

日本残疾儿童的早期发现·治疗·教育体系

Early Detection, Therapy, and the Educational System for Children with Disabilities in Japan

吕 晓彤（帝京科学大学）

【摘要】战后的日本教育随着法律和医疗·卫生·教育体系的完善，逐步将医疗和教育连接起来，形成了教育为主，医疗为辅，早期预防·发现·治疗·教育·支援的残疾人「自立支援」体系。本文通过考察日本残疾人的「自立支援」体系中最关键的早期发现·治疗·教育体系，了解社会福利的健全在于早期应对的效果。从中找出日本与我国残疾人疗育体系的不同和需要借鉴之处，探讨适合我国残疾人早期对应的疗育体系，提高我国残疾人社会福利的水平。健全包括健康儿童的早期治疗·教育·支援的残疾儿童福利制度，树立适合我国残疾人的「自立·自强」支援体系。

【关键词】残疾儿童；早期发现；治疗；教育；体系

前言

近些年，我国的残疾儿童的入学率逐渐提高但却未达到预期的效果。根据 30 万人口的地区建设一所特殊学校的条例，全国特殊学校的建设数量还将近 500 所未完成。却又出现了由于地区不同特殊学校的招生人数不足的现象。许多地区依旧是通过家访和探访的形式在招收特殊学校入学儿童。

本文的目的是通过介绍日本母子健康手册的发行和幼儿教育体系以及就学咨询对策，了解日本如何早期发现和筛查残疾儿童的过程。并通过就学咨询的介绍，认识到残疾儿童的入学，不仅仅提高了残疾人的福利待遇，更重要的是希望通过筛查提高我国残疾儿童的早期发现和进行早期训练时期，同时也会提高残疾儿童的入学率。并通过母子保健系统借鉴日本的母子健康手册的作用，也一定会使我国残疾儿童从出生后到接受义务教育都能够接受到系统的通知，指导和援助。

I. 母子健康手册

1. 日本母子手册发行背景

1890 年，在长野县松本市寻常小学设置了日本最初智力残疾儿童的特殊班级。之后，随着 1916 年京都市立盲哑院聋哑部幼儿科，以及 1921 年肢体残疾儿童的柏学园等特殊儿童教室的相继开设，日本的残疾儿童教育逐渐得到发展。但由于战争的发生导致了残疾儿童教育的一时停滞不前。

日本残疾儿童的教育迅速发展始于 1947 年的「学校教育法」公布。但当时的景象也不乐观。战前的制度和当时的社会问题的反差，以及战后孤儿和流浪儿的

增加，使当时的残疾儿童的教育发展状况未能达到预期效果，政府的主要精力还是重点着重于儿童的收容和生活保障。直到同年「儿童福利法」公布后，才使各种残疾儿童的发现和对策得到重视，以致治疗和教育状况终于有所改变。

2013 年日本义务教育阶段的儿童人数为 1,030 万人，就学率为 99.98%，其中在特殊学校就学的残疾儿童的人数为 6 万 7 千人（0.65%），在特殊班级就学的残疾儿童的人数为 17 万 5 千人（1.70 %），在普通班级的残疾儿童的人数为 7 万 8 千人（0.76 %），合计人数为 32 万人（3.11%）。可以看到，如果考虑到重度残疾儿童的就学减免，日本儿童的义务教育入学率依旧未达到和健康儿童同样的状况。但同时，残疾儿童的人数以及对应却全部有确切的档案记录资料记载和。这对所有儿童的早期教育起到决定性的作用。

2. 现行母子健康手册

1937 年，为了恢复由于战争而减少的人口，公布了战前母子保健法。之后 1942 年开始，为了增加人口，彻底执行其法，母子手册的重要性也开始体现。全日本妇女从怀孕到婴儿出生，保育到儿童成长过程都通过母子手册记录下来。既保证了孕妇享有优先配给物质，避免营养不良影响胎儿发育，也保证了孕妇接受定期检查，保证了孕妇和胎儿的健康。1947 年实施的儿童福利法，更加充实了母子手册的内容。

1966 年，随着母子保健法的正式实施，将「母子手册」改为「母子健康手册」。1981 年，又由于此法的改正，将儿童的成长记录也作为记录内容添加在手册里。1991 年，母子保健手册改为由所居住地区直接领取，使母子健康手册的持有率几乎接近百分之百。特别是近些年，由于地方自治权力的扩大，各地区对政策的实施能力也有不同。因此母子健康手册所在地区不同，内容也略有不同。但实质上无根本上的区别。

