

岩手県立高等学校特殊教育部研修会

(日時：平成4年11月25日 会場：一関養護学校)

講演

「重症心身障害児の発達と援助」

国立療養所西多賀病院・指導室長

阿部幸泰

〔はじめに〕

只今、ご紹介をいただきました阿部です。

校長先生の紹介の中で、私の著書のことについて触れていただきましたが、既にお手元にお持ちの先生も何人かおられるようですね。読んでいただいた上でのご質問でしたら、書いた者としてお答えしなければならない責任があります。ご質問にお答えしながらディスカッションをした方が、お互いに本当の勉強になるのでないかと思いますが。

本を読んでいただければ話すことはないのですが、今日のテーマは「重症心身障害児の発達と援助」ということで、一応講演という体をなさなきゃならないという側面もあるのではないかと思いますので、お話をしたいと思います。

〔宇宙カレンダー〕

最初に、宇宙カレンダーのこと、ご存知でしょうか。先生方の中で、どこかで見た方、いらっしゃいませんか？これはですね、宇宙のできた時を1月1日と仮定するという話です。ビッグバンで宇宙ができた時を1月1日とすると、今現在を次の年の1月1日の午前零時零分零秒と仮定した時、つまり宇宙ができて今までを1年間とすると、一体人類は何月何日に誕生したことになるかという話です。

その前に、宇宙カレンダーによると、地球ができたのは何月何日になるといいますか？一方的に話すのは好きでないで、誰か解りませんか？そう、9月14日といわれています。では北京原人が現れたのは、一体いつかといった話。驚くなかれ、12月31日午後11時46分。今から振り返ればわずか14分の歴史しか人類にはないということです。ましてや、キリストが生まれたのが11時59分56秒、わずか4秒前。その前にエジプト文明とか色々文明がありまして、ともかく、宇宙カレンダーからみるとわずか4秒前。

一体何がいいたいかといいますと、我々人生80年とこの頃いつていますが、宇宙カレンダーからみると、吹けば飛ぶような存在だし、記録のしようがない11時59分59秒、その次の秒の下の下の下ずうっと下の単位の存在でしか、我々の存在はないという話です。「たかが人生」ということです。

でも、一方では記録にも残らない存在である我々一人一人の人生、言い換えれば一人一人の命は、命が命を生み、その命が次の命を生むという、そうした命の連続の延長線上の命、つまり「永遠の命」でもあることも確かなことですよね。

少し横道にそれます。どうも私の話はいつも横道にそれることが多いのですが、横道が好きなもので。今日も時々横道にそれるのでないかなと思いたいますが、お付き合い下さいね。

みなさん、アニメの「宇宙戦艦ヤマト」をご存じでしょ。命の連続の延長線上の命とは、あの中に描かれている「テレサ」に代弁される「永遠の命」ということになるのでしょうか。「永遠の命」、私なりの解釈では宇宙の始まりのビッグバンから、今のこの瞬間まで永々と続いてきた宇宙の命。そして、この宇宙の命は、これからも人間の存在の有無に拘らず、たぶん永遠に続いていくことでしょうね。そうした宇宙の永遠の命の一時にすぎない我々人間の命も、宇宙の永遠の命の一部ともいえますよね。永遠の命、言い換えれば、全ての命が追い求める「人類愛」とか、「人間愛」とでもいうものは、永遠であるということになるのでしょうか。そうした人間の永遠のテーマ故に、「宇宙戦艦ヤマト」は子どものみならず、若者や我々大人の心にも共感を呼び、ヒットしたものと思います。

さて、本論に戻りまして、そうした「永遠の命」の一部ということをお考えすると、大切なことは「たかが人生」に対し「されど人生」ということではないかなあと思いたすね。宇宙カレンダーからみると、わずかの人間の存在、ましてや自分自身の存在というのは、吹けば飛ぶような存在、記録にも残らないような存在。その80年の人生の中で、いわゆる重症児と呼ばれる子ども達に接する先生方にすれば、教員生活22才から60才までと計算して約40年。「たかが40年」と考えるか、「されど40年」と考えるか。その辺から、この子達との出会いをもう一度改めて先生方自身の中で位置づけてもらいたたいという願いがあって、こういう話を最初にした訳です。

〔誕生は偶然、死は必然〕

もう一つ同じような感じの話になるのですが、先生方がお生まれになったのも、私もひっくり返ってそうだが、やっぱり偶然ですね。誕生は偶然なのですね。ご両親がたまたまどこかで出会って、たまたま何月何日かに我々が生まれたというだけの話。

その偶然から、先生方はたまたま健康に育って今まできた。たまたま何らかの問題があっていわゆる重症児という人生を歩まざるをえない人達もいた。そして尚かつ、誕生は偶然ですが、死んでいくのは、これは絶対に必然ですね。何といおうと先生方も絶対に死ぬのです。あの子供たちもやはり死んでいく。

人生というのは、たまたま偶然に出発し、必然的に終わるしかないのです。正常だ思っている我々でも、いわゆる障害を持った子ども達でも、こういう考え方に立つと全く同じですよ。偶然から必然への旅。

〔心の旅〕

皇室に嫁がれた紀子様が愛読したという書物、知っていますよね。この中で読んだ先生もいらっしゃるかもしれませんが、「心の旅」という、精神科の女医さんが書かれた本です。私も紀子様の愛読書と騒がれるかなり前に、初版が出て間もなく本屋で見つけて読みました。同じことですよ、この本の内容は。

つまり、人間というのは、生まれる瞬間というものは意識できない。「いや私は意識していたよ」という人がいましたら手を挙げてくれませんか。もしいたらお聞きしたいですね。誕生の瞬間はどういうことだったのかと。死ぬ瞬間も意識できないですよ。「ああ、今日あたりで私は死ぬかもしれないな」ということは意識できるかもしれませんが、「ああ、今死んだな」などということとは誰も意識できないですよ。

「心の旅」という名前がついているのは、意識がない時から出発して意識のない終わり。その途中は意識がある。意識を心という言葉に置き換えて、人生というのは「心の旅」でないかと。

そして、あえて意識できる人生というものを、せつかくであれば、一人の人と出会うだけでなく、二人の人、三人の人、四人の人というように、より多くの人と出会っていけるということが、やはり人生の喜びでないか。それを著者はいいたいのではないかと、私は本を読んで感じました。そうしたことを著者がどこで学んだかということ、横道にそれますが、その女医さんはライ療養所に入入りしていました。ライ患者さんと接していく中

で、人生の喜びというものは、金とか名誉とか地位じゃない、人生の喜びというものは、人と人の心と心の触れ合いではないかと。結論的にいえばそういうことでないかと思うのです。

さっきの宇宙カレンダーの話にしても今の話にしても、やはり子ども達とたまたま出会ったのかもしれませんが、この出会いを自分の人生の中に、つまり教師という職業の中でどう位置づけるか。この中には看護師さんもいらっしゃいますけれども、看護師さんは看護師さんとして、自分の中にどう位置づけるか。これは必然的に自分の問題ですよ。

人にいわれてしているとか、たまたま転勤命令が出たから接するようになったとか、仕方がないからといって2、3年過ごすか。それは、そういう言い方ができますが、そこでどう生きていくかは、自分の問題ですよ。

