

分担研究課題：「障害福祉サービス等報酬における医療的ケア児の判定基準確立のための研究」

分担研究者：前田 浩利（医療法人財団はるたか会）
研究協力者：飯倉 いずみ、猪狩 雅博、藤城 孝之（医療法人財団はるたか会）
研究協力者：小林 靖典、小林 靖弘（株式会社小林製作所）
研究協力者：友松 郁子（TOMO Lab 合同会社）

【研究要旨】

近年医療的ケア児と言われる生きていくために日常的に、医療機器と医療ケアが必要な児者が急増している。しかしながら、医療的ケア児者が地域で生活するために必要な生活支援のための福祉サービスの整備は遅れている。従って、医療的ケア児者は、ほとんどが家族の心身ともにぎりぎりと言える多大な介護負担に依存して、自宅での生活を送っている。また、それがゆえに子どもが体調を崩し、再度入院になることも多く、医療機関への負担も大きい。そのような状況の原因の一つに、医療的ケア児者に必要な生活支援を評価し、その適切な公的支給の根拠となる評価基準の未確立がある。「平成 26・27 年度厚生労働科学研究（地域医療基盤開発推進 研究事業）「小児在宅医療の推進のための研究班（研究代表者 前田浩利）による医療依存児と高度医療依存児の判定基準の検証」では、「医療依存児者」は「日常的に医療に依存している児者」、「高度医療依存児者」は「医療依存度が高いために常時見守りが必要な児者」と定義した上で、医療依存の判定方法（以後「前田法」）を提案している。前田法の特徴は、「A. 医療依存度の高さ」を指標化するだけでなく、「B. 身体生命の安全確保のための見守り度（以下見守り度）」との指標を新設し、更に「C. 家族背景（養育機能評価）」を高度医療依存児者判定の基準に反映させていることである。本研究では医療的ケア児（者）を評価する際に、運動機能と知的機能の 2 方面で「ADL」を評価する。その上で、「A. 医療依存度の高さ」に関しては、前田法に則って移動機能を除外した準・超重症児判定スコアを踏襲して、医療的ケア児（者）の現状に合わせた修正を行い、従来の障害児の支給決定基準などと社会的に大きな齟齬が無い様に作成する。「B. 見守り度」と「C. 家族背景（養育機能評価）」は従来の障害児の支給決定基準には全く顧慮されなかった項目であるので、そこにどのくらいの重みをかけて点数評価することが医療・福祉政策的に妥当であるかを中心に、幅広い分野の関連学会を代表する分担研究者や研究協力者とともに検証する。

A. 研究目的

本研究の目的は、急増する医療的ケア児者の地域生活を支えるために必要な支援量を評価するための基準作りである。「平成 26・27 年度厚生労働科学研究（地域医療基盤開発推進 研究事業）「小児在宅医療の推進のための研究班（研究代表者 前田浩利）で示された前田法を用いた「A 医療依存度の高さ」、及び「B. 見守り度」と「C. 家族背景（養育機能評価）」の複合

的な評価による医療的ケア児（者）の評価基準及び評価方法を確立することにある。

医療的ケア児（者）の評価基準及び評価方法を確立することで、その児に必要な障害福祉サービスや財政支援量を推定することが可能となり、地域における支援体制の確立や予算案の企画を推量できる。統一した判定基準を使用することにより、国として必要とする人材養成数や

