

## 日本における心身障害者体育の史的研究

—告示学習指導要領時代 (1971~1985) の病弱 (喘息) 児体育について—

北野 与一\*

A Historical Study of Physical Education for the Handicapped in Japan  
— On Physical Education of the Schools and the Classes for  
Constitutionally Weak Children with Asthma from 1971 to 1985 —

Yoichi Kitano\*

*Received October 21, 1994*

### I はじめに

病弱児に関する体育の史的研究として、すでに数編の論稿を報告した。「日本における心身障害者体育の史的研究」の主題のもと、副題を「小学校令時代の開放学校及び特別学級における病弱児体育について」(『北陸大学紀要』, 第15号, 1991), 「小学校令時代の休暇集落における虚弱児体育について」(『北陸体育学会紀要』, 第28号, 1992), 「国民学校令時代の養護学級における虚弱児体育について」(『北陸体育学会紀要』, 第29号, 1993), 「戦後における学習指導要領制定以前の病・虚弱児体育について」(『北陸大学紀要』, 第17号, 1993) 及び「通達学習指導要領時代における病・虚弱児体育について」(『北陸体育学会紀要』, 第30号, 1994) と題して報告した。本稿は、それらの報告に続く報告であり、告示学習指導要領時代 (1971~1985) における最初の報告である。従って、本稿では、この時代の多方面で多様な変容を見せた教育全般を先ず検討した上で、病弱児体育の検討に入ることにしたい。

なお、本稿要旨の一部を日本特殊教育学会第31回大会 (1993)<sup>D</sup> で報告したことをここに付記しておきたい。

### II 研究目的・方法

養護学校 (病弱教育) に係る学習指導要領は、昭和46 (1971) 年に初めて告示される。本稿は、それ以後の告示学習指導要領時代の病弱教育に視点を置き、教育全般の変遷を概観し、喘息を有する児童・生徒の体育的実態とその特質の一端について、関係の研究報告を初め、実践

---

\*法 学 部  
Faculty of Law

報告や学校史等の諸文献を主要な史料として検討するものである。

### Ⅲ 結果と考察

表1 病弱養護学校数及び児童・生徒数の推移

#### 1. 教育的背景

病弱教育は、通達学習指導要領時代で基礎づくりが行なわれたかに見えたが、告示学習指導要領時代に入ってから、以下のような新たな事象も生起し、改めてその対応が求められたのである。以下、こうした問題に係わる主要な事項について検討する。

##### (1) 病弱養護学校及び特殊学級の増設

病弱養護学校は、昭和46（1971）年に30校（分校を含まない。）を越え、その後、「表1」のように推移し、同59（1984）年4月に全都道府県での設置が完了する。同60（1985）年4月1日現在では、病弱養護学校80校（そのうち病院併設校69校）、分校15校、分室・分教室12室に達し、高等部設置校は28校と多くなった。<sup>2)</sup>

一方、特殊学級は、「表2」も示すよう

区分 年度	種 類	学校数	児 童・生 徒 数			
			幼	小	中	高
46	病 弱	37	48	1,355	832	4
	肢体不自由と病弱	5	—	420	257	105
47	病 弱	42	44	1,578	973	67
	肢体不自由と病弱	4	—	134	206	—
48	病 弱	50	2	2,065	1,114	83
	肢体不自由と病弱	3	—	66	45	—
49	病 弱	60	1	2,427	1,420	142
	肢体不自由と病弱	—	—	—	—	—
50	病 弱	68	2	2,408	1,391	241
	肢体不自由と病弱	—	—	—	—	—
51	病 弱	71	2	2,443	1,487	300
	精神薄弱と病弱	—	—	416	219	7
	肢体不自由と病弱	1	—	1,145	81	—
52	病 弱	77	2	2,767	1,630	346
	精神薄弱と病弱	—	—	—	—	—
	肢体不自由と病弱	2	—	97	71	22
53	病 弱	81	2	2,809	1,734	373
	精神薄弱と病弱	—	—	699	327	74
	肢体不自由と病弱	1	—	117	85	38
54	病 弱	96	2	3,275	1,859	400
	精神薄弱と病弱		—	224	796	43
	肢体不自由と病弱		—	1,823	79	86
	精神薄弱と肢体不自由 そ の 他		( 省 略 )			
55	病 弱	95	3	2,986	1,788	424
	精神薄弱と病弱		—	2,782	1,666	289
	肢体不自由と病弱		—	317	198	88
	精神薄弱と肢体不自由 そ の 他		( 省 略 )			
56	病 弱	92	3	3,072	1,814	437
	精神薄弱と病弱		—	2,967	1,842	342
	肢体不自由と病弱		1	379	210	25
	精神薄弱と肢体不自由 そ の 他		( 省 略 )			
57	病 弱	95	3	2,848	1,922	486
	精神薄弱と病弱		—	3,043	1,994	489
	肢体不自由と病弱		4	535	300	56
	精神薄弱と肢体不自由 そ の 他		( 省 略 )			
58	病 弱	95	3	3,079	1,920	480
	精神薄弱と病弱・虚弱		—	3,026	1,978	506
	肢体不自由と病弱・虚弱		2	401	277	56
	精神薄弱と肢体不自由 そ の 他		( 省 略 )			
注	1. この表は、各年度文部省年報による。 2. 学校数は、分校数の含んでいる。 3. 「種類」の書き方は、出典に準拠した。					

に、昭和46年度小学校288学級、中学校95学級であったが、同53年度小学校601学級、中学校116学級のピークとなり、その後漸減した。なお、結核学級は、小学校が昭和48年度で、中学校が同50年度で消滅し、同49年度新たに筋ジストロフィー症学級が設置され、新しい動向として注目された。

## (2) 病類の多様化と障害の重度化

病類の多様化傾向の兆しは昭和30年代半ばから顕現し始め、その障害の重度化傾向は同40年代半ばから顕現化した。

「表3」<sup>9)</sup>も示すように、結核は昭和40年代半ば以降から急減し、新たに気管支喘息、腎炎、ネフローゼ、虚弱・肥満、筋ジストロフィー症等が同50年代にかけて増加傾向を示した。

この病類の多様化と障害の重度化の背景には、以下のような教育的事情が深く関わっていた。

### ㊦ 医療費補助制度の整備・拡充

児童福祉法の第20条に基づく身体障害児に対する育成医療の給付は昭和29年度より、同法第21条の9に基づく骨関節結核者に対する療育の給付は同34年度よりそれぞれ実施され、同36年度より骨関節結核以外の結核罹患者に対しても上記療育の給付が適用された。<sup>9)</sup>

昭和46(1971)年6月からは小児がん、翌47年度からは慢性腎疾患や喘息に対しても医療費の公費補助が拡大され、同59年度には悪性新生物、慢性腎疾患、喘息、慢性心疾患、内分泌疾患、膠原病、糖尿病、先天性代謝異常、血友病等血液疾患が補助対象とされた。<sup>9)</sup>さらに同48年度からはスモン、ベーチェット病、重症筋無力症、全身性エリテマトーデス、多発性硬化症等を含む26疾患が、特定疾患治療研究事業として公費補助の対象となった。<sup>9)</sup>

### ㊧ 教育的措置規準の改訂

病弱者及び身体虚弱者に対する教育的措置は、従来、昭和37(1962)年10月の「学校

表2 特殊学級数及び児童・生徒数の推移

区分 年度	種 類	小学校		中学校	
		学級数	児童数	学級数	生徒数
46	身体虚弱・病弱	288	2,626	95	696
	結核	2	15	5	16
47	身体虚弱・病弱	360	3,527	98	664
	結核	2	7	8	29
48	身体虚弱・病弱	417	3,940	97	671
	結核	—	—	3	11
49	病弱・身体虚弱	497	4,149	101	612
	結核	—	—	1	4
	進行性筋ジストロフィー症	4	28	3	14
50	病弱・身体虚弱	559	4,734	119	661
	結核	—	—	—	—
	進行性筋ジストロフィー症	—	—	—	—
51	病弱・身体虚弱	585	4,695	122	620
52	病弱・身体虚弱	595	4,872	113	607
53	病弱・身体虚弱	601	4,730	116	501
54	病弱・身体虚弱	571	4,255	95	366
55	病弱・身体虚弱	555	4,103	93	397
56	病弱・身体虚弱	550	3,881	102	393
57	病弱・身体虚弱	542	3,597	102	388
58	病弱・身体虚弱	538	3,447	107	413
注	1. この表は、各年度文部省年報による。 2. 昭和38年度の「その他」には、「結核」が含まれている。 3. 「種類」の書き方は、出典に準拠した。				

