

□原著論文□

医療機関 A で作業療法を実施した発達障害児の医療機関利用時の特徴

関森 英伸^{1,2} 谷口 敬道^{1,2} 杉原 素子²

抄 録

本研究は、筆者が医療機関 A 在職中の 10 年間に担当した発達障害児 254 名を対象に、医療機関利用時の特徴を明らかにするため、対象児の過去のカルテ記録から 34 項目（対象者の基本属性、医療機関 A 利用経過、作業療法支援内容等）の情報収集を行い分析した。分析を行った結果、対象児の初診時期は幼児期が最も多かった。保護者の主訴は行動・情緒面の問題が多く、それに対する医師の作業療法処方「協調運動・巧緻動作の促し」が 87.4% と最も多かった。作業療法支援経過は、終了群、途切れ群、再開群、継続群の 4 群に類別され、継続群・再開群を合わせた 14.2% は現在も作業療法を継続しており、終了群・途切れ群を合わせた 85.8% は作業療法が終了していた。各群の特徴は、対象児の家族構成や知的水準と関連する可能性を示唆した。本研究を通して明らかになった分析結果および作業療法支援の現状から、今後は作業療法が終了した発達障害児の現在の生活状況を明らかにし、医療機関 A におけるライフステージに応じた支援体制および作業療法士の役割について検討していくことが課題である。

キーワード：発達障害、作業療法、医療機関

Characteristics during facility usage by children with developmental disabilities receiving occupational therapy at health care facility A

SEKIMORI Hidenobu, TANIGUCHI Takamichi and SUGIHARA Motoko

Abstract

This study examined 254 children with developmental disabilities who received care from the author over 10 years of employment at health care facility A. Thirty-four items of information, including basic attributes of the children, their usage of health care facility A, type of occupational therapy care received, were gathered from their past records and analyzed to clarify the characteristics of health care facility usage. Analysis of the results revealed that most of the children were first examined when they were infants; their guardians were generally concerned about their behavior and emotions. Furthermore, 87.4% of the physicians' prescriptions for occupational therapy were to facilitate motor coordination or skilled activity. In the course of the occupational therapy care, which was classified into the outcomes of completion, suspension, resumption, and ongoing care, 14.2% of the children receive occupational therapy that is either resumed or ongoing while occupational therapy was completed or suspended in 85.8% of the children. Results suggested that the characteristics of each group were related to family structure and intelligence level. The results from this study and the current situation of occupational therapy care indicate that the current life situation of children with developmental disabilities who have completed occupational therapy and the roles of health care facility A in the care system and occupational therapy appropriate for the life stage of each child need further clarification in the future.

Keywords : developmental disability, occupational therapy, health care facility

受付日：2015 年 10 月 27 日 受理日：2016 年 3 月 23 日

¹ 国際医療福祉大学 保健医療学部 作業療法学科

Department of Occupational Therapy, School of Health Sciences, International University of Health and Welfare
hsekimori@iuhw.ac.jp

² 国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健医療学専攻 作業療法学分野

Division of Occupational Therapy, Graduate School of Health and Welfare Sciences, International University of Health and Welfare

I. はじめに

1. 研究動機

近年、発達障害児支援が医療機関や療育機関等の専門機関で積極的に行われ、その背景に特別支援教育の推進が影響を与えている。特別支援教育は、平成17年12月の中央教育審議会答申「特別支援教育を推進するための制度の在り方について」において、その理念および制度改正の方向が示され、これに基づき、平成18年6月に学校教育法が改正され、発達障害児支援への注目が集まるとともに、福祉・医療・労働等の関係機関との連携が掲げられ、発達障害児に対する医療機関の必要性がより明確なものとなった。この動きをきっかけとして、発達障害児を支える地域の一社会資源である医療機関A(障害児(者)リハビリテーションサービス提供基準を満たす医療機関)の発達障害児新規患者数は増加している。

医療機関Aは、発達障害児の継続支援が可能な施設であるが、新規患者数増加のため、全ての対象者を定期的に支援することが難しい状況にあるとともに、家族も必ずしもそれを望んでいる方々ばかりではない。また、作業療法終了後数年経ち、教育機関等で新たな課題を抱え、不適応行動を起こして診療・作業療法を再開したり、作業療法を継続していても、介入頻度が長期休み等に減少することで連絡が途切れたりする事例も存在する。

筆者はこれまでの臨床を通して、医療機関Aを利用した発達障害児の作業療法実施の特徴を調査することで、作業療法を実施した発達障害児のその後の社会参加状況を確認する手がかりとすることを強く考えるようになった。

2. 発達障害児者の支援体制と支援に関する先行研究

1) 支援に関する先行研究

作業療法士の発達障害児者支援の現状について、発達障害児者を対象とした各種法制度の整備以前は、幼児期を中心とした報告が主となり、支援内容は発達障害児の障害特性を改善するための作業療法支援の報告が多くを占めていた¹⁻³⁾。その後、各種法制度の整備

に伴い、教育機関における学童期の支援や就労機関における青年期の支援に作業療法士が関わる機会が少しずつ増加し、発達障害児者が社会生活を送っている現場に直接出向き、発達障害児者を支援している実践報告が増えてきている^{4,5)}。ただし、これらの実践報告には地域差が見られる⁶⁾。

2) 医療機関の現状

医療機関における支援の現状について、宮田⁷⁾は、「発達段階各期に不適応行動を起こし受診する発達障害児及び家族が後を絶たない状況であり、診断や薬物療法、リハビリテーションを求める機会が増え、正確な診断と評価が必要であり、発達障害の診断には発達検査やチェックリストの実施だけでなく、丁寧な問診と臨床観察が不可欠であり、同時に“生活や学習困難の状況”、“問題行動の原因となっている認知障害”、“育児や保育、教育の現状”、“(成人であれば)施設や企業における環境”等についても詳細に検討する必要性がある」と述べている。現状では発達障害児を対応できる医療機関・担当医は限られており、健診等での早期発見から外来診療につながらない、または、つながっても個々の外来診療時間が短い等、支援機関として課題を抱えているという報告もあり⁸⁻¹⁰⁾、支援体制の整備が求められる。一方、最近では青年期以降に初めて医療機関を受診する大人の発達障害について、大人の発達障害専門外来を開設し、発達段階を通して二次的な精神症状を合併している対象者に対し、診断が困難なケースのアセスメントや面接を行い、確定診断まで慎重に進めている、という報告があり¹¹⁾、発達障害支援の新たな取り組みが行われ始めている。