年間獲得すべき予算額を試算することが可能となる。

このことにより以下の事が期待出来る。

1. 適切な診療報酬や障害福祉サービス等の報酬額や補助制度を行政が決定するための基礎資料を提供する。

2. 歩けるあるいは話せる医療的ケア児（者）に対する社会的認知度が高まり、社会資源が増える。

3. 医療的ケア児（者）を抱える家族の負担が軽減する社会システムの構築が可能となる。

4. 医療的ケアが必要な障害児と家族の地域社会への参加・包容（インクルージョン）が促進される。

5. 障害児の地域社会への参加・包容を子育て支援において推進する。

6. 保健、医療、福祉、保育、教育、就労支援等とも連携した地域支援体制の確立

7. ライフステージ毎の支援（乳幼児期、小学校入学前、学齢期、卒業後）が促進される。

8. 保護者の就労のための支援、家族の活動、障害児の同胞支援が促進される。

9. NICU や PICU などから地域への患者の移行がスムーズになり、病院資源が有効に活用される。

B. 研究方法

本研究では、初めに前田法のモデル検証を目的としたパイロット調査を行った。パイロット調査（タイムスタディ）では1秒間に1枚の静止画を撮影する複数台のカメラを調査対象（ケース）患者宅に設置し、24時間の定点撮影（モニタリング）を行った。個別の事情等で24時間未満の撮影となったケース（2ケース）については24時間に換算して分析を行った。さら

に、映像のみで処置内容が判断困難な場合を想定して記録紙を準備し、5分ごとのケア内容の記録を介護者に依頼した。映像データの取得、分析には主に製造業の工程分析や業務分析で用いられるシステム（株式会社小林製作所製・Sopak-C）を用いた（図1）。

記録された映像データと記録紙の内容については目視による突合精査を行った。5分を1コマとして24時間を全288コマに分割し、各コマを「ケアあり」「ケアなし」に分類した。介護保険制度検討の際のタイムスタディでは、1分単位の時間計測が実施されている（筒井, 1997; 1999）が、今回のパイロット調査についてはケース間の相対比較による検証を第一義の目的としたため、調査対象家庭の負担も鑑み、5分単位のタイムスタディとした。

パイロット調査を行ったケースは全7ケース（うち2ケースはきょうだい）。個々のケースの年齢、病態（分類）、医療ケアと日常のケアの内容、超重症児スコア、大島分類、上下肢機能について表14に整理した。

ケース①～ケース⑦については、事前の介護者へのヒアリングに基づき計測する処置の項目を以下の9項目とした。

1. 呼吸器
2. 薬
3. 栄養
4. 体位移動
5. 排せつ、おむつ交換
6. マッサージ・リハ
7. 身体介護
8. その他
9. 外部サービス

前述の7ケースに加えて、当初は中心静脈栄養（IVH）のケースも調査対象としていたが、対象患者が調査直前に体調を崩して調査実施が

できなかった。IVH のケースについては、次年度に再調査を行う。

さらに各計測処置項目について、5 分間を 1 コマとし、処置のあったコマ数をケースごとに表 1 5 に整理した。延べコマ数について、ケース①（超重症児スコア：26、大島分類：24）とケース④（超重症児スコア：45、大島分類：1）の比較ではケース④が 69 であったのに対し、ケース①では 145 となり、超重症児スコア、及び大島分類の評価とは異なる結果となった。その他のケースにおいても、超重症児スコア、大島分類での評価と延べコマ数の多少の間には乖離が見られた。

表 1 は人工呼吸器を装着している児（ケース①、②、③、④）の呼吸器外し、及び全ケースの痰の吸引の回数を整理したものである。

表 1：呼吸器外し、痰の吸引回数

ケース	呼吸器外し (回)	痰の吸引 (回)
①	5	7
②	52	8
③	0	7
④	35	10
⑤	-	36
⑥	-	33
⑦	-	34

24 時間にケース②の児は 52 回、ケース④の児は 35 回の呼吸器外しが起こっている。ケース②の児は上肢が動き、自ら呼吸器を外すことができるため呼吸器外しが頻回に起こり、都度介護者が再装着を行っていた。ケース①の児も同様に上肢が動くため、呼吸器を外すリスクはケース②と同様に高いが、6 歳という年齢から呼吸器を外すことが自らの身体生命に「良くな

い影響を与えること」と認識できており、自制が働いた結果であるとも推察できる。

ケース④については調査前の段階では上肢が動かない児であるため呼吸器外しのリスクは少ないと考えられていた。調査後の聞き取り調査により、首を左右に振ることによる呼吸器外しが頻回に起きていることが判明し、固定方法の改善処置を行った。

