

## V 病弱・身体虚弱

病弱も身体虚弱も、医学用語ではなく一般的な用語である。病弱とは心身の病気のため弱っている状態を表している。また、身体虚弱とは病気ではないが身体が不調な状態が続く、病気にかかりやすいといった状態を表している。これらの用語は、このような状態が継続して起こる、又は繰り返して起こる場合に用いられており、例えば風邪のように一時的な場合は該当しない。

病弱及び身体虚弱の子供（以下、病弱児という）の中には、医師や看護師、心理の専門家等による治療だけでなく、学習への不安、病気や治療への不安、生活規制等によるストレスなどの病弱児の心身の状態を踏まえた教育を必要とすることが多い。

例えば、病気の治療過程で吐き気や痛み等を伴うことがあり、病気や治療への不安を抱えていることがある。また、入院中の子供の場合には、親や兄弟と離れて生活する不安、行動や生活が制限されることへの不満などを抱えている。更に入院や通院等のため学校で学習できないことが繰り返して起こり、その結果、学校での学習内容が理解できない、授業について行けないという不安を抱えていることも多い。そのため病弱及び身体虚弱の子供に対して行われる教育（以下、病弱教育という）においては、このような状況を理解した上で指導に当たらなければならない。

### 1 病弱・身体虚弱の子供の教育的ニーズ

#### (1) 早期からの教育的対応

病弱（身体虚弱を含む）の子供に対する教育を行う特別支援学校（以下、特別支援学校（病弱）という）や病弱・身体虚弱特別支援学級に在籍する子供の中には、小学校又は特別支援学校小学部に入学した後に、入院が必要となる者もいるが、乳幼児期に手術を受け、その後も継続して又は繰り返して医療を必要とする者、あるいは乳幼児期から服薬等を継続して必要としている者などがいる。就学前に手術や治療を受けた子供であっても、多くの場合は学校での特別な支援は必要とはしない。しかし、就学後も、病弱又は身体虚弱のため特別な教育的支援を必要とする子供については、就学前の医療関係者や保育関係者等と連絡を取り、必要な情報を入手する必要がある。

例えば、心臓の疾患・異常のある子供は、平成24年度の学校保健統計調査の結果によると、小学校では0.75%、中学校では0.99%の割合で在籍している。このような心臓疾患の子供の全てが病弱教育の対象となる訳ではないが、このような子供の中には、特別な教育的支援を必要とする子供がいることに留意する必要がある。大きな手術を必要とする心臓疾患の場合には、小学校等に入学するまでに手術が行われていることが多いため、学校では心臓に過度の負担がかからないように留意すれば、通常の学級で学校生活を送ることができることが多い。しかし、病気の状態によっては、酸素を必要としたり、車椅子での移動を必要としたりすることがある。また、体育の実技の授業で配慮を必要とすることもある。そのため、このような子供が、特別な教育的支援を必要とする場合には、特別支援教育の対象者（病弱者）として対応しなければならないことがある。

乳幼児期に手術等を受けている場合には、その治療過程で運動や日常生活上での

様々な制限を受けていることが多いため、学習の基礎となる体験が不足することがある。そのため、幼児期には、一対一での遊びや、集団での遊び、家族の中での生活などを経験させることが重要である。また、食物アレルギーの子供の中には、食べてはいけない食物を、親や教員に分からないようにして食べて、その結果、アレルギー症状が出てしまい、身体を掻（か）きむしったり、泣き出したりすることがある。そのため、子供にも食物アレルギーについての基本的な知識を身につけさせるとともに、自己管理できるように食物制限の必要性などについても、幼児期から指導することはとても大切なことである。

数は少ないが、早期からの教育的対応が必要な病弱児に対して特別支援学校（病弱）に幼稚部を設置している所はある。しかし、多くの特別支援学校（病弱）には幼稚部は設置されていない。近年は、このような乳幼児に対して、小児科病棟内で、入院中の幼児を対象とした保育や、ボランティア等による遊びが行われている所が増えてきている。このような保育は、主に保育士やチャイルド・ライフ・スペシャリスト（CLS）等が行っている。

病弱児への早期からの教育的対応については、病気の種類が多様であり、特定の病院に特定の病気の子供が多いなど、地域や病院により偏りがあるため、その必要性については、一律に述べることはできない。しかし、就学前に支援を受けていた病弱児が、小学校や特別支援学校に就学する際には、就学前の子供の病気の状態や課題などについて、医療関係者だけでなく、保育士やCLS等からも情報を得ることが重要である。

## （２） 病弱・身体虚弱の子供に必要な指導内容

### ① 病弱

病弱とは、学校教育においては、身体の病気又は心の病気のため継続的又は繰り返し医療又は生活規制を必要とする状態を表す際に用いられている。ここでいう生活規制とは、入院生活上又は学校生活、日常生活上で留意すべきこと等であり、例えば健康の維持や回復・改善のために必要な服薬や、学校生活上での安静、食事、運動等に関して留意しなければならない点などがあることを指す。

近年、医学や医療の進歩により、治療のための入院を短くするとともに、家庭生活上で必要とされる生活規制を軽減できるような工夫も行われる中で、病気によっては入院しての治療や長期間の生活規制を行う必要がなくなっている。また、患者のQOL (Quality of life:クオリティ・オブ・ライフ)を大切にする治療方針がとられるようになり、たとえ医療又は生活規制を必要とする時期であっても、通常の生活に近い生活ができるような取組が病院でも行われるようになってきている。

しかし、病気によっては、退院後も引き続き通院や感染予防等が必要なことがあるため、退院後すぐに入院前にいた小中学校等（以下、前籍校という）に通学することが難しい場合がある。そのため、入院中だけでなく退院後も病気に対する十分な配慮が必要であり、そのような子供が特別な教育的支援を必要とする場合には、各学校において、病弱教育の対象として対応することが求められる。

このような病弱の子供を取り巻く状況の変化やそれに伴う課題等を踏まえて、文部科学省では平成25年3月4日に、「病気療養児に対する教育の充実について（通知）」（24初特支第20号）を发出し、①病気療養中の児童生徒の転校手続きの円滑化、②後期中等教育段階での転入学・編入学時の修得単位の適切な取扱い、③特別支援学校（病弱）、小中学校の病弱・身体虚弱特別支援学級、通級による指導（病弱・身体虚弱）など、病気の状態に応じた教育環境の整備、④通学が困難な場合に訪問教育やICT等を活用するなどの指導方法等の工夫、⑤通学が困難な児童生徒に退院後も継続した教育を実施することなどの留意事項を通知した。

【参考】「病気療養児に対する教育の充実について（通知）」

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/hakusho/nc/1332049.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/1332049.htm)

## ② 身体虚弱

身体虚弱とは、学校教育においては、病気ではないが不調な状態が続く、病気にかかりやすいなどのため、継続して生活規制を必要とする状態を表す用語である。身体虚弱という概念は一定したものではなく、時代により使われる用語も変化してきた。例えば、明治から昭和初期においては腺病質(せんびょうしつ)という言葉が用いられることもあった。

昭和10年から20年頃には、国民病といわれた結核がまん延する中で、BCGを接種しなくてもツベルクリン反応が陽転し、結核にかかりやすい状態の者が多く、このような日常生活で注意しなければいけない者を身体虚弱者として、必要な教育が行われてきた。第二次世界大戦直後は、我が国の劣悪な食糧事情から栄養状態の不良な、いわゆる栄養失調の者が増えた。その後、社会情勢の変化により、結核や栄養不良は激減するなど、身体虚弱の様相は変わってきている。

学校教育では、原因ははっきりしないが病気にかかりやすい者、頭痛や腹痛など、いろいろな不定の症状を訴える者も身体虚弱者として必要な教育が行われることもある。更に最近では、治療等の医療的な対応は特に必要とはしないが、元気がなく、病気がちのため学校を欠席することが多い者で、医師から生活規制が継続して必要と診断された場合についても、身体虚弱者として、必要な教育が行われている。この中には、短期間で退院したが、原因不明の不調状態が続く子供や体力的に通常の時間帯での授業を受けることが困難な子供なども含まれている。

## ③ 病弱教育の意義

病弱教育では、病気の自己管理能力を育成することは重要な指導事項の一つである。そのため、病弱児にとって必要な生活規制とは、他人からの規制ではなく「生活の自己管理」と考えて取り組むことが大切である。また、「生活の自己管理」をする力とは、運動や安静、食事などの日常の諸活動において、必要な服薬を守る力、自身の病気や障害の特性等を理解した上で心身の状態に応じて参加可能な活動を判断する力（自己選択・自己決定力）、必要なときに必要な支援・援助を求めることができる力などを意味する。

入院や通院等が必要な子供に対しては、これまでも個々の病気の状態等を踏まえつつ、学習が過度の負担とならないように留意しながら教育が行われてきた。たとえ入院中であっても教育を受けたい・受けさせたいと考える子供や保護者は多い。しかし、「入院中は勉強したくない」とか、「病気の孩子に無理して勉強させなくてもよい」、「無理して勉強させて、病気が悪化したら大変」と考えている子供や保護者などもいる。また、入院中に教育を受けることができるということを知らないこともある。

このようなことから、入院中の孩子の中には、教育を受けることができていないことがある。病弱教育の制度や病弱教育の意義等を含めて、子供や保護者に正しい情報を伝えることが必要である。

病弱児は、特別支援学校（病弱）や病弱・身体虚弱特別支援学級に在籍するだけでなく、他障害種の特別支援学校や小中学校等の通常の学級にも在籍している。また、小中学校等において、病気のために長期間欠席している子供や、病気をきっかけとした不登校の孩子の中には、このような病弱児が含まれている可能性がある。そのため、入院中の孩子だけが病弱児でないこと、通常の学級に在籍する病気の孩子の中にも、特別支援教育の対象として、特別な指導や支援を必要とする子供がいることを、小中学校や高等学校、教育委員会、教育支援委員会（仮称）等の関係者が理解するとともに、特別な教育的支援を必要とする病弱児に対して、適切な就学相談・支援を行う必要がある。

近年は、医学等の進歩に伴い入院の短期化や入院の頻回化（繰り返しての入院）、退院後も引き続き医療や生活規制が必要となるケースの増加など、病弱児の治療や療養生活は大きく変化してきている。特別支援学校（病弱）や病院内の病弱・身体虚弱特別支援学級での指導、通級による指導（病弱・身体虚弱）において、病弱の状態や身体虚弱の状態、生活環境などに応じた適切な教育を行うことは、病弱児の学習の空白や学習の遅れを補完するだけでなく、病弱児の生活を充実させ、心理的な安定を促すとともに、心身の成長や発達に好ましい影響を与えることである。病弱教育は、病気自体を治すものではないが、情緒の安定や意欲を向上させることにより治療効果が高まったり、健康状態の回復・改善等を促したりすることに有効に働くものとして取り組まれてきている。

このような「病弱教育の意義」については、平成6年12月の「病気療養児の教育について」の審議のまとめで次のページのようにまとめられている。

「病弱教育の意義」については、小中学校や高等学校等の通常の学級に在籍する子供が、病気により入院することがあるので、病弱教育に直接関わる者だけでなく小中学校や高等学校の教職員や保護者、教育委員会等の学校設置者にも理解を広げ、子供が入院したときや退院後も適切な教育的対応ができるようにする必要はある。

特別支援学校（病弱）、病弱・身体虚弱特別支援学級、通級による指導（病弱・身体虚弱）は、「病弱教育の意義」を踏まえた指導を行うために設置されている。特に平成25年3月4日に発出した「病気療養児に対する教育の充実について（通知）」にあるように、最近では、退院して小中学校に戻ったが、医療機器や

感染症予防等のため、継続して又は繰り返して医療や生活規制を必要とする子供が増加しており、このような病弱児のために小中学校内に病弱・身体虚弱特別支援学級を設置することが多くなってきている。

また退院した子供の中には、定期的な通院や感染症予防等のために通常の学級での学習に参加することが困難な子供がいる。最近では、このような子供に対して、例えば、特別支援学校（病弱）に在籍させて訪問教育を実施したり、病院に隣接した特別支援学校（病弱）に通学させたりすることも増えている。更に前籍校等に転校した子供に対しても、子供が通院する際に、特別支援学校（病弱）で学習できるようにする（通級による指導として取組を始めている所もある）などの様々な取組も行われている。

このように、入院の有無に関わらず病気の状態や必要とされる支援の内容等に応じて、小中学校の通常の学級、通級による指導、特別支援学級、特別支援学校といった多様な学びを場で、教育を受けることができるようにすることや、それらを連続性のあるものにしていくことは、病弱児にとってはとても重要なことである。

#### 病気療養児の教育の意義（平成6年12月）

病気療養児は、長期、短期、頻回の入院等による学習空白によって、学習に遅れが生じたり、回復後においては学業不振となることも多く、病気療養児に対する教育は、このような学習の遅れなどを補完し、学力を補償する上で、もとより重要な意義を有するものであるが、その他に、一般に次のような点についての意義があると考えられていることに留意する必要がある。

##### (1) 積極性・自主性・社会性の涵養

病気療養児は、長期にわたる療養経験から、積極性、自主性、社会性が乏しくなりやすい等の傾向も見られる。このような傾向を防ぎ、健全な成長を促す上でも、病気療養児の教育は重要である。