こういう前提に立って、今出会ってる子ども達と、教師とか、看護師とか指導員とか、保育士さんとかいう立場で、つまり専門職種という立場で、目の前に存在している子ども達と触れ合う機会のある、係わり合う機会の、チャンスのあった自分、そこで、それぞれの職業からみて何か援助できることがないか。この子達の教育活動というものを、どう組み立てるかということ、そこから出発した方が、考え易いのでないかという、自分の経験もあって、最初にこんな話をした訳です。

ですから、教師だから何かするとかということよりも、一人の人間として、目の前にいる障害を持つ子どもに自分は何を援助できそうか。たまたま教員免許をとるために勉強してきたその技術と知識が役立たないか。こう考えると、この子ども達に、何かたくさん援助してあげたいことが思いつくでしょ。

あの子達を最初にみた時「ああ、病気を治して上げたいな。でも教師だから病気を治すことはできない」。つまり、本当は病気を治して上げたいと誰もが思ったと思います。でも教師だから治すことはできない。自分の技量と知識だけでは、医療行為はできない。では一体教師として何ができるかということですね。繰り返しますが、まず一人の人間として、自分は何を援助できそうか、その色々思いつく援助の中から、はじめて自分の勉強してきたことを生かす場が、側面が出て来るのでないかと思うのです。

そういう前提に立ちまして、私の少しばかりの経験の中から参考にさせていただければと思います。では、スライドを。

これはさっき話した宇宙カレンダー。12月1日でやっと地球に大気が出て来た。最初の人類、31日ですね。北京原人ですね、キリストは11時59分56秒、こんな感じですよ。まあ機会がありましたら、宇宙カレンダーの載っている本などを読んで、自分自身で色々と考えてみるとよいと思います。ちょっと違った見方ができるかもしれませんから。

本論に入っていくのですが、特にここは一関養護学校の先生方が圧倒的に多いので、先生方を主に対象としてお話します。次のスライドを。

〔療育とは〕

先生の中に、教育と療育とは違うとお考えの方もいるのではないかと思います。病院側は療育で、自分達は教育だという言葉を使ったりしているのでないかと思います。本来療育という言葉は、もっと概念が広く深いのです。

高木憲次という東大の先生で、その先生がお辞めになる時の最終講義で、療育について定義をしています。言葉そのものはこの先生は戦前から使っているのですが、つまりその定義は、「その時代の」、その時代ですから、今から考えれば最終講義をした昭和23年代には、まだまだ十分に障害児に関する知識とか技術というものはなかったかもしれません。要はその時代の科学、ここで科学という言葉を使っていますが、つまり医学とか、看護学とか、教育学とか、心理学とか、福祉もそうでしょうが、ありとあらゆる科学、知識を総動員して、その子どもの残されている能力を引き出していく作業、そうした総合的な科学の組立作業であるといっています。ですから、教育もその一部にしか過ぎない。看護もその一部に過ぎない。医学だってその一部にしか過ぎない。

ですから子どもの療育を考えるということは、みんなで力を合わせていかななくてはならない作業なのです。教育だけでいいんだとか、医学だけでいいんだとか、看護だけでいいんだとか、そんな問題ではないのです。それぞれの専門に携わる職種が、専門性からみて本当にこうして上げたい、ああして上げたいということをお互いに意見を出し合って、話し合って、そして一人の子どもにどうそれぞれの提起されたテーマとか、目標を噛み合わせて、その子どもの指導目標を作っていくか。まあ指導目標というか、どういった援助を考えていくかということです。これが療育という基本的な考え方です。このことだけは、よく理解しておいて下さいね。

時々指導員の中でも、私も指導員の仲間ですが、自分達は療育をしているのだとか、安

易にそういう言葉を使っていますね。ところがそうではないのですよね。本当は、みんな
でしなきゃいけないということです。次のスライドを。

〔障害とは〕

次に、具体的に重度の子ども達をみていく時にですね、よく子ども達は、「障害児」と
表現されますよね。僕はこの表現の仕方はあまり好きではありません。ですから私の書いた
本のタイトルは「重い障害のある子どもへの援助」としてあります。障害を持たざるをえ
なかった。障害児だからどうのこうのという問題でなくて、その障害のある人達の、その
障害とは何なのかということ、学校の先生だけでなく、その指導集団、指導員も保育
士もひっくるめて指導集団と仮にこの場では呼ばしてもらいますが、指導者側が障害をど
うとらえるかという問題は、これは、かなりのポイントになってくると思います。「障害
児だから仕方がないのだ」とか、「障害児だからこうしないとだめだ」などということ
はないと思うのです。その子どもは確かに障害がありますが、要はその障害がなくなれば
いいんでしょう？

ですから接するその時に、その子の障害をどう意味づけするかということだと思っ
ます。

このスライドの定義は、私が自分なりに考えて解釈していることですので、参考にさ
してもらえればいいのですが、つまり、何らかの機能の不自由さを私は障害だと思っ
ます。これはどういうことかといいますと、私も眼鏡かけていますし、ここの中でも何
人が眼鏡をかけていますよね。この例えが問題の本質はついていないとは思わないの
ですが、分かり易くするために話します。眼鏡をはずしますと見えませんよね。つまり
見ることの機能に関しては、私は不自由になってしまふ。それはやはり障害ですよね。
でも、眼鏡をかけると見ることに不自由さはなくなってしまうよね。つまり、私が
ものを見るという今この瞬間の機能に関しては、視覚障害という部分がなくなっ
てしまふ。このように障害者といういい方は好ましくない。眼鏡をかけているから
「あなたは視覚障害者だ」と面と向かっていつもいわれたら、いい感じはしない。
そういうものでしょ。

つまり一人の人間が障害を持っていることで、何に不自由しているのかと、やはり
早くみつけてあげなくては。でも一方、どうしようもないものもありますよね。例
えば奇形があるとか、それも障害があるという言い方をしますが。また例えば片
手がないとすると、これも手がないということでは、障害があるという言い方
もできます。それよりも、手が

ないために社会生活する上で何に不自由しているか。じゃあ、その不自由していることがあったら、さっきの眼鏡の例ではないですが、それをカバーし補っていくような、それが訓練なのかもしれないし、指導によって力をつけていくことかもしれない。そういう形で、指導法とかいろんなことを考えていくという、基本的な考えが成立するのではないかな、というのが私の考え方です。

もう少し説明を加えますと、私の嫌いな表現の一つに「知的障害児」、「知的障害者」という言い方があります。「この子は知的障害、知恵遅れです」と説明してくれる人がよくいますね。じゃあ聞きますが、この子どものどの部分をとって知恵遅れだというのは、はっきり、具体的に示して下さいと私は聞きたくありません。すぐに答えられる人はそういないです。

ただ言葉だけでこの子は知恵遅れですといわれると、この子のどこが知恵遅れなのかと聞き返したくなります。

それは何故かという、その指導者が、子どもの実態というものを本当に知っていてそういう言葉を使っているのか、また子ども達の最大の力になってあげないといけない指導者が、そういうふうにおおざっぱに子どものことをとらえていいのかというような疑問が常々あるもので、特に先生方と話をする時はそういう質問をします。そのことに気づいてもらいたいという願いからです。

やはりそういうところからは、指導法はみつかってこないし、何がその子にとって問題なのかということもみつかってこないですよ。例えば、16才だが「あいうえお」というような平仮名を読むことにおいて不自由さを持っている。16才で平仮名を読めないが、でもこうしたレベルの絵の弁別はできる。じゃあ3才ぐらいか、云々なんていって、この子どものこういう部分で知恵遅れなのですよという言い方でしたら、私は納得するし、理解できるのですが。

