〔研究報告〕

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

原田 めぐみ[1)] 奥村 美奈子[2)]

Developing a Support System to Help Cerebrovascular Disease Patients in the Convalescent Rehabilitation Ward Reconstruct Their Lives

Megumi Harada[1)] and Minako Okumura[2)]

要旨

本研究の目的は、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、その援助を看護職と介護職が協働して実践できる援助体制を検討することである。

対象者は、回復期リハビリテーション病棟の看護職 12 名、介護職 7 名であった。まず、脳血管障害患者の生活の再構築過程を支えるために看護職・介護職が必要と考える援助や体制の現状に関する質問紙調査を行った。そして現状の調査結果をもとに看護職・介護職全員で意見交換を繰り返して患者と家族の現状や病棟の現状と課題を共有し、病棟の課題の解決につながるように［援助方針と援助体制］を作成した。

脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える上での病棟の課題は、①患者と家族の現状を捉え、一人ひとりが必要と考え実践している援助はあるがそれを看護職・介護職がお互いに相談、検討、共有する場がない、②情報共有や意見交換について介護職から看護職へは言いづらい時もあることであった。

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整理された。［援助方針］を看護職と介護職が協働して実践するための［援助体制］は、これまで看護職で行っていたケースカンファレンスに介護職も参加すること、介護職と看護職が自由に日々の気づきを共有するための『気づきノート』を導入することであった。

看護職と介護職の協働体制づくりにおいて重要なことは、看護職と介護職がお互いに情報共有や意見交換しやすい場をつくることと、“現状をより良くしたいという思い”を高めることによる病棟全体の動機づけであると考えられた。

キーワード：回復期リハビリテーション、脳血管障害、生活の再構築、看護職と介護職の協働

Ⅰ．はじめに

脳血管疾患の後遺症は、麻痺や高次脳機能障害、嚥下機能障害などその種類と程度は多岐にわたり、これまでの生活を送ることを困難にする。そしてその回復には長期的な経過を必要とし、身体的、心理社会的な課題は相互に影響し合う（Alaszewski,H.,2003）。そのためこれまでの生活を調整するだけでなく、新たに生活を再構築することが必要になることも多い。

我が国においては、急性期治療の後、疾患管理に留意しつつ生活に密着した訓練を中心とするリハビリテーション（以下リハビリとする）を担う入院施設として、2000 年 4 月から回復期リハビリテーション病棟（以下回復期病棟とする）

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

が創設され、看護職、介護職、医師やリハビリ職、社会福祉士がチームで患者の生活の再構築を支えている。

次に、回復期に脳血管障害患者の生活の再構築を支援する上での課題と看護の役割を述べる。急性期から回復期への移行期は患者の全身状態が不安定なことが多い。また、患者が自分自身の身体状況、社会的状況を現実のものとして認識し、向き合う必要に迫られる時期である（上川，2004)。そのため看護職には、全身状態を安定させ、患者の身体・心理社会的変化に寄り添いともに歩みながら、患者の生活行動を拡大する役割がある。そして看護職と介護職がケア行動の根幹を共有することで、患者が混乱せず安心してリハビリに取り組むことができる（松平，2014)。しかし一方で看護職と介護職の間には、「看護職が介護職の上」という無言の圧力と心理的な距離の存在（柴田，2003）が指摘されている。身体・心理社会的な変化が大きい回復期において、患者自身が生活を再構築する過程を支えるために看護職と介護職の協働が重要でありながら、それが難しい現状がある。

研究に取り組んだA回復期病棟（以下A病棟とする）の病床数は30床で、看護職（看護師12名、准看護師4名を含む）16名、介護職8名（介護福祉士、ヘルパーを含む）が所属している（2012年10月)。看護職は、特に脳血管障害患者について、障害の認識が高まる回復期での障害受容などの精神的なケアが不足していること、入院期限のある回復期病棟において、退院後の生活で麻痺による介助や食事内容の変更など家族の介護負担が大きく、家族に遠慮して患者が自分のことを決められないなどを援助の課題と感じていた。しかし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で共有できず、患者への統一したケアが難しい現状が捉えられた。援助が統一されないことで、記憶障害や注意障害などにより日常生活や社会生活に困難が生じる高次脳機能障害のある脳血管障害患者は特に混乱が強くなっていた。これらのことより、A病棟では一人ひとりが捉えている課題や改善案を表出して共有できること、特に脳血管障害患者に対して病棟として目指す援助方針やそれを看護職と介護職がともに実践できる体制が必要と考えられた。

そこで本研究では、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援助方針と、その援助を看護職と介護職が協働して実践できる援助体制を検討することを目的とする。

Ⅱ．用語の定義

生活の再構築：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。

Ⅲ．研究方法

本研究ではまず、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と援助体制の現状を把握し、患者と家族の現状、脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える上での病棟の現状と課題を明確化する。それらを看護職と介護職全員で共有し、病棟の現状と課題の改善につながるような援助方針と援助体制（以下、□で示す）を検討する。

