

個別支援計画としてのリハビリテーションをどう取り入れるか

羽島 厚裕

IRYO Vol. 61 No. 11 (750-754) 2007

要旨

障害者自立支援法の施行にともない重症心身障害児への医療、福祉サービスの実施にあたっては個別支援計画の作成が義務付けられた。重症心身障害児（者）（以下重症児）に対するリハビリテーションの目標は生命の維持、体力の維持・向上、身体機能の維持・向上をはかり、生活の質：quality of life (QOL) の向上をはかることにある。これらの目標を達成していくためには、重症児に関わるすべてのスタッフが重症児の障害を正しく理解し連携して継続的にアプローチすることが必要になる。個別支援計画にはこれらリハビリテーションの目標、方針が個々の患者が持つ問題点に即し具体的に盛り込まれることが必要である。

キーワード 重症心身障害、障害者自立支援法、個別支援計画、リハビリテーション

はじめに

平成18年4月に障害者自立支援法が施行された。同年9月には国立病院機構：National Hospital Organization (NHO) の重症心身障害児（者）病棟でも入院者の個別支援計画が作成され、理学療法士：Physical Therapist (PT)、作業療法士：Occupational Therapist (OT) もその作業に参加した。NHOの重症児病棟におけるリハビリテーションスタッフの役割をどのようにとらえ、個別支援計画にリハビリテーションをどのように取り入れるかについて、NHO 南九州病院（筆者前任地）の取り組みを紹介し私見を交えて述べる。

重症児医療におけるリハビリテーションの目標

重症児は先天性もしくは周産期や乳児期以後に起因する中枢神経損傷のためにおこる運動機能や認知機能の障害といった一次的な障害と、成長につれ生じる姿勢・運動発達遅滞、知的発達遅滞、身体の変形・拘縮や呼吸障害などの二次的障害を併せ持っている（表1）。

重症児は重度の障害を重複して有しており、それらが互いに影響しあい児の障害像をより複雑なものにしている。脳障害発生の原因となった疾患の大半は非進行性である。しかし脳障害に起因する異常な姿勢・運動発達と、活動性の低さからくる廃用症候群や、てんかん等の合併症、低体力からくる易感染性などが要因となり障害はさらに変化し重症化することがある¹⁾。身体機能レベルがきわめて低く、日

国立病院機構熊本再春荘病院 リハビリテーション科
別刷請求先：羽島厚裕 国立病院機構熊本再春荘病院 リハビリテーション科理学療法士長
〒861-1196 熊本県合志市須屋2659

（平成19年5月9日受付，平成19年9月21日受理）

Rehabilitation Concept for Individual Case Support Program
Atsuhiko Hashima

Key Words: SMID (severe motor and intellectual disabilities), Services and Supports for Persons with Disabilities Act, individual case support program, rehabilitation