さっき出ました療育と重ね合わせてみますと、いろんな人々、専門家の助けを借りながらその不自由さを除去していく。そのために阻害要因がもし訓練とか云々で除去できるとしたら除去すればいいし、医者がその辺で応援してくれるのであれば医者と協力し合わないといけないし、看護師さんと協力し合わないといけない。こういうふうな指導法、こういうふうな訓練をしていけばこういうものが伸びるよというものがもしあるなら、機能訓練士、理学療法士と協力し合ってそれを見つけて具体的に考え出していかなければなら

ない。

こうして協力を仰ぎながら一つの指導法というものが、出てくるのではないかということです。次のスライドを。

〔行動とは〕

この子達は重症児といわれ、教育界サイドでは重度重複障害児、つまり、「重度の障害をもっている子ども達だから、反応が乏しい」というような表現をよくされていますね。でも、梅津八三の定義を借りれば「何も解からない子ども達、何もできない子ども達」とは言えなくなりますよね。何故かというと、生活体ですから、それは子どもに置き換えてもらっていいのですが、子どもの「状態変化を行動と呼ぶ」と。

教育というものは、要は、行動を色々変容することです。

教育であろうが保育であろうが、医学であろうが何であろうが、要はその子どもの行動をよかれと思う方向へ変容することですよね。変容ということは何かといいますと、その子どもの行動が変わるということですよね。つまり「状態変化を行動と呼ぶ」とこう定義しますと、どんなに障害が重いといわれる子どもであっても教育活動はある、という話になる訳です。障害が重いからすることがないということはない。

このことは、病院サイドの職員でも同じだと思います。つまり、反応の乏しいといわれる重症児に、何をすればいいのかと悩んでいます。ここに看護師さんもいらっしゃいますが、重症児に長い間係わっていると、いわゆる「看護技術が遅れていくのでないか」と不安になる。といいながらも、一方では「看護の原点はこの子ども達の看護にある」とも言いますね。まあ、若干矛盾するところがありますが。先生方も同じような矛盾で悩んでいると思います。

やはり悩みを解決するためには、原点、つまり言葉の定義の意味するところまでさか登って考え直すしかないと思います。

指導者として一番大切なことは、子どもの行動をどうみていくかということです。そして、それをどのように援助していくかという、やはりこの定義をきちんと知っておくことが大切だと思います。この定義を使うとなりますと、もう、泣きごとをいえなくなるということです。電気をつけて下さい。

〔教育活動とは〕

お渡ししている資料に、「教育活動とは」と書いてありますが、一つ目に「ある特定状況に対応したある特定行動の形成への援助活動」、2つ目に「自発行動を他の行動へ変容することへの援助活動」、3つ目に「特定行動を豊かにする援助活動」。

つまり、重症児の教育を考えていく時にさっきいいました行動の定義を踏まえて、じゃあこの子ども達の教育活動とは何なのかと考えたら、これはまあ私なりに一応まとめただけですのでいろんな意見があるうかと思いますが、とりあえずその3つにまとめています。

その説明を簡単にします。「ある特定状況に対応したある特定行動の形成への援助活動」。これは、解りますよね。つまり、お茶碗が出てきて、ご飯がのっていて、お箸があれば、これが特定な状況ですよね。そうすると我々は生活経験、小さい頃からお母さんにしつけられたこともあるかもしれませんが、ご飯のお椀とお箸があれば、お箸を持ってご飯を食べますよね。つまり、ある特定の状況に対して、ある特定の行動を学習してきていますから、ご飯とお箸が並べられれば、お箸でご飯を食べますよね。そういうことです。

次の「自発行動を他の行動へ変容することへの援助活動」。これは身についてきた自発行動ですから、例えば障害を持った子どもが歩けるようになった。それは、自発行動ですよね。自発行動を獲得するまでは、もちろん指導があった、訓練があったかもしれない。歩けるようになったら自分でどんどん部屋の中や教室の中を歩いたりする。これも、自発行動ですよね。

床を歩けても階段を上がれないという子どもがいます。平面であれば歩くという自発行動を、他の行動へ、つまり階段を歩くという行動へどう変化させるか。そういうことへの援助の方法を考えていくのも教育活動ではないかということです。

次の「特定行動を豊かにする援助活動」。これはですね、重症児といわれる子どもにもみられますが、配膳車がくると配膳車に向かって移動する。でも、先生がこっちへおいでと言ってもこない。つまり、配膳車が来るという特定な状況に対しては、特定な近づくという接近行動が身についている。それをですね、これであれば近づく、あれであれば近づくというようなものを、より多く指導していけないかということです。

色々問題があるにしても、指導の中でよく食べ物を使いますよね、弁別学習とか。あれは何かというと、特定行動を利用して、2番目の「自発行動を他の行動への変容」ともつながりますけれども、つまり、そういうような形で利用しているということですよ。

まあ、こういう3つがあるのではないかということです。次のスライドを。

〔大島の分類〕

次に、我々の考える重症児は、どういう子ども達なのかということをも、お互いに理解し合っておきたいと思います。

先生方もよく「大島の分類」という言葉を、病院サイドの職員から耳にするとおもいます。大島の分類というのは、これは、重症児といわれる子ども達のことを医学の中でも問題にしていこうとした時に、大島先生という、今は秋津療育園の園長先生をしておられますが、「重度児とはこういう子ども達ですよ」と理解してもらうために作った分類表です。これは今も使われている。というのは逆にいえば、これ以上の分類表が今のところ作られていないということにもなります。

この表は、横軸に移動・姿勢、縦軸にIQ。この番号は、升目にして番号をふっている訳です。1からズーッと行って25まで。横軸が「ねたきり」、「座れる」、「歩行障害」、「歩ける」、「走れる」。立軸がIQの20、35、50、70と。これをクロスさせてあります。今現在重症児と一般にいわれているのは、1、2、3、4のところ。重症児という場合は、ここを念頭において考えていただいていた方がいいと思います。

5、6、7、8、9のこの辺の子どもも、実際に重症児施設に入院しているのでないかと思われると思います。この子ども達のごことは、厳密にいうと重症児の周辺児といわれています。ですから、我々が重症児と一般的に使う時は、1～4の子ども達のことをいいます。これだけは、ご理解して欲しいと思います。一関養護学校は、例えば、確か「あすなる病棟」でしたよね、間違っていないよね、あすなる病棟にいる子どもさん達の面倒をみていただいている訳ですが、分類基準に照らして、1、2、3、4に分類されると思います。5～9あたりの子はそうはいないと思います。

この表は民間施設、国療関係、福祉サイドと、よく使われているにも拘らず、その子どもをどの分類にすればいいのか、基準が示されていけませんので、分類に迷うことが多々あります。我々国立療養所サイドでも、対策を行政に訴えていくためにいわゆる重症児の実態調査をしています。でも基準が曖昧ですので、その結果から分類される子供が何人とか云々といっても、信頼性は今一つということになります。そこで私達は、判別基準の作成を試みっていますが、後でそのことに触れます。

