

表 2 行動障害判定基準表

	点数	1	点数	3	点数	5
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		—	
	小計点数		小計点数		小計点数	
					合計点数	

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

a 個室にいれば、安心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	
0点:行動障害判定基準表で9点以下	

表 3 横地分類移動機能別両上肢機能比較

移動機能	計	1	2A,2B	2C,2D,2E	3	4	5	6
計	10,152名 (100.0%)	4,077名 (40.2%)	950名 (9.4%)	165名 (1.6%)	1,204名 (11.9%)	2,269名 (22.4%)	1,145名 (11.3%)	342 (3.4%)
上肢機能有り	4,519名 (44.5%)	—	—	104名 (63.0%)	943名 (78.3%)	2,021名 (89.1%)	1,112名 (97.1%)	339名 (99.1%)
上肢機能全廃	5,633名 (55.5%)	4,077名 (100.0%)	950名 100.0%	61名 (37.0%)	261名 (21.7%)	248名 (10.9%)	33名 (2.9%)	3名 (0.9%)

図1 両上肢機能と医療度

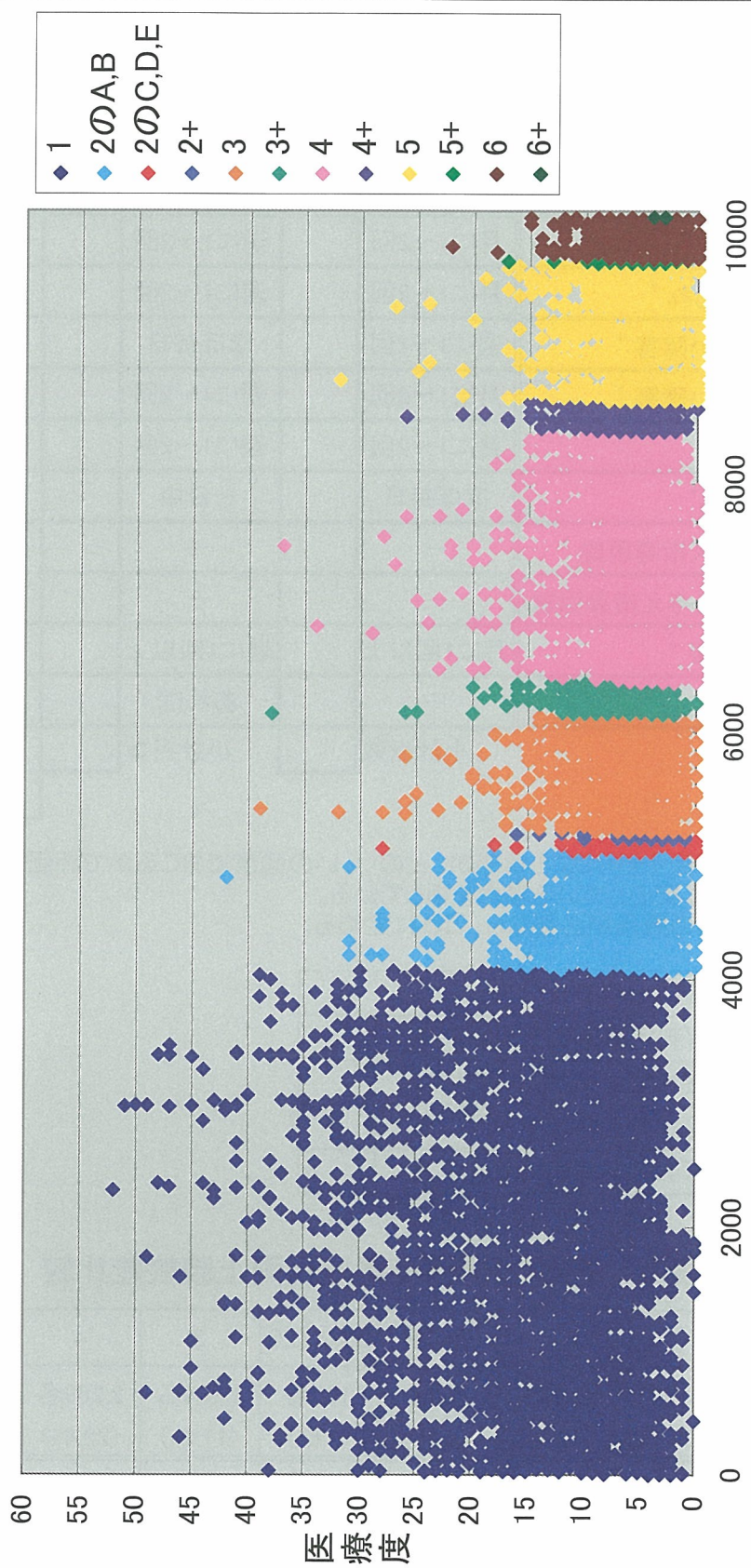


図2 横地分類5・6の全体に占める割合

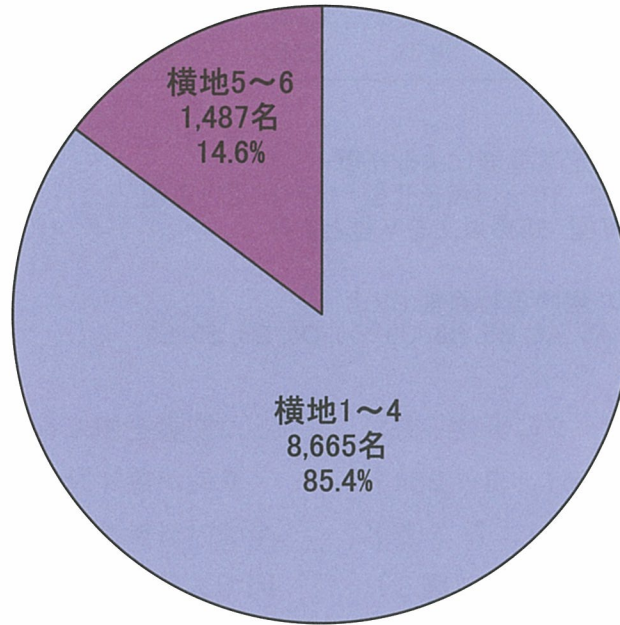


図3 行動障害判定グループ別

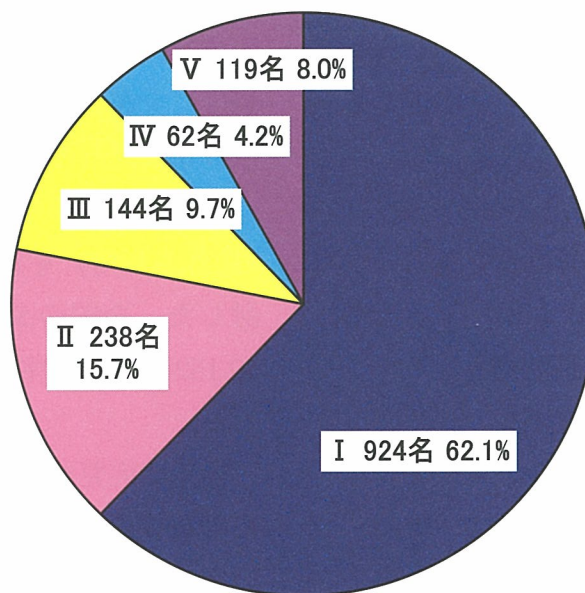


表4 行動障害グループ別

	I	II	III	IV	V	合計
人数	924名	238名	144名	62名	119名	1,487名
%	62.1%	36.3%	22.0%	9.5%	18.2%	100.0%

