



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	肢体不自由教育における自立活動指導者の専門性の変遷
Author(s)	今野, 邦彦
Citation	北海道大学大学院教育学研究院紀要, 120, 159-177
Issue Date	2014-06-30
DOI	https://doi.org/10.14943/b.edu.120.159
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/56431
Type	departmental bulletin paper
File Information	AA12219452_120_159-177.pdf



肢体不自由教育における 自立活動指導者の専門性の変遷

今 野 邦 彦*

【要旨】 特別支援学校には、自立活動（1999年以前については「養護・訓練」という領域が設けられている。本稿では、我が国の肢体不自由教育における自立活動指導者の専門性に関する研究を概観した。また、今後の研究方向についても展望した。その結果、肢体不自由教育における自立活動（養護・訓練）の内容は、児童生徒・学校・地域・社会の実態によって変遷が見られた。また、キーパーソンとしての指導者像も変化してきた。近年は、外部専門家として理学療法士（PT）・作業療法士（OT）・言語聴覚士（ST）・看護師などの導入が推進され、その有用性が認められているが、課題も多い。一方、自立活動（養護・訓練）教諭は特別支援学校の常勤教員である。このため、児童生徒、教職員と密接な関係性を構築した上で指導を行うことができる。自立活動教諭の教育実践についてはいまだ研究が少ないが、今後の研究によって肢体不自由教育についての寄与が期待される。

【キーワード】 肢体不自由教育、自立活動、外部専門家、自立活動教諭

1. はじめに

特別支援学校（2007年以前については「養護学校」）には、一般の学校で行われている各教科・道徳・特別活動に加え、自立活動（1999年以前については「養護・訓練」という領域が設けられている。特に肢体不自由特別支援学校の自立活動はその障害の特性から医療との関係が深く、肢体不自由教育の草創期から、学校と医療機関は連携を密にしてきた。

表1は、肢体不自由教育における学習指導要領等、さらに自立活動（養護・訓練）の目標、内容、指導者に関する記述の変遷を概観したものである。

表1にあるとおり、1932年の光明学校開設以来、肢体不自由教育の初期には、児童生徒の訓練の内容の目標・内容・方法について統一されたものはなかった。光明学校では治療・矯正の時間が設けられ、指導は看護婦等の医療関係者が行っており、学校の教育課程の一部といっても実際には学校内で教育と医療の分業が成立していた。

1958年、文部省から『肢体不自由教育の手びき（上）』が発行された。これにより、医学的訓練の目的・内容が示され、指導者については具体的な職種をあげながら、「医療面」と「教育面」の指導者がそれぞれ協力すべきであると述べられている。

1963年、養護学校の学習指導要領が初めて制定された。それまで各地の学校で「治療」「治療体育」「療育」「機能訓練」と呼ばれていた治療的指導が「機能訓練」と呼ばれることになり、小学部では「体育・機能訓練」、中学部では「保健体育・機能訓練」として、それぞれ教科のひとつとして位置づけられた。この機能訓練は、内容的にも方法的にも理学療法・作業療法・言語

* 北海道大学大学院教育学研究科教育臨床講座教育臨床心理学研究グループ

表1 肢体不自由教育における学習指導要領等の変遷(下線部は主な変更点)

年度	学習指導要領等の変遷及び自立活動(養護・訓練)の目標	自立活動(養護・訓練)の内容	自立活動(養護・訓練)の指導者に関する記述
1932～	1932年、東京市立光明学校開校。 1950年以降、公私立の養護学校、分校、肢体不自由児学級が設立されるが、統一された指導要領はなし。	光明学校の身体の治療・矯正の時間 ・ マッサージ療法 ・ 太陽灯照射 ・ 日光浴 ・ 入浴 ・ ギブス療法 ・ 矯正体操	光明学校では、校医の指示により看護婦が行う。
1958～	『肢体不自由教育の手びき(上)』 肢体不自由児の医学的訓練の目的(概略) 肢体不自由児の残存能力に対し適切な訓練と指導によって回復能力を与え、代償能力を加えた総合的な能力を、最も効果的に発揮し、いかにしたら肢体の不自由を克服できるかという手段を、訓練を通じて児童に体得させること。	医学的訓練の内容 被動的医療(薬物治療、手術療法、物理療法)と能動的治療(児童が治療に積極的に参加し、適当な指導と訓練を受けて、自分自身で不自由な腕、脚、軀幹を使ってみること)により、これらの不自由な肢体の不自由を克服する方法を体得してゆくもの。 1. 基礎的運動の訓練 2. 上肢・下肢ならびに軀幹の機能訓練 ア. 上肢の機能訓練 イ. 軀幹ならびに下肢の機能訓練 ウ. 日常生活動作の訓練	「医療面」については、医師・看護婦・X線技師・薬剤師らのほかに、整肢理療師・克服指導員・言語障害指導員のようなそれぞれの専門家が各部門を受け持って力を合わせ、「教育面」については、肢体不自由児教育に学識経験のある教員をはじめとして、しつけ・日常生活指導員・社会生活指導員が互にチームを組んで、児童を教導しなければならない。
1963～	『養護学校学習指導要領肢体不自由教育編』 <u>小学部に「体育・機能訓練」、中学部に「保健体育・機能訓練」という教科を設定。</u> 機能訓練の目標は、個々の児童生徒のもっている機能の障害を改善させるとともに、みずから進んで障害を克服しようとする態度を養い、健康な生活ができるようにすることである。 ア 機能の障害を改善するために必要な訓練を行ない、日常の起居動作の不自由を克服して生活能力の向上を図る。 イ 機能訓練の意義を理解させ、積極的にこれに参加するとともに、日常においてもみずから訓練を行うような態度を養う。 ウ 障害の状態を自覚し、それに即した機能訓練の方法を身につけさせる。	(1) 機能の訓練 (ア) 基本動作訓練 (イ) 起立歩行訓練 (ウ) 水浴訓練 (2) 職能の訓練 (ア) 応用動作訓練 (イ) 日常生活動作訓練 (3) 言語の訓練	機能訓練の時間においては、特別な技能を有する教職員が、学校医の処方に基づき、児童生徒のもっている残存能力、代償能力、および回復能力を利用し、各種の機械器具をも活用して、児童生徒の積極的な参加のもとに、個々の児童生徒の障害の改善を図るように指導するものとする。 専門医の処方に基づき、必要がある場合にはその指導を求め、個々の児童生徒に最も適したものを選定することが必要である。

