

肢体不自由特別支援学校の重複障害学級に在籍する児童生徒に 対する自立活動「健康の保持」の指導における困難に関する調査*

Difficulties in the “health management” division of “Jiritsu-Katsudo”
(self-reliance activity) for children with physical and multiple disabilities:
A survey of special school teachers

大 平 壇 一 木 薫

Dan OHIRA
特別支援教育

Kaoru ICHIKI
特別支援教育

有 馬 碧 衣 加 藤 真 奈 根 津 圭 佑

Aoi ARIMA
長崎県立ろう学校

Mana KATO
山口県立田布施
総合支援学校

Keisuke NEZU
福岡市立東福岡
特別支援学校

(令和2年9月29日受付, 令和2年12月10日受理)

本研究は、全国の肢体不自由単独の特別支援学校の重複障害学級に在籍する児童生徒とその担当教員を対象に、主として健康面に対する自立活動の指導における困難について検討することを目的とした。855の事例について、回答者である教員の特別支援学校での経験年数と、児童生徒の教育課程、疾患、授業時数について基本情報を得た。これらの事例において、健康面の実態16項目について該当する割合に差が認められ、体温調節の困難、排泄における意思表示の困難、便秘の項目は先行研究と一致して有意に高かった。しかしながら、自立活動の指導の有無をみると、実態として認められやすいからといって指導対象となりやすいとはいえず、また、全体的に指導の割合は高いとはいえなかった。そこで指導計画上の段階に対応させた「指導していない理由」をみると、「指導するよりも配慮で対応したほうが適しているため」、「発達段階・疾患特性からみて課題とするには難しすぎるため」が多く、次いで「自立活動の指導の対象として認識していなかったため」が認められた。しかしながら、回答内容を詳細に分析すると、前2者も後者のように指導対象として認識されていないことに帰され得る場合があると示唆された。さらに、同じ実態等の内容でも異なる段階の理由が選択されていることから、基本的に教員の認識に大きく依存することが示された。また、逆に指導しているとしても、先行研究で指摘されたように「配慮」や「対応」を「指導」と捉えていることもあると示唆された。さらには、そもそも実態の有無についても教員の認識が影響していることも示唆された。今後、「健康の保持」の指導が行われにくい原因についてさらに検討し、構造的に明らかにしていく必要がある。

キーワード： 肢体不自由 重複障害 特別支援学校 自立活動 健康の保持

* 本研究は、福岡教育大学特別支援教育講座肢体不自由教育研究プロジェクトの研究として、平成30年度卒業研究を兼ねて収集されたデータを用いている。

1. はじめに

肢体不自由のみを対象とする特別支援学校（以下、肢体不自由単独校）に在籍する児童生徒は、重複障害が8割を超える（文部科学省、2020¹⁾）。また、合併症や2次障害を有する児童生徒も多い。周知の通り、障害の重度化とともに医療的ケアを必要とする児童生徒もますます増えてきている¹⁾。そのため、肢体不自由教育において、健康面の指導は主要な位置を占めてしかるべきであろう。大平・一木（2018²⁾）は、肢体不自由特別支援学校で行われる自立活動の区分「健康の保持」の具体的な指導の内容およびその方法について、その現状を文献的に明らかにした上で、今後の検討が必要であるとした。これを受けて大平・一木・佐々木・鍋島・橋本・的場（2020³⁾）は、肢体不自由特別支援学校の重複障害学級に在籍する児童生徒の自立活動の区分「健康の保持」に関わる指導の実態について、肢体不自由単独校2校を対象に自立活動を含めた健康面に関する指導という観点から予備的に調査した。その結果、課題の一つとして、健康面の指導が難しいとされた場合における困難の原因について検討すべきことを挙げた。

そこで本研究では全国を対象を広げ、肢体不自由単独校の、特に重複障害学級に在籍する児童生徒とその担当教員を対象に、主として健康面の実態に対する自立活動の指導における困難について検討することを目的とした。

2. 方法

1) 調査対象と手続き

調査の対象は、肢体不自由単独校である特別支援学校の重複障害学級に在籍する児童生徒とし、回答者はその担当教員とした。全国から40校を、都道府県が重複しないように選定し、調査用紙を郵送した。調査にあたっては、学校長やアンケートの対象となる教員に研究目的および個人情報の保護の方針を文面で説明し、研究協力の同意を得られた学校からのみ回答した用紙を返送してもらった。22校（回収率55%）、児童生徒1078人分の回答が得られた。なお、調査実施期間は平成30年11月、回答は12～1月に得られた。

2) 調査用紙

本調査は無記名自記式の調査用紙を用いて行った。重複障害学級に在籍する児童生徒1人につき当該児童生徒を担当する教員1人が回答するものであり、児童生徒1人について調査用紙1部とした。調査用紙は、回答者および回答者が担当して

いる対象児童生徒の基本情報に関する項目と、対象児童生徒に対する自立活動「健康の保持」の指導に関する項目から構成された。回答者の基本情報に関する項目は、[教職経験年数（通常の学校、特別支援学校）]、[肢体不自由教育経験年数]、[所属する学部・学年]、（担当する）[児童生徒の原因疾患名]、[教育課程]、児童生徒の一週間の[総授業時数]と[自立活動の指導の時数]および[自立活動の時間における指導の時数]だった。対象児童生徒に対する自立活動「健康の保持」の指導に関する項目は、[健康面に関する児童生徒の実態]（以下、健康実態）16項目と、健康実態の各項目について該当する場合の[自立活動での指導の有無]、指導を行っていない場合の[指導を行っていない理由]18項目だった（各項目の内容については、末尾に掲載した資料を参照）。

3) 分析

1078人分の回答から、次のものは除外して分析対象とした。

まず、教員、担当児童生徒の基本情報のすべてが無回答であるものは除外した。

次に、児童生徒の学年について複数年が記入されたものは除外した。記入された疾患名との関係を踏まえ、自分が担当する複数の児童生徒の実態をまとめて示している可能性を否定できないためである。

回答において、指導していない場合の理由がすべて選択されていないものについては、健康面に困難が認められるにも拘わらず指導を行っていない理由を探るという本調査の趣旨に照らし、無効として除外した。

回答に十分な整合性が確認できないと判断されるものは除外した。具体的には、以下の通りである。まず、(1)ある健康実態の項目についてその健康実態が認められない場合には当該項目の記入は終了であるところ、当該項目の健康実態に関する指導をしていないと回答し、さらに指導していない理由を選択している場合である。全体的に健康実態の欄に指導や対応していることを記述する例が多かったことから、回答の傾向として指導の実際から実態を判断している（このような対応や指導をしているので実態に該当すると判断している）と思われるものが少なくないこと、これを踏まえたときに、健康実態に該当しないから指導していないのではなく、当該理由のために指導していないことから健康実態として該当しないと回答（例えば、本来は認められた実態から課題を抽

出すという手続きだが特に課題がないので実態はないと回答している、あるいは、指導対象として認識していなかったのが指導していなかったからその実態には該当しないと回答)している可能性を否定できないため、整合性なしとして除外した。なお、144人分がこれに該当した。一方、同様に健康実態が認められないとした上で指導していないと回答していてもその理由は選択しておらず、健康実態があるとして指導していない場合のみに理由を選択している場合は、整合性が認められる(単に実態がないので指導していないと回答しているだけとみなせる)ので除外しなかった。また、健康実態がないとしながら、当該の健康実態に関して指導しているとするものがあった。上述のような、実態がないのに指導していない理由を挙げるケース、すなわち指導の実際から実態を判断している場合と一見して逆にみえるが、本質的には同じであり、実態の有無とは無関係に指導の実際として指導していたが、改めて問われるとその実態は認められないと回答したことを示唆する。しかしこの場合は、本調査の趣旨に照らせば、健康実態がない場合に相当するので必ずしも除外する必要はないと判断した(当該項目は、「健康実態がない」場合とみなした)。(2)健康実態すべてで該当せずとし(指導の有無について無回答)、その理由をすべて「本人が援助を依頼することができるため」としているものがあった。必要がないので指導しておらず、そのため実態として当てはまらない、としているのが明らかである。そのため健康実態については個別的に該当するのかわからないのが不明なのでこれも除外とした。

以上の除外規定で除外されなかったデータのなかにも一部の項目が無回答のものがあった。その場合でも、得られたデータを有効に活用するため、原則として分析対象とし、無回答または不明等として処理した。全分析対象は855人分であった。また、健康実態に×以外に敢えて斜線や「?」、もしくは「不明」(理由が付されている場合もあり)とあるものがみられた。例えば、経管栄養であるために、好き嫌いなど経口による場合の項目は評価できない、といった理由が付されていることから、当該の健康実態が認められない場合とは異なると判断された。そのため、これらは分析対象として含めることとした。また、覚醒と睡眠に関する項目「②授業中に寝てしまう」については、「興味のないときに寝る」など、本来期待されるものとは異なるもの(健康の保持では

なく、他の区分に該当)が散見されたが、これは教員の「該当する」という認識に基づく実態として、分析対象に含めた。

なお、指導していない理由は、指導の「段階」となっているため、最初に選択された段階以降は原則的に選択対象とはならないはずであるが、複数を選択しているものが少なからずあった。しかし、本調査の趣旨に照らし、仮に前段をクリアしたとしても困難を感じるであろう段階が選択されているものとして、すべて分析対象とすることとした。

