

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 )

### 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。

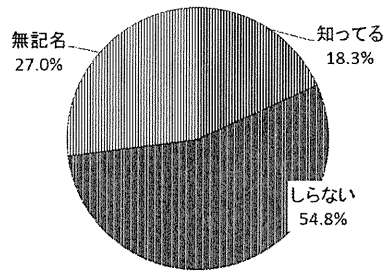


図1 意識障害者の生活行動回復看護の認知度 (n=263)

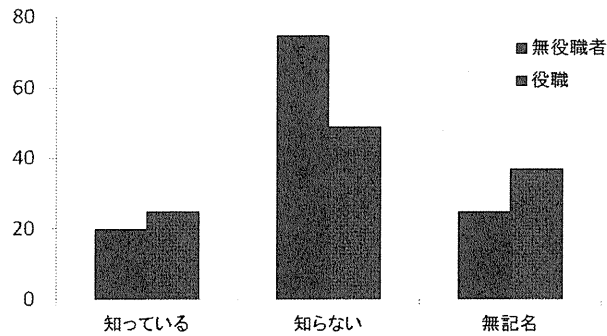


図2 役職別の意識障害者への回復技術の認知度 (n=263)

#### 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<sup>5</sup>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( $p<0.001$ )。

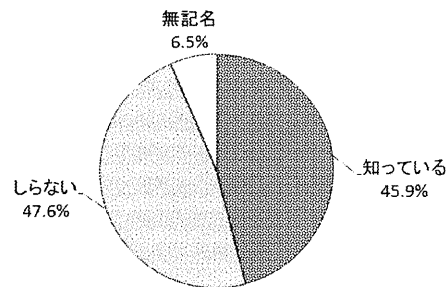


図3 平成20年度の診療報酬改定により設定された退院調整加算の認知度 (n=263)

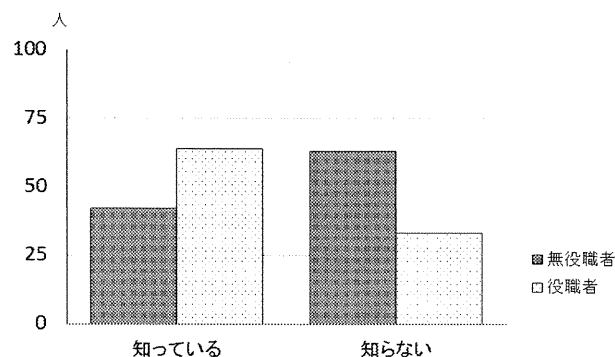


図4 役職の有無による退院調整の認知度  
(n=202; 無記名者61名)

## 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%)、合併所の予防のための 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。

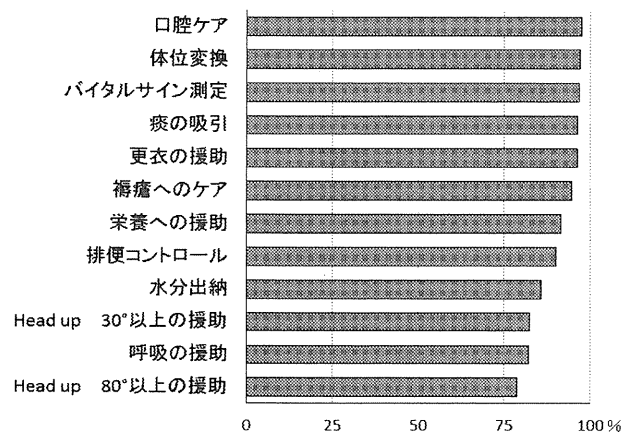


図5 意識障害者への日常的に実施している看護  
生体管理/合併所予防 (n=246)

