

子どもの心身の健康問題を考える学会誌

育療

59
2016.5

■ 日本育療学会 第18回学術集会（上越大会）報告

- 大会報告
- 記念講演：病弱教育における個に応じた指導 —チーム力を生かした個別の指導計画の作成と活用—
笠原 芳隆 2
- パネルディスカッション：肢体不自由のある病気の子どもの卒後を見据えた教育とは
八島 猛 3

■ 投稿論文

- 原著論文
特別支援学校における看護師と養護教諭の医療的ケアの実態と連携
高野 政子 8
院内学級の類型化 —A県下における質問紙調査に基づく探索的検討—
長江 綾子 16
- 資料論文
長期療養児の支援のあり方に関する研究 —支援内容の類似点に着目して—
前馬 理恵 26
小児がんに罹患した児童生徒の復学における地元校の担任教師が行った支援に関する文献調査
永井 祐也・川内絵莉子・岡本 光代 34
大学の特別支援学校教員養成課程における病弱領域の「教育課程及び指導法に関する科目」の
講義内容に関する一考察 —教育現場で求められる専門性との関連—
赫多久美子・森山 貴史・日下奈緒美・新平 鎮博 44
肢体不自由生徒の高等学校入学および学校生活に関する課題や意識についての質的研究
—高校関係者へのインタビュー調査を通して—
高野 陽介・泉 真由子 53

■ 編集後記

日本育療学会 第18回学術集会（上越大会）報告

第18回日本育療学会学術集会が、平成26年8月30日（土）、31日（日）に新潟県上越市にて開催されました。記念講演、パネルディスカッションに加え口頭演題、ポスター発表が行なわれ、参加者は111名となりました。

日本育療学会 第18回学術集会（上越大会）会計報告書

【収入の部】

1. 収入明細

| | |
|-----------------------|--------------|
| 運営費 | 100,000 |
| 準備費 | 500,000 |
| 宿泊・懇親会・弁当代・参加費（振込分） | 1,056,020 |
| 宿泊・懇親会・弁当代・参加費（当日受取分） | 184,300 |
| 書籍販売費 | 5,000 |
| 雑収入 | 5,078 |
| 収入額 | 合計 1,850,398 |

【支出の部】

2. 支出明細

| | |
|--------------------|---------------|
| 講師交通費（宿泊費） | 175,000 |
| 抄録印刷費 | 152,290 |
| ホテル利用料 | 1,117,964 |
| ボランティア費用（バリアフリー費用） | 10,040 |
| その他雑費 | 986 |
| | 1,456,280 |
| | 準備費返却 500,000 |
| 支出額 | 1,956,280 |
| 差引額 | -119,381 |

（文責 笠原芳隆）

病弱教育における個に応じた指導

— チーム力を生かした個別の指導計画の作成と活用 —

上越教育大学大学院 笠原芳隆

病弱児は、病気による苦痛体験や家庭を離れての入院による非日常的な体験、通院や治療の繰り返しによる体験等により、心理的なストレスの増大、消極的な自己形成、人間関係上の不適応、自己肯定感の低下等さまざまな困難を抱える。

特別支援教育においては、障害のある子どもたちの抱える困難の改善・克服を目指した「自立活動」という領域が教育課程に位置づけられている。病弱児を対象とした病弱教育においても、一人一人の子どもたちが抱える病気による困難を、教育的な立場で改善・克服するために、自立活動の指導を充実させることは必要不可欠である。

自立活動を通して一人一人異なる困難に対応していくために、個別の指導計画をそのツールとして作成し、活用することが必要である。作成手順として①実態把握と実態解釈、②自立活動の課題(目標)の設定と構造化、③自立活動の課題を生かした各教科等の個別指導目標の設定等が挙げられる。それを受けて④単元や題材ごとの授業目標を設定して実際に授業を実施する。そして⑤その結果を評価し、⑥次の個別指導目標等にフィードバックする。④～⑥は個別の指導計画の活用である。

実態把握の方法としては、担任や教科担任等の行動観察、医療・福祉関係者、保護者、前籍校担任等からの情報収集、知能検査をはじめとする各種検査の実施等がある。自立活動の課題(目標)は、実態解釈に基づき、1年先を見据えた長期的な「中心課題」、中心課題達成のための短期的で具体的な「基礎課題」、3年ほど先(卒業時等)を見据えた「発展課題」を設定するなど構造化することで、より成果を上げることができると考える。また、個別の指導計画は担任や担当が一人で作成するのではなく、その子に関わる「ひと」がチームを組んで作成することでその精度が高まると考えられる。指導計画を立案する時点ですでにチー

ム・ティーチングは始まっていると言える。

自立活動は教育活動全体を通じて実施することになっている。例えば筋緊張があって自筆での書字が困難で、発音も不明瞭な子どもの場合、自分の考えを確実に相手に伝えるため、自立活動の時間に適切なVOCAを用いて表現できるよう練習し、それを生かして国語の時間に課題図書読後感想文を作成し、発表する活動を取り入れる。前者は自立活動の学習そのものであり、後者は自立活動を生かした国語という教科の学習である。結果として自立活動は教育活動全体にかかわることになる。

個別の指導計画やそれを生かした学習指導案に基づいて授業を実施したら、自立活動の課題や各教科等の個別目標が達成できたか、チームで具体的に評価する。評価結果、とくに達成できた点については、指導計画の修正や次の授業の設計に生かすだけでなく、子ども自身にフィードバックすることが重要である。このことによって子どもの自己肯定感が向上するであろうことは想像に難くない。

最後にまとめである。病弱児に自立活動を実施する場合、まずは子どもの実態を的確に把握する。その際、病気による困難だけでなく、持てる能力も把握することが重要である。また子ども自身の実態だけでなく、在宅か入院による療養か、それぞれの環境の中で何ができそうか等、子どもを取り巻く生活環境の情報も収集することが有用であろう。続いて実態把握とその解釈に基づき、個別の課題(目標)をできるだけ具体的に、評価規準・基準を考えながら設定する。そして目標達成に必要な指導・支援の方法を学ぶことも大切である。何より個別の指導計画をツールに、その子どもにかかわる「人」がチームで指導・支援することが重要で、そのために子どもの情報を関係者が共有しながら進めることを改めて提案する。

■ 第18回パネルディスカッションまとめ

肢体不自由のある病気の子どもの卒後を見据えた教育とは

パネリスト

宮城県立西多賀支援学校 齋藤 江美

国立病院機構青森病院 小関 敦

国立病院機構青森病院 山本 典子

日本筋ジストロフィー協会 櫻井 理

ナディアの会 宮腰 一樹

コーディネータ・司会

上越教育大学 八島 猛

コーディネータ・助言

上越教育大学 笠原 芳隆

I パネル・ディスカッションの主旨

上越教育大学 八島 猛

特別支援教育においては、個々の将来的なニーズを想定しながら、一貫した教育を行うことが求められている。したがって教育関係者は、対象となる子どもたちの卒業後の生活実態に関する情報が必要である。今回焦点を当てる肢体不自由のある病気の子どもの特性として、治療管理や生活規制があることはもとより、移動・運動面にも困難さがあることが推測される。このことは、卒後における余暇活動や就労など、社会参加を少なからず制約しているものと思われる。しかしながら、筋ジストロフィーや脳性麻痺のある方々の卒後の生活、特に在宅生活の実態に関する報告は少なく (Rahbek, Werge, Madsen, Marquardt, Steffensen, & Jeppesen, 2005; 多田羅勝義・福永秀敏・川井充, 2006)、当事者や保護者が感じている体験としての困難さや制約について、教育関係者が具体的な情報を得る機会はほとんどない。また、当事者や保護者の中には、そうした困難さや制約を克服するための手立てがあるものも多いと思われるが、そうした貴重な体験に基づく情報を得る機会も少ない。

そこで、今回のパネル・ディスカッションは、第1に当事者から在宅生活の実態に関する情報を得る機会とした。第2に当事者、そして教育、医療、福祉の分野で尽力している支援者から、それ

ぞれの立場で話題を提供してもらい、それに基づいて学齢期における肢体不自由のある病気の子もたちに対する支援内容・方法について検討することを目的とした。

II 教育の立場から

宮城県立西多賀支援学校教諭 齋藤 江美

<はじめに> 本校高等部の進路指導では、年に2回進路体験週間(各1週間程度)を設け、卒業後の自立した生活を目指した体験学習を行っている。その中の1つ、障害者が中心となって支援事業を行っている自立生活センターでの体験がきっかけとなり、外部機関や病院の医療福祉相談室等と繋がり、結果、病棟で療養介護を受けながら月2回の就労をすることが可能となった生徒について紹介する。

<支援目標の設定と支援の概要> 対象者は特別支援学校(病弱)に在籍している高等部3年生の筋ジストロフィー(ディシェンヌ型)の生徒であった。日常生活の観察および生育歴の情報収集に基づき、対象者に対する支援目標をコミュニケーション能力の向上と社会生活に必要とされる知識の獲得とした。また、行動観察の結果から、やりたいことがある場合でもそれに対して消極的な様子が見られたため、日常生活において小さな「できる」経験を蓄積すること、すなわち成功経験を充足させる支援を通して、自己肯定感を高めるこ

とを支援目標とした。対象者にとって必要となるコミュニケーション能力と社会生活に必要とされる知識については、個別の支援計画およびICF関連図を基に検討を重ねた。進路指導の授業では、卒業生から就労および生活体験を聞く機会を提供した。また、自立生活センターにて社会参加のための体験活動を実施した。放課後活動として、病院スタッフとの連携のもとに広告作成業務の就労体験を提供した。また、在宅就労中の同じ疾患のある卒業生との交流の機会を提供した。

＜結果と考察＞ 支援の結果、卒業後は入院生活を継続しつつ2回/月の頻度で仕事を継続して行っている。就労によって収入を得る喜びや社会貢献に対する自信が得られ、対象者の日常生活における行動は以前と比較して全般的に積極的になってきた。また対象者の就労の様子を観察している生徒から「卒業後は仕事がしたい」という発言がみられた。このことは、今回行われた支援が、在学中の生徒における就労意識を肯定的に変化させる効果があったことを示している。今後は、病棟で生活する利点（医療面のサポート、情報の共有、モデルの提示等）を生かした指導のあり方、対象者の病気の理解、障害の理解の程度を把握する方法および生徒自身の自己実現に対する支援方法について検討する必要があると考えられた。

Ⅲ 福祉の立場から

国立病院機構青森病院 小関 敦

＜はじめに＞ 私は、国立病院機構で児童指導員として勤務し、筋ジストロフィー児および重症心身障害児に対して日常生活全般に関わる支援を日頃より行っている。そのなかで、「肢体不自由のある病気の子どもの卒後を見据えた教育とは」というテーマの回答を求められれば、「生きる力を教えること」である、と答える。病院（または学校）という狭い社会から包括社会へ移ったとき、まずは包括社会のなかでどう生きていくかを考えるだろう。私の経験から、障害児が包括社会に出るとき、「壁」が存在する。その壁の名前は資本主義に内在する「効率性」や「競争」と呼ばれるものかもしれない。その壁を乗り越えやすく支援

するのが生きる力の教育であり、私はそれを他者と接続する力なのではないかと考えている。今回のパネル・ディスカッションでは他者と接続する力について、①国立病院機構における日常生活での他者との接続、および②元国立病院機構入院者（大山良子）が在宅生活に移行したときの他者との接続、以上の2つの視点から考えてみたい。

＜①国立病院機構における日常生活での他者との接続＞ 国立病院機構は長期療養型の入院施設であり、E.ゴッフマンがいう、閉鎖的で形式的に管理された「全制的施設」の性格を帯びる。そのため、病棟内でのコミュニケーション（人間関係）は、職員の持つ属性、つまり、医師であるか、看護師であるか、児童指導員であるかによって定式化されている。「何を聞かれたら、何と答えたらよい」というスクリプトが初めから決まっているのである。加えて、M.バフチンがいうように病院職員の声というのは「権威的なことば」として捉えられる。そのため、病棟生活での他者との接続は「受容と承認」という一義的に聞く行為から成り立つことが多い。つまり聞く行為の中に、応答に必要な「思考の問い直し（内省）」が少ない状況といえる。私達、児童指導員はそのことを前提とし、豊かな応答を引き出すようなコミュニケーションが必要と考えている。

＜②元国立病院機構入院者（大山良子）が在宅生活に移行したときの他者との接続＞ 大山さんは、30年間、国立病院機構に入院しその後在宅生活に移行した方である。「おうちにかえろう」（大山、2013）という手記をみると、彼女は在宅生活のなかで、「社会的役割がないこと」また「人の話を聞くことしかできないこと」に悩んでいた。しかし彼女は友人達の話で「色んなことを思って生きているのだ」と本を読む感覚で聞くことができた。彼女は在宅生活で悩むが、考え方を逆立ちさせれば、彼女は「聞くという社会的役割」を果たしていたといえる。つまり、彼女はいろいろな人の声を「聞くこと」で他者と接続していたといえよう。大山さんにとっての「聞くこと」は、病院のように受容と承認から成るものでなく、相手の声を「問い直し」をもって受容するものであ

た。その結果、近所（地域）のインフォーマルな支援を受け、以後の在宅生活の足場作りができた」と考察される。ただ、「問い直し（内省）」は、その副産物として、「落ち込み」といった人生観の崩壊をもたらすことがある。彼女の場合もそうである。しかし、私はこういった「落ち込み」は、次の「観」や「信念」の形成のための「学びほぐし」の過程として避けては通れない重要な出来事と考えている。

＜まとめ＞ ①および②より、肢体不自由児が他者と接続する力は、まず、内省しつつ聞くことができる力が土壌に必要なだと考えられる。病院のように狭い社会では、一義的に聞く行為で生活が成り立つかも知れない。しかし包括社会に出るならば、いろいろな人に対して状況に合った応答を求められていくことになる。そのためには、大山さんのように問い直しをもって相手の声を受容することが前提となるだろう。以上より、卒後において私が考える生きる力とは、問い直し（内省）しつつ聞くことによって他者と接続する力を萌芽とするものである。そしてその力を教育で育てていくべきものとする。包括社会で直面する「壁」を悪しきものとして破壊し乗り越えるのではなく、他者と接続し、他者の手助けを受けながら一緒に壁を通り抜ける通路（出口）を探していくような技法が必要であると思う。

IV 医療の立場から

上越地域医療センター病院 山本 典子
 ＜はじめに＞ 上越市の地域医療を担う病院で理学療法士として勤務しており、肢体不自由の子どもたちのリハビリテーションを担当している。当院では生後間もない乳幼児期から高齢者まで、幅広い年齢層を対象としているため、常に連続した人生の中の「今」という視点でリハビリテーションを考える必要性を感じている。今回は、学齢期の発達段階における支援の在り方に焦点を当てて意見を述べることにした。

＜学齢期特有の課題＞ 人生を連続体と捉え、各時期における課題を概観すると、次のようである。就学前期には生活習慣の安定化と初期の母子

分離が課題である。学齢期は新しい環境への適応、意思を伴う活動の実践、体力と精神力の鍛錬の時期である。卒後の青年期は獲得した機能、能力の維持、自主的な活動の実践、そして後期の母子分離が必要となる。その中で、学齢期特有の課題をもう少し詳しく見てみると、就学前期に比べて、自分でやることの意味が増してくる時期であることから、親や周囲からの「自立」を促す時期といえよう。また学習に取り組むこと、思い切り体を動かすことの両立が必要な時期でもある。肢体不自由の子どもたちの場合には、この時期に運動能力、体力のピークを迎える子どもが多いため、学習と運動とのバランスが重要である。そして、卒後の「自立」にむけて、自己に向き合い現実的な目標を設定する時期である。現実と向き合い、「やりたいこと」と「できること」を区別して、現実との折り合いをつけながら目標を設定する時期と考えられる。こうした課題を達成するために、私たちは、特別支援学校と連携し、教諭によるリハビリテーション場面の見学の機会の提供、医療情報の提供、リハビリテーションに関わる学習会の開催を行ってきた。その中で、学校現場において理学療法士のできることはたくさんあることに気づくとともに、現状の医療体制下における理学療法士による学校現場に対する支援の限界（時間的、金銭的）も認識することができた。

＜当事者への期待＞ 障害のある子どもをもつ家族にとって本当に必要なことは、自分たちの現状を把握し、必要な情報を入手し、社会の中で利用可能なものを自ら選択していけるようになることと思われる。専門機関にアドバイスを求めることも重要であるが最終的に自分にとって必要なものは当事者にしか知り得ないのではないだろうか。自己選択・自己決定の力を獲得し、自分自身が納得できる生き方ができることを願っている。疾患や障害の有無にかかわらず、子どもを大切に思う親の気持ちに変わりはない。学齢期において、私たちはそうした「親の気持ち」を持ち続けられるような支援を継続的に行っていく必要がある。

V 当事者の立場から①

日本筋ジストロフィー協会 櫻井 理
 <はじめに> 学齢期に育みたい力について、自分の生活経験に基づき紹介する。学生時代を振り返ると人間関係に恵まれ、周囲のサポートを受けながら、充実した毎日を過ごしていた。車いすに乗って生活するようになってからも、積極的にさまざまなことに取り組んできた。卒業後もパソコンを独学で学んだり、旅行やコンサートに出かけたりとアクティブに生活している。疾患の有無にかかわらず、共に学び、ふれあい、成長できる環境づくりを当事者と支援者との間で構築したい。

<学齢期に育みたい力> 私が考える育みたい力を3つ紹介する。第1にITを活用する力である。将来的な社会参加につながる可能性があると考えているので、しっかりとした支援体制と情報提供が必要である。第2に、コミュニケーション力である。円滑なコミュニケーションからすべてが始まると思われるので、この力を磨いていくことが重要である。支援者には、できない理由を見つけるのではなく、どうやったら目標を実現できるかという認識のもとに、共に考えるポジティブな支援を行ってほしい。第3に、セルフコントロールである。疾患のある者にとって自己管理は極めて重要である。体調の不安定さは目標設定をも妨害する。体調が不安定であると目標達成への努力を継続できず、それがストレスになることから、目標設定自体をあきらめるのである。個人の体調維持には個々によって異なる方法があると思う。私の場合は就寝前の排痰であった。この方法を見出すにあたり、家族の全面的な協力があつた。現在でも家族とともに日頃から体調を維持する方法を工夫している。体調の自己管理には体調チェックリストを作成し毎日記録している。人生の目標を持つことと体調管理には、循環関係があると思う。体調を維持する方法を見出すと精神的にも安定するし、目標を設定することもできる。目標があれば体調管理にも積極的になり、さらに生活行動をコントロールできるようになる。このような良い循環をつくることが重要であると考えている。

<今後の目標> 私は東日本大震災の経験に基づ

き、これまで多くのリスクマネジメント講演会活動を行い、その中で当事者間のネットワーク構築の必要性を強く感じた。そこで在宅療養中の筋・神経疾患の患者に交流の場を提供する団体「仙台西多賀 ENJOY LIFE STATION」を設立し、現在は代表として活動している。今後も地域に根差した活動に取り組むとともに、情報発信も継続していきたい。全身が動かなくてもできることはたくさんある。できることをできる範囲で、自然体に、人生を楽しむ姿勢を持ちながら、どんなことにもチャレンジし、アクティブ&アグレッシブに人生を歩んでいきたい。病気とともに、家族とともに、仲間とともに、地域と共に生きることができると社会を実現するために、これからも活動していきたい。

VI 当事者の立場から②

ナディアの会 宮腰 一樹

<はじめに> 養護学校（現在の特別支援学校）を卒業後、今回のシンポジウムのコーディネータである笠原先生と一緒に設立した余暇活動の会、「ナディアの会」の活動を紹介する。

<ナディアの会の活動> 「ナディアの会」は会員による会員のための余暇活動の会である。余暇活動として、これまでにいちご狩りやカラオケ大会、バーベキュー、ボーリング大会など月に1度の頻度で様々な活動を行ってきた。また、余暇活動のみならず福祉施設の見学や障害のある人を雇用している企業の見学、ジョブコーチを招いての講演会の開催など、在宅で生活している障害のある人のための卒後の学習会も開催してきた。活動開始当初は、施設利用のための予約や見学先との交渉はとても大変なことだと考えていた。それは、「ナディアの会」の会員になるまで、他の人と交渉するような経験が少なかったためであると思う。特に、福祉バスの利用申請やボランティアの手配のための交渉はとても苦痛だった。それでもこの会を継続して、こうした経験を繰り返すうちに、「自分たちだけでもやればできる」「運営することができる」という自信を持つことができた。

<まとめと今後の課題> 「ナディアの会」の経

験により交渉に対する苦手意識が低減し、自分から外出を楽しむことができるようになった。最近では、自分で福祉車両を予約してスポーツ観戦を楽しむようになった。今後もさまざまな良い経験を重ねていきたい。ナディアの会では、現在、参加者も増え、様々な障害がある全会員が楽しめる活動について、いつもみんなで話し合いながら活動内容を決めている。その一つとして、みんなで飛行機旅行をすることを目標に、旅行資金の積み立てをしている。こうした目標のために、大学の学園祭に出店し、資金を得るための努力もしている。一つの目標に向けて、会員全員が役割を分担し、会員みんなが良い経験を重ね、それを自信につなげてほしいと思う。

Ⅶ パネル・ディスカッションのまとめ

上越教育大学 八島 猛・笠原 芳隆

本パネル・ディスカッションの目的は、当事者から卒後の生活実態に関する情報を得るとともに、パネリストから提供された話題に則して、学齢期における肢体不自由のある病気の子どもに対する支援内容・方法について検討することであった。

各パネリストの話題を概観すると、立場の違いに関わらず、共通してコミュニケーションに関する内容が取り上げられていた。このことは、肢体不自由のある病気の方々の自己実現や生活上の目標達成において、他者との協働や他者からの支援が少なからず必要であり、適切な協働や支援を得るためには自分の意思を他者に適切に伝えるコミュニケーションの力が必要であることを示唆している。したがって、こうした子どもたちを対象とする学齢期における支援内容として、コミュニケーションに注目することは極めて重要であるといえる。

支援方法に関する内容として、小関氏は病院内における人間関係を例にして「権威的なことば」の存在を報告した。「権威的なことば」の存在は当事者の内省を制約し、自己実現の到達点や目標をゆがめる可能性を孕んでいる。支援者はこうしたリスクを認識したうえで、常日頃から双方向の

コミュニケーションに基づく支援を行う必要性が示唆された。櫻井氏が指摘しているように、支援者には「できない理由を見つけるのではなく、どうやったら目標を実現できるかという認識のもとに、共に考えるポジティブな支援」が求められているといえよう。また、宮腰氏は「交渉」、すなわちコミュニケーションに対する苦手意識が存在することと、そうした苦手意識は経験の蓄積によって低減される可能性を指摘した。これらのことは、支援者である我々が意図せずに当事者のコミュニケーションの機会を制約している可能性と、コミュニケーションの改善における経験の重要性に関する指摘であると考えられる。支援者は当事者のコミュニケーションの実態に応じて、過不足なく支援を行うとともに、コミュニケーションの機会を可能な限り保障する必要があると考えられた。齋藤氏と山本氏の報告は、本シンポジウムで検討された支援内容・方法を教育、医療の各現場において実践する際のモデルを示す知見であるといえよう。

文献

- 大山良子 (2013) おうちにかえろう。かんかん！看護師のためのwebマガジン, 医学書院. (<http://igskankan.com/article/2013/10/000825/>)
- Rahbek, J., Werge, B., Madsen, A., Marquardt, J., Steffensen, B., & Jeppesen, J. (2005). Adult life with duchenne muscular dystrophy: Observations among an emerging and unforeseen patient population. *Pediatric Rehabilitation*, 8 (1), 17-28.
- 多田羅勝義・福永秀敏・川井充 (2006) 国立病院機構における筋ジストロフィー医療の現状. *医療* 60 (2), 112-118.

特別支援学校における看護師と養護教諭の 医療的ケアの実態と連携

大分県立看護科学大学 高野政子

Abstract

This study was aimed to clarify the cooperation, implementation of medical care, and recognition of the role, of school nurses and nurses who work in special needs education schools. Participants were 39 nurses and 30 school nurses who work in special needs education schools. The experience of clinical nurses was in adult nursing more than childhood nursing, and they were part-time workers about 6 hours or less. The concerning of the roles of the school nurse and the clinical nurse, compared to the school nurses the nurse group alone conducted observation and judgment related activities during the implementation of medical care, and ongoing medical care. On the other hand, concerning the contact between teachers and parents, health care, and items related to adjustment, the school nurse group mainly carried out these activities. Although nurses were requested for specialized knowledge and technical support from teachers and school nurses, they had anxiety and confusion, because they didn't have sufficient pediatric nursing experience.

Key words : special needs school, medical care, nurse, school nurse

I. 緒言

近年、在宅生活の理念の広がりや、医学・医療技術の進歩等により、医療的ケアの必要な子どもの在宅療養が進み、地域の特別支援学校への就学ニーズが高まりをみせ、医療的ケアを必要とする児童生徒は増加傾向にある¹⁾。2004年10月20日付で文部科学省から「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取り扱いについて」通知が出され、特別支援学校への看護師配置が本格化された。2008年度の文部科学省特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査では、医療的ケアが必要な幼児児童生徒数は6622名で、延べ15375件の医療的ケアを必要としており、前年に比べ増加している。対象児の通う学校数580校のうち看護師配置校は393校、そこで働く看護師は893名である²⁾。全国の教育体制整備についてみると、医療的ケアの運営協議会の設置の有無や、医療的ケアに関わる教諭や看護師の研修が未実施の都道府県もある

ほか、医療的ケアの実施が「看護師のみの実施」「看護師と教諭の実施」など違いがある。全国の都道府県や市により取り組みには格差がある。また、看護師の配置を事業化している場合でも、「非常勤」や「委託」であり、固定した看護師が継続的に関わっていないことや、看護師の導入のために教諭配置を看護師に変更したことで、教諭と看護師の間に雇用に関する問題が生じている。教育現場に配置された看護師にとって、これまで学校保健の役割を担ってきた養護教諭との間の役割分担の明確化が必要という指摘もある³⁾。先行文献では、特別支援学校に勤務する看護師の活動状況や意識についての研究報告は散見するのみである。

本研究の目的は、特別支援学校に勤務する看護師と養護教諭の医療的ケアの実態の実態と、看護師と養護教諭それぞれがどのように役割を認識し、また連携しているのかを明らかにすることで

ある。医療的ケアの実施における看護師と養護教諭との連携の在り方、それぞれの専門性を発揮するための基礎資料とする。

操作的定義

「医療的ケア」とは、特別支援学校に在籍する医療的な配慮が必要な特定の児童生徒に行う日常的・応急の手当てのことをいう。具体的には、①咽頭より手前の痰の吸引、②経管栄養、③自己導尿の補助である⁴⁾。

II. 方法

調査期間および対象者

調査は、2009年7月から9月末に実施した。調査対象者は、2008年度文部科学省特別支援学校医療的ケア実施体制状況看護師配置等報告書から「看護師配置方法が委託ではなく、常勤か非常勤による」という条件を満たす九州・沖縄・中国地区で、文部科学省の特別支援教育に関する調査²⁾で、看護師配置有と記載していた県の教育委員会に直接電話で連絡をとり、看護師を配置している特別支援学校を紹介して頂いた。各学校長宛に調査の目的・概要などを説明した協力依頼文を郵送した。承諾書が得られた7県、46校に特別支援学校に勤務している看護師と養護教諭に各校2部ずつと看護師を複数配置していた3校に3部追加し合計95部を依頼文、質問紙と返信用封筒を郵送した。各自の郵送による返信を文書で依頼して回収した。

調査方法および調査内容

調査は、先行研究を参考に独自に作成した無記名の自記式質問紙法で実施した。調査内容は、看護師には、属性（年齢、看護師の経験年数、小児看護の経験年数、看護実践領域、勤務のきっかけ、勤務形態、勤務日数、勤務時間、担当学校数、医療的ケア実施人数、処置件数、養護教諭との連携）12項目、医療的ケアや健康管理に関する役割23項目、養護教諭との連携についての自由記述で合計36項目とした。養護教諭には、属性（年齢、養護教諭の経験年数、特別支援学校での勤務

年数、看護師免許の有無、医療的ケアの実施の有無、実施件数、医療的ケアの実施人数）7項目、医療的ケアの研修について2項目、医療的ケアや健康管理に関する役割23項目、看護師との連携についての自由記述で合計33項目とした。医療的ケアや健康管理に関する役割の認識については、「医療的ケア必要児の特別支援学校での健康支援を巡る役割に関する各職種の間関与度⁵⁾」を用いた。各質問に、「常に行う」「特別な場合に行う」「あまり行わない」「行わない」の4段階のリッカート法で回答を求め、4点から1点の得点化した。

統計的分析

データの分析では、対象者の属性を記述統計した後、看護師と養護教諭の医療的ケアや健康管理に関する役割の認識については、看護師群と養護教諭群の2群でt検定した。統計ソフトSPSS ver.17.0を用いた。有意水準は5%とした。

倫理的配慮

対象者には参加は自由意思であり、参加しなくても不利益を受けないこと、データは統計的処理を行うので個人や地域、施設が特定されることはないこと、結果は学会及び学会誌等に公表したいと考えているが、目的以外に使用することはないこと、返信により承諾されたと考えることなどを文書で説明した。本研究は、研究者が所属する大学の研究倫理安全委員会の審査で承認を得た（承認番号:368）。

