

容によって個別に対応しているが、施設事業としては一体的に運用されている。これまでの23年間の重症児者通園事業の基礎の上に立ち、改めて新制度で実施した通所事業の医療ニーズの実態を以下に列挙する。

- ① 今回の調査研究による統計でも明らかであるが、入所利用者と比較しても決して医療度は低いものではなく、むしろ入所利用者よりも医療度が高くなっていることが明らかになった。ことに高度な呼吸障害により在宅人工呼吸器使用（非浸襲的陽圧換気を含む）者が急増した。
- ② 一方で喉頭気管分離術や胃瘻造設による誤嚥などの改善が認められ、また摂食機能訓練や発達支援により重度障害児スコアが下がった事例も見られた。
- ③ 超（準超）重症児者に至る主因は呼吸障害であるが、先天性筋ジストロフィー症による呼吸筋麻痺、反復する感染症による喀痰や気道過分泌及び胃食道逆流症による呼吸障害が顕著であった。多くの在宅における死亡の原因に合致する。呼吸障害の始期および持続期間は、超重症児者と準超重症児者との間で有意な差は認めなかった。
- ④ スコア別群間の呼吸障害発生時期は、胎生期・周産期では大きな差異はなかったが、後障害はスコアが低いほど多数を占めた。NICU既往は31.3%～39.1%の割合で、各群間で有意な差は認めなかった。
- ⑤ 通所事業への紹介機関は、医療機関と特別支援学校が多数を占めた。
- ⑥ 各群の療育内容は、スコアが高い群では個別的な理学療法及び感覚入力から感覚統合療法が主体であり、作業療法及びより積極的な遊戯療法や音楽療法はスコアが低い群に多い傾向が見られた。

⑦ 社会資源の利用状況は、短期入所のニーズが各群共に圧倒的に多く、訪問看護はスコアが高いほど利用頻度が高く、生活介護（他の通所・作業所など）はスコアが低いほど利用が高かった。

謝辞

当園の重症児者通園モデル事業参加以来の過去23年間の通園利用者の実態調査について、研究協力者として貢献して下さった土生邦彦地域療育部長（通所事業責任者）・島本和明指導主任・窪田次男指導員（糟屋中南部地域自立支援協議会事務局長）・知念勇一事務員（情報管理担当）に深甚なる謝意を表す。尚、本研究は平成24年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野）「障害者総合支援法下における重症心身障害児者通園事業のあり方に関する研究」の助成により実施された。

参考文献

- 1) 小西 徹ほか：「重症心身障害児通園の医療」一通園事業における課題と対策一，日重障誌36（3）：383-391，2011.
- 2) 末光 茂：「障がい者総合福祉法（仮称）」下における重症心身障害児通園事業のあり方に関する研究」，平成23年度厚生労働科学研究報告書，1-7，平成24年3月.
- 3) 西間三馨：国立病院機構における通園事業の実態と法の整合性、法制度下の医療福祉ニーズの適用に関する研究」，平成23年度厚生労働科学研究報告書，8-12，平成24年3月.
- 4) 窪田次男ほか：「社会資源活用における情報伝達—サポートブックの開発と実用化に向けて—」，重症心身障害の療育 4（1）47-53，2009.

Medical Analysis of Patients with Severe Motor and Intellectual Disabilities using Day-care Service in 2012

Nobuyoshi Miyazaki (Hisayama-Ryoikuen Center for SMID, Social Welfare Corporation Baptist Society for Persons with Motor and Intellectual Disabilities)

Abstract

With the launch of a model project in 1990, we started day-care service for SMID patients. As a facility participating in the project from the first year, we collected and analyzed data on 152 patients registered for the day-care service we have provided since the model project started.

Based on the results and through case studies, in particular, on users with SMID and semi-SMID who needed respiratory care, we would like to suggest appropriate medical care that day-care service centers should provide under a new system, and specific actions we should take in accordance with the Act on Comprehensive Support for Persons with Disabilities that is to be implemented.

[Subjects and Methods]

Duration: April 2012-January 2013

We analyzed the medical care provided to 152 registered patients during the 23 years since the model project was launched. Through case studies on 59 patients with SMID and semi-SMID who registered for our day-care service in 2012, we examined and compared various factors such as respiratory management, causes and clinical courses that led to respiratory failure, and improvement in our medical care system. We also studied cases of users who needed respiratory care and dysphagia treatment. Especially as for patients who had been admitted to a neonatal intensive care unit (NICU), we examined their post-discharge clinical courses, the use of social resources, and home care.

Research methods include 1) interviews with guardians and medical record analysis, and 2) examination of patient referral documents provided by partner medical institutions

[Results and Discussion] As for the main und

erlying diseases, of nine subjects with SMID (severity score: over 25), four suffered from Fukuyama-type congenital muscular dystrophy, accounting for nearly 50% of the total. In regard to the breakdown by provided medical care, five received respiratory care using biphasic positive airway pressure: three suffered from respiratory failure and had been on a ventilator since they were around 10 years old, and two were on NPPV. Among subjects with semi-SMID (severity score:10-24), three suffered from symptoms of birth asphyxia, three from congenital diseases, one from acute encephalopathy, one from infections, and one from low birth weight.

Among 16 subjects whose severity scores ranged from 6 to 9, four suffered from symptoms of birth asphyxia, two from infection-related diseases, five from congenital diseases, and two from low birth weight. Of subjects whose severity scores were lower than 6, five suffered from symptoms of birth asphyxia, three from infection-related diseases, eight from congenital diseases, and another eight from epilepsy.

Besides the underlying diseases, we investigated the onset of their disabilities, the time when their disabilities became obvious. Of nine subjects with SMID, five were in the embryonic phase, three in the perineonatal phase and one after the newborn phase. Among 10 subjects with semi-SMID, three were in the embryonic phase, four in the perineonatal phase, and three after the newborn phase. Of 16 subjects whose severity scores ranged from 6 to 9, four were in the embryonic phase, seven in the perineonatal phase, and six after the newborn phase. Of 23 subjects whose severity scores were below 6, eight were in the embryonic phase, 10 in the perineonatal phase, and five after the newborn

phase. We also compared the number of subjects who had been hospitalized in NICU among the four groups classified according to their severity scores (25 and over; 10 and over; from 6 to 9; and under 6). Three or 33.3% of the first group, four or 36.3% of the second group, five or 31.3% of the third group, and nine or 39.1% of the last group had been in NICU. And we recognized no significant difference among these groups.

As the severity scores demonstrate, worsening in medical severity seen in the day-care service users was largely attributable to respiratory disorders or respiratory failure that required ventilator care, tracheotomy, oxygen therapy, suction, and inhalation treatment. Other treatments included tube feeding through an intestinal fistula or a gastric fistula. Intravenous hyperalimentation (severity score: 10) and regular dialysis treatment (severity score: 10) were rare cases. Then we examined the duration for which the subjects with SMID and semi-SMID suffered from respiratory disorders all through the course from their birth and the development of the disorders to the end of 2012, in order to use the result as an indicator to identify their needs for medical care and increase in severity.

Concerning the outcome of the treatment, we evaluated whether their conditions were improved, unchanged, or deteriorated based on changes in severity scores after they started receiving day-care service. Then we compared various factors observed at the onset of the disorders and during the period they suffered from them (from the beginning to the present or the time when their conditions were improved), as well as the outcome of treatment. On Average, the subjects with MID developed respiratory disorders at the age of 10 years and 8 months, while those with semi-MID at the age of 18 years and 3 months.

Furthermore, as shown in Table 5, the former suffered from the disorders for 11 years and 3 months, the latter for 12 years and 6 months. Here again, there was no significant difference

between the two groups observed in the factors including the outcome.

Looking into the use of social resources, we found significant needs for short-stay. Of all the 52 patients, 41 or 83.1% requested short stay.

Besides, as Table 8 shows, patients with more severe disabilities had greater needs for home nursing. On average, 25 patients or 42.4% of the subjects used home nursing services, but no specific trend was observed in each group. 33 patients or 55.9% of the subjects used the home help service provided besides our day care service. Patients with lower severity scores tended to utilize social resources more than others.

