

## &lt;資 料&gt;

## 重度・重複障害児の学校生活における健康観察と主体的な学びについて

—— 児童の行動観察と担任教師へのインタビューを通して ——

山田 裕一\*・船橋 篤彦\*\*

この論文の目的は、重度・重複障害のある児童生徒の健康状態を客観的に把握することの意義を検討することである。そこで、まず、特別支援学校の重度の知的障害と肢体不自由を併せ有する児童4名を対象に、各児童の担任教師へ学校生活における児童の健康観察表の記入を依頼した。その結果、担任教師が記入した健康観察表をデータ化してまとめたことで児童の学校生活上の覚醒のリズムや姿勢の様子が明らかとなった。次に、収集されたデータをもとに、担任教師へインタビューをおこなった。インタビューの結果から重度・重複障害児の担任は、児童の覚醒や表出について指導の難しさを感じていること、児童の主体的な学びについて環境からの働きかけに気付くことなども主体的な学びと捉えていることがわかった。以上の結果を踏まえて重度・重複障害児の様子を客観的なデータで捉えることの意義や主体的な学びを引き出すための視点について考察した。

キーワード：重度・重複障害児 健康観察 主体的な学び

## I. 問題の所在

特別支援教育資料（平成28年度）によると、全国的に特別支援学校在籍者数は年々増えており、特別支援学校（肢体不自由）でも同様に在籍者数は増加している。また、特別支援学校（肢体不自由）の重複障害学級の在籍率は小・中学部が82.1%、高等部が71.9%となっている。次に平成28年度特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果では、医療的ケアを必要とする幼児児童生徒数の推移を見てみると、平成18年度から平成28年度まで増加傾向にあり、特別支援学校（肢体不自由）では医療的ケアを必要とする子どもたちが増加している。また、全国特別支援学校肢体不自由教育校長会による平成27年度病因別調査では、過去10年間における特別支援学校（肢体不自由）及び併置校の児童生徒の障害の病因別割合を報告しており、平成27年度の病因別割合は、「その他」のグループが、平成18年度12.7%から平成27年度18.3%まで増加している。以上のことから、特別支援学校（肢体不自由）では障害の重度化、多様化が広がっていると解することがで

きる。重度・重複障害のある児童生徒の実態は、運動障害だけでなく、呼吸障害や摂食障害、コミュニケーション障害、排泄障害などが複雑に絡まっている。川住・石川・後上（2002）は、障害の重い子どもたちの健康で安全な生活を守るために教育や療育の担い手に対して、①子どもの普通の健康状態を的確に把握しておくこと、②体調が崩れる前兆として「普通ではない」状態を察するための健康を捉える様々な指標や観点を持っておくこと、③健康を崩す可能性のある諸要因を把握し、常に改善したり影響が最小限になるように努めたりすること、④容易なことではないが、健康の保持に努め、さらにその増進を図ることを述べている。以上のことから、重度・重複障害児の指導においては、日々の健康状態の変化に気付ける視点が必要であり、さらに1日の時間だけでなく月日の経過でも捉えることが必要なのではないかと考える。

そこで本研究では、重度・重複障害児4名の担任教師が記入した各児童の学校生活上の健康観察表を集約・整理し、重度・重複障害児の実態や健康観察表を指導に活かす方法などを検討するとともに、各担任のインタビューから捉えた重度・重複障害児の指導の難しさや主体的な学びの視点についても明らかにする。

\* 広島県立広島特別支援学校

広島大学大学院教育研究科博士課程前期学習開発学専攻  
特別支援教育学専修

\*\* 広島大学大学院教育学研究科特別支援教育学講座

## II. 方法

### 1. 研究倫理について

研究にあたっては、倫理審査申請書を広島大学大学院教育学研究科倫理審査委員会に提出した。審査通過後は、学校長やアンケート対象教師に研究計画と倫理規定を説明し、了承を得たのち研究を実施した。

### 2. 研究方法

#### (1) 対象者

対象の児童は X 特別支援学校の児童 A、B、C（通学生）の 3 名と訪問生の児童 D の 1 名で計 4 名であった。各児童の生活年齢は、児童 A は 9 歳、児童 B は 11 歳、児童 C は 11 歳、児童 D は 10 歳である。また対象児に係る担任教師は 5 名（平均肢体不自由教育歴 2.8 年（ $SD=1.5$ ）であった w。

