厚生労働省　障害児支援の見直しに関する検討会資料

肢体不自由児施設の役割と課題

（以下の機能の充実発展を要望）

＊　３次福祉圏域の総合的な療育医療の拠点

養護学校校医・巡回相談・通園等への技術支援

＊　通園・外来・入所機能による早期療育・相談

母子入園・機能向上の手術・虐待等社会的入園

＊　在宅・家族支援を要として重症例への対応

通過型で、柔軟な施策を

平成20年4月25日
全国肢体不自由児施設運営協議会

1. 児と者との違い（児者一本化の中で）
＊発達変化する成長期・臨界期
＊未熟で、本人・家庭を含めて脆弱（ICFの背景因子）
（狼少年・三つ児の魂百まで、虐待・障害の受容）

2. 各障害の専門性確保と障害の横断的な統合の両立
＊医療・療育モデルと生活モデルの融合
＊重度重複多様性に対する個別ニーズへの綿密な対応

3. 関連各社会資源の役割・位置づけと連携
＊役割分担と階層的な構造化の明確化
＊施設体系だけではなく、属人化による評価も

今後一層 進むべき方向

1、 児者一本化(難病での成育医療)+発達保障

2、 個人化：大島分類+医療ｹｱ+療育支援

(JASPERの包括的評価:別紙資料)

3、 障害の統合 (1980年心身障害児総合医療療育センター名称)

肢体不自由児の第３次専門機関（他障害の統合は今後の課題）
および他障害の第１～２次対応機関(地域主義)

(寝たきりの児の中にパニックとなる児を一緒に入所させられない)

4、施設から在宅へ（車の両輪）

有期限(通過型) 入所は在宅のバックアップの要
(柔軟性：右手にニーズ ,左手にマンパワー)

今後の障害児施策において考慮したい点

1. 少子化対策
   安心して次の子を育てらる
2. セフテイネットとしての役割
   国民の勤勉さ・活力の根底
3. 福祉の産業としての評価
   家族や福祉に関連する人の多さ
4. 国際的な評価 (子どもの権利条約第２３条)
   福祉国家としての尊厳
5. 発達保障と発達のため障害程度区分の難しさ
   区分と支援量との乖離
6. 養護学校、特殊支援学級、保育園などとの連携・支援
   センター機能への支援,医療的ケアへの支援

脳性麻痺を含む脳原性疾患が対象の３/４を占めている

重度重複がさらに増加している
(入所児の半数はＩＱ３５以下)
（ＡＤＬ各項目で５０％以上で全介助）
（てんかん、視力障害、聴覚障害合併多い）
在宅児で乳幼児が重度化している
(当センタ外来：在宅酸素療法27,経管栄養200+
気管切開30,在宅レスピレータ22名,胃瘻など）
早期療育のための母子入園のニードが高まっている
（殆どがＮＩＣＵ経由）

自閉症群が当センタ新患の３割を占める(1,000名中300名)

児童精神科,心理士,感覚統合訓練の医学的リハ等で対応

合併症にたいして経験のある各種専門科のニーズが高い

脳外科,眼科,耳鼻科,遺伝科等

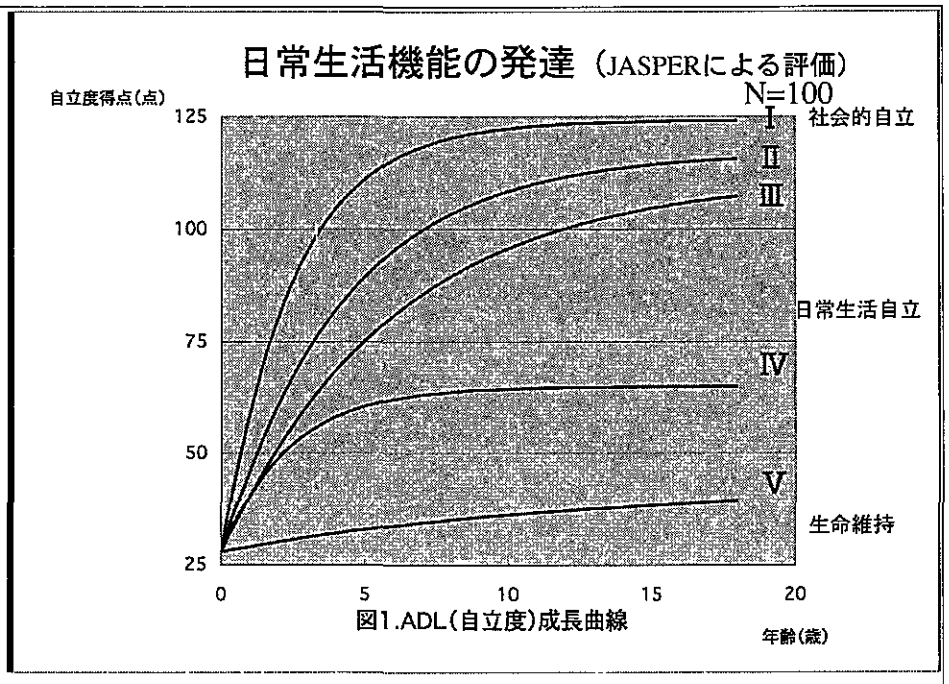
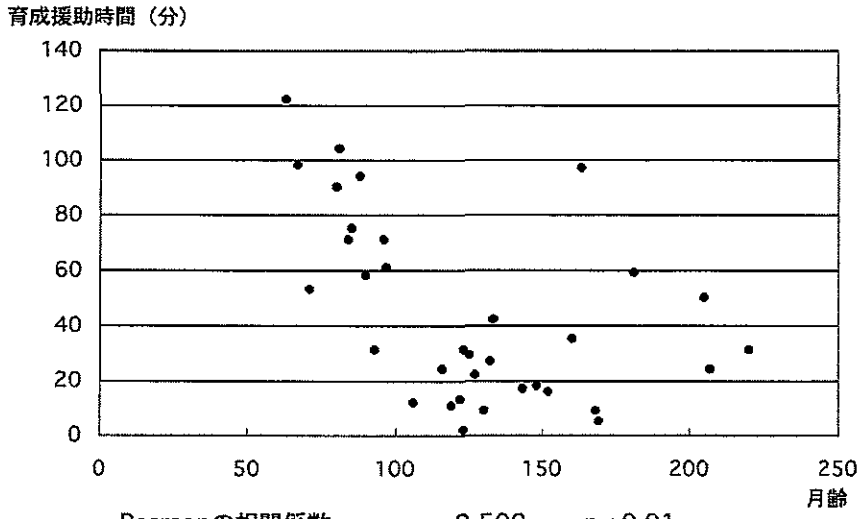


