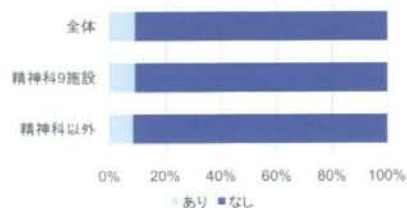
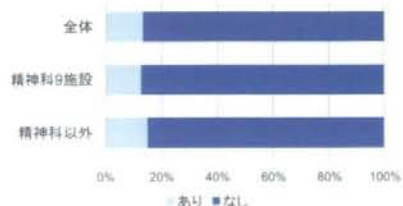


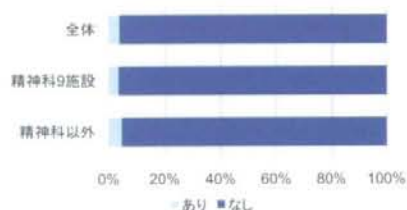
3、身体疾患の合併・治療必要性
⑥ウイルスの既往(1年以内であれば)



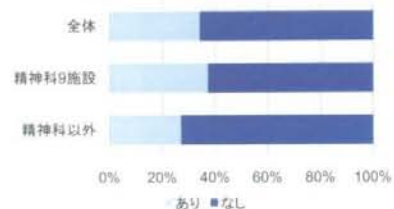
3、身体疾患の合併・治療必要性
⑨う歯・歯肉炎などの口腔疾患のための専門科治療(6か月以内であれば)



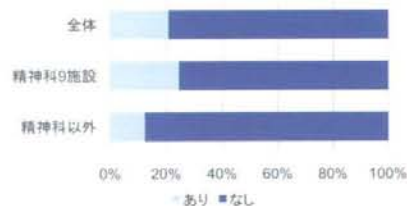
3、身体疾患の合併・治療必要性
⑦異食のための検査・治療(6か月以内であれば)



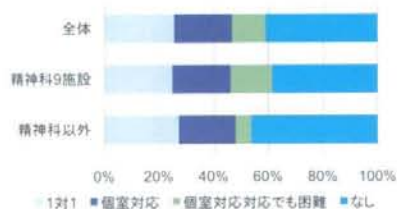
3、身体疾患の合併・治療必要性
⑩その他の身体疾患での検査・治療(定期薬内服による副作用チェックのための検査以外、6ヶ月以内であれば)



3、身体疾患の合併・治療必要性
⑧呼吸器感染のための検査・処置・治療(6か月以内であれば)

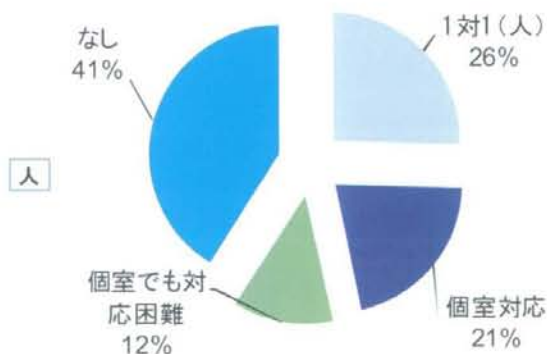


4、行動障害のための保護・重点観察の必要性



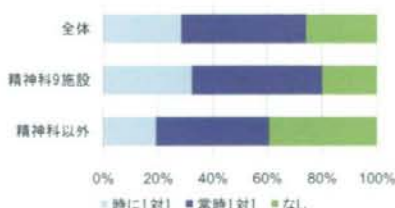
4、行動障害のための保護・重点観察の必要性
(全体)

1対1	129
個室対応	107
個室でも対応困難	63
なし	208

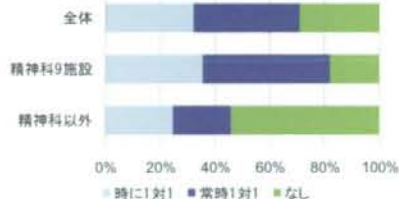


4) 行動障害ための保護・重点観察では、精神科施設で個室対応でも処遇困難が多かった。全体を見れば6割程度が何らかの保護や重点観察の必要があった。

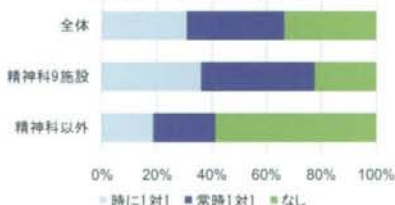
5、生活場面での生命の危険回避
入浴(多動による転倒・外傷・溺水の危険、多動による水中毒の危険)



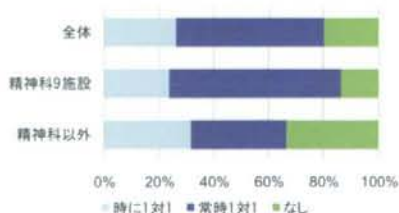
5、生活場面での生命の危険回避
食事(異食、他外につながるような盗食、詰め込みによる窒息の危険性)



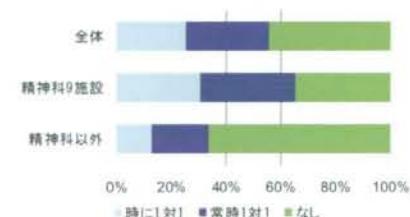
5、生活場面での生命の危険回避
排泄(排泄訓練が必要、糞食やトイレの水飲み、多動による転倒・外傷の危険)