III. 結果

1. 対象者の属性（表1）

今回の調査では7県、46校に看護師と養護教諭に各校2部ずつと看護師を複数配置していた3校に3部追加し合計95部を配布し、69部（回収率72.6%）の回答が得られた。回収したものは欠損が集計上問題ないと判断し、すべてを有効回答とした。対象者は、看護師が39名（56.5%）、養護教諭が30名（43.5%）であった。勤務体制は、養護教諭は全員常勤であったが、看護師は非常勤が38名（97.4%）で、常勤は1名（2.6%）のみであった。

表1 看護師と養護教諭の属性

| | 看護師(n=39) | | 養護教諭(n=30) | | |
|-------------|-----------|----|------------|----|------|
| | n | % | n | % | |
| 勤務体制 | 常勤 | 1 | 2.6 | 30 | 100 |
| | 非常勤 | 38 | 97.4 | 0 | 0 |
| 年齢 | 30歳以下 | 2 | 5.1 | 11 | 36.7 |
| | 31～40歳 | 13 | 33.3 | 4 | 13.3 |
| | 41～50歳 | 14 | 35.9 | 8 | 26.7 |
| | 51歳以上 | 9 | 23.1 | 7 | 23.3 |
| | 不明 | 1 | 2.6 | 0 | 0 |
| 経験年数 | 10年未満 | 9 | 23.1 | 11 | 36.7 |
| | 10～20年 | 17 | 43.6 | 5 | 16.7 |
| | 20～30年 | 7 | 18 | 8 | 26.7 |
| | 30年以上 | 6 | 15.4 | 6 | 20 |
| 看護師免許 | 有 | 39 | 100 | 16 | 53.3 |
| | 無 | 0 | 0 | 14 | 46.7 |
| 一日にケアする対象児数 | 0人 | 0 | 0 | 23 | 76.7 |
| | 1～3人 | 10 | 25.6 | 5 | 16.7 |
| 対象児数 | 4～5人 | 17 | 43.6 | 1 | 3.3 |
| | 6人以上 | 12 | 30.8 | 1 | 3.3 |
| | 合計 | 39 | 100 | 30 | 100 |

た。看護師の平均年齢は44.2±9.5歳(25～62歳)、養護教諭の平均年齢は40.3±12.4歳(22～58歳)、看護師の平均経験年数は17.8±10.2年(4年6ヶ月～40年)、養護教諭の平均経験年数は17.5±13年(5ヶ月～37年5ヶ月)であった。養護教諭で看護師免許を有する者は16名(53.3%)であった。また、養護教諭が医療的ケア研修に参加した経験では、参加有りが24名(80.0%)、参加無しは5名(16.7%)であった。研修会の主催は県教育委員会と学校内の企画であり、内容は主に医療的ケアの基礎知識等であった。一方、一日にケアする対象児数は看護師では「4～5人」が17名(43.6%)と最も多く、「6人以上」が12名(30.8%)、「1～3人」が10名(25.6%)であった。養護教諭は「医療的ケアを実施していない」が23名(76.7%)と多く、「1～3人」が5名(16.7%)、「4人以上」が2名(6.6%)であった。

2. 看護師の勤務状況(表2)

看護師の過去の臨床看護実践の領域については、複数回答とした。その結果、成人内科系26名(28.3%)が最も多く、成人外科系23名(25.0%)。その他16名(17.4%)で、内訳は手術室や救急部、産婦人科、放射線科などの経験であり、半数以上の看護師は過去に小児看護を経験していないことが明らかとなった。また、小児病棟15名(16.3%)、小児外来6名(6.5%)、療育施設6名(6.5%)などであった。特別支援学校に勤務しようと思ったきっかけは、「勤務時間の都合」13名(33.3%)が最も多かった。次に「知人の紹介」10名(25.6%)、

表2 看護師の勤務状況(n=39)

| | n | % | |
|----------------|---------|----|-------|
| 看護経験 (複数回答) | 成人内科系 | 26 | 28.3 |
| | 成人外科系 | 23 | 25.0 |
| | 小児病棟 | 15 | 16.3 |
| | 小児外来 | 6 | 6.5 |
| | 療育施設 | 6 | 6.5 |
| | その他 | 16 | 17.4 |
| きっかけ | 勤務時間の都合 | 13 | 33.3 |
| | 知人紹介 | 10 | 25.6 |
| | 興味 | 6 | 15.4 |
| | 自宅に近い | 1 | 2.6 |
| | その他 | 5 | 12.8 |
| | 不明 | 4 | 10.3 |
| 勤務時間 | 6時間 | 24 | 61.5 |
| | 4時間 | 7 | 18.0 |
| | 5時間 | 3 | 7.7 |
| | 7時間 | 3 | 7.7 |
| | 8時間 | 1 | 2.6 |
| | 不明 | 1 | 2.6 |
| 担当学校数 | 1校 | 36 | 92.3 |
| | 2校 | 3 | 7.7 |
| | 合計 | 39 | 100.0 |

「興味」6名(15.4%)で、その他のきっかけでは「子どもが好きだから」、「ゆっくり子どもと関わる仕事をしたかったから」など回答されていた。勤務時間は、6時間24名(61.5%)が最も多く、4時間7名(18%)、5時間3名(7.7%)、7時間3名(7.7%)、8時間1名(2.6%)であった。担当学校数は1校担当するのが36名(92.3%)で、2校担当する3名(7.7%)もいた。

3. 看護師が1日に行う医療的ケアの内容(表3)

看護師が1日に行う医療的ケアについては、全体数を39名とした割合を算出した。吸引「4回以上」が15名(39.5%)と最も多く、「3回」9名(23.9%)、「1回」6名(15.8%)、「2回」5名(13.2%)で合計92.4%であった。また、経管栄養は「2回」が12名(30.8%)、「4回以上」11名(28.2%)、「3回」9名(23.1%)など合計92.1%であった。酸素療法も「実施なし」30人(76.9%)で、「1回」7名(18.0%)であった。吸入は「1回」15名(38.5%)が最も多く、「実施なし」14名(36.0%)であった。また、気管切開児の管理では「実施なし」17名(43.6%)で、「1回」7名(18.0%)、「3回」6名(15.4%)、「2回」6名(15.4%)で合計48.8%が実施経験ありであった。気管カニューレ「2回」1名、経鼻咽頭エアウェイ「1回」1名で、人工呼吸管理も6名が実施していた。その他の導尿は

「実施なし」31名(79.5%)であった。

4. 看護師と養護教諭の医療的ケアや健康管理に関する役割の認識(表4)

看護師と養護教諭に毎日の業務の中で医療的ケアや健康管理23項目の質問について、実施状況を

4段階で回答を得た。看護師群と養護教諭群の2群についてt検定を実施した。この2群間で統計的に有意差を認めたのは次の15項目であった。「日常の医療的ケアを実施する」(看護師 $3.90 \pm 0.38 >$ 養護教諭 1.33 ± 0.76 (以下同じ))、「準備や後片付けを実施する」($3.82 \pm 0.51 > 1.62 \pm 1.02$)、「ケアに

表3 看護師が1日に行う医療的ケアの内容(n=39)

| | 0回 | | 1回 | | 2回 | | 3回 | | 4回以上 | | 合計 | |
|-----------|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|------|-----|----|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 吸引 | 3 | 7.9 | 6 | 16 | 5 | 13 | 9 | 24 | 15 | 40 | 38 | 100※ |
| 経管栄養 | 1 | 2.6 | 6 | 15 | 12 | 31 | 9 | 23 | 11 | 28 | 39 | 100 |
| 導尿 | 31 | 80 | 3 | 7.7 | 3 | 7.7 | 1 | 2.6 | 1 | 2.6 | 39 | 100 |
| 酸素療法 | 30 | 77 | 7 | 18 | 1 | 2.6 | 1 | 2.6 | 0 | 0 | 39 | 100 |
| 吸入 | 14 | 36 | 15 | 39 | 5 | 13 | 2 | 5.1 | 3 | 7.7 | 39 | 100 |
| 気管切開管理 | 17 | 44 | 7 | 18 | 6 | 15 | 6 | 15 | 3 | 7.7 | 39 | 100 |
| 気管カニューレ | 38 | 97 | 0 | 0 | 1 | 2.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 39 | 100 |
| 経鼻咽頭エアウェイ | 38 | 97 | 1 | 2.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 39 | 100 |
| 人工呼吸管理 | 33 | 85 | 6 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 39 | 100 |

(※吸引のみ1名無回答)

表4 医療的ケア・健康管理に関する役割の認知(n=69)

| 質問項目 | 看護師(n=39) | | 養護教諭(n=30) | | t検定 |
|---------------------------------|-----------|--------|------------|--------|------|
| | 平均 | SD | 平均 | SD | |
| Q1 日常の健康状態を観察する | 3.95 | ± 0.32 | 4.00 | ± 0.00 | n.s. |
| Q2 日常の健康管理面での対応を判断する | 3.56 | ± 0.68 | 3.64 | ± 0.68 | n.s. |
| Q3 日常の医療的ケアのタイミングの判断 | 3.69 | ± 0.66 | 2.13 | ± 1.01 | ** |
| Q4 日常の医療的ケアの実施 | 3.90 | ± 0.38 | 1.33 | ± 0.76 | ** |
| Q5 医療的ケア実施中の健康状態の観察 | 3.95 | ± 0.32 | 2.30 | ± 1.12 | ** |
| Q6 準備や後片付けの実施 | 3.82 | ± 0.51 | 1.62 | ± 1.02 | ** |
| Q7 ケアに伴う不安や不快感への援助 | 3.67 | ± 0.53 | 2.17 | ± 1.09 | ** |
| Q8 医療的ケア実施中のトラブル対応の判断 | 3.72 | ± 0.51 | 2.52 | ± 1.06 | ** |
| Q9 緊急時の医療的ケアの実施 | 3.50 | ± 0.60 | 1.93 | ± 1.05 | ** |
| Q10 緊急時の対応についての判断 | 3.47 | ± 0.65 | 2.77 | ± 1.10 | * |
| Q11 発達や健康面を考慮した生活援助や指導を児に行う | 2.51 | ± 0.89 | 2.76 | ± 0.91 | n.s. |
| Q12 医療的ケアの方法の工夫や改善の提案 | 3.31 | ± 0.66 | 2.59 | ± 1.09 | * |
| Q13 医療的ケアについて情報提供や助言を保護者や職員に行う | 3.34 | ± 0.63 | 2.69 | ± 1.00 | * |
| Q14 健康管理全般について情報提供・助言を保護者や職員に行う | 2.95 | ± 0.79 | 3.28 | ± 0.84 | n.s. |
| Q15 医療的ケアについて保護者と学校間の連絡・調整を行う | 2.72 | ± 1.03 | 2.96 | ± 0.96 | n.s. |
| Q16 健康管理全般について保護者と学校間の連絡・調整 | 2.18 | ± 1.09 | 3.18 | ± 0.86 | ** |
| Q17 健康管理をめぐる学校の職員間の連絡・調整 | 2.13 | ± 1.04 | 3.38 | ± 0.90 | ** |
| Q18 医療機関(学校医含)と学校間の連絡・調整 | 2.18 | ± 0.90 | 3.20 | ± 0.93 | ** |
| Q19 学校内の医療的ケアを必要とする児について全体を把握する | 3.74 | ± 0.60 | 3.76 | ± 0.64 | n.s. |
| Q20 医療的ケアの物品の管理やメンテナンス | 3.36 | ± 0.99 | 2.33 | ± 1.18 | ** |
| Q21 学校における医療的ケアの研修や体制の整備 | 2.21 | ± 0.94 | 2.80 | ± 1.32 | * |
| Q22 学校における医療的ケアの関係書類を整理しまとめる | 3.08 | ± 1.09 | 2.87 | ± 1.25 | n.s. |
| Q23 学校における医療的ケアの話し合いを企画し取りまとめる | 2.13 | ± 0.91 | 2.37 | ± 1.25 | n.s. |

t検定 **p<0.001 *p<0.05

伴う不安や不快感への援助を行う」(3.67±0.53>2.17±1.09)、「緊急時の医療的ケアを実施する」(3.50±0.60>1.93±1.05)、「医療的ケアの物品の管理やメンテナンスを行う」(3.36±0.99>2.33±1.18)の5項目(p<0.001)と、医療的ケアの方法や改善の提案」(3.31±0.66>2.59±1.09)、「医療的ケアについて情報提供や助言を保護者や職員に行う」(3.34±0.63>2.69±1.00)でも2群間に有意差(p<0.05)を認めた。すなわち、医療的ケアの実施に関する7項目において、看護師群が養護教諭群より役割として認識していた。また、「日常の医療的ケアのタイミングを判断する」(3.69±0.66>2.13±1.01)、「医療的ケア実施中の健康状態を観察する」(3.95±0.32>2.30±1.12)、「医療的ケア実施中のトラブル対応を判断する」(3.72±0.51>2.52±1.06)など医療的ケア実施中の観察や判断に関する4項目で看護師群が養護教諭群よりも実施していると認識していた(p<0.001)。一方、「健康管理全般について保護者と学校間の連絡・調整を行う」(看護師2.18±1.09<養護教諭3.18±0.86(以下同じ)、「健康管理をめぐる学校の職

員間の連絡・調整を行う」(2.13±1.04<3.38±0.90)、「医療機関と学校間の連絡・調整を行う」(2.18±0.90<3.20±0.93)など健康管理や保護者・職員間の連絡、調整に関する3項目(p<0.001)と、「学校における医療的ケアの研修や体制整備」(2.21±0.94<2.80±1.32)で、養護教諭群が看護師群よりも役割と認識していた(p<0.05)。

5. 看護師と養護教諭との連携に関する意見(表5)

看護師と養護教諭との連携について、自由記述で意見を求めた結果、43件が得られた。自由記述は具体的な記載内容を類似性で分類してカテゴリー分類して分析した。その結果、「情報交換・情報共有」は27件で最多で、情報交換の頻度14件や場所11件、内容5件であった。情報交換は児童や生徒が登校時に行う健康観察を両者で共に行い、業務日誌で情報を共有していることや、お互いの専門分野の知識の助言などを行っていることであった。また、「連絡・相談」16件の内容は、医療的ケアで気になることやケアの内容などを相

表5 養護教諭との連携に関する自由記述(n=45件)

| カテゴリー | サブカテゴリー | コード(記述内容) |
|---------------|-----------------|---|
| 情報交換・情報共有(27) | 情報交換の頻度(14) | 常にコミュニケーションをとり対象児の情報交換をこまめにしている(5) 異常、変と思ったとき情報共有し、お互い注意し観察を行っている 毎日登校時の健康観察、対象児に関して情報交換を行っている(4) 登校時の健康観察後と一緒にいき、退勤時にも報告している(2) 毎日の執務日誌 月1回の保健室ミーティングの実施している 月に2回会議で話し合っている |
| | 情報交換の場所(11) | 看護師の詰所(待機場所)は保健室で、口頭・文書・メール・電話交換や会話の中で情報交換をしている(9) 毎朝、児童登校時に養護教諭が来れないときは報告を保健室まで行って実施する。自分から行かないと情報を得られない時があり、連携の難しさを感じる 保健室とケアを行う場(待機場所)が遠いためコミュニケーション不足になりやすい |
| | 情報交換の内容(5) | 毎日生徒の健康状況やケアの内容、困った事などを話し合う(2) 適宜生徒の状態報告を行っている。必要時、対象児の健康状態、医療的ケア実施の際の注意点等を話し合う(2) 保護者や教員から情報を得た場合や児童・生徒の体調の変化等は常に報告している |
| 報告・連絡・相談(16) | 双方の助言(1) | 情報の共有し、看護師と養護教諭のお互いの分野での助言などを行う |
| | 相談の内容(8) | 医療的ケアの処置の中で気になることや気づいたことは相談する(5) 登校時、バイタルサイン、SpO2の変化を報告。分からないことは相談する すべてのことを報告し合い、問題あれば解決するようにする。ミーティングを開き、関係者で共通理解する(2) |
| | 問題・変化がある都度相談(5) | 登校時の健康観察後にケアについてや気になることについて話し合う。途中変化があった場合は相談し合ったり確認し合う(5) |
| | 報告の内容(3) | 医療的ケアの対象児の観察した点や、親からの申し送り内容は報告している。 毎朝、健康観察後、適宜報告し合う(2) |
| 協働(2) | 処置の手伝い | 処置が重なったときなど出来ることは手伝ってもらう |
| | 担任と養護教諭協働 | 主に担任と養護教諭の共働で実施してもらう。経過および保護者への連絡等担任、養護教諭の協力をもらう |

談し、親からの申し送りも報告しあっていた。一方、2者間の連携を困難にする状況として、看護師の待機場所のことで、保健室とは別室で待機する部屋が遠いことで情報が得られない、情報交換をしにくいという意見が記述されていた。

IV. 考察

1. 特別支援学校における看護師の勤務状況

厚生労働省の報告書によると、特別支援学校における医療的ケアの実施体制は全国的に整備されつつある。しかし、大部分の看護師は非常勤のパート勤務が現状であり、非常勤の立場では、十分な時間や予算が確保できずに研修が受けられない⁵⁾と指摘されている。今回の調査では9割の看護師が非常勤であった。また、養護教諭の8割が、医療的ケアの研修に参加した経験があるが、医療的ケアを実施していると回答した養護教諭は2割強であった。また、養護教諭の5割強が看護師の資格免許を有するが、医療的ケアの実施している割合は少ないことが明らかになった。医療的ケアの実施は看護師の役割であり、養護教諭の役割は医療的ケアの学内研修会の企画や調整という認識であった。看護師は医療的ケアの研修に参加することで医療的ケアについて理解を深めることができていると考える。また、特別支援学校に勤務する看護師の臨床経験は、成人看護領域が小児看護領域よりも多く、看護師は病院等での臨床経験を有するが、小児看護の経験や、重症心身障がい児に接する機会がなかったり、医療的ケアを行ったことがない看護師も多数いる⁶⁾という指摘と同様の結果であった。また、勤務するきっかけは「勤務時間の都合」が最多であった。勤務時間は6時間が最も多く、児童生徒の学校にいる時間帯に合わせて勤務して医療的ケアを実施していた。医療的ケアが必要な児童・生徒は重症化しており、医療的ケアだけではなく、痙攣や急変時の対応などを行う必要がある。「勤務時間の都合」が理由で特別支援学校に勤務し始めた看護師が学校で期待される職務の特徴の理解に乏しい場合、校内に医師がいない看護師一人配置が多い体制に戸惑いや不安があることが考えられる。

2. 特別支援学校で看護師が1日に行う医療的ケアの内容

看護師が実施している医療的ケアの内容で最も多かった項目は吸引であった。重症心身障がい児は、排痰に必要な深い吸気や胸郭・横隔膜の強い収縮ができないために、痰が肺や気管に貯留しやすいため、吸引は数時間おきに必要である⁷⁾。気管切開児の管理も約5割が経験し、人工呼吸器の管理も実施していた。また、経管栄養も同様に9割を超えて実施していた。導尿は約2割ということが明らかとなった。吸引や経管栄養、導尿は養護教諭や教諭に推奨されている医療的ケアであるが、今回の調査で、医療的ケアとして実施している養護教諭は2割であった。限られた時間の中で、非常勤の看護師のみが医療的ケアを実施するには限度がある。このような現状で医療的ケアを必要とする児童生徒を受け入れるのであれば、養護教諭や教諭にも医療的ケアに積極的に取り組む必要がある。

特別支援学校の看護師が常勤ではないことや少人数での配置は厳しい現状が伺えるが、子どもと保護者の医療的ケアのニーズに対応し、教職員の理解を促すための学内研修会の企画などに協力し、養護教諭とともに特別支援学校における医療的ケアが浸透するように協働することが必要と考える。

3. 看護師と養護教諭の医療的ケアに関する役割の認識

医療的ケアに関する役割では、看護師が養護教諭よりも直接的な医療的ケアを実施するという認識であった。また、健康管理全般や、保護者・学校間・職員間の連絡調整等は養護教諭が実施するという認識であることが明らかになった。すなわち、看護師と養護教諭の連携には、医療的ケアに関する包括的な役割を看護師が主に行い、養護教諭が学校保健全体のコーディネーターを担っていくことが、それぞれの専門性を発揮できる職務である⁸⁾。今回の調査でも、看護師はケアの実践者、養護教諭は学校全体の健康管理に関する連絡等の役割を、連携を取りながら実施していた。また、

特別支援学校での看護師の役割として、医療的ケアの実施のほか、子どもの状態の観察、保護者の状態把握、担任教師や養護教諭などへの医学的知識や技術への支援が求められていた。養護教諭の自由記述に「看護師に専門性を高める研修を受けてほしい」という意見があり、看護師は医療的ケアの知識や技術の提供等に関する事項への他職種から期待されていると考えられる。一方で、「看護師は教えるプロではないので、教諭への指導は外部の講師が実施した方がよい」という意見を持っている看護師もいた。特別支援学校への看護師導入において、看護師は医療的ケアに対する教諭への指導・相談役割、医師との連絡調整役割を果たすことが期待されている⁹⁾。しかし、看護師が自身の役割について十分認識していないこと、非常勤であるため看護師が児童生徒の滞在時間に合わせて勤務していないことや、教諭・養護教諭に対してもサポートできないことなど、勤務時間内に医療的ケアを実践することのみを看護師の役割と認識していると考えられた。2004年の通知以降、看護師導入により医療的ケアの推進が図られてきている。近年では医療的ケアが必要な子どもの通う特別支援学校の看護師数は1450人と増加しており¹⁰⁾、今後の医療的ケアの推進が期待できる。

4. 看護師と養護教諭との連携と看護師への役割期待

看護師が考える養護教諭との連携に関する意見の中で、共通理解の項目で最多の項目は「情報交換」であった。看護師が養護教諭と同室にいる場合は、口頭で情報交換を行う場合が多かった。また、話し合いや連絡・相談の機会を設定し、共通理解をはかっている看護師もいた。学校という教育現場で、教育職と医療職が協働することとは、互いの情報交換や情報共有は不可欠なことである。看護師と養護教諭が保健室で同席している場合は連携がよく取れていると答えた。一方、看護師の待機場所が養護教諭のいる保健室と別室である場合は、「自分から行かないと情報を得られない時があり、連携の難しさを感じる時がある。」

等の連携のとりにくさを記述していた。看護師と養護教諭の両者が学校現場でそれぞれの専門性を発揮しながら連携することは、児童生徒により良い学校環境を提供するために重要である。本調査で、看護師と養護教諭の両方の自由記述に、特別支援学校の中で教諭は教育者としての知識は豊富であるが、医療的ケアについては知識や経験が乏しいという意見が記述されていた。特別支援学校の教諭や養護教諭は、看護師配置により医療的ケアに安心感が生まれ、子どもに心理的に親から自立（母子分離）にしたことや授業にも落ち着きが見られるなど良い効果が報告されている¹¹⁾。今後は、特別支援学校で勤務する看護師には、緊急時の対応などがよりスムーズに実施できる支援や、教諭や養護教諭と協働することで、教諭が医療的ケアを実施できるよう指導する能力も期待されている。

V. 結語

今回、特別支援学校に勤務する看護師と養護教諭の医療的ケアの実施における看護師と養護教諭の役割認識と、その連携について明らかにすることができた。特別支援学校で行う医療的ケアでは、看護師はほとんどが吸引や経管栄養を実施していたが、導尿は2割と少なかった。一方、看護師の9割が非常勤であり、労働条件の改善が課題である。また、医療的ケアや健康管理に関する役割の認知では、看護師は医療的ケアに関する事項で実施しているという認知が高く、養護教諭は、健康管理全般や保護者・学校間・職員間の連絡調整に関する事項で高かった。看護師と養護教諭の連携に関しては、両者の待機場所が保健室である場合、情報交換や情報共有等を密に実施できていたが、別室である場合は連携の困難を感じていた。特別支援学校に通学する学童や生徒の重症化に伴い、益々医療的ケアに係る職種間の相互理解と協働が重要と考える。

引用文献

- 1) 古川勝也(2004) 盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等に医学的・法律学的整理に関するとりまとめ(概

- 要), 養護学校の教育と展望, 135, 48-51.
- 2) 文部科学省スポーツ・青少年局 (2009) 平成20年度特別支援学校に関する調査 (医療的ケア実施体制、訪問教育実施状況調査) 結果について.
 - 3) 津島ひろ江 (2006) 医療的ケアのチームアプローチと養護教諭のコーディネーション, 学校保健研究, 48, 413-421.
 - 4) 横田雅史 (2007) 小児看護事典, 日本小児学会監修・編集, へるす出版, 東京, 604-606.
 - 5) 丸山有希, 村田恵子 (2006) 養護学校における医療的ケア必要児の健康支援を巡る多職種間の役割と協働-看護師・養護教諭・一般職員の役割に関する現実認知と理想認知-, 小児保健研究, 65, 255-264.
 - 6) 勝田仁美 (2006) 養護学校において医療的ケアを実施する看護師の課題, 学校保健研究, 48, 405-412.
 - 7) 日本小児看護学会 特別支援学校において医療的ケアを実施する看護師の機能と専門性の明確化プロジェクト (2008) 特別支援学校看護師のためのガイドライン, jschn.umin.ac.jp/files/kensyuukaiannai080922.pdf
 - 8) 池田友美, 郷間英世, 永井利三郎ほか (2009) 肢体不自由養護学校における看護師と養護教諭の役割に関する調査, 小児保健研究, 68, 74-80.
 - 9) 萩原貴子, 高田谷久美子 (2003) 医療的ケアを常時必要とする児が教育を受けていく上で期待される看護師の役割—A養護学校での事例を通して—, 山梨大学看護学会誌, 2 (1), 43-48.
 - 10) 文部科学省スポーツ・青少年局 (2014) 平成26年度特別支援学校に関する調査 (医療的ケア実施体制、訪問教育実施状況調査) 結果について.
 - 11) 村尾まさみ, 中村静代, 五嶋豊美ほか (2007) 特別支援学校への病棟看護師の配置における効果と課題, 第38回日本看護学会抄録集-小児看護-, 88.

