

〔資料〕

回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害をもつ患者と
その家族の看護に関する文献検討

原田 めぐみ

A Literature Review of Nursing Research Related to Cognitive Dysfunction Patients
and Family Care in Rehabilitation Ward

Megumi Harada

I. はじめに

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年に新設された。

全国に約91,000病床ある回復期病棟で、2021年に入院した患者の疾患のうち脳卒中は44.7%であり、脳卒中のうち高次脳機能障害を伴う患者は37.6%を占める（回復期リハビリテーション病棟協会，2022，p.36）。

回復期では、ADLの向上に伴い高次脳機能障害の生活への影響が明らかになる。そして高次脳機能障害は、その特性から、周囲の理解や配慮が得られにくく、日常生活や就労において支障をきたす場合がある。入院中に退職を決める場合も多く、復職の可能性があっても、患者が諦めてしまう現状が少なからずある。そのため、看護職は高次脳機能障害による患者の困りごとや生活の困難さを理解するとともに、患者自身が高次脳機能障害の生活への影響を認識し、代償能力の獲得や主体的な生活の再構築、復職ができるように、家族も含めて支援することは重要であると考えられる。しかし、回復期病棟において、高次脳機能障害をもつ患者への看護について、個々の研究による知見は整理されていない。

筆者は、就労の支援に焦点をあてた看護を検討することを目指しているが、今回の取り組みとしては、まず、高次脳機能障害をもつ患者と家族への看護について、どのような報告がされているかを確認する。わが国の回復期病棟に

おける高次脳機能障害をもつ患者とその家族への看護に関する研究を把握し、それらの研究で示されている知見を整理する。それによって、回復期病棟での、高次脳機能障害のある生活における患者の思い、看護職による高次脳機能障害をもつ患者の捉え方、高次脳機能障害をもつ患者とその家族に対する看護の現状を把握し、看護の課題を明確化することを本研究の目的とする。

II. 方法

1. 文献の検索方法

医学中央雑誌Web版（Ver.5）のデータベースを用いて文献検索を行った。検索期間は、回復期病棟が新設された2000年から2022年3月現在までとした。検索キーワードは、「高次脳機能障害」と「回復期リハビリテーション」、「リハビリテーションセンター」、「在宅」をそれぞれかけ合わせ、絞り込み条件として分類を「看護」に限定した。また、解説、会議録、総説を除き、原著論文、研究報告、症例報告を対象とした。さらに、検索漏れを防ぐために、上記の検索にて抽出された文献の著者が発表している他文献の確認と、引用文献の参照を行った。検索結果の抄録内容および本文を精読し、回復期病棟での、高次脳機能障害のある生活における患者の思い、看護師による高次脳機能障害をもつ患者の捉え方、高次脳機能障害をもつ患者とその家族に対する援助に関するいずれの記述もない文献と、本研究では成人期以降の高次脳機能障害をもつ患者とその家族への回復期病棟での看護の現状を明らかにするため、児を対

象とした文献は対象外とした。文献検索では、看護学が専門の研究者によるスーパーバイズを受け、妥当性の確保に努めた。

2. 分析方法

対象論文はレビューシートを作成し、著者名、発表年、研究目的、研究対象、対象の高次脳機能障害、研究デザイン、収集したデータ、結果及び考察の概要を整理した。研究デザインの整理は、Grove, SK. et al. (2013/2015) と黒田 (2017) を参考にした。

次に、研究の内容から、高次脳機能障害のある生活における患者の思いを抽出した。また、看護師による高次脳機能障害をもつ患者の捉え方と、高次脳機能障害をもつ患者とその家族に対する援助に関する記述をそれぞれ抽出して要約した。抽出した内容と要約した内容は、内容の類似性により分類した。さらに分類できる場合は初めの分類を小分類とし、最終的な分類を分類とした。

抽出した内容と分類は、看護学を専門とし、質的帰納的分析に精通した研究者によるスーパーバイズを受け、妥当性の確保に努めた。

3. 用語の定義

「高次脳機能障害」という用語は、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を主たる要因として日常生活および社会生活への適応に困難を有する一群への支援対策を推進する観点から、行政的に、この一群が示す認知障害を「高次脳機能障害」と呼ぶことが適当であるとされている。しかし学術用語としては、脳損傷に起因する認知障害全般を指しており、いわゆる単症状としての失語・失行・失認なども含まれている（国立障害者リハビリテーションセンター，2008）。本研究では、脳損傷に起因する認知障害全般を「高次脳機能障害」とする。