婴幼儿健康诊断是根据母子健康保健法第12条和第13条规定而实施的。主要内容是针对该地区居住的孕产妇和婴儿，幼儿及1岁未滿和1岁6个月，以及3岁的儿童进行健康检查。检查的项目大致内容是：1，以新生婴儿筛查为目的。首先筛查先天性代谢异常和甲状腺机能低下症状，因为这些机能如果不正常被放置的话，会导致出现智力残疾。对象是1岁6个月以上和2岁未滿的幼儿。2，主要检查以下内容（母子保健法施行规则第2条第1项）a. 身体发育状况；b. 营养状态；c. 脊柱和胸廓是否有疾病或异常；d. 是否有皮肤病；e. 牙齿和口腔健康；f. 是否有四肢运动机能残疾；g. 精神发育状况；h. 是否有语言残疾；i. 是否按时接受了预防接种；j. 在儿童养育过程中是否有问题；k. 是否有其他疾病和异常状况。3，3岁以上和4岁未滿的幼儿主要检查以下内容（母子保健法施行规则第2条第2项）。a. 身体发育状况；

b. 营养状态；c. 脊柱和胸廓是否有疾病或异常；d. 是否有皮肤病；e. 耳，眼，鼻，喉健康状况；f. 是否有四肢运动机能残疾；g. 精神发育状况；h. 是否有语言残疾；i. 是否按时接受了预防接种；j. 在儿童养育过程中是否有问题；k. 是否有其他疾病和异常状况。

上述筛查内容，虽然各自治区预的内容略有不同，但大致的检查项目几乎没有大致差异。

通过以上各时期的筛查和健康诊断，使接受健康诊断的所有儿童除了发育残疾和精神残疾以外，身体残疾和先天性各种残疾都能够早期发现，并有资料上档。医疗保健机构将上档儿童资料通过行政机构转发到教育机构，教育机构又通过资料对即将就学的儿童发通知，调查就学意向。就学意向和就学地区及地点决定后，教育机构再通过和各地区的各校长协议，把握残疾儿童的入学需求并申请相应的专业特殊教育支援教师或生活指导员等就学支援人员。

3. 母子健康手册的实施状况

母子保健法的目的在于保障所有母体和婴幼儿的健康并能够维持健康状况。为此，针对所有地母子都应该积极的进行保健指导，健康检查，并提供医疗保障，提高全国民的保健水平。但实质上却没能达到全国母子都接受健康诊断的结果。2014 年日本厚生劳动省的关于地区保健健康增进事业概况报告书中详细的说明了调查结果（表 1）。

2014 年母子保健就诊率

时期	就诊率
孕产妇	90.8%
婴儿	95.5%
1 岁 6 个月	94.8%
3 岁	92.8%

※根据日本厚生劳动省的报告书制作。

日本政府为了达到所有母子都接受健康保障目标，提高母子健康水平，除了政府，通过各种媒体，报告，会议等进行宣传外，主要通过以下途径进行宣传。1，交付母子健康手册时；2，登记怀孕或婴儿出生时；3，在医院生产时；4，办理户口迁入或迁出时；5，申请育儿奖励费或医疗补助费用时；6，参加孕妇教室或父母教室时等等。

从上述结果可以看到，要想全国民正确认识母子健康保健的重要性，还需要更

进一步的宣传和彻底执行。

母子健康手册除上述作用外，近些年还增加了防止儿童虐待的重要的责任。根据日本厚生劳动省的统计，2014年发生的儿童被虐待事件有66807起，因被虐待而死亡的儿童约50人。而且虐待的人属亲生母亲最多。

II. 幼儿教育

目前我国婴幼儿教育，特别是3岁之前的婴幼儿教育主要取决于家庭，而且家庭教育的承担者多数都是祖辈亲族，造成了我国这些年出现了「小皇帝」，「80后」，「90后」，「宅男」，「宅女」等反映社会现象的新词语。其实，造成这些现象出现的原因都出于幼儿教育。从幼儿认知发展阶段的角度看，2, 3岁自我形成阶段，由于备受家庭宠爱，听之任之，造成儿童进入社会集团生活时出现困难，很难融合或接受他人。到了4, 5岁，即使进入幼儿园，能够参加集体活动，但由于我国的幼儿园教育也大多只注重学业，从而忽略了儿童人格的形成。这种现象更加影响了残疾儿童的早期教育。日本的残疾儿童的教育主要注重社会生活能力和生活自理自立能力。

