

評価：ヘルパーの提案で新看護プログラムの実施に必要な身体介護時間を行政に申請したところ、310時間から465時間に延長が認められた。

患者の身体機能の向上に伴い、表情変化から感情を読み取れるようになった。歯科医も経口摂取が可能になるかもしれないと、これまで以上に熱心に取り組んでいる。生活の質が豊かになると母親もボランティアの支援を受け、積極的に患者を散歩に連れて行き、地域の行事にも参加するようになったとのことである。

2. 新看護プログラムの普及のために、本プログラムを実践できる看護師を育成し、実践施設の拡大と症例数の増加をめざす研究結果

他施設の看護師を実践的に教育する研修施設を確保し、体制を整備した後、研修プログラム^{表Ⅱ-3)}を作成して研修を実施した。研修参加者は生活支援技術に関するセミナーを終了した後、所属施設でプログラムを実施した経験を有する看護職、今後プログラムの導入を検討している看護部・リハビリテーション部門の責任者、ならびに看護職で、4施設13人^{表Ⅱ-4)}の参加があった。研修後に参加者の所属する施設における新看護プログラムを実施した症例数と状況は、表のとおりである^{Ⅱ-5)}。研修者の所属施設における顕著な成果は、いずれも拘縮の改善と解除に効果をあげており、次いで個人差はあるが嚥下機能の向上である。しかし、コミュニケーション方法の獲得と確立では十分な成果をあげていない。

教育では新看護プログラムを実施する際の新看護プログラムフローチャート^{図Ⅱ-1、Ⅱ-2)}、新看護プログラム実施評価表^{表Ⅱ-6)}を作成し、研修を受けた看護師が対象者の選択とアセスメントを適切に行い、新看護プログラムを実施できるようにマニュアル化を計った。これらのフローチャートと実施評価表によって、コンサルテーションを受けた対象者の方針の決定、実施計画の立案が研修施設の看護職によって可能になった。

以上のプロセスと作成されたマニュアルに基づいて、比較的経験の浅いプライマリナースによって実践され、成果をあげた代表的な症例を紹介する。

リハビリ専門病院からの依頼で、短期集中入院による在宅療養を目標とした新看護プログラムの実践と家族指導例

症例3：Y.K (41歳 男性)

コンサルテーション：主治医から本格的なリハビリテーションを開始して8ヶ月が経過したが、除皮質硬直の改善・意識の回復共に家族の期待するレベルに至らず、在宅療養の受け入れができない家族の強い希望で、新看護プログラムの実践と家族指導についての紹介と依頼があった。

看護診断：依頼を受けた患者は、意識障害患者の治療・看護の対象者としてはもっとも回復困難な患者群と評価されている低酸素脳症であった。われわれは、平成18年度、新看護プログラムによる小児2例の低酸素脳症からの回復例の経験があり、このときの小児用（運動発達理論にもとづいた）プログラムを検討、考察した。その結果、基本的プログラムの構造は同じで、実施方法を成人用に改良した看護プログラムを作成した。

「成人の低酸素脳症に対する新看護プログラム」の有効性を検証するために、6週間の短期集中入院による新看護プログラムを実施した。

プライマリーナースは比較的経験の浅いナースが選ばれたが、新看護プログラム実施経験のあるナースの指導を受けて6週間の活動に責任をもつことになった。

診断名：突発性心室細動（冠れん縮性狭心症の疑い 神経調節性失神の疑い）

心肺停止による低酸素脳症 除皮質硬直

発症・治療経過：2004年10月、突然の心停止があったがAEDで回復した。11月、大学病院でICD植え込み術施行し、復職した。2006年10月、自宅車庫で意識消失しているところを家族に発見され救急隊員による蘇生で心肺機能再開するが、意識状態Ⅲ-300で大病院に収容された。高圧酸素療法12回の実施で、酸素中毒症状が出現し、中止となる。12月リハビリテーションセンター病院へ転院。2007年4月PEG造設。8月リハビリテーションセンター病院主治医からの紹介と依頼で、新看護プログラムの実践と家族指導を目的に、TK病院に入院となる。

入院期間：8月28日～10月16日まで 6週間の入院

新看護プログラム実施経過

1週目	<p>【家族の意向とケア方法の確認】 意識回復の可能性の判断、ケアの実施指導</p> <p>【全身のアセスメント】除皮質硬直（両上肢の屈曲，両下肢の伸展拘縮），多量の発汗と強い全身の筋緊張があり，PTによるリハビリへのスムーズな導入が困難である。ADL全介助</p> <p>【目標】①生活環境への適応 ②拘縮解除プログラムの実施により緊張緩和を図る ③口腔機能の向上とケア強化で摂食(咀嚼)機能の向上を目指す</p> <p>【方法】生活環境への適応：温浴刺激看護療法による拘縮解除プログラムの実施では，温浴エクササイズ後に腹臥位で背部微振動，ならびにムーブメントプログラムで体幹下端と腰部周辺の失調症状の改善，座位バランスのトレーニングを行った。</p> <p>口腔機能の向上とケア強化：三叉神経刺激・口唇閉鎖訓練・舌運動・顔面マッサージを実施した。</p> <p>【結果】週末には，昼夜のリズム(夜間睡眠)が確立し，緊張が徐々に緩和の方向に向かった。入院中を通して，温浴刺激看護療法と腹臥位を継続するプログラムは，1週目は緊張が強くシムス位（半腹臥位）から短時間の腹臥位に慣れることを優先させたことで，PTのポジショニングが開始できるようになった。</p> <p>開口制限が改善しつつあり，歯ブラシによる口腔ケアが可能になった。また，舌苔の除去により，経口摂取の準備状況が進んだ。</p>
2週目	<p>【方法・結果】発汗と緊張による硬直が強く，ムーブメントプログラムと腰背部微振動マッサージは2週目から実施した。</p> <p>顔面の温マッサージ・口腔内マッサージによる口腔機能の向上によって1日1回，昼のみ経口摂取の訓練を開始した。</p> <p>夜間の持続睡眠により日中の緊張緩和が進み，姿勢保持端座位訓練も円滑に進められた。</p>

