

**身体障害者療護施設における
遷延性意識障害者の実態調査報告書**

**社会福祉法人 全国社会福祉協議会
全国身体障害者施設協議会**

身体障害者療護施設における
遷延性意識障害者の実態調査報告書

社会福祉法人 全国社会福祉協議会

全国身体障害者施設協議会

序 文

この度、富士記念財団の助成により、「身体障害者療護施設における遷延性意識障害者の実態調査」を実施した。

遷延性意識障害者の介護は、厚生省が平成元年度より特別介護経費加算の対象としたことによっても分かるように、極めて重要かつ困難な業務である。

特に、完全に植物状態に陥った意識障害者については、22年前に療護施設が創設された当時には、入所対象者として考えられていなかった。

以来、障害者の加齢化と、社会生活の変動による障害の変化に起因し、遷延性意識障害を持つ入所者は増加し、問題は顕在化してきた。

同時に、療護施設の内容も社会のニーズの変遷によって変化し、それに合わせて「施設のあり方」が問われており、その重要な課題の一つとして、遷延性意識障害者の実態の調査と、それに基づく適切な対応が求められて来たのである。このような時期に、本調査が実施されたことは重要な意義を持つのであり、それを完成させるための富士記念財団の助成に対し、深く感謝申し上げたい。

本調査では、施設に於ける遷延性意識障害者の実態、医療上の対応、介護上の対応、コミュニケーションの持ち方、特別介護経費加算の認定基準のあり方、重度化の予防法、適切な生活の場などを調査対象とした。これらは、今後の最重度障害者の援助のあり方を見直し、整理し、確立するために、数々の課題を提起している。

今日の社会福祉の改革は、施設体系や措置制度、福祉財源の確保などの施設整備の基本に踏み込んでいくであろう。そのような流れの中で、今回の調査を踏まえ、医療と福祉の両分野にまたがる遷延性意識障害者の援助のあり方を整備することは重要なポイントであり、このことは、療護福祉のあり方全体にも関わっていくものと考えられる。

確かに、遷延性意識障害者は療護施設の全入所者の5%に過ぎない。しかし、遷延性意識障害者の問題は、療護施設全般が抱える問題の縮図である。今回の遷

延性意識障害者の実態調査で明らかになった「障害の判定・評価」と「介護の基
準化」の必要性は、療護福祉を総体的に確立するための急務へと波及するであ
ろう。今回の調査と連動し、現在、全療協が取り組みつつある「療護施設の機能・
制度のあり方等検討」並びに「生活向上のための施設サービス検討」も一層の進
展を見ることが期待される所以である。

「最も援助を必要とする最後の一人への尊重」を基本理念とする療護福祉にと
って、遷延性意識障害者への対応は看過しえない重大な責務である。そして、
「人間が、人間の品位に相応しく生きるとは何か」を遷延性意識障害者の処遇の
中で問い続けることにより、障害者福祉そのものを「人間性の尊厳」の実践へと
高めて行くことは、療護福祉に携わる我々の究極の使命であると思う。本調査の
成果を願ってやまない。

（富士記念財団はじめ、加藤直則委員長並びに調査に関わった全ての方々に、
改めて感謝申し上げます）。

平成6年9月

全国社会福祉協議会 全国身体障害者施設協議会
会 長 徳 川 輝 尚

はじめに

療護施設は昭和47年に法制化され、22年を経過し平成5年度では242施設、定員15,121人となっているが、まだ増設傾向が続いている。

平成6年3月に全国身体障害者施設協議会が出した「第1次療護施設の機能・制度のあり方等基本問題検討委員会」の報告では、待機者は全国で約4,000人いると推計されているように、入所を希望する人が依然として多くいる事が明確にされている。

療護施設に関する問題を検討する場合には、まず障害の原因となる疾患の推移と今後の動向を見きわめる事が当然、重要であるといえる。

過去20年間の療護施設入所者の起因疾患は1位を脳性麻痺が占め、次いで脳血管障害、脊髄損傷、頭部外傷後遺症、脊髄麻痺、リウマチ、難病の順で各々の起因疾患の入所者の構成比も脳性麻痺40～45%、脳血管障害20%前後、脊髄損傷7～8%、頭部外傷後遺症4～5%という数字で20年間ほとんど変わらずに推移している。

すなわち療護施設では、脳脊髄レベルの中樞神経系の疾患による入所者が大部分を占めている、いわば療護施設は中樞神経系の障害者の専門的な療護を行う施設であるといえる。

20年間続いてきたこの傾向は今後もつづくのかどうか考えてみたい。

まず脳性麻痺は、最近わが国における発生数は減少しつつあるが、この減少傾向が療護施設に影響を及ぼすにはかなり長い年月を要すると考えられる。

脳性麻痺の入所者が多いと考えられる理由は、脳性麻痺は出産時から乳児期までに発生した脳の一過性の障害によって起こってくる疾患であり、原因となった病状は乳児期に固定しており、その後の病状の進行はなく、加齢による身体的変化の発生、増悪する事はあっても起因疾患の病状の進行により直接的に生存に影響を与える事はなく、高齢化のみが進行していくのが主な因子と考えられる。

また、脳血管障害、頭部外傷後遺症等では、今後も発生する数の減少は期待さ

れず、むしろ進歩した医療技術によって救命され、慢性経過をとりながら重介護を必要とするケースが増加していくものと思われる。

このような重介護を必要とするケースのなかには、家庭介護能力の低下等社会的要因により在宅療養がむずかしく、療護施設入所を希望する人が多数いるものと推測される。

上述のとおり、20年間療護施設の入所者の起因疾患の構成比は変化せずに経過してきたが、最近開設された療護施設においては起因疾患の構成比に変化がおりつつある。

脳性麻痺の占める比率が低下し、脳血管障害を始め、いわゆる中途障害者の比率が高くなっている施設が次第に増えてきている事がある。

中途障害者の起因疾患としては脳血管障害、脊髄損傷、頭部外傷、難病等が多く、これらの疾患は医療ニーズが高く、重介護を要する人達が多い。

したがって今後の療護施設においては入所期間が長期化する脳性麻痺の高齢化による精神・身体的機能低下による介護量の増大、中途障害者の増加による医療・看護ニーズの増加が中心的な課題になると考えられる。

これらの医療看護ケアの必要度の高い重介護を要する入所者が増加すれば、施設として日常的な重介護と、手厚い看護と医療管理、緊急事態への対応体制の整備が求められ、療護施設にとってこれらの課題にどう取り組むか、新しい体制作りの検討が急がれるところである。

このような重介護を要する入所者に対し、平成元年より特別介護経費加算制度が実施されているが、5年を経過し加算対象者数もかなり増えてきつつあるのに加算対象者の状況、医療、看護、介護の実態について、未だ把握されていない。

今後療護施設においては、重度化、重症化、高齢化の進行が予測され、この変化に対応できる体制作りの資料として、加算対象者の入所施設の現状と加算対象者の障害状況、医療、看護、介護の実態について調査を行った。

平成5年11月31日現在の各施設の状況について、各施設および対象者の現況をアンケート方式による調査を行ったので、その結果を報告する。

身体障害者療護施設における遷延性意識障害者の実態調査報告書

— 目 次 —

序文	1
はじめに	3
第1部 療護施設における遷延性意識障害者の実態調査結果	
1. 特別介護経費加算対象者について	7
2. 調査について	10
3. 加算対象者個人調査結果について	15
1) 特別介護経費加算対象者認定基準について	
2) 意識レベルについて	
3) 言語障害について	
4) 知的障害について	
5) 日常における体位・姿勢について	
6) 体位変換について	
7) てんかん発作について	
8) 体温調節機能障害について	
9) ヴェイタルサインのチェックについて	
10) 呼吸状態について	
11) 排尿について	
12) 褥創について	
13) 摂食状況について	
14) 脳性まひ対象者と脳血管障害対象者の比較	
15) 頭部外傷後遺症対象者について	
16) 脊髄小脳変性症について	

4. 施設調査結果について.....	33
1) 入所予定者の加算対象者について	
2) 設備・器材・器具の整備状況	
3) マンパワーについて	
4) ヴァイタルサインのチェックについて	
5) 介護職員が行っている看護的業務	
6) 緊急時の対応について	
7) 嘱託医の現況について	
8) その他	
5. 調査のまとめ.....	42
第2部 調査から見る今後の課題	
1. 特別加算対象者の認定について.....	46
2. 認定基準の判定について	47
3. 処遇上よりみた加算対象者	47
4. 遷延性意識障害者を療護施設の対象にすべきか否か	48
5. 特別加算対象者の処遇上の課題	49
1) 介護職員が行っている看護的業務について	
2) 看護婦の配置	
3) 感染症について	
4) コミュニケーションについて	
5) 脳性麻痺の加算対象者について	
6) 入所者の医療機関受診について	
6. 調査日程	54
7. 重介護対象者個人調査票・施設用調査票.....	55
8. 身体障害者療護施設における遷延性意識障害者実態調査特別研究委員会 構成メンバー.....	65

第1部 身体障害者療護施設における遷延性意識障害者の実態調査結果

1. 特別介護経費加算対象者について

まず特別介護経費加算制度創設の最初のきっかけとなった遷延性意識障害について医学的見解を紹介する。

遷延性意識障害とは、大脳の広範な障害等で高度の意識障害が起こっているが、その他の中枢神経、臓器が健康な場合は長期にわたって生存し意識障害を改善することなくいわゆる植物状態と呼ばれる状態になることである。

最近はこのような人達が増加し、医学上の問題としてだけでなく、社会問題としてもクローズアップされるようになった。

この状態の人達が増加し社会問題化してきたため、1985年に厚生行政科学研究事業の一つとして全国的な調査が行われた。

その際に植物状態患者に表①の6項目と付帯事項を設定基準として採用し、それに基づいて専門医療機関において調査がなされた。

植物状態になる原因として、脳血管障害、頭部外傷、脳腫瘍、脳感染症、脳変性疾患等が主たるもので、その他にCO中毒、薬物中毒、低酸素症等があげられている。

植物状態に陥った人達の半数近くは、植物状態が1年以上にわたって続き、長期にわたる入院生活を余儀なくされる。

この人達の長期入院は医療機関側の理由、家族の物心両面にわたる大きな負担等によって、植物状態のままで退院せざるを得ないケースが増加してきており、その人達は介護能力の低下した家庭での療養はむずかしく療護施設の入所を希望する傾向が全国的にひろがっている。