まず、立軸に関して話したいと思います。

I Q の出し方は、先生方はご存知のことと思います。C A 分の M A 掛ける 1 0 0 でしたね。C A はどんどんあがりますから修正年齢を使います。仮りに 1 6 才を修正年齢として計算すると、2 0 とか 3 5 という値は、M A で出しますと、2 0 で 3 歳 2 ヶ月で、I Q 3 5 は 5 歳 7 ヶ月ですね。学齡児ですもちろん 1 6 才以下ですが、周りにいる重症児、あすなる病棟にいる周りの重症児はみんな 1 6 才以上です。そうすると、3 5 を越えるような重症児はそんなにいないですよ。いないですよじゃない、いたらおかしいですよ。M A 5 歳 7 ヶ月というのは、普通の子どもでいえば、こしゃまくれた子どもですよ。幼稚園の年長さんでしょ、そんなレベルの重症児はいない。私は、逆にいえば、知能に関して重い障害を持っていれば、大体 3 5 以下になりますよね。I Q 2 0 でも 3 歳 2 カ月ですからね。

ついでに話しますが、2 0 以下は「測定不能」とよくいわれます。「人を馬鹿にするな」といいたい。3 歳 2 カ月ですよ。このグループは障害が重いから、全部測定不能という一つのランクでいってしまうのかといいたい。「もうちょっときめ細かく対応を考えて」といいたくなります。3 歳 2 カ月というと、喋って歩いて、お母さんに文句を言うように口は達者。それぐらいですのに I Q 2 0 以下だから、測定不能と分類されてしまう。もうちょっと、きちんと観てもらいたいですね。ちょっと電気をつけて下さい。

更に横道にそれますが、本当に知的な面に障害を持つ子どもは、気の毒ですよ。

人が罪を犯すと、内容にもよりますが、手続き的にいえば 3 審制ですから最高裁までいきますよね。それぐらい罪を犯したその人の行動に、1 0 年も 2 0 年もかけて裁判をしている。一人の人間の行動を分析し、評価しようとするのでしょ。それが、一回か二回知能検査をして「はい、あなたは重度知的障害ですよ」と判定する。それが、一生ついて回る。こんな不合理はないですよ。

「理由があって罪を犯したのでないか」と一審、高等裁判所、最高裁判所であんなに議論するのでしょ、みんなで。それこそ、ありとあらゆる科学、法学者、精神科医とか、いろんな人がきて証言したりして。

それが知恵遅れの場合、知能検査で 2 0 以下、「はい、あなたは測定不能、はい、だから重度知的障害です」。ちょっとどこか、間違っているのではないかと思います。ごめんなさいね、横道にばかり、それちゃいまして。次のスライドを。

これは国立療養所のデータです。国立療養所には重症児ベッドが全国に80カ所、8080床あります。あすなる病棟は120人のベッドが用意されています。国立療養所の施設の協力を得まして、大島の分類を用いて実態調査をしました。これは、総計で100%で大体7000人と考えて下さい。約7000人のデータがここに入っているということです。これで見ますと、気づくことがあるでしょ。年が若ければ若いほど1、2に分類される重症児が多いですが、年をとってくれば、結構こっちが減ってくる、まあ、途中で亡くなる重症児もいるかもしれませんが。このデータからだけみると、重症児といわれる子どもでも、年が増せば増すなりに何かが身につについていっているのではないかとことです。これを分析し報告したものが、あすなる病棟にも「全国の実態調査報告」という小冊子があるはず。岩手病院の指導主任の松本さんにいえば、データを見せてもらえますから。電気をつけていただいて、次の資料を。

〔大島の分類の判別基準〕

我々が仲間とさっき見ました大島の分類を、本当にデータとして比較検討したり、お互いに事例発表している時に事例発表している子どもが「大島の分類の1の子どもですよ」と、お互いに共通のイメージをわかせるために、よく大島の分類を使います。

でもさっきお話しました通り、その判別基準がはっきりしていない。それを統一しようではないかということで、大島先生のご了解をいただきまして、横軸の分類の判別例を作ったのが左側の表です。

受け持ちのお子さんをイメージしてクロスさせて下さい。そうすると、その子どもは、大島の分類の横軸のどこに入るかということです。表の見方は、例えば、受け持ちの子どもをイメージして「移動は、いざり移動だなあ。姿勢は、この子どもはよりかかりなしでの座位はできるなあ」と。クロスさせると、この子どもは、「座れる」のグループに入るということになります。

これを使っても尚かつ、多分「あてはまらないよ、どこに分類したらいいの」というケースが必ず出てきます。そういうケースこそ本当は大切なのです。本当にいるのですね。

東北管内で実態調査をした時、いろんな質問がきました。例えばよく聞くと、つかまり立ちでなく、すがり立ちだったり。ここら辺を、やはり一人一人の子どもを丁寧に観ていなくちゃあならないということですよね。すがり立ちをつかまり立ちと評価したら、そ

ここからは指導法とか目標などは出てきにくい。だから、さっきいいました通り、私はそういう一つの基準に入らないと思われるケースを丁寧に追っていく方が、自分達の勉強として面白いのではないかと思います。

次に右の表です。これはどこかで見たとあると思います。あまり、色々な検査を使ってIQ出すよりは、子どもの全体像で何とか分類する方法はないかというので色々検討なさって作ったのが、妹尾先生の分類表です。今のところ、私は、実はこれを使っています。

国立療養所では圧倒的に遠城寺式を使っていますので、横軸の判別例は作りませんでしたので、次は縦軸の判別基準を作ろうということで、協同研究で進めていまして、今年で3年目ですので来年の3月には、まとめができるのではないかと思います。そうしたら、横軸と縦軸の基準ができますので、今度は使い易くなるのではないかと思います。参考にして下さい。以上が、大島の分類の説明です。

〔援助の糸口〕

次に発達と援助ということの具体的な話に入ります。

まず、先生方がお考えになる時に、まあ、我々もそうですが、大体3つの側面をおおざっぱに設定すれば、取り組み易いのではないかと思います。

それは何かというと「姿勢・移動」、「手」、「コミュニケーション」。これは何によるかといいますと、つまり、重症児といわれる子ども達は直立歩行が難しいし、有目的な手の活用ができる子は少ない。そして話言葉をもっていない。普通の子どもがこうしたことができるのは、1歳ぐらいのレベルですよ。重症児は、この辺までの発達レベルに留まっているのではないかと。

人間の人間たる特徴は何か。スフィンクスが旅人に聞いたという話、僕の本にも書いておきましたが。

やはり、2本足歩行というのは人間にとっての大きな特徴です。そして次に指の分化ですよ。猿手といって猿も確かに、フォークにバナナをさして食べますがね。つまり、指の分化というのも人間の特徴ですよ。それとやはり言葉を持っている、話し言葉を持っているということですよ。人間の特徴、人間の人間らしい特徴として、大体この3つぐらいがあげられます。

援助の道筋、発達の道筋がはっきりしてきているのは、やはり「姿勢・移動」の側面で

すね。これは、先生方は既にご存じかと思えますけれども、簡単に触れておきます。

〔ミラニーの表〕

資料の一番最後の表、ミラニーの表。2本足で直立歩行ができないこの子どもの問題点はどこにあるのかということが、この表を利用すると解ります。

これは、先生方が勉強なさって知ることも大切ですが、やはりこの道のドクターが側にいれば、ドクターに聞くとか、看護師さんに教えてもらうとか、あと一番いいのは理学療法士が側にいれば、評価してもらおうと確実です。

専門家が側にいない場合には、先生方でも的を得ることができると思いますので、専門書をお買い求めになって、まあ学校として1冊ぐらいそろえてもいいのではないかと思います。

