%は少ないが、深刻な相談が多い。

認知症の相談も月1回やっているが、介護保険の認定があるのでケースは少ない。ご家族がしっかりしていればいろいろなところへ相談に行かれるので保健福祉事務所に来られるケース

は、初期の方や独居や家族の支援がない行政担当レベルのケースが多い。

精神障害者の家族教室は、統合失調症のご家族がメインで昭和50年当時からやっている。「ひきこもりの家族教室」は、以前は県の精神保健センターとの共催事業であったが、現在は保健福祉事務所単位の事業になった。平塚では、平成16年度からやっており、社会的ひきこもりの状態を持った方で、非精神病を対象とし、一時的に強迫症状が出る方は含めるが、もともと統合失調症やうつ病などの主たる精神障害を持たない方のご家族に限定している。

年齢制限をしていないので高校生位のお母さんが相談に見えることもあるが、なるべく市町村での集まりがある場合は、そちらを紹介している。ない場合は10代でも受けているが、必ず面接をして精神障害が疑われる場合は、「こころの健康相談」で嘱託医の受診をしてもらい治療を勧めている。精神病の疑いがないかチェックをして、ない場合は、「ひきこもり」の教室に誘っている。

ひきこもりが広く受け止められ、仕事をしないとか家に長く居るとか会社に行かないとか、50代でひきこもりを主張されることもある。こういう場合はお許し願っている。14～15年ひきこもっているといわれて本人に会ったら精神病だった、ということですぐに治療に結びついたということもあった。10代の頃どうだったか聞くと、相談機関には訪ねて行っているが、「よくわからないね」と言われ、そのまま20代、30代を過ごしていたが、特に病勢症状が激しいわけでもなく、発作もなく徐々に意欲がなくなって、なんとなく意欲がなくなって家に居るようになったら統合失調症であった、というケースもあった。

保健福祉事務所としては、ひきこもりの家族教室をやることによって、埋もれていた精神障害の方を掘り起こすことができたという副産物があった。保健福祉事務所は、市町村の窓口より敷居が高いらしく、よほど困ったり、わからないと来ない。ご家族も意を決してという感じ、ひきこもられてすぐではなく、かなり経ってからの相談が多い。

#### \*資料のパンフレットとともに、講座・講演会・関係機関の紹介、説明

「閉じこもりをかんがえる会」—当事者や家族を支援

「そだちサポートセンター」——不登校等の子どもへの学習サポートをし、  
臨床心理士も参加する。

「青少年サポートプラザ」——県でオープン、不登校とひきこもりの横断的な取り組み  
をする。講演会など開催

ホームページ、情報誌——PCなど得意な不登校やひきこもりの人への宣伝、情報  
提供

「心地よい家族関係を考える」講演会——対象を限定しないで親子関係一般に関心ある人  
は誰でも参加できる。

「思春期精神保健研修」——教育との連携を図るために小中高教員、市町村関係機関の  
職員を対象にした研修会、毎年8月に実施

保健福祉事務所主催の研修会では、精神障害一般のこともわかってもらい、「精神障害」という表題にしてすると人気がないので、いろいろ工夫しながら発障障害を切り口にしたり、今年度はリストカットや摂食障害を取り上げた。

リストカット等については、小学校でも関心が高くなり10歳位でも事例が来ている。(参考資料より精神疾患現状の統計説明)

統合失調症は、数的には余り多くない。過食症・リストカット・発達障害など関係機関に当たつ

てもなかなかうまくいかなかったり、年齢で切れた方が最終的に保健所にくるケースが多い。

るつぼのように児童の問題が浮き彫りになるよういろいろなケースが少ないので舞い込んで来る。最近は、学校から直接、校長や担任からご相談があるのは、児童の問題というより虐待がらみの家庭の問題で、数件相談があった。学校で、今まさに困っているので、すぐに現場に来てくれ、という相談もあった。

児童のことでの直接の相談は、小児の精神科医に相談できるためか具体的には余り保健所には来ない。今年から広域特別支援教育相談チームの委員として出席しているが、年度当初に保健所の宣伝をしたためか保護者ことで相談が増えている。

教育との連携が重要ということで、いろいろ手をつけた背景には、思春期が統合失調症の好発期にも拘わらず相談は余り多くないという実態があり、どこかに埋もれていったり、治療をしないで長期化している例もあるのではないか、と思う。また、なるべく早く治療をした方が予後が良いが、家族や本人の偏見が強いとなかなか精神科を受診しないし、治療に結びつかない。従って、学校での早期発見と家族や学校の精神疾患への偏見をとるという意味で学校との連携は非常に重要と考えている。また、メンタルヘルスの面での普及啓発、広くは自殺対策の面でも地域の中の学校という捉えで連携したい。

病弱養護学校との連携という点では、今まで直接関わりはなかったが、地域のいろいろな資源を活用してもらい、協力できる部分があるので連携していきたい。

#### ＜補足＞

- ・ 地域によって保健所の名称は異なり、大都市の場合は独自でセンターをもっている場合もあって行政システム上はいろいろだが、どういう名称にしろ、学校からこんなニーズがあると持ちかけられれば、協力してイベントを打ってくれる。また、保健所の嘱託医師は、ビル開業をしていることが多く気軽に受診できる。デイケアをしていたり思春期の精神疾患に強い医師も居るので病院だけでなく、保健所を経由して地域の医療機関をうまく活用する方法もある。保健所を利用することで、ネットワークの作り方もいろいろ学べるのではないか。（西牧）
- ・ 病弱養護学校では、精神科対応を必要とする子どもが増えていると考えているが、保健所では思ってなくお互い同士知らない。接点がない。病弱養護学校に近い子どもは保健所に遠く、学校がうまく対応して教育センターのようなところにかかった子どもは病弱養護学校に来ることが、いきなり病院に行く子どもは、教育にかかりにくい。連携が取れていなくて、お互いの顔が見えていないために壁ができているのではないか。（西牧）
- ・ 障害者自立支援法が、10月1日に施行になったが、神奈川県では自立支援協議会が立ち上げられ、その中には関係するさまざまな機関・職種が入ることになっており、県域でも市町村を束ねる協議会が今年度中にできる予定、教育の中には養護学校も入っているので、地域の中でそういう試みが始まつたら、障害全体の中では児童は少数派なので、教育がもれ落とされたりしないように積極的に参加していってほしい。（塗場）

#### ＜協議＞

- Q 青少年サポートプラザ、精神保健センター等窓口はある。この子ども達の予後を考えると、不登校から引きこもりへ行くケースが多い。引きこもり経験者の2から3割が不登校経験者、実際に相談をした場合、学齢期の状態やどういう支援を受けていたか、具体例があれば。

- 一番若い方で高校生レベル、だんだん行かなくなつたそうだが、ちょっとわからない。
  - ・ 児湯（こゆ）養護学校では、隣接病院が来年度閉鎖、子ども達のためにどこかと連携を取らなくてはならないので今日のお話は参考になった。
- Q 入院している生徒の場合、主治医がいるのでなかなか他医の診断を勧めるのは難しいが。→ 主治医がいるから受けないということはない。関係機関でも本人でも参考までにということで相談に乗っている。セカンドオピニオン制度があるかどうかにもよるが。
- Q 任意入院の場合では家族の了解、強制入院の場合は主治医の了解をとらないと教員は動けないが。→ シンプルに言うと任意入院の場合はどんなに若くても本人の意思で入っているので、本人の了解が取れれば良いわけだが、やはり現実には家族の保護者の了解を取らざるを得ない。
- ・ 今回の目標の一つは、まだどこにもかかっていない子ども達がたくさんいるはず。主治医すらもてない子どもに対して、実際には地域の小中学校の先生達にもなぜ不登校状態になっているのかを見極める必要がある。その見極めの一定の指標を作つてみたい。次に精神科を受診させたいと思ってもなかなか説得できない場合、間にどうスモールステップを作つて行くか、それが課題。今の保健所などは多分主治医にかかる前の軽い子ども、措置入院等のシビアなケースを病弱養護学校でどう対応するか、とても難しい問題である。実際は、まず病気治療が最優先されて卒業後の話にまで行かない。精神疾患のある子どもの重い方から軽い方までスペクトラムを全体で見た中で、病弱養護学校は重い方を対応しているが、センター的機能という点から考えると、地域の支援が薄いところへ何らかの情報発信をすることを求められている。この研究の意義あるところである。（西牧）
  - ・ 「措置入院」の概念の整理
- Q 入院していた子どもが退院後、治療放棄をしたり保護者の養育能力が問われるような場合、保健所からの訪問を学校から依頼できるか。個人情報のこともあるって、非常に難しい面もあるが。→ 保護者が精神疾患で妄想によって子どもを学校に出さないという相談が学校からあった。学校が、全面的に保健所に任せのではなく、学校側も一緒にやろうという姿勢を持つてほしい。実際に訪問した事例で治療が再開でき、担任とも何度かの話し合いの結果、学校に行くことができるまで信頼関係を修復できたことがある。協力はいくらでもできるが、学校もお任せでなく信頼関係を取り戻す覚悟を持ってもらいたい。
- Q まず、学校では頭に浮かぶのは児童相談所、保健所との違いは。→ 児相は、子どもだけを見て保護者には対応しないというが、実際には切り離せない。順序立てて連携をとれば、うまくいくはず。
- 児相は、大変忙しくマスコミに叩かれたりするので、目の前のケース対応で精一杯。しかし、現在は家庭児童相談室も虐待ケースを見るようになったので係わっている機関が集まって、うまくいったケースもある。緊急性が高いケースの中には問題が複雑に絡み合い、どこからほぐすかわからないこともあるが関係者が集まって、整理をし、何から手をつけていくか、順序立てていけばうまく行くもの。急がば回れではないが、話し合いが大切。いろんな問題を抱えていて関わる機関が4つも5つもということがあるが、困難事例こそ皆で智恵を出し合っておだやかに話し合うことが大事
- Q 養護学校には、コーディネーターが設置されているが、広域の関係者会議などのコーディネートをするのはどこか。→ 緊急性、困難性によってばらばら、切り口はここだったが、途中

で交代することもある。取り巻く環境によって、ケースバイケース。皆で話し合うことが一番大切。話し合いで、事実確認や情報の共有ができる。

- ・ 横須賀では、学校が重要な役割を果たしていた。

Q 大阪ではプライバシーの問題がやかましく、学校からは動けないが。→ 同じである。虐待防止ネットワークの会議と位置づけられたときはオープンになるが他の場合は一切言えない。普通の相談でも保護者や本人が了解していればオープンにすることもある。周りが課題意識を持っていて、本人の了解が取れない場合、個人情報でストップしてしまうので何かと絡めてとりあげる。

Q 神奈川県の県立高校に養護学校高等部の分教室が開設された時、集まった生徒の半数は知的障害養護学校ではなく高校の中にできたから希望していた。また、母親が精神疾患で子どもを学校に出さなかったとか、不登校であったとか、半数以上が家族の問題を持っていた。本来の知的障害養護学校対象者以外の生徒を受け入れることになったが、新しい選択肢を作ることで埋もれていたニーズを掘り起こすことになった。県立高校に底辺の子ども達に対応する県立高校を作る動きがあるが、学校だけでは持ちこたえられないという不安があるようだ。新しい学校を考えるときに一歩踏み出してほしい。

・ 今は障害が認知されてそれをどう学校に入れるかと議論されている。しかし、問題は通常学校の子どもで、まだ色がついていない。しかし、ニーズはある。その時、一番先に近くにいる教員が課題をどこまでを想定できるかで決まる。通っているうちに問題が顕在化していく。通常学校では問題が予想されるところで、予防的に抑えられている。最前線でうまく対応されないように問題が複雑化し見放されてどこでも対応できなくなってしまって、養護学校にくる。これが現実。不登校をどこでみるか、神奈川は分校を作ることでそのニーズを垣間見ることができた。と、いうことは、その手前にもっといっぱいあるということである。こういうことをこの研究でやっていきたい。(西牧)

### ＜まとめ＞

保健所・児相・家庭児童相談室等の行政システム・制度の勉強も必要。

### 研究協力校による学校概要説明

#### (ア) 友部東養護学校

- ・ 内臓疾患児中心の学校として設置された。隣接の県立中央病院には小児病棟がない。高等部のみ知的障害養護学校の友部養護学校の中の学級に通学している。
- ・ 精神疾患児は友部東病院思春期専門病棟の入院児でほとんどが不登校
- ・ 小・中・高等部で訪問教育を実施している。実技教科以外全教科、自立活動2H、原則週3回訪問、90分授業
- ・ 高等部の生徒は、入試を受検して入学し卒業まで在籍することが前提になっている。高校在籍中に入院した場合でもOK。
- ・ 病院を退院すると前籍校に異動、異動する前に、養護教諭・担任と会議を開き試験通学を行う。進路については、主治医が決定する。
- ・ 医療サイドとの連携は、連絡帳や口頭、医師とも必要に応じて連絡がとれる。

### ＜質疑＞

### 進路・高等部訪問教育の問題

自立活動の捉え方などで主治医とどの程度連携が取れているか、

#### (イ) 大阪府立刀根山養護学校精神医療センター分教室

##### \*ビデオ・資料で紹介

- ・本校併設の刀根山病院は筋ジスの病院、本校以外は、訪問教育部として7ヶ所の医療施設に教員を派遣。
- ・精神疾患児は精神医療センター思春期病棟入院児や、自閉症児施設松心園入所児で平成8年度より小・中に対して分教室での訪問教育が開始された。
- ・不登校・いじめ・虐待・発達障害等の問題を抱えており、こども家庭センターが介入して、精神疾患の場合、一時保護所から強制入院の形で児童は松心園、中学生は精神医療センターに入院する。任意入院の学籍異動は、主治医の判断の後、教育相談をして決定。重複障害の場合は肢体不自由養護学校を勧められる。
- ・児童生徒の傾向として暴力へのハードルが低い。けじめをつけさせたい。前籍校に帰った時のことを考慮しながら指導している。指導の具体例、紹介
- ・医療との連携は、毎日の連絡ノートと病院のケースワーカーがコーディネートするケース会議が定期的にある。退院が近づくとテスト登校をする場合、前籍校の担任も加わる。
- ・ほとんどのケースが、退院後の前籍校での登校状況が課題であり、これについて追跡調査をした。その結果から、主治医と保護者の了解の下、前籍校への訪問・電話相談を行うとともに、近隣中学校との交流や職場体験実習に取り組んでいる。

#### <質疑>

- Q 分教室への登校ができていなかったら退院はできないのか → できない。順調に登校できるようになると、段階的に許可されることが増える。
- Q 精神科の医師は心身症の子どもに対して一般的に行動療法を使われるのか。摂食障害以外には余り使われないのではないか。→ (清田先生より説明) ケースバイケース、松心園は自閉症の施設なので最初から枠をきちんとされているのかも知れないが。通常、精神科ですべての患者さんを行動療法ということはありえない。
- Q 学籍異動の際、学校が分教室の適否を判断するのか → 教育相談をし、すれば全員登校。まれに施設設備の面で受け入れが難しいと判断することもある。

#### <助言>

「措置入院」ということばがあるが、児童福祉法の保護委託による保護に当たる。精神保健福祉法の「措置入院」は、自傷・他害が著しい、幻覚・妄想が激しいというような方に対する強制入院なので、児童ではありえない。医療保護入院といって保護者の許可を得て同意の下に入院させることはある。任意入院は、精神保健法に基づく同意を得ての入院。精神保健福祉法上は、基本的には開放的な処遇をせよというのがメインになっているので、できる限り解放病棟で、できる限り面会も自由に電話も自由にというのが今の法律の趣旨になっている。ただ、摂食障害とか自閉症の方で外に飛び出すとか止むを得ない場合に限って、資格のある医師が判断して拘束・隔離を含めた行動制限をすることはある。(清田先生)

#### (ウ) 香川県立善通寺養護学校

- ・香川小児病院は総合病院で、精神科入院児は連絡通路伝いに登校する。連携は、十分とれている。カンファレンスも相互に連絡を取りつつ隨時行っている。主治医とも電話1本で協力してもらえる。
- ・学校全体の教育課程は、1組通常、2組知的障害、3組重複障害にそれぞれ対応、院内学級もある。精神疾患児独自の学級はなく、学年ごとに精神疾患児担当の教員が居る。
- ・入院しながら自宅通学する生徒、退院後も自宅から通学する生徒もいる。高等部の場合、他校から入学する生徒はほとんど通学生、1組は1学級8名で定員を決めている。高等部編入の場合は、学部主事の面談を経て病院受診・入院後に転入試験を受ける。養護学校で大学進学ができるということで知的養護学校からの転入者がいる。逆のケースは余りない。こういうケースでは、初めだけしか受診しないことがあるので継続療養が条件であることを強調している。
- ・H18年から教育相談部が独立し、依頼を受ける形で地域に出てセンター的機能を果たしている。

＜質疑＞

- Q 生活点検の意味 → 何時ごろからどんな目的で始まったか不明。朝は看護師の手が足りない、起床できない子どもを起こすなど病棟の援助の意味もある。
- Q 教育相談部の地域支援の対象は、また、全県での体制は → 発達障害を抱えて困っている小・中学校や情緒障害児学級への支援がほとんど。県内の各養護学校でそれぞれ体勢をとって、連携訪問・巡回相談をしている。
- Q 支援する学校は、以前からつながりのある学校か → 特になくて直接学校から依頼を受けていく。
- Q カンファレンスの開き方 → 主治医・学校どちらでも必要と感じた方が呼びかける。
- Q 大府養護学校ではADHDの子どもが入院を許されてかなりの数通学しているが善通寺ではADHDと正確に診断されて在籍しているのか → 小・中・高等部に在籍している → 国ではクリアカットして発達障害は小・中で対応すると言っているが、現実にはいろいろあるようだ → ADHDの診断でも反社会的行動を取り、地元校で対応できないようなケースが在籍している。
- Q ADHDの子どもは、入院児に限るのか → 通学生もいる。
- Q ADHDの子どもは、本来小・中学校である。状況が悪くて改善のために一時的に病弱養護学校に、という場合も前籍校と連携してアプローチすることが大事。前籍校の担任に戻る事を前提に一時的に預かっているというスタンスを明確にしておくべき。担任が唐突に感じないためにも。善通寺養護学校では前籍校とのやり取りはあるか、また戻るケースがどの程度あるか → 小では、知的障害を持つ子どもも多く在籍中に不登校になるなどの問題もでる。状態が改善しても学力が戻らないので前籍校は無理、そのまま中学部に進学する。また、家庭の問題で戻れない子どももいる。1名だけ前籍校に戻った → 本当に病弱養護学校なのか、と問い合わせながら対応する必要があるのではないか → 連携訪問等の機会で伝えている。高等学校で受診の必要があるケースに会うが、私立では連携がとりにくい → このあたり今後の課題としたい。

(エ) 大分県立石垣原養護学校

- ・慢性疾患・筋ジス・重心という3病類で学級編制、精神疾患に限る学級はなく心身症・発達障害も含めて慢性疾患学級で編成されている。
- ・精神疾患の生徒で通学生もいるが、病院側の判断で学校では把握していない。
- ・心身症等を含めた精神疾患の子どもに対する指導方針の共通理解ができていない。課題となっている。
- ・高等部については、全員が卒業まで在籍する。
- ・医療との連携では、今年度より小児精神科の医師が常駐、必要に応じて気軽に相談できる体制ができて心強い。

#### ＜補足説明＞

- ・大分県の高等部の問題では、石垣原養護学校から転校は単位の問題があつて難しい。普通全日制から定時制に変わるとか、通信制から全日制に変わるのは至難の技のようだ。私立と公立という場合も、1年遅れてもということはあるが柔軟な対応ということは難しい。

#### (オ) 宮崎県立児湯養護学校

- ・教育課程は、知的と通常の2課程、以前は心身症が多かったが、最近は発達障害がほとんど。通常課程の子どもたちは地元で何らかの問題を抱えているので、教育内容をどうするか、困難さがある。まず登校できればOK。学習空白や知的な遅れはないが着席ができない等の問題があるので、3課程の設置を検討する必要を感じている。
- ・教科的な学習より体験的な学習に重点。工夫して個別学習の時間を確保したり集団的な学習にも力を入れている。自立活動、小学部はゲーム、中学部ではロールプレイなどしている。
- ・進学先について、通常課程の生徒は基本的には受験するが、県内養護学校高等部あるいは私立高校に進学する場合もある。公立の定時制・通信制進学生徒もいる。県立普通科高校に合格したが、1日も行けずという生徒もいた。
- ・医療との連携は、他校とほぼ同じ。情報交換を行う場合は必ず事前に同意書で保護者の同意を取って行う。他校は口頭了解だが、児湯では入院に伴う転入・教育相談を経ての転入いずれも転入時に同意書をもらっている。手間はかかるが個人情報のこともあるので、他校の様子を知りたい。
- ・複雑なケースについては支援会議を行う。子どもがそれまで関わったすべての機関が一堂に会し、情報の整理をし、対応を検討する。
- ・学校だけでは解決できない問題を抱えているケース、家族ぐるみの支援が必要なケースが多くなっているので福祉との連携が重要になってくる。宮崎県では7障害福祉圏域があり、地域サポートセンターがあり地域療育コーディネーターとつながっている。余暇支援や送迎などに関しても協力的。行政や保健所ともつながりやすくなつた。学校のネットワークに組み込んでいきたい。
- ・卒業後、中退や退学などのケースがあるが学校は手が出しにくくフォローがしにくい。退学した場合は、学校から情報が取れない。福祉機関・医療機関でつなげてどこかで、支援ができるような体制は取れないか、課題である。
- ・宮崎県では、全養護学校に支援部があり相談窓口がある。コーディネーターも配置されて支援体制が整つておらず、児湯では週3日校外に出て管内の小中高を回っている。訪問は福

祉のコーディネーターと一緒にすることもある。支援に行くことで、校内体制ができる学校と養護学校任せになる学校がある。支援の仕方が問題。

<質疑>

- Q ロールプレイはどんなことをしているか → 詳しくわからないが、要は子どもが飛びつきやすい内容の工夫だと思う。
- Q コーディネーターの回る地区が決まっているのか → 県の障害福祉圏域の中に養護学校が1校センター校として決められている。児湯は西都地区のセンター校で、西都管内から依頼があれば管内を回る。出て行くのは管内だが受ける相談は県外もある。 → 依頼はどんな形か、どんなところからくるか → すべて所定の書類がありそれにもとづく、各学校・行政いろいろ。

(カ) 島根県出雲市立湖陵小学校・湖陵中学校若松分校

- ・養護学校教諭の免許を持つ教員はいない。全員、小・中学校からの異動
- ・医療との連携という点ではおそらく全国1と自負している。チームで子どもに係わっている。日常的に相談ができ職種は異なるが、チームの1員として対等。治療方針を立てるには主治医だが、医師の下請けではなくあくまでも対等な立場で指導に当たる。
- ・湖陵病院は精神科単科病院、来年は名称が変わるので精神病院という偏見がなくなるのはと、期待している。
- ・養護学校でなくて小中の分校として設立されたのは、元の地域に戻ることを前提にしているからだが、教員配当等は非常に厳しい。
- ・中学3年生は受検があるので必ず学籍を戻し、無学籍対応をする。どの子どもも地域に帰すので入退院に伴い学籍異動も頻繁だった、アセスメントが大変。学校への情報提供について医師から保護者に伝えてある。原籍校との情報交換は、保護者の了解を得て行う。
- ・原籍校との連携は、戻ることを前提にしているので大変力を入れている。テスト通学は、治療の効果を見るため、退院後の支援の仕方の相談などの目的でおこなっている。テスト通学の様子は学校が把握し主治医に伝えている。
- ・教員全員がコーディネーターの意識をもって、顔の見える連携を心がけており、入院時早期に原籍校を訪問している。(市立学校としての予算と県立病院併設のため県からも予算が出ているので財政的には恵まれている。県外でも訪問は可能)
- ・医療との連携に臨床心理士が重要な役割、心理の場で思いがけない様子を見せる子どももいる。思春期病棟の主治医は2人だが、原籍校の理解がなかなか進まないために、戻る時や行事参加の際に主治医が校長宛に手紙を書く。時には担任と一緒に原籍校を訪問してもらいうこともある。
- ・分校の体験学習や行事がいろいろあるが、毎回医療スタッフにも参加してもらっている。養護学校ではないので自立活動でなく総合的な学習の一環として行う。
- ・今の1番の課題は家族支援と考え、研修をしている。子どもに係わったものとしてやらなくてはいけないこと。退院後も外来通院を続けなくてはならない。分校は、直接関われないがフォローが必要な子どももあり、今後の課題として検討したい。

<質疑>

Q 島根の医療との関係というところで新しい考え方が興味深かった。医師の下請けではなくチームとして機能しているということと、学校のキーワードとして学び直しということばかりでいる。治療も当然大きい重要な部分だが、このチームは学びなおしに向かって日々やられているという理解でよいか → あくまでもリーダーシップをとるのは主治医、スタートは主治医の治療方針、教員の立場からみた意見を対等に伝える。先程の主治医に出かけてもらうのは必要に応じてであり、全ケースではない。

### 西牧コメント

研究協力校の実際を、理解して頂けたと思う。研究所の目指すところは、この活動を、他の特別支援学校、特別支援学級、通常の学校に、導入するための方策を模索するところにある。個別のアイデアを、すぐに使えそうなものもあると思われる。

### 講義 「不登校の子どもにどう対応するために必要な考え方 一多軸診断についてー」

清田先生（独立行政法人国立国府台精神神経センター精神科医師）

自己紹介もしていなかったが、国立精神神経センターの精神保健研究所児童思春期精神保健部で児童精神科医をしている。もともと九州の出身で石垣原養護学校の生徒さんと関係があったり、なつたりという経験をしてきた。家族が養護教諭をしており、医・教（学）連携にはそれなりの関心を持っている。昨年、西牧先生の研究に立ち合わせていただいたが、今回の研究にはオブザーバーとして参加したい。

昨年、病弱養護学校を含めた不登校の研究で、不登校の子どもにどう対応するか考えてきたので少し多軸診断ということを説明したい。

不登校は、現象面でしかないので子どもをトータルに見ていかなくてはならない。最近、引きこもりの研究などでも言われていることで全部おなじ。では、どうやって見るか。トータルに見る時、漏れがないように見るために視点（観察ポイント）がなくてはならない。それを多軸という形でだしている。

1つの見方としては、不登校の方で精神疾患を持っている子がいる。では、どこまでが精神疾患かというと問題になるところだが、精神科医から見て不登校が非常に長期化しているお子さんはやはり何らかの形で、非常に極論だが、何らかの心のケアが必要な方ではないか。ひきこもり、あるいは不登校のお子さんが、狭い意味での精神疾患ではないかもしれないが、ケアが必要だという面で見ると何らかの困難を抱えている。それに精神医学的な診断をつけようすれば、対人恐怖とかいろいろな診断名がつくことになる。そういう見方はあるが、ひとつはうつ病であるとか統合失調症であるとか不安・強迫神経症といった精神疾患が中心的な役割を果たしているかもしれないという軸がある。それが第1軸。

次は、最近出ている発達障害とパーソナリティの傾向というのも中・高校生では大きい。たとえば、ボーダーライン的な高校生もいる。そういう発達障害をベース、パーソナリティ傾向をベースに持ったお子さんを第2軸に置いた。パーソナリティ傾向は1軸で考えても良いが。ADEDのお子さんが非行を繰り返す、アスペルガーのお子さんが思春期にうつ病になるという例は少なからず経験している。だから単なるうつ病の子どもではなく不安な子どもではなくベースに発達

障害やアスペルガー・ADHD の特徴を持つとなると係わり方が全然違ってくる。治療方針も変わってくるし、薬物も変わってくる。

第3軸は、不登校の成り立ち、過剰適応型ともいい子の挫折型とも言うが、本人のパーソナリティ傾向も含めた不登校の成り立ちをどう理解するか、という軸。斎藤（国立国府台病院精神科医師）は、大きく5つに分類しているが、多分それだけではないと思う。無気力とか体力が負っているという子どもも中には入ってくるかと思う。いずれにしても本人の不登校の成立過程についての軸である。

第4軸は、不登校という現象面が今どういうステージにあるか。初期段階か、あるいは初期になる前、潜伏期といってもよいかもしれないが、身体症状を訴えて、何となく気が晴れないとか、引きこもって不登校の状況、友達とメールなどし始めた状況、それから学校に行けなくても適応指導教室に行き始めたとか、そういうステージの今どこのステージにあるのかを見て、支援や治療に係わっていく軸。

第5軸は、環境要因で、たとえばいじめとかいうようなことがあれば当然学校には行けないわけだから、そういう環境の調整をしていく必要がある。それが第5軸。

1軸・2軸で精神科的領域の有無を見て、これは医療機関の仕事で学校ではその可能性についてのアンテナを持っていただければよい。3軸・4軸では、本人の誘因があるのか、ないのか、本人のパーソナリティ傾向を含めた視点、5軸では、今どのステージにいるのか、まさに学校の担任と家族と医療機関を含めたすべての関係機関が情報交換をしながら決めていくのが一番望ましいのかと思う。

このような軸で見ていくと不登校という現象を客観的に見ることができる。1つの原因に決め付けてしまうことは危険。多要因な現象なのでそれを多軸で見て、診断評価する必要がある。  
＜感想＞

宮崎の報告で、卒業後のことを見て支援をされているのはとても重要。学校の方々に講演する時いつも言うことは、小学校は6年、中学校は3年、高校は留年があるかもしれないが基本的には3年間、それ以後の関わりは個人的な関わりを別にして公的にはなくなる。小学校、中学校で解決できてひと段落つける状況なのか、それとも次へつなげなくてはいけない状況なのか、その判断は必ず教員にとって必要になってくる。中学2年から3年になるところで高校年齢での支援がいるのか、支援がなくてもやっていけるくらい回復できるのか、というような見極めが必要。もし何らかの継続した支援が必要だとするなら継続して支援ができる機関はどこか、医療機関なのか、18歳までなら児相かもしれない、言うようなところの判断が必要かと思っている。

実際の医・教連携というところで、病院。医者それぞれの論理がある。教育とどうすり合わせるのか難しいところ。若干古い病院だと看護スタッフが威圧的というか高圧的だったりして学校の先生達がなかなか思うように行かなかったりする、というところも漏れ聞いている。ただその場合、福祉と積極的に話しをしていくことが一番。

島根のように学校に訪問というのは実際的に難しい。医者として頭が下がる。外来が終わった時間に来ていただいて1時間くらいお話をするとというあたりが関の山かなと思う。現場を見に行く医者もいるし、自分もまれにはするが全ケースはとてもできない。地理的な問題もある。お互いの状況を理解しあいながら、話し合いながら妥協点を見つけてほしい。少なくとも子どもに係わっている医師、子どもを専門にやろうとしている医師は係わっている時、必ず親と学校が付いてくるということを念頭においている。医師は、学校を治療の全体の枠組みの中の1つだと認

識している。先生方との意識の違うところだと思うが。学校をある面、使えるツールのひとつと考えさせてもらっている。

学校の先生との連携は、お互いにサポーター、役割分担なのでそれをどう調整し合っていくのか、ということになるかと考えている。

#### おわりに

平成19年度の研究は、研究会の中間成果発表を兼ねて、8月に全病連山梨大会公開研究協議会を開催し、150名の参加者を得た。内容は、「自律活動において得意なことを引き出すことができたこだわりの強い児童への関わり」(神奈川県立横浜南養護学校)、「発達障害での不登校のあるケース」(宮崎県立児湯養護学校)の二つの事例検討と講演会「教員に必要な子どもの心を読み解く知識」(国立精神・神経センター精神保健研究所 清田晃生)であった。

平成19年度研究協議会は、平成20年1月18、19日に開催した。今年度は、平成18年度に在籍した精神疾患の子どもの状況調査(病名、入院時主訴、在籍期間、転出先、現在の予後)(調査1,2,3)、各学校における教育的配慮についてのアンケート調査、彼らを支えるために必要な学校機能に関する調査を行い、それについて検討を行った。また、精神保健福祉の立場から、障害者ケアマネジメントの方法論の講義を受けた。これらについては、現在(平成20年1月末)分析集計中であるため、この報告書には掲載出来ないことをお断りする。



### 第3章

病院にある学校のあり方と病気による長期欠席者への対応

## 第3章 病院にある学校のあり方と病気による長期欠席者への対応

滝川 国芳（国立特別支援教育総合研究所 教育支援研究部）  
西牧 謙吾（国立特別支援教育総合研究所 教育支援研究部）

日本において病気のある子どもの教育である病弱教育の場として、病院に隣接する特別支援学校（病弱）、病院内にある特別支援学校の分校・分教室または小・中学校の病弱・身体虚弱特別支援学級がある。そして、そこでの教育は医療と密接に連携しながら行われてきた。現在、医療改革が大きく推し進められる中で、小児医療も大きく変化している。少子化が進む中での小児科医の不足、小児科病棟の閉鎖、そして病院の統廃合や医療の専門分化、高度化に伴う医師の専門性の偏り等の影響を受け、病気の子どもの教育環境もそれらの変化への対応が必要となっている。ここでは、病院にある学校での教育の課題を明らかにし、今後の在り方について考えることを目的とする。また自宅等において、学校を長期欠席している児童生徒の対応についても探ることとする。

### 1 病弱教育の制度面の経緯

平成6年12月に文部省の「病気療養児の教育に関する調査協力者会議」から病気療養児の教育について（審議のまとめ）が出され、日本における病弱教育制度の経緯について次のようにかかれている。

『我が国における病気療養児の教育は、明治後期より、結核、ハンセン病患者のための療養所その他の施設の一部において、師範学校出身者その他有識者により入所中の患者等に対する個人教育などの形で始められ、その後、特別の学級の設置等が進められた。戦後は、小児結核対策として設置された少年保養所や国立療養所の小児病棟に特殊学級が設置され、更に養護学校も設置されるようになった。昭和32年5月には、当時の障害児の教育措置基準であった教育上特別な取扱いを要する児童生徒の判養護学別基準の改訂が行われ、病気療養児の教育を含む病弱者の教育について、制度上の位置づけがなされた。昭和32年11月には、厚生省医務局長から文部省初等中等教育局長あてに「児童に対する結核対策の一環として小児病棟を設置し治療しているが、これらの施設に学校を併設して、医療に併せ教育を行うことは極めて重要な意義を有するものと思われる。しかし未だ教育機関の併設をみていらない療養所も数箇所あり、地元においても願望があるので、文部省においても円滑に推進されるよう配慮を願いたい。」との依頼（「国立療養所における入所児童の教育について」）がなされた。これを受け、文部省は、翌昭和33年1月、各都道府県教育委員会あて文部省初等中等教育局長通達「国立療養所における入所児童の教育について」により、「地域によっては、学校教育が行われず、就学義務の猶予又は長期欠席を余儀なくされていることは極めて不幸なことであり、教育の機会均等の精神にもとるものであるから、適切な措置をとるように」と指導している。また、昭和36年10月には、学校教育法の改正により、養護学校における教育の対象として「病弱者（身体虚弱者を含む。）」が明定された。さらに、昭和54年度からの養護学校教育の義務制の実施に伴い、各都道府県には、当該都道府県の区域内の病弱養護学校に就学させる義務を負うこととなる保護者の子女の就学に必要な病弱養護学校の小・中学部を設置する義務が課せられることになった。』

その後、病弱教育の対象となる児童生徒の病気の種類が変化してきていること、入院期間が

短期化していること、短期間の入院を繰り返すことが多くなるなどしたことから、平成14年に就学基準が改正された。特別支援学校（病弱）の対象者は、1.慢性の呼吸器疾患、腎臓疾患及び神経疾患、悪性新生物その他の疾患の状態が継続して医療又は生活規制を必要とする程度のもの、2.身体虚弱の状態が継続して生活規制を必要とする程度のもの、となった。また、病弱・身体虚弱特別支援学級の対象者は、1.慢性の呼吸器疾患その他疾患の状態が持続的又は間欠的に医療又は生活の管理を必要とする程度のもの、2.身体虚弱の状態が持続的に生活の管理を必要とする程度のもの、となった。それまでの「6ヶ月以上」の医療又は生活規制を必要とする程度の者という規定が改められたことにより、比較的短期間の入院であっても、病院にある学校へ転校することによって、学習する機会が保障されることになった。

## 2 特別支援学校（病弱）、病弱・身体虚弱特別支援学級の設置数と在籍者数

### (1) 特別支援学校（病弱）、病弱・身体虚弱特別支援学級の設置数

図1は、特別支援学校（病弱）、病弱・身体虚弱特別支援学級の設置数の経年変化を示している。特別支援学校（病弱）の設置数は、昭和54年の養護学校義務制実施に向けて増加していたが、それ以降は、大きな増減はみられない。平成19年5月1日現在、91校（本校75校、分校16校）設置されている。平成19年4月の学校教育法一部改正によって、盲・聾・養護学校が特別支援学校となり、複数の障害に対応することが可能となったことから、今後、各都道府県において、特別支援学校の統廃合が進むことが予想される。

小学校特別支援学級は、昭和53年に600学級にまで増加したが、その後平成6年まで減少傾向にあった。平成7年から再び増加の傾向となり、平成18年5月1日現在、669学級となった。中学校特別支援学級は、昭和63年に110校であったが、その後急増し、平成18年5月1日現在282校となった。

### (2) 特別支援学校（病弱）の在籍者数

図2は、特別支援学校（病弱）の在籍者数の経年変化を示している。当時の養護学校小・中学部在籍者数は、養護学校義務制実施年（昭和54年）に7,767人であったのを最高にその後減り続けた。平成14年には2,761人となったが、平成15年からはやや増加傾向に転じている。幼稚部・

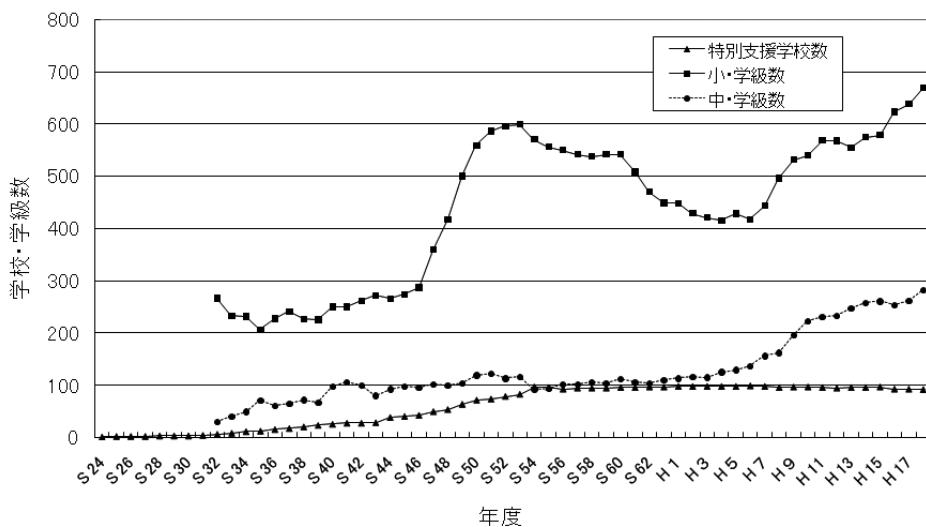


図1 特別支援学校（病弱）、病弱・身体虚弱特別支援学級の設置数の経年変化

高等部在籍者の経年変化については、幼稚部設置校が1校のみで在籍者数もごく少数であることから、その数値のほとんどが高等部在籍者数であると考える。養護学校義務制実施の昭和54年以降増加の傾向を示し、平成2年に1,162人となった。その後は、1,000人前後で推移していたが、平成10年以降漸増している。これは、特別支援学校(病弱)の高等部設置校の増加によるものと考えられる。平成19年度の高等部設置率は、63.7%である。

### (3) 病弱・身体虚弱特別支援学級在籍者数

図3は、病弱・身体虚弱特別支援学級在籍者数の経年変化を示している。統計データを取り始めた昭和32年に小学生の在籍数が7,877人と最も多かった。図1の学級数の経年変化からも

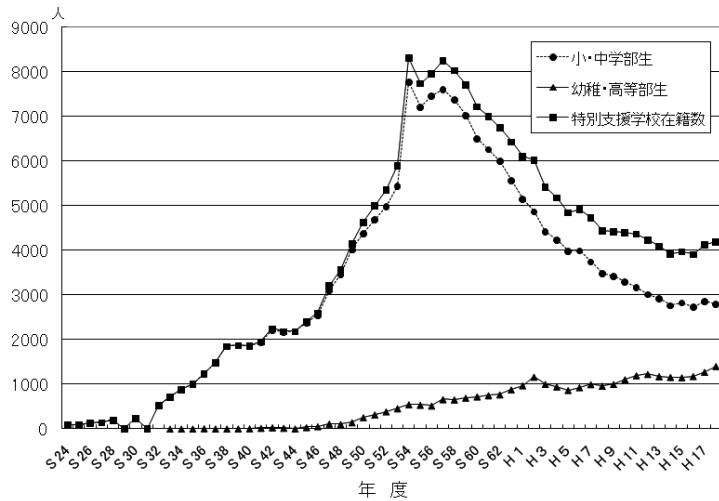


図2 特別支援学校（病弱）の在籍者数の経年変化

わかるように、この年の学級数が266学級と極めて少なかったことを考えると、1学級あたりの在籍者数が多かったことが伺える。当時、在籍児童の多くは結核等の疾患をもっており、結核予防対策が功を奏したことによって、その後在籍者数が急減することになった。

平成18年度の在籍者数は小学生1,279人、中学生449人である。しかしながら、この数値は5月1日現在のものであり、病弱・身体虚弱学級に在籍する児童生徒は、固定的に特別支援学級に在籍することはまれで、短期間での転入を繰り返したり、年間を通して多くの児童生徒が転入したりすることから、年度在籍者数の延べ人数は、さらに多いと考えられる。

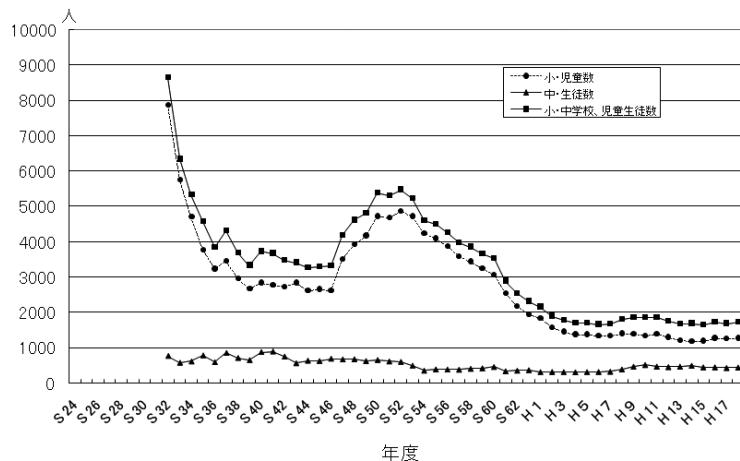


図3 病弱・身体虚弱特別支援学級在籍者数の経年変化

### 3 いわゆる院内学級に関する調査

日本における病弱教育のしくみとして、病院に入院治療している児童生徒が教育を受けるためには、特別支援学校（病弱）または病弱・身体虚弱特別支援学級が設置されている小中学校に転学しなければならない。一方、教育を受けることができる医療機関に入院していたものの、その期間が短期であったり、入院期間も見通しが不確定であったりしたために、それまで通学していた学校に在籍したまま入院生活をしている児童生徒の存在があった。原則的には、これらの児童生徒は、特別支援学校（病弱）、病弱・身体虚弱特別支援学級の教員による教育を受けることはできないことになっている。しかしながら、これらの児童生徒に対して特別支援学校（病弱）、病弱・身体虚弱特別支援学級の教員は、在籍している児童生徒と同様に何らかの教育支援を行っている場合があった。

平成17年12月に中央教育審議会から出された「特別支援教育を推進するための制度の在り方について（答申）」の中に、「いわゆる院内学級については、現行制度の維持を前提としつつ、短期間の在籍であっても学籍移動の手続きが必要となることや、児童生徒数の変動を適切に反映した学級編成を行うことが困難であるなどの課題が指摘されていることから、制度の運用実態を見きわめつつ、その在り方について調査研究を行う必要がある。」と記されている。

このことについて、国立特殊教育総合研究所は、2006年3月、都道府県、政令指定都市において、病院にある学校や学級を設置している小・中学校を対象に、また小・中学校の特殊学級が設置されていない自治体においては養護学校を対象にアンケート調査を実施した。（アンケート実施当時は、国立特殊教育総合研究所、特殊学級、養護学校という名称であったため、以下当時の名称で表記する。）

#### (1) 調査内容

疾患別人数、各月の在籍児童生徒数、在籍はしなかったがサービスを行った児童生徒数、通学状況等であった。

#### (2) 調査の方法

各自治体から病院にある小学校特殊学級、中学校特殊学級をそれぞれ1校ずつ選択抽出してもらい、質問紙郵送・回答方式のアンケート調査を行った。

#### (3) 調査結果

##### ①回収結果

小学校63学級、中学校58学級、養護学校10校からアンケートを回収し回答を得た。

##### ②疾患別在籍児童生徒数

図4は、疾患別在籍児童生徒数の合計を示している。腫瘍などの新生物が375人と最も多く、腎炎などの腎臓疾患172人、心身症などの行動障害121人と続いた。今回のアンケート調査の回答は、地域の拠点病院内にある学校・学級が多かったため、在籍児童生徒の疾患に偏りがみられた。現在、全国の小・中学校の病弱・身体虚弱特別支援学級は、在籍数が1人又は2人の学級が多くなっている。今後、地域の基幹病院で慢性疾患を診なくなつた病院の小規模学級の在籍児童

生徒の実態調査が必要であると考える。また、小児科医は、小児救急医療を専門とする状況にシフトしており、慢性疾患を専門とする小児科医の減少が続いている。慢性疾患を専門とする医師がいなくなれば、病棟に入院する子どもの疾患も変わってくるということになり、医療制度改革を考慮した病院にある学校の実態調査を行うことも大切である。

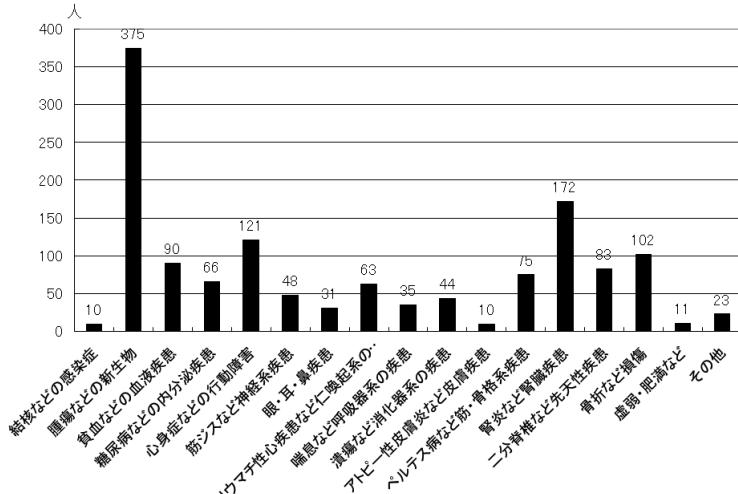


図4 疾患別在籍児童生徒数

### ③在籍児童生徒数の年間変動

図5は、在籍児童生徒数の年間変動を示している。養護学校在籍者数は、4月から年間を通してほぼ増加傾向を示した。小学校、中学校の病弱・身体虚弱特殊学級在籍者数は、4月から7月に増加傾向を示し、夏休み中はいったん減少するものの、9月から12月に再び増加傾向となり、冬休みに減少し、小学生は再び増加し、中学生はその後の増加はみられなかった。

全国の各小中学校において、学校保健法に定められた学校健康診断が、6月末までに終了するために、7月に急増すると考えられる。特に、健康診断で心臓疾患、腎臓疾患を疑われるケースが多い。教員配置の定数は、5月1日現在の在籍者数を基準としているため、児童生徒の在籍者数の増減に応じた教員の確保の方法は、病気のある子どもの教育保障には極めて重要な問題であり、より柔軟な教員の確保についてさらに検討を要する。

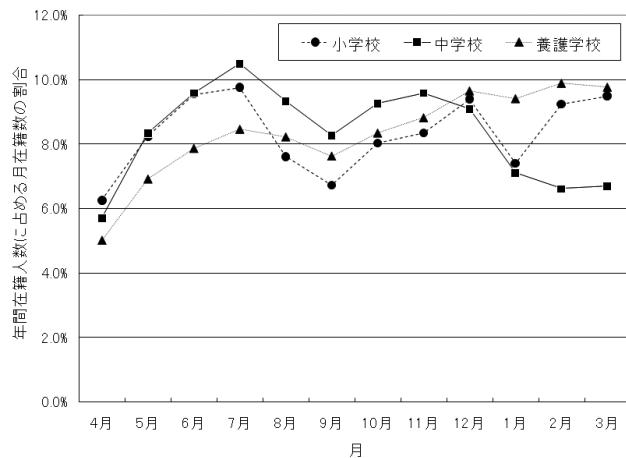


図5 在籍児童生徒数の年間変動

#### ④病院にある小学校特殊学級担当者が指導を行った児童生徒数

図6は、病院にある小学校特殊学級担当者が指導を行った児童生徒数について、それぞれの学年において、在籍、非在籍者ごとに示している。また、図7は、小学校における指導を行った全児童生徒に占める在籍者、非在籍者の割合を示している。

すべての学年において、指導を行った児童生徒の40%程度が在籍していない入院中の他校児童生徒であった。

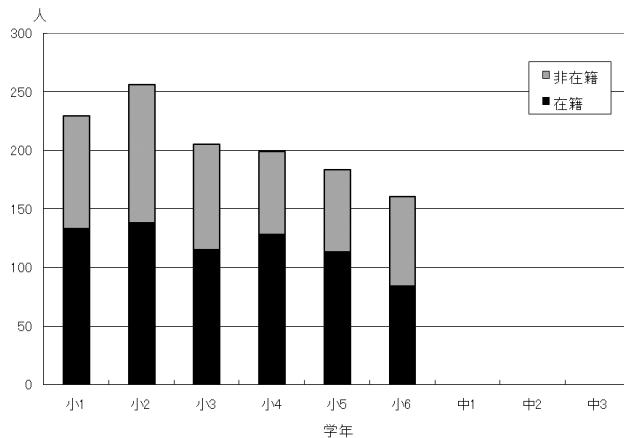


図6 病院にある小学校特殊学級担当者が指導を行った児童生徒数

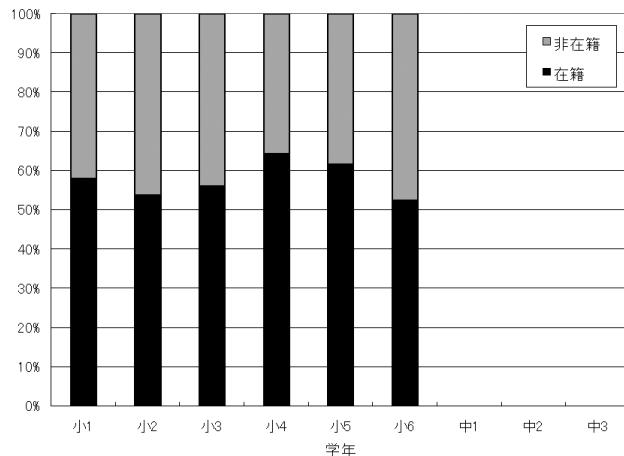


図7 指導を行った全児童生徒に占める在籍者、非在籍者の割合(小学校)

#### ⑤病院にある中学校特殊学級担当者が指導を行った児童生徒数

図8は、病院にある中学校特殊学級担当者が指導を行った児童生徒数について、それぞれの学年において、在籍、非在籍者ごとに示している。また、図9は、中学校における指導を行った全児童生徒に占める在籍者、非在籍者の割合を示している。

中学校の担当者が、入院中の他校の小学生の指導を行っている事例があった。また、指導を行った児童生徒のうち中学1年の31.1%、中学2年の35.4%、中学3年の42.5%が、在籍していない入院中の他校児童生徒であった。

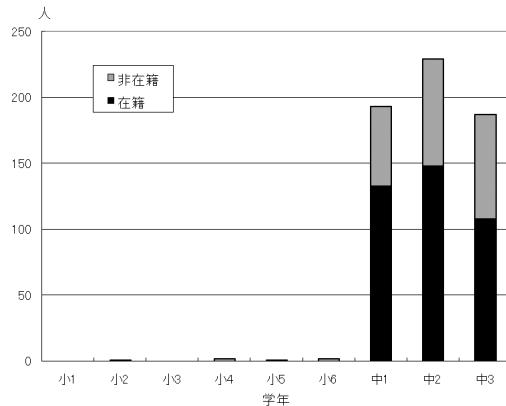


図8 病院にある中学校特殊学級担当者が指導を行った児童生徒数

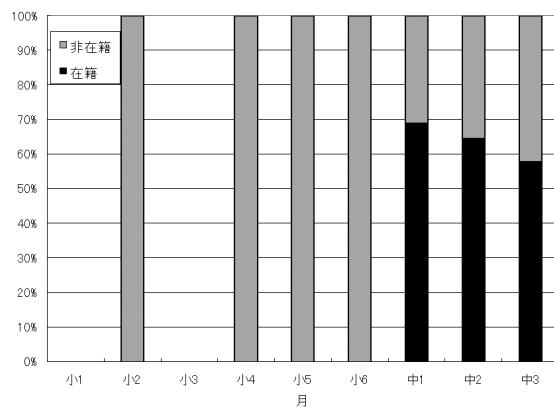


図9 指導を行った全児童生徒に占める在籍者、非在籍者の割合(中学校)

#### ⑥病院にある養護学校担当者が指導を行った児童生徒数

図10は、病院にある養護学校担当者が指導を行った児童生徒数について、それぞれの学年において、在籍、非在籍者ごとに示している。また、図11は、養護学校における指導を行った全児童生徒に占める在籍者、非在籍者の割合を示している。

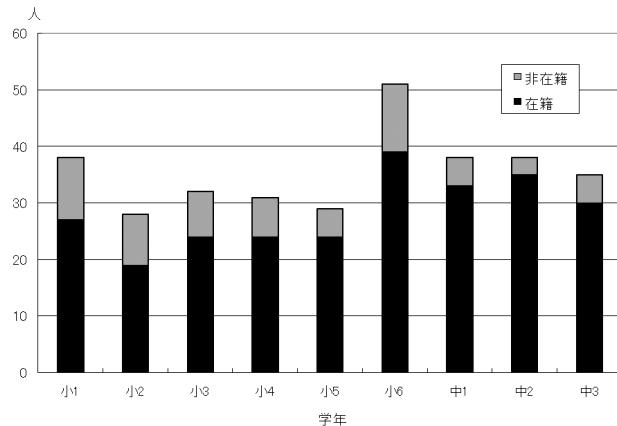


図10 病院にある養護学校担当者が指導を行った児童生徒数

すべての学年において、養護学校に在籍していない他校の児童生徒の指導を行っていた。しかし、その割合は、小・中学校の病弱・身体虚弱特殊学級のそれに比して少ない傾向が見られた。

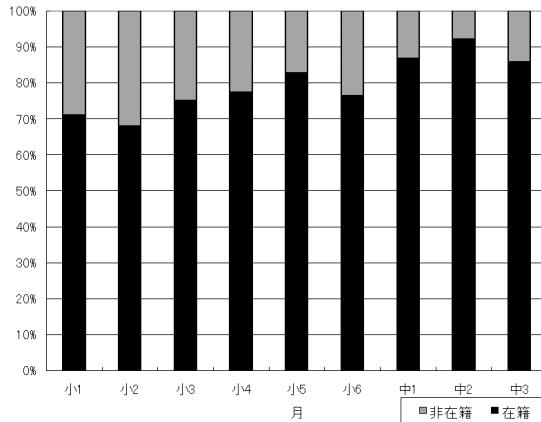


図 11 指導を行った全児童生徒に占める在籍者、非在籍者の割合（養護学校）

養護学校のある病院に入院した場合は、学校教育について病院関係者と学校関係者との連携がとれており、転校に際する教育相談等も専属の担当者が実施するなど組織的な取組が、特殊学級よりもなされることが多い。入院に伴い、教育を受けるために転校することに躊躇する保護者も多くみられるが、この点において、養護学校への転校ということに躊躇する場合はあるものの、その意義等を保護者や本人に理解してもらう機会が多く、転校手続きをとる場合多いため、非在籍者の割合が少ないと考える。