Ⅲ. 結果

1. 文献の検索結果

医学中央雑誌 Web 版の検索結果は 294 文献であった。294 文献のうち、原著論文、研究報告、症例報告は 94 件であった。回復期病棟での、高次脳機能障害のある生活における患者の思い、看護師による高次脳機能障害をもつ患者の捉え方、高次脳機能障害をもつ患者とその家族に対する援助に関するいずれの記述もない 82 件と、児を対象とした 1 件は対象外とした。回復期病棟での、高次脳機能障

害のある生活における患者の思い、看護師による高次脳機能障害をもつ患者の捉え方、高次脳機能障害をもつ患者とその家族に対する援助に関するいずれかの記述が含まれる文献は 11 件であった。さらに、検索にて抽出された文献の著者が発表している他文献の確認により 1 件あり、最終的に 12 文献を対象文献とした。

2. 対象文献の概要

対象とした 12 文献の概要の一覧を表 1 に示した。以下、本文中で示す No. は表 1 の文献 No. に対応している。

発表年は、2000 年～2010 年が 0 件、2011～2015 年が 6 件、2016～2020 年が 6 件、2021 年から検索日までは 0 件であった。

患者を対象とした文献が 10 件、患者と家族を対象とした文献が 1 件、看護職とリハビリ職、介護福祉士を対象とした文献が 1 件であった。

対象患者の高次脳機能障害は、記憶障害 (No. 3, 6, 12)、注意障害 (No. 2, 5, 6, 11, 12)、半側空間無視 (No. 2, 12)、遂行機能障害 (No. 6)、社会的行動障害 (No. 2, 9)、失語 (No. 3, 4, 5, 9)、見当識障害 (No. 6) であった。No. 1, 7, 8, 10 は、具体的な障害特性の記載はなかった。

研究デザインは、量的記述的研究が 4 件 (No. 1, 5, 8, 11)、質的記述的研究が 8 件 (No. 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12) であった。

以下に文献の内容別に結果を示す。分類は【】、小分類は本文中の< >、要約は「」で示した。

1) 高次脳機能障害のある生活における患者の思いに関連する文献

高次脳機能障害のある生活における患者の思いを記している文献は、No. 2 と No. 12 であった。抽出した内容は、内容の類似性により 4 つに分類された。

【注意障害に対する理解】は、「足が支えられないのはまだ脳が眠っているからだと言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」「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」(No. 2) であった。

【左半側空間無視のある生活】は、「娘と映画を見に行っていたけど、字幕が左から始まるので、文章が途中からしか読めず、周りが笑っていても自分は分らずに残された感じだった」「自分では真ん中に書いているつもりなのに、後から見るとこんなに左側が開いていた。左無視があるか

