

病 虚 弱 教 育 の 現 状

—— 医療機関併設でない病虚弱
特殊学級を中心として ——

野 村 和 雄

(養護教諭養成所)

I 序 論

身体に病弱あるいは虚弱という状態をもち、教育上特別な配慮を要するこどもが存在する。その出現率は、文部省の昭和 29 年実態調査によれば病弱 0.51%，虚弱 0.84%の計 1.35%，昭和 42 年の調査によれば病弱 0.08%，虚弱 0.41%，の計 0.49%と推定されている。後者の出現率により昭和 48 年度の小中学校児童生徒数から算出すると、71,824 人が病虚弱児となる。このうち、いわゆる病虚弱教育をうけているものは同年度、養護学校 3,362 人，特殊学級 4,622 人，計 7,984 人で，対象の 11.1%とされる¹⁾。

さて、上のように長い副題をつけたのは、病虚弱教育においては特殊教育の他の分野に比較してもより以上に多様な教育の場が現実存在していることの反映である。多様な教育の場、と言ったが、病虚弱教育の対象となる児童生徒の教育的ニーズに応じて用意されているという意味でなく、むしろ地方教育行財政の考え方、あり方によって、その地域の病虚弱児にとっては特定の場合しかない²⁾と言ったほうが正確であって、それらをたし合せてみると日本には多様な教育の場が存在することになるわけである。例えば視覚障害、聴覚障害、精神薄弱、等の分野では名称は様々であるが特殊学校と特殊学級との、大きくわけて 2 段階の教育—学習の場が運営されているのに対し、病虚弱教育においては、第 1 表の分類のように、少なくとも 4 つに分けなければ教育の場を分類したとは言えないであらう

第 1 表 教 育 施 設 の 分 類

	A 学校+医	B 学校-医	C 学級+医	D 学級-医
学 校 数	43	23	84	61
学 級 数	322	100	182	96
児 童 数	1,834	1,208	1,377	1,109
1 学級あたり 児 童 数	5.7	12.1	7.6	11.6
学 級 数	198	17	103	1
生 徒 数	1,110	130	729	12
1 学級あたり 生 徒 数	5.6	7.6	7.1	12.0

う⁹⁾。すなわち、病虚弱児の教育—学習の場を特に医療機関との関連で整理した、A；医療機関併設の養護学校、B；併設でない養護学校、C；医療機関内の特殊学級（以下、院内学級と記す）、D；医療機関併設でない特殊学級（以下、養護学級と記す）、である。第1表は全国病弱虚弱教育研究連盟等がまとめた「全国病弱虚弱教育施設一覧⁴⁾」（以下「一覧」と記す）から算出したものであり、学校基本調査報告⁵⁾の数字に比し、特殊学級数で66.6%、児童数で63.0%に相当するものが把握されている。これから国立療養所・公立病院等の医療機関に併設された形の養護学校に学ぶ者が最も多く、ついで院内学級、医療機関併設でない養護学校（東京都などの区立の養護学園もここに含めた）、養護学級、の順であり、1学級あたりの人数はこの順に多くなっていることに気づく。併設でない養護学校については、井戸川⁶⁾がきびしく指摘しているように、医療のもとでしか教育を受けられないような重度の者に対しては何の意味もないのであって、重度の順からみるならば、AないしC、B、D、であろう。これらから、医療との連携のしかた、学習集団の大きさ、学習環境、家庭との距離、などの相違により、それぞれのかかえている改善すべき問題点に相違があろうことが想像できるのである。

病虚弱教育が、他の特殊教育の分野に比べても立ち遅れていることを指摘する声は多い^{7)~10)}。また、加藤が「今、日本の特殊教育の中で一番混乱しているのが虚弱学級¹¹⁾」と指摘するのも正当であろう。過去、川畑によって「わが国においてもっともその発展と普及とを期待され¹²⁾」た養護学級は、戦後「身体虚弱児学級」「結核児学級」「病弱児学級」等の名称で統計上把握されているが、小学校のみについてみれば、昭和31年の326学級11,147人をピークとして35年229学級3,860人と減少、その後46年までの10年間、250~300学級の間を停滞し、47年360学級、48年417学級¹³⁾と急増の傾向をみせている。この変化の中で、養護学級は多様化し、また混乱してきているのであろう。病虚弱教育においても、「量的発展に対して質的発展がともなっていない¹⁴⁾」との言葉と同様の反省がなされているのである。

本論で「医療機関併設でない病虚弱特殊学級」をとりあげる理由の1つは、特殊教育関係者においても、それが不当に位置づけられている印象が強いことである。日本特殊教育学会を中心とした研究においては、養護学校あるいは院内学級を研究の場とし、そこに存在する児童生徒を研究の対象としたものが多く、養護学級についての研究は地域ブロック別、あるいは都道府県別等の研究会等で実践報告を見る程度である。「中・軽度が忘れられがち¹⁵⁾」という傾向は病虚弱教育にもあてはまると言って過言ではない。さらに、病虚弱教育に関連する研究の現状は、対象たる児童生徒の特性を扱うものが主であって、学校経営、学級経営の立場からのものは少ないことを指摘しておく必要がある。これらの理由により、養護学級についての認識も、その存在が「きわめてまれである¹⁶⁾」と表現されるだけが普通であり、小学校第1・2学年に多く、軽度の、いわゆる虚弱を対象の中心とした学級が一般的である、と表現されれば詳しいくらいである。一般的でない養護学級とは、どこまで幅があるのか。養護学校義務化にむかいつつある現在、養護学級はどのような状態にあり、将来、どのような意味をもってくるのか。本論の目的は、養護学級を多方面から正当に位置づけることを最終目的として、その実態・問題点を明らかにすることである。

