

原 著 論 文

高次脳機能障害をもつ人の退院後の 在宅生活への適応を促進するケア

Care to promote adaptation to post-discharge home life of people with higher brain dysfunction

井 上 加奈子 (Kanakano Inoue)* 森 下 安 子 (Yasuko Morishita)**

要 約

高次脳機能障害をもつ人の退院後の在宅生活への適応を促進するケアの内容を明らかにすることを目的として、高次脳機能障害との診断がついている人に退院直後からケアを行った訪問看護の経験がある看護師9名に半構成的面接法を用いてデータ収集を行った。質的帰納的に分析した結果、【退院後に起こり得る問題を予測し、回避するためのケア】、【出来ていない療養・生活管理を補うケア】、【高次脳機能障害の特徴に合わせた関わりが出来るチームを作るケア】、【本人の自然な動きに合わせた生活環境を整えるケア】、【本人が出来ていないことの自覚を促すケア】、【視覚に訴え行動化を促すケア】、【パターン化しリズムを作っていくケア】、【本人が出来ていることを強めるケア】、【必要な行動が継続出来ているかをモニタリングするケア】が抽出された。訪問看護師は、本人の混乱を最小限に抑えるために統一した関わりが出来るチームを作るケアや出来ていないことを自覚出来るように促し、出来ていることの強みを伸ばすセルフケア能力の拡大に向けたケア、利用者の変化を把握し随時見直し修正をしていくモニタリングするケアを展開していくことの重要性が示唆された。

Abstract

The aim of this study is to shed light on the content of care which can promote adaptation to post-discharge home life of people with higher brain dysfunction. The data was collected using semi-structured interviews with 9 nurses, who had experienced visiting care starting from right after discharge for those who had been diagnosed as higher brain dysfunction. The result of qualitative inductive analysis of the data represents the following categories regarding a variety of functions of care: (1) preventive care anticipating the possible problems after discharge; (2) supportive care supplementing insufficient self-treatment and -management; (3) consideration for forming a team which may generate the relationships in harmony with the dysfunction; (4) coordinating care for environment fit for the patients' spontaneous movement; (5) cognitive care helping patients to become conscious of what they are incapable of; (6) care aimed for acting-out through visualization; (7) regulating care with regard to patterning and rhythming (8) enhancement care for the remaining abilities; (9) monitoring care attentive to maintenance of necessary activities. In conclusion it is suggested that it is important for a visiting nurse to practice care whose functions are summarized as follows: forming an integrated team which can minimize the embarrassment of patients; enhancement of self-care ability by promoting the remaining abilities and making aware of incapability; monitoring the changes of patients to feed them back to the care plan.

キーワード：高次脳機能障害 在宅 適応 訪問看護

I. はじめに

高次脳機能障害は、日常生活において大きな支障をもたらすことも多いが、一見してその症

状を障害に由来するものと認識されないこともあるなど、十分な理解が得られずに、適切な対応がされないことも多いことが報告されている¹⁾。厚生労働省は、平成13年度より高次脳機

*訪問看護ステーション高知西

**高知県立大学看護学部

能障害支援モデル事業を実施し、その事業において記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害を主たる要因として、日常生活及び社会生活への適応に困難を有する一群が存在し、これらについては診断、リハビリテーション、生活支援等の手法が確立しておらず早急な検討が必要ながことが明らかとなった²⁾。これらのことより、高次脳機能障害をもつ人は日常生活及び社会生活への適応に困難を有するため、生活への適応に向けた支援が重要であると言える。

中西³⁾は、高次脳機能障害を有する脳卒中患者の生活行動再獲得を支援する看護ケアプログラムの開発に関する研究において、高次脳機能障害をもつ人の適応に着目した看護ケアの必要性をあげている。また、野々垣⁴⁾は「病院という変化の少ない、刺激のコントロールされている場所から、地域という変化に富んだ、刺激の多い場所へ生活拠点を移すということは、環境の変化に対し適応的な行動をとることが難しい高次脳機能障害者を混乱させる大きな要因となる」と述べている。これらより病院において生活行動の再獲得が可能となっても、退院後在宅という新たな環境の変化はその生活への適応を困難にしていると言え、退院直後から高次脳機能障害をもつ人の退院後の在宅生活への適応を促進するケアを行うことにより、在宅生活の早期の安定化につなげていくことが可能であると考えられる。