II. 方法

1. 研究目的

本研究の目的は、医療機関Aで作業療法を実施した発達障害児の医療機関利用時の特徴を知ることである。

2. 対象

医療機関Aを2002年4月～2012年3月までに利用し、医師による診断を受け、処方により筆者が作業

療法を実施した発達障害児 254 名とした。

3. 方法

調査方法は、254 名の対象児の医療機関 A 利用時の 34 項目の対象児情報【初診時年齢、性別、診断名、家族構成、紹介経路、療育・教育機関利用状況、初診時主要主訴内容、主訴数、出生時期、出生体重、成育歴（特記事項の有無）、作業療法処方内容（10 項目）、作業療法開始年齢、作業療法介入期間、作業療法介入回数、作業療法再実施状況、知能指数、日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査 (Japanese version of Miller Assessment for Preschoolers: JMAP) 結果、その他検査（フロスティグ視知覚検査、S-M 社会生活能力検査、WISC- III 知能検査）結果、他職種利用状況、作業療法支援経過、医師診療経過】をカルテより収集し、その情報を Microsoft 社 表計算ソフト Excel を用いて整理・管理した。上記 34 項目の対象児情報のうち、初診時主訴内容は、初診時の医師診療記録および作業療法介入初期に保護者によって記載された主訴内容を記録し、研究者間で内容の近い項目に分類し、最終的に 6 種類の分類されたものを基準とした。また、初診時主要主訴内容は上述した基準をもとに、最初に記載された内容とした。個人情報を守るため、各種情報を数値化し匿名で行い、個人情報の取り扱いに配慮した。分析は、各項目における記述統計を Microsoft 社 表計算ソフト Excel で行った。

4. 倫理的配慮

本研究は、国際医療福祉大学倫理委員会の承認（承認番号 12-221）を得て実施した。

III. 結果

1. 分析結果

1) 対象児の基本属性

対象児の性別は、男性 236 名 (92.9%)、女性 18 名 (7.1%) の計 254 名であった。

診断名は、自閉症スペクトラム障害 (ASD) 179 名 (70.5%)、注意欠如・多動性障害 (AD/HD) 39 名 (15.4%)、発達性協調運動障害 (DCD) 26 名 (10.2%)、その他 (学習障害等) 10 名 (3.9%) であった。

家族構成は、両親・対象児 46 名 (18.1%)、両親・兄 (姉)・対象児 55 名 (21.6%)、両親・弟 (妹)・対象児 95 名 (37.4%)、両親・兄 (姉)・弟 (妹)・対象児 37 名 (14.6%)、父 (母)・対象児 21 名 (8.3%) であった。また、家族構成における祖父母同居の有無については、家庭内に祖父母ありの複合家族 87 名 (34.3%)、家庭内に祖父母なしの核家族 167 名 (65.7%) であった (表 1)。

2) 対象児の各種情報

(1) 紹介経路、療育・教育機関利用状況、初診時年齢・主訴内容・主訴数

対象児の紹介経路は、教育・保育機関 99 名 (39.0%)、保健機関 85 名 (33.5%)、医療機関 23 名 (9.0%)、療

表 1 対象児の基本属性 (n = 254)

		人数 (名)	割合 (%)
性別	男	236	92.9
	女	18	7.1
診断名	自閉症スペクトラム障害 (ASD)	179	70.5
	注意欠如・多動性障害 (AD/HD)	39	15.4
	発達性協調運動障害 (DCD)	26	10.2
	その他 (学習障害等)	10	3.9
家族構成	両親・対象児	46	18.1
	両親・兄 (姉)・対象児	55	21.6
	両親・弟 (妹)・対象児	95	37.4
	両親・兄 (姉)・弟 (妹)・対象児	37	14.6
	父 (母)・対象児	21	8.3
祖父母同居の有無	祖父母あり (複合家族)	87	34.3
	祖父母なし (核家族)	167	65.7

育機関 8名 (3.1%), 紹介なし (養育者判断, 家族・友人の促し) 20名 (7.9%), その他 (臨床心理士, スクールカウンセラー等) 19名 (7.5%) であった。

初診時の療育・教育機関利用状況は, 保育園 74名 (29.1%), 幼稚園 62名 (24.4%), 小学校 87名 (34.3%), 中学校 10名 (3.9%), 高等学校 2名 (0.8%), 療育機関 6名 (2.4%), その他 (所属なし等) 13名 (5.1%) であった (表2)。

対象児の初診時年齢は 0 ~ 16 歳で, 2 歳以降に急激に増加し, 5 歳で 50 名と最も多く, その後, 減少傾向にあった (図1)。初診時に家族が訴えた主要主訴内容は, 割合が高い順に, 行動・情緒面 155名 (61.0%), 言語面 34名 (13.4%), 対人面 31名 (12.2%), 動作・生活面 28名 (11.0%), 学習面 4名 (1.6%), 感覚面 2名 (0.8%) であった (表2)。また, 主訴数は 1 人あたり平均 2.05 ± 0.85 個であった。

(2) 出生時期, 出生体重, 成育歴

対象児の出生時期は, 正期産 (37 ~ 41 週) 226名 (89.0%), 早産 (36 週以下うち 1 名は 30 週未満) 26名 (10.2%), 過期産 (42 週以上) 2名 (0.8%) であった。

出生体重は, 1,000 ~ 1,499 g が 3名 (1.2%), 1,500 ~ 1,999 g が 6名 (2.4%), 2,000 ~ 2,499 g が 18名 (7.0%), 2,500 ~ 2,999 g が 97名 (38.2%), 3,000 ~ 3,499 g が 98名 (38.6%), 3,500 ~ 3,999 g が 27名 (10.6%), 4,000 g 以上が 5名 (2.0%) で, 平均体重は $2,975 \pm 484$ g であった。

