

201122039A

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 23 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 日高紀久江

平成 24 (2012) 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 23 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 日高紀久江

平成 24 (2012) 年 3 月

研究組織

研究代表者

日高紀久江 筑波大学 医学医療系

分担研究者

紙屋 克子 静岡県立大学 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

福良 薫 北海道医療大学 看護福祉学部

宮田久美子 北海道大学大学院 保健科学研究院 修士課程

大内 順子 北海道大学大学院 保健科学研究院

久保田直子 広島県立三次看護学校

松井 英俊 広島文化学園大学 看護学部

佐山 静江 獨協医科大学病院 看護部長

今西 恭子 医療法人社団如水会 今村病院 看護部長

丸川 陽子 医療法人社団秋桜 丸川病院 看護部長

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
--------------------------------------	---

意識障害者の看護に関する教育看護プログラムの開発	5
--------------------------	---

- I 目的
- II 方法
- III 結果
- IV 考察
- V 結論

資料

障害者自立支援法における在宅遷延性意識障害者の介護給付利用者のサービス計画書に関する研究	31
--	----

- I 目的
- II 障害者自立支援法「介護給付」について
- III 訪問看護について
- IV 方法
- V 結果
- VI 考察
- VII 結論

図表

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

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 向上を目的に、意識障害者、介護者、そして両者の生活を支える医療・福祉サービスという観点から在宅支援のありかたについて検討する。具体的には、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こと、2) 意識障害者の身体・精神機能の向上、そして3) 介護負担の軽減と介護力を強化することを目的に研究を実施した。

2. 研究方法

平成 23 年度は、上記目標 2) に関する研究である、意識障害者に関わる看護師への教育研修の実施とその評価、そして目標 3) に相当する、在宅生活を支援する意識障害者へのモデルケアプランの開発を目的に、障害者自立支援法利用者のケアプランの分析に取り組んだ。上記目的 2) に相当する研究として、意識障害が長期化した患者への看護を在宅あるいは病院で実施している看護師を対象に計 4 箇所での研修会の開催とその評価を実施した。本対象者を在宅遷延性意識障害者への看護を行っている者と限定しなかったのは、現在の医療制度において、病院内の遷延性意識障害者が在宅に移動する可能性が高いため、本技術を病院内の看護師に普及することも在宅への支援と位置付けたからである。また、平成 22 年度に開発した専門教育プログラムを基に、地域性を考慮して、研修プログラムを再構成した。「身体調整技術」、「身体解放技術」、「生活行動再学習技術」として、研修前に参加者の基本的属性、意識障害者への看護に関する実態調査、研修終了後に研修満足度調査を行った。目標 3) では、障害者自立支援法における訪問看護計画書、居宅介護および重度訪問介護計画書を基に、在宅における意識障害者のケア目標ならびにサービス利用の実態とその特徴を明らかにした。

（倫理面の配慮）

研究の対象者には、調査の主旨、匿名性・守秘義務の遵守、調査報告後のデータ処理方法、そしてデータは本調査のみに使用する旨を詳細に説明し、書面にて同意を得た。意

識障害者において意思の表出が困難である場合には、代諾者として介護者（家族）から同意を得た。また、不都合が生じた場合には途中で拒否が可能であること、その際に不利益を被ることのない旨も説明した。なお、研究を始める前には筑波大学の倫理審査を受けた後に実施した。

3. 研究結果及び考察

意識障害者に関わる看護師を対象にした研修会は4箇所で開催し、参加者は計117名であった。参加者の平均年齢は 42.6 ± 11.5 （範囲：22-61）歳であり、就業期間は 17.9 ± 11.2 年であった。病院での勤務者が53.1%、訪問ステーションは12.5%、介護支援センターが25.0%であった。日常的に実施している看護として、合併症予防や生体管理（呼吸の援助71.9%、80度座位への援助75.0%など）、生活援助に関するケア（口腔ケアが93.8%、排泄の援助が90.6%）、生活行動の回復に向けたケア（車椅子乗車が81.3%、摂食嚥下訓練が75.0%）であったが、意識障害の看護に特有な背面開放型座位や触覚刺激、味覚刺激の実施率は40%以下であった。研修終了時における研修の総合的な満足度の評価では、10段階中平均 8.7 ± 1.3 と高かった。本研修で紹介した看護実践に関して、「今後実施したい」が58.1%であった。「いいえ」「わからない」では、回答者の61.5%は人員配置が整備されれば取り入れたいと回答した。本研修は合併症予防や生体管理に留まらず、身体機能・生活機能の回復を目的にしていることから、「これまでの看護と異なる考え方であり勉強になった」等の意見も多かった。しかし、意識障害の看護の普及においては研修会の実施場所・回数、そして看護実践の導入に向けての人員調整等の課題があることが示唆された。