行動障害

- ・行動障害の判定基準表による分類
- ・9点以下をI型 10～14点をII型 15～20点をIII型 21～24点をIV型 25点以上をV型とする

対象者

- ・行動:横地の「室内歩行可能」以上
- ・横地の分類 A5, A6, B5, B6, C5, C6, D5, D6, E5, E6

行動障害判定I～Vグループに分けられた人数は、I：924名（62.1%）、II：234名（15.7%）、III：144名（9.7%）、IV：62名（4.2%）、V：119名（8.0%）であった（図3）。

動く重症児1,487名をグループ別・医療度別に表4に示した。さらにグループIからVまで色分けして医療度分布を示した（図4）。医療度の分布にグループ差は見られなかった。

D. 考案

障害者自立支援法の療養介護該当となるためには、障害程度区分5または6であることと同時に要入院医療に該当しなければならない。動く重症児は、歩行可能であるが故に、障害程度区分判定が4以下又は入院医療に該当しないなどの判定を受けかねない。重症児の定義から外れていても重症児施設に入所しているのは他に入所生活が可能施設種別が無いからに他ならない。現在の重症児施設が療養介護施設に移行するのであれば、療養介護該当からもれる動く重症児を可及的少なくするように努めなければならない。入院医療度の指標作成には動く重症児の特殊性を考慮

した要素を加えることが重要である。

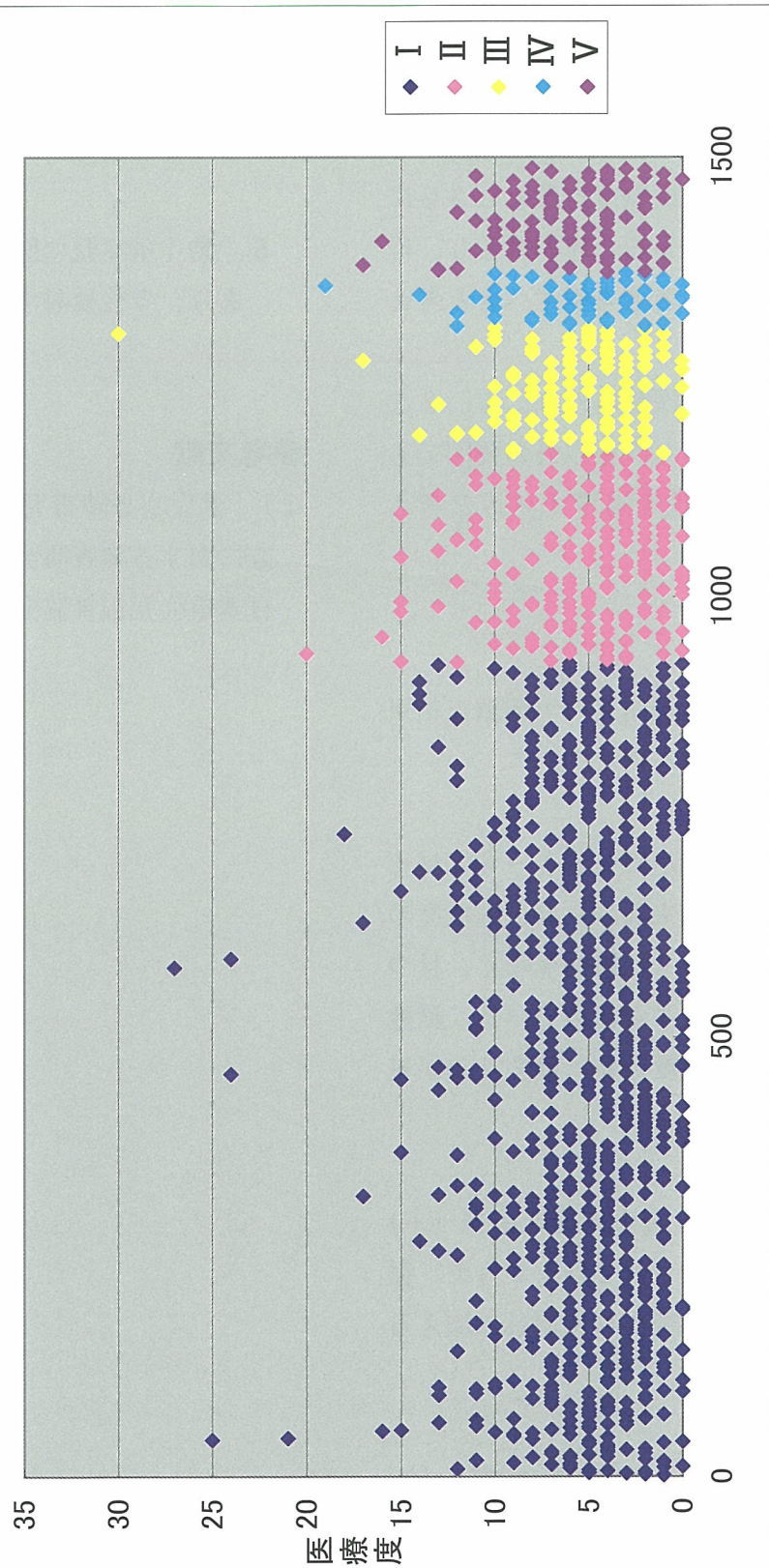
横地が重症児の分類で着目した両上肢機能全廃の有無は、介護の必要度を示す大きな要因であり、療養介護該当範囲の策定には当然考慮されなければならない項目である。今回、両上肢機能全廃はどの移動機能レベルでも医療度に反映されていないことが分かった。両上肢機能全廃（+）については、医療度とは別に判定項目として加えるべきと考える。

