

報告

介護保険施設における在宅 COPD 等療養者の受け入れ実態と 職員の研修ニーズ

Survey on Acceptance of COPD Patients and Training Needs of the Staff in the Long-Term Care Insurance

平澤則子¹⁾, 山田正実¹⁾, 飯吉令枝¹⁾, 古澤弘美²⁾, 竹原則子²⁾,
吉澤清美³⁾, 後藤佳子²⁾, 小林 理²⁾, 小海菊江³⁾

Noriko Hirasawa, Masami Yamada, Yoshie Iiyoshi, Hiromi Furusawa, Noriko Takehara,
Kiyomi Yoshizawa, Keiko Goto, Osamu Kobayashi, Kikue Kokai

キーワード：介護保険施設, COPD, 在宅療養, 研修ニーズ

Key words: long-term care insurance, COPD, home medical care, training needs

要旨

介護保険施設における在宅 COPD 等療養者の受け入れ実態と職員の研修ニーズを明らかにすることを目的として, A 地域内の 143 施設の施設長に質問紙による調査を実施し, 有効回答 98 (有効回答率 68.5%) を分析した. 在宅 COPD 等療養者を受け入れている施設は 61 (68.2%) で, 平成 21 年度の受け入れ人数は HOT 療養者で 1.2 ± 1.36 人, 非 HOT 療養者で 0.5 ± 1.52 人であった. 受け入れていない理由をみると, 「申し込みがなかった」が 34 施設 (91.9%), 「申込者の病状が悪化し利用はなかった」が 3 施設 (8.1%) であった. 施設長の 4 割以上が, COPD 等療養者の「息苦しさ悪化時の対処」「息苦しさの理解」が困難であると認識し, 6 割以上が職員に「息切れの軽減動作」「パニック・コントロール」「呼吸法・痰の出し方」に関する研修が必要であると考えていた. 介護保険施設を利用する在宅 COPD 等療養者は少なく, 利用者側の意識改革と職員の研修支援の必要性が示唆された.

I. 諸言

慢性閉塞性肺疾患は COPD (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) と呼ばれ, 日本呼吸器学会の新診療ガイドラインでは, 「有毒な粒子やガスの吸入によって生じた肺の異常な炎症反応に基づく進行性の気流制限を呈する疾患である. この気流制限には様々な程度の可逆性を認め, 発症と進行が緩慢であり, 労作性呼吸困難を生じる」と定義している (日本呼吸器学会, 2004). WHO の試算では, 1990 年の COPD は死亡原因の第 6 位であったのが 2020 年には第 3 位になると予想している (財団法人結核予防会, 2008). 日本では, 死亡原因の第 10 位, 男性に限ると

7 位を占めており (厚生統計協会, 2010), 40 歳以上の有病率は 8.6% で約 530 万人, 70 歳以上では 17.4% で約 210 万人が罹患していると推定されており (福地, 2002), 今後も増加が予想されている. COPD に対する治療としては, 禁煙, 気管支拡張薬を中心とした薬物療法, 呼吸リハビリテーションが勧められているが, 慢性の高度呼吸不全を呈した場合には在宅酸素療法 (home oxygen therapy: HOT または long term oxygen therapy: LTOT) の適応となり, 在宅での支援が必要な場合も多い (木村ら, 2005). また, 呼吸機能に障害がある COPD 療養者は病態の進行により交友関係, 趣味, 付き合いなど社会との接点が大幅に

2011 年 11 月 15 日受付; 2012 年 2 月 17 日受理

1) 新潟県立看護大学 Niigata College of Nursing, 2) 新潟県立中央病院 Niigata Prefectural Central Hospital,

3) 新潟県立柿崎病院 Niigata Prefectural Kakizaki Hospital

減少しており（日本呼吸器学会在宅呼吸ケア白書作成委員会，2007），薬物療法のみならず社会福祉へ橋渡しをするなどの包括的なアプローチが必要とされている（石原，2005）。

