

厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

障害者自立支援法下での重症心身障害児・肢体不自由児等の
障害程度に関する客観的な評価指標の開発に関する研究
(H18-障害-一般-002)

平成18年度 総括研究報告書

主任研究者 口分田 政夫

平成19(2007)年3月

障害者自立支援法下での重症心身障害児・肢体不自由児等の 障害程度に関する客観的な評価指標の開発に関する研究

（H18－障害－一般－002）

主任研究者 口分田 政夫 重症心身障害児施設 第一びわこ学園 園長

【研究要旨】

障害者自立支援法の下では、重症心身障害児(者)や肢体不自由児(者)の日中活動は、療養介護と生活介護への移行が想定されている。そのためには、一人ひとりの障害程度の評価が、支援のニーズに基づいて客観的に行われる必要がある。本研究では、重症心身障害児(者)や肢体不自由児(者)の障害程度の評価にあたって、介護度に医療度や発達支援度の評価軸を加え、生活ニーズに即した、客観的な評価基準を作成することを目的としている。

本年度の研究では、①現在の障害程度区分認定の判定調査項目では、重症心身障害児(者)の非医療的介護度は、ある程度判定できるが、医療度や療育の必要度、あるいは行動障害を示す、利用者への行動援護度や医療の必要度は十分に反映していないことが判明した。②また、18歳未満の利用者には、介護度に加えて、医療度や発達支援度、といった要素を加味した、評価項目が必要であると判明した。特に虐待での入所ケースが2割にも達している現実があり、こころのケアの必要度や家族支援の必要度も加味される必要があると判断された。③また、超重症児(者)のタイムスタディでは、障害程度区分認定の判定調査項目による基準時間では、十分算出、反映できない医療ケアや見守りの時間、排痰や呼吸などの目的での体位変換などの時間があった。

今後、現在の判定調査票に、加えて医療度や発達支援・療育度、社会支援度などのニーズを判定調査表に反映させる必要があると考えられた。

分担研究

横地 健治（聖隷おおぞら療育センター 所長）

森下 晋伍（聖ヨゼフ整肢園 麦の穂学園 施設長）

平野 誠（国立病院機構肥前精神医療センター 院長）

西野 千郷（札幌あゆみの園 園長）

松葉佐 正（芦北学園発達医療センター 副園長）

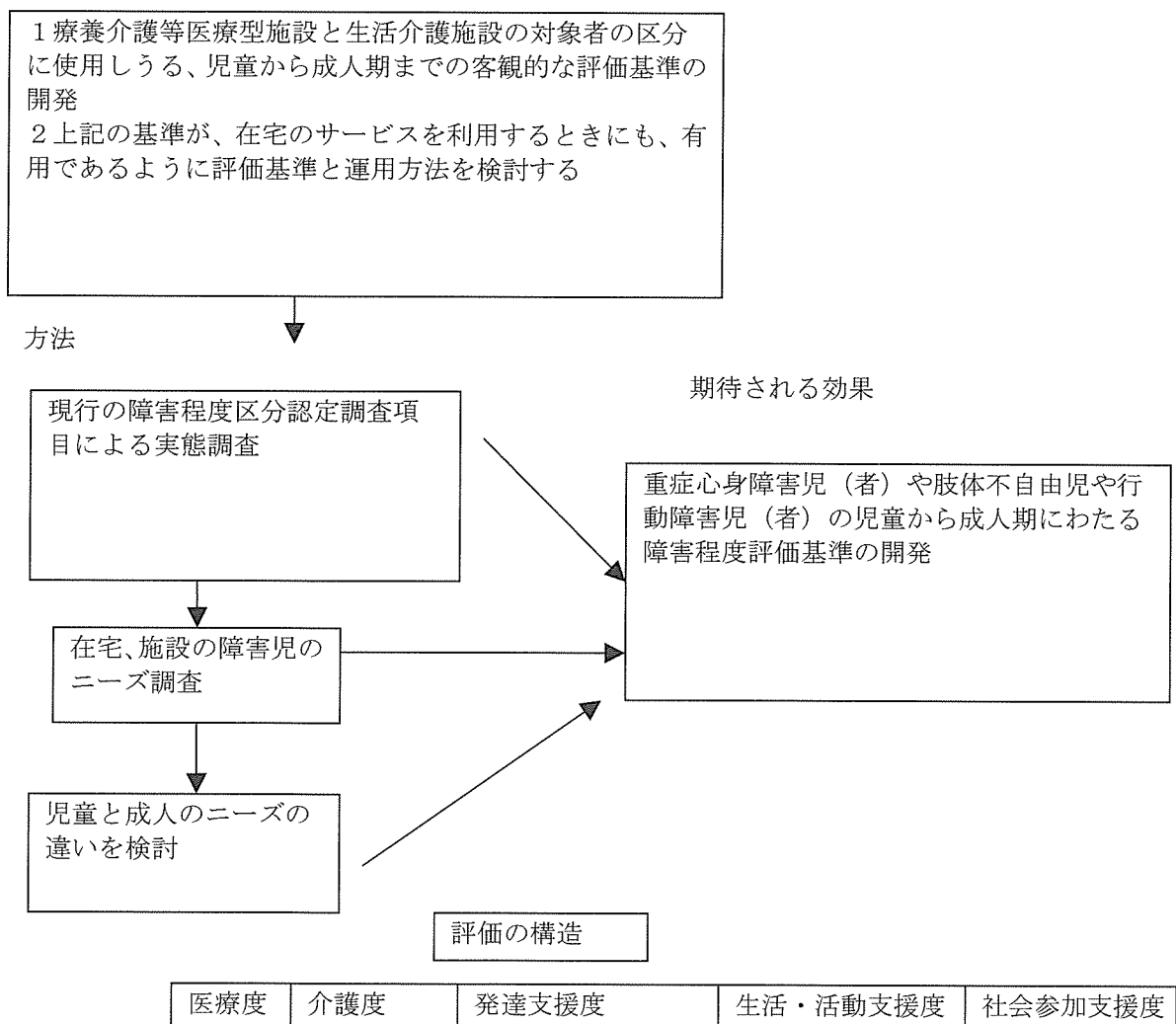
A. 研究目的

重症心身障害児施設は今後、自立支援法の中で、18歳以上は療養介護施設への移行、18歳未満と年齢超過対応で重症心身障害児施設の存続というように、二つの施設体系がしばらく共存することになる。この3年間で児童福祉法の改正が行われ、見直しが始まる重症心身障害児施設や肢体不自由児施設は、病院である体系をとりながら、児童福祉施設として発展してきた。その中で、医療と福祉教育を併せた支援として療育体系を作り上げてきた。しかし、一人ひとりの障害程度やニー

