

報 告

通常学級に在籍する病気療養児への教育的支援の現状

—疾患ならびに入院日数による検討から—

水内 豊和¹⁾, 室 正人²⁾, 大井ひかる²⁾
成田 泉²⁾, 島田 明子²⁾, 中島 育美³⁾

〔論文要旨〕

本研究では、学校生活における病気療養児に対する教育的支援の現状を明らかにするために、A県内の全通常学校（小学校・中学校・高等学校）328校の特別支援教育コーディネーターまたは養護教諭を対象に、①児童生徒に関する教育上の配慮、②病気への理解と対応、③家庭・保護者との協力・連携、④教職員の校内連携等についての質問紙調査を行った。分析の結果、学校内で病気療養児が過ごしやすい環境づくりがされている一方、本人・保護者の意見を取り入れたケース会議の開催は不十分であることや、保護者との連携において学級担任が大きな役割を果たしていることが明らかとなった。学級担任を孤立させないことが校内連携の重要な役割の一つであると、本研究を通して示唆された。

Key words : 病気療養児, 通常学級, 特別支援教育, 校内連携

I. 緒 言

平成19年に「特別支援教育」が学校教育法に位置づけられ、すべての学校において特別な教育的ニーズのある幼児児童生徒に対する支援の充実が進められている。毎年文部科学省が実施している「特別支援教育体制整備状況調査」では、特別支援教育コーディネーターの指名や校内委員会の設置など全体として体制整備が進んでいる状況がうかがえる。

しかし、小・中学校に比して幼稚園・高等学校の進捗は十分でないことや、地域間で差がみられる現状がある。またいわゆる発達障害のある子どもに対する支援の充実が目覚しいが、病気療養児の対応への着目は十分とはいいがたい。河合らは某県における調査から、学校は病気療養中の子どもの教育に対して十分な対応がとれていないとし、「(病気が理由による)長期欠席した児童生徒の教育については、各学校が責任を

持ち、さらにそれらに対しては自治体（教育委員会など）も責任を持つなど、子どもがどのような環境にいても安心して教育を受けることができる体制を整備する必要がある」と述べている¹⁾。さらに土屋らは、退院後の児童生徒への教育的支援の状況把握を目的とした調査から、退院後に学区外の居住地へと戻る児童生徒に対する教育的支援の難しさを指摘している²⁾。猪狩も、「通常学級における（病気療養児の）理解と支援の遅れは早急に解決すべき課題である。しかし、特別支援教育の中でも、通常学級における病気療養児の学校生活にはさまざまな理解不足や学習困難が生じている」と述べてはいるが³⁾、病気による特別な教育的ニーズのある児童生徒に対する具体的な支援のあり方まで踏み込んだ研究は少ない。

そこで本研究では、A県内の小学校・中学校・高等学校に対して、病気療養児の教育的支援の現状、とりわけ現在行っている児童生徒に対する配慮や病気へ

Current Status and Issues of the Education and Care for Students with Health Problem
in the Regular Class — Focus on the Severity of Disease and/or Hospitalization Period —

[2860]

Toyokazu MIZUUCHI, Masato MURO, Hikaru OI, Izumi NARITA, Akiko SHIMADA, Ikumi NAKAJIMA

受付 16. 8.17

採用 17. 4.25

1) 富山大学人間発達科学部（研究職）

2) 富山大学大学院人間発達科学研究科（大学院生）

3) 立山町立立山北部小学校（養護教諭）

の理解と対応, 家庭・保護者との連携協力, 教職員の校内連携などについて検討することを通して, 通常学級に在籍する病気療養児への支援のあり方について考察する。

II. 調査研究の方法

1. 調査期間

本研究の調査期間は平成28年1月6～28日であった。

2. 調査方法

A県にあるすべての通常学校(小学校・中学校・高等学校)に勤務する特別支援教育コーディネーターもしくは養護教諭を対象に, 郵送法により質問紙調査を実施した。質問紙は無記名・自己記入式とし, 同封した返信用封筒にて回収した。

3. 調査内容

室らにおける小児慢性特定疾患を発症した経験を持つ当事者に対するインタビュー調査⁴⁾を参考に, 筆者が独自に調査項目を作成した。病気の選択肢については, A県教育委員会による「学校保健統計調査のあらまし(平成26年度)」を参考に, 選定した。項目番号の小さいものから順に, 病気の出現率が低くなっている。

調査項目は以下の3つで構成されている。

- ① 通常学級に在籍している病気療養児が発症または罹患している病気(15項目)を複数選択可で回答してもらった。設問②と③については, ①の児童生徒のうち, 1番小さい番号(病気の出現率が最も低いもの)に該当する児童生徒1名を想定してもらい回答を得た。
 - ② 当該児童生徒の学年(小学校低学年・小学校高学年・中学校・高等学校)と, 当該児童生徒の入院経験の有無と入院日数(7日以内・8～29日・30日以上)について尋ねた。
 - ③ 以下の5つの観点について, どの程度行っているかを, 「している」, 「ややしている」, 「あまりしていない」, 「していない」の4件法で尋ねた。
- (1) 児童生徒に関する教育上の配慮(「担任等は, 個別の教育支援計画を作成している」, 「担任等は, 本人と学級の友人たちとの関係が切れないようにしている」など計20項目)。