高機能機能障害をもつ人への適応に関する研究については、病院や施設ケアに関する研究であり、退院後の在宅生活への適応に着目した研究は行われていない。そこで、本研究では、高次脳機能障害をもつ人の在宅生活への適応を促進するケアとはどのようなものであるのかということをも明らかにすることにより、高次脳機能障害をもつ人の在宅生活の早期の安定化、在宅生活の継続を支援していくための訪問看護のあり方について示唆を得ることを目的とした。

II. 研究 方 法

1. 研究デザイン

本研究の目的は、高次脳機能障害をもつ人の

退院後の在宅生活への適応を促進するケアの内容を明らかにすることである。これまで、高次脳機能障害をもつ人の在宅生活への適応を促進するケア内容は明らかになっておらず、訪問看護師が実践している事実と根差したデータから内容を抽出し、記述していくことが必要である。よって本研究では、質的帰納的アプローチによる因子探索型研究デザインを用いることとした。

2. 用語の定義

高次脳機能障害をもつ人の退院後の在宅生活への適応を促進するケア：高次脳機能障害によって在宅生活という環境の変化により生じる生活上の困難に対してその人のもつ能力を引き出し、習慣的な反応を早期に習得するというコーピングプロセスを経て、環境と違和感なく安定している状態に向けて働きかけるケア（看護師が行うアセスメントから行動までを含めた看護活動）であり、関係する周囲の人々をも含めたケア

3. 研究対象者

訪問看護ステーション責任者から推薦を受け、高次脳機能障害との診断がついている人に退院直後からケアを行った訪問看護の経験がある看護師で、本研究の趣旨を理解し研究への協力及び同意が得られた方とした。

4. データ収集期間・方法

データ収集期間は、平成23年9～10月であった。データ収集は本研究の枠組みに基づき、半構成インタビューガイドを作成し、高次脳機能障害をもつ人の退院後の在宅生活への適応を促進するケアに関して自由に語ってもらえるように1時間～1時間半程度の半構成的面接を行った。面接内容は事前に承諾を得てICレコーダーに録音及び記述した。

5. データ分析方法

録音した面接内容から逐語録を作成し繰り返し読むことで、全体の流れをつかんだ。得られたデータから高次脳機能障害をもつ人の退院後の在宅生活への適応を促進するケアに関する内容を事例ごとに抽出し、コード化した。類似した意味をもつコードをまとめ、カテゴリー化し

た。データ分析は、信頼性・妥当性を高めるために、指導教員から継続的な指導を受けた。各分析段階で在宅看護学領域の専門家や質的研究のエキスパートによる継続的なスーパービジョンを受けて、研究の信頼性・妥当性を高めるように努めた。

6. 倫理的配慮

高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を受け、対象者に研究の趣旨、参加の自由、同意の撤回の自由、匿名性の確保などを文書及び口頭で説明し同意を得た。得られたデータは個人が特定されないように、面接内容を録音したICカード、逐語録はID番号をつけて厳重に保管・管理し、得られたデータの管理、処理は研究者が確実に行った。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の概要

A・B、2県の4施設で訪問看護の経験がある訪問看護師9名であり、訪問看護師経験は1年半～13年で、平均経験年数は7年であった。

語られた事例は、年代が30～70歳代であり、ADLレベルは車椅子から独歩であり、高次脳機能障害の原因は、脳梗塞、脳出血、アルコール、有機溶剤中毒、くも膜下出血であった。

2. 高次脳機能障害をもつ人の退院後の在宅生活への適応を促進するケア

分析の結果、高次脳機能障害をもつ人の退院後の在宅生活への適応を促進するケアは、【退院後に起こり得る問題を予測し、回避するためのケア】、【出来ていない療養・生活管理を補うケア】、【高次脳機能障害の特徴に合わせた関わりが出来るチームを作るケア】、【本人の自然な動きに合わせた生活環境を整えるケア】、【本人が出来ていないことの自覚を促すケア】、【視覚に訴え行動化を促すケア】、【パターン化しリズムを作っていくケア】、【本人が出来ていることを強めるケア】、【必要な行動が継続出来ているかをモニタリングするケア】という9つのカテゴリーがあることが明らかとなった。(表1)

