

長期療養児の心理的問題に関する研究班 分担研究：「教育の現状と課題」研究

加藤 安雄

要約：小児慢性疾患児に対する教育面からのトータルケアの在り方を探求するために、小児慢性疾患児に対する教育の必要性の有無を明確にするための文献研究を行うとともに、アンケート調査により、小児慢性疾患児を措置している教育機関の実情を調査し、トータルケア確立のための問題点を明らかにすることに努めた。その結果、小児慢性疾患児にあっては、疾患の治療の必要性はもとより、現在の生活の在り方並びに将来よりよく生きるという立場から、長期医療の期間中であっても患児の自己実現の立場から教育は寸時も欠かすことのできないものであり、今後における一層の充実が痛感させられた。小児慢性疾患児を措置している教育機関の実情調査の結果は、小児慢性疾患児に対する教育の必要とは逆に、就学者の急激な減少をきたしており、これに対する抜本的にして強力な対策が、早急に講じられる必要がある。

見出し語：小児慢性疾患、トータルケア、教育問題

【病弱教育制度等の変遷】

1. 明治以降、国民学校令まで

わが国の病弱教育は、現存する記録によると、デンマーク（1853年）、スイス（1876年）について、明治22年（1889年）世界で第3番目として三重尋常師範学校で脚気の生徒を対象に転地による集落教育が行われたのが最初である。実施された背景は、健康問題を重視した文部大臣を筆頭に、医師養成に当たった外国人の医師、大日本私立衛生会の医師等による力が大きかった。

脚気に続き、ハンセン病、結核、虚弱の児童に対する教育が行われた。

明治31年（1898年）には、健康重視の施策として世界で最初に全国の公立学校に学校医を設置する勅令が公布されている。

大正時代になると、結核並びにその予備群としての虚弱に対する教育が全国に普及し、各県に休暇集落が設置されるとともに、県によっては特別学級（現在の特殊学級）、健康学園並びに各種学校（現在の養護学校）が設置されるようになって

きた。これらの病弱教育機関の設置の中心になったのは、学校医及びその他の医師が多かった。

2. 国民学校令

昭和16年(1941年)に国民学校令が制定され、この中に養護学級及び養護学校の制度が設けられ、その対象として、身体虚弱児、精神薄弱その他心身に異常のある者と規定された。

文部省資料によると昭和17年における養護学級総数は、1,682学級、児童数65,930人となっており、そのうち身体虚弱は、1,616学級(96%)、64,891人(98%)となっている。

昭和18年には、中学校令及び高等女学校令が制定され、虚弱生徒のための養護学級の制度が規定され、昭和18年に在籍していた生徒は、33校、65学級、3,076人となっている。

その後、戦争の激化に伴い終戦時には、病弱教育は壊滅状態になっている。

3. 学校教育法

昭和22年に制定された新制度における教育は、教育を受けることが、旧来の国民の義務であったことを改め、権利として保障することとし、例外なく全ての者に教育を受けることを保障することになった。そのため、従来の国民学校(新制度の小学校、中学校)、盲・聾学校の外に、精神薄弱、肢体不自由のために養護学校の教育を義務制として加えた。しかし、設置義務を負う県における養護学校設置の実績は皆無の状態であったため、養護学校の義務制施行は延期されることとなる。

新制度における病弱教育の制度は、病弱者は就学猶予・免除とし、したがって病弱養護学校の規定はなく、身体虚弱者については特殊学級で教育し、疾病により入院中の者に対しては、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こととした。

病弱教育は養護学校ではなく、特殊学級で行うとしたものの、先覚者達は病弱養護学校の必要性を痛感し、昭和22年の新制度発足と同時に設置されたのは、新制度の対象外とされた病弱の養護学校であり、門司市立白野江小学校附属養護学校であった。昭和30年までに設置された養護学校5校のうち3校までが病弱であり、3校のうちの2校は養護学校で最初の市立と県立であった。

4. 学校教育法改正

法律に規定されていない病弱養護学校が、次々に設置されるに及び、国は昭和36年に法律を改正し、病弱養護学校を制度化し、昭和37年に学校教育法施行令第22条の二の政令でその対象者を規定し、慢性疾患又は身体虚弱のため6か月以上程度の医療又は生活規制を必要とする者とした。

