

# 日本における病弱教育の現状と課題

教育心理学コース 谷 口 明 子

Issues in the Education for the Health-impaired in Japan

Akiko TANIGUCHI

The education for the health-impaired, which is categorized as special education, has a rather long history in Japan. However, little public attention has been paid to this educational field and, mainly because of the problem of privacy, there have been very few research studies so far.

The major purpose of this paper is to explain the system and historical background of the education for the health-impaired in Japan. Then future research directions are also discussed. As for a research method, I would like to emphasize the usefulness of ethnographic method for the research in this field. Theoretically, systems theory and social support theory are supposed to be relevant to the reality of this educational field.

## 目 次

- I. はじめに
- II. 病弱教育の現状
  - A. 病弱教育の定義
  - B. 教育の対象
  - C. 教育の場
  - D. 病弱教育の意義
  - E. 教育課程
- III. 病弱教育の歴史的背景
- IV. 病弱教育の課題
- V. まとめ

### I. はじめに

近年の小児医療においては、医療技術の向上に伴う治療率の上昇から、社会・学校への復帰を念頭においた治療体制が望まれている（松井，1991）。又，社会においても，入院中の「生活の質（Quality of Life）」向上の意識や，子どもの学習権保障の意識が高まりを見せている。こうした流れを受けて，入院児童・生徒への学校教育の導入が急速に進んでいる（文部省，1994）。

入院児童・生徒への教育は，特殊教育の一環である「病弱・虚弱教育」が担ってきており，歴史の浅いものではない。にもかかわらず，対象の敏感さ・プライバシーの問題もあってか，極めて先行研究の少ない分野であり，

その存在すら一般にはほとんど知られていない。

本稿は，病弱教育の現状・歴史的背景・課題について整理することで，「病弱・虚弱教育」とはそもそもどのような教育分野であるのかを確認し，本分野における心理学研究の可能性について考察することを目的とする。その際，先行研究の少なさの理由と研究のニーズの有無を十分考慮した上で，方法・理論の両側面から今後の研究の方向性を検討することとする。

### II. 病弱教育の現状

#### A. 病弱教育の定義

「病弱教育」と言われて一体どのくらいの方がびんとくるだろうか。むしろ「そんなものあったの？」との疑問を持たれる方が大半ではないだろうか。本節では，「病弱教育」という一般には耳慣れない言葉の定義を試みる。

「病弱教育」とは，「病弱・虚弱教育」の略称である。しかし，文部省発行の書籍のタイトルにも用いられており，俗称というよりも，略称としての定位置を確保している言葉であるといえる。本稿においては，「病弱・虚弱教育」を指すものとして，この「病弱教育」という言葉を一貫して用いるものとする。また，病弱児のみを対象とする教育を指す時は「病弱児教育」，虚弱児のみを対象の教育を「虚弱児教育」とし，それぞれ区別する。

病弱教育は、何らかのハンディキャップを有する子どもを対象とする障害児教育のうち、「長期にわたる医療または生活規制を必要」（田中，1988）とし、「通常の学校で健康な子どもと一緒に教育を受けることが困難な子どもたちが受ける教育」（横田，1998）である。大きな特色としては、教育機関の「95～6%が医療機関と隣接」（同上）していることがあり、原則として身体的疾患<sup>1)</sup>を有し、「入院」という医療上の措置下にある子どもたちを対象とする教育であるといえる。

## B. 教育の対象

病弱教育の対象は、病弱、もしくは虚弱児童・生徒であるが、この「病弱」「虚弱」という言葉は医学的術語ではなく、病気に罹っている、或いは体力が弱っているといった常識的な意味で用いられている（文部省，1985）。教育措置上の取り扱いとしては、「病弱者」「虚弱者」は、学校教育法第71条，同施行令第22条の2により、以下のように規定されている。

### 「病弱者」

- ①慢性の胸部疾患，心臓疾患，腎臓疾患などの状態が6ヶ月以上の医療又は生活規制を必要とする程度の者は，原則として養護学校において教育する。
- ②慢性疾患の状態が6ヶ月未満の医療等を必要とする程度の者は，その状態に応じて必要な期間療養に専念するよう指導するか，又は通常の学級において留意して指導する。なお，病院などにおいて療養中の者については，特殊学級を設けて教育することは差し支えない。
- ③慢性疾患の状態が，6ヶ月未満の生活規制を必要とする程度のものは，特殊学級において教育するか，又は通常の学級において留意して指導する。