#### 1) 児童 A の実態について

- ① 診断名：脳腫瘍術後後遺症、水頭症（V-P シェント術）、レノックス症候群、脳性麻痺、精神運動発達遅滞、摂食障害、視覚障害
- ② 実態：覚醒水準は低いことが多く、一日の中で発作が多くみられる。視覚は光覚程度で未定額。脳腫瘍の影響により、運動機能面において全身性の弛緩性麻痺（左>右）があり、右手や右足を動かす。

#### 2) 児童 B の実態について

- ① 診断名：脳性麻痺、ウエスト症候群、知的障害
- ② 実態：喉頭気管分離術を受けており、医療的ケアは「吸引」「吸入」が日常的に必要である。椅子座位など自力で保持することができるようになってきた。

#### 3) 児童 C の実態について

- ① 診断名：滑脳症、脳性麻痺、レノックスガストー症、高インスリン性低血糖症、摂食障害（誤嚥・胃食道逆流）
- ② 実態：医療的ケアは吸引、胃瘻による経管栄養をおこなっている。未定額で側彎があり、痰の状態が悪い場合、呼吸状態が悪くなり、教師が体位ドレナージや排痰を促す。覚醒水準は低いことが多い。

#### 4) 児童 D の実態について

- ① 診断名：急性脳症による脳性麻痺、知的障害、修正大血管転位症
- ② 実態：喉頭気管分離をしており吸引は 1 日に 4 回程度であるが、体調により回数は増減する。また日中の覚醒水準が低いことが多く、酸素飽

和度 ( $SpO_2$ ) は 80~85% が児童には適切である。

#### (2) 期間

平成 Y 年 9 月から平成 Y+ 1 年 2 月の間の授業や健康観察表を対象にした。

#### (3) 健康観察の観点及びインタビューの観点

健康観察の観点及びインタビューの観点は肢体不自由教育を専門とする大学教員 1 名、筆者で合議し決定した。また児童の健康観察は登校から下校（9 時から 15 時内）までおこなうこととし、ただし児童 D は訪問生なので訪問授業及びスクーリング時のみ実施した。インタビューは半構造化面接で各担任に 1 時間程度おこなった。

##### 1) 健康観察の観点

- ① 覚醒状態（JCS を参考に、覚醒水準 I を「教師が働きかけなくても覚醒している状態」、覚醒水準 II を「目を閉じているが教師が働きかけると目を開けて覚醒をする状態」、覚醒水準 III を「教師が働きかけ等をおこなっても覚醒しない状態」の 3 段階を設定。15 分間隔で記入する。）
- ② 姿勢の状態（抗重力位の姿勢、座位保持椅子の前傾・後傾姿勢、臥位姿勢の背臥位・側臥位・腹臥位の姿勢など 6 種類を設定。15 分間隔で記入する。ただし座位保持椅子の前傾姿勢は座位保持椅子を児童にとって最大限まで起こした姿勢も含める。）

##### 2) インタビューの観点

- ① 指導を始めた時の児童の目指す姿について
- ② 指導をしてからの児童の変化と課題について
- ③ 4 月から現在までの水分・食事量、覚醒水準、発作の様子について
- ④ 自立活動の指導 6 区分について
- ⑤ 健康観察のデータについて
- ⑥ 児童の主体的な動きを引き出した要因と引き出す支援について
- ⑦ 児童の授業作りで考えていることや感じていることについて

#### (4) 結果の処理

##### 1) 在校中の覚醒水準分類について

覚醒の様子については、「同一時間帯の同覚醒水準の総計 / 児童の全観察記録から登校日の同一時間帯の覚醒水準の総計（ただし不在も含む）×100」で各時間帯の覚醒水準の割合を算出した。一日の覚醒水準に

については、「同覚醒水準の総計 / 児童の全観察記録から不在を除いた登校日の15分ごとの覚醒水準の総計 × 100」で算出をして9時から15時までの全体の割合を示した。

## 2) 在校中の児童の姿勢分類について

姿勢の様子については、「同姿勢の総計 / 児童の全観察記録から不在を除いた登校日の15分ごとの姿勢の総計 × 100」で算出をして9時から15時までの一日の姿勢の割合を示した。また抗重力位の姿勢と座位保持椅子の前傾姿勢（以下、「抗 + 前傾」と示す）を算出して合わせた割合を示した。

## 3) インタビューについて

インタビューは逐語記録をおこないリライトをした。5名の教師の平均発話文字数は3045文字 ( $SD=630.1$ ) で、評定者2名（1名は筆者）で協議の上、類似した記載内容を項目として集約した。