表1 回復期病棟における高次脳機能障害をもつ患者とその家族の看護に関する研究の一覧

No.	著者 (発表年)	研究目的	①研究対象②対象の高次脳機能障害③研究デザイン ④収集したデータ	結果及び考察の概要
1	福元ら (2019)	脳血管疾患患者の転倒に関わる要因の調査・分析	①脳血管疾患患者 205 名②記載なし③量的記述的研究④転倒群と非転倒群の電子カルテと転倒群のインシデント報告	脳出血、高次脳機能障害、利き手側麻痺が転倒に影響を及ぼしていた。失語症により訴えを言葉として他者に伝えられず、自ら行動を起こし転倒につながる。このような特性を援助者が理解していないことにより「その場から離れた・対応が遅れた」といった要因につながる。
2	原田ら (2019)	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の考察	①脳血管障害患者 3 名②易怒性・感情失禁・易疲労性・病識欠如・注意障害・半側空間無視③質的記述的研究④参与観察と半構成的面接記録	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ことで、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った。これらは主体的な生活の再構築につながると考えられた。
3	北村ら (2018)	服薬支援の患者の在宅生活への活用の現状と課題の明確化	①入院中に内服自己管理が可能になった高次脳機能障害患者と家族 3 事例②失語・記憶障害③質的記述的研究④半構成的面接記録	ADL が自立している対象者の場合、患者自身も家族も「大丈夫」と評価しがちであり、退院後は内服確認する者がいないことが分かった。服薬支援では、服薬に対する意識づけ、患者の状態と服薬管理能力の把握を、患者だけでなく家族と共有する関わりが必要である。
4	有岡ら (2017)	患者に合った服薬方法の明確化	①脳梗塞後遺症のある患者 1 名②運動性失語③質的記述的研究④半構成的面接記録	介助者へ服薬したことを視覚的手段で伝えられるカレンダー式の方法が適していた。服薬管理のための情報収集の際に、プロセスレコードを利用したことで、患者・家族の深い思いを知り、今後の方針を考えた。
5	山口ら (2017)	コミュニケーション困難な患者の再転倒要因の明確化	①脳出血患者 1 名②失語症、注意障害③量的記述的研究④転倒・転落事例の診療録、インシデントレポート、転倒時の状況	転倒の根本要因はコミュニケーション手段の確立が困難、患者の身体機能や行動パターンにあった。看護計画の不足、他職種間・看護師間の連携不足、安全対策について医療チームスタッフ全員の周知・徹底不足が明らかになった。
6	和田ら (2016)	社会復帰する患者とその家族への援助の分析による援助方法の検討と考察	①患者 1 名②記憶障害・見当識障害・遂行機能障害・注意障害・右同名半盲③質的記述的研究④カルテの援助内容	離床の機会を増やすことで覚醒度・自発性の向上、今までの生活を取り入れたプランの導入で、役割をもち、徘徊、混乱を軽減することにつながった。
7	三好ら (2015)	急性期・回復期病棟入院中の就労支援のあり方の検討	①就労中の脳卒中患者 10 名（うち高次脳機能障害患者 4 名）②特性の記載なし③質的記述的研究④半構成的面接記録	就労中の脳卒中患者は、家族や生活のために発症直後から就労を考えているが、入院中の病院では就労への支援は受けていなかった。病院では、就労支援のためのスクリーニングを行い患者や家族のニーズに沿った支援をチームで行うこと、就労支援システムの構築の必要性が示唆された。
8	大野ら (2015)	各職種の外出泊に対する考え方を把握し外出泊向上の方法を見出す	①看護師 54 名、介護福祉士 25 名、PT43 名、OT31 名、ST17 名②特性の記載なし③量的記述的研究④質問紙調査内容	看護師は家族の介護力を重視し、PT は安全に移動でき指示の守れる認知機能の高い患者を選定していた。OT は ADL の低い高次脳機能障害の強い患者こそ行くべきという意見が多かった。
9	三木ら (2014)	実現可能な具体的な目標設定とスケジュール表を用いた効果の明確化	①脳血管障害患者 2 名②失語症、社会的行動障害③質的記述的研究④実践内容	絵文字カードにより自分のタイミングで意思を非言語的に表現することができ、情動のコントロールが可能となり物を叩くなどの社会的行動障害は緩和された。回復希求が高まった。
10	片岡ら (2014)	視覚的情報カードの効果の評価	①高次脳機能障害患者 7 名②特性別の対象選定なし③質的記述的研究④安全カード使用状況	認知機能障害を伴う高次脳機能障害患者の転倒・転落が多く、排泄や自室内での転倒・転落が多かった。高次脳機能障害患者の特性から、口頭だけでなく視覚に訴える視覚的情報カード（安全カード）は有用であった。
11	齋ら (2012)	ペーシング障害患者への看護の特性・傾向、今後の課題の明確化	①患者 18 名②ペーシング障害（注意障害）③量的記述的研究④食事場面における看護記録	アセスメントツールの中でペーシング障害を査定するための項目は「食事のペースが速い」の 1 項目のみであり、より客観的な評価基準が必要である。また、家族への指導の記録が 0 件であった。家族にも患者の食事の状況を見てもらい、指導を行うことが必要である。
12	一宮 (2011)	高次脳機能障害患者の自己効力感を高めるための援助の考察	①くも膜下出血患者 1 名②左半側空間無視・注意障害・記憶障害③質的記述的研究④実践内容	退院後の生活で予測される問題への対応の患者、家族への説明、退院後困った時に相談する場所への介入も不足していた。退院後挑戦したことがうまくいかず、今までと違うことを実感して閉じこもり、自己尊重の低下をきたした。再入院中は心理的安定を図り、行動修正や新たな適応行動の習得に向けた支援を行った。

ら注意しているのにこんなことになる」(No. 12)であった。

【対人関係の困難さ】は、「自分の意思が伝えられないのが辛い (No. 2)」「集中できなくなったし、すぐにイライラしてしまい感情のコントロールができないから他人と付き合うのも嫌になっている (No. 12)」であった。

