

知的障害児へのコミュニケーション指導と心理的な安定

—ダウン症児への臨床動作法適用の成果—

Communication Guidance and Psychological Stability for Children with Mentally Retarded Children: Results of Applying Clinical Dohsa-Hou Method to Down Syndrome

猶原 秀明 (Hideaki NAOHARA)

I. はじめに

知的障害のある子どもには、対人関係やコミュニケーションにおいて課題のあることが多い。これが知的障害児の心理的な不安定さや環境への適応に影響を及ぼしていると考えられる。

知的障害児へのコミュニケーション指導を通して身体意識の向上や人間関係の形成を図ることが、心理的な安定を育てることにつながる。しかし、知的障害児へのコミュニケーション指導には、知的な遅れがあることによる多くの困難がある。そもそも指導の多くが、ことばに頼るやりとりであるためことばに頼った指導をしようとすると教育の成果を高めることが難しい。言葉の理解が難しい知的障害児に対しては、できるだけ言葉に頼らずにやりとりできる指導法を用いてコミュニケーション指導ができることが望ましい。

動作法は、言葉に頼らず直接子どもの身体に触れて行うため、子どもにとって分かりやすい。このため多くの特別支援学校で動作法による指導が取り組まれている。

動作法は、身体に直接動きかけてやりとりする身体を通したコミュニケーションと考えることができる。身体の動きの改善やコミュニケーション能力を高めるために動作法は、大変優れた指導法である。もともと肢体不自由者の動作改善を目指して始まったこともあり、訓練法やトレーニングとして捉えられがちであるが、動作法の本質は、こどもの身体を通したやりとりによる課題解決学習と言える。

自立活動の指導における個々の目標設定では、身体の動きとコミュニケーションに関するものが目立って多い。このことからコミュニケーション指導の大切さが分かるが、その指導法の設定に苦労しているのが現状である。これらの目標の達成に自立活動の時間等での動作法による指導は、大いに効果を発揮すると考えられる。

知的障害の特別支援学校には、多くのダウン症児が在籍している。ダウン症児の心理的特徴として、音楽やリズムに能力を発揮することがある反面、気持ちの切り替えが難しく頑固であるとも言われる。知的障害を伴っており、新しい環境に馴染むのが難しいなど自閉的行動の発生率が高い。周りの人とのやりとりや環境の把握が適切に行われるようになることにより課題となる行動の改善が期待される。

本稿では、知的障害のあるダウン症児への動作法を用いた指導を通して、身体意識の成立とコミュニケーション能力の向上が心理的な安定につながるることについて考察する。

1. 知的障害児の特性と理解

(1) 知的障害とは

文部科学省の定義によると

知的障害とは、一般に、同年齢の子供と比べて、「認知や言語などにかかわる知的機能」が著しく劣り、「他人との意思の交換、日常生活や社会生活、安全、仕事、余暇利用などについての適応能力」も不十分であるので、特別な支援や配慮が必要な状態とされている。

また、その状態は、環境的・社会的条件で変わり得る可能性があるといわれている。

厚生労働省の定義によると

知的能力障害(ID: Intellectual Disability)は、医学領域の精神遅滞(MR: Mental Retardation)と同じものを指し、論理的思考、問題解決、計画、抽象的思考、判断、学校や経験での学習のように全般的な精神機能の支障によって特徴づけられる発達障害の一つである。発達期に発症し、概念的、社会的、実用的な領域における知的機能と適応機能両面の欠陥を含む障害である。すなわち「1. 知能検査によって確かめられる知的機能の欠陥」と「2. 適応機能の明らかな欠陥」が「3. 発達期（おおむね18歳まで）に生じる」と定義される。中枢神経系の機能に影響を与える様々な病態で生じうるので「疾患群」とも言える。

(2) 知的障害児の病理

知的障害の人の特徴として、行動、動きに機敏さやきびきびとした動きが欠けることが多いが、このことは知的な遅れが身体的な動きに作用していると思われる。

心理面であれば、知的発達の遅れから外からの刺激に対して緩慢で、反応が遅いというのが一般的である。又、知覚機能の遅れが見られる。つまり、見て、触れて、聞くということを通して周囲の有り様や、自分自身の状況を知り、判断するということが弱いといわれている。

特に、コミュニケーションの成立に課題があり、学習の成果を高めることの妨げとなる大きな要因の一つである。

知的障害児は、他からの呼びかけや、働きかけに対して無関心であったり、対応ができなかったりということが見られる。また、自分からも他の人に対して思いや要求を伝えることが難しい。