図1.ADL(自立度)成長曲線

Ⅱ～Ⅳの中等度がもっとも多い。Ⅴの重度が増えている

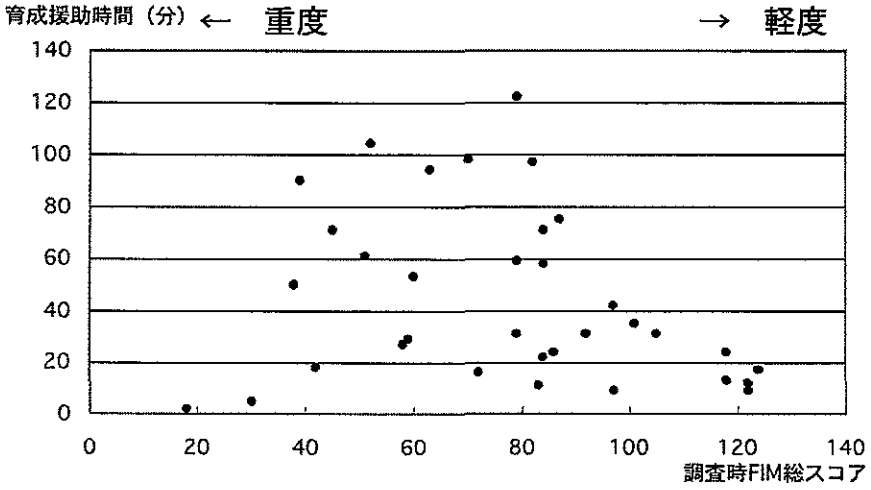
図６　年齢（月齢）と育成援助時間の関連



Pearsonの相関係数　　r=−0.500　　p< 0.01

（６歳以下でより多くの支援を要する）

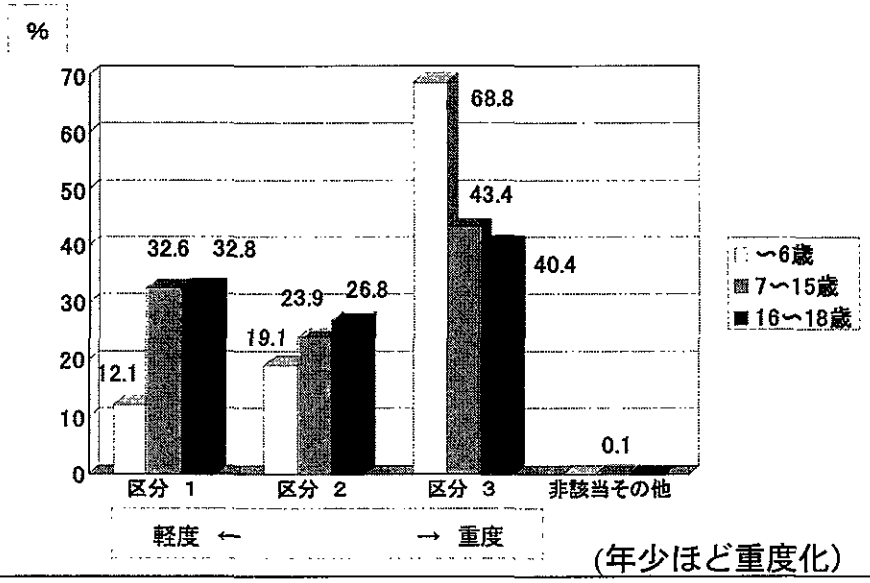
図４　調査時FIM総スコアと育成援助時間の関連



Spearmanの順位相関係数 ρ =−0.248　p =0.1549

（中等度(横軸中央部分）でより多くの援助を要する）

図4　在宅障害児市町村調査項目による
障害児程度区分（年齢群別）



（年少ほど重度化）

現法制において成人との整合性のない点

＊ ３歳未満では障害者手帳の交付は例外的
　でしかない

＊ 障害児では入所すると特別児童扶養手当
　がストップされる
　（成人の障害者年金は入所後の継続される）

（＊ 18・19歳では障害者年金が支給されない）

契約が間に合わない場合

（以前は事後承諾で容易に対応してくれていた）

* 障害児の急変時(誤嚥、痙攣重積等)

（肢体不自由児養護学校の生徒50人中1人が毎年亡くなっている）

* 褥創悪化による骨髄炎・熱発

* 病的骨折 などの大きな外傷

東京都の重症心身障害児施設への新規入所

入所は各児相から提出された中から

入所判定会議を経て決定している

19年度の新規入所総数は　12 名

(待機児童数は611名とのこと)

肢体不自由児の場合も含めて、市町村でレベルでは新規入所者を決定できないあるいは非常な混乱が予想されるので、都道府県が従来通り、主体となって所轄し、機能不全とならないように配慮して欲しい

* 日割り制度(ドタキャンの多さ)
* 自己負担で利用者と施設とが
  対立関係となる危惧
* 未収金の漸増(通過型のため？)
* 単価の安さ(属人性)

(3ヶ月以上の自己負担未納は経済的ネグレクトとして、
お金が無くて払えない場合には措置にして欲しい)

肢体不自由児施設の概要

(Hospital &Home with School)

入所小規模　：入所児数平均　37.1 名
通過型（医療・母子入園228床・2割の社会的入園も）
（短期入所を除いて年間入所総数4,554名）

多 機 能　：他種施設併設複合センター
（重心施設 38%、障害者施設25%）
養護学校の併隣設 100%
外来(月延１１万人)・通園 1,103名・短期入所
地域支援・連携
（巡回相談・離島巡り,校医・通園嘱託、
研修会開催,見学・実習引き受け）

肢体不自由児施設全機能が在宅支援・家族および地域支援

* 小児神経科、整形外科を中心としての障害児医療
* リハビリテーション、指導科職員を中心とした障害児療育
  ノウハウを持った各種機能での対応がこども病院と異なる
* 永年の間に培ってきた地域ネットワークを通して
  (大学病院,総合病院,保健センタ,乳児院,福祉施設等から)
* 何らかの障害があると疑われた場合に、まず紹介される
  例えば、知的障害ではフロッピーインファントとして
  殆どの障害の早期発見，早期療育を担っている

全国肢体不自由児施設運営協議会のビジョン委員会報告（1988年）

今後に向けて求められている機能は、

1.心身障害児の医療・療育機能

2. 有期間の医療療育および social needs への入所機能

3. 地域サービスに必要なマンパワー・ステーション機能

（地域主義に基づいたシステム・ネットワーク作り）

4. 若年者を中心とした重度・重症の成人対策機能

- 措置+契約入院児数は10月1日時点

約2,300人

<u>年約7,000人が入退園の通過型施設</u>

- 外来受診数　<u>月延べ10.5万人</u>

（多くの自閉症群が外来訓練に既に通っている）
（ほかに通園定数　1,103）

- 各種専門職　（62施設現場総数）

医師290（+272），看護師：1751（98.6）
PT:410，OT:290, ST:141,保育士+指導員：512,
MSW+心理士：72（50）　　（　　）は非常勤