(2) 病気への理解と対応について(「ケース会議等には, 家族も参加している」, 「担任等は, 本人の病歴や成育歴を知り理解しようとしている」など計9項目)。

(3) 家庭・保護者との連携協力について(「担任等は, 保護者から治療や服薬についての思いを聞いている」, 「養護教諭・スクールカウンセラーは, 保護者の精神的サポートを行う」など計7項目)。

(4) 教職員の校内連携について(「教職員, 養護教諭, 管理職等との校内支援連携を進めている」, 「学年教職員は, 対象者本人の学級でのようすを継続的に観察している」など計11項目)。

(5) 連携機関との協力について(「多様なニーズに応じて, 関係諸機関との連携を図っている」, 「教育委員会とケース会議等を計画し実施している」など計7項目)および, 学校種別による選択式の項目(小学校4項目, 中学校5項目, 高等学校6項目)。

4. 倫理的配慮

質問紙は無記名とし, 回答は任意であること, データは統計的に集約され, 学校名や回答者が特定されないかたちで使用することを文面に示した。回収に際しては, 返信用封筒を用い, 個々の回答者が個別の封筒に入れ密封してもらった。

III. 結果と考察

1. 対象

A県のすべての通常学校(小学校・中学校・高等学校)計328校を対象とした。回答数(および回収率)は, 小学校110校(55.8%), 中学校39校(48.8%), 高等学校29校(53.7%)で, 合計178校(53.8%)であった。回答校の特性として, 通常学級に在籍している病気療養児が発症または罹患している病気に関して, それぞれの人数, 入院経験者数, 入院率, 入院期間, 個別の教育支援計画作成数および作成率, 個別の指導計画作成数および作成率は表1に示す通りである。

2. 学校における病気療養児への対応の特徴

病気療養児への特別支援教育コーディネーターと養護教諭の対応の特徴を明らかにするため, 4つの質問群についてそれぞれ因子分析を行った(主因子法・バリマックス回転)。因子負荷が1つの因子について0.40以上で, かつ2つ以上の因子にまたがって負

