

# 北海道の肢体不自由特別支援学校における 教育内容・方法に関する一考察 —「自立活動」「医療的ケア」「動作法」の観点から—

A study on the contents and the method of special needs schools for children with physical disabilities in Hokkaido: Perspectives from Jiritsu-Katsudou, Medical care and Dohsa-hou

瀧澤	聡 <sup>1)</sup>	阿部	達彦 <sup>2)</sup>
Satoshi	TAKIZAWA	Tatsuhiko	ABE
和	史朗 <sup>1)</sup>		
Shiro	NIGI		

## I はじめに

北海道においては、肢体不自由特別支援学校が札幌市立を含め、義務校及び重複障害を対象とした高等部をもつ特別支援学校が10校、単一障害を中心とした高等養護学校が1校、知的障害に分類されてはいるが、肢体不自由や知的障害を中心とした重複学科を持つ高等養護学校が1校の計12校が開設されている（北海道教育委員会2015a）。しかし、身近な地域の学校への就学ニーズが高まって以来、特別支援学級や普通学級、知的障害特別支援学校へ多くの肢体不自由児が通学するようになったが（早坂・徳永2007）、一部には遠距離の寄宿舎がある学校に就学・進学しなければならない状況が続いている（北海道教育委員会2015b）。北海道でも肢体不自由のある子どもたちを取り囲む教育的環境が、大

きく変化していると考えられる。

このような状況下であるが、北海道における肢体不自由特別支援学校の教育内容と方法に関しては、膨大な蓄積があり、他の校種等に提供可能な情報が多くあると思われる。そして、肢体不自由のある子どもたちの教育的環境に変化が起きている時に、これらの学校が蓄積してきた情報を整理することは、有意義であると考えられる。なぜなら、他校種等の教員に対して、肢体不自由のある子どもたちの指導に直接的に活用できる情報として提供できるためである。

そのために、まず北海道夕張高等養護学校の「医療的ケア」について取り上げたい。この学校は平成13年に24時間「医療的ケア」校として位置付けられ、常時介護等を必要とする生徒のための高等養護学校として開校された（夕張高等養護学校2005）。しかし、夕張

---

1) 北翔大学生涯スポーツ学部スポーツ教育学科

2) 夕張高等養護学校

市財政破綻問題や24時間常時「医療的ケア」を必要とする生徒の在籍が見込めないこと等の理由により、2016年3月をもって24時間「医療的ケア」校の役割を終了させ、この機能を撤退させることになった（北海道教育委員会2014）。この他にも、北海道における肢体不自由特別支援学校で自立活動の中核的役割を担う「自立活動教諭」、そして自立活動でも重要と考えられる「身体の動き」の指導法である「動作法」を取り上げた。これらは、この領域における教育内容と方法を検討する際には、基本的であり尚且つ欠かせない観点になると考えられるためである。

本研究では、①北海道の肢体不自由教育における養護・訓練から自立活動への変遷とそれに伴って配置された「自立活動教諭」についての現状と課題・方策、②夕張高等養護学校の「医療的ケア」の変遷と肢体不自由養護学校の「医療的ケア」の現状、③肢体不自由養護学校で実施されている指導方法の一つである「動作法」による側彎の改善について検討することを目的とした。

## Ⅱ 肢体不自由教育における養護・訓練から自立活動への変遷

### 1. 学習指導要領の改訂と「養護・訓練」、「自立活動」の内容の区分・項目の変化

「養護・訓練」は、1971年に従来の学習指導要領において新設され、小学部から順次実施されてきた（姉崎2001）。1979年と1989年の二度にわたり改訂され、特に1989年の改訂において、「養護・訓練」の内容が従来の4分野12項目から5区分18項目に再編成された（姉崎2001）。盲学校では「歩行訓練」や「点字指

導」、聾学校では「聴能訓練」や「発語指導」、肢体不自由養護学校では「機能訓練」、病弱養護学校では「養護」といったような特別な指導が養護・訓練の新設以前から行われており、さらに、肢体不自由養護学校では、「体育（保健体育）・機能訓練」、病弱養護学校では、「養護・体育（保健体育）」といった特別な教科が設置され、訓練等の特別な指導が行われていた（姉崎2001）。1999年の改訂で、「養護・訓練」の名称が「自立活動」に改められ、2000年の幼稚園から順次実施されてきた（姉崎2001）。それまでは、その目標は「児童又は生徒の心身の障害の状態を改善し、または克服するために必要な知識、技能、態度及び習慣を養い、もって心身の調和的発達の基礎を培う（文部省1989）」とされていたが、「自立活動」では「個々の児童又は生徒が自立を目指し、障害に基づく種々の困難を主体的に改善・克服するために必要な知識、技能、態度及び習慣を養い、もって心身の調和的発達の基盤を養う（文部省1999）」とされ、自立に向けた主体的な取り組みの教育活動が強調された（徳永2014）。

2015年12月現在では、2008年告示・2009年改訂の「自立活動」が採用されており、その内容は、「人間としての基本的な行動を遂行するための要素」と「障害による学習上または生活上の困難を改善・克服するために必要な要素」から構成されている。具体的には、「健康の保持（4）」「心理的安定（3）」「人間関係の形成（4）」「環境の把握（5）」「身体の動き（5）」「コミュニケーション（5）」の6区分26項目である。そして、それらの中から個々の児童生徒の障害の状態や発達の程度に応じて必要な項目を選定し、相互に関連づけて具体的な指導内容を選定するのであり、