日本的婴幼儿教育分两种。一种是由厚生劳动省主管的承担的0岁到6岁的保育所养育。另一种是由文部科学省主管的3岁到6岁儿童的幼儿园教育。两者最大的差别是法令依据不同。保育所依据日本「儿童福利法」，所承担的是代替父母保护照顾儿童。幼儿园则依据「学校教育法」，对3~6岁的儿童进行学前教育。其次的不同是，保育所的儿童的家庭大多是父母都有工作，有社会福利需求的家庭。而幼儿园儿童家庭的母亲几乎都是专业主妇，经济条件相对优越。其中，残疾儿童主要在保育所接受保护养育。

从1996年开始，针对日本地方自治区之间的差异和教育水准的不均衡以及少子高龄化的进展，日本政府开始探讨幼保一元化（民主党政权时称为「幼保一体化」）制度。2006年，确定了取长补短（增加保育所所缺欠的4个小时对儿童教育的时间，延长幼儿园所缺欠的对儿童的长时间保育时间）的「认定儿童园」制度。

幼保一元化制度，主要有1，无论是幼儿园还是保育所，都是保障为所有儿童提供高品质人格形成的基础教育场所。2，通过对家庭提供参加工作及育儿支援，可以使社会全体重视并共同支援下一代的成长。3，面对家庭和社区对儿童养育和教育能力的问题，注重家庭，家长和社区的要求，尽可能的为幼儿教育及下一代的成长提供支援3个目的，这也是我国幼儿教育，包括残疾儿童教育今后不可缺少的视点。

我国的幼儿教育主要注重学习知识。当然,知识的增长是人格形成的重要因素。但是,通过什么样的形式学习知识这在幼儿教育中甚是重要。日本幼儿园的教育方式在2014年5月,日本政府试行改善的新「幼保联合型认定儿童园保育要领(案)」文中记载,「幼儿园和保育园的义务是,为儿童在婴幼儿期间提供健康高品质的保育及教育,是帮助儿童人格形成的重要阶段。并强调,在此期间既要保障儿童在情绪安定的基础上,信赖并积极的和他人交流,提高社会生存能力,健康发育外,也要注重尊重日本儿童个性的形成,提高自信心和对社会的责任感。」

上述内容表明日本幼儿教育的根本宗旨和我国的学前教育有很大的差异。也是我国幼儿教育最急于改进的基本要点。其中提到的尊重儿童的个性发展可以认识到,无论是健康儿童还是残疾儿童,都有各种各样的特性和需求。

III. 义务教育

幼儿教育固然重要。有了幼儿教育的基础才能让儿童在对事物的认识能力提高的阶段能够看到周围的变化,并适应提高应对各种事物变化的能力。这种能力的提高的重要环节在于教育体制和教育内容。在此,通过简单介绍日本教育体制和内容,给国内承受过重负担的健康小学生以及残疾儿童的教育予以提示。

1. 教育体制

日本儿童就学事务归属地方公共团体管辖,中小学就学事务由当地教育委员会执行。当地教委根据学校教育法施行条例第5条,设定就学区域,并根据指定区域针对下一年就学儿童的监护人,在下一年度开学的2个月之前完成中小学入学通知事务。一般儿童都会在被指定的入学区域就学。除非有特殊情况,也就是说如果有重度的残疾的话,监护人可以向当地教委申请就学延期或免除就学,各地方教育委员会彻底执行文部科学省的缓和就学区域条例,尊重家长的意见并提供选择机会。加强对家长的就学咨询指导。就学区域可以变更,理由也不一定只介于儿童健康。如果有路途远,残疾或有被歧视欺负等认为充分被认识的理由,可以递交申请就学区域变更手续。更重要的是,尊重家长的意见,提供和扩大选择的机会,日本政府要求各地教委要站在儿童和家长的立场上考虑儿童的就学区域,将区域变更的理由和家长的要求以及对应的过程明确记入入学手续中。

2. 就学手续

就学儿童,不论户籍在哪里,均在所居住的就学区域就学。有特殊情况的儿童可以根据状况在居住区域外就学,比方说母亲受家庭暴力的威胁等等。近些年,随着国际社会平等共存理念的普及以及日本国内分权自治的推进,面对残疾儿童

的入学，日本政府改订了就学基准，设置了认定就学制度，将特殊教育制度改正为特别支援教育制度。除加设的听取医疗和特殊教育领域的专家意见外，另设了听取监护人意见的义务。