表1 対象者の概要

| | | 人数 | うち 入院 経験 人数 | 入院率 (%) | 入院期間 | | | 個別の 教育支援 計画 | 作成率 (%) | 個別の 指導計画 | 作成率 (%) | 備考 |
|-------------|----|----|----------------------|------------|--------|-----------|---------|-------------------|------------|-------------|------------|--------|
| | | | | | ①：7日以内 | ②：8～29日以内 | ③：30日以内 | | | | | |
| 1 脳性まひ | 小低 | 2 | 0 | 0 | | | | 2/2 | 100 | 2/2 | 100 | |
| | 小高 | 1 | 0 | 0 | | | | 1/1 | 100 | 1/1 | 100 | |
| | 中 | 1 | 1 | 100 | | ②×1 | | 0/1 | 0 | 0/1 | 0 | |
| | 高 | 3 | 1 | 33 | | ③×1 | | 1/3 | 33 | 1/3 | 33 | |
| 2 I型糖尿病 | 小低 | 4 | 1 | 25 | | ②×1 | | 0/4 | 0 | 0/4 | 0 | |
| | 小高 | 6 | 2 | 33 | | ②×1, ③×1 | | 0/6 | 0 | 0/6 | 0 | |
| | 中 | 6 | 3 | 50 | | ①×2, ②×1 | | 1/6 | 17 | 2/6 | 33 | |
| | 高 | 3 | 2 | 67 | | ①×1, ②×1 | | 0/3 | 0 | 0/3 | 0 | |
| 3 てんかん | 小低 | 18 | 2 | 11 | | ①×1, ②×1 | | 2/18 | 11 | 7/18 | 39 | |
| | 小高 | 28 | 4 | 14 | ①×2, | ②×1, ③×1 | | 6/28 | 21 | 11/28 | 39 | |
| | 中 | 15 | 3 | 20 | | ①×2, ③×1 | | 2/15 | 13 | 3/15 | 20 | |
| | 高 | 12 | 4 | 33 | | ①×3, ②×1 | | 1/12 | 8 | 2/12 | 17 | |
| 4 筋ジストロフィー | 小低 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | 小高 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | 中 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | 高 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| 5 血友病 | 小低 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | 小高 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | 中 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | 高 | 1 | 1 | 100 | | ③×1 | | 0/1 | 0 | 0/1 | 0 | |
| 6 アナフィラキシー | 小低 | 5 | 3 | 60 | | ①×3 | | 2/5 | 40 | 2/5 | 40 | |
| | 小高 | 6 | 3 | 50 | | ①×3 | | 2/6 | 33 | 3/6 | 50 | |
| | 中 | 1 | 0 | 0 | | | | 1/1 | 100 | 1/1 | 100 | |
| | 高 | 2 | 0 | 0 | | | | 1/2 | 50 | 0/2 | 0 | |
| 7 小児がん(白血病) | 小低 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | 小高 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | 中 | 1 | 1 | 100 | | ③×1 | | 0/1 | 0 | 0/1 | 0 | |
| | 高 | 1 | 1 | 100 | | ③×1 | | 0/1 | 0 | 0/1 | 0 | |
| 8 皮膚疾患 | 小低 | 3 | 0 | 0 | | | | 0/3 | 0 | 0/3 | 0 | |
| | 小高 | 1 | 0 | 0 | | | | 0/1 | 0 | 0/1 | 0 | |
| | 中 | 1 | 0 | 0 | | | | 1/1 | 100 | 1/1 | 100 | |
| | 高 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| 9 慢性腎疾患 | 小低 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | 小高 | 2 | 2 | 100 | | ①×2 | | 0/2 | 0 | 0/2 | 0 | |
| | 中 | 1 | 0 | 0 | | | | 0/1 | 0 | 1/1 | 100 | |
| | 高 | 2 | 2 | 100 | | ②×1, ③×1 | | 1/2 | 50 | 1/2 | 50 | |
| 10 慢性心疾患 | 小低 | 6 | 0 | 0 | | | | 0/6 | 0 | 1/6 | 17 | |
| | 小高 | 4 | 0 | 0 | | | | 0/4 | 0 | 0/4 | 0 | |
| | 中 | 1 | 0 | 0 | | | | 0/1 | 0 | 0/1 | 0 | |
| | 高 | 1 | 0 | 0 | | | | 0/1 | 0 | 0/1 | 0 | |
| 11 食物アレルギー | 小低 | 7 | 0 | 0 | | | | 0/7 | 0 | 3/7 | 43 | |
| | 小高 | 5 | 0 | 0 | | | | 1/5 | 20 | 1/5 | 20 | |
| | 中 | 7 | 0 | 0 | | | | 1/7 | 14 | 1/7 | 14 | |
| | 高 | 1 | 0 | 0 | | | | 0/1 | 0 | 0/1 | 0 | |
| 12 アトピー性皮膚炎 | 小低 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | 小高 | 2 | 0 | 0 | | | | 1/2 | 50 | 1/2 | 50 | |
| | 中 | 1 | 0 | 0 | | | | 0/1 | 0 | 0/1 | 0 | |
| | 高 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| 13 気管支ぜんそく | 小低 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | 小高 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | 中 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | 高 | 1 | 0 | 0 | | | | 1/1 | 100 | 1/1 | 100 | |
| 14 その他 | 小低 | 1 | 1 | 100 | | ①×1 | | 1/1 | 100 | 1/1 | 100 | 脊髄性髄膜炎 |
| | 小高 | 1 | 1 | 100 | | ②×1 | | 0/1 | 0 | 0/1 | 0 | 脳梗塞 |
| | 中 | 1 | 0 | 0 | | | | 0/1 | 0 | 0/1 | 0 | 腰痛 |
| | 高 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |

荷を示さない項目を選出した。その結果、児童生徒に関する教育上の配慮については3因子（累積寄与率は60.8%）、病気への理解と対応については2因子（同42.2%）、家庭・保護者との連携協力については3因子（同65.9%）、教職員の校内連携については2因子（同51.9%）が抽出された。

児童生徒に関する教育上の配慮について、第1因子は、「学習や生活について本人や家族と相談している」、「本人が教室に入りやすい雰囲気をつくっている」などの学校で生活するうえでやっている配慮（全11項目）に高い負荷量が付与された。したがって、「学校生活における配慮」と命名した。第2因子は、「入院等した場合、担任等はお見舞いをして、在籍校との関係が切れないようにしている」、「入院等した場合、学校は担任が訪問する等して、教材を届け学習の保障を図っている」という児童生徒が入院した際の配慮（全2項目）に高い負荷量が付与された。したがって、「入院時の配慮」と命名した。第3因子は、「担任等は、薬の内服や自己注射に関して本人の意向を聞いている」、「担任等は、服薬や自己注射についての本人のプライバシーに配慮している」という薬の服用や自己注射に関して本人の意向を聞いたり、本人のプライバシーに配慮したりすること（全2項目）に高い負荷量が付与された。したがって、「病気に関する自己理解を促し尊重する配慮」と命名した。各因子の信頼性は第1因子が $\alpha = .9119$ 、第2因子が $\alpha = .9381$ 、第3因子が $\alpha = .8099$ であった。児童生徒に関する教育上の配慮についての尺度全体の信頼性は、 $\alpha = .8972$ であった。