[Conclusion] It turned out that the medical severity of day-care service users is no lower than that of in-facility patients, rather, it is higher. Particularly, those who suffered from severe respiratory disorders and were forced to use home ventilators or NPPV jumped in number. On the other hand, laryngotracheal separation and gastric fistula formation improved their conditions including, aspiration difficulty.

Also in some cases, eating training and development support helped them lower their severity scores. The main cause of deterioration in their disabilities into the severe or semi-severe level remained respiratory disorders, among which the most noticeable were paralysis of respiratory muscles induced by congenital muscular dystrophy, expectoration and hypersecretion of airway mucus caused by repeated infections, and other disorders resulting from gastroesophageal reflux.

II-5. 兵庫県下での重症心身障害児者通園事業利用の現状と今後の対策

研究分担者 水戸 敬 にこにこハウス医療福祉センター施設長

研究要旨

これまで重症心身障害児者通園事業の目指すべき具体的な目標として、“どれ位の人口・地域面積当たりに通園事業所が1ヵ所必要なかの答えを得る”に置き、現場実践が重ねられてきた。今回、その一環として、兵庫県下における実態を検討するために、神戸市内の6ヵ所、神戸市を除く兵庫県下の6ヵ所の重症心身障害児者通園事業所にアンケート調査を行った。神戸市内は全市的にシステム化され、通園希望の需要にほぼ応えていた。一方、神戸市以外の県下ではその地域の需要に応えている所、応えられていない所、事業者が無い所に分かれた。そこで、今回、神戸市に於ける現状（人口15,000人に一人の割り、片道送迎1時間以内）を基準にして兵庫県下を14地域に分け、各地域での今後の対応策について考察した。行政の協力を得ながら、各地域での通園システムを確立すべき時期に来ていると思われる。

A. はじめに

これまで重症心身障害児者通園事業の目指す所のスローガンとして、『全国どこに住まいしても、安全・安楽に利用できる通園システムの確立』を提唱し、具体的な目標の1つとして、“どれ位の人口・地域面積当たりに通園事業所が1ヵ所必要なか”の答えを得ることを目指している。全国的な調査を試みたいが量的に莫大な検討を行うことになったり夫々の地域ごとに色々な問題を持っているとも考えられ、非常に難しい研究になると思われる。そこで、日本の縮図であると言われている兵庫県における事情を検討し、それを全国的に般化することによって今後の通園事業の発展に寄与したいと考え、兵庫県下の通園事業施行施設に送迎問題を中心にアンケート調査を行ったのでその結果に若干の考察を加えて報告する。

B. 方法

神戸市内の6ヵ所、神戸市を除く兵庫県下6ヵ所の計12ヵ所の現行の重症心身障害児者通園施行事業所にその地域の地図を送り、施設と利用者の自宅を書き込んでもらい、その利用者の年齢や医療度等のプロフィールや送迎の関連事項及びカバーしている地域（郡・市レベル）等についてアンケート調査を行った。

C. 結果

図1、図2に神戸市内と兵庫県下の通園施行

施設と利用者宅を結んだ線をプロットした結果を示した。図1の神戸市内では全市をカバーしている1ヵ所（にこにこハウス医療福祉センター）と夫々の地域を担当している5ヵ所の事業所により市内どこに住まいしても片道1時間以内で通園施設を利用できる体制となっている。一方、図2の兵庫県下では人口が多い西宮・尼崎地区（南摂津）、姫路地区（中播磨）に旧のA型がそれぞれ1ヵ所（西宮すなご医療福祉センター、姫路市立重度障害者活動支援センター）と姫路地区にはもう1施設（姫路市立書写障害者デイサービスセンター）がある。神戸と姫路に挟まれた東播磨地域は明石・加古川・高砂の人口の多い沿岸部にはなく人口が多少疎な内陸部に施行施設（国立病院機構 青野原病院）があるが5人定員の所に42人の登録者があり、沿岸部から自家送迎での利用者が多い。西播磨地域には相生に定員5人で登録13人（わかば）、北但馬地域には豊岡に定員10人登録12人の施設（北但広域療育センター）がある。しかし、南但馬、播磨北部、丹波、北摂津、淡路には通園施設の空白地域が存在している。なお、わかば利用者13人中10人と西宮すなご医療福祉センター利用者の34人中4人は小児（18才未満）であったが、それ以外の利用者および神戸市の利用者全員は18才以上であった（表1）。

D. 考案

“どれ位の人口・地域面積当たりに通園事業

所が1ヵ所必要なのか”の問題は非常に難しく、簡単には答えが出ない。大島の分類1-4の重症心身障害児者の頻度は人口1,000人に0.3人とされている。神戸市に当てはめれば162人居る筈であり、神戸市を除く県下では1,209人となる。しかし、それぞれの人の実状については全く不明であり、施設に入所したり就学児や就学前だったりして、在宅で通園事業を利用したいと希望される人の数をこの数値を根拠に決められず、更に必要な施設数や規模は到底求められない。一方、行政の多くは手帳の発行をもって障害のある方々を掴んでいる。そこで神戸市における身体障害者手帳1級と療育手帳Aの両方を持っている人を調べてみると、18才以上の在宅者の中で、訪問系サービスを受けておらず、通所系サービスの対象となる人数は235人であった。しかし、この中には大島の分類1-4以外の、より障害程度の軽い人も含まれると考えられ、この数値をそのまま目標にして全員が利用できる数の施設を用意するには問題があると考えられる。かように根拠をもって適切と思われる通所施設の利用者数を出すことは、在宅の全障害児者の情報を集めない限り不可能と思われる。しかし、情報収集は個人情報保護法の施行後は行政でさえ簡単には出来なくなっている状況である。ところで、これまで神戸市では重症児通園の希望者が増えてくるとその度に施設を作って対応してきた。今回神戸市内の6施設について調査を行ったが、来春には2施設増えて8施設で定員95人、登録100人の体制になる予定である。すなわち、現時点での神戸市の通園利用需要はおおよそ100人であるといえる。また、神戸市ではこれまで重症児通園は18才以上が対象であった。これらのことより、18才以上対象の重症児者通園は人口154万人に対して100人、即ち15,000人に1人の割で需要があると想定できる。一方、神戸市の面積は552平方キロメートルで、この広さだと1時間以内に施設と利用者の住まいの間を移動できる。この2つ(15,000人と552平方キロメートル)を基準に神戸市以外の兵庫県内を地区割りした試案が図3と表2に示した。現在、①の神戸市を除き、通園事業所が地域内にあるのが②から⑥で、

②のわかばは現在定員5人に登録13人で、地域人口を15,000で割った人口比14人と大きな違いはない。また、地域面積を神戸市の552で割った面積比は1.09となり広さは神戸市と大きく違いはない。ただ、現在の利用者は小児が主であるという実態をどうしていくかの課題は残る。③の姫路地区は2ヵ所で定員20人、登録27人であり、人口比35.8人には約9人足りない計算になる。④の北但広域療育センターは面積比が2.35倍が問題だが、山間部が多く、現在登録が12人で、一人の送迎に片道60分を要している以外他の利用者は約30分以内で運営できている。⑤の西宮砂子医療福祉センターは定員15人、登録34人だが、人口比は81.8人であり、今後今の倍以上の受け入れ体制を整備する必要がある。⑥の青野原病院は定員5人に対して登録が42人で、その多くが沿岸部からの利用者であり、今回の試案では沿岸部に新たなエリアを想定して、青野原病院では今後内陸部の3市の人口比11.3人を対象としての活動を期待したい。

さて、通園事業を全くの白紙から開始することはなかなか難しいと思われる。幸いなことに兵庫県下には通園事業を行っていない重症心身障害児者施設が4ヵ所(国立病院機構兵庫中央病院、医療福祉センターさくら、医療福祉センターのぎく、医療福祉センターきずな)ある。そこを拠点としたエリアとして⑦、⑧、⑨、⑩を想定した。