話し言葉の獲得は遅く、言葉を用いた他者とのコミュニケーションをとることが苦手である。抽象的な言葉の獲得にかなりの時間がかかる。さらに話し言葉が獲得されても、読み、書きになかなかつながらないことも多い。

自傷行為や他傷行為、物破壊、奇声発声、つば吐き等援助の困難性を伴う多くの行動もみられる。行動が不活発で常同行動を繰り返したり、自己の世界に閉じこもり、他人を寄せ付けないような行動を示したりする人もいる。

身体面では、運動発達での頸の座りや座位の獲得などはダウン症児などを除けば、健常児と著しい違いはない。身体運動面では、機能的にはなんら異常はみられないが、動きそのものは緩慢であったり、不活発であったり、敏捷性や機敏性に欠けるものが多い。バランス平衡感覚が劣っていることもある。身体各部、特に頸、肩、腰、股などは過緊張がよくみられる。そういう点では脳性まひ児の過緊張部位と同じである。その他には猫背や側わんなどをはじめとした姿勢のゆがみが多く見られる。

手先の不器用さや動きのぎこちなさが指摘されるが、これらは、身体意識の低さに原因があると考えられる。

また、知的障害のある子どもは、知的障害だけでなく他の障害を併せ持つことも多い。肢体不自由との重複障害、自閉的な傾向や多動傾向のある知的障害など様々である。染色体異常の疾患でよく知られているのはダウン症候群である。その他、先天性の代謝異常によるものとしては、フェニールケトン尿症やガラクトース血症による知的障害がある。また、内分泌疾患のクレチン病によるものやてんかんが主原因によるところの知的障害もある。

教育の立場から見ると、知的障害児の学習上の特性として次の3点が挙げられる。

- (1) 学習によって得た知識や技能が断片的になりやすく、実際の生活の場で応用されにくい。
- (2) 成功経験が少ないことなどにより、主体的に活動に取り組む意欲が十分に育っていない。
- (3) 抽象的な内容の指導よりも、実際的な生活場面の中で、具体的に思考や判断、表現できるようにする指導が効果的である。

特別支援学校（知的障害）では、実際の生活場面に即しながら、繰り返して学習することにより、自分の意思を伝えることや身近な日常生活における行動など、日常生活や社会生活を送る上で必要な知識や技能等を身に付けられるようにする継続的、段階的な指導が行われている。

2. ダウン症について

「Down syndrome（ダウン症候群）」は、通常21番目の染色体が1本多く、21トリソミーとも呼ばれる。1965年にWHOにより、最初の報告者であるイギリス人のダウン博士の名にちなみ正式名称とされた。

発生頻度は1000人に1人といわれている。

ダウン症児は、筋肉の緊張が低く、多くの場合、発達に遅れがみられる。発達過程は、通常の場合とほぼ同じであるが、全体的にゆっくりと発達していく。ダウン症候群では複数の器官系が侵され、構造的異常と機能的異常の両方が引き起こされるが全てのダウン症の人に全ての異常がみられるわけではない。

(1) ダウン症候群の主な合併症

多くの症例で重度から軽度の認知障害がみられる。粗大運動および言語発達の遅滞も生後早期からみられる。しばしば身長が低く、肥満のリスクが高い。

約50%に先天性の心疾患がみられ、心室中隔欠損症と共通房室弁口（心内膜床欠損症）が最も多い。消化管奇形、特に十二指腸閉鎖がみられることもある。多くの症例で甲状腺疾患や糖尿病などの内分泌障害が発生する。後頭環椎および環軸椎の過可動性や頸椎奇形によって後頭環椎および頸部不安定性が発生する可能性がある。それにより筋力低下や麻痺が生じることがある。約60%で先天性白内障、緑内障、斜視、屈折異常などの眼障害がみられる。大半の症例で難聴がみられ、耳感染症が非常によくみられる。

罹患した新生児は、筋緊張低下を示す。ほとんどの症例で鼻根部扁平の扁平な側貌がみられるが、出生時には通常とは異なる身体的特徴が目立たず、乳児期になってから特徴的顔貌が顕著になる場合も

ある。また後頭部扁平、小頭症、および頸部背面周囲の余剰皮膚がよくみられる。目がつり上がり、通常は目頭に内眼角贅皮がみられる。口はしばしば開いたままで、大きな溝状舌を突き出している。耳介は小さく円形であることが多い。

