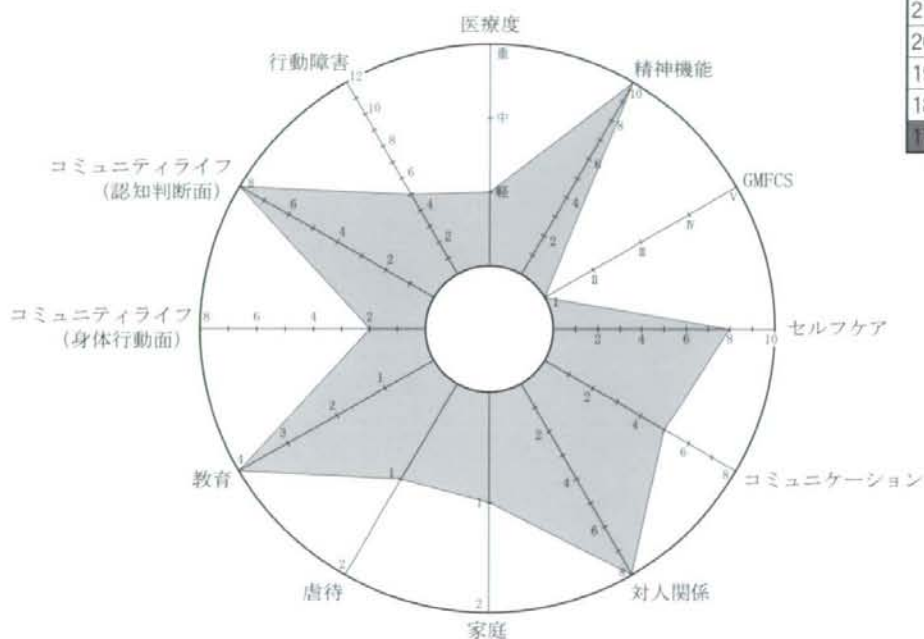


図18 症例4 障害児支援チャート 記録日 平成 年 月 日
 記録者
 氏名 (No.) 症例 4 男 女 年齢 12 歳 月 (6歳まで月を記入)
 病名 自閉症 精神遅滞 合併症 てんかん
 健康状態
 大島分類 17 改定横地分類 B6 大島分類

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 家庭の中にいると激しい行動の問題を示す。
 施設入所中は比較的落ち着いている
 個人因子 エレベーターへのこだわりを示す

まとめ

活動、参加に多くの支援を要する

活動・参加の支援プログラム

家庭から施設に移行する。脱走等の行為を見守る。
 視覚的に示す。
 刺激を絞る。

以上症例について検討したが、個々の児童によって、心身機能、医療度、活動、参加のきめこまかい評価が必要で、それにより個々の児童の支援プログラムが導かれる。今回のチェックリストとチャートを利用することにより、障害のある児童の全体像を知ることが出来て、また在宅、入所の必要性の判断、あるいは医療型施設か福祉型施設かの選択の参考になると思われる。在宅あるいは入所の必要性を検討するには、先ず大島分類、あるいは横地分類と健康状態の支援の程度を表わす医療度評価表（重症児福祉協作成）が最も重要な指標と考えられる。医療度、心身機能が重度な児童の場合は、先ず生命の維持、本人にとって最も安楽・安全な生活を目指すことが必要である。また発達途上の児童にとっては活動の指標（GMFCS、セルフケア、コミュニケーション）等の改善に向かってふさわしい支援が行なわれることが望ましい。これは障害児通園、支援学校、支援学級、さらにより濃厚なケアが必要な場合は障害児施設において行なわれる。心身機能、活動、参加の向上のためには、訓練（PT、OT、ST）、心理、看護、療育、ケースワーカーなどの多方面の専門家のアプローチを必要とし、これにふさわしい施設の利用が求められる。また平成18年度19年度の調査で判明したように、家庭環境、家族の問題と虐待の問題が児童の活動に大きな影響を与えている。この問題を解決するには一時的な障害児施設入所による児童の支援や、家族への支援、児童の社会参加のための支援等多くの関わりが必要となる。どの選択にしても発達途上の児童においては、専門的なチームによる活動、参加を目標とした総合的な支援が必要である。

C. まとめ

1. 肢体不自由児施設と併設する公法人立重症心身障害児施設30施設の18才未満の入所児童505人を対象に評価とニーズに対する調査を行なった。
2. 現在行なわれている障害程度区分と大島分類、療養病棟医療保険ADL区分、医療度調査表、粗大運動能力レベル（GMFCS）との相関を中心に検討したが、障害程度区分は医療度、発達支援度についての評価が不十分と考えられた。
3. 医療支援度、介護支援度、社会性支援度をあわせた評価指標を作成し、成長途上の児童には医療度、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考えられた。
4. この結果に基づき、ICF（国際機能生活分類）の考えに従って健康状態、活動、参加の支援の必要性を表す『障害児チェックリスト』と『障害児支援チャート』を作成した。
5. このチェックリストとチャートを用いて重症心身障害児、肢体不自由児、発達障害児のモデルケースにつき評価を行ない、それぞれのケースの健康、活動、参加の支援についての検討を行なった。
6. このチェックリストとチャートにより障害児の医療・活動・参加の支援のニーズを含む全体像が明瞭になり、在宅、障害児通園、障害児施設等の選択、医療型施設か福祉型施設かの選択についての参考になると考えられる。