##### (2) 心理的安定への寄与

病気療養児は、病気への不安や家族、友人と離れた孤独感などから、心理的に不安定な状態に陥り易く、健康回復への意欲を減退させている場合が多い。病気療養児に対して教育を行うことは、このような児童生徒に生きがいを与え、心理的な安定をもたらし、健康回復への意欲を育てることにつながると思われる。

##### (3) 病気に対する自己管理能力

病気療養児の教育は、病気の状態等に配慮しつつ、病気を改善・克服するための知識、技能、態度及び習慣や意欲を培い、病気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。

##### (4) 治療上の効果等

医師、看護師等の医療関係者の中には、経験的に、学校教育を受けている病気療養児の方が、治療上の効果があがり、退院後の適応もよく、また、再発の頻度も少なく、病気療養児の教育が、健康の回復やその後の生活に大きく寄与することを指摘する者も多い。また、教育の実施は、病気療養児の療養生活環境の質（QOL（クオリティ・オブ・ライフ））の向上にも資するものである。

## 2 病弱・身体虚弱の子供の教育の場と提供可能な教育機能

特別支援学校（病弱），病弱・身体虚弱特別支援学級，通級による指導（病弱・身体虚弱）は，次のような障害の程度の子供を対象に設置されている。病弱児の就学先や学ばる場を決定するに当たっては，障害の程度や病気の状態だけでなく，日々大きく変動する病状の変化や治療の見通し，関係する医療機関の施設・設備の状況，教育との連携状況，教育上必要な支援の内容，地域における教育体制の状況その他の事情を勘案して判断することが必要である。特に近年は，入院の短期化や，退院後も引き続き配慮や支援を必要とする子供の増加，繰り返し入院する子供の増加，心身症やうつ病等の精神疾患の子供の増加など，病弱児を取り巻く状況や病弱児の実態は大きく変わってきている。

特に最近では，入退院を繰り返す子供が増える中で，小中学校段階では学習することができたが，高等学校段階になると地域や学校によっては学習できないことがあるため，病弱児の中には，このような進学や学習等に関する不安や悩みを抱えていることもある。

各教育委員会においては，このような病弱児を取り巻く状況の変化や個々の病弱児の教育的ニーズを踏まえた上で，必要とされる学びの場を決定していく必要がある。

### (1) 特別支援学校（病弱）

- |  |
|--|
| 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                                |
- （学校教育法施行令第22条の3）

学校教育法第72条には，特別支援学校の対象となる障害者が明記されており，病弱者については身体虚弱者も含まれることが明記されている。そのため，特別支援学校（病弱）の対象となる障害の程度が示されている学校教育法施行令第22条の3の表においては，病弱者の障害の程度については第一号に，身体虚弱者の障害の程度については第二号に示されている。

特別支援学校（病弱）は，病弱及び身体虚弱の状態が，この第22条の3に示されている程度の者を教育の対象として整備された特別支援学校であり，病院に隣接又は併設されていることが多い。また，病院内に教室となる場所や職員室等を確保して，分校又は分教室として設置している所や，病院・施設，自宅への訪問教育を行っている所も多い。

また，特別支援学校（病弱）には，小学部，中学部，高等部が設置されているが，高等部が設置されていない所もある。特に，分校や分教室については高等部が設置されていない所が多い。そのため，高等学校段階の子供が入院する場合には，入院した病院で教育を受けることができるかどうか，特別支援学校（病弱）又は都道府県教育委員会等に確認する必要がある。

このように特別支援学校（病弱）においては，医療機関の状況などにより様々な形態で指導が行われているため，就学に当たっては，事前に特別支援学校（病弱）や医療機関等から情報を得ておくことが重要である。

病弱児の治療や病気の種類は，医療の進歩や社会の状況等とともに変化してきており，近年は，特別支援学校（病弱）においては，入院の短期化や頻回化が進

むとともに、病気の種類として心身症やうつ病、適応障害等の精神疾患の子供が多くなっている。

特別支援学校（病弱）における教育の内容については、小中学校又は高等学校に準じた（原則として同一の）各教科等の指導が行われており、それに加えて、障害による学習上又は生活上の困難を主体的に改善・克服するために、「自立活動」という指導領域が設けられている。

なお、第一号及び第二号において、「継続して」と規定されているのは、風邪等の軽度の病気により、極めて短い期間だけ医療等が必要となる程度のものについては、「特別支援学校（病弱）の対象ではない」こと意味している。

### ① 第一号

平成14年以前は、「六月以上」の医療又は生活規制を必要とする程度のもをを対象としていたが、医療の進歩等により、治療開始時の予想以上に急速に回復する場合があることや、治療の効果に個人差があり医療や生活規制を要する期間を予見することが困難であること、たとえ短期間であっても子供が継続して学習できない状態は問題であること、短期間の入院でも特別支援学校（病弱）で教育を受けることについてのニーズが高いことなどから、平成14年に、「六月以上」という規定を改め、「継続して」とした。

**病弱で「継続して医療を必要とするもの」とは**、病気のため継続的に医師からの治療を受ける必要があるもので、医師の指導に従うことが求められ、安全面及び生活面への配慮の必要度が高いものをいう。例えば、小児がんの子供のように、医師や看護師が常駐している病院に長期の入院を必要とするもの、退院後も安全及び生活面に綿密な配慮を必要とするもの、自宅や施設等で常時医療を受けることができる状態にあるものなどが考えられる。

**病弱で「継続して生活規制を必要とするもの」とは**、安全及び生活面への配慮の必要度が高く、日常生活に著しい制限を受けるものの、医師の治療を継続して受ける必要はないものをいう。例えば、色素性乾皮症（XP）の子供が、紫外線に当たらないように留意しながら自宅で療養するなど、安全及び生活面への綿密な配慮と著しい生活規制のもとで生活をしているものなどが考えられる。

病弱教育の対象となる病気の種類は多様であり、全ての病気を記載することはできない。そのため、政令では代表的な病気を列挙しており、記載していない病気については、「その他の疾患」として示されている。この「**その他の疾患**」には多くの疾患が含まれている。例えば、糖尿病等の内分泌疾患、再生不良性貧血、重症のアトピー性皮膚炎等のアレルギー疾患、心身症、うつ病や適応障害等の精神疾患、高次脳機能障害などがある。近年は、自閉症や注意欠陥多動性障害と診断されていた子供が、うつ病や適応障害等の診断を受けて、年度途中で特別支援学校（病弱）転入してくるが増えており、その中には不登校の経験や、いじめ、虐待を受けた経験のある子供が多い。

このように、身体の病気や心の病気を含め対象となる病気の種類は多いが、特別支援学校（病弱）に就学するには、疾患名だけでなく、病気や障害の程度が第

一号及び第二号に示されている程度のものであることに留意する必要がある。

なお、第一号では、「継続して医療又は生活規制を必要とする程度のもの」と示されているように、特別支援学校（病弱）の対象者は、入院中のものだけに限定していないことにも留意する必要がある。現在も、特別支援学校（病弱）には、多くの通学生が在籍しており、学校によっては自宅や寄宿舍、施設から通学する子供しかいない所もある。

## ② 第二号

第二号の身体虚弱も、第一号と同様の理由で、平成14年に「六月以上」を「継続して」と改正している。

身体虚弱で「継続して生活規制を必要とするもの」とは、病弱ではないものの、安全面や生活面について配慮する必要性が高く、日常生活上において著しい制限を必要とするものをいう。例えば、健康状態が悪くなりやすく、安全面や生活面への細かな配慮が求められ、定期的な往診又は通院を必要としているもの、医師の指導により著しい生活の制限のもとに生活をしているものなどが考えられる。

## (2) 病弱・身体虚弱特別支援学級

- |  |
|--|
| <p>一 慢性の呼吸器疾患その他疾患の状態が持続的又は間欠的に医療又は生活の管理を必要とする程度のもの</p> <p>二 身体虚弱の状態が持続的に生活の管理を必要とする程度のもの</p> <p>(平成25年10月4日付け25文科初第756号初等中等教育長通知)</p> |
|--|

病弱・身体虚弱特別支援学級には、入院中の子供のため病院内に設けられた学級（多くは、病院の近隣にある小中学校を本校とする）と、入院は必要としないが病弱又は身体虚弱のため特別な配慮や支援が必要な子供のために小中学校内に設けられた学級の二種類がある。このように、病弱・身体虚弱特別支援学級も特別支援学校（病弱）と同様に、入院中の子供だけを対象としているわけではない。

平成24年度学校基本調査の結果によると、病弱・身体虚弱特別支援学級は全国に1,325学級あり、平成6年頃に比べると約2.5倍に増えている。また、全国病弱虚弱教育研究連盟が実施した平成24年度施設調査によると、病院内にある特別支援学級は248学級であった。これらのことから、おおむね病弱・身体虚弱特別支援学級の内、病院内に設置された学級は20%未満であり、80%以上が小中学校内に設置された学級であるといえる。これは、退院後も通院や服薬、活動の制限、食事の制限、医療機器の使用、感染症予防等が必要であったり、晩期合併症等への不安等があったりするため、引き続き医療又は生活規制が必要とする子供、又は心のケアを必要とする子供が増えており、このような病弱児のために小中学校内に特別支援学級を設置することが多くなっているからである。

厚生労働省が3年毎（ごと）に実施している患者調査によると、大人も子供も入院の短期化が年々進んでおり、平成23年度の患者調査の結果によると平均入院日数は、5～9歳で7.9日、10～14歳で11.6日である。このように短期間入

院の子供が多くなったため、病院内の学級によっては在籍者がいないこともある。

また入院する子供がいない間は教員が配置されていないことがあるため、そのような学級では、子供の入院の期間が短いため十分な指導体制が整う前に子供が退院したり、転校の進めを進める前に退院したりすることもある。

第一号にある「疾患の状態が持続的又は間欠的に医療又は生活の管理が必要」とは、病気のため医師の診断を受け、持続的又は間欠的に医療又は生活の管理が必要な場合のことである。病弱・身体虚弱特別支援学級の対象者としては、特別支援学校（病弱）の対象となる障害の程度の子供も含まれるが、健康面や生活面への配慮の必要度が低い子供も含まれる。例えば、喘息（ぜんそく）の子供が自宅から小中学校へ通学できるものの、疲労度や教室環境、体育の運動量、理科の実験、家庭科の調理実習などにより、個別に特別な配慮を必要としている場合などが考えられる。

第二号にある「身体虚弱の状態が持続的に生活の管理が必要」とは、病弱と同様に、特別支援学校（病弱）の対象となる程度の身体虚弱の状態も含むが、それ以外にも安全面及び生活面への特別な配慮の必要度が比較的 low、日常生活での著しい制限がないものも含まれる。例えば、身体虚弱の子供が、自宅から小中学校へ通学しているが、体力が十分でないため、健康な子供と同じ時間の授業を受けることが困難である場合や、体育の授業等で激しい運動を必要とする場合に、安全面や健康面に配慮しながら、小・中学内の特別支援学級で学校生活の基盤を培っていくことなどがある。

#### ① 病院内に設けられている病弱・身体虚弱特別支援学級

入院中の子供のために、病院の近隣にある小中学校の病弱・身体虚弱特別支援学級が病院内に設けられていることがある。対象となるのは入院中の子供である。

病弱者を対象とする病院内に設置された学級としては、病院内の特別支援学級以外にも、特別支援学校（病弱）の分校や分教室などがあり、入院した子供や保護者などから見ると、このような病院内の学級では、同じような取組が行われているため違いが分からないことがある。

入院した病院により、特別支援学級が教育を行っている所と特別支援学校（病弱）の分校・分教室などが行っている所がある。それぞれの学級で教育を受けるためには、前者の場合は病弱・身体虚弱特別支援学級を設置している小中学校への転校が必要であり、後者の場合は特別支援学校（病弱）への転校が必要である。

また病院によっては、小学校段階は小学校の病弱・身体虚弱特別支援学級で学習するが、中学校段階は特別支援学校の訪問教育を受けている所もある。このように病院の状況や各学校の体制等により指導形態が異なることがあるため、就学や転校に当たっては、病院内の学級の担任などと事前に連絡をとり、確認しておくことが必要である。

病院内の病弱・身体虚弱特別支援学級では、健康の回復・改善等を図るための指導も行われている。また、各教科の指導に当たっては、入院や治療のために学習空白となっている実態を把握し、必要に応じて指導内容を精選して指導する、身体活動や体験的な活動を伴う学習に当たっては、工夫された教材・教具などを

用いて指導の効果を高めるといった配慮が求められる。

## ② 小中学校の校舎内に設けられている病弱・身体虚弱特別支援学級

小中学校内に設けられた病弱・身体虚弱特別支援学級には、特別支援学校（病弱）と同じ障害の程度の子供も在籍しているが、多くの場合は入院を必要としないが、持続的又は間欠的に医療や生活規制が必要な子供である。通常の学級で健康な子供と一緒に生活をすると、健康状態を保（たも）てなかつたり病状が悪化したりする恐れがあるため、病状に十分に配慮した指導を受けることが望ましい子供である。

特別支援学級では通常の学級とほぼ同様の授業内容、授業時数による指導が行われており、それに加え、自立活動として健康状態の維持、回復・改善や体力の回復・向上を図るための指導も行われている。

なお、特別支援学級の子供は、生活規制（生活管理）等のため、通常の学級にいる健康な子供と常時一緒に活動することは難しいが、多くの友達と関わる機会を持つことは大切なことであるので、病気の状態等を考慮しながら、可能な範囲で通常の学級の子供と、直接的又は間接的に活動を共にする機会（交流及び共同学習）を積極的に設けることが重要である。