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。

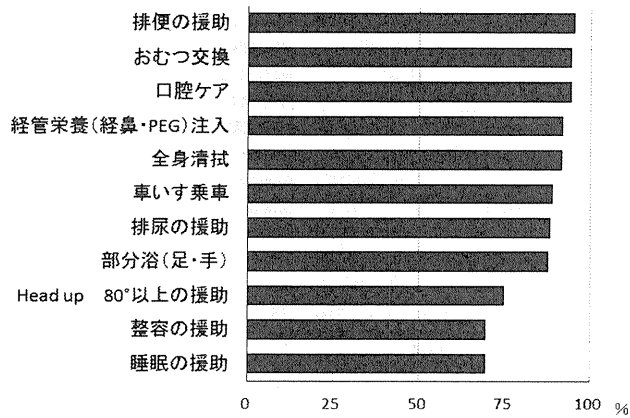


図6 意識障害者への日常的に実施している看護生活援助 (n=246)

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。

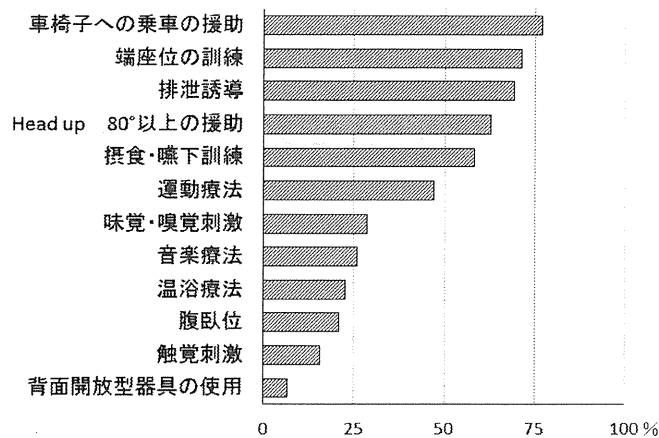


図7 意識障害者への日常的に実施している看護生活行動の獲得 (N=246)