#### ⑦在籍しない児童生徒への教育サービスの実施について

在籍しない児童生徒への教育サービスの実施の有無の回答について、「行っている」が、82校(80%)、「行っていない」が21校(20%)であった。

#### ⑧在籍しない児童生徒に指導を行った場合の出席扱いについて

在籍しない児童生徒に指導を行った場合に、在籍している学校で出席扱いとなるか否かについての回答は、「出席扱いとする」が、31校(37%)、「出席扱いとはならない」が53校(63%)であった。出席扱いとする理由については、校長同士の話し合いでの取り決め事項、適応指導教室と同様の扱い、通級による指導と同様と解釈、交流及び共同学習と解釈などであった。

#### ⑨由記述の内容

アンケートの最後に、いわゆる院内学級に関する意見、要望について自由記述を求めた。その記述内容を以下に記載する。

##### ア 研修について

- ・院内学級担当教諭以外の教諭、管理職、養護教諭の研修が必要である。
- ・院内学級での指導に関する専門性のある教員確保が難しい。

##### イ 学籍について

- ・摂食障害による入院の際、医師の要望（精神的負担を軽減するとの理由）により学籍を移せない。
- ・中学3年生は、高校受験に関して地元校の在籍でないと不都合が多い。
- ・5月1日の在籍数で教員を配置するため、在籍数の変動が激しい院内学級では、安定した教育環境の提供が困難になる。

##### ウ 病院・関係機関との連携

- ・保護者への心理ケアなど、学校だけでは対応が難しい場合に関係機関との連携が必要である。
- ・小児科だけでなく、病院内全ての「科」に入院している児童生徒が教育を受けられるよう病院との連携が必要である。

#### エ 指導内容

- ・どの学年の児童が入級しても対応できるように、教師用の教科書や指導書を全学年そろえた  
いが、予算の関係で難しい。
- ・ベッド学級用として、予算を確保したい。
- ・児童一人に対する指導時間が短く、十分な指導ができないため工夫が必要である。
- ・入級の際、際児童生徒、保護者の気持ちへの配慮、学籍書類の作成、事務手続きにかなりの  
神経を使う。
- ・在籍する学年が様々な場合、5名以上になると十分な指導はできなくなる。このような場合、  
指導者の加配があるといい。
- ・中学校の場合、院内学級に複数（体育を除く8教科の教科指導教員）の教員が本校からそれ  
ぞれが車で通っているが、かなりの負担になっている。院内学級の教員配置に配慮が必要だ  
と思う。

#### オ 体制・制度

- ・退院後、ボディーイメージに関する劣等感などから不登校傾向になる場合がある。院内学級  
への通級を認めてほしい。
- ・院内学級のない病院に入院している児童生徒への訪問教育を実施するための教員配置をして  
ほしい。
- ・新学期に在籍数が0だと、学級が閉級になってしまう。そのため、年度途中で入院すると教  
育を受けることができない現実がある。（一方、4週間以上入院する場合に学級が開設される  
という決まり事があるとの報告があった）
- ・国立校、私立校から院内学級に転校した場合、前籍校に戻ることができるかという不安を常  
に持っている。
- ・短期入院が多くなっており、籍を移動せずに、院内学級での教育を受けることができるよう  
にならないか。
- ・知的障害、発達障害を併せ持つ児童生徒の入級が増えている。
- ・中学校の場合、全教科を一人で指導することは困難である。

#### ⑩まとめ

いわゆる院内学級の運用方法は、地方自治体によって対応が様々であることが再認された。病  
気によって入院治療することに伴い、特別支援学校（病弱）や小・中学校の病弱・身体虚弱特別  
支援学級に転校して教育を受ける児童生徒の多くは、退院後は、再び前籍校に戻っていく。病気  
の子どもの教育について、各自治体レベルでどのように考え教育的対応を図っていく必要がある。  
そのための啓発も今後大切となると考える。

また、かなりの割合で、病院にある学校の教員が非在籍児童生徒に対して、教育的サービス  
を行っている実態が明らかになったが、この事実をその児童生徒が在籍している小・中学校や管  
轄する教育委員会が把握しているかどうかは、病気の子どもの教育の制度を考える場合、重要な  
事項となる。さらに、この教育的サービスを受けた非在籍児童生徒の指導要録等に記録としてど

のように評価するかも大きな課題となる。今後、この点は検討の必要があろう。

さらに短期間の入院や、入院期間が入院当初に予測がつかない場合等の教育保障の問題がある。白血病や腎疾患などクリティカルパスに従って進めていく疾患の場合は、ある程度入院期間があらかじめ予測される。その他の疾患の場合、たとえば不明熱などはしばらくの検査入院の後にリウマチや膠原病と診断され、長期入院に結果として変更になる。このような場合には、小・中学校の通級指導教室の他校通級制度を運用したり、特別支援学校(病弱)のセンター的機能を用いたりすることにより教育対応を行うことができるのでないだろうか。

また、入院治療を終了した後、退院と同時に前籍校に再転校するケースが多い。この場合、自宅療養等が必要な場合、すぐに小・中学校に登校することは難しい。そして、結果的には不登校になることがある。つまり、病気で入院している期間は、いわゆる院内学級による教育を受けることができるが、自宅療養だった時点で教育を受ける機会がなくなることになる。このことを解消するため、例えば小・中学校の通級による指導を積極的に実施したり、地方教育委員会の教育センター等から巡回指導教員を派遣して教育を行うなど、何らかの仕組みや制度を模索することが必要であると考える。

#### 4 病気を理由に長期欠席している児童生徒について

表1は、2006年度間に30日以上欠席した児童生徒について、欠席の理由別に示したものである。病気を理由に年間30日以上欠席した小学生は26,263人、中学生は19,216人であった。2005年5月1日現在の全国の盲・聾・養護学校(現行の特別支援学校)の在学者数が、小学部31,677人、中学部22,653人であることと比較すると、病気を理由に長期欠席している児童生徒数の多さが改めて認識される。病気を理由に長期欠席している児童生徒は、不登校で長期欠席している、小学校22,709人、中学校99,578人とは区別して集計されている。不登校に関しては、文部科学省初等中等教育局児童生徒課が、「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」を実施している。この調査の結果、本来、病気を理由に長期欠席している児童生徒とは区別しているはずの不登校ではあるが、「不登校となったきっかけと考えられる状況」には、本人の問題に起因の区分内に「病気による欠席」が項目としてある。このことは、「学校基本調査」と「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」とが曖昧に実施されていることを示しており、

表1 理由別長期欠席者数

平成17年度間	計	病 気	経済的 理 由	不登校	その他
小学校	59,052	26,263	79	22,709	10,001
中学校	128,562	19,216	210	99,546	9,590
合計	187,614	45,479	289	122,255	19,591

文部科学省平成18年度学校基本調査

(注)「長期欠席者」とは、平成17年4月1日から平成18年3月31日までに30日以上欠席した児童生徒をいう

病気を理由にした長期欠席者対策と不登校対策とが共通の課題を抱えていることになる。そのため、病気を理由に長期欠席している児童生徒の対応については、特別支援教育の視点だけではなく、生徒指導の視点も必要であり、ともに協働することが必要であろう。

病気を理由に長期欠席している児童生徒の多くは、小・中学校の通常の学級に在籍している。そこで、通級による指導の制度を積極的に運用して、通級指導教室での授業や教師の巡回指導等により、これらの児童生徒の教育を実施することも今後検討に値すると考える。

## 5 さいごに

現在、日本においては医療改革、教育改革がともに進行している。このような状況において、医療関係者と教育関係者とができる限りの情報共有を図り、病気のある子どものQOLが高まるよう努めることが大切である。特殊教育から特別支援教育へと移行が開始され、これまでの特別支援学校(病弱)や小・中学校の病弱・身体虚弱特別支援学級の在り方が、病気のある子どもの教育保障の状況に大きく影響を及ぼすことになる。

病気があることは、子どもが健やかに成長・発達する過程に多少なりとも好ましくない影響を及ぼす。特に学齢期では、学校生活が満足に送れないことで、友人関係をうまく作れなかったり、社会生活に適応する準備が遅れたりする。このことによって、学習の遅れが生じたり様々な社会経験が不足したりして、その結果、自信ややる気をなくしてしまう。ときには、不登校になってしまうこともある。

そこで、小・中学校の管理職、通常学級の担任、養護教諭には、病気の子どもへの教育の必要性を理解していただくことが重要となる。病気に伴う不利益を軽減するためには、病気の子どものが、病気療養中にも学校とつながりを持ち続けることによって、学習の遅れをなくし、心理的な安定を得ることができる。さらに、病気という経験が、その子どもの自主性・積極性・社会性を養うなど心理的・社会的発達にも重要な意義をもつ。

病院にある学校の運用については、その地域の実情にあわせた方法をとらざるを得ない状況にあるが、すべての自治体、そして学校の教育関係者が病気のある子どもの教育である病弱教育の必要性を認識し、現行の学校制度を弾力的に運用することによって、病弱教育システムを作り上げることが今、求められている。

(付記) 本研究に伴う研究協議会等において、丹羽登文部科学省初等中等教育局特別支援教育課特別支援教育調査官、島治伸徳島文理大学教授、武田鉄郎和歌山大学教授、西牧真里関西福祉科学大学講師、平賀健太郎大阪教育大学講師の各先生方には、貴重なご意見を頂戴いたしました。記して、お礼申し上げます。

## 参考文献

- 1) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課：就学指導資料,2002.
- 2) 文部省：病弱教育の手引；指導編,1985.
- 3) 横田雅史：いわゆる院内学級を巡る諸問題，小児保健研究,62(3),301-309,2003.
- 4) 小沼里子：我が国及び主要国における小児医療政策の現状と課題，国立国会図書館調査資料 平成17年刊行分，少子化・高齢化とその対策 総合調査報告書，第3章,2004.

## 第4章

病弱特別支援学校高等部の地域における役割に関する研究

## 第4章 特別支援学校（病弱）高等部の地域における役割に関する研究

－準する教育課程における転入生徒の支援のあり方を中心に－

西牧 辰典（福島県立須賀川養護学校・国立特別支援教育総合研究所平成19年度研究研修員）

### 1 はじめに

平成19年(2007)4月から、「特別支援教育」が制度として学校教育法に位置づけられ、すべての学校において、障害のある児童生徒の支援をさらに充実していくこととなった。

文部科学省は平成17年(2005)「中央教育審議会」の「特別支援教育を推進するための制度のあり方について(答申)」の中で「特別支援教育とは、障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けた主体的な取組を支援するという視点に立ち、児童生徒一人一人の教育的ニーズを把握し、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するため、適切な指導及び必要な支援を行うものである。」と述べている。これをうけて改正教育基本法は平成18年(2006)第4条2が新設され「国及び地方公共団体は、障害のある者が、その障害の状態に応じ、十分な教育を受けられるよう、教育上必要な支援を講じなければならない。」としている。第6条2の新設では「前項の学校においては、教育の目標が達成されるよう、教育を受ける者の心身の発達に応じて、体系的な教育が組織的に行われなければならない。この場合において、教育を受ける者が、学校生活を営む上で必要な規律を重んずるとともに、自ら進んで学習に取り組む意欲を高めることを重視して行われなければならない。」としている。ここでの「学校」とは、学校教育法第1条で「この法律で、学校とは、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、大学高等専門学校、特別支援学校とする。」と規定されている。

特別支援教育においては、平成14年(2002)「学校教育法施行令の一部改正について(通知)」で「社会のノーマライゼーションの進展、教育の地方分権の推進等の特殊教育を巡る状況の変化を踏まえて、障害のある児童生徒一人一人の特別な教育的ニーズに応じた適切な教育が行われるよう就学指導の在り方を見直すため」として就学基準の見直しを行った。特別支援学校（病弱）については、「医療等に要する期間の予見が困難になっていることに加えて、入院期間の短期化と入院の頻回化傾向がみられることを踏まえ、「六月以上」医療又は生活規制を必要とする程度の者を病弱者とする規定を改め、「継続して」医療又は生活規制を必要とする程度の者を病弱者と規定したこと。」として学校教育法施行令第22条の3を改正している。

近年、特別支援学校（病弱）は、発達障害(LD・ADHD、高機能自閉症)、心身症、精神疾患のある児童生徒の漸増に伴い、その支援は様々な課題を抱えるようになってきている。さらに学校、医療との連携についても隣接する病院に小児科医や精神科医が常勤していない、小児科病棟の閉鎖、混合病棟の増加等、学校を取り巻く社会的環境も変化している。この変化の中で高等部では、近隣の中学校からの入学生が多くなっている。また、平成18年度学校基本調査において高等学校との転入・転出状況では、特別支援学校（知的障害、肢体不自由、病弱・虚弱）への転入が3,066人、転出が193人となっている。転入は、全国高等学校（全日制・定時制）入学者全体の0.26%とわずかであるが障害や疾病により特別支援学校に転入している現状がある。

高等学校においては、文部科学省による「高等学校教育の改革の推進」で「生徒一人ひとりの個性を最大限に伸張させるために、学習の選択幅ができる限り拡大して、多様な特色ある学校づくり」<sup>1)</sup>から高等学校改革が行われている。学科においては、普通科、専門学科、総合学科があり、課程においては全日制、定時制、通信制の課程をおいている。また、学年制をとらない単位制での単位修得ができるシステムをとっている学校も増加している。このように多様な学科や課程のある高等学校との転入・転出は、高等学校の教育課程と特別支援学校高等部の準ずる教育課程で相互の履修教科・科目が関係してくる。ここで互換性がなければ再受験となることもある。このことは学習の遅れへの不安、将来への不安等、心理的に抱える負担が大きくなることにつながる。入院や自宅での療養を余儀なくされている生徒にとっては、学校とつながりを持ち続けることにより心理的に安定を得ることができる<sup>2)</sup>。安心していつでもどこでも学べることができる学習の機会が必要ではないだろうか。

福島県立須賀川養護学校高等部においては、毎年地域の中学校から入学してくる生徒の割合が本校中学部のそれより多く、多くは不登校や精神疾患のある生徒である。高等部に入学して登校状況が改善されるものの一部の生徒は不登校傾向にある。在学中に症状の悪化により入院する生徒もいる。進級や卒業には単位修得が必要となるため、入院による欠席や学習に遅れは精神的にも負担となる。また、数は少ないものの高等学校からの転入から逆に積極的に本校から高等学校へ転出する生徒もある。

そこで本研究においては、福島県立須賀川養護学校高等部及び高等学校の現状と課題を明らかにし、準ずる教育課程の転入・転出における教科・科目の履修と学習支援のあり方及び地域における特別支援学校（病弱）高等部の役割について考察する。

## II 研究の目的

福島県立須賀川養護学校高等部及び高等学校の現状と課題を明らかにし、準ずる教育課程の転入・転出における教科・科目の履修と学習支援のあり方および地域における特別支援学校（病弱）高等部の役割について検討する。

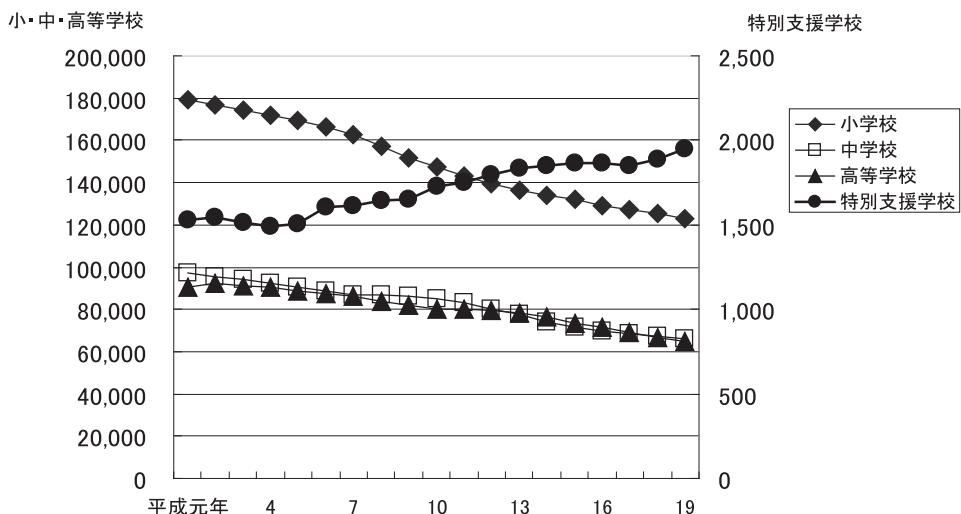
## III 研究の内容および方法

研究の内容	研究の方法
1 福島県の小学校、中学校、高等学校の現状と取り組み	統計調査資料の分析
2 須賀川養護学校における高等部在籍生徒の実態から課題を明らかにする。	資料の整理・分析
3 神奈川県立高等学校の生徒の実態から課題を明らかにし、病弱教育のニーズを考察する。	資料の整理・分析 観察による聞き取り調査
4 福島県立高等学校の「特別な支援を必要とする生徒」への支援の取り組みから、後期中等教育における特別支援学校（病弱）との連携のあり方を考察する。	資料の分析 文献による整理 観察による聞き取り調査
5 不登校に対する民間機関の取り組みから学校外での学習の場について検討する。	観察による聞き取り調査
6 地域における特別支援学校（病弱）の役割について考察する。	総合考察

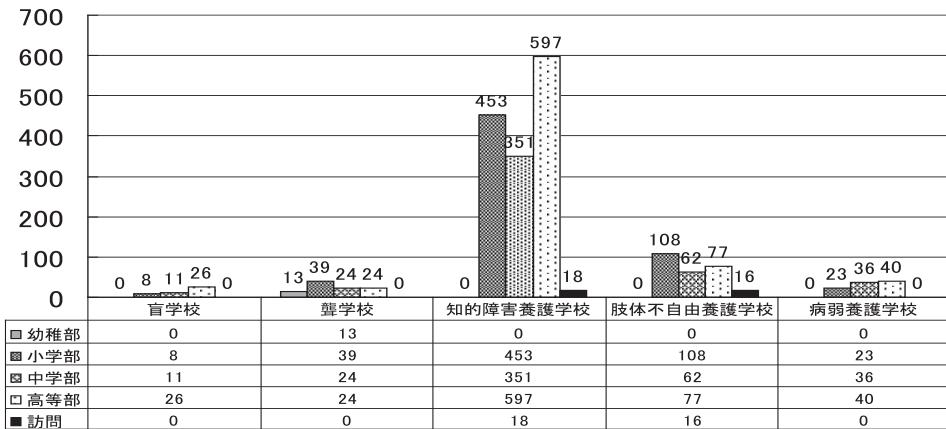
## IV 統計調査から見る福島県の現状

### 1 学校種別在籍児童生徒数

小学校、中学校、高等学校とともに在籍児童生徒は減少しているが、特別支援学校においては漸増傾向にある。特に知的特別支援学校の高等部に増加の傾向が見られ、特別支援学校へのニーズは高いものとなってきている<sup>3)</sup>（図IV-1、2）<sup>3)</sup>。



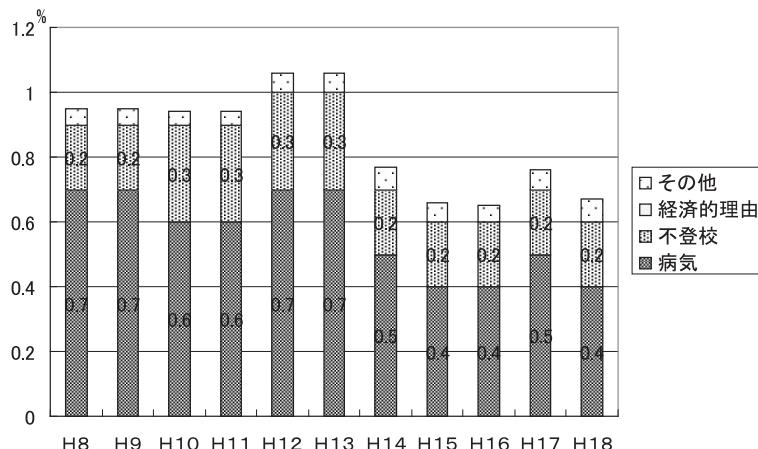
図IV-1 福島県学校種別在籍児童生徒数



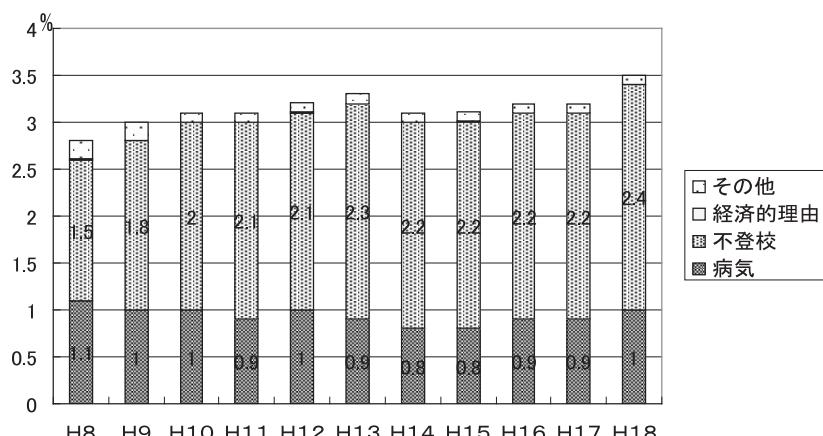
図IV-2 平成19年度福島県特別支援学校在籍児童生徒

## 2 理由別長期欠席児童生徒数

図IV-3は、小学校における30日以上の理由別欠席児童数割合の推移である。小学校では病気による欠席が多い。また、不登校の割合が一定して在籍している。中学校では不登校の割合が多くなってきていている。小学校から引き続き不登校だった生徒に加え、新たに不登校になった生徒が増加している(図IV-4)。

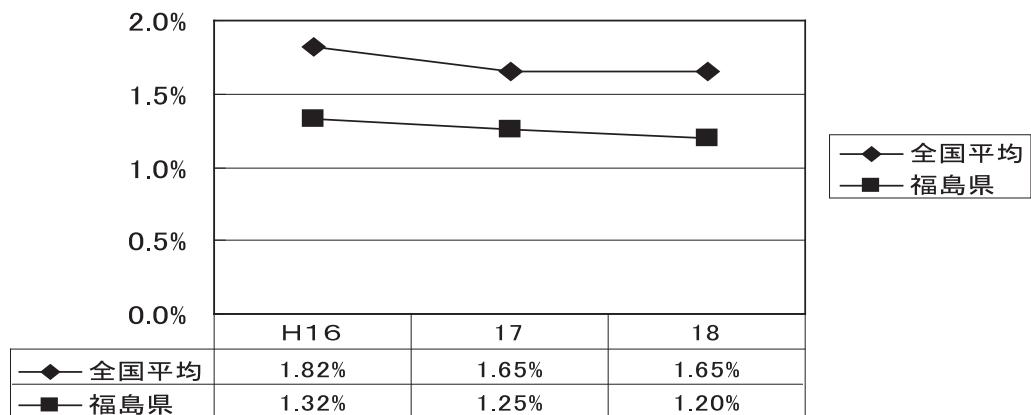


図IV-3 福島県における小学校30日以上長期欠席児童数の割合

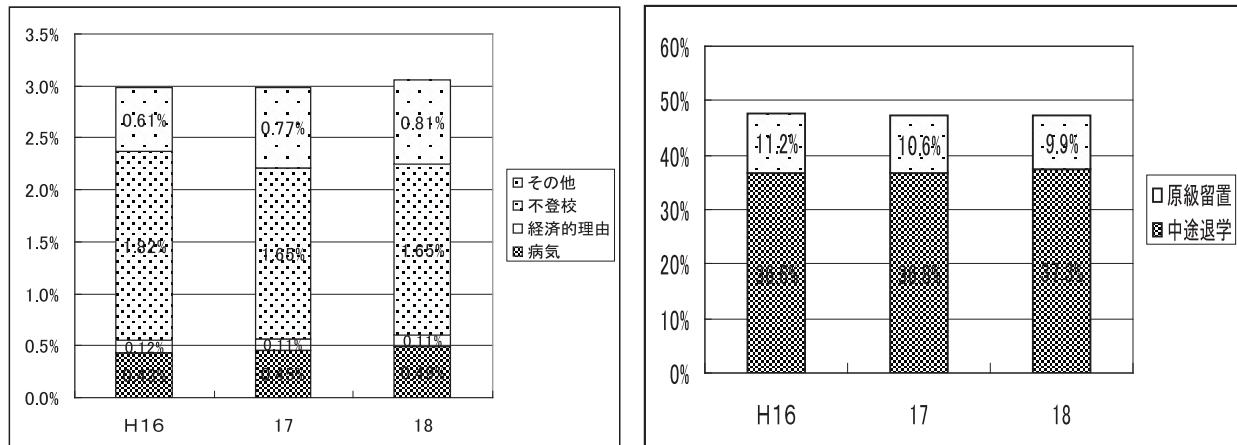


図IV-4 福島県における中学校30日以上長期欠席生徒数の割合

高等学校においては、文部科学省の「生徒指導上の諸問題の現状について」の中で、平成16年度から理由別長期欠席者数を調査するようになった。福島県については、不登校についてのみ公表されている。図IV-5は在籍生徒数における不登校生徒の割合を示している。福島県は、全国平均と比較するとやや低い割合となっているが、平成16年度951人、平成17年度863人、平成18年度798人の不登校生徒が在籍していた。



図IV-5 全国平均と福島県の高等学校における不登校生徒数の割合



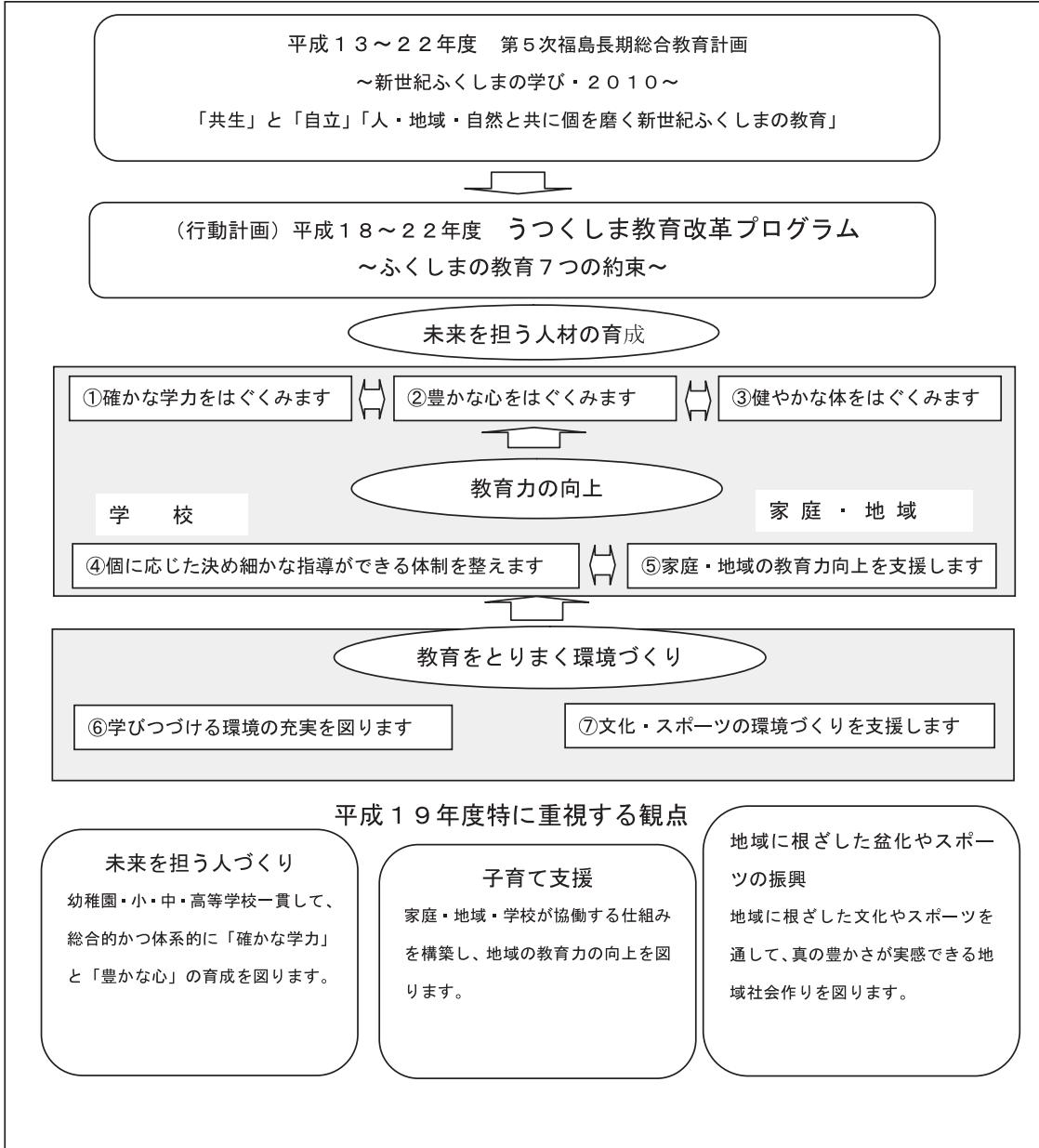
図IV-6 全国の高等学校理由別長期欠席生徒数の割合

図IV-7 全国の不登校生徒のうち中途退学・原級留置になった生徒数の割合

図IV-6は、全国の高等学校の在籍する生徒の理由別長期欠席生徒数の割合である。病気による欠席者数については平成16年度15,811人、平成17年度16,170人、平成18年度17,194人、不登校は平成16年度67,500人、平成17年度59,419人、平成18年度57,544人である。全国的に長期欠席生徒全体では毎年10万人を超えており、図IV-7では不登校生徒についてだけであるが不登校により中途退学・原級留置をした調査結果がでている。中途退学者数は平成16年度24,725人、平成17年度21,882人、平成18年度21,485人である。原級留置者数では平成16年度7,551人、平成17年度6,291人、平成18年度5,703人となっている。不登校になった生徒の半数近くは中途退学や原級留置になる可能性が高いことがわかる<sup>4)</sup>。

### 3 特別支援教育への福島県の取り組み

**表IV-1 うつくしま教育改革推進プログラム 平成19年3月**  
出典「第5次福島長期総合計画」(平成20年1月 福島県教委育委員会より引用)



福島県においては、「うつくしま教育改革プログラム」(第5次福島県長期総合計画 平成13年度～平成22年度)を策定し(表IV-1)、「共生と自立」を基本理念に取り組んでいる<sup>5)</sup>。平成19年度は「7つの約束」としての各事業が実施されている(表IV-2)。特別支援教育に関する主な事業では、不登校対策推進事業として不登校等の学校不適応問題の解決に向け小・中・高等学校にスクールカウンセラーの配置の増員等、LD等の中高連携型生徒支援事業として学習支援員や相談員の配置等、特支援教育進路達成プラン事業等の他に、共に学ぶ環境づくりの推進事業では、引き続き小・中・高等学校に在籍する特別な支援を必要とする児童生徒への支援体制整備と環境整備を実施している。ここでは身体に障害のある児童生徒に対して、介助員がつくことで通常の学級での学習が可能と判定された場合に介助員の配置と市町村に人件費の補助を行う。

表IV-2 うつくしま教育改革推進プログラム 平成19年3月

出典「第5次福島長期総合計画」(平成20年1月 福島県教委育委員会より引用)

◎県重点事業 □教育庁重点事業

約束① 確かな学力を はぐくみます	◎ふくしまの未来を担う人材育成プラン ◎特別支援教育進路達成プラン事業 ◎地域を担う人材育成のための学習サポート事業 ◎医学部進学希望生徒の意識啓発事業 ◑「英語が使える人材育成」ふくしまプラン
約束② 豊かな心を はぐくみます	◎ふくしまの自然環境こども博士事業 ◑十七次のふれあい事業 ◎地域ぐるみの学校安全体制整備須賀賑事業 ◑いのち輝く「小さな読書人」育成プラン □不登校対策推進事業 ◑「ふくしま子ども憲章」推進事業 □夢をはぐくむいのち生きいきプロジェクト事業 ◑子ども24時間いじめ電話相談事業
約束③ 健やかな体を はぐくみます	◎依頼へつなぐ食育推進事業 □食育推進体制整備事業 □児童生徒の体力向上推進事業 □県立学校等自動対外式除細動器整備事業
約束④ 個に応じたきめ細 かな指導ができる 体制を整えます	◎双葉地区教育構想推進事業 □うつくしまっ子みらいプラン □少人数教育充実プラン □地域教育相談推進事業
約束⑤ 家庭・地域の教育 力向上を支援しま す	◎地域教育力推進事業新事業 ◑父と母の学びと育ち支援事業 □放課後子どもプラン ◑社会教育パワーアップセミナー ◎10代の性いのち生きいきプロジェクト事業 □地域で育つふくしまの子ども育成支援事業
約束⑥ 学び続ける環境の 充実を図ります	◎全国生涯学習フェスティバル開催準備事業 □県民カレッジ推進事業 生涯学習ボランティア活動推進事業 体験活動・ボランティア推進事業
約束⑦ 文化・スポーツの 環境づくりを支援 します	◎声楽アンサンブルコンテスト全国大会開催 ◎アクアマリン子ども体験館（仮称）整備事業 □全国高等学校総合文化祭開催体制準備事業 □ふるさと文化の再発見事業 □埋蔵文化財周知事業 ◎フリースタイルスキー世界選手権猪苗代大会開催事業 □「ふくしまトップアスリート」サポート事業 うつくしま広域スポーツセンター事業

また、重度視覚障害のある児童生徒を通常の学級に就学させる場合に必要となる教材・備品の貸与等を行う。病弱教育に関しては、地域教育力推進事業の中で病院訪問学習支援の充実として、特別支援学校（病弱）を併設していない病院や病院内学級を設置していない病院に入院している児童生徒に対して学習支援ボランティアを派遣し、医療との連携の下、入院に伴う心理的負担等の軽減を図るとともに、児童生徒の病状等に応じた教科の自己学習を支援するとしている。

## V 福島県立須賀川養護学校高等部の現状と課題

### 1 本校の概要

#### (1) 設立の経緯

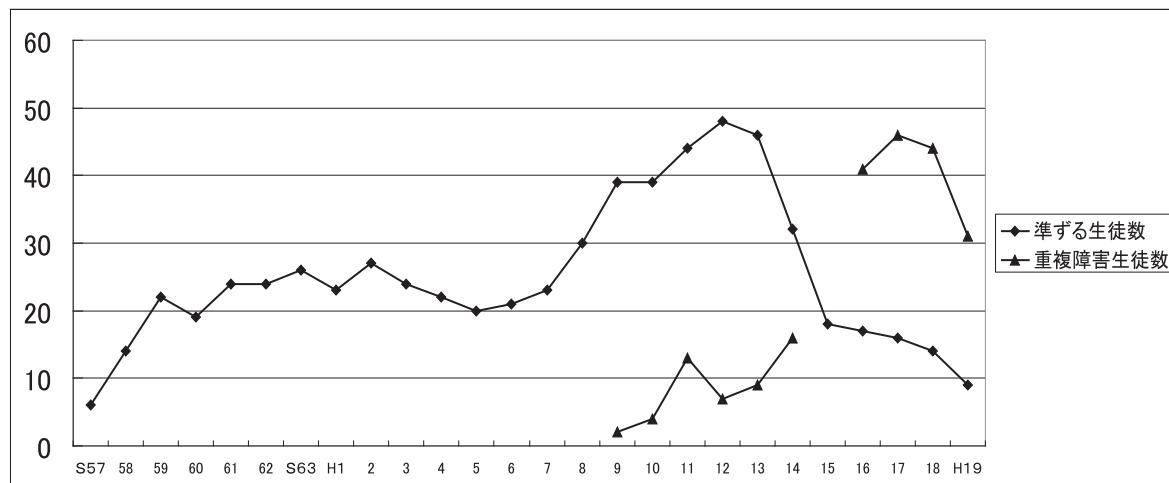
昭和33年4月1日国立福島療養所（現 独立行政法人国立病院機構福島病院）小児病棟内に須賀川市立第一小学校、同第三中学校の養護学級として開設され県内唯一の病弱教育を開始する。開設された背景には、もともと国立福島療養所は結核療養所であり、長期療養を必要とする結核児に対する教育のためであった。しかし、実際は結核児だけでなく病弱児や小児慢性疾患の子どもたちに対する教育の保障のためでもあった。昭和48年には福島県立須賀川養護学校として病弱養護学校が初めて設置されたのである。

#### (2) 教育課程

全日制普通科においては高等学校に準ずる教育課程を編成している。1学年は必履修教科を中心に編成し、2学年からは進路に応じて3つのコースを設定している。学習の基礎基本コース、卒業後の一般就労に向けた就労コース、進学を希望する生徒には進学コースがある。進学コースは大学や専門学校に応じて教科・科目を選択できる2つのコースがある。また、一部に商業の教科を取り入れ、ワープロ検定での資格取得に積極的に取り組んでいる。重複障害課程においては、知的障害特別支援学校の学習指導要領の領域・教科で編成する課程と医療的ケアを必要とする重度の障害がある生徒には自立活動を主とする教育課程を編成している。

#### (3) 在籍生徒数の推移

昭和57年高等部に入学生を迎え、平成9年には重複障害学級が設置された。図V-1では準ずる教育課程の生徒が減少傾向にある。これは慢性疾患のある生徒が減少したことに加え平成15年には隣接している独立行政法人国立病院機構福島病院に常勤の小児科医が少なくなり、入院等の対応ができなくなることが要因のひとつとなっている。重複障害のある生徒については近隣中学校の特別支援学校級に在籍していた知的障害のある生徒が入学するようになり増加している。

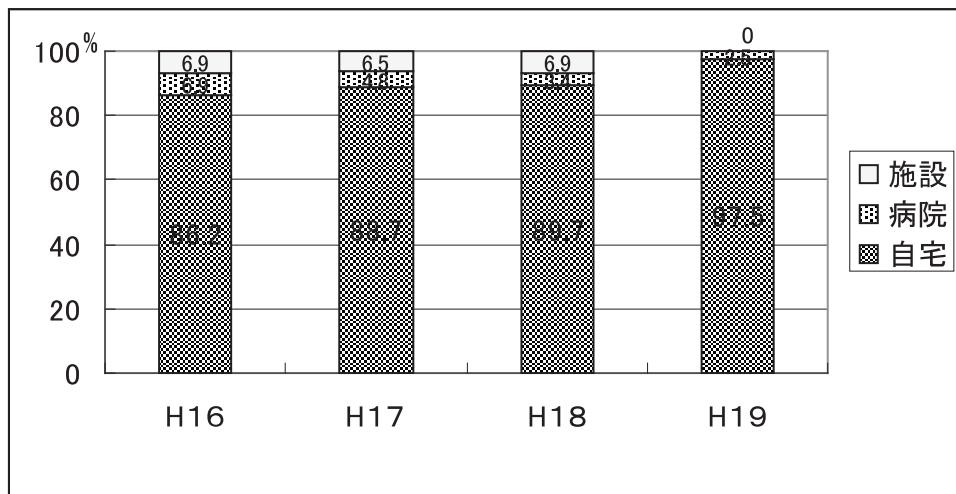


図V-1 本校における生徒数の推移

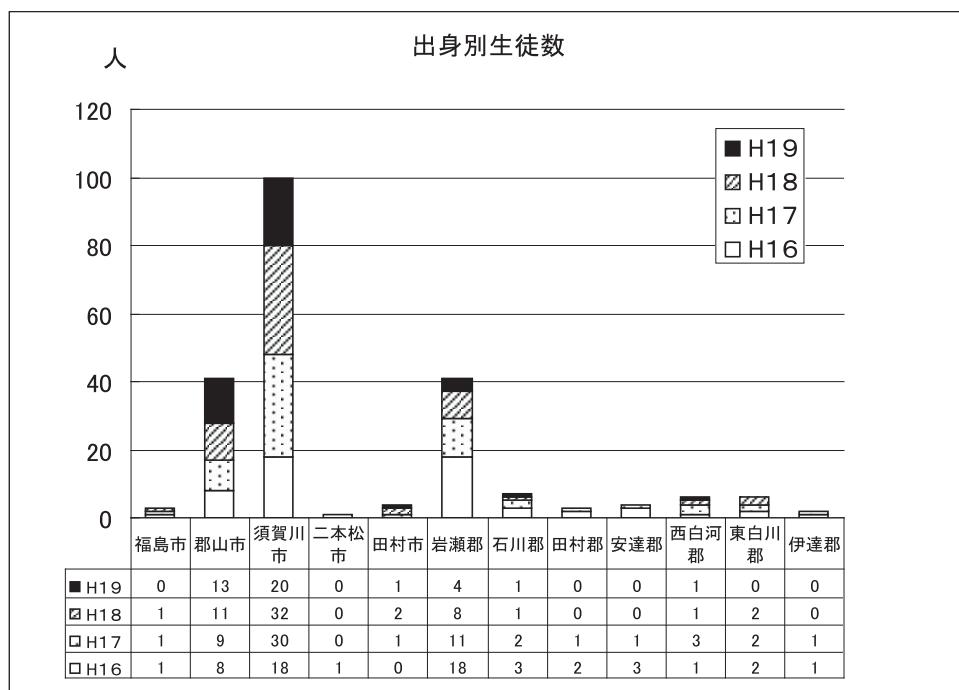
## (4) 通学状況

現在は、通学生の割合が多く占めている。障害や病気の状態によっては保護者の送迎での通学生と交通機関を利用しての通学生が在籍している。また、一部の生徒はスクールバスを利用している。自力での児童生徒の通学は自立を促すためにも有効なものとなっている。(図V-2)

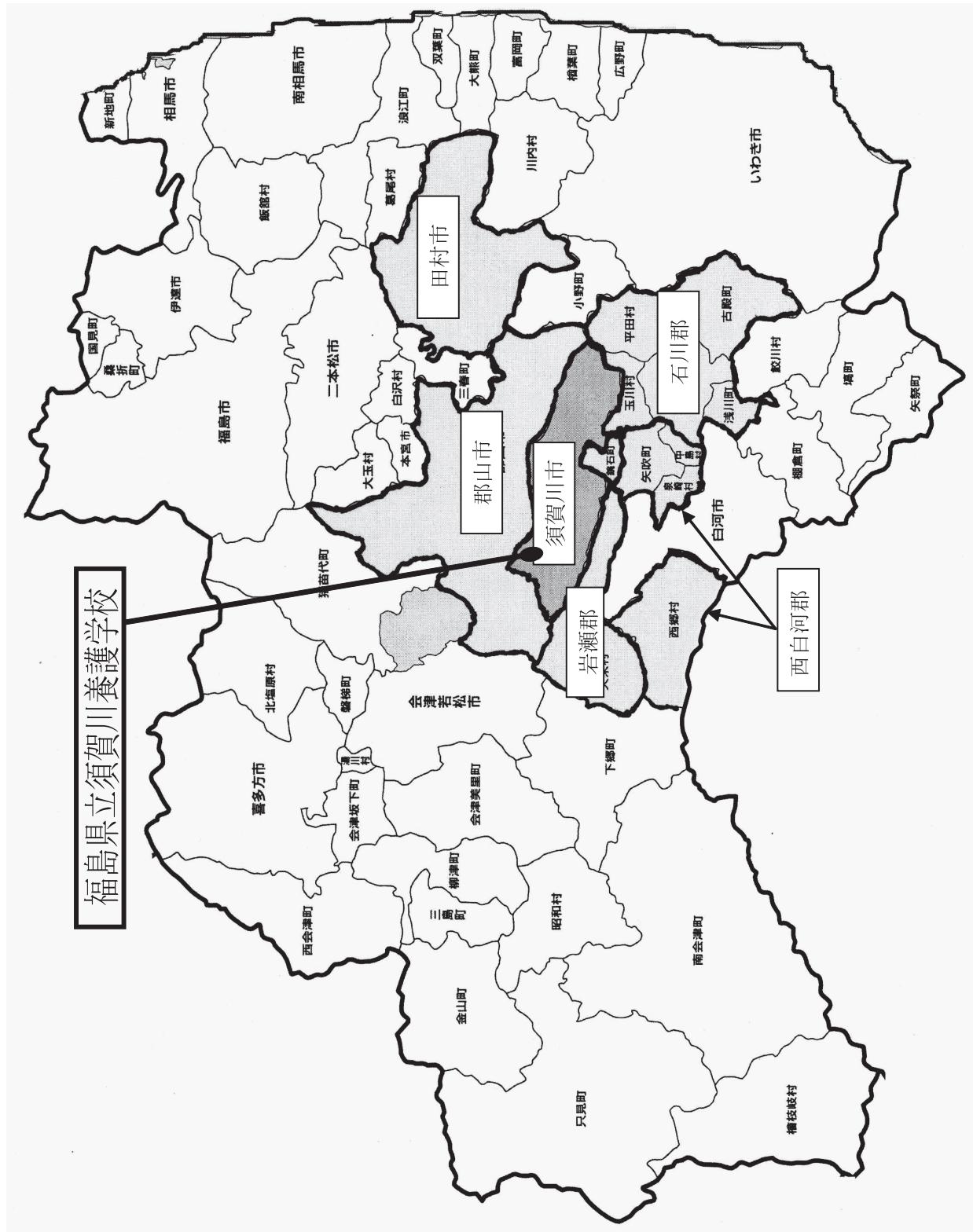
図V-3は、高等部在籍生徒の出身別生徒数である。図V-4は、高等部在籍生徒の出身地域を示している。本校が設置されている須賀川市からの生徒が多い。平成19年5月1日現在の各出身地別生徒数の割合は、須賀川市50%、郡山市33%、岩瀬郡10%、田村市3%、石川郡3%、西白河郡3%となっている。須賀川市に次いで多く在籍している地域は、須賀川市に隣接している郡山市、岩瀬郡である。この割合は、近年同様の傾向を示している。



図V-2 通学状況の割合



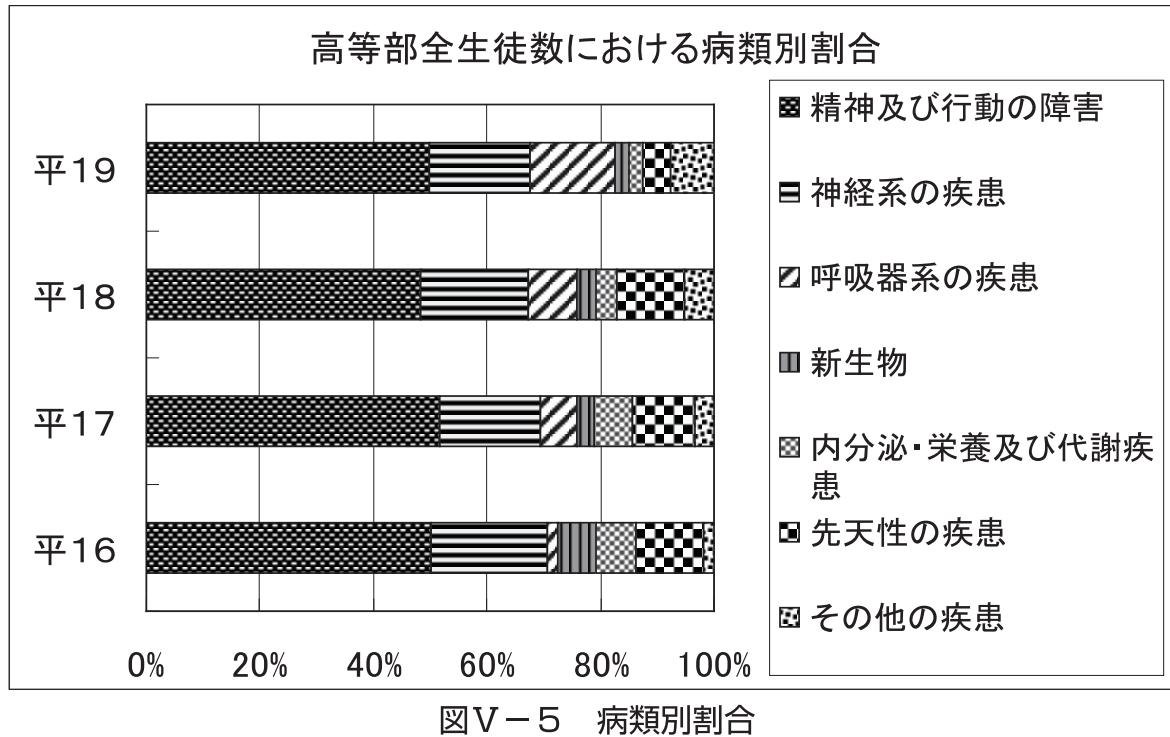
図V-3 出身地別生徒数



図V-4 高等部在籍生徒の出身地域

### (5) 病類別生徒の割合

図V-5の病類別では、精神及び行動の障害に該当する疾患・診断は自律神経失調症や起立性調節障害などの心身症、統合失調症、学習障害・注意欠陥多動性障害・高機能自閉症等の発達障害などである。これらは50%前後を占めている。神経系の疾患はてんかん、熱性痙攣、片頭痛、多発性硬化症などである。これらは20%である。この2つの病類の割合が多くを占めている。割合が微増しているのは、呼吸器系の疾患である。呼吸系疾患は先天性喘鳴、気管支炎、気管支喘息などである。内分泌・栄養及び代謝疾患は副甲状腺機能低下、糖尿病、高脂血症などで特に多いのが肥満である。



図V-5 病類別割合

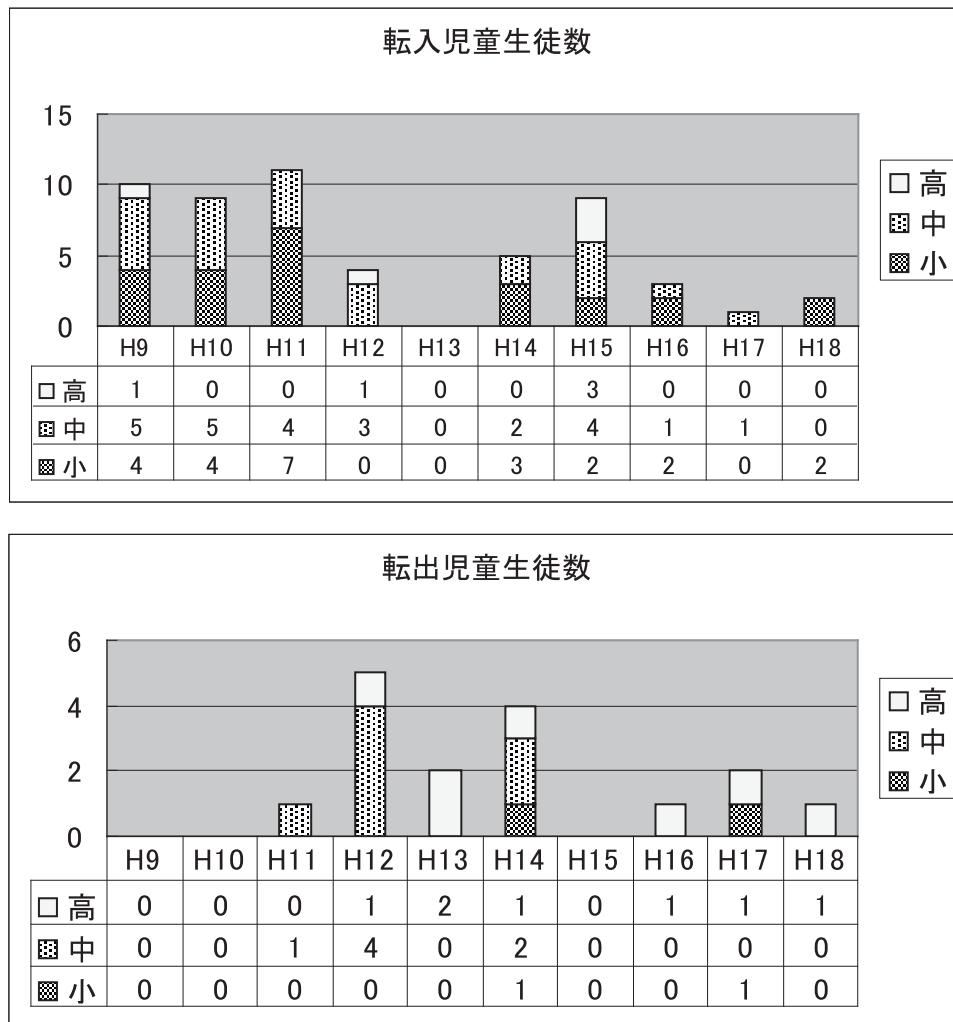
### (6) 転入・転出生徒数

高等部での転入生徒は、平成9年度から19年度の10年間において7名、転出生徒は5名である（図V-6）。転入生徒全員が全日制の普通科で本校と同様の課程であったため前籍校での単位修得を認め、継続して本校教育課程においての履修とした。転出生徒については、転出先が通信制課程の課程を置く普通科の高等学校のために、本校での単位修得をすべて認められ同学年に転入している。

## 2 本校の課題

本校が地域の教育相談を行い、センター的機能を果たすことにより、その存在を地域に知られることで今後さらに様々な病気や障害のある生徒が入学を希望してくると思われる。入学生徒の特徴から、まず不登校の生徒にとっては学校に登校できるかどうかが重要な課題となる。さらに欠席が多く学習空白があるために学力をつけるための教科指導が必要となる。

転入については、数は少ないものの主に精神疾患で転入してきている。学校不適応状態の生徒のための教育の保障をするために、前籍校での履修科目の単位の認定については、十分に検討し



図V-6 転入・転出児童生徒数

て本校の教育課程で弾力的に取り扱い認めている。今までの事例からは転入生徒の前籍校が全て全日制普通科の課程をであったために、普通科である本校との教育課程での問題はなかった。しかし、今後専門学科及び近年設置されてきている総合学科からの転入も考えられる。そこで、専門学科系の教科・科目の履修について検討しておく必要がある。

本校がある須賀川市及び近隣地域からの入学生が多く占めていることで、本校中学部卒業生徒より他の中学校からの入学者の割合は80%を超えており、年度によって若干の変化はあるが毎年度多数を占めている。平成17年度の地域別中学校卒業生徒の進学者数(高等学校、専修学校)に占める本校入学者の割合では、須賀川市が3.48%、岩瀬郡が4.66%を占めている。この現状から地域における本校のニーズは大きなものとなっていることがわかる。特別支援学校(病弱)がない地域においても病弱教育に対してのニーズはあるものと思われる。他地域での生徒支援について検討する必要がある。

課題
心理的安定を図り学力向上に向けた教科指導
専門学科の教科・科目の履修
特別支援学校がない地域での生徒支援

## VI 高等学校聞き取り調査

神奈川県において近隣に特別支援学校（病弱）が設置されていない地域及び生徒指導上課題がある全日制普通科3校、全日制専門学科2校・定時制普通科2校、定時制普通科・商業科学科1校の高等学校と福島県の全日制普通科・工業科併置校1校を訪問して聞き取り調査を行った。聞き取り内容については、①生徒の実態、②指導内容・評価、③特別な支援を必要とする生徒に対する校内支援体制である。