「自立活動」のすべての内容を指導するというものではない（西川2014）。

また、新たな区分として「人間関係の形成」が設けられ、その項目として「他者とのかかわりの基礎に関すること」「他者の意図や感情の理解に関すること」「自己の理解と行動の調整に関すること」「集団の参加の基礎に関すること」が追加された（西川2014）。また、「環境の把握」では、新たな項目として「感覚や認知の特性への対応に関すること」が追加され、「心理的な安定」の区分下に設けられていた「対人関係の形成の基本に関すること」は削除された（西川2014）。

## 2 北海道の肢体不自由教育の自立活動（養護・訓練）の変遷

### （1）ポリオから脳性まひ児へ

北海道の肢体不自由教育は、1958年、河邨文一郎（札幌医大）らにより、札幌市のとなりにあった琴似町に、北海道整枝学院が設置され、同学院内に琴似町立琴似小学校・琴似中学校分教室が開設された（川守田他1992）。学院では、整形外科的専門的治療と義務教育、自活に必要な職業的訓練、肢体不自由児への適切な環境に留意したが、1957年に手稲町に移転し、同時に併設の道立手稲養護学校が開設された（川守田他1992）。1960年には、寄宿舎が併設された真駒内養護学校が設置されたが、当時の児童生徒はポリオ（小児まひ）や股関節脱臼等の単一障害の児童生徒が主であった（真駒内養護学校1961・1962・1963）。しかし、1960年中盤以降になり、ワクチン等によりポリオの乳幼児が激減し、それまで就学猶予や免除を受け、就学の機会が少なかった知的障害を伴った脳性疾患児と肢体不自由

を併せ持った脳性まひ児（CP）等の重複障害の生徒が就学するようになった（真駒内養護学校2013・2014・2015）。1979年の養護学校義務制施行により、通学できない重度・重複障害児のための訪問教育も開始されるようになり、肢体不自由養護学校では重度・重複化と多様化が進んだ（早坂・徳永2007）。

### （2）動作訓練の導入

このような現状の中、肢体不自由の障害に対応するため、療育センター等の医療機関と連携しながら、「養護・訓練という領域の学習」の中で、「療育部」という分掌を立ち上げ、教師が機能訓練的な指導を行った（真駒内養護学校1992）。しかし、理学療法士や作業療法士の行うボイタ法やボバース法などの医療的行為を教師が行うわけにはいかなかったため、当時、文部省が推薦していた教育的、心理的技法である成瀬吾策の「動作訓練（心理リハビリテーション）」を導入した（村田・大野1976）。教師が、養護・訓練や自立活動の指導の中で、教育的・心理的技法として、学校現場で研修が可能で、取り入れやすかったのが動作訓練であった。1992年には、札幌市で「心理リハビリテーション全国大会」を開催するとともに、全道の肢体不自由養護学校の関係者を集め、夏季や冬季に集中訓練の研修を実施した（北海道心理リハビリテーション研究協議会1992）。

### （3）道立特別支援学校への「自立活動教諭」の配置

同時期に、保護者や親の会から肢体不自由養護学校に専門的技術を持った理学療法士（PT）や作業療法士（OT）を配置してほしいとの要望があり、また道議会からの質問もあり、全国の状況や今後の北海道の自立活動

の将来を考慮し、1997年に、初めて「自立活動教諭」の教員免許を取得したPTを教諭として採用した（真駒内養護学校1997）。札幌市は、すでに技術職員（行政職）として数名のPTやOTを養護・訓練担当の機能訓練士として採用していたが、原則、教育活動には教員免許がないため携わることができなかった（豊成養護1996）（北翔養護学校1996）。そのため、道立学校ではPT・OTの採用に慎重になっていたが、①文部省の養護・訓練（自立活動）の免許を取得した人材であること、②発達心理や教育心理等の造詣が深く、教育的視点を持った人材であること、③教員採用試験の自立活動教諭選考として、養護・訓練担当教諭を定数枠の中で配置し、毎年1～2名の少人数の採用となること、④配置校については、各学校の要望や、児童生徒の実態をよく考慮し、適切に配置すること、⑤教諭やその他の学校職員と協力・協調し合える人材で、医療等との連携ができる人材であることを意見具申した（真駒内養護学校1996）。

2015年12月現在で、道立特別支援学校13校に16名の自立活動教諭（肢体不自由教育職）が、札幌市立特別支援学校2校（肢体不自由）に11名のPT・OT等の行政職の技術職員がそれぞれ在籍している（北海道各特別支援学校2015）。また、給食等による摂食時の事故により、摂食指導の専門である言語療法士（ST）の資格を持った、「自立活動教諭」の採用が期待されている。

#### （4）北海道の「自立活動教諭」配置の課題

2015年12月現在、1997年の「自立活動教諭」配置から20年の節目を迎えようとしているが、ここにきて当初懸念していたいくつかの課題が、見られるようになってきた。下記に

全道の「自立活動教諭」の意見（北海道自立活動研究協議会2015年）を参考にまとめた。

- ①北海道は、広域での人事配置になり、「自立活動担当教諭」の定数枠内での配置であるため、肢体不自由養護学校を中心とした1校あたり1～2名程度の少人数の配置となる。また、少数教諭免許のため、異動年数が来ても転勤が難しく、「自立活動教諭」の人事が停滞し易い。
  - ②都市部の学校で採用されると、子育てや家庭の状況等の関係で、地方に移動し辛く、1校当たりの勤務年数が長くなる傾向がある。
  - ③知的障害の特別支援学校にも、地域の肢体不自由の児童生徒が在籍するようになり、配置することが望ましくなっているが、教諭の定数内配置のため、また、担任ができないため、希望校が少なくなっている。
  - ④養護・訓練教諭の研修の機会や情報交換の場が少なく、限られる。
  - ⑤管理職や他の教諭の自立活動教諭に関しての理解や認識が乏しい。
  - ⑥他の教諭が目標や指導内容の選定を「自立活動教諭」に任せきりになり、自立活動の専門性向上のための研修が疎かになる傾向がある。
  - ⑦免許所持者が少人数のため、配置される学校により多忙で、保護者等の対応や他の教師との人間関係で精神的にも、肉体的にも疲労がたまっている。
- （5）肢体不自由教育の「自立活動」振興の方策