1. 江草安彦監修：重症心身障害療育マニュアル，医歯薬出版社 2005
2. 近藤和泉：脳性麻痺児のリハビリテーションに対する近年の考え方と評価的尺度、リハ医学 37：230-241 2000
3. 全国肢体不自由児運営協議会編集：障害児の包括的評価法マニュアル、メジカルビュー社 2006
4. 口分田政夫：「障害児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」総括報告書、日本重症児福祉協会 2007
5. 口分田政夫：「障害児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」総括報告書、日本重症児福祉協会 2008
6. 伊達達也ほか：肢体不自由児施設における障害程度区分に関する検討、日本重症児福祉協会：「重症心身障害児（者）の支援体制のあり方に関する調査研究事業」報告書、日本重症児福祉協会編、9-47、2007
7. 口分田政夫：重症心身障害児（者）の入院医療区分試案と実態調査、「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（編）、17-58、2006
8. 上田敏：ICFの理解と活用、きょうされん 2005
9. 独立行政法人 国立特別支援教育総合研究所 世界保健機構（WHO）：ICF活用の試みー障害のある子どもの支援を

国立病院機構での行動障害に対する療養介護・生活介護の 評価基準の開発に関する調査と分析

研究分担者 平野 誠（*国立病院機構 肥前精神医療センター）
研究協力者 會田 千重*、中山 政弘*、西原 礼子*、
荻本みわ子*、山下 葉子*、平野 雅子*、
倉重久美子*

はじめに

平成18年の障害者自立支援法施行を前に、平成17年7月に現状調査（障害程度区分判定等試行事業および障害者自立支援法関連患者実態調査）が全国で実施され、いわゆる「動く重症心身障害児・者」病棟の調査結果も明らかになった。

この3年間の研究で、強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（者）の「行動障害」については、障害者自立支援法による障害程度区分判定の調査項目だけでは介護度に反映されないことがわかり、医療を要する強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（者）の療養介護の評価基準を考えた。

I 3年間の経過及び結果

1、平成18年度研究

A. 目的と方法

いわゆる「動く重症心身障害児・者」病棟を持つ国立病院機構の精神科病院9施設の現状の評価基準の評価の結果を統計処理による分析を含めて報告し、現時点における障害程度区分判定の問題点を提起した。

対象としたのは、国立病院機構9施設（花巻病院、さいがた病院、小諸高原病院、北陸病院、松籟荘病院、賀茂精神医療センター、菊池病院、琉球病院、肥前精神医療センターの「動く重症心身障害児・者病棟」）の入院患者663名であった。

方法は、9施設の入院患者663名（男性424名、女性239名、平均年齢35.3歳）を対象に行われた、上記調査のデータを用いて障害程度区分一次判定と既存の指標との関連についての分析を行った。

B. 結果

I 既存の指標との比較

①一次判定における療養介護と生活介護について

9施設の入院患者について、障害程度区分の一次判定に基づき、療養介護と生活介護に

分類した。本研究では介護保険にならい、施設と在宅でのサービスの境界である要介護4以上を療養介護に相当するとし、要介護3以下を生活介護に相当するとして分類した。その結果、要介護4以上に該当する患者が430名(64.9%)、要介護3以下に該当する患者が233名(35.1%)であった。

②大島分類との関連について

次に、大島分類における「狭義の重症心身障害児(1~4)」「重症心身障害"周辺"児(5~9)」「動く重症児(5, 6, 10, 11, 17, 18)」の3グループ別に、障害程度区分の一次判定の人数を集計した(図1)。これによると、「動く重症児」グループでは、要介護4以上に該当する患者が331名(59.9%)、3以下に該当する患者が221名(40.1%)であった。この一次判定と大島分類についてSpearmanの順位相関係数を算出したところ、逆相関の関係が見られた($r=-.494, p<.01$)。

③強度行動障害スコアとの関連について

一方、一次判定での要介護度別に強度行動障害スコアの平均を算出した(図2)ところ、一次判定で介護度が低く出ている患者グループほど、強度行動障害スコアの平均が有意に高かった($F(5)=3.848, p<.01$)。

II 既存の指標とのズレの要因

統計的に有意差が見られただけでなく、先述したような強度行動障害スコアが20点以上の高得点であるにもかかわらず、障害程度区分の一次判定で要介護3以下(障害程度区分で4以下)となり生活介護の判定が出てしまうようなケースは全体の9.5%であった。これはおそらく、身辺動作の援助以外にスタッフが患者の行動障害の予防に対して専門的な

対応をしていることが、十分評価されていないことを意味していると思われる。

そこで、ここからは当院の病棟に入院されている2ケースを通して、強度行動障害スコアが高い患者に対して現状としてどのような対応をしているかということについて考察してみた。

1例目は、要介護2・大島分類17・強度行動障害スコア41で、食事や排泄などのADLについてはほとんど自立できているが、自閉性障害の症状の一つであるこだわりから、変化に対する不安がとても強いという特徴があり、それによって病棟内での生活において様々な問題が生じている。障害特性に対する医療的対応として、行動しやすいように周囲の環境を整える役割と、それでも本人が落ち着かず、他害をしてしまうことを未然に防ぐための対応をとっているというケースであった。

2例目のケースは、要介護2・大島分類5・強度行動障害スコア33で、身体の麻痺があるために体動も不安定であるが、興奮が高まってくると近くにいる患者やスタッフに対する噛み付きや全裸になって暴れるなどの「強い他害」が見られる。スタッフの対応として、刺激遮断のために自室に誘導しようとするのだが、抵抗も強いために自室への移動も難しく、また部屋に移動した後もかなり興奮が続く状態である。このケースでは、麻痺があっても本人なりに出来るところを尊重するとともに、他患への過干渉に基づく対人トラブルによる他害を防ぎ、本人を落ち着かせるための周囲の環境を整える役割として自室に誘導するという医療的対応をとっていることになるというものであった。