筆者は研修生という立場で3～5回/月A病棟に行き、看護職と介護職の意見を表や図にまとめ、検討を進める。研究に同意の得られたA病棟看護職、介護職を対象とし、看護職には看護師と准看護師が含まれ、介護職には介護福祉士とヘルパーが含まれている。研究期間は2013年8月～2014年2月である。

1．脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える援助と援助体制の現状把握

1）質問紙調査による現状把握

(1) データ収集方法

自記式質問紙調査を行う。調査項目は、生活の再構築を支えるために、大切にしたい・必要と考える患者や家族への関わりと、生活の再構築を支える関わりを病棟全体で行うために必要だと思う援助や体制とする。これまでA病棟では課題を検討する機会が少なく、この時点で病棟の現状と課題を尋ねても回答を得られにくいと考えた。そのため大切にしている・必要と考える援助や援助体制から尋ねることで、そう考える根拠である患者や家族の現状、病棟の現状と課題も得られることを期待している。

(2) 分析方法

データは熟読し要約する。要約に際して、本来の意味を損なわないよう文脈単位で要約する。要約したものは、意味内容が類似するものを集約し、意味内容を現す表題をつけ分類とする。さらに分類できる時は初めの分類を小分類とし、最終的な分類を大分類とする。本文中では大分類を

≪≫、小分類を＜＞、要約を「」で表す。

2）聞き取り調査による現状把握

(1) データ収集方法

質問紙調査結果を看護職と介護職全員に個別にフィードバックし、脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える援助と援助体制の現状と、その根拠となる患者や家族の現状、病棟の現状と課題を聞き取る。質問紙調査だけでは得られない現状や課題を直接聞き取ることで、質問紙調査による現状把握を補完できると考えた。聞き取りは勤務時間中に、病棟内で 5 ～ 10 分程度行う。質問紙調査結果に対する意見内容をデータとし、意見内容は同意を得て IC レコーダーに残して逐語録を作成する。

(2) 分析方法

データは熟読し、本来の意味内容を損なわないよう文脈単位で要約する。要約したものは、意味内容が類似するものを集約し、意味内容を現す表題をつけ分類とする。さらに分類できる時は初めの分類を小分類とし、最終的な分類を大分類とする。本文中では大分類を≪≫、小分類を＜＞、要約を「」で表す。

2. 病棟の現状と課題の明確化

1-1）質問紙調査結果で示された患者と家族の現状、病棟の現状と課題の分類と 1-2）聞き取り調査結果で示された患者と家族の現状、病棟の現状と課題の分類を基に病棟の現状と課題を明確化する。本研究では、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その援助を看護職と介護職が協働して実践できる援助体制を検討することを目的としている。そのため、看護職と介護職の協働に関わる病棟の現状と課題を明確化できるようにする。それぞれの分類は、患者と家族の現状と病棟の現状と課題に分けて、同様の意味内容もしくはつながりのある分類を集約する方法で統合する。

3. ［援助方針と援助体制］素案の作成

1-1）質問紙調査結果で示された援助と援助体制の分類、1-2）聞き取り調査結果で示された援助と援助体制の分類を統合して筆者が［援助方針と援助体制］の素案を作成する。

4. 素案を基にした［援助方針と援助体制］の検討

1）取り組むこととデータ収集方法

3. で作成した素案を基に看護職と介護職、筆者で、実行可能で具体的な［援助方針と援助体制］を検討する。全員が検討に参加できるために、検討は複数回設定する。［援助方針と援助体制］の検討内容は同意を得て IC レコーダーに残し、逐語録を作成する。

2）分析方法

［援助方針と援助体制］の検討内容が分かるようにデータを要約する。

5. 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］の作成

病棟の現状と課題の解決につながるように、筆者が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］を作成する。3. で作成した素案に 4.［援助方針と援助体制］検討結果を加える。次に、具体的な実践に向けて援助内容を加える。援助内容は 1. 援助と援助体制の現状把握の小分類と 4.［援助方針と援助体制］検討結果を用いる。

6. 倫理的配慮

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、協力の拒否や中断によって不利益を被ることはないこと、個人情報の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と援助体制の現状

1）質問紙調査結果

(1) 実施期間と対象者の概要

質問紙調査は 2013 年 8 月に実施した。対象者は看護職 12 名、介護職 7 名である。質問紙調査は 16 名から回答を得られ、回収率は 84.2%であった。

(2) 看護職と介護職が大切にしている・必要と考える援助と援助体制

援助や援助体制の記述は 44 得られ、表 1 に示した。援助に関する記述は、≪患者・家族とともに今後の方向性を考える≫≪患者のペースや心理状態を尊重する≫などの 6 つに分類された。援助体制に関する記述は、≪看護職・介護職間の情報共有や意見交換を強化する≫などの 5 つに分類された。