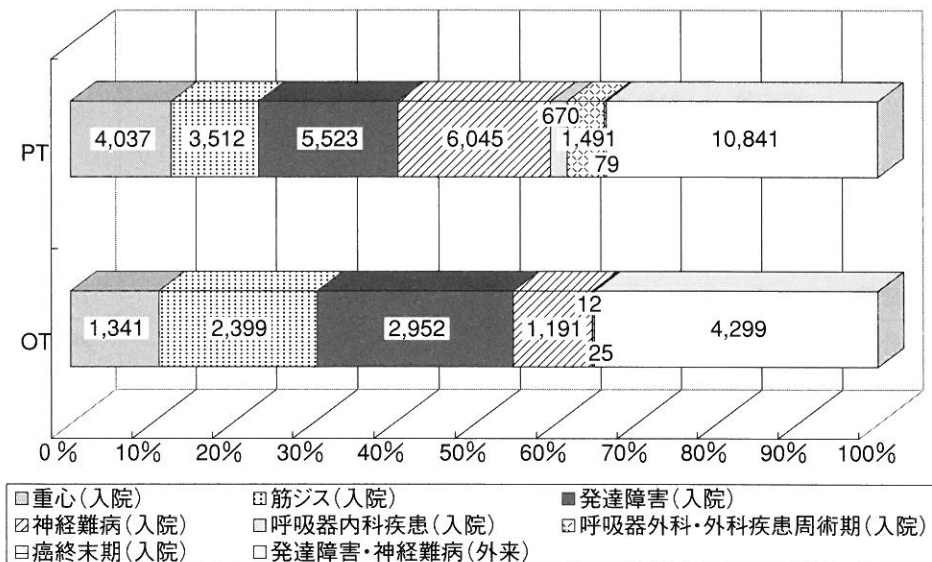


図1 平成18年度理学療法・作業療法実施状況（単位）

常生活動作（activities of daily livings）が全介助レベルだったり、生命維持を最優先の課題としている児も少なくない。とくに近年の新生児医療や救命救急医療の進歩により、気管切開や人工呼吸器などの呼吸管理を必要とし継続的濃厚な医療、介護が必要な超重度障害児（超重症児）が増える傾向にある²⁾。

重症児に対するリハビリテーションの目標は、児の①生命の維持、②体力の維持・向上、③身体機能の維持・向上をはかり、④QOLの向上をはかることである。これらの目標を達成していくためには、重症児にかかわるすべてのスタッフが児の障害を正しく理解し連携して継続的にアプローチすることが必要となる。

表1 重症児の障害

1. 一次的障害
 - ① 運動麻痺
 - ② 認知機能障害
2. 二次的障害
 - ① 姿勢・運動機能障害
 - ② 身体の変形・拘縮
 - ③ 呼吸機能障害
 - ④ 摂食機能障害
 - ⑤ その他の廃用症候群
 - a. 骨粗鬆症
 - b. 筋萎縮
 - c. 循環機能低下
3. 合併症
 - ① てんかん など

NHO 南九州病院の重症児リハビリテーション

NHO 南九州病院は小児科、神経内科、呼吸器内科、呼吸器外科、外科、放射線科、循環器科、麻酔科、リハビリテーション科、研究検査科を診療科に持つ病床数425床の病院である。重症児病棟は3個病棟あり120床を有している。

リハビリテーション科は、医師2名（神経内科医、小児神経科医が併任）、PT8名、OT3名で構成され、重症心身障害の他、筋ジストロフィー、発達障害、神経難病、呼吸器疾患、呼吸器外科および外科疾患の周術期、癌終末期（緩和ケア）等のリハビリテーションを行っている。平成18年度の理学療法、作業療法実施状況を図1に示す。重症児に対しても理学療法、作業療法、両方のサービスを実施している。

1. 理学療法

重症児病棟1個病棟を2名のPTで担当しており、計6名のPTが重症児の理学療法に従事している。理学療法の対象は全患者で個別担当制をとっている。理学療法の内容は患者の状態に応じ、姿勢・運動発達の促進や、二次的障害の発生・増悪の予防を目的とした運動療法を実施している。PTによる療法実施は個別に行い、回数は患者の障害状況に応じ調整している。時間は1回あたり20分（1リハビリテーション単位）を基本としている。平成18年度の年度当初の計画と実施結果を表2に示す。患者1人あたりの平均療法実施回数は週0.6回であった。

2. 作業療法

作業療法は18歳以上の養護学校卒業児を対象に、

表2 重症児病棟の理学療法実施状況（平成18年度1週平均）

	病床数 (床)	対象者数 (人)	計画 (単位)		実施 (単位)		実施率
			全体	対象者 1人あたり	全体	対象者 1名あたり	
8病棟	40	40	25	0.6	24.0	0.6	96.0%
9病棟	40	40	30	0.8	22.8	0.6	76.0%
10病棟	40	40	35	0.9	25.8	0.6	73.7%
計	120	120	90	0.8	72.6	0.6	80.7%

表3 重症児病棟の作業療法実施状況（平成18年度1週平均）

	病床数 (床)	対象者数 (人)	計画 (単位)		実施 (単位)		実施率
			全体	対象者 1人あたり	全体	対象者 1名あたり	
8病棟	40	11	11	1.0	9.9	0.9	90.0%
9病棟	40	6	4	0.7	1.9	0.3	47.5%
10病棟	40	11	11	1.0	6.2	0.6	56.4%
計	120	28	26	0.9	8.0	0.6	69.2%

