

報 告

地域総合病院小児科発達外来における
自閉性障害児医療の検討

中野加奈子, 辻本 寧子, 大嶽 由佳, 東 由佳
橋本 直子, 梶 瑞佳, 太田 國隆

〔論文要旨〕

地域の私立総合病院の一般小児科医として2008年6月に発達外来を開設後、2010年10月までに3歳未満で当院発達外来を初診した59名のうち、自閉性障害と診断された17名について後方視的に検討し、地域の私立総合病院発達外来における自閉性障害児医療について明らかにすることを目的とした。17名全員が自閉性障害の典型例であり、主訴は言葉の遅れが11名と最多で、全領域発達指数は20~90台と幅が広く、当院療育プログラムは11名に行われ、他施設への紹介は6名であった。診断後の支援や療育も長期にわたり、児だけでなく保護者への支援も重要となるため、多職種および他施設との息の長い連携が必要であると考えられた。

Key words : 総合病院, 3歳未満, 自閉性障害, 療育プログラム, 連携

I. はじめに

人口約21万人の神戸市東灘区にある病床数約300床の私立総合病院の一般小児科医として2008年6月に発達外来を開設し、一般小児科業務とともに限られた時間と資源の中で発達障害児の診療と療育を行っている。発達障害児の早期診断や早期支援の重要性が広く知られるようになり¹⁻³⁾、当院発達外来においても発達や行動の問題を主訴に3歳未満で初診する児が全体の1/3を占めている。開設からの2年間に、3歳未満で当院発達外来を初診し自閉性障害 (autistic disorder, 以下 AD) と診断された⁴⁻⁶⁾児について後方視的に検討し、地域の私立総合病院発達外来におけるAD児医療について明らかにしたい。

II. 目 的

地域の私立総合病院の一般小児科医として発達外来を開設してからの2年間に、3歳未満で当院発達外来を初診し、ADと診断された児について後方視的に検討し、地域の私立総合病院発達外来における、AD児医療について明らかにすることを目的とした。

III. 対象と方法

1. 対象と方法

2008年6月開設時から2010年10月までに発達や行動の問題を主訴に当院発達外来を初診した児は、全体で177名、3歳未満は59名であった (図1)。59名中DSM-IV⁷⁾に基づいてADと診断された17名について、性別、初診年齢、院外からの紹介の有無と紹介元、主訴、発達指数、初診時の療育プログラム、他施設への

Retrospective Analysis of Autistic Disorder Children at Our Pediatrics'
Developmental Disorder Outpatient Clinic in a Local General Hospital

Kanako NAKANO, Yasuko TSUJIMOTO, Yuka OTAKE, Yuka AZUMA,
Naoko HASHIMOTO, Mizuka KAJI, Kunitaka OTA

六甲アイランド甲南病院小児科 (医師 / 小児科)

別刷請求先: 中野加奈子 六甲アイランド甲南病院小児科 〒658-0032 兵庫県神戸市東灘区向洋町中2-11

Tel: 078-858-1111 Fax: 078-858-1110

[2424]