手は短く幅広いことが多く、しばしば単一手掌屈曲線がみられる。手指はしばしば短く、第5指には斜指症（内弯）がみられ、しばしば指節骨が2本のみである。足では第1趾・第2趾間が離開し、足底の溝がしばしば足の後方に及んでいる。

成長につれて、身体および精神の発達遅延が顕著になってくる。身長は低いことが多い。平均IQは約50であるが、これには大きな幅がある。小児期には、注意欠如・多動症を示唆する行動がしばしばみられ、自閉的行動の発生率が高い。小児および成人で、うつ病のリスクが高い。

3. 臨床動作法について

(1) 臨床動作法の歴史

脳性マヒは、中枢神経系（脳・脊髄）の損傷のために身体が思い通りに動かない障害である。臨床動作法は、この脳性マヒの子どもが自分の身体を思うように動かせないこと（肢体不自由）を改善するための研究から始まった。

1963年、小林茂が脳性マヒの20歳代の女性に催眠をかけたところ、生まれつき曲がっていた手の指が伸ばせるようになり、また、思うように動かせなかった腕が動かせるようになり、ミシンやアイロンがけができるようになった。さらに翌年（1964年）、小林は、脳性マヒの青年に催眠による暗示をかけて、上がらなかった腕が上がることを確認し、これを日本心理学会で発表した。

これをきっかけとして成瀬悟策らによる脳性マヒの研究が始まった。

筋が緊張する際に発生する活動電位を記録するものとして筋電図がある。緊張の強さに応じて針が大きく振れるようになっている。当時、成瀬研究室にいた大野博之は、この筋電図を身体の動きの指標として用いて催眠と脳性マヒの身体の動きの関係を検証した。筋に強い緊張があると筋電図の針が大きく振れるが、脳性マヒの子どもに軽い催眠をかけると、催眠に入ったとたんにそれまで筋電図に表れていた強い緊張が急激になくなり、針がほとんど振れなくなった。

こうした研究をはじめとして、1966年、成瀬研究室は「催眠法による脳性マヒ者のリハビリテーションに関する研究」に取り組むこととなった。

この研究で、中枢神経系の障害のためにからだがい通りに動かない脳性マヒの子どもが催眠によって動くことが明らかになった。成瀬は、脳卒中後遺症で肢体不自由になっている人にも催眠による方法を適用した。脳卒中の後遺症で腕が動かない人に、あまり深くない催眠で「腕が上がる」と暗示した後に腕を上げさせてみたら動かなかった腕が上がったので、これを3回繰り返して催眠から覚醒させた。そして、その後改めて腕上げをさせてみて、実際に腕が上がることを確認した。

こうした取り組みがテレビで放映されて、たくさんの肢体不自由児者が身体の動きの改善を求めて集まって来るようになり、1967年には8日間の集中訓練が行われた。これが現在行われている「臨床動作法キャンプ」の基礎となった。

脳性マヒの子どもの身体が催眠状態で動いたということは、手や足などの身体の部位には異常がなく動くようになっていながら、それを自分の思うようには動かすことができないということなのではないかということが分かった。これまで身体的な問題であるとされてきた脳性マヒの身体の動きの問題を、心理的な問題として捉えたのである。

催眠を用いることで不必要な緊張がとれて弛緩することができ、身体を動かすことができるようになることは分かったが、この方法では限界のあることも分かった。それは、催眠は言葉の理解ができないと難しいこと、催眠状態から覚めると効果が持続しないこと、催眠にかかりにくい人がいることなどである。

このため、催眠なしでも弛緩できたり、動かせたりできるような方法としての自己弛緩の方法を考えていく必要があった。理学療法で行われるような指圧、マッサージ、針灸、冷・温水浴、振動刺激、筋弛緩剤、精神安定剤などの方法を試してみたが、こうした他者からの刺激ではその刺激効果がなくなるとともに弛緩の効果も減少していった。これでは一時的にリラックスすることはできても身体の動きの改善をめざすには効果的ではない。

催眠を用いない自己弛緩の方法についての研究が進められた。筋緊張が他の人や器具によって（他動的）「弛められる」のではなく、本人が自分で（主動的）自分の身体を「弛める」ことができなければ改善の効果はない。身体の動きの改善には、自分自身が努力して自分の身体を「弛める」「動かせる」ことが必要なのである。しかも、必要でないところに出てくる緊張（随伴緊張）や動きの種類に関係なく特定の部位にある緊張（慢性緊張）などそれぞれの緊張に対応した弛緩の方法を身につける訓練を考えなければならなかった。