ズが十分客観的に評価されないまま、他の施設体系での支援が困難という理由だけで、措置、判定されてきた矛盾も抱えている。新しい制度への転換の中で、重症心身障害児(者)や肢体不自由児(者)等医療を要する障害児(者)に対して、支援のニーズは何かという視点からの障害程度判定の客観的な開発が求められている。

また、在宅では、日中活動やホームヘルプ、ショートステイ、医療などの支援を組み合わせながらの生活となる。自立支援法では、重度包括支援という事業形態があるが、どのよ

図1 研究全体の概要



うな障害程度区分に、どのような支援が必要かを明らかにする必要がある。

特に医療ニーズや発達支援ニーズに関しては、児童に関する評価基準は、これまでのところほとんど見当たらず、本研究による開発が望まれる。施設サービスだけではなく、在宅障害児(者)のニーズ把握やサービス提供にも寄与する指標となることが期待される。

図1に研究の概要を図示する。

B. 研究方法

1. 評価の考え方

ICFの考え方をいかして、評価軸の再構成をおこなっていく。(図2)

そして、医療度などの、既存の評価表を、総合的な枠組みの中で、評価し、活用していく。ただし、上田敏のいうように以下の視点は重要である。

「生活機能、障害の構造論は、障害のある人の現状を解釈するためではなく、よりよい方向に変えるためにこそある。」

障害のある子どもから成人、特に重症心身障害の方や行動障害の方の利用を想定し、よりよい生活への指標となるような、評価項目を作っていく必要がある。上田らは、図2に示すように、主観的体験を含めて考えることで、真の「生きることの全体像」を示すモデルを提案している。

既存の評価項目がICFの考え方では、どの項目を評価しているのかを以下に示した。

- 1) ICFの心身機能・身体構造に関連する既存の評価項目
①重症心身障害児(者)医療度調査(日本重症児福祉協会作成)(表1)。これらはタイムスタディによっての時間的重みづけ

図2 ICFのモデル図 (ICFの理解と活用、上田ら改変「真の生きることの全体像」より)

