

〔原著〕

回復期リハビリテーション病棟における脳血管障害患者の 生活の再構築過程を支える看護のあり方

原田 めぐみ¹⁾ 奥村 美奈子²⁾

Nursing Support for Patients with Cerebrovascular Disease to Reconstruct Their Lives in a Rehabilitation Ward

Megumi Harada¹⁾ and Minako Okumura²⁾

要旨

本研究の目的は、第1段階で作成した回復期リハビリテーション病棟における脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える〔援助方針と援助体制〕を用いて援助を実践し、その実践を評価することで回復期病棟における脳血管障害患者の生活の再構築を支える看護のあり方を検討することである。

対象者はA回復期リハビリテーション病棟の看護職12名、介護職7名、脳血管疾患患者3名であった。本研究の第2段階として看護職と介護職がノートを用いて情報共有し、〔援助方針〕を用いてケースカンファレンスを行う体制で患者に援助を実践した。患者には退院前に半構成的面接を行った。看護職と介護職には質問紙調査を行い、実践の評価と今後の課題を検討した。

回復期リハビリテーション病棟における脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える〔援助方針〕は、1)患者・家族とともに今後の方向性を考える、2)精神的な回復を支える、3)患者の意欲を支える、4)退院後も患者の支えになれるように家族を支援するに、援助の実践を通して5)高次脳機能障害のある生活を支える、6)身体機能を整える、7)活動を促す、8)社会参加や役割遂行を支えるが新たに追加された。〔援助体制〕には、介護職との協働に加えてリハビリ職との協働体制を整える必要性が明らかになった。

身体・心理状態が不安定な中でリハビリが始まる回復期病棟では、高次脳機能障害による生活への影響を考え、患者が主体的に生活を再構築するために患者の心身の基盤を整え意欲を高めながら活動を支え、ADLが自立した後も社会参加や役割遂行の援助を継続し、患者がどのような自分でありたいか、そのために何が必要かなど今後長期的に自分で生活を営むための気持ちや姿勢の基盤づくりを支える看護が重要であると考えられた。〔援助方針〕の各項目を同時に、かつ病棟全体で統一して実施するために、看護職は他職種ともお互いの意見を伝えやすい環境づくりに努める役割がある。

キーワード：脳血管障害、高次脳機能障害、生活の再構築、リハビリテーション、看護職と介護職の協働

I. はじめに

脳血管疾患は突然に発症し、その後遺症は麻痺や嚥下機能障害など多岐にわたるがその一つに高次脳機能障害がある。高次脳機能障害は記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害等を指し、日常生活において大きな支障をもたらす場合があるが、一見してその症状

を認識することが困難であることなどから、国民や関係者の間に十分な理解が得られている状況にはない（厚生労働統計協会，2017）。

回復期リハビリテーション病棟（以下回復期病棟とする）は発症1か月を目途とした急性期リハビリの後、最長180日の入院期間でリハビリテーション（以下リハビリと

1) 岐阜県立看護大学 地域基礎看護学領域 Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

2) 岐阜県立看護大学 成熟期看護学領域 Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

する)を担う。急性期を脱した後の回復期では疾患管理をしながらリハビリを行いADLの向上が期待できる時期である。一方で回復期のリハビリは数か月に及び、患者・家族の期待と実際の機能回復・ADL能力に相違があることや将来の生活を考えて心理的に不安定になることもあり(鈴木, 2010)、心理的負担の大きい(上川ら, 2004)時期でもある。そのような回復期における看護の役割は、活動性を高め在宅復帰を目指す、社会復帰への支援、自己決定のサポートと回復意欲の支援、家族支援(酒井ら, 2015)、患者のペースに合わせた関わり(黒澤ら, 2013)などが示されている。回復期では心身の回復とともに退院後の社会参加や日常生活を見据えた生活の再構築支援を行うことが重要であり、それが在宅での自分らしい生活の実現につながると考える。

脳卒中患者の生活の再構築に向けた看護においては、患者の「語り」を取り入れた看護介入により患者が心の整理ができる(福良, 2015)こと、患者の思いや希望・不安を話し合うことで患者の意欲が向上する(武田, 2011)こと、患者と家族の心理的ケアニーズ(梶谷, 2010)が明らかにされている。また、運動機能障害患者や高次脳機能障害患者への生活再構築支援の実践事例も確認できる(石鍋, 2011, pp.160-225)。これらは患者の心理的支援や家族支援、高次脳機能障害、運動機能障害など、生活の再構築支援もしくは合併症の一部に焦点を当てて支援方法が検討・報告されている。しかし部分的ではなく、身体的、心理社会的、家族支援など全人的な生活の再構築支援を実践する上での困難さや看護のあり方に焦点を当てた報告はない。また看護職と介護職の協働に関して、高齢者ケア施設や回復期病棟における介護職の発言のしづらは報告されているが(藤澤ら, 2014; 松田, 2012)、回復期病棟でその介入を行った報告はこれまでにない。

本研究に取り組んだA回復期病棟(以下A病棟とする)の看護職は、心理的支援や自己決定支援、患者のペースに合わせる支援や活動性を高める支援などを重要と理解していた。しかし患者のペースに合わせて活動を促したいと考えていても、入院期間中にADLが向上できないと自宅退院が困難になること、自宅退院できても患者と家族の生活に困難が生じることに葛藤を感じていた。その結果患者は休息と活動のバランスが整わず疲労していた。つまり看護職は生活の再構築支援における看護の役割を理解している

が、それぞれの役割を果たそうとする時に援助の難しさが生じていた。またA病棟にはカンファレンスや病棟会議がなく課題や改善案を看護職と介護職が共有できない現状が捉えられた。そこで筆頭筆者はA病棟の看護職・介護職とともに、脳血管障害患者の生活の再構築過程を支えるための援助の充実に向けた看護実践研究に取り組んだ。その第一段階では看護職・介護職全員で意見交換を繰り返し、患者と家族の現状や病棟の現状と課題と、脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える[援助方針]の検討を行った。その結果病棟の課題として、看護職・介護職がお互いに相談、検討、共有する場がないこと、協働の際に介護職からは看護職に言いづらい時もあることが考えられた。そのため看護職と介護職が協働して援助を実践できる[援助体制]を作成した(原田ら, 2016)。「援助体制」の一つであるケースカンファレンスを確実に実施するために、第一段階で看護職・介護職がケースカンファレンスの必要性を認識していたことを共有して病棟全体の動機づけを高めた。その後看護主任が受け持ち看護師の出勤日にケースカンファレンスを設定し、病棟スケジュールが書かれているカレンダーに示して継続できるようにした。