しかし、弛緩だけでも限界があり、さらに効果を上げるためには特定の動きができるようなパターン訓練をしていく必要があった。

パターン訓練では、肘を曲げたり伸ばしたりするようなひとつの関節を自分で思うように動かすことができるようにする単位動作訓練、いくつかの単位動作を同時にまたは続けて行う日常動作の基本となる姿勢や動きなどを練習する基本動作訓練、実際に何かを行おうとする目的的な動作を練習する日常動作訓練など、さまざまな動作についての訓練法が考案、開発されていった。

弛緩訓練やパターン訓練を続けて、それまで横になっていることが多かった子どもが膝立ちや立位などのタテの姿勢をとることができるようになると、表情が生き生きとし活動的になるなど精神的にも大きな変化が起こってきた。

こうしたことから、今度は、からだをタテにすることがたいへん重要なのではないかと考えられた。そして、座位、膝立ち、立位という姿勢動作でタテになる訓練を重点的に行う「タテ系動作訓練法」が考案された。これは、あぐら座り・膝立ち・立位・歩行の4つの姿勢から成る。

現在は、このタテ系動作訓練が中心に行われている。

脳性マヒ児の運動改善のために生まれたこの方法は、1980年代に入って心理療法の分野でも適用され、心理治療法としても発展している。さらに、高齢者、スポーツ選手、学校の児童・生徒、災害の被災者など適用する対象を広げて多くの領域で成果をあげている。

(2) 臨床動作法の展開

成瀬（1992）は、援助者や実験者がある目的でひとに動作をさせる時に、そのひとが行う動作を特定して、その動作を行う条件設定や介入、援助をしていく方法のことを「動作法」とした。

脳性マヒ児の肢体不自由を改善するための研究から生まれた動作法は、適用する対象を脳性マヒや脳卒中による肢体不自由児者から、多動や自閉症の子ども、分裂病、神経症のひとへと広げ、肢体不自由の改善だけでなく心理療法としての有効性も認められてきた。

さらに、対象を高齢者やスポーツ選手、学校の児童・生徒、災害の被災者、PTSD などへと広げ、広範囲な領域で用いられて成果をあげている。

動作法を臨床的な援助を目的に用いる場合を「臨床動作法」と呼び、臨床動作法は、動作法を用いる対象と目的によって分類されている。

現在、多くの領域で適用されており、この分類は、今後さらに広がっていくと思われる。

(3) 障害児動作法（動作訓練法）

もともと脳性マヒの運動改善を目的として始まった動作法であるが、現在では、教育や福祉の現場では、肢体不自由だけでなく、それ以外の障害のある子どもたちにも動作法による取り組みが多く行われている。

障害の重度重複化により、医学的にも教育的にも対応がたいへん難しくなっている。こうした子どもたちは、コミュニケーションの手段としてことばが使えないことが多く、働きかける有効な方法がないので、特に教育の場面では指導が難しい。

動作法は、ことばに頼らず、からだの動きを通してコミュニケーションをとろうとするのでたいへん有用な方法である。動作法を適用した重度重複障害の子どもへの取り組みで分かってきたことは、他のどんな方法よりも働きかけができること、それを続けることでそれまであまり反応がないように見えていた子どもが働きかけに応じて表情が変わったり、目や指、手足を動かすなど動きが活性化されたりすること、姿勢が安定することなどである。こころとからだを活性化し、安定させたいへん有効な方法である。

(4) 特別支援学校への浸透

現在、日本には障害のある子どものための学校として「特別支援学校」がある。

視覚障害、聴覚障害、知的障害、肢体不自由、病虚弱などに分かれていたが、2007年より特別支援学校となって障害の種別によって分けないということになっている。現状では、視覚支援学校、聴覚支援学校、特別支援学校などに分かれている。

多くの特別支援学校で臨床動作法が用いられているが、導入されるようになるにはいろいろな問題があった。

1958年4月、東京教育大学（現、筑波大学）に、日本にはじめて肢体不自由児のための学校（桐が丘養護学校）が作られた。その当時は、肢体不自由児の運動障害に対する訓練は、病院での「機能訓練」しか行われておらず、これは医療の問題であって学校教育の対象ではなかった。