3週目	<p>【方法・結果】ムーブメントプログラムが進み、端座位保持具による座位時間の延長が可能になった。</p> <p>梨狩りに出かけ、すりおろした梨を少量摂取できた。昼食を全量摂取できるようになったので、1回の食事所要時間30分を目標にすることにした。</p>
4週目	<p>【方法・結果】 三叉神経刺激・口唇閉鎖訓練・咀嚼訓練を継続し、昼・夕2回の経口摂取に変更した。大量の発汗状態と緊張状態が緩和された。</p>
5週目	<p>【方法・結果】退院のために飛行機に搭乗している2時間30分の間、座位を維持できるよう90度の長座位の訓練を開始した。3食とも経口摂取が可能になった。</p> <p>父への介護指導：トランスファー、ムーブメントを中心に指導した。</p>
6週目	<p>【方法・結果】3食を経口食・水分も経口で可能となった。気管カニューレは抜去できなかったが、携帯電話から聞こえる子供の歌声に合わせて口形を作れるようになった。</p> <p>妻への介護指導： コミュニケーションと経口摂取を中心に指導した。</p> <p>退院時はスーパーシートに2時間30分、端座位で問題なく帰路についた。</p>

評価：紹介されたりハビリテーション病院で参考にしてもらうために、新看護プログラムのマニュアルを作成し、引継ぎのために看護師長が同行した。

父親からは、指導を受けた方法を家族が継続することの病院からの許可が得られたので、在宅療養に向けて妻と親族の協力で家族の介護能力を高める工夫をする一方で、バリアフリー住宅の建設計画など、在宅療養のための準備を進めているとの報告がよせられた。

ショートステイ時における施設職員に対する新看護プログラムの指導効果

施設長と施設医の承認を得て、施設職員(看護師、介護士等)への実践指導

K. Y (53歳 男性)

コンサルテーション：施設長、看護責任者から「新しい看護方法による回復の可能性について専門家の判断を聞きたい」との看護診断依頼があった。

看護診断(自宅訪問による)：新看護プログラムの実践によって、生活の質的変化を期待できると判断されたので、家族と在宅支援にかかわる関係職(医師・歯科医師・訪問看護師・ヘルパー)に対して、看護プログラムの実際を4時間かけて具体的に指導した。

診断名 ミトコンドリア脳筋症

病状・治療経過：2002年42歳で発症、手足の軽度麻痺状態から緩徐に進行し歩行困難となる。2005年、施設入所し栄養は胃瘻と経口の併用で過ごす。呼吸困難、痙攣発作で入退院を繰り返すうち、経口摂取が困難となり、上肢下肢の拘縮も著明となる。2007年4月、施設長、看護職員、介護職員、母親から拘縮解除の相談を受ける。同年12月、相談者のアセスメントと新看護プログラムの実践指導を行った。

施設のプログラム経過

1回目	<p>【家族の意向とケア方法の確認】 拘縮解除，コミュニケーションの獲得，経口摂取の可能性についての判断，ならびにケアの実施指導</p> <p>【全体のアセスメント】 上肢下肢の屈曲拘縮強く，寝衣の着用が困難である。終日臥床しADLは全介助で，コミュニケーションはとれない。</p> <p>【目標】 ①拘縮解除 ②経口摂取機能の改善（アイスクリーム程度から）</p> <p>【方法】 拘縮解除プログラムの実施では，90度側臥位で腰背微振動と上肢下肢へのマッサージ，ならびにムーブメントプログラム（エアーマット上で端座位になり背部を支えて上下動運動）で体幹下端と腰部周辺の失調症状の改善，座位バランスのトレーニングを行った。</p>
1週目	<ul style="list-style-type: none"> ・口唇閉鎖訓練・顔面マッサージ。 ・90度側臥位で腰背部微振動と上肢下肢へのマッサージ。 ・端座位訓練（エアーマット上で端座位になり背部を支えて上下動運動），ベッドから下肢を下ろすうちに膝関節が柔軟になり，どの職員にも容易に端座位をとらせることが可能となる。 <p>職員の声に集中し，笑顔と発語傾向が出る。右手が口元まで上がり，短時間であるがスプーンを自力で把持し，アイスクリームを数回楽しむようになった。</p>
2週目	<p>端座位保持具で30分/1回を朝と夕の2回，端座位訓練をおこなう。</p> <p>アイスクリームを自力で半分食べられるようになり，口唇についたアイスクリームとよだれをティッシュを持って左手で拭く動作が見られる。</p> <p>右下肢の拘縮が改善され端座位が安定する。</p>
3週目	<p>端座位保持具で端座位になり，拘縮している左膝の上に右足を組んで乗せることで，左膝の拘縮も改善傾向がみられた。</p> <p>端座位の保持時間が延長し，車椅子への移乗も容易になり，ホールで他の利用者と過ごす時間が多くなった。たくさんの利用者や職員の声かけで，大きな声が出はじめる。母親とホールでクリスマス会のキャンドルサービスに参加。年越しそばを自力で食べることを職員と本人とで目標にした。</p>
4週目	<p>フォークを用いて，年越しそばを自力で食べられた。</p> <p>簡単な会話ができるようになった。</p>

