

心身障害児の療育指針の設定に関する研究

| | |
|-------|--------------------|
| 分担研究者 | 平井信義 (大妻女子大学) |
| 研究協力者 | 山崖俊子 (全国療育相談センター) |
| | 吉岡寿子 (") |
| | 下田巧 (全国特殊教育推進連盟) |
| | 林友三 (東京都立光明養護学校) |
| | 堤直温 (中央愛児園) |
| | 詔間晋平 (国立特殊教育総合研究所) |

序 論

昭和50年度におけるわれわれの研究は、

1. 心理・教育的側面と医療的側面とを統合した療育方針の設定、
2. 診断及び療育方針を、療育の経過において修正していくシステムの検討、
3. 施設と家庭の連携の方法、
4. 医療・心理及び教育などを含めた療育に関する評価基準の設定、
5. 在宅障害児の療育体制のあり方とその指導体制のあり方についての検討、

の5つの柱について討論を重ね、そのいずれもが現在極めて不備な状態におかれているために、心身障害児及びその両親が不安に陥り、療育も十分に行われにくい面があることを、具体的事例を挙げて追求した。その結果、

1. 心身障害児の療育指針の設定に当たっては、障害児にかかわる各種の職種の方が、平等な立場から発言できるような事例会議は絶対に必要であり、その会議の中で療育指針が設定されなければならないという結論となり、それを欠いた療育指針の設定には、しばしば偏向や過誤があり、子どもの人格形成を

ゆがめ、能力の開発を損う結果になっている例が多いということがわかった。従って、今後においては、

①どのような職種の者を、1つの施設内に配属するか、

②事例会議をする時間と場所とをどのように設定するか、

を研究し、それを実験的に実践する必要があることを提言した。

2. 診断及び療育方針を、療育の経過において修正していくシステムについては、治療・教育にたずさわる者が、子どもの行動を十分に観察することである。医師や治療者、教師やケースワーカーなど、子どもにかかわる者が子どもを十分に観察すること、その際に子どものよいコミュニケーションをつけてその対応の状態を知ることにより、とくに教育者の観察から、従来の診断名や療育指針に対して疑惑が生ずることがしばしばあった。すぐれた教師は、初め医師によって示された療育指針を次々と修正しており、或いは診断名にさえ疑いを持つに至った例もあるのは、子どもに対する教育的接近の中で、子どもを十分に観察しているからに他ならない。とくに、医師のみによって示された療育指針は、教育

的（保育的）観点から、くり返し修正される必要がある。その際にも、子どもに関係している職種の者すべてが事例討論に参加することが望ましく、とくに子どもとよく接触している教師（保育者）や治療者の意見を十分にきくことが必要であり、医師の意見を優先させないように注意すべきであることが判明した。

すなわち、

- ①教育や治療に直接当たっている者の意見をどのように療育指針に反応させるか、その方法の確立、
- ②その際の事例討論の時間と場所の設定について研究し、それを実験的に実践する必要があることを提言した。

3. 施設と家庭の連携については、施設職員と両親との緊密な関係が重要であり、障害児の療育に当っては、これが円滑に行われることによって療育指針が効果を発揮することによって連携には、施設において指導に当る者と両親との親密な関係（ラポール）が前提となることは言うまでもない。ラポールの成立には、カウンセリングの技法が示しているように、指導に当る者が、両親に対して共感的理解のできる能力と資質を持っている必要があること、および、指導に当っては、両親の精神的な安定を第一に、両親に療育による希望を与えることを常に考える必要があることが明らかになった。

その意味で、

- ①指導の方法をどのようにするか、とくにカウンセリングの技術の習得、
- ②両親の指導をする者、時間、場所の設定、
- ③とくに、現在の体制の中での改善の方法などが研究課題となることが提言された。

4. 療育の効果の判定または評価に当たっては、薬物や手術や補装器具など医療面の効果のみでなく、子どもの人格や知能など精神面をも含めて検討される必要がある。人格面の測定には困難な面が多いが、情緒の発達と安定、意志力（意欲）の発達などは、教育者が

教育の場において把握し易いので、その意見をきくことが重要である。

とくに教師の中には、自己の教育について厳しく評価し、反省をくり返しながらか、絶えず教育方法に改良を加え、療育の実績を挙げている者があり、そのような教育者は、同時に両親との協力体制を作り、その中で1人1人の子どもの発達全般に目を向け、それがたとえ微々たるものであっても、発見する目を持ち、発達記録などを充実させることによって、子ども・両親・教師のいずれもが生き甲斐を感じ合っている。この生き甲斐こそは、療育の中で、とくに評価において考慮される必要があることが分かった。