表 1 6 は各ケースの時間帯別ケア密度を整理したものである。4 時間を 1 区分として 24 時間を 6 分割し、それぞれの区分毎に「ケアあり」コマの割合を算出して整理した。さらに、「ケア無し」コマが最大何コマ連続するか（最大ケア空き間隔）をカウントし、その時間帯をケース別に整理した（表 1 7）。

表 1 6、及び表 1 7 の整理結果をもとに、時間帯別ケア密度及び最大ケア空き間隔について、動く児、動かない児のケース比較を行った。気管切開、人工呼吸器、胃ろう、のケース②（超重症児スコア：26 点、大島分類：1）と同じ病態のケース③（超重症児スコア：29 点、大島分類：1）の比較の結果を表 2、及び表 3 に整理した。

表 2：時間帯別ケア密度（ケース②：動く）

ケアありコマ数24H	126	/288
ケアあり率	43.8%	
最大空き間隔	24 コマ	120 3:30~5:30
■時間帯別ケア密度		
時間帯	ケアあり※	ケアあり率
16:00~19:55	17	35.4%
20:00~23:55	39	81.3%
0:00~3:55	4	8.3%
4:00~7:55	11	22.9%
8:00~11:55	32	66.7%
12:00~15:55	23	47.9%
24HTTL	126	43.8%
※5分を1コマとしたコマ数		

表 3：時間帯別ケア密度（ケース③：動かない）

ケアありコマ数24H	97	/288
ケアあり率	33.7%	
最大空き間隔	71 コマ	355 1:05~7:00
■時間帯別ケア密度		
時間帯	ケアあり※	ケアあり率
16:00~19:55	33	68.8%
20:00~23:55	15	31.3%
0:00~3:55	3	6.3%
4:00~7:55	4	8.3%
8:00~11:55	27	56.3%
12:00~15:55	15	31.3%
24HTTL	97	33.7%
※5分を1コマとしたコマ数		

ケース②（動く児）、ケース③（動かない児）の比較から、同様の病態であるにも関わらず、ケアの密度に差があることがわかった。ケース②の場合、ケアありコマ数は126/288でケアあり率（ケアありコマ数/288コマ（=24時間を5分コマに分割したコマ数））は43.8%であった。同様にケース③の場合、ケアありコマ数は97、ケアあり率は33.7%であった。

さらに、最大空き間隔の比較を行ったところ、ケース②に関してはケア無しコマの連続が最大で24コマ（3:30~5:30：120分）であった。映像分析の結果から、夜間でも頻回に状態確認を行っていることがわかった。呼吸器外しのリスクが高いためと推察され、結果として介護者が連続した十分な休息を取ることは難しいことが推察できる。ケース③のケア無しコマの連続は71コマ（1:05~7:00：355分）であった。

パイロット調査の結果から、以下の考察が導き出された。

1) 従来の大島分類、超重症児スコアでは、動ける子どものケアの負荷を評価できないことが明らかになった。

2) これまで見守り度と言われてきたケアに関する負荷は、実際に見ているわけではなく、音や気配など含めた総合的な感覚で見守っていた。それで、患者のリスクと実際のケア量、介護者のストレス（緊張感）を合わせたものであると考えた。

3) リスクとは、患者本人のリスク（上肢が自由に動くなど）と機器のリスク（呼吸器）がある。

4) 同じケアでも、気管切開の管理と腸ろうでは介護者の精神的負荷が異なるだろうと考えた。

前述の考察をもとに、「平成27年度小児在宅医療の推進のための研究」にて示された、「高度医療依存児（者）の判定と生活支援のイメージ（図2）」のモデルを再検討し、仮説モデルを策定した（図3）。

