

状がある。また、意識障害者への意識の回復の介入として、背面を解放した座位⁶⁾や単一の感覚刺激に関する研究⁷⁾が実施されているが、その汎用性は未知数であり、効果も未だ顕著とはいえない。そこで、本研究における「意識障害者の生活行動回復看護」は、意識障害者の状況を、医学的判断としての脳機能障害と運動機能障害であるとともに、看護学的判断としての生活行動をとる機能が低下した存在としてとらえた。そうすることで、看護は脳機能障害の回復を直接的に目指すのではなく、生活行動を再獲得することを目指すことで、意識障害の改善を図ることが主となる。このことは、先に述べたナイチンゲールの「自然治癒力を高める看護」と合致するものである。また、林^{8,9)}はある意味を持つ複数の感覚に多数の刺激を行うことが、脳機能の活動を高め自ら自発的な行動が引き出されるとしており、意識障害者に対し生活行動の再獲得のための看護の可能性を示唆している。

したがって、意識障害者に対する日常的な看護において、生活行動を獲得するための看護の実態を調査したが、その結果、車いす乗車が最も多く約7割を占め、排泄や80度以上の座位、摂食嚥下訓練が5・6割程度であった。そして、背面を解放する座位は0.7割であり、単一の感覚器刺激も2割程度であった。意識障害者であるから実施している看護を選択してもらっても、体位変換や口腔ケアが最も多かった。つまり、合併症の予防や生体管理の看護や生活援助の看護より、生活行動再獲得のための看護の実践は、非常に低い実態であった。

3. まとめ

本研修は、意識障害者への生活行動回復看護の実践を通して、意識障害者への看護の実態を明らかにすることができた。意識障害者への看護は、合併症予防や生体管理の看護や生活の援助が中心であり、生活行動の回復看護を行う傾向にはなかった。しかし、本研修を通し、これまでの看護を内省し、看護の持つ力を再発見したことで、今回構築した研修プログラムの有効性を確認することができた。

V 結論

本研修は全国4か所で開催し、参加状況も満席状態であり、研修満足度も高かった。意識障害者の看護は、合併症予防や生体管理の看護と生活援助の看護が最も一般的に行われており、生活行動獲得のための看護は非常に少ないという実態が明らかになった。

謝辞

本研修の開催に当たり、各地区の看護部長様、看護学校の教職の皆様には、大変お世話になりました。感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 平成 19 年版 厚生労働省白書 医療構造改革が目指すもの (概要)
<http://nhj.or.jp/pdf/PDF0028/F002836.PDF> (2011.12.25)
- 2) フロレンス・ナイチンゲール;小玉加津子,尾田葉子訳:看護覚え書き 本当の看護とそうでない看護,日本看護協会,2004
- 3) 浅野良一:調査研究資料 No.114 .2005.公共能力開発施設の行う訓練効果測定
—訓練効果測定に関する調査・研究—
- 4) <http://www.tetras.uitec.ehdo.go.jp/download/kankoubutu/a-114-07.pdf>
独立行政法人雇用・能力開発機構. (2011.4.11)
- 5) 加藤基子:在宅脳血管障害者が寝たきり状態になる時期と要因,老年看護学, 1182, 103-110, 2007.
- 6) 嶋田智明:関節拘縮の基礎科学 その発生要因・病態ならびに理学療法アプローチの現状,理学療法学, 21(2), 86-89, 1994
- 7) 大久保暢子,雨宮聡子,菱沼典子;背面解放端座位ケアの導入により意識レベルが改善した事例—遷延性意識障害患者 1 事例の入院中から在宅での経過を追って—,聖路加看護学会誌, 5(1), 58-62, 2001
- 8) HYUNSOO OH,WHASOOK SEO; Sensory stimulation programme to improve recovery in comatose patients, Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 394-404.
- 9) 林裕子:神経生理学を基盤とした意識障害患者への回復のための看護介入方法,日本脳神経看護研究学会誌, 32(2), 117-124, 2010.
- 10) 林裕子:脳波による意識障害患者の脳活動評価の検討:複数異種感覚刺激による α 波と β 派の変化,日本脳神経看護研究学会誌, 33(2), 133-140, 2011.