C. 平成18年度研究のまとめ

障害程度区分判定の一次判定は統計学的な見地からも、また個別のケースの状態評価とのズレという点からも、強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（者）やいわゆる「強度行動障害」の現状・要医療の程度が十分反映されていないと考えられる。

これらのことから、以下のような問題点が考えられる。

1. 障害程度区分判定の現状の判定項目だけでは動く重症心身障害児・者の重症度や要医療度を評価できていない部分がある。

現状の障害程度区分判定の調査項目に加えて、既存の重症心身障害を評価する指標を用いることで、強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（者）やいわゆる「強度行動障害」の状態をより理解できるのではないかとと思われる。障害程度区分の一次判定における療養介護に相当する要介護4～5では、ベッドサイドでの生活にウエイトが置かれていると思われ、寝ている状態から立位までの体位変換や食事や排泄の介護など「出来ないことの手助け」が中心となっていると考えられる。

逆に、生活介護に相当するが強度行動障害スコアが高得点であるようなケースに共通しているのは、「出来ていることを出来やすいようにする手助け」として、周囲の環境を整える役割としてマンパワーが注がれているという点である。自傷や他害などの行動障害が見られた時の対応や起きないようにする工夫に対して、マンパワーを使っていることが評価されていないと思われ

る。

2. これまでの障害程度区分判定も含めた評価指標では、行動障害が見られた時の対応や、起きないようにする工夫としての行動障害への専門的対応とリスクマネジメントについては十分に評価できていないと思われる。

この点については、障害程度区分判定の調査項目に既存の評価指標を加えていくだけでは改善できない部分であると考えられ、検討をしていく必要がある要因の一つであると考えられる。

3. 評価の場面設定の前提が大きく違っている。

ガイドラインの補足説明も含めて具体的な行動障害を比較していくと、必ずしも全て同じ状況进行评估しているとは言えない。全体的に強度行動障害スコアは評価のガイドラインが設けられており、評価の客観性を高める為に評定人数を複数職種にすることなどが決められているが、障害程度区分判定では評価のガイドラインにも不十分な部分が多く、調査員の人数等にも言及されていないために、調査員の主観に左右されやすい可能性があると考えられる。

以上のような問題点をふまえて、今後の障害程度区分判定の調査項目の見直しも含めて、より適切な状態把握や評価ができる質問項目・指標をどのようなウエイトのかけ方によって、総合的な評価としていくのかということについて調査分析していく必要があると思われる。