上記の課題に対して、解決に向けた方策について、「北海道自立活動教諭採用選考」資料（北海道教育委員会2015c）」を参考に整理

した。

- ① 肢体不自由の運動・動作の専門性向上のための研修に関して、一般教諭を対象に集中的に行う。また、実技指導を数日間連続で行う（道立特別支援教育センターで自立活動等の研修が毎年実施されているが、開催要項から見ると実技指導が少ない）。
- ② 自立活動教諭を対象に基礎免許や特別支援の免許を認定講習等で取得できるようにする。自立活動等の指導だけでなく、他の教科等の指導もできるように、免許制度を整備する（一般教諭定数枠での配置のため、担任もできるように整備する）。
- ③ 一般の教諭が北海道で、自立活動の免許が取得できるように整備し、基礎免許や、特別支援の免許のほか、自立活動免許所持者が多くなるようにする（現状は、年1回、筑波大学での試験での免許取得になる）。
- ④ 大学教育で、基礎免許、特別支援教育免許と同時に自立活動免許が取得できるような課程を創設する。

### 3. 考察

「自立活動教諭」配置の課題に対して、その解決は上記に述べた通りであるが、さらに述べれば、今後も継続して「自立活動教諭」を採用していくことは望ましいことであろう。あわせて一般教諭の「自立活動」の研修（特に肢体不自由教育では、身体の動きについて）を重点的に行い、専門性を身につけさせることも十分に検討する必要がある。具体的には、一般教諭が「自立活動教諭」の免許状を取得しやすくすることや大学教育で自立活動免許も併せて取得できる方策を考える必要等が考えられる。

## Ⅲ 夕張高等養護学校の「医療的ケア」の変遷と北海道の肢体不自由養護学校の「医療的ケア」の現状

### 1. 「医療的ケア」校（夕張高等養護）の開設

1993年に「障害の程度が比較的重い生徒を対象とする学科を設置した高等養護学校整備」について検討がされ、1995年に道教委は「重度及び重複障害生徒の養護学校高等部整備検討会議」を設置した（北海道教育委員会1995）。重度・重複障害生徒の原則高等部全入の中で、「常に入院治療の必要はないが、常時「医療的ケア」が必要な生徒が高等部入試において不合格になったため、「医療的ケア」が必要な生徒も入学できる高等部を作れないか、また看護師を24時間体制で配置できる高等養護学校を作れないか」という問題が提起され（北海道教育委員会1995）、1997年に「重度及び重複障害生徒の養護学校高等部整備検討会議」の報告書が出された（北海道教育委員会1997）。これによると「日常生活において、「医療的ケア」や常時介護を必要とすることなどにより、自宅からの通学や現行の寄宿舎体制による養護学校設置の高等部で学ぶことが困難な生徒については、医療機関と密接な連携を図り、学校や寄宿舎における医療・介護体制を整えた教育施設・環境に配慮した独立の高等養護学校を設置する必要がある。」との内容であった。これを受け、2001年、夕張市に「医療的ケア」と常時介護を必要とする生徒の高等養護学校が設置・開校された（北海道教育委員会2001）。

しかし、当初から①ニーズが高い札幌市から60kmの距離と90分の時間がかかること、②夕張市立総合病院との医療連携契約と看護師

の24時間派遣の問題, ③24時間「医療的ケア」対象生徒の無在籍, 開校時からの定員割れ, 間口減の常態化等, 設置地域の課題, 医療連携の課題, 在籍生徒数等の課題(夕張高等養護学校2007)が山積していた。

結果的には, 全国的にも先駆けとなった教育現場での医療ケアの実施と学校現場での医療職(看護師)の配置は, その後の「医療的ケア」の広がり貢献し, その果たした役割は大きいと考えられる。

## 2. 「医療的ケア」の広がり夕張高等養護の24時間「医療的ケア」の終了

2004年に厚生労働省から「看護師が常駐すること」「教員が必要な研修を受けること」等を条件に特別支援学校の教員による「咽頭より手前のたんの吸引等」は, やむを得ないとの考えが示された(厚労省2004a)。そして, 厚生労働省が主催する「在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究会」において検討・整理され, その報告を受け, 「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて」を通知した(厚労省2004b)。これにより, 本道においても, 必要な特別支援学校に看護師を配置し, 教員と看護師の連携による「医療的ケア」の実施体制の整備をすすめたことから, 当該の学校以外の特別支援学校においても「医療的ケア」の必要な生徒の受け入れが可能になった(北海道教育委員会2004)。すなわち, このことは, 身近な特別支援学校で, 看護師配置を行い, 「医療的ケア」を実施できるようになったことを指す。

しかし, 2007年に夕張市が財政破綻し夕張市立総合病院が診療所化し, 本校から完全に

撤退することになった(夕張高等養護学校2007)。これに伴い24時間「医療的ケア」の廃止や機能移転を検討し, 道教委は独自に常勤看護師2名と臨時看護師6名を配置し24時間「医療的ケア」の体制を継続することを決定したが, 連携できる専門病院や医師が近隣に確保できず, 臨時看護師の配置は, 4名程度にとどまり, 一週間継続して, 深夜に看護師を配置することは出来なかった(夕張高等養護学校2007)。幸いにも24時間常時「医療的ケア」の必要な生徒は, 在籍していなかったため, 不十分ながらも対応できた(24時間常時ではないが, 「医療的ケア」の申請者や随時実施してきた生徒は在籍し, 2015年12月現在14名ほど在籍した)。道教委としては, 今まで在籍した生徒98名(2015年12月現在)のうち, 深夜を含め常時24時間継続した「医療的ケア」が必要な生徒の在籍はなかったとしている。

