

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の通り、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、居宅における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をいうことである。

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）（資料 1）

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。

表1 在宅遷延性意識障害者の基本属性 (n=48)

意識障害者		人数	%
性別	男性	34	70.8%
	女性	14	29.2%
原因分類	頭部外傷	31	64.5%
	転倒・転落	2	4.2%
	スポーツ	1	2.1%
	脳血管疾患	3	6.2%
	脳炎	2	4.2%
	手術	1	2.1%
	溺水	1	2.1%
	その他	7	14.6%
	年齢		32.7±8.2 (18.3~57.4) 歳
意識障害持続期間 (年)		11.5±5.7 (3.9~28) 年	
在宅療養期間 (年)		8.5±4.8 (1.5~25.7) 年	
障害程度区分	区分6	47	97.9%
	区分5	1	2.1%
主介護者			
性別	男性	5	10.4%
	女性	43	89.6%
続柄	父	4	8.3%
	母	40	83.3%
	配偶者	4	8.3%
年齢		58.3±7.1 (40.9~68.2) 歳	

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。

表2 在宅遷延性意識障害者の生活機能・認知機能・社会生活 (n=48)

【心身機能・身体構造】		人数	%
意識の状態	反応なし	10	20.8%
	反応あり	38	79.2%
呼吸	自然呼吸	25	52.1%
	気切吸引	21	43.8%
	人工呼吸器	2	4.1%
栄養摂取方法	経口摂取	7	14.6%
	経口+経管	16	33.3%
	経管栄養	25	52.1%
排泄	オムツ	44	91.7%
	表情の変化	(14)	
	尿器や便器で排泄	2	4.1%
	サインで尿意や便意	2	4.1%
褥瘡	既往なし	26	54.2%
	既往歴あり	22	45.8%
【活動】			
コミュニケーション	表出は見られない	19	39.6%
	表情の変化	21	43.7%
	声を出す	6	12.5%
	文字盤	2	4.2%
運動	自動運動なし	44	91.7%
	自動運動あり	4	8.3%
【参加】			
通所サービス	利用	26	54.2%
	利用なし	22	45.8%
ショートステイ	利用 (不定期含む)	20 (17)	41.7%

3. サービス計画書の分析 (表3) (資料2)

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。

表3 サービス種別とケアプラン現況 (n=48)

サービス種別		利用者数	%	プラン件数
訪問看護		38	79.2%	33
訪問リハ		33	68.8%	15
訪問介護	居宅介護	37	77.1%	34
	重度訪問介護	12	25.0%	11
移動介護		3	6.3%	2
訪問入浴		18	37.5%	3
通所サービス	デイケア	4	8.3%	
	デイサービス	21	43.8%	15
ショートステイ		20	41.7%	1

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。

4. 事例における訪問看護とホームヘルパーの協働

【事例 1】社会サービスと家族介護を積極的にミックスした例

30 歳代女性。24 歳時の通勤時に自転車事故で転倒した。転倒時の状況の詳細は不明だが、縁石に頭から落ちたようである。発見時には呼吸停止状態であり、医師からは「手術を行います。植物状態は覚悟してください。」と説明を受けた。事故後 3 年 2 ヶ月で 10 ヶ所の病院を転院した後で在宅生活に移行した。障害程度区分 6。

意識障害持続期間 15 年。在宅生活 12 年。主介護者は両親 (父 73 歳、母 67 歳)。

社会サービスの利用状況

- ①訪問診療 2 回/月、②歯科診療 1 回/月、③訪問看護 4 回/週、④マッサージ 3 回/週
- ⑤デイサービス 1 回/週、⑥重度訪問介護 2 人付可=70 時間/月、
- ⑦移動介護 1 人付=20 時間/月
- ⑧居宅介護 20 時間/月

[訪問看護計画]

1. ニーズ；

- ①意識障害により異変の発見が遅れる可能性がある。
- ②意識障害による廃用症候群のリスク状態、③介護に関連した家族機能の変調。
- ④オムツ着用、発汗、痙性、意識障害に関連したスキントラブルのリスク状態。

2. 目標；

- ①細やかな観察から異常の早期発見ができる。
- ②体調が安定した中で機能維持、回復に向けた訓練が継続できる。
- ③介護者が思いを表出できる信頼関係を構築し安定した療養生活ができる。
- ④スキントラブルなく過ごすことができる。

3. 内容・解決策；

- ①バイタルサインのチェック、②意識レベルの変化の観察
- ③てんかん発作の有無、頻度、持続時間などの把握
- ④経管栄養を主とする IN と排尿、排便を主とする OUT の状況の把握
- ⑤全身状態の観察・管理、関節可動域保持訓練、循環動態の保持への援助 (座位、腹臥位、立位)
- ⑦音楽運動療法の支援
- ⑧口腔リハビリ、⑨介護者の健康状態の把握及びそれに応じた支援内容の選択
- ⑩社会資源活用についての情報提供・助言
- ⑪入浴による清潔保持、⑫かぶれ、ただれ等の好発部位の観察、⑬テープ類の観察
- ⑭移動時の外傷の予防