残りの⑩、⑫、⑬、⑭エリアでは白紙から通所施設を作って行くしかない訳であるが、⑩と⑫では需要は3.8人、3.9人と少なく、医療的に対応できる既存の生活介護施設や医療を付加してもらった通園施設で一人ずつでも対処してもらおう方法があるかも知れない。エリア⑭は淡路島の中央部にこれまでの重症児通園のB型レベルの施設が1ヵ所開設できれば賄うことが出来そうである。一番の問題はエリア⑬となる。人口比47.8人の受け皿を何処にどのように構築していくか、医療的裏付けをどうするか等行政を巻き込んで進めて行くしか無いと思われる。近年、一般病院の中で療養介護病棟を運営する病院が出て来ており、そこで重症児者向けの入所や通園事業を開始してもらえ

とを期待したい。また、療養通所介護施設の通園利用者の中に重症児者を混ぜてもらえるようにして頂けないものかと考えている。このことはエリア⑤の今後を考える上にも参考になると思われる。

以上述べてきた内容はあくまで1つの試案であり、15,000人に1人という比率の適正さ、18才以上を対象とした試案であり小児を含めた場合の実際、エリアの設定基準など多くの問題点を残している。しかしながら、『全国どこに住まいしても、安全・安楽に利用できる通

園システムの確立』の実現に向かって、各市町村はもちろんのこと兵庫県も含めた行政の協力を得て、歩みを速めなければならない時期に来ていると考えている。

なお、協力頂いた施設は以下の通りである
 ラポート垂水、インクルージョンひょうご、など重症通園、ふじの里、リバティ神戸
 姫路市立重度障害者活動支援センター、姫路市立書写障害者デイサービスセンター
 わかば、国立病院機構青野原病院、北但広域療育センター、西宮すなご医療福祉センター

