



みちくさ言語療法—ことばの発達と障害の臨床より—

(6) 重症児者とコミュニケーション (その2)

工藤芳幸

コミュニケーション支援を軸に

びわこ学園での仕事を通して、私はコミュニケーションが全ての援助の基本であると確信していくようになった。どれほど身体の障害が重度であったとしても、なくてはならないのがコミュニケーションである。自身の要求を伝え、暮らしをプロデュースしていくにはコミュニケーションが可能な状態にあることがどうしても必要である。ここで必要なのはコミュニケーションの「能力」だけではなく、コミュニケーションが可能な「状況」である。有効な伝達手段があるか（拡大・代替コミュニケーション手段も含む）、共通の言語（音声の他にも文字やシンボル等）があるか、コミュニケーションの時間や空間があるか、そして最も重要な声を聴き取る他者が存在するか。個体としての「能力」を伸ばすことに限定してしまうと、自ずから限界が生じることは目に見えている。

また、自分が何らかの重度の障害を負ったときに、果たして自分がそこで暮らしていたい場所になっているのか？ということ想像してみると、現状の施設空間はどうもそうではないように思えた。自分がやりたいことを自分で選べる環境とはいえないからである。こうしたコミュニケーションが可能な「状況」

に具体的に関わるのがSTという仕事だと私は考えた。

ただし、コミュニケーションの視点から援助を考えるとすることは、徹底的に個から出発するということになる。スローガンを掲げるのは簡単なことかも知れないが、集団生活の場である施設でそれを目指すことは簡単なことではないと、当時、職場のSTだった八郎さんから言われたことがあった。おそらく八郎さん自身の経験から出てきた言葉だったのだろう。そのときは十分にその意味を理解できてはいなかったと思う。

—障がいの重さという“壁”にどう立ち向かうか、その“壁”に立ち向かうのは子ども自身である。そう岡崎は言う。そして子どもにそれを要求する以上、子どものいのちに向き合い、共にする構えが職員に在る。そこが理解の基礎だと岡崎は言うのである。（びわこ学園だより第128号 遠藤六朗氏による）

前回も引用した故・岡崎英彦先生（元・びわこ学園園長）の言葉である。敢えて岡崎先生がこのような言葉を残したのは、これが職員の間で十分に実現していたとはいえないからなのだろう。

当時の自分を振り返ると、この構えの部分が十分に育っていなかったように思えてなら

ない。しかし、知識や技術もまた不足していたことも確かであった。重度の障害がある方の発達やコミュニケーションを援助していくには、経験値だけではいかんともしがたい壁があるように思えてならなかった。私は施設の仕事を辞めて改めて学ぶことを選択した。

遷延性意識障害の方との出会い

大学院を経て ST の資格を取得し、私はまた別の重症心身障害児者施設に勤務した。児童指導員として病棟の生活空間にどっぷり浸かった立場から離れ、リハビリテーション科に所属して、病との外から通う立場での仕事になった。小さな違いかもしれないが、病棟とリハビリテーション科は別の部署なだけに、意見が衝突することがしばしばある。「リハビリの人はあれこれ言うてるが、病棟には病棟の事情があるんだ」という類の意見のズレである。元々は病棟勤務の児童指導員ただだけに、こうした意見が出てくるのも理解できないわけではなかった。専門職と呼ばれる人たちが、非・専門職や異なる専門性を持った集団と関わる時にこうした意見の食い違いはたびたび起こる。以前と同様の重症児者施設で ST としてのキャリアをスタートした私は、病棟勤務の職員ではなくリハビリテーション科の人間であることに最初は全く慣れず、別の島の住人になったような居心地の悪さも持ちながらも、入所の利用者や外来のケースを担当するようになった。

最初の新規担当ケースになった方は H さんというまだ若い方だった。交通事故による脳外傷で「遷延性意識障害」という診断名がついていた。遷延性意識障害とは一般に植物状態ともいわれるが、医学的には「疾病・外傷により種々の治療にもかかわらず、3 か月以上にわたる①

自力移動不能、②自力摂食不能、③糞便失禁状態、④意味のある発語不能、⑤簡単な従命以上の意思疎通不能、⑥追視あるいは認識不能の6項目を満たす状態にあるものをいう(脳神経外科学会 1976)」。初めてお会いした時、ほとんど覚醒しておらず、身体は固くピンと伸びており、両肘を曲げて身体にピッタリくっつけた状態で、外からの声かけや視覚的な刺激に対して明確な反応も見られなかった。急性期の医療機関から転院してきたばかりであり ST についての情報は皆無だった。

これほどに重度の障害がある方にどのように関われば良いのだろうという思いも大きかったが、どれほど重度であっても何らかのコミュニケーションの窓口があるかもしれない。それを探し出す、あるいは引き出すことができればと試行錯誤が始まった。とはいえ、私には全く経験のないケースであり、大学院の恩師や臨床実習の SV にも助けを借りて、どのような評価をし、どのように関わるかが求められるか助言を受けながらの関わりだった。とにかく目を開いて覚醒していることが稀なので、できるだけ毎日のように関わる時間を持つことにした。他職種から固くなった腕の筋肉をほぐすして関節が動くようにするための方法を指導してもらい、身体からもアプローチを試みることにした。SV からの助言で、嗅覚刺激を毎回入れることにして、過去に嗅いだ記憶があるかも知れない珈琲や紅茶などを入れてはゆっくりと匂いを嗅いでもらった。口腔ケアや口腔への感覚刺激を入れながら味覚にも働きかけてみた。嚥下障害のために食べることは困難だが、ごく少量の唾液であれば嚥下可能だった。少しずつ志向性を感じる目の表情を見せるようになってきた。

(その3に続く)