表3 在学者の病種別変遷

	昭和42.7.1			44.7.1			47.6.1			50.7.1			54.5.1		
	人数	%	順	人数	%	順	人数	%	順	人数	%	順	人数	%	順
結核	1,570	61.7	①	1,181	36.5	①	721	10.9	⑥	320	3.4	⑥	79	0.6	⑭
筋ジース	322	10.1	③	454	14.0	③	832	12.5	⑤	1,042	11.2	④	570	7.5	⑦
腎・ネフ	135	4.2	④	379	11.7	⑤	892	13.4	④	1,829	19.6	①	2,167	16.8	②
気管支喘息	110	3.5	⑤	453	14.0	④	1,254	18.9	①	239	2.5	⑧	2,440	18.9	①
心疾患	55	1.7	⑥	57	2.1	⑦	210	3.1	⑧	276	3.0	⑦	320	2.5	⑧
骨疾患等				139	4.3	⑥	432	7.2	⑦	538	6.9	⑤	160	1.2	⑪
情緒疾患等				62	1.9	⑧	136	2.0	⑨	239	2.5	⑧	1,253	9.7	⑥
虚弱・肥満				24	0.7	⑨	1,200	18.0	②	1,750	18.8	②	1,539	15.0	③
重症心身障害													1,295	10.0	⑤
リウマチ・膠原病													208	1.6	⑨
血友病等													207	1.6	⑩
内分泌・代謝													159	1.2	⑫
腫瘍															
目・耳・咽喉													158	1.2	⑬
消化器疾患等													75	0.5	⑮
皮膚疾患等													68	0.5	⑯
白血													66	0.5	⑰
先天奇形													54	0.4	⑱
損傷															
その他	599	18.8	②	478	14.8	②	532	14.0	③	1,164	12.5	③	1,302	10.1	④
計	3,191			3,237			6,659			9,313			12,921		

  

	昭和56.5.1			58.5.1			60.5.1			62.5.1			平成元.5.1		
	人数	%	順	人数	%	順	人数	%	順	人数	%	順	人数	%	順
結核	130	1.1	⑬	52	0.5	⑰	47	0.5	⑰	72	0.9	⑮	12	0.2	⑲
筋ジース	1,011	8.6	⑤	1,034	8.7	⑥	944	9.6	⑤	883	10.9	④	790	10.8	④
腎・ネフ	2,196	18.6	②	1,826	15.2	②	1,299	13.3	②	1,078	13.3	③	806	11.0	③
気管支喘息	2,458	20.8	①	2,642	22.1	①	2,253	23.1	①	1,321	22.4	①	1,605	21.9	①
心疾患	257	2.5	⑧	314	2.6	⑨	282	2.9	⑨	226	2.8	⑨	236	3.2	⑨
骨疾患等	105	0.9	⑭	441	3.7	⑧	383	3.9	⑧	335	4.1	⑧	285	3.9	⑧
情緒疾患等	849	7.2	⑦	1,207	10.1	⑤	1,133	11.5	③	1,103	13.6	②	1,124	15.4	②
虚弱・肥満	1,660	14.1	③	1,383	11.5	③	857	8.7	⑥	482	5.9	⑥	501	6.8	⑥
重症心身障害	1,292	10.9	④	1,214	10.1	④	1,034	10.6	④	879	10.8	⑤	639	8.7	⑤
リウマチ・膠原病	185	1.6	⑨	212	0.2	⑪	209	2.1	⑪	161	2.0	⑪	151	2.2	⑪
血友病等	173	1.5	⑩	212	0.2	⑪	165	1.7	⑫	208	2.6	⑩	205	2.8	⑩
内分泌・代謝	148	1.3	⑫	255	0.2	⑩	220	2.2	⑩	137	1.7	⑫	135	1.8	⑫
腫瘍										91	1.1	⑬	91	1.2	⑬
目・耳・咽喉	185	1.6	⑨	114	0.1	⑬	84	0.9	⑭	71	0.9	⑯	69	0.9	⑰
消化器疾患等	55	0.5	⑰	82	0.1	⑭	108	1.1	⑬	69	0.8	⑰	87	1.2	⑭
皮膚疾患等	71	0.6	⑮	63	0.1	⑯	52	0.5	⑯	55	0.7	⑱	72	1.0	⑯
白血	63	0.5	⑯	80	0.1	⑮	76	0.8	⑮						
先天奇形	29	0.2	⑱												
損傷										76	0.9	⑭	79	1.1	⑮
その他	899	7.6	⑥	825	6.9	⑦	645	6.6	⑦	372	4.6	⑦	417	5.7	⑦
計	11,806			11,966			9,796			8,119			7,314		

注 1. 「順」は、その年度の在籍人数を表わす。  
2. 昭和62年度からは、「血友病等」には、血友病、白血病、紫斑病等を含めている。  
3. 「脳性まひ」を、「重症心身障害」に含めてある。  
4. 「情緒疾患等」に不登校を含めている。  
5. 昭和60年度までは、「内分泌・代謝」に「腫瘍」を含めていたが、昭和62年度からは、「腫瘍」を別項目とした。  
6. 「昭和42.7.1」は、指定療育機関入院者を示す。

教育法および同法施行令の一部改正に伴う教育上特別な取扱いを要する児童・生徒の教育的措置について」(文初特第380号)によって実施されてきたが、同54年度以降、同53(1978)年10月改訂の「教育上特別な取扱いを要する児童・生徒の教育的措置について」

(文初特第309号)に基づいて実施された。

この改訂規準は、新たに情緒障害者についても基準を設け、「二つ以上の障害を併せ持つ者について」とともに、病類の多様化に対応するための意図をもった内容をもっていた。なお、この改訂は、「養護学校における就学義務に関する規定が、昭和五四年四月一日から施行されることに伴う(中略)所要の整備」<sup>7)</sup>の一環であり、同53(1978)年8月の「軽度心身障害児に対する学校教育の在り方」<sup>8)</sup>の特殊教育に関する研究調査会報告を背景にしたものであった。

#### ㉞ 就学の義務化

政令第339号(昭和48<1973>年11月20日付)をもって「学校教育法中養護学校における就学義務及び養護学校の設置義務に関する部分の施行期日を定める政令」が公布される。この政令は、学校教育法第93条第1項において政令で定めることとされている養護学校に係る保護者の就学義務及び都道府県の養護学校設置義務に関する同法の規定する施行期日を定めたものである。就学義務に関して、「学校教育法第二二条第一項及び第三九条第一項に規定する保護者の就学義務のうち養護学校に関する部分は、昭和五四年四月一日から施行されること。」と規定された。

文部省は、養護学校の義務制の円滑な実施を図るため、各都道府県及び各市町村教育委員会に対し就学指導委員会の設置を指導したり、また、「学校教育法施行令及び学校保健法施行令の一部を改正する政令」(政令第310号)及び「学校教育法施行規則及び学校保健法施行規則の一部を改正する省令」(文部省令第30号)をそれぞれ昭和53(1978)年8月に公布・施行したのである。<sup>9)</sup>各都道府県は、文部省の働きに呼応して委員会等の設置は勿論、対象児の実態調査、あるいは施設・設備等の教育的環境の整備に着手した。なお、注目すべきは、東京都が国に先駆けて昭和49年度から「希望するものの全員就学」に踏み切ったことであった。東京都では、この制度の発足が契機となり「学校教育対象児の激増、障害の重度化・多様化」が顕現した。<sup>10)</sup>

病弱養護学校の在学者数の推移を見ると、昭和53年度が5,892名であったが、翌54年度には8,313名に急増している。<sup>11)</sup>こうした就学率の向上は、先の東京都の事例も示すように、つまり、「就学猶予・免除者の激減は、逆に重度・重複障害児の就学が激増したことを意味するもの」<sup>12)</sup>であった。

#### ㉟ 訪問指導の進展

病弱児童・生徒に対する訪問指導の最初は、「那覇連合区教育委員会が、昭和32年11月、ネフローゼ、結核等の17名の児童生徒を対象に家庭派遣教師(1名)による訪問指導を実施した」<sup>13)</sup>こととされている。その後、昭和43(1968)年5月現福岡県北九州市立門司養護学校で本務教員によって病気療養中の児童に対する訪問指導が実施され、<sup>14)</sup>訪問指導実施校は、同44年度3校、同45年度12校、同46年度29校、同47年度80校と漸次普及し、同51年度に全国的となる。<sup>15) 16)</sup>なお、この訪問指導は、愛知県の事例も示すように、<sup>17)</sup>家庭訪問指導から始まり、施設訪問指導、病院訪問指導へと漸次拡大されていった。