5. 養護学校教育の義務制

養護学校の義務制の施行は長い間延期されていたが、国は昭和54年4月1日から都道府県に対して対象者の全ての者を措置するに足る学校の設置義務を課し、保護者に対してはその対象者を養護学校に就学させる義務を課した。

【教育教育対象者の変遷】

1. 病種毎の教育が開始された年

ここでは、文献並びにアンケートによって判明した、最初に教育が行われたと思われる病種について記述する。

明治22年(1889年)脚気：三重尋常師範学校

明治33年(1900年)虚弱：神田区内の8小学校の
夏季集落

明治39年(1906年)ハンセン病：山梨県の日蓮

宗本山身延山久遠寺設置の深敬園

明治42年（1909年）結核、腺病、肺炎カタル、肋膜炎、栄養不良、病後衰弱、気管支カタル、肋膜肥厚、貧血、小児萎縮、肺浸潤、肥満症、腸カタル、ロイマチス、紫斑病、扁桃腺肥大：東京市養育院安房分院

大正8年（1920年）血友病、心臓、腎臓：長野県源池小学校

大正15年（1926年）眼・鼻・耳の疾患：東京市牛込区立鶴巻尋常小学校

昭和28年（1953年）百日咳予防接種ワクチン過

：宮城県栗駒町立岩ヶ崎小学校

昭和29年（1954年）骨関節疾患：宮城県立第一高等学校通信教育（国立玉浦療養所）

昭和33年（1958年）ネフローゼ、血液疾患：高岡市立成美小学校・志貴野中学校高岡市民病院内学級

昭和35年（1960年）筋ジス：仙台市立西多賀小・中学校西多賀療養所分校

昭和42年（1967年）精神病・情緒障害：新潟県川西町立千手小学校悠久荘内分校

昭和46年（1971年）重心：長野県立槻養護学校

2. 病弱教育機関への在学者数の変遷

病弱教育機関への在学者数は、医療の進歩、制度の改編、社会意識の変遷等により、「表1」で見られるとおり、大きな変動を見せている。

昭和42年は、結核が猛威を振るっていた時代のものである。

昭和54年は、養護学校教育の義務制施行の時であり、この年の就学者数を最高とし、下降していく。

昭和60年は、統合教育が主張され、特殊教育機関への就学者が減少していく。

平成3年は、最も新しい資料であり、減少化の傾向がますます進んでいる。

表1 病弱教育機関への在学者の病種・年度別の変遷

	昭和42.7.1			昭和54.5.1			昭和60.5.1			平成3.5.1		
	人数	%	順	人数	%	順	人数	%	順	人数	%	順
結核	1970	61.7	①	79	0.6	⑭	47	0.5	⑰	9	0.1	⑰
筋ジス	322	10.1	③	970	7.5	⑦	944	9.6	⑤	655	10.0	④
腎・ネフ	135	4.2	④	2167	16.8	②	1299	13.3	②	751	11.5	③
気管支喘息	110	3.5	⑤	2440	18.9	①	2258	23.1	①	1192	18.2	①
心疾患	55	1.7	⑥	320	2.5	⑧	282	2.9	⑨	196	3.0	⑩
骨疾患等	139	4.3	⑥	160	1.2	⑪	383	3.9	⑧	280	4.3	⑧
情緒疾患等	62	1.9	⑧	1253	9.7	⑥	1133	11.6	③	1073	16.4	②
虚弱・肥満	24	0.7	⑨	1939	15.0	③	857	8.7	⑥	568	8.7	⑤
重症心身障害				1295	10.0	⑤	1034	10.6	④	560	8.5	⑥
リウマチ・膠原病				208	1.6	⑨	209	2.1	⑪	128	2.0	⑫
血友病等				207	1.6	⑩	165	1.7	⑫	232	3.5	⑨