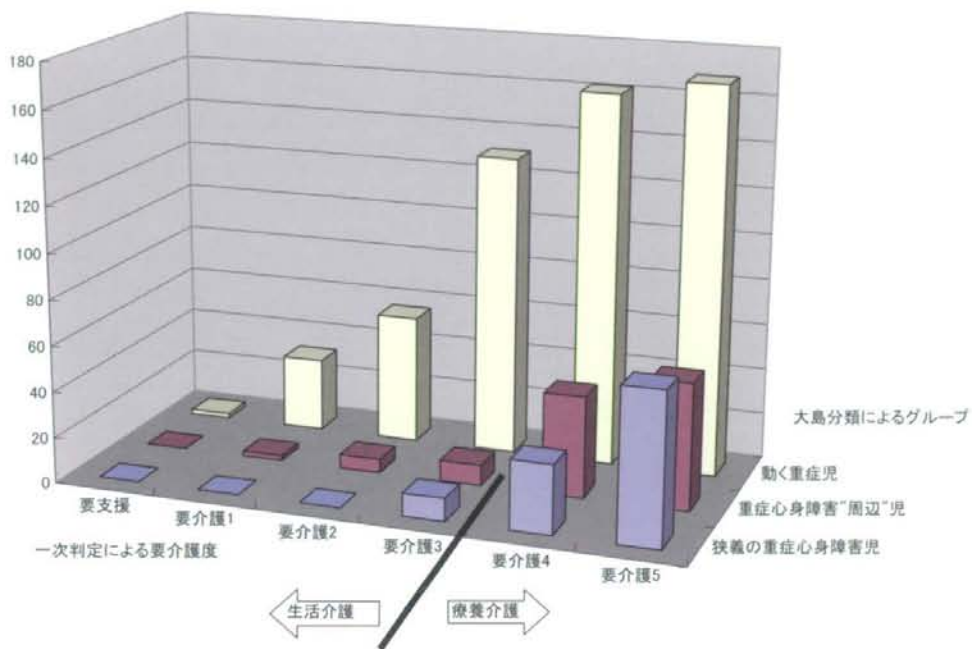


図1 大島分類におけるグループ別の障害程度区分の一次判定の人数

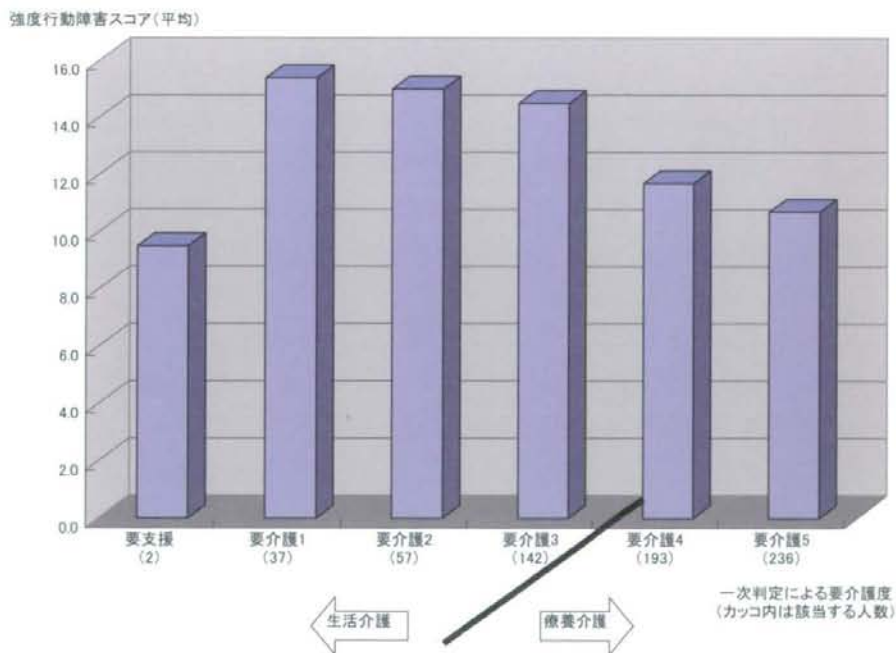


図2 要介護度別の強度行動障害スコアの平均

2、平成19年度研究

代表的な3事例の1次判定調査結果内容と、実際の病棟生活場面でスタッフが評価している医療ケアニーズとを細かく比較検討することにより、行動障害と1次判定介護度との解離を再確認し、一時判定調査における調査員マニュアルや調査員が記載する特記事項、医師が記載する医師意見書などにも着目して、評価基準の再考や提案をした。

A. 目的

障害者自立支援法における障害程度区分の課題について検討し、1次判定調査時における強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児(者)の行動障害の特性を考慮した医療および介護ニーズに基づいて障害程度区分認定調査時(第1次判定調査)のチェック方法や「特記事項」記入時の留意点、「医師の意見書」への追加項目などの提言をする。

B. 方法

障害者自立支援法による障害程度区分1次判定ソフトでの試行(平成17年7月試行)結果の3名の事例から臨床場面との相違を比較し、検討を加える。

C. 結果

1. 「要介護認定等基準時間」の8要素の中の「問題行動」が臨床場面の実態と合わない
2. 要介護認定等基準時間の「問題行動」時間の由来が不明

3. 中間評価は、1群2群>>5群、6群、7群となっている

中間評価で、第1群(麻痺等)、第2群(移動)の方が、第5群(身辺)、第6群(コミュニケーション)、第7群(行動)よりも要介護度に強く反映されていることが多い。身体障害が重い人ほど第1次調査時のソフトでは有利に働いており、身体障害が無いケースは、どんなに行動障害が激しくても介護度の結果に反映されにくい。

4. 第1次認定調査時の調査員マニュアルにある調査項目の判断基準は、行動障害があるケースへの評価が低い

「できる」「見守り」「一部介助」「全介助」とあるのみで「見守り」の質の評価はされていない。

盗食や早食い、異食などのリスクが高いが、自立している機能を低下させないために全介助には至らず、見守りや一部介助で対応していることが多く、実際は全介助より時間や労力を要する。

5. 1人に要するマンパワーが表せない

行動障害が激しいために、入浴に3名の介助が必要であったり、療育に2名の付き添いが必要であったりする利用者があるが、そのような1人に要するマンパワーの介護度はこの調査では表せない。

6. 動く重症心身障害児(者)特性の医療度基準が評価項目に無い

介護保険の判定調査項目に追加された項目

「行動関連」や「精神症状」の重篤性が介護度に反映されていないと昨年度の分析で述べたが、「医療度」も、介護保険の医師意見書を付け加えたもので、動く重症心身障害児（者）特性の医療の項目が無い。しかし、強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（者）は、てんかんの頻発や易感染症、慢性疾患の合併などの内科、小児科的な問題に加え、激しい興奮やパニック、自傷、他害、睡眠障害などの問題行動など精神科的な治療を要するものも多く、その特性に応じた医療を必要としている。

7. 行動改善のための専門療育が評価されていない

行動障害の改善のために行動療法やTEACCHメソッドなどの専門療育を行っており当然専門的マンパワーが必要であるが評価項目にはない。

D. 考察

強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（者）の障害程度区分認定のための1次判定は介護度が十分反映されていないが、障害者自立支援法の障害程度区分1次判定ソフトの内容をすぐさま改定するのは困難なところもあると思われる。

そこで、当面、現行のソフトを使用しながら、強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（者）の障害者自立支援法下での障害程度区分認定調査（1次調査）時の留意点として若干の提言をした。

提言1：調査員マニュアルへの追加（その1）

「介護」「身辺」に関する項目の判断基準は、

ADLの要素的機能に問題はないがリスクが高く、保護、観察（危険回避・危機管理）の必要性が高い「見守り」は「全介助」に値すると判定する。

「全介助」の判断基準

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のための見守り

② 更衣

- ・破衣・脱衣のための窒息の危険、異食の危険のための見守り

③ 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のための見守り

④ 排泄

- ・糞食やトイレの水のみ、多動による転倒・外傷の危険のための見守り

⑤ 移動

- ・多動のためどこに行くかわからない。多動による転倒・外傷の危険の見守り

提言2：調査員マニュアルへの追加（その2）

基本調査時に反映されない項目については特記事項へ記入するようになっているが、調査員マニュアルの中には、行動障害の状態を表す指標やマンパワーの必要度が記載されていないため、以下を追加記載。