そうした本から一つ抜き書きしてここに持ってきました。横軸は月数です。姿勢調節とか、頭部とか、体幹、自動運動まで書いてあります。

このミラニーの表の素晴らしいところは、その下にですね、反射との関係を書いてあります。斜線で塗ってありますね。例えば、原始反射手の把握反射のところをみて欲しいのですが。この表でみると3ヶ月半迄塗りつぶしてあるでしょ。

これは、普通の赤ちゃんでもこの原始反射は3ヶ月半までは現れますよという印です。そうして見ていきますと、原始反射は最初は現れますが、傾斜反応、表の一番下を見てもらいたいのですが、立位の傾斜反応はやっと12ヶ月ぐらいになって現れ始める反応ですよ。このように、反射との絡みがあります。

〔原始反射と筋緊張のバランス〕

歩けない子ども達、動けない子ども達は、重症児の場合、大抵この原始反射が出ますね。原始反射についてよく「残っている」とか、「消える」とかという言い方をされますが、これは消えるのではなく、正しくは抑えられているのです。

一番いい例が非対称性頸反射、原始反射のところの2つ目にあります。通称フェンシング姿勢とよくいわれるものです。後で、スライドに出てきますが。

我々には、それは抑えられているだけで消えてはいないのです。それが現れるのはどういう時かといいますと、フェンシングの試合の時ですね。フェンシングの試合は、黙っていてもフェンシングの選手はこういう形（動作で示す）をとりますよね。顔の向いた方の

手は伸び易く、顔の向かない方の手は曲り易いのです。これが、非対称性頸反射、つまり頸に対して非対称だと。腕相撲にもこれが現れます。ここは、ちょっと机がないからしてもらってはいきませんが、力いっぱい腕相撲をすればするほど、つまり手を曲げれば曲げるほど、首がこちら（反対側）を向きます。ですから消えるのではなく、我々は残っているのです。

我々は顔の向いた方の手を曲げることを学習してきているのです。それを学習しにくい子どもが脳性麻痺として、原始反射が消えないが故にああいうような姿勢になってしまうのです。

非対称性頸反射が出現する脳性麻痺の方は、顔の向いた方の手は伸び易い。ものを握ろうとすると、非対称性頸反射からいうと、首はこう向きます（動作で示す）。そうすると物と反対の方向へ向いてしまう。それで、尚かつ、物を握るために物を見ないといけない。何とか見ようと思うから、下からみるか、上から頸を曲げるようにして目だけものの方向を見ようとするから、皆さんから見ればひどい姿勢だなと見えるのです。あの人達にすれば、それが理屈なんですよね。

こういう反射のことを勉強なさっておくことも大切なことと思います。知っていませんと、お世話していく時に反射を助長させることになります。

では、きちんと訓練などをしていけると反射は消えてくれるかということ、そうはいかない場合もあります。でもやはりこういう理屈を知っておくこと、それが発達の道筋をよく知っておくということと、そういう時はどんな援助を考えていけばいいのかということが、大切になってくると思います。

プリントの右側にチャートの説明が書いてあります。読みづらくて申し訳ないのですが、これをいちいち説明していますと時間がないので、これらを勉強される方は、たくさん、本が出ています。ぜひ、関心があればそれらの本を自分でお読みいただければと思います。では次のスライドを。

これが、さっきの原始反射。脳性麻痺といわれる子供達の特徴を大きくいえば、原始反射が残っているということと、筋緊張のバランスがうまくとれないというその2点だと思います。筋緊張のバランスの問題は、また後で話します。このスライドは、さっき説明した非対称性頸反射。このスライドは、正常な子どもか、脳性麻痺の子どもさんか？これ

は、正常な子どもです。正常な子どもでもこんなにきれいに原始反射が出るのです。この子は、2ヶ月半ぐらいです。今日お帰りになってご近所か、ご家族で2ヶ月前ぐらいのお子さんがいましたら、ちょっと触らせてもらって、自分の目で確かめられたらいいと思います。3ヶ月前で首頸前ですので、面白がってぎゅうぎゅう揺り動かさないように、そつとね。電気をつけて下さい。

脳性麻痺のお子さんは、今いいましたように、原始反射が残っているか、それともう一つは、筋緊張がうまくとれないということです。

これはどういうことかといいますと、我々は、手を伸ばそうとするとずっと伸びます。伸ばすことを学習してきているのです。伸ばすということは、私がたまたまこう伸ばした時はこっちの筋肉が伸びています（動作で示す）。こっちの筋肉は縮んでいます。

この微妙なバランスを大脳が司っているのです。これが、脳性麻痺のお子さんの場合、微細な調整を司る脳のところには障害があると、筋緊張のバランスがうまくとれないのです。ですから、逆にいえば手を伸ばそうとするとこっちが伸びてくれないといけないのに縮もうとする、こっちが縮もうとするところが伸びようとする。ですからこういう硬い動き（動作で示す）とか、不随意運動的にもこうになってしまうのです。

〔指導と訓練〕

ただ、指導者側によく考えてもらわなければならないのは、こういう訓練的なものは、目につきやすいですね。だから、手を出したがりやすいですね。周りから見ても、あの先生は何をやっていると見えますからねえ。一生懸命することは大切ですが、ここに、教育と訓練との違いは何なのかという、その辺の問題があります。

この子どもの手が伸びないというのであれば、一生懸命訓練してしてもいっこうにかまわないと思います。その子が手が伸びるようになった、そこで終わったら、それは単なる訓練。

先に障害をどう位置づけるかのところで話したように、訓練的なことを始める前に「伸びる手になったらこういうことが子供にできるようになるのではないか。こういうふうに生活が広がるのではないか。こういうようなことが教育場面として設定できるんじゃないか。だから私は今この子供の手を伸ばして上げたい、そのために若干訓練的なことでも、一生懸命して上げたい」というのであれば、誰が何といおうとやればいいのです、教育なので

すから。

例えば、その子供が「はっきりしたYES、NOのサインがない。でもその子がせめてここまで手を伸ばしてくれたら、教師としてはこれをYESのサインとして使いたい。それで、この関節をもうちょっとここまで動く子供にしたい。自動運動として手を伸ばすような動きがちょっとみえるから、そのためにしてあげたいのだ」ということであれば、それをサインとして使うのだというのであれば、一生懸命、例えば1年の内の2ヶ月ぐらいを、最初の段階として、マッサージばかりしていても立派だと思えます。2ヶ月目からはそれをサインとして使って、まあ極端かもしれませんが、絵カード使って、YES、NOのサインとして、これらを使ってどんどん学習を進めていけばいいのです。

このように、訓練と教育というものが絡んでくるところもありますが、そういうところでも、きちっと自分の教育活動とは何かをさえおさえておけば、いろんなことをやるのでないかと思えます。

〔子どもに触れる時の注意点〕

次に、よく学校の先生方があのお子さん達を目の前にした時、こわれるのじゃないかという表現はよくないけれども、骨折させるのじゃないかとか、どうすればいいのだろうと、本当にうろたえるのじゃないかと思えます。

原則的には、そんなに難しい問題はありません。注意として3点あります。関節の逆方向に絶対に動かさないことです、当たり前のことですが。

ただ、あの子達は、手が曲がったりしていますから、抱いたりした時に、そのことに気づかないでしてしまふことがあります。普通のお子さんを抱くようなつもりで抱きますと、手が先生の脇の下から逆方向だったのに気づかずポキッと折れたりする。その辺を注意すればいいと思えます。