## Ⅲ. 結果

### 1. 健康観察について

#### (1) 児童 A について

児童 A の覚醒水準は、登校時より徐々に覚醒水準が高まり、13時以降から覚醒水準が低くなる (Fig. 1)。抗重力位の姿勢と座位保持椅子の前傾姿勢(以下、

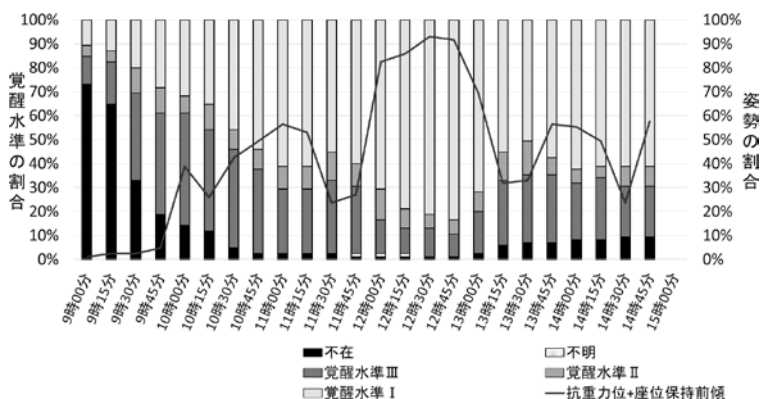


Fig. 1 児童 A の在校時における覚醒水準の時間推移

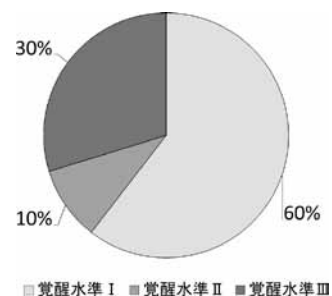


Fig. 2 児童 A の在校時の覚醒水準の割合

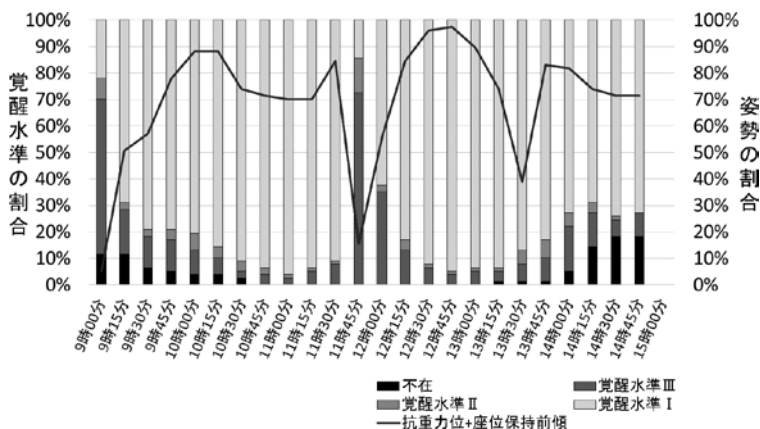


Fig. 4 児童 B の在校時における覚醒水準の時間推移

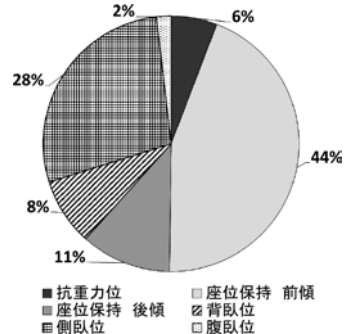


Fig. 3 児童 A の在校時の姿勢状況の割合

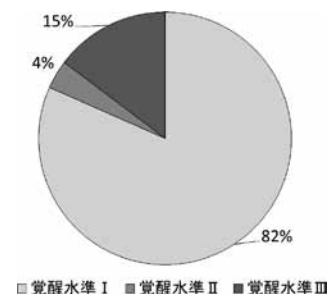


Fig. 5 児童 B の在校時の覚醒水準の割合

「抗+前傾」と示す)の割合は12時30分に高い割合を示していた。1日の覚醒水準の割合を見ると覚醒水準Iが多い (Fig. 2)。次に姿勢の状態は抗重力位の姿勢よりも座位保持椅子の前傾姿勢や側臥位の姿勢が多かった (Fig. 3)。

(2) 児童Bについて

児童Bの覚醒水準は、9時や11時45分の覚醒水準は低いが、それ以外は1日を通して覚醒水準が高く、覚醒水準Iの割合が高い (Fig. 4, Fig. 5)。また「抗+前傾」の割合は12時45分が高くなっている。姿勢の状態は「抗+前傾」の姿勢の割合が多い (Fig. 6)。