1) 特記事項

7 行動に関する特記事項

行動障害の（質）…「ある」やその「頻度」のみでは状態を評価できない。

以下、問題行動の状態

- ①開放状態で見守りをする程度で良い状態
- ②開放状態で1対1対応が必要な状態

③開放状態では1対1対応でも困難な状態
(例：激しいこだわりやパニック、自傷
や他害、器物破損になる。) そのため個
室対応が必要

④行動障害のために個室対応でも処遇困難
な状態(自傷・多動による転倒・外傷の
危険)

※それに関する必要人員も評価対象にする。

8 医療に関連する特記事項

医療の内容は、超重症児に関してのものが多く、1次判定ソフトには反映されませんが特記として動く重症心身障害児(者)の特性に応じた医療内容を記載する。

①向精神薬による治療

②てんかん発作の有無とその頻度

③行動改善のための専門療育

行動を改善するために専門的な療法(行動療法・音楽療法・動作法・TEACCH
メソッドなど)を行っている人もいる。

提言3：医師の意見書への追加

5 その他特記すべき事項へ

①動く重症児へは、強度行動障害スコア
(10点以上は強度行動障害)を別紙添付

※行動障害の内容や、頻度をより客観的に
一覧できるため。

②「動く重症児」の類型(重度精神遅滞に
加えて)を加える。

※動く重症心身障害児(者)の病態像が客
観的に分かる。

③介護に必要なマンパワーの人員(見守り、
1：1、1：2…個室)

③別に開発した強度行動障害を持つ重度精
神遅滞児者の医療度判定基準案を参考に
項目別【(1)行動障害に対する専門医療・

療育の実施、(2)神経・精神疾患の合併・
治療必要性、(3)身体疾患の合併・治療
必要性、(4)行動障害のための保護・重点観
察の必要性、(5)生活場面での生命の危険
回避の必要性】に記述的記載をする。

提言4：動く重症心身障害児(者)の療養介
護の評価基準(案)

以上、提言1は1次判定にある程度寄与す
ることが予想され、提言2、提言3、提言4
で2次判定に反映させるべきである。

E. 平成19年度研究のまとめ

障害程度区分の認定調査は、調査員の評価
だけでなく、評価した「問題行動」に対する
対応時間も療育ニーズ実態を適切に反映して
いない。

1次判定の不十分性は、調査員マニュアル
への評価項目の追加や医師の意見書への追加
記載によって改善できる部分があると思われ
る。

強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞
児(者)の問題行動は、その医療、専門療法
を使用した対応、見守りや個室対応をす
ることによって行動障害があってもその頻度が少なかったり、問題を未然に防いでいたりすることが多い。

調査の結果として介護度が低く判定された
強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞
児(者)が、行動障害の医療ニーズを適正に評
価され、入院医療機能のある施設入所(療養
介護)がふさわしいと判定されるよう提言の
内容を今後も検討していく必要がある。

3、平成20年度研究

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、医療度判定基準（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）の医療ニーズの高さと、医療型のケアを提供することが必要になる、障害者自立支援法における療養介護の基準を提案した。

A. 目的

障害者自立支援法では、障害程度区分の判定とそれに見合った支援の給付が考えられているが、医療を要する強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（者）の判定は十分に反映されないのが現状である。

平成20年度は、国立病院機構の重症心身障害病棟を持つ病院の中の強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（者）の実態を調査し、療養介護（医療型）の基準を検討した。

B. 対象と方法

対象：国立病院機構73施設の重症心身障害病棟と療養介護病棟に入院中の症例7,184名

方法：平成20年8月1日現在の状態で、強度行動障害スコアが10点以上の利用者についてアンケート調査を行った。

アンケート調査項目

- ①院内ID
- ②年齢
- ③性別
- ④大島分類
- ⑤障害程度区分（シュミレーションを含む）

⑥強度行動障害スコア

⑦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）の各得点と合計

C. 結果

国立病院機構73施設に入院中の重症心身障害児（者）7,184名のうち、精神科施設9施設352人以外に23施設に該当者157名がおり、精神科施設以外にも強度行動障害を持つ動く重症心身障害児・者がいることがわかった（図3）。

強度行動障害スコア10点以上の狭義の重症心身障害児・者（大島の分類1, 2, 3, 4, 8, 9）は、障害程度区分の判定において、8割の人が療養介護に判定されるであろうことがわかった（図4）。

強度行動障害スコア10点以上の動く重症心身障害児・者（大島の分類5, 6, 7, 10, 11, 12, 17, 18, 19）の約半数しか療養介護に認定されないであろうことがわかった（図5）。

昨年度、国立病院機構の精神科9施設において今回と同様な調査を実施し強度行動障害スコアと医療度判定基準（案）は相関しているという結果であった。

今年度、対象を全国の国立病院機構に広げても同様の結果であることから、医療度判定基準（案）の妥当性があることがわかった。（図6）

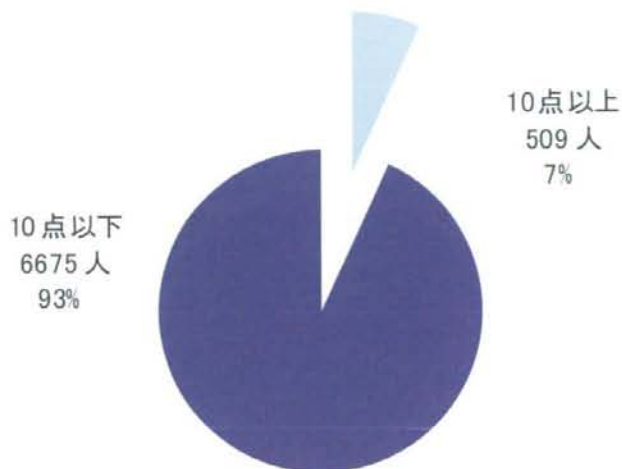


図3 強度行動障害スコア10点以上の利用者の割合（該当者数）



図4 障害程度区分×大島の分類
大島の分類1, 2, 3, 4, 8, 9
(寝たきり～座位)

