



図11 重症児看護の専門性 1位



図14 重症児看護の専門性 4位



図12 重症児看護の専門性 2位

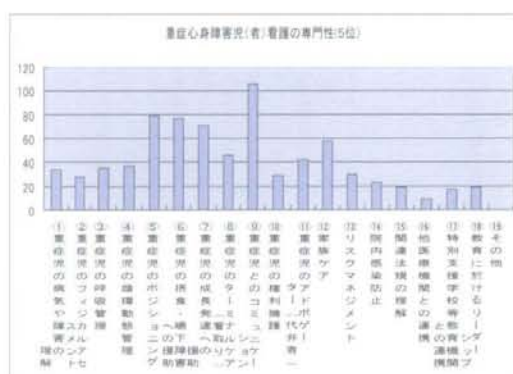


図15 重症児看護の専門性 5位



図13 重症児看護の専門性 3位

## E. 考察

### 1. 重症児施設の職場環境について

勤務場所を重症児施設に選んだ理由や以前の勤務先の退職理由から考えると、重症児施設以外の病院・施設と比較し、労働条件や職場環境は良いのではないかと考える。それは、定年までや生涯にわたり看護職として働き続ける意思の看護職が72%いたことから推察できる。

## 2. 重症児看護の困難さについて

管理者以外の看護職の共通認識として、「重症児のニーズの把握」「重症児の病気や障害の理解」が困難さの1位2位に挙がった。重症児は言語による意思表示が困難であることから、それが看護の困難さにあらわれているといえる。また、「家族との関係構築」が困難であると感じる看護職が多いなか、後述する「重症児との関係構築」が魅力となっている点は興味深い。「家族との関係構築」に関しては、改善されなければならない課題を含んでいることが示唆される。

重症児看護の困難性は、後述する専門性ととも科学的な領域が多く、今後の研修等人材育成策に反映させる必要がある。

## 3. 重症児看護の魅力について

「重症児とのコミュニケーション」「重症児との関係構築」「重症児の成長発達への援助」「重症児の生活介護・生活支援」等が上位に挙がっている。

重症児の純粹さ・重症児のひたむきに生きる姿、何かを行った時に見せる笑顔など、重症児看護の魅力は重症児施設以外の看護とは違う面がある。前職場の労働がハードすぎて退職・バーンアウトした看護職にとっては、癒しの面もうかがえる。

こうした重症児看護の魅力は、「いのちのケア」「生きるケア」の領域であるといえる。この魅力は継承していくべきである。

また、重症児看護の領域では、現在のところ、療育や「いのちのケア」「生きるケア」は暗黙知である部分も多い。今後は形や項目の形式知にしていく必要がある。

## 4. 重症児看護の専門性について

専門性が高いと回答した看護職が700名を超えているものは7項目あり、上位から「重症児の病気や障害の理解」「重症児の摂食・嚥下障害への援助」「重症児の呼吸管理」「重症児とのコミュニケーション」「重症児のポジショニング」「重症児の成長発達への援助」「重症児のフィジカルアセスメント」である。600名以上の回答は「重症児の循環動態の管理」「重症児のターミナルケア（看取り）」「重症児のアドボゲーター（代弁者）」「家族ケア」「重症児の権利擁護」があり、500名以上の回答は「リスクマネジメント」「院内感染防止」であり、専門性は多岐に渡っている。

質の高い看護の提供や人材育成の観点からも、研修にはこれらの看護を積極的に取り入れていく必要がある。

## 東京都の重症心身障害専門看護認定、のカリキュラムの考え方

研究代表者 口分田政夫：日本重症児福祉協会参与、  
びわこ学園医療福祉センター草津施設長  
研究協力者 富永 孝子：東京都内重症心身障害児施設看護管理者会代表  
秋津療育園療育部長

### A. 重症心身障害プロフェッショナルナース育成研修立ち上げの経緯

1) 平成20年度、都内重症児施設では看護師が不足し、全稼働できない施設や短期入所などの在宅支援事業の縮小を余儀なくされる施設があり、看護師確保と育成は大きな課題となった。重症児施設における看護の現状と課題の明確化を目的として、都内看護管理者が実施したアンケートの結果、重症児看護は困難さはあるが魅力があり、専門性も高いことがわかった。アンケート結果参照（表1）

2) 看護師確保の面においては、重症児看護は専門性が高く（重症度・年齢域・疾病群・障害の多様性・知的レベル・社会的背景等）社会的意義も高いが、看護職にとっては少数派で認知度が低いことが課題である。この点については、認知度を向上させることが重要であるため、都内9施設合同の就職相談会・説明会を開催することとし、周知のためのポスター作成を行った。このポスターは、全国の看護学校（採用が可能と想定される学校）近隣のナースプラザに配布予定である。直ちに結果はでない

と思われるが、継続することで徐々に効果が期待できると考える。

3) 看護師育成の面においては、看護師が自信と誇りを持って勤務するためには、キャリアアップが重要であることから、重症心身障害プロフェッショナルナース（SMIDナース）育成研修を立ち上げた。

この研修は東京都福祉保健局の新規事業として実施されることになり、勤務を継続しながら受講できるようになった。（研修・認定に係る自己負担なし・研修は出張扱い・看護職も講師となる等）

#### ①目的

重症心身障害児・者の療育に関する専門領域の知識・技術を習得し、療育における質の高い看護実践と指導的役割を果たす人材を育成することを目的とし、民間施設との連携のもと、実施する。

#### ②対象（受講要件）

民間施設も含め、都内の重症心身障害児施設に勤務するもので、実務経験、研究発表の実績、研修終了後の従事年数などを受講要件とし、各施設の施設長の推薦等により、研修の受講者を決定する予定

③研修カリキュラム及び時間数 表2参照  
\*毎月1回1日7時間とし、2年間の研修とする

\*平成21年5月開講 総日数：22日 総時間数：154時間

\*実習については、都内重症児施設が分担する

\*最終的に看護研究をし、発表する

④募集人員

1回の研修期間は2年間で、1回あたり40名程度を予定：隔年度募集の予定

⑤対象施設

都内所在の重症心身障害児施設等・民間施設を含む

(通園・通所・訪問看護師は、初年度は含まない予定)