### 「虚弱者」

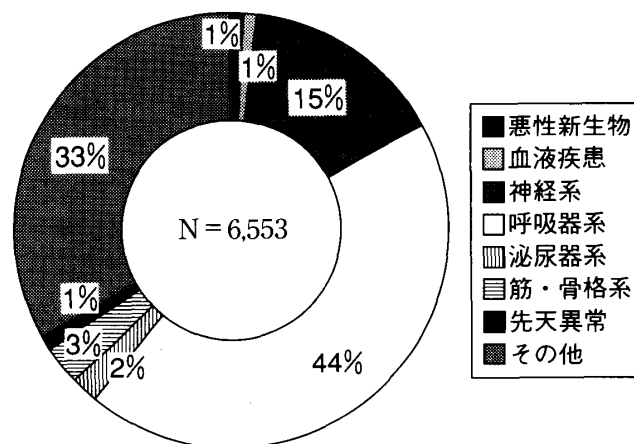
- ①身体虚弱の状態が，6ヶ月以上の生活規制を必要とする程度の者は，病弱養護学校において教育する。
- ②身体虚弱の状態が，6ヶ月未満の生活規制を必要とする程度のものは，特殊学級において教育するか，又は通常の学級において留意して指導する。

こうした教育的措置の決定に際しては、医師の診断結果に基づき、疾患の種類、程度および医療等を必要とする期間などを考慮し、「医学的・心理学的・教育的な観点から総合的かつ慎重に行う」（文部省，1985）ものとされている。本稿においては、病弱教育の対象児童・生徒を総称して「病弱児」とし、病弱・虚弱の区別をする狭義の場合についてはそれぞれ「病弱児童・生徒」，「虚弱児童・生徒」と別記するものとする。

実際の就学にあたっては、学籍の移動、即ち正式な転校の手続きが必要になる。通常の障害児教育においては、各市町村教育委員会の就学相談を経てから入学・転校手続きがとられるのに対し、病弱教育においては、入院等、現実の状況に合わせて転校手続きを開始し、教育を始めるところが多い。又、「6ヶ月以上」という規定についても、後述するように法令制定時には結核療養児童・生徒が多かったが、その後疾病構造が変化し、診断書が最長「2ヶ月」程度で出されることが殆どという現状から、より柔軟な解釈がなされ、「6ヶ月」の規定を満たさなくとも病弱教育の対象として現実には認められている。

病弱児の疾患種は、次のような変遷を経ている。昭和40年代、それまで大きな割合を占めていた結核が激減し、代わって喘息が増加した。また悪性新生物（いわゆる小児がん）は、絶対数こそ少ないながらも増加傾向にあり、これは、罹患率の上昇というよりも、従来は教育の対象として考えられていなかったのが、治癒率の上昇により、教育の必要性が認識されたことに起因する。また、近年は自律神経失調症等の心身症を病名とした不登校児の増加も著しい。ちなみに、平成5年度5月1日現在の病弱児の疾患種の割合（横田，1996）を図示したものが、【図1】である。代表的な疾患名をあげておくと、悪性新生物＝白血病・各種肉腫，血液疾患＝再生不良性貧血，神経系＝てんかん・不登校などの心身症，呼吸器系＝気管支喘息，泌尿器系＝腎炎・ネフローゼ症候群，筋・骨格系＝筋ジストロフィーがある。

図1 病弱児童・生徒の疾患種（平成5年度）



対象児童・生徒数は、昭和54年の13,000人弱を最多に以後減少を続け、平成5年度は6,553人となっている。減少の理由としては、疾患の罹患率の低下というよりも、入院の短期化や在宅療養重視の傾向により、病弱教

育を受けずに普通校に学籍を置いたまま療養生活を送っている児童・生徒が増加していることがあると思われる。

病弱教育の対象となる病弱児について述べてきた。その他の障害児教育の対象児童・生徒と比較しての特色としては、外見上及び行動の上でも健常見と変わらない部分が多く（高木，1983）、いわゆる「障害児」といった印象を受けることが少ないこと（村上，1993）、病状が固定されている者・変動が激しい者・再発の可能性を抱えている者など障害のありようが一樣ではないこと（鈴木，1999）、完全治癒が望める疾患においては将来全くの健常見として生活することが期待できるということがあり、こうしたことが障害児教育としての病弱教育の特殊性となっていると思われる。

### C. 教育の場

教育の場である学校組織としては、病弱養護学校と小・中学校の特殊学級、健康学園（東京都のみ・区立）がある。全国病弱虚弱教育研究連盟・病弱教育史研究委員会（1990）の調査を参考に、設置形態をまとめたのが【表1】である。

