

病弱教育の歴史的変遷と生活教育

— 寄宿舍併設養護学校の役割と教育遺産 —

Educational approach for children with medical needs considering their living conditions :
Focusing on the role and practice of residential special schools

玉村 公二彦 山崎 由可里 近藤 真理子
TAMAMURA Kunihiko YAMAZAKI Yukari KONDO Mariko
(奈良教育大学教育学部) (和歌山大学教育学部) (和歌山大学教育学部附属教育実践総合センター)

要旨：国際的な障害へのアプローチの動向として、環境の障壁を取り除くことの重要性が指摘されており、病弱教育においてもその観点重視をされなければならない。病弱教育は特別支援教育の中でも位置づけが十分になされてこなかった歴史があるが、医療の進歩とねばり強い病弱教育の取り組みによって、多様性と柔軟性をもって子どもへの対応ができるようになってきた。病弱教育・健康教育のセンター的な役割や生活上の配慮の必要な子どもへの対応のモデルを先駆的に果たす課題として、発達障害や不登校の子どもへのアプローチが重要なものとなっている。寄宿舍と一体化した特別支援学校の生活教育は、不登校や発達障害のある子どもたちの生活の枠組みを整え、学部での学習と寄宿舍での生活教育によって、仲間とともに困難を乗り越えていくという点で貴重なものであることを指摘した。

キーワード：病弱教育 寄宿舍、不登校、生活教育

1. はじめに

2006年12月に「障害のある人の権利に関する条約」(Convention on the Rights of Persons with Disabilities、以下、「障害者権利条約」)が採択され、2008年5月には国際的に条約として効果をもつものとなった。

障害者権利条約の教育条項は、第24条に位置づき、5項によって構成されている。障害者権利条約教育条項は、すべての障害のある人の教育への権利を明示し、それをインクルーシブな教育制度と生涯学習として具体化することを求めている。審議の過程において、様々な表明された各国の教育制度、特に一般教育制度の発展段階の多様性を反映して、インクルーシブ教育については多様な理解を含み込んだものとなっていると考えられる。また、障害のある人の多様性を尊重するという基本的な原則を考慮に入れれば、特別なニーズを十分考慮した柔軟で多様な支援が可能となるような教育環境と教育条件が求められるといえる。わが国の教育の発展段階に応じて障害のある子どもや人の最大限の発達と社会参加が得られる方向で、特別なニーズに対応した教育となるような本格的な教育改革が障害者権利条約によって求められている。

たとえば、2009年に障害者権利条約を批准したイギリスにおいても、インクルーシブ教育と特別学校の位置づけをめぐって、議論がなされてきた。イギリスに

においてもインクルーシブ教育に関する理解は多様であり、学齢児童・家族部門(DCSF)の見解は、特別なニーズをもつ子どものニーズに合致した通常学校と特別学校の両者の制度を含みこむという既存の制度を保つために「留保」ないし「解釈上の宣言」の提起を行うものであった。

イギリス政府は、障害児が可能性を最大限に引き出すには、地方支援サービス・特別学校・通常学校が協働して、広い範囲の連続的なニーズに対応することを確保することであり、したがって、特別学校は、障害児のインクルーシブな教育制度の一部として存在するものであるとしている。したがって、「解釈」として、「一般教育制度」には通常学校と特別学校の両者を含むという見解である。

このような見解に対してさまざまな意見が出されていた。その多くは、社会権は漸進的な実現を求めることとなるので「留保」する必要はないという反対論である。また、賛成する意見としては、知的障害、自閉症、その他複合的なニーズを持つものに対応するためには専門的で環境的に親和的な特別学校が必要であり、保護者の選択権を担保するという意味でも、寄宿制特別学校も含めて、インクルーシブな適切な教育サービスの範囲であるというものである。たとえば、イギリスにおける「特別な教育的ニーズ」の概念を制度に導入したWarnockは、多くの特別な教育的ニーズのある子どもたち、特に複雑なニーズや重度の障害を有し、

専門的な支援が必要な子どもや、自閉症も含む行動的・情緒的ニーズのある子どもたちにとっては、通常学校での教育では適切な教育が保障される余地は少なく、逆に否定的な経験となることを指摘し、特別学校の役割やその条件整備の必要を指摘している¹⁾。

今日、我が国においても障害者権利条約の批准を目的として、内閣府に設置された障がい者制度改革会議において議論がなされるとともに、必要な法整備がなされてきている。その一環として、2007年の特別支援教育の実施から5年を経て、特別支援教育のあり方についても議論が進められてきている。すなわち、2010年7月、障害者の権利に関する条約の理念を踏まえた特別支援教育の在り方について専門的な調査審議を行うため中央教育審議会初等中等教育分科会に「特別支援教育の在り方に関する特別委員会」が組織され、審議が進められてきた。この「特別支援教育の在り方に関する特別委員会」では、具体的には、以下の4点を審議の課題としてきた。

(1)インクルーシブ教育システムの構築という権利条約の理念を踏まえた就学相談・就学先決定の在り方及び必要な制度改革

(2)特別支援教育に関わる必要な制度改革の実施に伴う体制・環境の整備

(3)障害のある幼児児童生徒の特性・ニーズに応じた教育・支援の実施のための教職員等の確保及び専門性の向上のための方策

(4)その他

2012年6月には、この第19回の特別委員会において、「特別支援教育の在り方に関する特別委員会報告(案)」として、「共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進」をかかげた報告案が議論されている。そこでは、「連続性のある多様な学びの場」の必要を次のように示している²⁾。

「インクルーシブ教育システムにおいては、同じ場で共に学ぶことを追求するとともに、個別の教育的ニーズのある幼児児童生徒に対して、自立と社会参加を見据えて、その時点で教育的ニーズに最も的確に応える指導を提供できる、多様で柔軟な仕組みを整備することが重要である。小・中学校における通常の学級、通級による指導、特別支援学級、特別支援学校といった、連続性のある『多様な学びの場』を用意しておくことが必要である」