⑥コーディネート施設は都立府中療育センター

研修運営は都内重症児施設看護管理者会が協力する

準備委員会は、都立府中療育センター・島田療育センター・秋津療育園・東大和療育センターの教育担当看護師がメンバーとなり、毎月委員会を開催し研修準備・運営補助を行う

⑦修了要件

各科目で求められるレポートの成績、出席日数、2年間の課題となっている看護研究論文提出などにより修了を決定し、修了者には東京都福祉保健局長名の修了証が交付される

## B. カリキュラムの考え方(表2)

\*大きく 共通科目・基礎科目・専門科目(医療)・専門科目(看護)看護研究と分類

①共通科目 重症児全体に関連するもの  
…医師及び看護師が講師

②基礎科目 重症児看護の基本  
…看護師が講師

③専門科目(医療)重症児特有の医療について…医師が講師 EBを重要視

④専門科目(看護)重症児特有の看護について…看護師・療法士が講師

⑤看護研究：外部講師を招き、都内指導者と共に進める

\*実習は各施設が協力する。

## C. 重症心身障害認定看護師について

①日本看護協会の認定看護師には下記要件が必要

教育機関……6ヶ月以上の連続した(集中した)昼間の教育が原則

授業時間数…総時間数は600時間以上

基礎科目と専門科目の時間規定なし

学内演習及び臨地実習200時間以上

受験審査料(5万円) 認定審査(5万円)

5年毎の認定看護師更新審査(5万円)

更新には5年間の活動報告書・指導・研修・学会発表・雑誌発表の自己研鑽実績報告書

又、認定看護師制度委員会・認定看護師認定委員会・認定看護師認定実行委員会の3委員会の立ち上げが必要でありハードルは高い。それだけのニーズがあるかも課題である。

②東京都の認定看護師への今後の取組み  
重症心身障害マスタースナース育成研修案

\*対象：重症心身障害プロフェッショナルナース育成研修の修了者で優秀な看護師

\*目的：実践…重症児に熟練した看護技術で水準の高い看護を提供する

指導…看護実践を通して看護・療育職員に対して指導を行う

相談…看護・療育職員や家族・関係者に対しコンサルテーションを行う

\*研修期間・カリキュラム・等々は検討中

③看護協会とは別の認定をする。その際は認定看護師の名称は使用しない

重症心身障害認証看護師・SMIDナースなどの名称を考案する。

\*日本重症児福祉協会・重症心身障害学会と連携し、認定看護師に準じた制度を構築

\*教育機関：各地域の指定重症児施設

\*研究機関：心身障害児総合医療療育センター療育研修所

日本重症児福祉協会主催各種研修会：  
地域ナースプラザ・看護協会研修

\*授業時間：今後検討協議

\*演習及び実習：今後検討協議

\*認定・認定更新も認定看護師に準じて行う。

\*重症児施設は日本の病院数・看護師数から見ると極少数領域である

\*認定看護師としては、認知症高齢者看護師・皮膚排泄認定看護師・摂食嚥下障害看護師・小児認定看護師・感染管理認定看護師・などの全てにあてはまる部分がある

重症心身障害看護の向上・認知度のアップには重症児施設に勤務する看護職のキャリアアップ・スキルアップが重要である。重症児施設の看護師が前向きで高いモチベーションで勤務することが、重症児のより良い生活につながり、重症児施設の良い評価につながる。以上により重症心身障害看護の研修・認定が望まれる。

