

201027017A

厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

在宅遷延性意識障害者の QOL 向上を目的
とした支援の在り方に関する研究

平成 22 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 日高紀久江

平成 23 (2011) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

在宅遷延性意識障害者の QOL 向上を目的
とした支援の在り方に関する研究

平成 22 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 日高紀久江

平成 23 (2011) 年 3 月

研究組織

研究代表者

日高紀久江 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 看護科学系

分担研究者

紙屋 克子 静岡県立大学大学院 看護学研究科／筑波大学名誉教授

林 裕子 北海道大学大学院 保健科学研究院

研究協力者

松田 陽子 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 博士課程

中川奈緒美 岐阜県看護協会立 下呂訪問看護ステーション長

福良 薫 北海道医療大学 看護福祉学部 看護学科

宮地 麻美 静岡県立大学大学院 看護学研究科 修士課程

目 次

在宅遷延性意識障害者の QOL 向上を目的とした支援の在り方に関する研究	1
長期意識障害者の介護の現状とケアニーズに関する調査	2
1. 目的	
2. 方法	
3. 結果	
4. 考察	
在宅遷延性意識障害患者の介護内容と介護量に関する調査	36
1. 目的	
2. 方法	
3. 結果	
4. 考察	
在宅遷延性意識障害者の居宅サービス計画書の質に関する研究	49
1. 目的	
2. 方法	
3. 結果	
4. 考察	
在宅遷延性意識障害者を対象にした専門看護外来の概要と評価	75
1. 目的	
2. 方法	
3. 結果	
4. 考察	
在宅患者に関わる専門職を対象にした研修プログラムの開発	86
1. 目的	
2. 方法	
3. 結果	
4. 考察	
研究成果の刊行物	

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

総括研究報告書

在宅遷延性意識障害者の QOL 向上を目的とした 支援の在り方に関する研究

研究代表者 日高紀久江（筑波大学大学院人間総合科学研究科 看護科学系 准教授）

1. 研究目的：本研究の目的は、遷延性意識障害者（以後、意識障害者とする）の在宅生活の継続と QOL 向上を目指して、意識障害者と介護者の生活を支える在宅支援のあり方について検討することである。在宅支援の方策として、1.意識障害者が利用する医療・福祉サービスの充実を図る、2.意識障害者の身体・精神機能の向上を目指す、そして3.介護負担の軽減と介護力の強化という観点から研究を行った。2. 研究方法：①在宅生活の継続に向けて遷延性意識障害者の家族会 398 名を対象に意識障害者のケアニーズに関する実態調査を実施した。②医療・福祉サービスの利用実態と実際の介護の現状を把握する目的で在宅の意識障害者 3 名のタイムスタディー調査を実施した。③在宅で療養している意識障害者の身体・精神機能の改善を目的にしたモデルケアプランの開発、意識障害者と主介護者 23 名を対象にケアプランの質に関する研究を実施した。④意識障害者の専門外来時の受診者と介護者に対する療養指導の効果検証を行なった。⑤看護師を対象にした意識障害者の教育看護プログラムの開発するために、文献研究を行った。3. 研究結果及び考察：①ケアニーズの調査では、意識障害者の介護者には、コミュニケーション能力と摂食嚥下機能の向上がケアニーズの高い項目として挙げられた。②24 時間の介護内容と介護量の測定により、意識障害者の介護では吸引や経管栄養等の医療行為に関わる時間以外に、見守りの時間が長いという特徴が認められた。③ケアプランの調査は介護保険利用者を対象に、医療・福祉サービスの利用状況について分析した。④専門外来受診者は、交通事故による意識障害が最も多く、年齢は 20 歳代が多かった。医学的な診察後に関節拘縮や摂食嚥下機能等の向上に対するケア方法の指導を実施した。外来後の調査から、介護者は回復が見込めないといわれてきたが今後の介護に展望がもてた、表情の変化、喀痰量の減少、排便がスムーズになる等、意識障害者に変化が認められたことが明らかになった。⑤看護師に対する教育プログラムは、意識障害のケアに精通する研究者により、身体機能の維持や合併症予防を目的にした従来のケアの概念ではなく自発性や活動性の向上を目標にしたケア方法を取り入れた看護プログラムの開発を行った。4. 結論：意識障害者の在宅生活の継続と QOL 向上には、意思表示や活動性を高めるためのケア方法の開発と実施者の育成、生活全般を支える医療・福祉サービスの充実が重要である。

長期意識障害者の介護の現状とケアニーズに関する調査

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

長期意識障害者の介護の現状とケアニーズに関する調査

日高紀久江（筑波大学大学院人間総合科学研究科 看護科学系 准教授）

松田 陽子（筑波大学大学院人間総合科学研究科 博士課程）

I. 研究の背景

わが国の意識障害患者に関する全国調査は過去 2 回実施され、1972 年には推定 2,000 人¹⁾、1985 年では 5,000～6,000 人と報告されている²⁾。それらの調査から約 30 年以上経過した現代では、高度医療の進展や救命率の上昇に伴い意識障害患者数の増加が予測される。意識障害は脳血管障害などの脳の器質性疾患のほかに、交通事故や転倒・転落、溺水、窒息などの原因で発症し、近年では心筋梗塞や不整脈、呼吸器疾患による心肺停止後の患者も増加している³⁾。しかし、意識障害は障害名であり診断名でないことから全国的な患者数の把握は困難である。

また、意識障害は国際的にも治療法が未確立であり、文化や倫理的な要因により脳損傷が重度であると救命しない国もある。意識障害が持続している患者に対するケアに関しては日本が最先端ではないかといわれているが、わが国でも意識障害に至った疾患の治療後に意識回復が認められない場合には積極的なリハビリテーションが実施されることは少ない。身体機能に関しては現状維持と肺炎や褥瘡予防等の合併症のケアが重視され、認知機能が低下していることから低運動となり、長期臥床に伴う廃用症候群により寝たきり患者が増加するという悪循環が生じている。

