

肢体不自由児の動作法に関する一考察

A study on the contents and about the DohSA-hou for children with physical disability

阿 部 達 彦 ¹⁾	瀧 澤 聡 ²⁾
Tatsuhiko ABE	Satoshi TAKIZAWA
伊 藤 政 勝 ³⁾	石 川 大 ⁴⁾
Masakatu ITO	Dai ISHIKAWA

I はじめに

全国肢体不自由養護学校長会で毎年実施している「児童生徒原因別調査」によると、脳性マヒ、脳外傷後遺症、脳水腫などの脳性疾患が77.7%と起因疾患の中で最大の比率を占めている。また、その中で脳性マヒが前肢体不自由の58.4%と約半数を占めている。過去10年の病院別割合の推移をみても脳性疾患の比率に大きな変動はない。(成瀬悟策・昇地勝人 2001) 脳性マヒは、脳の運動中枢部の障がいの原因となって起こる肢体不自由であり、その原因は、さまざまなものが推定されるが、原因の発生時期により出生前、周生期、出生後に分けて述べるのが一般的である。(成瀬悟策・昇地勝人 2001)

脳性マヒは、その緊張の型により、大きく次のように分けることができる。

1) 痙直型

肢体がつっぱるのが特徴である。自分で動

かせないだけでなく、他人がその人の手足を動かそうとしても抵抗して動かしにくい。両下肢が内側に交差して左右に開きにくく、歩行はバネ仕掛けで跳ね上がるような歩き方をする。関節拘縮は最も起こりやすい。

2) アテトーゼ型

不随運動型とも言い、肢体が絶えず揺れ動くのが特徴であるが、当人の意思と無関係で、止めようとするとかえってこのような運動が起こる。

3) 失調型

目的の箇所に正しく手や足を動かせない。平衡感覚が鈍く、身体のバランスがうまくとれずに歩行の際よろめいたり、不安定な転び方をする。(成瀬悟策・昇地勝人 2001)

また、中枢神経系の障がいをもつ脳性マヒ児等の心理特性としては、肢体不自由という身体障害とそれに付随した他の障害(知的障害、言語障害、感覚上の障害等)がある。それらが情緒的・社会的適応を阻害すること

1) 北翔大学生涯スポーツ学部スポーツ教育学科 「IV, V」

2) 北翔大学生涯スポーツ学部スポーツ教育学科 「I」

3) 北翔大学生涯スポーツ学部教育学科 「II」

4) 北海道札幌視覚支援学校 「III」

が考えられる。(成瀬悟策・昇地勝人 2001)

このような脳性マヒ児の緊張の自己コントロールと動作改善について、多様な方法で研究が進められてきた。本研究では、教育的・心理学的手法である動作法(動作訓練法)を用いて、その効果について確認し、あぐら座を中心とするタテ系訓練についての効果を事例をもとに検証する。

II 動作法について

動作法(動作訓練法)は、成瀬悟策(1973)らを中心に臨床実践研究を通して、半世紀以上にわたり研究が進められてきており、脳性マヒ児の運動動作の改善を促すための指導方法として展開されてきた。

従来、脳性マヒ児を含む身体運動に障がいがある子どもには、整形外科的または、脳・神経生理学的な立場から医学的治療が行われてきた。それに対し動作法(動作訓練法)は、心理学的立場から、人間の「身体運動」に関して「動作」という概念を提唱し人間の「身体運動」の生起する過程に「主体」が関与することを明確にした。成瀬(1985)は、その説明概念を次のように表している。

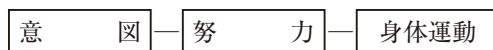


図1 「動作」の概念 成瀬(1985)

ここでの意図とは、自分の身体を動かそうとする意識、すなわち主体のかまえである。この意図に従って自分の身体をうごかすための「努力」をし、その結果、目に見える形として「身体運動」が表れるとする。従って、脳性マヒ児が示すさまざまな身体運動の障が