1971～	『養護学校(肢体不自由教育)学習指導要領』 <u>領域「養護・訓練」を設定。</u> 児童また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、態度および習慣を養い、もって心身の調和的発達の基盤をつちかう。	A. 心身の適応 B. 感覚機能の向上 C. 運動機能の向上 D. 意思の伝達 内容のまとめり 1. 機能訓練 2. 職能訓練 3. 言語訓練	養護・訓練の時間の指導は、<u>専門的な知識・技能を有する教師が行うことを原則とし</u>、学校においては、全教師の協力のもとに養護・訓練に関する指導体制を整え、効果的な指導を行うようにすることが必要である。 必要に応じて専門の医師およびその他の専門家の指導・助言を求め、個々の児童または生徒に即した適切な指導ができるようにすること。
1979～	『盲学校、聾学校及び養護学校学習指導要領』 児童又は生徒の心身の障害の状態を改善し、又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盤を培う。	A. 心身の適応 B. 感覚機能の向上 C. 運動機能の向上 D. 意思の伝達	養護・訓練の時間の指導は、<u>専門的な知識や技能を有する教師が中心となって担当し</u>、全教師の協力のもとに、効果的な指導を行うようにするものとする。 必要に応じて、専門の医師及びその他の専門家の指導・助言を求め、適切な指導ができるようにするものとする。
1989～	『盲学校、聾学校及び養護学校学習指導要領』 児童又は生徒の心身の障害の状態を改善し、又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盤を培う。 (1979年版と同じ)	1. 身体の健康 2. 心理的適応 3. 環境の認知 4. 運動・動作 5. 意思の伝達	養護・訓練の時間における指導は、<u>専門的な知識や技能を有する教師を中心として</u>、全教師の協力のもとに効果的に行われるようにするものとする。 必要に応じて、専門の医師及びその他の専門家の指導・助言を求めるなどして、適切な指導ができるようにするものとする。
1999～	『盲学校、聾学校及び養護学校学習指導要領』 <u>「養護・訓練」から「自立活動」へ改訂</u> 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培う。	1. 健康の保持 2. 心理的な安定 3. 環境の把握 4. 身体の動き 5. コミュニケーション	自立活動の時間における指導は、専門的な知識や技能を有する教師を中心として、全教師の協力の下に効果的に行われるようにするものとする。 必要に応じて、専門の医師及びその他の専門家の指導・助言を求めるなどして、適切な指導ができるようにするものとする。
2009～	『特別支援学校学習指導要領』 個々の児童又は生徒が自立を目指し、障害による学習上又は生活上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培う。	1. 健康の保持 2. 心理的な安定 3. <u>人間関係の形成</u> 4. 環境の把握 5. 身体の動き 6. コミュニケーション	自立活動の時間における指導は、専門的な知識や技能を有する教師を中心として、全教師の協力の下に効果的に行われるようにするものとする。 必要に応じて、専門の医師及びその他の専門家の指導・助言を求めるなどして、適切な指導ができるようにするものとする。

療法に基礎をおくものであった。指導者については「機能訓練の時間においては、特別な技能を有する教職員が、学校医の処方に基づき」行うこととされ、実際には体育教師または実習助手により行われた。「機能訓練」については、当時の文部省が「医師が直接行うか、専任の教師が担当すべきであり、肢体不自由児施設に併設・隣接の学校では、施設に委託して行う方がより適切」と述べていた。

1971年の学習指導要領改訂の際、領域「養護・訓練」が新設された。これに先立つ教育課程審議会の答申は「心身に障害を有する児童生徒の教育において、その障害からくる種々の困難を克服して、児童生徒の可能性を最大限に伸ばし、社会によりよく適応していくための資質を養うためには、特別の訓練等の指導が極めて重要である。これらの訓練等の指導は、一人ひとりの児童生徒の障害の種類、程度や発達の状態等に応じて、学校の教育活動全体を通じて配慮する必要があるが、さらになお、それぞれに必要なとする内容を個別的、計画的かつ継続的に指導すべきものであるから、各教科、道徳および特別活動とは別に、これを『養護・訓練』とし、時間を特設して指導する必要がある」と述べている。養護・訓練は内容として、「心身の適応」「感覚機能の向上」「運動機能の向上」「意思の伝達」に分類され計12の下位項目が示されたが、指導方法については具体的に記載せず、学校種別によって、従来からの指導の経緯に基づいて、それぞれの学校の事情に即して定められることになった。指導者は「専門的な知識・技能を有する教師が行うことを原則」とした。これについて、当時の文部省は養護・訓練の担当者として、理学療法士・作業療法士の資格を持つ教師を想定していたがその数は非常に少なく、文部省の構想が実現しにくい状態にあった。

1979年の学習指導要領改訂では養護・訓練の目標・内容に大きな変化はなかったが、指導者については改訂前の「専門的な知識や技能を有する教師が行うことを原則とし」から「専門的な知識や技能を有する教師が中心となって担当し」と変更された。

1989年の改訂では養護・訓練の内容の示し方が変わり、「身体健康」「心理的適応」「環境の認知」「運動・動作」「意思の伝達」となった。また指導者については「専門的な知識や技能を有する教師を中心として…」と表現が変わり、専門家の指導・助言に関する記述も「指導・助言を求め」から「指導・助言を求めるなどして」と表現が変化している。

養護・訓練は、1999年文部省告示の『盲学校、聾学校及び養護学校学習指導要領』により自立活動と改められた。改訂の背景には、養護・訓練という名称は、ともすると教師と子どもとの関係を、訓練者と被訓練者の構図、換言すれば教師による他動的な活動ととらえられやすかったこと、自立活動が子どもの自立をめざした主体的な学習活動であることをわかりやすく示す必要があったことがあげられる。自立活動の目標は「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培う」とされているが、ここでいう自立とは「主体的に自己の力を可能な限り発揮し、よりよく生きていこうとすること」を意味し、いわゆる職業自立、身辺自立などに比べ、広義に用いられていた。自立活動の内容は、「健康の保持」「心理的な安定」「環境の把握」「身体の動き」「コミュニケーション」の5つの柱と22の下位項目から成り立っているが、具体的な指導内容・指導方法については「個々の幼児・児童・生徒について必要とする項目を選定し設定すること」となっており、明示されているわけではなく各学校の主体性にまかされていた。指導者については、1989年の改訂時と同様の記述であった。

最近の2009年の『特別支援学校学習指導要領』への改訂では、自立活動の指導内容の5項目に

「人間関係の形成」が加わり、6項目となった。指導者についての記述は変更がなかった。

これらのうち、自立活動（養護・訓練）の指導者に関する記述について中村（1999）は、1979年の改訂において「専門的な知識・技能を有する教師が行うことを原則とし」から「専門的な知識や技能を有する教師が中心となって担当し」へと記述が変わったことをあげ、「全教師で行う養護・訓練」という方向が一層明確にされたと述べている。また学習指導要領の「指導計画の作成と内容の取り扱い」の節で、医師等からの助言についての記述が、1971年版では7項目中3番目だったのが、1979年版では5項目中の最後へと順序が変わっていることも指摘している。さらに1989年の改訂では、「専門的な知識や技能を有する教師を中心として」へと、医師等からの助言については「指導・助言を求め」から「求めるなどして」へと変更されたことをあげ、教師の主体性が強調される方向にあることを指摘している。これについて中村は『『全教師が行う養護・訓練』という方向のみが強調されるならば、設置以来、養護・訓練に期待されてきた障害の軽減や特別な配慮の取り組みが軽視されることになってしまうのではないか』と述べている。

以上、学習指導要領の改訂を中心に肢体不自由教育の現在までの変遷を見てきたが、自立活動の指導者に関しては従来とは異なる動きも見られる。

第1は、特別支援学校への非常勤職員の導入と、それに続く外部専門家としての導入である。これは、2001年の「21世紀の特殊教育の在り方について」、2003年の「今後の特別支援教育の在り方について」、2005年の中央教育審議会答申などを踏まえ、肢体不自由特別支援学校に在籍する児童生徒の障害の重度化・重複化・多様化とも相俟って、学校組織全体としての専門性の向上が叫ばれるようになり、その結果、理学療法士（以下、PT）、作業療法士（以下、OT）、言語聴覚士（以下、ST）などの医療職を非常勤職員として学校に迎える動きが急速に広がったものである。これを受けて、国や自治体が、これら医療職を「外部専門家」と位置づけて本格的に導入し現在に至っている。