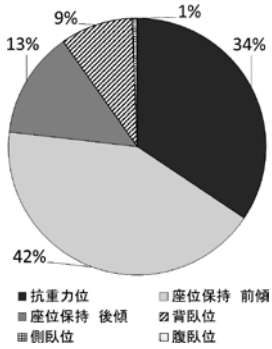


Fig. 6 児童Bの在校時の姿勢状況の割合

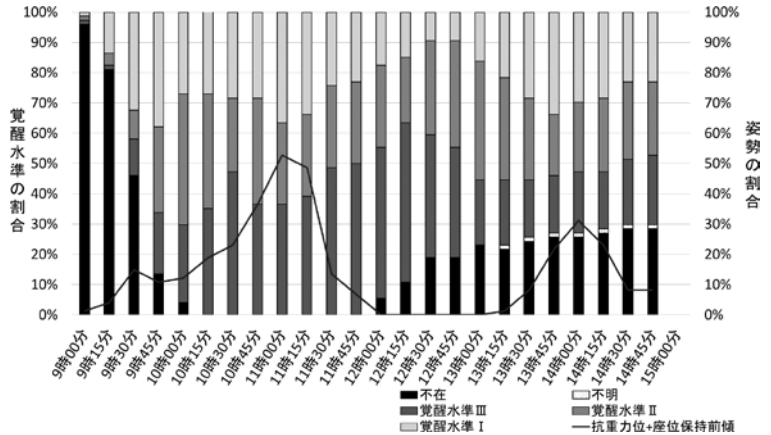


Fig. 7 児童Cの在校時における覚醒水準の時間推移

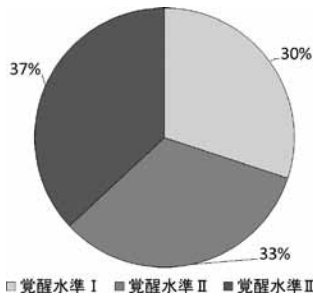


Fig. 8 児童Cの在校時の覚醒水準の割合

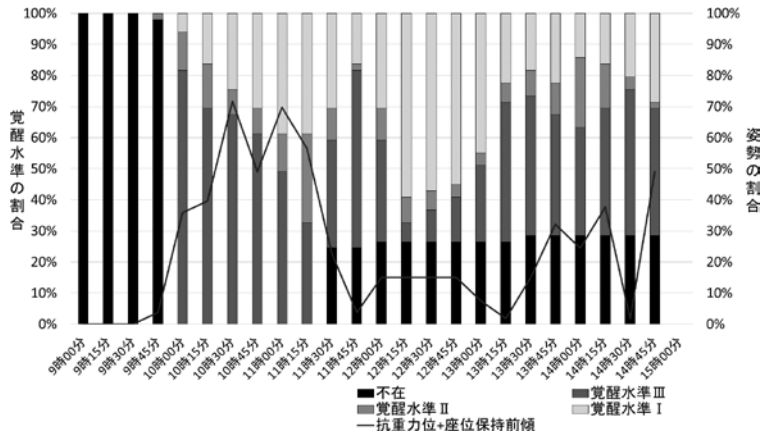


Fig. 10 児童Dの在校時における覚醒水準の時間推移

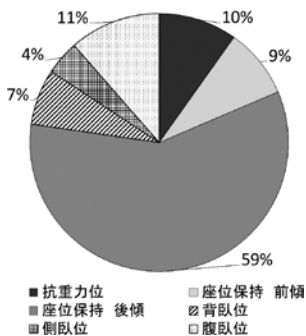


Fig. 9 児童Cの在校時の姿勢状況の割合

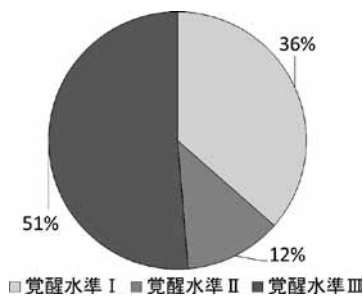


Fig. 11 児童Dの在校時の覚醒水準の割合

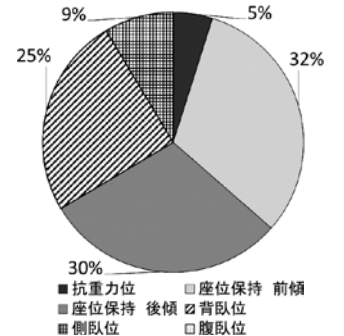


Fig. 12 児童Dの在校時の姿勢状況の割合

### (3) 児童Cについて

児童Cの覚醒水準は、午後よりも午前中の覚醒水準が高いことがわかった。「抗+前傾」の割合は11時で多くなり、続いて14時に再度割合が高くなっていた (Fig. 7)。また1日を通して覚醒水準Ⅲの状態が覚醒水準Ⅰ・Ⅱよりも多かった (Fig. 8)。姿勢の状態は、座位保持椅子の後傾姿勢に続いて腹臥位の姿勢が多かった (Fig. 9)。

### (4) 児童Dについて

児童Dの覚醒水準は10時より少しずつ高まり、11時30分から覚醒水準が低くなっていた (Fig. 10)。しかし12時から覚醒水準が再度高まり、12時30分以降は、

覚醒水準が下がっていく様子が見られた。そして「抗+前傾」の割合は10時30分と11時に高くなっていた。次に1日を通して覚醒水準Ⅲの状態が覚醒水準Ⅰ・Ⅱよりも多いことが見られた (Fig. 11)。姿勢の状態は座位保持椅子の前傾の姿勢に続いて、座位保持椅子の後傾姿勢と背臥位の姿勢が多かった (Fig. 12)。

## 2. 各担任教師のインタビューについて (Table 1)

各担任教師のインタビューの内容については「表出」、「情報の入力」、「身体的な基盤」、「主体的な活動の基盤」、「指導の難しさ」、「子どもの主体的な学び」、「データの有用性」の項目でまとめた。内容の一部を別紙資料の Table 1 に示す。この結果から、児童A、C、Dの担

Table 1 児童の担任教師へのインタビュー項目と回答

項目	児童A	児童B	児童C	児童D
表出	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定の人の声や好きな声質などで笑う。</li> <li>肘支点の手先の動きでベルを振ったり、スイッチを叩いたりする。手の横の動きもでつつある。</li> <li>嬉しいときに肘をあげて手を振る。</li> <li>声をだす。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>スプーンを児童の前に提示すると手をだして握ることもある。</li> <li>手を滑らせるような動きがでるようになった。また物を握って放すという活動をしている。</li> <li>もう一回やりたいなど合図をしたら活動をもう一度する活動をおこなっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>覚醒が高くて教師を見てくれていると感じことがある。</li> <li>児童の表情がハッとした様子はわかる。</li> <li>登校時にウトウトしていても、声をかけると必ず目をあける。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>要求しているような表情や期待するような表情が分かり始めてきた。</li> <li>適度な緊張状態のときに左肘を引くような動きが見られた。</li> <li>揺れ刺激やくすぐりなどをしたときに笑顔がすぐにでることもあれば、でないこともある。</li> </ul>
情報の入力	<ul style="list-style-type: none"> <li>小豆などに手や前腕を入れてしっかり感覚が入るように手の位置や固有感覚、触覚、触圧覚が入るように取り組んでいる。</li> <li>触覚と音が連動して一緒に入ると興味や次の動きにつながりやすい。</li> <li>動かしたら音が出るような物の方が、動きが出やすい。</li> <li>手に直接感覚刺激が入ると手が動きやすい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>見るよりも触覚の方が優位。</li> <li>音や感触によって動きが引き出されやすい。または給食などの好きな活動でも動きを引き出しやすい。</li> <li>児童の動きが少ないときは物を触らせるようにする。</li> <li>児童の動きが引き出されない時は、例えば抱っこや好きな前庭覚の刺激の遊びをおこなう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>不快な刺激もしばらくすると慣れて、反応がなくなるということが多い。</li> <li>体位を変えると目が覚めることが多い。</li> <li>食べ物の匂いがすると、手が口に動いて、その手を舐めようとするがあった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全身運動やくすぐり、楽器の音などが好き。</li> <li>体に響くような太鼓などの楽器の方が感じ取りやすいように感じる。</li> <li>覚醒状態を高めるために揺れ遊びとか、口を触ってみたり、腕を前にのぼしてあげたりすると、気付いてくれることもある。</li> <li>体全身に伝わるような刺激が良い。</li> </ul>