遷延性意識障害は「persistent」であると定義されているものの⁴⁾、実際には「permanent」、つまり障害は永久的なものと考えられることが多い。しかしながら、関節拘縮から身体を開放し、生活行動の再学習に向けて、また自発性を導くことを目的にした温浴や腹臥位、微振動、ムーブメントを取り入れた感覚ならびに運動系の異種感覚を統合した看護プログラムにより、長期意識障害者でも表情変化や意思疎通の回復や身体機能の改善が認められている⁵⁾。さらに、患者の回復を願う家族が試行錯誤しながら試みた方法により経口摂取が可能になる、気管切開を閉じることができた等の報告もある。家族のケアについては医学的な知識の有無を問題視することが多いが、一方で専門職は安全策を

重視しすぎる傾向や自らの経験により有効なケア方法を見落としている可能性もあるのではないかと考える。

そこで、本研究では長期の意識障害患者における身体および精神機能の実態と家族が実施してきた効果的な治療やリハビリテーションについて把握することが目的である。また、意識障害者のケア方法の開発に向けて療養生活上のケアニーズと問題点を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査対象

日本遷延性意識障害患者・家族会に所属している意識障害、認知機能に障害のある方と介護者を対象にした。日本脳神経学会の「植物状態の診断基準」⁶⁾に準じ、後天性の疾患や損傷により意識が障害されている状態であり、①自力で移動ができない、②自力で摂取ができない、③尿尿失禁状態にある、④目は物を追うが認識はできない、⑤「手を握れ」「口を開け」などの簡単な命令には応ずることもあるがそれ以上の意思の疎通ができない、⑥声は出すが意味のある発語はできない、上記①～⑥のすべてを満たす状態とした。

2. 調査期間

2010年12月～2011年3月末日

3. 調査方法

郵送による自記式質問紙調査

4. 実施手順

1) 調査方法

日本遷延性意識障害患者・家族会（以後、家族会と省略する）の理事会の承認後に、家族会に所属している398人を対象に自記式質問紙調査を実施した。

2) 調査内容（資料1参照）

①意識障害者

- ・基本属性：性別，年齢，意識障害に至った原因，期間，現在の生活場所など
- ・日常の生活状況：平均的な一日の過ごし方，外出の頻度など
- ・現在の状態：東北療護センター遷延性意識障害スコア（広南スコア）で評価
- ・治療およびリハビリテーションの実施状況
- ・介護者が実施した効果的なケア方法
- ・ケアにおける問題点

②介護者

- ・基本属性: 性別, 年齢, 続柄
- ・介護における心理的なサポートと実質的なサポート
- ・主観的健康感
- ・介護負担感 (Zarit 介護負担尺度) と生活満足度 (生活満足度尺度: LSI-K)

5. 分析方法

一次集計は SPSS Ver18.0J を用いて単純集計を行った。記述データは内容をコード化し、カテゴリー化した。主介護者の介護負担尺度, 生活満足感尺度と各項目との関連について Spearman の順位相関係数を求めた。

6. 倫理的配慮

本研究は, 筑波大学人間総合科学研究科倫理委員会での承認後に実施した。研究の趣旨とプライバシーの保護, 調査への自由参加と途中辞退に際して不利益はないことについて調査票に記載し, 同意者の署名による同意, あるいは調査票への記入と投函により同意とみなした。

Ⅲ. 結果

1. 意識障害者

1) 基本属性

回収数は 258 通であり, 回収率は 64.8% だった。

意識障害者は男性が 164 人 (63.6%), 女性は 94 人 (36.4%) だった (図 1)。年齢は 30~39 歳が 65 人 (25.2%), 20~29 歳が 57 人 (22.1%) と多く, 平均年齢は 42.9 ± 17.2 (12~93) 歳だった (図 2)。発症原因は頭部外傷が 137 人 (53.1%) と最も多く, 次いで脳血管障害が 55 人 (21.3%), 呼吸/心疾患が 48 人 (18.6%) の順に多かった (図 3)。意識障害の持続期間は, 平均 8.6 ± 6.7 (8~34) 年だった。

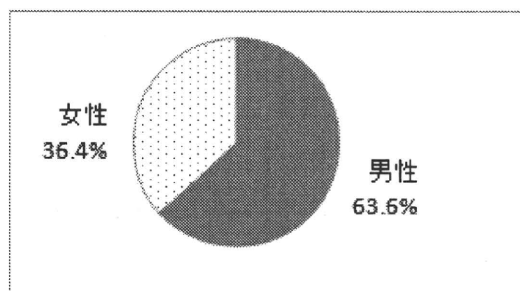


図 1 意識障害者の性別 (n=258)

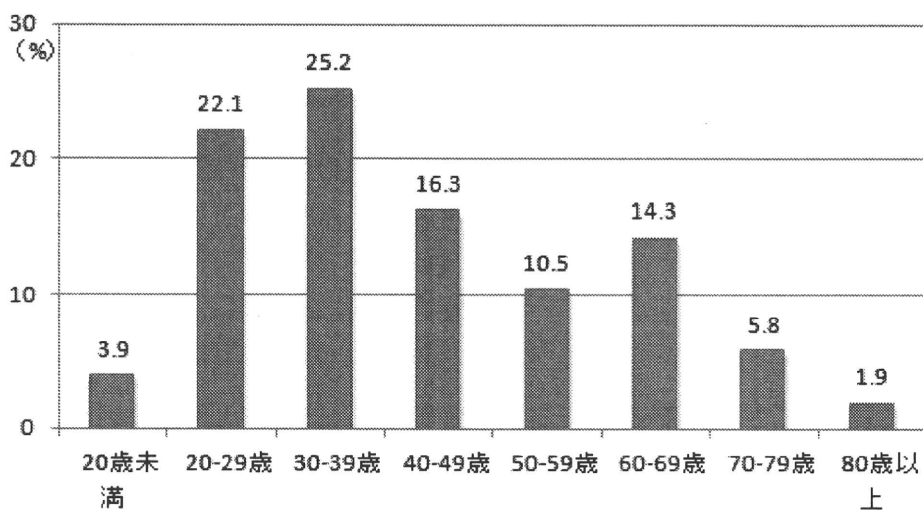


図2 年齢段階 (n=258)

