

#### IV 肢体不自由

肢体不自由とは、身体の動きに関する器官が、病気やけがで損なわれ、歩行や筆記などの日常生活動作が困難な状態を言う。肢体不自由の程度は、一人一人異なっているため、その把握に当たっては、学習上又は生活上どのような困難があるのか、それは補助的手段の活用によってどの程度軽減されるのか、といった観点から行うことが必要である。

##### 1 肢体不自由のある子供の教育的ニーズ

###### (1) 早期からの教育的対応の重要性

乳幼児期は、心身の発達に極めて重要な時期である。特に、幼児期は、自分を取り巻く人々へのかかわり方を学び、周囲の物事についての理解を深め、社会生活を営む際のルールについても学習し、学齢期に向けての基礎づくりをする大切な時期と言える。

この時期の一般的な発達上の目標としては、おおよそ次のものが挙げられる。

- ・運動・姿勢能力の向上
- ・コミュニケーション能力の促進
- ・食事や排泄等の身辺自立の習慣形成
- ・周囲の人々との情緒的なつながりに基づく、安定した人間関係の形成
- ・自分と自分を取り巻く社会についての簡単な概念の形成
- ・社会的ルールについてのある程度の理解の学習
- ・小集団における最低限の自己コントロールの学習
- ・認知機能の向上と学習レディネスの促進

以上のような幼児期を中心とした一般的目標は、肢体不自由のある子供であっても、同様である。しかしながら、肢体不自由のある子供の中には、運動機能障害に加えて、しばしば知的発達の遅れ、視覚や聴覚などにも障害を併せ有することがある。その結果、障害それ自体がもたらす問題（一次的な障害）の他に、この障害のために不自然な形で学習してしまった数々の問題（二次的な障害）が存在することとなる。

特に、肢体不自由のある幼児の場合、幼児期には、「歩くこと」「話せるようになること」などが大きな目標となって、他の諸側面の発達がなおざりにされる危険性が高い。そこで、肢体不自由のある幼児にかかわる場合には、表面上の明らかな障害ばかりに注目し、その幼児の全体像を見失うことがないように絶えず留意しなければならない。

近年、早期発見、早期相談、早期療育の必要性が強く指摘されるようになったのは、前述の二次的な障害が形成されるのを最小限にとどめられる点にある。また、乳幼児期は発達の可塑性に富み、発達領域間の関係性が密接であるため、肢体不自由のある子供の全体的な発達促進を図り、能力を最大限に伸ばすような指導目標の設定が何よりも重要な時期であると言える。

## (2) 早期からの教育相談・支援の重要性

肢体不自由のある多くの子供の場合、病院から保健所に連絡が行き、保健師による支援が開始される。また、健康診断時の所見等から、医師や保健師から児童発達支援施設等が紹介され、早期からの療育とともに我が子の障害に戸惑いを感じている保護者への育児相談が開始される。

また、就学前の段階から義務教育段階への移行期において、多くの保護者は就学先の決定に対して不安を抱いている時期である。よって、市町村の教育委員会が中心となり、このような保護者の気持ちをも十分にくみ取りながら、早期からの継続した教育相談が安心して受けられるように工夫することが大切である。その際、市町村の教育委員会が中心となって、子供とその保護者を支えてきた関係者間と情報を共有しながら、就学先となる学校での教育支援が円滑に進むように、個別の教育支援計画を作成して学校に引き継いでいくことが適当である。

早期からの教育相談には、子供の障害の理解に係る保護者への支援、保護者が肢体不自由のある子供とのかかわり方を学ぶことにより良好な親子関係を形成するための支援、肢体不自由という障害特性からくる乳幼児期の感覚や認知の発達を促すようなかかわり方についての支援、肢体不自由による学習上又は生活上の困難の軽減・改善に関する保護者の理解への支援、特別支援教育に関する情報提供等の意義があり、教育委員会においても、障害のある子供を養育する家族に対する支援に積極的に取り組む必要がある。

肢体不自由のある子供にとって、その障害を早期に発見し、早期からその発達に応じた必要な支援を行うことは、その後の自立や社会参加に大きな効果があると考えられるとともに、障害のある子供を支える家族に対する支援という観点からも、大きな意義があるものである。

## (3) 早期からの就学相談・支援の充実

### ① 障害の状態等の把握

障害のある子供にとって適切な就学の間を検討するためには、障害の状態、発達や経験の程度、興味・関心、生活や学習の状態、本人の教育的ニーズ等を本人・保護者の意見を踏まえ総合的な観点から行う必要がある。

ここでは肢体不自由児の障害の状態をどのように理解したらよいか、またその状態をどのような観点から把握したらよいか説明する。

### ア 医学的側面からの把握

肢体不自由のある子供に対して、就学前までに就学に関する相談・支援を行う際には、現在の障害の状態を正確に捉える必要があることはもちろんのこと、現在の状態をよりの確に把握するために必要な範囲でその子供の既往・生育歴及び家庭の状況を保護者との面談等を通じてできるだけ把握することが大切である。そのため、例えば、次のような点について把握することが考えられる。

**a 既往・生育歴**

- ・ 出生月齢      ・ 出生時体重      ・ 出生時の状態      ・ 保育器の使用
- ・ 生後哺乳力      ・ 生後 4 週間以内のけいれん発作と高熱疾患
- ・ 障害の発見

なお、これらについては、例えば、高熱が長引いた場合には、どの程度日数が続いたのかなど、必要に応じて、細部にわたって把握することが必要である。

**b 乳幼児期の発達状況**

例えば、姿勢の保持・姿勢の変換・移動運動・手の操作の 4 つの観点から以下の点について、何か月で可能になったかを把握する。

- ・ 姿勢の保持：頸の座り，座位保持，立位保持
- ・ 姿勢の変換：寝返り，立ち上がり
- ・ 移動運動：這い這い，ひとり歩き
- ・ 手の操作：物の握り，物のつまみ，持ち換え

**c 医療的ケアの実施状況**

- ・ 経管栄養（鼻腔に留置された管からの注入，胃ろう，腸ろう，口腔ネラトン），I V H 中心静脈栄養
- ・ 喀痰吸引（口腔内，鼻腔内，咽頭より奥の気道，気管切開部（気管カニューレ），経鼻咽頭エアウェイ）
- ・ その他（ネブライザー等による薬液の吸入，酸素療法，導尿等）

なお、これらについては、例えば、吸引を実施する場合には、いつ、どのような状態で実施するのか、1 回の処置に要する時間など、主治医の指示書に基づき、細部にわたって把握することが必要である。

**d 口腔機能の発達や食形態等の状況**

- ・ 口腔機能：口に取り込む動き，口の中で噛む動き，飲み込む動き等
- ・ 食形態：食物の大きさ，軟らかさ，粘性（水分も含む）等
- ・ 食環境：食事及び水分摂取の時間・回数・量，食事時の姿勢，食器具の選定，食後のケア等
- ・ 既往歴：誤嚥性肺炎，食物アレルギー（原因食物）等
- ・ その他：偏食の有無，除去食の必要性等

**イ 障害の状態の把握に当たっての留意点**

病院の診察室のような雰囲気ではなく、プレイルームのような所で観察することが望ましい。この場合、玩具の使い方などの観察を通して、運動・姿勢や精神発達の側面を評価することが大切であり、子供に触れる時には、母親が抱いた状態で相対する方が、子供に安心感を与えることができる。

また、脳性まひ関連疾患の子供については、子供の緊張が高まって正しい把

握が困難になる場合があるので、十分な配慮が必要である。なお、疾患の症状や障害が進行性か否かについては、保護者が日ごろ観察している点を十分に把握することで、理解できる場合がある。

## ウ 観察の視点

身体機能面では前述した姿勢の保持・姿勢の変換・移動運動・手の操作の4つの観点から、ひとりで座位をとれるか、移動はどのようにして行うか(這う、伝い歩く、歩くなど)、玩具をどのようにして使いこなすか(持ち換え動作、つまみ動作、よく使う手は右か左かなど)等の姿勢や運動・動作の発達状況を見る。

心理発達面では認知・コミュニケーション・人間関係・情緒・心理的な安定等の多様な観点から、年齢相応の玩具を使うか、口頭での指示に対応できるか、友だちとの遊び方かどうか、知能や発達の状況はどうかなどについて把握する。