## D. まとめ

\*重症心身障害看護は、あらゆる看護の分野で活かされる看護の分野で、幅は広く奥行きが深い看護分野である

表1 アンケートから見た重症心身障害看護の課題と展望

看護管理者 回答者数 101名				一般職回答者数 833名			
<b>1.重症児看護の困難性</b>							
回答 618件 1人 6.1件				回答 8612件 1人10.3件			
1	重症児のニーズの把握	70名	69%	重症児のニーズの把握	779名	94.00%	
2	家族との関係構築	67名	66%	重症児の病気や障害の理解	744名	89.40%	
3	呼吸管理等医療看護技術	60名	59%	重症児のQOL向上への支援	738名	88.70%	
4	重症児とのコミュニケーション	58名	57%	重症児とのコミュニケーション	715名	85.90%	
5	重症児のQOL向上への支援	58名	57%	家族との信頼関係	715名	85.90%	
6	重症児の病気や障害の理解	57名	56%	呼吸管理等医療看護技術	705名	84.70%	
7	重症児の成長発達への支援	44名	44%	重症児との関係構築	660名	79.30%	
8	他療育現場職員との連携・協働	40名	40%	重症児の成長発達への支援	647名	77.70%	
9	他医療機関との連携	37名	37%	重症児の生活介護・生活支援	619名	74%	
10	重症児との関係構築	36名	36%	他療育現場職員との連携・協働	613名	73.60%	
11	重症児の生活介護・生活支援	35名	35%	医師との連携・協働	588名	70.60%	
1位	重症児の病気や障害の理解	27件	27%	重症児のニーズの把握	243件	29%	
複数回答で、重症児看護の困難性は一般職が平均10.3件と多くの項目に困難を感じている。管理職は平均6.1件、困難の1番目にあがっているニーズの把握も69%で、一般職が11番目にあげている医師との連携・協働70.6%より低い。看護管理者は当然かもしれないが、看護より管理に困難を感じていると思われる。双方とも家族との関係構築は困難にあがっている。また、一般職の困難は多岐にわたっている。一般職の困難を管理者が理解・フォローすることも重要であると思われる。							
<b>2.重症児看護の魅力</b>							
回答 503件 1人 5.0件				回答 7742件 1人 9.3件			
1	重症児とのコミュニケーション	80名	79%	重症児とのコミュニケーション	785名	94.40%	
2	重症児の成長発達への支援	78名	77%	重症児との関係構築	752名	90.40%	
3	家族との関係構築	70名	69%	重症児の成長発達への支援	746名	89.60%	
4	呼吸管理等医療看護技術	69名	68%	重症児の生活介護・生活支援	742名	89.10%	
5	重症児のニーズの把握	53名	52%	重症児のQOL向上への支援	737名	88.50%	
6	医師との連携・協働	32名	32%	重症児のニーズの把握	721名	86.60%	
7	重症児との関係構築	32名	32%	重症児の病気や障害の理解	682名	81.90%	
8	重症児の生活介護・生活支援	31名	31%	呼吸管理等医療看護技術	626名	75.20%	
9	重症児の病気や障害の理解	28名	28%	家族との関係構築	591名	71.00%	
10	重症児のQOL向上への支援	13名	13%	他療育現場職員との連携・協働	504名	60.60%	
1位	重症児との関係構築	36件	36%	重症児とのコミュニケーション	201件	24%	
重症児看護の魅力の複数回答も一般職が管理職の約2倍感じている。70%以上の看護職が魅力を感じている項目が9項目あるのは大変好ましいが、管理職は3項目と低い。管理職の重症児看護歴を調査していないので一概には言えないが、管理職は重症児の直接関わりで魅力を感じても、人材の確保や育成に翻弄されているらしい。管理職が重症児看護の魅力を一般職と共有することが、人材確保上効果的と思われる。							
<b>3.重症児看護の専門性</b>							
回答 967件 1人 9.6件				回答 11827件 1人 14.2件			
1	重症児の摂食嚥下障害援助	90名	89%	重症児の病気・障害の理解	805名	96.70%	
2	重症児の呼吸管理	89名	88%	重症児の摂食嚥下障害援助	805名	96.70%	
3	重症児のポジショニング	84名	83%	重症児の呼吸管理	792名	95.10%	
4	重症児のフィジカルアセスメント	76名	75%	重症児とのコミュニケーション	787名	94.60%	
5	重症児とのコミュニケーション	73名	72%	重症児のポジショニング	777名	93.40%	
6	重症児の成長発達への援助	69名	68%	重症児の成長発達への援助	749名	90%	
7	家族ケア	63名	62%	重症児のフィジカルアセスメント	704名	84.60%	
8	重症児の病気・障害の理解	63名	62%	重症児の循環動態	686名	82.40%	
9	重症児のアドボゲーター	55名	54%	家族ケア	680名	79.70%	
10	リスクマネジメント	47名	46%	重症児のアドボゲーター	663名	79.60%	
11				重症児の権利擁護	637名	76.50%	
1位	重症児の病気・障害の理解	46件	45.50%	重症児の病気・障害の理解	396件	47.60%	
重症児看護の専門性の複数回答では、一般職の回答項目が多く、重症児看護の70%以上が専門性としてあげた事項が13項目あった。11位は重症児の権利擁護・12位重症児のターミナルケア・13位リスクマネジメント・14位院内感染防止となっている。一般職が多くの事項で専門性を高めたいの意思が読み取れた。一般職は重症児に直接関わる場面が多く、権利擁護や関連法規の理解もあげられている。管理職の回答結果は一般職との差異は殆ど無かった。専門性においては、重症児の心身障害への科学的根拠にもとづく対応・客観的判断が課題で、人材育成にいかすべきである。							