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。

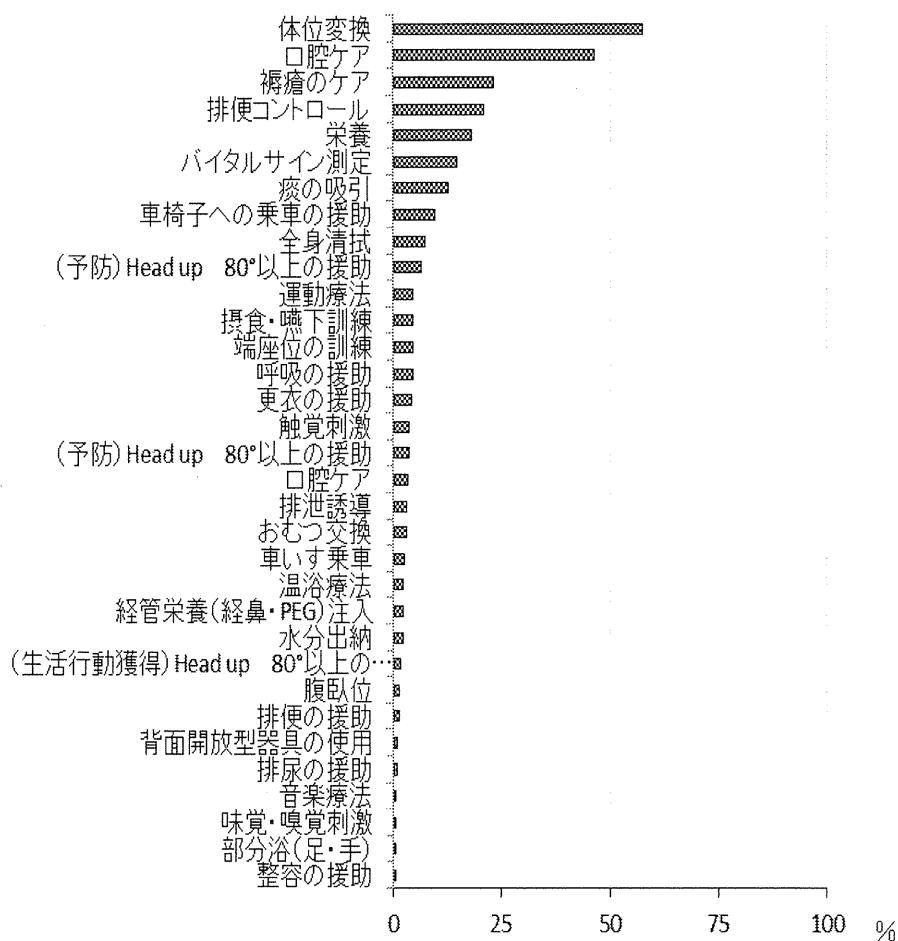


図8 意識障害者として意識して行う看護

### 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、 $8.6 \pm 1.6$  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」という【自己への不安】があった。

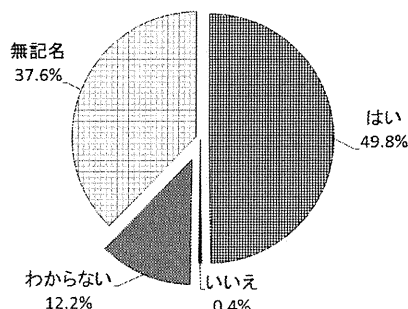


図10 本技術の診療報酬化の賛成度

### 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、意識障害患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<sup>4)</sup>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<sup>5)</sup>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、その効果あまり得られない現状がある。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<sup>6)</sup>や単一の感覚刺激に関する研究<sup>7)</sup>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<sup>8)</sup>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際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  $\alpha$  波と  $\beta$  派の変化, 日  
本脳神経看護研究学会誌, 33(2), 133-140, 2011.



## アンケートにご協力をお願いいたします

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 向上のために、静岡県立大学教授紙屋克子先生とともに我々が開発をしている生活行動回復技術 (Nursing to Independence for the Consciousness disorder and the Disuse syndrome Patient :NID) が、多くの臨床現場で、継続的に普及することを目的としております。NID の技術は、①活動するための栄養や生活リズムの整える身体調整技術、②関節拘縮や体幹部の変形の軽減及び解除するための身体解放技術、③変化した身体機能による生活行動を学習するための生活行動再学習技術から成り立っております。この技術によって生活行動を回復するためには、対象者の状況をアセスメントし 4 週間で確率可能な目標を定めて看護計画を立案し、実施、評価します。その評価から次の目標に向けて段階的に進めていきます。そのため、意識障害や関節拘縮、筋萎縮のある患者の状態を専門的で高度にアセスメントする力、計画する力、実践する力が求められます。これらの力は、既存の看護する力に加えて、さらなる専門的知識や技術の取得が必要です。そこで、本日 NID の技術の普及のための一助となるための研修会を開催いたします。また、さらに、今後の NID の普及や開発の発展のために、受講者の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、本研究の目的以外には使用せず、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

以下の項目について、お答えください

### I. あなた自身の事をお答えください

- 1) あなたの性別は  
 (1) 女 (2) 男
- 2) 現在の年齢は、 満 ( ) 歳
- 3) 看護師としての延べ臨床経験年数は  
 准看護師の臨床経験 ( ) 年  
 看護師の臨床経験 ( ) 年
- 4) 経歴を記入ください (外来・手術室・在宅も記入してください)

(1)現在の勤務先;( ) 勤続( ) 年目

(2)現在以前の勤務先と勤続年数

勤務先 ( ) 勤続 ( ) 年間	勤務先 ( ) 勤続 ( ) 年間
勤務先 ( ) 勤続 ( ) 年間	勤務先 ( ) 勤続 ( ) 年間
勤務先 ( ) 勤続 ( ) 年間	勤務先 ( ) 勤続 ( ) 年間

