

第3表

週間サービス計画表

利用者名 事例 1 様

作成年月日 平成 20年 4月 1日

| | 時間 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 日曜日 |
|----|-------|------|-----|---|------|--|-----|--|
| 深夜 | 4:00 | | | | | | | |
| | 6:00 | | | | | | | |
| 早朝 | 8:00 | | | | | | | |
| | 9:00 | | | | | | | |
| 午前 | 10:00 | | | | | | | |
| | 11:00 | | | | 訪問看護 | | | |
| | 12:00 | 訪問入浴 | | | | 訪問介護 (4時間) | | 訪問介護 (5時間) |
| | 13:00 | | | 訪問介護 (4時間30分) ・食事介助 ・歯磨き ・移動介助 ・おむつ交換 ・夕食作り ・見守り | | 訪問介護 (4時間) ・食事介助 ・歯磨き ・移動介助 ・おむつ交換 ・夕食作り ・見守り | | 訪問介護 (5時間) ・食事介助 ・歯磨き ・移動介助 ・おむつ交換 ・夕食作り ・見守り |
| 午後 | 14:00 | | | | | | | |
| | 15:00 | | | | | | | |
| | 16:00 | | | | | | | |
| | 17:00 | | | | | | | |
| 夜間 | 18:00 | | | | | | | |
| | 19:00 | | | | | | | |
| | 20:00 | | | | | | | |
| | 22:00 | | | | | | | |
| 深夜 | 0:00 | | | | | | | |
| | 2:00 | | | | | | | |
| | 4:00 | | | | | | | |

週単位以外のサービス 療養通所介護 1回/月 在宅診療 2回/月

第1表

作成年月日 22年 7月 24日
 居宅サービス計画書(1)

利用者氏名 事例 2 様 初回 継続 認定済申請中

居宅サービス計画作成者氏名 60歳代 住所 ○市

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 管理者名

居宅サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定の有効期間 22年 8月 1日 ~ 24年 7月 31日

要介護状態区分 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 ○要介護5 前回の介護度 要介護(5)

生活に対する利用者の意向(希望)
 本人：(意思確認は困難な状況であるが、表情の変化があるので判断している)

生活に対する家族の意向
 家族：訪問入浴の回数を増やし1週間に3回は入浴できるようにしている。天候も良くなったので、デイケアへも通っている。
 毎日何かしらの予定があるので張り合いがあるが、無理をしない程度に、このままの生活を続けたい。
 ・今後の介護(生活)に対する家族の思い(考え)

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の設定

総合的な援助の方針
 色々なサービスを組み合わせせて、可能な限り在宅での生活が継続できるように御本人、御家族への支援を行います。医療面では、定期的な往診を依頼します。

家事援助中心型の算定理由 1 一人暮らし 2 家族等が障害、疾病 3 その他()

下記の項目について介護支援専門員より説明を受けました。

| | | |
|---|-----------|-------|
| ① 居宅サービス計画(1)(2)について、説明を受け、同意しました | 説明・同意・配布日 | 年 月 日 |
| ② 介護保険サービス等について、サービス種類や内容の説明を受けました | 利用者署名・捺印 | |
| ③ 様々なサービス事業者から選択できることの説明を受け、自ら事業者の選択をしました | | |

週間サービス計画表

利用者名 事例 2 様

作成年月日 22年 7月 24日

| | 時間 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 日曜日 | |
|-------|-------|--------|------|--------|------|------|--------|------|--|
| 深夜 | 4:00 | | | | | | | | |
| | 6:00 | | | | | | | | |
| 早朝 | 8:00 | | | | | | | | |
| | 9:00 | デイサービス | 訪問看護 | | 訪問看護 | 訪問看護 | デイサービス | | |
| 10:00 | | | | | | | | | |
| 11:00 | | | | ホームヘルプ | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | | |
| 午前 | 13:00 | | | | | | | 通所リハ | |
| | 14:00 | | | | | | | | |
| | 15:00 | | | | | | | | |
| | 16:00 | | | | | | | | |
| | 17:00 | | | | | | | | |
| | 18:00 | | | | | | | | |
| 午後 | 19:00 | | | | | | | | |
| | 20:00 | | | | | | | | |
| | 22:00 | | | | | | | | |
| 夜間 | 0:00 | | | | | | | | |
| | 2:00 | | | | | | | | |
| 深夜 | 4:00 | | | | | | | | |