表2 重症心身障害プロフェッショナルナース育成研修

平成21年度 研修カリキュラム			
年月日	科目名	時間	内容
21. 5. 28	ガイダンス	1H	研修全体の説明・オリエンテーション
	重症児施設とその歴史	2H	重症児の定義・施設ができる経緯と背景にあった努力・歴史
	重症児の概念と定義 1	2H	大島分類・横地の試案・動く重症児・発達障害・肢体不自由
	重症児看護総論1	2H	重症児看護に求められるもの・看護倫理・看護の感性
21. 6. 25	重症児の実態	1H	重症児の発生頻度と発生原因・予後
	重症児と社会資源	2H	福祉サービス・各種手帳・年金・入所手続き
	重症児に関係する法律	2H	重症児に関連する法規・児童福祉法・医療法(診療報酬)
	重症児の概念と定義 2	2H	超・準超重症児障害の概念と療育
21. 7. 23	重症児施設の看護の役割	1H	他職種との協働における看護師の役割
	重症児看護と記録	2H	情報収集・分析・看護実践・記録
	重症児施設の看護管理	2H	看護管理の基本・看護方式・看護体制・人事・育成等
	個別支援・入院診療計画	2H	個別支援・入院診療計画の立案と実践・評価
21. 8. 18	予備日	7H	
21. 9. 30	フィジカルアセスメント 1	3H	重症児のフィジカルアセスメント
	重症児の生活を支える看護	2H	環境整備・補清・更衣・移乗・移動動作など生活全体のケア
	重症児の生涯を支える看護	2H	発達支援・ライフスタイルに適切な看護活動・重症児のQOL
21.10.22	フィジカルアセスメント 2	3H	フィジカルアセスメントを看護実践に活かす・異常の早期発見
	診療補助としての看護実践1	2H	与薬・様々な与薬法と管理(DIV・坐薬・内服薬)と評価
	診療補助としての看護実践2	2H	各種検査の介助・採血・XPなど
21.11.26	コミュニケーション障害と看護	3H	コミュニケーションの方法・ツールの説明と演習
	重症児の医療 1	2H	脳性まひ・てんかん・重度知的障害・先天性疾患について
	重症児の医療 2	2H	重症児におこしやすい消化器合併症とその治療
21.12.22	重症児の医療 3	3H	重症児におこしやすい呼吸器合併症とその治療
	呼吸障害と看護 1	2H	気道確保・気管切開・咽頭分層・安楽な姿勢
	呼吸障害と看護 2	2H	人工呼吸器の扱い・患者監視装置・吸引・吸入
21. 1. 18	実習1 動く重症児	7H	秋津療育園・島田療育センター・府中療育センターで実習
21. 2. 25	消化器合併症と看護	3H	変形に伴う内臓の位置異常・GERD・消化吸収機能・イレウス
	摂食障害と看護	2H	摂食嚥下機能の具体的説明と障害のEB
	摂食訓練	2H	摂食訓練演習
21. 3. 25	栄養管理と看護	1H	経鼻経管栄養・胃ろう・腸ろうの管理・肥満・瘻瘻・微量元素欠乏
	重症児の褥瘡予防	2H	重症児の褥瘡の特徴・褥瘡予防の取組み
	重症児の医療 4	2H	重症児の歯科・口腔衛生
	重症児の口腔ケア	2H	口腔ケアの重要性と口腔ケア演習
平成22年度研修カリキュラム			
22. 4.	重症児の医療 5	2H	重症児の排泄障害の背景・EB
	重症児の排泄介助	1H	トイレトレーニング・おむつ交換
	重症児の医療 6	2H	重症児の行動障害とは・行動障害の特徴・要因
	行動障害と看護	2H	行動障害の対応・潜在的ニーズの把握・生活のリズム
22. 5.	重症児のリハビリテーション	1H	重症児のリハビリテーションの基本的な考え方
	リハビリテーションと看護	2H	発達を促す・残存機能の維持・開発・退化予防・達成感
	重症児の医療 7	2H	重症児の高齢化問題・生活習慣病・機能低下・嚥下などの対応
22. 6.	ターミナルケア	2H	重症児医療の倫理的観点からの医療的決定・アドボケート
	実習 2 超・準超重症児	7H	府中療育センター・東部療育センター(みどり保育園)で実習
22. 7.	重症児の理学療法	3H	呼吸の基礎知識・理学療法的手法・演習・評価
	重症児の医療 8	2H	重症児の筋骨拘縮・骨折の特徴・治療法
	重症児の骨折の予防看護	2H	転倒転落アセスメント・骨折治療中の看護
	重症児の運動・姿勢保持	2H	姿勢の評価・移動介助・側臥・変形拘縮・股関節屈日など
22. 8.	医療機器利用重症児の看護	1H	輸液ポンプ・カンガルーポンプ・シリンジポンプなど
	重症児の医療 9	2H	重症児の認知症
	重症児の医療 10	2H	重症児のせん妄
	重症児の医療 11	2H	重症児のうつ病
22. 9.	院内感染防止対策	3H	標準予防策・児童福祉施設としての感染防止対策
	重症児の医療 12	2H	重症児の認知症
	重症児の医療 13	2H	重症児のせん妄
	重症児の医療 14	2H	重症児のうつ病
22. 10.	特別支援学級との連携	2H	登校・園内・病棟内授業の支援・教師との連携
	他医療機関との連携	1H	看護連携・他医療機関受診の支援
	重症児施設の安全管理	2H	医療安全(セーフティマネジメント) 療育上の事故防止
	ひやりはっと事例より考える	2H	SHELL分析・危険予知演習
22. 11.	家族を支える看護	2H	保護者の思い・親なき後の問題・兄弟の支援
	親の会の活動	1H	守る会の活動・各施設の保護者会との連携
	重症児の医療 15	2H	重症児の認知症
22. 12.	重症児の人権擁護 1	1H	人権の擁護・人権の尊重・プライバシーの問題・主体性の尊重
	重症児の人権擁護 2	2H	行動抑制・体罰・ネグレクトの禁止
	重症児の人権擁護 3	2H	重症児の人権擁護
23. 1.	在宅重症児の支援 1	3H	東京都の在宅支援事業の現状と課題
	在宅重症児の支援 2	2H	通園施設での看護の実態
	在宅重症児の支援 3	2H	重症児訪問看護の実態
23. 2.	実習 3 在宅支援	7H	訪問看護ステーション・通園・通所施設で実習
23. 3.	重症児の医療 16	2H	重症児の認知症
	重症児の医療 17	2H	重症児のせん妄
	重症児の医療 18	2H	重症児のうつ病
	終了式	1H	総評・障害福祉局長より終了証授与

共通科目 専門科目・医療 看護研究  
 基礎科目 専門科目・看護

## 障害児（重症心身障害児・肢体不自由児等）の 新しい評価表の作成

研究分担者 森下 晋伍：聖ヨゼフ医療福祉センター 麦の穂学園 院長  
研究協力者 吉田菜穂子：聖ヨゼフ医療福祉センター 麦の穂学園  
種子島章男：びわこ学園医療福祉センター草津  
高塩 純一：びわこ学園医療福祉センター草津

### （研究要旨）

前年度の研究で肢体不自由児施設と併設する重症心身障害児施設の入所児童について、年齢群ごとの実態と医療、介護、社会性支援ニーズを含めた支援の評価尺度を試作した。この調査で、児童には医療度・介護度に加えて、本人への発達支援・家族支援・社会参加支援が重要と思われた。今回はこの結果に基づき新たなチェックリストを作成、検討を行なった。

### A. 研究目的

現在平成23年度の児童福祉法の改正にむけて見直しが行なわれ、障害児の施設入所や地域サービスに関する適切な評価、判定のための新たな指標が必要である。特に成長途上の幼児、児童は介護の支援と、医療・活動支援・参加支援のニーズがあり、これらについて検討し、個々の児童の支援の指標を作ることを目的とした。

### B. 研究方法

平成18年度19年度の重症心身障害児施設入所児童の調査の結果と、肢体不自由児施設における調査結果に基づき、ICF（国際機能生活分類）の考えに従って医療・介護・活動・参加の支援の必要性を表わす評価表とチャー

トを作成した。その評価表とチャートに基づき、肢体不自由児・重症心身障害児・発達障害児等のモデルケースにつき評価を行い、評価に基づく今後の活動・参加の支援についての検討を行った。

### C. 研究結果

#### 1. 評価表の作成

障害児（重症心身障害児・肢体不自由児等）チェックリスト（図1）とチェックリスト記入上の注意（図2）を作成した。

1の基礎情報としては①ID番号 ②性別 ③年齢 ④主病名と健康状態（特に問題となる健康状態） ⑤合併症 ⑥に a.大島分類 b.改訂横地分類（図3）と心身機能・身体構造の⑦欠損 ⑧麻痺 ⑨不随運動 ⑩筋力





