

平成 22 年度

看護系学会等社会保険連合 研究助成

急性期病院に入院している  
遷延性意識障害患者の実態調査  
報告書

【研究メンバー】

私立医科大学協会看護部長会/獨協医科大学病院 看護部長・副院長 佐山 静江

社団法人日本看護協会 常任理事 福井トシ子

静岡県立大学大学院 看護学研究科 教授 紙屋 克子

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 准教授 林 裕子

首都大学東京大学院人間健康科学研究科博士後期課程 小野田 舞

## I. はじめに

遷延性意識障害(以後、意識障害と略す)に関する全国調査は過去 2 回実施され、1974 年の調査では推定 2,000 人(鈴木, 1974)、1985 年には 5,000~6,000 人と報告された(中沢, 1985)。それらの調査では脳神経外科病棟に入院していた患者を対象にしていたが、高度医療の発展した現代においては脳神経外科病棟以外の患者数の増加が推測される。また、意識障害は脳の器質性疾患のほかに、交通事故や転倒・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おり、年齢を問わず全ての患者が看護の対象となる。しかしながら、原疾患の治療後に意識回復が認められない場合には、積極的なリハビリテーションが実施されることなく、肺炎や褥瘡予防に関するケアのみが重視される傾向にある。意識障害患者の治療法は国内外においてもいまだ確立されていないが、合併症予防のみを重視した看護では意識障害患者の回復の機会を阻み、結果として長期臥床に伴う廃用症候群により寝たきり患者が増加するという悪循環が生じている。そこで、急性期から意識回復や身体機能の向上、廃用症候群の予防を目的に、異常筋緊張や関節拘縮から身体を解放する技術と、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を組み合わせた看護プログラムを開発した。意識障害患者の状態に応じた本看護プログラムの介入により、コミュニケーションの確立や関節可動域の拡大、坐位保持や摂食嚥下機能の向上など、生活機能の拡大が図れている(紙屋, 2006, 2007)。また、意識障害と同様の状態である低運動・低刺激により認知機能の低下や関節拘縮による運動障害が生じている寝たきり高齢者にも本看護プログラムの介入の有効性が明らかになっている(紙屋, 2010)。

本看護プログラムが広く活用され、意識障害患者やその家族の QOL に資することができるようになるためには、診療報酬による評価を受けることが必要であると考えている。平成 22 年度診療報酬改定に向けて実施された医療技術の評価・再評価(中央社会保険医療協議会調査専門組織 医療技術評価分科会)では、前述した意識障害や寝たきり患者に対する看護技術が一次評価を通過した。しかし、本看護プログラムがどれくらいの患者に適用されるのか、その汎用性・普及性について課題とされ、二次評価を通過するには至らなかった。このことから、意識障害患者の現状と本看護プログラムのニーズを把握することが必要であると考えた。

そこで本研究は、医療機関に入院している患者数や病態、医療機関で実施されているケア内容の実態について把握し、長期の意識障害や寝たきり状態にある患者の意識回復や身体機能の向上を目的にした看護技術の普及に向けての問題点を明らかにすることを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 対象

#### 1) 対象施設（計 348 施設）

看護学会等社会保険連合に加盟している病院団体（計 348 施設）のなかで、7 対 1、または 10 対 1 を取得している急性期病院を対象とした。対象施設は下記の通りである。なお、本研究は急性期病院を対象にした調査であり、回復期リハビリテーション病棟や療養病棟は除外した。

国立大学病院（43 施設）

社会福祉法人 恩賜財団済生会病院（50 施設）

社団法人全国社会保険協会連合会（51 施設）

私立医科大学協会病院（29 施設）

赤十字医療施設（92 施設）

全国国立病院（43 施設）

日本小児総合医療施設（29 施設）

#### 2) 調査対象：急性期病院に入院している意識障害患者

(1) 「植物状態の診断基準」（日本脳神経外科学会，1976 年）に準じ、後天性の疾患や損傷により意識が障害されている状態の患者（小児も含む）。

①自力で移動ができない，②自力で摂取ができない，③尿尿失禁状態にある，④目は物を追うが認識はできない，⑤「手を握れ」，「口を開け」などの簡単な命令には応ずることもあるがそれ以上の意思の疎通ができない，⑥声は出すが意味のある発語はできない，上記①～⑥のすべてを満たす状態であることとした。

#### (2)対象者の除外基準

①癌の末期症状等による意識障害，②鎮静療法を実施している場合など

#### 3) 質問紙票の回答者：

急性期病院の看護部長（看護管理者）－質問紙 A 票

急性期病院の看護師長（病棟管理者）－質問紙 B 票

### 2. 調査内容

#### (1)調査票 A（10 項目）

医療機関の設置主体，平均在院日数，病床数，所在地，入院中の意識障害者数，管理者としての看護技術の導入への考え，意識障害者の転院の状況，急性期病院における意識障害者の看護管理上の問題点について記入してもらった。

## (2)調査票 B (8 項目)

病棟科目, 病床数, 記入者の基本属性 (年齢, 性別, 職位, 勤務年数), 入院中の意識障害者数, 管理者としての看護技術の導入への考え, 入院中の意識障害者の状況 (入院期間・看護必要度, ケア・リハビリテーション), 他職種との連携の状態, 意識障害者における看護上の問題点について記入してもらった。

## 3. 調査方法

対象とした医療機関に調査票 A・調査票 B を郵送した。調査票は A・B とも, 各施設がまとめて返送する方式で実施し, 調査票への記入後は封筒に入れ封をした状態で収集してもらった。各施設の看護管理者における調査票への記入は自由意志であり, 調査票の返信を持って同意とみなすことにした。

調査は 2010 年 9 月 1 日の時点における状況について調査を行った。

## 4. 分析方法

調査票から得られたデータに関しては, SPSS-18.0J を用いて統計処理を行った。調査票 A・B とも単純集計を行い, 記述データに関しては内容のカテゴリー化を行った。分析には SPSS Ver18.0 を使用した。