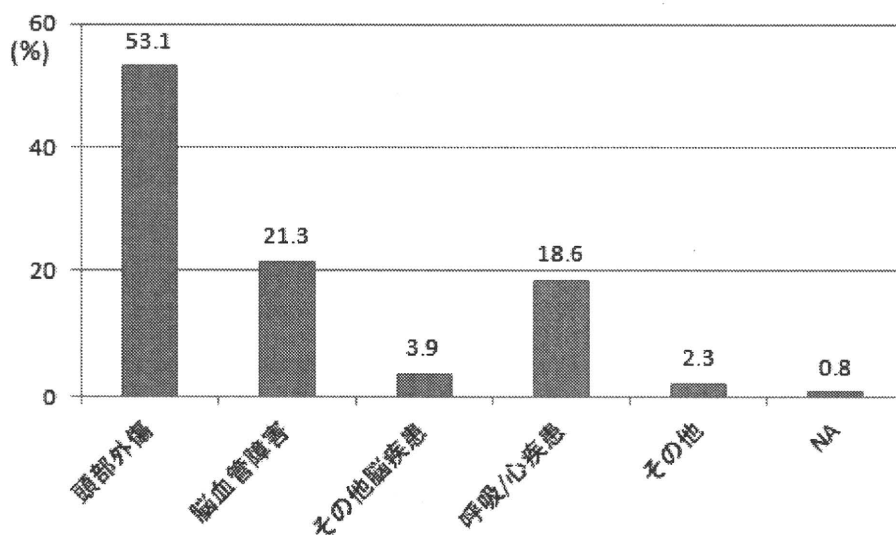


図3 意識障害の主な原因 (n=258)

2) 日常の生活状況

現在の生活場所は、在宅が161人(62.4%)、入院(施設入所を含む)は97人(37.6%)だった。在宅の平均療養期間は 5.4 ± 5.6 (0-33)年であり、最長33年だった。入院患者の入院病棟は、97人中47人(48.5%)が療養病床、次いで一般病棟、障害児・者施設の順に多かった(図4)。

平均的な一日の過ごし方を生活場所別にみると、入院患者の50.5%は「ほぼ臥床」であった(図5)。一方、在宅では「ほぼ車椅子」が54.0%を占めていた。

また、全体として座位時に実施することに関しては、「テレビや音楽をかける」が182人(70.5%)、次いで「たくさん話しかける」が139人(53.9%)だった。

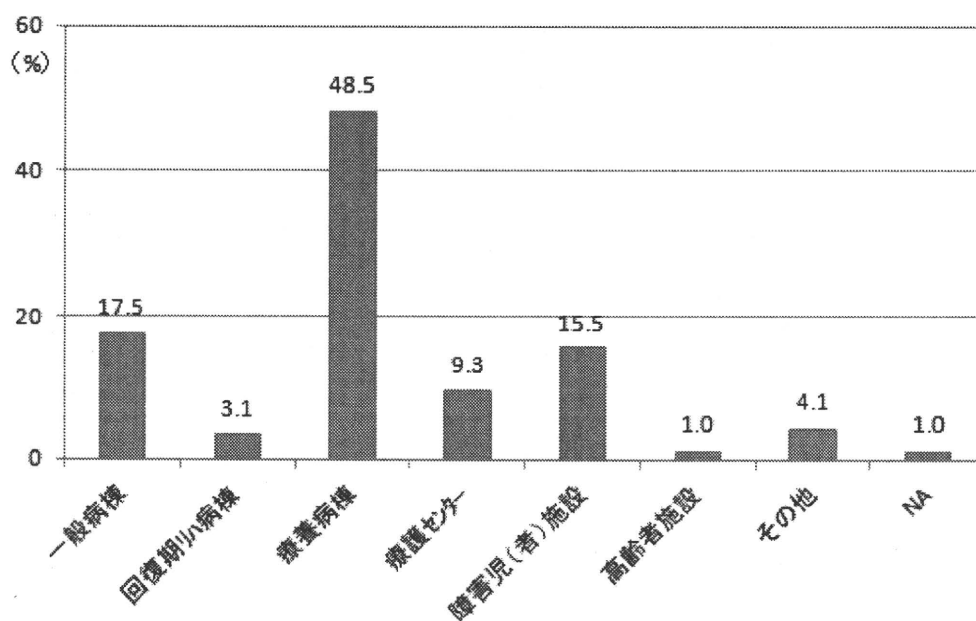


図4 入院している病棟 (n=97)

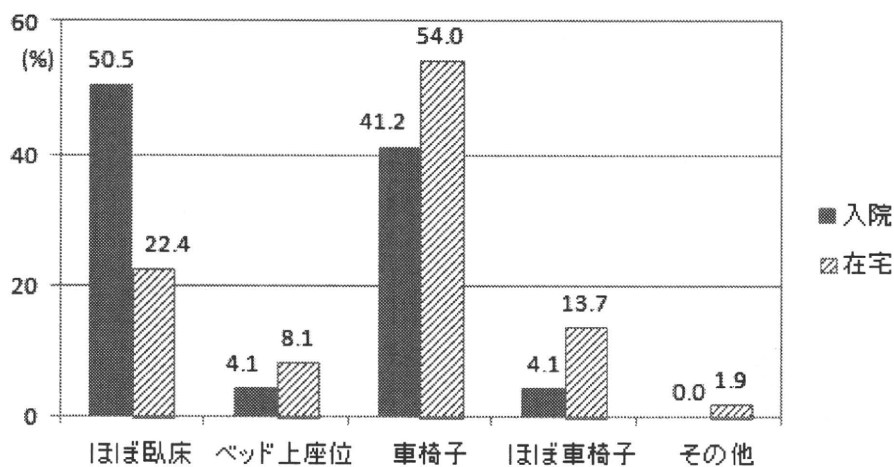


図5 平均的な一日の過ごし方 (n=258)