病気への理解と対応については、第1因子は、「養護教諭は、本人が保健室に入りやすいあたたかい雰囲気をつくっている」、「保健室では養護教諭は声掛けをし、本人が好きなことや得意なことについて話す機会をつくっている」などに高い負荷量が付与された（全7項目）。したがって、「本人が過ごしやすい環境づくり」と命名した。第2因子は、「ケース会議等には、家族も参加している」、「ケース会議等には、児童生徒本人も参加している」という項目に高い負荷量が付与された（全2項目）。したがって、「本人・保護者の意見を取り入れたケース会議の実施」と命名した。各因子の信頼性は第1因子が $\alpha = .7834$ 、第2因子が $\alpha = .5651$ であった。病気への理解と対応についての尺度全体の信頼性は、 $\alpha = .7703$ であった。

家庭・保護者との連携協力については、第1因子

は、「養護教諭・スクールカウンセラーは、本人の精神面について、保護者自身の相談に応じている」、「養護教諭・スクールカウンセラーは、保護者の精神的サポートを行う」という項目に高い負荷量が付与された（全3項目）。したがって、「養護教諭・スクールカウンセラーと保護者との連携協力」と命名した。第2因子は、「PTA活動等で、地域や他の保護者に対し、病気や特別支援教育等についての説明の場を設け啓発活動をしている」、「学年・学級だより等に本人の病気や特別支援教育についての説明を記載し、学校内や地域への啓蒙を図っている」という項目に高い負荷量が付与された（全2項目）。したがって、「他の保護者・地域との連携協力」と命名した。第3因子は、「担任等は、保護者から治療や服薬についての思いを聞いている」、「担任等は、保護者と本人の家庭や学校でのようすについて積極的に話そうとしている」という項目に高い負荷量が付与された（全2項目）。したがって、「担任と保護者との連携協力」と命名した。各因子の信頼性は第1因子が $\alpha = .9346$ 、第2因子が $\alpha = .7213$ 、第3因子が $\alpha = .6114$ であった。家庭・保護者との連携協力についての尺度全体の信頼性は、 $\alpha = .7963$ であった。

教職員の校内連携については、第1因子は、「学年教職員は、対象者本人の学級でのようすを継続的に観察している」、「教職員、養護教諭、管理職等との校内支援連携を進めている」という項目に高い負荷量が付与された（全7項目）。したがって、「支援体制の構築」と命名した。第2因子は、「コーディネーターは、校内でケース会議等を設け本人への理解を深めている」、「コーディネーターは、児童生徒の病気に対する担任の不安等について、養護教諭や管理職と情報の共有を図っている」などの情報共有の項目に高い負荷量が付与された（全4項目）。したがって、「情報共有」と命名した。各因子の信頼性は第1因子が $\alpha = .8524$ 、第2因子が $\alpha = .7812$ であった。教職員の校内連携についての尺度全体の信頼性は、 $\alpha = .8550$ であった。

3. 疾患の種類・入院日数による教育的支援の違い

疾患の種類および入院日数により学校における教育的支援のあり方に違いがあるのかを検討した。疾患別の分析にあたっては、疾患(8)×因子(2もしくは3)の2要因の分散分析を実施した。なお、疾患群における5名未満の疾患（筋ジストロフィー、血友病、小児

表2 疾患・入院日数による児童生徒に関する教育上の配慮について

| 疾患名 | 因子1 | 因子2 | 因子3 | 人数 | F値 | 検定 | |
|------------|------------|--------|---------------------|-----|-------|-------|-------|
| | 学校生活における配慮 | 入院時の配慮 | 病気に関する自己理解を促し尊重する配慮 | | | | |
| | | | | | 11.29 | *** | |
| 1 脳性まひ | 2.14 | 0.86 | 1.71 | 7 | 3.73 | * | |
| | 1.20 | 1.46 | 1.04 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 2 I型糖尿病 | 2.41 | 1.34 | 2.53 | 19 | 10.07 | *** | |
| | 1.05 | 1.49 | 1.01 | | 1>2** | 2>3** | |
| 3 てんかん | 2.79 | 2.05 | 2.36 | 73 | 12.27 | *** | |
| | 0.50 | 1.36 | 1.12 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 6 アナフィラキシー | 2.81 | 2.57 | 2.57 | 14 | 0.32 | | |
| | 0.35 | 1.09 | 0.92 | | | | |
| 8 皮膚疾患 | 2.73 | 1.80 | 1.50 | 5 | 2.54 | | |
| | 0.47 | 1.64 | 1.50 | | | | |
| 9 慢性腎疾患 | 2.35 | 2.40 | 1.80 | 5 | 0.68 | | |
| | 0.79 | 1.34 | 1.64 | | | | |
| 10 慢性心疾患 | 2.61 | 2.00 | 2.38 | 12 | 1.43 | | |
| | 0.87 | 1.33 | 1.19 | | | | |
| 11 食物アレルギー | 2.60 | 2.03 | 2.25 | 20 | 2.12 | | |
| | 0.75 | 1.40 | 1.24 | | | | |
| 計 | | | | 155 | | | |
| | | | | | F値 | 検定 | |
| 入院日数 | | | | | 12.31 | *** | |
| 0 なし | 2.67 | 1.92 | 2.29 | 126 | 20.19 | *** | |
| | 0.67 | 1.42 | 1.15 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 1 7日以内 | 2.63 | 1.98 | 2.30 | 28 | 3.31 | * | |
| | 0.78 | 1.36 | 1.19 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 2 8～29日 | 2.65 | 1.29 | 1.71 | 7 | 3.83 | * | |
| | 0.70 | 1.60 | 1.60 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 3 30日以上 | 2.73 | 1.13 | 2.25 | 4 | 3.05 | * | |
| | 0.31 | 1.44 | 1.50 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 計 | | | | 165 | | | |