差異を検討するにあたっては統計的検定を行ったが、具体的な方法等は該当箇所を示した。

3. 結果

1) 回答者の基本情報

回答者の特別支援学校における教育経験年数別の人数は、Table 1の通りであった。全855件中、経験年数の回答に整合性がないものが17件あったため、ここでは838人分が全数となる。肢体不自由特別支援学校を含む特別支援学校全体における経験年数、肢体不自由特別支援学校における経験年数のいずれかまたは両者において無回答のものがあった(表中、不明で示した)。肢体不自由特別支援学校でみると、調査時現在において「教諭」だったのは727人、「講師」だったのは96人であった(なお、回答者は肢体不自由特別支援学校勤務であるから、特別支援学校全体に対して教諭経験者が多く、講師が少ないことはあり得る)。肢体不自由特別支援学校の教諭、講師ともに経験年数は9年未満が大勢を占めた。教諭に限定すれば、約20年まである程度の数が認められた。特別支援学校全体でみた場合は、やはり9年未満が多いものの、39年まで比較的全体的に認められた。

2) 児童生徒の基本情報

(1) 学部と教育課程

Table 2に児童生徒の学部と教育課程について示した。

児童生徒は、小学部403人(1～3年:211人、4～6年:192人)、中学部219人、高等部233人であった。

いわゆる知的障害特別支援学校代替(以下、知的代替)の教育課程が244人、自立活動を主とする教育課程が512人、訪問教育が53人だった。この他、準ずる教育課程が1人いた。無回答が44人だった。知的代替、自立活動を主とする教育課程、訪問教育に限ってみると、3学年ごとの

Table 1 回答者である教員の特別支援学校における教育経験年数別の人数 (%)

年数	全体			肢体不自由		
	教諭	講師	不明	教諭	講師	不明
	724	98	16	727	96	15
<3	65 (9)	34 (34.7)		197 (27.1)	43 (44.8)	
<6	102 (14.1)	22 (22.4)		212 (29.2)	36 (37.5)	
<9	116 (16)	22 (22.4)		118 (16.2)	12 (12.5)	
<12	47 (6.5)	11 (11.2)		80 (11)	2 (2.1)	
<15	57 (7.9)	6 (6.1)		47 (6.5)	2 (2.1)	
<18	71 (9.8)	2 (2)		30 (4.1)	0 (0)	
<21	70 (9.7)	0 (0)		28 (3.9)	1 (1)	
<24	60 (8.3)	0 (0)		6 (0.8)	0 (0)	
<27	47 (6.5)	0 (0)		4 (0.6)	0 (0)	
<30	35 (4.8)	1 (1)		4 (0.6)	0 (0)	
<33	29 (4)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
<36	12 (1.7)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
≤39	13 (1.8)	0 (0)		1 (0.1)	0 (0)	

Table 2 児童生徒の学部・教育課程 (人)

教育課程*	小学部		中学部	高等部
	1~3年	3~6年		
準ずる	0	1	0	0
知的代替	49	63	63	69
自立活動を主	136	104	138	134
訪問教育	12	17	12	12
無回答	13	7	6	18
	1(学年)			

* 教育課程は、いわゆる「準ずる教育課程」、「知的障害特別支援学校代替の教育課程」、「自立活動を主とする教育課程」、「訪問教育（自立活動を主とする教育課程）」とした。

分布に差は認められなかった ($\chi^2=7.92$, $df=6$, ns, 効果量 $V=0.07$)。

(2) 疾患

調査用紙では「原因疾患名」としたが、原因疾患とは思われない疾患名も回答されていた。また、例えば水頭症は原因疾患あるいは合併症のいずれの可能性もあり得る。そこで児童生徒の有する疾患としてすべて扱うこととし、Table 3~7にまとめた(重複回答あり)。各疾患には、具体的な記述例を示した。まとめるにあたっては、小児慢性特定疾患として認定されている疾患の分類(小児慢性特定疾病情報センターによる)に当てはまるものについては、これをもとに整理することを基本とした。なお、無回答(無記入)が58あった。

まず、Table 3に、小児慢性特定疾患の分類に必ずしも当てはまらないものについてまとめた。脳性まひが302人と、最も多かった。Table 4には神経・筋疾患と骨系統疾患についてまとめた。

難治性てんかん脳症が60と最も多かった。なお、単に「てんかん」とあるものが54あり、これはTable 3にまとめた。Table 5には慢性心疾患、慢性呼吸器疾患、慢性腎疾患、血液疾患、悪性新生物、内分泌疾患についてまとめた。慢性心疾患、慢性呼吸器疾患が同程度認められ、比較的多かった。Table 6には、先天性代謝異常についてまとめた。ミトコンドリア病、ライソゾーム病が同程度、散見された。Table 7には、「染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群」についてまとめた。全体で77名と比較的多かった。

分類に際して小児慢性特定疾病情報センターによる分類を基本としたことから分かるように、「病弱」と共通する慢性疾患が少なからず認められた。

なお、分析対象から除外されたものの中に、Table 3~7に含まれなかったものとして骨形成不全症、歯状核赤核淡蒼球ルイ体萎縮症、メビウス症候群、急性自律性感覚性運動性ニューロパチー、12トリソミー、14トリソミー、マリネスコ・シェーグレン症候群、スティッフパーソン症候群、外傷性てんかんなどがあった。

(3) 授業時数

Table 8に知的代替の教育課程の児童生徒の一週間の総授業時数、自立活動の指導の時数、そのうちの時間における指導の時数について示した。自立活動を主とする教育課程についてはTable 9に、訪問教育についてはTable 10に示した。教育課程について無回答だったものに加え、時数において回答に整合性がないものを加えた52件が

Table 3 児童生徒にみられる疾患その1

脳性まひ		302	
水頭症		37	
低酸素性虚血性脳症		29	
急性脳症	インフルエンザ脳症後遺症	28	
	ロタウイルス脳症		
	溺水、心肺停止後などの蘇生後脳症		
	突発性発疹脳症後遺症		
	RS ウイルスによる後遺症		
	水痘脳症後遺症		
	痙攣急性脳症		
精神運動発達遅滞		27	
頭蓋内出血	脳血管障害	11	
	脳梗塞後遺症		
	陳旧性脳梗塞		
	頭蓋内出血後遺症		
	脳室内出血後水頭症		
	慢性硬膜下血腫		
	脳実質内・脳室内出血		
小頭症		9	
脳炎・髄膜炎	突発性発疹による脳炎後遺症	8	
	ウイルス性脳炎後遺症		
	ヘルペス脳炎後遺症		
	化膿性髄膜炎		
	髄膜炎後遺症		
硬膜下水・血腫	慢性硬膜下水腫	6	
	慢性硬膜下血腫 (脳挫傷からくる)急性硬膜下血腫後遺症		
頭部外傷後遺症		4	
多発性関節拘縮		3	
てんかん		54	
その他	総括的	疾病による(運動機能障害)	11
		先天性(運動機能障害)	10
		脳原性(運動機能障害)	6
		中枢性(運動機能障害)	4
上下肢の異常	股関節(脱臼、障害)	8	
	関節拘縮 四肢短縮/両手足奇形/先天性内反足		
低出生体重児(早産)		4	
まひ	(痙性)四肢麻痺/重複片まひ	3	
不随意運動失調		3	
脳室拡大		3	
脳症		3	
尾側障害		2	
ピエール・ロバン症候群		2	
急性散在性脳脊髄炎		2	
脊髄空洞症		1	
脳腫瘍術後後遺症		1	
CASK 遺伝子異常		1	
白質変性症		1	
大後頭孔狭窄		1	
低ガンマグロブリン血症・成長ホルモン分泌不全症		1	
劇症型 A 群連鎖球菌感染症		1	
川崎病		1	
免疫不全症		1	
食道吻合部狭窄		1	
その他	視覚系(先天性無眼球症/未熟児網 膜症/網膜色素変性症) 自閉症スペクトラム	5	
未確定診断		5	
※	肢体不自由・機能障害	22	

