

2018 年度

中部学院大学大学院人間福祉学研究科人間福祉学専攻

博士（社会福祉学）学位論文

高次脳機能障害ケアプログラム開発に
関する研究

Study on Development of Nursing Care Program for
Patients with Higher Brain Dysfunctions

2019 年 3 月

氏名：長島 緑

指導教員：堅田 明義 教授

要旨

わが国は、救命技術が発展したが、脳損傷では高次機能障害が重度化した。そのため、高次脳機能障害支援拠点病院にて高次機能障害者の訓練プログラムが開発され、支援が開始された。しかし、生活構築に向けたケアモデルの検討がされず、ケアプログラムについては開発されていないため、一般病院に入院中の高次脳機能障害患者には十分なケアが行われていないことが予測された。わが国において、高次脳機能障害者のケアプログラム研究開発は重要課題であり、高次脳機能障害者の支援において一般病院のための高次機能障害ケアプログラムの開発が喫緊の課題である。

本研究は、一般病院で行える高次脳機能障害者のケアプログラムを作成し、作成したプログラムを高次脳機能障害の患者に対して実践し、高次脳機能障害者の生活支援に対するケアモデルを示すことである。

第1にプログラムの作成につき、高次脳機能障害支援拠点病院と一般病院の双方で行われている高次脳機能障害者の看護を調査した。高次脳機能障害支援拠点病院では100名の高次脳機能障害者に行われた看護計画をコード化して4763コードを抽出した。これら进行分析して高次脳機能障害の看護の構成要素を8つ抽出した。さらに、8つの看護構成要素をマズローの欲求段階的説と照合して患者のニーズ（課題）に対応していることを確認した。一般病院では、高次脳機能障害に対して全般的な理解の不足が生じていた。また、高次脳機能障害の有無、複合している障害の把握、要治療の判断、生活の課題の抽出についてのアセスメントツールが必要であった。

第2に一般病院に必要なケアプログラムを検討し、ケアプログラムの作成を試みた。先に抽出した8つの看護構成要素のコードおよびサブカテゴリから課題別プログラムを作成した。プログラムの構造を①身体機能のアセスメント表、②高次脳機能障害から起こる生活上の課題抽出アセスメント表、③高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャート、④日常生活の課題・課題目標・課題別介入選択チャート、⑤基本的介入、⑥共通介入、⑦12の課題別介入、⑧介入方法の順序、⑨評価方法の9つとした。

プログラムの実践の順序は、8つの看護構成要素を脳卒中のリハビリテーションの順序性と介入の難易度に従い、3段階で実施するように配置した。第1段階は『身体機能の調整』とし、第2段階は『ADL再獲得の援助』、『認知・行動問題への援助』とし、第3段階は、『自己管理の援助』、『IADL再獲得の援助』、『社会スキルの再獲得の援助』とした。『安全管理』と『不安と悩みのコンサルテーション』は共通介入とした。介入時に必要な機能の欠損に対応する自己認識を高める『自己意識性の介入』は課題別介入に反映させた。

第3に高次機能障害ケアプログラムはアウトカムを生活の自立に向けた課題解決としていることから、ケアモデルは課題解決型生活モデルとした。

第4に一般病院に開発したプログラムを実践するに当たり、一般病院に勤める看護師60名に対して高次脳機能障害全般とプログラムについて事前教育を行い、準備性を高めた。

第5に作成したプログラムを3名の患者に行った結果、3名のうち、1名は代償手段獲得し、自立した生活ができた。残りの2人は代償手段を一部獲得でき、促して生活ができるようになり、プログラムの効果とプログラムの有用性が示唆された。

Summary

In Japan, despite the advancement of lifesaving techniques, there is an increase in the proportion of people with severe brain dysfunction amongst those with brain lesion. Thus, a training program for patients with higher brain dysfunction (hereinafter referred to as HBD) has been developed and begun to be implemented in core hospitals specializing in HBD treatment (hereinafter referred to as core hospitals). However, since a care model for rebuilding their lives has not been considered and no care programs have been developed, it was predicted that patients with HBD who were in non-core hospitals have not received sufficient care. In Japan, the research and development of care programs for patients with HBD is a major issue and the development of care programs for patients with HBD for non-core hospitals is a priority task in the support of patients with HBD.

The aim of this study is to develop a care program for patients with HBD that can be implemented in non-core hospitals and implement them in a non-core hospital to demonstrate its effectiveness as a care model for the life support of patients with HBD.

At first, for the development of a program, nursing care provided for patients with HBD in both core and non-core hospitals was surveyed. In core hospitals, nursing protocols for 100 patients with HBD were coded and 4763 codes were extracted, from which 8 components for nursing care for HBD were derived upon analysis. Further, 8 components for nursing care thus derived were collated with Maslow's hierarchy of needs to confirm that they corresponded to the needs (challenges) of patients. In non-core hospitals, general understanding on HBD was lacking. Moreover, an assessment tool was needed to know whether the patient has higher brain dysfunction and multiple disorders, to determine whether treatment is necessary, and to extract challenges in everyday life.

Secondly, a care program needed for non-core hospitals were considered and developed. Programs were developed for each challenge from the previously identified 8 nursing component codes as well as their subcategories. The program was structured by the following 9 elements: 1) a physical function assessment form, 2) an assessment form for the extraction of challenges in life that occur due to higher brain dysfunction, 3) a check chart for the presence of higher brain dysfunction and multiple disorders, 4) a chart for challenges in everyday life, challenge objectives, and intervention option for each challenge, 5) basic intervention, 6) common interventions, 7) 12 interventions by challenge, 8) the order of implementing interventional methods, 9) assessment methods.

The order of the program implementation was so arranged that 8 nursing components can be implemented in 3 stages according to the orderliness of stroke

rehabilitation and difficulty of intervention. The first stage was designated as “the control of physical function” and the second stage as “support for regaining ADL function” and “support for cognitive and behavioral problems”, and the third stage as “support for self-management”, “support for regaining IADL function” and “support for regaining social skills”. “Safety management” and “consultation for anxiety and worry” were designated as common interventions. “Intervention for self-awareness”, which was designed to enhance self-awareness that can deal with the functional impairments during intervention, was reflected on interventions for each challenge.

Thirdly, since the HBD care program has set the problem-solving towards independence in life as its desired outcome, the care model to be used was termed as the problem-solving-based life model.

Fourthly, to implement the program thus developed in non-core hospitals, a preliminary workshop was provided for 60 nurses working in non-core hospitals to explain about higher brain dysfunction in general and about the program to improve their preparedness.

Finally, the program was implemented in 3 patients. As a result, 1 out of 3 persons regained the compensatory means and was able to regain independence in life. The remaining two partially regained the compensatory means and became capable of living a life upon instruction, suggesting the effectiveness of the program.

目次

抄録	i
序論	
第1章 高次脳機能障害者の支援の現状と課題	2
第1節 本研究の背景と意義	2
1-1 はじめに	2
1-2 本研究の背景	3
1-3 本研究の意義	7
第2節 高次脳機能障害者に関する社会的支援の概要	8
2-1 高次脳機能障害への医療の動向	8
2-2 高次脳機能障害者に関する政策の変遷	9
2-3 法律の改正	10
2-4 家族会および外部団体	11
第3節 高次脳機能障害者に対する支援の現状と課題	11
第2章 高次脳機能障害者のケアプログラムに関する研究動向と本研究の目的	13
第1節 わが国の高次脳機能障害者のケアプログラム開発の現状	13
1-1 高次脳機能障害者に対する看護の分析研究	15
1-2 高次脳機能障害に対する看護の介入研究	15
第2節 高次脳機能障害者のケアプログラム開発の現状のまとめ	17
2-1 高次脳機能障害者の看護計画・看護行為の分析研究のまとめ	17
2-2 高次脳機能障害の介入研究のまとめ	17
第3節 本研究の目的	18
第4節 本研究全体構成	18
第5節 本研究における用語の定義	19
5-1 高次脳機能障害	19
5-2 プログラム	20
5-3 ケアプログラム	20
本論	
第3章 高次脳機能障害者のケアプログラムの開発	22
第1節 高次脳機能障害拠点病院で行われた高次脳機能障害者の生活上の課題に対する 看護師のケア構成要素の抽出	22
1-1 目的	22
1-2 方法	22
1-2-1 調査対象	22
1-2-2 調査期間	24
1-2-3 データ収集	24
1-2-4 分析	24

1 - 2 - 5	データと分析の信頼性の確保	24
1 - 2 - 6	倫理的配慮	24
1 - 3	結果	25
1 - 3 - 1	高次脳機能障害者に対する看護師のケアにおける看護行為のサブカテゴリ	25
1 - 3 - 2	高次脳機能障害者に対する看護師のケアの構成要素の抽出(大カテゴリ)	33
1 - 4	考察	40
1 - 4 - 1	8つの看護ケア構成要素について	40
1 - 4 - 1 - 1	要素1【ADL(日常生活動作)再獲得の援助】について	40
1 - 4 - 1 - 2	要素2【身体機能の調整】について	40
1 - 4 - 1 - 3	要素3【自己管理の援助】について	40
1 - 4 - 1 - 4	要素4【認知・行動問題への援助】について	41
1 - 4 - 1 - 5	要素5【安全管理】について	43
1 - 4 - 1 - 6	要素6【IADL(日常生活関連動作)の再獲得】について	43
1 - 4 - 1 - 7	要素7【不安と悩みのコンサルテーション】について	44
1 - 4 - 1 - 8	要素8【社会性スキルの再獲得への援助】について	44
1 - 4 - 2	8つの看護の構成要素とマズローの基本欲求5段階節との比較検討	45
1 - 4 - 3	高次脳機能障害者の特異的な障害「機能の欠損」について	47
1 - 4 - 4	高次脳機能障害者に必要な「機能の欠損」に対する自己意識性の介入	48
1 - 4 - 5	8つの看護構成要素と「機能の欠損」に対する自己意識性の介入	48
1 - 5	まとめと課題	50

第4章 高次脳機能障害者に対する高次脳機能障害ケアプログラムの一般病院における実証研究

第1節	一般病院で行われている高次脳機能障害患者の看護の実際	51
1 - 1	目的	51
1 - 2	方法	51
1 - 2 - 1	調査対象	51
1 - 2 - 2	調査期間	51
1 - 2 - 3	調査内容	51
1 - 2 - 4	回答方法	52
1 - 2 - 5	分析	52
1 - 2 - 6	倫理的配慮	52
1 - 3	結果	52
1 - 3 - 1	調査対象の病院について	53
1 - 3 - 2	調査対象の看護師について	53
1 - 3 - 3	電子カルテに搭載された高次脳機能障害の看護計画の利用について	53
1 - 3 - 4	電子カルテに搭載された高次脳機能障害の看護計画を利用しない理由に	

ール	65
2 - 4 - 2 高次脳機能障害者の課題を解決するための各種理論との関連	67
2 - 4 - 3 アウトカムからみた高次脳機能障害のケアモデルの検討	68
2 - 5 まとめと課題	69
2 - 5 - 1 高次脳機能障害ケアプログラムに必要な3つのアセスメントツールの作成	69
2 - 5 - 2 高次脳機能障害者の課題を解決するための各種理論との関連	69
2 - 5 - 3 高次脳機能障害ケアプログラムのケアモデルの検討	69
第3節 一般病院における高次脳機能障害ケアプログラム実施に基づく準備教育	74
3 - 1 目的	74
3 - 2 方法	74
3 - 2 - 1 対象	74
3 - 2 - 2 実施期間	74
3 - 2 - 3 研修の参加と内容	75
3 - 2 - 4 研修内容の理解調査	75
3 - 2 - 5 分析	75
3 - 2 - 6 倫理的配慮	75
3 - 3 結果	75
3 - 3 - 1 研修名「高次脳機能障害の理解」の受講及び聴取後の理解の程度	75
3 - 3 - 2 研修参加後の感想内容の分析結果	75
3 - 4 考察	76
3 - 4 - 1 看護師の研修内容の理解について	76
3 - 4 - 2 研修参加後の感想文からみた「高次脳機能障害」に関する理解について	76
3 - 5 まとめと課題	77
第4節 ペーパーペイシエントを用いた高次脳機能障害ケアプログラムの練習	77
4 - 1 目的	77
4 - 2 方法	77
4 - 2 - 1 調査対象	77
4 - 2 - 2 実施期間	77
4 - 2 - 3 研修内容	78
4 - 2 - 4 研修内容の理解調査	78
4 - 2 - 5 分析	78
4 - 2 - 6 倫理的配慮	78
4 - 3 結果	79
4 - 3 - 1 高次脳機能障害の看護師の理解の程度	79
4 - 3 - 2 自由記述の分析結果	79
4 - 4 考察	80

4 - 4 - 1	看護師の研修内容の理解について	80
4 - 4 - 2	準備教育から抽出したケアプログラムの問題の整理	81
4 - 5	今後の課題	82
第5節	一般病院の療養化型病棟における高次脳機能障害ケアプログラムの実践	84
5 - 1	目的	84
5 - 2	方法	84
5 - 2 - 1	対象患者	84
5 - 2 - 2	高次脳機能障害ケアプログラム実施手続き	84
5 - 2 - 3	実施期間	85
5 - 2 - 4	倫理的配慮	85
5 - 3	結果	85
5 - 3 - 1	3名の患者の身体的状況	85
5 - 3 - 2	3名の患者の高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出	86
5 - 3 - 3	3名の患者の高次脳機能障害の重複について	88
5 - 3 - 4	3名の患者の高次日常生活の課題、目標設定、課題別介入の選択	89
5 - 3 - 5	3名の患者に対する高次脳機能障害ケアプログラムの実施	90
5 - 4	考察	96
5 - 4 - 1	実施した患者3名の高次脳機能障害ケアプログラムによる効果	96
5 - 4 - 2	今後の課題	98
第6節	高次脳機能障害ケアプログラムの評価	99
6 - 1	目的	99
6 - 2	方法	99
6 - 2 - 1	対象	99
6 - 2 - 2	評価調査表	99
6 - 2 - 3	分析	99
6 - 2 - 4	倫理的配慮	100
6 - 3	結果	100
6 - 3 - 1	看護師によるケアプログラムの評価	100
6 - 3 - 2	看護師による実施状況の評価	103
6 - 4	考察	106
6 - 4 - 1	高次脳機能障害者の身体アセスメント表について	107
6 - 4 - 2	高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表について	107
6 - 4 - 3	高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートについて	108
6 - 4 - 4	日常生活の課題・課題目標・課題介入チャートについて	109
6 - 4 - 5	各高次脳機能障害者への基本的な関り方について	110
6 - 4 - 6	課題別介入について	111
6 - 4 - 7	その他の自由意見にみる発展的意見について	111
6 - 5	今後の課題	112

6 - 5 - 1	高次脳機能障害者の身体アセスメント表について	112
6 - 5 - 2	高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表について	112
6 - 5 - 3	高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートについて	112
6 - 5 - 4	日常生活の課題・課題目標・課題介入チャートについて	112
6 - 5 - 5	各高次脳機能障害者への基本的な関り方について	112
6 - 5 - 6	課題別介入について	112

結論

第5章 わが国に必要な高次脳機能障害者の生活再構築に対するケアプログラム開発

第1節	プログラムを開発する理論的背景について	114
1 - 1	介入の元になるケアの調査の重要性	114
1 - 2	患者の課題抽出結果に関する理論づけ	114
1 - 3	介入を実践する際の理論的枠組み	115
第2節	高次脳機能障害者のケアプログラムのモデルの提案	116
2 - 1	ケアモデル	117
2 - 2	本プログラムのシステム	117
2 - 3	患者の日頃のケアからアセスメントできる3つのツールによる評価	117
2 - 4	高次脳機能障害者の課題を解決するために用いた理論	117
第3節	高次脳機能障害者の生活再構築に対するケアプログラム開発に関する今後の 課題	117
文献		120

資料1 高次脳機能障害ケアプログラム（一般病院用）

謝辞

抄録

わが国は、今日において救命技術が発展したが、その反面で、脳損傷では高次機能障害が重度化した。高次脳機能障害によって障害当事者は在宅生活、復職や復学が困難な状況となり、支援が必要となった背景から厚生労働省は2001年から5年間にかけて高次脳機能障害支援モデル事業を実施し、高次脳機能障害支援拠点病院にて高次機能障害者のための生活訓練および職業訓練プログラムが開発され、支援が開始された。その後、就学支援、授産支援、施設生活支援などの支援マニュアルは示されたが、単一の高次脳機能障害に対応する内容であった。高次脳機能障害者は多くの場合、障害が複合している。そのため、複合した障害をケアできるケアプログラムが重要であった。10数年たった今日に至るまで開発されたプログラムは訓練要素が高く、高次脳機能障害に対するケアモデルの検討は十分ではなかった。

一般病院に対しては、高次脳機能障害に精通した医師や看護師が少なく、ケアプログラムがないなかで、一般病院に入院中の高次脳機能障害患者には十分なケアが行われていないことが予測された。わが国において、高次脳機能障害者のケアプログラム研究開発は重要な課題であり、高次脳機能障害者の支援において一般病院のための高次機能障害ケアプログラムの開発が喫緊の課題である。高次機能障害ケアプログラムの開発の試みは極めて少ないために、重要な取り組みである。

本研究は、一般病院で行える高次脳機能障害者のケアプログラムを作成し、作成したプログラムを高次脳機能障害の患者に対して実践し、高次脳機能障害者の生活支援に対するケアモデルを示し、高次脳機能障害ケアプログラム（以下：ケアプログラム）を開発することである。

「第1章 高次脳機能障害者の支援の現状と課題」では、第1節に本研究の背景と意義を述べ、第2節では高次脳機能障害への医療の動向、政策の変遷、法律の改正、家族団体及び外部団体の動きについて述べた。第3節では高次脳機能障害者に対する支援の現状と課題について述べた。

「第2章 高次脳機能障害者のケアプログラムに関する研究動向と本研究の目的」では、第1節にわが国の高次脳機能障害者のケアプログラムの現状を述べ、第2節ではケアプログラム開発の現状のまとめ、第3節では本研究の目的、第4節では本研究全体構成を述べ、第5節では本研究で使用する言葉の定義を述べた。

「第3章 高次脳機能障害者のケアプログラムの開発」は、ケアプログラム開発の骨格と構成に向けた最も重要な研究である。第1節にケアプログラムの構造を検討するために、高次脳機能障害支援拠点病院に入院した高次脳機能障害者100名に対して行われた看護計画を調査し、4763コードに分類し、高次脳機能障害の看護の構成要素を8つ抽出した。次に、8つの看護構成要素をマズローの欲求段階的説と照合して患者のニーズ（課題）に対応していることを確認した。高次脳機能障害に対する特異的な看護は、高次機能障害によって引き起こされた機能の欠損に働きかけるもので、患者に自身の障害の自己認識を高める「自己意識性の介入」であり、8つの看護構成要素を生成する多くのコードの中に含ま

れていた。

「第4章 高次脳機能障害者に対する高次脳機能障害ケアプログラムの一般病院における実証研究」は、第1節に一般病院の高次脳機能障害患者に行われた看護の実際について調査した結果、①看護師の高次脳機能障害の全般的理解の不足、②経験不足な高次脳機能障害の看護があること、③身体状況から要治療が必要であるのかを判断すること、④生活上の課題の抽出、⑤高次脳機能障害の有無と複合している高次脳機能障害をアセスメントできるツールの必要性を述べた。第2節では、一般病院に必要なケアプログラムを検討し、作成を試みた。プログラムの構造を①身体機能のアセスメント表、②高次脳機能障害から起こる生活上の課題抽出アセスメント表、③高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャート、④基本的介入、⑤共通介入、⑥12の課題別介入、⑦介入方法の順序、⑧評価方法の8つの柱で構成した。先に抽出した8つの看護構成要素のコードおよびサブカテゴリから12の課題別介入を作成した。高次脳機能障害に対する特異的な看護の自己意識性の介入は各課題別介入に組み入れた。ケアプログラムの実践の順序は、脳卒中のリハビリテーションの順序と介入の難易度に従い、8つの看護構成要素を3段階で実施するように配置した。第1段階は『身体機能の調整』とし、第2段階は『ADL再獲得の援助』、『認知・行動問題への援助』とし、第3段階は、『自己管理の援助』、『IADL再獲得の援助』、『社会スキルの再獲得の援助』とした。『安全管理』と『不安と悩みのコンサルテーション』は入院から退院時まで必要な内容であるので、共通介入として作成した。高次脳機能障害ケアプログラムはアウトカムを生活の自立に向けた課題解決としたことで、ケアモデルは課題解決型生活モデルとした。第3節は、実践の前に一般病院に勤める看護師60名に対して事前教育として高次脳機能障害全般講義と実際に行われた患者のケア実践のビデオを用いて説明し実践の準備をした。第4節はペーパーペイシェントを用いて作成したプログラムの練習を行い、実践準備をするとともに実践前に問題を抽出することにした。問題として、生活上の課題、目標、課題別介入を一連の流れで抽出できるアセスメントツールが必要であった。そのため、「日常生活の課題・課題目標・課題別介入選択チャート」を新たに作成し、ケアプログラムの構成を9つとした。

第5節は、一般病院の療養型病棟で高次脳機能障害ケアプログラムを実施した。作成したプログラムを17名の看護師が3名の患者に行った結果、3名のうち、1名は代償手段獲得し、自立した。残りの2人は代償手段を一部獲得でき、看護師の少しの促しで生活ができるようになり、プログラムの効果が確認された。

第6節は、実践した看護師にケアプログラムの評価をしてもらった。約8割の看護師がプログラムを実践できた。3割の看護師が実践して混乱したことは、各高次脳機能障害の基本的な関わり方と課題別介入であった。これは、今後のケアの経験にも期待はできるが、ロールモデルを用いて研修を取り入れていくことを検討した。

「第5章 わが国に必要な高次脳機能障害者の生活構築に対するケアプログラムの開発」は、第1節にプログラムを開発するうえで最も重要なことは、介入の基になるケアの調査であり、看護の構成要素を抽出する必要性について述べた。次に開発したケアプログラムに必要な理論的背景を持っていることが重要であることから、本ケアプログラムが重要でかつ必要としているのは、ケアプログラムは患者のニーズを満たすための内容になってい

るのかということであり、マズローの基本的欲求充足説理論とケアプログラムの根幹とした8つの看護の構成要素との照合の結果、内容的に整合したことを確認した。ケアプログラムでは患者のニーズを満たす条件を整えていることを述べた。次に実践する際の理論的枠組みについては脳卒中のリハビリテーションの介入方法に則り、身体的な安定を図り、環境を整えたあとに、簡単な課題から難しい課題へを行う段階的アプローチと課題を解決するために同時に幾つかの治療方法や介入を組み合わせる同時並行アプローチを用いた。これらは、臨床で働く看護師にとって馴染みなアプローチであり、これらの方法を取り入れたことはスムーズなプログラムの介入に結びつけられた。**第2節**では、高次脳機能障害ケアプログラムのケアモデルは課題解決型生活モデルであり、プログラムの構造は①身体機能のアセスメント表、②高次脳機能障害から起こる生活上の課題抽出アセスメント表、③高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャート、④日常生活の課題・課題目標・課題別介入選択チャート、⑤基本的介入、⑥共通介入、⑦12の課題別介入、⑧介入方法の順序、⑨評価方法の9つの柱で構成し、3段階の階層性のあるプログラムであることを示した。介入は簡単な課題から難しい課題へと取り組み、段階的に介入を行うことを提案した。**第3節**では、今後の課題として本ケアプログラムは多くの一般病院で実践していき、各課題別介入のストラテジーを追及し、内容を充実していくことを述べた。

序 論

第1章 高次脳機能障害者の支援の現状と課題

第1節では、本研究の背景と本研究の意義についてのべる。第2節では、高次脳機能障害者に関する社会的支援の概要として、高次脳機能障害への医療の動向、政策の変遷、法律の改正、家族会および外部団体の動きについて概観する。第3節では、高次脳機能障害者に対する支援の現状と課題について述べる。

第1節 本研究の背景と意義

1-1 はじめに

わが国の医療福祉の最大の問題は少子・高齢化により、生産人口が減り、人口構造変化により、高齢者急増による年々増加する医療費の問題と介護の問題である。医療費と介護の問題では長期医療が継続される脳損傷と高齢化に伴う認知症の増加が深刻である。

医療費の問題となる疾病は、脳血管障害である。わが国の最大健康指標である疾患別死亡率によると、1951（昭和26）年以来、わが国の死因の第1位は脳血管疾患であったが、1981年に悪性新生物、1985年に心疾患、2011年に肺炎がそれぞれ順位を上げて、脳血管疾患は第4位となり現在に至る。脳血管疾患が順位を下げてきた背景には医療技術の進歩と予防医学の進歩によるところが大きい。半面、生存者には身体・精神機能における重度の後遺症を残す人々が増えた。

平成26年の厚生労働省の患者調査によると、入院患者の傷病分類別では、多い順に「精神及び行動の障害」265.5千人、「循環器系の疾患」240.1千人、「新生物」144.9千人であった。外来患者では、多い順に「消化器系の疾患」1,310.0千人、「循環器系の疾患」933.0千人、「筋骨格系及び結合組織の疾患」877.8千人であった。脳血管疾患は循環器系に含み、患者数は循環器系疾患のなかでも心疾患の3倍にあたる159.4千人であり、受療率は125人（人口10万人対）と多く、平均在院日数では89.5日であり、受療率、平均在院日数のどちらも精神疾患に次ぐ2位であった。脳血管疾患は基盤にある動脈硬化症や高血圧症の管理が重要であり、受療率が高く、平均在院日数が多いことで傷病別医科診療医療費も総額5兆8,892億円と高額で、全体の20.1%に及んだ。

介護の面では、厚生労働省の平成28年版統計白書「介護状況」の要介護度別によると、介護が必要になった主な原因では第1位は認知症24.8%であり、第2位は脳血管疾患18.4%であった。

脳血管疾患の後遺障害で麻痺などの身体障害が生じた場合は、医学管理のもとに、日常生活活動に対するリハビリテーションが行われ、患者が日常生活活動（activity of daily living:以下ADL）を行えるようになる、すなわち患者が自立するまでは、家族の介護が必要になる。また重度な麻痺であれば身体介護は永続的である。さらに、失語や失認、記憶障害、感情コントロールの低下などの高次脳機能障害が複合する場合の介護は精神的にも大きな介護負担の要因になる。このように、死亡順位は下がってはいるものの、医療費や介護の面では脳血管疾患は後遺症を有することから依然として重大な疾患であることが伺える。

1-2 本研究の背景

脳血管疾患が順位を下げた背景には医療技術の進歩と予防医学の進歩によるところが大きい。半面、救命された者には身体・精神機能における重度の後遺症を残す人々が増えた。麻痺が軽度であれば、患者は早々に退院し、社会復帰を試みる。しかし、復職、復学したものの、記憶や注意、行為の計画性に問題があり、さらに、易疲労性、感情と欲求のコントロールの低下、対人技能の拙劣、意欲の低下などから集団での活動に支障をきたし、結局、社会復帰できない人々が目立つようになった。

このような人々は脳血管障害者よりも頭部外傷受傷者の高次脳機能障害のある若年者に多くみられ、河原らの(1999)調査によると、高次脳機能障害者の上記の支障は家庭生活において生ずるために、家族負担が大きいことを報告している。

高次脳機能障害は身体障害に比べ、記憶や注意、行為の計画性に問題があり、易疲労性、意欲の低下などの症状は見えにくく、かつ分かりにくいために診断に結びつかず、その結果、退院後の生活適応を支援するサービスにも結び付かない状況にあった。復職や復学してみても生活の困難さに気付くことが多い。そのため、復職、復学した高次脳機能障害者は所属する会社や学校で不適応状態となり、辞めざるを得ないケースが多かった。高次脳機能障害者は就労や就学できないために、居場所として家にいるしかない状況であった。家族は障害当事者をケアするために、就労もできず、経済的にも困窮をきたすことになった。1980年代までは高次脳機能障害については社会的にも認知されず、手帳も発行されず、社会的支援も受けられなかった。このような状況下で高次脳機能障害者の家族は介護を行う上で、身体的、精神的、および経済的にも困難となり、高次脳機能障害者とその家族は社会的に孤立していく問題が生じた。そこで、家族や当事者らは、これらの問題に対する社会的認知を得るために1997年に「脳外傷友の会みずほ」を設立した。これを契機に当事者団体(当事者・家族会)の設立が全国に拡大した。

このような社会状況のもと、厚生労働省は支援を行うに先立って、高次脳機能障害は類似語が多く、定義がまちまちであるため、「高次脳機能障害」について行政上の定義を行った。

高次脳機能障害および高次脳機能障害者の定義は「高次脳機能障害とは、外傷性脳損傷、脳血管障害などの器質性脳病変の後遺症として、単症状としての失語、失行、失認のほか記憶障害、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呈するものを高次脳機能障害とする。これにより、日常生活や社会復帰に困難を来す者を高次脳機能障害者とよぶ」とした。また、英語名はHigher brain dysfunctionsとした。

厚生労働省は都道府県の調査をもとに全国の高次脳機能障害者数をおよそ30万人と推定した。支援策を検討するために「高次脳機能障害支援モデル事業」を起し、2001年より5年間、国立身体障害リハビリテーションセンターを中心に全国12地域の高次脳機能障害支援拠点病院(以下:支援拠点病院とする)で、高次脳機能障害者を支援するために、実態調査とサービス提供のあり方について、知見を集積する目的で開始された。

事業を通じて集積されたデータをもとに、高次脳機能障害の診断基準、評価方法、訓練プログラム、支援ニーズ判定票、支援プログラム、支援サービスのあり方まで行政上必要とされる基準と指針の開発に取り組んだ。5年間のうち、前期3か年は標準的な診断、評

価値基準と訓練、支援プログラムを作成することを目標にし、後期2年は全国に普及可能な支援体制の確立を目標に、地方の支援拠点病院に人的支援を行う支援コーディネーターを配置し、2年にわたる実践の積み重ねから全国で共通して使用できる「高次脳機能障害標準的訓練プログラム」、「高次脳機能障害標準的社会復帰・生活・介護支援プログラム」が作成された。

高次脳機能障害支援モデル事業5年間のまとめ(2005)によると、高次脳機能障害支援モデル事業の訓練・支援の対象者の18歳から65歳までの年齢の424名は、平均年齢は32.7歳であった。原因疾患では外傷性脳損傷76%、脳血管障害17%、低酸素脳症3%であった。原因疾患は外傷性脳損傷が多数を占め、男性77%、女性23%であった。高齢者を対象とすれば必然的に脳血管障害が原因疾患として最多になると考えられた。高次脳機能障害の症状としては、記憶障害の90%が最も多く、次いで注意障害の82%、遂行機能障害の75%、対人技能拙劣55%、依存性・退行51%、意欲・発動性の障害47%、固執性6%、感情コントロール低下44%、半側空間無視8%、病識欠如60%であり、また複数の症状をもっていた。

検査所見では画像検査による病変が明らかなものは88.3%であったが、11.7%の患者では器質的病変が検出されなかった。

医学的リハビリテーションによる訓練の成果では、障害尺度を「尺度1-意識不明」から「尺度8-能力に低下はない」の8段階で評価したところ、発症から6か月から1年以内では32%、1年以上では14%の患者に効果があったと報告している。しかし、この結果はコントロール群を設定した調査ではないため真の効果があったとは言い切れないと報告書の中でも明記されていた。

高次脳機能障害者は障害認定後、精神障害手帳を取得することになった。障害認定後には、各種の障害支援が受けられるようになった。

医療サービスの提供ではモデル事業の対象者の3分の1が入院又は入所しており、約3分の2が在宅であった。支援様式を、就業支援、就学支援、就労・就学準備支援・授産施設支援、小規模作業所支援、在宅支援、施設での生活訓練支援、施設での生活支援の8つに分類して支援が行われた。その結果、就業支援や就学支援を受け、職場や学校に戻った者が28%であったと報告されている。

このように、国を挙げて高次脳機能障害者の支援は診断基準や判定、標準訓練プログラム、支援プログラムを作成し、障害を認定して障害手帳をはじめとして、行政的な支援を受けられることは大変意義があり、高次脳機能障害者にとって有益な事業であった。

また、この高次脳機能障害モデル事業後に、どのように高次脳機能障害者やその家族はどのような支援を受けているのかを調査する必要がある。

そこで、長島(2006a)は、交通事故外傷後、高次脳機能障害者を10年以上介護してきた家族の介護負担感に関する調査を行った。その結果、「当事者の高次脳機能障害による永続的な日常の遂行困難による介助」、「社会不適応行動に伴う介助や後始末」、「経済的負担」、「日々の介助による精神的負担」、「通勤・通学の付き添い負担」、「自身の亡き後の先行き不安」、「当事者および家族が共に社会から孤立している状況」があることを報告した。

その他に、脳機能障害者の実態調査に関しては、名古屋総合リハビリテーション事業団(1999, 2009)が行った頭部外傷後の高次脳機能障害者の実態調査(回答数327)、東京医

科歯科大学（2004）が行った脳外傷後遺症実態調査（回答数 779）および日本脳外傷友の会（JTBJA, 東川, 2009）の高次脳機能障害者生活実態調査（回答数 1715）の 3 つの調査が日本における代表的な調査である。

回答数が多く、当事者団体の調査である日本脳外傷友の会（JTBJA, 東川, 2009）の高次脳機能障害者生活実態調査の結果は、高次脳機能障害者のモデル事業後の実情を表していた。調査の回答者は当事者 18.5%、親 48.5%、配偶者 27.3%であった。主な診断名は脳外傷 59.5%と脳血管障害 25.5%で、障害者の年齢は 30 代が 29.8%と最も多く、次いで 20 代、40 代、50 代で、それぞれ 16%代であったが、いずれも生産者年齢であった。定期的に受診している障害者は脳神経外科が 41.2%、精神科が 30%、リハビリテーション科が 4.6%であった。障害手帳の取得は、発症から 3 年目以降が 44.7%であった。悩みや不安では、主に「再発や治療」が 78.0%、「家族の負担」が 49.1%、「経済的負担」が 38.0%であった。

障害手帳取得に困ったことについては「困ったことがない」が 37.3%であったが、反面約 6 割が何らかの困った経験をしていた。障害手帳は障害の内容によって、身体障害手帳、療育手帳、精神福祉手帳の 3 種類となる。

障害手帳取得後の社会参加では福祉就労が多く、身体障害手帳交付者が 22.9%、療育手帳交付者が 45.3%、精神福祉手帳交付者が 24.0%であった。「相談できる機関がない」の理由として、「相談しても役に立たないと感じた」が 45.3%、「調べていないのでわからない」が 29.2%、「相談できる場所がない」が 22.6%とあり、当事者および家族は相談に対してのあきらめや相談できないと考えている人たちが多かった。

高次脳機能障害支援の満足度については「社会的理解」「相談」「診断・評価」「認知訓練」「生活訓練」「職業訓練」「地域生活支援」の 7 つの項目があり、「かなり満足」と「まあまあ満足」を合わせてもそれぞれ項目が 10%台であった。低い回答ではあったが、その中でも「相談」が一番多く、22.5%であった。

高次脳機能障害支援の改善度については、「社会的理解」が「かなり良くなった」が 3.8%、「まあまあ良くなった」が 25.7%であった。また、「変わらない」が 31%、「分からない」が 28.5%であり、改善度の値は低かった。「生活訓練」「認知訓練」「職業的訓練」「地域生活支援」は「かなりよくなった」が 1~2%、「まあまあよくなった」が 10%代、「変わらない」が 20~32%、「わからない」が 30~40%代であった。満足度も同様に「まあまあよくなった」が 10%代、「変わらない」が 20~32%、「わからない」が 30~40%代であった。改善度と同様に、「生活訓練」「認知訓練」「職業的訓練」「地域生活支援」「満足度」の 5 つの設問では低い値であった。

以上の 2 つの調査の結果は高次脳機能障害支援事業開始から数年の経過後に実施された調査によるために、在宅の高次脳機能障害が抱える生活の困難さはその後も継続されていると考えられた。

モデル事業の最大の成果は、高次脳機能障害者が行政的な支援を受けることができるまでになったが、4 年後の当事者団体の調査では十分に支援の効果は出ていなかったと考えられる。また、支援を受ける方法や相談の方法などの情報が十分に伝わっていない状況が伺え、具体的支援までに至っていないことが推測された。

現状では、高次脳機能障害者のすべての人々が、リハビリテーションや支援拠点病院で専

門的な治療・訓練やケアを受けているわけではない。支援拠点病院以外の一般病院に入院している高次脳機能障害患者も多い。また、支援拠点病院を退院して地域に戻った高次脳機能障害者に対して他の病気や再発などで、地域の病院に入院することは当然あり得る。しかし、支援拠点病院以外の一般病院では上記で示した高次脳機能障害の標準的な訓練プログラムを行うために訓練された医師・訓練士・看護師などは皆無であり、高次脳機能障害そのものに精通した者も多くはない。そのため一般病院では高次脳機能障害者のケアに対して十分に対応できていないことが予測された。高次脳機能障害支援モデル事業で開発された高次脳機能障害の標準的な訓練プログラムはあくまで高次脳機能障害を専門にリハビリテーションする病院や支援拠点病院、基幹関連施設で行われており、その他の一般病院や介護施設、在宅で暮らしている高次脳機能障害者には対応していないと考えられる。

本来のモデル事業の目的は地域の町立や市立病院などの一般病院で入院または通院している高次脳機能障害者が生活訓練やケア、その他の支援が受けられるために標準的なプログラムを作成するはずであったが、標準的なプログラムは支援拠点病院だけで行われており、一般病院においては標準的なプログラムの展開は未だに、行われていない。したがって、一般の町立病院や市立病院においても高次脳機能障害者のケアができるようにしなくてはならないと考えられた。そのためには、支援拠点病院で行っている標準的なプログラムや評価、ケアを一般病院で行えばよいのではないかと考えられるが、高次脳機能障害についての専門的な教育を受けていない医師や看護師では到底行うことはできない。

しかし、これまで、町立病院や市立病院などの一般病院の医師や看護師をはじめ、他のスタッフは高次脳機能障害者の困難な状況に対して何も介入してきていないわけではなく、介入のノウハウはもっていると考えている。

このような現状を踏まえて、町立病院や市立病院の一般病院の看護師が高次脳機能障害者のケアが行えるようにするには、一般病院の看護師がこれまで行ってきた高次脳機能障害の介入方法や評価方法、不足事項などを十分に調査して、新たに一般病院用の高次脳機能障害者のためのケアプログラムを開発する必要があると考えた。さらに、基盤となる高次脳機能障害のケアを作成するためには、高次脳機能障害支援拠点病院で行っている看護師の看護計画を分析して一般病院で行える高次脳機能障害者へのケア方法を検討していくことが必要と考えた。

開発するケアプログラムは実践を通じて検討され、使用する看護師が使いやすいものにしていくことが重要である。さらに、開発するケアプログラムは、支援拠点病院が行っている訓練要素の高いプログラムではなく、高次脳機能障害者をまずは生活者として捉え、生活自立に向けた包括的ケアの視点から個別対応型のケアプログラムにする必要がある。

高次脳機能障害当事者が高次脳機能障害によって生じた課題に対して入院中から取り組み、退院後も当事者やその家族が課題に対して同じように取り組むことができ、生活の支障を少なくしていくことが重要である。そのためには高次脳機能障害者を生活者として捉え、高次脳機能障害によって日常生活の困難な状況を簡潔に評価し、介入方法が簡便でなくてはならない。

このようなケアプログラムの開発には、ケアプログラム自体が重要条件であると考えているが、開発過程には、一般病院の看護師への高次脳機能障害の教育が必要条件と考え、高

次脳機能障害やそのケアについての教育を行うことを前提に考えている。また、プログラムを行えるための準備を整え、病院の機能を生かして運用すること、プログラムを実施する病院の高次脳機能障害者のケアを構築していくことが、高次脳機能障害者に対しても、町立病院や市立病院に対しても有益であると考えている。

1-3 本研究の意義

脳血管障害や頭部外傷による高次脳機能障害がある患者は、麻痺などの身体障害のある患者と比較すると、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、無視症候群などは、見えにくく、分かりにくい障害である。その他に、対人拙劣、易感情性で感情コントロール低下などの障害に対しては、対応するエビデンスが乏しい。このような障害と障害に対応するエビデンスが乏しいために、高次脳機能障害者は復職や復学できない状況を醸し出し、介護する家族が困窮している状況に依然としておかれている。したがって、高次脳機能障害は、社会復帰が難しく、介護の面では依然として重大な障害であることが伺える。

わが国では、高次脳機能障害者の救命率は高くなったが、その反面で脳損傷後に重度化する高次脳機能障害が予想され、ケアプログラムがない中で、重度化した高次脳機能障害者に対しては、まずは生活再構築のための支援が優先され、生活者として支えられる、また生活の自立に向けた個別対応型ケアプログラムの開発は急務といえる。

対象は、学童期から壮年期の患者層である。脳損傷後の高次脳機能障害は脳の損傷が固定し、日常生活が安定し、訓練できる環境を調整することができれば、脳の賦活化により、脳機能が回復する可能性も考えられる。したがって、生活構築を行うためのケアプログラムを作成する場合、開発されたケアプログラムを実行することにより、体を動かし、生活の中で刺激を加え、生活の中で作業活動を遂行することによって、脳が賦活化に応じたされ、脳機能が活性化することも予想できる。

わが国では、高次脳機能障害者の支援の根幹に必要なことは、訓練プログラムではあるが、まずは生活を再構築する高次脳機能障害者のためのケアプログラムは欠かせないところである。しかし、支援拠点病院であっても、看護師が行うケアプログラムとして作成されているわけではなく、あくまでも訓練士などのチームで行う生活訓練プログラムの中に位置付けられており、看護師が患者の状態に応じて看護計画を作成し、カンファレンスで共有してから行っており、生活訓練要素が高い内容になっている。また、高次脳機能障害者支援の手引き（平成20年、改訂版2版）においても、ケアプログラムについての説明はない。手引きでは、単症状に対する対応の仕方などは記載があるが、複合した障害を持った患者に対するケアの方法や必要なアセスメント、実践の手順は示されていない。

わが国では、高次脳機能障害者のためのケアプログラムの開発の試みは極めて少ないために、本研究の高次脳機能障害ケアプログラムの開発の試みは極めて重要な取り組みといえる。

本研究では、高次脳機能障害の者の支援の根幹である高次脳機能障害者に対応するケアプログラムの作成を試み、高次脳機能障害のケアモデルについて検討することにした。さらに、ケアプログラム開発およびその実践により、高次脳機能障害者のケアプログラム開発による所見を得ることは極めて重要であると考えた。

また、本研究が目指しているケアプログラムの開発は、200床以上の町立病院や市立病院などの一般病院で看護師が介入できるケアプログラムを開発することである。したがって一般病院の看護師他スタッフが行ってきた高次脳機能障害者の介入方法を十分に調査する必要があると考えている。

そのために本研究では、一般病院で行われている高次脳機能障害者に介入した看護内容の分析と、支援拠点病院で行われている高次脳機能障害者への専門的な看護の調査結果を基に、一般病院で用いる新たな高次脳機能障害者のためのケアプログラムを開発する。また、開発するケアプログラムは病院内の評価システムなどを生かし、高次脳機能障害の生活上の問題を簡潔に判断（アセスメント）し、簡潔に介入方法を選択できるケアプログラムを目指している。

ケアプログラムを実践する前には、一般病院の看護師の高次脳機能障害及びケアに対する準備教育を行い、準備性を高め、実践することにした。ケアプログラムは実践を通じて、使用する看護師が使いやすいものにしていくことが重要であると考えている。

我が国では、高次脳機能障害のケアのモデルについての研究論文はみあたらない。したがって、本研究で、町立または市立病院の一般病院で有用な高次脳機能障害者のためのケアプログラムを開発と実践を試み、高次脳機能障害ケアモデルについて論じることは高次脳機能障害者の生活構築において極めて重要であると考えている。

第2節 高次脳機能障害者に関する社会的支援の概要

2-1 高次脳機能障害への医療の動向

高次脳機能障害への医療は未だ歴史的に浅い。高次脳機能障害を治療として扱う医学はリハビリテーション医学であり、日本リハビリテーション医学会は1963年に創設され、1996年にリハビリテーション科が認定された。専門医は2004年に誕生している。現在の80ある医学部にリハビリテーション医学講座があるのは20校であり、あらゆる医療分野で必要にもかかわらず、わが国は、リハビリテーション医学に十分な理解がない状況にある。

1980年代の高次脳機能障害の後遺症として代表的な疾患である脳血管疾患の治療が中心に行われていた。里宇明（2012）によればリハビリテーション医学におけるアプローチは評価と治療である。治療は早期介入による障害の予防・最小化であるが、障害が残った場合には以下の2つのアプローチを行うとある。第1は機能障害へのアプローチであり、麻痺、認知障害などの機能障害そのものの回復を目指すものと、第2は代償的アプローチであり、残存機能の活用、補助具の活用、環境調整としている。

脳血管疾患の治療の一つとしてリハビリテーションは、1980年代から麻痺のある患者に対して行われる理学療法を中心に生活訓練が中心となって行われた。次いで古典的な高次脳機能障害の失語、失認、失行などに対する訓練が開発された。

脳損傷の発症後の様々な認知障害や精神症状が一過性に出現する、いわゆる通過症候群とされる時期を過ぎると、いずれの認知障害も回復を示すが、発症後半年位過ぎる頃から記憶障害の重篤なものは改善が見られなくなり、半側空間無視、注意障害はその後回復は示

すが、回復速度は徐々に遅くなり、治療アプローチは代償方法の学習、障害の理解を進める方向に移行した取り組みをしてきた。すぐに感情的になる、物を壊す、暴言・暴力などの易感情的な問題である情緒・行動障害についてのアプローチは社会への適応学習を行うが、長期的な支援体制が必要とされている。

脳卒中治療ガイドラインは2004年策定され、翌年から開始され、5年おきに改定されている。高次脳機能障害の治療という項目はなく、主な障害・問題点に対するリハビリテーションのなかで、認知障害に対するリハビリテーションについて取り上げられている。

脳卒中治療ガイドライン2009（平成21）の認知障害に対するリハビリテーションでは、「認知リハビリテーションについては要素的訓練（失われた能力そのものに対する回復訓練）の効果が実生活の他の動作に般化するかに関し、肯定的な報告と否定的な報告が見られ、その見解は一定していない」とある。

神奈川県リハビリテーション支援センターが行ってきた高次脳機能障害支援普及事業2010（平成22）年報告には、認知リハビリテーションは状況やニーズに合わせてリアルオリエンテーション、課題学習、代償的手段活用に練習、認知行動療法的アプローチ病態/自己/現実認識のアプローチが行われ、患者や家族に対するカウンセリングを行い、家族フォローが行われていた。「認知行動療法的アプローチでは①障害当事者自身の行動や認知を自己観察する、②具体的な対処法方法を獲得していく、③偏った考え方の不合理性気づき、適応的な考え方を身に付けていくという過程で、最終的にはセルフコントロールを目指す」とあった。さらに、「高次脳機能障害者にはうまくできることをまず体験してもらい、対処方法をできるだけ簡略化して提示するなどの配慮をする」とあった。

2-2 高次脳機能障害者に関する政策の変遷

高次脳機能障害者に関する政策は、2001～2006（平成14～19）年の高次脳機能障害モデル事業、2007～2012（平成20～24）年の高次脳機能障害者の地域生活支援の推進、2013～2018（平成25～30）年の高次脳機能障害者に対する医療・福祉・就労における人材育成と変遷してきた。各政策について以下に述べる。

1）2001～2006（平成14～19）年 高次脳機能障害支援モデル事業

厚生労働省は、国立身体障害者リハビリテーションセンター（現：国立障害者リハビリテーションセンター）を中心に12地域の地方拠点機関と高次脳機能障害支援モデル事業を実施し、支援方法の開発などを行った。5年間のうち、前期3か年は標準的な[診断・評価基準]と[標準訓練プログラム・支援プログラム]を作成することを目標にし、後期2年は全国に普及可能な支援体制の確立を目標に、地方支援拠点機関に人的支援を行う支援コーディネーターを配置し、2年にわたる実践の積み重ねから全国で共通して使用できる「高次脳機能障害診断基準ガイドライン」、「高次脳機能障害標準的訓練プログラム」、「高次脳機能障害標準的社会的復帰・生活・介護支援プログラム」、「高次脳機能障害者支援の手引き」が作成された。「高次脳機能障害標準的社会的復帰・生活・介護支援プログラム」をみると、Ⅰ. 支援組み立てと進め方、相談窓口、Ⅱ. 支援申請から支援ニーズ調査、Ⅲ. 環境調整支援と生活・介護・家族支援、Ⅳ. 障害者自立支援と高次脳機能障害者に対する相談支援のプロセスとあり、26ページにわたり、記載されている。内容は、各支援内容①就業支援、②就学支援、

③授産支援、④小規模作業等支援、⑤就業・就学準備支援、⑥在宅支援、⑦施設生活訓練支援、⑧施設生活援助などが網羅されている。内容は支援のマニュアルであり、高次脳機能障害の単一の障害に対しての支援の記載が多く、ケアについても同様で、単一的な障害についての簡単な説明に終始していた。また、脳損傷者には、複合している高次脳機能障害があるにも関わらず、高次脳機能障害が複合している高次脳機能障害者に対応する具体的な障害査定方法、複合している障害の支援内容の記載はなく、ケアプログラムの記載はなかった。

2) 2007～2012(平成 20～24)年 高次脳機能障害者の地域生活支援の推進

厚生労働省はすべての都道府県に高次脳機能障害者を支援する拠点機関を設置し、支援コーディネーターを配置し地域での生活ができるように支援を推進していった。中島(2014)の研究報告では、全都道府県に70か所の支援拠点が設置され、支援コーディネーターは合計115名配置、相談件数は64,695件、高次脳機能障害者の登録患者は120名、支援拠点機関に入院するまでの期間日数は96日、平均在院日数は97日、認知リハビリテーションは作業、理学、言語療法を組み合わせ一日各1～2単位を約3か月継続するのが標準的であったとある。また、中学生・高校生の就学支援は十分な支援体制がとれていないこと、失語症では就労が難しかったと報告があり、就労支援とコミュニケーション支援の両方が必要とされ、課題となった。このような経過のなかで、2010(平成23)年「高次脳機能障害支援の手引き」が改訂された。

3) 2013～2018(平成 25～30)年 高次脳機能障害者に対する医療・福祉・就労における人材育成

厚生労働省は高次脳機能障害者の地域における自立活動・就労を支援する体制を整備するために人材育成を行うことにした。全国の地域ブロック、都道府県、医療関連職、支援コーディネーターなどを対象にした研修会を実施した。中島(2014)の研究報告では、全都道府県に100か所の支援拠点が設置され、支援コーディネーターは3年間で178人から375人に増加し、相談件数は244,298件あった。東京ブロックでは「就労準備支援プログラム」「社会生活評価プログラム」を開発した。また、地域機関向けの「高次脳機能障害支援ハンドブック」の一部改正「災害時初動行動マニュアル」を作成したとあった。

2-3 法律の改正

高次脳機能障害をもつ人たちの障害特性を踏まえて、適切な医学的リハビリテーションや生活訓練、就労、就学支援などが必要であり、これらのサービス提供への門戸を開くために行政的見地から高次脳機能障害診断基準が作成された。診断ガイドラインは、診療報酬請求や障害者手帳申請時の診断作成にあたり、高次脳機能障害という診断名または障害名を記載する際に正しく適用するためのものである。

高次脳機能障害者支援手引き(平成20年、改定第2版)には、「高次脳機能障害とICD10国際疾病分類第10版:ICD-10の精神および行動の障害(F00-F99)では精神障害者保険福祉手帳の診断書作成時に求められる際の便宜のために適用される区分を示した」とあり、Ⅲに一部改正が加えられ、以下の内容であった。

ガイドラインの内容

Ⅲ 高次脳機能障害と ICD-10 (国際疾病分類第 10 版: ICD-10 の精神および行動の障害 (F 00-F 99))

- F 04, F 06, F 07 に含まれる疾病を原因疾患にもつ者が高次脳機能障害診断基準の対象となる。
- この 3 項目に含まれる疾病をもつ者すべてが支援対象となるわけではないが、他の項目に含まれる疾病は除外される。例: アルツハイマー病 (F 00)、パーキンソン病 (F 02)
- 原因疾患が外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳炎、脳腫瘍などであり、記憶障害が主体となる病態を呈する症例は F 04 に分類され、対象となる。
- 原因疾患が外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳炎、脳腫瘍などであり、健忘が主体でない病態を呈する症例は F 06 に分類され、対象となる。注意障害、遂行機能障害だけの症例は F 06 に分類される。
- 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) は F 43 に該当し、除外する。
- 外傷性全生活史健忘に代表される機能的健忘は F 40 に該当し、除外する

ICD10 国際疾病分類第 10 版 (1992)

高次脳機能障害診断基準の対象となるもの

F04 器質性健忘症候群, アルコールその他の精神作用物質によらないもの

F06 脳の損傷及び機能不全並びに身体疾患によるその他の精神障害

F07 脳の疾患, 損傷及び機能不全による人格及び行動の障害 高次脳機能障害診断基準から除外されるもの

F40 恐怖症性不安障害

F43 重度ストレスへの反応及び適応障害

2-4 家族会および外部団体

外部団体では、2008 年に高次脳機能障害患者・ご家族の様々な支援を提供することを活動の目的とした、一般社団法人高次脳機能障害ネットワーク (代表: 尾山芳子) ができた。インターネットの普及により、高次脳機能障害当事者や家族が知りたい情報を得るためにはこのような活動を行っている団体の影響は大きい。