【職場復帰】は、「早く仕事に戻りたいが今のままでは仕事はできないと感じている (No. 12)」であった。

2) 看護師による高次脳機能障害をもつ患者の捉え方に関連する文献

看護師が高次脳機能障害をもつ患者をどのように捉えているかが確認できた文献は7件 (No. 1, 2, 4, 5, 6, 9, 12) であった。抽出した内容は、7つに分類され、小分類とした。さらに分類して4つに分類された。分類した内容を表2に示した。

看護師は、高次脳機能障害をもつ患者を【高次脳機能障害の日常生活への影響】【高次脳機能障害の精神面への影響】を受けている、【高次脳機能障害のある生活を営む当事者】【生活を再構築する主体】として捉えていた。【高次脳機能障害の日常生活への影響】では、＜高次脳機能障害による日常生活の困難さ＞を捉えて援助を実施し、＜援助による日常生活の変化＞を捉えていた。【高次脳機能障害の精神面への影響】では、＜高次脳機能障害による感情コントロールの困難さ＞を捉えて援助を実施し、＜援助による精神面の変化＞を捉えていた。【高次脳機能障害のある生活を営む当事者】では、＜患者にとっての高次脳機能障害＞＜患者が体験する高次脳機能障害のある生活＞を捉え

ていた。＜患者にとっての高次脳機能障害＞の要約は、「歩行練習時、障害物への接触が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」であった。【生活を再構築する主体】では、＜生活の再構築に向けた患者の思い＞を捉えていた。

3) 高次脳機能障害をもつ患者の看護に関連する文献

高次脳機能障害をもつ患者に対する看護が確認できた文献は、No. 1～No. 12までの12件であった。要約した内容は、内容の類似性により9に分類され、小分類とした。さらに分類して5つに分類された。分類した内容を表3に示した。

高次脳機能障害をもつ患者に対する看護は、【転倒予防】【ADL向上】【服薬管理】【外泊訓練】【退院後の生活・働くことの支援】が明らかにされていた。

【転倒予防】は、＜高次脳機能障害の特性を理解して転倒予防策を検討する＞であった。

【ADL向上】は、＜高次脳機能障害の特性を理解して心身が安定した状態でADL向上を支援する＞＜多職種で援助方法を統一して排泄動作の自立を支援する＞であった。

【服薬管理】は、＜高次脳機能障害の特性を理解した上で服薬管理支援を行う＞、患者が＜自分の状態を理解して服薬管理できるように支援する＞であった。

【外泊訓練】は、＜入院中に外泊訓練を行う＞であった。

【退院後の生活・働くことの支援】は、入院時から復職の希望がある患者に対して＜退院後の生活・復職に対する自己効力感を高める＞＜退院後の生活・復職に対する主体性を高める＞看護が実施され、＜就労支援システムを構築

表2 看護師による高次脳機能障害をもつ患者の捉え方に関する文献

※ () 内は、文献No.を示す。

分類	小分類	要約〔一部抜粋〕
高次脳機能障害の日常生活への影響	高次脳機能障害による日常生活の困難さ (No. 1, 2, 4, 5, 6, 9, 12)	・自発性が乏しく下肢筋力の低下に伴い、歩行状態は不安定で転倒リスクは高かった (No. 6) ・食事中に他患者が動いていると目を向けてしまい食事摂取を忘れる (No. 9)
	援助による日常生活の変化 (No. 2, 6, 9, 12)	・レクリエーションで他者との交流や、共同作業などの刺激があり、表情も豊かになり活動性が向上した (No. 6)
高次脳機能障害の精神面への影響	高次脳機能障害による感情コントロールの困難さ (No. 2, 6, 9)	・易怒性と易疲労性があり、リハビリが進むことでストレスが生じ、感情を激しく表出した (No. 2) ・失語症により自分の意思が伝わらない時に物を叩く行為が見られた (No. 9)
	援助による精神面の変化 (No. 2, 6, 9)	・コミュニケーション方法を工夫し、患者は自分のタイミングで意思を非言語的に表現することができ情動コントロールが可能となった (No. 9)
高次脳機能障害のある生活を営む当事者	患者にとっての高次脳機能障害 (No. 2)	・歩行練習時、障害物への接触が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 (No. 2)
	患者が体験する高次脳機能障害のある生活 (No. 12)	・退院後の生活の多くの場面で高次脳機能障害の症状を体験し生活の難しさを自覚され、苦労していることが分かった (No. 12)
生活を再構築する主体	生活の再構築に向けた患者の思い (No. 2)	・自分で洗濯することや、どのような父親でいたいのか、職場復帰のために誰を頼ると良いか自分で考えるようになった (No. 2)