院内学級の類型化

— A県下における質問紙調査に基づく探索的検討 —

広島大学大学院教育学研究科 長 江 綾 子

本研究の目的は、院内学級における特徴について、特に病院規模と教師の専門性の観点から明らかにすることである。A県内の院内学級12学級を対象とした質問紙調査の結果、院内学級担当教員は約半数が1年目であった。また、クラス分析の結果、院内学級は4群に分かれた。これら4群の特性としては、学校種、病院規模、入院期間、子どもの支援ニーズ、によって違いがあることが示唆された。一方で、病状等を配慮する、子どもの話をよく聞くという対応については、どの院内学級も高い得点であり、共通して重要とされていることが示された。また、就学手続きはどの院内学級でも同じであるはずだが、院内学級によって課題意識に差があることも明らかになった。

キーワード：院内学級・類型化・教師の専門性

目的

病気療養児の教育においては、入院中の子どもの生活の質（Quality of Life）向上の意識や子どもの学習権保障の意識高揚の流れを受けた「病気療養児の教育について（通知）」¹⁾が出されて以来、従来は入院中という理由のもと教育的支援を受けないままになっていた子どもたちへの学校教育の必要性が公に認められた。

病気療養児の教育の特徴と現況

病気療養児の教育では、病院との連携や行動規制、入院ストレスへの配慮等、通常学級とは異なる指導上の配慮が必要とされている^{2) 3) 4)}。学習内容や教育方法も病状や治療内容、地域の学校の進捗など個別の事情に合わせて決定され、ひとりひとりのニーズに柔軟に対応することが強く求められている、という指摘もある⁵⁾。加えて、近年、病気療養児の疾患は、心身症や小児がんなどの悪性新生物が増加するとともに、病気の種類が非常に多様化してきており⁶⁾、入院期間は短期化し、同じ病気での入院回数は頻回化してきている⁷⁾。そのため、このような病気療養児の取り巻く環境の変化に対応した教育のあり方を検討し、病気療

養児の教育の一層の改善と充実を図ることが求められている⁸⁾。しかし、病気療養児の教育（病弱・身体虚弱教育）そのものは歴史の浅いものではないにもかかわらず、対象の敏感さ、プライバシーの問題等もあり、先行研究は少ない分野である。そのため、現場では、病気療養児に対してとにかくできるだけのことをするという手探り状態の努力が展開されている。このような現状をふまえ、院内学級は個別性の高さをもつという性質はあるが、大枠として院内学級の特徴を把握することは、病気療養児に対する支援方法や教師の専門性（教員研修）を考える上で必要である。では、院内学級の特徴に影響を与える要因としてはどのようなものがあるだろうか。以下、2つの視点から考える。

①医療：設置病院

ここで、院内学級の特徴に影響を与えるものとして院内学級の設置病院という医療環境が考えられる。西牧・滝川は、院内学級の在籍者は大学病院や子ども病院など大病院にある院内学級と地方基幹病院にある院内学級ではその様相を異にしているとし、前者では年間を通じて在籍者が多く、

後者は在籍者が激減していると述べている⁹⁾。そして、西牧・滝川はこの理由として、小児科医不足と専門医の偏り、地方基幹病院における不採算部門の閉鎖、病院の統廃合、医療の高度化による受け入れ可能な病院の都市部への偏在などが考えられ、小児医療のかかえる構造的な問題と関連していると述べている⁹⁾。しかし、大病院と地方基幹病院という違いの性質が院内学級の教育活動に影響しているということは、実証的に示されているわけではない。また、これに関する先行研究については、津島が大病院の様子として、疾患の中で最も多くみられるのは悪性新生物であるという傾向を示しているものの¹⁰⁾、地方基幹病院との違いについてはふれられていない。このように、病院規模は院内学級の存続や学習の継続性に影響していることが考えられるが、その実態がどうなのかは明らかにされていない。

②教育：教師の専門性

次に、院内学級の特徴に影響を与えるものとしては、院内学級担当教員の専門性が考えられる。武田・笠原によると、院内学級担当教師の約7割は院内学級経験年数が3年未満であり、経験の浅い教師が多いことが明らかにされている¹¹⁾。このように、院内学級の担当教師の専門性に関しては、手探り状態から脱することができない可能性が考えられるが、これについても実証的に示されているわけではない。

そこで、本研究では、A県下の院内学級に行った質問紙調査から、院内学級における特徴の実態について、特に病院規模と教師の専門性の観点から明らかにすることを目的とする。

質問紙調査

方法

1) 対象の概要：A県内の病弱・身体虚弱特別支援学級は、200X年5月1日現在で、学級数は25学級（小学校18学級、中学校7学級）であった。このうち、A県内の病院内にある院内学級は、把握し得る限りで小学校9学級、中学校7学級であり、この計16学級を調査の対象として質問紙調査を行った。

2) 時期：200X年11月～12月であった。

3) 手続き：13学級については郵送法による質問紙調査を実施した。残りの3学級については、同時期に面接調査を実施したため、その場で記入してもらい回収する形をとった。回収率は、16校中12校で75%であった。

4) 質問紙調査内容（表3参照）：質問紙の調査内容は、(i) 院内学級の概要（院内学級設置年・学級規模・児童生徒数・院内学級担当教員数）、(ii) 院内学級担当教員について（教員経験年数・院内学級担当教員経験年数・現在の院内学級以外の院内学級担当経験年数・病弱教育に関する学習）、(iii) 院内学級の教育内容の重点に関すること、(iv) 教育上の配慮の重点に関すること、(v) 入院児への対応に関すること、(vi) 院内学級担当教員の専門性に関すること、(vii) 院内学級経営上の課題に関すること、の構成とした。(i)と(ii)については該当する数字を記入する形式をとり（一部自由記述）、(iii)～(vii)については「5：とてもそう思う」から「1：まったくそう思わない」の5件法で回答を求めた。

5) 分析方法：質問紙調査内容の、(i) 院内学級の概要のうち児童生徒数・教員数の項目と、(iii) 院内学級の教育内容の重点に関すること、(iv) 教育上の配慮の重点に関すること、(v) 入院児への対応に関すること、(vi) 院内学級担当教員の専門性に関すること、(vii) 院内学級経営上の課題に関することの質問項目に関して、12の院内学級間のユークリッド距離を求め、Ward法によるクラスタ分析を行った。

また、質問内容の一貫性の観点から信頼性を検討するため、質問内容ごと（iii～vii） α 係数を算出した。

結果

1) 院内学級の概要

(i) 院内学級の概要に関する結果を表1に示す。

調査対象の院内学級の設置年度については、半数以上が1990年代に入ってからからの設置であった。また、中学校の院内学級設置年度はすべてが

表1 院内学級の概要

| | | | |
|-----------|--------|----------|----------------|
| 院内学級設置年 | 1970年代 | 17%(2校) | (小学校:2校・中学校0校) |
| | 1980年代 | 8%(1校) | (小学校:1校・中学校0校) |
| | 1990年代 | 58%(7校) | (小学校:2校・中学校5校) |
| | 未記入 | 17%(2校) | (小学校:1校・中学校1校) |
| 学級規模 | 学級数 | すべて1学級 | |
| 病院規模 | 大病院 | 17%(2校) | (小学校:1校・中学校1校) |
| | 地方基幹病院 | 83%(10校) | (小学校:5校・中学校5校) |
| 児童生徒数 | 0名 | 25%(3校) | (小学校:1校・中学校2校) |
| | 1名 | 50%(6校) | (小学校:4校・中学校3校) |
| | 2名 | 8.3%(1校) | (小学校:1校・中学校0校) |
| | 6名 | 8.3%(1校) | (小学校:1校・中学校0校) |
| | 7名 | 8.3%(1校) | (小学校:0校・中学校1校) |
| 院内学級担当教員数 | 1名 | 83%(10校) | (小学校:5校・中学校5校) |
| | 2名 | 17%(2校) | (小学校:1校・中学校1校) |

表2 院内学級担当教員について

| | | | |
|--------------------|--------|---------|---------------------|
| 教員経験年数 | 1～9年 | 7%(1名) | (中学校1名)(2年目) |
| | 10～19年 | 21%(3名) | (中学校3名) |
| | 20～29年 | 43%(6名) | (小学校4名・中学校1名) |
| | 30年以上 | 29%(4名) | (小学校2名・中学校2名) |
| 院内学級担当年数 | 1年目 | 50%(7名) | (小学校3名・中学校3名) |
| | 2～5年目 | 29%(4名) | (小学校1名・中学校3名) |
| | 6～10年目 | 14%(2名) | (小学校2名) |
| | 10年以上 | 7%(1名) | (中学校1名)(13年目) |
| 現在の院内学級以外の院内学級担当経験 | あり | 20%(2名) | (中学校2名)(経験年数:2年と6年) |
| | なし | 80%(8名) | (小学校5名・中学校3名) |
| 病弱教育に関する学習 | 独学 | 40%(6名) | |
| | 校内研修 | 7%(1名) | |
| | 校外研修 | 46%(7名) | |
| | その他 | 7%(1名) | |

1990年代であった。院内学級1学級に在籍する児童生徒数は、2名以下の学級が全体の約8割を占め、少人数の院内学級が多く存在した。一方で、6名以上在籍する院内学級は2学級あり、院内学級によって差がみられた。

2) 院内学級担当教員について

(ii) 院内学級担当教員に関する結果を表2に示す。

院内学級担当教員の教員経験年数は、一番短い年数が2年(1名)であり、約7割が20年以上であった。しかし、院内学級担当年数は、半数が1

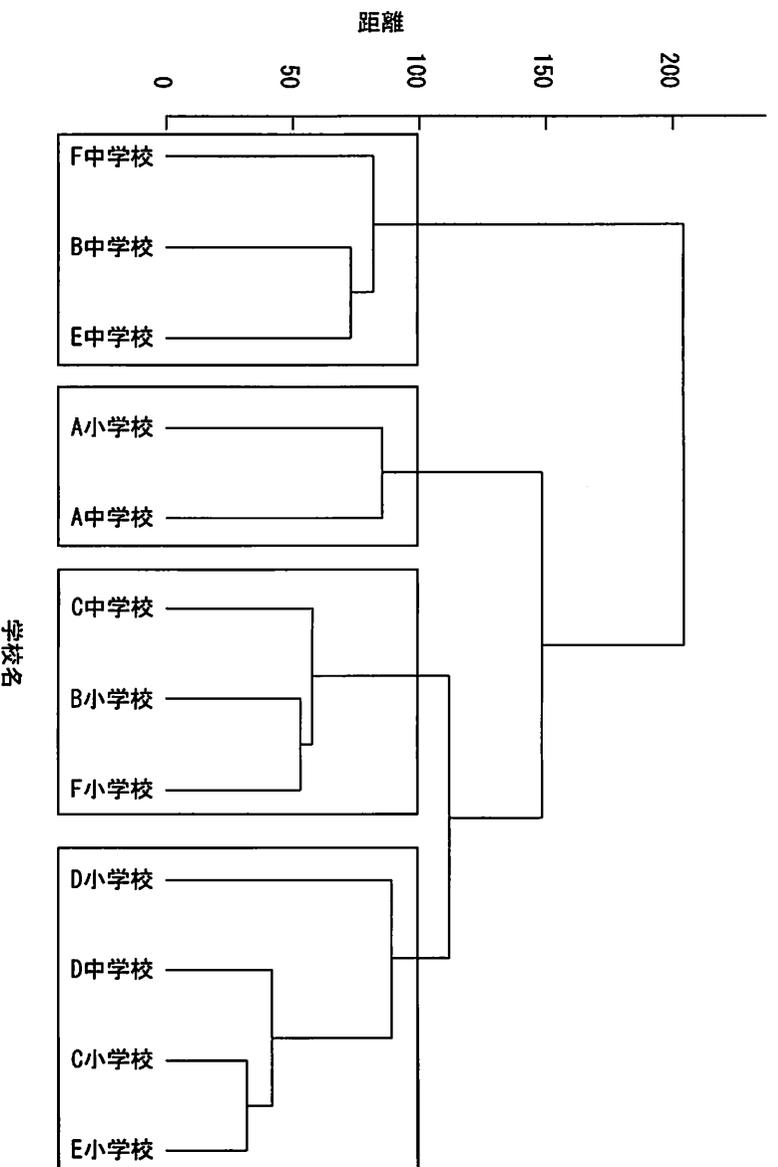


図1 質問回答傾向による院内学級のデンドログラム

年目であり、院内学級を専門としている教員は少なかった。このことは、武田・笠原(2001)の『教員経験年数からみてベテランの年齢であるが病弱教育経験年が浅い』という結果や金城の『病弱教育の経験年数が1～3年が約60%』という結果¹²⁾と同様の結果であった。

病弱教育に関する学習では校外研修が最も多く、具体的な場としては、研究会参加、教育委員会、障害児教育部会、院内学級担任者会、病弱教育全国大会参加であった。また、次に独学が多い結果となった。

3) 院内学級による特徴の違いについて

クラス分析の結果、デンドログラムに示すように4つのクラスタに分割した(図1)。第1クラスタ(3学級)は3学級とも中学校であった。第2クラスタ(2学級)は同一大病院に設置された小学校と中学校であり、第3クラスタ(3学級)・第4クラスタ(4学級)はそれ以外の院内学級7学級(小学校5学級、中学校2学級)であった。第4クラスタのうち、D小学校とD中学校の院内学級は、同一地方基幹病院の設置校であった。

各クラスタの質問項目ごとの平均点と質問内容ごと(iii～vii)の α 係数は.595～.889であり、iii・iv・vで中程度、vi・viiでは高いまとなりとなり、いずれも十分な値を示した(表3)。そのため、質問内容ごとに各クラスタの平均値と標準偏差を算出した(表3)。質問内容ごとの各クラスタの平均値、得点差のみられた質問項目の平均値のグラフを図2・3に示した。さらに、クラスタごとに(i) 院内学級の概要と(ii) 院内学級担当教員について、の結果をまとめたものを表4に示した。

考察

1) 院内学級の概要

設置年度については、半数以上が1990年代に入ってからでの設置であり歴史が古いとは言えない。第2クラスタは両方の院内学級が1990年代に入ってからであり、教員数も第2クラスタのみ2名であった。第2クラスタの院内学級の設置病院は大病院であり、病気療養児の数は比較的多いことが考えられるが、設置年度が1990年代であるため、現場のニーズや動きによって比較的短期間

表3 各クラスタの質問項目ごとの平均点・標準偏差と質問内容ごと(iii~vii)のα係数・全平均・全標準偏差

| | 第1クラスタ(N=3) | | 第2クラスタ(N=2) | | 第3クラスタ(N=3) | | 第4クラスタ(N=4) | | 全平均 (N=12) | 全標準偏差 (N=12) |
|----------------------------------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|---------------|-----------------|
| | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | | |
| 1 (i)児童数 | 1.0 | 1.7 | 6.1 | 0.7 | 1.5 | 0.7 | 0.8 | 0.5 | 2.5 | 2.4 |
| 2 (i)教員数 | 1.0 | 0.0 | 2.0 | 0.0 | 1.0 | 0.0 | 1.0 | 0.0 | 1.3 | 0.4 |
| (iii)院内学級の教育内容の重点に関すること(α=0.889) | 3.9 | 0.9 | 4.5 | 0.7 | 4.2 | 0.7 | 4.4 | 0.8 | 4.3 | 0.8 |
| <学習に関すること> | | | | | | | | | | |
| 3 基礎学力をつける | 4.7 | 0.6 | 5.0 | 0.0 | 4.7 | 0.6 | 4.0 | 0.8 | 4.6 | 0.7 |
| 4 学習意欲を持たせる、学習習慣をつける | 3.7 | 0.6 | 5.0 | 0.0 | 5.0 | 0.0 | 4.8 | 0.5 | 4.6 | 0.7 |
| 5 前籍校へ戻ったときや進学のことを考えた学習空白の補完 | 5.0 | 0.0 | 4.5 | 0.7 | 4.7 | 0.6 | 4.5 | 0.6 | 4.7 | 0.5 |
| <生活に関すること> | | | | | | | | | | |
| 6 精神的に安定できるように、入院生活を有意義にできるようにする | 4.3 | 0.6 | 5.0 | 0.0 | 4.7 | 0.6 | 5.0 | 0.0 | 4.8 | 0.5 |
| 7 基本的な生活習慣の確立 | 4.0 | 1.0 | 4.5 | 0.7 | 3.7 | 0.6 | 4.0 | 0.8 | 4.0 | 0.7 |
| 8 自主性・主体性を身につける | 3.3 | 0.6 | 4.5 | 0.7 | 3.7 | 0.6 | 4.3 | 1.0 | 3.9 | 0.8 |
| 9 社会性を身につける | 3.7 | 0.6 | 4.0 | 1.4 | 3.7 | 0.6 | 4.0 | 1.4 | 3.8 | 0.9 |
| 10 行動の領域を広げる | 2.7 | 0.6 | 4.0 | 1.4 | 3.3 | 0.6 | 3.5 | 1.0 | 3.4 | 0.9 |
| <病気にに関すること> | | | | | | | | | | |
| 11 病気克服への前向きな意欲を育てる | 3.7 | 1.2 | 4.5 | 0.7 | 4.3 | 0.6 | 4.5 | 0.6 | 4.3 | 0.8 |
| 12 自己管理能力の育成 | 3.7 | 0.6 | 4.5 | 0.7 | 4.3 | 0.6 | 4.5 | 0.6 | 4.3 | 0.6 |
| 13 体調に合った生活、活動 | 4.7 | 0.6 | 4.5 | 0.7 | 4.0 | 0.0 | 5.0 | 0.0 | 4.5 | 0.5 |
| (iv)教育上の配慮の重点に関すること(α=0.899) | 3.9 | 1.0 | 4.4 | 0.6 | 4.3 | 0.6 | 4.5 | 0.6 | 4.3 | 0.8 |
| <入院児の心身の健康> | | | | | | | | | | |
| 14 病状、体調、安全面での配慮 | 4.7 | 0.6 | 5.0 | 0.0 | 5.0 | 0.0 | 5.0 | 0.0 | 4.9 | 0.3 |
| 15 学習面での配慮 | 4.3 | 0.6 | 4.5 | 0.7 | 4.3 | 0.6 | 4.3 | 0.5 | 4.4 | 0.5 |
| 16 精神面での配慮 | 4.7 | 0.6 | 4.5 | 0.7 | 4.7 | 0.6 | 5.0 | 0.0 | 4.7 | 0.5 |
| <入院に伴う問題の軽減> | | | | | | | | | | |
| 17 社会性、対人関係の育成 | 3.7 | 0.6 | 4.5 | 0.7 | 3.7 | 0.6 | 4.0 | 0.8 | 4.0 | 0.7 |
| 18 前籍校、友人との交流 | 2.7 | 1.5 | 4.0 | 0.0 | 4.0 | 1.0 | 4.5 | 0.6 | 3.8 | 1.1 |
| 19 保護者、家庭との連携 | 4.3 | 0.6 | 4.5 | 0.7 | 4.3 | 0.6 | 4.8 | 0.5 | 4.5 | 0.5 |
| 20 生活面の指導 | 3.0 | 0.0 | 4.0 | 1.4 | 4.0 | 0.0 | 4.0 | 0.8 | 3.8 | 0.8 |
| (v)児童生徒に対する対応(α=0.595) | 4.3 | 0.7 | 3.8 | 0.9 | 4.1 | 0.8 | 4.7 | 0.5 | 4.2 | 0.8 |
| 21 児童の話をよく聞く | 5.0 | 0.0 | 4.5 | 0.7 | 4.7 | 0.6 | 5.0 | 0.0 | 4.8 | 0.4 |
| 22 遊び相手となる | 4.0 | 0.0 | 2.5 | 0.7 | 4.3 | 0.6 | 4.3 | 0.5 | 3.8 | 0.8 |
| 23 学習以外の行事を行う | 3.3 | 0.6 | 3.5 | 0.7 | 4.0 | 1.0 | 4.3 | 0.5 | 3.8 | 0.7 |
| 24 学習課題や時間割を工夫する | 4.7 | 0.6 | 4.0 | 0.0 | 4.0 | 1.0 | 5.0 | 0.0 | 4.4 | 0.7 |
| 25 他職種、本校、保護者と連携していく | 4.3 | 0.6 | 4.5 | 0.7 | 3.3 | 0.6 | 4.8 | 0.5 | 4.2 | 0.8 |
| (vi)院内学級担当教員に必要な専門性(α=0.644) | 4.1 | 0.8 | 4.1 | 1.1 | 4.4 | 0.6 | 4.2 | 0.8 | 4.2 | 0.8 |
| 26 病弱教育の仕組みや転出入を含む就学事務の理解 | 4.3 | 1.2 | 4.5 | 0.7 | 4.7 | 0.6 | 3.8 | 1.0 | 4.3 | 0.9 |
| 27 病気にに関する基本的事項の理解 | 4.3 | 0.6 | 3.5 | 2.1 | 4.7 | 0.6 | 4.3 | 1.0 | 4.2 | 1.0 |
| 28 病気療養児に対するカウンセリング能力 | 4.3 | 0.6 | 4.0 | 0.0 | 4.7 | 0.6 | 4.5 | 0.6 | 4.4 | 0.5 |
| 29 病院等の医療関係者との連携をとる能力 | 4.7 | 0.6 | 3.5 | 2.1 | 4.7 | 0.6 | 4.0 | 0.8 | 4.2 | 1.0 |
| 30 教科指導の専門性 | 3.7 | 0.6 | 5.0 | 0.0 | 3.7 | 0.6 | 4.3 | 1.0 | 4.1 | 0.8 |
| 31 自立活動の指導力 | 3.3 | 0.6 | 4.0 | 0.0 | 4.3 | 0.6 | 4.3 | 1.0 | 4.0 | 0.7 |
| (vii)院内学級経営上の課題(α=0.862) | 3.5 | 0.9 | 4.5 | 0.7 | 4.0 | 1.0 | 4.4 | 0.7 | 4.1 | 0.9 |
| <病気の状態とその対応に関わること> | | | | | | | | | | |
| 32 児童生徒がもつ病気への不安や意欲低下に関する心理的援助 | 3.7 | 0.6 | 4.5 | 0.7 | 4.7 | 0.6 | 5.0 | 0.0 | 4.5 | 0.7 |
| 33 日常の健康状態や生活規制のとらえと健康管理等のあり方 | 3.3 | 0.6 | 4.0 | 0.0 | 4.3 | 0.6 | 4.3 | 1.0 | 4.0 | 0.7 |
| 34 心身症、進行性疾患、発作等のある児童への対応 | 4.0 | 0.0 | 4.5 | 0.7 | 4.0 | 1.4 | 5.0 | 0.0 | 4.4 | 0.7 |
| 35 児童の病気の理解 | 2.7 | 0.6 | 4.0 | 1.4 | 5.0 | 0.0 | 4.3 | 0.5 | 4.0 | 1.0 |
| 36 ターミナル期の児童や保護者への対応 | 3.0 | 0.0 | 5.0 | 0.0 | 4.0 | 1.0 | 4.5 | 0.6 | 4.1 | 0.9 |
| 37 前籍校に籍を戻す場合の病気にに対する配慮 | 2.3 | 0.6 | 4.5 | 0.7 | 3.7 | 0.6 | 4.8 | 0.5 | 3.8 | 1.1 |
| <教科・領域の指導に関わること> | | | | | | | | | | |
| 38 異学年集団指導(複式授業)のあり方 | 3.7 | 0.6 | 5.0 | 0.0 | 4.3 | 0.6 | 4.3 | 1.0 | 4.3 | 0.8 |
| 39 社会性を身につけることのできる指導(交流学習等)のあり方 | 4.0 | 1.0 | 4.0 | 0.0 | 4.0 | 1.0 | 4.8 | 0.5 | 4.2 | 0.8 |
| 40 自立活動(養護・訓練)の充実 | 3.0 | 0.0 | 4.0 | 0.0 | 3.5 | 0.7 | 4.5 | 1.0 | 3.8 | 0.9 |
| 41 体験を重視する教科の指導法 | 3.7 | 0.6 | 4.0 | 0.0 | 4.3 | 0.6 | 4.5 | 1.0 | 4.1 | 0.7 |
| 42 進路指導の充実 | 4.0 | 1.0 | 3.5 | 2.1 | 2.3 | 0.6 | 4.0 | 0.8 | 3.5 | 1.2 |
| 43 基礎学力の向上、学習空白の解決 | 3.7 | 1.2 | 5.0 | 0.0 | 4.7 | 0.6 | 5.0 | 0.0 | 4.6 | 0.8 |
| 44 短期入れ替わり等に対応した教育課程編成 | 3.3 | 1.2 | 4.0 | 1.4 | 4.5 | 0.7 | 4.0 | 0.8 | 4.0 | 0.9 |
| 45 ※専門教科外の指導(中学校のみN=8) | 4.3 | 0.6 | 4.0 | — | 4.0 | — | 4.0 | — | 4.1 | 0.4 |
| <学校、病院、保護者等との連携に関わること> | | | | | | | | | | |
| 46 本校との情報交換の機会、方法、内容 | 3.7 | 0.6 | 4.5 | 0.7 | 4.3 | 0.6 | 4.0 | 0.0 | 4.1 | 0.5 |
| 47 前籍校との情報交換の機会、方法、内容 | 3.3 | 1.2 | 4.5 | 0.7 | 4.3 | 0.6 | 5.0 | 0.0 | 4.3 | 0.9 |
| 48 病院病棟との情報交換の機会、方法、内容 | 3.0 | 1.0 | 4.5 | 0.7 | 4.3 | 0.6 | 5.0 | 0.0 | 4.2 | 1.0 |
| 49 保護者との情報交換の機会、方法、内容 | 3.0 | 1.0 | 5.0 | 0.0 | 4.3 | 0.6 | 5.0 | 0.0 | 4.3 | 1.0 |
| <教育行政に関わること> | | | | | | | | | | |
| 50 代替教師不足の問題 | 3.7 | 1.2 | 5.0 | 0.0 | 4.0 | 1.0 | 3.5 | 0.6 | 4.0 | 0.9 |
| 51 施設、設備、予算面の不備 | 4.0 | 1.0 | 4.0 | 1.4 | 4.3 | 1.2 | 3.5 | 1.0 | 4.0 | 1.0 |
| 52 転入手続きの煩雑さ | 3.3 | 0.6 | 4.5 | 0.7 | 2.0 | 1.0 | 4.8 | 0.5 | 3.6 | 1.3 |
| 53 学籍の問題 | 4.7 | 0.6 | 5.0 | 0.0 | 3.3 | 1.5 | 4.8 | 0.5 | 4.4 | 1.0 |
| 54 児童生徒の人数変動と教員の配置の問題 | 4.0 | 1.0 | 5.0 | 0.0 | 4.0 | 0.0 | 4.3 | 1.0 | 4.3 | 0.8 |
| 55 院内学級増設の必要性 | 2.7 | 1.5 | 5.0 | 0.0 | 2.7 | 0.6 | 4.0 | 0.8 | 3.6 | 1.2 |
| 56 学級閉鎖・再開手続きの煩雑さ | 3.7 | 0.6 | 4.5 | 0.7 | 4.5 | 0.7 | 4.5 | 0.6 | 4.3 | 0.6 |
| 57 特別支援教育の行方 | 3.3 | 0.6 | 4.0 | 1.4 | 3.5 | 0.7 | 3.8 | 0.5 | 3.6 | 0.7 |

で院内学級開設や院内学級担当教員の増員が整備されたと考えられる。また、中学校の院内学級設置年度はすべてが1990年代であることから、小

学校の院内学級が開設された後に中学校の院内学級が開設されていることが考えられる。

院内学級担当教員が2名体制である院内学級

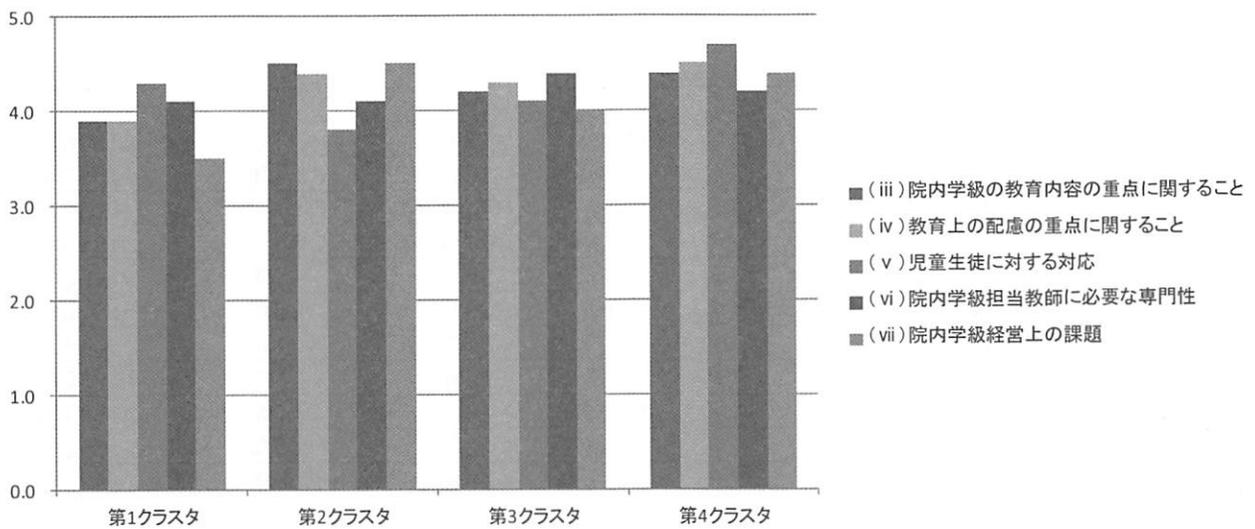


図2 質問内容ごとの各クラスターの平均値

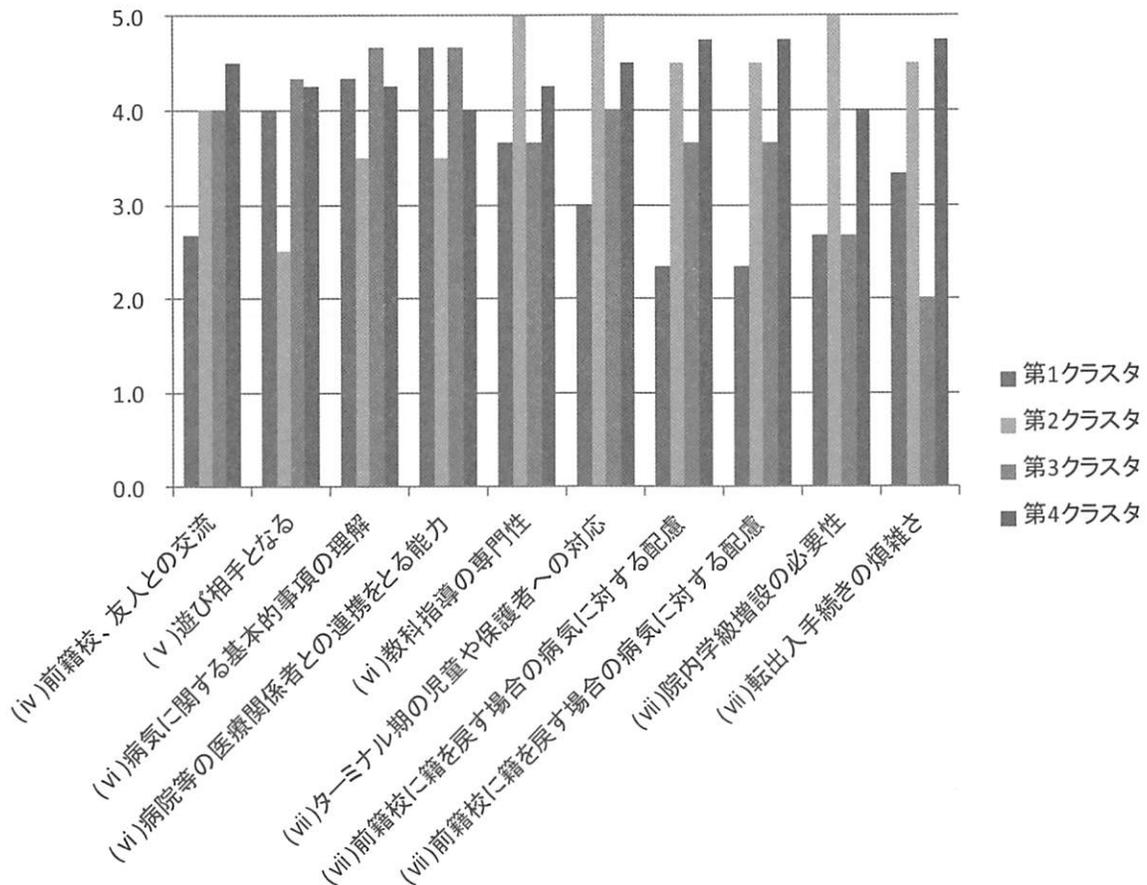


図3 得点差の見られた質問項目の平均点

は、6名以上の児童生徒が在籍する2学級であり、調査をした院内学級の中で最も重症患者を対象とした病院自体の患者数が多い大病院の院内学級であった。一方、調査をした院内学級の半数の6学級が在籍児童生徒数1名で、さらに3学級は0名であり、院内学級は開設されているが教育的