COPD 療養者の介護保険サービスや社会福祉サービスの活用についての研究は少なく，在宅酸素療法療養者を対象に，在宅支援サービス利用の現状と課題（高橋，2004），身体障害手帳の有無（日本呼吸器学会在宅呼吸ケア白書作成委員会，2005；鬼頭ら，2006）を明らかにしたものがあつた。しかし，介護保険施設における在宅 COPD 療養者の受け入れ実態やどのような課題があるのかは明らかになっていない。そこで本研究では，介護保険施設における COPD および他の疾患で呼吸障害のある在宅療養者の受け入れ実態と職員の研修ニーズ，課題を明らかにすることを目的とした。

用語の定義

COPD 等療養者とは，「COPD，肺結核後遺症，慢性呼吸不全，間質性肺炎，肺がんなどの呼吸器疾患で慢性的に呼吸障害があり治療中の者で，在宅酸素療法を受けている，あるいは酸素療法はしていないが他の高齢者と比較して日常生活で息切れの強い者」とした。本研究での介護保険施設は，「介護老人保健施設，特別養護老人ホーム，デイサービス・センター，デイケア・センター，小規模多機能型居宅介護の 5 施設」とした。

II. 研究方法

1. 対象者

A 地域の 143 の介護保険施設の施設長を対象とした。

2. 調査方法

郵送法による無記名の自記式質問紙調査とし，平成 23 年 2 月から 3 月に調査を実施した。

3. 調査内容

調査項目は，①介護保険施設の種類，② COPD 等

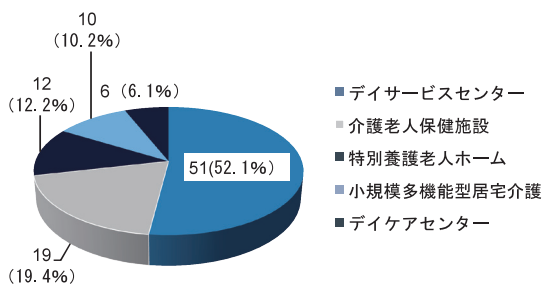


図 1 介護保険施設の種類 n=98

療養者の受け入れの有無，③平成 21 年度の受け入れ人数，④受け入れていない理由と今後の受け入れ予定，⑤受け入れ施設における利用者の生活援助において困難なこと，⑥施設長として職員に受けさせたい研修内容，⑦利用者のサービスの質を高めるための工夫，⑧ COPD 等地域包括ケアについての意見（自由記載）とした。

4. 分析方法

IBM SPSS STATISTICS 19 を用いて記述統計を行い，介護保険施設の種類と受け入れの有無，研修ニーズについて χ^2 検定を，施設別に在宅で酸素療法をしている者（以下，HOT 療養者とする）と酸素療法をしていない者（以下，非 HOT 療養者とする）の受け入れ人数について t 検定を行った。記述データは，研究者間で内容を読み取り類似するものをまとめて区分した。

5. 倫理的配慮

対象者に研究目的や研究への参加協力の自由意思，研究への参加協力の拒否権等を文書で説明し，調査票の返送をもって同意とみなした。新潟県立看護大学の倫理委員会に研究計画書を提出し承認を得て実施した。

III. 結果

1. 分析対象

98 施設から回答があり，回収率は 68.5%，有効回答率は 100.0% であつた。施設別では，デイサービス・センターが 51 施設（52.1%）と最も多く，次いで介護老人保健施設が 19 施設（19.4%），特別養護老人ホームが 12 施設（12.2%），小規模多機能型居宅介護が 10 施設（10.2%）であつた（図 1）。

2. COPD 等療養者の受け入れの実態

COPD 等療養者を受け入れている施設は 61 施設（62.2%）で，受け入れていない施設は 37 施設（37.8%）であつた。施設別にみると，受け入れ割合が高いのはデイケア・センターで 100.0%，次いで特別養護老

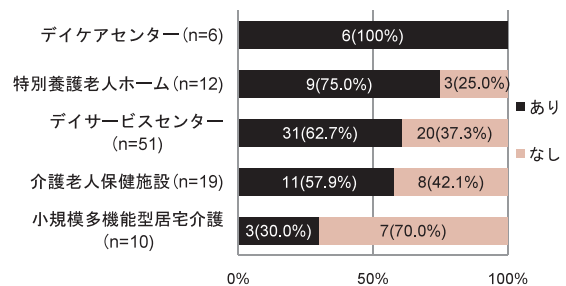


図 2 COPD 等療養者受入れの有無 n=98

表 1 COPD 等療養者の受け入れ人数 (平成 21 年度)