日常生活動作面では食事・衣服着脱・排泄等の多様な観点から、<sup>えんげ</sup>嚥下、<sup>そしゃく</sup>咀嚼ができるか、食器はどのようなものを使うか、尿意を伝えられるか、便意はどうかなどを把握する。おむつの使用の有無も確認する。これらの他、更衣、洗面、入浴などの複雑な動作の可否を質問し、記録することも必要である。

なお、相談の際に、全ての日常生活動作を実際に行ってみる余裕はないので、要点を尋ねることが大切である。随伴障害の有無やその程度についても、問診に頼らざるを得ない。特に、日中に必要な経管栄養や吸引等の医療的ケアの状況、てんかん発作の有無や発作状況、頻度、抗けいれん剤服用の有無については、忘れずに把握する必要がある。

## エ 保育所・幼稚園等からの情報の把握

学校での集団生活を送る上で、情報として把握しておきたいことには、遊びの中での友だちとのかかわりや興味・関心などの社会性や精神面等の発達などがある。これらのことについては、就学に係る短時間の行動観察よりも、保育所・幼稚園、児童発達支援施設等での日常生活を通して把握した方が、子供の変容過程についてより詳細な情報が得られるので大いに活用したいものである。

## オ かかりつけの医療機関からの情報の把握

これまでにかかっていた専門の医療機関がある場合には、その間の診断や検査結果、それに基づく治療方法など、医学的所見を把握することが重要である。

特に、常時、抗けいれん剤を服用している場合には、入学後、授業中などにけいれん発作が起きた場合や急性疾患などで近くの医療機関にかかる場合が生じた時、薬剤の処方内容についてあらかじめ保護者を通して主治医から情報を把握し、緊急に対応できるようにしておくことが安全な学校生活を送る上で必要である。

## カ 現在使用中の補装具

就学前の肢体不自由児が使用している補装具には様々なものがあり、障害の重度な子供については、車いす、歩行器（前方支持と後方支持の2種類がある）が使われていることが多い。また、障害の軽度な子供については、つえ、短下肢装具又は靴型装具や足底装具が使われている。

なお、つえには、両松葉づえと両側肘つえ(ロフストランド型)がある。つえ歩行をしている子供の多くは、平地歩行のみが可能で、時には安定性を欠くこともあり、坂道と階段の昇降ができる者は少ない。普通型車いす利用者もいるが、自ら車いすの移乗やブレーキ操作、車いすのハンドリム操作を行える者は少なくなっている。

補装具の使用に当たっては、定期的な受診を勧め、子供の障害の状態等の変化に応じた適切な補装具を使用できるようにしておくことが大切である。

## ② 心理学的、教育的側面からの把握

肢体不自由児の障害の状態を把握するに当たっては、前述したような医学的側面からの把握を行うとともに、発達段階や特別な指導の必要性等について、心理学的、教育的側面からも十分に把握することが必要である。肢体不自由児の場合、その起因疾患や障害の程度等が多様であるため、一人一人について十分な評価を行うことが望ましく、就学先についての判断に必要な資料を作成する必要がある。

このためには、諸検査及び行動観察を通して、次のような行動の側面を把握するための基礎的事項について把握することが望ましい。

### ア 身体の健康と安全

睡眠、覚醒、食事、排泄等の生活のリズムや健康状態について把握する。

### イ 姿勢

遊びや食事など無理なく活動できる姿勢や身体の状態が安定する楽な姿勢のとり方を把握する。また、学校生活等における休息の必要性やその時間帯及び程度等について把握する。

### ウ 基本的な生活習慣の形成

食事、排泄、衣服の着脱等の基本的な生活習慣に関する自立の程度について把握する。

### エ 作業能力

手の運動能力については、粗大運動の状況、道具・遊具等の使用に関する手の操作性、手指の巧緻性等について把握する。また、書写能力については、文字の大きさ、書写の速度、筆記用具等の自助具や補助用具の使用の必要性、特別な教材の準備やコンピュータ等による代替の必要性について把握する。

## オ 意思の伝達能力

言語による一般的理解，コミュニケーションの手段としての補助的手段や補助機器等の必要性について把握する。なお，必要に応じて，標準化された個別検査を実施し，言語能力を高めるための指導課題の把握に努めることも大切である。

## カ 感覚機能の発達

視覚，聴覚等の状態について把握するとともに，特に，視知覚の面については，目と手の協応動作，図と地の知覚，空間の認知等の状況について把握し，就学後の指導課題を明らかにすることが大切である。なお，必要に応じて，視知覚等の発達の状況の把握のために，標準化された検査を実施することも大切である。

## キ 知能の発達

認識力の発達については，色・形・大きさの弁別，空間の位置関係，時間の概念，言葉の概念，数量の概念等について，適切な教材等を用意して，発達段階や学習上の困難についての把握に努める必要がある。なお，知能を的確に把握するためには，標準化された個別検査を実施することも大切である。

## ク 情緒の安定

多動や自傷などの行動が見られるか，集中力はどうかなどを，行動観察を通して把握する。

## ケ 社会性の発達

遊びや対人関係をはじめとして，これまでの社会生活の経験や，事物等への興味・関心などの状態について把握する。また，遊びの様子については，どういった段階にあるのかを把握する。これらの他，保護者の養育態度について把握することも必要である。なお，社会性の発達の把握に当たっては，必要に応じて，標準化された検査を実施することも大切である。

## コ 障害が重い子供の場合の観察の視点

障害が重い子供の場合の観察の視点は，次のとおりである。

- ・健康状態が安定しているか。
- ・順調な体重の増加が見られるか。
- ・感染症への配慮が必要であるか。
- ・てんかん発作が頻繁にあるか。
- ・経管栄養摂取，頻回のたんの吸引が必要か，胃ろう・気管切開の有無等，必要な医療的ケアの対応について。
- ・骨折しやすいか。

また，学校において十分な健康管理を行うために，特に摂食・嚥下機能や呼

吸機能の状態とその管理，体温調節中枢の働きなどについても，医師の診察を通じて把握したり，子供への対応についての指導・助言を受けたりすることも大切である。

### ③ 心理学的，教育的側面からの総合的把握

以上のような点についての的確に把握するとともに，次のような観点から，総合的に判断する必要がある。

#### ア 障害の理解

子供によっては，幼児期から自分の障害に気付いている場合があり，障害の理解の程度について，保育所・幼稚園，児童発達支援施設等の協力を得て，把握することが大切である。

障害の理解の程度については，次のような観点から把握することが望ましい。

- ・自分の障害に気づき，障害を受け止めているか。
- ・障害を正しく認識し，克服しようとする意欲をもっているか。
- ・自分のできないこと・できることについての認識をもっているか。
- ・自分のできないことに関して，悩みをもっているか。
- ・自分の行動について，自分なりの自己評価ができるか。
- ・自分のできないことに関して，先生や友だちの援助を適切に求めることができるか。
- ・家族が，子供に対して障害について教えているか。
- ・保育所・幼稚園，児童発達支援施設等で，子供自身が障害を認識する場面に出会っているか。

#### イ 障害を補い，工夫し，自分の可能性を生かす能力

障害を自覚し，障害を補う適切な工夫や努力の姿勢について，次のような観点から把握することが望ましい。

- ・障害の状態の改善のために，自分から工夫するなどの積極的な姿勢が身に付いているか。
- ・補助的手段を使いこなすことができるか。

#### ウ 自立への意欲

日常の基本的な生活習慣の自立とともに，精神面においても，他人に依存しないで主体的に自立しようとしている姿勢が見られるかについて判断することが必要である。観察の観点は，次のとおりである。

- ・自分で周囲の状況を敏感に察知して，行動しようとするか。
- ・周囲の状況を判断して，自分自身で安全管理ができるか。
- ・できることは，自分でやろうとする意欲があるか。
- ・受け身となるような行動が多いか。

## エ 対人関係

学校生活を送る上で必要な集団における人間関係について、保護者や保育所・幼稚園、児童発達支援施設等と連携して、その状況を把握することが大切である。

対人関係の面で把握することが必要な観点は、次のとおりである。

- ・実用的なコミュニケーションが可能であるか。
- ・協調性があり、友だちと仲良くできるか。
- ・集団に積極的に参加することができるか。
- ・集団生活の中で、一定の役割を果たすことができるか。
- ・自分の意思を十分表現することができるか。