上段：合計得点の平均，下段：SD

*** p<.001, ** p<.01, *p<.05

がん，アトピー性皮膚炎，気管支ぜんそく）については分析対象から除外した。入院日数別の分析にあたっては，入院日数（4）×因子（2もしくは3）の2要因の分散分析を実施した。

(1) 疾患・入院日数による児童生徒に関する教育上の配慮について（表2）

疾患と因子との間に有意な交互作用がみられた（ $F=11.30$, $p<.001$ ）。単純主効果の検定を行った結果，脳性まひ，I型糖尿病，てんかんの3つの疾患については因子との間で単純主効果が有意であった。それらについてTukey法による多重比較を行った結果，3つの疾患ともに「学校生活における配慮」，「病気に関

する自己理解を促し尊重する配慮」よりも「入院時の配慮」がいずれも有意に低い結果を示した。

また，入院日数と因子との間にも有意な交互作用がみられた（ $F=12.31$, $p<.001$ ）。単純主効果の検定を行った結果，入院の有無やその日数の長短にかかわらず因子との間で単純主効果が有意であった。それらについてTukey法による多重比較を行った結果，入院の有無やその日数の長短にかかわらず「学校生活における配慮」>「病気に関する自己理解を促し尊重する配慮」>「入院時の配慮」という順で有意な差が認められた。

このことから，教育上の配慮について，学校内にお

表3 疾患・入院日数による病気への理解と対応について

| 疾患名 | 因子1 | 因子2 | 人数 | F 値 | 検定 |
|------------|----------------|-------------------------|-----|-----------------|-----|
| | 本人が過ごしやすい環境づくり | 本人・保護者の意見を取り入れたケース会議の実施 | | | |
| | | | | 289.75 | *** |
| 1 脳性まひ | 2.04 0.51 | 0.36 0.63 | 7 | 25.73 1>2** | *** |
| 2 I型糖尿病 | 2.00 0.84 | 0.50 0.87 | 19 | 55.43 1>2** | *** |
| 3 てんかん | 2.28 0.58 | 0.53 0.78 | 73 | 289.76 1>2** | *** |
| 6 アナフィラキシー | 2.09 0.80 | 0.36 0.63 | 14 | 54.63 1>2** | *** |
| 8 皮膚疾患 | 2.40 0.72 | 0.00 0.00 | 5 | 37.35 1>2** | *** |
| 9 慢性腎疾患 | 1.91 0.98 | 0.60 1.34 | 5 | 11.21 1>2** | *** |
| 10 慢性心疾患 | 2.12 0.83 | 0.71 0.99 | 12 | 30.97 1>2** | *** |
| 11 食物アレルギー | 2.24 0.68 | 0.55 0.65 | 20 | 74.33 1>2** | *** |
| 計 | | | 155 | | |
| | | | | F 値 | 検定 |
| 入院日数 | | | | 95.96 | *** |
| 0 なし | 2.18 0.67 | 0.49 0.80 | 126 | 445.41 1>2** | *** |
| 1 7日以内 | 2.24 0.73 | 0.59 0.77 | 28 | 94.99 1>2** | *** |
| 2 8～29日 | 2.14 0.76 | 0.64 0.85 | 7 | 19.61 1>2** | *** |
| 3 30日以上 | 1.71 0.67 | 0.75 0.87 | 4 | 4.63 1>2** | * |
| 計 | | | 165 | | |

上段：合計得点の平均，下段：SD

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

いては、疾患の種類や入院日数にかかわらず、自己理解を促す配慮がされてきていることが推察された。しかし、入院時に限ってみれば、あまり配慮されているとは言えず、その役割の多くを病院に任せているものと考えられる。

(2) 疾患・入院日数による病気への理解と対応について (表3)