今回は第二段階として第一段階で作成した[援助方針と援助体制](図1)を用いて対象患者に援助を実践し、その実践を評価し援助方針を追加することで回復期病棟における脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える看護のあり方を考察することを目的とする。

II. 用語の定義

本研究において生活の再構築とは、脳血管疾患から回復していく過程において、変化した身体機能との調整を図りながら、身体機能の回復とともに心理社会的にもその人なりの生活を営めるようになることとする。

III. 方法

1. A病棟の概要

2013年1月時点のA病棟の病床数は30床で、看護職(看護師13名、准看護師3名)16名、介護職7名(介護福祉士、ヘルパーを含む)が所属している。勤務形態は2交代制で、日勤と夜勤のほかに遅番と早番の勤務配置がある。夜勤者は2名で、看護職が2名の時と看護職1名と介護職1名の時がある。早番は介護職1名が担当し、遅番は看護職1

[援助方針]

- ①患者・家族とともに今後の方向性を考える
 - ・患者・家族の思いや希望、入院前の生活や家庭内の役割を踏まえてみんなで目標を考える
 - ・患者の意見を代弁し患者と家族の思いを近づける
- ②精神的な回復を支える
 - ・日常生活の関わりの時間を大切に、興味の持てることやできることを見つける
 - ・援助をしながらコミュニケーションを図る
 - ・患者・家族の期待や不安を理解して現状を説明する
 - ・回復を焦らせないようにする
- ③患者の意欲を支える
 - ・リハビリを頑張れていることを認め、できるようになったことを患者・家族と共に喜び、自分でできるように援助する

- ③患者の意欲を支える（つづき）
 - ・患者が伝えようとしていることに気づき確認する
 - ・回復に向かおうとする意欲を支えリハビリを長く続けられるために、患者のペースを尊重し、身体・心理状態に合わせて援助する
 - *気分が落ち込んでいる時は無理に促さないなど患者の体調を見極めて介助方法を変える
 - *リハビリも含めた1日の過ごし方を考え、リハビリが苦痛にならないように、身体・精神的負担を軽減する
- ④退院後も患者の支えになれるように家族を支援する
 - ・患者を支えられるようなねぎらいの言葉かけや指導を行う
 - ・家族の生活リズムも考える

[援助体制] *気づきノートに記入する日々の気づきとは患者の言動や援助時などの気づきである

- ①気づきノートの導入：看護職と介護職がノートに日々の気づきを記入して情報を共有する
- ②ケースカンファレンスの実施
 - ・援助の方針を共有するために、看護職と介護職でケースカンファレンスを行う
 - ・介護職がケースカンファレンスに参加できるように看護職が介護職の業務を引き受ける

図1 先行研究（原田ら，2016）で考えられた[援助方針と援助体制]

名と介護職1名が担当する。看護職と介護職は食事介助や口腔ケア、排泄介助や寝衣への更衣介助などを協働して行う。

2. 研究期間

2014年3月～2014年8月であった。

3. 脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える[援助方針と援助体制]を用いた援助の実践

1) 対象者

A病棟に入院中の脳血管疾患患者のうち、麻痺や高次脳機能障害などの後遺症があり生活の再構築が必要となる、何らかの形でコミュニケーションが可能な患者3名とした。

2) 援助の実践

(1) 実践内容

①対象患者への援助の実践

看護職・介護職が対象患者のケースカンファレンスを継続し、第一段階で検討した[援助方針と援助体制](図1)に沿って対象患者の状況を確認して必要な援助を検討した。そして検討した援助を看護職・介護職で共有し、対象患者に援助を行った。『気づきノート』で看護職・介護職が情報共有して対象患者に援助を実施した。筆頭筆者は月に3～5回A病棟に行って研修生として対象患者を受け持ち、研修時に受け持ち看護師とともに対象患者へのケアに参加した。またケースカンファレンスに参加し学習会を実施した。

②学習会の実施

対象患者への援助の実践において看護職と介護職が課題に感じることを筆頭筆者が捉え、対象患者へのよりよい援助につながると思われる学習会を実施した。

(2) データ収集方法

ケースカンファレンスでの検討内容、看護記録(アセスメント、実施した看護、患者と家族の反応)、『気づきノート』、筆頭筆者の研修記録(アセスメント、実施した看護、患者と家族の反応、援助に関わる看護職・介護職の言動)、学習会での意見交換内容をデータとした。ケースカンファレンスの内容はICレコーダーに録音した。看護記録と『気づきノート』の内容は筆頭筆者が研修日にメモを取った。学習会での意見交換内容は筆頭筆者がその場でメモを取り記録した。

(3) データ分析方法

①対象患者への援助の実践と生活の再構築過程

ケースカンファレンスでの検討内容、看護記録、『気づきノート』、筆頭筆者の研修記録を熟読した。まずケースカンファレンスでの検討内容からどのように[援助方針]を確認しながら援助を検討したかを抽出した。次に、看護記録と筆頭筆者の研修記録、『気づきノート』から検討された援助に基づいた実践と患者・家族の反応を抽出した。そして図1[援助方針と援助体制]がどのように援助に生かされて対象患者の生活の再構築が行われたのか、その経過を要約し、対象患者の生活の再構築過程の特徴を時期ごとに分けて記述した。

②学習会

筆頭筆者の研修記録から学習会実施までの経緯を抽出した。次に学習会での意見交換内容を抽出した。さらに看護記録と筆頭筆者の研修記録から学習会がどのように援助に生かされたかが分かる部分を抽出した。抽出したデータを要約し、要約は①対象患者への援助の実践の経過に示した。