<u>入所児数と疾病の推移</u>

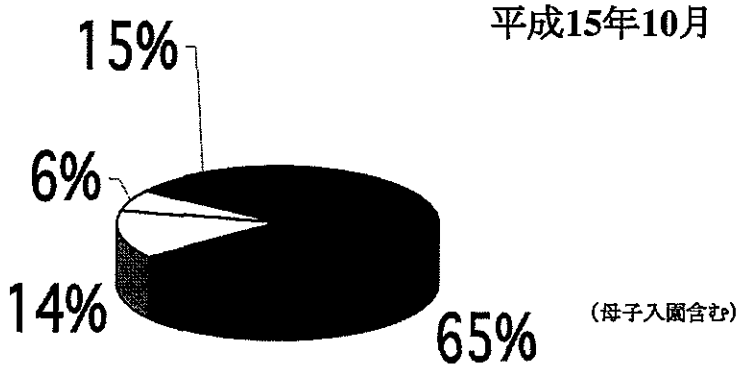
（1962～2005 毎年3月1日）

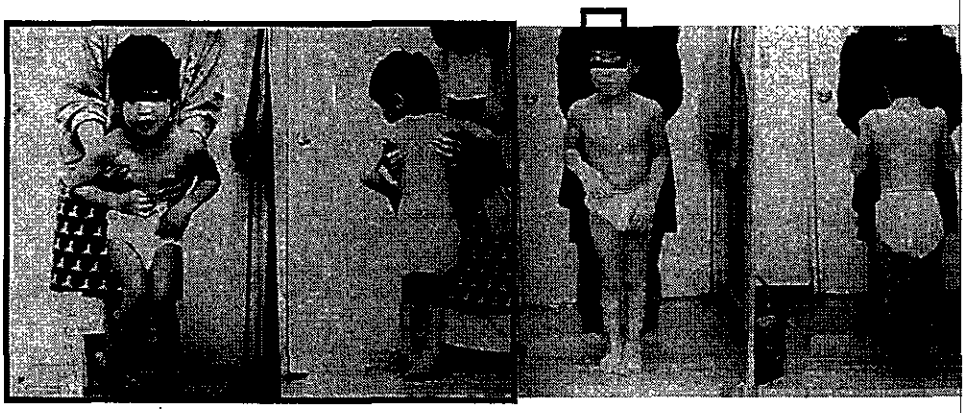
	入所児数	脳性麻痺	先天股脱	二分脊椎	ペルテス	筋ジス	先天奇形	側弯	外傷
									(%)
1962	1,645	32	12	1	1.4	1.1	4.1	0.6	2.1
1974	6,849	65	5	4	6.1	1.4	4.1	1.4	2.2
1986	5,791	57	1	5	7.8	2.5	6.7	0.9	4
1998	3,585	69	1	5	5.4	4.5	-	0.7	2.2
2005	2,671	**68.5**	0.6	3.7	5.5	4.3	-	0.7	2.3

(年間総退所児数　1984年　N=4,298 - - -　3月1日入所児数 6,180
短期入所を除いて　2005年　N=5,953 - - -　入所児数 2,671

入所目的(21%が社会的入所)

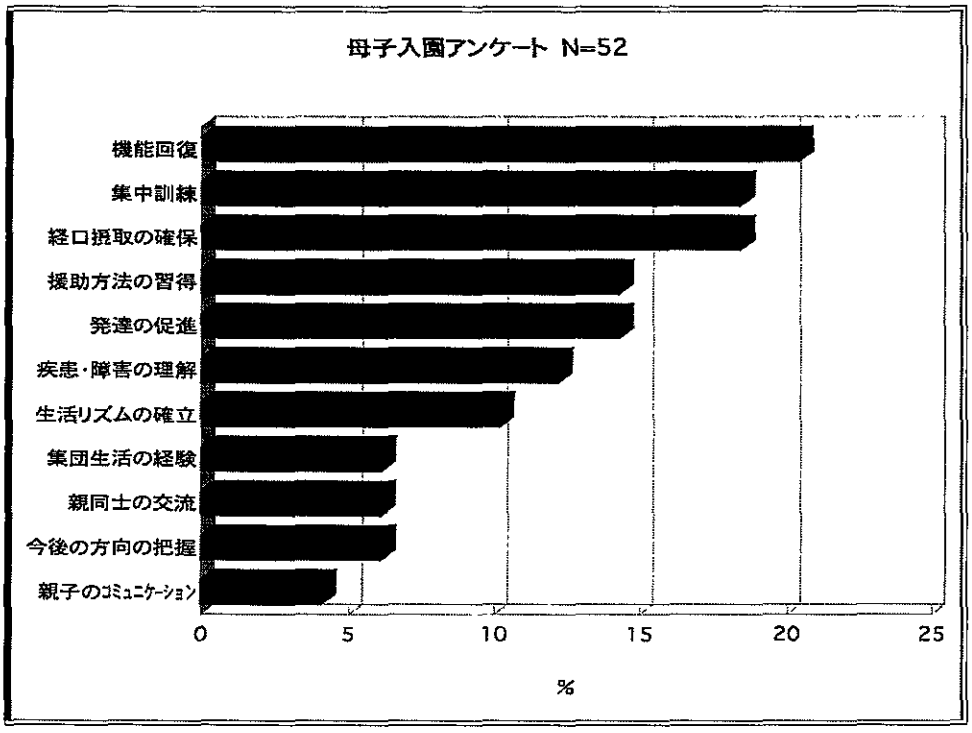
平成15年10月





6歳 脳性麻痺

左:術前　右:下肢術後6ヶ月



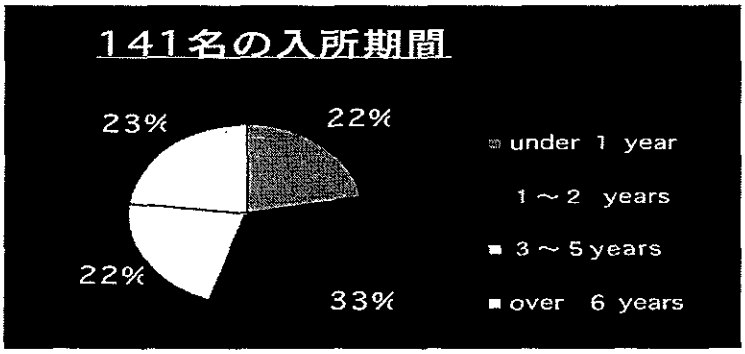
入所中の被虐待児

N=141（5.5%）

(2000.10.1)

脳性麻痺	５８
頭部外傷	４５
他 疾 患	３８

（８０ %が知的障害、３８ % が けいれん発作を伴う）



当センタ社会的入所病棟　３月１日

	2007(35人)	2002(35人)	1995(33人)	1988(37人)
ネグレクト	15	9	6	8
身体的虐待	5	4	2	2
2親の精神疾患	2	10	5	1
一人親家庭	7	7	11	12
親の身体疾患	4	4	1	0
リハビリ目的	0	1	2	10
その他	2	0	6	4