受付 12. 4. 9

採用 13. 6. 26

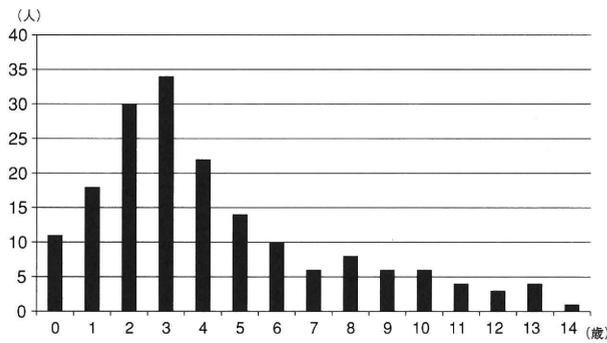


図1 初診年齢

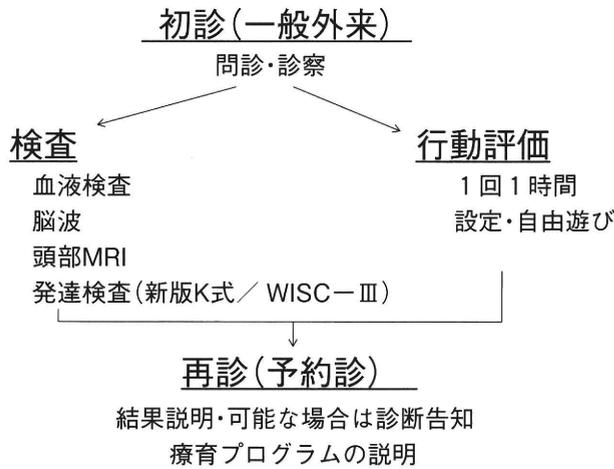


図2 当院発達外来受診のながれ

紹介について後方視的に検討した。

2. 発達外来診療の概要 (図2)

初診は予約なしで午前一般外来で行い、問診、診察、必要に応じて血液検査を行う。頭部MRI・脳波などの医学検査や発達検査、行動評価は予約のうえ後日行う。

行動評価は1回3名を上限とし、設定遊びと自由遊びを合計1時間行い、医師、臨床心理士、言語聴覚士、作業療法士各1名が行動を観察する。その後評価を行い、個別に療育プログラムをたてる。

再診は予約制である午後の発達外来で行い、検査結果や行動特性を説明し、医師または行動評価が必要であると判断した個別療育プログラムを提示する。また診断が確定し保護者の受容も良いと思われる場合は、同時に診断告知も行う。療育プログラムは提示したプログラムの中から最終的に保護者の選択で決定している。

3. 発達外来療育の概要

療育スタッフは、常勤の言語聴覚士と作業療法士各1名(全科兼任)、非常勤の臨床心理士2名(小児科

表1 療育スタッフ

・言語聴覚士(常勤, 全科兼任) 1名
・作業療法士(常勤, 全科兼任) 1名
・臨床心理士(非常勤, 小児科専任) 2名
1名(週2日)
プレイセラピー, 保護者カウンセリング, 親子支援グループ担当
1名(週1日)
発達検査担当
・学生ボランティア(心理士や保育士を目指す甲南女子大学生, 大学院生) 4名
親子支援グループでの兄の介助

表2 療育プログラム

- 言語聴覚士個別訓練
コミュニケーション
視覚支援
- 作業療法士個別訓練
感覚統合
手先操作
- 臨床心理士個別療法
心理面接, プレイセラピー
保護者への助言, 指導
- 親子支援グループ

専任)の計4名である。臨床心理士1名がプレイセラピー, 保護者カウンセリング, 親子支援グループを行い、もう1名が発達検査のみを行っている(表1)。

療育プログラムは、言語聴覚士および作業療法士による個別訓練(感覚統合訓練は設備がなく不可)、臨床心理士によるプレイセラピーと保護者カウンセリング、全職種および学生ボランティアによる親子支援グループである(表2)。学生ボランティアは甲南女子大学の心理士や保育士を目指す大学生、大学院生が中心で、大学のボランティアセンターを通じて4名募集し、毎回定員を満たしている。

言語聴覚士による個別訓練は、コミュニケーションの向上や視覚支援を目標に保護者への助言も含め1回1時間で行っている。頻度は週1回から年3回などその都度保護者と相談しながら決定している。

作業療法士による個別訓練は、感覚統合訓練と手先操作を保護者の助言も含め1回1時間で行っている。頻度は言語聴覚士と同様である。ただし感覚統合訓練は当院には壁や天井に備え付けの器具がなく、ボールや滑り台、平均台などで訓練可能な範囲は当院で行うが、徹底的な訓練が必要な場合は市の療育センターに