### 1 神奈川県立全日制普通科高等学校

生徒の実態では、病気や精神疾患等の診断されている生徒数については3校とも正確な人数は把握することが困難ということであった。入学前に情報はほとんどなく、知り得る情報としては入学時の提出書類の保健調査票である。これに診断等についての記入がなければ把握できない。そのため入学後に中学校を訪問して情報を得る学校があった。普段の授業において教科担当者の教師が気づいたことを担任に知らせ生徒の実態把握に努めている。進路変更（転出、中途退学等）をする生徒が多く、具体的に今後の方向性を持たせ変更を許可しているが、その後の追跡調査は様々なケースと多くの生徒に対応することは困難である。進路変更者の中には、発達障害や精神疾患のある生徒も含まれているがはっきりとした人数確認はできていない。病気やケガ等で入院した生徒に対しては、授業の欠課時数の配慮はするが入院時の学習の支援はしていない。

他校へ転出するケースでは、全日制普通科の課程であるため普通科がある学校への転入は、単位認定において特に問題はない。しかし、専門学科の高等学校では2学年段階においてすでに専門教科を履修しているため、継続しての履修は困難である。再受験で対応する。

### 聞き取り調査結果のプロフィール

#### A 高等学校 対応者 校長

生徒の実態	<ul style="list-style-type: none"> <li>地元出身の生徒より他地域出身の生徒が多い。生徒の出身校は200校以上になる。</li> <li>診断のある生徒はいないが学習や生活状況からLD・ADHD及び精神疾患があると思われる生徒が各学級に2割程度在籍していると思われる。</li> <li>1年生の1学期に例年10名程度は進路変更をする。卒業までには50人以上の退学者がでている。</li> <li>進路については、進学36%、就職24%、未定・その他33%である。</li> </ul>
指導内容・評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>教員5名の加配をして、本来40人の学級編制のところを1学級30人で編成している。</li> <li>三者面談を年に3回実施している。</li> <li>国語、英語の授業では15人編成で学習指導を実施している。</li> <li>観点別評価を積極的に取り入れ細かく評価している。</li> <li>生徒の話をよく聞き、根気強くねばり強く学習、生活面で指導をしている。</li> </ul>
校内支援体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>教員の困りについて教育相談コーディネーターが拾い上げて担任を孤立させないようにしている。</li> <li>授業での様子の情報を収集し、すぐに教員に拡散することで共通理解を図っている。</li> <li>生徒に応じて「こうやればうまくいく」というものを見つけ、同じく対応できるようにしている。</li> <li>全体的にいろいろな指導を必要とする生徒が多いため、隨時その場で対応している。</li> </ul>

## B 高等学校 対応者 校長

生徒の実態	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神疾患の診断のある生徒が在籍している。</li> <li>A D H Dと思われる生徒はクラスに数名在籍していると思われる。</li> <li>1年間で50名程度の進路変更がある。進路変更後のフォローは困難である。</li> <li>必要に応じて入学後に中学校を訪問し、生徒について情報を収集している。入学前はない。</li> </ul>
指導内容・評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>「授業改善に向けた取り組みシート」を教員一人一人が作成し授業に取り組んでいる。</li> <li>観点別評価では取り組み姿勢に評価の重点を置いている。</li> <li>授業の中でコミュニケーションをとり、生徒は「声をかけてくれる」といったことで少しづつ落ち着いてきた。</li> </ul>
校内支援体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>診断がありそれを学校に知らせてくれれば、個に応じて対応できる。</li> <li>教育相談コーディネーター配置されている。主に養護教諭と担任との連携はとるようにしているが、問題が個々に違うために個別に対応している状態である。</li> </ul>

## C 高等学校 対応者 総括教務

生徒の実態	<ul style="list-style-type: none"> <li>中学時代に不登校だった生徒が入学している。</li> <li>LD傾向があると思われる生徒が在籍している。</li> <li>精神疾患についての情報は全く入ってこないため把握していないが、問題行動からわかるケースがある。</li> <li>卒業までに入学生徒の約半数近い生徒が転出あるいは進路変更をしている。変更後はアルバイト、フリーター、または通信制に入学する者もいる。進路変更後のフォローは困難である。</li> </ul>
指導内容・評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>生徒一人一人の学習評価、学習態度から総合的に評価している。</li> <li>教科指導者が特異的な言動があった場合などは担任に知らせている。</li> </ul>
校内支援体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>スクールカウンセラーに聞いて対応したりしているが、特別に他の生徒とは違った対応はしていない。なるべく対応は同じくしている。</li> </ul>

## 2 神奈川県立全日制専門学科高等学校

入学の時点で、はっきりと障害や疾患があることを知らせている生徒に対しては、校内において授業中に担当者をあてている。学校や学校全体で理解して随時対応できるような体制の学校がある。特別な支援を必要とする生徒がいないという学校もあった。しかし発達障害ではないかと教師側が思っても本人もしくは保護者から申し出がない場合は、個人的に特別扱いをすることが難しく対応に苦慮している現状である。特別な支援を必要とする生徒がいない1校を除いては、やはり申し出た生徒以外には正確に把握できていない。しかし、学校の中で教科担当者が工夫しながら取り組んでいる状況にある。実習での機械等を操作する学習においては、安全に作業ができるよう実習助手が近くにいて対応している。

神奈川県立高等学校のうち2校が来年度から単位制になるが、単位制の特徴は生徒自身が卒業後を見据えて3~5つの学習系統の中から教科を選択し、資格取得を取り入れながら履修する

形になっている。しかし、学年制でないために1年間にどれだけ単位を修得すれば資格取得や卒業認定になるのか注意しながら教科を選択しなければならない状況になる。また、専門学科は特別な教科の履修となるために他の学科のある学校間での転入・転出は困難である。その上単位制となれば、生徒一人一人が違った履修の形となりさらに転出入は困難となることが予想される。在籍途中で普通科への転出は必履修教科・科目の修得単位数によっては認められる可能性はあるが、普通科から専門学科へは困難である。

#### D 工業科高等学校 対応者 教頭 養護教諭 教諭5名

生徒の実態	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神疾患の診断のある生徒2名在籍。発達障害と思われる生徒も在籍している。</li> <li>突発的な行動がある。機械を取り扱う場合があるため危険である。</li> <li>カウンセラーからの指示で「ドクターに診てもらったほうがいい」といわれているが保護者は認めたくないため、まだ受診はしていない。</li> <li>2週間に1回、カウンセリングを受けている。</li> </ul>
指導内容・評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>入学時、学科ごとに分かれていらない。1年次は、共通科目をすべての生徒が履修する。2年次から進路や興味関心に応じて4つの系から科目を選択して学習する。</li> <li>一斉指導の中で配慮しているが、なかなか思うように指導できないのが現状である。</li> <li>実習助手がつく科目においては、支援できる。</li> <li>成績会議の前に、学年で教科担当者会議を設けて情報交換をしている。そこで生徒の状態や指導について話し合い、個に応じた評価をして単位を認めている。</li> </ul>
校内支援体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>スクールカウンセラーが来校するが、まずは担任及び、養護教諭での相談を受けて必要に応じてカウンセリングを行っている。</li> <li>担任が一人で抱え込まないように、学年でどう対応していくか必ず話し合いを持って取り組んでいる。入院した生徒については、時数や単位修得面で十分に配慮していく。</li> <li>専門の先生に来ていただいて講習会を持ちたいと考えている。特別支援学校とも連携を図り、指導法についてなど気軽に相談できる形があると助かる。</li> </ul>

#### E 商業学科全日制・定時制併置高等学校 対応者 校長 教頭（定時制） 養護教諭 教諭2名

生徒の実態	<ul style="list-style-type: none"> <li>女子が多く、しかも地元の生徒が多く入学している。地元の企業にも大きく貢献している。（全日制）</li> <li>聴覚障害の生徒が2名いる。同じ学級にいるため、非常勤講師を専属に各授業に配置している。他に喘息の生徒がいる、時々急な発作で倒れることがあり、その場合は救急車を呼ぶ。（全日制）</li> <li>定時制では診断のある生徒はいない。しかし学習や生徒指導において問題のある生徒は在籍している。</li> <li>平成18年度は30名の進路変更と15名の原級留置者がいた。（全日制）</li> </ul>
指導内容・評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>定時制は、今年度入学生から単位制・総合学科として入学している。</li> <li>1年次は必修科目が中心となり本格的な選択は2年次からとなる。転入・編入は定員数による。内容は面接のみである。単位制なので転入してくる際には、どの学年に相当するかをどのくらい単位を取っているかで見極めなければならない。さらに総合学科での1年次に「産業社会と人間」を履修することになっている。はっきりとした学年制ではないので、4年になったときに何も単位が取れていないといった生徒が現れないか心配である。そのために1年次で何単位を取るといった目安がやはり必要となってくるであろう。</li> <li>一斉指導において、どのように配慮していったらよいか苦慮している。</li> </ul>

校内支援体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人に問題意識がなくスクールカウンセラーのカウンセリングの必要性を感じていない。</li> <li>・心身の状態が悪く保健室に来る生徒はいろいろ訴えにくるが、状態がわるくても保健室を利用しない生徒は様子がわからず心配である。</li> <li>・人数が多くないので（定時制）、職員室で担任が話せばその場が共通理解の場となっている。その都度対応を検討している。</li> </ul>
--------	--

#### F 水産学科高等学校 対応者 教諭

生徒の実態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害のある生徒はいないと思われるが、学力不足、学習の空白というはある。</li> <li>・中途退学者は3学年までに30名前後である。そのほとんどは1学年次である。</li> <li>・理由としては、保護者や先生から進められて仕方なく来たというのがほとんどである。</li> <li>・転学、退学後は定時制や通信制を行っている。</li> <li>・長期欠席するとだいたいが休学、原級留置そして退学となる。</li> <li>・今年度の入学生で小中学校から喘息があり、体を使う実習で喘息が出てきつくなればなり退学した。自宅で療養している。</li> <li>・通信制に在籍している生徒が時々本校に来るが、「通信制は厳しい、スクーリングに行かず学習もしていない」という。そこでも中途退学している生徒もいる。</li> <li>・入試の競争率は科によって違う。2倍近い倍率になる学科から定員割れの学科もある。</li> <li>・発達障害や精神疾患のある生徒は学校として掌握していないが、在籍していないと思う。</li> </ul>
指導内容・評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・卒業までの単位履修は90単位以上になる。1教科、1科目でも落とした場合、原級留置となる。</li> <li>・単位修得には、観点別評価で行う。結果として1の場合は、学期（前期後期）ごとに補充をする。いろいろな課題や補充をして単位を認めている。</li> <li>・来年度の単位制に移行するが、入院などした場合添削による履修を認めることができる。しかし全体的に見れば専門科目なのでかなり厳しい面もある。他校での履修、または本校で履修したものを見ることは学則として認めている。しかし、実習関係は人数制限もあり添削指導というのは困難である。</li> </ul>
校内支援体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門学科で履修教科・科目が多いために他の高等学校より多く教師がいる。そのために生徒一人一人を見ることができ、問題があれば随時全体でかかわり指導できるようにしている。</li> </ul>

### 3 神奈川県立定時制高等学校

入学時の生徒数から4学年時には3校とも20%から30%の生徒が進路変更をしている。卒業までの4年間で各校100人近くである。進路変更の要因は、自分の進路希望とは違いとりあえず入学した生徒にとっては定時制になじめず全日制を再受験したり、家庭の経済的問題、学習の意欲がなく学校へ登校しなかったりするのが現状である。特徴的なのは、全日制の高等学校に比べ様々な障害や病気を抱えている生徒が多いということである。どの学校も養護教諭が全体を見ながら保健室に来た生徒に一人一人対応している。しかし、授業においては教科担当者がいるが、そこでまた違った様子を生徒が見せるためにどのように対応したらよいか共通理解を持つことが困難になっている状況がある。また、登校してくる生徒は対応できるが登校しない生徒まで毎日把握することは困難である。スクールカウンセラーの活用では、その場で生徒と信頼関係を持つことができないため障害や病気のある生徒に対してのカウンセリングにならない現状にある。

本来、定時制は働く人のための学習の場として設置されているが、近年はその役割の様相が変化している。働いている人々はわずかである<sup>6)</sup>。また、全日制に入学できなかった生徒や途

中進路変更し定時制に転入したり、定時制で登校できなかった生徒は通信制に進路変更したりといった流れが生徒の転出入状況から伺える。これらの生徒は精神疾患や発達障害、不登校、心身症等のある生徒が多く含まれていることが推測できる。この一部の生徒が特別支援学校（病弱）の高等部に入学あるいは転入している。

#### G 定時制普通科高等学校 対応者 校長 教諭 養護教諭

生徒の実態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学校に診断が出ていることを知らせている生徒はいない。しかし、服薬している実情から把握していることが多い。</li> <li>・全日制にいけなかった生徒が定時制に入学し、生徒指導上の問題の他に不登校の生徒、外国籍の生徒、経済的に苦しい生徒、精神障害のある生徒が在籍している。</li> <li>・統合失調症、睡眠障害（診断あり）、躁・うつの生徒がいると思われる。1人～2人は原級留置して退学した生徒もいる。長期欠席の申請は昨年20名以上いた。</li> <li>・家庭環境が原因なのか未成熟さで不安定になっているのか、また病的なのかの判断が難しい。</li> <li>・LDと思われる生徒もクラスに何人か在籍している。</li> <li>・原級留置は10～20人の間。その3分の2は進路変更をする。</li> <li>・格差社会の中で経済上生活が困難な家庭においては、親が子どもの行動に対して目配りができない状況が多い。</li> </ul>
指導内容・評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一斉指導の中で指導者が気付き、わかりやすい授業にする。できる力のちょっと上をねらう。</li> <li>・定期考査、出席、学習態度等で評価している。</li> <li>・屈折した形でも教員に求めてくることはある。ここで受け止めが必要である。</li> </ul>
校内支援体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スクールカウンセラーには他校よりは多くきてもらっている。カウンセリングを継続的に受けている生徒を見ると、診断される生徒がいると思われる。</li> <li>・特別支援学校では支援という形があるが定時制まではその考えがたどりついていない。人的にも予算的にもつかない。</li> <li>・この生徒が行動障害なのかどうかというよりも「やんちゃ」というところで終わってしまう。</li> <li>・「高等学校における特別支援学級」を考えた場合、選抜のあり方を考えなくてはならない。</li> </ul>

#### H 定時制普通科高等学校 対応者 教頭 養護教諭

生徒の実態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中学校で不登校だった生徒が多い。</li> <li>・全日制の高校への入学は困難、しかし私学は経済的に負担が大きいため公立の定時制に入学する生徒が多い。</li> <li>・全体的に学習の意欲が見られない。</li> <li>・精神疾患の診断がある生徒は在籍している。服薬をしている。</li> <li>・発達障害があると思われる生徒は少なからず在籍している。</li> <li>・1学年の時点での進路変更する生徒が多い。</li> <li>・行き先を決めて進路変更する生徒はほとんどいない。一人一人のフォローは困難である。通信制に行く生徒もある。</li> </ul>
指導内容・評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常的にいろいろ問題が出てくるが、その都度対応している。</li> <li>・興味が持てるような授業の工夫をしている。</li> <li>・できたところやわからないところを見つけて取り組む姿勢を含めて評価している。</li> </ul>

校内支援体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・普通科なので他の学校からの転入は、工業、商業系の学校でも受け入れられる。</li> <li>・仕事やアルバイトの都合で特定の授業が受けられない生徒がでてくる。そのために一部時間割を入れ替えてできるだけ授業に出席できるように配慮している。</li> <li>・スクールカウンセラーも来校しているが、生徒との信頼関係を築けるわけではない。</li> <li>・病気や障害のある生徒については、こちらがわかっていてれば、配慮しながらできることもある。しかし、特別な支援を必要とする生徒の指導について特別支援学校から教えていただきたい。</li> </ul>
--------	---

## I 定時制普通科高等学校 対応者 教頭 養護教諭

生徒の実態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動など生活上、規制されていないものを含めて生徒全体の5割程度は健康上何らかの問題がある。喘息（服薬、通院）、心身症、慢性腎炎、糖尿病、過呼吸、統合失調症、境界性人格障害等がある生徒が在籍している。</li> <li>・入学時の健康調査票に記入がなく、入学後に気付くことが多い。</li> <li>・発達障害があると思われる生徒も在籍している。</li> <li>・不登校を引きずってそのまま進路変更、または思ったような学びの場ではないことで全日制を受け直す。</li> <li>・生徒一人一人が様々な事情で、あるいは不定愁訴で欠席するため対応は困難である。そのため欠席が欠課として増えてしまい、進路変更となることがほとんどである。</li> <li>・進路変更して通信制に年間3～4名入学する。</li> </ul>
指導内容・評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教科指導のなかでわかりやすく、できることから取り組んでいる。</li> <li>・学習の観点、出席、考查等の成績から評価している。</li> <li>・登校してくる生徒はいろいろな課題を与えながら評価している。</li> </ul>
校内支援体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・養護教諭はスクールカウンセラーに相談する前の段階で相談を受けている。カウンセラーや保護者のコーディネーター的存在である。</li> <li>・スクールカウンセラーが週に1回来校しているが、ほとんどは障害や病気のない生徒が対象となっている。</li> <li>・学校では特別な支援が必要な生徒と思っていても保護者が思っていない。ニーズがあっても対応できない現状がある。生徒に対応できる人的余裕がほしい。</li> <li>・普通科のため転入転出は問題ない。</li> </ul>

## 4 福島県立川俣高等学校の取り組み

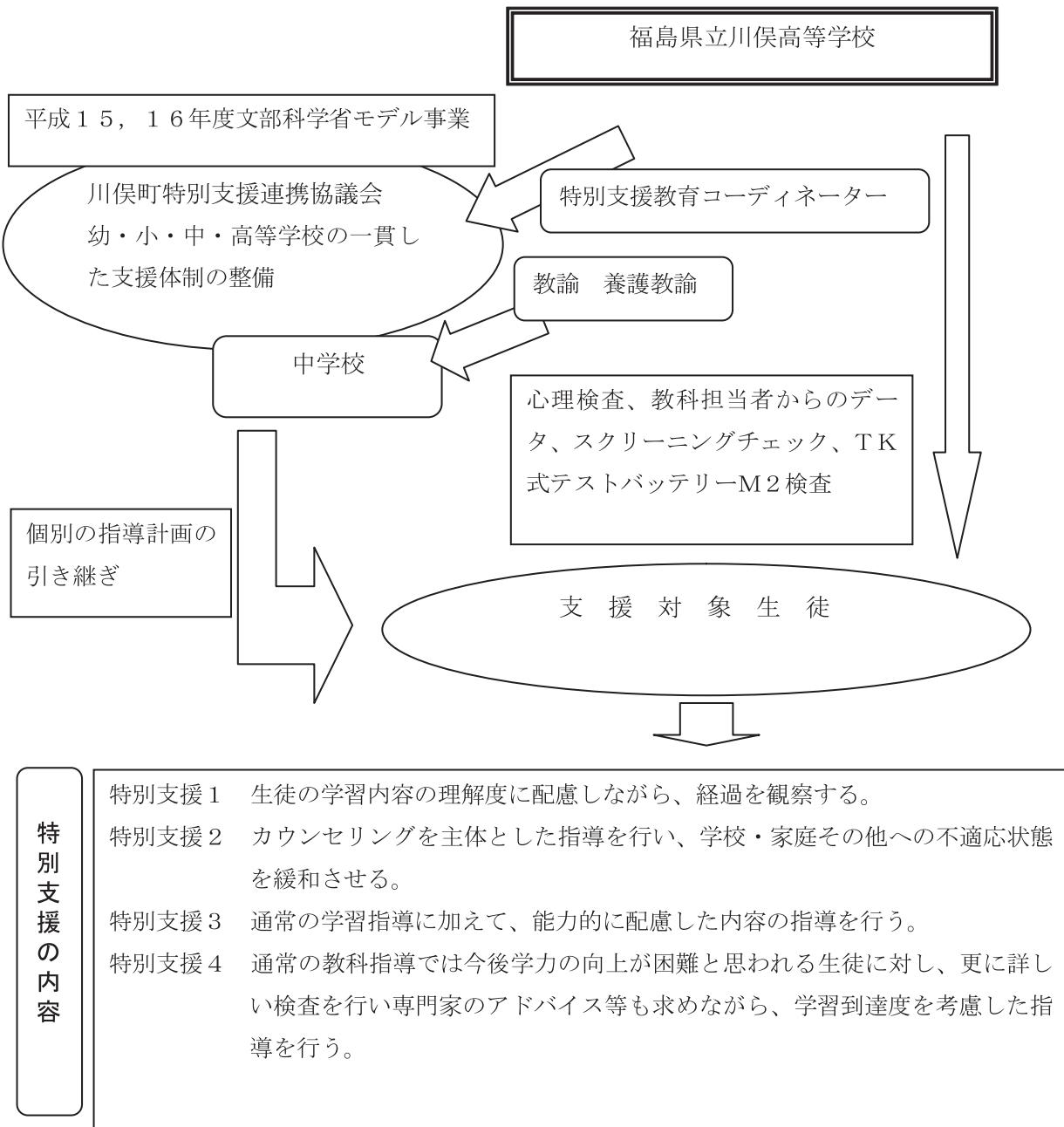
ここでは、LD、ADHD、高機能自閉症等の特別な教育的支援を必要とする生徒の支援を実施し、その成果を示している高等学校の取り組みを考察する。

福島県立川俣高等学校がある伊達郡川俣町では、文部科学省委嘱事業「特別支援教育推進モデル事業」として平成15年度から16年度にかけて川俣町にある小学校8校、中学校2校を指定してLD、ADHD、高機能自閉症等の特別な教育的支援を必要とする児童生徒に対する総合的な支援体制の充実を図るためのモデル事業を実施した。ここでの成果を踏まえて平成17年度から高等学校における「軽度発達障がい支援プラン」を策定し体制整備を開始した。これに伴い福島県立川俣高等学校を文部科学省の研究開発校として指定し平成17年度から平成19年度にかけて支援体制が整った川俣町にて、高等学校におけるLD等の教育的ニーズに対応した指導のあり方と、幼、小、中、高等学校一貫支援体制についての研究開発を行うこととした<sup>7)</sup>。

## (1) 考察

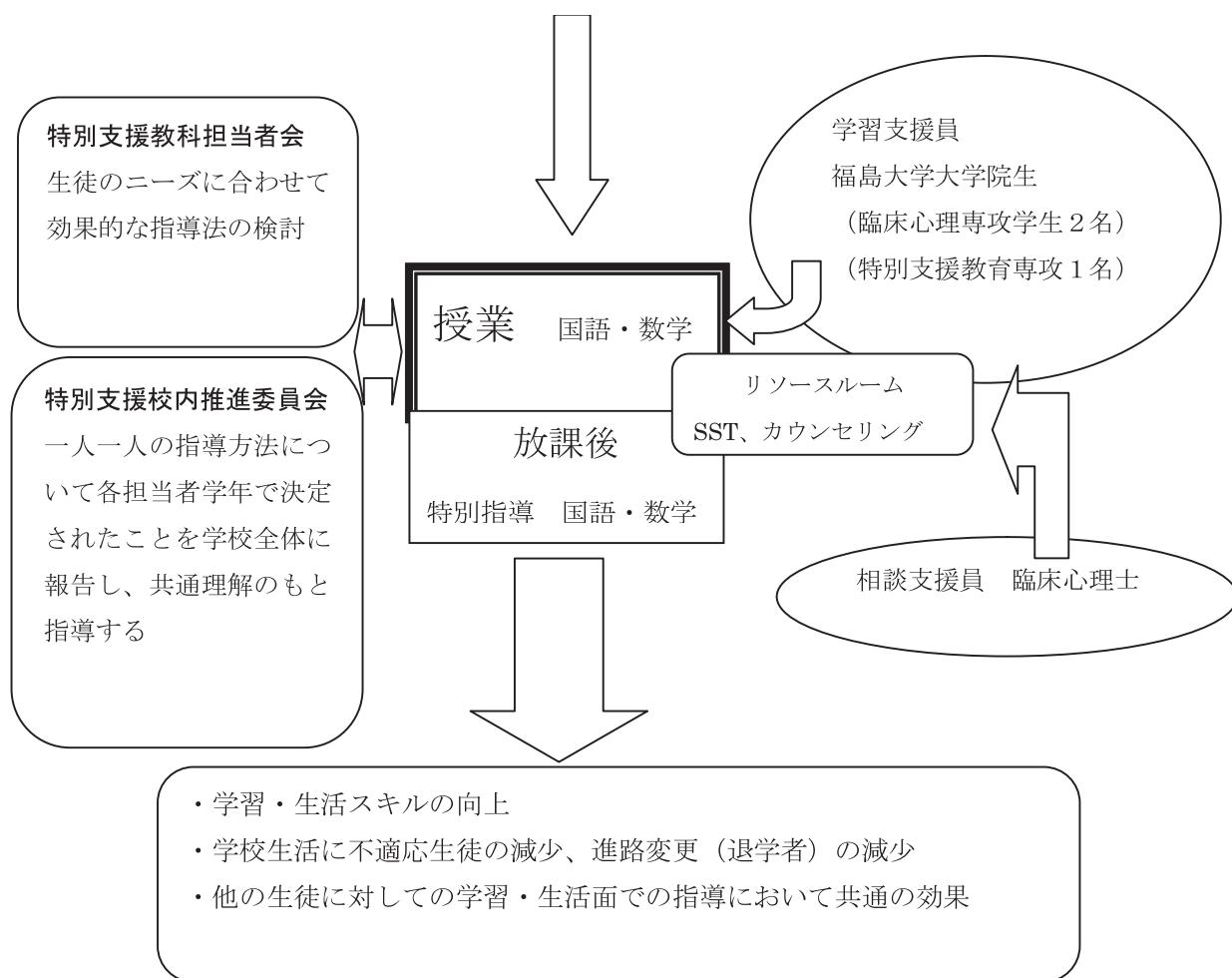
福島県立川俣高等学校がある川俣町では、平成15・16年度に文部科学省モデル事業として川俣町特別支援連携協議会を設置し、幼・小・中・高等学校の一貫した支援体制の整備づくりを行った(図VI-1,2)。中学校との連携においては、特別支援コーディネーターが協議会に参加している。また、教諭や養護教諭が中学校を訪問して特別な支援を必要とする生徒を把握し、入学時には個別の指導計画を引き継ぐなど連携が図られている。

他地域からの入学生については、入学後心理検査スクリーニングチェック、教科担当者からの報告等から支援対象とする生徒を決め4段階の支援内容で、取り組んでいる。その支援場面の



図VI-1 平成19年3月 福島県立川俣高等学校  
平成18年度(第2年次)文部科学省研究開発学校 研究開発実施報告書 引用作成

	視 点	キーワード
行 動	学習環境	教室環境の配慮 座席の配慮 学習児のルールを決める。 学習への見通しを持たせる。
	授業の組み立て方	集中力を生かした時間配分 学習内容の工夫 体験活動を取り入れる。
認 知	指示・発問の仕方	聞く姿勢をつくって医から話す。 具体的に、わかりやすく、短く
	発表・指名の仕方	良い発言・発表はほめる。 自信を持って発言できるようにサポートする。
	個別のかかわり	数分でもいいのでじっくり関われる時間をとる。
自 立	ノート指導	少ない量で大切なところを協調する。書きやすい用紙を用意する。
	教材教具の工夫	楽しめる教材・教具 視覚・聴覚などの五感を活用した教材教具 補助教材の活用



図VI-2 平成19年3月 福島県立川俣高等学校  
平成18年度（第2年次）文部科学省研究開発学校 研究開発実施報告書 引用作成

中心は国語と数学の授業である。学校においてできる喜びと自信をつけさせ自己肯定感を持たせることを授業で行なために、教室環境、わかりやすい板書やプリント、発問の仕方から発表の仕方など細かな視点で授業のあり方を見つめ直し取り組んでいる。授業には学習支援員が入り、生徒個々のつまずきに応じて指導を行っている。また、放課後には教科の指導やカウンセリングなど支援対象生徒個々に応じて特別に指導を行い、教科学習の内容を少しづつ理解することで授業への抵抗感をなくしていることが進路変更生徒の減少につながっている。このことは支援対象生徒ばかりでなく他の生徒にも生かされている。

川俣高等学校の取り組みは、学習支援員、臨床心理士の活用、中学校との連携、生徒に関わる教師全体の取り組み等から一人一人のつまずきに対応できる体制ができていることでその成果をあげている。各地域にこのようなモデルとなる高等学校をつくり学校相互に生徒の支援のあり方についての情報を共有し、地域にある人材を活用できるシステムが必要となってくる。

## 5 高等学校の現状と課題

### (1) 現状

高等学校では事前に生徒を知る情報はない。入学時に保健調査票を提出する際、記入されていれば知り得ることができるが、ほとんどの生徒及び保護者から知らされることはない現状にある。入学後に問題行動や学習面に遅れがあることで知ることができるが、そこには教師の特別な支援を必要とする生徒であることの「気づき」が必要になってくる。その視点がなければ、生徒指導上の単なる問題行動としかとらえられない。適切な指導がなされなければ、長期欠席や休学を経て原級留置か進路変更（中途退学・転出）になってしまうことが予想される。また、特別な支援が必要な生徒であることがわかっても本人や保護者がそれを認めないケースが多く、そのため適切にかわれずにいることも聞き取り調査でわかった。本人の自尊心を傷つけないことへの配慮が必要となり、高等学校段階で自己理解を促すことへの難しさがある。

### (2) 課題

生徒の情報については個別支援教育計画を通して中学校との連携が必要となる。しかし、それを引き継ぐ高等学校に障害や病気に関しての理解と支援体制がなければならない。高等学校からは、障害や病気に関する研修を特別支援学校の教師や外部講師に依頼しながら実施したいとの声があった。また、学習空白や発達障害のある生徒に対しての学力をつけるための指導法等を特別支援学校にいつでもすぐに聞ける状況にありたいという意見もあった。不登校や精神疾患及び発達障害のある生徒の初期段階でのかかわり方から教科指導のノウハウについて必要としている。

生徒の実態から高等学校には病弱教育の対象となりうる生徒が在籍している現状がある。病弱教育からのアプローチがあれば不登校の改善、進路変更の中途退学者等に対応できると考える。ここで課題は、特別支援学校（病弱）がない地域では生徒に関しての情報を常に共有することは難しくすぐに対応できないところである。また、小中学校の初等前期中等教育段階では不登校に対する対応として学校外での適応指導教室が出席扱いとなっているが、高等学校段階では教科・科目の履修と単位修得というシステムの特徴から現在はないことである。病気等を理由に学校に行けない生徒にとっての学習の場についても課題といえる。

課題
生徒の特性に応じた教科指導

特別支援学校（病弱）と高等学校の情報共有 学校以外での不登校生徒の居場所と学習保障
--

## VII 学校以外の支援機関の取り組み

### 1 特定非営利法人教育活動総合サポートセンター

#### (1) 概要

不登校や教室での学習についていけない児童生徒を対象に学習、相談、憩いの場を提供することを目的として、平成16年(2004)4月に川崎市内の小中高等学校を退職した教員で設立された。主な事業内容は、教育相談、学習支援事業・適応指導事業、学習サポーター派遣事業、教員を目指している大学生等への研修事業等である。この他に、文部科学省委託事業「不登校への対応におけるNPO等の活用に関する実践研究事業」を平成17・18年の2年間委託研究を受けていた。

平成18年度の教育相談主訴別件数は学習相談21件、不登校45件、障害等7件、学校種別相談件数小学校24件、中学校43件、高等学校6件、来所による学習支援児童生徒数小学生22人、中学生46人、高校生5人。

#### (2) 事業の内容と成果

学習支援事業では、学習に遅れが目立つ児童生徒へ光熱費や学習教材費等のみで行うことで経済的にも負担が少なく安心して通える地域の塾的存在となり、児童生徒、保護者からの信頼が多く得られている。学習に対する不適応の改善と予防に成果が伺える。不登校については、相談活動での心のケアを中心に情緒的安定を図り、コミュニケーション行動の拡大をすることと学習の補充をすることで学校復帰を目指している。また、ひきこもり児童生徒に対しても訪問相談を実施している。改善に向けては時間がかかるようだが、家庭や本人を孤立させないことでいつでも相談できる相手としての信頼関係ができている。

学習支援授業では、教員を目指している大学生や退職教員を学校に派遣して授業支援を行っている。地域の人材を生かし、さらに授業に入って支援することで一人一人に細かい指導ができ、学校現場においても学力向上の成果を上げている。

### 2 特定非営利法人コロンブスアカデミー

#### (1) 概要

不登校、ひきこもり、ニート、家庭内暴力など学校生活や地域社会になじみにくい子どもたちの自立支援を目的に平成12年(2002)2月に設立された。主な授業内容は相談事業、訪問事業、共同生活事業、学習支援事業、他に放課後の子どもたちの居場所としての放課後支援事業や母親のための子育て支援事業などを行っている。地域においてはフリースクールとして存在し、ここに通うことによって小中学生にとって在籍校で出席扱いとなっている。

平成18年度会員登録者数30人、登録料年間10000円、授業料3000円、相談件数、来所での相談料会員1回5000円、非会員10000円、訪問相談件数、訪問相談料1ヶ月84000円(交通費、外出費除く)、共同生活者中学生2人、高校生2人。共同生活費1ヶ月10万円から15万円。

#### (2) 事業の内容と成果

学習支援事業では、信頼できる関係づくりから安心できる居場所の環境をつくり、自ら取り組み解決する力をつけるためのプログラムを子どもたち自身で作成し実行させることでコミュニ

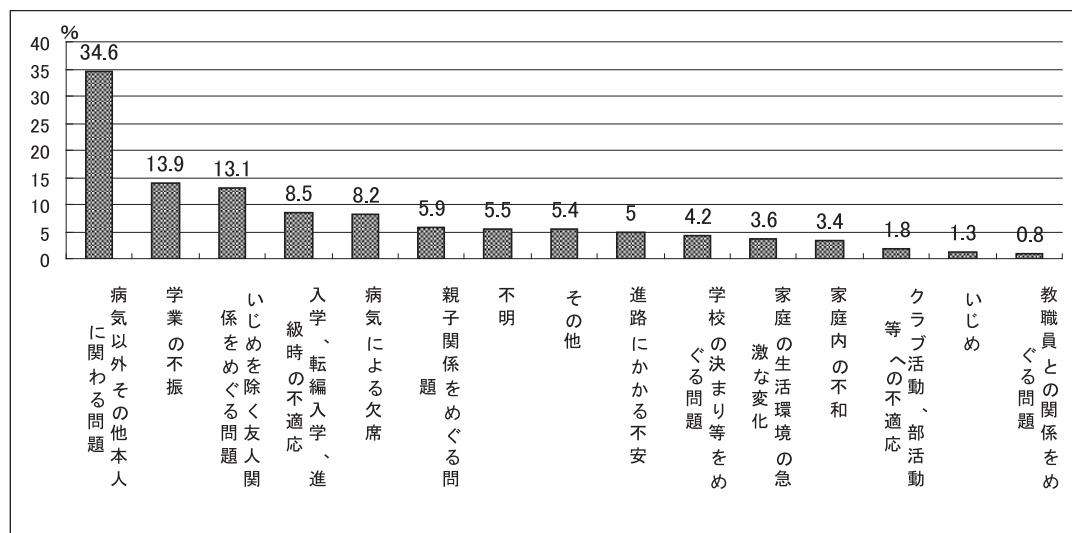
ケーション能力の向上や学習に対する意欲を喚起させている。小中学生の学習支援についてはスタッフが行っている。高校生については、広域通信制の課程のある私立の高等学校と連携して学習のサポートを行っている。また、当施設をサテライト教室として通信校の教師が来所し授業を行っているため、生徒にとっては細かい指導を受けることができる。共同生活事業では中学生2人、高校生2人が家庭の事情から親元を離れ近くのアパートで共同生活をしている。施設のスタッフも共に生活することで生活スキルを高め自立に向けた支援を行っている。

### (3) 考察

不登校支援をする民間施設では、学校復帰を目指しているが、復帰できているのは一部の児童生徒のみである。しかし、復帰できなくても児童生徒にとって安心できる居場所となっている。そのために毎日ではなくても自ら通っている。施設での活動においても年齢の違う同じ境遇にいる児童生徒同士が小さなコミュニティーをつくり、学習や生活プログラムに積極的に取り組むことで、自分で考え解決する力を培っている。これは学校という場を離れて、自分たちのペースでの生活と学習ができることが要因となっている。自分に自信を持ち判断する力をつけさせることで将来社会の一員なるための人間育成に貢献している。ここでの民間施設での役割は居場所つくり、生活体験、学習支援、相談支援を担っている。

## VIII 総合考察

高等学校の聞き取り調査では、不登校、精神疾患、呼吸系疾患、発達障害のある生徒が在籍し、進路変更する中には少なからずそれらの生徒がいたことは容易に推測できる。学校から離れた生徒には、保護者以外に誰も支援してくれる人はいないなかで、自ら行動しなければならないのである。病気や障害がある生徒にとっては心理的に不安定になっている状態で行動することは困難である。また、病気や障害のない生徒にとっても思春期には抑うつ状態になる頻度が成人より高く、治療等の対応が遅くなることでさらに引きこもりになってしまうケースも見られる。図VIII-1の成18年度全国の高等学校の不登校になったきっかけと考えられる状況調査では、本人に関わる問題34.6%、学業の不振13.9%、いじめを除く友人関係をめぐる問題13.1%、入学、転編入学進級時の不適応8.5%、病気による欠席8.2%などが多く占めている。高等学校の課題では、生



図VIII-1 全国高等学校における不登校理由別調査

徒の特性に応じた教科指導がある。学習の空白や遅れがある生徒にとっては学習内容を理解することが難しく授業についていけない現状がある。このことが学業不振の要因にもなっているのではないだろうか。また、病気による欠席では、病気だから入院したから仕がないといった、病気に対する理解と配慮がなされずにいることも考えられる。この課題は本校においても同様といえる。病気や障害により心身の状態が不安定で深刻な状態になって入学あるいは転入してくる生徒に対して、初期段階での生徒の状態に応じたアプローチから教科指導に入るまでの段階で個々に対応していかなければならないのである。

次に本校と高等学校との課題から、相互の資源を活用する連携を視点にして解決策を検討する。図Ⅷ-2は、その課題の整理と取り組みについてまとめたものである。

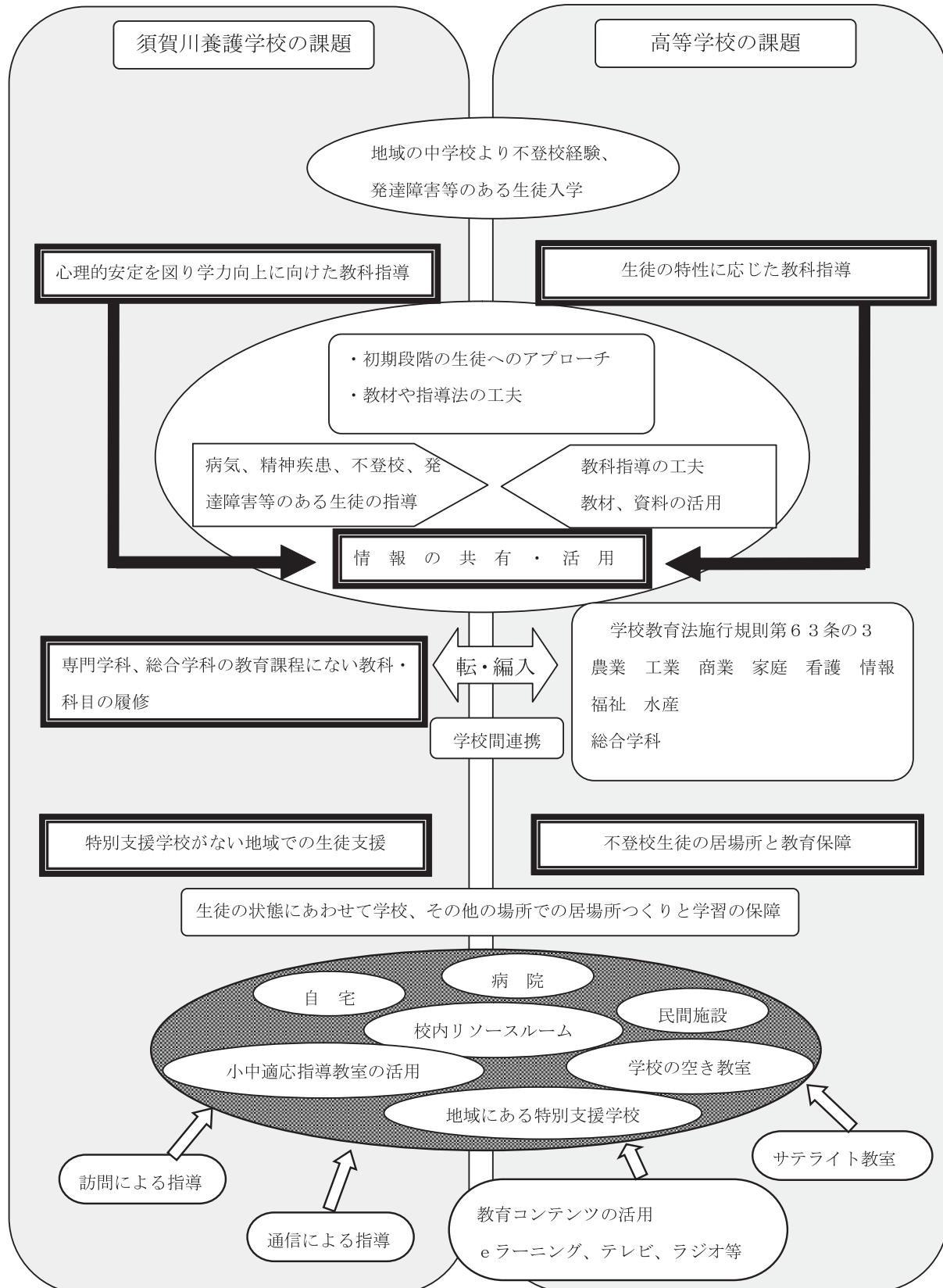
## 1 特別支援学校（病弱）高等部の準ずる教育課程における学習支援

### （1）心理的安定を図り学力向上に向けた学習指導

病気の子どもにとって健康な子供に比べ様々な生活上の制限から心理的に不安定状態を余儀なくされる。特に学童期においては健康な友人と自己を比較して劣等感に陥ることがありともすれば無力感といった心理的問題に結びつき、病気に対する対処能力を著しく弱めることになる<sup>10)</sup>。さらに入院や治療により学校を欠席することで、集団からの隔離や学習の遅れなどが生じ、不安が増大してくる<sup>11)</sup>。また、不登校経験のある生徒の心理的特徴として西牧(2004)らの調査研究報告書では情緒の不安定さ、欲求不満耐性の低さ、自我発達の未熟さを指摘した教師的回答が多くてている。自己を表現することや対人関係を築くことが苦手な点も特徴として強調されている<sup>12)</sup>。

本校の高等部及び高等学校においても病気や精神疾患のある生徒、また不登校経験や学習障害のある生徒が入学している。高校生においては、思春期から青年期にわたる発達段階でありこの時期は、自立を主張し、自分の価値を確立し、自己を確立するために格闘する。自分の空間やプライバシー、秘密の保持にお関心を示すようになり、両親との関係は無視する、遠ざかる、そして許容するという態度の間で揺れ動く。親以外の別の権威的存在に対しても葛藤に近い態度で対応する<sup>13)</sup>。これらを考慮しながら心理的安定を図ることが重要なこととなる。病気や障害に対して直接的に理解を促しても本人のプライドを傷つてしまい、自己肯定感を失わせてしまうことになりかねない。

かかわりの初期段階として自己理解を促していく。これには教師側に生徒の全てを受け入れるカウンセリング的かかわりが必要となる。教師はカウンセラーとしての「受容」「共感」「自己一致」3つの要件をもち生徒と接するのである。「受容」とは、相手を先入観無しで、評価せず、こちら側の価値観を押しつけずに、しかし正面からわかるうとしながらかかわることである。また、「共感」とは、相手にとって世の中がどのように映っているのか、相手のフレームにそって物事を見つめ直してみる。「自己一致」とは、自分に表裏がないこと、自分が自分に嘘をついていない、自分から逃げていない、自分を否定していない状態をいう<sup>14)</sup>。また、学校の評価基準とは異なった視点から生徒を理解しなければならないことがある<sup>15)</sup>。カウンセリング的かかわりは、教師一人が行うのではなく生徒に応じて学校全体で行うことで心理的安定が図れるものと考える。教師がカウンセラー的存在となることで時間を持たずに随時対応できる。校内で対応する教師として考えられるのは担任、特別支援教育コーディネーター、教育相談部、養護教諭、学部主事、学年主任等である。生徒の状態によっては担任には話せる場合、担任だから話せない場



図VIII-2 課題の整理と取り組み

合といったことがあるのでチームを組んで情報を共有しながら対応することが重要である。また、教科・科目担当教師にも同じ情報を共有できるようにしなければならない。同じ対応をすることで心理的安定を図る。ここには家庭、医療、スクールカウンセラー等との連携も必要になるが緊急を要する場合の校内での体制を構築しておく必要がある。

学習においては、学習空白や遅れがある生徒に対しての指導と個々の能力や特性に応じた指導が特別支援学校（病弱）と高等学校で同様の課題となっている。学習空白や遅れについては、教科・科目の指導計画にあわせてどの部分に空白や遅れがあるのか確認し、新たに個別に指導計画を作成して取り組む必要がある。授業ではわかりやすく、自分で調べて課題解決ができる内容の展開が必要になってくる。しかし、教育課程編成上決められた授業時間と総時数において空白や遅れの部分をすべて学習し解消することは時間的に難しいため、放課後や家庭で学習する自学学習のスキルをつけさせてやることが重要なこととなる。そのためには、学習内容についての教材が必要となる。授業内容のビデオや、教科・科目の単元ごとの教育コンテンツなどわかりやすく生徒にあった内容のものを提供するのである。また、個々の能力や特性に応じた教科指導については、指導事例をまとめ蓄積することで指導法についての情報の共有化を図り、他の生徒にも活用できるものとする。このことは高等学校においても同様であると考える。作成された教育コンテンツや指導法の情報を学校相互で共有し活用することで、学習へ理解と学力の向上が図られると考える。

## （2）後期中等教育における転出入生徒の支援

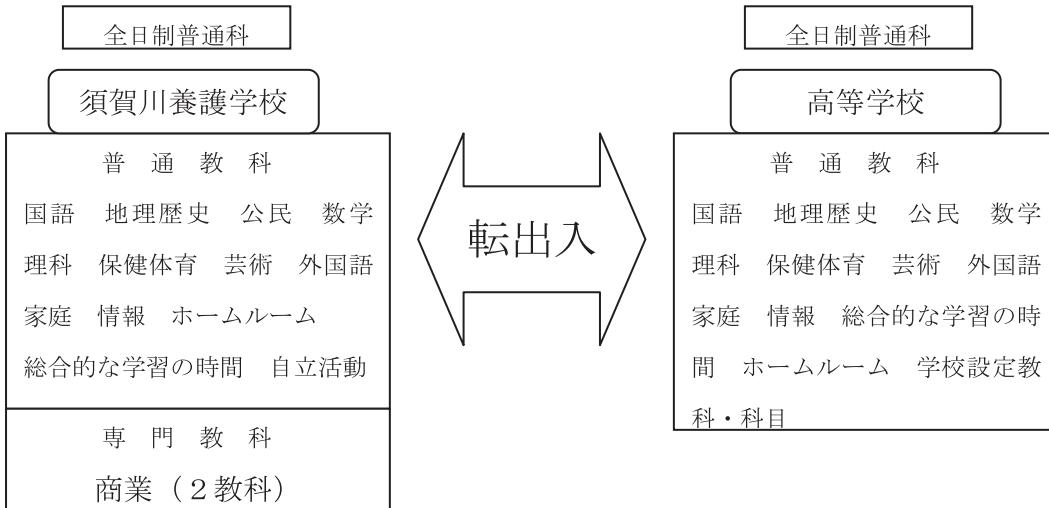
全国の平成18年度の特別支援学校（病弱）高等部の準ずる教育課程の学級における転入・転出の状況は、転入生徒数73名、転出生徒数53名である<sup>16)</sup>。これは、在籍生徒数の9.9%と7.2%にあたる。高等学校に進学後、病気や精神疾患、また発達障害等の二次障害により転入してくるケースもある。健常な子供も突然病気やけがをすることがあるため病弱教育の対象となりうる生徒は常にいつでもどこでも潜在しているのである。

高等学校は中途退学者の増加、社会におけるフリーター・ニートと呼ばれる青年層の増加などから文部科学省により高等学校教育改革が行われてきた<sup>17)</sup>。高等学校改革の推進では「生徒の能力・適性、興味・関心、進路等が多様化する中、各学校においては、生徒一人ひとりの個性を最大限に伸長させるために、学習の選択幅をできる限り拡大して、多様な特色ある学校づくりを進めていくことが大切である。」として、近年多様な形態の高等学校が設置されている。新しい学科としては総合学科がある。この学科の導入の趣旨は、「高等学校の学科は、新制高校発足当時から普通科と専門学科（職業学科）の2学科制であったが、2学科制では、現在の高校生の能力・適正、興味・関心、進路等の多様化に対応することが困難であり、また、普通科は進学、職業学科は就職という固定的な考え方があるが、学校の序列化や偏差値偏重の進路指導などの問題を生じさせているとの考え方から、普通科と職業学科とを統合するような新たな学科を設けることとした。」である。この他に学年制をとらない単位制のシステムの学校が増加している。定時制では、多部制をとる学校がある。これは勤労青年にあわせて授業の始まりが朝、昼間、夜間に設定されているのだが、近年は朝に登校できない生徒や生活リズムが不規則な生徒、また学校外でスポーツをしている生徒等、生徒の生活や活動に合わせた時間で学習できることで入学者が増加している。

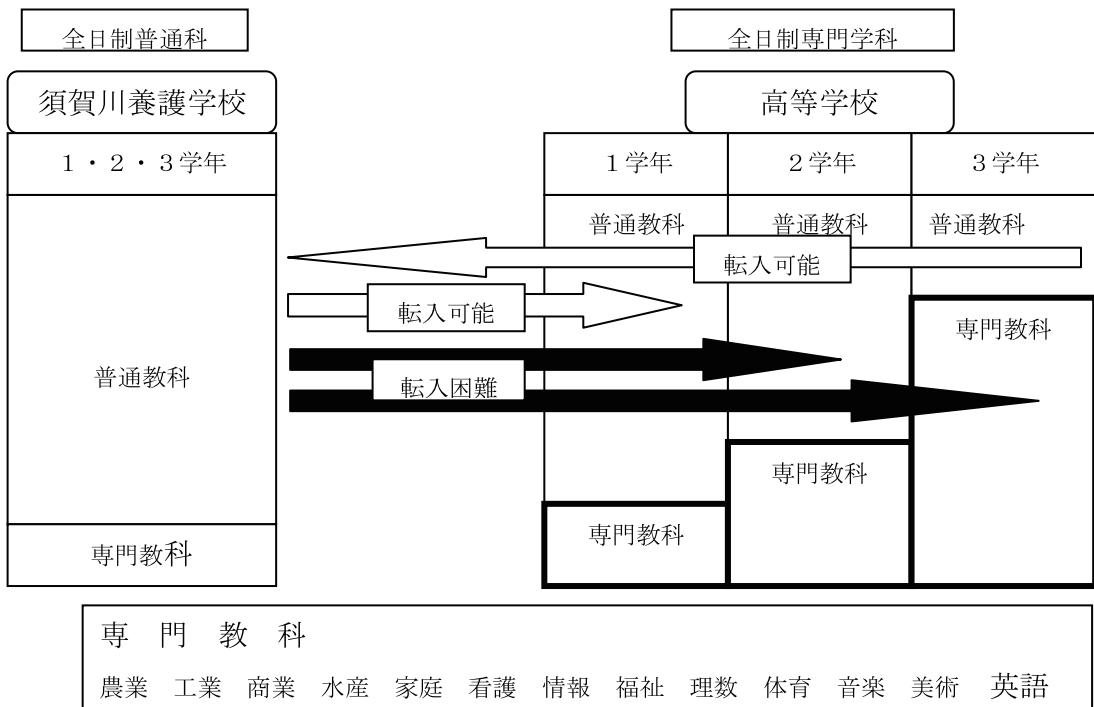
特別支援学校（病弱）高等部を設置している学校においては、すべて全日制普通科の課程をとっ

ている。一部に商業、情報、家庭、工業系等の教科や科目を取り入れ、生徒の興味・関心に応じ進路実現に向けて編成している。本校においても普通科の教育課程に一部商業系の教科を取り入れている。また、進学希望生徒に対応できるよう選択教科も設定し、基礎基本コース、就職コース、進学コースの3コースを基本に編成している。生徒の進路については、大学、短大、専門学校、施設等多岐にわたっている。普通科でコース制を取っていることで生徒のニーズに対応できているが、様々な教育課程のある高等学校から転入生徒があった場合どうだろうか。

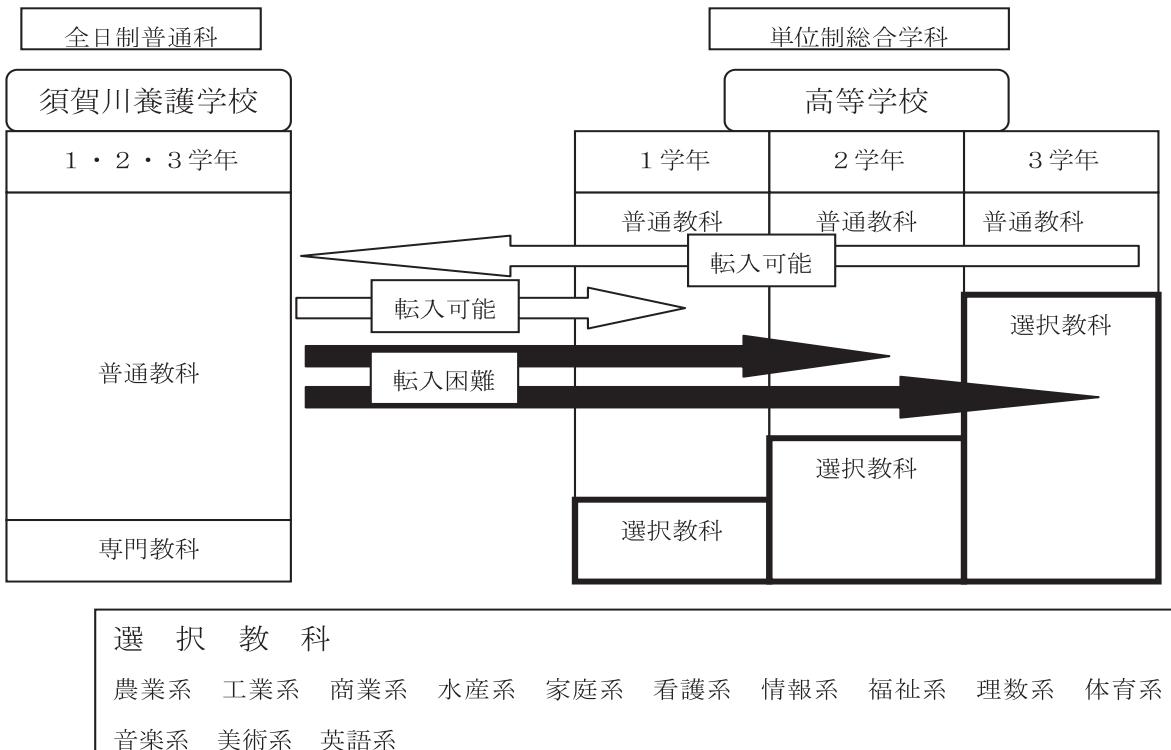
学校教育法施行規則第61条1項では、「・・・転学先の校長は、教育上支障がない場合には、転学を許可することができる」としている。ここでいう教育上の支障には高等学校の特徴である単位の修得に関することがあげられる。ここで本校と高等学校との転出入について考察する。図VIII-3は本校と同じ全日制普通科との例である。科目が一部違っていても履修教科の中で単位を認めることができると問題はない。図VIII-4は専門学科の高等学校との例である。専門学科は卒業に必要な74単位以上の単位修得において専門教育に関する各教科・科目の履修する単位数は25単位を下らないこととしている。(高等学校学習指導要領 文部科学省) 1学年では普通教科を多く履修するため、この学年での転出入は問題ないと思われる。しかし、2、3学年に進級すると専門教科の履修が増えるため普通科からの同学年への転入は困難と考えられる。反対に2、3学年での専門学科から普通科への転入は、共通の必履修教科・科目があることで可能と考える。専門学科の単位修得において高等学校学習指導要領では、商業に関する学科においては、25単位の中に外国語に属する科目の単位を5単位まで含めることができること、商業以外の学科では普通教育に関する各教科・科目の単位を5単位まで同じく含めることができること、また、専門教育に関する各教科・科目の履修によって必履修教科・科目の履修と同様の成果が期待できる場合においては、その専門教育に関する各教科・科目をもって必履修教科・科目の一部又は全部に替えることができるとしていることから、(高等学校学習指導要領 文部科学省) 専門学科においても普通科の教科・科目を含んだ単位修得をしていると考えられる。そのために各教科・科目についての単位互換を十分に検討することで転出入を可能とすることができるのではないだろうか。図VIII-5は単位制総合学科との例である。単位制の場合、はっきりとした学年はないものの1年で修得する単位数を目安にするために便宜上1、2、3学年の学年での編制をとっている学