重ねていいですが、関節を逆方向に動かすなということです。

次に、急激に動かさないということです。たいてい、拘縮、変形がきてますから、関節が固くなっているはずで、拘縮を起こしているものを、伸ばそう、伸ばそうとしても、なかなか伸びるものではありません。

次に、その子どもそれぞれの関節の可動域、その子どもの可能な可動域はどこまでなのかということを知ることですね。首にしてもそう。足にしてもそう。手にしっただけでそう。指にしてもそうですね。

この子どもの可動域はどこまで動くのか。その可動域の範囲の中で考えていてもらいたいということです。これを、更に可動域を多くしようとか云々は、それは医療スタッフが考えてくれますから。多分、看護として拘縮がひどくならないようにと色々工夫していると思います。一般的にいわれているのが、日に1回、その子どもの可動域まで伸ばしてやれば、拘縮を予防できるのでないかわれています。簡単といえば簡単なことですよ。

先生サイドからいけば、可動域を知るということですね。さっきいいましたように、それはとりもおさず、急激に動かさないということ。

骨折した時、必ずきちんと原因を追求するとどっかで無理してるはずですよ。ごく普通の注意さえしてれば、そんなに恐がる必要はないのです。

〔おはしゃぎ反応〕

次に、コミュニケーションの問題の基礎的なものとして、おはしゃぎ反応というものがあります。聞いたことがあると思いますが、普通の赤ちゃんですと2ヶ月半ぐらいで出てきます。これはですね、一人で笑うのではない、一人で笑う子どもがいますよね。その子どもを笑える子どもだなんて評価しないで下さい。一人で空をみながらアハハと笑っても笑える子どもだなんて評価しないで下さい。

つまりおはしゃぎ反応というのは、先生とか、看護師さんとか、保育士さんとか、お父さん、お母さんとか家族がね、あやすというか、働きかけてアイコンタクトをしてくれて笑うこと。ただ、目の見えない子どももいますから、アイコンタクトは絶対というのではないですが。ともかく、話しかけたり、ほっぺたにさわったり、何かしてあげて笑う子どもにするということですね。

私が西多賀病院に勤めまして、施設長からいわれたことの一つに「阿部君は笑わない子どもを笑う子どもにしる、それだけで十分だ」といわれたものです。これほど難しいことはないですね。笑わない子どもを笑う子どもにしるといわれたって、今もって一人か二人しか成功していません。本当にそれくらい人に向かって笑う子どもにするということは、大変なことですよ。

これは理屈的にいいますと、人に向かっておはしゃぎ反応が出ることが後々の知恵、知能を獲得していくことの最初の条件だといわれています。これが出ないと、他のことで、生活習慣の中で何か身につけていっても、それはそれとして有益だろうけれども、展開していくみたいな力までにはならないようですね。

ですから、やはり、コミュニケーション、特にコミュニケーションを考えるのであれば、対人関係ですから笑う子どもにするということですね。

たまたま成功した事例のスライドを今からお見せしたいと思います。

スライドを（症例のスライドを流し映しをしながら）。

これは、2ヶ月半頃の正常なお子さんの写真です。これには、お母さんの顔の写真が映っていません。

ここで横道にそれますが、子どもの記録写真は、必ず働きかけてる人を入れて撮るように。そうでないと、この子どもが何を見て、どういう状況で、さっきの話ではないけれど、どういう特定状況の中でこういう行動が出ているのかが解りません。子どもの反応だけをスライドにしても、ビデオにしてもそうです、必ず働きかけてる側も入れて撮るようにした方が後々参考になります。

この写真にはお母さんが写っていなくても、お母さんが一生懸命赤ちゃんの手に指を入れて「ちゃん、ちゃん」と声掛けして一生懸命あやしている状況が想像できますよね。まず、2ヶ月半ぐらいでちゃんとアイコンタクトをとってくる、にこっと笑いますね。そうすると益々お母さんは喜んで一生懸命、言葉をまだ理解する赤ちゃんじゃないのに、赤ちゃん言葉でどんどん言語刺激を与えていくでしょう。そういうように、おはしゃぎ反応というのは強化されていきます。

次のスライドから、症例の子どものものです。これは、入所したその日に写真を撮ったものです。補乳瓶を持って飲みます。この子どもは笑ってくれなかったです。聞こえているか、目が見えているとか、その辺はすぐに解かったのですが。

何とか笑う子どもにしたい。この子どもはどっちかといえば重度知的障害傾向の子どもです。特異な緊張とか原始反射が残っているタイプではありませんでした。それは、両手合わせをして補乳瓶を持って飲むことを見れば、脳性麻痺ではないだろうということは、皆さんも解ったと思います。

ここでまた横道にそれますが、案外脳性麻痺という病名で子どもが入院てくるのですよね。特に脳性麻痺という病名は参考にするのはいいのですが、子どものことをいいあてているとは思わないで下さい。というのは、医者は、小さい内に「あなたの子どもさんは知

恵遅れすよ」とは親になかなか告げにくいようです。それよりは「発達が遅れている」とか。重度知的障害であれば身体的に特異な反射とかが現れてなくても普通の赤ちゃんと比べれば、歩かないとか、自分でお座りできないことがあるでしょ。脳に起因する運動障害を脳性麻痺と呼んで間違いではないのですが、ただ、脳性麻痺の本質はついていないということです。病名は参考にして下さい。

やはり、自分の目できちっと確かめて下さい。重度知的障害傾向タイプと、いわゆる脳性麻痺タイプとでは指導のアプローチは異なる面がありますからね。そこら辺をきちんと見分ける眼力というものを、身につけてもらいたいと思います。

症例に戻りまして、たくさんスライドがあるのですが全部見ていただく時間がないので、何枚か選んできました。

人に向かってきてくれなければならない。人に向かうという行動は何だったかという、この子どもは、これで、ものすごく反応してくれました、これを利用したのです。というのは、口唇に私が息を吹きかけていますが、そうすると、接近行動で私に顔を近づけてくるのです。そして、こう表情が和らぐのですよね。それで、この反応と「　　ちゃん」という子どもですので「　　ちゃん」と呼ぶことを結びつけて笑う子どもにしていかないかと考えた訳です。お母さんにも協力してもらって、毎週外泊さしてもらってね、親と子のスキンシップを - 生懸命する。この子の場合、自力座位のために訓練士が座位訓練の方も一方でした。やはり2年半から3年近くもかかりましたね。今では、スライドのように、こちらは母さんです、「げら　　ちゃん」といわれるぐらいに人の呼掛けに笑うようになりました。ちょっと電気をつけて下さい。

途中のスライドをカットしていますから劇的にみえますが、私自身こういうスライドを見せておいて、こういうことをいっちゃあいけないのですが、研究発表とか学会発表とかでスライドを見せると、こう劇的になってしまうのですよね。それを割り引いて見るようにして下さいね。そういう見方の訓練もしておいて下さい。そうはいかない症例の方が圧倒的に多いのですから。まあ、たまたまこういうふうにあったケースもあるということです。

コミュニケーションの一番の基礎は、やはり対人へ向かってきてくれる接近行動。その

ためにはどこから手をつけていくかということ、やはり、全ての人間、感覚を持っていますからね。その感覚の中で、視覚なのか、聴覚なのか、触刺激なのか、体動感覚なのか、揺れる感覚なのか。ともかくありとあらゆるものを探っていくのです。そうすると、やはり人間ですから、必ずよりはっきり反応してくれる快の刺激というものがあります。ただそれは、子どもによって違いますからね。それをうまく指導者が先へ、訓練のところでお話しましたように単に手を上げるというだけに終わらないように、どこに結びつけていくかということを中心に考えながら設定していくということですね。それと、根気がいらいますよね、成功するかしないか判らないから。