## 5. 倫理的配慮

本研究は獨協医科大学の生命倫理委員会で承認後, 対象施設の看護管理者へ研究説明書と調査票を送付した。看護管理者宛に, 研究の趣旨, 研究方法, 本研究への参加は自由であり, 不参加であってもいかなる不利益も受けることがないこと, 個人の情報は匿名化したうえで記号化するためプライバシーが保護されること, 得られた情報の秘密を厳守し, 特定の個人情報を公表することはないことについて書面で説明し同意を得た。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 調査票Aについて

##### 1) 対象病院の概要

本調査は 348 件に発送し 226 件の回答があり，回収率 64.9%であった．対象病院の設置主体（図 1）では，日本赤十字施設が 20.8%であり，独立行政法人国立病院機構が 17.3%であり，社会保険関係団体が 18.1%であり，国立大学法人が 12.8%であった．

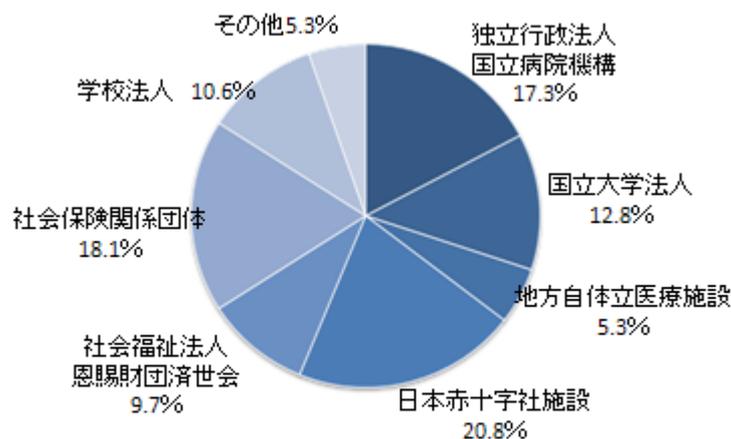


図 1：設置主体 (n=226)

また，病院施設の所在地は岩手，山形，鳥取の 3 件を除いた都道府県から回答があった．最も多い所在地は東京の 14 件，北海道の 13 件，大阪の 11 件，福岡の 11 件であった．対象病院の許可病床（表 1）の平均は  $504.2 \pm 295.4$  床であり，199 床の許可病床の病院は 31 施設（12.1%）であり，200 床から 399 床の許可病床の病院が 59 施設（23.0%）であり，1000 床以上許可病床の病院は 20 施設（7.8%）であった．また，センターの病床許可数（表 2）は，高度救命救急センター，救命救急センター，脳卒中センター，循環器センター（病棟含む）を設置している病院は 93 施設であった．そのうち，これらの 4 つのセンターを設置している病院は 1 施設であった．高度救命急センターは 1000 以上の許可病床の病院（ $n=20$ ）が最頻数で 7 施設（35.0%）であった．救命センターは 600 以上から 799 床以下の許可病院（ $n=38$ ）が最頻数であり 18 施設（47.4%）であった．脳卒中センターは 400 床以上の許可病院において 4 床から 6 床であった．循環器センターは 200 床以上の許可病院に設置されており，全施設設置状態においても最頻数であり 39 施設（17.3%）であった．対象病院の平均在院日数（ $\pm$ SD）は  $14.8 \pm 2.6$  日であった．最高在院日数は 23 日であり，最少在院日数は 8.1 日であった．

表 1 : 許可病床

許可病床	施設数 (n=226)	(%)
199床以下	31	(12.1%)
200床以上-399床以下	59	(23.0%)
400床以上-599床以下	42	(16.4%)
600床以上-799床以下	38	(14.8%)
800床以上-999床以下	17	(6.6%)
1000床以上	20	(7.8%)
無回答	19	(7.4%)

\*許可病床の平均;504.2±295.4床

表 2 : 許可病床中の各センターの病床許可数

許可病床 (n=226)	高度救命救急 センター 許可施設	救命救急 センター 許可施設数	脳卒中 センター 許可施設数	循環器 センター 許可施設数	その他
-199床以下 (n=31)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (6.5%)
200床以上- 399床以下(n=59)	0 (0%)	3 (5.1%)	1 (1.7%)	5 (8.5%)	0 (0%)
400床以上- 599床以下(n=42)	2 (4.8%)	14 (33.3%)	5 (11.9%)	6 (14.3%)	3 (7.1%)
600床以上- 799床以下(n=38)	6 (15.8%)	18 (47.4%)	6 (15.8%)	14 (36.8%)	0 (0%)
800床以上- 999床以下(n=17)	3 (17.6%)	7 (41.2%)	4 (23.5%)	5 (29.4%)	0 (0%)
1000床以上- (n=20)	7 (35.0%)	9 (45.0%)	4 (20.0%)	9 (45.0%)	0 (0%)
全施設(再掲) (n=226)	18 (8.0%)	51 (22.6%)	20 (8.8%)	39 (17.3%)	5 (2.2%)

2) 長期意識障害者及び廃用症候群患者への認知機能・身体機能の改善に向けた看護技術の導入に関する意見 (図2) (図3)

本調査で紹介している看護は、意識障害・廃用症候群患者に対する認知機能や身体機能の改善に向けた看護であり、この実践は4週間の期間限定であることを紹介した(以下、NICD; Nursing to Independence for the Consciousness disorder and the Disuse syndrome Patient)。このNICDの導入に関して、希望するに「はい」と回答したのが125施設(55.3%)であり、「いいえ」と回答したのが14施設(6.2%)であり、「わからない」の回答したのが87施設(38.5%)であった。回答に対する理由の記述を求めたところ、「はい」の回答者においては、「看護者のやりがい」や「看護の質を向上させたい」という意見が25%あり、対象患者の「患者のQOLの向上が得られる」の意見が8.8%あった。「いいえ」の回答者の意見は、「マンパワーが必要」が21.4%であり、「急性期病院だから取り入れにくい」が28.6%であり、「対象患者がいない」が14.3%の3件に集約された。「わからない」の回答者では、「対象患者がいない」が16.5%であり、「イメージがつかない」が2.3%、「急性期だからできない」7.1%であった。その一方で、「看護師の質の向上」が2.4%、「診療報酬上に登載」「(NICD)認定看護師」を回答したのが1.2%あった。「いいえ」と「わからない」の回答者において「患者のQOLの向上」に関する意見はなかった。