[居宅介護計画書]

1. ニーズ；

1996 年に交通事故に遭い、病院を転々として医療はすべてやりつくした。障害名「遷延性意識障害」。訪問介護、訪問看護、マッサージ等を利用して、両親も全力投球で介護をしている。排便、排尿の不快さを表現できる。テレビを見ていて、CD も特に歌詞のある曲には反応する。

2. 目標；

現状を維持しながら、少しでも良い変化がみられるように関わっていく。

3. 内容・解決策；

①身体介護：土曜日は全身清拭、オムツ交換、陰部洗浄、マッサージ、ベッド上端座位になり車椅子へ移乗する。

②祝祭日；入浴介助、オムツ交換、うつ伏せでマッサージ、ベッド上端座位になり車椅子へ移乗する。

【重度訪問介護】

1. ニーズ；重度訪問介護 50 時間/月（内移動介護 20 時間）

2. 目標；ご両親の愛情ときめ細やかな手厚い介護に支えられて、在宅生活をしています。ヘルパーが訪問し、①入浴の介助をして、身体の清潔を保ちリラックスしてもらえるようにお手伝いします。②音楽運動療法、立位訓練等リハビリの補助をして、治療がスムーズに進められるようにお手伝いします。③定期的に、安全に、デイサービスに通えるように、移動時のお手伝いをします。

3. 内容・具体策；①健康チェック、②相談援助、③情報収集をする

援助方法；身体介護・入浴介助；家族、看護師と協力しながら居室で入浴する。

④音楽運動療法、⑤立位訓練、⑥腹臥位療法など

【事例の検討】

発症以来の在宅生活も 12 年を超えている。高齢になった両親は、社会サービスを利用し、積極的に家族介護とミックスのケアを提供している。「重度訪問介護」のケアプランには、看護師との協働で、入浴介助が具体策として掲げられている。また、リハビリ・立位の訓練などの補助や利用者が「少しでも良い変化が見られるように関わる」という視点は、疾病や障害を理解しようとする訪問看護師との協働の成果と思われる。介護者は可能ならば一生涯介護をしてやりたいと言いつつ、緊急時の対応や介護からの解放も望んでいる。一日が終わるとき母は「今日も無事であった」と感謝するという。

本事例は、厚生労働科学研究費補助金で実施していた、重度障害者における療養通所介護のモデル事業に参画していた。この事業での経験を家族は評価している。在宅生活を継続し、QOL 向上に寄与できるのは訪問系および社会参加を可能にする通所系のサービス提供が有効に連携し機能することであろう。

【事例 2】成人の意識障害者が自立した生活と社会参加を家族が希望した例

40 歳代男性。斜頸による手術の医療過誤で、中学校 1 年生（12 歳）の時に意識障害となった。手術室へ向かう途中に、「おかあさん怖いよ」と叫んだ声が、最後のコミュニケーションになった。医師からは、「意識がいつ戻るかわからない。また戻らないかもしれない」と説明をされた。意識障害の発症から 5 ヶ所の病院に転院し、入院生活 12 年 7 ヶ月後に在宅生活へ移行した。障害程度区分 6。

意識障害持続期間；29 年。在宅生活 16 年 4 ヶ月。主介護者は母（68 歳）。

【訪問看護計画書】

1. ニーズ；

①遷延性意識障害による四肢麻痺、呼吸機能の低下

②車椅子座位姿勢不良

③家族の介護負担

2. 目標；

- ①廃用を予防し、車椅子座位姿勢の安定性の向上を図る
- ②運動や聴覚刺激により、精神的賦活を促進する。

3. 内容・具体策；

- ①四肢・体幹・頸部 ROM 訓練、ストレッチ、②呼吸介助（呼吸能力の維持、排痰目的）
- ③端座位保持、バランス訓練、④介護方法の助言、指導、⑤環境設定に関する助言、指導
- ⑥心理的サポート、⑦介護状況の確認

[居宅介護計画書]

1. ニーズ；

- ①住み慣れた自宅で生活をしたい。
身体介護 115.5 時間（1 人 62.5 時間+2 人×11.5 時間 述べ 155.5 時間）

- ②住み慣れた自宅で生活をしたい。
重度訪問介護 184 時間 1 人（内移動部分 32 時間 15%加算）

③家族；

- ①入浴は、全身機能に働きかけるリハビリに変わるものと考えているため、寝たきりの者ほど必要である。②散歩は、気分転換と社会参加を目的として、自宅近辺を 1 時間 30 分程度してほしい。③食事介助は、誤嚥しないように気をつけてほしい。④通院やデイサービスなど外出に介助が必要。

2. 目標；

- ①家族の負担をなくし、安全、安心なサービス提供を目標とします。
- ②入浴中は、楽しく声かけと本人がリラックスできるように。

3. 内容・具体策；

- ①身体介護入浴（2 人付）、食事介助（1 人）、家事全般は家族。
- ②ヘルパー 2 人付で介助。多くの介護をつないでおられるのでその流れを妨げることがないように確実にを行う。

[重度訪問介護]

