

原 著

知的障害者福祉施設 S 園における入所者の特徴と 作業療法士の役割

牛山美和¹⁾, 佐藤陽子¹⁾, 神子嶋誠²⁾, 大島良彦³⁾

The role of occupational therapists in a residential facility for adults with intellectual disabilities

We examined the occupational and physical therapists' charts of residents in the facility for adults with intellectual disabilities which we have worked in as part-time occupational therapists for four years and nine months. We asked the carers to fill-out questionnaires about residents' individual occupational therapy, to help us understand the role of occupational therapists in these facilities.

The results were as follows : 1) residents in their twenties and thirties occupied 70 percent of the facility and there was a tendency that younger residents had poorer social skills. 2) Though all residents could walk alone, 64 percent of them had some physical disabilities as well as intellectual disabilities. 3) In the questionnaire, the carers requested the following from the occupational therapists ; physical examinations of residents, guidance for residents' exercises, and advice for coping with problem behaviors and leisure activities.

It was concluded that the role of occupational therapists in residential facilities is threefold. They must carefully carry out and evaluate residents' physical examinations, develop daily exercise programs which are concrete and practical for the carers and help the carers learn how to address problem behaviors and adapt suitable leisure activities.

Key words :

Adults with intellectual disabilities (知的障害者), Residential facility (入所施設), Role of Occupational therapist (作業療法士の役割)

1) 信州大学医療技術短期大学部作業療法学科 ; USHIYAMA Miwa, SATOH Yoko, Dept. of Occupational Therapy, School of Allied Medical Sciences, Shinshu Univ.

2) 信州大学医療技術短期大学部理学療法学科 ; KAMIKOJIMA Makoto, Dept. of Physical Therapy, School of Allied Medical Sciences, Shinshu Univ.

3) しらかば園 ; OSHIMA Yoshihiko, Shirakabaen

はじめに

知的障害者更正施設は、知的障害者福祉法による社会福祉施設であり、18歳以上の知的障害者を入所させ保護するとともに、更正に必要な指導訓練を行うことを目的として設置されている¹⁾。1998年10月現在の全国の施設数は1515カ所であり¹⁾、施設の需要は高く、毎年新增設が続けられている²⁾。入所者の生活指導や援助は、主に生活指導員（以下、指導員）によってなされているが、こうした施設に作業療法士（以下 OT）が勤務していることは極めて少なく、2000年度の全国調査ではわずか6人に過ぎない³⁾。

筆者らが関わってきたS園は、1990年に開設された入所定員80人の知的障害者更正施設である。1996年4月より、月1回の頻度で施設を訪問し、非常勤理学療法士（以下 PT）の協力を得ながら、作業療法や理学療法を行っている。内容は、入所者の身体機能や精神機能を評価し、その入所者に必要な訓練の方法などを指導員に指導する個別の指導（以下、個別指導）、集団を対象としたレクリエーションなどである。実施するにあたり、施設側との協議を重ね、試行錯誤を重ね、現在に至っているが、施設における OT の業務内容や役割などは、いまだ不明確なのが現状である。

今回、個別指導の記録を調査・分析するとともに、指導員に対して個別指導に関するアンケート調査を実施し、その結果から、S園における入所者の特徴と OT の役割を検討したので報告する。

方法

1. 個別指導記録の分析

1996年4月から2000年12月までの4年9ヶ

月間に実施した OT・PT による評価や指導の記録を分析した。分析項目は、障害名、合併症、評価時の年齢、身体機能の評価、精神機能の評価、日常生活活動（以下 ADL）の自立度、指導員に対する具体的な指導内容、S-M社会生活能力検査の社会生活指数（SQ）の8項目であった。S-M社会生活能力検査は1997年から1998年に実施された結果を採用し、その他の情報はすべて「PT・OT 個別指導記録」から抽出した。

2. 指導員に対するアンケート調査

S園の全指導員29人を対象に、筆者らが作成した個別指導に関するアンケート調査を実施した。調査用紙を施設に持参し回答を依頼した。調査項目は、OT・PTが実施した個別指導の同席の有無、同席回数、指導内容の実施程度、個別指導への希望内容の4項目であり、選択肢の中から択一回答または複数回答で回答してもらった。