さらに、療育の効果を評価する場合には、光背効果やA T I（能力処置交互作用）、或いは、余り目的を固定化しないで指導し評価する羅生門方式などを考慮するとともに、知的・情緒的・意志力（意欲）の、社会的などの発達の柱を立てたり、その他教育上の評価を生活全般に亘って設定することが必要である。

そこで、

- ①医療上の効果や身辺自立の能力と同時に、情緒・意志力・社会性などについて1人1人の発達について評価する方法や
- ②人格全般に対する評価の中で、医療の評価を行う方法の設定が必要であることが提言された。

5. 在宅障害児の療育体制とあり方とその指導のあり方については、これまで殆ど考慮されなかった。在宅障害児のための総合的な療育上の対策を立てるには、各地にセンターの設置が必要であるが、それが直ちに実現されない場合には、センター的な機能を果たす可能性のある施設の指定が望まれる。その中で、在宅児の指導に当たっているボランティアやホームヘルパー、訪問教師などの意見の交換、或いは事例会議への参加なども可能となるような体制作りが望まれた。

以上、5つの研究課題の中で一貫して言わ

れている問題は、従来の療育指針が、主として医療面から両親に告げられ、心理面・教育面・福祉面からの参加が少なかったことである。障害児の全面的な発達、とくに人格の発達を考えれば、精神面を重要視した療育指針を設定する必要がある。それには、障害児にたずさわるすべての職種の方が、いかに協力し合うか、そのための体制を設定することから始めなければならないことである。

そこで、本年度は、1つの施設において可能な限りよい協力体制を整えて、先導的試行を実現しようとしたが、残念ながら施設の協力を得る段階にまでは至らなかった。それは、施設の体制の根本的な改革につながり、施設職員の考え方を基本的に変えなければならないからである。

そこで、現時点においては机上のプランになるうとも、理想案を示して、将来に備えておこうということになり、研究協力者からその案を提出してもらい、それを総括した。

研究内容

1. 療育指針の設定および修正の方法

心理・教育的側面と医療的側面とを統合した療育指針の設定についても、診断および療育指針を療育の経過において修正することについても、

1) 1人の心身障害児を、その子どもにかかわりを持つ職種の方すべてが、十分に観察して、資料を提供すること、

2) それにもとずいて、必要と認められる検査を行い、資料を提供すること、

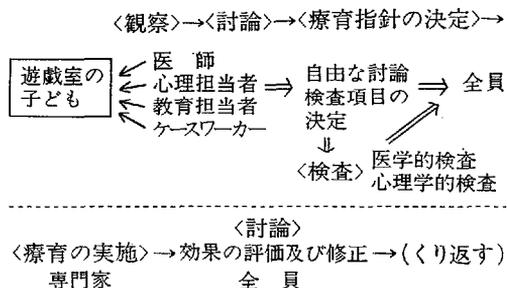
3) それら資料にもとずいて、時間をかけて事例討論を行うこと、

4) 事例討論に当っては、医療を先行させることなく、その子どもの心理および家庭的・社会的な背景を十分に考慮し、とくに教育上の指針を立てる中で、医療がどのような役割を担うかを検討する。とくに、療育指針の修正に当っては、教育的・心理的側面からの意見を十分に取り入れること。

従来は、とくに医療的側面が優先し、それにもとずく診断や療育指針が先行したために、教育的・心理的側面からの提案は、とくに後退せざるを得なかった。重要な点は、どのような教育上の働きかけによってどのように変化したかを基盤として、その中で医療がどのような役割を演じたかを検討することである。医療的側面から示された指示が教育者や家人によって受け入れられないものが多々あったのは、教育的・心理的側面からの提案が十分に取り入れられなかった点にある。

熱意のある教育者は、心身障害児に秘められている可能性の発見に貢献し、新しい能力を発揮させることに成功している。また、ケースワーカーやボランティアは、障害児の家庭の状況や家族関係の在り方をよく知っており、その提案は療育指針の設定に当って、大きな意義を持っている。従って、それらの意見は療育指針の設定および修正に十分に反映されなければならない。

図1 センターの機能について



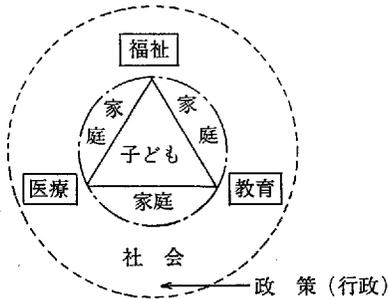
2. 病理的診断と教育的診断の統合

教育的な努力の重要性は、歴史的変遷を見てもわかるように、すぐれた教育者によって、医師から示されたその子どもの能力の「限界」を突破して、新しい面で能力を伸ばすことができた。医師は、過去のデータにもとずき客観的な療育指針を立てようとする。それも尊重されなければならないが、その限界を打ち破るための教育上の努力にはさらに尊重すべきものがある。従って、医療的な指

針は、絶えず教育的側面からの修正を受ける必要があり、その間において、心理的にみた客観的な評価を参考にすることも重要である。とくに医療的側面の職員は、教育者および両親を援助する役割に徹して、教育上に役立つ指針への設定を考慮することが望ましい。

そのためにも、1～2カ月に1回は事例会議を開いて、心身障害児の1人1人について討論するための時間を設定すること、それには、その子どもにかかわる職員やボランティアの参加が必要である。

図2.