Table 4 児童生徒にみられる疾患その2

難治てんかん脳症	ウエスト症候群	60	
	点頭てんかん		
神経・筋疾患	レノックス・ガストー症候群	25	
	乳児重症ミオクロニー/ドラベ症候群		
	その他		早期ミオクロニー脳症
			てんかん性脳症
			大田原症候群
	難治性てんかん 症候性てんかん		
筋ジストロフィー	デュシャンヌ型筋ジストロフィー	25	
	福山型先天性筋ジストロフィー		
	筋強直性/緊張性筋ジストロフィー	31	
その他	筋ジストロフィー		
	進行性筋ジストロフィー 先天性筋ジストロフィー		
脳形成異常	全前脳胞症	31	
	巨脳症/大頭症及び血管奇形症候群 滑脳症		
	ミラー・ディカー症候群		
	孔脳症		
	ダンディー・ウォーカー症候群		
その他	脳形成不全		
	左大脳低形成		
	先天性脳奇形症候群		
	傍シルビウス裂多小脳回		
	小脳低形成 脳梁低形成/欠損 アイカルディ症候群		
レット症候群		17	
脊髄髄膜瘤	二分脊椎 (キアリ奇形)	9 別(3)	
神経皮膚症候群	結節性硬化症	9	
その他	線状皮脂腺母斑症候群		
遺伝子異常による 白質脳症	ベルツェウス・メルツパッハ病 アレキサンダー症	6	
先天性ミオパチー	先天性ミオパチー ネマリンミオパチー	4	
先天性感染症	サイトメガロウイルス症候群 先天性サイトメガロウイルス感染症	4	
ジュベール症候群 関連疾患	ジュベール症候群 有馬症候群	3	
頭蓋骨縫合早期癒合症		3	
脊髄小脳変性症		2	
もやもや病		2	
先天性 ニューロパチー	シャルコ・マリー・トゥース病 先天性無痛無汗症	2	
脊髄性筋萎縮症	ウェルドニッヒ・ホフマン病	2	
ATR-X 症候群		1	
小児交互性片麻痺		1	
早老症 (GPI 欠損症)	Pena-Shokeir 症候群 II 型 先天性グリコシル化異常症	1 1	
骨系統疾患	軟骨低形成 (クニースト/変容性)骨端異形成症 ラルセン症候群	5	

Table 5 児童生徒にみられる疾患その3

慢性心疾患	心筋症	19	
	三尖弁閉鎖症		
	肺動脈閉鎖症		
	ファロー四徴症		
	両大血管右室起始症		
	完全大血管転位症		
	エプスタイン病		
	心室中隔欠損症		
	総肺静脈還流異常症		
	大動脈縮窄症		
	三尖弁閉鎖不全症		
	肺動脈弁狭窄症		
	その他	先天性心疾患 慢性心不全	
慢性呼吸器疾患	声門下狭窄	21	
	気管狭窄		
	気管軟化症		
	気管支喘息		
	その他	先天性咽頭気管狭窄 喉頭軟化症 慢性肺疾患 肺低形成 慢性呼吸障害 (含.胸郭変形・無顎症による)	
	慢性腎疾患	Lowe 症候群	4
		水腎症	
		末期腎不全	
	血液疾患	先天性血液凝固因子異常	2
		その他	先天性メトヘモグロビン血症
悪性新生物	白血病	3	
	固形腫瘍	2	
	中枢神経系腫瘍	1	
	その他	白血病 急性骨髄性白血病 急性骨髄単球性白血病 網膜芽細胞腫 横紋筋肉腫 髄芽腫	
内分泌疾患	尿崩症	1	
	甲状腺機能低下症	1	
	内分泌疾患を伴う	2	
	その他の症候群	ターナー症候群 ブラダー・ウィリ症候群	

Table 6 児童生徒にみられる疾患その4

先天性代謝異常症	ミトコンドリア病	ピルビン酸脱水素酵素 複合体欠損症 ミトコンドリア呼吸鎖 複合体欠損症 Alpers 症候群 リー/leigh 脳症 ミトコンドリア脳筋症	8	
	その他	ミトコンドリア病		
	ライソゾーム病	GM1-ガングリオシドーシス ニーマン・ピック病C型 クラッペ病 ポンベ病 神経セロイドリポフスチン症	7	
	その他	ライソゾーム病		
	代 謝 異 常 症	プリンピリミジン	レッシュ・ナイハン症候群	1
	アミノ酸	高プロリン血症	1	
	脂肪酸	CPT2 欠損症	1	
	有機酸		1	
	その他	メチルマロン酸症候群		
	神経伝達物質異常症	SSADH 欠損症	1	

Table 7 児童生徒にみられる疾患その5

染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	染色 体 又 は 遺 伝 子 に 変 化 を 伴 う 症 候 群	77
	その他	コルネリア・デ・ランゲ症候群 アンジェルマン症候群 5p 欠失症候群 4番染色体欠失症候群 ウォルフ・ヒルシュホルン症候群 (4p 欠失症候群) (モザイク型)18トリソミー 13トリソミー症候群 13モノソミー症候群 ダウン症候群 CFC 症候群 ロイス・ディーツ症候群 コストロ症候群 チャージ症候群 ファイファー症候群 スミス・レムリ・オピッツ症候群 モワット・ウィルソン症候群
	その他	1q44 欠症候群 2 番染色体長腕部分欠損 3 番染色体部分欠損・部分重複 8pトリソミー症候群 パリスターキリアン症候群 染色体異常(18q) 3X 症候群 染色体異常 染色体微細欠失症候群 トリーチャー・コリンズ症候群 先天性多発奇形症候群

除外された。なお、整合性がないとされたものとしては、例えば自立活動の指導の時数が自立活動の時間における指導の時数よりも少ない場合（おそらくは時間の指導以外の、いわゆる「合わせた指導」に含まれる時間数を別カウントしたとは思われるが）などであった。また、無回答が総授業時数については34、自立活動の指導の時数が82、自立活動の時間における指導の時数が82あった。

知的代替の教育課程の総授業時数の中央値は、25～30であり、自立活動の指導の時数は3～4、自立活動の時間における指導の時数は2～3だった。自立活動を主とする教育課程の総授業時数の中央値は、26～30であり、自立活動の指導の時数は16～19、自立活動の時間における指導の時数は9～12だった。訪問教育の総授業時数の中央値は、6であり、自立活動の指導の時数は4～5.5、自立活動の時間における指導の時数は3～5だった。

3) 健康面に関する自立活動の指導の実際：主として指導上の困難について

(1) 健康面に関する実態

①～⑯の健康実態に関する項目に該当する割合は、Fig. 1に示される通りだった。

項目間に差が認められた ($\chi^2=1930.8$, $df=15$, $p<.01$, $V=.381$)。③「好き嫌いがある」と、⑫

Table 8 知的障害特別支援学校代替の教育課程の各学部における時数

		小学部		中学部	高等部
		1~3年	4~6年		
総授業時数	max.	31	35	35	36
	median	25	26	29	30
	min.	21	23.75	1	6
自立活動の指導の時数	max.	28	29	33	29
	median	3	3	4	4
	min.	2	2	1	1
自立活動の時間における指導の時数	max.	13	12	19	15
	median	3	3	3	2
	min.	2	0	1	0

Table 9 自立活動を主とする教育課程の各学部における時数

		小学部		中学部	高等部
		1~3年	4~6年		
総授業時数	max.	36	35	35	36
	median	26	28	29	30
	min.	7.5	14	5	5.5
自立活動の指導の時数	max.	34	28.5	31	31.5
	median	16	17	19	18
	min.	3	3	5	1
自立活動の時間における指導の時数	max.	34	26	31	27
	median	9	9.25	12	12
	min.	2	2	2	1

Table 10 訪問教育の各学部における時数

		小学部		中学部	高等部
		1~3年	4~6年		
総授業時数	max.	13	15	6	6
	median	6	6	6	6
	min.	4	4	2	2
自立活動の指導の時数	max.	13	11	6	6
	median	4	5	4	5.5
	min.	3	2	2	1
自立活動の時間における指導の時数	max.	9	11	6	6
	median	4	5	3	5
	min.	2	2	2	2

「授業中に寝てしまう」のみに有意差が認められず（残差分析, n.s.）、その他はすべて有意差が認められた。①「体温調節が難しい」、④「食物の口への取り込み、咀嚼が難しい」、⑦「排泄の意思が伝えられない」、⑨「便秘をしやすい」、⑪「よだれを自分で拭うことができない」において多く実態が認められていた（残差分析、いずれも $p < .01$ ）。それ以外はすべて有意に少なかった。

(2) 健康面に関する実態に対する自立活動の指導の有無について

①～⑯の健康実態に関する項目に該当するとした場合の自立活動における指導の有無の割合を、Fig. 2に示した。

項目間に差が認められた ($\chi^2 = 258.4$, $df = 15$,

$p < .01$, $V = .251$)。有意に指導される率が高かったのは、次の7項目だった。すなわち、①「体温調節が難しい」（残差分析, $p < .05$ ）、②「食事・水分の摂取量が適切でない」（ $p < .01$ ）、④「食物の口への取り込み、咀嚼が難しい」（ $p < .01$ ）、⑩「衛生保持（手洗い・歯磨き・洗面等）の行為・援助を嫌がる」（ $p < .01$ ）、⑫「授業中に寝てしまう」（ $p < .05$ ）、⑭「自分で咳をして痰を出せない」（ $p < .05$ ）、⑮「痰を出しやすい姿勢をとっても痰を出せない」（ $p < .01$ ）であった。実態として認められやすかった項目のうち、指導されている割合が高かったのは、①と④のみであり、逆に⑩「衛生保持（手洗い・歯磨き・洗面等）の行為・援助を嫌がる」、⑭「自分で咳をして痰を出せない」