療護施設にこの遷延性意識障害の入所者が増えてきたので、国はこれらの入所者の処遇の向上をはかる事を主旨とした特別介護経費加算という制度を平成元年

に創設したが、その際遷延性意識障害者及びそれに準ずる人を対象として、先述の日本脳神経外科学会の認定基準に準じた6項目の認定基準（表②）を設け、5項目、6項目に該当する人を加算対象者とした。

この認定基準によって、多くの脳性麻痺の入所者が加算対象者とし認定され、制度が発足して5年間で全加算対象者の47%を占めるまでになっている。

従って療護施設における加算対象者は遷延性意識障害だけでなく、脳性麻痺を始めいろいろな起因疾患の入所者が含まれている。

表① 日本脳神経外科学会の植物状態患者認定基準

<p>厚生行政科学研究事業の調査時に採用された認定基準は、日本脳神経外科学会の植物状態患者研究会が定めたものである。</p>
<p>6項目とは</p> <ul style="list-style-type: none">i) 自力移動不可能ii) 自力摂食不可能iii) 糞尿失禁状態にあるものiv) たとえ声を出しても意味のある発語は不可能v) 「目をあけ」「手を握れ」等の簡単な命令にはかろうじて応ずることもあるが、それ以上の意志疎通が不可能vi) 眼球はかろうじて物を追っても認識出来ない <p>以上の6項目の症状が少なくとも3ヶ月以上つづいているもの</p>

表② 特別介護経費加算対象者認定基準

<p>特別介護経費加算対象者認定基準</p>
<p>次の各項目のうち5項目以上に該当する者</p> <ul style="list-style-type: none">(1) 自力移動の不能なもの(2) 意味のある発語を欠くもの(3) 意志疎通を欠くもの(4) 視覚による認識を欠くもの(5) 原始的な咀嚼、嚥下等の可能なものでも自力での食事摂取不能なもの(6) 排泄失禁状態のもの

2. 調査について

調査方法は「療護施設における重介護加算対象者実態調査」として施設には9項目の設問事項について、個人調査では21項目についてアンケート調査を行った。

平成5年11月30日現在の状況の記入を依頼した。

調査対象施設は242施設で、回答施設は194施設、80%の回答率であった。

194施設のうち、加算対象者入所施設は125施設、加算対象者が入所していない施設は69施設、加算対象者は690名であった。

加算対象者入所者数によって施設を分けると表③のように、1名入所の施設が25施設と一番多く、次いで2名-17施設、3名-17施設と、5名以下の施設を集計すると125施設のうち78施設 62%であった。

しかし中には、28名、31名、41名の加算対象者が入所している施設がみられた。

また加算対象者の入所率でも、表④のように、入所者数の結果と変わらず10%以下の施設が73施設、63%を占めていたが、入所率20%以上の施設が13施設あり、入所率の最も多かったのは82%であった。

次に施設開設年代別に加算対象者入所施設（表⑤）をみると、昭和40年代開設グループ24施設のうち、対象者入所施設は12施設-50%、入所者数74名で、そのうち入所率10%以上の施設は12施設のうち2施設-17%。

昭和50年～54年代開設グループ65施設のうち、対象者入所施設は32施設-49%、入所者数179名で、入所率10%以上の施設は32施設のうち10施設-31%。

昭和55年～59年代開設グループ68施設のうち、対象者入所施設は38施設-56%、入所者数212名で、入所率10%以上の施設は38施設のうち14施設-37%。

昭和60年～平成元年代開設グループ45施設のうち、対象者入所施設は29施設64%、入所者数126名で、入所率10%以上の施設は29施設のうち10施設-34%。

平成2年度以降開設グループ40施設のうち、対象者入所施設は14施設-35%、入所者数99名で、入所率10%以上の施設は14施設のうち10施設-71%であった。

ついで加算対象者の起因疾患別の構成比をみると脳性麻痺 327名-47.4%、脳

血管障害 144名－20.9%、頭部外傷44名－ 6.4%、中枢神経系感染症・炎症（脳炎・脳脊髄膜炎等）33名－ 4.8%、中枢神経系変性代謝疾患（脊髄小脳変性症・パーキンソン氏病等）28名－ 4.0%、中枢神経系奇形・腫瘍・てんかんの分類23名－ 3.3%と続き、以下は表⑥に示す。

加算対象者の起因疾患を平成3年度実態調査報告の起因疾患別構成比と比較してみると脳性麻痺では5%加算対象者が高く、脳血管障害ではほとんど変わらず、頭部外傷では加算対象者が1.6%高かった。

その他、平成3年度全国療護施設の実態調査では分類されていない中枢神経系の感染症炎症 4.8%、中枢神経系の奇形、腫瘍、てんかんの分類 3.3%が目される起因疾患である。

中枢神経系の変性代謝疾患は、平成3年度実態調査の分類では難病に分類される項目であるが、両方の調査における分類に若干の相違があるが、変性代謝疾患は病状は進行性であり、現在加算対象者として認定されていなくとも将来重症化する疾患群である。

つづいて加算対象者の年齢分布（表⑦）では30歳未満99名 19.3%、30歳代145名 21.0%、40歳代 184名 26.7%という数字が示されているが、平成3年度の全国実態調査と比較してみると30歳未満、30歳代、40歳代の何れも全国実態調査より高く、加算対象者が40歳代迄の合計は62.0%、全国実態調査では51.2%と10%以上の差がみられた。

この事は加算対象者の重症度・重度には加齢による影響はないものと考えられる。

上述の傾向は表⑧に示すように、脳性麻痺、脳血管障害にも認められる。

表③ 加算対象者数別施設数

加算対象者 入所者数	施設数
1名	25施設
2	17
3	17
4	10
5	9
6	9
7	8
8	7
9	5
10	2
11	5
12	3
13	1
14	2
16	1
17	1
28	1
31	1
41	1

表④ 加算対象者入所率別施設数

加算対象者 入所率	施設数
1%	9施設
2	20
3	6
4	14
5	4
6	13
7	2
8	11
10	11
11	1
12	7
13	2
14	4
16	2
17	3
18	3
20	3
22	5
24	1
28	1
32	1
39	1
82	1

表⑤ 施設開設年代別加算対象者入所施設

開設年代・加算対象者・入所者数	
昭和40年代開設グループ	24施設
加算対象者入所施設	12施設
入所者数	74名
昭和50～54年代開設グループ	65施設
加算対象者入所施設	32施設
入所者数	179名
昭和55～59年代開設グループ	68施設
加算対象者入所施設	38施設
入所者数	212名
昭和60～平成元年代開設グループ	45施設
加算対象者入所施設	29施設
入所者数	126名
平成2年以降開設グループ	40施設
加算対象者入所施設	14施設
入所者数	99名

表⑥ 加算対象者起因疾患別分類

起 因 疾 患	人 数	割 合
脳 性 麻 痺	327名	47.4%
脳 血 管 障 害	144	20.9
頭 部 外 傷	44	6.4
中枢神経系感染症炎症	33	4.8
中枢神経系変性代謝疾患	28	4.0
中枢神経系奇形・腫瘍・てんかん	23	3.3
脊 髄 損 傷	11	1.6
低酸素症（CO中毒等）	10	1.4
視 力 障 害	10	1.4
筋原性疾患（筋ジストロフィー）	5	0.7
痙 性 麻 痺	4	0.6
そ の 他	51	7.4

表⑦ 加算対象者年齢分布

	加算対象者 年齢分布		平成3年度全国療護施設 実態調査年齢分布	
	30歳未満	99名	14.3%	1,513名
30歳代	145	21.0	2,238	17.0
40歳代	184	26.7	2,974	22.7
50歳代	182	26.4	4,075	31.1
60歳代	71	10.3	2,127	16.2
70歳以上	9	1.3	186	1.4

表⑧ 脳性麻痺・脳血管障害加算対象者年齢分布

	脳性麻痺加算対象者 年齢分布		平成3年度全国療護施設 実態調査脳性麻痺年齢分布	
	30歳未満	73名	22.5%	1,141名
30歳代	98	30.0	1,463	26.2
40歳代	97	30.0	1,324	23.7
50歳代	49	14.9	1,170	21.0
60歳代	9	2.8	443	7.9
70歳以上	1	0.3	23	0.4
	脳血管障害加算対象者 年齢分布		平成3年全国療護施設 実態調査脳血管障害年齢分布	
	30歳未満	3名	2.1%	13名
30歳代	4	2.8	58	2.2
40歳代	23	16.0	383	14.3
50歳代	63	43.6	1,248	46.6
60歳代	43	30.0	890	33.3
70歳以上	8	5.5	84	3.1

3. 加算対象者個人調査結果について

加算対象者個人の障害状態、看護上、介護上の項目についてまとめた結果を紹介する。

1) 特別介護経費加算対象者認定基準について

6項目該当者 263名、5項目該当者 394名で6項目該当者より5項目該当者が多かった。

5項目該当者のうち(4)「視覚による認識に欠く」ということが該当しない該当者が255名と最も多かった。次いで(5)「原始的な咀嚼、嚥下等の可能なものでも自力での摂食不能なもの」が該当しない該当者89名、(1)「自力移動の不能なもの」が該当しない該当者21名、(3)「意志疎通を欠くもの」が該当しない該当者13名、(6)「排泄失禁状態のもの」が該当しない該当者12名、(2)「意味のある発語を欠くもの」が該当しない該当者9名となっている。