①目標のある活動を通した身体、精神機能の向上、
②リハビリテーション棟での病棟外活動による生活範囲の拡大、③集団作業療法による他病棟患者との交流を目的として実施している。5～6名を1グループとし、1回40分、1～2週に1回の頻度で実施している。指導には3名のOT全員であたっている。活動内容は絵画、貼り絵、ペーパークラフトなどの創作活動や、簡単なゲームをとり入れたレクリエーションである。平成18年度は28名を対象に実施した。表3に年度当初の計画と実施結果を示す。患者1人あたりの平均療法実施回数は週0.6回であった。

3. 他職種との連携

1) ポジショニング

重症児の多くは自分で自由に姿勢変換できず、他者が姿勢をとらせなければいつも決まった姿勢（多くは臥位）で過ごしがちである。重症の患者さんほど身体変形が強かったり、異常な姿勢筋緊張に支配されていたり、呼吸が不安定（時には気管切開や人工呼吸器を使用）であったりして、姿勢のバリエーションが狭く、良肢位をとらせることが困難である。日常生活の中で重症児の姿勢の管理については全スタッフが連携し一致協力して取り組まねばならない課題である。姿勢をとらせるための道具（ポジショナー、クッション、座位保持装置など）についての

検討も必要である。個々の患者さんの姿勢をチェックし、姿勢のとらせ方や注意点を整理しスタッフに指導することはPTの役割と考える。患者様ごとに姿勢の要点を写真入りでまとめたポジショニングシートの設置は、多くのスタッフに正しいポジショニングを実践してもらうのに有効であった。重症児の姿勢は目的に応じて考えるべきである。

①安静時の姿勢

安静を目的とした姿勢は臥位が中心となる。重症な患者ほど臥位で過ごす時間が長くなる。安静を得るためにはリラクゼーションと安定した呼吸状態が得られることが大事である。また身体の変形・拘縮や、褥創を予防できるように良肢位をとらせ、一定時間ごとに体位変換をすることが重要である。体位排痰効果にも配慮すべきである。したがって臥位にもいろいろなバリエーション（背臥位、左右の側臥位、腹臥位、それらの中間やベッドをギャッジアップさせ上半身挙上させたものなど）が必要となる。

②活動時の姿勢

療育や食事などの活動を目的とした姿勢は座位が基本となる。座位保持の困難な重症児には座位保持装置や車椅子を利用する。座位は坐骨や背部で体重支持し上半身と頭部が垂直化することで、水平視野が開け上肢機能を発揮しやすい、横隔膜運動も促進されやすく呼吸にも適している³⁾⁴⁾。摂食嚥下機能が

表4 個別支援プログラムのリハビリテーション関連項目

評価項目	援助計画項目
1. 姿勢・移動能力・移動支援 ① 姿勢 ② 移動 ③ 全身運動 ④ 補装具、移動具の使用 ⑤ 手動車椅子操作と移乗 ⑥ 電動車椅子操作と移乗 2. 変形拘縮の状況 3. 筋緊張の状況 4. リハビリ用具の使用状況	1. 姿勢・移動能力・移動支援の援助 ① 身体能力の向上に向けた指導・訓練 ② 離床に向けた指導・訓練 ③ 車椅子等の自力移乗に向けた指導・訓練 等 2. 変形・拘縮の援助 3. 筋緊張緩和の援助 4. リハビリ用具の援助

らみれば食道が垂直化し、胃食道逆流症を防止しやすい姿勢である。南九州病院では毎日の療育、食事の時間には、座位を積極的に取り入れるようにしている。

座位保持装置や車椅子は座位保持能力や移動能力を有しない重症心身障害児の行動範囲を拡大する有効な手段であるが、重度の身体変形や呼吸機能に障害を有する重症児の座位保持装置、車椅子の作製は容易ではない。児の身体変形に合ったシートや、半臥位がとれるようティルティングやリクライニング機能を備えたもの、あるいは臥位で使えるストレッチャータイプを検討している。また状況に応じて吸引機や酸素ボンベ、人工呼吸器を搭載できるような工夫を施している。座位保持装置や車椅子作製の際には、児の姿勢・運動機能と介助にあたるスタッフや家族の意見をよく聴取し作製している。