こうした病弱教育機関への措置にあたり、前述した学校教育法第71条、同施行令第22条の2に規定されているような形での、養護学校と特殊学級との間の在籍児童・生徒の区分はなくなっている。しかし、例外はあるものの、一般に、独立型の病弱養護学校においては、在籍児童・生徒の疾患が、重度の気管支喘息、腎疾患、筋ジストロフィーなど重度で慢性的であり、生涯にわたり闘病が続く予後のスタイルをもつものが多いのに対し、養護学校母体の分校・分教室や市区町村立小・中学校の分校・特殊学級においては、血液疾患や悪性新生物・骨折などの急性の疾患を有し、回復の後は地域の学校に復帰するという予後のスタイルをもつ児童・生徒が多いという違いが存在する。また、市区町村立小・中学校内に設けられた特殊学級には、入院を必要とせず家庭から通学する児童・生徒で、身体虚弱・軽度の気管支喘息・病氣予後の者が在籍している。

上記のような病弱教育機関の呼称も存在も、一般には全く知られておらず、入院中の子どもたちのための教育を総称して「病院内教育」、病院内に設置された分教室・特殊学級（【表1】の網がけ部分）を「病院内学級」又は「院内学級」と呼びならわしている。時には、独立型の病弱養護学校も含めた病弱教育機関全般を指して、ひとくくりにこう呼ばれることもある。

表1：病弱教育機関の設置形態

設置母体	設置形態	設置数*
都道府県立病弱養護学校	独立した一つの学校組織	86**
	分校・分教室	21
	訪問教育	不明
市区町村立小・中学校	分校・特殊学級(病院内)	101
	特殊学級(普通校内)	58
健康学園(東京都のみ)		14
その他		2

\* 同一の母体校の分教室が別の病院に併設されている場合は2つに数える。

\*\* うち、病院併設でないもの5校・東京都の区立養護学校3校を含む。

\*\*\* 網がけ部分が、所謂「病院内学級」と呼ばれるもの。

### D. 病弱教育の意義

病弱教育の意義については、「入院中の子どもへの教育の必要性」という極めて向社会的な意義については誰しもが認めるところではあったが、それがあまりにも当然視される傾向があること、加えて研究数の少なさもあり、その有意義性が実証されることも、きちんとまとめられることもなかった。こうした状況下、横田（1996；1998）は、平成6年の「病氣療養児の教育に関する調査研究協力者会議」審議のまとめを受けて、病弱教育の意義を以下の5点にまとめている。

#### ①学習の遅れの補完と学力補償

病弱児は、療養生活において学習をしていない期間（筆者注：これを病弱教育では「学習空白」と呼んでいる）があつたり、学習が遅れている児童・生徒が多い。病弱教育は、こうした学習の遅れの補完や学力保障を目指すことにより、病弱児の学習に関する不安を軽減させ、療養に専念させることができる。

#### ②積極性・自主性・社会性の涵養

病弱児の中には、長期間の療養生活のもたらす経験不足等により、積極性・自主性・社会性が乏しい等の傾向を持つ者も見られる。こうした傾向を防ぎ、健全な成長を促すためにも、病弱教育は重要である。

#### ③心理的安定への寄与

病弱児の中には、疾患の予後への不安や家族・友人と分離した孤独感から、心理的に不安定な状態に陥り易く、病状回復への意欲を減退させていく者も多い。病弱教育は、このような児童・生徒に生きがいを与え、病氣の受容を促すことで心理的安定をもたらし、回復への意欲を育てることに大きな役割を果たす。

#### ④疾患に対する自己管理能力の育成

病弱教育は、疾患の状態等に配慮しつつ、疾患を改善克服するための知識・技能・態度及び習慣や意欲を培い、疾患に対する自己管理能力を育てていくことに有用なものである。

#### ⑤治療上の効果等

近年、医療関係者の中には、教育を受けている病弱児の方が、治療上の効果があがり、退院後の適応もよく、再発の頻度も低いことに経験的に気づき、その有用性を指摘する者が多くなってきた。また、入院児の療養生活環境の質(QOL)向上の一つとしてもその意義が認められている。

これらのうち①から④は、意義であると同時に、病弱教育の「ねらい」でもある。

以上より、病弱教育の最重要の意義は、「病弱等の状態にありながら、自己がいかに生きるべきかを考え、病弱の状態にある現在および将来において最善の自己実現が図られるようにすること」(文部省, 1993)にあるとまとめることができよう。