第 3 節 高次脳機能障害者に対する支援の現状と課題

わが国の医療技術、救命技術の進歩で助けられた脳卒中や外傷の患者は、身体障害に加え、高次脳機能障害が単一でなく複数の障害が重複している。脳卒中ガイドラインでは、「認知リハビリテーションについては要素的訓練 (失われた能力そのものに対する回復訓練) の効果が実生活の他の動作に般化するかに関し、肯定的な報告と否定的な報告が見られ、その見解は一定していない」とあった。特に感情コントロール低下で問題のある者への対応には、高次脳機能障害に対する直接的な医療の介入には効果がなく、環境を整える、代償的方法などを行うようにガイドラインでは勧められている。高次脳機能障害モデル事業後には、診断基準、高次脳機能障害治療ガイドラインなど障害手帳取得でき、サービスを受けることまで

につながられた。さらに、高次脳機能障害者のための「生活訓練モデル」、「職業訓練モデル」が示され、拠点病院で行うことになった。その後の高次脳機能障害に対して東京ブロックでは「就労準備支援プログラム」と「社会生活評価プログラム」を開発した。

しかし、拠点病院以外では高次脳機能障害についての医師の理解がないと、高次脳機能障害者は十分に対応されない。その為に、地域機関向けの「高次脳機能障害支援ハンドブック」の一部改正「災害時初動行動マニュアル」を作成された。しかし、これらが十分に機能しているのかは、調査されないために不明である。また、拠点病院以外の施設で、同じように「生活訓練モデル」、「職業訓練モデル」そのものが行われるためには、高次脳機能障害に精通したスタッフ教育が必要である。

支援では、全都道府県に 100 か所の支援拠点を設置し、支援コーディネーターは 3 年間で 375 人育成できたが、相談件数は 244,298 件であったことから、相談件数が多いわりに十分なコーディネーターの数に達していない。言い換えれば、100 か所に約 3.7 人しかコーディネーターいないことになる。認知症に比べると、サポーターという制度はなく、高次脳機能障害そのものの認知度や支援方法などを知る広報的な面が少ない。そのためには、今後も支援コーディネーター育成のための研修会の継続が必要であり、今後は拠点病院以外の施設にあったプログラムの見直しや施設の高次脳機能障害者のケアを支援するコーディネーターの養成が必要である。

第2章 高次脳機能障害者のケアプログラムに関する研究動向と

本研究の目的

高次脳機能障害から起こる生活の支障に対する看護によるケアプログラムの知見を得るため、第1節ではわが国の高次脳機能障害者のケアプログラムの現状、第2節では高次脳機能障害者のケアプログラム開発の現状のまとめ、第3節では本研究の目的、第4節では本研究全体構成、第5節では本研究で使用する言葉の定義について述べる。

第1節 わが国の高次脳機能障害者のケアプログラム開発の現状

高次脳機能障害の研究は、主にリハビリテーションの分野の医師や訓練士による治療・訓練の報告が多かった。医学中央雑誌 Web の看護文献を「高次脳機能障害」のキーワード検索でみると 2000 年以下が少ないため、2000 年から 2018 年の間で「高次脳機能障害」、「看護」、「原著」で文献検索した。検索した結果、105 件を抽出した。さらに、「介入」を追加して検索したところ、31 件を抽出した。31 件のうち、高次脳機能障害者に実践した看護の後方視的分析は 19 件であり、介入研究は 12 件であった。さらに、「プログラム開発」を追加して検索した結果 3 件を抽出した。この 3 件は文献検討が 2 件で、残りの 1 件は本研究者である長島がプログラム開発のための基礎資料を得るために高次脳機能障害によって機能性尿失禁となった患者に行われたプログラム開発であった。したがって、先行研究では看護における高次脳機能障害者のケアプログラム開発に該当する論文で長島の研究以外の論文はみられなかった。

1-1 高次脳機能障害者に対する看護の分析研究

高次脳機能障害者に実践した看護の後方視的分析 19 件は観察記録、看護記録、看護計画記録を分析したものであった。19 件のうち、レビューが 2 件あり、分析方法が明らかでないものが 5 件あった。この 7 件を除き、残りの 12 件について研究の内容を調べてみた。

12 件の高次脳機能障害者の看護の分析に関する研究は、「自宅退院の促進要因と阻害要因の分析」が 1 件、「自宅退院を決定する要因」が 1 件、「身体抑制解除の看護」が 1 件、「排泄に関する看護計画の分析」が 1 件、「高次機能障害者の看護の分析」が 4 件、「食事に関する看護行為」が 1 件、「転倒転落事故予防の看護」が 2 件、「高次機能障害者に行った相談分析」が 1 件であった。以下に、上で述べた 12 件の先行研究の詳細について述べる。

1) 自宅退院の促進要因と阻害要因の分析

遠藤ら (2003) は、入院している高次脳機能障害者 10 名の「自宅退院の促進要因と阻害要因」の分析で家庭復帰の促進要因としては患者の身体機能レベルが高く退院後の役割再獲得を目指す訓練が早期に行われていること、介護者がいることの 3 点で、反対に阻害要因としては重度の高次脳機能障害があり、介護者以外のサポートが不足、家庭復帰に向けた介

入の時期の遅れを示した。

2) 自宅退院を決定する要因

山中ら (2005) は、高次脳機能障害者の家族が自宅退院を決定する要因について 1 名を対象に看護記録と家族のアンケートの分析から入院初期の障害についての情報混乱の整理、家族の不安の言葉の引き出し、不安の対応策、外泊訓練で課題遂行の状況を家族が確認し、解決策を準備し、家族に選択させることの 4 点を示した。

3) 抑制解除の看護

大野ら (2008) は、高次脳機能障害によってカテーテル類の抜去などの問題で抑制されている高次脳機能障害患者に対して抑制をしないための要因を探る研究結果を報告した。抑制を解除すると判断した看護師 8 名について判断する根拠に対する回答を質的に分析した結果、【抜去に及ばない程度の理解力がある】、【抜去しようとする仕草がない】、【看護師で捕らえる程度リスク状態】の 3 つの要因があることを示した。

4) 排泄に関する看護計画の分析

長島ら (2006b) は、「排泄に関する看護計画の分析」で、脳損傷後の高次脳機能障害のある患者で機能性尿失禁のある患者 146 名に実施された看護計画の分析した結果、看護は大きく 3 領域に分類され、介入は階層的に実施されていた。3 領域の看護計画とは【脳損傷後の自主的な排尿行動が行えるための精神的・身体的環境の調整介入】、【脳損傷後の新しい動作スキル獲得のための介入】、【脳損傷後の特異的な障害から起こる排尿の問題に対する代償的な介入】で、高次脳機能障害者の機能性尿失禁のある患者への看護は急性時期の心肺他、身体の調整後に、新しい排泄動作スキルを獲得させ、高次脳機能障害による動作障害への補完に代償的な介入を行い、段階的な看護介入の実施について報告した。

5) 高次脳機能障害者の看護の分析

横田ら (2008) は、257 名の高次脳機能障害患者行われた看護を後方視的に調べた内容であった。方法は看護の類型化を行い、生活自立度スケールの Barthel Index (以下 BI) 得点と看護の関係を大別した結果、4 つのクラスに分けることができたことと報告した。高次脳機能障害のある患者の看護について生活自立度によって段階的な関わりがあることを見出した。最も重症度の高いステージ I の患者群にはリスク管理、覚醒および生活リズムの構築、ADL 訓練を行い 40% が改善した。次の段階のステージ II の患者群では主に ADL 訓練を行い 66% 改善に向かったとあり、ステージ III の患者群では外泊訓練を認知訓練、薬の管理を練習し、59% が改善し、最も高いステージ IV の患者群では在宅・復学・復職に向けて看護が行われたと報告した。しかし、自立度は身体的自立度と認知的自立度の問題があり、生活自立度スケール BI は認知的な自立度を十分には反映していない、また、BI を 4 段階で大別できた根拠が示されなかった。BI と高次脳機能障害者の看護の関係を分析したものではなかった。

新家ら (2013) は、高次脳機能障害のある患者 14 名に行った看護分析で、看護行為は 8 つを見出し、看護の共通行為として【患者の安全に価値を置く看護師の考え】、【患者の認知の確認と育成】、【患者自身による行為の完遂度】の 3 つを抽出した。

長島 (2015) は、リハビリテーションで入院した高次脳機能障害者 100 名に行った看護の分析で、生活構築に必要なケアの構成要素について【脳損傷後の身体・認知からおこる問題に対する安全管理援助】、【脳損傷後の身体の調整】、【脳損傷後の動作スキルの再獲得の援

助】、【脳損傷後の認知的問題に対する代替手段獲得の援助】、【脳損傷後の自己管理再獲得への援助】、【脳損傷後の社会スキルの援助】の6つのケア構成要素について報告した。

高橋ら(2016)は、看護行為分析で3名の高次脳機能障害者に行った看護行為を分析しており、【見守り】、【確認】、【瞬間視】、【指導】、【声掛け・促し】の5つは他の患者に行う内容と同様で、脳機能障害者に対してはその他に【行動を助ける介入】、【思考の混乱に寄り添う】の2つの看護行為があることを報告した。

6) 食事に関する看護行為

齋ら(2012)は、高次脳機能障害によって摂食時のペーシング障害を有している患者18名の看護記録を分析し、看護の問題点を抽出した。まず看護問題として立案が少ない、観察が不十分、評価が正しく行えていない、家族指導ができていないという4点を示した。

7) 転倒転落事故予防の看護

小泉ら(2013, 2014)は、「高次機能障害者の入院中の転倒転落事故の看護の直感」の分析では、高次脳機能障害者の転倒予防に関わった看護師8名の語りを分析した。患者の転倒転落事故の看護の直感として【高次脳機能の障害の特徴】、【いつもと違う落ち着きのない言動・表情・行動パターン】の3つを抽出し、翌年には、高次脳機能障害者の転倒転落防止の看護の方法として【落ち着かなくなる時期と時間帯の把握】、【患者を理解する】、【経験による看護観】の3つの看護方法について報告した。

8) 高次機能障害者に行った相談分析

高山ら(2016)は、「高次機能障害者に行った相談の分析」において、作業所に通う高次機能障害者20名の相談内容の分析をした。相談内容については、【健康に関するセルフケア】、【公的機関とのケア調整】、【対人関係やコミュニケーション支援】、【代償方法の獲得】、【家族支援に苦慮していること】の5つのカテゴリを挙げた。

1-2 高次脳機能障害に対する看護の介入研究

高次脳機能障害への介入研究は12件みられた。介入研究の内容は、「排泄に対する介入」が4件、「睡眠と覚醒に対する介入」が2件、「自己管理に対する介入」が1件、「主体性に対する介入」が1件、「強迫的行動・社会性適応に対する介入」が1件、「強制把握に対する介入」が1件、「更衣動作に対する介入」が1件、「代償的訓練に対する介入」が1件であった。以下にこれら12件の先行研究について述べる。

1) 排泄に対する介入

長島(2006c)は、脳損傷後に膀胱機能が正常で高次脳機能障害によって尿失禁となった患者に対する機能性尿失禁リハビリテーションプログラムを開発し、高齢な高次脳機能障害者20名に段階的な介入を実施した。その結果、患者の14名は尿失禁がなくなり、4名は尿失禁が減少、3名に変化がなかったと報告した。

横山(2009)は、高次機能障害者が排尿自立するまでの看護介入を排尿習慣の把握、排尿訓練、尿路感染介入時期、排尿訓練再開の4期に分けて関わることの効果について報告した。しかし、高次脳機能障害の種類やその介入記載が乏しかった。

亀山(2012)は、高次脳機能障害患者1名に対して1期に排泄パターンの把握、2期に声かけと誘導、3期に視覚的介入の3期に分けた段階的な介入方法と効果について報告した。

石川ら（2013）は、交通事故外傷後の高次脳機能障害がある患者が強い尿意を感じていることに着目して、リハビリパンツ（おむつ）から布パンツに変えることで、失禁しないための意識づけたところ、尿失禁がなくなったことを報告した。

2) 睡眠と覚醒似に対する介入

小川（2010）は、脳卒中後の高次脳機能障害者1名に対して睡眠と覚醒のリズムを整えること、患者のこだわりや規則性に着目して関わる、患者の個人の特性に合わせることの介入の重要性を報告した。

田中ら（2004）は、記憶や問題行動を有する高次脳機能障害者1名に対して記憶訓練として日課チェック表を用いたスケジュール管理練習を行ったところ、生活リズムが整い、障害によって混乱していた患者に役立ったと報告した。

3) 自己管理に対する介入

鶴田ら（2012）は、糖尿病によって脳卒中を引き起こし高次脳機能障害となった患者1名に、糖尿病の内服や身体チェックなどの自己管理をしてもらうために高次脳機能障害用の指導パンフレットを作成し、自己管理ノートの記載方法を指導した結果、患者の糖尿病に対する自己管理が継続できたことを報告した。

4) 主体性に対する介入

三木ら（2014）は、脳血管障害後の認知機能障害ある患者2名に対して実現しやすい短期目標を掲げて、動機づけを行い、補助手段としてスケジュール表を用いた。患者に成功体験をさせることで良好な結果を導いたと報告した。

5) 強迫行動・社会性適応に対する介入

田淵ら（2010）は、交通事故外傷後の高次脳機能障害で強迫的行動のある患者1名に対して社会性と適応性の具体的な目標を設定した「あきらめない表」を用い、患者に行動を意識化することで患者の不安と強迫行動の軽減を図れたと報告した。

6) 強制把握に対する介入

戸嶋ら（2009）は、脳血管障害後の左手の強制把握のある患者1名に対して左手に注意を集中させるために意識的に声をかけること、両上肢を積極的に使用した動作を試みたところ、食事・清潔行為では強制把握が軽減したとあり、更衣では強制把握が軽減しなかったと報告した。

7) 更衣動作に対する介入

中島ら（2009）は、脳血管障害後の身体の問題がなく、高次脳機能障害により更衣ができない患者2名に、患者が自身の更衣動作の誤りに気付けるように鏡を設置し、患者の気づきの段階に応じて口頭指示を与え介入していった結果、患者は自己の更衣動作の誤りを確認し、修正することができたとあった。入浴と移乗動作においてもこの方法で患者の行為の誤りが減少したと報告した。

8) 代償訓練に対する介入

高山（2011）は、交通事故外傷の1名に対して代替訓練を取り入れるための面接を4回行い、面接で必要なことは、代替訓練内容が患者のニーズに合致しているか、できそうな方法であるかをアセスメントし、患者の価値観を大切にすることの必要性を報告した。

第2節 高次脳機能障害者のケアプログラム開発の現状のまとめ

2-1 高次脳機能障害者の看護計画・看護行為の分析研究のまとめ

2000年から10年間の高次脳機能障害者に対する看護の分析の論文では、初期は高次脳機能障害者の介護困難や自宅退院できる要因、家族の状況を分析した論文であった。論文内容の変化では、高次脳機能障害患者による点滴類やカテーテル抜去等の問題から体幹抑制にした経緯や抑制をした場合、どのように看護をしたら患者に身体抑制をしなくてよいのかという倫理的問題と業務的な内容を含んだ要因研究も見られた。

中期になると、分析対象者数が多くなり、行った看護の分析が行われ、患者の身体の状態やADL状況より、看護師は段階的に介入し、ケアの階層性について検討していた。

2010年以降の分析の論文には、脳損傷後の患者が高次脳機能障害だけではなく、合併している嚥下障害による誤嚥性肺炎の看護、注意障害などベッドからの転倒転落を予防するための看護介入が取り上げられた。脳損傷後のリスクでもある誤嚥性肺炎や転倒転落による骨折などは、長期入院の要因であり問題視された。その背景には、医療の高度化により助けられた患者の後遺症が重度化したことや医療・介護の医療費による財政圧迫のために、入院短縮化が叫ばれ、長期化する看護上の問題が意識されたからである。論文のテーマや内容も病院で起こる事故防止、長期化する入院に対する看護介入によるものになった。

また、リハビリテーションにおいて、2007年に日本摂食・嚥下リハビリテーション学会が発足し、医療・看護において嚥下障害の介入が注目されてきた背景もある。また、脳卒中リハビリテーション看護認定教育(2000)は日本看護協会等で行われるようになり、認定教育内容に「相談」や「コンサルテーション」の項目が組み込まれた経緯から、研究内容にも認定看護師による相談の分析に対する研究が登場した。

以上より、全体的には、高次脳機能障害者の看護論文数は少なく、また、主要な高次脳機能障害者の看護計画・看護行為の分析論文では、調査対象患者数が少なかった。調査対象数が多い調査論文は2つあり、共通なことは、各高次脳機能障害による生活上の問題に対する看護の方法として段階的に介入されていたことであった。

論文のテーマや内容は、高次脳機能障害そのものに対する看護の後方視的な調査が多く、その他に、高次脳機能障害患者の誤嚥性肺炎の合併症や転倒転落事故などの問題を取り上げているもの、医療経済的な注目から入院短縮化に向けた取り組み、医療処置のための身体拘束を取り上げた倫理的問題、そして看護教育の発展に伴って認定看護師により行われた看護の調査研究が始まったところであった。

2-2 高次脳機能障害の介入研究のまとめ

高次脳機能障害への介入研究は12件と少なく、内容は「排泄に対する介入」、「睡眠と覚醒に対する介入」、「強迫行動・社会性適応に対する介入」、「自己管理に対する介入」、「主体性に対する介入」、「強制把握に対する介入」、「更衣動作に対する介入」、「代償訓練介入に対する介入」であった。

高次脳機能障害への直接的な介入は、「強迫行動・社会性適応に対する介入」、「強制把握に対する介入」、「更衣動作に対する介入」であった。これらの直接的な介入では、他の動作

への応用ができたのは、「更衣動作に対する介入」のみであった。

一方で、高次脳機能障害に間接的にケアをして障害からおこる生活の支障を生じさせない介入研究は、「排泄に対する介入」、「睡眠と覚醒に対する介入」、「自己管理に対する介入」、「主体性に対する介入」、「代償訓練介入に対する介入」であった。排泄の介入では、段階的な介入が有効であった。睡眠と覚醒の介入では、患者の生活を活動と休息を区別し、生活のリズムを意識して計画して整えることであり、高次脳機能障害者の生活の基盤になる覚醒度を高める介入が行われていた。「自己管理に対する介入」では、代償手段を用いて基礎疾患の自己管理に向けた指導が有効であった。

しかし、これらの介入研究では分析した看護の対象である高次脳機能障害者数が1名、最大で20名であり、対象患者数が少ないことで十分な評価はできなかった。

特に、代償方法の看護介入では患者のニーズの視点が重要であるが、患者のニーズと具体的な介入方法とその効果についての記述が乏しかった。また、介入研究はADL項目や単一な目標に焦点をあてたものが多く、高次脳機能障害者のケア全般の介入であるケアプログラムを意識した論文は、先に示した研究者自身の実践した研究以外は見つけられなかった。

第3節 本研究の目的

本研究は、町立または市立病院である一般病院と高次脳機能障害支援拠点病院の双方で行われている高次脳機能障害者の看護を調査し、新たに、一般病院で行える高次脳機能障害者のケアプログラムを作成する。作成したプログラムを高次脳機能障害の患者に対して実践し、高次脳機能障害者の生活支援に対するケアモデルを示し、一般病院用の高次脳機能障害者のケアプログラムを開発することである。

第4節 本研究全体構成

本研究における序論の第1章では、高次脳機能障害者の支援の現状と課題について論じた。第1節に本研究の意義、第2節では、高次脳機能障害者に関する社会的支援の概要について、高次脳機能障害の医療の動向、高次脳機能障害者に関する政策の変遷、高次脳機能障害者の地域生活支援の推進、高次脳機能障害者に対する医療・福祉・就労における人材育成、法律の改正、家族会および外部団体から述べる。第3節では、高次脳機能障害者に対する支援の現状と課題について述べる。

序論の第2章では、高次脳機能障害者のケアプログラムに関する研究動向と本研究の目的を述べる。第1節では、先行研究による高次脳機能障害者のケアプログラム開発の現状、第2節では、先行研究による高次脳機能障害者のケアプログラム開発の現状をまとめる。第3節では、本研究の目的を述べる。第4節では、本研究全体構成を述べ、第5節では、本研究における用語の定義を述べる。

本論の第3章の高次脳機能障害者のケアプログラムの開発では、ケアの根拠となる看護構成要素について抽出して検討する。第1節に高次脳機能障害拠点病院で行われた高次脳機能障害者の生活上の課題に対する看護師のケア構成要素の抽出を行う。抽出方法として

高次脳機能障害拠点病院で行われた成功事例 100 名の高次脳機能障害者の看護計画を分析する。分析の結果、抽出した看護の構成要素について検討し、抽出した看護構成要素は患者のニーズに対応しているか、高次脳機能障害の特異的な看護について検討する。

本論の第 4 章では、高次脳機能障害者に対する高次脳機能障害ケアプログラムの一般病院における実証研究を行う。第 1 節では、一般病院で行われた高次脳機能障害患者の看護の実際を把握するために、看護師に高次脳機能障害患者のケアで困ったこと、成功事例、電子カルテの利用状況を調査し、一般病院で用いる高次脳機能障害者のケアプログラムに必要な事柄を整理する。第 2 節では、一般病院に必要な高次脳機能障害ケアプログラムを作成する。第 3 節では、一般病院における高次脳機能障害ケアプログラム実施に基づく準備教育として、看護師に対して高次脳機能障害に対する研修を行う。第 4 節では、一般病院の看護師を対象にペーパーペイシエントを用いた高次脳機能障害ケアプログラムの練習を行う。実施し看護師を対象に質問紙調査を行い、高次脳機能障害の看護師の理解の程度と準備状況から実践するケアプログラムの問題の整理について述べる。第 5 節では、一般病院の療養型病棟における高次脳機能障害ケアプログラムの実践を高次脳機能障害者 3 名に試みる。第 6 節で高次脳機能障害ケアプログラム実施した評価について述べる。

結論の第 5 章では、これまでの展開をふまえ、結論と今後の課題について論じる。第 1 節では、プログラムを開発する理論的背景の重要性を述べる。第 2 節では、高次脳機能障害者のケアプログラムのモデルの提案について述べる。第 3 節では認知障害のある人に対するケアプログラム開発の今後の課題について述べまとめる。

第 5 節 本研究における用語の定義

5-1 高次脳機能障害

わが国では、高次機能および高次機能障害についての医学的定義はない。石合（2001）は「どこに—空間認知、何が—対象の認知、目的を持った動作—行為、事象の表現・伝達・理解できる—言語」が高次機能に含まれ、脳の損傷によって高機能障害は質的・量的に異なる様相を呈するとある。

本田（2010）は「大脳の損傷により、言語・思考・記憶・行為・学習・注意などの高次な精神機能に障害が起こった状態」という。安保（2012）は、「高次機能障害について学術用語としては、脳損傷に起因する認知の障害全般を示し、その中には、巣症状としての失語、失行、失認、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会行動障害などが含まれる」とある。

わが国の「高次脳機能障害」という名称は、厚生省（2001）が示した行政的な造語であり、支援対策を推進する観点から脳損傷者の記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会行動障害を主たる要因として日常生活、社会生活の困難を有する一群が示す認知の障害としている。高次脳機能障害診断基準ガイドライン（2005）では、脳の活動のうち、「知覚」「言語」「記憶」「学習」「判断」「感情」「行為」といった機能を定義している。

本研究は石合、本田、安保らの障害の様相をふまえ、厚生労働省の示す高次脳機能障害の定義を採用する。

5-2 プログラム

患者・利用者がある行動目標を達成するために設定される段階的な取り組みとする。

5-3 ケアプログラム

看護師の行為で、患者・利用者が適切な身体的・運動的・知的・社会的技能を獲得するために行う組織的な教示・施行・点検・テストなどの繰り返し、ならびに世話・介護・配慮・注意を含む。

本 論

第3章 高次脳機能障害者のケアプログラムの開発

本章は、高次脳機能障害者のケアプログラムの開発の骨格の構成に向けた最も重要な研究である。具体的には、第1節では、ケアプログラムの構造を検討するために、高次脳機能障害支援拠点病院に入院した高次脳機能障害者に対して行われた看護師のケアの構成要素を抽出する。抽出した看護構成要素について患者のニーズと高次脳機能障害者の特異的なケアについて検討する。

第1節 高次脳機能障害拠点病院で行われた高次脳機能障害者の生活上の課題に対する看護師のケア構成要素の抽出

1-1 目的

開発するケアプログラムは、支援拠点病院が行っている訓練要素の高いプログラムではなく、高次脳機能障害者を先ずは生活者として捉え、生活自立に向けた包括的ケアの視点から個別対応型のケアプログラムにする必要がある。

さらに、高次脳機能障害ケアプログラムを開発するうえで必要なことは、高次脳機能障害者の生活上の課題を明らかにし、どのようなケアが成功したのか、どのような方略（ストラテジー）があるのかを十分に把握する必要があると考えている。

本節の目的は、高次脳機能障害支援拠点病院に入院した高次脳機能障害者の生活上の課題に対して行われた看護師のケアの構成要素を明らかにすることである。

1-2 方法

1-2-1 調査対象

調査対象は看護師と患者とした。

1) 看護師

対象とした施設は、高次脳機能障害支援モデル事業における「全国高次脳機能障害支援普及拠点センター」として機能した国立身体障害者センター（現：国立障害者センター）病院で、脳損傷後の患者の生活訓練を医師、看護師、訓練士、臨床心理士などの多職種のチームで専門的に支援する施設であった。対象の看護師は、この施設に勤務し、高次脳機能障害者のケアを3年以上経験している30名の看護師とした。看護師の年齢は、20歳代から50歳代の間で、20歳代5名、30歳代10名、40歳代10名、50歳代5名であった。看護師経験歴は 12.5 ± 7.1 年、高次脳機能障害の看護経験歴は 8.1 ± 5.0 年であった。

2) 患者

患者は、脳血管障害者と頭部外傷者で高次脳機能障害があり、上記施設に入院した18歳以上から60歳未満の100名とした。ただし、低酸素脳症、認知症、精神疾患を合併した患者を除いた。

患者の属性は表3-1に示した。患者は男性68名と女性32名の100名とした。患者の平均年齢は 38.5 ± 10.6 歳、原因疾患は脳出血24名(24%)、脳梗塞31名(31%)、くも膜下出血13名(13%)、頭部外傷32名(32%)であった。患者の在院日数 58.0 ± 10.5 日であった。患者の転帰は、自宅退院が82名(82%)、転院は18名(18%)であった。身体状況では、麻痺なし32

名(32%)、右麻痺 45 名(45%)、左麻痺 20 名(20%)、四肢麻痺 3 名(3%)、運動失調の者はいなかった。患者は障害を重複することが多いので、以下に延べ人数で示した。

高次脳機能障害は、注意障害 71 名(71%)、記憶障害 55 名(55%)、病識欠落 55 名(55%)、遂行機能障害 52 名(52%)、半側無視 36 名(36%)、見当識障害 15 名(15%)、発動性障害 14 名(14%)、易怒性障害(感情コントロール低下)13 名(13%)であった。巣症状は失語症 24 名(24%)、失行症 20 名(20%)、失認症 15 名(15%)であった。入院時の日常生活の自立度は、Barthel Index(以下 BI)が 40.5±28.2 点、Functional Independence measure(以下 FIM) が 56.1±24.6 点であった。退院時の自立度は、BI が 72.1±21.3 点、FIM が 70.2±20.8 点であった。(表 3-1)

表 3-1 患者の属性 (n=100 名)

		人数	%
性	男性	68	68
	女性	32	32
病名	脳出血	24	24
	脳梗塞	31	31
	くも膜下出血	13	13
	頭部外傷	32	32
身体状況	麻痺なし	32	32
	右麻痺	45	45
	左麻痺	20	20
	四肢麻痺	3	3
	運動失調	0	0
高次脳機能障害 (重複あり)	注意障害	71	71
	記憶障害	55	55
	病態欠落	55	55
	遂行機能障害	52	52
	半側無視	36	36
	失語症	24	24
	失行症	20	20
	失認症	15	15
	見当識障害	15	15
	発動性障害	14	14
易怒性障害	13	13	
B I	入院時	40.5±28.2点	
	退院時	72.1±21.3点	
FIM	入院時	56.1±24.6点	
	退院時	70.2±20.8点	
転帰	自宅	82	82
	転院	18	18

1-2-2 調査期間

調査は2002年10月から2007年3月にわたり実施した。

1-2-3 データ収集

研究趣旨に賛同した看護師から調査対象となる受け持ち患者の入院から退院までの看護計画の内容を確認した。また、看護計画の実践においてリハビリテーション上で効果的と考えられた看護の計画の実践や実践の優先順位の理由についての説明を月に2回程度実施して、看護計画の記載内容をデータとして収集した。

1-2-4 分析

上記患者に対して、プライマリーナース（以下：受け持ち看護師）が計画し、他の看護師と共有するための看護計画書に記載された計画で、計画の意図が不明なもの、実施されなかったものは分析対象のデータから除いた。

専門的な知識と経験が豊富な高次脳機能障害に対する看護に熟練した看護師3名により、看護計画書の記述内容（看護行為）の類似性に基づいて看護行為をコード化した。その手順を以下に説明する。

- ① 個々の分析者が看護計画書の記述内容（看護行為）を1文脈ごとに区切り、それを1コード（記録単位）とした。
- ② 個々の分析者は①で抽出したコードを意味の類似性の観点からサブカテゴリとして分類し、さらにそれを上位のカテゴリに分類し、分類名を命名した。
- ③ 個々の分析者が抽出したサブカテゴリ、カテゴリは3名の分析者相互で確認し合い、完全一致が図れるまで討議して得たカテゴリを「高次脳機能障害患者の日常生活の課題に対する看護行為の構成要素」として採用した。

1-2-5 データと分析の信頼性の確保

データとなる看護計画は受け持ち看護師により立案され、看護チームメンバーに共有されたもので、さらに、研究者がその意図を確認し、受け持ち看護師と共に行為の語句の合意を経たものである。コーディングプロセスでは、高次脳機能障害の看護ケアに10年以上の経験を有する看護師3名を分析者とし、個々の分析過程のあと、合同で検討を行い、同意が得られたものを採用した。同意が得られない場合は破棄した。なお、この分析過程においては、適時、高次脳機能障害の治療や訓練に携わる専門職者5名に看護行為にある高次機能障害の介入方法の根拠などコンサルテーションを求め、意味的妥当性と客観性を高めた。

1-2-6 倫理的配慮

この研究の開始に当たっては、研究者の勤務施設であった研究倫理委員会にて承認を経た（国立身体障害リハビリテーションセンター、2002年8月7日 No. 15-25）。

調査にあたっては、調査対象施設の施設長に研究趣旨を説明し、施設の承認を得た。対象となる看護師には、研究の趣旨および方法等を口頭および文書で説明した。研究対象の患者に対しては、施設から家族に研究趣旨を伝えてもらい、賛同を得た家族に対しては、口頭で

説明を行い、承諾を得て行った。両者への説明内容は、研究の趣旨、目的、方法、分析方法、研究による利益および不利益、分析を行うのは看護行為の基になる看護計画であり、看護の質の分析ではないこと、学会等の発表にあたっては調査対象の個人を特定できないように匿名化処理を行うとした。

1-3 結果

1-3-1 高次脳機能障害者の生活上の課題に対する看護計画のサブカテゴリ

高次脳機能障害者支援拠点病院で実際に行われた高次脳機能障害者の生活上の課題に対する看護計画は、4763 コードであった。この看護計画すべてをコード化した。コードの内容をその意味の類似性によりコード群に分け、次にコード群の類似性から 37 のサブカテゴリに分類した。さらに抽象度を上げてカテゴリ化し、8 カテゴリに集約した。以下はコード数の多いカテゴリ順にサブカテゴリを示した。コードは [] で示し、%は四捨五入した。

1) 大カテゴリ 1 『ADL(日常生活動作) 再獲得の援助』(1645 コード, 34.5%)

サブカテゴリ<1>車いす駆動の練習(261 コード, 5.4%)

このサブカテゴリは[車いす駆動促し・見守り(病棟外・自宅)コード群 99 コード]、[車いす駆動の練習コード群 52 コード]、[車いす駆動の促し・見守りコード群 44 コード]、[車いす駆動の練習(病棟外)コード群 44 コード]、[車いす駆動の介助(病棟外)コード群 22 コード]の 261 コードから生成した。麻痺や注意障害、遂行機能障害、半側空間無視のある患者に計画された。他者の車いすとの衝突で指の怪我や転倒があるため、車いすの安全な駆動の方法を患者の障害に応じた車いす駆動手順が計画された。介入の順序は見守り、必要時促し、必要時介助の看護計画であった。

サブカテゴリ<2>歩行練習(242 コード, 5.0%)

このサブカテゴリは[歩行促し・見守り(病棟内・外)コード群 101 コード]、また、[歩行練習(病棟内・外)コード群 72 コード]、[歩行介助(病棟内・外)コード群 69 コード]の 242 コードから生成した。対象は、麻痺のある患者や失認、半側無視のある患者に計画された。麻痺のある患者には、処方された杖を使い、看護師とともに練習する計画であった。失認、半側無視のある患者の歩行に練習には、看護師とともに病棟内や病棟以外の訓練室までの道のりの中で壁や対象物への注意喚起を行い、患者に確認させる計画であった。介入の順序は見守り、必要時促し、必要時介助の看護計画であった。

サブカテゴリ<3>起居動作の練習(188 コード, 3.9%)

このサブカテゴリは[起居動作の練習(病棟・自宅)群 94 コード][起居動作の促し・見守りコード群 47 コード]、[起居動作の介助コード群 47 コード]の 188 コードから生成した。リハビリテーションの日常生活訓練ではまず起居動作の練習が行われる。対象は、麻痺のある患者と発動性障害がある患者に対しても計画された。麻痺のある患者には、患者が自身の力で、麻痺のある身体をどのように動かすのかを看護師が一動作毎に指導することが計画された。発動性障害の患者には、身体的には問題がなく起坐できるが、動作を開始できない

ために、動作の開始に対して声をかけ、促し、見守り、時には背中に手を当てて、介助で体を軽く起こす計画であった。介入の順序は見守り、必要時促し、必要時介助の看護計画であった。

サブカテゴリ<4>トイレ動作の練習(177 コード, 3.7%)

このサブカテゴリは[トイレ動作の介助コード群 61 コード]、[トイレ動作練習コード群 45 コード]、[トイレ動作促し/見守りコード群 45 コード]、[ベッド・車いす上の採尿練習コード群 19 コード]、[車椅子上の採尿練習コード群 7 コード] の 177 コードから生成した。

対象は、麻痺がある人、遂行機能障害、発動性障害、注意障害のある患者に計画された。麻痺のある患者には、車いす用トイレでの車いすを止める位置、ブレーキ、立位、回転、ズボンを下す、便座に座る、排泄する、尻拭き動作、水洗、立位、ズボン上げ、車いす移乗といった 12 の排泄動作パターンの一連動作を習得するための看護計画であった。遂行機能障害の患者にはこの一連の動作を患者に言葉に出してもらい、動作をおこなってもらう計画であった。発動性障害のある患者には、動作の開始とともに、遂行機能障害の計画と同様に動作の順序を短く説明して行動を起こしてもらう計画であった。注意障害のある患者には集中するように促し、集中してもらうために動作以外の話はしないという計画であった。また、立位が困難な場合の男性患者では衣類を工夫して車いす上での尿器を用いた採尿方法が計画された。介入の順序は見守り、必要時促し、必要時介助の看護計画であった。

サブカテゴリ<5>移乗の練習(165 コード, 3.4%)

このサブカテゴリは[移乗の練習(病棟・自宅)コード群 69 コード]、[移乗の介助コード群 52 コード][移乗の促し・見守りコード群 44 コード]の 165 コードから生成した。

対象は、麻痺や注意障害、遂行機能障害、半側空間無視のある患者に計画された。車いすやベッドの移乗の際に、転倒転落を無くすべく、患者の障害に応じた注意喚起、移乗手順方法、指導方法が計画された。車椅子の位置は目印として床にビニールテープを貼る、無視側のブレーキハンドルやフットサポート(足板)に目印するなど、患者が意識しやすい工夫が計画された。介入の順序は見守り、必要時促し、必要時介助の看護計画であった。

サブカテゴリ<6>整容の練習(143 コード, 3.0%)

このサブカテゴリは[整容の練習(病棟・自宅)コード群 79 コード]、[整容の促し・見守りコード群 32 コード]、[整容の介助コード群 32 コード] の 143 コードから生成した。

対象は、麻痺のある患者や発動性障害、遂行機能障害、半側無視のある患者に計画された。麻痺のある患者には歯磨き、洗面、髭剃り、整髪などを利き手の交換をしてもらい、片手で行える方法の指導内容が計画された。発動性障害がある患者には上記と同様に、動作の開始の促しの計画であった。遂行機能障害がある患者には、動作の順序を短く伝えて介入する計画であった。半側無視のある患者には、右や左のどちらかに行為の忘れないか患者自身に鏡で確認してもらう計画であった。介入の順序は見守り、必要時促し、必要時介助の看護計画であった。

サブカテゴリ<7>更衣の練習(137 コード, 2.8%)

このサブカテゴリは[更衣の練習(病棟・自宅)コード群73コード]、[更衣介助コード群38コード]、[更衣の促し・見守りコード群26コード]の137コードから生成した。

対象は、麻痺や更衣失行、失認、注意障害、発動性障害、遂行機能障害のある患者に計画された。麻痺がある場合は患側から着て、脱衣は反対に健側から脱ぐといった手順の看護計画であった。注意障害の患者には刺激を避けて集中できる個室で行為の練習を行う計画であった。失認と着衣失行のある患者には手順を言葉に出してもらい、鏡を見せて更衣ができていないところを確認する計画であった。発動性障害の患者には、動作の開始を伝える計画であった。遂行機能障害の患者には、動作の順序を短く伝える計画であった。介入の順序は見守り、必要時促し、必要時介助の看護計画であった。

サブカテゴリ<8>入浴動作の練習(122 コード, 2.5%)

このサブカテゴリは[入浴の練習(病棟内・外)コード群75コード]、[入浴の促し・見守りコード群36コード]、[入浴の介助コード群11コード]の122コードから生成した。

対象は、麻痺や半側空間無視、遂行機能障害の患者に計画された。浴槽で入りの動作や洗体の手順を再獲得する計画であった。家庭風呂の出入りの練習は訓練室で行うが、自宅での浴槽の高さ、洗い場までの段差などを予め家族から聴取し、訓練士とともに手順が計画された。介入の順序は見守り、必要時促し、必要時介助の看護計画であった。

サブカテゴリ<9> 肢位調整(108 コード, 2.2%)

このサブカテゴリは[摂食・嚥下動作の肢位調整コード群43コード]、[車椅子乗車時の体位調整コード群、42コード]、[便座の座位調整コード群、12コード]、[ベッド臥床時の肢位調整コード群、108コード]の108コードから生成した。対象は、食事をする時や車椅子の乗車時、便座の座っている時、ベッドにいるときに、麻痺があつてベッド上や車いすにいて体位が麻痺側に傾いてしまう患者、注意障害により傾いているのに気が付かない患者、麻痺の足や手が車いすにはさまっていても気が付かない半側空間無視の障害のある患者に計画された。そのままにしておくと、ベッドや車いすからの転落や手足の怪我が起きる可能性のあり、障害によって自分では肢位の調整ができない患者に計画された。

サブカテゴリ<10>食事動作の練習(102 コード, 2.1%)

このサブカテゴリは[食事動作の練習(病棟内・外)コード群68コード]、[食事動作の促し・見守りコード群21コード]、[食事動作の介助コード群13コード]の102コードから生成した。対象は、麻痺や半側空間無視、発動性障害のある患者に計画された。麻痺のある患者では利き手交換の練習方法や半側空間無視のある患者には見えていないところに意識させる方法として鏡を用いた方法が計画された。発動性障害のある患者には食事を開始するように促す、または箸やスプーンを持たせるといった計画であった。介入の順序は見守り、必要時促し、必要時介助の看護計画であった。

2) 大カテゴリ 2 『身体機能の調整』 (1083 コード, 22.7%)

サブカテゴリ <11> 嚥下機能の改善 (274 コード, 5.7%)

このサブカテゴリは[口腔マッサージ・唾液腺アイスマッサージコード群 144 コード]、[口腔ケア 78 コード群コード]、[空嚥下訓練コード群 52 コード] の 274 コードから生成した。脳損傷により、顔面や口腔に麻痺がある患者に対して行われた嚥下機能の改善のための看護師が行う間接訓練が計画された。

サブカテゴリ <12> 膀胱機能改善・排尿コントロール (206 コード, 4.3%)

このサブカテゴリは[定時排尿の意識付けコード群 113 コード]、[排尿促進 (飲水・薬物服用) コード群 55 コード]、[排尿時間の延長コード群 38 コード] の 206 コードから生成した。脳損傷後には尿閉や尿失禁などの医学的問題がある場合、残尿測定、排尿パターン観察の他に泌尿器科による膀胱機能の評価が行われ、必要時内服治療となる。これらの内服の管理に対する計画が立てられた。また、膀胱機能に医学的な問題がない場合でも失禁してしまう機能性尿失禁やトイレ介助を嫌がる患者もいる。このような患者は尿失禁や介助されたくないために故意に飲水量を減らし、排尿回数を少なくする傾向がある。このような患者には、正常な排尿量を保つために必要な水分量を確保する必要があり、飲水と排尿を促進し、排泄表などを用い、定時的に排尿する意識付けが計画された。

サブカテゴリ <13> 覚醒刺激 (125 コード, 2.6%)

このサブカテゴリは[ベッドアップ・起座位時間の延長コード群 88 コード]、[覚醒の呼びかけコード群 32 コード]、[照明・採光の調整コード群 5 コード] の 125 コードから生成した。急性時期を脱した患者は、ぼんやりしていることが多い。それは未だ十分に脳が機能していないためである。このような患者は促さなければ横になって寝てしまい、眠ることも多く、適度な刺激がないと脳の機能の低下を助長してしまう可能性が高い。十分な覚醒がないと、日常生活においても転倒・転落などの事故につながるとともに、日常生活訓練も進まない。そのため、看護ではベッドアップや起座位時間を増やし、呼びかけや、太陽光、蛍光灯、シャーカステンなどの光を患者の顔に当て定期的な刺激を与える計画が立てられた。

サブカテゴリ <14> 栄養補給 (113 コード, 2.3%)

このサブカテゴリは[嚥下食形態・補助食品の決定コード群 80 コード]、[IVH(中心静脈栄養)・経管栄養の提供コード群 33 コード] の 113 コードから生成した。急性時期を脱した患者はリハビリテーションをおこなうために十分な栄養管理が必要である。IVH や経管栄養によって栄養状態をコントロールしていく計画と、次の段階では食事を経口的に食べることに進める。その為の計画として嚥下機能によって食事の形態や 1 日 3 食を食べられない場合には食事の食事の間に補助食品を決めていくなどが計画された。

サブカテゴリ <15> 水分補給 (107 コード, 2.2%)

このサブカテゴリは[一日の水分量・摂取時間の決定コード群 40 コード]、[水分補給手段と形態の決定コード群 30 コード]、[水分摂取の促しと好みの取入れコード群 27 コード]

ード]、[経口摂取水分が自己で取れない場合の医療的処置コード群 10 コード]の 107 コードから生成した。脳損傷後は患者が自身の一日分の水分量、補給手段を決定することはできないために、看護師が計画しなければならない。定期的な水分補給の促しと患者の好みを取り入れるなどが計画された。

サブカテゴリ<16> 活動量の調整(102 コード, 2.1%)

このサブカテゴリは[車椅子乗車他活動時間の設定コード群 77 コード]、[自主トレーニングメニューの設定コード群 25 コード] の 102 コードから生成した。患者が車いすに乗れる、歩行ができるようになると、車いすで病棟を自主的に駆動し、平行棒などで歩行練習をする。しかし、促さなければベッドにいる患者に対して、リハビリテーション訓練以外にも病棟内で自主トレーニングできる内容が計画された。また、過度な自主トレーニングになる患者には、時間を決めて行うように計画された。

サブカテゴリ<17>心・肺・脳機能のモニタリング(89 コード, 1.8%)

このサブカテゴリは[呼吸・循環動態のモニタリングコード群 78 コード]、[頭蓋内圧のモニタリングコード群 11 コード]の 89 コードから生成した。脳血管障害では高血圧症、心疾患などの既往の患者が多く、発症から呼吸、循環、代謝などの観察が必要である。脳卒中ガイドライン(2009)では、リハビリテーションは Japan Coma Scale の 1 桁で運動禁忌となる心疾患や全身合併症がないことを確認した上で、また、ラクナ梗塞では診断が確定した日より主冠動脈の閉塞がないことを確認してから勧められるとあり、そのため、患者の心肺および痙攣などによる脳機能に異常がないかをモニタリングする計画が立てられた。

サブカテゴリ<18> 排便コントロール(67 コード, 1.4%)

このサブカテゴリは[定時排便の意識付けコード群 42 コード]、[座薬・緩下剤の調整コード群 21 コード]、[アンモニア値と症状の管理コード群 4 コード]の 67 コードから生成した。脳卒中では血圧の上昇は再脳出血、再梗塞を起こしやすいため、排便困難時の努責による血圧の上昇を防ぐ必要がある。また、便の蓄積によるアンモニア値の上昇により脱力、意識障害などが懸念される。その為、排便をスムーズにさせるためには定時的な排便の意識付けとしてトイレに座るなどの計画が立てられた。患者に定時的に排便があるように、座薬・緩下剤を調整し、排便コントロールのために計画された。

3) 大カテゴリ 3『自己管理の援助』(863 コード, 17.6%)

サブカテゴリ<19>生理的ニーズの自己管理への指導(488 コード, 10.2%)

このサブカテゴリは[排泄トラブル(便秘・下痢・頻尿・失禁・生理)への援助コード群 157 コード]、[運動と休息の指導(日中の活動の勧め)コード群 94 コード]、[生活リズム・スケジュールの調整指導コード群 82 コード]、[生活リズム・スケジュールの調整指導コード群 82 コード]、[体温調整(衣服の調整)コード群 78 コード]、[水分バランスへの指導コード群 44 コード]、[睡眠の援助コード群 33 コード]の 488 コードから生成した。自己管理ができるように入院初期から外泊訓練時には家族に協力が得られるように外泊指導を行い、

退院前に改めて指導するように計画された。

サブカテゴリ<20>療法の自己管理への指導(375 コード, 7.8%)

このサブカテゴリは[内服・外用薬の自己管理の指導コード群 104 コード]、[受診指導コード群 88 コード]、[受診指導コード群 88 コード]、[外泊時の内服・体調管理コード群 77 コード]、[生活習慣病の改善(肥満・喫煙・アルコール・適度な運動他)の指導コード群 55 コード]、[温・冷療法指導コード群 18 コード]、[血糖測定・インスリン自己注射の指導の指導コード群 4 コード]の 375 コードで生成した。主に脳血管障害で糖尿病や高血圧で内服やインシュリン治療を要する患者は継続した治療への理解を促し、また、肥満・喫煙・アルコール・適度な運動などに留意することや必要な療法が継続できるように計画された。

4) 大カテゴリ 4『認知・行動問題への援助』(660 コード, 13.9%)

サブカテゴリ<21>半側無視への注意喚起(197 コード, 4.1%)

このサブカテゴリは[歩行練習中の目印の利用・危険回避コード群 72 コード]、[無視側への注意を向ける反復練習コード群 58 コード]、[自室・トイレなどの場所を示す目印をつけるコード群 45 コード]、[無視・不注意に対する補助手段の活用練習コード群 22 コード]の 197 コードで生成した。要素 1 の ADL 獲得の援助で行っているものとは違い、ここでは、さらに、半側空間無視のある患者に自己の障害によって欠落していることを認識させる目的で計画されていた。注意喚起を行うための目印などの外的手段の活用の必要性について常に患者説明し、意識化させる計画である。反復訓練を行い、患者自身が自己の障害に気が付いて行動を起こせるように計画されていた。患者に「左に向いて」などと言語化させ、患者の欠落している機能を代償する方法が計画されていた。

サブカテゴリ<22>遂行の誘導(47 コード, 0.9%)

このサブカテゴリは[一連の動作を言葉で誘導する(本人が言葉にすることも含む)コード群 29 コード]、[動作遂行の始動と途中停止時に号令をかけるコード群 18 コード]の 47 コードで生成した。これは遂行機能障害のある患者に対して、何かを遂行する場合には一連の動作を口に出して行うこと、また動作について号令をかけるなどの補助手段を用いることを常に看護師が誘導するように計画された。要素 1 の ADL 獲得の援助の際にも看護師は計画しているが、ここでは、遂行機能障害のある患者に自己の障害によって欠落していることを認識させる目的で計画されていた。日常の課題を伝え、患者が行えないときに障害があることを意識してもらったあとに、一連の動作の順序を言葉にして一緒に行うことでさらに認識してもらった計画であった。

サブカテゴリ<23>失語の代替手段の提供(67 コード, 1.3%)

このサブカテゴリは[漢字・単語カードの表示、ジェスチャーなど代替手段を試すコード群 45 コード]、[ナースコール練習コード群 22 コード]の 67 コードから生成した。これは失語症の患者に対してコミュニケーションの代替手段についての計画であった。計画は患者の言語能力を言語聴覚士の評価を参考に作成されていた。失語の患者はナースコールで

知らせる、伝えるという行為ができないことが多い。そのため、ナースコールの傍に看護師の写真にある顔を貼る、ボタン式などのナースコールの改良とともに、ナースコールで呼ぶ練習が計画された。

サブカテゴリ<24>集中力の強化(64 コード, 1.3%)

このサブカテゴリは[動作中に話しかけないコード群 38 コード]、[長い説明をしないコード群 28 コード]の 64 コードから生成した。注意障害がある場合はどのような行為の時にでも影響がある。要素 1 の ADL 獲得の援助の際にも看護師は計画しているが、ここでは、注意障害のある患者に自己の障害によって欠落していることを認識させる目的で計画されていた。「長話はしません、動作中には話しません」と前置きをして動作を遂行してもらい、集中力を強化する計画であった。これは注意障害のある患者に対してどのようなときであっても、同じように接することが計画された。

サブカテゴリ<25>記憶の補助(111 コード, 2.3%)

このサブカテゴリは[質問時は、一期一会の対応をするコード群 33 コード]、[メモリーノートの利用コード群 28 コード]、[自室の入り口に名前の張り出しを作るコード群 22 コード]、[トイレ表示の矢印を大きく目立たせるコード群 11 コード]、[自室入り口に馴染みの品物を配置するコード群 11 コード]、[自室・トイレなどの目的場所まで誘導する文字や色分けテープを貼るコード群 6 コード]の 111 コードで生成した。これは記憶障害のある患者に対しての対応の方や、代償手段としてのメモリーノートの作成方法や指導、部屋やトイレが分からなくて混乱しないための工夫などが計画された。

サブカテゴリ<26>問題行動の制御(58 コード, 1.2%)

このサブカテゴリは[問題行動の出現時の対応（行動の制止・他室への誘導・エネルギーの発散など）コード群 38 コード]、[問題行動が生起するきっかけ・要因を調べるコード群 20 コード]の 58 コードから生成した。これは、問題行動を起こしたことがある患者に計画された。主に感情コントロールができない頭部外傷の患者に計画された。問題が起こらないように、問題の生起となる原因や誘因を調べることや、すでに問題が起きてしまった時の対応方法について計画された。

サブカテゴリ<27>成功体験の強化(116 コード, 2.4%)

このサブカテゴリは[成功を言葉や態度で褒めるコード群 84 コード]、[賞賛方法・失敗したときの言動一致コード群 32 コード]の 116 コードから生成した。主に感情コントロールができない頭部外傷の患者に計画された。内容は、患者がうまく、人との対応できた時は成功体験の強化として褒める、シール貼るなどの賞賛方法やコストトークンを与え、失敗した時は看護師の言葉のかけ方を統一し、関ることについて計画された。

5) 大カテゴリ 5『安全管理』(226 コード, 4.7%)

サブカテゴリ<28>事故防止の援助(110 コード, 2.3%)

このサブカテゴリは[転落・転倒・接触事故等の経時的な見守りコード群 45 コード]、[痙攣時の対応コード群 29 コード]、[センサーマットの設置・経時的な見守りコード群 19 コード]、[安眠への援助コード群 17 コード]の 110 コードから生成した。主に注意障害や一度、転倒歴のある患者に計画された。転落が夜間の排尿時や早朝に動き出した患者に多いので、ベッドサイドの床にセンサーマットなどの設置し、センサーが鳴った場合にすぐに対応し、ベッドからの転倒や転落を予防する計画や安眠への援助と共に経時的に点検していく方法などが計画された。

サブカテゴリ<29>誤嚥防止の援助(76 コード, 1.5%)

このサブカテゴリは[誤嚥時の対応コード群 32 コード]、[一口量・ペーシング指導コード群 22 コード]、[食物形態の調整・選択コード群 22 コード]の 76 コードから生成した。主に脳血管患者で顔面麻痺がある患者に誤嚥予防、誤嚥性肺炎予防のために計画された。

サブカテゴリ<30>感染防止の援助(40 コード, 0.8%)

このサブカテゴリは[食物逆流・誤嚥防止の体位コード群 22 コード]、[カテーテル類の挿入創の処置・交換コード群 18 コード]の 40 コードから生成した。主にカテーテル類が挿入されている患者に計画された。胃管チューブ挿入している患者では、胃からの逆流による誤嚥性肺炎の防止のための体位を作成し、胃カテーテル、膀胱留置カテーテル、気管切開チューブなど挿入部位の手当により、挿入部位からの感染を予防するための計画であった。定期的な身体挿入器具の交換日の設定や処置の方法が計画された。

6) 大カテゴリ 6 『IADL(日常生活関連動作)の再獲得』(128 コード, 2.7%)

サブカテゴリ<31>家事動作の練習(107 コード, 2.2%)