入園時年齢　　障害・疾患名

平均在園日数

5±2.3歳　　脳性麻痺　17　　ダウン症1

7.6±3.9年

脳症・髄膜炎後遺症3　　二分脊椎1

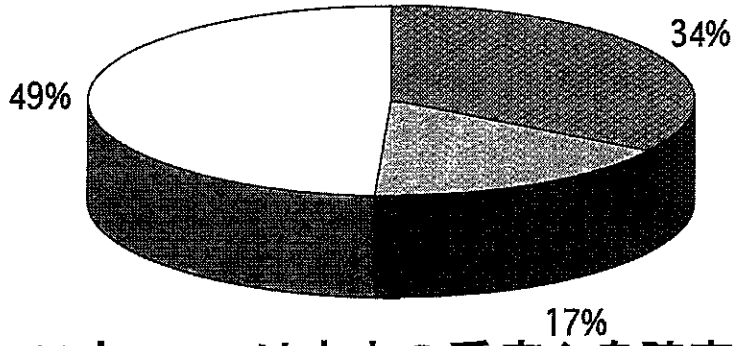
頭部外傷後遺症4　　小頭症　1

骨形成不全症2　　胸髄損傷1

点頭てんかん1　　偽性軟骨無形成症　1

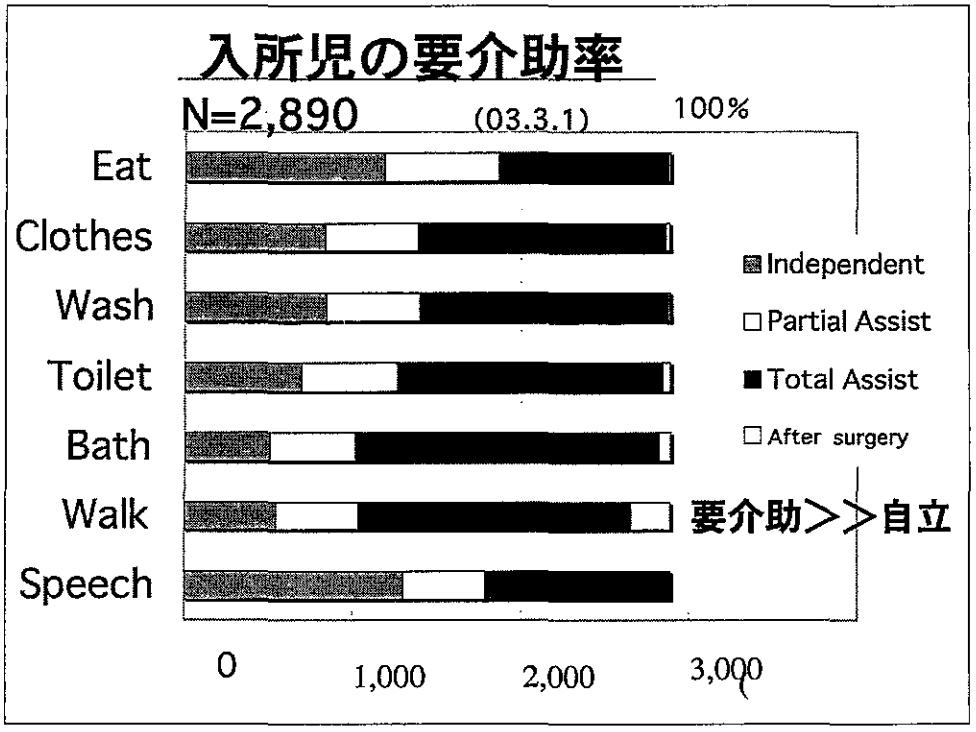
ﾍﾟﾘﾂｴｽｯｾﾞﾙﾊﾞｯ1ﾊ　　神経芽細胞腫　1

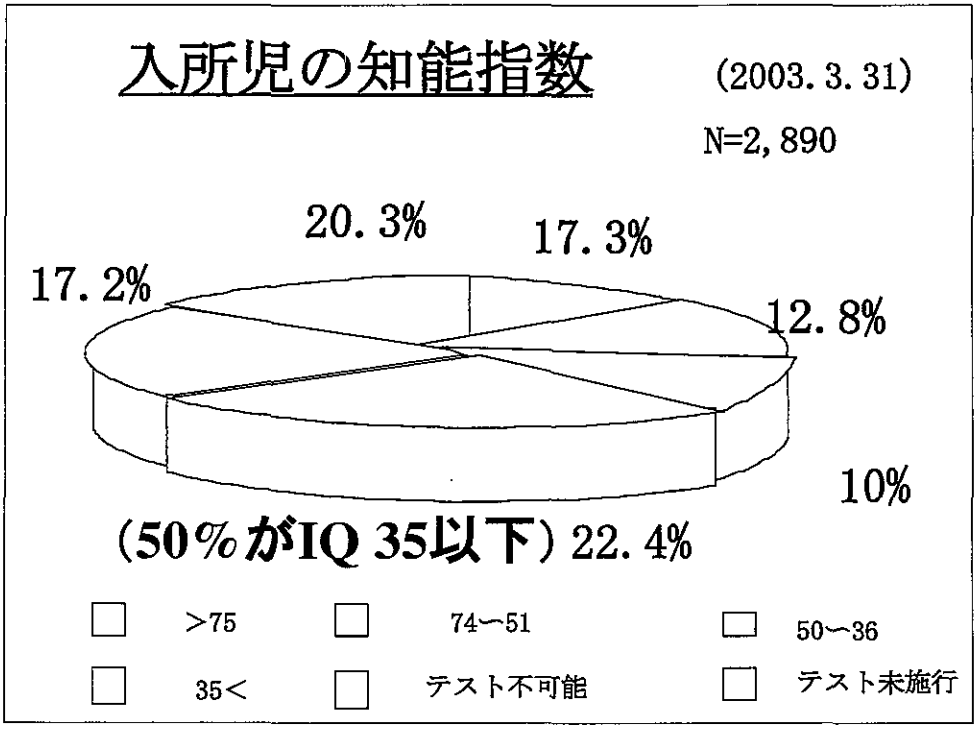
入所児大島分類 N=4,123



(1,400人 (34%)は本来の重症心身障害児)

狭義の重症心身障害児 (大島分類1～4)
広義の重症心身障害児 (大島分類5～9)


入所児の要介助率
N=2,890
(03.3.1)
100%
Eat
Clothes
Wash
Toilet
Bath
Walk
Speech
Independent
Partial Assist
Total Assist
After surgery
要介助＞＞自立
0
1,000
2,000
3,000


入所児の知能指数
(2003. 3. 31)
N=2, 890
20. 3%
17. 3%
17. 2%
12. 8%
10%
(50%がIQ 35以下) 22. 4%
>75
74〜51
50〜36
35<
テスト不可能
テスト未施行

入所機能のほかの状況

(64施設)

1.外来延べ受診児者数

115,560人/月 (2002年10月)

(1984年１０月 69,841 / 73施設)

2. 重心施設併設

２４ (３８%)

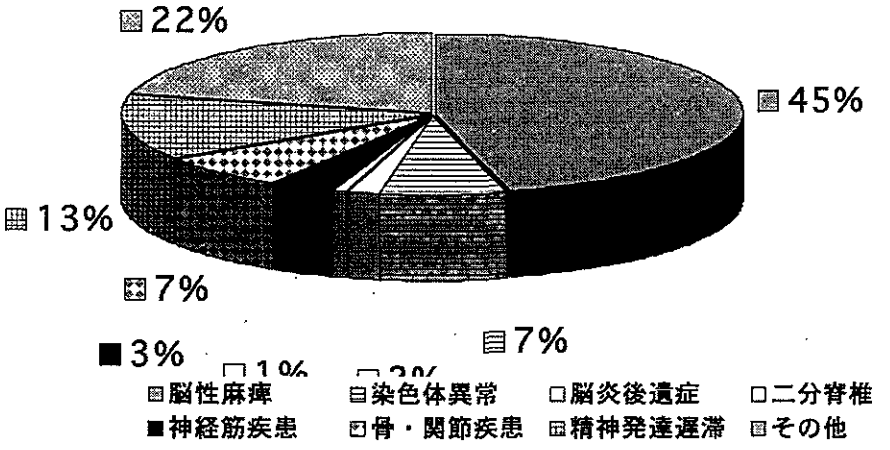
3. 障害者施設併設

１６ (２５%)

外来病名分布 (１８歳未満)

