

2007（平成 19）年度  
在宅医療助成（指定公募）報告書

テーマ

交通事故障害に起因する在宅医療の調査・研究

申請者名： 結城美智子

所属：公立大学法人福島県立医科大学看護学部教授

所属機関所在地：960-1295 福島県福島市光が丘 1 番地

提出月日：平成 20 年 4 月 4 日

はじめに

交通事故後遺症者は社会復帰できず、在宅で十分な支援を受けないまま閉じこもりがちになっている傾向にある。交通事故による脳外傷は高次脳機能障害や遷延性意識障害をもたらし、医療ニーズをもちながら長い経過を辿る。また、交通事故外傷の患者は若い年齢層も多いが、経過も長く遷延性意識障害など重度の障害をもちながら在宅で過ごし最期を迎える場合も少なくない。

しかし現状では、在宅で療養している交通事故後遺症者および家族介護者の実態は十分に把握されていない。また、在宅で介護を要する交通事故後遺症者が 65 歳未満である場合、介護保険制度による介護サービスを利用できず家族介護者の負担が大きいことも社会的課題となっている。とりわけ若年の交通事故後遺症者は長い経過を辿り、閉じこもり傾向になり、家族との閉ざされた空間の中での生活から心身の状態の悪化、重症化に陥るリスクが高い状況にある。

以上のことから、在宅で療養する交通事故後遺症者の生活実態を把握し、医療・介護ニーズに対応した支援を行うことにより、交通事故後遺症者閉じこもり予防、社会参加への促進を図ることを目的として、以下の研究テーマ（研究 1、研究 2、研究 3）について実施したので報告する。

研究テーマ：交通事故障害に起因する在宅医療の調査・研究

研究 1. 福島県内における交通事故障害に起因する在宅療養者の生活実態  
研究 2. 在宅療養に移行した交通事故に起因する遷延性意識障害者の生活実態  
研究 3. 交通事故外傷に起因する在宅療養者を対象としたデイケアの効果

それぞれの研究について以下に述べる。

## 研究 I. 福島県内における交通事故障害に起因する在宅療養者の生活実態

### 1 研究の目的

本研究は、交通事故障害後遺症の在宅療養者における生活状態の実態を把握することを目的として実施した。

### 2 研究方法

#### 1) 研究対象

対象は福島県内において交通事故障害後遺症により在宅で療養している者。

#### 2) データ収集方法

福島県内の介護事業所 260 か所、及び訪問看護ステーション 116 か所に文書を送付し、本調査に関する説明と依頼を行った。依頼手続きは、介護事業所あるいは訪問看護ステーションがその利用者、または各事業所が把握している対

対象者への調査票の配布であり、調査協力の有無と対象者数を同封した返信用はがきに記入後返送してもらった。その後、再度、協力参加の意思表示を得られた事業所に対して、対象者へ配布してもらう本調査の説明・依頼文と調査票を同封し送付した。対象者には調査票記入後、無記名で同封の返信用封筒で研究者へ返送してもらった。

## (2) 調査項目

調査項目は、①家族構成 ②現在の就業、学業等について ③交通事故受傷日 ④交通事故受傷日から現在までの入院等の経過 ⑤自宅で療養を開始した時期 ⑦現在、必要としている医療処置等 ⑧現在の ADL ⑨交通事故後遺症による心身の状態及び生活状況 ⑩健康状態 ⑪1年前と比較した健康状態 ⑫総合的な生活満足度(Visual Analog Scale : 0~100点) ⑬1週間に外出する頻度と外出目的 ⑭利用しているサービス ⑮介護保険サービス利用者の内訳 ⑯退院して自宅療養に移行した時に困ったこと、大変であったこと。そのことがどのように解決できたか、あるいは解決できなかった理由について(自由記載)。⑰現在、困っていること、悩んでいること等(自由記載)。⑱調査回答者

## 3) データ分析方法

項目ごとに単純集計をおこなった。自由記載の回答は、類似した内容を質的に整理した。

## 4) 倫理的配慮

訪問介護事業所及び訪問看護ステーションに対して、研究の主旨および方法について文書にて説明をおこなった。本調査への協力を得られた事業所を通じて、対象者に対して本調査の主旨と目的について文書による説明をおこなった。本調査への協力は自由意思を尊重すること、参加しないことで不利益は被らないことを保証した。個人情報の保護を厳重に行い、調査票の回答は無記名とし、調査票の返送をもって同意を得たこととした。

## 4 研究結果

調査票は、送付した 260 の介護事業所うち 156(回収率 60.0%)から回答があり、そのうち本調査に協力が得られ、利用者に対象者がいる、あるいは把握していると回答した 24 の介護事業所を通じて 29 名の対象者に配布した。訪問看護ステーションにおいては 116 のうち 76(回収率 65.5%)から回答があり、そのうち本調査に協力を得られ、利用者に対象者がいる、あるいは把握していると回答した 14 のステーションを通じて 20 名の対象者に配布した。対象者には、複数の在宅サービス事業所を利用している場合には同じ調査票が複数届くことがあるため、回答は一部のみの調査票への記入を依頼した。

介護事業所および訪問看護ステーションを介して対象者へ配布した調査票の

うち、回答の得られた合計 38 名を分析の対象とした。

1) 基本的背景

対象は、男性 27 名(71.1%)、女性 11 名(28.9%)、年齢は 28 歳から 84 歳の範囲にあり、平均 57.6 歳であった (表 1)。

表 1 対象者の年齢構成 単位：人(%)

21～30 歳	2	(5.3)
31～40 歳	2	(5.3)
41～50 歳	6	(15.8)
51～60 歳	12	(31.6)
61～70 歳	6	(15.8)
70～80 歳	6	(15.8)
81～90 歳	2	(5.3)
未回答	2	(5.3)
合計	38	(100.0)

本人を含めた同居家族人数は、独居 5 名(13.2%)、2 人家族 13 名(34.2%)、3 人家族 7 名(18.4%)、4 人家族 4 名(10.5%)、5 人家族 2 名(5.3%)、6 人以上 7 名(18.4%)であった。

現在、常勤の仕事(または学生)をしているのは 2 名(5.3%)、非常勤・パート 1 名(2.6%)、休職・休学中 1 名(2.6%)、仕事をしていない 29 名(76.3%)、その他・未回答 5 名(13.1%)であった。

2) 交通事故受傷から調査日までの期間

受傷日から調査日までの期間は、1～3 年未満 3 名(7.9%)、3～5 年未満 3 名(7.9%)、5～10 年未満 17 名(44.7%)、10～15 年未満 4 名(10.5%)、15～20 年未満 4 名(10.5%)、20～25 年未満 2 名(5.3%)、25～30 年 3 名(7.9%)、30～35 年未満 2 名(5.3%)であった。

3) 交通事故受傷から在宅療養開始までの期間

事故受傷から在宅療養開始までの期間は、1 年未満 9 名(23.7%)、1～3 年未満 17 名(44.7%)、3～5 年未満 8 名(21.1%)、5～10 年未満 1 名(2.6%)、未回答 3 名(7.9%)であった。

4) 在宅療養開始から調査日までの期間

在宅療養を開始してからの期間は、最小 1 ヶ月から最長 28 年 10 カ月までの範囲にあり、1 年未満 1 名(2.9%)、1～3 年未満 3 名(8.6%)、3～5 年未満 8 名(22.9%)、5～10 年未満 13 名(37.1%)、10～15 年未満 4 名(11.4%)、15～20 年未満 1 名(2.9%)、20～25 年未満 2 名(5.7%)、25～30 年 3 名(8.6%)であった(表 2)。

表2 在宅療養開始から調査日までの期間 単位:人(%)

1年未満	1	(2.9)
1～3年未満	3	(8.6)
3～5年未満	8	(22.9)
5～10年未満	13	(37.1)
10～15年未満	4	(11.4)
15～20年未満	1	(2.9)
20～25年未満	2	(5.7)
25～30年未満	3	(8.6)
合計	35	(100.0)

#### 5) 現在、必要としている医療処置等(複数回答)

現在必要としている医療処置等の内訳は、①服薬 33名(86.8%) ②定期的に医療機関を受診する 32名(84.2%) ③機能訓練/リハビリテーション 21名(55.3%) ④痰の吸引 5名(13.2%) ⑤経管栄養 2名(5.3%) ⑥吸入 2名(5.3%) ⑦在宅酸素療法/人工呼吸療法 1名(2.6%) ⑧床ずれの手当、予防 16名(42.1%) ⑨常におむつ使用 22名(57.9%) ⑩膀胱留置カテーテル 16名(42.1%)、その他 11名(28.9%)であった(図1)。

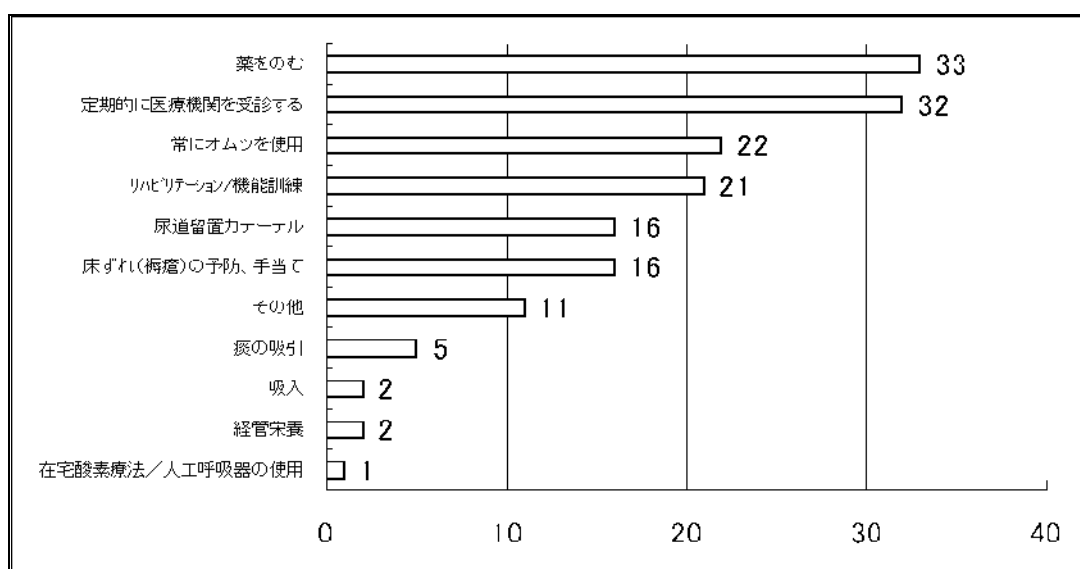


図1 現在必要としている医療処置等(複数回答)

#### 6) 現在のADL

①食事の自立度は、「自分できる」15名(39.5%)、「介助があればできる」13名(34.2%)、「できない」10名(26.3%)。

②トイレまで移動し、排尿・排便は、「自分でできる」9名(23.7%)、「介助があればできる」1名(2.6%)、「できない」28名(73.7%)。

③ひとりで寝返りすることが、「自分でできる」10名(26.3%)、「介助があればできる」6名(16.8%)、「できない」21名(55.3%)、未回答1名(2.6%)。