このサブカテゴリは[衣類の整理・ベッド周囲の片付け・持ち物の整理整頓コード群 42 コード]、[洗濯に関する援助コード群 42 コード]、[調理・片付け・掃除コード群 23 コード]の 107 コードから生成した。麻痺や遂行機能障害、記憶障害のある独居の患者に計画された。計画の順序は、病院の自室のベッドや周囲の片付け・持ち物の整理から計画された。患者の実施手順の混乱がないように、洗濯方法、調理・片付け・掃除を作業療法で行っている手順を変更せず、病棟でも同じように実施するように計画された。

サブカテゴリ<32>交通手段の利用練習(13 コード, 0.1%)

このサブカテゴリは[通院手段の指導(切符の購入・道順・交通機関練習)コード群 13 コード]の 13 コードから生成した。主に独居で生活する麻痺のある人や遂行機能障害、記憶障害のある患者で退院を前に公共交通機関の使用方法の指導が計画された。

サブカテゴリ<33>金銭の管理(8 コード, 0.1%)

このサブカテゴリは[買い物時の支払い・金銭出納の援助コード群 8 コード]の 8 コードから生成した。主に独居で生活していかなければならない麻痺のある人や遂行機能障害、記憶障害のある患者に、病院の売店での買い物の際の支払い方について計画された。

7) 大カテゴリ 7『不安と悩みのコンサルテーション』(79 コード, 1.6%)

サブカテゴリ<34>不安や悩みを他分野と調整(40 コード, 0.8%)

このサブカテゴリは[情緒不安定へ聞き取り・調整コード群 22 コード]、[家庭の問題への不安・悩みの聞き取り・調整コード群 13 コード]、[予後の不安・悩みの聞き取り・調整コード群 5 コード] の 40 コードから生成した。主に脳卒中後の家庭を持つ患者の相談と調整であった。退院後も家庭での役割が果たせるか、などの悩みや予後の不安や悩みより情緒不安定になるために傾聴し、他分野の調整について計画された。

サブカテゴリ<35>不安や悩みの聞き取り(39 コード, 0.8%)

このサブカテゴリは[情緒不安定へ聞き取りコード群 16 コード]、[異変・健康上の悩みの聞き取りコード群 12 コード]、[学校・職場上の悩みの聞き取りコード群 11 コード]の 39 コードから生成した。主に若い頭部外傷患者で復学・復職を希望している患者に対して患者自身の健康、障害、将来の事、具体的に学校や職場に出る時期などの相談について計画された。

8) 大カテゴリ 8『社会性スキルの再獲得への援助』(79 コード, 1.6%)

サブカテゴリ<36>対人関係構築の援助(50 コード, 1%)

このサブカテゴリは[協調性に関する援助コード群 12 コード]、[時と場所にふさわしい服装コード群 11 コード]、[言葉遣い・対応の仕方に関する援助コード群 11 コード]、[トラブルの対応コード群 8 コード]、[自己感情コントロールに関する援助コード群 8 コード]の 50 コードから生成した。主に若く頭部外傷患者で感情コントロールの不良な患者に計画された。

サブカテゴリ<37>問題行動の修正の援助(29 コード, 0.6%)

このサブカテゴリは[性的行動のコントロールコード群 16 コード]、[暴力行為に関する対応コード群 8 コード]、[偏食・過食・異食・過飲の対応・援助コード群 5 コード]の 29 コードから生成した。主に若く頭部外傷患者で性的に、また暴力を振るう患者に計画された。

1-3-2 高次脳機能障害者の生活上の課題に対する看護師のケアの構成要素の抽出

(大カテゴリ)

以上のサブカテゴリの内容の類似性より看護のケアにおける看護行為を以下の 8 つの大カテゴリにまとめた。これら的大カテゴリを看護行為の構成要素と呼ぶことにした。すなわち、高次脳機能障害者の生活上の課題に対する看護師のケアの構成要素は、要素 1『ADL(日常生活動作) 再獲得の援助』、要素 2『身体機能の調整』、要素 3『自己管理の援助』、要素 4『認知・行動問題への援助』、要素 5『安全管理』、要素 6『IADL(日常生活関連動作)の再獲得』、要素 7『不安と悩みのコンサルテーション』、要素 8『社会性スキルの再獲得への援助』であった。

1) 要素 1『ADL(日常生活動作) 再獲得の援助』(1645 コード 34.5%) (表 3-2)

要素 1には、「車いす駆動の練習」(261 コード 5.4%)、「歩行練習」(242 コード 5.0%)、

「起居動作の練習」(188 コード 3.9%)、「トイレ動作の練習」(177 コード 3.7%)、「移乗の練習」(165 コード 3.4%)、「整容の練習」(143 コード 3.0%)、「更衣の練習」(137 コード 2.8%)、「入浴動作の練習」(122 コード 2.5%)、「肢位調整」(108 コード 2.2%)、「食事動作の練習」(102 コード 2.1%)の10のサブカテゴリから生成した。

脳損傷後は、心肺機能が安定すると、日常生活動作の獲得に向けた指導が行われていた。頻度では、「車いす駆動練習」、「歩行練習」が多く、次いで、「起居動作の練習」、「トイレ動作の練習」、「移乗の練習」となり、以降「整容の練習」、「更衣動作の練習」、「入浴の練習」、「肢位調整」、「食事動作の練習」と少なかった。

2) 要素2『身体機能の調整』(1083 コード 22.7%) (表 3-3)

要素2は、「嚥下機能の改善」(274 コード 5.7%)、「膀胱機能改善・排尿コントロール」(206 コード 4.3%)、「覚醒刺激」(125 コード 2.6%)、「栄養補給」(113 コード 2.3%)、「水分補給」(107 コード 2.2%)、「活動量の調整」(102 コード 2.1%)、「心肺機能のモニタリング」(89 コード 1.8%)、「排便コントロール」(67 コード 1.4%)の8つのサブカテゴリから構成された。頻度では、「嚥下機能の改善」が多く、次いで、「膀胱機能改善・排尿コントロール」が多い、以降「覚醒刺激」、栄養補給、水分補給、「活動量の調整」、「心肺機能のモニタリング」と続き、「排便コントロール」は少なかった。

3) 要素3『自己管理の援助』(863 コード 18.1%) (表 3-4)

要素3は、「生理的ニーズの自己管理への指導」(488 コード 10.2%)と「療法の自己管理への指導」(375 コード 7.8%)の2つのサブカテゴリから生成した。頻度では、「生理的ニーズの自己管理への指導」が多かった。

4) 要素4『認知・行動問題への援助』(660 コード 13.9%) (表 3-5)

要素4は「半側無視への注意喚起」(197 コード 4.1%)、「成功体験の強化」(116 コード 2.4%)、「記憶の補助」(111 コード 2.3%)、「失語の代替手段の提供」(67 コード 1.4%)、「集中力の強化」(64 コード 1.3%)、「問題行動の制御」(58 コード 1.2%)、「遂行の誘導」(47 コード 0.9%)の7つのサブカテゴリから生成した。頻度では、「半側空間無視への注意喚起」が多く、次いで、「記憶の補助」が多かった。「失語の代替手段の提供」、「集中力の強化」、「問題行動の制御」は半減し、さらに「遂行の誘導」は少なかった。

5) 要素5『安全管理』(226 コード 4.7%) (表 3-6)

要素5は「事故防止の援助」(110 コード 2.3%)、「誤嚥防止の援助」(76 コード 1.5%)、「感染防止援助」(40 コード 0.8%)の3つのサブカテゴリから生成した。頻度では、「事故防止の援助」が多く、次いで「誤嚥防止の援助」が多く、「感染防止援助」は少なかった。

6) 要素6『IADL(日常生活関連動作)の再獲得の援助』(128 コード 2.7%) (表 3-7)

要素6は「家事動作の練習」(107 コード 2.2%)、「交通手段の利用練習」(13 コード 0.1%)、「金銭の管理」(8 コード 0.1%)の3つのサブカテゴリから生成した。頻度では、3

つのサブカテゴリの中では「家事動作の練習」が他のサブカテゴリの10倍であった。

7) 要素7『不安と悩みのコンサルテーション』(79コード1.7%) (表3-8)

要素7は「不安や悩みを他分野と調整」(40コード0.8%)、「不安や悩みの聞き取り」(39コード0.8%)の2つのサブカテゴリから生成した。頻度では、「不安や悩みを他分野と調整」と「不安や悩みの聞き取り」の2つのサブカテゴリは同等であった。

8) 要素8『社会性スキルの再獲得への援助』(79コード1.7%) (表3-9)

要素8は「対人関係構築の援助」(50コード1%)、「問題行動の修正への援助」(29コード0.6%)の2つのサブカテゴリから生成した。頻度では、「対人関係構築の援助」は、「問題行動の修正への援助」の2倍であった。

表 3-2 要素 1『ADL(日常生活動作) 再獲得の援助』(1645 コード, 34.5%)

コード群	サブカテゴリ	大カテゴリ
車いす駆動促し・見守り(病棟外・自宅)99コード	1)車いす駆動の練習(261コード 5.4%)	1. ADL(日常生活動作)の再獲得への援助(1645コード 34.5%)
車いす駆動の練習52コード		
コード車いす駆動の促し・見守り44コード		
車いす駆動の練習(病棟外)44コード		
車いす駆動の介助(病棟外)22コード		
歩行促し・見守り(病棟内・外)101コード	2)歩行練習(242コード 5.0%)	
歩行練習(病棟内・外)72コード		
歩行介助(病棟内・外)69コード		
起居動作の練習(病棟・自宅)94コード	3)起居動作の練習(188コード 3.9%)	
起居動作の促し・見守り47コード		
起居動作の介助47コード		
トイレ動作の介助61コード	4)トイレ動作の練習(177コード 3.7%)	
トイレ動作練習45コード		
トイレ動作促し/見守り45コード		
ベッド・車いす上の採尿練習19コード		
車椅子上の採尿練習7コード		
移乗の練習(病棟・自宅)69コード	5)移乗の練習(165コード 3.4%)	
移乗の介助52コード		
移乗の促し・見守り44コード		
整容の練習(病棟・自宅)79コード	6)整容の練習(143コード 3.0%)	
整容の促し・見守り32コード		
整容の介助32コード		
更衣の練習(病棟・自宅)73コード	7)更衣の練習(137コード 2.8%)	
更衣介助38コード		
更衣の促し・見守り26コード		
入浴の練習(病棟内・外)75コード	8)入浴動作の練習(122コード 2.5%)	
入浴の促し・見守り36コード		
入浴の介助11コード		
摂食・嚥下動作の肢位調整43コード	9)肢位調整(108コード 2.2%)	
車椅子乗車時の体位調整42コード		
便座の座位調整12コード		
ベッド臥床時の肢位調整11コード		
食事動作の練習(病棟内・外)68コード	10)食事動作の練習(102コード 2.1%)	
食事動作の促し・見守り21コード		
食事動作の介助13コード		

表 3-3 要素 2 『身体機能の調整』 (1083 コード, 22.7%)

コード群	サブカテゴリ	大カテゴリ
口腔・唾液腺・アイスマッサージ 144コード	11)嚥下機能の改善(274コード 5.7%)	2. 身体機能の調整 (1083コード 22.7%)
口腔ケア78コード		
空嚥下訓練52コード		
定時排尿の意識付け113コード	12)膀胱機能改善・排尿コントロール(206コード 4.3%)	
排尿促進(飲水・薬物服用)55コード		
排尿時間の延長38コード		
ベッドアップ・起座位時間の延長88コード	13)覚醒刺激(125コード 2.6%)	
覚醒の呼びかけ32コード		
照明・採光の調整5コード		
嚥下食形態・補助食品の決定80コード	14)栄養補給(113コード 2.3%)	
IVH・経管栄養の提供33コード		
一日の水分量・摂取時間の決定40コード	15)水分補給(107コード 2.2%)	
水分補給手段と形態の決定30コード		
水分摂取の促しと好みの取入れ27コード		
経口摂取水分が自己で取れない場合の医療的処置10コード		
車椅子乗車他活動時間の設定77コード	16)活動量の調整(102コード 2.1%)	
自主トレーニングメニューの設定25コード		
呼吸・循環胴体のモニタリング78コード	17)心肺機能のモニタリング(89コード 1.8%)	
頭蓋内圧のモニタリング11コード		
定時排便の意識付け42コード	18)排便コントロール(67コード 1.4%)	
座薬・緩下剤の調整21コード		
アンモニア値と症状の管理4コード		

表 3-4 要素 3 『自己管理の援助』 (863 コード, 18.1%)

コード群	サブカテゴリ	大カテゴリ
排泄トラブル(便秘・下痢・頻尿・失禁・生理)への援助157コード	19)生理的ニーズの自己管理への指導 (488コード10.2%)	3. 自己管理の援助(863コード 18.1%)
適度な運動や休息の指導(日中の活動の勧め)94コード		
生活リズム・スケジュールの調整指導82コード		
体温調整(衣服の調整)78コード		
水分バランスへの指導44コード		
不眠の援助33コード		
内服・外用薬の自己管理の指導104コード	20)療法の自己管理への指導(375コード 7.8%)	
受診指導88コード		
外泊時の内服・体調管理77コード		
生活習慣病の改善 (肥満・喫煙・アルコール・適度な運動他)の指導55コード		
痙攣時の対応29コード		
温・冷療法指導18コード		
血糖測定・インスリン自己注射の指導の指導4コード		

表 3-5 要素 4『認知・行動問題への援助』（660 コード，13.9%）

コード群	サブカテゴリ	大カテゴリ
歩行練習中の目印の利用・危険回避72コード	21)半側無視への注意喚起 (197コード 4.1%)	4. 認知・行動問題への援助 (660コード 13.9%)
無視側への注意を向ける動作反復練習58コード		
自室・トイレなどの場所を示す目印をつける45コード		
無視・不注意に対する補助手段の活用練習22コード		
成功を言葉や態度で褒める84コード	22)成功体験の強化 (116コード 2.4%)	
賞賛方法・失敗したときの言動一致32コード	23)記憶の補助 (111コード 2.3%)	
質問時は、一期一会の対応をする33コード		
メモリーノートの利用28コード		
自室の入り口に名前の張り出しを作る22コード		
トイレ表示の矢印を大きく目立たせる11コード		
自室入り口に馴染みの品物を配置する11コード	24)失語の代替手段の提供 (67コード 1.4%)	
自室・トイレなどの目的場所まで誘導する文字や色分けテープを貼る6コード		
漢字・単語カードの表示、ジェスチャーなど代替手段を試す45コード	25)集中力の強化 (64コード 1.3%)	
ナースコールの目印・コール練習22コード		
動作中に話しかけない36コード	26)問題行動の制御 (58コード 1.2%)	
長い説明をしない28コード		
問題行動の出現時の対応(行動の制止・他室への誘導・エネルギーの発散など)38コード	27)遂行の誘導 (47コード 0.9%)	
問題行動が生起するきっかけ・要因を調べる20コード		
一連の動作を言葉で誘導する(本人が言葉にすることも含む)29コード		
動作遂行の始動と途中停止時に号令をかける18コード		

表 3-6 要素 5『安全管理』（226 コード，4.7%）

コード群	サブカテゴリ	大カテゴリ
転落・転倒・接触事故等の経時的な見守り45コード	28)事故防止の援助(110コード 2.3%)	5. 安全管理(226コード 4.7%)
痙攣時の対応29コード		
センサーマットの設置・経時的な見守り19コード		
安眠への援助17コード		
誤嚥時の対応32コード	29)誤嚥防止の援助(76コード 1.5%)	
一口量・ペーシング指導22コード		
食物形態の調整・選択22コード		
食物逆流・誤嚥防止の体位22コード	30)感染防止の援助(40コード 0.8%)	
カテーテル類の挿入創の処置・交換18コード		

表 3-7 要素 6『IADL(日常生活関連動作)の再獲得』（128 コード，2.7%）

コード群	サブカテゴリ	大カテゴリ
衣類の整理・ベット周囲の片付け・持ち物の整理整頓42コード	31)家事動作の練習(107コード 2.2%)	6. IADL(日常生活関連動作)の 再獲得の援助(128コード 2.7%)
洗濯に関する援助42コード		
調理・片付け・掃除・洗濯 23コード		
通院手段の指導(切符の購入・道順・交通機関練習)13コード	32)交通手段の利用練習(13コード 0.1%)	
買い物時の支払い・金銭出納の援助8コード	33)金銭の管理(8コード 0.1%)	

表 3-8 要素 7『不安と悩みのコンサルテーション』(79 コード, 1.6%)

コード群	サブカテゴリ	大カテゴリ
情緒不安定へ聞き取り16コード	34)不安や悩みの聞き取り(39コード 0.8%)	7. 不安と悩みのコンサルテーション(79コード1.6%)
異変・健康上の悩みの聞き取り12コード		
学校・職場上の悩みの聞き取り11コード		
訓練の不安・悩みの聞き取り・調整22コード	35)不安や悩みを他分野と調整(40コード 0.8%)	
家庭の問題への不安・悩みの聞き取り・調整13コード		
予後の不安・悩みの聞き取り・調整5コード		

表 3-9 要素 8『社会性スキルの再獲得への援助』(79 コード, 1.6%)

コード群	サブカテゴリ	大カテゴリ
協調性に関する援助12コード	36)対人関係構築の援助(50コード 1%)	8. 社会的スキルの再獲得への援助(79コード1.7%)
時と場所にふさわしい服装11コード		
言葉遣い・対応の仕方に関する援助 11コード		
トラブルの対応8コード		
自己感情コントロールに関しての援助8コード	37)問題行動の修正への援助(29コード 0.6%)	
性的行動のコントロール16コード		
暴力行為に関する対応8コード		
偏食・過食・異食・過飲の対応・援助5コード		

1-4 考察

本結果で示したように看護計画書に記述された看護行為から得られた8つの看護ケアの構成要素について検討を加えてみる。サブカテゴリは「 」で示した。

1-4-1 8つの看護の構成要素について

1-4-1-1 要素1『ADL(日常生活動作) 再獲得の援助』について

要素1は、日常生活動作獲得のために10のサブカテゴリで生成した。急性期を脱して身体機能が整った後に行う援助計画であった。身体の障害を受けた患者に対して日常生活の再獲得のための看護計画では、サブカテゴリ「車いす駆動練習」をコードの内容からみると、車いす駆動の介助、車いす駆動の促し・見守り、車いす駆動練習、病棟外・自宅での車いす駆動の促しの5つの段階のコードに分かれ、患者の車いす駆動状況によって動作獲得および自立に向けて順序良く計画していた。その他の9つのサブカテゴリに関しても同様に段階的な計画が立てられていた。

麻痺はないが高次脳機能障害のある患者に対しては、各障害に応じて障害があることによって日常生活動作ができないことをフィードバックしながら、動作獲得の手順や注意喚起の方法について計画されていた。

看護師は日常生活動作獲得のために介助、促し、見守りなど援助計画を段階的に、順序良く計画していたことが考えられる。

1-4-1-2 要素2『身体機能の調整』について

要素2は、8つの身体調整に関するサブカテゴリで生成した。リハビリテーションを開始する前には、十分に身体調整が必要になる。この要素の内容は心肺機能を十分に把握するための計画、栄養補給と水分補給の計画として中心静脈栄養から、経口摂取に至る水分量、栄養状態改善に至る計画が立てられていた。さらに、覚醒を促すための刺激としてベッドアップ時間、照明採光調整の計画があり、活動量の調整を行うことでこれらの計画は患者の日内リズム(サーカディアンリズム)を作るためである。小川(2010)は脳卒中患者の回復を促す援助について夜間の頻尿のある患者に睡眠と覚醒のリズムをつける介入が必要とあり、本カテゴリのサブカテゴリ「覚醒刺激」と「活動量調整」の看護計画がこれに対応する。食事に関しては食事をするまえの準備としてアイスマッサージ、口腔ケア、空嚥下訓練からなる嚥下間接訓練を取り入れた看護計画があった。次に膀胱・大腸・直腸に対する促進と調整の計画があり、車いすに乗る時間の調整を行いながら、患者が病室内で自主トレーニングできるようになると、自主トレーニングの活動メニューを疲労がないように、また、事故が起こらないように計画していた。頻度、占有率からみると2番目になったが、リハビリテーションの順序からみると、身体機能を調整する看護計画である要素2の看護計画が順序的には他のカテゴリよりも早期に開始される看護行為である。

1-4-1-3 要素3『自己管理の援助』について

要素3は「生理的ニーズの自己管理への指導」と「療法の自己管理への指導」の2つのサブカテゴリから生成した。脳損傷後は疲労が蓄積し、水分量が不足や不眠が続くと、痙攣発

作を誘発引することから、これらの調整として、生活リズムの調整方法、不眠時の援助方法、適度の休息と運動についての指導計画があった。さらに、看護計画には、高血圧症や糖尿病などの既往疾患の治療の継続が必要なこと、内服の自己管理方法や食事やインスリンによる血糖コントロールに対する順序立てた指導計画が立てられていた。

高次脳機能障害者のリハビリテーション時期には、自己管理への指導として大きく 2 つの指導に分けられた。まずは患者自身の生理的なニーズを満たすための自己管理と、次に脳血管障害後の高次脳機能障となった患者には、高血圧症や糖尿病などの既往のある患者に対して療法における自己管理指導である。

入院中から既往の疾病に対しては医師も治療や自己管理について説明を行うが、自己管理については再教育もかねて看護師が指導する。「自己管理の援助」を行う段階は ADL 訓練が開始された後の外泊練習の時に本人と家族に行われることが多い。それは自宅退院に向けた調整の時期でもある。高次脳機能障害者とその家族が外泊の際に自己管理に向けて練習し、実施した内容を外泊記録してもらう看護計画の意図は、障害を持って家で暮らすということを双方に認識する機会を作ることにある。看護師が家族を含めて指導する理由は、家族が障害に対して十分な理解と介入方法が習得できなければ、家庭復帰に結びつかないからである。したがって、高次脳機能障害者とその家族が外泊練習を通じて順序良く退院準備をしていくことが重要である。外泊練習は高次脳機能障害者である本人とその家族が高次脳機能障害によって生じる生活の支障について知る機会でもあり、外泊練習での課題に家事全般から内服自己管理に至るまで計画するのは、障害によって自宅での生活ができるどころとできないところを入院中から確認するためである。

できないところに対しての生活支援は訓練士と共に訓練室や病棟で行うが、代替手段を使っても習得できない場合、家族が介助することになる。そのため、早期から家族が患者の障害による生活の支障や自己管理ができないところを理解できるように、外泊練習も順序良く計画されなければならない。外泊練習では、大きな課題からではなく、小さな課題を積み重ね、実生活に向けて準備していく支援が必要である。

1-4-1-4 要素4『認知・行動問題への援助』について

要素4は、「半側無視への注意喚起」、「成功体験の強化」、「記憶の補助」、「失語の代替手段の提供」、「集中力の強化」、「問題行動の制御」、「遂行の誘導」の7つのサブカテゴリから生成した。具体的には、半側無視のある患者には、無視側への注意喚起、歩行中での目印の利用、無視側への注意や危険回避に向けた反復練習の計画があった。これらは、視覚探索訓練・無視空間への手がかり提示、無視側への体幹の回旋についての計画であった。

遂行機能障害の患者には、一連の動作の順序を言葉に出すよう誘導する援助計画があった。患者は目標を遂行するために、予め、目標を成し遂げるまでの作業手順を箇条書きにして、その内容を患者自身で一つずつ言葉にして実行する計画である。常に看護師は患者に寄り添い、促し、確認させる。これにより、遂行機能障害によってできなかった日常の活動が遂行された。しかし、患者一人で日常の作業の遂行はできない。他者の管理のもとで確認してもらう必要がある。

それとは反対に、記憶の補助には、記憶の補助練習としてのメモリーノートの利用、トイ

レや自室に目印やテープを貼ることによって場所への移動は、何回か補助手段を使うことにより、補助手段を獲得することで、患者一人で作業を行うことができることも多い。

記憶障害患者の対応方法の計画として、常に一期一会の対応方法をするという計画であった。患者は記憶がないために、患者に説明する際は初回と同様に丁寧な説明が不可欠である。

失語のある患者には、文字カードやゼスチュアールによる代替手段の活用、ナースコールの練習があった。これらの計画を行う上では、系統立てた検査として標準失語症検査 (SLTA) の結果を参考にすることが必要と考えられる。SLTA によって「読む」「書く」「聞く」「話す」のどこが障害されているかを把握してから計画する必要がある。

注意の障害は全般的な認知機能に影響を与え、**「集中力の強化」**では、集中力低下の患者に対して集中できるための環境設定と、動作中には話しかけない、長い説明はしないなどの計画があった。環境設定は視覚的外乱を避け、作動時間を短縮させるためである。逆に、注意を向けさせるための方略では色を用いた視覚的強化もあるが、本調査では見つけることができなかった。

問題行動のある患者の計画には、問題行動が生起するきっかけが不明な時の計画として、問題行動のきっかけとなる誘因や要因について調べること、問題生起させないこと、すでに問題行動が起きてしまった時の対応が計画されていた。これは、認知行動療法の手法であり、先行条件となる問題の生起に関する出来事を無くす、遠ざけることにより、問題を起こさないことが患者にとって一番良いことではある。

また、成功体験の強化の計画には、言葉や態度で褒める計画が多かった。次に褒める時の言動や失敗したときの言動をチームで一致させて対応する計画があった。

Wood (2001) は特に脳外傷者には自己認知 (self-awareness) の低下について述べており、脳外傷で自己の障害に対する気づきの低下がみられる者には丁寧に気づかせる機会を意図的に作る必要があるとも述べている。まずは、患者に高次脳機能障害によって日常生活での支障があることを丁寧に気付かせるプロセスが必要不可欠である。看護師は日常生活援助において患者の自己認知低下について気付かせる看護計画には、看護師と共に作業を確認して間違った内容を言語化させる計画を立てていた。次に患者の行動の見守り、注意喚起、介助、できないときにはなぜできなかったのかを指導するとあった。看護師の意図としては、これらの計画をチームの看護師が統一して関りができることで、順序良く患者に自身の障害について気づかせ、正しい行動を起こさせることであった。

麻痺などの身体の障害を合併している高次脳機能障害者の場合は、先に ADL (日常生活動作) 再獲得の練習から計画は開始されるが、要素 1『ADL (日常生活動作) 再獲得の援助』を実践する上で、高次機能障害から起こる ADL の支障の際に、注意を向ける、代替手段を用いるなどの計画が必要であった。したがって、ADL 再獲得時においても患者自身が高次脳機能障害について認識できるように関ることが同時に計画されたと考えられる。

また、要素 4『認知・行動問題への援助』の看護計画は ADL 再獲得時よりも、高次脳機能障害による欠落した機能そのものに対応するための計画であり、より患者に自己認知の低下に対して意識させるための計画だったと考えられる。

脳卒中治療ガイドライン (2015) においては、「高次脳機能障害の有無と程度を評価する

こと、その結果を家族に伝えること、機能そのものの回復訓練と代替訓練があるが、未だ、半側空間無視、注意障害に対する訓練が実生活への適応（般化）に科学的根拠は見いだせない」とある。また、「失行に対しては目標とする動作そのものの訓練と代償方法を習得する訓練が勧められ、記憶障害に対しては補助手段としてメモやスケジュール表、ポケットベルなどによって記憶を補うこと、手続き記憶学習を行う」とある。両者はグレードB（行うよう勧める）である。その他の高次脳機能障害については研究の蓄積が乏しく、エビデンスを導くことはできていない。

以上から、この要素4は他の病気の患者の看護計画と違い、高次脳機能障害者の援助において正に高次脳機能障害に対応した直接的な看護計画であり、看護師が行う日常訓練の意味合いが大きい特異的な援助内容であると考えられる。

高次脳機能障害に対する訓練は、訓練士のみが行うことではなく、いかに日常生活に有用な直接的介入・代償的方法を見つけ、般化させるかは日常生活全般を担っている看護師の役割であり、継続的に追及することが必要かつ重要であると考ええる。

1-4-1-5 要素5『安全管理』について

要素5は入院時から退院時までの期間に計画されており、「事故防止の援助」、「誤嚥防止の援助」、「感染防止援助」の3つのサブカテゴリから生成した。脳の損傷者には身体による麻痺やバランスが悪い場合や高次脳機能障害である半側の無視により、物・壁・人との接触による怪我・転落・転倒などの事故が起こる。事故を予防する目的で、ベッドサイドに床センサーマットを敷くことで早期の対応ができるように計画されていた。

また、顔面麻痺、咽頭麻痺、嚥下躊躇のある者に対する誤嚥時の対応のための計画として一口量とペーシングの計画、食物形態の調整および選択の計画があった。感染防止援助の内容は、食物の逆流・誤嚥防止のための体位の設定、未だ経管栄養、尿カテーテルなどのカテーテルが挿入されている患者に対する感染防止のための処置およびカテーテル交換時の計画が立てられていた。

麻痺、嚥下障害などの障害がある場合、誤嚥性肺炎や転落事故の可能性が高く、安全管理の上で、退院後も継続的に他者の観察や注意喚起が行われる必要があると考えられる。

高次脳機能障害者の看護構成要素に対する研究は少なく、新家（2013）は高次脳機能障害者14名に行った参与観察で看護行為は126のコードから8つのカテゴリを抽出している。そのなかの共通要素としての「患者の安全に価値を置く看護師の考え」を抽出しており、本構成要素5の『安全管理』の内容と類似性を認める。

1-4-1-6 要素6『IADL(日常生活関連動作)の再獲得』について

要素6は「家事動作の練習」、「金銭の管理」、「交通手段の利用練習」の3つのサブカテゴリで生成した。IADLの再獲得の看護計画の目標では、まずは、患者が自宅に戻って生活できることが最優先であり、そのためには衣類の整理、洗濯、調理といった家事動作の練習、習得が必要である。家事動作で身体の障害が問題となる場所は、利き手の麻痺や身体バランスの不安定などがある。また、高次脳機能障害では遂行機能障害がある場合、目的とする調理やその他の家事などができないことが課題である。

買い物や通院手段などの援助計画を実践した患者は若い頭部外傷の患者で、一人暮らしの患者であった。身体障害がなく歩行可能であったが、記憶障害、遂行機能障害があるために買い物内容の忘れ、支払いができない、行き先の切符が買えない、道順が分からないといった問題があった。家族がいる場合は、家族が付き添って練習する計画であるが、単身者で独居の場合の計画は退院先を見越した計画でないため不十分であった。その為、単身者で独居の高次脳機能障害者に対しては、親戚や知人などの協力者を早期に見つけること、地域の包括支援センターに連携して、患者の障害を説明して、退院後の支援を整える必要がある。

1-4-1-7 要素7『不安と悩みのコンサルテーション』について

要素7は要素5と同様に入院時から退院時まで計画されており、「不安や悩みを他分野と調整」、「不安や悩みの聞き取り」の2つのサブカテゴリで生成した。訓練が進むにつれて患者自身の身体の状態や高次脳機能障害の程度について気付くことがある。またリハビリテーション過程には、訓練や生活場面において患者自身に障害があることに気付かせ、訓練の必要性について伝えていくことが多い。患者や家族は医師から障害について説明を受けているが、真に障害を知るところは、リハビリテーションの訓練最中、病棟での食事や着替え、トイレ動作の時の身体の不自由さや記憶がないことで検査や訓練に行けなかったときである。患者は実生活において障害があることでこれまでできていたことができないことを痛感するのである。患者は自身の障害について改めて気づき、悩み傷つくことも多い。看護師には障害があることで悩み、将来の事や再発などの予後について相談してることが多い。障害についての悩みや相談としての計画では、十分に悩みや相談事に対しての聞き取りの計画が実践されていた。障害の事で必要があれば、他部門に調整をかけるとしていた。この2つのサブカテゴリは入院してから退院するまで継続して行われている。高次脳機能障害者にとって重要な看護計画である。

1-4-1-8 要素8『社会性スキルの再獲得への援助』について

要素8は「対人関係構築の援助」、「問題行動の修正への援助」の2つのサブカテゴリから生成した。この2つのカテゴリの計画を実践していた患者は頭部外傷後の若い患者が多かった。頭部外傷者の行動障害の多くは前頭葉損傷に由来する神経心理学的な障害である。一つの事に執着する、些細なことにとらわれて感情の起伏も大きく、些細なことで感情がコントロールできない患者に対して計画実践されていた。若い患者には将来的にも社会復帰してもらう必要がある。その為にも、患者自身が障害に気づくことが重要である。

リハビリテーションでは入院中から対人関係スキルの問題がある場合、成人した患者であっても改めて対人関係スキルを身に付けてもらう教育的な計画が実践されていた。具体的には、「対人関係構築への援助」には協調性に対する援助、時と場所にふさわしい服装、ことば遣い、対応の仕方、自己感情コントロールに関しての援助計画であった。

「問題行動の修正への援助」については性的行動のコントロール、暴力行為に対する対応、偏食・過食・異食・過飲に対する計画であり、すでに、問題行動がある患者に対して実践していた計画であった。高次脳機能障害のなかでも易感情コントロールが不良な患者に対す

る方略は、未だ十分にエビデンスがなく、認知行動療法を取り入れた計画であり、試行錯誤で実践している状況であった。

1-4-2 8つの看護の構成要素とマズローの基本欲求5段階説との比較検討

人のニーズの優先順位に関しては、マズロー（1987）が人間の動機づけに関する理論を展開している。マズローは、人の行動の動因として基本的欲求に注目し、「生理的欲求」、「安全の欲求」、「所属と愛の欲求」、「承認の欲求」、「自己実現の欲求」の5つをあげ、これらの欲求には階層性があることを説明している。「生理的欲求」はあらゆる欲求の中で最も優勢なものであり、「生理的欲求」が満たされると、次いで「安全の欲求」が現れる。「生理的欲求」と「安全の欲求」の2つの欲求が満たされると次に「愛と所属の欲求」が現れる。生理的欲求、安全の欲求、愛、所属と愛の欲求が満たされると他社からの承認の欲求が現れる。これらが満たされると「自己実現の欲求」が現れるという。

第1節では高次脳機能障害者の生活上の課題に対する看護ケアの構成要素を抽出した。このことは高次脳機能障害者のニーズに対応する看護を抽出したわけではないが、研究者は今回、抽出した看護の構成要素は患者の求めるニーズに対応して介入しているものであると考えている。そのため、今回抽出した看護構成要素と高次脳機能障害者の求めるニーズについて検討する必要があると考えている。

そこで、高次脳機能障害者生活の課題に対する看護ケアの構成要素の内容から患者のニーズに対して、マズローの基本欲求のリストに照合して検討することにした。

マズローの「生理的欲求」には覚醒や嚥下、食事、排泄などの基本的な欲求であり、高次脳機能障害者も同様に生理的欲求があり、この欲求に対応する看護は心肺機能のモニタリング、水分の補給、栄養補給などであり、これらの欲求を満たすための看護構成要素は本研究で抽出した要素2『身体機能の調整』が内容的に該当すると考えられる。

マズローの「安全の欲求」とは、危機を回避したい、安全・安心な暮らしがしたいという欲求が含まれる。同様に、高次脳機能障害者にも安全の欲求は生じている。これらの欲求に対応する看護は誤嚥防止や感染防止、事故防止などであり、これらの欲求を満たすための看護構成要素は、本調査で抽出した要素5『安全管理』と、不安や悩みの聞き取りや不安や悩みを他の分野と調整するという看護の内容から要素7『不安と悩みのコンサルテーション』が内容的に該当していると考えられる。よってマズロー「安全の欲求」には、本研究で抽出した要素5『安全管理』と要素7『不安と悩みのコンサルテーション』の2つの看護のケア構成要素が該当すると考えられる。

マズローの「愛と所属の欲求」とは仲間意識や、集団への所属を求める内容であり、この欲求が満たされない時、人は孤独感や社会的不安を感じやすくなる。高次脳機能障害を持った患者は、障害があることにより、他者との距離を感じており、これまで所属していた集団に帰属したいという願望は切実である。これらの欲求に対応する看護は、対人関係能力への援助や問題行動の修正への援助であり、本調査で抽出した要素8『社会性スキルの再獲得への援助』が内容的に該当すると考えられる。

マズローは、安全の欲求、愛と所属の欲求までの欲求は、外的に満たされたいという思いから出てくる欲求（低次の欲求）で、これら以降承認の欲求である自己実現の欲求は内

的な心を満たしたいという欲求（高次の欲求）に変わるとある。

高次の欲求であるマズローの「承認の欲求」とは、他者から認められたい、尊敬されたいという内容であり、高次脳機能障害者にとってはなんとかして障害を克服したい、他者から障害を持っているが代償手段などを通じて日常生活が行えることを患者自身も認めたい、認められたいという欲求がある。これらの欲求に対応する看護は、記憶の補助や集中力の強化、問題行動の制御、遂行機能への援助、高次脳機能障害にたいする補足や代償の援助であり、内容的に本研究で抽出した要素4『認知・行動問題への援助』が該当すると考えられる。

さらに、高次の欲求であるマズローの「自己実現の欲求」とは、自分の能力を引き出し創造的活動がしたいなどであるが、高次脳機能障害者にとっては障害があるが、まずは自宅に帰り自身の生活を復帰させ、復職、復学などの目標をもっている。これらの欲求に対応する看護は内服や生活リズムなどの援助内容や療法の自己管理である要素3『自己管理の援助』と、家事動作練習や金銭管理、交通手段の利用練習ための援助である要素6『IADL(日常生活関連動作)の再獲得』が内容的には該当すると考えられる。

したがって、高次脳機能障害者の生活の課題に対応する看護の8つの看護構成要素はマズローの段階的欲求説で検討すると、生理的欲求には要素2『身体機能の調整』、安全の欲求には、要素5『安全管理』と要素7『不安と悩みのコンサルテーション』、所属と愛の欲求には、要素8『社会性スキルの再獲得への援助』、承認の欲求には、要素4『認知・行動問題への援助』、自己実現欲求には、要素3『自己管理の援助』と要素6『IADL(日常生活関連動作)の再獲得』が内容的に該当すると考えられ、抽出した8つの看護構成要素により、高次脳機能障害者のニーズを満たしていることが確認できた。(図3-1)

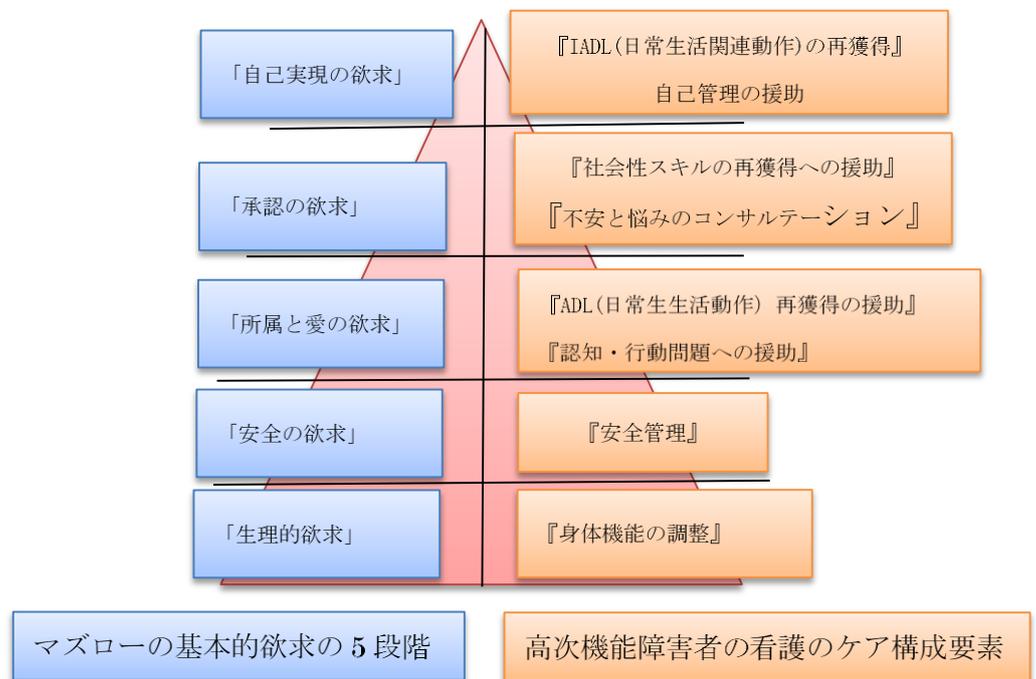


図 3-1 マズローの基本的欲求の 5 段階説と高次脳機能障害者の生活を支える 8 つの看護構成要素の関係

1-4-3 高次脳機能障害者の特異的な障害「機能の欠損」について

ヒトは外界の空間、自己の身体は何ら意識せずに情報処理できているが、脳損傷の患者の中には、この情報処理ができないことが障害として残る。石合（2003）によると、脳血管障害の左半球損傷では、失語と失行があり、右半球では半側空間無視と病態失認が大半であり、慢性期になって 4 割の患者に半側空間無視を認めたとある。臨床では、半側空間無視の患者と病態失認（病態欠落）の患者では病識がないことは勿論であるが、障害に気がつかないために他者と体がぶつかる、転倒するなどの事故を見かけることがある。特に、患者自身が気づきにくい高次脳機能障害には、失認、失行、行為の障害、記憶障害、易感情性である。本項では機能の欠損の具体的内容については半側無視について述べる。

半側空間無視とは、大脳半球病巣と反対側の刺激に対して、発見して報告したり、反応したり、その方向に向くことが障害される病態である。症状としては、病巣と反対の空間にナースコールがあっても気が付かないために、患者は「ナースコールがありません」と言う。

食事では、茶碗の半分、皿の半分だけ食べ残しがある、車椅子の乗車している際には、無視側の足を忘れる、ブレーキが掛けられない、歩行では無視側に障害物や人が歩いていても気が付かないためにぶつかる、怪我をするなど危険ことが多い。またベッドから移動する際に、無視側の手足を忘れるために、バランスが崩れ転倒することが多い。

以上のように、患者自身では、無視側に気がついていない。そのため、看護師は患者が行動する前に患者自身が機能の欠損している状態に気づけるように、確認を促している。

1-4-4 高次脳機能障害者に必要な「機能欠損」に対する自己意識性の介入の検討

立神 (2006) はアメリカニューヨーク大学医療センター・ラスク研究所で行われていた「脳損傷患者通院プログラム：家族参加型プログラム」の紹介の中で、人の行動において6層の階層をもつ神経心理ピラミッド「高次機能階層」から「底辺にある基礎レベルの神経機能は、覚醒・精神疲労・警戒態勢・心的エネルギー、抑制・発動性、注意力と集中力とし、認知機能の基礎であるとし、その上層にある機能に影響を及ぼす」、また、「脳損傷が示す症状の土台には基礎となる『機能の欠損』が常に存在している」と紹介している。さらに、ラスク研究所では欠損があることを前提に次のステップが「戦略と訓練」であり、高次脳機能障害者に欠損の認識をしてもらう方略が重要としている。

1-4-5 8つの看護構成要素と「機能の欠損」に対する自己意識性の介入

高次脳機能障害を持つ患者においても、病識がない、気づかない、自身では気がつかないといったことがある。特に、失認、失行、行為の障害、記憶障害、易感情性のある患者にこのようなことが見受けられる。これらは他の障害と違い、高次脳機能障害の特異的な内容であり、「機能の欠損」に対する自己意識性に対する看護についても他の障害の看護にないために、特異的な看護と言える。よって、高次脳機能障害支援拠点病院での専門的な看護ではこれらを意識して計画していたと考えられる。特に行為に関して介入する看護計画では「機能の欠損」に対する自己意識性に対する看護が計画される。

抽出した8つの看護の構成要素のうち「機能の欠損」に対する自己意識性の介入する看護計画が多くあるのは、要素1『ADL(日常生活動作)再獲得の援助』と要素4『認知・行動障害の援助』の看護計画、要素6『IADL(日常関連動作)の再獲得、要素8『社会性スキルの再獲得』の4つの看護構成要素であった。

以下に、「機能の欠損」に対応する自己意識性の介入としての看護の内容述べる。

要素1『ADL(日常生活動作)再獲得の援助』では、日常生活動作を獲得するための援助であり、動作を獲得するためには「機能の欠損」がある場合、大きな支障であり、動作遂行時意図的に介入される。自己意識性の介入として該当する内容を抜き取ってみると以下であった。

サブカテゴリ 1) 車いす駆動練習で自己意識性に該当する計画は、「注意障害、遂行機能障害、半側空間無視のある患者に計画されていた。車いすの安全な駆動の方法、他者の車いすとの衝突し、指や転倒などがあるため、患者の障害に応じた手順や指導方法が計画された。介入の順序は見守り、必要時促し、必要時介助の看護計画であった」であった。

サブカテゴリ 2) 歩行練習で自己意識性に該当する計画は、「失認、半側無視のある患者の歩行に練習には、看護師とともに病棟内や病棟以外の訓練室までの道のりの中で壁や対象物への注意喚起を行い、患者に確認させる計画であった」であった。

サブカテゴリ 3) 起坐動作で自己意識性に該当する計画は、「発動性障害がある場合には、動作的には問題がなく起坐をできるのだが、動作を開始できないために、動作の開始に対して声をかけ、促し、見守り、時には背中に手を当てて、介助で体を軽く起こす計画であった」であった。

サブカテゴリ 4) トイレ動作の練習で自己意識性に該当する計画は、「遂行機能障害の患者にはこの一連の動作を口に出して行為する指導内容が計画された。発動性障害のある患者には、動作の開始とともに、遂行機能障害の計画と同様に動作の順序を短く説明して行動を起こしてもらう計画であった。注意障害のある患者には集中するように促す、また集中するために動作以外の話はしないという計画であった」であった。

サブカテゴリ 5) 移乗の練習で自己意識性に該当する計画は、「車いすの位置には床に赤色のテープを貼る、フットレストとブレーキには目印をつける」であった。

サブカテゴリ 6) 整容の練習で自己意識性に該当する計画は、「発動性障害がある患者には上記と同様に、動作の開始の促しを行い、遂行機能障害がある患者には、動作の順序を短く伝え介入する計画であった。半側無視のある患者には、右や左のどちらかに行為の忘れがないか鏡で確認してもらう計画であった」であった。

サブカテゴリ 7) 更衣の練習で自己意識性に該当する計画は、「注意障害の患者には刺激を避けて集中できる個室で行為の練習を行っていた。失認と着衣失行のある患者には手順を口にしてもらい、鏡を見せて更衣ができていないところを確認する計画であった。発動性障害の患者には、動作の開始を伝える計画であった。遂行機能障害の患者には、動作の順序を短く伝える計画であった」であった。

サブカテゴリ 9) 肢位調整で自己意識性に該当する計画は、「麻痺の足や手が車椅子にはさまっていても気が付かない注意障害の患者や麻痺側が認識できない半側空間無視症候群の患者に計画された。」である。

要素 4『認知・行動障害の援助』で自己意識性に該当する計画は、要素 1『ADL（日常生活動作）再獲得の援助』の看護計画よりも、半側無視への注意喚起、遂行の誘導、失語の代替手段の提供、集中力の強化、記憶の補助、問題行動の制御、成功体験の強化といった内容で高次脳機能障害による欠落した機能自体に直接介入する計画であった。よって、患者自身に自己の障害に向き合い、認識し、代替手段や自信のスキルを変化させるといった介入計画だったと考えられる。

要素 6『IADL(日常関連動作)の再獲得』で自己意識性に該当する計画は、記憶障害、遂行機能障害があるために家事遂行ができない、買い物内容の忘れ、支払いができない、行き先の切符が買えない、道順が分からないといった問題を抱えている患者に対する看護計画であり、患者自身が自宅に戻った時に日常でできないことに対する看護計画である。

要素 8『社会性スキルの再獲得』で自己意識性に該当する計画は、一つの事に執着する、些細なことにとらわれて感情の起伏も大きく、些細なことで感情がコントロールできない患者に対して計画されており、また、社会スキルを再獲得するための看護計画であり、自身の感情の変化によって失敗や成功体験の回数を表に表すなどで自身の障害と向き合わせる計画である。

1-5 まとめ

1) 高次脳機能障害拠点病院で行われている高次脳機能障害者の生活上の課題に対して行われた看護計画から8つの看護構成要素を抽出することができた。看護ケアの構成要素は、計画立案の頻度(占有率)からみると、要素1『ADL(日常生活動作)再獲得の援助』、要素2『身体機能の調整』、要素3『自己管理の援助』、要素4『認知・行動問題への援助』、要素5『安全管理』、要素6『IADL(日常生活関連動作)の再獲得の援助』、要素7『不安と悩みのコンサルテーション』、要素8『社会性スキルの再獲得への援助』の順であった。

2) 高次脳機能障害者の課題に対応する8つの看護構成要素はマズローの段階的欲求説と検討すると、生理的欲求には要素2『身体機能の調整』、安全の欲求には要素5『安全管理』と要素7『不安と悩みのコンサルテーション』、所属と愛の欲求には要素8『社会性スキルの再獲得への援助』、承認の欲求には要素4『認知・行動問題への援助』、自己実現欲求には、要素3『自己管理の援助』と要素6『IADL(日常生活関連動作)の再獲得』が内容的に該当し、抽出した8つの看護構成要素は高次脳機能障害者の生活上のニーズを満たしていることが確認できた。

3) 抽出した8つの看護の構成要素のうち「機能の欠損」に対する自己意識性の介入する看護計画が多くあるのは、要素1『ADL(日常生活動作)再獲得の援助』と要素4『認知・行動障害の援助』の看護計画、要素6『IADL(日常関連動作)の再獲得』、要素8『社会性スキルの再獲得』の4つの看護構成要素であった。

第4章 高次脳機能障害者に対する高次脳機能障害ケアプログラムの一般病院における実証研究

本章は第1節で一般病院における高次脳機能障害者に対するケアプログラム開発に必要な事柄を明らかにする。第2節で一般病院に必要な高次脳機能障害ケアプログラムを試作する。第3節でケアプログラムの実践準備として一般病院の看護師に準備教育を行う。第4節でペーパーペイシエントを用いて作成したプログラムを実際に使用する研修を行い実践の準備を行う。第5節に一般病院で高次脳機能障害ケアプログラムを実践する。第6節で実践した看護師から高次脳機能障害ケアプログラムの評価を得て課題を追及する。

第1節 一般病院で行われている高次脳機能障害患者の看護の実際

1-1 目的

本節は、本研究である地域の町立病院または市立病院などの一般病院における高次脳機能障害患者の日常生活上の課題に対する看護師が行うケアプログラムを開発するにあたり、一般病院で働く看護師の高次脳機能障害患者のケアの困難状況、ケアでの成功体験、病院のケアシステム、高次脳機能障害の評価システムを調査することで高次脳機能障害患者の看護の現状を把握することにした。その病院独自の高次脳機能障害ケアプログラムを作るうえで成功体験の内容を把握することは重要であり、すでに病院の看護師が体得した技術や方法は、作成するケアプログラムに組み入れることができるからである。

地域の一般病院独自の高次脳機能障害患者のためのケアプログラムを開発するために、一般病院における高次脳機能障害患者の看護で成功事例、病院の評価システムについて調査し、一般病院における高次脳機能障害患者に対するケアプログラム開発に必要な事柄を明らかにする。

1-2 方法

1-2-1 調査対象

調査対象は病院と看護師とした。病院は千葉県南部にある100～300床で療養型病棟をもつ町立病院および市立病院とし、調査対象の看護師は上記施設で1年以上勤務している看護師とした。

1-2-2 調査期間

調査は平成28年8月30日から年9月30日に実施した。

1-2-3 調査内容

管理者より、①入院患者数、②高次脳機能障害者入院数、③看護師数、④高次脳機能障害の看護システム、⑤電子カルテ搭載の高次脳機能障害の看護計画について⑥高次脳機能障害の評価システム、⑦研修や勉強会について聞き取り調査を行った。

看護師より、①高次脳機能障害者の看護経年年数、②高次脳機能障害者のケア研修経験の有無、③電子カルテに搭載されている高次脳機能障害の看護計画の利用について、④高次脳機能障害者のケアで困っていること、⑤高次脳機能障害者に行ったケアで成功した内容について調査用紙に回答を求めた。なお、④、⑤は自由記述とした。

1-2-4 回答方法

看護師対象の調査は無記名で回答し、回収は病院内の指定された場所に留置くように依頼した。

1-2-5 分析

質問の回答である自由記述の内容を意味が分かる範囲の文節に分け、コード化し、コード内容の共通性、意味の類似性によってサブカテゴリ化した。さらに抽象度を上げてカテゴリ化した。分析にあたっては質的分析の経験のある3名の研究者で行った。なお以下では、カテゴリは【 】, サブカテゴリは『 』, コード群は「 」で表示することにした。

1-2-6 倫理的配慮

本研究は、千葉科学大学倫理審査（承認 No. 28-9）を受け、施設管理者に研究趣旨と方法を文書および口頭で説明し承認を受けた。対象者には、研究趣旨を口頭で説明し、質問紙が入った封筒に研究趣旨、不利益を被らないこと、途中の撤回可、匿名化について記載した文書を同封した。研究への承諾は質問紙の回答を得たことで承諾とみなした。

1-3 結果

1-3-1 調査対象の病院について

A 県の町立病院で内科・外科・整形外科の常勤医による診療および脳神経外科・眼科・耳鼻咽喉科・婦人科・皮膚科・泌尿器科の外来をもち、一般病床 55 床、療養病床 45 床の計 100 床、患者数の 7 割が高齢者であった。月平均外来患者数 185 名、月平均入院患者数は一般が 55 人、高次脳機能障害者の入院件数は月平均 2~3 人であった。平均在院日数 15.2 日、看護師数は一般病棟 26 名、療養型病棟は看護師 10 名、手術室 10 名、外来 10 名、地域包括部門 4 名の計 60 名であった。看護は、固定チームナーシング方式で、日替わり受け持ち制、一部機能別看護システムであった。日勤で 6~8 名の患者を受け持っていた。電子カルテを採用しており、高次脳機能障害の標準的看護計画は搭載されていた。搭載内容は注意障害、記憶障害、半側空間無視、失語症があった。高次脳機能障害患者の認知機能の評価の指示は主治医が行っており、必要時、リハビリテーション部門に検査を依頼していた。検査の内容は、運動麻痺評価 Brunstrom Stage、MMS T、コース立方体、ADL 評価であった。研修に関しては本人の希望を重視し、日本看護協会での中央研修に個人が自由に選択していた。病院の勉強会は定期的開催され、看護師だけではなく、全職員に必要な内容で感染防止方法や業績発表などであった。