施設の種類	施設数	非 HOT 療養者		HOT 療養者		p 値
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
特別養護老人ホーム	9	0.3	0.71	1.7	1.73	0.06
デイサービスセンター	31	0.7	2.00	1.3	1.27	0.16
介護老人保健施設	11	0.4	0.84	0.4	0.52	1.00
デイケアセンター	6	0.0	0.00	1.8	1.83	0.06
小規模多機能型居宅介護	3	0.5	0.71	0.0	0.00	0.50
合計	59	0.5	1.52	1.2	1.36	0.76

† 検定

人ホームが 75.0%，デイサービス・センターが 62.7% であった。受け入れ割合が最も低いのは小規模多機能型居宅介護で 30.0%，次いで介護老人保健施設が 57.9% であった (図 2)。施設の種類の受け入れの有無に関連がみられた ($p < 0.05$)。平成 21 年度における COPD 等療養者の受け入れ人数は、回答のあった 59 施設の平均でみると非 HOT 療養者が 0.5 人 (SD1.52)，HOT 療養者が 1.2 人 (SD1.36) であった。デイケア・センターでは非 HOT 療養者の、小規模多機能型居宅介護では HOT 療養者の受け入れはなかった。特別養護老人ホームとデイケア・センターでは、非 HOT 療養者よりも HOT 療養者の受け入れ人数が多い傾向がみられた ($p < 0.1$) (表 1)。

受け入れていない施設の理由をみると、「申し込みがなかった」が 34 施設 (91.9%)，利用者の体調が悪化し「申し込みはあったが利用はなかった」が 3 施設 (8.1%) であり、「受け入れていない」と回答した施設はなかった。今後の受け入れについては、「申し込みがあれば受け入れ予定」が 18 施設 (48.6%)，「未定」が 19 施設 (51.4%) であった。「未定」の理由として、「看護師等の人材不足」「定員が満員状態である」「デイケア・センターではリハビリテーション実施に伴う身体的負担を考えると判断が難しい」「職員に対して緊急

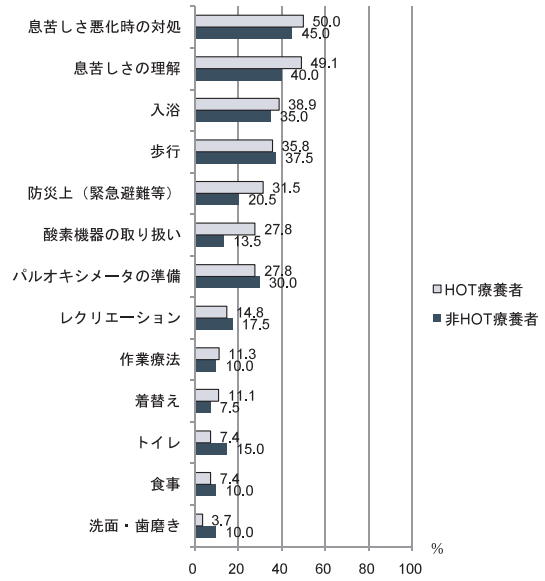


図 3 利用者の生活援助において困難なこと n=61

時対応などの教育ができない」「受け入れるための環境がどの程度必要なのかがわからない」であった。

3. 利用者の生活援助における困難さの認識と職員に必要と考える研修内容

COPD 等療養者を受け入れている施設の施設長は、利用者の生活援助において 4 割が「息苦しさの理解」「息苦しさ悪化時の対処」に、3 割が「入浴」「歩行」介助に困難なことがあると認識していた。また 1 割の施設長が、非 HOTA 療養者の「洗面・歯磨き」「食事」「トイレ」介助に困難なことがあると認識していた (図 3)。

研修ニーズをみると、施設長の 8 割が 10 項目すべてについて職員に研修が「かなり必要である」「やや必要である」と考えていた。また、7 割が「息切れの軽減動作」を、6 割が「パニック・コントロール」「呼吸法・痰の出し方」についての研修が職員に「かなり必要である」と考えていた (図 4)。