### E. 教育課程

教育課程は、病弱教育機関の設置母体(以下、母体校とする)が養護学校であるのか、市区町村立小・中学校であるのかによって違いがある。母体校が市区町村立小・中学校である場合は、教育課程もそのまま適用されるが、病状等によりそれが難しい場合は「特別の教育課程によることができ」(学校教育法施行規則)、特殊教育諸学校の学習指導要領を参考にすることが望ましいとされている。母体校が養護学校である場合は、教師たちが「準ずる教育」と呼ぶように、特殊教育諸学校のカリキュラムではなく、基本的には普通校に準ずる内容の教科教育が行われている。但し、病状により、「各教科の一部を履修しなくてもよい」し、「教科内容も当該学年の目標・内容による学習に固執せず」ともよく、授業時間数や1単位時間の長さに関しても「児童・生徒や学校の実態及び指導領域の特質に即して適切に定めることは差し支えない」(文部省, 1985)と、柔軟な対応が許容されている。また、母体校にかかわらず、各児童・生徒の病状・指導上の留意事項に基づき、各々のニーズにみあった個別の指導を行うことが原則となっている。

母体校が養護学校の病弱教育機関のみになるが、特筆すべきものとして、「養護・訓練」(以下、主に養訓と省略する)がある。これは、先に述べた病弱教育ならではのねらい達成のために極めて重要な意義を持っている領域である。以下、養訓について若干の説明を加える。

養訓は、「一人一人の児童・生徒の疾患や障害に応じ、健康状態の回復・改善を図り、障害を改善・克服するための知識、技能、態度及び習慣を養い、もって心身の調和的発達のための基盤をつちかう」(文部省, 1985)ことをねらいとしており、かつては養護学校の教育活動全体を通じて「養護・訓練に関する指導」として行われていたが、昭和46(1971)年実施の学習指導要領改訂に伴い、各教科から分離・独立した授業時間として設定された領域「養護・訓練」との2本だでの指導となった。但し、教科等の他の指導領域とは異なり、一定の具体的指導事項が学習指導要領に示されているわけではなく、各校において指導方法を含めた「創意工夫」が求められている。現場ではこの「創意工夫」の要請が、かえって「何をすればいいのか確信がもてない」という戸惑いの原因となっているという現実もある。

障害児教育全般における養訓の内容としては、「A 心身の適応」「B 感覚機能の向上」「C 運動機能の向上」「D 意思の伝達」の4本柱の下に12項目が学習指導要領に定められている(山本, 1998)が、病弱教育においては病気の受容など「A 心身の適応」を基本とした取り組みが行われている。又、疾患への自己管理能力の向上を目指し、特に生涯疾病とつきあっていかななくてはならない児童・生徒に対して、自分の疾病の状態についての知識や必要な生活上の管理事項について学習し、理解を深めるような指導が行われている。具体的な活動としては、ストレス発散(筆者注:現場では「心理発散」という言葉が用いられている)を目的としたレクリエーション活動や、喘息児童・生徒に対しては乾布摩擦や心肺機能強化の為にトランペット演奏・サーキットトレーニング・喘息に関する知識の学習、筋ジストロフィー児童・生徒に対する運動機能維持のための体操、などが試みられている。

以上、病弱教育の現状を主に制度面から整理してきたが、次章においては、こうした病弱教育がどのような歴史の変遷を経て今日に至っているのかを振り返ることとする。

### Ⅲ. 病弱教育の歴史

わが国における病弱教育の歴史は、大きく分けて以下の3期に分けられる。第1期は、近代教育成立から第2次世界大戦終結まで、第2期は戦後から1979年の養護学校義務制施行まで、そして第3期はそれ以降現在に至るまでの3期である。以下、二文字(1974)、全国病弱虚弱教育研究連盟・病弱教育史研究委員会(編)(1990)、

加藤（1995）を参考にしつつ、病弱教育の歴史をたどることで、教育制度・教育行政の中での病弱教育の位置づけを確認する。

### 第1期：近代教育成立から第2次世界大戦終結まで

わが国の近代教育は、明治5（1872）年の学制頒布に始まるが、病弱はおろか特殊教育に関する規定は「廃人学校アルベシ」とのみ記されているだけであった。その後、「廃人学校」は廃止され、「其他各種ノ学校」に包括されたものの、明治23（1890）年「小学校令」改正に伴い盲啞学校が制度化されるまで、特殊教育に対する教育制度及び行政上の配慮は皆無という状況が続いた。この盲啞学校の制度化により、特殊教育の端は発せられたが、「病弱又ハ發育不完全」な者の就学義務は猶予され、病弱児童・虚弱児童は共に公的教育の対象とはならなかった。