1. ニーズ；

- ①住み慣れた自宅で生活をしたい。
重度訪問介護 184 時間 1 人（内移動部分 32 時間 15%加算）

2. 目標；①安心して、自宅で生活ができる。

3. 内容・具体策；

- ①モーニングケア、②食事介助、③口腔ケア、④洗面、清拭介助、⑤排泄介助
- ⑥見守り、⑦イブニングケア

[事例の検討]

本事例は、12 歳の意識障害の発症から 40 歳代を迎え今日に至った。これまで、制度の変遷とともに社会サービスは充実してきたと家族は喜び評価している。しかし、主介護者が 60 歳代の後半を迎えると 24 時間、365 日の日常の介護には限界が生じている。家族が一晩ゆっくり眠れたら、次の日の介護がまたできる、地域にショートステイが整

備されていないければ、ヘルパーの支援のもと外泊支援があってもいのではないかと提言している。介護の経過の中で、経管栄養から7年の歳月をかけて経口摂取を可能にしたのは家族であった。この身体機能を低下しないように、訪問看護師は身体管理とリハビリテーションを行い、ホームヘルパーは主にセルフケアや移動に介助がなされていた。自立に向けた社会サービスと家族が利用者に貢献している。また、家族は40歳代になった利用者の社会参加を積極的に行政に働きかけ、感謝しつつ在宅生活を継続されている。

身体介護の2人付は、サービス提供者の心身の安定や安全のために有効な方法である。しかし、制度内に各職種間のサービス調整会議は地域に確立していないために、個々のサービスが家族・主介護者をキーパーソンにケアマネジメントがなされており、重度障害者の長期間におよぶ介護にはケアマネジャーの存在を考慮される必要があるのではないだろうか。

V 考察

1. 対象について

本調査では、利用者はほぼ全員が障害者自立支援法「障害程度区分6」の最重度であり、日常生活全般に介護を必要としていた。障害者自立支援法による居宅介護支援では平均5.4人、重度訪問介護では平均7.1人、訪問看護では平均9.5人のサービスの内容・具体策が講じられていた。介護保障は、介護保険法対象の他は、若年層に対して障害者自立支援法の介護給付の利用となる。障害者自立支援法では区市町村を主体とする自治体で支給基準を決定し、契約により介護のサービスが提供される。障害福祉サービスは、本来は症状固定となった「障害」を対象にしているが、本調査における意識障害者は、呼名により何らかの反応のある人が38人(79.2%)存在し、コミュニケーションにおいても「表情の変化」や「声を出す」などの意思の表出が可能な人は27人(56.2%)いた。症状固定ということで障害認定を受けたとしても、呼名による反応やコミュニケーションは、回復過程において可能になる例も多く、長期経過のなかでの変化が認められることも多い。外界環境と接触できる心身機能・身体構造を維持していることは重要であり、この機能を維持しさらに向上させていくことが意識障害者のリハビリテーションにおける課題であるため、看護や介護、そして理学療法士や作業療法士等の他職種連携が必要不可欠であると考ええる。

2. サービス利用の特徴と今後の課題

前述したように、多職種連携は重要であるが、多職種が協働するサービスの利用には調整が必要である。本研究では、ホームヘルプの2人利用の実態が明らかになり、ホームヘルプの役割として、セルフケアと運動・移動に係わる人が多いという特徴があった。介護サービスの支援体制では、重度障害者を安全に支援し、なお且つサービスを提供する側のヘルパーの心身の負担と安全を考慮すれば、2人体制で支援する配慮は有効な方策である。ALSの支援では、看護師とホームヘルパーの協働、つまり看護と介護のケアミックス⁷⁾を有効な支援の在り方として提起していることから、意識障害者においても看護師とヘルパーの連携の必要性は高いのではないかと考える。

また、先行研究⁵⁾においても、介護保険法下でのケアプランを分析したが、ケアマネジメントの存在は環境因子における強みであった。長期間の在宅生活を維持するには、社会サービスと介護者の思いをくみ取り、支援方法を考慮しなければならない⁶⁾。訪問看護師は、医師との連携で全身状態を把握し、看護・身体的管理を提供しながら利用者の活動性を高めて社会参加への身体機能の再構築・準備を行なうなど、障害理解を深めながら障害特性に応じた治療的アプローチが期待される。

一方、重度障害者にとって、地域の社会資源を有効に統合することは、サービスの質、生活のQOL

に直結するので重要である。しかしながら、社会資源を利用する際にはマネジメントする専門職が必要である。本調査においてもマネジメントはすべて家族が実施しており、必要なサービスが欠如しているなど、利用量の欠如や偏りも生じていた。障害者自立支援法利用者のケアへの総合的計画は、個別的に決定される介護給付の管理の上でも、介護保険法のケアマネジャーが行うような包括的ケアマネジメントを行う必要がある。