④ひとりで入浴することは、「自分でできる」5名(13.2%)、「介助があればできる」3名(7.9%)、「できない」30名(78.9%)。

⑤家の中をひとりで移動することは、「自分でできる」16名(42.1%)、「介助があればできる」9名(23.7%)、「できない」11名(28.9%)、未回答2名(5.3%)。

⑥近所まで歩行(車いすでも可)は、「自分でできる」11名(28.9%)、「介助があればできる」16名(42.1%)、「できない」11名(28.9%)。

⑦家族以外の人とおしゃべりすることは、「自分でできる」32名(84.2%)、「介助があればできる」4名(10.5%)、「できない」2名(5.3%)。

⑧本や新聞を読むことは、「いつも読んでいる」10名(26.3%)、「時々読んでいる」18名(47.4%)、「まったく読まない」10名(26.3%)。

⑨テレビやラジオを聴くことは、「いつもする」28名(73.7%)、「時々する」8名(21.1%)、「まったくしない」1名(2.6%)、未回答1名(2.6%)。

⑩生活全般において、見守りをしてくれたり、手助けしてくれる人介護者が、「常に必要」31名(81.6%)、「時々必要」5名(13.2%)、「必要なし」1名(2.6%)、未回答1名(2.6%)。

#### 7) 交通事故受傷の後遺症による現在の心身および生活状況

①記憶ができない、すぐ忘れてしまう、という問いに「はい」9名(23.7%)、「いいえ」26名(68.4%)、「わからない」1名(2.6%)、未回答1名(2.6%)。

②感情のコントロールができない、の問いに「はい」9名(23.7%)、「いいえ」26名(68.4%)、「わからない」1名(2.6%)、未回答1名(2.6%)。

③日常生活の行動を手順よくできない、という問いに「はい」17名(44.7%)、「いいえ」26名(68.4%)、「わからない」1名(2.6%)、未回答2名(5.3%)。

④何事も意欲もって取り組むことができない、の問いに「はい」17名(44.7%)、「いいえ」16名(42.1%)、「わからない」3名(7.9%)、未回答2名(5.3%)。

⑤何事も楽しむことができない、の問いに「はい」11名(28.9%)、「いいえ」18名(47.4%)、「わからない」5名(13.2%)、未回答4名(10.5%)。

⑥悲しい気持ちになりやすい、すぐ涙がでる、という問いに「はい」9名(23.7%)、「いいえ」22名(57.9%)、「わからない」5名(13.2%)、未回答2名(5.3%)。

⑦物事に集中できない、の問いに「はい」12名(31.6%)、「いいえ」19名(38.0%)、「わからない」4名(10.5%)、未回答3名(7.9%)。

⑧時々意識がなくなることがある、の問いに「はい」4名(10.5%)、「いいえ」29名(76.3%)、「わからない」2名(5.3%)、未回答3名(7.9%)。

⑨相手の言っていることが理解できないことが多い、の問いに「はい」6名(15.8%)、「いいえ」29名(76.3%)、「わからない」1名(2.6%)、未回答2名(5.3%)。

⑩自分の思っていることを十分に伝えることができない、の問いに「はい」9名(23.7%)、「いいえ」25名(65.8%)、「わからない」2名(5.3%)、未回答2名(5.3%)。

⑪家族・友人とのつきあいをうまくできない、の問いに「はい」6名(15.8%)、「いいえ」25名(65.8%)、「わからない」4名(10.5%)、未回答3名(7.9%)。

⑫悩み事や心配事を相談できる人がいない、の問いに「はい」3名(7.9%)、「いいえ」28名(73.7%)、「わからない」1名(2.6%)、未回答6名(15.8%)。

⑬よくけがをする、転倒する、の問いに「はい」17名(44.7%)、「いいえ」26名(68.4%)、「わからない」1名(2.6%)、未回答2名(5.3%)。

⑭夜、よく眠れない、熟睡感がない、の問いに「はい」10名(26.3%)、「いいえ」26名(68.4%)、「わからない」0名、未回答2名(5.3%)。

⑮体力がない、疲れやすい、の問いに「はい」22名(57.9%)、「いいえ」9名(23.7%)、「わからない」2名(5.3%)、未回答5名(13.2%)。

⑯薬を飲み忘れる、の問いに「はい」6名(15.8%)、「いいえ」26名(68.4%)、「わからない」1名(2.6%)、未回答5名(13.2%)。

#### 8) 現在の健康状態

現在の健康状態では、「非常によい」1名(2.6%)、「まあまあよい」10名(26.3%)、「ふつう」15名(39.5%)、「やや悪い」7名(18.4%)、「非常に悪い」4名(10.5%)、未回答1名(2.6%)。

#### 9) 現在の健康状態の1年前との比較

現在の健康状態を1年前と比較すると、「はるかに良い」3名(7.9%)、「やや良い」4名(10.5%)、「ほぼ同じ」23名(60.5%)、「よくない」4名(10.5%)、「はるかに悪い」4名(10.5%)であった。

#### 10) 総合的な現在の生活満足度

現在の生活満足度を0~100点の範囲で総合的に判断すると、「10点以下」6名(15.8%)、「11~20点以下」2名(5.3%)、「21~30点以下」1名(2.6%)、「41~50点以下」6名(15.8%)、「51~60点以下」5名(13.2%)、「61~70点以下」3名(7.9%)、「71~80点以下」7名(18.4%)、「81~90点以下」4名(10.5%)、未回答4名(10.5%)であった。

#### 11) 1週間の外出頻度と外出目的

平均した1週間の外出頻度は、「まったく外出しない」11名(28.9%)、「1日のみ」5名(13.2%)、「2~3日」9名(23.7%)、「4~5日」8名(21.1%)、「ほぼ毎日外出」3名(7.9%)、未回答2名(5.3%)であった(表3)。

外出目的(複数回答)は、「医療機関受診」20名(52.6%)が最も多く、次いで「デイケア・デイサービス」15名(39.5%)、「買い物」14名(36.8%)、「散歩」10名(26.3%)、「友人との交流」6名(15.8%)、「役所、銀行、郵便局での用事」

「旅行」「親戚・別居している家族への訪問」各 5 名(13.2%)、「仕事・学校」「趣味の活動」各 4 名(10.5%)等であった(表 4)。

表 3 1 週間の外出頻度 単位:人(%)

まったく外出しない	11	(28.9)
1 日のみ	5	(13.2)
2～3 日	9	(23.7)
4～5 日	8	(21.1)
ほぼ毎日外出	3	(7.9)
未回答	2	(5.3)
合計	38	(100.0)

表 4 外出目的(複数回答) 単位:人

医療機関での受診	20
仕事・学校	4
買物	14
散歩	10
趣味の活動	4
友人との交流、近所の方とお茶のみ	6
役所、銀行、郵便局での用事	5
地区の会合	0
老人クラブ	0
旅行	5
作業所での活動	3
デイサービス、デイケア	15
親戚・別居している家族宅への訪問	5
ボランティア活動	1
その他	4

#### 1 2) 現在利用しているサービス (複数回答) (表 5)

現在利用している制度には、介護保険 16 名(42.1%)、身体障害者手帳 33 名(86.8%)、生活保護 2 名(5.2%)。

現在利用しているサービスは、「訪問看護」「福祉用具貸与・購入」各 21 名(55.2%)、「訪問介護」19 名(50.0%)、「訪問リハビリテーション」15 名(39.5%)、「訪問入浴」13 名(34.2%)、「デイサービス」「住宅改修」各 12 名 31.6%、「重度訪問介護」9 名(23.7%)、「ショートステイ」7 名(18.4%)、「デイケア」4 名(10.5%)、「行動援護」3 名(7.9%)等であった。

福祉用具の貸与・購入の内訳(複数回答)は、「ベット」12 名 31.6%、「車いす」10 名(26.3%)、「エアーマット」5 名(13.2%)、「杖」2 名(5.3%)、「ポータブル便器」1 名(2.6%)。



表 5 現在利用しているサービス(複数回答)単位:人

介護保険	16
身体障害者手帳	33
生活保護	2
デイサービス	12
デイケア	4
ホームヘルプ	19
重度訪問介護	9
行動援護	3
訪問看護	21
訪問リハビリテーション	15
訪問入浴	13
福祉用具貸与・購入	21
ショートステイ	7
住宅改修	12
その他	6
何も利用していない	1

1 3) 介護保険利用者 16 名の内訳

介護保険制度利用者のうち、介護度内訳は「要支援 1」「要支援 2」「要介護 1」各 2 名(12.5%)、「要介護 2」1 名(6.3%)、「要介護 3」3 名(18.8%)、「要介護 4」1 名(6.3%)、「要介護 5」5 名(31.3%)であった。

1 4) 退院して自宅療養に移行した時に困ったこと、大変であったこと。そのことがどのように解決できたか、あるいは解決できていないこと・課題・要望等について(表 6)

自由記載を同じ内容とするまとまりごとに分類した結果、<1.本人の人格の変化><2.排泄に関する事><3.医療処置に関する事><4.毎日の過ごし方について><5.サービス等><6.ADL、リハビリ><7.家族の思い><8.介護に関する事><9.経済><10.住宅><11.全体>の 11 の項目に整理された。

表6 退院して在宅療養に移行した時に困ったこと、大変だったこと等

<p>●困ったこと、大変だったこと *準備できていたこと</p>	<p>●解決できた方法 ◎解決できていないこと・課題・要望等</p>
<p>1. 本人の人格の変化</p>	
<p>●本人の人格が変わり怒りやすくなった。</p>	<p>●医師と相談して服薬でコントロール中だが怒り出すことが多い。</p>
<p>2. 排泄に関すること</p>	
<p>●排便に関することが一番大変だった。週に2回曜日を決めてしてもその通りいかなかった。</p>	<p>●今は毎朝浣腸をして済ませているが、それでも年に1、2回は失敗している。</p>
<p>●尿、便をだすことが大変だった。 ●排尿は、時間で導尿をしていたが、尿意が分からず、始終多量の尿漏れがあり、着替え、洗濯が大変だった。</p>	
<p>●排便は、便意もなくいつ出るのかわからず、遠出した時に下痢することもよくあった。 ●自力で排便できない。 ●排便が困難。浣腸をしても下剤を飲んでも排便なく、お腹をマッサージしながらの摘便なので、一日おきに一人でおこなうと時間がかかりすぎて大変。</p>	<p>●現在はカテーテルを常時使用し、外出時も安心できるようになった。 ●現在は排便の周期も把握できるようになり、常時便秘状態なので、ラキソベロンで調節している。 ●常に摘便でガスや便を出さなければならない。 ●訪問看護を利用することで、少しは楽になったが、看護師は一人なので手伝っている。 ◎二人の訪問看護師が来てくれるとよいのだが。 ●事故当時子供が3歳、1歳だったので、1年5か月後やっとホームヘルプサービスを受けるようになり、子どもの朝の支度ができ、楽になった。</p>
<p>●よく尿、便をもらした。</p>	<p>●尿失禁はおむつ使用で解決した。 ●便は、浣腸を行うことでほぼすべて排出できるようになった。年々、排便しそうな雰囲気を察知できるようになった。</p>
<p>●排泄の機能を失ったことで、本人は実際には不可能なトイレ行きを口にし、欲求不満。両下肢は全麻痺、介護者は夜中のおむつ交換でもいつも睡眠不足。</p>	<p>◎ベット上での体位変換は自分でできないので、介護で対応するしかない。解決の策は介護の質・量で対処するしかない。</p>
<p>3. 医療処置等に関すること</p>	
<p>●床ずれ：受傷5年目位からずっとある状態であった。 ●すり傷のようなものがずっと治らなかった。</p>	<p>●ロホクッションに出会い、ベットマットに埋め込むことで一晩体位変換せずすみ、介護者の負担も減った。 ●ヘルパーから「デュオアクティブ」の情報をもらい治療できた。現在完治し、予防中。</p>