横軸に横地の分類をとり医療度の分布（図1）を見ると、1（寝返り不可）は当然にも医療度の極めて低い群は少なく全般に高い医療度に分布される。しかし、2～6では医療度分布にほとんど差は見られない。

今回は、横地の分類5（室内歩行可）・6（屋外歩行可）を動く重症児として集計・検討した。全国の公法人立重症児施設入所者10,152名中1,487名14.6%が動く重症児に該当した。

動く重症児が重症児施設入所となる大きな要因として行動障害がある。口分田は実態調査で、行動障害判定基準表の点数に基づいた4つの区分を設け1～4点の医療度を加えている。行動障害の点数を一旦はずして集計し

図4 動く重症児の医療度分布



た分布図では行動障害そのものは医療度に反映されていないと推察された。従って行動障害の程度を医療度として評価して加点することで医療度を上げるのは妥当と考える。しかし、療養介護該当とする医療度が高く設定されるならば行動障害を医療度点数としさらにて高く設定する必要があると思われるし、行動障害を別枠加えることも考慮すべきと考える。

動く重症児の中には医療度が0、1、2などの極めて低い群があり医療以外の要因でも療養介護該当の必要性を追求すべきと考える。

E. まとめ

口分田の入院医療区分試案の実態調査結果の分析で、以下の結果を得た。

1. 医療度分布を横地の分類1～6で見ると1（寝返りが出来ない）は、医療度の極めて低い（0～2）群が少なく、且つ医療度20以上の大半を占めている。横地分類2～6の医療度分布には全く差が見られなかった。
2. 横地分類の両上肢機能廃絶相当（+）は、医療度に反映されていなかった。従って、医療度とは別に判定項目に加えるべきと考える。
3. 横地分類5・6（動く重症児）は、1,487/10,152名（14.6%）であった。
4. 行動障害判定基準表の点数と医療度に相関は見られなかった。

5. 行動障害判定基準表の点数を医療度として評価すべきであるが、さらに高い設定をすべきか別枠で評価することを検討すべきである。
6. 動く重症児に医療度が極めて低い群があり、今後検討すべき課題である。