(4)「視覚による認識を欠くもの」が該当しない該当者が多いのは遷延性意識障害以外の起因疾患の対象者が多い事によるものと考ええる。

2) 意識レベルについて

表⑨の第1度－255名、清明－214名、第2度－97名、第3度－76名、第4度－31名、記入なし 17名であったが、意識レベルのチェックはこの方式は遷延性植物状態の人には有用であるが、療護施設の加算対象者に適用するのは適当でなかったと考えている。

表⑨ 加算対象者の意識レベル

意 識 レ ベ ル	
(1) 清 明	
(2) 第 1 度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 覚醒時には一見清明で応答・運動反応があるが、根底には意識障害があり、時に幻覚・幻想を伴う。 ・ 容易に睡眠に陥り、自動運動は少ない。 ・ 傾眠に相当する。
(3) 第 2 度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 強い痛覚、音に反応する。 ・ 失禁があり、筋繊維攣縮をみる。 ・ 昏迷に相当する。
(4) 第 3 度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 言語反応が弱く、強い刺激のみに逃避反応を示す。 ・ 刺激が去れば元の意識水準にすぐ戻る。 ・ 失禁があり、自動運動はほとんど無く、昏迷と半昏睡の中間の水準にある。
(5) 第 4 度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全ての刺激に反応しないか、わずかに反応する。 ・ 深部反射、角膜、瞳孔反射もないことが多く、筋弛緩性で自発運動がない。 ・ 失禁状態で、他の Vital Sign も乏しい。

表⑩ 加算対象者の言語障害内容

言 語 障 害	
構音障害	1 1 4 名
失語症	2 3 5
言語発達遅滞	3 0 1
構音障害 + 失語症	8
構音障害 + 発達遅滞	8
構音障害 + 失語症 + 発達遅滞	6
失語症 + 発達遅滞	5
障害なし	5
脳機能低下	2
記入なし	6

表⑪ 加算対象者の知的障害内容

知 的 障 害	
知的発達遅滞（障害）	3 6 1 名
脳機能低下	2 6 3
精神老化	7
知的発達遅滞 + 脳機能低下	4 4
知的発達遅滞 + 脳機能低下 + 精神老化	1
脳機能低下 + 精神老化	5
精神障害	1
記入なし	8

3) 言語障害について

表⑩のように、言語発達遅滞 301名、失語症 235名、構音障害 114名が主な障害区別であるが、言語発達遅滞のほとんど全部は脳性麻痺の対象者であり、失語症 235名は脳血管障害、頭部外傷等の中途障害者が大部分を占めている。

表で障害なしと明記された5名を除く全員が、何等かの言語障害を有している事は入所者との意志疎通をはかる困難性を示しており、意志疎通の改善をはかるため言語障害に対する訓練とか、コミュニケーション機器を導入するとか積極的な取り組みが必要である。

4) 知的障害について

表⑪に見られるように、知的発達遅滞 361名、脳機能低下 263名、精神老化7名、障害の重複している51名であった。

脳性麻痺の知的障害はその大部分は知的発達遅滞であり、知的発達遅滞があるか、否かのチェックは比較的容易であるが、脳血管障害の知的状態、精神症状は非常に複雑であり、正確に判断するには専門性と多くの項目にわたるチェックが望ましいが、今回は簡単に脳機能低下という表現でチェックしたため対象者の知的・精神的活動の低下を正しく把握できていないが、知的・精神的活動に何等かの知的障害を有する対象者の状況を知る事ができる。

5) 日常における体位・姿勢について

表⑫の 355名の加算対象者がベッドより離れ、車椅子坐位を保持できるという事は、寝かせきりにしないという適切な処遇が行われていると推測できる。

常時臥床しているのは四肢体幹の運動機能、心肺機能等全身的にも悪影響を与える事が多いので、医学的管理上問題がなければ離床させるよう努めなければな

表⑫ 日常生活における体位・姿勢

日常生活における体位・姿勢	
常時臥床した状態	240名
ベッド上ファーラー位保持可能	72
車椅子坐位保持可能	355
記入なし（独歩可能含む）	16
記入不備	7

表⑬ 障害別体温調節機能障害状況

体温調節機能障害		
	障害に対する 対象者数	起因疾患別 出現頻度
脳性麻痺	80名	24.5%
脳血管障害	60	41.7
頭部外傷後遺症	19	43.2
頸髄損傷	7	63.6
中枢神経系変性代謝疾患	17	60.7
合計	183	-

らないのは当然の事である。

6) 体位変換について

この項目の調査結果は自力で可能が 251名、不能が 437名、記入なし 2名であった。加算対象者の 437名（63%）が体位変換不能である事は加算対象者の障害の重度の状況を示していると思われるが、褥創発生予防・常時臥床による合併症の発生予防のためにも離床、体位変換の努力をおこたってはならない。

7) てんかん発作について

加算対象者 690名のうち、てんかん発作を有する対象者は 124名、服薬により発作がコントロールされている対象者は 170名である。

脳に病変のある人には、てんかん発作を合併する頻度は高く、発作が頻発すれば病状を増悪させるので発作をなくしたり、発作回数を少なくする事は重要であり、そのためにてんかん発作の観察、正しい管理が要求される。

8) 体温調節機能障害について

体温調節機能障害を有する対象者は 183名でその原因は脳の体温調節中枢が障害された場合、麻痺のため体温調節機能が低下した場合等があり、起因疾患の調査結果は表⑬に示している。

さらに療護施設においては体温調節機能障害を有する人は対象者以外にも多数いると推測される。

正常な体温が保たれるよう環境整備をはかり、訴えがあれば直ちに対応するよう心掛けてほしい。

9) ヴァイタルサインのチェックについて

定時的に行っている対象者 319名、随時的に行っている対象者 321名、行っていない対象者48名で93%の対象者が、定時的または随時的にチェックを受けているが、加算対象者におけるチェックの重要性はてんかん発作、呼吸不全の観察等はもちろんの事、対象者の多くは言語障害、知的障害のため体の不調、異変を自ら訴える事ができないので職員のヴァイタルサインのチェックは重要な業務のひとつである。

(※ヴァイタルサインとは体温、血圧、呼吸状態、脈拍など)

10) 呼吸状態について

生存の基本的機能のひとつである呼吸機能に高度の障害を有する呼吸不全の状態にある入所者がいる事はよく知られているので、今回呼吸不全の対象者について調査を行った。

呼吸不全有りが59名、何等かの呼吸管理を必要とする者が53名であった。

詳細は表⑭に記してあるが、呼吸不全有りの起因疾患をみると、脳性麻痺で呼吸不全を有する対象者は 5.5%で比較的少なかった。脳血管障害では10.4%と出現率は高くなり、頭部外傷後遺症22.7%、中枢神経の変性代謝疾患は17.9%、頸髄損傷は27%と高率となっている。

吸引・吸入の必要があると記された対象者は76名であった。その詳細の主なものは表⑭のとおりである。

呼吸不全を有する対象者、吸引の必要な対象者は基本的な生命維持機能に障害があるとの認識を持ち、適切な看護・介護ができるよう心掛けておくべきである。
なお酸素吸入の必要な対象者は11名であった。

表⑭ 呼吸状態について

呼吸状態・吸引・吸入		
呼吸状態		
呼吸不全 有		59名
呼吸管理必要		53
呼吸不全有りの対象者起因疾患別（主なもの）		
脳 性 麻 痺	18名	5.5%
脳 血 管 障 害	15	10.4
頭 部 外 傷	10	22.7
中枢神経系変性代謝	5	17.9
頸 髄 損 傷	3	27.0
吸引吸入の必要な対象者起因疾患別（主なもの）		
脳 性 麻 痺		25名
脳 血 管 障 害		28
中枢神経系変性代謝		9
頭 部 外 傷		7
中枢神経系感染症炎症		4
頸 髄 損 傷		3
呼吸管理の状況		
気管切開カニューレ装着		14名
気管切開瘻孔		11
エアー・ウェイ装用		1
タッピング又は易呼吸体位 両者の併用		27

11) 排尿について

排尿ではおむつ使用が 592名と圧倒的に多く、次いで留置カテーテル38名、膀胱瘻10名、残りの50名のほとんどは自排尿が可能な対象者であった。

排尿中枢の障害等により留置カテーテル、膀胱瘻で排尿が行われている場合はもちろんの事、おむつ使用者でも尿路感染症に罹患しやすいので予防に留意する必要がある。

排便では便秘なし、下剤服用のみで他の処置を必要としない対象者は 350名、浣腸 257名、摘便75名、人工肛門1名であったが排便に関連する合併症として腸閉塞があり、加算対象者の罹患する一般疾患のなかで高頻度である事は排便、便通チェックに十分注意を払う必要性を示している。

12) 褥創について

褥創を有する対象者54名、褥創が治癒している対象者62名という数字は、加算対象者のうち常時臥床者 240名、体位変換の不能者 437名という人数よりみれば褥創の発生数は少ないといえよう。

褥創の発生部位は54名のうち38名が仙骨部であり、同一対象者で数ヶ所に褥創を有する対象者は少なかった。

また褥創発生予防のための器具の使用状況は特殊マット使用者は 134名、パット類使用者は 205名、両者併用者は31名であった。

さらに褥創発生防止のために定時的に体位交換を行っている対象者は 253名、随時的に行っている対象者は 111名と褥創発生予防のために手厚い看護・介護が行われている事は高く評価される。

13) 摂食状況について

経口摂取可能者 611名、経口摂取不可能者79名であった。

経口摂取の場合は、特別調理食を摂取するよう配慮がされているが、咀嚼、嚥下障害を有する対象者が多くいるので嚥下性肺炎が34名に発生している。

経口摂取不可能者には経管栄養56名、胃瘻19名が行われているが、これらの処置は看護行為と考えられており、看護婦以外の職員が行う事については療護施設として慎重に検討する問題であろう。

14) 脳性麻痺対象者と脳血管障害対象者の比較

起因疾患の代表的疾患である脳性麻痺と脳血管障害の対象者について9項目を比較検討してみる(表⑮を参照)