Ⅱ 研 究

1. 研究の方法

学校基本調査報告、学校総覧¹⁷⁾、「一覽」の吟味をふまえ、郵送法による実態調査を行った。調査年月は昭和49年6月、調査対象は「一覽」に掲載されている、病院療養所名のない特殊学級であり、設置している学校61校の養護学級担任1人を回答者とした。調査内容は、病類（障害）別児童生徒数、指導形態、判別方法、指導内容、健康管理、学級運営、問題点、など29項目とし、選択技法、自由記述法の質問形式である。回収数は37、うち34を有効とした。「本年度設置せず」との回答が他に2校（小学校1、中学校1）あったので、回収率は57.6%である。回答校はすべて小学校であり、その児童数別および設置年度別の内訳は第2表のとおりである。分析は主に単純集計によったが、一部、学校規模、設置年月、その他関連のありそうな項目同士のクロス集計を行った。検定も一応行ったが、少数の標本であるので、「程度の把握より質の把握⁷⁾」で、参考に資したいと思う。また、全数34のところは×3で、おおよその%が計算できるので、必要以外、%は示さなかった。

第2表 規模別・設置年別学校数、回答校

() 内は複式

	～10	～20	～25	～30	～35	～40	～45	～	計	回答校
0～			1	1	1		5		8	1 (1)
300～			1	4	4		1	1	11	5 (1)
600～		2	2	1	3	4	1	1	14	11 (1)
900～	1	1	4	5	3	1			15	8 (2)
1200～		1		2	2				5	4
1500～			2	3	1		1		7	4 (1)
2000～					1				1	1
計	1	4	10	16	15	5	8	2	61	34 (6)
回答校	1	3	6	10	6	2	4	2	34	

2. 病虚弱特殊学級の概観

i) 前述したように、院内学級、養護学級の合計は昭和48年度417である。地域的には、東京都67、東北・北海道114、新潟・長野・愛知・兵庫の4県で96、以上で66.4%を占め、未設置は7県ある。偏在しているといえる。「一覽」から養護学級を設置する学校数をみると、愛知12、兵庫9、東北・北海道24、その他16、と、これも偏在しているといえる。

ii) 養護学級の名称は「養護学級」51校、「特殊学級」4校、「保健学級」2校、「鍛練学級」「健康学級」「肥満学級」および不明各1校、であり、「養護学級」が83.6%で圧倒的に多い。医療機関併設でない特殊学級を養護学級と記す理由である。

iii) 設置年度（第2表参照）からみると、昭和35年までに設置された学級が多い。先にみたように特殊学級数は31年をピークとして35年まで減少し、以後停滞しているので昭

和32年からの特殊学級設備費補助などによる設置奨励による増加は顕著でないと言える。

iv) 第2表から、小規模校にも養護学級は多いことがわかる。

v) 養護学級を1学級のみ設置する小学校は47%，2学級設置45%，3学級設置8%，である。難聴学級について報告されている1学級のみ設置60%¹⁸⁾に比較すれば、養護学級は複数設置が多いことになる。

3. 設置と判別

i) 養護学級設置の理由

養護学級設置に大きな力となったものは何か(複数回答)に対しては「教職員の教育的配慮」18校、「保護者からの要求」6校、「教育委員会などからの指導助言」6校、「特殊学級設置奨励などの行政指導」4校、無答および不明7校、という回答である。回顧的な、しかも漠然とした内容であるのでより具体的な吟味が必要であろうが、教育的配慮によって設置された養護学級が多いことは評価されるべきである。なお、設置年月、学校規模による差はほとんどみられない。

ii) 設置学年

34校中、複式学級の形態で養護学級を設置するのは6校、1学年に1学級の養護学級を設置する学校は27校、不明1校、である。この27校の設置学年は、第1学年20校、第2学年22校、第3学年6校、第4～6学年各1校である。また、不明の1校を除いた33校中、第1学年のみ設置は3校、第2学年のみは4校、第3学年のみ、第4学年のみは各1校、第1・2学年に設置は14校(1校は複式)、第2・3学年に設置は1校、第4・5学年に設置は2校(ともに複式)、第5・6学年に設置1校(肥満学級)、第1・2・3学年に設置4校、第2・3・4学年に設置1校(複式)、全学年に設置2校(複式)、である。複式学級も含めて、少なくとも第1・2学年の児童を対象としている学校が多い(29校)ことが明らかである。

学校基本調査報告によれば、病虚弱の特殊学級在籍児童数は昭和48年度において、第1学年23.2%，第2学年23.1%，と他の学年より多いが、前述の傾向ほどではない。このことから、養護学級は主として第1・2学年を、院内学級は第3学年以上を対象としている現状がうかがわれる。

iii) 病類・障害別児童数

病類あるいは障害を把握するために、第3表のような分類で児童数の記入を求めた。

第1～3学年でみると、虚弱43.8%，喘息15.8%，偏食5.0%，心臓病4.0%の順であるが、肢体不自由・難聴・情緒障害・弱視・低IQ・学業不振の合計が13.8%を占めて病虚弱以外の児童が在級していること、「その他」の中に肝疾患、血友病、ペルテス病、てんかん、等、様々な病種の児童が含まれていること、さらに、教育効果を上げる目的で何ら障害のない児童を在級させている養護学級もあること、など特記する必要がある。第4～6学年では複式学級でない場合、肥満学級であったり、あるいは養護学級との名称ではあっても学習促進学級が内実であったりして、学級の対象児がより特定化されてくる傾向がある。