週単位以外のサービス

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

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

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

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）

宮地 麻美（元静岡県立大学大学院 看護学研究科 修士課程）

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）

I. 研究の背景

わが国では医療費抑制に伴い、従来ならば入院していた遷延性意識障害（以後、意識障害と記す）の在宅療養が推進されるようになった。意識障害者の多くは意思疎通が困難な上、日常生活行動全般にわたり全介助が必要である。2009年の実態調査¹⁾では、在宅の意識障害患者では気管切開が39.9%、経管栄養の実施者は80.4%であり医療依存度が高い状況にあった。意識障害者は医学的に意識の回復が困難と診断され、医療依存度が高いまま在宅療養生活へ移行し、多くは家族の介護力に任されている。その在宅療養を支える社会サービスでは、健康状態の把握や痰の吸引・胃瘻などのカテーテル類の管理、肺炎・関節拘縮・褥創などの合併症予防、そして介護者である家族の介護負担の軽減への支援などに留まっている現状にある。遷延性意識障害患者のケアは現状維持を目的とした消極的なケアが中心であり、意識の改善や回復ならびに生活機能に変化を起こす積極的なケアの提供はほとんどなされていない。意思の疎通が図れず、変化の少ない長期にわたる介護は家族の身体的、精神的、経済的負担は多大である。

近年、生活に視点を置いた看護師が担う専門看護外来（以後、専門外来と記す）が在宅療養生活を支援する活動の一環として開設されている。専門外来は入院医療の補充・代替機能をもつ専門的な機能を備え持っている。一般診療では内科、外科など診療科名は法律で種類が決まっているため、医師や病院が許可なく診療科名標ぼうすることはできない。しかし、専門外来には規定がないため、自由に標榜することが可能である。

遷延性意識障害者の在宅療養は増加傾向にあり、在院日数の短縮化から医療依存度の高い状態で退院を余議なくされる患者のニーズに応えるために、長期にわたる在宅生活を継続するための療養相談や指導の場は必要不可欠である。そこで、2009年11月、関東地方のリハビリテーション病院の協力を得て、遷延性意識障害者を対象にし

た専門外来を開設した。

Ⅱ. 専門外来の概要

1. 目的

遷延性意識障害者の在宅療養生活の安定した継続を図り、患者と家族の QOL 向上を目的とする。

2. 目標

- ・ 遷延性意識障害患者の身体的、生理的問題から生活環境に至る問題を把握し、他の専門職との連携と協働によって解決する。
- ・ 療養生活の安定に必要な知識と技術を個別に選択し、患者の家族と支援関係者に助言・指導する。
- ・ 在宅療養生活における介護者の身体負担を軽減する技術を開発し指導する

3. 遷延性意識障害の専門看護外来を開設した施設の概要

開設 8 年目を迎えた関東地方の回復期リハビリテーション病院

病床数: 114 床, 透析室 35 床

回復期リハビリテーション病棟入院料 I 取得, 重症者回復期加算取得

疾患分類比率: 脳血管障害 約 74%, 整形外科系 約 18%, 廃用症候群 8%

在宅復帰率 87.6%

4. 意識障害患者の専門外来の受診のシステム

1) 外来受診日と対象の要件

専門外来は完全予約制とし、受診前月の 1 日を外来予約受付日として設定した。

専門外来は 1 日/月であり、受診者の上限は 3 人とした。外来を受診する対象者の要件は、遷延性意識障害と医学的に診断され、在宅療養中の患者である。本外来では他施設に入院中の患者と診療科として小児科を標榜していないため 15 歳未満の小児は対象外とした。

2) 外来受付

電話予約受付日に受付担当者が家族からの電話を受け、受診要件を満たしている対象者に基礎調査票を郵送し、受診日までに記入して返送してもらった。それらの基礎調査票を基に外来受診検討会議を開催し、翌月の外来受診者を決定する。外来受診の場所、時間等を家族に伝え、病院までの移動方法等について確認した。

3) 外来受診

・事前の情報収集

基礎調査票による情報に基づきアセスメントし、意識障害患者の身体・認知機能と家族のニーズを併せて、外来担当のスタッフ間で看護方針と具体的な介入方法について検討する。