表3 親子支援グループ

<対象>発達障害児とその保護者（6～8組）
<編成>2～3歳児中心、4～5歳児中心の2グループ
<頻度>1回1時間、月2回、1期10回とし、前期・後期の2期
<スタッフ>臨床心理士（進行係） 言語聴覚士、作業療法士、学生ボランティア（介助） 小児科医（統括）
<評価>毎回グループ終了後にスタッフ全員で振り返りを行う 評価と今後の課題、対応を検討

依頼している。初診までに約3～6か月、訓練開始までに約1年を要するので、その間は当院で可能な限りの感覚統合訓練や別の療育プログラムを行っている。診療は療育センター依頼後も希望があれば当院発達外来で継続している。

臨床心理士の個別療法は、児に対しては心理面接やプレイセラピー、保護者に対しては面接で助言、指導を行っている。

親子支援グループは、コミュニケーションや社会性の向上を目標に1グループ6～8組の親子を対象とし、2～3歳児中心と4～5歳児中心の2グループ編成で行っている。1回1時間、月2回、計10回を1期とし、年間で前期、後期の2期実施している（表3）。参加開始は前期からでも後期からでも可能で、参加期間も年齢以外に特に制限なく、保護者の意向を考慮して個別に決定をしている。内容はお名前呼び、手あそび、体操、サーキット、工作、絵本の読みきかせなど1期10回分のスケジュールを期の初めにオリジナルに作成しており、できるようになったものから少しずつ

内容を難しく変更していく（表4）。臨床心理士が進行係となり、言語聴覚士、作業療法士が介助に入り、学生ボランティアは予め決められた児に1：1で付き、医師が全体の統括をするという役割分担をしている。毎回グループ終了後にスタッフ全員で振り返りを行い、各スタッフがそれぞれの専門的な視点から子どもについて評価を行い共有する。これらの評価に基づき、今後の課題と対応について検討をしている。

4. 発達外来の広告

開始時に区の医師会と保健所に説明を行った。また病院のホームページには常時掲載している。

IV. 結果（表5）

1. 性別

男児が15名、女児が2名であった。

2. 初診年齢

0歳は0名、1歳が2名、2歳が15名であった。

3. 院外からの紹介の有無、紹介元

紹介なしが12名で、受診のきっかけは病院のホームページを見てが5名、口コミが7名であった。紹介ありは5名で、紹介元は開業医が4名、保健所が1名であった。

4. 主訴

言葉の遅れ11名、コミュニケーションがとれない2

表4 親子支援グループ プログラム（1例）

プログラム	内容	目的
あいさつ	あいさつを全員でする	始まりの意識
スケジュール・お約束確認	絵カードを使って説明する	見通しを立てる、ルールへの意識
お名前呼び	名前を聞かれたら答え、呼ばれたら返事をする	自分と他児の名前への意識、やり取りの基礎作り
手あそび	糸まきの歌などの手あそび	模倣、注目する、手先の細かな運動
歩く・走る	輪になって歩き走る。ホイッスルの合図でストップ、反対向き	合図に注意し反応する、体を大きく動かす
新聞紙バルーン	新聞紙をつなげたバルーンを持って揺らしたり、下に入って触る。最後は破って遊ぶ	さまざまな感覚刺激に慣れ楽しむ、子ども同士の関わり
サーキット	トンネル、トランポリン、プラットフォームなどを順番に取り組む	大きく体を動かす、順番を守る
休憩	水分補給をする	クールダウン、切り替え
絵本読みきかせ	絵本を読みきかせする	注目する、話を聞く
シール貼り	出席表にシールを貼る	達成感につなげる
終わりのあいさつ	終わりのあいさつを全員でする	終わりの意識