5、生活場面での生命の危険回避
移動(多動のためどこへ行くか分からない、多動による転倒・外傷の危険)



5、生活場面での生命の危険回避
更衣(破衣・脱衣のための窒息の危険、異食の危険)



5) 生活場面での生命の危険回避では、食事、排泄、移動、入浴など精神科9施設で8割前後、精神科以外の施設でも高い割合でリスクが高いことがわかった。

D. 考察

強度行動障害を持つ動く重症心身障害児(者)は、行動障害も激しくその医療度も高いにも関わらず、障害者自立支援法における障害程度区分判定において、低く判定されることがあることがわかった。強度行動障害を持つ重症心身障害児(者)の適正な判定を行うためにも、強度行動障害スコアと医療度判定基準(案)を加味した評価が望ましいと考える。

行動障害を持つ動く重症心身障害児(者)の療養介護の基準は、「強度行動障害」があることを前提条件として、

- 1) 療養介護5のイメージは、強度行動障害スコア10点以上
- 2) 療養介護6のイメージは、強度行動障害スコア20点以上、医療度30点以上と提案したい。

E. まとめ

国立病院機構病院の重症心身障害病棟に入院中の強度行動障害スコア10点以上の利用者を対象に大島の分類、強度行動障害スコア、医療度(案)の調査を行い、強度行動障害を持つ動く重症心身障害児(者)の障害所自立支援法における療養介護の基準を提案した。

参考文献

1. 江草安彦監修:重症心身障害マニュアル、医歯薬出版社2005

2. 「強度行動障害をもつ重度精神遅滞児（者）についての医療度判定基準（案）」
厚生労働省精神・神経疾患研究委託費
「重症心身障害児（者）の病院・病態解明、治療・療育、および施設の在り方に関する研究班」報告：

第5班 分担研究者 平野誠 2007

表1 強度行動障害評価表

氏名[] 評価：平成 年 月 日

行動障害項目	行動障害の内容 (6ヶ月以上継続している)	判定基準		
		1点	3点	5点
1.ひどい自傷	頭部が変形する、鼓膜が破れるような叩き、壁や床への頭打ち、肉が見えるような掻きむしり、失明するような眼のいじり、爪はぎなど。 その他： (※装具（ヘッドギアなど）を着用していない状態を想定して評価）	週1～2回	1日1～2回	1日中
2.強い他傷・他害	噛みつき、蹴り、なぐる、髪ひき、頭突きなどの危害を加える。 その他：	月1～2回	週1～2回	1日何度も
3.激しいこだわり	強く指示しても服を脱ぐ、外出を強く拒む、特定の場所に固執、水を流す、触る、過飲水など。その他：	週1～2回	1日1～2回	1日何度も
4.激しい物壊し	ドア、窓ガラス、家具、寝具、照明類、玩具、眼鏡等破壊し、危害が本人にも周りにも大きい。破衣など。その他： (※財物や玩具を自由に使用出来る環境を想定して評価する。)	月1～2回	週1～2回	1日何度も
5.睡眠の大きな乱れ	昼夜逆転、ベッドに居れず人や物に危害を加えるなど。その他： (※問題行動で個室使用者は大部屋を想定して評価する。)	月1～2回	週1～2回	ほぼ毎日
6.食事関係の強い障害	食器、お盆ごと投げる、椅子に座っていられずみんなと食事ができない、異食や拒食、偏食で体の異常きたすなど。その他： (※離席や盗食防止のため身体拘束は、解放状態を想定して評価する。)	週1～2回	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7.排泄関係の強い障害	便をこねる・投げる・壁面になすりつける、頻尿（便）、脅迫的な排尿（便）など。その他： (※普段の状態（オムツ使用・パンツ使用）で評価する。つなぎ等の予防衣使用者は着用していない状態を想定して評価する。)	月1～2回	週1～2回	ほぼ毎日
8.著しい多動	身体、生命の危険につながる建物からの飛び出し、目を離すとどこへいくかわからない、高く、危険なところへ上がるなど。その他： (※開放病棟で、行動制限なしの状況を想定して評価する。)	月1～2回	週1～2回	ほぼ毎日
9.著しい騒がしさ	周囲が絶えられない様な大声、大泣きが何時間も続くなど。	ほぼ毎日	1日中	絶え間なく
10.パニックがもたらす結果が大変なため処遇困難な状態	パニックが出ると体力的におさまられず、つきあっていかれない状態を呈する。			あれば
11.粗暴で相手に恐怖感を与えるため処遇困難な状態	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、こちらが恐怖を感じる。			あれば
合計スコア		点		

①行動障害が過去半年以上続いている場合はまる項目に○をつける。行動障害の内容が該当するものは全て○をつける。

この中になければその他の欄に記入する。

②3段階の判定基準のどれかに○をつける。

③定期薬服用者は服用している状態で評価し、頓用の不穏時薬・不眠時薬・注射などは使用しない状態で評価する。

④評価は年1回以上定期的に行い、客観性を高めるためにできるだけ複数職種の評価担当者を決めてチェックする。

表2 【強度行動障害を持つ重度精神遅滞児・者についての医療度判定基準案】

I、何らかの手段で移動する能力をもつ重度精神遅滞児・者であり、かつ強度行動障害スコアが10点以上
(各項目については特記事項がない限り6ヶ月以上継続する状態の場合カウントする)

II、医療・介護判定スコア

1、行動障害に対する専門医療・療育の実施

- ① 向精神薬による治療 (5)
- ② 行動療法、動作法、TEACCHなど (5)
- ③ 精神科医師を含めたチームによる医療 (5)