本稿では、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、ローデータを「 」で示す。

表1 高次脳機能障害をもつ人の在宅生活への適応を促進するケア

カテゴリー	サブカテゴリー
退院後に起こり得る問題を予測し、回避するためのケア	入院中から在宅の生活に近づける
	退院後に起こり得る緊急時の体制を作る
出来ていない療養・生活管理を補うケア	病状悪化予防のために専門職として病状を管理する
	出来ていない療養・生活管理に必要なサービスを導入する
	チームメンバーに出来ていない療養・生活管理の確認を依頼する
高次脳機能障害の特徴に合わせた関わりが出来るチームを作るケア	チームで現状を絶えず情報交換する
	本人のもつ高次脳機能障害の特徴に合わせた関わりについてチームメンバーと共に考える
	本人の今の状態に合わせた現実的な目標をチーム内で共有する
	チームメンバーに本人のもつ高次脳機能障害の特徴をふまえた関わり方についてアドバイスする
本人の自然な動きに合わせた生活環境を整えるケア	本人のもつ高次脳機能障害の特徴に合わせた関わりをチームで実施する
	本人の自然な動きに合わせて室内環境を整える
	本人の動きを実際に試しながら安全な環境を整える
本人が出来ていないことの自覚を促すケア	本人の自然な動きに合わせた援助が出来る体制を整える
	本人の認識と実際のずれを探り、出来ていないことの自覚を促す 自分の身に危険が起きていることへの自覚を促す
視覚に訴え行動化を促すケア	本人が目で見え気づくような工夫をする
	療養管理の目安を数字で表し説明する 本人がわかるようにその場で見せて説明する
パターン化しリズムを作っていくケア	療養管理が出来るように何度も繰り返す
	在宅生活をする上で必要な生活動作を一つ一つ確認する
	最低限必要な生活動作だけは出来るように説明する
本人が出来ていることを強めるケア	決まり事を作りパターン化する
	本人が出来るものを取り入れる
	本人が出来ていることを見出し評価して返す 本人が出来ることに合わせて目標を変化させる
必要な行動が継続出来ているかをモニタリングするケア	24時間の生活を通してあらゆる人々から必要な行動が継続出来ているかの情報をとる
	必要な行動が継続出来ているか見守る

1) 【退院後に起こり得る問題を予測し、回避するためのケア】

【退院後に起こり得る問題を予測し、回避するためのケア】とは、注意障害や記憶障害などによって病院から在宅への移行に伴う変化に対応出来ないことにより起こり得る問題を予測し、回避するためのケアである。これには、2つのサブカテゴリーがあり、例えば「入院中から在宅の生活に近づける」では「どういった1人暮らしであったのかということ、本人さんがそんなに話が出来ずに出来るとしかいわないのでちょっと不安になって、退院前の訪問を病院の人にしてもらおうようにケアマネさんに依頼をかけてもらった」(ケース3)という語りのように、退院後に起こり得る問題を回避するために入院中から在宅の環境に合わせたケアを依頼していた。

2) 【出来ていない療養・生活管理を補うケア】

【出来ていない療養・生活管理を補うケア】とは、本人が出来ていると思っても注意障害や記憶障害・失行などによって実際には出来ていない療養・生活管理を明らかにし、それを補うためのケアである。これには、3つのサブカテゴリーがあり、例えば「出来ていない療養・生活管理に必要なサービスを導入する」では、「やるやるといってそこで本人がいうけれどなかなか出来てなかったというのがあったので(中略)いろんな形でのサービス事業所の方に協力してもらって」(ケース1)という語りのように、本人が出来ると思っているが記憶障害などにより実際には出来ていないことによって生じる病状悪化を予防するため療養・生活管理を補うために必要なサービスを導入するようにしていた。

3) 【高次脳機能障害の特徴に合わせた関わりが出来るチームを作るケア】

【高次脳機能障害の特徴に合わせた関わりが出来るチームを作るケア】とは、家族を含めたチームメンバーで記憶障害や注意障害といった高次脳機能障害の特徴をふまえた今の本人の状態に合わせた関わりが出来るチームを作っていくためのケアである。これには、5つのサブカテゴリーがあり、例えば「本人のもつ高次脳機