この訪問教育に係る法的根拠は、当初、岩手県の事例のように、<sup>18)</sup>学校教育法第75条第2項に求められていたが、昭和53(1978)年に文部省によって学校教育法第71条によ

るものと明示されたのである。<sup>19)</sup>同54(1979)年7月告示の「盲学校、聾学校及び養護学校小学部・中学部・高等部学習指導要領」でも、「教員を派遣して教育を行う場合について」、教育課程編成の特例が示される。<sup>20)</sup>

#### ④ 重症心身障害児施設等の増設

わが国における最初の重症児施設は昭和36(1961)年設立の民間法人島田療育園(東京都)であり、同園の発足は「重症児問題を進展させる有力な引き金」となる。<sup>21)</sup>昭和38(1963)年厚生省より「重症心身障害児施設入所対象選定基準」が通達され、重症心身障害児の行政的定義と施設の機能的性格が明示される。その後、同41年度から国立療養所に重症児病棟が設置される。同年5月、厚生省は、新たな通達で「身体的、精神的障害が重複し、かつ、それぞれの障害が重度である児童および満十八歳以上の者(以下『重症心身障害児<者>』という。)」と定義する。<sup>22)</sup>さらにまた、同42(1967)年8月には児童福祉法の一部改正が行われ、重症心身障害児施設に法的根拠が与えられる。

昭和46(1971)年、国立東長野療養所内の重心児病棟に長野県立若槻養護学校から教師1名が派遣され、重心児の教育が開始され、同48(1973)年には重心児学級「のぞみ部」が設置される。<sup>23)</sup>福島県立須賀川養護学校は、昭和49(1974)年から重心児の教育を開始し、「同55年度には病棟と別に独立した指導校舎を竣工させ」<sup>24)</sup>注目された。同55(1980)年3月現在、「国立療養所80カ所と公立、法人立の重症児施設48カ所の計128施設が設置され」<sup>25)</sup>ていた。

なお、筋ジストロフィー症児の動向について触れておこう。昭和35(1960)年、宮城県国立西多賀療養所に3名の筋ジストロフィー症児が入所する。<sup>26)</sup>厚生省は、昭和39(1964)年5月に「進行性筋萎縮症対策要綱」を作成し、国立西多賀療養所及び千葉県国立療養所下志津病院に各20床の専門病床を設け、発病の原因及び治療法の研究に着手する。<sup>27)</sup>以後、各地の国立療養所にも専門病床が設けられ、同41(1966)年頃から療養所内での教育が始められる。同59(1984)年10月現在での筋ジストロフィー症児の教育関係校は24校であり、在籍児童・生徒数は961名であった。<sup>28)</sup>

#### (3) 告示学習指導要領の改訂要点－義務教育を中心に

文部事務次官通達の「養護学校小学部(中学部)学習指導要領病弱教育編」は、教育目標の明確化、就学児童・生徒の病類の多様化及び障害の重度化の顕現等に対応するために改訂の必要性が生じ、同46(1971)年3月、「養護学校(病弱教育)小学部・中学部学習指導要領」(以下、1次改訂要領という。)が公示された。また、同47(1972)年10月には新たに「養護学校(病弱教育)高等部学習指導要領」が公示され、小学部は同46年度、中学部は同47年度、高等部は同48年度から順次実施に移されたのである。

上記学習指導要領も、再び改訂される。その改訂は、「先に行われた小・中・高等学校の教育課程の基準の改善に準じて行」なわれたものであり、「重複障害者に係る教育課程の編成について、一層の弾力化を図」ることや、「養護学校教育の義務制実施及び特殊教育をめぐる社会情勢の変化との対応を図」るためであった。<sup>29)</sup>昭和54(1979)年7月、「盲学校、聾学校及び養護学校小学部・中学部学習指導要領」及び「盲学校、聾学校及び養護学校高等部学習指導要領」(以下、2次改訂要領という。)が公示され、小学部は同55年度、中学部は同56年度、高等部は同57年度から実施された。なお、この2次改訂要領も、文部

省告示第158号をもって平成元（1989）年10月24日付で改訂が公示され、平成4年度から学年進行で実施される。ここでは、1次及び2次改訂要領について検討する。

### ① 1次改訂要領の改訂要点

#### ア. 一般的改訂要点

『養護学校（病弱教育）学習指導要領解説』によれば、一般的な改訂の要点は、㊦ 教育目標の明確化、㊧ 教育課程編成の弾力化、㊨ 授業時数の基準化と単位時間の標準化、㊩ 各教科目標・内容の基準化、㊪ 養護・訓練領域の新設であった。<sup>30)</sup>

#### イ. 体育的改訂要点

体育的な改訂の要点として、少なくとも次の三点が挙げられるであろう。

第一点は、旧学習指導要領の「養護・体育」及び「養護・保健体育」を「体育」及び「保健体育」に改め、「養護」を新設の「養護・訓練」の中に位置づけたことである。小学部及び中学部の各教科は、学校教育法施行規則の第73条の7及び8に示されており、1次改訂要領の第1章「第2 教育課程一般」の2と3<sup>31)</sup>にも明示された。

第二点は、体育の重要性と学校の教育活動全体を通じて体育が行なわれるべきことを明らかにし、特に、体力の向上についての指導が強調されたことである。このことは、総則の「第5 体育」<sup>32)</sup>の中で規定される。この規定は、「学校教育が単に知育に偏ることなく、心身ともに調和のとれた人間の育成を目指すものであることを強調する必要があることから」<sup>33)</sup>、「第3 道徳教育」とならんで設けられたものである。また、体力の向上については、「病弱・身体虚弱の児童、生徒の実態からみて、特に重視する必要」<sup>34)</sup>が叫ばれ、体育及び保健体育の時間だけではなく、特別活動及び養護・訓練を初めとする教育活動全体を通じて指導するよう強調し、注目された。第三点は、小学部及び中学部ともに「病弱教育の特性を踏まえて、特に配慮すべき事項」を示したことである。その配慮事項とは、学習が遅れている児童・生徒、授業時数に制約を受けている児童・生徒、身体活動に制限を受けている児童・生徒及び運動が困難な児童・生徒に関する指導計画の作成等を含む指導上の留意事項、養護・訓練と関連をもった指導、「保健」の適切な授業時数の設定、指導効果を高める指導法の工夫及び事故防止のための配慮などであった。<sup>35)</sup>

### ② 2次改訂要領の改訂要点

「特殊教育諸学校」に係る学習指導要領は、従来、盲学校、聾学校及び養護学校（精神薄弱、肢体不自由、病弱の別）の学校種別ごとにそれぞれ作成されてきたが、今回の2次改訂要領は、「特殊教育諸学校」共通の学習指導要領となる。このことは、学習指導要領制定上の大きな変革と考えられ、注目しなければならない。以下、文部省作成の「昭和五十四年度盲学校、聾学校及び養護学校学習指導要領（小学部）趣旨徹底地区別講習会説明資料」<sup>36)</sup>（以下、講習会説明資料という。）を中心に、改訂の要点を検討する。

#### ア. 一般的改訂要点

この改訂要領は、人間性豊かな児童・生徒の育成を重視し、教育内容を基礎的・基本的な事項に精選して、ゆとりある学校生活を送れるよう意図したものであった。

その主要な改訂要点を略記すると、次のとおりであった。㉗ 教育目標の整理、㉘ 道徳教育及び体育の重視、㉙ 授業時数の削減等、㉚ 選択教科の拡大（中学部）、㉛ 精神薄弱養護学校の各教科との代替、㉜ 養護・訓練を主とした指導の可能化、㉝ 訪問教育の教育課程の編成、㉞ 合科的指導の可能化、㉟ 交流教育の促進、㊱ 児童福祉施設等との連携の強化、㊲ 各教科目標・内容等への配慮。

#### イ. 体育的改訂要点

体育的な改訂の要点として、次の諸点が挙げられる。

㉗ 体育指導の一層の充実：従来の内容に加えて、「日常生活における適切な体育的活動の実践が促されるよう配慮しなければならない」と規定される。体力の向上や健康・安全の保持増進を図るため、学校体育を通して、学校生活は勿論、家庭や地域社会における日常生活で体育実践の習慣を身につけさせるよう配慮すべきことが強調された。