ケアプランにおける研究では、全国遷延性意識障害者・家族会に所属する意識障害者と介護者の協力を得て、障害者自立支援法利用者のケアプラン（48件）を対象に分析を行った。48件中47件が障害区分6であった。また、37件（77.1%）は居宅介護を利用し、サービス内容としてはICF分類におけるセルフケア、移乗・移動に関する項目が多かった。居宅介護では看護職との連携はみられるものの、経管栄養や気管切開など医学的管理が必要な利用者であるという記載はなかった。また、重度訪問介護の利用者は11件（22.9%）であり、セルフケアへと運動・移動への関与において「状態観察・見守り」が5件（45.5%）あり、移動介護を含み50時間から最高385時間利用していた。居宅介護より滞在型サービスが叶うことから、状態観察・見守りが可能となったと思われた。一方、訪問看護では、意識障害と捉えてニーズの位置づけをしていたのは9件であり、廃用症候群のリスク状態や合併症の潜在的状態としたニーズは18件（54.5%）だった。全般的な特徴として、訪問看護・介護、入浴サービスとも全員が利用しているわけでは

ないこと、医療的なケアが必要な障害者への看護と介護の連携、そして意識障害という障害特性に応じたケアの認識が課題と考える。そして、それらの問題の背景には、障害者自立支援法は介護保険法とは異なり、包括的なマネジメントを実施する専門職が不在であることが影響しているのではないかと考えられた。

意識障害者の看護に関する教育看護プログラムの開発

意識障害者の看護に関する教育看護プログラムの開発

—在宅遷延性意識障害者への看護に関する看護師への研修プログラムの評価—

林 裕子	北海道大学大学院 保健科学研究院
日高 紀久江	筑波大学 医学医療系
紙屋 克子	静岡県立大学 看護学研究科
福良 薫	北海道医療大学 看護福祉学部
宮田久美子	北海道大学大学院 保健科学研究院 修士課程
大内 順子	北海道大学大学院 保健科学研究院
久保田直子	広島県立三次看護学校
松井 英俊	広島文化学園大学 看護学部

I 研究目的

近年、高齢社会を背景に医療の高度化が進み、様々な疾患の治癒率は向上している。しかし、その一方で医療費の抑制のために、疾病の急性期の治療が終了した多くの患者のその後の慢性的な治療の場が、病院施設から在宅へとシフトしている¹⁾。在宅で療養生活を送る場合、自らセルフ管理ができない意識障害者は、他者の介護を受けながら“今”を生きるための介護を受けることが多い。

医療の関心領域は疾病の治療であるが、その疾病によって死の危険性が高い場合や死を避けるための治療の発見などに関心が大きくむけられる傾向がある。その結果、医学では治癒できない疾病は、医療の限界としてその開発が遅れることも否定できない。

医療の進歩に伴い、看護学も進歩し続けてきたが、医療の限界にある対象者に対し、今ある状態を維持する介護を支持する傾向がある。そのため、在宅における看護は、医学と介護の狭間を補う手段となり、看護の本来の意味が薄らぐこともある。

ナイチンゲール²⁾の看護の本質の一つに「看護を患者に対し科学的認識と看護の知識によって自然治癒力を高める状態を作り出すこと」がある。つまり、看護の持つ力の一つに、「自然治癒力を高める」という治療的概念を有することとなる。このことから、自然治癒力を高める看護技術の開発が必要であると考えた。

本研究では、脳損傷による意識障害者が生活行動を回復することを目指すための看護技術の開発を原点に、脳損傷にかかわらずあらゆる疾患によって運動機能障害者や神経機能障害者や廃用症候群のある者の生活行動回復の看護技術の開発を目指してきた。また、本技術の普及のため、教育プログラムを開発したが、その実践評価が行われていない。

そこで、今回、開発した教育プログラムに基づいた研修会を開催し、意識障害者への看護の実態と臨床における本技術の必要性、並びに本研修プログラムの評価を実施したので報告する。

Ⅱ 研究方法

1. 対象者

意識障害が長期化した者への看護を在宅あるいは病院で行っている看護職員とした。本対象者を在宅遷延性意識障害者への看護を行っている者と限定しなかったのは、現在の医療制度において、病院内の遷延性意識障害者が在宅に移動する可能性が高いため、本技術を病院内の看護師に普及することも、在宅への支援と位置付けたからである。

2. 調査内容

1) 研修概要

本技術は「意識障害者の生活行動回復看護」と総称し、「身体調整看護技術」「身体解放看護技術」「生活行動再学習を促す看護技術」があり、対象者の状態をアセスメントし、生活していく姿を目標に、4週間毎に計画を立案実行し、評価するものである。この看護技術を臨床にて実践していくための研修プログラムは、平成22年度に開発した。この専門的な研修プログラムを基に、地域性を考慮して再構成した。基本的な内容は「身体調整技術（1時間）」「身体解放技術（1時間30分）」「生活行動再学習技術（1時間）」である（表1）。