訓練に関しては、1963年に「(保健) 体育・機能訓練」という形で学校教育の中に入ってきた。機能訓練には医師の指示が必要で、また直接身体をさわるので医師法に関わるものであった。そういうもの

が学校の教科の中に入っているのていへん混乱し、教科としては馴染まないということになった。

そこで、1971年に学習指導要領の改訂で、「養護・訓練」という新しい領域が設定された。

これによって、肢体不自由児の訓練が教育の問題として取り組めるようになり、医師の指示がなくても学校の教師が肢体不自由児の運動機能の向上に関わることができるようになった。脳性マヒをはじめとする肢体不自由児のからだの動きの改善に取り組むことが、医療だけの問題から教育の問題にまで広がったのである。

そして、心理学的に人の動きを捉え、人の主体的活動を重視する動作法の考え方が教育に適切であるということで特別支援教育（障害児教育）の分野に動作法が定着していった。現在では、特別支援学校だけでなく一般の学校でも取り入れられている。

教育動作法

動作法が障害児のためのものであるという枠を超えて、心理治療やスポーツの領域に適用されていくとともに、学校教育の場でも取り込まれるようになっていった。

学校では、体育指導、姿勢指導、生徒指導、スクールカウンセリング、教育相談などに適用され効果をあげている。

学校教育のなかで、児童・生徒の指導、教育のために用いる動作法を「教育動作法」と呼んでいる。

4. 教育とこどもの発達

子どもの発達を規定する要因には、成熟と学習・経験がある。

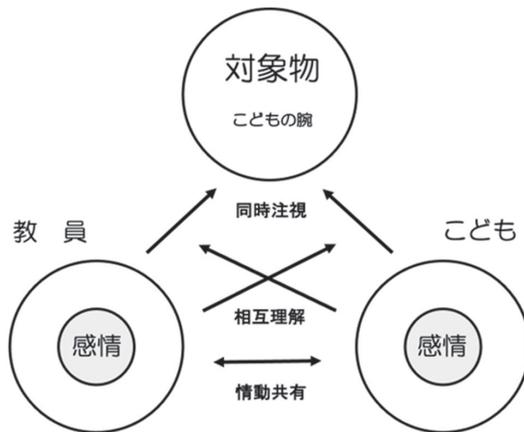
成熟は、時間の経過に伴って自然に能力や行動などに変化が生じることで、学習・経験は、体験や経験により能力や機能、行動などに変化が生じることである。学校教育においては、子どもの実態を把握し、適切な学習・経験を提供する必要がある。指導場面での親や教師の関わり方、すなわち、やりとり・コミュニケーションが大きく影響する。

授業での指導や、家庭での親との関わりは、ほとんどが言葉であり、これは、言葉を媒介としたコミュニケーションである。学習の成果を考えて子どもの指導をする場合には、確実にコミュニケーションが成立するように準備する必要がある。しかし、知的発達に遅れがあるなど障害のある子どもには、言葉に頼るコミュニケーションが難しい子どもが多くいる。動作法は、言葉に頼らず直接身体に触れてやりとりするため、これらの子どもとコミュニケーションがとりやすい。

よりよいコミュニケーションの成立が教育の成果を高めることにつながると考えられる。

コミュニケーションにおいては、共同注意の成立した3項関係が成り立つことが重要であり、これがコミュニケーションの質を高めることになる。

共同注意（Joint Attention）は、他者と関心を共有する物事、話題などへ注意を向けるように行動を調整する能力で、言語能力や認知能力の獲得、成長の基礎となる。同時注視、相互理解、情動共有の3つが揃った状態を言う。（下図）



同時注視は、自分と相手と同じものを見ている、または、注意を向けている状態。

相互理解は、自分と相手が対象物に注意を向けていることに気づいている状態。

情動共有は、その時の体験や感情に気づき、共有している状態。

コミュニケーションとしての動作法において、共同注意の成立した3項関係が成り立つことを意識してやりとりすることでその成果が上がる。

教員と子ども間の対象物(教材)は、子どもの身体部位(腕)である。対象物が子ども本人の身体部位なので、対象物に意識が向きやすい。教員は、子どもが自分の腕(対象物)に注意が向くように、動かしてみたり添えている手に少し力を入れて握ってみたりして対象物である自分の腕に意識を向けさせようと努力する。

教員と子どもが対象物である子どもの腕に注意し意識を向けていること。子どもが自分の腕に注意を向け、動かそうとしていることを互いが意識していること。その場の状況や相手の意欲や努力を互いが感じていること。これらがすべて揃うように進めていく。