B-1. 仮説モデル

平成27年度報告モデル（図2）の「見守り度」評価項目のうち、「①不安定な身体機能」を「Ⅱ医療依存度」の項目にて評価することとし、見守り度を、1) 実施されるケアの量（医ケア量）、2) 児者の行動やデバイスに関わるリスク（リスク度）と3) 医療的ケアに関する介護者のストレス（医ケアのストレス度）の3要素の評価と定義した（図3）。さらに、「見守り度」のうちリスク度の部分について評価方法の案を検討した。

B-2. リスク度評価手順（案）

リスク度評価を行うにあたり手順を策定した（表4）。

表 4：リスク度評価の手順（案）

1.	使用デバイスの確認、該当/非該当チェック
2.	使用デバイス毎のリスク評価（係数 1～3）
3.	医ケアのストレス度評価（係数 4）
4.	リスクに影響する身体状態評価（係数の調整）
5.	リスクに影響する運動機能評価
6.	リスク度評価点※の算出
※リスク度評価点=リスク係数×運動機能評価点	

1. 使用デバイスの確認、該当/非該当チェック

評価対象となる児（者）の使用デバイスを確認し、該当する項目について評価を行う。今回のパイロット調査において想定した評価対象デバイスは以下の通り（表 5）。

表 5：評価対象デバイスの例

<p>気管切開、人工呼吸器、胃ろう、腸ろう、<u>経鼻胃管</u>、<u>経鼻 ED チューブ</u>、人工肛門、<u>透析</u>、<u>中心静脈栄養（IVH）</u>、自己導尿、<u>注入ポンプ</u>、PCA、ドレーン類（腎ろう、胆のう、髄液、腹腔内、胸腔内）</p> <p>※下線は今回のパイロット調査で評価したものの。</p>
--

2. 使用デバイス毎のリスク評価

表 5 に挙げた個々のデバイスに関して、①発生頻度（係数 1）、②回復の容易さ（係数 2）、③トラブル発生が命にかかわるか（係数 3）、の 3 つの視点で係数を設定した。それぞれの係数についての評価基準は表 6～表 8 の通りとした。前述の基準から、今回のパイロット調査におけるケースに該当したデバイスの係数一覧は表 9 の通りとした。

表 6：リスク係数①（発生頻度）の評価基準

評価点	評価基準
1 点	まれに発生する（数か月に 1 回程度）
2 点	ときどき発生する（月に数回）
3 点	頻回に発生する（ほぼ毎日）
機器のトラブルの影響も勘案して評価する	

表 7：リスク係数②（回復処置の容易さ）の評価基準

評価点	評価基準
1 点	自宅でトレーニング無しでできる
2 点	自宅でトレーニングすればできる
3 点	自宅でできない
基準は介護者（介護者の視点で評価する）	

表 8：リスク係数③（トラブル発生が命にかかわるか）の評価基準

評価点	評価基準
1 点	命にはかかわらない
2 点	重篤な状態になりえる
3 点	その場で直接命にかかわる

表 9：デバイス毎のリスク係数（案）

デバイス	係数		
	1	2	3
気管切開	3	2	3
人工呼吸器	1	1	3
胃ろう	1	1	1
経鼻胃管	3	1	1
経鼻 ED チューブ	1	2	1
透析	1	3	2
中心静脈栄養（IVH）	2	3	2
※			
注入ポンプ	1	1	1

※今回調査では該当ケース無し

3. 医ケアのストレス度評価

医ケアのストレス度に関しては今回のパイロット調査では評価を行わなかったが、今後医ケアに関するストレス度を定量的に評価する仕組みについての検討が必要である。

4. リスクに影響する身体状態評価

一部の評価対象デバイスに関して、身体の状態によりリスクの大小が変化することから、評価においてこれをデバイス毎に考慮することとした。例えば、自発呼吸の無い児（者）が人工呼吸器のトラブルに見舞われた際、命にかかわるリスクが自発呼吸のある児（者）よりも高くなることは明白である。今回のパイロット調査においては、このリスクに影響する身体状態評価について、表 10 の形でリスク係数の調整を行った。