第2は、自立活動（養護・訓練）教諭の活用である。文部省は1973年から、特殊教育教員資格認定試験を実施し、合格者には養護学校養護訓練教諭免許状を与え、小学校教諭等のいわゆる基礎免許がなくても養護学校の養護・訓練の指導が行えるようにした。この試験はのちに自立活動教諭の認定試験と改められた。この試験はあくまでも資格認定試験であり、合格しても教員として働くためにはさらに都道府県の教員採用試験に合格することが必要だが、この自立活動教諭の採用枠を設けている自治体はごくわずかである。なお、北海道教育委員会は1997年度から養護・訓練（肢体不自由）教諭の採用を開始した（現在は「自立活動教諭」）。2013年度までに計15名が採用され、道内の養護学校に赴任している。

このように、肢体不自由養護学校の自立活動、特にいわゆる訓練と呼ばれる自立活動の内容・方法をどのように行うのかという問題については、これまでも様々な議論が交わされてきた。特にその指導者の専門性については、養護・訓練、自立活動を通して、長年にわたり研究が積み重ねられてきた。そこで本稿では、我が国の肢体不自由教育における自立活動指導者の専門性に関する研究を概観し、肢体不自由教育初期から今日に至るまでの自立活動指導者研究の視点を整理するとともに、今後の研究方向を展望することを目的とする。

2. 肢体不自由教育の草創期について

(1) 東京市立光明学校の開校

我が国で公教育としての肢体不自由教育が発足したのは、1932年、東京市立光明学校の開校によってであった。光明学校の開設には、肢体不自由児の実態調査に基づき肢体不自由教育、療育の必要性を主張した高木憲次をはじめ、田代義徳、藤井利誉らの尽力によるところが大きく、特に我が国肢体不自由療育の祖と言われる高木の療育論の基盤をなしていたのは、全人的人間形成、肢体不自由児の育成における心身の調和であった（一宮、1989）。

村田（1997）によれば、創立当初の光明学校の教育領域は、普通教育、職業教育、身体の治療・矯正、養護の4つであり、治療・矯正については、週2～3回、整形外科医によって診察が行われ、実際の治療は校医の指示により、看護婦が毎日これを行った。学校における治療は、マッサージ療法、太陽灯照射、日光浴、入浴、ギプス・コルセット療法、玩具治療法、歩行訓練、矯正体操であった。また、丹野・安藤（2012a）によれば、後には技師補や理療師を採用し主にマッサージを担当するなど、光明では専任者が機能訓練を担当していた。丹野・安藤（2012b）では、言語指導などの克服指導と呼ばれる教育活動を教員が行っていたことも明らかにされている。

以後1955年まで、光明学校はわが国唯一の肢体不自由教育校であったが、その間も各地に肢体不自由学級が設けられた。1955年以降は、全国に肢体不自由養護学校が開設された。ただし柳本（2013）によれば、施設に併設されていない、いわゆる単独養護学校では、各校独自に教育課程を編成したことから、その統一のなさが問題視された。一方、肢体不自由児施設内学級においては、人的・物的にも施設の援助のもとに学校教育が展開され、教員と施設職員との混成チームによって、機能訓練、職能訓練、言語訓練が特別指導として実施された。北海道では1953年、北海道整肢学院内に琴似町立琴似小・中学校の分教室が設置された。川守田ら（1992）によれば、当時は、午前と午後で、整肢学院での訓練と分教室での教育が分担して行われていた。

(2) 『肢体不自由教育の手びき』の発行

1958年、文部省から『肢体不自由教育の手びき』が発行された。これによると、「肢体不自由児の医学的訓練とは、医師の監督のもとに直接に行われている訓練と指導を指すものであって、直接に医師が手を触れずに行っているものでも、医師の指示のもとに、これに従って治療の始めから終わりまで、全過程を通じて合目的に計画され、実施されている訓練指導も含めるものである」とあり、肢体不自由教育の医学的訓練における医師の役割の重要性を特に強調している。

これについて糸永（2008）は、「当時の肢体不自由養護学校では、整形外科病院内や肢体不自由療育施設等で行われていた能動的訓練とはほぼ同じ内容の訓練が行われていたことが推測されるこの時期、肢体不自由児の訓練に関して、教師はこういった医学的訓練については殆どなす術もなく、医療に教えを請いながらの訓練であったことが推察される」としている。また、大竹（1982）によれば、学習指導要領が制定された1963年以前に開校した肢体不自由養護学校ではすでに機能訓練担当の職員がいずれも配置されており、その任にあたった人たちの資格は、多くはあんま・マッサージ、針・灸のいわゆる三療資格者であった。

(3) 学習指導要領の発表と機能訓練の設定

1963年、肢体不自由教育の学習指導要領が発表された。これについて文部省(1970)は、「養護学校における教育課程の全国的な基準が示され、機能訓練の位置づけ、ひいては肢体不自由教育のあり方が明確にされたことは、それまで、やや試行錯誤的であったわが国の肢体不自由教育に、確固たる理念を明示したものとして大きな意義があり、その線にそって、機能訓練のあり方をはじめ、養護学校のあり方についても、整理されなければならなくなったわけである」とし、続けて「機能訓練の指導を計画するにあたって、常に問題になるのは、これを担当する教員のことである。特に学校の機能訓練担当教員の身分がまだ法律で決められていないし、したがってその数も一般教員のように定められていないため、学校によって著しい差異があるのである」と課題をあげた。

また文部省(1967)は、養護学校における機能訓練とリハビリテーションとの関係を問題点としてあげ、養護学校における機能訓練は、医学的リハビリテーションの一環をなす、いわゆる教科としての「機能訓練」と、教育的リハビリテーションの一環をなすともいうべき、いわゆる教育活動全体を通して行う機能訓練とから成り立っているとしている。

3. 「養護・訓練」の新設にともなって

1971年、学習指導要領に養護・訓練が新設された。その趣旨は前述の通りだが、加藤(1975)は、それまでの機能訓練の問題点として、①機能訓練は肢体不自由という障害の側面だけを取り上げるのではなく全人的な発達を促すようなものに改善する必要があること。②機能訓練は児童生徒一人一人の障害に応じて指導されるべきものであり、教科の性質とは全く異なるものであることをあげ、これが養護・訓練の誕生につながったとしている。このため教科であった「機能訓練」が、領域としての「養護・訓練」へと改訂されたのである。