障害者自立支援法の介護給付保障では、利用者と家族が各サービスの契約で行われ、地域におけるサービス調整やサービスの評価は制度内に位置づけられていない。重度障害者の在宅介護支援では、介護保険法下で行われる手法を踏襲することによって、より効率化を図ることが可能であろうと考える。制度の前進は身体機能や状態像の評価を可能にし、さらに地域看護、および介護労働の連帯に対して、実効ある「サービス担当者会議」の設立は有効と考える。看護と介護の連携は、対象の生きることへの生活機能全体を補完し、人格と個性の尊重と自立支援は、法第1条の目的の実現に他ならない。

【引用文献】

- 1) 社会福祉六法：平成24年度版。新日本法規。1185-1188
- 2) 大川弥生：「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用。中央法規。2009.
- 3) 諏訪さゆり：ICFの視点に基づく施設、居宅ケアプラン事例展開集。日総研出版。2007.
- 4) 紙屋克子：遷延性意識障害班分担研究報告書。平成17～19年厚生労働科学費研究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.
- 5) 日高紀久江：平成22年度 厚生労働科学費研究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。2011.
- 6) 日高紀久江：平成21年度 厚生労働科学費研究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。2010.
- 7) 川村佐和子：平成19年度 厚生労働科学費研究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 総括・分担研究 2008.

表1 在宅遷延性意識障害者の基本属性					
				n=48	
意識障害者				人数	%
性別	男性		34	70.8%	
	女性		14	29.2%	
原因分類	頭部外傷		31	64.5%	
	転倒・転落		2	4.2%	
	スポーツ		1	2.1%	
	脳血管疾患		3	6.2%	
	脳炎		2	4.2%	
	手術		1	2.1%	
	溺水		1	2.1%	
	その他		7	14.6%	
	年齢	32.7±8.2(18.3~57.4)歳			
意識障害持続期間(年)	11.5±5.7(3.9~28)年				
在宅療養期間(年)	8.5±4.8(1.5~25.7)年				
障害程度区分					
	区分6		47	97.9%	
	区分5		1	2.1%	
主介護者					
性別	男性		5	10.4%	
	女性		43	89.6%	
続柄	父		4	8.3%	
	母		40	83.3%	
	配偶者		4	8.3%	
年齢	58.3±7.1(40.9~68.2)歳				

表2 在宅遷延性意識障害者の生活機能・認知機能・社会生活

【心身機能・身体構造】		n=48	
意識の状態		人数	%
	反応なし	10	20.8%
	反応あり	38	79.2%
呼吸	自然呼吸	25	52.1%
	気切/吸引	21	43.8%
	人工呼吸器	2	4.1%
栄養摂取方法	経口摂取	7	14.6%
	経口+経管	16	33.3%
	経管栄養	25	52.1%
排泄	オムツ	44	91.7%
	表情の変化	(14)	
	尿器や便器で排泄	2	4.1%
	サインで尿意や便意	2	4.1%
褥瘡	既往なし	26	54.2%
	既往歴あり	22	45.8%
【活動】			
コミュニケーション	表出は見られない	19	39.6%
	表情の変化	21	43.7%
	声を出す	6	12.5%
	文字盤	2	4.2%
運動	自動運動なし	44	91.7%
	自動運動あり	4	8.3%
【参加】			
通所サービス	利用	26	54.2%
	利用なし	22	45.8%
ショートステイ	利用	20	41.7%
	(不定期含む)	(17)	