## （3） 通級による指導（病弱・身体虚弱）

病弱又は身体虚弱の程度が、通常の学級での学習におおむね参加でき、一部特別な指導を必要とする程度のもの

（平成25年10月4日付け25文科初第756号初等中等教育長通知）

病気の子供の多くは、小中学校の通常の学級に在籍している。通常の学級に在籍する病気の子供は、学校生活上では、ほとんど配慮等を必要としない。又は、体育の実技や理科の観察・実験等の際に健康面や安全面に配慮することにより、多くの場合、他の健康な子供と一緒に学習することができる。しかし、これらの子供の中には、通常の学級で学習するだけでは、病気の実態等に応じた学習ができないことがある。そのため、病弱児も、必要な場合には通級による指導を受けることもできるようになっている。

病弱児のうち、通級による指導を受けることが適当なものとしては、例えば、病気が回復し、通常の学級において留意して指導することが適切である病弱児の内、健康状態の回復・改善や体力の向上、心理的な課題への対応や学習空白への対応などのための特別な指導が必要なものが考えられる。具体的には、気管支喘息（ぜんそく）の子供の腹式呼吸法の練習や1型糖尿病の子供の運動量と血糖値の測定などを身に付ける場合などの一定期間の場合が考えられる。

また、特別支援学校（病弱）や病弱・身体虚弱特別支援学級で学習するためには、それぞれの学校への転校が必要であるが、極めて短期間の入院であるため転校が困難である場合に、通級による指導が行われることもある。さらに、前籍校に戻った病弱児が、定期的に通院する時に、病院に隣接する特別支援学校（病弱）で指導を受けることもある。

#### (4) 通常の学級における指導

病気の子供の多くは、小中学校等の通常の学級で、健康面や安全面等に留意しながら学習していることが多い。また、継続的な治療や特別な配慮・支援が必要であっても、病気の状態や学習環境の整備状況等によっては、通常の学級で留意して指導することが適当な場合もある。この場合の留意事項としては、教室の座席配置、休憩時間の取り方、体育等の実技における配慮等の指導上の工夫や、体調や服薬の自己管理を徹底する等がある。

近年は、医療の進歩とともに、例えば糖尿病における血糖値測定や自己注射、心臓疾患における酸素の使用などができれば、通常の学級での学習が可能となる子供が増えており、このような子供が、通常の学級で学習するに当たっては、本人がこれらの測定やその数値を踏まえた対応ができるようになる、又は酸素ボンベ等の医療機器を本人が操作ができるようになることが大切である。

病弱児の就学先の決定に当たっては、学校教育法施行令第22条の3で示されている障害の程度の子供であっても、病気の状態を把握し、本人・保護者の意見や専門家の意見を聞いた上で、地域や学校の状況、学習を支援する支援機器等の整備状況や障害に配慮した施設等の整備状況、専門性の高い教職員の配置状況等を十分に考慮し、市町村教育委員会が総合的に判断することになる。

この第22条の3に示されている障害の程度、すなわち、「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」に該当するものについては、入院中の子供だけに限定しているわけではない。しかし、多くの場合、病院等に入院又は通院するなど、継続して医療又は生活規制を必要とする程度のものであることから、基本的には適切な医療面での治療や配慮を必要とする。

しかしながら、例えば色素性乾皮症(XP)の子供の場合には、通学する小中学校の窓ガラスに紫外線カットフィルムを貼ったり、紫外線カット蛍光灯を用いたり、外出の際には紫外線が当たらないような工夫をすることにより、小中学校においても適切な教育を行うことができる場合がある。

こうした病弱児が必要とする施設設備についても、病気の種類によって異なることから、一人一人の実態を踏まえて計画的に対応することが大切である。

なお、病弱児が小中学校に就学するに当たっては、病状の変化等により緊急の対応が必要なことがあるので、そのようなことが想定される場合には、校内の緊急体制を整備するとともに、日頃から関係機関と連携しておく必要がある。

小中学校では、①病弱教育に関する専門的知識や技能を有する教職員がいない、②特別支援学校と比べて施設設備等についての整備や、個々の病気や障害の状態に応じた十分な体制が構築されていないことが多い。このため、特に病弱児で、他の障害を併せ有する場合、日常的に医療的ケアを必要とする場合、行動上の課題がある場合など、病気や障害の種類や程度によっては、安全面について特別な配慮等を必要とすることがあるので、養護教諭や保健主事と特別支援教育コーディネータとが協力して、適切な校内体制を整備することが必要である。

特に常時、医療又は生活規制が必要なために、健康管理に細心の注意を払う必要

がある子供については、病状に影響を与える要因に対して、本人が即座に対応しなければならないことがある。しかし、例えば視覚障害を併せ有する場合には、視覚による情報の入手が困難なため、即時的な対応が難しい。そのため、小中学校での学校生活を送るためには、安全面に関して配慮を要する。そのため、そのような場合には、学校環境や学校体制について、安全面を確保するという観点から十分に検討し、必要な環境や体制の整備を進めることが求められる。

### 3 病弱・身体虚弱の子供の教育における合理的配慮の観点

病弱児の指導に当たっては、どのような場で教育をするにしても、次のような観点の配慮を検討する必要がある。

#### ① 教育内容・方法

##### ①-1 教育方法

##### ①-1-1 学习上又は生活上の困難を改善・克服するための配慮

服薬管理や環境調整、病状に応じた対応等ができるよう指導を行う。（服薬の意味と定期的な服薬の必要性の理解、指示された服薬量の徹底、眠気を伴い危険性が生じるなどの薬の理解とその対応、必要に応じた休憩などの病状に応じた対策等）

##### ①-1-2 学習内容の変更・調整

病気により実施が困難な学習内容等について、主治医からの指導・助言や学校生活管理指導表に基づいた変更・調整を行う。（習熟度に応じた教材の準備、実技を実施可能なものに変更、入院等による学習空白を考慮した学習内容に変更・調整、アレルギー等のために使用できない材料を別の材料に変更等）

##### ②-2 教育方法

##### ①-2-1 情報・コミュニケーション及び教材の配慮

病気のため移動範囲や活動量が制限されている場合に、ICT等を活用し、間接的な体験や他の人とのコミュニケーションの機会を提供する。（友達との手紙やメールの交換、テレビ会議システム等を活用したリアルタイムのコミュニケーション、インターネット等を活用した疑似体験等）

##### ①-2-2 学習機会や体験の確保

入院時の教育の機会や短期間で入退院を繰り返す子供の教育の機会を確保する。その際、体験的な活動を通して概念形成を図るなど、入院による日常生活や集団活動等の体験不足を補うことができるように指導する。（視聴覚教材等の活用、ビニール手袋を着用して物に直接触れるなど感染症対策を考慮した指導、テレビ会議システム等を活用した遠隔地の友達と協働した取組等）

##### ①-2-3 心理面・健康面の配慮

入院や手術、病気の進行への不安等を理解し、心理状態に応じて弾力的に指導を行う。（治療過程での学習可能な時期を把握し健康状態に応じた指導、アレルギーの原因となる物質の除去や病状に応じた適切な運動等について医療機関と連

携した指導等)

## ② 支援体制

### ②-1 専門性のある指導体制の整備

学校生活を送る上で、病気のために必要な生活規制や必要な支援を明確にするとともに、急な病状の変化に対応できるように校内体制を整備する。(主治医や保護者からの情報に基づく適切な支援、日々の体調把握のための保護者との連携、緊急の対応が予想される場合の全教職員による支援体制の構築) また、医療的ケアが必要な場合には看護師等、医療関係者との連携を図る。

### ②-2 子供、教職員、保護者、地域の理解啓発を図るための配慮

病状によっては特別な支援を必要とするという理解を広め、病状が急変した場合に緊急な対応ができるよう、子供、教職員、保護者の理解啓発に努める。(ペースメーカー使用者の運動制限など外部から分かりにくい病気とその病状を維持・改善するために必要な支援に関する理解、心身症や精神疾患等の特性についての理解、心臓発作やてんかん発作等への対応についての理解等)

### ②-3 災害時等の支援体制の整備

医療機関への搬送や必要とする医療機関からの支援を受けることができるようにするなど、子供の病気に応じた支援体制を整備する。(病院へ搬送した場合の対応方法、救急隊員等への事前の連絡、急いで避難することが困難な子供(心臓病等)が逃げ遅れないための支援等)

## ③ 施設・設備

### ③-1 校内環境のバリアフリー化

心臓病等のため階段を使用しての移動が困難な場合や子供が自ら医療上の処置(二分脊椎症等の自己導尿等)を必要とする場合等に対応できる施設・設備を整備する。

### ③-2 発達、障害の状態及び特性等に応じた指導ができる施設・設備の配慮

病気の状態に応じて、健康状態や衛生状態の維持、心理的な安定等を考慮した施設・設備を整備する。(色素性乾皮症の場合の紫外線カットフィルム、相談や箱庭等の心理療法を活用できる施設、落ち着けないときや精神状態が不安定なときの子供が落ち着ける空間の確保等)

### ③-3 災害時等への対応に必要な施設・設備の配慮

災害等発生時については病気のため迅速に避難できない子供の避難経路を確保する、災害等発生後については薬や非常用電源の確保するとともに、長期間の停電に備え手動で使える機器等を整備する。

#### 4 病弱・身体虚弱の理解と障害の状態の把握

##### (1) 病弱・身体虚弱の対象となる病気について

###### ① 病弱・身体虚弱の概念

病弱とは、医学用語ではなく一般的な用語であるが、学校教育においては、身体又は心の病気のため継続して又は繰り返し医療又は生活規制（生活管理）を必要とする状態を表す際に用いられている。

病弱教育では、病気の自己管理能力を育成することは重要なことである。このことから、病弱児にとって必要な生活規制とは、他人からの規制ではなく「生活の自己管理」と考えて取り組むことが大切である。なお、「生活の自己管理をする力」とは、運動や安静、食事などの日常の諸活動において、必要な服薬を守るとともに、病気や障害の特性等を理解し、心身の状態に応じて参加可能な活動を判断し、必要なときに必要な援助を求めることができること、などを意味するものである。

身体虚弱とは、身体が弱いという状態を表す。身体虚弱も医学用語ではなく、一般的な用語であり、学校教育においては、病気とは直接は関係なく不調な状態が続く、病気にかかりやすいなどのため、持続的に生活規制を必要とする状態を表す用語である。

##### (2) 病弱教育の対象となる病気

子供の病気は、古くは結核などの感染症が主であった。しかし、医学や医療の進歩、抗生物質の発見、公衆衛生の普及、生活環境の改善により、感染症による子供の死亡が激減した。その後、感染症に代わって、長期間の治療を要する慢性疾患が大きな部分を占めるようになった。

近年は、身体の病気で入院する子供については、入院期間が短期化しており、それに伴い入院中に教育を受ける子供も減少している。しかし、小児がんのような小児慢性特定疾患治療研究事業の対象である疾患の中には、まだまだ長期間の入院を必要とするものもある。また、強い焦燥感や不安、興奮、抑うつ症状、倦怠感などの行動障害を引き起こす精神疾患の子供も入院や通院、施設入所等を必要とすることがある。最近では、このような病気の子供が、特別支援学校（病弱）や、病弱・身体虚弱特別支援学級で増えている。

入院や通院する子供に対しては、市町村毎（ごと）に医療費の助成制度が設けられているが（対象となる年齢は市町村毎に異なる）、これ以外にも、病気や障害の状態によっては、厚生労働省の「小児慢性特定疾患治療研究事業」によって治療費の自己負担分を公費で補助できる制度や、心身の障害を除去・軽減するための医療について自己負担分を公費で補助する自立支援医療制度を活用できることがある。なお、小児慢性特定疾患治療研究事業については、平成25年9月現在は、表3-V-(1)にあるような、11群514疾患が対象となっている。

これらの慢性疾患や精神疾患等については、医学や医療等の進歩に伴い、治療方法や治療への考え方が変化し、単に入院期間が短くなるだけでなく、短期間での入退院を繰り返す場合や、退院後も通院が必要な場合、感染症予防が必要な場合など

が増えてきている。

また、人工呼吸器等の医療機器が小型化し携帯できるようになってきたこと、社会全体や各家庭の衛生環境が整ってきたこともあり、在宅医療が進んできている。更に最近では、白血病などの小児がん（悪性新生物）、摂食障害などの心身症、うつ病等の精神疾患の子供も病弱教育の対象となることが多くなり、多面的な支援が必要とされるようになってきている。これらの病弱児については、教育関係者だけでなく、家庭や医療、福祉、保健等の関係機関が連携して社会全体で取り組むことが大切である。

表 3 - V - ( 1 ) 小児慢性特定疾患の内訳  
(H25年9月現在, 11群514疾患が対象)

疾患区分	疾病種別
悪性新生物	白血病, リンパ腫, 神経芽腫, 脳腫瘍 等
慢性腎疾患	ネフローゼ症候群, 慢性糸球体腎炎, 水腎症 等
慢性呼吸器疾患	気管支喘息, 気管狭窄 等
慢性心疾患	心房・心室中隔欠損, ファロー四徴, 多脾症/無脾症, 大血管転位, 単心室でのフォンタン(Fontan)術後等の術後合併症を含む, 重症不整脈, 心筋症 等
内分泌疾患	成長ホルモン分泌不全性低身長症, 下垂体機能低下症, 成長ホルモン欠損症, 甲状腺機能低下症 等
膠原病	若年性特発性関節炎, 全身性エリテマトーデス, 若年性皮膚筋炎 等
糖尿病	1型糖尿病, 2型糖尿病, その他の糖尿病
先天性代謝異常	アミノ酸代謝異常, 骨形成不全症, 色素性乾皮症 等
血友病等血液・免疫疾患	血友病, 慢性肉芽腫症, 原発性免疫不全症 等
神経・筋疾患	ウェスト症候群, 結節性硬化症, 亜急性硬化性全脳炎 等
慢性消化器疾患	胆道閉鎖症, 先天性胆道拡張症 等