意識障害者の社会参加として、在宅でのデイサービス/デイケア利用者は83人(51.6%)だった。その他の外出状況では散歩が56人(32.9%)と多かった(図6)。

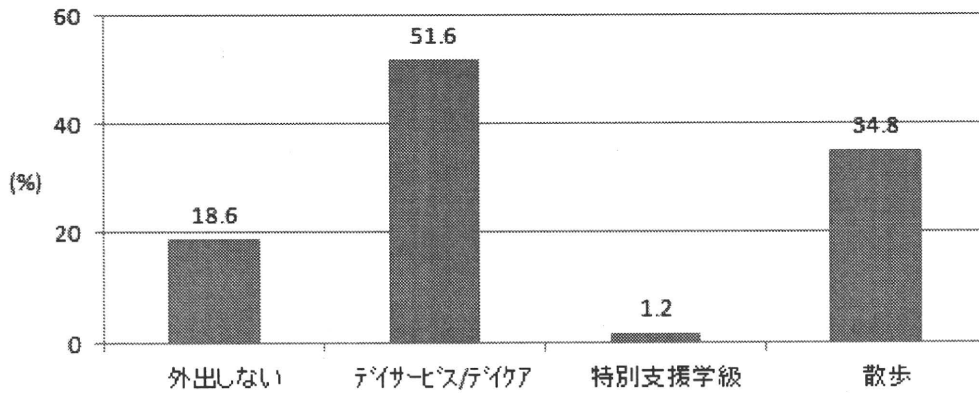


図 6 在宅患者の外出の状況 (n=161)

3) 現在の状態 (図 7)

意識障害者の身体ならびに精神機能の評価として、東北療護センター遷延性意識障害スコア (広南スコア)^{7) 8)}に基づいて質問紙の作成を行い得点化した。広南スコアでは、「眼球の動きと認識度」、「表情の変化」、「簡単な従命と意思疎通」、「発声と意味ある発語」、「尿尿失禁」、「自力摂取」、「自動運動」の7項目で評価される。各項目とも点数が高いほど重度であり、70点が最重度の意識障害となる。各患者の得点に応じて、最重症例 (完全植物症) 70~65点、重症例 (完全) 64~55点、中等症例 (不完全) 54~40点、軽症例 (移行型) 39~25点、そして24点以下を極軽度 (脱却例) としている。本調査においては、入院患者では重度が41人 (47.7%)と最も多く、高度、中等度など軽症になるほど患者数が減少していた。一方、在宅患者では高度が59人 (42.1%)であり、次いで重度、中等度の順であった。

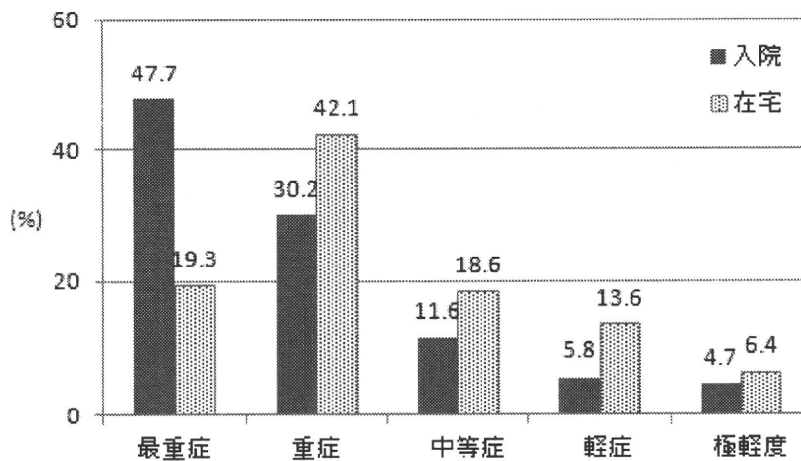


図 7 意識障害の重症度 (n=258)

4) 治療およびリハビリテーションの実施状況 (図 8)

意識障害に関する治療法として、脊髄後索刺激療法が 50 人 (19.4%) と最も多く、脳深部電気刺激療法, 正中神経刺激療法, 迷走神経刺激療法等による治療経験があった。また、音楽運動療法については 65 人, 25.2% が実施していた。

リハビリテーションに関しては関節運動の実施率が高く、入院患者では 84 人 (86.6%), 在宅は 151 人 (93.8%) だった。その他、座位訓練, 立位訓練, 歩行訓練などは、入院患者に比較して在宅の方が実施率は高かった。摂食・嚥下訓練においても、入院患者は 36 人 (37.1%) だったが、在宅では 73 人 (45.3%) が実施していた。

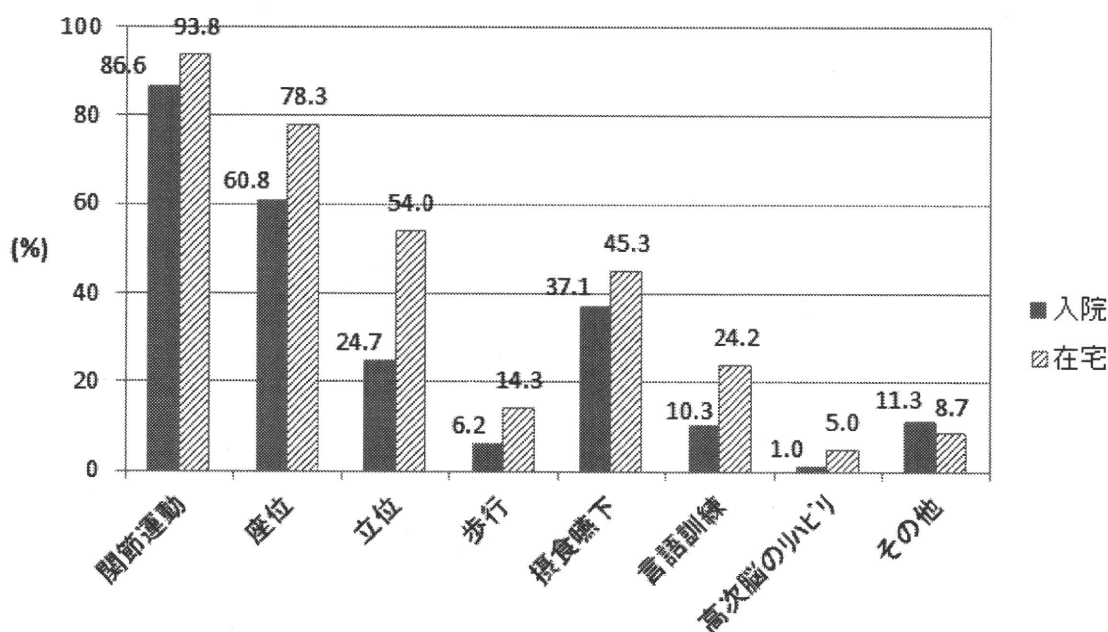


図 8 リハビリテーションの実施内容 (n=258)