(1) 成瀬・小池論争

教育的側面を重視した養護・訓練の誕生にともなって、『肢体不自由教育』誌上で行われた公開論争である「成瀬・小池論争」が肢体不自由教育界を揺るがせた。これは九州大学教育学部教授で心理リハビリテーションの提唱者である成瀬悟策と、整肢療護園長で医師の小池文英が、養護・訓練のあり方について議論を戦わせたものである。「成瀬・小池論争」は、林・村田(1977)によりまとめられている。成瀬・小池論争の主な論点は「養護・訓練の考え方」と「訓練の方法」の2点であった。養護・訓練の考え方について、小池はチーム・アプローチの重要性、特に学校現場へ医療職が入ることの重要性を説き、成瀬は教師の果たす役割の重大さを述べた。また、訓練の方法については、成瀬が心理リハビリテーションの有効性を訴えたのに対し、小池はそれを否定はしないものの医学的リハビリテーションの優位について述べた。成瀬・小池論争は、はっきりとした決着がついたわけではないが、全国の教師から寄せられた意見は、成瀬支持の意見が多かった。このため、これを境に肢体不自由教育の現場では、心理リハビリテーションが普及し、「病院・医師主導」から「学校・教師主導」の考え方が強くなっていく。

(2) 指導者をめぐる現場の混乱

「成瀬・小池論争」の他にも、養護・訓練の指導者の問題について、他の研究者が様々な調査・研究成果を発表している。

昇地 (1972) は、養護・訓練に関しては、教員免許状が決められていないこと、専門家を養成する機関もないこと、そのため職員の研修や自主的研究に頼っているのが現状であることを指摘した。また基礎免許のない「養護・訓練」だけの専門教師養成制度についても、その具体的内容が明確ではなく、「いたずらに教育の現場を混乱させないとも限らない」と述べている。

また、養護・訓練が創設されて10年以上が経過した後も、野口 (1987) は、養護・訓練のよりどころとしてボバース法、ボイタ法等の技法が導入されていく中で、筋道が整理されないままに方法が採用され、いろいろなトラブルを発生させる要因の一つにもなったことを指摘した。また佐藤 (1992b) は『養護・訓練』という新しい領域の設定は為されたが、その際に具体的にどのような専門家が担当するのか、その方向性すら明らかにされなかったため、今なお学校現場においては混乱がみられている。現場では、『養護・訓練』に対して、あくまでも教育活動であって医療活動ではないから、この現状のなかで一般教諭の研修の機会の充実と資質の向上を図ることで是とする意向や、教師たち自身が医学的知識の乏しさを自覚し不安を感じ、高次の専門性の必要から理学療法士・作業療法士・言語療法士などの専門家を直接学校現場へ導入すればいいという考え方などさまざまあり、まだまだ一致した考えかたに至っていない」と現場の混乱を報告している。

以上のような養護・訓練成立以来の混乱について中村 (1999) は、障害の改善や補償に直接的に取り組む訓練などの課題は人的・制度的条件が十分には保障されないままに経過してきたことを指摘し「障害児教育はつねにこの課題を追及しつつ実践を蓄積してきたのだが、文部省の施策は専門家との連携や特別な技術を持つ職員の形成に逆行するかのようのものであった」と述べている。

(3) 教員の主体性の強調と個人のスキルアップ

このような混乱を指摘する声に対して最も多かったのは、やはり養護・訓練が教育であることを再確認し、教師の主体性を強調し、教師個人のレベルアップの必要性を示唆する考察だった。

猪岡 (1975) は、学習指導要領上かつては「学校医の処方に基づいて」行っていた指導を、「必要に応じて専門家の指導・助言を求め」(必要がなければ不要)で指導するようになったとして、この変化は「機能訓練」から「養護・訓練」への変化に対応したものだとした。さらに、そのすべてにわたって学校医の処方をもらうということは不可能であり、その必要もないこと、また、学校教育のなかに一つの領域として位置づけられた養護・訓練を担当する教員の主体性と専門性を尊重すべき、と指摘している。

また五味 (1980) は、養護・訓練を指導するには、最低限、①正常児の心身両面にわたる発達過程を理解すること②肢体不自由とくに脳性麻痺および関連疾患の病態学的特徴を理解し、心身の評価ができること③評価に基づき、養護・訓練の内容を児童のニーズに対応させ実践し得ること、が必要であり、肢体不自由養護学校において、一般教員と共に養護・訓練担当専門職員のレベルを向上させなければ、対象児童の障害は改善されない、との懸念を示した。中司 (1980) も同様に、専門性の高い職員の不足を指摘している。

このような当時の状況に対し佐鹿・大川(1980)は、養護学校における養護・訓練は教育的活動であり、養護学校における教育のリーダーは教諭であることを強調したうえで、「医療機関や肢体不自由児施設と連携をとって、PT、OTに養護・訓練を担当させるという方策がある。しかし、これは、訓練の処方の問題、医療的行為に対する最終責任の問題、教育活動と医療活動を統合するリーダーの問題など現状ではかえって解決が困難で新たな問題を引き起こすと予想される」とし、養護・訓練の教育的側面の重視、教員の研修の必要性を述べた。

(4) 文部省の抵抗

一方、指導者の問題においても医療的側面を重視すべきという研究・議論があった。小野(1981)は、養護・訓練について、大きな問題があると指摘し、「現実に担当教員が行う訓練法と、医学的に医師の処方のもとで理学療法士・作業療法士・言語療法士が施す訓練法に大きな違いがあり、種々の批判を招くとともに、父兄に迷いと不安を抱かせるという切実な問題が生じてきているのである」とし、続けて「たしかに教育そのものは教員の担当であるとしても、身体上の訓練ということになると、これは医学の分野であり、理学療法士・作業療法士あるいは言語療法士が医師の処方のもとに担当するのが最良ではなかろうか」と述べている。

また高橋(1980)は、「教師は当然の事ながら医学的知識に乏しい。またそれを自覚して不安を感じているのが一般である。したがってPT・OT等の医療技術者を教育界に迎えることを歓迎する空気が強い」と述べ、佐藤(1992a)は、養護学校が理学療法士をはじめ多くの専門職が主体をもって平等に参加し有機的に連携できる場になれば、教師の単一専門職よりもはるかに高いレベルの教育が期待できること、また、理学療法士の絶対数からみても、教育という視点をもち教師と十分に連携可能な質の高い人材が配給できる時期にきている、とした。また林(1996)は、これからの養護学校においては、教育者中心のやり方では十分な教育を保障することはできず、理学療法士や作業療法士を導入することで、医学的な知識の上に立った正しい障害の理解や適切な訓練の指導ができる体制の確立が必要だとしている。

このような指摘に対し当時の文部省(1994)は「PT・OTの免許を有しているだけで、教師の免許状を所有していない場合は、学校において、どのような指導であっても行うことができない。それは、学校において児童生徒の教育をつかさどるのは、教諭でなければならないからである」と、あくまでも養護・訓練は教育活動という立場を崩さなかった。

以上のような動きに対して、中村(2000)は「専門家の助言を受けたり校内に日常そうした体制をつくり出すことの重要性が指摘されているのにもかかわらず、それは現状ではたいへん困難である。なぜならば、学習指導要領の養護・訓練は『教育活動としての位置づけ』を明確にするという理由で医師をはじめとする専門職の助言等は最小限にとどめる方向だからである。今のところ、養護・訓練教諭を中心にして、それぞれの教師が研修して理論や手技を身につけるのが一般的であるが、現場の要求としては、子どもの障害の重度化、多様化に対応するためには、教師以外の専門的な立場から、子どもを評価したり指導の方針を引き出すような体制と研修の充実が切実に求められている」と、あらためて医療や専門家との連携強化の重要性を指摘した。