2. 健康状態に対する評価

医療度評価表（別紙に記入してください。） 合計点数（ 点）

0. 無し(0) 1. 軽度(1～3) 2. 中等度(4～9)  
3. 重度(10以上、手術など)

3. 活動に対する評価

① 運動・移動の評価

GMFCS I II III IV V (別表参照, 該当に○)

② セルフケア

- |             |        |         |        |
|-------------|--------|---------|--------|
| a. 食事摂取について | 0. できる | 1. 一部介助 | 2. 全介助 |
| b. 飲水について   | 0. できる | 1. 一部介助 | 2. 全介助 |
| c. 更衣について   | 0. できる | 1. 一部介助 | 2. 全介助 |
| d. 排泄について   | 0. できる | 1. 一部介助 | 2. 全介助 |
| e. 清潔動作について | 0. できる | 1. 一部介助 | 2. 全介助 |

③ コミュニケーション

- |                     |        |       |         |
|---------------------|--------|-------|---------|
| a. 相手の指示が通じる(言語で)   | 0. 通じる | 1. 一部 | 2. 通じない |
| b. 相手の指示が通じる(言語以外で) | 0. 通じる | 1. 一部 | 2. 通じない |
| c. 意思表示ができる(言語で)    | 0. 通じる | 1. 一部 | 2. 通じない |
| d. 意思表示ができる(言語以外で)  | 0. 通じる | 1. 一部 | 2. 通じない |

4. 参加に対する支援の評価として

① 対人関係(年齢相応にできるかどうか)

a 適切にマナーを意識し実施できる(挨拶など)

0. できる 1. 一部 2. できない

- |                   |        |       |         |
|-------------------|--------|-------|---------|
| b. 仲間と遊んだり、活動が出来る | 0. できる | 1. 一部 | 2. できない |
| c. 他者と問題を共同で解決できる | 0. できる | 1. 一部 | 2. できない |
| d. 家庭や家族の役割を意識できる | 0. できる | 1. 一部 | 2. できない |

② 家庭

家庭環境が適切である(家族の協力、理解)

0. 良好 1. 少し問題あり 2. 不良

③ 虐待

0. 無 1. 疑いあり 2. 有り

④ 教育

- a. 家庭での教育 特別な支援が必要か 0. 不要 1. 時々 2. 常時  
b. 学校での教育 特別な支援が必要か 0. 不要 1. 時々 2. 常時

⑤ コミュニティライフ

a. 日常的によくある危険な状況に対応できるか（年齢相当の支援で）

- i) 身体運動面で 0. できる 1. 時々特別な支援必要 2. 常時特別な支援必要  
ii) 認知判断面で 0. できる 1. 時々特別な支援必要 2. 常時特別な支援必要

b. 仲間との遊びやリクリエーション、地域の行事に参加できるか（年齢相当の支援で）

- i) 身体運動面で 0. できる 1. 時々特別な支援必要 2. 常時特別な支援必要  
ii) 認知判断面で 0. できる 1. 時々特別な支援必要 2. 常時特別な支援必要

c. 地域の施設（図書館など）や店の利用ができるか。（年齢相当の支援で）

- i) 身体運動面で 0. できる 1. 時々特別な支援必要 2. 常時特別な支援必要  
ii) 認知判断面で 0. できる 1. 時々特別な支援必要 2. 常時特別な支援必要

d. 移動手段の利用など、地域内の移動が、できるか？

- i) 身体運動面で 0. できる 1. 時々特別な支援必要 2. 常時特別な支援必要  
ii) 認知判断面で 0. できる 1. 時々特別な支援必要 2. 常時特別な支援必要

5. 行動障害

a. 強いこだわり、他動、パニックなどの不安定な行動

0. なし 1. 時々ある 2. ある

b. 睡眠障害や食事・排泄にかかる不適応行動

0. なし 1. 時々ある 2. ある

c. 自分を叩いたり傷つけたり他人を叩いたりけったり、器物を壊したりする行為

0. なし 1. 時々ある 2. ある

d. 気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力が低下する

0. なし 1. 時々ある 2. ある

e. 再三の手洗いや繰り返しの確認のため日常動作に時間がかかる

0. なし 1. 時々ある 2. ある

f. 他者と交流することの不安や緊張のため外出できない。また、自室に閉じこもって何もしない。

0. なし 1. 時々ある 2. ある

6. 環境因子(自由記載)

7. 個人因子(自由記載)

8. まとめ

9. 活動・参加の支援プログラム

## 図2 チェックリスト 記入上の注意

1. 活動や参加の できる、通じる、支援必要 などは年齢相応にできるか？  
年齢相応より特別の支援が必要か？ を評価して記入して下さい。
2. 1⑥bの改定横地分類は別表参照してください。
3. ⑪ 関節可動域制限 は特に著明な部位があれば記入してください。
4. ⑫⑬は目、耳 自体の障害がある場合に 記入してください。
5. 2① 医療度評価表は別表に記入してください。（日本重症児福祉協会作成）  
その上で合計点数を記入の上、0、1、2、3、のいずれか該当するところに○印をつけてください。
6. 3① GMFCS は別表を参照してください。
7. 4④a は施設入所児は施設での療育を含みます
8. 4⑤の回答については、身体（介護的な部分）の支援が必要か？ 認知判断に対する支援が必要か？を明らかにする目的の設問です。実際にできていなくても、身体の介護さえあればできるものは、認知判断は、できるに、また、身体の介護はいらないが、認知判断の支援が必要なときは、身体運動は、できるに、チェックしてください。両方の支援が必要な時は、両方にチェックしてください。

図3 横地分類

						〈知能レベル〉
E6	E5	E4	E3	E2	E1	簡単な計算可
D6	D5	D4	D3	D2	D1	簡単な文字・数字の理解可
C6	C5	C4	C3	C2	C1	簡単な色・数の理解可
B6	B5	B4	B3	B2	B1	簡単な言語理解可
A6	A5	A4	A3	A2	A1	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〉