特殊教育の場に、編成上の都合その他で対象外の児童生徒をいれることについては、様々議論がある。「特殊学級の対象でない子どもは絶対にいれない¹¹⁾」方針をつらぬくか、対

病虚弱教育の現状

第3表 設置学年別 病類・障害別児童数

	第1学年			第2学年			第3学年			計 (%)	
	男	女	計	男	女	計	男	女	計		
虚 弱	45	57	102	64	58	122	17	20	37	261	43.8
喘 息	28	18	46	31	9	40	3	5	8	94	15.8
偏 食	5	4	9	9	7	16	3	2	5	30	5.0
心 臓 病	5	5	10	6	5	11		3	3	24	4.0
肢体不自由	6	1	7	7	4	11	3	2	5	23	3.9
難 聴	4	4	8	4	6	10	2		2	20	3.4
肺 結 核	2	3	5	2	2	4	1	2	3	12	2.0
情緒障害	2		2	5	4	9		1	1	12	2.0
腎 臓 病	4	2	6	3	2	5		1	1	12	2.0
弱 視	3	4	7	1	2	3	1		1	11	1.9
低 IQ	3	2	5	4		4				9	1.5
学業不振	2	1	3	3	1	4				7	1.4
そ の 他	18	11	29	18	24	42	4	6	10	81	13.6

象外であってもその子どもの教育的ニーズに応じた教育環境が手近にない場合に次善の策としてその学校・学級で可能な限りの手厚い配慮をするか、あるいは教育効果を上げる目的で障害のない児童生徒を在籍させるか、等、個々の事例の比較、検討がまたれる。

iv) 学級規模

前述のように、教育的効果をあげるために何ら障害のない児童を加えて25人程度にしている学校もあるので、それらと複式学級を除いて第1学年18学級、第2学年20学級についてのみ整理すると、学級規模は6～17人の範囲で、第1学年では7人4学級と12～14人10学級が多く、第2学年では8～9人5学級と11～14人9学級とが多い。10人を境界に双峰型を描くようである。第3学年以上と複式学級の一部には少人数の学級がある。「少なくとも6～7人はいないと『集団』としての最小限度が保てない³⁰⁾」との指摘があるが、これに欠ける学級は、1人のみ2学級、2人2学級、3人1学級、5人2学級、である。

v) 通学範囲と判別

入級者の通学範囲については「学校の学区と同じである」が26校で圧倒的に多く、「2～3の学区から集っている」5校、「市区町村全域から集っている」2校、無答1校、である。他学区から車で往復している例など、通学上の問題が全然ないわけではないが少ないと見てよいと思われる。

通学範囲と関連して、入級判別は「学校内の判別委員会で行われる」26校、「市町村単位で行われる」4校、その他4校、である。21校までが学区内を対象とし、学校内の判別委員会で入級判別している。

情緒障害学級についてはほぼ60%が市町村単位で判別されている³⁰⁾し、特殊教育課の調査³¹⁾でも54%の市町村に判別委員会が設置されているという。これらに比べると、養護学級への入級判別は、学校にまかされているところが多い、と言える。

vi) 判別委員会の構成

判別委員会の構成員については無答が1校あったが、33校中、設置学校長30校（うち

第1学年を養護学級の対象としている23校の中では20校、以下同様)、養護学級担任29校(21校)、養護教諭26校(20校)、設置校教頭24校(15校)、設置校保健主事22校(14校)、小児科医師16校(10校)、その他の医師14校(11校)、普通学級担任12校(7校)、指導課職員3校(1校)、学事課職員3校(2校)、教育相談室職員3校(2校)、その他9校(7校)、である。その他の中には、学年主任、教務主任、校務主任、次年度養護学級担任予定者、幼稚園の担任、保育園関係、婦人会関係者、等が含まれる。1人でも医師が参加しているのは23校²²⁾あるが、普通学級担任の参加が少ないことは注目せねばならない。ただし、第1学年を対象としているかいないかとの関連をみると、統計的には有意ではないが教頭および普通学級担任の参加は第1学年に設置しない、すなわち第2学年以上に設置する学校で多い傾向がある。

ついで、判別委員会の平均人数をみると、3人(3校)から10人(1校)まで6人の10校をピークにきれいに分布している。3~4人のスタッフで委員会と言いうるかとの問題もある²²⁾が、また人数が多ければ多いほど判別委員会として適当であるというものでもない。ただ、養護学級担任および養護教諭が参加しない学校は問題があろう。

他の分野との比較では、校長については精神薄弱の場合の86.5%²³⁾、情緒障害の場合の82.6%²⁰⁾、等とほぼ同じであり、医師については肢体不自由養護学校の場合の40.2%²⁴⁾、あるいは市町村の判別委員会の場合の9.7%²¹⁾よりは多い、といえる。養護教諭についても、肢体不自由養護学校の場合²⁴⁾に比べて役割は大きい。

vii) 入級判別の資料

入級判別の資料として回答した学校数を次に示す。()内は第1学年にも設置する学校23校についてである。

両親との面接	31 (20)
就学时・定期健康診断結果	30 (23)
専門医の所見	25 (17)
養護学級担任の観察	19 (13)
在籍学級担任の観察・報告	16 (8)
治療機関の所見	6 (4)
教育相談室の所見	6 (6)
その他	6 (4)