表 10：身体状態評価による係数調整表

デバイス	身体の状態	被調整係数	調整値
気管切開	上気道狭窄あり	係数③	+1
	永久気管切開なし	係数②	+1
人工呼吸器	自発呼吸なし	係数③	+1
	気管軟化症あり	係数③	+1
	上気道狭窄あり	係数③	+1
	永久気管切開なし	係数②	+1
腸ろう 経鼻 ED チューブ	胃が使えない場合	係数③	+1

5. リスクに影響する運動機能評価

リスク度評価点を算出するにあたり、患者の病態から導き出されるリスク係数と合わせて、運動機能の評価を行った。動かない児（者）の場合を 1 点とし、①上下肢、首の動作、及び②移動の可否、方法を評価して加算して算出した。今回のパイロット調査における加算点の一覧は表 11、表 12 の通り。

表 11：上下肢、首の動作による加算

状態	加算点※
動かない	0 点
首を動かせる	0.5 点
下肢を動かせる	1.0 点
上肢を動かせる	2.0 点

※該当する状態で選択（0 点～2 点）

表 12：移動可否とその方法

状態	加算点※
立てない	0 点
立てる、歩く以外の移動	1 点
歩く	2 点
走る	3 点

※該当する状態で選択（0 点～3 点）

6. リスク度評価点の算出

手順 1～手順 5 にてデバイス毎に評価を行い、リスク度係数、及び運動機能評価点を個々に算出し、デバイス毎にリスク度係数に運動機能評価点を乗じた点数を該当デバイス数分合計した数値をリスク度評価点とした。今回のパイロット調査全 7 ケースについて本手順に従いリスク度評価点を算出した結果を表 13 に示す。評価試算に用いた集計表は表 18 に示す。

また、研究班から年齢と知的レベルの評価を加えるべきとの意見があった。具体的には、知的障害の程度判定基準等を鑑み、7 歳を境に 7

歳以上と 7 歳以下で評価することが提案された

(厚生労働省:2008, World Health

Organization: 1996)。年齢と知的レベルの評価基準については、次年度の研究課題とする。

表 13 : ケース別リスク度評価点

ケース	評価点	病態 (分類)
①	87.0	気切+呼吸器+胃ろう 上肢動く、6 歳
②	87.0	気切+呼吸器+胃ろう 上肢動く、2 歳
③	22.0	気切+呼吸器+胃ろう 動かない、3 歳
④	35.5	腹膜透析+気切+呼吸器+ED チューブ+胃管 首だけ動く、2 歳
⑤	18.5	パイプ+経鼻胃管 首だけ動く、2 歳
⑥	9.0	胃ろう (呼吸安定) 上肢動く、8 歳
⑦	32.0	気切+経鼻胃管 上肢動く、4 歳

B-3. リスク度評価試算からの考察及び今後の課題

本研究においてリスク度評価試算を行った結果は、臨床的評価とかなりの部分で一致をするように思われる。今後、本研究をさらに進め成果を広く活用していくための課題は以下の通りである。

- 1) 患者の病態毎のケアに関する量的評価
 - ・ケア量算出の枠組み検討
- 2) リスク度評価手順の精査
 - ・サンプルを増やし仮説モデル検証を実施
 - ・年齢と知的レベルの評価を加える
- 3) 介護者ストレス度評価
 - ・評価手法の検討

C. 研究結果

本研究を通じて得られた結果については、日本国内及び海外の関連学会（障害福祉学、医療社会学等）における発表を予定している。また、大阪大学 Global Health UNESCO in Global Health and Education と共同することで、グローバルに応用可能な研究枠組みの精緻化をはかっていく。

D. 健康危険情報

特になし

E. 研究発表

特になし

F. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

【謝辞】

本研究においては、株式会社小林製作所代表取締役小林靖典氏、専務小林靖弘氏、開発室小松重義氏の多大な協力により、研究の実施において必要不可欠な技術、機器のご提供をいただいた。また、研究の実施のための機器の設置、運用に際しても親身な協力や助言をいただいた。三氏及び小林製作所の協力なしには本研究は実現しなかった。心よりの感謝の言葉を以て謝辞に代えたい。