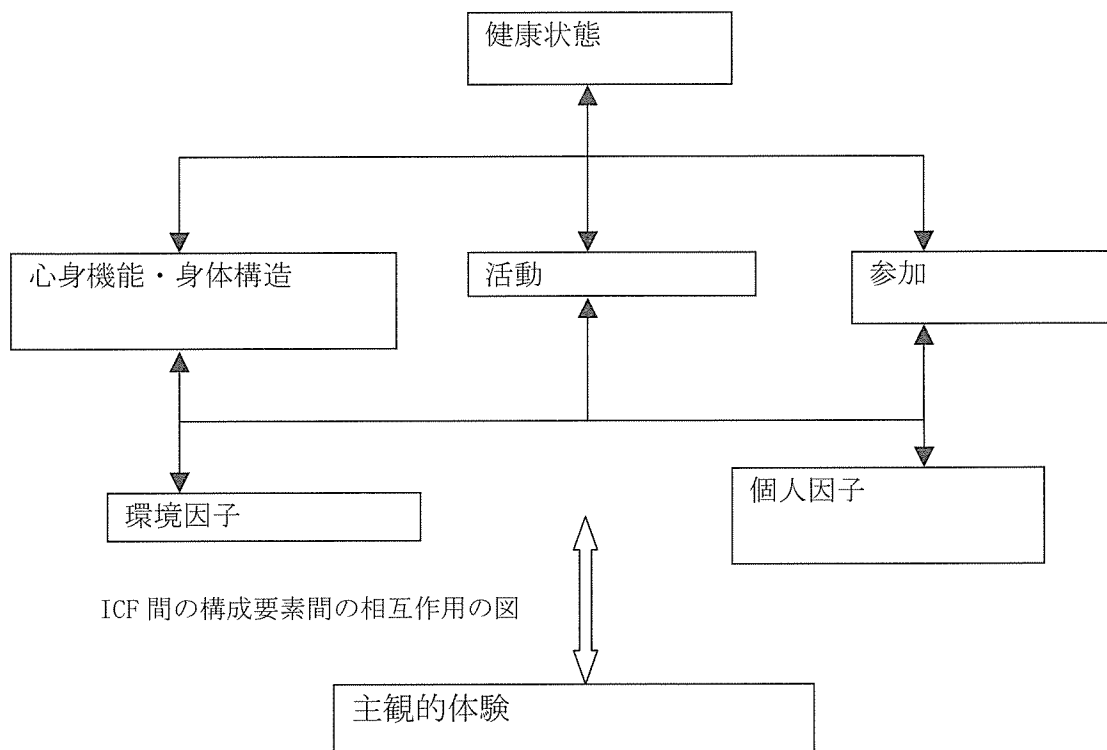


表 1 医療評価表（日本重症児福祉協会作成）

領域	項目	1	2	3	4	点数
I) 消化管	①摂食機能	しばしばむせこみ、ペースト、刻みなど特殊な栄養形態が必要、あるいは食事に40分以上の時間がかかる。	しばしばむせこみ、ペースト、刻みなど特殊な栄養形態が必要、かつ月に1回以上、経管栄養の併用が必要となる。	経管栄養で胃へのチューブの留置が栄養時、常時必要（胃瘻、口腔ネラトン含む）	経管栄養で、常時小腸への留置が必要（胃瘻、腸瘻含む）	
	②嘔吐・消化管機能	嘔吐や消化管機能の問題のため、月に2日以上メニューの変更や絶食が必要である。	嘔吐や消化管機能の問題のため、月に5日以上メニューの変更や絶食が必要である。または点滴が月に1回以上必要となる。	嘔吐や消化管機能の問題のため、1ヶ月以上の長期間のIVHが必要になることが年に1回以上ある、あるいは月に10日以上点滴が必要となる。	常時IVHが必要	
	③胃食道逆流	コーヒー様嘔吐や前吸引が月に1回以上ある。	制酸剤で抑制されないコーヒー様嘔吐や前吸引が週に1回以上ある。	制酸剤で抑制されないコーヒー様嘔吐や前吸引が1日1回以上ある	胃食道逆流防止術を受けている、あるいは制酸剤で抑制されないコーヒー様嘔吐や前吸引が1日3回以上ある	
II) 呼吸・循環	④呼吸機能1	喘鳴があり、吸引が1日、1回以上必要であるかネプライザーが1日1回以上必要である	エアウェイ（鼻咽頭）が毎日必要である、あるいは吸引が1日6回以上かネプライザーが1日3回以上必要である	気管切開あるいは気管内挿管が必要である。	人工呼吸器による呼吸管理が必要である	
	⑤呼吸機能2	酸素飽和度が90以下になること月に数回以上あり対応が必要になることがある。あるいは呼吸不全のため、少しでも酸素投与を必要とすることが月に3日以上ある	酸素飽和度が90以下になること週に何度かあり、何らかの対応が必要となる。あるいは呼吸不全のため、少しでも酸素投与を必要とすることが、週に3日以上ある	酸素飽和度が90以下になることが1日に何度かあり、あるいは80以下になることが週に数回以上あり、何らかの対応が必要となる。あるいは呼吸不全状態のため、常時酸素投与等が必要な状態	酸素飽和度が80以下になることが1日に何度かあり、何らかの対応が必要となる。あるいは重度の呼吸不全状態のため、常時酸素投与等が必要な状態	
	⑥急変の頻度（リスク度）	緊急的な呼吸・循環の変化等、生命へのリスクの対応が必要になることが年に1回以上ある。	緊急的な呼吸・循環の変化等、生命へのリスクの対応が必要になることが月に1回以上あり、モニター装着が時々必要である	緊急的な呼吸・循環の変化等、生命へのリスクの対応が必要になることが週に1回以上ある。モニター装着がしばしば必要である	緊急的な呼吸・循環の変化等、生命へのリスクの対応が必要になることが1日一回以上ある、モニター装着が常時必要である	

点数	4	3	2	1
Ⅲ) 感染・免疫機能1	<p>⑦ 感染・免疫機能1 年に1回以上生命に危険を及ぼす感染症がある、あるいは治療に抗生剤の非経口投与を1週間以上要する感染症を年に6回以上経験する</p> <p>⑧ 感染・免疫機能2 月に10日以上の発熱がある月が、年に6ヶ月以上、あるいはCRP10以上の感染症が年に6回以上</p>	<p>1週間以上の抗生剤の非経口投与を必要とすることが年に3回以上、あるいは月に10日以上の臨時的抗生剤投与を要する月が6ヶ月以上ある</p> <p>月に5日以上の発熱がある月が、年に3ヶ月以上、あるいはCRP5以上の感染症が年に6回以上</p>	<p>3日以上の抗生物質の非経口投与を必要とすることが年に3回以上ある、あるいは月に5日間以上の臨時的抗生剤投与を要する月が4ヶ月以上ある</p> <p>月に5日以上の発熱がある月が、年に3ヶ月以上、あるいはCRP2以上の感染症が年に6回以上</p>	<p>3日以上の抗生剤の非経口投与を必要とすることが、年に1回以上ある、あるいは、月に3日間以上の抗生剤投与を要する月が3回以上ある</p> <p>月に3日以上の発熱がある月が、年に3回以上、あるいはCRP2以上の感染症が年に3回以上</p>
Ⅳ) てんかん	<p>⑨ てんかん機能1 てんかん発作が1日1回以上認め</p> <p>⑩ てんかん機能2 生命に危険を及ぼすてんかん発作重症状態が年に1回以上、あるいはてんかんの持続点が1日以上必要だったことが年に3回以上ある</p>	<p>てんかん発作が週に1回以上ある</p> <p>てんかん発作で、静脈注射あるいは注腸などの処置を要することが、月に3回以上ある。あるいは座薬の投与が必要になることが週に3回以上ある</p>	<p>てんかん発作が月に2回以上ある</p> <p>てんかん発作で、座薬等の臨時投与を要することが、月に1回以上ある。あるいは静脈注射あるいは注腸などの処置を要することが、年に1回以上ある</p>	<p>てんかん発作が年に3回以上ある</p> <p>てんかん発作で、座薬等の臨時投与を要することが、年に2回以上ある</p>
V) 筋緊張機能維持・改善ほか	<p>⑪ 筋緊張、痛み、不眠</p> <p>⑫ 機能増悪防止・維持・改善</p>	<p>臨時薬の投与が週に3回以上あるいは、体位交換が1日10回以上必要である。</p> <p>変形、拘縮、運動機能、呼吸機能、摂食機能等、などの機能増悪防止・維持・改善のため、リハビリが週に3回以上必要なもの</p>	<p>臨時薬の投与が週に1回以上、必要である、あるいは体位交換が1日6回以上必要である。</p> <p>変形、拘縮、運動機能、呼吸機能、摂食機能等、などの機能増悪防止・維持・改善のため、リハビリが週に2回以上必要なもの</p>	<p>臨時薬の投与が月に2回以上必要である。</p> <p>変形、拘縮、運動機能、呼吸機能、摂食機能等、などの機能増悪防止・維持・改善のため、リハビリが週に1回以上必要なもの</p>
⑬ 整形外科的対応	<p>骨密度の低下による骨折が年に1回以上起こっており、特別な対応あるいは治療を必要としている。</p>	<p>整形外科手術前2週間あるいは術後1年以内にあるもので医師による評価と監視、が常時必要なもの、あるいは各種治療用装具の常時装着と医師による評価が週に2回以上必要なもの</p>	<p>整形外科手術後2年以内にあるもので医師による評価が月に2回以上必要なもの、あるいは各種治療用装具の常時装着と医師による評価が月に2回以上必要なもの</p>	<p>整形外科手術後2年以内にあるもので医師による評価が月に2回以上必要なもの、あるいは各種治療用装具の常時装着と医師による評価が月に2回以上必要なもの</p>
⑭ 骨折	<p>骨密度の低下による骨折が年に1回以上起こっており、特別な対応あるいは治療を必要としている。</p>	<p>骨密度の低下による骨折が3年に1回以上起こっており、特別な対応あるいは治療を必要としている。</p>	<p>骨密度の低下による骨折を過去に1回以上起こしており、特別な対応あるいは治療を必要としている。</p>	<p>骨密度の低下により骨折の可能性があり、特別な対応あるいは治療を必要としている。</p>