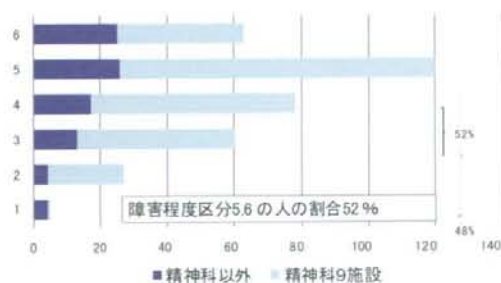


図5 障害程度区分×大島の分類
大島の分類5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19
(歩行障害～歩ける～走れる)

強度行動障害スコア

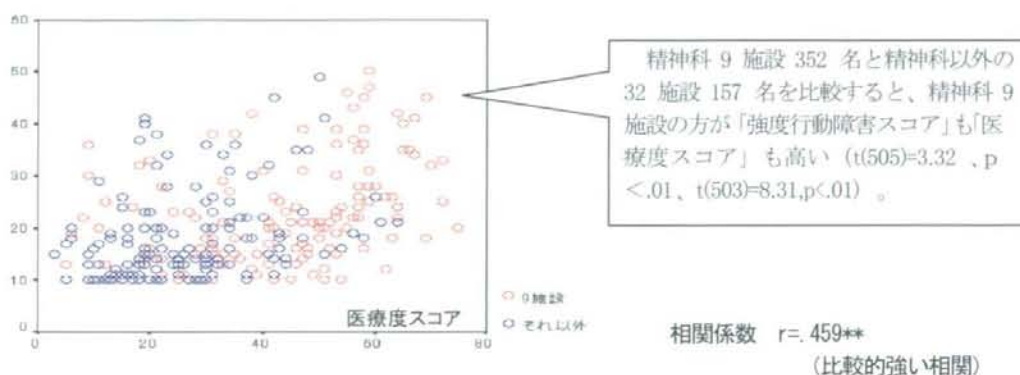


図 6 医療度スコア×強度行動障害スコア

医療度判定基準（案）の調査では、自閉症などによりこだわりが強く対応困難であったり、多動でどこに行くか分からなかったり、不眠であったりと強度な行動障害を有することが分かった。その対応として、薬物調整などの専門医療や行動療法などの専門療育、重点観察としてのマンパワーなどが必要とされていることがわかった。（図7、図8、図9、図10、図11）

D. 考察

強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（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。強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（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。