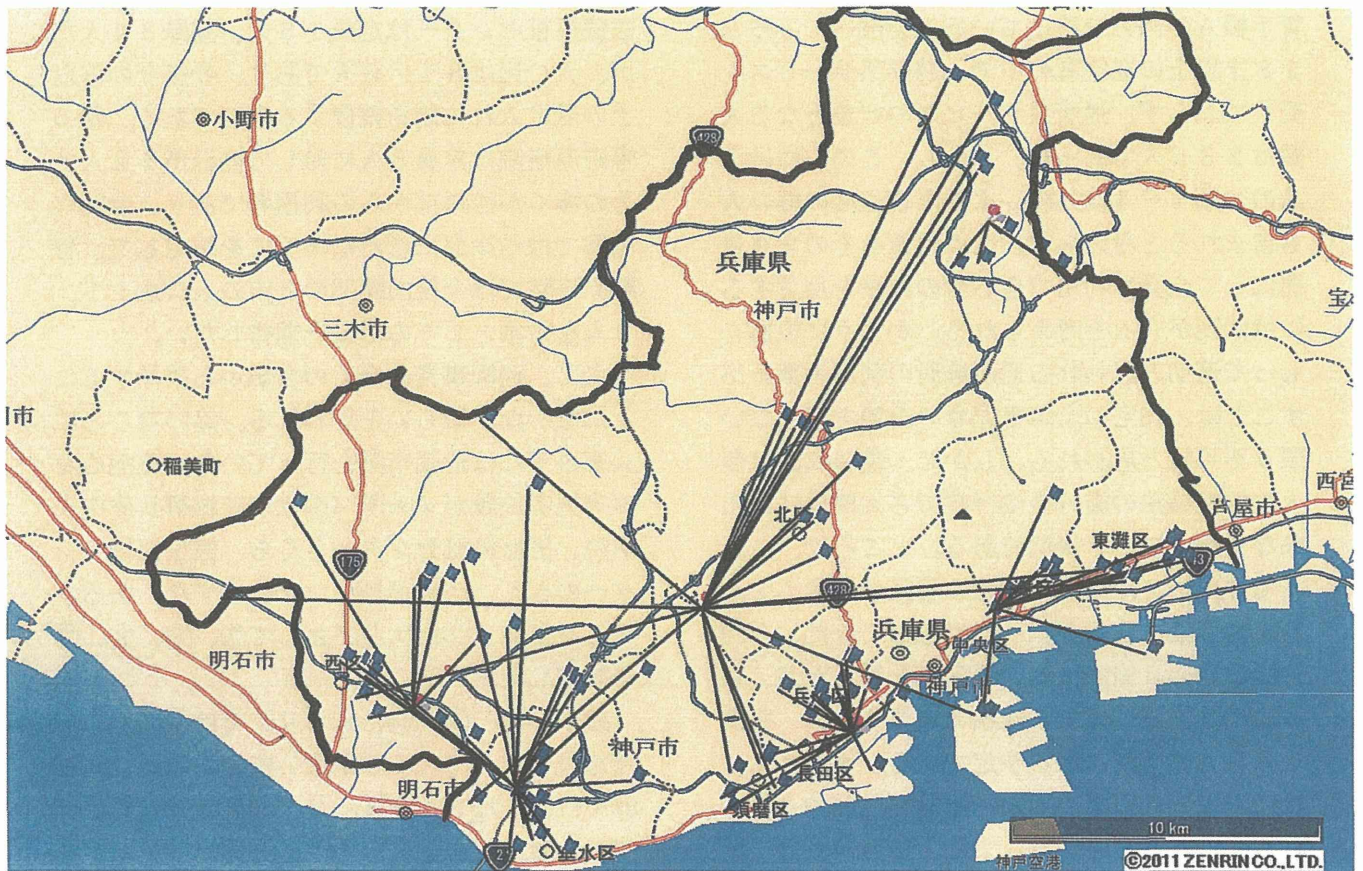


図 1 神戸市内の通園利用状況

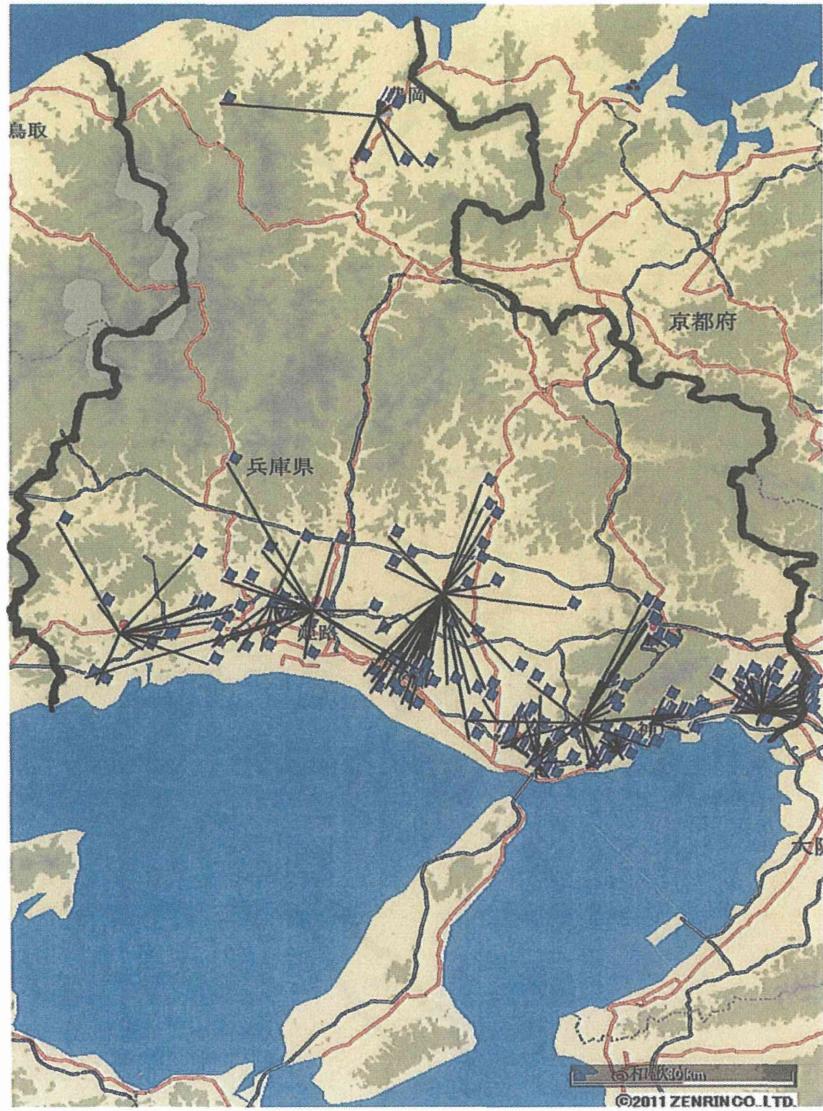


図 2 兵庫県下での通園利用状況

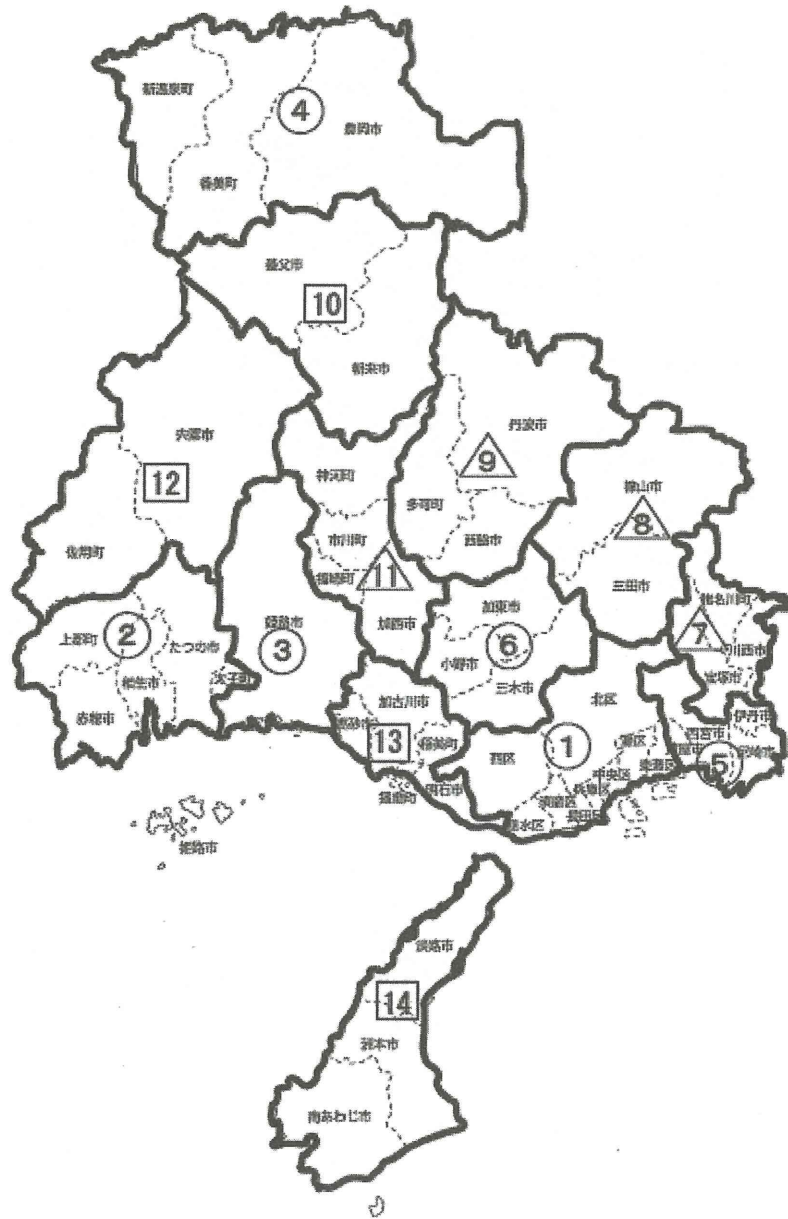


図 3 兵庫県下の今後の通園エリア（仮説）
 ○ 既設の通園事業所のあるエリア
 △ 既存の重症児施設を活用できるであろうエリア
 □ 新しく事業所の開設が必要なエリア

表1 現時点での県下の通園事業状況

	人口(人)	面積(km ²)
兵庫県	5,572,419	8396.16
①神戸：8カ所(100/95)	1,542,164	552.26
②わかば(13/5)赤穂、相生、たつの、太子町	209,929	601.19
③ルネス(19/15)+書写(8/5)姫路	536,277	534.44
④北但(12/10)豊岡、香美町、新温泉町	118,652	1307.74
⑤西宮すなご(34/15)西宮、尼崎、伊丹、 芦屋	1,227,449	193.3
⑥青野原(42/5)小野、加東、三木、加古川、 明石、高砂、稲美町、播磨町	886,129	693.20

表2 神戸市を基準にしたエリア分け

	人口比	面積比
②○わかば	14.0(5)	1.09
③○ルネス花北+書写	35.8(20)	0.97
④○北但	7.9(10)	2.37
⑤○西宮すなご	81.8(15)	0.35
⑥○青野原	11.3(5)	0.77
⑦△宝塚・川西・猪名川	27.7	0.44
⑧△三田・篠山	10.5	1.06
⑨△多可町・西脇・丹波	8.7	1.50
⑩×朝来・養父	3.8	1.47
⑪△加西・神崎郡	6.1	0.87
⑫×宍粟・作用町	3.9	1.75
⑬×明石・高砂・加古川	47.8	0.48
⑭×淡路島	9.4	1.08

()内は現在の定員数

II-6. 平成24年度重症心身障害児者通園事業施行施設での欠席状況調査

研究分担者 水戸 敬 にこにこハウス医療福祉センター施設長

研究要旨

重症児者通園における利用者の欠席は運営上無視できない状況にもなっている。そこで、季節性を考えて5月、9月、1月の各1ヵ月での欠席率、欠席予告の時期、欠席理由について前方視的に検討を行った。重症児者通園では、対照施設に比して欠席率が高く、急な欠席より予定された欠席の頻度が多く、その理由としては短期入所利用、体調の回復に時間を要することであった。この実態に即した運営面への行政からの配慮が望まれる。

A. 目的

昨年度、平成24年1月1ヵ月間における27ヵ所の重症児通園施設での欠席状況を前方視的に検討し、欠席率が25%に上ることを示した。しかし、冬場の気候の悪い時期のために欠席率が高かったのではないかという疑問も残った。そこで、平成24年5月、9月および平成25年1月における、通園利用予定人数、欠席数、急な欠席（当日および前日に欠席の連絡があった件数）と欠席理由について、重症心身障害児者通園施行46施設にて前方視的に調査を行った。また、重症心身障害児者通園より障害程度が軽い利用者を対象にしている身体障害者・知的障害者用の通園事業所4ヵ所でも同様の調査を行い、 χ^2 検定を用いて有意差の有無を検討した。

B. 結果

調査対象46施設での欠席率は5月18.4%、9月15.3%、1月21.2%と対照施設の8.5%、12.0%、14.1%に比して各月ともに優位水準0.1%の危険率で優位に高かった。欠席者の内、急な欠席者の予定利用人数に対する割合では、46施設での平均が6.3%、5.3%、8.4%で、対照施設での5.1%、5.7%、7.1%との間に大きな差は見られなかったが、欠席者数と急な欠席者の割合は、34.4%、34.4%、39.8%と59.7%、47.9%、50.3%と対照の身体障害者・知的障害者用の通園事業所の方が各月ともに優位水準0.1%の危険率で

優位に高かった（表1、表2）。

表1 重症心身障害通園46施設調査結果

	予定人数	欠席数	急な欠席
5月 予定人数との比 欠席数との比	9,748	1,789 (18.4%)	616 (6.3%) (34.4%)
9月 予定人数との比 欠席数との比	8,456	1,292 (15.3%)	445 (5.3%) (34.4%)
1月 予定人数との比 欠席数との比	8,447	1,787 (21.2%)	711 (8.4%) (39.8%)

表2 身体障害者・知的障害者用の通園事業所4施設調査結果

	予定人数	欠席数	急な欠席
5月 予定人数との比 欠席数との比	2,474	211 (8.5%)	126 (5.1%) (59.7%)
9月 予定人数との比 欠席数との比	2,356	282 (12.0%)	135 (5.7%) (47.9%)
1月 予定人数との比 欠席数との比	2,244	316 (14.1%)	159 (7.1%) (50.3%)

