総合医学会報告

2022年シンポジウム：強度行動障害をともなう知的・発達障害児(者)の身体合併症治療について

強度行動障害をともなう知的・発達障害児(者)の全般的な身体合併症の治療実践

芳野詠子†

第76回国立病院総合医学会
2022年10月8日　於　熊本

IRYO　Vol. 77　No. 5（337－341）2023

要旨　強度行動障害をともなう知的・発達障害児（者）は，運動能力が高く一見元気そうにみえる．

痛みや身体の不調に対する反応が鈍く重篤化するまで普段同様の行動をとり続けることが多いので身体の不調に医療者側が気づきにくい．日常とのわずかな差異に医療者側が早く気づき対応することが大切である．

国立病院機構やまと精神医療センター（当院）での強度行動障害をともなう知的・発達障害児（者）の死亡退院症例の死因，および身体合併症による転院症例の転院理由は共に肺炎とイレウスが多数を占めた．

身体合併症はイレウス・便秘等の消化器疾患，嚥下摂食機能障害・誤嚥性肺炎等の呼吸器疾患，尿路感染・神経因性膀胱等の泌尿器疾患，骨折・骨粗鬆症等の筋骨格系疾患，創部感染・白癬症等の皮膚感染症，感染性結膜炎・麦粒腫等の眼感染症が多い．

病棟では集団生活のため，呼吸器感染症や感染性胃腸炎がアウトブレイクすることも多い．以前よりインフルエンザ用，感染性胃腸炎用のフェーズ表を利用していたが，昨今の新型コロナウイルス感染症に対応するために新たにフェーズ表を作成した．病院内全職員が一目で現状を知り行動する一助となっている．

今回当院で実践している検査，治療，対応について解説する．

キーワード　強度行動障害，知的障害，発達障害，身体合併症

はじめに

強度行動障害をともなう知的・発達障害児（者）は重症心身障害児（者）の中では比較的元気そうにみえるが，高齢化にともない身体合併症をきたす症例が増えてきている．

幼少期より口腔内を清潔にすることが難しく，また嚥下摂食機能も未熟なまま成長しているため，若いころはかき込み食べによる食事の誤嚥，自身の唾液の誤嚥，反芻後再嚥下時の誤嚥などがあっても肺炎に至ることは少ない．しかし，年齢を重ねるにつれ，誤嚥性肺炎をおこすことが増えてくる．また，抗精神病薬や副作用予防のための抗コリン薬を使用していることが多いため，腸管運動が低下している

国立病院機構やまと精神医療センター　内科・呼吸器科　†医師
著者連絡先：芳野詠子　国立病院機構やまと精神医療センター　〒639-1042　奈良県大和郡山市小泉町2815番地
e-mail：yoshino.eiko.pz@mail.hosp.go.jp
（2023年1月20日受付　2023年6月9日受理）
Therapeutic Practices for Physical Complications of Persons with Intellectual and Developmental Disabilities
Eiko Yoshino.　NHO Yamato Psychiatric Medical Center
（Received Jan. 20, 2023, Accepted Jun. 9, 2023）
Key words：significant impairment of behavior, intellectual disability, developmental disability, physical complications