能障害の特徴に合わせた関わりについてチームメンバーと共に考える」では、「それはその時はわかってはいてもまた同じことが、すり替えてこのことは応用とかがあっていうのはなかなか難しかったりするから毎回同じ繰り返しになってしまう所もあるかもしれないけれど、でももう、それはなかなか求める、1回いってもわかってもらえるのは難しいかもしれませんねというような関わり方を一緒に考えて」(ケース2)という語りのように、本人のもつ記憶障害や注意障害といった高次脳機能障害の特徴についてチームで情報共有し、その特徴に合わせた関わり方についてチームメンバーと共に考えるようにしていた。

4) 【本人の自然な動きに合わせた生活環境に整えるケア】

【本人の自然な動きに合わせた生活環境に整えるケア】とは、注意障害や遂行機能障害・半側空間無視・失行などにより生じる生活上の困難に対して、本人のとする自然な動きに合わせた人的・物的・社会的環境を整えるケアである。これには、3つのサブカテゴリーがあり、例えば「本人の自然な動きに合わせて室内環境を整える」では、「どうやってやるんだろうと思いつながら、この人どういうふうにするのかなとみて、ちょっと持ち換えとかが危ないことがあったので、お風呂に手すりを1個つけて」(ケース2)という語りのように、注意障害や失行などに対して本人に元々習慣づいている自然な動きの中にとり入れることの出来る道具を導入していた。

5) 【本人が出来ていないことの自覚を促すケア】

【本人が出来ていないことの自覚を促すケア】とは、本人が出来ていると思っているが記憶障害や注意障害、半側空間無視などにより実際には出来ていないことに対して、自覚を促し出来るようにするためのケアである。これには、2つのサブカテゴリーがあり、例えば「本人の認識と実際とのずれを探り、出来ていないことの自覚を促す」では、「私らは必ずお薬を飲んだらその空き袋をもらってたんですよ。それを彼女が1人してくれたんですけど。バラバラッと

みたら1錠だけ残ってることがあって、これはどうして飲まなかったといったら、いやあんたすごいね、これは私は飲んだつもりが飲んでなかっただけよみたいな所から、ちゃんと自分の中でもそれをちょっとまた確認するというかね。」(ケース4)という語りのように、本人の認識では出来ていると思っていることが半側空間無視によって実際には出来ていないことを共に目で見確認することで本人の認識と実際のずれを埋め出来ていないことが自覚出来るようにしていた。

6) 【視覚に訴え行動化を促すケア】

【視覚に訴え行動化を促すケア】とは、半側空間無視や記憶障害・失認・遂行機能障害などにより出来ていない療養管理や日常生活行動が本人の目で見確認出来るようにすることによって自分自身で療養管理や日常生活行動がとれるようにするためのケアである。これには、3つのサブカテゴリーがあり、例えば「本人が目で見気づくような工夫をする」では、「生活のパターンに乗せるために朝起きたらご飯食べて、パン食べて、薬飲んで、何時にヘルパーが来てなどという、そういったスケジュールも貼り、それを(本人が) 見るということをやっていた」(ケース3)という語りのように、遂行機能障害や記憶障害に対して本人が目で見確認出来るようにするための工夫をしていた。

7) 【パターン化しリズムを作っていくケア】

【パターン化しリズムを作っていくケア】とは、注意障害や記憶障害・失行・遂行機能障害などによって生じる困難に対して、自分で出来るようにするために何度も同じことを繰り返したり、最低限必要な生活動作だけを伝えたりすることによって、日常生活の中にパターン化しリズムを作っていくケアである。これには、4つのサブカテゴリーがあり、例えば「療養管理が出来るように何度も繰り返す」では、「最初は絶対促しをしないと薬を飲まなかった方が促しを繰り返すことで、意外と自分で飲むように、自分で準備したりとかいうふうな所もあった」(ケース1)という語りのように、注意障害や記憶障害により出来なかった療養管理が出来るよ

うになるために何度も同じことを繰り返すことにより、パターン化し本人の中にリズムを作るようにしていた。

8) 【本人が出来ていることを強めるケア】

【本人が出来ていることを強めるケア】とは、本人が出来ていることを見出し、その強みを伸ばすケアである。これには、3つのサブカテゴリーがあり、例えば「本人が出来ていることを見出し評価して返す」では、「思うように喋れなかったりとかするんで、一生懸命歩いてみたりだったりということをして焦ってきていたので、(中略) 毎回訪問に行く度に外に連れ出して運動しては、あーすごい今日2周まわられたね、3周まわられたね、今日屈指ここまで下がれたねみたいな感じで」(ケース7)という語りのように、自分の思いを表出出来ずいらだちを感じている本人に対してこれまで出来ていることを見出し評価して返すようにすることで、強みを伸ばせるようにしていた。