資 料

表 2 対象の属性

		全対象者 n=263	意識障害者患者への看護経験者 n =246
性別			
	男性	19 名 (92.4 %)	18 名 (92.3)
	女性	243 名 (7.2 %)	227 名 (7.32)
	無記名	1 名 (0.4 %)	1 名 (0.41)
年齢	平均年齢	40.3±11.5 才	39.7±11.4 才
看護免許			
	看護師	228 名 (86.7 %)	218 名 (88.6)
	准看護師	25 名 (9.51 %)	24 名 (9.76)
	無記名	10 名 (3.8 %)	4 名 (1.63)
看護経験年数	平均年数	16.1±11.0 才	16.4±10.5 才
職場			
	入院病棟	198 名 (75.3 %)	192 名 (78)
	外来	6 名 (2.3 %)	4 名 (1.63)
	訪問ステーション	23 名 (8.7 %)	23 名 (9.35)
	福祉関連	10 名 (3.8 %)	8 名 (3.3)
	ケアマネージャー	2 名 (0.8 %)	2 名 (0.8)
	手術・透析室	3 名 (1.1 %)	3 名 (1.2)
	看護学教員	11 名 (4.2 %)	0 名 (0)
	無記名	10 名 (3.8 %)	7 名 (2.8)
役職			
	スタッフ	121 名 (46.0 %)	118 名 (48)
	主任	24 名 (9.1 %)	23 名 (9.35)
	副師長	34 名 (12.9 %)	31 名 (12.6)
	師・科長	32 名 (12.2 %)	30 名 (12.2)
	副総(部)長	4 名 (1.5 %)	4 名 (1.63)
	部長・施設長	16 名 (6.1 %)	15 名 (6.1)
	無記名	32 名 (12.2 %)	25 名 (10.2)

私のこれまでの経験や能力は、この研修を受講するのに適度なレベルであった
 私はこの修を受講するにあたり、本を読むなど事前に準備をした
 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
 私はこの研修の目的を理解していた

研修日数は適切であった
 会場は交通の便がよく利用しやすかった

講義のスピードは適切であった
 講義はわかりやすかった

この研修は、学習上の目標を達成させるような内容であった
 この研修の学習内容の難易度は、私にとって適切であった
 この研修における学習の量は、私にとって適切であった
 この研修における講義の量は、私にとって適切であった
 この研修の学習内容の範囲は、期待通りであった