特別委員会においては、以上のように特別支援学校も含めた「連続性のある『多様な学びの場』」の用意を指摘しているが、しかし、特に特別支援学級や特別支援学校の在籍者数の年々増加傾向は、知的障害、発達障害、情緒や行動障害のある子どもたちのニーズに対応した特別支援教育の教育条件や教育環境の改善を強く求めるものとなっている。とくに、これまでの特別支援学校(旧養護学校)の果たしてきた役割や教育遺産を整理し、明確に継承するとともに、その位置づけや意義、その役割を、国際的な障害や教育的ニーズの

考え方に照らして、明確にすることが求められている。

本稿では、教育的ニーズとして病弱や情緒的な課題や不適応の課題のある子どもの教育について、障害の概念との関係を検討するとともに、これまでの病弱教育の歴史の変遷を踏まえ、さらに、不登校を中心とした特別支援教育の展開において、セーフティネットとしての寄宿舎のある養護学校・特別支援学校の教育遺産を明確にし、今日における特別支援教育の展開においてその役割を位置づけてみたい。

2. 特別な教育的ニーズと病弱教育—「国際生活機能分類」と「障害者権利条約」にふれて

世界保健機関(WHO)は、国際疾病分類(ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)の姉妹版として、1980年に「国際障害分類試案(ICIDH)を公表し、「障害」に関する国際的な議論を続け、二度にわたる改訂草案の検討を経て、2001年の第54回世界保健会議において、新国際障害分類としての「国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health)」(ICF)を採択している³⁾。

新たな国際障害分類として成立した「国際生活機能分類」は、障害を単独で取り出してその構造をモデル化するという方法から、人間を全体的包括的にとらえて、その中に障害を捉えていく方法をとっている。リハビリテーション論の新しい展開の中では、この構造論は、人間の「生命・生物」のレベル、「生活」のレベル、そして「人生」のレベルでそれぞれ捉えながら、人間としての最も大切なもの(例えば人生の希望など)を重視したりリハビリテーションを組織する方向への「力強い共通言語」と指摘されている⁴⁾。

「国際生活機能分類」は、まず、全体として「健康状態」を位置づけ、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の全体を「健康状態」と関連させている。1980年の「国際障害分類試案」からは、用語も大きく変化しており、1980年版の中心におかれていた、「機能障害」は「心身機能・身体構造」に、「能力障害」は「活動」に、「社会的不利(ハンディキャップ)」は「参加」に変更された。その上で、「障害」として、「心身機能・構造」に対応する「機能障害」、「活動」に対応する「活動の制限」、「参加」に対する「参加の制約」を位置づけている。このようにそれぞれの次元において「生活機能」と「障害」とが拮抗する関係を形成していると捉えられている。

しかも、これらの「心身機能・構造」「活動」「参加」は相互に関係しあう相互作用モデルとして描かれている点も特徴である。機能障害が必然的に活動の制限、参加の制約に移行するというのではなく、身体機能や構造に障害があったとしても、人間としての活動や社会への参加が充実することによってその障害による支障を回避し、さらに障害を軽減や克服することも考えられる。また、逆に、障害や病気によって依存的な生

活動を継続することによる心身の機能の低下、廃用症候群などの悪循環を作り出す場合もある。このような悪循環をどのように打ち切るか、また、回避するかも重要な課題として提起されることになる。

また、「国際生活機能分類」では、生活機能に影響を及ぼすものとして、健康状態とともに、背景因子として「環境因子」と「個人因子」の二つが位置づけられている。環境因子は、装具・杖・福祉用具、家屋・道路・交通機関、社会の意識や態度、さらに法制度、医療・福祉・教育などの行政や各種のサービスまでを含む非常に広範囲なものとして捉えられている。個人因子は、性や年齢、民族、ライフスタイルなどを意味しているが、この中には個人に内面化された障害の受容や生活の向上をすすめる意欲の素地となるものも入る。

以上のように「国際生活機能分類」は、障害だけを取り出しているのではなく障害者の生活機能全体を捉えるという点で大胆な試みを行ったといえる。障害のみに焦点をあてて固定的に捉えるのではなく、活動や参加と相互関係の中でとらえ、障害から派生する二次障害の防止や廃用性障害のような悪循環をたつアプローチを求めものとなっている点は、教育やリハビリテーションにとっても重要な課題として認識される必要がある。

一方、さきにのべたように2006年12月13日、第61回国連総会において障害者権利条約と同選択議定書が採択された。2008年4月3日には批准国が20カ国に到達し、この条約の第45条(効力の発生)に基づいて、2008年5月3日に発効している。日本では、障害者基本法の改正(2011年8月5日施行)、さらには障害者総合福祉法や障害者差別禁止法の制定などの障害者制度改革を進め、この条約を批准する方向をとっている⁵⁾。

この権利条約では、さきにみたWHOの障害の構造図も念頭において、機能障害と環境との相互関係を重視した考え方を採用し、差別を禁止し、特別な支援や合理的配慮を行い平等な権利の実現を求めものとなっている。この条約における、障害のある子どもと教育やリハビリテーションに関する特別な条項は、「障害のある子ども」の第7条、障害児者の虐待防止などに関する第16条、さらに、自立した生活及び地域社会へのインクルージョンを示す第19条、第24条の「教育」、第25条の「健康」、第26条の「リハビリテーションおよびリハビリテーション」にも広がっている⁶⁾。

これらの条項は、それぞれ単独でそれぞれの権利の内容を示すものであるが、相互に結びあってもいる。質の高い教育を受ける権利が実現されなければ、安定した雇用や生活は望むことができない。また、教育を受けるためには健康で安定した生活が必要になる。現実にある、機能障害、健康状態の悪化、家庭や教育環境の貧困といった悪循環を打ち切り、障害のある子どもや青年の育ちをはぐくむとともに、教育(第24条)、雇用・労働(第27条)、十分な生活水準の向上(第28条)、そして自立的な生活(第19条)といった権利実現と社会参加の循環を創りあげることが、教育を含めた