(つづき)

●じょくそうがでやすく1年に1回は入院し、治療している状態	
●人工呼吸器使用なので会話がままならず唇の動きの読み取りで介護者に伝わらずイライラすることもしょっちゅうある。 ●在宅用の人工呼吸器使用したが、蛇腹に水がたまりやすく、夜中に3回も除去する。そのつど痰の吸引も行う。	●アー、ウー、とかぐらいしか言えなくても声が出るようになり、希望を持てるようになった。周りの雑音がひどいと聞き取りにくいですが、今は普通に会話している。人工呼吸器もなるべく時間を長くはらずして練習中である。
●肺炎後、気管切開したまま退院し、一日5、6回の痰の吸引が必要になった。	●自宅にポータブルの吸引器を準備について、訪問リハビリの先生から補助制度を教えてもらい、業者も紹介してもらった。
<b>4. 毎日の過ごし方、生活のしずらさ</b>	
●トイレ以外は居室で横になっている。 ●車いす生活で一人暮らしなので高い所や床に落ちたものを拾いにくい ●車いすからベットに移動するときに失敗して床に転倒した時に困った。 ●日中は家族が仕事のため一人でいることが多かった。身体が自由にならず、精神的にも参った。 ●通院・移動が困難	●介護保険を申請して、訪問看護、デイケアを利用している。 ◎トイレ以外は居室で横になっているので下肢筋力低下がある。 ●自助具で対応している。 ●床に転倒したまま、携帯電話でヘルパー事業所に連絡して来てもらった。 ●家族が訪問看護の利用手続きをすすめ、訪問看護ではリハビリや絵手紙に出会い、そのリハビリのおかげで右手が少しずつ動くようになりパソコンを使えるくらい回復し、現在は少しの仕事もしている。 ●新たに車を購入した。
<b>5. サービス等</b>	
●車の移乗：タクシー利用で乗降時にいやな顔をされることが多く、自分も精神的にも身体的にも苦痛であった。	●福祉タクシーの普及で楽になった。
●毎日の介護でほかの事が何もできない。 ●自宅で入浴介助ができない。 ●自宅での入浴。	●週に4回のデイケアを利用している。 ●デイサービス利用時に週に3回入浴している。 ●退院直後、普通の風呂場での入浴介助の仕方がわからず、リハビリの先生に指導してもらった。 ●入浴介助のためにヘルパーを利用。
●一人での歩行不可能で手動車椅子を動かすことができず、電動車椅子がもらえなかった。市役所で申請して借りることができたが、その後故障し、自助努力で24時間テレビに応募し、電動車椅子が当選し、利用することができるようになった。	
<b>6. ADL、リハビリ</b>	
*ある程度リハビリ訓練を受けたおかげで身の回りのことはできたので、困ったことはなかったように思う。風呂からあがるときに手を借りる程度。	

<ul style="list-style-type: none"> <li>●おむつ交換が身体的に負担が大きい。</li> <li>●おむつ交換と本人が歩行できないことが大変であった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●ホームヘルパーを一日3回利用することにした。</li> </ul>
<b>7. 家族の思い</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●大黒柱の夫が突然にこのような状態になり、目の前が真っ暗になった。</li> <li>●リハビリのために入院した時に、車いすを使用して自宅で生活する能力を身につけてほしいと家族は願った</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●いろいろなことを心配したが、時間とともにいまやっと安定してきていると思う。</li> <li>●現実には介護を必要としている。体力あるものが家族にいないので、ホームヘルパーを利用している。</li> </ul>
<b>8. 介護に関すること</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●人手がなかったこと。</li> <li>●介護者の妻は看護師の免許があるので、摘便、おむつの交換がスムーズであるが身体の負担も介護者の負担が大きい。</li> <li>●毎日の生活を家族がどのようにすればよいのか介護の仕方もわからなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●家族および近隣者の支援で成り立っている。</li> <li>●往診、ヘルパー、訪問看護等を利用して現在に至っている。特にヘルパーが家族の支えになっている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●退院した時は10月も終わるころで、冬をどのように過ごせばよいのか心配であった。</li> <li>●また、じょくそうにならないように2時間おき体位を変えること等心配であった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●訪問看護、訪問リハビリ、デイサービス、病院受診など、サービスを利用している。</li> <li>●介護者は入院中に指導を受け、一日3回の導尿、浣腸、摘便を行っている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●介護者が高齢になっていることから今後の不安で落ち着けない。</li> <li>*家族の協力があつたので、困ることはなかった。</li> </ul>	
<b>9. 経済</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●お金がない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎現在も解決していない。</li> </ul>
<b>10. 住宅</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●病院から退院を迫られたが、自宅が集合住宅の2階のため車いすで帰ることができず、非常に悩んだ。</li> <li>●ベット上の生活になってすべてに介助を必要となり家の中がバリアフリーでないので、バリアフリーの家に引っ越ししなければ生活できない。</li> <li>●元の家では車いすでの生活が困難であったため、バリアフリーの住宅に新築した。</li> <li>●家の中の段差。</li> <li>●家から外へ出ること。</li> <li>●自宅での入浴。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●何とか車いすで出入りできる住居を探し転居して帰って、いろいろなサービスを利用して8年。</li> <li>●市営住宅のバリアフリー住宅に当選して引っ越し、今は自宅をバリアフリー住宅に新築中。</li> <li>●段差解消のために木をあてた。</li> <li>●スロープを作った。</li> <li>●風呂をユニットバスに変え、モリトーの入浴リフトをつけた。</li> </ul>

11. 全体	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●事故の被害は大なり小なり解決できないことがたくさんあると思う。症状は常に変わってくる。本人もつらいと思う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●本人が少しでも楽になるよう、家族がきをつけてやらねばと思う。リハビリの先生から「ご主人はものご主人ではなく、子どもになってしまったのだからもう少しレベルを低くして付き合いなさい。そうすれば楽になりますよ」と言われ、赤ちゃん一人いると思えば何でもできる気がする。このように言われて感謝している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●自分のけが（状態）の内容でどのように対応してもらえば良いのか、説明するのが大変であった。</li> <li>●退院した時にはなれないので大変だった。</li> <li>●家庭内での生活、通院。</li> <li>●住宅、環境、人間関係、交通事故後遺症。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎（介護者が）仕事の合間に事故の交渉、入院中の看護等で精いっぱいであった。病院側のケアワーカーでなく、患者側のケアワーカーさんがほしかった。</li> </ul>

15) 現在、困っていること、悩んでいること等について(表7)

自由記載を同じ内容とするまとまりごとに分類した結果、＜1.排泄に関すること＞＜2.身体症状等＞＜3.ADL、生活意欲等＞＜4.制度、サービスの利用等＞＜5.経済的側面＞＜6.仕事、今後に対する不安＞＜7.社会的交流＞＜8.介護に関すること＞の8項目であった。

表7 現在、困っていること、悩んでいること

<p>●困っていること、悩んでいること ○対応できていること・今後の取り組み等</p>
<p><b>1. 排泄に関すること</b></p> <p>●尿漏れ：カテーテルを入れていても尿が漏れることがある。2週間くらい入れたままでも良いらしいが、2、3日で大量に漏れる。大丈夫と思っていてもいつそうなるか分からず、今一番不安で大きな悩み。</p> <p>●ギャザー付きのパットは床ずれの原因になるので取って使用しているがその分漏れやすくなってしまった。多量の尿取りパットはパンツ型や大きなかたちのものしかないので、吸収量の良いパッドがほしい。</p> <p>●年々膀胱が小さくなってきていて導尿の回数がとても多い。</p>
<p><b>2. 身体症状等</b></p> <p>●足の痙攣が年々ひどくなっている。ひどい時は眠れないし、朝起きた時にかなりの疲労感がある。</p> <p>●いまでもめまいがする。骨折した足が歩くとき、自分の足のようではなく、スッと前に出ないし、膝の傷のあったところが痛む。</p> <p>●昨年体調を崩して腹痛が続き通院していたが原因がわからず困っていた。希望してエコー検査をしてもらったところ、胆石があることと、胆のうが腫れていることがわかり入院した。現在は内服治療中。退院してから食事にも気をつけ油を控えたりするなど減量したところ、体力も落ち、肺炎で入院した。腎臓にも異常が見つかり検査もしているが、障害があるので手術もできないことを医師から言われ、悩んでいる。</p>
<p><b>3. ADL、生活意欲等</b></p> <p>●入浴、排泄等、生活の基本動作ができない。</p> <p>●自力で自由に、寝起き、寝返りできず、人の手を借りなければならないこと。</p> <p>●下肢筋力が低下してきているので一緒に外出しても大変である。時々転倒することがある。台所でガスレンジを使用することがあり、本人をひとりで自宅に置いておくのは不安。</p> <p>○ベットから車いすへの移乗ができるように、また現在の状態が維持できるようにリハビリに励んでいる。</p> <p>○体と頭で描いていることの違いが大きいので何でもできるかなと思って行動すると車いすから落ちてしまったりとみんなに世話になり、なんとか車いすですが楽しく生活しようと努力している。</p>