施設職員の評価：基本となる生活支援技術を習得した施設職員から，実際の患者さんに本プログラムを安全に実施する際の留意点，変化の可能性の高い機能の選択(評価)について，直接の指導を受けたことで，安心と自信を持ってプログラムを実施できた。また，患者の変化を目の当たりにして，もっと早く取り組みればよかった，との意見がよせられた。母親は，「息子と共に死のうと思ったが，死ななくてよかった」との言葉が聞かれた。

II-D. 考察

1) 新看護プログラムの有効性

新しく開発された看護プログラムは、これまで不可能と言われてきた強制姿勢としての除皮質硬直、さらには年余を経た関節拘縮の改善に対して、従来の理学療法訓練より著明な効果をあげることができた。これらの効果は従来の温浴刺激運動療法が関節周囲の血流改善を促進し、関節の可動域拡大を容易にする効果を活用し、新たに腹臥位による短縮筋の反射の誘発と背部からの微振動(マッサージ)を組み合わせたことで、痛みの閾値を変化させ、リラクゼーション効果を高めたことによるものと推察される。また、身体各所の関節拘縮が改善・解除されたことで、患者の表現手段も拡大し、コミュニケーションをはじめとする生活行為の再獲得を促進させることができた。このように拘縮の改善・解除の看護プログラムは、在宅遷延性意識障害者の重度化を予防し、家族の介護負担を軽減させるとともに、患者・家族のQOLの向上に大きく貢献することが期待できる。

本研究において従来の看護プログラムでは、「最も回復困難」と評価されてきた低酸素脳症の対象者3名に、新看護プログラムを実施する機会を得た。うち2名は、国公立の病院から「治療によつての意識回復は望めず、将来ともに植物的状態が続くと予測される」として、看護診断を依頼されたケースである。1名の中学生は高次脳機能障害を克服して学校復帰を果たし、自立して日常生活を送っている。1名の小学生は厳しい身体拘縮の著明な改善があり、コミュニケーションレベルの向上が期待できる状況で学校復帰となった。小児2名の低酸素脳症は、発症から2ヶ月、9ヶ月と比較的早い段階で取り組むことができたケースであるが、ともに拘縮が進行中あるいは固定しており、急性期におけるベッドサイドでのリハビリテーションの重要性があらためて確認された。発症から10年を経過した女性は3回の集中入院で看護プログラムを実践した結果、気管切開カニューレの抜去とともに、泣き声が聞かれるようになり、経口摂取も可能となった。臨床看護の理念ないし第一義的に追求すべき使命は、患者が健康を回復し、社会復帰できるように療養生活を支援することである。人間としての尊厳ある生命と生活を保障し、残された能力を発展させ、より質の高い生活レベルで社会復帰させるための効果的な支援方法を確立することは臨床看護の急務の課題である。疾病の早期発見と早期治療は、保健・医療の成果を挙げる時の基本的な考え方の一つであり、意識障害患者においても、急性期から計画的な看護支援を展開することで、意識障害が遷延化することをふせぎ、症例によっては回復の可能性を高められるものと期待される。在宅療養をおくる重度障害者は、ただ介護を受けて生活を維持していく存在ではなく、人間の可能性に依拠して、定期的に短期的集中入院によって、医療・看護の最新成果を還元されるべき対象者として認識される必要がある。

2) 短期集中入院による新看護プログラムの実践

身体に重い機能障害を後遺する遷延性意識障害患者での短期集中入院による新看護プログラムの実践では、発症から21年間、除皮質硬直が持続し発声・嚥下に障害のあったケースは、関節の可動性がほとんどなく、腹臥位をとることに苦痛を訴えるため、温浴刺激看護療法を午前・午後の2回実施し、痛みの閾値を変更することと関節周辺の血流循環の改善に努めたところ、3週目には家族からも変化が目に見えるようになると評価されるようにな

った。特に温浴後の、ムーブメントプログラム(資料 3)は体幹下端と腰部周辺の失調症状の改善ならびにADLの向上に大きな効果をあげることができた。長期にわたる身体の拘縮状況患者の特徴は、抹消の皮膚温度が 24℃から 27℃と極端に低いことから、本プログラムの温浴による関節周辺の血流改善が拘縮解除に効果的に作用していると考えられる。