いは、この心理的過程(動作)がうまく機能しない結果であり、成瀬はこのような状況を「動作不自由」とした。このような、動作不自由の改善を促すかかわりとして、大野清志(1984)は、動作訓練法について、次のように述べた。「脳性マヒ児の不自由は、発達の過程で動作を獲得していくときの課題解決が不適切、あるいは、不全に終わった結果であるとされる。したがって、その改善は適切な課題解決をあらためて脳性マヒ児に行わせ、動作に関する制御系の立て直しをはかることであり、このための活動は、自己が「おのれ」にあらためて働きかける意味を含んでいる。この活動を援助するプログラムが、動作法(動作訓練法)とよばれる技法である。」

このことから、動作法(動作訓練法)は脳性マヒという障がい(中枢神経系における何らかの病変に直接起因する病理)に働きかけるのではなく、脳性マヒという障がいがある子どもの主体に働きかける指導法であると言える。

さらに、成瀬(1984)は、関係をを図2のように示し、この図を指導者(他者)が、子どもの自己への動作課題を迫るコミュニケーションの構造でもあるとも述べている。ここ

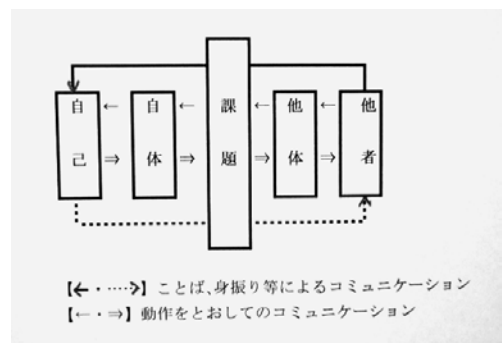


図2 身体の動きをとおして他者が自己へ課題動作を迫るコミュニケーションの構造 成瀬(1984)

では、動作訓練法を含む技法の総称として動作法という名称で記述する。

また、今野（1979）、大野（1982）らは、脳性マヒ児だけでなく、多動や自閉的傾向のある行動に問題を抱える子どもに対して腕及び肩まわりの身体部位に対する動作法のかかわりが行動の改善に有効な効果を上げることがを検証した。このような研究は、1）動作法の適用範囲が脳性マヒ児に対してだけでなく、多様な広がりと可能性を持っていること

2）動作法の目的が、身体運動の改善のみではないことを示唆している。動作法の適用範囲が広がることにより、いかなる障がいを抱える子どもに対しても適用できることが示唆され、それと同時に身体運動と人間の行動との関係がより一層重要性を増し、さらに研究していかなければならないことが示唆（今野1990）された。

リラクゼーション訓練からはじまった脳性マヒ児の動作訓練は、当初は効果があがったが、リラクゼーションだけでは効果に限界が見られるようになり、動きそのものをしっかり身につけることが必要になってきた。成瀬（1998）によると、「基本的な動作として腕の挙げ下ろし、手の握りと伸ばし、腕や脚、足首の屈伸伸ばし、軀幹部の屈伸などを、また、生活に必要な動作をというので書字、発声及び発語、歩行、手作業などをさまざまに試みました。それらの訓練は、それなりに有効ではありますが、その一つひとつに大きな労力と長い時間を要するので、もっと重要で効果的な訓練の対象と方法を模索することになりました」と述べている。

また、成瀬は、（1988）脳性マヒ児の重度な子が対象児として増えてくるにつれ、こと

ばがコミュニケーション手段として、十分な役割を果たさないため、動作を最も主要な手段とした。寝たきりだった子が二次元的姿勢から三次元的姿勢になり、重力に対面し、対応したとき心身の大きな変化をもたらすとし、「タテ」（抗重力姿勢）になることの重要性を論じ、「タテ系動作訓練法を」考案した。タテ系動作訓練法は、「座位」「膝立ち」「立位」「歩行」の四つを訓練の課題としている。この展開が心身の健康法や心理治療法など、さまざまな効果をあげ拡大していく結果に繋がっている。