欄が不足の場合は裏面を使用してください

- 5) 役職の経験のあるものに○をつけ ( ) 内に経験年数を記入ください  
 スタッフ ( ) 看護主任 ( ) 副看護師長 ( )  
 看護師長 (科長) ( ) 副看護部長 (副総婦長) ( ) 看護部長 ( )

### 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<sup>®</sup>）の使用
- フ. 味覚・嗅覚刺激
- ヘ. 触覚刺激
- ホ. 音楽療法
- マ. 温浴療法
- ミ. 腹臥位
- ム. 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
- ユ. 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
- ヨ. 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. 本研修会对し、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、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.....	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か。該当する番号に○を付けてください(複数回答可)

1. NIOD 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、該当する箇所へ↓を付け、以下にその理由をご記入ください

非常に満足									非常に不満足
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性症候群患者(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性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

ご協力をありがとうございました。

[研究3] 医療福祉・制度の充実に向けた研究

# 在宅遷延性意識障害者の医療・福祉サービスにおける

## モデルケアプランの開発

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）

### 1. 研究目的

意識障害は脳の器質性の疾患の他に、交通事故、転倒・転落、溺水、窒息などの原因でも発症し、小児から高齢者まで全年齢層に生じている。したがって、65歳以上の高齢者や40歳以上の脳血管障害を原因とする意識障害では介護保険法の適応となるが、転倒・転落やその他の事故では65歳になるまで介護保険は利用できず、障害者自立支援法の適応となる。また、発症原因の中でも交通事故においては、自動車事故対策機構の制度が利用できるなど、制度利用に関する個人差が大きいという特徴がある。

平成17～19年度の遷延性意識障害者に関する実態調査では、介護保険法の利用者は各種サービスにおける相談や精神的な問題に関する相談者はケアマネジャーであり、在宅生活においてケアマネジャーの存在の重要性が示唆された。しかしながら、障害者自立支援法では制度においてケアマネジャーの位置づけはない。意識障害者という障害像は同じであっても、発症した原因により制度が異なることにより、医療・福祉サービスの種類や内容、意識障害者ならび介護者の生活を考慮したサービスの選択、行政への手続きなどを、障害者を抱えた介護者（家族）が行わなければならない。それらのことを、医療依存度が高く、ADLに全介助を要する意識障害者を看ながら実施することは非常に困難である。そこで、在宅生活におけるサービス利用に関するモデルがあれば、在宅移行時の介護者（家族）の不安の軽減とスムーズな移行が可能になるのではないかと考える。

本研究では、在宅で利用している医療・福祉サービスの実態を把握し、在宅で生活している意識障害者の身体ならびに精神機能の改善と、社会参加を視野に入れた医療・福祉サービスに関するモデルケアプランについて検討することを目的とした。

### 2. 研究方法

1) 対象：在宅の遷延性意識障害者ならびに介護者6名

2) 調査期間：2009年8月～9月

3) 方法：利用している医療および福祉サービスの種類・時間数、内容について聞き

取り調査を行った。また、主介護者から在宅介護の現状と現行の医療・福祉サービスに関する評価、社会サービスと社会参加、介護に対する思いについて、インタビューを行った。

これらの結果はICFの概念に当てはめ、在宅におけるこれまでの経過や全体像について分析し、意識障害者のケアプランに必要なサービスについて検討した。

### 3. 倫理的な配慮

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。意識障害者は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。研

究は倫理委員会で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、本報告書への事例の掲示と記載内容について承諾を得ている。