また、経口摂取、コミュニケーション能力の獲得は、座位姿勢の保持と共に進むところから、それに先立つ身体の拘縮改善は遷延性意識障害患者の看護のもっとも基本となるものと位置づけられる。

3) 新看護プログラムを実践できる看護師の育成

研修場所として(分担研究者のフィールドとしている施設) T病院での研修を2日間コースで実施した。ショートステイ時の施設職員による新看護プログラムの実践においても高い効果をあげられた理由として考えられることは、本プログラムの実施に責任を持つ看護・介護職が生活支援技術セミナーを修了していたことである。すなわち、5時間程の直接指導でその後のプログラムを継続できたのは、生活支援技術の腹臥位(資料6)ならびに端座位の技術を習得していたことで、条件を持つ実際の患者に安全に行う方法とアプローチ(患者の反応に合わせたプログラムの展開)について自信を持てたからであろうと思われる。

在宅療養の患者及び施設において、今後の実践を円滑に進めるためには、家族の熱意だけではなく、施設長・施設医の承認を得ることは勿論、施設職員(看護師、介護士、PT等)をはじめとする患者を支援する他職種との連携、とりわけプログラム実施に対する理解と協力が重要である。研修を終えた看護職が所属する施設においても、相応の成果をあげることができたのは、基本となる生活支援技術セミナーの修了者であったことが大きいと思われる。新看護プログラムの研修では、対象の全体像から具体的な看護・介護方針とプログラムを計画・立案のために、アセスメント能力(資料7)を高めることと、生活支援技術の習得が重要であることが示唆された。

E. 結論

在宅遷延性意識障害者の重度化予防と介護負担の軽減を目的とした看護プログラムを開発し、その有効性について検証した結果以下のことが明らかになった。

1. 新看護プログラムを異なる条件の対象者に実践したところ、発症から5年、さらには20余年を経過した患者に身体各所の関節拘縮の改善、経口摂取の確立、コミュニケーションの確保などの効果を確認することができた。

2. 本プログラムの研修・指導を受けた他施設の看護職員は、所属するいずれの施設においても同様の成果を上げることができた。

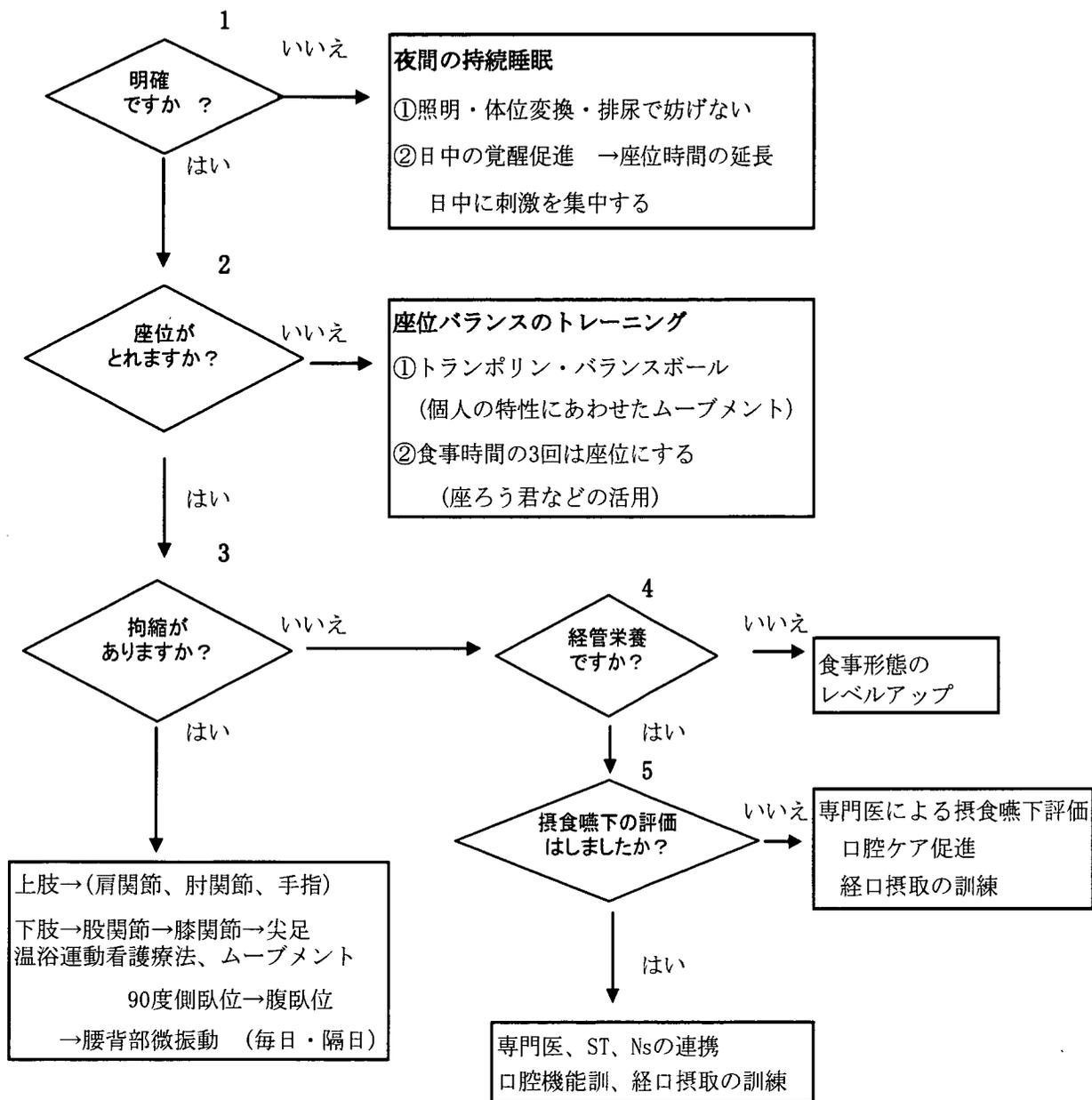
3. 遷延性意識障害者の重度化予防と介護負担の軽減を目的とした新看護プログラムは、対象者の身体拘縮を解除することによりQOLの向上ならびに介護者の介護困難の克服に貢献できたと考えられる。