Ⅲ 臨床動作法について

1981年春の第46回やすらぎキャンプにおいて、臨床動作法の位置づけ（呼び方・概念）がなされた。名称は変えたが、臨床動作法または動作法どちらの名称を使用しても差し支えないとされている。臨床心理士の認定講座になったため改称されたことになっている。臨床動作法とは、動作法を心理臨床のために適用するもので、主体者（自己）の能動的・積極的活動を培い、生かし、活性化するものである。動作とは「自分の意図通りに身体運動を実現していく努力の課程」とし、この動作過程で成瀬は努力を重視し、動作図式全体を進行させるポテンシャル、推進力であると述べている。（成瀬 1985）

また、努力は主体者にとり、動作しているという体験「動作体験」として認知される。動作体験における「努力の体験」は、意識されるものとは限らず、半意識化された体験、前下意識化的体験の場合もある。自己は自己に対面し「自体感」「自己感」「自己像」など

をもつと述べている。また、動かす努力とその結果としての動きの認知との融合した体験として「主動感」「自動感」「被動感」があるとする。臨床動作法は、動作をとおして動作者（主体者）の心に働きかける心理学的方法であり、課題・動作の過程を通して動作者（主体者）の動作体験に介入し援助するものである。また、動作者自身による自己試行や動作者と同席して、動作課題を媒介として共通の努力の体験をしながら援助していくものと述べている。（成瀬 1985）

IV 動作法の展開

成瀬（1998）によると、人が立って歩くための条件は二つの立場から考えられてきたとしている。

- 1 発達過程からの観察のもので、寝返り、這い這い、四つん這い、つかまり立ち、独り立ち、歩行などの各発達段階にはそれぞれの発達課題があり、ある段階の発達課題を十分獲得したら、それが次の段階への準備が完了したことになり、次の段階に進んでいけるとしたもの。
- 2 立ち上がり反射や平行反射、姿勢反射などシェリングトンの神経反射理論、延髄や脊髄など反射的な諸運動の観察からの生理仮説によるもの。

前者の発達段階は、発達の一般傾向を示したもので、それに従わないで発達する子はいくらでもいる。また、後者は、生理的な、いわば準備条件としては欠くことはできないが、人が立つという現象は反射運動だけで成り立つほど単純ではないと述べている。

タテ系動作訓練では、初めて座位をとろう

とする子にとっての難しさを成瀬（1998）は、次のように述べている。1）首の後ろへの反り返り、2）肩の前屈、3）背中の前屈げ（または反り返り）、4）腰の反り返り（または前屈げ）への強い緊張ないし動き。

膝立ちでは、5）出っ尻と腰反り（背中から腰にかけての後ろ反り、または前屈げ）、6）股関節の前屈げとお尻の後ろ引き。

立位では、7）股関節の屈げ（ないし反り）、8）膝の屈げ（ないし反張）、9）足首の突っ張り（または屈曲）。反りと屈げの力は、大地と平行（ヨコ）の方向（前後）に入っている。その方向に力が入ると、からだを立てることはできなくなり、崩れ落ちてしまう。からだを立てるためには、からだの中央部から下部は、大地へ向けての踏みつけ、上部は上に向けての伸び上がりの感じで、重力によってタテにまっすぐの力が入らなければならない。タテ系動作訓練とは、折れたり屈がったりしようとする無意識努力を抑えて、体軸・身体軸をタテの直に立てる意識努力ができるようにする援助法である。身体をタテにすると、三次元の座標軸が自分の中に生まれ、主体活動の中軸となる「自己軸」ができ、前後、上下、左右という外界空間を捉え、周りの環境を捉えることができるとしている。これは、三次元の空間を認知し、対応するための体軸をつくり、その体軸が、自分自身の存在と活動の基軸を担う「自体軸」となると、外界のものが自分の中でそれぞれのものとして位置づけられ、自分のおかれている外界全体が心の中で時間軸を含んだ四次元世界として構成されてくる。それは、自分の身体という身体軸にとどまらない主体活動の中軸であり、「自己軸」と呼ぶことができる。重度の脳性マヒ