表5 対象児プロフィール

性別	年齢	紹介元	主訴	全領域 DQ	姿勢・運動 DQ	認知・適応 DQ	言語・社会 DQ	当院での療育	他施設
男	1歳6か月	開業医	奇声	64	74	62	65	なし	
男	1歳11か月	なし	言葉の遅れ	72	69	72	73	グループ	
男	2歳3か月	開業医	言葉の遅れ	65	62	68	54	なし	
男	2歳3か月	なし	言葉の遅れ	90	74	105	84	グループ+心理	
男	2歳3か月	なし	コミュニケーション	77	60	79	68	グループ+心理	療育センター
男	2歳4か月	開業医	発達全般の遅れ	77	69	70	94	なし	療育センター
男	2歳4か月	なし	言葉の遅れ	87	92	91	80	グループ	
女	2歳4か月	なし	言葉の遅れ	59	47	64	49	グループ+心理	
男	2歳4か月	なし	言葉の遅れ	27	45	21	21	なし	療育センター
男	2歳4か月	なし	言葉の遅れ	86	86	95	74	なし	
男	2歳4か月	保健所	言葉の遅れ	79	81	94	65	グループ	
男	2歳5か月	開業医	言葉の遅れ	56	85	54	40	心理	
男	2歳7か月	なし	コミュニケーション	88	106	82	92	心理	療育センター
男	2歳7か月	なし	こだわり	67	119	64	63	グループ+心理+OT	
女	2歳8か月	なし	こだわり	68	80	68	64	なし	在住市
男	2歳8か月	なし	言葉の遅れ	60	61	61	53	グループ+心理	療育センター
男	2歳11か月	なし	言葉の遅れ	69	67	69	72	心理	療育センター

(注) グループ：親子支援グループ
 心理：臨床心理士個別療法
 OT：作業療法士個別訓練

名、こだわりがある2名、発達全般の遅れ1名、奇声1名であった。言葉の遅れを主訴とする11名のうち2名は落ち着きがない、1名はこだわりがあることが次に気になるということであった。

5. 発達指数および診断

17名全員がDSM-IVに基づくADの典型例であり、診断に迷うことはなかった。新版K式発達検査2001⁸⁾を行い、発達指数 (developmental quotient, 以下DQ) のうち全領域DQが20台1名、50台2名、60台6名、70台4名、80台3名、90台1名であった。DSM-IVに基づきDQ70以下を精神遅滞 (mental retardation, 以下MR) とし、MRを伴うAD9名、MRを伴わないAD8名と診断した。全例再診時に母親または両親に対して、発達検査結果と行動特性を説明し、同時に診断名も口頭で告知した。

6. 療育プログラム

医師または行動評価により必要であると判断した療育プログラムを再診時に口頭で提示し、その中から保護者が選択して最終的に決定している。児に対しては社会性の向上を、保護者に対しては児の特性を理解し具体的な対応指導を行う目的で親子支援グループ、保

護者の不安が高い場合に臨床心理士個別療法、多動が激しい児に感覚統合目的で作業療法士個別訓練を提示した。

親子支援グループのみ3名、親子支援グループと臨床心理士個別療法4名、親子支援グループと臨床心理士個別療法と作業療法士個別訓練1名、臨床心理士個別療法のみ3名、なしが6名でそのうち2名には感覚統合訓練目的で市の療育センターを紹介した。全くプログラムのない3名は全例親子支援グループを提示したが、もう少し様子をみたいという保護者の希望であった。

7. 他施設紹介

感覚統合訓練目的に6名に市の療育センター、市外在住者1名に在住市の療育センターを紹介した。

V. 考 察

初診児177名中3歳未満は59名(33.3%)、59名中ADと診断した児は17名(28.8%)であり全員がDSM-IVに基づくADの典型例であった。

性別は男児15名、女児2名、年齢は1歳台が2名、2歳台が15名と2歳台の男児が多かった。

開業医と保健所からの紹介が5名で、日頃保護者が

相談しやすい立場にある開業医や保健師が発達障害の認識を高く持ち、且つ速やかに紹介受診へと導いてくれたことがわかる。紹介なしの12名のうち「病院のホームページを見て」が5名おり、広告活動も重要と思われる。