成育歴は, 初診時までの期間に言葉の遅れ・落ち着きのなさ・こだわり等, 特記事項のあった対象児が 200名 (78.7%), 特記事項のなかった対象児が 54名

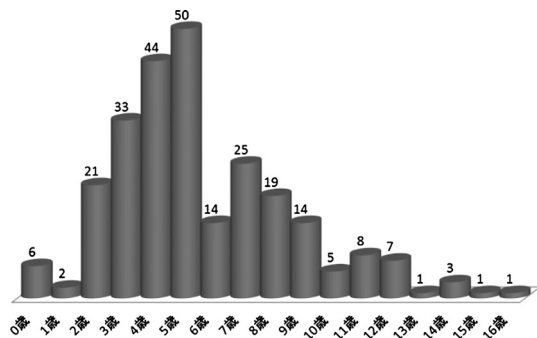


図1 対象児の初診時年齢

(21.3%) であった。対象児の他職種利用状況は, 言語聴覚士 195名 (76.8%), 臨床心理士 10名 (3.9%), 理学療法士・言語聴覚士・臨床心理士の複数 9名 (3.5%), 他職種利用なし (作業療法のみ) 40名 (15.8%) であった (表3)。

(3) 作業療法各種情報

対象児の作業療法処方内容および処方件数 (複数処方あり) は, 割合が高い順に, 協調運動・巧緻動作促し 222名 (87.4%), 精神機能促し 160名 (63.0%), 生活適応促し 150名 (59.1%), 意欲・自信促し 142名 (55.9%), ADL・IADL 促し 132名 (52.0%), 他者とのやり取り促し 54名 (21.3%), 集中・切り替え促し 39名 (15.4%), 感覚統合促し 23名 (9.0%), 教育機関等へのアドバイス 13名 (5.1%), 学習・職業促し 2名 (0.8%) であった。対象児の作業療法実施期間は, 1 ~ 5 カ月で 62名 (24.4%) と最も多く, その後, 減少していく分布を示し, 平均実施期間は 25.6 カ月であった (表4)。

対象児の作業療法開始年齢は 2 ~ 16 歳で, 3 歳以降

表2 対象児の紹介経路・療育・教育機関利用状況 (n=254)

	人数 (名)	割合 (%)
紹介経路		
教育・保育機関	99	39.0
保健機関	85	33.5
医療機関	23	9.0
療育機関	8	3.1
紹介なし	20	7.9
その他	19	7.5
療育・教育機関利用状況		
保育園	74	29.1
幼稚園	62	24.4
小学校	87	34.3
中学校	10	3.9
高等学校	2	0.8
療育機関	6	2.4
その他 (所属なし等)	13	5.1
初診時主要主訴		
行動・情緒面	155	61.0
言語面	34	13.4
対人面	31	12.2
動作・生活面	28	11.0
学習面	4	1.6
感覚面	2	0.8

表3 対象児の出生時期・出生体重・成育歴・他職種利用状況 (n=254)

		人数(名)	割合(%)
出生時期	正期産(37~41週)	226	89.0
	早産(36週以下)	26	10.2
	過期産(42週以上)	2	0.8
出生体重	1,000~1,499g	3	1.2
	1,500~1,999g	6	2.4
	2,000~2,499g	18	7.0
	2,500~2,999g	97	38.2
	3,000~3,499g	98	38.6
	3,500~3,999g	27	10.6
	4,000~4,500g	5	2.0
成育歴	特記事項あり	200	78.7
	特記事項なし	54	21.3
他職種利用状況	言語聴覚士	195	76.8
	臨床心理士	10	3.9
	言語・理学・心理より複数	9	3.5
	他職種利用なし	40	15.8

表4 対象児の作業療法処方・作業療法実施期間 (n=254)

		人数(名)	割合(%)
作業療法処方 *重複あり	協調・巧緻動作促し	222	87.4
	精神機能促し	160	63.0
	生活適応促し	150	59.1
	意欲・自信促し	142	55.9
	ADL・IADL促し	132	52.0
	他者とのやり取り促し	54	21.3
	集中・切り替え促し	39	15.4
	感覚統合促し	23	9.1
	アドバイス	13	5.1
	学習・職業促し	2	0.8
	作業療法実施期間 平均:25.6カ月	1~5カ月	62
6~11カ月		28	11.0
1年~1年5カ月		28	11.0
1年6カ月~1年11カ月		28	11.0
2年~2年5カ月		21	8.3
2年6カ月~2年11カ月		16	6.3
3年~3年5カ月		16	6.3
3年6カ月~3年11カ月		11	4.3
4年~4年5カ月		13	5.1
4年6カ月~4年11カ月		6	2.4
5年~5年5カ月		4	1.6
5年6カ月~5年11カ月		5	2.0
6年~6年5カ月		5	2.0
6年6カ月~6年11カ月		4	1.6
7年~7年5カ月	2	0.8	
7年6カ月~7年11カ月	2	0.8	
8年~8年11カ月	0	0.0	
9年~9年11カ月	2	0.8	
10年~10年11カ月	1	0.4	

に急激に増加し、5歳で64名と最も多く、その後、減少傾向にあった(図2)。また、作業療法終了年齢は3～18歳で、3歳以降に急激に増加し、6歳で42名と最も多く、その後、7歳で減少した後8歳で増加し、その後、9歳から減少した後12歳で増加し、その後、13歳から減少した後18歳で増加する特徴を示した(図3)。

対象児の日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査(JMAP; 感覚運動, 言語, 非言語的認知能力等, 発

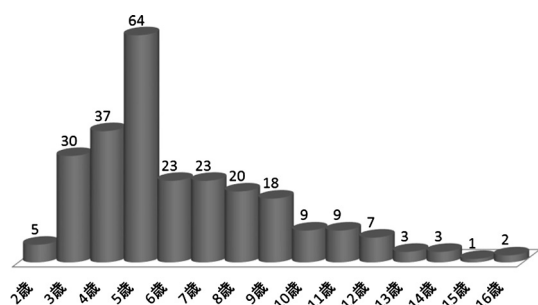


図2 対象児の作業療法開始年齢

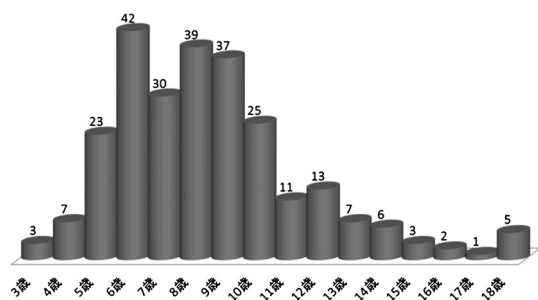


図3 対象児の作業療法終了年齢

達全般にわたる全26項目の評価項目からなる就学前幼児(2歳9カ月～6歳2カ月)を対象とする発達スクリーニング検査)を対象児178名が実施し、そのうち検査実施可能な対象児は161名(91.0%)、拒否等検査に協力できない検査不可能な対象児は17名(9.0%)であった。また、JMAP実施者に対するMillerによる大分類¹²⁾の結果は、健常群27名(16.8%)、未熟群76名(47.2%)、学習障害群52名(32.3%)、発達障害群6名(3.7%)であった。