さらに、「いいえ」「わからない」の回答者に対しどのような条件や成果があればこの看護を取り入れたいかという質問に対し、「いいえ」と回答した14施設では、「看護実践の期間限定」「人的配置の充足」の回答が各71.4%(n=14)であり、その一方「この分野における認定看護師の育成」の回答が57.1%(n=14)であった。また、「診療報酬上で点数化」の回答が57.1%(n=14)であった。「わからない」と回答した86施設(n=86)では「診療報酬上で点数化」の回答が88.4%(n=86)であり、「人的配置の充足」の回答が73.3%(n=86)であった。この質問において、「はい」の回答者(n=125)においても回答が見られた。

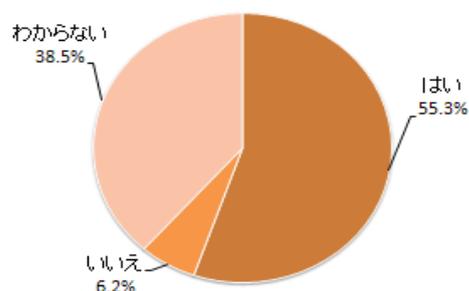
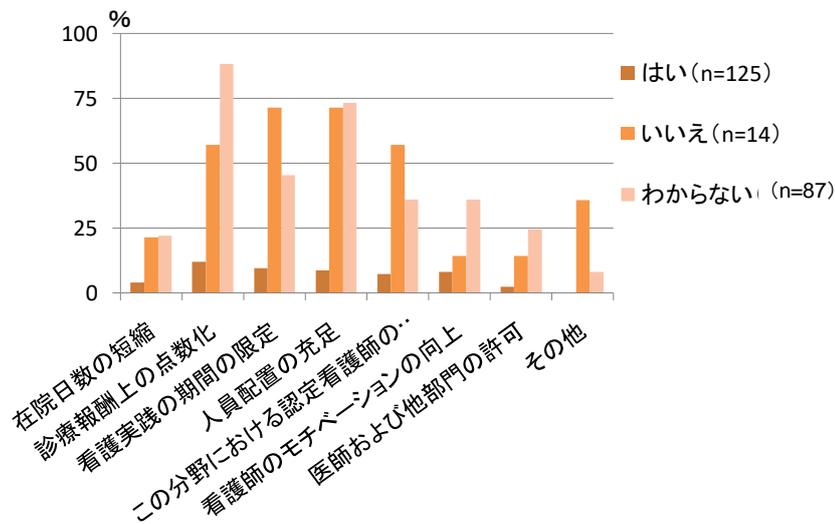


図2：意識障害・廃用症候群の認知機能・身体機能の改善の看護を取り入れたい (n=226)



**図3：意識障害・廃用症候群の認知機能・身体機能の改善の看護を取り入れるために必要な条件および成果（複数回答）（n=226）**

### 3) 遷延性意識障害患者の退院調整加算の申請状況（図4）・転院状況（図5）

遷延性意識障害患者の退院調整加算の申請状況は、申請している施設は 159 施設 (70.2%) であり、申請していない施設が 44 施設 (19.5%) であり、申請を考え中は 13 施設 (5.8%)、無回答は 10 施設 (4.4%) であった。また、遷延性意識障害患者の転院先は、地域医療連室からの紹介による転院は 74.7% であり、連携している病院が 52.4%、家族が探ししてきた病院は 40.0% であった。また、在宅への退院は 46.2% であった。

退院調整をする上で困難だったことに関する記述回答では、家族自身が担任を「望まない」「拒否する」等の意見が 27% であった。退院が決まっても「受け入れ施設がない」「小児の施設がない」という記述が 35% であった。また、受け入れ先が決まっても「ベッドの空きがない」「医療処置 (PEG, 気管切開, 膀胱ろうなど) があるため、空きベッド待ち」という意見が 20% あった。さらに、家族が転院先医療体制や設備の不満から転院先が決まらないという意見が 10% あった。在宅への退院ができない場合では、家族の介護力が弱いという意見が 11%、経済的な問題が 6.7% であった。さらに、在宅サービスが少ないという意見が 3% であり、子どもに関するサービスの少なさがあった。

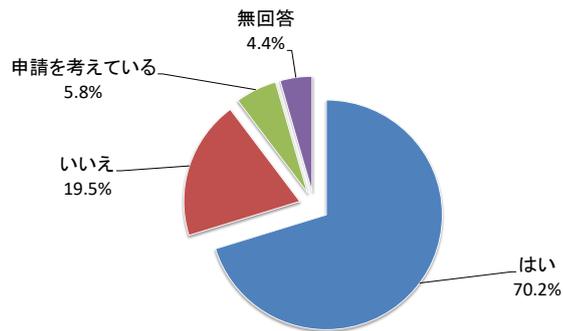


図4：遷延性意識障害患者の転院における退院調整加算の申請状況 (n=226)

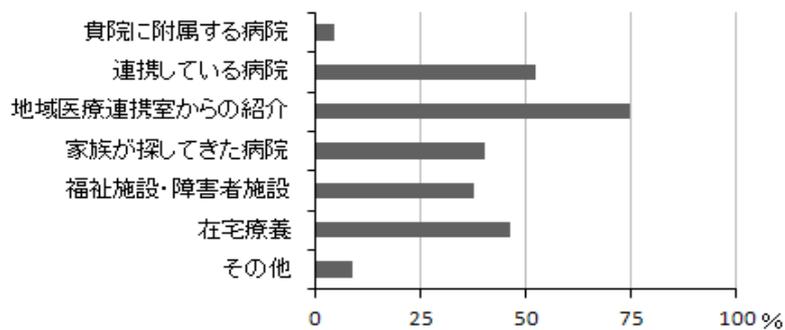


図5：遷延性意識障害患者の主な転院先（複数回答） (n=226)