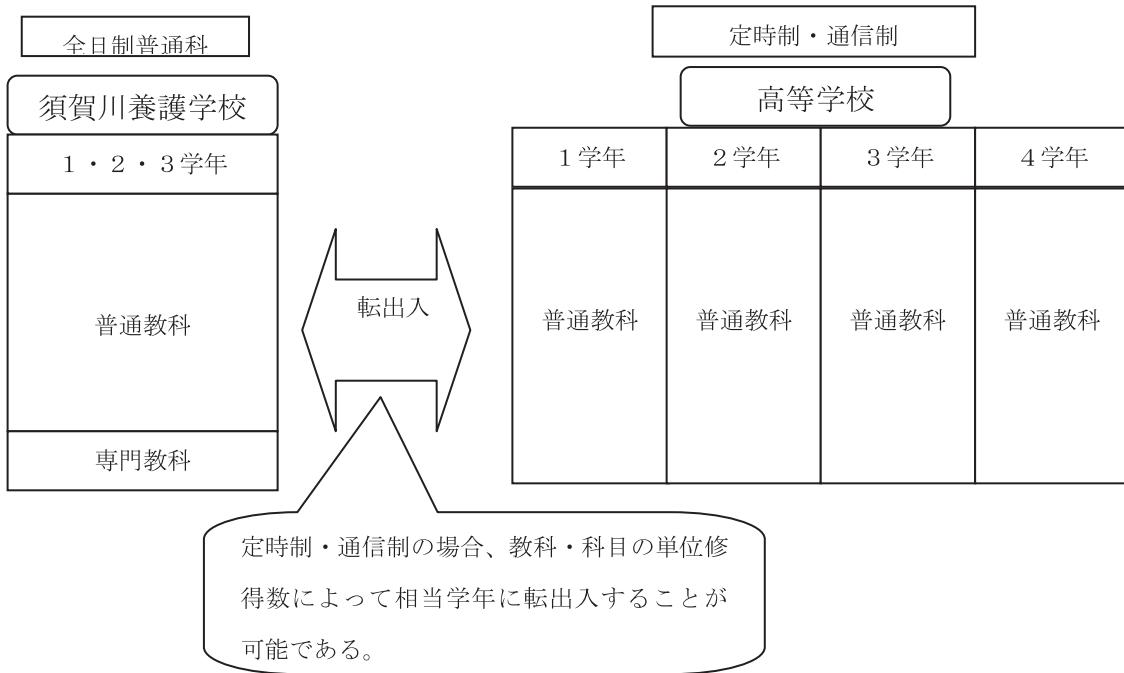
図VIII-3 普通科との転出入



図VIII-4 専門学科との転出入



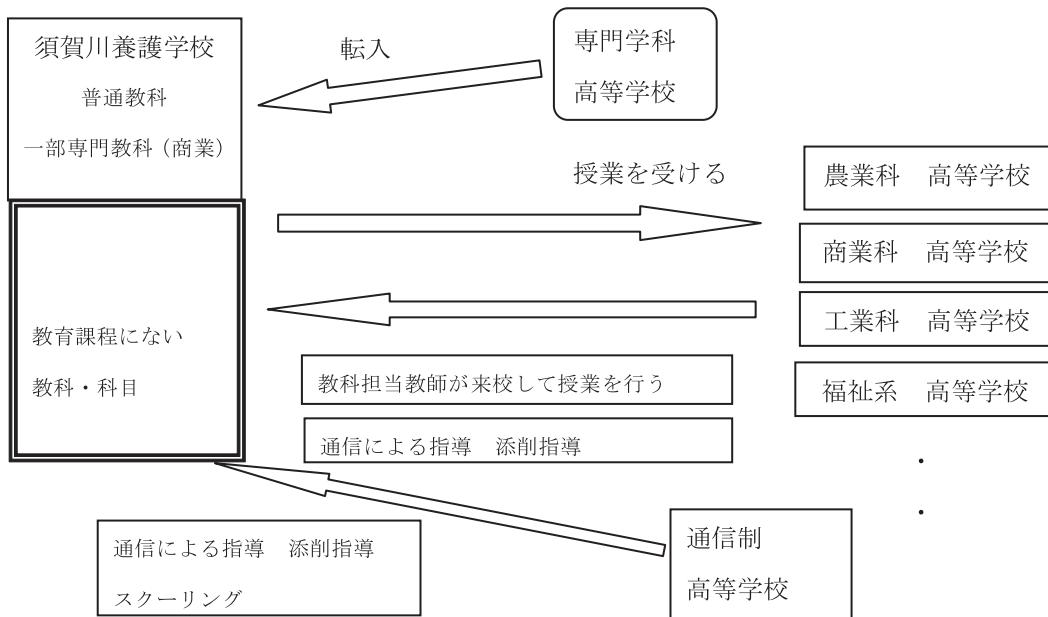
図VIII-5 単位制総合学科との転出入



図VIII-6 定時制・通信制との転出入

校が多い。専門学科と同様に1学年においては必履修教科・科目を多く履修するためこの学年での転出入は問題ないと考える。2、3学年になると農業系、工業系、商業系、福祉系等の幅広い教科・科目から生徒一人一人が選択することとその選択教科が増えることで2、3学年相当への転入は困難になると考える。しかし、では学年制をとらない単位制であるために同学年への転入は難しいが単位修得に応じて相当学年に転入することは可能である。(単位制高等学校規程第5条) 図VIII-6は定時制・通信制の例である。学校教育法施行規則第61条2項では、「全日制の課程、定時制の課程及び通信制の課程相互の間の転学又は転籍については、修得した単位に応じて、相当学年に転入することができる」としている。本校に転入する場合においても修得した単位に応じて、相当学年に転入することが可能である。

次に特別支援学校(病弱)高等部普通科における転入生徒の支援について考察する。専門学科の課程の生徒が転入した場合、引き続き同じような教科・科目を履修できる体制やシステムが必要と考える。このことは前籍校に戻る可能性も視野に入れて生徒自身が進路実現に向けての学習意欲につながるものである。特別支援学校(病弱)高等部の全ての学科の教科・科目を教育課程に編成することは現状では困難である。そこで一つの試案を示すこととする。学校教育法施行規則第63条3に学校間連携に関する規定がある。「校長は、教育上有益と認められるときは、生徒が当該校長の定めるところにより他の高等学校又は中等学校の後期の課程において、一部の科目の単位を修得したときは、当該修得した単位を当該生徒の在学する高等学校が定めた全課程を認めるに必要な単位数のうちに加えることができる。2 前項の規定により、生徒が他の高等学校又は中等学校の後期課程において一部の科目の単位を修得する場合においては、当該地の高等学校又は中等学校の校長は、当該生徒について一部の科目の履修を許可することができる。」としている。同63条5では他の学校での単位数について規定している。「第63条の3の規定に基づき加えることのできる単位数及び前条の規定に基づき与えることのできる単位数の合計は20を



図VIII-7 転入生徒の支援

こえないものとする。」としている。このことは特別支援学校（病弱）高等部の教育課程にない教科・科目を他の高等学校で履修することが可能であることを示している。近隣の専門学科の課程をとる学校と連携し、他の学校で設定された授業に出席するかあるいは教科・科目担当教師が特別支援学校（病弱）において特別に授業を行うなどが考えられる。また、通信制の学校との連携も可能ではないだろうか。設定されていない教科・科目が通信制にある場合、教科・科目をレポート及びスクーリングで単位修得するのである。あらゆるタイプの高等学校と連携を図ることによって病気や精神疾患、発達障害や不登校等で中途退学する生徒の学習の機会を特別支援学校（病弱）高等部において保障することができるのではないかと考える（VIII-7）。

### （3）学校外（病院、自宅等）における学習支援

病気で入院あるいは家庭において療養中及び不登校の生徒は、学校を欠席している現状にある。単位修得が必要な高等部においては、学習の評価、授業時数に影響が出てくる。登校が困難な生徒に対して特別支援学校として学習の機会を考えいかなければならない。盲学校・聾学校及び養護学校学習指導要領第1章総則第2節第6款4に「療養中の生徒及び障害のため通学して教育を受けることが困難な生徒について、各教科・科目の一部を通信により教育を行う場合の1単位当たりの添削指導及び面接指導の回数等については、生徒の実態に応じて適切に定めるものとする。」とある。通信による指導では様々な内容が考えられる。紙面で課題を与え添削することで授業が成立するが、紙面を通してだけでなく課題の与え方は工夫できる。テレビやラジオ、インターネット等の多様なメディアを活用することである。教育コンテンツを豊富にもつNHK高校講座はラジオ、テレビ、インターネットで視聴できる。東京都では、IT研究開発校<sup>18)</sup>において、自学学習用に教科の単元ごとに授業ビデオを作成し、それを生徒が自宅でインターネットを介していくつでも視聴できるシステムがある。また、校内においても無線LANが構築され学校で管理されているノートパソコンを使用して校内のどこでも学習できるeラーニングシステムが構築されている。教育コンテンツ学習指導要領に準拠した45科目・70単元、計3150単元の

作成を目指している。また通信制では、ネットラーニングシステムとして時間や場所に制約されずに学校から離れていても学校と同様に学習することができる遠隔教育の構築を目指している。コンテンツは科目ごとにテキスト、ドリル、映像、音声で構成され20科目3182単元が作成されている。またここではスクーリングをインターネットを介してテレビ会議システムに似た環境で実施している。IT機器の整備が必要となるが、このように学習支援コンテンツを作成しそれを様々なメディアや機器を活用することいつでもどこでも学習できる環境を整備することは欠席が多い生徒の学習支援に有効である。

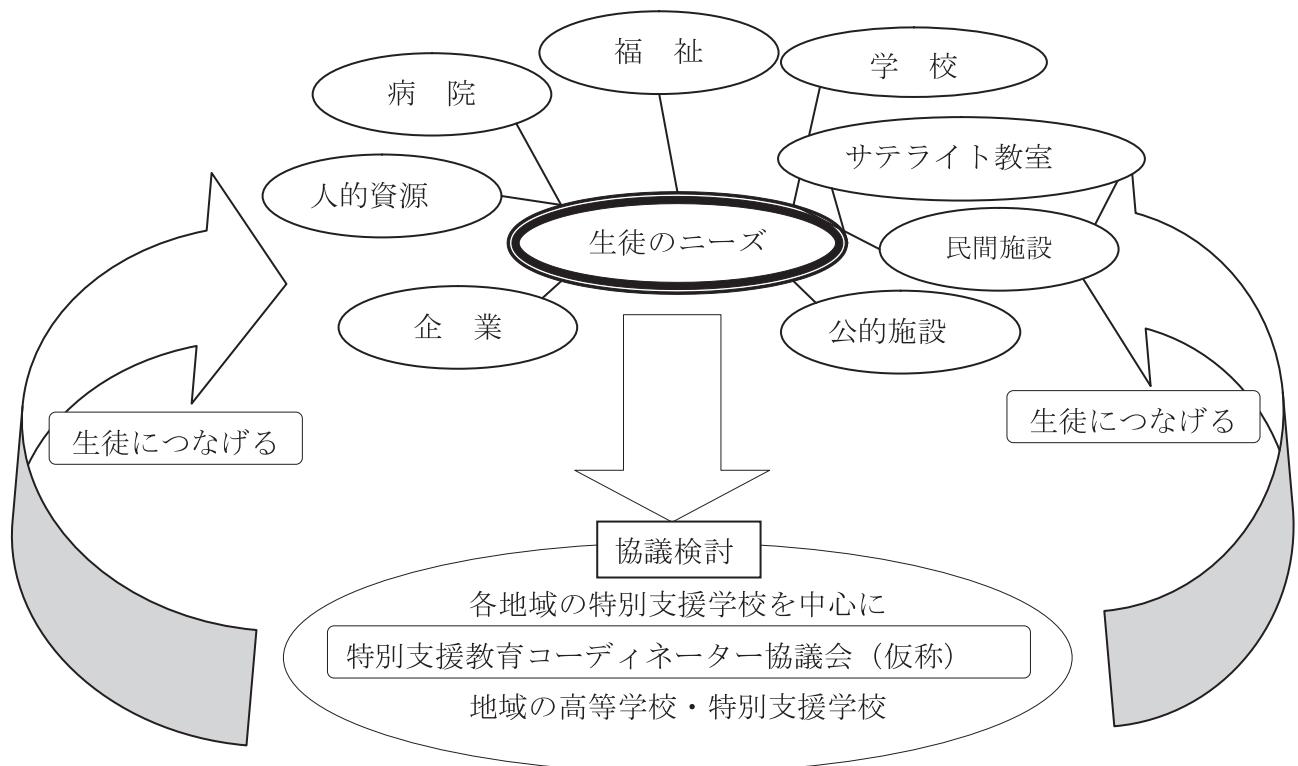
## 2 特別支援学校（病弱）高等部の役割について

平成18年度全国の高等学校の課程別における不登校生徒数の調査結果では、全日制普通科31,399人、全日制普通科生徒数に占める割合は1.3%、全日制専門学科9,931人、全日制専門学科生徒数に占める割合の1.3%、全日制総合学科2,477人、全日制総合学科生徒数に占める割合の1.8%、定時制13,737人、定時制生徒数に占める割合の12.7%になる<sup>19)</sup>。また、全日制に定時制を含む調査において不登校になったきっかけと考えられる状況調査では、本人に関わる問題34.6%、学業の不振13.6%、いじめを除く友人関係をめぐる問題13.1%、入学、転編入学進級時の不適応8.5%、病気による欠席8.2%などが多く占めている。

このような現状において福島県では高等学校にも特別支援教育コーディネーターが配置されている。小学校中学校の支援体制が整ってきてることから今後は高等学校との連携も考えられる。そこで高等学校に在籍している生徒にどのようなニーズがあるのか把握する場及び情報の共有の場とし、特別支援教育コーディネーターの協議会（仮称）等を設置してはどうだろうか。そこに病弱教育の専門的な知識のある特別支援学校（病弱）の特別支援教育コーディネーターもしくは他の教師が参加し、必要に応じて生徒支援のためのコーディネートをするのである。また、小、中学校ではすでに学校以外での適応指導教室があるが、同様に活用できる施設（学校の空き教室、公的・民間の施設等）を利用して病気や精神疾患及び不登校生徒や心身症等の生徒の学習の場として設置するのである。授業においては、地域の高等学校と連携しその場所に教科担当教師が出席して行うサテライト教室を考えられる。また、前述した、テレビやラジオ、インターネットを利用しての授業、作成された教育コンテンツを利用しての授業等、どのような授業支援ができるか高等学校と特別支援学校の特別支援教育コーディネーターが生徒に対し可能な支援方法を検討する。地域の学校間で生徒に応じてシステムを構築するのである（図Ⅷ-8）。この構築によって、特別支援学校（病弱）のない地域での入院している生徒や療養中の生徒及び不登校や発達障害のある生徒に特別支援学校のノウハウを生かした支援ができると考える。これが可能になることで、高等学校での特別な支援を必要とする生徒の学校不適応での原級留置及び中途退学者の予防にもつながると考える。生徒の進路実現に向けて社会の一員として貢献できる人材の育成につながるものである。

全国において特別支援学校（病弱）高等部の設置率は平成19年度64%である<sup>20)</sup>。

本校がある須賀川市近隣地域からの入学者が依然大きな割合で占めている現状から、設置されていない他地域及び各都道府県でのニーズは潜在的にあることが容易に推測される。義務教育ではない高等学校と連携し、あわせて医療、福祉、労働等との大きな連携の構築には時間がかかる。学校間でできることの一歩を踏み出すことが必要である。そこで生徒が必要とする教育や学



図VIII-8 地域における支援

習の場を一つ一つつなげていくのである。病弱教育から支援をすることさらに地域における特別支援教育への理解を高め、高等学校での特別な支援を必要とする生徒に対しての教育をも推進していくのではないかと考える。

## 引用・参考文献一覧

- 1) 文部科学省 高等学校教育改革の推進  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/kaikaku/main8\\_a2.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/kaikaku/main8_a2.htm)
- 2) 西牧謙吾 滝川国芳 「小児看護」 vol.30 2007年10月 1537～1542頁
- 3) 福島県 平成18年度学校基本調査 平成19年2月
- 4) 文部科学省 児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/19/11/07110710/001.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/19/11/07110710/001.htm)
- 5) 福島県教育委員会 第5次福島県長期総合教育計画」- 新世紀ふくしまの学び・2010-(改訂版)  
<http://www.pref.fks.ed.jp/tyoukei/tyoukei.html>
- 6) 手島純「格差社会にゆれる定時制高校 教育の機会均等のゆくえ」彩流社 2007年9月25日
- 7) 福島県立川俣高等学校「文部科学省研究開発学校 研究開発実施報告書」平成18年度(第2年次) 平成19年3月

- 8) 平岩幹男 「思春期の精神心理的特性」『小児内科』 vol.39 2007年9月 1301～1307頁
- 9) 文部科学省 児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/19/11/07110710/001.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/19/11/07110710/001.htm)
- 10) 山本昌邦 「病気の子どもの理解と援助」『慶應通信』 1987（昭和63）年
- 11) 武田鉄郎 「慢性疾患の自己管理支援のための教育対応に関する研究」『株式会社大月書店』 2006年
- 12) 独立行政法人国立特殊教育総合研究所病弱教育研究部 「病弱教育における心身症等の児童生徒の教育」 2004（平成16年）
- 13) 独立行政法人国立特殊教育総合研究所 「慢性疾患、心身症、情緒及び行動の障害を伴う不登校の経験のある子どもの教育支援に関するガイドブック」 2007（平成18）年
- 14) 稲垣應顕 喜田裕子 「教育的カウンセリングと臨床心理学の対話」『文化書房博文社』 2006年 p18-25
- 15) 井上洋一 清水將之 「学校カウンセリング」『岩崎学術出版社』 2000年
- 16) 全国特別支援教育学校長会病弱養護学校部会 「平成18年度研究集録」 2007年
- 17) 文部科学省 高等学校教育改革の推進  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/kaikaku/main8\\_a2.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/kaikaku/main8_a2.htm)
- 18) 東京都立砂川高等学校 「ITを活用した教育推進校発表会資料」 2007年
- 19) 文部科学省 児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/19/11/07110710/001.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/19/11/07110710/001.htm)
- 20) 文部科学省 「平成19年度学校基本調査」 2007年

## 第5章

病気のある子どものデータベースに関する研究

## 第5章 病気のある子どものデータベースに関する研究

### 1. 子どもの病気のデータベースの意義

西牧 謙吾(国立特別支援教育総合研究所 教育支援研究部)

子どもの病気に関するデータベースといえば、病弱教育においては、長らく全国病弱身体虚弱教育研究連盟（全病連）で、2年に一度病類調査が行われてきた。その他の教育におけるデータベースは、学校保健統計ぐらいであり、特別支援学校のセンター的機能や都道府県教育委員会における病弱教育の基礎資料としては、あまり使われていないのが現状である。

また、特別支援学校（知的障害）には、病気のある子どもは多数在籍し、全国どの地域でも、教室や学校不足が起こっている。この少子化の時代に、である。しかし、この詳細な原因追及の研究はなされておらず、教育委員会は首をかしげる。このように、特別支援教育に統計利用法は、まだまだ改善の余地があると思われる。

病弱教育における病類調査は、全病連理事長校が主管校になり、都道府県主管校から上がってくる病弱身体虚弱特別支援学級（院内学級を含む）や特別支援学校（病弱）に在籍する病気の子どもの5月1日現在の人数と、子どもの病気（病類）の情報をまとめるのである。今までには、病弱教育といえば、病弱身体虚弱特別支援学級（院内学級を含む）や特別支援学校（病弱）を調べるだけで良かったのであるが、最近の都道府県の状況を見ると、病気の子どもへの訪問教育は、特別支援学校（病弱）からだけではなく、特別支援学校（肢体不自由）や特別支援学校（知的障害）からも行なわれており、このような統計は見過ごされてきた可能性が高い。これからは、特別支援学校は、障害種を超えて支援を行うことが出来るために、ますますこの傾向には拍車がかかる。

そこで、特別支援教育元年の調査から、従来の病類調査の方法を少し変更し、より正確なデータ収集が出来るように、文部科学省特別支援教育課とも連携して、病類調査方法の改善を行うことになった（教育支援研究部調査研究）。まず、事前に都道府県教育委員会から病気の子どもへの教育を実施しているすべての教育機関名（1次情報）をもらい、当研究所アンケートサーバーに機関名を入力し、直接教育機関から、患者情報（2次情報）を入力してもらうことにした。こうすれば、今まで漏れていた情報を拾い上げることが出来る。

もう一つの問題は、例えば筋ジストロフィーを例に取れば、全国肢体不自由養護学校長会平成17年度全国肢体不自由養護学校児童生徒病病因別調査、全国病弱虚弱教育研究連盟平成17年度よ全国病類調査ると、特別支援学校（肢体不自由）に在籍する子どもは、特別支援学校（病弱）に在籍する子どもの約2倍であった。日本の筋ジス医療は、主として国立病院機構の筋ジスネットワークの入っている病院で担われているが、多くは特別支援学校（病弱）を併設している。従って、特別支援学校（病弱）における筋ジス教育を語っても、日本全体を網羅した情報にならない。現在では、小中学校では、地元学校に在籍するケースが増え、特別支援教育からはずれている場合が多いと言われている。

日本で最大の病気の子どものデータベースは、小児慢性特定疾患治療研究事業データベースであり、国立成育医療センター研究所で管理されている。しかし、これとて子どもの病気の全体をカバーするものではない。この詳細については、小児慢性特定疾患治療研究事業からの特別支援教育への期待というテーマで、国立特別支援教育総合研究所特任研究員であり、国立成育医療

センター成育政策科学研究所長であられる加藤忠明先生から報告して頂いた。中央教育審議会初等中等教育分科会教育課程部会特別支援教育特別委員会委員でもある。

日本の病気の子どもに対する施策は、医療、児童福祉、特別支援教育から行われている。医療助成に関しては、国の中児慢性特定疾患治療研究事業と地方自治体が独自に行う乳幼児医療費助成制度（乳幼児医療無料化で知られている）、福祉では育成医療があり、特別支援教育では、病類調査ということになる。このようなデータベースを包括的に利用し、教育と医療、福祉の連携の基礎資料を提供する研究が待たれる。

平成18年度より、厚生労働科学研究補助金子ども家庭総合研究事業「小児慢性特定疾患治療研究事業の登録・管理・評価・情報提供に関する研究」に教育から参画している。再掲として、平成18年度研究班報告書（資料1. は平成19年度更新分）を示す。これは、小児科医療関係者への、病弱教育と特別支援教育に関する情報提供となった。今後、子どもの病気に関する教育と医療のナショナルセンターの連携協力を更に推進していく予定である。

## 2 小児慢性特定疾患治療研究事業からの特別支援教育への期待

国立特別支援教育総合研究所特任研究員

加藤忠明（国立成育医療センター成育政策科学部研究部長）

### A 小児慢性特定疾患治療研究事業について

#### 1 事業の概要

##### ①目的、法的根拠、実施主体

慢性疾患にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成を図るため、当該疾患の治療方法に関する研究等に資する医療の給付その他の事業を行うことを目的としている<sup>1)</sup>。従来は法的根拠がなかったが<sup>2)</sup>、現在は児童福祉法第21条の9の2の規定に基づく事業である<sup>3)</sup>。実施主体は、都道府県、指定都市及び中核市である。

##### ②対象疾患群

法制化前は「先天性代謝異常」疾患群に区分されていた消化器疾患（胆道系疾患を含む）に対して、法制化後は新たな疾患が追加され、「慢性消化器疾患」群が創設されたので、現在は11疾患群に区分されている。また、「ぜんそく」疾患群は新たな疾患が追加されて「慢性呼吸器疾患」群に、そして、「血友病等血液疾患」は免疫疾患等を含んでいるので「血友病等血液・免疫疾患」群に名称変更されている。

##### ③対象疾患及び対象基準

対象疾患数は、従来の課長通知の488疾患から<sup>2)</sup>、現在は大臣告示に基づく514疾患に増えている<sup>3)</sup>。対象者の認定基準は、今日の医学的知見に基づいて、慢性に経過する疾患であるか、生命を長期に脅かす疾患であるか、症状や治療が長期にわたって生活の質を低下させる疾患であるか、長期にわたって高額な医療費の負担が続く疾患であるか、などを考慮して決められている。

##### ④対象年齢と通院拡大

従来、対象年齢が18歳未満の疾患と20歳未満のものが存在したが、現在では全ての疾患において、新規認定は18歳未満、継続認定は20歳未満となっている。また従来、1か月以上の入院のみ対象としていた疾患群が存在したが、現在では全ての疾患群において、入通院とも対象となっている。

##### ⑤福祉サービス

小児慢性疾患児養育経験者等による相談事業、また、患者に対する日常生活用具の給付を行う福祉サービスを実施している。

###### a. 小児慢性疾患児養育経験者等による相談事業（都道府県事業）

主として保健所で行われているピアサポート事業である。以前より難病のこども支援全国ネットワークは、病気や障害のある子ども達と家庭へのサポートを目的として、ネットワーク電話相談室を開設し、医療や福祉に関する相談を受け、また親の会や同病の患者を紹介するなど広範囲な活動を続けていた。

ピアサポート事業では、この相談事業を拡張し、実際にピアソーターが出向き、よろず相談や各種手続きの付添い、ボランティアのコーディネートなど、より身近なサポートを継続して行っている。詳細は、以下のホームページを参照のこと。

<http://www.nanbyonet.or.jp>

### b. 患者に対する日常生活用具の給付（市町村事業）

日常生活を営むのに著しく支障のある在宅の小児慢性特定疾患児に対しては、2005年度より日常生活用具を給付することにより日常生活の便宜を図っている。給付の対象となる用具の種目など詳細は、次のホームページを参照のこと。

<http://www.nch.go.jp/policy/syorui/syorui12.htm>

### ⑥一部負担額

他の公費負担医療との均衡や子育て家庭の家計への配慮、本事業として初めて費用徴収を導入すること等を総合的に勘案して、階層区分による負担限度額が設定されている。ただし、低所得者に配慮して市町村税非課税世帯、また重症患児は負担が免除されている。そして、医療機関、地方公共団体の事務負担軽減等も考慮して、費用徴収の階層区分は簡素化されている。詳細は、以下のホームページを参照のこと。

<http://www.nch.go.jp/policy/syorui/syorui8.htm>

## 2 事業の経過

### ①設立当初

小児慢性特定疾患治療研究事業（以下、小慢事業）は、小児慢性疾患のうち特定の疾患について、研究を推進し、その医療の確立と普及を図り、併せて患者家族の医療費の負担を軽減する事業であり、1974年に整備された<sup>2)</sup>。それ以前から実施されていた事業、すなわち1968年の「先天性代謝異常児の医療給付について」、1971年の「小児ガン治療研究事業について」、1972年の「児童の慢性腎炎・ネフローゼ及びぜんそくの治療研究事業について」を統合、さらに他の対象疾患を拡大するとともに9つの疾患群にまとめられ整備された。

1974年以降も対象疾患の追加、一部の疾患では入院から通院への拡大、対象年齢の18歳未満から20歳未満への延長が行われた。そして、1990年には神経・筋疾患が対象疾患群として追加され、10疾患群となった。しかし、その間、実質的には医療費助成のみで、研究の推進は必ずしも図られなかった。

### ②全国的な登録開始

小慢事業での医療費助成は、1995年度より患児（保護者）の申請で、保健所を窓口として行われることとなった。そして、1998年度にその登録様式が全国的に統一された。すなわち、申請書に添付される医療意見書は、全国的にほぼ同様の書式となり、その内容をプライバシー保護に十分配慮しながら、コンピュータ入力・集計して登録・管理する方式になった。そのコンピュータ入力・集計するソフトを、厚生省（当時）は全国の実施主体へ1999年2月に配布した<sup>4)</sup>。

その後、そのソフトは3回ほど改良された。2回目の改良となる2003年6月全国配布版では、対象疾患のみ入力可能とし、本来ありえない内容を入力すると警告表示を出し、また、医療機関名も入力できるソフトとなった<sup>5)</sup>。

### ③法制化

小慢事業の設立当初に比べ現在では、医療技術の向上に伴って、患者の生命の危機は防ぎやすくなった反面、その療養が長期化し、長期間、病気と闘っている子どもとその家族の心身面での負担は増してきた。

また、従来は厚生事務次官通知に基づく補助金事業であったため、安定的な制度とすることが望まれていた。このような小慢事業を取り巻く状況を踏まえ、小慢事業を法律上位置付ける「児

「童福祉法」一部改正案が国会で2004年11月26日に成立、同年12月3日に公布され、厚生労働大臣告示が2005年2月10日の官報に載った。同年4月1日以降は、法的根拠に基づく安定的な制度となっている。

法制化された内容に対応・修正されたコンピュータ入力・集計ソフト（3回目の改良）は、2006年8月に全国に配布された<sup>6)</sup>。

#### ④小児慢性特定疾患治療研究事業の法制化に伴う見直しの基本的考え方

小慢事業の見直しに関する基本的考え方は以下の通りである<sup>7)</sup>。従来の小慢事業の対象疾患を基本として、今日の医学的知見に基づき、必要最小限の見直しを行った。

対象疾患については、事業の趣旨に鑑みて、慢性疾患であることを前提として、症状の重さ、治療にかかる費用並びに他の公費負担医療の適応状況等を考慮し、予算の範囲内で対象疾患の見直しを行った。

基本的にはICD10（第10回修正国際疾病分類）コードや疾患名を使用し、現在は使用されていない疾患名や不正確な不適切病名を整理するとともに、対象疾患を適切な疾患群に分類して、医学的に整合性を図った。ただし、悪性新生物のみICD-O（第3版国際疾病分類－腫瘍学）コードによった。対象疾患ごとに認定基準を厚生労働大臣告示で示した。

### B 小児慢性特定疾患治療研究事業の登録者数とその頻度

1998～2005年度に全国で使用された小児慢性特定疾患11疾患群の医療意見書、及び成長ホルモン治療用意見書の内容は、電子データとして厚生労働省に2007年1月までに事業報告が行われた。その内容、延べ839,478人分の資料が疫学的、縦断的に解析された<sup>8)</sup>。この電子データには、自動計算された患児の発病年月齢や診断時（意見書記載時）の年月齢は含まれるが、プライバシー保護のため、患児の氏名や住所等は自動的に削除されている。

#### ①疾患別登録人数

全国全ての実施主体から報告された最新年度は2003年度であり、1,000人以上登録された疾患及び登録人数は、都道府県単独事業も含めて多い順に以下の通りであった。

成長ホルモン分泌不全性低身長症11,516人、白血病6,629人、甲状腺機能低下症6,223人、気管支喘息＊5,292人、川崎病＊4,944人（冠動脈瘤・拡張症・狭窄症を含めると6,053人）、心室中隔欠損症＊3,755人、1型糖尿病3,617人、脳（脊髄）腫瘍3,599人、ネフローゼ症候群＊3,415人、甲状腺機能亢進症3,167人、神経芽腫2,752人、慢性糸球体腎炎＊2,222人、思春期早発症2,186人、若年性関節リウマチ2,057人、血管性紫斑病2,029人、胆道閉鎖症1,950人、心房中隔欠損症1,373人、水腎症＊1,329人、悪性リンパ腫1,317人、血友病A1,234人、慢性甲状腺炎1,094人、Fallot四徴症＊1,049人、2型糖尿病1,042人、ターナー症候群1,041人であった（＊を記した疾患は、1か月以上の入院が対象であったため、登録人数は実人数より少ない）。

詳細は、以下のホームページを参照してください。頻度の比較的高い疾患に関しては、男女別、年齢別、合併症の有無別、経過別の登録人数も掲載している。

<http://www.nch.go.jp/policy/jyouhou.htm>

#### ②年齢階級別にみた登録人数と、その頻度

2003年度小慢事業での年齢階級別登録人数と、総務省統計局の推計人口から作成した推計人口、及びそれらから算出した頻度を表1に示す。慢性疾患のある小中高校生の多くは小慢事業に登録していると推測され、約200人に1人が小慢事業に登録されていた。疾患群ごと、及び全国

で1000人以上登録された26疾患に関しての年齢階級別の簡単なコメント、及び300人以上登録された23疾患に関して全国の登録人数のみ「注4)」に示す。ただし、0～5歳児は乳幼児医療費助成制度の利用、また、18～19歳児は対象外の実施主体もあるので頻度は算出していない。

2003年度小慢事業で先天性代謝異常として登録された7,217人中、年齢が0～5歳の2326人、18～19歳の87人、及び不詳の89人を除く4715人の就学状況を表2に示す。小中高校生の先天性代謝異常児の90%近くは通常学級に通っていた。なお先天性代謝異常は、他の疾患群に比べて通常学級以外での就学が多いと予想されるので、就学状況を医療意見書に記載することになっており、全国的な集計がなされている。

### C 慢性疾患児の死亡数の減少とキャリーオーバーの増加

近年の医療の進歩に伴い、悪性新生物を除けば小児期に亡くなる患児がわずかであることは以下の数値より推測される。0歳児は、未熟児養育医療など小慢事業以外を利用中に亡くなることが多いので除外した数値である。

全数調査である人口動態統計によって1975年と2004年を比較すると、1～19歳児の死亡者数は、悪性新生物は1,824人から547人に、循環器系の先天奇形は937人から167人に、血液・免疫疾患は207人から33人に、喘息は176人から11人に、慢性腎疾患は153人から2人に、代謝疾患（体液異常を除く代謝障害）は64人から38人に、糖尿病は36人から7人に、その他の小慢事業対象疾患は推計61人から推計7人に減少した<sup>9)</sup>。合計すると、3458人から812人に減少した。

また、1～19歳児10万人当たりの死亡率で1975年と2004年を比較すると、悪性新生物は5.52から2.36に、循環器系の先天奇形は2.84から0.72に、血液・免疫疾患は0.63から0.14に、喘息は0.53から0.05に、慢性腎疾患は0.46から0.01に、代謝疾患は0.19から0.16に、糖尿病は0.11から0.03に、その他の小慢事業対象疾患は推計0.18から推計0.03に減少した<sup>9)</sup>。

2004年に1～19歳で亡くなった患児のうち、悪性新生物は547人、その他の疾患群が265人であった<sup>9)</sup>。2003年度の小慢事業登録患児のうち、悪性新生物は19,124人中、547人×19年間×登録率0.8=8,314人(43.5%)が小児期に亡くなると推計される。悪性新生物に罹患した患児は、小慢事業が整備された1974年頃、その多くが小児期に亡くなっていたが、現在では推計56.5%の患児が成人に達する。また、その他の疾患群では89,689人中、265×19×0.8=4,028人(4.5%)が小児期に亡くなるが、推計95.5%の患児は成人になると推計される。

高齢者介護保険の対象となる65歳未満の旧小慢患者数は、次のように推計した。小慢事業に15-17歳で登録された患児は、そのまま成人に達して平均寿命を全うできると仮定すると、2003年度小慢事業の15-17歳児登録数16,362人であったので<sup>8)</sup>、16,362人÷3年間×45年間=245,430人と推計される。その方達の抱える問題、ならびにそれらに対する対策を検討する必要がある。

### D 特別支援教育への期待

#### 1 患児とその家族の要望

厚生労働省の検討会の報告書によれば、慢性疾患のある子どもとその家族の要望は、①より良い医療、②安定した家庭、③積極的な社会参加、の3つに集約されていた<sup>10)</sup>。詳細は、以下のホームページを参照のこと。

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/06/h0628-1.html>

①より良い医療

さらなる研究の推進、診療の向上によって、より良い医療を受け、可能な限り治癒・回復を図ることである。法制化後的小慢事業によって改善させたい。

②安定した家庭

家族がまとまりながら慢性疾患のある子どもを支えつつ、家族全員がそれぞれの人生を充実して送ることである。慢性疾患の子どもが心配なく療養を続けるために、家族が安定することが欠かせない。そのため、ケアの負担軽減や、きょうだいや家族の支援、職場での配慮が望まれる。

③積極的な社会参加

慢性疾患のある子どもが教育や就職など、社会参加することである。本来、持つて生まれた能力の可能性を十分に發揮したい、または、させたいという願望は、一般の子どもとその家族が持つもの以上に強い。教育は、学習の遅れの補完、学力の向上、積極性・自主性・社会性の涵養、心理的安定など、子どもが自立し社会参加していくために欠かせない。不必要な制限が行われたり、無理な活動を強いたりするなど不適切な対応を避け、疾患に応じた適切な支援、教育を受けられるようにしなければならない。

④社会全体での支援の必要性

以上の要望は、慢性疾患のない子どもとその家族が、健康、安定した家族、社会参加を求めるのと同質である。一方、慢性疾患に罹ることは、本人の責任ではなく、様々な負担を自らで全て負うことも困難である。慢性疾患のある子どもとその家族が社会の構成員として、社会と関わりながら生活できるように、一般の人々がその存在を正しく認知し、社会全体で支援するという気持ちをもつことが大切である。

慢性疾患児には、生活上の規制、運動制限など日常生活、学校生活の管理指導が重要な場合がある。しかし、子どものQOL（生命・生活の質）を高め、一人ひとりが生きる喜びをもてるようにならうことを希望したい。同じ年齢の子どもが経験すること（いろいろな遊び、家庭生活、学習等）を可能な範囲で体験させたい。

⑤学校生活

慢性疾患児には、学校生活でいろいろ制限が必要かもしれないが、意味のない制限や特別扱いは、子どもにストレスを与える。また、高学年になれば、皆と同じでいたいという気持ちが強くなり、このことがしばしば子どもに無理な行動をとらせ、結果的に病気を悪化させことがある。したがって、クラスメートなど周囲の人々に子どもの病気やおかれている状況を、正しく理解してもらうことが大切である。

元気に見えるのになぜ校内清掃では、いつも軽い作業を割り当てられるのかなど、その理由が周囲に伝わっていないと誤解される。周囲の誤解は子どもを孤独に追い込んだり、いじめにつながることもある。

逆に、身近な仲間が病気を理解し支えてくれることは、子どもにとって何よりの励ましである。またクラスメートにとっても、助けを必要とする仲間を支える経験を積むことは、人間としての資質を高める上で必要な体験となる。このような相互理解と助け合いの雰囲気がクラス内に自然に生まれるよう、配慮することも大切である。

## 2 教育面の配慮のあり方

教育は、慢性疾患のある子どもが成人期に達して自立し、社会参加するために欠くことのできないものである。20歳を超えて小慢事業の対象から外れた旧小児慢性特定疾患患者（以下、旧小慢患者）に関して、就労している旧小慢患者413名、学生患者109名、及び、学生を除く無職の患者211名の小児期の学校生活時の問題を各々、表3、表4、表5に示す<sup>11)</sup>。

### ①学校生活時の問題への配慮

旧小慢患者は、学校生活時に多種の問題があったと回答していた。可能な範囲でその問題を解決していく努力が求められる。

病弱養護学校の教育課程では、個々の児童生徒の病状は多種多様であり、その実態に即した細かい指導が必要とされ、病気に対する回復意欲の向上を図り、病気に対する自己管理能力を育成する、とされている<sup>12)</sup>。

文部科学省の学校基本調査によれば、2004年度の義務教育での長期欠席児童生徒総数は、193,327人で、その内、病気を理由とするものは全国で48,823人であった。しかし、病弱教育を受けている児童生徒数は、病弱養護学校で3907人、特殊学級1737人、通級指導6人、猶予・免除者56人であり<sup>13)</sup>、病弱教育が必要と考えられる48,823人に対して実際に病弱教育のサービスを受けている比率は11.6%であった<sup>14)</sup>。

旧小慢患者の多くは小児期に通常学校に在籍しているので、特別支援学校（旧病弱養護学校等）が通常学級へ支援を行うセンター的機能を強化することにより、通常学校でも特別支援学校と同様のサービスを受けられるように配慮したい。その教育保障は、学校保健と病弱教育の両者をいかに連携、機能させるかにかかっている。支援が必要な患児に関して、その担任1人に悩ませないで、校内支援や専門家チームからの支援、また医療関係者等の助けを借りながら、患児の教育を充実させることが望まれる。

学校生活時の問題として、最も多かったのが体育授業であり、この傾向は就労の有無とは無関係に認められた。特別支援学校の教育課程では、そこに在籍する児童生徒に対して、生活上の制限が多いことから体育の一部を取り扱わないこととしている。例えば、小学4年生の体育の年間授業時数は、通常の90から35に減らされている。通常学級でも同様の配慮が望まれる。

次いで多かった問題は、学校行事であった。学校行事を実施する際も、個々の病状に応じた配慮、また教科の進度に合わせて計画的に実施することが望まれる。

### ②就労の有無別、学校生活時の問題

学校生活時に問題がなかった、と回答した割合は、年収121万円以上の患者、及び学生患者では30%前後であり、どちらかというと比較的高かった。学校生活時に問題が少なければ、就労して収入を得やすく、また進学しやすいものと考えられる。

しかし、病気で就労が無理と回答した患者の中で問題がなかった、との回答割合は12.3%と低く、半数以上の患者が、体育授業、学校行事の他、学力、登下校時の問題をあげていた。児童生徒の生活に結びついた教育、自立活動に合わせた教育形態（日常生活の指導、遊びの指導、作業学習など）が望まれる。

表1 2003年度小慢事業による疾患群別と疾患別、及び年齢階級別の登録人数とその頻度

年齢階級 全国の人口(H15推計人口)		0~5歳 6997千人	6~8歳 3580千人	9~11歳 3612千人	12~14歳 3717千人	15~17歳 4047千人	18~19歳 2950千人
全疾患、108813人 同上割合	小中高校生約200人に1人が登録	29447人	18157人 1/197人	19147人 1/189人	20069人 1/185人	16362人 1/247人	4194人 1437人
悪性新生物、19124人 同上割合	小中高校生約1000人に1人の患児	4514人	3149人 1/1137人	3040人 1/1188人	1/1143人 1/1214人	3333人 1/1193人	1604人 231人
白血病、6629人 同上割合	小中高校生約3000人に1人の患児	1332人	1159人 1/3089人	1/3114人 534人	1/3069人 1/6704人	1/1214人 1/5191人	500人 74人
脳(脊髄)腫瘍、3599人 同上割合	小中高校生約6000人に1人の患児 年齢と共に治癒比が減少	549人	586人 1/6164人	586人 1/6450人	716人 1/9285人	732人 1/14692人	420人 62人
神経芽腫、2752人 同上割合	中高校生約13000人に1人の患児	1314人	555人 1/6450人	389人 1/6450人	253人 1/9285人	1/5529人 1/24828人	163人 60人
悪性リンパ腫、1317人 同上割合	小学生約23000人に1人の患児	100人	164人 1/21829人	240人 1/15050人	280人 1/13275人	337人 1/12009人	179人 17人
網膜芽細胞種、1001人 同上割合	小学生約23000人に1人の患児	389人	160人 1/160人	155人 1/155人	118人 1/118人	119人 1/119人	50人 10人
慢性腎疾患、10826人 <sup>注1</sup> 同上割合	小中高校生約2000人に1人は長期欠席	2019人	1915人 1/1869人	1847人 1/1956人	2132人 1/1743人	1917人 1/2111人	751人 245人
ネフローゼ症候群、3415人 <sup>注1</sup> 同上割合	小中高校生約6000人に1人は長期欠席	779人	616人 1/5812人	561人 1/6439人	640人 1/5808人	528人 1/7665人	238人 53人
慢性腎炎症候群、2302人 <sup>注1</sup> 同上割合	中高校生約6000人に1人は長期欠席	116人	303人 1/11815人	382人 1/9455人	566人 1/6567人	633人 1/6393人	234人 68人
水腎症、1329人 <sup>注1</sup> 同上割合	小学生約15000人に1人は長期欠席	496人	256人 1/13984人	224人 1/13984人	182人 1/16125人	111人 1/20423人	36人 24人
ぜんそく、5326人 <sup>注1</sup> 同上割合	小学校低学年で約3000人に1人は長期欠席	2399人	1203人 1/2976人	909人 1/3974人	500人 1/7434人	233人 1/36459人	42人 40人
気管支喘息、5292人 <sup>注1</sup> 同上割合	軽症も含めれば、約6%の罹患率	2388人	1195人 1/2996人	906人 1/3987人	493人 1/7540人	229人 1/17672人	41人 40人
慢性心疾患、16558人 <sup>注1</sup> 同上割合	約1%は、先天性心疾患をもつて出生する	7285人	2665人 1/1343人	2189人 1/1650人	1968人 1/1889人	1637人 1/2472人	564人 250人
心室中隔欠損症、3755人 <sup>注1</sup> 同上割合	小学校低学年で約1000人に1人は長期欠席	1634人	563人 1/6359人	560人 1/6450人	450人 1/8260人	383人 1/10567人	127人 38人
心房中隔欠損症、1373人 <sup>注1</sup> 同上割合	小学校低学年で約13000人に1人は長期欠席	542人	266人 1/13459人	190人 1/19011人	188人 1/19771人	128人 1/31617人	36人 23人
ファロー四徴症、1049人 <sup>注1</sup> 同上割合	小学校低学年で約25000人に1人は長期欠席	508人	141人 1/25390人	115人 1/31409人	108人 1/34417人	123人 1/32902人	44人 10人
内分泌疾患、29987人 同上割合	中学生約500人に1人の患児	5486人	4771人 1/750人	6667人 1/542人	7599人 1/489人	4782人 1/846人	337人 345人
GHD <sup>注2</sup> 、11516人 同上割合	中学生約1000人に1人が治療中	1050人	2171人 1/1649人	3304人 1/1093人	3822人 1/973人	936人 1/4324人	67人 166人
甲状腺機能低下症、6223人 同上割合	薬価が安いので年齢と共に登録されなくなると推測	2923人	1023人 808人	808人 759人	620人 1/32902人	36人 54人	

同上割合 甲状腺機能亢進症、3167人	高校生約3000人に1人の患兒	46人	1/3500人 119人 1/30084人 554人 1/6462人 1/6462人 1/70196人 149人 1/24027人 151人 1/23709人 1/23709人	1/4470人 412人 1/8767人 870人 1/4152人 1/9133人 209人 389人 1/15176人 155人 1/23303人	1/4897人 1010人 1/3680人 407人 1/9555人 259人 1/14351人 161人 1/16385人	1/6527人 1452人 1/2787人 167人 1/24234人 389人 1/10403人 247人 1/16385人	99人 99人 8人 8人 1/24234人 33人 1/10403人 19人 5人	29人 16人 7人 14人 8人	
同上割合 思春期早発症、2186人	小学校高学年で約4000人に1人の患兒	164人	1/3500人 119人 1/30084人 554人 1/6462人 1/6462人 1/70196人 149人 1/24027人 151人 1/23709人 1/23709人	1/4470人 412人 1/8767人 870人 1/4152人 1/9133人 209人 389人 1/15176人 155人 1/23303人	1/4897人 1010人 1/3680人 407人 1/9555人 259人 1/14351人 161人 1/16385人	1/6527人 1452人 1/2787人 167人 1/24234人 389人 1/10403人 247人 1/16385人	99人 99人 8人 8人 1/24234人 33人 1/10403人 19人 5人	29人 16人 7人 14人 8人	
同上割合 慢性甲状腺炎、1094人	中高校生約10000人に1人の患兒	16人	1/3500人 119人 1/30084人 554人 1/6462人 1/6462人 1/70196人 149人 1/24027人 151人 1/23709人 1/23709人	1/4470人 412人 1/8767人 870人 1/4152人 1/9133人 209人 389人 1/15176人 155人 1/23303人	1/4897人 1010人 1/3680人 407人 1/9555人 259人 1/14351人 161人 1/16385人	1/6527人 1452人 1/2787人 167人 1/24234人 389人 1/10403人 247人 1/16385人	99人 99人 8人 8人 1/24234人 33人 1/10403人 19人 5人	29人 16人 7人 14人 8人	
同上割合 ターナー症候群、1041人	治療中の患児のみ登録される。実数はもつと多い	115人	1/3500人 119人 1/30084人 554人 1/6462人 1/6462人 1/70196人 149人 1/24027人 151人 1/23709人 1/23709人	1/4470人 412人 1/8767人 870人 1/4152人 1/9133人 209人 389人 1/15176人 155人 1/23303人	1/4897人 1010人 1/3680人 407人 1/9555人 259人 1/14351人 161人 1/16385人	1/6527人 1452人 1/2787人 167人 1/24234人 389人 1/10403人 247人 1/16385人	99人 99人 8人 8人 1/24234人 33人 1/10403人 19人 5人	29人 16人 7人 14人 8人	
同上割合 先天性副腎過形成、1001人	小中学生約23000人に1人の患兒	380人	1/3500人 119人 1/30084人 554人 1/6462人 1/6462人 1/70196人 149人 1/24027人 151人 1/23709人 1/23709人	1/4470人 412人 1/8767人 870人 1/4152人 1/9133人 209人 389人 1/15176人 155人 1/23303人	1/4897人 1010人 1/3680人 407人 1/9555人 259人 1/14351人 161人 1/16385人	1/6527人 1452人 1/2787人 167人 1/24234人 389人 1/10403人 247人 1/16385人	99人 99人 8人 8人 1/24234人 33人 1/10403人 19人 5人	29人 16人 7人 14人 8人	
同上割合 膠原病、5229人	2041人	875人	1/3500人 119人 1/30084人 554人 1/6462人 1/6462人 1/70196人 149人 1/24027人 151人 1/23709人 1/23709人	1/4470人 412人 1/8767人 870人 1/4152人 1/9133人 209人 389人 1/15176人 155人 1/23303人	1/4897人 1010人 1/3680人 407人 1/9555人 259人 1/14351人 161人 1/16385人	1/6527人 1452人 1/2787人 167人 1/24234人 389人 1/10403人 247人 1/16385人	99人 99人 8人 8人 1/24234人 33人 1/10403人 19人 5人	29人 16人 7人 14人 8人	
同上割合 川崎病、605.3人 <sup>注3</sup>	小学校低学年で約3000人に1人は長期欠席	3306人	1/3500人 119人 1/30084人 554人 1/6462人 1/6462人 1/70196人 149人 1/24027人 151人 1/23709人 1/23709人	1/4470人 412人 1/8767人 870人 1/4152人 1/9133人 209人 389人 1/15176人 155人 1/23303人	1/4897人 1010人 1/3680人 407人 1/9555人 259人 1/14351人 161人 1/16385人	1/6527人 1452人 1/2787人 167人 1/24234人 389人 1/10403人 247人 1/16385人	99人 99人 8人 8人 1/24234人 33人 1/10403人 19人 5人	29人 16人 7人 14人 8人	
同上割合 若年性関節リウマチ、2057人	小中高校生約10000人に1人の患兒	291人	1/3500人 119人 1/30084人 554人 1/6462人 1/6462人 1/70196人 149人 1/24027人 151人 1/23709人 1/23709人	1/4470人 412人 1/8767人 870人 1/4152人 1/9133人 209人 389人 1/15176人 155人 1/23303人	1/4897人 1010人 1/3680人 407人 1/9555人 259人 1/14351人 161人 1/16385人	1/6527人 1452人 1/2787人 167人 1/24234人 389人 1/10403人 247人 1/16385人	99人 99人 8人 8人 1/24234人 33人 1/10403人 19人 5人	29人 16人 7人 14人 8人	
同上割合 糖尿病、5099人	338人	856人	1/3500人 119人 1/30084人 554人 1/6462人 1/6462人 1/70196人 149人 1/24027人 151人 1/23709人 1/23709人	1/4470人 412人 1/8767人 870人 1/4152人 1/9133人 209人 389人 1/15176人 155人 1/23303人	1/4897人 1010人 1/3680人 407人 1/9555人 259人 1/14351人 161人 1/16385人	1/6527人 1452人 1/2787人 167人 1/24234人 389人 1/10403人 247人 1/16385人	99人 99人 8人 8人 1/24234人 33人 1/10403人 19人 5人	29人 16人 7人 14人 8人	
同上割合 1型糖尿病、3617人	中高校生約4000人に1人の患兒	315人	1/3500人 119人 1/30084人 554人 1/6462人 1/6462人 1/70196人 149人 1/24027人 151人 1/23709人 1/23709人	1/4470人 412人 1/8767人 870人 1/4152人 1/9133人 209人 389人 1/15176人 155人 1/23303人	1/4897人 1010人 1/3680人 407人 1/9555人 259人 1/14351人 161人 1/16385人	1/6527人 1452人 1/2787人 167人 1/24234人 389人 1/10403人 247人 1/16385人	99人 99人 8人 8人 1/24234人 33人 1/10403人 19人 5人	29人 16人 7人 14人 8人	
同上割合 2型糖尿病、1042人	中高校生約9000人に1人の患兒	6人	1/3500人 119人 1/30084人 554人 1/6462人 1/6462人 1/70196人 149人 1/24027人 151人 1/23709人 1/23709人	1/4470人 412人 1/8767人 870人 1/4152人 1/9133人 209人 389人 1/15176人 155人 1/23303人	1/4897人 1010人 1/3680人 407人 1/9555人 259人 1/14351人 161人 1/16385人	1/6527人 1452人 1/2787人 167人 1/24234人 389人 1/10403人 247人 1/16385人	99人 99人 8人 8人 1/24234人 33人 1/10403人 19人 5人	29人 16人 7人 14人 8人	
先天气代謝異常、7217人	死亡するため、年齢と共に登録割合が減少	2326人	1353人	1/3500人 119人 1/30084人 554人 1/6462人 1/6462人 1/70196人 149人 1/24027人 151人 1/23709人 1/23709人	1/4470人 412人 1/8767人 870人 1/4152人 1/9133人 209人 389人 1/15176人 155人 1/23303人	1/4897人 1010人 1/3680人 407人 1/9555人 259人 1/14351人 161人 1/16385人	1/6527人 1452人 1/2787人 167人 1/24234人 389人 1/10403人 247人 1/16385人	99人 99人 8人 8人 1/24234人 33人 1/10403人 19人 5人	29人 16人 7人 14人 8人
同上割合 胆道閉鎖症、1950人	死亡するため、年齢と共に登録割合が減少	786人	382人	1/2646人	1/2934人	1/3196人	1/4181人	10人	
同上割合 先天性代謝異常、7217人	死亡するため、年齢と共に登録割合が減少	2326人	1353人	1/2646人	1/2934人	1/3196人	1/4181人	10人	
同上割合 血管性紫斑病、2029人	急性疾患であるため、登録人数は実人数より少ない	257人	382人	1/2646人	1/2934人	1/3196人	1/4181人	10人	
同上割合 血友病A、1234人	小中高校生約20000人に1人の患兒	361人	166人	1/21566人	1/19316人	1/21865人	1/19000人	17人	
同上割合 神経・筋疾患、1186人 <sup>注1</sup>	障害者認定など他の医療費助成制度の利用により、687人 年齢と共に登録割合が減少	160人	160人	1/22375人	1/27158人	1/33486人	1/56208人	18人	