	点数	4	3	2	1	
VI) 合併症	⑮内科的合併症		脳血管障害、心臓循環器疾患、糖尿病、消化器疾患、腎疾患等の合併のため、厳密な医療管理下のもと投薬検査治療や医師の診察などの必要性が毎日あり、かつベッド上安静など著しい生活制限がある。		脳血管障害、心臓循環器疾患、糖尿病、消化器疾患、腎疾患等の合併のため、医療管理下のもと、投薬治療などが毎日必要である。	
	⑯悪性腫瘍の合併		悪性腫瘍の合併のため、治療が必要な状態である		悪性腫瘍の合併した既往があり、検査による経過観察が定期的に必要となっている	
VII) 行動障害	⑰行動障害評価表	行動障害判定基準表で25点以上	行動障害判定基準表で20点以上	行動障害判定基準表で15点以上	行動障害判定基準表で10点以上	
VIII) その他	⑰排便	人工肛門である、あるいは高圧浣腸あるいは浣腸が日常的に必要な状態である	排便が週に1回以上必要である。あるいは座薬の投与、浣腸が週に3回以上必要である。	座薬の投与、あるいは浣腸が週に1回以上必要である。あるいは排便が月に1回以上必要であることがある	座薬の投与、浣腸が月に2回以上必要である	
	⑱排尿	血液透析 腹膜透析が必要である	導尿が1日1回以上必要である	導尿が週に1回以上必要である	導尿が月に2回以上必要である	
	⑳皮膚 外表面の処置	毎日、医師による処置が必要である。	週に2回以上、医師による処置が必要である。	毎月6回以上処置が必要となる。かつ医師の診察が月に2回以上必要である。	月に3回以上処置が必要となる。かつ医師の診察が月に1回以上必要である。	
	㉑耳鼻科、眼科的処置		毎日医師による処置が必要である。かつ医師の診察処置が週に1回以上必要である。		月に3回以上処置が必要となる。かつ医師の診察処置が月に1回以上必要である。	
	㉒特別な栄養への配慮				疾患特異性のある特別な栄養への配慮が必要である（代謝異常、糖尿病、腎臓病等）	
合計点数						

が検討される必要がある。また、医療スタッフ、医療機器等の必要性との関連も含め、療養介護を想定し、居住環境として病院機能が必要なかどうかへの、指標になりうるかの検討が必要である。この医療度評価表は、重症心身障害や肢体不自由の分野で、ICFの項目の心身機能・身体構造での医療ニーズを広くカバーしていると考えられる。

- ②超重症児スコア（表2） 医療介護度に焦点をあてて評価項目が設定してある。医療全体のニーズや必要度ではないが、医療ケアの時間をおおむね反映するものと考えられる。
- ③障害程度区分認定調査表の医療項目や医師意見書での記載項目。取り上げられて

いる医療項目が極めて、限定的で、重症心身障害医療の現場での医療ニーズを反映していないという課題がある。これらの有効性と課題も、この研究の中で、明らかにしていく必要がある。

- ④療養病棟医療程度区分。2006年診療報酬改訂により、出されてきた区分である。急性期の医療ニーズがあるかどうかの区分であり、慢性的な医療ニーズを十分反映していないという課題がある。

2) ICFの活動部分に対応する既存の評価項目

- ①大島分類
- ②大島分類改訂横地の分類
- ③療養病棟の医療区分に使用されるADL区

表2 超重症児（者）判定基準

	1. 運毒機能:座位まで	
	2. 以下に該当する状態が6か月以上継続した場合、それぞれの介護スコアを囲む	
(呼吸管理)	1, レスピレーター管理.....	= 10
	2, 気管内挿管・気管切開.....	= 8
	3, 鼻咽頭エアウェイ.....	= 8
	4, 酸素吸入または酸素飽和度90%以下の状態が10%以上.....	= 5
	(＋インスピロンによる場合) (加算)	(= 3)
	5, 1回/時間以上の頻回の吸引.....	= 8
	(または6回/日以上以上の頻回の吸引)	(= 3)
	6, ネブライザー常時使用.....	= 5
	(またはネブライザー3回/日以上使用)	(= 3)
(食事機能)	7, IVH.....	= 10
	8, 経管、経口全介助.....	= 5
	(胃、十二指腸チューブなどを含める)	
(消化器症状の有無)	9, 姿勢制御、手術などにもかかわらず、内服剤で抑制できない	
	コーヒー様の嘔吐がある場合.....	= 5
(他の項目)	10, 血液透析.....	= 10
	11, 定期導尿(3/日以上)・人工肛門(各)	= 5
	12, 体位交換(全介助)、6回/日以上.....	= 3
	13, 過緊張により3回以上/週の臨時薬を要する.....	= 3
		(計_____点)

運動機能が座位まで、介護スコア合計が25点以上を超重症、10～24点を準超重症とする。

表3 行動障害判定基準表

	1点	3点	5点
ひどい自傷	週に1～2回	日に1～2回	一日中
強い他傷	月に1～2回	週に1～2回	一日に何度も
激しいこだわり*	週に1～2回	日に1～2回	一日に何度も
激しい物壊し*	月に1～2回	週に1～2回	一日に何度も
睡眠の大きな乱れ*	月に1～2回	週に1～2回	ほぼ毎日
食事関係の強い障害*	週に1～2回	ほぼ毎日	ほぼ毎食
排泄関係の強い障害*	月に1～2回	週に1～2回	ほぼ毎日
著しい他動*	月に1～2回	週に1～2回	ほぼ毎日
著しい騒がしさ*	ほぼ毎日	一日中	絶え間なく
パニックがひどく指導困難*	—	—	あれば
粗暴で恐怖感を与え指導困難*	—	—	あれば
個室対応が必要 ^a	月に1回以上	週に1回以上	毎日
精神疾患合併 ^b	—	あれば	—