4. 「養護・訓練」から「自立活動」へ

1999年、養護・訓練は、より児童生徒の自主性や社会参加を強調した「自立活動」に転換する。同時に肢体不自由養護学校では、児童生徒の障害の重度化・重複化・多様化が進む。この頃には教師個人の力だけでは対応に限界が見えてきたとして、学校組織全体としての専門性の向上が謳われるようになり、同時に医療職との連携についても様々な形が模索される。

(1) 教師の専門性の課題

国立特殊教育総合研究所(2003)の研究では、「自立活動の指導に関して、どんなことが課題であると思うか」を調査しているが、一位は「自立活動に関する専門性のある教員が少ないこと」の77.6%であり、「自立活動に対する教員間の意識にばらつきがある」「実態把握等で活用する様々な検査法に関する専門性を持った教員が限られている」が約7割で続いている。このことから、報告書は、「教育現場において、自立活動に関する専門性のある教員の不足など、教員の専門性が最も大きな課題となっていることが示唆された」としている。

また中井・高野(2011)の、2004年の調査に基づいた考察によると、特別支援学校における自立活動が抱える課題は、第一に教員自身の自立活動の専門的知識や技術に裏付けられた指導力の低下などの専門性の課題、第二に教員や教材の不足などの学校組織や指導体制の課題、第三に医師、理学療法士、作業療法士などのその他の専門職との連携の課題であった。また、自立活動において他の専門職との指導上の連携を行うことが、教員の専門性の向上と教育効果を最大限に発揮する鍵になると考察している。

(2) 学校組織としての専門性向上と連携の必要性

教師の専門性向上に対する困難が指摘される中、飯野(2004)は、機能分化・役割分担を徹底し、子どもを中心にcooperationする時代へと変化してきたことを指摘した。また「障害が主に中・軽度であったころに、私たちの年代の教師が目指していたのは、個のレベルで、より多くの知識・技能を習得し、すべてに通暁したオールマイティーの教師像でした。教育・医療・福祉の連携が課題となっている今、求められているのは、役割分担や機能分化を徹底化し、組織的に協働することによって、その得意分野である専門性をより多く生かせる教師像です」(飯野, 2005)とも述べている。

また、川間(2005)は、自立活動に関して教師に身に付けて欲しい専門性として、運動・動作についての知識と技能、車いす・補装具・自助具の知識と取扱いの技能、疾病や健康管理に関する知識と技能、医療的ケアに関する知識と技能、摂食指導の知識と技能、情報教育機器・コンピュータ・情報通信ネットワークに関する知識と技能、コミュニケーション支援に関する知識と技能などをあげながら、これらを教師が一人ですべて身に付けることは困難だとしている。そのため、医療的リハビリテーション、リハビリテーション工学など他分野との連携の中で自立活動の専門性の維持向上を図ることを求めている。

さらに香野(2002)も「指導理論・技法は個人では単数の指導理論・技法であるが、学校全体を見渡すならば、複数種類の指導理論・技法が教師に習得された知識資源として存在するといえる」と述べ、チームによる効果的な自立活動の指導の可能性について述べている。

(3) 連携における課題の指摘

一方、連携を進めるにあたっての課題を指摘する研究も多数みられる。松原(2001)は、職種を越えた共通言語の確立や共通目標の確認等、情報を共有できるシステムがないことをあげ、「生活モデル」の視点に立った目標を設定・共有し、教育側が医療側から情報を得るだけでなく、教育現場から医療・療育場面に対して、学習方法の提示などの積極的な働きかけを行い、両者がお互いの役割を理解した上で、一貫した対応が継続されることが必要だとしている。

また宮本(2002)は「教育と医療の連携がうまくいかない要因として、医療側の『教育側の状況に対する理解不足』や『時間的余裕や機能の不足』、教育側の『学習方法など教員が考えなければならないことを医療に求めたり、整理されていない要望を出すこと』がある」とし、北原(2002)は課題として「①医療サイドが教え教育サイドが教わる、あるいは医療サイドからの知識・技術の一方的な押し付け、という情報の流れの固定化が見られやすい。これは担任の教師が毎年変わる、教師が学校を異動することにより、学校に専門知識・技術の継承性がないために起こる。②共通目標の確認がないままの情報交換は、専門知識・技術の断片的な切り売り、都合のよい部分のみの便宜的な利用に終わりやすい。③医療と教育では、子どもと関わる視点、関わり方が異なるので、お互いの不足部分を補完しあうことが求められているが、時と場所を同じくして何となく一緒にやっていると、連携しているという錯覚に陥りやすい」という具体的な要素をあげている。

5. 外部専門家の導入について

障害の重度化が一層進むとともに、医療的ケアが必要な児童生徒も増加すると、教師・学校の力だけでは対応しきれない状況が多数報告されるようになる。このため連携から一歩踏み込んだ形で、学校外の専門家(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師など)の学校への導入制度が推進される。

(1) 社会人の活用

2001年、文部科学省は「21世紀の特殊教育の在り方について」の中で、教職員の配置の充実にふれ、「盲・聾・養護学校や特殊学級においては、多様な教育活動の展開や、自立活動等の指導の必要性に対応するため、非常勤講師を活用したり、多様な人材を特別非常勤講師やボランティアとして活用することにより、幅広いスタッフを整備すること」としている。さらにその例として、「専門的な指導体制を組むため、理学療法士等を配置すること」をあげ、これまで「教師の免許状を所有していない場合は、学校においてどのような指導であっても行うことはできない」としていた見解を軌道修正している。

また2003年3月の「今後の特別支援教育の在り方について(最終報告)」の中では、「例えば、盲・聾・養護学校においては、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士等の専門家が指導に参画すること」とし、PT・OT・ST等を積極的に学校教育に導入することを明記している。

2007年からの特別支援教育実施へ向けて社会人活用の試みが見られるようになり、全国肢体

不自由養護学校長会(2005)は、社会人活用(非常勤講師)制度による、PT・OTの「教員」としての養護学校への参画事例について考察し、成果として、①児童の課題について、多面的・総合的にみることができる②医療スタッフとの連携を図ることでより正確な実態把握が可能になった③具体的な指導方法を教えていただける、などの教員の意見があったことをあげた。また課題としては、①学校行事との重なりから十分な時間をとれない②学校と医療現場との日時の調整が難しい、などがあげられた。

曾我部ら(2006)は、今後、非常勤や常勤としてOTが養護学校にかかわる機会が多くなったとしても、それを受け入れる教師の側の理解が乏しければ連携の実現への道は険しいとし、養護学校教師へのアンケート調査を実施。その結果、多くの教師が特殊教育と作業療法の連携の重要性を認め、OTによる特殊教育の理解やOTとの情報交換を望んでいることが明らかになった。また、他の調査から、OTが今後さらに学校に進出して児童生徒に役立つ援助を行うためには、学校側の理解・協力の下で、学校を医療の現場に置き換えるのではなく、学校環境に合わせた作業療法の実践方法を確立することが必要であるとしている。

また日本肢体不自由教育研究会(2007)は学校としての専門性を高めるには、医師、PT・OTはじめ医療等の専門化との連携も欠かせないが、医師等の助言を効果的に生かすためには受け止める側にも一定の専門的な力量が必要であることを指摘した。工藤ら(2008)は、養護学校に非常勤で週1回PT・OTが導入され、自らが自立活動を中心に指導・助言したことを踏まえ、教員・保護者へのアンケートから考察したところ、PT・OTへの期待として、ポジショニング指導、摂食指導が上位にあげられたとともに、課題として、①指導・助言が専門用語で意味がわからないことがあった②PTとOTの意見に齟齬があることがあった、ことを明らかにした。