疾患と因子との間に有意な交互作用がみられた ($F = 289.75, p < .001$)。単純主効果の検定を行った結果、すべての疾患において、因子との間で単純主効果が有意であった。それらについて Tukey 法による多重比較を行った結果、すべての疾患において「本人・保護

者の意見を取り入れたケース会議の実施」よりも「本人が過ごしやすい環境づくり」がいずれも有意に高い結果を示した。

このことから病気への理解と対応については、いずれの疾患についても校内で本人が過ごしやすい環境づくりが進められていることがうかがえた。しかし本人・保護者の意見を取り入れたケース会議の実施の重要性への認識は十分とは言えないことが推察された。

また、入院日数と因子との間にも有意な交互作用がみられた ($F = 95.96, p < .001$)。入院の有無やその日数の長短にかかわらず因子との間で単純主効果が有

表4 疾患・入院日数による家庭・保護者との連携協力について

| 疾患名 | 因子1 | 因子2 | 因子3 | 人数 | F 値 | 検定 | |
|------------|-----------------------------------|------------------------|------------------|-----|--------|-------|-------|
| | 養護教諭・ スクールカウンセラーと保護者 との連携協力 | 他の保護者・ 地域との連携 協力 | 担任と保護者 との連携協力 | | 209.04 | *** | |
| 1 脳性まひ | 1.71 | 0.21 | 2.36 | 7 | 16.68 | *** | |
| | 0.89 | 0.39 | 0.69 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 2 I型糖尿病 | 1.75 | 0.39 | 2.47 | 19 | 41.73 | *** | |
| | 1.08 | 0.54 | 0.70 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 3 てんかん | 2.11 | 0.49 | 2.78 | 73 | 200.21 | *** | |
| | 1.02 | 0.80 | 0.46 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 6 アナフィラキシー | 2.02 | 0.46 | 2.86 | 14 | 40.71 | *** | |
| | 1.14 | 0.60 | 0.31 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 8 皮膚疾患 | 2.07 | 0.50 | 2.70 | 5 | 12.64 | *** | |
| | 1.28 | 0.71 | 0.45 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 9 慢性腎疾患 | 2.00 | 0.30 | 2.70 | 5 | 15.01 | *** | |
| | 1.22 | 0.45 | 0.67 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 10 慢性心疾患 | 1.78 | 0.21 | 2.67 | 12 | 36.64 | *** | |
| | 1.26 | 0.40 | 0.86 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 11 食物アレルギー | 2.18 | 0.50 | 2.68 | 20 | 51.27 | *** | |
| | 0.96 | 0.76 | 0.57 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 計 | | | | 155 | | | |
| | | | | | F 値 | 検定 | |
| 入院日数 | | | | | 89.80 | *** | |
| 0 なし | 2.00 | 0.44 | 2.71 | 126 | 347.09 | *** | |
| | 1.04 | 0.70 | 0.52 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 1 7日以内 | 1.96 | 0.30 | 2.70 | 28 | 85.44 | *** | |
| | 1.13 | 0.53 | 0.64 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 2 8～29日 | 2.24 | 0.57 | 2.64 | 7 | 17.13 | *** | |
| | 1.08 | 0.98 | 0.75 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 3 30日以上 | 1.17 | 0.25 | 2.13 | 4 | 7.14 | *** | |
| | 1.23 | 0.50 | 1.11 | | 1>2** | 1>3** | 2>3** |
| 計 | | | | 165 | | | |

上段：合計得点の平均，下段：SD

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

意であった。それらについて Tukey 法による多重比較を行った結果、入院の有無やその日数の長短にかかわらず「本人・保護者の意見を取り入れたケース会議の実施」よりも「本人が過ごしやすい環境づくり」がいずれも有意に高い結果を示した。

このことから病気への理解と対応については、入院日数の違いにかかわらず校内で本人が過ごしやすい環境づくりが進められていることがうかがえた。しかし本人・保護者の意見を取り入れたケース会議の実施の重要性への認識は十分とは言えないことが推察された。

(3) 疾患・入院日数による家庭・保護者との連携協力について (表4)

疾患と因子との間に有意な交互作用がみられた (F = 209.04, p < .001)。単純主効果の検定を行った結果、すべての疾患において、因子との間で単純主効果が有意であった。それらについて Tukey 法による多重比較を行った結果、すべての疾患において「担任と保護者との連携協力」>「養護教諭・スクールカウンセラーと保護者との連携」>「他の保護者・地域との連携協力」という順で有意な差が認められた。