認定基準項目では脳性麻痺対象者のうち6項目該当者 128名、5項目該当者 190名、脳血管障害対象者の6項目該当者49名、5項目該当者95名で両者を比較すると脳血管障害の方が5項目該当者が多かった。

意識障害レベルでは清明、第1度の対象者数は、脳性麻痺は246名(75%)、脳血管障害は86名(60%)と意識障害の軽い対象者は脳性麻痺に多く、第2度、第3度、第4度の対象者数は脳性麻痺は76名(23%)、脳血管障害は55名(38%)と意識障害の重度の対象者は脳血管障害に多くみられた。

言語障害も比較してみると脳性麻痺対象者 327名のうち、言語障害を有する対象者は324名、脳血管障害では144名のうち140名とほとんどの対象者が言語障害を有している。

脳性麻痺の言語障害は一般的に言語発達遅滞と構音障害であるといわれているが、今回の調査結果は言語発達遅滞 244名、構音障害42名であった。

脳血管障害の言語障害は言語中枢が障害されて起こるもので失語症、構音障害がみられるとされているが、今回の調査では失語症 101名、構音障害33名となっ

ており、両者共にそれぞれの疾患のもつ言語障害像を示している。

知的障害も両疾患共に対象者のほとんどに存在する数になっているが、脳性麻痺は乳児期までの脳に損傷を受けた事によるもので、発達遅滞像を示し、脳血管障害は正常に機能していた脳に梗塞とか出血によっておこってきた状態で、脳機能低下が主たるもので、色々な精神症状を合併する場合も多いといわれているが、両者の障害像を言語障害と同様にはっきりと示している。

日常における体位、姿勢では常時臥床している対象者は脳性麻痺 101名、脳血管障害58名で脳性麻痺対象者の31%、脳血管障害では40%と脳血管障害が多く、体位変換不能でも脳血管障害が17%高い発生頻度を示している。

これは脳血管障害対象者の介護にあたってできるだけ離床させる介護の必要性を教えてくれる。

てんかん発作を有する脳性麻痺対象者は脳性麻痺対象者の20.5% 65名、抗てんかん剤服用により現在発作がおこっていない対象者は20.8% 68名であった。

脳血管障害では発作のある対象者は8名、脳血管障害対象者の5.6%であり、服薬により発作がコントロールされている対象者は34% 49名であった。

抗てんかん剤の服用によりてんかん発作がコントロールされている対象者が多くいる事に留意すべきである。

呼吸不全を有する脳性麻痺対象者18名、脳血管障害対象者15名で各々の起因疾患における発生頻度は脳血管障害が高い。

脳血管障害対象者に多いのは、重症な脳血管障害患者が治療によって救命され、急性期を脱して慢性期に入っている患者が療護施設に入所してくる事もひとつの要因であろう。

摂食状況についてみると経口摂取不可能で経管栄養されている加算対象者56名のうち脳血管障害対象者が22名、脳性麻痺対象者が5名、胃瘻を造設している対象者19名のうち、脳血管障害対象者が10名、脳性麻痺対象者が3名であった。

15) 頭部外傷後遺症対象者について

加算対象者は44名、性別は男性30名、女性14名で男性に多く、現在の年齢分布は表⑩の通りであるが、40歳代、50歳代に多いのは受傷後の経過年数との関係が考えられる。

受傷後の経過年数をみると、11年以上を経過している対象者が半数の22名となっている。しかも受傷後20年以上を経過している対象者が9名おり、今後の経過を注目したい。

次に調査項目別の結果をみると、認定基準項目では6項目該当者22名、5項目該当者22名で、脳性麻痺、脳血管障害とは異なる数である。

意識障害レベルは、障害の重い対象者が多くみられ、言語障害では失語症、構音障害でほとんどを占めているが言語発達遅滞が3名みられた。この3名は受傷時が乳幼児期であった。

知的障害は当然の事ながら、脳機能低下が大部分を占め、日常における体位姿勢では常時臥床者が21名、体位変換不能者が38名あり、頭部外傷後遺症の離床する事のむずかしさが示されている。

体温調節機能障害も高頻度に見られる。

呼吸不全を有する対象者が10名あり、しかも急性期に血管切開が行われ、それが現在も瘻孔として残っている対象者が7名おり、吸引が欠かせない状態にある。

また褥創がある対象者は他の起因疾患より多く、摂食状況も経管栄養を行っている対象者7名、特別調理食18名と食事摂取にも介護度が高いようである。

全般的にみて頭部外傷後遺症は脳性麻痺、脳血管障害より、医療管理・看護のニーズは高く介護量も多いグループといえよう。

16) 脊髄小脳変性症について

症状が徐々に進行する難病の1つである脊髄小脳変性症13名の調査結果は表⑰に示してあるが認定基準項目では6項目該当者の方が多く、意識障害レベルでも重いレベルにある対象者が30%、言語障害、知的障害もほとんどの対象者に認められる。

日常の体位も常時臥床したまま、体位変換不能の対象者が非常に多い。

このような状態は病状の進行によるもので脳性麻痺、脳血管障害等の寝たきりと異なるものである。

さらにはてんかん発作、体温調節機能障害も高頻度に見られるので、ヴァイタルサインのチェックは欠かせない。

排尿では留置カテーテル、膀胱瘻による対象者5名、褥創管理、摂食状況の状況をみても医療管理・看護・介護のニーズの特に高い疾患である事は理解される。

表⑮ 脳性麻痺、脳血管障害加算対象者 項目別比較表

	脳 性 麻 痺		脳 血 管 障 害	
(1)認 定 基 準 項 目				
6項目	128名	39%	49名	34%
5項目	190	58	95	66
(2)意 識 レ ベ ル				
清 明	104名	32%	34名	24%
第1度	142	43	50	36
第2度	46	14	20	14
第3度	22	6	28	19
第4度	8	2	7	3
(3)言 語 障 害				
構音障害	42名	13%	33名	23%
失語症	38	12	101	70
言語発達遅滞	244	75	6	4
(4)知 的 障 害				
知的発達遅滞	267名	82%	9名	6%
脳機能低下	24	7	125	87
精神老化	1	0.3	1	0.7
発達遅滞 + 脳機能低下	31	9		
(5)日 常 の 体 位 姿 勢				
常時臥床	101名	31%	58名	40%
(6)体 位 変 換				
不 能	187名	57%	107名	74%
(7)て ん かん 発 作				
有	67名	21%	8名	6%
服薬によりコントロール	68	21	49	34
(8)呼 吸 不 全				
有	18名	6%	15名	10%
(9)摂 食 状 況				
経管栄養	5名		22名	
胃 瘻	3		10	

表⑯ 頭部外傷後遺症対象者 項目別調査の1

頭部外傷後遺症対象者 項目別調査	
対象者数	44名
性別	男性 30名 女性 14名
年齢分布	
20歳代	5名
30	7
40	12
50	16
60	4
受傷後の経過年数	
5年以内	9名
6-10	10
11-15	7
16-20	6
21-25	4
26-30	2
30年以上	3
記入なし	3
認定基準項目	
6項目該当者	22名
5項目該当者	22
意識障害レベル	
清明	10名
第1度	14
第2度	6
第3度	9
第4度	3
記入なし	2
言語障害	
構音障害	12名
失語症	29
言語発達遅滞	3
知的障害	
知的発達遅滞	3名
脳機能低下	39
精神老化	2

表⑰ 頭部外傷後遺症対象者 項目別調査の2

頭部外傷後遺症対象者 項目別調査	
対象者数	44名
日常における体位姿勢	
常時臥床したまま	21名
ファーラー体位保持	4
車椅子坐位保持	19
体位変換	
自力可能	6名
不能	38
てんかん発作	
無	20名
服薬によりコントロール	17
有	7
体温調節機能障害	
有	19名
無	25
ヴァイタルサインチェック	
定時的	18名
随時的	22
行っていない	3
記入なし	1
呼吸不全	
無	34名
有	10
吸引吸入	
必要有り	6名
褥創	
有	5名
無	33
治癒	6
摂食状況	
経口摂取不能全員経管栄養	7名

表⑩ 脊髄小脳変性症 項目別調査の1

脊 髄 小 脳 変 性 症 項 目 別 調 査	
対 象 者 数	13名
認 定 基 準 項 目	
6項目	8名
5項目	5
意 識 レ ベ ル	
清 明	3名
第1度	4
第2度	1
第3度	4
第5度	1
言 語 障 害	
構音障害	6名
失語症	4
構音障害 + 失語症	1
記入なし	2
知 的 障 害	
脳機能低下	12名
脳機能低下 + 精神老化	1
日常の体位姿勢	
常時臥床したまま	10名
ファーラー体位保持	1
車椅子坐位保持	2
体 位 変 換	
自力可能	2名
不 能	11
てんかん発作	
発作 有	5名
服薬によりコントロール	2
保温調節機能障害	
有	9名
無	4
ヴァイタルサインのチェック	
定時的	8名
随時的	4
記入なし	1

表⑱ 脊髄小脳変性症 項目別調査の2

脊 髄 小 脳 変 性 症 項 目 別 調 査	
呼 吸 不 全	
有	2名
無	11
吸 引 吸 入	
必要有り	4名
必要無し	9
排 尿	
おむつ	8名
留置カテーテル	4
膀胱瘻	1
褥 創	
有	3名
無	9
治 癒	1
褥 創 管 理	
器具使用	12名
体位変換	12
摂 食	
経口摂取可能	4名
経口摂取不可能	8
（ 経管栄養	7
胃 瘻	1
記入なし	1

4. 施設調査結果について

施設について9項目の調査を行った結果を述べる。

1) 入所予定の加算対象者について

7名の予定者があるとしている施設が1施設、6名が1施設、5名が3施設、4名1施設、3名7施設、2名10施設、1名8施設あり、施設数別施設入所予定者は81名である。

加算対象者の医学管理・看護・介護について、十分に対応できているかの質問に充分に対応出来ている施設は73施設、出来ていない施設51施設、記入のなかった施設が1施設であった。