する>必要性が指摘されていた。<就労支援システムを構築する>は、現在就労している脳卒中患者が、急性期・回復期病棟で就労につながる支援を受けた認識は低い現状があり、「再就労への思いを把握し、患者や家族のニーズに沿った支援をチームで行う就労支援システムを構築する」必要があると示されていた。

4) 高次脳機能障害をもつ患者の家族の看護に関連する文献

高次脳機能障害をもつ患者の家族に対する看護が確認できた文献は5件（No. 2, 3, 4, 11, 12）であった。要約した内容は、内容の類似性により2つに分類された。

家族に対する看護は、【家族に患者の理解を促して患者に対応できるようにする】（No. 2, 3, 4, 11, 12）が実施され、【退院後の困りごとを予測して対応方法を伝える】（No. 12）必要性が指摘されていた。【家族に患者の理解を促して患者に対応できるようにする】の要約は、「家族に高次脳機能障害の生活への影響を説明することで、患者の感情が高ぶった時に、家族が落ち着いて対応できていた（No. 2）」等であった。

IV. 考察

1. 高次脳機能障害をもつ患者の理解に関する看護の課題

結果2.2)、3)より、看護師は、高次脳機能障害をもつ患者の<高次脳機能障害による日常生活の困難さ><高

次脳機能障害による感情コントロールの困難さ>を捉え、<高次脳機能障害の特性を理解して転倒予防策を検討する><高次脳機能障害の特性を理解して心身が安定した状態でADL向上を支援する>等、常に高次脳機能障害の特性を捉えて援助を行い、援助後は<援助による日常生活の変化><援助による精神面の変化>といった、援助による高次脳機能障害への影響を捉えるプロセスを踏んでいた。

しかし、結果2.1)より、高次脳機能障害のある生活における患者の思いを記していた文献は、No. 2とNo. 12のみであった。文献No. 2では、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ても、患者は障害があること自体を感情的に否定した。その時、患者は「足が支えられないのはまだ脳が眠っているからだ」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」と思っていた。当事者の立場から山田（2013）は、左側空間無視について“それは目に見えないのではなく、注意との関わりで私の意識の中に存在しないし、左に世界があると言われても、その言葉自体が私には意味がない。左にあると言われる世界に興味が起こらない”と表現している。さらに、このような“無い”ということが患者にとってどういう体験なのか、患者とリハビリ職との間に共通の認識が成立していないと指摘している。また、鈴木（2021c）は、注意障害とは単に気が散りやす

表3 高次脳機能障害をもつ患者の看護に関連する文献

※（）内は、文献No.を示す。

分類	小分類	要約〔一部抜粋〕
転倒予防	・高次脳機能障害の特性を理解して転倒予防策を検討する（No. 1, 5, 10）	・認知機能障害を伴う高次脳機能障害の特性から、視覚的情報カードを用いる（No. 10）
ADL向上	・高次脳機能障害の特性を理解して心身が安定した状態でADL向上を支援する（No. 2, 6, 9, 11） ・多職種で援助方法を統一して排泄動作の自立を支援する（No. 6）	・易疲労とストレスコントロール困難に対して、思いを傾聴して休息により心身を整え、患者の意欲を高めて活動を促す（No. 2） ・多職種と連携し、道順の提示等、行動レベルのケアを検討して統一し、トイレ動作の自立と各部屋の認識力を向上する（No. 6）
服薬管理	・高次脳機能障害の特性を理解した上で服薬管理支援を行う（No. 4） ・自分の状態を理解して服薬管理できるように支援する（No. 3, 4）	・失語によるコミュニケーション障害を理解して一方的にならないように支援する（No. 4） ・患者の状態と服薬管理能力の把握を患者・家族と共有する（No. 3）
外泊訓練	・入院中に外泊訓練を行う（No. 7）	・訓練の結果としての外出泊ではなく、外出泊が効果的な訓練になるという職員の意識改革を行う（No. 7）
退院後の生活・働くことの支援	・退院後の生活・復職に対する自己効力感を高める（No. 12） ・退院後の生活・復職に対する主体性を高める（No. 2） ・就労支援システムを構築する（No. 7）	・窓ふきや草取りといった作業活動を通じて、他者の評価による達成感や成功体験を得られるように支援する（No. 12） ・退院後の生活や社会参加、役割遂行を考えて活動を促すことで、自分で生活のリズムを整え、職場復帰に必要なことを考えられるように支援する（No. 2） ・再就労への思いを把握し、患者や家族のニーズに沿った支援をチームで行う就労支援システムを構築する（No. 7）