(3) 患者と家族の現状、病棟の現状と課題

質問紙調査には、看護職と介護職が大切にしている・必要と考える援助と援助体制以外にも患者や家族の現状、病棟の現状と課題が書かれていた（表2)。患者と家族の現状の記述は9得られ、≪患者が自分の希望を言いにくい≫≪家族の介護負担が大きい≫などの6つに分類された。病棟の現状と課題の記述は5得られ、≪援助が統一されない≫などの2つに分類された。

2) 聞き取り調査結果

(1) 実施期間

聞き取り調査による現状把握は2013年9～10月に実施した。質問調査結果を内容分析した表1を7日に分けて看護職と介護職19名全員に個別にフィードバックし、意見や感想を聞き取った。

(2) 援助と援助体制の現状

援助と援助体制については21の語りが得られ、表3に示した。援助に関する語りは≪患者のペースや心理状態を尊重する≫≪家族が患者の支えになれるように関わる≫などの4つに分類された。援助体制に関する語りは、≪看護職・介護職間の情報共有や意見交換を強化する≫などの4つに分類された。

(3) 患者と家族の現状、病棟の現状と課題

患者と家族の現状の語りは4得られ、≪急性期から脱し身体・心理状態が整っていない状態で入院する≫≪誰かの支えや目標があることでがんばれる≫などの4つに分類された。病棟の現状と課題の語りは22得られ、≪援助が統一されない≫≪情報共有や援助の必要性を理解していてもできない≫≪いい援助をしている人はいてもそれが全体には広がらない≫≪介護職からは看護職に発言しにくい≫などの10に分類された。≪介護職からは看護職に発言しにくい≫には、＜医療的知識のある看護職を上に見て自分から発言するのを悪いと思う＞＜介護職の報告が看護職には不要な報告もしれない＞などが含まれた。≪情報共有や援助の必要性を理解していてもできない≫には＜大切に思っている援助はあるのに実施できない＞＜皆がいろいろ思っているのに実行できていない＞が含まれた（表3)。

表1 看護職と介護職が大切にしている・必要と考える援助と援助体制：質問紙調査結果

質問項目	大分類	小分類（件数）
生活の再構築過程を支えるために大切にしている・必要だと思う援助	①患者・家族とともに今後の方向性を考える	a. 患者・家族の思いや希望を踏まえて目標を考える(3) b. 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(2) c. 患者の意見を代弁し患者と家族の思いを近づける(1)
	②精神的な回復を支える	d. 日常生活の関わり時間を大切にして興味のもてることやできることを見つける(2) e. 援助をしながらコミュニケーションを図る(1) f. 患者・家族の期待や不安を理解した上で現状を説明する(1) g. 回復を焦らせないようにする(1)
	③活動を促す	h. リハビリのために病棟での有効な活動を考える(1)
	④患者の主体性を支える	i. 患者が伝えようとしていることに気づき確認する(1) j. 患者ができるところを把握して自分でできるように援助する(3) k. できるようになったことを患者・家族とともに喜び患者のリハビリ意欲を支える(1)
	⑤患者のペースや心理状態を尊重する	l. 患者の身になって援助する(1) m. 患者の体調を見極めて介助方法を変える(1) n. 気分が落ち込んでいる時は無理に促さない(1) o. 高齢者にはリハビリが苦痛にならないように働きかける(1) p. 1日の生活リズムを考えて援助する(1) q. 患者のペースや不安に配慮して介助する(1) r. リハビリの身体的負担を軽減する(1)
	⑥退院後も家族が患者の支えになれるように関わる	s. 退院後も家族も患者の支えになれるような労いの言葉かけや指導を行う(2) t. 自宅退院の場合は家族の生活リズムに合わせた援助も考える(1)
生活の再構築過程を支えるために大切にしている・必要だと思う援助体制	⑦看護職・介護職間の情報共有や意見交換を強化する	a. 患者のケアに関する情報をノートを活用して共有する(1) b. 介護職にもカルテに情報を書いてもらう(1) c. 介護職からの提案や意見も取り入れる(1) d. 患者をより理解するために看護職・介護職が情報共有を行う(4)
	⑧援助方法を統一する	e. 患者に合せた介助を統一する(1) f. リハビリと連携し援助方法を統一する(1) g. カンファレンスを行い方向性や援助方法を統一する(1)
	⑨業務を工夫し人員を確保する	h. 複数の患者を一人で同時に介助することのない安全な体制をつくる(1) i. カルテから情報収集を行い申し送りを簡略化する(1) j. 人員を確保し病棟でレクリエーションや自主練習を行う(1)
	⑩チームアプローチのために看護職として発言する	k. 看護計画の相談・修正・評価を行う(2) l. 多職種カンファレンスで看護職の援助内容や意見を出す(1)
	⑪看護職・リハビリ職との情報共有を強化する	m. 看護職・リハビリ職が相互に情報共有をする(1)