5) 介護者が実施した効果的なケア方法 (資料 2, 表 1.11 参照)

介護者 (家族) が実施したケアや工夫のなかで、意識回復や身体機能の改善に効果的だと思われる方法について自由に記載してもらった。各項目における記載内容の Key words の抽出と分類を行った。

① 意識回復/コミュニケーションについて

「音楽」や「声かけ」など聴覚からの刺激や、「テレビ・DVD 鑑賞」, 「写真」など視覚も含めた刺激の実施率が高かった。それらは意識障害の発症以前の患者の趣向に対応したものや懐かしいものなどが多く、情動を伴う刺激として活用していた。また、生活音自体が刺激となると考え、雑踏のなかへの「外出」や環境の変化を目的に意識障害者を「ドライブ」に連れていく家族もいた。その他、運動による刺激として、座位姿勢にする、マッサージを行うなどの意見もあった。さらに、座位に

して意識障害者の体に触れながら話しかける、右手がわずかに動くのを利用して鈴のついたタオルを丸めたものを持たせる、話しかけながら香りをかがせるなど、意識回復へ向けた刺激として、複数の感覚を組み合わせた方法を実施していた。

② 気管切開について

介護者としては気管切開を抜去したいという思いが強く、入院中からさまざまな試みを実施していた。「気切部を指で押さえて口からの呼吸を意識させた」、「気切を閉じてもらえるように、棒つきの飴をなめさせる、ビーフジャーキーを噛む練習、一日一回腹臥位にすることを日々繰り返し、医師に納得してもらえる状態にした。」、「気切口の上から蓋をするようなゴムを作り、一日5分から始め12時間蓋をすることができた。その実績を医師に話したら気切を閉じてくれた。」など、医学的には安全への配慮が必要だと思われる行為ではあるが、結果として気管切開孔を塞ぐことにつながっていた。また、カニューレの自然抜去時を機会として気切孔が塞がった患者も数例いた。その一方で、レティナに変えて様子を見ている、気切孔を塞いだが孔が残っている、気切孔は開いていた方が安心、気切孔を塞ぐことを医師が認めてくれないなどの意見もあった。気管切開に関しては、患者の状態、家族の考え、また医療専門職者の方針等の要因により状況はさまざまだった。

③ 摂食嚥下/栄養について

Key wordsとして、「口腔内の刺激」、「味覚刺激」、「嗅覚刺激」、「口腔ケア」、「顔面マッサージ」などが挙げられた。摂食嚥下訓練に関しては、急性期・慢性期を問わず家族は試みていた。入院中からアイスクリームを食べさせた例や、発症から数年後にプリン等で練習を始め経口摂取を可能にした例もあった。自由記述の記載内容から、食物の説明をしてから口に入れる等、摂食嚥下の先行期を意識したケアを行っていた。また、少量ずつの摂食訓練を長期間継続していた。その他、嚥下だけが目的ではなく季節のものを味わって欲しいという思いや、嚥下機能に合わせた食形態というよりむしろ、家族が食べさせたいものに応じて訓練内容を変化させていた。病院では経口摂取を禁止されるため、在宅療養後に家族の訓練で経口摂取が可能になった例も多くみられた。

一方、栄養に関しては、栄養素やカロリーの不足を考慮して、経管栄養においてはさまざまなものを注入していた。タンパク質（豆乳やプロテイン等）、ビタミン類（果物や野菜など）の他にカルシウムなどの栄養食品の注入を行っていたが、体重増加や血液検査値などに留意しながら実施していた。

④ 排泄について

意識障害者は臥床時間が長いこともあり、排便のコントロールが困難な患者が多い。排便コントロールに関しては、薬剤あるいは自然食品等を利用する方法と腹部マッサージや腰背部への用手微振動により排便を促す方法が挙げられた。介護者は下剤の依存性を考慮して、食物繊維やセンナ、乳酸菌飲料、果汁、アロエ等による排便コントロールを実施していた。排便促進の効果には個人差があり、いろいろな方法を試して個人に合う方法を模索していた。また、微振動等の排便促進の方法に関しては、研修会などで情報を得て実践していた。排尿に関しては、時間間隔排尿や定時にポータブルトイレに座らせるなどの方法を行っていた。

⑤ リハビリテーションについて

関節拘縮の予防のために、関節運動を実施している介護者が多かった。関節運動は在宅では訪問リハビリ、整体師、マッサージ師の実施のほか、介護者（家族）が行っている例も多かった。訪問リハビリ等に関しては自費で依頼している人もいた。自宅で18年間、家族が関節運動を行っている例もあった。その他、自宅でも座位訓練や立位訓練や、音楽運動療法を実施している人もいた。

⑥ その他

体温調節が困難なことに対する工夫が多かった。夏は発汗が多いため送風マットやシーツなどを使用し、冬は末梢の冷感が強いため眠前の足浴や靴下の着用、温罨法の使用等の工夫を行っていた。室温や湿度にも留意して24時間エアコンを使用している家族がいる一方で、エアコンを設置する経済力がないのでベッド周囲に大きなバケツに氷の固まりを入れて涼をとっているという家族もいた。気管切開をしている患者では、湿度が痰の粘稠性に影響するため常時加湿器を使用しているという例もあった。

6) ケアにおける問題点（資料2, 表1.12 参照）

現在のケアにおける問題点として、「意識レベルが改善しない」が139人（53.9%）であり最も多かった。その他、「呼名による反応がなく認知しているかわからない」98人（38.0%）、「表情変化はあるが周囲を理解しているかわからない」87人（33.7%）、「コミュニケーション方法（サインが明確でない）」93人（36.0%）など、意識回復や意思疎通に関することが問題点となっていた。また、「体温調節がうまくいかない」が114人（44.2%）、「関節拘縮が強い」は106人（41.1%）と多かった。