注1)1か月以上の入院が対象であるため、登録人数は実人数より少ない。1か月以上学校を長期欠席する児童生徒数に相当する。

注2)GHD:成長ホルモン分泌不全性低身長症

注3)1か月以上の入院が対象であるため、登録人数は実人数より少ない。1か月以上学校を長期欠席する児童生徒数に相当する。冠動脈瘤、拡張症、狭窄症を含む。

注4)悪性新生物は、次いで、ウィルムス腫瘍410人、横紋筋肉腫563人、骨肉腫443人、肝芽腫356人、慢性腎疾患は次いで、IgA腎症651人

慢性心疾患は、次いで、肺動脈狭窄症817人、完全大動脈転位症421人、心内膜欠損症351人、下垂体機能低下症351人、下垂体性尿崩症337人、神経筋疾患は、点頭てんかん758人

内分泌疾患は、次いで、ブドウ眼症752人、軟骨無形成症414人、骨形成不全症385人、先天性高コレステロール血症382人、免疫学的血小板減少症386人、無顆粒球症793人、免疫学的血球症382人、溶血性尿毒症症候群327人

表2 年齢階級別、先天性代謝異常児の就学状況

年齢階級	6~8歳	9~11歳	12~14歳	15~17歳	計
先天性代謝異常 以下の無記入を除く人数	1353人 781人(100%)	1231人 1002人(100%)	1163人 990人(110%)	968人 794人(100%)	4715人 3567人(100%)
通常学級	681人(87.2%)	896人(89.4%)	874人(88.3%)	708人(89.2%)	3159人(88.6%)
障害児学級	27人(3.5%)	40人(4.0%)	28人(2.8%)	9人(1.1%)	104人(2.9%)
養護学校	32人(4.1%)	52人(5.2%)	69人(7.0%)	59人(7.4%)	212人(5.9%)
訪問教育	7人(0.9%)	10人(1.0%)	13人(1.3%)	3人(0.4%)	33人(0.9%)
その他	34人(4.4%)	4人(0.4%)	6人(0.6%)	15人(1.9%)	59人(1.7%)
就学状況が無記入	572人	229人	173人	174人	1148人

表3 就労している旧小慢患者 413 名の学校生活時の問題（複数回答）

年収 人数	学校生活時の問題あり（上段：人数、下段：割合%）												問題 なし
	学力 日数	欠席 卒業	進級 授業	体育 行事	学校 作業	校内 作業	登 下校	クラブ 活動	友人 関係	異性 関係	先生 との 関係	親 との 関係	
241万円以上 123名	8 6.5	21 17.1	5 4.1	52 42.3	32 26.0	8 6.5	10 8.1	19 15.4	16 13.0	9 7.3	11 8.9	3 2.4	39 31.7
121～240万円 106名	12 11.3	22 20.8	7 6.6	52 49.1	36 34.0	11 10.4	14 13.2	28 26.4	13 12.3	6 5.7	10 9.4	4 3.8	31 29.2
120万円以下 68名	15 22.1	20 29.4	5 7.4	42 61.8	30 44.1	13 19.1	17 25.0	13 19.1	17 25.0	9 13.2	13 19.1	6 8.8	15 22.1
年収不明 116名	34 29.3	20 17.2	11 9.5	55 47.4	36 31.0	12 10.3	27 23.3	24 20.7	28 24.1	4 3.4	15 12.9	8 6.9	27 23.3

表4 学生の旧小慢患者 109 名の学校生活時の問題（複数回答）

学校生活時の問題あり（上段：人数、下段：割合%）												問題 なし
学力 日数	欠席 卒業	進級 授業	体育 行事	学校 作業	校内 作業	登 下校	クラブ 活動	友人 関係	異性 関係	先生 との 関係	親 との 関係	
15 13.8	31 28.4	14 12.8	52 47.7	36 33.0	16 14.7	22 20.2	29 26.6	14 12.8	4 3.7	7 6.4	5 4.6	32 29.4

表5 無職の旧小慢患者 211 名の学校生活時の問題（学生を除く、複数回答）

生活状況 人数	学校生活時の問題あり（上段：人数、下段：割合%）												問題 なし
	学力 日数	欠席 卒業	進級 授業	体育 行事	学校 作業	校内 下校	登 活動	クラブ 関係	友人 関係	異性 関係	先生 との関係	親 との関係	
既婚者 41名	5 12.2	13 31.7	3 7.3	24 58.5	17 41.5	5 12.2	7 17.1	6 14.6	7 17.1	5 12.2	5 12.2	2 4.9	8 19.5
就職先無 <small>注1)</small> 28名	14 50.0	5 17.9	2 7.1	14 50.0	10 35.7	4 14.3	7 25.0	6 21.4	10 35.7	3 10.7	3 10.7	4 14.3	7 25.0
病気で無理 <small>注2)</small> 73名	40 54.3	21 28.8	12 16.4	50 68.5	40 54.8	19 26.0	37 50.7	16 21.9	27 37.0	1 1.4	15 20.5	4 5.8	9 12.3
他 <small>注3)</small> 74名	18 24.3	15 20.3	8 10.8	33 44.6	23 31.1	11 14.9	22 29.7	7 9.5	23 31.1	4 5.4	14 18.9	7 9.5	11 14.9

注1) 働けるが就職先がない（既婚者1名を除く、病気で就労は無理との併記者4名を含む）

注2) 病気で就労は無理（既婚者1名を除く、働くが就職先がないとの併記者4名を含む）

注3) 無職の理由は無記入が60名。技能修行中2名、就職活動中2名等は含むが、既婚者は除く。

## 資料

- 1) 加藤忠明監修：小児慢性特定疾患早見表、平成17年度版。母子愛育会、2006
- 2) 厚生省児童家庭局母子保健課監修：小児慢性特定疾患早見表、平成10年度版。社会保険研究所、1998
- 3) 児童福祉法施行令。最終改正 平成18年3月31日、政令第155号
- 4) 平成10年度厚生科学研究報告書：母子保健情報の登録・評価に関する研究（主任研究者 柳澤正義）。1999
- 5) 平成14年度厚生労働科学研究報告書：小児慢性特定疾患治療研究事業の登録・管理・評価に関する研究（主任研究者 加藤忠明）。2003
- 6) 斎藤進、加藤忠明、藤田正則、他：小児慢性特定疾患登録・管理ソフトの開発。平成17年度厚生労働科学研究「小児慢性特定疾患治療研究事業の登録・管理・評価・情報提供に関する研究」報告書；142～182。2006
- 7) 加藤忠明：小児慢性特定疾患治療研究事業とその制度改正。小児科46(10)；1645～1650、2005
- 8) 平成18年度厚生労働科学研究報告書：小児慢性特定疾患治療研究事業の登録・管理・評価・情報提供に関する研究（主任研究者 加藤忠明）。2007
- 9) 厚生労働省統計情報部：人口動態統計下巻。1977及び2006
- 10) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課：「小児慢性特定疾患治療研究事業の今後のあり方と実施に関する検討会」報告書。2002
- 11) 武井修治、加藤忠明、原田正平、他：小児慢性特定疾患患者の実態に関する研究。平成17年度厚生労働科学研究「小児慢性特定疾患治療研究事業の登録・管理・評価・情報提供に関する研究」報告書（別冊）；1～49。2006
- 12) 全国病弱養護学校長会編著：病弱教育Q&A。ジアース教育新社。2001
- 13) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課：特別支援教育資料（平成16年度）。2005
- 14) 西牧謙吾：学校生活における慢性疾患の子どもの教育。小児慢性疾患支援マニュアル：11～16、東京書籍、2005

### 3 特別支援学校（病弱）のセンター的機能を活用した通常の学校に在籍する

#### 病気の子どもへの教育的支援に関する研究 ー病弱教育と学校保健の連携を中心にー

(再掲) 平成 18 年度厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）

小児慢性特定疾患治療研究事業の登録・管理・評価・情報提供に関する研究分担研究報告書

主任研究者 加藤 忠明 国立成育医療センター成育政策科学研究所長

分担研究者 西牧 謙吾 独立行政法人国立特殊教育総合研究所教育支援研究部

上席総括研究員

研究協力者 滝川 国芳 独立行政法人国立特殊教育総合研究所教育支援部主任研究員

研究要旨：平成 17 年度、全国で病気による長期欠席者が義務教育段階で 45,479 人（同不登校 122,287 人）おり、不登校と同程度の規模の長期欠席者が依然存在している。長期入院が必要になれば院内学級や病弱養護学校などで、病弱教育を受けることが出来るが、平成 17 年 5 月 1 日現在、病弱教育を受けている児童生徒は 4,565 人で、病気を理由に長期欠席している児童生徒数の約 1/10 であった。平成 19 年 4 月より、特別支援教育体制に移行し、養護学校はセンター的機能を発揮し、通常の学校にいる病気の子どもへの教育的支援を行えるようになる。現在、小中学校に在籍する病気の子どもは、学校保健法に基づく学校保健システムで管理されている。今後は特別支援教育システムも活用した療養指導を行うことで、学齢期の病気の子どもの QOL 向上に貢献することが出来る。

#### 1. はじめに

平成 17 年度、学校基本統計によると、全国で病気による長期欠席者が小学校で 26,263 人（同不登校 22,709 人）中学校で 19,216 人（同不登校 99,578 人）おり、不登校と同程度の規模の病気による長期欠席者が依然存在している。長期入院や長期療養が必要になれば院内学級や病弱養護学校、訪問教育などで、病弱教育を受けることが出来るが、平成 17 年 5 月 1 日現在、病弱養護学校に在籍する児童生徒数（小学部、中学部）は 2,853 人、病弱・身体虚弱学級在籍者は 1,696 人、通級による指導は 16 人であり、病気を理由に長期欠席している児童生徒の約 1/10 であった。長期欠席の理由となる病気には、多くの小児慢性特定疾患が含まれ、そのほとんどが通常の学校に在籍していると考えられる。小児慢性特定疾患など病気を理由に長期欠席している子どもに関する対策は、教育的ニーズが高いにも関わらずまだ不十分である。

ここでは、日本の病弱教育システムと国立特殊教育総合研究所が病弱教育分野で行ってきた研究の一端を紹介し、筋ジストロフィーや精神疾患のある子どもの教育的支援について報告する。

#### 2. 病気による長期欠席者の実態

平成 17 年度に国立特殊教育総合研究所が行った小中学校に在籍する 30 日以上長期欠席児童生徒（以下病気療養児）の実態調査によると出現率は 0.36 % であり、疾患別では、ぜんそく

16.7%、神経・筋疾患 4.1%、慢性腎疾患 2.2%、慢性心疾患 1.8%、悪性新生物 0.9%、内分泌疾患 0.7%、血友病等血液疾患 0.6%、糖尿病 0.5%、膠原病 0.4%、先天性代謝性疾患 0.2%、その他が 57.8%（風邪、骨折等の疾患名あり 21.9%、身体症状あり 26.9%、不定愁訴のみ 8.7%）であった。年齢が上がるにつれ出現率が増加傾向を示し、小 5、中 2 にピークがあった。年間欠席日数は、30 日以上 50 日未満が 60.9%、3 か月以上は 12.8% であった。欠席継続の様子は、5 日以上 1 か月未満が 33.9%、1 か月以上連続が 14.7% であった。継続理由は、家庭療養 59.6%、通院 19.0%、入院 16.7% であった。医療機関とは保護者を通して連携が 73.5% と多く、学校が直接連絡を取ったのは 5.6% で、医療機関受診していないが 8.9% いた。学校は、家庭とは 91.0% がよく連絡を取っていた。

児童生徒の問題行動・不登校等については、文部科学省児童生徒課生徒指導室が毎年「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」を実施し、現状把握に努めており、教育相談の充実、適応指導教室の整備、スクールカウンセラーの配置等対策が着実に進められている。一方、病気療養児の多くは、通常の学級に在籍し、家庭で療養を続けていた。小児慢性特定疾患の病名がつくと考えられるものが、約 1/3 あったが、保護者の申請によるものであり正確ではない。その他で診断名があるものは、風邪などのコモン・ディジーズであった。診断名がなく、身体症状があるか、不定愁訴のみが全体の 35.6% にみられた。この集団の一部は不登校の原因と重なる可能性はあるものの、学校基本調査から経年的に病気療養児の出現率をみれば、平成 6 年～16 年で 0.40%～0.63% の中に収まり、不登校の出現率の増加に比べれば安定しており、病気による長期欠席者の統計は、不登校の集団とは明らかに異なり、慢性疾患又は何らかの身体症状のある子どもをカバーしていると考えられた。実際、通院や入院で長期欠席になる子どもには、病弱教育の併用を考慮することが必要であるが、家庭療養児には病弱教育のノウハウを含めた通常の学校での総合的な支援が必要と考えられる。

平成 19 年 4 月より、特別支援教育体制に移行し、養護学校はセンター的機能を発揮し、通常の学校にいる病気の子どもへの教育的支援を行えるようになる。現在、小中学校に在籍する病気の子どもは、学校保健法に基づく学校保健システムで管理されている。小中学校に在籍する病気による長期欠席している子ども達に関して、教育側から医療機関へ直接連絡をとったものは、わずか 5.6% しかなく、医教連携に敷居の高さが示唆された結果である。医療との連携の中で、病気に対する対処行動の育成（病弱養護学校では自立活動と呼ばれる授業の一領域で行われている）は、小児慢性疾患で問題になっているキャリーオーバーに対する教育のあり方を考えるきっかけにもなるので、医療者には出来れば、教育内容まで踏み込んだ療養指導が求められる。

今後、教育側の課題として、学齢期にある子どもが病気になった時点から、前籍校等への復帰を前提に、病弱教育と学校保健の連絡調整とその後の学校保健での管理体制が重要である。もともと、学校保健の本質は、疾病の管理であるから、病気に配慮して通常の授業を受けるための情報は少ない。そこで、そのノウハウの積み上げてきた病弱養護学校からの支援を受けながら、通常の学校における病気による長期欠席者を支える体制整備が求められる。

## 2. 日本の病弱教育について

特別支援教育から病気の子どもの現状をみるために、我が国の病弱教育システムについて概観したい。平成 17 年 5 月 1 日現在、病弱養護学校が 92 校あり、2,853 人の児童生徒が在籍していた。病弱・身体虚弱学級は 901 学級あり、在籍者は 1,696 人であった。病弱養護学校、年度途

中の転入学が多いために在籍者は年度当初は少なく次第に増加し12月に最大になる傾向を示す。

病弱養護学校の多くは、国立病院機構の病院等の医療機関が隣接又は併設している。在学する児童生徒は、心身症などの行動障害、気管支喘息や腎疾患、心疾患、肥満などの慢性疾患、筋ジストロフィーや重度重複障害などの病気があり、隣接する病院に入院中の者や寄宿舎で生活する者が多かったが、最近では、LD、ADHD、高機能自閉等や精神疾患のある児童生徒割合が漸増傾向である。また、在籍する児童生徒数の減少から、通学生を受け入れるところが増えてきている。病弱養護学校では、小学部や中学部、高等部、幼稚部を設置しているところの他、訪問教育を実施しているところがある（図1）。

病弱養護学校に就学する程度の障害（就学基準）は、1. 慢性の呼吸器疾患、腎臓疾患及び神経疾患、悪性新生物その他の疾患の状態が継続して医療又は生活規制を必要とするもの、2. 身体虚弱の状態が継続して生活規制を必要とするもの（学校教育法施行令第22条の3）とされている。病弱児の就学指導に当たっては、市町村及び都道府県教育委員会就学指導委員会において、診断結果に基づき、病気の種類や程度、医療や入院の要・不要、医療又は生活規制を必要とする期間及び健康状態の回復・改善等を図るために特別な指導の必要性などについて総合的に判断している。就学指導委員会には、通常小児科医、整形外科医、神経科医、耳鼻科医、眼科医が委嘱されている。実際に小中学校に在籍し病気で長期欠席していても、病弱教育を受けることがない児童生徒が数多くいる。学校教育法施行令により、長期欠席者の教育委員会への宝庫光義務が校長の職務として定められており、当該校長、市町村教育委員会の就学指導の問題である。

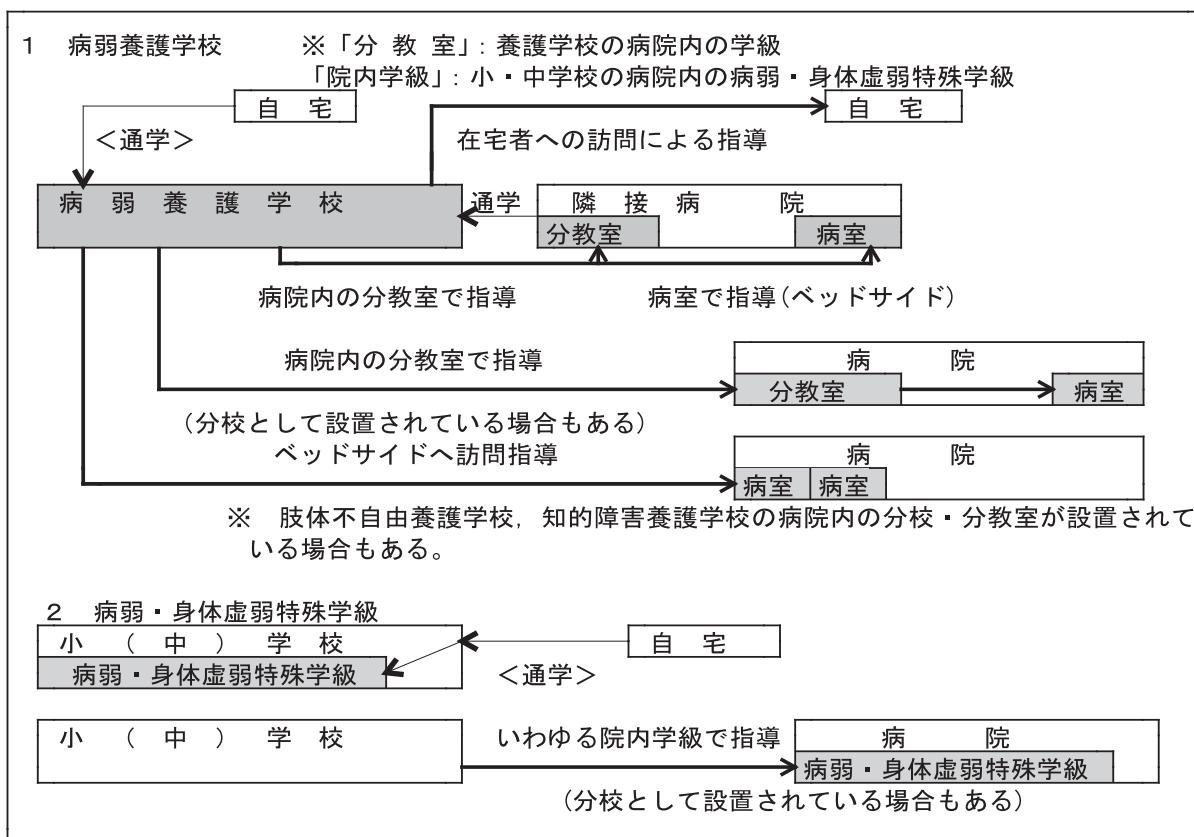


図1 病弱教育の場（平成14年 文部科学省就学指導資料から）

少し専門的になるが、病弱養護学校の教育について概説する。病弱教育は、児童生徒の病弱・虚弱の状態等を十分考慮して適切な指導を行い、幼稚園、小学校、中学校又は高等学校の教育目標の達成に努めるとともに、病弱・身体虚弱等に基づく種々の困難を改善・克服できるようすることを目指している。盲学校、聾学校、養護学校小学部・中学部、高等部学習指導要領（現行では、平成14年度から、高等部は平成15年度から）に基づいて教育課程が編成される。平成15年一部改訂では、確かな学力を育成し、生きる力をはぐくむというねらいの一層の実現を図るとともに、個に応じた指導の一層の充実等が盛り込まれた。従って、特別支援教育の目的である個々の教育的ニーズに応じた教育と矛盾はしない。平成18年度に前倒して、学習指導要領改正が進んでいる。

学校組織は、年間の教育計画で動いている。それが教育課程である。教育課程編成に当たっては、各教科、道徳（小・中学部）及び特別活動の他に自立活動の領域と総合的な学習の時間を設けることになっている。自立活動は養護学校独特の領域で、医療機関との連携を密にしながら、児童生徒が自主的に障害の状態を改善・克服するために必要な知識、技能、態度及び習慣を養い、もって心身の調和的発達の基盤を培うことを目標にして、児童生徒一人一人の障害の状態や発達段階に応じた指導を行う。また、障害の状態に応じて個別の指導計画を作成することになっている。病弱養護学校では、対象児童生徒の病気の種類や程度が極めて多岐にわたっており、中途転入出、病気の回復の程度とも関連して、より弾力的な編成が求められます。大きく分類すれば、「準じた教育」、「下学年適応」、「知的障害養護学校の教育課程に代替」、「自立活動を中心とした」教育課程の編成を行いながら、実際には一人一人の個別の指導計画を基に指導することになる。医教連携の進み具合は、自立活動の内容にどのように反映されているかで評価できるといって過言ではない。

病弱養護学校に在籍する児童生徒の学習は、病気の治療や生活規制のために、病気の回復の程度により、①ベッド上での学習、②ベッドから降りて病室内での学習、③病棟内の学習、④養護学校に通学しての学習という段階を踏むことが多く、それに応じて学習が許可される時間も増えてくる。一般に授業時間数の制限から来る学習の遅れ、身体活動の制限及び生活経験不足から来る体験不足が見られます。このため、教科指導においては、指導内容を精選したり、指導方法や教材・教具を工夫したりして、学習効果を高めるよう配慮する必要がある。また、身体活動を制限されることから直接的な経験が不足しがちなので、特別活動等を通じて、校内や校外において様々な経験が得られるような配慮も必要である。

なお、病状が重いなどのために、学校に通学できない児童生徒に対しては、教師が病室などに出向いて授業を行ったり、インターネットなどの通信を活用したりして、病室などで授業を受けることが出来るよう配慮する必要がある。

特に、病院等との連携は重要で、授業の1時間単位や授業時間数については、隣接する病院日課や治療時間等も十分考慮して決定する必要がある。そのために、学校の年間計画等や病院の治療計画、病棟行事等について相互に十分な理解を図って編成する必要がある。医師は、教育を受けることが治療効果に結びつくことを十分理解し、積極的に教育保障する時間を確保して頂きたい。また、教員は学習指導要領の特例規定を十分理解した上で、より多くの児童生徒に適切な教育を行うことが重要であり、この点を医師にアドバイスして欲しい。

### 3. 独立行政法人国立特殊教育総合研究所における病弱教育研究

#### 1) 調査研究

病弱教育分野の全国調査としては、隔年に全国病弱虚弱教育研究連盟（以下、全病連）が、全国病類調査を行っているものがすべてである。全病連役員は、全国病弱養護学校長会（以下、全病長）んも役員を兼ねている。これは、調査年の5月1日現在全国の病弱養護学校、病弱身体虚弱特殊学級等の施設一覧の作成と病気の種類（これを病類と称している）を調査したものである。

これでは、5月1日現在の在籍者しか把握できず、転出入の多い病弱養護学校の実態を把握できなかった。そこで、平成15年度に月別病弱養護学校在籍児童生徒数の年間変動を調査した（図2）。学級編成の基礎データとなる5月1日現在の在籍者が最も少なく、教員確保への影響が大きい。補充される教員は都道府県により対応が異なる。また、これは全体集計であるため、筋ジスのように年間変動が少ない病弱養護学校と慢性疾患で病氣療養時だけ転入する児童生徒が多いところでは事情が異なることは注意が必要である。医療側からみれば、担当教員が誰か分かりにくい状況があると思われる。現在、養護学校には、特別支援教育コーディネーターが指名されているので、その人を連携の核に据えることをお勧めする。

平成17年度に、全国の在籍者数の多い院内学級の在籍児童生徒数も調査した（図3）。こちらは、大学病院もしくは都道府県立子ども病院にある院内学級であるため、5月1日現在の在籍者数は病弱養護学校同様少ないが、年間を通じて一定数の在籍者があり、長期休暇前に増える傾向がある。

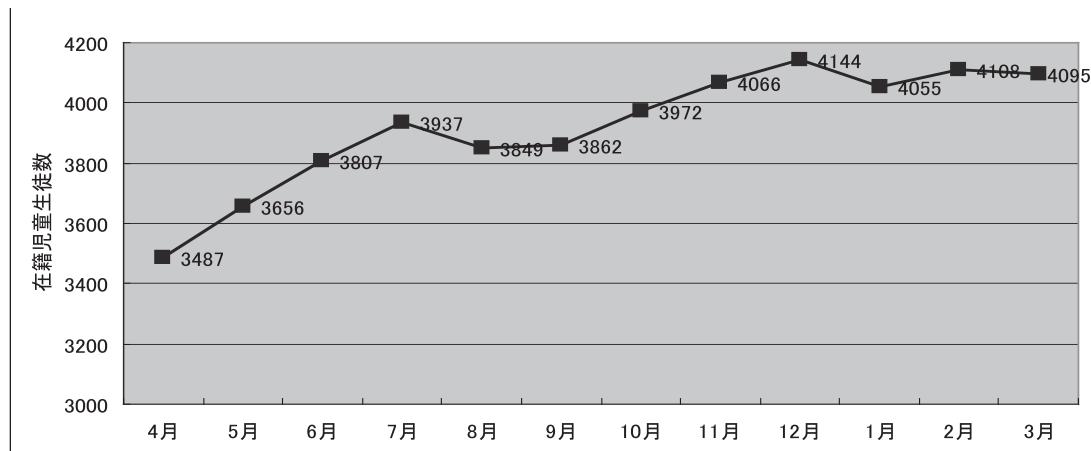


図2. 月別病弱養護学校在籍児童生徒数の年間変動

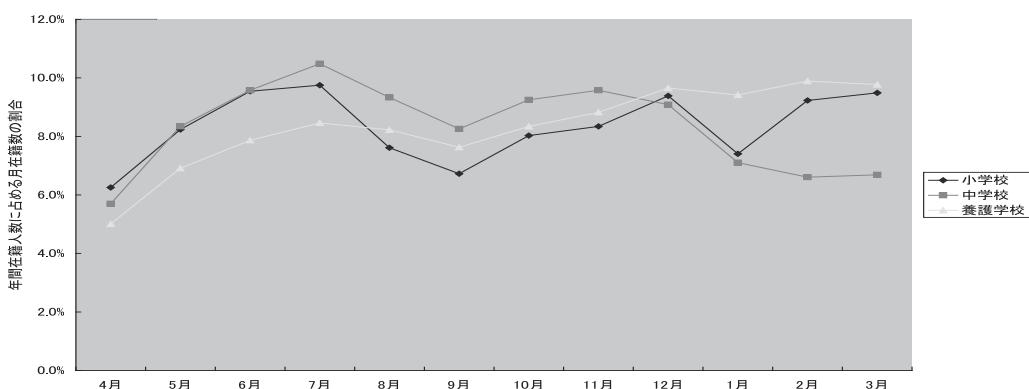


図3. 院内学級在籍児童生徒数の年間変動

## 2) 病弱養護学校のセンター的機能に関する研究

平成 19 年 4 月 1 日より改正学校教育法が施行される。法第 71 条の 3 で、特別支援学校においては、第 71 条の目的を実現するための教育を行うほか、幼稚園、小学校、中学校、高等学校又は中等教育学校の要請に応じて、第七十五条第一項に規定する児童、生徒又は幼児の教育に関し必要な助言又は援助を行うよう努めるものとする、とある。この必要な助言又は援助を行うよう努めることを、通常センター的機能と称している。

病弱教育では、小中学校に在籍し病気を理由に長期欠席している子どもへの対策として、このセンター的機能を活用して、小中学校の担任や養護教諭向けに、情報提供を行っている。

まず、研究所からは、「インスリン依存型糖尿病の子どもの教育支援に関するガイドライン(試案)」作成(平成 16 年度)、「腎臓疾患の子どもの教育支援に関するガイドライン(試案)」作成(平成 17 年度)、「慢性疾患、心身症、情緒及び行動の障害を伴う不登校の経験のある子どもの教育支援に関するガイドブック」作成(平成 17 年度)を行った。

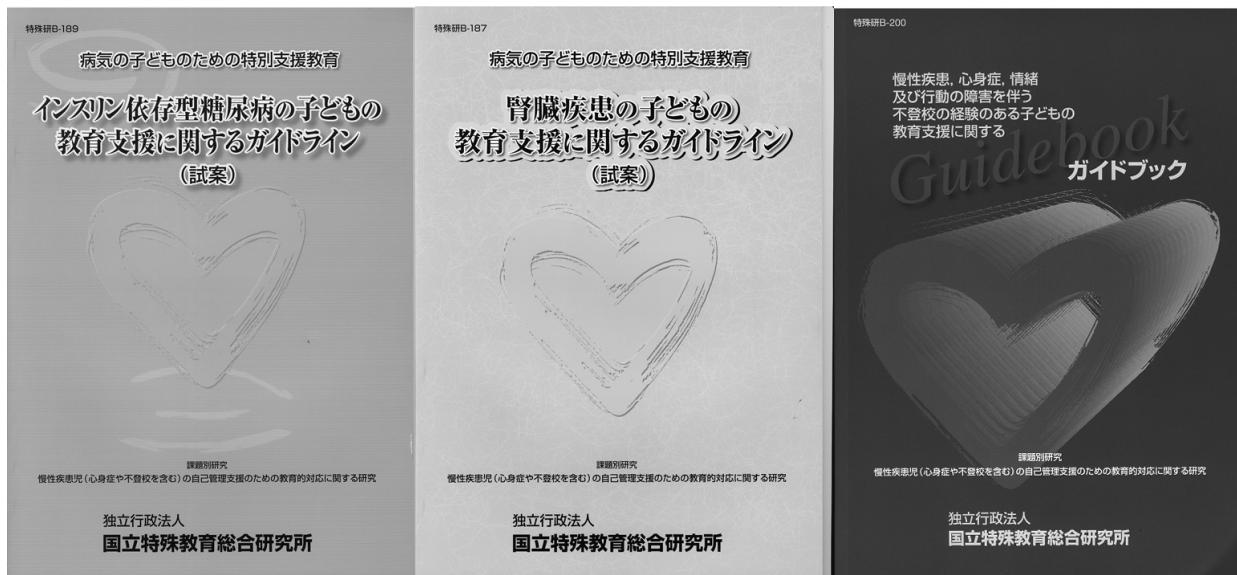


図4. 院内学級在籍児童生徒数の年間変動

全国の病弱養護学校では隣接する病院の医療従事者の協力のものに、同様の冊子を作成し、小中学校に配布している。その一部を紹介すると、以下の通りである。

- 病気の理解のために I 一児童・生徒の病状と指導についてー (大阪府立羽曳野養護学校 H17.2)
  - 食物アレルギー、気管支喘息、結核について書かれている
- 病気の理解のために II 一児童・生徒の病状と指導についてー (大阪府立羽曳野養護学校 H16.12.2 刷)
  - 小児白血病について書かれている
- 病気の理解のために III 一児童・生徒の病状と指導についてー (大阪府立羽曳野養護学校 H16.12)
  - 小児炎症性腸疾患—クローン病—
- 筋ジストロフィーの理解と教育 (大阪府立刀根山養護学校 H16.11 改訂)

○病気の子どもの学校生活を支えるために～「ネフローゼ症候群」版～（京都市立桃陽養護学校 H18.11）

現在は、まだこのような冊子作りは、病弱養護学校の個別対応に任されているが、小児慢性特定疾患のデータベースを活用し、病弱養護学校と隣接する病院との連携の方策を模索し、効率的な冊子作成と情報提供体制の構築を目指す必要がある。

### 3) 全病連、全病長との連携

病気による長期欠席者への対応策は、都道府県教育委員会の市町村教育委員会への強力な指導がなければ実現しない。大阪府は、以前から学校基本調査時（毎年5月1日現在）病気療養時の実態把握に努めている。このような試みを、できるだけ全国に展開することが必要である。

しかし、この対応策は、小中学校の担任の家庭訪問で対応できない児童生徒や疾患については、個別的な対策を立てなければならない。

その代表格が、精神疾患を持つ思春期の生徒への支援であろう。これに対しては、全国の精神科を有する病院に隣接する病弱養護学校等で研究会を組織し、「精神疾患を持つ思春期の生徒への支援体制構築の試み　—病弱養護学校の事例から—」をテーマに研究を始めた（資料1）。

## おわりに

俗に言う、不登校は、30日以上長期欠席している児童生徒のうち、病気や経済的理由、その他明確な理由がなく、休んでいる状態について呼称されている。不登校は、現代社会において、学歴が積めず、学力もつかず、社会人として社会的弱者に転落するリスクを孕む。引きこもりの、多くは不登校から引き続き起こっている。

病気を理由に長期欠席している児童生徒への対策は、少子化時代に子どもの成長発達を保障する意味だけではない。病気の子どもに教育を受けさせることは、医療の質も向上させる。我々の共同研究で、筋ジストロフィーのある子どもの教育と医療の連携がある。

詳しくは、<http://www.yakumoyougo.hokkaido-c.ed.jp/> をみていただきたい。医教連携の一つのモデルになるとを考えている。

## 第6章

# 筋ジストロフィーの児童生徒の教育

## 第6章 リハビリテーションと療育・就労を見すえた特別支援教育

### —筋ジスをモデルに、障害をもつ子どもの地域での子育て支援を考える—

西牧 謙吾(国立特別支援教育総合研究所 教育支援研究部)  
滝川 国芳(国立特別支援教育総合研究所 教育支援研究部)

#### 1. はじめに

筋ジストロフィー（以下筋ジスと略す）は、その原因が不明な時代から、医療と教育、そして少し遅れて福祉も含めた連携により対策を進めた難病モデルであった。

1970年代に遺伝子操作技術が確立し、その医学への応用が行われ、1980年代になり遺伝子レベルで筋ジスの原因が明らかになり治療上の方向性が見えてきた。

しかし、根治治療の可能性がでてきたとはいえ、その完全な恩恵を受けることが出来る時代になるまでは、病気の進行を遅らせ、生活を支えるリハビリテーションが欠かせないという意味で、筋ジスは、現代でも典型的ないわゆる難病（※）モデルである。

しかし、筋ジスは、医療技術の進歩と先行した福祉対策により、寿命の延長という恩恵を受けているとはいえ、決して筋萎縮性側索硬化症をはじめとする成人期発症の神経筋疾患とは、同列には議論し得ない問題を抱えている。それは、小児期に発症し、成長発達を含めて考えなければならない疾患であり、教育の意義の評価を避けては通れない疾患だからである。

本稿では、筋ジスとは、断らない限り小児期発症の多くを占めるDuchenne型を中心に考えることとする。この筋ジスをモデルに、リハビリテーションと療育・就労を見すえた病気に対する特別支援教育のあり方について考えてみたい。

（※）難病とは、昭和47年の難病対策要綱に、「(1) 原因不明、治療方針未確定であり、かつ、後遺症を残す恐れが少なくない疾病、(2) 経過が慢性にわたり、単に経済的な問題のみならず介護等に著しく人手を要するために家族の負担が重く、また精神的にも負担の大きい疾病」と定義されているが、ここでは、治療がむずかしく、慢性の経過をたどる疾病として用いた。

#### 2. 筋ジス教育の歴史的経緯

筋ジスは、日本の病弱教育の成立期において、結核と並んで病弱教育の重要な対象疾患であり、その病弱養護学校成立史上、特異な位置を占める。従って、その歴史的経緯を明らかにすることは、現在の筋ジス教育と医療、福祉との連携の課題を浮き彫りに知るためにも重要な作業である。そこで、その歴史的経緯をまとめるところからはじめてみたい。

筋ジスのある子どもが、教育を受けることが出来るようになったのは昭和35年（1960年）であった。それまでは、治療法がない病気は入院治療が建前で（医療の基本的考え方）、まして歩けなくなると学校には入れてもらえないかった。

病弱養護学校が初めて法律上に位置づけられたのは、昭和36年であり、厚生省は「進行性筋

萎縮症対策要綱」を発表し、厚生省は筋ジス専門の病院として、全国の国立療養所を指定して、現在の筋ジス政策医療が完成したのは、昭和39年であった。併せて同年、厚生省は文部省に対して国立療養所における進行性筋萎縮症患者の教育依頼を出し、それを受け文部省から各都道府県教育委員会に筋ジス教育について教育依頼を出すことになった。

それまで筋ジス医療機関内にできていた特殊学級は、病弱養護学校に格上げされていった。昭和44年、文部省は厚生省に対し、全国の国立療養所の結核病棟に筋ジス患者を受けいれるよう依頼した。結核病棟は国立療養所にあったため、筋ジスは病弱教育に位置づけられることになった。当時の病弱養護学校への就学者は大半が歩行可能だったようだが、その後車いす生活から床上生活へ移行していく中で、これらのことども達も受け入れていった。しかし、すべての都道府県に一つずつ筋ジス医療機関が指定されたわけではなく、一部の筋ジス児童生徒は生まれ育った都道府県を越えて入所しなければならなかったのである。

昭和39年当時、従来の教育措置基準では、自力歩行できない者は就学猶予または免除であった。肢体不自由養護学校でも、歩行可能なポリオが主で、脳性麻痺は歩行可能で知的障害がない者に限られていた。そこで、これ以降、病弱養護学校のない地域では、肢体不自由養護学校の就学基準を準用し、筋ジス児童生徒を受け入れた。当時の養護学校では、肢体不自由の方が教員定数や経費上で有利であった。現在でも、病弱特別支援学校に在籍する筋ジスのある子どもの約2倍の人が肢体不自由特別支援学校に通学している原因はここにあると考えられる（肢体不自由養護学校在籍者全体に占める割合は低い）。

その一方で、病弱児の措置に関しては、教育措置権者である教育委員会はあまり関与せず、医療機関又は保護者の意思により決められていた。現在においても、教育委員会内に病弱教育の専門家が少ない状況を引き起こした一因と考えられる。

昭和40～50年代は、病弱養護学校に、多くの筋ジス児童生徒が在籍した。病弱養護学校は、その起源が病棟における訪問教育や小中学校の特殊学級であることが多く、授業時間数や教員数にも制約があり、また教育課程編成も試行錯誤の連続であった。昭和46年度から学習指導要領に養護・訓練の領域が取り入れられたのを契機に教育内容や指導法がさらに充実し、学校施設や情報機器の整備が進んだ。また、筋ジス専門病院に併設されている病弱養護学校を中心に、筋ジス教育研究組織が創設され、筋ジス児の療養や教育のあり方の研究が開始された。これが、現在の全国病弱・身体虚弱教育研究連盟（以下全病連と略す）の筋ジス教育研究委員会である。この組織は、肢体不自由特別支援学校との研究交流が少なく、現在に至ったおり、筋ジス教育の充実発展に課題を残す遠因になった。当時の筋ジス児の寿命は20歳といわれ、その指導内容は卒後筋ジス病棟で楽しく生きていくためのスポーツや余暇活動が主流であった。多くの養護学校に高等部の設置が進んだが、現在でも他障害と比べればその設置率は低いのが現状である。

### 3. 筋ジスの自然歴の変化

国立病院機構で管理されている筋ジス神野班データベース（毎年更新）によれば、Duchenne型筋ジス死亡年齢分布は毎年改善が見られている。

また、厚生科学研究所筋ジス研究班で行われた北海道における Duchenne 型筋ジス疫学調査によれば、平成 4 年、8 年、12 年の比較では、発症率はほぼ一定と有病率の上昇が観測された。このデータも、明らかに生命予後の改善を示している。

このような筋ジスの寿命の延長は、人工呼吸管理法や薬物療法により、今まで早期死亡の原因であった呼吸不全、心不全の予防が進み、早期よりのリハビリにより機能障害の進行を予防し、そのときの身体機能に応じた補装具、自助具、移動機器などを工夫により、患者の QOL が向上したことが要因と考えられる。

しかし、筋ジスの自然歴の大幅な改善に対して、筋ジス教育、児童福祉や障害福祉施策は十分に対応していっているだろうか。

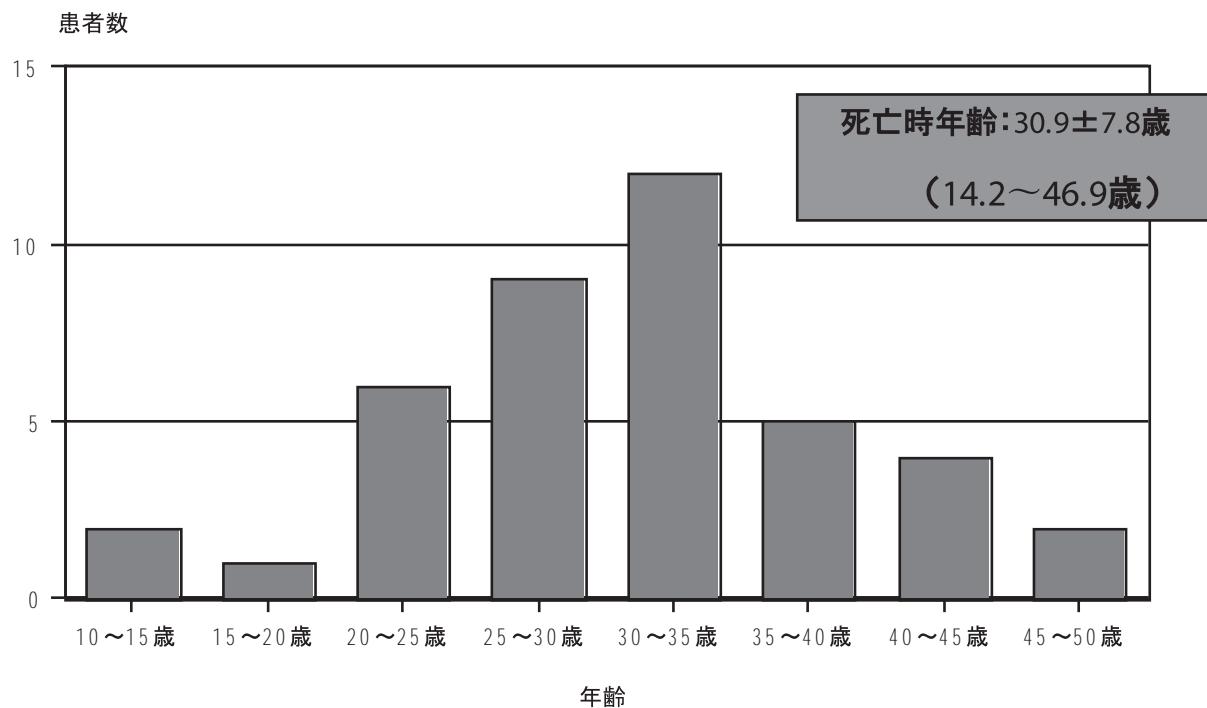


図 1. 多田羅勝義、神野進 2006 年度神野班筋ジスデータベース ( $n = 41$ )

### 4. 日本における学齢期の筋ジスのある児童生徒の実態

日本における学齢期の筋ジスのある児童生徒への教育的支援の方策を考える上で、その実態を把握は不可欠である。現在利用できる特別支援教育に関する統計は、二つある。病弱教育では、全病連が 2 年毎に行う病類調査であり、肢体不自由教育として、全国肢体不自由養護学校校長会が毎年行う児童生徒病因別調査である。いずれも、学部別、地域別、学校別の統計が記載されている。平成 17 年度の両者の統計を具体的に示すと、以下の通りである。

全国の病弱養護学校には、小学部で 39 人、中学部で 70 人、高等部で 125 人（合計 234 人）の

筋ジス児童生徒が在籍していた(平成17年5月1日現在)。地域別には、北海道23人、東北27人、関東・甲信越48人、近畿・東海・北陸62人、中国・四国35人、九州52人であった。

平成17年度肢体不自由養護学校病因別調査では、全国の肢体不自由養護学校には、筋ジスは417名(肢体不自由養護学校に在籍する児童生徒の2.44%)が在籍し、小学部112人、中学部144人、高等部161人であった。地域別には、北海道・東北45人、関東・甲越153人、中部103人、近畿50人、中国・四国31人、九州35人であった。従って、平成17年度に養護学校に在籍した筋ジス児童生徒数は、651人ということになる。

この数字の妥当性を検証するために、北海道における疫学調査(平成12年)におけるDuchene型筋ジス10~14歳の5歳階級別有病率をこの疾患の発症率と仮定すれば、19.64人(人口10万対)という結果であった。出生数を、都道府県人口の1%と仮定すると人口100万人の県で、年間出生数10000人で、その半分が男子として、 $19.64 \times 5000 / 100000 = 0.98$ 人、小中高等学校では、 $0.98 \times 12$ 学年 = 12人の筋ジス児童生徒がいる計算になる。日本全体(人口を1億2千万人とする)では、高等部までの推定患者数 $12 \times 120 = 1440$ 人で、この差 $1440 - 651 = 789$ 人が、通常の学級や特別支援学級に在籍する筋ジス児童生徒数と考えられる。

厚生労働省身体障害児・者実態調査の平成8年と13年の身体障害児数比較では進行性筋萎縮性疾患は2000人から1000人に減少していた。筋ジスは、この中に含まれるため、歩行できる間は、児童福祉法の申請をしていない可能性が考えられた。

現在ある特別支援教育の統計では、通常学級、特殊学級にも多くの筋ジス児が在籍しているにもかかわらず、その実体を十分捉えておらず、学齢期の筋ジスを包括的に捉える統計は存在しないといえる。

## 5. 知的障害養護学校死亡調査からの教訓

国立病院機構の筋ジスデータベースでは、2006年には20歳未満での死亡例が3例報告されている。国立特別支援教育総合研究所が、平成18年2月に知的障害のある児童生徒の健康問題に対する基礎資料として、全国知的障害養護学校を対象に、知的障害児の肥満、死亡例、知的障害と併発している疾患等を調査した。その中で、筋ジス死亡例2例(中学部1例、高等部1例)が報告された。

日本のどの地域でも筋ジスは生まれている可能性があるが、医療サービスの偏在化(特に筋ジス専門の小児科医の不足)により、医療の進歩の恩恵を十分に受けていない筋ジスの子どもが未だ存在する可能性がある。

## 6. 提言 これからの筋ジス教育の進め方 – 障害のある子どもの生涯にわたって支援 –

本研究所の旧病弱教育研究部時代でも、筋ジスは自立活動の指導事例等で取り上げてきた。しかし、今回の筋ジス研究のスタートは、筆者の一人である西牧が、国立病院機構八雲病院筋ジス病棟で行った講演会の感想(病棟筋ジス患者会ハーモニーの総意であることをお断りしておく)から始まった。下記で紹介する、筋ジスサミットをはじめとする一連の筋ジスネットワークの構

想が、下記の言葉から生まれたのである。これを紹介して、提言の巻頭言としたい。

「私たちはハンディを負っているため社会に出ても、身体一つあれば何でも出来るというものではない。学校の先生には決してあわれむ様な気持ちではなく、生徒と病気に正面から向き合い、本人の学習程度、生活環境を十分に理解した上で、進路指導・教育にあたってもらえればと思う。生徒の人生に大きく関わっているという意識をもってほしい。

養護学校を卒後、退院して他施設へ入所したりする者など、外部へのアクセスに対して担任や進路指導の先生はとても積極的だが、卒後療養生活の継続を選択する者へは特にサポートも働きかけも無い。教育者ならば「教育基本法」の理念を鑑み、療養生活者へもっと目を向けてほしい。

生と死に関する教育論を垣間見るが、言葉の上辺だけで議論をしてしまう教員が多く、実際に人生や「生と死」に対して、考えたことのない者が教育と言っても無理だと思う。また、教員試験をパスしてしまえばそれで済んでしまう現実があり、優れた教員の「教育」が必要である。」

筋ジス教育が、始まって約50年になろうとしている。筋ジス医療の進歩から、Duchenne型筋ジスの生命予後が最近大きく改善し、以前のような寿命が20歳という人生設計ではよりよい生き方が難しくなってきた。筋ジスは、昭和30年代に医療や福祉制度を作り上げる時には、当事者の団体や医療関係者の運動が有効に機能した疾患であったが、障害者自立支援法のように、障害全体の有り様を見据えた総合的な対策に移行していく現在、疾患特有の課題に個別に対応していくこうとすれば、今までとは別の方法を取らざるを得ない。そこで、家庭や教育のあり方が問われることになる。なぜなら、世界的に、この20年来進んでいる高度情報化社会は、障害のなるなしにかかわらず、個人レベルの力量を高める必要があるからである。

今までの日本は、国全体が格差を是正する方向に政策を進めてきたし、企業経営と労働運動がうまく機能した国として知られている。その日本型企業経営の先行きも怪しくなってきた。日本の学校システムも例外ではない。それは、そのシステムそのもの問題なのか、組織の人のあり方の問題なのかは分からぬ。しかし、公の責任の外側で、格差社会が進行していることだけは確かである。

疾患としてDuchenne型筋ジスを考えれば、現代的な意味でも障害児教育として総合的に対応すべき教育モデルとなりうる疾患であることを指摘したい。その理由は、まず進行性の病気であり、肢体不自由的な障害と一部には知的障害も合併するという意味で、障害児教育のすべてのノウハウを取り入れる必要があることである。次に、治療上必要なりハビリは、24時間365日必要で、外から見える四肢・体幹の筋肉のリハビリというよりは、心肺機能のリハビリという捉えが必要であり、医療と教育が連携して治療計画を立てるにふさわしい疾患であることである。一番重要なことは、それらの今まで培ってきたノウハウが、小児科医療や病弱教育の中で構造的に失われようとしている点である。筋ジス教育の現場は、特別支援学校から小中高校にシフトしている。これ自体悪いことは何もない。ただ、特殊教育では、長期間に渡って養護学校に設備や人材を投入してきた経緯から、養護学校には筋ジスを支えるノウハウが蓄積されている。特殊教育から特別支援教育への転換期に当たり、在籍する児童生徒数が減少し、特殊教育で培ってきた教育技術の蓄積が失われることを心配する学校関係者もいる。また、転勤の多い職場では、昔を知る人は少なく、新しいことに挑戦する雰囲気を作ることが難しいのも事実である。この状況は、国立病院機構で筋ジスを専門とする小児科医が構造的に不足し、筋ジスという昔の病気を積極的

に臨床と研究の対象とする医療者が少ないと同じ構造的課題を抱えている。

通常の教育では、発達障害への対応は少しづつ進んできたが、筋ジスのように特定の疾患に対する教育的経験の蓄積がない。また、筋ジスは、児童福祉の中で、一番古くから医療助成制度が確立し、それを支える医療・福祉・教育の連携システムモデルが確立しているのだが、逆に制度疲労を起こしている可能性も否定できない。ポスト福祉国家では、世界的傾向として所得保障から就労保障へシフトしている。

以上のような状況下で、特別支援教育を推進する上で、共生社会の実現に向けての基本ツールである個別の教育支援計画策定を視野に入れ、筋ジスは小児期発症の進行性疾患例として病弱教育の意味を改めて問い合わせても良いモデルになると考えられる。

そこで、以下に、課題別に、その対策の可能性とその実践を列記したい。

#### ① 筋ジスの自然歴の変化に応じた連携体制の確立

現在、医療の進歩で20歳以降の成人例が増加し、在宅医療も増加し、その傾向は続くと考えられる。すでに、学校卒業後を地域で暮らすことを前提に、筋ジス患者のための地域福祉の充実を図っている地域もある。障害福祉でも、在宅福祉を推進する一方で、重度になるほど在宅生活の継続が困難な状況にあり、依然として施設志向も根強い。在宅と施設をうまく利用した本人と家族を支える障害福祉への変化が求められる。

筋萎縮性側索硬化症は、介護保険対象特定疾患であり、人工呼吸器管理などをしながら地域在宅医療が必要な代表的疾患である。今は老化に起因する障害として整理されているが、ある一つの疾患で地域在宅医療における地域支援モデルが出来れば、それを他疾患にも応用できるはずである。その時に現行制度でも制度の維持可能な工夫が出来る民間施設の知恵が活かされるはずである。

希少疾患は、都道府県行政では担えない疾患であり、更に広域で、医療・福祉・教育の連携を考える必要がある。地方分権の流れを考えれば、道州制（北海道モデル）を見据えて、全国的視点での既存資源を利用するモデル提示が求められる。

そこで、平成18年度から国立特別支援教育総合研究所と学校現場との研究連携の一環で行っているのが筋ジスサミットである。例えば、北海道八雲養護学校HPの実践を参考にして欲しい。（<http://www.yakumoyougo.hokkaido-c.ed.jp/>）

筋ジスサミットの目的は、まず、小中学校に在籍する筋ジスの子どもたちへの支援である。サミットの様子を報道した新聞等を見て、八雲養護に問い合わせがある。小さな実践であるが、現場で困っておられる先生や保護者には大きな福音になっている。次は、特別支援学校の活性化である。全国病弱身体虚弱研究連盟筋ジス研究委員会は、伝統ある旧全国筋ジストロフィー症児教育研究会の復活を目指して、平成19年度テーマとして、「教育と医療の連携」を取り上げていただいた。社団法人日本筋ジストロフィー協会厚労省障害者保健福祉推進事業で、筋ジストロフィー患者の就労のための、医師・教師・患者・家族を対象とした実態把握の調査研究及び就労支援実証モデル原案の検討への研究協力をお願いしている。最後に、道州制を見越して、都道府県行政を超えた医療と教育の連携である。医療は、国立病院機構政策医療ネットワーク（筋ジス）、教育は、特別支援学校（病弱）を想定している。

#### ② 筋ジス医療へアクセシビリティの向上対策

Duchene型筋ジスは、幼児期の発症し、確定診断がついても、しばらくは歩行可能で、早期からの専門医療機関へ受診が出来ていない可能性がある。義務教育における就学指導委員会の役割は、障害があり教育的ニーズを抱えている児童生徒への適切な就学を支援する組織である。適切なサービスを受けるためには、告知問題の解決が優先されるが、都道府県レベルで、小学校在学時点で筋ジスのある児童を把握できれば、特別支援学校のセンター的機能や国立病院機構政策医療ネットワーク（筋ジス）を使い、早期からの専門医のスーパーバイズと専門教育機関から情報提供が可能となる。現在は、大阪府立刀根山養護（教育交流会）、徳島県立鴨島養護（筋ジス教育研修会）等、一部で行われているのみであるが、筋ジスサミットを契機に、筋ジスに関する社会資源の有効利用法の開発が進められればと考えている。

この企画が実現すれば、小中学校における日常的なリハビリの導入、長期休暇中の特別支援学校を利用したピアサポート、病気に配慮しながら、進学と就労支援の両方が出来る特別支援学校の充実化を図ることが出来ると考えている。

## 7. おわりに

特別支援教育に変わり、教育機能で一番大きな変化が、コーディネート機能が求められるようになったことである。教諭は児童生徒の教育をつかさどると学校教育法に規定されているが、授業を持たない特別支援教育コーディナーターが学校現場では指名されている。この機能をフルに使い、筋ジス医療・教育・福祉ネットワーク構想の可能性について述べた。

特別支援教育の中でも、筋ジス児がいる病弱・肢体不自由養護学校ネットワーク（教育）は未だ、構想すらない。都道府県別筋ジス児全数把握も難しい状況であり、まだまだ道半ばである。しかし、構想して、筋ジスサミットも2回行うことが出来た。

これらの試みの方法論は、他の病気の子どもの支援にも役立つと考えている。ひいては、子どもが健全に育つ地域づくりにも繋がることを期待したい。

## 参考文献

- 1) 筋ジストロフィー教育のあゆみ、社団法人日本筋ジストロフィー協会.
- 2) 平成18年度課題別研究報告書 慢性疾患児（心身症や不登校を含む）の自己管理支援のための教育的対応に関する研究、独立行政法人国立特殊教育総合研究所、2007.