個別指導の概要

個別指導は、OTとPTが交代で訪問し、指導員が評価の必要性を判断した入所者に対して実施した。筆者らが作成した評価用紙に、指導員が事前に基礎情報（氏名、年齢、診断名、合併症など）、身体面や精神面の状態、ADLの状況などを記載し、それをもとに、指導員同席の下で、OT・PTが身体機能、精神機能などを評価した。評価の結果、日常的に訓練が必要と判断された入所者に対しては、訓練プログラムや日常での関わり方を指導員に指導した。また評価結果と指導内容は、各入所者の「PT・OT 個別指導記録」ファイルに記録し、指導員にはその記録も参考に、訓練プログラムを日常業務の中で実施してもらった。

指導員が継続的な指導が必要と判断した入所者については、要望に応じ再評価や再指導を行った。

結 果

1. 入所者の特徴

1) 入所者の基礎情報

指導員の要請に応じて個別指導を実施した入所者は67人（男性41人，女性26人）であり，全入所者の84%であった。対象となった入所者のうち54人（81%）は，開所当初からの入所者であり，平均入所期間は6年5ヶ月であった。主な障害は，知的障害単独が48%と最も多く，次いで身体障害を伴う者18%，自閉傾向を伴う者16%であった（表1）。加えて，てんかんを合併している入所者は30人（45%）であった。

平均年齢は35.9±11.9歳であり，20代が42%と最も多く，次いで30代が28%と多かった（表2）。S-M社会生活能力検査の平均SQは41.1±26.5であり，半数以上はSQが35未満と低かった（表3）。年齢とSQの関係を見ると，20代と30代では，SQ 35未満が半数以上を占め，50代，60代では，半数以上

表1 入所者の主な障害（n=67）

障 害	人 数	%
知的障害単独	32	47.8
身体障害を伴う	12	17.9
自閉傾向を伴う	11	16.4
ダウン症	6	9.0
その他	6	9.0

表2 入所者の初回評価時年齢（n=67）

年 代	人 数	%
20歳代	28	41.8
30歳代	19	28.4
40歳代	7	10.4
50歳代	8	11.9
60歳代	5	7.5

がSQ 50以上であり，若い入所者ほどSQが低い傾向が見られた。40代は，SQが高い群と低い群に二分されていた（表4）。

2) 身体機能・精神機能面

評価の結果，身体機能面に何らかの問題を持つ入所者は43人（64%）であった。その内容は，上位から関節可動域制限21人，脊柱・下肢変形15人，腰痛・膝痛9人などであった（表5）。

精神機能や行動面において，生活上特に問題となる事柄を有していた入所者は30人（45%）であった。その内容は，自傷7人，他害9人，気分変動7人などであり，多岐に渡っていた（表6）。

表3 入所者の社会生活指数（n=67）

SQ	人 数	%
70以上	13	19.4
50～69	9	13.4
35～49	8	11.9
20～34	20	29.9
20未満	17	25.4

表4 入所者の年齢と社会生活指数の関係 単位：人

年齢 SQ	20代	30代	40代	50代	60代	計
70以上	2	1	4	3	3	13
50～69	3	3	0	2	1	9
35～49	3	3	0	1	1	8
20～34	11	6	2	1	0	20
20未満	9	6	1	1	0	17
計	28	19	7	8	5	67

表5 入所者の身体機能の問題

内容	人数	%
関節可動域制限	21	31.3
脊柱・下肢変形	15	22.4
腰痛・膝痛	9	13.4
柔軟性低下	5	7.5
筋緊張異常	5	7.5
易疲労性	3	4.5
筋力低下	3	4.5

3) ADLの自立状況

入所者のADLの自立状況を表7に、ADL上の問題点を表8に示した。歩行は全員可能であったが、歩容が悪い23人、転倒しやすい

表6 入所者の精神・行動面の問題

内 容	人 数
他 害	9
自 傷	7
気分変動	7
固 執	6
夜間覚醒	6
破 壊	5
パニック	5
異 食	3
多 動	3
寡 動	2

表7 入所者のADL自立度 (n=67) 単位:人(%)