## オ 学習意欲や学習に対する取組の姿勢

学習意欲や学習等の課題に対する取組の姿勢について、十分に把握する必要がある。観察の観点は、次のとおりである。

- ・学習レディネスが形成されているか。
- ・学習の態度（着席行動、姿勢保持）が身に付いているか。
- ・学習や課題に対して主体的に取り組む態度が見られるか。
- ・学習や課題に対する理解力や集中力があるか。
- ・年齢相応の学習活動に参加し、内容が理解できるか。
- ・読み・書きなどの技能や速度はどうか。

### ④ 諸検査等の実施に当たっての留意点

上記の行動の基礎的事項と、特別な指導や指導上の配慮の必要性の把握については、遊び等の場面における行動観察や諸検査の実施等を通して把握することが大切である。

これらの実施の際には、次のような点に留意することが必要である。

## ア 検査の種類

肢体不自由児の中には、言語や上肢の障害のために、意思の伝達等のコミュニケーションの面や、文字や絵による表現活動の面など、自己表現全般にわたって困難が伴い、新しい場面では緊張しやすく、不随意運動が強くなる場合も見受けられる。

このため、標準化された知能検査を行う場合には時間制限があったり、運動速度を必要としたりする集団式知能検査のみではなく、好ましい人間関係を保ちながら、もっている能力を十分引き出すことが可能な、個別式知能検査を実施することが必要である。

## イ 検査実施上の工夫等

肢体不自由児の多くを占めている脳性まひ児の知能検査においては、①現在使用されている知能検査の多くは、運動・姿勢の障害や言語障害等がある子供



に対する配慮に難点があるので、知能検査では、目と手の協応、運動速度、言語などを必要とする検査項目の成績が低く現れること、②運動・姿勢の障害等のために、幼少時から行動範囲や経験が制約され、知的発達に必要な環境からの情報の収集・蓄積が乏しいので、検査項目の内容によっては、成績が低く現れることがある。

このように、知能検査は、言語障害や上肢の障害による表出手段の著しい困難などのために、妥当性の高い検査値を求めることができない場合があるので、検査目的を明確にするとともに、その結果を弾力的に解釈できるような工夫を行って実施する必要がある。

また、検査の実施方法の工夫や改善は、信頼性や妥当性を低下させたり、問題の内容や難易度を変えたりすることのないように配慮しながら、①音声出力装置など代替表現の工夫、②障害の状態や程度を考慮した検査時間の延長、③検査者の補助（被検者の指示によって、検査を部分的に助ける）というような方法を工夫する必要がある。

## ウ 検査結果の評価

肢体不自由児について、知能検査による数値を評価として使用する場合には、検査の下位項目ごとにその内容を十分に分析し、構造的に見て評価する必要がある。なお、知能検査の結果をもとに、知能を構造的・内容的に見て、何らかの問題が予見される場合には、例えば、言語学習能力診断検査、視知覚発達検査などの関連する検査を実施し、問題の所在を細部にわたって明らかにすることが必要である。

個別検査中の行動等については、特に観察を密にし、障害に対する自己理解の程度、課題に取り組む姿勢、新しい場面への適応能力、判断力の確実さや速度、集中力等について評価することが大切である。

### ⑤ 発達検査等について

子供の発達の全体像を概括的に把握する方法の一つに、発達検査の利用が挙げられる。この場合は、検査者が子供の様子を観察しながら、発達段階を明らかにする方法と、保護者又は子供の状態を日常的に観察している保育所・幼稚園、児童発達支援施設等の担当者に記入してもらう方法とがある。

また、社会性の発達等についても、資料収集の必要な場合があり、その際には、社会性の発達検査等を利用することも一つの方法である。

ただし、発達検査等の結果の評価に当たっては、運動面や言語表出面での遅れがあることも十分考慮し、発達概要の把握にとどめておくことが必要である。

### ⑥ 行動観察について

行動観察は、子供の行動全般にわたって継続的に行うことが望ましい。したがって、行動観察に当たっては、事前に保護者と面接し、子供のこれまでの発達の状況や現在の様子を、詳細に把握しておくことが必要である。

なお、行動観察は、ワンサイド・ミラーを通した静的な観察よりも、直接子供とのかかわりや働き掛けを通して行う動的な観察が有効であり、できるか、できないかの観点からの把握だけでなく、どのような条件や援助があれば可能なのかなど、子供の発達の可能性についても把握することが必要である。

#### (4) 肢体不自由のある子供に必要な指導内容

肢体不自由のある子供に対し、特に指導内容を選択する上で大切なポイントについて、以下に挙げる。

##### ① 生活経験の拡大

上肢・下肢又は体幹の運動・動作の障害による日常生活動作や行動上に困難や制限があるため、間接的な経験が多く、直接的な体験や社会経験が不足しがちになる。そのような不足を補うような指導内容や指導方法を取り上げ、生活経験の拡大を図ることを意図的、系統的に計画する必要がある。

##### ② 表出・表現する力の育成

上肢の障害のために、書字動作やコンピュータ等の操作に困難が伴う場合がある。そのためICT (Information and Communication Technology: 情報通信技術) やAT (Assistive Technology: 支援技術) など入力装置の開発や工夫を行い、補助用具の活用に関するような指導内容を取り上げ、主体的な学習活動ができるよう指導する必要がある。

また、言語障害を随伴している肢体不自由のある子供に対しては、言語の表出や表現の代替手段等の選択・活用によって、状況に応じたコミュニケーションが円滑にできるよう指導する必要がある。障害の重い子供の場合には、表情や身体の動き等の中に表出の手がかりを見いだし、定着を図るような指導が必要である。

##### ③ 認知や概念の形成

脳性まひ等の脳性疾患による肢体不自由児の場合は、発達過程上、緊張や反射によって身体からの諸情報のフィードバックが困難になりやすい。そのため、誤学習や未学習が生じ、様々な認知の基礎となるボディーイメージの形成などにつまずきが見られることになる。このことは、学習するための前提となる知識や技能(学習レディネス)、概念形成の面にも影響を及ぼすため、適切な内容を選択し、丁寧に指導する必要がある。

##### ④ 感覚・知覚の発達

主に視覚障害や聴覚障害への対応が必要である。注視、追視、弁別、記憶、協応動作等に学習上の困難が見られることに留意し、指導内容を選択する必要がある。また、見えにくさへの対応としては、不要な刺激を減らし、見せ方への配慮とともに教材・教具の工夫も求められる。

### ⑤ 姿勢づくり（ポジショニング）

学習に対する興味・関心や意欲を高め、集中力や活動力をより引き出すためには、姿勢づくりに積極的に取り組むことが求められる。よって、自立活動専任（担当）教員等と協力し、一人一人に応じた指導を展開していくことが大切である。

### ⑥ 医療的なニーズへの対応

重複障害で障害の状態が重度の子供の多くが、体力が弱かったり、生命活動が脆弱であったりする。そのため、安全で安心な学校環境の基盤整備のもと、保護者や主治医、看護師等と密接な連携を図り、関節の拘縮や変形の予防、筋力の維持・強化、呼吸や摂食機能の維持・向上など、医療的なニーズに関する指導内容にも継続的に取り組むことが必要である。

### ⑦ 障害の理解

中途障害も含め肢体不自由のある子供の場合、障害を理解し、自己を確立し（自己理解、自己管理、自己肯定感等）、障害による学習上又は生活上の困難を改善・克服する意欲を高めるような指導内容を選択し、関連づけた指導を進めることが重要である。

## 2 肢体不自由のある子供の教育の場と提供可能な教育機能

肢体不自由のある子供に対する教育を行う特別支援学校（以下「特別支援学校（肢体不自由）」とする）、肢体不自由特別支援学級、通級による指導（肢体不自由）は、次のような障害の程度の子供を対象に設置されている。

教育の場の選択については、本人の障害の状態、教育上必要な支援の内容、地域における教育の体制整備の状況、その他の事情を総合的に勘案して決定することが適当であり、市町村教育委員会が、本人・保護者に対し十分情報提供をしつつ、本人・保護者の意見を最大限尊重し、本人・保護者と市町村教育委員会、学校等が教育的ニーズと必要な支援について合意形成を行うことが大切である。