## 第7章

# 病弱教育の歴史研究

## 第7章 病弱教育の歴史研究

### 1 歴史研究を進めるにあたり

西牧 謙吾(国立特別支援教育総合研究所 教育支援研究部)

課題別研究「我が国の病気の子どもの教育の在り方に関する研究 - 病弱教育と学校保健の連携を視野に入れて -」(平成18~19年度)を開始するに当たり、ナショナルセンターの機能の中で、我が国の病弱教育史に関する基礎資料の収集と歴史研究は必須であると考えた。特別支援教育における病弱教育を考えるためには、過去の大きな政策転換期における政策史と社会史は、政策立案の基本と考えたからである。

また、図書館機能の一つである資料収集に関しては、従来より日本の特殊教育に関する資料収集を行ってきたが、独立行政法人化後、学校現場の研究報告の収集が滞っていることが判明した。それは、都道府県教育委員会から国立でない組織への資料送付が行われなくなったことが原因であると考えられた。そこで、まず自分の専門分野である病弱教育から、歴史研究と資料収集を開始することにした。

筆者が、病弱教育の歴史を日本病弱教育史(全国病弱虚弱教育研究連盟病弱教育史研究委員会)で学び始めると、明治期、大正期においては、学校衛生と病弱教育が不可分の関係であることが見えてきた。学校衛生は、その後糸余曲折をへて、戦後の学校保健(それも他の教育関連法と比較して13年も遅れて昭和33年に学校保健法制定)とつながるものである。そこで、病弱教育と学校保健の連携を視野に入れての研究には、学校衛生史との関連も不可欠だった訳である。また、筆者は以前より、公衆衛生史を研究しており、公衆衛生、医療制度、教育制度など、その背後に膨大な研究領域が見えてきた。そこで、この分野すでに実績のある2人の研究者、桐山直人(神奈川県立平塚養護学校)、長谷川千恵美(日本大学)両氏に研究への参画をお願いした次第である。

そこで、「学校衛生の成立過程を検証することで、地方独自の病弱・身体虚弱教育成立過程や病弱教育と学校保健との関連性の歴史的経緯を明らかにし、今後の病弱教育の方向性の提言を行う(2年間)」目標が設定された。

まず、日本の教育成立史を学ぶために、小野雅章先生(日本大学文理学部教授)をお招きして、日本教育史研究の中からの障害児教育-教育制度・政策史の視点から障害児教育を見る-のテーマで、講義を伺った(2006年9月8日)。そのまとめが、通常教育の歴史からみた障害児教育である。

長谷川千恵美先生は、日本でも数少ない病弱教育を専門とする研究者である。今回は、病弱教育の歩み-学校衛生を中心に-をテーマに、明治大正期の学校衛生成立史を中心に、今後の歴史研究の基礎資料となる年表の作成もお願いした。

桐山直人先生は、個別学校史を研究しておられる研究者で、特別支援学校教員でもある。桐山先生には、日本病弱教育史(1990年刊)の成果から見る研究課題というテーマで、まとめて頂いた。個別史を見ると戦後病弱教育の動きを、グローバルに概観することが出来る。

この研究は、歴史資料をまとめることだけが目的ではない。今回の報告は、その一部である。実際には、京都市へ2回調査にでかけ、新たな歴史の発掘に成功した。また、その過程で見えてきた「治療教育」という概念が、日本の明治期のドイツ医学導入期に、小児科学、整形外科学、

精神科学、児童養護等の様々な分野で、日本に導入されていることが理解された。整形外科分野は、東大整形外科高木憲次教授、東京市立光明養護学校、そして戦後の日本の肢体不自由教育へとつながっていくことは有名である。

資料収集に関して、津曲裕次 長崎純心大教授とも連携がとれるようになった。ご存じのとおり、津曲教授は、日本の特殊教育史のリーダー的存在である。戦前からの福祉施設史（例えば滝乃川学園）でも、様々なご教示を得ることができた。これは、病弱教育研究の別の研究テーマである児童福祉施設における教育で大いに役立っている。

今後、この歴史研究は、ますます学際的になることを期待したい。

## 2 通常教育の歴史からみた障害児教育

小野 雅章（日本大学 文理学部）

### はじめに

筆者に与えられた課題は、日本教育史研究から見ると障害児がどう映るのか、ということである。障害児教育を歴史的側面から検討する研究は、数多く発表されているし、その中にはきわめて優れた研究成果が公になっている。学部、大学院、そして研究職に就職して日本近代教育史研究を細々と続けている筆者ではあるが、本格的に障害児教育の研究をしたことは、いまだかつて一度も無い。障害児教育研究との接点は、唯一、勤務先である日本大学文理学部教育学科、あるいは、日本大学大学院文学研究科における卒業論文担当や研究指導の学生・院生が障害児教育を歴史的に検討したいと申し出てきた時に、その範囲で自らも障害児教育関係の文献にあたるといった程度のものである。<sup>1</sup> その点からすれば、障害児教育の分野は「ずぶの素人」である。そのような筆者が障害児教育に何らかの考察が出来るのか甚だ疑問というのが本音である。

とはいっても、障害児教育研究は、障害者や病弱者の教育権の問題も大きな課題のひとつであり、それは、義務教育問題との関連でもって検討すべきであることは疑いの無い事実であろう。だとすれば、これまでの義務教育の中で障害児教育はどのように扱われてきたのか、という視点は、これから障害児教育にとっても一つの重要な視点を提供することになるのではないだろうかと考える。そこで、本小論では、日本の義務教育史の中で、特別支援教育はどう位置づけられ、それがどのように変遷してきたのかについて、日本の近代教育の開始とされる1872（明治5）年の学制から1947（昭和22）年の旧教育基本法成立までを概略的に検討した後、一教育史研究者から見た、今後の論点などについて、若干の提言を試みたいと思う。

以上のような理由により、筆者には直接障害児教育を扱った論文は一つも無い。そのため、歴史的事実については多くの先行研究によっている。それらについては、注によって明示したので、より詳しく検討したい向きには先行研究に当たっていただきたいと思う。

### 1. 近代教育の発足と障害児教育

この国の近代教育制度の出発は、1872（明治5）年の「学制」であることは、疑いの無い事実であろう。しかし、これはあくまでも出発であり、近代教育制度の確立ではなかった。「学制」は、明治維新政府による近代教育制度を構築するとの意思表明であったが、この構想に民衆は、その拒否姿勢を貫いていたことは多くの研究が示す通りである<sup>2</sup>。近代学校が民衆に受けようとした学校“知”は、民衆により拒否されたのである。

「学制」は、決して明治政府が思い描いたとおりの成果を挙げることはできなかった。それどころか、教育の停滞ともいべき状況さえ生み出した。あまりにも早急な教育の近代化（＝欧米化）

1 日本近代教育史研究の中で、障害児教育に関する多くの成果が発表されている。その経過を総括し、今後の障害児教育史研究の「展望と課題」を示したものとして、高橋智「障害児教育史研究の課題と展望」『日本教育史研究』第12号、および高橋智・河合隆平「日本障害児教育史・障害者問題史研究の課題と展望」『日本教育史研究』第22号、を参照のこと。

2 これに関しては、多くの研究が存在する。そのなかで、国立教育研究所編『日本近代教育百年史』第三巻から五巻（学校教育1～3）、1974年、が最も適当な参考文献であると思われる。

は、庶民の生活とは全く以て乖離したものであった。近代小学校の教育内容は庶民にとって魅力あるものでもなく、必要なものでもなかったのである。その結果、明治政府が、国民の就学を向上のために様々な施策をするものの、就学率30%という状況が常態化していた。さらに、計画通りの学校が整備されなかつたことは、周知の事実である。

学制には、障害児教育に関する規定も存在した。「〔前略〕諸民学校アリ此外廃人学校アルベシ」との条文である。学制そのものが完成されたわけではなく、この廃人学校が制度化などされるはずもなく、その実態は不明のままであるが、おそらくは、今日の特別支援教育（盲・聾啞・精神薄弱・肢体不自由者等を対象とする教育）を指していたものと推測されている程度である。それ以後の教育に関する法令改正、すなわち、1879（明治12）年の第一次教育令、1880年の第二次教育令、1885年の第三次教育令、そして、1886年の第一次小学校令においても、特別支援教育に関する規定が盛られることは無かった。この時期は、近代教育制度の確立を目指すいわば、教育政策の試行錯誤期ともいえる時期であり、小学校教育と大学の整備に力が注がれ、それ以外の教育の整備に目を向ける余裕が無かつたというのが実態であったように思われる。さらに、民衆の間でも障害児や障害児教育に対する意識も決して高いものではなかつたと思われる。こうした状況は、少なくとも、1886年の第一次小学校令までは続くものと考えられる。

この時期の障害児教育は、個人の努力によるところが大きかった。1878（明治11）年5月開設の京都盲啞院（古河太四郎等による）、1880（明治13）年2月開設の善樂会訓盲院（後の東京盲啞学校）等の機関がこの時期設立されたが、いずれも設立にかかわったのは個人レベルの努力であった。それも、盲・聾啞教育に限つたものであり、精神薄弱者等を対象とする教育等はまだ未整備の状況であった。

## 2. 義務教育制度の確立と障害児教育

日本教育史の分野で、義務教育制度の確立期を確定するのは、大きな課題のひとつといえよう。筆者は、第二次小学校令（1890年10月）にその基礎が確立し、1900（1900年8月）により、義務教育制度が整備されたと考えている。1886（明治19）年4月、初代文部大臣森有礼により、第一次小学校令が発布された。戦前の教育制度の原型ともなるべき重要な勅令という評価が一般的である。しかしながら、それは、全文わずか十六条という、極めて簡略なものであった。それに比べ、1890年10月の「第二次小学校令」が全八章九十六条からなり、小学校制度について詳細かつ全般にわたり規定していたことなどを考慮すると、第一次小学校令は過渡的性格を有するものであり、本格的な小学校制度を規定したのは、第二次小学校令以降であった。<sup>3</sup>その後、1900年8月の「第三次小学校令」により、さらに整備が進み、「明治公教育制度」がここに確立したのである。

小学校制度の整備と併行して、義務教育制度も整備が進んだ。学齢児童の就学義務を定め、これを父母後見人または保護者の義務として明確に規定したのは、1886年の「第一次小学校令」が最初であった（第三条）。さらに、ここでは、「疾病家計困窮其他止ムヲ得サル事故ニ由リ児童ヲ就学セシムルコト能ハスト認定スルモノニハ府知事県令其期限ヲ定メテ就学猶予ヲ許スルコトヲ得」（第五条）と就学猶予規定が定められていた。この「第一次小学校令」には、就学免除の規定は存在せず、就学を果せない者は全て就学猶予扱いとなっていた。これが、第二次小学校

<sup>3</sup> 詳しくは、佐藤秀夫著・小野雅章他編『教育の文化史1 学校の構造』阿吽社、2004年、の「Ⅷ 森有礼の教育政策 再考」、および「Ⅸ 一八九〇年の諸学校令改革案に関する考察」等の論考を参照のこと。

令になると、「貧窮ノ為又ハ児童ノ疾病ノ為其他已ムヲ得サル事故ノ為学齢児童ヲシ就学セシムルコト能サルトキハ学齢児童ヲ保護スヘキ者ハ就学ノ猶予又ハ免除ヲ市町村長ニ申立ヘシ」（第二十一条第一項）と、就学猶予の他に就学免除についても規定した。そして、第三次小学校では、それまで就学猶予と免除との概念が不明確であったものを、学齢児童で「瘋癲白痴又ハ不具疾病」、すなわち、心身の重大な障害があるため就学が困難な者に対して就学を免除し、学齢児童で「病弱又ハ発育不完全」が原因で定められた時期に就学が不可能な者に対して、1年以内の猶予を与えた。（第三十三条、小学校令施行規則第八十五条）ここで重要なのは、障害児であっても、「瘋癲白痴又ハ不具疾病」の児童は、義務教育から排除し、「病弱又ハ発育不全」の児童は、就学猶予という形で義務教育を受ける可能性を残すという、「振り分け」を行なったという事実であろう。

第三次小学校令をして、近代日本の義務教育が確立されたと言われる。ここで確立された義務教育は、国民（＝臣民）を養成するための教育であり、親・保護者の国家に対する公的義務であった。就学免除・猶予を明確化したということは、國家の側からすると、「国民」となることを免除・猶予することにほかならなかった。こうして、障害者は健常者による「尺度」により、「国民」となることから免除、或いは猶予される存在となった。義務教育の確立は、障害者排除の確立でもあった。

こうしたなか、一部の学校あるいは、個人のレベルで現在の精神薄弱児に対する教育実践が見られるようになった。1896（明治29）年に長野県長野尋常小学校に設置された、「落第生」のための学級が設置された。さらに、日露戦後には、群馬県館林尋常高等小学校や大阪府師範学校附属小学校などで、特殊学級を実験的に設置したり、1900年代後半から、特殊学級を設置する師範学校附属小学校が見られたが、長続きすることは無かったといわれている。1906（明治39）年に開設された滝乃川学園の実践が注目されるものがあったが、それら公的に組織化されることは無かったし、慈恵的な社会事業の域を超えるものではなかったと総括できる。

### 3. 大正新教育の実践と障害児教育

この国の義務教育の基本的枠組みは、1900年8月の第三次小学校令に確立し、その後1941（昭和16）年4月の国民学校令に至まで基本的な変更は無かった。しかしながら、日本は、1910年代以降の資本主義の一層の進展により、その状況にあわせるような諸改革が政策課題となつた。1917（大正6）年7月設置の臨時教育会議は、このことを端的に示している。基本的枠組みが確定した義務教育制度も、数々の調整をせざるを得ない状況になつたのである。<sup>4</sup>

さらに、1910年代から20年代におけるいわゆる大正デモクラシーの気運も高まり、政府はこれまで基本的に排除の対象としていた障害者に対する教育にも重い腰を上げ、若干の措置を施すようになった。その一つの到達点が1923（大正12）年8月発布の「盲学校及聾哑学校令」及び「公私立盲学校及聾哑学校規程」であろう。「盲学校及聾哑学校令」では、道府県に盲学校と聾哑学校とを分離設置することを義務づけ、初等・中等部を小学校・中等学校に準ずるものとし、さらに初等部及びその予科については、授業料を無償とした。また、学校規程では、設置する課程、学科目、授業時数、教員数、教員資格等について規定し、教育内容・方法面での整備を促している。多くの研究者が指摘するとおり、この施策は、盲・聾哑教育に限定されてはいるが、障害児

<sup>4</sup> 臨時教育会議は、この時期の大きな教育政策課題について、議論検討した首相直属の審議会であった。しかし、ここで障害児教育に関して論及されることはない。このことは、この記事の教育政策上の障害児教育の位置づけを明確に表している。

教育が国民教育のなかに位置づけられたことは、障害児教育史にとって特筆するべきものと思われる。<sup>5</sup>

さらに、虚弱児（現在で言う病弱児）に対する教育についてもある程度の進展が見られた。虚弱児教育の発端は、1900（明治33）年、東京市養育院の実践とされているが、本格的な実践は、1917（大正6）年に社団法人白十字会が設けた茅ヶ崎林間学校を嚆矢として、1924（大正13）年5月に日本赤十字社千葉支部が設置した富津海浜学校がある。その後、これに類する施設は増加し、1938（昭和13）年には、公私立合わせて13校設置された。これらの施設は、一部の法人による実践であり、これらが公教育の中に組み込まれるようなことは無かった。

このように、大正デモクラシー期には、障害児教育についても一定の進展があった。しかし、それは、盲・聾啞教育に限られたものであり、障害児教育の他の領域については個人あるいは法人レベルでの実践に止まっており、それらが公教育、あるいは義務教育のなかに位置づけられるような動きは見られなかった。

#### 4. 国民学校制度の成立と障害児教育

その後、1930年代から40年代の総力戦体制下の教育改革により、盲・聾啞教育以外の障害児に対する教育も、公教育の枠組みの中に組み入れようとする動きが見られるようになる。そのことを最も端的に示すのが、国民学校制度である。国民学校は、戦時体制下に対応して設置された初等教育機関である。1937（昭和12）年12月に内閣直属の教育関係審議会として設置された教育審議会の答申、「国民学校、師範学校及幼稚園ニ関スル件」（1938年12月）に基づき、国民学校は構想、実施された。「国民学校令」（1941年3月）である。その詳細は、先行研究に譲ることにするが<sup>6</sup>、障害児教育との関係からすれば、この国民学校制度が基本として「私」を否定したことることが重要である。国民学校は市町村立が原則となり、私立を認めなかつたことである。この結果、それまでの私立小学校及び「私立小学校ニ類スル各種学校」は私立学校令にのみよる私立学校とみなされるようになった。さらに、従来認めていた家庭等における小学校の教科の修得も認められることになり、就学義務を強化した。その一環で、就学免除・猶予についても制限を強化した。まず、貧困による就学の免除・猶予を禁止するとともに、障害児教育についての施策を進展させた。それは、天皇制ファシズムによる「一君万民」的思想によるところが大きかった。<sup>7</sup>

この時期の障害児教育の状況を少しさかのぼって検討してみたい。障害児教育を進展させた一つの要因は、大正新教育運動以降活発化した民間教育運動の流れがある。このなかのひとつとしての、障害児教育改革要求の一部が政策として実現した。その一つとして、1932（昭和7）年11月、日本最初の公立肢体不自由児学校である東京市立光明学校の設立が挙げられる。この学校は、東

5 これらの事実の詳細については、高橋智・清水寛『城戸幡太郎と日本の障害者教育科学』多賀出版、1998年、を参照のこと。以後の、障害児教育に関する記述については、これ等の著書によるところが大きい。

6 下村哲夫「国民学校の成立と実態」『季刊 現代史』8、1976年、長浜功『国民学校の研究』明石書店、1985年、米田俊彦『教育審議会の研究 教育行財政改革 ——付 国民学校・幼稚園審議経過』（野間教育研究所紀要第44集）、（財）野間教育研究所、2002年、等を参照のこと。

7 注意しなければならないのは、この障害児教育への配慮も戦時下における国民統合の一環であったに過ぎない、という事実である。この施策は、「砂上の楼閣」の如く、日本国民では無い、あるいは、日本国民であることを拒否するような人々、特に旧植民地等に対しては、その牙を剥き出しにして、徹底的に弾圧したという点である。この点を、日本国憲法・旧教育基本法の下での教育と同じ視点で考察してはならないと思う。

京市の学齢児童中身体異常のため通常の小学校に入学できない児童に教育に機会を与えるという目的で、「小学校ニ類スル各種学校」として設置された。また、この時期には、虚弱児教育の一環として養護学級も急激に増加した。この普及の背景には、当時の国民病とされた結核対策があった。その数は、1935（昭和10）年学級数にして209学級、児童数約8,000名に達していた。さらに1930年代以降、国民の体位向上という軍事面からの国家的要請により、養護教育が強調されるようになった。

これらの様々な要求を吸収したのが国民学校であった。<sup>8</sup>「国民学校令」に基づく、国民学校令施行規則第53条により、「身体虚弱、精神薄弱、弱視、難聴、吃音、肢体不自由等」の障害児を対象とする養護学級・学校の編成とその基準が認められた。このように、一見するとそれまで、盲・聾啞教育に限っていた公教育における障害児教育を精神薄弱や肢体不自由等にも拡大した点は注目に値するが、その一方で、1900年の「第三次小学校令」で規定された障害児に対する就学免除・猶予はそのまま残されたし、また、養護学校・学級の設置は任意であるという限界を有していた。ほとんど全ての学齢児童に国民になることを強制した「国民学校令」下において、障害児はその範疇外に置かれたと見てよい。

さらに、戦時下における障害児に対する為政者のスタンスは、敗戦直前の決戦下においてその本質が現れた。それは、光明国民学校（光明学校）の集団学童疎開の顛末である。将来の戦力とはならない児童達と認定した為政者は、なかなか光明国民学校の集団疎開を認めようとせず、当初は、放置をも辞さないという態度を示したことは、この時期の障害児に対する「本音」を現す事実と考える。光明国民学校の児童の疎開は、校長ひとりが奔走し、「東京都・世田谷区は光明国民学校児童の疎開のためにとりたてて施策を講ずるということはなかった」<sup>9</sup>のである。

## 5. 戦後教育改革と障害児教育

日本の敗戦により開始された戦後教育改革の成果は、歴史的限界も見られるが、現在にも通用する画期的なものであった。とくに「日本国憲法」（1946年）と「教育基本法」（1947年）とにより、国民の教育機会の均等、教育権の保障、そして、9年間の無償（実際は授業料を徴収しない）による義務教育が実現された。これは、障害児にも等しく適用されたことが特筆される。<sup>10</sup>憲法・旧教育基本法の精神を具体化するために成立した学校教育法により、障害児教育（盲・聾・養護学校、養護学級）が、その他の通常学校と同等に位置づけられた。そして、国民学校令下では、都道府県に設置が求められたが、それが任意設置であったが、戦後教育改革によりこれが都道府県に設置が義務づけられた。

このように、戦後教育改革の結果、障害児教育においても教育を受ける側の人間の自由と平等とそれと表裏一体の関係としての直接的な教育責任を国家が負うという理念が成立したのである。戦前の状況から比べると画期的な事実であると評価できる。しかしながら、実態としては、この理念が直ぐに実現したわけではなかったことが、戦後における障害児教育改革の限界であつ

8 国民学校令と障害児教育の詳細については、渡部昭男『「特殊教育」行政の実証的研究』法政出版、1996年、および前掲『城戸幡太郎と日本の障害者教育科学』等を参照のこと。

9 詳しくは、逸見勝亮『学童疎開史研究 子ども達の戦闘配置』大月書店、1998年、14～18ページ、を参照のこと。

10 戦後教育改革時に、障害児教育についてどのような議論がなされたのかについては、教育刷新委員会・審議会の議事録などにより知ることにできる。その詳細は、『教育刷新委員会・審議会会議録』第1巻～第13巻、岩波書店、1995年～1998年、を参照のこと。

た。戦後教育改革の不徹底さを如実に示す事実であるが、そのような状況になったのには、無理からぬ事情も有していたことも忘れてはならない。それは、敗戦という状況に直面した日本の壊滅的状況であった。新制中学校設立など、新学制の実施すらままならない状態に陥っており、通常教育の実施にさえ大きな支障があったことが、障害児教育の進展を阻害した大きな原因であった。<sup>11</sup>

そのために、障害児に対する就学免除・猶予は依然として残され、さらに義務制施行の実施延期等という問題に直面した。このなかで、盲・聾学校については、1948（昭和23）年に義務制が実現した。そして、周知の通り、養護学校教育の義務化が実現したのは、なんと、1979（昭和54）年のことであった。国民全てに教育の機会均等が保障された中でも、障害者への教育権保障は立ち遅れることになったのである。

### まとめ

以上、論考としては甚だ「お粗末」なものとなってしまったが、以下、簡単なまとめと考察を行いたい。

ひとつは、通常教育の歴史、あるいは、義務教育史の視点から、障害児教育の変遷を見ると、障害児教育の変遷は通常教育の発展段階と殆んど無関係にあるという事実である。義務教育制度の確立は、国民皆学の理念の実現であった。就学率がほぼ90%を超えるようとしている時期に出され、この国の義務教育制度が確立したと評価されている「第三次小学校令」（1900年）は、その反面、就学免除・猶予規定を明確にし、その結果として障害者を通常教育の範疇から排除する結果となったということは興味深い事実である。

ふたつは、障害児教育が公教育の範疇に組み入れられていくプロセスは、障害の種別により大きく異なるということである。最初に公教育の範疇に組み入れられたのが盲・聾教育であった〔「盲学校及聾哑学校令」（1923年）〕。その後、戦時下の「天皇制ファシズム」による「一君万民」主義により、次第に盲・聾教育以外の障害児の教育の保障にも、一定の進歩が見られた。肢体不自由児の教育機関としての東京市立光明学校、虚弱児教育としての養護学校・養護学級の制度化である〔「国民学校令」（1941年）〕。このように、障害の種別による違いは、戦後の障害児教育の義務制にも同様に持ち込まれている。戦後障害児教育のなかで、先ず義務制が実施されたのが盲・聾教育であり（1948年）、それから31年かかり養護学校教育の義務制が実施されている。このことは、従来の教育基盤や実践の蓄積があったためであるが、この順序には、為政者が障害者に必要な教育をどう見たのかということが表れているような気がしてならない。こうした傾向は、現在にまで影響を及ぼしているのであろうか。

最後に、本論を執筆して筆者が最も困難に感じたことを記して結びとしたい。それは、医学史との関係である。医学の発達は直接に障害児教育にも影響を与えるはずである。医学の発展が、障害児教育にどのような影響を与えたのか、ということである。障害児教育が、通常教育の歴史の範疇では語ることが困難であるのは、ここに大きな要因があるように思われるのだが、これは筆者の専門からはるかに離れたものである。医療分野に詳しい研究者との興隆が望まれ

11 新学制の実施すらままならない状況であったから、障害児教育を軽視していい意という論理は通用しないということは当然である。が、当時の政策の優先順位という視点から見れば、「仕方が無い」といえるのではないだろうか。後に詳しく論じるが、障害児教育が、戦後復興後もこの状態のまま「放置」され、1979（昭和54）年までも義務学校教育義務制が遅れたままにしていたという文教政策こそ、批判されるべきと考える。

るところである。今後機会があれば、医学の発展を障害児教育との関係から障害児教育の歴史を筆者なりに纏めてみたいと思うところである。

### 3 病弱教育の歩み 一学校衛生を中心に一

長谷川千恵美（日本大学 文理学部）

#### 1. はじめに

戦後、特殊教育の歴史研究は学校教育法による障害種別に沿って着手されてきたが、病弱教育史は最も蓄積の浅い分野である。その理由は病弱教育が抱える現在の問題点、課題にそのまま重なる。つまり、①病弱教育の対象やニーズが多様で個別的であること、疾患や病状などがその時代の疾病構造を反映していく変化していくことなど、「病弱」概念の複雑性により研究対象が定めにくいくこと、②福祉分野はもとより、医学や医療史、公衆衛生、体育・軍事史などの関連分野の開拓と、その連携が必要であること、③病弱教育は様々な形態をとりながら形成され、また消滅していくものもあるために、資料の収集が困難であること、などが挙げられる。障害にかかわる歴史的概念の複雑性が、「歴史研究の対象の広がりと深まりを促す要因となっている」<sup>12</sup>と指摘されているにもかかわらず、病弱教育史に関しては、その複雑性が成果につながりにくかつたといえる。

しかし、心身症や神経症などによる不登校、情緒障害による通級指導、特別支援学校（病弱）希望者の増加など、心と身体に不安を抱える子どもたちが増えている今日、病弱教育の原点を探り、未来を展望するための歴史研究を進める社会的要請が生まれてきている。

本稿では、通常教育における特別支援教育の在り方を展望するための基礎的歴史研究という趣旨に沿って、第二次世界大戦前の病弱教育の歩みと到達点について、学校衛生（学校保健）との連携を視野に入れながら、先行研究を踏まえて整理概観することにしたい。

#### 2. 病弱教育史研究の経緯

まず、本章では病弱教育史研究の流れについて、主に単行本を中心に述べることにする。

1970年代には「世界教育史体系 33 障害児教育史」（世界教育史研究会・梅根悟監修、1974～78、全40巻）が刊行された。本書は、当時の教育史の集大成といわれ、学校教育や教育学に固有の課題を国別、テーマ別に取り上げたものである。「障害児教育史」（1974）の目次は主に盲・聾・肢体不自由・精神薄弱児教育史など各障害別通史の分担執筆で構成されている。内容は、当時の研究動向を反映してイギリス、日本に重点がおかれていたが、「今後、この世界での、多くの史実の解明が積み重ねられ、隙間をみたすに足るようになって、それらの資料の底を貫く“人間と障害”の問題史一般が明確にされていくとき、眞の障害児教育世界通史が書かれるであろう」（はしがき）という問題意識と展望に支えられた書であった。しかし、障害児教育史研究の出発点ともいえる本書において病弱教育が論究されていないことは、その後の研究に少なからず影響を及ぼしたといわざるを得ない。

また、この時期を代表するものとして以下のものがあげられる。

加藤康昭・中野善達「わが国特殊教育の成立」（1967）

加藤康昭「盲教育史研究序説」（1974）

12 教育史学会編「教育史研究の最前線」（2007） 第5章 p. 101

1990年以降の障害児教育史研究の動向は、高橋智・河合隆平「日本障害児教育史・障害者問題史研究の課題と展望」22（2003）に詳しい。

国立教育研究所編「近代教育百年史」(第3巻～5巻、1974)

荒川勇・大井清吉・中野善達「日本障害児教育史」(1976)

山形県特殊教育研究会・杉浦守邦「山形県特殊教育史 精神薄弱編・身体虚弱編」(1978)

さらに、文部省「盲聾教育八十年史」(1958)、「学制百年史」(1972)、「特殊教育百年史」(1978)、厚生省医務局「医制百年史」(1976)、文部省監修・学校保健会編「学校保健百年史」(1973)、大霞会「内務省史」(1971)、その他都道府県教育史の刊行が、制度・政策史、学校史に大きく貢献してきている。

この中で、病弱教育史に関しては「山形県特殊教育史」(身体虚弱編)により、実証的な病弱教育史研究が開拓された。同書は、特殊教育の勃興が、当事の児童愛護思想や個性尊重主義による影響だけでなく、文部省学校衛生課を中心とした学校衛生施策の強力な推進と特別養護思想によるものであることを実証するとともに、病弱教育史研究の意義とあらたな可能性を示唆した。<sup>13</sup>「学校保健百年史」は、記述編と資料編(学校保健に関する法令・通達、諮詢・答申・建議、統計、年表)で構成され、学校教育における子どもの身体や病気、健康問題の認識と学校衛生の展開、学校医・学校看護婦、身体虚弱児教育施設など多くの史料を提供している。なお、「盲教育史研究序説」は社会問題としての障害者問題に焦点を当て、運動と政策との緊張関係の中での盲教育制度の確立過程を考察したものである。この研究視点は、その後の障害者教育史研究に大きな示唆を与えた。

1980年代の傾向としては、教育固有の領域としての障害児教育を障害種別に、制度・政策史、学校史を中心とした通史、個別史研究が深まってきたことである。その背景には養護学校義務制をめぐる課題、国際障害者年など、障害児の教育保障を求める動きが政策や運動論、福祉施設の実証的研究へつながっていったといえる。その中で、精神薄弱問題史研究などの一連の蓄積を土台に新たなアプローチが示された。即ち、津曲裕次・清水寛他「障害者教育史—社会問題としてたどる外国と日本の通史」(1985)は、法制度や公的文書による実証に基づく教育史の手法に対して、社会史的研究方法の可能性を切り開いた。本書には特殊教育の時代から「共に学ぶ」教育へという時代的变化と要請に答えるために、障害種別を超えた新たな視点と方法、社会問題史的アプローチによるテーマ設定のもとに研究課題、資料などが示されており、病弱教育に関しては杉浦守邦「特殊教育の勃興と学校衛生」が収録されている。世界教育史体系が提示した課題を継承追究し、「新たな通史の手がかり」となるよう編集された本書は、後続の研究に多くの課題を提供している。

1990年代以降は肢体不自由をはじめ個別学校史、理論・実践史、国や地域別教育史、また、保健や看護、体育分野からの研究が広がりをみせている。病弱教育史に関しては、1990(平成2)年、全国病弱虚弱教育連盟・病弱教育史研究会による「日本病弱教育史」が発行された。同書により、三重尋常師範学校において、1889(明治22)年、脚気の生徒に対して戸外学校による分校形式の教育がおこなわれていたことを始め、数多くの史実が発掘された。今後は、さらに「資

13 身体虚弱児教育の形成過程について、第1期：明治～大正中期、第2期：大正中期～昭和初期、第3期：昭和初期～第二次大戦期という区分に基づいて考察されている。

論文としては、杉浦守邦・田中克彦「大正期の特殊教育の勃興と学校衛生思想」精神薄弱問題史研究会『精神薄弱問題史紀要』第20号(1977)をはじめ、人物研究その他多数あるが紙面の都合上割愛する。また同年代には「養護教員の歴史」(1974)が刊行されている。

14 この他に津曲裕次「精神薄弱問題史概説 — そのまとめと展望 —」(1980)がある。

料を分類整理して、史的考察を行う」<sup>15</sup>ことが課題として記されている。また、1999（平成11）年刊行、桐山直人「茅ヶ崎の小さな学校」— 旧白十字会林間学校の三十二年」は、日本最初の養護学校とされている白十字会茅ヶ崎林間学校（1927年創設）をテーマにしたものである。設立者宮腰信次郎、運営に関わった「匿名」の人々の教育の実践を、学校に残された資料や、手紙、聞き取りなどの方法で明らかにしており、病弱教育史上で最初の個別学校史、人物史として注目されるものである。

2000年代には特別支援教育への転換という課題を背景に、特別な教育ニーズ概念の捉えなしとともに、新たな課題が提起されている。中村満紀男・荒川勇「障害児教育の歴史」（2003）、第3部「障害児教育史の到達点と課題」においては、「特別ニーズ教育史の作業は正系（健常児中心・通常学校中心）の教育と傍系（身分・貧困・障害・性別・地域＝僻地などを被差別・被抑圧児童）の教育との統一史像の確立という従来から指摘のあった日本教育史研究の課題とも関係してきており、今後集団的に取り組まれるべき課題」<sup>16</sup>であると結ばれている。

今後は、通常教育史や関連領域の成果に学びつつ、病気や障害による特別なニーズを持つ子供群の実態とその対応などの掘り起こし、病弱教育の歴史＝特別ニーズ教育史の解明が新たな課題といえる。

### 3. 日本における病弱教育のあゆみ 一学校衛生施策を中心に—

我が国の病弱教育は、1889年（明治22）、三重尋常師範学校が、脚気の生徒70余名に対して、伊勢国三重郡（現四日市市）菰野湯の山において転地療養と学業を行ったのが最初とされている。<sup>17</sup>その後、休暇集落や林間学校、児童夏季保養所、健康学園、養護学園、特別学級（開放学級、養護学級など）、さらには医師や愛国婦人会、軍関係の施設などさまざまな取り組みが展開する。

1941（昭和16）年には、「国民学校令施行規則」第53条規程、1943（昭和18）年の中学校規程、高等女学校規程により、病気や障害により特別な養護を必要とする子どもたちの教育が、はじめて公教育の中に位置付けられる。これにより初等・中等教育での養護学級、養護学校の編制が奨励されるが、それ以後、特に身体虚弱児の養護学級が飛躍的に増加していく。

このような病弱教育の流れをみると、名称や主体、対象、目的、内容、方法など実に多様である。これらのすべてが病弱児童を対象としたものではなく、結核予防対策、国民体位向上、体育や健康教育、課外活動や学校行事としての取り組みなどさまざまであることが、先行研究によって明らかにされてきた。今後はそれらの実態を明らかにして、分類整理、考察することが課題として残されているが、ここでは、通常教育を基盤とする病弱教育のあゆみについて、学校衛生施策を中心に整理する。

#### （1）日本近代と子どもの健康問題

明治維新以降、衛生行政はドイツ医学を中心とする西洋医学の導入に始まり、衛生行政に関しては、1873（明治6）年3月に文部省内に設置された医務局（1872年設置の医務課より昇格）の担当となり医学校内におかれた医師の養成、免許、取締をおこなっており、学校衛生は学務課が担当していたようである。しかし、内務省の設置（1873）と医制発布（1874）を契機として、文

15 全国病弱虚弱教育連盟・病弱教育史研究委員会「日本病弱教育史」（1990） p. 2

16 中村満紀男・荒川勇「障害児教育の歴史」（2003） p. 186

17 前掲、「日本病弱教育史」 p. 16

部省所管の衛生事務は内務省第7局（後衛生局）に移され、医務局は廃止となった。

それ以降、内務省はコレラをはじめとする急性伝染病対策など、防疫対策に追われるが、日清・日露戦争をはさむ結核やトラホーム、癩、花柳病、精神病者の急増などにより衛生行政の転換を迫られる。大正年代には、結核死亡率、乳幼児死亡率とともに上昇し、1918（大正7）年には乳幼児死亡率はピークとなる。さらに第一次世界大戦後の大量失業、都市の貧困拡大、農村の慢性的不況は貧困と疾病を拡大させ、棄児、児童虐待、欠食児童、栄養不良・虚弱などの児童問題となって顕在化した。それらは壮丁検査に現れた「国民体力の低下」とともに、内務省にとって的一大憂慮事であった。大正から昭和初期にかけてのさまざまな社会問題に対して、内務省は社会政策や医療扶助に関する立法を整備していく一方で、社会局（1920）を設置し、民間社会事業の奨励と啓発、組織化と体系化を図り、官民一体の社会事業が展開する。日赤京都支部は1914（大正3年）すでに結核予防助成事業として天橋立に夏季児童保養所を開設して虚弱児童の集団養護事業を始めており、1922（大正11）年には児童養護に関する講習会をはじめて開催している。<sup>18</sup>指導者や小学校教員など児童養護上の知識技能を授けることを目的としたこの講習会は昭和にはいっても続けられた。

また、また該期に特筆されるのは、同1920年、内務省主催「児童衛生展覧会」の開催と、展覧会の内容を紹介した「児童の衛生」<sup>19</sup>の刊行である。同展覧会では、病虚弱児に関してアメリカのオープン・エア・スクール、オープン・エア・クラスと、各地夏季林間学校、白十字会茅ヶ崎林間学校の写真や統計（疾病と治療、養護品目）を広範囲に展示紹介するなど、啓蒙を図った。

さらに、社会事業調査会（社会局に設置）が1927（昭和2）年に決議した児童保護事業の体系には、妊産婦保護・乳幼児保護・病弱児保護・貧困児童保護・少年職業指導並びに労働保護・児童虐待防止・不良児保護・異常児保護の8体系が示され、「病弱児保護」が位置づけられている点は注目に値する。当時の社会局長、田子一民は「善く生まれたものは、最初の自由として、善く養育され、よく教育せられるのは何れよりも大切な幸福である」として、これを「成育の自由」と呼び、児童保護事業を成育幸福事業と捉えている点で、戦後児童福祉との連続性を見いだせる。同調査会関係者の教育に対する共通的見解は、就学猶予・免除規定の改廃あるいは修正、貧困児の就学保護奨励、「特殊児童」に対する特別の学校、学級の設置の必要性などであった。

1920年代以降顕在化する児童問題を背景に、病気や障害、健康や体力に問題のある特殊児童の教育と保護、養護は、国民体位の向上という国策的教育観をとりこみながらも、児童衛生、学校衛生の課題として認識されていくのである。

## （2）学校衛生の確立と「特別養護」

学制期から小学校令期にかけて公教育制度が確立されていく中で、学校衛生は、1891（明治24）年に学校衛生取調嘱託となった三島通良の舵取りで方向づけられた。三島が登用されたきっかけの一つは、日本人に適した学校制度を建設するために、学徒の健康状態の実態調査をし、そ

18 日本赤十字社東京都支部「九十年のあゆみ」（1980） p.p. 517 – 520

この保養所は、デンマークのコペンハーゲンで行われていた休暇集落の方法を取り入れたとされる。

児童養護に関する講習会は昭和3年から10年の間に77回開催されている。

19 衛生局職員が中心となり、保健衛生調査員、嘱託児童衛生展覧会委員、衛生局からの協力依頼者が関係している。入場者は、婦人や児童が大多数で、高等女学校、小学校上級学年の団体入場者も多かった。

20 社会福祉古典叢書5「田子一民・山崎巖集」（1982） p. 44

の対策として学科負担の軽減、体育の奨励、学校環境の改善をどのように進めるべきか研究にあたる人物が教育界に必要とされていたことが挙げられている。小学校令の目的である「児童身体ノ発達ニ留意」<sup>21</sup>した教育を行うために、児童の身体や健康状態を把握できる人材が求められたのである。1894年（明治27）井上毅による訓令「小学校ニ於ケル体育及ビ衛生」は、学科負担の軽減や体操の必修化、普通体操の導入など三島の意見を反映したものとされており、学校の知育偏重に警告を与え、学校体操の形式主義化、過度の筆記や暗証などの否定、試験成績による座席順の廃止などについて述べられている。

その後、1896（明治29）年、学校衛生顧問、学校衛生主事を設置、以後「学校清潔方法」（1897）、「学生生徒身体検査規程」（1897）、翌年には「公立学校医設置ニ関スル規程」（勅令）、「学校医職務規程」「学校医ノ資格」「学校伝染病予防及消毒法」など一連の成立を経て、1900（明治33）年、学校衛生課（三島通良課長）の新設にいたる。

この学校衛生創生期にあたる明治20年～30年代は、身体検査の実施、学校清潔方法や小学校設備準則の実施に関するこことを学校医の職務に位置づけたものであった。教室の換気や採光、机腰掛、教室内温度や飲料水など学校の環境衛生に関するここと、学校課業による児童の疲労、姿勢の悪化、脊髄柱側湾曲、視力低下や頭痛など、児童に有害な学校環境の改善や教授衛生に力が注がれたようである。身体検査については、1897（明治30）年の時点では、身体検査項目を、身長・体重・胸囲・肺活量・脊柱・体格（強健・中等・薄弱）・視力・眼疾・耳疾・歯牙その他（頭痛、衄血など）としていたが、2年後には改正が加えられ、肺活量を削除し、「その他」を「疾病」に改めて内容を詳細にした。疾病的内容は、腺病・栄養不良・貧血・脚氣・肺結核・頭痛・衄血・神経衰弱・その他慢性疾患等検査の際に発見したものとなっている。学校医による身体検査を導入してから早くも2年後にこのような改正がなされたのは、就学猶予・免除の厳密化による就学督促強化、就学率上昇の中で、いろいろな慢性的疾患や健康上の問題を持った子どもが学校に存在したことの反映、当時の疾病構造の反映<sup>22</sup>でもあったといえる。しかし、この学校衛生課は、1903（明治36）年行政整理により廃止されて、文書課内に医師1名が学校衛生嘱託としておかれのみとなり、以後「学校衛生の暗黒時代」<sup>23</sup>を迎えることになる。

1920年代には、教育要求の高まりと就学率向上を背景として、学級における成績不良児（劣等児）や落第生、一般児童の体力問題が浮上し、結核やトラホームなどの疾病対策が学校衛生に求められるようになった。身体検査による体格や健康状態、疾病的発見や環境の改善だけでなく、教育面におけるさまざまな具体策が求められるようになるのである。こうした背景から、大正期には学校医が特殊児童の発見と監督養護に一定の役割と権限を有し、特殊教育とりわけ病弱教育の推進基盤となっていましたことが大きな特徴といえる。とくに腺病質の児童は結核にかかりやすく、幼年期から学童期の注意が必要という考えにより、結核予防対策を視野にいれた虚弱児童の養護対策が学校医や関係者から主張されるようになっていった。

即ち、1920（大正4）年改正「学校医ノ資格及職務ニ関スル規程」において、児童一般の養護に加えて、疾病や障害など心身の問題がある子どもに対する「監督養護」をはじめて明記した。

21 杉浦守邦「学校保健の原点を求めて—学校衛生の父—三島通良」東北学校保健学会会誌18号

この経緯については、杉浦守邦「三島通良（上）」『学校保健研究』97号（1968）において考察されている。

22 拙稿「明治～大正中期における児童の疾病・健康問題—身体虚弱児教育形成史の一考察」

日本大学教育学会「教育学雑誌」29号（1995）にて考察

23 大西永次郎「学校体育と学校衛生」（1941、再版） p. 163

具体的には「病者・虚弱者・精神薄弱者等ノ監督養護ニ関スル事項」を学校医の調査事項に加え、病者・虚弱者・精神薄弱者を発見あるいは通知を受けた時は、その状況により「一科目若シクハ教科目ノ授業免除、就学猶予、就学免除、休学、退学又ハ治療、保護矯正ヲ要スヘキコトヲ学校長ニ申告」すること、また就学猶予・免除、休学、退学を必要としない者に対しては「継続的ナ観察」を義務づけたのである。

また同年改正「学生生徒児童身体検査規程」においても、検査項目の範囲をより詳細にして、検査の結果「心身ノ健康状態不良ニシテ学校衛生上特ニ継続的ニ観察ヲ要スト認ムル者」については「要監察」として注意し、本人や保護者に対して注意を与え、必要な処置をとることを規定した。

同身体検査規程による検査項目は、発育（身体・体重・胸囲・概評）・栄養・脊髄柱・視力及び屈折状態・色神・眼疾・聴力・耳疾・歯牙・その他の疾病異常・監察の要否など11項目に及んでいる。「その他の疾病異常」は、検査の際に発見したものを記入するもので、結核性疾患、腺病、肋膜炎、心臓疾患及び機能障害、貧血、脚気、伝染性皮膚病、腺様増殖症及び扁桃腺肥大、ヘルニア、神経衰弱、精神障害となっており、さらに具体的に示されている。

ここでは「体格」が削除されて「発育」が加えられたことが大きな変化であるが、この改定には石原喜久太郎の建議があったと考えられている。すでに1910（明治43）年学校衛生取調嘱託となりドイツの学校衛生の見聞と研究を深めていた石原は、従来の体格評価中心の身体検査規程に対して「個体ノ健康策ニ利用スル事甚ダ困難ナリ」「形質混合シタル評価法」とその形式主義を批判し、<sup>24</sup>「身体検査統計表」を考案し、公表している。石原は、身体検査を疾病や障害のある児童生徒の発見と養護という学校の教育実践にどのように生かすか、その本来の在り方を追究したのである。

このような布石があつて、翌1921（大正10）年には大臣官房学校衛生課（北豊吉課長）として拡大整備された。北課長の時代には、「学校衛生参考資料」の発行、雑誌「学校衛生」（帝國学校衛生会）の創刊などさまざまな学校衛生施策が積極的に推進される。さらに特筆されるのは、1924（大正13）年10月、はじめて「身体虚弱児童の取扱に関する調査」を実施し、その実態、効果、将来の計画について発表したことである。<sup>25</sup>以降、雑誌「日本学校衛生」には、身体虚弱児特別学級を「開放学級」（オープン・エア・クラス）として紹介されるが、教育学者や教師、学校や学校衛生関係者にとって数すくない専門誌であったことから、これにより身体虚弱児童の特別養護に対する関心が広がつていったと考えられる。これを境に、昭和には身体虚弱児童生徒の養護に関する事項、林間学校、児童保養所、休暇集落の実施などが大きく前進したといえる。

1928（昭和3）年、学校衛生課は「体育課」と改称され、体育研究に関する事項を加えて担当することになった。それは、従来内務省衛生局所管であった体育運動に関する事項が文部省に移管されたことによる。昭和初頭には、不況による欠食や栄養不良児、虚弱児の増加に加えて、満州事変（1931）の勃発が国民体力に対する危機感を増大させることになった。1930年代には「発育概評丙」、「監察ヲ要スル者」が毎年増え続けており、児童生徒の体位向上とともに、身体虚弱者の養護が具体的課題となつていったのである。その指針となつたのが、

24 石原喜久太郎「石原学校衛生」（1921） p p. 248 - 252

25 文部省学校衛生課「学校課「身体虚弱児童の取扱に関する調査」

大日本衛生協会『日本学校衛生』 13巻2号（1925）

文部省体育課「開放学級制度ニ就イテ」『日本学校衛生』 16巻7号（1928）

1932（昭和7）年、文部大臣諮詢「身体虚弱なる児童生徒の体質改善に關し留意すべき事項如」に対する全国連合学校衛生会答申である。この答申は15項目からなるが、特に学校医、学校歯科医、学校看護婦の普及を図り養護を徹底すること、養護学級、開放学校などの特殊養護施設の普及を図り虚弱の程度に応じて収容すること、文部省において速やかに養護教育に関する規程を制定し、特に特別学級や開放学校等の施設を奨励し、国庫補助金を交付することなどが述べられている。

1937（昭和12）年には、「身体の養護鍛練ヲ適切ニシ体位ノ向上ト健康ノ増進ヲ圖ル」ために「学校身体検査規程」が改正され、検査項目を拡大すると同時に、「全身ノ状態ヲ総合考察シ、身体虚弱、精神薄弱、又ハ疾病及ビ異常ヲ有スル者ニシテ学校衛生上特別養護ノ必要アリト認ムル者ヲ『要養護』トシ、然ラサルモノヲ『可』トシ概評欄ニ記入スヘシ」とした。つまり従来の「要監察」を「要養護」へと改称し、「特別養護」を必要とするものに保健養護施設を講じることを明示した。保健養護施設とは、同年「学校身体検査規程ノ実施ニ関スル件」通牒によると、健康相談や予防処置、養護学級、養護集落、学校給食その他であり、ここでは学校医は要養護者発見に努め、検査結果に基づき、「養護鍛練ノ方法ヲ適切ナラシメ以テ身体強健ニシテ資質優秀ナル国民ヲ育成<sup>26</sup>」することを打ち出している。

ここにおいて、学校衛生は国家的要請である健民の育成へ、「虚弱児・栄養不良児を養護する保健鍛練重点主義<sup>27</sup>」へと転換してゆき、大正期の潮流であった児童の個性に応じた教育への志向は後退していかざるを得なかつたといえる。

最終的には、1941（昭和16）年、5月「国民学校令施行規則第五十三条ノ規定ニ依ル学級又ハ学校ノ編制ニ関スル規程」（文部省令）により、養護学級または養護学校の編制が法的に位置づけられる。同規程では、1学級の人数30人以下、「成ルベク身体虚弱、精神薄弱、弱視、難聴、吃音、肢体不自由等ノ別ニ」学級、学校を編制すること、その場合は「養護訓導ヲ置クベシ」と定めている。これにより、従来学校で任意に設置されていた学校看護婦を、学校医とともに教諭として特別養護を実施する「養護訓導」として配置し（養護訓導執務要綱、1942）保健婦令による保健婦の職種との区別化を図っていった。このことは、日本の養護教諭の大きな歴史的特質であると指摘されている。

#### 4. 病弱教育の展開

第二次大戦前の公教育における病弱教育は、国民学校令により養護学級、養護学校の設置が制度化されるまでは多様な展開があった。1900年代には、東京神田区内8小学校、私立精華小学校、東京市本郷区を嚆矢とする休暇集落（フェリエンコロニー）、病気や貧困による不就学、欠席児のための特別学級（特別授業）、東京市養育院の虚弱児転地保養などが試みられる。1910～1920年代にかけては夏季休暇を利用して林間や海浜に滞在する休暇集落（夏季集落）、郊外学園や養護学園、身体虚弱児童を対象とする特別学級（開放学級、戸外学級、養護学級）が公教育の中で広く普及はじめる。

またこの時期には、日赤夏季児童保養所、さらに白十字会茅ヶ崎林間学校（我が国最初の病弱養護学校）や一宮学園などの私立養護学校が設置されるなど、民間や個人の取り組みが始まるの

26 石川謙「近代日本教育制度資料」第6巻（1956） p.p. 436 - 438

27 杉浦守邦「山形県特殊教育史」（1978） p. 284

28 前掲、「学校保健百年史」 p. 289

も特徴である。この背景には、1888(明治24)年、ベルリン留学中の瀬川昌耆による休暇集落(フェリエンコロニー)の紹介をはじめとして、文部省や師範学校関係者によるドイツのシャロッテンブルグ林間学校、アメリカのオープン・エア・スクール、オープン・エア・クラスの紹介、大正期には学校衛生課による積極的な欧米学校衛生施設の紹介などがあった。<sup>29</sup>

ちなみに、1924(大正13)年、前述の文部省学校衛生調査において、身体虚弱児童に特別な取り扱いをしていると回答した学校は全国3万校中1,315校、多いのは大阪121校、岡山60校、香川114校、神奈川70校、兵庫62校などで、富山、長野、滋賀は報告されていない。この時点で、「現に不完全ながら特別扱いを受けつつある児童」は約5%と推定しており、また特別学級を編制している報告はみられない。なお、この調査時の身体虚弱児童とは、「貧血、腺病、栄養不良、肺心臓の軽度の疾患、神経質、その他特殊の原因なくして筋骨の薄弱者など」と限定している。昭和2年の調査では、特別学級設置校が18校、27学級、988人であった。学級の名称は養護学級、開放学級、保護学級などさまざまで、1学級平均36名と報告されている。対象児童は「発育概評丙」の児童を入級させているところもある。同年には、雑誌「日本学校衛生」に麹町小学校の開放学級(1927年設置)の概要が紹介されており、開放学級の実践が全国的に知られるようになったと考えられる。<sup>30</sup>

このような流れを経て、身体虚弱という用語の普及、定着化とともに、1930年代以降は身体虚弱児童を対象とした休暇集落や健康学園、保養所は多様な発展をし、特別学級(養護学級)についても、1940年時点で全国1,203学級の報告があり、その増加が顕著である。

養護学校については、昭和16年7月時点で確認されているのは、白十字会林間学校や一宮学園などの私立校と、東京、大阪、京都など都市部の養護学園、健康学園など(合計27校)で、後者は学籍を移さずに一定期間転地保養して教育を受けた後、原籍校に戻るというものであった。

1930年代～40年から終戦まで、公立で常設型の養護学校、養護学園は増えなかったのに対して、養護学級は飛躍的に普及していった。その理由としては、常設型養護学校は経費を要することと、転地保養型の養護学園や休暇集落は経費もさることながら虚弱児対策としての効果を疑問視する意見が強くなり、むしろ在学期間を通じて継続的に養護することの必要性が自覚されたこと、身体虚弱児の養護学級には国庫補助金が交付されたこと、養護学級編成を行う学校には編成数に応じて教員定数の増配があり、施設費補助に関する補助があつたことなどが挙げられている。<sup>31</sup>

養護学級の設置数は、1940年で全国1,203学級、1942年で1,616学級、64,891名(精神薄弱児対象66学級、1,039人含む)、1943年で小学校1,700学級、中学校で17校30学級、1,536名、高等女学校16校35学級、1,538名にまで増加している。戦争の激化にともない大都市ではほとんど閉鎖され、1945(昭和20)年には、全国517学級、18,201名となっている。<sup>32</sup>

## 5. まとめにかえて

小学校令から国民学校令期までの公教育の確立過程において、学校衛生関連領域には多くの

29 拙稿「身体虚弱児教育形成史の研究 —Open-air school・class の受容過程を中心に」で考察した。日本大学人文科学研究所『研究紀要』43号(1992)

30 前掲、学校衛生課「身体虚弱児童の取扱に関する調査」 p.p. 59 - 71

31 前掲、「開放学級制度ニ就イテ」 p. 54

32 前掲、「山形県特殊教育史」 p.p. 333 - 334

33 前掲、「学校保健百年史」 p. 273

法令があり、学校医と身体検査などに關係する勅令、訓令、省令などの改正も非常に多い。このことは、井上毅文部大臣がすでに1894（明治27）年、知育偏重、体育・衛生の軽視を憂い、改善策を示した訓令を出したことに示されるように、子どもの病気や健康問題が個人的要因だけでなく、不完全な学校環境によるという認識が生まれていたことが理解できる。その認識は、1900年代以降の就学率向上、欧米教育思想や医学・学校衛生学の導入による子どもの個性、心や身体の発達への着目を背景として、障害や病気を持つ子供たちへの具体的対応となって新たな展開をみせた。それらを主導し推進したのは、三島通良、北豊吉など、医学をおさめ、欧米学校衛生事情に精通した文部省学校衛生課の官僚であった。その後体育課の設置、健康教育の振興など昭和戦前期の養護施設（養護学校、養護学級など）構想が、戦後の特殊教育、学校保健をどのように方向づけることになったのか、その連続面と断絶面などさらに検討しなければならない課題である。この点に関して、関連する先行研究の到達点をさらに整理しながら、少なくとも以下のような検証が必要と思われる。