児においては、最終的には、この「自己軸」をつくるのが大切であるとしている。また、初期のリラクゼーション訓練から学んだことは「弛んだ筋群」よりも「弛めようとする自己活動」が重要であると（1998）成瀬は述べている。自分で自分を弛めるという自己活動が、自分のからだを動かすことになり、からだをまっすぐにタテに立て、自分で自体軸を自由に使いこなし、動きそのものよりも、弛めようとしたり動かそうとした努力とそれに伴う実感や成功感、自信などという内的体験に注目する必要があることもわかってきたとしている。これらのことから、国内の関係学校や施設、病院、研究所などにも受けいられるようになり、韓国、マレーシア、タイ、台湾など海外でも訓練キャンプが実施されるようになった。また、成瀬（1998）は、脳卒中後遺症患者のリハビリテーション、四十肩・五十肩の腕挙げ訓練の他、筋ジストロフィー者、分裂病者、カウンセリング補助、先に述べた自閉症スペクトラムや多動児、知的障がい児、ダウン症にも効果があるとの報告がされていると述べている。また、今後の発展の可能性としては、心理治療としての動作療法、スポーツのあがり症対策等のスポーツ動作法、健康増進法としての健康動作法、高齢者の活性化のための高齢者動作法、教育場面での教育動作法など多様な方面での研究がされている。

V 動作法の実際

筆者が、以前実施した特別支援学校での動作法の事例からその効果（あぐら座位）について考察する。（阿部 1994）

1 事例1（特別支援学校での動作法の事例）

1) 障がいの状況

対象児：6歳 脳性マヒ（痙直型）A児
 重度重複障害（身障等級1級）
 身辺処理・着脱・排泄・食事：全介助
 コミュニケーション：「ンー」等の発声のみ
 姿勢・動作：仰向け臥位姿勢，側彎・頭部
 挙上不可
 移動：寝返り等も含め移動不可
 身体状況：両股関節亜脱臼，左股関節緊張強
 補装具等：車椅子，工房椅子，バギー
 遊び：ゆさぶり遊び，水遊びが好き
 遠城寺式発達検査
 運動：移動運動1カ月・手の運動0カ月
 社会性：基本的習慣2カ月・対人関係3ヶ月
 言語：発語3カ月・言語理解4カ月

2 課題と訓練時間等

1) 基礎課題（下位課題）

腰・また・両腿・首・状態の弛緩動作とタテへの入力動作

2) 中心課題

支えあぐら座位が援助してとれるようになる

3) 発展課題（上位課題）

肩・腕・肘・手首・手指等の上肢の動作コントロール

4) 訓練時間

1回20分 1セッション：10回 個別訓練
 合計7セッション：70回

5) 訓練内容

（成瀬 1985「動作訓練の理論」より）
 訓練記録用紙（心理リハビリテーション研究所）
 ・リラクゼーション訓練
 ・座位訓練・膝立ち訓練・立位訓練

3 インテーク

座位、膝立ち、立位での姿勢についてボディダイナミクス票（心理リハビリテーション研究所）に基づき作成した。

1) あぐら座姿勢（援助しての座位姿勢）

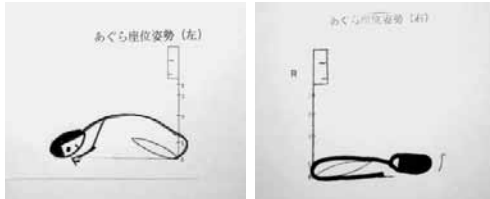


図3 あぐら座（左） 図4 あぐら座（右）



図5 あぐら座（正面）（全援助）

あぐら座位では、姿勢を一人でタテるとはできない。姿勢は一人では崩れ、床面に顔をつけて左を向いている。右腕はからだの下になり、左腕は上にして、顔の前に投げ出すように置いている。後ろから抱きかかえ、からだを起こしてもまっすぐに立てることはできず、左背に大きな緊張があり、S字の側彎が見られる。右背から腰にかけては、力を入れることはできず、左側よりも肉厚が薄く、顕著な左右差がある。これにより右肋骨が突出し変形が見られる。援助してのあぐら座位では、顔は下を向くか右方向を向くことが多い。