事例会議において用いられる資料は、直接に子どもにかかわりのある教師の記録、および、遊戯観察を行っているセラピストの記録が重要な意義を持ち、それと医学的検査の結果とを対応させるとともに、心理的検査の結果も参考にすべきである。検査の結果は客観性を持っているように思われるが、それには限界があるのは当然であり、従って、観察記録を重要視しなければならない。ただし、観察記録は不備なものになりがちであるので、今後においては、障害別にその観点を整えて作製する必要があり、次年度の研究課題としている。

従来は、子どもの観察が十分に行われず、ともすると検査の結果からのみ療育指針が決定される傾向にあったが、これは改めるべきである。

3. 施設と家庭の連携

在宅障害児を含めて、施設と家庭との間の連携は、障害児の療育指針を実現するために

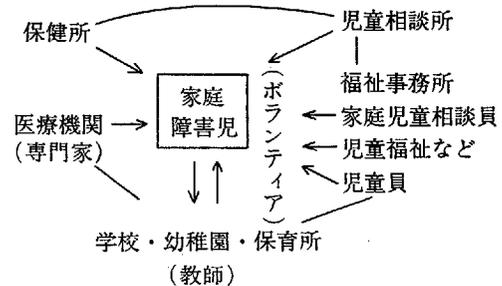
は、極めて重要な意義を持つ。

1) 両親の指導に当っては、カウンセリングの技術を必要とする面があるから、その技術を習得した専門家が当る必要があるが、その際にも、ケースワーカーやボランティアの意見を十分に取り入れることが望ましい。

2) ボランティアを初めとして、その他の社会的資源を動員する体制を作り、専門職員との有機的連絡をはかるために、事例会議においてはそれらの人々の参加ができるようにする。それと同時に、相互に連絡を取り合うことのできるような体制を、センター的機能を持つ施設内に設定することが必要となる。とくに、家庭は常に流動しやすい状況におかれているし、家族関係にも不調和が起きることも考えられるので、それらに即応できる体制が必要である。

3) 以上を考えると、公的機関の横の連絡の強化は、必然的に望まれることである。横の連絡が強化されるためにも、センター的機能を持った施設が必要となる。

図3 社会施設の横の連絡



4. 療育指針の評価

医療および心理・教育などを含めた療育指針をいかに評価すべきかについては、今後において早急に決定すべき課題であり、次年度の研究内容とする。

以下、3人の研究協力者による「障害乳幼児療育について」および「教育的側面と医療的側面との統合に関して」の論文は、療育の歴史的変遷と今後の療育指針を考える上で示唆に富んでいる提案であるので、附録とする

〔付録1〕

障害乳幼児療育について

堤 直温

I 療育対象の変化について

心身障害児に対する療育のあり方は近年医学の進歩に伴って非常に変わって来た。

願れば私が我国最初のクリツペルハイムの整肢療養園の初代医療部長になった昭和17年頃は先天性疾患（先天性股関節脱臼等）、骨関節結核、化膿性疾患（骨髄炎等）、外傷性疾患などが多かったが、先天性股関節脱臼は生後早期の治療で完全に治癒するようになり、結核性疾患はストレプトマイシンなど新薬の出現により、化膿性疾患は抗生物質の発見によって、共に著しく減少した。そして私が国立東京第一病院整形外科医長だった昭和22年から30年頃は脊髄性小児麻痺が主であった。しかしその後ポリオワクチンが出来て脊髄性小児麻痺は急速に減少し、昭和37年東京都立北療育園長となって北療育園を開園するや、入園患者の殆んど大部分は脳性麻痺となった。このように対象となる疾患の変化につれて療育のあり方も当然変わって来たが、同時に重複障害のような従来は療育不能とされていたものも療育の対象として浮び上って来た。

II 早期療育について

近年、早期発見が可能となり、従って療育も従来よりも早期に開始するようになった。近頃は3才頃から療育を行っている施設が多くなったが、本来療育は障害が判明した時点で直ちに開始すべきである。このためには現在の施設の設定等について乳幼児の療育に必要な条件を整備する必要がある。