一方、この頃、非公式ながらわが国初の病弱教育の実践が記録されている。明治22（1889）年、三重尋常師範学校の全校生徒の6割以上が脚氣に罹患し、四日市市の山地において30数日間教育が行われている。こうした教育開始の背景には、明治維新後の国力増強を目指した欧米に追いつけ追い越せの過酷な教育の結果、児童・生徒に病人が続出したこと、特に師範学校においては身体強健が重視されていたこと、また、明治当初まで国民病として死亡率が高く、罹患者を労働力として用をなさなくしてしまう脚氣という疾患の克服が国民健康対策の課題であったこと、の3点が挙げられる。

以後、日清・日露戦争を経て、国家発展の基礎として国民体位向上が唱道される情勢と、小学校就学率の急上昇・医学的衛生観念の普及により、病弱児教育はさておき、虚弱児教育のみが推進された。大正初期には、結核による死亡者が11万人の大台にのり、大正8（1919）年には「結核予防法」が公布され、結核対策が国の急務となるが、結核児童に対する教育対策は何ら打ち出されることはなかった。

昭和10年代、小学校教育の理念・内容が国家主義的色彩を帯びてくる中で、昭和16（1941）年制定の「国民学校令」において、初めて虚弱児教育について公的な規定が設けられた。すなわち、養護学級又は養護学校は、なるべく身体虚弱、精神薄弱、弱視、難聴、吃音、肢体不自由等の別に編成するようにとの規定である。戦時中の国民育成の一環として、虚弱児童が公的教育の対象として漸く浮上したのである。

以上のように、明治以来第2次世界大戦終結までの第1期の特色として、病弱児童・生徒に対しては何ら教育

的配慮はなされず、ただ虚弱児教育のみが国家主義的教育の理念の下に推進されたということが挙げられる。

### 第2期：戦後から1979年養護学校義務制施行まで

第2次世界大戦の敗北に伴う西欧民主主義思想の流入が教育に及ぼした影響は、墨で塗りつぶされた教科書史料を見るまでもなく、甚大なものであった。昭和22（1947）年には、「教育基本法」「学校教育法」が制定され、民主的教育体制が確立した。「日本国憲法」「教育基本法」の「義務教育」の理念に基づき、教育を受ける権利が保障されたのである。しかし、学校教育法23条において、病弱および發育不完全のものは相変わらず就学猶予・免除の対象とされ、同71条による特殊教育諸学校の制度についても「病弱者」は学校教育の対象外とされている。同75条の特殊学級の制度においても、虚弱児童のみが対象とされ、病弱児童は対象外とされていた。このように教育の大転換期においても、病弱児童は公的教育の対象として省みられることはなかったのである。

しかし、戦前からの結核児童数の増加を受けて、結核児に対する教育の必要性がほちほち認識されはじめ、病弱児童が教育の対象として考慮されるようになってきた。学校教育法71条には病弱養護学校の記載はみられないものの、昭和32（1957）年までの間に3校が新たに設置されたり、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た事実を受けて、昭和36（1961）年、学校教育法の一部改正により、初めて「病弱者」（前節の定義参照のこと）が学校教育の対象として法的根拠を獲得することになる。その後、学校教育法により制定はされたものの実施は延期されたままになっていた養護学校教育義務制が、昭和54（1979）年施行されるに至る。

以上のように、敗戦に伴い民主主義教育の成立した第2期は、今まで国家主義思想下で推進されていた虚弱児教育に代わり、昭和30年代より病弱児童についてようやく制度上の位置づけがなされたという、病弱教育の転換期であったと言える。

### 第3期：養護学校義務制施行から現在まで

昭和54（1979）年の養護学校義務制は、障害児の全員就学を満すべく施行されたものであるが、病弱教育では対応が遅れ、全都道府県に病弱養護学校が設置されるには昭和59（1984）年を待たねばならなかった。しかし、制度面の整備にもかかわらず、義務教育期間の病弱教育機関在籍者数は、義務制施行の年をピークとして以後減少を続けた。この減少の理由としては、医療技術の進歩による入院期間の短縮および疾病構造の変化によ