欠席の理由について、重症心身障害児者通園施設では、冬場の理由として平成24年1月の調査時にも上がっていた「天候(雪)」を除けば、急な欠席では体調不良、送迎不可を含む家族の都合が多く、次いで他院受診・入院が多かった。また、数日前から届出のある欠席の理由として、短期入所が多く、通院・入院、家族の都合が上位を占めた。

一方、身体障害者・知的障害者用の通園施設での急な欠席理由として、重症心身障害児者通園施設と同じく、体調不良、家庭の都合が多かった。前もっての予告欠席の理由では家族の都合、通院が主で、短期入所、体調不良の理由は少なかった。

C. 考察

今回、重症心身障害児者通園では欠席率が他の通園事業に比して高いという結果を得た。しかし、欠席率に差がみられたが、定員数に対する急な欠席の割合には大きな差は無く、前もって通知があった欠席の頻度に差がみられた。その原因として、短期入所利用による欠席、体調を壊すと回復に時間がかかるという重症児者の特性が関係している理由が考えられた。通園事業における利用者の欠席はしばしば見られ、通園運営に少なからず影響をおよぼしている。毎日定員を確保するために欠席を見越して定員を上回る数を予定したり、欠席が分かった時点で代替りの利用者を探す等の努力は行われてきた。

しかし、定員を上回る数の全員が出席してしまった場合には困ってしまう、利用日以外の日に利用をお願いしても既にその日の予定が詰まっております施設の要請に応じて貰えないことが多いなどの理由で対応に苦慮している施設が多い。その結果、実績払い制度に変わったことにより、事業所の運営が苦しくなっている話を多くの事業所から聞いている。重症心身障害児者通園事業所の無理の無い運営のためにこの問題点について行政の配慮をお願いしたい。

D. まとめ

- 1 通園事業での欠席状況を重症心身障害通園47施設において、5月と9月、1月に前方視的に調査を行った。
- 2 欠席率は対照の施設に比して高かったが、急な欠席が多いということは無く、前もって予定されていた欠席の数が高かった。
- 3 欠席理由として、急な欠席では体調不良、家族の都合、他院受診・入院が多く、前もっての届出では短期入所が多く、通院・入院、家族の都合が続いた。対照との違いとして、前もっての届出欠席における短期入

所と体調不良の頻度が高かった。

- 4 欠席が多い重症心身障害通園には何らかの配慮が望ましい。

ご協力頂いた施設は以下の通りである。

長岡療育センター、島田療育センターはちおうじ、あけぼの学園、東京小児療育病院、秋津療育園、よつぎ療育園、東部療育センター、府中療育センター、びわこ学園障害者支援センター 湖南・さんさん・ピアーズ・たいこ、旭川荘療育センター児童院、久山療育園、柳川療育センター、芦北学園、くまもと江津湖療育医療センター、宮崎市総合発達支援センター

国立病院機構：青森、下志津、甲府、中信松本、東長野、富士、静岡てんかん・神経、福井、富山、あわら、七尾、医王、鈴鹿、三重、青野原、和歌山、やまと、南岡山、鳥取、山口宇部、高知、香川小児、福岡、肥前精神、長崎、再春荘、宮崎、南九州 各病院

ワークホーム明友（身体障害者授産施設→就労移行支援）、ワークホーム緑友（知的障害者授産施設→生活介護・就労継続支援）、グリーンホーム平成（知的障害者更正施設→生活介護）、神戸明生園（知的障害者更正施設→生活介護）

II-7. 重症心身障害児通園における利用者が受けるケアのタイムスタディ

分担研究者 松葉佐 正 熊本大学医学部附属病院 重症心身障がい学寄附講座
特任教授
研究代表者 末光 茂 川崎医療福祉大学特任教授

研究要旨

一医療型障害児入所施設（同時に療養介護施設）に属する児童発達支援センター（旧称重症児通園 A型）で3日間にわたる業務のタイムスタディのデータの解析によって、利用者1名当たりが受けたケア時間（直接業務）は1日当たり145.1分と判明した。職員は3日間で、5,397.5分の直接業務と7,665.9分の共通業務に従事していた。職員の年収から求めた通園の年間の人件費は、33,849,768円であった。

A. はじめに

重症心身障害児（者）を対象とした通園事業は、平成24年度から障害者自立支援法の改正に伴い、従来の重症児通園は重症児（者）を主たる利用者とする「児童発達支援」事業に改編された。改正の前後で利用者の中身や利用形態に大きな変化はないと思われる。

本研究では、通園のタイムスタディのデータをもとに、利用者の受けるケアの実態を様々な方向から解析した。また、通園のコストを算出した。

B. 対象と方法

一医療型障害児入所施設（同時に療養介護施設）に属する児童発達支援センター（旧重症児通園 A型）の職員11名（看護師3名、看護補助者1名、児童指導員3名、療育員1名、保育士2名、理学療法士1名）を対象に、2008年2月26日（火）、27日（水）、28日（木）の3日間、各職員にそれぞれ1名ずつ記録者をつけて、8時間の勤務中の1分ずつの勤務内容を記録した。記録はEXCELに入力し、職員ごとのデータから利用者ごとのデータに変換した。

対象のセンターは1日15名の定員で、常時利用する登録者は36名であった。調査した3日間に利用した25名の平均年齢は18.9歳、うち2

名が超重症児であった。病名は様々な原因による脳性麻痺が大半であった（表1）。

各1分毎の業務を表2に示すような、全国身体障害者施設協議会介護保険対応専門委員会で作成したAからFまでの6項目の業務コード（A：相談支援・ケアマネジメント業務、B：専門的生活介助業務、C：治療・健康管理業務、D：社会参加支援業務、E：地域生活支援業務、F：その他）に基づいて、それぞれ分類した。

C. 結果

調査期間中の利用者は最終的に23名であった。表3（I. 直接業務）に示すように、利用者1名当たりが受けたケアは1日当たり145.1分であった。業務コード別では、A：3.8分、B：83.2分、C：12.4分、D：45.7分、E：0分、F：0.1分であった。1日当たりの総ケア時間は3337.0分、3日分の総計は5,397.5分であった。

職員はこれらの直接業務に加えて、1日2,555.3分の共通業務（送迎や活動準備など）に従事していた（図3II. 共通業務）。各職種の内訳は、看護師が23.4%、看護補助者が10.1%、児童指導員が40.5%、保育士が22.3%、療育員が3.8%、理学療法士が0.9%であった。

表4に直接業務の一例として、一人の利用者（ID-1）の1日のケア内容を示す。利用者は新

生児頭蓋内出血による脳性麻痺(痙直型両麻痺)で、全身状態は安定している。朝9:26に送迎バスが自宅に到着してから10:13通園センター到着、11:35昼食介助開始、様々な活動の後、短期入所のため病棟に移動し、17:12病棟での食事介助開始で終了した。

表5に1日目の共通業務の一部を示した。8:30に5名が送迎に出発、残りの4名は業務連絡や資料制作、活動準備などを開始した(朝の連絡は8:30以前に終了)。13ページに及ぶ共通業務のうち5ページ分を抽出した。

表6に各利用者が受けた職種別のケア時間(直接業務)を示した。1日平均3337.0分のうち看護師が29.4%、看護補助者が11.5%、児童指導員が28.9%、保育士が20.5%、療育員が3.3%、PTが6.5%をそれぞれ占めていた。

表7に、各職種の人件費を示した。これは通園事業を実施している3施設における各職種の年収の平均から算出したものである。根拠となる平均年収は、看護師4,666,61円、看護補助者3,618,094円、児童指導員3,266,351円、保育士3,483,797円、療育員2,681,799円、PT4,217,650円であった。

表7をもとに、表8に直接業務のコスト(人件費)を示した。各利用者の1日当たりの平均から算出した、各職種の人件費の割合は、看護師が36.0%、看護補助者が11.0%、児童指導員が24.7%、保育士が18.7%、療育員が2.3%、PTが7.2%であった。また、通園1日当たりのコストは59,083.7円と算出された。