これらのことについて, 2010年以前数回, 2013年と2014年の道議会で, 本校のあり方について論議され, 校内的にも論議を続けた(夕張高等養護学校2013)。その結果, 道教委は2013年10月から設置された「高等部のあり方検討委員会」で, ①必要な特別支援学校に看護師が配置され, 「医療的ケア」の実施体制が整備されてきていること, ②保護者が身近な地域への特別支援学校へ就学を希望する傾向にあること, ③当該学校において, 今後も24時間常時「医療的ケア」を必要とする生徒が在籍する見込みがないため, 2016年度以降は他の特別支援学校と同様に, 必要に応じた看護師の配置が適当である事などを検討した。

最終的には, 「平成28年度から, 医療的ケアの対象者がいなければ, 看護師の配置を停

止し、今後は在籍生徒の必要性に応じて、学校教育場面での必要範囲内での看護師配置を行う（平成28年度以降寄宿舎生活での医療的ケアは実施されない。）、「看護師配置により、減らされていた寄宿舎指導員の定数を10名から12名に戻す」等と結論を出した（北海道教育委員会2013）。

また、2007年以降、夕張市立総合病院が撤退した後、学校医として連携していた近隣の病院が2015年に廃院したことにより、緊急時の対応可能な総合病院は、岩見沢・栗山等の遠距離病院しか確保できず、「医療的ケア」の継続は完全に断たれることになった（夕張高等養護学校2015）。

### 3. 24時間の常時「医療的ケア」が必要な生徒が安心して在籍できる特別支援学校について

夕張市での24時間の「医療的ケア」は開校当初から、継続が危惧されていたが、時代の推移とともに役目を終わり、地域に根差した特別支援学校としての発展を今後模索していくことになる。夕張市近隣に居住している特別支援教育を必要としている生徒のための学校として、どのような障害の生徒でも希望すれば入学できるような学科や学校体制をつくり、地域に根差した特別支援学校として、新たに出発をすることを期待する。「医療的ケア」が必要な生徒については、身近な地域の学校に看護師を配置して通学することになるが、保護者の一部には、寄宿舎に入れたいとの希望を持つケースが少なくない。特に高等部教育においては、社会に出ることを想定して、いろいろな生活体験をさせたいとの希望がある。このような保護者の希望を、医療的

連携が整い、看護師配置や定数確保が可能な都市部の地域で検討する必要があると考える。すなわち、夕張高等養護が担っていた機能を、より適切な地域の特別支援学校に新設も含め検討する必要があると考える。

また、24時間常時介護が必要な生徒については、医師が在中する入院施設等をもつ病院等に入院・入所しながら併設の特別支援学校で教育を受けることが考えられるが、現実として、3年間の長期にわたり、病院等に入院・入所することは、現行の医療制度の中では難しく、そのため、保護者は寄宿舎付きの特別支援学校に期待している。

近年、福祉施設でも看護師配置が進み、「医療的ケア」の必要な成人障害者が入所しているが、ほとんどが18歳以上の成人が対象で、就学年齢の児童生徒を対象にしていないため、近隣の福祉施設に入所し、そこから通学してくることは、不可能な状態である。また、入所した場合は、訪問教育となる可能性が高い。

## 4 北海道の肢体不自由養護学校における「医療的ケア」の現状と課題

北海道特別支援学校における「医療的ケア実施要項(北海道教育委員会2004)」によると、「医療的ケア」とは、「児童生徒等が生命の維持、健康状態の維持・改善のために必要とする喀痰吸引、経管栄養等、医師の指導の下で保護者が日常的に家庭で行っている行為で、学校生活を送る上で必要なもの」をいう。特別支援学校において、実施できる「医療的ケア」の具体的な内容は、次の通りである（北海道教育委員会2014）。

### (1) 教員が実施できる行為

①咽頭の手前の口腔内・鼻腔内の喀痰吸

引, ②期間カニューレ内部の喀痰吸引, ③せきやおう吐, ぜん鳴等の問題のない児童生徒に対する留置されている管からの注入による胃聾又は腸ろう, 経鼻経管による経管栄養(胃ろう, 腸ろうの状態に問題がないこと及び経管栄養のチューブが正確に胃の中に注入されていることの確認は看護師が行うこと)。

### (2) 看護師が実施できる行為

看護師が実施できる行為は, (1)に規定されている行為のほか, 医師の指示により認められている範囲の行為である。また, 「医療的ケア」は, 看護師が配置されている特別支援学校において, 実施する。

### (3) その他

「医療的ケア」の対象者は, 実施校に在籍し, 主治医の意見に基づき, 「医療的ケア」の実施について保護者から申請があった児童生徒のうち, 実施校に設置されている「医療的ケア」に関する校内委員会における協議を経て, 「医療的ケア」の実施について校長が認めた者としている。

### (4) 北海道における「医療的ケア」を必要とする幼児児童生徒数の現状

表 「医療的ケア」を必要とする  
幼児児童生徒の集計

(北海道教育委員会2015d)

障害名	総数 (人)	医ケア数 (人)	%
視覚障害	140	2	1.4
聴覚障害	257	4	1.6
知的障害	4070	132	3.2
肢体不自由	664	167	25.2
病弱	72	10	13.9
札幌市立校	272	49	18.0
総計	5475	364	6.6