III 乳幼児療育について

(1)施設収容と通園

乳幼児はすべて親や家族の庇護のもとに育てられるのが自然の姿である。このことは障

害児に於ても同じである。即ち障害のある乳幼児の療育は「家庭から切り離すことなく、在宅通園を原則とすべきである」。そしてどうしても施設収容が必要な場合、例えば手術のためとか、特に親から離して訓練を行う必要がある場合とか、また家庭の事情で通園が出来ない場合とか、そういう場合にだけに施設収容を限るべきである。そして収容が必要でなくなった時には施設収容をやめて通園に切り換えるべきである。私が北療育園長の時に、収容が必要でなくなった障害児を退園させて通園に切り換えようとしたら、その子の親が退園するともう二度と入園させてくれないだろうと思ってなかなか承知しなかったことがあった。そこで療育上必要があれば何度でも入園させるし、何度でも退園させると約束してやっと親の承諾を得た。即ち療育上の必要によって通園と施設収容を随時組合せて行うべきであるが、乳幼児については通園療育を原則とすべきである。

(2)疾患別療育について

障害児の施設は疾患別につくられており、従ってその療育は疾患別に行われている。勿論、疾患別に療育を行うことが必要なことは多い。殊に年長児の場合、特に施設収容の場合にはその必要性が大である。しかし「乳幼児の通園の場合にはいろいろの障害児と一緒に療育するのがよいと思う」。「時には正常児をまじえることもよい」。私が園長をしている中央愛児園では通園児の大部分が重複障害児である。脳性麻痺と精薄の重複が多いが、その他情緒障害、盲、聾啞等の重複もある。障害児は異なる障害を持つ集団の中で互に助け合い、単一障害児だけの場合よりも療育の効果が著しい。中央愛児園では「学校の夏休みや春休みなどには通園児の兄弟姉妹に来てもらって障害児と一緒に遊んでもらっている」が、これが療育の成果の向上に大いに役立っていると思っている。

IV 障害児の訓練について

乳幼障害児の訓練は一言で言えば「遊びの

中の訓練」であるべきと思う。成人のリハビリテーションの時のように種々の器械、器具を使って行くことは乳幼児では行われない。おもりがついた器械を何回やるとか、固定した自転車のペダルを何百回踏むとか、こんなことは乳幼児には出来ない。勿論、幼児でも平行棒や階段、滑り台、三輪車、子供用自動車、トランポリンなどを使うことはある。よく世間では訓練というと上肢や下肢の屈伸や、寝返えり、スタビライザーによる立位訓練など決められた運動を毎日一定時間行うのだと思っている人がいるが、時に必要があってこういう訓練もするが、大体子供がこんなことを面白がってするわけがなく、強いて行えば子供は一ぺんでいやになって二度とやらない。

乳幼児の療育で「一番大切なことは障害児が喜んで通園するようにする」ことである。一対一の訓練は障害児が通園を喜ぶようになってから必要に応じて行うが、乳幼児の訓練は原則としては遊びの中の訓練でなければならぬ。障害児自身は訓練をうけていると思っていないで、お姉さんやおばさんたちが遊んでくれていると思うようであればいけない。中央愛児園に通園して間もない障害児の母親が、その子が既に訓練をうけつつあるのを知らずに「うちの子供はいつになったら訓練をはじめののですか」とか、「ここでは訓練はしてくれないのですか」ときくことが時々ある。母親でさえ既に訓練をうけているのにまだうけていないと思うようなら、これは満点というべきである。中央愛児園では「理学療法士や言語治療士は保母の保育の中に入って子供たちと一緒に遊んだり、歌ったりしながらその中に訓練や言語治療を織りまぜるようにしている」。そして「一週一回のミーティングで各障害児について話合って保育、訓練、言語治療の密接な連携に努めている」。遊びの中に訓練を織り込むことは決してやさしいことではない。秀れた専門の知識と卓越した技術が必要である。

