

事例2

※1時間当たりの合計(分)		9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時	19時	20時	21時	22時	23時	24時	0時	1時	2時	3時	4時	5時	6時	7時	8時	計
コード	項目																										
1	【観察・測定】			13			1			9		1		8									14			34	80
2	【コミュニケーション】	7		7				1				2	1	5						1		1		1		1	27
3	【見守り】					8						8	22	15		1			1								55
4	【家事時間】																										0
5	【清潔・整容】洗面介助																							13			13
6	口腔の清潔維持													8										19			27
7	全身清拭																										0
8	部分清拭													21													21
9	手足浴・足浴																										0
10	陰部洗淨																										0
11	洗髪																										0
12	整容													3													3
13	入浴																										0
14	更衣																										0
15	【食事・栄養】			10		5	1	5		12		30												15	10		88
16	【排泄】			11			11			13				10										8			53
17	【体位変換】			2			2			1		1		5								1	12				24
18	【寝具調整】			13			2			4		1		1	4								1	1	1	4	32
19	【車椅子乗車】																										0
20	【リハビリテーション】																										0
21	【呼吸関連】吸引			3			1	2		4		2		2						1		2	4			2	23
22	吸入																										0
23	排痰介助																										0
24	酸素吸入の管理																										0
25	【温・冷罨法】						3																				3
26	【皮膚治療・保護】																										0
27	【内服管理】予薬			9						2															7		18
28	その他の与薬・処置			2				1																			3
29	【その他】																										0
	計	7	0	70	0	13	21	9	0	45	0	45	23	78	4	1	0	0	1	2	0	4	71	24	1	51	470

事例3

※1時間当たりの合計(分)		9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時	19時	20時	21時	22時	23時	24時	0時	1時	2時	3時	4時	5時	6時	7時	8時	計	
コード	項目																											
1	【観察・測定】										3															6	9	
2	【コミュニケーション】	1				11	22	2	33				12	4											4	2	1	92
3	【見守り】						1	2																				
4	【家事時間】	7						20																				27
5	【清潔・整容】洗面介助																									8	8	
6	口腔の清潔維持	9																								4	13	
7	全身清拭																										0	
8	部分清拭																										0	
9	手足浴・足浴																										0	
10	陰部洗浄									4																		4
11	洗髪																											0
12	整容	2																										2
13	入浴																											0
14	更衣																											0
15	【食事・栄養】		3	3		13		10						20										4	9			62
16	【排泄】	4		5		2				28			10		7					6				6		2	7	77
17	【体位変換】			8		1	2			2				3	1					1				3	4			25
18	【寝具調整】			1		1		1												1				4	1			9
19	【車椅子乗車】	26		14																								40
20	【リハビリテーション】												25	7														32
21	【呼吸関連】吸引						2			5				2														9
22	吸入																									1		1
23	排痰介助																											0
24	酸素吸入の管理																											0
25	【温・冷罨法】																											0
26	【皮膚治療・保護】									2																		2
27	【内服管理】予薬					5					8															1		14
28	その他の与薬・処置	1																										1
29	【その他】						26	2	33		25															1		87
	計	50	3	31	0	33	53	37	66	41	36	0	47	36	8	0	0	0	0	8	0	0	0	17	14	23	14	514

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ト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全介助の状態でも移動・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、また個人情報保護は保護されること、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。