1-3-2 調査対象の看護師について

60名の看護師の平均勤務経験年数は6.5(±3.2)年であった。質問紙の回収率は100%で、60人の看護師全員から有効回答を得た。高次脳機能障害者のケア研修の経験ありと答えた者は60人中10名(16.6%)であった。

1-3-3 電子カルテに搭載された高次脳機能障害の看護計画の利用について

電子カルテに搭載されている高次脳機能障害の看護計画の利用に対しては、「入院の度に利用する」が10名(16.6%)、「一部利用する」が7名(11.6%)、「利用しない」が43名(71.6%)であった。

1-3-4 電子カルテに搭載された高次脳機能障害の看護計画を利用しない理由について

回答は複数回答で、以下の結果となった。

- ①「患者の状態(看護上の問題)と電子カルテの問題表記が合わないことがある」が43名(71.6%)であった。
- ②「患者の状態(看護上の問題)の問題リストがない」が40名(66.6%)であった。
- ③「記載にある患者の計画が実践できるとは思わないから」が38名(63.3%)であった。
- ④その他の自由記載には5名が記載した。記載の内容は「高次脳機能障害自体があるとは思いますが、何の障害かわからないから」、「いくつかの高次脳機能障害があつてなにをどのようにやってよいかわからない」、「障害が複合していてわからない」、「障害があるが、はっきりわからない」、「多くの問題がありすぎて、電子カルテの内容をどこからやってよいのか、順番がわからない」であった。

1-3-5 高次脳機能障害者のケアで困ったことについて

ケアで困っていることは754コードにまとめた。さらにコード化した内容を、その類似性から7サブカテゴリにまとめ、最終的に2つのカテゴリにまとめた。以下に、これら2つのカテゴリについて示した。なお、コードは『 』で示した。

カテゴリ1【各高次脳機能障害から起こる問題に対する困難感】

このカテゴリは381コードからなり、『(1)記憶障害の人への対応が分からない』、『(2)注意障害の人への事故防止の対応困難』、『(3)易感情性の人への対応が分からない』の3つのサブカテゴリからまとめた。

カテゴリ2【知識不足に対する対応困難感】

このカテゴリは373コードからなり、『(1)看護の方法がわからない』、『(2)知識不足による不安』、『(3)接し方がわからない』、『(4)退院指導ができない』の4つのサブカテゴリからまとめた。

表4-1 高次脳機能障害者のケアで困ったこと (n=60, 754 コード)

カテゴリ	サブカテゴリ	コード群	コード数
1. 各高次脳機能障害から起こる問題に対する困難感 (381コード)	(1)記憶障害の人への対応が分からない (119コード)	①記憶障害がある人の具体的な対応方法	27
		②記憶の障害のある人への言葉かけが難しい	33
		③記憶がなく、歩き回れると夜間の対応ができないのでどうするのか	41
		④動ける高次脳機能障害者で記憶がない場合、迷子になるときの対応	18
	(2)注意障害の人への事故防止の対応困難 (64コード)	①注意障害がある人への転倒防止について	53
		②ぼんやりしているおり、事故起こすことが予想され、身体抑制は良いのか分からない	11
	(3)易感情性の人への対応が分からない (198コード)	①感情が爆発している人への業の使い方	38
		②興奮している場合の対応がわからない	42
		③興奮しているために何をされるか怖い	39
		④看護師だから、何とかしてはいけなと思うがうまくできないことを痛感する	12
		⑤感情的な場合のコミュニケーションの方法	35
		⑥どのようなことで不穏や乱暴になってしまうのかアセスメントできない	32
2. 知識不足による対応困難感 (373コード)	(1)看護の方法が分からない (57コード)	①看護はどうやっていいのかわからず不安、教えてほしい	26
		②電子カルテ上の計画が当てはまらない、うまくいかない	15
		③高次脳機能障害の人の個性があり、看護計画を立てられない	16
	(2)知識不足による不安 (97コード)	①高次脳機能障害者への対応の知識がないのでやっていることに自信がない	48
		②高次脳機能障害全般について知識がないので教えてほしい	49
	(3)接し方が分からない (145コード)	①高次脳機能障害者への基本的な対応方法がわからないので困る	51
		②基本的な接し方がわからない不安	55
		③接し方が難しい、避けてしまう	16
		④理解の程度がわからないので言葉のかけ方がわからない	23
	(4)退院指導ができない (74コード)	①家族に上手くいく方法について伝えることができないため、退院指導ができない	29
		②家族への指導を行っているが自信がない	31
		③退院指導で何を伝えればよいのが困っている	14

1-3-6 高次脳機能障害者に実施したケアで成功した内容

ケアで成功した内容は 156 コードにまとめた。さらにコード化した内容をその類似性から 10 のサブカテゴリにまとめ、最終的に 4 つのカテゴリにまとめた。以下カテゴリについて示した。なお、コードは『 』で示した。

カテゴリ 1 【記憶障害に対するケア】

このカテゴリは、73 コードからなり、『(1)記憶補償の対応』、『(2)記憶の補償手段活用』、『(3)記憶の補償手段活用』の 3 つのサブカテゴリからまとめた。

カテゴリ 2 【易感情性に対するケア】

このカテゴリは、28 コードからなり、『(1)興奮時の距離の取り方』、『(2)人を変える方法』、『(3)興奮する人への対応方法』の 3 つのサブカテゴリからまとめた。

カテゴリ 3 【注意障害に対するケア】

このカテゴリは、23 コードからなり、『(1)注意障害に対応する方法』、『(2)注意障害への統一した関わり』の 2 つのサブカテゴリからまとめた。

カテゴリ 4 【無視症候群に対するケア】

このカテゴリは、32 コードからなり、『(1)無視することの危険や予防的な関わり』、『(2)無視に対応する方法』の 2 つのサブカテゴリからまとめた。

表 4-2 高次脳機能障害機能障害者に行ったケアで成功した内容 (n=60, 156 コード)

カテゴリ	サブカテゴリ	コード群	コード数
1. 記憶障害に対するケア (73コード)	(1)記憶補償の対応 (13コード)	①リアリティオリエンテーションを行った	5
		②今はこれこれする時間ですよと伝えた	8
	(2)記憶の補償手段活用 (29コード)	①1日のスケジュールを渡して終わったら線を引いた	8
		②床頭台や個人ロッカーに持ち物の場所をラベルした	3
		③カレンダーに検査やリハビリの日などを記載した	7
		④患者が部屋が分かるようにアイテムやちょっと目立つものを部屋入口に目印した	4
		⑤家族とお願いして写真を持ってきてもらった	7
	(3)記憶障害者への対応方法 (31コード)	①いつもにこやかに接した	7
		②困っているのだらなと思ひ、何か手助けしましょうかと接した	5
③いつも気にかけていると分かるように声をかけた		6	
2. 易感情性に対するケア (28コード)	(1)興奮時の距離の取り方 (10コード)	①混乱しているときには近寄れなかった	4
		②急な興奮が起こる人には個室で対応した	3
		③落ち着いたら、やるべき内容をやってもらった	3
	(2)人を変える方法 (12コード)	①興奮しているときに男の医師に来てもらって対応した	7
		②興奮しているときには人を変えた	5
	(3)興奮する人への対応方法 (6コード)	①ちょっとしたことで怒るので丁寧なことば遣いをした	4
3. 注意障害に対するケア (23コード)	(1)注意障害に対応する方法 (9コード)	①注意散漫なので、ゆっくり行動をとるように話した	5
		②左のプレーキを忘れるので「左は」といつも言った	4
	(2)注意障害への統一した関わり (14コード)	①家族にも同じように注意散漫なことを伝え、同じように関わってもらった	7
		②どの看護師も同じようにケアできるように、ベッドサイドに注意することを記載した	7
4. 無視症候群に対するケア (32コード)	(1)無視することの危険や 予防的な関わり (20コード)	①麻痺の足や手を忘れていたので麻痺側の方、右の足、右の手は？と声をかけた	8
		②車いすプレーキ、右足がないようにふるまうので右の足を触ってみてなど言った	8
		③ぶつかってくるので、トイレに行くときには他の患者に声をかけ、ぶつからないようにした	4
	(2)無視に対応する方法 (12コード)	①尿器やナースコールを無視のない方に置いて対応した	8
		②食事の半分や一部を完全に残しているため顔の向きを変えてもらい食事を継続した	4

1-4 考察

1-4-1 調査対象施設と看護の状況

管理者の聞き取り調査の結果、100床の病院で電子カルテを使用しており、平均在院日数15日で、入院患者の7割が高齢者であり、これらのデータより、100床クラスの近隣の病院と変わりがないと考えられ、調査対象施設として採用した。

1-4-2 調査対象看護師の状況

看護師としての平均勤務経験年数は6.5(±3.2)年であり、勤務経験年数は平均的であった。質問紙回収率は100%で、60人の看護師全員から有効化回答を得た。病院では、定期的に研修は開催されて、勉強会の内容は全職員向けの感染防止や業績発表などであったが、看護師の個人的な関心によって中央研修に参加する方式を採用した。しかし、高次脳機能障害者のケア研修経験は有りが60人中10名で16.6%と低かった。このことから高次脳機能障害者の看護は十分でないと予測され、脳損傷患者を受け持った際に、高次脳機能障害の有無、内容について判断できないことが予測できる。

1-4-3 電子カルテの利用状況

電子カルテ搭載の高次脳機能障害の看護計画については、①「入院の度に利用する」が10名(16.6%)、②「一部利用する」が7名(11.6%)、③「利用しない」が43名(71.6%)であった。利用率が低かった。電子カルテに搭載されている高次脳機能障害の看護計画を利用しない理由については複数回答であった。回答は、①「患者の状態(看護上の問題)と電子カルテの問題表記が合わないことがある」が43名(71.6%)と多く、②「患者の状態(看護上の問題)の問題リストがない」が40名(66.6%)、③「記載にある患者の計画が実践できるとは思わないから」が38名(63.3%)で、②と③の回答数はほぼ同じ程度であった。④その他の

自由記載は5名が回答した。回答内容は、「高次脳機能障害自体があるとは思いますが、何の障害かわからないから」、「幾つかの高次脳機能障害があって、何をどのようにやってよいかかわからない」、「障害が複合していてわからない」、「障害があるが、はっきりわからない」、「多くの問題がありすぎて、電子カルテの計画を何から行ってよいのか、順番がわからない」であった。これらの内容から、看護師は、受け持った患者に高次脳機能障害自体は幾つかあるらしいが、高次脳機能障害が複合しているために実行の優先順位の判断ができないことが考えられた。したがって、電子カルテに高次脳機能障害が搭載されていても一般病院の看護師は、高次脳機能障害が複合している場合には、どの高次脳機能障害の介入を先に行うのか、同時に介入して良いのかの判断ができないこと、また、介入の順序や優先順位が分からないことが判明した。

次に、高次脳機能障害者のケアの困難の状況の自由記述内容を分析したコードをみると、①「看護はどのように行ったら良いのかが分からない」、②「電子カルテ上の計画が当てはまらない」、③高次脳機能障害の患者には個別性があり、看護計画を立てられない」とあり、電子カルテに高次脳機能障害の看護計画が搭載されていてもうまく利用されていないことが明らかになった。

これらの自由記述の結果より、看護師の電子カルテに搭載してある高次脳機能障害の問題リストと看護計画がうまく使われない理由は、実際に入院している高次脳機能障害者の生活上の課題に対して電子カルテの看護計画を使用する際に、看護師は電子カルテの看護計画は患者の生活上の問題に対応できないのではないかという思いがあったと考えられる。その主な理由として考えられることは、電子カルテに搭載してある高次脳機能障害の看護計画は、1つの高次脳機能障害に対して計画が搭載されている、しかし、高次脳機能障害が2つ以上の複合した障害がある場合の介入については、電子カルテには記載されていないためと考えられた。実際に、電子カルテに搭載されている看護計画は2つ以上の複合した障害がある場合についての記載はなかった。脳損傷で高次脳機能障害が複数ある患者の場合には、生活上の課題（看護上の問題）も複数あり、介入も複数必要である。

以上のことから一般病院で働く看護師に高次脳機能障害患者の看護に必要なシステムとしては、①患者の有している高次脳機能障害の有無が判断できること、②患者の複合している高次脳機能障害について判断できること、③生活上の課題を簡潔に抽出できることの3点をアセスメントできるツールが必要であり、さらに、複合している高次脳機能障害が視覚的に分かるアセスメントツールと介入の順序性を示す指標なるものが必要と考えられる。

次に、看護師が看護の優先順位を考える上で、混乱すると考えられるのは、身体状況の問題と高次脳機能障害の問題での優先順位である。高次脳機能障害者は脳の損傷によって起こるのであり、生活上の問題を抽出する前に、生命の維持、身体の回復が何よりも優先される。よって、身体的な回復傾向にあるのか、または悪化傾向にあるのかを判断できるアセスメントが重要で、身体の状態を判断するためのアセスメントツールを作成する必要がある。特に、脳損傷者は、意識の回復の程度や、顔面及び咽頭の麻痺などの嚥下障害による肺炎などリスクが高いために、発熱の有無を確認する必要がある。また、脳損傷後に頭蓋内圧亢進、意識を混濁させる痙攣の有無、麻痺の状態が進行していないか、膀胱機能の回復があるかなどの回復と悪化を判断すべくアセスメントが正しく、容易にできることが必要かつ重要で

あることがわかった。身体の状態を先に評価することは、要治療の判断でもあり、必要な治療を終了または継続してケアしたうえで、プログラムを行うことが肝心である。身体の状態の悪化は、今後の患者のADLに影響が及ぼすからである。

1-4-4 一般病院で働く看護師の高次脳機能障害者のケアの困難状況

高次脳機能障害者のケアで困っていることでは754コードを抽出した。コードをさらに分析し、【1. 各高次脳機能障害から起こる問題に対する困難感】と【2. 知識不足に対する対応困難感】の大きく2つのカテゴリに分類した。

【1. 各高次脳機能障害から起こる問題に対する困難感】は、『(1)記憶障害の人への対応が分からない』、『(2)注意障害の人への事故防止の対応困難』、『(3)易感情性の人への対応が分からない』の3つのサブカテゴリからまとめた。したがって高次脳機能障害に対する困難な状況では、主に記憶障害者に対する介入方法、注意力障害者に対する介入方法、易感情性の対応介入方法について困難を感じていることが判明した。

また、カテゴリ【2. 知識不足に対する対応困難感】では、373コードから『(1)看護の方法がわからない』、『(2)知識不足による不安』、『(3)接し方がわからない』、『(4)退院指導ができない』の4つのサブカテゴリにまとめた。このことは、上記の高次脳機能障害についての知識不足から、患者への対応がわからず、十分な退院指導にまで至っていないことが裏付けられた。コード群で多かったのは、2. (2)の「①高次脳機能障害者への対応の知識がないのでやっていることに自信がない」と「②高次脳機能障害全般について知識がないので教えてほしい」であったことから、高次脳機能障害全般についての学習が必要と考えられた。

よって、プログラムを開始する前には、プログラムの説明は勿論必要ではあるが、高次脳機能障害全般の教育と高次脳機能障害者への看護の実践方法について研修の形で高次脳機能障害についての理解を高めておく必要があった。一般病院の看護師は、これまで高次脳機能障害者の自身のケアについて十分に言語化して看護計画を作ってこなかったために、調査した内容をもとに、病院の看護師がこれまで行ってきた高次脳機能障害者のケアについて説明し、成功している事柄と不足している事柄との双方について説明を加え、今後の高次脳機能障害者のケアに向けてこれまでのケアを生かした新たな病院独自のケアプログラムを作成する意味を研修会の際に説明する必要があると考えられた。

1-4-5 一般病院で働く看護師の高次脳機能障害者のケアでの成功体験

脳機能障害者に行ったケアで成功した内容は156コードであり、10のサブカテゴリにまとめ、最終的に【1. 記憶障害に対するケア】、【2. 無視症候群に対するケア】、【3. 注意障害に対するケア】、【4. 無視症候群に対するケア】の4つのカテゴリに分類した。

カテゴリ【1. 記憶障害に対するケア】は成功した分類ではあるが、ケアの困難感の分類でも同じカテゴリが入っており、記憶障害の人への対応に苦慮してはいるが、反対に成功もしていると考えられる。介入方法としては、サブカテゴリから『(1)記憶補償の対応』、『(2)記憶の補償手段活用』、『(3)記憶障害者への対応方法』の3つの方法に分かれ、コード群は合計で12コード群で構成されたことから12の介入が行われていたと考えられる。これらの介入は第3章の高次脳機能障害者の支援拠点病院の看護の分析結果で得られた介入の内

容が類似しており、一般病院で行われた記憶障害の人への介入方法は内容的に妥当であったと考えられる。

カテゴリ【2. 易感情性に対するケア】も同様に、ケアの困難感の分類でも同じカテゴリが入っており、対応に苦慮してはいるが、成功もしていたと考えられる。成功した介入として、サブカテゴリから『(1)興奮時の距離の取り方』、『(2)人を変える方法』、『(3)興奮する人への対応方法』の3つの方法に分かれ、コード群は合計で7コード群によって構成されたことから7の介入が行われていたと考えられる。これらの介入方法は支援拠点病院の看護の分析結果と内容が類似しており、一般病院で行われた易感情性のある人への介入としては内容的に妥当であったと考えられる。

カテゴリ【3. 注意障害に対するケア】も同様に、ケアの困難感の分類でも同じカテゴリが入っており、対応に苦慮してはいるが、成功もしていたと考えられる。成功した介入として、サブカテゴリから『(1)注意障害に対応する方法』、『(2)注意障害への統一した関り』の2つの方法に分かれ、コード群数から4つの介入が行われていたと考えられる。これらの介入方法は支援拠点病院の看護の分析結果と内容が類似しており、一般病院で行われた注意障害のある人への介入としては内容的に妥当であったと考えられる。

カテゴリ【4. 無視症候群に対するケア】は成功体験にあったが、ケアの困難の分類にはなかった。成功した介入としてサブカテゴリから『(1)無視することの危険や予防的な関り』、『(2)無視に対応する方法』の2つ方法に分かれ、コード群数から5つの介入が行われていた。これらの介入方法は支援拠点病院の看護の分析結果と内容が類似しており、一般病院で行われた注意障害のある人への介入としては内容的に妥当であったと考えられる。

以上より、分析の結果、調査対象の一般病院の高次脳機能障害者の成功している看護内容については支援拠点病院で行っている高次脳機能障害の看護内容と内容的に類似しているため、開発する新しい病院独自の高次脳機能障害者のケアプログラムに採用できると考えられる。

しかし、高次脳機能障害者数が専門病院と違い、患者数が少ないために経験している看護や成功している看護も量的に少ないと考えられる。抽出した4つのカテゴリの内容から、主となる障害は、記憶障害、易感情性障害、注意障害、無視症候群である。そのうち、易感情性の看護内容は高次脳機能障害支援改訂第2版に定める「社会的行動障害9」の一部の内容に類似していた。また、抽出した無視症候群の看護内容では「半側無視」の内容が一部類似していた。不足していた高次脳機能障害の看護は遂行機能障害と病識欠落、発動性障害の3つの障害であった。また、単症状としての失語、失行、失認の3つの障害の看護経験がなかった。以上より不足していた高次脳機能障害についての看護を新たに作成して、ケアプログラムに入れる必要があると考えられた。

1-5 一般病院で行われている高次脳機能障害患者の看護のまとめとケアプログラム開発に必要な事柄

1-5-1 一般病院の高次脳機能障害患者の看護のまとめ

対象施設は公立の一般病院であった。勤務する看護師は60名であり、看護師経験は平均的であった。高次脳機能障害者のケア研修経験は有りが16.6%と低かった。電子カルテ内の

高次脳機能障害の看護計画利用率では、「利用しない」が71.6%と多く、電子カルテ利用に至らなかった状況が伺えた。理由には自由記述の分析より高次脳機能障害に対する理解が乏しく、①「看護はどうやったら良いのか分からない」、②「電子カルテ上の計画が当てはまらない」、③高次脳機能障害者の個別性があり、看護計画を立てられない」とあり、電子カルテの高次脳機能障害の看護計画がうまく使えていないことが裏付けされた。

一般病棟で働く看護師の高次脳機能障害者のケアの困難のコードは、成功体験のコードの約2倍の量の753コードを分析し、『各高次脳機能障害から起こる問題に対する困難感』と『知識不足に対する対応困難感』の2つのカテゴリに分類できた。反対に、高次脳機能障害者のケアで成功した内容は156コードであり、10のサブカテゴリにまとめ、最終的に【1. 記憶障害に対するケア】、【2. 無視症候群に対するケア】、【3. 注意障害に対するケア】、【4. 無視症候群に対するケア】の4つのカテゴリに分類した。不足な高次脳機能障害の看護は、遂行機能障害と病識欠落、発動性障害、単症状としての失語、失行、失認であった。

調査対象の一般病院で看護師が高次脳機能障害者の看護で成功していると答えた看護内容は、支援拠点病院で行っている高次脳機能障害の看護内容が類似しているため、開発する一般病院の高次脳機能障害者のケアプログラムに採用できると考えられた。しかし、高次脳機能障害患者数が支援拠点病院とは違い少ないために経験している看護や成功している看護も少ないと考えられ、高次脳機能障害の病態や看護の方法に対する知識不足があり、これらの教育が必要であることが把握できた。

1-5-2 一般病院の高次脳機能障害ケアプログラムの開発に必要な事柄からみた 不足事項

1) 高次脳機能障害の全般の理解の不足

高次脳機能障害者のケア研修経験は16.6%と低く、看護師が高次脳機能障害者のケアで困っていることは、表4-1に示す2.(5)の「①高次脳機能障害者への対応の知識がないのでやっていることに自信がない」と「②高次脳機能障害全般について知識がないので教えてほしい」であり、高次脳機能障害についての全般的な知識不足から、患者への対応方法が分からず、十分な退院指導に至らなかった。

2) 成功体験の中で不足していた高次脳機能障害

成功体験の中で不足していた高次脳機能障害の看護は遂行機能障害と病識欠落、発動性障害、単症状としての失語、失行、失認であった。

3) 電子カルテ搭載の高次脳機能障害看護の不足事項

電子カルテに高次脳機能障害の看護計画が搭載されていてもうまく使えていない理由として、電子カルテの高次脳機能障害の問題表記が合わないこと、障害が複合しているかどうか判断ができないこと、複合している障害がある場合の介入の順序、優先順位が分からないことがあり、判断できるツールや順序性・優先順位を示すツールが不足していた。

1-5-3 不足事項の解決に向けて

1) 高次脳機能障害全般理解の教育の必要とその方法

高次脳機能障害全般に対する知識の不足に対しては、これまでの高次脳機能障害患者

の看護実践結果などを研修し、高次脳機能障害の病態、生活上の問題、看護の方法などの理解を高めておく必要がある。

2) プログラムの理解を助けるための研修会の必要性

プログラムを開始する前に、調査した内容をもとに病院の看護師がこれまで行ってきた高次脳機能障害者のケアについて説明し、不足している事柄と今後のケアに向けて、これまでの看護師が行ってきたケアを生かし、新たな病院独自のプログラム作成の必要性、その内容について説明する。理解を深めるための方法としては研修会方式で行うことにする。

3) 開発に必要な高次脳機能障害の看護内容

成功体験した看護はプログラムに取り入れ、体験不足の高次脳機能障害の看護としては、遂行機能障害と病識欠落、巣症状としての失語、失行、失認であり、これらの高次脳機能障害の看護を新たに作成する。

4) 開発に必要なツールについて

生活上の問題抽出する前に、①生命の維持、回復が何よりも優先されるために、身体の状態を判断するためのアセスメントツールが必要である。次に、②高次脳機能障害の有無および複合している高次脳機能障害を生活上の課題を簡潔に抽出できるアセスメントツールが必要であり、③複合している高次脳機能障害が視覚的に分かる必要がある。最後に、④介入の順序性を示すツールが必要である。これらの4つに作成する。

5) 一般病院の療養型病棟で行われている高次脳機能障害者の評価システム

調査の結果、高次脳機能障害者の機能評価は必要時に医師からオーダーされ、リハビリテーション部門が行っており、内容には運動麻痺評価 (Brunstrom Stage)、MMST、コース立方体、ADL 評価であった。これらの評価については、共有する。

第2節 一般病院に必要な高次脳機能障害ケアプログラムの試作

2-1 目的

一般病棟における高次脳機能障害者のケアプログラムを作成し、ケアのモデル化を試みることである。

2-2 方法

一般病棟における高次脳機能障害者のケアプログラムを作成の手順として、ケアプログラムの構造を明確にして手順を示し作成する。高次脳機能障害のケアのモデルは考察で検討し、モデルを図で示す。

2-2-1 高次脳機能障害ケアプログラムの構造

一般病院で用いる高次脳機能障害ケアプログラムを作成するにあたり、第3章および第4章第1節で調査した結果をもとに検討し、高次脳機能障害ケアプログラムを構成する柱をアセスメントツール、対象の課題解決のための課題別介入、実施基準、評価の4つとした。

2-2-2 一般病院の高次脳機能障害ケアプログラムで開発するアセスメントツールについて

高次脳機能障害のケアプログラムの検討する材料として、第4章第1節の調査結果では、「生活上の問題を抽出する前に、①生命の維持、回復が何よりも優先されるために、身体の状態を判断するためのアセスメントツールが必要である。次に、②高次脳機能障害の有無および複合している高次脳機能障害を生活上からみえる問題から簡潔に抽出できるアセスメントツールが必要であり、また③複合している高次脳機能障害が視覚的に分かる必要がある。最後に、④介入の順序性を示すツールが必要である」と結論づけた。したがって、一般病院用の高次脳機能障害ケアプログラムでは、以下のように命名して作成する。

- ①高次脳機能障害者の身体のアセスメント表
- ②高次脳機能障害より起こる生活上の課題抽出アセスメント表
- ③高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャート
- ④共有介入と課題別介入の段階的な進め方

2-2-3 身体機能の問題を抽出するアセスメントツールの作成手順

第4章第1節の結果で、①生命の維持、回復が何よりも優先されるために、身体の状態を判断するためのアセスメントツールが必要であるとあり、本プログラムの対象となりうるかは身体的、精神的に調整されていなければならない。なぜなら、高次脳機能障害は脳障害後に起こった障害であり、急性期を脱して身体的、精神的に安定していることが重要な点である。そのために、高次脳機能障害者の身体のアセスメント表として命名し、脳障害で活動開始の基準のある脳卒中のリハビリテーション開始の基準を参考に呼吸、循環、覚醒、嚥下と消化機能、麻痺、尿失禁、痙攣の7つの項目でアセスメントできるように、自覚症状、他覚症状、検査データを系統立て作成を試みた。

2-2-4 生活の状況より高次脳機能障害の有無を抽出できるアセスメントツールの作成手順

第4章第1節の結果で、②高次脳機能障害の有無および複合している高次脳機能障害を生活上からみえる問題から簡潔に抽出できるアセスメントツールが必要であるとあり、看護師が使うアセスメントツールとしては、生活の視点で捉えられるものでなくてはならない。そのため、高次脳機能障害より起こる生活上の課題抽出アセスメント表として、命名し、各高次脳機能障害を判断するためのアセスメント項目には、生活の支障についてできるだけ多く例を列記する。そのため、病棟で良くみられる高次脳機能障害者の日常の支障内容は第3章で分析したコードをもとに作成を試みた。次に「簡潔に抽出」とあるため、アセスメント項目のそれぞれの内容が「ある」、「なし」の2つの判断とした。

2-2-5 複合している高次脳機能障害を判断するアセスメントツールの作成手順

第4章第1節の結果で、③複合している高次脳機能障害が視覚的に分かる必要があるとあり、看護師が介入にあたり、高次脳機能障害の有無と複合しているのかを判断できることが極めて重要である。複合している問題に対しては、2-2-4で作成するツールにより障害の

有無を確認したのち、各高次脳機能障害の程度をどの程度介入しているかの介入の頻度も重要である。そのため、高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートとして命名し、介入の頻度により高次脳機能障害の介入の必要度を数量化し、視覚的に確認できるように、レーダーチャート式のアセスメント方法を取り入れることにした。高次脳機能障害の介入の必要度を数量化するために、介入する頻度を「0」がなし、「1」が時々あり、「2」が常にありの3段階で区別して作成した。

2-2-6 患者の課題別介入の作成の手順

高次脳機能障害の患者には日常生活において、高次脳機能障害によってそれぞれの課題があり、これに対応する課題別介入が必要である。

課題別プログラムを作成する材料としては、第3章で高次脳機能障害支援拠点病院の看護構成要素を調査した結果で得られた8つの看護構成要素を構成した4763コードの中にある文言を使用することにした。

また、第4章第1節の結果で一般病院で不足していた高次脳機能障害の看護は遂行機能障害と病識欠落、単症状としての失語、失行、失認であったことから、これらの高次脳機能障害に対して対応する介入を作成することにした。

高次脳機能障害者が在宅または社会復帰するうえで、ADLからIADLまでを獲得していくために必要な課題は多くある。そのために、順序良く、効率よく退院に向けて仕上げる必要がある。高次脳機能障害のあるひとは脳損傷であるため、脳卒中のリハビリテーションの順序に従い、介入を行うことにした。

脳卒中のリハビリテーションの順序は第一段階として脳循環と心肺循環、他身体を整えることが優先で、第二段階では、日常生活動作を獲得である。第三段階は自宅に戻るための内服管理や自己コントロールを行いながら外泊訓練し、IADL練習を経て退院になる。

従って、本プログラムも同様に看護の介入を大きく3段階に分けて行うことにした。第一段階の目標を身体機能の調整とし、対応する要素は【要素2. 身体機能の調整】とし、第二段階の目標は基本的ADLの再獲得として、【要素1. ADLの再獲得の援助】を対応させた。しかし、ADLを再獲得するためには、高次脳機能障害そのものに対応する介入が同時に必要であり、【要素4. 認知・行動問題への援助】を並列に対応させた。第三段階の目標は在宅に向けて自己管理・IADL獲得として【要素3. 自己管理の援助】と【要素6. IADLの再獲得】を対応させた。3段階には、入院から退院までの間で必要な課題を整理して、難易度を考えて介入を命名して配置し、命名は課題の内容を反映したものであるため、第3章第1節で抽出したサブカテゴリから選び命名した。

さらに、これらの3段階の目標を達成するためには、入院時から退院までの間、必要時に対応する介入として、患者のリスクに対応する【要素5. 安全管理】と障害があるために多くの悩みに対応する【要素7. 不安と悩みのコンサルテーション】の2つの看護構成要素があり、これら2つの看護構成要素は入院時から退院時まで必要時介入し、全ての高次脳機能障害者に介入するために共通介入とした。また、高次脳機能障害によって欠損した機能を患者に意識化してもらうための対応である自己意識性の介入は、高次脳機能障害者の介入時の全てに関わることから3段階に配置したそれぞれの課題別介入に組み入れた。

課題別介入の中で使用する言葉や文章は具体的な行動レベルにする必要があった。課題別介入の文章は 4763 コードを参考にして「△△は、〇〇する」というように具体的な行動レベルの表現にして作成した。課題別介入には多くの例題を作り、例題を参考にして患者の状況から介入を選べるようにした。

2-2-7 課題別介入の実施基準の作成手順

第 4 章第 1 節の結果で、④介入の順序性を示すツールが必要であるとあり、課題別プログラムで示した 3 段階の介入は、リハビリテーション順序性を則り作成したため、介入の順序性は、退院に至るまでの目標を達成するための順序である。しかし、3 段階に大きく分けたが、そのなかでも難易度の高い課題もある。その為、課題別介入の際には、難易度を考慮して順序良く介入する必要がある。また、患者によっては身体のバランスが良くなれば、ADL など課題介入において並行で行う場合もあり得る。これを共有介入と課題別介入の段階的な進め方と命名し、プログラムで明示し、図式化する。

次に、プログラムの実践の順序性を検討するにあたり、第 3 章で抽出した高次脳機能障害者の看護に必要な 8 つの看護の構成要素から考えると、患者の安全やリスクに対応する【要素 5. 安全管理】の看護介入が入院当初から退院まで必要である。また、障害があることや、将来像のみえない不安などに対応する【要素 7. 不安と悩みのコンサルテーション】の看護介入も患者の安全やリスクと同じように入院当初から退院まで必要で共通介入として位置づける必要があった。

さらに、高次脳機能障害の介入で特異的な看護の介入では第 3 章で抽出した自己意識性の介入も同様に入院当初から各課題を獲得していく中でその都度介入していくことになる。

以上から、第 3 章で抽出した専門病院で抽出した高次脳機能障害者の 8 つの看護構成要素の介入の順序性を先に述べ、3 段階の介入と合わせ、理解が得やすいように図式化する必要があった。

2-2-8 評価方法の作成手順

高次脳機能障害ケアプログラムは、患者が退院するまでの多くの課題をクリアしていくことを順序だてている。その為、評価は各課題の評価を一つ一つ行うことになる。評価は介入後 1 週間とした。評価の内容は、課題介入を行って目標とする成果が 1 週間たっても目標に近づかない場合は目標査定をして目標を下げるか、中断し、または他の方法を選択する。成果があった場合で、介入がなければ成果が継続しない場合には、介入を継続する。介入がなくとも成果が継続している場合は、介入を終了するとした。

2-3 結果

2-3-1 身体機能状態の問題を抽出するアセスメントツールの作成

脳卒中のリハビリテーション開始の基準を参考に呼吸 7 項目、循環 20 項目、覚醒 7 項目、嚥下と消化機能 15 項目、麻痺 3 項目、尿失禁 5 項目、痙攣の 61 項目で評価できるようにした。検査データが全ての項目がそろわなくても該当する内容があれば医療処置が必要な段階として判断できるようにした。名称を高次脳機能障害者の身体のアセスメント表とし

た。(表 4-3)

2-3-2 生活の視点で捉える高次脳機能障害の有無を抽出するアセスメントツールの作成

看護師が使うアセスメントツールとしては、生活の視点で捉えられるものでなくてはならない。そのため、生活の支障の有無によって障害の重複を確認できる内容をアセスメント項目に明示した。高次脳機能障害では、注意障害、記憶障害、見当識障害、失語、遂行機能障害、失行、失認、易感情性、発動性障害の9障害を採り上げた。アセスメント項目は病棟でよく見られる内容と第3章で分析したコードをもとに55項目作成した。アセスメント方法は簡潔にそれぞれの内容が「ある」、「なし」の2つで判断をすることにした。これらを実行アセスメント表にして作成した。このツールは障害の有無と障害の重複を同時に確認できるツールでもある。名称を高次脳機能障害より起こる生活上の課題抽出アセスメント表とした。(表 4-4)

2-3-3 複合している高次脳機能障害を抽出するアセスメントツールの作成

看護介入を行うにあたり、高次脳機能障害の有無と複合しているのかを判断できることが極めて重要である。複合している問題に対しては、2-3-2で障害の有無によって確認された各高次脳機能障害の介入する頻度から「0」がなし、「1」が時々あり、「2」が常にありとし、3段階で区別し、レーダーチャート方式で視覚的に判断できるように作成した。名称を高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートとした。(図 4-1)

2-3-4 高次脳機能障害者の生活の問題に対応する課題別介入の作成

プログラムは脳卒中のリハビリテーションに則り、大きく3段階の分け介入することにした。第一段階の目的は「身体機能の調整」とし、第2段階の目標は「基本的ADLの再獲得」、第3段階の目標は「在宅に向けて自己管理・IADL獲得」した。これらの目標を達成するためには、必要な課題を整理したところ、12の課題が必要であった。

各段階と12の課題の関係について以下とした。第一段階の目標「身体機能の調整」を達成するために必要課題は2つあり、《P1 精神活動の活性化》、《P2 生活リズムを作る》と命名した。第2段階の目標「基本的ADLの獲得」を達成するために、必要課題は4つあり、《P3 ADL 食事動作・洗面動作》、《P4 ADL 排泄動作》、《P5 ADL 移動・移乗・更衣》、《P6 ADL 入浴・歩行・階段》と命名した。第3段階の目標は「在宅に向けて自己管理・IADL獲得」を達成するために必要課題は6つあり、《P7 自室の管理》、《P8 自己スケジュール管理》、《P9 内服自己管理》、《P10 拡大ADL1 外泊練習》、《P11 拡大ADL2 買い物練習》、《P12 拡大ADL3 交通手段練習》と命名した。(図 4-2)

2-3-5 プログラム実践の順序の決定及び実施基準を作成

プログラムの実施基準は、順序良く、効率よく課題に介入し、退院に向けて課題が解決されるためには、脳卒中のリハビリテーションの順序に従い、大きく3段階で介入していく。実施基準として、介入は1段階から行っていく。3段階で掲げた目的を達成するため

に12の課題別介入があるが、課題別介入の際には、難易度を考慮して順序立てて介入する。また、患者によっては覚醒状態が良くなり、麻痺を有した患者の身体のバランスが良くなれば、ADLなど課題介入において幾つかの課題介入を並行で行う場合もある。

さらに、プログラムの実践の順序を検討するにあたり、第3章で抽出した高次脳機能障害者の看護に必要な8つの看護の構成要素から【安全管理】、【不安と悩みのコンサルテーション】、【自己意識性の介入】の看護介入は、入院から退院まで必要時介入する。一般病院の看護師には馴染みにない【自己意識性の介入】は別立てしないで、各課題別介入の中に分かりやすく言語化して組み入れた。

以上から、第3章で抽出した専門病院で抽出した高次脳機能障害者の8つの看護構成要素の介入の順序性を先に述べた3段階の介入と合わせ、理解が得やすいように図式化した。名称を12の課題別介入の段階的な進め方とした。(図4-3)

2-3-6 評価方法

評価は各課題の評価を一つ一つ行うとした。評価の目安は1週間とした。評価の内容は、課題介入を行って目標とする成果が1週間たっても目標に近づかない場合は目標査定をして目標を下げるか、中断し、または他の方法を選択する。成果があった場合で、介入がなければその成果が継続しない場合には、介入を継続するとした。介入がなくとも成果が継続している場合は、介入を終了するとした。

2-4 考察

高次脳機能障害者のニーズを満たすためには、患者の課題を的確に抽出できること、その課題に対する方略となるケアプログラムには、プログラムの背景にある理論が明確であることが重要である。Weiss (1998) は、プログラムの理論の定義を「プログラムのデバリーとアウトカムの中に存在する媒介メカニズム」と述べ、Donalson (2003) は、「プログラムの各コンポーネントがアウトカムへ及ぼすとされる影響のプロセス」とある。ここでいう理論とはプログラムの介入内容の詳細を決定する際に必要となるものであり、プログラムが実施されるためには、理論が構築されていることが重要である。

以下の考察で述べることは、理論構築の上で重要な患者のニーズ(課題)を抽出するアセスメントツール、ニーズを満たす介入方法としての看護の構成要素、高次脳機能障害の特有な介入方法、課題を解決するための理論について述べ、アウトカムから高次脳機能障害ケアモデル、本プログラムのケアモデルについて考察する。

2-4-1 高次脳機能障害者のニーズ(課題)抽出に必要な3つのアセスメントツール

高次脳機能障害者のケアプログラムを作成するにあたり、まず、プログラムの対象になり得るのかを判断するツール1《身体機能状態の問題を抽出するアセスメントツール》の作成が必要であった。身体機能状態の問題を抽出するアセスメントツールを作成するにあたり、高次脳機能障害は脳損傷後の後遺症であることから、脳卒中のリハビリテーション開始基準を参考に身体機能状態の問題を抽出できるアセスメント表を作成した。身体状況では、「呼吸」、「循環」、「覚醒」といった身体的基本的な項目の他に、脳損傷後の「嚥下

障害」に注目し、「消化機能」と「栄養状態」が整っているのかを判断できることが必要と考えた。また、麻痺による激しい痛みがある場合には、日常生活練習はできないために、客観的な指標としての検査データをアセスメントの項目に入れる必要があった。項目の「尿失禁」自体は、リハビリテーションの課題でもあるが、感染性の問題を除去してから日常生活練習に進むことが必要である。「痙攣」は、痙攣があること自体が脳の機能を低下させる要因でもあり、痙攣があることによって、転倒や転落事故が起きることになり、注意を要する項目であるために必要な項目である。

次に、プログラムの対象者の高次脳機能障害から起こる生活の課題を抽出できるように、ツール2《生活の視点で捉える高次脳機能障害の有無を抽出するアセスメントツール》を作成した。このアセスメントツールでは、高次脳機能障害診断基準ガイドライン(2008)を参考に、高次脳機能障害項目を「注意」、「記憶」、「見当識」、「遂行機能障害」、「失語」、「失行」、「失認」、「易感情性」、「発動性障害」の9つの障害とした。アセスメントの項目内容は第3章で調査したコードと高次脳機能障害診断基準ガイドラインで使っているアセスメント内容を参考にして作成した。このアセスメントツールを用いることで、高次脳機能項目の内容に該当して、「ある」が複数の場合、高次脳機能障害が複合していることが明白になる。そのため、この段階で看護師は高次脳機能障害が複合していることに気が付くことになる。

最後に複合している高次脳機能障害を抽出するために、ツール3《複合している高次脳機能障害を抽出するアセスメントツール》を作成した。複合している高次脳機能障害を抽出するアセスメントツールでは、上記のツールによって抽出された高次脳機能障害が日頃の介入の頻度で表すことによって障害の複合していることが、視覚的に確認できるように意図した。

宮永(2004)は、高次脳機能障害者のアセスメントブックで、高次脳機能障害の行動特性評価に8つの障害を示し、視覚的に分かるように本プログラムと同様にレーダーチャートを用いていた。8つの障害とは〈注意障害〉、〈記憶障害〉、〈見当識障害〉、〈実行機能障害〉、〈意識障害〉、〈発動性障害・意欲障害〉、〈単症状〉、〈人格情動障害〉とし、これらの障害の重症度を「なし」、「軽度」、「中程度」「重度」といった4段階で診断していた。名称の〈人格情動障害〉と本プログラムの易感情性と障害内容は同じで、また、〈発動性障害・意欲障害〉と本プログラムの発動性障害は名称の違いはあるが、障害内容は同じであった。

本プログラムではすでに、〈意識障害〉は《身体機能状態の問題を抽出するアセスメントツール》で評価しているために不要であり、〈単症状〉でまとめてしまうと、失語、失行、失認、失語などの障害の有無が不明確となる。

本ツールでは、看護師が障害から起こる課題や複合している障害像が分かるために、単症状としてまとめて評価せず、障害の項目を9つと設定した。また、本プログラムは、看護師がアセスメントするにあたり、病気を診断することではなく、患者の生活課題とその目標に注目しており、看護師の介入の頻度によって「なし」、「時々あり」、「常にあり」の3段階でアセスメントし、高次脳機能障害を判断できるようにする必要があると考えた。

2-4-2 高次脳機能障害者の課題を解決するための各種理論との関連

1) 欲求理論

患者のニーズについての理論的検討は、第3章第1節ですでに、高次脳機能障害者の支援拠点病院で行われた看護計画から抽出した8つの看護の構成要素をマズローの基本欲求5段階説から検討し、8つの看護構成要素をマズローの基本欲求5段階説と照合してみたところ、8構成要素は内容的に合致していた。今回作成した一般病院に用いる高次脳機能障害患者のケアプログラムは、抽出した8つの看護の構成要素の元データである看護計画をコード化したものを基盤に作成しているため、高次脳機能障害者のニーズに対応できるものと考えられる。

2) セルフケア理論

Dorothea. E. Orem (1995) は、セルフケアには普遍的セルフケア要件、発達のセルフケア要件、健康逸脱セルフケア要件があることについて理論を打ち出しているが、本研究と関連しているのは、健康逸脱セルフケア要件である。健康逸脱セルフケア要件は病気や障害、治療に関するニーズで適切な医学的援助を求め確保することである。患者は健康状態とケアを受け入れて自己概念を修正するとあり、本プログラムでも患者がケアを受け入れて、患者自身が自己概念を修正できるように「機能の欠損」に対する自己意識性の介入をプログラムに意識して取り入れている。

鈴木 (2013) は Dorothea. E. Orem の理論と Hill. L (1990) らが提唱したモデルをもとに脳卒中の中途障害者のセルフケア再獲得モデルについてセルフケアの視点からセルフケア再獲得モデルを導いている。詳細及び具体的な介入やプログラムや実践例は存在しない。このモデルは「生命維持レベルのセルフケア」、「生活基本行動レベルのセルフケア」、「社会生活レベルのセルフケア」の3つの次元のセルフケアの存在を示している。

高次機能障害患者は脳卒中も含まれる脳損傷後の中途障害である。したがってケアプログラムが目指しているものは、高次脳機能障害者の生活再構築であるため、セルフケアの介入が中心となる。本プログラムは脳卒中のリハビリテーションに則り、大きく3段階に分けて介入し、第一段階の目標は「身体の調整」とした。この時点では、高次脳機能障害のある患者は自身の身体調節は難しく、看護師の介入が必要である。本プログラムの第2段階の目標は「基本的ADLの獲得」、第3段階の目標は「在宅に向けて自己管理・IADL獲得」とした。そのため、セルフケア獲得モデルとは3段階の次元では一致をみる。

3) 同時並行アプローチ

「同時並行アプローチ」では、理学療法、作業療法、言語療法、ソーシャルワークなる療法もしくは介入がそれぞれの目標をもち並行で行うとある。

高次脳機能障害者はプログラムの3段階のうち、第2段階と第3段階において認知的な問題によって行動ができないために、看護構成要素『認知・行動問題への援助』を並行して行うことにした。また、それぞれの段階に数種の課題介入を位置し、患者の課題に合わせ、各課題介入を平行に行うことで効果をより早く出すことを考えており、同等のアプローチと考えられる。

2-4-3 アウトカムからみた高次脳機能障害のケアモデルの検討

アウトカムからみた本ケアプログラムを検討してみると、本ケアプログラムが目指しているものは、高次脳機能障害者の高次脳機能障害から起こる日常の生活の課題に着目して、その課題が解決されることである。したがって、本ケアプログラムは課題解決型生活モデルと考えている。

患者の脳の賦活化により、課題が解決できれば良いが、できない場合には、これを補う方法として代償手段を獲得して、生活の中の自己の課題を解決し、自立的な生活ができることに目標をおいている。

そのため、疾病の問題に着目し解決していく問題思考型の医療モデルでは、高次機能障害者の課題は解決できないものとする。

しかしながら、患者の治療段階から社会復帰までのプロセスを考えると、ケアのアウトカムは違ってくる。治療段階では、脳の回復と身体の回復が目標であり、最優先である。そのために、治療段階のケアモデルは医療モデルである。

しかし、高次脳機能障害者のリハビリテーションの目的は、自宅に帰るために身体機能、脳機能を最大限に向上させ、脳を賦活化させ、欠損した機能に向き合わせ、代償手段を選択し自立した生活が行えるようにすることである。よってリハビリテーション期の目標からみると、ケアモデルは生活モデルとなると考える。

また、日本では先進諸国と違い、地域ケアが充実していないことから、身体が回復しても麻痺や高次機能障害がある場合、病院や療養施設でリハビリテーションが継続して行われることが多い。そのため、医療モデルが長期にわたり継続してしまうことで、医療モデルからの脱却は難しいこともある。具体的には、高次脳機能障害者は、これまで治療を受ける身であった関係から依存的なことも多い。しかし、生活モデルでは患者自身が主体となって自己決定し、生活していくことにある。病院の中でリハビリテーションしている患者は、医療モデルから脱却できない状況が続くと、患者は看護師に依存的になり、生活再構築のための援助時に看護師が患者に自己決定を促しても戸惑う患者もいる。

また、高次機能障害者が自宅退院後に地域や学校、会社などの社会で自身の高次機能障害をもって生きていくためには、自身の障害を他者に知ってもらい、協力者を得て社会生活を営むことが必要になってくる。この時点での目的は、障害を持って社会で生活することで、この時点で行われるケアモデルは社会モデルと考えられる。

本プログラムを実践するところは、一般の病院であり、プログラムを実施する看護師は日頃、患者に対して医療モデルで患者に介入しているなど意識はなく、看護師たち自身は、ケアモデルの認識は薄い。また、医療モデルでは問題思考型の考えで実践しており、したがって医療機関で勤務している看護師は、意識せずに医療モデルの問題思考型の介入を行っていると考えられる。生活ケアモデルに馴染みがない看護師たちは本プログラムの実践において混乱が生じることも予想できる。

本ケアプログラムは、先に述べたリハビリテーション期に行うために作成したため、目標を生活の課題解決とし、生活モデルに立脚した課題解決型ケアモデルである。そのため、先に述べたように、一般病院で勤務する看護師が本ケアプログラムを実施するうえで違和感や混乱を生じることは予想できる。しかし、これらのモデルの検討も含めて高次機

能障害やプログラムの介入方法などの説明を研修の場で十分に説明し、実践準備を整えて本ケアプログラムを行うことが必要であるとする。

2-5 まとめと課題

2-5-1 高次脳機能障害ケアプログラムに必要な3つのアセスメントツールの作成

アセスメントするのは看護師であり、アセスメントの項目には、日ごろの高次脳機能障害者のケアの場面で見られる内容とし、簡潔に判断するために「ある」、「なし」の2つの測度とした。看護師の介入の頻度を3段階とし、視覚的理解を助けるためにレーダーチャート式を採用した。以下は作成したツールである。

- ① 高次脳機能障害者の身体のアセスメント表
- ② 高次脳機能障害より起こる生活上の課題抽出アセスメント表
- ③ 高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャート

2-5-2 高次脳機能障害者の課題を解決するための各種理論との関連

マズロー（1987）が人間の動機づけに関する理論である基本的欲求充足理論の5つの段階的欲求と本研究で抽出した高次脳機能障害者の課題に対応する看護の8つの構成要素の内容を検討すると、生理的欲求には要素2『身体機能の調整』、安全の欲求には、要素5『安全管理』と要素7『不安と悩みのコンサルテーション』、所属と愛の欲求には、要素8『社会性スキルの再獲得への援助』、承認の欲求には、要素4『認知・行動問題への援助』、自己実現欲求には、要素3『自己管理の援助』と要素6『IADL(日常生活関連動作)の再獲得』が内容的に該当し、患者の基本的欲求の充足に対応できる看護要素を用いていることが確認できた。

セルフケア理論の健康逸脱セルフケア要件において本プログラムでもケアを受け入れて、患者が自己概念を修正できるように「機能の欠損」に対する自己意識性の介入をプログラムに意識して取り入れている。セルフケア獲得モデルとは3段階の次元では一致をみた。

「同時並行アプローチ」では、理学療法、作業療法、言語療法、ソーシャルワークなる療法もしくは介入がそれぞれの目標をもち並行で行うとある。同時並行アプローチでは、医療の他分野で用いられおり、馴染みのある方法であり、本プログラムにおいても高次脳機能障害者にとって幾つかの課題別介入が並行して行うほうが目的を達成することができる、または、効果的であった場合には、同時並行アプローチを行うことにした。

2-5-3 高次脳機能障害ケアプログラムのケアモデルの検討

アウトカムからみた本ケアプログラムのケアモデルを検討すると、プログラムが目指しているものは、高次脳機能障害者の高次脳機能障害から起こる日常の生活の課題に着目しており、このプログラムを行うことにより、未だ使われていない脳機能を賦活化しつつ、代償手段を用いて患者自身の課題に取り組み、生活の自立を目標にしていることから生活モデルに位置した課題解決型モデルと考えられた。しかし、病院では医療モデルで行っていることから、看護師が実践するには、当初の間、違和感と混乱を生じるのは予想でき、実践前の準備教育と十分なケアモデルの説明が必要と考えられた。

表 4-3 高次脳機能障害者の身体のアセスメント表

1)呼吸

自覚および他覚的症状	他覚的症状・検査データ
喘鳴、無呼吸がある 呼吸リズムが不整	Borg 指数7~9呼吸回数<30 肺炎所見 SPO ₂ 90%以下

2)循環

自覚および他覚的症状	検査データ
脈拍異常、リズム不整、チアノーゼ、圧痛 下肢腫脹、緊満感、疼痛、表在静脈の努張 下肢伸展時に足関節背屈すると疼痛がある	BP120 以上 220 以上、変動 30mmHG 以上 脈拍 30%以上または 120/分以上 脱水 不整脈、徐脈、心房細動、中枢性高体温 深部静脈血栓 電解質異常 心不全所見

3)覚醒(意識)

自覚および他覚的症状	検査データ
意識なし 意識混濁 覚醒は刺激によって覚醒する	JCS1 桁以上 X-P 急性水頭症所見 再脳出血所見

4)嚥下と消化

自覚および他覚的症状	検査データ
むせがある 嚥下反射なし、胃の痛み 痰の量が増加しており、肺雑音がある 胃管チューブより消化させずに逆流がある 低血糖 高血糖	肺炎 低栄養TP6 以下 BS80以下 VF時 SPO ₂ 2%低下、消化管出血 水飲みテスト時 SPO ₂ 2%低下 VF, VEで誤嚥を確認

5)麻痺

自覚および他覚的症状	検査データ
麻痺側の患肢の激しい痛み	麻痺側の無菌性関節炎 CRP 上昇

6)尿失禁

自覚および他覚的症状	検査データ
排尿時痛 発熱 尿混濁	尿路感染症所見(一般尿 WBC 増加 CRP 上昇)