㉘ 授業時数に制約のある者・身体活動に制限のある者への配慮：授業時数に制約を受けている児童・生徒の指導計画の作成に当たっては、個々の児童・生徒の「病状や運動能力の程度等を考慮しながら必要な内容を選定し、各運動領域の指導を通じて基礎的能力を順次高めていくよう配慮するもの」とした。

身体活動に制限を受けている児童・生徒の指導計画の作成に当たっては、「各領域から学習可能な事項を選定」し、その指導に当たっては、「運動の種類や方式、用具等を工夫し、(中略)病弱の状態等により運動が著しく困難な場合は、必要に応じて演示や視聴覚教材の活用を図り、運動の実践に替えること」ができるものとした。

㉙ 集団指導及び安全指導への配慮：集団の構成について十分考慮して指導することや、特に事故防止についての十分な配慮の必要ことが、1次改訂要領と同じく重視された。

㉚ 「保健」指導についての配慮：1次改訂要領では、「保健」及び「保健分野」に充てる授業時数の割合についての配慮が強調され、また、養護・訓練における「養護」と密接な関連を図るよう指摘されていたが、2次改訂要領では、「理科及び養護・訓練等で取り上げる内容との関連」を重視すべきことが強調された。

#### (4) 教育研究体制の整備

昭和35（1960）年7月、全国病弱虚弱教育研究連盟が結成され、また、同38（1963）年11月には、日本特殊教育学会が設立される。前者は現場教育に携わる人たちの研究団体であり、後者は研究者中心の研究団体である。いずれも独自の研究大会を毎年度開催するとともに、それぞれが研究報告書を発刊する。昭和42（1967）年8月には、平成元（1989）年度の第23回大会まで継続した全国筋ジストロフィー症児教育研究会が結成される。<sup>37)</sup>

一方、文部省は、昭和39年度から特殊教育教育課程研究集会を毎年度開催、同41年度から病弱養護学校対象に特殊教育教育課程研究指定校の委嘱を開始する。<sup>38)</sup>

以上のように、現場教育に携わる人たちを中心とする研究活動の開始は、昭和40（1965）年前後のことであり、その体制の整備・充実は、同40年代半ばから同50年代初めにかけて促進されたのである。



全国病弱虚弱教育研究連盟が病種ごとの研究委員会（ぜん息教育，腎・ネフ教育，筋ジス教育，虚弱肥満教育，重心教育，病弱教育史）<sup>39)</sup>を設置したのは昭和53（1978）年9月のことであり，<sup>40)</sup>日本特殊教育学会が大会の部門別シンポジウムの中で「病虚弱部会」を設けたのは同44（1969）年の第7回大会からであり，<sup>41)</sup>研究発表部門では第9回大会からである。第9回大会には初めて肢体不自由部門と合同の「肢体不自由病虚弱部門」として登場し，<sup>42)</sup>翌年の第10回大会では病虚弱部門として独立したのである。<sup>43)</sup>

なお，昭和46（1971）年10月，国立特殊教育総合研究所が設置される。同研究所は，「特殊教育に関する総合的・実地的研究，教員の研修，内外の研究情報の処理，教育相談，実験教育」<sup>44)</sup>を行なうために設けられたものであり，わが国の障害児教育の発展に多大なる貢献をした。

## 2. 喘息児体育の実態と特質

### 1) 病弱児体育の基本的ねらい

養護学校に係る告示学習指導要領には，小学部，中学部及び高等部においてそれぞれの学部が，小学校，中学校及び高等学校それぞれの「教育目標の達成に努め」，「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」よう示されている。<sup>45)</sup>つまり，病弱教育では，「病弱・身体虚弱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」が，併せて重要な目標となる。「病弱児の最大の願いは，健康体に戻ることに<sup>46)</sup>であり，また，「病弱・虚弱養護学校の使命は一日も早く，心身共に健康回復させ，原級復帰させるのが最大無二のものである」<sup>47)</sup>ことから，ア．健康状態の回復・改善に必要な知識・技能の習得，イ．障害を克服する意欲の向上，ウ．健康管理の態度・習慣の育成が，病弱教育の一般的目標となっていた。<sup>48)</sup>

当然ながら，体育教育もまた，それぞれの学部が小学校，中学校または高等学校におけるそれぞれの体育教育の目標と，さらに上記病弱教育の一般的目標とを踏まえて実践された。若干の事例を挙げてみよう。

「体育は健康の回復や改善を図るために重要な教科であり，総括的には①健康で安全な生活を営むために必要な習慣態度を養う。②心身の調和的発達を図る。③運動を適切に行なわせることによって体力の向上を図る。」（加藤安雄，昭和50年度）<sup>49)</sup>

「本校ではあくまでも健康回復，体力の向上・増進にその指導の主眼を置いている」（東京都立片浜養護学校，昭和50年度）<sup>50)</sup>

「体育科の指導は小・中学校指導要領に準じて行うことにしている。基礎的事項の理解・基本的技能の習得はもちろんのこと，直接健康の回復・改善につながるものであるだけに重視すると共に，子供たち自ら積極的に運動（スポーツ）に取り組もうとする意欲を喚起し，それを習慣化できるよう配慮している。」（香川県立普通寺養護学校，昭和62年度）<sup>51)</sup>

以上の事例も示すように，体育の基本的ねらいは，体育の一般的目標を踏まえ，健康の回復・改善，体力の向上及び運動の習慣化の育成にあった。宮田功郎は，「病弱児の体育指導の基本は，あらゆる制限や制約の中で子どもの実態を見極めながら，実技指導をいかに効果的に取り入れて健康回復へつなげていくかにあると考えるべきである。つまり，体育指導は学年の指導目標や内容を踏まえながら，技術の習得とともに健康へ向かっての直

接的な働きかけの一助であり、成長を促すバネであると考えたい。』<sup>52)</sup>と報告しており、こうした考え方が現場における一般的考え方であった。

以下、病類別に検討を進めるが、本稿では前述のように、喘息児童・生徒の体育について検討する。

## 2) 喘息児体育の実態と特質

昭和30年代半ば頃、喘息児童・生徒を就学させた学校（大阪市立助松養護学校）<sup>53)</sup>も現われたが、この教育が全国的に行なわれるようになったのは、同40年代に入ってからである。昭和45（1970）年頃、下田巧は、「最近、病弱教育の中で、とくに目立っているのは、進行性ジストロフィー児と、ぜんそく児に対する教育についてである。』<sup>54)</sup>と指摘し、両者に係る教育的研究が今後推進されるであろう、と報告している。この頃から医学と教育との協同の実践研究が開始され、同50年代に入って全国的規模で本格化していったのである。こうした事情は、第1回気管支ぜん息教育担当者講習会が同50（1975）年に開催され、同52（1977）年には全国病弱虚弱教育研究連盟に喘息教育研究委員会が組織されたこと<sup>55)</sup>等からもうかがえる。

### (1) 指導上の主要なねらい

小児気管支喘息（以下、喘息という。）児童・生徒に対する指導は、「精神的発達をうながしながら、同時に身体面の強化を行なうというような、総合的な指導が必要」とされ、「(一)精神的な安定を得させる」、「(二)社会性を育てる」、「(三)健康回復への意欲をもたせる」、「(四)積極的に鍛える」等が指導上重視された。<sup>56)</sup>体育指導のねらいもまた、こうした指導上の重点事項を踏まえたものであった。以下の若干の指導事例からも、そのことが推知できる。

「運動の日常化、生活化を図る。」「いろいろな動きをとおして、運動することの楽しさがわかり、結果的に基礎体力、運動技能が高まることを目的とした」（東京都立久留米養護学校、昭和56<1981>年）<sup>57)</sup>

「一部の領域の内容の指導に偏ることなく、基礎的・基本的事項の習得に主眼を置いて（中略）健康状態の回復改善を図る」（埼玉県立寄居養護学校、昭和59<1984>年）<sup>58)</sup>

「・体力、肺機能の回復・改善を図る。・健康回復のための運動の生活化を図る（中略）・集団生活の中で自己を最大限に発揮できる。」（千葉県立四街道養護学校、昭和61<1986>年）<sup>59)</sup>

「ア 自己の身体と能力に関心をもたせながら運動の楽しさを体得させ、積極的に運動技能や体力を高めようとする態度を養う。イ 協力の仕方を身につけさせるとともに、公正な態度で運動することができるようにさせる。ウ 安全に留意したり、運動前後又は運動中の体調に留意したりしながら、最善を尽くして運動する態度を養う。」（某養護学校小学部5、6年、昭和62<1987>年）<sup>60)</sup>