また、入院日数と因子の間にも有意な交互作用が

表5 疾患・入院日数による教職員の校内連携について

| 疾患名 | 因子1 | 因子2 | 人数 | F値 | 検定 |
|------------|--------------|--------------|-----|-----------------|-----|
| | 支援体制の構築 | 情報共有 | | | |
| | | | | 49.06 | *** |
| 1 脳性まひ | 2.41 0.75 | 1.54 1.06 | 7 | 8.37 1>2** | *** |
| 2 I型糖尿病 | 2.40 0.70 | 1.75 0.77 | 19 | 12.55 1>2** | *** |
| 3 てんかん | 2.63 0.47 | 1.84 0.90 | 73 | 72.01 1>2** | *** |
| 6 アナフィラキシー | 2.69 0.37 | 1.88 1.03 | 14 | 14.75 1>2** | *** |
| 8 皮膚疾患 | 2.91 0.19 | 2.65 0.38 | 5 | 0.55 1>2** | *** |
| 9 慢性腎疾患 | 1.94 1.25 | 1.50 1.50 | 5 | 1.54 1>2** | *** |
| 10 慢性心疾患 | 2.52 0.82 | 2.17 0.96 | 12 | 2.4 1>2** | *** |
| 11 食物アレルギー | 2.67 0.32 | 1.83 0.80 | 20 | 22.51 1>2** | *** |
| 計 | | | 155 | | |
| | | | | F値 | 検定 |
| 入院日数 | | | | 41.86 | *** |
| 0 なし | 2.57 0.57 | 1.81 0.93 | 126 | 111.69 1>2** | *** |
| 1 7日以内 | 2.62 0.58 | 1.97 0.92 | 28 | 18.04 1>2** | *** |
| 2 8～29日 | 2.59 0.37 | 1.61 0.79 | 7 | 10.37 1>2** | *** |
| 3 30日以上 | 1.75 0.75 | 0.69 0.43 | 4 | 6.91 1>2** | *** |
| 計 | | | 165 | | |

上段：合計得点の平均，下段：SD

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

みられた ($F = 89.80$, $p < .001$)。入院の有無やその日数の長短にかかわらず因子との間で単純主効果が有意であった。それらについて Tukey 法による多重比較を行った結果，入院の有無やその日数の長短にかかわらず「担任と保護者との連携協力」>「養護教諭・スクールカウンセラーと保護者との連携」>「他の保護者・地域との連携協力」という順で有意な差が認められた。

このことから，疾患の種類や入院日数にかかわらず，学校が家庭・保護者と連携するにあたって，保護者にとって身近な存在である学級担任が窓口となることが多いことが考えられた。しかし，「他の保護者・地域との連携協力」が他の因子と比べて有意に低かったこ

とから，本来あるべきはずの地域とのつながりが薄いことが推察された。

(4) 疾患・入院日数による教職員間の校内連携について (表5)

疾患と因子との間に有意な交互作用がみられた ($F = 49.06$, $p < .001$)。単純主効果の検定を行った結果，脳性まひ，I型糖尿病，てんかん，アナフィラキシーの4つの疾患については因子との間で単純主効果が有意であった。それらについて Tukey 法による多重比較を行った結果，4つの疾患ともに「情報共有」よりも「支援体制の構築」がいずれも有意に高い結果を示した。

また，入院日数と因子の間にも有意な交互作用が

みられた ($F = 41.86, p < .001$)。入院の有無やその日数の長短にかかわらず因子との間で単純主効果が有意であった。それらについて Tukey 法による多重比較を行った結果、入院の有無やその日数の長短にかかわらず「情報共有」よりも「支援体制の構築」がいずれも有意に高い結果を示した。

このことから、教職員間の校内連携については、疾患の種類や入院日数にかかわらず、病気療養児に対する支援体制を構築している傾向はみられるが、それを活用して情報を共有するまでに至っていない現状があることが考えられる。そのため、構築された支援体制を活用するための校内での取り組みや工夫が求められることが推察された。

IV. 総合考察

医学が進歩する中、以前にも増して病気療養児が通常学級に在籍することが可能となってきた今、その支援の状況を把握し今後の支援のあり方を探ることは、特別支援教育推進のためにも、より一層重要であろう。本章では、通常学級に在籍する病気療養児への支援のあり方について3つの視点から考察する。

1. 学級担任をサポートする体制について

疾患別・入院日数別の2つの分析結果から、学校では子どもの疾患について、学級担任が保護者の相談窓口になる場合が多いことがわかる。学級担任は日常的に病気療養児と関わるため、保護者との間で病気療養児について共通理解を図ることは大切である。また病気療養児本人と、その保護者の意見を学校での支援に取り入れることは、病気療養児がより充実した学校生活を送ることにつながる。このように学級担任は、保護者と学校をつなぐ重要な役割を果たしており、担う責任も大きい。学級担任だけがその責任を抱え込むことがないよう、学校全体で担任を支えることが重要である。

総じて、病気療養児にとって過ごしやすい環境づくりが意識的に進められてはいるものの、多忙な学校教育の場であって多くの教育課題を抱える学級担任が、この病弱教育の分野に限って言えば、校内で孤立することが危惧される。またこのことにより、当該の病気療養児への指導や支援を進めるうえで影響が懸念される。