この研修で学んだことは、すぐに臨床で活用できるものであった
 この研修で学んだことは、今後の看護に役立つものであった

私は研修を通じて、他の受講者の姿勢や態度から学ぶ点が多かった
 私は研修を通じて他の受講者から自分に有用な情報を得ることができた

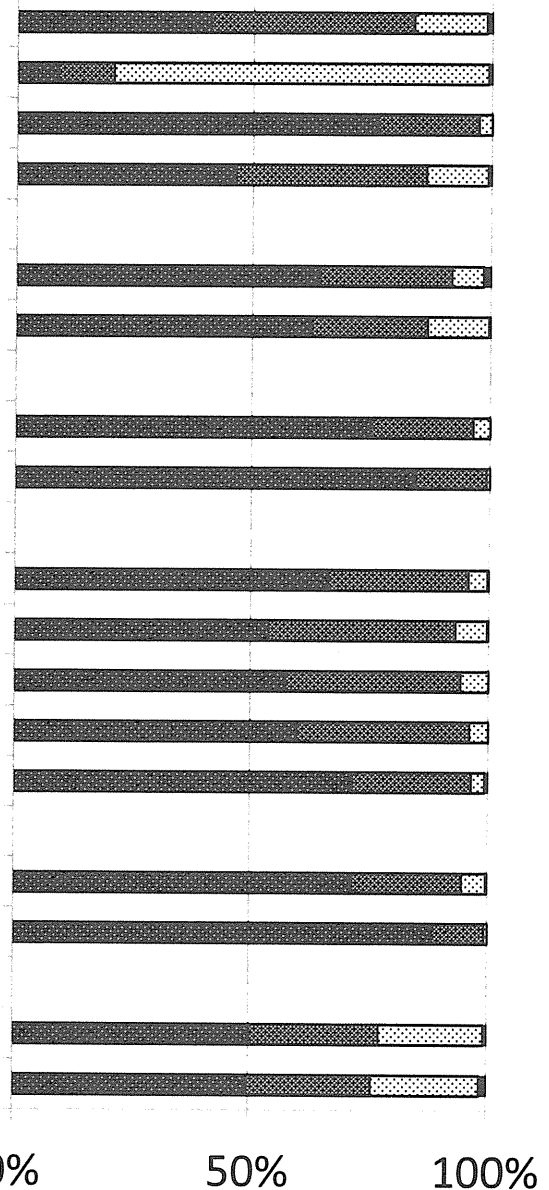


図10 研修の満足調査

■ 当てはまる ■ 大体当てはまる ■ はまらない ■ 無記名

II. 意識障害患者や寝たきり患者（介護度4以上）の看護経験について該当するものを○で囲んで下さい

- 1) 脳疾患による意識障害患者の看護経験 (1) あり (2) なし
2) 脳疾患以外による意識障害患者の看護経験 (1) あり (2) なし
3) 原疾患が不明であるが、寝たきり患者（介護度4以上）の看護経験 (1) あり (2) なし

IIにおいて

1)・2)・3)のいずれも「(2) なし」とお答えされた方は、次々ページのIVにお進みください。

1)・2)・3)のいずれかに「(1) あり」とお答えされた方は、**次のIII**にお進みください。

III. 意識障害患者・寝たきり患者への看護について、お答えください

1) 下記から日常的に行っている看護について該当するものを○で囲んでください。(複数回答可)

(1)合併症の予防や生体管理の看護

- ア. 栄養 イ. 排便コントロール ウ. 水分出納 エ. 吸引 オ. 褥瘡のケア
カ. 口腔ケア キ. バイタルサイン測定 ク. 体位変換 ケ. 更衣の援助 コ. 呼吸の援助
サ. ベッド上ヘッドアップ80度以上（背もたれのある座位）の援助
シ. ベッド上ヘッドアップ30度程度の援助
ス. その他（具体的に記入してください。複数回答可）；

(2)生活援助としての看護

- セ. 睡眠の援助 ソ. 整容の援助 タ. 全身清拭 チ. 排便の援助 ツ. 口腔ケア
テ. 部分浴（足・手） ト. 車いす乗車 ナ. 排尿の援助 ニ. 経管栄養（経鼻・PEG）注入
ヌ. ベッド上ヘッドアップ80度以上（背もたれのある座位）の援助 ネ. おむつ交換
ノ. その他（具体的に記入してください。複数回答可）；

(3)生活行動が獲得できるための看護

- ハ. 端座位の訓練 ヒ. 背面開放型器具（座ろうくん[®]）の使用 7. 味覚・嗅覚刺激
- ハ. 触覚刺激 ホ. 音楽療法 マ. 温浴療法 ミ. 腹臥位 4. 摂食・嚥下訓練
- メ. 運動療法 モ. 排泄誘導 ヤ. 車椅子への乗車の援助
1. ベッド上ヘッドアップ80度以上（背もたれのある座位）の援助
3. その他（具体的に記入してください。複数回答可）；

2) 前記1)の日常的に行っている看護において○をつけた中で、特に意識障害患者あるいは寝たきり患者であるから行っている看護は何ですか

3つ選び以下の欄にその記号をご記入ください

1		2		3	
---	--	---	--	---	--

IV. 意識障害の改善のために背面開放型座位（端座位等）にすることが有効だといわれていますが、日常の看護においてそれを行うことについて、ご自由にご記入ください。

V. 退院調整加算は、平成 20 年度の診療報酬の改定により新設されました。平成 22 年度には適切な場所で患者ここに応じた退院調整が必要であるため、慢性期と急性期の病棟における退院調整加算に変更されました。長期入院を回避するために改定されたこの退院調整加算をご存知ですか

- (1) 知っている (2) 知らない→VIにお進みください。

↓
回答の方は下記のV-2以下にお進みください。

V-2. 意識障害患者や寝たきり患者に関して退院調整加算を申請したことはありますか

- (1) はい (2) いいえ →V-4以下にお進みください。

↓
V-3以下にお進みください。

V-3. 遷延性意識障害患者や寝たきり患者の主な転院先について、該当する番号に○をつけてください。
(複数可)