3) 患者による援助の評価と看護職・介護職へのフィードバック

(1) 実施方法

①対象患者への面接

対象患者の退院前に半構成的面接を行った。面接内容は、援助を受けてよかったこと、援助に対する要望を中心とした。

②看護職・介護職へのフィードバック

対象患者への面接で得られた援助の評価をカンファレンスや申し送り時に看護職・介護職にフィードバックし意見交換を行った。

(2) データ収集方法

①対象患者への面接

面接内容は患者の許可を得てICレコーダーに録音して逐語録を作成し、逐語録をデータとした。

②看護職・介護職へのフィードバック

意見交換内容は筆頭筆者がその場でメモを取り記録した。記録内容をデータとした。

(3) データ分析方法

①対象患者への面接

データから援助の評価に関連した部分を抽出した。

②看護職・介護職へのフィードバック

データから援助の改善や課題に関連した部分を抽出して内容を要約した。

4. [援助方針]の追加

1) 追加項目の抽出方法

3.2)援助の実践と3.3)患者による援助の評価と看護職・介護職へのフィードバックを通して、対象患者の生活の再構築を支える上で図1[援助方針と援助体制]以外で新たに見出された援助と課題を抽出し、[援助方針と援助体制]の追加を行った。新たに見いだされた援助と課題のうち、図1[援助方針]の4項目に属すると考えられた援助と課題は[援助方針]に追加した。図1[援助方針]に属しないと考えられた援助と課題は類似性に従ってまとめ、そのまとまりを表す表題をつけた。その表題を新たな[援助方

針]の項目名とした。

2) 追加項目の表現方法

新たに見出された援助と課題を[援助方針と援助体制]に追加する際には、看護職と介護職が援助を実施できる表現に書き換えて示した。

5. 援助の実践および[援助体制]の評価と今後の課題の検討

1) 看護職・介護職による取り組みの評価と今後の課題の検討

(1) データ収集方法

A病棟の全看護職・全介護職を対象とし、自記式質問紙調査を行った。質問紙の項目は、ケースカンファレンスで[援助方針]を用いることは実践でどのように役立ったか、『気づきノート』はどのように活用したか、今後の病棟の課題とし、回答内容をデータとした。

(2) データ分析方法

質問項目ごとにデータを熟読し、具体的な意味や表現が残るように要約した。要約したデータは意味内容が類似するものを集約し意味内容を表す表題を付けた。

6. 倫理的配慮

対象患者と研究協力者である看護職と介護職に、研究目的、方法、協力内容、協力は自由意思によるものであること、個人情報保護等について文書と口頭で説明し同意を得た。得られた個人情報は個人が特定されないように記号で管理した。本研究は岐阜県立看護大学大学院看護学研究科論文倫理審査部会の承認を受けた(平成25年6月、審査番号25-A002M-2)。

IV. 結果

1. 脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える[援助方針と援助体制]を用いた援助の実践

1) 対象者の概要

対象者3名の概要を表1に示した。入院時A氏は障害高齢者の日常生活自立度C1で痰吸引、経管栄養、持続導尿

表1 対象患者の概要 * B, C氏は入院から取り組み終了までの日数を入院期間として示した

患者名	年齢/性別	職業(前職)	入院の原因となった疾患名(後遺症)	既往歴	退院先	入院期間	取り組み開始日
A氏	40歳代男性	教員	脳挫傷(両上下肢不全麻痺、高次脳機能障害、嚥下障害)	なし	施設	180日	入院49日目から
B氏	70歳代男性	無職(医療職)	脳出血(左不全麻痺、高次脳機能障害、嚥下障害)	なし	自宅予定	121日*	入院21日目から
C氏	80歳代女性	主婦	脳出血(左完全麻痺、高次脳機能障害、嚥下障害、構音障害)	糖尿病、高血圧症、認知症	施設予定	95日*	入院16日目から

が必要な状態であった。A氏は前頭葉から側頭葉を広範囲に受傷しており、高次脳機能障害による易怒性や感情失禁、易疲労性があった。車椅子座位へリハビリが進むことによりストレスが生じ、感情を激しく表出した。入院時B氏は車椅子座位保持、嚥下食の経口摂取が可能な状態であった。右尾状核から前頭葉の出血性病変により、高次脳機能障害である学習能力障害、病識の欠如、左側注意障害、易疲労性があった。不全麻痺のある左肩痛と倦怠感が強くリハビリの必要性は分かるがやりたくないという発言があった。入院時C氏は車椅子座位と嚥下食の経口摂取が可能な状態であった。右側頭葉を中心とした右半球の広範囲な皮質下出血による左上下肢の完全麻痺と左半側空間無視があり全介助が必要であった。C氏の夫は自宅退院を希望しており夫の介助量軽減も退院後の生活のために重要であった。

2) 援助の実践内容と対象者の生活の再構築過程

3氏への援助の実践内容と生活の再構築過程を、対象者の生活の再構築過程の特徴を時期ごとに分けて記述した。文中では図1[援助方針]の項目を【】で示した。[援助方針]の4つの項目以外に実施された援助項目は()で示した。新たに見出された援助と課題部分は破線で示し、図2で示す[援助方針]のどの部分に追加されたかが分かるように()内に記号を示した。

(1) A氏への援助の実践

①援助の実践とA氏の生活の再構築過程

i. 意欲的にADLが向上している時期(入院49日目頃～)

第1回ケースカンファレンス(入院49日目)ではA氏の思いを傾聴して(A1)できるだけ希望に応える姿勢を示す(A2)【②精神的な回復を支える】援助を検討した。『気づきノート』には、看護職によって朝食が部屋食になったことを喜んだこと、介護職によって夜間トイレで積極的に動いたことなどが記載された。一方A氏の妻はA氏の2か月に及ぶ急性期治療により心身共に疲れ切っていた。涙を流して自宅退院は考えられないと話しており、受け持ち看護師は妻の話を傾聴し、体調を気づかうことで心身ともに安定した状態で今後の方向性を考えられるように(A3)【①患者・家族とともに今後の方向性を考える】援助を行った。第2回ケースカンファレンス(入院54日目)では日中布パンツへの移行を検討し、できるようになったことを共に喜ぶ【③患者の意欲を支える】援助、高次脳機能障害である易疲労性に対して休息を確保するという(A4)。(身体機