Fig. 1 児童生徒に認められる健康面に関する実態

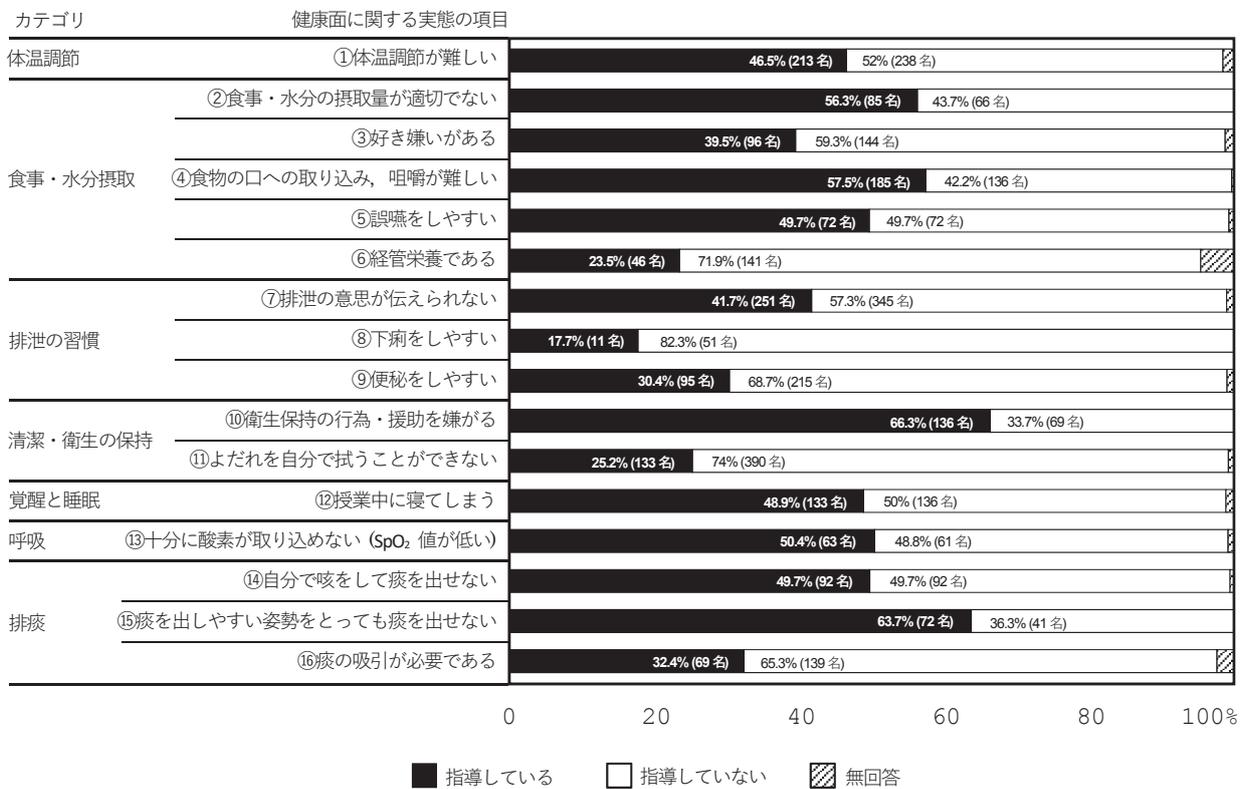


Fig. 2 認められる健康面の実態に対する指導の有無

など、有意に該当率が低かった実態にも拘わらず指導されていた項目もあった。

なお、自立活動の指導の「内容」については、本研究の対象外であるが、健康実態の具体的記述欄に例えば「頭を垂直に保ち、切り口が斜めになったコップやスプーンを使用。3～5ミリ刻みの食材を本児の口唇の開閉に合わせて食事支援」とあり、指導しているとするものがあった。また、⑩流涎の項目で「タオルを当てている」と健康実態の記述があり、指導しているとしているものが少なからず認められた。その上で指導しているのかもしれないが、タオルを当てているから指導しているとしているのかもしれない。実際に回答のなかには指導の有無の欄の「○」に「タオルで拭く」と付記しているものがあった。なお、その他にも②「適宜水分をとっている」として指導しているとするもの、⑦で「オムツ交換」、「定時排泄」として指導しているとするもの、⑫「授業中に寝てしまう」には「様々な働きかけをしている」として指導しているとするものがあった。

(3) 自立活動で指導を行っていない理由について

実際には同じ実態等の内容でも、指導していない理由としては違う項目が選択されている、ということが全体にわたって認められた（後述する「その他」の内容からも分かる）が、全体的な理由の選択状況には傾向が認められた。そこでFig. 3に各実態に対して自立活動で指導を行っていない理由の選択率を示した。選択率は、指導していないと回答した件数に占める、当該項目が選択された件数の割合とした。

指導していない理由1～18について、選択率に差が認められた（Friedman $\chi^2=214.0$, $df=17$, $p<.01$ ）。各理由における中央値は、1：13.6（%）、2：0.35、3：2.2、4：28.9、5：2.35、6：5.2、7：8.7、8：26.05、9：7.05、10：6.3、11：1.4、12：0.2、13：0、14：1.35、15：0.5、16：0.55、17：0、18：10.8であった。

1「自立活動の指導の対象として認識していなかったため」は、2「具体的に何を把握すればよいか分からないため」（Holm's method, Wilcoxon signed-rank test, $p<.01$, 効果量 $r=.649$ ）、10「（中心的な）課題とする上では教員以外の専門家や保護者との連携が必要であり、それが難しいため」（ $p<.01$, $r=.608$ ）、11「その他」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、12「中心的な課題を改善するために何を身に付けるべきかが分からないため」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、13「その他」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、16「指導の参考となる具体的な知見（情報）が少ない

ため」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、17「前任からの引き継ぎに含まれてない（見直していない）ため」（ $p<.01$, $r=.649$ ）よりも高く、4「指導するよりも配慮で対応したほうが適しているため」（ $p<.01$, $r=.649$ ）よりも低かった。

2「具体的に何を把握すればよいか分からないため」は、1「自立活動の指導の対象として認識していなかったため」、4「指導するよりも配慮で対応したほうが適しているため」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、7「教育活動全体を通じて指導を行うことが必要であり、自立活動の時間の指導として取り扱うことが難しいため」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、8「発達段階・疾患特性からみて課題とするには難しすぎるため」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、18「その他」（ $p<.05$, $r=.573$ ）よりも低かった。

4「指導するよりも配慮で対応したほうが適しているため」は、①「体温調節が難しい」における選択率が76.5%と著明に高かった。1「自立活動の指導の対象として認識していなかったため」、2「具体的に何を把握すればよいか分からないため」、3「その他」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、6「生活に支障をきたす程度ではないため」（ $p<.01$, $r=.608$ ）、7「教育活動全体を通じて指導を行うことが必要であり、自立活動の時間の指導として取り扱うことが難しいため」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、9「中心的な課題とは判断しなかったため／他の課題を優先的に指導する必要があるため」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、11「その他」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、12「中心的な課題を改善するために何を身に付けるべきかが分からないため」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、13「その他」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、15「その他」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、18「その他」（ $p<.01$, $r=.608$ ）よりも高かった。

5「本人が援助を依頼することができるため」は、8「発達段階・疾患特性からみて課題とするには難しすぎるため」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、18「その他」（ $p<.05$, $r=.488$ ）よりも低かった。

6「生活に支障をきたす程度ではないため」は、4「指導するよりも配慮で対応したほうが適しているため」よりも低かった。

7「教育活動全体を通じて指導を行うことが必要であり、自立活動の時間の指導として取り扱うことが難しいため」は、4「指導するよりも配慮で対応したほうが適しているため」よりも低かったが、2「具体的に何を把握すればよいか分からないため」、14「選定した項目を関連付けて具体的な指導内容を設定することが難しいため」（ $p<.01$, $r=.649$ ）、15「その他」（ $p<.01$, $r=.649$ ）よりも高かった。

8「発達段階・疾患特性からみて課題とするには難しすぎるため」は、2「具体的に何を把握すればよいか分からないため」、3「その他」(p<.01, r=.649), 5「本人が援助を依頼することができるため」、10「(中心的な)課題とする上では教員以外の専門家や保護者との連携が必要であり、それが難しいため」(p<.01, r=.649), 11「その他」(p<.01, r=.649), 12「中心的な課題を改善するために何を身に付けるべきかが分からないため」(p<.01, r=.649), 13「その他」(p<.01, r=.649), 14「選定した項目を関連付けて具体的な指導内容を設定することが難しいため」(p<.01,

r=.649), 15「その他」(p<.01, r=.649), 16「指導の参考となる具体的な知見(情報)が少ないため」(p<.01, r=.649), 17「前任からの引き継ぎに含まれてない(見直していない)ため」(p<.01, r=.649)よりも高かった。