- | | |
|--|----------------|
| (1) 貴院に附属する病院 | (2) 連携している病院 |
| (3) 地域医療連携室からの紹介 | (4) 家族が探してきた病院 |
| (5) 福祉施設・障害者施設 | (6) 在宅療養 |
| (7) その他 () | |

V-4. 遷延性意識障害患者の退院調整をする上で困難だったことなど、ご自由にご記入ください。

VI. 在宅看護に従事しておられる皆様にお尋ねいたします。

- 1) ご自分が担当されている患者数は何人ですか ()
- 2) その担当患者中、意識障害患者や寝たきり患者は何人おられますか ()
- 3) 意識障害患者や寝たきり患者を担当して悩んでいること、困っていることなど、ご自由にご記入ください。

VII. 看護技術の診療報酬化に向けたプロジェクトでは、遷延性意識障害や寝たきり患者（廃用症候群のある患者）に対する自発的な生活行動の回復に向けた看護技術として生活行動回復技術について開発を進めております。あなたは、この活動をご存知ですか？

- (1) はい (2) いいえ →



VI-2 以下にお進みください。

VI-2. この活動いつ頃にご存知ですか

- (1) およそ1ヵ月前 (2) およそ3ヵ月前 (3) およそ半年前
(4) およそ1年前 (5) およそ2年前 (6) およそ2年以上前
(7) その他 ()

VI-3. この活動をどのように知りましたか

- (1) 看護系雑誌 (2) 講演 (3) 学校の授業
(4) 研修会 (5) インターネット (6) 論文
(7) その他 ()

VI-4. この活動を知りどのような思われましたか、自由にご記入ください。

VIII. 本研修会に対し、期待していることをご自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

アンケートにご協力をお願いいたします

本日は、セミナーにご参加いただきましてありがとうございます。お疲れのところ、恐縮ですがアンケートの御協力お願い申し上げます。本セミナー終了後、およそ1カ月後にアンケートをインターネット上で行う予定です。ご参加いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

本研修は長期の意識障害や廃用性症候群(寝たきり)患者の QOL 向上のための看護技術が、多くの臨床場面で、継続的に普及することを目的としています。本研修プログラムを、より一層充実したものにするために、皆さまのご意見をお聞かせください。アンケートのご記入にあたり、ご記入・ご提出の有無によってあなたが不利益な対応を受けることはありません。アンケートで得られた内容は、外部に流出することなく、個人を特定できないように対処し、研究終了後に抹消いたします。アンケートのご記入をもって、本研究にご同意いただいたものとさせていただきますことを、ご了承ください。

実施責任者：北海道大学大学院保健科学研究院 准教授 林 裕子
 分担者：筑波大学大学院人間総合科学研究科 准教授 日高紀久江
 北海道大学大学院保健科学研究院 助教 大内 潤子
 連絡先：〒060-0812 札幌市北区北12条西5丁目
 北海道大学大学院保健科学研究院
 林 裕子 TEL:(011)706-2823

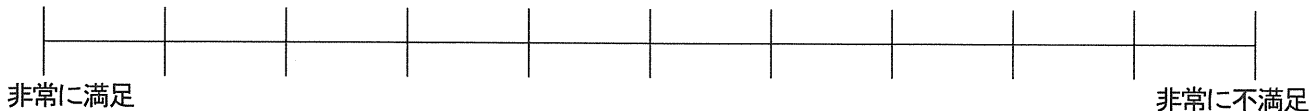
I. 研修の内容について

	非常に当てはまる	当てはまる	大体当てはまる	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
1) 私はこの研修の目的を理解していた.....	5	4	3	2	1
2) 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...	5	4	3	2	1
3) 私はこの研修を受講するにあたり、本を読むなど事前に準備をした.....	5	4	3	2	1
4) 私の今までの経験や能力は、この研修を受講するのに適度なレベルであった.....	5	4	3	2	1
5) この研修は、学習上の目標を達成させるような内容であった.....	5	4	3	2	1
6) この研修の学習内容の難易度は、私にとって適切であった.....	5	4	3	2	1
7) この研修における学習の量は、私にとって適切であった.....	5	4	3	2	1
8) この研修における講義の量は、私にとって適切であった.....	5	4	3	2	1
9) この研修の学習内容の範囲は、期待通りであった.....	5	4	3	2	1
10) 講義はわかりやすかった.....	5	4	3	2	1
11) 講義のスピードは適切であった.....	5	4	3	2	1
12) 私は研修を通じて他の受講者から自分に有用な情報を得ることができた.....	5	4	3	2	1
13) 私は研修を通じて、他の受講者の姿勢や態度から学ぶ点が多かった.....	5	4	3	2	1
14) この研修で学んだことは、今後の看護に役立つものであった.....	5	4	3	2	1
15) この研修で学んだことは、すぐに臨床で活用できるものであった.....	5	4	3	2	1
16) 会場は交通の便がよく利用しやすかった.....	5	4	3	2	1
17) 研修日数は適切であった.....	5	4	3	2	1