フロスティグ視知覚検査(4～8歳未満の幼児や児童の視知覚発達の検査で、5つの検査項目から構成されており、視知覚認知検査において多く用いられている検査)は14名が実施し、S-M社会生活能力検査(1～13歳を対象に、社会生活能力の測定をとおり、子どもの社会生活に必要な基本的な生活能力の発達を明らかにすることを目的とする検査)は85名が実施していた。

知能検査はWISC-III(5歳0カ月～16歳11カ月の児童・生徒を対象とし、包括的な一般知能を言語性、動作性、全検査の3種類のIQによって測定する知能検査)を231名に実施し、結果は、知能指数(FIQ)が平均 89.78 ± 15.24 であった(表5)。

(4) 作業療法支援経過

対象児の作業療法支援経過は、医師の診療記録、処方箋内容より、医師・作業療法士の判断で処方期限とともに終了(終了群)169名(66.5%)、家族の判断・

表5 対象児の各種検査状況

		人数(名)	割合(%)
JMAP実施可否 (n=178)	検査実施可	161	91.0
	検査実施否	17	9.0
JMAP Miller 大分類 (n=161)	健常群	27	16.8
	未熟群	76	47.2
	学習障害群	52	32.3
	発達障害群	6	3.7
WISC-III : (FIQ) (n=231)	55～69	14	6.1
	70～84	78	33.8
	85～99	83	35.9
	100～114	40	17.3
	115～129	13	5.6
平均 : 89.78 ± 15.24	130～145	3	1.3

都合で処方期限内に連絡が途絶えた途切れ(途切れ群) 49名(19.3%), 作業療法終了・途切れ後に再度作業療法介入再開(再開群) 9名(3.6%), 医師・作業療法士の判断で処方継続中(継続群) 27名(10.6%)に類別された。これらの結果より、継続群・再開群を合わせた36名(14.2%)は作業療法を継続し、終了群・途切れ群を合わせた218名(85.8%)は作業療法を終了していた(図4)。

(5) 医師診療経過

医師診療経過は、作業療法終了とともに終了70名(27.6%), 医師の判断で終了5名(2.0%), 他機関フォローとなり終了7名(2.8%), 家族の都合で途切れ40名(15.7%), 定期的な経過観察(相談)40名(15.7%), 定期的な経過観察(投薬)49名(19.3%), 断続的な経過観察43名(16.9%)であり、終了者と継続者で分けると、家族の都合で途切れた対象児を含めた終了者122名(48.0%), 断続的な経過観察の対象児を含めた継続者132名(52.0%)であった(図5)。

(6) 作業療法支援経過各群の特徴

各群の基本属性と各種情報は表6, また, 知能検査結

果は表7のとおりであった。以下に各群の特徴を示す。

①終了群: 基本属性において, 著明な特徴が確認できなかった。特徴的な作業療法情報として, 作業療法支援経過において, 集団等に適応し終了66名(39.1%), 評価のみで終了(OT ニーズ/適応乏しい)34名(20.1%), 他部門・他機関のフォローが主となり終了23名(13.6%), 進路・進級とともに終了21名(12.4%), 困りごとが減少(目標達成)し終了16名(9.5%)と, 160名(94.7%)が医師および作業療法士の判断で終了していた。一方で, 児の希望(通いたくない)で終了7名(4.1%), 家族の都合(仕事・理解乏しい)で終了2名(1.2%)と, 利用者側から作業療法を終了している対象児が9名(5.3%)存在していた。また, 知能検査結果は, 知能指数(FIQ)が平均89.71 ± 15.40であった。

②途切れ群: 家族構成において, 両親・兄(姉)・弟(妹)・対象児, 教育機関利用状況で幼稚園・保育園, の割合が高かった。特徴的な作業療法情報として, 作業療法支援経過は, 定期フォロー中に途切れ30名(61.2%), 長期休みごとフォローとなり途切れ16名(32.7%), 家族の都合(仕事・理解乏しい)で終了1名(2.0%)と, 47名(95.9%)が, 処方が出ているにもかかわらず, 保護者の判断または都合で作業療法が途切れていた。一方で, 医師の診察を受けて作業療法継続処方が出されながらも事務手続きミスで作業療法が継続されない対象児が2名(4.1%)存在していた。また, 知能検査結果は, 知能指数(FIQ)が平均87.93 ± 13.82であった。

③再開群: 基本属性において, 性別で男性, 家族構成で両親・弟(妹)・対象児, 紹介経路で保健機関, 教育機関利用状況で保育園・幼稚園, 主訴で行動・情緒面および動作・生活面, の割合が高かった。特徴的な作業療法情報として, 再開前の作業療法支援経過は, 集団に適応し終了3名(33.3%), 進路・進級とともに終了5名(55.6%), 児の希望(通いたくない)で終了1名(11.1%)であった。再開群の作業療法再開時主訴は, 「対人面」が4名(44.5%)と最も多く, その他, 「行動・情緒面」1名(11.1%), 「動作・生活