V 乳幼児から成人に至る一貫した処置

近年いろいろな障害についての対策はかなりよくなって来たが、重症精薄児や重複障害児の施設などはまだ非常に遅れている。しかも障害児別の対策の間につながりがなく、ばらばらなきらいがある。先般東京都が6才障害児について親の希望があれば全員就学に踏み切ったことは確かに大きな進歩である。しかし小学校から中学校、高等学校、さらに職業訓練、次いで就職となるとまだまだ道はけわしく困難である。私が北療育園の園長をしていた頃、同じ敷地内にある北養護学校の高等科卒業生の就職には学校の先生方は大変苦労されていた。そして先生方の尽力で何とか就職しても1年か2年の後には再び職場から家庭に戻って家の中に閉じこもってしまう例が多かった。このような障害児が或る日北療育園を訪れて来た。そして「先生が一生懸命に訓練をすれば社会に出て立派に働けるようになる」と云ったので、僕たちは苦しいのも我慢して先生の言う通りにやってきたが、その結果はどこでも働けず、家の中にじっとしているだけではないか、先生はうそつきだ」と涙を目にいっぱいためて訴えたが、私は全く返えず言葉もなかった。なまじっか希望をもたせておいて、後で失望させるくらいなら、はじめから苦しい訓練などしない方がよい。全く残酷である。しかも長い間の療育や教育に使った莫大な金も全く無駄で、寧ろこれを本人の生活費に与えた方がいいのではないか。こんな議論さえ行われる始末である。一日も早く乳児から学童、成人に至る一貫した処置が確立され、障害児が失望することなく社会で働けるように切に望む次第である。

VI 障害児療育職員について

近年、障害児の療育は以前は療育不能とされていた重複障害のものが多くなり、且早期に乳幼児からはじめるようになった。従って療育にあたる職員の職種、人員もかわって来ている。以前に肢体不自由児施設で脊髄性小児麻痺などが多かった時には「医師は整形外科

科、小児科」などだったが、精神発達遅滞を伴っている脳性麻痺など重複障害が多くなった今日では「小児神経科、精神科、歯科などの医師」の参画が必要である。情緒障害には心理学者、言語障害に言語治療士や耳鼻咽喉科医、更らに眼科医、ケースワーカー、各種検査技術士など多数の職種が必要となって来た。保育については従来「保母」が専らこれにあっていたが、近年は保育に携わる男性、所謂「保父」が必要といわれている。幼児の療育の場合に保母だけよりも保父がいると幼児の表情が生き生きとしてくる。療育の効果も著るしく向上する。一家の中に父親と母親と両者揃って必要なと同じである。

次に職員の待遇について一言したい。従来「もうからない福祉の仕事に携わる職員は奉仕的に安い待遇で我慢すべきである」ということがいわれていたが、これは大変な間違いである。勿論、仕事をするには奉仕的精神が必要であるが、こういう仕事をする人に対して社会は感謝の意をもって特に優遇しなければならない。「一般の仕事をする人々よりも待遇をよくすべきである」。私が整肢療護園の開園の時にあたって、すべての職員に当時の国家公務員よりも一号俸高い待遇をしたが、結果は優秀な職員が集まり、療育の成果はあがり、世間の評判はよく、従って政府の助成金は勿論のこと、民間の寄附なども多く、経営は順調であったことを覚えている。よい仕事をするには「立派な人材を集めること」が一番大切である。そしてよい仕事をすれば世間は決して見捨てないものである。

Ⅶ 療育相談センターについて

障害児の療育はその疾病によって、その症状、程度によって適切に行われなければならない。しかし現状は必ずしもそうでないことがある。そこでこの障害児はどういう病気で、どういように療育するのがよいか、教育はどうしたらよいかなどを「総合的に判定」し指導することが必要である。このためには全国心身障害児福祉財団の全国療育相談

センターのようなものを全国に、例えば北海道地区、東北地区、中国四国地区、九州地区などに一カ所づつ設けることが必要である。現在、全国療育相談センターには遠く、北は北海道から、南は沖縄、奄美大島などから障害児を抱えて遙々訪ねて来ているが、これは決して賞むべきことではない。決して喜ぶことではない。各地区には立派な専門家がいます。各地区で十分療育相談に応じられる。一日も早く「各地区に療育相談センターがつくられること」を切望する。現在東京にある全国療育相談センターは関東甲信越を受持つとともに、各地区センターとの連絡及び各地区から依頼のある障害児の療育相談を扱うことにする。

〔附録2〕

教育的側面と医療的側面との統合に関して

林 友三
下田 巧

1. 調査研究の経過

1) 昭和47年度においては、心身に障害を持っているが故に、義務教育の課程を十分に受け入れることのできない児童生徒に対し、医療と教育がどのような、かかわり合いをもつ事が望ましいかという研究目的に対し、主として、義務教育該当年齢者のうち就学猶予又は免除を受けているものの理由を調査研究した。

2) 昭和48年度においては就学に関し、親側の希望とその希望を受け入れようとする教育機関の対処のしかたについて調査研究した。

3) 昭和49年度においては、前2年間の調査研究の結果を踏えて、就学猶予、免除の措置の適否及び就学形態、教育の内容方法等についての総合的な研究を行った。

調査研究は、当療育相談所に相談を求めてきた児童生徒及びその保護者に対する面接を主とするとともに、一方都内の養護学校の児童生徒に対し、担任等の調査研究をあわせて行ったもので、その経過については、年度毎の研究報告に略述したところである。