障害者施策の課題となっている。

国際人権条約のひとつとして、21世紀になってはじめての人権条約として成立した障害者権利条約は、障害や困難のある子どもたちにかかわる病気・機能障害と環境の相互関係によって生活障害として学習や社会参加の困難があり、その悪循環を教育やリハビリテーションによって断ち切っていくこと、病弱といった医療的ニーズをもつ子どもも含めて、障害や困難のある子どもたちには、健康と健全な生活が権利として認識され、教育やリハビリテーションなどによって支援される権利があること、さらに、国や自治体が、そういった福祉や医療、教育を総合的に発展させていく義務があることを示すものとなっている。

2. 障害児教育としての病弱教育、障害児教育機関としての病弱養護学校・病弱特別支援学校

先に、WHOの国際生活機能分類や国連の障害者権利条約にふれ、疾病や障害を社会との関係でとらえること、障害のある人たちの生活の中で、多様な要因を考慮して、悪循環を打ち切って、生活の充実と発達を促すこと、そのために教育やリハビリテーションが位置づけられていることを示したが、障害児教育・特別支援教育の歴史的な発展を踏まえ、病弱養護学校を中心とした病弱教育の位置づけと特別支援教育の今日的な課題について述べる。

病弱教育とは、慢性疾患、神経疾患、身体虚弱などの子どもたちに、その病状や健康に視点をあて、健康の回復・増進と全人格的発達をめざして取り組まれるものである。その歴史は複雑で、明治後期から大正期より、結核の予防対策などで休暇集落での教育がおこなわれたこと、また、昭和期に入ると海浜や林間での身体虚弱児のための学園の設置があり、また、通常学校の中での養護学級(身体虚弱児の学級)の設置がみられていた。戦後教育改革によって成立した学校教育法の71条(当時)では、養護学校の対象に病弱児はなく、就学猶予・免除とされ、療養に専念させ、健康が回復してから教育を受けるといった考え方が大勢を占めていた。

戦後の病弱・虚弱児の教育に関しては、それぞれの都道府県ごとに歴史的蓄積の違いや医療との関係の相違がある。戦後初期は、小中学校の身体虚弱児に対する特殊学級の設置の促進がみられ、身体虚弱の特殊学級在籍児童生徒数は、1956年まで増加し、1956年を頂点として減少していった。身体虚弱児童の教育の一方、児童生徒の保健問題の中心は、1955年頃までは、結核予防にあった。少年保養所に学齢児童が多数入所していることから、結核患者の児童に対して適切な学習を行うことによって治療効果を上げることができるとして「特殊学級」の設置ないし「教員を派遣」する方式で教育を行った。このような取り組みの初発の試みとして、1948年7月、貝塚養護学校の前身である大阪市立少年保養所付設貝塚学園が大阪市立大宝小学校および

南中学校の分校として設置され、結核児童の教育の歴史を切りひらいた⁷⁾。

1956年の公立養護学校整備特別措置法の公布によって、従来の特殊学級や分校が養護学校とし再出発するものも漸次増えていった。内容的には、身体虚弱児対象の養護学校（私立一宮学園を嚆矢として、白野江養護学校（後に北九州市立門司養護学校へと発展）など）、少年保養所内の養護学校（1957年に大阪市立貝塚養護学校の開設をはじめとするもの）、国立療養所内の養護学校（1953年の兵庫県立上野が原養護学校の開校を嚆矢とした国立療養所内に設置されたもの）などの類型がみられる。文部行政としても、1957年の学校教育法の一部改正にともなう文部省の次官通達により、長期に療育を必要とするものを病弱者とし、「病弱者」は養護学校で教育を行うよう通達した⁸⁾。1961年、ようやく学校教育法の改正によって「病弱者（身体虚弱者をふくむ）」が養護学校の対象として明示され、病弱養護学校での教育が法的にも整備され、開始された⁹⁾。

病弱養護学校では、1955年頃までは、身体虚弱児と結核性疾患児の教育が中心となり、1965年前後には国立療養所での進行性筋ジストロフィー児の教育が開始された。1961年の学校教育法の改正を背景とし、病弱養護学校での教育の前進をみた。たとえば、1961年、結核性疾患児の治療後のアフターケアを教育的に行うために貝塚養護学校には寄宿舎が設置されたが、その寄宿舎には結核のアフターケア児（TBA）と共に、当時も、虚弱、自律神経失調症の子どもも入舎していた¹⁰⁾。また貝塚養護学校は1967年の大阪市立助松養護学校との合併によって、喘息児の受け入れも行っていった。全国的には、1972年頃から、結核は激減し、ぜんそく、腎臓疾患などの内部疾患の児童生徒が急増した。1979年の養護学校教育の義務制実施により、重複などの子どもたち（重症心身障害児病棟の子どもたち）の割合も増加し、重度化がすすむと同時に、病弱児の多様化も進んでいる。1980年代後半頃には、心身症などの精神・神経疾患の割合が次第に増加し、現在も増え続けている。

病弱養護学校の多くは、病院に併設された形で設置されているため、入院児に対する教育が主軸である。そのため、病弱養護学校の対象は、1990年代初頭まで、「6ヶ月以上の治療又は生活規制を必要とする程度のもの」と規定されてきた。しかし、地域医療の前進の中で、入院治療又は生活規制の程度が6ヶ月以上という場合は少なくなり、入院治療などが6ヶ月未満の場合は入院中また自宅療養中の教育の保障は十分なものとなっていない現実があった。1994年には、病気療養児の教育に関する調査協力者会議は「病気療養児の教育について（審議のまとめ）」を出し、これをうけて、文部省が「病気療養児の教育について（通知）」を出し、「六月以上の治療又は生活規制」が必要であるという診断書がなくても教育の機会を提供するために柔軟に対応すること、転校実務の簡素化、病院の中に院内学級など教育機関の設置を促進すること、教職員の専

