

横浜市戸塚地域療育センターの超重症児への取り組み

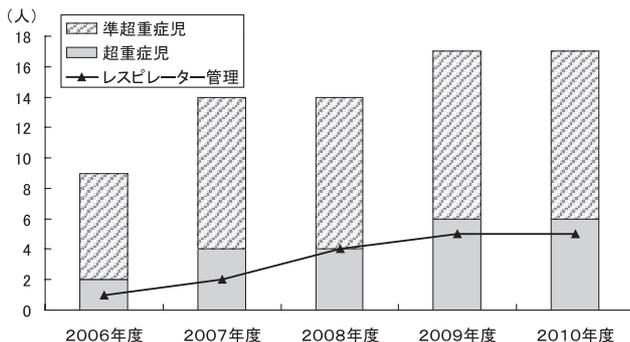
Early intervention trials for the severely disabled children in Totsuka Habilitation Center of Yokohama city

小嶋 優加子¹⁾・梅澤 富士江²⁾・半澤 直美³⁾

Kojima Yukako, Umezawa Fujie, Hanzawa Naomi

1. はじめに

近年の新生児医療や救命救急医療技術の進歩は、濃厚医療・介護が継続して必要な障害児の増加をもたらし、その処遇が大きな課題となっている。横浜市戸塚地域療育センター（以下当センター）においても超重症児、中でも人工呼吸器管理の児が増加傾向にある（グラフ）。



グラフ1 当センターの超重症児の推移

今回、超重症児への取り組みを、外来のみで個別フォローした症例と肢体不自由児通園施設を利用した症例を通して報告し、超重症児に対する当センターの療育の在り方と現状、課題について報告する。

2. 症例を通して

2.1 個別フォローした症例を通して

(1) 症例紹介

8歳（特別支援学校、訪問学級2年）男児

診断名：低酸素性虚血性脳症

1) 横浜市戸塚地域療育センター 診療課

2) 横浜市戸塚地域療育センター 通園課

3) 横浜市戸塚地域療育センター長

障害名：痙性四肢麻痺、最重度精神遅滞

合併症：中枢性呼吸不全、中枢性思春期早発症

未定額、自発運動はほとんどみられない。聴覚、視覚刺激への反応はなく、足部を触られると筋緊張を高める傾向がある。

大島の分類1、介護スコア39点の超重症児。24時間人工呼吸器管理（気管切開下）が必要である。低体温となりやすく、来所時の平均体温は35度。秋～冬にかけて更に低くなる傾向があり、年間を通して外出時には電気毛布や寝袋を必要とする体温調節に対するケアが必要である。

(2) 経過

在胎41週、胎盤早期剥離のため帝王切開で出生。出生時体重2722g、アプガースコア0/3点。日齢3日、くも膜下出血から呼吸停止となり、人工呼吸器を使用している。6ヵ月で気管切開を実施。1歳3ヵ月より在宅生活を開始し、3歳8ヵ月の時に、月1回の病院受診以外の外出機会を増やすため当センターを初診、利用開始となった。

(3) 当センターの関わり（図1）

体温調節の問題と姿勢変換を行うだけで呼吸状態が不安定となりやすかったため、外来にて個別でフォローを行った。

月1回の診察と理学療法を定期的実施。手関節変形・拘縮に対してのスプリント作製・対応のため、作業療法を理学療法と同時に行った。また、成長対応に伴う車いす付き座位保持装置をシーティングクリニックスタッフ（医師・看護師・工学技師・作製業者・理学療法士）で個別に対応し、作製した。

(4) 理学療法（PT）

理学療法は、診察の同席とバイタルチェック、入

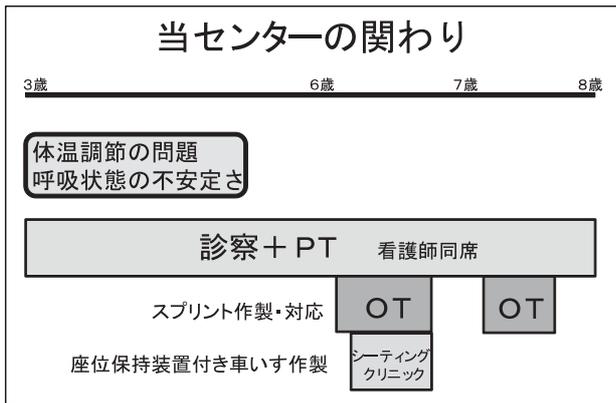


図1 当センターの関わり
～個別フォローした症例～

退室の補助などが必要のため2時間枠で対応した。場所は児に合わせた室温設定のできる個室(診察室)で行った。

理学療法は、介助されやすい心身の状態を目指し、二次的障害(側彎や関節拘縮)の進行を予防し呼吸機能の維持・改善を図り、ポジショニングや姿勢変換などの介助法を家庭や訪問看護ステーション、特別支援学校に般化、生活場面の広がりに向けて外出手段の車いすの調整・作製も検討するなどを課題とした。

また、診察・理学療法場面への訪問看護ステーションの看護師やガイドヘルパー、担当教師の同席と理学療法士の特別支援学校の訪問を通して、児についての情報交換や状態像・対応の共有を行い、児の状態に関わる機関同士での連携を図った(図2)。(5)4年間の変化

理学療法開始当初は、仰臥位からの少しの姿勢変換でも、SPO2が低下し、脈拍数が増加するなどがみられていたが、訓練の結果、座位姿勢に起こすなど姿勢を換えても安定した呼吸状態が保つことができるようになった。