「その他」とは、幼稚園担任の所見、保育園での観察結果、などである。第1学年に設置するかしないかの比較では、健康診断結果と教育相談室の所見を利用するのは第1学年に設置する学校で多い傾向がある。また在籍学級担任の観察および報告は、第2学年以上に設置する学校で、より多く資料としているというるし($p < 0.05$)反対に、第1学年にも設置する学校で少ないことは、観察期間を設けなくて入学と同時に養護学級へ入級する型の多いことを推測させる。

情緒障害の場合²⁰⁾と比較してみると、養護学級担任の観察、在籍学級担任の観察および報告、治療機関の所見、教育相談室の所見、は少ない。要するに、健康診断結果と専門医の所見が、いかにえれば校医の判断が大きな比重を占めていることになる。

viii) 入級判別

「入級判別基準に学校独自のものがあるか」の問に対して、16校が具体例を示した。多

くは文部省から示されている基準²⁵⁾によっているが、より抽象的、抱括的な基準もある。「障害が普通学級の生活に支障となるもの」「普通学級の集団生活行動に適応の困難な異常疾患のある児童」「過去において同一の病気を3年以上継続してかかったことがあり、比較的弱い子ども」等がそれである。また、肢体不自由、視力異常、聴力異常、言語障害、等を含めている養護学級もあり、さきに見たような病類・障害のひろがりとなるわけである。

入級判別上の問題としては、保護者の無理解による入級拒否、希望者が少ない場合多すぎる場合の人数調整の問題、判別そのものの難しいこと、多種多様・対象外のものが入ることになってしまう、などが掲げられていた。

4. 教育・指導について

i) 指導形態

複数の養護学級が設置されている学校では指導形態が学級毎に異なる場合もあるが、おおよそ次のような傾向である。無答2校を除く32校中、「ある相当期間（1年間単位）をすべて固定された養護学級で教育をする」（品川ら²⁰⁾にならってこれを固定方式と呼ぶ以下同様）18校、「養護学級で大部分を教育するが特定の時間に普通学級へ通級し、一緒に教育する」（親子学級方式・固定制）10校、「普通学級で大部分教育するが、特定の時間に養護学級に通級させ教育する」（親子学級方式・通級制）3校、「一定の期間（1年未満）養護学級のみで教育し、良くなれば年度途中でも原学級に戻る」1校、「他の学級や家庭に教員を派遣して教育する」1校。原学級制をとる養護学級は少なく、固定方式および固定制は合計80%をこえる。親子学級方式・固定制は600～1,200人規模の学校に多い（ $p < 0.05$ ）が、この形態での通級は体育（合同体育）や音楽等の授業科目を限定するケースと、「土曜日のみ普通学級と一緒に教育する」ケースとがある。親子学級方式・通級制の通級は「体育時になると養護学級にきて安静指導またはおくれた教科の指導をする」形態で、固定制の場合とで体育の扱い方が異なることが興味深い。

他の分野と通級制の比率を比較すると、難聴学級の90%¹⁸⁾、情緒障害学級の44.8%²⁰⁾にくらべ、はるかに少ない。

ii) 教育内容

「年間教育計画・行事等で、普通学級と異なる点」としてあげられるものは、養護・訓練に関するものが最も多く、ついで健康診断など健康状態のチェックに関するもの、夏期合宿、栄養指導、野外学習、校内での学習への配慮に関するもの、の順である。

養護・訓練に関しては、「養護学級では必要ないし、やっていない」2校、「養護学級でも必要だと思うが、やっていない」5校、「養護学級でも必要だと思うし、（考え方を）とり入れている」27校、である。しかしながら「やっていない」と答えた学校でも、その指導内容を検討してみると、他の学校で養護・訓練として行っている内容とほとんど一致するものが含まれているので、少なくとも「第四養護・訓練²⁰⁾」あるいは「養護・訓練に関する指導²⁷⁾」を行っていない学校は極めて少ないと言いうる。また、第四養訓に相当する内容を教育しながら、養護・訓練をやっていないと回答した学校が少なからずあることは、養護・訓練とは何か、が共通のものとして認識されていないことを示していよう。週の日課表と指導時間数を検討すると、「特設養護・訓練²⁰⁾」あるいは「養護・訓練の時間におけ

る指導²⁷⁾を行っている学校は10校で、そのうち特設のみ6校、特設および第四4校である。2～3時限の業間や昼休み、授業後の放課後等の時間に第四養訓を行うのが15校、養護・訓練なし5校、不明4、である。養護・訓練の内容として掲げられた具体例は、乾布まさつ、歯みがき、風呂、「養護体操」、喘息体操、等の静的な鍛練と、棒のぼり、鉄棒、かけっこ、山歩き、石段のぼり、登山、なわとび、等の動的なもの、さらに、手芸、珠算、毛筆習字、飼育栽培、等である。

夏休みを利用しての合宿訓練ともにも、野外学習も多く実施されているようである。親子遠足の形をとるところもある。栄養指導のなかには偏食指導のほか、肝油服用、栄養剤の服用、「給食時間を2倍とる」などが含まれている。

iii) 健康管理

健康状態のチェックは、健康観察、検温、月例の体重測定、健康診断（「養護健診」と呼ぶ学校もある）、健康相談、等によって行われている。このうち、健康観察の時間が週の日課表の上に設定してある学校は18校ある。健康診断については、学校保健法で定められた以外の特別の健康診断をしている学校は16校。月1回のところ5校、年間3～5回のところ7校、等であり、保護者をまじえての健康相談を兼ねている学校が多いようである。設置年度の古い学校に、また規模の大きい学校に、「特別の健康診断をしている」養護学級は多い。（ $p < 0.10$ ）