門性を向上させること等を通知した。1990年代半ば以降、大学病院を中心として院内学級や病弱養護学校の分校や分教室の設置がなされていくことになった。制度的には、2002年の学校教育法施行令改正によって、病弱養護学校の対象児は、「一 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／二 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」と規定されなおした。病弱養護学校では、病状により子どもの転出入が激しく、集団を組織することが困難であるといわれているが、短期入院の子どもであっても、入院転校したその日から集団に位置づき、活動を保障され、教師や関係者の暖かいまなざしと子どもたちの仲間からの積極的な励ましや援助があることが、どんなに孤独な心に力を与えるものか計り知れない。

病弱養護学校を中心とする病弱教育は、医学の進歩、医療行政の変化に規定されながら、その対象や教育の体制、教育の内容を変えてきた。今日の病弱教育は、医療機関と併設ないし隣接する病弱を対象とする特別支援学校や院内学級、寄宿舎のある特別支援学校、通常学校の中での病虚弱学級や保健室によって担われている。2006年学校教育法の改正によって、2007年度より特別支援教育が実施されているが、特別支援教育における病弱を対象とした特別支援学校の変化は大きい。病弱特別支援学校を類型化する試みからは、①病弱特化型（病院に併設し、入院時のみ受け入れ）、②入院・通園型（入院時、通学生を対象。内部で、重症心身障害、慢性疾患、心身症などの部門をもつ）、③複数障害種対応型（知的・肢体不自由などの障害種にも対応するよう再編整備）、④寄宿舎型（軽度慢性疾患や心身症に対応。門司・久留米などの特別支援学校）、⑤健康学園型（肥満、喘息、虚弱などに対応した東京の区立特別支援学校など）などのタイプが指摘されている¹¹⁾。学校の機能・役割からみると、病弱特別支援学校は多様な形で存在しており、病気や障害、困難のある子どもたちへのアプローチを多様な形で展開し、展望を模索している。すべての子どもたちの健康で健やかに育つ権利を実現するという観点から見ると、すべて教育機関が連携しあって健康教育を進める必要がある。病気による学習の空白、授業時間の制約、生活経験や家族との関係などに配慮し、きめこまかな学習指導を行い、自己の病識（病気の理解）を進める健康指導と自主的・民主的な集团的自治活動を中心とした生活指導を行い、病院、家庭、前籍校との関係の調整、進路指導を行う必要がある。子どもを中心に据えた健康教育をすすめるセンターとしての役割も大きい。

3. 病弱教育における対象児の病態の変化と心身症・不登校へのアプローチ

今日、子どもの発達をめぐる問題は、いっそう複雑化してきており、発達のゆがみやもつれが複合化・多

様化してきている。これまで病弱教育の主な対象は、喘息、腎炎、ネフローゼなどの慢性疾患とされてきたが、小学校3～4年生から中学生頃におこってくる情緒や思春期的な問題を抱えた子ども一特に心身症として扱われる不登校などの課題を持つ児童・生徒が、小児科や精神神経科に通院や入院をし、治療・教育を受ける事例が全国的に増え、病弱教育の直面する課題となって久しい。2001年度の全国病弱虚弱教育研究連盟による全国病類調査では、病弱教育機関に通っている子どもたちの病類のうち、重度重複を除けば、心身症など行動障害が16.0%と最も多い¹²⁾。病弱特別支援学校校長会も、病弱教育の重要な課題として「昨今の病類等の変化等により、小児精神科等において治療を必要とする児童生徒の増加が顕著になってきており、病弱教育特別支援学校の新たな役割のあり方が求められている」と述べている¹³⁾。校長会においても、2007年度以降は、「心身症等を有する不登校傾向の児童生徒への取り組みについて」が重要な協議の課題の一つとなっている。

文部科学省の「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」では、「不登校児童生徒」を「何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景により、登校しないあるいはしたくともできない状況にあるため年間30日以上欠席したもののうち、病気や経済的な理由によるものを除いた者」を対象として調査している¹⁴⁾。全国的な不登校についての推移は、小中学校については、2001年度まで増加し続け、2002年度から2005年度まで、若干の減少をみ、2006年度、2007年度と再び増加し、その後、緩やかに減少してきている。しかし小中学校の不登校児童生徒数は、2010年度統計でおおよそ11万5千人を数え、全児童生徒に占める割合は、小学校で0.3%、中学校で2.7%となっており、割合としては必ずしも減少していない。全国的な不登校についての推移のみならず、大阪府下の不登校の推移を示したのが、表1である。

表1 大阪府における不登校児童生徒数の推移(人)

年度	小学校	中学校	計
1999	1745	8668	10413
2000	1839	8987	10826
2001	1829	9909	11738
2002	1967	9193	11160
2003	1850	8855	10705
2004	1950	8724	10674
2005	1835	8294	10129
2006	1626	7824	9450
2007	1596	7540	9136
2008	1489	7510	8999

大阪府総務部統計課『大阪府統計年鑑』による

大阪府下の不登校の今日的な状況を見てみると、2001年、2002年をピークに漸減し、2010年度には、国公私立の総計で小学校が1568人(1000人当たり3.2

人)、中学校で7296人(同、29.3人)、小中の総計で8864人(同、12.0人)が不登校の状態となっていた¹⁵⁾。2010年度の大阪の高等学校の不登校生徒数は6800人で、1000人当たりの不登校生徒は30.1人(全国平均15.5人)となっており、2009年度の28.5人より漸増しつつも、継続して全国最下位である。