項目	自立	一部介助	全介助
歩行	67(100.0)	0(0.0)	0(0.0)
食事	54(80.6)	11(16.4)	2(3.0)
更衣	41(61.2)	19(28.4)	7(10.4)
排尿	49(73.1)	18(26.9)	0(0.0)
排便	36(53.7)	31(46.3)	0(0.0)
入浴	22(32.8)	45(67.2)	0(0.0)

表8 入所者のADLの問題点

項目	内容	人数	%
歩行	歩容が悪い	23	34.3
	転倒しやすい	5	7.5
	スピードが遅い	3	4.5
食事	マナーが悪い	27	40.3
	咀嚼・嚥下不十分	24	35.8
更衣	着脱一部介助	10	14.9
	ボタンのみ介助	9	13.4
排尿	誘導を要す	10	14.9
	後始末の確認	8	11.9
	動作の介助	2	3.0
排便	後始末の確認	31	46.2
	動作の介助	3	4.5
入浴	洗髪・洗体全介助	34	50.7
	洗髪・洗体一部介助	11	16.4
	移動の誘導・介助	14	20.9

5人などの問題を有していた。食事動作は54人(81%)が自立していたが、立ち歩く、こぼす、他人の物を取る、手づかみ食べなど、マナーに問題がある者が27人と多く、また口腔機能の問題を有する者が24人認められた。更衣動作は一部介助の者が19人(28%)であり、排泄動作では、動作の介助よりも誘導や後始末の確認を必要とする者が多かった。入浴動作は半数以上が介助を要し、洗髪・洗体が全介助の者が多かった。

4) OT・PTの指導内容

評価結果に基づき、指導員に対してOT・PTが指導した訓練プログラムなどの内容を表9に示した。関節可動域訓練の方法指導66件をはじめ、散歩などの軽い運動の指導38件、装具・靴に関する指導22件など、身体機能や歩行に関連する指導内容が上位を占め、ADLや日常での関わり方に関連した指導は少なかった。

指導員の要請により、再評価・再指導を実施した入所者は67人中24人であった。その中には初回評価後に歩行が困難となった2人が含まれていた。1人の実施回数は2回~11回、平均4.3回と入所者によって回数のばらつきが大きかった。

表9 OT・PTによる指導内容

内 容	件数
関節可動域訓練の方法指導	66
散歩などの軽い運動の指導	38
下肢装具・靴の指導	22
作業や日常生活の姿勢指導	17
歩行訓練の方法指導	14
車いす・歩行器の指導	13
転倒防止の指導	7
起居動作訓練方法の指導	7
医療機関受診の勧め	7
問題行動等への対応方法指導	7
食事動作の指導	4
その他	13

2. 指導員に対するアンケート結果

1) 指導員の基礎情報

指導員全員が回答していた。指導員の性別、年齢、勤務年数、個別指導の同席経験の有無と同席回数を表10、表11に示した。指導員29人中24人(83%)が個別指導に同席して

表10 指導員の基礎情報 (N=29)

項目	内 訳	人数	%
性別	女性	17	58.6
	男性	10	34.5
	無回答	2	6.9
年齢	20歳代	12	41.4
	30歳代	6	20.7
	40歳代	4	13.8
	50歳代	6	20.7
	無回答	1	3.4
勤務年数	0～3年	8	27.6
	4～6年	9	31.0
	7～9年	6	20.7
	10年以上	6	20.7

表11 指導員の個別指導同席経験と回数

項目	内 訳	人数	%
同席経験 (n=29)	あり	24	82.8
	なし	5	17.2
同席回数 (n=24)	1回	4	16.7
	2回	4	16.7
	3回	3	12.4
	4回以上	13	54.2

おり、そのうち半数以上は4回以上同席していた。

2) 指導内容の実施程度

指導員がOT・PTから指導を受けた内容11項目について、日常業務における指導内容の実施程度を、“よくできた”・“まあまあできた”・“あまりできなかった”の3段階で評価してもらった。“よくできた”と“まあまあできた”を合わせると、関節可動域訓練70%、散歩などの軽い運動92%、適切な靴の選択86%、歩行訓練75%、下肢装具の注文83%など、すべての項目が過半数を超えていた(表12)。