出来ている施設、できていない施設に分けて、入所加算対象者数によって施設数を集計したのを表⑩に示した。

加算対象者が10名以上入所している施設で十分対応できている施設が9施設もある反面、1名しか入所していないのに十分対応できないとする施設も同数あり、いかなる因子がこの相違の原因となっているのか今回の調査で明らかにする事はできなかったが、対応できない理由として、介護職員の不足、看護婦の不足、特に夜勤体制がとれない点、さらには医療的管理の不十分等が記していた。

2) 設備・器材・器具の整備状況

加算対象者が入所していない施設を含めた全施設を対象に特殊ベッド、呼吸管理に必要な器具、褥創管理用具、体温調節のためのエアコン設備、加算対象者専用の居室の整備等の調査結果は表⑪に示している。

若干の施設で整備されていない設備・器材がみられたが、全体的には必要な器材・器具は整備されている。

表⑳ 加算対象者の医学管理・看護・介護に対する施設の対応

加算対象者の医学管理・看護・介護に十分対応できているか			
できている		できていない	
対象者数	施設数	対象者数	施設数
1名	16施設	1名	9施設
2	9	2	8
3	8	3	9
4	8	4	2
5	5	5	4
6	6	6	3
7	3	7	5
8	5	8	2
9	4	9	1
10	1	10	1
11	2	11	3
12	1	12	2
13	1	17	1
14	2	28	1
31	1	—	—
41	1	記入なし	1
合計	73		52

表⑳ 設備・器材・器具の整備状況

設 備 ・ 器 材 ・ 器 具 の 装 備 状 況			
	整 備 済	無	記 入 な し
特 殊 ベ ッ ト	1 6 3 施 設	1 5 施 設	1 6 施 設
吸 引 器	1 7 5 施 設	4 施 設	1 5 施 設
吸 入 器	1 3 3 施 設	3 8 施 設	2 3 施 設
酸 素 蘇 生 器	1 6 0 施 設	1 9 施 設	1 5 施 設
褥 創 管 理 用 具			
特殊マット・パット共に整備済			1 1 7 施 設
特殊マットのみ			2 8 施 設
パットのみ			1 6 施 設
マット・パット共に装備していない			1 5 施 設
記入なし			1 8 施 設
すべて個人負担			8 施 設
保 温 調 節 の た め の 設 備			
エアコン装備済			9 1 施 設
集中方式と記入			5 0 施 設
無と記入			3 6 施 設
記入なし			1 7 施 設
対 象 者 専 用 居 室 の 整 備			
1 人 部 屋			1 2 施 設
2 人			1 4 施 設
3 人			6 施 設
4 人			9 施 設
6 人			2 施 設
人数不明			1 施 設
			4 4 施 設

エアコンの整備状況については体温調節機能障害を有する入所者が他の入所者より早く冷暖房を必要とした場合に直ちに対応できる整備状況を知りたかったが、設問が不十分で意図した回答が得られていないように思われる。

3) マンパワーについて（看護婦の配置）

加算対象者入所施設のなかで現在の看護婦の配置数で十分と答えた施設は45施設、不足と答えた施設は74施設であった。

不足と考える理由としては夜勤体制、24時間体制が組めないが28施設より出され一番多かった。その他に医療ニーズの増加、重度化、高齢化、処遇レベルの向上等が主なものであった。

ここで療護施設における現在の看護婦配置についてももう少し詳細に検討した結果を述べる。

前述の医学的管理等が十分にできている施設群73施設のうち、看護婦配置が十分と答えた施設は42施設、不足と答えた施設は28施設、記入なし3施設、対応できていない施設群51施設のうち、看護婦配置が十分と答えたのはわずか3施設、不足と答えた施設は45施設と非常に多く、記入なし3施設であった。

これは医学的管理等が十分に対応出来ていない原因のひとつに看護婦配置の不足が考えられよう。

次に配置数が充分・不足の施設の現在の看護婦数をみると表②にみられるように、看護婦不足施設群は2名配置の施設が55%を占めているのは当然とも考えられるが、4名以上の配置施設でも不足と考える施設の状況に注目すべきである。

看護婦の配置数が充分の施設の看護婦数では4名以上の施設が22施設 48%あるのは看護婦が一定数以上例えば2名の2倍の4名になると加算対象者が多くても勤務体制、看護業務等でメリットが得られやすい事によるのかもしれない。

表㉔ 看護婦配置について

看護婦配置について			
看護婦不足施設群の看護婦配置数		看護婦十分施設群の看護婦配置数	
2名	41施設	1名	1施設
3	8	2	13
4	15	3	9
5	8	4	15
6	2	5	5
		6	2

表㉕ ヴァイタルサインのチェックをする職員

チェックする職員マニュアル				
	設けている施設		設けていない施設	
看護婦のみ	13施設	16%	8施設	10%
看護婦・寮母のいずれか	40	49	48	57
看護婦・寮母・指導員のいずれか	20	25	23	27
看護婦・寮母・指導員・その他のいずれか	5	6	4	5
看護婦・指導員のいずれか	3	4	1	1
	81		84	
記入なし 29施設 回答施設 194施設				

4) ヴァイタルサインのチェックについて

意志疎通が十分にはかれない、或いは体の異常を訴える事ができない加算対象者は多くみられるが、この人達に十分な医療・看護・介護を行うためには、ヴァイタルサインのチェックの有用性はいうまでもない事である。

ヴァイタルサインをチェックするマニュアルを設けているか否かの調査では設けている施設は81施設、設けていない施設は94施設、記入されていない施設19施設であったがこれを加算対象者入所施設についてみると設けている施設58施設、設けていない施設67施設と入所していない施設を含めた数とほぼ同じ比率であった。

次にチェックする職員の職種の詳細は表⑳に示している。

ヴェイタルサインのチェックは看護婦以外の職員によって行われている施設が多く、とくに看護婦のいない夜間におけるチェックは看護婦以外の職員によって行わざるを得ないが、そのかわりマニュアルを設け、ヴァイタルサインを正しく観察出来るよう心掛ける事が重要である。

5) 介護職員が行っている看護的業務

具体的な業務について記入してもらい、その結果は表㉑に示してあるが、最も多かった吸引は夜間とか、看護婦不在の時のみとか実施には配慮がなされている状況がうかがえるが、気道に分泌物がたまり、呼吸に障害が発生した時等はやむをえない行為と考えられる。

その他に血圧、検温、浣腸とか、経管栄養のチューブの交換等16項目が行われているが、それぞれの施設の事情によりやむをえず行われていると推測されるが、絶えず細心の注意を払う事が大切である。

6) 緊急時の対応について

緊急に医療機関の診断・治療を受けなければならない場合に対応できるかどうかの調査では協力病院・専門病院の処置入院が可能な施設は回答施設 194施設のうち 138施設あり 119番で対応する施設は19施設、両者併用が18施設、記入なし19施設であった。

7) 嘱託医の現況について

現在療護施設においては常勤医は非常に少なく、大部分の療護施設は嘱託医によって医学管理がなされているが、今回の調査はそれぞれの施設では何科の医師が何名嘱託医となっているか、もうひとつは施設として望ましい診療科の嘱託医いわば療護施設の入所者の医学管理に必要な診療科は何科かという調査を行った。

調査結果は表㉕と表㉖に示してあるが、各々その施設が必要とする嘱託医の確保に努力している状況がうかがえる。また望ましい診療科として精神科、歯科、神経内科、泌尿器科、脳外科等が必要が生じつつある事を物語るものである。即ち起因疾患の多様性、症状の重複、重症化等により、専門性の高い医学管理が要求されていると考えられる。

8) その他

加算対象者の死亡に関する調査結果は表㉗に書かれているが、平成元年より調査時までの死亡者は 100名であるが、平成3年より平成4年と年を追うに従い死亡者数が増加している。その原因については今回の調査では明らかにできないが、死亡年齢は全国療護施設実態調査にみられるのと同じく、60歳代が最も多く、以下若い年代順になっている。

死因として肺炎、嚥下性肺炎が注目されるべきである。それはこの疾患は、摂

表②⑥ 望ましいと考える診療科とは 表②⑦ 加算対象者の死亡状況

望 ま し い 診 療 科	
内 科	80
整 形 外 科	58
精 神 科	44
歯 科	27
神 経 内 科	21
外 科	20
泌 尿 器 科	18
脳 外 科	13
皮 膚 科	13
総 合 的 診 療	6
眼 科	5
耳 鼻 科	4
記 入 な し	66

死 亡 者 調 査	
死 亡 者 数	100名
平成元年	2名
2	13
4	29
5	40
死 亡 者 年 齢	
30歳未満	2名
30歳代	10
40	18
50	27
60	37
70歳以上	2
記載不備	4
死 因	
心 不 全	36名
肺 炎	23
呼 吸 不 全	17
脳梗塞・脳出血	5
腸 閉 塞	4
敗 血 症	3
腎 不 全	2
脳 腫 瘍	2
癌	2
そ の 他	4
記 入 な し	2

表㉔ 介護職員が行っている看護的業務について

介護職員が行っている看護的業務について			
吸引・吸入	118施設	経管栄養	10施設
血圧	98	胃瘻処理	1
検温	46	摘便	13
浣腸	36	坐薬挿入	8
投薬	28	導尿	7
膀胱洗浄	10	検脈	6
湿布・軟膏塗布	10	0 ₂ 吸入	3
創処理(ガーゼ交換)	10	点眼	2

表㉕ 嘱託医の現況

嘱託医について			
施設の医師数		診療科別嘱託医数	
1名	80施設	内科	144名
2	48	整形外科	67
3	24	外科	35
4	9	精神科	25
5	5	神経内科	9
6	2	泌尿器科	6
7	1	脳外科	5
9	1	眼科	5
記入なし	12	皮膚科	7
常勤医	13	リハ・理学診療科	5
		歯科	7
		耳鼻科	3
		産婦人科	1
		小児科	1
		放射線科	1
		標榜科なし	4