2) 膝立ち（援助しての膝立ち姿勢）

援助して膝立ち姿勢をとらせると首は下を向き顔を上げることはできない。円背で右背上部・左背下部に凸の側彎があり顔は右を向くことが多く、ねじれが見られる。

右背上部（右胸左から右肩にかけて）と左

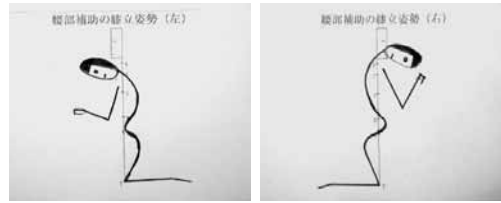


図6 膝立ち（左） 図7 膝立ち（右）



図8 膝立ち（後）

背下部（左腰部）に脊柱にそって、大きな緊張があり、硬く固まって動かすことができない。その緊張が脊柱のS字側彎に結びついている。左背下部の凸部の反対側（右背下部）は脊柱にそい凹部になり、筋肉（肉厚）が薄く、ペラペラ状態で力を入れることができず右前に姿勢が崩れる。

3) 立位（援助しての立位姿勢）



図9 立位（左） 図10 立位（右）



図11 立位（後）

からだを支えて立位姿勢をとらせると首が右にねじれ顎が上がり前に出る。首を支えることができないため、首が下を向き落ちる。股関節は亜脱臼があり左股関節が内側に入っている。膝は十分伸びず足首は尖足で、足底部は大地を踏みしめたことがないため外反で入力することができず、足指も屈曲して指先を丸めている。

4 訓練内容

1) 第1セッション

頸ゆるめ、肩（肩甲骨）ゆるめ、胸と背の軀幹屈げ・反らし、腰部と股部の伸ばし・腰反らし・ひらき、腕あげ

2) 第2セッション

頸ゆるめ、肩（肩甲骨）ゆるめ、胸と背の軀幹屈げ・反らし、腰部と股部の伸ばし・腰反らし・ひらき、あぐら座り（両腿おさえ・床つけ、上体腰屈げ・反らし）腕あげ

3) 第3セッション

頸ゆるめ、肩（肩甲骨）ゆるめ、胸と背の軀幹屈げ・反らし、腰部と股部の伸ばし・腰反らし・ひらき、あぐら座り（両腿おさえ・床つけ、上体腰屈げ・反らし、頸ゆるめ・顎しめ）、あぐら座りでの上体立て、膝立ち（援助）

4) 第4セッション

頸ゆるめ、肩（肩甲骨）ゆるめ、胸と背の軀幹屈げ・反らし、腰部と股部の伸ばし・腰反らし・ひらき、腕あげ（第1セッションと同じ内容）

5) 第5セッション

あぐら座り（両腿おさえ・床つけ、上体腰屈げ・反らし、頸ゆるめ・顎しめ）、あぐら座りでの上体保持（上体立て）、腕あげ

6) 第6セッション

あぐら座り（両腿おさえ・床つけ、上体腰屈げ・反らし、頸ゆるめ・顎しめ）、あぐら座りでの上体保持（上体立て、上体の前後左右倒・停め）

7) 第7セッション

あぐら座り（両腿おさえ・床つけ、上体腰屈げ・反らし、頸ゆるめ・顎しめ）、あぐら座りでの上体保持（上体立て、上体の前後左右倒・停め、バランスとり）膝立ち姿勢（援助）

※第3セッションと第4セッションの間に約1ヶ月の未実施期間があったため、第4セッションは、第1セッションと同内容の訓練内容とした。

5 指導経過

第1～第7セッションの共通の課題は、支えあぐら座位の姿勢をとらせると短時間保持できることである。

第1セッション

インテークの状況は、あぐら座位の姿勢をとらせても援助者が支えない限り、上体がすぐに崩れ保持できなくなる。脊柱は、左胃部の裏側（左背）の部分が最も緊張があり、硬く突き出ている。仰向け姿勢では、その部分が床にあたっている。