り、「6ヵ月」という病弱教育対象児の要件を満たす児童・生徒が少なくなってきたこと、病弱教育についての教育関係者・医療関係者・保護者の理解不足、煩雑な転籍手続き等の制度面での不備がある。しかし、保護者の間からは入院中の教育機関設置を望む声が高まり、全国的な運動も展開された（一城と共に全国の大学病院に院内学級を作る会；尾下美代子代表）。また、平成6年3月1日現在で、2週間以上入院していながら教育を受けていないままの子どもが40%にもものぼることが確認され（文部省（病気療養児の教育に関する調査研究協力者会議）、1994）、行政上の対応が迫られた。このような病弱教育の現状を受けて、平成6（1994）年12月文部省初等中等教育局長から各都道府県教育長宛に「病気療養児の教育について」の通知が出された。この通知の目的は、病気療養児への教育の機会の確保にあり、病弱教育機関の設置等体制の確立、「六ヵ月以上」の療養という病弱教育対象者の規定の緩和、転学手続きの簡略化など柔軟な対応が唱えられている。現在、この通知のもとに、病院内学級の開設促進・教科指導の充実や保護者や医療関係者への啓蒙活動が展開され、全国国立大学病院小児科にはすべて院内学級が開設されるなど成果をあげている。

以上、病弱教育の歴史的変遷を概観してきたが、一言で言うならば、病弱教育は他の障害児教育にも増して、教育行政から顧みられることのなかった分野であり、近年になりようやくその存在権を獲得するに至った教育分野であると言える。

では、なぜこれほどまでに病弱教育は、マイナーな存在であり続けたのだろうか。最大の理由としては、「病気の時くらい勉強しなくてもいいではないか。まずは病気を治してから」という治療第一主義の考え方が優勢であったことがある。又、障害が表に出ていない為他の障害児のように目立たないこと、病弱の概念が曖昧であること、「治癒の見込みのない重篤な疾患の子どもは、学習する必要はない」という狭い学習観なども、病弱児を教育の対象から排除してきた要因と考えられる。それが、医療技術の進歩により、従来は退院できないままであった子どもたちが社会復帰するようになり、退院後の不適応が問題として浮上するにつれ、その不適応の対応策として入院中も継続して学校教育を受ける必要性が囁かれ出したのである。又、米国から流入した患者の権利意識や「生活の質」という概念の浸透といった医療現場の変化に加え、教育の側においても、学びの結果ではなくプロセスに価値をおく新しい学習観の登場、1985年にユネスコの「学習権宣言」により子どもの学習する権利

が主張され、1989年には国連が「子どもの権利条約」の中で、「教育への権利」を謳っていること等の変化があった。こうした情勢の変化が追い風となって、「病気だから」「入院中だから」教育は受けないということではなく、「入院中でも教育を」という気運が高まり、病弱教育が市民権を得るに至ったと考えられる。

このように、ようやく公的教育として認められてきた病弱教育だが、マイナーな教育としての歴史が長いせいか、解決すべき課題が山積している。次章では、この病弱教育の課題についてまとめることとする。

#### IV. 病弱教育の課題

平成6年の文部省通知「病気療養児の教育について」は、長らく教育行政の目からこぼれつづけてきた病弱教育への配慮として画期的な意味をもつものであったが、あくまでも当面の対応のみが謳われ、基本的な問題の解決は今後の課題となっている。解決が望まれる課題としては、以下のものがあろう（加藤、1997；横田、1995・1996）。

##### ①実態に即した病弱教育制度の制定

第一に、学籍の移動をはじめとする煩雑な転学手続きの簡素化がある。先述の通り、入院中に教育を受ける為には、正式な転校の手続きが必要となる。手続きの煩雑さ、また地元の学校と縁が切れてしまうような気がするといった心理的な抵抗から、転籍をためらうケースが多く、結果として入院中は学校教育を受けないままになってしまうという事態を招いている。二重学籍の認可が強く望まれている所以である。また、昨今の入院期間の短縮化という医療の現状にそぐわず、就学相談等の手続きに時間がかかりすぎるという問題もある。第二に、入院児童・生徒数は年間を通して大きく変動するにもかかわらず、5月1日現在の人数で次年度の教員定数が決められてしまう為、5月以降に多くの児童・生徒の入院があった際には対応しきれないことがある。状況に応じた講師の派遣など、教員の定数配置の柔軟化が望まれている。

##### ②教育内容・方法の整備

病弱教育の特質をふまえた教育内容・方法の改善をめぐし、その第1段階として実態把握を目的とした調査研究・教育方法研究が奨励されている。また、各種研究会等、教員同士の情報交換の機会設定も必要性が叫ばれている。