つぎに、健康度の判定、生活規制などを行っているかどうか、であるが、「行っている」は15校で、これも半数弱である。養護学級においては、健康度の判定と「生活規制」よりも、「生活規正²⁸⁾」——制限するだけでない意味の——の必要であることを示唆しているように思われる。

第4表 健康管理について

健康診断を	健康度の判定・生活規制		
	やっていない	やっている	その他
特別にはしていない 18	11	5	2
している 16	6	10	

iv) 保護者との連絡

児童生徒に対する教育・指導だけでなく、保護者に対する指導は病虚弱教育においても重要である。保護者との連絡については「普通学級に比して、より充実させている」24校、「普通学級に比しても格別の差はない」10校、である。連絡の具体例をあげておくと、「連絡簿」「連絡帳」「健康カード」「健康観察ノート」等の名称での学級と家庭の相互連絡のもの、「学級通信」「学級だより」等の学級からの印刷物、家庭訪問、電話、懇談会、などである。統計的に有意ではないが学校規模の大きいほど「より充実させている」は多い傾向である。

5. 学級運営

i) 担任

学級担任に関しての問題も既に多くの指摘がある²⁹⁾。まず、担任の決定についてみると、

「希望者による」11, 「推せんによる」14, 「その他」14, (34校中無答1, 複数回答6) であって, 「希望もとるが最終的には学校長が決定する」というのが一般の形のものである。回答の中に「任命による」「通知による」「指名する」「決定する」「判断による」「お願いされる」まで様々な表現はあるが「校長が」が示されたものが10例ある。「その他」の中には「教育委員会の指名による」「全職員が経験するようにということで2年間で交替するようになっている」があり, また「学年主任が養護学級担任になる」という回答がきわめて示唆的である。尾崎³⁰⁾も担任は学年主任・給食主任・保健主事等を兼ねるのが多いと述べているが, 学年主任が担当することがその学校の姿勢・熱意のあらわれと解釈しうるし, 一方, 養護学級担任で時間をうかせて学年主任の仕事をするという学校がないとは言いきれない。

つぎに, 担任の経験年数についてみると, 教職経験は長い教諭が多い。記載のあった54人のうち, 10年までが7人, 20年までが9人, 25年までが13人, 30年までが17人, 30年以上7人, と, 20年以上が70%を占める。養護学級担任の経験は, 0~1年27人(50%), 2~4年18人(33%), 5~12年9人(17%), で, 経験の短い教諭が多い。また, 養護学校教員の免許をもつのは4人のみである。

ii) 養護教諭の協力

養護学級に対する養護教諭の協力については, 「普通学級の児童に対するより配慮がある」との回答は20校, 「普通学級の児童生徒と区別して接しない(格別の協力はない)」9校, 「養護教諭が担任をしている」を含めて直接, 指導にあたっているのは2校, 「養護教諭はいない」1校, などである。設置年月, 学校規模, 指導形態との関連は有意ではなかったが, 杉浦³¹⁾らによって養護教諭の行う養護活動³²⁾の実施率は大規模校に低いことなどが明らかにされている。これについては救急処置等の仕事に忙殺されて余裕がないと理由づけられるが, 病虚弱に関する医学的知識をもっていると考えられる養護教諭の協力は大いに期待されている³²⁾し, また「特殊教育は余裕があるとき手をつけるべきものではない³³⁾」のであって, 積極的な協力・指導がこれからも望まれる。精神薄弱養護学校で養護・訓練を担当している養護教諭の例³⁴⁾もあるが, 養護学級では養護教諭自身が担任をしているところもあるのである。養護教諭の専門性を生かす条件整備が望まれる。ただ, 「特殊学級担任が指導計画を立て, その一部を養護教諭に分担してもらって指導することはさしつかえない。この場合でも学級担任は指導の場になければならない³⁵⁾」というような考え方がそれを妨げる一因になっているのは否定できない。

iii) その他の協力者

その他に特定の協力者がいると答えたのは10校, いないと答えたのは24校を占める。特定の協力者としてあげられたのは, 校医, 保健主事, 個別指導を中心に補佐する補助担任, 「体育の時間, 補助に来てくれてA・Bのグループにわけて指導している」という例, 「社会, 体育, 養護・訓練を担当する」例, など様々である。

その他に協力者が必要かに関しては, 「必要ある」が17校で半数を占める。特定の協力者の有無との関連をみると, 現在, 協力者がいる学校(10校)でもさらに必要とする回答があり(4校), 現在, 協力者のいない学校24校のうち, 「必要ない」とする回答が10校, ほぼ40%ある。協力内容については, 全職員の理解と協力体制が望まれているが, 特に, 管理者・校医・養護教諭・普通学級担任からの理解と協力, 専門指導員・介助員・栄養士

- ・専門医の協力、副担任制あるいは複数担任制とがあげられている。

iv) 学級運営費

学級運営費については、「特別の配慮がある」21校、「配慮がないが、多少の運営費がほしい」8校、「普通学級と同じ額でよい」3校、無答2校であり、学校規模、指導形態、等との関連は明らかでなかった。「学校で独自のものはないが、市からの補助があり」「それらは、実際の指導面に必要なもの、消耗品が購入できるのでありがたい」との声と、「国庫の予算が消化しにくい」「教材基準にのっているものしか買えない」との声があり、地域・学校によって事情は様々であることがわかる。