・意識障害患者の身体機能の診察ならびに現有機能の評価と療養相談

神経内科医師による診察：

頭部 CT・胸部 X線， ECG， 血液検査値などのデータおよび神経症状などに基づく診察

看護師による生活予後診断：

認知機能，意思疎通の状況，栄養状態，側弯・関節拘縮など廃用性の障害により生じている日常生活上の問題のアセスメントと解決方法の提示

理学療法士による機能評価：姿勢・反射，関節可動域の評価

歯科医師による診察：口腔機能，摂食嚥下機能と食形態の評価

上記の診察ならびに診断後に、意識障害患者の身体機能・認知機能の向上と介護負担の軽減を目的にした看護技術の指導と在宅療養生活の安定継続に必要な情報提供と相談活動を行った。

4) 外来の環境と担当者

①診察室

専門外来の診察室には診察台ではなく、1.5 畳ほどのポリウレタン製のマットにシーツをかけたものを用意した。車椅子が入れるスペースを確保し、診察時の医師用の机と家族用の椅子を配置した。

患者は車椅子に乗車した状態かマットに横臥した状態で医師の診察を受ける。意識障害患者は ADL 全介助の状態での移動・移乗に人員や時間を有するため、一つの診察室を一患者・家族専用として医師や看護師などのスタッフが診察室を順に移動して回るシステムをとり、外来の効率化を図った。

②担当者

診察は外来専任の神経内科医が行い、看護師が生活の予後診断を行った。その他、口腔機能・摂食嚥下機能の評価には歯科医師が、関節拘縮や側弯の評価は理学療法士も参加し、看護師との共同で実施した。本外来では理学療法士のほかにも作業療法士，言語聴覚士，医療福祉士など、必要に応じて多くの専門職が連携し意見交換を行いながら効果的な療養指導を実施した。

Ⅲ. 研究方法

1. 目的および方法

2009年9月から識障害患者の専門看護外来を開設し活動を開始した。開設時から2010年10月までの外来受診患者・家族のニーズならびに活動の成果を明らかにすることを目的とした。意識障害患者ならびに家族に関する基本情報は、事前調査票と外来診療録から収集した。意識障害患者の身体・精神機能や在宅療養の現状、外来受診に対する家族のニーズについては過去の調査と外来受診時の聞き取り調査から検討した。

2. 外来協力施設

関東地方に位置する前述のリハビリテーション病院（1施設）

3. 倫理的配慮

本研究は、静岡県立大学の倫理審査委員会において承認されたのち、研究対象患者・家族ならびに研究協力施設に対しての説明は、研究の趣旨を文書と口頭で行い文書によって承諾を得た。なお、研究協力者自身から承諾を取ることが困難なときは、代諾者として家族から文書により同意を得た。研究協力は自由意志であり、途中辞退も可能であること、また個人情報保護されること、研究結果が公表されることの承認を得た。

Ⅳ. 結果

1. 外来受診者の概要（表1）

調査期間中の外来受診患者数は28人であった。

1) 基本属性

外来受診者28人のなかで、男性が20人（71.4%）、女性は8人（28.6%）であった。年齢は20歳代が14人（50.0%）と最も多く、次いで30歳代が8人（28.6%）だった（図1）。意識障害となった主な原因は、頭部外傷が20人（71.4%）、脳血管障害は3人（10.7%）だった。受傷・発症からの期間は平均 6.1 ± 3.0 年であり、在宅療養期間は平均 3.0 ± 2.5 年だった。

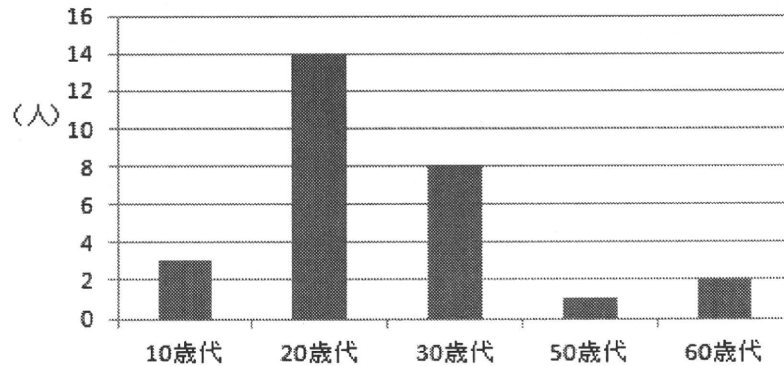


図1 外来受診者の年齢

2) 身体ならびに認知機能と重症度

意識障害患者には、側弯や関節拘縮がほぼ全症例に認められた。また、気管切開の実施者は16人(57.1%)、経管栄養は24人(85.7%)だった。経管栄養においては、胃瘻が多く、また24人中15人は経口的にも一部摂取していた。