#### 4) 遷延性意識障害患者における看護管理上の問題点に関する意見

遷延性意識障害患者を看護管理していく上での問題点に関する意見では、「長期入院患者では看護がマンネリ化することによる看護師のモチベーションの低下」「人員不足」など看護師のマンパワー不足や看護師の意欲低下などの意見が 23%あった。「急性期病院なので看護介入が困難」や「急性期なのでじっくりかかわれない」「手がかかる」「安全管理が重要」という急性期にける看護を目指す意見が 18%あった。また、遷延性意識障害患者の長期入院は「ベッドコントロールに支障をきたす」という意見が 20%あった。家族に関する意見では「良くならない」「転院を希望しない」などの意見が 5%あった。本調査で紹介した NICD に関して「学びたい」、「人的工夫して介入をしたい」という意見が 3%あった。

## 2. 調査票Bについて（図6）

### 1) 意識障害患者が入院している病棟科目名

調査票Aに回答した226病院のなかで、意識障害患者が入院している病棟は718病棟であった。混合病棟が多かったため厳密な分類は困難であるが、主要な診療科の分類を行った結果、意識障害患者の入院病棟は脳神経関連病棟（脳神経外科・内科）が194病棟（27.0%）と最も多く、次いで呼吸・循環器系145病棟（20.2%）の順であった。小児病棟は90病棟（12.5%）だった。

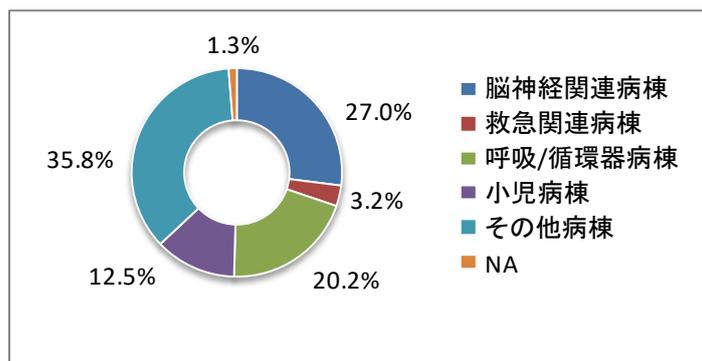


図6：診療科分類

### 2) 病床数について（図7）

許可病床数は平均45.2（±10.1）床であり、その範囲は6床から76床であった。全体として、50-59床が最も多く、次いで40-49床、双方合わせると68.6%を占めていた。また、30床未満の病棟は46病棟あり、集中治療室や救命部門、小児の関連病棟が多かった。

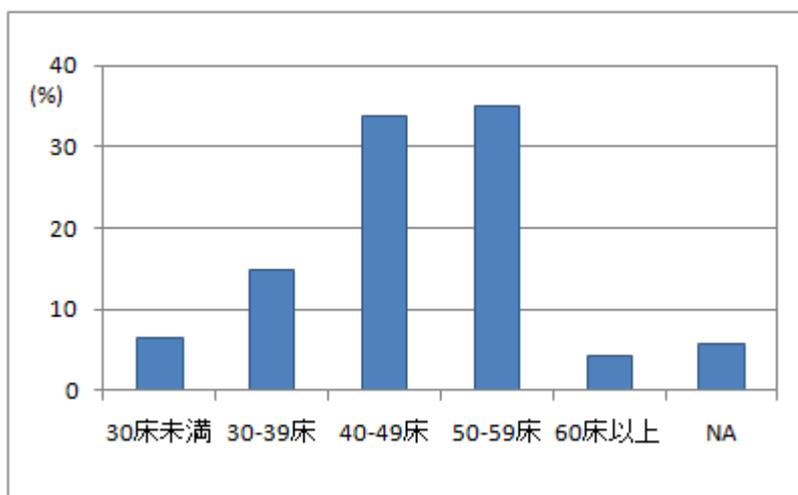


図7：許可病棟数

一方、稼働病床の平均は 43.8 (±10.6) 床であり、許可病床に占める割合は平均 84.9%であった。許可病床に占める稼働病床数が 80%未満の病棟は 33 病棟であり、10 病棟は小児科を含む病棟だった。100%以上の病棟は 18 病棟であり、その内訳として脳神経外科を含む 5 病棟をはじめ、消化器や泌尿器等の外科系病棟が多かった。

### 3) 病棟管理者の概要 (図 8) (図 9) (図 10)

病棟管理者は 40 歳代が 355 人 (49.4%)、50 歳代は 291 人 (40.5%) であり、両者を合わせると 89.9%だった。20 歳代は 2 人 (0.3%)、60 歳代も 6 名 (0.8%) であった。

病棟管理者の性別は女性が多く、職位は「課長・師長」が 646 人 (90.0%) だった。看護師としての勤務年数は平均 24.8 (±6.9) 年であり、最長は 42 年だった。管理職としては平均 7.2 (±6.1) 年、最長は 33 年であった。病棟管理者のなかで、助産師での勤務経験者が 28 人、保健師の勤務経験がある人は 9 人いた。

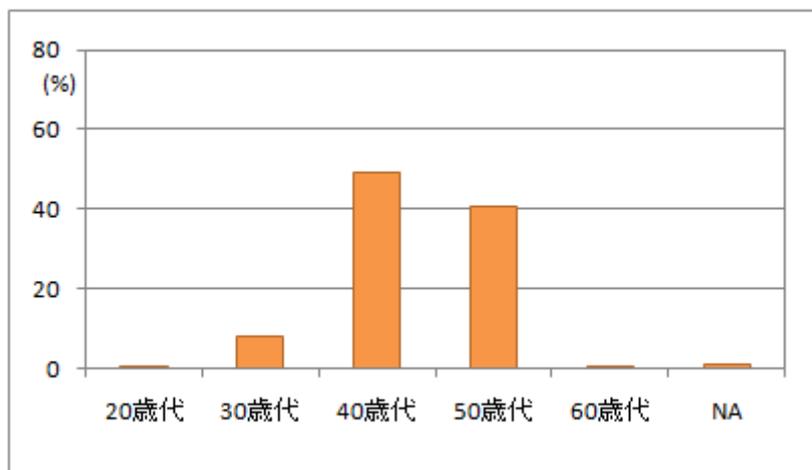


図 8 : 病棟管理者 (年齢)