2、神経・精神疾患の合併・治療必要性

- ① 著しい視聴覚障害(全盲などがあり、かつ何らかの手段で移動する能力をもつ) (5)
- ② 抗てんかん薬の内服をしても週1回以上のてんかん発作あり (5)
- ③ 6ヶ月以内にてんかん重積発作あり (5)
- ④ 自閉症等によりこだわりが著しく対応困難 (5)
- ⑤ その他の精神疾患の合併により治療が必要 (5)
- ⑥ 不眠のため向精神薬による治療が必要 (5)

3、身体疾患の合併・治療必要性

- ① 自傷・他害による外傷のため抗生剤等の治療など(6ヶ月以内にあれば) (3)
- ② 多動やてんかん発作に基づく転倒・外傷の治療(縫合を含む) (3)
- ③ 慢性擦過傷・皮疹などによる外用剤・軟膏処置(6ヶ月以内に1ヶ月以上継続) (3)
- ④ ア)骨折の既往(原因に行動障害を伴うもの)(6ヶ月以内にあれば) (3)
またはイ)骨折による手術の既往(原因に行動障害を伴うもの、6ヶ月以内にあれば) (5)
- ⑤ 便秘のため週2回以上の浣腸、または座薬(下剤は定期内服していること) (3)
- ⑥ イレウスの既往(1年以内にあれば) (5)
- ⑦ 異食のための検査・治療(6ヶ月以内にあれば) (5)
- ⑧ 呼吸器感染のための検査・処置・治療(6ヶ月以内にあれば) (3)
- ⑨ う歯・歯肉炎などの口腔疾患のため専門科治療(6ヶ月以内にあれば) (3)
- ⑩ その他の身体疾患での検査・治療
(定期薬内服による副作用チェックのための検査以外、6ヶ月以内にあれば) (3)

4、行動障害のための保護・重点観察の必要性(いずれか一つ)

- 行動障害のため常に一对一の対応が必要 (3)
- 行動障害のため個室対応等が必要(一对一の対応でも開放処遇困難) (5)
- 行動障害のため個室対応でも処遇困難(自傷、多動による転倒・外傷の危険) (10)

5、生活場面での生命の危険回避の必要性

- 常時一对一で付き添い(介助または医療的観察・声かけ)が必要(5点)
- 時に一对一で付き添い(介助または医療的観察・声かけ)が必要(3点)
- *以下の生活場面での生命の危険回避のため個室対応等を行っている場合は5点とみなす
- ① 食事(異食、他害につながるような盗食、詰め込みによる窒息の危険など) (3,5)
- ② 排泄(排泄訓練が必要、糞食やトイレの水飲み、多動による転倒・外傷の危険) (3,5)
- ③ 移動(多動のためどこへ行くか分からない、多動による転倒・外傷の危険) (3,5)
- ④ 入浴(多動による転倒・外傷・溺水の危険、多飲による水中毒の危険) (3,5)
- ⑤ 更衣(破衣・脱衣のための窒息の危険、異食の危険) (3,5)

以上の合計点数で判定する () 点以上/116点中 強度行動障害のため医療度が高い

旧身体障害者療護施設利用者の障害像

研究分担者 横地 健治：聖隷おおぞら療育センター 所長

【研究要旨】

旧身体障害者療護施設である3生活介護事務所の利用者の障害像を調査した。入所者の障害像は3施設で大きく異なっていた。児童期発症の重度知的障害・重度肢体不自由の重複とみなされる入所者が約半数を占める施設もあった。これに対し、ショートステイ・通所の利用者の障害像は、重症心身障害児施設の利用者よりは軽症であり、両者は適切に区別され利用されていた。これからも、成人の重症心身障害の知能障害程度を最重度知能障害として定義するのが妥当と思われた。

A. はじめに

重症心身障害は、児童期発症の重度知的障害と重度肢体不自由の重複をもって定義される。その介護度の高さと、小児期障害の発達促進の必要性のため、濃厚な働きかけを要するものと認知されている。そのため多大な経費を要し、医療行為を要する場合も多いので、医療機関である重症心身障害児施設がその入所施設として障害福祉サービスを担当してきた。障害者自立支援法により成人障害福祉体制が見直されてきたことに対応して、成人となった重症心身障害児の障害福祉上の位置の再検討が求められている。

一方、医療的ケアを要しない知的障害と肢体不自由の重複障害の場合は、福祉型障害者施設でも対応されている。このうち、肢体不

自由の重症障害者は身体障害者療護施設に入所している。そのため、どの程度の知的障害と肢体不自由の重複障害者が身体障害者療護施設に入所しているか、また在宅支援サービスを受けているか知ることは、成人となった重症心身障害児の障害福祉制度を考える上で参考になる。なお、同施設の多くは、現在生活介護事業所に転換しているので、どの程度の重複障害がどのような障害程度区分判定を受けているかを知れば、同じく参考になる。

こうした目的で、どの程度の知的障害と肢体不自由の重複障害者が旧身体障害者療護施設に入所しているか、ショートステイ・通所を利用しているか調査した。これと対比するため、重症心身障害児施設のショートステイ・通所利用者の障害像についても調査し

た。

B. 対象と方法

浜松市には身体障害者療護施設が4施設あり、そのうち3施設（みるとす、厚生園信生寮、浜名寮）は生活介護事業所となっている。この旧身体障害者療護施設3施設の利用者を対象とし、その障害像を調査した。3施設の178名の入所者、138名のショートステイ・通所の利用者について、以下の項目を調べた。