意識障害者の身体ならびに認知機能の評価は、東北療護センター遷延性意識障害スコア(広南スコア)^{2) 3)}で行った。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項目で評価する。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)とする。本研究における外来受診者は、「最重症」が14人(50.0%)と最も多く、「重症」「中等症」は各5人(17.9%)であり、重症度が高かった(図2)。

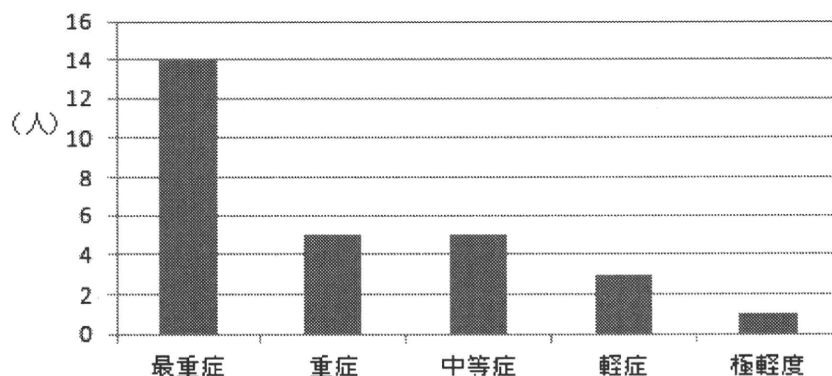


図2 意識障害の重症度

3) 在宅へ移行した理由と社会サービスの利用状況

在宅療養へ移行した主な理由は、下記の3つに分類された。

- ① 転院先がみつからなかった。
- ② 原疾患の治療の終了に伴い、医師から在宅療養への移行を促された。
- ③ 病院を転々と変わるなら、家族で介護したいと思った。

4) 介護者の状況

意識障害の母が主介護者であることが多かったが、両親での介護の場合もあり、また高齢の配偶者による介護状況も確認された。年代は50代が7人と6割を占めた。在宅療養期間は1年以上5年未満が7人であり、最長10年7カ月が1名だった。

5) 専門外来に対する家族のニーズ

専門外来受診における家族のニーズは、以下の7項目に分類された。

- (1) 経口摂取を可能にしたい
- (2) 意思疎通を図りたい
- (3) 関節拘縮の改善・解除と筋緊張の緩和
- (4) 車椅子乗車を可能にしたい
- (5) 排泄のサインを確立したい
- (6) 生活リズムの調整（昼夜逆転）
- (7) 介護技術の習得による介護負担の軽減

2. 意識障害患者の身体機能・認知機能を目的にした看護技術の指導内容

1) 用手微振動（シムス位・腹臥位で実施する用手微振動）

身体アライメントを整えるために拘縮の生じている関節とそれに関与する筋群に看護師の手掌を用いて振動を与え、関節と筋群を弛緩させることを目的に行われる看護技術である。外来を受診する患者のほとんどは廃用性の障害によって側弯や各所の関節に拘縮が生じていた。外来では患者の安楽と介護負担の軽減のために、患者をシムス位あるいは腹臥位にして各部位に1分程度施行する。

2) ムーブメントプログラム

ムーブメントプログラムは、欧米で実践されてきた障害児教育の手法の一つである。バランスボールやトランポリンなどを用いて、身体を安全に楽しく動かしながら、座位や立位バランスを想起させるとともに関節可動域の拡大を目的として行われる。本外来で行われるバランスボールを用いる方法の特徴は、バランスボールの空気を20～40%抜いて行われるもので、ボール内の空気の移動を利用するので実施者の負担も少なく、即効性が期待できる。具体的にはヘッ

ドコントロール、寝返り、座位バランスなどが試みられ、副次的には他動的な心肺負荷による耐性の獲得も目的としている。

3) 療養指導

意識障害患者・家族の状態に応じて、療養生活の継続のために必要なケアの説明と技術指導を行う。患者に実施されたケアは、家族にも体験してもらい、独自に作成した在宅ケアマニュアルを提供して、家族が継続できるように工夫した。また、利用可能な社会資源の情報も提供した。