4) 昭和50年度においては、従来の研究結果の上に立って、現に就学している児童生徒がいかなる事項に関して問題をもっているかを明らかにし、その対策について研究を進めた。

この調査研究は主として親の側（児童の側）に立った要望、あるいは不満を中心としたものであるが项目的に要約すると

- (1) 通学上の不便。（バス等の不便）
- (2) 学校環境上の不便。（施設・設備の不
適等）
- (3) 学校内における事故に対しての不安。
- (4) 学校生活における身辺介助の不安。
- (5) 学校における医療体制の不備。（不測
の時の不安）
- (6) 希望の学校に就学が許されない不満。
- (7) 教育の効果に対しての疑問。
- (8) 学校に就学する前の教育機関の不足に
対する不満——幼児教育機関の不足。

などがあげられている。

2. 学校教育における医療的かかわり

元来は学校は心身健康なものが就学するということが一般的な概念となっているが、医療的保健衛生的措置もある程度実施されている。

1) 就学猶予又は免除の措置

義務教育制度の中で、心身に障害のある者に対して、就学の猶予または免除に関し、法規上の定めのできたのは、明治6年の学制追加以来のことである。学制第211章に「小学ニ入ルノ男女ハ種痘或ハ天然痘ヲ為シタルモノニ非レハ之ヲ許サス」とある。しかし、これは天然痘の学校内感染を防止するための伝染病予防と見るべきであって、猶予免除とはいい難いが、明治19年の小学校令において

は、第5条に「疾病家計困窮其他止ムシ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コトヲ得」と改正されて、就学猶予の規定がなされている。これがより明確な規定となったのは、明治33年の小学校令改正である。すなわち同令第33条において「**学齡児童^{しょうてん}瘋癩^{ふうらん}白痴^{はくち}又ハ不具^{ふぐ}癱疾^{たんじつ}ノ為就学スルコト能ハスト認メタルトキハ市町村長ハ監督官庁ノ認可ヲ受ケ学齡児童者ノ義務ヲ免除スルコトヲ得。学齡児童^{しょうてん}病弱^{びじやく}又ハ發育不完全ノ為就学セシムヘキ時期ニ於テ就学スルコト能ハスト認メタルトキハ市町村長ハ監督官庁ノ認可ヲ受ケ其ノ就学ヲ猶予スルコトヲ得。」と定めて就学猶予免除の内容までも規定している。昭和16年の国民学校令においても、この方針が踏襲されて戦後を迎えたのであるが、学校教育法第23条において「前条の規定によって保護者が就学させなければならない子女で病弱、發育不完全その他やむを得ない事由のため、就学困難と認められる者の保護者に対しては、市町村の教育委員会は、監督官庁の定める規程により、前条第1項に規定する義務を猶予又は免除することができる。」と定めてある。監督官庁はこの事に対して、学校教育法施行規則第42条において「……当該市町村の教育委員会の指定する医師その他の者の証明書等その事由を証するに足る書類を添えなければならない。」と規定している。**

就学困難と認めたるときは、という用語が認める人、認める機関によって大きな差のある事は、過去3年間の親及び児童の面接によって明らかなことであり、かりに、就学を認めたとしても、就学してからの教育のあり方、医療のあり方に大きな差のある事は事実である。

しかし、最近になって就学率が向上してきているが、これは、とりもなおさず従来猶予又は免除の措置を受けていたものが、就学してきた結果である。昭和35年度の看護学校の

在籍児童生徒数が4,800名程度であったものが、昭和49年度には37,900名に及んでいる。就学猶予免除児童生徒数においても、昭和40年度には22,400人程度あったものが、昭和49年度には14,900名に減少している。この事は、心身障害児の就学の増加を意味し、それだけ医療と教育の統合の必要性を示す結果となる。

2) 学校における医療及び保健衛生体制

学校における医学的体制は、まず学校環境衛生から始められている。明治24年に、小学校設備準則が制定され、校地校舎等の衛生上の諸注意について規定したが、児童生徒の保健上の管理としては、明治31年の公立学校の学校医制度の制定である。この制度は現在に及んでいるのであるが、この学校医が学校における医療と教育のパイプ役となっているのである。学校医の職務については、児童生徒の疾病構造等によって、幾度か改正され、現在は学校保健法施行規則によって「学校医の職務執行の準則」として9項目があげられている。

続いて、明治33年に公立学校全般に対して「学生生徒身体検査規定」が制定され、学生、生徒、児童の健康管理を行うこととなった。この身体検査規定は、以後何回かの改正を経て、現在は学校保健法の中で、「健康診断」として毎年実施されているものである。