- ・年齢、性
- ・障害程度区分
- ・改訂大島分類横地案（以後「横地分類」と略す、図1、付録1）
- ・障害発症時期；児童期発症*か成人期発症か
 - *先天性異常、周生期異常、18歳未満の出生後異常によるものを児童期発症とする
- ・施行している医療的ケア
 - 気管切開管理（人工呼吸器管理があれば、「人工呼吸」とする）
 - 経管栄養（胃瘻または経鼻経管）
 - 吸引（気管切開施行者は除き、経鼻・経口の吸引を1日1回以上施行している）
 - てんかん（1年以内に発作が起こり、まだコントロールされていない状態）
 - インスリン注射

旧身体障害者療護施設と対比するため、67名の重症心身障害児施設・聖隷おおぞら療育センターのショートステイ・通所利用者について、同項目を調べた。

また、旧身体障害者療護施設3施設の入所者とショートステイ・通所利用者の総数316

名について、横地分類と障害程度区分の対応も検討した。

C. 結果

1. 旧身体障害者療護施設入所者の障害像

施設A、施設B、施設Cの入所者の障害像を図2、図3、図4に示す。施設Aは3施設の中で、入所者の障害重症度は中間的と思われる。障害程度は大半が区分6か5であり、両者の比率は88%（51/58）であった。児童期発症の重度知的障害と重度肢体不自由の重複を、横地分類A1～4、B1～4、C1～4とみなすと17%（10/58）であった。それをA1～4、B1～4とみなすと5%（3/58）であった。医療的ケアとしては、気管切開管理はなかったが、胃瘻管理は13名（22%）で行われていた。胃瘻か吸引のいずれかが14名（24%）で行われていた。なお、60の定員の残る2名は、調査時、呼吸障害が増悪したため、病院に入院し、気管切開施行され転院先を探している状況であった。

施設Bは3施設の中で、入所者の障害度は最も重症であった。障害程度は大半が区分6か5であり、両者の比率は93%（93/100）であった。児童期発症の重度知的障害と重度肢体不自由の重複を、横地分類A1～4、B1～4、C1～4とみなすと58%（58/100）であった。それをA1～4、B1～4とみなすと44%（44/100）であった。この施設には、重症心身障害とみなされる障害者が多く入所していた。医療的ケアとしては、6名で気管切開管理が行われており、気管切開、胃瘻、吸引のいずれかが10名（10%）で行われていた。

施設Cは3施設の中で、入所者の障害度は最も軽症であった。それでも、障害程度区分6か5の比率は75% (15/20) であった。児童期発症の重度知的障害と重度肢体不自由の重複を、横地分類A1～4、B1～4、C1～4とみなすと5% (1/20) であった。それをA1～4、B1～4とみなすと、該当者はいなかった。医療的ケアとしては、胃瘻か吸引のいずれかが2名 (10%) で行われていた。

2. 旧身体障害者療護施設入所者のショートステイ・通所利用者の障害像

施設A・B・Cの3施設のショートステイ・通所利用者全体の障害像を図5に示す。在宅の施設利用者の障害度は、入所者に比べて軽症であった。障害程度は区分6が30%、区分5が26%であり、約半数が区分6か5であった。児童期発症の重度知的障害と重度肢体不自由の重複を、横地分類A1～4、B1～4、C1～4とみなすと14% (19/138) であった。それをA1～4、B1～4とみなすと9% (13/138) であった。医療的ケアとしては、3名 (2%、3/138) で、胃瘻、経鼻経管、吸引のいずれかが行われているにすぎなかった。

3. 聖隷おおぞら療育センターのショートステイ・通所利用者の障害像

重症心身障害児施設・聖隷おおぞら療育センターのショートステイ・通所利用者の障害像を図6に示す。全例児童期発症障害であり、障害程度は全例区分6か5であり、85% (57/67) が区分6であった。児童期発症の重度知的障害と重度肢体不自由の重複を、横地分類A1～4、B1～4、C1～4とみなす

と93% (62/67) であった。それをA1～4、B1～4とみなすと87% (58/67) であった。医療的ケアとしては、人工呼吸、気管切開、吸引、胃瘻、経鼻経管のいずれかが40% (27/67) で行われていた。

4. 旧身体障害者療護施設総利用者の横地分類と障害程度区分の対応

3施設の入所者とショートステイ・通所の利用者の総数316名について、横地分類と障害程度区分と対応を表1に示す。このうち、横地分類A1～4、B1～4対象者（最重度精神遅滞の重症心身障害）では大半が区分6だが、残りはほとんど区分5であった（図7）。横地分類A1～4、B1～4、C1～4対象者（重度精神遅滞の重症心身障害）では、前者より区分6が少し減じ、区分4が少数見られた。横地分類A1～4、B1～4、C1～4以外の対象者（肢体不自由（中等度精神遅滞～正常））でも区分5と6が半数を超えていた。区分6をとる横地分類の内訳を図8に示す。知的障害と肢体不自由の重複からみれば、重症とはみなしがたい場合でも区分6と判定されていた。

D. 考察

旧身体障害者療護施設入所者の障害像をみると、施設ごとに大きな差異が存在した。施設Bの入所者の多くが、重症心身障害児施設の入所者とは重なる障害像をとっていた。これに対し、施設Cでは、重症心身障害児施設の入所者との重なりはほとんどなかった。こうした入所者の障害像の差異は、施設開設時の地域の状況をずっと反映し続けていることによるのであろう。施設B開設時は、重症心