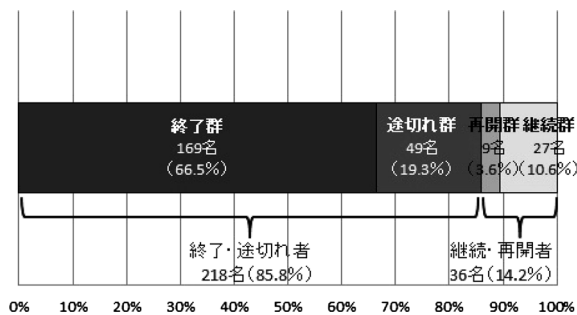


図4 対象児の作業療法支援経過

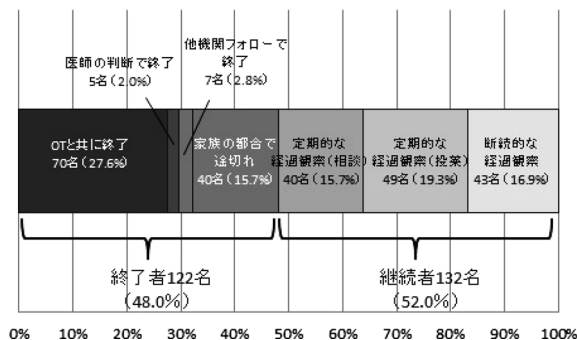


図5 対象児の医師診療経過

表6 4群(終了群・途切れ群・再開群・継続群)の基本属性と各種情報

基本属性		終了群 (n=169)		途切れ群 (n=49)		再開群 (n=9)		継続群 (n=27)		全体 (n=254)	
項目		人数 (名)	割合 (%)	人数 (名)	割合 (%)	人数 (名)	割合 (%)	人数 (名)	割合 (%)	人数 (名)	割合 (%)
性別	男	159	94.1	44	89.8	9	100.0	24	88.9	236	92.9
	女	10	5.9	5	10.2	0	0	3	11.1	18	7.1
診断名	自閉症スペクトラム障害 (ASD)	113	66.9	37	75.5	7	77.8	22	81.5	179	70.5
	注意欠如・多動性障害 (AD/HD)	29	17.2	7	14.3	1	11.1	2	7.4	39	15.4
	発達性協調運動障害 (DCD)	20	11.8	4	8.2	1	11.1	1	3.7	26	10.2
	その他(学習障害等)	7	4.1	1	2.0	0	0	2	7.4	10	3.9
家族構成	両親・対象児	29	17.2	8	16.3	1	11.1	8	29.6	46	18.1
	両親・兄(姉)・対象児	42	24.9	6	12.3	1	11.1	6	22.2	55	21.6
	両親・弟(妹)・対象児	63	37.3	19	38.8	6	66.7	7	25.9	95	37.4
	両親・兄(姉)・弟(妹)・対象児	20	11.8	13	26.5	1	11.1	3	11.15	37	14.6
	父(母)・対象児	15	8.9	3	6.1	0	0	3	11.15	21	8.3
紹介経路	教育・保育機関	66	39.0	18	36.7	2	22.2	13	48.2	99	39.0
	保健機関	62	36.7	13	26.5	4	44.5	6	22.2	85	33.5
	医療機関	13	7.7	7	14.3	1	11.1	2	7.4	23	9.0
	療育機関	3	1.8	3	6.1	0	0	2	7.4	8	3.1
	紹介なし	10	5.9	4	8.2	1	11.1	2	7.4	20	7.9
	その他	15	8.9	4	8.2	1	11.1	2	7.4	19	7.5
	保育園・幼稚園	87	51.5	30	61.2	6	66.7	15	55.6	136	53.5
	小学校	60	35.5	13	26.6	3	33.3	8	29.6	87	34.3
療育・教育機関 利用状況	中学校	8	4.7	0	0	0	0	2	7.4	10	3.9
	高等学校	0	0	1	2.0	0	0	0	0	2	0.8
	療育機関	6	3.6	2	4.1	0	0	1	3.7	6	2.4
	その他(所属なし等)	8	4.7	3	6.1	0	0	1	3.7	13	5.1
	行動・情緒面	101	59.8	31	63.1	7	77.8	16	59.3	155	61.0
主要主訴内容	言語面	21	12.4	6	12.3	0	0	7	25.9	34	13.4
	対人面	22	13.0	6	12.3	0	0	3	11.1	31	12.2
	動作・生活面	19	11.2	6	12.3	2	22.2	1	3.7	28	11.0
	学習面	4	2.4	0	0	0	0	0	0	4	1.6
感覚面	2	1.2	0	0	0	0	0	0	2	0.8	
成育歴	特記事項あり	130	76.9	39	79.6	7	77.8	24	88.9	200	78.7
	特記事項なし	39	23.1	10	20.4	2	22.2	3	11.1	54	21.3

表7 4群(終了群・途切れ群・再開群・継続群)の特徴的な作業療法情報

①終了群 (n=169) の特徴的な作業療法情報		人数 (名)	割合 (%)
作業療法支援経過 (終了理由)	集団等に適応	66	39.1
	評価のみ	34	20.1
	他部門・機関のフォロー	23	13.6
	進路・進級	21	12.4
	困りごとが減少	16	9.5
	児の希望 (通いたくない)	7	4.1
	家族の都合 (仕事・理解乏しい)	2	1.2
知能指数 (FIQ) 平均 89.71 ± 15.40 (全体平均: 89.78 ± 15.24)			
②途切れ群 (n=49) の特徴的な作業療法情報		人数 (名)	割合 (%)
作業療法支援経過 (途切れ理由)	定期フォロー中	30	61.2
	長期休みごとフォロー中	16	32.7
	事務手続きミス	2	4.1
	家族の都合 (仕事・理解乏しい)	1	2.0
知能指数 (FIQ) 平均 87.93 ± 13.82 (全体平均: 89.78 ± 15.24)			
③再開群 (n=9) の特徴的な作業療法情報		人数 (名)	割合 (%)
作業療法支援経過 (再開前)	集団に適応し終了	3	33.3
	進路・進学とともに終了	5	55.6
	児の希望 (通いたくない)	1	11.1
再開時主訴	対人面	4	44.5
	行動・情緒面	1	11.1
	動作・生活面	1	11.1
	学習面	1	11.1
	就労面	2	22.2
知能指数 (FIQ) 平均: 96.00 ± 17.89 (全体平均: 89.78 ± 15.24)			
④継続群 (n=27) の特徴的な作業療法情報		人数 (名)	割合 (%)
作業療法開始時期	幼児期 (1~3歳)	6	22.2
	幼児期 (4~6歳)	11	40.7
	学童期 (小1~小3)	1	3.7
	学童期 (小4~小6)	7	25.9
	中学・高校期	2	7.4
作業療法処方 *重複あり	協調・巧緻動作促し	24	88.9
	意欲・自信促し	21	77.8
	生活適応促し	17	63.0
	精神機能促し	14	51.9
	ADL・IADL 促し	11	40.7
作業療法実施期間 平均 41.1 カ月 (全体平均: 25.6 カ月)			
知能指数 (FIQ) 平均 88.07 ± 16.12 (全体平均: 89.78 ± 15.24)			