疾病予防の対策としては、明治30年に「学校保健方法」の訓令があり翌31年に「学校伝染病予防及消毒方法」が制定され、学校における伝染病予防が実行されている。

すなわち、学校においては、環境衛生、学校医の執務、身体検査、伝染病予防の4項目が医療（保健衛生）とのかかわりとなるものであり、これらの諸規程が昭和33年に学校保健法に統合された。

3) 学校保健法

学校教育の中で、医療と教育の関連についての法的規制としては、現在は学校保健法である。この学校保健法の内容は、健康診断及

び健康相談と伝染病の予防、学校保健技師及び学校医等と地方公共団体等の援助及び国の補助に関して等である。前に述べた学校医と健康診断（健康相談）は、心身障害児童生徒の教育と医療との関係に直接かかわりのあるものであり、学校医の職務及び健康診断、健康相談の内容のいかんが、現在の法的体制上のきめ手となるものである。

現在の児童生徒の健康診断の内容は12項余に及び、心身障害児の原因の殆んどに及んでいるものである。また、児童生徒の健康に関し健康相談を行うことも定められている。どのような児童生徒が、どのような体制の下に健康相談を行うかについての法的な定めはないが行政指導等において奨励されている。また学校医の執務の準則の中においても、学校医が健康相談に従事する事が定められている。このことから、学校における医療と教育は形態としては一応整っているが、実際の運用には種々の問題がある。ここに、その主なものをあげると、

(1) 健康診断上の問題点

現在の学校保健法による健康診断は、一次スクリーニングが主目的で、精密検査について公費が充当されている所が少ない。市町村の教育委員会で独自に予算をとっているところもあるが全部ではない。

その他の疾病及び異常の検査の内容として、心身障害児の疾病異常に極めて関連の深いものもあるが、現状では専門医、医療機関、費用等の関係で十分できない。

健康診断後の事後措置について規定がされているが、現実問題として、引受側との関連が十分にとれていないので、その効果が十分発揮できない。

二次、三次の精密検査に対する費用が保護者負担となり、適切な指導区分が困難である。

(2) 学校医執務上の問題

学校医の殆んどが開業医であり、自身の診療時間と学校への出校との調整が困難であ

る。

最近の医学の専門化につれて、校医の専門科目のみでは、十分な指導がとりにくい。

自分の校区の児童であっては、校医でない医師をホーム・ドクターとして相談を受けている児童がいる。

健康相談のように、数時間連続して必要な執務に対し、十分な報酬が出されていない。

(3) 健康相談上の問題。現在制度があっても、円滑に運営されていないことに関しては、専門医の不足、学校医の多忙、校内体制の不備等があげられている。しかし、特殊教育諸学校においては不十分ながらも実施されているところが多いが、その多くの場合は学校医が数名委嘱されている。

3. 学校教育における医療関係の充実

心身に障害をもつ児童生徒は、単に教育期間だけでなく、生涯を通して医療的ケアが必要である。現在の行政区分からすれば、厚生、文部、労働の3者にわたって、一貫した医療ケアが必要であるが、今これを、文部省所管の義務教育における医療（包括的）のかかわりを見ると、健康診断、健康相談、学校医、環境衛生等制度的にはできているものの機能としては不備不満のあることを述べた。

理想的なプランとしてならば幾通りか考えられるであろうが、現実的には現制度を踏えたものでなければ、実現に手間取ることを思い、ここに、その数項について提言する。

1) 現在かなり緊密な関係にある体制

病院併設の病弱養護学校、肢体不自由児施設の養護学校においては、教育と医療は緊密な関係にある。1例として、栃木県立の足利養護学校の職員組織をあげると下表の通りである。

このように、病院との連絡会、ケース会議における医師・教師の参加等は、併設の養護学校においては殆んど実施されている。

児童福祉法による精神薄弱施設に併設の養護学校においても施設との連絡会議がもたれているが、問題は、病院や児童福祉施設における職員の定数と学校における職員の定数との関係において、問題がないわけではない。