7)痙攣

自覚および他覚的症状	検査データ
繰り返す痙攣発作 錯乱の状態 意識消失のある痙攣発作	脳波異常

注) 身体の状態を以下の自覚および他覚的症状、検査データからアセスメントすることにより、該当する内容がある場合は治療期と考え、医療処置が必要な段階です。

表 4-4 高次脳機能障害より起こる生活上の課題抽出アセスメント表

機能障害	アセスメント項目	有無	
注意障害	・2つの事を同時にできない	あり	なし
	・飽きっぽい、すぐ注意がそれる	あり	なし
	・できたりできなかつたりする	あり	なし
	・同じミスを繰り返す	あり	なし
	・一つのことにとこだわり言っても変更できない	あり	なし
	・車いすに乗っていて体がずれて落ちそうになる	あり	なし
	・車いすのフットレストに患足が載っていない	あり	なし
	・更衣やトイレ移動時にべらべら話し、集中できないで転倒しかけた	あり	なし
記憶障害	・いる場所が分からない	あり	なし
	・自分の部屋が分からない	あり	なし
	・病棟のトイレを探していて迷子になる	あり	なし
	・すぐ忘れる	あり	なし
	・思い出せないことがある	あり	なし
	・現在の状態が事故や病気から起きたことがわからない	あり	なし
	・体験したことを忘れてる	あり	なし
	・数秒前または数分前のことが思い出せない	あり	なし
・受け持ち看護師など覚えていない	あり	なし	
見当識障害	・何時であるか、何月何日何曜日であるか見当つかない	あり	なし
	・自分がいる場所の見当がつかない	あり	なし
	・どのような関係の人か見当つかない	あり	なし
失語	・言葉がうまくだせない、出にくい	あり	なし
	・語の間違いやがある	あり	なし
	・語の読み間違えがある	あり	なし
	・ひらがなが読めない	あり	なし
	・全体の文字の読みはできないが、漢字が読める時がある	あり	なし
	・文字が書けなくなった	あり	なし
	・相手の話の理解ができなくなった	あり	なし
	・絵を見て名称を言えない	あり	なし
遂行機能障害	・手順が分からない	あり	なし
	・手順を書いてあげると行えることがある	あり	なし
	・計画が立てられない	あり	なし
	・物事を具体的に進めていけない	あり	なし
	・料理ができなくなった	あり	なし
	・掃除ができなくなった	あり	なし
	・洗濯ができなくなった	あり	なし
失行	・使い慣れた道具(歯ブラシやブラシなど)が使えない	あり	なし
	・単純な動作の指示に従えない	あり	なし
	・立体図形や絵の模写ができない	あり	なし
	・衣服の着衣ができない	あり	なし
失認	・物と物との位置関係が理解できない	あり	なし
	・何指なのかわからなくなる	あり	なし
	・自分の体の部分分からない(片方の手や足がベッドにあるなど)	あり	なし
	・日頃使っている物を触ってもわからない	あり	なし
	・家族の顔を見ても分からないが、声を聴くと家族だと分かる	あり	なし
	・強烈な匂いでも分からない	あり	なし
易感情性	・味覚がおかしい 辛い、甘い、苦いなどわからない	あり	なし
	・気分の幅が大きいですぐに不機嫌になる	あり	なし
	・すぐに怒る・怒鳴る・暴言がある・暴力があるのどれか一つでもある	あり	なし
	・食欲をコントロールできない	あり	なし
	・性的逸脱行為がある	あり	なし
・ほしいと思ったら盗む	あり	なし	
発動性障害	・ぼーっとしており、促さなければベッドで横になっている	あり	なし
	・無為な状態 同じ姿勢で何時間もいる	あり	なし
	・膀胱・直腸機能に異常はないが動作を起こさないために失禁する	あり	なし
	・動作が中断し、自身の意思が働かない、促しで行動はとれる	あり	なし

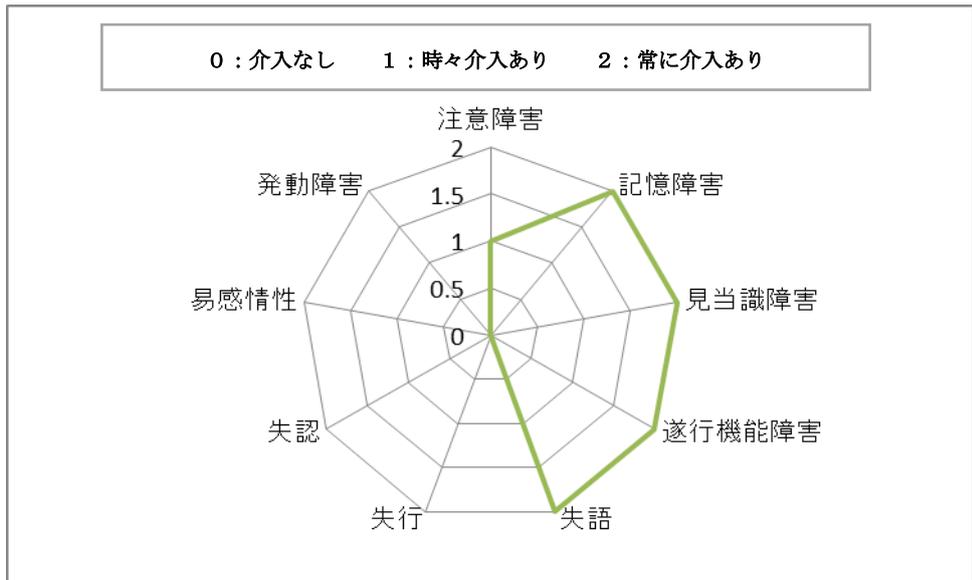


図 4-1 高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャート

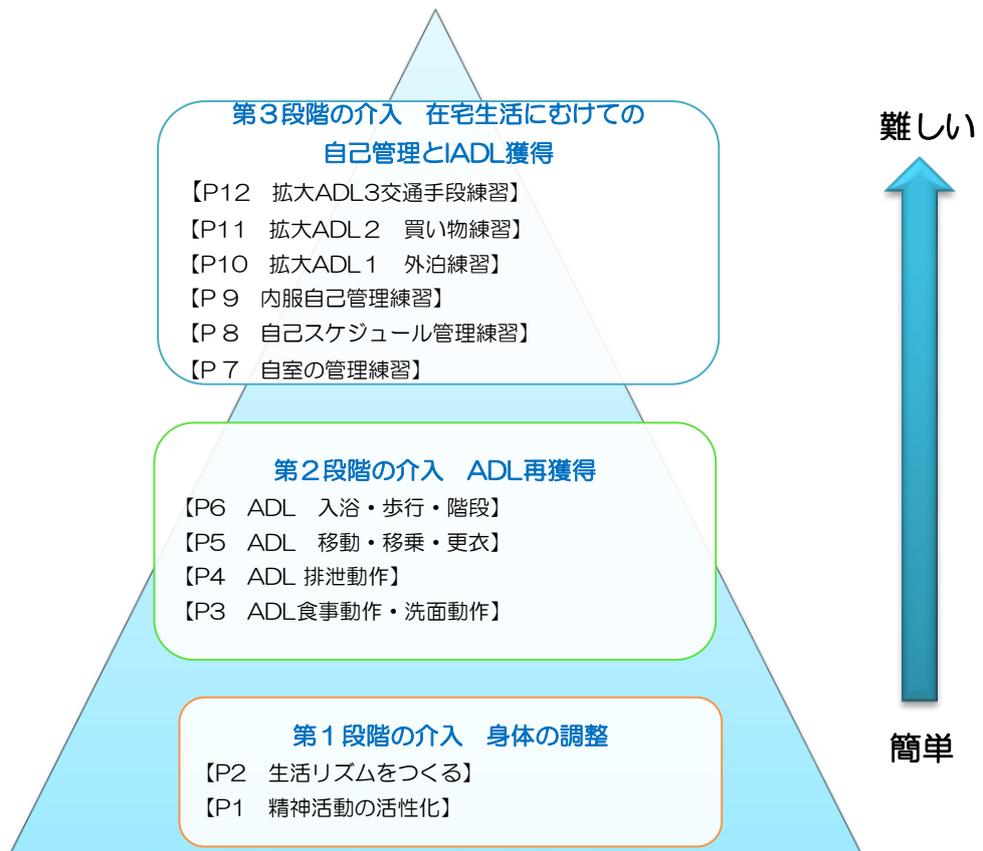


図 4-2 12の課題別介入の段階的な進め方

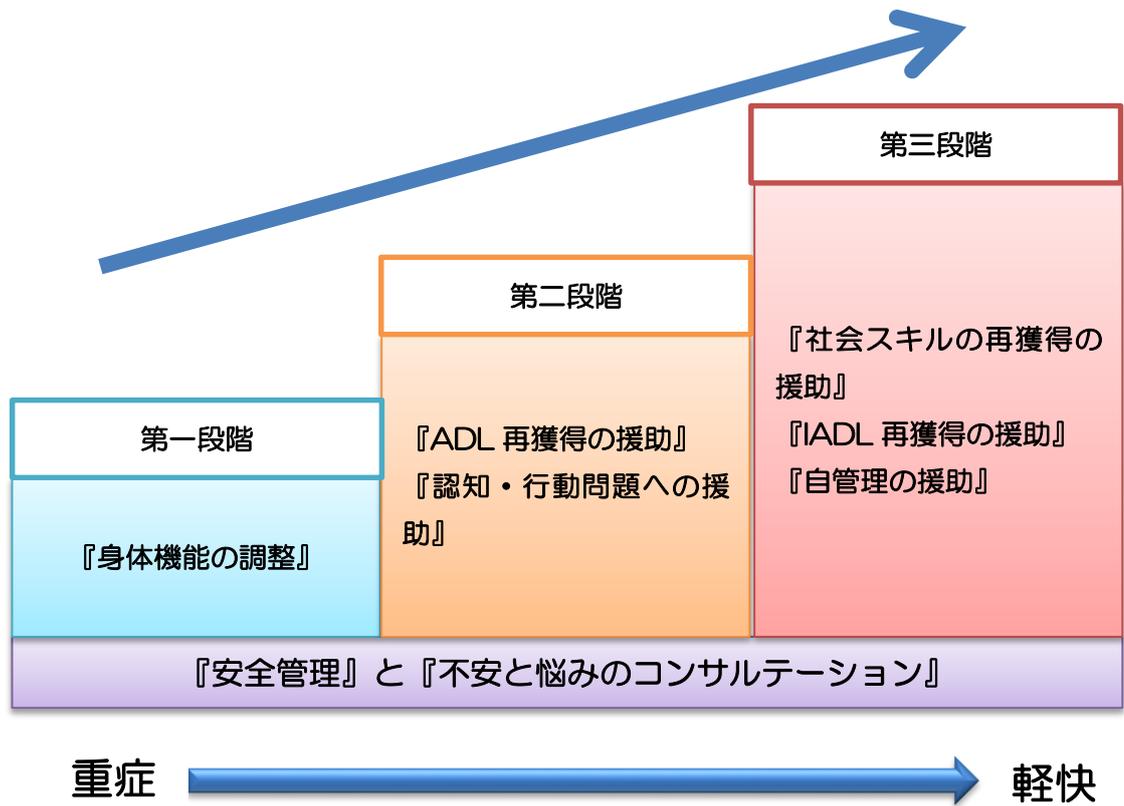


図 4-3 課題解決型モデルの看護構成要素の介入の順序

第3節 一般病院における高次脳機能障害ケアプログラム実施に基づく準備教育

第3節では、第4章2節で作成したケアプログラムを一般病院の療養型病棟に入院した高次脳機能障害のある患者を対象に実証研究するにあたり、第3節での看護師の調査結果として高次脳機能障害全般に対する知識の不足に対する研修を先に行い、第4節では、高次脳機能障害ケアプログラムをペーパーペイシェントでプレオリエンテーションを行い、看護師の実践準備性を高め、実践における問題点を明らかにする。第5節では、3名の患者に作成したケアプログラム実証研究を行う。第6節では、実践したケアプログラムを評価について述べる。

3-1 目的

研修を実施することにより、高次脳機能障害に対する理解を深め、ケアを実践における問題点を抽出する。

3-2 方法

3-2-1 対象

調査対象は千葉県内のA町立病院の療養病棟に勤める看護師30名とした。看護歴は平均8.6年(±3.5年)であった。高次脳機能障害者の平均ケア歴は5.6年(±2.4年)であった。本研修以外での高次脳機能障害の研修経験は6名であった。

3-2-2 実施期間

平成28年10月～11月の間で2週間おきに2時間、計8時間にわたり実施した

3-2-3 研修の参加と内容

1) 研修参加

研修参加は設内にある会議室を使用して行った。夜勤などで勤務の都合上、研修にでられない者がでないように、研修内容は講義とビデオ聴取とした。講義を2回実施し、どちらかの講義に出られるように看護師の勤務を調整してもらった。また、ビデオは4講義で、1講義1時間が2講義、1講義2時間が2講義とした。ビデオは聴取できる時間を決めて、全員が見られるようにした。

2) 研修内容

研修名は「高次脳機能障害の理解」とした。研修内容は講義受講とビデオによる講義の聴取とした。講義は以下の2講義を2時間で行った。ビデオ聴取は以下の4講義を6時間で行った。

(1) 講義内容

- ①「高次脳機能障害一原因疾患と障害の種類、社会的状況」(1時間)
- ②「神経心理学的検査について」(1時間)

(2) ビデオ聴取内容

- ①「病態と障害の実際」(2時間)
- ②「高次脳機能障害者とのコミュニケーションの取り方」(1時間)
- ③「高次脳機能障害高次者の評価の実際」(1時間)
- ④「高次脳機能障害者のアプローチの映像-注意障害・記憶障害・失語症-」(2時間)

3-2-4 研修内容の理解調査

講義とビデオ聴取による高次脳機能障害についての理解度を測るために研修後に質問紙による調査を行った。前回の調査では、高次脳機能障害者のケアで困っていることを自由記述で回答させた以外は、今回の調査では、研修項目6つの理解度を5段階のリッカート式で答えるようにした。その他として研修参加後の感想を自由に記述してもらった。

3-2-5 分析

研修項目6つの理解度については5段階のリッカートの平均値から分析した。研修参加後の感想については意味の分かる範囲でコード化し、コードの意味する内容の類似性に基づき、サブカテゴリ、カテゴリ化してまとめ、内容を分析した。分析は質的経験のある者3名で行った。

3-2-6 倫理的配慮

研修に参加した看護師には、終了後の質問紙調査について、質問紙が入った封筒に不利益を被らないこと、途中撤回可、匿名化について記載した文書を同封した。研究への承諾は質問紙の回答を得たことで承諾とみなした。

3-3 結果

3-3-1 研修名「高次脳機能障害の理解」の受講及び聴取後の理解の程度

研修参加は対象となった看護師30人全員が期間内に研修に参加することができた。配布された質問紙調査用紙は参加者全員が提出した。有効回答率も100%であった。講義およびビデオ聴取からの高次脳機能障害についての理解度は、以下ようになった。

講義の理解度

- ①「高次脳機能障害—原因疾患と障害の種類、社会的状況」についての理解で平均4.0であった。
- ②神経心理学的検査についての理解度は平均3.8であった。

ビデオ聴取の理解度は以下の結果が得られた。

- ①病態と障害の実際の理解度は平均4.3であった。
- ②「高次脳機能障害者とのコミュニケーションの取り方」の理解度は平均4.5であった。
- ③「脳機能障害高次者の評価の実際」の理解度は平均4.2であった。
- ④「高次脳機能障害者のアプローチ」の理解度は平均4.3であった。

3-3-2 研修参加後の感想内容の分析結果

研修参加者30名の全員の感想がえられた。感想文を文節化した後に、コード化し、意味

の内容の類似性より分類した。その結果、研修参加者全員の感想が合計 193 コードを生成された。さらに 193 コードを 7 つのサブカテゴリに分類し、これらのサブカテゴリから【研修での理解の状況】、【学びの肯定的な感情】【研修後の困難な感情】の 3 つのカテゴリに分類した。(表 4-5)

表 4-5 研修「高次脳機能障害の理解」に参加した看護師の感想 (n=30)

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	件数
1.研修後の理解の状況	(1)病態の理解の状況	病態は難しいが一つ一つ説明されるとこんな患者がいたなと思った	9
		理解できたと思う	12
		少し理解できたが、忘れてしまうと困る	4
		病態がたいぶ理解できた	2
		重なり合う、いくつかの種類があることが分かった	6
		理解できたが説明はできないと思う	6
	(2)関わり方の理解状況	病態や介入方法が分からないと間違った関わりをしてしまうことになることが分かった	11
		いつもの関わりかたでいいんだと思った	5
		関わり方を間違ったら患者を困らしてしまうと思った	4
		改めて研修に参加して自分のやっていたことが間違いだったと分かった	9
2.学びの肯定的な感情	(1)学習の喜び	病気や病態は学んだことがなかったので大変助かった	21
		これまで、きちんと学習できていなかったので助かった	4
		何も知らなかったので助かりました	5
	(2)肯定的な感想	今後の看護にいかせると思う	25
		何かできそうな気がしてきた	7
	(3)研修の必要性	何回かこういう研修が毎年あると理解につながる 研修があることは助かる	18 12
3.研修後の困難な感情	(1)対応の不安	研修内容はわかったけれど、対応できるかが不安 自分ではできないと思う。不安。	5 6
		高次脳機能障害の病態は難しい 評価方法は私たちが行うのは難しい 対応の仕方が難しいと思った とにかく、難しいと思った	5 6 8 3

3-4 考察

3-4-1 看護師の研修内容の理解について

研修項目の 6 つうち、リッカート 5 点法で神経心理学的検査についての理解が平均 3.8 (普通) であり、他 5 つの項目の理解度は 4.0 (理解できた) 以上であった。このことは、研修により、高次脳機能障害者のケアについて理解が高まり、理解の差異解消につながったと結論付ける。神経心理学的検査自体は看護師が業務範囲ではないが、患者の認知状況を十分把握するうえでも大変重要である。今後も継続的な勉強会などで、実際に入院している患者で行うことがより理解を助けると考えられた。

3-4-2 研修参加後の感想文からみた「高次脳機能障害」に関する理解について

研修に参加した看護師の感想は自由に記載してもらった。感想の内容分析により 3 つのカテゴリを抽出した。

カテゴリ【研修での理解状況】は、サブカテゴリ『病態の理解の状況』と『関わり方の理解状況』の 2 つから生成した。病態の理解によって関わり方が変わること、患者に間違った対応をしてしまうことまで考えが発展していたと考えられる。

カテゴリ【学びの肯定的な感情】は、『学習の喜び』、『肯定的な感想』、『研修の必要性』の 3 つのサブカテゴリで生成した。これまで高次脳機能障害自体が知らない状況であったこと、十分な学習の機会がなかったこと、障害の名前は知っていたが十分な理解になってい

なかったことなどが浮き彫りにされ、研修の肯定的な感情は、研修によって看護師自身の高次脳機能障害に対して理解が深まったと解釈した。

カテゴリ【研修後の困難な感情】は、『対応の不安』と『難しさの感情』の2つのサブカテゴリから生成した。コードの内容から、研修を受けて高次脳機能障害の病態や評価が難しいと感じ、高次脳機能障害者の対応において自分にはできないと感じたと考えられる。

これらのことから、「難しい」を「簡単」にするためには、病態や症状から介入をヒントによりガイドするアセスメントツールが必要であると考えられた。日常生活から見える症状や状況から病態を推察し、介入を決定できるプロセスが示されていることが必要と考えられた。

3-5 まとめと課題

研修対象者が全員参加をでき、調査の結果から6つの研修により、看護師間の理解の差異解消ができた。研修参加後の質問紙調査より、看護師は1. 病態の理解によって関わり方が変わることを、患者に間違った対応をしてしまうことを学習した。2. 看護師は研修によって看護師自身の学習の手助けになった。

一方で、障害の名前は知っていたが病態の十分な理解つながっておらず、介入ができるか不安があった。課題として、日常生活から分かる症状や状況から病態を推察し、介入を決定できるプロセスがヒントにより簡潔に導き出せるアセスメントツールが必要なことが示唆された。

第4節 ペーパーペイシエントを用いた高次脳機能障害ケアプログラムの練習

4-1 目的

高次脳機能障害ケアプログラム実証研究を行う前にオリエンテーションを行い、看護師の実践準備性を高め、実践前に問題点を抽出する。

4-2 方法

4-2-1 調査対象

調査対象は千葉県内のA町立病院の療養型病棟に勤務する看護師30名とした。平均看護歴8.6年(±3.5)であった。高次脳機能障害者の平均ケア歴は5.6年(±2.4)であった。本研修以外での高次脳機能障害の研修経験は6名であった。

4-2-2 実施期間

平成28年11月の2日間で1回15人2時間実施(計2回計4時間)した。

4-2-3 研修内容

研修名は「高次脳機能障害ケアプログラムオリエンテーション」

- ・前回調査した病院で行っている高次脳機能障害者の看護の実際について
- ・病院で行われていた高次脳機能障害者の看護での不足事項の説明
- ・新しい病院独自の高次脳機能障害ケアプログラム（以下ケアプログラム）を作成するための提案の説明
- ・ケアプログラムで用いるツールの説明
- ・ケアプログラムの看護介入方法《共通介入》と《12 課題別介入の説明》説明
- ・3 人を 1 組とし、グループでペーパーペイシエント事例を用いた演習

ペーパーペイシエント事例

30 代男性、外傷性脳損傷、高次脳機能障害は見当識障害、記憶障害、遂行機能障害があり、記憶保持は 30 分以内、新しいことは覚えられない、日常生活ではベッドでぼんやりしていることが多い、トイレに行けない、部屋に帰れない、着替えや洗面などの日常の動作はできるが、一人ですべてを行えない。身体状況は体温 36.4 度、13 回、脈拍 66 回、整脈。麻痺なし、食事むせなし、尿失禁なし、過去 2 週間は発熱なし。尿失禁なし、痙攣既往はない。

演習に使用する 3 つのアセスメントツールは第 4 章で作成したものを使用する。

- ① ツール 1 は身体状況のアセスメント表の実施
- ② ツール 2 は高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表の実施
- ③ ツール高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートの実施
- ④ 患者の目標設定
- ⑤ 介入の順序性の確認
- ⑥ 課題別介入の決定
- ⑦ 患者役と看護師役のロールプレイ：患者対応の方法

4-2-4 研修内容の理解調査

ペーパーペイシエントを用いたケアプログラムの使用について理解度を測るために研修後に質問紙による調査を行った。調査の項目は、演習項目である用いる 3 つのツール、患者の目標設定、《課題別介入》の決定、患者役と看護師役のロールプレイの 7 項目とした。7 つの項目の理解度を 5 段階のリッカート式で答えるようにした。7 つの項目で理解できなかった理由について自由に記述してもらった。

4-2-5 分析

7 項目の理解度については 5 段階のリッカートの平均値から分析する。7 項目のうち、理解できなかった理由の自由記述については質的経験のある者 3 名で読み重ね、内容を検討した。さらに、平均点が 3 以下を注目し、今後の実践上での混乱をきたさぬように、記述内容の意味解釈を行い、解決策を検討した。

4-2-6 倫理的配慮

研修に参加した看護師には、終了後の質問紙調査について、質問紙が入った封筒に不利

益を被らないこと、途中撤回可、匿名化について記載した文書を同封した。研究への承諾は質問紙の回答を得たことで承諾とみなした。

4-3 結果

4-3-1 高次脳機能障害の看護師の理解の程度

研修は必ず実施できるように2回開催した結果、30人全員が参加することができた。質問紙の回収率は参加者全員の提出があり100%であった。有効回答率100%であった。

理解度については以下のような結果となった。

- ① ツール1は身体状況のアセスメント表の理解度は平均4.4であった。
- ② ツール2は高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表実施の理解度は、平均4.6であった。
- ③ ツール高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートの実施の理解度は4.8であった。
- ④ 患者の目標設定の理解度は2.7であった。
- ⑤ 介入の順序性の確認の理解度は3.7であった。
- ⑥ 課題別介入の決定の理解度は3.5であった。
- ⑦ 患者役と看護師役のロールプレイでの患者対応の仕方の理解度は2.7であった。

4-3-2 自由記述の分析結果

研修後の質問紙調査で、7つの研修項目のうち、5段階リッカートの平均3.0以下の項目は「患者の目標設定」と「患者役と看護師役のロールプレイでの患者対応の仕方」の理解度が共に2.7であった。「患者の目標設定」の理解度の低さの理由として、11名からの記載があった。これらの記載内容をコード化し、内容の意味の類似性でカテゴリ化した。内容は3カテゴリ【目標設定に自信がない】、【目標の表記がわからない】、【目標レベルの設定がわからない】を抽出した。(表4-6)

「患者役と看護師役のロールプレイでの患者対応の仕方」の理解度の低さの理由として12名からの記載があった。上記同様に、カテゴリ化した結果、【他の高次脳機能障害の基本的な対応ができない不安】、【自身の対応方法の良否が不明】、【実際の患者での実施に対する不安】の3カテゴリを抽出した。(表4-7)

表4-6 患者の目標設定の理解度の低い理由 (n=11)

カテゴリ	コード
目標設定に自信がない	目標はADLができればよいのではないかと思うがこれでよいかわからない
	目標はこれでよいのか自身がない
	目標設定が難しい
目標の表記がわからない	目標だけが自身の言葉で書いてみるとかけない
	目標をいざ言葉にすると難しい
	例があればかけると思う
目標レベルの設定がわからない	いままでは、看護計画も目標もパソコンから選ぶようになっていたので困った
	障害が回復することはないから、どのように設定をすればよいか分からない
	障害で最終的に患者が一人でできない場合は目標設定できないのではないか
	どこまでの到達点にすべきなのかわからない
	到達点は、認知機能の向上になっていないのではないか

表 4-7 患者役と看護師役のロールプレイでの患者対応の仕方 (n=12)

カテゴリ	コード
他の高次脳機能障害の基本的な対応ができない不安	基本的な各高次脳機能障害の対応があるのだと思うがこれで良いのか不安 事例以外の高次脳機能障害の人にどのように接したらよいかわからない 記憶以外の高次脳機能障害者の対応は学んだが、実際できるか不安 失語とか、言葉が通じないときだったら今日のようにうまくいかない
自身の対応方法の良否が不明	どのように接したらよいかわからないから不安 接し方がどこ良かったのかわからない、逆にどこが悪いかわからない 誘導の仕方としての距離はどうしたら良いのか分からない
実際の患者での実施に対する不安	看護師同士だからうまくいったと思う 本当の患者でないの、このようにうまくいくとは限らない 実際の患者ではないから、対応のニュアンスが違うと思う 実際とは違うのではないかと思う 実際患者を前にしたらできるかなという不安があります

4-4 考察

4-4-1 看護師の研修内容の理解について

研修後の質問紙調査で、7つの研修項目のうち、5段階リッカートの平均3.0以下の項目は「患者の目標設定」と「患者役と看護師役のロールプレイでの患者対応の仕方」の理解度が共に2.7であった。「患者の目標設定」での理解度の低さの理由の3カテゴリ【目標設定に自信がない】、【目標の表記がわからない】、【目標レベルの設定がわからない】から考えられることは、目標の表記やレベル設定に自信がない理由は、コード「目標だけが自身の言葉で書いてみるとかけない」、「いままでは、看護計画も目標もパソコンから選ぶようになっていたので困った」より、今までは、看護師は看護計画や目標設定の記載は電子カルテ内に搭載してあるものを選ぶようになっており、自ら考えて記載することが少ない環境にあったために、搭載されていない目標を自身の言葉で設定するのは難しいと判断したと考えられる。これを解決するためには、目標を達成するための、スモールステップの小目標を選択できるプログラムの流れが必要とされた。

また、言葉の問題ではあるが、コード「障害が回復することはないから、どのように設定をすればよいか分からない」とあり、『障害』は『回復できない』したがって、『目標設定できない』という考えが根底にあり、思考が停止していることが伺えた。

これは、『看護上の問題』という捉え方は、病理・弱さ・マイナス面に着目した、いわゆる医療モデルの問題志向型の捉え方であるので、上記の『障害』は『回復できない』ために、『目標設定できない』という安直な考えに陥ってしまう傾向があると考えられ、根底にある医療モデルの視点が目標や解決策を誘導する考えに混乱を与えてしまったと考えられる。

これを解決するためには、高次脳機能障害者の障害だけに着目するのではなく、障害と生活、社会との関係性から『問題』を『課題』と捉え、解決策を探そうとする生活モデル、社会モデルの視点への変更が重要と考えられる。

高次脳機能障害の患者からみると、『できないこと』は『問題』ではなく、『できないこと』は『課題』であるため、本プログラムでは今後、看護上の問題として捉える表現ではなく、『生活上の課題』として今後は表現していくことにする。

次に、「患者役と看護師役のロールプレイでの患者対応の仕方」の理解度の低さの理由

として【他の高次脳機能障害の基本的な対応ができない不安】、【自身の対応方法の良否が不明】、【実際の患者での実施に対する不安】の3カテゴリが抽出された。コード「事例以外の高次機能障害の人にどのように接したらよいかわからない」や「接し方のどこが良かったのかわからない、逆にどこが悪いのかわからない」、また、「実際患者を前にしたらできるかなという不安があります」とあり、各高次脳機能障害の基本的なかわり方を示すマニュアル的な導入部分がケアプログラムに必要なことが判明した。

4-4-2 準備教育から抽出したケアプログラムの問題の整理

研修後の質問紙調査で、7つの研修項目のうち、5段階リッカートの平均3.0以下の項目は「患者の目標設定」と「患者役と看護師役のロールプレイでの患者対応の仕方」の理解度が共に2.7であった。「患者の目標設定」での理解度の低さの理由の3カテゴリ

【目標設定に自信がない】、【目標の表記がわからない】、【目標レベルの設定がわからない】から考えられることは、目標の表記やレベル設定に自信がない理由は、コード「目標だけが自身の言葉で書いてみるとかけない」、「いままでは、看護計画も目標もパソコンから選ぶようになっていたので困った」より、今までは、看護師は看護計画や目標設定の記載は電子カルテ内に搭載してあるものを選ぶようになっており、自ら考えて記載することが少ない環境にあったために、搭載されていない目標を自身の言葉で設定するのは難しいと判断したと考えられる。これを解決するためには、目標を達成するための、スモールステップの小目標を選択できるプログラムの流れが必要とされた。

また、言葉の問題ではあるが、コード「障害が回復することはないから、どのように設定をすればよいか分からない」とあり、『障害』は『回復できない』よって『目標設定できない』という考えが根底にあり、思考が停止していることが伺えた。

これは、『看護上の問題』という捉え方は、病理・弱さ・マイナス面に着目した、いわゆる医療モデルの問題志向型の捉え方であるので、上記の『障害』は『回復できない』ために、『目標設定できない』という安直な考えに陥ってしまう傾向があると考えられ、根底にある医療モデルの視点が目標や解決策を誘導する考えに混乱を与えてしまっていることと考えられる。

これを解決するためには、高次脳機能障害者の障害だけに着目するのではなく、障害と生活、社会との関係性から『問題』を『課題』と捉え、解決策を探そうとする生活モデル、社会モデルの視点への変更が重要と考えられる。

高次脳機能障害の患者からみると、『できないこと』は『問題』ではなく、『できないこと』は『課題』であるため、本プログラムでは今後、看護上の問題として捉える表現ではなく、『生活上の課題』として今後は表現していくことにする。

次に、「患者役と看護師役のロールプレイでの患者対応の仕方」の理解度の低さの理由として【他の高次脳機能障害の基本的な対応ができない不安】、【自身の対応方法の良否が不明】、【実際の患者での実施に対する不安】の3カテゴリが抽出された。コード「事例以外の高次機能障害の人にどのように接したらよいかわからない」や「接し方のどこが良かったのかわからない、逆にどこが悪いのかわからない」、また、「実際患者を前にしたらできるかなという不安があります」とあり、各高次脳機能障害の基本的なかわり方を示

すマニュアル的な導入部分がケアプログラムに必要なことが判明した。

高次脳機能障害ケアプログラム実証研究を行う前にオリエンテーションを行い、7つの研修項目の理解度の平均値から概ね看護師の実践準備性を高めることはできた。

プログラムの実践における問題点としては、高次脳機能障害者の看護上の問題抽出はできたが、目標設定はできなかった。そのため、また、患者の問題から目標を掲げるときには、スモールステップである小目標を選択できることがプログラムには必要と考えられた。さらに、各高次脳機能障害の基本的なかかわり方を示すマニュアル的な導入部分がケアプログラムに必要なことが判明した。これらから高次脳機能障害者の看護の問題抽出、目標設定、介入プログラム選択という一連の流れを示すように変更をする必要があることが示唆された。

奥野らは(2009)「地域社会を支援する社会生活力プログラム・マニュアル」において精神障害者を対象に社会生活力を高める支援のために作られた25モジュールからなるマニュアルを作成した。その中で各モジュール実施において「学習のヒント例」、「話し合いのヒント例」、「計画案のヒント例」なるもの組み入れており、実施者に対してヒントを与えて、実施がスムーズに行えるようにマニュアルを作っていた。また、実施方法において「あくまでも一つの目安で、参加者のニーズに合わせる内容や進め方を変える、工夫して実施することを期待する」とあった。

今回の結果にあるように、目標の表記、目標の設定ができない場合、また、高次脳機能障害者の看護の問題を抽出して、言語化するのにスムーズにいかない場合も同様で介入に至るまでに時間がかかってしまうことにもなる。

そこで、本ケアプログラムにおいて実践する看護師が、看護の問題抽出、目標設定、課題別介入の選択という一連の流れのなかで、ヒントを与え、かつ実践が速やかに行えるための方法として、一連の流れを図式化したチャートで、目標にはヒントを示すことが必要と考えられる。また、用いる言葉の問題では1)の考察でも述べたが、看護の問題抽出という言葉の使い方を改める必要があった。従って、本プログラムでは今後、看護上の問題として捉える表現ではなく、『生活上の課題』として今後は表現していくことにする。

4-5 今後の課題

第2節で高次脳機能障害全般に対しての知識の不足に対しての研修を先に行い、第3節で高次脳機能障害ケアプログラムをペーパーペイシエントでプレオリエンテーションを行った。実施した看護師のケアプログラムの理解度の調査の結果から看護師の実践準備性を高めることができた。

実践における問題点を整理すると、第2節では、日常生活から見える日常生活の課題をアセスメントでき、介入を決定できるプロセスが必要であった。第3節では、①患者の日常生活の課題からスモールステップで課題別介入を選択できるプロセスが必要であることを抽出した。②用いる言葉の問題では、医療モデルで用いる看護の問題抽出という言葉の意味合いより、目標を抽出するプロセスで思考の混乱を招いたため、医療モデルではなく、生活モデル、社会モデルでの考え方を取り入れ、本プログラムでは今後、『看護上の問題』の表現を改め、『生活上の課題』とした。③各高次脳機能障害の基本的なかかわり方を示すマニ

アル的な導入部分を明記することの必要性を抽出した。

以上より、プログラムの構成には、1. 日常的な課題をアセスメントし、日常生活の課題を明確にすること、2. 日常生活の課題目標を選択できること、3. 目標によって課題別介入を選択できる 3 つのプロセスを順序良く明記したツールが必要であることが示唆された。この課題の解決方法として看護の問題抽出、目標設定、課題別介入を選択するという一連の流れをスムーズに運べるための図式化したチャートが必要であり、目標にはヒントを示すことが必要と考えられ、新しいツールとして「日常生活の課題・課題目標・課題別介入選択チャート」を作成した。(図 4-4)

さらに、各高次脳機能障害の基本的なかわり方を各課題別介入前に確認し、各課題別介入が導入できるように明記することにした。(資料 1)

生活上の課題	課題目標	課題別介入
I. 精神機能活性化の必要性の有無 1. 自主的な行動を起こせない 2. ポーっとしている 3. 促さないで便または尿失禁してしまう 4. 麻痺はないが動こうとしない 5. 促さないで水を飲まない 6. 促さないで食事をとらない 7. 目覚めていても、ベッドで寝ている 8. 促さないでずっと同じ姿勢でいる 9. 何時であるか、何日何月何年であるかわからない 10. 自分がいる場所の見当がつかない 11. どのような人か見当がつかない	1. 促されて日課をこなすことができる 2. 日中の活動量が増える 3. 日通の失禁がない 4. 昼夜の失禁がない 5. 脱水がない 6. 代償手段(カレンダー、写真)を使い混乱がない	第1段階 P1 精神活動活性化
II. 生活のリズム障害の有無 1. 昼夜逆転 2. 目覚めていても、ベッドで横になっている 3. 麻痺はないが動こうとしない 4. 日中にウトウトしているときがある 5. 失語はないが黙っていることが多い	1. 昼夜の逆転がない 2. ベッドにいる時間が短い	第1段階 P2 生活リズム作り
III. ADL再獲得援助の必要性の有無アセスメント 1. 洗面動作 2. 食事動作 3. 排泄動作 4. 移乗動作 5. 車椅子移動動作 6. 更衣 7. 入浴 8. 歩行 9. 階段	1. 洗面動作が獲得する 2. 食事動作が獲得する 3. 排泄動作が獲得する 4. 移乗動作が獲得する 5. 車椅子移動動作が獲得する 6. 更衣が獲得する 7. 入浴が獲得する 8. 歩行が獲得する 9. 階段が獲得する	第2段階<基本的ADL獲得> P4 洗面動作 P5 食事動作 P6 排泄動作 P7 移乗・移動動作 P8 更衣 P9 入浴 P10 歩行・階段
IV. 自己管理援助の必要性の有無アセスメント 1. 自室の物のかたづけ 2. ごみの分別/ごみだし 3. 自室の掃除 4. 衣類の整理 5. 洗濯 6. 内服 7. 自己注射	1. 掃除・衣類の整理・物を配置場所に片付けられる 2. ごみを併別して捨てられる 3. 1日分の内服管理ができる 4. 三日分の薬の管理ができる 5. 1週間分の薬の管理ができる 6. 1回の血糖チェックとインシュリン皮下注射ができる 7. 一日の血糖チェックインシュリン皮下注射ができる	第3段階<生活管理> P11 自室の管理 P12 自己スケジュール管理 P13 内服自己管理
V. IADLの再獲得の援助アセスメント 1. 必要な買い物リストが作れる 2. 売店で買いたいものを採れる 3. 支払いができる 4. 財布をしまうことができる 5. 自宅までの交通手段が言える 6. 目的場所まで行ける 7. 自宅まで帰ってこられる	1. 買い物リストが作れる 2. 売店で買いたいものがない場合の交渉ができる 3. 支払いは紙幣のみでない支払いができる 4. 財布をしまう場所にしまうことができる 5. 自宅までの交通手段をメモに書くことができる 6. 他者の見守りで、メモを見て目的地に行ける 7. 家族の見守りで、メモを見て自宅まで帰れる	第3段階<IADL獲得> P14 外泊練習 P15 買い物練習 P16 交通手段練習
VI. 社会性スキル再獲得への援助 1. 挨拶ができない 2. 痲痺 3. 股を 4. 物を壊す(物に当たる) 5. 言い争い 6. つばをはく 7. 暴言 8. ぐらむ 9. 物を投げる 10. 言動が荒々しい 11. へたへたする 12. さわる 13. 抱きつく	1. 訓練士、医師、看護師にあつたときに挨拶ができる 2. 2以下の行動回数が誘導で1日に半減する 3. 2以下の行動回数が誘導で1日に1回になる 4. 2以下の行動回数が誘導でなくなる 5. 問題を起こり始めるのマークを看護師と共に決め、記録し、1日を振り返る 6. 問題を起こり始めるのを看護師と共に記録し、回数が減っているのを自覚する言葉がある 7. 問題を起こり始めた理由を看護師と話すことができる(自制方法を見つける) 8. 問題を起こさそうになったときの自制方法を実施する試みがある 9. 見守りで、関わる集団に自身の問題となる行動があることを説明できる 10. 見守りで、関わる集団に自身の問題となる行動に対して拒否と協力について説明できる	第3段階<社会性スキル獲得> P17 対人スキル練習

図 4-4 日常生活の課題・課題目標・課題別介入選択チャート

第5節 一般病院の療養型病棟における高次脳機能障害ケアプログラムの実践

5-1 目的

高次脳機能障害ケアプログラムを一般病院の療養型病棟に入院した高次脳機能障害のある患者に実施し、本プログラムの効果について検討する。

5-2 方法

5-2-1 対象患者

対象患者は一般病院の療養型病棟に入院した高次脳機能障害のある患者 3 名とした。3 名の患者はいずれも急性期病院での治療を終了し、在宅に向けてリハビリテーション目的で療養病棟に転院してきた患者であった。

患者 A: 40 歳の男性で前職業は大手会社に勤めるシステムエンジニアであった。病名は脳動脈瘤破裂後くも膜下出血、開頭血種除去術を施行。昏睡 10 日間であった。身体状況で痺麻はなかった。前病院で記憶障害、注意障害、病識欠落、遂行機能障害の高次脳機能障害があると診断された。

患者 B: 20 代の女性で、前職業は事務職であった。スケートボード中の事故で脳挫傷となった。昏睡 15 日間であった。身体状況で左不全麻痺麻があった。前病院で発動性障害、見当識障害、注意障害、左空間失認の高次脳機能障害があると診断された。

患者 C: 50 歳女性で主婦であった。高血圧症で近くの病院で通っていたが、内服を受傷 1 年前からしなくなり、脳出血となった。昏睡 18 日間であった。身体状況で痺麻はなかった。前病院で発動性障害、見当識障害、注意障害の高次脳機能障害があると診断された。

5-2-2 高次脳機能障害ケアプログラム実施手続き

1. 高次脳機能障害ケアプログラムの「プログラムの進め方」に則り、以下のようにした。

対象者は「身体状況のアセスメント表」を用いて、治療と高次脳機能障害ケアプログラムの対象となり得るかを判断した。(表 4-3)

2. ベースラインを 3 日間とした。高次脳機能障害から起こる生活上の問題を明確にするために、3 日間昼夜を通して担当した看護師が「脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表」より確認した場合「あり」に○をつけ、カンファレンスで共有した。

(表 7-2)

3. 高次脳機能障害が複合しているかを判断するために、「高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャート」より視覚的に確認し、カンファレンスで共有した。(図 4-1)

4. 看護上の問題、目標設定、課題別介入の選択は「日常生活の課題・課題目標・課題介入チャート」を用いて問題抽出、目標設定、課題別介入を選択し、カンファレンスで共有した。(図 4-2)

5. 看護師は実践に先立ち、各高次脳機能障害別基本的な関り方を確認して実行した。

6. 看護師は該当する課題別介入を共有し実施した。

7. 評価は 1 週毎に患者評価としてカンファレンスを病棟で開き行った。評価の方法は、プ

プログラムに則り、課題介入を行って成果が1週間たっても効果が出ない場合には介入は、一時中断した。検討し評価をする。評価の視点は看護師の介入方法が正しく行われたか、統一して行えたか、患者については目標が高すぎたかなどを検討した。逆効果であった場合にはすぐに中止することにした。成果があった場合で、行っている介入がなければ、成果が継続しない時には介入は継続とした。その後、介入なしで効果が持続する場合は介入を修了した。

8. 研究者によるスーパーバイズとして、初回の患者Aの1例に対してスーパーバイズした。他2名は、看護師のみで行った。スーパーバイズの内容は、プログラム行う際に、アセスメント表の使い方、高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートの使い方、日常生活の課題・課題目標・課題介入チャートの使い方、課題別介入の実際、評価の際のカンファレンスに出席した。主にファシリテーターとして関わった。

5-2-3 実施期間

実施期間は平成29年1月から3月であった。

5-2-4 倫理的配慮

本研究は、千葉科学大学倫理審査（承認No.28-9）を受け、施設管理者に研究趣旨と方法を文書と口頭で説明し承認を受けた。対象患者と家族に対しては、予め、施設の病棟管理者より口頭と文書で説明してもらい、同意を得た。後日、研究者が家族に研究趣旨、実施の安全性、途中撤回可、匿名化について説明をした。

5-3 結果

5-3-1 3名の患者の身体的状況

3名の患者を「身体状況のアセスメント表」を用いて、高次脳機能障害ケアプログラムの対象となり得るかを判断した結果、Aの患者は、呼吸、循環、覚醒、嚥下と消化器、麻痺、尿失禁、痙攣の項目で異常は認めなかった。Bの患者は、麻痺側の足関節の痛みはあったが、捻挫や骨折、拘縮などの痛みではなかった。Cの患者は、尿失禁があったが、尿検査の異常は認めなかった。よって3名の患者はプログラムに参加に移行できた。（表4-8）

表 4-8 患者 3 名の身体的状況

身体のアセスメント項目	患者A	患者B	患者C
呼吸自覚症状	なし	なし	なし
呼吸他覚症状・検査データ	SPO ₂ 98%	SPO ₂ 98%	SPO ₂ 98%
循環自覚症状	なし	なし	なし
検査データ	P68,BP138/70	P66,BP110/60	P72,BP138/88
覚醒自覚症状	なし	なし	なし
検査データ	清明, 他所見なし	清明, 他所見なし	清明, 他所見なし
嚥下と消化器自覚症状	なし	なし	なし
検査データ	誤嚥なし, 他所見なし	誤嚥なし所見なし	誤嚥なし所見なし
麻痺自覚症状	—	足関節が痛い	—
検査データ	—	所見なし	—
尿失禁自覚症状	なし	なし	尿失禁あり
検査データ	尿検査所見なし	尿検査所見なし	尿検査所見なし
痙攣自覚症状	なし	なし	なし
脳波	所見なし	所見なし	所見なし

5-3-2 3名の患者の高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出

高次脳機能障害から起こる生活上の問題を明確にするために、3日間に勤務する看護師が生活上の問題を確認した場合に、「高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表」の「あり」欄に○をつけた。患者Aは、注意障害8項目中2か所（以下2/8と略す）、記憶障害項目9/9の全項目、見当識障害項目3/3の全項目、遂行機能障害7/7全項目、発動性障害1/4であった。患者Bは、注意障害3/8、失認4/7、発動性障害2/4であった。患者Cは、注意障害2/9、見当識障害3/3、4/7、発動性障害4/4であった。（表4-9）

表 4-9 3名の患者の高次脳機能障害より起こる生活上の課題の状況

機能障害	アセスメント項目	患者A	患者B	患者C
注意障害	・2つの事を同時にできない	○	○	○
	・飽きっぽい、すぐ注意がそれる			
	・できたりできなかつたりする			○
	・同じミスを繰り返す			
	・一つのことにとこだわり言っても変更できない	○		
	・車いすに乗っていて体がずれて落ちそうになる		○	
	・車いすのフットレストに患足が載っていない		○	
記憶障害	・更衣やトイレ移動時にべらべら話し、集中できないで転倒しかけた			
	・行った場所が思い出せない	○		
	・自分の部屋が分からない	○		
	・病棟のトイレを探していて迷子になる	○		
	・行ったことが思い出せない	○		
	・作業過程を思い出せないことがある	○		
	・現在の状態が事故や病気から起きたことがわからない	○		
	・体験したことを忘れている	○		
意識見当	・数秒前または数分前のことが思い出せない	○		
	・受け持ち看護師など覚えていない	○		
	・何時であるか、何月何日何曜日であるか見当つかない	○		○
失語	・自分がある場所の見当がつかない	○		○
	・どのような関係の人が見当つかない	○		○
	・ナースコールが押す行為がない(ナースコールを伝達手段とわからない)			
	・言葉がうまくだせない、出にくい			
	・語のまちがいがいる			
	・語の読みまちがいがいる			
	・ひらがなが読めない			
遂行機能障害	・全体の文字の読みはできないが、漢字が読める時がある			
	・文字が書けなくなった			
	・相手の話の理解ができなくなった			
	・絵を見て名称を言えない			
	・手順が分からない	○		
	・手順を書いてあげると行えることがある	○		
	・計画が立てられない	○		
失行	・物事を具体的に進めていけない	○		○
	・料理ができなくなった	○		○
	・掃除ができなくなった	○		○
	・洗濯ができなくなった	○		○
	・使い慣れた道具(歯ブラシやブラシなど)が使えない			
	・単純な動作の指示に従えない			
	・立体図形や絵の模写ができない			
失認	・衣服の着衣ができない			
	・物と物との位置関係が理解できない			
	・何指なのかわからなくなる			
	・自分の体の部分から分からない(片方の手や足がベッドにあるなど)		○	
	・日頃使っている物を触ってもわからない			
	・家族の顔を見ても分からないが、声を聴くと家族だと分かる		○	
	・人や物にぶつかる		○	
易感情性	・強烈な匂いでも分からない			
	・部分が見えていない		○	
	・半側が見えていない		○	
	・味覚がおかしい 辛い、甘い、苦いなどわからない			
	・気分の幅が大きいすぐに不機嫌になる			
	・すぐに怒る・怒鳴る・暴言がある・暴力があるのどれか一つでもある			
	・食欲をコントロールできない			
発動性障害	・性的逸脱行為がある			
	・ほしいと思ったら盗む			
	・ぼーっとしており、促さなければベッドで横になっている	○	○	○
発動性障害	・無為な状態 同じ姿勢で何時間もいる		○	○
	・膀胱・直腸機能に異常はないが動作を起こさないために失禁する			○
	・動作が中断し、自身の意思が働かない、促して行動はとれる			○

5-3-3 3名の患者の高次脳機能障害の重複について

高次脳機能障害が複合しているかを判断するために、「高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャート」より視覚的に確認した。(図 4-5, 4-6, 4-7)

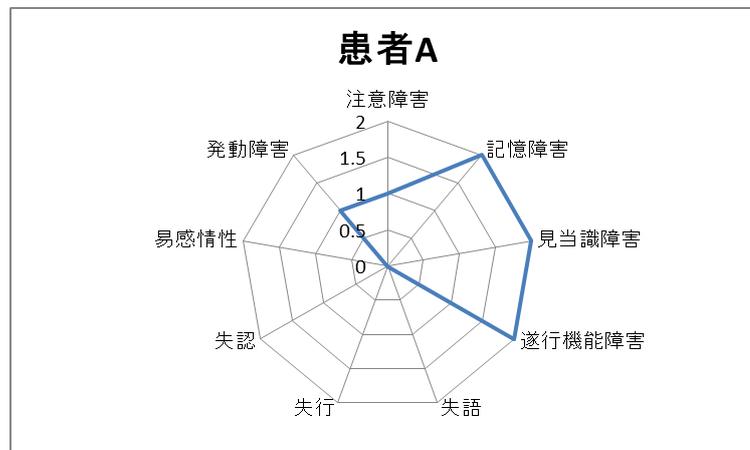


図 4-5 患者 A の高次脳機能障害の重複

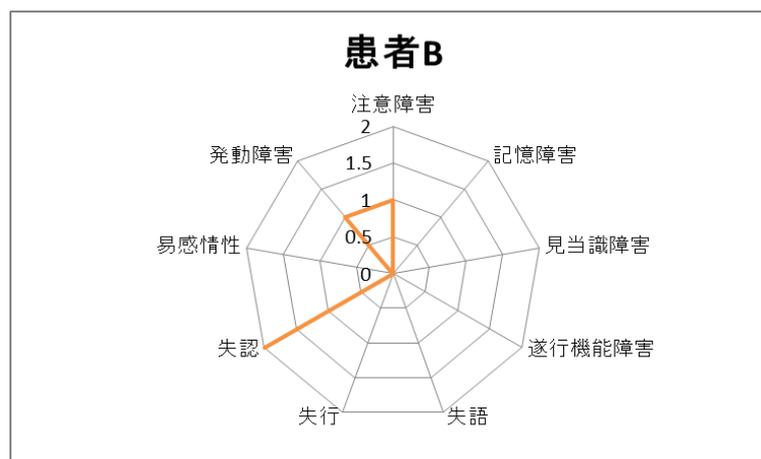


図 4-6 患者 B の高次脳機能障害の重複

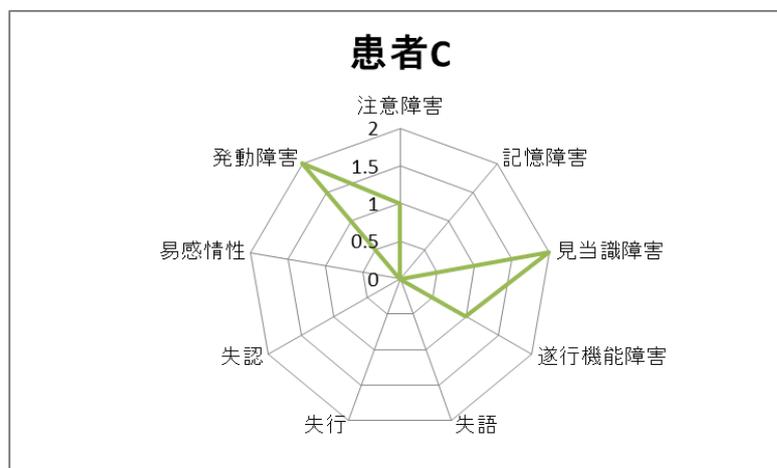


図 4-7 患者 C の高次脳機能障害の重複

5-3-4 3名の患者の高次日常生活の課題、目標設定、課題別介入の選択

看護上の問題、目標設定、課題別介入の選択は「日常生活の課題・課題目標・課題介入チャート」を用いて問題抽出、目標設定、課題別介入を選択した。

患者Aの日常生活の課題は、「精神機能活性化の必要性」から3課題、「自己生活管理」から6課題、「ADLの再獲得」から6項目で合計12課題を抽出した。12の課題に対して10の課題目標を設定し、6つの課題別介入を行った。(表4-10)

患者Bでは、「精神機能活性化の必要性」から2課題、「生活のリズム障害」から1課題、「ADL再獲得援助の必要性」から9課題、「自己管理の必要性」から1課題で、合計13課題を抽出し、13の課題目標を設定し、10の課題別介入を行った。(表4-11)