表3 サービス利用者一覧表

ID	個人因子				環境因子				心身機能・身体構造					活動		参加		
	性別	年齢	原因	意識障害 持続期間 (年)	在宅 期間 (年)	障害程度区 分	主介護者 性別	年齢	続柄	意識	呼吸	栄養	排泄	褥瘡	コミュニケーション	自動 運動	通所 サービス	ショート ステイ
1	男性	20代	頭部外傷	15.2	13.7	6	男	50代	父	反応(+)	自然	経管	表情変化	(-)	表情など	(-)	23回/月	
2	女性	30代	頭部外傷	14.0	10.8	6	女	60代	母	反応(-)	自然	経管	表情変化	(-)	(-)	(-)	4回/月	不定期
3	女性	40代	その他	4.4	1.7	6	男	40代	配偶者	反応(+)	自然	経管	尿器便器	(-)	表情など	(-)		
4	女性	30代	脳内出血	6.9	5.9	6	女	50代	母	反応(+)	気切	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)		
5	男性	20代	転倒転落	6.3	3.6	6	女	50代	母	反応(+)	自然	経口	オムツ	(-)	声	(-)		不定期
6	男性	20代	頭部外傷	8.3	6.3	6	女	40代	母	反応(+)	気切	経管	サイン	(-)	文字盤	(-)		
7	女性	20代	頭部外傷	7.4	6.0	6	女	50代	母	反応(+)	気切	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)		不定期
8	男性	20代	その他	8.6	7.3	6	女	60代	母	反応(+)	気切	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	13回/月	
9	女性	20代	頭部外傷	8.3	7.7	6	女	50代	母	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)		不定期
10	男性	30代	頭部外傷	9.7	8.8	6	女	50代	母	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	4回/月	
11	男性	20代	頭部外傷	7.8	7.1	6	女	60代	母	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	4回/月	
12	女性	10代	溺水	14.2	13.9	6	女	40代	母	反応(+)	自然	経管	表情変化	(-)	声	(-)		
13	男性	30代	頭部外傷	8.5	4.2	6	女	50代	母	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	10回/月	定期5日
14	男性	30代	頭部外傷	14.8	11.2	6	男	60代	父	反応(+)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)		
15	男性	20代	その他	26.2	25.7	6	女	60代	母	反応(+)	呼吸器	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)		
16	女性	20代	スポーツ	11.6	10.0	6	女	50代	母	反応(+)	呼吸器	経管	表情変化	(-)	表情など	(-)	8回/月	不定期
17	男性	30代	頭部外傷	10.5	8.9	6	女	60代	母	反応(+)	自然	経口	サイン	(-)	表情など	(-)	20回/月	不定期
18	男性	20代	頭部外傷	8.0	5.3	6	女	50代	母	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)		
19	男性	40代	頭部外傷	17.0	15.5	6	女	60代	母	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)		
20	女性	20代	頭部外傷	7.7	6.5	6	女	50代	母	反応(+)	気切	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	5回/月	
21	男性	30代	頭部外傷	15.7	13.3	6	女	60代	母	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)		不定期
22	男性	40代	頭部外傷	23.8	10.1	6	女	60代	母	反応(+)	気切	経口	表情変化	(-)	文字盤	(-)	12回/月	不定期
23	男性	10代	脳炎	3.9	1.4	6	女	40代	母	反応(+)	自然	経管	表情変化	(-)	表情など	(-)	8回/月	
24	男性	20代	脳内出血	10.5	3.1	6	女	50代	母	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)		不定期
25	男性	30代	頭部外傷	12.7	6.9	6	女	50代	母	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(+)	5回/月	不定期
26	男性	30代	頭部外傷	8.4	5.2	6	女	60代	母	反応(+)	気切	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	4回/月	
27	女性	30代	頭部外傷	15.8	14.8	6	女	60代	母	反応(-)	自然	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)		
28	女性	40代	頭部外傷	16.5	15.4	6	男	70代	父	反応(+)	自然	経口	オムツ	(-)	声	(+)	3回/月	不定期
29	女性	20代	その他	6.1	4.8	6	女	50代	母	反応(+)	気切	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	8回/月	不定期
30	男性	30代	脳内出血	16.4	15.3	6	女	50代	母	反応(-)	自然	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)		
31	男性	50代	頭部外傷	4.4	0.8	6	女	50代	配偶者	反応(+)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)		
32	男性	30代	頭部外傷	11.5	5.3	6	女	60代	母	反応(+)	自然	経口	表情変化	(-)	表情など	(-)		
33	男性	20代	頭部外傷	4.3	4.0	6	女	40代	母	反応(+)	気切	経管	表情変化	(-)	表情など	(-)		不定期
34	女性	20代	頭部外傷	8.3	6.8	6	女	60代	母	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	12回/月	
35	男性	30代	転倒転落	8.5	7.3	6	女	60代	母	反応(+)	自然	経管	表情変化	(-)	声	(+)	8回/月	
36	男性	30代	頭部外傷	13.5	11.3	6	女	60代	母	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)		不定期
37	男性	30代	頭部外傷	13.1	10.6	5	女	60代	母	反応(+)	気切	経口	オムツ	(-)	表情など	(+)	11回/月	定期7日
38	男性	40代	その他	8.3	7.8	6	女	50代	母	反応(+)	自然	経管	表情変化	(-)	表情など	(-)	8回/月	
39	男性	30代	その他	6.1	4.5	6	女	50代	母	反応(+)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)		
40	男性	20代	頭部外傷	8.3	3.8	6	女	50代	母	反応(-)	自然	経管	表情変化	(-)	(-)	(-)	8回/月	
41	男性	30代	頭部外傷	12.6	7.0	6	女	50代	母	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	4回/月	不定期
42	男性	40代	脳炎	10.2	9.3	6	女	40代	配偶者	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	声	(-)	12回/月	定期10日
43	女性	40代	頭部外傷	16.1	14.5	6	女	60代	母	反応(+)	気切	経管	尿器便器	(-)	声	(-)	4回/月	
44	女性	30代	その他	12.0	10.3	6	男	60代	父	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)		
45	男性	40代	頭部外傷	24.8	10.3	6	女	60代	母	反応(+)	自然	経管	表情変化	(-)	表情など	(-)		
46	男性	50代	頭部外傷	6.1	1.4	6	女	50代	配偶者	反応(+)	気切	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)		不定期
47	男性	20代	頭部外傷	10.3	6.3	6	女	50代	母	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	4回/月	
48	男性	40代	手術	28.0	15.4	6	女	60代	母	反応(+)	自然	経口	オムツ	(-)	(-)	(-)	20回/月	不定期

表4 サービス種別とケアプラン現況

n=48			
サービス種別	利用者数	%	プラン件数
訪問看護	38	79.2%	33
訪問リハ	33	68.8%	15
訪問介護			
居宅介護	37	77.1%	34
重度訪問介護	12	25.0%	11
移動介護	3	6.3%	2
訪問入浴	18	37.5%	3
通所サービス			
デイケア	4	8.3%	
デイサービス	21	43.8%	15
ショートステイ	20	41.7%	1