【参考】

◆参考資料

厚生労働省, (2008) 「e-ヘルスネット：知的障害（精神遅滞）」,
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/heart/k-04-004.html>

筒井孝子, (1997) 「公的介護保険制度における要介護度認定の考え方：全国 60 地域で行われた要介護認定結果を基に」『社会福祉学』 38 巻 2 号, pp. 36-52

筒井孝子, (1999) 『図解よくわかる要介護認定』 日本看護協会出版会

World Health Organisation, (1996) *ICD-10 guide for mental retardation*, https://www.who.int/mental_health/media/en/69.pdf

◆小林製作所・Sopak-C

<http://www.kobayashi-mfg.co.jp/Sopak-C/index.html>



図 1：「Sopak-C」画面 ※解像度を実画面よりも落として貼付しています

表 14：パイロット調査ケース一覧表

ケース	年齢	病態（分類）	医療ケアと日常のケア	超重症児スコア	大島分類	上下肢機能
①	6	気切+呼吸器+胃瘻 上肢動く	呼吸器、気切管理、吸引、薬、栄養注入、排せつ、リハ、身体介護	26	24	動く
②	2	気切+呼吸器+胃瘻 上肢動く	呼吸器、気切管理、吸引、薬、栄養注入、排せつ、リハ、身体介護	26	1	動く
③	3	気切+呼吸器+胃瘻	呼吸器、気切管理、吸引、薬、栄養、体位移動、排せつ、リハ、身体介護	29	1	動かない
④	2	腹膜透析+気切+呼吸器+EDチューブ+胃管	呼吸器、気切管理、吸引、薬、栄養、体位移動、排せつ、リハ、身体介護、腹膜透析	45	1	動かない
⑤	2	バイパップ+経鼻胃管	呼吸器、吸引、薬、栄養注入、排せつ、リハ、身体介護	21	1	動く*
⑥	8	胃瘻（呼吸安定）	吸引、薬、栄養注入、排せつ、リハ、身体介護	8	1	動く
⑦	4	気切+経鼻胃管	気切管理、吸引、薬、栄養注入、体位移動、排せつ、リハ、身体介護	16	1	動く

*：動くが、リスクに影響するほどの動きではないため、評価には反映せず

表 15：ケース別、処置内容別集計

コマ数※	呼吸器	薬	栄養	体位移動	排せつ・おむつ交換	マッサージ・リハ	身体介護	その他	外部サービス	延べコマ数
ケース①	5	21	25	6	10	13	14	14	37	145
ケース②	3	18	18	0	8	11	13	6	32	109
ケース③	7	3	9	14	6	12	10	8	24	93
ケース④	0	14	12	1	3	0	1	10	28	69
ケース⑤	14	24	6	5	9	0	6	11	35	108
ケース⑥	0	3	17	10	7	0	0	9	21	67
ケース⑦	0	7	15	10	19	0	6	20	30	106

※コマ数：1日（24H）を5分1コマとして288のコマに分割し、5分間でそのケアを行っていた場合に当該ケア1コマとカウント。同じコマに複数ケアが入る場合がある。

表 16：ケース別、時間帯別集計

時間帯	ケース①		ケース②		ケース③		ケース④		ケース⑤		ケース⑥		ケース⑦	
	ケアありコマ数	ケアあり率												
16:00～19:55	22	45.8%	17	35.4%	33	68.8%	31	64.6%	38	79.2%	40	83.3%	13	27.1%
20:00～23:55	21	43.8%	39	81.3%	15	31.3%	21	43.8%	30	62.5%	22	45.8%	37	77.1%
0:00～3:55	12	25.0%	4	8.3%	3	6.3%	9	18.8%	8	16.7%	1	2.1%	1	2.1%
4:00～7:55	17	35.4%	11	22.9%	4	8.3%	8	16.7%	11	22.9%	2	4.2%	5	10.4%
8:00～11:55	35	72.9%	32	66.7%	27	56.3%	39	81.3%	1*	16.7%	25	52.1%	26*	72.2%
12:00～15:55	31	64.6%	23	47.9%	15	31.3%	30	62.5%	—	—	0	0.0%	28*	77.8%
24HTTL	138	47.9%	126	43.8%	97	33.7%	138	47.9%	88	30.6%	90	31.3%	110	41.7%