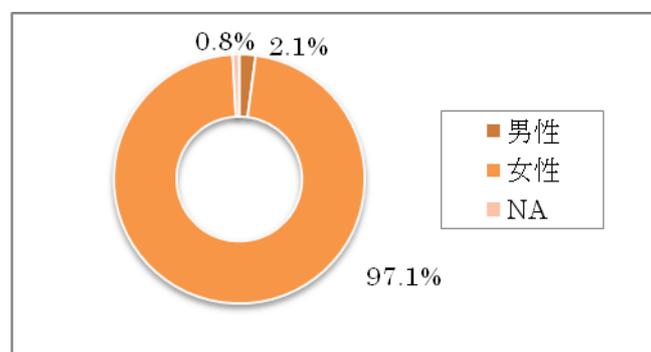


図 9 : 病棟管理者 (性別)

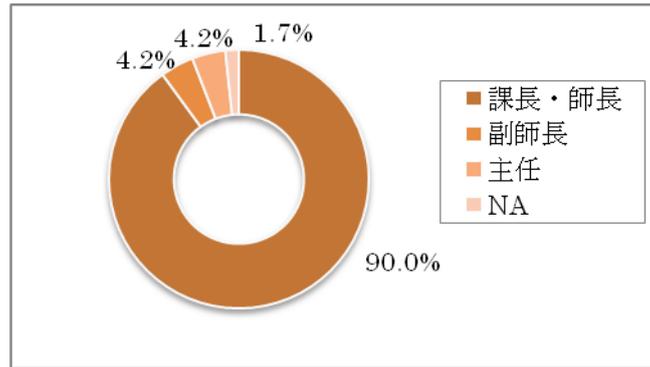


図 10：病棟管理者（職位）

#### 4) 入院患者の概要

調査時（2010年9月1日0時）における全病棟（718病棟）の遷延性意識障害患者の総入院患者数は26,342人だった。入院患者のなかで、一般病棟に通算60日以上入院している患者は3,711人（14.1%）、看護必要度A得点2点以上、B得点3点以上の患者は4,812人（18.3%）だった。さらに、通算60日以上入院している患者の中で、看護必要度A得点2点以上、B得点3点以上の患者は1,503人（5.7%）いた。

#### 5) 看護技術の導入に関する意見（図 11）（図 12）

遷延性意識障害患者の意識回復、廃用症候群を有する患者に対する認知機能・身体機能の改善に向けた看護技術の導入に関しては、「希望する」が440病棟（61.3%）だった。

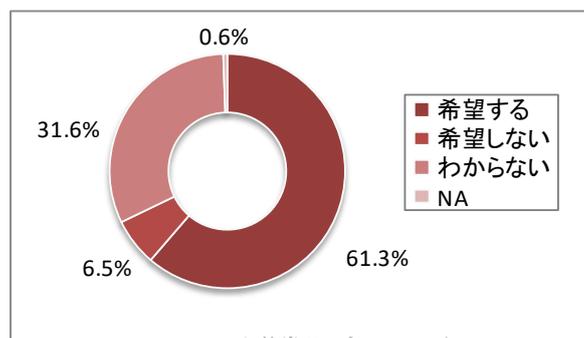


図 11：看護技術導入への希望

「希望しない」、「わからない」と回答した病棟管理者に対して、どのような条件や成果があれば導入するかと質問した結果、双方とも「人員配置の充足」、「診療報酬上の点数化」の順に多かった。また、「この分野における認定看護師の育成」や「看護実践の期間の限定」も多かった。

そのほか、取り入れたいがマンパワーの不足や知識不足等で準備時間が必要、在院日数が少ないため対象患者が少ない、目的は理解できるが実際に自分の病棟で実施するとなると問題が多い等の意見が挙げられた。また、人員確保や在院日数の問題、看護技術が当該患者に実施できないのではないかとこの疑問があるようだった。

一方、「希望する」と回答した病棟管理者は、看護師のモチベーションが高まる、在院日数が短縮すると思う、高齢化とともに認知機能や身体機能の低下している患者が増えて原疾患の看護以上のものを要求される、廃用症候群の予防や機能改善に向けての看護を実践しているのでそれらの看護の評価は大切だと思う等の意見があった。

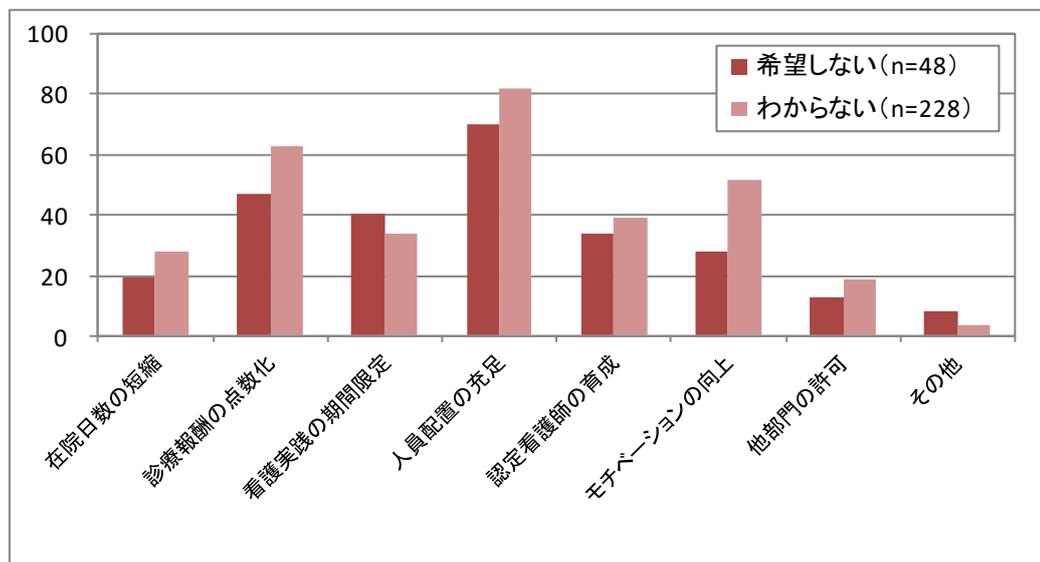


図 12：看護技術導入に対して希望しない、わからない理由

#### 6) 入院中の遷延性意識障害患者の概要 (図 13)

調査時点に入院中の意識障害患者は計 1,618 人だった。意識障害患者が入院している病棟 (稼働病床) に占める意識障害患者の割合は 7.1%であった。また、本研究で回答の得られた 226 病院の許可病床数に占める意識障害患者の割合は 1.6%だった。