能を整える)援助を行うことで(活動を促す)援助を行った(A5)。A氏は精神的に安定し意欲的にADLを向上した。

ii. 食欲、発動性、意欲の低下が継続した時期(入院70日目頃～)

ADL向上に伴い高次脳機能障害の症状が日常生活に影響するようになった。A氏に職場復帰の意思はあるが、そのためにリハビリが必要であるという理解が困難でリハビリの動機づけが難しかった。またエネルギーや感情を適切に方向付けコントロールすることが困難であるためストレスコントロールが難しく、自分が知らないところで退院後の検討がされていると感じることで不安と怒りが強くなり食欲低下が続いた。第3回(入院77日目)、第4回ケースカンファレンス(入院98日目)では高次脳機能障害によりストレスをため込みやすいA氏の不安を察して声をかけ、思いを聴く(A6)【②精神的な回復を支える】、高次脳機能障害により援助の目的がその都度分からなくなるため必要性を何度も説明する(A7)【③患者の意欲を支える】を検討し実施した。また妻の心身が安定せずA氏と今後の事を話し合えないため、妻の思いを傾聴する(A8)【④退院後も患者の支えになれるよう家族を支援する】援助を続け、A氏と話し合えるタイミングを見計らう(A9)【①患者・家族とともに今後の方向性を考える】援助を検討し、受け持ち看護師を中心に実施した。その結果A氏はリハビリ施設に転院する意向を示した。『気づきノート』には、リハビリが疲れるという発言や好きな音楽の話で笑顔になることが介護職によって記載された。

iii. 父親役割や職場復帰、転院先での生活への不安と希望がある時期(入院120日目頃～)

第5回ケースカンファレンス(入院125日目)で【④退院後も患者の支えになれるよう家族を支援する】援助について妻の状況を受け持ち看護師以外が把握できていないことが多かったという課題を共有した(A10)。その後(社会参加や役割遂行を支える)援助に関して患者のADLが自立した後に、看護職と介護職による退院後の仕事や社会参加を行うための関わりが少なくなるのが心配という課題(A11)が看護職から出されたため「生活機能障害援助を考える」学習会を実施しA氏の生活機能と行われた援助を示して意見交換を行った。他患者でもADLが自立したら介入が減る現状があること、退院後の患者のイメージを持ち仕事や家族の中での役割も含めた介入が必要であるという

《社会参加や役割遂行を支える》援助が共有された。(A12)。その後はADLが自立した後も高次脳機能障害の発動性低下に伴う面倒くさいという思い、継続する疲労感を傾聴しながらできるようになったことを伝える。【③患者の意欲を支える】援助、自分で洗濯することや同じ病棟に入院中の患児への学習指導、教員・父親としての思いを傾聴するなど《社会参加や役割遂行を支える》援助を行った(A13)。『気づきノート』にはA氏が職場の上司に戻ってきてくれと言われたのが嬉しいと話したことが介護職によって記された。この時期にはA氏が今後どのような父親でいたい、職場復帰のために誰を頼るとよいかなどを自分で考えるようになり、今後も生活の再構築を主体的に行っていくための基盤がつくられた。また受け持ち看護師が家族に高次脳機能障害の生活への影響を説明する(A14)《高次脳機能障害のある生活を支える》ことでA氏が感情を高ぶらせた時も家族は落ち着いて見守った。第6回ケースカンファレンス(入院168日目)では、最近の失禁について退院への不安の可能性を共有し、退院日までA氏の言動や表情の観察を継続し、【②精神的な回復を支える】援助を行った(A15)。ケースカンファレンスは合計6回実施され、看護職は各回5～6名、介護職は第3、4回に1名ずつ参加した。ケースカンファレンス実施時には看護主任とチームリーダーが他看護職や介護職に声をかけた。そしてA氏退院後に「高次脳機能障害の理解と日常生活援助」学習会を実施した。これはA氏入院中に高次脳機能障害による日常生活への影響をアセスメントし援助することが難しいという意見が看護職から出されたためである。学習会では対象患者3氏の脳損傷の部位と高次脳機能障害の症状、日常生活への影響を解説した後意見交換を行った。意見交換ではA氏の援助を振り返り、他者との会話と家族が高次脳機能障害を理解してフォローできることが重要であるという意見が出された。

② A氏による援助の評価と看護職・介護職へのフィードバック

入院123日目にA氏に面接を行った。看護職・介護職の援助で役に立ったことは「ここにいるみんなよ。苦しいことがあるときにどうしたらいいかを教えてくれるし助けられる」と話された。A氏にとって苦しいこととは「何でそれをやらなきゃいけないのかは自分では分からない」であった。改善してほしい点は「周りがどういう状況なの

かをもう少し説明してほしい。そういう説明を細かくしてくれる看護師さんには救われる」であった。

A氏による援助の評価は第5回ケースカンファレンス時に看護職・介護職にフィードバックし、リハビリの度に目的が分からなくなるA氏にとって、毎回目的の説明を行ったことが助けになっていたと分かった。患者が納得してリハビリの動機づけができるように何度も説明を行う(A16)【③患者の意欲を支える】援助の必要性を確認した。

(2) B氏への援助の実践

①援助の実践とB氏の生活の再構築過程

i. 意欲的にリハビリに取り組んでいる時期(入院20日頃～)

第1回ケースカンファレンス(入院38日目)では、B氏の休息の確保と鎮痛剤やポジショニングによる疲労・疼痛緩和(B1)という《身体機能を整える》援助、コミュニケーションによる【②精神的な回復を支える】、【③患者の意欲を支える】援助を検討して実施した。それによってB氏の《活動を促す》ことを支えた(B2)。『気づきノート』には、入院時より笑顔が増え、モチベーションが上昇していることが介護職によって記載された。

ii. 高次脳機能障害の日常生活・リハビリへの影響が大きい時期(入院30日頃～)