やはり自分一人でするよりは、さっきの療育の話ではないですが、みんなにもしてもらわないと困るから、いかにスタッフ、学校の先生にすれば病棟スタッフにも、自分たちのしていくことをきちっと伝えて、理解してもらって、応援してもらえそうな教育目標かどうかというところは、議論しないといけませんね。先生方の工夫した教育目標だけが素晴らしいといっても、看護師さんも保育士さんもここにいるからちょっといいにくいのですが、かなりシビアですからね、看護師さんの方が特にシビアですよ。学校の先生が教育をしていると「この子どもにとってどういう意味があるの」などと質問しますからね。

〔前腕の回内外運動〕

次に手の問題です。手も色々あるのですが、私が事例発表したスライドをお見みせします（症例のスライドを流し映しをながら）。

ここに保育士さんもいますのでお聞きしますが、保育士さん達が得意中の得意なものが、最高の遊具または教材というは何？「自然」とよくいいますよね。自然、つまり砂であり、水ですよ。

なぜ水とか砂が素晴らしい教材・教具になるのか。つまり、時にはおだんごになりますね、時には山になり、川になり、形が色々に変化して子どもの想像性を豊かにしていくことにもつながるし、可塑性があるということですね。

でも、そうはいいいながら、そういう水とか砂で遊べる手というのは、どういう条件が必要なのかという話です。これは結果論としてこの症例を通してつくづくそうだなと思ったのですが、「小指」ですよ、小指ですよ、などという言い方はおかしいかな、断定しち

やいけないね。

小指があるから、水をすくえますよね。小指がないと仮定してみてください。そんなにうまく水をすくえないです。つまり、量というのかな、手のひらでこうして（動作で示す）すくうにはね、小指。小指という言い方はおかしいですが、つまり、手がこう動かないとうまくいかないですよね。こう水をすくうにしても、こねるにしても、スプーン持って食べるにしても。この動きは専門的には前腕の回内外運動といいます。

ここに保育士さんがいらっしゃいますけども、岩手病院に三浦さんという保育士さんがいますよね。この方は西多賀病院の保育士さんをなさってて、こちらに来られた。その保育士さんと私は一緒に病棟で仕事をしたことがあります。

その三浦さんに「阿部さん、ちゃんを、ご飯を自分で食べる子どもにしたい。そのために、何をすればいいのか」というので、ケース会議とか色々しました。その時に、訓練士さんが「前腕の回内外運動ができないとスプーンですくって食べられないから、保育士さんと指導員さんの方はそっちの方を一生懸命考えてみたら」と。訓練士さんは訓練士さんで、体幹姿勢の安定のための訓練を考えてくれました。

つまり姿勢が安定しないと手は自由になりませんからね。

例えば平均台を歩く時、体操選手は、編物をしながらでも平均台の上を歩けると思いますが、慣れてない人はバランスをくずしてしまうと思います。つまり、体幹の安定や体幹移動がきちっと安定しない人というのは、手を姿勢の支えやバランスのために使いますよね。

だから、重度知的障害のお子さんが案外運動が弱いというのは、いわゆる体幹の移動ということが、まだきちっと身につけていないということですよ。こうした重度の知的障害のお子さんは、歩いていても溝や障害物があると立ち止まったり、座りこんでしまったり、そういうことがありますよね。また、物を持たせると歩けなくなったりとかね。つまり、手が解放されていないのです。手が本当の意味で解放されていないお子さんに、一生懸命手を使うことを学習させようとしても、子どもに負担になるだけかもしれない。そのためには、並行して体幹の安定をきちっと教えていくことも大切だと思います。

スライドのようにこのお子さんも体幹が安定していませんでしたので、訓練士は、一生懸命体幹の安定のための訓練をしました。そういう意味で、総合的に療育に取り組んだ事例だったと思います。

あぐら座位にすると、なんとか、かんとか座るが体が曲がって、片手で支えている。この子は、こちらのいうことはある程度理解できるコミュニケーションはとれていました。おはしゃぎ反応ももちろんありました。　　ちゃんといいました。「　　ちゃん、お手でたたいて」というと両手がうまく合わさらない、これぐらいしかできなかつたです。本当にぴたっとはいかなかつたです。　　訓練士はこうして、バランスの訓練とか、あとバルーンに乗せたり、色々としていました。こういうちょっとしたところで、体幹の安定でもバランスの訓練でもできる。訓練だからとただ座らせていると、子どもは嫌がりますからね。

この時に保育士さんが色々話しかけたり、手遊びをして上げたりして、一生懸命やれば、訓練も楽しくなるのです。

ある程度できるようになると保育士さんが、こちらのいうことをある程度意識させて「　　ちゃん、お手々をもうちょっと、こうしてごらん」と。これは、保育士さんの手です。

この時も、スライドに保育士さんの表情が入っていないですよ。後で学びました。私も最初は、こういうスライドの撮り方の失敗ばかりし、結果的に、ちゃんと働きかける人も入れて撮らなければいけないなということを知りました。

こういうふうに、最終的には、さっきの一番最初のスライドの頃と比べても、かなり指が重なるようになってきました。

これは若かりし三浦さんです。こうしてスプーンで、ヨーグルトの器からもすくって食べられるようになっていきましたね。

これができれば何ができるかということ、車椅子を自分で動かしますよ、これができない時は、車椅子はなかなか動かさないですよ。この回内外運動ができるようになると、絵本なども自分でめくれます。ですから、一つのそういうエネルギーとなるような行動を形成すると、生活に広がりができますよね。電気をつけて下さい。

〔指導目標〕

言い換えると、それで私はよくいうのですが、教育目標は何でもいいと思いますが、ただ、目標達成のために、今の子どもの状態から考えて何ができるようにしておかなければならないかということ、きちっといえるかどうかということだと思います。

極端な言い方になりますが、目標と子どもの実態が極端に離れ過ぎていてもいい。ただそうした目標の子どもにするためには、こんなことができなければいけない、こんなこともできなければいけない、これも、これも、云々、これもできなければいけない。で

は、さしあたってまず、手始めに初期の目標はこれにしようかということを組み立てればいい。

あまりにかけ離れた目標だけでは、そんなに周りの人は評価をしてくれないと思います。でも、その最終目標までつなげて書けば、絶対に人は評価してくれる。ずーっとつなげてね、だから「今私は教師として、この子どもにこれをするのだ」と。

一番最初の話に戻りますが、やはりまずその職種を離れて、一人の人間を目の前にして、何をこの子に、今この子の状態から何をして上げたいのかとみんなで考えるかどうかという話です。たまたま、この症例の子どものように入院してきた時の状態を見て「ひょっとしたらご飯食べれるのでないか、食べれるような子どもにして上げたいな」という、こんなことをいえば三浦さんに叱られるかもしれませんが、思いつきだったかもしれない。でも、やはり周りが、ケース会議を開いて、みんなで見出し合って訓練士にも参加してもらって、「ご飯を食べるためには、こういう機能をもっていなければならない、そのためには体幹の安定が必要だ」とか、お互いに議論し合って目標を立てて、みんなで協力し合っってやっていこうという話です。