身障害児を受け入れるべき重症心身障害児施設の入所枠がなかったため、重症心身障害児(者)がやむを得ず、身体障害者療護施設に入所したのではないかとと思われる。

現在の状況は、旧身体障害者療護施設と重症心身障害児施設のそれぞれで障害福祉サービスを受けている在宅者の障害像の違いをみればわかると思われる。こうしてみた現況では、両者の重なりは少なく、両施設の対象者の障害像は妥当な棲み分けが行われていると思われる。横地分類A1～4、B1～4を中核的重症心身障害福祉対象とみなし、C1～4は両者の境界とみなしていい印象である。

現在、障害者自立支援法と児童福祉法の整合性が見直しが求められている。その際、児童期発症であり、重度知的障害と重度肢体不自由の重複している障害の意義について原点に立ち戻って考えて見る必要があろう。まず、普通の日常生活を送るために要する介助量の多寡さについての評価の問題である。これを知的障害の程度と移動機能障害の程度で表したのが大島分類(図9)である。そして、1～4に当てはまるものを重症心身障害とみなすことが多い。ただし、その縦軸の知能指数(IQ)については、現在の成人用の知能テストでは偏差値が採用されており、重度知的障害ではIQが測定不能となっている。また、IQより知的発達段階で示した方が、障害評価としては实际的である。IQが20以下を最重度知的障害と一括するのではなく、この中の重症者を区分した方が实际的である。横軸の移動機能については、「歩行障害」の意味が曖昧であり、「寝たきり」の中の重症者を区分した方が实际的である。これらの理由により、著者は改訂大島分類横地案(横地分類)

を提案している。これにより知的障害・移動機能障害の2軸によるより实际的な区分が可能となると考えられる。

なお、行政上は、重症心身障害を、療育手帳Aと身体障害者手帳1または2級の両者の所持をもって判定していることが多いようである。療育手帳は、IQ35以下でAの判定をしているので、重度知的障害を重症心身障害の要件としているようである。

成人が重度知的障害と判定される場合は、その精神発達年齢は6歳以下ということになる。小児期ならば同じ知能指数でも、その精神発達年齢は暦年齢と平行するため、より低年齢とみなされる。それだけ、介護度も高くなる。また、発達期ゆえの配慮もあるで、介護と養育・教育的関わり両面が必要となる。成人でIQが20～35のレベルは重度知的障害ということになり、その精神発達年齢は幼児期後半相当ということになる。精神発達年齢が幼児期後半と幼児期前半の状態を比べれば、前者の日常生活の要介護度は後者に比して相当低いと考えるのが妥当であろう。横地分類C1～4の障害者が旧身体障害者療護施設利用者に少なからず存在し、重症心身障害児施設利用者では稀であるのは当然であろう。成人ならば、IQ20以下の最重度知的障害相当の横地分類A1～4、B1～4の障害者が、知的障害と移動機能障害尺度による介護度の高い重症障害に合致すると著者は考える。もちろん、知的・移動機能以外の視聴覚障害・上肢機能障害・精神機能障害による障害の加重には別途評価しなければならない。

現行の障害程度区分では、知的障害と移動機能障害尺度でみた最重度である横地分類A1以外に、多数者が最高の障害程度区分6

と判定されていた。このことにより、障害程度区分の最高レベルが頭打ちになっている感
は否めない。障害重症度に対応したさらに高い障害程度区分が整備されねばならないと考
える。

なお、旧身体障害者療護施設で行われている医療的ケアについては、胃瘻管理は3施設
で行われており、例外的ではなく行われているようである。ただし、気管切開管理は1施
設でしか行われておらず、例外的処置であらう。重症心身障害成人にはさらに多彩な医療
的ケアが求められる病態があるので、重症心身障害の障害評価として、要医療度の評価は
必須である。介護度と医療度の両面の評価法が整備されねばならない。

	〈知能レベル〉						発達年齢	IQ	
軽度～正常	E6	E5	E4	E3	E2	E1	簡単な計算可	9歳以上	50以上
中等度(moderate)	D6	D5	D4	D3	D2	D1	簡単な文字・数字の理解可	6歳以上	35以上
重度(severe)	C6	C5	C4	C3	C2	C1	簡単な色・数の理解可	3歳半以上	20以上
最重度(profound)	B6	B5	B4	B3	B2	B1	簡単な言語理解可	1歳以上	
	A6	A5	A4	A3	A2	A1	言語理解不可		
	戸	室	室	座	寝	寝			
	外	内	内	位	返	返			
	歩	歩	移	保	り	り			
	行	行	動	持	可	可			
	可	可	可	可	可	可			
	〈移動機能レベル〉								