食、呼吸管理と密接な関係をもっているため、看護・介護にあたってこれらの疾患の発生予防のための配慮が求められる。

次に加算対象者がこの1年間に肺炎とか、胃潰瘍とか一般的な疾患に罹患した人数は324名、入院を要した人は123名125件で、通院治療を受けた人は395名であった。入院を必要とした疾患のなかで特に目立った、注意すべき疾患としては肺炎47件、消化器系では腸閉塞13件、てんかん重積症6件等である。

また、表⑳は加算対象者が10名以上入所している施設について起因疾患、年齢構成、充分に対応出来ているか、看護婦数を列記してみた。

5. 調査のまとめ

今回の調査で690名の加算対象者のうち生来障害を有する脳性麻痺を主とする対象者グループと脳血管障害、頭部外傷、変性疾患等色々な疾患・外傷による中途障害のグループがその数を2分している事が明確になった。

各々のグループでは医学的管理、看護、介護、生活等は異なるものが要請される。

例えば中途障害者とくに変性疾患等の難病は症状の進行があり、頭部外傷では慢性経過のなかでも急性期から継続する医療がある等中途障害者では医療看護に重点を置く処遇が必要な場合が多い。

一方、脳性麻痺ではリハビリテイトさせようとする働きかけが少なければ機能低下が進み、重介護が必要になる。この機能低下防止のためのリハビリテーションアプローチは必至のものである。介護、生活指導に重点をおく処遇が求められる。現在の療護施設において、これらのニーズにこたえられる機能・能力を備えているであろうか。

今回の調査により療護施設の重介護対象者の処遇改善の課題、対象が見出せるのではないかと考える。

表 ㉔ の 1

註 : CP : 脳性麻痺 CVA : 脳血管障害 頭・外 : 頭部外傷
 低O₂ : 低酸素症 頸・損 : 頸髄損傷

加算対象者10名以上入所施設の概況							
施設	定員	対象者数	起因疾患	年齢構成	対応できているか	看護婦数人員が十分か	
A	80名	31名	CP 11名 CVA 14名 頭・外 3名	60歳代 8名 40歳代 8名 50歳代 6名 70歳代 5名	い る	3名 十分	
B	50名	11名	CP 5名 CVA 3名	20歳代 4名 50歳代 4名 40歳代 2名	い ない 24時間看護体制がとれない 介護職員不足	3名 不足 呼吸管理必要 4名	
C	50名	41名	CP 27名 CVA 7名	30歳代 18名 40歳代 8名 50歳代 7名	い る	2名 不足 高齢化・重度化	
D	90名	12名	CP 7名 CVA 2名	40歳代 4名 50歳代 4名 30歳代 2名	い る	5名 十分	
E	100名	13名	CP 9名 CVA 2名	20歳代 4名 30歳代 4名 50歳代 3名	い る	6名 十分	
F	100名	17名	CP 6名 低O ₂ 3名 CVA 2名 筋原性 2名	50歳代 9名 40歳代 6名 30歳代 2名	い ない 設備面の不備 コミュニケーションが困難	5名 不足 病院からの入所増	

表 ② の 2

註 : CP : 脳性麻痺 CVA : 脳血管障害 頭・外 : 頭部外傷
 低O₂ : 低酸素症 頸・損 : 頸髄損傷

加算対象者10名以上入所施設の概況							
施設	定員	対象者数	起因疾患	年齢構成	対応できているか	看護婦数人員が十分か	
G	100名	28名	CP 22名 頭・外 2名 感染症 2名	40歳代 11名 30歳代 9名 50歳代 6名	いない 看護行為の一部を 寮母に	5名 不足	
H	60名	12名	CVA 6名 CP 4名 頸・損 2名	50歳代 7名 60歳代 3名	いない 看護婦のいない時 間帯の看護行為	3名 不足 夜勤体制が担めない	
I	50名	11名	CP 6名 その他 2名	40歳代 6名 30歳代 3名 20歳代 1名 50歳代 1名	いる 同一敷地内に病院 あり	2名 十分	
J	50名	16名	CP 11名 感染症 2名	20歳代 9名 30歳代 3名 40歳代 2名 50歳代 2名	いない	2名 不足	
K	50名	11名	CVA 3名 CP 2名 低O ₂ 2名 変性 2名	40歳代 3名 60歳代 3名 20歳代 2名 50歳代 2名	いない 現状維持はできて いるが改善・回復 の援助が出来ない	4名 不足 寮母の負担が大	
L	50名	12名	CP 7名 CVAの夫々1名	30歳代 5名 40歳代 4名 20歳代 2名 50歳代 1名	いない 法定の配置基準で は不足	2名 不足	

表 ② の 3

註 : CP : 脳性麻痺 CVA : 脳血管障害 頭・外 : 頭部外傷
 低O₂ : 低酸素症 頸・損 : 頸髄損傷

加算対象者10名以上入所施設の概況							
施設	定員	対象者数	起因疾患	年齢構成	対応できているか	看護婦数人員が十分か	
M	80名	14名	CP 10名 その他 3名	40歳代 6名 30歳代 3名 50歳代 3名	いる	2名 不足	
N	50名	11名	CP 6名 頸・損 3名 その他 2名	40歳代 8名 50歳代 8名 50・30・60歳代 各1名	いる	3名 十分	
O	50名	10名	CVA 4名 CP 2名 頭・外 1名	50歳代 4名 30歳代 3名 60歳代 2名	いる	2名 不足 配置基準の見直し	
P	50名	10名	CP 7名 感染症 3名	40歳代 5名 30歳代 4名 50歳代 1名	いない	2名 不足	
Q	80名	14名	CP 10名 感染症 2名	30歳代 6名 50歳代 4名 40歳代 3名	いる	4名 十分	
R	50名	11名	CVA 7名 CP 2名 感染症等 1名	50歳代 4名 40歳代 3名 60歳代 2名 20歳代 1名 10歳代 1名	いない 夜間看護婦がいない 急変時に不安	4名 不足	

第2部 調査から見る今後の課題

1. 特別加算対象者の認定について

今回の実態調査で、特別介護加算対象者の起因疾患別構成比は脳性麻痺47.4%、脳血管障害20.9%、頭部外傷後遺症 6.4%、中枢神経系の感染症 4.8%、変性代謝疾患 4.0%という結果が得られたが、脳生疾患の加算対象者、脳血管障害の加算対象者の構成比は、全国入所者の実態調査の構成比とほぼ同じであり、脳性麻痺入所者数からみれば脳性麻痺加算対象者が最も多いのは当然である。

さらにそれぞれの起因疾患別の加算対象者の出現頻度について検討してみるべきであるが、加算対象者の実態調査時の全国入所者の起因疾患別等の人数が未調査のため、出現頻度について調べる事ができないが、過去20年間の起因疾患別の構成比はほとんど変わっていないので、その構成比を参考にして出現頻度を推計してみると、頭部外傷後遺症、脳血管障害、脳性麻痺の順となる。

一方、加算対象者数としては少ないが、加算対象者の出現頻度が高く、しかも重介護・医療看護ニーズの多い疾患の代表的なものとして難病がある。

この難病のひとつである脊髄小脳変性症13名の障害像をまとめてあるが、同じ対象者である脳性麻痺と比較すると、障害像、介護ニーズ等では大きな違いが認められる。

また今回の実態調査で、加算対象者数を入所率でみると、0%から82%迄に広がっており、0%の施設が69施設、5%以下の施設が53施設、10%以上の施設が34施設となっていた。なかでも20%以上の施設が13施設もあり、施設間に大きな差がある事がわかった。

このような差がみられる原因として、いくつかの因子が関与していると思われるが、先ず第一に検討すべき因子として、認定基準、判定方法が考えられる。

以下、認定に関するいくつかの課題について述べる。

今回の調査で加算対象者の認定基準について見直しあるいは検討を要すると考えられる点についてふれてみたい。

2. 認定基準の判定について

厚生省が示している認定基準の項目には、「自立で不能なもの」「……を欠くもの」という表現の項目が6項目中5項目あるが、自立で不能なものとは、自力でできなければ不能とするのが、色々な自助具等を使用すれば可能な場合はどう判定するのか。

また意志疎通を欠くものを判定する場合、通常的手段にて意志の疎通が不能の場合を、欠くものとするのか、色々な手段を使用して、或る程度可能な場合をどう判定するのか。

現行の認定基準では、それぞれの項目で、不能、欠くものの判定に、診断する医師によってかなりの差が生じる可能性があると考えられる。

昭和50年、九州大学脳神経病研究施設外科北村教授他が、日本医事新報No.2685に遷延性植物状態患者の医学的調査を発表されているが、そのなかでこの調査は患者の主治医による、認定項目の判定がなされたが、それぞれの項目の解釈にかなりの差が認められた事を指摘している。（註：九州大学の調査の認定項目は療護施設のそれと同じもの）

今回我われが行った調査でも、判定医によって判定に差がある事が認められた。

以上の事から、加算対象者の認定基準の判定には、具体的な判定基準の設定が望まれる。

3. 処遇上よりみた加算対象者

今回の実態調査では、加算対象者の半数近い、47%を脳性麻痺が占め、あとは脳血管障害、頭部外傷後遺症、難病、中枢神経系の感染症等であった。

2つのうち、脳性麻痺加算対象者は起因疾患の病状は固定し進行はなく、重介護が主な処遇である。

一方脳血管障害等中途障害による加算対象者は、病状の進行、急性期の医療の継続、一般疾病の易罹患性等があり、重介護の上に医療看護ニーズの高い人達である。

従って、この2つの加算対象者群は処遇上大きく異なるものを有している。

この処遇上の観点から介護を主体とする加算対象者と、介護に医療看護を多く必要としなければならない加算対象者を区分し、それぞれに応じた認定基準、加算制度が設けられる事が望ましいと考える。

4. 遷延性意識障害患者を療護施設の対象にすべきか否か

今回の調査は遷延性意識障害患者のみを調査したのではなく、医学的に遷延性意識障害を判定する認定基準に準じた認定基準で、1項目少ない5項目該当者も加算対象者と認定しているので、医学的に診断された遷延性意識障害患者とは同一の状態を有する人とは言えず、また今回の調査は処遇に重点をおいた調査であり、表記の課題を検討するには十分な資料とはいえない。