#### 4. 結果

各事例の概要、週間サービス利用表は、別紙参照とした。また、インタビューで得られた情報は、できるだけ介護者の表現を用いて記載している。

#### 【事例1】事例の概要

年齢/性別	65歳/男性
意識障害の原因	誤嚥による窒息
利用している制度	介護保険法(要介護度5)及び 障害者自立支援法(障害程度区分6)
身体障害者手帳	1種1級
発症年月/発症時の年齢/持続期間	平成10年5月/54歳/11年
医師からの説明	「命は助かるが意識は戻らない」
在宅生活の開始時期/在宅療養期間	平成11年1月/10年7ヶ月
治療経過	保存的治療
現在の医療ケア	
食事準備・介助 (経管栄養)	妻、ヘルパー
吸引 (気管切開あり)	日中(妻、看護師、ヘルパー)/夜間(妻、深夜はヘルパー)
排泄介助 (オムツ使用)	日中(妻、ヘルパー)/夜間(妻、深夜はヘルパー)
褥瘡処置	なし
リハビリの実施状況	
理学療法	4回/月
作業療法	なし
言語療法	なし
その他	なし
意識の状態(呼名に対する反応)	声かけにより表情変化あり。 時々笑顔、怒る、痛そうな表情が見られる。
コミュニケーション能力/方法	発語は聞かれず、サインは確立していない。 妻は気管切開からの呼気により、生理的欲求を判断している。
運動機能/座位	自力で軽度の頭部挙上が可能。
ADLの状態	全介助
介護力	配偶者(妻)、社会サービス
社会参加状況	デイサービス1回/週、車椅子散歩(春秋のみ)、電車での移動
社会サービスの利用状況	1) 訪問診療 2回/月 2) 訪問看護 1回/週 3) 訪問リハビリ 1回/週 4) 訪問入浴 1回/週 5) デイサービス 1回/週 6) 身体介護・深夜 2回/日 ・身体介護29時間30分・2人付 = 述べ59時間/月 ・重度訪問介護120時間・1人付 + 25時間・21人付 = 170時間/月 ・移動介護16時間・2人付 = 述べ32時間/月
社会サービスの満足度※1	「まあ満足」、サービスは利用できてありがたい。
家族が望む生活	可能な限り在宅で看て行きたい。現在利用しているサービスは全て必要。どれかが不足したら困る。
日本語版 Zaritの介護負担尺度※2	12点

※1 4段階評価:「非常に満足」「まあ満足」「あまり満足でない」「まったく満足でない」

※2 日本語版 Zaritの介護負担尺度:8問、各0点~4点までで、高値なほど介護負担が大きい。



## 【事例 1】

65 歳男性。高校教諭だった 54 歳時、誤嚥により窒息し、救急車の中で心肺停止状態になり意識障害となった。救急搬送された病院では、入院 2 日目に転院を勧告された。紹介先の病院でも入院期間は 1 ヶ月といわれていたが、全身状態が悪かったため 7 ヶ月入院した後に、妻が在宅療養を決意し移行した。

### I ICF（国際生活機能分類）による評価

#### 1. 心身機能・身体構造

ADL および IADL は全介助が必要。

医療行為として、気管切開、経管栄養、膀胱留置カテーテルの管理が必要。

意思疎通はできないが、自宅に来るヘルパーにより表情の変化がみられる。

#### 2. 活動

自力で移動はできないが、呼吸および循環機能は維持している。

妻と地域で暮らしている。

#### 3. 参加

デイサービスの利用（週 1 回）、社会参加の場となっている。

#### 4. 背景因子

##### 1) 環境因子

同居者（妻 62 歳）

介護保険（要介護度 5）の区分支給限度基準額の満額のサービス提供と、

障害者自立支援法（障害程度区分 6）を併用している。

サービス内容に関しては、【事例 1】事例の概要を参照とする。

##### 2) 個人因子

元高校教諭。

意識障害の発症から 11 年経過。

在宅生活は 10 年 7 ヶ月。

### II ケアプラン

本事例は介護保険法を利用しているため、ケアプランを記載する。

#### 1. 居宅サービス計画書（1）

〔利用者及び家族の生活に対する意向〕

①地域のさまざまなサービスを利用し、在宅での生活を続けたい。

②外出の機会を定期的に作り、刺激のある生活を望む。

③治療上どうしても必要な入院以外はできるかぎり入院はしたくない。

〔総合的な援助の方針〕

①主治医や医療機関と連携をとりながら全身状態や病状を把握し、なにか変化があったときは相談に乗れる体制を確立する。

②さまざまな制度を効率的に利用し、介護者の在宅生活を長期に援助できるよう支援する。

③定期的な外出の機会を作り、外からの刺激から、現在の状態よりも少しでも改善できるよう支援する。

## 2. 居宅サービス計画書 (2)

[生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)]