大阪市の不登校に対する取り組みは、2009年に大阪市立児童相談所と教育センターの教育相談担当が移転・統合してつくられた大阪市子ども相談センター内の教育相談の担当によってその一端が担われている。その第1の事業は、教育相談で、「不登校にかかわる相談が最も多く、昨年度同様、割合も非常に高くなっている(全相談件数の52.6%、昨年度は55.7%)。不登校の平均相談回数(延べ回数÷件数)も昨年度12.8回であったのに対し、本年度は14.4回と増加し、不登校の相談の長期化傾向がさらに顕著になってきている」と指摘されている。また、「適応指導教室(フリールーム)」の運営といじめや不登校等の問題の解決のためのスクールカウンセラー事業がある。スクールカウンセラーを各年度、漸進的に拡充し、平成21年度には市内全公立中学校に配置するなど、各学校での相談体制の充実を図っていると報告されている¹⁶⁾。大阪市内の不登校への教育相談の期待の高まりはあるが、適応指導教室を利用する子どもの数も限定的で、学校や家庭で人間関係を悪化させている子どもたちも多くいるのではないかと推察される。不登校の状態やそのレベルなどで、教育的アプローチや対応も多様なものがあるが、貧困を背景とした家庭の抱える問題を背景としてソーシャルワーカーや発達障害への対応も含めた医療(精神科や小児科)との連携によって対応していく必要がある子どもたちもまた病弱教育ないし病弱養護学校(特別支援学校)の対象となるものであり、その数は少なくないといえる。

病弱教育や病弱養護学校(特別支援学校)の対象として、医療と連携して不登校へのアプローチをおこなう際に、「心身症」あるいは「小児心因性疾患」などの診断が考慮される¹⁷⁾。各種の症状の背景には、ストレスによる不安や葛藤があり、それが身体症状(心身症的発症)や心因性の症状(神経症的発症)、また行動障害(行動異常的発症)などに類型化される各種の症状を引き起こす。

「心身症」についての、日本心身医学会の定義は、「身体的障害で発生や経過に心理社会的因子の関与が認められる病態」で、診断基準として、①身体的障害は自律神経系、内分泌系、免疫系などを介して特定の基幹系に出現し、「器質的な病変」ないし「病態生理的過程の関与が認められるもの」、②心理社会的因子が明確に認められ、これと身体的障害の発症や経過との間に時間的な関連性が認められること、③身体症状を主とする神経症、うつ病などの精神疾患はのぞくとされている¹⁸⁾。この定義は、発症要因に身体的要因、心理的要因ともに考慮するが、症状も身体症状を主とするものである。疾患は、本態性高血圧、胃潰瘍、気管

支ぜんそく、肥満、アトピー性皮膚炎、夜尿症、チック、摂食障害など、小児科などでの診断の典型は、小児期には、起立性失調、心因性視力障害、過敏性腸症候群などがあげられる。また、思春期青年期では、過敏性腸症候群、過呼吸症候群、消化性潰瘍、思春期やせ症、過敏性膀胱、緊張型頭痛、気管支ぜんそく、起立性失調などがある。

また「小児心因性疾患」として小児精神科などで扱われているが、学校不適応、小児神経症、ヒステリー、場面緘黙などが指摘されている¹⁹⁾。

「心身症」などの診断を経て、医療との連携の下で行われてきた病弱教育養護学校の不登校への取り組みは、今日的な課題となっているとはいえ、長い歴史をもっている。その歴史をひらいてきたのが大阪市立貝塚養護学校とその寄宿舎での取り組みである。1961年以来、1990年代初頭までに400名を越える登校拒否・不登校の子どもたちが入学していた（診断名は、心身症、自律神経失調症等）。1990年代末、寄宿舎のある病弱養護学校の調査によれば、在籍している子どもの診断名は内部疾患、喘息、肥満、アトピー性皮膚炎、心身症などであったが、同時に病弱養護学校に入学する以前はほとんどの子どもが不登校状態であったことが指摘されている²⁰⁾。寄宿舎のある病弱養護学校は、全国的には多くないが、生活を整え、丁寧な教育的なアプローチを行うことのできる貴重な存在である。不登校の子どもたちの生活の枠組みを整え、学部での学習と寄宿舎での生活の支えによって、紆余曲折や葛藤はありながらも、仲間の中で、仲間とともに困難を乗り越えていくという点で貴重な実践をつくっている²¹⁾。この寄宿舎併設の貝塚養護学校の不登校への取り組みは、いくつかの養護学校・特別支援学校の取り組みを促すものとなっていた。

4. 寄宿舎を有する病弱養護学校（特別支援学校）の積極的意義－「生活教育」の充実のために

不登校問題に関する調査研究協力者会議「今後の不登校への対応のあり方について(報告)」(2003年4月)では、「不登校の要因・背景の多様化・複雑化」として、①不登校の背景と一般的な子どもたちの傾向等(無気力、学習意欲の低下、耐性がなく未成熟等の社会性をめぐる問題、学校へ行く義務感の希薄化)等、不登校が「どの子にでも起こりうる」現代の社会状況、②家庭の教育力の低下、一部保護者の意識の変化等の状況、③学校におけるいじめ、暴力等の問題、③新たに不登校との関連で指摘されているLD、ADHD、児童虐待等の課題を指摘した上で、個々の要因・背景が多様化しており、要因・背景の特定の難しさが、一括りに扱うことの問題を指摘している。報告は、その上で、早期の適切な対応の重要性を指摘し、それぞれの教育機関がバラバラに対応するのではなく連携のネットワークを構築することなどが提言されているが、今日的には、特別支援教育との連携が不可欠である。

ところで、学校教育法第8章（特別支援教育）では、「特別支援学校は、視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者、肢体不自由者又は病弱者（身体虚弱者を含む。以下同じ。）に対して、幼稚園、小学校、中学校又は高等学校に準ずる教育を施すとともに、障害による学習上又は生活上の困難を克服し自立を図るために必要な知識技能を授けることを目的とする。」(第72条)とし、同時に、「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…幼児、児童又は生徒の教育に関し必要な助言又は援助を行うよう努める」(第74条)として特別支援学校のセンター的役割への努力を求めていた。また、特別支援学校には、小中学部の設置、幼稚部高等部の設置、寄宿舎の設置について、旧学校教育法から規定を引き継いでいる。寄宿舎に関しては、「特別支援学校には、寄宿舎を設けなければならない。ただし、特別の事情のあるときは、これを設けないことができる」(第78条)、さらに「寄宿舎を設ける特別支援学校には、寄宿舎指導員を置かなければならない。／寄宿舎指導員は、寄宿舎における幼児、児童又は生徒の日常生活上の世話及び生活指導に従事する」(第79条)と規定されている²²⁾。法的には、障害や困難をもつ子どもたちの学校に寄宿舎は不可欠の教育機関として位置づけられてきたことになる。