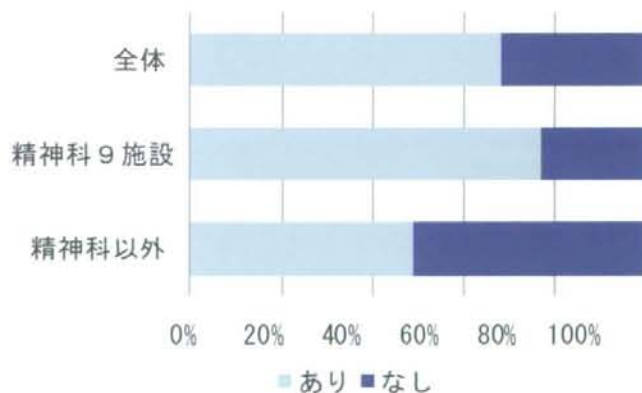


図 7 行動障害に対する専門医療・療育の実施
① 向精神薬による治療

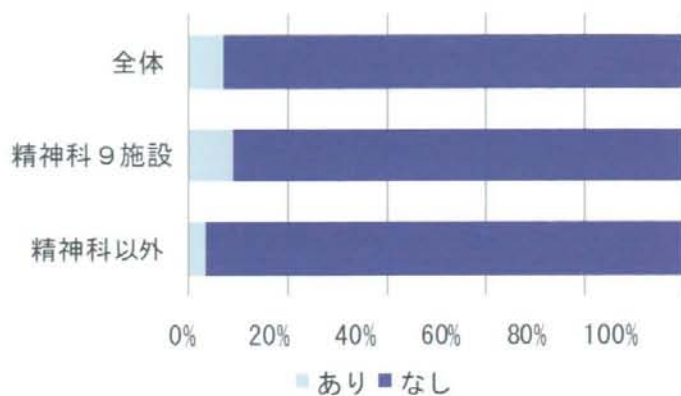


図8 行動障害に対する専門医療・療育の実施
② 行動療法、動作法、TEACCHメソッド

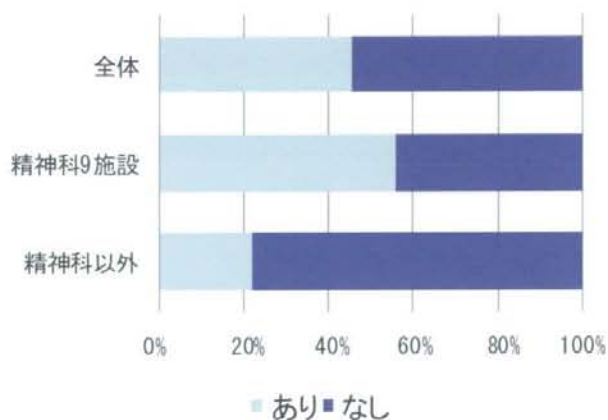


図9 精神神経疾患の合併・治療の必要性
不眠のための向精神薬による治療が必要

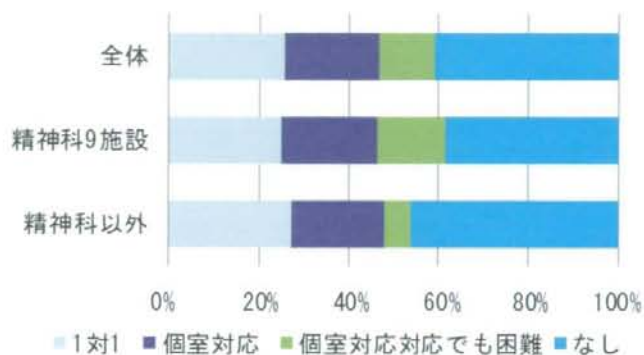


図10 行動障害のための保護・重点観察の必要性



図11 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）

Ⅱ 3年間の研究のまとめ

平成18～19年度の研究をふまえて、平成20年度の研究結果をまとめると、強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（者）は、行動障害も激しい上に、医療的ニーズが高いにも関わらず、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り、本人の状態をさらに詳細に示すことのできる別の指標や資料による総合的な評価方法の導入や、障害程度区分判定の評価基準自体の見直しが必要だと思われた。

以上のことをふまえて、強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（者）の療養介護の基準は以下のように提案したい。

「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に相当する強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（者）の基準は、強度行動障害スコア10点以上

強度行動障害があるだけで、その医療度は十分に高いと思われる。

- 2) 療養介護6に相当する強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（者）の基準は、強度行動障害スコア20点以上、かつ医療度30点以上

強度行動障害20点以上は、特別処遇事業にもなるほど処遇困難であることを意味し、かつ医療度30点以上というのは、これまでの研究（平成19年度厚生労働省精神・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、2007）で妥当としたカットオフポイントであり医療度が高いことを示しているからである。

おわりに

今後、強度行動障害のある重度・最重度精神遅滞児（者）の「行動障害」に対して、障害者自立支援法による障害程度区分判定がこの研究をふまえて、適切に評価されることを期待したい。

重症心身障害児（者）の障害評価

研究分担者 横地 健治：聖隷おおぞら療育センター 所長

重症心身障害の障害評価について、主に改訂大島分類横地案（横地分類）、適応行動評価の意義について述べる。

改訂大島分類横地案（横地分類）

重症心身障害を定義するとき、知能障害と移動機能障害の2軸で障害程度を表した大島分類（図1）が使われることが多い。そして、1～4に当てはまるものを重症心身障害の中核とみなされる。大島分類の縦軸は知能指数（IQ）となっているが、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、重度知能障害では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以下を最重度知能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、図2、付録1）を提案している。これにより知能障害・移動機能障害の2軸のより实际的な区分けが可能となると考えられる。

その分類により、平成18年度、公法人立重症心身障害児施設入所者の障害像の分布を調査した（図3）。そこでは、A1が30%と最多であり、大島分類1（A1、A2、B1、B2）

					(IQ)
					80
21	22	23	24	25	70
20	13	14	15	16	50
19	12	7	8	9	35
18	11	6	3	4	20
17	10	5	2	1	0
走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり	

図1 大島分類

の中でも、その2/3がA1であった。

横地分類によって、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4）と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（図5）を対比すると、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と思われた。このように、横地分類は重症心身障害の基本的な評価法として有用と思われた。

公法人立重症心身障害児施設入所者の障害程度区分

平成18年度、「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）を用い、公法人立重症心身障害児施設入所者の障害程度区分を自己評価により判定した。その結果、区分6が60.9%、区分5が23.8%、区分4が9.5%、区分3以下が5.9%であった。区分6と5を合わせると84.6%であった。ただし、その後、身体障害者療護施設・

知的障害者更生施設から生活介護事業所に転換した施設の入所者の受けた障害程度区分判定をみると、予想より高い区分判定を受けていることが多いようである。よって、実際判定を受ければ、これより重い区分となることが予想され、大半が区分6か5になるのではないかと思われる。

障害分類別の基準時間と下位項目に要する時間が、どのような数値をとっているかを検討した。高医療型重症心身障害グループ、低医療型重症心身障害グループ、最重度知的障害グループについてみると（図6）、その基準時間と下位項目に要する時間は比較的近似していた。一定の重症度を超えると、これらは頭打ちになる計算式になっているようである。障害程度区分判定法は改良の余地が大きいと思われる。

重症心身障害児（者）の適応行動評価

重症心身障害を対象とした適応行動評価法が開発されねばならない。そのため、横地分類のA1、B1、A2、B2（大島分類1相当）

	〈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2 改訂大島分類横地案（横地分類）

6,701 (100.0%)	263 (3.9%)	743 (11.1%)	1,454 (21.7%)	875 (13.1%)	743 (11.1%)	2,623 (39.1%)
60 (0.9%)	0 (0.0%)	2 (0.0%)	10 (0.2%)	12 (0.2%)	5 (0.1%)	31 (0.5%)
292 (4.4%)	18 (0.3%)	22 (0.3%)	80 (1.2%)	38 (0.6%)	38 (0.6%)	96 (1.4%)
458 (6.8%)	25 (0.4%)	49 (0.7%)	159 (2.4%)	66 (1.0%)	59 (0.9%)	100 (1.5%)
1,764 (26.3%)	146 (2.2%)	313 (4.7%)	559 (8.3%)	198 (3.0%)	169 (2.5%)	379 (5.7%)
4,127 (61.6%)	74 (1.1%)	357 (5.3%)	646 (9.6%)	561 (8.4%)	472 (7.0%)	2,017 (30.0%)
	6	5	4	3	2	1
	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