身体的な基盤	<ul style="list-style-type: none"> <li>覚醒がよい時期と覚醒が低い時期がある。現在は覚醒状態が良い。</li> <li>夏以降、食事や水分の量が安定している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>前期は吸引が多かったが、現在は比較的落ち着いている。</li> <li>一日を通して授業中に寝ることなく参加できるようになってきた。</li> <li>一日に数回発作がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>頻繁に眼振があったり、完全に目が片方に寄っていたりという発作が多い。また息が止まるような20から30秒ぐらいの大きな発作が時々起こる。</li> <li>昨年度、痰窒息を起こしかけたことがある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>9月に起きた大きな発作より、働きかけに対する反応や表情が乏しくなった。</li> <li>食事をしてから30分ぐらい経つと眠ってしまう。</li> </ul>
主体的な活動の基盤	<ul style="list-style-type: none"> <li>首の力や肘立ちを続けたことで肩甲骨まわりになんか力がついてきた。</li> <li>側臥位の姿勢を作業姿勢として用いる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>椅子座位や立位など以前よりも姿勢が安定してきた。</li> <li>不随意運動を抑える活動に取り組み、不随意運動が減り始めた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>五感で感じられることを増やすなど体感できるようにすること。</li> <li>大きな変化がわかるように、触らせたり匂わせたりして変化に気付かせる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>好きなことを繰り返しておこなうと、表情も徐々に分かりやすいものになってきた。</li> <li>授業中は覚醒が低いときに刺激を入れるようにしている。</li> </ul>
指導の難しさ	<ul style="list-style-type: none"> <li>覚醒が低いときに覚醒をあげることができない。</li> <li>適切な教材になっているか、適切な伝え方ができているか自信がない。</li> <li>子どもが楽しいことや嬉しいのことを把握しにくい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>コミュニケーションの指導が一番難しい。</li> <li>認知の面をどのようにステップアップしていこうか考えている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>覚醒が低い。</li> <li>児童は表出が少なく、どのように働きかけたら表出が増えるのか悩んでいる。</li> <li>児童の目指す姿を言語化できていない。また目指す姿の読み取りができていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>覚醒のパターンが決まっておらず、覚醒状態の見極めが難しい。</li> <li>児童の表出は表情や視線以外では難しい。</li> <li>表出を判断しにくい。</li> <li>指導の成果が表れにくい。</li> </ul>
子どもの主体的な動き	<ul style="list-style-type: none"> <li>手を動かしたり、笑ったり、声をだしたりなど反応してくれること。</li> <li>提示されたものに対して反応があることや、自分から探り「何だろうな」と感じること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>楽器を鳴らしたり、ビー玉を掴んで放したりするような動き。教師の指示に合わせて立ちたりすること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>児童には外界に気付けたということが学びだと考えている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>気付きやすいなど思うことが主体性と考えている</li> </ul>