支援を受けている児童生徒は少なく、院内学級の設置病院によって在籍児童生徒数に差があることが明らかになった。なお、在籍児童生徒数は、基本的に院内学級に学籍のある児童生徒数のことであり、入院はしているけれども院内学級に学籍は移していない病児療養児の数は入っていない

表4 クラスタごとの院内学級の概要と院内学級担当教員について

| クラスタ | 学校 | 児童生徒数 | 教員数 | 学級数 | 教員歴 | 院内学級歴 | 設置年度 |
|--------|------|-------|-----|-----|---------|--------|-------|
| 第1クラスタ | F中学校 | 3名 | 1名 | 1学級 | 2年 | 1年 | 未記入 |
| | B中学校 | 0名 | 1名 | 1学級 | 28年 | 5年 | 1976年 |
| | E中学校 | 0名 | 1名 | 1学級 | 10年 | 1年 | 1992年 |
| 第2クラスタ | A小学校 | 6名 | 2名 | 1学級 | 21年と28年 | 7年と1年 | 1992年 |
| | A中学校 | 7名 | 2名 | 1学級 | 11年と31年 | 2年と13年 | 1995年 |
| | C中学校 | 1名 | 1名 | 1学級 | 35年 | 4年 | 1992年 |
| 第3クラスタ | B小学校 | 2名 | 1名 | 1学級 | 25年 | 4年 | 1976年 |
| | F小学校 | 未記入 | 1名 | 1学級 | 31年 | 1年 | 未記入 |
| | D小学校 | 1名 | 1名 | 1学級 | 25年 | 1年 | 1985年 |
| 第4クラスタ | D中学校 | 1名 | 1名 | 1学級 | 16年 | 1年 | 1997年 |
| | C小学校 | 0名 | 1名 | 1学級 | 22年 | 5年 | 1993年 |
| | E小学校 | 1名 | 1名 | 1学級 | 30年 | 6年 | 1973年 |

め、教育的ニーズを有する病気療養児はさらに多いと考えられる。

2) 院内学級担当教員について

院内学級担当教員の教員経験年数は、一番短い年数が2年（1名）であり、約7割が20年以上であったことから、教員の経験が考慮されての配置であることが考えられる。しかし、院内学級担当年数は約半数が1年目であったことから、専門性を有する院内学級担当教員は少ないことが明らかになった。また、独学が多い状況は、院内学級担当教員は病院内に1名で学級を運営しているため、武田・笠原（2001）も指摘しているように、なかなか研修に出ることができない状況があると考えられる。

3) 院内学級による特徴の違いについて

(1) 第1クラスタの特徴

第1クラスタの院内学級はすべて中学校の院内学級であった。この第1クラスタは、他のクラスタに比べて全体的に得点が低い特徴があるが、このような中で「前籍校へ戻ったときや進学のことを考えた学習空白の補完」では他のクラスタよりも得点は高く、第1クラスタのすべての院内学級が5.0と回答していた。また、全平均よりも高い質問項目の中には「基礎学力をつける」「学習課題や時間割を工夫する」「進路指導の充実」「専門教科外の指導」があり、中学校という特徴が学習面や進路面の得点の高さにつながっていると考え

られる。第1クラスタは「前籍校へ戻ったときや進学のことを考えた学習空白の補完」の得点は5.0高かったが、「前籍校に籍を戻す場合の病気に対する配慮」は2.3、「児童の病気の理解」は2.7と3.0を下回る低さであり、病気自体への理解や配慮よりも学習面に重きが置かれていることが分かった。このことは、中学校は教科担任の専門分化の組織体制であり、病気のことは医療関係者の担当であるという役割分担の意識が高いということが考えられる。しかしながら、「体調に合った生活、活動」は4.7、「児童の話をよく聞く」は5.0と平均よりも高く、病気のことは医療関係者の役割であるが、病気の影響する体調に合った学習活動等への配慮は教育の役割として意識していることが考えられる。

また、第1クラスタの特徴として、(vii) 院内学級経営上の課題の連携にかかわることの得点がすべてにおいて他のクラスタよりも低い（3.0～3.7）という点があげられる。一方で、(vi) 院内学級担当教師に必要な専門性の「病院等の医療関係者との連携をとる能力」の質問項目では4.7と他のクラスタよりも高い得点となっており、連携をとる能力の必要性は強く感じているという結果になっている。これについては、中学校は組織体制として教科担任制であるため連携が日常的に行われており院内学級においても連携はされているため特に課題と感じていない、ということが考えられる。もしくは、第1クラスタの院内学級担当教員は院内学級担当年数が長くないため（1年が2

名、5年が1名)、課題として十分に把握できていないという可能性が考えられる。

(2) 第2クラスタの特徴

第2クラスタの2学級は、他のクラスタがすべて教員数1名であるのに対し2名、児童生徒数も他のクラスタが0～3名であるのに対し5～6名と多く、大病院という設置病院規模が強く影響していると考えられる。(vii)「院内学級増設の必要性」において5.0と数値が高いことも、病院規模の大きさに伴う児童生徒数の多さによるものと考えられる。

第2クラスタにおける最も特徴的な質問項目は、(v)「遊び相手になる」であり、他のクラスタが4～4.3であるのに対し第2クラスタは2.5と低い得点であった。このことは、この2学級の設置された大病院には、チャイルド・ライフ・スペシャリストという遊びを通して子ども支援するスタッフがおり、専門分化が進んでいることによるものと考えられる。また、(vi)「病気に関する基本的事項の理解」が3.5(他のクラスタは4.3～4.7)と低い一方で、「教科指導の専門性」は5.0(他のクラスタは3.7～4.3)と高いことから、専門分化により院内学級の役割は学習活動を通じて児童生徒を支援するというところに重きが置かれていると考えられる。また、(vii)「ターミナル期の児童や保護者への対応」の質問項目では5.0と最も高く、このことも重症患者が集まる大病院という設置病院の状況が強く影響していると考えられる。

(3) 第3クラスタの特徴

第3クラスタにおいて特徴的であった結果は、(vi)「病弱教育の仕組みや転出入を含む就学事務の理解」の4.7で最高得点であるにもかかわらず、(vii)「転出入手続きの煩雑さ」「学籍の問題」では、順に2.0、3.3と最も得点が低かったという点である。また、「短期入れ替わり等に対応した教育課程の編成」の質問項目では4.5と最も得点が高かった。これらのことから、第3クラスタの特徴としては、短期頻回入院の児童生徒が多く、それに伴う就学事務の理解の必要性を高く感じている可能性が考えられる。しかしながら、「転出入手続きの煩雑さ」「学籍の問題」で得点が低いのは、短

期頻回入院の児童生徒が多く、これらの対応に慣れ十分に対応できているためと推察される。

(4) 第4クラスタの特徴

第4クラスタで特徴的であった結果は、(iii)「精神面での配慮」(vii)「児童生徒がもつ病気への不安や意欲低下に関する心理的援助」「心身症、進行性疾患、発作等のある児童への対応」「社会性を身につけることのできる指導」「自立活動の充実」の質問項目で最も高い得点であったことである。これらのことから、第4クラスタにおいては心理面・精神面における支援ニーズが大きいことが考えられる。また、(iv)「前籍校、友人との交流」「保護者、家庭との連携」(v)「他職種、本校、保護者と連携していく」(vii)「前籍校に籍を戻す場合の病気に対する配慮」「前籍校との情報交換の機会、方法、内容」「病院病棟との情報交換の機会、方法、内容」「保護者との情報交換の機会、方法、内容」の質問項目においても最も得点が高く、児童生徒の心理面・精神面における支援ニーズの高い状況が、連携における課題意識の高さにつながっていると考えられる。

加えて、第4クラスタは「短期入れ替わりに対応した教育課程の編成」の質問項目で4.0と高い得点であり、「転出入手続きの煩雑さ」は4.8と最も高い得点であった。第3クラスタとの結果の開きから、転出入手続きは基本的に同じ手続きであるが、院内学級によって課題意識に大きく差があることが明らかになった。

(5) その他

(iii)「精神的に安定できるように、入院生活を有意義にできるようにする」(iv)「病状、体調、安全面での配慮」(v)「児童の話をよく聞く」の質問項目では、全平均4.8～4.9と高い得点であり、特に(iv)「病状、体調、安全面での配慮」(v)「児童の話をよく聞く」においては標準偏差が0.3～0.4と最も低い得点であり、どの院内学級も共通して高い得点であった。このことから、院内学級によって特徴の違いはいくつかあるものの、病状等を配慮する、子どもの話をよく聞くという、心理面・精神面への配慮については、どの院内学級にも共通して重要とされていることが明らかに

なった。

総合考察

院内学級は、通常学級とは異なる指導上の配慮が必要とされていることから教員経験年数の長い教師が配置されていることが考えられるが、院内学級担当年数は約半数の院内学級担当教員が1年目と短いという実態から、専門性の蓄積も十分でない状況が考えられる。また、院内学級は個性が大きいとされているが、具体的にどのような特徴によって違いがあるのかということについてはこれまで明らかにされてこなかった。本研究によって、院内学級の特徴として、学校種（中学校）、設置規模（大病院）、入院期間（短期頻回）、入院児の支援ニーズという違いがあることが示唆された。これらの違いは、院内学級担当教員の研修内容をより現場のニーズに応じたものにするためのひとつの観点となりうるであろう。

例えば、「子どもの話の聞き方」などの心理面に配慮した支援方法についての研修は、どの院内学級にも共通して必要な内容になってくる。一方、「学習面への支援」「ターミナル期の子どもに対する支援」「短期頻回入院する子どもに対する支援」などの内容については、院内学級のニーズに応じて各院内学級の担当教員が選択して研修を受けるというスタイルが考えられる。しかしながら、これらの特徴の違いは固定的なものではない。児童生徒の状態や入院状況の変化により、例えば、今回第3クラス（短期頻回入院の特徴がある院内学級）であった院内学級が第4クラス（心理的支援ニーズの高い院内学級）になりうる可能性も大いにある。そのため、今回示唆された院内学級の特徴の違いは、どの院内学級においても直面しうるものとしても考慮し、院内学級担当教師が対応していけるための専門性の育成（研修の場の設定）を行っている必要がある。

また、転出入の手続きについては、今回の調査対象の院内学級は同じA県下であり、手順も同じはずである。しかし、院内学級によって課題意識に差がみられたことから、何が影響しているか今後検討していく必要がある。課題意識の差が、単

に手続き手順の理解不足であれば研修で理解を深めることで改善されていくが、手続き手順の役割分担が院内学級や行政区域によって異なっていることで課題意識の差が生じているのであれば行政レベルでの見直しが必要になってくる。

今回の調査では、病弱教育に関する学習で一番多かったのは校外研修であった。これらの校外研修が限られた時間の中でより教師の力量形成につながっていくために、今後研修内容を精選していく必要がある、そのための取組として今回得られた院内学級の特徴をひとつの視点とすることができよう。また、病弱教育に関する学習で次に多かったのは独学であった。これは、院内学級担当教師はほとんどが一人体制であるため、校外研修に出ることが難しい状況があると考えられる。そのため、Eラーニングなど校外に出なくても学習できるシステムも必要であり、すでに開発・導入の取組もされているが¹³⁾、今後これらの研究が発展していくことも求められるであろう。

引用文献

- 1) 文部科学省病気療養児の教育に関する調査協力者会議（1994）病気療養児の教育について
- 2) 文部省（1985）病弱教育の手引き：指導編，慶応通信。
- 3) 山口洋史（2004）これからの障害児教育：障害児教育から「特別支援教育」へ，ミネルヴァ書房。
- 4) 全国病弱養護学校校長会（2001）病弱教育Q & A：Part I：病弱教育の道標，ジアース教育新社。
- 5) がんの子どもを守る会編・ガイドライン作成委員会著（2002）がんの子どもへの教育支援に関するガイドライン，がんの子どもを守る会。
- 6) 横田雅史（2003）いわゆる院内学級を巡る諸問題，小児保健研究，第62巻第3号，301-309。
- 7) 西牧謙吾（2010）分担研究「特別支援学校（病弱）のセンター機能を活用した病気の子どもの教育的支援に関する研究」平成21年度研究報告、平成21年度厚生科学研究法制化後の小児慢性特定疾患治療研究事業の登録・管理・情報提供に関する研究，167-173。
- 8) 阪正和（2003）病弱教育 院内学級をめぐる課題，小児保健研究，第62巻第3号，310-316。
- 9) 西牧謙吾，滝川国芳（2007）病気の子どもの学校教育と教師による教育支援の仕組み・活用法，小児看護，30（11），1536-1542。
- 10) 津島ひろ江（1997）慢性疾患児の入院中の教育実態

とニーズ調査－岡山県下における実態調査から－, 障害者問題研究, 25 (1), 44-51.

- 11) 武田鉄郎, 笠原芳隆 (2001) 院内学級における学級経営上の課題と教員支援, 発達障害研究, 23 (1), 126-135.
- 12) 金城やす子 (2007) 病弱教育担当教師の教育的取り組みの実態と教師の意識, 障害理解研究 (9), 1-14.
- 13) 西牧謙吾 (2010) 病気のある子どもの教育の充実を目指したICT活用について, 電子情報通信学会, 110 (209), 5-9.

謝辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力いただいた院内学級担当教員の皆様に心よりお礼を申し上げます。また、本論文の作成にあたりご指導・ご助言いただきました広島大学教育学研究科の栗原慎二教授、井上弥教授に心より感謝いたします。

長期療養児の支援のあり方に関する研究

— 支援内容の類似点に着目して —

和歌山県立医科大学保健看護学部 前 馬 理 恵

要約：

長期にわたり療養する児（以下長期療養児という）と家族が、地域で安心して生活するために、病気が日常生活や学校生活におよぼす影響、医療・保健・福祉・教育等に対する要望、療養生活の現状に関する調査（事例研究）を行い、相談先、必要な情報、利用したサービスなどについて現状分析し、支援の方法、提供などの判断に資する知見を明らかにすることを本研究の目的とした。

方法は、支援内容の類似点に着目し、コミュニケーションに問題のある児、運動機能に問題のある児、内科疾患のある児の3タイプ各2名ずつ、6事例のインタビュー調査を実施した。利用したサービス、悩みや困ったこと、必要な情報について分析、またサービス別の利用のプロセスとその要望、発達段階別のニーズの分析から、課題を解決するためには、関係機関のネットワーク、情報発信機能のあるコーディネート機関の必要性、各対象の特徴をとらえ、迅速な対応と見通しをもった情報提供、長期的に身近で関われる体制づくりが重要であることが明らかになった。

キーワード：長期療養児、家族、支援のタイプ、体制づくり

1. はじめに

長期療養が必要な小児慢性特定疾患は、平成27年1月に児童福祉法の一部改正が行われ、染色体または遺伝子に変化を伴う症候群、皮膚疾患等が追加され、14疾患群、704種類と拡大されたが¹⁾、認定外の疾患も加えると全国に20万人以上の子どもたちが長期に療養生活を送っているといわれている。このような子どもたちとその家族は、長期にわたる療養生活での経済的、身体的、精神的負担が大きく、それを支援する体制が少ないため、困っている現状がある²⁾。

長期にわたり療養する児（以下長期療養児という）の地域での生活を支援するには、保健、医療、福祉、保育、教育等の総合的なサービスが提供されてこそ成り立つ。しかし、身体障害、あるいは知的障害をもつ児への支援体制は、これまでの歴史もあり、整備されつつあるが、長期療養児に関しての支援体制はまだ整備されていない。さらに、

長期療養児の特徴として、稀少の病気が多くサービスに関する情報が少ないこと、病気の原因や治療方法が不明で将来の見通しを持ちにくかったり、診断された早期からの不安が大きいということ、障害の認定がされにくくサービスを受けられないことも多く、制度と制度の狭間になり適応されないことがある。今回の法改正では、適切な療養の確保、必要な情報提供により、健康の保持増進および自立の促進を図ることを目的とし、小児慢性特定疾患児童等の自立支援事業が開始されたばかりであり、関係機関が連携し、今後より良い支援の具体化が求められている¹⁾。

筆者らがA県内の長期療養児（20歳未満）の家族を対象に実施した「平成14年度難病の子どものQOLを高めるための生活実態調査」³⁾（回答者：1,841人中692人、回収率：37.6%）によると、長期療養児の疾患数は170種類であり、稀少な病気も多く、症状も様々であり、ニーズは多様であっ

た。多くの関係者が、対象者を理解し適切な支援を行うには、個別性を理解することは不可欠であるが、症状やニーズなどが類似する点にも着目し、支援内容や方法を検討していくことが必要であると考えられた。そこで、長期療養児と家族が、地域で安心して生活するために、病気が日常生活や学校生活におよぼす影響、医療・保健・福祉・教育等に対する要望、療養生活の現状を明らかにすると共に、支援する上で考慮する点が類似するタイプ別に支援の特徴と課題を明らかにすることを目的に行った。

2. 対象と方法

1) 対象

A県内にある6つの難病の子どもの家族会（以下、家族会）に研究の主旨を説明した上で、家族会の役員に会員（以下、保護者）の中から任意に対象者を各1名選定してもらった（表1）。保護者はすべて母親であった。

2) 調査方法及び内容

研究者1名がプライバシーを保てる環境で、インタビューガイドを基に母親1名につき1～2時間の半構造化面接を行った。インタビューガイドは、①背景（家族構成、主な療育者、協力者の有無、家族の健康など）、②発達段階別に（病状の経過、治療・療育状況、悩みや困ったこと、相談先や相談相手、必要な情報、利用したサービス、利用のプロセスなど）、③今まで利用して良かったサービスや足りなかったサービス、今後希望するサービスから構成した。

3) 調査：日時

平成19年4月～6月

4) 分析方法

面接は保護者の了解を得て面接内容を録音し、面接終了後逐語録を作成し、研究の目的に応じて分析を行った。分析の信頼性を高めるため、分類、抽出の過程においては複数の研究者間で検討を重ね、一致するまで協議した。また、本調査は6疾患を対象に面接を行ったが、分析においては、これまでの研究者の家族からの相談や家族会への支援の経験から、疾患は異なっても支援する上の類似点に着目して、3タイプに分類して分析を行った。3タイプとは、コミュニケーションに問題があり、人との関係性がうまくとれない児（以下、A群）、運動機能に問題があり、環境面に配慮が必要な児（以下、B群）、A群、B群以外の内科疾患があり外観からは疾病がわからないゆえに配慮が必要な児（以下、C群）に分類し、事例番号1と2はA群に、事例番号3と4はB群、事例番号5と6はC群とした（表1）。さらに、発達段階を1：出生直後、2：保育所まで、3：就学まで、4：小学校、5：中学校、6：学校卒業後と分類して検討した。

5) 倫理的配慮

保護者に、調査への協力は自由であること、一旦参加に同意され研究が開始された後でも参加を取りやめることができること、調査結果は本研究以外に用いないことを口頭および文書で説明し、同意が得られた対象者に面接を行った。

3. 結果

1) サービス利用状況

3群別のサービス利用状況を表2に示す。A、B、C群共に利用したサービスは、身体障害者手帳、特別児童扶養手当、保健師の訪問、保育所入所に向けての検討会、加配保育士、就学に向けて

表1 インタビュー対象者の状況

| 事例番号 | 就学状況 | 年齢 | 家族構成 | 診断名 | 診断の時期 | 支援タイプ分類 |
|------|------|-----|-------|------------|-------|---------|
| 1 | 学校卒業 | 19歳 | 両親と兄弟 | ウィリアムス症候群 | 乳児期前期 | A群 |
| 2 | 中学校 | 13歳 | 両親と兄弟 | アンジェルマン症候群 | 4歳～6歳 | A群 |
| 3 | 高校 | 15歳 | 両親と兄弟 | 二分脊椎症 | 乳児期前期 | B群 |
| 4 | 小学校 | 7歳 | 両親と兄弟 | 筋ジストロフィー | 1歳～3歳 | B群 |
| 5 | 高校 | 17歳 | 両親と兄弟 | I型糖尿病 | 1歳～3歳 | C群 |
| 6 | 就学前 | 6歳 | 両親と兄弟 | 先天性心疾患 | 乳児期前期 | C群 |

表2 3群別のサービス利用状況

| 区分 | サービス内容 | A群 | B群 | C群 | 区分 | サービス内容 | A群 | B群 | C群 |
|--------|-------------|----|----|----|------------|---------------|----|----|----|
| 医療制度 | 育成医療 | | ○ | ○ | 福祉サービス | ショートステイ | ○ | | |
| | 重度心身障害児医療 | ○ | | ○ | | デイサービス | ○ | | |
| | 小児慢性特定疾患医療 | | ○ | ○ | | 居宅介護（ヘルパー） | ○ | | |
| | 訪問リハビリテーション | | ○ | | | 移動介護・ガイドヘルパー | ○ | | |
| 手帳・手当 | 身体障害者手帳 | ○ | ○ | ○ | 保育・学校 | 障害児通園施設 | ○ | ○ | |
| | 療育手帳 | ○ | | | | 土曜保育 | ○ | | |
| | 特別児童扶養手当 | ○ | ○ | ○ | | 学童保育 | ○ | | |
| 用具の給付 | 育成医療補装具 | | ○ | | | 保育所入所に向けての検討会 | ○ | ○ | ○ |
| | | | | | | | | | |
| | 車椅子の給付 | | ○ | | | 加配保育士 | ○ | ○ | ○ |
| | 人工呼吸器・吸引器給付 | | ○ | | 就学に向けての検討会 | ○ | ○ | ○ | |
| | 酸素濃度測定器貸し出し | | ○ | | 卒後 | 職業訓練 | ○ | | |
| 保健サービス | 保健師の訪問 | ○ | ○ | ○ | | 作業所 | ○ | | |
| | 保健所の親子教室 | | | ○ | 他 | 職場の介護休暇 | | | ○ |
| | 発達相談 | ○ | | ○ | | 利用したサービス種類 | 18 | 14 | 12 |

*○印は利用したサービス

の検討会であった。

3群それぞれに利用していたサービスは、A群では、療育手帳、ショートステイ、デイサービス、居宅介護（ヘルパー派遣）、移動介護・ガイドヘルパー、土曜保育、学童保育、職業訓練、作業所であり、福祉サービスの利用が多かった。B群では、訪問リハビリテーション、育成医療補装具の給付、車椅子の給付、人工呼吸器・吸引器給付、酸素濃度測定器の貸し出しであり、日常生活用具の給付サービスが多かった。C群は、保健所の親子教室、職場の介護休暇であり、保健サービスの利用が多かった。サービスの利用合計数は、A群18、B群14、C群12の順に多かった。

2) 悩みや困ったこと

3群に共通する悩みとして、病気や見通しのもてない不安があり、A群については、症状が親の負担や対人関係におよぼす影響が大きいこと、B群については、生活するうえの設備や医療的ケアへの支援の問題、C群については、病状が表出しないために周囲に理解が得られにくいなどの特徴的な困難性があった。

発達段階別にみると、A群においては、「1：出生直後」の段階では病気の受容ができない、診断されるまでの時間がしんどい、「2：保育所まで」の段階では排泄の自立が遅い、訓練しても成果が見えないなど、「3：就学まで」の段階では地元の小学校への入学を希望するが難しい、抱きつき・唾吐きなどの迷惑行為があり他人から嫌られる、「4：小学校」の段階では他の生徒や近所の人々などに理解してもらいにくい、睡眠時間が短く親の負担が大きい、「5：中学校」の段階では卒後の行き先があるかどうか心配である、自傷行為がある、「6：学校卒業後」の段階では作業所などへ自分で行けるか不安であった。

B群においては、「1：出生直後」の段階では悩んではいられない心境、「2：保育所まで」の段階では症状（膿胞）が改善しない、診療料が多科にわたるなど、「3：就学まで」の段階では医療的ケアが伴うため保育所の入所を拒否され集団の場に入れない、歩行訓練がしにくい、「4：小学校」の段階では医療的ケアのため母親が同伴する必要がある、導尿など本人の病気に対する悩み、小学

校生活の不安、「5：中学校」の段階では学校区が変わることの不安、学校のエレベーターなどの設備不足、本人が大きくなったため小児科を嫌がるなどであった。

C群においては、「1：出生直後」の段階では哺乳量が少ない、「2：保育所まで」の段階では合併症に対する先の不安、食事療法が難しい、病状を理解することが難しい、「3：就学まで」の段

階では病状が自分で訴えられない、周囲がどのように理解してくれるか不安、「4：小学校」の段階では本人の病気に対する悩み、「5：中学校」の段階では思春期のホルモンバランスによる病状のコントロールが難しい、思春期の友達関係、緊急時の薬の確保などであった。

3) 発達段階別のニーズ

発達段階別のニーズについて表3に示す。

表3 発達段階別のニーズ

| 発達段階 | 悩みや困ったこと（支援タイプ別） | 相談先・相談相手 | 利用したサービス |
|-------|--|---|--|
| 出生直後 | A群：病気の受容、空白の時間 B群：悩んではいけない心境、入院中の付添 C群：他の家族・きょうだいに関われない | 保健師、主治医、NICU看護師、夫 | 保健師の訪問、育成医療 |
| 保育所まで | A群：排泄の未自立、発達遅延・訓練成果が見えない・家ですることがない不安 B群：病状が良くならない・受診が多科にわたる・他府県受診、保育所受け入れ拒否 C群：合併症の不安、食事療法、哺乳量が少ない、今の状態が理解できない不安 | 保健師、主治医、シスター、ソーシャルワーカー、夫、看護師、PT、家族会、友人、入院中の受け持ち学生、先輩の母、入院中の同室の母 | 療育手帳、身体障害者手帳、障害児通園施設、ショートステイ、土曜保育、育成医療、補装具の給付、車椅子の給付、小児慢性特定疾患制度、特別児童扶養手当、保健所保健師の訪問、保健所の教室、介護休暇 |
| 就学まで | A群：地元の小学校に行かせたい、睡眠時間が短い・抱きつきや嘔吐きなどの迷惑行為・他人から嫌われる B群：歩行訓練、保育所入所の不安 C群：自分で症状が訴えられない、病気について他の園児の母に話した反応 | 園長、保育士、保健師、主治医、近所の人、家族会 | 加配保育士、ショートステイ、デイサービス、居宅介護（ヘルパー）、移動介護、訪問リハビリ、障害児通園事業（親が中心になり設立） |
| 小学校 | A群：周囲の理解、睡眠時間が短い、迷惑行為 B群：自己導尿、小学校生活の不安 C群：本人の病気に対する悩み | 少人数学級の担任、学校の先生、地域療育コーディネーター、自主グループメンバー、サークルの先生、保育士、養護教諭 | 学童保育、移動介護、居宅介護、ショートステイ、車椅子の買い換え |
| 中学校 | A群：養護学校になり気持ちが楽になった、卒後の心配、迷惑行為、自傷行為 B群：学校区変更の不安、学校での車椅子移動（エレベーターなし）、小児科受診を嫌がる C群：友達関係、ホルモンバランスによるコントロールの難しさ、緊急時のインシュリン確保、小慢制度改正による一部自己負担 | 養護学校の担任、学校の先生、OT、作業所職員、市の福祉課、難病の子ども家族会、学校担任、養護教諭 | 学童保育、職業訓練、作業所、訪問リハビリ、緊急時紹介状 |
| 卒業後 | A群：作業所通所の自立 | 友人、他の親 | ガイドヘルパー |

発病当初の見通しが立たない不安に対して、相談先として主治医の説明や看護師の相談、同じ病気を持つ家族との交流が求められていた。また、入院中は母親が付き添う現状にあるため、他の家族の理解や父の協力が必要であり、きょうだいの負担が大きい。集団保育の必要となる年齢になると、各自の発達レベルに応じた通園場所が求められ、ない場合は、親の努力で障害児通園事業を設立している場合もあった。利用したサービスについて、保育所では加配保育士の配置があった。就学に関しては、親の努力や保健師のコーディネートにより、就学指導委員会の前に話し合いがもたれていた。養護学校では各自に合わせた療育プログラムが工夫されていた。普通学校では保健室の活用、友達への理解を求める親の努力があった。保育所、小学校、中学校と進学するにつれて、そこに通う子どもたちの地域も広くなり、慣れるまでの本人や親の不安が大きいようであった。学校卒業後は、各自にあった作業所、将来的にはグループホームが求められていた。