- ・気管切開、胃瘻、膀胱留置カテーテル等があるが、合併症を起こさず自宅での生活を継続させたい。
  - ・できるだけ外出し、外部からの刺激を受けたい。
  - ・介護者が一人なので、負担をできるだけ軽くして在宅生活を続けていきたい。
- 援助内容：環境因子でのサービスが組み込まれている。

3. 週間サービス利用表：【事例 1】週間サービス利用表を参照。

4. サービス利用票 (兼居宅サービス計画) 参照。

## Ⅲ 社会サービスと社会参加

介護者の評価を、下記に記す。2年前から介護保険法を利用している。介護保険によりデイサービスに行けるようになり、外出することで生活空間も広がって本当によかった。(夫の)外出は意識障害後の生活において画期的な変化であった。今の在宅生活はどのサービスを切られても困る。今が最低だと思う。本当は介護保険で 週 2 回デイサービスへ行きたいが、限度額の関係上行くことができない。

措置の時代、支援費の時代、障害者自立支援法、介護保険法など、制度の変遷に伴い介護していきながら、サービスを併用できている現状はありがたいと思っている。経済的には年金で生活しているが、年金がなかったら働きに行かなければならないが、就労すれば在宅で介護する人がいない。

## Ⅳ 主介護者への在宅介護支援

### 1. 在宅介護の実際

- ・看護師でもないし、介護もやったことがなかったが、病院で看護師の仕事を見て、「家へ連れて帰ろう」、「在宅介護をやってみよう」、という気持ちになった。ただ、意識障害になってから前向きなりハビリがなかったことが唯一残念なことである。
- ・在宅開始後 8 ヶ月間は、夜間の吸引も自分で行っていた。夜間の巡回もなく、連日一人での介護は辛く厳しかった。深夜の身体介護のサービスは、(介護者が) 体調を崩した在宅生活 9 ヶ月目から始め、措置の時代から経験している。最初は深夜 1 回だったが、業者から 2 回入れることを教えてもらった。現在も続いているが、とてもありがたいと思う。
- ・夜間の巡回は、安否確認をしてもらえるので安心して眠れる。今は吸引も実施してもらえるようになった。また、65 歳になり介護保険法と障害者自立支援法の併用ができたので、ショートステイとして年に一度の検査入院を行っている。
- ・市の単独事業である移動介護サービスは、身体介護 2 人付きで 16 時間である。春と秋は散歩に連れて行ってもらう。吸引器や荷物も持って行くので、男性の 2 人付きヘルパーは非常に心強い。
- ・介護していて困ることは、気管切開口から吸引しても、嘔気がある様な状態が続くことである。季節によって、寝るまで何時間も続くことがある。しかし、嘔気様の音の違いで、排尿や暑い、寒いなど、意識障害者の状態がなんとなく分かる。

### 2. 意識障害者と介護者の関係性

- ・妻からみた夫 (意識障害者) の存在：「絶対に生きていてほしい存在である。このままでいいから、本当に生きていてほしい。「植物人間」とは悲しい言葉だけど、たとえどんな状態

であっても生きる意味はあると思う。生きていても意味がないという人がいるが、そんなことはない。このことを主張するのが家族の役割だと思っている。

- ・夫（意識障害者）からみた妻（介護者）の存在：「夫がどう思っているが分からないが、外出後に「ただいま」というと、「ああ・・・」と発声している。（介護者がいなかったら困るのではないかと思う。