日本的就学区域制度和我国的就近就学制度有很多相似之处，但是我国的儿童就学支援基础和制度都没有日本的体系完全。日本的每年10月底，当地教委都会根据户籍登记给将在下一年就学的学龄儿童发送入学前通知。这是我国急需改善的一面。儿童从出生到死亡都有管理齐全的体制，这些是目前我国还没有做到的。尤其对残疾儿童的早期教育和就学支援，更离不开这样的体制。

1996年12月，日本国家教委行政改革委员会提出，在1997年1月向全国各地教委发放的关于「就学区域制度的弹性运用」的通知中指出，既要保证儿童正常选择就学区域享受正常教育的保障，又要加大就学区域弹性化制度的推进。通知的主要内容有1，根据当地实际情况，在充分保证尊重家长意见的前提下推进制度的执行；2，在区域外就学许可书中，除了将儿童的具体状况记入申请书外，还要将家长的申请理由书及认定过程报告书等加入文件中；3，就学区域的设置及理由应向区域内家长说明并充实就学咨询业务。

2003年3月31日，随着「学校教育法」施行条例的改正，加速了上述改革的步伐。

各地方教委，在执行指定就学区域政策制度的前提下，根据当地实情征求家长的意见，适当的负责帮助选择就学区域的儿童的申请并作出适当学校判断。绝大部分导入择校制度的地区都出现家长比学校更了解详情的趋势，尊重家长的意见，创建有特色的学校推进学校选择制度固然重要，相反也会出现造成学校间的差距以及和地方政府及当地住民之间关系的稀薄。所以在推进择校制度时，一定要考虑利弊，在充分考虑家长的意见的基础上，教委作出合理的问答。

3. 残疾儿童的对应

2002年，随着国际社会平等共存理念的发展以及日本国内分权自治的推进，面对残疾儿童的入学，改订了就学基准，设置了认定就学制度，并增加了听取专家意见的义务。接着又在2007年，将特殊教育制度改正为特别支援教育制度，除加设听取医疗和教育等专家意见外，另设了听取监护人意见的义务。2015年，在上述基础上，又将对有特殊需求的就学儿童的支援内容扩大，要求社区范围调整教育支援内容，听取监护人和专家的意见，综合考虑儿童的就学地区。另外，还考虑到社区内的儿童到社区外就学时的援助体制，并增加儿童就学或转学时听取专家和监护人的意见的机会。

考察

通过上述内容可以了解到，日本的特殊教育不单是对残疾儿童的教育。而是在儿童的健康发展中的针对有特别需求的儿童的特殊教育。日本的残疾儿童教育最初和我国目前的特殊教育相同，虽然从 1979 年有了养护学校教育法的法律支持，但社会整体的认识和残疾儿童家庭的观念还没有达到同样的程度，所以当时的残疾儿童的就学率并不是很高。加上婴幼儿筛查的普及还没有到位，以至残疾儿童的就学率和升学率都没有得到预想的效果。但到了七十年代，由于母子健康保障法和儿童福利法以及学校教育法的相应实施，加上母子健康手册的彻底发行，使日本的所有接受健康诊断的残疾儿童都得到了合适的安置。即使没有能够接受义务教育，在医院或在儿童福利机构里享受社会福利待遇。这些年，手册又在预防儿童虐待问题上发挥了很大的作用。

教育首先要从幼儿教育抓起。在此，通过介绍日本儿童从母亲的怀孕时期到入学前后的教育，除了可以了解帮助残疾儿童就学以及疗育过程中教育体制的作用外，还可以了解到今后残疾儿童以及心理健康出现问题的儿童的教育形式，通过改善儿童教育理念，提高所有儿童身体健康和接受教育水平。

参考文献

- 小櫃智子・矢藤誠慈郎：『これまでの学びと保育者への歩み』，わかば社，2014。
- 厚生労働省：「母子保健の現状」，（<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi>），2014. 11. 12 閲覧。
- 厚生労働省：「平成 24 年度地域保健・健康増進事業報告の概況」，（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/>） 2014. 11. 12 閲覧。
- 松本峰雄・小野澤昇：『はじめて学ぶ社会福祉』建帛社 2014。
- 日本子ども家庭総合研究所：「乳幼児健診システムに関する全国実態調査」，『平成 18 年度厚生労働省科学研究補助研究報告書』，東京，2006。
- 渡部信一他：『障害児保育』，北大路書房，2009。