寄宿舎のある盲・聾・養護学校（特別支援学校）は、充実した就修学の保障という観点から、通学困難なもののための寄宿舎という理解のみならず、障害や困難のある子どもたちの生活の下支え、生活リズムの確立、生活上の自立のための取り組み、仲間関係の形成、家族関係の調整など、24時間の生活をとらえた教育を実施し、またその可能性をもつものとなった。貝塚養護学校が寄宿舎を設置したときは、たとえば、結核児の治療後のアフターケアのために、病院と地域での生活の中間施設的な役割を期待された取り組みがあり、また、心身症の子どもたちの不登校へのアプローチも寄宿舎という生活の場をもっているからこそできるものであった。寄宿舎は通学困難のために設置されているという一般的な理解があるが、不登校という通学困難な子どもたちに対してより積極的にその設置や利用を促進してもよいはずである。こうした観点から、寄宿舎のある病弱養護学校（特別支援学校）の意義は、病院への入院や家庭からの通学とは別の生活上の選択肢を提供するものといえる。

心身症などを中核とした不登校の回復への道のりは長い。教師やカウンセラーのカウンセリング的対応だけでは、回復までの展望が出ないことは珍しいことではない。また、学校への拒否の感覚が高じている、家庭内での昼夜逆転などの生活リズムの乱れや家庭内暴力の傾向などが見られる場合には、通常の学校と家庭だけでは支えることは難しい。生活と学習の枠組みをかえ、長い見通しで、徐々に回復をはかっていくためにも、子ども自らが、別の場所に関係をつくりなおすことを行う必要がある。自分からまわりをみて、少しずつ関係を求めていくような力を自然に回復していけ

る環境が求められる。入院という形態が必ずしも子どもの状態にあわない場合も多く、寄宿舎という子どものためにつくられた場で、友だちとの関係、指導員の教育的まなざし、土日には家庭に帰って地域や家庭との人間関係をつくりなおすこともできる寄宿舎生活の積極的で教育的な機能と役割を確認する必要がある。

学校でのいじめ、家庭での家族関係のねじれなどは、子どもたちの不登校の原因となったものがあつた場所では、なかなか立ち直れない。現実の病弱養護学校にも、親の養育能力に問題があつたり、保護者に精神的なケアが必要となっている場合や、虐待など養育にもともと問題があるようなケースで、子どもが病気になったり、病気が悪化したり、行動上の問題や行為障害や情緒的混乱を起こす場合が多く、病弱のみならず情緒障害教育にとっても重要な場である。身体的暴行・性的虐待・ネグレクト・心理的虐待、体罰によるPTSDなど、虐待や体罰が更なる虐待や暴力を生むという悪循環を断ち切る取り組みは、柔軟にしかも迅速に行われる必要がある、子どもの生活の場において、子どもの生活や人間関係に細やかなまなざしを注ぎ、子どもが信頼をよせることのできる存在が不可欠である。子どもの生活から問題を提起し、学校、児童精神科を中心とした医療機関、児童相談所などの福祉諸機関が連携をとりあつていく必要がある。

また、不登校との関連で指摘されている発達障害の問題も視野に入れる必要がある。冒頭に示した不登校問題に関する調査研究協力者会議報告においても、「学習障害(LD)、注意欠陥/多動性障害(ADHD)等の児童生徒については、周囲との人間関係がうまく構築されない、学習のつまずきが克服できないと言った状況が進み、不登校に至る事例は少なくないとの指摘もある」とし、発達障害にもふれている。集団への不適応を起こしたり、いじめられたり、いじめられているという思い込みなど、二次障害になるケースもある。学校での不適応ばかりではなく、家庭や地域での生活にも影響がある。逆に、家庭での養育力の乏しさで、状態が悪くなる場合もある。不登校を克服する主体はあくまでも子ども自身であるが、人間関係や教育的関係の基盤を整えることへの援助をし、受容し、生活の枠組みを明示していくという指導も求められる。特に発達障害や発達にアンバランスのある場合、また、様々な付随的な問題を抱えている子どもと家庭では、通常学校の教育的な枠組みの中では対応しきれない場合が多い。

社会的に不安定さを抱える情勢の中、家庭の養育基盤や生活の基盤が揺らぐ事態も少なくない。機械的な学校での対応、つまずきの日常的発生や学力形成の困難、思春期における将来的な進路の見通しの困難なども踏まえ、病因論や心理学的な検討のみならず、家庭と学校の生活を整え、さらにそこでの手応えのある能力と人格の発達をなしとげていけるよう、学童期、思春期青年期の発達と教育という角度から総合的な検討と実践が求められている。寄宿舎のある学校、特に特

別支援学校は生活と学習をもとに、問題が重層化する子どもたちの最後の砦として、その手探りの実践を行ってきたことを確認しておきたい。

5. まとめ

特別支援教育の今後の発展において、安心して生活する基盤となる寄宿舎や医療機関があり、その上で学習と自立を促す教育環境を提供している特別支援学校の存在意義について、いくつかの点からまとめておきたい。

まず、第一に、国際的な障害や障害のある人たちの権利という観点から、障害児教育や特別支援教育にとっても、環境の観点が重視され、環境の障壁を取り除くことの重要性が指摘されていること、病弱教育においてもその観点が重視されなければならない。

第二には、病弱教育は特別支援教育の中でも位置づけが十分になされてこなかった歴史がある。しかし、医療の進歩とねばり強い病弱教育の取り組みによって、その位置づけは歴史的に変遷しつつも、多様性と柔軟性をもって子どもへの対応ができるようになってきたこと、さらに、病弱教育・健康教育のセンター的な役割や難しい子どもへの対応を先駆的に果たしていく役割が重要になっていることである。