面」1名(11.1%),「学習面」1名(11.1%),「就労面」2名(22.2%)であった。また、知能検査は、知能指数(FIQ)が平均 96.00 ± 17.89 であり、4群間で最も高かった。

④継続群:基本属性において、診断名でその他(学習障害等)、家族構成で両親・対象児、教育機関利用状況で中学校、生育歴で特記事項あり、の割合が高かった。作業療法開始時期が幼児期(4~6歳)と学童期(小

4~小6)に多く、作業療法実施期間は平均 41.1 カ月で、対象児全体の作業療法実施期間とは異なっていた。作業療法処方は複数処方で「協調運動・巧緻動作促し」とともに、「意欲・自信促し」の処方の割合が高かった。また、知能検査結果は、知能指数(FIQ)が平均 88.07 ± 16.12 であった。

2. まとめ

医療機関 A で医師の診断を受け、作業療法を実施した発達障害児 254 名の医療機関利用時の概要は、医師による初診時期は幼児期が最も多く、学童期以降は減少していく傾向が見られた。主要な紹介経路は教育・保育機関が 39.0%、保健機関が 33.5%、性別は男児が 92.9% と女児に比べて著しく多かった。診断名は自閉症スペクトラム障害(ASD)の割合が高く 70.5%であった。主訴は行動・情緒面の割合が高く、次いで言語面、対人面が高かった。作業療法処方の内容は、協調運動・巧緻動作促しが 87.4% と最も多く、次いで、精神機能促し 63.0%、生活適応促し 59.1%、意欲・自信促し 55.9%、ADL・IADL 促し 52.0% であった。

作業療法開始時期は幼児期が最も多く、実施期間は 1～5 カ月が最も多く、平均実施期間は 25.58 カ月であった。作業療法支援経過から、対象児の作業療法支援状況は、終了群 169 名 (66.5%)、途切れ群 49 名 (19.3%)、再開群 9 名 (3.6%)、継続群 27 名 (10.6%) の 4 群に類別された。

類別された 4 群の特徴は、終了群において、94.7% が医師および作業療法士の判断で終了しており、作業療法が「評価のみ」で終了となる割合が 20.1% と高かった。途切れ群では、95.9% が保護者の判断または都合で途切れており、家族構成で兄弟姉妹が複数いる割合が高かった。また、知能検査結果では、知能指数 (FIQ) が平均 96.00 ± 17.89 であり、4 群間で最も高かった。再開群では、再開前の作業療法の終了理由が集団等に適応、進路・進級とともに終了し、再開理由は対人面等を含む社会適応に関するものが多かった。継続群では、作業療法開始時期が幼児期 (4～6 歳) と学童期 (小 4～小 6) に多く、家族構成で一人っ子の割合が高かった。

継続群・再開群を合わせた 36 名 (14.2%) は現在も作業療法が継続されており、終了群・途切れ群を合わせた 218 名 (85.8%) は作業療法が終了していた。それに対して医師診療経過は、家族の都合で途切れを含めた終了者 122 名 (48.0%)、断続的な経過観察を含めた継続者 132 名 (52.0%) であった。

IV. 考察

1. 医療機関 A で行われた作業療法支援の特徴

研究結果から、対象児の医療機関 A 初診時期は幼児期が最も多かった。保護者の主訴は行動・情緒面の問題が多く、次いで言語面、対人面と続いていた。それに対して医師の作業療法処方「協調運動・巧緻動作の促し」が 87.4% と最も多く、ご家族の主要主訴である行動・情緒面、言語面、対人面に関連する「生活適応促し」、「他者とのやりとり促し」は限られた処方であった。作業療法開始時期は幼児期が最も多く、実施期間は平均で 25.58 カ月であるが、実施期間で最も多いのは 1～5 カ月であり、初回時処方の有効期限である 6 カ月間の処方内で終了し、その後の支援が継続されない対象児が多く存在した。これらの結果は、発達障害児である対象児の多くが社会参加していく過程で集団不適応を起こす割合が高いと言われる幼児期に医療機関 A を利用したこと、家族の主訴や発達障害児の特性である行動・情緒面や対人面に対する処方は陰を潜め、作業療法処方は発達障害児に付随して見られる協調運動の未熟性 (不器用さ) の改善を目的に「協調運動・巧緻動作の促し」が医師から処方されたこと、その上で作業療法士は動作面の改善に焦点を当てて支援に臨んでいた傾向にあることにつながると考えられる。言い換えれば、幼児期に行動・情緒面等の問題に気づき、医療機関 A を訪れる発達障害児の保護者に対し、「協調運動の未熟性の改善」が支援の中心となり、主要主訴ではないが付随的に感じていた保護者の困りごとに対して、身のまわりのことが一通り行えるようになる幼児期 (4～6 歳) から学童期 (小 1～小 3) に作業療法に期待することが固定し、それが改善することで終了してしまう割合が高いことが考えられる。結果に示したように、医療機関 A では作業療法以外の職種利用状況に関して、発達障害児の言語面や対人面の支援を得意とする言語聴覚士や、行動・情緒面の支援、母親支援を得意とする臨床心理士の処方が医師より重複して出されており、家族の主訴に対する医師の処方判断が影響していると考えられる。本来、発達障害児支援は、本人および本人を取り巻く環

境に配慮し、対象児のライフステージに応じて継続的に行われる必要性および関係機関間の連携の必要性が法制度や研究で指摘されている¹³⁻¹⁵⁾。しかし、医療機関 A における作業療法支援は、医師の処方に対して、限られたライフステージの限られた支援に留まり、社会との接点が増加し複雑化していく学童期、青年期に他者との関係性の構築の難しさが出現する可能性について、十分な予後予測が行われていなかったと言わざるを得ない。このことは、作業療法支援経過における再開群に類別された9名の再開前の終了理由として、集団等に適応し終了3名(33.3%)、進路・進級とともに終了5名(55.6%)、児の希望(通いたくない)で終了1名(11.1%)であったことから、支援終了後に新たな課題に直面する可能性があることを作業療法士は改めて意識する必要がある。