そこで、軀幹部、特に左側のリラクゼーションと右側の入力動作を行う。はじめは誘導的に行ったが、しだいに自ら細かい立ち直りの動きが出てきた。

第2セッション

あぐら座位での両腿押さえや股のリラクゼーションを実施。左股は緊張が強く内側に入ってくるが、右股は前方外側に流れ、

力が入らず崩れてくる。足指や足裏を触っても嫌な表情の反応はしなくなった。

第3セッション

あぐら座りの上体立てや保持が短時間ながら、両腕を支持して初めてできた。三次元姿勢と一定時間保持する四次元的世界を初めて経験できたことからか、自分であぐら座を保持したとき、頸を動かし左右を見渡していた。両腿押さえや床ついても右腰がやや前に流れるが、調整できるようになってきた。崩れた状態から頸をあげての立ち直り動作も出現した。脊柱の前彎と頸の一本化には、課題が残された。

第4セッション

ひと月程度訓練を未実施だったため、初期の姿勢の状態に戻っていた。あぐら座位姿勢も崩れ、脊柱の屈がりや側彎部、前彎部の緊張も強くなっていた。

そこで、再度リラクセーション訓練に戻り実施したが、からだを弛めることや力を入れることが第1セッションより早く進行し時間的にも短縮できた。

第5セッション

第3セッションのように、あぐら座位中心の動作を練習した。脊柱部の緊張弛緩と入力の実行は良くできた。座位姿勢では左腰に重心をかけて座っているが、ともすると右軀幹部から右側方もしくは右前方に折れながら倒れていく。上体を真っ直ぐにして、タテに一本化しながら、力を入れ姿勢を保持させることは、側彎や前彎を改善することにつながると考え、あぐら座位姿勢で左背中（側彎の最大凸部）を右斜め下方に力が入るように援助し、右肩方向から左なめ下方に入力するよう援助した。このと

き、肩が前方に出ないよう頸から背中が真っ直ぐになり、タテに力が入るように注意した。これができると、脊柱はほぼ真っ直ぐになっているので、援助を少しずつはずし、自分自身で姿勢が保てるようにする。しかし、まだ前方に折れながら倒れる。

第6セッション

訓練を実施するにつれ、頸から背、腰への問題がクローズアップしてきた。特に、頸との関係が重要で頸を突出し、前方に力を入れることが多いので、頸を締め、頸を弛めて一本化しながらタテに力が入るように留意する。頸が硬く、再度リラクセーションに戻しながら行った。左背脊柱部の大きなしこりのような緊張のかたまりはかなり弛み、平らになった。右軀幹部の力が入らないペラペラの部位は、少しずつ肉厚が増し、力が入るようになってきた。肋骨部の右前方のねじれも、均等に力が入ってきたため対称的になってきた。

第7セッション

部分的に膝立ち姿勢を入れながら、あぐら座位姿勢の保持と上体のバランスとりや立ち直りの練習を行う。援助しての頸-背-腰の一本化やタテの力の入力をはじめてできるようになり、表情にも余裕が出てきている。タテの力が入ったときの表情は、自分自身のからだの制御（コントロール）に、真剣に立ち向かっているように見て取れた。