従ってここでは療護施設としての見解はさしひかえたい。

しかしこの問題を検討する事は必要な事であり、検討する資料のひとつとして、昭和61年の日本医科大学脳神経外科・中沢教授他の「植物状態患者の疫学的研究」（日本医事新報 No.3266）という論文が参考になる。

5. 特別加算対象者の処遇上の課題

1) 介護職員が行っている看護的業務について

療護施設においては、毎日行われている看護的業務はかなりの量にのぼる。しかも、看護婦が不在になる夜間帯に看護的業務を行わなければならない場合がしばしば発生する。その際多くの施設では看護婦以外の職員が行っている。いわば医療行為を無資格者が行っているという事になる。

今回の実態調査で加算対象者に対し行われている看護的業務を調査したところ、すべての看護的業務を看護婦が行っている施設は、3施設だけであった。

介護職員が行っている看護的業務については、調査報告のなかで示してあるが、半数以上の施設では看護婦の不在時のみとか、緊急時のみとか、に限定する等、施設として慎重に取り組んでいる。

しかし医療行為を資格を有していない職員が行うという形には変りはなく、現状をつづけて行くかどうか検討を要する課題である。

医療スタッフの配置基準の見直しを行うとか、あるいは、喀痰の吸引、酸素吸入、導尿等、緊急に実施が求められる看護的業務について、介護職員に知識、技術の習得をさせ、予め医師、看護婦の指示と入所者の同意を得ておく等、施設として明確な方針をもち対処すべきだと考える。

2) 看護婦の配置

今回の実態調査の結果、加算対象者がいない施設を含めた 194施設の現在の看護婦の配置数をどう考えているのか聞いたところ

十分	70施設	36%
不足	102施設	53%
記入なし	22施設	11%

加算対象者入所施設 125施設では

十分	45施設	36%
不足	74施設	59%
記入なし	6施設	5%

不足と考える施設の意見としては、夜勤体制又は24時間体制の実施を望む施設が28施設と最も多く、医療ニーズの増加、高齢化、重度化等があげられていた。

次に望ましい看護婦数についての回答では

対象者数	看護婦数	施設数
1	: 1	14
2	: 1	14
3	: 1	12
4又は5	: 1	11
10~15	: 1	5
50	: 3	3
50	: 4	1
70	: 7	1

上記のとおりであった。

医療看護のニーズの高い入所者の増加により看護婦不足を訴える施設が多く過半数をこえている。

医療看護の要請は昼夜の別なく求められ、しかも生命にかかわる変化に対応し

なければならぬ事もしばしばある。

従って多くの施設では看護婦の夜勤を望んでいる事は当然である。

又看護婦が少ないために無資格の他の職員が医療行為を代行する事が日常化している施設も多く、これらの問題を解消するために看護婦の増員を含めた何らかの対応が求められる。

3) 感染症について

療護施設には体幹・四肢が麻痺し褥創が発生し易い入所者や、排尿障害があり尿路感染症にかかり易い入所者等、易感染性の人達が多く入所している。

今回の実態調査では、調査時点の加算対象者の感染症罹患者は少なかったが、最近ではMRSA感染症が医療機関を中心に多数の感染者があり、療護施設のなかにも、いくつかの施設がMRSA感染症を経験している。

易感染症の人達が集団生活する療護施設においては、施設として感染症に対応できる設備の充実と職員の感染症に対する正しい知識と技術を修得させ、感染症に過敏になる事なく、冷静に正しく対処出来るよう努めなければならない。

4) コミュニケーションについて

言語発達遅滞、失語症、構音障害を有する入所者が多く、また知的障害を有する入所者も多く、さまざまなコミュニケーション障害者が入所している事が今回の調査で明らかになっている。

これらの加算対象者は意志伝達能力に欠けたり、能力の低下を来しており、職員と意志疎通が十分に出来ず、ニーズにこたえられない状況が生じ易い。

従って意志伝達能力の獲得・向上のため、言語訓練とか、意志伝達の福祉機器の導入を積極的に進めるべきである。

5) 脳性麻痺の加算対象者について

加算対象者の脳性麻痺のなかには、入所当初からなる重度の脳性麻痺である場合もあるが、その他に脳性麻痺の加齢による身体的変化で重介護を要する状態になる場合と加齢による変化でなく、脳性麻痺には適切な四肢の運動、或いは機能訓練が行われなければ、筋の痙性が亢進したり、異常体位で固定化したりして運動機能の低下、ADLの低下が進み、重介護者となる場合も少なくない。

このような障害の増悪、機能低下を防ぐために、脳性麻痺に適応した機能訓練が受けられるよう、専門職の援助を求める事が必要であると考える。

6) 入所者の医療機関受診について

療護施設においては、一般疾患（例えば消化器病）の診断、治療、起因疾患の定期的チェック等医療機関を受診する機会が多い。

平成2年度の全国入所者実態調査では入所者数12,542人、通院中の入所者数10,198人80%になっている。

そして通院1回あたり平均付添職員数は1.8人である。

所要時間のデータはないが、受診のために要する時間も長時間であるのは容易に推測できる。

これらの数字より療護施設においては、医療機関受診のために要する人数と時間は他の入所者の処遇にマイナスの影響を与えている。

この問題を解決するひとつの方策として、専門性の高い診療、治療を要するものは除き、一般疾患の診断・治療を施設内診療所で医療保険による診療として実施出来れば、上記の問題は大きな改善が得られる。

療護施設の無床診療所が保険医療を行うためには、常勤医の確保、特別養護老人ホームにおいては禁止されているという先例があり、さらに地元医師会との関係、診療所の採算面での問題等多くのハードルがあるが、常勤医が得られ、看護

婦が必要に応じた配置が可能になり、入所者の健康管理にも有益であると考えられる。

今後の課題として検討が必要であるといえよう。

6. 調査日程

調査年月日	調査内容
(1)平成5年3月8日(月)	こひつじの苑舞鶴における実地調査 (京都府舞鶴市) ①同施設での遷延性意識障害者の臨床調査 ②委員会構成メンバーの検討 ③今後の作業の進め方について ④調査内容の検討
(2)平成5年6月25日(金) ～26日(土)	天竜厚生会 浜名寮・厚生寮における実地調査 (静岡県天竜市) ①同施設での遷延性意識障害者の臨床調査 ②調査研究の内容検討 ③今後の作業の進め方について
(3)平成5年7月30日(金)	千年園における実地調査 (青森県弘前市) ①同施設での遷延性意識障害者の臨床調査 ②調査研究の内容
(4)平成5年8月21日(土)	渡島リハビリテーションセンターでの実地調査 (北海道茅部郡鹿部町) ①同施設での遷延性意識障害者の臨床調査 ②調査研究の内容
(5)平成5年9月22日(水)	作業班第1回打合せ会 (東京・全国社会福祉協議会) ①実態調査票の作成について
(6)平成5年11月10日(水)	実態調査打合せ会 (東京・全国社会福祉協議会) ①実態調査票(個人票・施設票)の作成について ②今後の調査の進め方について
(7)平成5年12月2日(木)	実態調査打合せ会 (奈良・奈良ホテル) (近畿ブロック大会会場) ①実態調査票の最終調整
(8)平成5年12月24日(金)	加算対象者個人調査票・施設用調査票を配付 (身体障害者療護施設 242か所)
(9)平成6年1月25日(火)	個人票・調査票集計開始
(10)平成6年8月19日(金)	作業班第2回打合せ会 東京・全国社会福祉協議会 ①調査報告書のまとめかたについて

7. 平成5年度「療護施設における遷延性意識障害者」の調査個票

— 重介護加算対象者個人調査票 —

平成5年11月30日現在

県名			
施設名			
記入担当者名		職種	
T E L			
F A X			

1. 重介護経費加算対象者について（各個人について）ご回答ください。

(1) イニシャル（A・A等）

(2) 性別

男・女

(3) 年齢

____歳（平成5年11月30日現在）

(4) 生年月日

昭和・平成 年 月 日

(5) 原因疾患

(6) 発病年月日

昭和・平成 年 月 日

(7) 意識障害に陥った年月日

昭和・平成 年 月 日

(8) 施設入所年月日

昭和・平成 年 月 日

(9) 加算対象認定年月日

昭和・平成 年 月 日

2. 認定基準はいずれに該当しますか。

(1) 6項目該当

(2) 5項目該当

↓
<2-1> (2)の場合、該当しない項目はどれですか。

- ① 自力移動の不能のもの
- ② 意味のある発語を欠くもの
- ③ 意志疎通を欠くもの
- ④ 視覚による認識を欠くもの
- ⑤ 原始的なそしゃく 嚥下等可能なものでも、自力で食事摂取不可能なもの
- ⑥ 排泄失禁状態のもの

2.