共通業務のコストを、同様に算出して表9に示した。1日当たりのコストは81,957.0円で、各職種の占める割合は、看護師が29.6%、看護補助者が9.8%、児童指導員が35.8%、保育士が21.0%、療育員が2.8%、PTが1.0%であった。また、年間の人件費は表8と表9から、33,849,768円と算出された。

D. 考察

調査期間の3日で23名の利用者が出席した。年齢は6歳から62歳と幅広く、医療必要度も超重症児スコア0から27と大きく開いていた。旧A型の通園利用者としては平均的と思われる。当該通園センターは平成24年現在、全登録者46名中、経管栄養者19名、気管切開者9名、レスピレーター装着者2名、超重症児9名と大きく変化している。

職員の直接業務と共通業務とで、調査期間3日間の業務時間は13,063.4分(217.7時間)で、職員の全労働日29日で除すと、1日当たり7.51時間となった。これは、PTが兼任で、調査期間中に出勤した2日の一部の時間、通園センターで勤務したことを考えると妥当と思われる。

表4の直接業務からわかるように、1分以内の業務がかなりあった。職員の業務は、40年以上にわたる重心施設での病棟業務の経験をもとに組み立てられており、利用者の能力に応じてゆっくり介助したり、自発的な動作を待ったりしながら、可能なものは合理化している。その結果1分以内の業務が散見されても不思議はないと思われる。

共通業務も表5のように多岐にわたっていた。

直接業務と共通業務を職種ごとの時間で比較すると、前者では看護師と児童指導員がほぼ同じであったが、(29.4% vs. 28.7%)後者では児童指導員が多かった(23.4% vs. 40.5%)。

人件費については、直接業務と共通業務の時間と、各職種の年収から求めた1分当たりのコストから算出した。これは通園のコストのうちの最大の費目と思われる。

通園利用者は全国的に年々重症化が進んでいる。それに伴い、送迎や業務に看護師を要する事態が増えてくるとと思われる。今回算出した人件費のもとになった年収は、歴史の古い重心施設(旧称)のもので、所在地は大都市圏ではなかった。コストを考えるにあたっては、施設の所在地も大きなカギの一つになると思われる。

表1. 通園センター利用者のプロフィール(調査期間中の利用予定者)

ID	年齢 (2008.4)	性	病名	大島分類	改訂大島	超重症児 スコア	医療度
1	24	F	脳性麻痺(頭蓋内出血)	5	B4	0	0
2	40	F	精神遅滞・運動発達遅滞	10	B5	5	1
3	49	M	脳性麻痺	10	B5	0	7
4	6	M	脳性麻痺	1	B1	11	20
5	23	M	脳性麻痺	1	B1	13	12
6	44	M	精神遅滞・糖尿病	11	C5	5	7
7	37	F	ダウン症候群	12	D5	0	2
8	22	M	精神遅滞・てんかん	2	B3	5	7
9	37	M	ダウン症候群・糖尿病	12	D5	0	2
10	19	F	染色体異常	10	B5	0	1
11	19	M	脳性麻痺	6	C4	0	1
12	8	M	筋緊張性ジストロフィー	2	B3	24	13
13	52	M	脳性麻痺	16	E1	8	7
14	62	F	脳性麻痺	4	C1	8	1
15	52	M	脳性麻痺	9	D1	8	2
16	10	M	ダンディーウォーカー症候群	1	B1	11	7
17	18	M	脳性麻痺	7	D4	0	0
18	43	F	脳性麻痺	4	C2	0	0
19	20	M	脳性麻痺	1	B1	27	12
20	33	M	精神遅滞・てんかん	5	B4	5	8
21	13	F	アーノルドキアリ奇形	1	B2	5	6
22	8	M	先天性水頭症	5	B4	5	3
23	10	F	染色体異常	5	B4	0	1
24	21	M	脳性麻痺・てんかん	1	A1	27	12
25	12	F	脳性麻痺・てんかん	1	B1	22	7

平均 27.28歳(6-62歳)。ID-12とID-20の利用者は欠席。

表2. 主要な業務コード

A: 相談支援・ケアマネジメント業務		C: 治療・健康管理業務	
	A4: 職員間の連絡		C1: 投薬
	A7: ケア時間の記録		C2・3: 痰の吸引
	A8: 個別支援計画作成		C4・5: 経管栄養
B: 専門的生活介助業務			C8・9: 処置
	B1・2・3: 清潔・整容		C10: 検査・測定
	B4・5・6: 更衣		C11: 院内診療介助・援助
	B7: 入浴		C14: 補液
	B8: 排泄		C16: 感染予防
	B9・10・11: 食事		C20: 訓練等(セラピストによらない)
	B12・13・14: 起居・体位交換	D: 社会参加支援業務	
	B15・16・17: 移乗		D1・2・3・4: レクリエーション(集団)
	B18・19・20: 移動		D5・6・7・8: レクリエーション(個別)
	B21・22・23: 体位・姿勢保持		D16: サービス利用のための送迎
	B30・31・32: 測定	E: 地域生活支援業務	
	B33・34・35: 代理行為	F: その他の業務	
	B36・37・38: 環境整備		F1: 清掃・会議
	B40: 寝具・リネン		F2: 休憩・食事
	B41: 洗濯	<p>項目が2つあるものは、順に、①準備・片付け、②実施。</p> <p>項目が3つあるものは、順に、①見守り、②声かけ、③直接介助。</p> <p>項目が4つあるものは、①事前準備、②実施、③片付け、④その他。</p>	
	B42: 物品整理		
	B45・46: コミュニケーション		
	B49: その他の見守り		
	B50: その他		

表3. 通園(旧A型)利用者の受けたケア時間(分/日)

I. 直接業務

業務コード	業務内容	利用者ID											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13
A	相談支援、ケアマネジメント業務	7.9	2.0	0.9	6.0	2.1	2.2	0.8	0.5	1.6	0	1.3	4.5
B	専門的生活介護業務	88.6	117.8	65.3	101.3	197.8	77.8	15.0	55.3	50.6	33.0	47.7	82.5
C	治療・健康管理業務	0.6	1.6	0.3	11.0	13.0	7.0	2.7	6.5	2.8	0	0	12.0
D	社会参加支援業務	77.4	33.8	30.5	85.2	86.3	35.1	14.3	38.8	11.7	31.0	63.5	32.5
E	地域生活支援業務	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F	その他の業務	1.0	0	0	0	0	0	0	0.5	0	0	0	0
合計		175.4	155.2	97.0	203.5	299.3	122.2	32.8	101.5	66.6	64.0	112.5	131.4
利用日数		3	3	3	2	2	3	3	1	3	1	1	2
総ケア時間		526.3	465.5	291.0	407.0	598.5	366.5	98.5	101.5	199.9	64.0	112.5	262.8

業務コード	利用者ID												合計	平均 (n = 23)	共通 業務
	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25			
A	1.5	0.8	0	2.5	1.2	4.0	15.0	11.5	3.0	9.0	0.5	9.0	87.8	3.8	512.6
B	95.3	94.7	71.0	42.0	102.0	95.7	0	141.0	141.8	51.5	92.0	53.0	1912.6	83.2	298.6
C	0.9	0	4.0	0	1.0	29.5	0	18.0	21.0	26.0	92.7	34.5	285.0	12.4	31.0
D	45.1	34.5	24.5	6.5	57.7	133.5	0	55.0	53.5	9.0	75.8	15.0	1050.2	45.7	1391.2
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.5	0.07	321.9
合計	142.8	130.0	99.5	51.0	161.8	262.7	15.0	225.5	219.3	95.5	261.0	111.5	3337.0	145.1	2,555.3
利用日数	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	39		
総ケア時間	285.7	130.0	99.5	51.0	161.8	262.7	0.0	225.5	219.3	95.5	261.0	111.5	5,397.5		