6 まとめ

A児の訓練結果について、訓練前と訓練後の姿勢を比較してみる。

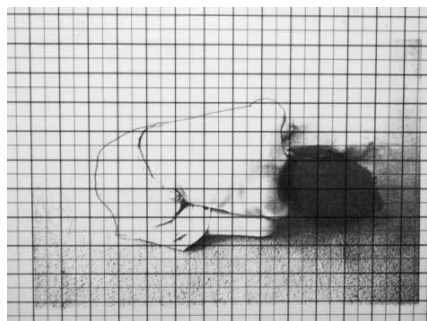


写真1 訓練開始前の座位写真

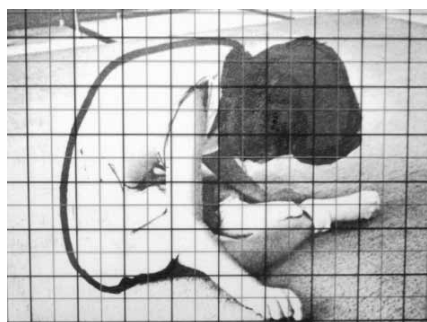


写真2 3セッション後の座位姿勢

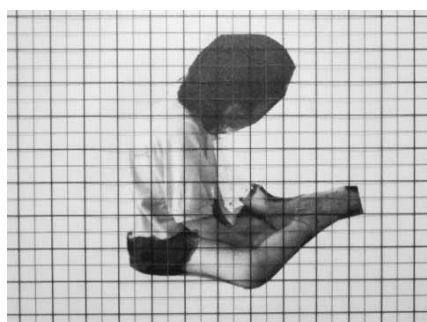


写真3 7セッション後の座位姿勢

写真1・2・3を見てわかるように、写真1の訓練前のあぐら座姿勢では、座位姿勢はとれず前方やや右に崩れており、からだをタテることはできない。

写真2は、セッション4終了後であり、腕を床につけ支えて身体を起こし、一人であぐら座の姿勢を5分以上保持できるようになっている。写真3は、7セッション終了後のあぐら座位姿勢で腕（上肢）で、からだを支え

なくても、上体を起こし腰-股関節で床面を踏みしめ、重心のコントロールをしながらタテの姿勢を10分以上保持できるようになった。頸を立てて左右に動かし周りの様子を見る動きを示している。肩の力が抜けリラクゼーションが進むとともに、あぐら座位姿勢を保つ部位に必要な入力ができるようになっていく。

本事例での中心課題は、「支えあぐら座位が援助してとれるようになる」ことである。この課題は達成できたが、それと同時に、側彎の改善や、からだをタテることにより、目線が上がり周りを見渡したり、上肢がフリーになるなど、認知面や表情などの情動面にも変化が見られた。からだをタテに起こすことの効果をもっと感じることでできる結果となった。

VI 考察

本研究では、動作法の手法を用い、あぐら座位ができるようになった事例を取り上げた。本事例において、訓練をとおして何が可能になったのかまた、からだをタテることとはどういうことなのかについて考察する。

事例で可能になった内容

- 1 上体・上肢等のリラクゼーションが進み、弛めと入力ができるようになった。
 - ・上肢に力を入れ、からだを支えたり、力を抜いてコントロールし、近いものを触るようになった。
- 2 頸を立てることができるようになった。
 - ・頸から胸・背中に力を入れ、頭-頸を起こし周りを見るような動きが出てきた。
- 3 あぐら座位が可能になった。

・あぐら座位で上体をタテることができるようになった。

・頸-胸-背部を上方向に伸ばし、上体を起こす、肩・胸を開くことができるようになった。

・股関節-腰部の左右の重心移動ができるようになった。下方(床方向)への踏みしめができるようになった。

4 側彎が改善した。

・S字側彎が改善し、脊柱を中心に左右対称の背中中部になり、強い緊張のかたまり(右肩甲骨-右肩、左背中-腰部のリラクゼーションが進んだ)が改善した。

・右背中-腰部に力を入れることができるようになり、肉厚が増し筋肉がついてきた。

・慢性的緊張のリラクゼーション等により、肋骨の右側へのねじれが改善した。頸の右方向へのねじれも改善し左右への自由度が増した。

本事例では、リラクゼーション訓練とタテ系動作訓練(成瀬 1991)の座位訓練を中心に実施した。

また、あぐら座位ができることによって何が変わったのかについて考察する。

成瀬(1998)は、前述のように、からだをタテにするということは、重力に対応して、大地の上に自分のからだを適切に位置づけ、臥位姿勢の二次元的空間生活から、三次元・四次元的世界へと開眼していくもとなる。このことは、重力に抗するのではなく「重力に対応する」と言うことであり、その対応の仕方は「姿勢」として表現されていると述べている。