(2) 外部専門家導入事業

さらに2005年の中央教育審議会答申を機に、外部の専門家の導入が加速され、2008年には文部科学省が全国10都道府県におけるモデル事業を開始したことで、外部専門家の導入が広く注目されることとなった。

木村(2007)によれば、「東京都心身障害教育改善検討委員会最終報告」において「外部の専門家の導入と連携」の必要性が示されたことから、東京都は2004年度より自立活動への外部専門家導入の事業を開始したが、その成果として①教員自身が今まで知らないまま指導していたことが多いことに気づいた②疑問への回答や示唆を得られ自らの指導に自信が持てるようになったことをあげている。

このような動きについて柳本(2008)は、「近年は、学校で自主的にあるいは教育委員会の支援を得て外部のPT・OT・ST・看護師・医師等の専門家を導入し、自立活動指導に対する助言・指導や研修会の実施等、専門性の向上を目指した取り組みが行われている。肢体不自由特別支援学校として自立活動の専門性を維持・向上させるには、外部専門家・専門機関との連携を欠かすことはできない」とその有用性を述べている。また筑波大学附属桐が丘特別支援学校(2008)は、関係者や関係機関との連携について、「最近では、「連携」に代わって「協働」という言葉が用いられ、関係者・関係機関とのより一層の協力関係を強調している。(PT・OTなど)専門家の活用は、学校の指導の充実を図るために行われるのであって、あくまで指導の主体者は教師であることを忘れてはいけない」と教師の主体性を主張した。

(3) 外部専門家についての課題

外部専門家の導入についても、「看護師の配置をはじめとして、外部専門家を教育活動に活用しようとする取り組みが進められているが、学校の組織体制との整合をどのように図っていくのが重要な課題である(村田, 2009)」と、課題を指摘する研究が多数見られる。

霜田ら(2008)は、外部専門家の助言によって教員自身がこれまでの実態把握や指導・支援に自信やゆとりを持って臨めることがわかったとした上で、必ずしも助言した指導・支援方法を実施できるわけではなかったという実状をあげ、その理由として教員間で指導・支援の助言に対する共通理解が図られない場合に実施されづらいことがわかったとした。また、児童生徒が抱える困難さの原因が明確に分からない事例に対しては、外部専門家からの助言内容があっても教員間で指導・支援の方向性を共通理解・共通行動(協働)できなくなってしまうことを示した。

清水・香野(2010)は、外部専門家活用の留意点として、受け入れる側である学校組織をいかに整えておくかという点をあげ、「基本的にPTやSTなどの専門家は個別の児童生徒に対応するところにその職業の特徴がある。個々のケースへの直接的な指導において、その専門性をもっとも発揮されるといえる。対して、特別支援学校は基本的に集団で個々の児童生徒に指導・教育を行うところに特徴を持っている。このような双方の特徴を考え合わせると、外部の専門家による個々への指導助言をいかに学校という教員集団に浸透させていくかについては工夫が求められる」と述べている。また課題として「時に、外部の専門家から教えてもらうことばかりに傾倒し、教師が『教えられる側』の役割に偏りすぎるきらいがあるように思われる。相互に専門家として尊重し合い、対等な関係であってこそ、この専門家活用事業の成果が大きくなるものと考え」としている。

古川(2013)は、他職種との連携では教師が助言を咀嚼する力が不可欠であるとして、「外部専門家の『手技』だけを学びの対象としない」こと、「外部専門家の助言等を教師が見聞きするだけの従来の方法を見直し、個別の指導計画の作成や計画に基づく指導の評価・改善に確実に反映させる」ことの重要性をあげている。

(4) 常勤化を望む声

多くの課題に対し、外部専門家の位置づけを根本的に見直す研究も散見される。高野(2005)は、全国すべての肢体不自由養護学校への二度にわたる調査の結果、「学校及び教員は自立活動の指導の充実と確保を行う必要性があり、今後は自立活動においては教員を指導決定の主体として位置づけ、その他の専門職との連携した直接指導をともに行っていく必要がある」と述べ、専門職が自立活動の指導に参画する条件の一つとして「常勤で学校組織の中に在籍すること」をあげている。

佐藤ら(2008)は、外部専門家の活用に関し、肢体不自由特別支援学校の教員にアンケート調査を実施した。その結果、非常勤PT・OTなど外部専門家導入の有用性が示唆されたが、PT・OTとの連携方法で教員が理想とする方法は「PT・OTが常勤でいる」であり、PTやOTといつでも必要な時に相談できる状態が求められていることが示唆された。これについて柳本(2013)は、「外部専門家を非常勤講師あるいはボランティア的に配置している学校が多いのに対して、連携方法については専門家の常勤化が選択されており、専門家と『ケース会議後に気軽に相談し話ができる』『実態や目標を共有し、継続的に相互に支援し評価できるシステムを構

築する』など、常時相談ができ、学校生活の状況を把握し齟齬を生じない連携のあり方が求められている」と専門家の常勤化について考察している。

佐藤(2001)は、「障害の程度がとりわけ重度の子どもの介助が軽減されたり容易になったりするということは、介助される子どものからだと介助する関わり手のからだの双方が変化し、両者の関係性が向上することによって、子どもの日常生活がしっかりと支援されるようになることだ」と述べているが、これも肢体不自由のある児童生徒と指導者との関係性の重要性を指摘したものである。

6. 自立活動(養護・訓練)教諭について

外部専門家の活用については、学校側の受け入れ態勢が整備されることによって、徐々にその成果があらわれてきている。しかし、やはり「あくまでも外部は外部」であり、常勤の専門家が望まれていることも明らかである。児童生徒の生活をサポートするという視点から、外部専門家とは違った形の自立活動指導者が望まれているのである。そこで、あらためて自立活動(養護・訓練)教諭の存在がクローズアップされてきている。

(1) 自立活動(養護・訓練)教諭制度

1963年、東京都は独自の制度として教員資格を持たない機能訓練士を実習助手として採用した。これには、はり・きゅう・マッサージの有資格者及び看護師が充てられた。これが端緒となり、1973年7月20日の「教育職員免許等の一部を改正する法律」により、国レベルで特殊教育教員資格認定試験制度が成立することとなった。

五味(1980)によれば「全国の肢体不自由養護学校における養護・訓練を担当する教師の需要は多いので、医療の分野で働くPT・OTの進出が期待されている」とのことだったが、北村(1984)は、「本来ならば、養護・訓練教諭が養護・訓練にあたるのがもっとも望ましい」としながらも、認定試験が実施されて10年で合格者が209人という数をあげ「養護・訓練教諭は絶対的不足」であると述べた。