内分泌・代謝				159	1.2	⑫	220	2.2	⑩	152	2.3	⑪
腫瘍										92	1.4	⑬
眼・耳・咽喉				158	1.2	⑬	84	0.9	⑭	8	0.1	⑮
消化器疾患等				75	0.6	⑮	108	1.1	⑬	69	1.1	⑮
皮膚疾患等				68	0.5	⑯	52	0.5	⑯	87	1.3	⑭
白血病				66	0.5	⑰	76	0.8	⑮			
先天奇形				54	0.4	⑱						
損傷										27	0.4	⑯
その他	599	18.8	②	1302	10.1	④	645	6.6	⑦	478	7.3	⑦
計	3191			12921			9796			6557		

- 注 1. 「順」は、その年度の在籍人数の順位を表す。
 2. 「情緒疾患等」には、「登校拒否・不登校」を含む。
 3. 平成3年度の「血友病」には、白血病、紫斑病を含めている。
 4. この調査は、学校へ直接紹介したものであり、文部省の調査結果とは、若干異なっている。

① 病種の変遷

病弱教育を受けている者の病種は、表1のとおり、昭和54年の養護学校義務制施行以来極めて多様化してきている。

昭和42年における病弱教育の対象者は、3,191人中結核が1,970人・61.7%と過半数を占めていた。それが平成3年には9人・0.1%と激減している。一方、気管支喘息は、昭和47年に前年の4位から1位となり、現在もその状態が続いている。しかし、情緒障害の中の不登校児のその後の増加が著しく、近いうちに逆転することが見込まれている。不登校児の中には、疾病を伴わない者も在籍しており、病弱教育として扱うのか生活指導等で扱うのが今後の課題となっている。

② 対象者数の変遷

文部省資料による病弱教育在籍者数は、昭和54年の義務制施行時の12,399人を最高に、平成2年には7,929人となっているが、この中には、従来病弱

教育の対象とは考えられていなかった不登校児が約1,000人程度含まれていると考えられ、教育を受けている小児慢性疾患児が急激な減少傾向にある。

一方、小児慢性疾患児にとっては、【病弱教育の考え方】のところでも述べているような理由から教育を必要としており、治療に当たっている医療関係者からも教育の必要を強く要望されている。

これらのことから、対象者数の減少の理由を明らかにして、その対策を講ずる必要がある。対象者の減少の理由とし以下のことが上げられている。

A 医療の進歩により、6か月以上の治療を必要とする病弱者数が減少したこと。また、たとえ6か月以上の医療を必要とする場合にあっても、診断書は3か月毎の更新になっていること。

B 筋ジス児並びに重心児の生命の延長によって退院者が少なくなり、新たに入院する余地が少なくなっていること。

C 県によっては、会計検査院の監査において、

学校教育法施行令第22条二に規定する6か月以上の医療等を必要とする以外の者は就学させないようにとの指摘を受けていること。

D 病気を理由とする長期欠席者は、昭和46年以降30,000人程度と変わりがなく、この者の大部分の者は何らかの教育を必要としているにもかかわらず放置されていること。

E 就学時健康診断並びに定期健康診断の結果、長期の医療を必要とする者が発見されても対策が講じられていないこと。

F 学校現場並びに教育委員会における病弱教育についての認識が極めて薄く、就学指導委員会において、病弱教育の対象者のみは取り上げられることが皆無の状態にあること。

G 社会における疾病と日常生活及び教育との関係、並びに病弱教育の理解が低調であること。

【病弱教育の意義】

1. 過去の病弱教育の考え方

① 昭和38年の学習指導要領以前

病弱教育の考え方についての国の基準が示されたのは、昭和38年に文部事務次官通達で示された「養護学校小学部（中学部）学習指導要領病弱教育編」が最初である。それ以前の病弱教育は、病弱教育機関の設置者又は校長の考えで行われていた。

病弱教育の対象者の大部分は、結核予防対策としての虚弱児であった。その方法としては、精神主義のもと鍛錬科の教科を設定し、体位に即した集団を編成し、栄養補給、偏食矯正、日光浴、大気浴、太陽灯照射、皮膚の摩擦、午睡の配慮等を行い、週当たり3回の校医の診察を受けているところが多かった。