第三には、病弱教育の中心は、喘息、腎炎、ネフローゼなど慢性疾患であったが、小学校3～4年生から中学生頃におこってくる情緒や思春期的な問題を抱えた子ども一特に心身症として扱われる不登校などの問題を持つ児童・生徒が、小児科や精神科・神経科に通院し、治療を受ける事例が全国的に増え、病弱教育の直面する課題となっていることである。なかでも不登校問題は、学校教育の中でもすそ野の広い教育問題であり、その中には通常の学校や学級での対応では、救いきれない子どもたちが、家庭におかれ、家庭では、子どもへの対応に苦慮し、家庭の崩壊にもつながりかねない事態も存在していることも重要な社会問題となっている。

さらに、第四に、心身症などの教育的アプローチとして、寄宿舎と一体化した特別支援学校の積極的に意義があることである。2007年度より特別支援教育が全面的に実施されたことをふまえ、特別支援学校は、発達において困難さや難しい課題をもった子どもたちの受け皿となり、今後の特別支援教育の発展の中で重要な役割をもつものと想定されている。さらに寄宿舎の生活教育と学校教育を一体化する中で、発達障害への先駆的な取り組みなども期待されている。また、学習障害、注意欠陥/多動性障害等によって、周囲との人間関係がうまく構築されない、学習のつまずきが克服できないといった状況が進み、不登校に至る事例や、広汎性発達障害、アスペルガー障害やADHDなどの発達障害から、通常の学校や学級での集団への不適応を起こすものもまれではない。また、いじめられたり、いじめられていると思ひこんだりするなどして、二次

障害的にこじれてしまうケースもある。しかし、これらの発達障害のある子どもを対象とした医療機関は少なく、通院だけで治療が進むわけでもないという現状がある。さらに、小児科病棟や小児病院などの閉鎖や統廃合が進んでおり、入院を伴う治療の条件が十分利用可能であるわけではない。このような状態も、特別支援教育の当面する課題であるが、子どもへの取り組みは後回しにできない。子どもたちの発達上の困難は、学校での学習や生活ばかりではなく、家庭や地域での生活にも影響がある。また利用可能な社会資源の乏しさから状態が悪くなる場合もある。特に発達障害や発達にアンバランスのある場合は、虐待を受けやすく、また、虐待など様々な付随的な問題を抱えている子どもは、学校での不適応や大人への不信を増幅して、通常学級では対応できない場合もある。

発達障害、適応障害や心因反応、摂食障害、心身症、不登校など学齢期・思春期の心と身体をめぐる深刻な問題、そしてその背景にある、養育や教育環境の複雑さや困難の問題は、安心して生活できる場の確保と信頼できる大人や仲間との関係の再構築、そして生活と学習の支援を丁寧に行うことでしか解決していくことは困難である。入退院を繰り返さざるを得ない医療の現状、学習の場と医療の場と生活の場がそれぞれ違うことで子どもたちの回復を妨げる場合もある。思春期の難しい時期を乗り越え、そして自分を探し、自分をつくっていくという発達の道行きを歩むのはあくまでも子ども自身であるが、その基盤を整えること、その自立への援助は行わなければならない。このような取り組みは、通常の教育的な枠組みの中では対応しきれない場合には、生活と学習の枠組み全体をかえた取り組みも求められる。それが、寄宿舎と一体化した特別支援学校である。たとえば、寄宿舎と一体化した大阪市立貝塚養護学校の心身症をはじめとした不登校へのアプローチは、不登校の子どもたちの生活の枠組みを整え、学部での学習と寄宿舎での生活によって、紆余曲折や葛藤を仲間の中で、仲間とともに困難を乗り越えていくという点で貴重な実践をつくってきた。医療では対応しきれない生活の基盤を整え、医療とも連携を採りながら、しかし相対的に独立して安定した生活を過ごし、心の傷を癒し、様々な生活経験と学習をとぎれさせないという教育の場があった。さらに、このような選択肢があることによって、通常の学校での取り組みの下支えにもなり、また、その経験から学ぶことによって、通常の学校がより充実した対応を行う可能性を高めてきた。困難をもった子どもたちに向き合い、不登校、そして行動障害のある子どもたちへの特色あるアプローチを展開してきた。このような教育実践が、今後、本格的に実施される特別支援教育の深みを創るものとして、その実践の継承を図ることが課題である。

今後、本稿で例示した貝塚養護学校での実践の教育遺産などを事例的に整理・検討し、教育史上に位置づけ、特別支援教育として継承すること、さらに、寄宿

舎教育を含む生活実践、生活教育実践の意義と役割、そしてそれを組み込む固有の特別支援学校の位置づけについて、インクルージョンをめざす諸外国の特別教育の動向とも重ねながら、歴史的にも国際的にも吟味を深めていくことが課題である。

付記

本稿は、平成20年(行ウ)第174号学校廃止処分取消請求事件(大阪市立貝塚養護学校廃校処分取消訴訟)に関して、2011年8月、大阪地方裁判所に提出した意見書(玉村公二彦)を基に、改稿したものである。