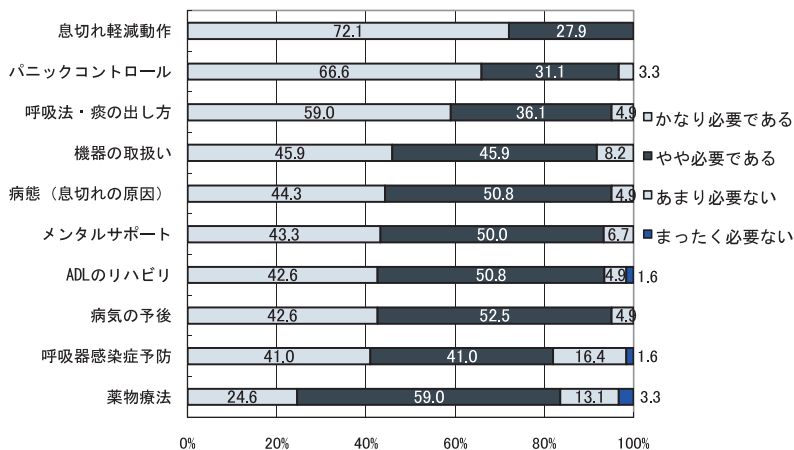


図 4 職員に受けさせたい研修の内容 n=61

表2 受け入れ施設において援助する際に工夫していること (複数回答) n=61

工夫	施設数	具体的内容
酸素ボンベを保管している	32 (52.4%)	緊急用、HOT 利用個人用、併設施設のボンベを使用
プログラムを工夫している	18 (29.5%)	外出回数を増やす、呼吸リハビリ、体調確認しつつ実施
息切れの程度を観察している	45 (73.7%)	定期的巡回・動作・入浴時に確認、顔・口唇の色の観察、SPO2 測定、ケアマネジャーや家族から情報収集
その他	6 (9.8%)	動作・入浴時の体位の工夫、適切な運動、声かけケアプランに明記

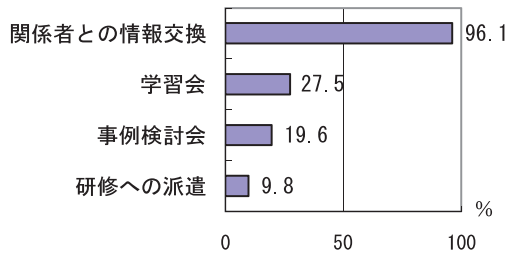


図5 質を高めるための方法 n=51

4. サービスの質を高める取り組み

COPD 等療養者を受け入れている 61 施設のうち、サービスの質を高める工夫をしていると回答したのは 51 施設 (83.6%) であった。その内容は、「息切れの観察」が 45 施設 (73.8%)、「酸素ボンベ保管」が 32 施設 (52.5%)、「プログラムの工夫」が 18 施設 (29.5%) であった (表 2)。方法は多い順に「関係者との情報交換」が 49 施設 (96.1%)、「学習会」が 14 施設 (27.5%)、「事例検討」が 10 施設 (19.6%)、最も少ないのは「研修への派遣」で 5 施設 (9.8%) であった (図 5)。

5. 地域包括ケアを進める上での課題

地域包括ケアに対する意見を求めた結果、課題として 38 件の回答があり、「COPD 等療養者の実態調査」、

表3 地域包括ケアを進めるための課題 38 件

項目	具体的内容
COPD 等療養者の実態調査	・需要量と利用ニーズの把握 ・利用阻害要因の把握
介護福祉施設的环境整備	・看護師等の人材確保 ・緊急用酸素ボンベの配置
関係機関との連携	・主治医との連携 (利用者の病状、急変時対応、服薬、運動指導、呼吸リハビリテーション) ・利用決定前の情報交換 (動線確認、コンセントの位置、リハビリテーションやレクリエーション時の注意点) ・緊急時の協力体制
家族との連携	・家族への情報提供 (介護認定のない人の受け入れ、病院と施設ケアの違い) ・家族から情報収集 (息苦しさを増強する動作、対応)
介護職員の研修	・医療者による研修会 (① COPD の病態、生活指導、メンタルケア、看護援助 ② 施設的环境整備、機器の取り扱い方法 ③ 家族調整、家族のメンタルケア) ・知識更新のための定期的な講習会 (酸素療法、呼吸リハビリテーション、身体リハビリテーション)