③運動時の姿勢

児の体力維持のためには運動負荷となるような抗重力姿勢をとらせる。抗重力姿勢は腹臥位の姿勢・運動発達でみられるような姿勢（両肘支持位、四這い位など）、座位、膝立位、立位がある。姿勢は児の姿勢・運動能力に合わせて選択するが、重症児は両肘支持位をとらせることが多い。抗重力姿勢は荷重による骨への刺激、姿勢保持に必要な筋活動の賦活、呼吸・循環機能の活性化などの運動効果が期待される。抗重力姿勢はPTが行う運動療法の中で取り入れるが、日常の看護計画の中に運動を目的としたポジショニングの時間を設定してもらっている。

2) リハビリテーション的視点の共有

毎週開かれるケースカンファレンスや職員研修の場を通して、看護、療育、介護のスタッフと、個々の重症児に関する情報交換や、重症児のリハビリテーションに関する情報伝達を行いリハビリテーション的視点の共有化をはかるように努めている。

4. 個別支援プログラム作成

平成18年9月自立支援法に基づく初の個別支援計画の作成が行われた。療育指導室を中心に、重症児に関わる各職種が協力し、書式が検討され、個別の計画が作成された。平成19年3月には新年度を迎えるための個別支援計画の第1回目の見直しが実施された。NHO 南九州病院の個別支援プログラムの中からリハビリテーションに関する項目を表4に抜粋した。これらについて評価し、本人もしくは保護者の希望等も聴取し、身体能力および生活能力向上へ向けた支援計画を立てた。

重症児リハビリテーション展開のポイント

NHOで重症児病棟のリハビリテーションを担当するPT、OTにとって、悩みの種は重症児に関わる時間が十分にとれないことである。重症児病棟のあるNHOの病院の多くでは、リハビリテーションスタッフが重症児病棟以外の患者のリハビリテーションをかけもちしている。病院全体のリハビリテーション需要が高いために重症児に関わる時間は制限される。重症児リハビリテーションの充実のためには、リハビリテーション需要に見合うPT、OTの配置が課題と考える。

このような状況のもと重症児病棟でリハビリテーションの効果を十分に得るには、PT、OT、看護師、児童指導員、保育士、介護士など重症児に関わるすべての職種が協力しリハビリテーション的視点を盛り込んだ看護、療育、介護を実践していくことが重要である。リハビリテーションスタッフは患者の生活全般をを考えておくことが大切である。患者の生命の維持、体力の維持・向上、身体機能の維持・向上をはかり、QOLの向上をはかっていくために、理学療法、作業療法の中で何をなすべきかとともに、

リハビリテーション的視点から患者をとらえ看護，療育，介護の中でどのような取り組みをすることが必要かを考え，他職種への連携を働きかけていくことが大事である。

おわりに

重症児病棟におけるリハビリテーションの在り方について述べた。個別支援計画作成にあたって，リハビリテーションスタッフの役割は，一人一人の重症児が持つ問題点を的確に捉え，理学療法，作業療法場面のみでなく，児（者）の日常生活全般，看護，療育，介護の場面にリハビリテーション的視点と取り組みが盛り込まれた計画となるようにしていくことである。

〔文献〕

- 1) 鈴木康之，志倉圭子：いわゆる“超重度障害児”の実態調査 ― 東京地区1993年度調査から ―，脳と発達 27：58-60，1995
- 2) 鈴木文晴：重症児発生頻度と発生原因，重症心身障害療育マニュアル第二版，江草安彦監修，医歯薬出版，東京，p.31-35，2005
- 3) 今川忠男：重度脳性麻痺児の呼吸・摂食障害に対する理学療法 ― ポジショニングを中心として ―，理療ジャーナル 25：539-554，1991
- 4) 北住映二：重症児の呼吸および姿勢管理，脳性麻痺のリハビリテーション―乳幼児から成人まで―，MB Med Reha 35：60-68，2003