9) 【必要な行動が継続出来ているかをモニタリングするケア】

【必要な行動が継続出来ているかをモニタリングするケア】とは、在宅生活を送るために必要な日常生活行動や療養行動が継続出来ているかどうかのモニタリングを行うケアである。これには、2つのサブカテゴリーがあり、例えば「24時間の生活を通してあらゆる人々から必要な行動が継続出来ているかの情報をとる」では、「自分たちだけでは、なかなか情報っていうのが少ない、ヘルパーさんが毎日朝晩と入ってくれていたんで、(中略)生活の状況っていうのをヘルパーさんから情報をもらうことで生活が見えてくるんで」(ケース1)といった語りのように、本人が日常生活行動や療養行動が継続出来ているかどうかをモニタリングするために24時間の生活を通してあらゆる人々から出来ているかどうかの情報をとるようにしていた。

IV. 考 察

本研究の結果である9つのカテゴリーの共通性から、【退院後に起こり得る問題を予測し、

回避するためのケア】【出来ていない療養・生活管理を補うケア】は“問題を予測し、予防するためのケア”であり、【高次脳機能障害の特徴に合わせた関わりが出来るチームを作るケア】

【本人の自然な動きに合わせた生活環境を整えるケア】は“本人の混乱を最小限に抑えるために人的物的環境を整えるケア”であり、【本人が出来ていないことの自覚を促すケア】【視覚に訴え行動化を促すケア】【パターン化しリズムを作っていくケア】【本人が出来ていることを強めるケア】は“セルフケア能力の拡大に向けたケア”であり、【必要な行動が継続出来ているかをモニタリングするケア】は“モニタリングするケア”という4つのケアの領域があると考えた。これより各領域におけるケアの特徴について述べていく。

1. 問題を予測し、予防するためのケアの特徴

訪問看護師は、高次脳機能障害をもつ人が、退院後に病院から在宅に移行することに伴う変化により起こり得る問題を予測し、その問題を回避するという【退院後に起こり得る問題を予測し、回避するためのケア】と、【出来ていない療養・生活管理を補うケア】を行っていた。清崎⁵⁾は、訪問看護師に必要な能力の1つとして、「療養者や家族を指導できる能力と予測能力」をあげ、「顕在化している問題のみならず、潜在的な問題、そこから予測されるさまざまな病態の変化や合併症、あるいは生活上の問題についてどのような対応にするのか、どういう状態になったら医師や看護婦に連絡をするのかなどを指導していくことが必要」と述べている。このことより、訪問看護師は、顕在的な問題と潜在的な問題への予測性を持ち、その問題を予防するためのケアを行うことが必要であることがわかる。橋本⁶⁾は「脳損傷によるあらゆる後遺症や合併症、つまり身体機能障害や感覚機能の障害、症候性てんかん、視野の障害、脳以外の臓器不全、全身状態、などはすべて高次脳機能障害に影響を及ぼす」と述べており、高次脳機能障害をもつ人にとっては病状の悪化が身体機能の回復や日常生活行動や療養行動の妨げとなり、在宅生活への適応を阻害することにもつながると考える。高次脳機能障害をもつ人は注

意障害や記憶障害などにより環境の変化の影響を受けやすいことから在宅へと退院することによって必要な療養・生活管理がとれなくなる可能性が考えられる。よって、出来ていない療養・生活管理を見極め、出来ていない療養・生活管理を補うことを重視するケアは、在宅移行に伴う環境の変化への早期の適応を導くケアであると言える。