座位姿勢がとれることで、生活のなかでの姿勢のバリエーションが増え、訪問看護ステーションの看護師や担当教師による関わりも広がった。また、ストレッチャータイプの大型車いすではない車いす付き座位保持装置を作製することで、外出時に使用する車の制限なく、対応ができるようになった。

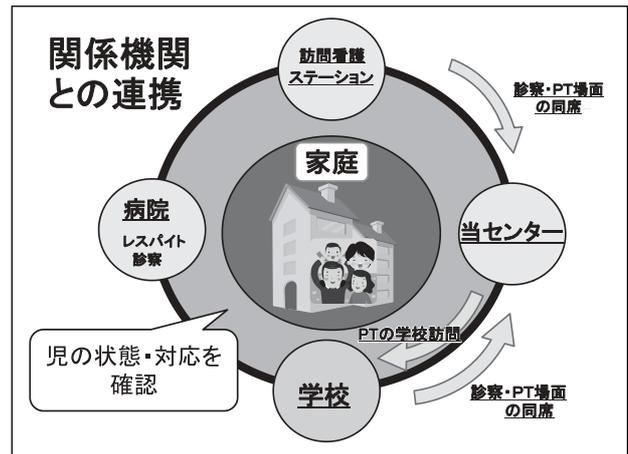


図2 関係機関との連携

2.2 通園療育を利用した症例を通して

(1) 症例紹介

6歳(特別支援学校、訪問学級1年)女児

診断名:脳性麻痺

障害名:痙性四肢麻痺、最重度精神遅滞

合併症:難治性てんかん。

未定頸、自発運動はほとんどみられないが、刺激に対しての不随意的な動きがみられる。視覚刺激への反応は見られないが、聴覚刺激への反応が見られ、快・不快時の表情の変化が見られる。

大島の分類1、介護スコア31点の超重症児。自発呼吸は見られるが、体調不良時や夜間に人工呼吸器管理(気管切開下)が必要である。

(2) 経過

在胎37週、2538gで出生。出生直後多呼吸あり挿管呼吸管理1日される。多呼吸、筋緊張の異常や低ナトリウム血症が認められたが確定診断に至らず。その後多呼吸、呼吸停止のエピソードあり、7ヵ月で気管切開を実施し、人工呼吸器管理が開始となった。1歳7ヵ月より在宅生活を開始し、3歳1ヵ月の時に、理学療法の継続とグループへの参加希望から当センター初診、利用開始となった。

(3) 当センターの関わり(図3)

来所後、外来にて個別で月1回の診察と理学療法を実施した。

1年半のフォローのなかで児の状態を把握、一般状態が安定したこと、定期的に来所できていたこと、保護者の集団療育に参加したいというニーズが強かったことから、肢体不自由児通園施設利用に向け

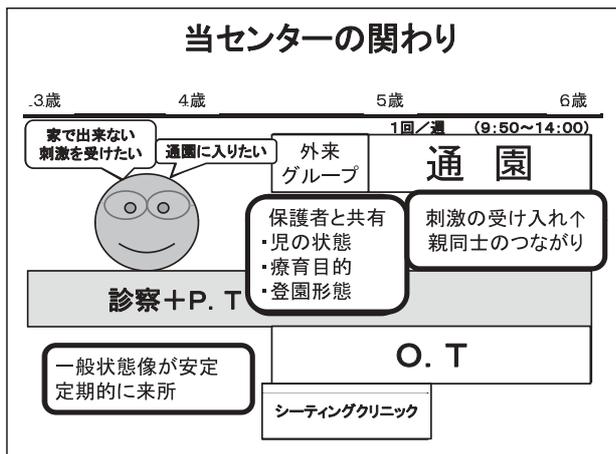


図3 当センターの関わり
～通園療育を利用した症例～

での評価目的の外来グループ（月2回）に約半年間参加した。外来グループでは、児の状態の把握を行い、色々なプログラムへの参加を通して、刺激に対する反応の判断ができるようになった。また、保護者と療育の目的や参加の仕方、登園形態（登園頻度・方法）についての確認・共有を行った。

年長時の1年間、母子で肢体不自由児通園施設を週1回利用した。児にとっては、家庭ではできないあそびの経験ができ、刺激の受け入れがしやすくなった。保護者にとっては、子どもに色々な経験をさせることができたという満足感が得られ、また、親同士のつながりも生まれた。

3. まとめと今後の課題

超重症児への療育サービスは、呼吸状態など全身状態が安定し、二次的障害の防止が図られること、

環境の変化や人からの働きかけを安定して受け止められるようにすること、生活の場が広がり、社会へ参加する手段や対応の獲得への支援が重要であると考えられる。

超重症児への処遇は、個別での対応が主となると考えられるが、体温調節や呼吸状態などのバイタルが安定していることや刺激を受け入れられるベースがあること、保護者の集団参加へのニーズがあること、親子にとって療育参加にメリットがあることが、通園療育への参加につながると考えられる。

今後の課題としては、超重症児への職員の知識・対応の充実と、療育・訓練場面での医療スタッフの

配置、ケースに応じて、室温などを個別に対応できる環境の設定といった課題が挙げられる。体制を整えつつ、通園施設利用や訪問療育なども含め検討し、今後も対応していきたいと考える。

〔第36回日本重症心身障害学会学術集会
(2010年9月30日～10月1日、東京都江戸川区)にて発表〕

参考文献

- 1) 江草安彦 他：重症心身障害児療育マニュアル 第2版．医歯薬出版株式会社，2005
- 2) 半澤直美：療育対象児の動向．総合リハビリテーション39(3)：219-224，2011
- 3) 朝貝芳美：重症心身障害児の療育．総合リハビリテーション39(3)：225-230，2011