4) 必要な情報

3 群別、発達段階別に必要とした情報を表 3 に示す。

3 群に共通する必要な情報は、病気について、医療費制度について、利用できる資源について、家族会についてであり、さらに A 群は医療や療

育、福祉に関する情報、B 群は医療、学校の情報、C 群は医療の情報が強く求められていた。

5) サービス別の紹介者と要望

サービス別の紹介者と要望について表 5 に示す。

医療制度については、主治医や医療機関、保健所からの紹介で、利用できていたが、受給対象の拡大や手続きの迅速化についての要望があった。手帳・手当については、医療機関、保健機関、家族からの紹介が多く、早期からの紹介を要望していた。用具の給付については、医療機関、保健所、市町村、家族会などの紹介により利用に繋がっていたが、退院に間に合うような準備や自己負担の軽減についての要望があった。保健サービスについては、保健所、市町村からの紹介で利用していたが、どの親にも支援、疾患別の教室や相談の要望があった。福祉サービスについては、市町村などの公的な機関だけでなく、自主勉強会、他の親などからの情報で利用できるようになっていたが、早期に、わかりやすいが説明を要望していた。保育所、学校については医療機関、市町村、保健所の公的な機関の他に他の親、自主勉強会の紹介から利用をしていたが、対象の拡大、支援者について要望があった。卒後については、養護学校や他の親の紹介で利用をしていたが、場所の拡大、親の負担軽減の要望があった。

表 4 3 群別・発達段階別の必要な情報

| 発達段階 | A 群 | B 群 | C 群 |
|------|------------------------------|--|--|
| 1 | 病気について 病気の見通し | 病気について | — |
| 2 | 発達について 家庭での関わり ショートステイ | 病気の経過、制度（医療費負担軽減・日常生活用具の給付）、訪問看護、家族会、医療的ケアの必要な児の集団保育 | 専門医療機関の情報 病状、手術 食事療法 日常生活 制度 |
| 3 | 家族会、病気についての同じ病気の 人からの情報 | 学校情報、制度、訪問リハビリテー ション | 学校情報 |
| 4 | 家族会 新しい制度 | 学校内の医療的ケア | 患者会 |
| 5 | 家族会、作業所 利用できる制度 | サークルなどの余暇活動 | — |
| 6 | グループホーム | — | — |

〈発達段階〉 1：出生直後、2：保育所まで、3：就学まで、4：小学校、5：中学校、6：学校卒業後

表5 サービス別の利用の情報源・紹介者と要望

| 区分 | サービス内容 | 情報源・紹介者 | 要望 |
|--------|--------------|---------------------------|-------------------|
| 医療制度 | 育成医療 | 医療機関：主治医、医療事務 | 大変な時期の手続きの支援 |
| | 重度心身障害児医療 | 市町村：福祉担当 | 受給対象の拡大 |
| | 小児慢性特定疾患医療 | 医療機関：主治医、保健所：保健師 | 手続きの迅速化 |
| | 訪問リハビリテーション | 家族会、県相談センター：保健師 | 身近に必要 |
| 手帳・手当 | 身体障害者手帳 | 医療機関：主治医、市町村：福祉担当 | 早く教えてほしい |
| | 療育手帳 | 保健所：保健師、児童相談所、医療機関：理学療法士 | 早く教えてほしい |
| | 特別児童扶養手当 | 家族会、県相談センター：保健師 | 手帳がない場合の継続方法 |
| 用具の給付 | 育成医療補装具 | 医療機関：主治医・理学療法士、保健所：保健師 | 成長による頻回の自己負担 |
| | 車椅子の給付 | 医療機関：理学療法士、市町村：福祉担当、家族会 | 自己負担の軽減 |
| | 人工呼吸器・吸引器給付 | 医療機関：主治医、看護師、市町村：福祉、業者 | 退院に間に合う準備 |
| | 酸素濃度測定器貸し出し | 医療機関：主治医、看護師 | 自己負担の軽減 |
| 保健サービス | 保健師の訪問 | 市町村・保健所：保健師 | どの親にも必要 |
| | 保健所の親子教室 | 保健所：保健師 | 疾患別の会が必要 |
| | 発達相談 | 市町村・保健師：保健師 | 早い時期から受けてほしい |
| 福祉サービス | ショートステイ | 市町村：福祉担当・公報 | 早く教えてほしい |
| | デイサービス | 自主勉強会 | 早く教えてほしい |
| | 居宅介護（ヘルパー） | 他の親、自主勉強会 地域療育コーディネーター | 制度をわかりやすく |
| | 移動介護・ガイドヘルパー | 〃 | 身体障害の利用対象の拡大 |
| 保育・学校 | 障害児通園施設 | 医療機関：主治医、他の親、自主勉強会 | 身近なところに必要 |
| | 土曜保育 | 市町村：保健師 | 対象の拡大 |
| | 学童保育 | 他の親、自主勉強会 | 親の労力が大きく要支援 |
| | 保育所入所準備 | 市町村・保健所：保健師 | 受け入れ、入所時の支援をしてほしい |
| | 加配保育士 | 市町村：保健師・保育所担当 | 内科的疾患も必要 |
| | 就学準備 | 市町村・保健所：保健師 | 入学時の支援をしてほしい |
| 卒後 | 職業訓練 | 養護学校 | 受け入れ場所の拡大 |
| | 作業所 | 他の親 | 親の負担の軽減 |
| 他 | 職場の介護休暇 | 母から職場に依頼 | 休暇の取りやすい環境 |

4. 考察

1) 3群別のニーズやサービスの利用状況と課題
コミュニケーション障害を伴うA群については、多くのサービスを利用して、家族の育児の負担が大きく、在宅介護や移動介護などの直接的な支援が求められていた。運動機能に問題のあるB群については、医療機関が多科にわたり、同

じ検査を何度も受けたり、受診回数も多くなり、経済的にも負担が大きい現状であった。集団の場である保育所や学校などでの医療的ケアに関する受け入れ状況や設備が不十分であり、同一の障害事例が少ない中で、希望してもレクリエーションが行える機会も乏しく、また、知的障害がないと移動介護が受けられない（通院介助のみ）という

制度活用上の制限があり、障害の種類を問わず利用できる制度への早急な改善が必要であると考えられた。内科的疾患のあるC群については、表面上は病気であるとわからないため、周囲の理解を得る努力を保護者が行う必要があり、親の負担を軽減するための身近な支援者が必要であった。

サービス利用に至る情報源・紹介者は、同じ病気や障害をもつ先輩の親たちや家族会から情報を得る事が多く、特にセルフヘルプグループが果たした役割が大きいと考えられた³⁾。関係機関への要望としては、サービスについての迅速で、わかりやすい情報提供、サービス利用の対象の幅を広げる施策が求められており、医療機関や療育機関などの申請窓口である保健所、市町村との連携、個別に相談できる場が必要であると考えられる。

出生直後、保育所まで、就学までなど発達段階に分類したところ、発達段階毎にニーズが変化し、相談先や相談相手も変化している。したがって、発達段階を見通した関わりが求められ、関係機関の連携の強化、特に保育所、小学校、中学校、高等学校と教育環境が変化する前からの支援体制が必要であると考えられた。また、全ての発達段階を通して継続的に相談できる場が重要である。

2) 3群別の支援の特徴と課題

A群の支援の特徴として、①診断前の早期からの相談、②日常生活の中での関わり（早期療育）、③周囲の理解のための支援、④ショートステイ・居宅介護などの福祉サービスにつなげる支援、⑤作業所の情報提供、⑥家族会の情報提供であった。課題としては、診断前の早期から保健サービスの中で身近な保健師の相談が必要であり、病気の見通しについての説明、早期療育につなげること、就学後も福祉サービスの提供、病状を周囲に理解してもらうための支援が必要である。

B群の支援の特徴として、①早期からの医療費負担制度手続きの支援、②入院中の相談、③日常生活用具の給付についての情報提供、④訪問看護・リハビリテーションなどの在宅療養の情報、⑤保育所・学校など集団生活の受け入れの相談(設

備や医療的ケア)、⑥余暇や社会への参加に関する相談、⑦家族会の情報であった。課題としては、在宅療養体制を整えるために関係機関の連携、保育所・幼稚園や学校の設備改善と医療的ケアの受け入れ体制、余暇活動などの支援サービスを整えることが必要である。

C群の支援の特徴として、①病気についての説明、②早期からの医療費負担制度の手続き支援、③最新治療情報、④保育所・学校などの病気の理解、⑤周囲の理解のための支援、⑥緊急時の対応、⑦家族会の情報、⑧患者会の情報（子ども自身の相談）であった。課題としては、就学後に診断される疾患も多く、子どもに告知している割合も高いことより、子ども自身が相談できること、病気が見た目にはわかりにくいいため園児や生徒などの周囲の人々の病気の理解への支援、身近な緊急時の対応システムが必要である。

長期療養児の疾患を3タイプに分類し、支援内容の特色がある程度明らかになった。これらを目安とし、様々な病気の子どもたちに対して、今どのような支援が必要か、発達段階に応じて予測した関わりができるのではないかと考える。

しかし、本研究は6事例を分析したものであり、一般化することは困難であり、今後は例数を増やして、分析を行う必要がある。

5. おわりに

今回は、研究者らが行った「平成14年度難病の子どものQOLを高めるための生活実態調査」においてA県内の長期療養児の実態を把握した上で、これまでの関わりをもとに、支援する上で考慮することが類似している観点から対象者を3タイプに分類し、インタビュー内容の分析からA、B、C群別の支援のあり方について提案した。関係機関のネットワーク、情報発信機能のあるコーディネート機能の必要性、各対象の特徴をとらえ、迅速な対応と見通しをもった情報提供、長期的に身近で関われる体制づくりが重要であることが明らかになった。

長期療養児と家族が地域で安心して生活するために、コーディネート機能が充実し、当事者と共

に関係者が支援できるサポートシステムのあり方を継続して検討していきたい。

謝辞

本研究のインタビュー調査にご協力いただいた難病の子ども家族会の皆様に深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省. 難病及び小児慢性特定疾患の新たな医療費助成にかかる説明資料. (2014.8) <http://www.nanbyo.jp/news2/140819-1.pdf>
- 2) 厚生労働省: 小児慢性特定疾患児等疾患対策基本資料. (2013.1)
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000022423.pdf>
- 3) 和歌山県こども保健福祉相談センター (2003): 「平成14年度難病の子どものQOLを高めるための生活実態調査」報告書.
- 4) キッズエナジー編 (2001) 難病の子どもの情報ブック. 東京書籍.
- 5) 横浜「難病児の在宅療育」を考える会編 (1995): いのちの輝きー在宅療養の手引きー. 日本小児医事出版社.
- 6) 小林信秋著 (2005) わかちあい、育てあう親の会. 大月書店.
- 7) 及川郁子監 (2005) 小児看護叢書 2 病いと共に生きる子どもの看護. メヂカルフレンド社.
- 8) 武田鉄郎 (2006): 慢性疾患児の自己管理支援のための教育的対応に関する研究. 大月書店.
- 9) 伊藤龍子 (2007): さまざまな施設間での連携. 小児看護, 30 (1), 36-41.
- 10) Kathleen, M.T., Mcallister, J.W. (2001) The health and education leadership project; A school initiative for children and adolescents with chronic health conditions, The Journal of School Health, 71 (5), 167-173.
- 11) 埋橋玲子 (2007) チャイルドケア・チャレンジ. 法律文化社.
- 12) 谷川弘治 (2006) 「病気をもつ子どもの教育」病気の子どもへのトータル・ケアと教育支援システム. 教育と医学, 54 (6), 512-522.
- 13) 岡知史 (1999) セルフヘルプグループ. 星和書店.
- 14) 久保紘章, 石川到覚 (2001) セルフヘルプ・グループの理論と展開. 中央法規.

小児がんに罹患した児童生徒の復学における地元校の 担任教師が行った支援に関する文献調査

大阪大学大学院人間科学研究科／日本学術振興会特別研究員 (DC2) 永井 祐也

筑波大学大学院総合人間科学研究科 川内 絵莉子

和歌山県立医科大学保健看護学部 岡本 光代

【要約】

地元校の担任教師は小児がんに罹患した児童生徒に接する機会が少なく、経験則に頼れないために、復学を支援する際に困難が生じることがある。そこで、本研究は小児がんに罹患した児童生徒が入院してから復学に至る過程の中で、彼らとその家族の復学における困難さと地元校の担任教師が行った支援の内容を整理し、円滑な復学を支援するために地元校の担任教師に求められる支援について検討した。医学中央雑誌にて、「小児がん&復学」等をキーワードとして検索し、目的に沿った33文献を検討した。その結果、復学における困難さの記述が195得られ、11の大カテゴリーに集約した。また、担任教師が行った支援の記述が145得られ、12の大カテゴリーに集約した。さらに、復学における困難さと担任教師の支援の関連を検討し、本研究の対象文献で指摘されていないが、より一層円滑な復学のために担任に望まれる支援を提案した。

キーワード：小児がん、復学支援、地元校の担任教師、文献調査

I. 問題と目的

小児がんの治癒率向上により、多くの小児がんに罹患した児童生徒が闘病生活を経て地元校に復学している。しかし、治療が終了しても復学の問題、晩期障害、就職、結婚と社会に戻るにあたっての問題は多い¹⁾。その中で、多くの先行研究¹²⁾は、退院してすぐに直面する地元校への復学における問題を取り上げている。地元校への復学における問題を解決するためには、地元校の担任教師からの支援が必要不可欠である。しかし、地元校の担任教師は小児がんに罹患した児童生徒に接した経験が少なく、担任教師自身の経験則に頼って支援を行うことが難しい。先行研究¹²⁾では、小児がんに罹患した児童生徒の復学支援に関する文献検討を行い、彼らとその家族が抱える困難さとそれに対する支援を整理した。しかし、地元校の担任教師が、いつ、何をすれば彼らの円滑な復学

を支援することができるかについて詳細に検討した研究はほとんどない。小児がんに罹患した児童生徒と関わった経験のない教師が彼らの困難さを理解し、円滑に復学を支援できるように、復学において地元校の担任教師に求められる支援内容を検討することが必要である。

そこで、本研究では、小児がんに罹患した児童生徒が入院してから復学に至る過程の中で、彼らとその家族の復学に関する困難さ、及び、担任教師が彼らとその家族のために行った支援内容を明らかにし、小児がんに罹患した児童生徒の復学において地元校の担任教師に望まれる支援について検討することを目的とした。

II. 方法

1. 対象

対象は、2014年6月時点で「医学中央雑誌Web

表1 対象文献一覧と困難さ・担任が行った支援の記述の有無

| 文 | 献 | 困難さ | 支援 |
|-----|---|-----|----|
| 1) | 土路生明美ら(2014)小児がん経験者のピアサポートと支援の検討 自助グループに参加する経験者の面接調査より.小児看護, (44), 38-41. | ○ | |
| 2) | 湧水理恵ら(2013)小児がんで長期入院を余儀なくされた児への復学支援を考える児・保護者・スタッフの復学に向けた思いとその変化に焦点を当てて.小児保健研究, 72(6), 824-833. | ○ | ○ |
| 3) | 大見サキエら(2013)全国調査にみるがんのこどもの教育支援に関する医師の取り組みの現状 家族・看護師・学校教員との連携を中心に.日本小児血液・がん学会雑誌, 50(4), 598-606. | ○ | ○ |
| 4) | 畑江郁子(2013)小児がん治療を終了した青年の病気体験.小児がん看護, 8, 27-36. | ○ | |
| 5) | 武井優子ら(2013)小児がん経験者の病気のとらえ方の特徴と退院後の生活における困難との関連.行動療法研究, 39(1), 23-33. | ○ | |
| 6) | 副島堯史ら(2013)小児がんおよび小児がん経験者への児童生徒の認識と態度.小児保健研究, 71(6), 856-866. | | ○ |
| 7) | 上別府圭子ら(2012)日本の医療機関といわゆる院内学級における小児がん患者の復学に向けた取り組み 質問紙調査による現状分析.日本小児血液・がん学会雑誌, 49(1-2), 79-85. | ○ | ○ |
| 8) | 東樹京子ら(2012)小児がん患児の復学支援 感染症に対する看護師からの情報提供.小児がん看護, 7, 7-16. | | ○ |
| 9) | 加藤千明ら(2012a)小児がんに罹患した子どもの復学を担当教員が支援していくプロセス 院内調整会議後の学校生活適応プロセス.日本小児看護学会誌, 21(2), 17-24. | ○ | ○ |
| 10) | 加藤千明ら(2012b)がんに罹患した学童期の子どもに対する担任教員の復学支援 退院時院内調整会議後から復学前日までの担任教員の思いと支援を検討した2事例.椋山女学園大学看護学研究, 4, 11-21. | ○ | ○ |
| 11) | 小堀裕美(2011)A施設における小児がん患児の復学支援の現状と課題.小児がん看護, 6-34-43. | ○ | ○ |
| 12) | 平賀紀子ら(2011)小児がん患児の復学支援に関する文献検討.日本小児看護学会誌, 20, 72-78. | | ○ |
| 13) | 大見サキエら(2010)ALLで骨髄移植後再三の退院延期を余儀なくされた小学生の復学支援 初めて介入した調整会議が有効であった事例の検討.小児がん看護, 5, 78-89. | ○ | ○ |
| 14) | 牧野麻葉ら(2010)小児がん経験者への長期的な支援に関する検討 ライフ・ヒストリーからの分析.小児がん看護, 5, 43-56. | ○ | ○ |
| 15) | 大見サキエ(2010)がんの子どもが復学する時のクラスメートへの説明—小学校における場面想定法を用いた検討—.小児がん看護, 5, 35-42 | ○ | ○ |
| 16) | 中垣紀子ら(2010)小児がん患児に関する復学支援の取り組み 愛知県における実態調査.小児がん, 47(2), 275-280. | ○ | ○ |
| 17) | 川勾亜紀奈(2008)小児がん患児の教育支援におけるソーシャルワーカーの役割.北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 4(1), 59-65. | ○ | |
| 18) | 三戸真由美ら(2008)幼児期に発症した白血病患児の通学開始までの家族の関わり 小学校1年生を院内学級から開始した2事例を通して.小児がん看護, 3, 83-92. | ○ | ○ |
| 19) | 大見サキエら(2008)がんの子どもの教育支援に関する小学校教員の認識と経験 B市の現状と課題.小児がん看護, 3, 1-12. | ○ | ○ |
| 20) | 森浩美ら(2008)思春期に発症したがん患者の病気体験とその思い 半構造化面接を用いて.日本小児看護学会誌, 17(1), 9-15. | | ○ |
| 21) | 寺田麻子ら(2007)小児がんの子どもの小学校生活に対する退院時指導の検討 子ども・保護者への面接を通して.小児看護, (37), 167-169. | ○ | ○ |
| 22) | 平賀健太郎(2007)小児がん患児の前籍校への復学に関する現状と課題.小児保健研究, 66(3), 456-464. | ○ | ○ |
| 23) | 大見サキエら(2007)がんの子どもの教育支援に関する小学校教員の認識 A市における全校調査.小児保健研究, 66(2), 307-314. | ○ | ○ |
| 24) | 尾形明子ら(2006)小児がん患児の学校不適応と母親の子どもの健康に関する認知.小児がん, 43(2), 180-185. | ○ | |
| 25) | 吉田雅子(2004)小児がん患者の教育にかかわる諸問題に関する研究 医療ソーシャルワーカーによる支援のあり方について.医療と福祉, 38(1), 58-62. | ○ | |
| 26) | 杉本陽子ら(2003)小児がん経験者の学校問題に関する医療と教育の連携 担任及び養護教諭への1983年調査と2001年調査の比較.小児がん, 40(2), 192-201. | ○ | ○ |
| 27) | 小柳恵子ら(2003)小児がんの子どもの保護者の不安について アンケート調査から.こども医療センター医学誌, 32(1), 5-13. | ○ | |
| 28) | 谷川弘治ら(2003)小児がん寛解・治癒例の学校生活の実態からみた学校生活支援的方法的諸問題.小児がん, 37(1), 32-38. | ○ | ○ |
| 29) | 中村菜穂ら(2000)白血病患児の退院後の将来への不安に関する研究 外来通院中の患児と母親を対象として.日本小児看護学会誌, 9(2), 39-44. | ○ | |
| 30) | 川崎浩三ら(1999)小児がん患者の通学時の問題に関する養護教諭の意識調査.小児保健研究, 58(1), 65-70. | ○ | ○ |
| 31) | 白畑範子(1999)血液・腫瘍疾患患児の母親のノーマリゼーション状況に関する研究.日本小児看護学会誌, 8(2), 38-45. | ○ | |
| 32) | 森泰二郎ら(1996)小児白血病, 悪性腫瘍患者のQOLに関するアンケート調査(Ⅰ) 病名告知, 学校生活について.小児がん, 33(4), 499-506. | ○ | ○ |
| 33) | 宮崎澄雄ら(1990)小児がんと通学・通園.小児科診療, 53(12), 2904-2908. | ○ | |

著者は筆頭著者のみを記載。本人・保護者の困難さ、担任教師による支援に関する記述があった文献を○で示している。

版 (Ver.5) によって検索可能な全ての文献とした。「小児がん&復学」、「小児がん&復学支援」、「小児がん&学校」、「小児がん&教育」、「小児がん&退院後」、「小児がん&心理」をキーワードとして検索し、計274件の文献が得られた。これらの文献について、著者が表題と要旨を確認し、小児がんに罹患した児童生徒（以下、本人）やその家族の復学における困難さ、及び、地元校の担任教師（以下、担任）が小児がんに罹患した児童生徒の復学において行った支援に関する記述があり、本研究の目的に沿った33文献を選んだ（表1）。

2. 分析

対象とした文献を精読し、本人やその家族の復学における困難さ、及び、担任が本人の復学において行った支援に関する記述を、意味をなすまとまりごとに抽出した。本人やその家族の復学における困難さには、本人やその家族が報告した困難さに関する記述、教育関係者や医療関係者等が報告した困難さに関する記述を含めた。担任が本人の復学において行った支援には、担任が本人やその家族のために行った支援に関する記述、本人やその家族が担任から受けた支援に関する記述、医療関係者や研究者等が担任によって支援が行われたことを報告した記述を含めた。なお、本人やその家族が担任に支援を希望する内容は、記述された事例において実際に行われたか判断できないため、抽出しなかった。

抽出された記述は内容の類似性に基づいて分類・命名し、小カテゴリーとした。さらに、小カテゴリーの類似性に基づいて分類・命名し、大カテゴリーとした。その際、担任が本人の復学において行った支援に関しては、本人が入院してから復学するまでの時期と担任が働きかける対象に注目して大カテゴリー単位で整理した。さらに、先行研究¹²⁾に倣い、復学における困難さと担任の支援の関連を小カテゴリー単位で分析した。分析過程においてデータの妥当性を高めるために、特別支援教育領域の研究に従事する著者2名、及び、小児がん看護領域の研究に従事する著者1名が分析に参加した。三者の意見が食い違った場合は協議を行い、全員が了解した上で分類を行った。

III. 結果

対象文献を精読した結果（表1）、本人とその家族が復学において感じた困難さに関する195の記述が29文献から抽出された。また、担任が本人の復学に向けて行った支援に関する145の記述が23文献から抽出された。

1. 本人やその家族の復学における困難さ

本人やその家族の復学における困難さに関する記述を分類・命名し、カテゴリー化を試みた（表2）。以下、大カテゴリーごとに具体的な内容を示す。なお、得られた記述を「」、小カテゴリーを【】で示す。

1-1. 友人関係の問題

「肥満、脱毛、手術跡といった治療の副作用がいじめに結び付いた³⁰⁾」といった【いじめ・からかい】、本人が「友達との溝を感じる⁴⁾」のように【クラスに溶け込めない】ことや、「先生にひいきされているように友人たちに見られた²⁸⁾」といった【クラスメイトの否定的反応】があった。

1-2. 学習の遅れ

「復学しても授業についていけなかった¹⁾」といった【学習の遅れ】があり、その中には「退院後の家庭療養期間に学習が遅れる⁷⁾」といった退院後から地元校に復学するまでの期間の学習が保障されていない場合もあった。

1-3. 治療による影響

治療の影響から「風邪や感染症などに罹患しやすくなること⁵⁾」といった【感染しやすい】こと、「視力低下や難聴、歯牙の異常、運動能力の低下など治療による後遺症がある³³⁾」、「物忘れの傾向が強くなった²⁵⁾」といった多様な【後遺症・晩期合併症】、【体力の低下】、【容姿の変化】、退院後の外来治療に伴う【副作用】があった。

1-4. 生活上の制限や注意事項

「体育の授業にはしんどくてしばらく参加できなかった¹⁾」といった【活動参加の制限】、【登下校方法の制限】、「治療の影響で生ものを摂取できない²¹⁾」といった【生活上の注意事項】があった。

1-5. 連携における問題

「原籍校と病院との連携が密でない¹⁶⁾」といった【学校と病院の連携の問題】、「入院中に担任の先生から連絡がなかったから、復学前の話し合いは

表2 文献検討によって得られた、本人・保護者の復学における困難さ

| | |
|---------------|---|
| | いじめ・からかい (1, 4, 11, 13, 14, 19, 21, 22, 23, 28, 30) |
| 友人関係の問題 | クラスに溶け込めない (4, 5, 11, 18, 23, 25, 26, 27, 28) |
| | クラスメイトの否定的反応 (4, 5, 15, 28) |
| | 本人が友人に病気を説明せざるを得ない状況 (5) |
| 学習の遅れ | (1, 3, 4, 5, 7, 11, 14, 17, 18, 19, 23, 24, 26, 27) |
| 治療による影響 | 感染しやすい (5, 13, 21, 24, 28, 33) |
| | 後遺症・晩期合併症 (11, 19, 21, 25, 27, 33) |
| | 体力の低下 (4, 5, 11, 13, 21, 26, 27, 28) |
| | 副作用 (5, 21, 28, 33) |
| 生活上の制限や注意事項 | 容姿の変化 (1, 5, 10, 13, 23, 26, 28, 32) |
| | 活動参加の制限 (1, 2, 5, 10, 13, 14, 19, 21, 23, 26, 30, 32, 33) |
| | 登下校方法の制限 (19, 23) |
| | 生活上の注意事項 (13, 19, 21) |
| 連携における問題 | 学校と院内学級の連携の問題 (2) |
| | 学校と病院の連携の問題 (9, 10, 16, 22, 25) |
| | 学校と保護者の連携の問題 (17, 18, 22, 28) |
| 入退院に伴う転籍の問題 | 転籍に対する抵抗感 (14, 22) |
| | 転籍方法の情報不足 (22) |
| | 行政の関心の低さ (17) |
| 本人の心理的問題 | 入院中の社会的孤立感 (4, 17) |
| | 本人の復学・将来への不安 (2, 3, 5, 9, 10, 11, 17) |
| | 復学後の心理的問題 (19, 22) |
| 保護者の復学・将来への不安 | (9, 10, 11, 18, 23, 25, 27, 29, 31) |
| きょうだいに関する問題 | (23) |
| 情報の取り扱いに関する問題 | (23) |
| 担任の無理解や不適切な配慮 | (3, 16, 17, 18, 22, 31) |

() 内は記述のあった文献を表1の文献番号と一致させて示す。

なかった²⁸⁾』といった【学校と保護者の連携の問題】、「院内学級と前籍校との進度の開きがわからない²⁾』といった【学校と院内学級の連携の問題】があった。

1-6. 入退院に伴う転籍の問題

「院内学級だと特殊学級になって籍を移さないといけない¹⁴⁾』といった【転籍に対する抵抗感】、「院内学級の位置づけや転籍手続に必要な情報を尋ねる相手がわからなかった²²⁾』といった【転籍方法の情報不足】のほか、【行政の関心の低さ】があった。

1-7. 本人の心理的問題

「勉強が遅れてしまうのではないかと心配している²⁾』等の様々な困難さに対して【本人の復学・将来への不安】を抱いていた。また、「学校に行っていないことへの劣等感⁴⁾』といった【入院中の社会的孤立感】、「復学後、子どもが思うように体が動かないなどの現実と直面し、落ち込んでいた

²²⁾』といった【復学後の心理的問題】があった。

1-8. 保護者の復学・将来への不安

保護者も本人同様に、「保護者が患児の脱毛でいじめられると心配している¹⁰⁾」、「中学進学について不安だった²⁵⁾』といった【保護者の将来・復学に対する不安】を抱いていた。

1-9. きょうだいに関する問題

「保護者からの兄弟の欠席や精神的ケアに関する相談²³⁾』があったという【きょうだいに関する問題】があった。

1-10. 情報の取り扱いに関する問題

「プライバシーの保護の問題²³⁾」や「クラスメイトに病気の説明ができない²³⁾』といった【情報の取り扱いに関する問題】があった。

1-11. 担任の無理解や不適切な対応

「学校の先生から偏見の目で見られる³¹⁾」、「復学したら出席番号が末尾になっていた³⁾」、「必要以上の過度な配慮²²⁾』といった【担任の無理解

や不適切な対応】が本人やその保護者の困難さを引き起こしていた。

2. 担任が本人の復学に向けて行った支援

担任が復学に向けて行った支援に関する記述を分類・命名し、カテゴリー化を試みた(表3)。

2-1. 地元校とのつながりの維持

入院中には、「級友の手紙を届ける²⁸⁾」といった【クラスメイトとのつながり】、本人が「先生と電話で連絡を取る²⁾」といった【担任とのつながり】、【入院中の本人の様子を伝える】配慮等を行っており、退院後には、【自宅療養中のつながりの維持】を必要に応じて行っていた。一方で、入院中に【あえて交流しない】配慮も行っていた。