### （1） 特別支援学校（肢体不自由）

特別支援学校（肢体不自由）には、一般的に小学部、中学部及び高等部が設置され、一貫した教育が行われている。特別支援学校（肢体不自由）の中には、学校が単独で設置されている形態の他、医学的治療が必要な者を対象とした障害児入所支援（医療型障害児入所施設等）と併設又は隣接している形態等がある。

また、寄宿舎を設置している学校、訪問教育を行っている学校もある。

なお、特別支援学校（肢体不自由）の対象となる障害の程度は以下のように示されている。

- 一 肢体不自由の状態が補装具によっても歩行，筆記等日常生活における基本的な動作が不可能又は困難な程度もの。
- 二 肢体不自由の状態が前号に掲げる程度に達しないもののうち，常時の医学的観察指導を必要とする程度もの。

(学校教育法施行令第22条の3)

ここで，障害の程度に使用されている語句の解釈については，次の①～⑤に示すとおりである。

- ① 「補装具」とは，身体の欠損又は身体の機能の損傷を補い，日常生活又は学校生活を容易にするために必要な用具を言う。具体的な例としては，義肢（義手，義足），装具（上肢装具，体幹装具，下肢装具），座位保持装置，車いす（電動車いす，車いす），歩行器，頭部保護帽，歩行補助つえ等が考えられる。
- ② 「日常生活における基本的な動作」とは，歩行，食事，衣服の着脱，排泄等の身辺処理動作及び描画等の学習活動のための基本的な動作のことを言う。  
ただし，歩行には，車いすによる移動は含まない。
- ③ 「不可能」とは，肢体不自由のために歩行，筆記等日常生活における基本的な動作が全くできない状態であることを表し，「困難」とは肢体不自由はあっても何とか目的的に運動・動作をしようとするものの，同年齢の子供に比較して，その速度や正確さ又は継続性の点で実用性に欠け，学習活動や移動等に支障が見られる状態を表している。
- ④ 「不可能又は困難」な状態とは，おおむね次の表1に示すとおりである。なお，筆記の際における上肢の運動・動作の状態を見れば，おおよそ上肢を使う学習に必要な諸動作の状態が理解できること，また，歩行の際における下肢の運動・動作の状態を見ればおおよそ下肢を使う諸動作の状態が理解できるため「歩行，筆記」を例示したものである。
- ⑤ 「常時の医学的観察指導」の「常時」とは，特定の期間内において連続的，恒常的な様子を表しており，「常時の医学的観察指導を必要とする」とは，具体的には医師の判断によって障害児入所支援（医療型障害児入所施設等）等へ入所し，起床から就寝に至るまで医学的視点からの観察が必要で，日常生活の一つ一つの運動・動作について指導・訓練を受けることが必要な状態を言う。  
すなわち，側弯等の矯正やペルテス病（大腿の骨頭壊死）の治療，骨・関節疾患等の手術を受けた後，リハビリテーション等を受けている状態の他，特別支援学校への就学が必要な程度の肢体不自由ではないが，疾患を放置すれば悪化するおそれがあるために手術を受け，その後，リハビリテーション等を受ける

必要がある状態の肢体不自由もこれに含まれる。

表3-IV-1 「不可能又は困難」な状態

不 可 能	困 難
<ul style="list-style-type: none"> <li>○補装具（姿勢保持いす、体幹装具）を用いても、座位の保持等ができない。</li> <li>○義手等を用いても、鉛筆等を握って筆記することができない。</li> <li>○松葉杖等を用いても歩行できない。</li> <li>○補助具を装用したり、整備された施設設備を用いたりしても、自力で身辺処理ができない。               <ul style="list-style-type: none"> <li>・洋式トイレでも排泄できない。</li> <li>・衣服の着脱ができない。</li> <li>・食事動作ができない。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○自力で体幹を支持しようとするが、不安定ですぐに倒れてしまう。</li> <li>○補装具（姿勢保持いす、体幹装具）を用いても、継続的に学習等に必要な姿勢を保持することができない。</li> <li>○義手等を用い、鉛筆等を握って筆記しようとするが、文字等の形が崩れてしまって判読できない。</li> <li>○自力で歩行しようとするものの、不安定で倒れやすい。</li> <li>○松葉杖等を用いて歩行しようとするが、不安定である。</li> <li>○補助具を装用したり、整備された施設設備を用いたりしても、自力での身辺処理に困難がある。               <ul style="list-style-type: none"> <li>・洋式トイレで何とか自力で排泄しようとするが、時間がかかり、きちんとふけない等のためかなりの介助を必要とする。</li> <li>・自力で衣服の着脱をしようとするが、時間がかかり、かなりの介助を必要とする。</li> <li>・自力で食事をしようとするがうまく食物を口に運べない等、かなりの介助を必要とする。</li> </ul> </li> </ul>

特別支援学校（肢体不自由）の教育目標と教育課程の編成については、小学校、中学校又は高等学校の教育目標の達成に努めるとともに、小学部、中学部及び高等部を通じ、子供の障害に基づく種々の困難を改善・克服するために必要な知識、技能、態度及び習慣を養うことを目標としている。

この目標を達成するためには、子供一人一人の身体の動きやコミュニケーション等の状態及び発達段階や特性等に応じた指導を行う必要があることから、特別支援学校（肢体不自由）においては、「小学校・中学校・高等学校の各教科を中心とした教育課程」「小学校・中学校・高等学校の下学年(下学部)の各教科を中心とした教育課程」「知的障害特別支援学校の各教科を中心とした教育課程」「自立活動を中心とした教育課程」等、子供の実態等を考慮した多様な教育課程を工夫して編成・実施している。教育課程の編成に当たっては、各教科、道徳(小・中学部)、外国語活動(小学部)、特別活動及び総合的な学習の時間の他、自立活動の指導領域を設けている。特別支援学校（肢体不自由）の自立活動において、特に重視している指導内容は、身体の動きの改善・向上を目指すもので、これには、座位の保持や起立・歩行に関する指導、日常生活動作に関する指導などがある。また、子供の障害の状態によっては、必要に応じて、コミュニケーションの指導、健康状態の維持・改善を図る指導なども行っている。

指導上の工夫や配慮として、子供の肢体不自由の状態や発達段階等は様々であ

るので、全ての子供に対し、自立活動を含めた各教科等の指導に当たって個別の指導計画を作成している。特に、重複障害者及び自立活動の指導においては、従前より個々の指導目標及び指導内容等を明確にした個別の指導計画を作成している。

また、指導に当たっては、コンピュータや情報通信ネットワークなどの情報手段、視聴覚教材や教育機器などの教材・教具を積極的に活用し、個別指導やグループ指導を重視している。また、肢体不自由の子供は、日常生活における直接経験の機会が乏しくなりがちなので、実践的・体験的な活動を多く取り入れるよう配慮している。高等部においては、生徒の実態に応じて、家庭、商業、工業等の職業に関する教科・科目を重点的に指導したり、企業や施設での実習を行ったりするなどして、自立や社会参加を促すようにしている。さらに、子供の経験を広めて積極的な態度を養い、社会性や豊かな人間性をはぐくむため、小学校・中学校・高等学校等の子供及び地域社会の人々と活動を共にする機会を積極的に設け、交流及び共同学習を進めている。

なお、特別支援学校（肢体不自由）においては、障害の状態や発達段階の多様な子供が、可能な限り自らの力で学校生活を送ることができるよう、子供の障害の状態に応じた様々なトイレを設けたり、廊下や階段に手すりを設けたり、車いすがすれ違えることができるように廊下を幅広くしたり、なだらかなスロープやエレベータを設置したり、車いすのまま乗降できるスクールバスを備えたりするなど、施設設備にも様々な配慮がなされている。

## （２） 肢体不自由特別支援学級

肢体不自由特別支援学級は、必要に応じて、小・中学校に設置されているものである。

なお、肢体不自由特別支援学級の対象となる障害の程度は以下のように示されている。

補装具によっても歩行や筆記等日常生活における基本的な動作に軽度の困難がある程度のも

（平成25年10月4日付け25文科初第756号初等中等教育長通知）

ここで、「軽度の困難」とは、特別支援学校（肢体不自由）への就学の対象となる程度まで重度ではないが、例えば、筆記や歩行等の動作が可能であっても、その速度や正確さ又は持続性の点で同年齢の子供と比べて実用性が低く、学習活動、移動等に多少の困難が見られ、小・中学校における通常学級での学習が難しい程度の肢体不自由を表している。