B氏は歩行練習時障害物への接触が左側注意障害によるものと指摘されると障害があること自体を感情的に否定した。また夜間排泄にポータブルトイレと尿瓶を併用していたが動作の習得に時間がかかり混乱した。そのため第2回ケースカンファレンス(70日目)ではB氏の混乱を避けるため排泄方法を統一する(B3)、歩行訓練時には左側注意障害があることを認識できていないB氏の状態に配慮した声かけの統一という《高次脳機能障害のある生活を支える》援助(B4)を検討して《活動を促す》援助を実施した(B5)。『気づきノート』には、左側に注意が向いていない認識はないがリハビリ担当者に言われるのでそうかなと思うというB氏の思いが看護職によって記載された。また「高次脳機能障害の理解と日常生活援助」の学習会で、B氏は複数の排尿方法で混乱するため夜間はポータブルトイレに統一したが、家族は自宅ではトイレで大丈夫と思っていること、妻に対して高次脳機能障害の理解が得られる関わりが必要であると確認した。それによって受け持ち看護師が妻に排泄方法を統一している理由を説明する(B6)《高次

脳機能障害のある生活を支える)援助を実施することができた。

iii. 退院後の生活に関する考えを他者に表出する時期 (入院 90 日頃～)

第 3 回ケースカンファレンス (入院 100 日目) では、【③患者の意欲を支える】援助、鎮痛剤使用と休息による疼痛・疲労緩和という (B7)。(身体機能を整える)援助を行いながら杖歩行と夜間ポータブルトイレ排泄自立に向けた(活動を促す)援助を検討し実施した (B8)。B 氏はリハビリの積み重ねで動くようになった身体に回復の実感や喜びをもち、退院後は自宅で生活しながら通所リハビリを利用するという、生活の再構築を今後も自分で行っていく意欲や姿勢が築かれていた。ケースカンファレンスは合計 3 回実施され、看護職は各回 6～11 名、介護職は第 3 回に 1 名参加した。

② B 氏による援助の評価と看護職・介護職へのフィードバック

入院 100 日目に B 氏に面接を行った。B 氏の助けになった援助について「夜になかなか寝つけなくて何度もトイレ介助をお願いするのですが、そんなこと気にしないでいいですよ。僕たちはこれが仕事です。と言ってくださって、心の負担が軽減されて助かりました」と話された。リハビリで辛かったことは「今日みたいに風呂に入った後にちょっときついリハビリがありますとね、後々関節が痛くなるんです。でもリハビリ担当者によってはそれをよく分かっていないような気がします」であった。日中の排尿援助について「とにかく杖で歩くことを完璧にしまわないと(いけない)、というリハビリ (担当者) の思いがあるから、それを看護師さん介護士さんもしていると思います。足が支えられないのはまだ脳が眠っているから身体がそう感じるのだと皆さん思っているようですが、僕は全く力学的な支えの問題だと理解しています。だから便器に接するのも車椅子の方が僕には安全に思える」と語られた。

B 氏による援助の評価は朝の申し送り時に看護職と介護職にフィードバックした。介助されることの気兼ねを軽減できるような看護職・介護職の態度が【②精神的な回復を支える】援助になっていた (B9) こと、(身体機能を整える)上で入浴後のリハビリは疲労度が増し、B 氏の負担になっていた (B10) こと、(活動を促す)杖歩行訓練は B 氏の思いが反映されないままリハビリ職・看護職・介護職の

目標で進められていたと B 氏が認識していたこと (B11) を共有した。看護職からは(身体機能を整える)ために患者の疲労度などの状態を把握して看護職からリハビリ職に伝える必要がある (B12) などの意見があった。

(3) C 氏への援助の実践

①援助の実践と C 氏の生活の再構築過程

i. 楽しく意欲的にリハビリに取り組んでいる時期 (入院 16～60 日頃)

C 氏は入院当初から病棟訓練の意欲があり、その意欲が低下しないように他患者や夫と共に会話を楽しみながら下肢訓練を行うという【③患者の意欲を支える】、【④退院後も患者の支えになれるように家族を支援する】援助を通して(活動を促す)援助を実施した (C1)。第 1 (入院 23 日目)、2 回ケースカンファレンス (入院 42 日目) では、【②精神的な回復を支える】、【③患者の意欲を支える】援助を行いながら起立訓練やトイレでの排泄などの(活動を促す)援助 (C2) と、臥床休息を取り入れ下肢浮腫軽減のためにバランスボールを用いた運動を(身体機能を整える)援助として検討し実施した (C3)。また「高次脳機能障害の理解と日常生活援助」学習会を行ったことで(高次脳機能障害のある生活を支える)援助においては食事動作で左半側空間無視の影響が大きいことを入院時からアセスメントし、食事の皿の配置や左に意識が向くように声をかけた (C4)。(身体機能を整える)援助では疲労回復のために休息の確保と (C5) 低栄養改善のために NST が介入し、嚥下機能改善のケアを行った (C6)。『気づきノート』には、C 氏が一緒に下肢運動をしようと介護職を誘い下肢浮腫も軽減していることが介護職によって記された。

ii. リハビリの拒否や感情的な言動が生じた時期 (入院 60 日頃～)

トイレでの排泄は 2 人介助から 1 人介助になったが、低栄養状態や嚥下機能の改善は困難で、負荷の多い訓練には拒否や感情的な言動もみられた。第 3 回ケースカンファレンス (入院 74 日目) では身体が整えられないと活動を促すのも難しいという意見が出され(身体機能を整える)援助の重要性を再認識した (C7)。また入院 2 か月時に夫は自宅での介護に対する不安を表出し施設転院を希望した。【①患者・家族とともに今後の方向性を考える】援助においては入院後に思いが揺れることもあり、入院時から傾聴を続け、夫が変化する思いを表出できるような関係づくりが

必要であった。(C8)。ケースカンファレンスは合計3回実施された。看護職は各回に5～8名、介護職は第2回に1名が参加した。

② C氏による援助の評価と看護職・介護職へのフィードバック

本研究終了時にC氏は2カ月以上入院が継続する予定であり、入院期間全体を振り返って援助の評価を得ることは難しいと判断した。そのためC氏には取り組み終了月に困りごとや要望を尋ねた。C氏は「自分の意思が伝えられないことが辛いです。みなさんは親切でよくしてくれて本当に嬉しい」と話された。C氏の発言を筆頭筆者が『気づきノート』に記入して看護職・介護職にフィードバックを行った。入院期間全体に対する援助の評価ではないため、意見交換は行わなかった。