参考文献

- 1) 「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 2006年3月

（準）超重症児のケアのタイムスタディ

芦北学園発達医療センター：松葉佐 正

A. はじめに

障害者自立支援法の施行に伴い、重症心身障害児(者)に対する支援体制が再編されることになっている。それに関連して、重症心身障害児(者)の障害程度に関する客観的な評価指標の開発が必要となった。その一環として、重症心身障害児(者)のケアのタイムスタディ（1分間スタディ）を行った。

タイムスタディ、特に1分間スタディは、介護保険制度の発足前に老人施設を対象に全国レベルで行われた¹⁾。そのデータを基に、障害程度に対応する基準時間が提示された。

今回は超重症児と準超重症児のケアの1分間スタディを行った。

B. 対象と方法

対象は、芦北学園発達医療センターの超重症児室に入所している、超重症児と準超重症児合わせて30名。

方法は、「身体障害者療護施設『タイムスタディ調査』最終報告書」²⁾に準じて、48時間調査した。

上記施設の超重症児室に勤務する職員（延べ33名）の、毎1分ごとの業務の内容を、職員一人ひとりについて記録員がストップウォッチを参照しながらそれぞれ記録した。

データは東京コロニー「コロニー印刷」に

Excelへの打ちこみと解析を依頼した（解析中）。

C. 結果

結果を図1、2、表1～4に示す。

芦北学園発達医療センターには、超重症児と準超重症児が30名いる超重症児室がある。利用者は、図1のようにA、B、C室の3区分に分かれて生活を送っている。A室とB室にレスピレーターを装着した利用者を配置し、さらに、より観察が必要な利用者はテーブルの近くに配置している。C室には比較的安定した超重症児や準超重症児を配置している。

図2に超重症児室での勤務体制を示す。超重症児室には看護職員26名（看護師14名、準看護師12名）、療育員・保育士・看護補助者各1名の、合計29名の職員が所属しており、早出勤4名、日勤6～7名、遅出勤3名、夜勤4名で図のようなシフト勤務を行っている。