現在の状態から回復への次のステップとして望むことは、「コミュニケーション（意思疎通）」が可能になることが77人（29.8%）、次いで「表情の表出」が41人（15.9%）、「経口摂取」が39人（15.1%）と多かった。その他、「発声」「発語」,「気管切開の抜去」が多かった。回復過程における次のステップとして望むことを重症

度別にみると、最重症の意識障害者では「表情の表出」「周囲への理解」「意思疎通」を加えると77.9%を占めていた（図9）。また、軽症や極軽度の意識障害者においては、「発声」「発語」への希望が多かった。全体としては、最重度から極軽度まで「経口摂取」と「発声」に関する希望が挙げられていた。

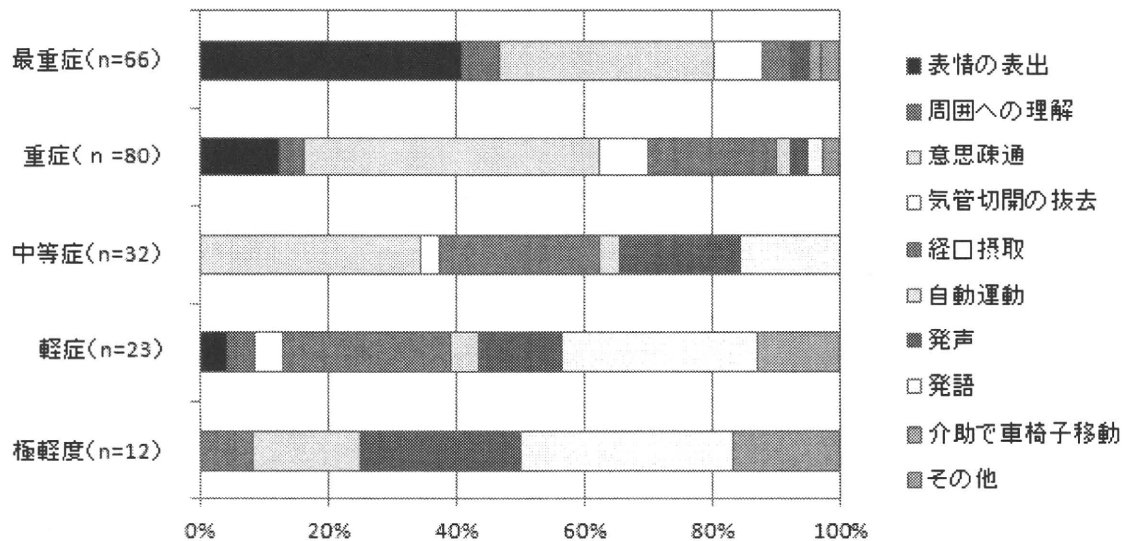


図9 回復の次のステップとして望むこと (n=213)

2. 介護者

1) 基本属性

主介護者は女性が224人(86.8%)と多かった(図10)。年齢段階は50~59歳が99人(38.4%)、60~69歳は95人(36.8%)であり、両者で75.2%を占めていた(図11)。主介護者の平均年齢は58.7±9.6歳であり、最長85歳だった。

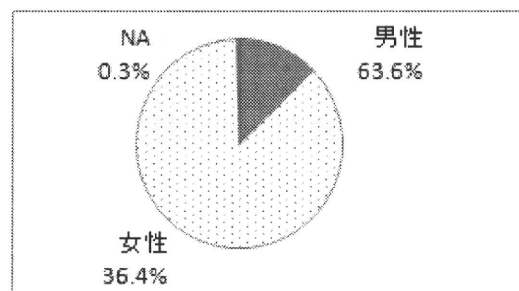


図10 介護者の性別 (n=258)

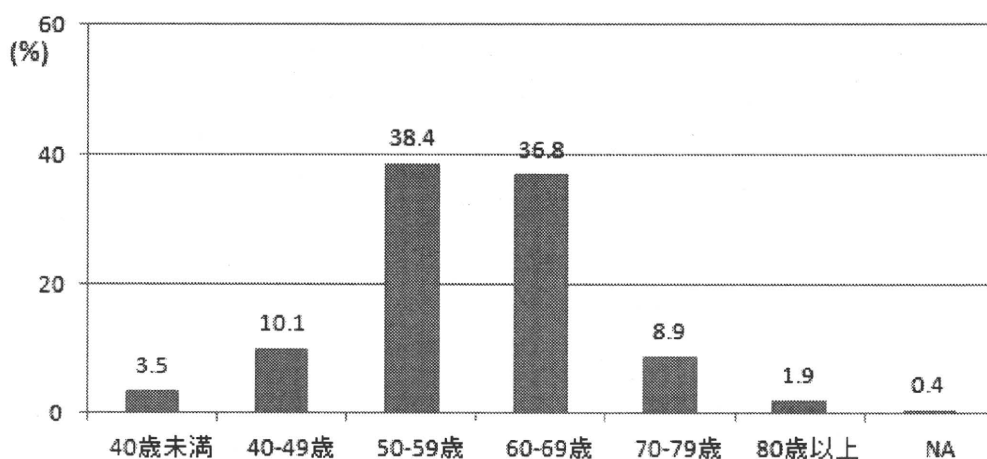


図 11 介護者の年齢階層 (n=258)

主介護者からみた続柄として、「子ども」が 91 人 (35.3%)、配偶者が 83 人 (32.2%) と多かった (図 12)。

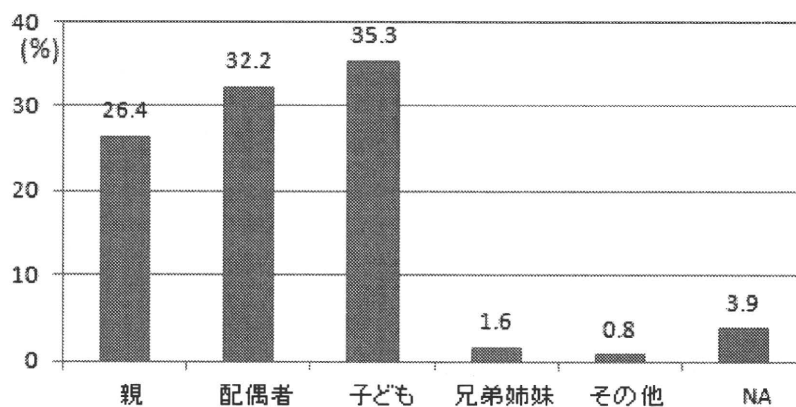


図 12 主介護者からみた意識障害者の続柄 (n=258)