2. [援助方針]の追加

援助の実践と患者による援助の評価と看護職・介護職へのフィードバックから抽出された援助と課題を看護職と介護職が実践できる表現に書き換えて図1に追加し図2とし

た。[援助方針]には((身体機能を整える))((活動を促す))((社会参加や役割遂行を支える))((高次脳機能障害のある生活を支える))を追加した。((身体機能を整える))援助によって身体機能を安定して((活動を促す))ことができた。((活動を促す))援助によってADL自立が促され患者が回復を実感することができた。((社会参加や役割遂行を支える))援助によって退院後の生活への意欲が支えられた。((高次脳機能障害のある生活を支える))援助によって心身や社会的な回復を促すことができた。これらは患者が退院後も自分で生活を再構築する上で重要であり援助方針として妥当であると考えられた。

3. 援助の実践および[援助体制]の評価と今後の課題の検討

1) 看護職・介護職への質問紙調査結果

質問紙調査実施時にA病棟に在籍していた看護職15名、介護職7名に質問紙を配付し看護職11名、介護職4名の15名から回答が得られ、回収率は68.2%であった。本文中では分類を《》で、小分類を<>で示す。

[援助方針]* ()内は、本文中破線で示した3氏への援助の実践と学習会を通して得られた援助と課題のどの項目が追加されているかを示した。新たに追加された[援助方針]は下線で示した。

①患者・家族とともに今後の方向性を考える

- ・患者・家族の思いや希望、入院前の生活や家庭内での役割を踏まえてみんなで目標を考える
- ・患者の意見を代弁し患者と家族の思いを近づける
- ・家族の心身状態が安定した状態で今後の方向性を考えられるように関わる (A3)
- ・家族が思いを表出できるように傾聴する (C8)
- ・患者と家族の思いを傾聴し両者が話し合えるタイミングを見計らう (A9)

②精神的な回復を支える

- ・日常生活の関わりの時間を大切に、興味の持てることやできることを見つける
- ・コミュニケーションを図り思いを聴く (A1, A6)
- ・患者の希望に応える姿勢を示す (A2)
- ・回復を焦らせないようにする
- ・患者・家族の期待や不安を理解して現状を説明する
- ・介助を受けることの気兼ねに配慮した態度や言葉かけを行う (B9)
- ・退院前に不安が大きくなることもあるため言動や表情を観察する (A15)

③患者の意欲を支える

- ・リハビリや援助の必要性を患者が納得できるように何度も説明する (A7, A16)
- ・リハビリを頑張れていることを認め、できるようになったことを患者・家族と共に喜び、自分でできるように援助する
- ・患者が伝えようとしていることに気づき確認する
- ・回復に向かおうとする意欲を支えリハビリを長く続けられるために、患者のペースを尊重し、身体・心理状態に合わせて援助する

④退院後も患者の支えになれるように家族を支援する

- ・患者を支えられるようなねぎらいの言葉かけや指導を行う
- ・家族の生活リズムも考える
- ・家族の不安を傾聴する (A8)
- ・家族との関わりを記録に残して気持ちや行動の変化をチームで把握する (A10)

⑤高次脳機能障害のある生活を支える

- ・高次脳機能障害の生活への影響をアセスメントしてケアを考える (B3, C4)
- ・患者の高次脳機能障害の受け止めを傾聴し、その思いに配慮してリハビリを行う (B4)
- ・症状に応じて②③⑥⑧の援助を行う。ストレスコントロール困難な場合は②、発動性低下は③⑧、易疲労性は⑥
- ・高次脳機能障害による症状や日常生活への影響を家族に説明し理解を促す (A14, B6)

⑥身体機能を整える

- ・医療重症度の高い状態を脱しリハビリを効果的に行えるように全身状態を整える (C3, C6, C7)
- ・患者の疲労度などを看護職からリハビリ職に伝えて連携する (B12)
- ・リハビリも含めた1日の過ごし方を考え、リハビリが苦痛にならないように休息を取り入れ疼痛や疲労による心身の負担を軽減する (A4, B1, B7, B10, C5)
- ・気分が落ち込んでいるときは無理に促さないなど患者の体調を見極めて介助方法を変える

⑦活動を促す

- ・②③⑤⑥の援助を行いながら活動を促す (A5, B2, B5, B8, C1, C2)
- ・患者の望む回復を把握して活動を促す (B11)

⑧社会参加や役割遂行を支える

- ・ADLが自立した後も、退院後の生活や社会参加、役割遂行を視野に入れて活動を促す (A11, A12)
- ・高次脳機能障害の症状が社会参加や役割遂行に与える影響をアセスメントして関わる (A13)

図2 本研究を通して追加された[援助方針]

(1) ケースカンファレンスで「援助方針」を用いて実践で役立ったこと

ケースカンファレンスで「援助方針」を用いて実践で役立ったことに対する回答は14件得られた。「援助方針」は「援助の検討に役立った」「援助の実施に役立った」「援助の評価に役立った」「役立てられなかった」であった。「援助の実施に役立った」は、「精神面や意欲を支える援助を実践できた」「援助を統一できた」「家族を含めた退院後の生活の援助を考えられた」の3つに分けられた。

(2) 『気づきノート』をどのように活用したか

『気づきノート』をどのように活用したかに対する回答は11件得られ、「患者の思いや変化の情報収集・共有に活用できた」「援助の実施時に活用できた」「記入者が固定される」であった。「患者の思いや変化の情報収集・共有に活用できた」は「患者の日常の会話や考え方を共有できた」「患者の思いや日々の変化を知ることができた」「情報収集に役立てた」の3つに分けられた。