V. 考察

1. 遷延性意識障害看護外来における家族のニーズとその成果

入院日数の短縮化が進む医療情勢の下では、慢性疾患の管理は在宅療養生活の中で行われ、多くの慢性疾患患者とその家族はセルフケア能力を高めるための知識・技術を獲得する必要がある。慢性疾患患者は外来での継続的な治療を必要とし、外来看護師の役割として患者の自己管理への支援を行うために看護専門外来が増加している。林⁴⁾は外来看護の役割は「患者がセルフケアするための指導と相談」、「励ましなどの精神的支援」、「他の医療スタッフや地域との連絡調整」であると述べている。しかし、遷延性意識障害者を対象とする看護専門外来では患者のセルフケア能力の獲得を期待することはできないため、「患者の変化を引き出し、生活を共にする家族のための支援と指導・相談」であるところに特徴がある。本外来において、家族が期待する患者の変化に対する項目として、「経口摂取」、「意思疎通」、「筋緊張や関節拘縮の緩和」に関するニーズが高かった。

1) 経口摂取と家族のニーズ

胃瘻や経鼻カテーテルを使用して水分・栄養を注入する患者に対して家族は「口から食べさせたい」と切望していた。この期待に応えるために、本外来では摂食・嚥下障害者に対する治療に経験豊富な歯科医の参加・協力を得ることができた。受診時の栄養確保の方法によらず、口から食べるための機能を獲得するためのケアが指導された。その結果、外来を受診した家族の90%が摂食嚥下プログラムのための口腔ケアを実践・継続していた。このことから、ニーズの高さがケアを継続するモチベーションにつながっていることがうかがえた。また、経口摂取だけでなく、「もう一度声を聞きたい」と願う家族も多く、呼吸・食べる・話すための口腔機能を回復させることを目的としたアプローチは、家族のニーズと合致するものであり、高いニーズに応えるケアの提供が、在宅における家族のケア継続に影響を与えているのではないかと考えられる。

2) 在宅療養生活を継続するための安全で簡便なケア技術

全身の廃用性障害を有する遷延性意識障害患者に提供された身体解放の看護技術として家族に指導されたケアは、用手微振動とムーブメントプログラムを中心とするものであった。用手微振動はひとの手で行うケアであり、変形拘縮した身体にも容易に添わせることが可能である。用手微振動によるリズムカルな振動は痛みを伴わず、筋肉へのダメージもないため家族でも安全に実施できる。また、微振動によって緩められた筋肉や関節がもたらす身体上の変化を確認しやすく、家族自身が実施したケアの効果を確かめられる利点がある。しかも、1箇所につき1分程度の短時間で効果的であるため、外来での体験指導に加えて画像付きのマニュアルを提供したことが、在宅でのケア継続につながったのではないかと考える。

ムーブメントプログラムのなかでもバランスボールを使用する方法は、空気を抜いたボールが患者の体重を免荷するため介護者の身体への負担が少ない。結果として、患者・家族の双方に負担がなく、安全にケアを実施することができるという利点がある。さらに、身体解放の技術によって股関節、膝、足関節の拘縮が緩和されれば、座位姿勢を保持する機能が向上する。座位姿勢の獲得とその可能性についてのアセスメントは、自立を促進する機能として、本外来では特に重視してきた課題である。座位の安定確保は車椅子乗車を可能にし、外出等の生活環境の拡大が期待できる。また、座位保持は嚥下摂食時の誤嚥のリスクを低くすると共に機能の回復にもつなげられる。座位姿勢が保持できるようになれば、上肢の自由度が増して手の操作機能を向上させられる。座位は視野の拡大も図られるので、外界から取り入れる刺激量が増え患者の反応がよくなりコミュニケーション能力の拡大につながったケースもあった。今回、在宅療養生活を継続するために指導・提供したケア技術が高い実施率であった理由として考えられたことは、まず家族の期待とニーズにも合致した内容であったこと、方法が安全・簡便であることに加えて実施者の負担が少ないこと、ケアの効果を可視化できる技術であったことが、家族のモチベーションの高さを維持し、ケアの継続につながっていると考えられる。

3) 患者に変化をおこすケア

外来で実施されていた身体解放・身体機能調整の看護技術（摂食嚥下再獲得看護プログラム・口腔リハビリ）などの専門的な看護介入の成果は、「治療はない」、「治る見込みはない」、「医療の限界」と言われ続けてきた家族が、外来での短い時間内の介入でも変化する患者を確認できたことである。また、介護負担の軽減については、意識障害患者に特徴的な廃用性障害による側弯・関節拘縮は更衣や移動等の介護行為を困難にしている。したがって、関節拘縮の改善を図るケア技術は、患者の身体を障害と苦痛から解放しただけでなく、介護負担の軽減に貢献することができた。