##### ③教員の専門性の向上

上記②とも重なるが、病弱教育教員に必要な資質と

は何かを見据えた上で、各都道府県の特設教育センター等における研修の拡充や、校内研修システムの整備が急務である。

#### ④その他

現状では必ずしも十分とは言えない医療・家庭・前籍校（筆者注：入院前に通っていた学校のこと）・転籍校（筆者注：退院後に行く学校のこと。前籍校と同じ学校であることが多い。）との連携の十分な確保が望まれている。周辺領域の理解を促す広報活動の必要性も認識されている。

他に、現場教師の声として以下のようなことがよく挙げられるので、補足する。

- ⑤高等部・幼稚部の設置
- ⑥保護者の転籍に対する抵抗を少なくすることを目的とした養護学校枠の撤去
- ⑦床上学習の制度的評価とセンター化（特に東京都）
- ⑧厚生省（病院）と文部省（学校）という管轄の二重性の解消
- ⑨通学生・不登校児童・生徒への対応方針の決定（受け入れの可否を含めて）

## V. まとめ

以上、病弱教育の現状と課題を整理してきた。では、上記のような教育分野においてはどのような心理学研究が今後可能なのだろうか。また、研究にあたり、どのようなことに留意すべきなのだろうか。本章においては、この2点について考察することで、本稿のまとめとしたい。

本稿最初にも述べたが、病弱教育関連の先行研究、特に心理学研究の蓄積は非常に少ない。なぜこんなにも少ないのだろうか。理由としては、以下の5点が考えられる。

- ①病弱教育そのものが注目されず、研究対象として浮上していなかったこと
  - ②病弱教育対象児童・生徒のプライバシー・心理的安定を守るために、心理学研究者の手がはいることへの現場の警戒感が強いこと
  - ③病弱教育対象児童・生徒の個人差が顕著で、事例研究以外の研究の意義が理解されにくいこと
  - ④病院の協力が得られにくい為、実行できる研究の範囲に厳しい制限があったこと
  - ⑤医療の進歩に伴い、治療方針や入院生活のパターンが激変し、従来の研究結果をふまえて次の研究に進むことが難しく、研究が蓄積していかないこと
- しかし、これらは、研究の成立しにくさという状況に

よるものが殆どであり、決して研究の必要性を否定するものではないことには着目すべきであろう。むしろ、先述したような病弱教育への認識の高まりや、医療現場における患児のQOL向上をめざす動きの活性化といった昨今の情勢を考慮すれば、教育・医療双方から、病弱教育に関連する心理学研究を求める声は高まっていると言え、研究者倫理の徹底、研究方法の工夫によって、新たな研究の道が開かれることが期待できる。

では、どのような研究が可能であり、かつ求められているのだろうか。方法・理論の両側面から考察したい。

研究方法としては、エスノグラフィックな手法の採用が望まれる。近年、emicな視点からの現象理解をめざすエスノグラフィック・リサーチの心理学研究への貢献が期待されている（Henwood & Pidgeon, 1992）。一般に、質問紙や実験などのTOOLを用いた研究においては、論文の書き手と読み手の間に当該問題についての理解の共通基盤があることが暗黙の前提となっているはずである。一例をあげるなら、愛着に関する研究であれば、タイトルを見ただけで読み手の中に立ち上がってくる「愛着とは何か」をはじめとした基礎理論等は、書き手の持っているそれとおおむね共通のものであると考えられる。そうした諸々の既存の理論や事例研究の積み重ねがあってこそその質問紙であり、実験なのである。しかるに、病弱教育に関しては、そもそもその存在自体が知られておらず、質問紙云々以前の問題として、どういう“場”であり、どのような実践が行われているのか、そのありようを「系の中の視点」（麻生，1992）からきちんとおさえることが先決であると思われる。加えて、病弱児及び家族は非常に敏感であり、かつ精神的にも生活上も余裕がないという状況を勘案すると、研究領域の特性から考えても、質問紙法や実験法が適切とは思えない。エスノグラフィックな手法は、文化人類学・社会学・看護学においては定位置を確保しているが、心理学研究としては、その個性記述性が研究として評価されない、或いは研究に手間と時間がかかりすぎるためか、今日に至るまで必ずしも満足な研究成果が得られていない。しかし、上記のような特色をもつ病弱教育という上俵における心理学研究においては、エスノグラフィックな手法は特に有効と思われる。

現象理解の切り口とも言うべき理論的視座としては、システム理論やソーシャル・サポート理論が考えられる。病弱教育は、医療・家庭・地域（児童・生徒の入院前の在籍校を含む）といった病弱児の各「生態システム」（Bronfenbrenner, 1979）との緊密な連携のもとにその実践が展開し、入院児童・生徒へのサポートシステ