\* 常勤看護師数12名 非常勤看護師数33名  
全65校 (施設併設校3校, 病院併設校3校)

表をみると, 道立肢体不自由養護学校においては, 7割を超える重度重複障害者が在籍しているが, 全在籍数のうち25.2%が「医療的ケア」を受けている最重度の生徒となっている。また, 札幌市立校の肢体不自由養護学校では70%を超える児童生徒が, 「医療的ケア」を受けている実態もある。道立肢体不自由校で訪問教育も含め最も「医療的ケア」の児童生徒数が多い学校は約45%になり, 知的障害の本校で最も高いところは約30%, 施設併設の分校では約54%の高率になっている。

道内の全特別支援学校在籍者数5475名のうち, 364名が「医療的ケア」を受けており, 6.6%になっている。

### (5) 道立特別支援学校における「医療的ケア」の現状と課題

下記①～⑥に関しては, 「医療的ケア実施校長会議」資料 (北海道教育委員会2015e) をもとに整理した。

#### ①対象児童生徒数の違いによる対応

対象児童生徒数が10名以上いる学校は, 教員による対応が不可欠になっており, 4～9名の学校では看護師を基本に教員も対応している。3名以下の学校では看護師による対応が主になっている。

#### ②「医療的ケア」の内容の変化

経管栄養の対象者が増加しており, 給食の時間帯に医療ケアが集中している。一人で複数のケアを必要とする状況になっており, 看護師が行う行為 (高度な技術, 業務量) の増加がみられる。

#### ③校外における「医療的ケア」の実施

宿泊を伴う行事等において, 常勤看護師は対応が可能であるが, 非常勤看護師の場合は勤務体制の関係で困難になり, 保護者

の付き添いが必要になっている。

#### ④「医療的ケア」の専門性

特別支援学校の「医療的ケア」は、看護師を中心としながら、教員が連携協力することで行われてきたが、特別支援学校の「医療的ケア」は、そもそも、医師や看護師でなければ対応できない行為が多い。教員が、研修をして、たんの吸引や経管栄養を実施するに当たっても看護師がいつでも対応できる環境を必要としてきた。最近の傾向として、「医療的ケア」の内容がより、熟練度が増し複雑化している状況にある。

#### ⑤特定行為をする場所と時間

特別支援学校で教員が特定行為を行うのは、児童生徒の教育活動を行うためであることを踏まえ、始業から終業までの教育課程内における実施を基本とすること。また、遠足や社会見学などの校外学習における実施に当たっては、お校内における実施と比べリスクが大きいことから、看護師等の対応を基本としてきた。個々の状況に応じ、医療機関等と十分に連携しながら、看護師以外の対応が可能と判断される場合は、医療との連携協力体制や緊急時の対応を十分確認の上、教員が対応する場合も考えられる。特定行為以外の医療行為については、個々の安全性を考慮しながら、教育委員会の指導の下、対応可能性を検討し、主治医、指導医、学校医、看護婦等を含む学校関係者において、慎重に判断することが必要である。

#### ⑥スクールバス乗車に係る手続き

スクールバスの送迎において、乗車中に喀痰吸引が必要になる場合は、日常と異なり、危険性が高いことから、看護師による対応が必要であるとともに、看護師が対応

しても慎重に対応する必要がある。

#### ⑦安全・確実な実施のための工夫、問題、課題について

- ・看護師の確保と研修が必要である。
- ・体制整備の指示書、申請書、計画書、報告書と事務量が増加し負担になっている。
- ・高度な「医療的ケア」の対応や内容の多様化についての対応が必要になり、その判断や実施の方法、看護師の不安等が増加しておりその軽減を図る必要がある。
- ・「医療的ケア」との関係で自立活動等の授業の改善が必要である。
- ・合理的配慮の観点から防災に関する検討する必要がある。
- ・認定特定行為従事者の研修とヒヤリハット事例からの研修へとつなげる必要がある。
- ・緊急時の体制について、関係機関との連携を一層構築する必要がある。

## 5. 考察

上記の課題①から⑦までを総括すると、身近な地域の学校に通い、「医療的ケア」を受けられることができる看護師配置は必要であるが、夕張高等養護学校が持っていた機能の移転を札幌市近隣の学校で早期に検討する必要がある。特に、看護師の配置や連携する病院に困らない地域に設置することが、最優先事項になると考えられる。

## Ⅳ 肢体不自由教育における「自立活動」における指導方法について

### 1. 肢体不自由教育における自立活動

肢体不自由教育は、重度重複教育の指導であり、単一障害の指導を含む多様化の指導で

もあり、「医療的ケア」の指導や訪問教育の指導でもある。この肢体不自由教育において、「自立活動」の指導は、教育活動全般にわたり重要な位置を占めている。個々の児童生徒の実態から個別の指導計画を立案し、6区分26項目を参考に総合的に長期目標や短期目標を立案し、目標を達成するための指導計画を立てる。次に、具体的な指導内容や指導方法をスモールステップで選定・授業実践し、形成的評価や分析を行いながら総括的評価も同時に行い、改善・修正をしながら次の指導のための計画を立案する。このように、授業改善のためのPDCAサイクルを意識しながら学習を進める必要がある。肢体不自由教育では、自立活動の6区分26項目の中で、特に重要なのが、「身体の動き・運動動作」と「環境の把握・認知に関する」内容であると考えている。そのほかの、健康の保持や心理的安定、人間関係の形成、コミュニケーション等の区分や項目は、この2つの内容区分に盛り込むことにより、焦点化した自立活動の時間の指導が可能となると考えている。