6. 評 価

病虚弱教育の評価については多くの検討されるべき問題がある³⁹⁾が、ここでは「養護学級経験者の予後は一般にどのようなか」の設問により漠然と把握するにとどめる。回答は「普通学級にもどると、他より元気がよいくらいの児童が多い」2校、「ほとんど大差なくやってゆける児童が多い」26校、「やや弱く、遅れがちな児童が多い」4校、その他2校、である。以上の傾向は、児童の病種・障害の種類が年度によって違うから、一概には言えないことではあるが、少なくともネフローゼ・心疾患・喘息などの重度の児童については回復しないままに普通学級に戻すことになる事例も多いようである。養護学級の効果、その後の動向については報告がある^{37)~39)}が、養護学級在籍中に欠席が少なく学習できる⁴⁰⁾ことも評価されるべきことであるし、義務教育終了後あるいはさらにその後の人生における効果をも評価することが必要であると思う。

「保護者等の、養護学級への一般的な見方はどのようなか」に対しては「入級時からきわめて好評である」18校、「入級時はそうでもないが、普通学級にもどると好評である」10校、「あまり評価はよくない」1校、「その他」(評価はよくも悪くもない、無関心、等)7校、である。(複数回答2校)「定員をオーバーするほど入級希望がある」学校もある(5校)が少数であって、入級の際は希望が少なく(16校)、入級してはじめてよいことがわかり、「普通学級に戻すとき、もっとおいてほしいとの申し出が多い」ほどになる、というのが一般的な姿であろう。

7. 問 題 点

病虚弱教育の現状の問題点はある程度まとめられている⁴¹⁾ものの、養護学級の問題点は「要望事項⁴²⁾」のような形には整理されていないようである。本調査では問題点掘り起しのために「入級判別上の問題」「学級運営上の問題」「教育上の問題」「その他、養護学級のあり方等、今後の病虚弱教育について」の自由記述を設定したので、特徴的な点を要約して掲げておく。

i) 教育上の問題

- ① 健康回復のできないまま普通学級に戻さざるを得ない児童を考える時、第6学年まで養護学級を設置することを望む。
- ② 複式学級で、日課表作成に苦勞する。
- ③ 養護・訓練を特設すると、普通学級より時間が多くなってしまい、また放課に行えば教師の休息の時間がなくなる。

病虚弱教育の現状

④ 学力差、障害が多種多様であり、また1人でも手のかかる児童が入級した場合、他の児童の指導がおろそかになる。

⑤ 少人数学級の弊害をどのようにして打破するか。

ii) 学級運営上の問題

① 学級運営費が少ない。

② 校内での共通理解が得られず、位置づけが不確かで、担任の希望がきわめて少ない。

③ 遠距離通学の場合、下校後の交友関係が保てず、また保護者との会合が持ちにくい。

④ 希望者・該当者の多寡に応じ、人数の幅、障害の幅をもたせてほしい。

iii) その他

① 特に養護・訓練のための設営場所・設備、専門の職員がほしい。

② 校医と主治医が異なる場合、責任の所在がはっきりしなくなる。

③ 学校内での地理的位置が悪い。便所が遠いなど。

④ 特に病理等の知識に乏しいので研修の機会がほしい。資料も少ない。

⑤ 重度のための養護学校が近隣にほしい。

⑥ 保護者の期待は学習中心で、しかも一部に偏見があり、入級希望が少ない。

8. 要約にかえて

標本、回収率などの点で、養護学級の実態を集約したとは言いがたいが、おおよその傾向は把握しえたと考える。

さて、第3節で明らかなように、①養護学級入級者は設置された学校の校区のみからの者であるのが多い、②複式学級は少ない、③養護学級の平均児童数はおおよそ11.6人である。これらから、入級者の「出現率」は、冒頭で述べた0.49%を大きく上回ったものであることになる。例えば、学校内の判別委員会で判別され、しかも学区内のみを通学範囲とする21校の養護学級の児童数は455人を数えるが、その21校の全児童数は合計19,142人であり、全児童数に対する出現率は2.35%となる。これからみても、特殊学級「就学者」数3,940人を含めた数字から推定される「就学率」11.1%は、割引いて考えなければならぬ。加藤は「就学率は『出現率』というほぼ経験的に算定された数値を根拠としている⁴³⁾」と批判しているが、「就学者」の吟味こそが、いいかえれば、真実、手厚い配慮を教育的ニードとしてもつ児童生徒に適切な教育の場が実現されているかの検討こそが、必要である。

Ⅲ 結 語

以上、手厚い教育がなされているとされる養護学級について論じてきたが、病虚弱児を放置している普通学級、特殊学級ではないが適切な配慮をしている普通学級も、病虚弱児の教育・学習の場である。病虚弱教育の本質は養護学校・特殊学級という形態にあるのではなく、「それぞれ教育的ニードに即応した特別な配慮を行うところに存する⁴⁴⁾」と考えれば、適切な配慮をしている普通学級も、病虚弱教育の場であることになるが、現実はいやほや、普通学級にいる病虚弱児に対しての病虚弱教育の役割を学校保健が荷っていると見るほうが妥当である。