② 昭和38年の学習指導要領

この時代の病弱教育の対象者は、虚弱児に加え入院中の結核児が多くなり、指導内容及び欠席対策が課題となってきた。

学習指導要領の要点としては、結核患者の医療の主流であった大気、安静、栄養に呼应し、養護・体育の教科を新設して時間数を6時間（普通学校は体育で週当たり3時間）とした。養護の内容として安静、運動、レクリエーションを設定している。授業に出席しない者にも進級、卒業の途を開くために、床上で寝ている場合でも教師の指導の有無に関わらずに安静の時間として、6時間までを算定していた。

③ 昭和46年度以降の学習指導要領

文部大臣告示によって制定され、内容的には大きな改革が二つなされている。

その一は、教育目標として、第一には年齢に対応する一般学校の教育目標の達成を図るとともに、第二には併せて心身の障害に基づく種々の困難を克服するために必要な知識、技能、態度及び習慣を養うこととしたことである。

その二は、第二の教育目標の達成を図るために、一般学校の教育内容である各教科、道徳、特別活動の領域の外に、特別の領域として養護・訓練を設定していることである。

養護・訓練の目標は、心身の障害の状態を改善し、又は克服するものであり、各教科、道徳、特別活動を行う場合の基盤になることを培うものとしている。

養護・訓練の内容は、A身体健康、B心理的適応、C環境の認知、D運動・動作、E意思の伝達をもって構成され、如何なる障害を有している

者にも対応することになっている。

全ての病弱児に必要とされる内容は、A身体の健康、B心理的適応であり、筋ジストロフィーはこれらに加えてD運動・動作、E意思の伝達が必要であり、重心児はさらにC環境の認知が必要である。

全ての病弱児に必要とされるA身体の健康、B心理的適応は、指導に当たっては具体的なものとして自己の疾病の理解、疾病克服意欲の向上、疾病改善のための生活習慣の確立、疾病改善のための諸活動の実践の指導が行われている。これらの指導の在り方は、伝統的な各教科等との指導と異なり、今後に待つべきことが多い。また、これらの指導は、医療機関、家庭、学校との連携によって行わなければならないものであるが、その多くは今後の課題となっている。

2. 現在の病弱教育

従来の病弱教育は、疾病の状態にある者は、安静が第一とされてきた時代から、日常生活の在り方を変えることにより、健康状態の改善を図るという考えに変わってきている。

しかし、このような考え方も、現在の医療がどのようになっているかを度外視しては効果的な病弱教育は行えない。ここでは病弱教育の基盤である医療の歩んできた途について調べてみたい。

① 医療の進歩

以下に、誠に大ざっぱであるが西洋医学の進歩の跡をたどってみたい。

紀元前4~5C プラトンは、心身分離論をとっているが、彼の著書の中にみられるソクラテスの言葉として「心を忘れて体を治せるものではない。ギリシャの医師達によって多くの病気が治せないのは、彼らが全体について無知だからである。」

を紹介している。

16C 体の組織を確かめるための解剖学が進歩した。

17C 体内の機関等を確認するための組織学が進歩した。

19C 光学機器の開発に伴って細胞学が進歩し、ウイルス学による全ての疾病は細胞からの名言が残る。

20C 今世紀の医学の進歩の特徴として以下の4点を挙げるができる。

A 化学薬品や抗生物質の開発

B 血液、尿、スキャン等による生体内診断学の進歩

C 神経学や内分泌学の進歩による心身医学の開発

D 遺伝子工学の進歩

② 心身医学の充実発展

20Cの医療の4点のうち、病弱教育と最も関係のある心身医学の学説を以下に取り上げたい。

A レリー現象 (O.Reilly 1934)

自律神経が不動の状態にあれば、細菌の感染は起こらない。中毒現象も例外ではない。普通なら毒性のない菌や物質が、自律神経の失調状態では毒性を発揮して発病させることもある。

B 汎適応症候群 (H.Selye 1947)

生体にStressorが加わったとき、副腎皮質ホルモンが相対的に不足(第一期 警告反応ショック相)し、そのままでは結果血圧低下等をきたし死亡する。そのため、副腎皮質ホルモンが不足した場合には脳下垂体を刺激して副腎皮質刺激ホルモンが分泌し、ショック相の状態を正常化する(抗ショック期)。長期間のStressorが加わると、従