それは、「養護・訓練」時代から、肢体不自由教育では、運動機能の向上の側面を特に重要視し、同時にその中で、認知面や感覚機能の向上の指導を行ってきた経過があるが（古屋2009）、学習指導要領改訂の中で、他障害の指導や自立活動の理解・指導がしやすくなるために、時代に応じて、現在の区分まで広げられてきたと考えるが、そのことが、肢体不自由教育では、専門性をわかりにくくしているのではないだろうか。

特に、初めて肢体不自由教育に取り組む若年層や他障害から肢体不自由教育に異動してきた教師にとり、まず取り組まなければなら

ないことは、「身体の動き・運動・動作面」の指導であると考えている。この指導の中で、児童生徒と、「認知機能や感覚機能の向上」を培い、合わせて健康の保持や心理的な安定・適応を図り、コミュニケーションや人間関係の形成を意識しながら学習することが、自立活動の「時間の指導」では重要ではないかと考える。

特に年齢や学年が低いうちは、自立活動の時間の指導は、「身体の動き、運動・動作」に集中特化した指導を行い、他の授業場面で他の区分の内容について、配慮した指導を行うことが効果的だと考えている。あくまでも、個々の児童生徒の実態により、これらの計画は異なるが、肢体不自由のある児童生徒に関しては、効果的な方法で教師の専門性も身に付くと考えている。

## 2 「動作法（動作訓練）」について

肢体不自由養護学校や特別支援学校において、日常的な児童生徒の指導法や自立活動で、よく活用されている理論・方法のひとつに「動作法」がある。「動作法」は、脳性まひ児の動作不自由の改善を目的として心理学・教育学的手法から開発されてきた動作訓練を含め、他の障害の応用・展開され「動作法」として、文科省や国立特殊教育総合研究所等からも紹介されてきた（村田1977）。これは、障害のある児童生徒に、動作を手がかりとアプローチしていく理論と方法で、学問体系としては、「心理リハビリテーション」としてまとめられている（成瀬1973）。その技法は、具体的な動作の課題（座位、膝立ち、立位等）を与え、それを適切に遂行するよう支援しながら、児童生徒に努力をさせ、その動作の制御により、行動特徴が変化し、姿勢

や動作が変化することをねらった技法である(成瀬1979)。児童生徒が自ら主体的に身体や動きを制御コントロールし、その自己制御を促す支援法である(成瀬1979)。他にも、ムーブメント教育(小林他2014)や感覚統合療法(Ayres1982)などが知られているが、「動作法」は、多くの教育現場の教員に取り入れられ、活用しやすい技法の一つとされる。PTやOT資格を持った「自立活動教諭」は、医療的な訓練技法を基礎から学んできており、発達の側面にそった運動・動作の技法を総合的に身につけているため、「自立活動」の指導的、中核的存在として活躍が期待されている。

肢体不自由教育では、「身体の動き」についての取り組みが重要となるが、これはどのように座位や立位等の姿勢を保持し、どのように姿勢を変換して、その運動・動作をコントロールするかが、大きな課題となる。この中では、「環境の把握」や、教員とのコミュニケーションを含む「やりとり」の要素も重視し、指導が展開される。徳永(2002)によると、動作法の重要な点は、「①動作の不自由な子供を相手にしていること」、「②主体としての子どもを重視し、その子に働きかけること」、「③不自由は子どもの学習により改善されること」、「④学習の前提として子どもと援助者とのやりとりがある」の4点を挙げている。①は、肢体不自由という障害を相手にしているのではなく、動作が不自由な「子ども」を相手にする理論と方法である。②は、子どもの心理的主体への働きかけが中心となり、見る、聞く、分かるなど外界を受け取る側面だけでなく外界に働きかける主体性や積極性、動作に示される子どもの能動性を大切にしている。③は動作を含む行動の自己コン

トロール力の向上を目標とする。子供が取り組む課題を教師が選定し、教師の支援により子供が自己解決することで能力が向上する。④は子どもが学習を進める前提として、子供と援助者との間に、まず体を媒体としたコミュニケーションを成立させ、そのやりとりの結果として学習が成立することをめざす。

### 3. 動作法の実際

#### (1) 座位姿勢における側彎の改善技法

以下に、第二筆者による実践経験と阿部(1993)を参考に整理した。

##### ①ねらい

側彎そのものにアプローチ(改善・矯正)するのではなく、その原因となる姿勢をもつ主体(子ども)に働きかけ、自分の身体や姿勢に気づき、自分の力で体幹を動かし、曲がった体軸を立て直そうとする努力の学習を援助者とのやりとりの中で実施し、結果として、側彎や前彎の改善につながることをねらいとした。

ア 頭が下がったり、顎が前方に突き出したり後方に仰向け反ったり、肩が前に出たり

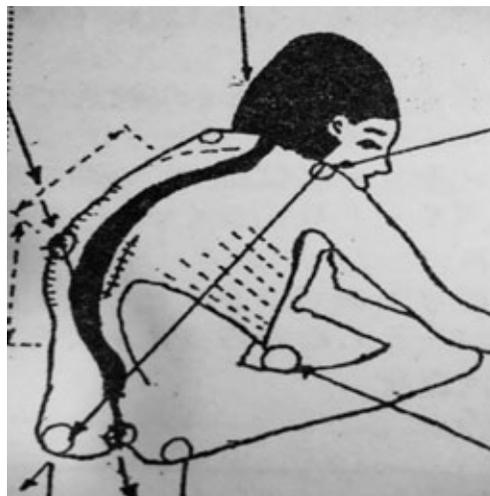


図1. あぐら座姿勢での側彎の改善技法

しないようにする。

- イ 右肩から左腰(尻)の接点部に向かって、軽く援助しながら力を与え、左腰(尻)に重心がかかることを意識させる。→身体を起こそうとする主体的動きを大切にする。
- ウ 左湾曲部から腰の中心下部(中央尻)向かい斜め下方に力が入るように援助する。援助の支点部は、最も脊柱が屈がっている部位からはじめ、しだいに上にせり上げていく。(場合により、せり下げる)
- エ 右腰が前に流れやすいので右股関節や膝を援助して前に出ないように補助する。
- オ 左の支点(尻)が、腰の動きに合わせて、右方向に移動していくことを感じ取らせる。→下方にタテの力が入っていることを感じ取らせ、自ら上体を支え保持する力が出てくように援助する。