研修開催に関しては、開催地に在住する研究協力者に会場の準備やポスターの配布、参加者の取りまとめを依頼した。

表1 研修会のプログラム

時 間	項 目
8:30～	受付開始
9:00～9:30	研修会の趣旨とアンケート依頼 NICD実践事例の紹介
9:30～11:00	身体解放の技術とその実際 デモンストレーションと体験の内容
11:00～11:15	休憩
11:15～12:15	身体調整の技術
12:15～13:00	昼休
13:00～14:00	生活行動再学習の技術 ・寝たきり状態から経口摂取への実際 ・実践方法
14:00～14:30	研修のまとめとアンケート

2) 調査内容 (資料参照)

研修前に、年齢、性別、看護師経験年数、調査時点での役職、意識障害患者の看護の経験について質問した。意識障害者への看護に関する実態調査として、日常的に行われている看護に関して、『合併症の予防や生体管理』の13項目、『生活援助としての看護』の12項目、『生活行動が獲得できるための看護』の13項目について、また、退院調整加算に関して質問した。研修終了後に研修満足度調査³⁾を基に一部改編した質問紙を使用した。さらに、本研修全体への満足度に関して10段階評価で質問し、その理由の回答を求めた。また、本技術を診療報酬化にすることに関しての意見を求めた。

3) 分析方法

質問項目ごとに記述統計を実施し、役職者の有無による比較に関してカイ二乗検定とMann-Whitney U-Testを行った。感想等の意見はKJ法を用いて分類を行った。

4) 倫理的配慮

本調査は、所属機関の倫理審査の許可を得て実施した。対象者に対しては、研修の主旨と目的、匿名性・守秘義務の遵守、研究報告後のデータ処理方法等についてアンケート用紙を記入した。また、アンケートの記入を持って同意を得たものとした。

Ⅲ 結果

1. 対象の属性

1) 研修参加状況 (表 1)

研修会は、富山県・広島県・佐賀県・栃木県の4県において開催を行った。4回の研修会への参加状況は、富山県 51名、広島県 78名、佐賀県 144名、栃木県 82名であり、合計 355名の参加があった。看護職員の参加者は 321名であり、他職種 24名、学生 10名であった。

表 1 研修への参加状況

研修場所	開催日	参加者	看護者参加人数
富山	2011/10/29	51名	51名
広島	2011/12/3	78名	68名
佐賀	2012/1/29	144名	120名
栃木	2012/2/9	82名	82名

2) 調査対象者の背景 (表 2)

調査票は、看護職員の 321名に配布して 263名の回答 (回収率 81.9%) を得た。263名の概要は、男性 19名、女性 243名、無記名 1名であった。平均年齢 40.3 ± 11.5 歳 (最少年齢 22歳、最高年齢 65歳)、看護師免許は、看護師 228名、准看護師 25名であった。看護経験歴 (准看護師と看護師) は 16.1 ± 10.9 年であった。病棟勤務者 75.3%、外来勤務者 2.3%、訪問ステーション勤務者 8.7%、介護支援センター 3.0%、看護教員 (4.2%)、その他 6.5%であった。意識障害患者への看護の経験者は 246名 (96.9%)、未経験者は 17名 (6.5%) であった。看護の経験として、脳神経疾患が原因の意識障害者の看護は 187名 (71.1%)、脳神経疾患以外の意識障害者は 165名 (62.7%) であり、原因不明の意識障害者は 176名 (66.9%) であった。

3) 本技術の認知度 (図 1・図 2)

意識障害者の生活行動看護の認知度に関して、知らない者は知っている者より有意に多かった ($p < 0.001$)。役職別では、本技術を知っていた者が 25名 (10.8%)、役職無しでは 20名 (8.6%) であり、有意な差は見られなかった。

意識障害者の生活行動看護の開発は、2006年頃から組織的活動を開始しているが、知っ

ていると回答した人は 48 名であった。

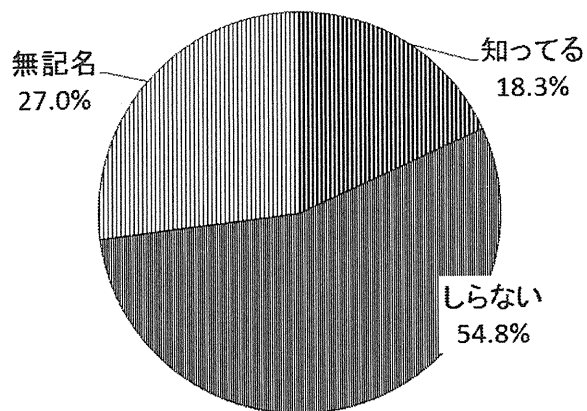


図1 意識障害者の生活行動回復看護の認知度
(n=263)