### ①大正～昭和戦前期の制度構想、政策の検証

昭和戦前期の学校衛生を推進した学校衛生課・体育課（体育局）とその中心人物の養護施設（養護学校・養護学級など）の制度構想については、十分明らかにされていない。

また、戦前には学校衛生の調査や審議答申、建議をする官民の機関、団体が多くあったが、その構成メンバーや活動については、不明な点が多く残されている。これらの検証は、戦後特殊教育、学校保健制度との連続面、断続面を考察する上での検討課題である。

### ②学校医、教師や学校看護婦の活動、養護学級の実態

学校医は大正期以降多く普及しており、1922（大正11）年には東京、神戸、大阪をはじめ多くの都市で専任学校医を設置している。学校医の職務、権限が児童生徒の特別養護や養護学級設置にどのような役割と機能を果たしたのか、また学校医会の活動など具体的に明らかにする必要がある。また養護学級・学校の実態についてさらに分析、考察する必要がある。

### ③教育学における「特別養護」思想の位置づけ

明治期において、「養護」は教授・訓練とならぶ教育の一領域として、教育学の考察対象であったが、大正年代には学校衛生課の設置を境として、「養護」は学校医や学校衛生関係者からの論究で占められるようになった感がある。医学サイドのアプローチに対して、教育学、教育関係者はどのように関与したのか、特別支援教育の思想的系譜を探る一助として、教育学における「養護」、「特別養護」概念のさらなる検討が必要である。

第二次世界大戦前の病弱教育は、通常学校教育における学校衛生の中で展開していくが、その一方で学校に通えない病児に対する民間や医師個人の試みが生まれている。特別支援教育の今目的課題からすると、病弱教育の歴史は特別な教育ニーズを持つ子どもたちに対する教育と医学（医療）の歩みそのものであり、それぞれの実践が様々な立場で、様々な人々によって支えられてきた点に多様性と独自性がある。病気や障害をもつ子どもに対して、教育や医療、福祉が官民それぞれの立場でどのような対応と連携をしたのか、更に資料収集と考察を加えていくことが今後の病弱教育史の課題と思われる。（年表添付：病弱教育史年表 -学校衛生との関係を中心に-）

## 病弱教育史年表 － 学校衛生との関係を中心に －

年	月	教育(学校衛生)・一般	病弱教育・その他*
1868	1	王正復古の大号令	
明治1	8	医学校(旧幕府医学校復興) 昌平学校	
	10	開成所を開成学校と改称	
1869	6	大学校設立	
	6	京都上京第27番組小学校(市内に64小学校)	
	7	版籍奉還	
1870	3	棄児養育米給与方	
	6	大学東校でドイツ医学採用方針決定	
	10	メリー・ギターへ、ヘボン塾で女子教育始める。	
	11	大阪府立医学校	
1871	6	行旅病人及行旅死亡人取扱法(1899年法律化)	
	8	廃藩置県	* 京都府癪狂院
	9	文部省設置	
1872	2	文部省に医務課設置(⇒1873、医務局に)	
	2	福沢諭吉「学問のすすめ」初編	* 東京市養育院
	5	東京師範学校設立	
	8	「学制」公布 *「文部省日誌」創刊	
1873	1	徴兵令発布	
	5	小学教師心得	
	6	文部省顧問としてダビッド・モルレー来日(～1878)	
	7	地租改正	
	8	大阪・宮城官立師範学校設立 *「文部省雑誌」創刊	
	11	内務省設置	
1874	3	東京女子師範学校	* 浦上養育院(長崎)
	7	恤救規則	* 天然痘流行
	8	医制	
1875	1	学齢を満6年から14年までとする	
	4	府県に学務課設置 「文部省年報」創刊	
	5	中村正直「樂善会」	
	6	文部省、衛生事務を内務省に移管	
	7	内務省第7局が衛生局となる	
	11	東京女子師範学校	
1876	3	廃刀令	
	10	桜井女学校	* コレラ大流行
	11	東京女子師範学校付属幼稚園開講	
1877	4	東京大学設立(東京開成・医学校合併)	
	5	佐野常民ら「博愛社」設立(⇒1887「日本赤十字社」) * 文部省「日本教育史略」	* コレラ大流行

年	月	教育(学校衛生)・一般	病弱教育・その他*
1878	5	京都盲唖院開設 (古川太四郎)	
	7	地方三新法	* 加藤風癪病院
	7	リーランド学校体操を創始	* ジフテリア流行
	10	文部省、体操伝習所開設 活力検査始める	(長野・愛知・山梨・東京)
		* 文部省訳「米国教育法」	
1879	8	教学聖旨	
	9	「学制」を廃止、「教育令」公布 ⇒小学校入学者に種痘義務づけ、伝染病時の登校禁止	* 東京、音羽に「福田会」 (私立孤児院の初め)
	9	「教育議」論争(伊藤博文*元田永孚)	
1880	1	楽善会訓盲院(⇒1887、東京盲唖学校)	
	4	私立桜井女学校付属幼稚園開設	* 東京にYMCA創立
	7	伝染病予防規則	
	12	教育令改正 * 西村茂樹「小学修身訓」(文部省刊)	
1881	1	小学校教員免許状授与方心得 就学督促規則起草心得	* 京都市、各小学校区に種痘医置く
	5	小学校教則綱領	
	6	学校教員心得	
	7	中学校教則大綱 学校教員品行検定規則	
	8	師範学校教則大綱 * 文部省「小学校唱歌集」(～1883)	
1882	1	軍人勅諭	
	5	医学校通則	* 東京にコレラ発生、全国に流行
	7	東京女子師範学校に付属高等女学校	
	10	伊沢修二「教育学」	
	11	福沢諭吉「德育如何」、德育論争始まる	
	12	宮内省「幼学綱要」(元田永孚) 地方官らに下賜	
1883	1	内務省衛生局に保健課	
	3	大日本私立衛生会発足	* 池上雪枝、大阪に感化院
	6	ペスタロッチ主義の開発教授流行	
	7	教科書認可制度実施 府県立師範学校通則	
	9	東大医学部で小児科講義始まる(伊勢錠五郎)	
	11	大日本教育会発足(初代会長、辻新次)	
1884	1	中学校通則	
	3	地租条例	
	5	森有礼、文部省御用掛となる	* 初めて練乳発売される
	8	中学校師範学校教員免許規則	
	11	訓盲院を訓盲唖院と改称 全国各地に教育会が誕生 * この頃から運動会運始まる(札幌農学校、東京大学動会) * 桜井女学校に看護婦養成所(看護教育のはじめ)	

年	月	教育(学校衛生)・一般	病弱教育・その他*
1885	4	民間教育雑誌「教育時論」、「教育報知」発刊	
	8	教育令改正	* 私立予備感化院
	9	明治女学校創設	(東京感化院、高瀬真卿)
	11	訓盲啞院、文部省直轄となる 種痘規則	
	12	内閣制度成立(初代首相伊藤博文) 森有礼、初代文部大臣となる 文部省に視学官おく 内務省衛生局に医務課・衛生課設置 *「女学雑誌」創刊	
1886	3	帝国大学令	
	4	師範学校令、小学校令、中学校令	*コレラ大流行
	5	教科用図書検定条例 *「大日本教育新聞」創刊	
1887	5	教科用図書検定規則制定 ハウスクネヒト、帝大教師着任(~1890)	* 石井十次、孤児養育開始 (岡山孤児院)
	9	大日本婦人衛生会 *ヘルバート5段階教授法流行	* 痘瘡流行
1888	4	市制・町村制 東京帝大医科大学に小兒科外来(弘田長) *瀬川昌耆、休暇集落(フェリエンコロニー)紹介	* 乳幼児の人工栄養増える
1889	2	大日本帝国憲法発布 森有礼暗殺さる 衆議院議員選挙法 貴族院令	三重師範学校で脚気生徒の教育
	8	後藤新平「国家衛生原理」	(日本最初の病弱教育の記録)
	12	東京帝大医科大学で小兒科学科開講 *盲人福音会(横浜) *頌栄幼稚園・頌栄保育伝習所(神戸) *「大日本婦人教育会雑誌」創刊	* 山形県、庄田忠愛小で貧困児に給食
1890	3	女子高等師範学校	
	5	府県制・郡制	*コレラ大流行
	10	改正小学校令、伝染病発生時に学校閉鎖規程を設ける	
	10	「教育ニ閣スル勅語」発布	
	11	第1回帝国議会召集 大日本教育会例会で、ホルヤーンがフェリエンコロニー紹介 三島通良、長田重雄ら「無名会」(⇒1892、処和会 ⇒1896、小兒科研究会⇒日本小兒科学会) * 日本点字完成(石川倉次)	
1891	4	小学校設備準則(⇒1899改正)	* 岡山孤児院(石井十次)
	6	小学校祝日大祭日儀式規程	* 新潟静修学校(保育施設、新潟)
		三重県津市内の4高等小学校にて歯牙検査	* 濃尾大地震
	11	小学校教則大綱制定。 「日本体育会」設立(日高藤吉郎)	* 石井亮一、孤女学院 (⇒1906、滝野川学園)
	9	三島通良、文部省学校衛生事項取調嘱託となる	

年	月	教育(学校衛生)・一般	病弱教育・その他*
1892	7 8	尋常師範学校教員免許規則 国立教育期成同盟会 *結核療養所、鎌倉病院(神奈川)	*伝染病研究所(北里柴三郎)
1893	3 8 10	井上毅、文部大臣就任 帝国大学官制公布 学校儀式に「君が代」 箱口令 実業補習学校規程 東京、神戸にわが国初めての嘱託学校医 *湯原元一訳「倫氏教育学」	*岡山博愛会 *赤痢、天然痘全国的に流行
1894	1 8	就学奨励のため二部授業につき訓令 高等学校令(高等中学校を高等学校と改める) 小学校ニ於ケル体育及衛生(訓令) 日清戦争(~1895)	*「養生会」 (弘前の医師、社会教育家伊藤重)
1895	1 1 4	高等女学校規程 高等教育會議設置 日清講和条約調印 処和会「小児科」発刊(⇒11月「児科雑誌」)	*赤痢・コレラ・ジフテリア流行 *レントゲン、X線発見 *長野市小学校に晩熟生学級
1896	2 5 12	貴族院、修身読本の国定化建議 学校衛生顧問及学校衛生主事設置ノ件 「帝国教育会」設立 *「フレーベル会」	*赤痢、腸チフス、ジフテリア流行
1897	1 3 4 5 6 10	学校清潔方法(訓令) 学生生徒身体検査規程(訓令) 年2回の身体検査 伝染病予防法 府県に地方視学置く 京都帝国大学設置 師範教育令	*京都に平安養育院(丹治直次郎)
1898	1 2 9 10	公立学校校医設置ニ関スル規程(勅令) 学校医職務規程(省令) 学校医ノ資格(省令) 学校伝染病予防及消毒方法(省令) 内務省衛生局に防疫課設置 *雑誌「児童研究」創刊(元良勇次郎ら)	
1899	2	中学校令改正 実業学校令・高等女学校令 開港検疫法 平井毓太郎、京都医科大学小児科学教授となる 5 香川県、学校に眼科医2名嘱託 6 幼稚園保育及び設備規程 8 私立学校令 *横山源之助「日本の下層社会」	*留岡幸助、巣鴨に家庭学校 *赤痢・ペスト流行 *全国肺結核死者人口 1万人に15.3
1900	1 3 4	野口幽香、麹町に二葉幼稚園(⇒1916、二葉保育園) 市町村立小学校教育費国庫補助法 教員免許令 感化法 精神病者監護法 文部省、学校衛生課設置(三島通良課長~1903)	群馬県、館林尋常小学校が特別学級 (貧困や疾病による欠席者)

年	月	教育(学校衛生)・一般	病弱教育・その他*
1900	8	小学校令改正(義務教育4年、授業料徴収せず) *榎保三郎、東京高等師範研究科で「教育病理学」講義 「小児科学会」発足	東京市神田区小学校8校が夏季集落 東京市養育院、勝山保養所(千葉) (1901年、林間教授開始)
1901	3	愛国婦人会創立 *「学校と社会」デューイ著、上野陽一郎訳	東京市養育院、林間教授実施
1902	2	中学校教授要目 *三島通良「日本健体小児の発育論」	
1903	3 5	専門学校令 雑誌「学校衛生」創刊 小学校令改正(国定教科書制度設立) *学校衛生課廃止、普通学務課で継承 (学校衛生の暗黒時代)	*渡辺退代吉、富士育児院開設 (肢体不自由) *伊沢修二、「楽石社」創設 (言語障害の発音指導)
1904	2 4	日露開戦 内務省「肺結核予防令ニ関スル件」(痰壺省令) 国定教科書を全国小学校に採用	
1905	9	岐阜県、小学校2校に公費による専従学校看護婦採用 日露協和条約調印	*東京市養育院感化部井の頭学校 神田区立錦華小、鎌倉で休暇集落
1906	10	第1回盲唚教育大会 文部省留学生服部教一がベルリンの林間学校を紹介(官報)	*石井亮一、滝野川学園設立 *大阪師範学校に特殊学級 (主事鈴木治太郎) 山梨、深敬園(ハンセン患者保護収容) 後、師範卒の患者による学齢児の教育 四谷区立鮫橋小、休暇集落
1907	3 4 5 7	小学校令改正(義務教育年限6年に延長) 師範学校ノ規定改正ニ付キ注意事項ノ件 (師範学校付属小に盲、唚、心身発育不全な児童のための特別学級設置を奨励) 帝国教育会、全国教育大会開催 第1回全国盲唚教育大会(東京) 今井恒郎、田園教育舎(日本済美学校)設立 *癩予防ニ関スル件	私立精華小学校、鎌倉で休暇集落開く 東京市、下谷区内小学校が夏季集落
1908	3 3 10 12	各府県感化院設置義務化 奈良女子高等師範学校 戊申詔書公布 中央慈善協会発足(⇒中央社会事業協会) 岐阜尋常高等小学校に学校看護婦就任(広瀬ます) *雑誌「教育界」(9. 10月)、ベルリンの林間学校を紹介 *鈴木梅太郎、ビタミンB1発見	*肺結核による子どもの死因増加
1909	4	文部省直轄学校として、東京盲学校設置 種痘法	東京市養育院、安房分院開設 (病弱児の療養を兼ね小学校教育行う) 群馬県館林小、身体虚弱の臨海修学

年	月	教育(学校衛生)・一般	病弱教育・その他*
1910	5	師範学校教授要目 * 石原喜久郎、文部省学校衛生取調嘱託 * 富士川游・吳秀三・三宅鉱一「教育病理学」 * 九州帝国大学設立	* 福岡市小学校6年生442名に ツベルクリン反応の試み
1911	5	通俗教育調査委員会官制 恩賜財団済生会設立 * 内務省地方局「細民調査」実施 * 平塚らいとう「青鞆社」 大阪南スラムに徳風学校	東京市本郷区、鎌倉で休暇集落 (区内の虚弱小学生対象、妙本寺)
1912	3	私立東京女子医学専門学校	
大正1	4	堺市、学校専属看護婦5名を職員として採用	高松市四番町小、虚弱児対象の休暇集落
	7	私立日本医学専門学校	* 米価高騰、窮民、欠食児童
	11	文部省給食費補助 「日本小児科叢書」発刊 * 及川平治「分團式動的教育法」(明石師範学校付属小)	* インフルエンザ、世界的流行
1913	1	学校体操教授要目(兵式体操を教練と改称)	
	3	大日本学校衛生協会結成(4月「日本学校衛生」創刊)	
	7	青池半治郎訳「歐米に於ける最近教育施設露天学校」	
1914	3	肺結核療養所の設置及び国庫補助に関する法律	
	11	第1回文部省主催、第1回学校衛生講習会開催	日赤京都支部 児童の夏季保養所
	7	第一次世界大戦起る	(天橋立、8月1日～25日)
	8	日本、ドイツに宣戦布告	* 岐阜市、加納小学校にプール設置
1915	1	内務・文部省、青年団体の指導で訓令	
	5	日本児童学会内に児童教養相談所開設	
1916	4	学校衛生調査会設置	
	6	文部省普通学務局第二課に学校衛生官1名置く(北豊吉)	* 岩崎佐一、大阪に桃花塾。
	7	日露協約調印	* 結核死亡増加
	9	工場法施行	
	11	学校衛生会規則 * 学校衛生の再建	* スペイン風邪大流行
1917	1	公立学校職員制	
	3	「主婦之友」創刊	日赤三重支部 児童の夏季保養所
	4	沢柳政太郎、成城小学校設立	白十字会林間学校(茅ヶ崎町和田海岸)
	7	軍事救護法	* 大阪市弘済会、臨海保養所
	9	国立感化院令	
	9	臨時教育会議設置(～1919)	
1918	3	市町村義務教育費国庫負担法	
		大阪市社会局に日本初の児童課設置	私立成城学園が林間学校(長野)
	6	文部省「夏期休業中に於ける教育的施設」配布	虚弱児対象夏期施設178(文部省調査)
	7	米価暴騰	* 国立感化院武蔵野学院
	10	大阪府、方面委員制度	* 乳児死亡率最高となる
	11	第1次世界大戦終結	

年	月	教育(学校衛生)・一般	病弱教育・その他*
1918	12	大学令、高等学校令 *普通学務局「夏期休暇中ノ體育的施設ニ關スル意見」 〃 「学校衛生参考資料」 *鈴木三重吉「赤い鳥」 *同文館「教育学辞典」	
1919	2	大原社会問題研究所設立	*国民死亡率最高となる
	3	小学校令、中学校令、帝国大学令改正	
	3	結核予防法 トロホーム予防法 精神病院法公布	
	6	普通学務局第5課が学校衛生を専管	*流行性脳膜炎流行
	7	大阪市児童相談所開設	
	8	学校伝染病予防規程(省令)	香川、大島療養所内に「大島学園」
	9	児童生徒及学生ノ近視予防ニ關スル訓令 *自由画運動おこる	(患者有識者が学齢児童の教育開始)
1920	2	学校医ノ資格及職務ニ關スル規程(省令) 月2回の出校 石原喜久太郎「石原学校衛生」	
	3	戦後恐慌起くる	日赤岡山・島根支部 児童の夏季保養所
	7	学生生徒児童身体検査規程(省令) 発育概評決定標準(訓令)	額田豊、額田保養院
	8	内務省に社会局設置	
	9	帝国学校衛生会結成 名古屋盲哑学校、日本聾哑学校、口話法教育開始 手塚岸衛、自由教育(千葉師範付属小)	大阪市立児童相談所が、精薄児学園、 虚弱児学級を設置
	10	木下竹二、合科学習(奈良女高等師範付属小) 内務省主催「児童衛生展覧会」開催 *大阪に日本児童協会発足、「育児雑誌」発刊 *東京市教育会「小学校長団の觀たる米国の教育」 *この頃国産第1号の車椅子「回転自在輪」	岐阜県、大井町に「童心園」 (虚弱児童施設) *スペイン風邪大流行
1921	1	流行性感冒予防要項(内務省訓令)	
	5	通俗教育を社会教育に改称 帝国学校衛生会、雑誌「学校衛生」創刊 内務省「児童の衛生」発刊	虚弱児対象夏期施設 489 (文部省調査)
	6	文部省大臣官房に学校衛生課を設置(北豊吉課長) 文部省学校衛生官に岩原拓	*柏倉松藏、柏学園(肢体不自由)
	7	教育法評議会設置	
	8	8大教育主張講演会	
1922	4	大阪市、済美学区に6校に、1校1名の割で学校看護婦 少年法 矯正院法	大阪、池田師範付属小に養護学級
	5	学校衛生調査会官制 全国連合学校衛生回総会 (学校医団体の組織化進む(府県学校衛生会)) 日赤より、東京支部看護婦2名を文部省に派遣	*大阪池田に「家なき幼稚園」 (露天保育行う)

年	月	教育(学校衛生)・一般	病弱教育・その他*
1922	10	大阪市長、市内全小学校に1校1名学校衛看護婦設置計画 *大臣官房学校衛生課「大正七、八、九三個年に於ける全国夏季體育的施設」 *小児科による育児書ではじめる *点字大阪毎日	
1923	8	盲学校及び聾啞学校令	大阪市御津尋常小、郊外学舎
	9	関東大震災	(常設の林間学舎)
	10	文部省「小学校児童ノ衛生ニ関スル件」通牒	大阪市東区汎愛尋常高等小、林間学舎
	11	国民精神作興ニ関スル詔書 *児童相談事業盛んになる	虚弱児対象夏期施設1384(文部省調査) 日赤千葉支部、富浦海浜学校 (一定期間在籍校の委託による教育) 兵庫県竜野小、虚弱児特別学級
1924	4	文政審議会設置(教育評議会廃止) パーカスト女史来日、成城小にドルトン・プラン式授業流行	*流行性脳炎全国に流行
	6	東大セツルメント、本所柳島にハウス設立	
	8	文部省「学校診療施設に関する調査」発表 (全国で1410の学校診療施設) 野口援太郎ら「児童の村小学校」(池袋、1925年芦屋) 学校伝染病予防規程改正	
	10	東京麹町区、学校児童健康相談所開設(岡田道一) *亀島晟・石原正明「日本ニ於ケル常設林間学校ノ実際」 *学校での眼科診療普及(255校) *体育研究所(北豊吉所長) *樋口長市「欧米の特殊教育」 *文部省普通学務局「全国特殊教育状況」 (社会教育叢書第8輯) *赤井米吉、明星学園	
1925	4	陸軍現役将校学校配属令 教練教授要目制定 師範学校に専攻科設置 学校衛生課「身体虚弱児童の取り扱いに関する調査」行う	金沢市新堅町小、保養学級 花岡学院(花岡和雄)
	4	治安維持法公布	*聖路加国際病院内に学校診療所開設 (文部省後援)
	5	普通選挙法公布	内・外・児・眼・耳・歯・X線の各科
	7	ラジオ放送開始 *細井和喜蔵「女工哀史」	⇒1935、京橋の保健館に継承される
1926	3	青年訓練所令 幼稚園令(改正)	
昭和1	4	東京市、市学校衛生技師(専任学校医)30名に増員	東京市鶴巻小、養護学級
	5	内務省衛生局「乳幼児保護に関する報告」 内務省社会局に社会事業調査会設置	東京市青南小、養護学級
	6	保健衛生調査会、乳幼児死亡率低減に関する答申	東京市赤羽小、養護学級
	8	日本小児養護協会創立(京都) 総裁水野鍊太郎、鈴木、国立小児保健衛生研究所企画至らず ⇒1929、帝国議会に国立児童院建議	福岡県大牟田市高等小、開放学級

年	月	教育(学校衛生)・一般	病弱教育・その他*
1926	10 12	東京市教育局・保健局「体育と衛生展覧会」(上野公園) 学校清潔方法 官房学校衛生課「夏季ニ於ケル體育的施設ノ状況調査」 第1回全国児童保護事業大会 * 京都大学医学部「乳児学雑誌」創刊 * 日本綏方研究会「綏方教育」創刊	
1927	3 11	全国学校衛生婦総会 金融恐慌 中学校令施行規則等改正 文部省学校衛生課「開放学級に関する調査」発表 * 文部省普通学務局「全国特殊教育状況」 (社会教育叢書第15輯) * 東大文学部教育学学科会「教育思潮研究」創刊 * 岩波文庫、刊行開始	東京市麹町小、開放学級 岡山女子師範付属小、開放学級 岡山市石井尋常小、開放学級 財団法人児童愛護会、一宮学園(千葉) 別所彰善、山林精常園  日赤夏季児童保養所、25支部34か所 * 三田谷啓、三田谷治療教育院(芦屋)
1928	4 5 6 10	国民精神作興の訓令 文部大臣官房学校衛生課を「体育課」に改称 文部省に体育運動審議会 治安維持法改正 学齢児童就学奨励規定 文部省専門学務局に学生課新設 帝国学校衛生会看護部、月刊誌「養護」創刊(～1937) (⇒「学童養護」、1938「学校衛生」に合併)	* 東京市の小学校児童体格悪化
1929	3 4 7 10	公立学校ニ学校医ヲ置クノ件」改正 第1回全国学校看護婦大会 学校医、幼稚園医及青年訓練所医令(勅令) 文部省社会教育課が社会教育局に ⇒「特殊教育」は社会課から学務課に移管 学校看護婦ニ關スル件(訓令) * 岡田道一「児童保健衛生」(学校保健解説書の嚆矢) * 「北方教育社」結成 * 小原国芳、玉川学園創立	大阪市立六甲郊外学園 沼津市立千本松原林間学校 小石川区立海浜学校寮 (⇒1942、東京市立岩井養護学校)  * 日本で初めて BCG 接種
1930	4 5 8 9 12	文政審議会答申「師範教育改善ニ關スル件」 朝日新聞社、日本一健康優良児童選出表彰(文部省後援) 山下徳治、新興教育研究所(雑誌「新興教育」創刊) 月島に東京水上尋常小学校 米価暴落 家庭教育ニ關スル件(訓令)	山形三小、養護学級 東京市本村小、戸外学級 横浜市門間小、健康学級(臨海学級) 浪速区教育会、学童訓練道場 生成学園小学校(個人) * 国立療養所「長嶋愛生園」
1931	2 3 3 4 6	文部省、精神薄弱児童養護施設講習会開催 師範学校教授要目 文部省、体育展覧会開催 癩予防法改正 文部省に学生思想問題調査委員会設置 文部省第1回虚弱児童養護施設講習会開催(6/29-7/4)	山形県朝陽一小、虚弱児童の特別指導 帝国学校衛会が夏期集落 (高原保養学園・長野) ⇒東京・横浜・川崎の小学5、6年の 身体虚弱児童約200名対象 学校衛生官、医務担当野津謙ら参加

年	月	教育(学校衛生)・一般	病弱教育・その他*
1931	6	学校歯科医及幼稚園歯科医令(勅令) 文部大臣、日本結核予防協会に諮問 「虚弱児童の養護施設に関し、結核核予防上留意すべき事項」	大阪市南区芦池尋常高等小、郊外学舎 熱海外気学校(個人)
	9	満州事変	*長島愛生園(岡山)
	11	大西永次郎(文部省学校衛生官)「施設中心虚弱児童の養護」 群馬県学校歯科医会設置、 学校看護婦を師範学校付属小他16校に8名設置 文部省、全国連合学校衛生会に諮問 「学校における衛生訓練の実施に関し特に留意すべき事項に関し」 *岩波講座「教育科学」(20冊)刊行(~1933)	携伴児童のための保育所設置 *九州療養所(熊本)に檜小学校 小学校に準拠した教育開始 *第1回児童栄養週間 (1935より児童愛護週間) *先天弱質による乳児死亡トップ占める
1932	7	「救護法」施行 学生生徒児童身体検査規程改正 学校医職務規程(省令) 学校歯科医職務規程 「虚弱児童養護連盟」結成(文部省体育課長山川建理事長) 世界自由教育大会(羽仁もとこ出席)	愛国婦人会京都支部「八瀬学園」 ⇒1938年廃園
	8	国民精神文化研究所	東京府走水保養所夏季施設
	9	学校給食実施の趣旨徹底方並びに 学校給食臨時施設方法に関する訓令 国民精神文化研究所 全国連合学校衛生会総会にて、文部大臣諮問 「身体虚弱なる児童生徒の体質改善に関し留意すべき事項如何」	帝国学校衛会、夏期集落 (女学校生徒60名、菅平高原) 養護学級全国87学級・児童2,935名
	10	大日本国防婦人会 *永井潜ら「民族衛生」創刊	*東京市光明学校(肢体不自由児) *欠食児童20万人突破(文部省発表)
1933	4	児童虐待防止法 国定教科書改訂	関東学院中学部、養護学級 *東京市に弱視児学級
	5	「少年救護法」(感化法廃止) 文部省体育課長に岩原拓 *長田新「ペスタロッチ教育学」	*日本脳炎流行 *「児童保健研究会」創立(唐沢光徳)
1934	2	保健衛生調査会答申「結核予防の根本的対策」 ⇒虚弱児童の養護学級、養護学校、休暇集団の拡充等	東京市四ツ谷第五尋常小、養護学級 東京市麹町区臨海学園(鎌倉)
	6	文部省、虚弱児童50万のうち、25%を措置するために、 養護学校1000校、養護学級5000学級の設置計画 文部省に思想局設置 *「日本赤十字社支部夏季児童保養所実施概要」刊行 *学校放送開始	常盤山林間学校(個人) 養護学級全国146学級・児童8028名 *恩賜財團愛育会  *精神薄弱児愛護協会
1935	1	東京市特別衛生地区保健館開設(野津謙ら) 特別区保健所(京橋明石町)内に中央児童保健研究所	奉天千代田尋常高等小、養護学級
	4	全国向けの学校放送開始 青年学校令(青年訓練所、実業補習学校廃止)	豊島区立竹岡臨海学校(君津市)
	7	愛育会、雑誌「愛育」創刊	東京府軽井沢高原夏季施設
	9	柳田国男「小児生存権の歴史」	*全国児童愛護週間始まる

年	月	教育(学校衛生)・一般	病弱教育・その他*
1935	10	学校医及幼稚園医令 学校歯科医職務規程ノ解釈ニ関スル件	*東京市に流行性脳炎流行
	11	教学刷新評議会設置 *学校看護婦、養護訓導と改称 *日本ライトハウス	*壮丁検査、丙種增加
1936	4	「学童養護協会」創立	東京市深川区海浜養護学園
		C.E.ターナー来日(マサチューセッツ理工科大学)	(⇒1937、東京市金沢養護学園)
	9	日本橋小児保健所設置(1941年には9箇所)	東京府立久留米学園
	10	教育刷新評議会、教學局設置を答申 文部省、義務教育8年制実施計画要綱決定 学校体操教授要目改正(課外体育運動獎勵) 第15回全国連合学校衛生会総会にて、 虚弱児童養護に関する規定制定の要望決議 *城戸幡太郎ら「保育問題研究会」	(初めての公立病虛弱児学校) 東京市麻布区立臨海養護学園 東京市大森区臨海学園 (⇒1942、大森区健康学園)
		*岩波書店「教育学辞典」5巻、(～1939) *日赤、文部省に看護婦派遣 *この頃から集団検診体系による結核検診普及	大阪市北区菅南小(⇒千里山郊外学園) 東京市赤坂区沼津学園(夏季施設) 私立東星学園 滋賀県、「太陽燈浴室」完備 (虚弱児童の照射浴指導開始) *伝染病増加
1937	1	学校身体検査規程改正	
	3	母子保護法	
		学校身体検査規程ノ実施ニ関スル件	群馬県碓氷郡安中小、健康教育学級
		学校医職務規程改正 学校歯科医職務規程改正	新潟県西蒲原郡巻尋常高等小、
		学校衛生官を学校体育官と改める	体力別学級編制
	4	保健所法	
		軍事扶助法	大阪府堺市、浅香山学園
	5	文教審、教學局設置	東京市京橋区健康学園
		文部省「国体の本義」、全国に配布	東京市浅草区健康学園
	7	日中戦争(～1945)	東京市神奈川養護学園
	8	国民精神総動員実施要綱 東京で第7回世界教育会議	
	12	教育審議会設置(～1941) *城戸幡太郎ら「教育科学研究会」	京都市龍池小、山科郊外学舎 京都市植柳小、山科郊外学舎
		*国民精神文化研究所「日本教育史資料書」5冊	
		*近藤政義(東京市学校衛生技師)「衛生訓練要目並解説」	
		*風早八十二「日本社会政策史」 *「児童愛護読本」刊行	
		*ヘレンケラー来日	
1938	1	「厚生省」設置(官房・体力・衛生・予防・社会の5局、 軍事、臨時軍事援護部、保険院) ⇒体育局に体鍛錬課・練成課(のち鍛錬課)、体育官に野津謙 青年学校義務制発動	
		72回帝国議会「学校看護婦職制制定ニ関スル請願書」可決	岡山師範付属小養護学級
	3	国家総動員法	東京市沼津養護学園
		教員保養所全国に7か所設置	東京市竹岡養護学園 翠丘初等学校(三田谷啓)
	4		大阪市立千里山健康学園
			東京市牛込区立岡田学園(箱根村)

年	月	教育(学校衛生)・一般	病弱教育・その他*
1938	6 7	大日本学童健康協会設立(学童養護協会解散) 教育審議会答申「青年学校教育義務制実施ニ関スル件」 学生生徒ノ保健ニ関スル件 教育審議会答申「国民学校、師範学校及幼稚園ニ関スル件」 に特殊教育の振興と、盲・聾教育の義務制含める *恩賜財団愛育会「愛育研究所」開設	鎌倉学荘(額田豊) (虚弱児対象全寮制小学校、~1944) *府立松沢病院に児童病棟開設
1939	3 4 5 6	大学における軍事教練実施 近視予防思想普及ニ関スル件 学校職員身体検査規程 大日本青年団発足 青少年学徒ニ賜リタル勅語 夏期休暇を学生生徒の心身鍛錬にあて、集団勤労作業 を行う通達 「都市小児結核予防施設に関する件」厚生省事務次官発 *豊田順爾「養護教育原論」 *全国主要都市に小児結核予防所設置 *臨時東京第一陸軍病院、第一外科病棟脊損患者で満床	名古屋市立野間郊外学園 大阪市立長谷川郊外学園 富士高原道場 東京市蒲田宇佐美学園 渋谷区立臨海学園(安房郡岩井村)  *東京市小児研究所 *麻疹大流行
1940	3 4 4 5 12	義務教育費国庫負担法 国民体力法 学校給食奨励規程(訓令) 道府県学校身体検査集計調製方法(訓令) 国民優生法 教員保養所令(勅令) *厚生省体育局技師、重田定正 *傷痍軍人箱根療養所発足(1945、国立療養所) *「北方教育」「生活学校」同人検挙 *額田豊、帝国女子医学専門学校設立(~1942)	大阪市立助松郊外学園 京都市乾小学校松尾郊外学舎 大阪市立聾啞学校香里川学園道場  養護学級 全国1,203学級
1941	1 3 5 6 7 8 12	教職員共済組合令公布 体育課が「体育局」に(体育運動課・訓練課及び衛生課) 定員削減余波⇒大西文部省嘱託、岩原課長の部長昇進阻止 国民学校令(家庭修学規定なくなる) 国民学校令施行規則第53条ノ規定ニ依ル学級又ハ学校ノ 編制ニ関スル規程 「養護訓導」の制度化(保健婦令による保健婦と区分) 体操科が体鍛錬科に、武道とならび「衛生」領域新設 教育審議会「社会教育ニ関スル件」答申 文部省教学局「臣民之道」 学校報国団ノ体制確立方(訓令) *「保育問題研究会」休刊 * 日本教育学会 厚生科学研究所(⇒国立公衆衛生院)国民体力部会設置、 12 太平洋戦争始まる	山形市第三国民学校、養護学級  東京市立片浜養護学園 大阪市立牧丘健康学園  大阪市立香里健康学園 大阪市立長谷川健康学園 大阪市立大溝鍛錬道場 大阪、興亜拓殖道場 大阪市阿倍野区金塚尋常小、藤井寺郊外学園 大阪市立北区西天満尋常小、千里山郊外学舎 大阪市東区集英国民学校教育会集英寮 *鈴木ビネ一式知能検査法完成
1942	1 2	国民練成所設置 国民体力法改正	山形県下、9国民学校に養護学級

年	月	教育(学校衛生)・一般	病弱教育・その他*
1942	5	教育審議会廃止 大東亜建設審議会、文教政策発表 養護学校又は養護学級に関する省令	恩賜財団軍人援護会山形支部「蔵王学園」
	7	養護訓導執務要項(「学校看護婦ニ関スル件」廃止) 養護婦ニ関スル件(各地方長官宛、文部次官) 虚弱児童の夏期施設に関して通達	東京市立保田養護学園 東京市立岩井養護学園
	9	「国民学校体鍊科教授要目」設定 文部省「学制70年史」	養護学級全国1,616学級・ 児童64,891名
	10	学校職員身体検査規程改正 文部省、養護施設講習会開催(肢體不自由児) 厚生省、乳幼児体力向上指導要領 厚生省、国民保健指導方策要綱⇒妊産婦手帳創設 結核対策要綱(閣議決定)・弱者、病者の措置等規定 *原島進、志佐博「学童と結核」 *年少児結核保養所ニ関スル件(大阪少年保養所設置)	*整肢療護園(高木憲次、東京板橋) *厚生省、優良多子家庭表彰
1943	3	中学校規程、高等女学校規程 ⇒ 身体虚弱その他身体に異常のある生徒のための 特別学級編制について規定 中等学校・高等学校年限短縮	三津浜学園(滋賀県軍人援護会) (⇒1946年廃止)
	4	厚生省「健民対策の強化徹底に関する件」	東京市神田区、武藏健康学園
	6	「学徒戦時勤員体制確立要綱」閣議決定	
	10	教育ニ関スル戦時非常措置方策」閣議決定 文部省、学童縁故疎開開始 厚生省「健民対策の強化徹底に関する件」 *体育局衛生課長に重田定正 *大日本母子愛育会	養護学級 小学校 1,700・中学校30 高等女学校35・
1944	1	緊急学徒勤労動員方策決定	
	2	国民学校令等戦時特例 日本育英会法 東条内閣、六大都市小学校で学校給食実施を閣議決定	*学童の体力低下、疾病異常増加
	4	中学校及高等女学校ノ養護学級ノ編制ニ関スル規程 国民学校ニ於ケル養護学級又ハ養護学校ノ 一学級ノ児童数ノ臨時特例ニ関スル件	
		中学校及高等女学校ノ養護学級經營要項(訓令)	
	5	学校工場化の実施について通達 学校身体検査規程	
	6	帝都学童集団疎開(閣議)	
	8	学徒勤労令 女子挺進勤労令 *大都市学童パン給食	
1945	3	国民勤労動員令 「決戦教育措置要綱」閣議決定	軍事保護院相模保育所(二宮町)
	5	戦時教育令公布	⇒国立東京第一病院二宮病院保育館
	8	ポツダム宣言受諾、終戦 文部省「終戦ニ関スル件」訓令	⇒国立小児病院二宮分院

年	月	教育(学校衛生)・一般	病弱教育・その他*
1945	9 10 12	文部省、「新日本建設ノ教育方針」発表 戦災孤児等保護対策要綱 GHQ、4大指令, 全日本教員組合結成 国民栄養調査 *傷痍軍人療養所が国立療養所に改称 (北島藤次郎、箱根式車椅子、折り畳み式車椅子開発)	養護学級 小学校517・中学校44・高等女学校11 *伝染病、結核、性病蔓延
1946	1 2 4 8 9 11	天皇人間宣言 日本学校衛生会設立 文部省体育局長「学校衛生刷新ニ関スル件」通牒 ⇒養護学級の整備拡充、養護訓導設置の促進など 米国教育使節団、報告書提出 教育刷新委員会設置 生活保護法 日本国憲法公布(翌年施行)	*近江学園(糸賀一雄) 兵庫県有馬郡道場小の結核患者55名を 国立兵庫療養所に収容、道場小分校 ⇒1953年、上野原養護学校
1947	1 3 7 8 11 11 12	GHQ の指令により、都市小学校に学校給食開始 教育基本法、学校教育法 盲聾学校義務制実施 学習指導要領一般編(試案)発行 保健所の学校衛生協力方について厚生省、文部省より通達 教育刷新委員会設置 第1回全国学校衛生大会(東京永田町小) ⇒1951年、全国学校保健大会に発展解消 児童福祉法公布 保健所法改正(公衆衛生の第1線機関に) 児童福祉法 厚生省内に児童局(母子保健課設置)	兵庫療養所内に特殊学級 (道場小分校) 門司市立白野江小付属養護学校 ⇒病弱養護学校  *国民栄養調査(毎年実施)、 *発疹チフス、3万人以上の患者

備考：一般事項については、学校衛生に関連する福祉・医療制度などを最小限に絞り記載。

病弱教育は、先駆的な取り組みのみ数例を記載。

医学・医療分野、児童保護分野における病弱児教育については今後加筆。

## 4 「日本病弱教育史」(1990年刊)の成果から見る研究課題

桐山直人（神奈川県立平塚養護学校 総括教諭）

### はじめに

本稿は、「日本病弱教育史」(1990年刊)の病弱教育史研究上の意義を検討し、記載内容を取り上げて病弱教育史研究上の課題を示すことを目的とする。

#### 1. 「日本病弱教育史」について

「日本病弱教育史」は、全国病弱虚弱教育連盟の事業として1978(S53)年から研究を開始し、1990(H2)年に出版された。B5版756ページ、「全国通史」「各都道府県通史」「資料」から成る大著である。編集は「全国病弱虚弱教育連盟 病弱教育史研究委員会」で、それを運営した推進委員会の会長は全期を通して加藤安雄（横浜国大教授；当時）である。全国を8ブロックに分け、地域ごとの病弱教育現場の教員が委員を務め、都道府県ごとに通史と年表を作成している。病弱養護学校校長会の援助により、貴重な資料を数多く集めることができたという。

#### 2. 病弱教育史研究の歩みにおける「日本病弱教育史」の意義

1990(H2)年の「日本病弱教育史」発行以前における病弱教育の歴史は、学校保健や障害児教育通史及び、肢体不自由教育史・知的障害教育史の中で論じられている他、次のような研究が発表されている。

- 1973(S48)年 日本学校保健会「学校保健百年史」第一法規出版.
- 1974(S49)年 二文字理明「わが国における病虚弱児教育制度の成立」大阪教育大学紀要. 第23巻.
- 1976(S51)年 荒川勇他「日本障害児教育史」福村出版.
- 1977(S52)年 村田茂「日本の肢体不自由教育－その歴史的発展と展望－」慶應通信.
- 1978(S53)年 杉浦守邦「山形県特殊教育史 精薄・虚弱編 －戦前の促進学級・養護学級のあゆみ－」山形大学教育学部養護教室.
- 1978(S53)年 文部省「特殊教育百年史」東洋館.
- 1979(S54)年 東和田巧勝・猪岡武「戦前の大坂における病虚弱児教育のあゆみ」第17回日本特殊教育学会発表論文集.
- 1981(S56)年 田中勝文「『養護』概念の検討－教育学における『養護』概念の発達をめぐって－」愛知教育大学研究報告. 30 (教育科学編).
- 1985(S60)年 杉浦守邦「学校衛生と特殊教育」津曲裕次他編著「障害者教育史」川島書店.
- 1988(S63)年 芦田（長谷川）千恵美「戦前学校衛生の展開と児童養護－特殊児童の教育措置をめぐって－」教育学雑誌. 日本大学教育学会.
- 1989(H1)年 芦田（長谷川）千恵美「大正～昭和初期の養護学級に関する一考察」日本大学人文科学研究所紀要. 第37巻.
- 1989(H1)年 舟橋秀彦「第二次世界大戦前、茨城県における虚弱児教育の成立・展開過程に関する研究」障害者問題史研究紀要. 第32巻.

病弱教育の歴史は、杉浦の「山形県特殊教育史」の「虚弱児教育篇」に「全国的な動向」の章があり、1945(S20)年第二次世界大戦敗戦時までの日本の病弱教育の大きな流れを読みとることができる。文部省「特殊教育百年史」の「病弱・身体虚弱児教育」の記述を通覧すると、1977(S52)年までの流れを読みとることができる。これらに續いて刊行された「日本病弱教育史」が我が国初めての病弱教育通史である。

「日本病弱教育史」の「各都道府県通史」は、病弱教育現場で働く教員が執筆している。各都道府県の教育史や学校沿革史等を手がかりに、県の通牒等行政文書、学校日誌、新聞記事、教育会誌など丹念に資料を収集し、病弱教育を始めた人々に聞き取り調査を行っている。病院、療養所、虚弱児施設など福祉、学校衛生、学校看護婦や医療給付制度、親の会や各種研究会組織の歴史にまで及び、学校・病院が直面した子どもとその家庭の課題解決の実際が示されている。

「日本病弱教育史」は、病弱教育の先行研究の検証、新たな歴史の構築に資する資料を提供する。例えば、「特殊教育百年史」が「虚弱児養護の広がり」の要因をまとめているが、それを検証する事例や資料を多数記載している。「特殊教育百年史」の「戦前の特殊教育」編において「身体虚弱教育」の章を設け、「虚弱児養護の広がり」の要因として次の各事項をあげている。

- ・学校衛生行政を中心とした身体虚弱児の養護や教育的措置の推進（大正期）
- ・国民教化政策、国民の体位向上を目指す健民健兵策の推進（以下昭和期）
- ・経済不況の拡大で生じる貧困層の身体虚弱児の対策の必要性
- ・身体虚弱児童の養護は結核予防に寄与するとの認識

また、「戦後の特殊教育」篇「国立療養所等における病弱児教育」の項において、1958(S33)年に特殊学級の増設を要望する各都道府県教育委員会あての初等中等教育局長通達「国立療養所における入院児童の教育について」が出される経緯と影響を約2ページを充てて記述している。上記の要因や通達の経緯を検証することができる資料が「日本病弱教育史」にある。それは各療養所における療養中の子どもの実態や、それに対面した医師や職員、療養中の大人たち、教育行政を担う者の工夫による教育の実際が「日本病弱教育史」に記述されている。この他、障害児教育通史で簡潔に述べられている事項の具体的な営みが、「日本病弱教育史」に記述されている。

このように「日本病弱教育史」は、我が国最初の病弱教育通史としての意義を持つとともに、病弱教育史を体系化して今後の子どもの教育と医療を考えるためにあたって、多くの研究課題を提供する資料としての意味を持っている。我が国の病弱教育史を研究するにあたって、最初に手に取るべき文献の一つと言うことができる。

### 3. 「日本病弱教育史」の成果とその分類

「日本病弱教育史」の研究・編集の出発時点、1979(S54)年に研究課題として次の①～⑨の項目を設定している。出版された「日本病弱教育史」には豊富な史実・資料が示されており、それらを収集・分類すると、多方面に渡って研究課題を整理することができる。今回は、(1)～(18)の項目に整理することができた。

- |            |                  |
|------------|------------------|
| ①教育機関設置の変遷 | (1) 日本赤十字社の夏季保養所 |
|------------|------------------|

- (2) 地方教育会の夏季聚落
- (3) 養護学級
- (4) 郊外学園
- (5) 養護学校
- (6) 病院内学級
- (7) 虚弱児施設
- ②病種毎の歴史
  - (8) 結核療養所
  - (9) ハンセン病療養所
  - (10) 精神科病院
  - (11) 社会的な病気
- ③幼稚部・高等部の設置
  - (12) 病院内保育
- ④教育方法
- ⑤各種研究会
- ⑥医療費
  - (13) 医療費補助
- ⑦PTA、各種団体
  - (14) 大学医学部との連携
- ⑧制度
  - (15) 軍関連機関の教育施設
  - (16) 教育ボランティア
- ⑨人物史
  - (17) 医師、人物史
  - (18) その他、人物史

上記(1)～(18)の各項目ごとに「日本病弱教育史」で取り上げられた史実を収集し、年代を添えて記載し、研究課題を示すこととする。なお、以下年代表記において、Mは明治、Tは大正、Sは昭和、Hは平成を示す。

#### 4. 分類項目ごとの史実と研究課題

##### (1) 日本赤十字社の夏季保養所

日本赤十字社京都支部は、1913(T2)年に「結核予防撲滅施設計画」を制定し、「毎年夏季に於て避暑保養所を支部管内適當地に開設し身体薄弱なる児童及腺病質の児童を収容し之が体质の改善に力むること」とした。これがやがて全国各支部においても実施されるようになり、1934(S9)年には37支部58カ所で実際されるようになる(西原光太郎、1931)。「日本病弱教育史」には、以下の支部の他多数の県で実施した記載がある。

##### 岩手支部

昭和初期、小学校に臨海・林間学校補助金交付。

##### 奈良支部

1931(S6)年、夏季児童保養所、三重県津市贊崎海岸。

##### 茨城支部

1936(S11)年、村松小学校を会場に夏季児童保養所。

これら全国的な広がりを見せたことから、日赤の夏季保養所は児童の健康に対する意識や身

体作りに大きな影響を与えたものと考えられる。日本赤十字社の取り組みの中から、千葉支部が寄宿舎を持つ施設を建設して学校を運営したり、北海道支部が道の委託を受けて虚弱児施設を運営するようになる。

#### 千葉支部

1925(T14)年、富浦学園。

#### 北海道支部

1950(S25)年、有珠健康学園。

各支部の夏季聚落の運営を丹念に拾いながら、日本赤十字社の取り組みの全体像と、その影響等が研究課題となる。

#### (2) 地方教育会の夏季聚落

第二次世界大戦前の日本各地において、市町村、郡、県単位で「教育会」と呼ぶ団体があった。当時の「教育学辞典」(城戸幡太郎、1938)は「広く教育会といへば教育一般の普及発達を図らんが為に特に教育に関心を有する教職員・官公吏及び其他の有志者によりて組織せる団体をいふ」としている。「日本病弱教育史」には次の他多数の教育会による夏季聚落等を実施した記載がある。

#### 福岡市教育会、福岡県

1921(T10)年、糸島郡深江海岸で夏季聚落

#### 新潟市教育会、新潟県

1922(T11)年、新潟海岸広小路浜で夏季聚落。

#### 和歌山市教育会、和歌山県

1922(T11)年、日赤和歌山支部との経営で、和歌山市水軒浜他で海浜学校を開設。

#### 桐生教育会、群馬県

1923(T12)年から、林間学校。

#### 多野郡教育会、群馬県

1933(S8)年、臨海学校。

日赤と共同で運営した教育会もあり、日赤の夏季聚落との関係があるが、その具体的なつながりは解明されていない。運営主体が小学校の教員による団体であり、教育現場の必要性に応じて実施されていたと考えられる。先行研究で虚弱児教育の始まりの一つとして日赤による夏季保養所は取り上げられているが、教育会による夏季聚落は取り上げられていない。教育会による夏季聚落の実施数は、日赤の夏季保養所よりも多いかもしれない。子どもの身体と夏の生活及び学習に関して、学校現場の教員が何を問題として、どのように対処しようとしたかが研究課題となる。

また都市の教育会の一部は、夏季だけの教育機関ではなく、常設の学校を開設している。

#### 大阪市教育会、大阪府

1934(S9) 年、助松学園、助松海岸に開設。

京橋区教育会、東京都（場所：静岡県）

1937(S12) 年、京橋区立宇佐見健康学園、静岡県田方郡宇佐見村。

大森区教育会、東京都（場所：千葉県）

1942(S17) 年、大森区立健康学園、千葉県安房郡富山町。

これらはいずれも第二次世界大戦後も名称や役割を変えながら、病虚弱児のための学校として運営される。時代とその社会情勢によって変遷する個別の学校史の解明が課題となる。

### (3) 養護学級

「日本病弱教育史」は、戦前の小学校令下、国民学校令下、そして戦後の学校教育法下の養護学校を多数記載している。特に学校教育法による養護学級は各都道府県に多数あり、設置されて数年で終了した学級、後に養護学校に発展した学級等が示されている。小学校令及び国民学校令下の養護学級は、名称や設置目的に違いを持ちながら、多様な形で運営されていた。以下に一部を示す。学校教育法下の養護学級は取り上げなかった。

牛込区立鶴巻尋常小学校、東京都

1926(T15) 年、身体虚弱児の養護学級。

金沢市立新堅町小学校、石川県

1927(S2) 年、養護学級設置

神戸市立橘小学校、兵庫県

1928(S3) 年、虚弱児のための学級、金太郎組と呼ばれる学級が作られた。

新潟市栄小学校、新潟県

1930(S5) 年、虚弱児学級を開設、栄養学級と名付けて特別指導を行った。

延岡市立恒富小学校、宮崎県

1931(S6)、尋常科 1 学年から 29 名の虚弱児を選んで保護学級とした。

安中小学校、群馬県

1937(S12) 年、健康教育学級。

長浜国民学校、滋賀県

1941(S16) 年、養護学級、健組。

八幡国民学校、滋賀県

1942(S17) 年、養護学級、勇組。

これらの学級は、病気により小学校に通えない児童、あるいは疾病や障害によって小学校教育から排除されている児童を対象とするものではなく、小学校に入学しているが通常の学級の中では教育効果をあげることができない児童を対象としてたと考えられる。児童の実質的な教育を成り立たせるために設置された学級、と見ることができるのではないか。学級編制にあたって対象とした虚弱児の実態、実際に入級していた児童の実態の解明が課題となる。

現在、特別支援教育により通常教育の中に発達障害等の教育が位置づいた。虚弱児が当時の小学校の中にいながら通常教育ではなく養護学級を必要とした状況は、現在において発達障害児や

障害児が特別支援教育を必要としている状況と似ているのではないか。これらの課題意識をもって、戦前の養護学級の実態と変遷を研究する必要があると考えられる。

1941(S16)年、国民学校令施行規則第五十三条は身体虚弱のある児童の学級を編制することを制度化したが、それ以前に様々な名称による、多様な養護学級が存在した。国民学校令下の、養護学級の制度化過程、制度化されてからの予算的な裏付けなど、解明されていない課題がある。

#### (4) 郊外学園

日本赤十字社による夏季保養所、各地教育会による夏季聚落、小学校内の養護学級が実施される中で、都市においては、近隣郊外に常設の校舎を建設して教育する取り組みが行われるようになる。「日本病弱教育史」には以下の他、東京都・大阪府の郊外学園が多数記載されている。大阪府、京都府においては「学舎」、東京都、愛知県においては「学園」と名付けて設立運営されている。

##### 御津尋常小学校郊外学舎、大阪府

1922(T11)年、都市の身体虚弱な児童の徹底的救済策として府下諏訪の森海岸松青き林間に開設。

##### 大阪市汎愛尋常高等小学校郊外学舎、大阪府（場所：兵庫県）

1924(T13)年、兵庫県武庫郡大社町に開設。1929(S4)年に大阪市六甲郊外学園となる。

##### 京橋区教育会、東京都（場所：静岡県）

1937(S12)年、静岡県田方郡宇佐見村、京橋区立宇佐見健康学園。

##### 東京市立金沢養護学園、東京都（場所：神奈川県）

1937(S12)年、横浜市磯子区町屋町に設置。

##### 名古屋市野間郊外学園、愛知県

1939(S14)年、学童健康教育の養護施設として開園。S16年に長期滞在養護学級を併設する。

##### 東京市立竹岡養護学園、東京都（場所：千葉県）

1942(S17)年、豊島区立竹岡臨海学園が前身、後に豊島区立竹岡健康学園となる。

##### 大森区教育会、東京都

1942(S17)年、大森区立健康学園

1938(S13)年「国民学校ニ関スル要綱」の「九」に次のような記述がある。「心身一体ノ訓練ヲ重視シテ児童ノ養護、鍛錬ニ関スル施設及制度ヲ整備拡充シ左ノ事項ニ留意スルコト（一）特に都市児童ノ為郊外学園等ノ施設ヲ奨励スルコト」。これは1938(S13)年の教育審議会第十回総会における諮問第一号中の答申である。大阪における郊外学舎、東京他における養護学園の取り組みがこの答申に反映していると考えられる。「日本病弱教育史」の京都府の項に取り上げられていないが、1937(S12)年京都市龍池小学校が同校の教育会の援助により山科郊外学舎を開設している（龍池校に感謝しあ別れをする委員会、1995）。その後、京都市の小学校において同様の郊外学舎が多数開設される。国民学校令制定に向けた教育改革期1938(S13)年前後に、病虚弱児の教育問題と子ども一般の健康問題がどのように論議され、先行的な取り組みがどのように政策に反映されていったか検討する課題がここにある。