主訴は言葉の遅れ11名、コミュニケーションがとれない2名、こだわりがある2名、発達全般の遅れ1名、奇声1名と言葉の遅れが最も多い。

言葉の遅れを主訴とする11名の全領域DQは20~90台、言語・社会DQは20~80台、認知・適応DQは20~100台といずれも幅が広く、言語・社会DQ<認知・適応DQが8名であった。発達全般の遅れを主訴とする1名は全領域DQ77、言語・社会DQ94、認知・適応DQ70と言語・社会DQ>認知・適応DQであった。

当院での初診時療育プログラムは11名に行われている。17名全員に療育センターでの療育も含め何らかのプログラムを提示したが、3名がもう少し様子を見たいということで診察のみで経過をみることとなった。2名は療育センター、1名は在住市の療育センターへ紹介した。4名は当院と療育センターの療育を同時に行うこととなった。診断告知後は見だけでなく保護者への支援も重要で⁹⁾、親子支援グループや臨床心理士によるカウンセリングにより、障害の理解や問題行動に対する具体的対応のアドバイスをすると共に親子支援グループでは保護者同士のつながりの場を提供することも目的の1つとしている。これら親子支援は、児の成長に伴い変化し且つ長期にわたるため、総合病院においても医師1人だけではなく多職種との息の長い連携が必要である¹⁰⁻¹²⁾と考えられた。

市の療育センターに感覚統合訓練目的で紹介した児が6名いるが、訓練開始までに約1年を要する。院内で感覚統合訓練ができるよう設備設置の働きかけを病院側に継続して行っていく必要がある。

VI. 結 論

1. 3歳未満で発達や行動の問題を主訴に初診した児は全初診児の33%を占めた。
2. ADと診断した17名は全員がDSM-IVに基づくADの典型例であった。新版K式発達検査2001による全領域DQは20~90台と幅が広い。
3. 開業医、他病院、保健所および保護者に向けての広告活動も重要である。

4. 他施設との連携が必要であると同時に院内で感覚統合訓練実施可能な設備の設置を根気強く続けていく必要がある。
5. 見だけでなく保護者への支援も重要であり、医師1人だけではなく多職種との息の長い連携が必要である。

文 献

- 1) 神尾陽子. 自閉症スペクトラム障害の早期発見をめぐって. 教育と医学 2011; 59: 49-57.
- 2) 宮地泰士, 辻井正次. 自閉症スペクトラムの早期診断. 脳21 2007; 10: 228-231.
- 3) 橋本俊顕, 西村美緒, 森 健治, 他. 発達障害児の早期診断と早期介入について 自閉性障害. 脳と発達 2005; 37: 124-129.
- 4) 橋本俊顕. 広汎性発達障害児の診断および治療・療育指導. 小児科 2004; 45: 1621-1630.
- 5) 栗田 広. 自閉症スペクトラム 自閉性障害の診断法の発展. 小児科臨床 2008; 61: 2377-2380.
- 6) 杉山登志郎. 小児・思春期の精神障害治療ガイドライン 広汎性発達障害 (PDD) 自閉症. 精神治療学 2001; 16: 194-198.
- 7) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. Fourth Edition. WashingtonDC: America Psychiatric Association, 1994.
- 8) 京都国際社会福祉センター. 新版K式発達検査2001. 第2版. 京都:京都国際社会福祉センター発達研究所, 2002.
- 9) 杉山登志郎, 原 仁, 山根希代子, 他. 早期療育の成果に関する前方向視的研究. 乳幼児医学・心理学研究 2011; 20: 115-125.
- 10) 西脇俊二. 自閉症の医療と療育. 発達障害研究 2003; 25: 24-30.
- 11) 小枝達也. 発達障害児の早期発見と幼児期療育プログラムと学校との連携 子どもの好ましい発達のために. 特別支援教育の実践情報 2007; 23: 36-37.
- 12) 北原 信, 汐田まどか. 発達障害の早期診断とその課題. MEDICAL REHABILITATION 2009; 103: 9-17.