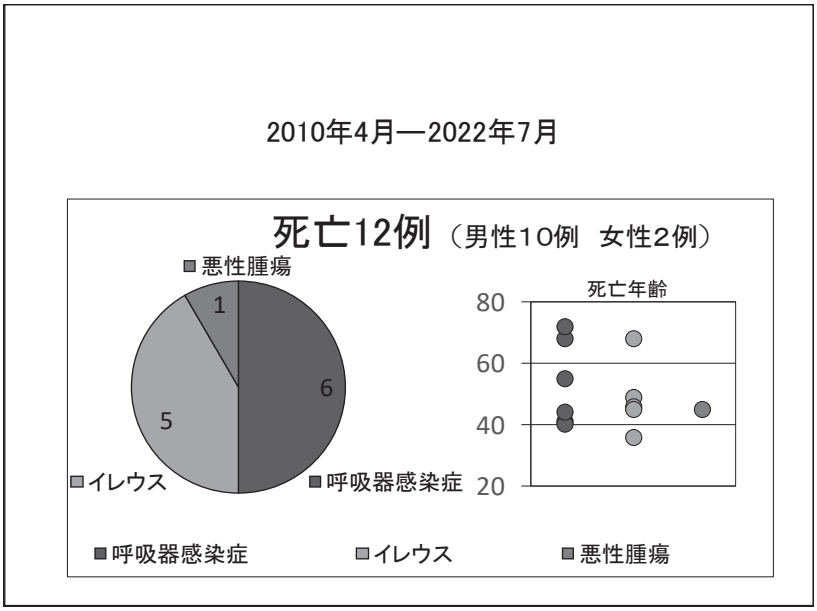

図１　当院での強度行動障害をともなう知的・発達障害児（者）の死因

症例が多い．できるだけ便秘にならないように適切に便秘薬を使用し，イレウスに至らないように気を付けている．呼吸器感染症やイレウスは重症化した際，転院理由や死因につながることがある．

病棟では集団生活のため，一旦感染症が発生するとアウトブレイクすることも多い．重症化させない，死亡者ゼロ，を目標にフェーズ表を利用し，できるだけ早急に収束するように努めている．

この報告に関し個人を特定できないように配慮し，国立病院機構やまと精神医療センター（当院）での身体合併症対応を自身の経験をもとに述べたい．

当院における強度行動障害をともなう知的・発達障害児（者）の死因，転院理由

2010年４月から2022年７月までの当院における強度行動障害をともなう知的・発達障害児（者）の死亡例12例（男性10例，女性２例）の死因に関して，肺炎が６例，イレウスが５例，悪性腫瘍が１例であり，40歳代以降で死亡例がみられた（図１）．同期間，同対象における転院症例41例（男性36例，女性５例）の転院理由に関しては，イレウス12例，肺炎11例，消化管出血，骨折，悪性腫瘍が各２例，良性腫瘍，てんかん，意識障害，敗血症，腹膜炎が各１例，胃瘻造設４例，CVポート造設１例，検査３例であった（図２）．近年，検査は日帰りのことが多くなっている．

死因，転院理由ともに肺炎とイレウスが多数を占めていた．

身体合併症

当院で多くみられる身体合併症は，消化器疾患（便秘，イレウス），呼吸器疾患（嚥下摂食機能障害，誤嚥性肺炎），泌尿器疾患（尿路感染症，神経因性膀胱），筋骨格系疾患（骨粗鬆症，骨折），皮膚感染症（創部感染，白癬症），眼感染症（結膜炎，麦粒腫）である．それらについて症例を交えて対応を説明する．

１．便秘

毎日内服の下剤は酸化マグネシウム，ルビプロストン（アミティーザ®），マクロゴール4000配合（モビコール®）を使用し，刺激性下剤（センナ，センノシド，ピコスルファートなど）は頓用で使用している．便秘時ピコスルファート液投与を指示する場合は連日投与を避ける．便の性状はブリストルスケールで記録する．

症例１　定期薬ルビプロストン（アミティーザ®）24 μg 2 cap分２朝夕　マクロゴール4000配合（モビコール®）LD ４包/day
酸化マグネシウム330 mg ６T分３朝昼夕

