

O1-035

総合病院小児科における発達障がい児就学前親子支援グループの取り組み(2)

～参加児の検討～

小柴 ゆかり、東 由佳、大嶽 由佳、橋本 直子、
梶 瑞佳、芦見 真知、中野 加奈子、太田 國隆

六甲アイランド甲南病院 小児科

【はじめに】

六甲アイランド甲南病院小児科では、2011年度から就学前の発達障がい児を対象に「おひさまくらぶ」を実施している。「おひさまくらぶ」は5-6歳を対象に、就学に向けて子供たちの社会的スキルの向上を目的とし、1回1時間、月2回、全10回、半年を1クールとし、前期と後期の年2クール行っている。

【対象および方法】

2011年～2016年度に「おひさまくらぶ」に参加した34名について、性別、紹介の有無、初診時の年齢、初診時の主訴、診断、初診時の発達指数(Developmental quotient、以下DQ)、当院での親子支援グループの参加期間、について検討した。

【結果】

計6年間で参加した人数は34名(2011年度5名、2012年度5名、2013年度7名、2014年度6名、2015年度7名、2016年度4名)であった。男児が27名(79%)、女児が7名(21%)であった。初診時、他院からの紹介や園から受診をすすめられた児が13名(38%)、紹介なしの児が21名(62%)であった。

初診時の平均年齢は4.1歳で、主訴はことばの遅れが16名(47%)と最も多く、集団生活でのトラブル・問題が12名(35%)、落ち着きがないが3名(9%)、その他が3名であった。

初診時の診断は自閉症スペクトラム(Autism Spectrum Disorder、以下ASD)が31名(91%)、ASD+注意欠如・多動性障害が2名、Aspergerが1名であった。初診時のDQは69以下が2名(6%)、70～84と85以上がそれぞれ16名(47%)であった。おひさま参加期間は1クールのみが7名(21%)、2クールが27名(79%)であった。また、おひさまくらぶ参加前に当院でのいるか/くじらくらぶに参加していた児は27名(79%)であった。

【まとめ】

当院での発達障がい児就学前親子支援グループ「おひさまくらぶ」参加児は男児が8割を占め、診断としてはASDの児が9割と最も多かった。DQは70～84と85以上が約半数ずつを占め、他機関の療育グループ支援を得られない児が多かった。初診時の平均年齢は4.1歳で、当院で施行している、いるか/くじらくらぶ経験児が約8割を占めていた。

O1-036

神経発達症を持つ児への地域支援
～ケース会議症例からの検討～

西倉 紀子、澤井 ちひろ、阪上 由子、
小池 由香里、竹内 義博

滋賀医科大学 小児発達支援学講座

【はじめに】

近年、神経発達症を持つ児への支援は、教育・保健・医療・福祉・司法等さまざまな領域で展開されるようになった。ケース会議は多職種の関係者が情報を共有し、より良い支援ができるよう行われる。本学小児発達支援学講座に所属する医師が担当する児を対象として開催され、医師が参加したケース会議について検討した。

【方法】

平成28年1-12月までの1年間に実施した25件のケース会議を対象とした。児の診断および合併障害、医療的支援の内容、家族背景、地域精神保健・福祉リソースとの連携等について検討した。

【結果】

対象児は延べ26名で年齢6-21歳(中央値11歳)男女比9:4であった。要保護児童が半数にみられ、38%は子ども家庭相談センターと連携していた。児の診断は半数が自閉スペクトラム症で、反応性愛着障害を35%、知的発達症を30%に認めた。情緒的な二次障害である内在化障害(不安や抑うつ感等の精神症状、不登校)は85%に、行動上の二次障害である外在化障害(攻撃性をもつ暴行・暴言や非行)は65%に認めた。また、医療的な介入として薬物療法が65%に施行されていた。家族要因として母子家庭や父から母への家庭内暴力等が73%に、母を中心とした家族に神経発達症やその他精神疾患の合併を65%に認めた。ケース会議の参加者は医療(医師、心理士)、教育(担任、コーディネーター)、福祉(市町の発達障害支援室、放課後デイ、子ども家庭相談室、子ども家庭相談センター)等が多く参加し、延べ人数は156人、平均6.2人で開催された。検討事項は家庭での養育困難、母子関係の問題、不登校を含め学校での不適応や学習困難が主なものだった。

【考察】

神経発達症の特性(対人・行動・スキル習得等)の顕在化のピーク時期には、発達特性の諸問題が適応困難として重層化すると推測され、思春期時期でケース会議を必要とする例が多くみられた。医療機関を受診しケース会議を必要とした児は内的な怒りや葛藤から生じる極端な反抗、暴力、反社会的行為といった行為上の問題や、不安、気分の落ち込み、不登校等の情緒的問題を持つことが多かった。家族の要因としても精神疾患の合併が多く認められ、親と子の双方に支援が必要な症例が多く精神科と連携した包括的医療が望まれる。問題が複雑化・深刻化した場合は家族全体を支援する必要があり支援ネットワークの構築のためにケース会議は必要である。