今後の課題

1. 展望のない介護生活の継続は、家族を暗澹たる思いにさせるが、新看護プログラムの実践によって患者に変化が見えてくると、介護の生活に意義と希望を見出すと述べている。こうした家族の期待に応えるためにも、新看護プログラムを実践できる看護職の育成と実践施設の拡大は急務の課題といえるであろう、

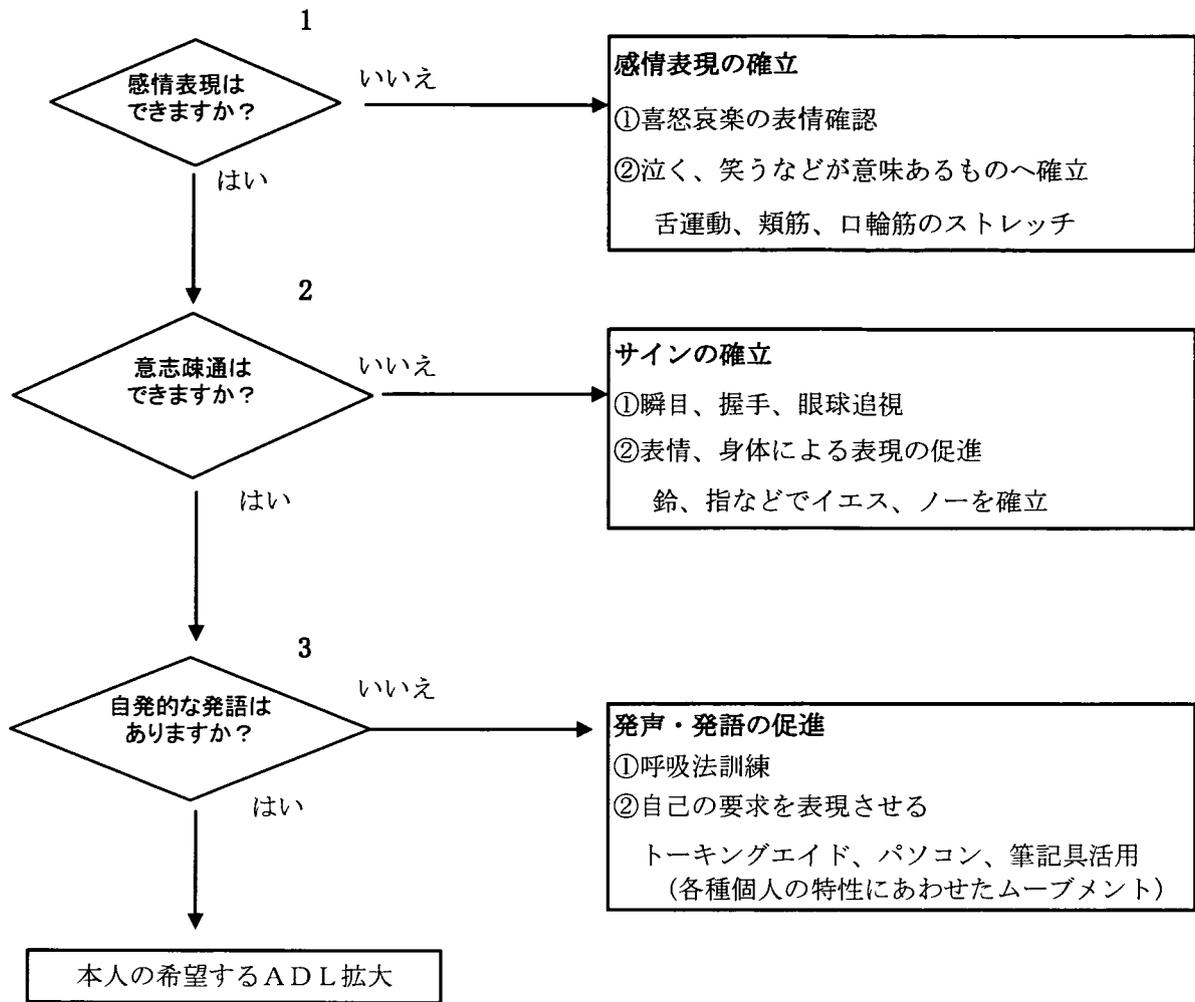
2. 新看護プログラムを普及するためには、本看護プログラムを実践できる人材の育成と、短期の集中的看護を実践できる施設の拡大に努める必要がある。また、入院期間の短縮化についての再検討、看護職の増員、そして本プログラムの経済評価の検討は避けることのできない検討課題である。