*1. データ取得対象時間帯は8:00～8:30

*2. データ取得対象時間帯は8:00～11:30

*3. データ取得対象時間帯は13:00～16:00

表 17：ケース別最大空き間隔／時間帯

No.	コマ数	時間(分)	時間帯
ケース①	19	95	15:10～16:45
ケース②	24	120	3:30～5:30
ケース③	71	355	1:05～7:00
ケース④	34	170	3:00～5:50
ケース⑤	42	210	1:30～5:00
ケース⑥	63	315	1:45～7:00
ケース⑦	70	350	1:15～7:00

表 18

(後) 両者の行動・機能 (補) 使用デバイス	(1) リスク点数+ケアのストレス係数				(2) 身体の状態評価(リスク係数評価項目)				(3) 運動機能評価(知的障害と年齢)				評価点		
	ケア1 発生頻度	ケア2 回復の 速さ	ケア3 命にかかわ るか	ケア4 ケアの ストレス 係数	リスク係数 合計	自覚呼吸		気管拡張		上気道狭窄		永久気管切開		胃が保えない	
						あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり			なし
気管切開	3	2	3		8	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	1.0	0
人工呼吸器	1	1	3		5									1.0	0
胃ろう	1	1	1		3	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	1.0	0
腸ろう					0	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	1.0	0
経鼻胃管					0	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	1.0	0
経鼻ドチューブ					0	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	1.0	0
人工肛門					0	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	1.0	0
透析	1	3	2		6									1.0	0
中心静脈栄養 (IVH)	3	3	2		8									1.0	0
自己導尿					0									1.0	0
注入ポンプ	1	1	1		3									1.0	0
POA					0									1.0	0
胃ろう					0									1.0	0
肛ろう					0									1.0	0
シリコン					0									1.0	0
腸ろう					0									1.0	0
腸管内					0									1.0	0
腸管内					0									1.0	0