II. 本研修で最も期待していた内容は何ですか。該当する番号に○を付けてください(複数回答可)

- | | | |
|---------------------------|---------------|------------|
| 1. NICD 認定者による事例報告 | 2. 身体解放の技術 | 3. 身体調整の技術 |
| 4. PEG から経口摂取までのアセスメントと実践 | 5. 生活行動再学習の技術 | |

Ⅲ. 本研修の総合的な満足度について、該当する箇所に↓を付け、以下にその理由をご記入ください



理由

Ⅳ. 本研修で行われた技術は「生活行動回復技術」は、意識障害患者や廃用症候群患者(寝たきり=生活不活発病)を対象にした看護技術として、診療報酬化を目指しております。あなたはこの看護を行いたいと思います。

1. はい 2. いいえ 3. わからない

【その理由】

上記Ⅳで「2 いいえ」「3 わからない」と回答された方にお伺いします。

現在、遷延性意識障害や廃用症候群などがある患者に対して、この看護を対象に応じて目標を決めて4週間の計画を立案し、看護実践を実施しています。対象者によっては、この4週間で数回実施することで生活行動の回復が可能になるケースも見受けられます。あなたの所属する部署では、どのような条件や成果があれば、この看護技術を取り入れたいと思いますか(複数可)。

1. 在院日数の短縮
2. 診療報酬上の点数化
3. 看護実践の期間の限定(例:実践期間が4週間など、クリニカルパスがある)
4. 人員配置の充足
5. この分野における認定看護師の育成
6. 看護師のモチベーションの向上
7. 医師および他部門の許可
8. その他の理由(

V. 研修へのご意見・ご感想がございましたら、お聞かせください

今後、研修終了後の約 1 カ月後にインターネットあるいは郵便によるアンケートにご参加いただける方は、下記に E-mail アドレスあるいは住所をご記入ください。携帯電話による参加はできません。

インターネットでの参加を希望される方は、下記にご記入ください。

E-mail アドレス:

宛先名:

郵送での参加を希望される方は、下記にご記入ください

〒

住所

氏名

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

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

松田 陽子（筑波大学大学院人間総合研究科）

日高紀久江（筑波大学 医学医療系）

I 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 向上には、意識障害者、介護者、そして両者の生活を支える医療・福祉サービスが必要不可欠である。我が国の介護保障は「介護保険法」と障害福祉サービスの「介護給付」が存在しているが、障害者自立支援法における「介護給付」の実態に関する研究はほとんどない。

そこで、本研究では障害者自立支援法の介護給付利用者の介護給付・サービス計画書（ケアプラン）および訪問看護計画書を分析し、障害者自立支援法利用者の介護給付および訪問看護のケアサービス利用の特徴を明らかにすることを目的とした。

II 障害者自立支援法「介護給付」について

障害者基本法の基本的理念にのっとり、障害者自立支援法第 5 条では、「障害福祉サービス」とは、居宅介護、重度訪問介護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活介護、施設入所支援、移動支援等を謳っている¹⁾。以下、在宅における訪問系および通所系サービスの種別をみる。

1. 「居宅介護」について（法第 5 条 2 項）

「居宅介護」とは、障害者等につき、居宅において入浴、排泄又は食事の介護の他の厚生労働省令で定める便宜を供与することをいう。

2. 「重度訪問介護」について（法第 5 条 3 項）

「重度訪問介護」とは、重度の肢体不自由者であって常時介護を要する障害者につき、居宅における入浴、排泄、又は食事の介護その他の厚生労働省令で定める便宜及び外出時における移動中の介護を総合的に供与することをいう。