### (2) 指導方法・内容

喘息児体育の特質は、主としてその指導法に見られたが、その主要な指導法を内容とともに検討していく。

#### ア. 生活規制度別の指導

身体活動の指導は、病院（医師）側と学校側との協力のもとで作成された生活規制度

によって行なわれた。例えば、東京都立久留米養護学校では、「表4」<sup>61)</sup>のような「生活規制標準表」を用いた。また、千葉県立四街道養護学校では、運動内容によって重度・中度・軽度、あるいは入院後6か月未満・入院後6か月以上・退院予定の3段階別の指導を行なった。<sup>62)</sup>

表4 生活規制標準表(抜粋)

(東京都立久留米養護学校 昭和47年度)

病名	規制度		A 班	B 班	C 班	D 班	指導上の留意点
	生活規制						
肺結核	健康状態		・石灰化巣して久しいもの ・陽転年以内で無所見のもの	・治癒経過観察中のもの	・治癒後間もないもの ・陽転6か月以上で無所見のもの	・治癒に近いがなお要注意のもの(治療中)	<ul style="list-style-type: none"> <li>結核についての正しい知識を与える</li> <li>個々の病状を正しく認識させる</li> <li>神経質にならないようにする</li> <li>過労や直射日光をさける</li> <li>偏食をさける</li> </ul>
	運動		・当校での一般の運動可	・当校での一般の運動可	・競争・ゲームは不可	・散歩、徒手体操程度のもの	
	安静		なし	なし	なし	1時間	
心臓疾患	健康状態		・治療の必要のない不整脈	・心臓肥大の程度のもの	・手術後経過良好なもの	・定期的に検診中のもの ・通常の動作でも症状のものであるもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>心臓の負担を軽減する</li> <li>まわりのものに理解させる</li> <li>検診の結果をよく知る</li> <li>リウマチ性の管理要注意</li> </ul>
	運動		・当校での一般の運動可	・競争・ゲーム以外は可	・散歩・徒手体操程度のもの	・軽度の散歩	
	安静		なし	なし	なし	1時間	
ぜん息	健康状態		・殆んど発作なく良好なもの	・まれに軽い発作を起こすもの	・軽い運動で息切れ、咳込みあるもの	・時々発作を起こし一般状態不良のもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>発作が遠のき一般状態良好なものは大いに鍛練する</li> <li>かぜの予防</li> <li>アレルギー調べ</li> <li>精神安定</li> </ul>
	運動		・鍛練の目的でかなり運動させる	・当校での一般の運動可	・観察しながら適宜行う	・散歩体操程度	
	安静		なし	なし	なし	1時間	

#### イ. 肺機能状態を考慮した指導

群馬県立養護学校では、昭和49年度から「気管支喘息患児に対する生活処方の研究」を始め、「あらかじめ患児の心肺機能を把握し、運動処方設定の基礎データを得」ようと試みた。<sup>63)</sup>同校は、同51年度にその研究成果を以下のように報告した。

「瞬間最大呼出量 (PEFR) から%PEFR (個人の PEFR 実測値を同年齢の児童生徒の%PEFR 標準値で除し、百倍した値) を算出し、その値から赤 (%PEFR 0~29), 半赤 (30~49), 黄 (50~69), 青 (70~) とし、生活処方及び運動処方を行っている。赤は、医師の診察を受け、吸入とん服などの治療を受け、床上学習となり、体育等は禁止される。半赤は、医師に連絡し、とん服又は吸入を受け、通学は許可になるが軽度の運動だけが許される。黄は、医療的観察のもとにおかれるが、通学は許可になり、中等度の運動も許される。青は、一般児童と変わらない生活が許される。」<sup>64)</sup>

その後、千葉県立四街道養護学校、<sup>65)</sup> 富山県立ふるさと養護学校、<sup>66)</sup> 京都市立呉竹養護学校桃陽分校、<sup>67)</sup> 鹿児島県立指宿養護学校<sup>68)</sup> 等の各校でも、「最大呼気量 (PFR) の変化から、トレーニングの質と量を科学的にコントロールしよう」<sup>69)</sup> とする試みがなされる。昭和53年度には、ピークフローメーターを「利用しているもの10校、来年度利用予定3校」<sup>70)</sup> と増加傾向を示す。当初、「ピークフローメーターを用いて運動負荷の程度を決めたりすることは、医療サイドで行うことでないだろうか」との論議もあった<sup>71)</sup> が、漸次「PFR がぜん息児の運動の質と量を考えていく目安として、有効なデーターを提供してくれるという考え方」<sup>72)</sup> が高まり、%PEFR と運動負荷発作 (Exercise-Induced Asthma, 以下、EIA という。) との関係、%PEFR を知ることによって EIA と運動種目、<sup>73)</sup> あるいは EIA とウォーミング・アップやインターバル<sup>74)</sup> 等の諸問題が解明される。その間、%PEFR だけでなく、%PEFR と%V25 との併用による検討<sup>75)</sup> や%1秒量の運動前後における変化<sup>76)</sup> 等の検討もなされ、運動量の適切な調節が一層容易となる。

現在、EIA の予防に係わって、指導上、次の諸事項<sup>77)</sup> が明らかとなっている。

- ㉑ 発作がない状態で脈拍が180拍/分前後になるような激しい運動 (自由走、トレッドミル走、自転車エルゴメーターなど) を6分間行なうと、運動終了の5分後からヒューヒュー、ゼーゼー呼吸困難が始まり、30分後には軽くなっていく。この発作の程度は、喘息の重症度、季節、気温・湿度、運動の種類等によって異なる。
- ㉒ EIA は、軽症では呼吸障害の程度が軽くすぐ回復し、重症では呼吸障害が続いて治療が必要となる。
- ㉓ EIA の強さは、ある範囲では運動量に比例するが、同じ運動量でも運動の種類により異なる。一般に持続的な運動 (マラソン、ランニング、ラグビー、サッカー、登山など) は発作を起こし易く、断続的に休憩が入る運動 (剣道、バレーボール、バスケットボールなど) や高湿環境下での水泳は比較的発作が起こりにくい。
- ㉔ EIA は、気温・湿度に影響される。EIA は、高温多湿の環境では起こりにくく、気温や湿度が低いほど起こり易い。水泳やマスクをかけた運動は、EIA が起こりにくい。
- ㉕ ウォーミング・アップは、EIA の誘発を予防する。また、インターバル・トレーニング方式の場合、EIA の誘発が少ない。
- ㉖ 初めはある運動でEIA が起こっても、毎日運動を続けて行なっていくと、漸次 EIA の程度が軽くなっていく。

喘息児童・生徒であっても、「発作がおさまっている時には、健康児と変わらず同様な運動でもできる。むしろ、積極的に鍛練が必要である。しかしその場合にも、肺機能の状態を考慮に入れて指導すべきこと」<sup>78)</sup> が肝要とされている。つまり、この肺機能の状態を考慮に入れた指導は、喘息児童・生徒に対する体育指導の基本的原則の一つと考えられるようになったのである。

#### ウ. 生活化を目指した指導

文部省は、喘息児童・生徒の「体育 (保健体育) や音楽の指導においては、肺機能を高めるための呼吸運動や楽器の演奏、歌唱が積極的に取り入れられ、生活化される必要がある」<sup>79)</sup> と、生活化を目指した指導の重要性を指摘している。この生活化の使用頻度

が多くなったのは、昭和54（1979）年の2次改訂要領の告示以後からであろう。先にも述べたが、この2次改訂要領で体育は、児童・生徒が日常生活において自ら進んで適切な体育的活動を実践する習慣を身につけ、生涯を通じてこれを継続的に実践できるような配慮が求められたのである。こうした指導理念は、小学校、中学校及び高等学校のそれに準じたものではあるが、喘息児童・生徒の体育における従来の指導理念をさらに強固にしたものと考えられる。昭和50年代半ば以降、生活化を目指す指導が、先述の東京都立久留米養護学校、千葉県立四街道養護学校、あるいは香川県立普通寺養護学校の事例報告のように、一層強調されていったのである。

なお、この運動の生活化の問題は、親の養育態度とも係わりをもっており、家族に対する指導等も重視する必要があるとされ、<sup>80)</sup> 学校内の問題にとどまることなく、社会的な問題として広く総合的に推進されていった。