表5 介護と看護の支援内容

【サービス種別上位5位】

居宅介護		n=34	件数	%
上位5位	入浴・洗身	28	82.4	
	排泄ケア	22	64.7	
	更衣・整容	21	61.7	
	移乗	18	52.9	
	移動	16	47.1	
重度訪問介護		n=11	件数	%
上位5位	移動	10	90.1	
	入浴・洗身	9	81.8	
	更衣・整容	8	72.7	
	移乗	8	72.7	
	排泄ケア	6	54.5	
	状態観察・見守り	5	45.5	
訪問看護		n=33	件数	%
上位5位	バイタルサインのチェック	33	100	
	リハビリテーション	23	69.7	
	皮膚のトラブル観察・治療	17	51.5	
	入浴・洗身	16	48.5	
	基本的な姿勢の変換	16	48.5	
	姿勢の保持	15	45.5	
	排泄・指導	15	45.5	
訪問看護の環境因子への介入				
	家族相談	18	54.5	
	職種間連携	19	57.6	
	介護負担の軽減	24	72.7	

【居宅介護支援内容】 n=34 件数

ICF5章 セルフケア	洗身	28
	口腔の手入れ	7
	排泄	22
	更衣・整容	21
	食べる	9
	飲む	0
	健康に注意	0
ICF4章 運動・移動	基本的な姿勢の変換	9
	姿勢の保持	8
	立位の保持	3
	移乗	18
	移動	16
ICF3章コミュ ニケーション	非言語的メッセージの表出	3
	話し言葉の理解	2
その他	外気浴	7
	ショートステイ送迎	1
	吸引	5
	吸引用具洗浄	1
	入浴準備	1
	水分補給	1
	通院介助	1
	リハビリ手伝い	4
	状態観察・見守り	11
	家事援助	4
	ビデオ鑑賞	1
	相談業務	1
	小計	184

【重度訪問介護支援内容】n=11 件数

ICF5章 セルフケア	洗身	9
	口腔の手入れ	5
	排泄	6
	更衣・整容	8
	食べる	4
	飲む	0
	健康に注意	0
ICF4章 運動・移動	基本的な姿勢の変換	4
	姿勢の保持	3
	立位の保持	3
	移乗	8
	移動	10
ICF3章コミュ ニケーション	非言語的メッセージの表出	1
	話し言葉の理解	1
その他	外気浴	2
	ショートステイ送迎	0
	吸引	2
	吸引用具洗浄	0
	入浴準備	0
	水分補給	0
	通院介助	0
	リハビリ手伝い	2
	状態観察・見守り	5
	家事援助	4
ビデオ鑑賞	0	
相談業務	0	
音楽運動療法	1	
小計	78	

【訪問看護内容】 n=33 件数

管理・観察	バイタルサインのチェック	33	
	酸素飽和濃度測定	9	
	人工呼吸器管理	2	
	在宅酸素管理	1	
	意識レベルの観察	6	
	気管切開管理	12	
	経管栄養管理	13	
	嚥下状態の観察	3	
	栄養状態の確認	4	
	皮膚トラブルの観察・治療	17	
	全身状態の観察・管理	15	
	疾患の管理	1	
	吸引	5	
バルーンカテーテル管理	1		
カニューレ交換	1		
ICF5章 セルフケア	洗身・入浴	16	
	口腔ケア	6	
	排泄・指導	15	
	食べる	2	
	更衣	1	
ICF3章コミュ ニケーション	非言語的メッセージの表出	10	
	話し言葉の理解	9	
ICF4章 運動・移動	リハビリテーション	23	
	入浴随の関節運動	3	
	基本的な姿勢の変換	16	
	姿勢の保持	15	
	立位訓練	2	
	筋緊張緩和	6	
	感覚刺激	2	
	音楽療法	1	
	環境因子	家族相談支援	17
		相談(他法について)	6
介護負担の軽減		17	
職種間の連携		19	
見守り		2	
室内環境整備	1		
小計	312		

研究成果の刊行物

[論文]

ICF の概念における 在宅遷延性意識障害者の特徴と介護の実態 —若年層と高齢層の比較—

日 高 紀久江*
松 田 陽 子**
紙 屋 克 子***

Key words : 在宅介護, 遷延性意識障害, ICF, 障害像, 若年層と高齢層

緒言

後天的に生じる意識障害の主な原因は脳血管障害や頭部外傷であるが、二次的原因として代謝性疾患や中毒、溺水などがあり、乳児から高齢者まで全年齢層に生じる障害である。わが国では意識障害が長期化している遷延性意識障害者（以後、意識障害者とする）は34,400人以上いると報告され¹⁾、在宅療養が推進されている近年では在宅で療養している意識障害者数の増加が推測される。