全国病弱虚弱教育研究連盟等の調査によると、明治時代から昭和40年代前半ころまでは、結核等の感染症が過半数を占めていた。その後、高度経済成長期と同時に喘息（ぜんそく）等の呼吸器・アレルギー疾患が増加してきている。また、昭和53年から全学年を対象として尿検査が行われるようになり、腎炎・ネフローゼ症候群等の腎臓疾患で入院する子供が多くなる（現在は長期間の入院を必要とする腎炎・ネフローゼ症候群等の子供は減少している）。また、昭和60年以降になると、不登校経験のある子供の中で医療や生活規制を必要とする子供が、心身症等（神経性食欲不振症や神経性過食症などの摂食障害や起立調節障害等）の診断を受けて、特別支援学校（病弱）に在籍することが多くなった。更に白血病などの悪性新生物（がん）の治療成績が向上したことに伴い、従来は治療に専念する必要があった子供が教育を受けることができるようになってきている。しかし、小児がんの子供の場合、長期間に亘（わた）って厳しい治療を必要とすることが多く、このような治

療中の子供への心のケアが重要となっている。また、中枢神経系の感染症、頭部外傷、脳血管障害、脳腫瘍術後等には、原疾患の治療終了後に、高次脳機能障害が残ることがあることも分かってきている。高次脳機能障害の子供への指導に当たっては、障害による認知や行動上の特性などを理解するとともに、障害を受ける前にできていたことができないといった悩みなどを抱えていることがあるので、そのような場合にも、心のケアを心がけつつ指導することが求められる。

最近の特別支援学校（病弱）に在籍する、うつ病等の精神疾患の子供の中には、自閉症や注意欠陥多動性障害等の発達障害を併せ有する者、いじめや虐待を受けた経験のある者、不登校を経験した者が多くなってきている。

このように対象となる病気の種類が多だけでなく、病気の状態や背景なども多様なため、子供の実態を的確に把握した上で指導に当たるなければならない。そのため、病弱教育においては、それぞれの病気についての正しい知識（教育を行う上で必要とされる病気に関する知識）を得るとともに、病気の子供の気持ち（治療への不安や学習への不安など）等を理解した上で指導を当てる必要がある。

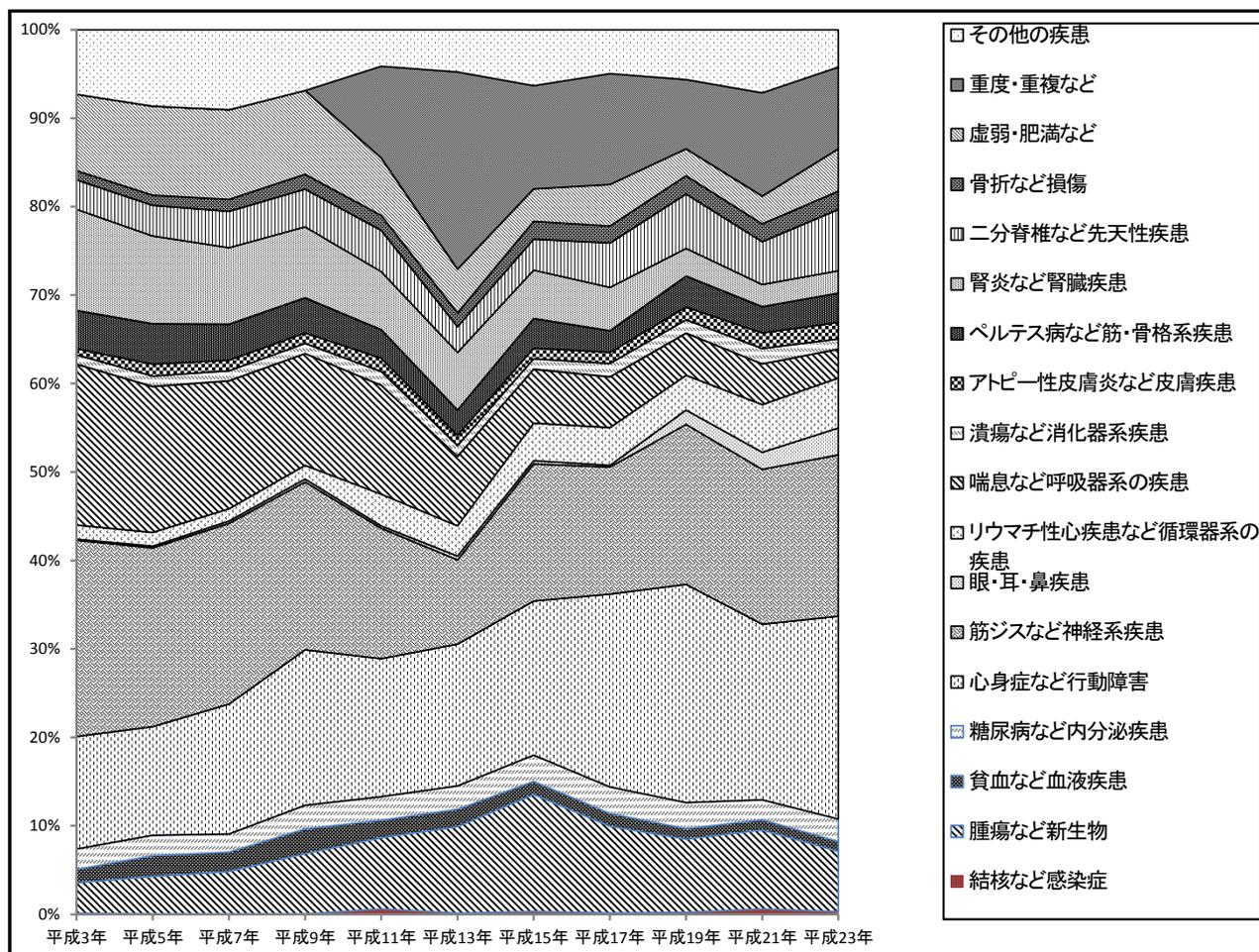


図3-V-(1) 疾患群別の病弱児の割合の推移(全国病弱虚弱教育研究連盟調査より)

病気の子供は、家族や教職員など自分に関わってくれる人に対して、心配をかけることは悪いことだと思ったり、病気の回復が思わしくなかったりすることで強い自己不全感を持ちやすい。そのため、子供のいいところ、頑張っているところ、できたこと、可能性などを見つけて、適切に「ほめる」「認める」ことで自尊感情を高め、「頑張る力」を引き出すことが大切である。

病気の子供が、病気などの困難を乗り越えていくための原動力（レジリエンス：resilience）の大切な要素の一つとして、自分のことを「気にかけてくれている人がいる」「助けてくれる人がいる」と思えることがある。そのため、教育の場でも教職員が、子供に継続的に声をかけ、「見ているよ」というサインを送ることも大切なことである。

図3-V-(1)は、全国病弱虚弱教育研究連盟が隔年で調査している病類別調査の結果を基にして、疾患群別割合の推移をグラフにしたものである。心身症等の行動上の障害が一番多く、神経系の疾患や腫瘍などの新生物も多いことが分かる。

このような疾患の中で、病弱教育の対象として比較的多くみられる疾患は次のとおりである。ここで示す疾患は、あくまでも代表的なものである。そのため、病弱教育の対象者として判断する際には、これら以外の疾患も対象となることや、疾患名だけで判断するのではなく、病状や必要とされる教育的支援の内容等を踏まえて判断するものに留意する必要がある。

#### ① 気管支喘息（ぜんそく）

昭和50年台以降、最も多い病気で、文部科学省が平成19年に発表した「アレルギー疾患に関する調査研究報告書」によると、平成16年の有病率は、小学生6.8%、中学生5.1%、高校生3.6%と頻度が高い。同報告書を踏まえ、日本学校保健会では平成20年より「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を導入するとともに、「学校のアレルギー疾患取り組みガイドライン」を示すことにより、アレルギー疾患のある子供の学校生活を支援する取り組みの強化を図っている。

気管支喘息は、気道の慢性的な炎症によって反応性が高まり、種々の刺激により気管支平滑筋の収縮、粘膜の腫れ、分泌物の増加による痰（たん）の貯留などを来し、発作性に咳（せき）や喘鳴（ぜんめい）（ゼーゼー、ヒューヒュー）を伴う呼吸困難を繰り返す疾患である。発作に関わる増悪因子として、特異的刺激因子（アレルゲン；アレルギー反応を起こす原因物質）と非特異的刺激因子があげられる。アレルゲンとしては、ダニ（死骸やフン）、ハウスダスト（ダニの死骸やフンを含んだホコリ）、ペットのフケや体液、カビ、花粉などの頻度が高い。非特異的刺激因子としては、天候や気温の変化、強いにおいや煙、カゼやインフルエンザなどの感染症、ストレスや過労などがあげられる。また、特定の化学物質に対してアレルギー反応を示すこともある。さらに、発作が激しい運動によって誘発される（運動誘発喘息）ことも多い。

治療としては「発作を起こさないようにする予防」と「発作が起きた時に重症化しないようにする対処や治療」に分けて理解することが重要である。

発作を起こさないようにするには、発作を誘発する危険性の高い刺激を減らすことである。室内のホコリを減らす対策、禁煙（受動喫煙の予防も含む）、ペットを飼わないなどの環境整備が重要である。

次に長期管理薬（気道の炎症を抑え、発作を起こさないように予防する薬）を毎日定期的に使用する。吸入ステロイド薬や抗アレルギー薬が中心で、発作がなくなっても継続する必要がある。運動などを継続することも重要である。また、運動誘発喘息がある場合には準備運動を十分に行うとともに、運動前に予防薬を用いるのも有効な方法の一つである。

発作が起きた場合には、まず安静にしてコップ1杯程度の水を飲みながら、ゆっくりと大きく呼吸（腹式呼吸）をするように促す。発作の程度により、例えば発作治療薬（気管支拡張作用を有する内服薬や吸入薬）を速やかに使用して軽減するようならば、そのまま様子を見る。発作が強い場合（起座呼吸やチアノーゼ、会話困難などを認める）や発作治療薬に対する反応が不十分な場合は、早急な医療機関受診が必要である。

（注1）吸入薬：ネブライザーという大型の器具に薬剤を入れて霧状にして吸入する場合と携帯用の定量噴霧吸入器（ハンドネブライザー）を用いて吸入する場合がある。

（注2）起座呼吸：息苦しくて横になれず前かがみに座り込んで呼吸をする状態。

（注3）チアノーゼ：唇や爪が青白くなり、体内の酸素が不足した状態。

病態の解明：治療薬の開発などにより健康な子供とほぼ同様に生活できるようになっているが、いまだ適切な管理が十分に普及しているとはいえず、夜間睡眠の障害や運動の制限、学校欠席などを余儀なくされている子供が多い。適切な医療的管理を継続できるようにするため、適宜教員等が忠告するなどして、子供を支援する必要がある。頻回の欠席や学習空白のため二次的に不登校状態となっている子供がいる一方で、学習が十分でないことなどによる社会生活への不適応が、喘息症状増悪の原因になっている子供も見られる。単に疾病対策だけでなく、家庭や学校での生活状況を把握し、早期に個別対応をとることが重症化、難治化予防には重要である。

## ② 腎臓病

腎臓病には、先天性の腎・尿路奇形、遺伝性腎疾患、糸球体疾患、尿細管疾患や全身疾患に伴う腎疾患など数多くの種類がある。その中でも、子供に多い腎臓病としては、急性糸球体腎炎、慢性糸球体腎炎、ネフローゼ症候群などがある。

腎臓の主な働きは、身体に不必要となった老廃物を尿として排泄する血液の浄化と、身体の電解質をはじめとした体液バランスを保持することである。腎臓がうまく機能しなくなると血尿や蛋白（たんぱく）尿が認められ、むくみや高血圧を伴うことがある。腎機能障害（腎不全）が進むと血液中のクレアチニンや尿素窒

素などが増加して尿毒症(末期腎不全)となり、更に進行すると痙攣(けいれん)、意識障害などの症状を呈することがある。末期腎不全になると人工腎臓としての血液透析や腹膜透析、腎移植が必要となる。腎疾患の治療の一環として、運動や日常の諸活動及び食事などを制限されることがあるので、生活の自己管理能力を育てる指導を重視する必要がある。腎臓病の子供の学校生活における配慮事項等については「学校生活管理指導表」(日本学校保健会)を活用することが大切である。

※「学校生活管理指導表」は、平成23年度に学習指導要領の改訂に伴う改訂を行うとともに、主治医・学校医の意見を記述できるよう「その他注意すること」の欄を新設している。また、従来は運動制限の方向性が強かったが、現在は適正な範囲で体育の授業に参加できるように配慮されている。また、小学校用については学年別に運動強度を表示するなどの工夫が加えられている。