## ②指導内容

### ア リラクゼーション

頸ゆるめ、肩ゆるめ

胸・背・躯幹ゆるめ(反らし、屈指)

腰・股(開き、反らし、伸ばし)

- イ あぐら座位(両腿床つけ、両腿押さえ)、(上体屈指、上体反らせ)、(腰屈指、腰反らせ)、(頸ゆるめ、顎しめ)

上体保持(上体たて)、(前・後・左・右・倒し、停め)、(バランスとり)

- ウ 膝立ち姿勢、膝立ち腰入れ・上体のせ

エ 手指(にぎり、のばし、ゆるめ)

オ 手首、肘・肩(のばし、まげ、ゆるめ)

カ 腕上げ

## ③指導回数

「自立活動」の指導は、1対1での個別指導時間が20分であり、週当たり3~4回実施した。3週(約10回)で1セッションとした。

合計で、7セッション実施(約70回)した。

## ④指導経過

ア 1セッション：背骨は胃の裏側の部分が最も突き出ており、仰向け姿勢では床にあたっている。躯幹部、特に左側のとリラクゼーションと右側の入力動作の練習を行う。細かい立ち直りの動きが出る。

イ 3セッション：あぐら座りの上体たて、および保持が短時間、両腕を支持して初めてできる。両腿押さえ、床付けが自ら調整できるようになってきた。崩れた状態からの頸をあげての立ち直り動作がみられた。脊柱の前彎と頸の一本化には課題がある。短期目標の上体のリラクゼーションと腰を支えてのあぐら座位で上体が立つことについては、達成できた。

ウ 5セッション：座位姿勢で、左腰に重心をかけて座っているが、右躯幹部から右側方又は右前方に折れながら倒れていく。上体をまっすぐにシタテに一本化しながら力を入れて姿勢を保持することは側彎や前彎を改善することにつながると考え、あぐら座位姿勢で、左背中(側彎の最大凸部)を右ななめ下方に力が入るように援助する。肩が前方に出ないようにタテに真っすぐに力が入るように留意する。これが可能になると、脊柱はほぼ真っすぐになっているので、少しずつ補助を外しできるだけ自分の力で、姿勢が保てるように支援する。

エ 6セッション：学習が進むにつれ、頸から背中の問題が大きくクローズアップし、顎を突き出し、前方に力を入れることが多いので顎と頸を締めて一本化しながら、縦に力が入りコントロールできるように留意した。左脊柱部の硬く大きな塊のような緊

張は、かなり緩み、平らになってきた。右軀幹部の力の入らない薄く平らな部分は少しずつ筋肉が増し、力が入るようになってきた。肋骨や軀幹部の右前方へのねじれも均等に力を入れることができるようになってきたため、対象的になってきた。

オ 7セッション：膝立ち姿勢を取り入れ、あぐら座位姿勢保持と上体のバランスとりや立ち直り動作の練習もおこなってきた。援助して頸から胸・背中へのタテの力の入力が初めてできるようになり、人によりかかった姿勢の時とは表情が違い、厳しい真剣な表情ではあるが、援助者とかかわりながら自分自身の姿勢のコントロールに立ち向かっているように感じられる。

#### ⑤結果と考察

ア 動きのやり取りの中で、共有した体験を瞬間的に推察、感じ取れたのは、第3セッションに入ってからだった。援助者の支援する手や身体を通して、動きの課題という共通の目的を持った関係の中で、子どもの動きからその思いや感情が伝わってきた。それは言葉ではなく、感情的・心理的共感で動きという伝達手段で表出・応答されてきたものであった。

イ 7セッション目の最後に、援助しているが、あぐら座位でタテに力が入るようになった。上体が一本化し頸から腰まで直の姿勢を初めてとることができた。補助を外すとしたいに崩れるが、「はなすよ・はなすよ」と言って補助を外すと姿勢をコントロールする動きがみられる。直の姿勢では表情は真剣そのもので、はりつめた感じが伝わってくる。ほとんど声を出さない本児が「アー」と声を出すのもこの時である。そ

の声とともに、上体にタテの力を入れてくる。援助しないと横の力になることも多いので、必要なやり取りを行うことになる。

ウ 援助者と子ども身体や動きのやり取りの中でそれを共有しその体験を重ねることにより、共通の理解し合える基盤が構築される。動きでたずねると、動きで応え返してくれる。

その動きにより、感情や意味合いを体験的に推察することになる。動きを通して子どもと通じ合える人間関係の構築とそのやりとりを通して、さらに活性化していくことが推察された。

#### 4. 考察

肢体不自由教育の自立活動において、最も大切な専門性の一つに、「身体の動き」についての指導がある。この指導法を身に着けるため、研修しやすく、取り入れやすいとされる一つが「動作法」であると思われる。「自立活動教諭」が中核となり、協力して多様な指導方法を研修するのは必要であるが、核となる指導法を持つことにより、さらに幅が広がると考える。