肢体不自由特別支援学級の教育目標と教育課程の編成については、各教科、道

徳、外国語活動、特別活動及び総合的な学習の時間の指導の他に、運動・動作や認知能力などの向上を目指した自立活動の指導も行われている。この場合、特別の教育課程を編成するとしても、学校教育法に定める小学校、中学校の目的及び目標を達成するものでなければならない。

指導に当たっては、子供の個人差を考慮し、個別指導やグループ指導といった授業形態を積極的に取り入れたり、教材・教具の開発・工夫を行ったりするなどの配慮を行っている。さらに、個々の子供の障害の状態や学習状況等に応じて、通常の学級の子供と交流及び共同学習を行い、教科学習を効果的に進めたり、社会性や集団への参加能力を高めたりするための指導にも配慮している。

なお、多くの学級では、子供が可能な限り自らの力で学校生活を送れるよう、例えば、廊下やトイレに手すりを取り付けたり、便器を洋式にしたりするなどの配慮もなされている。

### (3) 通級による指導（肢体不自由）

通級による指導は平成5年に制度化され、学校教育法施行規則第140条及び第141条に基づき実施される教育形態の一つである。その対象の範囲は、肢体不自由者については、現行の学校教育法施行規則第140条において、「その他障害のある者で、この条の規定により特別の教育課程による教育を行うことが適当なもの」に含まれていると解釈できる。

なお、通級による指導（肢体不自由）の対象となる障害の程度は以下のように示されている。

肢体不自由の程度が、通常学級での学習におおむね参加でき、一部特別な指導を必要とする程度のもの

（平成25年10月4日付け25文科初第756号初等中等教育長通知）

ここで、「通常学級での学習におおむね参加でき、一部特別な指導を必要とする程度のもの」とは、通常の学級での学習におおむね参加でき、留意して指導することが適切と考えられる軽度な障害がある肢体不自由児のうち、運動・動作の状態や感覚・認知機能の改善・向上を図るための特別な指導が一部必要な子供を指す。

教育目標と教育課程の編成について、通級による指導（肢体不自由）においては、各教科等の指導は主として通常の学級で行いつつ、個々の障害の状態に応じた特別の指導（「自立活動」及び「各教科の補充指導」）を特別の指導の場（通級指導教室）で行う教育形態である。ここで言う各教科の補充指導とは、障害の状態に応じた特別の補充指導であり、単に教科の遅れを補充するための指導ではないことに留意する必要がある。

指導上の工夫や配慮について、通級指導教室は、通級する子供の日常生活の場である家庭、学校での適応を図るために特別の指導を行う場である。通級指導教室での専門的な指導が、日常生活の場で生かされるためには、子供への指導とともに保護者への支援、在籍学級の担任との連携が大変重要になる。

#### (4) 通常の学級における指導

肢体不自由のある子供が、通常の学級に在籍する場合には適切な配慮が必要である。この配慮の観点とは、次の「2 肢体不自由のある子供の教育における合理的配慮の観点」として示すところであるが、個々の子供の障害の状態や各学校等の実情を踏まえて工夫をしていくことが重要である。

肢体不自由のある子供の場合、上肢や下肢の動きの困難さ等があるため、移動や日常生活動作（排泄や着替え）等に支援が必要なことが多い。移動や日常生活動作の支援のためには介助員をつけたり、施設・設備を改善したりといった対応が考えられる。しかし、そうした対応だけでなく、教室配置を工夫して移動の困難さを軽減することや、既存の設備を改善して使いやすくするような工夫もある。

移動や日常生活動作に関する支援の他に、教育の内容・方法について支援が必要な場合もある。上肢の動きに困難がある場合には、他の子供と同じ学習内容を行うことは難しい。よって、学習の量と時間を調整することや支援機器の使用を検討することが必要である。

肢体不自由のある子供の学習活動や行事への参加の在り方等を、学級や保護者会で話し合うことを等を通して、「共に学ぶ」ことの意義について理解を深めることが大切である。

### 3 肢体不自由のある子供の教育における合理的配慮の観点

肢体不自由のある子供の教育に当たっては、どのような場で教育をするにしても次のような観点の配慮を検討する必要がある。

#### ① 教育内容・方法

##### ①-1 教育内容

##### ①-1-1 学習上又は生活上の困難を改善・克服するための配慮

道具の操作の困難や移動上の制約等を改善できるように指導を行う。（片手で使うことができる道具の効果的な活用、校内の移動しにくい場所の移動方法について考えること及び実際の移動の支援 等）

##### ①-1-2 学習内容の変更・調整

上肢の不自由により時間がかかることや活動が困難な場合の学習内容の変更・調整を行う。（書く時間の延長、書いたり計算したりする量の軽減、体育等での運動の内容を変更 等）



## ①-2 教育方法

### ①-2-1 情報・コミュニケーション及び教材の配慮

書字や計算が困難な子供に対し上肢の機能に応じた教材や機器を提供する。  
（書字の能力に応じたプリント，計算ドリルの学習にパソコンを使用，話し言葉が不自由な子供にはコミュニケーションを支援する機器（文字盤や音声出力型の機器等）の活用 等）

### ①-2-2 学習機会や体験の確保

経験の不足から理解しにくいことや移動の困難さから参加が難しい活動については，一緒に参加することができる手段等を講じる。（新しい単元に入る前に新出の語句や未経験と思われる活動のリストを示し予習できるようにする，車いす使用の子供が栽培活動に参加できるよう高い位置に花壇を作る 等）

### ①-2-3 心理面・健康面の配慮

下肢の不自由による転倒のしやすさ，車いす使用に伴う健康上の問題等を踏まえた支援を行う。（体育の時間における膝や肘のサポーターの使用，長距離の移動時の介助者の確保，車いす使用時に必要な1日数回の姿勢の変換及びそのためのスペースの確保 等）

## ② 支援体制

### ②-1 専門性のある指導体制の整備

体育担当教員，養護教諭，栄養職員，学校医を含むサポートチームが教育的ニーズを把握し支援の内容方法を検討する。必要に応じて特別支援学校からの支援を受けるとともに理学療法士（PT），作業療法士（OT），言語聴覚士（ST）等の指導助言を活用する。また，医療的ケアが必要な場合には主治医，看護師等の医療関係者との連携を図る。

### ②-2 子供，教職員，保護者，地域の理解啓発を図るための配慮

移動や日常生活動作に制約があることや，移動しやすさを確保するために協力できることなどについて，周囲の子供，教職員，保護者への理解啓発に努める。

### ②-3 災害時等の支援体制の整備

移動の困難さを踏まえた避難の方法や体制及び避難後に必要となる支援体制を整備する。（車いすで避難する際の経路や人的体制の確保，移動が遅れる場合の対応方法の検討，避難後に必要な支援の一覧表の作成 等）

## ③ 施設・設備

### ③-1 校内環境のバリアフリー化

車いすによる移動やつえを用いた歩行ができるように，教室配置の工夫や施設改修を行う。（段差の解消，スロープ，手すり，開き戸，自動ドア，エレベータ

一、障害者用トイレの設置 等)

③-2 発達、障害の状態及び特性等に応じた指導ができる施設・設備の配慮

上肢や下肢の動きの制約に対して施設・設備を工夫又は改修するとともに、車いす等で移動しやすいような空間を確保する。(上下式のレバーの水栓、教室内を車いすで移動できる空間、廊下の障害物除去、姿勢を変換できる場所、休憩スペースの設置等)

③-3 災害時等への対応に必要な施設・設備の配慮

移動の困難さに対して避難経路を確保し、必要な施設・設備の整備を行うとともに、災害等発生後の必要な物品を準備する。(車いす、担架、非常用電源や手動で使える機器 等)