9「中心的な課題とは判断しなかったため/他の課題を優先的に指導する必要があるため」は、4「指導するよりも配慮で対応したほうが適しているため」よりも低かった。

10「(中心的な)課題とする上では教員以外の専門家や保護者との連携が必要であり、それが難しいため」は、11「その他」(p<.05, r=.488)よ

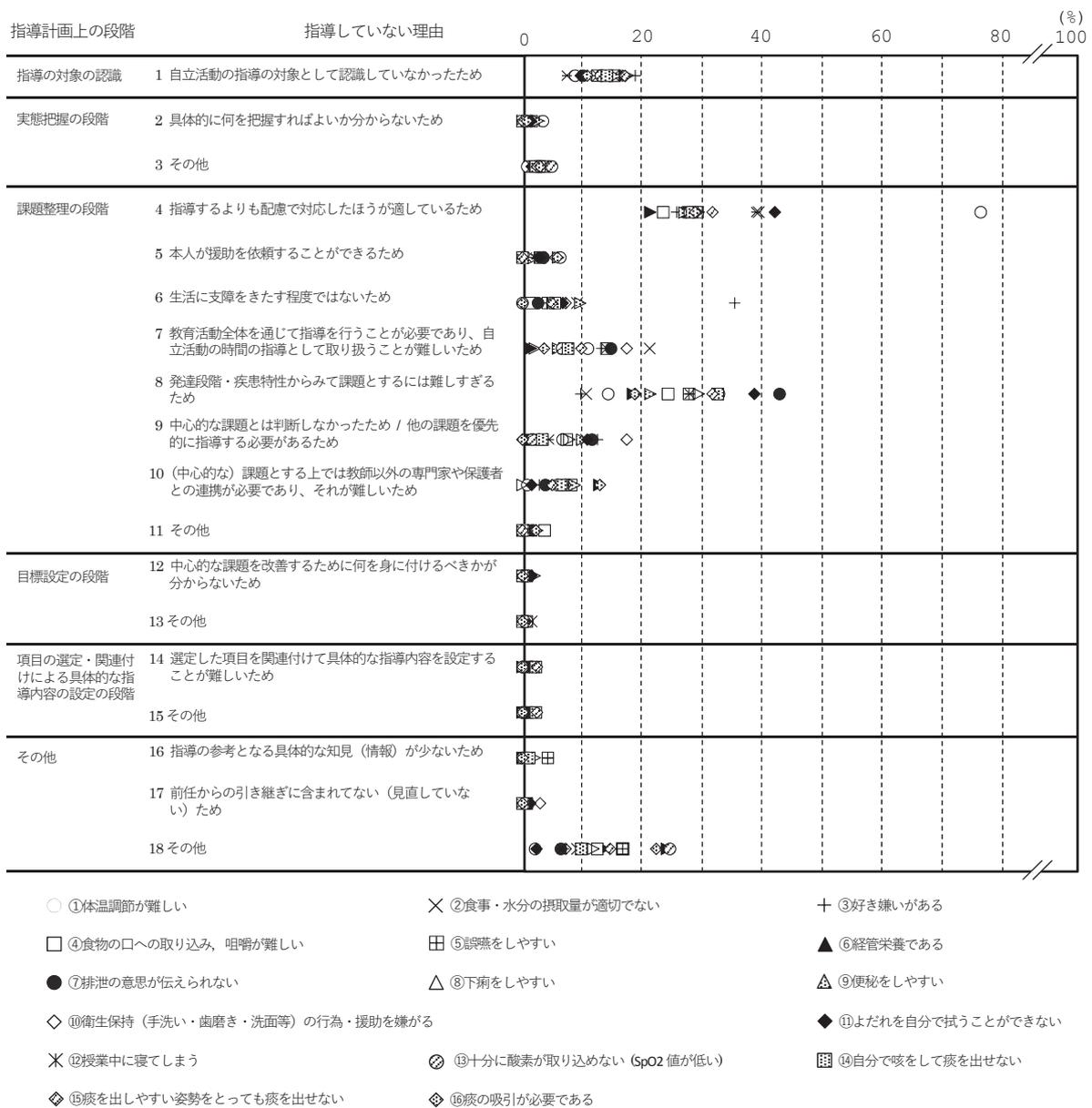


Fig. 3 各実態に対して自立活動で指導を行っていない理由

りも高かった。

12「中心的な課題を改善するために何を身に付けるべきかが分からないため」は、1「自立活動の指導の対象として認識していなかったため」、4「指導するよりも配慮で対応したほうが適しているため」、8「発達段階・疾患特性からみて課題とするには難しすぎるため」よりも低かった。

14「選定した項目を関連付けて具体的な指導内容を設定することが難しいため」は、7「教育活動全体を通じて指導を行うことが必要であり、自立活動の時間の指導として取り扱うことが難しいため」、8「発達段階・疾患特性からみて課題とするには難しすぎるため」よりも低かった。

16「指導の参考となる具体的な知見（情報）が少ないため」、17「前任からの引き継ぎに含まれていない（見直していない）ため」は、1「自立活動の指導の対象として認識していなかったため」、8「発達段階・疾患特性からみて課題とするには難しすぎるため」よりも低かった。

「その他」に関する記述には、以下のようなものがあつた。

実態把握の段階（理由3）では、③「好き嫌いがある」、④「食物の口への取り込み、咀嚼が難しい」、⑥「経管栄養である」、⑦「排泄の意思が伝えられない」、⑨「便秘をしやすい」、⑩「衛生保持（手洗い・歯磨き・洗面等）の行為・援助を嫌がる」、⑪「よだれを自分で拭うことができない」、⑬「十分に酸素が取り込めない（SpO₂値が低い）」、⑭「自分で咳をして痰を出せない」、⑯「痰の吸引が必要である」で、「（センター、病棟等）施設で管理されている、（看護師など）医療従事者が行う、医療従事者と連携している、家庭で／保護者が行っている」といった理由が認められた。固有のものとしては、③「好き嫌いがある」で「少しは食べるため」があつた。⑦「排泄の意思が伝えられない」では「排泄リズムが整っていない」、「排泄表をつけている」があつた。⑪「よだれを自分で拭うことができない」で「短肢なので顔に届きにくい」があつた。⑫「授業中に寝てしまう」では「無理に起こすと発作を起こすため」があつた。⑬「十分に酸素が取り込めない（SpO₂値が低い）」で「心臓疾患のため」があつた。なお、⑪～⑬は本来は8「発達段階・疾患特性からみて課題とするには難しすぎるため」が想定される回答であつた。

課題整理の段階（理由11）では、②「食事・水分の摂取量が適切でない」、③「好き嫌いがある」、④「食物の口への取り込み、咀嚼が難しい」、

⑦「排泄の意思が伝えられない」で、「日常生活の指導で行っている」があつた。④「食物の口への取り込み、咀嚼が難しい」については、「給食の時間で指導している」もあつた。③「好き嫌いがある」、④「食物の口への取り込み、咀嚼が難しい」、⑤「誤嚥をしやすい」で「経口摂取できないため」（経管による等）があつた。これらは、本来は8「発達段階・疾患特性からみて課題とするには難しすぎるため」が想定された（もしくは実態把握の段階においてその他として当該事由により不明とすることもあり得る）。固有のものとしては、⑥「経管栄養である」で「看護師に依頼する」があつた。⑦「排泄の意思が伝えられない」で「トイレ指導中発作があると危険なため」、「定時排泄、おむつ交換である」があつた。⑧「下痢をしやすい」、⑨「便秘をしやすい」で「栄養面の管理方法を保護者が模索中のため」があつた。⑨「便秘をしやすい」では、「通院、服薬ありのため」があつた。⑨「便秘をしやすい」ではまた、「保護者が家庭で対応している」があつた。「寝返りを積極的にしているが難しい」というものもあつた。⑫「授業中に寝てしまう」では、「該当する教科の中で対応している」、「家庭状況のため」があつた。

目標設定の段階（理由13）では、③「好き嫌いがある」で「栄養の勉強や摂食時間に行っている」があつた。

項目の選定・関連付けによる具体的な指導内容の設定の段階（理由15）では、⑦「排泄の意思が伝えられない」で「腹筋、背筋の使い方（便座への移乗につながる補助）などは取り入れ中」があつた。⑭「自分で咳をして痰を出せない」、⑯「痰を出しやすい姿勢をとっても痰を出せない」で、「気管切開カニューレのため」があつた。

その他（理由18）としては、以下の通りであつた。

①「体温調節が難しい」で「重要視していなかった」、「教員が行う」というものがあつた。前者は本来は9「中心的な課題とは判断しなかったため／他の課題を優先的に指導する必要があるため」、後者は4「指導するよりも配慮で対応したほうが適しているため」が想定された。

②「食事・水分の摂取量が適切でない」、③「好き嫌いがある」、④「食物の口への取り込み、咀嚼が難しい」、⑤「誤嚥をしやすい」、⑥「経管栄養である」では、「病棟、施設等で管理している、訪問生のため、学校で食事をしていないため」があつた。③「好き嫌いがある」、⑤「誤嚥

をしやすい」では、「日常生活の指導で行っているため」があった。④「食物の口への取り込み、咀嚼が難しい」では、「給食の時間で指導しているため」があった。④「食物の口への取り込み、咀嚼が難しい」、⑤「誤嚥をしやすい」、⑥「経管栄養である」では、「医療的ケア対象／経管栄養のため、経口摂取していないため」、「(唾液吸引)保護者が対応しているため」があった。⑥「経管栄養である」は、「指導時間外」というものもあった。

⑦「排泄の意思が伝えられない」では、「日常生活の指導で行っているため」があった。

⑦「排泄の意思が伝えられない」、⑧「下痢をしやすい」、⑨「便秘をしやすい」では、「医療的ケアのため」、「センター／施設／病棟等で管理している、家庭で／保護者が行っているため」があった。⑦「排泄の意思が伝えられない」、⑧「下痢をしやすい」では、「訪問では排泄指導を行わない、訪問のため」、「定時排泄のため」があった。⑦「排泄の意思が伝えられない」には、「わざわざ授業中にいかない」、「器質的障害のため」というものもあった。