意識障害者の在宅療養に関して、1998年に村山は²⁾、在宅介護の必須条件は障害者の全身状態の安定、家族の在宅介護への意志と能力、経済的な安定、そして医師への連絡体制や急変時の対応など7つの条件を提起した。そして、在宅療養を阻む最大の問題は患者を受け入れる家族の体制や地域での援助体制が十分でないことを指摘している。また、1998年に内田³⁻⁵⁾は、岡山県内での実態調査において在宅の意識障害

者は高齢者が多く、83.3%が生活上の困難があり、その主な理由は介護力の不足であると報告している。一方、2003年の実態調査では在宅の意識障害者は若年層が多く、若年層は医療依存度が高くデイケアやショートステイ等の社会サービスの利用が困難であることを明らかにしている⁶⁾。しかしながら、意識障害者の断片的な問題は明らかにされてきたものの、その障害像は明確でない。また、意識障害者は全年齢層に及んでいるものの身体機能として意識障害の原因や既往疾患、加齢による影響、また介護保険法や障害者自立支援法など利用している制度等により若年層と高齢層では在宅生活上の問題は異なるのではないかと思われる。

そこで、本研究では在宅の意識障害者を対象に実施した実態調査結果を基に障害の全体像を把握すること、そして若年層と高齢層の意識障害者の状態と介護の実態について比較検討することを目的とした。

*Kikue Hidaka : 筑波大学大学院人間総合科学研究科 看護科学系

**Yoko Matsuda : 筑波大学大学院人間総合科学研究科 博士課程

***Katsuko Kamiya : 筑波大学名誉教授

方法

1. 対象および方法

日本脳神経外科学会の植物状態の診断基準に準じて、後天性の疾患および受傷を起因とする意識障害者を対象とした。2007年1月～12月に全国遷延性意識障害者家族会、遷延性意識障害者治療研究事業を有する県（宮城、岩手、福島、山梨、長野県）、看護協会や訪問看護ステーション等の各機関に依頼し在宅意識障害者と主介護者を対象に郵送による自記式質問紙調査を実施した。また、主介護者が高齢である場合には一部電話による聞き取り調査を実施した。

2. ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) の概念と本研究での位置づけ

意識障害者の障害像の把握にはICFの概念を用いた。ICFは全ての階層を含む包括的な概念であり、一人の人間を生活環境も含めて全人的に把握するモデルである⁷⁾。国際障害分

類 (ICIDH) では、障害を「機能・形態障害」、「能力障害」、「社会的不利」と定義してきたが、時間的順序を示すものでないことや障害のマイナス面を重視している等の批判から、障害のプラス面を重視した「生活機能」という新しい概念が打ち出された。ICFでは生活機能を「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の3つの階層から説明し、それらに関連する背景因子として「個人因子」と「環境因子」を挙げている。本研究ではICFの概念に基づき、実態調査の質問項目を各階層に当てはめ意識障害者の障害像の把握を試みた。

3. ICF の概念と実態調査項目

実態調査の質問項目をICFの概念に当てはめて分析を行なった(図1)。意識障害者の「心身機能・身体構造」には意識レベル、呼吸の状態(自然呼吸・気管切開)、栄養摂取方法(経口摂取・経管栄養)、排泄の状況等である。「活動」は、意思疎通(コミュニケーション方法)や運動機能を挙げ、また意識障害者の日常生活

