

今月は障害児教育の特集。障害の種別をできるだけ広くとり、職業リハビリテーション、医学リハビリテーションとの関係を含めて考えます。それにしてもウォーノック報告(1978)を受けてイギリスでは従来の障害別の特殊教育は、特別な教育方法論が確立されている視覚障害と聴覚障害を除いては意味がないとし、個々の児童の具体的な「特別な教育ニーズ」に従って教育がなされるべきだとされたのに比べ、日本ではまだ障害別の取り上げ方しかできないのが残念です。

■ 重度・重複化が著しい肢体不自由児教育、進む英米の統合教育

肢体不自由養護学校の児童生徒のうち車椅子使用者は81%、ADL 全介助のものは食事、移動、更衣で61~65%、排泄では79%に達する。他障害、特に精神発達遅滞との重複障害を持つものが増加し、「今や重症心身障害児施設の実態に近い」といわれる。

イギリスではウォーノック報告(1978)に基づく1981年教育法で、アメリカでは1975年の「全障害児教育法」で統合教育が基本とされた。その結果、アメリカでは全障害児の26%が普通学級、41%がリソースルーム(日本でいう通級制に近い)、25%が特殊学級、6%強が特殊学校に通学している(1989-90年度)。(小嶋英夫氏、635頁)

■ 「王様」と「家来の一番下」とのギャップ

障害児は家庭でも養護学校・特殊学級でも特別の配慮や保護を受けて、タテ関係の一番下に位置したことを経験がない。しかし一旦一般社会、特に企業に入ると誰も別に悪意はないがそのような「特別の配慮」はしてくれない。障害児にとってはそれがショックであり、「みんながいじめる」と感ずる。このような「育つ環境」と「働く環境」とのギャップは両方から埋められなければならないのではないか？(西村晋二氏、643頁)

■ 「臨床指導医」としてのリハビリテーション医の役割

横浜市のすべての市立肢体不自由養護学校には横浜市大リハビリテーション科からリハビリテーション医が「校医」ではなく「臨床指導医」として派遣され、養護・訓練に対して臨床指導を行ってきた。障害児のニーズは多様で、各種の専門職によるチームアプローチが必要であるが、現在の養護学校にはその態勢がなく、リハビリテーション医がリハビリテーション専門施設との間を媒介することが重要である。(佐藤博信氏ら、647頁)

■ 視覚障害でも聴覚障害でも対象児は減少傾向

盲学校でも聾学校でも昭和34年をピークに在学児童生徒数は減少を続けている。しかも盲学校では重複障害児(特に精神発達遅滞との重複)の比率が年とともに増加しており、大きな問題となっている。(香川邦生氏、653頁；穴戸和成氏、658頁)

■ わが国の特殊教育教員配置率は世界一

日本の盲・聾・養護学校では教員1名に対する子どもの数は1.8名(精神薄弱養護学校では2.1名)、特殊学級は教員1名に対し子どもの数は3名と、これだけ高い比率で教員を配置している国は他にない。(山口 薫氏、661頁)

■ ご存じでしたか？ 病虚弱教育というもの

全国の病弱養護学校は97校で、うち90%は病院等の医療機関に隣接・併設している。病虚弱児のための特殊学級は557学級、うち半数は病院内に設置されている。対象疾患は精神・神経疾患(器質的脳疾患、てんかん等)18%、呼吸器疾患(喘息等)17%、筋ジストロフィー等12%などである。(山本昌邦氏、665頁)