任教師は覚醒の低さに指導の難しさを感じており、そして各担任教師は児童の表出について指導の難しさを感じていることもわかった。続いて「子どもの主体的な学び」について児童A、Bの担任教師は児童の動きに注目しているが、児童C、Dの担任教師は児童が働きかけられたことに気付くことや感じることに注目していることがわかった。健康観察の内容をまとめたデータを各担任教師に確認してもらくと、各担任教師はデータからの気づきや振り返りを述べていた。

## IV. 考察

### 1. 児童A、B、C、Dの共通点と相違の考察

※学校の主な学習活動時間は、午前では10時35分から11時25分。そして給食指導は12時から13時まで。午後は13時35分から14時25分である。

#### 1) 覚醒水準について

児童Aは覚醒水準が登校時より徐々に高くなっていき、12時45分に覚醒水準が最も高くなる。この時間帯は給食指導の時間で、児童Aの担任教師はインタビューの中で「児童Aは給食をよく食べるようになった」と述べており、児童Aは食べることに意欲を持っているので、覚醒水準も高くなったと推測する。児童Aは覚醒水準Ⅰの割合が多いものの、覚醒水準Ⅱ・Ⅲを合わせた割合は少ない。これは児童Aが低緊張で姿勢保持をすることが難しいために、覚醒水準も低いことが考えられる。児童Bが9時と11時45分に覚醒水準が低くなっている理由は、登校時は寝ていることが多いことと12時前の吸入の時間に休息の時間をとっていることが児童Bの担任教師のインタビューからわかった。児童Bは姿勢保持の能力も高いので覚醒水準も高いことが推測され、また学校生活の中で休息を取り入れていることで午後も覚醒水準を高く保ていられているのではないかと考える。児童C、Dは覚醒水準Ⅱ・Ⅲを合わせた割合が覚醒水準Ⅰよりも多く、両者とも覚醒水準は低いことがいえる。これは、発作や呼吸状態が悪いために体調が悪くて眠っている場合も考えられるが、児童C、Dは発達初期段階の状態にあたる。宇佐川(2007)は発達が最も初期段階の子どもは感覚と運動の繋がりが弱く、また覚醒水準も生理的に不快な時を除くと低めのことが多いと述べている。また田中・相墨(2016)は、重度・重複障害児は中枢神経系にダメージがある場合が多く、すぐに眠り込んでしまうことや昼夜逆転することなどがあることを指摘しており、睡眠覚醒リズムがうまく発達しないことがあることを述べている。