これについて佐藤(1992b)は「文部省の資格検定試験を合格し免許状を授与された者は、基礎免許状を有しなくても、養護学校において養護・訓練を担当することができるようになった。しかし、この認定試験は資格試験であり、教員採用試験ではない。採用の段階で問題となるのは、現在、養護・訓練教諭枠を設けているのは、東京都だけでしかないことに尽きる。他道府県においては、養護学校教員となるには、小学校、中学校等の普通免許状を有することが必要であり、小学校・中学校教員採用試験選考を受験し、合格しなければならない。大阪府・京都府においても、かつて機能訓練担当枠があったが、現在は理学療法士として実習助手の形で入り、通信教育などで小・中学校教諭の資格を取得し、一般教諭採用試験を受験し直して正式な教諭となる道しか取れなくなっている。問題解決としては、学校の需要が教育委員会を動かしているということである。各道府県の教育委員会への養護・訓練教諭採用のための積極的働きかけ如何にかかっている」と分析している。

(2) 成果と課題

佐藤・古川(2008)によると、自立活動教諭が配置されたことの一番の成果は、恒常的に学級担任と連携し、より専門的に児童生徒の実態把握や指導目標の設定、指導内容・方法の検討を行うことが可能となり、教育活動の基盤に一人一人の障害からくる困難について改善や克服を目指す観点からの継続的な取り組みが可能となってきたことである。必要に応じて、学級担任が自立活動教諭や養護教諭から適切な支援を得て教育活動にあたるための計画・反省・評価・研修等の体制が整備されてきていることが、学校としての専門性向上に大きく寄与している。

今野(2012)は、自立活動教諭の在籍する北海道立特別支援学校9校への学校代表者及び自立活動教諭への質問紙調査を行った。その結果、導入の最大の成果として挙げられたのは「担任教師への指導助言機能」であり「校内外でのコーディネーター機能」がこれに次いでいた。課題としてまず挙げられたのは「自立活動教諭の絶対数の不足」であり「校内での役割の明確化」がこれに次いでいた。また先行研究との比較から、自立活動教諭と外部専門家の導入の成果で共通して挙げられているのは「教員の指導力向上、授業力向上、資質向上」だが、外部専門家の場合は「打ち合わせ、ケース会議の時間の調整の困難」が指摘され、また、両者に共通して課題となっていたのは「指摘事項の意味の理解に時間を要する」「不明な専門用語」であることが明らかになった。

(3) 特殊な事例

また今野(2009)は、全国的にも稀である札幌市の事例をとり上げ、1972年、札幌市立美香保小学校「つぼみ学級」にはじまる市の技術職員(当初は保健婦、物療士、のちに理学療法士、作業療法士)による指導について報告している。さらにこのシステムについて「40年にわたり、技術職員は『外部専門家』ではなく、あくまでも学校の『内部に所属する専門家』として指導に携わってきた」(今野, 2013)として、そのあり方を検討の課題としている。

7. まとめと今後の課題

以上に見られるように、肢体不自由教育における自立活動(養護・訓練)は児童生徒や学校・地域・社会の実態によって内容が変遷するとともに、それを担当するキーパーソンとしての指導者像も変化してきた。それは、個人の努力に期待されていた時代→学校組織としての専門性向上が謳われた時代→学校外の専門家の導入を推進する時代という指導者像の変遷と見ることもできる。

現在の我が国における肢体不自由教育指導者研究の多くを占めるのが、外部専門家に関する研究である。これについては児童生徒の障害の重度化・重複化・多様化という実態に加え、障害者基本計画、中教審答申、文部科学省の政策などの後押しがあり、ここ数十年で多数の研究成果が蓄積されている。しかし、本稿で見てきたように、外部専門家の導入についてはその有用性が認められるものの重要な課題も多い。中でも現場の教員と専門家が「連携できている」と考える状態は、「自由に意見を述べ、気軽に情報交換ができる状態」「課題や状況などを共通理

解できている状態」「目標や方針が一致している状態」「いつでも必要な時に話し合いができる状態」である(柳本2013)が、このような関係性を構築することの困難さを指摘する研究も多い。すなわち外部専門家はあくまでも外部の人間なのであり、様々な改善策が講じられたとしても現場との齟齬についての課題は残ると考えられる。

一方、数は少ないが、自立活動(養護・訓練)教諭に関する研究も長年にわたり積み重ねられてきている。自立活動教諭は特別支援学校の常勤教員であり、児童生徒、教職員と密接な関係性を構築した上で指導に関われることから、外部専門家に対し「内部専門家」と言われることもある。前述の通り自立活動教諭は、恒常的に学級担任と連携し、継続的な取り組みが可能であることが評価されている(佐藤・古川, 2008)。ただ、この自立活動教諭の教育実践についてはいまだ研究成果が少なく、外部専門家との関わりの違い、今後の可能性など、多角的に考察を深めることにより、肢体不自由教育についてさらに寄与することが可能であろう。またこれらとは別の形で専門家が肢体不自由教育に常勤として参入している例もあり、これからの研究課題として重要と考えられる。

文献

- 古川勝也(2013). 学校での教員と他職種との連携のあり方—外部専門家との連携を中心に—. 肢体不自由教育, 209, 10-15.
- 五味重春(1980). 養護・訓練に期待する. 理・作・療法, 14, 613-616.
- 林邦雄・村田茂編(1977). 脳性まひ児養護・訓練の諸問題. 慶應通信.
- 林節雄(1996). 肢体不自由養護学校での「養護・訓練」の実際. 障害者問題研究, 24, 126-131.
- 一宮俊一(1989). 高木憲次の「養護・訓練」論. 鳴門教育大学研究紀要(教育科学編), 4, 109-126.
- 飯野順子(2004). 肢体不自由教育への希求—「人生の質」を高める「教育の質」を問う—. ジアース教育新社.
- 飯野順子(2005). 今, 求められている専門性とは—専門性にマネジメントの発想を—. 肢体不自由教育, 172, 2-3.
- 猪岡武(1975). 肢体不自由児の養護・訓練. 双書養護・訓練, 4 身体機能, 明治図書.
- 糸永和文(1986). 肢体不自由児に対する「養護・訓練」. 大阪教育大学紀要第IV部門, 35, 83-92.
- 糸永和文(2008). 肢体不自由養護学校における「からだ」の訓練の変遷. 大阪教育大学障害児教育研究紀要, 31, 9-20.
- 加藤晃代他(2005). 作業療法士と教員とのチームアプローチに関する研究—給食指導場面における評価表の作成と活用—. 心身障害学研究, 29, 207-217.
- 加藤安雄(1975). 養護・訓練の性格. 双書養護・訓練, 4 身体機能, 明治図書.
- 川間健之介(2005). 自立活動の専門性. 肢体不自由教育, 172, 10-11.
- 川守田正康(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.
- 木村泰子(2007). 自立活動への外部専門家の導入と連携の実際. 肢体不自由教育, 180, 28-33.
- 北原佑(2002). 実践講座「障害児の医療と教育」(2) 肢体不自由児の課題と展望. 総合リハ, 30, 151-159.
- 北村晋一(1984). 「肢体不自由児」の養護・訓練. 障害児教育実践体系5(学校教育Ⅰ), 労働旬報社.
- 国立特殊教育総合研究所(2003). 「盲・聾・養護学校における新学習指導要領のもとでの教育活動に関する実際的な研究—自立活動を中心に—」報告書.