図4

Gross Motor Function Classification System (GMFCS)

	～2 y	2～4 y	4～6 y	6～12 y
I 長座位 四つ這い つかまり立ち 伝い歩き 18m～2yまでに 歩き始める	長座位で操作 歩行補助具を使わず 好みに歩く	物につかまらずに立ちあがる 室内内外を歩く 階段を上る 走る 跳ぶ	室内内外を歩く 階段を上る 走る 跳ぶ	室内内外を歩く 階段を上る 定る 跳ぶ (速度やバランス運動 協調性は減退)
II 床座位で時々手をつく 腹這い 四這い つかまり立ち 伝い歩き	床座位で両手を使うと バランス崩す 四這い(下肢交互あり) つかまり立ち 伝い歩き 歩行補助具で歩く	床から立ちあがるのに少し しばしば助けがいる 補装具なしに室内を歩く 室外は平らな地面を 短距離歩く	室内内外を歩く 凸凹道や坂道、 人ごみは歩きにくい 手すりにつかまり 階段登る	
III 支え座位 腹這い	割座 腹這い 四這い(下肢交互なし)  介助により短い距離を歩く	椅子の登り降り  室内の平らな場所は 歩行補助具使い 長い距離、室外、 平坦でない所ば移送される 手すりを使も階段を登ること	室内内外の平らな場所を 歩行補助具を使って歩く  上肢が良ければ車椅子を 自分で駆動 手すりを使い階段を登る ことがある	
IV 寝返り士 支え座位不可	手支え座位 座位保持椅子 スタンディングボード 腹這いまたはパニー	椅子につかまらずに上がる 座位保持椅子 自力で電動車椅子動かす こともある	同左	
V 随意運動の極度の制限	ごく短距離這うか寝返りで移動できる場合もある。 ひとりで移動できる実用的移動能力は持たない。 稀に高度に調整した電動車椅子を使えることがある。			

低下 ⑪関節可動域制限 ⑫視力障害 ⑬聴覚障害 の項目を加えた。さらに精神機能の評価として⑭精神発達遅滞を5段階 ⑮不注意あるいは多動 ⑯対人相互性の欠如 を4段階に評価した。

2の健康状態に対する評価は医療度評価表(重症児福祉協会作成)を使用した。

医療度評価表の合計点数により、0、無し(0点) 1、軽度(1～3点) 2、中等度(4から9点) 3、重度(10点以上。手術など)の4段階に分類した。

3の活動に対する評価の①運動・移動の評価はGMFCSで5段階に分類した。(図4)

②のセルフケアはADLの食事、飲水、更衣、排泄、清潔動作の各項目について、③のコミュニケーションについては、言語と言語以外での伝達について評価した。

4の参加に対する支援の評価としては、①対人関係 ②家庭環境、③虐待 ④教育について評価した。⑤のコミュニティライフについては地域生活において、危険の回避、参加等について、年齢相当の支援で i) 身体運動面で ii) 認知判断面での各々の支援の必要度を評価した。

5の行動障害は障害児市町村調査項目の行動障害評価表を使用して評価を行なった。

6として環境因子、7として個人因子を自由記載とした。

8として障害児の全般的なまとめを記入し、9として上の評価に基づき、活動・参加の支援プログラムの欄を設けた。

このチェックリストに基づき、障害児支援チャート(図5)を作成した。チャートの図の円内の点数は各項目の番号を合計した点数で、それぞれの支援の必要性を数値化したも

のである。

このチェックリストと支援チャートを用いて聖ヨゼフ医療福祉センターとびわこ学園医療福祉センター草津の症例を評価し支援のニーズの検討を行った。

その中で代表的症例について供覧する。

#### 症例1 脳性麻痺(低酸素性虚血性脳症後)

男 9歳 大島分類 1 改定横地分類 A1

合併症 慢性肺疾患 てんかん

超重症児で人工呼吸器装着、てんかん発作が多い。

支援のプログラムとしては ①姿勢等安楽な状態を作り出す。②発作と非発作を区別し、発作の笑いの時は、かかわりをセーブする。(図6)

#### 症例2 染色体異常 男 14歳 大島分類 1

改定横地分類 A1

医療度、精神機能、GMFCSも重度で、活動も高度の支援が必要である。

施設入所だが家族の面会が困難である。

支援のプログラムとしては ①家族の役割を病棟職員が代行する。②学校と緊密に連絡を取る。③感覚に働きかけるようにする。(図7)

#### 症例3 頭部外傷後四肢麻痺 男 17歳 大

島分類 1 改定横地分類 A1

超重症児で施設入所している。体調不良時応答性が鈍くなる。

活動・参加のプログラムは①体調の安定を最優先させる。②表情を見ながら声かけをしていく。③調子の良い時は屋外散歩など。(図8)

図 5

障害児支援チャート

記録日 平成 年 月 日  
記録者

氏名 (No.)                      男   女                      年齢                      歳                      月 (6歳まで月を記入)