これまでの考察から、発達障害領域で働く作業療法士には、医師の処方をもとに限られた期間の限られた作業療法支援に留まらず、ライフステージに応じた対象児の予後予測が必要不可欠であり、研究および経験に基づく予後的な知見の整理が大切であると考えられる。

2. 医療機関 A で行われた作業療法支援 4 群の特徴

次に作業療法支援を終了する時期についてであるが、作業療法支援経過において類別された4群を眺めてみると、終了群169名の場合、94.7%は医師および作業療法士の判断で終了していた。発達障害児に対する作業療法終了時期の判断について、医療機関 A では幼児期を中心に医師の処方に対する作業療法支援が行われ、作業療法評価後、また、6カ月後に対象児の状態、周囲の支援環境、保護者の意向を確認し、医師の診察時に終了または処方箋更新の判断を行う。

終了群169名は、評価を通して保護者や対象児の作業療法ニーズが乏しかったり、作業療法支援を通して対象児の能力が十分に発揮される環境が整う場合、評価または短期支援で終了となっている割合が多かった。本研究の対象児の66.5%がこの群に属しており、ライフステージの一時期の対象児の状態や周囲の支援環境をもとに利用者側または支援者側の見立てから作

業療法が終了し、その後、医療機関 A を利用せずに地域社会で生活している対象児は存在した。しかし、一方で、再開群として作業療法終了後に地域社会で生活し、新たな課題に躓き、作業療法を再開する対象児が9名(3.6%)いることも明らかとなった。医療機関 A を訪れた発達障害児および保護者に対して、支援者側である医師および作業療法士は対象児の評価結果に基づき、その後のライフステージにおける課題を見据えて終了判断の時期についての根拠が必要となると考える。

途切れ群49名では、途切れのきっかけとして95.9%は保護者の判断または都合で途切れていた。この群の対象児は、医師・作業療法士が支援を継続する時期であると判断して支援していたものの、定期フォロー中に61.2%、長期フォロー中に32.7%が途切れていた。このことは、医療機関 A における医師・作業療法士の支援内容や今後の見立てが対象児や保護者に十分に伝わっておらず、また、対象児や保護者のニーズに応えきれず、保護者が終了を判断した可能性が考えられる。また、この群の家族構成は兄弟姉妹が複数いる割合が高く、保護者は対象児以外の子育てを行う中で対象児のために医療機関を利用するという優先順位が変わっていった可能性も推測される。

再開群9名では、前述したとおり、再開前の作業療法支援の終了理由は「集団等に適応、進路・進級とともに終了」が多く、ライフステージが進む中で「対人面」の課題が増加し、その他として、幼児期の「協調運動の促し」とは異なる「学習面」や「就労面」の課題で作業療法を再開していた。また、この群の知能指数(FIQ)は平均 96.00 ± 17.89 と他の群に比べて有意に高かった。これらの結果は、家族の主訴に対して、一度医師または作業療法士が終了の判断をしており、ある程度の動作や行動の改善、生活場面における環境調整が行われた結果であったとともに、知能指数が高く、学習も目立った遅れがなく、家族も進級やある程度の集団適応に安心し、作業療法の優先順位が下がり、終了に向かっていった可能性が示唆された。これに関しても前述したとおり、一時的に集団適応していても、

発達障害児の障害特性として他者との関係性の構築の難しさがライフステージに応じて現れる可能性があり、終了群同様に医師および作業療法士の終了判断の根拠、時期については課題が残る結果であったと考える。

継続群 27 名では、作業療法開始時期が幼児期（4～6 歳）と学童期（小 4～小 6）に多く、処方内容として、「協調運動・巧緻動作の促し」とともに「意欲・自信促し」の割合が高かった。これらの対象児の多くはライフステージ各期で社会適応が難しく、その状況が長い期間続き、二次的な症状として本人の自己評価が低下し、医師より「意欲・自信促し」の処方が他の処方内容と合わせて出されたことが推測された。また、家族構成で一人っ子の割合が高く、一人っ子という状況が通院および作業療法を含めた専門職の支援を継続させる 1 つの要因になっている可能性が示唆された。

筆者はこれまで作業療法支援経過から類別したこれら 4 群について、臨床を通して存在を意識する機会があったものの詳細を調査するには至らずにいた。今回の研究を通して、実際に作業療法支援経過を類別化し、さらにその類別化した各群の詳細を整理することで新たな発見が確認できた。具体的には、終了群の整理から、その後の社会生活における新たな課題に躓き、再度支援を必要とする対象児がいたこと、途切れ群、再開群、継続群の整理から、家族構成が作業療法の途切れや継続に影響を与える可能性があること、知的水準の高さと社会適応は必ずしも一致しないことである。

これらの発見に対して作業療法士は、対象児の状態像の把握に留まらず、対象児を取り巻く環境についても十分に情報を得て、利用者側のニーズに合わせ、十分な支援手段や今後の見通しについて説明をした上で作業療法支援を行う必要がある。一方で、類別化された各群の対象児が現在どのような生活を送っているのか、という社会生活状況を中心とした予後の把握の必要性が課題として考えられる。

3. 医療機関 A で行われた作業療法支援から見える課題

医療機関 A における作業療法等の支援結果を通し

て検討されるべきことは、発達障害児が学童期に入ると、医療機関および福祉機関における作業療法の関与が著しく少なくなり、生活の中心が学校生活に移るとともに問題解決の要が学校・教員に移行することであろう。この傾向は必ずしも医療機関 A に限ったことではない。日本で特別支援教育の推進が 2007 年以降に進み、少しずつ特別支援学校や通常の小・中学校での子どもの支援に関わる作業療法士は増えてきているが、その数はきわめて少ない。専従で配置される作業療法士は、2011 年度の作業療法士会員数 44,958 名中、95 名（0.2%）に過ぎず¹⁶⁾、特別支援教育に関わっている作業療法士も全国で 316 名と限られており¹⁷⁾、現在もその状況は大きくは変化していない。一方、米国では教育機関を拠点に働く作業療法士は多く、The Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004 以来、Positive Behavior Interventions and Supports チームの一員として学校現場で教員・管理者・他の専門職とともに生徒個人の社会的、精神的なニーズに日常的に対応している¹⁸⁾。このことから、米国の作業療法士は学童期以降も発達障害児の生活の場である学校で直接的な支援を行っているのに対し、日本の作業療法士は幼児期以降、青年期、成人期に起こりうる諸問題に対して、学校現場での限られた作業療法士の支援および発達障害児・者に対応できる医療福祉施設の作業療法士の支援に留まっているのが現状である。発達障害児に対する支援体制において、作業療法士の強みである活動・参加に重きをおいた学校現場での支援が必要であろう。発達障害児に対する日本の作業療法士の今後の課題は、学校等で教員・管理者・他の専門職とともに発達障害児支援に携わる必要性がある職種であることを積極的に示していくことと考える。