「介護保険施設の環境整備」,「関係機関との連携」,「家族との連携」,「介護職員の研修」の 5 項目に整理された (表 3)。

IV. 考察

1. 介護保険施設の COPD 等療養者の受け入れ実態

今回のアンケート結果により、COPD 等療養者の介護保険制度におけるサービス利用の問題点が明らかになった。1つ目の問題点は、通所サービスや短期入所サービスの利用者が少ないことである。この原因としては、COPD 等療養者を受け入れている介護保険施設が 6 割にとどまっていることや、受け入れている施設の 9 割が「申し込みがなかった」と回答しているように、療養者と家族の介護保険サービスに対する認知不足 (津田ら, 2003) が考えられる。また、息切れによる恐怖感が外出をしない理由の 5 割から 6 割を占めているとの報告 (鬼頭ら, 2006; 日本呼吸器学会在宅呼吸ケア白書作成委員会, 2007) があるように、今回の結果も、息切れによる恐怖感が介護保険サービスの利用を消極的にしている可能性が考えられる。

2つ目の問題点は、施設によって受け入れ割合に差がみられたことである。小規模多機能型居宅介護の受け入れ割合は 30.0%と低く、介護老人保健施設では 57.9%であった。今後の受け入れ予定について「未定」と回答した理由に、「デイケア・センターでは、リハビリテーション実施に伴う身体的負担を考えると受け入れの判断が難しい」という記載があったことから、提供する介護保険サービスの種類により受け入れるか否かの判断が異なることが推測される。

3つ目の問題点は、COPD 等療養者を受け入れている施設の半数が「受け入れ未定」と回答したことである。その理由として「看護師等の人材不足」「職員に対して緊急時対応などの教育ができない」等があげられており、施設の受け入れ体制づくりへの支援の必要性が示唆された。

2. 生活援助における課題と介護職員に必要な研修

受け入れている施設の施設長は、COPD 等療養者

の「息苦しきの理解」や「息苦しき悪化時の対処」に困難と研修の必要性を認識していた。呼吸がしづらいた験は死の強い不安・恐怖につながると言われている（富田，1987）。また，HOT 療養者は抑うつ・不安の傾向があり，労作時の呼吸困難に対する不安のため，ADL 動作が制約され抑うつ状態になりやすいと報告されている（藤井ら，2004）。介護保険施設の職員が COPD 等療養者の息苦しさを理解することにより，療養者の苦痛を受け止め不安の軽減を図ることができる。施設長は，入浴や歩行，食事，トイレ介助の生活援助において困難を感じ，「息切れを軽減する動作とその介助」についての研修の必要性を認識していた。他にも筆者らが設定した COPD ケアに求めるすべての学習項目について研修を求めていることから，A 地域に所在する医療機関や保健所などがこれらの研修ニーズに応えていくことが必要であると考えられる。

3. 地域包括ケアを進めるための課題

本結果では，まず COPD 等療養者の実態把握が課題としてあげられた。現在の介護認定調査において息切れを反映する項目がないため，息切れにより ADL が制限されているにもかかわらず「要介護 1」程度のケースが多い（津田ら，2003）。また，療養者家族や関係者の理解も十分ではないため，身体障害者手帳や介護認定を受ける者は少ないことが報告されている（日本呼吸器学会在宅呼吸ケア白書作成委員会，2007）。わが国の有病率からみても，受診または診断されていない COPD 患者が相当数いることが考えられる。地域住民への啓発活動とともに，在宅 COPD 等療養者の生活実態や介護保険施設の環境整備状況調査によりニーズを把握する必要があると考える。近年，各地で COPD における地域連携パスを活用した包括的呼吸リハビリテーションの取り組みが始まり，コミュニティや行政を含めた対策の立案が必要であると言われている（堀江ら，2010）。本結果でも主治医や関係機関との連携，介護保険施設の環境整備，介護職員の研修が課題であった。A 地域の医療機関や行政機関等へ本結果を提供し，地域とのネットワーク形成によって，医療・福祉の両面から COPD 等療養者の支援が可能になると考える。