続いて、成瀬(1995)は、安定してお坐り

ができるようになったその後、不安定だった呼吸曲線は基線が安定し、脈拍や血圧から体温などもしっかり安定するし、ひどかった便秘もおさまり、食欲や生活リズムも規則的になってくる。猫背や側彎も軽減してくれば、発作も低減しやすく、全体として健康体になってくる。また、タテになれると、箸や茶碗、鉛筆の持ち方とか食事や書字、発語・発声の仕方、生活上の姿勢の保持や態度など、特に訓練しない動きが良くなるだけでなく、全体として落ち着いて安定し、自信がついて積極・能動的になるという心理的な変化も顕著に見られる。タテになる訓練をタテ系と呼んで動作法の基本に据えることとなったのはそのためであると述べている。

これらのことを参考にしながら、本事例の結果を考察すると、あぐら座位でタテにすることにより、1)姿勢の改善、2)円背・側彎の改善、3)上肢(手指)の動きの改善、4)表情・感情の活性化、5)環境の把握・認知力の向上、6)健康の向上について、成瀬の指摘した通りの傾向が見られた。

重度でかつ重複した障がいがあるどのような子どもでも、からだを起こしタテにすることの重要性が示唆された。発達段階がまだ、そこまで到達していなくても、寝たきりにせず、タテるという行為の姿勢や動きが、重力に対応する力を生み出し、人間として、成長させる基礎になるものと考えられる。

文 献

- 成瀬吾策編、昇地勝人(2001)「講座・臨床動作学2 肢体不自由動作法」学苑社
 全国肢体不自由養護学校長会編、(2000)「児

- 童生徒 病因別調査」全国肢体不自由養護
学校長会
- 早坂方志・徳永豊（2007）「肢体不自由教育
の基本 とその展開」日本肢体不自由教育
研究会監修，肢体不自由教育シリーズ1，
慶應義塾大学出版会
- 徳永豊（2014）「改訂版肢体不自由児の教育」
放送 大学教育振興会
- 西川公司（2014）「肢体不自由児の教育」川
間健之介・西川公司編著，改訂版肢体不自由
児の教育，放送大学教育振興会，pp103-
113.
- 村田茂・大野清志(1976)「脳性まひ児の養護・
訓練－動作訓練の実際－」慶應通信
北海道心理リハビリテーション研究協議会
(1992)「北海道心理リハビリテーション」
村田茂（1977）「日本の肢体不自由教育－そ
の歴史 的発展と展望－」慶應通信
- 成瀬悟策（1973）「心理リハビリテーション」
誠信書房
- 成瀬悟策（1979）「心理リハビリテーション
の進歩」誠信書房
- 徳永豊（2002）「自立活動指導ハンドブック」
全国心身障害児福祉財団
- 成瀬悟策（1973）「心理リハビリテーション
－脳性マヒ児の動作と訓練」誠信書房
- 成瀬悟策（1985）「動作訓練の理論－脳性マ
ヒ児のために」 誠信書房
- 今野義隆(1990)「障害児の発達を促す動作法」
学苑社
- 成瀬悟策（1998）「姿勢の不思議 －しなや
かな身体と心が健康をつくる－」 講談社
- 成瀬悟策（1979）「心理リハビリテーション
の進歩」心理リハビリテーション研究所
- 成瀬悟策（2001）「リラクセーション－緊張
を自分で弛める法－」 講談社
- 成瀬悟策編(1992)「臨床教育動作法」至文堂
- 成瀬悟策監修(1991)「タテ系動作訓練の実際」
安田生命社会事業団
- 成瀬悟策（1995）「動作発見6 タテに生き
る 教育と医学」43 (7)P674-679
- 阿部達彦（1994）「心を通わす養護・訓練を
求めて－脊柱側彎をもつ重度・重複肢体
不自由児の援助を通して－」，平成5年度
北海道心理リハビリテーション研究紀要，
pp18-34.