2-2. クラスメイトへの働きかけ

「髪の毛のことを先生が友達に説明してくれた¹¹⁾」といった【病気の説明】は、必要に応じて、全校児童生徒やクラスメイトの保護者へも行われていた。また、「不用意に言葉が出る可能性のあるクラスメイトに個別対応を行った¹⁰⁾」のように【特定のクラスメイトへの対応】や「患児の復学前に、クラスメイトに手洗い・うがいの実施を強調して指導した¹⁰⁾」といった【感染症予防の対策】、「担任を介して友達の家に行く機会を作ってもらった¹⁸⁾」といった【クラスメイトへの協力の依頼】を行っていた。

2-3. クラスへの適応を促す支援

「患児・クラスメイトの特性に注意し、患児との関係を見守る⁶⁾」といった【友人関係の見守り】や、「本人にからかいに対する相談は告げ口ではないことを伝える¹³⁾」といった【からかいへの対処行動を教える】こと等を行っていた。

2-4. 学習保障

【復学後の個別指導】のほかに、「毎日授業でとった勉強のノートを書いて、病院に送ってくれた¹⁴⁾」といった入院中に【クラスの授業の様子を知らせる】ことを行っていた。

2-5. 治療の副作用・後遺症への配慮

「校内で帽子を着用することを許可した¹⁰⁾」といった【脱毛への配慮】や、「日焼け止めクリームの使用や長袖・帽子で対応した²¹⁾」といった【日焼け対策】、【車いすへの対応】、【設備の整備】を

行っていた。

2-6. 体力の回復に応じた配慮

「徐々に登校時間を増やす²⁸⁾」といった【学校生活の調整】や、「掃除を行わないようにする²¹⁾」といった【感染症予防の対応】、「体育の活動範囲への配慮¹³⁾」といった【運動制限への配慮】等を行っていた。

2-7. 多職種との連携

退院前後には、「入院中に、医療スタッフ、患児の保護者、教育関係者の間で話し合いの機会を持っている¹⁶⁾」といった【調整会議への参加】のほか、主治医や看護師との連携等を行っていた。

2-8. 保護者との連携

保護者との間では、入院中に「保護者からの子どもの病状についての連絡を受ける²⁶⁾」といった【病状の確認】を行い、復学前には「(教師が)子どもの復学のために積極的に質問した¹⁸⁾」といった【復学時の保護者との話し合い】や「学校行事の予定を知らせてもらい、復学の時期を決定する²²⁾」といった【復学時期の決定】を行っていた。復学後には、「保護者から子どもの体調の変化について連絡を受ける²⁶⁾」、「遠足参加中に途中で連絡をとれるようにしていた²¹⁾」といった【保護者との連絡体制の構築】等を行っていた。また、「患児の体力回復に合わせた学校生活に関する判断を保護者から主治医に聞いてもらう⁹⁾」といった【保護者を介した主治医の意見の確認】も行っていた。

2-9. 校内連携

「学校での対応について、職員会議で判断する²³⁾」といった【職員間での情報共有】のほか、養護教諭、管理職、スクールカウンセラーとの連携を行っていた。

2-10. 転籍における配慮

入退院に伴い地元校と院内学級のある学校との間で学籍を移す必要があることから、「転校の必要性の説明¹²⁾」といった【転籍に関する配慮】や【転籍の手続き】を行っていた。

2-11. 本人・保護者への情緒的サポート

「登校時、校門で校長先生や担任の先生が待っていてくれた¹⁸⁾」といった【復学の歓迎】や、「(復

表3 文献検討によって得られた、担任教師が行った復学支援の内容

| | |
|-----------------|---|
| 地元校とのつながりの維持 | クラスメイトとのつながり (2, 13, 14, 16, 22, 28) |
| | 担任とのつながり (2, 22, 28) |
| | クラス替えへの配慮 (10, 18, 21, 22) |
| | 外泊時の交流 (2, 13, 22, 28) |
| | 入院中の本人の様子を伝える (22, 28) |
| | あえて交流を控える (28) |
| | 自宅療養中とのつながりの維持 (9) |
| クラスメイトへの働きかけ | 病気の説明 (9, 10, 11, 13, 15, 18, 19, 21, 22) |
| | クラスメイトへの協力の依頼 (10, 18) |
| | 感染症予防の指導 (9, 10) |
| | 特定のクラスメイトへの対応 (10) |
| クラスへの適応を促す支援 | 友人関係の見守り (6, 9, 28) |
| | からかいへの対処行動を教える (13) |
| | 本人の自主性を見守り (9) |
| | 本人を特別扱わない (9) |
| 学習保障 | クラスの授業の様子を知らせる (14, 22) |
| | 復学後の個別指導 (9) |
| 治療の副作用・後遺症への配慮 | 脱毛への配慮 (9, 10, 21) |
| | 日焼け対策 (13, 21) |
| | 車いすへの対応 (21) |
| | 設備の整備 (22) |
| 体力の回復に応じた配慮 | 学校生活の調整 (9, 13, 21, 28) |
| | 運動制限への配慮 (13, 21, 28) |
| | 校内移動時の配慮 (13) |
| | 感染症予防の対応 (10, 13, 21) |
| | 休息を与える (13, 28) |
| | 送迎の許可 (18, 21) |
| | 内服薬管理 (13) |
| 多職種との連携 | 調整会議への参加 (7, 10, 13, 16, 28) |
| | 主治医との連携 (3, 23) |
| | 看護師との連携 (8, 23) |
| | 教育委員会との連携 (19) |
| 保護者との連携 | 復学時の保護者との話し合い (11, 18, 21, 22, 28) |
| | 病状の確認 (18, 26, 28) |
| | 保護者を介した主治医の意見の確認 (9, 22, 23) |
| | 復学時期の決定 (13, 22) |
| | 感染症に関する保護者への連絡 (8, 21) |
| | 保護者との連絡体制の構築 (21, 26) |
| | 保護者の待機場所確保 (10, 18) |
| 校内連携 | 職員間での情報共有 (10, 13, 23) |
| | 養護教諭との連携 (10, 23, 30) |
| | 管理職との連携 (23) |
| | スクールカウンセラーとの連携 (19) |
| 転籍における配慮 | 転籍の手続き (18) |
| | 転籍の説明 (12, 22) |
| 本人・保護者への情緒的サポート | 復学の歓迎 (11, 18) |
| | 本人への情緒的サポート (19, 21) |
| | 保護者への情緒的サポート (9, 19, 32) |
| 情報の取り扱いへの配慮 | 公開情報の内容の統一 (9, 10) |
| | プライバシーの保護 (9, 10) |

() 内は記述のあった文献を表1の文献番号と一致させて示す。

学前に) 本人への精神的ケア¹⁹⁾」「(復学後に) 達成感を持てるような配慮²¹⁾」といった【本人への情緒的サポート】を行っていた。また、「家族に安心を与え、勇気づける³²⁾」のように【保護者への情緒的サポート】を行っていた。

2-12. 情報の取り扱いへの配慮

病気の説明等に際し、「病名などの情報の取り扱いへの配慮¹⁰⁾」といった【公開情報の内容統一】や【プライバシーの保護】に注意を払っていた。

3. 担任が行った復学支援の対象と時期

担任が行った復学支援の大カテゴリーについて、支援の対象と時期に着目して図示した(図1)。その結果、働きかける時期は入院中、調整会議後、自宅療養中、復学後の4区分に分けられた。また、各時期に本人やその保護者、地元校のクラスメイト、全校児童生徒、教職員、医療関係者等に対して働きかけていた。

4. 復学における困難さと担任の支援の関連

本人やその家族の復学における困難さの小カテゴリーと、それを解決するために担任が行った支援の小カテゴリーとの関連を分析し、表4に整理した。例えば、友人関係の問題には、【いじめ・からかい】や【クラスメイトの否定的反応】があり、これに対して担任は、【病気の説明】や【特定のクラスメイトへの対応】といった複数の支援を行っていた。したがって、担任の支援内容を具体的に示すために、困難さを大カテゴリーで、支

援内容を小カテゴリーで示した。

IV. 考察

本研究は、入院してから復学に至る過程の中で、担任が本人とその家族のために行った支援内容を文献検討によって整理し、円滑な復学のために担任に望まれる支援を検討した。

1. 担任が本人の復学において行った支援

多くの文献から抽出された支援は、【病気の説明】、【クラスメイトとのつながりの維持】、【調整会議への参加】、【復学時の保護者との話し合い】であり、復学に関連した問題と支援を検討した先行研究¹²⁾と一致する。このことから、これらの支援は、円滑な復学を支援するために、必須となる支援であると考えられる。しかし、これらの支援がそれ以外の支援よりも重要であることを意味するわけではない。例えば、「不用意に言葉が出る可能性があるクラスメイトには、脱毛している状態で帽子を取られた時の気持ちについて考える機会を作った」という【特定のクラスメイトへの対応】を取り上げた唯一の文献¹⁰⁾は、担任が病気を説明する際にクラスメイトの反応を受け止め、説明を追加した事例を報告している。このことは、単に教師が一方的に【病気の説明】を行うだけでは十分でなく、クラスメイトの反応に応じた支援の必要性を示唆した。また、【車いすへの対応】や【設備の整備】について抽出された文献も少なかった。小児がんやその治療による影響が様々であることから、本人の状況に応じた支援が必要である。一方、小児がんと診断された子どもの不安と悲しみは、病気の重大さの事実よりも、入院によってクラスの仲間から離れてしまうことによるものが大きい³⁷⁾と指摘されており、入院中に【あえて交流を控える】配慮は矛盾している。このことについて、教師や友人からの働きかけを望まない場合があることにも注目すべきであるという指摘²⁸⁾があり、本人のニーズに応じた配慮が行われることが望まれる。以上のように、円滑な復学を支援するためには、多くの場合に共通して必要となる支援がある一方、復学先の環境、小児がんやその治療による影響、本人やその家族のニーズ等に注目し、個々人に応じた細やかな支援



図1 担任が行った復学支援の対象・時期・内容

表4 復学における困難さと担任の支援の関連

| 困難さ (大カテゴリー) | 支援内容 (小カテゴリー) | 困難さ (大カテゴリー) | 支援内容 (小カテゴリー) |
|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 友人関係の問題 | 担任とのつながり | 生活上の制限や 注意事項 | 調整会議への参加 |
| | クラスメイトとのつながり | | 主治医との連携 |
| | 入院中の本人の様子を伝える | | 看護師との連携 |
| | あえて交流を控える | | 保護者を介した主治医の意見の確認 |
| | クラス替えへの配慮 | | クラスメイトへの協力の依頼 |
| | 外泊時の交流 | | 職員間での情報共有 |
| | 自宅療養中のつながりの維持 | | 内服薬管理 |
| | 病気の説明 | | 養護教諭との連携 |
| | 特定のクラスメイトへの対応 | | 管理職との連携 |
| | クラスメイトへの協力の依頼 | | 病気の説明 |
| | 友人関係の見守り | | 送迎の許可 |
| | 本人の自主性を見守り | | 運動制限への配慮 |
| | 職員間での情報共有 | | 学校生活の調整 |
| | からかいへの対処行動を教える | | 校内の移動時の配慮 |
| | 復学の歓迎 | | 調整会議への参加 |
| 本人を特別扱いたくない | 保護者との連絡体制の構築 | | |
| 学習の遅れ | 復学後の個別指導 | 連携における問題 | 保護者の待機場所の確保 |
| | クラスの授業の様子を知らせる | | 復学時の保護者との話し合い |
| | クラスメイトへの協力の依頼 | | 復学時期の決定 |
| | 調整会議への参加 | | 自宅療養中のつながりの維持 |
| 治療による影響 | 調整会議への参加 | 入退院に伴う 転籍の問題 | 病状の確認 |
| | 主治医との連携 | | 保護者を介した主治医の意見の確認 |
| | 看護師との連携 | | 主治医との連携 |
| | 保護者を介した主治医の意見の確認 | | 看護師との連携 |
| | 復学時の保護者との話し合い | | クラスの授業の様子を知らせる |
| | 職員間での情報共有 | | 転籍の手続き |
| | 養護教諭との連携 | | 転籍の説明 |
| | 休息を与える | 教育委員会との連携 | |
| | 学校生活の調整 | 本人の心理的 問題 | 本人への情緒的サポート |
| | 送迎の許可 | | カウンセラーとの連携 |
| | 運動制限への配慮 | | 担任とのつながり |
| | 校内移動時の配慮 | | あえて交流を控える |
| | 内服薬管理 | | クラスメイトとのつながり |
| | 脱毛への配慮 | | 入院中の本人の様子を伝える |
| | 病気の説明 | | クラス替えへの配慮 |
| | クラスメイトへの協力の依頼 | | 外泊時の交流 |
| | 管理職との連携 | | からかいへの対処行動を教える |
| | 車いすへの対応 | | 復学の歓迎 |
| | 設備の整備 | | 調整会議への参加 |
| | 日焼け対策 | | 看護師との連携 |
| | スクールカウンセラーとの連携 | | 保護者の復学・ 将来への不安 |
| | 感染症予防の対応 | | 保護者への情緒的サポート |
| | 感染症予防の指導 | | 復学時の保護者との話し合い |
| | 感染症に関する保護者への連絡 | きょうだいに 関する問題 | 職員間での情報共有 |
| | 保護者の待機場所の確保 | | スクールカウンセラーとの連携 |
| | 保護者との連絡体制の構築 | 情報の取り扱 いに関する問題 | プライバシーの保護 |
| | | | 公開情報の内容の統一 |
| | 担任の無理解や 不適切な配慮 | 復学時の保護者との話し合い | |
| | | 調整会議への参加 | |
| | | 復学時の保護者との話し合い | |
| | | 保護者との連絡体制の構築 | |

が求められる。

また、担任が行った様々な支援について、対象と時期に着目して図示した。復学に関連した問題は入院中、退院前後、復学後の区分によって違いがあるが¹²⁾、担任が行う支援は入院中、調整会議後、自宅療養中、退院後の4区分によって違いがあることが示された。復学に関連した問題と担任が支援を行う時期の区分が異なるのは、復学に関連した問題を予防するために、調整会議後に支援を開始するためと考えられる。また、円滑な復学を支援するためには、本人やその家族のみならず、クラスメイトや地元校の教職員、医療関係者、院内学級の担当教師等への働きかけや情報共有の必要性が示された。しかし、学習保障に関しては、入院中には【クラスの授業の様子を伝える】支援が、退院後には必要に応じて個別対応が行われていたが、自宅療養中に学習保障を行った記述は抽出されなかった。「退院後の家庭療養期間に学習が遅れる⁸⁾」という指摘があるように、自宅療養中も入院中と復学後の橋渡しとなるように切れ目のない学習保障が必要となる。また、本研究から自宅療養中のクラスメイトや担任とのつながりに関する記述の抽出された文献⁹⁾が1本のみであったことから、自宅療養が必要な場合、本人は担任による支援が十分受けられていない可能性がある。担任は『自宅療養中の学習保障』やクラスメイトとのつながりの維持に努めることが求められる。自宅療養中のほかにも、切れ目なく学習保障を行うためには、入院直後から入院中の学習が保障されるまでの期間を考える必要がある。そのため、地元校での本人の様子や学習の進捗、地元校で用いている教材などの情報を、担任は入院直後に『院内学級への情報提供』を行うことが求められる。

2. 担任に望まれる支援とその必要性

本研究では、文献検討によって得られた本人とその家族の復学に関する困難さと担任が行った支援内容との関連を分析・整理した。その分析過程において、本研究の対象文献では抽出されなかったが、担任に望まれる支援が考えられた。そこで、それらの支援を提案し、より円滑に復学における支援ができるように考察した。担任に望まれる支

援内容とその必要性を以下に述べる。なお、提案する支援内容のカテゴリー名を『 』で示す。

小児がんの治療方法の1つである放射線治療が治療後の認知機能の低下の原因となり³⁵⁾、復学後の学習や学校適応に影響を及ぼす可能性がある。実際、「物忘れの傾向が強くなった²⁵⁾」という報告があったことから、本人や保護者の同意を得た上で、担任が病院内で心理士が行う心理検査の結果を知る機会を設け、復学時の認知機能を把握する必要があると考えられる。このため、担任は『病院内の心理士との連携』を行うことが必要である。復学後に認知機能の低下による困難さを支援するときには、必要に応じて、専門的なアドバイスに基づいた支援を行うことも学習の理解や学校適応を促すために有用であると考えられる。そのため、担任が『巡回相談の活用』や『特別支援学級担任との連携』を行うことが効果的であると考えられる。また、担任が本人の心理的問題を把握するためには、『病院内の心理士との連携』によって、カウンセリング等で得られた本人の不安や困難さを共有することが望ましいと考えられる。このことにより、担任が行う情緒的サポートやクラスの受け入れ態勢を整えることに役立つ情報が得られると考えられる。病院内の心理士のほかにも、カウンセリングやプレイセラピーを通じた本人への心理的なサポートを行う『CLS (Child Life Specialists)・HPS (Hospital Play Specialist) との連携』が望ましいと考えられる。

復学直後の本人は、治療による身体的な影響によって学習への参加が困難になる場合が多い。具体的には、復学後すぐは、「体育についていけない²⁾」ことや、「ほこりなどによる感染症の問題²¹⁾」から掃除活動を避けることが予想される。しかし、本研究の文献検討からは、本人が学校の諸活動に参加できないため控えさせるという記述がほとんどであった。このことは、「復学後、子どもが思うように体が動かないなどの現実直面し、落ち込んでいた²²⁾」といった【復学後の心理的問題】や、体育等の評価の問題につながる懸念がある。クラスメイトと同じ方法で学習に参加することが難しい場合にも、同じ学習目標に沿った『代替活動の提案』が担任教師には求められる。

また、提案した代替活動を以って評価するといった『成績評価の工夫』も求められる。

復学後の困難として報告された「必要以上の過度な配慮²²⁾」は、担任の疾患に関する理解の不足が一因となっていると推察される。担任が保護者と連携したり、クラスメイトに対応したりする場合は、疾患について理解していることが求められるため、担任は『疾患に関する情報収集』を行うことが求められる。このような疾患に関する情報を効率的に収集できる方法の1つとして、病弱教育に関する情報をできる限り一元化した病弱教育支援冊子が作製されている³⁸⁾。担任は、このような資料を活用して必要な情報を収集し、復学における支援に活かすことが望まれる。

本研究の中では情報の取り扱いに関する問題として、病名告知に関する問題が挙げられなかった。しかし、「クラスメイトへ病気の説明ができない²³⁾」ことは、本人や保護者が説明されたくないという感情的な問題のほかに、本人が病名を知らない可能性もある。本人へ病名の告知を積極的に実施しているのは全体の10%弱、条件によるのが約60%である³⁶⁾。このような状況を踏まえると、担任は【復学時の保護者との話し合い】の際に、『病名告知の確認』をし、本人やその家族のニーズを把握した上でプライバシーの保護に努める必要がある。

最後に、本研究の結果から復学する本人やその保護者だけでなく、家族の一員であるきょうだいも心理的な問題を抱えていたことが示された。同じ学校に在籍しているきょうだいに配慮することも家族を含めた円滑な復学支援を行う上で重要であると考えられる。そのためには、本人の担任は『きょうだい在籍クラス担任との連携』を行うことが求められる。本研究では、本人の復学先であるクラスの担任が行う支援に関する文献検討のため、担任がきょうだい児へ直接的な支援を行うことは少ないと判断し、きょうだい児の在籍するクラス担任と連携することにとどめた。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として2点挙げる。まず、本研究は文献検討から得られた記述を分析したことにより、多くの場合に共通して必要となる支援内容を

整理したが、本人の年齢や特性、入院期間、復学先の環境等を考慮して個々の状況に応じた細やかな支援を検討できていない。そのため、様々な状況における事例の報告とその蓄積が必要であろう。また、本研究は担任が行った復学支援の内容に焦点を当てて検討を行ったが、医療関係者や院内学級の教師等がそれぞれ復学支援における役割を担っている。担任のみならず、本人に携わる多職種が協働するためのシステムの構築が求められる。

文献

- 34) 細谷亮太, 石本浩市, 梶山祥子, 谷川弘治, 井上富美子, 後藤ゆかり, 小俣智子, 渡邊雅子, 中鉢貴行, 樋口明子, 掛江直子 (2006) 小児がん経験者のためのガイドライン—よりよい生活を目指して—。財団法人がんの子どもを守る会, 東京, 第1版。
- 35) Brown RT. & Madan-Swain A. (1993) Cognitive, neuropsychological, and academic sequelae in children with leukemia. *Journal of Learning Disability*, 26:74-90
- 36) 堀浩樹・駒田美弘 (2000) 小児白血病・がん患児に対するトータルケア。日本小児血液学会雑誌, 14, 110-116。
- 37) 迫正廣 (2004) 小児がん病棟の窓から。新風舎, 東京, 第1版。
- 38) 滝川国芳, 西牧謙吾 (2010) 病気のある子どもを担当する教師間における情報共有手段の開発に関する研究: ICT (Information and Communication Technology) 活用による病弱教育支援冊子の作成を通して。川崎医療福祉学会誌, 20 (1), 147-157。

※引用した文献は表1と重複するため割愛し、34番からの通し番号をつけた。

大学の特別支援学校教員養成課程における病弱領域の「教育課程及び指導法に関する科目」の講義内容に関する一考察

— 教育現場で求められる専門性との関連 —

独立行政法人国立特別支援教育総合研究所 赫 多 久美子

独立行政法人国立特別支援教育総合研究所 森 山 貴 史

千葉県立松戸特別支援学校 日 下 奈緒美

独立行政法人国立特別支援教育総合研究所 新 平 鎮 博

【要約】

特別支援学校教諭免許状のうち、「病弱」領域の免許状を取得するための「教育課程及び指導法に関する科目」に焦点を当て、大学の学部段階で、病弱の専門性を確保するための講義がどのような内容で構成されているかをインターネット上に公開されているシラバスから調査した。また、「障害の特性等の理解」「教科等の指導法」「ICTの活用」「自立活動の指導」「個別の指導計画」「個別の教育支援計画」「地域支援・関係諸機関との連携」「教育相談」等、特別支援学校（病弱）で求められている教員の専門性が、大学の講義内容にどの程度関連づけられているのかについても併せて調査した。その結果、特別支援学校（病弱）教員に求められている専門性に関連する項目が取り上げられているシラバスは少ないことが分かった。病弱教育の対象や制度が変化している事実を踏まえ、教員養成課程は、教育現場で求められている専門性に対応した内容の講義が必要と考えられる。

キーワード：教員養成、専門性、特別支援学校教諭免許状、シラバス、教育課程及び指導法に関する科目

I 緒言

はじめに、本調査研究の背景となる特別支援学校（病弱）の児童生徒の実態、特別支援学校（病弱）教員に求められる専門性及び特別支援学校教諭免許状の取得（保有）状況について述べる。

1. 特別支援学校（病弱）の児童生徒の実態

近年、特別支援学校（病弱）や病院内の特別支援学級に在籍する児童生徒の実態は多様化している。全国特別支援学校長会（以下、全特長）・法制制度専門委員会・病弱特別支援学校部会（以下、病弱部会）「疾病別児童生徒数と増減」調査の結

果1）によれば、回答のあった延べ141校の平成25年度の在籍3,542人のうち、「心身症などの行動障害（精神疾患を含む）」の割合が31.4%、「重度・重複^{注1）}など」が22.9%と前年度比で顕著な増加となり、「筋ジスなどの神経系疾患」は8.9%であった。以下1割に満たないが、「白血病などの新生物疾患」、「二分脊椎などの先天性疾患」、「虚弱・肥満」、「ペルテス病などの筋・骨格疾患」「リウマチ性心疾患などの循環器系疾患」「喘息などの呼吸器疾患」「食物アレルギー等（平成25年度に調査項目として新設）」「糖尿病などの内分泌疾患」「骨折などの損傷」「腫瘍などの消化器系疾患」「ア

注1）重度・重複障害の通称

トピー性皮膚炎」「貧血などの血液疾患」など様々な疾患の児童生徒も依然在籍している。なお、これらの疾患分類に当てはまらない希少難病等「その他」の児童生徒は3.3%であった。

また、医療の進歩や治療方針の転換等から、病気の子どもの入院期間は短期化している。かつては長期入院による治療が主であり、特別支援学校(病弱)・学級で継続的に教育を受けていた疾患の子どもが、短期間の入院治療と自宅療養を繰り返すようになったり、外来治療のみで病状をコントロールし、在住地域の小・中学校の通常の学級に通学できるようになったりするなど、病気の子どもの置かれる状況は大きく変化している。²⁾

2. 特別支援学校(病弱)教員に求められる専門性

特別支援学校(病弱)や病院内の特別支援学級の教員は、多様な疾患の児童生徒に対応しなければならない。また、退院後のフォローアップや学習保障等、インクルーシブ教育システム構築を視野に入れ、病気の子どもの置かれている多様な環境に対応するための専門性が求められている。

全特長・人事厚生専門委員会・病弱部会によれば、各校が挙げた「特別支援学校(病弱)で大事にしている専門性」¹⁾についての回答は、多い順に以下のとおりであった。

- ・児童に関する専門性(実態把握と課題設定) 92校
- ・授業に関する専門性(個別の指導計画に応じた授業計画と実施) 69校
- ・疾病や障害に関する専門性(病気への対応や姿勢ケア等) 62校
- ・各教科・科目に関する知識・理解・指導力 29校
- ・相談に関する専門性(医療との連携やカウンセリング等) 27校

平成15年3月に取りまとめられた「今後の特別支援教育の在り方について(最終報告)」³⁾において、特別支援教育体制の専門性の強化が提言されるなど、特別支援教育における教師の専門性向上は、長年にわたり我が国の課題となっている。平成24年7月に発表された「共生社会の形成に向

けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進(報告)」⁴⁾には、「教員の特別支援教育に関する専門性の現状と課題」として以下の三点が挙げられている。

- ①特別支援学校教員の専門性(免許状保有率の向上、学校としての専門性を確保した人事異動等、研修の充実等)
- ②小・中学校の担当教員等の専門性(専門性の担保、特別支援学校教諭免許状取得促進の環境醸成、特別支援学校との人事交流、研修システムの検討等)
- ③小・中学校等の通常の学級担任の専門性(特別支援教育に関する基礎的知識、具体的かつ実践的な研修)

3. 特別支援学校教諭免許状の取得(保有)状況

特別支援学校教員の専門性に関しては、免許状保有率の向上が喫緊の課題となっている。特別支援学校の教員は、小学校・中学校・高等学校又は幼稚園教員の免許状のほかに、特別支援学校教諭免許状を取得することが原則となっている。しかし、平成26年6月に発行された文部科学省初等中等教育局特別支援教育課「特別支援教育資料(平成25年度)」⁵⁾によれば、平成25年5月1日現在の特別支援学校における在籍校種の免許状保有率は、全校種の合計で自立教科等(当該障害種)の免許保有者を合わせて71.5%であり、新規採用者に関していえば63.3%にとどまっている。全特長・人事厚生専門委員会の調査¹⁾によれば、平成25年度の特別支援学校の何らかの教員免許状を保有している教員の割合は77.0%であった。

特別支援学校教諭免許状は、その教育領域の専門性を客観的に示す根拠となるものである。平成19年4月施行の学校教育法等の一部改正により、従来、盲学校・聾学校・養護学校ごとに分けられていた教員の免許状は特別支援学校教諭免許状に一本化された。特別支援学校教諭免許状の取得のためには、様々な障害についての基礎的な知識・理解と、特定の障害についての専門性を確保す

ることが求められ、大学等における特別支援教育に関する科目の修得状況等に応じ、教授可能な障害の種別（教育領域）を特定して授与される。

教員の在籍校種の免許状保有率を障害種別で見ると聴覚障害教育が46.0%と最も低く、次いで視覚障害教育55.2%、病弱教育72.6%、肢体不自由教育73.6%、知的障害教育74.4%である。⁵⁾ 今後、免許状保有率を向上させるためには、免許状認定講習等による現職教員の免許取得を促進すると共に、教員養成の段階で特別支援学校教諭免許状を取得する人材をより多く育成する必要がある。

教育職員免許法施行規則第7条には、知的障害者、肢体不自由者又は病弱者（身体虚弱者を含む）に関する教育の領域を定める免許状の授与を受けようとする場合に、当該領域の障害のある幼児、児童又は生徒の心理、生理及び病理に関する科目及び当該領域の障害のある幼児、児童又は生徒の教育課程及び指導法に関する科目について、合わせて専修、一種、二種それぞれに所定の単位を修得することが定められている。

II 目的

教員の専門性は重要視されており、現職教員の研修等も充実されている。しかし、教員養成の課程で基礎的な知識の修得が必要である。今回はそこにスポットをあて検討することを目的とし、2つの視点で調査を実施した。