#### エ. 前籍校復帰を考慮した指導

喘息指導・生徒は、病気がいえ、健康が回復すれば、それぞれの前籍校へ帰ることになる。従って、体育の指導計画は、可能な限り小学校あるいは中学校と同じ内容を編成したり、一部の領域の内容に偏することなく教材を選定したりして、前籍校へ復帰した時に円滑な対応ができるよう特に配慮された。

こうした指導は、以下に掲げた報告事例からも推知できる。

「毎月入学制をとっているので、教材はできるだけ月のはじめに新しいものにとり組めるように配慮している（中略）在校期間は短い児童で半年くらいであるので、学年進行に伴う教材は、前期・後期に分けて作成した。」<sup>81)</sup>

「健康状態の回復とともに、前籍校に転学する場合も考慮して、いろいろな種類の運動を経験させる。そのため、各運動領域について基礎的・基本的事項の習得を中心にして指導する。（中略）転入・転学の児童が多いので、そのたびに指導計画の見直しを行う。また、指導計画は年度途中の転入児童への指導に対処できるように作成する。」<sup>82)</sup>

#### オ. 体育的養護・訓練指導及び養護・訓練的体育指導

ここでは、養護・訓練の指導の中で行なわれる体育的な指導を体育的養護・訓練指導と呼び、体育科の指導の中で行なわれる養護・訓練的指導を養護・訓練的体育指導と呼ぶことにしたい。

学習指導要領では、体力の向上や健康・安全の保持増進について養護・訓練との密接な関連を図り適切な指導計画を作成して指導するよう示されており、<sup>83) 84)</sup> 体力や健康に係わる諸問題は、体育及び養護・訓練と深く係わって指導された。養護・訓練が新設された当初、「長い間、養護・体育の指導が行われてき、養護・体育即養護・訓練という考えが強かった」<sup>85)</sup> ことから、養護・訓練と体育との違いが論議される。昭和53年度特殊教育教育課程研究発表大会で「ぜん息退治という角度から、一人一人について何を理解させ、どんな活動が必要かで内容や活動が決定するところに養護・訓練の本質があり、そこでは教師や児童の目的意識の有無が決め手になる」<sup>86)</sup> との見解で意見の一致をみる。こうした共通理解は、実践をより深化させていく上で有意義なことであった。

#### ア) 体育的養護・訓練指導の内容

養護・訓練における体力づくりには、「喘息克服の直接的体力づくり」と「一般的

な体力づくり」があり、<sup>87)</sup> その内容は以下のとおりであり、両者に若干の違いが見られた。

a. 直接的体力づくり内容

乾布まさつ・喘息体操・腹筋及び胸部の運動・歩行、<sup>88)</sup> 日光浴・腹式呼吸。<sup>89)</sup>

b. 一般的体力づくり内容

[体操運動型] 鉄棒運動・跳箱運動、<sup>90)</sup> 平均台運動、<sup>91)</sup> 鍛練体操、<sup>92)</sup> 矯正体操、<sup>93)</sup> 太極拳、ストレッチ、<sup>94)</sup> マット運動・トランポリン・登り綱。<sup>95)</sup>

[陸上運動型] 持久走・マラソン・縄跳運動、<sup>96)</sup> 競歩、<sup>97)</sup> ランニング、<sup>98)</sup> <sup>99)</sup> 短距離走・走高跳・走幅跳・障害走。<sup>100)</sup>

[水泳型] クロール、平泳・潜水<sup>101)</sup>

[ボール運動型] ミニバスケットボール・バスケットボール・バレーボール・サッカー、<sup>102)</sup> テニス、<sup>103)</sup> バドミントン、<sup>104)</sup> ソフトボール、<sup>105)</sup> ドッジボール、<sup>106)</sup> フットベースボール・ポートボール、<sup>107)</sup> 卓球。<sup>108)</sup>

[格技型] 剣道、<sup>109)</sup> 角力。<sup>110)</sup>

[遊戯型] 固定施設遊び・陣取り・たからけり・どろけい・どこゆき・三步あて。<sup>111)</sup>

[トレーニング型] サーキット・トレーニング、<sup>112)</sup> アスレチック。<sup>113)</sup>

[その他の運動] スキー、<sup>114)</sup> スケート、<sup>115)</sup> サイクリング、<sup>116)</sup> エアロビックス・ダンス。<sup>117)</sup>

以上、喘息児童・生徒の体力づくり、つまり運動療法的な指導内容は、喘息体操に始まり、水泳訓練、持久走へと発展し、指導方法の改善と相まって多様化していった。

(イ) 養護・訓練的体育指導の内容

体育指導上、「健康状態の回復改善を図るため特に喘息児に適した運動（水泳、ボール運動、ゲーム）の時間数を多く取り入れる」<sup>118)</sup> 傾向は、一般的に見られた。そうした運動の中で養護・訓練的体育と考えられる運動内容は、以下のとおりであった。

[持久走] 「持久走は、心肺機能を高め、長い距離を自分のペースで根気強く走りぬく持久力のある身体をつくりあげ、また、何事にも粘り強く取り組む態度を養うことのできる運動である。また、持久走は、運動誘発性喘息（発作）を起こしやすい運動といわれているが、適切な運動の仕方（運動の強度、継続時間、運動量）で根気強く取り組むことにより、発作を起こさず、あるいは最小限に抑えることが可能である。」<sup>119)</sup> との見解が、指導の背景に見られた。

[水泳] 「喘息児にとって水泳はもっとも治療に適した運動とされ（中略）積極的に推しすすめている」（大阪市立貝塚養護学校）<sup>120)</sup> や「水泳は喘息の子どもたちにとって、運動負荷発作の心配が少なく、健康回復改善のための体力作りや鍛練において、最も効果的な運動である」<sup>121)</sup> との報告もあるように、水泳は、運動負荷発作の少ない運動として教科体育の主要な療法的教材に取り上げられていた。能力に応じて、水遊びから始まり、クロール、平泳ぎ、飛び込み等が順序を追って根気よく指導された。

[矯正運動] 「不良姿勢の予防ときょう正運動」（「円背、せき柱側わん、腰まがり、

X脚, O脚などの予防やきょう正運動)を指導した学校<sup>122)</sup>も見られ, 注目された。

[喘息体操] 千葉県立四街道養護学校の「喘息体操」は, 「全身の緊張をほぐしからだを柔らげる運動」, 「腹式呼吸と心身のリラクゼーション」, 「手, 首, 肩, 背部の緊張(凝り)をときほぐし残気を除去する運動」, 「残気を除去し上体の緊張をときほぐす運動」, 「腹式呼吸と肺機能の向上をめざす運動」から構成されていた。<sup>123)</sup> また, 横浜市立二つ橋養護学校のそれは, 「背のびの運動, 足ふみ, 首の運動, 腕を曲げ伸ばし胸をそらす, 体を横にまげる, 体をねじる, 体を前と後にまげる, 腕と足の運動, 脚・腰・上体の運動, 脚・腰・上体・腕の運動, 腕の前・横ふり, 深呼吸(腹式), 深呼吸(胸式)」<sup>124)</sup>の13運動(8呼間2回)からなっていた。つまり, 喘息体操は, 全身的リラクゼーション, 柔軟運動, 呼吸調整運動, 肺機能向上の運動から構成された徒手体操型運動であった。

### 3) 体育的諸活動

- (1) 行事活動 運動会,<sup>125)</sup> 遠足,<sup>126)</sup> 体育大会<sup>127)</sup>等が, 各校で一般的に実施されたが, 特に喘息児童・生徒に対しては, 水泳訓練,<sup>128)</sup> スキー訓練,<sup>129)</sup> 林間学習<sup>130)</sup>が, 地域環境を生かして実施された。
- (2) 学校ごとに独自性の強い必修クラブ活動が展開されたが, 課外活動としての運動部活動は低調であった。なお, 愛知県立大府養護学校小学部では, 地元小学校との交流会を目指しての「ソフトボール部」(昭和53年度より)が活動し注目された。<sup>131)</sup> また, 一部の学校では, 放課後健康増進や運動能力の向上を意図したスポーツ<sup>132)</sup>やトレーニング<sup>133)</sup>指導が実施された。

## IV おわりに

告示学習指導要領時代における病弱児体育について, その教育的背景及び喘息児体育の実態と特質の一端に関して検討を加えてきたが, それらについての若干の知見が得られたので, 以下にそれらをまとめて結びとする。

