

高次脳機能障害者の生活再構築に必要なケアの構成要素

Component of Nursing Intervention of Re-establishing Daily Life for Clients with Higher Brain Dysfunction

長島 緑

Midori NAGASHIMA

本研究は、高次脳機能障害者の生活再構築に必要なケアの構成要素を抽出する目的で18歳以上60歳未満の脳血管障害と頭部外傷の患者の看護100名の看護計画内容4710件を後方視的に内容分析した結果、38サブカテゴリーから6つのケア構成要素を抽出した。6つのケア構成要素とは、『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の再獲得への援助』、『脳損傷後の社会スキル再獲得の援助』、であった。

キーワード 高次脳機能障害 生活再構築 ケア構成要素

1. はじめに

脳損傷とは、脳に何らかの原因によって引き起こされる傷害である。脳の働きは大きく分けると身体機能と認知機能の2つを司る。脳の損傷の程度により、ヒトの身体機能と認知機能には何らかの影響が及ぶことになる。脳損傷の原因には、代表的なものでは脳血管障害、転倒、転落、交通事故などの頭部外傷によるものがあるが、その他に化学物質による中毒、病原菌・ウイルスによる脳の感染・脳の変性疾患、アレルギーや低酸素脳症などがある。

日本の脳損傷者の調査では、1996年に熊本で行われた頭部外傷者統計の調査がわが国で初めて行われた調査である¹⁾。その後、各自治体が行った高次脳機能障害のある人の調査²⁻⁵⁾はあるが、前述した多くの原因から起こる原因別の脳損傷数の実数調査や疫学調査、また認知

障害者の調査は検索できなかった。そこで、脳損傷の代表的な脳血管疾患を厚生労働省の調査よりみると、死亡者数と死亡率では、1980年には162,317人、2000年で132,529人、2013年には、118,286人と全体の死亡数の9.3%で第4位と減少傾向にある。しかし、55歳以上79歳までの年齢では死亡順位は第1位であり⁶⁾、受療率は(人口10万人対)統合失調症の139人に次ぐ137人と多い。疾患別平均在院日数では20.5日で5位であり⁷⁾、傷病別医科診療医療費において脳血管障害は循環器系に属し、5兆7926億円で、構成割合は20.8%で最も多い⁸⁾。

また、後遺症の認知障害の面からみると、救命率が高くなった半面、重症化し、介護が大変になったことである。退院後に会社や学校へ社会復帰したものの、認知障害から起こる生活の支障に周囲の者が対応することができない困難事例が浮き彫りになったのは平成になってからである⁹⁻¹⁰⁾。特に、麻痺も残らず、身体機能に問題のない頭部外傷者は早々に社会復帰を試みる。しかし、外傷後の高次脳機能障害によって、これまで行ってきた仕事や学業を遂行することに困難が生じてしまうこともある。

また、些細なことで突然に大声をあげ、殴るなどの行為、いわゆる自身の感情のコントロールができない事例

連絡先：長島 緑 mnagashima@cis.ac.jp

千葉科学大学看護学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Nursing,
Chiba Institute of Science

(2014年9月30日受付, 2015年1月21日受理)

がテレビや新聞で報道された。障害当事者の家族や周りの人々は高次脳機能障害による生活の支障への援助や彼らの社会復帰に対応しようと試みるが、円滑に運ばないことの方が多かった。

高次脳機能障害者への介入方法や介護の方法が解らず、結局、社会復帰できない例も多かった。当時、日本の病院やリハビリテーション施設においてもこのような高次脳機能障害の支障に対する介入の術はなかったと言っても過言でない。

そこで、高次脳機能障害者の家族や当事者らは高次脳機能障害者の生活の困難に対して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）設立が全国に拡大し、現在では60余りの団体がある¹¹⁻¹²⁾。

この家族会や医療関係者の働きかけによって2001年に厚生労働省による高次脳機能障害支援モデル事業が全国12か所で5年間実施され、社会的に脳損傷後の認知障害、高次脳機能障害者の日常の困難さが認知された。その後、2006年、高次脳機能障害の「診断基準」と「訓練プログラム」が提示され、障害者職業総合センターによる支援プログラムが実施された¹³⁾。

当時の高次脳機能障害者の家族負担についての調査は少なく、長島¹⁴⁾は、交通事故による頭部外傷の高次脳機能障害者を10年以上介護した家族の調査で7つの介護負担を明らかにした。中でも「日常の遂行困難に対する永続的な援助をする負担感」、「社会不適応行動に対する援助の負担」は介護負担の大きいものであった。その後の研究報告においても、脳損傷後の高次脳機能障害の困難さ、介護や看護の困難さについての研究は散在する¹⁵⁻¹⁹⁾。

脳損傷後の認知に関するリハビリテーションでは、記憶、注意、半側無視などの要素的訓練の効果が実生活やその他の動作に般化するかに関して肯定的な報告²⁰⁻²¹⁾と否定的な報告²²⁻²³⁾とがあり、未だ十分なエビデンスはない。

地域の医療においては2007年より、脳卒中の地域医療連携の取り組みが始まった。これは急性期病院から在宅療養まで切れ目のない医療を受けられるよう診療計画を作成し、医療機関等で共有して用いる地域連携診療計画書（地域連携パス）に基づいて行われる。地域連携パスが稼働し、牛島²⁴⁾は地域連携パス使用後の76名の調査よりADLと在院日数には相関関係は認められないこと、ゴールは、ADLだけでなく、患者の社会的背景や認知症、高次脳機能障害など、患者個々の要因で異なること、連携パスとADLの客観的数値化は情報共有には効果的であることを報告している。この報告は、日本が脳卒中患者の退院後の連携がとれる段階になったこと、それとは反対に認知症、高次脳機能障害者は在院日数がかかることを裏づけるものでもある。