#### ア 急性糸球体腎炎

小児では溶連菌感染後急性糸球体腎炎がもっとも多い。A群β溶連菌による扁桃腺炎や皮膚感染後1～2週間して血尿(コーラ色の肉眼的血尿のことも多い)、むくみ、高血圧などの症状で急性に発症する。治療としては安静と食事療法(塩分、蛋白質、水分の制限)を行う。急性期には安静が必要である。尿がよく出るようになり、むくみや高血圧がなくなれば食事制限が解除され、安静にする必要もなくなる。通常は1～3ヶ月でよくなり、予後はよい。血尿が残ることもあるが生活は徐々に元へ戻していく。

#### イ 慢性糸球体腎炎

子供については、学校での検尿が普及し、発見される機会が多くなった。初めは血尿や軽度の蛋白尿が見られるだけであることが多い。子供でも腎生検により病気の種類が診断できる。予後のよいものから、進行して腎不全になるものまで様々である。近年、学校での検尿で早期に発見されるようになり、早期に診断、治療することで予後の成績は改善されている。尿蛋白が多く、高血圧や腎機能の低下のあるものは末期腎不全に進行する場合がある。初期治療のときや、病状の不安定な場合は入院を要することがある。治療には年単位で取り組む必要がある。定期的な診察を受けて、病状に応じた生活規制(学校生活管理指導表などを活用する)を行うことが必要で、過剰な生活規制や食事制限はしないように留意すること。

#### ウ ネフローゼ症候群

大量の蛋白尿により血清蛋白が減少(低蛋白血症)する疾患で、むくみを認めることが多い。小児では特発性ネフローゼ症候群が90%を占め、原因は不明である。好発年齢は2～6歳の幼児期で男子に多い。治療薬としてはステロイド薬が有効であるが、一旦寛解しても再発を繰り返すことが多い。ステロイド

薬の副作用として、ムーンフェイス(顔つきが満月のように丸くなる)、多毛、にきびなどの薬をやめれば治るものと、感染やショック、骨がもろくなる、緑内障や白内障などの目の障害、身長伸びが抑制されるなどの、重大な合併症も存在する。子供や保護者によっては、これらの副作用を恐れて自己判断で服薬を中止する場合がある。服薬方法については医師の指示に従い、確実に服用を続けるよう指導する必要がある。感染により再発する可能性があるため、感染予防は大切である。過労やストレスも再発の誘因になることがあるため、合併症や副作用が存在する場合の配慮と同様に生活指導にも配慮が必要である。

### ③ 筋ジストロフィー

筋ジストロフィーは、筋肉が壊れていく遺伝性の疾患の総称で、症状は進行性の筋萎縮と筋力低下である。遺伝形式、症状、経過により幾つもの「型」に分類されている。

代表的な型が男子にだけ症状が出るデュシェンヌ型である。デュシェンヌ型は3歳前後より、主に腰や臀部(でんぶ)の筋(腰帯筋)の筋力低下が現れ、歩き方がぎこちないとか、倒れやすいとか、階段上がりができないとか、運動能力の低下で気付かれることが多い。その後、これに続いて肩や上背部の筋(肩甲帯筋)の筋力の低下も起こってくると、手を挙げたり、物を持ち上げたりすることが困難になる。平均すると10歳ころに歩行ができなくなり車椅子生活に移行する。このようになると筋萎縮が進行し、股関節、膝関節、足関節、肩関節、肘関節等の可動域が制限され、脊柱の変形が進む。進行性の脊柱変形に対しては外科療法(脊柱矯正術)が行われることも増えてきている。

呼吸筋障害も徐々に現れる。肺活量が低下すると、深呼吸や強い咳(せき)ができなくなり、痰詰まりで窒息したり、肺炎を繰り返したり、睡眠時の呼吸不全(血液に十分な酸素がとりこめない状態)が起きようになる。また、心筋障害も徐々に進行する。最近はそのようになる前から、呼吸理学療法や心不全の治療が行われる。呼吸理学療法の目的は肺と胸郭の可動性と気道の清浄性の維持である。心不全の治療はアンギオテンシン変換酵素阻害薬やβ遮断薬の内服により心筋を保護することが多い。一定程度、呼吸筋障害が進行すると、鼻マスクを用いた非侵襲性の(気管切開をしない)人工呼吸又は気管切開による人工呼吸が必要になる。また、人工呼吸の際には痰の除去などの処置(痰の吸引)も必要である。このような人工呼吸器の使用(管理)や痰の吸引は、学校においては原則として看護師が行うが、鼻腔(びくう)、口腔(こうくう)及び気管カニューレ内の痰の吸引については特定行為として、一定の条件のもとに教員が看護師と連携しながら実施することは可能である。また、筋肉の機能低下により摂食・嚥下障害も起こるので、食べ物にとろみを付ける、細かく刻むなど調理方法を工夫すること、誤嚥しにくい姿勢で食べるなどの工夫をすることも必要である。このように、日頃より医療的な管理や子供の病状に応じた配慮をすることが重要である。専門医療機関による定期的な検査の結果を踏まえて、医師と相談しながら病状に応じた生活指導や学習環境を整備することが不可欠である。

なお、知的障害を併せ有することや、自閉症の特性が見られることも少なくないので、子供の状態を総合的に把握することが大切である。以前はほとんどの患者が20歳まで生きられなかったが、現在の寿命の平均（中央値）は30歳代半ばで、40歳を超えて生きることがもめずらしくない。

筋ジストロフィーには、筋細胞膜のジストロフィンタンパクが全欠損するデュシェンヌ型の他、部分欠損するベッカー型（運動機能の低下がデュシェンヌ型より緩やか）、乳児期から著しい筋緊張低下、筋力低下があり、知的障害を伴うなどの発達の遅れが見られる先天性筋ジストロフィー型（日本では福山型が多い）、10～20歳代で発症し、肩甲帯、腰帯下肢帯の筋が侵される肢帯型、顔面及び肩甲骨周囲と上腕の筋群が侵され、顔面の表情が乏しくなる顔面肩甲上腕型などがある。

現在でも、根本的な治療法は確立されていないが、幾つかの型については、複数の治験が準備中で、既に開始されたものもある。また、治験を推進するために患者登録が行われている。また、デュシェンヌ型筋ジストロフィーに対して、ステロイド系抗炎症薬の1つであるプレドニゾン(prednisolone)が、治療薬として平成25年9月に保険収載されている。

学校教育では、子供を取り巻く状況（環境）に応じたQOLを高めるための治療及び教育的対応が求められる。筋ジストロフィーの子供は、居住地の小中学校に通学していることが多いが、疾患の進行により、学習上又は生活上での困難なことが増えると、特別支援学校（病弱）又は特別支援学校（肢体不自由）に転校することもある。学校生活では、残存機能を最大限に活（い）かし、個性を伸ばすことが重要である。近年は、高等部卒業後は生きがいを持ち、積極的に社会に参加することを望むことも多くなってきている。そのため「ベッド上でも仕事をしたい」と就労を希望する人も多くなってきているので、そのための一つの方法としてICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）を活用した教育を充実させるとともに、必要に応じてICT等を活用した就労も検討することが求められている。

#### ④ 悪性新生物

小児の悪性新生物（がん）には、白血病、リンパ腫、神経芽腫、脳腫瘍、骨の悪性腫瘍（骨肉腫等）などたくさんの種類がある。最も多いものは白血病であり、悪性新生物の約3分の1を占めている。

小児がんの治療は化学療法が多く、5年後生存率も高くなってきており、長期生存し、治癒する子供が増加してきている。

療養中の子供には、入院という生活上の大きな変化・長期間の療養のほか、副作用としての脱毛等の外見の変化などを伴うことが多い。さらに、化学療法や放射線照射等により、治療後の成長や心肺機能等に影響したり（晩期合併症）、悪性新生物が再発したりする場合がある。そのため、教育では発達段階に応じた指導を展開をすることにより、子供の晩期合併症等への不安を軽減させ、QOLの向上につながるものにすることが大切である。

## ア 白血病

血液の製造所である骨髄で異常な未熟白血球が増殖し、その浸潤により、正常造血機能の抑制を来す病気である。急性骨髄性白血病、急性リンパ性白血病、慢性骨髄性白血病など多くの種類があり、子供には急性リンパ性白血病が多い。

倦怠感、発熱、骨関節痛、貧血、出血傾向などの症状は全ての病型に当てはまるが、特に発熱と蒼白で異常に気付くことが多い。近年、医学の進歩により、治癒する割合が非常に高くなった。

化学療法は、白血病細胞をできるだけ多く破壊する寛解（かんかい）導入療法と残っている白血病細胞の絶滅を期して間欠的に行われる強化療法、その寛解状態を長期に維持する目的の寛解維持療法を計画的に実施する。寛解導入療法や強化療法は入院して行うが、寛解維持療法は外来通院で行い、通常の小中学校に在籍していることが多い。寛解維持療法薬の服薬中は感染症にかかりやすいので、小中学校等に通学する場合は、感染症予防などに留意するとともに、疲れやすくないか、出血傾向がないかなどに気を付ける必要がある。

## イ 神経芽腫（神経芽細胞腫）

神経芽腫は乳幼児期に多く発症する。年齢が高くなるほど、また、病期が進むほど予後不良になる悪性固形腫瘍である。多くは副腎又はその付近の交感神経節に原発するが、時には後縦隔の交感神経索に原発することもある。また、早期から転移を起こしやすい。

治療には、化学療法、放射線照射、腫瘍の摘出が行われる。

## ⑤ 心臓病

子供の心臓病には、心室中隔欠損、心房中隔欠損、肺動脈狭窄（きょうさく）、ファロー四徴症、単心室など先天性のものと、弁膜症や心筋症、不整脈、川崎病などの後天性のものなど、いろいろな種類がある。これらの疾患に対しては早期より内科的・外科的治療が行われるようになり、多くの子供が健常児と同じ生活を営めるようになってきたが、一方で手術後の遺残病変（手術して直るはずが、残ってしまうこと：例えば、心室中隔欠損手術をしたが隙間が残ってしまうなど）を有する場合や継続的な内科的治療を必要とする場合などは、その病状に応じた対応を行うことが重要である。

一般に、生活管理を必要とするような重症の心臓病の子供の場合には、運動や精神の動揺等から生じる心拍数の増加が心臓への負荷となることが多い。一方、心臓への負荷を心配するあまりに、日常生活や運動について過度の制限を課することは、子供の健全な発育を考える上では別の問題を生じることになる。

心臓病の子供は、上記のような多様性があるため、学校生活、特に運動や行事については、「学校生活管理指導表」（日本学校保健会）を活用することが大切であり、それに従った活動や運動制限を行う必要がある。

## ア 心室中隔欠損

胎生 8 週までに完成される心室中隔の一部が欠損した状態で、通常は左から右への短絡があるが、肺血管抵抗が高まり肺高血圧症となると短絡の方向が左から右だけでなく、右から左へとなることもある。症状が全くないものから心不全の症状を伴う重症例まで様々な段階がある。幼児期までに手術が行われることが多く、手術後は他の子供と同様の学校生活が送れるようになってきている。そのため小児慢性特定疾患の対象となることは少ない。

## イ 心房中隔欠損

卵円孔部に弁状の裂隙（れつげき）を残すだけのものから、二次中隔の一部が欠損し左右の心房が常時交通している重いものまで、程度には様々な段階がある。軽症例の場合には、それほど注意を必要としないが、常時短絡のある者については、5～10歳ころに手術やカテーテル閉鎖術を行うことが多い。学齢期に症状を呈することはまれである。そのため小児慢性特定疾患の対象となることは少ない。

## ウ 心筋症

学校での心臓検診で偶然に発見されることも多く、突然死の原因の 1 つになっている。主に、心臓の筋肉（心筋）が薄くなっていく拡張型心筋症と、心筋が厚くなっていく肥大型心筋症がある。前者は、体動時の易疲労感（体を動かしたときに疲れやすい）などの心不全症状が目立つのに対し、後者では症状が出るまでに不整脈等で突然死することも多い。これら以外にも拘束型心筋症があるが、これは予後不良である。いずれにしても、学校生活においても厳重な内科的管理が必要であり、拡張型・拘束型心筋症は心臓移植の対象となる疾患でもある。

## エ 川崎病

発熱、目の充血、イチゴ舌、頸部（けいぶ）リンパ節の腫脹、発疹（ほっしん）、四肢の浮腫（むくみ）などを主要症状とする原因不明の疾患である。心臓への合併症として冠状動脈瘤（りゅう）が挙げられるが、早期のガンマグロブリン療法や抗凝固療法が有効とされている。合併症がない場合は、学校生活に規制はないが、合併症が生じた場合はその重症度により規制が必要となる。重症例では狭心症や心筋梗塞を来すことから、カテーテルインターベンションや冠状動脈のバイパス手術を余儀なくされる場合もある。

※最近では、上記以外にもFontan術後や複雑心奇形、重症不整脈、心・肺移植後の子供等への対応が重要となってきている。

## ⑥ 糖尿病

糖尿病は、インスリンという膵臓から分泌されるホルモンの不足のため、ブドウ糖をカロリーとして細胞内に取り込むことのできない代謝異常である。

大きく分けると、1型糖尿病（若年型糖尿病）、2型糖尿病（成人型糖尿病）、続発性糖尿病（二次性糖尿病）がある。

子供の場合には1型が大部分であるが、2型も増加傾向にある。

初期の症状としては、多飲、多尿などで始まり、高血糖が顕著になると痙攣（けいれん）や意識障害を来す場合もある。1型糖尿病では、インスリンの分泌が高度に低下するため、継続して定期的にインスリンを注射する必要がある。そのため発達の段階等に応じて、子供が自ら血糖値測定や注射をできるようにする。運動などの後は、低血糖に注意し、低血糖時には自分で糖分（ブドウ糖など）をとるように医師から指示されている。また、最近では、生活習慣や肥満等による2型糖尿病もみられるようになってきている。