2. 在宅でのケアの継続を保證する家族指導の方法と介護力の査定

専門外来における指導は、スタッフが患者にケアを提供し、家族に見せ体験してもらう一連の指導教育を行っている。家族は患者に適した方法を共に探す作業を経て、患者のために選択された技術内容の説明を受け、体験もすることができる。作成されたケアの冊子を用いて学習し、在宅においてもその教材を使用して再度の確認と学習することが可能である。

また、家族の生活状況や介護に参加できるマンパワー等を査定し、これまで実施してきたケアと患者が変化を起こすために必要なケアを併せた方法で、介護ケアを指導・提供するようにした。外来で新たに提案するケアは家族の介護負担を大きくすることなく、家族のニーズを満たし、モチベーションを高められるケアでなければならない。家族はケアによる患者の身体・認知機能の向上を期待している反面、介護にかかる時間や介護者の年齢に伴う体力的な限界に不安を抱えている。外来では家族との面接を通して、家族の生活と患者の介護量や家族の介護力などの介護状況を把握してから対象に合ったケアを選択し、提供・実施した。

3. 外来受診後の家族の評価

外来受診後のインタビューでは、「(患者に)意識があると当然のように思っ接してくれた」、「よくなると思っ接してくれていたのが嬉しかった」、「患者と家族のために外来スタッフ全員が親身に診てくれた。こんな体験は初めてだった」、「まだなにか手だてがあることがわかった」などの意見が聞かれた。専門外来に求められているものは、意識障害患者への医療専門職者の姿勢や介入内容そのものであると同時に、説明や指導に必要な時間を設けて家族の心に共感し、思いを共有していくことも重要であると考えられる。

4. 今後の課題

2009年11月に遷延性意識障害者の専門外来を開設し、約1年半が経過した。2011年度は、専門外来受診後の評価が必要である。具体的には意識障害者の身体・認知機能の変化、ならびに介護負担感の評価と分析が必要である。核家族化の拡大と介護者の高齢化が進む中で、在宅療養生活の継続を保證するためには、家族が再び生活を共にできることを喜びとできる負担の少ないケア技術の指導と提供が必要である。さらには患者の定期的な身体機能の変化と生活状況の変化についてアセスメントし、必要な支援が時機を逸することなく提供されるために、福祉諸制度の充実と専門外来の開設と活動内容の普及は喫緊の課題である。

先行研究においては、看護外来の運営費について確保できないことがあげられている。看護は外来診療報酬のなかに組み込まれており、現在は「在宅療養指導」のみ収入を得られる形となっている。しかし、対象疾患や患者の状態によっては看護の報酬を得られないこともある。長い療養生活を余儀なくされる対象者の生活を患者と家族

を支援する外来看護の活動は、病状の変化による再入院などのリスク軽減にもつながり、長期的な視点では医療・介護費用の削減と何よりも患者・家族のQOLの向上に貢献できる。

外来におけるコストの問題の解決は、専門外来の成果を広く社会に還元するためにも、また病院経営の上か早急に検討を要する課題であると考える。

【引用文献】

- 1) 紙屋克子：遷延性意識障害者に関する実態調査，平成 17～19 年度厚生労働科学研究費補助金「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」，2009.
- 2) Fujiwara S, Nakasato N, Ogasawara K, et al : Evaluation of the severity of prolonged consciousness disturbances after head injury: A scoring system developed in our department. Proceedings of the 2nd Annual Meeting of the Society for Treatment of Coma 2 1993; 173-183.
- 3) 藤原 悟，中里信和，長嶺義秀，吉本高志，末松克美，武田利兵衛，高橋州平，小田英世，大橋靖雄：遷延性意識障害の重症度評価尺度の信頼性と因子構造，脳神経 1997，49，1139-1145，1997.
- 4) 林啓子：患者のニーズに応える外来看護，看護展望 15 (1)，58-62，1990.