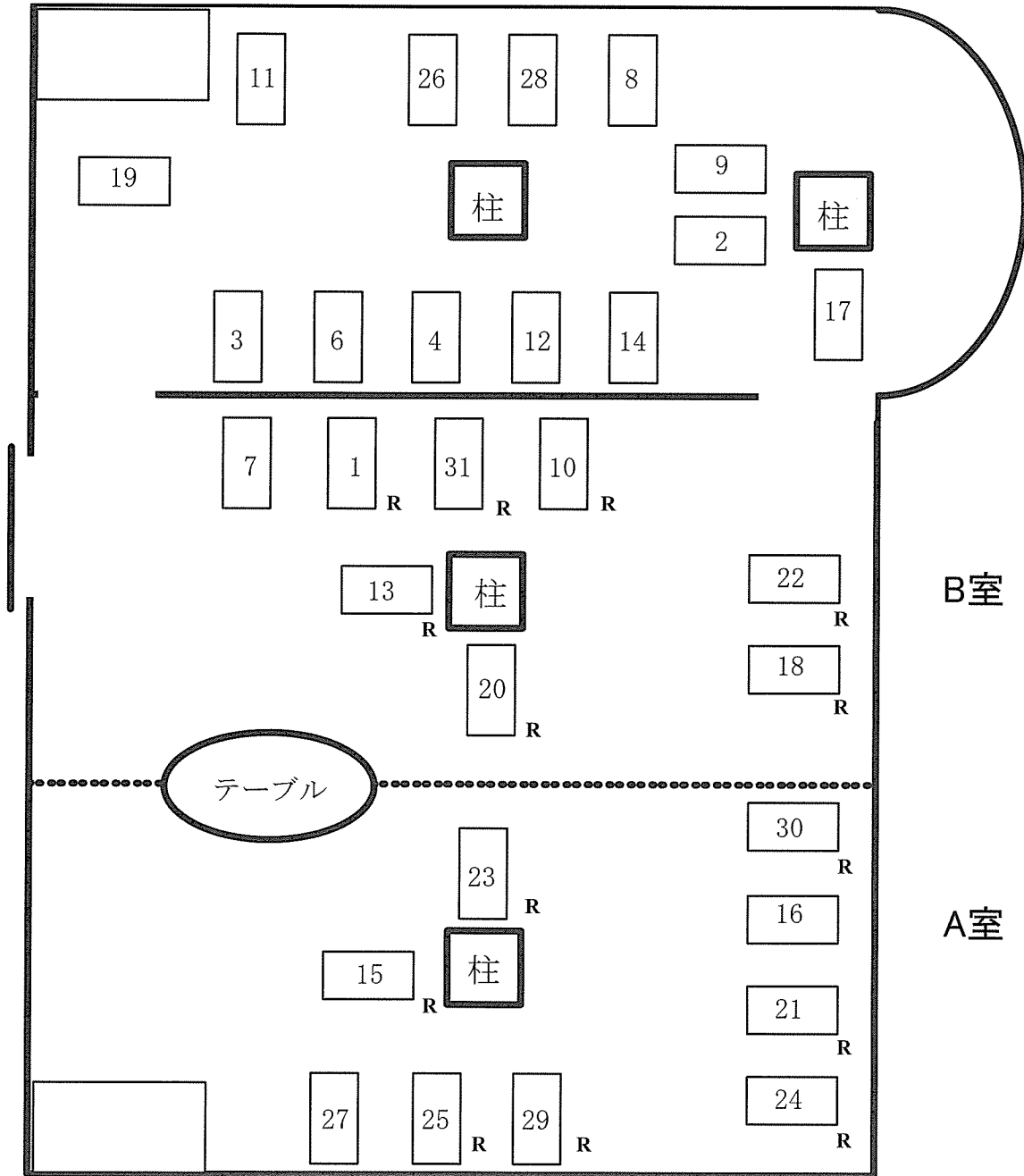
今回は48時間、合計33名の職員の業務を記録した。

表1に記録表を示す。30分ごとにA 4サイズの記録用紙に業務内容を記録した。

業務内容に対応する業務コードは、参考文献2のものを採用した。表2に業務コードと作業内容との対応を示す。

(R:レスピレーター装着)

C室



B室

A室

図1 超重症児室 利用者配置図

A、B室とC室に分かれている。全ベッドに吸引、圧搾空気、酸素の配管が設置してある。

時刻	早出	日勤	遅出	夜勤	夜勤	
6:00						
7:00	4名					
8:00						
9:00			6～7名			
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
13:40				3名		
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00				4名		
23:00						
0:00						
1:00						
2:00						
3:00						
4:00						
5:00						
6:00						

図2 超重症児室 勤務体制

表3～6に、1日目の早出勤の看護師(No.1)の7時から16時までの実際の業務と、それを業務コードに直したものを示した。この職員は当日、図1のC室の担当であった。

業務コードのAは相談支援・ケアマネジメント業務で、Bは専門的生活介護業務、Cは

治療・健康管理業務、Dは社会参加支援業務、Eは地域生活支援業務、Fはその他業務である。C業務が圧倒的に多いことがわかる。次にB業務で、記録や情報交換のA業務がそれに次いでいる。●印は、未確定の業務で、データ解析までに確定させる予定である。

表1 タイムスタディ調査記入用紙 30分ごとにA41枚に職員の業務内容を記載した。

()月()日, ()時, 勤務区分(早出, 日勤, 遅出, 夜勤), 対象職員(), 職種(看護師, 准看護師, 看護補助者, 療育員)

分	毎正分の業務内容					業務コード	利用者ID	追加事項・特記事項 利用者名/業務内容
	業務内容	利用者名	補助チェック					
見守り			声かけ	直接介護				
00								
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								

記録者()