患者Cでは、「精神機能活性化の必要性」から8課題、「自己生活管理」から6課題で合計14課題を抽出した。14の課題に対して6つの課題別介入を行った。(表4-12)

表4-10 患者Aの生活上の課題・目標・課題別介入

基本的な関わり方		
【記憶の問題がある人への関わり方】 【注意障害のある人への関わり方】 【遂行機能障害のある人の関わり方】		
生活上の課題	課題目標	課題別介入
1. 自主的な行動を起こせない	1. 促されて日課をこなすことができる	P1 精神活動活性化
2. 自分がいる場所の見当がつかない	2. 代償手段(カレンダー、写真)を使い混乱がない	P2 生活リズム作り
3. どのような人か見当がつかない		
1. 自室の物のかたづけられない	1. 掃除・衣類の整理・物を配置場所に片付けられる	
2. ごみの弁別/ごみだしができない	2. ごみを弁別して捨てられる	
3. 自室の掃除ができない	3. 1日分の内服管理ができる	P12自己スケジュール管理
4. 衣類の整理ができない	4. 3日分の薬の管理ができる	P13内服自己管理
5. 洗濯ができない	5. 1週間分の薬の管理ができる	
6. 内服ができない		
5. 自宅までの交通手段は言えない	5. 自宅までの交通手段をメモに書くことができる	P14外泊練習
6. 目的場所まで行けない	6. 他者の見守りで、メモを見て目的地に行ける	P16交通手段練習
7. 自宅まで帰れない	7. 家族の見守りで、メモを見て自宅まで帰れる	

表4-11 患者Bの生活上の課題・目標・課題別介入

基本的な関わり方		
【注意の問題がある人への関わり方】 【失認の問題がある人への関わり方】 【発動性の問題がある人への関わり方】		
生活上の課題	課題目標	課題別介入
1. 自主的な行動を起こせない	1. 促されて日課をこなすことができる	P1 精神活動活性化
2. ボーっとしている	2. 日中の活動量が増える	
2. 目覚めていても、ベッドで横になっている	2. ベッドにいる時間が短い	P2 生活リズム作り
1. 洗面動作ができない	1. 洗面動作が獲得する	P4 洗面動作
2. 食事動作ができない	2. 食事動作	P5 食事動作
3. 排泄動作ができない	3. 排泄動作が獲得する	P6 排泄動作
4. 移乗動作ができない	4. 移乗動作	P7 移乗・移動動作
5. 車椅子移動動作ができない	5. 車椅子移動動作が獲得する	P8 更衣
6. 更衣ができない	6. 更衣が獲得する	P9 入浴
7. 入浴ができない	7. 入浴が獲得する	P10 歩行・階段
8. 歩行ができない	8. 歩行が獲得する	
9. 階段の昇降ができない	9. 階段が獲得する	
6. 1日分の内服管理ができない	3. 1日分の内服管理ができる	P13内服自己管理

表 4-12 患者 C の生活上の課題・目標・課題別介入

基本的な関わり方		
【見当識の問題がある人への関わり方】 【注意障害のある人への関わり方】 【遂行機能障害のある人への関わり方】 【発動性障害のある人への関わり方】		
生活上の課題	課題目標	課題別介入
1. 自主的な行動を起こせない	1. 促されて日課をこなすことができる	P1 精神活動活性化
2. ボーっとしている	2. 日中の活動量が増える	P2 生活リズム作り
3. 促さないと水を飲まない	3. 脱水がない	
4. 見当識の混乱がある	4. 代償手段（カレンダー、写真）を使い混乱がない	P3 見当識練習
5. 促さないと便尿失禁がある	5. 便尿失禁がない	P5 排泄動作
1. 自室の物のかたづけができない	1. 掃除・衣類の整理・物を配置場所に片付けられる	P11 自室の管理
2. ごみの弁別/ごみだしができない	2. ごみを弁別して捨てられる	
3. 自室の掃除ができない	3. 自室の掃除ができる	
4. 衣類の整理ができない	4. 衣類の整理ができる	
5. 洗濯ができない	5. 洗濯ができる	
6. 1日分の内服管理ができない	6. 1日分の内服管理ができる	P13 内服自己管理

5-3-5 3名の患者に対する高次脳機能障害ケアプログラムの実施

プログラムを実施する前に、看護師は各高次脳機能障害別基本的な関わり方を確認して実行した。患者の該当する課題、課題目標、課題別介入の詳細をカンファレンスで取り上げ、共有した。

患者 A

脳機能障害は、「高次脳機能障害よりおこる生活上の問題抽出アセスメントツール」を用い、注意障害 8 項目中 2 か所（以下 2/8 と略す）、記憶障害項目 9/9 の全項目、見当識障害項目 3/3 の全項目、遂行機能障害 7/7 全項目を抽出したことより、軽度の注意障害と記憶障害、見当識障害、遂行機能障害の 4 つの高次脳機能障害が重複していることが判明した。これらの重複した障害によって、生活上の 12 の課題があり、10 の目標を設定し 6 つの課題別介入を実施した。

患者 A は身体的には問題はなかったが、入院当初、発動性障害はないものの、ベッドに横になっていることが多かった。A は、記憶障害があり、何をどのように行動してよいのか分からない不安な様子であった。そのため、患者 A は第 1 段階のプログラムの P1, P2 と第 3 段階 P8 を最初から並行して在宅に向けての課題別介入を中心に行った。

P1 精神活動活性化では 3 つの下位介入を同時に行い、P2 の生活リズム作りでは 24 時間のスケジュールを作り、疲労がないように休息時間を設けた。A は身体機能に問題がないために、P1 P2 へも働きかけるためにも、早期に P12 自己スケジュール管理を行った。その際、自身の障害に気付けるように、日常で障害があることによって上手くいかなかった出来事を振り返ることで自己意識性を高めた。P1 精神活動活性化は患者がベッドに 1 日中いることもなくなり、4 週目に終了し、P2 の生活リズム作りは、6 週目スケジュールを立てるれば実施でき、生活リズムが整ったため、終了した。

P12 では、記憶を補助する環境づくりとして、時計やカレンダー、受け持ち看護師などの顔写真や患者自身の病気から現在に至るまでの簡潔な経過をメモリーノートの見開きに書いたものを貼った。記憶に障害があることをノートの表紙に記載し、ノートを見るたびに確認できるようにした。9 時の日勤者の看護師はメモリーノートの作成から関わり、患者にス

スケジュールを伝え、患者に時間と当日のスケジュールを口頭で伝え、書き取っているか間違っていないかを確認した。次にカレンダーを用い、日時を確認をさせた。過ぎた日に×をつけるように説明した。P13の内服管理は一日分の管理練習から始め、内服自己管理は1週間分の薬の飲み忘れもなく管理できるようになった、1週間分の管理ができるまでに、8週間に要した。P14外泊練習では、スケジュールを大きく変えないように内服時間と起床、就寝を病院のスケジュールと同じにした。P16交通手段の練習では、家族に付き添ってもらい、メモを用いて自宅まで帰れたが、メモを見ることを忘れ、駅と百貨店で迷子になったことがあった。そのため、退院まで継続となった。(表4-13, 4-14, 4-15)

表 4-13 患者 A に実施した介入の詳細

課題別介入	介入の詳細
P1 精神活動活性化	①毎朝新聞を読んでもらい、メインニュースを教えてもらう ②午前午後筋トレを1時間ずつ行う ③13時に好きなクラシックピアノ曲CDをかけてベッドに横になる時間を作る
P2 生活リズム作り	①6時起床 7時更衣・食事薬 8時洗面 9時日課予定確認 11時書き取りドリル 12時昼食・内服、13時休憩と音楽鑑賞 15時筋トレ30分 16時入浴 17時明日の予定確認 18時夕食・薬 19時自由時間 21時消灯
P12 自己スケジュール管理	①環境作り（腕時計・カレンダーメモリーノート1ページに入院までの経過、受け持ち看護師、医師、訓練士の顔写真）を貼る、持ち物の位置に名称はる。洗面用具一式を1つの袋に入れ中身の書いたカードを作り袋の中に入れる ②スケジュール管理練習を行う
P 13 内服自己管理	①一日分の内服ケースに入った薬を飲んだ時には、メモリーノートに記載する ②看護師の見守りで、次の日の内服1日分を配薬ケースにセットする (一日が飲み忘れがなかったら1週間分を配薬袋に入れて練習する)
P 14外泊練習	①週末外泊練習をする(起床・就寝・内服は病院と同じ時間) 家事はメモリーノートに手順を記載して行う、外泊中の出来事をメモリーノートに記載する
P 16交通手段練習	①自宅に帰る道順と交通機関について順番を書く ②家族に付き添ってもらい、自宅と病院までの道のりのメモを確認して行動する ③スイカのチャージを家族に見守ってもらい行う

表 4-14 患者 A の課題別介入の状況

課題別介入方法	1週	2週	3週	4週	5週	6週	7週	8週	9週	10週
P1 精神活動活性化 ① ② ③	終了									
P2 生活リズム作り ④	終了									
P12自己スケジュール管理 ① ②	継続									
P13内服自己管理 ① ②		1日分管理練習			3日分練習		1週分練習終了			
P14外泊練習 ①										退院にて終了
P16交通手段練習 ① ② ③										退院にて終了

表 4-15 患者 A の生活上の課題・目標・結果

生活上の課題	課題目標	結果
1. 自主的な行動を起こせない 2. 自分がいる場所の見当がつかない 3. どのような人が見当がつかない	1. 促されて日課をこなすことができる 2. 代償手段（カレンダー、写真）を使い混乱がな	・促しは必要。 ・代償手段を使い混乱がない
1. 自室の物のかたづけられない 2. ごみの弁別/ごみだしができない 3. 自室の掃除ができない 4. 衣類の整理ができない 5. 洗濯ができない 6. 内服ができない	1. 掃除・衣類の整理・物を配置場所に片付けられ 2. ごみを弁別して捨てられる 3. 1日分の内服管理ができる 4. 3日分の薬の管理ができる 5. 1週間分の薬の管理ができる	・メモリーノートを用いて1～5が可能となった
5. 自宅までの交通手段は言えない 6. 目的場所まで行けない 7. 自宅まで帰れない	5. 自宅までの交通手段をメモに書くことができる 6. 他者の見守りで、メモを見て目的地に行ける 7. 家族の見守りで、メモを見て自宅まで帰れる	・外泊は毎週行えた。 ・代償手段のメモを見ることを忘れてしまうことがあり、迷子になった。

患者 B

患者 B は、高次脳機能障害は、「高次脳機能障害よりおこる生活上の問題抽出アセスメントツール」を用い、注意障害 3/8、失認 4/7、発動性障害 2/4 であった。患者 B は、身体的障害として左片麻痺があり、車いすを使用していた。また、入院当初、B は覚醒しているが、ぼんやりしており、ADL では洗面、食事、排泄動作、更衣、入浴、歩行が介助であり、退院先は自宅であった。そのため、13 の課題の課題があり、第 1 段階から第 3 段階を実施した。プログラムの詳細は下記に示した 10 の課題別介入を実施した。

P1 の精神活動活性化では、プログラムを開始した時は、B は車いすでの活動レベルのために、座位でできる範囲で P1 精神活動の活性化の内容とした。精神活動の活性化は新聞の記事や困りごとなどの会話を中心として行い、身体的な活動刺激として健足で車椅子駆動を病棟内 10 周行った。覚醒はしているが、ぼんやりしているため、P1 精神活動では言語的な入力と出力としての発語誘導するように意識して会話を 1 時間程度毎日行った。話題として気になる出来事を新聞から見つけるように誘導し、読んでもらい、感想を聞かせてもらうことを行った。また、生活の中で困っていること、自身の障害によって練習が必要なことを中心に会話を行い、自身の障害に気付けるように、日常で障害があることによって上手くいかなかった出来事を振り返ることで自己意識性を高めた。歩行が開始される時期には他の患者と話し、散歩や外出するようになり、4 週目で終了した。

P2 の生活リズム作りでは、表 7-10 に示した内容で日課を作り、実行するように促した。軽度な左片麻痺であり、歩行レベルにもっていくために、健足を十分に鍛えておく必要があったため、午前午後に分けて日課の中に健足での車いす駆動や下半身の筋肉トレーニングを組み込んだ。歩行が 5 週目から見守り歩行となったために、車いすの駆動は終了した。

P6 排泄動作、P7 移乗動作練習は入院時から行っていたが、歩行が見守りレベルとなり、終了した。

P4, P5, P8 は鏡を使い、洗面は左顔の汚れがないか、食事は左側の食事残りを確認してもらい、更衣は左袖、左のズボンは履いているか確認させた。洗面と食事は 4 週で自立し、更衣は 8 週目でスエットタイプのズボンに意識させた。7 週で更衣は自立した。

P9 入浴は、家庭風呂であれば湯船のなかで麻痺によって傾いて溺れることはなかったが、大風呂は左側に傾き溺れてしまうことがあるので、事故につながらないように見守りが必

要で退院まで継続された。P10 歩行階段に関しては左半側無視があるために、動作練習の際には、通常の麻痺のある人への介入よりも左側を忘れないように指導した。その結果、排泄動作、更衣動作は自立したが、理学療法訓練にて歩行ができるようになっても、病棟では、左側の身体が無視があり、左側の壁と左にいる人にぶつかり転倒が2回あったために、歩行は見守りが外せない状態であった。P13の内服自己管理では翌日の一日分の薬はセットできるが、食事の際に、持参した薬が左側にあると服用の忘れが度々あり、看護師の促しで左を向き、探させると内服薬を探ことができ、内服することはできた。1週間分の薬の管理まではいかなかった。(表 4-16, 4-17, 4-18)

表 4-16 患者 B に実施した介入の詳細

課題別介入	介入の詳細
P1 精神活動活性化	①10時に新聞で気になったところを話してもらう ②会話をする 昨日あったこと、自身の困っていることなど
P2 生活リズム作り	①6時起床 トイレ(介助または練習) 7時更衣練習 食事 薬 8時洗面練習 9時日課予定確認 10時新聞内容での会話 11時車いす駆動病棟10周(歩行可になったら1周) 11時30分トイレ動作練習 12時昼食・内服 13時休憩・テレビ 15時トイレ練習筋トレ30分 16時入浴介助(火・木) 17時明日の予定確認 18時夕食・薬 19時更衣練習 20時トイレ練習 21時消灯
P4 洗面	①鏡を用いて左顔を確認させる
P5 食事動作	①鏡を見て左側の食事が残っていないか確認させる
P6 排泄動作	①トイレの車いすを止める位置をテープで示す ②左足がフットレストから降りているか確認させる ③左のブレーキを変えているか確認させる ④左側のズボンの上げ下げを確認させる
P7 移乗・移動動作	①車いすからトイレ・ベッドに移乗する際に左足を確認させる
P8 更衣	①左側の袖、左側のズボンを確認させる
P9 入浴	①左側に置いた風呂用具を忘れていないか確認させる ②左側の身体の洗い・流しを忘れていないか確認させる
P10 歩行・階段	①左側の障害物がないか確認させる
P13 内服自己管理	①一日分の内服ケースに入った薬を飲んだ時には、メモリーノートに記載する ②看護師の見守りで、次の日の内服1日分を日にちを書いて配薬ケースにセットする

表 4-17 患者 B の課題別介入の状況

課題別介入	1週	2週	3週	4週	5週	6週	7週	8週	9週	10週
P1 精神活動活性化 ① ②				終了						
P2 生活リズム作り ①					終了					
P4 洗面 ①				終了						
P5 食事動作 ①				終了						
P6 排泄動作 ① ② ③ ④					終了					
P7 移乗・移動動作 ①				終了						
P8 更衣 ①							終了			
P9 入浴 ① ②								退院のため終了	自宅では介入継続	
P10 歩行・階段 ①								退院のため終了	自宅では介入継続	
P13 内服自己管理 ① ②								退院のため終了	自宅では介入継続	

表 4-18 患者 B の生活上の課題・目標・結果

課題目標	課題別介入	結果
1. 促されて日課をこなすことができる 2. 日中の活動量が増える	P1 精神活動活性化	活動量が増えた
2. ベッドにいる時間が短い	P2 生活リズム作り	ベッドにいる時間は少なくなった
1. 洗面動作が獲得する	P4 洗面動作	自立
2. 食事動作	P5 食事動作	自立
3. 排泄動作が獲得する	P6 排泄動作	自立
4. 移乗動作	P7 移乗・移動動作	自立
5. 車椅子移動動作が獲得する		自立
6. 更衣が獲得する	P8 更衣	自立
7. 入浴が獲得する	P9 入浴	見守り
8. 歩行が獲得する	P10 歩行・階段	見守り
9. 階段が獲得する		見守り
3. 1日分の内服管理ができる	P13内服自己管理	見守り

患者 C

患者 C は、高次脳機能障害は、「高次脳機能障害よりおこる生活上の問題抽出アセスメントツール」を用い、注意障害 2/9、見当識障害 3/3、4/7、発動性障害 4/4 であった。

患者 C は身体では、麻痺はないが、尿失禁があり、排尿機能、尿検査に異常がないため、認知的な問題から起こる機能性尿失禁と考えられ、プログラムの対象となった。発動性の障害があるために、ADL が遂行できないと判断し、そのため、課題別介入は第 1 段階と第 3 段階を実施した。プログラムは、下記に示した 14 つの課題に対して 6 つの課題別介入を行った。

P1 精神活動活性化、P2 生活リズム作り、P3 見当識練習、P4 排泄動作を 1 週目から同時に平行して実施した。スケジュールに沿って看護師に促されて日課をこなすことは 3 週目には日課は完全にこなせるようになったが、促しは必要であり介入は継続した。8 回の水分をとる時間を設け、一日の飲水量は 1000ml を保ち、脱水はなかった。

排尿誘導は一日 6 回行われ、昼夜とも失禁はなかった。土日の外出では、家族が排泄誘導を忘れてしまい尿失禁があった。よって排尿に関して P1 精神活動活性化、P2 生活リズム作り、P3 見当識練習、P4 排泄動作を同時に行い、P2 のスケジュールで定時的な排泄誘導は尿失禁を改善することができたと考えられる。しかし、自ら予防的に尿失禁しないようにという予防的行動ができないため、促しは常に必要であり、継続した。

見当識障害があったが、日々のスケジュールを記載することを始めると見当識障害による混乱はなかった。何事にも促しによって動作はできた。そのため、部屋の掃除、物品の片づけ、衣類の片づけ、ごみの分別はメモリーノートに手順を書き、実行するが、20 分位すると椅子に座ったままになっていることが多く、再度促すことが必要であった。作業工程は 20 分以内にできることを計画して、長時間の作業は行わないことにした。一日分の配薬はできたが、飲み忘れが度々あり、内服確認が必要であった。内服動作はできるが、メモリーノートを自ら確認することはなかった。よって促しが退院まで継続した。

(表 4-19, 4-20, 4-21)

表 4-19 患者 C に実施した介入の詳細

課題別介入	介入の詳細
P1 精神活動活性化	①午前午後1時間テーマを選んで話をする ②水分を一日1000ml以上飲みメモリーノートに記録させる
P2 生活リズム作り	①6時起床 トイレ(促し・動作見守り) 7時更衣練習 食事 お茶300ml 薬 8時病棟歩行10周 カードを使い歩く 9時日課予定確認してメモリーノートを書く部屋の片づけ 洗濯。ゴミ弁別してゴミ出し、掃除機捨て 11時新聞内容での会話お茶200ml 11時 病棟歩行10周(歩行可になったら1周) 11時30分トイレ促し・見守り 12時昼食・内服 お茶2杯400ml メモリーノートの確認、13時休憩・テレビ 15時トイレ練習筋トレ30分 お茶300ml。16時入浴介助(火・木) 17時明日の予定確認 18時夕食・薬 お茶100ml 19時更衣練習 20時トイレ促し・見守り練習 21時消灯 3時トイレ促し・見守り
P3 見当識練習	①カレンダー・メモリーノートを用いて日時、場所、受け持ち看護師について9時と17時に確認させる
P5 排泄動作	②排泄誘導時に時間を確認させ、排泄したらメモリーノートに記載させる
P11 自室の管理	①看護師と共にごみの弁別・掃除・衣類の整・洗濯の順番をメモリーノートに書く、終了後に線を引き終了と書かせる
P13 内服自己管理	①看護師の見守りで、次の日の内服1日分を配薬ケースにセットし、内服後メモリーノートに記載する

表 4-20 患者 C の課題別介入の状況

課題別介入	1週	2週	3週	4週	5週	6週	7週	8週	9週	10週
P1 精神活動活性化 ① ②										退院のため終了 自宅では介入継続
P2 生活リズム作り ①										退院のため終了 自宅では介入継続
P3 見当識練習 ①										退院のため終了 自宅では介入継続
P5 排泄動作 ①										退院のため終了 自宅では介入継続
P11 自室の管理 ①										退院のため終了 自宅では介入継続
P13 内服自己管理 ①										退院のため終了 自宅では介入継続

表 4-21 患者 C の生活上の課題・目標・結果

生活上の課題	課題目標	結果
1. 自主的な行動を起こせない	1. 促されて日課をこなすことができる	1. 代償手段を活用し促して日課をこなすことができる(継続要)
2. ポーっとしている	2. 日中の活動量が増える	2. 介入で活動量は増加したが、(継続要)
3. 促さないと水を飲まない	3. 脱水がない	3. 脱水はない(継続要)
4. 見当識の混乱がある	4. 代償手段(カレンダー、写真)を使い混乱がない	4. カレンダー、メモリーノートで生活の混乱はない
5. 促さないと便尿失禁がある	5. 便尿失禁がない	5. 排泄はメモリーノートと促しがあれば失禁しない。(継続要)
1. 自室の物のかたづけができない	1. 掃除・衣類の整理・物を配置場所に片付けられる	1. メモリーノートを活用し片付けができる、(継続要)
2. ごみの弁別/ごみだしができない	2. ごみを弁別して捨てられる	2. カレンダーで確認し、ゴミ出しできる
3. 自室の掃除ができない	3. 自室の掃除ができる	3. 掃除の手順を書くこと行えるが、20分以上は休むと止まってしまう(継続要)
4. 衣類の整理ができない	4. 衣類の整理ができる	4. 衣類整理箱に名称を書くことで整理できる
5. 洗濯ができない	5. 洗濯ができる	5. 洗濯の操作では順番とスイッチの図を書いたカードを使用(継続要)
6. 1日分の内服管理ができない	6. 一日分の内服管理ができる	6. 服み忘れることが度々ある。一日の内服管理はできない(継続)

5-4 考察

5-4-1 実施した患者3名の高次脳機能障害ケアプログラムによる効果

患者A

患者Aは、身体機能には問題がなかった。高次脳機能障害は、《高次脳機能障害よりおこる生活上の問題抽出アセスメントツール》を用い、注意障害8項目中2か所（以下2/8と略す）、発動性障害1/3、記憶障害項目9/9の全項目、見当識障害項目3/3の全項目、遂行機能障害7/7全項目を抽出したことより、軽度の注意障害と記憶障害、見当識障害、遂行機能障害の5つの高次脳機能障害が複合していることが判明した。これらの複合した障害によって、生活上の12の課題があり、10の目標を設定し6つの課題別介入を実施した。入院当初、患者Aは、ぼんやりしており、自主的な行動がとれていない、見当識障害で混乱していた。そのために、活動性を上げることが重要と考えられ、P1精神活性化、P2の生活リズム作り、早期にP8自己生活管理を同時に実施した。その後は少しの促しで日課をこなせており、代償手段のメモリーノート促すことで、失見当識による混乱はなくなった。よって、1精神活性化、P2の生活リズム作り、早期にP8自己生活管理を並行し同時に行ったことは効果があったと考えられる。

P13自己スケジュール管理では、自室の掃除、衣類の整理、ごみの分別ができ、1週間分の内服管理ができた。しかし、日課とメモリーノート自体を使用するための促しが必要で継続した。遂行機能障害はあるものの、代償手段として行っているメモリーノートに、予定する行動の順番を示し、実行した場合、斜線を引き、日常生活行動が行えるようになった。

用いた課題別介入のストラテジーである「終了した日課項目に斜線を引く」は、患者が実施した時に視覚的に終了を認識する方法であり、Kaschel Rら（2002）の視覚的イメージ法と同様の内容であり、視覚的なストラテジー効果があったと考えられる。また、メモリーノートの使用はWilson BAら（2001）の外的な代償手段の使用を含む記憶のストラテジー訓練では強く推奨されており、同様の方法にて記憶の補償ができたと考えられる。

患者Aは、軽度の注意障害や記憶障害や遂行機能障害の後遺障害自体は依然としてある。入院当初は覚醒しているが、十分な活動性もないことで、課題別介入P1、P2、P8を同時に行ったことは、精神の活性化を図り、生活リズムを作りながら、日常生活の自己管理練習を行うことが、活動性をあげるという相乗効果を示したとも考えられる。また、課題別介入の中にある視覚的ストラテジー、記憶ストラテジーを用いることにより、日常の課題を達成できたと考えられる。

患者B

患者Bは、身体機能は左麻痺があったが、麻痺側の痛みがなくプログラムに参加できた。高次脳機能障害は、《高次脳機能障害よりおこる生活上の問題抽出アセスメントツール》を用い、注意障害3/8、失認4/7、発動性障害2/4を抽出したことより、軽度の注意障害と失認の内容から半側身体失認、半側無視であり、軽度の発動性障害の3つの高次脳機能障害が複合していることが判明した。これらの複合した障害によって、生活上の13の課題があり、13の目標を設定し、10の課題別介入を実施した。

入院当初、Bは覚醒しているが、ぼんやりしており、P1の精神活動活性化では、車いすの

ために、座位でできる範囲の精神活動の活性化の内容とした。精神活動の活性化は新聞の記事や困りごとなどの会話を中心として行った。P2 の生活リズム作りでは、軽度な左片麻痺であり、歩行レベルにもっていくために、健足を十分に鍛えておく必要があった。そのため、日課の中に健足での車いす駆動や下半身の筋肉トレーニングを組み込んだ。

その結果、会話量も増え、日常生活練習が行え、洗面動作・食事動作・移乗・車いすでの移動動作は4週目、排泄動作は5週目で自立した。これらの結果から、Bにとって、P1、P2は次の動作練習 P4～P10 において覚醒度を高め、持久力をつけることにつながったと考えられる。

患者は左半側無視があるために、動作練習の際には、通常の麻痺のある人への介入よりも左側を忘れないように指導した。その結果、排泄動作、更衣動作は自立したが、理学療法訓練にて歩行ができるようになっても、病棟では、左側の身体が無視があり、左側の壁と左にいる人にぶつかり転倒が2回あったために、歩行は見守りが外せない状態であった。P13の内服自己管理では翌日の一日分の薬はセットできるが、食事の際に、持参した薬が左側にあると服用の忘れが度々あり、看護師の促しで左を向き、探させると内服薬を探ことができ、内服することはできた。1週間分の薬の管理まではいかなかった。用いた課題別介入のストラテジーである「鏡をみて」更衣をし、間違っている自身の更衣状況を確認させる方法は、Thieme H ら(2013)のミラーセラピーにより半側空間失認が改善されたという報告と同様の結果があったと考えられる

「内服薬を探すのに、左に向かせ、探させる」、「廊下での歩行中に左を向かせる」は半側空間無視に対して動作訓練中に視覚的手がかり与える kalra L(1997)のストラテジーが同様であった。効果としては、左にぶつかることがあり、その方法を患者は未だ習得できないために、今後自宅に帰っても行う必要があり、家族指導が必要になると考えられる。今後も、半側空間失認に対するストラテジーを取り入れた介入内容を増やしていくことが必要と考えられた。

患者 C

患者 C の高次脳機能障害は、《高次脳機能障害よりおこる生活上の問題抽出アセスメントツール》を用い、患者 C は、注意障害 2/9、見当識障害 3/3、4/7、発動性障害 4/4 であった。主に発動性障害があるために、日常生活行動が遂行されず、尿失禁をきたし、自ら水分を取らないことで脱水をきたした患者である。

P1 精神活動活性化、P2 生活リズム作り、P3 見当識練習、P4 排泄動作を1週目から同時に平行して実施した。スケジュールに沿って看護師に促されて日課をこなすことは3週目にはいって日課は完全にこなせるようになったが、促しは必要であり介入は継続した。8回の水分をとる時間を設け、一日の飲水量は1000mlを保ち、脱水はなかった。

排尿誘導は一日6回行われ、昼夜とも失禁はなかった。土日の外出では、家族が排尿誘導を忘れてしまい尿失禁があった。よって排尿に関してP1精神活動活性化、P2生活リズム作り、P3見当識練習、P4排泄動作を同時に行い、P2のスケジュールで定時的な排尿誘導をすることで尿失禁を改善することができたと考えられる。このことは、石田(2005)の「行動の開

始が困難な場合は日課を相互に関連のある一連のスケジュールとして気見込み、スケジュール帳を持たせる」とあり、本介入と同様のストラテジーと考えられる。

Cは、見当識障害があったが、日々のスケジュールを記載することを始めると見当識障害による混乱はなかった。何事にも促しによって動作はできた。そのため、部屋の掃除、物品の片づけ、衣類の片づけ、ごみの分別はメモリーノートに手順を書き、実行するが、20分位すると椅子に座ったままであることが多く、再度促すことが必要であった。作業工程は20分以内にできることを計画して、長時間の作業は行わないことにした。一日分の配薬はできたが、飲み忘れが度々あり、内服確認が必要であった。内服動作はできるが、メモリーノートを自ら確認することはなかった。よって、主に発動性の障害がある場合、P1で精神活動活性化を図り、メモリーノートなどの記憶補償手段を用い、日常生活活動を行動レベルまで組み入れたスケジュールを用いることは、患者に促しが必要であろうとも行動が起こせ、自己の日常の課題が遂行できることを確認することができた。今後は発動性障害のために動作の開始に向けてセンサーやベルなどの音刺激などを取り入れた介入方法を入れるなど、プログラムの充実を図る必要があったと考えられる。

5-4-2 今後の課題

①患者Bの実践から、半側空間失認に対するストラテジーを取り入れた介入内容を増やしていくことが必要と考えられる。

②患者Cの実践から、今後は発動性障害のために動作の開始に向けてセンサーやベルなどの音刺激などを取り入れた介入方法を入れる必要が考えられる。

以上より、課題介入の内容に半側空間無視、発動性障害の内容を充実する必要があると考えられた。

第6節 高次脳機能障害ケアプログラムの評価

6-1 目的

高次脳機能障害ケアプログラムの評価についてケアプログラムを実践した看護師を対象に質問紙により調査を実施し、ケアプログラムの構造である高次脳機能障害者の4つのアセスメントツールと各高次脳機能障害をもつ人への基本的な関り方、課題別介入の計6つの項目について質的評価と実践結果よりプロセス評価を通じ、本ケアプログラムの課題を抽出する。

6-2 方法

6-2-1 対象

対象は対象患者3名にケアプログラムを実施した看護師17名とした。なお看護師はプログラム実施に伴う事前研修会「高次脳機能障害の理解」、「高次脳機能障害ケアプログラムオリエンテーション」が終了した施設で研修に参加した看護師とした。17名の看護師の看護経験年数は7.8年(±6.8年)、高次脳機能障害者の看護歴5.1年(±5.9年)であった。

6-2-2 評価調査表

評価調査表は高次脳機能障害ケアプログラムの評価と、高次脳機能障害ケアプログラムの実施状況に関する評価で構成した。

高次脳機能障害ケアプログラムの評価は、「高次脳機能障害者の身体アセスメント表」、「高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表」、「高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャート」、「日常生活の課題・課題目標・課題介入チャート」の4つのアセスメントツールと「各高次脳機能障害をもつ人への基本的な関り方」、「課題別介入」の2つの項目を加えた計6つの項目について評価してもらった。

評価の方法は、①有用である、②無用である、③理にかなっている、④理にかなっていない、⑤革新的である、⑥普通である、⑦頼りになる、⑧頼りにならない、⑨混乱した、⑩混乱はなかった、の10の評価とした。回答は該当するに「はい」、該当しないに「いいえ」に丸をつけてもらった。

実施状況の評価は「高次脳機能障害者の身体アセスメント表」、「高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表」、「高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャート」、「日常生活の課題・課題目標・課題介入チャート」の4つのアセスメントツールと「各高次脳機能障害をもつ人への基本的な関り方」、「課題別介入」の2項目の計6つのアセスメントツール・項目別に実施状況を、5段階で評価してもらった。その他としてプログラムに参加して感じたことを自由に回答してもらった。

評価調査表はケアプログラム実施後、1週間以内に記入し、留め置きにて回収した。

6-2-3 分析

自由回答は内容を読み取り質的に解釈した。

6-2-4 倫理的配慮

実施した看護師には、調査の説明を口頭および文書で行った。実施後の質問紙調査について質問紙が入った封筒に不利益を被らないこと、途中撤回の可能、匿名化について記載した文書を同封した。研究への承諾は質問紙の回答を得たことで承諾とみなした。

6-3 結果

6-3-1 看護師によるケアプログラムの評価

1. 「高次脳機能障害者の身体アセスメント表」

看護師の回答では、回答の多い順から、有用である 17 名、理にかなっている 17 名、混乱はなかった 15 名、革新的である 14 名、頼りになる 13 名、頼りにならない 2 名、普通 2 名、混乱した 2 名であった。不要である、理にかなっていないはゼロであった。

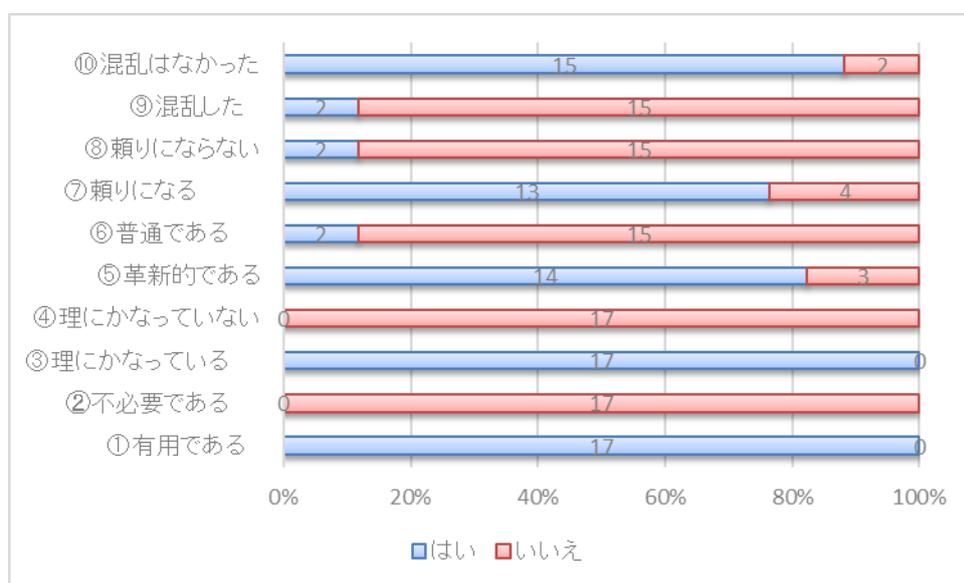


図 4-8 高次脳機能障害者の身体アセスメント表の評価 (n=17)

2. 「高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表」

看護師の回答では、回答の多い順から、有用である 17 名、頼りになる 17 名、理にかなっている 17 名、革新的である 16 名、混乱はなかった 15 名、混乱した 2 名であった。不要である、理にかなっていない、頼りにならないはゼロであった。

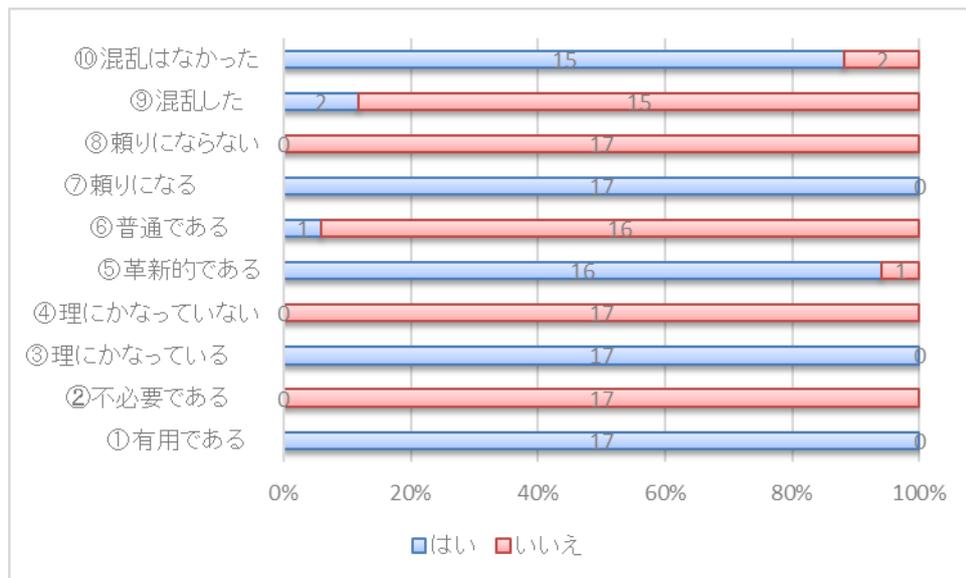


図 4-9 高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表の評価 (n=17)

3. 「高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャート」

看護師の回答では、回答の多い順から、有用である 17 名、理にかなっている 17 名、革新的である 17、頼りになる 17 名、混乱はなかった 15 名、混乱した 2 名であった。不要である、理にかなっていない、頼りにならない、普通はゼロであった。

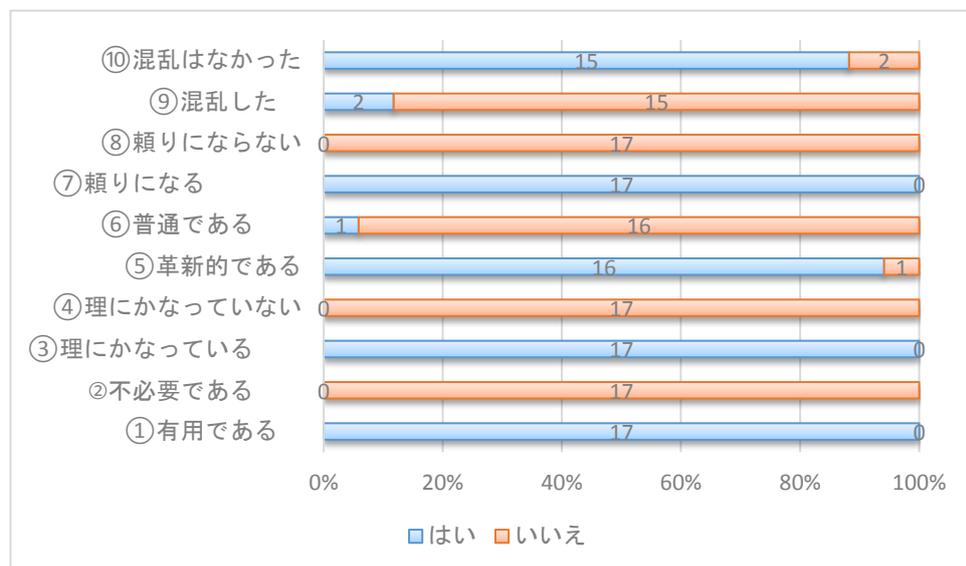


図 4-10 高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートの評価 (n=17)

4. 「日常生活の課題・課題目標・課題介入チャート」

看護師の回答では、回答の多い順から、有用である 17 名、頼りになる 17 名、革新的である 14 名、理にかなっている 14 名、混乱はなかった 9 名、混乱した 8 名、あった。理にかなっていない 3 名、不要である、普通、頼りにならないはゼロであった。

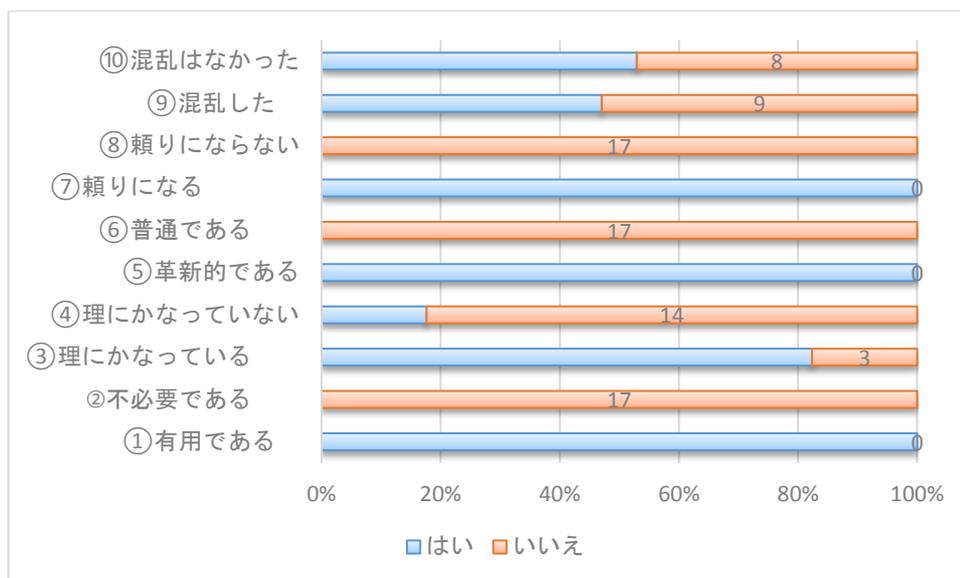


図 4-11 日常生活の課題・課題目標・課題介入チャートの評価(n=17)

5. 「高次脳機能障害をもつ人への基本的な関り方」

看護師の回答では、回答の多い順から、有用である 17 名、革新的である 17 名、頼りになる 17 名、理にかなっている 14 名、混乱はなかった 12、混乱した 5 名、理にかなっていない 3 名、不要である、頼りにならない、普通はゼロであった。

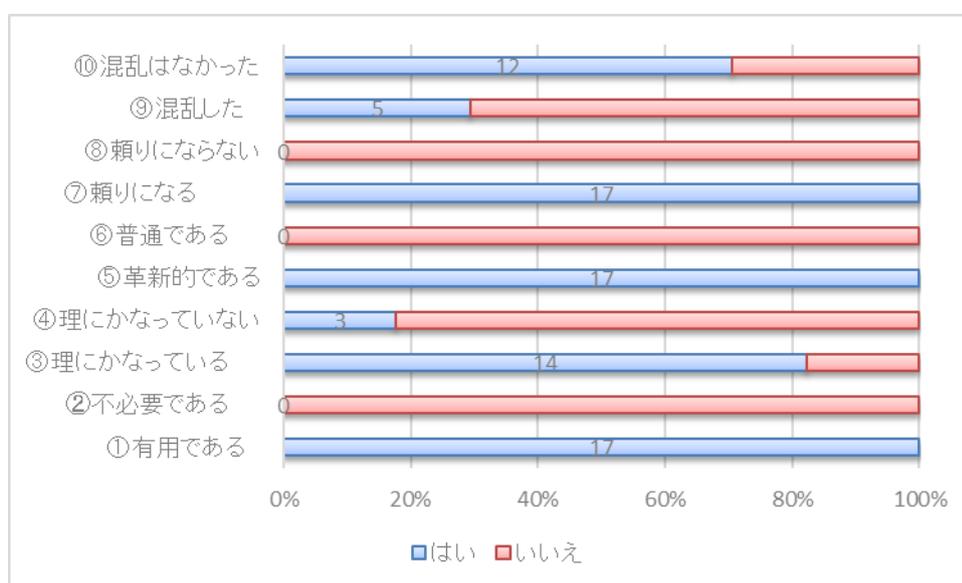


図 4-12 高次脳機能障害をもつ人への基本的な関り方の評価(n=17)

6. 「課題別介入」

看護師の回答では、回答の多い順から、有用である 17 名、革新的である 17 名、理にかなっている 15 名、頼りになる 15 名、混乱はなかった 11 名、混乱した 6 名、理にかなっ

ていない2名であった。不要である、頼りにならない、普通はゼロであった。

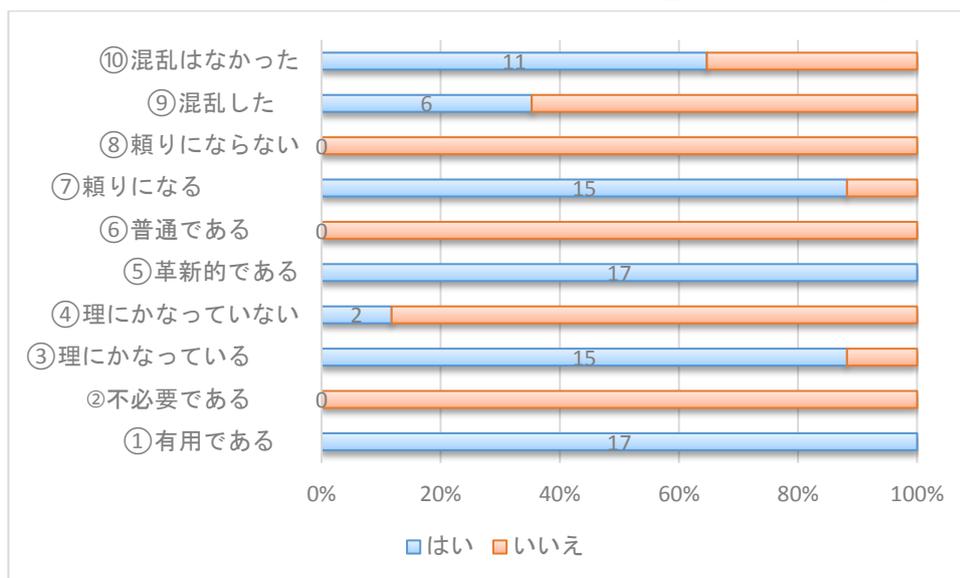


図 4-13 課題別介入の評価(n=17)

6-3-2 看護師による実施状況の評価

実施状況について、「よくアセスメントできた」5、「アセスメントできた」4、「普通」3、「ややアセスメントとできなかった」2、「アセスメントできなかった」1とした5段階のリカート式質問とその他として自由に回答してもらった。

1. 高次脳機能障害者の身体アセスメント表の実施状況

高次脳機能障害者の身体アセスメント表の平均値は 4.2 であった。自由意見としては 17 人中 6 人の回答が得られた。その意見を表 4-22 に示した。

表 4-22 高次脳機能障害者の身体アセスメント表に関する自由意見 (n=6)

・「全データがないときは他覚症状のみになるのでそれでよいのかと思う」
・「VF していないので、水飲みテストもしていない困難じゃあいけないと思った」
・「VF していないからどう評価してよいかわからなかった」
・「異常がないと脳波とらないが、検査データがないときはどうするのか」
・「データ全部がないとだめかなと思った」
・「検査データがないときにはどうするのか」

2. 高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表の実施状況

高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表の平均値は 4.7 であった。自由意見としては 17 人中 12 人が回答した。表 4-23 にそれらの回答を示した。

表 4-23 高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表に関する自由意見 (n=12)

<ul style="list-style-type: none"> ・「わかりやすい」 ・「これならできる」 ・「簡単で良い」 ・「簡単で今までのモアっとしていたことが晴れた感じ」 ・「よくみていないとだめだ」 ・「こんなにたくさん判断するのかと思うと困る」 ・「よく観察しておかないと、なしになってしまう」 ・「こちらから意図的にかかわらないと判断できないと思った」 ・「良く生活の中で誘導してみないと分からないからベースライン三日ではむりかな」 ・「3日間のうちに、判断できなかった」 ・「こちらからちゃんと見ないといけないことがわかった」 ・「生活をよくみていないとありにならないから怖い」

3. 高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートの実施状況

高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートの平均値は 4.5 であった。自由意見としては 17 人中 6 名が回答した。(表 4-24)

表 4-24 高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートに関する意見 (n=6)

<ul style="list-style-type: none"> ・「はっきりわかる」 ・「わかる、理解しやすい」 ・「慣れれば大丈夫」 ・「前のチャートができれば簡単でした」 ・「前のができないとだめだと思った」 ・「よくわかる」
--

4. 日常生活の課題・課題目標・課題介入チャートの実施状況

日常生活の課題・課題目標・課題介入チャートの平均値は 4.1 であった。自由意見としては 17 名中 5 名の回答と少なく、目標の言葉に対する違和感についての意見と目標の例題に対する期待、今までの看護と比較した解答であった。(表 4-25)

表 4-25 日常生活の課題・課題目標・課題介入チャートの自由意見 (n=5)

<ul style="list-style-type: none"> ・「目標の言葉がなじめない」 ・「ぴったりとした目標になっていないかもしれない」 ・「例がないときどうしたらよいか迷った」 ・「例がないと分からない」 ・「今まで高すぎる目標を立てていたんだと反省した」

5. 各高次脳機能障害をもつ人への基本的な関り方の実施状況

「よく実施できた」5、「実施できた」4、「普通」3、「あまり実施できなかった」2、「実施できなかった」1とした5段階のリカート式質問とその他として自由に回答してもらった。各高次脳機能障害をもつ人への基本的な関り方の実施状況の平均値は、4.2であった。自由意見としては17名中10名が回答した。(表4-26)

表4-26 各高次脳機能障害をもつ人への基本的な関り方に関する自由意見(n=10)

- ・「これを見ないとできなかった」3名
- ・「あーどうやるんだったかなというときに助かった」
- ・「教科書かバイブルみたいなもので、よくみてやった」
- ・「カンファレンスで患者の接し方がどうだったかを見る時に必要と思った」
- ・「いざというときにできなくて、再度見て行ったがうまくいったか分からない」
- ・「実施はしたが上手くいかなかったときもあった」
- ・「上手くいった時と、駄目だった時もあり、自分の接し方かなと思った」
- ・「見てすぐには実施できなかった、もっと練習が必要だ」

6. 課題別介入の実施状況

「よく実施できた」5、「実施できた」4、「普通」3、「あまり実施できなかった」2、「実施できなかった」1とした5段階のリカート式質問とその他として自由に回答してもらった。課題介入の実施状況は4.1であった。自由意見としては17名中10名の回答と多く、具体的な内容は以下であった。(表4-27)

表4-27 課題別介入に関する自由意見(n=10)

- ・デモでもやっているから、実施できました、うれしい。
- ・「カンファレンスで共有してからやったので統一できたと思う」
- ・「実際の患者の方がやり易かった」
- ・「難しい、うまくやれなかったのは自分があればこれも患者に言って駄目だった」
- ・「以外に簡単にやれるんだと思った」
- ・「難しいと思った。うまくいかなかった、自分は練習が必要かと思った」
- ・「上手くやれている人のを真似てやった」
- ・「難しいの一言だ」
- ・「実際に患者さんが困っているからやらないとだめだと思うが上手にできなかった」
- ・「練習不足でした」

7. その他：プログラムに参加しての感想

看護師 17 名全員が回答した。(表 4-28)

表 4-28 ケアプログラムに参加しての感想 (n=17)

- ・「これまで、我流でやってきたが、根拠のある方法で行えたことは良かった」
- ・「介入の根拠となることが、アセスメントツールを使うことで明確になった」
- ・「家族指導にこれから大変役に立つと思った」
- ・「家族とも図に示すことで、共有できると思った」
- ・「今まで、家族に指導ができなかったが、こうやると上手くいきますという感じで教えられます」
- ・「これまで、経験だけでやってきたことで、今回の方法でやってみて系統的に次はどれって感じで分かり易かった」
- ・「今更ながら、障害が治るわけではなく、この方法を行うと生活できることが分かった」
- ・「何度も同じことをするのは大変で、統一したケアって大変だと思った」
- ・「看護師が思い付きでやっていたはいけないことはわかってはいたけれど、策がないから仕方がなかった
- ・「丁寧に介入することで成功することを改めて感じた」
- ・「これまで、成果が何かわからなかったが、介入で足りないと思い、具体的に共有できる行動の言葉にしていく作業は大変だった自分たちでやらなければならないと思った」
- ・「はじめは、書いてある通りにやるとばかりに気になっていて、間違ったらどうしようかと思ったら、自分たちで介入する内容を作っていけるんだと思った
- ・「このプログラムのシステムだと、どこで、何が間違ったのかを確認できると思った」
- ・「はじめは緊張した。慣れれば早くできると思った」
- ・「よく観察しないといけないことだが、アセスメントツールをみて、あ、この点はどうだったかなと、カンファレンスで共有できたことが良かったと思う」

6-4 考察

プログラムの評価は、プログラムの実施中に行う形成的評価ではなく、プログラムを終了してから行う総括的評価とした。検討する上で、第 1 節の対象の患者 3 名に対してプログラムを実施した状況と看護師に実施した質問紙の結果より、本プログラムの 4 つのアセスメントツールの使用後の実施評価と《高次脳機能障害者の基本的な関り方》、《課題別介入》について考察する。

また、プログラムの評価として安田と渡辺（2011）らのプログラム評価をもとにして本プログラムを①対象の決定はされたか、②対象の障害を確認できているか、③目標は設定されたか、④対象者に必要な介入は決定されたか、⑤対象者に対する適切な対応ができたか、⑥目標にあった介入ができたか、⑦介入の評価はどのように行われたか、⑧実施側の問題はないか、の 8 つの視点から看護師によるケアプログラムの評価について考察する。

6-4-1 高次脳機能障害者の身体アセスメント表について

看護師の回答では、回答の多い順から、有用である 17 名、理にかなっている 17 名、混

乱はなかった15名、革新的である14名、頼りになる13名、普通2名、混乱した2名であった。不要である、理にかなってないはゼロであった。

これらから、概ね高次脳機能障害者の身体アセスメントについては質的に問題が少なかったと考えられる。

実施状況では、看護師の質問紙の結果より、高次脳機能障害者の身体アセスメント表の使用状況について「よくアセスメントできた」5、「アセスメントできた」4、「普通」3、「ややアセスメントできた」2、「アセスメントできなかった」1の5段階のリカート法で平均値は4.2であり、概ねアセスメントできたと考えられる。