症例２　定期薬ルビプロストン（アミティーザ®）24 μg 2 cap分２朝夕　エロビキシバット（グーフィス®）５mg 2 T分１昼前

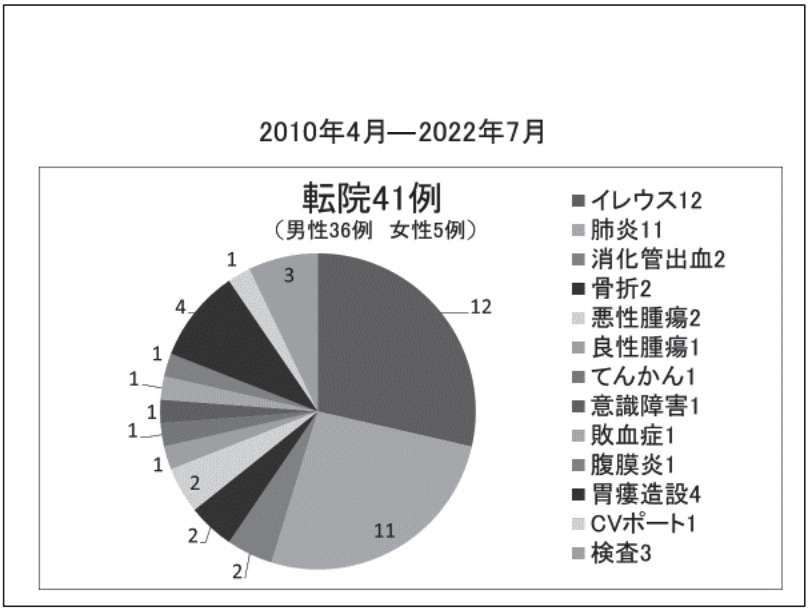

図２　当院での強度行動障害をともなう知的・発達障害児（者）の転院理由

症例３　定期薬ルビプロストン（アミティーザ®）24 μg 2 cap分２朝夕　マクロゴール4000配合（モビコール®）LD ３包/day

便秘２日目にピコスルファート15滴　便秘３日目に浣腸60 mL

２．イレウス

当院で経験したことのあるイレウスは，麻痺性イレウス，宿便性イレウス，胃捻転，S状結腸慢性軸捻転症によるイレウス，空気嚥下症（呑気症）性イレウス，異食性イレウス，腫瘍によるイレウスである．

腸管運動低下している症例が多く便秘にならないように工夫しているが，排便があってもイレウスが発生することがある．イレウス発生時は最低限の内服薬以外絶飲食，輸液，予防的抗菌薬投与を行う．必要に応じて，ネオスチグミン（ワゴスチグミン®）筋肉注射，ジノプロスト（プロスタルモンF®）点滴を行い，嘔吐がある場合は経鼻胃管挿入し脱気，排液を行う．改善なければ速やかに消化器科受診とする．

３．嚥下摂食機能障害

嚥下摂食機能が未熟で食物をかき込み，丸呑（の）みする患者が多い．年齢が上がると，丸呑みに失敗し誤嚥性肺炎をおこすリスクや反芻嘔吐に失敗し再嚥下時に誤嚥性肺炎をおこすリスクが上昇する．

当院では摂食チーム会（構成員：保育士，看護師，児童指導員，療養介助職員，作業療法士，栄養士，調理師，医師）で摂食機能訓練を行っている．摂食チーム会の目標は「すべての重症心身障害患者が誤嚥，窒息することなく楽しく食事ができること」，方法は「食事内容，食事形態，食具，姿勢を最適なものとし摂食嚥下訓練を行う」としている．

４．誤嚥性肺炎

当院では丸呑み失敗，反芻嘔吐失敗，食事時のてんかん発作，骨折や繰り返すイレウス，繰り返す誤嚥性肺炎などでベッド上安静時に口腔内常在菌を誤嚥することなどが原因での誤嚥性肺炎の症例がみられる．

気を付けていることは，絶食期間を少なくしできるだけ経口摂取を続ける，誤嚥しないように摂食機能訓練（ペーシング，適切な食種の選定，姿勢の調整）をする，摂食チームやNSTの介入，口腔ケアを頻回（起床時　毎食前後　眠前）に行うことである．

５．尿路感染症・神経因性膀胱

発熱の原因が尿路感染症である場合，食事は中止せず抗菌薬内服で対応する．尿検査は中間尿または導尿で採尿する．

神経因性膀胱で常に残尿があるため尿路感染症を起こす症例では，自然排尿がある場合１日１回の導尿を行い，自然排尿が12時間以上ない，または下腹部膨満があれば適宜導尿し必要時泌尿器科受診とし

ている．当院では2021年夏より携帯型簡易残尿測定装置を導入した．それにより残尿確認のための導尿を回避できた例がある．12時間以上排尿が確認されていない場合，自身で排尿をされたのかそれとも排尿間隔が空き残尿が多くみられるのか確認のために使用することもある．