この状態をつくろうとする過程も動作法であり、腕を伸ばすという動作課題にはいるまでの状況も動作法として大切なことである。

5. 知的障害児への動作法適用の意義

知的障害児とのコミュニケーションにおいて、知的障害児が自分なりのことばや身振りで自分の気持ちをまわりの人に伝えようとしても何が言いたいのかよく分からないと言うことがしばしば起こる。長く接している場合には、気持ちを察してなんとなく理解できることはあるがそれが正しいかどうかははっきりしないことが多く、どのように関わっていけばいいのか分からないといった難しさがある。

動作法は、相手の身体に触れることによってはじまる。知的障害児の身体に触れ、一緒に身体部位を動かすことによって自分の身体に目を向けることができるようになり、さらに、身体に触れてくる他者(訓練者)に目を向けることができるようになる。そして、身体の動きを通して、訓練者とのやりとりの中で、知的障害児が自分の身体に気づき、その気づいた自分の身体を意識的に(主体的に)動かす

ことができるようになり、姿勢や動きの改善につながる。動作はことばに比べて自分の動きがストレートに表れやすく、はじめは無視や反発で、または拒絶等の形で表れてくるが、訓練者の適切な働きかけにより、徐々に訓練者との動作を通しての一体感が生まれてくる。この積み重ねにより、身体意識が育ち身体各部の動きのコントロールが向上する。姿勢や動きの改善につながる。

心理的な面では、相手を意識し、表情や目がいきいきとして視線がしっかりと合ったり、人とのやりとりが確かなものとなったりする。また、無目的に動き回ることが減り、落ち着きが出てくる。衝動的な動きや多動傾向の軽減が見られるようになる。

動作法による訓練では、子どもの状況に応じた訓練課題を決めて訓練する。訓練の場面ではその課題達成に向けて、子どもの身体を通してやりとりがおこなわれるわけである。訓練者は子どもに対して身体を通して課題を伝える。それを子どもは受け止め、どうするのか、拒否するのか、すぐに受け入れるのかいろいろである。ここでのやりとりの中で課題をやり遂げて行く達成感を体験していくことで子どもの中に変化がおこって来るものと考えられる。そして、結果として表情の変化や落ち着きなどが出てくるのではないかと思われるのである。

II. ダウン症児への動作法適用

(1) ダウン症の特性と動作法の視点

ダウン症児は、知的障害の中でも比較的、社会生活の中に溶け込んでおり、知的な遅れが比較的軽度である場合が多い。一般的に人なつこいと言われるが一方で頑固とも言われる。外観上の身体状況は「顎を突き出し、背中を丸め、おなかを出してお尻が後ろに引けた姿勢」というのが一般的である。座位姿勢では、ペタンと身体を折り曲げて床に着けたり、脚が広がり過ぎる位に開いたりすることから、ダウン症の特徴として身体が柔らかいとされている。

しかし、身体の動きを細かく見ていくと、意外と緊張部位のあるところに気づかされる。また、これまで見てきたダウン症児の多くは、立ち始めて歩き出す頃に脚の反張がみられる。脚は大きく開き、逆八の字で足首は外向きで身体をゆすつて歩く。健常児の場合も歩き始めは同じように脚を開いてヨチヨチと歩き始めるが健常児の場合はその内に脚幅は狭まり、左右の足は平行になってくる。ところが、ダウン症児の場合はなかなか脚の反張が取れず、かなりおそくまで逆八の字での歩行が続いていくことが多い。

動作法では、立位姿勢でお尻を突き出し背中を反らせお腹を出している状態、いわゆる「出尻、出腹」は、発達の過程の中で身体の各部位の動きが十分にできておらず学習されていないという見方をする。各部位の不十分な動きを補うために姿勢のゆがみが作られていると考える。従って、緊張のある部位を緩めて、正しい動きを学習させて姿勢のゆがみを修正し、本人が自分の身体をコントロールできるようになれば、身体意識が育ち、姿勢や動きが変わってくる可能性は大きい。そして、動作法での取り組みで様々なやりとりを積み重ねることで対人関係の形成や周りの環境を把握する力が向上し、先の見通しにつながり、いわゆる頑固さが軽減されるとともに安心して落ち着いて行動できるようになると考えられる。