入院している意識障害患者の性別は、男性が 932 人 (55.4%)、女性は 746 人 (44.4%) だった。

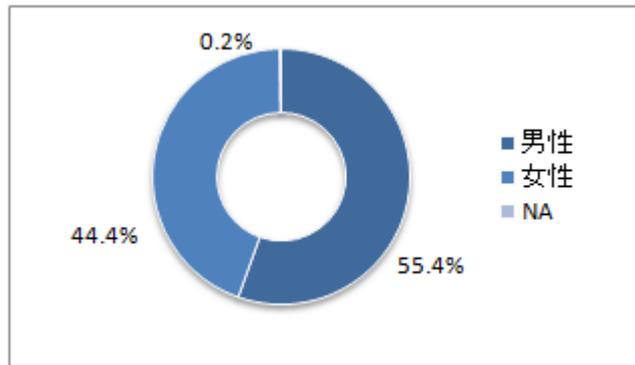


図 13 : 意識障害患者の性別

意識障害の原因（図 14）には、頭部外傷や脳血管障害など、脳の器質的な損傷を伴う一次障害と呼吸器・循環器疾患等による低酸素状態、その他中独や溺水など、原因は多様であるため、本研究では「意識障害に最も影響している原因」について記載してもらった。また、対象に関しては癌の末期症状、鎮静療法のほかにアルツハイマー病も除外した。

意識障害の原因は、脳血管障害が最も多く 609 人（36.2%）だった。次いで呼吸/循環器系疾患が多かった。脳の器質性疾患とする一次障害の患者は 48.6%であり、二次障害と考えられる患者は 27.8%であった。

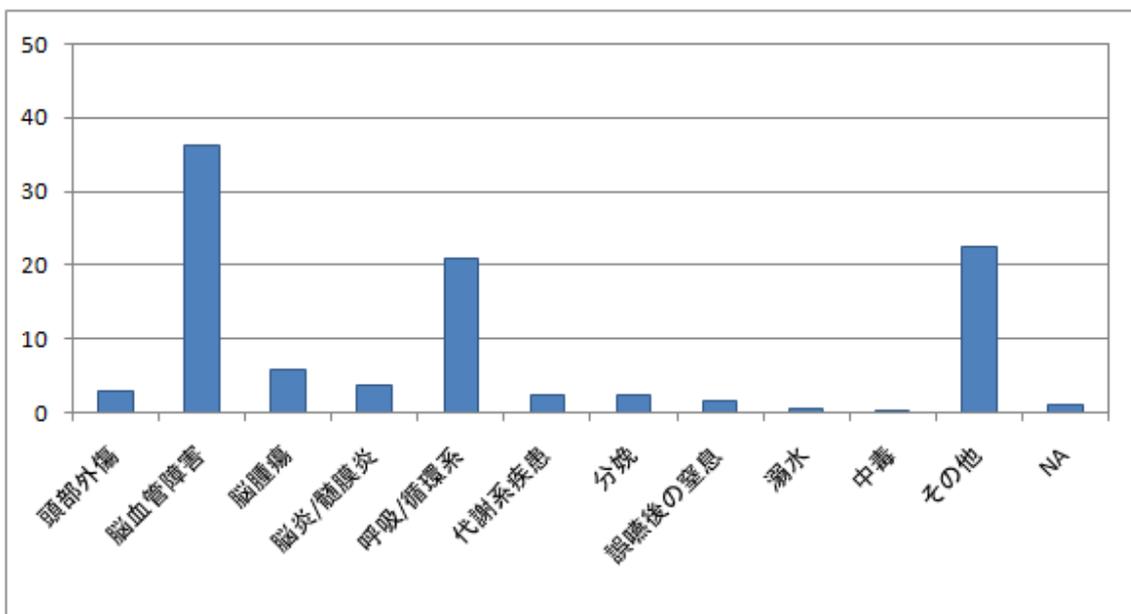


図 14 : 意識障害に最も影響している原因

意識障害患者の年齢（図 15）は 70-79 歳が最も多く、次いで 80-89 歳，双方を合わせると 49.7%を占めていた。一方，20 歳未満は 185 人（11.5%）と多かった。

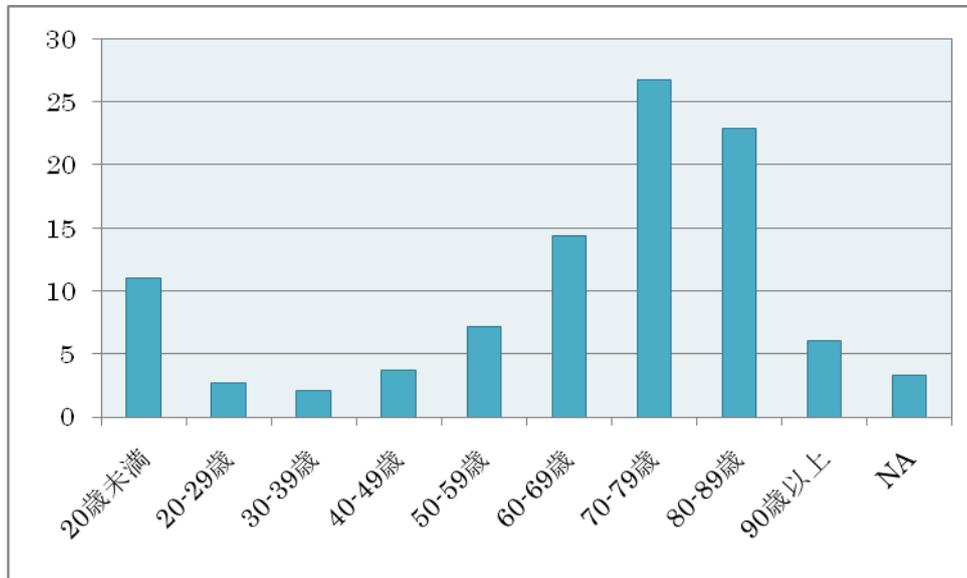


図 15 : 意識障害患者の年齢

入院期間(図 16), 60 日以上が 1,455 人（86.6%）と最も多かった。平均入院日数は 500.2（±1140.0）日であり，最大 10,950 日だった。入院中の意識障害患者のなかで，看護必要度 A 得点 2 点以上，B 得点 3 点以上の患者は 1,008 人であり，全体の 62.3%を占めていた。