#### 4. 制度、サービスの利用等

- 国のシステムもおかしい。自分や重度身体障害の人は介護制度が利用できない。利用できる場所、幅もきまってくる。なんとかしてほしい。
- 自立支援法の費用の徴収で自己負担が多く困っている。
- 自立支援法に変わってから経済的負担が増えたこと。公共の交通機関は使えない等、外出は家人もしくはタクシー等に頼らなければならないため、自分の好きな時に外出できないことが一番のストレス。
- ショートステイ利用を考えているが本人が納得しないので利用できていない。
- 車いすが体に合ったものがなかなか作れず、いつも自家用の車いすの生活なので、規格外でも安全マークがなくても身体に合っていれば認めてほしい（認めてもらえないとタイヤ交換8万円、その他高額で負担が大きい）
- 本人は、電動ベットが使えない、おむつ替えの対応が不安という理由でショートステイを利用したがない。
- 介護者が体調をこわして入院したりすると、いつも病院・施設へ入れられたらと勧められるが、受け入れてくれるところがないことをわかってほしい。痰の吸引を必要としているが、施設ではちゃんとしてくれるのでしょうか。常に患者のそばにいて吸引しなければ呼吸できなくなる
- サービスは利用させてもらっているが、本人は自分で何もできないので、すべてに依存することにいらだちがある。介護保険の利用になって、身障での利用サービス（ショートステイ）と変わることの大変さをしてほしい。
- 現在ヘルパーを利用しているが、深夜の訪問をしてくれる事業所がない。介護者の母が旅行に行く時など、入院中に付き添ってくれた家政婦さんに泊まり込みで来てもらっていたが、その人が体調を崩され、現在は自分の状況をよく理解して介護してくれる人がいなくて困っている。
- 本人は食べることが一番の楽しみとなり、太ってしまった。持病もあり、近くで入れるところがあれば助かるが、どこもいっばいで方法がない。
- ポータブル吸引器は大きくて重く、持ち運びが難しい。
- ハンズフリーの電話がほしい。全介助なので、横になったときに電話にでるのは「はい」で出られる電話機を利用するしかない。需要が少ないため、各メーカーで製造中止になっている。今後どうすればよいのか不安。
- アンケートや市の相談窓口で解決されたことはなく、無意味と受け止めている。①人工呼吸器の使用で、人工鼻の補助が出ない ②レンタルでは高すぎるエアマットや吸引器等の補助が少なすぎる ③ヘルパー料金が時給2500円かかる。
- このようなアンケートでも本人についてはよくあるが、家族や介護している者に対してのアンケートは皆無といってよい。  
毎日デイサービスに通っており、入浴を利用している。

#### 5. 経済的側面

- 無年金である。
- お金がない。
- 経済的に余裕ない。介護者の自分はパートで働いて、全介助なので介護者が精神的にいらいらしてしまう。

## 6. 仕事、今後に対する不安

- 重い後遺症のためか、前向きな姿勢になれないでいる。
- 仕事をしたい。現在の状態で、在宅でできる仕事がないため悩んでいる。まず資格を取ってからと考えている。頸髄損傷の場合、かなり難しいと言われたが、仕事がしたい。まだ若いのにこんな毎日は嫌。

## 7. 社会的交流、活動

- 外出できる場所が限られる。
- 雪国なので、雪の積もっている期間は外出できない。

## 8. 介護に関すること

- 夜中に何度も起こされることが負担（体位変換、痰の吸引、おむつ交換）。
  - 排泄機能を失ったことが本人にとっても介護者にとっても精神的な負担になっている。
  - 介護者の体力低下により、年齢的にも介護が重労働になってきている。
  - 常時介護が必要なため、兆時間の外出ができない。家の中にいなければならないので気分転換も難しい。ストレスがたまると、つい本人にあたってしまう。
  - 一番つらいのは介護者の自分が病気になったとき。インフルエンザでどんなに熱があろうとも半日と横になることすら許されない状態なのでゆっくり休める日がほしい。
  - 介護者としてはいつも解放感がないし、心配でもあるので疲れてしまう。介護者の感情コントロールがうまくいかないのか。
  - 交通事故にあい、本人が一番大変だが、同居する家族も大きな損失ある。金銭的なことは処理できるが、介護、世話する人の生活もすべて犠牲になった。何をすることも連れて歩かなければならないし、一人で家に置いておくこともできない。
  - 年齢的には冠婚葬祭が多くなり、不意の外泊が娘の欠勤、負担になって愚痴をこぼすことがある。外食をしながら将来を娘とゆっくり語り合える時間がほしい。
  - 子供の行事も多く、長時間留守にできないので、参観日も運動会も人に頼まなければ見に行けないので大変。昨年、夫の両親が亡くなったので今年からどうしようか悩んでいる。
  - 交通事故にあい、本人が一番大変だが、同居する家族も大きな損失ある。金銭的なことは処理できるが、介護、世話する人の生活もすべて犠牲になった。何をすることも連れて歩かなければならないし、一人で家に置いておくこともできない。
  - 介護が10年たって本人と介護者の気持ちの擦れ違いがある。きちんと介護しているつもりでも本人にとっては不満があり、注文が多くなり、互いにいらいらすることも多くなってきている。
  - 家族で話をすると思いが多くなる、カウンセリングでもあればなあと思う。いつも歩けない、立てない、つらい、この三言が一番多い言葉。
  - できる限り手作品で間に合わせているが、車の免許がないため、娘に頼らざるをえず、材料ひとつにしても材質が違っていたり、二重買いとかが多く、自分のめで確かめてかいたいと常々思う。
  - 長男家族と同居しているが家事を含め、介護は妻である自分が担っている。老老介護、ベットから車いすへの移譲は体力を要し、在宅での限界の感がある。一日18時間の介護で、いずれは施設に、との思いでいる。
- 子どもが29歳で交通事故受傷、脳挫傷のため現在に至るまで本人は目を開けているだけで何を言っても反応ない。(介護者の)夫はこれがショックで亡くなった。母親である自分が介護を一人で10年行っている。今までは他人事とテレビを見ていたが、実際に自分がその立場になってしまった。死の道を考えたことも3回あった。テレビで高齢で介護をしている方、死の道を考えることがわかりました。介護サービスを利用しているので本当に助かっている。頑張ります。



○今年で介護28年目になる。これからしっかり看病しないと思い、一日一日を大切に生活していく。数年前と違い、介護制度のおかげでヘルパー、訪問看護のお世話になり、とても楽になった。

○老夫婦の看護と疲れで時々2人で具合悪くなるが、一日にでも長く看病したいと頑張っている。

○老夫婦が力を合わせて一日一日を大切に過ごさせてもらっている。現状が一日も長く続けることができるよう努力させてもらっている。

○自分も介護するようになり、患者の気持ちを知っていただける方は看護師、医師、リハビリの方々、その身になり本当にやさしく思いやりがあり、本当に感謝している。

#### 1 6) 調査回答者

本調査への回答は、「本人」11名(28.9%)、代理者26名(68.4%)、未回答1名(2.6%)であった。

#### 4 考察

本調査は、福島県下において交通事故後遺症による在宅療養者38名から回答を得た。対象は介護事業所と訪問看護ステーションの協力を得て把握したことにより、介護や訪問看護のサービスを利用している療養者、あるいは各事業所で把握している療養者に限定されるが、いずれも事業所の60%以上の回答率があり、おおよその現状を示すことができると考える。

対象は男性が7割以上を占め、在宅療養期間は5年以上10年未満が約4割でもっとも多く、20年以上も1割弱を占めた。現在、仕事(パート、学生含む)をしているのは1割以下であり、ほとんどが在宅で療養中心の生活状況であった。

対象者のADLについてみると、食事は療養者の約4割が自立しており、家の中の移動は4割以上が自立していたが、約6割が常におむつを使用し、8割以上に常に生活全般に見守りや手助けが常に必要な状態であった。

医療処置等では、定期的受診が最も多く、次いで服薬であり、膀胱留置カテーテルの使用は4割以上、痰の吸引が2割弱であった。退院時に大変であったことの内容は、排泄に関する回答が多く、現在も膀胱留置カテーテル留置されている割合が高いことと関連していると考えられた。また排泄に関する問題は療養者本人について困難であったと同時に介護者にとっておむつ交換などの排泄ケアが負担であったことが示された。

在宅療養への移行時に困難であった内容は、「毎日の生活をどのように過ごせば良いのかがわからなかった」、「退院時期に冬をむかえ、どのように過ごせば良いのかがわからなかった」「褥瘡にならないように2時間おきに体位を変えること等が心配であった」などであった。このことは個別的なケア援助の不足を指摘できる。療養者と家族は生活に即した具体的なことがわからないという状況に対応した入院中や退院時・退院後のケアが必要である。とくに、退院直後はあらたに生活を再構築する時期であり、ひとつひとつの小さな生活の仕方を試行錯誤で組み立てている。退院から在宅移行時には特にきめ細やかなケア対応が求められる。入院中の医療スタッフと在宅で支援する主治医、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション担当者等、ケアチームで連携を有機的に機能させた支援が療養者本人・家族の安心につながると考えられる。

現在困っていることの内容では、排泄に関すること、身体症状、ADLに関する項目に加え、サービスや制度に関する回答も多かった。

サービスの利用については、福祉器具の工夫の必要性や「ショートステイ利用をすすめたいが本人が納得しない」という回答が複数みられた。この「本人が納得しない」背景には、ショートステイでの対応に対する不安や利用したことがないことによる不安等が推察された。このような状況では、療養者本人が納得でき、安心できるような体制を訪問看護担当者や介護提供者、受け入れ側のショートステイ担当で準備を少しずつすすめることも重要である。ショートステイを利用しながら、介護者にとっても介護から離れる時間は、在宅で介護を継続していく有効な手段と考えられる。

また、制度については改正等があった時にその正確な情報をタイムリーに提供することはであり、また介護者の介護軽減負担に関しても療養者の状況に応じた施設やサービスを利用できるような社会資源利用に関する情報提供のあり方も工夫が必要である。

## 研究Ⅱ．在宅療養に移行した交通事故に起因する遷延性意識障害者の生活実態

### 1 研究目的

本研究は、交通事故に起因する遷延性意識障害の専門的治療をうけ、在宅療養に移行した患者の生活実態を把握することを目的とした。

### 2 研究方法

#### 1) 研究対象

対象は、遷延性意識障害患者を対象に専門的治療をおこなう財団法人広南会広南病院東北療護センターを退院し、現在在宅療養をしていると把握されている療養者。

#### 2) データ収集方法

本調査の主旨と目的について文書および調査票を自宅に送付し、協力を依頼した。本調査に協力を得られた場合には、同封の同意書に署名し、調査票と一緒に返送してもらうよう依頼した。

#### 3) 調査項目

調査項目は、①家族構成 ②現在の就業、学業等について ③交通事故受傷日 ④交通事故受傷日から現在までの入院等の経過 ⑤在宅療養期間 ⑦現在、必要としている医療処置等 ⑧現在の ADL ⑨交通事故後遺症による心身の状態及び生活状況 ⑩健康状態 ⑪1年前と比較した健康状態 ⑫総合的な生活満足度(Visual Analog Scale : 0~100点) ⑬1週間に外出する頻度と外出目的 ⑭利用しているサービス ⑮介護保険サービス利用者の内訳 ⑯退院して

自宅療養に移行した時に困ったこと、大変であったこと。そのことがどのように解決できたか、あるいは解決できなかった理由について(自由記載)。⑰現在、困っていること等(自由記載)。⑱調査回答者

#### 4) データ分析方法

項目ごとに単純集計をおこなった。自由記載の回答は、類似した内容をまとめりとして質的に整理した。

#### 5) 倫理的配慮

研究の主旨および方法について文書にて説明をおこなった。本調査への協力は自由意思を尊重すること、参加しないことで不利益は被らないことを保証した。個人情報保護を厳重に行い、データ処理および公表の際は個人を特定できないようプライバシー保護をおこなうことを約束した。なお本調査実施にあたり、財団法人広南会広南病院倫理委員会の承認を得た。