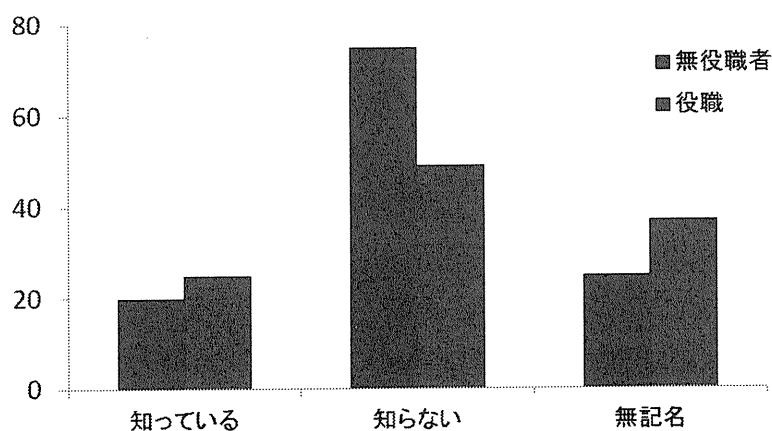


図2 役職別の意識障害者への回復技術の認知度
(n=263)

4) 退院調整加算の認知度 (図3・図4)

平成 20 年度の診療報酬の改定により新設された退院調整加算の認知度は、知っているが 113 名 (45.9%)、知らないは 117 名 (47.6%)、無記名 16 名 (6.5%) であった。そのうち、退院調整加算を知っている者は、主任や看護師長、看護部長、施設長等の役職者は 64 名 (31.7%) であり、無役職者は 33 名 (16.3%) であり、役職者は無役職者より有意に多かった ($p<0.001$)。

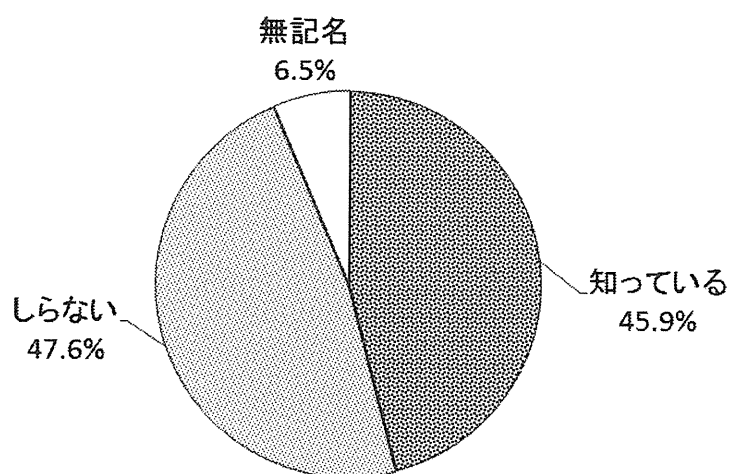


図3 平成20年度の診療報酬改定により設定された退院調整加算の認知度 (n=263)

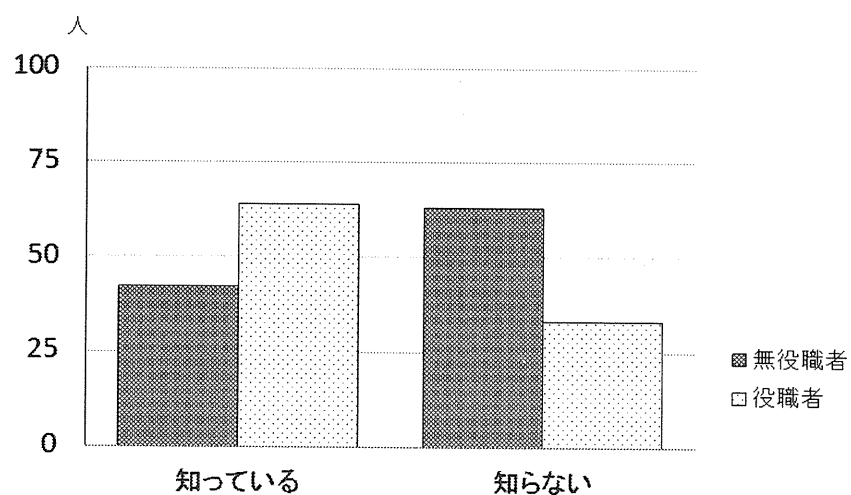


図4 役職の有無による退院調整の認知度 (n=202; 無記名者61名)