図1 改訂大島分類横地案



図2 施設A入所者の障害像



図3 施設B入所者の障害像



図4 施設C入所者の障害像

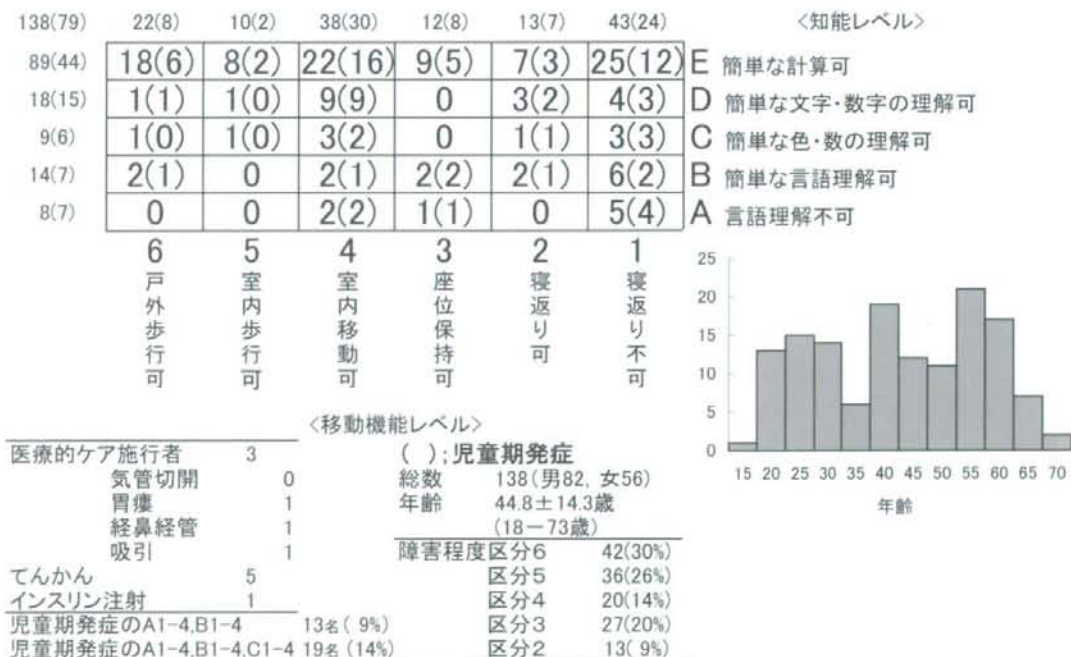


図5 旧身体障害者療護施設入所者のショートステイ・通所利用者の障害像



図6 聖隷おおぞら療育センターのショートステイ・通所利用者の障害像

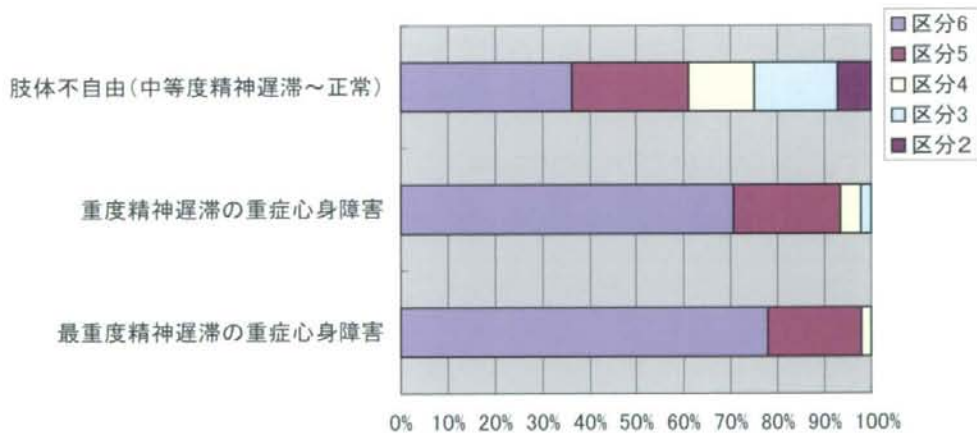


図7 横地分類グループと障害程度区分の対応

最重度精神遅滞の重症心身障害；横地分類A1～4、B1～4対象者
 重度精神遅滞の重症心身障害；横地分類A1～4、B1～4、C1～4
 肢体不自由(中等度精神遅滞～正常)；横地分類A1～4、B1～4、
 C1～4以外の対象者