* 一人の職員が係りきりになる状態が、どのぐらいの頻度でおこるかで評価する。

a 個室にいれば、安定している場合を指している。

b 常時向精神薬の服用が必要なら、これに含める。

4点：行動障害判定基準表で25点以上

3点：行動障害判定基準表で20点以上

2点：行動障害判定基準表で15点以上

1点：行動障害判定基準表で10点以上

分

④行動障害評価表：a 強度行動障害評価表

および b 医療度行動障害関連項目（表

3） c 障害程度区分の行動障害関連項目

目

⑤日本重症児福祉協会が毎年実施している

実態調査

3) ICF参加に該当する既存の評価項目

①肢体不自由児協会が作成した社会参加の調査項目。（今回の研究では、森下らがこの評価項目で調査）

②JASPER 社会性活力調査項目

③日本重症児福祉協会 超重症児実態調査の中での行事参加調査など。

以上が既存の評価項目を参考に、これらをどのような組み合わせの中で、活用していけ

ばいいのかも、今回の研究の中で明らかにしていきたい。

ICFの2)活動 3)参加 は本来可能性として持っている活動や参加能力と、現在している活動や参加能力の差をみていき、適切な支援ニーズを考えていく、視点が重要であると考えられる。

4) 評価項目の相互関連の調査

①大島分類改訂横地の分類の上肢操作と寝返りが、医療度に与える影響について調査する。

②障害程度区分と医療度関連項目の相関をみていく必要がある。

5) 主観的体験の評価

上田は、生活機能の主観的次元の重要性を指摘している。いわゆる人生の満足度や自己

肯定感、精神的満足度 ころの充実度などである。特に小児の場合、移動は単なる移動ではなく、ころの中に満足感と環境に働きかける能動性の発達という変化をもたらす。単なる介護の達成だけが目標になるのではないことに留意する必要がある。このような「ころの発達」や「満足感」どう評価指標の中にくみこんでいくのか、十分検討する必要がある。

6) 児童の評価項目の作成の課題

- ①自立支援法の中では、短期入所などに使用される障害児市町村調査項目がある。
- ②単なる、医療、介護ニーズだけでなく発達支援ニーズやころや関係性（家族友人）への満足度のニーズが重要である。
- ③ライフサイクルによる年齢関連項目を追加する必要がある。

2. 今年度の研究目標

- 1) 重症心身障害児施設利用者の医療度について分析を行う。医療ケア時間と関連しての重み付けも今後検討課題となる。
- 2) 肢体不自由児施設、重症児施設6ヶ月以上長期入所中の児童の支援ニーズを評価し、児童の支援ニーズに基づく、評価項目の検討及び成人期のニーズとの違いを検討する。
- 3) 重症心身障害児施設入所中の、行動障害の医療及び介護ニーズの評価基準を検討していく。今年度は、障害程度判定区分の課題について整理する

- 4) 現行の障害程度認定調査項目を利用しての重症児施設、肢体不自由児施設の実態調査と課題整理を進めていく。

(倫理面への配慮)

本研究は、個人を対象としたものではなく、調査対象の回答も各施設が任意に行うものである。個別の調査結果は、本研究以外に使用しないこととし、調査終了後は、主任研究者と分担研究者の責任において、速やかに資料をシュレッダー処理(あるいは磁気資料は消去)することとしている。

C. 研究結果と考察

(横地) 公法人立の重症心身障害児施設入所利用中の、以下の評価指標で調査した実態について明らかにした。①横地の分類②超重症スコア③療養病棟診療報酬の医療区分でのADL区分④障害程度区分での各項目での基準時間などである

以上の結果を踏まえて、既存の評価項目の限界や問題、またそれを補う他の評価指標の用の可能性について、検討した。障害程度判定一次判定では、基準時間を使用しているためより重度な利用者が、軽く判定される可能性があることがわかった。これを補い修正するためには、別の視点での評価指標が必要である

(森下) 肢体不自由施設と併設している重症児施設での18歳未満の重症心身障害児(者)の実態について調査した。医療度は、重症児福祉協会での医療度で、ある程度評価可能であった。こうした入所児童には医療ニーズが高いことがわかった。また、社会参

加ニーズや虐待への対応など、医療ニーズや介護ニーズだけでなく、社会参加支援のニーズも大きいことが判明した。特に虐待に関連した利用者が20%もいることは注目に値する。

(研究協力者 高塩) 脳性まひによる運動障害を理解するうえで最も重要なものとしては、「子どもたちの問題を環境に対する適応障害であると位置づける。」という視点である。

これは、こどもたちの問題を、本人の能力(障害)と取り巻いている環境・提供しようとする課題の折り合いが付かないことによって生じる、代償的な戦略による適応の結果であると捉えなおすことが大切である。そしてこどもたちの支援のニーズは、単なる介護ではなく、環境を変えることで、こどもたちのやりたいことを実現していく、という視点をもつことが大切である。その視点をいかした評価指標が求められている。

(平野) 動く重症児(者)を持つ、国立病院機構9施設での利用者での障害程度判定一次判定調査と強度行動障害スコアの関連を調査した。障害程度区分で要介護1, 2, 3にあたる利用者のほうが、4, 5にあたる利用者よりも、行動障害スコアが高いことが判明した。障害程度区分の一次判定項目では、これらの利用者の精神医療ニーズや行動障害への対応ニーズが十分反映されない可能性が示唆された。今後、療養介護を利用していただく動く重症児(者)といわれる利用者像の総合的な評価指標について、再構築する必要がある。