()月()日, ()時, 勤務区分(早出, 日勤, 遅出, 夜勤), 対象職員(), 職種(看護師, 准看護師, 看護補助者, 療育員)

分	毎正分の業務内容					業務コード	利用者ID	追加事項・特記事項 利用者名/業務内容
	業務内容	利用者名	補助チェック					
見守り			声かけ	直接介護				
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								
51								
52								
53								
54								
55								
56								
57								
58								
59								

記録者()

表2 タイムスタディの用語解説と業務コード

職員の業務内容の解説と業務コード (Excelへのデータ打ちこみに用いた)。

業務コード	項目	作業内容
A7	記	記録
B12・B13・B14	体位	体位交換(体交)や、手足や胴体にクッションを敷く作業
B1・B2・B3	タオル	タオルで顔を拭く、よだれを拭く作業
B12・B13・B14B	ギャッジ↑ ギャッジ↓	ベッドのギャッジアップ ベッドのギャッジダウン
C8	吸引(気)、吸引(キ)	気管内吸引
C2・C3	吸引(口)	口腔・鼻腔内吸引
B30・B31・B32	検温① 検温② カフON(時にカフON) 呼吸エアON カフOFF カフエア抜き カフ確認	体温計をはさむ作業 体温計を読む作業(検温②はバイタル、バイタル記に含まれることあり) 気管カニューレのカフ(空気を入れるところ)に空気を入れる作業 カフON 気管カニューレのカフから空気を抜く作業 カフOFF カフエアの確認
B33・B34・B35	sp	パルスオキシメーターで動脈血酸素濃度を測定する作業
C16	TV ON ウェルパス(ウェル)	テレビをつける作業 速乾性手指消毒剤での消毒作業
C4・C5	流動 栄養注入 栄養回収	流動食の注入 流動食の注入 流動食投与が終わり、・・・?
B1・B2・B3	流動食後の白湯通し モーニングケア ネブ	流動食投与が終わり、投与容器のチューブに白湯を通す作業 朝の歯磨き、顔拭き、口腔内吸引など(気管内吸引を含むが、別に書いてある記録もある) ネブライザーをONにする作業(時にネブ)
C9	ネブ(→サブライ) ネブ(薬)ON ネブ(薬)OFF	ネブライザーをサブライ(器材センター)に運ぶ作業 ネブライザーで薬液(気管支拡張薬など)を投与する行為 ネブライザーでの薬液投与中止
B8	オムツ	おむつ交換
B8	尿測	尿量測定
C4・C5	水補給	経鼻胃チューブ(Mチューブ)または胃瘻からの水分補給
B8	排尿介助	尿器を装着して尿を取る
B15・B16・B17	トランスファー スト移	利用者を抱えて移動させる行為 ストレッチャーへの移動
C19	遊具	おもちゃを持たせる行為
C4	Mチューブ回収	経鼻胃チューブを回収する作業
C5	Mチューブ全体処理	
C5	Mチューブ先端	Mチューブの先端が胃の中にあることを確認する作業
C4	マーゲン準備	Mチューブ準備(マーゲン、マーゲントューブ、MTも同じ)
C4	ペクチン	流動食にペクチンを混ぜて、胃から食道に逆流しないようにする作業
C5	胃残確認	Mチューブまたは胃瘻チューブを吸引して、胃の中に残っている内容物の量を確認する作業
C5	胃残渣物確認	同上
A4	申し送り(デイス)	申し送り中のデイスカッション
A4	デイス	デイスカッション
	レスピ換気量	レスピレーターに表示されている換気量を記録する作業
	レスピチェック	
C9	レスピアラーム レスピ交換	レスピレーターのアラームがなったので異常の有無を確認する行為
	回路水切り	レスピレーター呼吸回路中の結露による水分の除去(ウォータートラップの水捨てとも)
	回路	レスピレーター呼吸回路の確認、回路中の水分落とし(ジャバラとも)
	回路交換	レスピレーター呼吸回路の交換
C9	ブロンコ	気管支鏡(ブロンコファイバー)
	吸引ピン(洗)	陰圧で吸引した口腔・気管分泌物を直接受ける瓶を洗浄する作業
C8	(洗)	洗浄
	TEL	電話対応
C9	ムコフィリン注入	ムコフィリン(薬)を注入する
B30・B31・B32	血圧	血圧測定
B30・B31・B32	Et(1)またはEtCO2(1)	呼吸終末二酸化炭素濃度測定装置の装着
B30・B31・B32	Et(2)またはEtCO2(2)	呼吸終末二酸化炭素濃度の記録
B30・B31・B32	パルス	経皮的酸素飽和度計(パルスオキシメーター、時にパルスメーター、サーチレーション)SpO2を測る
C1	プロタノール	徐脈の薬
	おむつ	おむつ交換
B8	スヌーズレン アルジネード	北欧由来のリラクゼーション法 特殊栄養ドリンク
	クランベリー	クランベリージュース
C4・C5	イリゲーター	流動食を入れてMチューブや胃瘻チューブにつなぎ、滴下するための容器
C9	ブロンコ	気管支鏡(ブロンコファイバー)
C9	時間注	抗生剤の(時間を決めた)静注
C1	臨時薬仕分け	臨時の処方薬の仕分け(仕訳→仕分けの誤り)
B20	スト移動	ストレッチャーによる移動
	A、B、C	超重症児室の区画(A、B、C)
C9	アラームOFF	アラーム対応(パルス、時にレスピ)
C9	アンビュー	アンビューバッグによる用手工呼吸
C9	ジャクソン	ジャクソンリリースバッグによる用手工呼吸
F2	トイレ	対象職員のトイレ
B14	隊形づくり	車椅子に移乗させて最適な座位にすること
B14	サブライ	器具室での業務
C9	人工バナ	気管カニューレにつけるフィルター
B32	聴診器、記録	聴診器による呼吸数計測(聴、とも)
B3	ワセリン(口)	口唇乾燥予防のためのワセリン塗布
C9	アル綿交換	アルコール綿の交換