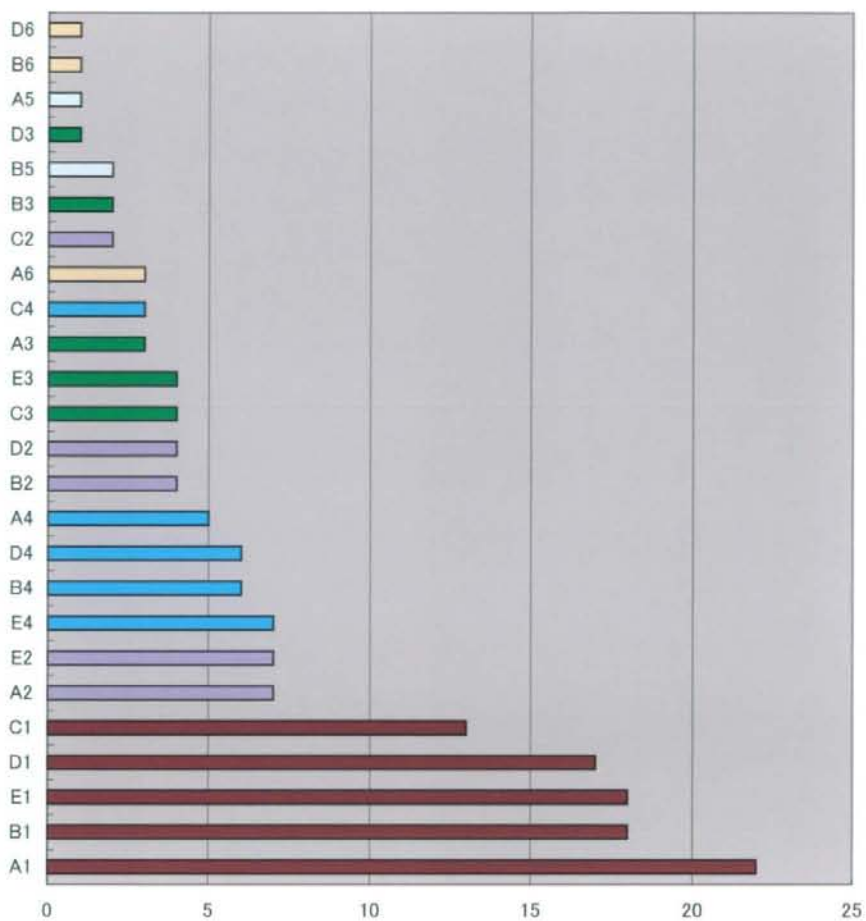


図8 障害程度区分6をとる横地分類内訳

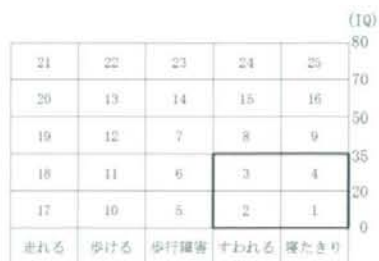


図9 大島分類

表 1. 旧身体障害者療護施設総利用者の横地分類と障害程度区分の対応

横地 分類	(n)	障害程度区分				
		区分6	区分5	区分4	区分3	区分2
1 A	(25)	22	3			
B	(20)	18	2			
C	(14)	13	1			
D	(20)	17	3			
E	(36)	18	12	4	2	
2 A	(8)	7	1			
B	(8)	4	4			
C	(4)	2	2			
D	(12)	4	7	1		
E	(15)	7	4	2	2	
3 A	(4)	3	1			
B	(3)	2	1			
C	(5)	4	1			
D	(3)	1		2		
E	(20)	4	9	2	4	1
4 A	(5)	5				
B	(12)	6	5	1		
C	(12)	3	7	1	1	
D	(17)	6	5	3	3	
E	(25)	7	5	7	2	4
5 A	(2)	1	1			
B	(3)	2	1			
C	(4)		1		1	
D	(2)			2	1	
E	(10)			1	6	3
6 A	(3)	3				
B	(3)	1		1	1	
C	(1)			1		
D	(2)	1		1		
E	(18)			1	12	5
	(316)	(161)	(76)	(31)	(35)	(13)

付録1

「改訂大島分類横地案」記載マニュアル

「移動機能」、「知能」、「特記事項」の3項目で分類し、以下のように表記する。

例；A1-C, B2, D2-U, B5-B, C4-D

<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	室	室	座	寝	寝	
外	内	内	位	返	返	
歩	歩	歩	移	保	可	
行	行	行	動	持	可	
可	可	可	可	可	可	
<移動機能レベル>						

I. 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） 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例外的にはあるが、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）
 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、物につかまっても（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例外的にはあるが、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。

II. 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(知能指数20は、最重度精神遅滞と重度精神遅滞の境界である)。

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(知能指数35は、重度精神遅滞と中等度精神遅滞の境界である)。

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(知能指数50は、中等度精神遅滞と軽度精神遅滞の境界である)。

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。

III. 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)。この項目は、移動機能レベルと知能レベルだけでは、実際より軽症とみなされるのを防ぐことを意図している。B・DはA1では省き、UはA1・B1・C1・D1・E1・A2・B2では省くのは、このためである。

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」の人工呼吸器使用者が多いはずであり、A1の中での特に重症者を想定している。

B: 盲 (盲: blindness)

有意な視覚行動がない。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。なお、「A1」の場合は省略する。

D: 難聴 (難聴: deafness)

有意な聴性行動がない。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。なお、「A1」の場合は省略する。

U: 両上肢機能全廃相当 (上肢: upper extremities)

食事に、全面的な介助が必要である。上肢機能の運動障害の原因疾患が、頸髄損傷・アテトーゼ・神経筋疾患などとして特定されている病態を指している。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。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。

超重症児のケアのタイムスタディ（3年目）

～「スターカウント法」に基づいたタイムスタディデータの解析～

研究分担者 松葉佐 正：芦北学園発達医療センター

研究協力者 小西 徹：長岡療育園

興梠 ひで：江津湖療育園発達医療センター

A. はじめに

3年目までに3施設、3か所で超重症児のケアのタイムスタディを行った。いずれも1分スタディを行った。1回に数分から10分かかる業務がある一方、1分間に数回の業務を行うこともあることが判明した。これまでのデータの解析を行った。

B. 対象と方法

対象：次の3施設50名を対象とした。うち、超重症児が44名、準超重症児が6名であった。

- ①芦北学園発達医療センター（施設A）超重症児室29名（表1）
- ②長岡療育園（施設B）超重症児室8名（表2）
- ③江津湖療育園発達医療センター（施設C）CR室13名（表3）

方法：病棟で職員1名に計測者1名が付き、48時間に亘って業務の1分スタディを行った。結果は、利用者名のID番号への変換、業務内容の業務コードへの変換を経て、表計算ソフト「エクセル」に入力し、解析を行った。エクセルへの入力および一次解析を「東京コロニー コロニー印刷」に、二次解析を「特定非営利活