資 料

表1 専門外来受診者の概要

| ID | 意識障害者 | | | | | | | | | 主介護者 | |
|----|-------|----|-----|-------------|-------------|--------|-------|-------------|-------------|------|----|
| | 年代 | 性別 | 原因 | 受傷経過 (月) | 在宅期間 (月) | 重症度 | 医療依存度 | | | 続柄 | 年代 |
| | | | | | | 広南スケール | 気管切開 | 経管栄養 | 膀胱 カテーテル | | |
| 1 | 20 | 男 | 低酸素 | 19 | 13 | 67 | (+) | PEG | (-) | 母 | 50 |
| 2 | 20 | 女 | 脳血管 | 39 | 24 | 42 | (+) | PEG | (-) | 母 | 50 |
| 3 | 20 | 男 | 脳外傷 | 137 | 127 | 68 | (+) | PEG (経口) | (-) | 父 | 60 |
| 4 | 20 | 女 | 低酸素 | 81 | 65 | 67 | (+) | PEG | (-) | 母 | 60 |
| 5 | 20 | 男 | 脳外傷 | 66 | 36 | 43 | (-) | 経口 | (-) | 母 | 50 |
| 6 | 20 | 女 | 脳外傷 | 113 | 30 | 66 | (-) | 経鼻 (経口) | (-) | 母 | 50 |
| 7 | 10 | 男 | 脳外傷 | 30 | 4 | 68 | (+) | PEG (経口) | (+) | 母 | 50 |
| 8 | 20 | 男 | 脳外傷 | 45 | 15 | 21 | (-) | PEG (経口) | (-) | 母 | 40 |
| 9 | 10 | 男 | 脳外傷 | 67 | 48 | 64 | (-) | PEG | (-) | 母 | 40 |
| 10 | 20 | 女 | 脳外傷 | 93 | 50 | 68 | (+) | PEG (経口) | (-) | 母 | 50 |
| 11 | 20 | 男 | 脳外傷 | 70 | 10 | 31 | (-) | 経口 | (-) | 母 | 50 |
| 12 | 20 | 女 | 脳血管 | 61 | 26 | 42 | (+) | PEG | (-) | 母 | 50 |
| 13 | 30 | 女 | 脳外傷 | 124 | 65 | 38 | (-) | PEG (経口) | (-) | 母 | 50 |
| 14 | 20 | 男 | 脳外傷 | 37 | 6 | 64 | (+) | PEG | (-) | 母 | 40 |
| 15 | 20 | 男 | 脳外傷 | 61 | 4 | 28 | (+) | PEG | (-) | 母 | 50 |
| 16 | 60 | 男 | 低酸素 | 32 | 14 | 67 | (+) | PEG (経口) | (-) | 妻 | 50 |
| 17 | 20 | 男 | 脳炎 | 94 | 76 | 38 | (+) | 経口 | (-) | 母 | 40 |
| 18 | 30 | 男 | 脳血管 | 93 | 79 | 69 | (+) | PEG | (-) | 母 | 60 |
| 19 | 30 | 女 | 脳外傷 | 64 | 67 | 69 | (+) | PEG (経口) | (-) | 母 | 60 |
| 20 | 30 | 男 | 脳外傷 | 89 | 34 | 43 | (-) | PEG (経口) | (-) | 母 | 50 |
| 21 | 10 | 男 | 脳炎 | 46 | 17 | 59 | (-) | 経口 | (-) | 母 | 50 |
| 22 | 30 | 男 | 脳外傷 | 116 | 69 | 66 | (-) | PEG (経口) | (-) | 母 | 50 |
| 23 | 30 | 男 | 脳外傷 | 159 | 20 | 55 | (-) | PEG (経口) | (-) | 母 | 60 |
| 24 | 30 | 男 | 脳外傷 | 77 | 17 | 61 | (-) | PEG (経口) | (-) | 母 | 60 |
| 25 | 30 | 男 | 脳外傷 | 55 | 1.5 | 68 | (+) | PEG | (+) | 母 | 60 |
| 26 | 20 | 男 | 脳外傷 | 101 | 46 | 68 | (-) | PEG (経口) | (-) | 母 | 50 |
| 27 | 50 | 男 | 脳外傷 | 53 | 43 | 68 | (+) | PEG (経口) | (+) | 妻 | 50 |
| 28 | 60 | 女 | 脳外傷 | 13 | 3 | 68 | (+) | PEG (経口) | (-) | 夫 | 60 |