以上のことから、重度重複障害児は覚醒リズムの育ちが未熟なことと外からの刺激や情報に気づきにくいために覚醒水準も低く、覚醒水準が高くて下がってしまい不安定になるのではないかと考える。

## 2. 担任インタビューの考察について

### (1) 教師の困り感の考察

児童A、C、Dの担任教師は、覚醒の低さについて指導の難しさを述べており、どのように対応したらよいか悩んでいることが伺える。担任教師はインタビューの中で児童の覚醒が低くなった時に、姿勢を変換したり児童に伝わりやすい感覚の教材を使ったりなど児童の覚醒をあげようとする手立てをとっている。また、それぞれの担任教師は、児童Aでは「子どもが楽しいことや嬉しいことを把握しにくい」こと、児童Bでは「コミュニケーションの指導が一番難しい」こと、児童Cは「表出が少なく、どのように働きかけたら表出が増えるか悩んでいる」こと、児童Dは「表出を判断しにくい」ことなど「表出」についての指導の難しさを述べている。児童A、Bは表情や身体の動きなどの表出は多いと考えられるが、重度・重複障害児の気持ちを読み取ることは教師の力が試され、はっきりと確信が得られないので、児童A、B、Dの担任教師が述べるように気持ちの読み取りやコミュニケーションが難しいと感じることが多いと考える。次に児童Cの担任教師は、表出が増える働きかけに悩みを持っている。これは授業などで教師が、子どもに表出が増えて欲しいことの表れであるが、藤田(1996)は、「重度の者ほど累積的な個人内変化があらわれるまでに相当長期間の訓練なり指導なりが必要とされる」と述べており、発達を促すときに重度・重複障害児は成長過程がゆるやかで指導の成果がすぐに結果として結びつかないことが1つの原因ではないかと推測する。また重度・重複障害児の「表出」には、発達初期の状態で重度の知的障害があるために周りからの働きかけや出来事がわからないからできないという部分と脳性麻痺等による運動障害のために周りからの働きかけや出来事がわかっていても表出が微細なことや表出を繰り返しておこなうことが難しい部分が混在すると考える。そこで重度・重複障害児が表出する過程のどこに困難さを持っているか教師が把握することが大切ではないかと考える。児童の表出に関連して、児童A、Bの担任教師が考える「子どもの主体的な学び」は、手を動かしたり笑ったりすることなど見て分かりやすい動きを述べている。一方で児童C、Dの担任教師は「子

どもの主体的な学び」を外界に気付くことや楽しいと思えることを述べており、「表出」よりも感覚や刺激の情報を読み取ることをあげている。これは児童C、Dの担当教師が子どもたちの表出をより増やしていくために、教師は外界に気付く経験を積み重ねていくことを重視している表れではないかと考える。以上のことから、周りからの働きかけや出来事に気付き、自分から声や表情、動作で意思を伝えることができる重度・重複障害児には、より表出を促すような姿勢などの工夫が必要であり、周りからの働きかけや出来事に気付くことが難しく、気付いたとしても表情や動作の変化が乏しい児童には姿勢も含めて情報や刺激を子どもが感じ取りやすい支援の観点が必要なのではないかと考える。

## (2) 健康観察のデータを収集・整理することについての考察

健康観察のデータを集約したものを各担任教師に見てもらおうと、それぞれ児童の様子や指導の経過などをあらためて振り返ることの意義を述べていた。田中・相墨(2016)は、重度・重複障害児の生活リズムを整える際には睡眠覚醒リズムを記録して週や月単位でみていくことの重要性を指摘している。このように健康観察のデータをまとめることで、教師が自らの「記憶」を頼りに子どもの健康状態の支援や指導の方針をたてるのではなく、「記録」に基づいた客観的な指標をもとに指導を進めることができる。そして、「記録」を残すことは、子どもの指導過程や学習履歴を残すことにもつながり、例えば児童A、C、Dの担任教師のように、午前・午後の覚醒水準の様子がわかれば、指導の手立てになり、「健康の保持」の指導の難しさを解消する一助になると考える。