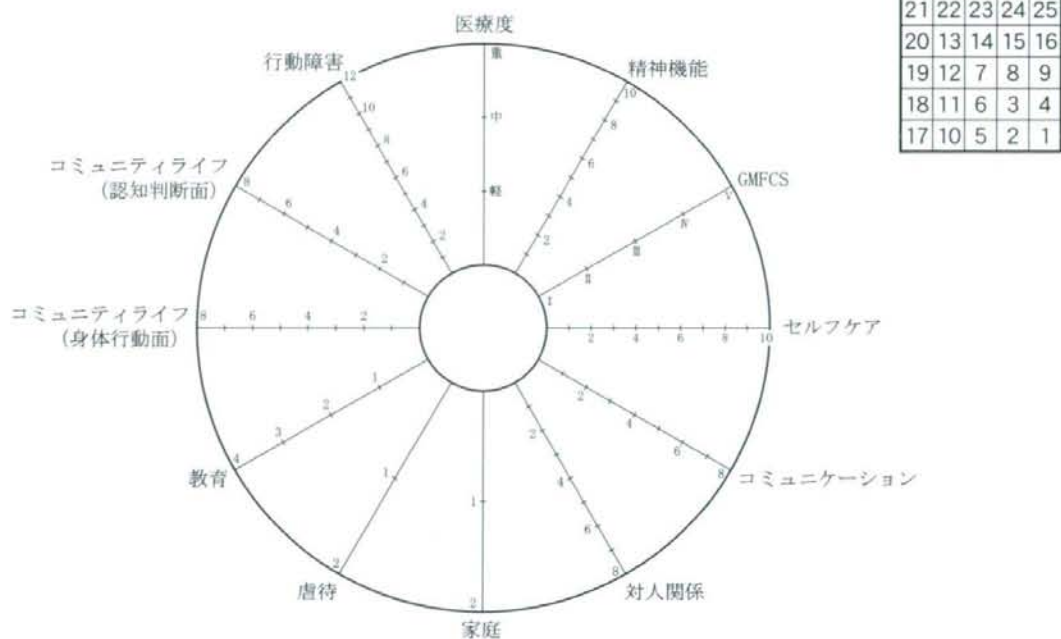
病名                                      合併症

健康状態

大島分類

改定横地分類

大島分類



環境因子

個人因子

まとめ

活動・参加の支援プログラム



**症例4** 脳性麻痺（アテトーゼ）女 5歳

大島分類 4 改定横地分類 B2

家庭での養育不可能。アテトーゼ型脳性麻痺による移動機能、言語の障害

活動・参加の支援プログラムとしては ①訓練とともに生活体験を豊かにする。

②将来的にはパソコンなどで意思表示・表現を目指す。(図9)

**症例5** 脳性麻痺（痙性麻痺）男 8歳

大島分類 6 改定横地分類 B4

経済的、住居の問題で退園が困難。股関節装具装着。腹這い移動、

活動・参加のプログラムとしては ①PT、OT、STが関わって姿勢（座位）の安定、

上肢機能の改善を目指し、車椅子の操作を可能にする。②住居の問題が解決すれば在宅の方向に向かって、生活体験を増やしていく。(図10)

**症例6** 脳性麻痺（左片麻痺）男 6歳

大島分類 12 改定横地分類 D5

医療度、精神機能、身体機能とも軽度、肢体不自由児施設に入所、コミュニティタイプの認知判断面が支援必要。

活動・支援のプログラムとしては ①片麻痺に対する訓練 ②言語コミュニケーション能力の向上 ③社会的知識や経験を広げる。④在宅へ向かっての支援(図11)

**症例7** 二分脊椎 女 8歳 大島分類 23

改定横地分類 E4

両下肢麻痺、膀胱直腸障害、側弯症を合併。排泄は導尿、浣腸が必要。移動は車椅子。

活動・参加の支援のプログラムとしては ①側弯症を始めとする身体の変形があり、理学療法により変形の進行を防止し、健康を保つ。②成長とともに心理的ケアも必要になる。(図12)

**症例8** 脳炎後遺症 男 5歳8ヵ月 大島分類 18 改定横地分類 B6

運動面は問題ないが危険が認識できず、常時嚴重な監視が必要。

活動・参加の支援プログラムとしては ①休日など自宅で過ごす時のヘルパーなどの派遣 ②ADLについては分かりやすい図で示す。③騒音がなく比較的安全な環境整備が必要。(図13)

**症例9** 自閉症 女 11歳 大島分類 21 改定横地分類 E6

身体運動面で問題が少ないが、問題行動で表現する。

活動・参加の支援プログラムとしては、①学校でも家庭でも1対1で個別に接する時間を持つ。②家族以外にも本人が相談できるキーパーソンをしておく。(図14)

**症例10** 自閉症 精神遅滞 女 12歳 大島分類 17 改定横地分類 B6

GMFCSはIだが精神遅滞重度で活動、社会参加が困難。

支援プログラムとしては①家庭から環境を施設に移す。②脱走等の行為を見守る。③視覚的に示す。④刺激を絞る。(図15)

図6 症例1 障害児支援チャート 記録日 平成 年 月 日  
記録者

氏名 (No.) 症例 1 男 女 年齢 9歳 月(6歳まで月を記入)

病名 脳性麻痺(低酸素性脳症) 合併症 てんかん 慢性肺疾患

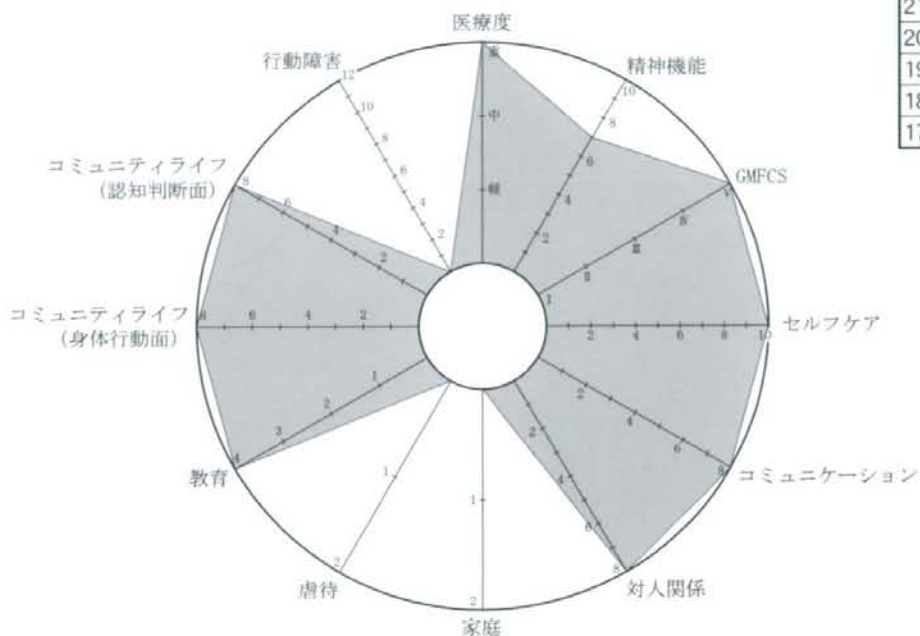
健康状態 てんかん発作が多い

大島分類 1

改定横地分類 A1

大島分類

21	22	23	24	25
20	13	14	15	16
19	12	7	8	9
18	11	6	3	4
17	10	5	2	1



環境因子 施設入所

個人因子 人工呼吸器装着

まとめ 超重症児で医療、介護に多くの支援を要する。

#### 活動・参加の支援プログラム

姿勢等安楽な状態を作り出す。

発作と非発作を区別し、発作の笑いの時は、関わりをセーブする。

図7 症例2 障害児支援チャート 記録日 平成 年 月 日

記録者

氏名 (No.) 症例 2 男 女 年齢 14歳 月(6歳まで月を記入)