1. 告示学習指導要領時代に入って, ①病弱養護学校・特殊学級の増設, ②病類の多様化と障害の重度化, ③告示学習指導要領の1次・2次改訂, ④教育研究体制の整備等の新たな教育的事象が見られた。
2. 病弱児体育の基本的ねらいは, 体育の一般的目標を踏まえ, 健康の回復・改善, 体力の向上及び運動の習慣化の育成にあった。
3. 喘息児体育では, 精神的発達と身体面の強化を図る総合的指導が肝要とされ, 精神の安定化, 社会性の育成, 健康回復への努力, 積極的鍛練等が重視された。こうしたねらいのもとで, 生活規制度別の指導を軸に, 肺機能状態を考慮した指導, 生活化を目指した指導, 前籍校復帰を考慮した指導, 体育的養護・訓練指導及び養護・訓練的体育指導等の特徴のある指導がきめ細かく行なわれた。
4. 運動会, 遠足, 体育大会等は一般的に実施され, 水泳, スキー, 林間学習等が重要な行事活動であった。学校ごとに独自性の強い必修クラブ活動が実施されたが, 課外での部活動は低調であった。

## 参考・引用文献

- 1) 北野与一 (1993), 「日本における心身障害者体育の史的研究—告示要領時代の病・虚弱 (喘息) 児体育について—」, 日本特殊教育学会第31回大会発表論文集, pp.792-793
- 2) 久保田勉 (1986), 病弱教育の基礎, 学苑社, pp.43-50
- 3) 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, p.682
- 4) 全国病弱虚弱教育研究連盟病弱教育史研究委員会編 (1990), 前掲書, pp.17-18
- 5) 全国病弱虚弱教育研究連盟病弱教育史研究委員会編 (1990), 前掲書, p.18
- 6) 全国病弱虚弱教育研究連盟病弱教育史研究委員会編 (1990), 前掲書, pp.18-19
- 7) 文部省特殊教育課特殊教育研究会編 (1984), 特殊教育必携, 第一法規出版, p.209
- 8) 文部省 (1978), 特殊教育百年史, 東洋館出版社, pp. 711-716
- 9) 久保庭信一 (1978), 「養護学校の義務制の実施を控えて」, 特殊教育, 02, p. 3
- 10) 東京都心身障害教育百年記念会 (1978), 東京都心身障害教育百年誌, 東京都心身障害教育百年記念会, p.118
- 11) 文部省特殊教育課特殊教育研究会編 (1984), 前掲書, p.1484
- 12) 藤原正人 (1979), 「重度・重複障害児教育の現状と課題」, 特殊教育, 06, p.42
- 13) 全国病弱虚弱教育研究連盟病弱教育史研究委員会編 (1990), 前掲書, p.13
- 14) 久保田勉 (1986), 前掲書, p.19
- 15) 全国病弱虚弱教育研究連盟病弱教育史研究委員会編 (1990), 前掲書, p.14
- 16) 辻健介 (1976), 「訪問指導員の手当及び介助職員の給与費について」, 特殊教育, (15), p.62
- 17) 佐藤敬治 (1978), 「訪問教育の発展と今後の課題」, 特殊教育, 01, p.15
- 18) 堀川英俊 (1978), 「訪問教育の発展と今後の課題」, 特殊教育, 01, p. 2
- 19) 文部省初等中等教育局特殊教育課 (1978) 「訪問教育の概要」, 特殊教育, 01, p.42
- 20) 文部省 (1979), 盲学校、聾学校及び養護学校小学部・中学部・高等部学習指導要領, 大蔵省印刷局, p. 3
- 21) 江草安彦他 (1982), 重症心身障害児の療育指針, 医歯薬出版, p. 4
- 22) 江草安彦他 (1982), 前掲書, p. 7
- 23) 久保田勉 (1986), 前掲書, p.29
- 24) 久保田勉 (1986), 前掲書, p.29
- 25) 江草安彦他 (1982), 前掲書, p.11
- 26) 全国病弱虚弱教育研究連盟病弱教育史研究委員会編 (1990), 前掲書, p.15
- 27) 全国病弱虚弱教育研究連盟病弱教育史研究委員会編 (1990), 前掲書, p.15
- 28) 久保田勉 (1986), 前掲書, pp.69-70
- 29) 戸田成一 (1980), 「特殊教育諸学校の学習指導要領の改訂に当たって」, 特殊教育, (27・28), pp. 4-5
- 30) 文部省 (1974), 養護学校 (病弱教育) 学習指導要領解説, 東洋館出版社, pp. 8-9
- 31) 文部省 (1975), 特殊教育諸学校小学部・中学部学習指導要領, 慶応通信, p.79



- 32) 文部省 (1975), 前掲書, p.83
- 33) 文部省 (1974), 前掲書, p.52
- 34) 文部省 (1974), 前掲書, p.52
- 35) 文部省 (1975), 前掲書, p.89, 95
- 36) 文部省 (1980), 「昭和五十四年度盲学校, 聾学校及び養護学校学習指導要領 (小学部) 趣旨徹底地区別講習会説明資料」, 特殊教育, (27, 28), pp.40-96
- 37) 木村賢一 (1990), 「筋ジス教育研究委員会の動向」, 病弱虚弱教育, 30, p.133
- 38) 文部省 (1978), 前掲書, p.468, 760
- 39) 『病弱虚弱教育』編集部 (1979), 「研究委員会組織表」, 病弱虚弱教育, 昭和53年度版, p.105
- 40) 『病弱虚弱教育』編集部 (1990), 「全国病弱虚弱教育研究連盟研究委員会規約」, 病弱虚弱教育, 30, pp.150 -151
- 41) 日本特殊教育学会 (1969), 日本特殊教育学会第7回大会発表論文集, p.11
- 42) 日本特殊教育学会 (1971), 日本特殊教育学会第9回大会発表論文集, pp.7-8
- 43) 日本特殊教育学会 (1972), 日本特殊教育学会第10回大会発表論文集, p.16
- 44) 三木彰 (1973), 「国立特殊教育総合研究所の経緯と将来の方向」, 特殊教育, (1), p.25
- 45) 文部省 (1979), 前掲書, p.1
- 46) 文部省 (1985), 病弱教育の手引—指導編一, 慶応通信, p.76
- 47) 森太伝 (1976), 「病弱・虚弱児のための体育実践」, 体育科教育, 24 (2), p.31
- 48) 文部省 (1985), 前掲書, pp.76-77
- 49) 加藤安雄 (1975), 「病弱教育における教科指導(8)—体育および外国語について—」, 健康教室, 26(7), p.69
- 50) 森太伝 (1976), 前掲論文, 前掲書, p.31
- 51) 赤松栄子 (1987), 「身体活動の日常化をめざして」, 病弱虚弱教育, 1987年度版, p.22
- 52) 宮崎直男・笹本健編著 (1984), 障害をもつ子の体育指導, 東洋館出版社, p.222
- 53) 全国病弱虚弱教育研究連盟病弱教育史研究委員会編 (1990), 前掲書, p.438
- 54) 下田巧 (1970), 「最近の特殊教育における研究・実践の動向と展望 IV病弱教育部門」, 特殊教育学研究, 8 (2), p.81
- 55) 全国病弱虚弱教育研究連盟病弱教育史研究委員会編 (1990), 前掲書, p.690
- 56) 武居孝男 (1974), 「喘息児の養護学校」, 教育と医学, 22(7), pp.69-72
- 57) 日本学校体育研究連合会編 (1981), 障害児の体育指導, ぎょうせい, p.366, 372
- 58) 宮崎直男・笹本健編著 (1984), 前掲書, p.243
- 59) 久保田勉 (1986), 前掲書, p.178
- 60) 文部省編 (1987), 病弱児指導事例集—実技を伴う教科の指導—, ぎょうせい, p.213
- 61) 日本学校体育研究連合会編 (1981), 前掲書, p.329
- 62) 久保田勉 (1986), 前掲書, pp.172-178
- 63) 群馬県立養護学校 (1976), 「気管支喘息患児に対する生活処方の研究」, 特殊教育諸学校・教育研究所等における研究課題等の調査報告, 国立特殊教育総合研究所, p.40
- 64) 『特殊教育』編集部 (1977), 「昭和51年度特殊教育教育課程研究発表大会報告」, 特殊教育, (16), pp.60-61