さて、「戦前の教育行政においては学校保健の中で、盲児、ろう児、肢体不自由児、病弱児が取扱われていた⁴⁵⁾」し、戦後の養護学級の「教育の立場も学校保健の分野であり、今日の特殊教育の領域ということではなかった⁴⁶⁾」と言われる。この背景には特殊教育が学校保健から離れ、病虚弱教育がその特殊教育の中で確固たる一分野を成してきたという認識がある。しかしながら、病虚弱教育の側から学校保健の分野からのアプローチの不足と活動の不十分さを指摘する声⁴⁷⁾を聞く時、依然として病虚弱教育（あるいは特殊教育全般）と学校保健・小児保健等の分野との強い関連が続いていることを実感する。病虚弱教育をリードして来たあるいは将来していくであろういくつかの研究⁴⁸⁾をみても「学校保健研究」「特殊教育学研究」「小児保健研究」等、多彩な場で発表されてきたし、「それが病虚弱児に対する教育の本質⁴⁹⁾」を示すものである。病虚弱教育に限らず、特殊教育は様々な資質をもった人々の協力なしには進みえないものであるが、医療との関係も単に医療を軸としてという考えだけではなく、教育と医療とが両輪となって、あるいは「Paraeducational Staff⁵⁰⁾」等々、様々な考え方があることを学び、子ども自身の教育的ニーズを最優先にして協調していかなければならない。さきに見てきたような養護学級のかかえる問題はその学校・学級だけの問題ではなく、地域社会・学校全体の理解と協力が期待されているのであって、普通の生活の中での、あるいは「普通教育の中での病虚弱の扱われ方から問いなお⁵¹⁾」すことが、まず我々に必要であると思う。それが病虚弱教育の本質を見つめ直す上で病虚弱教育の側にとって益となり、普通教育の側、学校保健の側からは「学級における保健指導は、特殊教育の場におけるほうがすすんでいる⁵²⁾」との指摘を生き生きとした認識に受けとめ、学んでいける下地になるであろう。

おわりに、資料をいただいた広島大学の品川先生、回答をいただいた各養護学級の担任の先生方に厚くお礼申し上げます。

（本論の要旨は一部、日本学校保健学会第21回大会、第22回大会において発表した）

注および引用文献

- 1) 特殊教育課，特殊教育資料昭和48年度，1974，p. 4～5
- 2) 小田禎一，病・虚弱児，現代小児科学大系年刊追補1972b，中山書店，1973，p. 428～445，で同様のことを述べている。
- 3) 野中一夫，病・虚弱児の養護学校，教育と医学，第18巻第6号，1970，p. 55～61，の「教育施設の概要」の表は7分類である。
- 4) 全国病弱虚弱教育研究連盟など，全国病弱虚弱教育施設一覧，1973。
- 5) 文部省 学校基本調査報告昭和48年度版，大蔵省，1975，p. 45および57。
- 6) 井戸川真則，病弱教育のための随想7，病弱虚弱教育，全国病弱虚弱教育研究連盟など，1975。
- 7) 船川幡夫，病弱児教育に対して，特殊教育学研究，第13巻第1号，日本特殊教育学会，1965，p. 45～46。
- 8) 中川秀夫，病弱教育の問題点，学校保健研究，第9巻第5号，1967，p. 202～205。
- 9) 三沢義一，提案2，特殊教育学研究，第7巻第2号，日本特殊教育学会，1969，p. 36。
- 10) 大西積守，学校保健の実践，東山書房，1973，p. 200。
- 11) 加藤安雄，これからの特殊教育のあり方，大阪の病弱虚弱教育，No. 10，大阪病弱虚弱教育研究会，1974，p. 1～16。
- 12) 川畑愛義，学校保健，南江堂，1954，p. 410。