- E 簡単な計算可
- D 簡単な文字・数字の理解可
- C 簡単な色・数の理解可
- B 簡単な言語理解可
- A 言語理解不可

- A1が最多(30.0%)
- 移動機能障害軽症(5と6)は15.0%

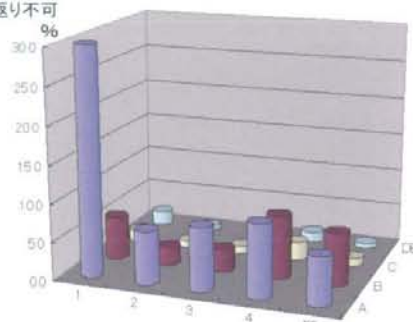


図3 改訂大島分類横地案による重症心身障害児施設入所者の障害分類

138(79)	22(8)	10(2)	38(30)	12(8)	13(7)	43(24)
89(44)	18(6)	8(2)	22(16)	9(5)	7(3)	25(12)
18(15)	1(1)	1(0)	9(9)	0	3(2)	4(3)
9(6)	1(0)	1(0)	3(2)	0	1(1)	3(3)
14(7)	2(1)	0	2(1)	2(2)	2(1)	6(2)
8(7)	0	0	2(2)	1(1)	0	5(4)
	6	5	4	3	2	1
	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

<知能レベル>

- E 簡単な計算可
- D 簡単な文字・数字の理解可
- C 簡単な色・数の理解可
- B 簡単な言語理解可
- A 言語理解不可

<移動機能レベル>

医療的ケア施行者	3
気管切開	0
胃瘻	1
経鼻経管吸引	1
てんかん	5
インスリン注射	1
児童期発症のA1-4, B1-4	13名 (9%)
児童期発症のA1-4, B1-4, C1-4	19名 (14%)

(< >); 児童期発症	
総数	138(男82, 女56)
年齢	44.8±14.3歳 (18-73歳)
障害程度区分6	42(30%)
区分5	36(26%)
区分4	20(14%)
区分3	27(20%)
区分2	13(9%)

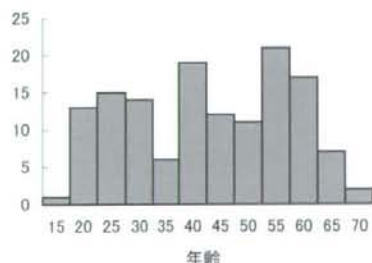


図4 旧身体障害者療護施設入所者のショートステイ・通所利用者の障害像



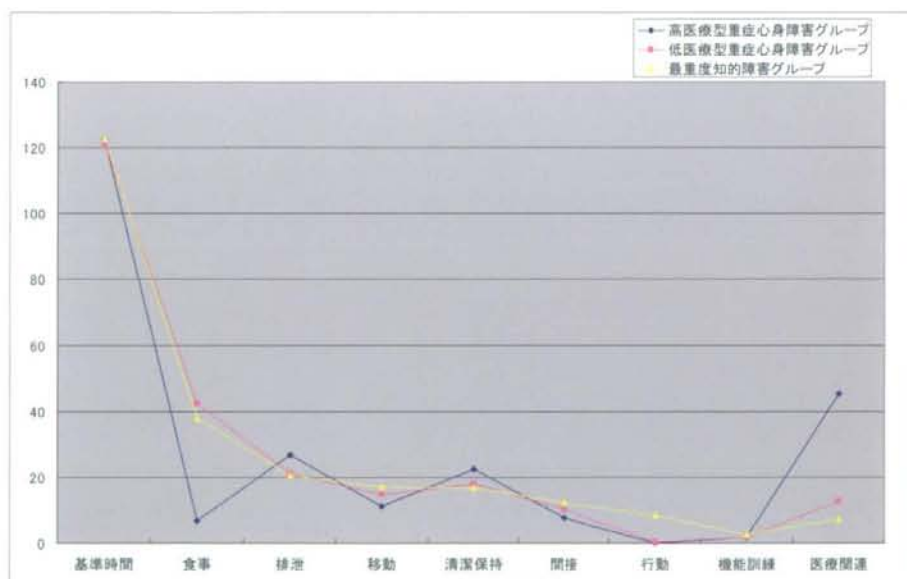
＜移動機能レベル＞

医療的ケア施行者	27	
人工呼吸	4	総数 67(男40, 女27)
気管切開(人工呼吸なし)	4	年齢 26.3±4.9歳
吸引	14	(18-35歳)
胃瘻	13	
経鼻経管	11	

障害程度区分6 57(85%)
障害程度区分5 10(15%)

児童期発症のA1-4,B1-4 58名(87%)
児童期発症のA1-4,B1-4,C1-4 62名(93%)

図5 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



	基準時間	食事	排泄	移動	清潔保持	間接	行動	機能訓練	医療関連
高医療型重症心身障害グループ	122.40	6.84	26.84	11.24	22.43	7.72	0.14	1.70	45.30
低医療型重症心身障害グループ	121.07	42.12	21.16	14.70	17.95	10.33	0.33	1.83	12.57
最重度知的障害グループ	122.79	37.78	20.48	16.93	16.74	12.39	8.43	2.61	7.38

- ①高医療型重症心身障害グループ(400名); 障害分類「A1」で、超重症児(超3と超2)
- ②低医療型重症心身障害グループ(845名); 障害分類「A1」で、医療度区分「0」
- ③最重度知的障害グループ(166名); 障害分類「A6」と「A5」

図6. 障害分類別の基準時間と下位項目に要する時間