“あまりできなかった”と回答した指導員に対し、その理由を7項目の中から複数回答で回答してもらったところ、時間不足7人、対象者の拒否6人、担当者の交代4人であり、他の4項目は選択されなかった(表13)。

3) 今後の個別指導の希望内容

今後の個別指導で指導を希望する内容について、身体機能に関すること、精神機能に関すること、ADLに関することなどの21項目から複数回答してもらった結果を表14に示した。上位を占めた5項目は、身体機能の評価79%、関節可動域訓練の方法55%、自傷・他

表12 指導を受けた内容の実施程度

単位：人 (%)

内 容	よくできた	まあまあできた	あまりできなかった	計
関節可動域訓練の方法	2(10.0)	12(60.0)	6(30.0)	20(100.0)
散歩などの軽い運動	2(15.4)	10(76.9)	1(7.7)	13(100.0)
適切な靴の選択・購入	3(37.5)	3(37.5)	2(25.0)	8(100.0)
歩行訓練の方法	2(25.0)	4(50.0)	2(25.0)	8(100.0)
下肢装具の購入	4(66.7)	1(16.7)	1(16.7)	6(100.0)
起居動作訓練の方法	1(33.3)	2(66.7)	0(0.0)	3(100.0)
作業やADLの姿勢	1(20.0)	4(80.0)	0(0.0)	5(100.0)
車いす・歩行器の適用	1(25.0)	3(75.0)	0(0.0)	4(100.0)
医療機関受診の勧め	1(25.0)	1(25.0)	2(50.0)	2(100.0)
自助具・介助具の紹介	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	2(100.0)
口腔機能訓練の方法	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)

表13 あまりできなかった理由（複数回答）

項目	人数
時間がなかった	7
入所者が拒否した	6
担当者が交代した	4
目的が分からなかった	0
内容が理解できなかった	0
必要性を感じなかった	0
入所者に危険であった	0

表14 個別指導で指導を希望する内容（複数回答）

項目	人数	%
身体機能の評価・診断	23	79.3
関節可動域訓練の方法	16	55.2
問題行動に対する対応方法	16	55.2
余暇活動・生き甲斐作りへの助言	15	51.7
老化予防に関する助言	15	51.7
日常生活の過ごし方に対する助言	12	41.4
歩行器・車いすの紹介・適応	10	34.5
自助具・介助具の紹介	8	27.6
病気や障害に対する知識	8	27.6
起居動作の方法	7	24.1
適切な靴の選択への助言	7	24.1
装具に関する指導	6	20.7
作業姿勢に対する助言	6	20.7
入所者に適した作業種目への助言	6	20.7
医療機関受診の有無判断	5	17.2
歩行訓練の方法	5	17.2
散歩など軽い運動の指導	5	17.2
更衣動作の自立に関する指導	5	17.2
食事動作・口腔機能に関する指導	4	13.8
排泄動作の自立に関する指導	3	10.3
入浴動作の自立に関する指導	2	6.9

害などの問題行動への対応方法55%、余暇活動・生き甲斐作りへの助言54%、老化予防に関する指導54%であった。ADLに関する項目はいずれも回答が少なかった。

考 察

OT・PTが4年9ヶ月間に実施した入所者の評価やそれに応じた指導内容の記録の分析、および指導員に対するアンケート調査の結果から、S園における入所者の特徴と今後の課題、S園におけるOTの役割の2点にま