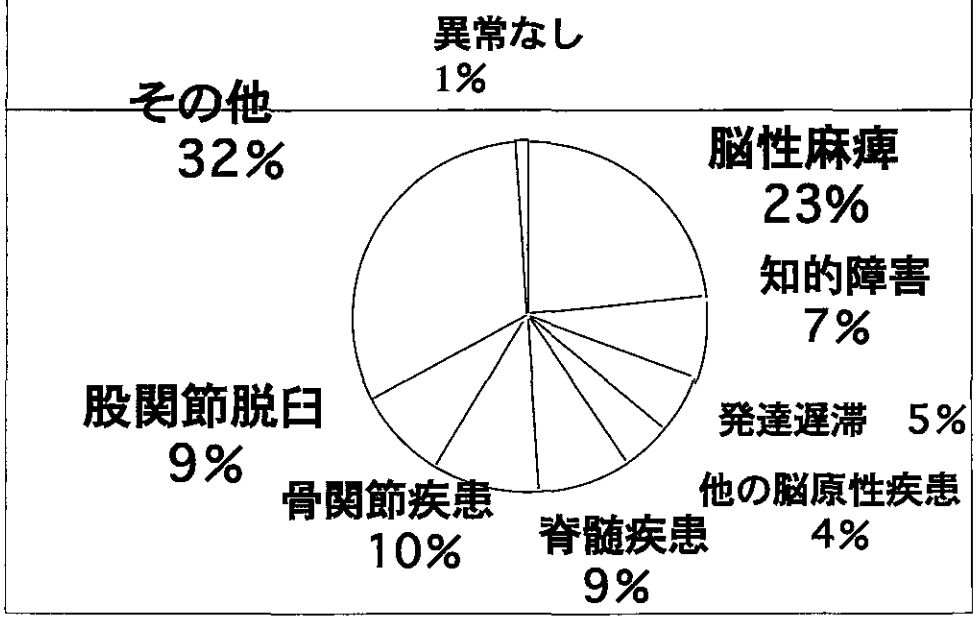
全施設 平成15年10月

月延べ １１万人

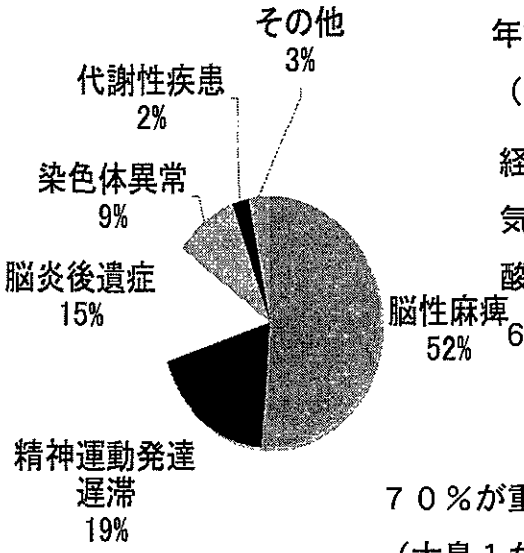


当センタ-外来新患の主病名分布

N=1061cases(2002)



当センタ肢体不自由児施設通園児の実態　N=130



年齢：0～7歳

（２～３歳が６４％）

経管栄養　２７

気管切開　８

酸素療法　４

６名死亡

７０％が重症心身障害児

（大島１が３４％）

（他の通園との棲み分けで重症例を対象にしている）

(2002)

地域支援　(全施設地域療育支援事業)

巡回相談	7,986件
地域生活支援	13,082件
療育相談	20,491件
(拠点支援事業)	
施設支援	685件
セミナー	137回

参考資料

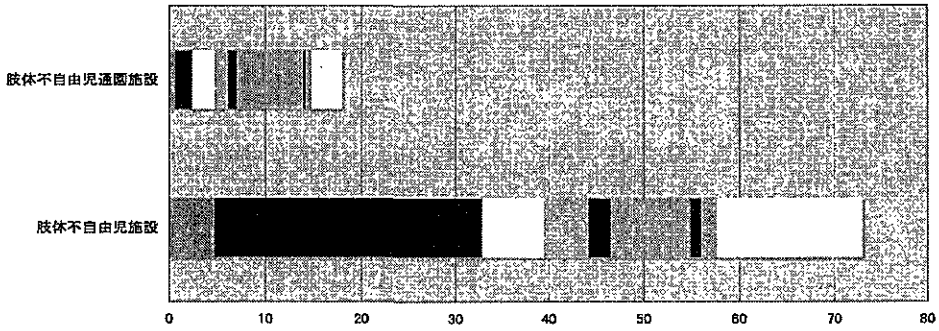
医療型福祉施設の比較

（法制上の位置付け）

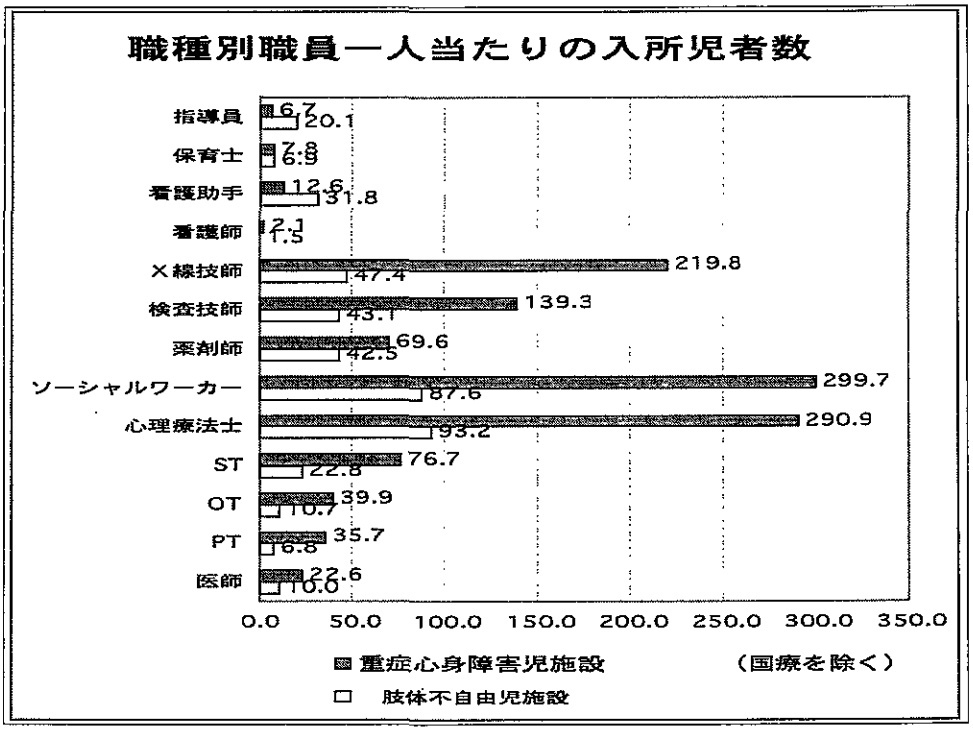
病院（医療法）+児童福祉施設（児童福祉法）

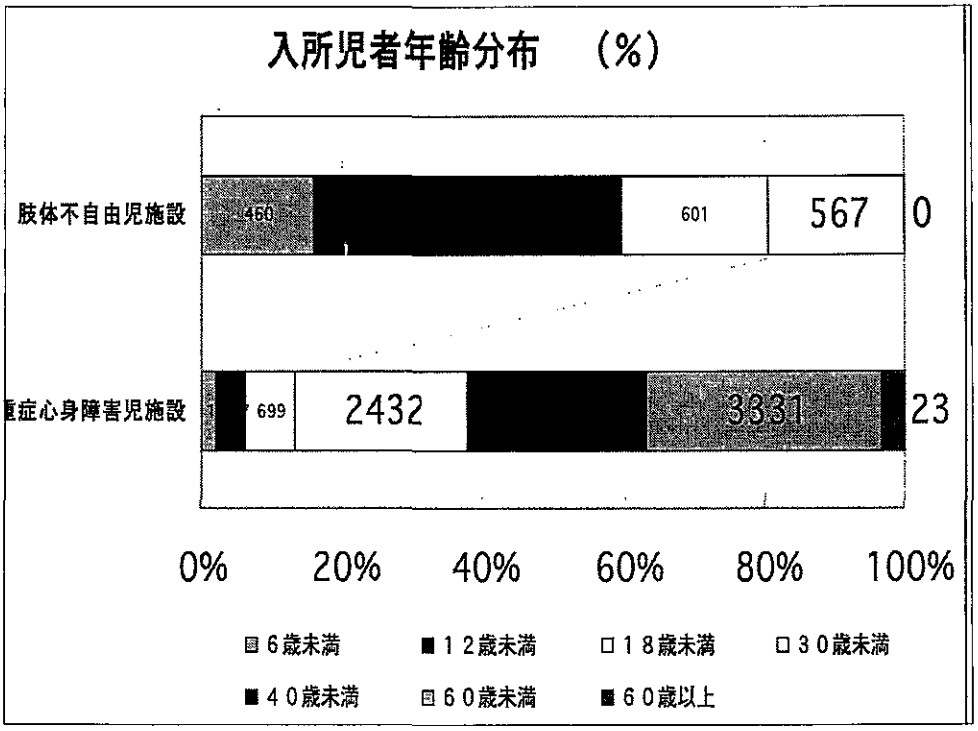
1. 肢体不自由児施設
2. 重症心身障害児施設
3. 肢体不自由児通園施設
4. 第一種自閉症児施設