2. 本人の混乱を最小限に抑えるために人的物的環境を整えるケアの特徴

訪問看護師は、ケアの統一化に向けて【高次脳機能障害の特徴に合わせた関わりが出来るチームを作るケア】と、高次脳機能障害をもつ人の退院直後にもたらされる変化を少なくするために【本人の自然な動きに合わせた生活環境を整えるケア】を行っていた。荻野⁷⁾は、高次脳機能障害をもつ人へのアプローチとして、チームアプローチの必要性をあげ、「対応がばらばらであっては患者の混乱を招く」として高次脳機能障害をもつ人は記憶障害や注意障害などにより学習が蓄積されにくいいため混乱を起こすことがないようにチームで統一したケアを実施することの重要性を述べている。しかしながら、在宅は施設ケアのようにチームメンバーが一堂に会してケアするわけではなく、それぞれが別々の時間で関わっており、また、チームメンバーが別々の場所に存在し、意図しなければ一堂に会することはない。さらに、それぞれのチームメンバーは教育背景も異なるため、それぞれのケアに対する考え方も異なり、価値観も違う。在宅療養者の24時間365日は家族も含めたチームでケアすることが必要であるが、上記のような理由から在宅ではケアがバラバラになりがちである⁸⁾と報告されている。このように、生じる混乱を早期にキャッチし本人の変化に合わせて対応出来るチームを作るケアが重要であると言える。また、高次脳機能障害をもつ人は「人的・物的な環境に行動が左右されやすい傾向がある。」⁹⁾とされていることから、在宅への退院という環境の変化が生じる際に、環境の変化をいかに生じさせないかが重要となってくると考える。よって、高次脳機能障害をもつ人が退院後の在宅生活に早期に適応するためには、本

人が環境に合わせていくのではなく、本人の自然な動きを把握し、その動きに合わせた物的環境調整へのケアを行うことが本人の混乱を最小限に抑えることにつながる特徴的なケアであると言える。

3. セルフケア能力の拡大に向けたケアの特徴

訪問看護師は、高次脳機能障害をもつ人の出来ること出来ないことを探り、出来ないことに対し【本人が出来ていないことの自覚を促すケア】をまず行い、出来ていないことに対し【視覚に訴え行動化を促すケア】や【パターン化しリズムを作っていくケア】により出来ることを増やし、【本人が出来ていることを強めるケア】によって出来る部分を強化するという、セルフケア能力の拡大に向けたケアを展開していると考えられた。中西¹⁰⁾は高次脳機能障害をもつ人への基本的なアプローチとして「行動を修正し家庭復帰や社会復帰を可能にしていくためには、当事者自身が、まず、自身の行動の“おかしさ”に気づき、それがどうしてそうなのか、高次脳機能障害という障害が原因であることを理解し、自分なりの対処の仕方を学ばなければならない」と述べており、注意障害や記憶障害などにより生じる【本人が出来ていないことの自覚を促すケア】は、高次脳機能障害をもつ人の適応に向けた特徴的なケアであると言える。また、本庄¹¹⁾は「在宅において、人々のセルフケアを考えるとときには、その人の主体性を尊重し、そして、文化的な背景・発達課題・健康状態を考慮する必要がある。そして、その人のセルフケア能力(できること、できないこと)を査定し、家族と医療者と地域が連携しながらできる部分を伸ばし、できない部分を支えるケアが必要」であり、在宅においても出来ること、出来ないことを探り、出来る部分を伸ばすというセルフケア能力を拡大する関わりの重要性について述べている。松本¹²⁾は、「高次脳機能障害から発生している混乱は、生活のリズムを安定させることである程度落ち着く。混乱を安定させるためには、出来るだけ同じことを繰り返す内容の訓練をする」と述べている。よって、注意障害や半側空間無視といった高次脳機能障害の症状に対して視覚への働きかけやパターン化しリズムを

作ることは、高次脳機能障害の特性を活かしたセルフケア能力の拡大へのケアであり、早期の適応を促し出来ることを増やしていくことにつながる特徴的なケアと考えられる。

4. モニタリングするケアの特徴

訪問看護師は、高次脳機能障害をもつ人が退院後の早期の在宅生活への適応に向かっているか【必要な行動が継続出来ているかをモニタリングするケア】を行っていた。上野¹³⁾は、訪問看護師が利用者に対して提供する看護実践活動の経過を訪問看護過程とし、「最初に立てた計画が正しいか間違っているかということよりも、計画したことが今のその療養者にとって適切であるかということの方が重要である。」と述べている。また、「病院という環境は、患者としての受動的な立場となりやすく、保護された、変化の少ない非日常的空間のため、高次脳機能障害者の生活上の課題は表面化しにくい¹⁴⁾と言われ、高次脳機能障害をもつ人の障害は「診察や入院生活よりも在宅での日常生活や社会活動の場面で出現しやすいという特徴がある¹⁵⁾」と言われている。これらのことより、専門職以外のインフォーマルなネットワークをも含め、24時間という生活の中で必要な日常生活行動や療養行動が継続出来ているかをモニタリングし、本人の状態に合わせたケアに修正していくことの重要性が示唆された。