新看護プログラムフローチャート



睡眠と覚醒のリズム 図Ⅱ-1

新看護プログラムフローチャート



コミュニケーション 図Ⅱ-2

表Ⅱ-3 研修プログラム 30時間 (5日間)

研修プログラム項目	時間	内容
遷延性意識障害の現状と課題	1.5	講義(意識障害看護の基本, 現状と課題)
生活支援技術に関する研修会	10.5	講義・実技
経口摂取に関する研修会	3	口腔機能評価と口腔ケア(講義・看護診断)
呼吸リハと看護プログラム研修会	2	講義・看護診断, 実技
新看護プログラム実習	11.5	温浴刺激看護療法, ムーブメントプログラム 腹臥位療法, 経口摂取プログラム, 口腔ケア
総評・総合カンファランス	1.5	まとめ, レポート提出

表Ⅱ-4 研修参加施設と参加人数

施設	職種	人数
療養型病院・施設	看護師	2
内科・リハビリテーション病院	看護部長	1
	リハ課長	1
	ST	2
総合病院	看護師	2
リハビリテーション病院	看護師	2

表Ⅱ-5 実施症例数状況

施設	症例数	評価
TK施設	3	摂食・嚥下機能の向上 拘縮の改善, 解除
OA施設	6	長期にわたる難治性褥瘡の治癒 便秘状態の改善
TO施設	1	筋緊張の緩和 拘縮の改善
AO施設	1	長期間の閉眼・無反応から座位で開眼 筋緊張の緩和
FA施設	1	摂取嚥下の機能向上 拘縮の改善, 発声・発語の誘発
TU在宅	1	摂取嚥下の機能向上 座位保持, 把持力誘発

表Ⅱ-6 ○ ○ 様 新看護プログラム実施評価表

項目	第1週評価	第2週評価	第3週評価	第4週評価	第5週評価	第6週評価
アウトカム	入院 方針・目標					
	リスク確認 優先順位(プログラム)					
身体状況	アセスメント					
	拘縮解除プログラム					
	姿勢(座位バランス)					
	体位(食事・排泄)					
栄養	アセスメント					
	栄養(経口・経管)					
	水分/出納					
	口腔機能アセスメント(ケア)					
	嚥下障害アセスメント					
	経口摂取プログラム	Ns, ST, 専門医				
コミュニケーション	アセスメント					
	サイン確立					
	呼吸法	瞬目、握手				
	表情・身体による表現の促進	眼球(追視)				
	発声・発語の促進					
排泄	アセスメント					
	排泄パターン確認	時間、量の測定				
	体位	仰臥位→座位				
	尿意・便意による排泄訓練	時間間隔採尿法				
	オムツはずし					
	自然排泄の促進					
	薬剤減量					
	★摘便・浣腸廃止					
ハリアンス	総合チームカンファランス		チームカンファランス	チームカンファランス	家族指導方針	最終カンファランス

資料1 在宅介護を継続するために必要なサービス
必要度に応じた4段階評価の結果 (n=306)

	非常に必要		まあ必要		あまり必要ない		全く必要ない		無回答	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1 定期的な介護力（マンパワー）の確保	168	54.9	64	20.9	23	7.5	2	0.7	49	16.0
2 医療的なケアの多い人が通える施設（メディカル・デイケア）	157	51.3	69	22.5	30	9.8	7	2.3	43	14.1
3 24時間利用可能なホームヘルプ	118	38.6	78	25.5	59	19.3	10	3.3	41	13.4
4 長時間の訪問介護（身体介護）	95	31.0	91	29.7	60	19.6	13	4.2	47	15.4
5 通所しているデイケアとショートステイの継続介護	120	39.2	61	19.9	24	7.8	15	4.9	86	28.1
6 介護者の外出時の留守番（介護）サービス	139	45.4	74	24.2	33	10.8	11	3.6	49	16.0
7 主介護者の長期不在中の在宅介護サービス	146	47.7	53	17.3	44	14.4	14	4.6	49	16.0
8 意識障害者の緊急時に対応してくれる病院	231	75.5	31	10.1	4	1.3	1	0.3	39	12.7
9 介護者（家族）の緊急時に入院可能なショートステイ	251	82.0	17	5.6	7	2.3	3	1.0	28	9.2
10 長期間利用可能な病院・施設（1ヵ月以上）	155	50.7	67	21.9	28	9.2	6	2.0	50	16.3
11 介護者（家族）亡き後に入所可能な施設の設置	242	79.1	25	8.2	6	2.0	4	1.3	29	9.5
12 専門的な治療・リハビリ・研究などを行う病院・施設の設置	196	64.1	54	17.6	17	5.6	4	1.3	35	11.4
13 介護者の精神的なサポートシステム	114	37.3	121	39.5	26	8.5	4	1.3	41	13.4
14 制度やサービス内容などに関わる専門的な相談員の設置	132	43.1	112	36.6	17	5.6	1	0.3	44	14.4
15 意識障害者への情報システムづくり	112	36.6	112	36.6	22	7.2	6	2.0	54	17.6
16 意識障害者における社会参加の拡大支援サービス	85	27.8	96	31.4	53	17.3	16	5.2	56	18.3
17 行政への相談や書類提出などの代行サービス	88	28.8	111	36.3	54	17.6	7	2.3	46	15.0