2. 研修前調査による意識障害者への看護の実態

1) 対象者

研修前調査における回答者 263 名のうち、意識障害者への看護経験のある 246 名 (93.5%) を対象に分析を行った。

2) 日常的に行われている看護に関して

意識障害患者への看護において、日常的に行っている看護の実態について回答を得た。合併症の予防や生体管理の看護（図5）では、口腔ケアが240名（97.6%）、体位変換239名（97.2%）、バイタルサイン測定が238名（96.7%）、更衣の援助と痰の吸引が237名（96.3%）、褥瘡のケアが233名（94.7%）、栄養が225名（91.5%）、排便コントロールが222名（90.2%）、30度座位への援助が203名（82.5%）、呼吸の援助が202名（82.1%）、合併症の予防のための80度以上の座位への援助が194名（78.9%）、であった。生活行動回復への看護は、車椅子への乗車が81.3%であり、摂食嚥下訓練が75.0%、端座位訓練が71.9%であった。背面開放型座位や触覚刺激、味覚刺激は40%以下であった。

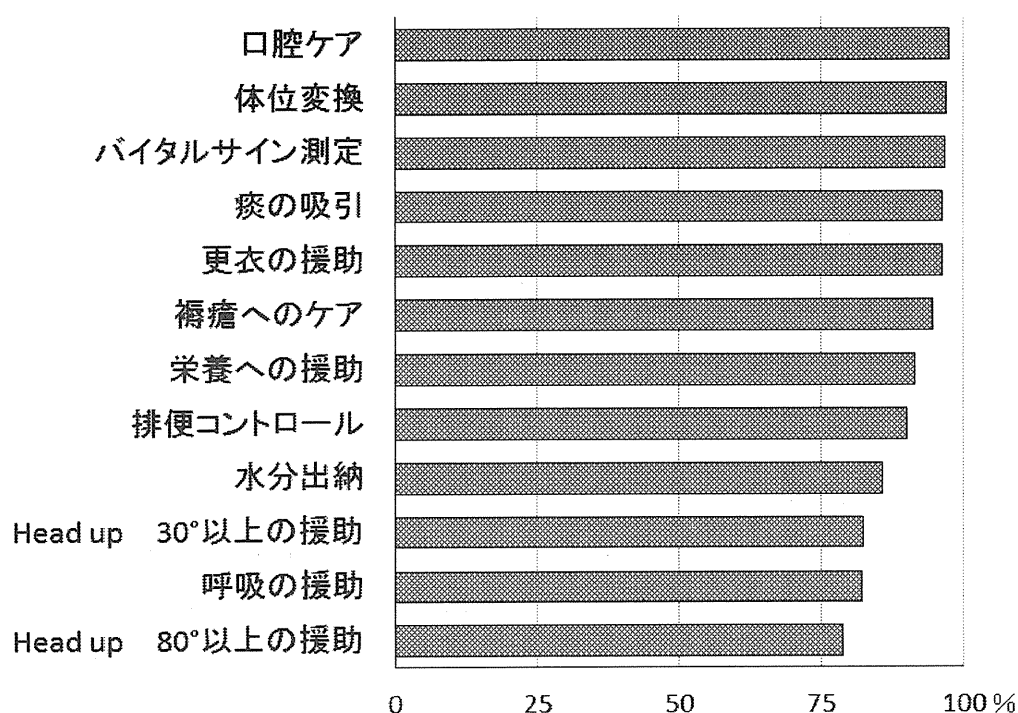


図5 意識障害者への日常的に実施している看護
生体管理／合併症予防 (n=246)

生活援助への看護（図6）では、排便援助が234名（95.1%）、口腔ケアとおむつ交換が232名（94.3%）、経管栄養の注入が226名（91.8%）、全身清拭が225名（91.5%）、車いすへの乗車が219名（89.0%）、排尿の援助が217名（88.2%）、生活援助として80度以上の座位への援助が184名（74.8%）、睡眠の援助と整容の援助が171名（65.5%）であった。