(西野) 重症児福祉協会作成での、医療度を分析した。寝返りの有無が、医療度とある程度相関することが示された。次に、上肢操作と医療度との相関をみた。これは大きな相関がなく、上肢操作は介護項目で評価されていよいことがわかった。また、動く重症児(者)といわれる利用者では、行動障害評価項目を除く医療度では、点数が低く算定され、医療や介護ニーズを十分反映しないことがわかった。こうした利用者に対する、行動特性そのものへの医療ニーズに対する点数配分が今後の課題であることがわかった。

(松葉佐) (準) 超重症児(者)が入所している重症心身障害病棟で、1分間タイムスタディを行い、業務の実態を明らかにした。特に障害程度区分一次調査では明らかになっていない、医療ケアや、医療機器のチェック時間、バイタイルサインなどの観察評価時間、いのちの安全の見守りの時間について、かなり時間を要することが判明した。一次判定の医療ケア基準時間は、現場の実態とは合致せず、医療度や超重症スコアなどの評価指標で補われる必要があることが示唆された。

D. 考察および今後の研究目標

既存の障害程度区分一次調査の項目では、現在重症心身障害児施設入所中の利用者への医療ニーズや医療的介護時間が適切に評価されていないことがわかった、また動く重症児(者)といわれる、重度知的障害と行動障害を併せ持つ利用者への評価指標も不自由分であ

ることも判明した。こうした利用者への、医療関連項目としては、重症児福祉協会作成の医療度評価表や超重症スコアなどが評価指標として活用できると考えられた。また、これらを利用した総合的な評価指標の組み合わせを今後考えていく必要があると考えられた。

次年度以降の研究目標は以下の通りである。

- 1) 重症心身障害児(者)や肢体不自由児(者)、行動障害に適應できる支援のニーズに基づいた医療度及び介護度（発達の視点も加味した）評価表の作成を検討する
- 2) 公法人立重症心身障害児施設及び肢体不自由児施設、国立病院機構の入所（院）者、重症児通園、その中でも特に乳幼児、学童の通園利用者を対象とした医療度、障害程度区分実態調査を施行し、児童や行動障害の評価基準を検討する。
- 3) 一部の施設で、ケアのタイムスタディを施行し、1日のうちで、医療ケア、介護、活動、療育などに「要する時間を評価し、成人期と小児期のニーズの違いを、比較する。
- 4) 施設入所中の知的障害や行動障害の医療ニーズを評価する方法を検討し、入院医療機能のある施設入所がふさわしい障害程度区分基準を検討する。
- 5) 入院医療機能のある施設と、ない生活施設での、利用者の医療度、介護度を比較検討する。

- 6) 新制度下での「療養介護施設」と「生活介護施設」の対象者の客観的な評価・選定基準、そして評価に基づく個別支援プログラムの提言を行う。

E. 結論

現在の障害程度区分認定の判定調査項目では、重症心身障害児(者)の非医療的介護度は、ある程度判定できるが、医療度や療育の必要度、あるいは行動障害を示す、利用者への行動援護度や医療の必要度は十分に反映していないことが判明した。今後、現在の判定調査票に、加えて医療度や発達支援・療育度、社会支援度などのニーズを判定調査表に反映させる必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

初年度のため、本研究の実質的内容と成果については、次年度以降に発表・報告の予定である。

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当する事項はない

参考文献

- 1) 上田敏、ICFの理解と活用、 35 p. きょうされん、2005
- 2) 独立行政法人国立特殊教育総合研究所・世界保健機構編著、ICF活用の試み、ジアース教育新社、2005
- 3) 社団法人日本重症児福祉協会 「重症

心身障害児(者)の支援体制のありかたに
関する研究事業」報告書、2006

4) 障害福祉研究会編、障害程度区分認定
ハンドブック、中央法規、2006

5) 全国肢体不自由児施設運営協議会編、
障害児の包括的評価法マニュアル
JASPERの実践的活用 メジカルビュー
社、2006

重症心身障害児施設入所者の障害程度区分・医療度の調査

聖隷おおぞら療育センター 横地 健治

【研究要旨】

公法人立の65重症心身障害児施設の入所者6701名について、改訂大島分類横地私案による障害分類、障害者自立支援法による障害程度区分判定（「障害程度区分判定等ソフト2006」による）、平成18年診療報酬改定の療養病棟入院基本料で採用されているADL区分判定を行った。全対象の60.9%は区分6に判定され、84.6%は区分5以上に判定された。残る15.4%は区分4以下に判定された。障害分類、障害程度区分、ADL区分合計はおおむね対応していた。異なる障害グループについて、その基準時間と下位項目に要する時間を検討したが、障害像の反映は不十分であった。重症心身障害を対象とした障害評価法はさらに検討を要すると思われた。

はじめに

児童期発症の重い障害は「重症心身障害」と呼ばれ、児童福祉法に位置づけているが、どういう障害児(者)が、重症心身障害として重症心身障害児施設入所対象となるかは一定していたわけではなく、今までいくつかの変遷があった¹⁾。当初は、精神薄弱児施設（今の知的障害児施設）、肢体不自由児施設で対応困難な知的障害や肢体不自由の重度な児童も対象に含んでいた。最終的には、「重症心身障害児施設とは、重度の精神薄弱（後に、知的障害と用語変更）及び重度の肢体不自由が重複している児童を入所させ、これを保護するとともに、治療及び日常生活の指導をすることを目的とする施設とする」という児童福祉法の規定に落ち着いた。すなわち、重症

心身障害とは、重度の知的障害に重度の肢体不自由が合併したものであるとされた。ただし、児童期に発症したものは、成人に至っても、児童と同様な福祉的措置が行われるものとされ、重症心身障害は年齢区分を越えた児者一環の概念となった。こうした変遷により、現在の重症心身障害児施設には、重度の知的障害に重度の肢体不自由が合併した狭義の重症心身障害に限らず、多様な障害像の入所者がいる。こうした多様な障害者の障害程度を正しく評価し、適切な療育・生活支援に反映させねばならない。

重度の知的障害に重度の肢体不自由が合併した状態を定義づけるために、都立府中療育センターの大島一良氏によった考案された分類法（「大島分類」と通称）がある²⁾（図1）。