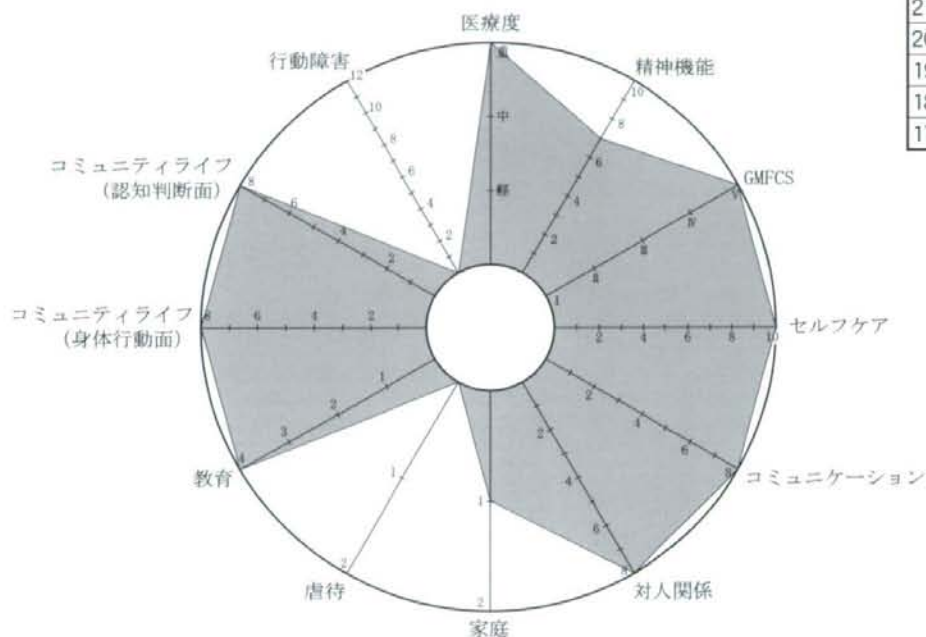
病名 染色体異常 合併症

健康状態 四肢麻痺 手足関節拘縮

大島分類 1 改定横地分類 A1

大島分類

21	22	23	24	25
20	13	14	15	16
19	12	7	8	9
18	11	6	3	4
17	10	5	2	1



環境因子 施設に入所している。家族の面会が困難である。

個人因子 易感染性がある。

まとめ

四肢麻痺、重度精神発達遅滞があり多くの支援を必要とする。

活動・参加の支援プログラム

家族の役割を病棟職員が代行する。

学校と緊密に連絡を取る。

感覚に働きかける。

図8 症例3 障害児支援チャート 記録日 平成 年 月 日

記録者

氏名 (No.) 症例3 男 女 年齢 17 歳 月 (6歳まで月を記入)

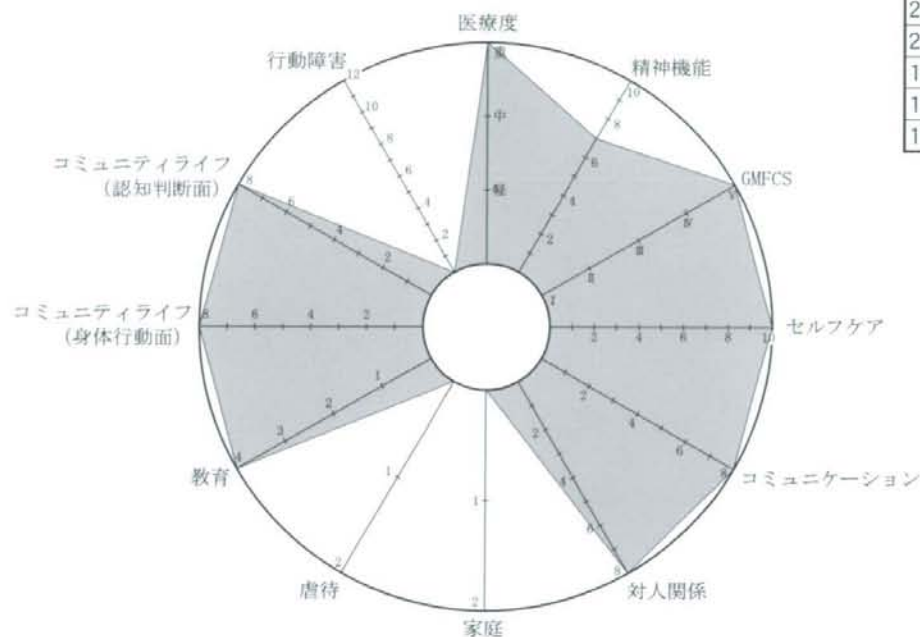
病名 頭部外傷後四肢麻痺 合併症

健康状態 視力障害 聴力障害 不随運動

大島分類 1 改定横地分類 A1

大島分類

21	22	23	24	25
20	13	14	15	16
19	12	7	8	9
18	11	6	3	4
17	10	5	2	1



環境因子 施設入所

個人因子 超重症 体調不良時応答性が鈍くなる

まとめ 超重症児であらゆる面で支援を必要とする

活動・参加の支援プログラム

体調の安定を最優先する。

表情を見ながら声かけをしていく。

調子の良い時は散歩など。