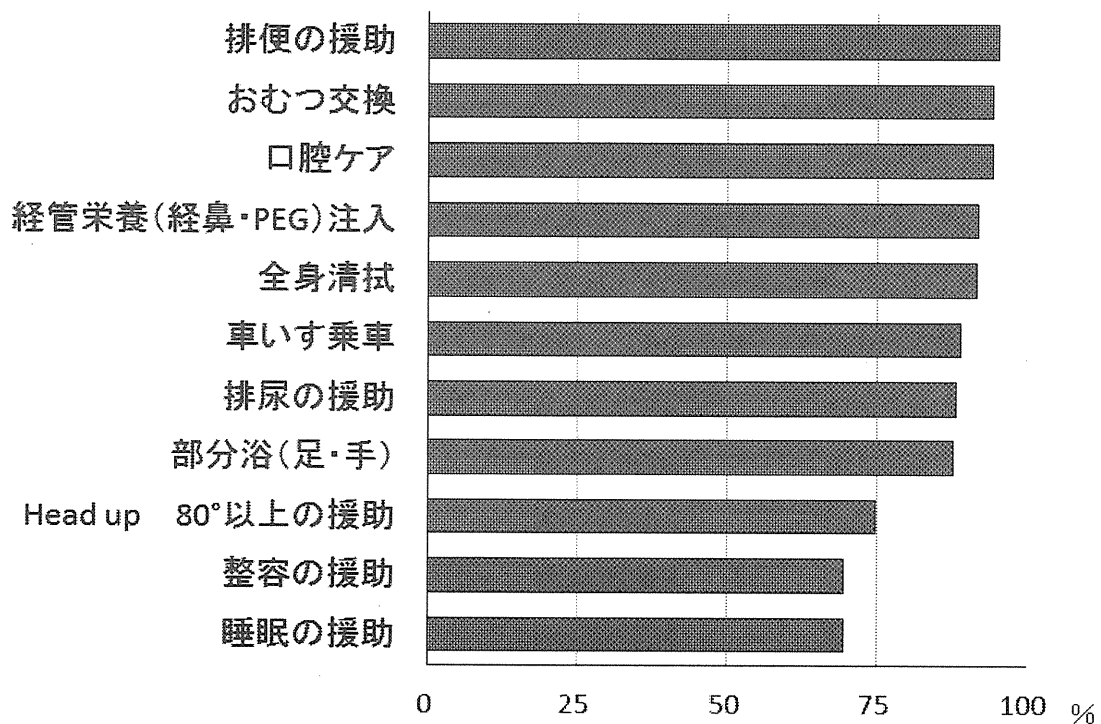


図6 意識障害者への日常的に実施している看護生活援助 (n=246)

生活行動の獲得のための看護(図7)は、車いすへの乗車が190名(77.2%)、排泄誘導が171名(69.5%)、80度以上の座位への援助が155名(63.0%)、摂食・嚥下訓練144名(58.5%)、運動療法116名(47.2%)、味覚・嗅覚刺激71名(28.9%)、音楽療法64名(26.0%)、腹臥位52名(21.1%)、触覚刺激39名(15.9%)、背面開放型器具の使用17名(6.9%)であった。

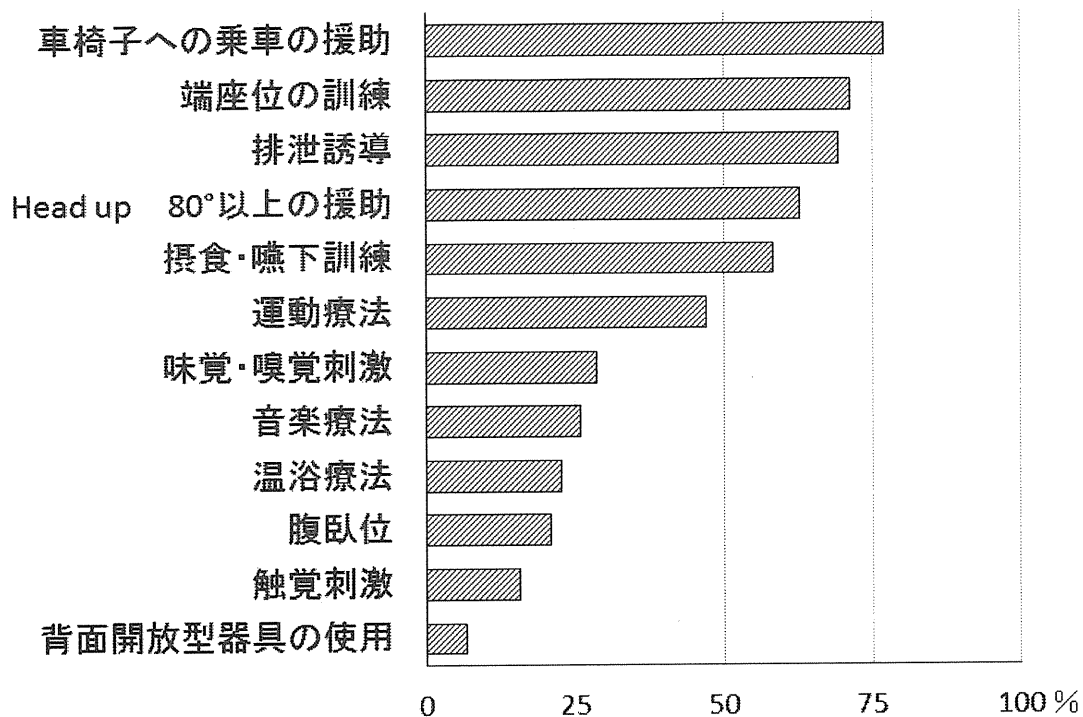


図7 意識障害者への日常的に実施している看護生活行動の獲得 (N=246)