来のStressorに対しては抵抗力は強化するが他のStressorに対しては抵抗力が低下する（第二期抵抗期）。Stressorが長く加わると適応反応を維持できなくなり生体は死亡する（第三期 疲憊期）。このようにして起こった喘息、糖尿病等々は適応疾患と呼ばれる。

C 皮質内臓病理学 (Bykov, K. M 1950)

感覚は外受容器を介して刺激を受容し、その神経性の情報を求心性神経路を通じて大脳皮質に伝達する。大脳皮質に伝達された刺激は、ヴィコフによれば心（魂）によって統制されるといっている。そこでの統制の結果は、遠心性神経路を通じて、神経性エネルギーを活動エネルギーに変換し活動を発現させる効果器（筋肉、腺等）に伝達され、筋肉の運動、内臓の活動が条件的に開始されるようになる。このことを皮質内臓病理学といっている。

外受容器と心、心と効果器、外受容器と効果器の間には条件反射を形成することができる。条件反射は、心と内臓との関係において、ホルモンの分泌、自律神経の機能並びに血液、リンパ液、組織液等において新たな筋道によって生体を支配するが、この条件反射の形成に当たっては、本人の性格、心理状態、外部環境が大きく関与し、疾病となり、又は疾病を治療することにもなる。

② 現在の対象者の類型

病弱教育の対象者は、教育的対応の方法により以下の8類型に分類することができる。

- A 回復型（時間の経過とともに、疾病が回復する者。）
- B 並行型（疾病が生涯にわたるか又は相当長期となる者）

- C 進行型（現在の医療では治療の方法がなく、遂には死にいたる者）
- D 間欠型（発作時は大変苦しみ、発作がないときには普通の生活の者）
- E 虚弱型（診断名はないがひ弱な者）
- F 精神・神経型（精神病、神経症）
- G 一般重複型（Fまでの疾病に他の障害を併せもつ者）
- H 重心型（重症の精神薄弱と肢体不自由を併せもつ者）
- I 不登校型（障害を有していないが学校へ行けない者）

以上の中には、一生疾病と共に生きなければならない、間もなく亡くなることを自覚している、肉親の認知もできない等々人生の最大の課題を抱えている者がいる。これらの者に対する教育は、現在の最新にして最善の教育をもってしてもなかなか対応できるものではない。しかし、これらの者に対する教育の中には、死を目前にしながら最善の自己の実現を目指す者も存在するなど、教育の偉大さを改めて認識させられることもあり、より充実した教育の推進に全力を挙げて取り組む必要のあることを痛感する。

3. これからの病弱教育

① 病弱教育の基本理念

元東京大学医学部長 故 勝沼晴雄氏は、過去の医学は病気を治すことに専念してきた。現在の医学は病気にかからないようにすることを重視している。これからの医学は医学的側面から市民の充実した生き甲斐のために援助することにあるといわれている。

病弱教育の理念も全く同じことがいえる。でき

るなら教育の面から疾病や非行等を治せるようにし、疾病や非行等にならないようにしたい。そして、充実した生き甲斐への援助ということは教育の中核となるねらいそのものである。

医療も教育も、充実した生き甲斐への援助というねらいそのものにおいてはいささかも変わりはない。ただ、ねらい達成への道筋が異なるだけであり、歩む道筋も、最初は違った道を歩むかも知れないが、到達点に近くなれば、医療と教育の違いもほとんどなくなるであろう。

医療と教育は、疾患児を中心に緊密な連携のもとに行われるようになれば、以下の「②」で述べられるような大変な効果を挙げることができ、疾患児にとって充実した生き甲斐の保障となるであろう。

② 教育面からの心身の健康状態の改善

病弱教育は、疾病の治療を行うものではない。しかし、以下に述べるような教育は、心身の健康状態の改善に大きく関与するものと考えられる。

A 日常生活習慣

疾病の状態にある者は、例外なく、疾病の状態の改善のために、疾病に即した日常生活習慣確立上の特別の配慮を必要としている。

B 生き甲斐のある生活

生き甲斐のある生活態度が確立すると、喘息などにおいては、病状が大きく改善されることをしばしば経験するところである。ドシャンヌ型筋ジスのように、過去には平均14～15歳程度で亡くなると言われていた者も、現在は24～25歳程度まで生命を保つことができるようになってきている。このことについて、昭和57年7月8日の全病連大会の講演において、鹿児島大学医学部助教授中島氏は、九州地区の調査の結果、延命を見ているのは