次のケースのスライドを（症例のスライドを流し映しをしながら）。

これはさっきの姿勢に関するものですから、ついでに触れておきます。

定額のできない子の訓練です。「三角マットを使ってやりなさいよ」とよく聞くでしょ。さっきの話と同じで訓練としてだけでしていると、子どもはいやがります。我々は指導者集団です。ちゃんと考えてして下さいね。こうして、授業の中でも、三角マットをして、ボールを持たせて先生が話しかけながら、いわゆる姿勢のことも考えながら、楽しく、その子どもにとっていいことであれば、すればいいのです。こういうようないろんな姿勢とらせて、訓練士もいろんなことを考えましてね、このケースは、低緊張の子どもです。最終的には人の声がすると首を人の方へ向ける。このケースも2年か3年かかりましたね。

電気をつけて下さい。次のケースの話に移ります。

〔対人関係〕

次のケースが、今日の話の一番のポイントになりますが、あまり時間がないので、はしります。

何やかんやいっても、要は子どもと指導者が、つまり人間関係という言葉で表現しにくのですが信頼関係というか、子どもがその先生にわーっと、存在そのものを預けていくようなつき合い方というか、それが形成されないと本当に教育は成立しないような気がするのです。

姿勢の問題、コミュニケーションの問題、手の問題などと、それなりに理屈っぽくいいましたが、最終的にはつまり、1才2、3ヶ月頃の赤ちゃんが、両手を挙げてバランスをとりながら、よちよち歩きで、お母さんにもたれかかるように飛び込んでいくでしょ。その時の赤ちゃんは「ひょっとしたら、お母さんは体をかわすのでないか」とか、「一步下がるのでないか」とか、そんなこと考えてもいないですよ。つまり、母親の存在に対して、わーっと全身全霊を預ける。お母さんも、全身全霊で受けとめますよね。あの人間関係というか信頼関係があるから、赤ちゃんはお母さんを信頼し、母親として、つまり人生最初の教師として、いろんなことを母親から学んでいくのだと思います。先生方も大学で勉強してきたと思うのですが、好きな先生の授業は面白かったけれども、嫌な先生の授業はさっぱり頭に入っていない。そういうものじゃないでしょうか。なんというか、そういう関係、これは、レポートに書きにくいですよ。実に、表現の仕様がな。そうしたことに触れても「それは自己満足だろう」とか、「おまえの勝手な解釈だ」とかね。

でも、私は、そこら辺が一番大切でないかこの頃つくづく思います。

では、スライドを（症例のスライドを流し映しをしながら）。

この子の病名は、重度知的障害でした。自閉的な傾向があって、こうして好きな歌手のジャケットを持って日向ぼっこしながら、2時間でも、3時間でも座って動く訳でもない。そういう子どもです。人を試すのです、掻いたりつねったりと。私も最初、つねられ青あざになりましたが、後々私のいうことには、聞くようになりました。

スライドのように、配膳車から自分のお盆を持って行ったり、リネン交換を手伝ったり、こういうことができる身体的な条件が整っていたということです。ただ、しなかったということです。こちらの意図で学習して、自発的にしてくれるように最終的にはなりましたが。

この子どもは、私が帰るでしょ。私が帰ると私の内履きの靴を私のロッカーから持ってくるらしいのです。それでね、枕元に置いて寝るとのことでした。「靴なんか汚ないから返しておいで」などというと、「あーっ」と声を出しながら首を振りながら、嫌だ嫌だを

するのだそうです。私は、8時半出勤でしょ。朝に「阿部さん、そろそろ来るよ」と看護師さんがいうと、靴をちゃんと戻しに行くのだそうです。その場面を見ることはできません、私は。

余談ですが、こんなこともありました。看護師さんもひどいですよね、「阿部さん、ちゃん、阿部さんの靴に2、3日前におもらししたよ」と。私には、知らないままの方がよかった。

つまり何というか、そういう子どもとの関係を「阿部さん、説明して」といわれても、説明の仕様がなくて、私には。解らないですよ。たまたま私は、何とかこの子とコミュニケーションがとれて、こちらの意図するように動いてくれて、また意図するような行動ができるように、ということで、私としては真剣だったとしかいいようがないですよ。でも、彼が、今話したような靴の行動で、私を特別な人間なのだということを、彼なりに表現していたのでないかという言い方しかできない。私にはこれ以上の説明のしようがないですよ。そういうものって、ありますよね。電気をつけて下さい。

同じような意味のケースがもう一人。

目の見えない子どもでね、私が「握手」というと握手をしてくる子がいました。看護師さん達に「阿部さんとばかり握手をして。どうして、私達と握手してくれないの」といわれるのですが、これも説明の仕様がなくて、私にしか手を出さないのですから。他の職員が「握手」と言っても手を出さない。それは、なぜなのかといわれても、本当に解らないですよ。そういうような人間関係というのか、そういうものができてくると、その子どもは、おしっこをしたくなるとズボンを脱ぎますが、多分自分の意図が伝わらない時だろうと思うのですが、そうした時もズボンを脱いでしまいます。「今脱ぐ時じゃないだろう、ちゃん。ズボンをはいて」という、私が声がけをするだけで脱ぐのを止めて、はくようになりました。そういうことでは、私との人間関係というものが身についたのではないかと思います。こういう子ども達ですから、表現がストレートだということではないかと思います。今は、他の人とも握手をするようになりましたが。

ですから、先生方が日々接しているお子さんも、やはりその先生に対して、何らかのこういう、今お話ししたような、何と表現していいか解らないですが、そういう側面はあるのではないかと思いますね。

十分できなくとも真剣であれば、あの子ども達は人を受け止めてくれるのではないかと思います。やはり信じてというか、そうしたことを大切にしていこうという気持ちを持ち続けながら、子どもに接していくことが大切だと思います。

〔専門家の協力〕

ただ、一人よがりにならないように、病院サイドではケース会議、学校では症例研究会かな、いずれにしてもみんなの意見を聞きながら進めることが大切だと思います。重症児にタッチしている先生は、恵まれていると思います。そばにドクター、看護師さん、保育士さんのように他の専門家集団がいるのですもの、大いに利用というか、応援をしていただいたらいいと思います。

ただ学校の先生は、授業の時、そばに他の専門家がいることにあまり慣れていないですよ。普通、教室では一人で教えていますからね。その点、我々指導員、保育士は子どもに係わり合う時は、常にそばに看護師さんなどがいます。他の人の目を気にしないといけないということは、一面辛いですよ。でもそこでこそ、専門性とは何かということ、常にみられているなあ意識しながら重症児に援助をしていますから、多分専門性がより育っていくのではないかと思います。

そして同じような意味の話かと思うのですが、医者は自分がその道の専門家であっても、診断などをより確かめるような時、また自分の所では治療が十分にできない時など、他の先生や病院を紹介しますよね。指導に携わる我々も、行動評価や指導法に、他の人の協力をすぐに求めていくというような度量を持ちたいものですね。教師だから、指導員だからと自分達の枠の中で、ましてや自分の枠の中で何とか解決しようなどと考えている内は、障害を持つ子ども達の指導についての本当の解決は、遅くなるのではないかなあと思います。

いろんな人々の協力をいただきながら、共に考え続け、共に取り組んでいきたいものです。

〔おわりに〕

時間がきたようですので一応終わりますが、最後に、「心の旅」ではありませんが、こうしてお話できる出会いの場を設けていただいた校長先生はじめ、ここにおられる先生方にお礼を申し上げます。ありがとうございました。

ご質問などがありましたら、どうぞ。