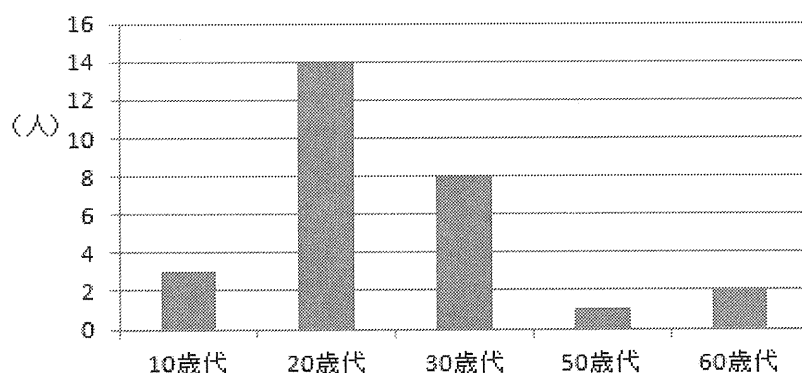


図1 外来受診者の年齢

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)。

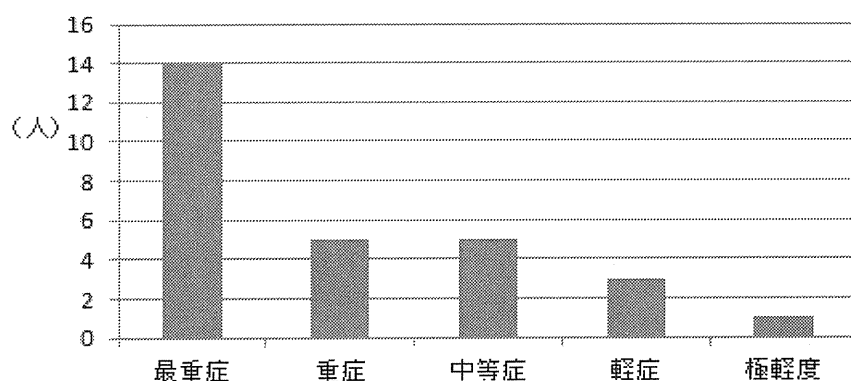


図2 意識障害の重症度

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証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けて接してくれた」、「よくなると思っけて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障するためには、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。

[研究2] 意識障害者の身体・精神機能の向上を目的とした研究
(看護師を対象にした教育に関する研究)

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

一 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一

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。在院日数の通減化に伴い、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の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、在宅においてもできる「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進んでいる。しかし、先の意識障害患者の実態に見るように、意識障害の回復には医学的治療の他に、骨筋肉などの廃用症候群へのリハビリ治療も必須である。紙屋¹²⁾は遷延性意識障害者について医学の定義とは異なる看護上の見解として、意識障害患者は脳の認知機能の低下によって自力で生活行動ができない「重複生活行動障害者」と看護学的に規定した。同様に、廃用症候群の患者においても、骨筋肉系の運動能力の低下により自ら生活ができない「重複生活行動障害者」であることは否定できない。つまり、意識障害患者のある患者が生活行動を獲得するためには、「療養上の世話」としての質の高い看護支援が必要であり、意識障害からの回復を可能にする看護の方法と技術が求められている。

しかし、従来の基礎的看護技術の教育では、その手順とテクニックが重要視される傾向があり、看護の対象者の状況や状態に合わせて生活行動を拡大し自立を目指すためのストーリー性のある看護技術の実践的な展開方法は開発されていない。我々が開発している看護技術は、これまでの基本的な看護技術に加えて、生活行動を再獲得するための看護展開方法を含めた新たな看護技術である。

2) 対象者

脳損傷により意識障害の状態になった者で、性別・年齢を問わず対象とする

3) 看護技術の具体的な方法

本看護技術は生理学を基盤として、意識障害による重度な生活行動の障害の回復を目的としている。看護技術の種類は、(1)活動に耐えられる身体に整える技術(以下、身体調整の看護技術)、(2)身体を解放する技術(以下、身体解放の看護技術)、(3)感覚・運動系の刺激統合を基盤とする生活行動の再学習を促す技術(以下、生活行動再学習の看護技術)の3つから成る(表1)¹³⁾。

表1 看護技術の構成

I 身体調整の看護技術	II 身体の解放看護技術	III 生活行動の再学習看護技術
A. 栄養状態の査定 B. 栄養の確保	A. 温浴刺激看護療法 B. 背部への用手微振動 C. ムーブメントプログラム	A 行動を想起できる複数の異種感覚刺激療法 a. 経口摂取行動の確立プログラム b. 自然排泄行動の確立プログラム B. 発動性の誘導 c. コミュニケーションプログラム

(1) 身体調整技術

日高¹⁴⁻¹⁵⁾は意識障害患者の多くは低栄養であることを報告している。そのため、肺炎や褥瘡等の合併症を発症しやすいと指摘している。また、骨密度の低さから体位変換以外に他動的に動かす機会のないことが、さらに廃用症候群の重症化を招いていると指摘している。特に在宅における意識障害患者は臥床の期間が長い為、本看護技術を実施するには、栄養状態をアセスメントし、低栄養などの状態を改善するための栄養補給に対処し、体を動かすことができる体力をつける必要がある。

(2) 身体解放の看護技術

意識障害のある患者の多くは、関節の拘縮や筋肉の委縮によって心身の発動性が制限されている。そこで、意思の表出や ADL 拡大、行動の自立を可能にするためには、最初に、関節拘縮や筋委縮から身体を解放する必要がある。