〈神経因性膀胱にて泌尿器科からの処方例〉

症例１　39歳女性　ウラピジル（エブランチル®）15 mg 2 cap分２　ベタネコール（ベサコリン®）１g分３

→２週間経過をみて改善なく終了の指示あり

毎日導尿→週１回導尿→週１回携帯型簡易残尿測定装置による残尿測定

症例２　60歳男性　シロドシン（ユリーフ®）４mg 2 T分２　１日２回導尿

６．骨粗鬆症

骨密度は年２回測定し，YAM（若年成人20–44歳平均値）で判断する．椎体骨折または大腿骨近位部骨折ありの場合，脆弱性骨折があり骨密度がYAM80％未満の場合，脆弱性骨折なしで骨密度がYAM70％以下の場合，原発性骨粗鬆症と診断しエルデカルシトール（エディロール®）またはアルファカルシドール（アルファロール®）を処方する．定期的に高Ca血症の有無を確認する．

〈活性型ビタミンD3製剤使用により高Ca血症をきたした症例〉

55歳男性．骨粗鬆症のためエルデカルシトール内服中に食欲低下．水はスムーズに摂取できていた．定期採血で腎機能低下，高Ca血症を確認した．エルデカルシトール中止し，高Ca血症，腎機能低下ともに回復．食欲回復し活気も改善した．

７．骨折

骨折が疑われた場合整形外科を受診する．本来であれば転院し手術，術後リハビリテーションが望ましい状態でも強度行動障害のために転院が難しい場合がある．保存的治療を選択することが多いが，院内リハビリテーションや多動による自発的な動きにより，回復することがしばしばみられる．

症例１　大腿骨頚部骨折　保存的治療

「車いす座位がゴールでしょう」→１年で歩行可能

症例２　右前腕橈骨尺骨の骨折　保存的治療

「右手で食べることはできないでしょう」→右手でスプーンをもって食事可能

８．創部感染，結膜炎，麦粒腫，白癬症など

創部感染，結膜炎，麦粒腫などに関しては，自傷により創部をさらに掻破（そうは）し悪化させたり，不潔な手で顔や創部を触り炎症を悪化させたりすることが多い．１日５回手と創部または顔面を清拭することで悪化を防いでいる．足白癬症を罹患している人数は多い．足拭きマットの共用が一因と考えている．抗真菌薬の軟膏塗布で対応し，必要時は皮膚科受診をしている．

感染症アウトブレイク対策

当院では強度行動障害治療病棟が２つあり，集団生活をすることが多い．2019年度より行事を病棟別で行うようにした結果，感染症アウトブレイクの病棟をまたぐ感染がなくなった（表１）．症状，地域での流行状況を基に，感冒症状，気道感染の場合は，インフルエンザA,B・コロナウイルス・マイコプラズマ・RSウイルス・アデノウイルス・ヒトメタニューモウイルス・肺炎球菌・レジオネラ・A群β溶連菌の簡易キットを必要に応じて使用し，感染性胃腸炎の場合はノロウイルス・ロタウイルス・アデノウイルスの簡易キットを使用している．原因ウイルス，細菌が明らかにならないことも多い．

感染症アウトブレイク時は集団活動をしている人は全員をグレーと考え，総室患者の部屋移動はしない．個室の人を逆隔離し絶対に感染させないようにし，易感染性の患者はとくに気を付けている．多職種が一貫した対応をするため，フェーズ表（表２）を利用している．目標は「重症化させない，死亡者ゼロ」である．

ま　と　め

強度行動障害をともなう知的・発達障害児（者）は自身で症状を訴えることが困難なため，医療者側が早めに普段との違いに気づき対応することが大切である．日頃から体力をつけておくため体重の増減を把握し適正な体重を維持することにより身体合併症につながるリスクを低減できると考える．アウトブレイク時には多職種で共通した対応をとれるように，日頃からコミュニケーションをはかることも重要である．