D. 考察

看護職員には、処置当番や注射当番など、各種の当番があり、職務分担することにより業務の効率を上げて、利用者のQOLの向上を計っている。

この数年で、気管切開者の喉頭気管分離が進み、気管内吸引の頻度が減少する傾向がある。このことは利用者のQOL向上に大きく貢献すると思われる。

業務はかなり多忙で、1分間に2つから3つの作業を行うことが稀でなかった。業務コードも、重症心身障害児（者）の現状をより正確に示すものが新たに必要のように思われた。

33名分のデータの解析によって、利用者の重症度が浮き彫りになり、新たな重症度の指標の開発につながることを期待される。

E. おわりに

今回タイムスタディを行うにあたって、頻回にパイロットスタディを行い、調査に際しての問題点を検討した。職員が調査に慣れて、調査中も通常通りの業務が行えることを目指した。また、調査員は施設職員とした。職員の業務に対する理解があることが必要であった。来年度は一般病棟でもタイムスタディを施行したい。

参考文献

- 1) 岡本祐三他、要介護認定ビジュアル解説～ロジックを理解すれば説明できる～、厚生科学研究所、1999年10月。
- 2) 全国身体障害者施設協議会 介護保険対応事業専門委員会、身体障害者療護施設「タイムスタディ調査」最終報告書、平成17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」総括研究報告書

編集責任者 口分田 政夫（日本重症児福祉協会常務理事）

発行日 平成19年3月30日

発行 社団法人 日本重症児福祉協会
〒162-0051 東京都新宿区西早稲田 2-2-8
電話 03-3204-2202 FAX 03-3204-2205

制作 (株) 藤 印刷
〒102-0072 東京都千代田区飯田橋 2-13-1
電話 03-3262-8641 (代) FAX 03-3262-8643