いというレベルではなく、目の前にある本の1行を“見続けることすらできない”。ひとつの情報に集中しようと頑張っても、周囲の無駄な情報が強制的に脳に侵入し、それを脳が勝手に処理してしまおうとするのを“自力では止められない”。そしてこのような当事者の不自由感・不可能感を医療職全般が過小評価していると指摘している。

看護職は、高次脳機能障害の生活への影響を捉えて援助を行う。しかし、患者が理解されていないと感じる状態でリハビリや看護が提供される場合、援助に納得できず、患者の主体性の回復や動機づけ、医療職者との信頼関係の構築において十分な効果が期待できない。そのため、看護職が患者の高次脳機能障害の特性を理解するために、＜患者にとっての高次脳機能障害＞（No. 2）、＜患者が体験する高次脳機能障害のある生活＞（No. 12）を、患者とともにつかみ出して理解する援助は特に重要であり、No. 2, 12では、高次脳機能障害のある生活における患者の思いを把握することでその援助が可能になっていた。これらのことから、高次脳機能障害のある生活における患者の思いを理解することを含めた高次脳機能障害に対する知識の向上のための看護職への教育的支援が必要と考える。

2. 高次脳機能障害をもつ患者に対する看護の課題

回復期病棟の看護職は、常に高次脳機能障害の特性を理解した上で、転倒を予防しながら多職種で援助を統一して患者のADL、服薬といった手段的日常生活動作（以下、IADLとする）の向上に貢献していた。また、患者を【生活を再構築する主体】【高次脳機能障害のある生活を営む当事者】と捉えることで、＜退院後の生活・復職に対する自己効力感を高める＞＜退院後の生活・復職に対する主体性を高める＞という、患者が高次脳機能障害のある生活・復職を通して主体的に生活を再構築することを支えていた。

しかし、文献No. 7では、現在就労している脳卒中患者が、急性期・回復期病棟で就労につながる支援を受けた認識は低く、No. 12では、患者が復職への不安を抱えていた。そのため、回復期病棟における高次脳機能障害をもつ患者の働くことの支援の現状と看護の課題を考察する。

1) 回復期病棟における働くことの支援の現状

高次脳機能障害の当事者の就労上の課題には、職務遂行、疲労しやすさ、自己理解とのギャップ、周囲の理解が挙げられており、在宅生活では職業準備性を意識して、就労移行支援・就労継続支援等の事業を活用することが示されて

いる（東京都心身障害者福祉センター，2021）。働くことの理解、生活習慣、作業遂行能力や対人関係のスキルなどの基礎的な能力を指す職業準備性を基に、高次脳機能障害の特性を踏まえて作成された就労準備性（渡邊，2014）（表4）があり、こうした条件がおおよそ整えば、就労の可能性があるとされている。

表4 就労準備性

1. 日常生活が自立している。
2. 病状が安定している。
3. 働きたいという強い意志（自発性）がある。
4. 生活のリズムが整っている。
5. [5～6時間の作業と運動] × 1週間に耐えられる体力がある。
6. 交通機関を1人で安全に利用できる。
7. 高次脳機能障害を正しく理解している（病識）。
8. 高次脳機能障害を補いながら仕事ができる（代償能力）。
9. 感情のコントロールができる。

※渡邊（2014）より許諾を得て使用（転載）

回復期病棟では、高次脳機能障害及び職業能力のアセスメント、社会資源活用の支援、就労移行・定着に向けた情報提供、院外就労支援（池田ら，2017）、作業療法士が中心となった復職・就労支援（小野瀬ら，2021；生田ら，2021）、就労支援チームによる就労支援強化プログラムの実施と地域の就労支援機関との連携（武原，2021）を実施している施設もある。しかし、前述の就労支援チームに看護職は含まれていない。

2) 回復期病棟の看護職が実施する働くことの支援の現状と課題

復職の支援を行った文献No. 2とNo. 12の対象患者と家族には、入院時から復職の希望があった。しかし、入院時の復職の希望の有無に関わらず、働くことのニーズを把握して患者のもつ力を高めることで、患者が働くことを選択できる余地が拡大すると考えるが、働くことのニーズを把握して患者のもつ力を高め、意思決定を支援するといった研究報告はない。回復期病棟の看護職は、疾患管理に留意しつつ、チームアプローチにより機能向上やADLとIADLの改善を支援している。これらは、就労準備性の『1. 日常生活が自立している』、『2. 病状が安定している』につながる。また、＜退院後の生活・就労に対する自己効力感を高める＞＜退院後の生活・就労に対する主体性を高める＞は、『3. 働きたいという強い意志（自発性）がある』に関わる。さらに、感情のコントロールや病識、易疲労性との付き合