2) 介護における心理的なサポートと実質的なサポート

日常の介護のなかで心理的なサポートを得られる専門職は、看護師が 60.9%と最も多かった。次いで医師 50.4%、介護福祉士・ヘルパーが 36.0%だった (図 13)。

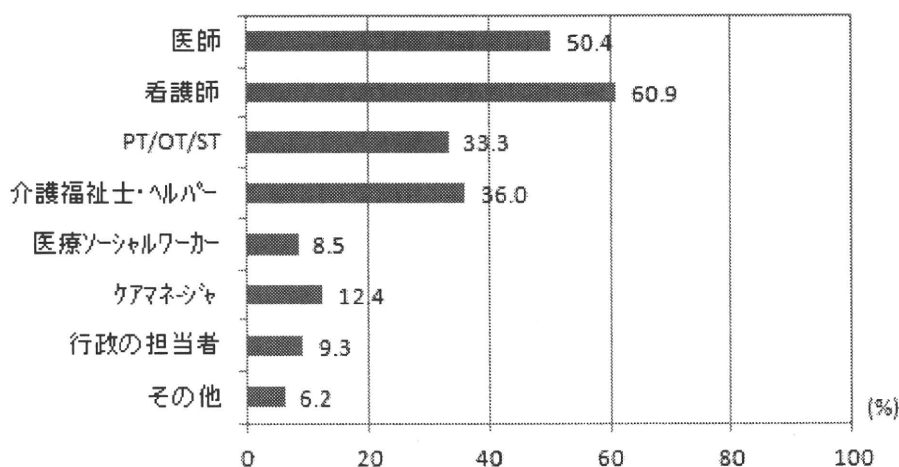


図 13 専門職による心理的サポート（複数回答）

一方、専門職以外で心理的なサポートを得られるのは、家族が 85.7%と最も多く、友人が 30.6%、家族会や他の患者家族が 28.3%であった（図 14）。実質的なサポートでは家族が 33.2%で最も多かった。その他、心理的サポートと同様に友人、家族会/患者家族の順であった。実質的サポートについて専門職に関する質問はしていないが、自由記述からヘルパーからサポートを得ている介護者が多かった。

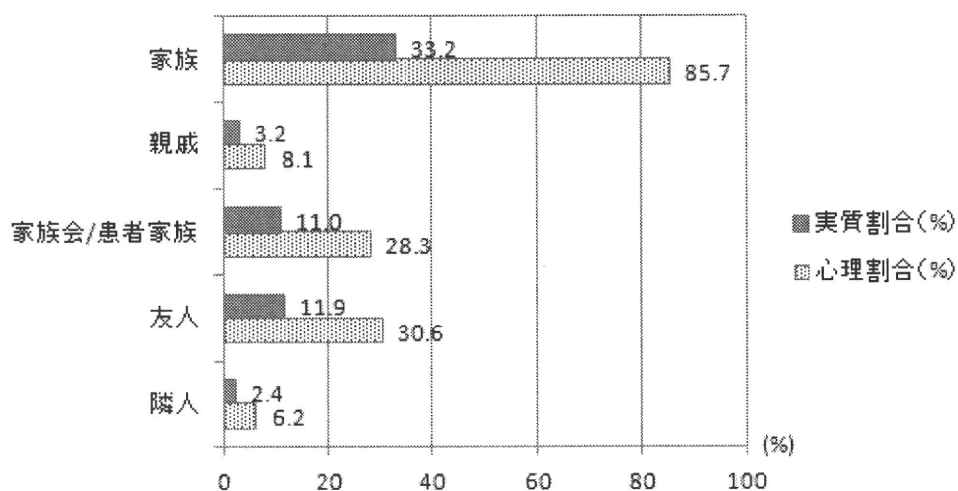


図 14 専門職以外の実質的サポートと心理的サポート（複数回答）

3) 主観的健康感

主介護者の健康状態は、入院患者の介護者は「まあ健康」が 62.9%と最も多く、「とても健康」と回答した人は 1.0%だった。また、「あまり健康でない」、「健康でない」を合わせると 34.0%を占めていた。一方、在宅では「とても健康」は 12.4%であり、「健康でない」と回答した人は 1.9%だった。

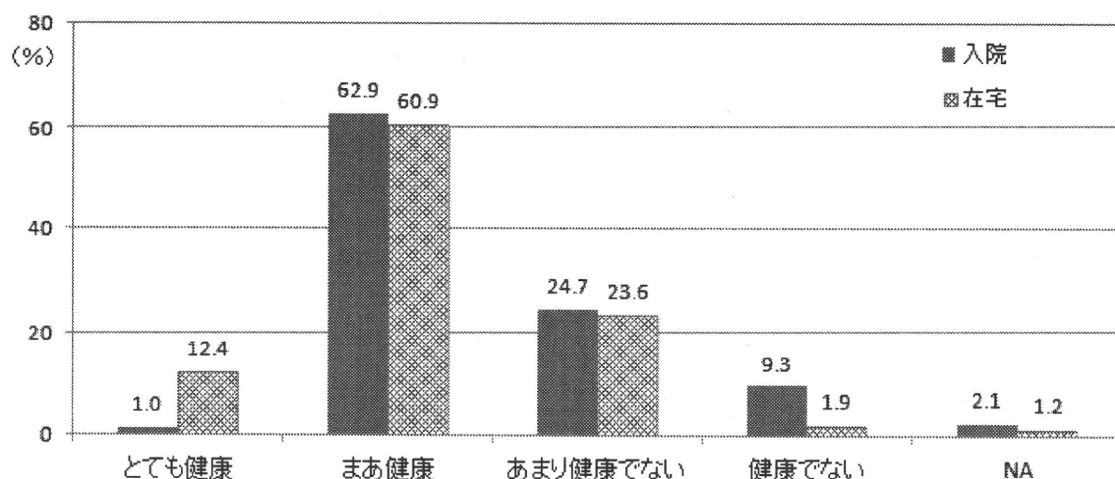


図 15 主介護者の健康状態 (n=258)