※1: 知的障害と年齢をどのように評価に加味するかは今後検討する。
 ※2: 歩く以外の移動: 前払い、後送り、転がる、はたき前進、など

0

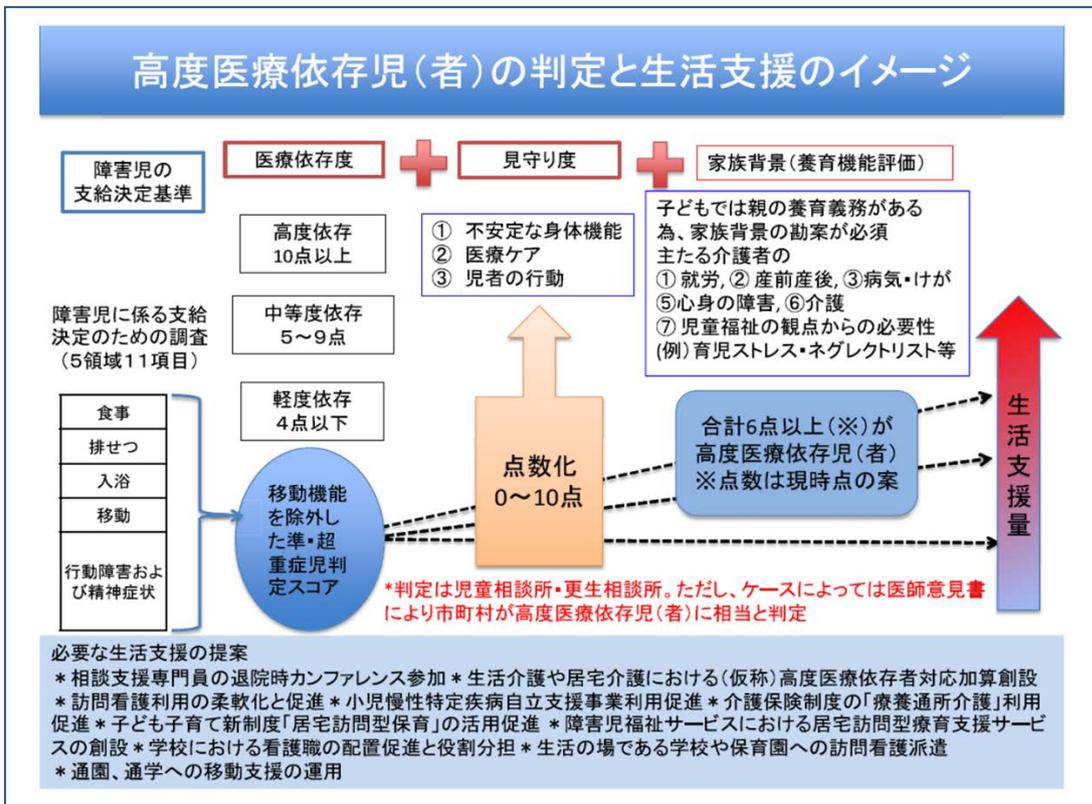


図 2

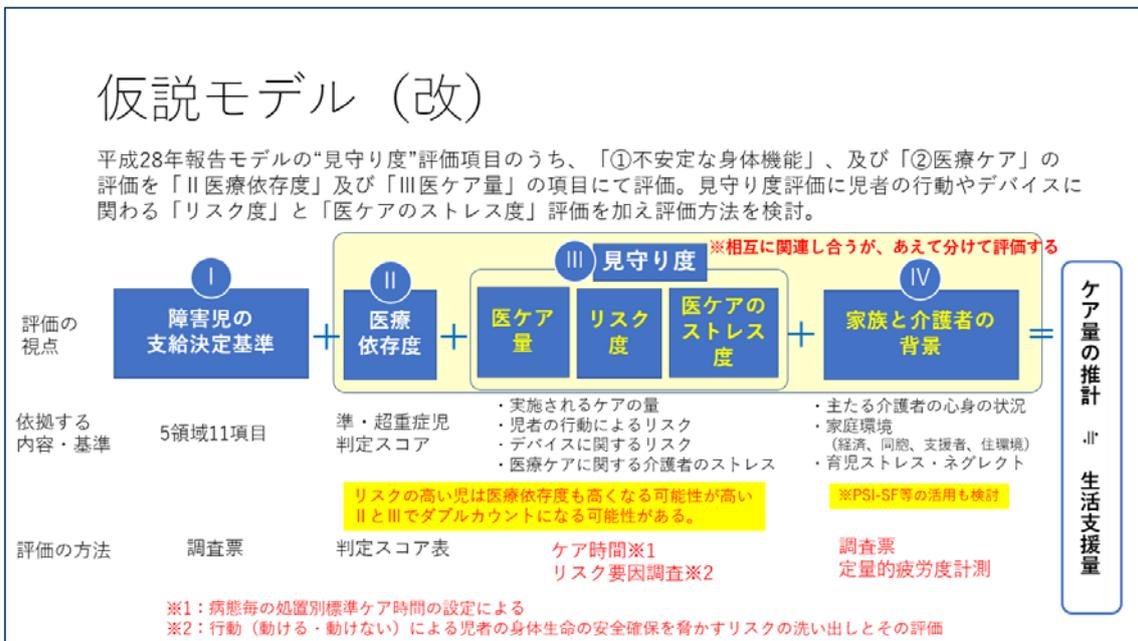


図 3