意識障害者として意図的に行っている看護(図8)については、体位変換 141名(57.3%)、口腔ケア 114名(46.3%)が最も多かった。生体管理と合併症予防の看護の、体位変換・口腔ケア・褥瘡ケア・排便コントロール・栄養管理・バイタルサイン・痰の吸引の7項目が上位を占めていた。

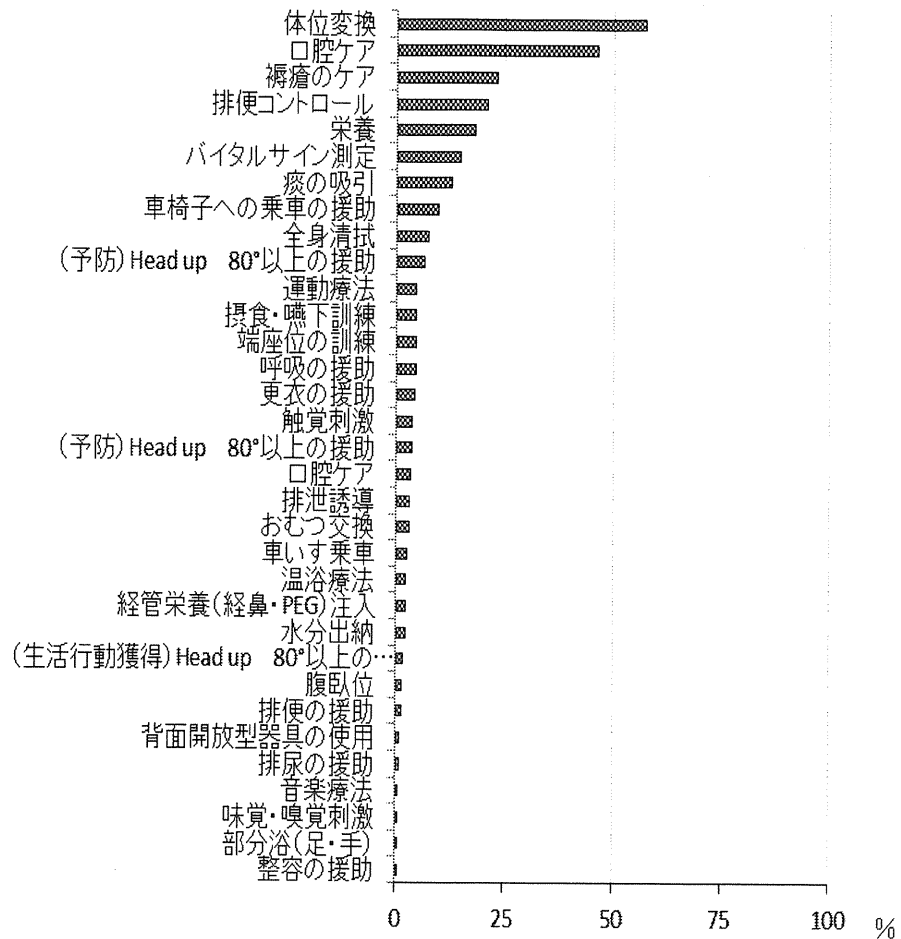


図8 意識障害者として意識して行う看護

3. 研修後の調査による研修評価

1) 対象者

本研修を受講した看護職員 321 名に配布にて、255 名から回収（回収率；79.4%）し、分析対象とした。

2) 研修に対する受講者の研修満足度（図 9 は別紙参照）

研修の事前準備については、下位項目の「受講するにあたり、本を読むなど事前に準備をした」は、あてはまらないと回答した者が 203 名（78.8%）であった。また、「私はこの研修で仕事に対する意識・知識・スキルが向上することを期待していた」の項目では当てはまると回答した者が 248 名（97.3%）であった。学習内容については、研修の内容が「自己の目標に達成させる内容であった」244 名（95.7%）、「難易度が適切であった」237 名、「学習量」240 名（94.1%）、「講義量」245 名（96.1%）、「講義範囲は期待通り」246

名（96.5%）があてはまると回答していた。研修の学びでは、「今後の看護に役立つ」253名（99.2%）、「臨床に活用できる内容」241名（94.5%）があてはまると回答していたであった。

総合的な満足を10点満点として評価を求めた結果、 8.6 ± 1.6 であった。その評価の理由として、「(本技術の) 効果が分かった」「学びたい」「実践したい」という意見が多かった。

3) 本技術の診療報酬化に関して (図10)