4) 主介護者の介護負担感と生活満足度

家族介護者の抱える「介護負担」という概念を定量的に評価する指標として、Zarit 介護負担尺度 (Zarit Caregiver Burden Interview: ZBI) が開発された。ZBI は介護によってもたらされる身体的負担、精神的負担、経済的困難などを総括し、介護負担として測定可能な尺度である⁹⁾。そこで、本研究でも意識障害者の主介護者の介護負担感について ZBI を用いて評価を行った。

ZBI は 22 項目について 5 段階で評価されるが、介護負担感の程度については ZBI 総得点が 61-88 点は重度、41-60 点はやや中等度、21-40 点は中等度、20 点以下を軽度としている^{10) 11)}。

介護負担感について生活場所別にみると、入院患者の介護者は中等度の負担感が 44.4% と最も多く、次いで軽度が 36.1% であった。一方、在宅では中等度の負担感が最も多く、やや中等度が 28.6%、重度が 3.2% いた。

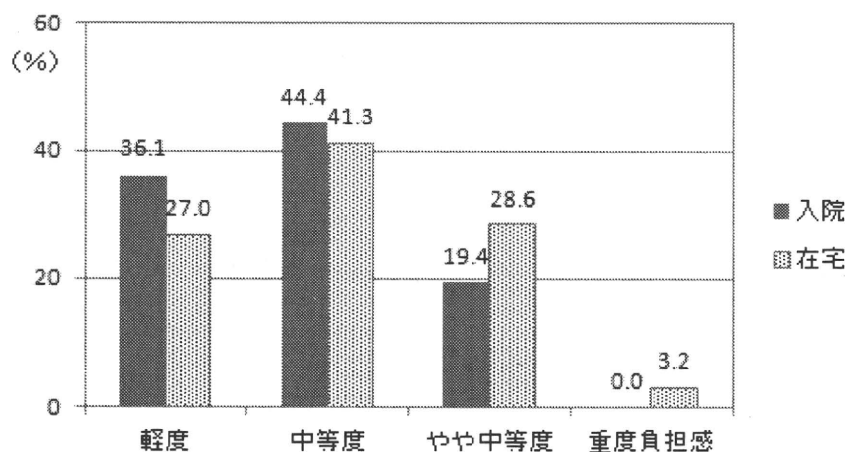


図 16 主介護者の介護負担感 (n=258)

また、主介護者の包括的な QOL に関して、古谷野¹²⁾による生活満足度尺度 K (LSI-K) を使用した。LSI-K は「人生全体についての満足度」、「楽天的・肯定的な気分」、「老いについての評価」の 3 つの次元を代表する 9 項目で構成されている。LSI-K は高齢者を対象にした尺度であるが、本調査の主介護者は 50 歳以上が多いことから調査項目として取り入れた。主介護者における ZBI と LSI-K では、入院患者、在宅患者ともに負の相関関係が認められ ($r=-0.560$, $p=0.001$) ($r=-0.679$, $p=0.000$)、介護負担感が強いと生活満足度は低かった。さらに、意識障害者の年齢、発症時の年齢、意識障害の持続期間、入院期間、在宅期間、介護者年齢、主観的健康感、遷延性意識障害の重症度と、ZBI・LSI-K との相関係数を求めた。その結果、入院患者の介護者は主観的健康感と LSI-K に弱い相関がみられた ($r=-0.371$, $p=0.007$)。在宅では ZBI と LSI-K ($r=-0.336$, $p=0.000$)、そして ZBI と主観的健康感にも弱い相関が認められた ($r=0.373$, $p=0.000$)。

IV. 考察

1. 意識障害者の身体および精神機能の現状

遷延性意識障害の患者・家族会を対象にした本調査では、頭部外傷による意識障害が多く、年齢は 20 歳代、30 歳代が最も多かった。また、入院より在宅で生活している人が多かった。遷延性意識障害者スコアでは、入院患者の 47.7% が最重症、そして重症、中等症とその割合が減少した。一方、在宅では重症が 42.1% と最も多く、次いで最重症が 19.3% であり、両方で約 6 割を占めていた。日常生活の過ごし方として、入院患者では「ほぼ臥床」が約半数を占めていたのに対し、在宅患者は「車椅子に 30 分以上の乗車」が最も多かった。入院患者においては、介護者（家族）が車椅子乗車を希望しても、病棟の事情等により実施できないことや、重症度別にも入院患者に最重症例が多かったことが臥床傾向であることに影響しているのではないかと考えられた。

一方、主介護者においては、意識障害者の母および妻が多く、平均年齢は 58.7 歳だった。主介護者の年齢から、今後介護の継続に関する問題が生じるのではないかと考えられた。また、介護の継続には主介護者の健康は重要な要因であるが、主観的健康感について入院患者の主介護者は「あまり健康でない」、「健康でない」の比率が高かった。在宅の主介護者は直接的なケアにかかる時間や労力が必要であり、身体的・精神的な介護負担は大きい。しかし、入院中は介護者が直接的なケアを実施する時間や頻度は在宅よりは少ないのではないかと考えられるものの、定期的に病院へ行かなければならないことや、入院費用等の経済的な問題、そして長期入院が是正されているなか入院の継続が困難な状況からも、身体・精神・経済的な負担があるのではないかと推測された。さらに、介護負担感については、入院・在宅の主介護者は介護負担感が強いと生活満足度は低いという相関関係が認められた。また、入院患者の主介護者において、主観的健康感が低いと生活満足度も低いという関連がみられたことから、在宅だけでなく入院患者の介護者においても介護負担軽減に向けての対策が必要であ