プログラムは評価の視点①「対象の決定はされたか」の問いに関して、高次脳機能障害者の身体アセスメント表において身体状況のアセスメントを行うことで、治療領域か、またはプログラム対象となり得るのかを決定することができ、3名の患者はこのツールにより本プログラムの対象と決定された。従って、高次脳機能障害者の身体アセスメント表は、本プログラムのアセスメントツールとして有効であると考えられる。

自由意見としては17名中6名の回答があり、客観的データとしての検査データについて実施していない場合はどうするのかという意見があった。また、「VF（嚙下造影）していないからどう評価してよいかわからなかった」などVF（嚙下造影）に関する意見が3件あった。その他に「異常がないと脳波はとらないが、検査データがないときはどうするのか」など、臨床データがない場合のアセスメントに対する意見があった。本プログラムの「高次脳機能障害者の身体のアセスメント」は、自覚症状と他覚的症候をアセスメントできれば、十分に評価はできるが、検査データがあれば尚アセスメントの補助となるので、さらに、充実したアセスメントができることになる。しかし、病院では検査データ中心になり、患者から発信されている病気から起こる症状や兆候サインを見落としがちである。看護も同様であり、本来、看護師が行わなければならない身体機能のアセスメントでは、第一に客観的観察、次にフィジカルアセスメント、イグザミネーションであるが、行われていないのも事実である。よって「検査データがない」はイコール「判断できない」となってしまうと考えられる。身体のアセスメントであるので、看護師は上記に述べた客観的観察、次にフィジカルアセスメント、イグザミネーションを行えば評価できる。

質問の多かった嚙下機能に関して自覚症状の他に他覚的症候・検査データとして4つの項目を示し、いずれかに問題がある場合は治療優先としていたが、十分にその点が理解していなかったと考えられた。よって、高次脳機能障害者の身体アセスメント表において、看護師が本来行う客観的観察、次にフィジカルアセスメント、イグザミネーションについての記載を加えていくことにする。患者に無駄な検査は不要であり、本来の専門領域で行うことができるアセスメント機能を十分に反映させたアセスメントツールにしていくことが重要と考えられた。

6-4-2 高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表について

看護師の回答では、回答の多い順から、有用である17名、頼りになる17名、理にかなっている17名、革新的である16名、混乱はなかった15名、混乱した2名であった。不要である、理にかなっていない、頼りにならないはゼロであった。

これらから、概ね高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表については質的に問題が少なかったと考えられる。

実施状況では、看護師の質問紙の結果より、高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表実施では平均値は4.7と高い評価得られたと考えられる。

プログラムは評価の視点②「対象の障害を確認できているか」の問いに関して、3名の患者の障害は、高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表を用いることより、アセスメント項目の「あり」に丸を付けることによって容易に障害を抽出することができていた。従って、高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表は、本プログラムのアセスメントツールとして有効であると同時に対象の障害を抽出できるツールであったことが評価できる。

さらに、自由意見としては17名中12名の回答が以下であった。

①分かりやすいという表現が4名で「わかりやすい」、「これならできる」「簡単で良い」、「簡単で今までのモアっとしていたことが晴れた感じ」であった。

②アセスメントの本質であるよく観察する必要があるという表現では、8名で「よくみていないとだめだ」、「こんなにたくさん判断するのかと思うと困る」、「よく観察しておかないと、なしになってしまう」、「こちらから意図的にかかわらないと判断できないと思った」、「良く生活の中で誘導してみないと分からないからベースライン三日ではむりかな」、「3日間のうちに、判断できなかった」、「こちらからちゃんと見ないといけないことがわかった」、「生活をよくみていないとありにならないから怖い」であった。

自由意見の中で注目すべきところは、ベースラインを3日間にして患者の課題が抽出できるかという疑問であった。研究者がベースラインを3日としたのは入院期間の短縮があり、勤務が2交代制のため、昼夜を通して看護師の観察ができるためカンファレンスで共有できるものと考えていた。しかし、高次脳機能障害のある患者は見えにくい障害であるので、こちらから働きかけてその行動を観ることで、はじめて障害によって起こる生活の困難さを知ることができる。この働きかけて障害の実態見ることが大変重要になっている。自然と見えるわけではないこと、意図的に観るということを、このアセスメントツールを使う前に明記しておくことが必要と考えられた。

今後も入院期間が短縮されていく方向にあり、3日間で高次脳機能障害より起こる生活上の課題抽出するためには、患者とのケアを通じて観察するポイントを押さえて意図的に、関わる必要があると考えられた。

見えにくい高次脳機能障害者の課題抽出をベースライン3日間で行う場合、意図的に介入し、患者とのケアを通じてアセスメント項目を意識してみるために、実際の患者さんのADLをビデオに撮ってカンファレンスで評価する必要があった。

6-4-3 高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートについて

看護師の回答では、回答の多い順から、有用である17名、理にかなっている17名、革新的である17、頼りになる17名、混乱はなかった15名、混乱した2名であった。不要である、理にかなっていない、頼りにならない、普通はゼロであった。

これらから、概ね高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートについては質的に問題

が少なかったと考えられる。

実施状況では、看護師の質問紙の結果より、高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートの平均値は 4.5 で高かった。自由回答では 17 人中 6 名の回答と少なく、「はっきりわかる」、「わかる、理解しやすい」、「慣れれば大丈夫」、「前のチャートができれば簡単でした」とあるように、簡単であるという意見が主であった。このアセスメントツールを用いる前に、高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表で障害像が判断できる。さらに、障害による生活困難状況に対応する介入の頻度のより 3 段階でインプットすることにより、複合した障害が視覚的に判断できるようになっている。前述したが、このアセスメントツールは前に行う高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表ができることが前提になるため、患者の生活の課題を抽出できたことで、図表チャートに進めたと考えられる。

プログラムは評価の視点②「対象の障害を確認できているか」の問いに関して、3名の患者の障害は、高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表を用いることより障害を確認することができた。さらに、高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートを用いることで、日常生活の中で生じた生活の困難な様子の頻度からチャート付けることで、視覚的に確認することができた。従って、本プログラムのアセスメントツールとして高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートは有効であると同時に、患者像を視覚的に捉えることができるツールであったことが評価できる。

6-4-4 日常生活の課題・課題目標・課題介入チャートについて

看護師の回答では、回答の多い順から、有用である 17 名、頼りになる 17 名、革新的である 14 名、理にかなっている 14 名、混乱はなかった 9 名、混乱した 8 名、あった。理にかなっていない 3 名、不要である、普通、頼りにならないはゼロであった。これらから、日常生活の課題・課題目標・課題介入チャートについては「混乱した」8名 47%あり、質的にやや問題があったと考えられる。

実施状況は、看護師の質問紙の結果より、日常生活の課題・課題目標・課題介入チャートの平均値は 4.1 であった。

プログラムは評価の視点③「目標は設定されたか」、④「対象者に必要な介入は決定されたか」の問いに関して、3名の患者に対して、日常生活の課題・課題目標・課題介入チャートを実施することによって、日常生活の課題と課題目標、課題介入を抽出することができた。従って、日常生活の課題・課題目標・課題介入チャートは、本プログラムのアセスメントツールとして有効であると同時に対象の課題、課題目標、課題介入を抽出できるツールであったと評価できる。

自由意見としては 17 名中 5 名の回答と少なく、目標の言葉に対する違和感についての意見と目標の例題に対する期待、今までの看護と比較した解答であった。

意見として、「目標の言葉がなじめない」、「ぴったりとした目標になっていないかもしれない」、「例がないときどうしたらよいか迷った」、「例がないと分からない」、「今まで高すぎる目標を立てていたんだと反省した」とあり、目標の言的表現に馴染みのないことがうかがえる。このことは、看護師は医療の領域で働いているので、患者の問題は、看護上の問題と

いう捉え方をしている。

医療の領域では、日野原（1978）の問題志向型システム（Problem oriented system：以下POS）を行っており、「患者の問題」または、「治療上の問題」などの言葉を使っている。

したがって患者の日常の課題という言葉に対して馴染みがないと考えられた。また、医療において患者の目標を立てるとき、「〇〇が治癒する」、「〇〇が軽快する」、「〇日にできる」、「ドレーンが〇日に抜去できる」などの表現が主に使われる。看護師は高次脳機能障害者の生活上の課題というよりは、これまでの問題志向型システムの中で患者の病気や症状を看護の問題として捉えていたために、障害を病気同様に看護上の問題として捉えてしまいがちである。すなわち「障害」はイコール「問題」と捉えることになる。

しかし、障害とは治癒しない状態であり、固定した状態にある。故に、障害に対してアプローチをする限り、解決の方向性を見失ってしまうことになる。

したがって、高次脳機能障害者の生活上の課題に対応するためには、医療の問題志向型システムでは解決することはできないと考えられる。

看護師が高次脳機能障害者の障害によって生活の課題があると捉えることで、生活の課題の方に注目できることが、極めて重要なことであるが、短期間では、なかなか修正が難しかったところは否めない。

本プログラムでは、高次脳機能障害より起こる生活上の課題抽出という言葉を使っており、障害はあるが、生活上の課題に対してあらゆる手段を用いて課題解決できるように支援する課題解決型システムである。その為、アセスメントツールのタイトル名にも意識して「日常生活の課題・課題目標・課題介入チャート」として命名した。その理由として、このアセスメントツールを実行することで、問題志向型の領域にいた看護師の思考が、『障害の問題』から『生活の課題』に移行できると予想したからである。

実施状況からみると、評価4.1は、高い方であり、実施できたことが裏付けられた。従って、プログラムを実施していく中で、看護師が『障害の問題』を『生活の課題』として捉え、思考の移行が見られたと考えられ、今後の示唆を得た。

プログラムがうまく運営できるためには、評価の視点⑧「実施側の問題はないか」では、実施側である看護師がプログラムの準備性を整えることと、プログラムの骨子でもある問題の捉え方が十分にできるということにある。

実施する側の看護師の準備教育では、オリエンテーション、ペーパーペイシェントでの演習に看護師全員が参加しており、準備はしたが、上記の問題志向型システムの領域にいた看護師にとって慣れた環境からの脱却は今後の臨床での経験の積み重ねにもよるところが大きいと考えられる。

今後は、多くの高次脳機能障害者の事例を展開していく中で、看護師が『生活の問題』を『生活の課題』として捉えられるように、「プログラムに進め方」において問題志向型から課題解決型へのシフトすることへの重要性について明文化する必要がある。

6-4-5 各高次脳機能障害をもつ人への基本的な関り方について

看護師質的評価の回答では、回答の多い順から、有用である17名、革新的である17名、頼りになる17名、理にかなっている14名、混乱はなかった12、混乱した5名、理にかな

っていない3名、不要である、頼りにならない、普通はゼロであった。

これらから、各高次脳機能障害をもつ人への基本的な関り方については「混乱した」5名29.4%があり、質的にやや問題があったと考えられる。

実施の状況では、看護師の質問紙の結果より、5段階のリカート式質問の結果、各高次脳機能障害をもつ人への基本的な関り方の実施状況の平均値は、4.2であった。自由意見としては17名中10名の回答と多く、「これを見ないとできなかった」など肯定的な意見が5件あるが、「実施はしたが上手くいかなかったときもあった」の上手くいかなかった5件があり、実施平均値4.2から見ると大半は実施したと考えられ、17名のうち5名29.4%は基本的な関り方を行ったが、うまくいかなかったということになる。

評価の視点⑤「対象者に対する適切な対応ができたか」については内容的には未だ不十分であると判断できる。今後は各高次脳機能障害をもつ人への基本的な関り方についてロールモデルを用いて研修を定期的に行うことが必要と考えられた。

6-4-6 課題別介入について

看護師の質的評価の回答では、回答の多い順から、有用である17名、革新的である17名、理にかなっている15名、頼りになる15名、混乱はなかった11名、混乱した6名、理にかなっていない2名であった。不要である、頼りにならない、普通はゼロであった。これらから、各高次脳機能障害をもつ人への基本的な関り方については「混乱した」6名35.2%があり、質的にやや問題があったと考えられる。

実施状況は、看護師の質問紙の結果より、5段階のリカート式質問の結果、課題介入の実施状況は4.1であった。評価の視点⑥「目標にあった介入ができたか」は実施状況4.1であり、概ね実施できていたと考えられる。自由意見としては17名中10名の回答と多く、実際の患者の方がやり易かった」などの上手くいったと表現しているのは、4名であった。「難しかった」と表現しているのは5名であった。また、「カンファレンスで共有してからやったので統一できたと思う」2件あり、目標に合った介入を行うために、カンファレンスを評価以外に行っていたことが伺える。よって、評価の視点⑦「介入の評価はどのように行われたか」は毎週のカンファレンスで行っていたため、評価自体は問題ないと考えられる。介入で「難しかった」ということであるが、経験の不足も考えられ、介入については今後、多くの体験を通じて積み重ねていくことで期待できると考える。今後は、基本的介入と同様に、各課題別介入のロールモデルを用いた研修を定期的に行っていくことが必要と考えられた。

6-4-7 その他の自由意見にみる発展的意見について

その他の自由な意見のところでは、看護師17名の全員が回答した。否定的な意見は1名のみで「何度も同じことをするのは大変だ」であった。他はプログラムでうまくいったことで喜ぶ内容16名であった。なかでも回答で発展した意見に、「家族指導に大変役立つと思った」、「今更ながら、障害が治るわけではなく、この方法を行うと生活できることが分かった」、「・・・自分たちで介入する内容を作っていけるんだと思った」など、これらは、本プログラムを看護師が実施したことで、家族指導も役立てられるというところまで考えが及んだということである。また、「今更ながら、障害が治るわけではなく、この方法を行うと生活

できることが分かった」は、上記でも述べたが、看護師は医学的領域におり、問題志向加型であったが、『障害の問題』に着目することではなく、『生活の課題』に視点を変えたことが裏付けられた。さらに、「・・・自分たちで介入する内容を作っていけるんだと思った」という意見では今後、本プログラムを病院独自に発展させていく可能性が見えてきた。今後、増々重度化する高次脳機能障害者の障害により、看護はその対応を求められる。そのため、看護師らが病院のプログラムを発展させていくことが必要と考えられた。

6-5 今後の課題

6-5-1 高次脳機能障害者の身体アセスメント表について

高次脳機能障害者の身体アセスメント表において、看護師が本来行う客観的観察、次にフィジカルアセスメント、イグザミネーションについての記載を加えていくことにする。患者に無駄な検査は不要であり、本来の専門領域で行うことができるアセスメント機能を十分に反映させたアセスメントツールにしていくことが重要と考えられた。

6-5-2 高次脳機能障害より起こる生活上の問題抽出アセスメント表について

見えにくい高次脳機能障害者の課題抽出をベースライン 3 日間で行う場合、意図的に介入し、患者とのケアを通じてアセスメント項目を意識してみるために、実際の患者さんのADLをビデオに撮ってカンファレンスで評価する必要があった。

6-5-3 高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートについて

本プログラムのアセスメントツールとして高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャートは有効であると同時に、患者像を視覚的に捉えることができるツールであった

6-5-4 日常生活の課題・課題目標・課題介入チャートについて

今後は、多くの高次脳機能障害者の事例を展開していく中で、看護師が『生活の問題』を『生活の課題』として捉えられるように、「プログラムに進め方」において問題志向型から課題解決型へのシフトすることへの重要性について明文化する必要があった。

6-5-5 各高次脳機能障害をもつ人への基本的な関り方について

基本的な関り方については未だ不十分であり、各高次脳機能障害をもつ人への基本的な関り方についてロールモデルを用いて研修などを取り入れる必要があった。

6-5-6 課題別介入

課題別介入は今後の経験で期待できるが、今後は、各課題別介入のロールモデルを用いた研修を定期的に行っていくことが看護師間の共通理解にもつながり必要と考えられた。

結論

第5章 わが国に必要な高次脳機能障害者の生活再構築に対する

ケアプログラム開発

本章は、これまでの展開をふまえ、結論と今後の課題について論じる。第1節では、高次脳機能障害のプログラムを開発する理論的背景の重要性を述べ、第2節では高次脳機能障害者のケアプログラムのモデルを提案し、第3節では高次脳機能障害者の生活再構築に対するケアプログラム開発の今後の課題について述べまとめる。

第1節 プログラムを開発する理論的背景について

ケアプログラムを作るときに必要なことは、プログラムのゴールや目標の明確化であること、次に介入するプロセスが明確であることである。

プログラムの理論について、Lipsey(1993)による定義では、「インプットがアウトプットへと変換していく間のブラックボックスで何が起きているかについての提案であり、インプットを投入することにより、どのように悪い状況が良い状況へと変換されていくかについての道筋」とされた。プログラム理論がしっかりしていなければ、「どうしてうまくいかなかったのか」、「どうしてうまくいったのか」が不明で、プログラムがブラックボックス化してしまうからである。

ここでいう理論とはプログラムの介入内容の詳細を決定する際に必要となるものであり、プログラムが実施されるためには、それに関する理論づけが重要である。したがって、介入内容となるケアの調査が十分に行われていることが極めて重要で、抽出された患者のニーズ(課題)や介入を実践する際の理論的枠組みが必要である。以下は本ケアプログラムのケアの調査と理論的枠組みである。

1-1 介入の基になるケアの調査の重要性

今回、高次脳機能障害者の生活ケアプログラムでは、事前に高次脳機能障害者のケアを調査しておくことが重要であると考えた。多くのケアを抽出するためには、調査する患者数が多いことが好ましいが、今回の調査では100名と少なかった。しかし、高次脳機能障害の患者を対象に行われたケアの収集と分析に時間を要した。看護師が高次脳機能障害者に介入するということは、そこに患者のニーズ(課題)があり、何らかの方法を用いている訳で、このやり取りの中に、「介入」即ち「ニーズ(課題)」と「方法」、「方略：ストラテジー」がある。これをよく分析することで高次脳機能障害者の「ニーズ(課題)」と「方法」、「方略：ストラテジー」を抽出することができるからである。さらに、介入となるケアを内容分析して、何のために行うケアなのかを明確にし、カテゴリ化し、看護の構成要素を抽出して対応する各高次脳機能障害を照合する。

1-2 患者のニーズ(課題)の抽出結果に関する理論づけ

次にプログラムで必要なことは、患者のニーズ(課題)をどのように抽出するかというこ

とにある。ここでは理論的背景としては患者のニーズ（課題）の抽出結果についての理論づけが求められる。本プログラムでは、高次脳機能障害者の日常生活の再構築を主としているために、人間の動機づけと密接に関係すると考え、マズロー（1987）の人間の動機づけに関する理論である基本的欲求充足理論の 5 つの段階的欲求説と抽出した看護の構成要素を照合することにより、調査の妥当性が見通しが得られると考えた。照合の結果から対応する看護の構成要素が無い場合は、さらに調査を続行する必要があると考えた。

この項では、第 3 章で高次脳機能障害者の生活の課題に対応する看護の 8 つの看護構成要素はマズローの 5 つの段階的欲求説と照合した結果、ピラミット型の階層の最も下位にあるものが最も優先される生理的欲求には、要素 2『身体機能の調整』、その上にある**安全**の欲求には、要素 5『安全管理』と要素 7『不安と悩みのコンサルテーション』、さらに上にある**愛**の欲求には、要素 8『社会性スキルの再獲得への援助』、自尊心・承認の欲求には、要素 4『認知・行動問題への援助』、自己実現の欲求には、要素 3『自己管理の援助』と要素 6『IADL(日常生活関連動作)の再獲得』が該当すると考えられ、抽出した 8 つの看護構成要素により、高次脳機能障害者の生活上のニーズ（課題）を満たしていることが確認できた。

1-3 介入を実践する際の理論的枠組み

本プログラムは脳卒中のリハビリテーションの介入方法に則り、身体的に整えた後、簡単な課題から難しい課題に対して介入する。介入は大きく 3 段階に分けて施行する。

第一段階の目的を「身体の調整」、第 2 段階の目標は「基本的 ADL の獲得」、第 3 段階の目標は「在宅に向けて自己管理・IADL 獲得」とした。このように介入は段階的なアプローチを行うことが前提である。各 3 段階を実践する理論的な枠組みを以下に述べる。

第 1 段階の高次脳機能障害患者は自身の身体調節は難しく、看護師の介入が大きい。入院している高次脳機能障害者はリハビリテーション過程にある。急性期を脱したからといって、糖尿病や高血圧などの基礎的疾患が治ったわけではなく、継続してコントロールしていかなければならない。また、麻痺など身体に障害がある場合は、日常生活動作獲得練習の際に、麻痺のない健側で練習して新しい日常生活動作を獲得するという機能障害そのものに対するアプローチおよび機能の代償的アプローチを用いる。

第 2 段階および第 3 段階にある高次脳機能障害者の目的は、ADL および IADL を獲得することにある。第 2 段階および第 3 段階においては、認知的な問題によって行動ができないために、看護構成要素『認知・行動問題への援助』にある各課題別介入を並行してアプローチする、すなわち「同時並行アプローチ」を行うことにした。

ADL および IADL の獲得に関して、本研究と関連しているのは、Dorothea. E. Orem (1995) のセルフケア理論である普遍的セルフケア要件、発達のセルフケア要件、健康逸脱セルフケア要件のうち、健康逸脱セルフケア要件である。健康逸脱セルフケア要件は病気や障害、治療に関するニーズで適切な医学的援助を求め、健康を確保することであり、本研究の第 1 段階の「身体の調整」の目的と同じである。

さらに、高次脳機能障害患者が ADL および IADL を獲得するには、神経心理認知療法で用いる機能の欠損への介入アプローチである「自己意識性の介入」は高次脳機能障害患者自身

の障害に対する自己認知に対する介入であり、この介入がなければ患者は日常生活の課題を遂行することができず、ADL や IADL 獲得することはできない。「自己意識性の介入」は、高次脳機能障害者への特有な介入で専門性が高い。本ケアプログラムは一般病院用に開発したため、一般病院で働く看護師は高次脳機能障害者のケアの経験が十分でなく、高次脳機能障害の研修の参加も少ないために、馴染みのない「自己意識性の介入」においては、意識して各課題プログラムの中に「自己意識性の介入」を組み入れている。

第2節 高次脳機能障害者のケアプログラムのモデルの提案

2-1 ケアモデル

本プログラムが目指しているものは、高次脳機能障害者の高次脳機能障害から起こる日常生活の課題に着目しており、このプログラムを行うことにより、未だ使われていない脳機能を賦活化しつつ、代償手段を用いて患者自身が課題に取り組み、生活の自立を目標にしていることから生活モデルに位置した課題解決型モデルである。

2-2 本プログラムのシステム

本プログラムの構造は、①対象を決定する身体のアセスメント、②高次脳機能障害から起こる生活上の課題抽出するアセスメント、③高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャート、④日常生活の課題・課題目標・課題別介入選択チャート、⑤介入方法の順序、⑥基本的介入、⑦共通介入（自己意識性の介入）、⑧12の課題別介入、⑨評価方法の9つとした。プログラムの実践は脳卒中のリハビリテーションの順序性に則って、身体の回復により順序立てて行う。介入で気をつけることは、簡単な課題から難しい課題へと取り組むことにした。

プログラムの実践の順序については、高次脳機能障害支援基幹病院での調査から抽出された高次脳機能障害者の8つの看護構成要素を脳卒中のリハビリテーションの順序性および介入の難易度に従い、3段階に実施するように配置した。

はじめの第1段階は身体の調整が必要な人には『身体機能の調整』を行い、次の第2段階として、『ADL再獲得の援助』と平行に『認知・行動問題への援助』を行い、最後の第3段階として、退院に向けて『自己管理の援助』、『IADL再獲得の援助』、『社会スキルの再獲得の援助』を行うことにした。

高次脳機能障害者はこの3つの段階のうち、第2段階と第3段階において認知的な課題によって行動ができないために、『認知・行動問題への援助』を並行して行うことにした。

高次脳機能障害の特異的な介入である「自己意識性の介入」は一般病院では、研修の機会が少ないため支援拠点病院の専門的知識のある看護師のように実施できないことが予想できたため、具体的行動レベルで示し、各課題別介入に組み入れた。

また、常に患者の事故などの防止が必要であり、また患者が障害を認識した後に不安や悩みなどに対応する看護の構成要素『安全管理』と『不安と悩みのコンサルテーション』は患者が入院してから退院に至るまでの期間に必要なことであるため、共通介入として、

必要時に行うことにした。

2-3 患者の日頃のケアからアセスメントできる3つのツールによる評価

アセスメントするのは看護師であり、アセスメントの項目には、日ごろの高次脳機能障害者のケアの場面で見られる内容とした。高次脳機能障害の有無を簡潔に判断するために「ある」、「なし」の2つの測度と、判断とする指標として看護師の介入の頻度とした。視覚的理解を助けるためのレーダーチャート式を採用した。以下は作成したツールである。

- ①対象の決定を評価する身体機能状態の問題を抽出するアセスメントツール
- ②生活の視点で捉える高次脳機能障害の有無を抽出するアセスメントツール
- ③複合している高次脳機能障害を抽出するアセスメントツール

2-4 高次脳機能障害者の課題を解決するために用いた理論

高次脳機能障害者の課題(問題)を解決するための理論があまりにも難しいと、介入前に頓挫してしまうか、介入自体が遅れてしまうことになる。社会心理学者 K.Lewin は「良い理論ほど実用的なものは無い」という言葉がある。良い理論とは何度も他の領域でも使われており、馴染みのある、分かりやすいということになる。

病院で働く看護師は問題解決指向型の医療モデルは馴染みである。そのため、医学的リハビリテーションにある脳障害そのものに対するアプローチと、代償的アプローチ、段階論的アプローチ、同時並行アプローチについては抵抗が無いと思われる。また、看護の領域では、マズローの欲求段階的説も基礎教育で行われていることから馴染みのある理論であり患者のニーズ(課題)を容易に抽出できると考えられる。

しかし、神経心理認知療法で用いる機能の欠損への介入「自己意識性」へのアプローチは高次脳機能障害患者の自身の障害に対する自己認識を高める介入である。「自己意識性」へのアプローチは、高次脳機能障害者への介入では特異的な介入であり、専門性が高く、かつ重要である。この介入がなければ患者は日常生活の課題を遂行することができず、ADL や IADL 獲得することはできない。本プログラムにおいても同様に重要であると考えているが、この「自己意識性」へのアプローチに関して病院の看護師は馴染みがない。また、どのように行えばよいのかわからない。そのため、患者の自己意識性に介入は12の課題介入の内容に分かりやすく行動レベルで記載した。また、例題を多く取り入れて組理解を助けることにした。

第3節 高次脳機能障害者の生活再構築に対するケアプログラム開発に関する今後の課題

今回、一般病院のための高次脳機能障害者のケアプログラムを開発するプロセスで、先ず、高次脳機能障害支援拠点病院で行われている高次脳機能障害者の専門的な看護や方略(ストラテジー)が一般病院でそのまま、使用できるかとなると、大変疑問であった。

そのため、作成する病院のこれまで行われてきた高次脳機能障害者の看護内容を整理し、どのような看護が行われてきたのか、また、どのようなストラテジーが存在している

のかを調査することにした。今回、協力していただいた一般病院の高次脳機能障害者の受け入れ状況、職員の教育など病院の持つ医療の文化を把握しなければならないと考え、調査に至った。予想に反して、高次脳機能障害のケアは行われていたが、看護計画に反映されておらず、言語化されていないことから、ケアの内容をフィードバックすることができず、したがって評価できず、看護の積み上げができていない状態であった。

また、支援拠点病院との違いは、支援拠点病院では評価システムがあり、評価が充実している。患者の認知機能、身体機能、心理については医師をはじめ多くの訓練部門が主に多様な検査を担っている。拠点病院の看護師はその評価を共有できるが、一般病院では依頼すればPTやOTなどの訓練士が行えるが、圧倒的に訓練士の人数も少ない。その為、患者の障害に対する多方面での評価はできない、また、一般病院ではそのような評価を連携できる仕組みを持っていない。

そのため、本研究では、高次脳機能障害者の生活のニーズ（課題）を満たすためにも患者のニーズ（課題）を的確に抽出できるアセスメントツールが必要であり、看護師が評価を担うことになるため、看護師が高次脳機能障害者の生活の状況からアセスメントできる3つのアセスメントツールを作成した。

実践を行うにあたり、高次脳機能障害の病態と看護について講義し、ペーパーペイシェントでプレオリエンテーションを行い、準備を整えた。実施した看護師によるプログラムの問題点を評価してもらい、修正して、実践に及んだ。その結果、3名の患者はそれぞれの課題は代償手段を用いて解決したところもあるが、うまくいかないこともあった。しかし、患者らはある一部の課題を本プログラムの課題別介入を行うことで「促し」、「見守り」をもって日常の生活は行えるようになった。

研究者の新たな発見は、この実践後、看護師に行った調査において、この病院の看護師らが、「自分達で患者のプログラムは作って良いのだ」、「他の方法も考えられた」とあり、このプログラムを通じて自分の病院の高次脳機能障害者のプログラムを構築していける様子が伺えたことである。プログラムを開発する上で重要なことは、病院のケアの文化を知ること、準備を整え、実践を通じてその病院のケアを充実していくことにあると考える。

さらに重要なことは、一般病院の看護師が高次脳機能障害者のケアについて動機づけられ、自身のケアをみつめ、ケア方法を蓄積して高次脳機能障害のケアの文化を築くことである。そのためには、高次脳機能障害に対する方略（ストラテジー）の開発が不可欠であり、看護師の高次脳機能障害に対するケア教育を充実させることにある。

今後の課題として、この開発したケアプログラムは多くの一般病院で実施され、一般病院にいる患者に行われ、評価され、新しい課題別介入を増やしていくことである。

一方で、高次脳機能障害者が社会で暮らしていくためには病院から離れ、自活するための支援が必要である。特に、脳外傷の高次脳機能障害者は年齢も若く、独居が多いため、今後の生産的な生活を送るためにも、職に就き、自活することが目標となる。その為には、高次脳機能障害者を取り巻く環境として大きいのは職場や地域のコミュニティであり、職場や地域のコミュニティにおける高次脳機能障害の理解が重要なカギとなる。

今後の課題は、高次脳機能障害者を取り巻く一般の人々が高次脳機能障害によっておこる生活の支障を理解して少しの援助によって高次脳機能障害者が仕事や地域での生活がで

きるようにすることである。そのためには、高次脳機能障害者への理解を促す広報活動と同時に高次脳機能障害者のケアプログラムを発展して高次脳機能障害者のために一般市民が援助できるようにするための地域高次脳機能障害ケアプログラムを開発していきたい。

文献

- アブラハム・マズロー(1986)「メタ動機:価値ある生き方の生物学的基盤、トランスパーソナル宣言-自我を超えて」(編集)ロジャー・N・ウォルシュ、フランシス ヴォーン, (訳編)吉福伸逸上野圭一訳, 春秋社, p225-244.
- 安保雅博 (2010)「脳外傷. 上田敏監修, 標準リハビリテーション医学」第3版, p347, 医学書院.
- 遠藤由香, 松尾佐智子, 日高艶子, 西口宏美(2003)「回復期リハビリテーション病棟における家庭復帰に及ぼす影響要因に関する研究」日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 15, p103-105.
- 日野原重明(1973)POS 医療と医学教育の革新のための新しいシステム, 医学書院.
www.pos.gr.jp/pdf/2008/posiwai.pdf (閲覧: 2018. 10. 6)
- 本田哲三 (2010)「高次機能障害のリハビリテーション実践的アプローチ」, 第2班, 1, 医学書院.
- 福内靖男(2001)「Evidenceに基づく日本人脳梗塞患者の治療ガイドライン策定に関する研究」, 厚生労働省科学データベース, 文献番号, 200100496A (閲覧日 2018. 8. 12) .
mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?srchNum=200100496A.
- 石合純夫 (2010)「高次機能障害」, 医歯薬出版, 第1版, 1, p67.
- 石川祐子, 土屋京子, 佐藤よしゑ(2013)「排泄自立行動がもたらす患者変化, 高次脳機能障がい者の事例を通して」日本精神科看護学術集会誌, 56, 1, p574-575.
- 数井裕光 (2011B)「BPSDの予防法と発現機序に基づいた治療法・対応法の開発研究」p1, 厚生労働省科学データベース, 文献番号, 201311008A.
- 神奈川県リハビリテーション支援センター高次脳機能障害支援普及事業 2010 (平成 22) 年報告.
- 亀山景子(2012)「高次脳機能障害をもった患者の看護, 排泄セルフケア確立のための効果的な関わり」, 川崎市立川崎病院事例研究集録, 14, p1-3.
- 河原加代子, 飯田登美子 (1999)「高次脳機能障害を呈する障害者を介護する家族の負担感の特徴」, 家族看護研究, 1, p9-15.
mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?srchNum=201311008A#selectHokoku.
- 小泉由香里(2013)「高次脳機能障害患者の転倒・転落予防に対する看護師の直観」, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 38, p267-274.
- 小泉由香里, 山下由香(2014). 高次脳機能障害患者の転倒・転落予防に対する看護師の直観, 看護師の直観に対する認識と情報共有, 日本看護学会論文集, p177-180.
- 国立障害者リハビリテーションセンター (2005) 平成 17 年度高次脳機能障害支援モデル事業実施報告, 高次脳機能障害支援モデル事業 5 年間のまとめ, 地方支援拠点機関連絡協議会, 1, p14-24,
www.rehab.go.jp/application/files/5515/2058/5213/07_17_14_.pdf (閲覧日 2018. 8. 12)
- 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 (改訂第 2 版) ,
http://www.rehab.go.jp/application/files/3915/1668/9968/3_1_01_.pdfhttp://www.rehab.go.jp/application/files/3915/1668/9968/3_1_01_.pdf. (閲覧日 2018. 8. 17)
- 厚生労働省 平成 15 年 高次機能障害支援モデル事業の中間報告.
- 厚生労働省 平成 26 年 患者調査.
- 厚生労働省 平成 28 年版統計白書「介護状況」.
- 厚生労働省 (2001) 高次脳機能障害モデル事業.

- 厚生労働省 (2008) 認知症高齢者の日常生活自立度.
- 公益社団法人全国老人保健施設協会 (2015) 「介護老人保健施設における新ケアマネジメント方式 (R4 方式) の在宅復帰率・回転率への影響に関する調査研究事業 報告書」.
ICFwww.roken.or.jp/wp/wpcontent/uploads/2013/04/25e1ed970c9a9ab1c0e07882c0ca4285.pdf. (閲覧: 2018. 10. 6)
- 宮永和夫 (2004) 「若年性痴呆班・高次脳機能障害. 最適ケアを実現する高次脳機能障害アセスメントブック」, 第1版第1刷日総研出版, p70-71,
mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.doresrchNum=200100349A (閲覧日 2018. 8. 12)
- 中島峰子, 日高艶子, 戸嶋早織, 中村真紀 (2009) 「高次脳機能患者の更衣行為の誤りへの気づきを促す看護介入の一考察, 動作誘導の口頭指示から鏡の活用へ」, 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 21, p108-110.
- 中島八十一 (2014) 「高次脳機能障害者の社会参加支援の推進に関する研究」, 厚生労働省科学データベース, 文献番号 201419025A, 201419025B
mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.doresrchNum=201419025B (閲覧日 2018. 8. 12)
- 長岡正範 (2001) 「高次脳機能障害者に対する連続したサービスの提供に関する研究」, (総括研究報告書), 厚生労働省科学データベース, 文献番号 200100349A.
- 長島緑 (2006a) 「在宅で交通事故外傷の高次脳機能障害を 10 年以上支援してきた家族の介護負担感」, 日本看護学会誌, 16, 1, 129-136.
- 長島緑, 飯島節 (2006b) 「脳損傷患者の機能的尿失禁に対する従来の看護計画の内容分析」, 日本看護科学会誌, 26, 3, 49-57.
- 長島緑 (2006c) 「高齢者における尿失禁のリハビリテーション, 高齢脳損傷者に対する機能的尿失禁リハビリテーションプログラムから」, 保健の科学, 第 48 回, 第 4 号, p259-263.
- 長島緑 (2015) 「高次脳機能障害者の生活構築に必要なケアの構成要素」, 千葉科学大学紀要, 8, p113-121.
- 名古屋市総合リハビリテーションセンター脳外傷リハビリテーション研究会 (1999) 「頭部外傷後の高次脳機能障害者の実態調査報告書」 (平成 11 年 7 月).
- 日本脳外傷友の会 (JTBJA, 東川) (2009) 高次脳機能障害者生活実態調査.
認定 nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/educ_inst_approval_cn. (閲覧日 2018. 9. 1)
- 脳卒中治療ガイドライン (2015) 第 2 版, 第 1 刷, 共和企画, p285,
- 小川朝生 (2015) 「急性期病院における認知症患者の入院・外来実態把握と医療者の負担軽減を目指した支援プログラムの開発に関する研究」 p1, 厚生労働省科学データベース, 文献番号
mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201515001B (閲覧日 2018. 8. 12)
- 小川めぐみ (2010) 「患者における回復を促す援助について, 睡眠覚醒リズムを整え, 個々の特性に合わせた関わりの重要性」, 看護実践の科学, 35, 5, p62-67.
- 奥野英子, 野中猛 (2009) 「地域生活支援する社会生活プログラム・マニュアル」, 中央法規, p13-15.
- 大野美幸, 野津直子, 金津久美子 (2008) 「看護師が判断した抑制解除の要因」, 松江市立病院医学雑誌, 12, 1, p47-52.
- 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 食事場面での看護を看護記録から考察」, 神奈川県総合リハビリテーションセンター紀要, 37, p27-31.
- 関口清貴他 (2017) 「認知症ケア各種療法 8 つの療法」, 株式会社 QOL サービス.

- 関根麻子, 永塩杏奈, 高橋久美子 (2013) 「老健における認知症短期集中リハビリテーション脳活性リハビリテーション5原則にもとづく介入効果」, *Dementia Japan*, 27, p360-366.
<https://www.minnanokaigo.com/news/kaigogaku/no535/> (閲覧日 2018. 8. 12)
- 下村辰雄 (2010) 「脳外傷. 上田敏監修, 標準リハビリテーション医学」第3版, 407, 医学書院.
- 新家尚子, 宮坂良子, 栗生田友子, 横田陽子 (2013). 高次脳機能障害のある患者への看護行為の構造, *日本リハビリテーション看護学会誌*, 3, 1, p5-14.
- 白澤正和編者 (2009). 「ストレングスモデルのケアマネジメント」, ミネルヴァ社.
障害者総合センター職業センター (平成20年3月) 実践報告書, 高次機能障害者に対する支援プログラム～家族支援の視点から～.
- 鈴木雄也, 野瀬貴可, 赤羽公子 (2016) 「患者参加型看護がリハビリテーションを促進させた理由」, *信州大学医学部附属病院看護研究集録*, 44, 1, p27-29.
- 田淵聰恵, 原田恵子, 上田文子 (2010) 「高次脳機能障害をもつ患者の退院に至る支援, 強迫的な行動が強く自己中心的とみられた患者の場合」, *日本精神科看護学会誌*, 53, 3号, p188-192.
- 高橋晶子, 古舘郁子 (2016) 「高次脳機能障害のある患者の看護における看護師の行動, 国際リハビリテーション看護研究会誌」, 15, 1, p48-50.
- 高山望 (2011) 「慢性病看護の新しい技術, 軽度な高次脳機能障害患者が代償訓練を取り入れるための看護面接」, *看護実践の科学*, 36, 12, p43-47.
- 高山望, 菅野敦, 東藤れいこ (2016) 「慢性疾患看護専門看護師による作業所に通う高次脳機能障害者に対する看護相談の分析」, *北海道科学大学研究紀要*, 41, p91-98.
- 田中直子, 阿部 芳江 (2004) 「高次脳機能障害患者への記憶訓練と生活リズム確立に向けての看護, 成人期男性の一事例を通して」, *日本看護学会論文集*, 34, p69-71.
- 田中秀樹. (2008) 「ラップ CA ほかストレングスモデル: 精神障害者のためのケースマネジメント」, 監訳 金剛出版, 2008.
- 立神粧子 (2006a) 「ニューヨーク大学医療センター・ラスク研究所における脳損傷通院プログラム, 脳損傷者通院プログラム」における前頭葉障害の定義 (前編) .
東京医科歯科大学 (2004) 脳外傷後遺症実態調査.
- 戸嶋早織, 中島峰子, 中村真紀 (2009) 「強制把握によりセルフケア不足をきたした患者に対する看護介入の一考察, 左手への注意集中と両上肢を使用した動作を用いて」, *日本リハビリテーション看護学会学術大会集録*, 21, p111-113.
- 鶴田初子, 西千夏, 松尾佐智子, (2012) 「糖尿病患者の感情負担に対する看護介入, 高次脳機能障害患者の事例を通して」 *日本リハビリテーション看護学会学術大会集録*, 24, p99-101.
- 上田敏 (2012) 「リハビリテーション・プログラムの進め方—目標指向アプローチ」, 序章, *標準医学*, 医学書院, p28.
- 里宇明元 (2010) 「我が国のリハビリテーション医学・医学の潮流」, *病院* 69 巻, 11 号, p846-850.
- 里宇明元 (2012) 「リハビリテーション医学」, *総合リハ*, 40 巻, 第5号, p431-435.
- Weiss, C.H.(1998) *Evaluation: Methods for studying programs and policies* (2nd ed), upper saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Wood RL (1992) *Disorder of attention: their effect on behavior, cognition and rehabilitation.* in *Clinical Management of Memory Problem* (ed by Wilson B, Moffat N). 2nd Ed, Chapman and

Hall, London, p216-242.

山中かほり, 長島緑, 横田美恵子 (2005) 「高次脳機能障害患者の家族が自宅退院を決定した効果的な看護介入をさぐる」日本看護学会論文集, 成人看護 II (1347-8206), 36, p 154-156.

山崎せつ子, 鎌倉矩子, 八田達夫, 安東圭彦ら (2000) 「左側無視を有する患者の介護者が遭遇している困難と福祉的援助」, 総合リハ, 28, p579-587.

安田節之, 渡辺直登 (2011) 「プログラム評価研究の方法」 p57.

横田美恵子, 安済ノブ, 高橋美枝子, 福元牧子他 (2008), 高次脳機能障害を有する患者の看護, 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究紀要, 28, p27-33.

横山 美子 (2009) 「高次脳機能障害を呈し尿失禁を有する患者の排尿自立への援助」, 日本看護学会論文集, 39, p329-331.

資料

高次脳機能障害ケアプログラム
(一般病院用)

目次

はじめに	3
I プログラムの構造	3
1 高次脳機能障害者の身体のアセスメントについて	3
2 高次脳機能障害より起こる生活上の課題抽出アセスメントについて	3
3 高次脳機能障害の有無と障害重複確認について	3
4 日常生活の課題・課題目標・課題別介入選択について	3
5 介入方法の実施について	4
6 共通介入と自己意識性について	4
7 課題別介入とは	5
8 評価方法について	7
II プログラムを開始する前の確認事項	7
1 各高次脳機能障害を持つ人への基本的な関り方について	7
2 介入前に留意したい事項について（リスク管理）	7
III. プログラムの進め方	
1 高次脳機能障害者の身体のアセスメント	7
2 高次脳機能障害より起こる生活上のより起こる生活上の課題抽出アセスメント	8
3 高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャート	9
4 日常生活の課題・課題目標・課題別介入選択チャート	11
5 各高次脳機能障害を持つ人への基本的な関り方	12
6 リスク管理	15
7 課題別プログラム	
第1段階 【環境と身体の調整】	16
第2段階 【基本的ADL(日常生活活動)の獲得】	18
第3段階 【生活の管理】	22
【生活の管理 IADL(拡大日常生活活動)】	24

はじめに

本プログラムは、脳損傷後の高次脳機能障害により生活が困難な人々のために支援するための看護プログラムです。対象は受傷後の急性時期の治療を終了し、日常生活の再獲得のために病院および施設等でリハビリテーションを行う患者様用に作成しました。本プログラムの目的は、プログラムを活用していただき、高次脳機能障害者の日常生活の再構築に役立てていただきたいと思います。本プログラムは、多くの介入例を取り上げて作成していますので参考にしてください。

I プログラムの構造

本プログラムの構造は以下の9つから成り立っています。

- 1 高次脳機能障害者の身体のアセスメント
- 2 高次脳機能障害より起こる生活上の課題抽出アセスメント
- 3 高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャート
- 4 日常生活の課題・課題目標・課題別介入選択チャート
- 5 基本的介入と自己意識性の介入について
- 6 共通介入の方法
- 7 12の課題別介入
- 8 介入方法の順序
- 9 評価方法

1 高次脳機能障害者の身体のアセスメントについて

脳損傷者には、心肺機能の回復、意識の回復が先ずは優先的な介入です。また脳が回復する上で、課題になるのは、頭蓋内圧や意識を混濁させる痙攣です。次に身体の状態では、麻痺や膀胱機能の回復が大きく今後のADLを左右します。よって身体の状態を第1にアセスメントしておきます。対象者は「身体状況のアセスメント表」を用いて、治療と高次脳機能障害ケアプログラムの対象となり得るかを判断します。

2 高次脳機能障害より起こる生活上の課題抽出アセスメントについて

高次脳機能障害は多くの障害が複合している場合があります。「脳障害より起こる生活上の課題抽出アセスメント表」は、生活の支障の有無によって障害の重複を確認するものです。障害の「ある」、「なし」によって障害の有無と重複を確認できます。

3 高次脳機能障害の程度と重複の確認チャートについて

「高次脳機能障害の程度と重複確認チャート」は上記の障害の有無によって確認された各高次脳機能障害の程度を、介入する頻度からアセスメントできるようにしてあります。また、その頻度から障害の重複を視覚的に確認できるようにしてあります。

4 日常生活の課題・課題目標・課題別介入選択チャートについて

各高次脳機能障害を複合した障害を持つ患者さんの日常の課題は多く、混んとして見えにくく、分かりにくいことがあります。そのために、「日常生活の課題・課題目標・課題別介入選

折チャート」を用いて対象者の日常生活での課題や目標、課題介入の整理を行います。このチャートは日常生活の課題が何か、課題の目標は何か、目標を達成するための課題別介入は何にするのかを示したものです。

使い方は、はじめに、『生活上の課題アセスメント』を用いて生活の課題を確認します。次に『課題目標例』より課題の目標を検討します。最後に、『課題別介入』を選択します。示してある表現を参考にして対象者にあった生活の課題や目標の表現を変えても構いません。

5 基本的な関わり方と自己意識性の介入について

〈基本的な関わり方〉

高次脳機能障害者は脳を損傷しているために、リハビリテーションにおいては脳の疲労を考えなくてはなりません。作業を詰め込まないスケジュール管理が必要です。また、未だ、身体のセルフコントロールができていませんから、脱水などにより、痙攣を引き起こさないように注意が必要です。、あ、自身の疲労や困っていることを言語化できないために、誘導して適宜休憩やその都度考えを聞き出してあげることが必要です。

障害別には、記憶障害がある人には記憶を補助する支援の方法や、注意障害がある場合には作業環境に集中できるように環境調節したりします。このように、各高次脳機能障害に対応する基本的な関わり方については、具体的にp12 に示しました。

〈自己意識性の介入とは〉

もう一つ重要な高次脳機能障害者への関わり方があります。それは、他の疾患と比べて特異的な介入であり、「自己意識性の介入」と言います。他の疾患とのかかわり方では特異的関わりになります。むしろ高次脳機能障害者にとっては、基本的な関わりの一つでもあります。

患者さんは、高次脳機能障害があることには、なかなか気が付かないことが多いです。これによって事故を起こし、人との対応でもめたりすることも多いのです。

高次脳機能障害のある患者さんは、自分の障害に気が付いていない患者さんが多くいます。そのため、入院期間中にできるだけ早く、自己の障害に気が付く介入が必要です。これは、自己意識性の介入といって、自己認識を高める介入で、患者に自身の障害に向き合うための介入です。あらゆる場面での対応の際に行うこととなりますので、本プログラムでは、12の課題別プログラムの中に自己認識を高める介入について組み入れてあります。

この介入を行う際に気を付けることがあります。患者さんは自身の障害に向き合うこととなりますので、介入するときの言葉や態度に気を付けなければなりません。障害を目の当たりにすることによって気がめいり、鬱的な気分になることがしばしばみられますので介入の際は、注意して関わる必要があります。

具体的には対象に定期的に訪問して、計画的に話す時間をつくり、信頼される関係性の中で介入することが大切です。

信頼関係が気づけた後は、患者さんに自身の障害について向き合わせる介入をします。患者さんが障害に気が付いていない場合には、動作を制止して、気が付くように合図をし、間違ったところを丁寧に説明するなどを行います。うまく、自分の障害に気づき、少しずつ失敗しないように見守ります。介入は必要時行います。

6 共通介入の方法

実践に当たっては、常に患者さんの高次脳機能障害の障害から起こる事故などの防止が必要であり、また、患者さんが自身の障害を認識した後に不安や悩みなどがあります。これに対応する看護の構成要素『安全管理』と『不安と悩みのコンサルテーション』は患者さんが入院してから退院に至るまでの期間に必要なことであるため、第1段階から第3段階までの実施期間中に行います。

7 課題別介入の方法

課題別介入は以下の12の課題別介入で構成されています。12の課題別介入の順序は先にも述べた様に、課題の難易度を考慮して3段階で進めます。12の課題別介入の実施中にも行います。具体的な介入についてはp16より各課題別介入のところに介入の対象、介入のポイントを示しています。12の課題別介入の段階的な進め方については以下に示します。(図1)

第1段階の介入 身体の調整

【P1 精神活動の活性化】

【P2 生活リズムをつくる】

第2段階の介入 ADL再獲得

【P3 ADL 食事動作・洗面動作】

【P4 ADL 排泄動作】

【P5 ADL 移動・移乗・更衣】

【P6 ADL 入浴・歩行・階段】

第3段階の介入 在宅生活にむけての自己管理とIADL獲得

【P7 自室の管理練習】

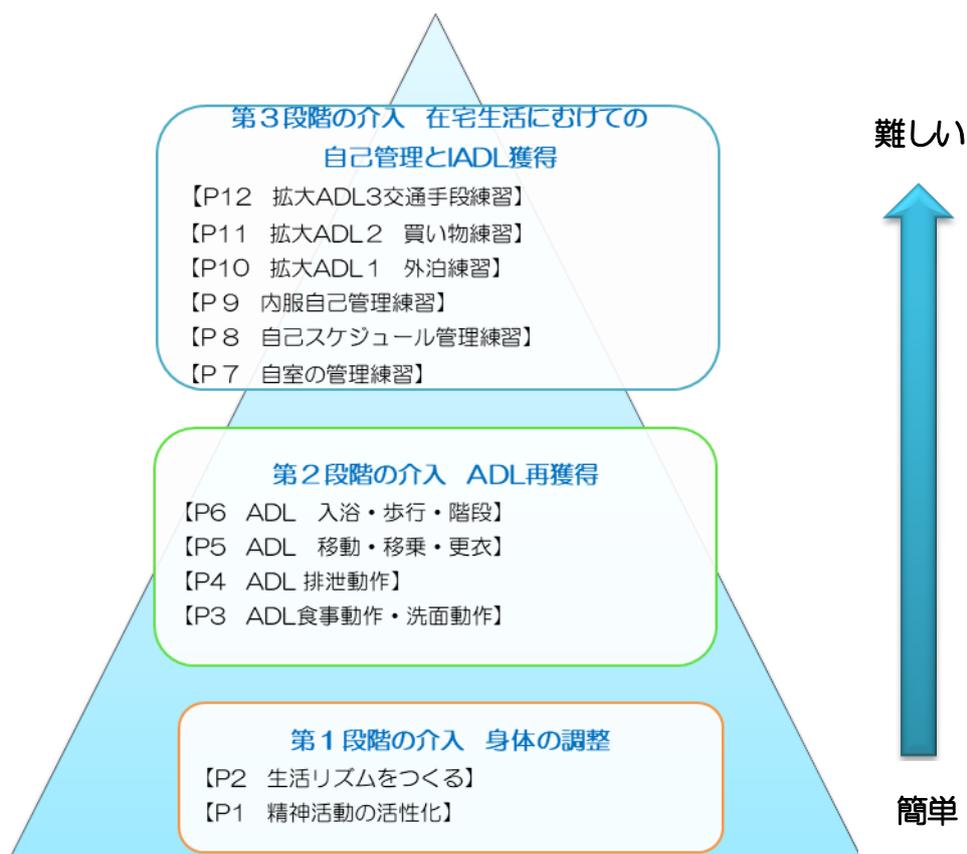
【P8 自己スケジュール管理練習】

【P9 内服自己管理練習】

【P10 拡大ADL1 外泊練習】

【P11 拡大ADL2 買い物練習】

【P12 拡大ADL3 交通手段練習】



12の課題別介入の段階的な進め方

8 介入方法の順序

プログラムの実践は脳卒中のリハビリテーションの順序性に則って、身体の回復により順序立てて行います。介入で気をつけたいことは、簡単な課題から難しい課題へと練習します。

プログラムの実践の順序については、以下に示す、高次脳機能障害支援拠点病院での調査から抽出された高次脳機能障害者の支援のための8つの看護構成要素を脳卒中のリハビリテーションの順序性および介入の難易度に従い、3段階に実施するように配置してあります。

はじめの第1段階は麻痺・嚥下障害などの身体障害を有している人や昼夜逆転などがある場合に『身体機能の調整』を行います。次の第2段階として、ADL再獲得が必要な人に『ADL再獲得の援助』の際には、認知機能の問題がある場合には、同時に『認知・行動問題への援助』を行った方が良い場合があります。最後の第3段階は退院に向けて『自己管理の援助』、『IADL再獲得の援助』、『社会スキルの再獲得の援助』を行います。