肢体不自由児施設の平均職員配置



	肢体不自由児施設	肢体不自由児通園施設
他	12.7	2.2
調理師	2.7	1
栄養士	1.1	0.4
ケースワーカー	0.5	0.2
心理士	1.2	0.3
保育・指導	8.3	6.9
ST	2.3	0.9
OT	4.7	1.4
PT	6.6	2.3
看護職	28.2	1.8
医師	4.7	0.6


職種別職員一人当たりの入所児者数
指導員
保育士
看護助手
看護師
X線技師
検査技師
薬剤師
ソーシャルワーカー
心理療法士
ST
OT
PT
医師
6.7
20.1
7.8
6.9
12.6
31.8
2.1
1.5
219.8
47.4
139.3
43.1
69.6
42.5
299.7
87.6
290.9
93.2
76.7
22.8
39.9
10.7
35.7
6.8
22.6
10.6
0.0
50.0
100.0
150.0
200.0
250.0
300.0
350.0
重症心身障害児施設
（国療を除く）
肢体不自由児施設


入所児者年齢分布　（%）
肢体不自由児施設
460
601
567
0
重症心身障害児施設
699
2432
3331
23
0%
20%
40%
60%
80%
100%
6歳未満
12歳未満
18歳未満
30歳未満
40歳未満
60歳未満
60歳以上

参考資料

現状の地域移行へのネックの例

質問　入所児童が自宅に戻ると仮定して
車いすで自由に移動できるだけの
廊下・通路を有している家屋に住める
児童は？

回答

1. 大勢いる	0%
2. 症例によってはいる	42%
3. ほとんどない	54%
4. まったくない	4%

今後、肢体不自由児の地域への移行・在宅支援が推し進められることへの意見など

1. 地域医療の崩壊とくに小児科医の不在地域が増えた（医療の受け皿がない）
2. 子どもの療育は国策として保護すべき
3. 学校への送迎、放課後対策が困難になった
4. 相談支援事業所との連携がますます重要
5. 地域支援事業の報酬が安価すぎる
（専従の職員雇用が困難）

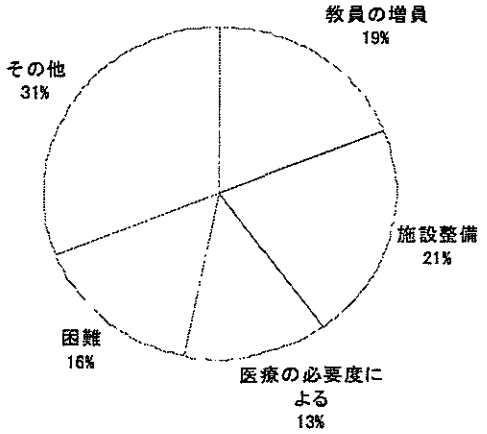
質問　養護学校での、たんの吸引、導尿介助はどうされていますか。

1. 保護者からの依頼で、担当もしくは養護教諭　31%
2. 児童が低学年であることを条件にしている　0%
3. 担当教諭に任せている　14%
4. 保護者に来校してもらっている　55%

その他

- 常勤、パート看護師による（全国）
- 訪問看護ステーションから派遣（東北）
- 研修を受けた教諭、養護教諭（関東、東海）
- 県の実施要綱による（信越、関東、東海、近畿）
- 咽頭より手前の吸引は教員も可能（北陸）
- 導尿は、その度ごとに通院させる（中国）

質問　知的障害養護学校での肢体不自由児の受け入れは可能か・・・・・・・



参考資料

肢体不自由児施設の歴史

肢体不自由

療　育

の言葉は高木憲次先生が創られた
（第２代東大整形外科名誉教授）

療育の碑

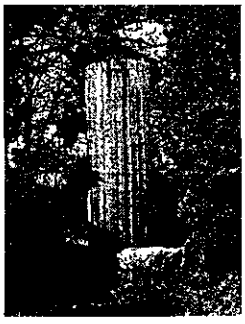
療育の理念

たとえ肢体に不自由なところあるも、次の社会を担って我邦の将来を決しなければならない児童達に、くもりのない魂と希望をもたせ、その天寿をのばさせなければならない。それには児童を一人格として尊重しながら、先づ不自由な個処の克服につとめ、その個性と能力とに応じて育成し、以って彼等が将来自主的に社会の一員としての責任を果すことが出来るように、吾人は全力を傾注しなければならない。

高木憲次

（碑文　全文）

（明治２１年ー昭和３８年）



「療育とは、時代の科学を総動員して不自由な肢体を出来るだけ克服し、それによって幸いにも恢復したら『肢体の復活能力』そのものを（残存能力ではない）出来るだけ有効に活用させ、以て、自活の途の立つように育成することである。」

（昭和２６年　療育第一巻　第一号）

高木憲次先生による区分

1.啓蒙期　（大正13年～昭和８年）

2.黎明期　（昭和 9年～昭和16年）

3.停滞期　（昭和 16年～昭和21年）

療育の火を消すな

4.復活曙光期（昭和21年～）

全国巡回講演と療育相談

大正　７年	「夢の楽園教療所」の説
大正１３年	「クリュッペルハイムについて」
同　年	東大整形外科教授の初講義 「肢体不自由児の療育」
昭和23年	東大整形外科教授の最終講義 「療育も理念」

二つの三位一体

1. 治療・教育・職能
2. 啓蒙

本人には昂然たれ

家族には隠すなかれ

社会には好意の無関心

昭和27年1月本館落成祝賀会　高松宮殿下をお迎えして(橋本竜吾厚生大臣挨拶)
岩原寅猪(慶応大学教授、三木威勇治先生(東大教授)等も参列

(壁には片山良亮先生(慈恵医科大学教授)のお名前もある)

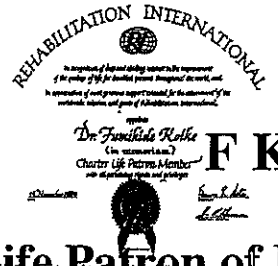
小池文英先生 (戦後、我が国にリハビリテーションの言葉を定着させた一人)

昭和36年　皇太子･妃殿下

NRCCD

1．R1の憲章ライフパトロン

K Takagi



F Koike

Life Patron of RI

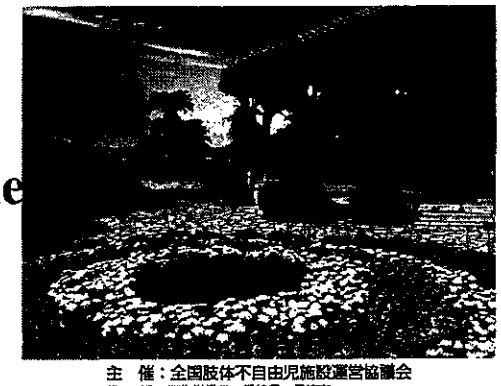
世界中の障害者の生活の質の向上に対し不断の関心を払われたことを表彰し、リハビリテーション・インターナショナルの全世界的使命と目的達成へ多大の支援を賜わったことに感謝して、ここにDr. 小池文英(故人を偲び)を憲章ライフパトロン会員に任じ、その権利と特典を授します。