⑩「衛生保持(手洗い・歯磨き・洗面等)の行為・援助を嫌がる」、⑪「よだれを自分で拭うことができない」では、「病棟、施設等で管理している、訪問生のため」があった。⑪「よだれを自分で拭うことができない」では、「保護者、教員、支援者が拭く」があった。また「本人には負担が大きい」というものもあった。⑩「衛生保持(手洗い・歯磨き・洗面等)の行為・援助を嫌がる」は、「日常生活の指導で行っているため」があった。⑩「衛生保持(手洗い・歯磨き・洗面等)の行為・援助を嫌がる」は、「やることがほかにたくさんあるため」というものもあった。9「中心的な課題とは判断しなかったため／他の課題を優先的に指導する必要があるため」が想定される。

⑫「授業中に寝てしまう」では、「発作の影響のため」、「医師の指示」、「無理に起こすと自傷が出る」、「(興味を持っていないなど)活動に参加できないため」というものがあった。

⑬「十分に酸素が取り込めない(SpO₂値が低い)」では、「医療的ケアの対象であるため、医療従事者と連携のため」、「病棟等管理のため」、「保護者と連携のため」、「指導時間外のため」があった。また、「呼吸器を使用しているため」もあった。

⑭「自分で咳をして痰を出せない」、⑮「痰を出しやすい姿勢をとっても痰を出せない」、⑯

「痰の吸引が必要である」では、「医療的ケアの対象であるため」、「病棟等管理のため」があった。⑭「自分で咳をして痰を出せない」、⑯「痰の吸引が必要である」では、「保護者対応のため」があった。⑯「痰の吸引が必要である」では、「医療従事者と連携のため」があった。また、⑯「痰の吸引が必要である」では、「(医療的ケアなので)指導としては必要ない」というものもあった。

4. 考 察

1) 回答者、児童生徒の基本情報

健康面に関する自立活動の指導における困難を検討していく上で、回答者である教員や児童生徒に関わる基本情報は、その前提となるものである。

学校によっては半数が講師という状況もある中、対象となった学校は8割以上が教諭であった。経験も3年未満が少なくないものの、通常、同一学校、同一校種に勤め上げることはまれであることを踏まえれば、10年未満までを中心に20年程度まで認められたこと、さらに、肢体不自由に限らず特別支援学校としてみれば、39年以下まで全体にわたって認められたことから、特別支援教育の経験年数としては十分と考えられた。

一方、児童生徒についてみると、訪問教育の対象となる児童生徒が少ないが、これは訪問教育の特殊性から回答が複雑化し(各教員が訪問教育の実態を調査用紙に表現するために、独自の回答様式で工夫したためと思われる)、解釈が困難なケースが多く、結果としてその多くが分析対象から除外とされてしまったことが一因である。ただし、結果的に3学年ごとの分布に偏りはなかったため、ある程度、実態を反映していると考えてよいと思われる。また、教育課程自体が無回答のものが少なからずあった。学校の実際には、教育課程をA類型やI課程などの名称で表すことが多く、それらが知的代替の教育課程等の本研究で用いた学習指導要領に基づく一般的な名称のどれに該当するのか分からなかったことが考えられる。

疾患については、調査項目としては「原因疾患」としていたが明確ではなく、教員あるいは学校が当該児童生徒の疾患情報として得ている情報をそのまま記述したものと思われる。また、四肢体幹等の機能障害・全廃や肢体不自由といった、結果としての状態に過ぎないものを記述する場数が少なくなかった。これらのことは、教職員免許法上、肢体不自由児の行動等がどのように生ずる

のかを理解する第2欄の「心理・生理・病理」の科目が義務づけられているのに対し、実際には多くの教員が担当する子どもについて十分に理解しないまま指導に当たっていることを示唆していると思われる。ただし、大学の教員養成課程では「生理・病理」は医師が担当することが多く、必ずしも教育現場の実際をふまえて教員に必要な子ども理解につながる内容として展開されているとはいえない現状があり、大学の教員養成にもその一因がある。また、慢性疾患も多くみられ、肢体不自由のみならず、病弱に関する知識等も必要となっていることが示された。このことを踏まえると、担当する児童生徒の理解が十分ではないことが指導上の困難に影響している可能性は否定できない。この点について指導上の困難の原因を理解する上で念頭に置く必要がある。

授業時数についてみると、自立活動に関わる時間数のいずれかが無回答のものが多数あった。同一条件の他の事例（回答者または／および児童生徒や、授業時数）の回答の状況や当該校のウェブページから得られた教育課程と授業時数の状況等から総合的に判断して、自立活動の指導と自立活動の時間における指導の区別がついておらず記入しなかったことが考えられた。実際に、両者について「違いが分からない（ので一方を空欄のままにする）」旨を書き込んだ回答もあった。もともと知的障害養護学校で、肢体不自由部門を新設した知肢併置の特別支援学校であれば、知的障害の学校の授業形態をそのまま継承している可能性はあるのかもしれないが、本調査の対象は、肢体不自由単独校である。特に時間の指導の時数のみが無回答の場合は、時間の指導が設けられていない可能性は低いことから、そのように推定された。これを踏まえると、自立活動の指導の時間数と自立活動の時間における時間数が同じ場合は、実際に同じかもしれないが、両者が区別できず同じ時間を回答した可能性もあるなど、この点を考慮に入れて了解すべきであろう。また、後述のように、「日常生活（生単、給食）の指導で行っているため」というように、このことが自立活動で指導していない理由の回答に影響していると考えられる場合もあった。一方、時間の指導の時数が明記され、自立活動の指導の時数が無回答の場合、自立活動の指導は特設した時間のみで行っている、時間の指導以外のいわゆる「合わせた指導」で何時間組み込まれているのかが明確にできないといった場合もあり得る。もちろん、単なる未記入の可能性もある。

自立活動を主とする教育課程では、極端に授業時数が少ないものがあり、総授業数が訪問教育と同程度であることから、訪問教育であるが厳密に教育課程としては自立活動を主とした教育課程なのでそのように回答した可能性もある。また、自立活動を主とする教育課程と回答しながら、自立活動の時数が極端に少ないものもあった。これまで障害が重度であることのみを理由に自立活動に替えてきたことはないか、教育課程の見直し、再編を進め、各教科の指導にも丁寧に取り組む肢体不自由特別支援学校の動きが全国各地でみられ、これを反映している可能性もある。

なお、週の総授業時数が35など、本来より多いと思われる事例が少なからずあった。例えば、給食の時間を自立活動の時間としてカウントしたり、加えて小学部は45分を1単位時間とするところ、時間割上で40分で実施している授業をそのまま1単位時間とカウントしたりしている可能性がある。また、総授業数と自立活動関係の時数がすべて同じ（知的代替の課程であっても）という事例も散見された。学校の教育課程を確認すると、実際にすべて自立活動に替えてしまっている場合があった。

2) 健康面に関する自立活動の指導の実際について

(1) 健康面に関する実態

健康実態として、相対的なものではあるが、認められやすいものと認められにくいものがあることがわかった。大平ら（2020³⁾の結果でも、体温調節（①）と排泄における意思表示の困難（⑦）、便秘（⑨）については比較的、他の項目に比べて該当率が高く、本研究の結果はこれに一致していた（④、⑪は大平ら³⁾では調査していない）。

なお、回答は熱心に書き込まれるほどに解釈が不能になり、分析から除外されることとなった。その結果、分析対象には、すべての項目で「×」すなわち実態がない、とする場合が含まれやすくなる傾向があった。さらに、その「×」についても、次に述べるように実態そのものはあるにも拘わらず、指導していないことから実態はないと回答している場合があることが否定できない。そのため、健康実態の各項目について、全体的に健康実態がみられる、とする割合が現実よりも低くなってしまった可能性がある。この点を踏まえて結果について了解すべきであろう。

方法でも述べたが、指導の実際から児童生徒の実態を判断している場合など、回答から教員がど

のように認識しているか、に大きく依存していると判断された。ほかにも、例えばDrから経管のみの指示が出ているという場合、経口での指導はできないことから、④「食物の口への取り込み、咀嚼が難しい」という実態はあるが指導はしていない、なぜなら8「発達段階・疾患特性からみて課題とするには難しすぎるため」という回答を期待していたが、実際には、実態はないとするものや、その他として「医療的ケアだから」とする回答があった。こうしたことから、例えば、実態はあるのにないと回答している（方法の分析の除外規定で述べたようなケース）、あるいは、同じ回答でも意味が異なる、といったことも十分に考えられる。つまり、本研究の結果はあくまで教員の「認識」を前提にした「実態」、さらに言えば「教員の認識の実態」であるということ踏まえる必要がある。

(2) 健康面に関する実態に対する自立活動の指導の有無について

認められやすい健康実態であっても自立活動で指導していない場合やその逆が認められたことから、実態として認められやすいために指導される傾向がある、とはいえ、指導は健康実態の内容に依存しているといえた。