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

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

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

－遷延性意識障害者の生活行動回復の看護技術の習得を目指して－

林 裕子 北海道大学大学院 保健科学研究院 准教授

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

はじめに

紙屋らによる平成 17 年から 19 年度の「在宅遷延性意識障害者の実態調査」¹⁾によると、在宅で療養している遷延性意識障害者（以下、意識障害者とする）の療養期間は平均 6.1 年であった。また、意識障害者の介護は見守りの時間が長く、ケアの大部分が家族に委ねられていた。また、デイサービスやショートステイの利用者は全体の約 2～3 割であり、気管切開や経管栄養など、医療依存度の高いことが意識障害者の通所・滞在型サービスの利用を困難にしていた。在院日数の逡減化に伴い、今後は在宅で療養する意識障害者数の増加が予測されることから、意識障害者と介護者（家族）に対する支援は必要不可欠である。その在宅で介護する多くの家族は、施設内の看護師より指導を受けているのが現状である。その指導内容の多くは、意識障害患者が在宅で療養するに必要な介護方法が中心である²⁾。しかしながら、加藤³⁾は意識障害のない脳卒中後遺症患者が在宅療養するなかで、発症から約 6 年から 9 年後には廃用症候群の出現と ADL の低下をみられることを指摘している。さらに、別所ら⁴⁾は、寝たきり高齢者を対象に対し訪問看護師が提供しているリハビリテーションとケアでは、ROM 訓練や筋力増強訓練を中心とした身体訓練の実施率が高く、ADL 訓練率が少なかった。また、訪問看護におけるリハビリテーションの目的は、関節拘縮予防が多く、生活行動にかかわる目標が少ないことを報告している。このことから、在宅における介護方法では、自ら行動することのできない意識障害患者においては、現状の状態を維持することも限界と推測される。そのため、介護量も増加することも予測される。

そこで本研究では意識障害患者の在宅で療養するために必要な介護に加え、在宅においもできる「生活行動回復の看護」が必要であり、その看護を家族に指導することが介護負担の軽減になると思われる。

一方、近年、厚生労働省は看護専門職が基礎看護学教育や臨床 1 年目で修得が必要とさ

れている基礎的な看護技術について新たな方針を打ち出した。しかし、臨床実践において必要な看護技術は、疾病や障害、心理的状态など、対象者のさまざまな状態に応じて応用展開される応用的な看護技術である。さらに、高度に専門分化した現代医療における看護は、入院にともなう基本的なサービスや在宅における医療サービスのレベルを超えて、他の専門職とは異なる看護の役割を明確にした「対象者の回復と健康に寄与する」専門的な知識と技術としての確立が求められている。別所ら⁵⁾や大久保ら⁶⁾は、在宅においても生活行動の回復を目指す看護介入の効果を述べており、在宅看護が意識障害患者の生活行動を回復に寄与する可能性が高いことが示されている。

そこで本研究では、意識障害患者が在宅でもより回復と健康に寄与できる看護技術の確立とその普及に向けた研修プログラムの構築を目指した。

研究目的

在宅において、意識障害患者への生活行動を回復するための看護技術の習得を目指した研修プログラムを作成し、そのプログラムの有用性について検討を行う。

1. 意識障害患者への生活行動を回復するための技術の概要

1) 技術開発が必要な背景

わが国の遷延性意識障害や廃用症候群を起因として日常生活全般において看護・介助を必要とする患者数の把握とその実態は明らかでない。2001年に丸木⁷⁾は、遷延性意識障害者は全国で約3万5千人以上と推定しているが、脳実質の損傷以外の意識障害者は含まれていない。一方、高齢者実態調査⁸⁾の居宅要介護・要支援認定者の調査では、要介護度4と5の所謂ねたきり高齢者の約6割が脳卒中後遺症によるものであり意識障害者の潜在化が推測される。

一方、2009年の遷延性意識障害患者に関する実態調査⁹⁾では、在宅患者は、20～30歳代をピークとする患者の原因疾患は頭部外傷であり、50歳代から増加し70歳代までの患者における原因疾患は脳血管障害であり、2層化されていた。また、入院している意識障害患者では、50歳代と70歳代が多く、その主な原因は脳血管障害であつが、心疾患による心肺停止を原因とする青・壮年期にある患者も多かった。

療養生活の場所にかかわらず、意識障害患者の8・9割が自分で体を動かすことが困難な状態にあることから、多くの患者は低運動による骨筋肉の委縮や拘縮、骨粗鬆症などの廃用性状態であることが予測される。つまり、意識障害の回復や生活レベルの向上を阻む原因には、脳神経機能の問題と骨筋肉系の機能障害による問題が混在していると予測される。意識障害や身体機能の低下の改善がみられない中で長期の介護を担う家族にとっては、身体的・精神的負担は多大である。このような患者の回復に向けた看護は、患者自身のADL向上のみならず、長期間展望のない介護を続けている家族のQOL向上にも寄与できるものである。

意識障害の回復の治療として、片山ら^{10・11)}による脳の深部への電気刺激の開発研究が