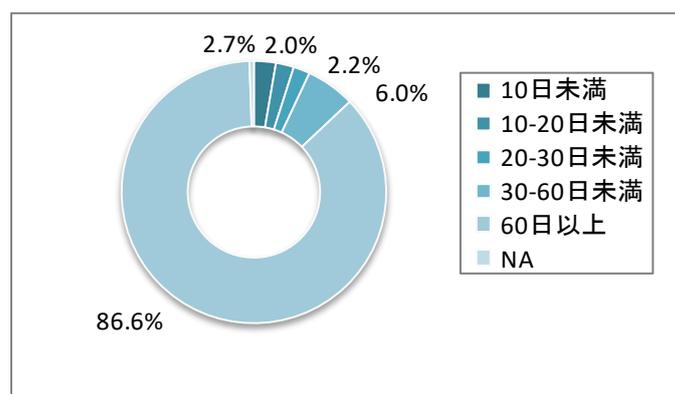


図 16 : 入院日数

7) 看護師と他職種との連携の状態 (図 17)

意識障害患者の治療ならびにケアやリハビリテーションにおける問題を把握するため、他職種との連携の状態に関して質問した。その結果、医師、理学/作業療法士、言語聴覚士、栄養士では、「よい」、「まあよい」を合計すると約 70%以上を占めていた。

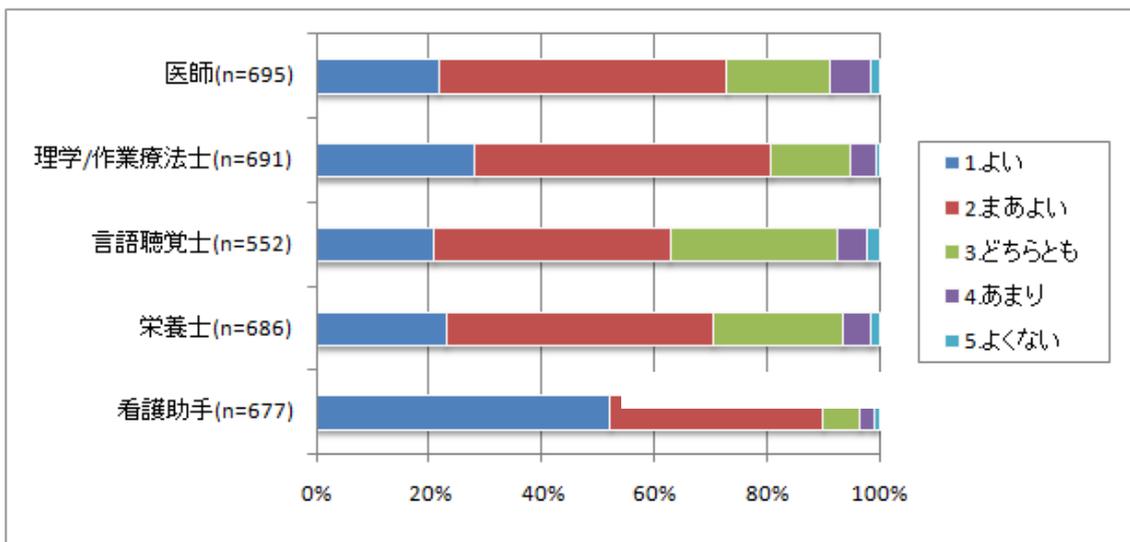


図 17 : 他職種との連携の状態

8) その他、遷延性意識障害患者における看護上の問題点

病棟管理者からみた意識障害患者の看護上の問題点として、在宅復帰や施設入所が難しい、転院先が決まらず急性期病棟に長期間入院する事例が多いこと、そして家族の心理的な問題が多いことが挙げられた。また、看護技術の診療報酬化は理解でき賛成・協力したいが、在院日数が短いので ADL 向上などを目的にした看護はできないという意見もあった。さらに、知識、技術のほかに人員の確保が困難であり、日常の看護では患者の機能の向上に関与できていない、現状維持を目標にケアを行っている状況であるという意見も挙がった。一方、小児の場合には後方病院や施設との連携が困難であり、家族の思いを尊重した対応を行えば入院期間が長期になること、また在宅支援も体制作りの必要性や今回のような取組みを地域の病院、施設との協働で実施していくことが必要という意見が挙げられた。

#### IV. 考察

##### 1. 調査票 A について

本調査で対象になった病院はベッド数も多く、地域の急性期病院の中心的存在であった。在院日数も約 15 日であり、診療報酬による看護加算を意識した病院経営がなされている病院であった。

遷延性意識障害患者や廃用性症候群の急性期病床の入院状況に関して、病院機能別入院の実態に疑問を持ち、院病院経営に支障をきたす存在として捉えられていることがわかった。一方、急性期における患者の変化を看護のやりがいと捉える傾向があることがわかり、看護によって患者が変化することを実感できることが重要と考える。

また、遷延性意識障害患者や廃用性症候群の患者に対し看護を行える施設の充足が望まれていることがわかった。特に小児おいての在宅では、在宅サービスの不足や家族内における母親への依存度が高いことが浮き彫りにされる結果であった。

退院が困難な事例の背景には、運動疾患がある、ADL の低下、家族の介護力の不足がある。この背景から、意識障害患者も廃用性症候群患者においては、退院が困難な患者の代表事例であることがわかる。また、急性期病院では、診療報酬によって看護師の数を確保するための条件として在院日数の制限が生じる。そのため、命が助かることを目標とした医学モデルに寄与した看護が中心となりがちである。診療報酬においても、看護が医療区分として認められておらず、看護による治療的効果は期待されていない傾向がある。従って、本調査でも急性期看護は結果があり効果的のため看護師のやりがいにつながると考える傾向がある。意識障害や廃用性症候群の患者への看護は、毎日の繰り返しのケアであり、看護によって治療的効果が得られる経験がないことがわかった。