3. 「療養介護」(法第5条6項)

「療養介護」とは、医療を要する障害者であって常時介護を必要とものとして厚生労働省令で定めるものにつき、主として昼間において、病院その他の厚生労働省令で定める施設において行われる機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話の供与である。デイケアと通称される。

4. 「生活介護」(法第5条7項)

「生活介護」とは、常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定める者につき、主として昼間において、障害者支援施設その他の厚生労働省令で定める施設において行われる入浴、排泄、食事の介護、創作的活動又は生活活動の機会の提供その他の厚生労働省令で定める便宜を供与することであり、デイサービスと通称される。

5. 「短期入所」(法第5条8項)

「短期入所」とは、居宅においての介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設その他の厚生労働省令で定める施設への短期入所を必要とする障害者等につき、当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排泄又は食事の介護その他の厚生労働省令で定める便宜を供与することであり、ショートステイと通称される。

6. 「重度障害者等包括支援」(法第5条9項)

「重度障害者等包括支援」とは、常時介護を要する障害者等であって、その介護の必要の程度が高いものとして、定めにより、居宅介護その他の厚生労働省令で定める障害福祉サービスを包括的に提供することである。

Ⅲ 訪問看護について

「訪問看護」とは、看護師などが居宅を訪問して、主治医の指示や連携により行う看護で、健康状態の観察と助言、検査・治療の促進、日常生活の看護、療養環境改善のアドバイス、在宅リハビリテーション看護、介護者の相談、精神・心理的な看護、社会資源の相談などをおこなう。医療保険および介護保険法の対象となる。省令「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」70条は、訪問看護計画書作成義務と第3項及び4項では、利用者の同意を得ること、また計画書交付の義務を負わせている。

IV 研究方法

1. 対象

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なかで、障害者自立支援法利用者（48件）の介護給付・ケアプランと訪問看護計画書を対象とした。

2. 方法

対象となるケアプランを、文献^{2) 3)}の自立支援のマネジメントを参考（International Classification Functioning, Disability and Health）の概念に基づき分析した。対象としたケアプランは、対象者にサービス事業所から交付されている直近のものとした。ケアプランは意識障害者、家族から郵送してもらい、筆者らのこれまでの調査研究⁴⁾のデータベースを基に、ケアプラン作成時のアセスメントの根拠に関して不明な点については電話での聞き取り、あるいは家庭訪問において掌握した。

3. 期間：平成23年6月1日～8月31日

4. 倫理的配慮

研究の対象には、調査の主旨、匿名性、守秘義務の遵守、調査報告後のデータの処理方法、そしてデータは本研究のみに使用する旨を詳細に説明し書面にて同意を得た。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を説明した。研究は筑波大学倫理委員会の審査を受けた後に実施した。なお、本研究の対象である意識障害者ならびに介護者には、本報告書への提示と記載内容について承諾を得た。

IV 結果

1. 居宅介護計画書および訪問看護計画書作成年度

本研究における居宅介護計画書および訪問看護計画書の作成年度は、平成20年度2件、平成21年6件、平成22年度40件であった。

2. サービス利用者の概要（表1、表2、表3）

1) 意識障害者

意識障害者は、男性34人（70.8%）、女性14人（29.2%）であった。意識障害に至っ

た主な原因は、頭部外傷 31 人（64.5%）と最も多かった。その他、脳血管疾患、転倒・転落、スポーツ事故、溺水等により意識障害が発症していた。年齢は 10 歳代が 2 人、20 歳代が 17 人、30 歳代が 18 人、40 歳代が 9 人、50 歳代が 2 人であり、平均年齢は 32.7 ± 8.2 （18.3～57.4）歳だった。

意識障害の持続期間は 11.5 ± 5.7 年であり、最短は 3.9 年、最長は 28 年であった。在宅療養期間は、平均 8.5 ± 4.8 年、最長は 25.7 年だった。障害程度区分は、区分 6 が 47 人（97.9%）、区分 5 が 1 人（2.1%）であった。

意識の状態は、呼名により何らかの反応がある人が 38 人（79.2%）いた。呼吸の状態として、気管切開が 21 人（43.8%）、人工呼吸器使用が 2 人（4.1%）、また経管栄養は 25 人（52.1%）だった。排泄に関しては、オムツが 44 人（91.7%）で尿器や便器を使用している人もいた。皮膚のトラブル状況では、現症はなく、22 人（45.8%）に既往歴があった。