表 2 質問紙調査結果から抽出した患者と家族の現状と病棟の現状と課題

質問項目	大分類	小分類（件数）
患者と家族の現状	①一日の大部分で何らかの活動が促される	a.（1 日の）多くの部分が何らかの訓練になってしまう (2)
	②リハビリに対する期待が大きい中リハビリが思うように進まず落ち込む	b. リハビリに対する期待が大きいが、リハビリが思うように進まず落ち込んでいる (2)
	③訓練によってリハビリ意欲が低下することがある	c. 訓練ばかりだと嫌気がさしてしまう患者もいる (1)
	④患者が自分の希望を言いにくい	d. 患者自身が“迷惑をかけるから”と遠慮している (1)
	⑤家族の介護負担が大きい	e. カンファレンスでの検討が介護負担の軽減ばかりになっている (2)
	⑥入院前の生活に戻ることが難しいこともある	f. 障害を持つ前と同じ生活ができれば一番よいが、難しいこともある (1)
病棟の現状と課題	⑦援助が統一されない	a. 患者に合わせた援助を統一して行う方法は他にないだろうか (4)
	⑧看護計画を相談・共有する場がない	b. 看護師のみで行うカンファレンスがないため計画を相談・共有することができていない (1)

表 3 脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える援助と援助体制、患者と家族の現状と病棟の現状と課題：聞き取り調査結果

質問項目	大分類	小分類（件数）
生活の再構築過程を支えるために必要だと思う援助	①患者・家族とともに今後の方向性を考える	a. 患者の社会的要因を考えざるを得ない状況であっても患者と家族の意見を近づける努力はできる (1)
	②精神的な回復を支える	b. 精神面の支援が必要 (1)
	③患者のペースや心理状態を尊重する	c. 1 日の中でも調子の違いに合わせて無理をさせない (2) d. 患者のペースや意欲を尊重する (2)
	④家族が患者の支えになれるように関わる	e. 家族の支えが患者のリハビリ意欲につながっているため家族を支援する (1)
生活の再構築過程を支えるために必要だと思う援助体制	⑤看護職・介護職間の情報共有や意見交換を強化する	a. 介護福祉士がケアを通して気づいたことなどをカルテに記入する (4) b. 介護職からは発言しづらいため意見を出す場が必要 (3)
	⑥援助方法を統一する	c. 情報共有により介護職もチームの一員として統一した援助を行う (1) d. 援助方法の統一のための工夫や勉強会が必要 (4)
	⑦人員を確保する	e. 介護職の負担が大きくならないよう人員を確保する (1)
	⑧介護職の役割を示して実践を支える	f. 援助を躊躇しないために介護職の役割を明確にする (1)
	⑨急性期から脱し身体・心理状態が整っていない状態で入院する	a. 急性期の病院で治療し非常に疲れた状態で回復期病棟に入院する (1)
患者と家族の現状	⑩ 1 日のうちでも患者の調子に違いがある	b. 1 日のうちでもリハビリや入浴の後で患者の調子が違うこともある (1)
	⑪誰かの支えや目標があることでがんばれる	c.「〇〇が家で待っているから頑張らないと」など誰かの支えがあることがリハビリの意欲につながる (1)
	⑫家族の介護負担が大きい	d. 退院先が施設か自宅かによってリハビリ内容が変わる。本人の希望だけでなく、家族の介護力を考えないといけない (1)
患者と家族の現状	⑬看護職と介護職が情報共有・意見交換する場や機会がない	a. 人員不足のため介護職がケースカンファレンスに入ることが難しい (2) b. 介護職からの申し送り方法が人それぞれになっている (1)
	⑭情報共有が不足している	c. 情報共有のための申し送りノートがあっても活用しきれていない (1) d. 看護職が知っている情報を介護職が知らないことがある (1)
	⑮援助が統一されない	e. 援助の統一ができていないことがある (6)
	⑯情報共有や援助の必要性を理解していてもできない	f. 大切に思っている援助はあるのに実施できない (1) g. 皆がいろいろ思っているのに実行できていない (1)
	⑰病棟全体の行動変容につながる働きかけが難しい	h. 中にいるからこそ病棟を動かすことが難しい (1)
	⑱いい援助をしている人はいてもそれが全体には広がらない	i. いい看護が病棟全体に広がっていかずバラバラで看護をしている (1)
	⑲介護職からは看護職に発言しにくい	j. 医療的な知識のある看護職を上に見て自分から発言するのを悪いと思う (1) k. 介護職の報告が看護職には不要な報告かもしれない (1) l. 気づいたことはリハビリ的でなく普通のことである (1)
	⑳介護職も発言したい	m. 患者が何を求めているのかを発言したい (2)
	㉑看護の質が統一されていない	n. 受け持ち看護師によって看護の質が異なる (1)
	㉒退院後の生活に生かせる看護サマリーを書けない	o. 退院後の生活を意識した看護サマリーを書けない (1)