動法人アイネットワークくまもと」に依頼した。なお、業務コードは昨年までと同様、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による「身体障害者療護施設『タイムスタディ調査』最終報告書」で用いられたものを使用した¹⁾。

C. 結果

(1) 対象者：施設A、B、Cの利用者のプロフィールを表1、表2、表3に示す。平均年齢はそれぞれ27.0歳、15.5歳、22.8歳であった。また、男性と女性はそれぞれ合計34名と16名であった。基礎疾患は脳性麻痺が多数を占めたが、変性疾患や筋疾患もみられた。障害度（改訂大島分類：横地分類）はほとんどの対象者でA1であった。

(2) 超重症児室の見取り図：3施設とも超重症児を集中的にケアしていた。施設A、B、Cの超重症児室の見取り図をそれぞれ図1、図2、図3に示す。施設Aでは3つに区分けされた病室で31名の超重症児（および準超重症児）をケアしていた（その後2区画のみを残し、1区画は別

の病棟に設置した)。施設Bでは8名の対象者を1つの病室でケアしていた。施設Cは13名を2区画の病室でケアしていたが、日常的に廊下をはさんで向かいの病室の比較的安定した超重症児（準超重症児）のケアにも参加していた。

- (3) 職員の勤務シフト：施設A、B、Cの超重症児室での職員の勤務シフトをそれぞれ図4、図5、図6に示す。施設Aと施設Cでは同様の職員のシフト（変則2交代）を行っていた。施設Bでは通常の2交代であった。
- (4) データの解析法：施設A（芦北学園発達医療センター）でのタイムスタディのデータの一部を表4と表5に示す。従来のタイムスタディと異なり、職員は1分間に1つ以上の業務を行っていた。表4を見ると、職員1（看護師）は2月9日朝、ID3、ID12、ID14の順にケアを行った。BコードとCコードに属する業務で、この時間のケアはID3とID12に3分、ID14に4分かかっている。業務の数はID3が5種類、ID12が3種類、ID14が6種類である。ID12に比べるとID14のケアが2倍程度大変であることが推測される。表5を見ると、職員4（看護師）は2月9日午後、1分間に最大4つの業務を行いながら6分間に7名（延べ13名）に対するケアを行った。これらの、1分以内の業務をカウントするために、業務コードの前に1分間の業務数に応じた数のスター（*）を付けた。これを「エクセル」でカウントして、業務時

間を算出した。今回の解析はこの方法（「スターカウント法」と呼ぶ）に基づいている。

- (5) ケア時間の例：表6、表7、表8にそれぞれ施設A（ID1）、施設B（ID5）、施設C（ID6）の利用者の2日間の合計のケア時間を示した。Aコードは相談支援・ケアマネジメント、Bコードは専門的生活支援、Cコードは治療・健康管理業務、Dコードは社会参加支援業務、Eコードは地域生活支援業務、Fコードはその他の業務をそれぞれ代表している。BコードとCコードが大部分で、表6はBとCが同程度、表7はCが多く、表8はBが多い。
- (6) 1日の累計ケア時間：表6、7、8の利用者に対する累計ケア時間のグラフをそれぞれ図7、図8、図9に示す。表6、7、8では3人の利用者でBコードとCコードの比が異なっていたが、1日のケア時間はほぼ同様に時間とともに増加している。
- (7) 超重症児に対するケアの時間を、身体障害者療護施設（療護）、特別養護老人ホーム（特養）、老人保健施設（老健）および療養型医療施設（療養型）の利用者に対するケアの時間と比較したものを図10に示す。療護・特養・老健・療養型のグラフは参考文献1から転載した。超重症児のケア時間は、A、B、Cの各施設での平均を用いた。超重症児では、療養等の施設に比べてCの医療的ケアの時

間が突出して多い。3施設の間でもケアの時間がやや異なるが、nの違いを考慮する必要がある（施設A、B、Cで、n=29、8、13）。各業務コードにおけるケア時間の傾向は3施設とも同じであった。

D. 考察

今回、超重症児に対するケアの時間を1分スタディによって測定する機会を得た。超重症児のケアは忙しく、対象の3施設とも1分間に複数の業務を行うことが珍しくなかった。1分以内の業務の時間をカウントするのに「スターカウント法」を考案した。これによってより正確な業務時間が得られた。実際は、1分間に例えば4つの業務を行うとき、均等に時間を配分することはほとんどないと思われが、今回の方法では均等の時間となる。ここにこの方法の限界がある。しかし、めまぐるしい業務を解析するときは有効であると思われる。

業務コードは身体障害者療護施設でのタイムスタディの際に用いられたものを使用した。この業務コードは身体障害者療護施設での業務を記載するのに優れていると思われる。しかし、重症心身障害児施設での利用者のケアには個別的な要素と集団的な要素の両方があり、いずれも重要である。こうした面を十分に反映するにはやや不十分と思われた。また、超重症児は自力でできることが極めて少なく、「見守り」などが頻回に出現する本業務コードではやや結果が片寄るように思われた。しかし、他の施設種でのケアとの比較を行うときは有用なツールとなることは間違いがない。

今回のデータが超重症児の重症度の理解と、ケアの質の向上に寄与することが期待される。

参考文献

1. 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」、2005.
2. 古橋裕治、「タイムスタディ調査による当施設の入所児に対する業務量の検討」、「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、2007.
3. 社会福祉法人 恩賜財団 済生会、済生会 医学・福祉共同研究平成19年度版、「重症心身障害者における障害程度区分とADLの検討」、2008.