#### 4 肢体不自由の理解と障害の状態の把握

##### (1) 医学的側面からみた肢体不自由

###### ① 医学的にみた定義と実態

医学的には、発生原因のいかんを問わず、四肢体幹に永続的な障害があるものを、肢体不自由と言う。

###### ア 形態的側面

先天性のものと、生後、事故などによる四肢切断等がある。また、関節や脊柱が硬くなって拘縮<sup>こうしゆく</sup>や脱臼・変形を生じているものがある。

###### イ 機能的側面

中枢神経の損傷による脳性まひを主とした脳原性疾患が多く見られる。この場合、肢体不自由の他に、知能の発達の遅れやてんかん、言語障害など、種々の随伴障害を伴うことがある。

脊髄疾患として、二分脊椎等がある。二分脊椎は、主として両下肢と体幹の運動と知覚の障害、直腸・膀胱の障害が見られ、しばしば水頭症を伴う。

末梢神経の疾患による神経性筋萎縮があり、さらに筋疾患として、進行性筋ジストロフィーなどがある。

他に骨・関節の疾患として外傷後遺症や骨形成不全症などがあるが、出現の頻度は高くない。

###### ② 肢体不自由の起因疾患の変遷

化学療法等による関節結核や脊椎結核(脊椎カリエス)の減少、ポリオワクチンによる脊髄性小児まひの発生防止、予防的対応と早期発見による先天性股関節脱臼の減少等により、従前、肢体不自由の起因疾患の多くを占めていたこれらの疾患は近年では減少している。

現在、特別支援学校(肢体不自由)では、脳原性疾患の子供が大半を占めるよ

うになっている（図3-IV-（1），図3-IV-（2））。それとともに，障害も重度・重複化が進んでいる。

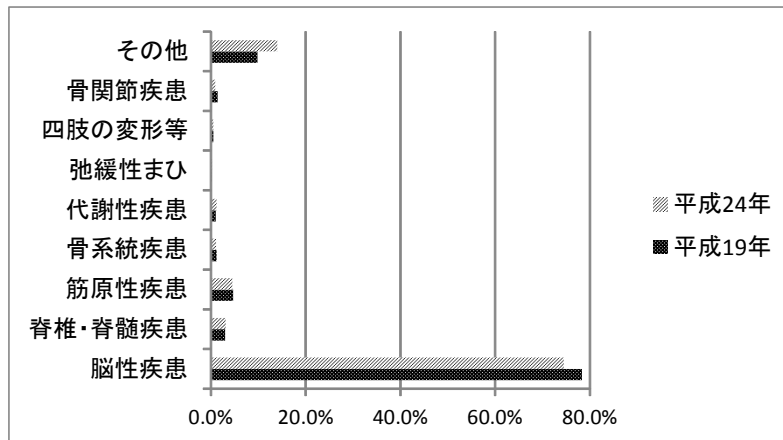


図3-IV-（1） 特別支援学校（肢体不自由）に在学する子供の病類別推移（平成24年5月1日現在）

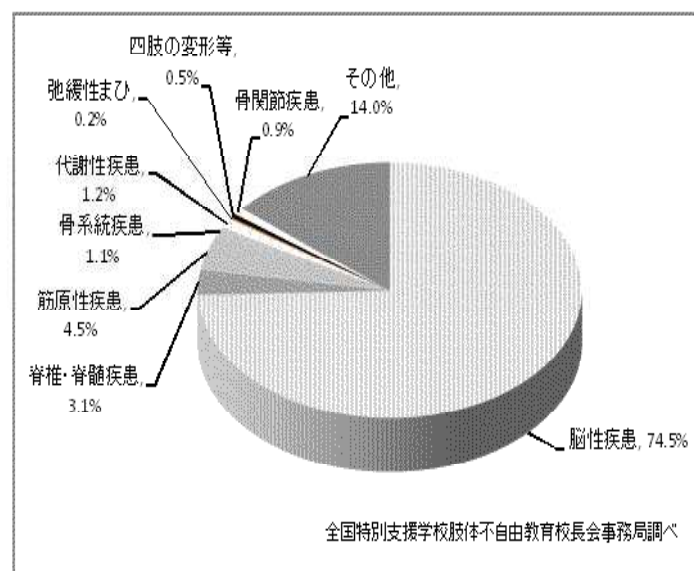


図3-IV-（2） 特別支援学校（肢体不自由）に在学する子供の起因疾患（平成24年5月1日現在）

## （2） 心理学的，教育的側面からみた肢体不自由

肢体不自由のある子供は，上肢，下肢又は体幹の運動・姿勢の障害のため，起立，歩行，階段の昇降，いすへの腰掛け，物の持ち運び，机上の物の取扱い，書写，食事，衣服の着脱，整容，用便など，日常生活や学習上の運動・姿勢の全部又は一部に困難がある。これら運動・姿勢には，起立・歩行のように主に下肢や平衡反応を中心とした姿勢変換あるいは移動にかかわるもの，学習時や作業時における座位保持のように体幹を中心とした姿勢保持にかかわるもの，書写・食事のように主に上肢や目と手の協応動作にかかわるもの，物の持ち運び・衣服の着脱・用便のように身体全体にかかわるものがある。

前述したような運動・姿勢の困難は、姿勢保持の工夫と運動・姿勢の補助的手段の活用によって軽減されることが少なくない。この補助的手段について具体的に述べてみると、姿勢保持に関しては座位姿勢の安定のためのいす、作業能力向上のための机が挙げられる。いすに関しては、下肢を安定させるためのフットサポート、頸の座りが不安定である場合にはヘッドサポートがある。移動のための補助手段としては、つえ・歩行器・車いす・電動車いす、廊下や階段に取り付けた手すりなどがある。移動に関しては、施設設備としてスロープや階段昇降機やエレベーターの設置の必要性も視野に入れておく。教科等の学習活動時によく用いられるものとしては、把握しやすいように握りを太くしたりベルトを取り付けたりしたスプーンや鉛筆、食器やノートを机上に固定する器具などがある。もちろん、当該の教科等に関する教材・教具の工夫も必要である。さらに 付け加えると、本人がもつ能力を最大限発揮できるような参加の仕方といった場の設定の工夫も必要である。食事・衣服着脱・排泄等の日常生活動作の補助手段としては、着脱しやすいようにデザインされたボタンやファスナーを用いて扱いやすくした衣服、手すりを取り付けた便器などがある。トイレについては利用しやすい空間を備えた洋式トイレがある。また、近年は電子機器を活用した支援技術（AT:Assistive Technology）が積極的に活用され、移動、コミュニケーション、生活動作等が著しく改善される例も見られる。

肢体不自由児の運動・姿勢の困難の程度は、一人一人異なっているので、その評価に当たっては、日常生活や学習上具体的にどのような困難があるのか、それは補助的手段の活用によってどの程度軽減されるのか、といった観点から把握していくことが必要である。

これまで述べてきた運動・姿勢に関する支援に加えて、肢体不自由児の心理的側面への支援が必要である。自分でできること、支援によってできること、できないことへの認識を育て、障害の受容につなげていき、そして自立と社会参加へ向けての支援につなげていくことが重要である。

### （3） 行動等にみられる特性

肢体不自由の起因疾患で最も多くの割合を占めているのは、脳性まひを主とする脳原性疾患である。そこで、以下には、脳性まひにみられる特性等を中心に述べる。

※筋ジストロフィー、二分脊椎症、骨形成不全症、ペルテス病、脊柱側弯症、重症心身障害については、本書「V 病弱・身体虚弱」を参照。

#### ① 医学的側面からみた特性等

「脳性まひ」という用語は、医学的診断名というより、むしろ状態像を表すものである。脳性まひの定義としては、「受胎から新生児期までに非進行性の病変が脳に発生し、その結果、永続的なしかし変化しうる運動及び姿勢の異常である。ただ、その症状は2歳までに発現する。進行性疾患や一過性運動障害又は将来正常化するであろう運動発達遅延は除外する（昭和43年厚生省脳性まひ班会議）。」が一般的である。原因発生の時期は、周産期が多く、出生前と出生後の場合もあ

る。生後の発生は、後天性疾患や脳外傷等によるものである。原因がはっきりしている場合には、脳性まひとはせずに、髄膜炎後遺症など、原因に基づく診断名が付けられることも多い。

脳性まひの症状は、発育・発達につれて変化するが、小学部高学年の時期に達する頃には、ほぼ固定してくる。主な症状の一つとして、筋緊張の異常、特に亢進あるいは低下とその変動を伴う不随意運動が見られる。合目的運動をしようと意識する時に現れてくる不随意運動（アテトーゼ運動）は、幼児期から出現してくる。