(2) ダウン症への適応事例

佐藤新治と田中新正（1992）は、ダウン症児の筋緊張を調べた結果、頭から肩、背中、腰などに強い筋緊張があり無緊張なのは膝と足首だけであることが明らかになった。

ダウン症児は、力が入らないというのが特徴とされているが、実際には、身体のいろいろな部位に強い力が入っていることが分かった。この緊張は腰が引ける、尻が出る、背が丸まる、あごが前に突き出る、膝がまっすぐに突っ張るなどの姿勢となって表れ、いろいろな動作の不自由の原因となる。

脳性マヒの子の筋緊張を弛めたのと同じ動作訓練を行い、この強い筋緊張を弛めることができるようになる。すると軀幹部がタテにまっすぐになり、足と腰が上体をしっかりと支え、歩行が安定した。また、あごの突き出しがなくなり噛み合わせが良くなったり、発声が可能になったりしたとのことである。

また、あごを前に突き出し首が大きく後ろに反っているために脊柱に脱臼が起り四肢のマヒが起るような子でも、タテにまっすぐな姿勢がとれるようになり大きな首の反りがなくなるとマヒが消滅したという。

こうして姿勢が良くなり、身体の動きがスムーズになって安定してくると、表情や態度が落ち着いてきて、活動が活発になってきた。

ダウン症の子どもへの動作法の適用でこのような効果があったのは、動作を変えることができるくらいに自己活動が変化したので身体の動きが良くなり、行動にも変化が起こったと考えられる。

III. ダウン症児への動作法指導の実践

(1) 期間 2年間 月1回 約2時間実施

(2) 参加者 4歳児 5歳児 2名

(3) 方法と経過・結果

訓練会では訓練者のスーパーバイザーが動作法を実施した。また、保護者に訓練法を指導し、家庭でも実施してもらったようにした。

① 訓練内容

- ・肩ゆるめ・・・あぐら座で両肩を後ろの方に動かしていく
- ・背反らせ・・・あぐら座で背中を後ろに反らしていく
- ・膝立ち姿勢での重心移動・・・身体の重心を左右の脚に移して保持する
- ・椅子座位からの立ち上がり
- ・立位での前傾・・・立位で身体全体を真っ直ぐにしたまま前に少し倒す
- ・立位での重心移動・・・身体の重心を左右の脚に移して保持する
- ・歩行・・・後ろで腰を支えて重心を片足ずつに交互にしっかりとかけさせ他方の足を前に出す

② 訓練開始時の状況

- ・あぐら座をとると顎を少し突き出し、肩に力を入れて前かがみになり背中を丸めて腰が入りすぎて反っている。
- ・膝立ちの姿勢をとるとおなかを出し、お尻が出ていて、脚は広がっている。左右に腰を動かそうとすると硬さがあり動きにくい。

- ・立ち上がる時は、膝が使えず、お尻を上げながら立ち上がる。
- ・立位の姿勢をとると足を少し開き気味で、脚は膝が反っていて弓のようになり反張になっている。
- ・話しかけになかなか応じず、こちらに関心を寄せない。

③ 2年間の変化

- ・歩く時の脚幅が狭くなり歩き方がヨタヨタしなくなってきた。身体を揺らさずに歩くようになった。
- ・脚の反張が少しとれて足の出し方が膝を少し屈げて前に出すようになった。
- ・膝を少し屈げてその場でジャンプするような動きができるようになった。
- ・脚が太くなってきた。
- ・あぐら座で腰をしっかりと起こしその上に上体を真っ直ぐに伸ばして軸を作れるようになった。
- ・階段の手すりを持たずに歩けるようになった。
- ・訓練の時に数を数えているので数を覚えてきたなど母親からの報告である。
- ・気持ちの切り替えがスムーズになった。
- ・周りの人への関わりが増えてきた。
- ・ことばがはっきりとしてきた。

この2年間の中で、逆八の字でのぺたぺた歩きがなくなり、左右の脚幅が狭くなった姿勢で歩くようになってきた。また、訓練を始めた頃はまったく身体を触らせてくれなかった子どもは、半年を過ぎた頃より空に触れることができるようになり、どうにか泣かないで訓練らしきことができるようになった。訓練ができるようになってからは、身体の動きも活発になってきた。

IV. 考察

コミュニケーションにおいては、意思や情報を伝達する相手に対して意識が向いていることが必要である。自立活動の内容には、環境の把握において、「感覚を総合的に活用した周囲の状況についての把握と状況に応じた行動に関する事」がある。周囲の状況を把握するには、自分の周りに意識が向くことが必要である。この力は、コミュニケーションの成立において情報を伝える相手へ意識が向くことにつながるものである。