### 3 研究結果

回答の得られた12名を分析の対象とした。

#### 1) 基本的背景

対象は、男性9名(75.0%)、女性3名(25.0%)、年齢は20代から60代の範囲にあり、20歳代8名(66.7%)、30歳代3名(25.0%)、60歳代1名(8.3%)であった。

本人を含めた同居家族人数は、3人家族4名(33.3%)、4人家族1名(8.3%)、5人家族6名(50.0%)、7人家族1名(8.3%)であった。

現在、仕事・学業をしていない11名(91.7%)であった。

#### 2) 受傷から調査日までの期間

受傷日から調査日までの期間は、3～5年未満2名(16.7%)、5～10年未満10名(83.3%)であった。

#### 3) 東北療護センター退院から調査日までの期間

退院から調査費までの期間は、1年未満2名(16.7%)、1～3年未満9名(75.0%)、5～10年未満1名(8.3%)であった。

#### 4) 在宅療養開始から調査費までの期間

在宅療養期間は、最小1ヵ月から最長6年10ヵ月の範囲にあり、1年未満2名(16.7%)、1～3年未満9名(75.0%)、5～10年未満1名(8.3%)であった。

#### 5) 現在、必要としている医療処置等(複数回答)

現在必要としている医療処置等の内訳は、①定期的に医療機関を受診する8名(66.7%) ②服薬9名(75.0%) ③機能訓練/リハビリテーション9名(75.0%) ④痰の吸引7名(58.3%) ⑤経管栄養9名(75.0%) ⑥吸入2名(16.7%) ⑦在宅酸素療法/人工呼吸療法6名(50.0%) ⑧床ずれの手当、予防11名(91.7%)

## 6) 現在の ADL

①食事の自立度は、「自分できる」1名(8.3%)、「介助があればできる」2名(16.7%)、「できない」9名(75.0%)。

②トイレまで移動し、排尿・排便は、「介助があればできる」1名(8.3%)、「できない」11名(91.7%)。

③ひとりで寝返りすることが、「自分でできる」2名(16.7%)、「介助があればできる」1名(8.3%)、「できない」9名(75.0%)。

④ひとりで入浴することは、「介助があればできる」1名(8.3%)、「できない」11名(91.7%)。

⑤家の中をひとりで移動することは、「自分でできる」1名(8.3%)、「介助があればできる」2名(16.7%)、「できない」9名(75.0%)。

⑥近所まで歩行(車いすでも可)は、「介助があればできる」2名(16.7%)、「できない」10名(83.3%)。

⑦家族以外の人とおしゃべりすることは、「介助があればできる」2名(16.7%)、「できない」10名(83.3%)。

⑧本や新聞を読むことは、「時々読んでいる」2名(16.7%)、「まったく読まない」10名(83.3%)。

⑨テレビやラジオを聴くことは、「いつもする」5名(41.7%)、「時々する」3名(25.0%)、「まったくしない」4名(33.3%)。

⑩生活全般において、見守りをしてくれたり、手助けしてくれる人介護者が、「常に必要」11名(91.7%)、「時々必要」1名(8.3%)。

## 7) 交通事故受傷の後遺症による現在の心身および生活状況

①記憶ができない、すぐ忘れてしまう、という問いに「はい」4名(33.3%)、「いいえ」1名(8.3%)、「わからない」6名(50.0%)、未回答1名(8.3%)。

②感情のコントロールができない、という問いに「はい」3名(25.0%)、「いいえ」3名(25.0%)、「わからない」5名(41.7%)、未回答1名(8.3%)。

③日常生活の行動を手順よくできない、という問いに「はい」5名(41.7%)、「いいえ」2名(16.7%)、「わからない」4名(33.3%)、未回答1名(8.3%)。

④何事も意欲もって取り組むことができない、の問いに「はい」4名(33.3%)、「いいえ」1名(8.3%)、「わからない」6名(50.0%)、未回答1名(8.3%)。

⑤何事も楽しむことができない、の問いに「はい」1名(8.3%)、「いいえ」3名(25.0%)、「わからない」7名(58.3%)、未回答1名(8.3%)。

⑥悲しい気持ちになりやすい、すぐ涙がでる、という問いに、「いいえ」5名(41.7%)、「わからない」6名(50.0%)、未回答1名(8.3%)。

⑦物事に集中できない、の問いに「はい」3名(25.0%)、「いいえ」2名(16.7%)、「わからない」6名(50.0%)、未回答1名(8.3%)。

⑧時々意識がなくなることがある、の問いに、「いいえ」6名(50.0%)、「わからない」5名(41.7%)、未回答1名(8.3%)。

⑨相手の言っていることが理解できないことが多い、の問いに「いいえ」5名(41.7%)、「わからない」6名(50.0%)、未回答1名(8.3%)。

⑩自分の思っていることを十分に伝えることができない、の問いに「はい」5名(41.7%)、「いいえ」2名(16.7%)、「わからない」4名(33.3%)、未回答1名(8.3%)。

⑪家族・友人とのつきあいをうまくできない、の問いに「はい」1名(8.3%)、「いいえ」4名(33.3%)、「わからない」6名(50.0%)、未回答1名(8.3%)。

⑫悩み事や心配事を相談できる人がいない、の問いに「はい」1名(8.3%)、「いいえ」4名(33.3%)、「わからない」5名(41.7%)、未回答2名(16.7%)。

⑬よくけがをする、転倒する、の問いに、「いいえ」9名(75.0%)、「わからない」2名(16.7%)、未回答1名(8.3%)。

⑭夜、よく眠れない、熟睡感がない、の問いに「はい」1名(8.3%)、「いいえ」5名(41.7%)、「わからない」5名(41.7%)、未回答1名(8.3%)。

⑮体力がない、疲れやすい、の問いに「はい」2名(16.7%)、「いいえ」3名(25.0%)、「わからない」6名(50.0%)、未回答1名(8.3%)。

⑯薬を飲み忘れる、の問いに「いいえ」6名(50.0%)、「わからない」2名(16.7%)、未回答4名(33.3%)。

#### 8) 現在の健康状態

現在の健康状態では、「非常によい」2名(16.7%)、「まあまあよい」2名(16.7%)、「ふつう」7名(58.3%)、「やや悪い」1名(8.3%)、「非常に悪い」0名。

#### 9) 現在の健康状態の1年前との比較

現在の健康状態を1年前と比較すると、「はるかに良い」1名(8.3%)、「やや良い」2名(16.7%)、「ほぼ同じ」7名(58.3%)、「よくない」1名(8.3%)、「はるかに悪い」1名(8.3%)であった。

#### 10) 総合的な現在の生活満足度

現在の生活満足度を総合的に判断すると0~100点のうち、「10点以下」3名(25.0%)、「11~20点以下」1名(8.3%)、「21~30点以下」1名(8.3%)、「41~50点以下」3名(25.0%)、「71~80点以下」1名(8.3%)、未回答3名(25.0%)であった。

#### 11) 1週間の外出頻度と外出目的

平均した1週間の外出頻度は、「まったく外出しない」4名(33.3%)、「1日のみ」2名(16.7%)、「2~3日」3名(25.0%)、「4~5日」1名(8.3%)、「ほぼ毎日外出」2名(16.7%)であった。

外出目的(複数回答)は、「医療機関受診」9名(75.0%)が最も多く、次いで

「デイケア・デイサービス」6名(50.0%)、「散歩」4名(33.3%)、「買い物」3名(25.0%)、「友人との交流」「役所、銀行、郵便局での用事」「旅行」「親戚・別居している家族への訪問」各1名(8.3%)等であった。

#### 1 2) 現在利用しているサービス (複数回答)

現在利用している制度には、介護保険 2名(16.7%)、身体障害者手帳 12名(100.0%)。

現在利用しているサービスは、「訪問看護」8名(66.7%)、「デイサービス」「福祉用具貸与・購入」各7名(58.3%)、「訪問入浴」「ショートステイ」各5名(41.7%)、「訪問介護」「訪問リハビリテーション」各4名(33.3%)、「住宅改修」3名(25.0%)、「重度訪問介護」2名(16.7%)、「デイケア」「行動援護」各1名(8.3%)であった。

福祉用具の貸与・購入の内訳 (複数回答) は、「車いす」5名(41.7%)「ベット」4名(33.3%)、「エアーマット」3名(25.0%)。

#### 1 3) 介護保険利用者 2名の内訳

介護保険制度利用者 2名の介護認定は、いずれも「要介護 5」であった。

1 4) 退院して自宅療養に移行した時に困ったこと、大変であったこと。そのことがどのように解決できたか、あるいは解決できなかったこと・課題・要望等(表 1)

自由記載を同じ内容とするまとめりに分類した結果、<1.退院前の準備><2.医療処置等><3.住居に関する事><4.サービス利用の手続き、制度等><5.ショートステイの利用><6.介護に関する事、サポート>の 6項目に整理された。

<退院前の準備>では、自宅療養に移行した時に困ったこと、大変だったことの内容ではなく、自宅療養移行に向けて十分な準備をできたことで円滑に在宅療養が開始できたという内容であった。具体的には、退院前に外泊を何度もおこなっていた、退院前にじょく瘡処置について病院で教えてもらった、事前に主治医、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護も含めて何度も打ち合わせをしたことで退院当日から円滑に自宅療養に移行できていた。

表1 退院し在宅療養に移行した時に困ったこと、大変だったこと等

<p>●困ったこと、大変だったこと *準備できていたこと</p>	<p>●解決できた方法 ◎解決できていないこと、課題、要望</p>
<p><b>1. 退院前の準備</b></p>	
<p>*退院前に外泊を何度もさせていた *退院前にじょくそうの処置も病院で教えてもらっていたので対応できた *事前に主治医、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護も含め、何度も打ち合わせをして、退院当日からスムーズに自宅療養に移行できた。</p>	
<p><b>2. 医療処置等</b></p>	
<p>●痰の吸引回数が多いので夜間が大変なこと。 ●排便コントロールが困難であること。</p>	<p>●ヘルパーを午前、午後の一泊2回利用している。訪問看護を週に3回利用し、浣腸をかけて排便させている。 ●夜間の介護が大変なため、病院のショートステイを利用した。</p>
<p><b>3. 住居に関すること</b></p>	
<p>●障害を持って生活できるように、バリアフリーの自宅に改築しなければならなかったこと。  *障害者用の住宅など物的準備はスムーズであった</p>	<p>●どのように改築すればよいのか全く分からなかったが、リハビリの先生に相談し、アドバイスをもらいながら大工さんに伝え、使い勝手よく改築で来た。</p>
<p><b>4. サービス利用の手続き、制度等</b></p>	
<p>●利用できるサービスや申請の仕方もわからなかった。わかりやすく説明してくれる人もいなかった。  ●デイサービス、ホームヘルパー、リハビリ等の利用に制限があること。特にH19年4月からの時間制限は困っている。 ●施設入所を望んでも空きがなく、選択できる行政ではない</p>	<p>●時間の経過とともにサービスの仕組みが理解できるようになった。 ◎急な事情で介護ができなくなった際の支援やサービスがわからない。解決していない ●担当のケアマネージャーがこちらの意向を聞いてくれすべて交渉してくれた。 ●自宅の風呂での入浴を可能にするため、リフト、シャワーキャリー等の物品類、操作方法を業者も立ち会いのもとで実際におこなって検討した。 ●在宅に移行してから、実際にサービスを利用してみたら、サービスの時間配分や回数の変更など、考慮してもらったのがよかった。 ◎デイサービス利用の日数を増やしてほしい。 ◎訪問入浴の日数を増やしてほしい。</p>