II. 共通業務

職種 (勤務日数)	看護師 (7日)	看護 補助者 (3日)	指導員 (8日)	保育士 (6日)	療育員 (3日)	PT (2日)	合計	3日の 合計 (29日)
共通 (分/日)	598.2	257.0	1,033.8	568.7	97.7	23.2	2,555.3	7,665.9

13, 063.4(総業務時間 5, 397.5+7, 665.9 :分)÷29(職員の3日間の総勤務日数)÷60=7.51(時間)←各職員の1日の勤務時間

表4A. 利用者ID-1の1日(2月26日 9:26~12:09)

職員 NO	職種	見守り	声かけ	直接 介護	業務 コード	業務内容	利用者 ID	時刻	仕事 時間
3	指導員				B17	利用者宅到着	1	9:26	1.0
9	看護師				B46	送迎 到着(利用者)	1	9:26	0.3
9	看護師				B46	送迎	1	9:27	0.5
9	看護師				D16	送迎	1	9:27	0.5
3	指導員				D16	利用者迎え	1	9:29	0.5
3	指導員				B46	利用者迎え	1	9:29	0.5
9	看護師				D16	送迎	1	9:53	0.5
9	看護師				B46	送迎	1	9:53	0.5
9	看護師				B46	送迎中	1	10:02	0.5
9	看護師				D16	送迎中	1	10:02	0.5
3	指導員		1	1	B20	送迎者乗降介助	1	10:13	1.0
3	指導員			1	B20	送迎者乗降介助(タイヤカバ)	1	10:14	1.0
3	指導員			1	B20	通園室内送り	1	10:15	1.0
7	看護師	1	1		B32	バイタルチェック	1	10:15	0.3
7	看護師	1	1		A7	記録	1	10:15	0.3
7	看護師	1	1		A4	ディスカッション	1	10:15	0.3
8	保育士		1		B32	バイタルチェック(体温)	1	10:15	1.0
5	保育士		1		B46	通園利用者対応	1	10:16	1.0
9	看護師		1		B45	利用者声かけ	1	10:21	0.5
9	看護師		1		B32	体温測定	1	10:21	0.5
2	指導員		1		B45	療育参加	1	10:28	2.0
1	看護補助者		1		D6	朝の会	1	10:30	3.0
1	看護補助者		1		D6	申し送りを読む	1	10:41	1.0
5	保育士			1	B8	利用者トイレ対応	1	10:43	5.0
5	保育士		1		D2	朝の会	1	10:49	1.0
1	看護補助者		1		D2	朝の会(カードを使って)	1	10:51	1.0
2	指導員		1		D2	療育参加	1	10:54	1.0
3	指導員		1		D6	午前の活動(カード遊び)	1	10:54	1.0
8	保育士		1	1	D2	朝の活動(カードあそび)	1	10:54	1.0
3	指導員		1		D6	午前の活動(カード遊び)	1	10:56	2.0
8	保育士		1	1	D2	朝の活動(カードあそび)	1	10:57	1.0
1	看護補助者				D2	朝の会(カードを使用)	1	11:01	3.0
7	看護師	1	1	1	D6	朝の会介助	1	11:01	1.0
3	指導員		1		D6	午前の活動(カード遊び)	1	11:06	1.0
8	保育士		1	1	D2	朝の活動(カードあそび)	1	11:06	1.0
3	指導員		1		D6	午前の活動(カード遊び)	1	11:08	1.0
3	指導員		1		D6	午前の活動(カード遊び)	1	11:12	1.0
3	指導員		1		D6	午前の活動(カード遊び)	1	11:18	2.0
9	看護師		1		D2	朝の会	1	11:18	0.5
9	看護師		1		B46	朝の会	1	11:18	0.5
4	指導員	1	1		D6	朝の会	1	11:20	0.5
4	指導員	1	1		B45	朝の会	1	11:20	0.5
8	保育士		1	1	B11	食事の用意(利用者)	1	11:21	2.0
3	指導員			1	B11	昼食準備 エプロン	1	11:25	1.0
6	看護師		1		B11	配膳	1	11:26	2.0
3	指導員		1		B11	昼食準備	1	11:28	1.0
3	指導員		1		B11	昼食開始(トイレ記録)	1	11:29	1.0
7	看護師	1	1	1	B11	食事介助	1	11:35	1.0
7	看護師	1	1	1	B9	自力摂取者見守り	1	11:36	0.5
8	保育士		1	1	B11	食事介助	1	11:36	6.0
7	看護師	1	1	1	B11	食事介助	1	11:48	0.5
7	看護師	1	1	1	A4	ディスカッション	1	11:48	0.5
2	指導員		1	1	B9	食事介助(昼)	1	12:01	0.5
7	看護師	1	1	1	B11	食事介助	1	12:05	1.0
8	保育士		1	1	B11	食事介助	1	12:09	0.5
8	保育士		1	1	B3	歯みがき	1	12:09	0.5

表4B. 利用者ID-1の1日(2月26日 12:12~17:12)

職員 NO	職種	見守り	声かけ	直接 介護	業務 コード	業務内容	利用者 ID	時刻	仕事 時間
8	保育士		1	1	B11	食事介助	1	12:12	0.5
8	保育士		1	1	B3	歯みがき	1	12:12	0.5
8	保育士		1	1	B11	食事介助	1	12:13	0.5
8	保育士		1	1	B3	歯みがき	1	12:13	2.5
7	看護師	1	1		B11	片付け	1	12:29	1.0
1	看護補助者		1		B46	利用者対応	1	12:39	1.0
4	指導員		1	1	B49	声かけ	1	12:52	0.5
1	看護補助者				B49	昼食かたづけ	1	13:14	0.5
1	看護補助者				B49	配ぜん車栄養科へ	1	13:14	3.5
1	看護補助者				B49	洗濯場のタオル洗い	1	13:18	3.0
5	保育士		1		D1	誕生会準備	1	13:30	0.5
5	保育士		1		B46	誕生会準備	1	13:30	0.5
7	看護師	1	1	1	D6	活動介助	1	13:33	1.8
7	看護師	1	1		D6	記録	1	13:34	0.8
7	看護師	1	1		D6	活動介助	1	13:35	1.8
7	看護師	1	1		D6	記録	1	13:35	0.8
7	看護師	1	1		A4	ディスカッション	1	13:35	0.3
7	看護師	1	1		D6	活動介助	1	13:36	0.3
7	看護師	1	1		D6	記録	1	13:36	0.3
7	看護師	1	1		A4	ディスカッション	1	13:36	0.3
1	看護補助者	1	1		D2	誕生会(司会)	1	13:37	3.0
7	看護師	1	1		D6	活動介助	1	13:37	6.0
7	看護師	1	1		D6	記録	1	13:37	0.5
7	看護師	1	1		D6	活動介助	1	13:38	6.0
7	看護師	1	1		A4	ディスカッション	1	13:43	0.5
7	看護師	1	1		D6	活動介助	1	13:44	0.5
7	看護師	1	1		A4	ディスカッション	1	13:44	0.5
7	看護師	1	1	1	D6	活動介助	1	13:45	8.5
7	看護師	1	1	1	B20	移動	1	13:53	0.5
7	看護師	1	1	1	D6	活動介助	1	13:55	0.5
7	看護師	1	1	1	B20	移動	1	13:55	0.5
7	看護師	1	1	1	D6	活動介助	1	13:56	0.5
7	看護師	1	1	1	A4	ディスカッション	1	13:56	0.5
7	看護師	1	1	1	D6	活動介助	1	13:57	1.5
7	看護師	1	1		A7	記録	1	13:58	2.0
7	看護師	1	1		D6	活動介助	1	14:00	1.0
7	看護師	1	1		A4	ディスカッション	1	14:01	0.5
7	看護師	1	1		D6	活動介助	1	14:02	2.3
7	看護師	1	1		C16	手洗い	1	14:07	0.5
7	看護師	1	1		D6	活動介助	1	14:07	2.8
7	看護師	1	1	1	C16	手洗い	1	14:12	0.5
7	看護師	1	1	1	D6	活動介助	1	14:12	0.8
7	看護師	1	1	1	B8	トイレ介助	1	14:13	0.3
7	看護師	1	1	1	A4	ディスカッション	1	14:13	0.3
7	看護師	1	1	1	B8	トイレ介助	1	14:16	0.3
7	看護師	1	1	1	C16	手洗い	1	14:16	0.3
7	看護師	1	1	1	D6	活動介助	1	14:16	2.3
7	看護師	1	1		D6	活動介助	1	14:17	2.3
7	看護師	1	1		D6	活動介助	1	14:18	2.3
8	保育士	1	1		A7	誕生会(連絡帳の記入)	1	14:35	1.0
5	保育士		1		A7	連絡帳記入	1	14:37	0.5
5	保育士		1		A4	ディスカッション	1	14:37	0.5
5	保育士		1		A7	連絡帳記入	1	14:40	3.0
4	指導員				A7	連絡帳記入	1	14:42	0.5
4	指導員		1	1	B49	声かけ	1	14:42	0.5
4	指導員				A7	連絡帳記入	1	14:43	0.5
4	指導員		1	1	B49	声かけ	1	14:43	0.5
5	保育士				B11	食事介助(3病棟に短期入所)	1	17:12	10.0