本技術が診療報酬化されることに関しての是非の質問では、「賛成」は127名（49.8%）、「反対」1名（0.4%）、「わからない」31名（12.2%）、無記名は96名（37.6%）であった。その理由として、「賛成」と回答した者は「看護の質の向上」「看護師のやりがい」「看護を認めてほしい」という【看護師のため】と、「患者の回復」「患者のQOLの向上」という【患者のため】という意見があった。「わからない」と無記入では、「人手不足」という【人的環境】と「自分の技術に不安がある」「自分には出来ない」【自己への不安】があった。

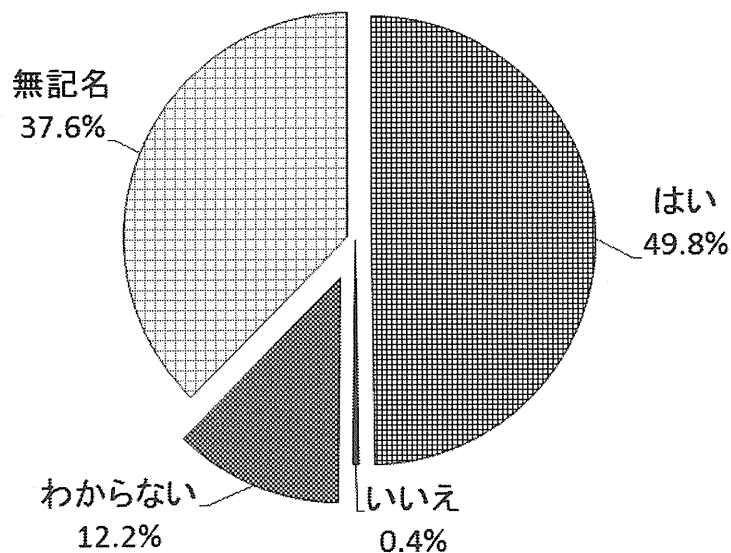


図10 本技術の診療報酬化の賛成度

4) 本研修の感想 (自由記載)

「(研修を受けて) 認識が変わった」、「勉強になった」「再度、受講したい」という、【看護感の変化】や【自己のさらなる向上】の意見があった。一方、この技術を取り入れる問題として「人手不足」という【人的問題】の意見が多かった。

IV 考察

1. 意識障害者の生活行動回復看護に関する研修会

研修会は地方都市で行った。研修の参加者数は会場の事情により各地で募集人数に差がみられたが、ほぼ募集人数を満たす状態だった。意識障害者の生活行動回復看護の開発は、2006年から組織的に活動を開始してきた。そのため、本研修会を開催するにあたり、本看護の開発協力者の協力を得て、開催準備が進められることができた。しかし、本研修に参加した者において、この看護の認知度は18%弱であり、活動開始から2年後の2008年ごろにおいても知る人は少なかったにも関わらず参加人数が多かったことは、この看護に関心を寄せている者が増えていることと推察される。

本研修の研修満足度は、90%以上を超えている者が多かった。また研修後の感想では、「看護感の変化」があり、現在行われている看護に対する不満や達成感のない状態から看護で患者をより良い状態に変化できることを知る機会となったようである。

本研修会は、講義では理論と実際の実践例、技術の紹介では実技のデモンストレーションを行ったワークショップ型の研修会であった。そのため、この看護の実際が再現できたため、わかりやすい研修内容であると評価されたと思われる。

2. 意識障害者への看護の実際

本研修会では、参加者の実際の看護の提供内容について、調査を行った。その結果、合併症の予防や生体管理の看護の実施について90%以上の回答を得た。これは、意識障害者が自ら生体を管理できないためであり、生命の安全の確保として基本的看護が遂行されていると推測される。また、医療報酬の改変により、肺炎発症や褥瘡の発生の予防などの看護が点数加算となるため重要になっていると思われる。生活行動の援助も同様に、食事や排泄、清潔などのすべての生活行動を看護がケアしている状況があった。これらのことは、生命を守り、安全安楽に生活していくための基本的看護として重要である。つまり、これらの基本的な看護は、今ある状態を維持することが目的となる。このことは、ナイチンゲールが唱える「自然治癒力を高める看護」ではないかと思われる。

一方、関節拘縮の原因に関する研究では、在宅の脳血管障害高齢者が寝たきりにならない要因として加藤⁴⁾は、屋外へ外出、下肢関節拘縮がないことをあげている。また、嶋田⁵⁾は運動麻痺や関節間の共調運動のない場合などは、拘縮が発生する率が高いとしている。つまり、意識障害者は自ら運動することが困難であり、自から合併症等が起きることを避けることができない状態である。自ら運動がないのであれば、他動的な運動が重要であるが、拘縮の予防として実施されるROM訓練については、その効果があまり得られない現