教育を受けている者又は作業所等において生き甲斐のある生活を送っている者に限られていると話し、教育の必要性を強調していた。

C 死期を迎えている者

青年期に入っているドシャンヌ型筋ジスは、自らの死期を予期している。これらの者のうち、充実した精神生活のことまで及ばなかった者にあつては、学習からの逃避、知能の低下、覇気の喪失等がみられ、存在が薄い状態で世を去っている。これに反し、死のことで苦しんだ後に残された短い命を如何に生きるかと言うところにたどりついた者の中には、「この病気にかかり、幸せであった。なぜなら他人よりより多く悩み、その分人生というものを知ることができた。死ぬまで自分の人生を大切に生きたい。」と言ひ、充実した最期を迎えている者もある。死期を目前にしたこのような状態にある者に対しては、何にもまして最高の教育を必須のものとしている。

【病弱教育の課題】

1. 対象者の把握

憲法第13条では、「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」と規定している。国民の幸福追求権を自らの責任において実現すること、すなわち自由権的基本権として保障したものである。

慢性疾患に罹患し経済的負担に絶えきれない場合、又は強力な伝染病が流行し個人的な力ではどうにもならない場合などが起こり得る。このような場合の対応として、憲法第25条の規定がある。すなわち、「すべて国民は、健康で文化的な最低

限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」の規定である。この規定は、個人の方だけでは幸福性の実現に困難を伴い、限界のある場合には、国の責任において、個人の幸福性の実現を保障しようとするものである。一般的に社会権的基本権と言われているものである。

小児慢性疾患児についてこの規定を考えた場合、一般的に医療については国家保障の福祉の必要を認めているが、教育のことまで考えが及んでいない場合が極めて多い。一方、小児慢性疾患児にあっては、成長盛りであること、教育を併せて行った場合には医療効果も高く、医療に併せての教育の国家保障は、医療と同様に必須のものである。

教育問題についての対応は、教育委員会の責務である。しかし、各都道府県教育委員会の機構を見ると病弱教育についての専門家が配置されているところは極めて希であり、病弱教育の施策には見るべきものがなく、したがって、病弱教育の対象者は放置されたままになっている。

病弱者を発見し、その後の措置を行う第一次当事者は、市町村教育委員会である。市町村教育委員会は、翌年度の就学予定者に10月1日から11月30日までの間に就学時健康診断を行い（学校教育法施行令第2条、学校保健法施行令第2条）、その結果、病弱養護学校での教育が必要とされている6か月以上程度の医療又は生活規制が必要な者（学校教育法施行令第22条の二）が発見された場合には、その者の氏名等を都道府県教育委員会に通知しなければならない（学校教育法施行令第11条）。一方、すべての学校においては、校長は在学してい

る幼児、児童、生徒、学生について、6月末までに定期健康診断を行い（学校保健法施行規則第3条）、又は随時に病弱養護学校での教育が必要とされる程度の者が発見された場合、校長は速やかにそのことについて市町村教育委員会に通知し（学校教育法施行令第12条第1項）、市町村教育委員会は直ちに都道府県教育委員会に通知しなければならない（学校教育法施行令第11条）。

以上の通知を受けた都道府県教育委員会は、就学時健康診断の場合にあっては1月31日までに、その他の場合にあっては随時、保護者に対し、子女の就学すべき学校並びに就学期日を指定することになっている（学校教育法第14条）。

これらの規定は、病弱教育では空文化している。

2. 病弱者に対する教育の保障

「1. 対象者の把握」は、以下のことから実効を挙げ得ないでいる。

第一には、市町村並びに都道府県教育委員会には、病弱教育について専門家は皆無の状態にあって就学時健康診断等の事後措置はほとんど行われていない。

第二には、病弱教育対象者の措置基準は、現行の医療並びに教育にはそぐわなくなっている。また、医療の面では、6か月以上の診断書を書く医者は昔と違いなくなったこと。しかし、教育の面では1か月程度の欠席でもその後の学習に大きな影響を及ぼしており、改善を必要としている。