この点については、指導していない理由から逆にある程度、推察されることから、次に譲るものとする。

なお、自立活動の指導をしている、とする場合については、回答状況から判断して、配慮・対応（本来の調査項目としては自立活動で指導をしていない、とし、その理由は4「指導するよりも配慮で対応したほうが適しているため」と回答することが期待される）をもって指導しているに○をつけている可能性が否定できないことを踏まえて結果を了解する必要がある（本調査の結果で示された以上に実際には「指導」されていない可能性があり得るなど）。

(3) 自立活動で指導を行っていない理由について

まず、分析は回答されたままに行ったが、実際には同じ内容にも拘わらず、指導していない理由としては違う項目が選択されている、ということが全体にわたって認められたことを確認しておきたい。もちろん児童の健康面以外の実態との関係等の他の要因によって同じ健康実態であっても指導対象とならない理由は異なってくる。それを踏まえてなお、教員が同じ現象をどう認識しているかがかなり異なるということが、この理由選択において明確に現われているといえた。具体的には

以下の考察のなかで触れていく。

理由として最も多かったのは、課題整理の段階である4「指導するよりも配慮で対応したほうが適しているため」、次いで8「発達段階・疾患特性からみて課題とするには難しすぎるため」だった。障害が重度化するなか、「健康の保持」の重要性は増していると考えられるが、実際には障害の重さゆえに指導対象の範囲外と捉えられていることがうかがえた。実際に、最重度であるため「健康の保持」の指導は行っていない、と記入されたものがあった。しかしながら、76.5%と最も高率で認められた4「指導するよりも配慮で対応したほうが適しているため」の①「体温調節が難しい」（特に手足の末端が冷える）であるが、例えば熱放散を防ぐための防寒等の環境調整に加え、食事量を増やす、運動量を増やす／筋量を増やすといった熱産生に関する指導、前者は摂食嚥下（経管栄養の場合は難しいかもしれないが）、後者は一般的な「身体の動き」で指導が可能であると思われる。それにも拘わらず、配慮での対応とするのは、体温調節に関する知識が十分ではないために、本質的には何をしたいかわからないから（このことは一方で単なる配慮や対応を以て指導として認識していることにもつながっていると思われる）、という面があると考えられる。であるとするならば、12「中心的な課題を改善するために何を身に付けるべきかが分からないため」に該当し、その原因としてその他の16「指導の参考となる具体的な知見（情報）が少ないため」に実質的に該当するといえる。一般的に「身体の動き」などはこうすればよい、といった指導方法（具体的な指導内容）が積み上げられてきているが、「健康の保持」についてはそれすらも少なく、実際に指導するには各教員が指導方法（具体的な指導内容）を必要な知見・情報から導く必要があるが（本来はすべてそうあるべきだが）、それが十分できない可能性が示唆される。したがって、まずは指導につながる知見・情報について提供されるようにしていくことでこの点を検証していく必要がある。そのためには知見そのものを研究によって蓄積していくことも必要である。将来的にはこうした知見を踏まえて、大学等での教員養成にも反映されていくことが望まれる。

また、4、8に次いで1「自立活動の指導の対象として認識していなかったため」も散見された。今回の調査で用いた項目は、自立活動の指導上の対象となり得るものとして、学習指導要領の具体例等の記述から抽出できたものとしたことから、

そもそも「健康の保持」の指導の内容について十分に認識されていない場合があることが示唆された。

その他にも、実質的に1「自立活動の指導の対象として認識していなかったため」に相当するものもあった。例えば、⑦「排泄の意思が伝えられない」について健康実態の記述に「排泄後泣いて伝える」として当該実態がない、該当しない、とするものがあった。排泄の前の意思表示ができるように、さらには、オムツをとれるようにするという観点からは、実態はある、該当する、でもいいはずである（もしそのような状態にない、とするなら理由8が該当。また、実態はあるとした上で9「中心的な課題とは判断しなかったため／他の課題を優先的に指導する必要があるため」に指導対象とはしない、ということはある）。その他として③「好き嫌いがある」で「少しは食べるため」指導していないというものがあったが、同様である。また、⑩「よだれを自分で拭うことができない」において健康実態の記述に「何かを持つのが難しい」や「上肢の機能に困難」とあり、指導していないとするものが散見された。これらはまさに「身体の動き」の指導としてあり得るはずである（それも難しい場合は理由8）。同様に、⑪「よだれを自分で拭うことができない」のその他として「短肢なので顔に届きにくい」といものがあった。この場合は、補助代替手段などの環境調整はもちろん、援助を依頼できるようになるといった指導があり得る。また、⑫「授業中に寝てしまう」のその他には「無理に起こすと発作を起こすため」といものがあったが、「起こすこと」は自立活動の指導というよりただの「対応」である。眠らないようにするのが指導（項目1）生活のリズムや生活習慣の形成）であろう。⑨「便秘をしやすい」の実態記述で「坐薬を使用」（しているから実態はある）とし、指導していない理由として教員が行えないから、とするものがあった。坐薬を必要とする便秘であるという状態に対しての指導（便秘を改善する）の認識がない、といえる。また、そのためには、なぜ便秘になるのか、ではどうしたら便秘になりにくくすることができるのかといった知見・情報が十分でないことにつながるということが考えられる。なお、この点は認識がないから知見・情報を得ようとし、知見・情報が提供されていないから認識がもてない、という両面であろう。いずれにせよ、先述のように知見・情報を提供していくことが方略としては現実的であろう。また、同様に⑨につい

て、指導していない理由として7「教育活動全体を通じて指導を行うことが必要であり、自立活動の時間の指導として取り扱うことが難しいため」を選択した上で、「運動が少ないと考え、よく歩くように日々取り組んでいる」と書き込まれたものがあった。本調査の質問は、「自立活動の指導」についてであって「自立活動の時間の指導」に限定したものではないこと、加えて自立活動の指導は教育活動全体を通すものなので、7は調査項目としては「引っかけ」となる項目ということができ、基本的に指導をしない理由としては選択されないはずである（この質問項目から逆に、回答者に質問が自立活動の時間の指導に関するものという誤認させてしまった可能性はある）。まさに書き込まれたように、普段からなるべく歩いて運動することで便秘改善を図るという取り組みは、自立活動で指導をしている、とみなしてよいはずである。このほかにも、給食の時間で指導している、日常生活の指導、生単の指導でしているため、という回答も散見された。これらはいわゆる「合わせた指導」であるから自立活動の指導をしている、でよいはずだが、「合わせた指導」について理解が十分ではないこと、加えて自立活動の指導と自立活動の時間における指導についての認識が十分でないことが示唆される（なお、「本校は給食の時間を自立活動にカウントしていない」とするものがあった）。関連して、⑫「授業中に寝てしまう」が指導しておらず、その理由は「該当する教科の中で対応」しているからというものがあった。自立活動の指導は学校生活全体を通し、教科と密接に関連させて行うものであるから、やはりこれも自立活動の指導の認識の問題であると思われる。しかし、上述のように、時間の指導についての質問という前提で回答しているとすれば、単にその他の時間で指導しているため時間における指導ではしていない、という回答であった可能性はある（ただし、それが自立活動の指導をしている、という認識であるか疑念は残るし、そもそも時間の指導に限定した質問という錯誤が生じること自体が自立活動の指導と時間における指導の違いが明確ではないことによる可能性は否定できない）。他方、医療的ケアや薬などについての項目は特に指導の認識をもちにくいことがうかがわれた。例えば、健康実態の記述に「浣腸している」あるいは「薬で調整している」として、あとは無回答（そもそも指導対象ではないという認識か、もしくは実態がないとみなしている）の事例があった。浣腸しているということは

前提として便秘ということだから、実態はないとはならないし、指導の対象にはならないということにはならないであろう（もしこの指摘に対して、「では、どう指導したらいいのか、教えてほしい」となるならば、指導していない理由の12, 14, 16に該当しよう）。一方、⑥経管栄養、⑩痰の吸引は医療的ケアの項目である。これらおよび関連項目については、医療的ケアだから／教員が行えないから／指導対象外だからとするものが少なからずあった。それ自体は正しく、医療的ケアそのものはできないのは当然である。しかし、例えば排痰の吸引が必要だということは、排痰する力が弱い、ということであり、そうした力をつけていく指導、ということはあるはずである（もちろん人工呼吸器使用でその余地はない、ということであれば、理由8が該当）。例えば山田（2013⁴⁾は、座位を保持する学習によって座位が安定することで呼吸が改善し、自力排痰が増えるとともに吸引回数が半減したことを報告している。

逆に、大平ら^{2), 3)}が指摘するように、医療的ケアや、そのみならず配慮等もそれを以て自立活動の指導と捉えている場合があり得る。本調査は指導の内容については問うていないので判断は難しいが、それをうかがわせる回答は非常に多かった。例えば④「食物の口への取り込み、咀嚼が難しい」の健康実態の記述に「細かく刻んでいく」などとして指導していると回答しているような場合である。実際に「刻む」こととは別に指導しているかもしれないが、指導していないかもしれない。上述のようにそもそも自立活動の指導の対象としての認識について明確ではないとみなさざるを得ない場合が少なくないことから、こうしたケースは実態記述に書かれたこと、すなわち配慮や対応等を以て指導している、としている可能性が否定できない。この点については、今後、検討していく必要がある。