### (5) 養護学校

1940(S15)年の文部省令第五十五号「国民学校令施行規則第五十三条ノ規定ニ依ル学級又ハ学校ノ編制ニ關スル規定」の「第一条」に「本令ニ於イテ養護学級又ハ養護学校ト称スルハ国民学校令施行規則第五十三条ノ規定ニ依リ編制セルモノヲ謂フ」とある。これにより「養護学校」が制度的に位置づいた。「日本病弱教育史」には、その養護学校にあたる学校と考えられる以下の学校の記述がある。

白十字会林間学校、神奈川県

1917(T6)年、結核予防団体、社団法人白十字会。

花岡学院、東京都

1925(T14)年、神田の開業医、芳林尋常小学校校医の花岡和雄が設立。

一宮学園、千葉県

1927(S2)年、財団法人児童愛護会。

東京府立久留米学園、東京都

1936(S11)年、東京府衛生課所管。

養護学校は、国民学校令によって制度的に位置づき、その後学校教育法に引き継がれ、特別支援学校への転換までの66年間の歴史がある。その最初は病虚弱児を対象とする私立学校が先行して、東京府立の久留米学園、肢体不自由児を対象とする東京市立光明学校ができる。学校教育法下では、知的障害児を対象とした養護学校が増加する。学校教育法下養護学校の先駆となる、国民学校令以前の養護学校史解明という研究課題がある。

### (6) 病院内学級

結核療養所、ハンセン病療養所とは異なる病院において、入院中の子どもの学級が開設されてくる。これらは、入院中の子どもにも教育の機会を保障しようという親や医療関係者、教師らの熱意によって開設された学級が多い。

国立小倉病院、福岡県

1954(S29)年、小児科は退職女教師を看護婦名義で採用し、看護婦も加わって入院中の児童の国語・算数・音楽を教えた。1956(S31)年には、北方小学校の卒業試験を実施して、病院内で卒業証書を授けた。これをきっかけに1958(S33)年に病院内に小倉市立北方小学校、企救中学校の分校が設置された。

国立金沢病院、石川県

1971(S46)年、小児センター(1957年開設)内に長期療養児のための病弱養護学級が、金沢市立小立野小学校、紫錦台中学校「すみれ分校」として開設。

日野市立総合病院、東京都

1975(S50)年、喘息・内科外科疾患児を対象に、日野市立第五小学校の訪問学級が設置。

1981(S56)年に訪問学級「さやか学級」となる。

上記の他多数の病院内学級が設置され、その後1994(H6)年、文部省初等中等教育局長通知「病

「病気療養児の教育について」が出される。この通知には「当該病院等の理解と協力を得て、－略－病弱教育の特殊性を踏まえた適切な形態により教育を提供すること」とあり、その後の病院内学級開設の広がりに影響を与える。1998(H10)には「医学部のある国立病院の小児科のすべてに何らかの教育の場が設置され」(横田雅史、1998) るようになる。さらに遡って病院内学級開設に影響を与えたものに、学校教育法第七十五条がある。その特殊学級に関する規定に「疾病により療養中の児童及び生徒に対して、特殊学級を設け、又は教員を派遣して、教育を行うことができる」とある。病院内の特殊学級あるいは訪問教育の規定である。学校教育法の公布が1947(S22)年である。公布時点において、対象は結核療養児を想定していたと考えられるが、このように明確な病気療養児に対する規定がありながら、病院内学級の広がりには約50年の時間を必要とした。この学校教育法第七十五条と「病気療養児の教育について」通知の間、そして今後へつなぐ、入院中の子どもの教育保障の歴史研究が課題となる。

#### (7) 虚弱児施設

虚弱児は、自然環境がよい場所で生活を伴う医療・教育機関を必要とした。それは、学校でも病院でもない。古くは東京市養育院安房分院、やがて海浜や林間の養護学校、あるいは郊外学園として運営される。児童福祉法が制定されると虚弱児施設が位置づいた。「日本病弱教育史」には多数の虚弱児施設の記載がある。虚弱児施設の中に小中学校の分校や特殊学級を設置したり、地元の小学校に通うなど様々な教育手段が用いられた。

東京市養育院安房分院、東京都（場所：千葉県）

1909(M42)年、海浜保養所「東京市養育院安房分院」、療養を受けながら小学校教育を授ける。

東京都保田児童学園、東京都（場所：千葉県）

1946(S21)年、戦災孤児及び浮浪中の児童の内、虚弱体質者を対象に収容保護及び教育指導を行う。

日本赤十字社北海道支部

1950(S25)年、有珠健康学園運営。

和泉園、福岡県

1951(S26)年、福岡県が開設、羽犬塚小学校の分校を設置。

加茂博愛園、徳島県

1952(S27)年、徳島県が開設。地域の小中学校へ通う。

小田原市健康学園、神奈川県

1954(S29)年、小田原市が児童福祉法にもとづく虚弱児施設として設置、学習は小田原市立芦子小学校谷津分校で実施された。

川奈臨海学園、静岡県

1955(S30)年、済生会が開設。

虎伏学園、和歌山県

1962(S37)年、開園。園内に1963(S38)年に和歌山市立宮小学校病弱特殊学級、1964(S39)年に和歌山市立日進中学校の病弱特殊学級が設置された。

さざなみ学園、滋賀県

1963(S38)年、重症虚弱児に適切な療育を実施することを目的に開設。鳥居本小学校が教員2名を派遣し、施設内学級2学級を設置。

これらの施設は、結核の治療と予防の進歩、栄養や健康管理等社会環境の変化により虚弱児が減少し、閉鎖したり役割を変えて運営されている。また1998(H10)年の児童福祉法の改正により、虚弱児施設の規定はなくなり、児童養護施設に移行している。虚弱児が減少しても、生活を伴う医療・教育機関を必要とする子どもと家庭は存在すると考えられる。法制度としての虚弱児施設がなくなったその社会的な意味や、子どもと家庭をめぐる情勢の変化を検証する必要があるのではないか。また、虚弱児の養育が一般の要養護児童の養育に統合され、虚弱児施設が制度上なくなり児童養護施設に移行したことは、盲学校・聾学校・養護学校が特別支援学校に移行したことと共に通ずる現象と見ることもできよう。虚弱児施設の歴史研究は、資料の散逸前に取り組みたい研究課題である。

#### (8) 結核療養所

死亡率が高く亡国病とまで言われた結核に対して、児童を対象とした小児結核保養所の開設、結核療養所内の子どもへの対応が始まる。「日本病弱教育史」には以下に取り上げた事項以外に多数の記載がある。

##### 武豊保養園、愛知県

1944(S19)年、名古屋市学童保養園「武豊保養園」を開設。1939(S14)年、厚生省の都市小児結核保養所設立の指示により建設に着手したもの。

##### 国立神奈川療養所、神奈川県

1947(S22)年、入所した児童10名に、入所加療中の教諭高橋百代が、好意で学習指導を行い、

1949(S24)年に療養所内に秦野村立東秦野小・中学校特殊学級（通称神奈川養護学園）を設置。  
大阪市立少年保養所（1943年開所）、大阪府

1948(S23)年、貝塚学園が付設、療養児童生徒の教育を開始。貝塚学園は、大阪市立大宝小学校、南中学校の分校として設置。

##### 神戸市立少年保養所、兵庫県

1950(S25)年、4月に神戸市立平野小学校・平野中学校の分教室として学習指導を開始、同年8月に神戸市立西戸田小学校・西戸田中学校として独立設置、実質的には養護学校であった。

##### 福岡市立少年保養所、福岡県

1952(S27)年、保養所内に福岡市立花畠小学校と三宅中学校の分教場を設置。

##### 京都市桃陽学園、京都府

1952(S27)年、小児結核保養所として京都市桃陽学園が開園、園内に委託学級が発足、京都市藤ノ森小学校から教員が派遣された。

##### 三条結核病院、新潟県

1953(S28)年、小児病棟を増設し、三条小学校・三条第一中学校の分校として三条養護学園。

##### 東京都立清瀬小児療養所、東京都

1954(S29)年、清瀬村立芝山小学校、同清瀬中学校の病弱特殊学級設置。教育に必要な運営費は病院側で負担、都衛生局の支出による病院の庶務費の一部があてられた。

#### 国立療養所古里保養園、富山県

1956(S31)年、古里村立古里小学校、神保村他二ヶ村組合立城山中学校養護学級。

#### 国立療養所金沢若松園、石川県

1957(S32)年、金沢市立田上小学校・兼六中学校の分校として、結核療養児施設若松学園分校が設置。

#### 国立大村病院、佐賀県

1957(S32)年に小児治療センターが設立され、小児病棟内に大村小学校移動教室が設置された。翌1958(S33)年に正式に大村小学校養護学級として認可された。

#### 高松市立旭が丘病院、香川県

1957(S32)年内に高松市立亀岐小学校、高松市立紫雲中学校の養護学級設置。

#### 国立療養所村山病院、東京都

1959(S34)年、結核性脊椎カリエス児を対象に、村山村立村山小学校の病弱特殊学級として山鳩学級が設置。

これら結核療養所内での教育は、第二次大戦以前の記載は少なく、戦後の全国各地の取り組みが多数ある。これら個々の教育的取り組みが養護学校や養護学級に発展していく、やがて結核の治療が進むことでその役割を終えて機能が変化していく。そして、病院の小児病棟の減少に伴ってそれら病院や学校が閉鎖され始めている。閉鎖に伴い資料の散逸が懸念される。現在課題となる感染性の病気への対応に備えること、医療を伴う子どもの新たな教育システムの開発に向けて、結核という病気に対して社会及び医療と教育がどのような歴史的な歩みをたどってきたかを記録に残すことが課題となる。

また上記から、1945(S20)年頃から病院内の有志による教育活動の実績をふまえて、1955(S30)年前後に学級や分校等が設置され、それがやがて制度化されていく経緯を見ることができる。これは、法律の整備に先立つ教育実践の先駆的な嘗みの上に、1951(S26)年の結核予防法の改正、1956(S31)年公立養護学校整備特別措置法といった法律が実現する、という関連があると考えられる。先行実践の上に立つ法律の制定と、法律の実質的な執行の歴史研究が課題となる。

### (9) ハンセン病療養所

「日本病弱教育史」にはハンセン病療養所内の教育に関して、以下の11の記載がある。

#### 公立療養所大島青松園、香川県

1919(T8)年に患者学校として大島学園を設置、1932(S7)年に未罹患児の楓学園を設置。

#### 草津町湯之沢部落、群馬県

1930(S5)年、英國の婦人宣教師コン・ウォール・リー、温泉湯治場の草津町湯之沢部落に聖望小学校。

#### 北部保養院、青森県

1931(S6)年、松岡学園

#### 全生病院、東京都

1931(S6)年、全生学園「小学校令ニ準拠之普通教育ヲ授クルヲ以テ本旨トシ、尚進ンデ中學教育ノ課程ヲ授ク」。

長島愛生園、岡山県

1931(S6)年、長島愛生園の少年舎「平安寮」で、授業を行うようになった。S30年には、治療と勉学の特殊性を総括したハンセン病生徒のための唯一の高校として、岡山県立邑久高等学校定時制普通科新良田教室が開校。

九州療養所

1931(S6)年、患者及び職員による檜小学校が発足、1936(S11)年に九療学園。1941(S16)年に恵楓学園と改称。

国立癪療養所栗生楽泉園、群馬県

1933(S8)年、患者子弟未感染児を収容する栗生保育園。同敷地内に学齢児童のための草津小学校分教場が設置。1935(S10)年、所内に入院患児が通う室谷教室が生まれ、1941(S16)年望学園の設置につながる。

国立療養所星塚敬愛園、鹿児島県

1935(S10)年、入園中の学齢児の教育のため、敬愛学園が開設。

国立宮古療養所、沖縄県

1935(S10)年、私設教育所を開設、1937(S12)年に八重菱学園と命名。

沖縄県立国頭愛樂園、沖縄県

1939(S14)年、入園児童のために愛樂学園を創設。

国立新生園、宮城県

1949(S24)年、追町立新田小・中学校葉の木沢分校。

1931(S6)年「癪予防ニ関スル件」改正によって、隔離の徹底化が行われる。それに合わせるように、1931(S6)年頃に療養所内に学校を作り、教育施設が整えられたように見ることができる。ここにも法律の整備と執行の歴史がある。隔離政策の中で、社会的な出口がない中においても、子どもがいて教育が行われた。実際の教育指導にあたる者がどのような教育を行ったか、そして学校教育を整備した国や病院長・療養所長は教育にどのような目的を持っていたか、といった検討が研究課題となる。

また、草津町湯之沢部落の、英國の婦人宣教師コン・ウォール・リーによる私的な営みにおいてはどうであったか。他の私立療養所における教育活動の掘り起こし、そして公的・私的療養所における教育の比較も研究課題となる。

(10) 精神科病院

精神科領域において子どもの治療が始まると、そこに教育が課題となってくる。「日本病弱教育史」においては次の宮崎県立富養園の記載がある。

県立富養園、宮崎県

1952(S27)年に県内唯一の公立単科精神科病院とした県立富養園が開院、1968(S43)年に小児病棟を設置し、1969(S44)年に富田小・中学校の特殊学級としてルピナス学園が開設される。1971(S46)年には自閉症を主とした学級が開設され、治療教育にあたる。

知的障害や精神疾患の子どもが精神科病院において治療や保護されてきたこと、自閉症や不登校、発達障害が児童精神医学において課題となってきたなどをふまえると、精神科における子どもの教育が多数あったと考えられる。現代的な課題とつなげながら史実の掘り起こしが研究課題となる。

#### (11) 社会的な病気

戦争、公害、予防接種禍により社会的に病気が作られ、それに対応する教育が必要となった。「日本病弱教育史」には次のような記載がある。

##### 腸チブスワクチンの予防接種禍、兵庫県

1946(S21)年有馬郡道場小学校で腸チブスワクチンの予防接種を受けた児童生徒631人中102人に腋下等に腫脹ができ、精密検査の結果結核菌が発見された。翌1947(S22)年に「内科的疾患に移行」との診断を受けた30名を国立兵庫療養所に集団入所させ「養護学舎」とした。変遷を経て、1953(S28)年兵庫県立上野ヶ原養護学園となる。

##### 原爆被爆、長崎県

1952(S27)年、長崎市立城山小学校、原爆被爆児養護のための特別学級、いわゆる「原爆学級」が設置。

##### 百日咳予防接ワクチン禍、宮城県

1953(S28)年、百日咳予防接種の際に起きたワクチン禍の児童を対象とした栗駒町立岩ヶ崎小学校養護学級。

##### 水俣病、熊本県

1969(S44)年、水俣市立病院湯之児分院に、胎児性水俣病及び重度障害児を対象に、水俣市立第一小学校湯之児分校が、翌1970(S45)年水俣市立第一中学校湯之児分校が設置された。

##### 公害と喘息、神奈川県

1972(S47)年、川崎市立井田病院小児病棟に喘息児を対象とする川崎市立井田小学校の特殊学級が設置され、あおぞら学園と呼ばれた。

いずれも年月の経過によりその役割を終えていった教育である。そして忘れられていく可能性がある教育である。社会的な過ちを起源とするものであるからなおさら、その歴史的教訓を残していく課題がある。

#### (12) 病院内保育

病院で生活する幼児は、人格形成の土台を築く大切な時期を治療を中心とした生活の中で過ごすことになる。治療しながら学ぶ場の実現とともに、治療しながら遊び生活する場を作っていく営みが生まれている。

##### 日赤病院、高知県

1954(S29)年に県立保育専門学校生で同病院で実習を行った学生を対象に就職勧誘を行い、原操氏が保母として就任した。

### 茨城県県立教職員保養所、茨城県

1963(S38)年、茨城県立教職員保養所の小児病棟に保母2名を配置。県立養護学校校友部分校設置。

病院内の児童の遊びや生活は、看護師や付き添う保護者が担うものとの考えから、児童の発達や心理をふまえた専門家の保母が医療と連携して保育するとの考え方への、医療環境の変化の歴史がある。病院内保育に関する「日本病弱教育史」内の記載は上記2つである。この他にもあったであろう病院内保育の掘り起しが研究課題となる。

また現在、幼児が痛さやつらさ、家族と会えない寂しさなど様々なストレスを抱えながら治療を行っている。「院内保育事業運営費補助」(1974年通知)が制度化され、各地で病院内保育が実施されている。現代的な課題の展望に向けて、病院内保育の歴史研究を行うことが課題となる。

#### (13) 医療費補助

「日本病弱教育史」の神奈川県の章は、次のような子どもの医療給付の経緯を記載している。他県の章にも記載があるが、神奈川県を例として取り上げる。

1947(S23)年、児童福祉法による育成医療の給付が始まる。肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、音声言語障害、心臓障害、腎臓障害、その他先天性疾患を対象。

1958(S33)年、未熟児を対象とし、厚生省児童局長通知により、未熟児養育事業を実施。

1959(S34)年、結核を対象に療育給付を実施。

1968(S43)年、先天性代謝異常を対象とし、厚生省通達により、先天性代謝異常医療給付を実施。

1972(S47)年、他の医療援護の対象となるものを除くすべての疾病を対象とし、神奈川県実施要領により、小児入院医療給付を実施。重症心身障害児を対象とし、重度医療給付を実施。

1974(S49)年、先天性代謝異常、慢性血液疾患、小児癌、糖尿病、腎臓病、慢性心疾患、内分泌疾患、喘息を対象とし、厚生省事務次官通知により小児特定疾患医療給付を実施。

子どもの治療が長引く障害や病気は、家庭の医療費の負担が高額になる。それは子どもの健全な育成の妨げとなる。医療費等を公費で負担することにより、治療を保障することで子どもとその家族の負担軽減を図ることができている。これら医療費制度の歴史と、病気の子どもの教育の歴史の関連を検討する課題がある。

#### (14) 大学医学部との連携

大学医学部が医師の養成と研究、付属病院で小児診療を行う中で、治療の中に子どもの教育をどのように取り入れていったか。あるいは、学校教育の中にどのように医療を広げていただろうか。「日本病弱教育史」には次のような記載がある。

### 九州帝国大学福岡医科大学、福岡県

1919(T8)年、福岡高等小学校は、九州帝国大学福岡医科大学解剖学教授桜井恒次郎の指導を得て「身体薄弱児童特別学級」を設置した。

### 金沢医科大学、石川県

1930(S5)年、金沢市立石引町小学校で学校保健研究会が発足、金沢医科大学衛生学担当の村上賢三、石崎有信の指導を仰いだ。

### 名古屋医科大学、長野県

1939(S14)年、衛生学教室、鯉沼茆吾教授の蓼科高原の医学的研究において、蓼科保養学園との研究協力を行った。

### 九州大学医学部、佐賀県

1941(S16)年、佐賀県唐津市立唐津国民学校に虚弱児の養護学級が設置され、九州大学医学部小児科学教室、遠城寺宗徳教授が毎学期1回来校し、教育内容・保健的な訓練等を指導した。

### 鳥取大学医学部、鳥取県

1948(S23)年、西伯郡境小学校が1年生の陽転者を集めて養護学級を作り、鳥取大学医学部の指導のもとに日常生活全般に渡る健康管理・指導に務めた。

### 長崎大学医学部、長崎県

1952(S27)年、長崎市立城山小学校に原爆被爆児を中心とする養護学級を設置、その「一般方針」に「医大並びに学校医との緊密な連絡のもとに指導する」とあり、1936(S31)年には長崎大学医学部衛生学教室に依頼して被爆児の疲労度検査を行った。

### 群馬大学医学部附属病院、群馬県

1959(S34)年、群馬大学病院小児科松村龍雄教授、ベッド学習を開始。

### 名古屋大学医学部附属病院、愛知県

1965(S40)年頃から久徳重盛、大島元子医師は、名古屋市学童保養園にアレルギー疾患児を収容するようになる。

大学医学部には小児科教室があり、付属病院には小児科がある。「日本病弱教育史」に記載された大学以外でも、それぞれの大学の小児科に医療と教育の歴史があるはずである。1998(H10)年の全国立大学付属病院に何らかの教育の場が設置されるまでの、大学ごとの歴史研究が課題となる。

また、日本全体の動向の中で、大学医学部が子どもの教育をどのように課題として認識したか、教育に大学医学部がどのような影響を与えたかといった研究課題がある。

### (15) 軍関連機関の教育施設

病虚弱児の教育を切り開いてきたのは、日赤、教育会、教育・福祉・医療行政だけではない。「日本病弱教育史」には軍関連の教育施設として次のような記載がある。

### 山形県軍人援護会、山形県

1942(S17)年、蔵王高湯林間学校設置。

### 軍人援護会三重県支部、三重県

1943(S18)年、度会郡田丸町の三重昭徳園の施設を引き継いで勢南勲児寮を開設、国民学校初等科3年以上に在籍の身体虚弱児を対象として入寮の上、治療及び教育を施す。

### 滋賀県軍人援護会、滋賀県

1943(S18)年、軍人遺家族の子弟で身体の弱い者を集めて教育する三津浜学園を設立。全寮制で、国民学校初等科4年から5年の男子30名を集めて療育活動を展開した。

#### 広島県勤労動員学徒援護会、広島県

1945(S20)年5月「健康快復修練ヲ行フ学徒健民寮」を開設した。広島市内の中等学校生徒を男女別の場所で6月より2週間該当者を入寮させている。

家庭を持ち、子どもを持つ男性も軍人となって戦地へ行った。病虚弱児の父親もまた軍人となった。出征や戦死により父親がいない家庭において、病虚弱児の養育が困難となる場合もあったことだろう。そこで社会的にその養育を担う仕組みが必要となり、軍人援護会等が虚弱児施設を作り、生活と教育を行うようになる。病虚弱児の教育の始まりの一つとして気づかれていない、軍関連の虚弱児教育施設の解明が研究課題としてある。

#### (16) 教育ボランティア

病虚弱児の教育を切り開いてきた要因として、制度によらない自発的な取り組みがあったことにも注目する必要がある。「日本病弱教育史」には次のような記載がある。

#### 国立療養所東長野病院、長野県

1951(S26)年、患児指導の必要性が患者自治会によって認識されて、成人患者から選ばれた3名が指導員という名で学習を加味した生活指導を開始した。長野県立若槻養護学校の萌芽となる。

#### 日立製作所日立総合病院、茨城県

1972(S47)年から茨城大学学生の奉仕をきっかけに、1943(S48)年には水曜日のみの定期的な学習指導「水曜学校」を開始。翌1974(S49)年には、日立市立助川小学校の病弱特殊学級が設置されて、すぎの子学級と名付けられた。

これらの他、戦後の結核療養所で教師経験のある療養者が、入院中の子どもの教育を行い、それが学級・分校の設置につながったという記述が多数ある。療養者の治療の合間の生活指導、ボランティアによる学習指導等の教育活動を行った事実が、次に制度を生み出すという歴史があった。このような事実にも光をあてて、それまでにない教育を生み出す課程を研究する必要がある。

#### (17) 医師、人物史

病弱児の医療と教育を学ぶ上で、先人の記録は歴史をよりよく理解する資料となる。また、我が国の教育制度になかった病弱児の教育を切り開いた情熱と努力から学ぶことは、今後のこの教育を担う者にとって多くのヒントを与えてくれる。「日本病弱教育史」に記述された以下の医師は、子どもの医療と教育に取り組んだ人物である。それぞれの人物史研究が課題である。

#### 伊東重、青森県

伊東は1894(M27)年に「養生会」を結成し、「毎朝早起き会を行い、体育に努力」し、「養生会規則」の中で、病虚弱児童の教育のための「養体学校」設置の必要性を説いたという。1904(M37)年に養生幼稚園を開設し、同幼稚園は現在も運営されている。

狩野寿平、群馬県

狩野は1904(M37)に前橋小学校専任校医、林間学校を提唱。「私の学校衛生に対する半生涯」。

内島昌雄、徳島県

内島は板野郡第二里浦尋常小学校校医。1911(M44)年に文部省より学校衛生に関する調査のためにドイツ留学、1914(T3)年に帰朝して再び校医となる。留学で得た新知識を応用して医務室を設置し、毎日必ず児童の身体や糞便の検査をした。

小沢侃二、長野県

小沢は上諏訪町高島尋常小学校校医。1923(T12)年に上諏訪児童愛護会を結成、後に蓼科保養学園を設立する。

上島三郎、神奈川県

上島は1948(S23)年、国立神奈川療養所に赴任して小児病棟を開設、1949(S24)年に療養所内に秦野村立東秦野小・中学校特殊学級（通称神奈川養護学園）設置。その後国立小児病院二宮分院長に就任して院内学級設置に努力し、1964(S39)年に二宮町立二宮小学校特殊学級を設置。

吉田克己、石川県

吉田は国立金沢病院内に1957(S32)年小児センターを開設、入院児の教育の必要性を説き、すみれ分校設置に向けて活躍する。

近藤文雄、宮城県

近藤は国立玉浦療養所長、1960(S35)年 国立西多賀療養所長、1960(S35)年仙台市立西多賀小・中学校療養所分校開設、療養費支給を児童福祉法に位置づける運動を行う

住吉昭、新潟県

住吉は三条結核病院の小児科医長、「慢性疾患児を守る会」結成、1970(S45)年に県単独事業として小児慢性疾患療育給付の実施につなげる。

#### (18) その他、人物史

医師以外でも、子どもの医療と教育に取り組んだ人物がいる。「日本病弱教育史」が記述する現場教員、教育行政に携わった人は多数あるが、それ以外は少数である。野田は医療や教育とは異なる分野の私人として、森田は病院運営を支える事務方にありながら教育の整備に努力した公務員として人物史研究の課題となる。「日本病弱教育史」に取り上げられなかった私人、公務員が多数あったと思われる。それら人物に光をあてることも課題となる。

野田素峰、岐阜県

野田は、1936(S11)年、大井町に虚弱児童保健所「雀のお宿学園・童心寮」を建設。

森田徳次郎、鳥取県

国立米子療養所は1956(S31)年に「子ども病室」を作り、入所療養中の回復期にある患者と所員に依頼して学習指導を始める。この療養所独自の教育処置には庶務課長の森田の協力があった。森田が1958(S33)年に国立鳥取療養所の庶務課長として赴任すると、米子療養所における学校設置の動きを伝え、鳥取市立末恒小学校、湖東中学校の養護分校「白兎学園」が誕生する。

おわりに

「日本病弱教育史」の記載内容を18項目に分類し、それぞれに研究課題を示した。「日本病弱教育史」は、全国各都道府県ごとに通史をまとめているため、地方個別の史実や資料の記述が中心となっている。そこに「日本病弱教育史」の貴重な意義があるとともに、日本全体の流れと時代区分が十分におさえられていないという面がある。「日本病弱教育史」が収集し記述した史実を手がかりに、文部科学省・厚生労働省等の行政の働き、法整備といった日本全体の歴史的な流れを整理する必要がある。

「日本病弱教育史」の広島県通史執筆者は、冒頭において「学校保健と病弱教育を柱にして記述」する、としている。20年前の一地方の病弱教育史研究においてすでに、特別支援教育の理念の下で病弱児の教育を通常教育に位置づける時に重要な学校保健との関わりを指摘している。通常教育の中で生じた虚弱児や子どもの病気は学校保健とのつながりで一般の普通教育の歴史的な流れの中で検証し、病気の特性や治療のために通常教育から離れた子どもは特殊教育の流れの中で検証する必要がある。またそれらを相互に関連し合いながら検証する必要がある。その際、日本の教育と医療は、海外の動向の影響を受けている。海外の教育・医療の思想や方法の導入過程、人物史研究において留学・海外視察の経験等も研究する必要がある。

「日本病弱教育史」発刊後に、病弱教育に関わる個別学校史や人物史、養護教諭・学校保健関連の歴史研究が発表されている。それらの研究蓄積をもとに病弱教育の理解と特別支援教育の展望に資する通史の作成が大きな課題となる。

### 文献

- 西原光太郎(1931)日本赤十字社京都支部沿革誌. 日本赤十字社京都支部  
城戸幡太郎(1938)教育学辞典. 岩波書店  
龍池校に感謝しあ別れをする委員会(1995)たついけ大事典. 龍池小学校  
横田雅史(1998)病弱教育に関する施策・事業等の概要、「病弱虚弱教育」第39号. 全国病弱  
虚弱教育連盟

## 第8章

# 韓国における特殊教育と健康障害教育の動向

## 第8章 韓国における特殊教育と健康障害教育の動向

滝川 国芳（国立特別支援教育総合研究所 教育支援研究部）  
西牧 謙吾（国立特別支援教育総合研究所 教育支援研究部）

### I 韓国の学校教育について

#### 1. 韓国的基本情報<sup>1)</sup>

面積は、約9万9,274平方キロメートルであり、朝鮮半島全体の45%、日本の約4分の1である。西部と南部は平野が多く、国土の約70%を占める山岳地帯が北部と東部に密集している。人口は、約4,885万人であり、そのうちの約4分の1が首都ソウルに集中している。言語は、韓国語であり、民族は、韓民族である。日韓間の貿易は着実に拡大を続けており、現在、日本は韓国にとって第2位の貿易相手国、韓国は日本にとって第3位の貿易相手国となっている。また、政治関係においても一層の深みと広がりを見せており、日韓両国はもちろんのこと、アジア・太平洋地域の繁

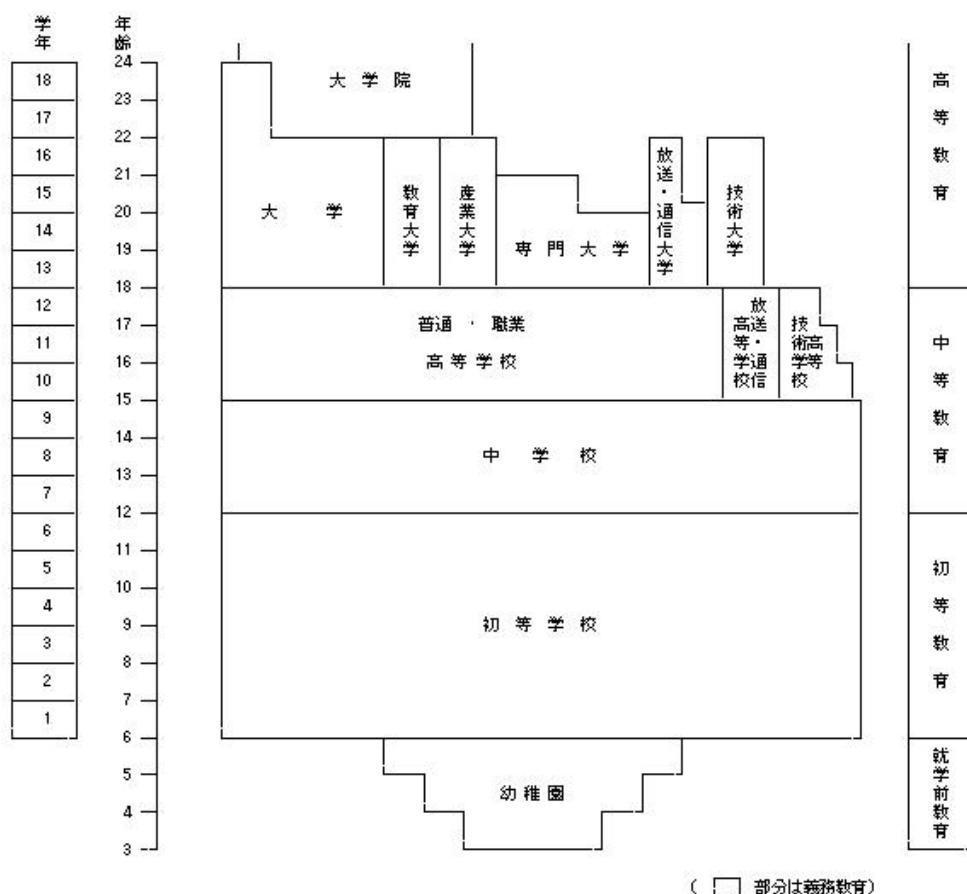


図1 韓国における学校体系図

栄にとっても極めて重要な関係にある。

## 2. 韓国の教育

韓国の学制は、6・3・3・4制で、日本と同様である。日本の小学校にあたる初等学校、中学校、高等学校、大学などからなっている。現在の義務教育年限は、6～15歳の9年間である。1984年に義務教育年限がそれまでの6年から9年（6～15歳）に延長された。その後、延長分（中学校1～3学年）について、無償の義務教育が段階的に導入され、2004年3月から完全実施となった。韓国の学校系統図を図1に示した<sup>2)</sup>。

公立、私立を問わず初等学校・中学校・高等学校及び特殊学校には、教職員、保護者、地域社会人等で構成される「学校運営委員会」の設置が義務付けられている（「地方教育自治に関する法律」（1995年改正）により設置）。学校運営委員会は学校の管理運営に関する審議機関であり、学校憲章及び学則の制定又は改正に関する事項、学校の予算案及び決算に関する事項、学校教育課程の運営方法に関する事項、教科用図書、及び教育資料の選定に関する事項等の審議を行う。最終的な法的責任は校長が負うことになるが、校長は運営委員会の審議結果を最大限尊重しなければならない。そこで、審議結果とは異なって施行する場合は、運営委員会と管轄庁に書面によって報告しなければならないとしている<sup>3) 4)</sup>。

## 3. 教育行政について<sup>3) 4)</sup>

中央政府には「教育人的資源部」が置かれ、学校教育・生涯学習及び学術を所管している。韓国の教育行政は1990年代初めまで国が一元的に統括する中央集権的体制をとっており、地方に設けられた教育委員会は実質的に国の出先機関であった。しかし、1989年の地方自治法、1991年の地方教育自治に関する法律の制定により、学校の設置管理などの教育事務が広域地方自治体（特別市・広域市・道）の所轄事務となった。

地方の教育行政機関として、広域地方自治体ごとに教育庁が置かれている。教育庁は、「教育監」と「教育委員会」からなる組織の総称である。「教育監」及び「教育委員会」の委員は学校運営委員会の各委員が選挙人となり、選挙によって選出される。また、教育庁と当該地域の特別市庁・広域市庁・道庁は同じ地方自治団体の行政機関ではあるが、人事、予算の編成及び執行、庁舎等が完全に分離しており、まったく別個の団体として機能している。

さらに各教育庁下の区・市・郡には下級行政機関としての地方教育庁が設置されている。初等学校・中学校・高等学校は特別市・広域市・道レベルが設置・管理する。

## II 韓国における特殊教育について

### 1. 特殊教育の歴史

韓国の特殊教育は、米国から来た医療宣教師ロゼッタ・シャーウッド・ホール（Rosetta Sherwood Hall）女史が1894年に平壤で目の不自由な子どもたちに点字教育を行ったことから始まったとされる<sup>5)</sup>。ロゼッタ・シャーウッド・ホール女史は、1909年に、最初の聾学校を設立するなど韓国の特殊教育への貢献は大きかった。

1910年からは1945年までは、日本による植民地時代となる。この間の1912年に、韓国最初の特殊教育関連法案である「済生院官制」が朝鮮総督府により制定・公布された。これにより特

殊教育の公教育化が始まり、特殊学校の設置が始まることとなった。1949年に韓国独自の「教育法」が制定され特殊学校の設置と特殊学級の拡充について明記され法的根拠が明示されることとなった。しかしながら、韓国における特殊教育は、私立の特殊教育機関によって主導されてきたこともあるって、公教育による特殊教育制度の整備は直ちには進まなかった<sup>6)</sup>。公立初等学校特殊学級は、1971年に韓国において初めて設置された。

1977年に「特殊教育振興法」が制定され、1979年に施行された。これにより、特殊学校、特殊学級、その他初等学校で提供するすべての教育が無償となった。1988年には、ソウルでパラリンピックが開催されたことにより、障害者や特殊教育への理解・啓蒙が促進されることとなる。このことは、1994年の「特殊教育振興法」の全文改正に向けた社会的後押しとなった。この改正によって、教育の機会拡大や質的向上に向けた早期特殊教育、巡回教育、治療教育、個別化教育、統合教育等に関する規定の導入などが制度化された<sup>7)</sup>。特殊学校の対象となる障害種は、視覚障害、聴覚障害、知的障害、肢体不自由、情緒障害とした。そして、特殊教育対象者に対する初等学校および中学校課程における教育を義務教育と定め、幼稚園及び高等学校課程における教育は無償教育とした。また、新たに算数・発話・読み・書きなど特定の分野において学習上障害がある学習障害児を特殊教育対象者として規定した。2005年の「特殊教育振興法」改正によって、病気による長期入院治療を行っている子どもたちが特殊教育対象者として制度上初めて位置づけられた。また、治療教育に関する規定が設けられ、特殊教育機関に治療教育担当教師が配置されることとなった。

## 2. 特殊教育の現状

大韓民国憲法第31条には、教育に関する国民の権利と義務について規定されている（第31条①すべての国民は、能力に応じて、均等に教育を受ける権利を有する。②すべての国民は、その保護する子女に、少なくとも初等教育及び法律が定める教育を受けさせる義務を負う。③ 義務教育は、無償とする。等）。

また、大韓民国教育基本法第3条、4条に、学習権と教育機会均等について明記されている（第3条（学習権）すべて国民は、生涯にわたり学習し、能力と適性によって教育を受ける権利を持つ。第4条（教育の機会均等）すべて国民は、性別、宗教、信念、社会的身分、経済的地位、又は身体的条件等を理由に教育において差別されない。）。

そして、第18条では特殊教育について規定し、国及び地方自治体の役割について明示している（第18条（特殊教育）国家及び地方自治団体は、身体的・精神的・知的障害等により特別な教育的配慮が必要な者のための学校を設立・運営しなければならず、これらの教育を支援するために必要な施策を樹立・実施しなければならない。）。

特殊教育対象者は、特殊教育振興法第10条に規定されている。具体的には、視覚障害、聴覚障害、精神遅滞、肢体不自由、情緒障害（自閉症を含む）、言語障害、学習障害、健康障害、その他教育的資源部の定める障害がある人の中で特殊教育を必要とする人であると評価された者をいう。これらの特殊教育対象者は、障害の程度や保護者の意見等を総合的に判断して、一般学校の一般学級や特殊学級、特殊学校で教育を受けている。

表1は、2007年の特殊教育対象学生（韓国では学校種に関係なく学生と称している）の現況を示したものである。特殊教育対象学生全体の54.7%の学生が知的障害で、次いで肢体不自由（11.74%）、情緒障害（11.67%）、学習障害（10.6%）であった。また、学習障害の99.8%、健康障害

表1 特殊教育対象学生現況 (2007年)

区分		特殊学校	一般学校		計
			特殊学級	一般学級	
特殊教育対象学生		22,963	35,340	7,637	65,940
学生数	障害種別	視覚障害	1,819	269	2,292
		聴覚障害	1,334	853	2,864
		知的障害	14,365	19,246	36,041
		肢体不自由	3,094	3,002	7,739
		情緒障害	2,139	4,629	7,695
		言語障害	161	522	1,185
		学習障害	11	6,310	6,982
		健康障害	40	509	1,142
	計	22,963	35,340	7,637	65,940
学校種別	幼稚園	1,032	599	1,494	3,125
	初等学校	7,657	22,498	2,597	32,752
	中学校	6,286	7,500	1,481	15,267
	高等学校	6,541	4,743	2,065	13,349
	専攻科	1,447	0	0	1,447
	計	22,963	35,340	7,637	65,940
学校数		144	4,530	3,621	8,295
学級数		3,278	5,753	6,263	15,294
特殊学校(級)教員数		6,141	6,108	-	12,249
特殊教育補助員配置数		1,753	3,914	574	6,241

表2 年度別および障害別学生数

単位:名, %

年度	視覚障害	聴覚障害	知的障害	肢体不自由	情緒障害	言語障害	学習障害	健康障害	全体の学生数
2003	1,654 (3)	2,606 (5)	29,380 (55)	4,852 (9)	5,097 (10)	-	9,815 (18)	-	53,404 (100)
2004	1,650 (3)	2,938 (5)	31,705 (57)	5,232 (10)	4,787 (9)	-	9,062 (16)	-	55,374 (100)
2005	1,745 (3)	2,549 (4)	33,618 (57.6)	5,924 (10)	5,870 (10)	-	8,447 (15)	209 (0.4)	58,362 (100)
2006	1,902 (3)	2,806 (5)	33,958 (54)	6,957 (11)	8,852 (14)	301 (0.4)	6,738 (11)	1,024 (1.6)	62,538 (100)
2007	2,292 (3.5)	2,864 (4.3)	36,041 (54.7)	7,739 (11.7)	7,695 (11.6)	1,185 (1.8)	6,982 (10.6)	1,142 (1.7)	65,940 (100)

の 96.5%が一般学校の一般学級または特殊学級に在籍していることがわかる。表 2 は、年度別および障害別学生数を示している。

表 3 は、年度別にみた特殊教育対象学生の配置現況を示している。年を追うごとに、一般学校の配置学生数が増加している。また、全体の学生数に占める特殊学校配置学生数の割合が、2003 年度が 45.3%であったのが、年々減少し、2006 年度 37.2%、2007 年度 34.8%となっている。

表 4 は、特殊学校の設立主体による国立、公立、私立別特殊学校数等を示している。2007 年度は、国立 5 校 (3.5%)、公立 50 校 (34.7%)、私立 89 校 (61.8%) の比率となっており、私立への依存度が高いことがわかる。また、学生数についても特殊学校に通う全学生の 52.1%にあたる 11,966 人が私立の特殊学校に在籍している。

表3 年度別特殊教育対象学生の配置現況 単位:名, %

年度	特殊学校 配置学生数	一般学校(一般学級)の 配置学生数	全体の学生数
2003	24,192 (45.3)	29,212(2,304) (54.7)	53,404 (100.0)
2004	23,762 (42.9)	31,612(3,610) (57.1)	55,374 (100.0)
2005	23,449 (40.2)	34,913(5,110) (59.8)	58,362 (100.0)
2006	23,291 (37.2)	39,247(6,741) (62.8)	62,538 (100.0)
2007	22,963 (34.8)	42,977(7,637) (65.2)	65,940 (100.0)

表4 特殊学校の設立別内訳 (2007 年)

区分	学校数	学級数	学生数	教員数	備考
国立	5	174	1,024	335	私立依存度 61.8%
公立	50	1,442	9,973	2,676	
私立	89	1,662	11,966	3,130	
計	144	3,278	22,963	6,141	

以上のように、韓国の特殊教育は、1977 年に制定された「特殊教育振法」を法的根拠として、

1994年の全文改正を含め、これまで幾度も改正と繰り返して今日に至っている。現在進められている政策推進の柱は、(1) 障害理解教育、(2) 一般学校における障害児・者のための施設・設備の拡充、(3) 障害のある幼児に対する無償教育費の支援、(4) 特殊学級の増設、(5) 特殊学級の運営形態の転換、(6) 特殊教育補助員の配置及び治療教育の強化、(7) 一般教育の特殊教育に対する責務の確立、(8) 特殊教育支援センターの設置・拡大及び運営、があげられる<sup>10)</sup>。

### III 韓国における健康障害教育について

#### 1. 健康障害教育の対象学生としくみ

2005年に改正された特殊教育振興法で、健康障害が、特殊教育対象の障害カテゴリーとして加えられることとなった。その背景として、2005年以前は、年間約8,000人の学生が病気によって、休学または中退という状況にあった。これらの学生は、留年によって次の学年に友達と一緒に進学することができなかったり、学習の遅れが著しくなっていたりして、友達関係の構築が難しく、疎外感をもつことが多かった。そのような中、保護者や学生本人から特別な教育支援の要求が急増していた。また、OECD（経済協力開発機構）に加盟している主要国においては、すでに病気の子どもへの教育である健康障害教育が障害カテゴリーとして位置づけられ、特殊教育の対象となっていたことも大きな背景であった。健康障害の定義は、心臓障害、腎臓障害、肝機能



図2 国立特殊教育院内に新設された特殊教育情報館

障害等慢性疾患により、3ヶ月以上の長期入院あるいは通院治療等継続的な医療的支援が必要で、学校生活、学業遂行等において教育的支援を持続的に受けなければならない者（特殊教育振興法施行令第9条2項）とされた。選定基準である「3ヶ月以上の継続的な医療的支援」というのは、入院あるいは通院治療等の長期間の医療的が必要で、1年の出席日数220日の3分の2以上を出席することができない程度の医療が要求される場合で、継続的に3ヶ月間入院しているということだけで特殊教育対象学生としないこととしている。

病院の中にある学級は、通称として「病院学校」と韓国では称されている。病院学校の設置は、設置・運営に対する行財政支援とその教育の広報について、病院学校を置くこととなる地域総合病院と、広域地方自治体（特別市・広域市・道）教育庁や各教育庁下の区・市・郡の教育庁との間で協約を結ぶことによって可能となる。そして、病院側に対して、教育庁側が、教員を派遣するという人的支援、備品、教材等の物的支援などの財政的支援を行う。病院学校は、「○○教育庁所属□□病院学校」と称され、「派遣学級」形態で設置されるものである。また、病院学校が設置された病院の小児科医師等の主責任医療関係者に対し、「名誉校長」の役割を付与して円滑が病院学校運営を図ることとなる。そして、健康障害教育の対象となる学生は、それまで通っていた学級に籍を置いたまま病院学校または自宅での学習支援を受けることとなる。

病院学校数は、2004年に4校であったが、2007年には19校に増加した。また病院学校が設置されているのは、1特別市・6広域市・8道・1特別自治道の16行政区域のうち、法改正があった2005年に3行政区画だけであったが、1年後の2006年には、9行政区域に広がった。しかしながら、大都市にだけしか存在していないということもあり、2008年には、全行政区域32校に病院学校設置を推進することになっている。

広域自治体教育庁においては、慢性疾患学生を健康障害学生として認定することによって、病気治療による長期欠席による留年を防止するよう一般学校に広報を徹底するように努めている。

韓国国立特殊教育院では、韓国病院学校ホームページ Hospital School of Koreall）を作成し、国内の病院学校に関する情報の一元化を図っている。このホームページでは、

1. 病院学校：病院学校の紹介、目的および機能、入学案内、病院学校一覧
  2. お知らせ：公式事項、行事お知らせ、お勧めサイト
  3. 病院学校プログラム：病院学校プログラム、画像講義システム
  4. いろいろな学習活動： おたより写真、動画映像
  5. 病院学校情報倉庫：病院学校資料室、画像講義資料集
  6. 参加の広場：質問コーナー、自由掲示板
- など6つの柱で情報提供をしている。

## 2. 健康障害対象学生への教育支援

### (1) 個別化された教育支援

一人一人の健康状況に応じた教育のためには、個別の教育計画、個別の健康管理計画を立てることが、不可欠である。これらの計画は、入院前に通っていた学校の担任教師、病院学校の特殊教師、病院主治医の三者の話し合いによって作成することとなっている。病院学校での出席状況、授業内容、評価等については、病院学校の特殊教師から籍のある学校への情報として、病院学校設置契約をしている教育庁から、授業確認証明書や成績書類等により報告がなされる。

### (2) 画像講義システムによる支援

病院学校特殊教師の授業だけではなく、ICTによる画像講義システム等を利用した授業日数の確保するよう努めている。画像講義システムは、サイバー学習サービスを学生に提供するものである。学生は、病院学校や療養中の自宅においてインターネットがつながったパソコンを利用することによって、広域自治体教育庁の教授－学習センターの画像講義担当教師による画像講義システムによる授業を受けることができる。このシステムは、登録手続きを行うことによって、

表5 画像講義システム運営教育庁の担当地域

画像講義システム 運営教育庁	担当地域
ソウル特別市教育庁	ソウル特別市、大田広域市、京畿道 江原道、忠清北道、忠清南道
慶尚南道教育庁	釜山広域市、大邱広域市、光州広域市 蔚山広域市、全羅北道、全羅南道 慶尚北道、慶尚南道、済州特別自治道
仁川広域市教育庁	仁川広域市

学生、保護者、教師が無料で教授学習コンテンツを利用することができる。これらのコンテンツは、教育庁情報院において開発、改訂作業が行われている。

現在は、ソウル特別市、仁川広域市教育庁、慶尚南道教育庁において画像講義システムが運用されており、所轄の病院学校や学生自宅のある地域だけではなく、近隣の広域自治体にある病院学校や学生自宅にもサービスを提供している。表5は、運用3教育庁のサービス担当エリアを示したものである。

### (3) 病院学校の運営面からの支援

病院学校では、派遣された特殊教師のほかに、近隣学校からの教師ボランティア、教育大学や師範学校の学生による予備教師の訪問教育、ICTによる画像講義システムを積極的に活用して個別指導や相談が継続的に行うことができるよう管理し、学年別、科目別指導が確保できるように学生を支援している。また、病院学校の授業参加を出席と認めるように措置し、正規教員が配置されていない病院学校であっても、授業確認証明書の発給によって出席と認定している。その際の最小授業時間は、原則として幼稚園・小学生は1日1時間以上、中学生・高等学生は1日2時間以上としているが、子どもの病状に合わせて変更することができる。

病気治療を終えて退院した後も、自宅においてサイバー家庭学習サービスにより、教師と1対1の授業を受けることができる。

### (4) 心理的支援

病気によって入院治療を必要とする子どもたちは、それまでできていた学校活動が制限されたり、参加できなかったりすることから、不安感をもったり気持ちが落ち込んだりすることがある。また、将来への不安や服薬による副作用にも教育的支援が必要となる。そこで、2006年に、健康障害のための認識プログラムが開発された。このプログラムは、健康障害の学生自身の病気へ

の自己認識を高めることのほかに、友達などの周囲にいる人にも病気などに正しい情報を取り組むべき課題について情報的提供を行うためのものである。

入院生活を余儀なくされても、それまでの友達関係を維持継続できるようにするために、病院学校や教育庁は、友達による病院訪問を企画実施することもある。

### 3. 病院学校の実際 －セブランス病院学校－



図3 セブランス病院学校における授業風景

セブランス病院学校は、ソウル市内の延世大学校新村延世セブランス病院の子ども病院内に設置された病院学校である。2000年12月に病院内教室が設置され、2006年3月に新たにソウル特別市西部教育庁との協約により、病院学校としてスタートした。病院学校に通う子どもの疾患は、小児がんや腎臓疾患をはじめ様々である。『泉水教室』と『夢の木教室』と称する教室に分かれており、前者は免疫力が減少した児童のための教室であり、後者はすべての入院児童のための教室である。

授業は、一般授業と出席認定授業がある。一般授業の対象となるのは、入院しているすべての学生である。授業時間は1日あたり3～4時間である。出席認定授業の対象となるのは、健康障害の障害カテゴリーに該当すると判断された学生（以下、健康障害学生とする）のみである。授業時間は、小学生が1日あたり1時間、中学生が1日あたり2時間である。一般授業の科目は、国語、英語、数学、日本語、漢字、ものづくり、音楽治療、美術治療、芸術治療である。一方、

表6 出席認定授業教師等の内訳

	前・現職教師		大学生及び大卒者	小計	総計
	前職	現職			
初等	7	29		36	41
中・高			5	5	

表7 一般授業教師等の内訳

前・現職教師		予備教師		資格証所有者	大学及び大卒者	総計
前職	現職	教育大学	師範大学	中等		
2	5	2	1	8	82	100

出席認定授業は、小学生が国語、数学、中学生が国語、英語、数学である。

病院学校には、教育庁から派遣された特殊教師のほかに、教員資格をもつ教師ボランティア、教育大学や師範大学に通う予備教師が教室内で学生の授業に参加している。表6は、出席認定授業を担当する教師等の内訳、表7は、一般授業を担当する教師等の内訳を示している。

すべての健康障害学生が入学する時には、入校することとなった健康障害学生の担任教師と、健康状態、これまでの学習内容、健康障害出席管理に関する情報交換を行い、毎月月末には、授業に参加した健康障害学生の担任教師と授業内容と授業時間数について情報交換を行うこととなっている。

健康障害学生の授業運営の課題としては、多様な学年の子どもが混在していること、切れ目のない子どもたちの入退院に伴う授業内容の連携が難しいこと、退院後の欠席期間中の学習時間確保の困難さ、学生数が毎日変化することによる教師の確保が難しいことがあげられている。

病院学校の運営にあっては、民間企業や民間協会による金銭面、物資面での後援も大きな役割を果たしている。

#### IV おわりに

ここでは、韓国における特殊教育の歴史と現状を概観し、新しく制度として始まった病気の子どもたちを対象とした健康障害教育について取り上げた。病院学校では、特殊教師だけではなく、教師資格のあるボランティア、保護者や地域のボランティアなど様々な立場の人が学校内で教育支援に携わっている。病気の子どもたちの学びは、これらの人的サポートによって保障されるようになりつつある。そしてさらに、画像講義システムなどのＩＣＴを活用した教育支援が、子どもの学びをより確実にするツールとして積極的に学校現場に取り入れられ、実用されている。

1977年に制定された「特殊教育振興法」は、これまで10回以上の改訂を繰り返し、現行「特殊教育振興法」に至った。そして、さらに2008年度からは、「特殊教育振興法」にかわる「障害者などに関する特殊教育法」が施行されることになってい折り、今後も新たな特殊教育の取組が推し進められることになるであろう。

今後、韓国での健康障害教育の取組と日本における特別支援教育での病弱教育の取組とを比較研究することは、新たな視点による病気の子どもの教育の推進につながると考える。

## 謝辞

韓国の健康障害教育に関する情報収集に際して、韓国国立特殊教育、セブランス病院学校、延世大学リハビリテーション学校の関係者の方から、心温まるご協力が得られたことを感謝申し上げます。また、東京学芸大学大学院教育学研究科在学中の金炫廷様からは、最新の情報を提供して頂きました。ここに記して感謝の意を表します。

## 引用文献・資料等

- 1) 外務省ホームページ：各国・地域情勢（韓国）  
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/korea/index.html>
- 2) 中央教育審議会：初等中等教育分科会教育課程部会第9回外国語専門部会，参考資料4-1，韓国における小学校英語教育の現状と課題，附：韓国の学校教育制度  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo3/siryo/015/05120501/006/005.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/siryo/015/05120501/006/005.htm)
- 3) 財団法人自治体国際化協会ホームページ：韓国の教育自治  
[http://www.clair.or.jp/j/forum/c\\_report/cr254m.html](http://www.clair.or.jp/j/forum/c_report/cr254m.html)
- 4) 中央教育審議会：初等中等教育分会第14回教育財政部会，参考資料1 英国の学校理事会及び韓国の学校運営委員会について  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo3/gijiroku/001/03120501/003/005.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/gijiroku/001/03120501/003/005.htm)
- 5) 李孝子：韓国のインクルーシブ教育における実態と展望，第7回日韓特殊教育セミナー，日韓におけるインクルーシブな教育を目指した動向について，8-13,2007
- 6) 朴在国：韓国における障害児教育改革，リハビリテーション研究，1997，13-19
- 7) 金炫廷・高橋智：韓国における障害児の就学前教育・保育システムの動向，東京学芸大学総合教育科学系(58)，203-233，2007
- 8) 白雲鶴：韓国における特殊教育と障害者の福祉，大分大学教育福祉科学部研究紀要，21(2)，93-108，1999
- 9) 国立特殊教育院2007年度特殊教育実態調査  
<http://edu.kise.go.kr/bbs/diary.jsp?name=bojopds2&artno=46&pg=1>
- 10) 齊藤宇開・上月正博・宍戸和成・植島綾子：第4回韓日特殊教育セミナー報告，世界の特殊教育(18)，27-33,2005
- 11) Hospital School of Korea ホームページ  
<http://hoschool.ice.go.kr>

**課題別研究報告書**  
(平成18年度～19年度)  
**我が国の病気のある子どもの教育の在り方に関する研究**  
**－病弱教育と学校保健の連携を視野に入れて－**

---

平成20年3月 発行

発行 独立行政法人  
国立特別支援教育総合研究所  
〒239-8585  
神奈川県横須賀市野比5丁目1番1号  
電話 046-848-4121(代表)  
URL <http://www.nise.go.jp>

---