糖尿病には、正確な食事療法と運動療法が大切なので、主治医に指示された食事や運動に関する注意点をきちんと守るように指導する必要がある。また、1型糖尿病は生涯にわたりインスリン注射を必要とするので、精神的な支援が重要である。特に、乳幼児期発症例に比べ、小学校高学年以降での発症例では、子供が病気を理解できるようになるまでの支援が必要である。

なお、血糖値のコントロールが困難であったり、生活の自己管理の確立を図る必要があったりする場合には、そのための教育入院も必要となる。

学校生活、特に運動や学校行事を実施するに当たっては、日本学校保健会の「学校生活管理指導表」を活用することが大切である。また、緊急時にも適切に対応できるようにするため、必要に応じて同会が作成している「糖尿病患児の治療・緊急連絡法等の連絡表」を活用することも有効である。

## ア 1型糖尿病

膵臓のβ細胞の機能異常が起こり、インスリンの分泌が減少して高血糖と糖尿が起こる。インスリンを外部から補給するため、インスリンの注射が必要である。

## イ 2型糖尿病

発症要因としては、遺伝的素因と肥満及び過食など生活習慣病に伴うインスリンの需要が増大する一方で、インスリンの分泌が相対的に低下したり、インスリンがうまく作用しなくなったりして発症する。

## ⑦ 血友病

血液の凝固をつかさどる凝固因子を正常に作れない遺伝性の病気であり、皮下、外傷、手足の関節、筋肉、歯肉、頭蓋内に出血しやすく、また、出血すると、なかなか止まりにくいことが主な症状である。血液凝固因子製剤の注射により、症状の発現を予防したり、出血の程度を軽くしたりすることができる。日常生活では、けがなどのときの出血に注意することが大切である。なお、症状が重度な場合や生活の自己管理の確立を図ったりする場合などに入院を必要とすることがあ

る。

昭和58年10月より血友病患者の自己注射（家庭治療）が保険適用になり、早期止血が可能となった。このことにより、血友病患者の多くは、通常の社会生活を送ることができるようになってきている。

## ⑧ 整形外科的疾患

病弱教育の対象である主な整形外科的疾患としては、二分脊椎、骨形成不全症、ペルテス病及び脊柱側弯（そくわん）症などがある。それぞれの症状や治療の状況等に応じた適切な対応が必要である。

### ア 二分脊椎症

二分脊椎症は、妊娠初期に何らかの原因で胎児の脊椎骨の形成が阻害され、脊椎管の後部が開いたままの状態となり、脊髄がはみ出して腰部の瘤（こぶ）となって現れる（開放性二分脊椎）。これを出産直後に、細菌感染による脳脊髄炎などから守るため閉鎖縫合手術を行うが、術後も失われた神経機能は回復しないため、下肢の運動まひ、皮膚感覚の欠如、尿意欠損した排泄困難（直腸膀胱障害）が残る。合併症として水頭症を多発しシャント手術をしばしば要する。また、内臓にも奇形を伴うことがあり、これらの諸障害から成長するに従い下肢の変形や褥創（じょくそう）の発生、膀胱から腎臓への尿の逆流が進むと腎臓障害を起こすことがあるので、注意しながら指導する必要がある。

### イ 骨形成不全症

全身の結合組織疾患であり、骨、歯、皮膚、靭帯（じんたい）、腱、筋膜、眼の強膜などに弱さがみられる。最も目立つのが骨膜性の化骨障害による骨の脆弱（ぜいじやく）で、繰り返し骨折し、骨が変形することもある。生まれたときより骨折に伴う重篤な骨変形を示す症例から、比較的軽症な症例まで多様である。

骨の最大の栄養は、外からの応力（筋力・重力など）であり、安静は良くない。骨折時のギプス固定は健常児よりも短期間とするのが良い。

### ウ ペルテス病

ペルテス病は何らかの影響によって大腿（だいたい）骨頭の血流が遮断され、その結果栄養が十分に行き渡らなかったため、大腿骨頭が部分的に壊死（えし）して、つぶれた状態になり、股関節の疼痛（とうつう）と跛行（はこう：疾患のため正常な歩行ができない状態）を伴う。発症年齢は5歳から10歳頃までの男子に多い。

治療法については、意見が分かれ、重症度、年齢を考慮して選択される。その中で基本となるのは、次のような内容である。

大腿骨頭に負荷をかけないようにして生活していると骨端核がよりよく再生し、骨頭変形を生じるとしても、骨壊死（えし）は必ず治る。一般に、発症か

ら治癒までは3年以上かかるといわれている。

日常の生活管理では、治療を行っている部分の運動制限はあるが、その他の部位については筋力が低下しないように、病院での機能訓練や学校での自立活動のときに留意する必要がある。ペルテス病の場合には、股関節の運動が禁止されている期間でも、下腿三頭筋や大腿四頭筋の萎縮予防のために、足関節や膝関節の運動は必要である。したがって、装具着用が必要な時期は装具の着用を正しく守り、決して無理をしないこと、処方されたリハビリテーションをきちんと実施することが大切である。

装具の着用が義務づけられ、運動・動作が制限されることにより、学習に参加することが出来なくなり、学習空白が生じることがある。例えば、立位での学習が不可能な場合には、装具を着用した姿勢で学習が出来るように指導内容を替えたり、指導方法や教材・教具を工夫したりする必要がある。

## エ 脊柱側弯症（せきちゅうそくわんしょう）

脊柱側弯症は、機能性側弯症と構築性側弯症に分けられる。機能性側弯症の場合は、左右の脚長差や不自然な姿勢を長く続ける生活習慣などが原因となる。構築性側弯症は、脊椎の先天奇形によるもの、脳性まひや筋ジストロフィーなどの種々の筋疾患によるもの、原因不明のもの（特発性脊柱側弯症）に分類される。

脊柱側弯症は、脊柱が側方に曲がるもので、更にそれにねじれが加わる場合がある。構築性側弯症で原因不明のものは、特発性側弯症と呼ばれ、小学校高学年から中学生にかけての思春期に多く発症し、男子よりも女子に多い。

特発性側弯症の治療法には、体操療法、牽引（けんいん）療法、装具療法、手術療法等がある。これらのうち、どの療法を選択するかについては、年齢と側弯の程度によって決定される。側弯の程度が軽度の場合は体操療法、中度の場合はコトレル牽引やミルウォーキー装具等の療法、重度の場合は手術療法（金属性器具で脊柱を固定する。）が行われる。

日常の生活管理としては、その他の部位については筋力が低下しないように、病院での機能訓練や特別支援学校等での自立活動を行うことが必要である。装具着用が必要な時期は、装具の着用を正しく守り、病院等では処方されたリハビリテーションをきちんと実施するとともに、学校では医師や理学療法士等の医療関係者からの指導・助言を踏まえて自立活動を実施することが大切である。

手術が必要な場合には、手術前の検査のため授業を受けられなかったり、精神的にも手術に対する不安を強く抱えていたり、手術後はしばらくの間ベッドに固定されて身動きがとれなかったり、その後、装具の着用が義務づけられ、運動・動作が制限されるという経過をたどる場合が多い。

手術前の検査等で学習空白がある場合は、空白となっている学習内容を的確に把握し、その内容を理解できるように指導計画を作成する必要がある。また、できるだけ学習空白が生じないように、手術後は、医師の許可を得た上で、ベッドサイドでの指導を積極的に行い、学習を継続することが大切である。その

際、ベッド上での学習に適した教材・教具を使用するなどの工夫が必要となる。

また、装具の着用などによる身体活動に制限がある場合には、装具を着用した姿勢で学習が可能な学習内容に替えたり、指導方法や教材・教具を工夫したりする必要がある。

## ⑨ てんかん

発作的に脳の神経細胞に異常な電氣的興奮が起こり、その結果、意識、運動、感覚などの突発的な異常を来す病気であり、発作型は大きく部分発作と全般発作に分けられる。

最近では、脳波検査により精密に診断され、大部分のてんかんは、継続して服薬することにより、発作をコントロールすることができる。発作がコントロールされている子供については、体育や学校行事などの制限は不要である。しかし、確実な服薬が重要なので、医師との連絡を密にしながら指導することが大切である。

また、他の脳神経疾患、先天性の疾患等に合併するてんかんもある。このような子供の一部には、発作のコントロールが難しい場合もあるが、基本的には発作と付き合いながら学校生活に参加しつつ治療を継続する。なお、集中的な検査や治療を要する場合は入院することもあるが、このようなことは比較的少ない。

### ア 緊急対応を要する発作

多くは全身性の強直や間代を伴う痙攣（けいれん）がこれに該当する。発作は、最初から全身の痙攣を来す全身性強直間代発作（大発作）や片方の手のびくびくした動きなど（部分発作）から始まって全身痙攣に至ることもある（二次性全般化発作）。前者では最初から意識がなくなるが、後者では最初は意識があり後で思い出すことができる。発作中、失禁を来したり、呼吸がしにくくなったり、唾液を飲みこみにくくなったりすることがある。また、発作に先立って不快感を覚えるなどの前兆を認めることもある。なお、発作は通常、数分以内に収束する。

発作中は呼吸がしにくくなるため、衣服を緩めて呼吸がしやすい体位を取らせる。また顔を横に向けるなどして、痰がのどに詰まらないようにする。

口の中に食べ物が入っている場合は窒息することがあるため、口の中のものを出すことが必要な場合がある。しかし、歯を食いしばることがあるため、安易に指等を入れてかき出さないこと。口の中の食べ物が出やすいような体位をとるようにするなどの対応が必要である。また、歯を食いしばることにより、口の中に入れた物を嚙（か）みちぎったり、歯を折ったりすることがあるので、口の中には、タオルやスプーン等を入れてはいけない。

発作が収束した後は、いびきをかいて深く眠ることが多いが、このときも痰を詰めないように注意し、顔を横に向けるなどの配慮を行うとともに、呼吸や顔色に注意すること。発作が長く続く場合や、一回の発作は短くても繰り返し起こる場合、初めての発作の場合には、救急隊に依頼して医療機関への搬送を考慮すること。

## イ 危険を排除しながら見守るのが中心の発作

手足の一侧だけなど身体の一部だけの痙攣（部分発作）や、短時間身体を固くさせるだけの発作で意識が保たれている場合、ボーッと意識がはっきりしない状態になるだけの発作（欠神発作、複雑部分発作）の場合などでは、刺激しないように配慮しつつ発作が収まる（終わる）のを待つこと。この場合も不適切な場所にいる場合は安全な場所へ移動させてもよい。また意識なく動き回ることもある（自動症）が、この場合も刺激せずに安全面に配慮すること。この状態が比較的長く続くこともあるが、顔色などが良好であれば見守り続けること。時に全身痙攣に発展したり、意識が戻らないうちに繰り返し起こることもある（部分発作重積）ので、その場合は緊急対応が必要なため“ア 緊急対応を要する発作”に従って対応すること。

## ⑩ 重症心身障害

重度の知的障害と重度の肢体不自由を併せ有する障害であり（大島分類 1～4）、生活は全介助を必要とする場合が多い。原因は様々であるが、大きくは、周産期障害（出産の前後の障害）、後天性障害（外傷、脳炎など）、先天性障害（代謝異常、染色体異常、奇形など）に分けられる。いずれもその基盤に中枢神経機能の障害を併せ有することが多い。

多くの場合、日常的な医療管理を必要とするが、できるだけ生活上の活動力（呼吸や食事、消化機能など）を高めるとともに、認知機能などの個々の持っている力や日常生活に参加する力、他者と関わる力、感動する力などを高めるようにすることが必要である。最近では、様々なスイッチ等の支援機器を活用して、本人が自ら操作できるようにしたり、自らの意思を伝えたりするような取組も行われている。

このような重症心身障害者に対しては、障害の実態を的確に把握し、病棟内、施設内等の学校以外の場でも、その実態に即した適切な教育的対応を行っていくことが必要である。この場合、教育、医療及び保健、福祉など多くの専門家と連携協力していくことが重要である。

## ⑪ アレルギー疾患

### ア アトピー性皮膚炎

アトピー性皮膚炎は、かゆみのある湿疹（しっしん）が慢性的に持続する病気である。文部科学省が平成 19 年に発表した「アレルギー疾患に関する調査研究報告書」によると、平成 16 年の有病率は、小学生 6.3%、中学生 4.9%、高校生 4.0%と報告されている。日本学校保健会では平成 20 年に「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」と「学校のアレルギー疾患取り組みガイドライン」を公表しており、これらを適切に活用することにより、アレルギー疾患のある子供の学校生活を支援する取り組みの強化を図ることができる。

生まれながらにアトピー素因とともに皮膚のバリア機能低下があるためアトピー性皮膚炎の子供の皮膚は、様々な刺激に対し過敏で、乾燥しやすい。そこへ環境因子としてアレルゲン（アレルギー反応を引き起こす原因物質；ダニやカビ、動物のフケや食物など）や汗、シャンプーや洗剤、生活のリズムの乱れや心理的ストレス、日光などが作用し皮膚炎を生じ、更に搔（か）くことや悪化因子が加わり皮膚炎が悪化するという悪循環を繰り返すと考えられている。

