

大阪発達総合療育センターでの実践

家庭療育と 24 時間コンセプト：発達領域からの報告

大阪発達総合療育センター 南大阪療育園 OT 松本茂樹

第 1 回日本ボバース研究会学術大会 シンポジウムにて報告

2011 年 7 月 16 日—17 日（東京）

●はじめに

より良い育児を行いたいというのはご家族のお気持ちです。脳性まひを持つ子ども達は授乳する、眠る、排泄をする、遊ぶといった日常の育児を行うために、個々の子どもに合わせた育児技術が必要になります。ご家族に子どもに合った技術をわかりやすく伝え実現していくことが家庭療育だと考えます。大切なことは主体はあくまでもご家族にあるということです。家族をセラピストの助手にしてしまうのではなく、セラピストがご家族の助手になる立ち位置を確認しながら継続的に取り組む必要があります。

今回は家庭療育について 3 組のご家族との取り組みを通して学んだことをお伝えいたします。

● 事例 1：父親の手の役割が有効だった

2 歳の PVL の痙直型両麻痺の子どもです。不安定ながらつかまり立ちが可能で、ゆっくりですが四つ這い移動が行えるようになってきています。下部体幹の低筋緊張で股関節の屈曲、内転、内旋の固定が強く後方、側方への重心移動の範囲が広がりやすく、左股関節の支持性がやや低いと評価しています。

ご家族は両親と 2 人の兄がおられます。お母さんも上手に子どもさんと遊ばれますがやんちゃな兄 2 人の育児も大変です。本児の場合は父親に家庭療育の役割をお願いしたことで運動機能の発達に良い影響を及ぼしています。

外来治療に父親にお越しいただき坐骨での体重支持感覚を提供できる抱っこの仕方、立位での遊び方、横座りでの遊び方をお伝えしました。お伝えした内容はシンプルなことですが、父親の手の大きさや筋力は、安定性を提供しながら運動性を引き出す必要のある PVL の本児に有効でした。

お伝えしたプログラムが子どもと家庭環境にうまく合うと必ず良い変化が生まれます。そんな時は、子どもの変化とご家族の取り組みの意義をお伝えします。そして関わり方のポイントを毎回少しずつ変えてお伝えすることで継続した取り組みをすすめることができます。特に父親はほめられるとすごく頑張られるように思います。

● 事例 2：子どもにとって価値ある機能を提供すること

1 歳 9 か月の重症ミオクロー二一癲癇による急性脳症後遺症の子どもです。姿勢筋緊張

は低筋緊張ですが、椅子等に座ってもらおうとすると反り返って怒り、日常的には抱っこか背臥位の生活が中心でした。背臥位では頭部を右床に押し付けながら左側優位の下肢のキッキングがみられ非対称な姿勢運動の増強が懸念され、股関節周囲筋の短縮傾向が見られ始めていました。セラピストは背臥位で床面におしつける定型化した姿勢運動様式の軽減が必要と考えました。ご家族からはバギーやカーシートを利用したいという生活上のニーズも高く、座位姿勢の獲得を目標として取り組みました。

座位姿勢はセラピストにとっても家族にとっても必要でしたが本児は拒否しました。そのため大人の視点でなく子どもの視点で考え、座ることで子ども自身に「何かいいことがある」と思ってもらおうと考えました。

身体の揺れや振動感覚は好まれたのでバギーに乗って移動することから器具への適応を開始しました。家庭に揺れるタイプのベビーラックがあったので座面、背面を改造し揺れながら座ることを家庭に導入しました。器具設定はシート張りのバギーや、低反発ウレタンを使用した椅子など、背面に押し付けてしまう運動を受け止めてくれる設定を基本としました。台車の上にカーシートを載せて廊下を走りカーシートに座る練習も進めました。

座位設定はセラピストにとって運動発達を促す意味がありました。家族にとっては外出や食事などの育児上の利便性を高める意味がありました。しかし、本児にとってはあまりメリットのない設定でした。バギーや椅子が動いてくれることで心地のいい価値のある設定になったようです。お出かけをする、揺らしてもらえる、テレビが見える、おもちゃで遊べるなどセラピストや大人の視点でなく子どもにとってメリットのある、価値のある機能に結びつけていくことで家庭での座位姿勢が可能になりました。

● 事例 3 : 家族の抱っこを社会の抱っこへ

小学校 5 年生の重度痙直型四肢麻痺児です。出生時は重症仮死状態で様々な医療的なケアをうけられました。呼吸が安定せず自分の唾液でむせが起きてしまったり、眠ることが難しいことなどから NICU 退院後も 2 歳くらいまでは常に両親が抱っこしての生活が続きました。当センターとは乳児期は外来、幼児期は通園、学童期は外来治療を基盤に母親の出産に伴う入園、重症心身障害児施設のショートステイを利用され長期間のお付き合いが続いています。

リハビリテーションプログラムは腹臥位や前もたれへの適応を目標に頭部のコントロールや体幹の運動性の向上を進めました。側臥位は唾液の気道への流れこみを軽減できるため生活での実用的な姿勢になります。家庭では特殊な器具でなく身近な道具を利用したポジショニングが行われます。特別なエクササイズでなく日常の父親の抱っこ、母親の遊びの中で関節可動域が護られます。彼の器具や介助への適応は家族の抱っこの中で育ってきました。セラピストも抱き方、姿勢変換の様子をお見せすることで運動誘導のイメージの共有が進んだと考えています。

関節可動域が制限され、言葉を持たない彼とは抱っこが最良の意思疎通手段になります。

表情と筋緊張の変化で意思のやり取りが進みます。この意思疎通はセラピストのみが感じることができるものかもしれません。そうであるならば、子どもの意思を代弁し家族や他者にお伝えすることはセラピストの役割だと考えます。

5歳頃より訪問看護サービスの利用を開始されています。多くの方が彼にかかわるようになり、家庭療育から社会資源を利用した療育の中で彼の運動を護り育てることになります。多くの人に関わられることで彼の適応が増します。抱っこを通しての意思表示がヘルパーさんの抱き方をより快適なものに変えていきます。既に外来治療はガイドヘルパーさんと通われることも増えています。治療開始前には側臥位の設定で体をゆっくり動かしながら治療開始をまっておられます。感染症などで体調不良になるとせき込みがひどくなり脊柱や胸郭の可動性の低下が起こります。外来リハのみで彼の関節可動域を維持していくことは不可能で、家族、ヘルパーさんとの協力体制は不可欠です。彼の成長と共にさらにその体制の構築が必要になります。

彼の発達抱っこを通して子どもの機能を時間をかけて護り育てる療育活動の結果促されてきたものです。かつてバギーの設定が難しかった時に、最終的に実用的になったのは父親の抱っこからの応用で、抱っこが社会参加をすすめてくれました。今後はさらに家族から社会へその療育を継続していなければ彼の命が護れないと考えます。その役割を担う専門職でありたいと考えています。

●まとめ

セラピストには子どもの意思と可能性を感じ、社会につなげる責任があります。家庭療育は治療で得た機能の生活や社会へのキャリーオーバーです。未熟で不十分な私の治療を家族や他職種の方々がサポートしてくれます。チームのメンバーとして選んでもらえるセラピストになりたいと思います。