知的障害児や知的障害を伴う発達障害児の特徴として、手先の不器用さや動作のぎこちなさがある。これは、自分の身体への意識が未成熟で身体意識が十分に育っていないことが原因の一つであると考えられる。知的障害児の多くは、身体意識の未成熟によって自分と自分を取り巻く周囲の環境との境目がはっきりとしていないのではないだろうか。すなわち、自己と外界の区別がぼやけていると言える。これにより、コミュニケーションの相手となる対象に意識が向きにくくなっているのではないだろうか。知的障害児のコミュニケーションの不成立は、語彙の不足や文の組み立ての問題もあるが、こうした情報伝達の相手への意識の希薄さも大きな要因であり、自分の意思が思うように伝えられないことが心理

的な不安定につながっていると考えられる。

今居る状況が落ち着いた状況である場合、次への行動を起こす際に先の見通しがついていないとすれば、いまの安定した状況から動きたくないのは当然のことである。知的障害児の場合、生活の様々な場面でこの状況が起こっていると思われる。これがダウン症児に見られる頑固な状態ではないだろうか。動作法は、動作法は、援助者（教員や保護者など）と子どもとの共同作業である。相手を意識して協力して行動することも心理的な安定につながる。

動作法指導を重ね、身体意識やコミュニケーション力を高めることが先を見通して次の行動を考えることにつながると考える。

また、通常学校において発達障害やその可能性のある児童が増加している。文部科学省の最新の調査において、公立小中学校の通常学級に在籍する児童生徒の 8.8%に発達障害の可能性があることが分かった。発達障害及びその疑いのある児童生徒の多くにコミュニケーションや身体の使い方についての課題がある。

知的障害児や発達障害のある子どもの多くに姿勢の悪さが見られる。

姿勢はただ単にからだの形というだけでなく、気持ちの表れでもあり、周囲への環境に対する構えでもある。姿勢の改善には、自分のからだを意識し、自分で自分のからだに働きかけて動かし、調整する努力が必要である。良い姿勢を保つことは、自分に目を向けコントロールし続けることであり、気持ちのコントロール力を育てることにつながる。手先の不器用さや姿勢の改善は、身体意識の高まりとともに環境を把握する力へとつながる。これが知的障害児の心理的な安定を育てることになる。

最近では、言葉のイメージから訓練という言葉が教育現場では敬遠され、動作法などのいわゆる訓練法に対して否定的な対応がみられることがある。しかし、動作法は、心身のコントロールに関わる課題に対して身体を通したコミュニケーションによって解決する課題解決学習である。通常学校での特別支援教育において課題解決学習としての動作法は、取り組みやすく学習効果が大いに期待される。特別支援学校においても自立活動の時間や学校教育全体を通じて、コミュニケーション指導である動作法に適切に取り組んでいくことにより、障害のある子ども達の生活の質が向上することを伝えていきたい。

引用文献 参考文献

- ・特別支援学校教育要領・学習指導要領解説 自立活動編（幼稚園・小学部・中学部） 文部科学省 平成 30 年 3 月
- ・特別支援学校教育要領・学習指導要領解説 総則編（幼稚園・小学部・中学部） 文部科学省 平成 30 年 3 月
- ・特別支援学校 幼稚園教育要領 小学部・中学部学習指導要領 文部科学省 平成 29 年 4 月 告示
- ・文部科学省 HP https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/mext_00803.html

- ・厚生労働省 HP <https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/heart/k-04-004.html>
- ・国立研究開発法人 国立成育医療研究センターHP
<https://www.ncchd.go.jp/hospital/sickness/children/006.html>
- ・公益財団法人 日本ダウン症協会 HP <https://www.jdss.or.jp/index.html>
- ・猶原秀明 2023 「課題解決学習としての動作法指導」 愛知淑徳大学 愛知淑徳大学教育学会 学び舎 -教職課程研究- 第18号
- ・成瀬悟作編 1995 「臨床動作学基礎」 学苑社
- ・成瀬悟作編 2003 「教育動作法」 学苑社
- ・成瀬悟作編 2002 「障害動作法」 学苑社
- ・池田由紀江 2007 「ダウン症のすべてがわかる本」 講談社
- ・諏訪まゆみ 2021 「ダウン症のすべて 改訂2版」 中外医学社