コミュニケーションとして、「表情の変化」「声を出す」など何らかの意思の表出が可能な人は 27 人（56.2%）であり、自動運動のある人は 4 人（8.3%）だった。

社会参加に関しては、通所サービスの利用は 26 人（54.2%）、不定期を含むショートステイ利用者は 20 人（41.7%）だった。

2) 主介護者

主介護者は、女性が 43 人（89.6%）、男性が 5 人（10.4%）であった。意識障害者からみた続柄は、母 40 人（83.3%）、父、配偶者がそれぞれ 4 人（8.3%）であった。主介護者の平均年齢は 58.3 ± 7.1 歳であり、最高は 68.2 歳であった。

その他、対象の全体の概要に関しては、表 3 を参照とする。

3. サービス計画書の分析（表 4）（表 5）

1) 居宅介護

居宅介護では、障害者自立支援法利用者 48 名中利用者は 37 件（77.1%）で、分析対象となったのは 34 件（91.9%）となった。サービス内容では ICF 第 5 章セルフケアの洗身 28 件、排泄 22 件、更衣・整容 21 件が上位 3 位を占め、次いで ICF 第 4 章で移乗 18 件、移動 16 件、姿勢の変換、保持に関するものが 20 件であった。

居宅介護のケアプランでは、看護職との連携はみられるものの、経管栄養や気管切開、人工呼吸器などの、医学的管理が必要な利用者であるという記載は 1 件もみられなかった。

サービス支援体制では、ヘルパー 2 人付きが 34 件中 13 件（38.2%）であった。また、看護師との連携を明記したヘルパー 2 人付きは 3 件（8.9%）みられた。

2) 重度訪問介護

重度訪問介護の利用者は、障害者自立支援法利用者 48 名中 11 件 (22.9%) であった。内訳として、セルフケア洗身 9 件、更衣・整容が 8 件、排泄 6 件、口腔ケア 5 件、食事の介護 4 件であった。運動・移動への関与では、移動 10 件、移乗 8 件、姿勢の変換、姿勢の保持に関するものが 10 件あった。その他状態観察・見守りが 5 件 (45.5%) みられた。

ケアプラン上にサービス支給量について記載があったのは 5 件 (45.5%) であり、月に移動介護を含み 50 時間から最高は 385 時間であった。ヘルパー 2 人付きは 4 件 (36.4%)、看護師とヘルパーの協働 3 件 (27.3%) であった。重度訪問介護においても、医学的管理を必要とする利用者という記載はなかった。しかし、利用者の社会参加に関しては 1 件 (9.1%)、チームケアや連携が必要と記載されていたものは 2 件 (18.2%) あった。

3) 訪問看護

表 4 に示した利用者 38 名 (79.1%) の中から、分析対象となった 33 件 (68.8%) の中から特徴をみる。

① 障害特性について

心身機能・身体構造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 (27.2%) であった。次いで、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%) がみられた。

訪問看護については、介護負担の軽減など環境因子への介入をニーズと位置付けており、前出の「居宅介護」、「重度訪問介護」とは質を異にしていた。

② サービス内容の特徴

表 5 に示したように、全身状態を観察・チェックする管理・観察が全件で 33 件 (100%)、保清や廃用症候群からの解放をめざして、リハビリテーション 23 件 (69.7%) や皮膚のトラブル観察および治療が 17 件 (51.5%)、セルフケアの洗身・入浴は 16 件 (48.5%)、基本的姿勢の変換 16 件 (48.5%)、姿勢の保持 15 件 (45.5%)、排泄・指導 15 件 (45.5%) と上位を占めた。

経管栄養管理、気管切開管理はそれぞれ 13 件 (39.4%)、12 件 (36.4%) で、酸素飽和濃度測定 9 件 (27.3%)、意識レベルの観察は 6 件 (18.2%) であった。人工呼吸器装着管理 2 件 (6.0%) は全件であった。また、環境因子への介入では、介護負担の軽減 24 件 (72.7%)、職種間連携 19 件 (57.6%)、家族相談 18 件 (54.5%) であった。