注

- 1 メアリー・ウォーノック、ブラム・ノーウィッチ(ロレラ・テルジ編)(宮内久恵・青柳まゆみ・鳥山由子訳)『イギリス特別なニーズ教育の新たな視点-2005年ウォーノック論文とその後の反響』ジヤーズ教育新社、2012年。
- 2 「特別支援教育の在り方に関する特別委員会報告(案)」(2012年6月8日) http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/044/attach/1321927.htm
- 3 厚生労働省「『国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-』(日本語版)の厚生労働省ホームページ掲載について」(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>)参照。
- 4 大川弥生『新しいリハビリテーション-人間「復権」への挑戦』講談社現代新書、2004年。
- 5 共同通信報道(2011年8月5日付)「改正障害者基本法が施行 「社会的障壁」を除去」
「障害者の権利擁護を目指し、国や企業などに対し、障害がある人の社会参加を妨げたり日常生活を制約したりする「社会的障壁」を取り除くよう求める改正障害者基本法が5日、施行された。/心身機能に障害があるだけでなく、社会的な制度や慣行などの影響で生活が制限される人も「障害者」として幅広く定義。「すべての国民が障害の有無にかかわらず共生する社会」の実現を目指す。国連の障害者権利条約批准に向けた国内法整備の一環。政府は改正法の理念に基づき、2013年までに関連法案を国会提出する方針だ。/改正基本法では、障害者の権利擁護を強化する規定を追加した。」
- 6 玉村公二彦「国連・障害者権利条約の発効と障害者施策の改善」『育ちと臨床』Vol. 5, 2008年10月、pp.50-53。
- 7 少年保養所内教育機関設置状況については、1948年の大阪市立少年保養所が最初で、それ以降1958年の大阪府立少年保養所への教員派遣まで、8ケースあった(文部省『特殊教育百年史』東洋館出版社、1978年、p.445)。
- 8 それ以前は「身体虚弱者」の判別基準はあったが、「病弱者」は規定がなかった。「『教育上特別な取扱を要する児童生徒の判別基準』の一部改訂について」(1957年5月15日文初初第273号)の通達によって、「病弱者および身体虚弱者」の概念、基準及び教育措置が示された。
- 9 「学校教育法一部改正」(1961年10月31日)によって、第71条のうち、「精神薄弱者、身体不自由その他心身に故障のある者」を「精神薄弱者、肢体不自由者若しくは病弱者(身体

虚弱者を含む。以下同じ。)と改定した。

- 10 大阪市立貝塚養護学校『かいづかのきょういく 創立50年記念誌』1999年10月。
- 11 池本喜代正「特別支援教育体制における病弱教育の現状と課題」『宇都宮大学教育学部教育実践総合センター紀要』第32号、2009年、pp.183-190。
- 12 その内容としては不登校、神経症、自閉症、拒食症や過食症などの食行動異常症の順になっている（全国病弱養護学校校長会編『病弱教育Q&A 病弱教育の道標Part I』ジエーズ教育新社、2001年、2002年改訂版、pp.4-5）
- 13 全国特別支援学校病弱教育校長会HP (<http://www.zentoku.jp/dantai/jyaku/index.html>)。なお、病弱教育校長会の研究協議会では、2007年度（特別支援教育の開始年度）以降、「心身症等を有する不登校傾向の児童生徒への取り組みについて」が情報交換の柱の一つとされて、議論されている。
- 14 文部科学省の学校基本数調査の手引きによると「不登校」は次のように定義されており、統計上の具体例があげられている（文部科学省「学校基本調査の手引き（小学校・中学校）」（平成23年度版 http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/06020203/1302427.htm）。
「不登校」：何らかの心理的、情緒的、身体的、あるいは社会的要因・背景により、生徒が登校しないあるいはしたくともできない状況にある者（ただし、「病気」や「経済的な理由」による者を除く。）の数を記入します。なお、欠席状態が長期に継続している理由が、学校生活上の影響、あそび・非行、無気力、不安など情緒的混乱、意図的な拒否及びこれらの複合等であるものとします。
○「不登校」の具体例
(イ)学校生活上の影響：いやがらせをする生徒の存在や、教師との人間関係等、明らかにそれと理解できる学校生活上の影響から登校しない（できない）。
(ロ)あそび・非行：遊ぶためや非行グループに入ったりして登校しない。
(ハ)無気力：無気力でなんとなく登校しない。登校しないことへの罪悪感が少なく、迎えに行ったり強く催促すると登校するが長続きしない。
(ニ)不安など情緒的混乱：登校の意志はあるが身体の不調を訴え登校できない。漠然とした不安を訴え登校しない等、

不安を中心とした情緒的な混乱によって登校しない（できない）。

- (ホ)意図的な拒否：学校に行く意義を認めず、自分の好きな方向を選んで登校しない
- (ヘ)複合：不登校状態が継続している理由が上記具体例と複合していずれが主であるかを決めがたい。
- 15 同前調査（2010年度）
- 16 大阪市子ども相談センター教育相談『平成21年度教育相談事業報告』2010年3月。
- 17 全国病弱養護学校校長会が編集協力した『病弱教育Q&A Part II 病弱教育の視点からの医学事典』（ジエーズ教育新社、2003年）には、精神・神経科関係の疾病等として、「統合失調症」「強迫性障害（対人恐怖・赤面恐怖）」「外傷後ストレス障害」「摂食障害」「睡眠障害」「その他の神経系疾患」「自閉症」「注意欠陥／多動性障害」「不登校」「選択性緘黙」「習癖異常（チック、異食）」などの項目があげられ、説明されている。
- 18 日本心身医学会教育研修委員会編「心身医学の新しい診療指針」『心身医学』第31巻第7号、1991年。
- 19 石澤卓夫「小児心因性疾患への対応」『障害者問題研究』第21巻第2号、1993年、pp.163-170
- 20 新井英靖・渡辺健治「病気による長期欠席児の教育的対応に関する研究：寄宿舎併設病弱養護学校児童生徒の実態と特別な教育的対応について」『東京学芸大学紀要 教育科学』第51号、2000年、pp.253-259
- 21 不登校・登校拒否児を寄宿舎に受け入れ、彼らの自立を支えようとねばりづよい努力をつづける大阪市立貝塚養護学校の教育実践記録としてまとめられたものが、大藤栄美子・楠凡之・藤本文朗編『登校拒否児の未来を育むー寄宿舎のあるもうひとつの公立学校』（大月書店、1992年）である。不登校に関する教育的アプローチが、フリースクールなどによって担われるなかで、寄宿舎のある公立学校としてのアプローチを行ったという点で教育的にも注目される。
- 22 もともとこの寄宿舎必置規定は、学校教育法施行規則にあったものが、1974年6月1日の学校教育法一部改正によって、学校教育法の本体に、73条の2、3として組み込まれ、寄宿舎と寮母（後の寄宿舎指導員）に関する内容が学校教育法に規定されることになったものである。