まず、「病弱」領域の免許状を取得するための「教育課程及び指導法に関する科目」に焦点を当て、大学の学部段階で、病弱の専門性を確保するための講義がどのような内容で構成されているかをインターネット上に公開されているシラバスから調査した。なお、この科目に含める必要事項は、「教育課程及び指導法」という以外に示されてはならず、具体的な内容は講義者の裁量に任されている。大学のシラバスは、授業科目名、担当教員名、講義目的、講義概要、毎回の授業内容、成績評価方法、教科書や参考文献、履修する上での必要な要件等を詳細に示した授業計画とされている。⁶⁾ シラバスに記載が無い事項でも、実際の

講義では内容として含まれていることも十分考えられるが、記載がある事項に関しては、担当者がその重要性を認識し、重点的に取り上げている内容であると考えた。

全特長・人事厚生専門委員会の報告¹⁾によれば、平成25年度現在、特別支援学校（病弱）が取り組んでいる教員の専門性向上の内容で最も多いのは、「障害の特性等の理解」「教科等の指導法」であり、以下「ICTの活用」「自立活動の指導」「個別の指導計画」「個別的教育支援計画」「地域支援・関係諸機関との連携」「教育相談」「キャリア教育」「コミュニケーション支援」「各種検査法」「ICF」の順になっている。これら現場で求められている専門性が、大学の講義内容にどの程度関連づけられているのかについても併せて調査した。

III 方法

1. 調査対象

「特別支援教育資料（平成25年度）」の「特別支援教育関係教員養成大学等一覧(1)特別支援学校教諭免許状の課程認定を有する大学一覧 通学課程」⁵⁾ から調査の対象とする大学を抽出した。平成25年4月1日現在、一種免許状の課程認定を有する大学は131あり、その内「病弱者」の教育領域の認定を受けているのは117大学であった。この中で平成25年4月1日現在、通学課程で一種免許状の課程認定を有する国立47、公立3のうち大学院修士課程については対象外とし合計48大学の学部・学群を対象とした。16大学に設置されている特別支援教育（特別）専攻科の該当講義は、学部の講義と同じ担当者によるほぼ同様のシラバスであるケースが多く、内容が重複するため今回調査の対象外とした。

2. 調査方法

対象とした大学のWebサイトにアクセスし、シラバス検索システム等により、病弱者の「教育課程・指導法」に該当する平成26（2014）年度の講義のシラバスを収集し、「キーワード」「授業の概要」及び「授業計画・内容」に記述されている語句を収集し分類した。シラバスの閲覧及び収集

期間は、平成27年2半ばから3月にかけてであり、すでに26年度の大学の講義自体は終了していた。

具体的な集計方法は以下のとおりである。

- ・シラバスの「キーワード」「授業の概要」「授業計画・内容」から掲載されている語句^{注2)}を集め、分類整理して類似するものをまとめた。
- ・講義ごとにその語句が掲載されているかチェックし一覧表を作成した。
- ・語句ごとに、掲載されているシラバス数を集計した。

3. 倫理的配慮

収集したシラバスは、国公立大学の各公式サイトにおいてインターネット上に一般向けにも公開されているものを利用した。また、集計の結果や分析において、大学名や担当教員名は除外した。

IV 結果

1. Web上に公開されているシラバス情報と調査対象について

48大学の学部・学群のうち、病弱者の「教育課程・指導法」に該当する講義のシラバスがインターネット上から収集できなかったケースは以下のとおりである。なお、()内はケース数を表す。

- ・「病弱」のキーワードで検索された「閉講」とある講義の備考欄に「23年度以降の入学者は病弱教育を受講すること」とあるが、「病弱教育」での検索では「該当なし」の結果(1)
- ・大学のシラバス自体がWeb上に公開されていない。(1)
- ・「病弱児の心理・生理・病理」のシラバスに「内容的に密接に関係する授業科目」として「病弱教育総論」が挙げられているが、この講義名での検索では「該当なし」の結果(1)
- ・「病弱児の指導法」に該当する講義は存在して

いるが、その講義のシラバスのデータが登録されていない。(5)

- ・「病弱児の心理・生理・病理」のシラバスはあるが、「病弱児の指導法」として独立した講義がない。(2)
- ・「病弱」を標榜した「病弱児の指導法」に該当する講義が検索できない。(2)
- ・「病弱心理・生理・病理学」関連科目として「病弱教育」が挙げられているが、そのシラバスが登録されていない。(1)

該当する講義を2講義(各1単位ずつ)開講しているケースは2大学あった。最終的に35大学の37講義のシラバスを収集した。

2. 集計結果

病弱者の「教育課程・指導法」に該当する講義シラバスの「キーワード」「授業の概要」「授業計画・内容」に掲載されていた語句のうち、複数のシラバスに掲載されていた語句とその語句を掲載していたシラバスの数は表1のとおりである。

最も多くのシラバスに掲載されていた語句は、「教育課程(の特徴・編成)」と「病弱(・虚弱)児(者)/病気の子ども」は、各27(77.1%)であった。次いで、「指導方法・指導(法)」「自立活動」「病弱(児)教育」「病弱教育の歴史・変遷・成立・展開・時代の変化」は、各21(60%)であった。なお、表1にある上記以外の語句は、掲載率が50%に達していなかった。また、表1にない168の語句は、1つのシラバスにおいて掲載されていた。^{注3)}

現在の特別支援学校(病弱)に在籍している児童生徒の疾病と関連している語句を掲載しているシラバス数と掲載の割合は、表2のとおりであった。

特別支援学校(病弱)に在籍している児童生徒のうち疾病別での割合が最も高い「心身症などの

注2) ここでの語句とは、明らかな固有名詞を除く名詞とする。また、「オリエンテーション」「まとめ」「定期試験」「レポート作成」は除外した。

注3) パーセンテージを計算する分母は35に設定(「教育課程・指導法」に該当する講義を1単位ずつ2講義に分けている大学が2あり、その内容が重なっていないことから、これらを1講義分のシラバスとして換算した。)

表1 病弱者の「教育課程・指導法」に該当する講義シラバスの「キーワード」「授業の概要」「授業計画・内容」に掲載されている語句

| 掲載されている語句 | シラバス数 | 掲載されている語句 | シラバス数 |
|----------------------------|-------|-----------------------------------|-------|
| 教育課程（の特徴・編成） | 27 | ICT・情報技術・機器（の活用） | 2 |
| 病弱（・虚弱）児（者）/病気の子ども | 27 | 医療的ケア | 2 |
| 指導方法・指導（法） | 21 | 可塑性 | 2 |
| 自立活動 | 21 | 学習空白・学習の遅れ | 2 |
| 病弱（児）教育 | 21 | 学童期～青年期 | 2 |
| 病弱教育の歴史・変遷・成立・展開・時代の変化 | 21 | 病弱教育の概念 | 2 |
| （病弱）特別支援学校（養護学校）（の現状と課題） | 14 | 教育（的）配慮（事項） | 2 |
| 病弱教育の課題・問題点 | 12 | 気管支ぜんそく | 2 |
| （各）教科教育・指導 | 10 | 健康障害児（・者） | 2 |
| （教育の）場・教育形態 | 10 | 健常（児）集団との関わり | 2 |
| （病）院内学級 | 10 | 支援方法・支援の仕方 | 2 |
| 悪性新生物・小児がん・白血病（の子ども） | 9 | 思春期の嵐 | 2 |
| 病弱教育の対象（児） | 9 | 小児の疾病 | 2 |
| 特別支援教育 | 9 | 疾病構造の変化・病気（疾患等）の変遷（推移） | 2 |
| 配慮事項・留意事項・留意点 | 9 | 生涯発達支援 | 2 |
| 慢性疾患（児） | 9 | 小児病院 | 2 |
| 個別の指導計画 | 8 | 身体疾患・身体の病気 | 2 |
| 法令・制度・システム・仕組み | 8 | 就学相談 | 2 |
| 病弱児（病気の子供）の心理（的）特性（特徴） | 8 | 就学基準 | 2 |
| 家族（保護者・きょうだい）支援 | 7 | 小児医療 | 2 |
| 通常学級に在籍する病弱児（の支援・指導・援助） | 7 | 実地学習・学校見学 | 2 |
| 医療・（保健）福祉・関係機関・多職種との連携 | 6 | 実践事例 | 2 |
| 教育（的）支援 | 6 | 実践記録 | 2 |
| 病弱教育の現状・実態 | 6 | 事例研究 | 2 |
| 心身症（の子ども） | 6 | 実地指導講師 | 2 |
| 心理（的）特性（特徴） | 6 | 生活行動様式 | 2 |
| ターミナル（期）・子どもの「死」 | 6 | 卒業後の進路 | 2 |
| 病弱児（・身体虚弱児）の特徴・特性 | 6 | 重複障害児・重複障害のある子ども | 2 |
| 訪問学級・教育 | 6 | 病弱の定義 | 2 |
| アレルギー（疾患）（の子ども） | 5 | てんかん | 2 |
| 教育相談 | 5 | ディスカッション | 2 |
| 教育（的）ニーズ | 5 | 特別ニーズ（教育） | 2 |
| 筋萎縮性疾患・（進行性）筋ジストロフィー（の子ども） | 5 | （病弱）特別支援学級 | 2 |
| 指導の実際・教育実践（事例） | 5 | 糖尿病（の子ども） | 2 |
| 病弱教育の意義 | 4 | 乳幼児期～幼児 | 2 |
| 学習指導要領 | 4 | 発達・生涯発達（支援） | 2 |
| 学校保健 | 4 | ビデオ・映像 | 2 |
| グループワーク（討論・ディスカッション） | 4 | 病気と人間のかかわり | 2 |
| 個別の教育支援計画 | 4 | 病状変動の認知 | 2 |
| 心（臓）・循環器疾患（の子ども） | 4 | 病理（学） | 2 |
| 進路（指導・支援）・職業教育 | 4 | 病棟保育（士） | 2 |
| 就学前（の幼児）教育・保育 | 4 | （学校）不適応 | 2 |
| 重症心身障害・重度重複障害（児） | 4 | プレパレーション（心理的準備） | 2 |
| 通常学級・地域の学校等 | 4 | 保健指導・保健管理 | 2 |
| 病弱教育の展望・これから・今後 | 4 | 保護者 | 2 |
| QOL（の向上） | 3 | | |
| 遊び | 3 | | |
| 病弱教育の在り方 | 3 | * 以下、掲載されていたのが、1つのシラバスのみであった語句は省略 | |
| 病弱・身体虚弱の概念 | 3 | | |
| 教材・教具（研究） | 3 | | |
| 小児（の）慢性特定疾患 | 3 | | |
| 自己管理（支援）・セルフケア | 3 | | |
| 腎臓（泌尿器）疾患（病） | 3 | | |
| 精神疾患 | 3 | | |
| （特別支援学校の）センター的機能 | 3 | | |
| 超重症（疾患）児 | 3 | | |
| 病気の理解（教育）・認知 | 3 | | |
| ビデオ・映像 | 3 | | |
| 療育（活動） | 3 | | |

行動障害（精神疾患を含む）」に関連する語句を掲載しているシラバスの割合は、「心身症（の子ども）」17.1%、「精神疾患」8.6%、「摂食障害（の子ども）」2.9%、「心の病気」2.9%であった。

次に多い「重度・重複」に関しては、「重症心身障害・重度・重複障害（児）」を掲載しているシラバスの割合は11.4%であった。

現在の特別支援学校（病弱）が取り組んでいる専門性向上の各内容と関連している語句を掲載しているシラバス数及びその割合は、表3のとおりである。

「障害の特性等の理解」に関しては、「病弱児（・身体虚弱児）の特徴・特性」の記載があるシラバスが17.1%、「病弱教育の対象（児）」が25.7%「病弱児（病気の子供）の心理（的）特性（特徴）」が22.9%であった。

「教科等の指導法」に関しては、シラバスに「(各)教科教育・指導」の記載があるのは28.6%であった。

「ICTの活用」に関しては、「ICT・情報技術・

機器（の活用）」としてシラバスに記載されているのは5.7%であった。

「自立活動」は、60.0%のシラバスに掲載されていた。

「個別の指導計画」のシラバスでの掲載率は22.9%、「個別の教育支援計画」は11.4%であった。

「地域支援・関係諸機関との連携」に関連する「医療・（保健）福祉・関係機関・多職種との連携」の語句が掲載されているシラバスは17.1%であった。

「教育相談」のシラバスでの掲載率は14.3%であった。

V 考察

全特長・病弱部会の調査から、在籍の31.4%を占め増加傾向にある心身症等の児童生徒や、濃厚な医療の下にある重度・重複の児童生徒については、講義に必要な内容であると考えるが、今回の調査から特別支援学校（病弱）に在籍している児童生徒の実態に合った疾病について必ずしもシラ

表2 特別支援学校（病弱）在籍児童生徒の疾病との関連

| 病弱特別支援学校在籍児童の疾患 | 在籍の割合 | 対応・関連するシラバスの語句 | 掲載しているシラバス数 | 掲載の割合 |
|---------------------|-------|----------------------------|-------------|-------|
| 心身症などの行動障害(精神疾患を含む) | 31.4% | 心身症(の子ども) | 6 | 17.1% |
| | | 精神疾患 | 3 | 8.6% |
| | | 摂食障害(の子ども) | 1 | 2.9% |
| | | 心の病気 | 1 | 2.9% |
| 重度・重複 | 22.9% | 重症心身障害・重度重複障害(児) | 4 | 11.4% |
| | | 筋萎縮性疾患・(進行性)筋ジストロフィー(の子ども) | 5 | 14.3% |
| | | 神経(筋)疾患 | 1 | 2.9% |
| 白血病などの新生物心疾患 | 6.1% | 悪性新生物・小児がん・白血病(の子ども) | 9 | 25.7% |
| | | 二分脊椎 | 1 | 2.9% |
| | | 遺伝性疾患・遺伝病 | 1 | 2.9% |
| 虚弱・肥満 | 3.2% | なし | 0 | 0.0% |
| ペルテス病などの筋・骨格疾患 | 3.2% | なし | 0 | 0.0% |
| リウマチ性心疾患など循環器系疾患 | 3.0% | 心(臓)・循環器疾患(の子ども) | 4 | 11.4% |
| 喘息などの呼吸器疾患 | 2.2% | 気管支ぜんそく | 2 | 5.7% |
| 食物アレルギー等 | 2.1% | アレルギー(疾患)(の子ども) | 5 | 14.3% |
| 糖尿病などの内分泌疾患 | 2.1% | 糖尿病(の子ども) | 2 | 5.7% |
| 骨折などの損傷 | 1.6% | なし | 0 | 0.0% |
| 腫瘍などの消化器系疾患 | 1.5% | なし | 0 | 0.0% |
| アトピー性皮膚炎 | 1.0% | なし | 0 | 0.0% |
| 貧血などの血液疾患 | 0.6% | なし | 0 | 0.0% |
| その他 | 3.3% | — | — | — |

* 在籍の割合の%は、全特長・法制度委員会・病弱部会の調査結果から筆者が計算したものの。

バスではとりあげられていないといえる。(表2参照)

また「特別支援学校(病弱)が取り組んでいる専門性向上の内容」に関連する語句を掲載しているシラバスも少なかった。(表3参照)これに関して、下記の点が指摘できる。

- ①全特長・病弱部会が「病弱の特別支援学校で、専門性向上に必要な研修内容」について調査した結果によれば、「研究授業と授業研究」を挙げた学校が104校あり最も多い回答であった。¹⁾教育現場では授業研究が重要視されていることが分かる。「教科の指導法」に関しては、基礎免許となる教科について十分な知識と教育技術を習得していることが前提である。その上で、入院や自宅療養等様々な環境の制限や児童生徒の病状・体調の変化がある中、どのように授業を展開し、各教科の指導に当たるのかについて学ぶことは、「指導法」というこの科目の重要な内容だと考えるが、今回の調査では、「(各)教科教育・指導」の記載があるシラバスは28.6%であった。
- ②「ICT・情報技術・機器(の活用)」の記載があるシラバスは5.7%であった。「ICTの活用」に関しては、平成25年3月に通知された「病気療養児に対する教育の充実について(通知)」⁷⁾の「<2>病院を退院後も通学が困難な病気療養児への対応」には、「(2)通学が困難な病気療養児の在籍校及びその設置者は、当該病気療養児に対する指導に当たり、訪問教育やICT等を活用した指導の実施などにより、効果的な指導方法の工夫を行うこと。」とある。病弱教育の現場への導入が推進されているICT活用について、講義で取り扱う必要性は高いといえる。
- ③「自立活動」は、60.0%のシラバスに掲載されている。「自立活動」に関しては、慢性疾患の児童生徒の多くは、自己管理により病状を上手くコントロールすることでQOLが向上する。病弱児の自立活動は自己管理能力を養う上でも重要な領域であり(武田、2007)、その指導には病弱教育の専門性が問われる。

教員養成段階で、文献や見学を通じて自立活動のすぐれた実践事例に接することが必要であると考えが、今回の調査では、その点を意識していると考えられた。

- ④特別支援学校では、すべての幼児児童生徒について「個別の指導計画」の作成が義務付けられている。病気や障害のある幼児児童生徒については、学校生活だけでなく家庭生活や地域生活も含め、長期的な視点に立って幼児期から学校卒業までの一貫した支援を行うことが重要であり、必要に応じて教育機関が中心となって「個別の教育支援計画」を作成する。²⁾これらの書類は、どのような項目によって構成され、どのような観点でまとめるのか、どのような用語を使用するのか等は、教育現場で即活用できる知識であるが、「個別の指導計画」について掲載しているシラバスは22.9%、「個別の教育支援計画」は11.4%であった。これらの内容については、他の講義と重なると考えられるが、病弱教育における独自性もあるので今後配慮が必要である。
- ⑤「医療・(保健)福祉・関係機関・多職種との連携」の語句が掲載されているシラバスは17.1%だった。全特長・支援連携専門委員会の平成25年度の研究主題は「インクルーシブ教育システム構築に向けた支援連携上の課題」であり、病弱部会では医療との連携について調査を行っている。¹⁾病院内や病院に隣接する病弱教育の現場では、学校以外の関係者との連携が不可欠であり、連携の在り方や具体的方法について講義で取り上げる必要があると考える。
- ⑥「教育相談」のシラバスでの掲載率は14.3%であった。全特長・病弱部会の調査結果によれば、「病弱の特別支援学校で、専門性向上に必要な研修内容」として、56校が「教育相談、カウンセリングに関する研修」を挙げている。¹⁾教育現場では、児童生徒や保護者に対し、教育に関する様々な相談に応じ、適切なアドバイスをする役割としての専門性が求められている。病気の子どもやその保護者

表3 特別支援学校(病弱)が取り組んでいる教員の専門性向上の内容との関連

| 特別支援学校(病弱)が取り組んでいる専門性向上の内容 | 対応・関連するシラバスの語句 | 掲載しているシラバス数 | 掲載の割合 |
|----------------------------|------------------------|-------------|-------|
| 障害の特性等の理解 | 病弱児(・身体虚弱児)の特徴・特性 | 6 | 17.1% |
| | 病弱(・虚弱)児(者)/病気の子ども | 27 | 77.1% |
| | 病弱教育の対象(児) | 9 | 25.7% |
| | 病弱児(病気の子供)の心理(的)特性(特徴) | 8 | 22.9% |
| | 病弱の定義 | 2 | 5.7% |
| | 病弱児の状態像 | 1 | 2.9% |
| | 病弱・身体虚弱の概念 | 3 | 8.6% |
| | 健康障害児(・者) | 2 | 5.7% |
| | 行動特性 | 1 | 2.9% |
| | 生理・病理・心理的特性 | 1 | 2.9% |
| 教科等の指導法 | (各)教科教育・指導 | 10 | 28.6% |
| | 指導の実際・教育実践(事例) | 5 | 14.3% |
| | 学習指導 | 1 | 2.9% |
| ICTの活用 | ICT・情報技術・機器(の活用) | 2 | 5.7% |
| 自立活動の指導 | 自立活動 | 21 | 60.0% |
| | 自立活動の指導案 | 1 | 2.9% |
| | 自己管理(支援)・セルフケア | 3 | 8.6% |
| | 病気の理解(教育)・認知 | 3 | 8.6% |
| | 病状変動の認知 | 2 | 5.7% |
| | 障害・病気の受容 | 1 | 2.9% |
| | 障害理解(教育) | 1 | 2.9% |
| | 心理的安定 | 1 | 2.9% |
| | 心理的ケア | 1 | 2.9% |
| | 心理社会的支援 | 1 | 2.9% |
| | 自立支援 | 1 | 2.9% |
| | 自己管理能力獲得 | 1 | 2.9% |
| | 自己理解 | 1 | 2.9% |
| | 自己表現 | 1 | 2.9% |
| | 自己効力感 | 1 | 2.9% |
| | ストレス対処過程・ストレスコーピングプロセス | 1 | 2.9% |
| 治療教育 | 1 | 2.9% | |
| 個別の指導計画 | 個別の指導計画 | 8 | 22.9% |
| 個別指導教育支援計画 | 個別の教育支援計画 | 4 | 11.4% |
| | 移行教育プログラム | 1 | 2.9% |
| 地域支援・関係諸機関との連携 | 医療・(保健)福祉・関係機関・多職種との連携 | 6 | 17.1% |
| | 教育相談 | 5 | 14.3% |
| | 保護者との面談 | 1 | 2.9% |
| キャリア教育 | 進路(指導・支援)・職業教育 | 4 | 11.4% |
| コミュニケーション支援 | なし | 0 | 0.0% |
| 各種検査法 | なし | 0 | 0.0% |
| ICF | ICF | 1 | 2.9% |

の立場に立って、その思いを受け止め支援するというスキルは、教育現場に入り日常業務で養われるものである。しかし、「教育相談」の在り方や心構え等、教員養成段階で知識と理解を得ておくことは重要であると考えられる。

以上のことから、シラバスのみの分析ではあるが、今後大学の教員養成課程において、教育現場で必要な知識を考慮した授業計画が実施されることで、病気の児童生徒の教育の向上に資すると考える。今回のデータは、その参考になると考えた。

VI 今後の課題

講義担当者は、学生が卒業後に教員として勤務することになる教育現場の最新情報をキャッチし、講義内容に反映させていくことで、時代に応じた教員の専門性向上に寄与することができる。病弱教育の対象や制度が変化している事実を踏まえ、大学における教員養成段階の講義は、教育現場で求められている専門性に対応した内容への更新が必要であると考えられる。

また、今後インクルーシブ教育システムが機能していくためには、全校種の教員が特別支援教育について一定の知識・技能を身につける必要がある。4) 病弱の子どもが在籍する小・中学校等の通常の学級担任にも特別支援教育に関する専門性が求められる今日、通常の学級の教員を目指す学生にも「病弱」領域の「教育課程及び指導法に関する科目」の履修が望まれる。シラバスの内容に「通常の学級における」合理的配慮や指導の具体例等の記述があれば、特別支援教育専攻以外の学生の履修の動機につながることを期待できる。

引用・参考文献

- 1) 全国特別支援学校長会 (2014) 研究収録、16-17、65、94.
- 2) 全国特別支援学校病弱教育校長会 (2012) 特別支援学校の学習指導要領を踏まえた病気の子どもガイドブック、ジアース教育新社、東京、初版、8-14、54.
- 3) 文部科学省. 今後の特別支援教育の在り方について (最終報告) (登録2003-03-28) (オンライン) http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/018/toushin/030301d.htm、(参照2015-4-2)

- 4) 文部科学省 (2012) 共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進 (報告)、中央教育審議会初等中等教育局特別支援教育課
- 5) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 (2014)、特別支援教育資料 (平成25年度)、56、58-61.
- 6) 文部科学省. シラバスについて補足資料 (登録2011-12) (オンライン) http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo4/015/attach/1314235.htm (参照2015-4-2)
- 7) 文部科学省. 病気療養児に対する教育の充実について (通知) (登録2013-4) (オンライン) http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/1332049.htm (参照2015-4-24)
- 8) 武田鉄郎 (2007) 教員養成で病弱教育として何を学ばせるべきか、育療、39、20-22.

肢体不自由生徒の高等学校入学および学校生活に関する課題や意識についての質的研究

— 高校関係者へのインタビュー調査を通して —

東京学芸大学大学院連合学校教育学研究科 高野陽介

横浜国立大学教育人間科学部 泉真由子

要約

本研究は、頸髄損傷により肢体不自由のある筆者自身と高等学校在学時にかかわりのあった教職員に対してインタビュー調査を行い、肢体不自由生徒の入学から卒業までに学校生活全般において生じる課題や学校関係者の特徴的な意識とその変化を明らかにすることを目的とした。その結果、入学前では、管理職のリーダーシップのもと校内のハード面の整備等が行われたが、多くの教職員が受け入れに対し、不安や戸惑いの意識を抱いており、保護者の常駐を強く求めている。一方で、過去に肢体不自由生徒とかかわりのある教職員は、柔軟な姿勢を示していた。入学後では、ハード面の不備は、人的サポートでカバーしており、学習面では、弾力的に対応せざるを得ない状況が示されていた。また、生徒本人の強い意志や努力を目の当たりにすることで教職員にポジティブな意識変化がみられた。一事例による当事者研究であるため、今後さらなる事例の蓄積が求められる。

キーワード：肢体不自由、高等学校、当事者研究

I. 本研究の背景及び目的

2006年6月に「学校教育法等の一部を改正する法律」が公布され、特別支援教育が学校教育法に位置づけられた。同法第74条は、盲・聾・養護学校は特別支援学校として、これまで培ってきた専門性に基づき、通常学級に在籍する障害のある児童生徒への教育的支援を求めている¹⁾。肢体不自由児の教育の場は普通教育にも広がりを見せ始めており、川間は、運動障害が軽度の肢体不自由児が通常学級に在籍することが一般化しつつあることを指摘し²⁾、下山・岡田・石山は、今後の肢体不自由児への教育的・心理的な支援は、特別支援学校だけでなく、小・中学校等においても今後ますます必要とされるとしている³⁾。その中でも、高等学校段階の肢体不自由生徒の教育支援等に関する研究は極めて少ない。2006年の「身体障害児・

者実態調査」⁴⁾から、高等学校段階に相当する肢体不自由児はおよそ1万2000人であることが示されているが、公的に高等学校の在籍者数については、公表されていない。白石は、両下肢障害生徒が高等学校へ入学できない原因を初等教育学校・後期中等教育学校の学校生活の分析から明らかにしている⁵⁾。そこでは、高等学校への入学希望を持っているが、実際に高等学校に入学することは少なく、その原因として、学校施設や教員の身体障害に対する理解不足等の生徒を取り巻く環境にあることを指摘している⁵⁾。一方、高等学校に在籍する肢体不自由生徒の教育支援体制、当事者・学校関係者等のニーズや困難等についてはまだ明らかにされていない点が多く、今後の検討が必要である。

筆者（以後、肢体不自由生徒と記す）は、中学3

年時の事故により頸髄損傷（C4、C5不全麻痺）を受傷し、その後、9ヶ月の入院生活を経て、千葉県の公立A高校に進学した。日常会話に問題はないが、通学、トイレ、食事、衣服の着脱などの日常生活の大部分において他者の介助を必要とし、移動には電動車椅子を使用する。入学前から卒業までを通して様々な問題があったが、多くの方々の協力を得て無事に卒業を果たすことができた。

本研究では、筆者自身の高校在学時にかかわりのあった教職員に対してインタビュー調査を行い、肢体不自由生徒の入学から卒業までに学校生活全般において生じる課題や学校関係者の特徴的な意識とその変化を明らかにし、肢体不自由生徒が高等学校に在籍する際に必要とされる教育支援体制の検討の手がかりとすることを目的とした。

II. 方法

調査対象は、当時、A高校に勤務し、肢体不自由生徒の入学から学校生活を通して関わりのあった教職員である。研究の協力を依頼し、研究の主旨を説明し、同意を得られた8名の教職員を対象とした。

インタビュー調査は、2011年2月から4月にかけて実施した。半構造化面接により、調査を実施し、面接場所は、対象者の勤務先等で行った。またインタビュー時に不明瞭な点については、後日電話やメールにて確認を行った。なお、インタビュー時間は、一人につき平均50分程度であっ

た。

分析は、まずインタビュー調査から得られた内容を逐語化し、意味内容により切片化し、コード名を付けた。そのラベルの内容が類似したものを分類・整理し、サブカテゴリーを抽出し、さらにサブカテゴリーの類似性・共通性からカテゴリーを抽出した。まず、入学前、入学後の時系列的な状況の変化に着目し、施設・設備、人的資源・教育課程等、意識や感情といった内容ごとにまとめ、図式化を行った。

なお、一連の分析経過については、当事者性の判断を防ぐために特別支援教育に携わる指導教員、大学院生、筆者の3名とともに検討し、妥当性を確保した。

倫理的配慮については、まず、対象者に研究の概要、意義、目的について説明した。研究への参加と中断の自由、不参加による不利益は一切ないことを保証し、プライバシー保護のための対策、データの取り扱いと廃棄について説明し、研究成果の学会等での発表についての了承を得た上で実施した。