い方等についても、日常生活援助において実施可能である。つまり、疾患管理と生活支援を担う看護職が、作業療法士等の多職種と協働して就労準備性を高める支援を実施することで、復職や就労に向けて患者のもつ力を高めることができる。それは、収入を得ること、社会とのつながりの構築、生きがいや自己実現といった、一人ひとりの生き方を支えることにつながる。

しかし、回復期病棟入院患者の年齢の全国平均は76.9歳であり、入院患者のうち65歳未満は15.3%（回復期リハビリテーション病棟協会，2022，p.34）と少ない。そのため、退院後の復職や就労移行への準備や情報提供の機会が少なく、実践を通して看護職が継続的に支援方法を学ぶことが難しいと考えられる。これらのことから、看護職が実施する働くことの支援の充実が必要であると考ええる。

3. 高次脳機能障害をもつ患者の家族に対する看護の課題

文献No.2では、家族に高次脳機能障害の生活への影響を説明することで、患者の感情が高ぶった時に、家族が落ち着いて対応できていた。高次脳機能障害者の主介護者が抱く介護肯定感の影響要因は、主介護者の健康状態、家族機能、対処行動である（加藤ら，2019）ことから、【家族に患者の理解を促して患者に対応できるようにする】退院後の困りごとを予測して対処方法を伝える】援助は、家族の対処能力を高め、家族が患者と家族間の関係性を保ちながら生活を継続することにつながると考える。

しかし、高次脳機能障害である感情コントロール障害、遂行機能障害、発動性低下、対人関係の障害、病識低下は、介護負担になっている（渡邊，2019）。また、高次脳機能障害の当事者として鈴木（2021b）は、受傷後の脳の状態を“周囲の環境情報の処理だけで脳の情報処理容量をほぼ使い切ってしまうような状況”が起こり、処理すべき情報量や課題の複雑さから、退院後の方がはるかにその頻度は上がる（鈴木，2021b）と表現している。また、“できないことそのもの”よりも、家族を始めとする周辺者にできないことを理解してもらえないこと、責められることが大きな苦しみを与える（鈴木，2021a）。このような在宅生活での状況から、高次脳機能障害をもつ患者の退院後では、環境変化に伴い体調や症状が悪化する可能性がある。そのため、退院後も訪問看護や訪問リハビリ等の専門職による高次脳機能障害への援助を継続して受け続けることで、患者は認知機能の回復が期待でき、家族は困りごとを継続的に

に相談できる。そのため、回復期病棟の看護職は、家族の理解と対処能力を高める支援とともに、患者と家族が退院後も継続して専門職の支援を受けられるように、社会資源の選択を支援すること、新型コロナウイルス感染症の影響による面会制限の中でも、電話やリモート面会等で、家族に患者の状態を伝える等の工夫をして、家族が患者を理解できるように支援すること、退院後の環境変化による患者と家族の困りごとの予測と説明を行うことができるような、看護職への教育的支援が必要であると考ええる。

V. おわりに

本研究は回復期病棟における高次脳機能障害をもつ患者とその家族に関する研究12件について、対象者の特徴、研究の内容を明らかにした。

その結果、患者に対する看護では、高次脳機能障害のある生活における患者の思いを理解することを含めた高次脳機能障害に対する知識の向上のための看護職への教育的支援、働くことの支援の充実が課題と考えられた。

また、患者と家族に対する看護では、患者と家族が退院後も継続して専門職の支援を受けられるように、社会資源の選択を支援することが課題と考えられた。

家族に対する看護では、家族が患者を理解できるように支援すること、退院後の生活環境の変化による患者と家族の困りごとの予測と説明を行うことができるような、看護職への教育的支援の充実が課題と考えられた。

謝辞

本研究に対して、ご指導・ご助言をいただきました藤澤まこと先生に感謝申し上げます。

利益相反

本研究における利益相反はない。

対象文献

福元雅子，大城あや，松田光栄．（2019）．回復期リハビリテーション病棟における脳血管疾患患者の転倒分析．愛仁会医学研究誌，51，12-15．

原田めぐみ，奥村美奈子．（2019）．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．岐阜県立看護大学紀要，19(1)，41-52．

北村直子, 伊賀雄, 西田由紀子ほか. (2018). 高次脳機能障害のある患者の退院後の在宅における服薬管理の現状. 鳥取臨床科学研究会誌, 10(2), 109-115.