2. 周囲の児童生徒の理解について

生活場面を共有する周囲の児童生徒との関係では、彼らとの交流や病気理解の必要性が養護教諭や一般教員からも指摘されている⁵⁾。一方で、「他の児童生徒に病弱児の配慮等を理解させるのが難しい」、「病状に関係する配慮を、クラスメートに十分周知させる過程で、周りの児童から異質であると区別されることがある」との危惧も垣間見える⁶⁾。

また「個人情報や当事者に未告知の場合に説明が困難との声があった」⁶⁾との指摘もある。これは、個人情報保護の問題があったり、親や医師の判断で病気療養児本人に病気を告知しないことがあったりと、本人を含めて周囲の児童生徒に説明するのが難しい場合があることを意味している。このことが周囲の児童生徒の理解を促すことを難しくしていることもある。しかし、病気療養児を中心とした家庭との連携や校内連携が進んでいる学校では、周囲の子どもたちの病気理解が進んでいる事例がみられた。また、たとえ「説明そのものが制限されることが困難さの理由となって」⁶⁾いたとしても、病気療養児にとって同年代の存在が、特に大きくなる思春期から青年期にかけては、自己に関わる病気理解のみならず周囲の児童生徒に対する病気理解をどう進めていくかが重要な課題となってくると考えられる。それなくして、病気療養児だけでなく周囲の子どもたちの充実した学校生活や成長を保障することは難しいと考えられる。

3. 支援体制の活用について

疾患別・入院日数別の2つの分析結果から、いずれの場合も教職員間の連携に関わる支援体制はほぼ確立されているが、一方で情報共有が十分ではない。これは学級担任を軸に、養護教諭やスクールカウンセラーなどの範囲においてのみ、情報が共有されているが、全校的な広がりはまだ十分ではないことが推察される。

それに合わせて病気理解においては、疾患・入院日数に関係なく病気療養児が過ごしやすい環境づくりが進められている一方で、病気療養児本人とその保護者の意見を取り入れたケース会議の開催が十分ではない。

この点に関して「医療機関との連携や、必要に応じた会議の開催が他の支援内容に比べて低く、一部の連携や共通理解にとどまっている可能性があると考えられる」、「支援のための校内組織作りについての意識も高かったが、具体策の一つである校内会議を定期化し

ているところは少なかった」との指摘がある⁵⁾。

このことから、学校全体の支援体制そのものも「病気療養児に合わせた教育環境・教育内容づくりの視点」から見直す必要があると考えられる。疾患・入院日数にかかわらず、病気療養児とその家族が同席するケース会議は難しいかもしれないが、その思いをくみ取った過不足ない支援、病気療養児の自立に向けた架け橋の役目を、学校全体で担っていくことが必要であろう。

謝 辞

本研究をまとめるにあたり、多忙な時期にもかかわらず質問紙調査に回答いただきましたA県内の小学校・中学校・高等学校の先生方に感謝申し上げます。

利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) 河合洋子, 藤原奈佳子, 小笠原昭彦, 他. A県における病気による長期欠席児童生徒の教育実態. 小児保健研究 2006; 65 (3): 467-474.
- 2) 土屋忠之, 川間健之介. 病院にある学校における退院後の教育的支援に関する研究. 特殊教育学研究 2015; 53 (4): 241-248.
- 3) 猪狩恵美子. 通常学級における病気療養児の教育保障に関する研究動向. 特殊教育学研究 2015; 53 (2): 107-114.
- 4) 室 正人, 島田明子, 成田 泉, 他. 通常学級における「病気による長期欠席」児童・生徒に対する支援のあり方に関する検討—先天性心疾患当事者へのインタビュー調査から—. 小児保健研究 2016; 75 (4): 495-503.
- 5) 石見幸子, 鬼頭英明, 中村朋子. 慢性疾患のある児童生徒が学校生活を送るための効果的な支援のあり

方. 小児保健研究 2014; 73 (6): 860-868.

- 6) 平賀健太郎. 通常学級において病弱児への教育的支援を困難と感じる理由—教師を対象とした自由記述の分析を通して—. 大阪教育大学障害児教育紀要 2006; 29: 71-78.

[Summary]

This quantitative study examines the current state of support for students with health problems in elementary, middle, and high schools. Special education coordinators or nursery school teachers were required to answer questionnaires regarding (1) accommodations and services for students with health problems enrolled in the regular curriculum, (2) the level of knowledge of teachers and guardians towards various diseases, (3) collaboration between families and schools, and (4) cooperation amongst the teaching staff. While efforts have been made to create a comfortable environment for students with health problems in regular schools, the results of this study indicate that further efforts are needed to improve communication amongst teachers, students with health problems, and their families. Currently, homeroom teachers and guardians play significant roles in providing necessary care for ill students. However, this responsibility should not be reside sole with them; establishment of meaningful support and cooperation systems are needed to properly accommodate students with special health care needs.

[Key words]

students with health problem, regular class, special support education, cooperation in the school