V. 看護への示唆

本研究の結果より、訪問看護師は、在宅移行に伴い本人の混乱を最小限に抑えるために統一した関わりが出来るチームを作るケアや出来ないことを自覚出来るように促し、出来ていることの強みを伸ばすことによってセルフケア能力を拡大していくケアを展開することの重要性が示唆された。また、利用者の現状を見守り、自らのケアやチームのケアを利用者の変化に合わせ、随時見直し修正をしていくモニタリングするケアが重要であることが示唆された。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は質的な研究であるため、研究者自身が測定用具となり、さらには面接技法や分析技術が未熟な点から、結果的にバイアスが生じたことは否めない。本研究は対象者が9名と少数であったこと、各訪問看護ステーションの特性がデータに影響している可能性がある。また、過去に経験した事例を語ってもらっていることから、事例によっては記憶が不確かな場合も考えられる。以上のことが本研究の限界である。今回の結果をもとに更に対象者数を増やし、訪問看護におけるケアマニュアルやガイドラインの実用化を目指して洗練化を図り、更なる研鑽を積み重ねていくことが今後の課題である。

謝 辞

お忙しい中、本研究に快くご協力いただきました対象者の皆様、ご指導を賜りました諸先生方に心より感謝申し上げます。また、本稿は平成23年度高知県立大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。

<引用文献>

- 1) 内閣府：平成22年度版 障害者白書、p122、2010.
- 2) 中島八十一：高次脳機能障害患者の実態と施策、精神医学、52(10)、p957-965、2010.
- 3) 中西純子：高次脳機能障害を有する脳卒中患者の生活行動再獲得を支援する看護ケアプログラムの開発に関する研究、高知女子大学大学院 平成16年度博士論文、p1-97、2005.
- 4) 野々垣睦美：特集「ひとりで(独り)でする作業療法」をいかに支えるか 高次脳機能障害者が地域で生活するために、OTジャーナル、42(4)、p307-311、2008.
- 5) 清崎由美子：病院と在宅はこう違う 訪問

看護婦に必要な7つの能力、訪問看護と介護、4(9)、p722-723、1999.

- 6) 橋本圭司：生活を支える高次脳機能リハビリテーション、第1版、三輪書店、p21、2008.
- 7) 荻野深雪：特集 要点を総まとめ すぐわかる脳卒中リハビリテーション看護《生活再建のための支援技術》point◎高次脳機能障害者の生活再建支援、リハビリナース、3(4)、p364-373、2010.
- 8) 細田満和子(日本在宅ケア学会監修)：在宅ケア事典、中央法規出版、p1122-1123、2007.
- 9) 生方克之(中島八十一・寺島彰編集)：高次脳機能障害ハンドブック 診断・評価から自立支援まで(第10章 家族支援)、第1版、医学書院、p183-193、2006.
- 10) 中西純子：特集新人リハビリナースに知っておいてほしい◎のこと ③高次脳機能障害の理解と看護、リハビリナース、2(3)、p227-234、2009.
- 11) 本庄恵子(日本在宅ケア学会監修)：在宅ケア事典、中央法規出版、p116-117、2007.
- 12) 松本千繪：特集 脳外傷による高次脳機能障害と作業療法 脳外傷者の就労支援の実際、OTジャーナル、35(10)、p1003-1008、2001.
- 13) 上野まり(木下由美子編著)：Essentials 在宅看護学(Ⅱ在宅看護実践論 4.在宅看護と看護過程)、第1版、医歯薬出版、p173-189、2007.
- 14) 野々垣睦美：特集「ひとりで(独り)でする作業療法」をいかに支えるか 高次脳機能障害者が地域で生活するために、OTジャーナル、42(4)、p307-311、2008.
- 15) 本田哲三編集：高次脳機能障害のリハビリテーション 実践的アプローチ、第2版、医学書院、2010.