有岡祐貴, 北村香名恵, 山口里美ほか. (2017). 運動性失語症および難聴により複雑なコミュニケーションが困難な一患者への服薬支援. 鳥取臨床科学研究会誌, 9(2), 116-119.

山口里美, 村上恵, 有岡祐貴ほか. (2017). メディカルセーフティー分析を用いて高次脳機能障害を呈する脳出血後遺症患者が転倒・転落を繰り返した要因を明らかにする. 鳥取臨床科学研究会誌, 8(2), 166-170.

和田晋太郎, 吉村紀代. (2016). 高次脳機能障害のある患者への看護を考える. 埼玉県包括的リハビリテーション研究会雑誌, 16(1), 12-15.

三好智美, 奥宮暁子. (2015). 就労・再就労した脳卒中患者が急性期・回復期リハビリテーション病院に望むこと 就労支援の視点から. 国際リハビリテーション看護研究会誌, 14(1), 41-44.

大野寛子, 松田裕美, 佐藤絵馬. (2015). 回復期リハビリテーション病棟における外出・外泊に関するスタッフの意識調査. 国際リハビリテーション看護研究会誌, 14(1), 37-40.

三木智子, 中島峯子, 川那邊真弓. (2014). リハビリテーションが主体的にできない脳血管障害患者への援助スケジュール表を用いて患者・家族と短期目標を共有した看護介入. 日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ, 44, 90-93.

片岡宏美, 坂腰朋子, 中ノ瀬裕美ほか. (2014). 認知機能障害を伴う高次脳機能障害患者に対する転倒・転落予防対策. BRAIN NURSING, 30(2), 94-100.

齋健太郎, 霜島八重子, 五十嵐一美. (2012). ペーシング障害に対する看護の現状と課題. 神奈川県総合リハビリテーションセンター紀要, 37, 27-31.

一宮禎美. (2011). 高次脳機能障害を有する壮年期患者の自己効力感を高める援助. 国際リハビリテーション看護研究会誌, 10(1), 27-30.

文献

Susan K. Grove, Nancy Burns, Jennifer R. Gray. (2013/2015). 黒田裕子, 中木高夫, 逸見功 (監訳), バーンズ&グローブ 看護研究入門 原著第7版—評価・統合・エビデンスの生成 (pp. 33-65). エルゼビア・ジャパン.

池田絵美, 八重田淳. (2017). 高次脳機能障害者の医療から就

労への移行: 量的研究. 職業リハビリテーション, 30(2), 38-46.

生田純一, 久野誠. (2021). 作業療法ジャーナル, 55(9), 1036-1042.

回復期リハビリテーション病棟協会. (2022). 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. 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会.

加藤かほり, 青木きよ子. (2019). 高次脳機能障害者の主介護者が抱く介護肯定感と影響要因. 日本慢性看護学会誌, 13(2), 66-73.

国立障害者リハビリテーションセンター. (2008). 高次脳機能障害者支援の手引き. 2022-6-1. http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/data/

黒田裕子. (2017). 黒田裕子の看護研究 Step by Step (第5版) (pp. 86-109). 医学書院.

小野瀬剛広, 大仲功一. (2021). 作業療法ジャーナル, 55(10), 1136-1140.

鈴木大介. (2021a). 「脳コワさん」支援ガイド (p. 201). 医学書院.

鈴木大介. (2021b). 脳に不具合をかかえた患者への看護. 看護管理, 31(10), 926-930.

鈴木大介. (2021c). 脳に不具合をかかえた患者への看護. 看護管理, 31(11), 1026-1031.

武原格. (2021). 回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害に対するアプローチ. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 58(5), 510-514.

東京都心身障害者福祉センター. (2021). 高次脳機能障害者地域支援ハンドブック (改訂第5版) (pp. 36-38). 東京都心身障害者福祉センター.

渡邊修. (2014). 急性期および回復期病院の高次脳機能障害者に対する地域連携の在り方. Journal of Clinical Rehabilitation, 23(11), 1036-1041.

渡邊修. (2019). 脳卒中患者の高次脳機能障害への対応. Medical Rehabilitation, 236, 73-79.

山田喜久子. (2013). 高次脳機能障害者の世界 私の思うリハビリや暮らしのこと (改訂版第2版) (pp. 85-92). 協同医学出版社.

(受稿日 令和4年8月25日)

(採用日 令和5年1月4日)