その他に、「質問紙調査でこんなに意見が出てくるとは思わなかった。皆の意見を共有できるのは良いと思う」という意見があった。

2. 病棟の現状と課題の明確化

1) 実施期間

病棟の現状と課題の明確化は2013年10月に実施した。

2) 質問紙調査と聞き取り調査の統合による病棟の現状と課題の明確化

1-1) 質問紙調査結果と1-2) 聞き取り調査結果を統合し、A病棟における患者と家族の現状、看護職と介護職の協働に関する病棟の現状と課題を明確化した。

(1) 脳血管障害患者と家族の現状

1-1) 質問紙調査で得られた分類は6であった。1-2) 聞き取り調査で得られた分類は4であった。これらの結果を統合して図1に示した。患者と家族の現状は、最終的に1.急性期を脱し日常生活や全身・心理状態が整えられないままリハビリが始まる、2.リハビリに対する期待が大きい中リハビリが思うように進まず落ち込む、3.患者によってリハビリ意欲やペースに違いがあり、訓練によって意欲が低下することもある、4.誰かの支えや目標があることでがんばれる、5.家族の介護負担が大きく患者が自分の希望を言いづらい時もあるという現状が明らかになった。

(2) 脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える看護職と介護職の協働に関する病棟の現状と課題

1-1) 質問紙調査結果と1-2) 聞き取り調査結果から病棟の現状と課題を明確化した過程を図2に示した。質問紙調査で得られた2つの分類と聞き取り調査結果から得られた10の分類から病棟の現状と課題を考えた。最終的に、1.患者と家族の現状を捉え、一人ひとりが必要と考え実践している援助はあるがそれを看護職・介護職がお互いに相談、検討、共有する場がない、2.情報共有や意見交換について介護職から看護職へは言いづらい時もある、の2つを病棟の現状と課題として取り組む必要があると考えられた。筆者から病棟看護職・介護職にこの2つの現状と課題を提示

質問紙調査と聞き取り調査から得られた患者と家族の現状の分類 →	最終的に考えられた患者と家族の現状
ア. 急性期から脱し身体・心理状態が整っていない状態で入院する（表3⑨） イ. 1日の大部分で何らかの活動が促される（表2①）	1. 急性期を脱し全身・心理状態が整えられないままリハビリが始まる
ウ. リハビリに対する期待が大きい中リハビリが思うように進まず落ち込む（表2②）	2. リハビリに対する期待が大きい中リハビリが思うように進まず落ち込む
エ. 1日のうちでも患者の調子に違いがある（表3⑩） オ. 訓練によってリハビリ意欲が低下することがある（表2③）	3. 患者によってリハビリ意欲やペースに違いがあり、訓練によって意欲が低下することもある
カ. 誰かの支えや目標があることでがんばれる（表3⑪）	4. 誰かの支えや目標があることでがんばれる
キ. 患者が自分の希望を言いにくい（表2④） ク. 家族の介護負担が大きい（表2⑤、表3⑫） ケ. 入院前の生活に戻ることが難しいこともある（表2⑥）	5. 家族の介護負担が大きく患者が自分の希望を言いづらい時もある

図1 質問紙調査結果と聞き取り調査結果から患者と家族の現状を明確化した過程

＊（）内は、どの方法から抽出された大分類であるかを示している。質問紙調査結果は表2、聞き取り調査結果は表3と示した

質問紙調査と質問紙調査結果のフィードバックから得られた病棟の現状と課題の分類 →	病棟の現状と課題を導く過程 →	病棟の現状と課題
ア. 看護職と介護職が情報共有・意見交換する場や機会がない（表3⑬） イ. 援助が統一されない（表2⑦、表3⑮） ウ. 情報共有が不足している（表3⑭） エ. 看護の質が統一されていない（表3㉑） オ. 看護計画を相談・共有する場がない（表2⑧） カ. 退院後の生活に生かせる看護サマリーを書けない（表3㉒）	・看護職間、看護職と介護職が情報共有・意見交換する場や機会がなく、援助が統一されていない。看護の質の向上と、看護職と介護職の協働を行うことで、病棟全体の援助の統一や援助の質の向上が期待できる。	1. 患者と家族の現状を捉え、一人ひとりが必要と考え実践している援助はあるがそれを看護職・介護職がお互いに相談、検討、共有する場がない
キ. 情報共有や援助の必要性を理解していてもできない（表3⑯） ク. 病棟全体の行動変容につながる働きかけが難しい（表3⑰） ケ. いい援助をしている人はいてもそれが全体には広がらない（表3⑱）	・必要と思っている援助はあるのにできないという思いや、援助を行っていても全体に広がらない現状を現状と課題に反映させることで、取り組みの動機づけを高められるのではないか。	
コ. 介護職からは看護職に発言しにくい（表3⑲） サ. 介護職も発言したい（表3⑳）	・介護職が意見を言いづらいことも看護職と介護職の情報共有・意見交換を阻害する。相手が情報提供や発言しやすい配慮が必要。	2. 情報共有や意見交換について介護職から看護職へは言いづらい時もある