(1)

(2)

2-1

①

②

③

④

⑤

⑥

3. 重介護加算の認定を受けている人の意識障害レベルは次のどれに当てはまりますか。

(1) 清明

(2) 第1度

- ・ 覚醒時には一見清明で応答・運動反応があるが、根底には意識障害があり、時に幻覚・幻想を伴う。
- ・ 容易に睡眠に陥り、自動運動は少ない。
- ・ 傾眠に相当する。

(3) 第2度

- ・ 強い痛覚、音に反応する。
- ・ 失禁があり、筋繊維攣縮をみる。
- ・ 昏迷に相当する。

(4) 第3度

- ・ 言語反応が弱く、強く刺激のみに逃避反応を示す。
- ・ 刺激が去れば元の意識水準にすぐ戻る。
- ・ 失禁があり、自動運動はほとんど無く、昏迷と半昏睡の中間の水準にある。

(5) 第4度

- ・ 全ての刺激に反応しないか、わずかに反応する。
- ・ 深部反射、角膜、瞳孔反射もないことが多く、筋弛緩性で自発運動がない。
- ・ 失禁状態で、他の Vital Sign も乏しい。

(出典；南山堂医学大辞典)

3.
(1)
(2)
(3)
(4)
(5)

4. 言語障害は次のいずれに該当しますか。

(1) 構音障害

(2) 失語症

(3) 言語発達遅滞

4.
(1)
(2)
(3)

5. 知的障害は次のいずれに該当しますか。

(1) 知的発達障害

(2) 脳機能低下

(3) 精神老化

5.
(1)
(2)
(3)

6. 日常における体位・姿勢について次のいずれに該当しますか。

- (1) 常時臥床した状態
- (2) ベッド上ファーラ位保持可能
- (3) 車椅子坐位可能

6.
(1)
(2)
(3)

7. 体位変換（寝返り）について、次のいずれに該当しますか。

- (1) 自力で可能
(バーを使用して、側臥位程度)
- (2) 不 能

7.
(1)
(2)

8. 四肢の筋の緊張状態は次のいずれに該当しますか。

- (1) 正 常
- (2) 強 直
- (3) 痙性亢進
- (4) 弛 緩

8.
(1)
(2)
(3)
(4)

9. てんかん発作について、次のいずれに該当しますか。

- (1) 発作なし
- (2) 服薬により、なし
- (3) 発作有り

↓
<9-1> <発作有りの場合>

発作頻度 日に 回

抗てんかん剤の服用 (1) 有

(2) 無

9.
(1)
(2)
(3)
9-1
(1)
(2)

10. 体温調節障害について次のいずれに該当しますか。

- (1) 有
- (2) 無

10.
(1)
(2)

11. ヴァイタルサインのチェックについて次のいずれに該当しますか。

- (1) 定期的に行っている
- (2) 随時的に行っている
- (3) 行っていない

11.
(1)
(2)
(3)

12. 呼吸状態について次のいずれに該当しますか。

(1) 呼吸不全無し

(2) 呼吸不全有り

↓
<12-1> 呼吸不全有りの場合、呼吸管理を

(1) 必要とする (2) 必要としない

↓
<12-2> 呼吸管理を必要とする場合、次のいずれに該当しますか。

(1) 気管切開 カニューレ装用

(2) 気管切開 瘻孔

(3) エアーウェイ（喉頭呼吸器）装用

(4) タッピング

(5) 呼吸しやすい体位を保持

12.

(1)

(2)

12-1

(1)

(2)

12-2

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

13. 吸引・吸入について、次のいずれに該当しますか。

(1) 吸引・吸入の必要がない

(2) 吸引・吸入の必要がある

↓
<13-1> 吸引・吸入の必要がある場合

吸引の頻度 _____日 _____回

吸入の頻度 _____日 _____回

13.

(1)

(2)

14. 酸素吸入について、次のいずれに該当しますか。

(1) 酸素吸入の必要なし

(2) 酸素吸入の必要有り

↓
<14-1> 酸素吸入の必要有りの場合

酸素吸入の頻度 _____日 _____回

14.

(1)

(2)

15. 排尿について次のいずれに該当しますか。

(1) おむつ使用

(2) 留置カテーテル

(3) 膀胱瘻

(4) 膀胱洗浄 _____日 _____回

15.

(1)

(2)

(3)

(4)

16. 排便について次のいずれに該当しますか。

- (1) 便秘なし
- (2) 下 剤
- (3) 浣 腸
- (4) 摘 便
- (5) 人工肛門

16.
(1)
(2)
(3)
(4)
(5)

17. 褥瘡について次のいずれに該当しますか。

- (1) 有 り (2) な し (3) 治 癒

↓

<17-1> 褥瘡有りの場合、発生部位は、次のいずれに該当しますか。

- (1) 仙 骨 部
- (2) 坐 骨 部
- (3) 大 腿 部
- (4) 膝 関 節
- (5) 下 腿 部
- (6) 足 部
- (7) そ の 他

--

17.
(1)
(2)
(3)
17-1
(1)
(2)
(3)
(4)
(5)
(6)
(7)

18. 褥瘡管理について、該当するものをお答え下さい。

- (1) 器具を使用

ア 褥瘡防止用特殊マット（エアーマット）

イ パット類

- (2) 体位交換

ア 定時的 _____時間毎

イ 随時的 _____日 _____回

- (3) その他

--

18.
(1)
ア
イ
(2)
ア
イ
(3)

19. 摂食状況について次のいずれに該当しますか。

(1) 経口摂取可能

└──→ <19-1> へ

(2) 経口摂取不能

└──→ <19-2> へ

<19-1> 経口摂取可能の場合

- (1) 咀嚼・嚥下機能障害があり、摂食に長時間を要す
- (2) 咀嚼・嚥下機能障害のため、特別調理食に摂取
- (3) 誤飲による肺炎罹患が有る

<19-2> 経口摂取不能の場合

- (1) 経管栄養
- (2) 胃 瘻
- (3) その他 ()

19.
(1)
(2)
19-1
(1)
(2)
(3)
19-2
(1)
(2)
(3)

20. 感染症について、該当する欄に○印をご記入下さい。

	保 菌 状 態	感 染 状 態
B型肝炎		
C型肝炎		
M R S A		
H I V		
そ の 他		
該当なし		

21. 現在罹患している疾患および過去1年間に罹患した疾患について必要事項をご記入下さい。

病 名	通院治療	入院治療(期間)
	有・無	有(月 日間)・無
	有・無	有(月 日間)・無
	有・無	有(月 日間)・無
	有・無	有(月 日間)・無
	有・無	有(月 日間)・無

平成5年度「療護施設における重介護加算対象者実態調査」

— 施設用調査票 —

平成5年11月30日現在

県名			
法人名			
施設名			
施設長名			
記入担当者名		職種	
T E L			
F A X			

1. 現在の重介護加算の認定を受けている人は何人ですか。
2. 今後、入所予定の加算対象者は何人ですか。
3. 現在入所中の重介護加算対象者の医学管理・看護・介護について次のどれに該当しますか。
 - (1) 充分に対応出来ている
 - (2) 充分に対応出来ていない

↓

(3-1) 出来ていない場合その理由をお書き下さい。

人

人

3.

(1)

(2)

4. 重介護加算対象者の医学管理、看護、介護に必要な設備、器材、器具で次のうち整備しているものはどれですか。

[ベッドについて]

(1) 特殊ベッド 整備済 ・ 無

(2) 特殊ベッドの台数 _____ 台

[呼吸管理に必要な器具]

(1) 吸引器について 整備済 ・ 無

(2) 吸引器の台数 _____ 台

(3) 吸入器について 整備済 ・ 無

(4) 吸入器の台数 _____ 台

(5) 酸素蘇生器又は吸入器について 整備済 ・ 無

(6) 酸素蘇生器又は吸入器の台数 _____ 台

〔褥瘡管理用具〕

(1) 褥瘡防止用特殊マットについて 整備済 ・ 無

(2) 褥瘡防止用特殊マットの数量 _____ 枚

(3) パット類について 整備済 ・ 無

(4) パット類の個数 _____ 個

(5) その他 (_____)

〔体温調節のための器具・設備〕

(1) エアコン 整備済 ・ 無

(2) エアコンの台数 _____ 台

(3) その他 (_____)

〔対象者専用の居室〕

(1) 整備済 ・ 無

(2) _____ 人で 1 部屋

5. マンパワーについてご記入下さい。

(1) 現在の看護婦 _____ 名 充分 ・ 不足

(2) 望ましい看護婦の配置数について、ご自由に意見をお書き下さい。

加算対象者 _____ 人に対して _____ 人

(_____)

(3) 現在の嘱託医 _____ 名

(4) 嘱託医の診療科は何科ですか

(_____)

(5) 嘱託医の出務日数をお書き下さい _____日 / 1か月

(6) 望ましい嘱託医の診療科目をお書き下さい。

()

6. ヴァイタルサインのチェックについて、次のいずれに該当しますか。

(1) チェック項目、判定基準等についてマニュアルを

ア 設けている

イ 設けていない

(2) チェックする職員の職種は〈複数回答可〉

ア 看護婦

イ 寮 母

ウ 指導員

エ その他

()

6.
(1)
ア イ
(2)
ア イ ウ エ

7. 看護婦と介護職員の業務分担についてお尋ねします。

介護職員が行っている看護的な業務があればお書き下さい。〈複数回答可〉

(1) 吸入・吸引

(2) 膀胱洗浄

(3) 血 圧

(4) その他

()

7.
(1)
(2)
(3)
(4)

8. 緊急時の対応について、次のいずれに該当しますか。

(1) 速やかに協力病院、専門病院での処置あるいは入院が可能である。

(2) 119番で対応する。

8.
(1)
(2)

9. 今までの重介護加算対象者の死亡者数をご記入下さい。

	イニシャル (A・A)	性別	年 齢	死 亡 年 月 日	死 因
①			歳	昭・平 年 月 日	
②			歳	昭・平 年 月 日	
③			歳	昭・平 年 月 日	
④			歳	昭・平 年 月 日	
⑤			歳	昭・平 年 月 日	

8. 療護施設における遷延性意識障害者実態調査特別研究委員会

構成メンバー

委員長	加藤直則	(徳島県)	ひのみね療護園	施設長)
	徳川輝尚	(京都府)	こひつじの苑	施設長)
	灌峯義文	(静岡県)	天竜厚生会浜名寮	施設長H5現在)
	安田博明	(青森県)	千年園	指導員)
	金子規予	(静岡県)	天竜厚生会浜名寮	看護婦)
	松尾貴司	(京都府)	こひつじの苑舞鶴	指導員)
	大池昌子	(京都府)	こひつじの苑舞鶴	看護婦)
	馬場眞由美	(京都府)	こひつじの苑舞鶴	指導員)

平成6年9月22日

富士記念財団 助成事業

身体障害者療護施設における
遷延性意識障害者の実態調査報告書

社会福祉法人全国社会福祉協議会
全国身体障害者施設協議会

療護施設における遷延性意識障害者
実態調査特別研究委員会

この調査は、財団法人 富士記念財団の助成より助成をいただき、実施いたしました。