関節拘縮や筋委縮は、低運動や不動状態により筋性拘縮からはじまり、次第に関節構成体を変化させ関節性拘縮となる。関節拘縮に対する主な治療は理学療法や外科的療法であり、理学療法は物理療法と徒手療法に分類できる。しかし、一般的に拘縮した関節の治療には痛みが伴い、とりわけ中枢神経系の疾患では異常筋緊張が生じることが多いため、臨床における関節拘縮の治療は困難を極めている¹⁶⁾。本看護技術では、温浴刺激看護療法¹⁷⁻¹⁸⁾と用手微振動¹⁹⁾、ムーブメント²⁰⁾により、拘縮した関節の ROM 拡大を図り拘縮から身体を解放することを目的にしている。

(3) 生活行動再学習の看護技術

意識障害者は内外の刺激に対しての反応や対応する行動が見られない。先行研究では、意識の回復を目的とした介入方法として、五感の単一刺激によって神経の再支配がおき、意識障害からの回復がある (Le Winn EB, 1978²¹⁾、De Young, 1987²²⁾、Doman G, 1993²³⁾、Alice E Davis, 2003²⁴⁾、Hyunsoo OH, 2003²⁵⁾)と報告されている。しかし、単一感覚刺激量を増加すると、ひとは組織傷害を生じる侵害性のある刺激として脊髄や脳幹部で受信され、逃避反射や不快な感情をひき起こすこととなる。すなわち、五感への刺激のみでは前頭葉での統合が生じにくく、刺激に対する意識的な行動が発現する機会が少なく、意識障害の回復に限界があると思われる。そこで、脳神経の機能である「神経の可塑性」をベースに「運動制御」「運動学習」や高次脳機能である「記憶」「注意への対応」の生理学的機能を活用した看護技術が必要である。つまり、意識障害患者は心身の発動が見られない場合の要因の一つとして、内外の刺激に対応する脳活動による行動の発動がないことがあるため、脳に蓄積されている記憶を再生可能にすること介入が必要である。特に運動の記憶は保持が長く、きっかけがあると容易に再生するため、行動に関する記憶の再生を目的とした介入が必要である。

本技術では、ある行動を想定した複数異種感覚刺激を体内外から入力することにより、その想定した行動が引き出されると考えた。つまり、前頭葉の機能である感覚統合²⁶⁻²⁷⁾を促すために、あ

る行動を想定した複数異種感覚刺激を他動的に施行し、その刺激が脳内で相互に融合し、記憶・感情・知識と照合し実世界を認知する機会となり、想定した行動を想起し行動として表現されることを期待する方法である。行動を想起できる複数異種感覚刺激を生活行動の再学習として用いる。

この複数異種感覚刺激に関して、林²⁸⁻³⁰⁾は α 波と β 波の発現数の特徴から評価した。その結果、臥位より坐位姿勢を保持することは脳の活性化に有効であるが、坐位姿勢のみを続けて行っても脳が活性化しないことを指摘し、坐位時に行う刺激は単一の刺激より、複数異種感覚刺激が脳を活性化することを報告している³¹⁾。

4) 看護介入に向けての実践的看護計画の立案

遷延性意識障害ならびに重度障害者に対する介護介入に向けて、下記表の生活行動の回復支援プロセスに準じて、実践可能な看護計画を立案する。

表 生活行動の回復支援プロセス

第1段階：各種感覚に相当する刺激を与え、生活行動を獲得させるために必要な残存機能の確認
第2段階：生活リズム(睡眠と覚醒、食事、排泄など)の確立
第3段階：反射や運動の組み合わせである生活行動の獲得
第4段階：患者自らの意志で行う生活行為の確立

看護の計画を立案する手順は、(1) 現有機能のアセスメント、(2) 生活の予後診断、そして(1)(2)に基づき、(3) 看護実践の期間、目標、具体的な実践看護計画を検討する。

(1) 現有機能のアセスメント

- ◆ 身体および認知機能・コミュニケーション能力
- ◆ 栄養状態の評価（活動量増加に伴う栄養摂取量の査定）
- ◆ 可動によるリスク（循環動態の変調・骨密度・褥瘡など）
- ◆ （看護）活動に耐えられる体力の確認