5. ショートステイの利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>● I 泊からはじめ、スタッフの手を煩わせないようにした。</li> <li>● エアーマットを持ち込んで、ひと月に3泊まで利用できるの で助かっている</li> </ul>
6. 介護に関すること、サポート	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自宅での毎日の生活をどのように対応していけばよいのか 介護の仕方もわからず、目の前が真っ暗になった。</li> <li>● 夜間の体位変換を心配した。</li> <li>● 障害者用の住宅など物的準備はスムーズであったが、人的な サポートをどのようにお願いすればよいか心配であった。</li> <li>● 子どもの介護のため、父親は事業を閉鎖し、母親とともに24 時間の介護をしている。</li> </ul> <p>◎入所中にて知り合ったお母様方から、在宅療養の先輩として アドバイスをたくさんもらった。</p>

1 5) 現在、困っていること、悩んでいること等について(表 2)

自由記載を同じ内容とするまとまりごとに分類した結果、<1.医療処置等>  
<2.サービスの利用、制度等><3.介護に関すること><4.情報に関すること>  
の4項目に整理された。

表 2 現在、困っていること、悩んでいること

●困っていること、悩んでいること ○対応できていること・今後の取り組み等
<b>1. 医療処置等</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●半年前ほどから痰がひどくなって苦しそうである。熟睡すると痰は出ないが夜間の痰が苦しそうである。家族が鼻から痰の吸引をしてあげるが傷をつけて出血でもしたらと思うと、とても不安に思いながらおこなっている。</li> <li>●ヘルパーの仕事に線引きがあって、お願いしてもしてもらえないことが多い（痰の吸引、手足のマッサージ、経管栄養を接続することなど）。何でも家族の要望に応じてほしい。</li> </ul>
<b>2. サービスの利用、制度等</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●気管切開をしているので、看護師常駐の施設でなければ受け入れは難しいとの話で、デイサービス利用も不可能な状態。</li> <li>●近くに利用できるデイサービスがないこと。現在週に 1 回デイサービスを利用しているが片道 1 時間近くかかり、本人の体調のことを考えると回数を増やせない。</li> <li>●ショートステイが月に 10 日しか利用できないのが大変。子供が難病のため子供の受診も必要で（介護者：妻）休める日がないこと。</li> <li>●利用したいサービスがあるが、役所の許可が下りないこと。</li> </ul>
<b>3. 介護に関すること</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●介護の仕方、意見があわず家族でけんかすることがままある。</li> <li>●介護者自身が介護のために腰や足を痛め通院している。今後、いつまで介護が継続できるかが不安である。</li> <li>●小旅行とか考えるが、一緒に行けないのであきらめてしまう。介護はひとりで見ているのでパターンが同じになってしまい不安になることがある。</li> </ul>
<b>4. 情報に関すること</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●介護者の病気等や急用の際、支援サービスがあれば知りたい。</li> <li>●脳神経の実績等が報じられているなか、近い将来実践された場合の相談先、支援先を知りたいこと。</li> </ul>

## 1 6) 調査回答者

### 調査回答者

本調査への回答は、すべて本人以外であり、代理者 11 名(91.7%)、未回答 1 名(8.3%)であった。

## 3 考察

本調査対象者は、交通事故による脳外傷後遺症者の治療を専門的におこなう医療機関からの退院者である。この専門的医療機関における入院治療対象は遷延性意識障害(いわゆる植物状態)、あるいはこの基準に準じた状態の者である。一定期間の専門的治療後に在宅に移行した遷延性意識障害後遺症を対象とした研究は少なく、交通事故後遺症のなかでも重度の障害をもちながら在宅療養に

移行した生活実態を把握できたことは意義のある知見である。

本調査の回答者はすべて本人以外であった。このことは対象者が重度の障害を有する状態にあることから家族等の代理者の回答であったことが把握された。

回答者は年齢が若く、自宅療養してから3年未満が9割以上を占め、比較的在宅療養期間は短いという特徴があった。また遷延性意識状態、あるいはそれに準じた状態から在宅療養に移行しているが、現在のADL自立度も低く、生活全般において、見守りや手助けが必要であるという回答が9割以上であった。現在必要としている医療処置には、「痰の吸引」、「経管栄養」、「人工呼吸器の使用等」がそれぞれで半数以上を占め、生命維持に直結する医療処置を家族が担っている現状が把握された。家族の多くが、在宅移行時の療養者の排泄と医療処置に関する困難や負担感を述べており、これからの長い療養経過を支えるためには、在宅療養を見据えた入院中からの医療処置も含めた十分な準備が必要である。

また、在宅移行後も継続した医療ニーズへの支援や家族介護負担へ軽減への支援、状態増悪予防の視点を強化したケアが必要である。健康状態の評価では、療養者の9割以上が「ふつう～非常に良い」であり、1年前と比較しても「よくない～はるかに悪い」が2割程度であることから、心身の状態がいま以上に悪化させないで、最善の状態を維持する、あるいは改善にむけた積極的な関わりが求められる。そのためには、療養者本人への援助とともに介護者の健康にも配慮した支援が重要である。

ADLには常に介護は必要としていると同時に、療養者本人が「記憶ができない、すぐ忘れてしまう」ことや「感情のコントロールができない」が約3割前後にみられ、療養者と意思疎通が図られている状況においても、介護上、あるいは他者との交流においても困難な側面があることが示された。さらに、平均した1週間の外出頻度は、「全く外出しない」が3割以上を占め、外出していると回答した対象者のうち、外出目的は「医療機関」8割程度、「デイケア・デイサービス」半数を占めていた。デイケアやデイサービスを利用していても体調や心身の負担から頻回に利用している状況はなく、療養者と家族介護者は自宅で閉じこもり傾向にあることが推察された。

現在困っていること事項には、サービスに関することや相談窓口についての情報がほしいことも述べられており、刻々と変わる保健医療福祉サービス、制度等に関する情報提供をタイムリーに行うことが必要である。介護保険制度を利用していない場合にはケアマネジメントをおこなう担当者が不明確であることが多い。長い療養生活を支え、継続してチームケアを行う場合にはケア調整担当者が必要であり、継続した関わりが不可欠であることが示唆された。

本研究は、結城美智子<sup>1)</sup>、長嶺義秀<sup>2)</sup>、斉藤 薫<sup>2)</sup>、佐藤知子<sup>2)</sup>  
(<sup>1)</sup> 福島県立医科大学看護学部 <sup>2)</sup> 財団法人広南会広南病院東北療護センター) が担当した。

### 研究Ⅲ. 交通事故外傷に起因する在宅療養者を対象としたデイケアの効果

#### 1 研究目的

本研究は、交通事故外傷に起因する在宅療養者のうち、外出頻度および他者との交流が少ない療養者とその家族介護者を対象に、定期的にデイケアを実施し、その効果および課題を整理することを目的とした。

#### 2 研究方法

##### 1) 研究対象

対象は、福島県A市に在住し、交通事故外傷に起因する在宅療養者のうち、外出頻度および他者との交流が少なく閉じこもり傾向にあり、今回のデイケアに参加を希望する療養者とその家族介護者。

##### 2) デイケア参加に至る手続き

B法人が運営する複数の訪問看護ステーション事業所を中心にA市内の複数の医療機関との連携を図り、対象者の選定と本研究への主旨、方法を説明し、本研究への参加について協力を依頼した。本研究への参加の意向を示した対象者の許可を得て、対象者の主治医に対して本研究の主旨、デイケアの運営内容・方法について説明を行い、主治医の承諾を得られた療養者とした。参加予定となっていたが入院に至った療養者以外の3名を対象とした。

##### 3) 対象者の概要

対象者3名の概要を以下に示す。

##### 【事例1】

女性。50歳代。県営住宅1階（バリアフリー対応）に独居。31年前交通事故で頭部外傷。現在の障害の程度は、左上下肢に麻痺がある。高次脳機能障害はない。つかまり立ちでかろうじて起立できるが、左上肢は廃用手である。車いす使用で生活している。身体障害1級。現在の利用サービスは、訪問介護を週に7日、通院は3回（整形外科、脳外科、内科）。

##### 【事例2】

男性。50歳代。脳性麻痺。聴力障害と構音障害がある。アパート1階に独居。近所に住む妹が夕方に食事を持ってきてくれる。20年前に交通事故で頸髄損傷、両上肢不全麻痺、両下肢麻痺があるトランスファーの時に少し起立できる。高

次脳機能障害はない。電動ベット、車いすで生活している。身体障害 1 級。現在の利用サービスは、訪問介護を週に 3 回。

### 【事例 3】

男性。50 歳代。妻と子供 3 人の 5 人家族。約 2 年半前に交通事故で頸髄損傷。四肢完全麻痺。高次脳機能障害はない。ADL は全介助。日中は定期的に導尿し、夜間は留置カテーテルを使用、2 日 1 回、摘便。身体障害 1 級。自費で車いす対応の住宅改修を行い、浴室にはリフトを設置し、妻が入浴介助を行っている。そのほかに入浴サービスも利用している。電動ベット、車いすを利用。時々、肺炎のために入院をしている。

#### 4) デイケアの運営

##### (1) デイケアの運営準備

デイケア運営では、平成 19 年 6 月より、複数の訪問看護ステーションと医療機関に協力を依頼し、対象者の選定、デイケア運営場所、内容の具体的検討を行い、その結果、B 法人の訪問看護ステーションを中心とした協力を得て、企画と運営をすすめた。本研究への参加について療養者本人とその家族介護者の承諾、および主治医の許可を得られた後、事前調査をおこなった。

##### (2) デイケアのプログラム

デイケアのプログラムは、1 回につき 3 時間程度を設定し、具体的展開は、生活のしづらさや生活に関する情報交換とし、その後個別の機能訓練を実施した。

デイケアは平成 19 年 10 月～平成 20 年 3 月までに月に 1～2 回の計 10 回のプログラムとした。

デイケア運営で留意した点は、少人数であること、個別の機能訓練を十分に行ったことである。

##### (3) デイケアのスタッフ

運営スタッフは、研究者、訪問看護師（保健師）、作業療法士の計 3 名とし、全てのプログラムに同じスタッフが携わった。

##### (4) 対象者の送迎

療養者本人の送迎について検討した結果、B 法人の所有するマイクロバスで広範囲にある対象者宅からデイケア運営場所まで送迎するのは時間的に非効率で、B 法人が本来の事業で使用している時間帯と競合するということから、本デイケアでは療養者が日常で移動の際に利用している介護事業所のサービスを利用することとした。