(3) 今後の病棟の課題

今後の病棟の課題と考えていることに対する回答は22件得られた。取り組み開始時の病棟の課題に関連した「カンファレンスの充実」「情報共有システムの活用」「職場風土の改善」が挙げられた。その他の課題は「援助の充実」「他職種との連携」「看護計画の充実」の3つに分けられた。「援助の充実」は「患者主体の援助」「患者の思いやニーズを尊重した援助」「個別的な援助」「倫理的視点での援助」に分けられた。「他職種との連携」は「リハビリ職との情報共有不足」「情報共有や意見交換における看護の意見の主張」であった。「情報共有や意見交換における看護の意見の主張」の具体的内容は、押しつけの看護でなく患者の思いを他職種に伝え患者主体の援助を考えるなどであった。

V. 考察

1. 脳血管障害患者が主体的に生活を再構築する過程を支える看護と課題

本研究では先行研究(原田ら, 2016)で明らかになった【①患者・家族とともに今後の方向性を考える】【②精神的な回復を支える】【③患者の意欲を支える】【④退院後も患者の支えになれるように家族を支援する】に、新たに「身体機能を整える」「活動を促す」「社会参加や役割遂行を

支える」(高次脳機能障害のある生活を支える)援助が追加された。これらの援助の特徴は、同時に実施することで脳血管障害患者の主体性を支える援助になるということである。

主体性とは「やりたい」とか「やってみよう」という意欲や希望である(青柳, 2002)。脳卒中患者が主体性を発揮するには、まず廃用の予防、脳機能の最大限の回復促進、体力の増強といった、主体性を発揮するための心身の基盤を整える援助が行われていることが前提である(石鍋, 2011, p.41)。しかし高次脳機能障害の一つに易疲労性があり、脳損傷の結果として精神的に疲れやすい傾向がある(橋本, 2011)。青柳(2002)は、「あれをしなさい、これをしなさい」という半強制的な雰囲気の中では主体性は育たないと述べているが、高次脳機能障害により易疲労性による強い疲労感やリハビリの必要性が認識できない状態などにある患者にとっては活動の促しが半強制的になる可能性がある。つまり心身が不安定な中でリハビリが始まる回復期病棟では、A病棟に限らず特に高次脳機能障害を伴う脳血管障害患者は主体的に活動することが困難になりやすい。例えばA氏は高次脳機能障害の易疲労性により疲労が続き、ストレスコントロールができないことで精神的負担が増大した。リハビリや援助の目的が理解できないことで意欲的な活動につながらず退院後の社会参加や役割遂行を難しくする可能性があった。そのためA氏に休息を確保する(身体機能を整える)援助により身体機能の安定を図った。また思いを傾聴する【②精神的な回復を支える】援助、A氏の不安や怒りにつながっていた退院後の生活について【④退院後も患者の支えになれるように家族を支援する】援助により精神面を安定させることができた。このように心身の基盤を整えながら、援助の目的を何度も説明し【③患者の意欲を支える】ことで意欲を高めながら(活動を促す)ことができた。(活動を促す)援助によってADL自立が促されA氏が回復を実感することができた。さらに(社会参加や役割遂行を支える)援助によりA氏は自分で生活のリズムを整え、職場復帰に必要なことや父親としてのあり方を考えるようになり、退院後も自分で生活を再構築しようとする意欲や姿勢、つまり主体性を支えることができた。脳血管障害患者の主体性発揮のための看護職の関わりとして、患者の語りを励まし情緒的サポートをする存在であること(酒井, 2011)、患者のペースに合わせた関わり

(黒澤, 2013) が明らかになっている。本研究ではさらに高次脳機能障害による心身の回復や社会生活への影響を考へて前述のような援助を行うこと、つまり(高次脳機能障害のある生活を支える)援助によって脳血管障害患者がどのような自分でありたいか、そのために何が必要かなど今後長期的に自分で生活を営むための気持ちや姿勢の基盤をつくるという、主体的な生活の再構築過程を支えることができると考えられた。

本取り組みを通して[援助方針]である精神面や意欲を支える援助、家族を含めた退院後の生活の援助、病棟の課題である統一した援助を実践することができた。今後の課題として易疲労性へのケアが挙げられる。A氏とB氏は退院まで疲労感が続いた。高次脳機能障害の易疲労性は「疲れたら休む」(橋本, 2010) が必要である。その際に患者が非常に疲れやすい状態にあるということを医療職者や家族を含めた周囲の人々が理解した上で患者に接することで「休みすぎではないだろうか」という患者に対する圧力を軽減できる。それは患者の主体性を阻害する要因である患者にとっての半強制的な関わりの軽減にもつながる。回復期病棟における身体機能の回復支援については今後さらに充実が求められる。

2. 看護職が他職種と協働して援助を行うための援助体制づくり

先行研究(原田ら, 2016)では、看護職と介護職の協働を困難にする要因は、看護職と介護職が情報共有・意見交換する場がないこと、介護職からは看護職に発言しにくいことであった。そのため『気づきノート』を導入して情報共有し、ケースカンファレンスに介護職が参加して看護職と介護職が意見交換を行う体制で[援助方針]を実践した。『気づきノート』には患者の日常の会話や思いや日々の変化が看護職と介護職によって記載され、A病棟では『気づきノート』が介護職の発言の促しと看護職・介護職の情報共有につながった。次に対象患者のケースカンファレンスでは、介護職は各事例1回1名が参加して看護職と介護職が情報共有し、[援助方針]を確認しながら今後の援助の方向性を共有した。各職種が[援助方針]を解釈して実践するのではなく、看護職と介護職がともに[援助方針]を共有して実践することが本研究における協働であり、重要な体制であった。また、ケースカンファレンスが継続的に実施できた背景として、看護主任が事前にケースカン

ファレンスのスケジュールを組み受け持ち看護師がいつ実施するか分かるようにカレンダーに示したこと、看護主任だけでなくチームリーダーも他看護職や介護職に声をかけてこれから始める旨を伝えていたことが考えられた。看護職と介護職の協働を促進する援助体制づくりのためには、情報共有や意見交換ができる場を作るとともに発言しやすい方法を考へ職場風土づくりを行うことが重要であると実践を通して示された。