15 November 1989

会　頭 Fenmore R. Seton
事務総長 Sus.R. Hammerman

第48回 全国肢体不自由児療育研究大会

会期：平成15年10月30日（木）・31日（金）
会場：長崎ブリックホール



主　催：全国肢体不自由児施設運営協議会
後　援：厚生労働省・長崎県・長崎市
社会福祉法人 日本肢体不自由児協会
長崎県肢体不自由児協会・長崎県医師会
長崎市医師会・諫早市医師会　（NPCCD）

- 平成２年　小泉厚生大臣の見学

（坂口前心身障害児総合医療療育センター所長）

整肢療護園50周年・むらさき愛育園25周年記念祝賀会
日本肢体不自由児協会会長津山直一先生のご挨拶（平成4年10月）

自立・家族支援の柱としての障害の受容

宝子伝説

貧しかった昔、障害のある子が
産まれた家に次々と倉が立った。
（神様からの授りもの）

「この子らを世の光に」

臨床心理士・児童精神科医を中心とした
チームアプローチによる心のケア・情緒的支援
↓
スタッフの余裕・より高度な専門性

資　料

全国肢体不自由児施設の概要

(1) 施設数及び入所定員（平成19年3月1日現在）　(単位 人)

区　分	施設数	一般病棟	重度病棟	母子病棟	小 計	通園部門	合 計
公立公営	27か所	1，943	166	134	2，243	355	2，598
公立民営	12	672	0	63	735	275	1，010
民立民営	23	897	347	31	1，275	473	1，748
合　計	62	3，512	513	228	4，253	1，103	5，356

(2) 入所児童現員及び病類別児童数（平成19年3月1日現在）

病　名	児童数	比率(%)
脳性麻痺	1，177人	51．1
CPを除く脳原性疾患	397	17．3
ペルテス病	121	5．2
二分脊椎	82	3．6
進行性筋・神経疾患	81	3．5
骨系統疾患	97	4．3
先天性股関節脱臼	15	0．7
その他整形外科的疾患	51	2．3
その他	278	12．0
計	2，299	100．0

(3) 年齢別入所児童数（平成19年3月1日現在）

年　齢	児童数	比率(%)
0～6歳未満	360人	15．6
6～13歳未満	928	40．4
13～15歳未満	374	16．3
15～18歳未満	363	15．8
18歳～	274	11．9
計	2，299	100．0

(4) 在所期間別児童数（平成19年3月1日現在）　(単位 人)

入園期間	～3月	4月～6月	7月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～5年	5年以上	計
児童数	356	168	272	241	187	263	812	2，299
比率(%)	15．5	7．3	11．8	10．5	8．1	11．4	35．4	100．0

（5）ＡＤＬ別在所児童数（平成１９年３月１日現在）

（単位人）

区　分	食事	着脱衣	洗面歯磨	大小便	入浴	歩行	言語	計	比率%	
○	901	630	677	521	411	442	1,024	4,606	28.6	
△	575	453	420	444	432	396	399	3,119	19.4	71.4 要介助
×	817	1,188	1,190	1,283	1,396	1,289	876	8,039	50.0	
◆	6	28	12	51	60	172	0	329	2.0	
計	2,299	2,299	2,299	2,299	2,299	2,299	2,299	16,093	100.0	
要介助比率	60.8	72.6	70.6	77.3	82.1	80.8	55.5	71.4	―	

※　○⇒独りで出来るもの、△⇒相当介助を要するもの、×⇒全面介助を要するもの

（言語の項目については）○⇒分かるもの、△⇒時々分かるもの、×⇒分からないもの

◆⇒治療の過程（ギプス・けん引等）で出来ない場合

（6）入所児童の知能指数状況（平成１９年３月１日現在）

知能指数	７５以上	７５以下	５０以下	３５以下	測定不能	未調査	計
児童数	３５６人	３１２	２６２	５０７	４４１	４２１	２，２９９
比率(%)	１５．４	１３．６	１１．４	２２．１	１９．１	１８．４	１００．０

（7）職員数と入所児童数の比率（平成１９年３月１日現在）

区　分		全職員	看護要員	保育士・指導員
公立公営	定員	１．１	２．０	９．３
	現員	０．４	０．８	３．６
公立民営	定員	１．３	３．０	１２．９
	現員	０．７	１．３	５．３
民立民営	定員	２．４	４．４	２２．４
	現員	０．６	１．２	５．５
合　計	定員	１．４	２．６	１２．１
	現員	０．５	１．０	４．５

※１．看護要員は、看護師、准看護師、看護助手、保育士、指導員である。

２．職員数は正職員のみである。

(10) 障害児(者)地域療育等支援事業実施状況

① 療育等支援施設事業の指定施設　　３０施設

② 療育拠点施設事業の指定施設　　１０施設

(11) 入所児者の外泊状況

年月	延日数	延件数	実人員
18・3	7,477	3,718	1,509
4	6,065	3,646	1,318
5	8,373	3,835	1,535
6	5,077	2,947	1,118
7	7,824	4,149	1,485
8	13,539	3,799	1,874
9	6,383	3,694	1,475
１０	5,995	4,082	1,480
１１	5,968	3,372	1,208
１２	9,600	4,472	1,794
19・1	11,014	4,511	1,881
2	5,411	3,033	1,171
合計	(90,836) 92,726	(45,258) 39,182	(17,848) 15,822

入院料の算定出来ない２泊３日以上を対象に
延日数、延件数及び実人員を計上
(　)は昨年の数

(12) 重度・重症児別入所児童数（平成19年3月1日現在）

区　　分	児童数
大島分類　1～4	(８９０)人 ７６９
大島分類　5～9	(４０９) ４４７
超重症児（スコア２５点以上）	(　３４) ４１
準超重症児（１０～２４点）	(１００) ９５

６２施設実施

(13) 外来患者の被虐待児（平成18年3月~19年2月末）

区　分	児童数
身体的虐待	４８人
ネグレクト	４２
心理的虐待	２６
性的虐待	０
計	１１６

(14) 外来患者数調べ

①１週間の延外来数　（特定の１週間）

区　分	外来数	割合
小児（１８歳未満）	１２，８６４	７０．１%
成人（１８歳以上）	５，４７９	２９．９
合計	１８，３４３	１００．０

②外来患者における主病名（特定の１週間）

区　分	小児	成人
脳原性運動障害	5,321	2,086
脊髄性運動障害	264	207
筋・神経疾患	260	123
骨系統疾患	119	43
先天性奇形症候群 体表奇形	239	先天異常 70
小児整形外科疾患	679	
その他の整形外科疾患	100	1,527
精神遅滞、知的障害	2,306	214
てんかん	443	275
自閉症	1,481	
ADHD、LD	341	
言語発達遅滞	652	
視覚・聴覚障害	91	
その他の小児科疾患	162	
その他	406	934
合　計	12,864	5,479