すなわち、児童生徒の生涯の医療、教育という立場に立ってみると、神経精神科医、生活指導者、進路指導者等の不足が目立っている。

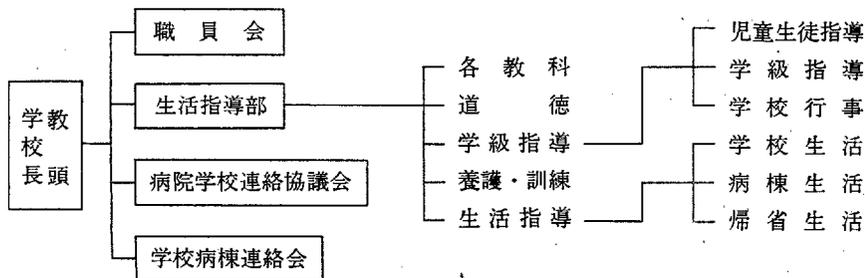
2) 発達センター（（仮称））の創設

厚生省体制の中に、小児保健センター、児童相談所等があるが、これとは別に一定期間、通園又は入園して、児童の発達全般に関

(1) ねらい

学校教育の全領域との関連のもとに、個人との接触を密にし、健康回復と学習の両立を考え、自主自立の態度を育成し、常に感謝の気持ちを忘れないよき児童生徒となるよう指導する。

(2) 組織



し、多角的診断、判定、指導指針の確立及び一定期間の指導を行うような機関を創設する必要がある。このような施設を、どの行政機関によって運営するかということで問題があるが、現在、文部省所管の教育委員会においては、市単位では殆んど教育相談所、教育センター等が設置運営されているので、その施設を拡充することによって、その機能を果たすことができるであろう。

対象を幼児中心とし、幼稚園、保育所等の施設と関連有機的な運営をすることによって、幼児期の医療と教育の統合を図ることができるであろうか。

3) 健康相談体制の充実

現行の学校保健法に示されている健康相談体制を施行規則等によって義務づけるとともに、予算的措置を十分に行うことによって、心身障害児等生徒の教育と医療の統合を図ることができるであろう。このためには、健康相談に参加する職員、参加に要する時間の取扱い、職員の処遇等について十分な措置が必要である。各学校内の健康相談で不十分な場合は市町村単位の健康相談が受けられるようにし、市町村単位の健康相談は、前述の発達センターの1業務として位置づけすることにより、より一貫性がとれるであろう。

4) 健康診断体制の充実

現行は1年1回を定期とし、必要な場合は臨時に行うことができるようになっているが、臨時健康診断に対する予算措置が不十分である。このために実際の運用がまちまちであるが、心身障害児生徒に対しては、少なくとも每学期1回は、健康診断が実施できるよう予算措置をする必要がある。健康相談とのかねあいもあり、専門医の委嘱、精密検査等に関し十分な措置が必要である。

また、小学校(小学部)1年の健康診断と幼児期の健康診断とのかかわりをどのように結ぶかということも考慮する必要がある。

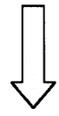
5) 学校医制度の充実

現在は、児童生徒数にかかわらず、学校

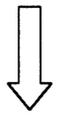
に配置されている。また専門医としては、眼科、耳鼻科が大部分で、神経精神科医の委嘱が少ない。手当も出校、勤務回数に関係なく定額、しかも僅少の所が多い。このような状態を直視し、地域医療、生涯医療の立場を踏まえて、学校医(特に心身障害児教育諸学校)の充実について、抜本的対策が必要である。すなわち各学校単で委嘱する学校医の定数を、児童生徒数に適したものにすること、市町村教育委員会単位で委嘱する専門学校医の定数の増加と、これら学校医に対する待遇を十分にすることである。この外、地域の医師会と教育委員会との間で診断、保健指導等に関する契約を結ぶことも重要なことといえる。

6) 養護教諭の充実

現在、学校における心身障害児等生徒に対する医療面の直接タッチは、養護教諭であるが、養護教育が従来の結核予防のような集団的管理指導のできた頃と違い、現在は個別指導の必要な疾患をもつ児童生徒が増加し、多忙をきわめている。また養護教諭の養護過程においては、主として身体的疾患が中心で、精神的疾患に対しての取扱事例が少なく、現場における精神神経の問題をもっている児童生徒の取扱いに苦慮しているものが多いことを考え、現職教育等によって養護教諭に対する心身障害児の医療的ケアに対する教養を高める措置をとると共に、少なくとも児童生徒数が500名以上いる場合には2名以上を配置する処置をとり、健康相談保健指導等の中心的割役を果たさせる必要がある。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



序論

昭和 50 年度におけるわれわれの研究は、

1. 心理・教育的側面と医療的側面とを統合した療育方針の設定、
 2. 診断及び療育方針を、療育の経過において修正していくシステムの検討、
 3. 施設と家庭の連携の方法、
 4. 医療・心理及び教育などを含めた療育に関する評価基準の設定、
 5. 在宅障害児の療育体制のあり方とその指導体制のあり方についての検討、
- の 5 つの柱について討論を重ね、そのいずれもが現在極めて不備な状態におかれているために、心身障害児及びその両親が不安に陥り、療育も十分に行われにくい面があることを、具体的事例を挙げて追求した。