回復期病棟では医学モデルによって期待されるリハチームの役割に収まらないことを看護師自らが自覚し他職種にも自分たちの言葉で伝えていくこと(酒井, 2002)が求められている。本取り組みにおけるB氏による援助の評価の看護職・介護職へのフィードバックでは、看護職からもリハビリ職への提案が必要であること、質問紙調査結果ではリハビリ職との情報共有不足、患者主体のリハビリについて看護の意見を主張することを今後の課題と考える看護職がいた。つまり看護実践を振り返り課題を認識して看護が何をすべきかを考へることが、他職種との協働方法を考へることにつながっていたと言える。看護実践の振り返りになった場合は、ケースカンファレンスと学習会、患者による援助の評価を共有する場であり、看護を振り返る機会としての教育的役割を果たしている。そのような機会を継続的に確保できるように回復期病棟の教育体制を整えることで看護職の主体性を育むことができる。それによって、今後は患者主体の生活の再構築支援について看護の意見を主張してリハビリ職とも援助を検討する体制を構築する必要がある。

謝辞

本研究にご理解をいただきご協力を賜りました看護職と介護職の皆様、病院関係者の方々に深く感謝申し上げます。また、本研究をご指導いただいた諸先生方に心より感謝申し上げます。

本研究は、岐阜県立看護大学大学院看護学研究科における平成26年度修士論文の一部に加筆し修正を加えたものである。本研究において筆者が開示すべき利益相反はない。

文献

青柳雅計. (2002). 脳血管障害患者にとってのリハビリテーションの意味. *Quality Nursing*, 8(3), 20-24.

- 藤澤弘美, 春田かほる, 岡本一美. (2014). 回復期病棟における看護師と介護福祉士のパートナーシップの現状. 日赤医学, 249. (受稿日 平成30年8月27日)
(採用日 平成31年1月28日)
- 福良薫. (2015). 身体機能障害を抱える脳卒中患者の生活の再構築に向けた看護介入の検討. 日本看護研究学会雑誌, 38(1), 113-125.
- 原田めぐみ, 奥村美奈子. (2016). 回復期リハビリテーション病棟における脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える援助方針と援助体制の検討. 岐阜県立看護大学紀要, 16(1), 39-48.
- 橋本圭司. (2010). 高次脳機能障害リハビリテーション—診断・治療・支援のコツ—. リハビリテーション医学, 47(12), 856-861.
- 橋本圭司. (2011). 高次脳機能障害 (p. 15). 公益財団法人大同生命厚生事業団.
- 石鍋圭子 (編). (2011). 脳卒中リハビリテーション看護. メディカ出版.
- 梶谷みゆき, 森山美知子. (2010). 脳血管障害発症後3か月における患者と家族の心理的ケアニーズ. 家族看護学研究, 16(2), 71-80.
- 厚生労働統計協会. (2017). 国民衛生の動向 2017/2018, 132.
- 上川智子, 泉キヨ子. (2004). リハビリテーションのなかの看護. 臨床看護, 30(13), 1918-1929.
- 黒澤佳代子, 池田清子. (2013). 回復期リハビリテーション病棟において脳卒中患者が主体性を回復していく過程 - エピソード記述で1事例を分析して -. 神戸市看護大学紀要, 17, 45-53.
- 松田直正. (2012). 介護老人保健施設における看護職と介護職の協働に関する研究(第一報) - 協働の実態に焦点を当てて -. 第42回日本看護学会論文集 看護総合, 264-267.
- 酒井郁子. (2002). 脳血管障害患者の生活の再構築を支える看護の専門性を考える - 文献検討から -. Quality Nursing, 8(3), 192-198.
- 酒井郁子, 金城利雄 (編). (2015). リハビリテーション看護 (第2版) (pp. 144-147). 南江堂.
- 鈴木倫保 (編). (2010). 脳卒中看護の知識と実際 (p. 181). メディカ出版.
- 武田留美, 横田美緒, 木村琴. (2011). リハビリテーションチームで共同し、患者・家族の思いに寄り添う看護. 香川県看護学会誌, 2, 57-60.

Nursing Support for Patients with Cerebrovascular Disease to Reconstruct Their Lives in a Rehabilitation Ward

Megumi Harada ¹⁾ and Minako Okumura ²⁾

1)Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

2)Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

Abstract

The purpose of the study was to carry out nursing support for patients with cerebrovascular disease in order to reconstruct their lives in a rehabilitation ward; nursing care was provided using the Support Policies and System, which are guidelines developed in the first phase of this study to support the process of their lives on convalescence rehabilitation wards.

The subjects were twelve nurses and seven care providers on a hospital ward for convalescence rehabilitation (A) and three inpatients with cerebrovascular diseases. In the second phase of the study, nurses and care providers utilized their notebooks to share information with each other and provided patients with support according to case conferences held using the Support Policies. A semi-structured interview with the patients was conducted prior to discharge. A questionnaire survey involving the nurses and care providers was also conducted to assess their practice and future challenges.

The following support policies (5-8) were newly added to the existing policies: 1) Discussing the future direction with patients and their families, 2) Providing support for psychological recovery, 3) Providing support to increase patients' motivations, and 4) Supporting families to continue to support patients even after discharge to support reconstruct their lives: The provision of assistance to: 5) support the lives of patients with higher brain dysfunction, 6) help them recover their physical functions, 7) promote activities, and 8) encourage them to participate in social activities and fulfill social roles. To establish effective support systems, it is necessary to cooperate with rehabilitation as well as nursing care specialists.

When inpatients begin rehabilitation on the ward for convalescent care, their physical and psychological conditions require close attention. Therefore, it is necessary for nurses to consider the influences of higher brain dysfunction on the lives of patients, provide them with basic support to improve their psychological/physical aspects, increase their motivations, and support their daily life activities. It is also important to continue to support patients even after they have become independent in performing ADL to help them participate in social activities and fulfill social roles. Nurses should provide patients with mental support and advice on attitudes required to lead an independent life for a long period of time while paying attention to their requests concerning what persons they want to become and what is required. Nurses should also fulfill the role of developing environments in which nurses can easily communicate with other health care professionals, so that all of the support policies can be implemented by the entire hospital ward simultaneously and uniformly.

Key words: cerebrovascular disease, higher brain dysfunction, life reconstruction, rehabilitation, collaboration between nurse and care staff