##### 2. 調査票 B について

調査票 A に回答した病院のなかで、意識障害患者が入院している病棟は 718 病棟であった。入院病棟の病床数は 40～60 床未満が多く、脳神経系病棟、呼吸/循環器病棟、小児病棟の順に多かった。意識障害の原因は脳血管障害等の直接的な脳損傷が多いと思われるが、呼吸/循環系の疾患に伴う二次的な脳損傷が多いことが示唆された。

平成 19 年度の遷延性意識障害患者の実態調査（紙屋，2009）でも呼吸/循環系疾患の二次障害による患者数が増加していると推測されていたが、本調査においても患者数が多かった。また、本調査で明らかになったことは、小児の患者数が多いことである。本調査では後天性に発症した意識障害患者を対象にしたが、遺伝性疾患や事故等による意識障害が多かった。

意識障害患者数は計 1,618 人であり、急性期病院の許可病床数に占める割合は 1.6% だった。年齢は 70 歳代、80 歳代に続いて 20 歳未満が多く、小児における意識障害患者の問題が窺えた。さらに、入院患者のなかで、一般病棟に通算 60 日以上入院している患者は 3,711 人（全患者の 14.1%）であり、意識障害患者入院数の 86.6% を占めており、平均入院日数は 500.2 日であった。看護必要度 A 得点 2 点以上、B 得点 3 点以上の患者は 4,812 人で全患者の 18.3% だった。さらに、通算 60 日以上入院している患者の中で、看護必要度 A 得点 2

点以上、B 得点 3 点以上の患者は 1,503 人 (5.7%) であり、急性期の施設以外の対象患者が急性期病床を占めていることが明らかになった。

急性期病院とは端的には疾患の発症後間もない急性期の患者に、一定期間集中的な治療をするための病床を持つ病院であり、それらの役割を果たすためには病床数が確保されている必要がある。しかしながら、長期入院の患者の存在は、病床数の確保という点においては大きな問題となる。調査票 A の結果からも、とりわけ小児においては急性期病院から転院が可能な病院（施設）が少なく、その一方で在宅療養も困難な状況にあった。成人や高齢患者でも、急性期病院からの転院は困難であり、受け入れ施設数が少ないこと、施設があっても病床に空きがない、医療処置（気管切開、胃ろう、膀胱ろう等）が多いと受け入れ施設が少ない等の問題が示唆された。さらに病棟管理者における意識障害患者の問題にも、それらの内容が含まれており、意識障害患者の在宅移行に関して地域病院や施設と協同して在宅支援に関する体制づくりの必要性について言及していた。

一方、意識障害ならびに廃用症候群を有する患者に対する看護技術の導入に関しては、希望する病棟が 61.3%、希望しないが 6.5% だった。看護技術の導入について、調査票 A では看護部長、調査票 B では病棟管理者に質問したが、各 55.3%、61.3% であり、導入に向けての見解にほぼ相違はないと思われる。また、看護技術の導入を希望しない、わからないとの回答においても、マンパワーの不足のほか、知識不足で準備期間が必要であること、在院日数が短いため対象者が少ない等の意見が挙げられ、内容に関しても看護管理者と同様であった。一方、希望すると回答した病棟管理者では、看護師のモチベーションが高まること、在院日数が低減できる可能性、そして高齢化や疾患の重複化に伴い原疾患の看護以上のものが求められることなど、看護技術に対する具体的な要望が示されていた。急性期病院としては生命維持が最大の目的であり、看護においても救命のための観察や看護技術は必要不可欠である。しかしながら、生命は維持されたものの、なんらかの事情により急性期病棟に入院している患者における、意識回復や全身機能を高める看護、関節拘縮等の廃用性の変化を来している患者のケアに関する知識や技術がないと長期入院患者の看護は困難となる。それらの状況も踏まえ、約 6 割の病棟が看護技術の導入を希望しているのではないかと考える。

## V. 結論

1. 急性期病院 226 施設に入院している遷延性意識障害患者は 1,618 人であり、許可病床数の 1.6% を占め、退院が困難となっている。
2. 入院期間は 60 日以上が 86.8% を占め、平均在院日数は 500.2 日であり、受け入れ施設が少なく在宅療養も困難状態な状態にあり、体制作りが必要である。
3. 看護必要度調査結果から、急性期病院以外の対象となる遷延性意識障害患者が病床を占めており、急性期病院の機能を困難にさせている要因となっている。
4. 入院患者は、直接的な脳損傷に次いで、呼吸・循環疾患による二次的な脳損傷、小児の患者の順に多くなっている。

5. 看護は、毎日の繰り返しのケアであり、看護による治療的効果の経験は得られておらず、看護技術 NICD の必要性が示唆された。
6. 看護管理者、病棟管理者、病棟看護師とも見解の相違なく看護技術 NICD の導入を必要としている。

#### 【文献】

- 斉藤博子：退院困難に要因に関する研究，病院管理，44（4），363-370，2007.
- 若島 ゆりか，水島 麻衣子，新田 亜紀子他：在宅療養の継続が困難と予測される患者への退院指導--塵肺患者への看護介入を通して，日本看護学会論文集，地域看護 38, 187-189, 2007.
- 山田雅子，吉田千文，長江弘子他：退院調整看護師の実践力向上を目指した教育プログラムの開発，聖路加看護大学紀要，36号，55-58，2010.
- 鈴木二郎，児玉南海雄：我が国脳神経外科における植物状態患者の実態—特に頭部外傷による患者を中心に—．日本医事新報，13-19，2621，1974.
- 中沢省三，小林士郎，石郷岡聡：植物状態患者の疫学的研究，日本医事新報，3266，26-31，1986.
- 紙屋克子：平成 17～19 年厚生労働科学費研究「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.
- 紙屋克子，日高紀久江，マイマイティーパリダ他：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.
- 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.
- 紙屋克子，林裕子，日高紀久江：遷延性意識障害と廃用性症候群の改善を目的とした看護技術開発と経済評価，インターナショナルナーシングレビュー suppl, 33(3)，76-83，2010.