## 3. 今後の課題

本研究では、研究協力者の重度・重複障害児の覚醒水準や学校生活上の姿勢の様子を捉える中で、健康観察表をまとめる意義や各担任教師へインタビューから担任教師が抱える重度・重複障害児の指導の難しさや主体的な学びを引き出す観点について検討をした。この研究を通して、重度・重複障害児は一つの枠だけではおさめることができず、身体的な基盤が異なるだけでなく、環境の変化や働きかけの気付きといった認知の育ちやコミュニケーション、姿勢運動発達の育ちが個々で大きく異なることがわかった。重度・重複障害児の指導にあたって、子どもたちに自分から声や表情、

動作で環境へ働きかけることができるための支援を促していくことは必要であるが、それに加えて環境からの働きかけや出来事に気付くことができる支援も必要である。環境からの働きかけに気付くためには、今回のデータで示されたような子どもの覚醒水準の把握や学習姿勢の選択等があげられる。そして環境からの働きかけが適切におこなわれているか、また子どもが情報を受け止めていることができていることを適切に評価していくことも重要であろう。また児童C、Dのように一日通して覚醒水準Ⅱ・Ⅲの状態が覚醒水準Ⅰよりも多い児童もいるので、このような児童には覚醒水準を高めるための支援や覚醒水準が高いときに授業の中で一番力を入れて指導したい内容を精選しておこなうことも必要である。ただし、今回の覚醒水準と姿勢のグラフからは、「教師が姿勢等の支援をしたから児童の覚醒が高くなったのか」、それとも「児童の覚醒が上がるタイミングで教師が児童の姿勢等の支援をしたから、覚醒が高くなったのか」については明らかになっていない。今後は授業実践を行うなかでそのことについて検討をおこなっていききたい。また、本研究では重度・重複障害児の主体的な学びを授業の中で引き出す方法については検討できておらず、このことも同様に検討をしていきたい。

## 【謝 辞】

本研究を実施するにあたり、研究にご協力頂きました先生方には厚く御礼を申し上げます。

## 文 献

- 藤田和弘(1996)教育実践研究の方法と課題：運動障害を中心に. 行動分析学研究, 9(2), 165-171.
- 石井光子・市原真穂(2016)側弯・緊張と、姿勢を整えるためのケア・移動介助. 倉田慶子, 樋口和郎, 麻生幸三郎(編)ケアの基本がわかる重症心身障害児の看護. へるす出版, 187-188.
- 川住隆一・石川政孝・後上鐵夫(2002)養護学校において常時「医療的ケア」を必要とする重度・重複障害児の健康指導と健康管理に関する取り組み. 国立特殊教育総合研究所研究紀要, 29, 117-127.
- 田中総一郎・相墨生恵(2016)睡眠を整えるためのケア. 倉田慶子, 樋口和郎, 麻生幸三郎(編)ケアの基本がわかる重症心身障害児の看護. へるす出版, 170-176.

宇佐川浩（2007）障害児の発達臨床Ⅱ 感覚と運動の  
高次化による発達臨床の実際. 学苑社.

(2018. 1. 12受理)



## A Study of Health Observation and Learner Autonomy in Students with Severe Motor and Intellectual Disabilities in School Life: Through Behavior Observation of Students and Interview with the Homeroom Teachers

Yoshikazu YAMADA

Hiroshima Prefectural Hiroshima Special Needs School  
Graduate School of Education, Hiroshima University

Atsuhiko FUNABASHI

Department of Special Needs Education, Graduate School of Education, Hiroshima University

The purpose of this study was to examine the significance of objectively ascertaining the health status of children with severe motor and intellectual disabilities (SMID). The homeroom teachers of 4 children with SMID were asked to complete a health log for the students during their time at special needs schools. Data provided by the teachers on the health log were compiled, revealing the children's patterns of arousal and behavior at school. The teachers were then interviewed based on those data. Interviews revealed that homeroom teachers of children with SMID sense the difficulty of advising students to pay attention and to express themselves. The teachers also encouraged learner Autonomy (e.g. they took care to create conditions in which the children could engage in active learning). In light of these findings, the current study discussed the significance of obtaining objective data on children with SMID and encouraging active learning.

**Keyword:** children with severe motor and intellectual disabilities, health observation, learner Autonomy in students