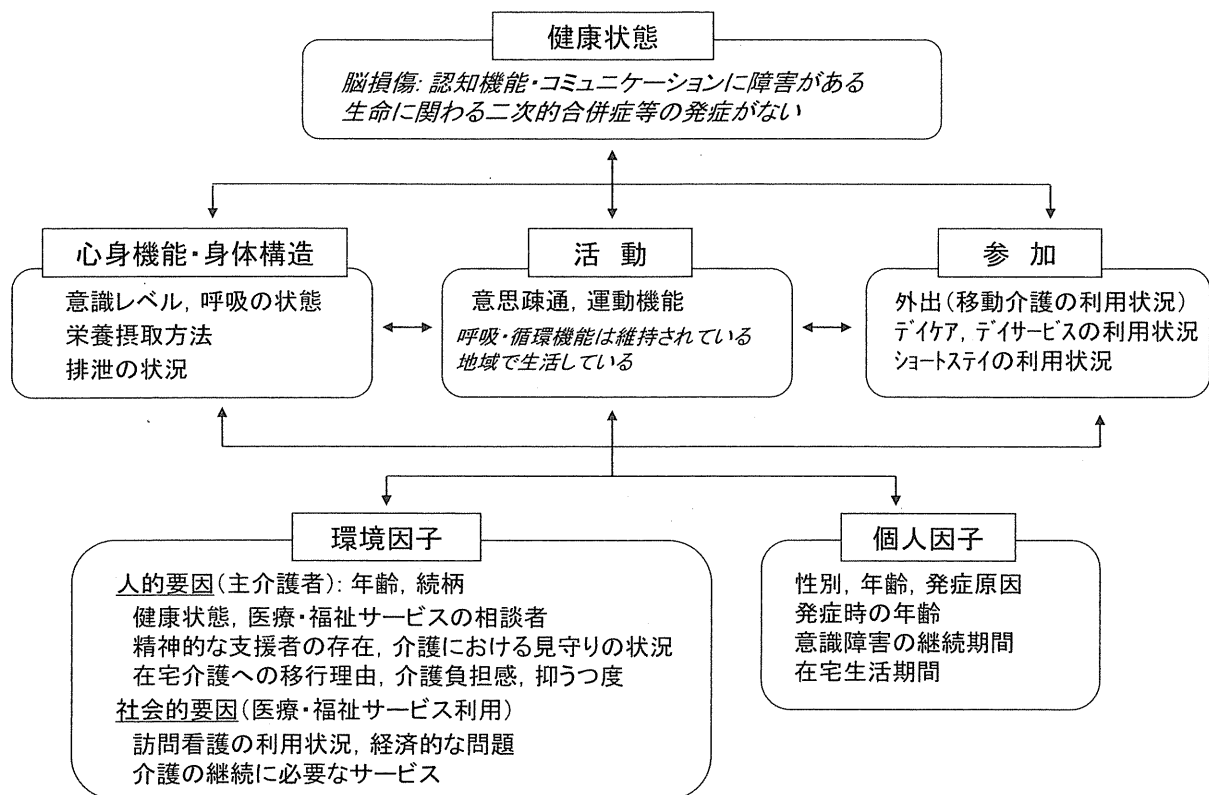


図1 ICF の概念と在宅意識障害者の調査項目

行動はほぼ全介助の状態ではあるが呼吸・循環機能を維持していること自体を活動として捉えた。また本研究では、意識障害者の社会参加の第一歩は自宅外に出ることと考え、「参加」は移動介護やデイサービス、デイケア、ショートステイの利用状況とした。

意識障害者は自動運動があっても目的的な運動や行動は困難であり、「参加」「活動」に関しては意識障害者を取り巻く背景因子のなかでも環境因子が重要である。本研究では環境因子を人的要因と社会的要因に分類した。人的要因のキーパーソンは主介護者であり、続柄、年齢、健康状態、在宅介護への移行理由、介護負担感等を当てはめた。なお、主介護者の負担感には多次元介護負担感尺度 (BIC-11)⁸⁾を使用した。BIC-11は筋萎縮性側索硬化症やパーキンソン病、脳梗塞、人工透析患者の介護者を対象にした研究により、Zaritの介護負担尺度等の項目を踏まえて開発された。全11項目(下位尺度5)と全体的負担感から構成され、各項目とも5段階で評価し得点が高いほど主観的な負担感が強い。また、抑うつ度に関しては自己評価式抑うつ尺度 (Self-rating Depression Scale ; SDS) を使用した。社会的要因は医療・福祉サービスの利用状況として、訪問看護の利用状況、経済的な負担感、介護の継続に必要なサービス内容等を含めた。そして、個人因子として意識障害者の性別や年齢、意識障害の継続期間等を含めた。

なお、ICFの概念では当事者または介護者単独の枠組みや、両者を併せた枠組みも考えられる。しかし、両者を併せた枠組みでは当事者以外に介護者の身体、心理、社会的側面の要因もあり、意識障害者の障害像が見えにくいのではないかと考えた。そこで本研究では、当事者を軸に考える枠組みを作成した。また、意識障害者の生活を考える際には本来ホームヘルプに関するデータも必要である。しかし、ホームヘルプは時間数だけでなくサービス内容が影響することから今回はICFの項目に含めなかった。

4. 分析方法

実態調査の結果をICFの概念に当てはめ障害像の検討を行った。また、実態調査結果から18歳未満を除いたデータを基に、18歳以上65歳未満を若年層、65歳以上を高年齢層と分類し比較検討を行った。意識障害者は年齢や原因により利用する制度が異なることから、制度利用を含めた分析が必要である。そこで本研究では介護保険法に従い65歳以上を高年齢層とした。なお、調査項目は質的変数にはカイ二乗検定、量的変数はMann-WhitneyのU検定を実施した。統計はSPSS Ver.15.0を使用し、有意水準は5%未満とした。

5. 倫理的配慮

意識障害者および介護者に調査の主旨、匿名性と守秘義務の遵守、調査報告後のデータ処理方法について、またデータは本調査のみに使用する旨を説明した文書を質問票に同封し、調査協力への承諾は書面にて同意を得た。また、不都合が生じた場合には拒否が可能であること、その際には不利益を被ることのない旨も説明した。なお、調査開始前には筑波大学の倫理委員会で審査を受け、さらに各協力機関の了承を得て実施した。

結果

1. 在宅遷延性意識障害者の実態調査

調査票は620通郵送し、回答数は314通であった(回収率50.6%)。記載不備等の8通を除外し306名の分析を行なった。意識障害者の基本属性を表1に示す。

性別は男性が175人(57.2%)、女性127人(41.5%)であり、平均年齢は50.5±25.9歳であった。意識障害に至った原因は頭部外傷が115人(37.6%)、脳血管障害101人(33.0%)の順に多かった。意識障害に至ってから調査時までの平均期間は8.1±7.0年であり、在宅療養期間は平均6.1±5.6年(最長36.1年)だった。

意識の状態は呼名による反応において外見的