在宅遷延性意識障害患者の実態調査へのご協力のお願い

脳血管障害や交通事故などにより、在宅で療養生活を送っている意識に障害のある患者様の介護は、身体的・精神的・経済的な負担が大きいといわれています。しかし、わが国においては在宅の意識障害患者様の人数や身体機能、また主な介護者であるご家族の介護の状況や、どのような社会サービスをお使いになっているのか等、在宅療養生活の実態は明らかになっていません。

そこで、このたびは茨城県のご協力を得て、また、厚生労働科学研究・障害保健福祉総合研究事業に基づく「在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研究」の一環として在宅の意識障害患者ならびに介護者の皆様の調査を行うことになりました。県民の医療および福祉の充実を目的として、意識障害患者の身体機能の維持・向上、また介護されているご家族における介護負担を軽減しうる支援方法の開発のために、本調査を行います。

ご多忙の折、誠に恐縮ですが本調査の趣旨をご理解いただき、皆様にご協力をお願い申し上げます。

筑波大学大学院人間総合科学研究科

教授 紙屋 克子

* なお、調査についてのご質問などございましたら、下記の連絡先をお願いします。

【連絡先】 〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1

筑波大学大学院人間総合科学研究科（看護科学系）

電話 029-853-7997 FAX 029-850-0280

調査についてのご説明

1. 調査の目的：

この調査は、茨城県障害福祉課のご協力を得て行っています。県民の医療および福祉の充実を目的として、在宅で療養されている脳外傷や脳血管障害などにより、長期に意識を障害された患者様の身体機能の維持・向上、また介護されているご家族の介護負担を軽減する支援方法の開発を目的にしています。

2. 調査の方法：

意識に障害がある患者様と、介護されているご家族の方を対象にしています。

- 1) アンケート用紙をご覧ください。
- 2) 調査の内容に同意のいただける方（意識に障害のある患者様、または代諾者としてご家族の皆様）は、同意書にご署名願います。
- 3) アンケート用紙にご回答の上、同意書と一緒に封筒に入れ、〇月〇〇日までに投函してください。

3. プライバシーの保護について：

調査の結果は、医療および看護の発展のために学会や論文等に使用させていただきますが、ご回答いただいた患者様およびご家族の方を特定できる情報は公開しません。

4. 調査に協力しないことによる不利益について：

調査に関しては、可能な限り患者様の意思を尊重したいと考えておりますが、患者様が調査協力への意思表示および署名などが難しい場合には、代諾者としてご家族による同意文書への署名により同意を得たいと思います。

この研究への参加・協力はお断りになることもできます。お断りになっても、患者様が受ける医療および看護ケアに関して不利益を被ることは一切ございません。また、この研究への参加を同意した後も、いつでも同意を撤回できます。研究への参加・協力をやめることによって不利益を受けることもございません。

同意書

筑波大学長 殿

私は、在宅遷延性意識障害患者の実態調査について、目的・方法・その成果などについて充分理解しました。また、本調査への協力に同意しない場合でも何ら不利益を受けないこと、同意後も随時無条件で撤回できることも確認しました。その上で、本調査に協力することに同意します。

平成_____年____月____日

住 所 _____

氏 名 (本人) _____ 印

氏 名 (代諾者) _____ 印

(本人との続柄) _____

*ご家族などの代諾者が署名する場合においても、
意識に障害のある方のお名前は書いてください。

在宅遷延性意識障害患者の実態調査について、書面および口頭により、
平成_____年____月____日に説明を行いました。

調査票の配布者

氏名 _____ 印

在宅で療養されている意識に障害のある方と ご家族への調査

－アンケートにお答えの皆さまへ－

皆様にはお忙しいところ誠に恐縮ですが、アンケートへのご協力をよろしく
お願い申し上げます。なお、ご記入は下記の通りをお願いいたします。

<ご回答の方法>

1. ご記入は、各質問に対して、あてはまる項目の番号に○印を付けてください。
2. ()の中もしくは枠の中には適当な数字や言葉、文章を入れてください。
3. 他は、指示させていただいた回答方法にそってお答えください。

*誠に勝手ながら回答期限は、○月〇〇日とさせていただきます。

<問い合わせ先>

この調査に関する質問等がございましたら、下記までご連絡をお願いいたします。

〒305-8575 つくば市天王台1-1-1

筑波大学大学院人間総合科学研究科

日高 紀久江 (ひだか きくえ)