10の医療機関や特に保護者との連携に関わる回答が散見された。この点については何がどう難しいのかを今後、検討していく必要がある。また、指導計画上のいずれの段階においても、「その他」として「(センター、病棟等)施設で管理されている、(看護師など)医療従事者が行う、医療従事者と連携している、家庭で／保護者が行っている」といった外部と関わるものが認められた。その多くは、「であるから指導していない」(おそらくは指導の対象とならないという意味であろう)というものであったが、本来は、教育は

医療等とは独立した領域であり、そのような状況の児童生徒に関係機関や家庭と連携しつつ教育として何をどのように指導するか、を改めて検討していく必要があるだろう。

疾患に関する記述から、担当する児童生徒の理解が十分ではないことが指導上の困難に影響している可能性も否定できないことが指摘されたが、2「具体的に何を把握すればよいか分からないため」や16「指導の参考となる具体的な知見(情報)が少ないため」といった理由で指導をしていないとする回答は少なく、この点では結果には必ずしも現われていなかった。一方で8「発達段階・疾患特性からみて課題とするには難しすぎるため」が多かったことから、無条件に指導が困難と判断してしまうことに反映されたことが考えられる。

なお、方法の分析で述べたように、指導していない理由について複数を選択しているものもすべて分析対象とすることとしたが、指導上の段階のより早い段階に当たる理由に限定しても、Fig. 3に示された結果の全体の傾向自体は大きく異ならなかった。

5. 自立活動で健康面の実態に対して指導していない理由に関するまとめ

1. 理由は、目標設定の段階より以前の課題設定の段階までがほとんどであった。
2. それ以外は、「その他」に記述された。
3. しかし、その他の内容も含め、いずれも最初の「指導対象の認識」に帰される可能性が強く示唆された。
4. 同様に、そもそも健康面の実態の有無の認識自体が教員により異なることが示された。
5. これは、児童生徒の疾患の記述から、児童生徒の肢体不自由の原因について理解が不十分なままであることとも関係があることが示唆された。大学の教員養成課程でも、「生理・病理」は医師が担当することが多く、必ずしも教育現場の実際をふまえて教員に必要な子ども理解につながる内容として展開されているとはいえない現状もあり、そのあり方について検討が必要である。
6. また、教育課程、授業時数の回答の状況を含め、自立活動の指導と自立活動の時間における指導の理解または／および重複障害者等に関する教育課程の取扱いに基づく教育課程の編成の理解が不十分であることも影響していることが示唆された。
7. さらに指導していない理由の回答状況か

らも「自立活動の指導」の意味自体が十分に理解されていない場合が関係していることが示唆された。

8. 以上を含め、回答からも、指導の状況は「教員の認識」に大きく依存していることが示された。

謝 辞

本研究にご協力いただいた特別支援学校の対象児童生徒ならびに先生方に記して感謝の意を表します。

文 献

- 1) 文部科学省（2020）特別支援教育資料（令和元年度）.
- 2) 大平 壇・一木 薫（2018）肢体不自由児に対する自立活動の区分「健康の保持」に関する指導の内容と方法に関する現状と課題. 福岡教育大学紀要第4分冊, 67, 127-141.
- 3) 大平 壇・一木 薫・佐々木拓人・鍋冨ももこ・橋本朋実・的場雄大（2020）肢体不自由特別支援学校の重複障害学級に在籍する児童生徒の自立活動の区分「健康の保持」に関わる指導の実態に関する予備的調査. 福岡教育大学紀要第4分冊, 69, 123-132.
- 4) 山田豊美香（2013）子どもの学びを支える自立活動の指導. 肢体不自由教育, 210, 28-33.

資料

1. 基本情報に関する項目

記入者の基本情報	記入者 ID _____ 1. 教職経験年数：小・中・高等学校 _____年 ※うち講師経験_____年 特別支援学校 _____年目 ※うち講師経験_____年（目） 2. 肢体不自由教育経験年数：_____年目 ※うち講師経験_____年（目） 3. 担任されている学部・学年：学部 <u>小 中 高</u> ・学年____年 / 訪問教育
児童生徒の基本情報	児童生徒 ID _____ 1. 対象の児童生徒の学年：学部 <u>小 中 高</u> ・学年____年 2. 児童生徒の原因疾患名： _____ 3. 児童生徒の教育課程： <u>知的代替の教育課程</u> <u>自立活動を中心に学ぶ教育課程</u> / <u>訪問教育</u> 4. 対象の児童生徒の一週間の総授業時数と自立活動の授業時数 総授業時数：週に____時間 自立活動の指導の授業時数：週に____時間 うち、自立活動の時間における指導の授業時数：週に____時間

2. 健康面の実態と自立活動の指導に関する質問項目

下記の表は、自立活動「健康の保持」の指導についてお伺いするものです。質問の回答は全て表内にご記入ください。

質問1) 児童生徒の実態： 対象の児童生徒に当てはまる健康面の実態全てについて具体的な状態を簡単にご記入ください。例) ①体温調節が難しい「寒くなると手足が冷たいまま」

質問2) 自立活動での指導の有無： 質問1) で対象の児童生徒に当てはまった各実態については、自立活動で指導を行っている場合は○を行っていない場合は×をそれぞれご記入ください。

質問3) 指導を行っていない理由： 質問2) で×(指導を行っていない)とした各実態について、お尋ねします。指導を行っていない理由としてそれぞれ当てはまる項目に✓をご記入ください。

	体温調節	食事及び水分摂取					排泄の習慣		
		①体温調節が難しい	②食事・水分の摂取量が適切でない	③好き嫌いがあ	④食物の口への取り込み、咀嚼が難しい	⑤誤嚥をしやすい	⑥経管栄養がある	⑦排泄の意思が伝えられない	⑧下痢をしやすい
質問1) 児童生徒の実態に当てはまる場合は具体的な状態をご記入ください。当てはまらない場合は×をご記入ください。 (一) 当てはまる場合は質問2)へ進む)									
質問2) 自立活動で指導を行っている場合は○を、行っていない場合は×をご記入ください。 (一) 「×」=行っていない場合は質問3)へ進む)									
自立活動の指導の対象として認識していません									
実態把握の段階									
具体的に何を把握すればよいか分らないため									
その他:									
課題でないと判断したため									
指導するよりも配慮で対応したほうが適しているため									
本人が援助を依頼することができないため									
生活に支障をきたす程度ではないため									
教育活動全体を通して指導を行うことが必要であり、自立活動の時間の指導として取り扱うことが難しいため									
発達段階・疾患特性からみて課題とするには難しすぎるため									
中心的な課題とは判断しなかったため/他の課題を優先的に指導する必要があるため									
(中心的な)課題とする上では教師以外の専門家や保護者との連携が必要であり、それが難しいため									
その他:									
中心的な課題を改善するために何を身に付けるべきかが分からないため									
その他:									
項目の選定・関連付けによる具体的な指導内容の設定の段階									
選定した項目を関連付けて具体的な指導内容を設定することが難しいため									
その他:									
指導の参考となる具体的な知見(情報)が少ないため									
前任からの引き継ぎに含まれていない(見直していない)ため									
その他:									

質問3) 指導を行っていない理由 1

1 質問3) は平成30年特別支援学校教育要領・学習指導要領解説「自立活動編」のP28図2「実態把握から具体的な指導内容を設定するまでの流れの例」に基づいています。

質問	清潔・衛生の保持 ⑩衛生保持(手洗い・歯磨き・洗面等)の行為・援助を嫌がる	覚醒と睡眠 ⑭寝る中に嘔てしまう	呼吸 ⑬十分に酸素が取り込みにくい(SpO ₂ 値が低い)	排痰			その他
				⑭自分で咳をして痰を出せない	⑮痰を出しにくい姿勢をとつても痰を出せない	⑯痰の吸引が必要である	
質問1)児童生徒の実態に当てはまる場合は具体的な状態をご記入ください。当てはまらない場合は×をご記入ください。 (→ 当てはまる場合は質問2)へ進む)							
質問2)自立活動で指導を行っている場合は○を、行っていない場合は×をご記入ください。 (→ 「×」=行っていない場合は質問3)へ進む)							
自立活動の指導の対象として認識していなかったため							
実態把握の段階	具体的に何を把握すればよいか分からないため その他:						
課題の整理 の段階	指導するよりも配慮で対応したほうが適しているため						
	本人が援助を依頼することができないため 生活に支障をきたさず程度ではないため 教育活動全体を通じて指導を行うことが必要であり、自立活動の時間の指導として取り扱うことが難しいため 発達段階・疾患特性からみて課題とするには難しいため 中心的な課題とは判断しなかったため/他の課題を優先的に指導する必要があるため (中心的な課題とする上では教師以外の専門家や保護者との連携が必要であり、それが難しいため) その他:						
指導目標の設定の段階	中心的な課題を改善するために何を身に付けるべきかが分からないため その他:						
項目の選定・関連付けによる具体的な指導内容の設定の段階	選定した項目を関連付けて具体的な指導内容を設定することが難しいため その他:						
その他	指導の参考となる具体的な知見(情報)が少ないため 前任からの引き継ぎに含まれていない(見直していない)ため その他:						
質問3)指導を行っていない理由							