外来未実施施設２　　５９施設実施
未調査１

資　料

障害児の包括的評価法マニュアル

JASPERの実践的活用法

編集：全国肢体不自由児施設運営協議会

JASPER

Japanese Assessment Set of
Paediatric Extensive Rehabilitation
日本広範小児リハ評価セット

目　次

1 生命維持機能評価法

JASPER摂食嚥下呼吸機能評価票の使い方――――（神田豊子/村山恵子）・2

摂食嚥下呼吸機能評価票Ver.6.05の概要 …… 2

生命維持機能評価付録：脳性麻痺児・者（CP）における呼吸状態の臨床的評価－呼吸機能記載票およびVisual Analog Scale（VAS） …… 7

摂食嚥下呼吸機能問診票および誤嚥可能性検出票Ver. 6.05 …… 11

水分・栄養摂取方法見直しの指針（対策シート） …… 16

摂食嚥下呼吸機能問診票および誤嚥可能性検出票使用マニュアルVer.6.05 …… 17

摂食嚥下機能評価付録：ビデオ嚥下造影検査（VF）評価記載票 …… 20

付録：VF評価マニュアル …… 22

生命維持機能評価Ver. 6.05付録：呼吸機能記載票およびVisual Analog Scale（VAS） …… 24

生命維持機能評価Ver. 6.05付録：呼吸機能記載票およびVisual Analog Scale（VAS）使用マニュアル …… 26

2 脳性麻痺簡易運動テスト

Simple Morter Test for Cerebral Palsy：SMTCP

――――――――――――――――――――（近藤和泉/中村純人/細川賀乃子）・28

SMTCPの作成過程 …… 28

Ver. 2.01から2.10までの改訂 …… 28

GMFMを基準尺度とした同時妥当性の検討 …… 28

今後の可能性 …… 29

施行手順 …… 30

採点方法 …… 30

脳性麻痺簡易運動テスト採点用紙 …… 32

施行指針 …… 34

1. 背臥位：45度頭をもち上げる …… 34
2. 背臥位：おもちゃに触るためにどちらか一方の上肢を正中線をこえて反対側に伸ばす …… 34
3. 腹臥位，前腕で身体を支えて：頭部を直立位にし，肘を伸展し，胸も床から離れる …… 34
4. 前腕支持の腹臥位：体重を右前腕で支持し，対側の上肢を前方へ完全に伸ばす …… 35
5. 前腕支持の腹臥位：体重を左前腕で支持し，対側の上肢を前方へ完全に伸ばす …… 35
6. 腹臥位：手足を使って左右どちらかへ90度旋回(pivot)する …… 35
7. 背臥位：どちらか一方へ寝返ってから，坐る …… 36
8. マットの上に坐って：上肢で支持せずに坐位を3秒間保持する …… 37
9. マットの上に坐り，前方に小さなおもちゃを置いて：前方に身体を傾けおもちゃに触り，上肢の支持なしで再び坐位に戻る …… 37
10. ベンチに坐って：10秒間，上肢や下肢で支えないで姿勢を保つ …… 37
11. 床の上から：小さなベンチに坐る …… 38
12. 床の上から：大きなベンチに坐る …… 38
13. 腹臥位：前方へ1.8m肘這いする …… 38
14. 四つ這い位：前方へ1.8m四つ這いまたは弾み這いをする …… 39
15. マット上坐位：上肢を使って膝立ちになり，上肢で支えずに，10秒間保持する …… 39

16. 膝立ちして：上肢で支えずに前方へ10歩，膝歩きする……39
17. 立位：上肢の支えなしで，20秒間保持する……40
18. 小さなベンチに坐って：上肢を使わないで立ち上がる……40
19. 膝立ち：片膝立ちになってから立ち上がる，上肢を使わないで……40
20. 立位：コントロールして，しゃがんで床に坐る，上肢を使わずに……41
21. 立位：上肢で支えずに，床から物を拾い上げ，立位に戻る……42
22. 立位，片手でつかまって：前方へ10歩歩く……42
23. 立位：前方へ10歩歩く……43
24. 立位：20cm間隔の平行線の間を，前方へ10歩歩く……43
25. 立位：どちらか一方の足でボールを蹴る……43
26. 立位，上肢で支えて：4段昇る，交互に足を出して……44
27. 立位，上肢で支えて：4段降りる，交互に足を出して……44
言葉の説明……45

3 基本的ADL評価法
JASPER・ADL Ver. 3.2の使い方――――（伊達伸也/高橋義仁）・48
JASPER・ADL Ver. 3.2の特徴……48
評価の構造……48
評価表の使い方……49
注意点……49
活用の仕方……49
ADL評価表Ver.3.2……50
JASPER・ADL Ver.3.2記入マニュアル……55
1. 食事……55
2. 排泄……58
3. 更衣……62
4. 整容……71
5. 入浴……74
6. 基本的移動能力……76
Q&A……86

4 変形・拘縮評価法
――――（湊　純/岡安　勤）・90
本評価法の利用法……90
評価の基本事項……90
準備するもの……91
変形・拘縮評価表Ver. 5.1.3……92
評価表の記入……96
slow stretch版について……97
評価マニュアル……98
1. 頸部の回旋……98
2. 体幹の変形・拘縮……99
3. 肩関節の屈曲……101
4. 肘関節の伸展……101
5. 前腕の回外……101

16. 膝立ちして：上肢で支えずに前方へ10歩，膝歩きする……39
17. 立位：上肢の支えなしで，20秒間保持する……40
18. 小さなベンチに坐って：上肢を使わないで立ち上がる……40
19. 膝立ち：片膝立ちになってから立ち上がる，上肢を使わないで……40
20. 立位：コントロールして，しゃがんで床に坐る，上肢を使わずに……41
21. 立位：上肢で支えずに，床から物を拾い上げ，立位に戻る……42
22. 立位，片手でつかまって：前方へ10歩歩く……42
23. 立位：前方へ10歩歩く……43
24. 立位：20cm間隔の平行線の間を，前方へ10歩歩く……43
25. 立位：どちらか一方の足でボールを蹴る……43
26. 立位，上肢で支えて：4段昇る，交互に足を出して……44
27. 立位，上肢で支えて：4段降りる，交互に足を出して……44
言葉の説明……45

3 基本的ADL評価法
JASPER・ADL Ver. 3.2の使い方――――――（伊達伸也/高橋義仁）・48
JASPER・ADL Ver. 3.2の特徴……48
評価の構造……48
評価表の使い方……49
注意点……49
活用の仕方……49
ADL評価表Ver.3.2……50
JASPER・ADL Ver.3.2記入マニュアル……55
1. 食事……55
2. 排泄……58
3. 更衣……62
4. 整容……71
5. 入浴……74
6. 基本的移動能力……76
Q&A……86

4 変形・拘縮評価法
――――――――――――――――（湊　純/岡安　勤）・90
本評価法の利用法……90
評価の基本事項……90
準備するもの……91
変形・拘縮評価表Ver. 5.1.3……92
評価表の記入……96
slow stretch版について……97
評価マニュアル……98
1. 頸部の回旋……98
2. 体幹の変形・拘縮……99
3. 肩関節の屈曲……101
4. 肘関節の伸展……101
5. 前腕の回外……101

6. 手関節の背屈……102
7. 股関節の変形・拘縮……102
8. 膝窩角……104
9. 足関節の変形・拘縮……104
fast stretch版について……110
評価マニュアル……110
1. SLR (straight leg raising test) ……110
2. popliteal angle (膝関節伸展制限) ……111
3. DKE (dorsiflexion with knee extension；膝関節伸展位での足関節背屈制限) ……111

5 社会生活力・社会性評価法
（宮本晶恵/佐伯　満）・114
社会生活力評価（青少年版）の概要……114
社会生活力評価（青少年版）評価表Ver. 4.1……118
社会生活力評価マニュアルVer. 4.1……121
脳性麻痺などによる重い障害をもつ幼児のための社会性評価表……128

粗大運動能力分類システム－改訂日本語版Ver.2.0……134

索引……139