電話 029-853-7997

遷延性意識障害者に関する実態調査票

本調査は、厚生労働科学研究・障害保健福祉総合研究事業に基づく「在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研究」の一部です。意識障害によりコミュニケーションが困難であり、食事・移動・排泄など生活行動全般に介助を必要とする方（この後からは意識障害者と表記させていただきます）と、主に介護をされているご家族の皆さまを対象に介護の状況や福祉サービスの活用状況などの実態を把握し、皆さまの療養生活がよりよいものになるよう、社会に提言することを目的にしています。そこで、遷延性意識障害者の家族会に所属されている、または地域の訪問看護ステーションを利用されている意識障害者ならびにご家族の皆さまに、調査へのご協力をお願いする次第です。

ご回答いただいた内容、意識障害者および主介護者のプライバシーは厳守し、結果はすべて無記名で統計処理を行います。また、学術学会などで結果を公表する際にも個人が特定されることは決してございません。同封の調査票にご記入の上、返信用封筒に入れて送付して下さいますようお願い申し上げます。

社会に提言するには多くの方々のご意見が必要です。日々の介護にお忙しい中誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、何卒ご協力をよろしく
お願い申し上げます。

ご回答の方法

1. 調査票は、主に介護されている方（ご家族）がお答えください。
2. 各質問に対する回答は、「あてはまる番号すべてに○をつけてください」、または「一つに○をつけてください」となっています。また、（ ）内、もしくは枠内に適当な数字および文章をご記入ください。
3. その他、指示させていただいた回答方法に準じてお答えください。
4. もし、質問に対してご回答したくない場合には、質問番号をとばしても結構です。
5. 本調査は意識障害者ならびに主介護者の皆さまの療養生活をよりよくするための調査なので、現在の状態についてありのままお答え下さいますようよろしく
お願い申し上げます。
6. 調査票は返信用の封筒に入れ、 月 日まで に郵送してください。

遷延性意識障害者に関する実態調査について

本調査は、厚生労働科学研究・障害保健福祉総合研究事業に基づく「在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研究」の一部です。意識障害者と主介護者（ご家族）を対象に、介護の状況や福祉サービスの活用状況などの実態を把握し、皆さまの療養生活がよりよいものになるよう社会に提言することを目的にしています。

ご回答いただく調査票は、当該研究の基礎的な資料とさせていただきますが、個人情報保護には十分配慮し、研究以外の目的で使用することは一切ございません。また本調査に協力しないことにより不利益を受けることはございません。調査票郵送後にもご連絡をいただければ随時無条件で同意を撤回いたします。本調査の趣旨にご賛同いただき、調査にご協力いただける場合には、下記の「同意書」にご署名をお願い申し上げます。なお、調査に協力はするが記名はしたくないという場合には、同意書への署名は結構です。調査票にご回答いただきまして郵送してください。調査票を受領した際に同意とさせていただきます。

同 意 書

筑波大学長 殿

私は、「遷延性意識障害者に関する実態調査」について、目的や方法、成果などについて充分理解しました。また、本調査に協力しない場合でも何ら不利益を受けないこと、同意後も随時無条件で撤回できることも確認しました。その上で、本調査に協力することに同意します。

2007年____月____日

氏名（意識に障害を有するご本人） _____

氏名（主介護者） _____

〒

住 所 _____

連絡先（Tel） _____

*意識に障害を有する方のお名前を必ずご記入ください。

問6 過去および現在（1ヵ月以内） 行っているリハビリについて、あてはまる箇所すべてに○をつけてください。

	過去	現在		過去	現在
1. 顔の筋肉のマッサージ			8. 立位訓練		
2. 口腔内のリハビリ			9. 歩行訓練		
3. 呼吸訓練			10. プール内での運動		
4. 摂食嚥下訓練			11. 音楽運動療法		
5. 発声・言語訓練			12. ドーマン法		
6. 関節運動			13. ボバース法		
7. 座位訓練			14. その他		

問7 発症・事故後から在宅療養を始めるまでに病院や施設にいた期間はどのくらいですか。

病院	() 箇所の病院に、合計 () 年 () カ月入院した
施設	() 箇所の施設に、合計 () 年 () カ月入所した

問8 在宅療養について教えてください。

在宅療養をはじめた時期	昭和・平成 () 年 () 月ごろから
在宅療養の期間	() 年 () カ月ぐらい
現在お住まいの地域 (意識障害者の)	*在宅療養後に入院・入所期間のある方は、 <u>のべ数</u> でお願いします。 () 都道府県 () 群区市町村

問9 在宅療養をはじめた理由について、あてはまる番号すべてに○をつけて下さい。

<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族で介護したいと思った 2. 意識障害者が希望していると思った（ご本人の希望を推察して） 3. 入院（入所）していた病院や施設に勧められた 4. 入院していた病院からの訪問看護が受けられる 5. 病院・施設に入院（入所）している必要性がなかった 6. 受け入れてくれる病院や施設がなかった 7. 希望している病院や施設に入院（入所）できなかった 8. 安心して預けられる場所がないから 9. 病院や施設のケアは十分でないから 10. 病院・施設の入院（入所）費用が高い 11. 病院・施設の転院を繰り返したくなかった 12. その他（<u>ご自由にお書きください</u>）