その中で、区分1～4が重症心身障害と定義された。わかりやすいとされ、福祉施設の中で広く使われてきた。しかし、もう少し具体性を持たせ、分類の項目数を増やした方が、評価者の一致率が高まり、障害区分の枠組みとして使いやすいと考え、改定大島分類横地私案³⁾を昨年提案した。今回は、この分類の判定法にわずかな変更を加えて、障害程度区分を考える基の分類とした(図2)。

今研究では、現在の重症心身障害児施設入所者に対し、障害者自立支援法で採用されている障害程度区分判定を試みた。また、平成18年診療報酬改定の療養病棟入院基本料で採用されているADL区分判定も試みた。障害程度区分と対比する医療度の程度は、診療報酬上の超重症児・準超重症児判定を使った。

図1 大島分類

21	22	23	24	24	80 IQ 70 50 35 20
20	13	14	15	16	
19	12	7	8	9	
18	11	6	3	4	
17	10	5	2	1	
走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり	

- 1) 江草安彦. 監修. 重症心身障害療育マニュアル. 東京: 医歯薬出版, 1998.
- 2) 大島一良. 重症心身障害児分類—大島分類の由来. 日本重症心身障害学会誌

1998;23:4-7.

- 3) 横地健治. 重症心身障害児・者の判定表(改訂版) 私案. 重症心身障害児(者)の支援体制のあり方に関する調査研究事業報告書. 日本重症児福祉協会. 平成18年3月.

重症心身障害児施設入所者の障害程度区分・医療度の調査方法

全国の公法人立の115重症心身障害児施設に以下の調査依頼をした。以下が調査項目とその方法である。

I. 年齢、性

II. 障害発症時期

以下の4分類とした。

- 1: 出生前か周生期(生後4週以内)、
- 2: 出生後の6歳未満、
- 3: 出生後の18歳未満、
- 4: 出生後の18歳以降

なお、複数の発症時期がある場合は、早い方とした。

例: もともと精神遅滞があり、7歳で頭部外傷のため寝たきりの状態となったら、もともと精神遅滞の発症を優先して、「1」とする。

III. 改訂大島分類横地私案による障害分類

「移動機能」、「知能」、「特記事項」以下の3項目で分類した。

移動機能レベル(1～6)

- 1: 寝返りもできない(寝返り不可)
- 2: 寝返りはできる(寝返り可)

図2 改訂大島分類横地私案

6E	5E	4E	3E	2E	1E	簡単な計算可
6D	5D	4D	3D	2D	1D	簡単な文字・数字の理解可
6C	5C	4C	3C	2C	1C	簡単な色・数の理解可
6B	5B	4B	3B	2B	1B	簡単な言語理解可
6A	5A	4A	3A	2A	1A	言語理解不可
戸 外 歩 行 可	室 内 歩 行 可	室 内 移 動 可	座 位 保 持 可	寝 返 り 可	寝 返 り 不 可	

〈移動機能レベル〉

以下の1)と2)を満たすことによって判定する

1) どんなやり方でもいいので、意識性を持って、仰向けからうつ伏せになり、手が抜ける。

バタバタ動いて、偶然成功したといった場合は、不可とする。

2) 座位保持、ハイハイはできない。

3: 座位保持はできる (座位保持可)

以下の1)と2)を満たすことによって判定する

1) 床上に座位をセットして、少なくとも30秒は、手を床から離しても倒れない。自力で、臥位から座位に移行できなくてもいい。

2) ハイハイ、伝い歩きはできない。
寝返りはしないのに、座位保持ができることが稀にあるが、その場合はこのレベルにする。

4: 室内をハイハイ・つたい歩きなどで移動できる (室内移動可)

〈知能レベル〉

簡単な計算可
簡単な文字・数字の理解可
簡単な色・数の理解可
簡単な言語理解可
言語理解不可

以下の1)と2)を満たすことによって判定する

1) ハイハイ (肘ばい、四つばい) でも、物につかまって (伝い膝歩き、伝い歩き) もいいので、平坦な床上を、少なくとも10mは移動できる。寝返りでゴロゴロ動くだけでは不可とする。

2) 独歩はできない (レベル5の室内歩行可能に達しない)。

座位保持はできないのに、室内移動ができることが稀にあるが、その場合はこのレベルにする。

5: 歩行が限定的に可能 (室内歩行可)

以下の1)と2)を満たすことによって判定する

1) 平坦な床上を、物につかまらず、少なくとも20mは移動できる。

2) レベル6の戸外歩行可能に達しない。

6: 戸外でも介助なく歩ける (戸外歩行可能)

以下の1)を満たすことによって戸外歩行可能とみなす

1) 少なくとも2階までは、手すりなしで、階段の昇降が可能である。

注1) 補装具の有無でレベルが変わる場合は、補装具を付けた状態で判定する。

注2) 視覚障害がある場合は、視覚障害がないと仮定した場合の移動機能を類推して判定する。

知能レベル (A～E)

A: 日常生活に関する簡単な言語理解もできない

B: 日常生活に関する簡単な言語理解はある (簡単な言語理解可)

以下の1) あるいは2) の基準で判定する

1) 「ごはん」「さよなら」「おやすみ」といった簡単な日常生活語を、2語以上は理解する。

2) 発達年齢では、1歳以上とみなす (聴覚言語理解で判定できない場合)。

*対象が成人ならば、知能指数は6以上 (約10以上) に相当する。

発達年齢/暦年齢 = 1歳/17歳9か月 = 0.06

(全訂版田中ビネー知能検査 (1987年) に準拠して算出)

C: 色や数が、少しはわかる (簡単な色・数の理解可)

以下の1) あるいは2) の基準で判定する

1) 赤・黄・青のうち、少なくとも2色はわかる。かつ、2以上の数がわかる (例えば、「・・を2個取って」で2個がわかる)。

2) 発達年齢では、3歳半以上とみなす (上述の基準では判断できない場合、他の領域から判断した結果)。

*対象が成人ならば、知能指数は20以上に相当する。

発達年齢/暦年齢 = 3歳6か月/17歳9か月 = 0.20

D: 文字・数字が、少しはわかる (簡単な文字・数字の理解可)