##### 5) 調査内容

療養者本人に対する主な調査項目は自記式質問紙を用いた調査、デイケア参加時の参加観察とした。

質問紙による主な調査内容は以下の通りである。

(1) ADL (老研式活動能力指標 (13 項目))<sup>1)</sup> を用いて測定した。

- ①バスや電車を使って一人で外出できますか
- ②日用品の買い物ができますか
- ③自分で食事の用意ができますか
- ④請求書の支払いができますか
- ⑤銀行預金。郵便貯金の出し入れができますか
- ⑥年金などの書類が書けますか
- ⑦新聞を読んでいますか
- ⑧本や雑誌を読んでいますか
- ⑨健康についての記事や番組に関心がありますか
- ⑩友達の家を訪ねることがありますか
- ⑪家族や友達の相談にのることがありますか
- ⑫病人を見舞うことができますか
- ⑬若い人に自分から話しかけることができますか

これらの 13 項目は、「はい」「いいえ」の択一回答で、「はい」と答えた時に 1 点を配し、合計点を得点とする。下位尺度には、手段的自立 (①～⑤)、知的能動性 (⑥～⑨)、社会的役割 (⑩～⑬) のそれぞれの合計点が得点となる。

- (2) 外出頻度
- (3) この 1 週間の行動範囲
- (4) 友達、近所の人あるいは別に住んでいる子どもや孫、兄弟姉妹や親戚と会っておしゃべりする頻度
- (5) 夜間の睡眠状況
- (6) 現在の楽しみ
- (7) これからやってみたいこと
- (8) 現在の健康状態 (VAS)

#### 6) 調査時期

療養者に対する調査は、原則として「デイケア参加前」「デイケア参加 1 ヶ月後」「終了時」とした。

#### 7) 倫理的配慮

対象者に対して、本研究の主旨および協力依頼について文書および口頭により十分に説明した。本研究への参加は対象者の自由意思を尊重し、参加しなくても保健・医療・福祉サービス上何ら不利益を被らないこと、さらに一度参加協力の同意をした後であっても中止できることを保証した。また対象者には参

加終了後でも本研究に関する説明や質問に対する対応が可能であることを伝え、研究者の連絡先を明示した。

対象者の個人情報には厳重に取り扱い、得られたデータは個人が特定されないように匿名化した番号で整理した。

### 3 研究結果

#### 1) 事例ごとの分析

事例ごとにデイケア参加事前調査とデイケア終了時との比較を中心に分析した結果を以下に述べる。

##### 【事例 1】

ADL評価の結果は、事前調査と終了時は同様に 7 点であった。「はい」と回答した項目は、日用品の買い物、請求書の支払い、銀行預金・郵便貯金の支払い、年金などの書類を書く、健康について記事や番組に興味、病人を見舞う、若い人に自分から話しかけることであった。

外出頻度は、事前・終了時調査の 2 時点間で変化なく「ほとんど外出しない」であり、月に医療機関を受診する時のみの外出であった。この 1 週間の行動範囲においても、事前・終了時調査で「ほとんどの家の中」であり、「友達、近所の人、親戚等との会話することもほとんどない」状況であった。他者との交流を好まないのではなく、そのような機会がほとんどないことと、毎日の生活をヘルパーの支援をうけて行うのがやつのことで、ほかのことを楽しめる余裕がないということであった。

夜間はよく眠れている。事前調査時には、健康状態の自己評価は 60 点と回答し、終了時もほぼ同様であった。

現在の楽しみとこれからやってみたいことという質問は「別になし」と回答していたが、終了時には「理学療法をもう少し続けていきたい」と、機能訓練に対する意欲とデイケアでの機能訓練の効果を実感していた。

デイケア参加前には、医療機関での機能訓練が十分に受けられず、交通事故受傷から 31 年経過し、加齢とともに体力が落ちていることを実感していた。筋力の低下等により、これまでできていた ADL も困難になってきている状態であった。さらに、医療制度におけるリハビリ制度も変わり、十分に機能訓練を受けられなくなってきていたので、現在の身体の機能を長く維持するためにも本研究参加での機能訓練に期待していた。10 回のプログラムには全て参加し、機能訓練の回数を増すごとに筋力がつき、関節可動性等も高まり、療養者本人は身体機能が 1 年前程度に戻ったようだ、良くなっていることを実感し、機能訓練に対する今後の意欲につながっていた。生活全体に対する意欲も向上し、現在の住宅に対する不都合を改善したいという希望を表現するに至った。本研

究のデイケアスタッフの仲介を得て、A市内で1級建築士の住宅アドバイザーに連絡をとり、事例1の療養者宅へデイケアスタッフとともに訪問し、改善を要する住居部分の確認と改善方法について検討した。公営住宅であったことから、療養者本人が行政の担当者に現状を伝え、改善してもらうことを依頼した。

### 【事例2】

交通事故受傷前から脳性麻痺があったため、ADLには援助を必要としていた。事前・終了時調査のいずれも変化なくADL評価は6点であり、できると回答した項目は、請求書の支払い、新聞を読む、本や雑誌を読む、健康についての記事や番組に興味、病人を見舞う、若い人に自分から話しかける、であった。現在の担当ホームヘルパーは、交通事故受傷前からの同じ担当者であり、構音障害や難聴があるが、言語による円滑なコミュニケーションが図られている。

外出頻度は、事前と終了時調査結果は同様であり、2、3日に1回程度、町内に出かけていた。友達や近所の人、兄弟姉妹等には会っておしゃべりしている頻度は毎日であった。その具体的内容は、毎日夕方、近所に住む妹が夕食を持参してくれていることであった。

夜間の睡眠はとてもよく眠れていた。健康状態の自己評価は40点と回答し、終了時もほぼ同様であった。

現在の楽しみは、事前、終了時調査においても「何もない」。これからやってみたいことは、事前には「何もない」と回答していたが、終了時には「機能訓練」を続けていきたいという希望を述べていた。その理由は、今回のプログラムでの機能訓練が、身体の柔軟性と筋力の維持につながっていると実感できていることによることであった。

また、事例1の療養者が現在のバリアフリー住居の生活しづらい不都合を改善するため、ボランティアの建築士に協力を求めるなどの行動をとったことを参考に、事例2の療養者自身も自分の居住について同様にボランティアの建築士に協力を求めるに至った。

### 【事例3】

療養者と介護者の妻が本プログラムに参加した。四肢完全麻痺のためADLは全介助である。調査内容は質問票に沿って主に聞き取りにより把握した。

ADL評価結果は、事前、終了時に変化はなく3点で推移し、該当する項目は、新聞を読む、健康についての記事や番組に興味、若い人に自分から話しかける、であった。

外出はほとんどなく、プログラム終了時にも変化していない。健康状態の自己評価には回答得られず、「もう少し何とかしたい」という前向きな気持ちが表現されていた。



介護者である妻からは、「(療養者本人は)食べることだけが楽しみになって、最近太りすぎていると思う」と、食事と体重管理についての悩みが表現された。また、時々肺炎で入退院を繰り返していることも在宅療養上の不安材料となっていた。日頃の生活では、呼吸筋の維持・強化に対する対策は行ってきていなかったもので、今回のプログラムにおいて全身の柔軟性の維持、呼吸筋を含めた筋力維持・向上をはかる機能訓練の内容としたこと、さらに訪問看護師から生活の仕方に沿った誤嚥予防について教育的に関わった。

今回のプログラム終了時には、「(これまで利用していなかった)訪問リハビリを積極的にうけて、今の身体の機能を維持したい」という意欲がみられ、訪問看護(リハビリ)サービスの利用に至った。

#### 4 考察

本研究の対象者3名のうち2名は独居であり、交通事故受傷からそれぞれ20年、31年が経過している。20代、30代の時に受傷し、長い療養生活期間を経て自分なりの生活スタイルができている状態であった。

全ての事例に共通していたのは、療養者本人が最大限の心身機能の維持を図りたいということであった。特に、事例1と事例2では20年以上の長い療養生活において最近では加齢に伴う体力の不安が出てきていた。

事例1は、医療機関での受診以外に外出することもなく、自宅に閉じこもり傾向にあり、長い療養生活の間、加齢とともに体力が低下し、独居の生活がつままで続けられるか不安に思っていた。なるべく現在の身体機能を維持しようと努めていても医療機関では期待するほどの機能訓練を受けられず満足していなかったため、本研究のデイケアには個別の機能訓練を受けられることに期待して参加していた。本研究のプログラムへの参加によって、体力の維持、向上等を実感し、生活全般への意欲もみられるようになった。自宅で閉じこもり傾向にあったのは他者との交流や外出を好まなかったのではなく、外出する機会を得られていなかったのである。今回のデイケアプログラムには冬期間であったにもかかわらず全プログラムに喜んで参加していた。また参加継続できていた理由には、療養本人が切望していた個別機能訓練が十分に受けられ、その効果を実感できていたことによる。さらに、定期的な開催プログラムにおいて参加者同士の交流も日常生活の活性化になっていた。

事例3では、在宅療養に移行して2年程度であり、自分なりの生活スタイルを築きあげている段階であった。嚥下の状態や身体状態から肺炎を起こし、何度も入退院を繰り返していることから、肺炎予防のケアは不足していることが指摘できる。現在利用している介護サービスは入浴サービスだけであり、日常の生活状況と肺炎予防に関してのケアしているサービスは利用されていない最

近体重も増加し、そのことで介護する妻は療養者の身体を動かすことに負担を感じている。呼吸筋を強化する機能訓練も必要と判断し、デイケアプログラムに含め、療養者本人もその効果を実感したと評価していた。今回のプログラム終了後には、これまで利用していなかった在宅でのリハビリを希望し、訪問看護サービス（リハビリ）利用につながった。

対象者は、若い時の交通事故外傷に起因し在宅療養者の経過は長く、障害が固定されてしまうと本人が期待するほどの機能訓練が受けられていない状態であった。このことは医療制度等の仕組みに影響されていることでもあったが、加齢に伴い長い経過を辿る交通事故後遺症者はなるべく良い心身の状態を長く保つことが本人の QOL 維持につながる。そのためには、長く慢性化された状態であっても加齢に伴う心身の状態変化に沿って、療養者それぞれの個別に応じた最大の良い心身機能を維持するための積極的な支援が必要である。そのためには機能訓練を重視したデイケア一つの有効な方法であることが示唆された。

本研究は、財団法人在宅医療助成 勇美記念財団の助成をうけて行われた。

#### 【引用文献】

- 1) 古谷野亘,柴田博,中里克治他：地域老人における活動能力指標の測定－老研式活動能力指標の開発－日本公衆衛生雑誌,34(3),109-114,1986

#### 【参考文献】

- 1)内田富美江：岡山県下における遷延性意識障害患者の療養生活と介護者の現状，川崎医療福祉学会誌，2000；10(2)：219-224.
- 2)岡信男，内野福生，小瀧勝他：自動車事故による慢性期重症脳外傷患者の実態と予後に関する研究-障害者に対する適切な治療と介護を行うために-，Journal of the Japanese Council of Traffic Science，2006；6(1)：27-34.
- 3)小田太士，佐伯寛，岩永勝他：外傷性脳損傷者の社会生活に関する調査，日本職業・災害医学会会誌，2004；52：335-340.
- 4)鹿島晴雄，他：BADS 遂行機能障害症候群の行動評価日本版，新興医学出版社 2003.
- 5)工藤 喬，他：BPSD の総論，老年精医誌，2005；16：9-15.
- 6)小林祥泰：抑うつと無気力（アパシー），老年精医誌，2005；16：16-23.
- 7)佐藤徳太郎：外傷性脳損傷のリハビリテーション，リハビリテーション医学，2002；39：572-578.
- 8)橋本圭司，野路井未穂，間島富久子他：脳外傷者に対する包括的リハビリテーションの実践，リハビリテーション医学，2006；43(9)：602-608.