### 3. 今後の在宅生活の継続に向けて利用したいサービス

- ・できれば看護師の資格を持っている人に長時間いてほしい。また、関わる相手によりよく笑い、表情が変わる。デイサービスに行ける場所を確保することが自分の仕事であり夢でもある。

### 4. 医療従事者への希望

- ・命が助かったことに感謝している。しかし、意識障害者の回復に向けてのリハビリの研究を行なって欲しい。そのようなときには、家族として協力したいと思う。意識障害者は今後もっと増えると思う。

### 5. 主介護者と社会サービス

- ・これまでの在宅生活は、閉じこもらざるを得なかった。介護保険法に変わり、デイサービスが利用できるようになり、安心して介護を他者へ委ねることができるようになった。2人付きの移動介護サービスでは、発症後はじめて（意識障害者の）お姉さんに会いに行った。車椅子で夫とはじめて電車に乗ったが、電車に乗ったとき、顕著に表情が変化した。きりっとした顔だった。これがこれまでの介護生活における劇的な変化だった。

### 6. 介護への思い

- ・人生の全てとはいわないが、介護は生活の一部である。なくてはならないものである。

### 7. 介護負担：自由に使える時間の過ごし方

- ・自由な時間が4時間あれば、友達と話し、観劇、音楽聞きに行きたい。1週間あれば、夫の心配がなかったら旅行へ行きたい。

## V 事例における検討

本事例の特徴は、介護保険法と障害者自立支援法を併用していることである。意識障害者が65歳になり介護保険法の適応となった。ICFの心身機能・身体構造として、気管切開、経管栄養など医療依存度が高いものの、週1回のデイサービスが可能になった。

また、本事例では副介護者もいないことから、在宅介護の早期から夜間ホームヘルプを利用していた。介護保険法の区分支給限度額基準額では、深夜の身体介護2回/日は当月では20日までがケアプランに組み込むのが限界であるが、残りの11日間は障害者自立支援法の身体介護を利用していた。本事例は介護保険法と障害者自立支援法の併用により可能だが、利用できる制度によりサービス運用に差が生じることは問題である。

さらに、居宅サービスプランにおいて、定期的な外出の機会を作ることや刺激ある生活など、社会参加への積極的な姿勢がみられる。移動介護サービスを利用して戸外へ出ることによって生活空間は広がり、社会参加の機会に恵まれた。意識障害者においては、生活空間や人的環境の変化は脳への刺激となるが、現に初めて電車に乗った際には著明な表情変化が認められている。そ

して、そのことが、妻の介護感の変化となり、精神的な介護負担の軽減につながったのではないと思われる。医療依存度が高い人の外出にはマンパワーが必要であるが、環境因子により社会参加の制約がある際には、社会サービスが必要不可欠である。介護者の生活(2人暮らし)、意識障害者の状況等を考慮すれば、社会参加や介護負担の軽減が盛り込まれている現在のケアプランの継続が望まれる。

【事例1】 週間サービス利用表

(作成年月日 平成21年8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	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	
	6:00								
早朝	8:00								
	9:00	重度訪問 2人付		重度訪問2人	重度訪問 2人付	重度訪問1人		身体介護	
午前	10:00		重度訪問 1人		重度訪問 1人	身体介護	重度訪問 2人付		
	11:00	重度訪問 1人		デイサービス					
	12:00								
	13:00	重度訪問 1人			重度訪問 1人	重度訪問 1人	重度訪問 1人	重度訪問 1人	
午後	14:00	訪問/叱り	訪問入浴	重度訪問 2人	訪問看護				
	15:00		重度訪問 1人						
	16:00								
	17:00								
夜間	18:00								
	19:00								
	20:00								
深夜	22:00								
	0:00								
	2:00	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	
	4:00								
週単位以外のサービス		訪問診療 2回/月、訪問歯科診療 2回/月							