- 香野毅(2002). 肢体不自由養護学校における自立活動. 静岡大学教育学部研究報告(教科教育学篇), 33, 265-273.
- 小池文英(1978). 養護・訓練, 総合リハ, 6, 247-251.
- 今野邦彦(2009). 肢体不自由教育における発達援助者の専門性と関係性—札幌市立美香保小学校つぼみ学級(1972～1983)における実践を通して—. 教育学の研究と実践, 4, 75-84.
- 今野邦彦(2012). 北海道の肢体不自由教育における自立活動教諭導入の成果と課題に関する調査研究. 北海道リハビリテーション学会誌, 37, 43-47.
- 今野邦彦(2013). 北海道および札幌市における専門家との連携の実態と課題. 運動障害教育・福祉研究, 11, 13-19.
- 工藤俊輔他(2008). 肢体不自由養護学校における理学療法士・作業療法士の役割—教師の意識調査を通して—第3報一. 秋田大学保健学科紀要, 16, 1-8.
- 松原豊(2001). 重複障害児を対象とした療育と教育の連携に関する事例研究. 筑波大学学校教育論集, 24, 9-18.
- 宮本信也(2002). 教育と医療の連携. 筑波大学附属大塚養護学校紀要, 46, 154-156.
- 文部科学省(2001). 「21世紀の特殊教育の在り方について」
- 文部科学省(2003). 「今後の特別支援教育の在り方について(最終報告)」
- 文部科学省(2009). 特別支援学校教育要領・学習指導要領.
- 文部省(1958). 肢体不自由教育の手引き(上). 日本肢体不自由児協会.
- 文部省(1963). 養護学校小学部, 中学部学習指導要領 肢体不自由教育編解説.
- 文部省(1966). 肢体不自由教育の手引き(下). 日本肢体不自由児協会.
- 文部省(1967). 機能訓練の手びき—肢体不自由教育のために—. 日本肢体不自由児協会.
- 文部省(1971). 特殊教育諸学校小学部・中学部学習指導要領. 慶応通信.
- 文部省(1979). 盲学校, 聾学校及び養護学校学習指導要領.
- 文部省(1989). 盲学校, 聾学校及び養護学校学習指導要領.
- 文部省(1994). 肢体不自由児の養護・訓練の指導. 日本肢体不自由児協会.
- 文部省(1999). 盲学校, 聾学校及び養護学校学習指導要領.
- 村田茂(1997). 新版 日本の肢体不自由教育—その歴史的発展と展望. 慶應義塾大学出版会.
- 村田茂(2009). 肢体不自由教育の専門性を発揮した特別支援教育の推進—自立活動の指導の充実を目指して—(シンポジウム報告). 特殊教育学研究, 46, 380-381.
- 中井滋・高野清(2011). 特別支援学校(肢体不自由)における自立活動の言所と課題(I). 宮城教育大学紀要, 46, 173-183.
- 中村尚子(1999). 養護・訓練の指導体制と教育課程上の位置. 障害者問題研究, 27, 83-89.
- 中村尚子(2000). 障害児教育における「養護・訓練」の意義. 障害者問題研究, 27, 80-85.
- 中司利一(1980). 肢体不自由教育の場合—養護・訓練で使われる技法—. 理・作・療法, 14, 597-602.
- 日本肢体不自由教育研究会(2007). 肢体不自由教育の基本とその展開. 慶應義塾大学出版会.
- 野口宗雄(1987). 教育におけるリハビリテーション. 教育と医学, 35, 343-348.
- 小野宣子(1981). 北海道肢体不自由児療育史. 日本肢体不自由児協会.
- 大竹信男(1982). 肢体不自由養護学校における「養護・訓練」の現状と課題. 障害者問題研究, 31, 20-26.
- 佐鹿博信・大川嗣雄(1980). 横浜市立K養護学校での養護・訓練の実態—養護・訓練で使われる技法—. 理・作・療法, 14, 609-612.

- 佐藤秀紀(1992a). 養護学校教育における理学療法士の役割. PTジャーナル, 26, 146-155.
- 佐藤秀紀(1992b). 養護・訓練教諭採用における諸問題. PTジャーナル, 26, 345-348.
- 佐藤健一・古川章子(2008). 本校における自立活動教諭の役割と学級担任との連携. 特別支援教育, 29, 28-31.
- 佐藤暁(2001). 自立活動をめぐる諸問題—肢体不自由児教育を中心に—. 岡山大学教育実践総合センター紀要, 1, 31-37.
- 佐藤裕子・川間健之介・浅川育世・松田智行・長山七七代(2008). 肢体不自由特別支援学校と理学療法士・作業療法士の連携に関する調査. 理学療法学, 35, 859.
- 清水笛子・香野毅(2010). 特別支援学校の自立活動における外部専門家の活用について. 静岡大学教育学部附属教育実践総合センター紀要, 18, 83-91.
- 霜田浩信・星野常夫・須田孝・高田豊・阿部和彦(2008). 外部専門家による特別支援学校との連携の成果. 文教大学教育学部『教育学部紀要』, 42, 103-113.
- 曾我部かおり他(2006). 特殊教育と作業療法の連携についての研究. 秋田大学教育文化学部教育実践, 29, 63-74.
- 昇地勝人(1972). 肢体不自由教育における『養護・訓練』の教育的意義についての研究. 福岡教育大学紀要, 第4分冊, 教職科編, 22, 137-143.
- 高橋純(1980). 養護・訓練とは何か. 理・作・療法, 14, 591-595.
- 高野清(2005). 肢体不自由養護学校における自立活動の現状と課題. 宮城教育大学修士論文.
- 丹野傑史・安藤隆男(2012a). 学習指導要領制定前の単独型肢体不自由養護学校における機能訓練—教育課程の位置づけと教科指導との関連に着目して—. 障害科学研究, 36, 159-172.
- 丹野傑史・安藤隆男(2012b). 1957年度から1962年度にかけての東京都立光明養護学校における克服指導の実践—機能訓練との関連に着目して—. 特殊教育学研究, 50, 141-150.
- 筑波大学附属桐が丘特別支援学校(2008). 肢体不自由教育の理念と実践. ジアース教育新社.
- 柳本雄次(2008). 特別支援学校における自立活動指導の専門性の向上(2). 日本特殊教育学会第46回大会発表論文集, 632.
- 柳本雄次(2013). 外部専門家の活用による特別支援学校教員の専門性の向上. 運動障害教育・福祉研究, 11, 1-10.
- 全国肢体不自由養護学校長会編著(2005). 特別支援教育に向けた新たな肢体不自由教育実践講座. ジアース教育新社.

The Change of the Specialty of “Jiritsu-Katsudo” Teachers in Education for the Physically Handicapped

Kunihiko KONNO

Key Words

education for the physically handicapped, Jiritsu-katsudo, external experts, Jiritsu-katsudo-kyoyu

Abstract

Jiritsu-katsudo, Yogo-kunren before 1999, in the school for special needs education is provided. This research takes a general view of the specialty of “Jiritsu-katsudo” teachers in education for the physically handicapped of our country and overview the research direction in the future. As a result, “Jiritsu-katsudo” in education for the physically handicapped seen by the realities of students, schools, communities and society. Also, as keyperson teachers also has changed. In recent years the introduction of external experts, such as physical therapist, occupational therapist, speech therapist, nurse, recognized the usefulness of those challenges. On the other hand, “Jiritsu-katsudo-kyoyu” full-time faculty members, can be involved in the guidance on students, faculty and staff and close relationship. Research about “Jiritsu-katsudo-kyoyu” have expected the contribution for education by future research.