皮膚炎は、顔、首、肘の内側、ひざの裏側などによく現れるが、ひどくなると全身に広がる。軽症では皮膚が乾燥し、がさがさしていることが多いが、悪化すると赤くなりジュクジュクしたり、硬く厚くなったりする。かゆみが強いためひっかき傷が目立ち、しばしば伝染性軟属腫（水いぼ）や膿痂疹（トビヒ）などの皮膚感染症を合併することがある。

治療は、室内の清掃や換気などにより原因、悪化因子を軽減すること、皮膚を清潔にして保湿を十分に行うなどスキンケアを徹底すること、患部への外用薬（軟膏）の塗布やかゆみを和らげる薬の服用などの薬物療法が中心となる。

学校ではプール指導に際し、紫外線対策（日陰での待機や日焼け止めクリームの使用等）と塩素対策（シャワーの徹底、その後の外用薬使用等）などが必要となる。また、発汗対策が有効といわれている。

外用薬としてはステロイド軟膏とタクロリムス軟膏が炎症やかゆみを軽減させるのに有効である。一時期ステロイド外用薬について誤った報道がなされたが正しく使用すれば副作用はほとんど見られない。保湿剤の外用は乾燥しやすい皮膚を保護する目的に用いられるが炎症を抑える効果はほとんどない。

皮膚のかゆみが強く夜間睡眠の障害や集中力の低下などによる学習への影響、外見的な理由に起因する自尊感情の低下や他者からの誹謗による社会適応への影響などがあるので、教育的な配慮や支援が望まれる。

(注1)アトピー素因：一般的に、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎の病歴又は家族歴をもつものをいう。

(注2)バリア機能：皮膚の最外層を角層が被（おお）うことにより、外界からの刺激や物質の侵入から体の内部を護（まも）るとともに体内水分の蒸散を防いでいる作用のこと。

## イ 食物アレルギー

特定の食物を摂取することによりアレルギー反応を介して皮膚・呼吸器・消化器あるいは全身性に症状を示す病気である。子供の有病率は1～3%程度である。学齢期に見られるのはほとんどが即時型と呼ばれる病型で、原因食品を食べて2時間以内に症状が出現する。その症状はじんましんのような軽い症状から、生命の危険を伴うアナフィラキシーショックに進むものまで様々である。数は少ないが果物や野菜、木の実類などを摂取し数分で口腔（こうこう）内の症状（のどのかゆみ、ヒリヒリ・イガイガする、腫れぼったいなど）が出現する口腔アレルギー症候群や原因食物（小麦、甲殻類が多い）を摂取して2時間以内に運動（昼休みの遊びや体育、部活動など）をすることでアナフィラキシ

一症状を起こす食物依存性運動誘発アナフィラキシーなどがあり注意が必要である。

原因食物は、鶏卵、乳製品が大半であるが、それ以外にも甲殻類、ソバ、果物類、魚類、ピーナッツ、軟体類、木の実類などがある。血液検査だけでは診断できず、過去の症状誘発のエピソードや医療機関での経口負荷試験結果なども参考にして判断される。不必要な食物除去が行われている場合もある。偏った栄養バランスが、成長発達に悪影響を及ぼす危険性を考慮し、的確な診断に基づく必要最小限の食物除去を行うことに努めねばならない。

治療の原則は原因食品を摂取しないことであるが、万が一症状が出現した場合は速やかに適切な対処を行うことが重要である。じんましんなどの軽い症状に対しては抗ヒスタミン薬、ステロイド薬の内服や経過観察により回復するが、呼吸困難やショックなどの重篤な症状に対してはアドレナリン自己注射薬（エピペン）を早期に注射する必要がある。アナフィラキシーを起こす危険性が高く、医療機関での治療が受けられない状況が想定される子供に対し、万が一に備えてエピペンは処方されるので、子供や保護者と十分に協議し対応について共通理解を図っておく必要がある。

学校では食物アレルギーのある子供に関する情報を正しく把握し、保護者と相談の上、給食や食物・食材を扱う授業、宿泊を伴う校外活動などにおける対応に配慮が必要となる。詳しくは日本学校保健会が出している「学校のアレルギー疾患取り組みガイドライン」を参照し、食物アレルギーのある子供の学校生活支援の強化を図ることが必要である。

## ⑫ 肥満（症）

肥満症は身体脂肪が異常に増加した状態と定義される。判定には、体脂肪率、皮下脂肪厚の測定や標準体重からの隔たりの程度、身長・体重の測定値から計算された指数値のいずれかが用いられる。子供の場合は「年齢別・身長別体重表」から算定されたものを用いる。現在の体重が、標準体重に対して何%増加しているかが肥満の度合いを示すものである。20～30%未満を軽度肥満、30%以上50%未満を中等度肥満、50%以上を高度肥満とする。肥満の中には、内分泌異常等に起因する病気による場合（症候性肥満）も含まれるが、多くは摂取カロリーの過剰による単純性肥満である。肥満症には、それぞれ適切な対応が必要である。

肥満症の子供は高血圧症や脂肪肝のような肝障害や高コレステロール血症になる可能性があり、これらは子供における代表的な生活習慣病である。さらに、体型や運動能力の低下などから劣等感をもつようになり、学力の低下や学校嫌いへと進んだりすることもある。

肥満症の治療には、食事療法と適度の運動療法があるが、子供の場合には、発育を重視しなければならないので、過度の食事制限は好ましくなく、運動療法と生活リズムの改善を中心とする。肥満傾向を早期に発見して、食生活、日常生活を改善することが予防につながる。この場合、家族全体の協力が必要であるとと

もに、特に学校での適切な対応も重要になる。なお、高度肥満で改善の傾向がないもの、家庭で適切な食事や生活の管理が困難なものなどについては、必要に応じて入院も考慮するが、基本は自宅における毎日の生活管理である。

### ⑬ 心身症

心身症とは、診察や検査で詳細に調べると異常が見いだされる身体の病気であって、その病気の始まりと経過にその人の心理的な問題や社会的問題が密接に関係しているものである。密接に関係しているとは、身体的治療のほかに心理社会的問題へも対応しなければ完全には治らないという意味である。子供の心身症についても大人と同じ症状を示すのが普通であるが、一方、子供に特徴的に出現する心身症もある。

症状としては、腹痛や頭痛、疼痛などが認められる。例えば、心理社会的な問題と腹痛がある場合には、胃潰瘍などの器質的な疾患があれば心身症とするが、器質的な疾患がない場合には、その病気の始まりと経過にその人の心理的問題や社会的問題が密接に関係している場合には身体表現性障害と診断される。前述の身体表現性障害では、器質的な疾患がないため、環境調整と心理療法を主に行うが、心身症の場合には、これらに加えて器質的な疾患に応じた薬物療法等が必要となる。よって心理的・社会的な問題が密接に関係している身体症状の場合においても、一度は器質的な疾患の有無について精査を行い、診断することが重要である。

対応としては、①薬物療法、②環境調整、③心理療法などがある。

心身症には様々なものがあるが、最も多いのが反復性腹痛と頭痛である。最近、特別支援学校（病弱）に神経性食欲不振症や神経性過食症などの摂食障害の診断を受けた子供が増えている。以下、これらの病気の概略について説明する。

#### ア 反復性腹痛

反復性腹痛とは、子供の活動に支障を来すほどの腹痛が、3回以上、3か月以上にわたり反復するものをいう。原因不明のものが多いが、不安や緊張感によって症状が出たり強くなったりする傾向がよく認められ、この点が心身症として考えられる理由である。

経過では、腹痛を訴える回数が次第に減少し、いつの間にか改善している、ということがよくある。しかし、約三分の一は腹痛が軽くなるものの、思春期以降まで何かストレスがあると腹痛を起こしやすい傾向は残るといわれている。腹痛が長時間持続する場合、その少なくとも半数は、最終的に過敏性腸症候群の症状を示してくるといわれている。

#### イ 頭痛

頭痛の訴えは、子供の痛みの訴えの中では腹痛に次いで多い。心理的なものとの関係では緊張性頭痛といわれるものがある。緊張性頭痛は、精神的な緊張感を背景として、頭を包む筋肉が持続的に収縮したままとなって発生する。この筋肉は肩の方にもつながっているため、同時に、肩こりや首筋のだるさ、重さ、頭重感などを伴うことがしばしばである。

## ウ 摂食障害

摂食障害は通常、神経性食欲不振症あるいは神経性無食欲症（以下「AN」という。）と神経性過食症あるいは神経性大食症（以下「BN」という。）を包括するものをいう。摂食障害は、10代はじめから20代にかけての思春期・青年期の女性が大半であるが、稀（まれ）に男性にも生じることがある。

ANでは、極端に食事の量が減るが、特に主食やカロリーの高い食品を毛嫌いし、低カロリーと本人が思う食品しか摂りたがらないという食行動上の特徴が目立ち、中には摂食後に自分で嘔吐（おうと）したり、下剤を乱用する者もいる。ANとの診断がなされる条件としては、体重減少の程度が平均体重のマイナス15%以下とされている。ANは、他の病気があってやせているわけではなく、むしろ過剰に活動的になることが多く、同時に異常にやせていても自分ではそうとは認識していないことが多い。身体症状としてはむくみ、低体温、徐脈などの症状がみられ、女性の場合には無月経となるか、初潮前の発症では初潮年齢が遅れる。体重減少が続き徐脈などが進行する場合、急激な体重減少が生じた場合、あるいは水の摂取さえ拒むようになった場合などには、入院治療の必要性を含め、家族と緊密な連絡を取り合いながら医療の判断を仰ぐ必要がある。

BNは単なる大食でなく、繰り返される過食と体重のコントロールに過度に没頭することが特徴で、過食の後に自分で嘔吐したり、下剤や利尿剤を乱用することがあり、精神的いらいら、抑鬱、自己嫌悪などの精神症状を伴うことが多い。このような症状はANにも認められることがあり、ANとBN両方の病像を行ったり来たりすることもある。

体型は普通か少しやせ気味な場合が多く、精神症状も身体症状も外見からはわかりにくいことから、本人の訴えで初めて分かることが多いという点がANとは異なる。

治療は身体療法、精神療法、認知行動療法、薬物療法、家族療法などを適宜組み合わせで行われることが多いが、ANを中心に生命の危険もある場合には入院治療を導入されることも少なくない。いずれの場合にも、学校は家族の同意を得た上で、主治医と緊密な連携を図りながら本人の回復とその後の経過を根気よく支えることが大切である。

### ⑭ うつ病等の精神疾患

様々なストレスが増加する社会の中で、うつ病や双極性障害（そううつ病）を中心とする気分障害等の精神疾患を発症する大人が多くなってきている。以前は子供に、うつ病はないと言われた時代もあるが、DSM-IIIが世に出るからはDSMによる操作的診断が普及する中で、うつ病や双極性障害等の診断を受ける子供は、大人と同様に、けっして珍しくなくなっている。

抑うつ症状はうつ病だけでなく、統合失調症などあらゆる子供の精神障害によく認められる。また、自閉症や学習障害、注意欠陥多動性障害等の発達障害の診断を受けた子供がストレスの強い環境に反応して、二次的に抑うつ症状を呈することがあるため、児童精神科医などの専門家でないで診断は難しい場合が多い。

うつ病は、大人と基本的な症状は同じであるが、子供の場合は抑うつ気分を言

葉で表現することが難しいため、ぼうっとした感じになったり、不機嫌になったり、いらいらして周囲に当たり散らしたり、大人に反抗したり、頭痛や腹痛などの身体症状を訴えたり、不登校となったり、学業成績が低下したりするなど子供特有の非定型な症状が見られるので注意が必要である。非常に早い周期で気分の波が現れたり、そうかと思うと完全に症状が無くなる間欠期が、見られたりする場合もある。子供のうつ病や双極性障害では、このように症状が大人と異なるだけでなく、薬物療法の効果が大人のように認められないこともある。正確な診断は子供の成熟とともに、経過中に徐々に明らかになることがあるため、途中で変更を余儀なくされることも珍しくない。

疾患により治療アプローチは異なるものの、学校場面では安定した関わりと病期に応じた柔軟な対応が予後に影響する。これらの対応は、学校と家庭が協力して行い、必要な場合には、速やかに児童精神科医や臨床心理士に相談すること。

特別支援学校（病弱）には、うつ病や双極性障害等の気分障害の子供もいるが、思春期以降に発症することが多い統合失調症を10歳前後で発症したという子供もいる。また、自閉症や学習障害、注意欠陥多動性障害等の発達障害の診断を受けた子供も増えている。

発達障害の子供は、それだけでは特別支援学校（病弱）の対象ではない。学習障害や注意欠陥多動性障害の子供は、小中学校の通常の学級で学習することが基本であるが（自閉症については、自閉症・情緒障害特別支援学級で学習することはできる）、必要な場合には通級による指導を受けることもできる。しかし、これらの子供の中には、成長とともにうつ病や強迫性障害、適応障害、統合失調症等の精神疾患の症状が顕在化し、在学中に診断名が付け加わったり変化したりすることもある。このような状態の子供の中には、特別支援学校（病弱）で学習することが必要となることもある。そのため、最近では、特別支援学校（病弱）の小学部の高学年や中学部、高等部に転校してくることも多い。