図2 質問紙調査結果と聞き取り調査結果から病棟の現状と課題を明確化した過程

＊（）内は、どの方法から抽出された分類であるかを示している。質問紙調査結果は表2、聞き取り調査結果は表3と示した

表 4 ［援助方針と援助体制］素案の概要
＊（）内は、どの方法から抽出された大分類であるかを示している。質問紙調査結果は表 1、聞き取り調査結果は表 3 と示した。

援助方針	援助体制
ア . 患者・家族とともに今後の方向性を考える（表 1 ①、表 3 ①） イ . 精神的な回復を支える（表 1 ②、表 3 ②） ウ . 活動を促す（表 1 ③） エ . 患者の主体性を支える（表 1 ④） オ . 患者のペースや心理状態を尊重する（表 1 ⑤、表 3 ③） カ . 退院後も家族が患者の支えになれるように関わる（表 1 ⑥、表 3 ④）	キ . 看護職・介護職間の情報共有や意見交換を強化する（表 1 ⑦、表 3 ⑤） ク . 援助方法を統一する（表 1 ⑧、表 3 ⑥） ケ . 介護職の役割を示して実践を支える（表 3 ⑧） コ . 業務を工夫し人員を確保する（表 1 ⑨、表 3 ⑦） サ . チームアプローチのために看護職として発言する（表 1 ⑩） シ . 看護職・リハビリ職との情報共有を強化する（表 1 ⑪）

し、病棟全体で取り組みを行うことが決定した。

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］の素案

1）実施期間

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］の素案作成は 2013 年 10 ～ 11 月に実施した。

2）素案の作成結果

質問紙調査結果（表 1）で示された援助の 6 つの大分類と援助体制の 5 つの大分類、聞き取り調査結果（表 3）で示された援助の 4 つの大分類と援助体制の 4 つの大分類を統合して［援助方針と援助体制］の素案を作成した。素案の概要を表 4 に示した。

4. 素案を基にした［援助方針と援助体制］の検討

1）実施期間

素案を基にした［援助方針と援助体制］の検討は 2013 年 11 月～ 2014 年 1 月に実施した。

2）検討結果

素案を基に実現可能な具体策の検討を行った。本研究では病棟全体を巻き込んだ取り組みを目指しており、看護職と介護職全員が参加することを重視して、少人数ずつ 12 回検討を行った。

［援助方針］の検討では、主に素案ウ . エ . オ . に対する検討が行われた。活動を促す際には、患者のペースや心理状態を尊重して休息を取り入れるが、それは患者の意欲を高めてリハビリの継続を支えるために行う。しかしそのことを看護職と介護職で共通認識されておらず、患者が休息を希望しても休息をとって良いのか判断できないでいた。そのため、ウ . 活動を促す、エ . 患者の主体性を高める援助方針、オ . 患者のペースや心理状態を尊重するは独立した項目でなく、患者の意欲を高めるという援助方針に統合した。［援助体制］の素案は、看護職と介護職の協働に関わる項目（キ . ク . ケ . コ .）とリハビリ職も含めたチームでの協働に関わる項目（サ . シ .）の 2 つに集約された。キ . ケ . に対しては、介護職と看護職が日々の気づきを記入することで情報共有の充実や介護職の意欲向上にもつながることを期待して『気づきノート』（以下『』で示す）の導入が決定した。また、援助方針を共有するために、看護職で行っているケースカンファレンスに介護職が参加することが検討された。素案ケ . コ . に対しては、実践に向けてケースカンファレンスに介護職が参加しやすいために看護職が業務を交代することが検討された。その他に、このような話し合いは大事だと思うという意見や対象事例の選定や実践の開始時期に関する相談が看護職と介護職から出されるようになった。

5. 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］

4.［援助方針と援助体制］検討結果を 3. 素案に加えて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］を作成した（表 5）。［援助方針］の項目は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、の 4 つである。それぞれの項目にはその基になる素案の番号を示した。そして各項目には表 1,3 の小分類と［援助方針］素案の検討内容から作成されている援助内容を示した。どの表から採用した援助内容であるかを（）内に記載した。

［援助体制］のもとになる素案はキ～シまでの 6 項目が示されていた。その中から病棟の現状と課題である看護職と介護職の協働に関連する素案キ . ケ . コ . を基に示した。素案ク . は、素案までは援助体制に分類していた。しかし素案ク . は援助が統一されないという病棟の現状と課題であると考えたため、素案ク . は援助体制から削除した。最終的に、援助体制として①気づきノートの導入と②ケースカンファレンスの実施の 2 つが［援助体制］として考えられた。

表5 素案の検討により考えられた［援助方針と援助体制］

［援助方針］＊援助方針の項目は素案の項目を採用した。素案のどの項目を採用しているかを援助方針の（）内に示した。各援助方針には援助内容を・で示した。援助内容は表1,3の小分類と［援助方針］検討内容から作成されており、どこから採用した内容であるかを（）内に示した。