また、中枢神経症状の一つとして、原始姿勢反射が長く残存し、姿勢反応の出現が遅れていることがある。これらの筋緊張の異常及び姿勢反射・反応の状態は、乳幼児における脳性まひ早期診断の手がかりとして有力である。

運動・姿勢の障害は、他の中枢神経症状と相まって、運動発達の遅れとなって現れる。すなわち、頸定、座位保持、立位、随意把握（自分の意思で物を握ったりすること）などの遅れである。

幼児期になると運動・姿勢の障害が判然としてくるので、それをもとに病型分類が行われる。

## ア 神経症状による病型分類

### a 痙直（けいちよく）型

手や足、特に足のふくらはぎの筋肉等に痙性（けいせい）が見られ、円滑な運動が妨げられているのを「痙性まひ」と言い、痙性まひを主な症状とする脳性まひの一群を「痙直型」と分類している。「痙性」とは、伸張反射が異常に亢進した状態であり、他動的にその筋肉を引き伸ばすと抵抗感がある。

なお、両下肢の痙性まひが、両上肢より強いものを、痙性両まひと言い、両上肢と両下肢ともに痙性まひが強いものは、痙性四肢まひと言う。また、片側の上肢と同側の下肢にまひのあるものを、痙性片まひと言う。

### b アテトーゼ型

頸部と上肢に不随意運動がよく見られ、下肢にもそれが現れる一群を「アテトーゼ型」とよんでいる。その特徴として、運動発達では、頸の座りや座位保持の獲得の遅れが見られる。なお、アテトーゼ型と診断のある子供に不随意運動が顕著に見られない場合がある。この場合には、不随意運動が見られないからアテトーゼ型ではないと判断するのは早計である。よく観察してみると、筋緊張が突然高くなったり低くなったりする様子が見られる。このような筋緊張の変動は、心身への様々な刺激や情緒的変動によっても起こりやすいので注意が必要である。まとめてみると、アテトーゼ型には、不随意運動を主な特徴とするサブタイプと筋緊張変動を主な特徴とするサブタイプの二つがある。

### c 失調型

バランスをとるための平衡機能の障害と運動の微細なコントロールのための調節機能の障害を特徴とする。平衡機能の障害により、座位や立位のバランスが悪い状態で、安定させるために足を大きく開いて立位をとる。歩行中ふらついて突然に倒れることも多い。調節機能の障害により、書字やはさみの使用等の微細で精密な運動の困難が見られる。

#### d 固縮型

上肢や下肢を屈伸する場合に、鉛の管を屈伸するような抵抗感があるもので、四肢まひに多い。

以上、代表的な病型分類を述べたが、脳性まひでは痙直型が多数を占めているが、痙直型とアテトーゼ型の両者の症状を伴っている型も多く見られ、痙直型とアテトーゼ型の混合型と称する。なお、混合型には痙直型とアテトーゼ型の混合型以外に痙直型と失調型などの様々な混合型がある。

### イ 病型分類と随伴障害

脳性まひには、種々の随伴障害を伴うことがあることを前述したが、肢体不自由だけの単一障害のことは少なく、知的障害・言語障害・病弱・てんかん・視覚障害・聴覚障害等の一つ又は複数の障害を併せ有する重複障害が多い。身体的・精神的側面で多くの問題を抱えていると言える。脳性まひの病型別の随伴障害を述べると、次のとおりである。

#### a 痙直型

この病型に属するものには、知的障害、てんかん、視覚障害、言語障害などが随伴することもある。したがって、痙直型については、知的発達面の遅れに留意することが必要である。身体的には、成長につれて関節拘縮や脱臼・変形を来すことがよく知られている。

#### b アテトーゼ型

この型には知能の高い者がしばしば見られる。意思疎通の面での問題は、他者の話す内容は理解できるが、構音障害があるために、他者には聞き取りにくい。しばしば難聴を伴う。身体的には、年齢が高くなると、けい髄症による頸部痛の他、上肢のしびれ感や筋力低下を訴えることがある。

#### c 失調型

この型は知的発達遅れの遅れ、視覚障害を伴い、話し言葉が同じ調子になる等の特徴が見られることがある。

#### d 固縮型

この型は知的発達遅れの遅れ、てんかんを伴うことがよく見られる。

以上、脳性まひに見られる随伴障害について述べたが、随伴障害は、肢体不自由の程度に加え、全人的な発達から見て大きな問題となるので、軽視することができない。

## ② 心理学的・教育的側面からみた特性等

### ア 随伴する障害

#### a 知的障害

脳性まひ児の知的発達の状態の把握に当たっては、潜在的な能力の有無を確認することが大切である。コンピュータ等の教育機器の活用などのコミュニケーション手段の工夫により、脳性まひ児の潜在的な能力が明らかにされた報告も少なくない。脳性まひ児は、一般の知能検査を厳密に実施する限り、運動・姿勢の障害や言語障害等のために、知能指数(IQ)が潜在的な能力よりも低く評価されることは、容易に推察される。そこで、例えば、時間をかければできるのか、時間をかけてもできないのか、あるいはコミュニケーション補助手段を工夫すればできるのか、工夫してもできないのかなどについて、確認することが大切である。

#### b 言語障害

脳性まひ児の多くは、言語障害を随伴していると言われている。脳性まひ児に最も多く見られるのは、まひ性構音障害とよばれる神経筋の障害(まひ)によるものである。この場合には、唇、舌、喉頭、横隔膜、胸郭など、話すことに使われる多数の筋肉の調節が損なわれている。しかし、内言語及び言葉の理解能力は損なわれない場合がしばしば見られる。また、この他に頻度の高いものとして、言語機能関連の基礎的事項の発達の遅れや偏りがある。

なお、まひ性構音障害の場合には、言語の表出のための代替手段(コンピュータ、文字板、ボタンを押すと合成音が出る器具など)の活用によって、意思の伝達が可能になることがあるので、代替手段の活用能力の獲得を促すことが大切である。

#### c 感覚障害(視知覚障害を含む)

感覚障害の代表的なものに、認知を含む視覚障害と聴覚障害がある。脳性まひ児の視覚障害については、屈折異常(近視や遠視など)、眼筋の不均衡又は斜視、眼球運動の障害などが見られる。

他にも、例えば脳室周囲白質軟化症による痙性両まひでは、屈折異常や斜視とともに、あるいはそれらと関連して視知覚の障害が認められる。これは、線分の長さの比較や角度の比較が困難であったり、図形の見比べが困難であったりする。形をうまく捉えることができないため文字の読み書きや図形の理解に困難を示すことが多い。知能検査では、パズルや積み木を用いる課題

の成績が、言語を用いる課題の成績に比べてかなり低いことが多い。

脳性まひ児の視覚障害や聴覚障害は、学習活動を困難にするので、専門医による精密な診断と治療が必要である。

## イ 行動特性

脳性まひを含めて中枢神経に障害がある者には、転導性（注意が特定の対象に集中できず、周囲の刺激に無選択的に反応してしまう傾向）、多動性（運動・動作を抑制することが困難な傾向）、統合困難（部分を全体的なまとまりに構成したり、関係付けたりすることが困難な傾向）、固執性（一つの物事にこだわったり、気持ちを切り替えたりすることが難しい傾向）などの独特の行動傾向が観察されることがある。しかし、これらは全ての者に見られるものではなく、個人差が大きい。

## （４） 脳性まひ以外の肢体不自由児について

### ① 起因疾患と医学的側面から見た特性

これまで肢体不自由の起因疾患で最も多くの割合を占めている脳性まひに見られる特性等を中心に述べてきた。脳性まひの原因発生の時期は、周産期が多く、出生前と出生後の場合もある。出生後の場合も乳幼児期の早期である。

脳性まひの他にも肢体不自由の起因疾患としては、二分脊椎、筋ジストロフィー、骨形成不全症さらには様々な染色体異常(ダウン症など)などの疾患、幼児期以降の脳炎・脳髄膜炎や頭部外傷・脳腫瘍の後遺症など多くのものがある。いずれも脳性まひと同様に、一人一人の実態に応じて教育・医学等の各分野での支援、例えば、リハビリテーションあるいは自立活動が必要である。