とめ、考察した。

1. 入所者の特徴と今後の課題

全入所者80人中67人がOT・PTの対象となったが、その対象者の特徴は、①20～30代が70%を占めていたこと、②年齢が若い入所者ほど社会生活能力が低かったこと、③歩行は全員獲得しているものの、関節可動域制限や脊柱・下肢の変形など身体機能面の問題を有している者が約6割を占めていたこと、④ADL面では、入浴における約3割の自立以外は、食事、更衣、排泄はほぼ半数以上の者が何とか自立していたこと、の4点であった。全国の知的障害者更正施設在所者の年齢傾向では、40歳以上の割合が45%と報告されており⁴⁾、それに比べS園の入所者は若年者が占める割合が高く、これは、S園は11年前に開設されており、歴史の浅い施設の特徴が反映された結果であると考えられた。また、若い入所者ほど社会生活能力が低いことから、重度な知的障害により、在宅での生活が困難なために入所している者が多いことも推察された。

しかしながら、若年の入所者が多い割には、身体機能面の問題を有していた者が多かったが、その理由は、乳幼児期に指摘される知的障害は、知的発達の遅れ以外にも運動発達の遅れを有する場合が多く、運動発達の特徴として、筋緊張の低下、前庭-姿勢反応の未熟性、同時収縮や協調運動の未熟性などを認めることがある^{5,6)}。このような運動発達のゆがみが充分改善されないまま成人してしまうと、身体バランスの不良、協調性に欠けた身体のぎこちない動き、非効率的な身体活動、易疲労性など身体的な問題を生じやすい。したがって、対象者の6割が何らかの身体的な問題を有していたのは、乳児期の運動

発達のゆがみや遅れが充分改善されずに成人期に至ってしまった結果であると思われる。また、ダウン症などでは早期老化が起こることも報告されていることから^{4,7)}、年齢的には若くても、健常者よりも早く、心身機能の低下を生じる可能性があることを考慮しなければならない。

現段階での対象者のADL面では、歩行能力は獲得しており、他のADLに関しても身体能力に対する介助というより、認知面の未熟さによるADL誘導や介助を必要とする者が多かった。しかしながら、社会生活能力が高い、すなわちADL能力が高い高齢者も加齢とともに能力の低下が予想され、指導員の介助量が急速に増大することが予測できる。したがって、知的障害者の施設と言えども、ADLに結びついた身体機能の詳細な評価や問題点の改善、あるいは、身体機能の維持をはかるプログラムなどは、必要不可欠な課題であると思われる。このことは、入所者の生活能力の自立度を比較的維持することに貢献し、今後予想される施設職員の身体的・精神的負担の軽減にも貢献すると思われる。

2. S園におけるOTの役割

2000年度の作業療法士会員統計によると、知的障害者更正施設に勤務しているOTは、6人と極端に少ない³⁾。しかしながら前述したような知的障害者の特徴から、医療的サービスの必要性は高い。そこで、S園における作業療法士の役割を以下の3点に集約した。

1) 身体機能の評価および指導

筆者らが指導員に対して具体的にを行った指導内容は、関節可動域訓練の方法、散歩などの軽運動メニューの提示、靴や装具に関する助言など、身体機能に関する内容が多かった

が、これは歩行を中心とした移動能力の改善に関連した指導内容でもあった。また、指導員が筆者らに期待する指導内容も、身体機能の評価が最も多く選択され、次いで身体機能の現状維持のための訓練や老化予防に対する機能訓練などが選択されていた。このことは、日頃の入所者との関わりを通して入所者の身体機能面の微妙な低下を敏感に感じ取り、将来、移動能力が低下することを予想している指導員の、OT・PTの専門的な知識や技術が必要であるとの差し迫った要求であると思われる。

2) 実践可能なプログラムの作成

指導内容の実施程度を見ると、ほとんどの指導員は実施できたと回答している一方で、“時間がない”“入所者に拒否された”などの理由で実施できなかったとの回答もあった。物理的な時間の制限はやむを得ないが、知的障害者の障害特性、例えば、訓練の目的が理解されないために協力してもらえない、新しいことに柔軟に対応できないなどの理由で実施できなかった対象者に対しては、各々の障害特性を考慮し、日常生活に無理なく組み入れられ、対象者の協力が得られるような訓練プログラムを提供することが必要不可欠であり、これらはOTの専門性にかなった役割であると思われる。