V. 本研究の限界と課題

本研究では，介護保険施設における COPD 等療養者の受け入れ実態と職員の研修ニーズを明らかにすることができたが，限定された地域であるため，本結果

を一般化することは難しいと考えられる。COPD 等療養者の地域包括ケアを進めるための課題が示されたことから，A 地域の医療機関や行政機関等へ本結果を提供し，実践していくことが課題である。

VI. 結論

介護保険施設の施設長に COPD 等療養者の受け入れ実態と職員の研修ニーズを調査し，以下の知見を得た。

1. COPD 等療養者を受け入れている施設は 61 施設（62.2%）で，受け入れている施設は 37 施設（37.8%）であった。
2. 平成 21 年度の受け入れ人数は，59 施設の平均で見ると非 HOT 療養者が 0.5 ± 1.52 人，HOT 療養者が 1.2 ± 1.36 人であった。
3. COPD 等療養者を受け入れている施設の施設長は，COPD 等療養者の生活援助において 4 割が「息苦しきの理解」「息苦しき悪化時の対処」に困難なことがあると認識していた。
4. 研修ニーズをみると，施設長の 7 割が「息切れの軽減動作」を，6 割が「パニック・コントロール」「呼吸法・痰の出し方」についての研修が職員に「かなり必要である」と考えていた。

謝辞

本研究をまとめるにあたり，アンケートにご協力くださった介護保険施設の施設長の皆様，A 地域の行政機関（介護保険担当課）の皆様へ深く感謝申し上げます。

なおこの研究は，平成 22 年度新潟県立看護大学看護研究交流センター 地域課題研究「A 地域における COPD 療養者のヘルスケアニーズと包括的支援に関する研究」の一部として実施した。

文献

- 福地義之助（2002）：COPD の疫学 意外に多い発生頻度，治療，84（9），2285-2289.
- 藤井清佳，高橋仁美，菅原慶勇，他（2004）：COPD 患者の抑うつ・不安感と包括的呼吸リハビリテーション-HAD 改善軍と非改善軍の比較-，日本呼吸管理学会誌，14，274-280.
- 堀江健夫，滝瀬淳，土橋邦生（2010）：COPD における医療連携の取り組み わが国における慢性疾患管理モデルの展開，医療ジャーナル，46（9），2240-2244.

- 石原英樹 (2005) : 在宅呼吸ケアの導入と地域連携の
実際, COPD FRONTIER, 4 (4), 43-46.
- 木村智樹, 谷口博之 (2005) : チーム医療からみた
COPD-地域医療連携の取り組みとその実際-在
宅酸素・NPPV療法導入への取り組み, COPD
FRONTIER, 4 (4), 267-270.
- 鬼頭愛, 小山信一郎, 染谷光一他 (2006) : 埼玉県に
おける在宅酸素療法患者のアンケート調査, 日本呼
吸ケア・リハビリテーション学会誌, 16 (2), 297-
304.
- 厚生統計協会編 (2010) : 国民衛生の動向・厚生指
標 臨時増刊, 57 (9), 400-401.
- 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン 第2版作成委
員会 (2004) : COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と
治療のためのガイドライン (第2版), メディカル
レビュー社, 東京.
- 日本呼吸器学会在宅呼吸ケア白書作成委員会 (2007) :
呼吸器学会在宅呼吸器ケア白書, 10, 社団法人日本
呼吸器学会, 東京.
- 日本呼吸器学会在宅呼吸ケア白書作成委員会 (2005) :
呼吸器学会在宅呼吸器ケア白書, 59, 社団法人日本
呼吸器学会, 東京.
- 高橋宏子 (2004) : 在宅酸素療法療養者における在宅
支援サービスの現状と課題, 松本短期大学紀要,
13, 31-44.
- 富田幾枝 (1987) : 呼吸不全患者とのコミュニケーショ
ン技術, 看護 MOOK, 22, 137-143.
- 津田徹, 加賀美由旗, 山野上詩織, 他 (2003) : 呼吸
リハビリテーション主体のディケアと介護保険, 日
本呼吸管理学会誌, 12, 345-350.
- 財団法人結核予防会 (2008) : 知ってますか? たばこ
病 COPD (慢性閉塞性肺疾患), 福地義之助監修, 3,
財団法人結核予防会, 東京.