(2) 生活予後診断

- ◆ 座位の確立の可能性
- ◆ 食事行動（嚥下状態・自力による摂食）の可能性
- ◆ 排泄行動（おむつ使用の有無・トイレでの排泄・自然排便）の可能性
- ◆ 移動動作の可能性
- ◆ コミュニケーション（非言語・言語）の可能性

(3) 看護実践の期間、目標、具体的な実践看護計画

- ◆ 看護目標の設定：現有機能と生活の予後診断から、期間内に到達可能な目標を設定する。看護実践の期間は通常4週間をめどとする、家族指導を含めた場合は2週間を追加する。
- ◆ 生活のスケジュールの立案：患者の状態に応じて、昼夜リズムの確立、食事時間は1時間以内、座位時に興味や注意が向く刺激を導入するなど、生活のスケジュール案には具体的なケア内容を記載する。
- ◆ 他職種との連携の調整：理学療法士・作業療法士、言語聴覚士等と日々の生活スケジュールの時間や内容などの調整を行う。
- ◆ 実践看護計画の評価：1週間ごとに看護実践の進捗状況と患者の状態や変化等についてカンファレンスを行い、看護計画の評価・修正を行う。

2. 研修プログラムの概要

1)研修目的

本看護技術は、在宅で暮らす意識障害患者への生活行動の回復のための看護技術である。在宅看護において看護は、看護師によって日々毎日行われるものではなく、多くは家族等による介護が行われているのが現状である。この介護において、意識障害患者の生活行動を回復することは、介護者の介護負担の軽減にもつながると思われる。従って、看護師は介護者も日々の生活の中でも実行できるために、看護師が本看護技術の習得が重要になる。そこで、本研修の目的は、生活行動の回復のための看護技術を取得し、介護者に指導できることにある。

2)研修対象者

本研修は、意識障害患者の在宅看護を行っている看護師と在宅退院の調整を行っている看護師を対象とする

3)研修プログラム

(1) 日程期間；1日

(2) 研修予定地；市町村部の4か所（広島市、下呂市、札幌市、朝日町）

(3) 内容；看護師が意識障害患者の生活行動を回復するために必要な知識や技術を修得するために以下の内容とした。

- ① 生理学を基盤とした生活行動回復看護の可能性（1時間；講義）
- ② 身体調整技術の基本的考えと応用（1時間；講義）
- ③ 身体解放技術の基本的考えとテクニック（1時間30分；講義と演習）
- ④ 生活行動再学習の基本的考えと応用（1時間；講義）
- ⑤ 生活行動回復のための看護実践計画の実際（1時間30分；講義とグループワーク）

3. まとめ

本年度は、意識障害患者への生活行動回復看護における技術内容を検討し、研修プログラムを構築した。研修を実施するに当たり、様々な地域との連携が必要であるため、本年度は、在宅看護者と連携をとることを優先した。次年度はこの技術内容を在宅看護にかかわる看護師に研修を行い、本技術の実践可能な看護師の普及拡大のための研究を進める予定である。

【引用文献】

- 1) 紙屋克子：在宅遷延性意識障害患者に関する実態調査。平成17～19年度厚生労働科学費補助金 障害保健福祉総合研究事業 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 分担研究 2008.
- 2) 樋口キエ子, 原田静香, カーン洋子他：大学病院療養指導室における退院支援の実態と退院支援体制の検討（第2報）—家族介護者の視点をつうじて—。順天堂大学医療看護学部 医療看護研究 3. 90-95. 2007.
- 3) 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. 11(2). 103-111. 2007.
- 4) 別所遊子, 細谷たき子, 北出順子他：寝たきり高齢者の訪問看護におけるリハビリに関する検討。福井医科大学研究雑誌. 1(1). 191-198. 2000.
- 5) 別所遊子, 細谷たき子, 長谷川美香他：訪問看護職と理学療法士の連携。福井医科大学研究雑誌. 1(3). 495-509. 2000.
- 6) 大久保暢子, 雨宮聡子, 菱沼典子：背面開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).58-63.2001.
- 7) 丸木雄一：脳死と植物状態について 遷延性植物状態。臨床医. 27 (9) . 2281-2283. 2001.
- 8) 日高紀久江, 紙屋克子, 松田陽子：遷延性意識障害患者における在宅介護を可能にする