ムの一環として位置づけることができるという特色を有している。又、様々な困難をかかえる病弱児の指導に追われてしまいがちな実践者からも、自らの実践をよりシステマティックな観点から位置づけ、「どのように入院児童・生徒をサポートしていくのか」という指導方針の枠組みとなるような教育実践の理論的モデルを呈示してくれる研究は、高い実践の有効性を備えた研究として評価されるのではないだろうか。両理論の本分野への適合性・有効性が推測される所以である。

病弱教育における心理学研究として、システム論やソーシャル・サポート理論に依拠した探索的なエスノグラフィック・リサーチの有益性を主張するとともに、自らの今後の研究課題としたい。又、本分野における研究においては、子どもたち・保護者の心理的安定やプライバシーに十分配慮する等の研究者倫理の徹底が特に求められるということも申し添えたい。

(指導教官 下山晴彦助教授)

## 註

- 1) 本稿においては、上野(1994)・「マグローヒル科学技術用語大辞典」(1996)を参考にし、以下のように“病”にかかわる用語を定義する。即ち、けがを含めた生物学的な身体の障害・病の状態をさすものとして「疾患」、けが以外の疾患を指す言葉として「疾病」、自己の人生にとっての疾患の意味や社会的ハンディキャップ・病者役割など、より主観的・社会的な意味を含む概念を表すものとして「病気」という言葉を、それぞれ用いることとする。

## 引用文献

- 麻生武 1992 身ぶりからことばへー赤ちゃんにみる私たちの起源ー。新曜社
- Bronfenbrenner, U. 1979 The Ecology of Human Development-Experiments by Nature and Design. Harvard University Press 磯貝芳郎・福富護(訳)人間発達の生態学。川島書店
- Henwood, K.L. & Pidgeon, N.F. 1992 Qualitative research and psychological theorizing. British Journal of Psychology, 83, pp 97-111
- 加藤安雄 1995 病弱教育の歴史の変遷。教育と医学, Vol.43(7), pp 13-21
- 加藤安雄 1997 病弱・身体虚弱児の教育。小児保健研究, 56(2), pp 155-158
- 松井一郎 1991 病児教育への取り組みと課題。国立国際医療センター・子どもと共に歩む会講演抄録
- 文部省 1985 病弱教育の手引ー指導編ー 慶応通信
- 文部省 1993 病弱教育における養護・訓練の手引 慶応通信
- 文部省 1994 病気療養児の教育について(通知)。小児科臨床, 49(増刊号), pp1257-1258
- 文部省(病気療養児の教育に関する調査研究協力者会議) 1994 病気療養児の教育について(審議のまとめ)。

- 小児科臨床, 49(増刊号), pp 1258-1263
- 村上由則 1993 慢性疾患の治療・管理と障害としての病弱ー病弱児のおかれた課題状況の分析ー。特殊教育学研究, 31(2), pp 47-55
- マグローヒル 1996 マグローヒル科学技術用語大辞典第3版。日刊工業新聞社
- 二文字理明 1974 わが国における病弱虚弱教育制度の成立。大阪教育大学紀要23(第IV部門), pp 161-169
- 鈴木茂 1999 病弱教育の現状と課題。病気の子どもと医療, Vol.12・13, pp 3-14
- 高木俊一郎 1983 慢性疾患児に対する精神心理的ケア。特殊教育学研究, 21(1), pp 48-51
- 田中農夫男 1988 障害児教育入門。福村出版
- 上野轟 1994 患者に対する精神的援助に関する研究ー現象学的方法による“病気との和解”の方途を探つてー。風間書房
- 山本昌邦 1998 病弱養護学校における養護・訓練の指導の動向ーその推移と課題ー。特殊教育学研究, 36(1), pp 47-51
- 横田雅史 1995 病弱教育の現状と課題 教育と医学, 43(7), pp 4-12
- 横田雅史 1996 病気療養児の教育 小児科臨床, 49(増刊号), pp 1249-1256
- 横田雅史 1998 特殊教育の現状と課題(座談会)。こころの科学, 81, pp 11-29
- 全国病弱虚弱教育研究連盟・病弱教育史研究委員会(編)1990日本病弱教育史。日本病弱教育史研究会

## 謝辞

本稿は、1998年度東京大学大学院教育学研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものです。修士論文執筆にあたり、ご指導いただきました下山晴彦助教授・箕浦康子前教授(現お茶の水女子大学教授)に深く感謝致します。また、資料収集にご協力くださった都立久留米養護学校の先生方にも深謝致します。