その際、二分脊椎では運動機能障害の他に直腸膀胱障害や水頭症、感覚障害が見られそれぞれの専門的な治療が必要である。筋ジストロフィーの場合には、呼吸機能訓練などの全身管理の他に、こころのケアが不可欠である。骨形成不全症は骨折しやすく、乳幼児期から自家筋力によっても骨折を繰り返す。骨への荷重・外力が骨を強くするので立位をとることが大切である。染色体異常では心臓疾患などの内臓障害とともに、重度の知的障害を呈しやすいことから総合的な療育が不可欠である。頭部外傷後遺症では運動障害もさることながら、高次脳機能障害が見られることがあり、運動面だけではなく環境の把握（認知）・コミュニケーション・人間関係・心理的な安定等の多面的な観点から長期にわたっての専門的介入や日常的なケアが必要である。

### ② 中途障害

一方、学齢期に様々な原因によって中途障害となった子供が小中学校に在籍している。学齢期における中途障害の時期と原因について、「平成22年人口動態統計月報年計（概数）の概況」によれば、学齢期に相当する5-9歳と10-14歳の年齢群の死亡原因の第一位は、両群ともに「不慮の事故」となってい



る。厚生労働省の関係会議「第55回厚生科学審議会科学技術部会，平成22年2月18日，資料3」によれば，「児の年齢が低くなるほど，単位人口当たりの不慮の事故による死亡率は上昇し，家庭内・自宅付近での事故発生・死亡が多くなることが指摘されている。毎年3万3千人の子供が事故により傷害を受け入院し，112万人の子供が外来を受診するという試算がある」と述べられている。

この二つの資料において，不慮の事故の具体的内容は述べられていないが，小中学校段階において不慮の事故により死亡に至らないまでも中途障害となる児童生徒が少なからずいることが推測できる。

#### ア 医学的側面から見た特性

四肢体幹の筋・骨格系の障害，脊椎損傷，脳の損傷等，損傷の部位は様々であり，移動，姿勢保持，上肢操作等不自由さの状態も多岐にわたる。

中途障害の子供への支援を行うに当たっては，中途障害となった時期と原因は様々であることから，中途障害の子供の困難と教育的ニーズも様々であることに留意する必要がある。一人一人の困難と教育的ニーズを把握するための観点としては，障害の部位，中途障害となった年齢，中途障害となるまでに身につけていた機能・能力，中途障害で失われた機能・能力，中途障害後に保有している機能・能力等が挙げられる。必要に応じて医療機関や福祉機関と連携して，医学的診断や治療方針などを含めた情報を活用して，一人一人の困難と教育的ニーズを把握して対応していく必要がある。

#### イ 心理学的側面から見た特性等

事故や疾病の後遺症で，中途の肢体不自由になった場合には，それ以前にできていたことができなくなる，あるいは行うのに非常に困難を伴うことになる。着替えや排泄をはじめとする日常生活の動作についても，それまでの方法ではなく新たな方法を習得しなくてはならない。

これらのことから来る喪失感や心理的ショックが大きいことに留意する必要がある。障害を受けたことから来る不安・怒り・悲嘆・苦悩などの感情に配慮した支援が大事である。さらには，保護者，家族も心理的なショックを受け，不安などの感情に苦悩していることを忘れてはならない。本人だけでなく，本人・保護者・家族全体を視野に入れた支援が必要である。これらの支援を行うに当たっては，中途障害の子供の年齢・パーソナリティ，障害の原因，失われた機能・能力と保有する機能・能力，家族・地域，教育環境などの多様な要因を考慮した全体的・調和的な支援が必要である。

#### ウ 教育的側面から見た特性等

学校生活を送る上でまず，移動方法について把握しなければならない。介助されての車いす，自力での車いす，電動車いすの可能性，歩行器の使用，クラッチの使用，補装靴による歩行などが考えられる。場合によっては，移動の目的やその日の体調によって，これらの移動方法の複数を組み合わせる場合もあ

る。姿勢保持について、車いすや座位保持装置の利用もある。排泄については、介助を必要とすることが多いが、自力でできる可能性の検討も必要である。また、自己の障害について理解し、自己管理できることも重要なことである。

学習については、特に上肢に障害のある場合、自助具の利用やタブレット型パソコンの利用なども考えなくてはならない。また、頭部外傷の場合では、記憶障害、言語機能の障害、知覚認知の障害など高次脳機能障害がある場合もある。そのため、認知や言語などの特性についても把握していなければならない。

一方で、介助に慣れてしまい自分から取り組む意欲が減退していることもある。このような物事に対する意欲や依存性についても把握しておく必要がある。

表 3-IV-1 (2) 就学先決定に際しての調査事項の例 (肢体不自由)

以下に掲げる項目、内容はあくまで障害の程度、状態を正確に把握する上で有益と思われるものを参考例として示したものである。実際の調査においては、障害の状態、地域の実情等に応じて適切な事項を選択し、又は追加する等により独自の調査事項を定めることが大切である。

観点	項目	内容
医学的観点	病名	
	発症時期	
	体幹の状態	補装具等の要否 座位の保持(学童いす, 座位保持いす, あぐら座位)の可否
	上肢の状態	補装具の要否, 筆記の可否
	下肢の状態	補装具の要否, 歩行の可否
	医療面の配慮	健康状態の安定度 てんかん発作の有無及び頻度 服薬の要否
	医療的管理	医療的ケア(吸引, 経管栄養等等)の有無及び頻度 口腔機能の発達と食形態等の状況
教育的観点	これまでに受けた教育	教育相談, 生育歴, 前籍校等
	教育課程	小・中学校に準ずる, 下学年(部)適用, 知的障害特別支援学校の各教科の代替による教育課程, 自立活動を中心とした教育課程
	自立活動の指導で必要と思われる内容等	健康の保持, 心理的な安定, 人間関係の形成, 環境の把握, 身体の動き, コミュニケーション
	学習意欲 課題への取り組み姿勢	学習意欲の有無, 学習に対する集中力の有無 積極的な態度の有無, 着席行動や姿勢保持の状況
心理学的観点	日常生活動作	食事の可否, 衣服の着脱の可否, 排泄の可否 自力歩行の可否 補装具での移動の可否と使用する用具(車いす, 電動車いす, 松葉杖, 歩行器)

		自力での車いすの乗り降りの可否
心理面		本人・保護者の障害の理解 障害改善・克服への意欲 対人関係等行動上の問題
知的障害の有無と程度		
コミュニケーション		社会性の状況（遊びや対人関係の様子，事物への興味・関心等） 言語理解の状況（話し言葉，筆談，コンピュータ等の補助的手段），コミュニケーション手段
感覚の活用		感覚・視知覚の発達（視覚，聴覚，触覚等の活用度と問題の有無 例：目と手の協応動作，図と地の弁別，空間関係等）
作業能力		手指の巧緻性，両手の協応動作，書写能力，自助具・補助具（情報機器等を含む）の必要性の有無
併せ有する他の障害の有無と障害種		
本人・保護者の希望	希望する教育の場	特別支援学校（肢体不自由），特別支援学級（肢体不自由），通級による指導（肢体不自由），通常の学級
	希望する通学方法	公共交通機関，スクールバス，保護者の送迎，徒歩通学，寄宿舎の利用
設置者の受け入れ体制	提供可能な配慮について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学習上又は生活上の困難を改善・克服するための配慮</li> <li>・学習内容の変更・調整</li> <li>・情報・コミュニケーション及び教材の配慮</li> <li>・学習機会や体験の確保</li> <li>・心理面・健康面の配慮</li> <li>・専門性のある指導体制の整備</li> <li>・子供，教職員，保護者，地域の理解啓発を図るための配慮</li> <li>・災害時等の支援体制の整備</li> <li>・校内環境のバリアフリー化</li> <li>・発達，障害の状態及び特性等に応じた指導ができる施設・設備の配慮</li> <li>・災害時等への対応に必要な施設・設備の配慮</li> </ul>
	特別支援学校の整備状況	設置学部，隣接病院の有無，分校・分教室の有無，訪問教育の有無，スクールバス運行の有無，寄宿舎の整備の有無
	小・中学校の整備状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特別支援学級（肢体不自由）の設置の有無</li> <li>・通級指導教室（肢体不自由）の設置の有無</li> <li>・通級による指導の実施の有無</li> </ul>