- 65) 斉藤瑛 (1977), 「病弱養護学校における喘息児童・生徒の指導はいかにあるべきか—肺機能(換気能力)と治療効果の進展状況との関連について—」, 特殊教育諸学校・教育研究所等における研究課題等の調査報告, p.111
- 66) 大森美智子外 (1978), 「ひとりひとりに適した養護・訓練トレーニングの質と量を求めて」, 特殊教育諸学校・教育研究所等における研究課題等の調査報告, p.137
- 67) 飯田訓也 (1978), 「喘息, 結核, 腎炎を有する児童又は生徒に対する養護・訓練の指導を効果的に行うためには, どのように指導計画を作成しどのように指導したらよいか」, 特殊教育諸学校・教育研究所等における研究課題等の調査報告, p.139
- 68) 鹿児島県立指宿養護学校 (1978), 「養護学校と医療機関との連携」, 特殊教育, (19), p.38
- 69) 『特殊教育』編集部 (1979), 「昭和53年度特殊教育教育課程研究発表大会報告」, 特殊教育, 24, p.53
- 70) 『特殊教育』編集部 (1979), 前掲報告, 前掲書, p.53
- 71) 『特殊教育』編集部 (1978), 「昭和52年度特殊教育教育課程研究発表大会報告」, 特殊教育, (20), p.58
- 72) 『特殊教育』編集部 (1979), 前掲報告, 前掲書, p.53
- 73) 福島淳 (1978), 「群馬県立養護学校における喘息児に対する運動処方の実施成績—第2報・第3報—」, 特殊教育諸学校・教育研究所等における研究課題等の調査報告, p.136
- 74) 飯倉洋治・早川浩編 (1986), 小児の気管支喘息, 医歯薬出版, p.261, 304
- 75) 関口禎子 (1981), 「喘息児の鍛練療法に関する試み」, 特殊教育諸学校・教育研究所等における研究課題等の調査報告, p.135
- 76) 岡茂・永峯博 (1974), 「喘息児の肺機能に関する研究(第1報)」, 日本特殊教育学会第12回大会発表論文集, pp. 314-315
- 77) 飯倉洋治・早川浩編 (1986), 前掲書, pp.252-253, 303-307
- 78) 宮崎直男・笹本健編著 (1984), 前掲書, p.224
- 79) 文部省 (1985), 前掲書, p.107
- 80) 武居孝男 (1979), 「病弱児の生活指導に関する研究—ぜん息児治療施設退院後の生活状況について(第1報)—」, 日本特殊教育学会第17回大会発表論文集, p.403
- 81) 日本学校体育研究連合会編 (1981), 前掲書, p.367
- 82) 文部省 (1987), 前掲書, pp.214-215
- 83) 文部省 (1975), 前掲書, p.83
- 84) 文部省 (1979), 前掲書, pp. 1 - 2
- 85) 『特殊教育』編集部 (1977), 前掲報告, 前掲書, p.61
- 86) 『特殊教育』編集部 (1979), 前掲報告, 前掲書, p.54
- 87) 武居孝男 (1974), 前掲論文, 前掲書, p.73
- 88) 川越良美 (1973), 「虚弱児の健康回復と体力づくり」, 教育心理研究, 5(8), p.86
- 89) 武居孝男 (1974), 前掲論文, 前掲書, p.73
- 90) 川越良美 (1973), 前掲論文, 前掲書, pp. 86-87
- 91) 織茂領 (1983), 「病弱養護学校の実態とその扱い方」, 健康教室, 34(8), 増刊号, p.46
- 92) 森太伝 (1976), 前掲論文, 前掲書, p.32
- 93) 鹿児島県立指宿養護学校 (1978), 前掲論文, 前掲書, p.37
- 94) 織田武夫 (1984), 「教育課程(養護・訓練)の研究と検討」, 特殊教育諸学校・教育研究所等にお

- る研究課題等の調査報告, p.162
- 95) 蟹江芳郎 (1974), 「本校における養護・訓練の実際」, 健康教室, 25 (増2), pp. 84-85
  - 96) 川越良美 (1973), 前掲論文, 前掲書, pp. 86-87
  - 97) 武居孝男 (1974), 前掲論文, 前掲書, p.73
  - 98) 船越正康・柏原健三 (1975), 「運動が心身機能に及ぼす影響について」, 大阪教育大学紀要, 24, 第IV部門, (1), p.24
  - 99) 京都府立城陽養護学校 (1989), 城陽養護学校の教育, (4), p.140
  - 100) 河本英明 (1979), 「病虚弱児教育における養護・訓練」, 健康教室, 30(2), pp.106-107
  - 101) 久保田勉 (1986), 前掲書, pp.174-175
  - 102) 久保田勉 (1986), 前掲書, pp.178
  - 103) 野口孝次 (1981), 「喘息児の養護・訓練の効果的な指導はどうしたらよいか」, 特殊教育諸学校・教育研究所等における研究課題等の調査報告, p.146
  - 104) 中宏 (1984), 「養護・訓練の内容の充実と指導法の工夫」, 特殊教育諸学校・教育研究所等における研究課題等の調査報告, p.163
  - 105) 織茂領 (1983), 前掲論文, 前掲書, p.146
  - 106) 山口県立豊浦養護学校 (1989), 「意欲を持って, 諸活動に取り組みさせるにはどうしたらよいか」, 研究集録, (7), p.43
  - 107) 新小倉病院床上学級 (1985), 「気管支喘息児の健康回復をめざしやる気をおこす養護・訓練の実践的研究」, 福岡県教育委員会研究指定・委嘱 (第3年次) 養護教育研究発表会要録, p.158
  - 108) 蟹江芳郎 (1974), 前掲論文, 前掲書, p.85
  - 109) 野口孝次 (1981), 前掲論文, 前掲書, p.146
  - 110) 船越正康・柏原健三 (1975), 前掲論文, 前掲書, p.24
  - 111) 久保田勉 (1986), 前掲書, p.178
  - 112) 吉田裕彦 (1990), 「喘息児の養護・訓練」, 病弱虚弱教育, 60, p.80
  - 113) 大江順子外 (1988), 「喘息児の体力増強をめざした効果的な施設利用」, 特殊教育諸学校・教育研究所等における研究課題等の調査報告, p.66
  - 114) 山本絹子 (1990), 「冬季間における喘息児の活動の拡大」, 病弱虚弱教育, 60, p.80
  - 115) 長野県特殊教育百年記念事業会編, (1978), 長野県特殊教育史, 信濃教育出版社, p.527
  - 116) 半沢岳彦・松見康太郎 (1987), 「心身の障害の状態を改善する指導の工夫はどうすればよいか」, 特殊教育諸学校・教育研究所等における研究課題等の調査報告, p.36
  - 117) 利根沢尚外 (1988), 「児童が意欲をもって取り組む養護・訓練のあり方」, 特殊教育諸学校・教育研究所等における研究課題等の調査報告, p.91
  - 118) 宮崎直男・笹本健編著 (1984), 前掲書, p.243
  - 119) 文部省 (1987), 前掲書, p.216
  - 120) 大木敦夫 (1989), 「意欲的に生きる力を育てる, 教科学習のあり方について」, 大阪の病弱虚弱教育, 65, p.37
  - 121) 宮崎直男・笹本健編著 (1984), 前掲書, p.248
  - 122) 新潟県立柏崎養護学校 (1990), 中学部保健体育科年間指導計画, pp.9-10
  - 123) 久保田勉 (1986), 前掲書, pp.140-145

- 124) 横浜市小児アレルギーセンター・横浜市立二つ橋養護学校 (1982), 横浜市立小児アレルギーセンター・横浜市立二つ橋養護学校小誌, 横浜市立小児アレルギーセンター・横浜市立二つ橋養護学校, pp.34-37
- 125) 大分県立石垣原養護学校 (1990), 石垣原の教育 (研究紀要), (15), pp.24-25
- 126) 岡山県立早島養護学校 (1990), 平成2年度学校要覧, p.3
- 127) 京都府立城陽養護学校 (1989), 前掲書, p.204
- 128) 京都府立城陽養護学校 (1986), 城陽養護学校の教育, (1), p.102
- 129) 山本絹子 (1990), 前掲論文, 前掲書, pp.80-81
- 130) 全国病弱虚弱教育研究連盟・病弱教育史研究委員会編 (1990), 前掲書, p.411
- 131) 愛知県立大府養護学校 (1981), 創立十周年記念誌, pp.72-73
- 132) 大阪市立貝塚養護学校 (1988), かいづかのきょういく, (16), pp.40-41
- 133) 佐賀県立中原養護学校 (1981), 「病弱児に対する運動能力向上をめざした課後利用のトレーニング」, 特殊教育諸学校・教育研究所等における研究課題等の調査報告, p.149