- 要因の検討. 医療社会福祉研究.16.12-23.2008.
- 9) 紙屋克子, 日高紀久江: 遷延性意識障害患者に関する実態調査. 平成 17-19 年度 厚生労働省科学研究費補助金「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.
 - 10) KATAYAMA Yoichi: cerebrospinal stimulation therapy for the treatment of vegetative state and minimally conscious state. 8th International conference of Neuromodulation .2007
 - 11) KATAYAMA Yoichi: : Deep brain stimulaation therapy for the treatment of vegetative state and minimally conscious state. 2nd ISRN and 5th WFNS Neurorehabilitation and Reconstructive Neurosurgery . Other ,2007
 - 12) 紙屋克子: 遷延性意識障害者における QOL の向上と生活の再構築 新看護プログラムの実践と評価. EB NURSING. 9 (1) .P60-67.2008.
 - 13) 紙屋克子: 識障害患者の看護プログラムの開発と実践. E B nursing, Vol 3, No2, p9-16,2003.
 - 14) 日高紀久江, 紙屋克子, 増田元香: 遷延性意識障害患者の栄養状態と簡易栄養評価指標の検討. 日本老年医学会雑誌, 43(3). 361-367. 2006.
 - 15) 日高紀久江: 【QOL を重視した意識障害患者へのケア エビデンス構築につなげる実践】 在宅遷延性意識障害者の身体状況と介護状況. EB NURSING. 3(2). 130-135. 2003.
 - 16) 奈良努勇, 浜村明德: 拘縮の予防と治療. 医学書院. 東京. p18-48. 2007.
 - 17) 紙屋克子, 柏木とき江, 原川静子, 日高紀久江: 遷延性意識障害患者の看護プログラムの開発(第 1 報) 温浴と微振動等による拘縮の解除. 日本医療マネジメント学会雑誌. 8 (1) . 231. 2007.
 - 18) 紙屋克子, 日高紀久江, マイマイティ パリダ他: 重度意識障害患者の看護プログラムの開発と評価-温浴と反射の誘発ならびに背部微振動の組み合わせによる拘縮の解除-. 第 10 回日中看護学会論文集.242-24.2006.
 - 19) 林裕子, 紙屋克子: 【便秘ケアを極める 患者の安全・安楽を重視したアセスメントとケア】 便秘予防のための食事、水分、運動. EB NURSING, 9 (3). 290-296. 2009.
 - 20) 紙屋克子: 遷延性識障害者における Q O L の向上と生活の再構築-新看護プログラムの実践と評価-. E B nursing. 9(1). 60-67,2009.
 - 21) Le Winn EB, Dimancescu MD : Environmental deprivation and enrichment in coma. Lancet2. 156-157,1978.
 - 22) De Young S ,Grass RB : Coma recovery program, Rehabilitation nursing.1.2 (3). 121-125. 1987.
 - 23) Doman G, Wilkinson R, Dimancescu MD , Pelligra R: The effect of intense multisensory stimulation on coma arousal and recovery. Neuropsychological Rehabilitation . 3(2). 203-212. 1993.
 - 24) Alice E Davis , Ana Glimenez : Cognitive-behavioral recovery comatose patients following auditory sensory stimulation . Journal of Neuroscience Nursing Aug 35(4). 202-211. 2003.
 - 25) Hyunsoo OH, Whasook Seo : Sensory stimulation progouamme to improve in comatose patients. Journal of Clinical Nursing 12:394-404,2003.
 - 26) A.Jean Ayres 著, 宮前珠子, 鎌倉矩子訳: 感覚統合と学習障害 第 1 版 6 刷. 東京, 協同医書出版社. 1978. p33-49.
 - 27) A.Jean Ayres 著, 佐藤剛監訳: 子どもの発達と感覚統合 第 1 版 3 刷. 東京. 協同医書出版社. 1982. p3-17.
 - 28) 林裕子, 村上新治: 視覚刺激遮断時における α 波と β 波の発現状況と評価方法の検討. Health and Behavior Sciences. 7(1), 1-6, 2009.
 - 29) 林裕子: 開・閉眼状態の姿勢変化が脳活動におよぼす影響. 日本脳神経看護研究会会誌. 31(2). p109-116. 2009.
 - 30) 林裕子: 脳活動に影響を及ぼす単一感覚刺激の効果. 日本脳神経看護研究会会誌. 32. 109-116. 2010.
 - 31) 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会会誌. 32. 117-124. 2010.

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、様々な疾患の治療率は向上している。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。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、医学では治療できない疾病は、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旨とする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。