3段階に対応した課題別介入は12あり、必要時、並列（同時）に行っても構いません。しかし、難易度を考慮して簡単な課題から取り組むことようにして下さい。その方が次の段階に進むことを容易にします。以下に高次脳機能障害が複数ある場合の介入方法と看護の構成要素を示しました。（図2）

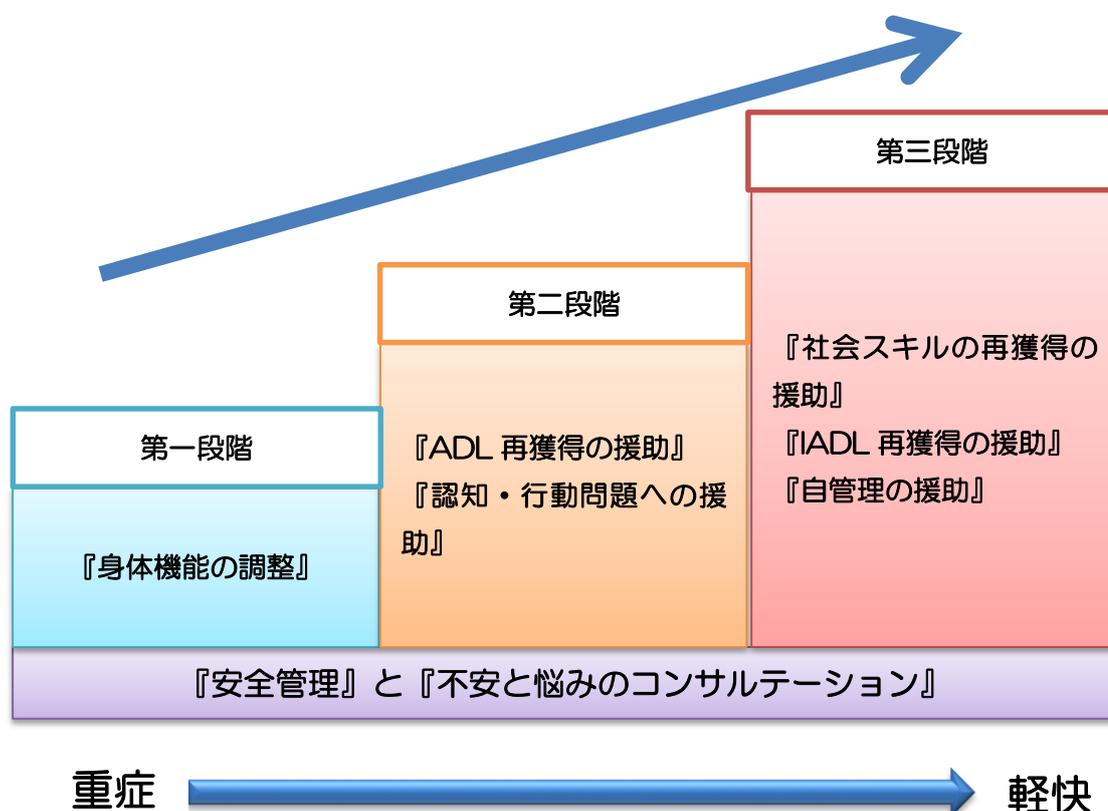


図2 高次脳機能障害が複数ある場合の介入の順序と8つの看護構成要素の関係

9. 評価方法について

課題介入を行って、成果が1週間たっても効果が出ない場合には介入を中断し、一時評価をします。評価の指標は介入方法が正しかったのか、統一して行えたか、目標が高すぎたかなどを検討します。目標が高すぎた場合は目標を下げることで、方法が統一していなかった場合は統一します。逆効果であった場合にはすぐに中止します。成果があった場合で、この介入がなければ、成果が継続しない時には介入は継続とします。その後、介入なしで効果が持続する場合は介入を終了します。

II. プログラムを開始する前の確認事項

1 各高次脳機能障害を持つ人への基本的な関わり方

介入者はケアを通じて気軽に話しかける、困った時にそばにいる存在でないと、対象の困惑の状態に関わることができません。対象に定期的に訪問して、計画的に話す時間をつくり、信頼される関係性の中で介入することが大切です。また、各高次脳機能障害によってきほんてきな患者の接し方が異なりますので、開始する前にお読み下さい。(P12 各高次脳機能障害を持つ人への基本的な関わり方 参照)

2 介入時に留意したい事項 (リスク管理)

対象は、脳損傷後であり、高次脳機能障害という後遺障害があり、脆弱の状態にあることを念頭に置く必要があります。患者さんは、高次脳機能障害のために、十分に自身の身体の変調について言語化することができません。患者さんは、偶発的な病気や脳損傷者でよくみられる痙攣や疲労によって事故が起きやすい状態です。プログラム進行中であっても、上記の症状や事故があれば中断せざるを得ません。プログラムを進行するにあたり、《リスク管理の視点》では、高次脳機能障害者に起こり易いリスクの視点について示していますので、介入時に確認下さい。(P15 リスク管理の視点)

III. プログラムの進め方

- 1) 対象者は《身体状況のアセスメント表》を用いて、治療と高次脳機能障害ケアプログラムの対象となり得るかを判断します。(表1)
- 2) 高次脳機能障害の課題を明確にするために、《脳機能障害より起こる生活上のより起こる生活上の課題抽出アセスメント表》より確認します。(表2)
- 3) 高次脳機能障害が複合しているかを判断するために、《高次脳機能障害の有無と障害重複確認チャート》より視覚的に確認します。(図3)
- 4) 看護上の課題、目標設定、課題別介入の選択は《日常生活の課題・課題目標・課題介入チャート》を用いて選択します。(図4)
- 5) 各高次脳機能障害別基本的な関わり方を確認します。
- 6) 各課題別介入を実施します。
- 7) 評価をします。

1 高次脳機能障害者の身体のアセスメント

身体の状態を以下の自覚および他覚的症候、検査データからアセスメントすることにより、該当する内容がある場合は治療期と考え、医療処置が必要な段階です。課題別介入はしません。

表1 高次脳機能障害者の身体のアセスメント表

1)呼吸

自覚および他覚的症候	他覚的症候・検査データ
喘鳴、無呼吸がある 呼吸リズムが不整 Borg 指数7~9	喘鳴、無呼吸がある 呼吸リズムが不整 Borg 指数7~9呼吸回数<30 肺炎所見 SPO ₂ 90%以下

2)循環

自覚および他覚的症候	検査データ
脈拍異常、リズム不整、チアノーゼ、圧痛 下肢腫脹、緊満感、疼痛、表在静脈の努張 下肢伸展時に足関節背屈すると疼痛がある	BP120 以上 220 以上、変動 30mmHG 以上 脈拍 30%以上または 120/分以上 脱水 不整脈、徐脈、心房細動、中枢性高体温 深部静脈血栓 電解質異常 心不全所見

3)覚醒(意識)

自覚および他覚的症候	検査データ
意識なし 意識混濁 覚醒は刺激によって覚醒する	JCS1 桁以上 X-P 急性水頭症所見 再脳出血所見

4)嚥下と消化機能

自覚および他覚的症候	検査データ
むせがある 嚥下反射なし、胃の痛み 痰の量が増加しており、肺雑音がある 胃管チューブより消化させずに逆流がある 低血糖 高血糖	肺炎 低栄養TP6 以下 BS80以下 VF時 SPO ₂ 2%低下、消化管出血 水飲みテスト時 SPO ₂ 2%低下 VF, VEで誤嚥を確認

5)麻痺

自覚および他覚的症候	検査データ
麻痺側の患肢の激しい痛み	麻痺側の無菌性関節炎 CRP上昇

6)尿失禁

自覚および他覚的症候	検査データ
排尿時痛 発熱 尿混濁	尿路感染症所見(一般尿 WBC 増加 CRP 上昇)

7)痙攣

自覚および他覚的症候	検査データ
繰り返す痙攣発作 錯乱の状態 意識消失のある痙攣発作	脳波異常

2 脳機能障害より起こる生活上の課題抽出アセスメント

アセスメント表は各高次脳機能障害によって起こる日常生活上の課題をアセスメント項目に記載しています。高次脳機能障害の生活上の課題を抽出するにあたり「あり」、「なし」で示しています。

アセスメント項目に該当する場合は「あり」に○をつけてください。○が付いた場合には、障害があることを示しています。また、複数に○が付いた場合には、障害が重複していることとなります。3日～1週間の間で生活上の課題をアセスメントします。

表2 脳機能障害より起こる生活上の課題抽出アセスメント表

機能障害	アセスメント項目	有無
注意障害	・2つの事を同時にできない	あり なし
	・飽きっぽい、すぐ注意がそれる	あり なし
	・できたりできなかつたりする	あり なし
	・同じミスを繰り返す	あり なし
	・一つのことにこだわり言っても変更できない	あり なし
	・車いすに乗っていて体がずれて落ちそうになる	あり なし
	・車いすのフットレストに患足が載っていない	あり なし
	・更衣やトイレ移動時にべらべら話し、集中できないで転倒しかけた	あり なし
記憶障害	・行った場所が思い出せない	あり なし
	・自分の部屋が分からない	あり なし
	・病棟のトイレを探していて迷子になる	あり なし
	・行ったことが思い出せない	あり なし
	・作業過程を思い出せないことがある	あり なし
	・現在の状態が事故や病気から起きたことがわからない	あり なし
	・体験したことを忘れている	あり なし
	・数秒前または数分前のことが思い出せない	あり なし
・受け持ち看護師など覚えていない	あり なし	
見当識障害	・何時であるか、何月何日何曜日であるか見当つかない	あり なし
	・自分がいる場所の見当がつかない	あり なし
	・どのような関係の人が見当つかない	あり なし
失語	・ナースコールが押す行為がない(ナースコールを伝達手段とわからない)	あり なし
	・言葉がうまくだせない、出にくい	あり なし
	・語のまちがいがあ	あり なし
	・語の読みまちがいがあ	あり なし
	・ひらがなが読めない	あり なし
	・全体の文字の読みはできないが、漢字が読める時がある	あり なし
	・文字が書けなくなった	あり なし
	・相手の話の理解ができなくなった	あり なし
・絵を見て名称を言えない	あり なし	
遂行機能障害	・手順が分からない	あり なし
	・手順を書いてあげると行えることがある	あり なし
	・計画が立てられない	あり なし
	・物事を具体的に進めていけない	あり なし
	・料理ができなくなった	あり なし
	・掃除ができなくなった	あり なし
	・洗濯ができなくなった	あり なし
失行	・使い慣れた道具(歯ブラシやブラシなど)が使えない	あり なし
	・単純な動作の指示に従えない	あり なし
	・立体図形や絵の模写ができない	あり なし
	・衣服の着衣ができない	あり なし
失認	・物と物との位置関係が理解できない	あり なし
	・何指なのかわからなくなる	あり なし
	・自分の体の部分分からない(片方の手や足がベッドにあるなど)	あり なし
	・日頃使っている物を触ってもわからない	あり なし
	・家族の顔を見ても分からないが、声を聴くと家族だと分かる	あり なし
	・人や物にぶつかる	あり なし
	・強烈な匂いでも分からない	あり なし
	・部分が見えていない	あり なし
・半側が見えていない	あり なし	
・味覚がおかしい 辛い、甘い、苦いなどわからない	あり なし	
易感情性	・気分が幅が大きいすぐに不機嫌になる	あり なし
	・すぐに怒る・怒鳴る・暴言がある・暴力があるのどれか一つでもある	あり なし
	・食欲をコントロールできない	あり なし
	・性的逸脱行為がある	あり なし
	・ほしいと思ったら盗む	あり なし
発動性障害	・ぼーっとしており、促さなければベッドで横になっている	あり なし
	・無為な状態 同じ姿勢で何時間もいる	あり なし
	・膀胱・直腸機能に異常はないが動作を起こさないために失禁する	あり なし
	・動作が中断し、自身の意思が働かない、促して行動はとれる	あり なし

3 高次脳機能障害の程度と障害重複確認

《脳機能障害より起こる生活上の課題抽出アセスメント表》で○が付いた場合には、障害があることを示しています。また、複数に○が付いた場合には、障害が重複していることとなります。以下のチャートは、生活上の介入の頻度を3段階に示しました。介入の頻度は、「0」がなし、「1」が時々あり、「2」が常にありとしました。

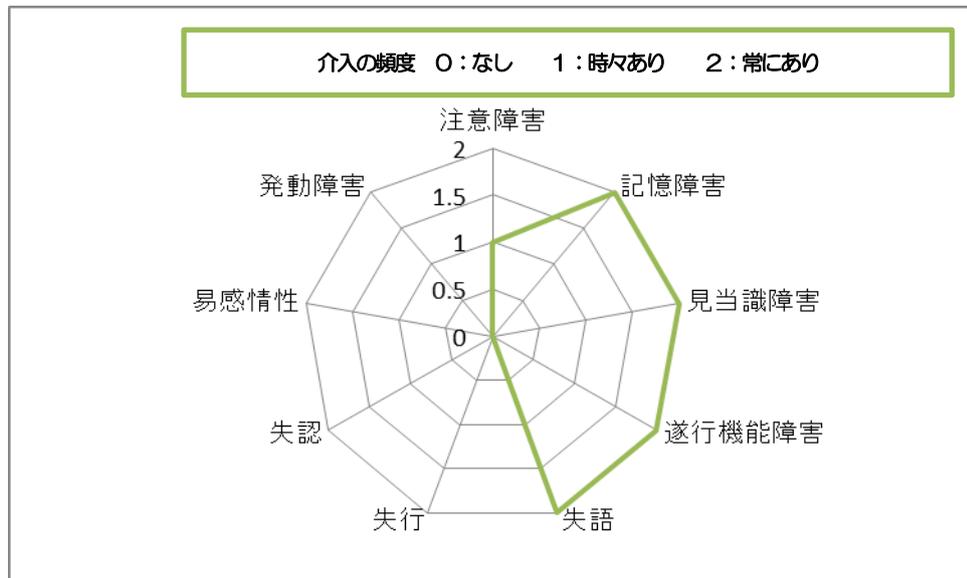


図3 高次脳機能障害の程度と障害重複確認チャート

4 日常生活の課題・課題目標・課題別介入選択チャート

このチャートは日常生活の課題が何か、課題の目標は何か、目標を達成するための課題別介入は何にするのかを示したものです。多くの高次脳機能障害を持つ患者さんの課題は混んとして見えにくいですが、日常生活の課題を整理するためにこのチャートを用います。

使い方は、はじめに、日常生活から見える課題を「ある、なし」でアセスメントし、次に目標の目安が示していますので、目標を選び設定します。示してある表現を参考にして自身で表現を変えても構いません。最後に、目標を達成するために必要な課題別介入を選択します。

課題のアセスメント	課題目標の例	課題別介入
I. 精神機能のアセスメント		
<ol style="list-style-type: none"> 1. 自発的な行動を起こせない 2. ポーっとしている 3. 促さないと便または尿失禁してしまう 4. 麻痺はないが動こうとしない 5. 促さないと水を飲まない 6. 促さないと食事をとらない 7. 目覚めていても、ベッドで寝ている 8. 促さないとずっと同じ姿勢でいる 9. 何時であるか、何日何月何年であるかわからない 10. 自分がいる場所の見当つかない 11. どのような人か見当つかない 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 促されて日課をこなすことができる 2. 日中の活動量が増える 3. 日通の失禁がない 4. 昼夜の失禁がない 5. 脱水がない 6. 代償手段（カレンダー、写真）を使い混乱がない 	<p>第1段階</p> <p>P1 精神活動活性化</p>
II. 生活リズムのアセスメント		
<ol style="list-style-type: none"> 1. 昼夜逆転 2. 目覚めていても、ベッドで横になっている 3. 麻痺はないが動こうとしない 4. 日中にウトウトしているときがある 5. 失禁はないが黙っていることが多い 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 昼夜の逆転がない 2. ベッドにいる時間が短い 	<p>第1段階</p> <p>P2 生活リズム作り</p>
III. ADLのアセスメント		
<ol style="list-style-type: none"> 1. 洗面動作 2. 食事動作 3. 排泄動作 4. 移乗動作 5. 車椅子移動動作 6. 更衣 7. 入浴 8. 歩行 9. 階段 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 洗面動作が獲得する 2. 食事動作が獲得する 3. 排泄動作が獲得する 4. 移乗動作が獲得する 5. 車椅子移動動作が獲得する 6. 更衣が獲得する 7. 入浴が獲得する 8. 歩行が獲得する 9. 階段が獲得する 	<p>第2段階<基本的ADL獲得></p> <p>P4 洗面動作 P5 食事動作 P6 排泄動作 P7 移乗・移動動作 P8 更衣 P9 入浴 P10 歩行・階段</p>
IV. 自己管理のアセスメント		
<ol style="list-style-type: none"> 1. 自室の物のかたづけ 2. こみの弁別/ごみだし 3. 自室の掃除 4. 衣類の整理 5. 洗濯 6. 内服 7. 自己注射 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 掃除・衣類の整理・物を配置場所に片付けられる 2. こみを弁別して捨てられる 3. 1日分の内服管理ができる 4. 三日分の薬の管理ができる 5. 1週間分の薬の管理ができる 6. 1回の血糖チェックとインシュリン皮下注射ができる 7. 一日の血糖チェックインシュリン皮下注射ができる 	<p>第3段階<生活管理></p> <p>P11自室の管理 P12自己スケジュール管理 P13内服自己管理</p>
V. IADLのアセスメント		
<ol style="list-style-type: none"> 1. 必要な買い物リストが作れる 2. 売店で買いたいものを探せる 3. 段階に、支払いができる 4. 財布をしまうことができる 5. 自宅までの交通手段が言える 6. 目的場所まで行ける 7. 自宅まで帰ってこられる 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 買い物リストが作れる 2. 売店で買いたいものがない場合の交渉ができる 3. 支払いは紙幣のみでない支払いができる 4. 財布をしまう場所にしまうことができる 5. 自宅までの交通手段をメモに書くことができる 6. 他者の見守りで、メモを見て目的地に行ける 7. 家族の見守りで、メモを見て自宅まで帰れる 	<p>第3段階<IADL獲得></p> <p>P14外泊練習 P15買い物練習 P16交通手段練習</p>
VI. 社会性スキルのアセスメント		
<ol style="list-style-type: none"> 1. 挨拶ができない 2. 癇癪 3. 殴る 4. 物を壊す(物に当たる) 5. 言い争い 6. つばをはく 7. 暴言 8. いらむ 9. 物を投げる 10. 言動が荒々しい 11. へたべたする 12. さわる 13. 抱きつく 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 訓練士、医師、看護師にあったときに挨拶ができる 2. 2以下の行動回数が誘導で1日に半減する 3. 2以下の行動回数が誘導で1日に1回になる 4. 2以下の行動回数が誘導でなくなる 5. 問題生起記入のワークを看護師と共に決め、記録し、1日を振り返る 6. 問題生起記入を看護師と共に記録し、回数が減っているのを自覚する言葉がある 7. 問題生起記入回数が増えた理由を看護師と話すことができる(自制方法を見つかる) 8. 問題を起こしそうになったときの自制方法を実施する試みがある 9. 見守りで、関わる集団に自身の問題となる行動があることを説明できる 10. 見守りで、関わる集団に自身の問題となる行動に対して拒否と協力について説明できる 	<p>第3段階<社会スキル獲得></p> <p>P17 対人スキル練習</p>

図4 日常生活の課題・課題目標・課題別介入選択チャート

5 【各高次脳機能障害を持つ人への基本的な関わり方】

項目	介入
1 【注意の課題があるひとの関わり方】	<p>【注意の課題があるひとの関わり方】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 注意の課題で失敗したことは分かっているので、失敗したことの多くを言わない 2. 動作の開始前に集中するように促す 3. 注意する促しの言葉は短くし、長い言葉にしない。 例：「集中しましょう」、「おしゃべりやめましょう」 例：人指し指を口に当て、「し！」と言うように軽く形作る。 4. 集中できる環境を作る（一人作業にする、個室にする、テレビつけない等）
2 【記憶の課題があるひとの関わり方】	<p>【記憶の課題があるひとの関わり方】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 記憶がない、または不十分なので、受傷後の経過を簡潔に記載した紙を、ベッドから見える床頭台の横に貼る。 2. 代償手段としてメモリーノートの記載練習が必要なのか、いつから開始したか、いきさつを簡潔に目に留まるところにポスターにして部屋に貼る。 3. 代償手段としてメモリーノートやスケジュール表（日課表）を朝の始めに関わり、行った直後に記録させるように誘導する。 4. 記憶がないことで、代償手段が必要なことをフィードバックする。 いつ、だれが点検するか、動機づけ、誘導の方法を統一する 例：今困っていることを口にしてもらう。言葉にすることで記憶の課題があることをフィードバックさせ、練習の必要を伝える。一緒に行うために心算が要らないことを必ず伝える。 5. 対応での注意点「昨日やりましたよ」は禁忌。 6. 対応方法：常に、一期一会対応をする。 例：話しかける時には、「〇〇です。初めまして。お困りなことがありますか？」 「お手伝いしますね?」、「一緒に確認しましょう」 例：必ず笑顔で接する。負のイメージを与えない。 7. 手かかり手段としての環境を作る ①時計・カレンダーなどの日時の手がかりになるものを置く ②受け持ちや関わるスタッフの顔写真と名前を書いておく 8. メモリーノートの関わり方（誘導方法） ①朝9時にカレンダーで日時を確認させる。過ぎた日に×をつける ②メモリーノートに当日の予定スケジュールのメモを渡して書き写してもらう ③ノートに記載したスケジュールが正しいか確認する ④予定した内容が終了直後にメモリーノートにある予定内容に線を引き終了と書くように誘導する
3 【見当識障害がある人の関わり方】	<p>【見当識障害がある人の関わり方】 見当識障害がある人への関わり方】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. リアリティーオリエンテーションを行う。 2. 時計・カレンダーなどの日時の手がかりになるものを置く。 3. ベッドから目に入る場所に「〇〇病院、〇病棟、〇号室に△のために入院などと4. 現在の状況が分かるように簡潔に書いたものを床頭台や壁などに貼る。 5. 9時、17時、21時に看護師は今日の年月日、曜日、現在の時間を質問をする。 6. 日中に2回、現在いるところは何をしたらよいかを伝える

<p>4【遂行機能の課題がある人の関わり方】</p>	<p>【遂行機能の課題がある人の関わり方】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 反復練習をする 2. 新しいことを行う時には、遂行する時間・ストレス・疲労をまず考えること 3. 開始の障害がある場合 アラーム、声を掛ける、ノートやカレンダーに記入して手がかりを用いる。 4. 簡単なものから複雑な段階に進行する。 5. 掃除は手順に番号を付け、箇条書きにしてノートに書いておくように誘導する 行ったら、チェックを誘導する。すべての番号が終了したら終了と書くことを誘導する。 6. 料理は、調理方法に番号を付け、上記と同様に行い、火を変える時にはタイマーをセットして、タイマーが鳴ったら何をするか書いておく。 7. 買い物は、買う店、買い物リストのメモを作っておく、買い物が終了したらメモに線を引き終了と書くことを誘導する
<p>5【コミュニケーションの課題があるひとの関わり方】</p>	<p>【コミュニケーションの課題があるひとの介入】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の言語能力、コミュニケーション手段について言語聴覚士から情報を得る 2. 話そうとする環境作りをする 3. コミュニケーション手段を決定しておく（ゼスチャー・絵・写真・単語（漢字・かな、単語を書いたカードなど） 4. 伝わった時には、握手、OKサイン、拍手など、本人が分かるような合図をする。 5. 日課（スケジュール）は本人が分かる簡単な書式にする 6. 日課に沿ってともに行動し、全ての項目が終了した時点で一緒にチェックする。 7. 気分が沈んでいる様子であるときには、気分転換を図る 8. 気分が沈んでいる様子であるときには、そばにいる
<p>6【失行の課題があるひとの関わり方】</p>	<p>【失行の課題があるひとの関わり方】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. はじめは指示をしないで、自然な行為を確認する。 2. できないところを誘導または介助する。 3. 着衣の失行では、鏡の前で行える環境があれば着衣動作の練習をする。
<p>7【失認の課題があるひとの関わり方】</p>	<p>【失認の課題があるひとの関わり方】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 身体の失認がある人には、身体の無視した体の部位にふれ、「ここは何ですか」と尋ねる。 2. 相貌が認知できない人には、「名前を呼んでください、話してみてください」とか話すことで相手を判断してもらう。 3. 見て分からなくても、触るなど他の方法を試してみる 4. 物や保管場所はラベルを貼る
<p>【半側空間の無視がある人の関わり方】</p>	<p>【半側空間の無視がある人の介入】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 無視する側に顔を向けてもらう 2. 無視している場合、一旦動作を止めて注意をむけてもらう 3. 指差し確認を試してみる 4. 階段は無視してしまう方を壁にする、または手すりを必ず使うように注意を促す 5. 自宅の階段の踊り場に無視のない方に「手すり」などの文字など、注意を喚起する目印を付けるなどの補償的な手段を設ける

<p>8【易感情性の課題があるひとの関わり方】</p> <p>9【発動性障害の課題のある人の関わり方】</p>	<p>6. 階段昇降の練習の際に、「右側を壁にする、手すりを使う」という本人の行動を言語化し、本人の言葉でフィードバックする練習を取り入れておく</p> <p>7. 外泊練習前または家族の指導の際に、障害から起こりそうなアクシデントについて検討し、自宅に近い状況下での練習をしておく、</p> <p>8. 家族と本人と一緒に外泊時のアクシデントに対応する方法をシミュレーション しておくこと</p> <p>9. 部屋は無視する側には物は置かない。かたづけて置く</p> <p>【易感情性の課題があるひとの関わり方】</p> <p>1. 行動の課題で原因・誘因がある場合はそれを取り除く（人的環境・自然・物理的環境）</p> <p>2. 行動の課題を表す人の中には、コミュニケーションに課題があるがあるので、うまく自分の状態を伝えられない、困っていることを伝えられない、状況判断ができないなどの状態にあることが多い。 どのようなコミュニケーションの取り方をするのか状況を考え、コミュニケーションの課題がある場合は、絵や図、カードなどの代替する方法を考慮する。</p> <p>3. 危険な状態になることがあれば、一室に誘導し、興奮は収まるまで一人にする。</p> <p>【発動性障害の課題のある人の関わり方】</p> <p>1. 動作の開始ができない時には、号令をかける、または短い動作単語で誘導する。</p> <p>2. 自発語を促す</p> <p>3. 長文で質問をしない</p> <p>4. 動作をする手順を言わせて行動してもらう</p>
---	--

6 リスク管理の視点

項目	調整方法
介入の 禁止 事項	<ol style="list-style-type: none"> 1. 喘鳴、無呼吸がある 呼吸リズムが不整 2. 発熱がある。体温 38 以上 3. 下痢がある、または続いている 4. 頭痛がある 5. 血圧がBP120 以上 220 以上、変動 30mmHg ある 6. 吐き気がある、または嘔吐した
誤嚥	<ol style="list-style-type: none"> 1. 訓練食以外に食べ物や水分を置かない 2. 対象・家族・ケアする者のための表示をする（できれば写真をつける） 表示例 1：〇〇様 △△食 練習時間 時 担当□□ 水分カルピス 200ml ころみ剤 1 袋 スプーン小 表示例 2 〇〇様 食べるための練習 練習時間 時 担当□□ 練習方法 ①歯磨き ②口のマッサージ ③空飲み込み 表示例 3 寝るときの頭の位置 食べるときの頸部ポジション 3. 対象への接し方 <ol style="list-style-type: none"> 1) 表示例を差し、これから何をするのか説明する 2) うまく出来たときのサインを決めて、合図をする 3) 食べる練習が修了したら、必ずねぎらう
痙攣	<ol style="list-style-type: none"> 1. ベッドの高さは一番低くする 2. コール（お知らせ）を常に手の届くところにおく 3. 表示をする 表示例：〇〇様 部分的な痙攣を感じたら直ぐにお知らせ下さい 4. 対象への接し方 1 日 1 回の伝達「痙攣は早く対応したいのでご協力下さい」 5. 痙攣時の対応 <ol style="list-style-type: none"> 1) 大きな声は出さない。早く医師に連絡し、抗痙攣薬を筋肉注射また静脈注射してもらう。 2) 衣類を緩める 3) 頭・身体に打撲・創傷などあるか確認する
転倒 転落	<ol style="list-style-type: none"> 1. ベッドの高さは一番低くする 2. 対象・家族・ケアする者のための表示をする（できれば写真をつける） 表示例 1 用事がある時はベルでお知らせ下さい 表示例 2 車いすの移動は〇〇を呼んで下さい 3. 部屋に一人にいる時には、体動を感知するセンサーマットを床に敷き、対応ができるようにしておく 4. 一人で動こうとする場合の多くは、排泄したいと気が多いので、定時的に排泄を誘導する 5. 夜間ベッドの周りにマットを敷く 6. 対象への接し方 伝達方法「大事な体です。今は骨折しないように注意しましょう」 7. 転倒・転落時の対応 <ol style="list-style-type: none"> 1) 頭・身体に打撲・創傷などあるか確認する。必要なら医師に診察を受ける 2) 打撲の場合は、湿布をする。創傷の場合は患部を消毒、保護する。

7 課題別プログラム

第1段階 【環境と身体の調整】

P1 精神活動の活性化

P2 生活リズムをつくる

介入のポイント

対象は、意識はあるが、覚度が悪い状態にいます。精神の活性化や生活リズムをつくってあげる必要があります。関わる際に注意しておきたいことは、ぼんやりしているために、転倒や転落などの事故が起きやすい状態であることです。

項目	介入方法
P1 精神活動の 活性化 (刺激・反応)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 日課を作る：1日の休憩時間と活動時間を配分する 2. 活動時間の内容を検討する <ol style="list-style-type: none"> 1) 必ず、本人の好きなことを1つ以上入れる（音楽・ビデオ他） 2) 体を動かすと言うよりも目的のあった行動を入れる 3) 家族が参加できるものを入れる 3. 疲労を見ながら、徐々に内容と活動時間の量を増やしていく 4. 理解できる書式で日課を提示する（写真・絵など工夫する） 5. 対象への接し方（家族も同様） <ol style="list-style-type: none"> 1) 日課を差し、これから何をするのか説明する 2) 一緒に行うので心配は要らないことを説明する 3) 活動がうまく出来たときのサインを決めて、合図する。 4) 日課が修了したら、必ずねぎらう 6. 記憶の課題がある場合には、メモリーノート、カレンダー、日課表などを用い、上記の内容が終了するように意識づける。その為にも、行った出来事の記入の際に立ち会う。 <p>例：散歩 30分 車いすの人は病棟5周するなど午前1時間、午後1時間など活動時間のスケジュールを組む</p> <p>例：自室の片づけ 30分、新聞のスクラップ 30分</p> <p>例：書き写し 30分（料理、漢字、英単語など）</p> <p>例：訓練の復習（車いす駆動施設内3周、立位訓練 15分、更衣練習など）</p> <p>例：毎朝新聞を読んでもらい、メインニュース（コラムなど）を覚えてもらう</p> <p>例：筋肉トレーニング 30分</p> <p>例：好きなクラシックピアノ曲 CD をかけてベッドに横になる時間を作る</p>
P2 生活リズムを つくる	<ol style="list-style-type: none"> 1. 活動時間と休息する時間を区別する。 2. P2で1時間以内の作業ができるようになれば、休憩時間、活動時間を分ける。大事なことは、だらだらと作業をしない。 3. 日中の活動時間を徐々に増やしていく。 4. 夜眠れるために、最初は睡眠導入剤を医師と相談して処方してもらう。ただし、内服する時間は20時と決めるなど、変更をなるべくしない。 5. 夜眠れない状態の時には、休める環境をつくる。 6. 眠れない時にはクッキーやお茶などの軽食をとる 7. 本人が嫌がらず、行動を起こせようになったら、活動メニューを本人に説明して自身で決定できるように促す。 8. 本人とともに日課の組み立てを一日の終了後に行う。 9. 1日の日課内容は、徐々に身体を使う内容、と頭を使う内容に分ける

	<p>例：午前中は身体を使う内容 午後は考えることの内容 午前：体操・ジョギング・車いす駆動・散歩 午後：献立・調理・コラムを読む</p> <p>10. 対象への接し方（家族も同様）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 日課を差し、これから何をするのか説明する 2) 一緒に行うので心遣いは要らないことを説明する 3) 活動がうまく出来たときのサインを決めて、合図する。 4) 日課が終了したら、必ずねぎらう <p>11. 記憶の課題がある場合には、メモリーノート、カレンダー、日課表などを用い、上記の内容が終了するように意識づける。その為に、行った出来事の記入の際に立ち会う。</p> <p>日課例：6時起床 7時更衣・食事薬 8時洗面 9時日課予定確認 11時書き取りドリル 12時昼食・内服、13時休憩と音楽鑑賞 15時筋トレ30分 16時入浴 17時明日の予定確認 18時夕食・薬 19時自由時間 21時消灯</p>
--	--

第2段階 基本的 ADL 獲得

P3 ADL 食事動作・洗面動作 P4 ADL 排泄動作
 P5 ADL 移動・移乗・更衣 P6 ADL 入浴・歩行・階段

介入ポイント

介入するときには多くの説明をするよりも動作の簡単な説明、単語レベルで誘導します。これは、多くの言葉の情報を処理することができないからです。身体面に課題のある人の介入は、今までできていたことができない状況を受け止める段階にもありますので誘導する言葉は丁寧に、練習後はねぎらい、次回につなげる言葉も必要です。一連の動作が終了するまで付き添い、患者を一人にしないようにしましょう。

項目	介入内容
P3 ①洗面動作	①洗面 1. 誘導する方法 例：洗面用具を目の前に出して「歯磨きしましょう」と声を掛ける 例：歯磨きを真似て見せてから誘導する 例：スケジュール表の『歯磨き』の写真を示して誘導する 例：スケジュール表の『歯磨き』文字を示して誘導する 例：動作の開始ができない場合には、歯ブラシを手に持たせる 2. 動作の遂行を促す方法 例：動作が止まってしまう時には、歯ブラシを持っている手を軽く指で突く様なタッチで合図する 例：動作が止まってしまう時には、促しの短い言葉「止まっています」と言葉をかける 3. 磨きなおしが必要な時 磨きができいないとき、特に麻痺側の頬を軽く指でタッチするように合図して磨き残しを合図する 4. 動作が終了したときの介入方法 例：必ず、言葉をかける、合図をする。『できましたね』『OK サイン』褒める、拍手する、 日 程表『歯磨き』欄を見せてチェックする 【利き手交換が必要な人】 1. 片手でできる一連動作方法を見せもらう 2. 把持しにくい場合は歯ブラシに補助具や装具をつける 3. 電動歯ブラシを用いる
②食事動作	②食事動作 1. 誘導する方法 例：配膳をし、料理を目の前に出して「食事しましょう」と声を掛ける 例：スプーンを持って食べる真似を見させてから誘導する 例：スケジュール表の『食事』の写真を示して食堂に誘導する 例：スケジュール表の『食事』文字を示して食堂に誘導する 例：動作の開始ができない場合には、スプーンや箸を手に持たせる 2. 動作の遂行を促す方法 例：動作が止まってしまう時には、スプーンや箸を持っている手を軽く指で突く様なタッチで合図する 例：動作が止まってしまう時には、促しの短い言葉「止まっていますよ」と言葉をかける 3. 空間・一部の失認がある場合で気が付いていないで食べていない場合は、顔を見えていない方

	<p>に向けさせて食事を確認する</p> <p>4. 動作が終了したときの介入方法</p> <p>例：必ず、言葉をかける、合図をする。『できましたね』『OKサイン』、拍手する、日程表『食事』欄を見せてチェックする</p> <p>【利き手交換が必要な人】</p> <p>1. 片手でできる一連動作方法を見せもらう</p> <p>2. 把持しにくい場合はスプーンや箸の補助具や装具をつける</p>
<p>P4 排泄動作</p>	<p>1. 誘導する方法</p> <p>例：トイレに行きましようかと声を掛ける</p> <p>例：排泄表の誘導時間を示して誘導する</p> <p>例：『尿』『便』カードを示して誘導する</p> <p>例：スケジュール表の『トイレ』の写真を示して誘導する</p> <p>例：スケジュール表の『トイレ』『尿』『便』の文字を示して誘導する</p> <p>2. 動作の開始の誘導</p> <p>例：動作の開始ができない場合には、声をかけて開始を促す</p> <p>例：動作の開始ができない場合には、手を誘導して開始の合図をする</p> <p>例：動作の開始ができない場合には、「ズボン下ろしましょうか」と声を掛ける</p> <p>例：注意が散漫な時には「集注しましょう」と声を掛ける</p> <p>3. 動作の遂行を促す方法</p> <p>例：動作が止まってしまう時には、手を軽く次の動作ステップのところ指で突く様なタッチで合図する</p> <p>例：動作が止まってしまう時には、促しの短い言葉「止まっていますよ」と言葉をかける</p> <p>例：動作の遂行のために「1. 2. 3・・・」と号令を掛ける</p> <p>4. 半側の無視がある場合、ズボンが十分に上げ下げできていない状況には、「ズボンがまだ下がっていません」と伝える</p> <p>車いすの場合、足の位置、車いすの位置をトイレ床にビニールテープをつける</p> <p>5. おしりの拭き直しが必要な時</p> <p>おしりの拭き直しできていないとき、「もう1回」と声を掛ける</p> <p>6. 動作が終了したときの介入方法</p> <p>例：必ず、言葉をかける、合図をする。『できましたね』『OKサイン』</p> <p>褒める、拍手する、『日程表』『排泄表』欄を見せてチェックする</p> <p>7. 記憶保持が極端に短い場合には、排泄動作の介入に「さっき言いましたよ」は禁忌です。毎回、動作を口に出して伝える。「プレーキ」「捕まる」「回転する」「ズボン下げる」「座る」「おしっこしましょう」一期一会の対応をする</p> <p>【運動麻痺があるひと】</p> <p>1. 麻痺の種類に合わせ、移乗する向きや一連の動作を見せる</p> <p>2. 必要な介助の内容を伝え、介助する</p> <p>3. 麻痺側に倒れる場合があるために注意をする</p>

P5	<p>①移動・②移乗</p>
①移動	<p>1. 誘導する方法</p>
②移乗	<p>例：「車いすに乗りましょう」と声を掛ける</p>
	<p>例：車いす乗る真似を見せてから誘導する</p>
	<p>例：スケジュール表の『訓練に行く』『散歩』『車いす』の写真を示して誘導する</p>
	<p>例：スケジュール表の『訓練に行く』『散歩』『車いす』の文字を示して誘導する</p>
	<p>例：動作の開始ができない場合には、手を添えて誘導する</p>
	<p>2. 動作の遂行を促す方法例：動作が止まってしまう時には、促しの短い言葉「止まっている」と言葉かける</p>
	<p>3. 移乗・移動のときの安全に対する必要な時</p>
	<p>ブレーキがかかっていない場合、またははずしていない場合、フットレストに足を載せていない場合、またはフットレストを畳んでいない場合、麻痺側の足を忘れていた場合には特に麻痺側の足やブレーキ、フットレストを軽く指で叩いて合図する</p>
	<p>4. 動作が終了したときの介入方法</p>
	<p>例：必ず、言葉かける、合図をする。『できましたね』『OKサイン』褒める、拍手する</p>
	<p>【運動麻痺があるひと】</p>
	<p>1. 麻痺の種類に合わせ、移乗する向きや一連の動作を見せる</p>
	<p>2. 必要な介助の内容を伝え、介助する</p>
	<p>3. 麻痺側に倒れる場合があるために注意をする</p>
	<p>*****</p>
	<p>③更衣</p>
	<p>1. 誘導する方法</p>
	<p>例：着替えをしましょうと声を掛ける</p>
	<p>例：スケジュール表の『更衣』の写真を示して誘導する</p>
	<p>例：スケジュール表の『更衣』の文字を示して誘導する</p>
③更衣	<p>2. 動作の開始の誘導</p>
	<p>例：動作の開始ができない場合には、声をかけて開始を促す</p>
	<p>例：動作の開始ができない場合には、手を誘導して開始の合図をする</p>
	<p>例：動作の開始ができない場合には、「そで口は」と声を掛ける</p>
	<p>例：注意が散漫な時には「集注しましょう」と声を掛ける</p>
	<p>3. 動作の遂行を促す方法</p>
	<p>例：動作が止まってしまう時には、手を軽く次の動作ステップのところ指で突く様なタッチで合図する</p>
	<p>例：動作が止まってしまう時には、促しの短い言葉「止まっています」など言葉かける</p>
	<p>例：動作の遂行のために「1. 2. 3・・・」と号令を掛ける</p>
	<p>4. 半側の無視がある場合、半側が足や手が入っていないことを伝える</p>
	<p>5. ボタンの掛け直しが必要な時は、間違ってしまったボタンの位置を指差し、「もう1回」と声を掛ける</p>
	<p>6. 動作が終了したときの介入方法</p>
	<p>例：必ず、言葉かける、合図をする。『できましたね』『OKサイン』褒める、拍手する</p>
	<p>7. 記憶保持は極端に短い場合には、排泄動作の介入に「昨日やりましたよ」は禁忌です。</p>
	<p>毎回、動作を口に出して伝える。一期一会の対応をする</p>
	<p>8. 姿見ができる鏡があれば、鏡の前で良くみて更衣する。</p>
	<p>【運動麻痺があるひと】</p>
	<p>1. 麻痺や拘縮に対して更衣する麻痺側から更衣する順番と一連の動作を見せる</p>
	<p>2. 必要な介助の内容を伝え、介助する</p>
	<p>3. 麻痺側に倒れる場合があるために注意をする</p>

<p>P6 ADL</p> <p>①入浴</p> <p>②歩行</p> <p>③階段</p>	<p>①入浴</p> <p>1. 誘導する方法</p> <p>例：洗面用具を目の前に出して「お風呂ですよ」と声を掛ける</p> <p>例：入浴道具一式が入ったセットを見せてから誘導する</p> <p>例：スケジュール表の『入浴』『風呂』の写真を示して誘導する</p> <p>例：スケジュール表の『入浴』『風呂』『♻』文字を示して誘導する</p> <p>例：動作の開始ができない場合には、軽く背中を叩いて促す</p> <p>2. 動作の遂行を促す方法</p> <p>例：入浴動作が止まってしまう時には、促しの短い言葉「止まってる」と言葉をかける</p> <p>3. 洗い、掛け流しの直しが必要な時</p> <p>洗えていないところ、変え流していないところを伝え、特に麻痺側を忘れている場合は軽く指で叩いて合図する</p> <p>4. 動作が終了したときの介入方法</p> <p>例：必ず、言葉をかける、合図をする。『できましたね』『OK サイン』褒める、拍手する、日程表欄入浴『風呂』『♻』を見せてチェックする</p> <p>【運動麻痺があるひと】</p> <p>1. 麻痺や拘縮に対して洗いの順番と一連の動作を見せる</p> <p>2. ボディーブラシ、改良洗いタオル（ループ付）の使い方を伝える</p> <p>3. 必要な介助の内容を伝え、介助する</p> <p>4. 麻痺側に倒れる場合があるために注意をする</p> <p>②歩行 ③階段</p> <p>【認知の課題のある人】</p> <p>1. 誘導する方法</p> <p>例：スケジュール表『歩行練習』『階段練習』の写真を示して誘導する</p> <p>例：スケジュール表『歩行練習』『階段練習』文字を示して誘導する</p> <p>例：動作の開始ができない場合には、軽く肢を叩いて促す</p> <p>2. 動作の遂行を促す方法</p> <p>例：歩行動作や階段昇降動作が止まってしまう時には、促しの短い言葉「止まってる」と言葉をかける</p> <p>3. 麻痺側の足を忘れている場合、麻痺側の肢を軽く指で合図する</p> <p>4. 動作が終了したときの介入方法</p> <p>例：必ず、言葉をかける、合図をする。『できましたね』『OK サイン』褒める、拍手する、日程表欄『歩行練習』『階段練習』を見せてチェックする</p> <p>【運動麻痺があるひと】</p> <p>1. 必要な介助の内容を伝え、介助する</p> <p>2. 麻痺側に倒れる場合があるために注意をする</p>
--	---

第3段階 【生活の管理】

P7 自室の管理練習 P8 自己スケジュール管理練習 P9 内服自己管理練習

介入ポイント

対象は主に記憶の障害があるが、何かのヒントがあれば自己の生活の管理が可能になる人です。介入するときには、一期一会の対応に心がけます。

項目	介入方法
P7自室の管理練習	<ol style="list-style-type: none"> 1. 記憶がないので、何故練習が必要なのか、いつからこのことを開始したのか、いきさつを簡単に目につくところにポスターのように記載しておく。 2. 物品を置く位置を決め、名称をテープまたはテプラなど使って記入しておく 例：衣類、金銭に関わる書類、保険証、剃刀 例：バックやカバンに入れておくものは、持ち物カードを2つ作り、一つはバックやカバンに入れ、一つは家に置いておく。 3. 毎日片づけなければならないことを決めておく 例：布団、食器、衣類、新聞、本、雑誌、財布など 4. スケジュール表また壁掛けカレンダーに片付ける項目を書いておく 5. 見える位置に置き、片付いているか朝・夕に確認する 6. 掃除の方法と曜日を決めておく 例：水曜日、日曜日に掃除機をかける
P8自己スケジュール管理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 記憶がないまたは不十分なので、何故練習が必要なのか、いつからこのことを開始したのか、いきさつを簡単に目につくところにポスターのように記載しておく。 2. 記憶の補助手段としての検討 <ol style="list-style-type: none"> 1) 簡単な日程表・手帳・メモリーノート 2) 持ち運べるタイプのものの検討する 3. 記憶の補助手段が決定したら、枠組みを考える <ol style="list-style-type: none"> 1) 時間軸 2) 絶対忘れてはならない項目の注目性 例：抗痙攣薬内服時間 4. 活動時間の内容を検討する <ol style="list-style-type: none"> 1) 必ず、本人の好きなことを1つ以上入れる（音楽・ビデオ他） 2) 体を動かすと言うよりも目的のあった行動を入れる 3) 家族が参加できるものを入れる 4) 1日の休憩時間と活動時間を配分する 5) 1日単位、週単位、月単位に拡大。スケジュールを一緒に立てる 6) 家族のイベント、関係者のイベントを計画する 7) 外泊練習のスケジュールを計画する 例：月曜 午前 散歩 午後 買い物 火曜日：外泊 5. フィードバック方法を考える <ol style="list-style-type: none"> 1) いつ点検するのか 2) 誰が点検するのか 3) 誘導の方法を統一する 例：日課を差し、これから何をするのか説明する 例：一緒に行うので心配は要らないことを説明する 例：活動がうまく出来たときのサインを決めて、合図する。 例：日課が修了したら、失敗しても成功しても必ずねぎらう

<p>P9内服自己管理 練習</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 記憶がない、または不十分なので、何故練習が必要なのか、いつからこのことを開始したのか、いきさつを簡単に目につくところにポスターのように記載しておく。 2. 記憶の補助手段としての検討 <ol style="list-style-type: none"> 1) 簡単な日程表・手帳・メモリーノートを検討する 2) 内服カレンダーを用いる（ポケットがあり、一日分の薬が透明で見えるもの） 3) 内服ケース（箱などの入れ物）を用意する 3. 練習日程を決める <ol style="list-style-type: none"> 1) 1 日分の内服練習 2) 1 週間分の内服練習 3) 2 週間分の内服練習 4) 1 か月分の内服練習 4. 失語や文字理解の困難な場合 <ol style="list-style-type: none"> 1) 朝内服薬は青、昼内服薬は黄色、夕内服薬は赤などのシールまたは色を付ける 5. フィードバック方法を考える <ol style="list-style-type: none"> 1) いつ点検するのか 2) 誰が点検するのか 3) 誘導の方法を統一する <p>例：日課を差し、これから何をするのか説明する</p> <p>例：一緒に行うので心配は要らないことを説明する</p> <p>例：内服がうまく出来たときのサインを決めて、合図する。</p> <p>例：一日の内服練習が修了したら、失敗しても成功しても必ず、ねぎらう</p>
------------------------	--

第4段階 生活の管理 (IADL)

P10拡大ADL1 外泊練習 P11拡大ADL2 買い物練習
P12拡大ADL3 交通手段練習

介入ポイント

対象は主に記憶障害と遂行機能に障害があるが、何かのヒントがあれば自己の生活が可能になる人です。介入は、一期一会の対応で指導しているという姿勢ではなく、一緒に可能性を見つけているという姿勢で関わることです。休息を忘れないことです。必ず労いの言葉をかけてください。

項目	介入方法
P10拡大ADL1 外泊練習	<p>【P10拡大ADL1 外泊練習】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自宅に外泊する前に予想できる障害から起こる自宅での課題を抽出しておく。 2. 予想される自宅での課題について家族と何故それが課題になりそうなのか、回避と対策、具体的な介入方法について教えておく。 3. 外泊する前には、記憶の代替手段の練習（メモリーノートなど）や遂行の代替手段（手順表の作成とチェック）をしておき、家族にも練習に参加してもらう。 4. 外泊スケジュールを計画する。なるべく、今ある状態の活動時間帯を崩さない。 5. 自分で行える内容があれば、行ってもらい、手を貸した場合には、具体的な内容を記録してもらい、次の外泊に活かす。 6. うまく出来た時には、メモリーノートなど振りかかれるところに成功と記しておく 7. 内容より、外泊練習できたことを褒める。
【P11拡大ADL2 買い物練習】	<p>【P11拡大ADL2 買い物練習】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 小さな売店やコンビニの人に先に説明をしておいて協力してもらう。 2. 最初の買い物は、1～2品にしておき、レジを通り、支払って帰って来ることを数回行う。 3. 次に買い物リストを作り、買物の品が分からないときの対応マニュアルを作り、それに則って行えるかどうかをみる。 4. 支払の釣銭がっているかどうかを確認するように促す。 5. 大きなショッピングモールやデパートに行く時には、1回程度休憩をとる。 6. うまく出来た時には、メモリーノートなど振りかかれるところに成功と記しておく。 7. 内容より、買い物練習できたことを褒める。
【P12拡大ADL3 交通手段練習】	<p>【P12拡大ADL3 交通手段練習】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 行くところを決める。これは、今後の生活に必要な場所である。 例：通院する場合を考えて、自宅から病院まで 例：自宅から会社まで 例：自宅から学校まで 2. 自宅から1駅乗って、どこで降りているのか確認する。 3. 交通手段として、バス・電車を使い、道順や金額を示すカードを作る。 4. 最初は、外泊練習のときに行うと良い。 5. 数回は、家族や知人に協力してもらい、同行してもらう。 6. 一人で行う場合は、協力者を頼んでおく。家を出た時に相手方に連絡する。 7. 記憶の課題がある場合には、手荷物・メモリーノートに連絡先の住所・電話番号、「私には〇〇の障害があり、今電車の練習中です、もし私が困っていたり、迷っていたらここに連絡ください」など分かるように記載しておく。 8. うまく出来た時には、メモリーノートなど振りかかれるところに成功と記しておく 9. 内容より、交通手段練習できたことを褒める。

謝辞

本論文をまとめるあたり、長期間の多大なご指導とご指示を賜った堅田明義教授に深謝し、厚く御礼申し上げます。

在学してから、体調不良が続き、また交通事故、父の介護と、論文は仕上げられないかとも思うことが幾度とありました。堅田教授には、在学してから私自身の身体が整わないときにも、必ず、お声をかけて下さり、時には大学にきて励ましていただきました。体調が整いだしてからは、今度は大学での仕事が山積みでした。途中で頓挫した研究活動で、手掛けたケアプログラムは幻で終わるかと思い、悶々と過ごす中、「必要なプログラムだ、必ず、論文を書くんだ」と言って下さったことは脳裏を離れず現在に至ったと思います。そして、長い年月を通じて知りえた患者様のケアを無駄にしないと決め、自身ができる範囲での研究活動を再開することにしました。内容で迷う時には、先生が雑念をすっぱり切り捨てて下さいました。論文を丁寧にご指導いただきまして感謝の気持ちでいっぱいです。

また、本大学の教授三上章充先生、准教授大橋明先生には、丁寧に多くの助言を頂きまして、さらに学びを深めることができました。大変ありがとうございました。

この論文を作成するために、前段階の機能的尿失禁ケアプログラム開発でお世話になりました国立身体障害者リハビリテーションセンター前総長である佐藤徳太郎先生には、多くのご助言いただきました。必ず高次脳機能障害者のためのケアプログラムを開発してくださいという言葉が残っています。同前看護部長の横田美恵子氏は共に苦労して高次脳機能障害支援モデル事業の際に生活訓練プログラムを作り、脳卒中の看護について学ばせていただきました。

古いデータだけでは何も進まない、現在の医療の中で何が困っているのかと思い再度、臨床で調査を行うことになりました。この調査の快諾をして下さった横芝町立病院院長はじめ看護部の皆様のご協力に感謝申し上げます。これまで、患者様やご家族様の貴重な言葉や意見を多く聞くことができました。今後も、私は皆様の言葉を大事に、「病」、「障がい」、「生きる」に対してケアを追及していきます。この場をお借りして御礼申し上げます。

次にデータの質的分析においては、千葉科学大学看護学部学部長の池邊敏子教授には、前論文の質的分析の折に、言葉と行動を推し量ること、専門分野以外の者への説明力の必要性を学ばせていただきました。

この論文の根幹に当たる第3章の質的分析では、元横浜市立看護大学教授、国際医療福祉大学看護学部教授でいらした武田宜子先生にはご多忙な中、ご自宅に泊りがけで指導をいただきました。分析に数か月を要し、大量のデータを分析できましたのも先生のご指導のおかげです。誠にありがとうございました。

最後に、長い論文作成期間、また、研究活動の中で、励まし、健康を支えてくれた夫に深く感謝の意を表したいと思います。

2019年3月

長島 緑