3) 作業療法的アプローチ

指導員に対するアンケート調査の結果では、身体機能に関する要望以外に、問題行動への対応方法や余暇活動に関連した生活の質を高める項目に選択頻度が高かった。このことは生活障害にアプローチする作業療法に対する認識が深まった結果であると思われる。対象者の問題行動は、両者ともに何とかしなければならないという問題意識を持ってはいたものの、指導員がOT・PTの仕事を理解

するには時間が必要であり、またOT・PTにとっても訓練の必要性が高く、かつ指導員が取りかかりやすい身体機能面に対する指導を最優先させた結果であったと思われる。しかしながら、約半数の入所者がさまざまな問題行動を有しており、緊急にその対処法を検討する必要がある。そのためには作業療法の視点から、対象者の生活や問題行動の原因、内容頻度などをよりきめ細かに評価する必要があり、また、OT・PTと指導員のより緊密な情報交換も必要である。

生活の質を高める余暇活動などの要望に対して言及すると、当施設の入所者は、日々のADL以外に、生活のメリハリをつける目的で、身体・精神機能の能力に応じたプログラムに参加している。能力の高い者で構成される作業班（洗濯作業、染め物、薪作り、農産物生産、和紙作りなど）と、クラブ活動（散歩、料理、運動、音楽、手芸、ドライブなど）のいずれかに参加するように計画されており、加えて、年に8、9回行われる全員参加の行事（レクリエーション大会、もみじ祭り、スポーツ大会など）もある⁸⁾。これらの活動はすべて指導員が介入しているが、指導員が介入して行われる作業や活動では、机や椅子の高さの調整、用具や物品の人間工学的な配慮、行程や手順の見直しなど、環境調整に関する助言や提案、あるいは作業工程のモールステップに応じた指導法などがOTの役割となると考えられる。また、指導員が介入しない自由時間の過ごし方は、ADLの介助量が多い入所者ほど難しく、またそのことで問題行動を誘発してしまう場合もある。自由時間の過ごし方は、①指導員の手を借りずにひとりで行える、②周囲に安全で迷惑をかけない、③本人自身にも安全である、④非生産的であっても集中して過ごせる、などの条

件を満たす活動が望ましい。そのためには対象者の興味や関心を持つものは何か、それはどのような条件を満たしているかなどを検討し、各々にあった余暇活動を開発することが必要であり、これらはOTに課せられた今後の課題である。

まとめ

S園入所者のOT・PT個別指導記録の分析と、指導員に対するアンケート調査から、入所者の特徴とOTの役割を検討した。

入所者の特徴として、①20～30歳代の若年層が多いこと、②若い入所者ほど社会生活能力が低いこと、③歩行は全員獲得しているが、約6割は身体機能面の問題を有していること、④入浴以外のADLは半数以上が自立していることが示された。また、指導員が個別指導に望む指導内容は、身体機能の評価および訓練、問題行動の対処法、余暇活動に対する助言などであった。

以上のことから、OTの役割は、①身体機能の評価、②実践可能なプログラムの作成、③問題行動や余暇活動に対する作業療法的アプローチの3点に集約された。

文 献

- 1) 財団法人厚生統計協会：2000年版国民の福祉の動向。厚生指標臨時増刊47：161-168, 2000.
- 2) 岡田喜篤：施設支援。脳と発達32：347-251, 2000.
- 3) 日本作業療法士協会調査部：2000年度日本作業療法士協会会員統計資料。作業療法20：386-397, 2001.
- 4) 日本精神薄弱者福祉連盟編：発達障害白書1998年版。94-97, 日本文化科学社, 東京, 1997.

- 5) 中山修：精神遅滞，日本作業療法士協会（編著），作業—その治療的応用—，第1版，397-403，協同医書出版社，東京，1985.
- 6) 伊藤利之：精神遅滞の社会適応，岩谷力，土肥信之（編），小児リハビリテーションⅡ，第1版，314-316，医歯薬出版株式会社，東京，1991.
- 7) 新井幸夫，吉原幸子，飯沼和三：年長Down症候群26例の頭部単純CT所見について，脳と発達27：17-22，1995.
- 8) しらかば園平成13年度事業計画.

受付日：2001年10月1日

受理日：2001年11月22日