表5A. 共通業務(1日目、1/13ページ)

職員NO	職種	業務コード	業務内容	時刻	仕事時間
1	看護補助者	D16	利用者迎え車中	8:30	50.0
2	指導員	A4	業務連絡	8:30	5.0
3	指導員	D16	利用者迎え(A地域)	8:30	101.0
4	指導員	D16	利用者迎え	8:30	50.0
5	保育士	F1	資料制作	8:30	10.0
6	看護師	B11	昼食時のおしぼりの準備	8:30	1.0
7	看護師	F1	送迎準備	8:30	8.0
8	保育士	D1	活動準備	8:30	4.0
9	看護師	D16	ご利用者迎え(送迎)	8:30	109.0
6	看護師	B14	利用者のクッションチェアの準備	8:31	1.0
6	看護師	C8	加湿器の水の補充	8:32	1.0
6	看護師	F1	送迎場所の確認	8:33	2.0
8	保育士	A4	事務連絡	8:34	1.0
2	指導員	A4	TEL	8:35	1.0
6	看護師	D16	C地域迎え出発	8:35	1.0
8	保育士	D1	通園アトラクションへの案内	8:35	2.0
2	指導員	D16	送迎出発	8:36	1.0
6	看護師	D16	利用者迎え	8:36	39.0
2	指導員	D16	送迎	8:37	38.0
8	保育士	B11	おしぼり作り	8:37	4.0
7	看護師	D1	朝の会準備(机を出す)	8:38	3.0
5	保育士	D20	通園旅行計画(パソコン)	8:41	17.0
7	看護師	B3	昼食用はぶらし準備	8:41	6.0
8	保育士	B41	入浴のエプロンたたみ	8:42	3.0
8	保育士	F1	事務所(通園・送迎人の確認)	8:45	11.0
7	看護師	D1	製作(紙の雪だるま)誕生会のため	8:47	11.0
8	保育士	A4	朝礼準備(通園)	8:57	8.0
7	看護師	A4	ディスカッション	8:58	1.0
5	保育士	A4	ディスカッション	8:59	1.0
7	看護師	A4	申し送り	8:59	4.0
5	保育士	A4	申し送り	9:00	4.0
7	看護師	A4	申し送り(唱和)	9:03	0.5
7	看護師	D1	製作	9:03	57.0
5	保育士	D20	通園旅行計画書の作成	9:04	38.0
8	保育士	D1	アトラクションの内容について	9:06	5.0
8	保育士	A4	通園旅行のDS	9:11	16.0
2	指導員	B20	ハーモニーホール到着	9:15	1.0
6	看護師	A3	ハーモニーホール到着	9:15	0.5
2	指導員	B17	送迎	9:16	1.0
6	看護師	B20	利用者迎え	9:16	52.0
2	指導員	D16	送迎	9:17	38.0
1	看護補助者	D16	中間ステーション到着	9:20	1.0
4	指導員	B46	中間ステーション到着(利用者乗車)	9:20	0.5
4	指導員	D16	学園へ折り返し(利用者乗車)	9:21	39.0
1	看護補助者	D16	学園へ折り返し	9:23	41.0
8	保育士	D1	誕生日者のコピー	9:27	14.0
8	保育士	A7	連絡者の記入(ホワイトボード)	9:42	2.0
5	保育士	A3	電話(通園利用者の保護者さんへ通園旅行の時の食事について)	9:43	5.5
8	保育士	B23	姿勢保持の設定	9:44	3.0
8	保育士	B38	加湿器の準備	9:47	3.0
5	保育士	A4	ディスカッション	9:48	0.5
5	保育士	D20	通園旅行計画書の作成	9:49	25.0
8	保育士	D1	誕生日者へのケーキ注文	9:50	2.0

表5B. 共通業務(1日目、4/13ページ)

職員NO	職種	業務コード	業務内容	時刻	仕事時間
9	看護師	D2	朝の会	11:00	0.5
4	指導員	D6	朝の会	11:02	18.0
7	看護師	D6	荷物取り	11:03	0.3
7	看護師	C16	手洗い	11:03	0.3
7	看護師	A4	ディスカッション	11:03	0.3
7	看護師	A4	ディスカッション	11:04	0.5
7	看護師	C9	吸引	11:04	1.0
7	看護師	C9	吸引	11:05	1.0
7	看護師	A4	ディスカッション	11:05	0.5
7	看護師	C9	吸引	11:06	0.3
7	看護師	C9	片付け	11:06	0.3
7	看護師	C16	手洗い	11:06	0.3
7	看護師	A4	ディスカッション	11:06	0.3
7	看護師	C16	手洗い	11:07	0.3
7	看護師	D6	朝の会介助	11:07	13.0
2	指導員	F1	TEL対応	11:19	1.0
2	指導員	B2	食事準備	11:20	1.0
3	指導員	B8	排泄介助	11:20	1.0
6	看護師	B20	歩行介助	11:20	0.5
7	看護師	B8	トランスファー(トイレ介助)	11:20	0.3
7	看護師	A4	ディスカッション	11:20	0.3
1	看護補助者	B11	昼食準備	11:21	9.0
3	指導員	B11	昼食準備	11:21	4.0
4	指導員	D6	利用者関わり	11:21	2.0
5	保育士	B8	利用者介護(おむつかえ)	11:21	2.0
6	看護師	B8	トイレ誘導	11:21	1.0
7	看護師	B8	トイレ介助	11:21	1.5
8	保育士	B11	食事の用意(利用者)	11:21	2.0
9	看護師	B8	トイレ介助・誘導	11:21	5.0
5	保育士	B8	利用者介護(おむつかえ)	11:22	2.0
6	看護師	B11	食事準備(配膳車運搬)	11:22	7.0
7	看護師	B17	車イス(移乗)	11:22	1.0
4	指導員	B8	排泄チェック記入	11:23	1.0
5	保育士	B11	昼食準備	11:23	6.0
7	看護師	C16	手洗い	11:23	0.3
4	指導員	B46	声かけ	11:24	1.0
7	看護師	C1	薬取り(準備)	11:24	1.0
3	指導員	B11	昼食準備 エプロン	11:25	1.0
4	指導員	B8	トイレ誘導	11:25	3.0
7	看護師	C9	薬準備	11:25	0.5
7	看護師	C9	チューブ確認	11:25	0.5
3	指導員	B11	昼食準備 手ふき	11:26	1.0
7	看護師	C9	薬投与	11:26	2.0
9	看護師	B11	昼食セッティング	11:26	4.0
3	指導員	B11	昼食準備 手洗い	11:27	1.0
3	指導員	B11	昼食準備	11:28	1.0
4	指導員	B8	排泄チェック記入	11:28	0.5
4	指導員	C16	手洗い	11:28	0.5
3	指導員	B11	昼食開始(トイレ記録)	11:29	1.0
4	指導員	B11	昼食セッティング	11:29	1.0
5	保育士	B11	食事介助	11:29	1.5
6	看護師	C16	手洗い	11:29	0.5
7	看護師	B11	食事準備	11:29	0.5