表１　感染症アウトブレイク

	部署	症状、病名	期間	発症人数
1	重心1	発熱感冒様症状	2017/3/27-4/7	患者15人
2	重心2	発熱感冒様症状	2017/4/12-4/20	患者22人
3	重心2	インフルエンザA	2018/1/3-1/9	患者5人　職員4人
4	重心1	インフルエンザA	2018/1/5-1/9	患者2人　職員5人
5	重心1	感染性胃腸炎（ロタウイルス）	2018/3/20-4/15	患者33人
6	重心2	感染性胃腸炎（ロタウイルス）	2018/3/28-4/16	患者25人
7	重心1	感染性胃腸炎	2018/10/7-10/28	患者17人　職員2人
8	重心2	感染性胃腸炎	2018/10/23-11/4	患者12人　職員1人
9	重心1	感冒様症状	2019/5/10-5/22	患者16人
10	重心1	溶連菌感染症	2019/10/18-10/27	患者16人
11	重心2	パラインフルエンザ	2021/7/24-8/9	患者27人
12	重心1	パラインフルエンザ	2021/11/21-12/1	患者23人
13	重心2	新型コロナウイルス感染症	2022/5/31-6/20	患者11人　職員4人

2019年度から各病棟ごとに行事を行うこととし、アウトブレイクの病棟をまたぐ感染がなくなった

表２　新型コロナウイルス感染症フェーズ表

新型コロナ感染症フェーズ別院内感染対策

警戒レベル	フェーズ1	フェーズ2	フェーズ3	フェーズ4	フェーズ5
		予報	注意報	警報①	警報②
流行状況 （発生病棟数）	県内流行 なし	県内流行	県内注意報 大阪府注意報 院内1部署	県内警報 大阪府まん防 院内2部署	県内警報 大阪府警報 院内ｱｳﾄﾌﾞﾚｲｸ3部署以上
患者報告	37.5℃以上	37.5℃以上	37.5℃以上	37.5℃以上	37.5℃以上
予防的防護具の使用	外来・受付・重心・認知症病棟でサージカルマスク・アイシールドの開始	病院全体で サージカルマスクとアイシールドを使用	発生病棟はN95マスク、アイシールド使用。 サージカルマスクができない患者に対しては　N95マスクを使用 特に作業療法、療育活動、食事介助、吸引処置などの際は 濃厚接触になるため、 N95マスクを使用		
発熱や感染症疑い患者に対しての防護具と対応 。	発熱や感染症が疑われる患者、感染者と同室者等濃厚接触者に対して、 コロナが疑われる場合はフル PPEで対応する。 それ以外はN95マスクとフェースシールド。 対象患者は速やかに個室もしくは一人になれる空間を提供 （外来は5診・総室ではカーテン隔離でも可）				
検温（全体）	デイケア・通所・訪問は利用時 健康観察。 外出泊が多い病棟は 1日２検		発生病棟は患者 1日2検		全部署 1日2検
新規入院患者　・外出外泊者への対応	該当患者は 1日2検・3日間 対象患者は、食事は室内、自身のベッド周囲以外ではマスク着用。				
面会制限	重心病棟で直接面会を短時間に制限 。	全病棟で直接面会中止。 健康観察クリアした家族はドア越し面会可。 （たがいにサージカルマスクしていること） 重心は予約制のリモート面会に変更。 発生病棟はドア越し面会・リモート面会も中止。			全病棟で 面会中止。
食事時飛沫予防策	全部署で開始 一定方向に向く、間隔をあける 食後は清拭清掃		発生病棟は全員病室内での摂取が基本。		
作業療法 療育活動			重心病棟の担当者を固定する 発生病棟や有症状者は OT・療育活動はまず中止 。 会議で検討し 、病棟全体での活動制限内容を検討 。		全ての活動の中止　（必要な患者の個別活動のみ）
病棟閉鎖			発生病棟は出入りする職員を限定。 入院制限・当該病棟は入院禁止 詳細は会議で検討		
職員健康チェック　（出勤時検温）	全職員実施 （出勤前と出勤時）		全職員実施 発生病棟は職員も出勤時と午後の 1日2検		

〈本論文は第76回国立病院総合医学会シンポジウム「強度行動障害を伴う知的・発達障害児（者）の身体合併症治療について」において「強度行動障害を伴う方の全般的な身体合併症の治療実践」として発表した内容に加筆したものである.〉

利益相反自己申告：申告すべきものなし