- 9)濱田小夜子:脳外傷高次機能障害と向き合って, OT ジャーナル, 2006; 40(7):823-825.
- 10)福井良子, 石川ふみよ, 河野春海他:外傷性脳損傷者を支える主介護者にとってのソーシャルサポート, 大阪大学看護学雑誌, 2006; 12(1):63-70.
- 11)藤井正子, 犬塚(金栄)享子, 松岡陽子他:交通事故により両側性脳損傷を受けた男性の3年間の在宅訓練報告, 認知リハビリテーション, 2002; :61-66.
- 12)藤原悟, 中里信和, 長嶺義秀, 他:遷延性意識障害の重度評価尺度の信頼性と因子構造, 脳と神経 (Brain and nerve), 1997; 49(12):1139-1145.
- 13)益澤秀明:頭部外傷患者の障害認定・賠償に関わる問題 高次機能障害と非器質性精神障害, 救急医学, 2006; 30:1837-1842.
- 14)渡邊修, 米本恭三, 中嶋真理子他:いわゆる高次機能障害者に対する地域リハビリテーションの試み, 認知神経科学, 2005; 7(1):59-65.
- 15)NASVA 被害者援護 療護センターグループ:-自動車事故による重度後遺障害者への支援を拡充-北海道・九州地区における「療護機能委託病床」に入院患者の桶入れを開始!
- 16)Akiko Oyama, Yuriko Arakawa, Akemi Oikawa, et al.: Trial of Musicokinetic Therapy for Traumatic Patients with Prolonged Disturbance of Consciousness: Two case reports, The Society for Treatment of COMA, 2003 ; 12 : 121-126.
- 17)Barnes MP : Rehabilitation after traumatic brain injury, Br Med Bull, 1999 ; 55(4) : 927-43.
- 18)Bekinschtein T, Tiberti C, Niklison J, et al. : Assessing level of consciousness and cognitive changes from vegetative state to full recovery, Neuropsychol Rehabil, 2005 ; 15(3-4) : 307-22.
- 19)Bernat JL : Chronic disorders of consciousness, Lancet, 2006 ; 367(9517) : 1181-92.
- 20)Burleigh SA, Farber RS, Gillard M : Community integration and life satisfaction after traumatic brain injury long-time findings, Am J Occup Ther, 1998 ; 52(1) : 45-52.
- 21)Bush BA, Novack TA, Malec JF, et al. : Validation of model for evaluating outcome after traumatic brain injury, Arch Phys Med Rehabil, 2003 ; 84(12) : 1803-7.
- 22)Cicerone KD : Participation as an outcome of traumatic brain injury rehabilitation, J Head Trauma Rehabil ; 2004 : 19(6) : 494-501.
- 23)Cicerone KD, Azulay J : Perceived self-efficacy and life satisfaction after traumatic brain injury, J Head Trauma Rehabil , 2007 ; 22(5) : 257-66.
- 24)Cicerone KD, Mott T, Azulay J, et al. : Community integration and satisfaction with functioning after intensive cognitive rehabilitation for traumatic brain injury, Arch Phys Med Rehabil, 2004 ; 85(6) : 943-50.
- 25)Duong TT, Englander J, Wright J, et al.: Relationship between strength, balance, and swallowing deficits and outcome after traumatic brain injury : a multicenter analysis, Arch Phys Med Rehabil, 2004 ; 85(8) : 1291-7.
- 26)Hall KM, Bushnik T, Lakisic—Kazazic B, et al. : Assessing traumatic brain injury outcome measures for long-term follow-up of community-based individuals, Arch Phys Med Rehabil, 2001 ;

82(3) : 367-74.

27)Katz DI, White DK, Alexander MP : Recovery of ambulation after traumatic brain injury, Arch Phys Med Rehabil, 2004 ; 85(6) : 865-9.

28)Keiji Hashimoto, Takatsufu Okamoto, Shu Watanabe, et.al. : Effective of a comprehensive day treatment program for rehabilitation of patients with acquired brain injury in Japan, J Rehabil Med, 2006 ; 38 : 20-25.

29)Keiji Hashimoto, Toshinori Nakamura, Ichiro Wada, et. al. How great is willingness to pay for recovery from sequelae after severe traumatic brain injury in Japan? , J Rehabil Med, 2006 ; 38 : 20-25.

30)Kristjan T. Ragnarsson KT : Results of the NIH consensus conference on “rehabilitation of persons with traumatic brain injury, Restorative Neurology Neuroscience, 2002 ; 20(3-4) : 141-143.

31)Mark Ylvisaker, Harvey E. Jacobs, Timothy Feeney : Positive Supports for People Who Experience Behavioral and Cognitive Disability After Brain Injury, J Head Trauma Rehabil, 2002 ; 18(1) : 7-32.

32)McMillan TM, Herbert CM : Further recovery in a potential treatment withdrawal case 10years after brain injury, Brain Inj, 2004 ; 18(9) : 935-40.

33)Novack TA, Bush BA, Meythaler JM, et al.. : Outcome after traumatic brain injury pathway analysis of contributions from premorbid, injury severity, and recovery variables, Arch Phys Med Rehabil, 2001 ; 82(3) : 300-5.

34)Owen AM, Coleman MR : Functional neuroimaging of the vegetative state, Nat Rev Neurosci, 2008 ; 9(3) : 235-43.

35)Schiff ND : Measurements and models of cerebral function in the severely injured brain, J Neurotrauma, 2006 ; 23(10) : 1436-49.

36)Sherri Tepper, Phillip Beatty, Gerben DeJong : Outcomes in traumatic brain injury : self-report versus report of significant others, Brain Injury, 1996 ; 10(8) : 575-81.

37)Sullivan J : Positioning of patients with severe traumatic brain injury: research-based practice, J Neurosci Nurs, 2000 ; 32(4) : 204-9.

38)Wilson BA, Gracey F, Bainbridge K : Cognitive recovery from “persistent vegetative state” : psychological and personal perspectives, Brain Inj, 2001 ; 15(12) : 1083-92.

39)Zhang L, Abreu BC, Gonzales V, et al.. : Comparison of the community Integration Questionnaire, the Craig Handicap Assessment and Reporting Technique, and the Disability Rating Scale in traumatic brain injury, J Head Trauma Rehabil, 2002 ; 17(6) : 497-509.

## 「交通事故障害に起因する在宅医療の調査・研究」の感想

福島県立医科大学看護学部 結城美智子

貴財団より平成 19 年度の研究助成（指定公募）をいただきました。大変ありがとうございました。心より感謝申し上げます。

本研究を実施することで、交通事故に起因する在宅療養者（以下、在宅療養者）の生活の実態とニーズが明らかになりました。しかし、【福島県内における交通事故障害に起因する在宅療養者の生活実態】調査は、予想より対象者数が少ないように思います。対象者の把握など本調査の実施は、在宅サービス事業所の協力を必要としましたが、協力をいただけなかった事業所もありました。また今回の調査が契機となり、在宅サービス事業所の担当者から療養者の生活ニーズ等に関する理解を深められることができた、日常のサービスを振り返ることができた等の感想も寄せられ、今回の調査の反響が良く伝わってきました。

【在宅療養へ移行した交通事故外傷に起因する遷延意識障害者の生活実態】調査では、遷延性意識状態で専門治療病院を退院し、在宅療養に移行した療養者を対象に、具体的な生活実態を把握できたことは非常に有意義であったことと思われまます。さらに、対象のうちのお一人に訪問調査を行い、遷延性意識状態を脱し、回復に向かっている状況を詳細に把握できたことも本調査の大きな成果でありました。このような細かな調査を実施できたことは、本研究助成を頂いたことのおかげです。文部科学省の科学研究等では助成適応にならない事例検討と思われまますが、本来このような事例検討の積み上げが重要となると考えまます。

【交通事故外傷に起因する在宅療養者を対象としたデイケアの効果】の実施では、デイケア参加予定者は 10 人程度見込んでおりましたが、最終的な参加人数は 3 人でした。このように少なかった大きな理由のひとつには、2006 年度より医療機関でのリハビリテーションの制度が変わり、充分なりハビリテーションを受けられないという不満から、今回の企画したデイケアへも期待できないという想いがあったようです。機会をみつけ繰り返し説明しましたが、利用した経験がなく、長い年月を自分なりに生活してきた療養者にとっては、いまさら新たなサービスとしてのデイケア活用の必要性を感じていない人が多かったように感じました。また、今回対象候補となった療養者の中には、肺炎を繰り返し入院したりなど状態の不安定な方もあり、デイケアの参加には至りませずに

した。当初、訪問看護ステーションとの会議では、10人の参加者を把握し、デイケア参加の見込みを立てておりましたが、療養者の意向、状態変化等があり、3人の継続参加となりました。

しかし、参加した3人の思いは同じで、参加理由はリハビリテーションを充分にしてほしい、という強い希望でした。長い療養年月の経過で加齢に伴う身体機能の低下を少しでも遅らせたい、最大限の機能を維持していきたいという切迫した思いが伝わってきました。3人の対象者は、本研究の参加によって明らかに身体機能の改善がみられ、さらに生活しづらさのあるこれまでの住居状況において、ボランティアの建築士をデイケア運営スタッフが仲介し、改善工夫をともに考えたり、住居（県営住宅）の所有者である県に対する要望を伝えることに至りました。デイケア参加による心身の機能効果が実感し、デイケアプログラム終了後には訪問リハビリテーションを利用してみたいということに結びついています。本調査研究は、実践を尊重したものであるので大規模では実施できませんでしたが、今後の在宅サービスの質の面や関係機関においても有用な知見を得ることができたことを、運営した訪問看護ステーション（看護師、作業療法士、関係者）ともに確認できました。

今回の研究プロセスで、交通事故療養者の長い療養生活で政策的な課題も明確になり、今後につながる研究を実施することができました。実践を大事にした研究に助成していただきましたことに深く御礼申し上げます。ありがとうございました。