本研究を通して、医師、言語聴覚士、臨床心理士、理学療法士等、医療機関 A のように複数の職種が支援に携わる際、各職種の支援範囲（対象、支援可能時期、支援方法等）および支援機関における支援範囲（対象、支援可能時期、支援方法、連携施設等）について、発達障害児のライフステージという視点で職種間連携を今一度確認し、支援体制を検討していく必要性を改

めて感じた。

V. 結論

本研究から、医療機関 A を訪れる発達障害児および保護者に対し、作業療法支援は、「協調運動・巧緻動作の未熟性の改善」が中心となり、支援期間は限られており、身のまわりのことが一通り行えるようになる幼児期（4～6歳）から学童期（小1～小3）に作業療法を終了した割合が高いことがわかった。

作業療法支援経過は、終了群、途切れ群、再開群、継続群の4群に類別され、作業療法支援は85.8%が終了していた。4群の特徴として、終了群は、94.7%という高い割合で、医師および作業療法士の判断から終了していた。途切れ群は、95.9%という高い割合で保護者の判断または都合で途切れていた。再開群は、知的水準が高い対象児が多く、再開前の作業療法の終了理由は集団等に適応、進路・進級とともに終了したが、再度新たな課題で医療機関 A および作業療法を実施していた。継続群は、家族構成で一人っ子の割合が高かった。これらの特徴から、作業療法支援では、発達障害児の障害特性を把握し、さらに家族構成や知的水準の配慮等を行いながら、利用者側のニーズに合わせた支援と予後予測が重要であると思われる。

作業療法は本来、ライフステージに応じた発達障害児および家族に対する支援が可能な職種であるが、医療機関 A で行われた筆者の作業療法は、幼児期を中心とした限られた支援に留まっていた。本研究を通して明らかになった結果および課題をもとに、筆者は作業療法支援が終了した発達障害児の現在の生活状況を明らかにし、ライフステージに応じた医療機関 A における支援体制および作業療法士の役割についてさらに検討していくことが今後の研究課題である。

謝辞

本研究を行うにあたり、研究の機会を与えていただき、長期にわたりご指導・ご意見をいただきました国際医療福祉大学大学院 下泉秀夫先生、斎藤恵一先生

に深く感謝いたします。

文献

- 1) 岩永竜一郎, 土田玲子, 川崎千里ら. 軽度発達障害児に対する感覚統合療法の訓練形態による効果の差について—JMAP スコアによる個別指導と集団指導の効果の比較—. 作業療法 1998; 17(6): 455-461
- 2) 加藤寿宏. 振り返らない子どもを振り返らせるコツ. 作業療法 2002; 21(6): 539-544
- 3) 十枝はるか, 仙石泰仁, 山田佳代子ら. 発達障害のリスク児をスクリーニングするための基礎的研究. 作業療法 2007; 26(3): 272-281
- 4) 日本作業療法士協会制度対策部障害保健福祉対策委員会(発達領域チーム). 特別支援教育における作業療法士の参画推進のための調査報告—ヒアリング調査結果—. <http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2014/03/h25tokubetsusienkyouiku.pdf> 2015.11.9
- 5) 岩永竜一郎. 広汎性発達障害者の青年期・成人期における支援 就労支援の視点から. 作業療法ジャーナル 2009; 43(2): 143-148
- 6) 日本作業療法士協会保健福祉部(発達領域チーム)特別支援教育への作業療法士参画モデル案に関する報告—文部科学省が示す発達障害等支援・特別支援教育総合推進事業に沿って—. <http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2010/08/tokubetsusushien-report.pdf> 2015.11.9
- 7) 宮田広善. 発達障害のリハビリテーション—基本的な考え方と法制度について. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 2012; 21(11): 1114-1117
- 8) 鷲見聡. 名古屋市西部地域療育センターにおける療育初診の現状. 小児科診療 2010; 73(4): 673-676
- 9) 東條恵. 「軽度」発達障がい者に対する小児医療現場の現状について. 公衆衛生 2008; 72(4): 281-284
- 10) 芳賀彰子, 久保千春. 小児・思春期を対象とする心身医療専門外来の現況—地域のニーズに沿う心身医療の提供と限界について—. 心身医学 2008; 48(10): 867-876
- 11) 金井智恵子, 加藤進昌. 大人の発達障害専門外来の歩み. 最新医学 2013; 68(9): 229-236
- 12) Miller LJ. Miller Assessment for Preschoolers Seminar. New York: The Psychological Cooperation Harcourt Brace Jovanovich Inc., 1988
- 13) 文部科学省. 2006. 特別支援教育の推進のための学校教育法等の一部改正について(通知). http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/06072108.htm 2015.12.14
- 14) 厚生労働省. 2005. 発達障害者支援法の施行について. http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/05011301.htm. 2015.12.14
- 15) 神尾陽子. ライフステージに応じた支援の意義とそれを阻むもの. 精神科治療学 2009; 24(10): 1191-1195
- 16) 日本作業療法士協会. 特別支援教育に関わる作業療法士の実態調査. 日本作業療法士協会誌 2012; 31(8): 20-37
- 17) 日本作業療法士協会保健福祉部(発達領域チーム). 特別支援教育への作業療法士参画モデル案に関する報告—文部科学省が示す発達障害等支援・特別支援教育総合推進事業に沿って—. <http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2010/08/tokubetsusushien-report.pdf> 2016.1.26
- 18) Handley-More D, Orentlicher M. Positive behavior interventions and supports. A role for occupational therapy in schools. OT PRACTICE 2013; 18(21): 1-8