病虚弱教育の現状

- 13) 文部省, 学校基本調査報告, 各年度版。ただし, 1 学級あたりの児童数は 31 年の 34.2 人から減少傾向で 46 年からは 9 人台である。
- 14) 三木安正, これからの特殊教育, 小児保健研究, 第 28 巻第 4 号, 日本小児保健協会, 1970, p. 133 ~ 139。
- 15) 藤田貞雄, 心身障害児教育の当面する課題, 教育研究あいち, No. 8, 愛知県教育センター, 1976, p. 28 ~ 33。
- 16) 井戸川真則, 病弱教育, 講座心身障害児の教育Ⅲ 障害の種類と教育方法, 明治図書, 1973, p. 168 ~ 201。この表現の解釈は難しい。中川秀夫は前掲書で「病弱特殊学級のほとんどが医療施設内に設置されて…」と述べているが, これとも違うようである。
- 17) 東京教育研究所, 全国学校総覧昭和 49 年度版, 原書房, 1973。
- 18) 草難進郎・井原栄二, 統合教育の検討(2), 愛媛大学教育学部紀要第 1 部教育学, 第 22 巻, 愛媛大学教育学部, 1975, p. 51 ~ 75。
- 19) 小杉長平, 特殊学級の学級経営, 児童心理, 第 16 巻第 9 号, 金子書房, 1962, p. 79 ~ 84。
- 20) 品川浩三・原充昭, 情緒障害学級設置・運営に関する実態調査, 広島大学教育学部東雲分校特殊教育研究室, 1973。
- 21) 特殊教育課, 判別委員会の活動と設置の状況について, 特殊教育, No. 2, 東洋館出版, 1973, p. 33 ~ 37。
- 22) 大阪教育大学でもほぼ同時期に調査を行なっていて同様の結果を出している。河端常成ら, 病・虚弱児教育に関する研究(1) 1-2 病・虚弱児教育の現状とその問題点, 日本特殊教育学会第 12 回大会発表論文集, 同準備委員会, 1974, p. 308 ~ 309。
- 23) 河合久治, ひとりひとりを生かす教育, 小学校障害児指導の研究とその実践, 葵書房, 1973, p. 9 ~ 68。
- 24) 松原達哉・篠博久, 養護学校入学調査(判別・措置)の研究, 教育心理, 第 24 巻第 8 号, 日本文化科学社, 1976, p. 57 ~ 61。
- 25) 文部省, 身体虚弱児童生徒の健康指導の手びき, 明治図書, 1953, など。
- 26) 加藤安雄, 病弱児にとっての養護・訓練とは何か, 病弱虚弱教育, 全国病弱虚弱教育連盟など, 1974, p. 5 ~ 9。
- 27) 武居孝男, 病弱児, 障害児教育の今日的課題 3 養護・訓練, 福村出版, 1976, p. 179 ~ 190。
- 28) 下田巧, 病弱虚弱児の生活規正, 健康教室, 第 12 巻第 8 号, 東山書房, 1961, p. 25 ~ 29。で「生活規正」を使っているが…。
- 29) 辻村泰男, 重度・重複障害児のための特殊教育の問題, 病弱虚弱教育, 全国病弱虚弱教育研究連盟など, 1975, p. 7 ~ 14。
- 30) 尾崎恵子, 愛知県における病弱虚弱学級の実態, 愛知教育大学養護教諭養成所卒業研究, 1974。
- 31) 杉浦守邦ら, 養護活動に関する実態とその考察, 第 22 回日本学校保健学会講演集, 1974, p. 37。養護活動を「健康問題をもつ児童生徒を対象に個別的(又はグループ的)に行なう医学的, 教育的, 社会的支援活動」と定義しているので, 養護学級に対する協力とは限らない。
- 32) 例えば, 荷見秋次郎, 新学校保健概論, 第一出版, 1958, p. 165, など。
- 33) 小川仁, 特殊教育は誰のもの, 健康教室, 第 26 巻第 13 号, 1975, p. 107 ~ 111。
- 34) 向曉正子ら, 養護教諭の立場からみた特殊学校における保健指導, 学生自由研究論文集, 熊本大学養護教諭養成所, 1973。
- 35) 宮崎直男, 養護教諭に望む, 健康教室, 第 24 巻第 3 号, 1973, p. 34 ~ 39。
- 36) 上野瀧, 病弱・虚弱児教育指導の評価, 心身障害児教育指導事典, 福村出版, 1974, p. 437 ~ 441。
- 37) 金田正司, 虚弱児の扱い, 学校保健研究, 第 5 巻第 3 号, 家政教育社, 1957, p. 40 ~ 44。
- 38) 山田卓郎, 虚弱児学級の体育指導, 健康教室, 第 12 巻第 8 号, 1961, p. 42 ~ 47。
- 39) 下山明子, 小学校における虚弱児童の養護学級に関する研究, 東京大学大学院教育学研究科修士論文, 1966。
- 40) 竹尾環・補永栄子, 小学校における虚弱児の実態調査, 愛知教育大学養護教諭養成所卒業研究, 1972。

- 41) 井戸川真則, 新学習指導要領について, 病弱虚弱教育, 全国病弱虚弱教育研究連盟など, 1973, p. 41～50。
- 42) 芦沢忠, 全国病弱虚弱教育研究連盟と特殊教育の組織, 健康教室, 第23巻第11号, 1972, p. 64～65。
- 43) 加藤忠雄, 障害児教育の実態と当面の課題, 教育, No. 316, 国土社, 1975, p. 29～38。
- 44) 辻村泰男, 特殊教育のあゆみ, 特殊教育, No. 1, 東洋館出版, 1973, p. 4～9。
- 45) 下田巧, 心身障害児教育の振興運動, 健康教室, 第22巻第4号, 東山書房, 1971, p. 10～14。
- 46) 藤井勲, 病弱・虚弱児の教育計画, 心身障害児教育講座①心身障害児教育の計画, 福村出版, 1972, p. 176～206。
- 47) 例えば, 井戸川真則, 学校保健と病弱教育, 健康教室, 第27巻第2号, 東山書房, 1976, p. 17～20, など。
- 48) 例えば, 門屋昭一郎ら, いわゆる虚弱児の研究, 学校保健研究, 第3巻第3号, 家政教育社, 1961, p. 16～22; 井戸川真則, 病弱児の教育診断と学習に関する考察, 特殊教育学研究, 第7巻第3号, 日本特殊教育学会, 1970, p. 28～37; 馬場敬直ら, 病棟内病弱学級をつくって, 小児保健研究, 第34巻第6号, 日本小児保健協会, 1976, p. 316～322, など。
- 49) 船川幡夫, 潜在している病虚弱児とその教育, 病弱虚弱教育, 全国病弱虚弱教育研究連盟など, 1975, p. 15～17。
- 50) 高木俊一郎, 特殊教育に想う, 健康教室, 第26巻第13号, 東山書房, 1975, p. 103～106。
- 51) 赤堀哲雄, 教育学としての課題, 病弱虚弱教育, 全国病弱虚弱教育研究連盟など, 1975, p. 28～30。
- 52) 杉浦守邦, 特殊教育と保健指導, 健康教室, 第22巻第4号, 東山書房, 1971, p. 15～19。

(昭和51年9月1日受理)