①患者・家族とともに今後の方向性を考える（素案ア）
・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（表1① a.b.）
・患者の意見を代弁し患者と家族の思いを近づける（表1① c. 表3① a.）
②精神的な回復を支える（素案イ）
・日常生活の関わりの時間を大切にし、興味の持てることやできることを見つける（表1② d.）
・援助をしながらコミュニケーションを図る（表1② e.）
・患者・家族の期待や不安を理解して現状を説明する（表1② f.）
・回復を焦らせないようにする（表1② g.）
③患者の意欲を支える（素案ウエオ）
・患者が伝えようとしていることに気づき確認する（表1④ i.）
・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（表1④ j.k.）
・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（表3③ d. 素案ウエオに対する検討）
＊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（表1⑤ m.n. 表3③ c.）
＊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（表1⑤ o.p.q.r.）
④退院後も患者の支えになれるように家族を支援する（素案カ）
・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（表1⑥ s. 表3④ e.）
・家族の生活リズムも考える（表1⑥ t.）

［援助体制］＊援助体制は素案と［援助体制］検討内容から作成されている。素案のどの項目を採用しているかを（）内に示した。・は［援助体制］検討内容を示している。

①気づきノートの導入（素案キ．ケ．）
・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（素案キ．ケ．コ．）
・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ために看護職が介護職の業務を引き受ける。

Ⅴ．考察

本研究では、脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える援助方針を看護職と介護職が共通理解し、協働して実施するための援助体制を検討した。この取り組みを通して重要と考えられた援助方針と援助体制について述べる。

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

本研究では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して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、の4つの援助方針が考えられた。これらの方針に共通していることは、心理社会的な回復を支援することで身体的回復も支援する点である。ここでは、これらの援助方針が考えられた背景からその重要性を考えたい。

看護職と介護職は、患者のペースに合わせて活動を促したいと考えていた。しかし入院期間中にADLが向上できないことで家族の介護負担が大きくなり、自宅退院が困難になることもある。自宅に退院できても患者と家族の生活に困難が生じることも多い。そのため休息によって患者の活動を低下させてしまう可能性を考えると、患者が休みたいと言っても受け持ち看護師以外のスタッフは休息を取って良いのか判断できず、援助が統一されないという病棟の現状と課題につながっていた。その結果、脳の損傷により疲労が生じやすい脳血管障害患者にとっては身体・精神的負担が大きく、活動意欲が低下する現状が生じた。しかし本研究で援助方針を検討したことにより、適切な休息は疲労の改善や心理・全身状態を整えることにつながり、患者の意欲を高めて活動を促すために必要であることを看護職と介護職が共通理解することができた。

このように相互に影響し合う身体・心理社会的な課題への介入の難しさは、自宅退院を支援する回復期病棟で起こりうる課題と考える。そのため看護職は、身体的回復を支えることに加え、心理社会的回復の援助の重要性を看護職と介護職で共通理解できるように努め、それをリハビリ職も含めたチームで検討し、援助を統一することが重要であると考える。

2. 脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える援助を看護職と介護職が協働して行うための援助体制

≪看護職と介護職が情報共有・意見交換する場や機会がない≫という病棟の現状と課題に対し、意見交換の場をつくることで情報共有や意見交換が強化され、援助の統一につながると考えられた。しかし、情報共有・意見交換が不足している背景には、場がないことに加え≪介護職からは看護職に発言しにくい≫という要因もあった。介護職は、＜医療的知識のある看護職を上に見てしまい自分から発言するのを悪いと思う＞＜介護職の報告が看護職には不要な報告かもしれない＞と考えていることが分かった。

回復期病棟において介護職は、全身管理とリハビリが行われる中で看護職と共に患者の生活援助を実践し、生活の再構築過程を支えている。しかし、特に脳血管障害患者は入院時に痰吸引や経鼻経管栄養管理などが必要になることが多い。患者の重症度が高いほど医療的管理が優先され、生活援助を専門とする介護職に遠慮や情報内容に対する自信のなさが生じ、援助者としての主体性が阻まれていると考えられた。それは患者が重症な状態を脱した後でも継続していた。

回復期リハビリテーション連絡協議会（2012）の報告によると、全国の 90% 以上の回復期病棟の新規入院患者のうち、その 2 割以上が重症患者であることが分かる。そのため、このような課題は多くの回復期病棟でも生じている可能性がある。介護職との協働において看護職は、情報共有や意見交換できる場をつくるだけでなくお互いが意見交換しやすい方法を考える役割がある。介護職から得られた情報がどのように患者の援助につながったかを共有するなどし、介護職自身が介護職のもつ情報の重要性を認識できるような働きかけが必要である。

3. 看護職と介護職の協働体制づくりにおいて重要な病棟全体の動機づけ

A 病棟にはこれまで課題解決に向けた取り組みを始めても継続することが困難であった。そのため看護職と介護職の協働体制の開始と継続には、場と意見交換のしやすさに加えて病棟全体の動機づけが必要と考えられた。