第三には、入院し、又は長期の医療を現在受けている者の実態を教育委員会では把握しておらず、放置の状態となっている。文部省の長期欠席者の調査は前年度の者について行っているが、その数は3万人の多きに達している。この長期欠席者の調

査は資料としての意味はあるものの、現に疾病になっている者には役に立たない。今最も必要としているのは、現に疾病の状態にあり、健康状態の改善を必要としている者への対応である。市町村並びに都道府県教育委員会においては、児童生徒の疾病罹患の実情を把握し、直ちに対応できるようにする必要がある。

第四には、病弱教育についての社会一般の意識が低調であり、病弱児に対する教育の必要性が薄いことである。

3. 病弱教育機関の整備

① 病弱教育の機関

教育機関には養護学校と特殊学級に大別できる。

養護学校は、学校教育法第74条により都道府県教育委員会が設置することとされている。ただし、地方自治法第2条⑥の規定により、当該市町村で設置可能のところにあつては、地方自治の本旨に基づいて市町村において設置することが望ましい。

特殊学級は小学校、中学校又は高等学校の設置者がそれぞれの学校に設置するものである。

病弱教育機関には、病弱教育の普通学級の外、重複障害学級が設置され、その外必要に応じ、ベツトサイド指導、訪問指導、通信指導、閉回路TV指導、電話指導などが行われている。

② 医療機関内への教育機関の設置

昭和32年5月、厚生省医務局長層田範宗氏は、結核で入院している児童生徒の実情を視察し、この子供達のためには、教育が必要であることを強く認識し、同年11月21日づけ医発第1000号をもって「国立療養所における入所児童の教育について」、文部省初等中等教育局長に教育の依頼を行っている。厚生省の依頼を受けた文部省は、昭和33年1月

29日付け文国初第138号の初等中等教育局長名をもって各都道府県教育委員会あての通知によって、療養所内に養護学校又は特殊学級を設置して教育を行われたい旨の依頼を行っている。

小児慢性疾患児の医療を行うに当たって、現在においては、教育を併せ行うことは自明の理になっている。今後においては、新たに小児慢性疾患児の医療機関を設置する場合には、最初から教育機関を併設するための全体構想のもとに整備する必要がある。

現状において医療機関内に教育機関を新たに設置することは、そんなに容易ではない。厚生省と文部省の二元行政を始め、国、都道府県又は市町村の行政単位の問題があるからである。

医療機関内への教育機関の設置に当たって、医療機関及び教育機関の双方が教育機関の設置を望んでいる場合は、話は進みやすい。この場合にあつても将来のことを考え、施設、設備を初めとし、光熱費等の経費負担の区分を明確にしておく必要がある。

いずれか一方が積極的でない場合には、医療と教育の必要性、施設等の教育機関整備計画、消耗品等の負担区分等について話し合いの場をもつことが必要である。この場合、最初は課長職程度の者同士の話し合いが必要であろうが、最終的には、療養所長と教育長との協議が必要である。

病弱教育の課題として、ここではさし当たり3点を挙げたが、それ以外に、医教の総合行政の確立、医教の連携、指導の充実と職員の養成・確保、疾病に対する教育・医療の効果の判定、病弱教育の理解推進、研究の充実等々の問題がある。



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



要約:小児慢性疾患児に対する教育面からのトータルケアの在り方を探求するために、小児慢性疾患児に対する教育の必要性の有無を明確にするための文献研究を行うとともに、アンケート調査により、小児慢性疾患児を措置している教育機関の実情を調査し、トータルケア確立のための問題点を明らかにすることに努めた。その結果、小児慢性疾患児にあつては、疾患の治療の必要性はもとより、現在の生活の在り方並びに将来よりよく生きるという立場から、長期医療の期間中であつても患児の自己実現の立場から教育は寸時も欠かすことのできないものであり、今後における一層の充実が痛感させられた。小児慢性疾患児を措置している教育機関の実情調査の結果は、小児慢性疾患児に対する教育の必要とは逆に、就学者の急激な減少をきたしており、これに対する抜本的にして強力な対策が、早急に講じられる必要がある。