以下の1) あるいは2) の基準で判定する

1) ひらがな (濁音・拗音・撥音は除き) と数字 (ひと桁) が読める。

2) 発達年齢では、6歳以上とみなす (上述の基準では判断できない場合、他の領域から判断した結果)。

*対象が成人ならば、知能指数は35以上に相当する。

発達年齢/暦年齢 = 6歳/17歳9か月 = 0.34 (約0.35)

E: おつりの計算ができる (簡単な計算可)

以下の1) あるいは2) の基準で判定する

1) 千円札で複数の物を買って、おつりの計算ができる。

2) 発達年齢では、9歳以上とみなす (上述の基準では判断できない場合、他の領域から判断した結果)。

*対象が成人ならば、知能指数は50以上に相当する。

発達年齢/暦年齢 = 9歳/17歳9か月 = 0.51 (約0.5)

注) 視覚・聴覚障害がある場合は、その障害がないと仮定した場合の能力を類推して判

定する。

特記事項

以下に該当する特記事項があれば、イニシャルを記す（該当する分だけ、複数記載）。

C：眼瞼固定で睡眠・覚醒リズムなし（概日リズムなし：absent circadian rhythm）

有意な眼瞼運動が見られず（開眼位で固定が多い）、睡眠・覚醒リズムが明らかではない。この場合は、まず、眼球運動も見られず、表情・体動による有意な表出もない（まず「A1」判定で、人工呼吸器使用者が多いはず）。

B：盲（盲：blindness）

有意な視覚行動がない。なお、「A1」の場合は省略する。ただし、この原因が中枢性視覚障害による場合は、これに該当しないものとする。

D：難聴（難聴：deafness）

有意な聴性行動がない。なお、「A1」の場合は省略する。ただし、この原因が中枢性聴覚障害による場合は、これに該当しないものとする。

U：両上肢機能全廃相当（上肢：upper extremities）

両上肢の機能障害により、食事に全面的な介助が必要な状態である。重症アテトーゼ、頸髄損傷などが原因となる。なお、移動機能レベルが「1」の場合と、「A2」「B2」の場合は、両上肢機能全廃相当とみなし、省略する。ただし、全介助となる理由が、知的障害や視覚障害であるとみなされる場合は、これに該当しないものとする。

IV. 障害程度区分判定結果

「障害程度区分判定等ソフト2006」（障害者自立支援法での一次判定用ソフト）による判定を行い以下の項目を調査した。

- 1) プロセス I と II の判定区分
- 2) プロセス I の基準時間と以下の下位項目に要する時間
 - a. 食事
 - b. 排泄
 - c. 移動
 - d. 清潔保持
 - e. 間接生活介助
 - f. 問題行動関連行為
 - g. 機能訓練関連行為
 - h. 医療関連行為

V. ADL区分

平成18年診療報酬改定の療養病棟入院基本料で採用されている下記の4項目のADL区分に対し、下記の判定基準（診療報酬の規定と同じ）に従い、0～6の点数を付け、その合計点数を調査した。

- ①ベット上の可動性（横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったたり、ベッド上の身体の位置を調整する）
- ②移乗（ベッドからどのように、椅子や車椅子に座ったり、立ち上がるか（浴槽や便座への移乗は除く））
- ③食事（どのように食べたり、飲んだりするか（上手、下手に関係なく）。経管栄養や経静脈栄養も含む）
- ④トイレの使用（どのようにトイレ（ポータブルトイレ、便器、尿器を含む）を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える（移乗は除く））

<判定基準>

- ボディタッチの必要なし → 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察
- ボディタッチは必要だが、体重を支える必要はなし → 3. 部分的援助
- 体重を支える必要はあるが、本動作の半分以上を自力でできる → 4. 広範囲援助
- 本動作の半分以上を自力ではできないが、少しでも本動作に参加している → 5. 最大援助
- 本動作に参加していない → 6. 全面依存
- * 3日間の全勤務帯の状態から評価する
0. 自立（手助け、準備、観察は不要または1～2回のみ）
 1. 準備のみ（物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上）
 2. 観察（見守り、励まし、誘導が3回以上）
 3. 部分的援助（動作の大部分（50%以上）は自分でできる。四肢の動きを助けるなどの体重（身体）を支えない援助を3回以上）
 4. 広範囲援助（動作の大部分（50%以上）は自分でできるが、体重を支える援助（例えば、四肢や体幹の重みを支える）を3回以上）
 5. 最大援助（動作の一部（50%未満）しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上）
 6. 全面依存（まる3日間すべての面で他者が全面援助した（および本動作は一度もなかった場合））

VI. 医療度

超重症児・準超重症児の有無を下記の判定基準に従い調査した。

3：超重症児に該当し、人工呼吸器を使用している、2：超重症児に該当するが、人工呼吸器は使用していない、1：準超重症児に該当する、0：超重症児・準超重症児ではない

調査結果

65施設から回答を得た。回答内容に明らかな不備がある68名分を除き、重症心身障害児施設入所者6701名について、以下のように集計した。なお、本対象者数は、公法人立重症心身障害児施設入所定数の59.3%に相当する。

1) 改訂大島分類横地私案による障害分類

改訂大島分類横地私案による対象者6701名の分布を表1に示す。「特記事項」の定義が不明確であったため、回答に不一致が多くみられ、集計から除いた。ただし、視力障害（B）は、1A・1B・2A・2B以外で209名にみられた。その内訳は、3Aに42名、4Aに48名、5Aに17名、6Aに4名、3Bに11名、4Bに37名、5Bに28名、6Bに3名、1Cに3名、3Cに1名、4Cに5名、5Cに6名、1Dに1名、3Dに1名、5Dに1名、5Eに1名であった。多くが、AとBの知的障害の重度なグループに属していた。

全分類の中では、1Aが最も多く、30.0%を占めていた。なお、移動機能障害が軽症な5と6グループを併せると、15.0%（1006名）を占めていた。

2) 超重症児・準超重症児と障害分類

超重症児・準超重症児の障害分類別の分布を表2に示す。1Aに最も多く分布し、人工