本研究では、一人ひとりの援助に関する考えを知ることから始めた。そして質問紙調査結果のフードバックによって他者の考えを知り、「こんなに意見が出てくるとは思わなかった」という驚きと同時に＜皆がいろいろ思っているのに実行できていない＞と、現状とのギャップを感じる機会になった。また、全員が患者や家族の現状を共有し、これらの現状を何とかしようと考えながら [援助方針と援助体制] を検討し、看護職と介護職から対象事例の選定に関する相談が出るようになった。

これらのことから、看護職と介護職がもともと持っていた“現状をもっと良くしようという思い”を全員で共有し、病棟全体で取り組む現状と課題として認識できたことが病棟全体の動機づけにつながったと考えられた。質問紙調査結果を全員にフィードバックしたことは、これまで知らなかった一人ひとりの“現状をより良くしようという思い”を知り自分の意見を表出しやすくする機会として重要であった。そして病棟の課題の明確化と [援助方針と援助体制] 作成において、看護職と介護職全員の意見を反映させて検討会を繰り返したことが、他者からの指摘や提示ではなく自分たちで導き出した病棟の現状と課題やその改善のための取り組みであるという認識につながる。このようなプロセスは取り組みに対する主体性を高め、病棟全体の動機づけにおいて重要であると考える。

Ⅵ. 今後の課題

本研究で作成した [援助方針と援助体制] は、A 病棟の看護職と介護職が捉える患者や家族の現状、病棟の現状と課題を基盤としている。そのため、現段階では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援助の全てを示したものとは言えない。今後実践を通して考えられる援助や課題を反映させながら [援助方針と援助体制] を充実させる必要がある。

Ⅶ. 結論

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整理された。[援助方針] を看護職と介護職が共通理解して実践するための [援助体制] は、看護職と介護職でケースカンファレンスを行うこと、介護職と看護職が自由に日々の気づきを記録し、共有できるように『気づきノート』を導入することであった。看護職と介護職の協働体制づくりにおいて、看護職と介護職がお互いに情報共有や意見交換しやすい場をつくること

と、病棟全体の動機づけが重要であると考えられた。

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。

文献

Alaszewski,H. Alaszewski,A. Potter,J.(2003). Life After Stroke:Reconstructing Everyday Life. 2015-12-7. https://kar.kent.ac.uk/7745/1/H.P.Alaszewski_Stroke_Nov_2003.pdf

回復期リハビリテーション病棟連絡協議会 .(2012). 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書 (p.10). 回復期リハビリテーション病棟連絡協議会 .

松平裕佳 . (2014). ケアチームとして介護職と協働する . リハビリナース , 7(3), (223)19-(225)21.

柴田明日香 , 西田真寿美 , 浅井さおり . (2003). 高齢者の介護施設における看護職・介護職の連携・協働に関する認識 . 老年看護学 , 7(2), 116-126.

上川智子 , 今城博子 . (2004). リハビリテーションの中の看護 . 臨床看護 , 30(13), 1921.

（受稿日　平成 27 年 8 月 31 日）

（採用日　平成 28 年 2 月　3 日）

Developing a Support System to Help Cerebrovascular Disease Patients in the Convalescent Rehabilitation Ward Reconstruct Their Lives

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 this study was to develop a support system to help cerebrovascular disease patients in the convalescent rehabilitation ward reconstruct their lives as well as to devise a strategy that would allow such a support system to be implemented through collaboration between nursing staff and care-workers.

The subject sample included 12 nurses and 7 care-workers of a convalescent rehabilitation ward. First, a questionnaire-based survey was conducted that focused on determining the state of support and the system that nurses and care-workers consider necessary for patients with cerebrovascular disease to reconstruct their lives. Next, based on the survey results, all nurses and care-workers discussed their opinions, shared the current situation of patients and their family members and discussed the current situation and problems in the ward. This process allowed nurses and care-workers to devise a support system that would help resolve the issues in the ward.

Two major problems were identified in the ward while supporting the reconstruction of the lives of patients with cerebrovascular disease. First, although some much required support was provided based on an understanding of the current situation of the patient and their family members, there was no dedicated place for nurses and care-workers to consult, discuss and share information among themselves. Second, care-workers sometimes had difficulties in sharing and discussing information with nurses.

The support system to help patients with cerebrovascular disease reconstruct their lives comprised 1) thinking of future courses of action with the patients and their family members, 2) supporting the patients' with psychological recovery, 3) supporting the willingness of the patient to recover and 4) supporting family members to enable them to assist the patients following hospital discharge. For implementation of support strategies, this collaborative support system between nursing staff and care-workers encouraged care-workers to participate in case conferences conducted by nurses and led to introduction of a 'comment notebook' wherein care-workers and nurses can share remarks freely on a daily basis.

For creating a collaborative system between nurses and care-workers, we believe that it is important to create a place where nurses and care-workers are able to easily share information and exchange opinions as well as to encourage their willingness in improving the present situation for motivating the patients.

Key words: convalescent rehabilitation, cerebrovascular disease, life reconstruction, collaboration between nurses and care-workers