III. 結果及び考察

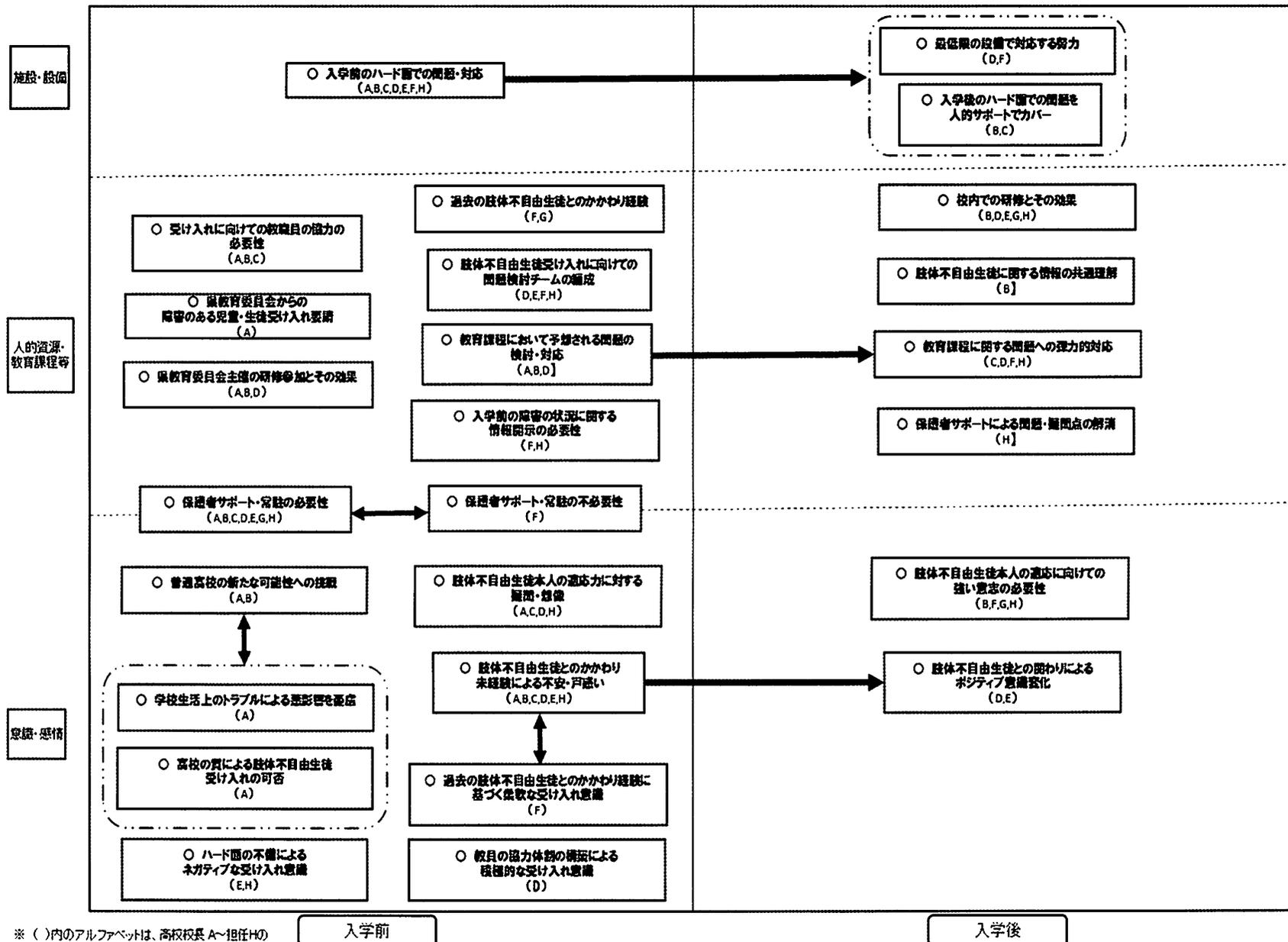
1. 対象者の概要

各対象者の概要について、性別、調査時の年代、当時の勤続年数、肢体不自由生徒とかかわった期間を表1に示した。

2. 肢体不自由生徒の高等学校入学および学校生

表1 対象の概要

| 対象者 | 性別 | 胡査時の年代 | 当時の勤続年数 | 筆者とかかわった期間 |
|--------|----|--------|---------|------------|
| 高校校長 A | 男性 | 60代 | 38年 | 高校入学時まで |
| 高校校長 B | 男性 | 60代 | 31年 | 入学～高校2年まで |
| 高校教頭 C | 男性 | 50代 | 26年 | 入学～高校1年まで |
| 教務主任 D | 男性 | 50代 | 20年 | 入学～卒業まで |
| 保健主事 E | 男性 | 40代 | 18年 | 入学～卒業まで |
| 学年主任 F | 男性 | 60代 | 30年 | 入学～卒業まで |
| 養護教諭 G | 女性 | 40代 | 24年 | 入学～卒業まで |
| 担任 H | 男性 | 40代 | 17年 | 入学～卒業まで |



※ ()内のアルファベットは、高校校長 A～担任 Hの各対象者を示す。

入学前

入学後

図1 肢体不自由生徒の高等学校入学および学校生活に関する教職員の課題や意識

活に関する教職員の課題や意識

分析の結果、385枚のラベルが抽出され、そのラベルを時系列的に分類し、さらにその類似性から入学前では、61のサブカテゴリー、入学前では40のサブカテゴリーを抽出した。そして最終的に、入学前において18のカテゴリー、入学後において7のカテゴリーを抽出した。以下、カテゴリーを【 】で示し、生データは「 」で示す。また、各対象者から抽出されたカテゴリーとその関連性を図1に示した。

(1) 入学前の肢体不自由生徒の高等学校入学および学校生活に関する教職員からみた課題や意識

まず、入学前にほとんどの教職員に共通する意識や課題として、【入学前のハード面での問題・対応】が挙げられた。教室配置、トイレ、校内の段差、エレベーター、空調設備、学習机、保護者が常駐する場合には保護者待機室の設置等、様々なところで高等学校のハード面における問題が指摘されていた。特に、「エレベーターかな、結局はそれだけ。エレベーターないと、移動が不可能だろうと(高校校長A)」と述べられているように、学習環境の整備を考える上で教室配置や教室移動の問題に直面し、エレベーターの設置が最も基本的な課題として多くの教職員に意識されていた。その一方で、「考えられることはすべて県に要望したんだよね。だけど、エレベーターつけるなんか(財政的に)無理じゃん、最初から。」と学年主任Fが述べているように、設置の必要性を指摘しながらも、県の財政ではエレベーターの設置が難しいという現実も理解していた。2014年の文部科学省「高等学校施設整備指針」においても、今後高等学校のエレベーターの設置整備が必要であるとしている⁶⁾。本事例の場合では、エレベーター設置の代わりに県から借用した階段昇降機によって教室配置や移動教室の問題に対応したが、操作が難しいことやエレベーター移動よりは効率が悪いいため、授業時間に遅れてしまうといった問題があった。確かにエレベーター設置より安価に設置できるため、教室配置や移動教室の問題の解決策の一つとして考えられるが、将来的なインク

ルーシブ教育の推進を考慮すると、エレベーターの設置が少しずつでも進められることを望まれる。白石は、高等学校の校内のハード面における未整備が、保護者や本人の高等学校への進学を考える上でのネガティブな要因の一つとなっていること指摘している⁵⁾。本研究でも、保健主事Eや担任Hは、【ハード面の不備によるネガティブな受け入れ意識】を教職員に想起させてしまうことがあることを指摘している。ハード面への対応として、県教育委員会の協力と対応が必要であることを多くの教職員が述べていた。教職員の心理的な不安や身体的な負担を少しでも軽減するために、本人や保護者の情報をもとに必要なハード面の整備が進められることが、肢体不自由生徒の高等学校への進学を進めていく上で必要であることが示された。

また、人的資源・教育課程等、また意識・感情において教職員に共通したカテゴリーとして、【保護者サポート・常駐の必要性】が挙げられた。本事例の場合、保護者が常駐でき、常にサポートが得られたことが、入学にあたってプラス方向に大きな影響を与えたことを複数の教員が指摘していた。逆に、「一番のあれはね、お母さんだね。お母さんには、絶対についていてくれないと、我々だけではどうしようもないっていうのは強く…。あれが、お母さんが駄目だって言った場合には、引き受けられないというふうに思ったけどね。(高校教頭C)」と述べられている通り、ほとんどの教職員が、保護者が常駐できずサポートが得られない場合には、肢体不自由生徒の入学を認めることは難しいとも述べていた。これらのことから、本事例においては保護者常駐の可否が高等学校の入学を進める上での大きな要因となっていることが示唆された。白石・森本⁷⁾、本多⁸⁾は、学校生活のすべての内容・責任を保護者に負担することが求められることも多く、実際に通学を継続することが困難とされる場合も少なくないことを指摘している。筆者の場合、例えば急な起立性貧血や排痰の介助等の主に体調面において教職員だけでは対応に戸惑うような状況が起きた時に、保護者が常駐していたことで即座に対応できた。特に生

活に慣れず体調が安定しない入学して間もない時期には、その必要性を強く感じた。しかしその一方で、保護者が過度にサポートしすぎると他の生徒との関わりが得られにくくなることもあり、高校生活に慣れ生活リズムがつかめてくると、常に保護者が学校にいる必要があるのかと思われる場面もあった。学年主任Fは、当初から【保護者サポート・常駐の必要性】を述べていた。今回の研究の対象者の中で唯一筆者と同様の障害のある肢体不自由生徒との関わり経験があった教員であり、経験があることからある程度の見通しが立ちそのような発言につながったのではないかと考えられる。しかし、経済的な事情や家庭の状況等から、やむを得ず保護者が常駐できない事例もあることは想像に難くない。肢体不自由生徒の高等学校入学にあたり保護者の常駐を絶対条件とせず家庭の事情等によりその進学が左右されないためには、肢体不自由生徒との関わり経験をもつ教職員が増えることが一つの解決策につながる可能性が示唆された。また、常駐するのを保護者だけに限定するのではなく、支援員の配置や教員の加配等の選択肢を用意し対応していくことも有効であると考えられる。千葉県では、県立高等学校において、特別支援教育支援員を配置する事業が実施されており、今後それらの事例の有効性も検討していく必要がある。

入学前ではあらゆる立場の教職員において、【肢体不自由生徒とのかかわり未経験による不安・戸惑い】が述べられていた。学年主任Fと養護教諭G以外は、筆者の入学以前に肢体不自由生徒と学校生活でかかわった経験がなく、そのため、実際に高校が受け入れて対応することができるのか、どのように接したらいいのかという気持ちを抱き、入学した後、本人が高校生活に適應することができるのかといった【肢体不自由生徒本人の適応力に対する疑問・想像】といったネガティブな意識が多くみられた。反対に、筆者の入学以前に【過去の肢体不自由生徒との関わりの経験】があった学年主任Fや養護教諭Gでは、このような戸惑いや不安の意識がみられず、むしろ積極的な受け入れ姿勢や他の経験のない教員の不安な気持ちを

思いやる等、事態を柔軟に対処しようとする姿勢がみられた。特に、学年主任Fでは、「前にそういう子を扱ったことがあるから、経験してるから、何とかなるだろうという意識はあったな」といった【過去の肢体不自由生徒とのかかわり経験に基づく柔軟な受け入れ意識】がみられ、過去の肢体不自由生徒との関わりの経験が、入学を判断する上での考え方の基盤となっていた。過去の肢体不自由生徒との関わりの経験の有無によって、その受け入れに対して意識の違いがみられ、経験をした教員の方がより柔軟に対応できることが示された。よって、より多くの教職員が肢体不自由児童・生徒と関わる機会を積極的に作ることであり、新たな受け入れ場面での心理的障壁を低くすることができ、結果としてインクルーシブ教育の推進に繋がる可能性が示された。

校内での立場の違いによる入学前の課題や意識については、高校への入学が認められた本事例においては、管理職、特に入学時に多くかかわりのあった高校校長Aでは、「私なんかは、肢体不自由生徒が五体満足の子に与えるものがすごく沢山ある。それを、追及したい。それが本来の教育なんだらうな。そういうふうに思ってた（高校校長A）」と述べられているように、肢体不自由生徒を受け入れることによって、高等学校として新たな存在意義を見いだそうとする【高等学校の新たな可能性への挑戦】といったポジティブな意識がみられた。高校校長は、一般の生徒と肢体不自由生徒が共に学ぶことにより、双方にとってよい影響を及ぼし合い人間的な幅を広げ、よりよい学校のあり方を模索しようとしていた。その一方で、「県下の学校でもいじめ等いろいろある学校もありますから。絶対に受け入れができないとわかってる学校があるわけですよ、県でも。（高校校長A）」と述べているように、【高校の質による肢体不自由生徒受け入れの可否】を指摘しており、さらに、他生徒との人間関係のトラブルや学校での事故等の【学校生活上のトラブルによる悪影響を憂慮】していた。さらに、【肢体不自由生徒とのかかわり未経験による不安・戸惑い】といったネガティブな意識も同時に併せもっており、複雑な

心情のなか重要な決断を行っていることが示唆された。そのような状況の中、肢体不自由生徒を受け入れるというポジティブな意識を強めていく要因として本事例においては、主に4点が挙げられる。1点目は、【受け入れに向けての教職員の協力の必要性】である。高校校長Aが、「次に、校内の教員集団が、一致して受け入れる姿勢がなければ、これはお話しになりませんので。」と述べているように、管理職が肢体不自由生徒の受け入れについて検討する際に、他の教職員の協力的な姿勢の有無が判断に大きな影響を与えることが示唆された。2点目に、【保護者サポート・常駐の必要性】である。保護者の常駐ができない場合には、入学の難しさを述べており、本事例においては管理職は入学に際して保護者の常駐は不可欠であるとしている。管理職は、教職員のみで肢体不自由生徒に対応すること難しさを感じており、保護者常駐以外に代替的な手立てを求めることができず、保護者が常駐することで学校側の負担を少しでも軽減したいと考えていたのだろう。3点目に、【県教育委員会からの障害のある児童・生徒受け入れ要請】である。高校校長Aは、県から高校側に、障害のある生徒を積極的に受け入れるようにとの要請があったことを述べており、このような要請が管理職の肢体不自由生徒の受け入れに対する姿勢に影響を与えていたことが推測された。そして4点目は、【県教育委員会主催の研修参加とその効果】である。障害のある児童・生徒受け入れの事例報告や受け入れ対応のレクチャーの参加といった管理職のそれまでの研修経験が肢体不自由生徒の受け入れ意識に対してポジティブな影響があることが示唆された。2009年の文部科学省「高等学校における特別支援教育の推進について」においても、校長をはじめとする管理職や教職員の特別支援教育についての理解・認識向上のための対策が必要であることが述べられている⁹⁾。管理職の特別支援教育に対する理解を深める研修が今後より一層推進されていくことが期待される。このように、入学前では管理職は肢体不自由生徒の受け入れに対してポジティブな意識とネガティブな意識を併せもっているが、前者が優勢になる

には教職員・保護者・県の協力的な対応や姿勢と県教育委員会主催の研修の経験が関連していると考えられた。

主任・主事および一般教員では、肢体不自由生徒の受け入れに際し、管理職のリーダーシップのもと、主任・主事等学内のコアメンバーから【肢体不自由生徒の受け入れに向けての問題検討チームの編成】が行われていたことが述べられていた。そのチームにより、【教育課程において予想される問題の検討・対応】といった受け入れ準備の対応を行っていた。ここでは当然のことながら、管理職の肢体不自由生徒の受け入れに対する姿勢が他の教職員の取り組み姿勢にも影響しており、管理職のそれまでの経験や個人的な考え方の重要性が示唆された。そのような中で、過去に肢体不自由生徒との関わりがない教職員は、その入学に対して戸惑いや不安を感じ、入学にあたっては保護者の常駐が必要であることを管理職に要望として伝えていた。また学年主任Fや担任Hのように、より現場に近い教職員ほど、肢体不自由生徒の【入学前の障害の状況に関する情報開示の必要性】を指摘していた。肢体不自由生徒の学校生活を直接的に支える当事者として、事前に正確な情報を必要とし、可能な限り準備や心構えをしておきたいという気持ちの表れであると推測された。このような現場に近い一般教員については、保護者の常駐等により緊急時のリスク管理ができていないこと、また本人の障害に関する情報を十分に得ること、その不安を軽減する可能性が示唆された。このように主任・主事および一般教員では、管理職の肢体不自由生徒の受け入れに対する意識に影響を受けること、入学にあたっては保護者のサポート・常駐等なんらかのリスク管理や本人の障害に関する詳細な情報が得られることで負担や不安が軽減されることが考えられた。

(2) 入学後の肢体不自由生徒の高等学校入学および学校生活に関する教職員からみた課題や意識

まず、入学後の施設・設備面については、入学前に設置や改善を希望したが実際には財政上の問

題などで叶えられなかった施設や環境に対して、今現状である【最低限の設備で対応する努力】がみられ、教員やクラスメートといった人的サポートを最大限に活かし、【入学後のハード面の不備を人的サポートでカバー】して取り組む様子が挙げられた。実際に、入学してみると細かな面で入学前には想定していなかったハード面での不都合が存在したが、入学後のある程度人間関係が形成された段階では、それらの不都合を教職員や級友のサポートによってカバーすることができた。一方、上田は、ハード面においては、物理的なバリアだけではなく人的理由によるバリアも存在すると指摘している¹⁰⁾。人的理由によるバリアとは、「ハードそのものにバリアを発生させる原因があるのではなく、そこを利用する人間によって作り出されたもの」を指している。筆者の経験した例では、駐輪場に停車してある自転車によって道が塞がれ車椅子が通行することができなかったことや、障害者トイレにトイレットペーパーが置いていないということ等などがあった。近くで共に生活する人の積極的なサポートのみならず、直接にはかかわりが無い人々のちょっとした意識や心遣いによって障害者の生活がスムーズになることが示唆される。

入学後の人的資源・教育課程等については、まず、多くの教職員が【校内での研修とその効果】を挙げていた。本事例においては、筆者との関わりのあった理学療法士を招いてクラスメートや教職員に対して、障害についての研修や車椅子の使い方等、肢体不自由生徒が学校生活を送って行く上で必要なサポートの指導が行われた。この研修会によって教職員は肢体不自由生徒の具体的なサポートの仕方や車椅子の使い方を理解し積極的なサポートへと繋げることができたと言っていた。大岡他でも、車椅子実習等の体験学習が、障害者に対して共感し、援助しようとする意識が高まることが報告されている¹¹⁾。また、担任Hにより筆者の学習・生活状況等に関する近況報告が定期的に行われており、それにより【肢体不自由生徒に関する情報の共通理解】がなされていたことを高校校長Bが述べていた。

次に、【教育課程に関する問題への弾力的対応】が複数の教員が共通して挙げていた。入学前には、【教育課程において予想される問題の検討・対応】が行われていたが、定期試験や実技科目においては、入学後に本人の状況を見ながら対応が行われたことが述べられていた。教育課程に関する対応を中心に行った教務主任Dは、「入学前の段階での問題点というのは、どうすれば良いかというのが全くなかったってことだよ。うちの学校でいえば、前例が無いし。たぶん近隣見ても、高等学校の中では、前例となる例がなかったと思うので、じゃあどういうふうに評価していくんだという基準作りみたいなところが大変だったんじゃないかな。」と述べており、「弾力的に対応した」というよりも“弾力的に対応せざるを得なかった”現状があったことも指摘している。特に筆者の場合では体育の科目が問題となり、他の生徒とは大きく異なるカリキュラムを必要とし内容や評価において特別な対応が必要であった。例えば、健常な生徒が持久走を行っているときには、筆者は手動車椅子で自ら校内や運動場を回り持久走の代わりとなる課題を行っていた。成績評価は授業への取り組みに対する姿勢や課題達成の程度を体育科教員全員で話し合い、最終的に担当教員が判断し評価していたとされる。それでも、一般生徒と同様のカリキュラムをこなしていないため両者を相対評価するのは現実的に難しく、実際のところ体育の科目において筆者が好成績をとることはなかった。このように実施カリキュラムやその評価において体育の教員は常に細やかな配慮や苦勞を積み重ねてきたことが推察された。現場の教員からは、【教育課程に関する問題への弾力的対応】が比較的大きな労力を割いた課題であり、特に事前の見通しが全く立たなかったことが大きな不安材料であったことが挙げられている。そこで、今後、肢体不自由生徒など障害のある児童生徒に対応するカリキュラムや基準、あるいは事例の蓄積によって、現場の教職員が参考に出来る手掛かりを作成すると同時に、障害の有無にかかわらず汎用があり元となる考え方を示した基準作りも必要であると考えられた。入学後、一番筆者とかかわ

りの多かった担任Hは、【保護者のサポートによる問題・疑問点の解消】できたことがよかったと述べていた。保護者が常駐しいつでもサポートが得られる体制であったことが、自身の心理的な不安を軽減していたことが示唆される。

入学後の意識・感情については、入学前に多くの教職員にみられた【肢体不自由生徒との関わり未経験による不安・戸惑い】の意識が消失し、代わりにポジティブな意識が表れていた。特に、教務主任D、保健主事Eは、肢体不自由生徒との関わりによって、入学前に感じていた不安や戸惑いの気持ちが、自分が何か手伝えることはないか、もっと積極的に肢体不自由生徒に接し支援しようといった【肢体不自由生徒とのかかわりによるポジティブな意識変化】がみられた。また入学してからは、【肢体不自由生徒本人の適応に向けての強い意志の必要性】を挙げている教職員が複数いた。学校側だけではなく、肢体不自由生徒本人も高校生活を成し遂げようとする強い意欲が必要であり、双方の協力と意思によって困難を乗り越えていく様子が示されていた。また肢体不自由生徒自身のそのような積極的な姿勢を認識することにより、教職員もより一層ポジティブな意識や感情をもつようになることが語られていた。「高等学校でも特別支援教育は推進されるべきだから」とか「ノーマライゼーションが理想だから」といった正論だけではなく、やはり障害者側の強い意志や心のあり方に共感して初めて、自然な形での協力や支援を提供してくれるものとする。

IV. 結語

本研究では、筆者自身の高校在学時にかかわりのあった教職員に対してインタビュー調査を行い、肢体不自由生徒の入学から卒業までに学校生活全般において生じる課題や学校関係者の特徴的な意識とその変化を明らかにすることを目的とした。その結果、入学前では、多くの教職員が受け入れに対して不安や戸惑いといったネガティブな意識を抱いており、ハード面の整備や保護者の常駐を強く求めていた。その一方で過去に同様の肢

体不自由生徒とのかかわり経験のある教職員は、受け入れに対し柔軟な対応・姿勢を示していた。よって、障害のある児童生徒とのかかわり経験のある教職員が増加することにより、障害児童生徒の普通学校への就学が促進される可能性があることが示唆された。インクルーシブ教育の促進においてこの観点は有効であると考えられる。一方、入学前にはハード面の不備が教職員の最も大きな不安材料であったが、入学後は、多少の設備・環境上の不備については、人的サポートによりカバーしていた。学習面については、入学前の段階で課題を予期することが難しく、生徒本人の状態などを確認した上で弾力的に対応せざる得ない状況にあることが示され、このことが教職員にとって大きな負担となっている様子が伺えた。この負担を少しでも軽減するために、事例の蓄積や障害の有無にかかわらず汎用可能な評価基準の整備の必要性が示唆された。また、学校生活を共にし、生徒本人の強い意志や努力を目の当たりにすることで教職員にポジティブな意識変化が生じる可能性が示唆された。

V. 今後の課題

本研究は筆者の経験による単一事例であるため、これをもってすぐに一般化はできない。また、特別支援教育移行前の事例であるため、現在の特別支援教育制度の中での教育実態については、明らかにできていない。よって、本研究で得られた知見をもとに、今後は、他の複数の肢体不自由生徒の経験を収集・分析し、比較・検討を行うことにより、より一般性の高い知見へとブラッシュアップしていく必要がある。

参考・引用文献

- 1) 文部科学省 (2006) 「学校教育法等の一部を改正する法律」, <http://www.mext.go.jp/b_menu/houan/kakutei/06040515/06061610/002.htm>.
- 2) 川間健之介 (1996) 「肢体不自由教育の現状とこれからの肢体不自由教育」, 肢体不自由教育, 124, 4-11.
- 3) 下山真衣, 岡田信吾, 石山貴章 (2011) 「日本特殊教育学会大会における肢体不自由児者への心理的・教育的支援に関する研究発表の動向」, 就実論叢 - (41) -, 149-160.

- 4) 厚生労働省 (2006) 「身体障害児・者等実態調査」, [〈http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/dl/01.pdf〉](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/dl/01.pdf)
- 5) 白石淳 (2003) 「身体障害のある生徒の後期中等教育学校への入学に関する調査研究：両下肢機能障害のある生徒の学校生活と高校への入学を困難とする問題について」. 北方圏生活福祉研究所年報 9, 7-21.
- 6) 文部科学省 (2014) 高等学校施設整備指針, [〈http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2014/07/25/1350225_07_4.pdf〉](http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2014/07/25/1350225_07_4.pdf).
- 7) 白石淳, 森本真紀 (2005) 身体障害のある児童生徒に対する通学の支援に関する調査研究：普通学級の入学・通学の際に保護者が意識する困難な問題からの検討. 人間福祉研究, 8, 141-153.
- 8) 本多昌子 (2006) 肢体不自由児統合教育についての母親面接をめぐって：障害のある子どもを地域の学校に通学させるということ. 教育科学セミナー, 37, 41-51.
- 9) 文部科学省 (2009) 高等学校における特別支援教育の推進について～高等学校ワーキング・グループ報告～, [〈http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/054/shiryo/_icsFiles/afieldfile/2009/11/05/1283675_3.pdf〉](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/054/shiryo/_icsFiles/afieldfile/2009/11/05/1283675_3.pdf).
- 10) 上田真希江 (2004) 車椅子利用からみた大学施設のバリアフリー環境に関する研究--常磐大学の現状と課題を中心として. 人間科学論究常磐大学大学院人間科学研究科, 12, 95-108.
- 11) 大岡 由佳, 原田 幹子, 田中 智子, ポドリヤク ナタリヤ, 辻丸 秀策, 福山 裕夫 (2006) 肢体不自由者に対する学生の意識調査. 久留米大学文学部紀要, 社会福祉学科編 6, 97-105.

編集委員

及川 郁子 小畑 文也* 笠原 芳隆 小林 信秋 棹山 勝子 滝川 国芳
武田 鉄郎 中井 滋 中塚 博勝 西牧 謙吾 濱中 喜代 平賀健太郎
村上 由則 山本 昌邦 横田 雅史 * (編集委員長)

編集幹事 石川 慶和

編集規定

1. 本誌は、日本育療学会の機関誌であり、病気や障害のある子どもの健全育成を図るために、教育、医療、福祉、家族、福祉等に関する論文を掲載する。当分の間、年3号発行する。
2. 投稿資格は、連名者も含め日本育療学会会員に限る。
3. 投稿論文は編集委員会で審査され、掲載の可否が決定される。
4. 内容は、原著論文、事例研究、資料、総説・展望、実験論文などとする。
 - ・原著論文は、理論的、実験的又は事例的な研究論文でオリジナルなものとする。
 - ・事例研究は、事例を扱う原著とする。
 - ・資料は、資料的価値のある論文とする。
 - ・実践研究は、教育、医療、福祉などの実践をとおしてなされた研究論文で、実際的な問題の究明、解決を目的としたものとする。
5. 特集については、学会の主旨に関連あるその時々々の社会の動き等の課題を取り上げ、問題とその解決策等を明確にする。なお、特集の責任者は編集会議で決定し、その責任者を中心に特集を組む。
6. プライバシーの問題や倫理的に問題のある研究や表現は認められない。

投稿規程については、別に定める。

編集後記

育療59号をお届けいたします。今号は、投稿論文が主体となります。それゆえ、58号よりだいぶ間が開いてしまい多くの方にご迷惑をおかけしたかと思えます。期してお詫び申し上げます。

60号より編集部が変わり4～3人体制で編集を進めることとなります。このような発行の遅れが重ならないように、鋭意努力したいと思えますので、読者の方々も投稿の方よろしくご検討ください。

今後とも「育療」をよろしく願いたします。

2016年5月31日

「育療」編集委員長 小畑 文也

日本育療学会機関誌「育療」 第59号

平成28年5月31日 印刷

平成28年5月31日 発行

編集・発行 日本育療学会理事長

小畑 文也

「育療」編集委員長

武田 鉄郎・小畑 文也

日本育療学会事務局

〒112-8606 東京都文京区白山5-28-20

東洋大学文学部教育学科 滝川国芳 研究室 気付

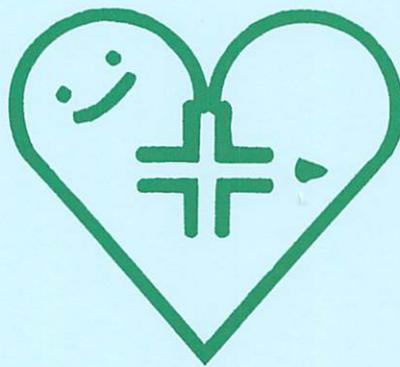
電話 03-3945-8019

メールアドレス nihonikuryo@ybb.ne.jp

ホームページ <http://nihonikuryo.jp>

印刷所 株式会社 少國民社

〒400-0851 山梨県甲府市住吉1-13-1



シンボルマークの意味

育…教育という意味で鉛筆

療…医療で聴診器と赤十字

あたたかい心でつつむという意味でハート

あかるく微笑む子どもの顔

— 岸本ますみさんの作 —

教育 医療 家族 福祉関係者でつくる **日本育療学会**