また、肢体不自由教育においては、重度・重複児において側彎等が多くみられるため、その改善方法について研修することは、さらに専門性を高め、子どもとの動きのやりとりを通して、コミュニケーションと信頼関係を培うことができ、教員の力量を向上させるよい機会になるであろう。

このような知見が、他校種の教員が肢体不自由のある子どもの指導を適切に実践し、効果的な成果を生み出していく契機になると考えている。

## 文献

- 北海道教育委員会 (2015a) 「北海道特別支援教育一覽」
- 早坂方志・徳永豊 (2007) 「肢体不自由教育の基本とその展開」日本肢体不自由教育研究会監修, 肢体不自由教育シリーズ1, 慶應義塾大学出版会
- 北海道教育委員会 (2015b) 「新しい形の特別支援学校高等部のあり方検討会議」資料未公刊
- 北海道夕張高等養護学校 (2005) 「北海道夕張高等養護学校要覧設置目的」資料 未公刊
- 北海道教育委員会 (2014) 「北海道道議会文教委員会説明」資料 未公刊
- 姉崎弘 (2001) 「肢体不自由養護学校における「自立活動」の今日的課題」三重大学教育学部研究紀要, 教育科学52, pp133-147.
- 文部省 (1989) 「盲学校、聾学校及び養護学校小学部・中学部学習指導要領」独立行政法人 国立印刷局
- 文部省 (1999) 「盲学校、聾学校及び養護学校小学部・中学部学習指導要領」独立行政法人 国立印刷局
- 徳永豊 (2014) 「改訂版肢体不自由児の教育」放送大学教育振興会
- 西川公司 (2014) 「肢体不自由児の教育」川間健之介・西川公司編著, 改訂版肢体不自由児の教育, 放送大学教育振興会, pp103-113.
- 川守田正康・原田哲夫・相原茂・吉崎取二 (1992) 「北海道肢体不自由教育史 草創期の北海道整肢学院」日本肢体不自由児協会
- 北海道真駒内養護学校(1961・1962・1963)「北海道真駒内養護学校要覧」
- 北海道真駒内養護学校(2013・2014・2015)「北海道真駒内養護学校要覧」
- 北海道真駒内養護学校 (1992) 「北海道真駒内養護学校要覧」
- 村田茂・大野清志(1976)「脳性まひ児の養護・訓練-動作訓練の実際-」慶應通信
- 北海道心理リハビリテーション研究協議会 (1992) 「北海道心理リハビリテーション夏季及び冬季集中訓練開催要項」資料
- 北海道真駒内養護学校 (1997) 「北海道真駒内養護学校要覧」
- 札幌市立豊成養護学校 (1996) 「札幌市立豊成養護学校要覧」
- 札幌市立北翔養護学校 (1996) 「札幌市立北翔養護学校要覧」
- 北海道真駒内養護学校 (1996) 「北海道自立活動教諭採用選考」資料 未公刊
- 北海道各特別支援学校 (2015) 「北海道各特別支援学校要覧」
- 北海道自立活動教諭研究協議会 (2015) 「第6回北海道自立活動教諭研究協議会」資料未公刊
- 北海道教育委員会 (2015c) 「北海道自立活動教諭採用選考」資料 未公刊
- 北海道教育委員会 (1995) 「重度及び重複障害生徒の養護学校高等部整備検討会議」資料 未公刊
- 北海道教育委員会 (1997) 「重度及び重複障害生徒の養護学校高等部整備検討会議」資料 未公刊
- 北海道夕張高等養護学校 (2001) 「北海道夕張高等養護学校開校宣言」資料 未公刊
- 北海道夕張高等養護学校 (2007) 「北海道夕

- 張高等養護学校開校医療的ケア検討会議」資料 未公開
- 文部科学省 (2011) 「特別支援学校等における医療的ケアへの今後の対応」, 特別支援学校等における医療的ケアの実施に関する検討会議資料, pp2.
- 厚生労働省 (2004) 「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて」(平成16年10月20日医政発第1020008号厚生労働省医政局長通知)
- 北海道教育委員会 (2004) 「北海道特別支援学校における医療的ケア実施要項」資料 未公開
- 北海道夕張高等養護学校 (2013) 「北海道夕張高等養護学校開校医療的ケア検討会議」資料 未公開
- 北海道教育委員会 (2014) 「北海道特別支援学校における医療的ケア実施要項一部改正」資料 未公開
- 北海道教育委員会 (2015d) 「医療的ケアを必要とする幼児児童生徒の集計表」資料
- 北海道教育委員会 (2015e) 「医療的ケア実施校長等会議」資料 未公開
- 古屋義弘 (2009) 「肢体不自由教育にとっての「自立活動」の本来の意義について」山梨大学教育人間科学部紀要第11巻, pp93-204.
- 村田茂 (1977) 「日本の肢体不自由教育－その歴史的発展と展望－」慶應通信
- 成瀬悟策 (1973) 「心理リハビリテーション」誠信書房
- 成瀬悟策 (1979) 「心理リハビリテーションの進歩」誠信書房
- 小林芳文, 飯村敦子, 大橋さつき (2014) 「発達障がい児の育成・支援とムーブメント教育」大修館書店
- Jean Ayres (1982) 「子どもの発達と感覚統合」宮前珠子 (訳) 協同医書出版社
- 徳永豊 (2002) 「自立活動指導ハンドブック」全国心身障害児福祉財団
- 阿部達彦 (1994) 「心を通わず養護・訓練を求めて－脊柱側彎を持つ重度・重複肢体不自由児の援助を通して－」, 平成5年度北海道心理リハビリテーション研究紀要, pp18-34.