また、うつ病等の精神疾患の診断を受けた子供の中には、家庭や以前いた学校で虐待やいじめを受けた経験のある者もあり、指導する教員や他の子供に攻撃的な行動をとったり、自傷行為を繰り返したりすることがある。また、子供によっては、他の子供と一緒に活動することが苦手で孤立しがちな者や、教員に過剰に甘えてくる者もあり、教員に求められる対応も一人一人異なることを心得ておきたい。

子供が情動不安定になっても、病気の症状のために自己制御が困難であるとの認識に基づいて、教員が子供の行動に振り回されずに、いつも変わらず落ち着いた態度で接することが求められる。

精神疾患の子供は、上記のように適切に対応することにより症状が改善し、通常の教育で対応可能な状態になることも多いため、学校における適切な対応が求められる。なお、特に下記のような症状が現れている時には、家族の了解を得た上で、児童精神科等の専門機関に相談し、連携して取り組むことが重要である。

#### ○ 幻覚、妄想

悪口が聞こえるという幻聴や周りから嫌がらせをされるという被害妄想が多い。幻覚や妄想は、実際にはないことを信じているということが定義であり、思春期以降に発症することが多い統合失調症の主症状である。稀（まれ）に統合

失調症が10歳前後で発症することもある。統合失調症では、これに加えて、辻褄（つじつま）の合わない話をしたり、引きこもることが多いが、逆に興奮したりする場合もある。治療法は、薬物療法が必須（ひっす）である。その他には、自閉症などの発達障害において、障害の特性から対人関係をうまく築くことができず、いじめなどの心理的なストレスを引き金に、被害妄想や幻覚が生じることもある。この場合、原因との関連が心理的に了解可能な幻覚妄想であるという性質をもち、環境調整と心理療法が有効である。児童が実際に悪口を言われたり、いじめを受けていたりしているかどうかの事実関係の確認などが必要である。

#### ○ 希死念慮、自傷行為

希死念慮（きしねんりょ：死にたいと願うこと）や自傷行為は、子供に時に認められる症状である。希死念慮や自傷行為が認められる中で、自殺企図（自殺をくわだてること）や自殺既遂に至るものは少ないが、生命の危機であるため、家庭と連携した十分な注意と対応を必要とする。特に自殺企図があったり、強い希死念慮が持続的に認められたりする場合は、対応法は個々のケースで異なる。子供の命を守るため、家族と相談の上、児童精神科等の専門機関に相談することが必要である。

#### ⑳ その他

①～⑱で示しているのは、あくまでも例であり、これら以外の疾患であっても、病弱教育の対象となることはある。これら以外にも、例えば、色素性乾皮症（XP）やムコ多糖症等の希少疾患や、もやもや病、高次脳機能障害、脳原性疾患等の様々な疾患のため病弱教育を必要とする子供がいる。

病弱教育の対象として判断するに当たっては、疾患名を把握することも重要なことであるが、例えば同じ心臓疾患であっても、ほとんど健康な子供と同じ運動ができる状態の子供もいれば、酸素を必要とする子供や、厳しい運動上の制限がある子供もいるため、診断名だけでは、障害の実態や子供が必要とする教育的支援の内容が分からない。そのため、学校教育法施行令や通知等で示されているように、医療や生活規制等の状態等により判断し、その上で個々の子供の実態に応じた適切な指導と必要な支援について検討することが必要である。

※ 脳性まひ等の脳原性疾患については、本書「Ⅳ 肢体不自由」を参照

※ 自閉症や学習障害、注意欠陥多動性障害等の発達障害を併せ有する病弱児が特別支援学校（病弱）において増えている。それらについては、本書「Ⅷ 自閉症」、  
「Ⅸ 学習障害」、  
「Ⅹ 注意欠陥多動性障害」を参照

#### （２） 障害の状態の把握

病弱の子供の就学先を決定するに当たっては、個々の子供の主治医による精密な診断結果を基盤とし、疾患の種類や程度、医療や入院の要・不要、医療又は生活規制（生活管理）を必要とする期間及び健康状態の回復・改善等を図るための特別な指導や支援の必要性などとともに、本人・保護者の意向等踏まえて、教育的、医学

的及び心理・社会的観点から総合的に判断を行い、個々の病弱児の実態に即した適切な教育的対応を決定する必要がある。

身体虚弱の子供の就学先を決定するに当たっては、個々の子供の主治医等による精密な診断の結果を基盤とし、必要に応じて生育歴、病歴、健康診断の記録、出欠状況及び日常の観察結果などを考慮しながら、生活規制（生活管理）の必要性とその程度、健康状態の回復・改善を図るための特別な指導や支援の必要性などとともに、本人・保護者の意向等踏まえて、教育的、医学的及び心理・社会的観点から総合的に判断を行い、個々の身体虚弱の子供の実態に即した適切な教育的対応を決定する必要がある。

また、病弱に知的障害、肢体不自由などの他の障害を併せ有する重複障害の子供については、その障害の状態及び程度に応じて、適切な教育的な対応を行う必要がある。そのため、併せ有する障害の種類、障害の程度等を考慮するとともに、本人・保護者の意向等踏まえて、最も適切な就学先について判断する必要がある。

例えば、肢体不自由の子供が腎臓の病気になり、継続して医療又は生活規制を必要とするため、病院等に入院する場合には、病院に隣接する特別支援学校（病弱）等で教育することが考えられるが、退院して通院しながらも運動等の制限を必要とする場合には、特別支援学校（病弱）や特別支援学校（肢体不自由）で教育することも考えられる。こうした場合には、安全上の観点から十分考慮した上で、総合的に判断することが必要である。

なお、学年の途中で病気になったり、逆に、医療や生活規制を継続することによって健康状態が回復したりする場合がある。そのため、年度途中での健康状態の変化等を踏まえて、適切に指導内容や指導方法を変更したり、転校したりするなど、弾力的に対応することが必要である。

### （3） 調査に当たっての留意点

病弱児の就学先の決定に当たっては、一人一人の状態を把握するため本人及び保護者の了解を得た上で、教育的、医学的及び心理・社会的観点からその実態を把握するための情報収集を行う必要がある。

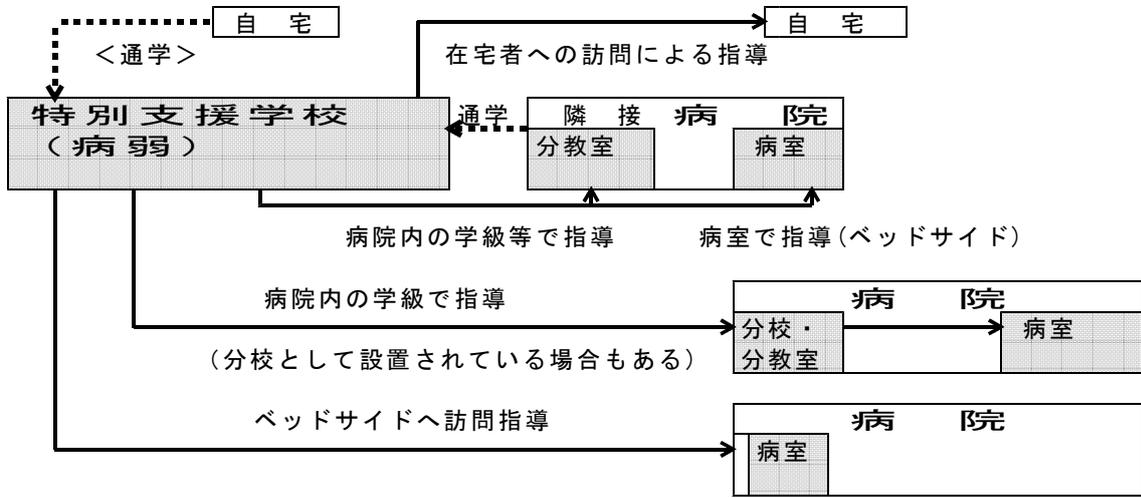
教育的観点からは、学習空白や学習上の配慮事項、許容される活動の種類と程度などについて、本人や保護者の許可を得た上で、就学前の幼稚園・保育所や前籍校から情報を得ておくことが大切である。

医学的観点からは、指導上の配慮事項を把握するために、単に疾患名だけでなく進行性のものであるかどうか、治療の過程や予後はどうかなどについても把握しておくことが大切である。また、必要な場合には、本人や保護者の許可を得た上で、主治医等から必要な情報を得ることも、病弱児の場合は特に重要である。

心理・社会的観点からは、子供の病気の理解の程度や、健康回復への意欲などについても把握しておくことが大切である。

なお、この調査に当たっては、目的を達成するために必要な内容に限ることとともに、情報の適切な管理を行い、個人情報保護に十分留意する必要がある。

1 特別支援学校（病弱） ※病院内の学級：病院内等に設置された学級のことで、特別支援学校の分校・分教室や、小中学校の病院内の病弱・身体虚弱特別支援学級のこと



※ H19年度以降、特別支援学校については、対象とする障害種別を教育委員会等が定める規則等に明記することになったため、特別支援学校で教育を受ける病弱者の多くは特別支援学校（病弱）に在籍するが、他の障害を併せ有する場合には、その障害の状態等により他の障害種の特別支援学校で教育を受けることもある。

2 病弱・身体虚弱特別支援学級

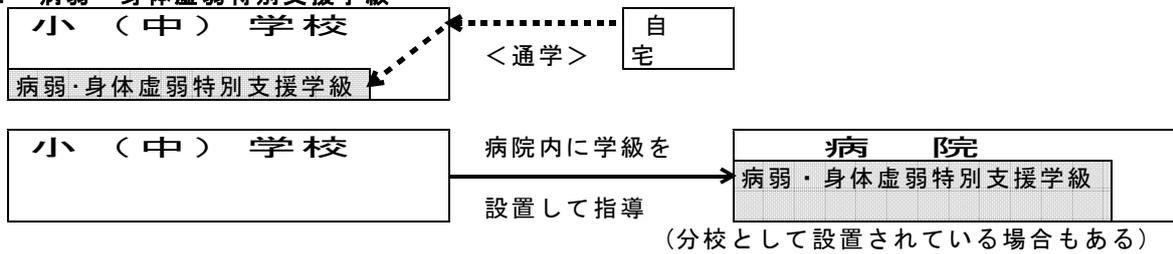


図3-V-(2) 病弱教育の場

以下に掲げる項目、内容はあくまで病気や障害の程度、状態を正確に把握する上で有益と思われるものを参考例として示したものである。実際の調査においては、病気や障害の状態、治療の見通し、地域や病院の実情等に応じて適切な事項を選択し、または追加する等により独自の調査事項を定めることが大切である。

表3-V-(2) 調査事項の例(病弱) I

観 点	項 目	内 容
教育的観点	これまでに受けた教育等 教育課程	教育相談、生育暦、前籍校、前籍校での学習状況 学習空白の状況 学年相応、下学年や下学部適用、重複障害者の特例による教育課程、読み・書き・計算、文章理解
	自立活動 学習時間の制限 運動や体験的な活動 食事等の制限	
医学的観点	病名 病気の程度 その他の病気や障害 既往症 予後 入院を要する期間 治療上の注意点 生活規制の種類・程度 日常生活の制限程度 退院後の配慮事項 医療機器使用や医療的ケアの対応の有無	
	心理・社会的 観点	病気の理解 回復・改善等への意欲 身体の状態 知的発達の状態 精神の状態 性格・認知上の特性 行動上の問題 家庭の状況
併せ有する他の障害の有無と障害種		併せ有する障害(有・無)、その障害種:
本人・保護者の希望	希望する教育の場	特別支援学校(病弱)の単一障害学級、重複障害学級、訪問学級、他障害種の特別支援学校(他障害のある場合) 小中学校の病弱・身体虚弱特別支援学級(病院内・学校内)
	希望する通学方法等	公共交通機関を利用する通学、スクールバス、保護者の送迎、寄宿舎の要否
設置者の受入体制	特別支援学校の整備状況	設置学部(幼・小・中・高)、隣接病院の有・無、分校・分教室の有・無、訪問教育の有・無、ICT機器や支援機器等の整備の有・無 通級による指導等の実施の有・無 スクールバスの有・無、介助員等の配置の有・無、寄宿舎の整備の有・無
	小中学校の整備状況	病弱・身体虚弱特別支援学級の設置の有・無 通級による指導(病弱・身体虚弱)の実施の有・無

表 3 - V - ( 3 ) 調査事項の例 ( 病弱 ) II  
 ( 小中学校で学習する際に必要な調査事項の参考例 )

観 点	項 目	内 容
本人の状態	日常の学校生活の自立の程度 医療・健康上の配慮事項 対人関係等行動上の問題と配慮事項 学校行事等の参加の上での配慮事項	安全に過ごすことが出来るか
設置者の受け入れ体制	小中学校の整備状況 支援体制	自宅近くの小中学校内の病弱・身体虚弱特別支援学級の有・無，通級による指導（病弱・身体虚弱）の有・無，教室内の安全確保有・無，エレベータの有・無，スロープの有・無，手すりの有・無，障害者用トイレの有・無，衛生状況の把握（ ） 医療的ケアへの対応の有・無，地域の支援の有・無 特別支援学校（病弱）からの支援の有・無，医療機関からの支援の有・無，保健機関からの支援の有・無，福祉機関からの支援の有・無，特別支援教育支援員等の配置の有・無
その他参考となる所見等	配慮が必要な場合の保護者の対応	ボランティア等の付き添いの有・無 緊急時の医療機関等の連絡体制の構築の有・無