一方で、認知症の増加について厚生労働省の発表では、2010年の日本の軽度認知症者で日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数は280万人であり、2025年は470万人で65歳以上の人口比率の12.8%を占めるという予測であった²⁵⁾。

今後、日本の重度化する脳損傷後の認知障害者と認知症高齢者が急増する状況下で、認知障害から起こる日常の支障に対する支援を考えると、認知障害に関するケアプログラムの開発は急務である。しかし、日常の活動を認知とケアの面からみるとそう単純なものではない。日常の活動とは、ただ単に認知の要素的な働きだけで成り立っているのではなく、要素的な内容が複雑に組み合わさったものと捉えることができる。そのため、認知障害によって生じる生活の支障を支えるケアは専門的知識と技術が当然必要となる。

今後、脳損傷者の生活再構築に必要なことは、脳損傷者の日常の支障を要素的な訓練的な意味合いで捉えるプログラムではなく、家族が日常の時間的流れの中で脳損傷者の認知障害から起こる日常の支障に対応できる、ケアの立場から捉えたプログラム開発が重要不可欠である。

本研究の方向性は重症化する認知障害、認知症高齢者が急増することが予測される中で、変性していく脳疾患から起こる認知障害の生活支障に対するケアの構築に向けたケアプログラムを開発することにある。今回は、その前段階として、脳損傷者の認知障害の基本的なケア介入のプログラムを開発する上で、必要な生活の支障に介入したケアの構成要素を抽出することである。

2. 用語の説明

2.1 認知障害とは

認知の障害は、米国精神医学会のDSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) では「統合失調症および他の精神病性障害」(Schizophrenia and Other Psychotic Disorders) に属しており、WHO国際疾病分類第10版改訂版ICD10 (International Classifications of Diseases 10th edition) では、第5章 精神及び行動の障害 F06で始まる「脳の疾患、損傷及び機能不全による器質性の人格及び行動の障害」、F07「脳の疾患、損傷および機能不全による器質性の人格および行動の障害」に属している。

2.2 高次脳機能障害

我国の「高次脳機能障害」という名称は、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。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²⁶⁾。

2. 3 本研究で用いる認知の内容とは

本論文で用いる認知内容は、注意、知覚、理解、計算、学習、判断、論理、推察および推論、言語理解、記憶、感覚認識能力、運動能力、遂行能力、情緒行動とした。

3. 研究目的

本研究の目的は、脳損傷後の認知機能障害のある人の生活再構築を支援するケアプログラムの開発に必要な基礎的資料を得ることである。脳血管障害と頭部外傷の脳損傷後に高次脳機能障害がある患者に対する実践した看護計画の内容を分析し、脳損傷後の高次脳機能障害者に必要なケアの構成要素を抽出することである。

4. 方法

4. 1 対象者

本目的達成するにあたり、対象選択の範囲は急性期を脱してリハビリテーション開始時期の脳血管障害と頭部外傷の後遺障害をもつ人々を対象とした。理由は、医師の診断の結果、脳損傷後の認知障害である高次脳機能障害を認め、日常のケアを必要とする対象を抽出するためである。さらに、今回の対象者はアルツハイマーなどの認知症、精神疾患・変性疾患・中毒・感染・低酸素脳症の人々を除くことにした。

対象者は、2005年1月～2010年3月までにリハビリテーション目的で入院した18歳以上60歳未満の脳血管障害後と頭部外傷後で高次脳機能障害がある100名とした。

4. 2 分析する看護計画

2005年1月～2010年3月までにリハビリテーション目的で入院した18歳以上60歳未満の脳血管障害後と頭部外傷後で高次脳機能障害がある100名に実施された看護計画数4727件のうち、計画意図が不明なもの7件と、計画はしたが実施しなかったもの10件を除く4710件とした。

4. 3 データ収集

研究趣旨に賛同した看護師より、月に2回程度、実施した看護計画について説明してもらった。看護計画の内容で曖昧な文章は問い合わせた。データは、一人の患者の入院から退院までに実施した看護計画のうち、目標を達成するために箇条書きされた文脈とした。最初の面接時にこれらの文脈を研究者が解釈し、意味の分かる最小の文脈に要約した。文脈を整理すると、多くの単語や助詞が削られ、本来の計画にある意味を失わないうえに、次の面接時に計画した看護師に要約した文脈

に対して意見を求め、表現の相違がある場合は看護師が修正したものをデータとして採用した。

4. 4 分析方法

- ①分析を担当する者は、高次脳機能障害に対するケア歴10年以上の看護師3名とした。
- ②内容分析方法に基づいて行った。
- ③収集したデータを1文脈ごとに1記録単位(コード)とした。
- ④意味内容の類似性に従い、サブカテゴリー、カテゴリーへと抽象化して抽出した。
- ⑤分析者3名はカテゴリー名をサブカテゴリーとコードの内容より検討して命名した。

4. 5 脳損傷後の高次脳機能障害者の生活再構築に必要な看護の構成要素抽出手続き

- ①分析者各々が記述したサブカテゴリー、カテゴリーは相互の確認を行い、相違があるものは、その根拠を明記し、意見の一致が図れるまで検討を行った。
- ②分析者3名によって最終的に収束したカテゴリーを構成要素として採用した。

4. 6 分析データの収集および分析上の信頼性の確保

データ取扱い時に研究者の解釈と計画した看護師の意図について確認し、看護師と共に修正または語尾を調整し、合意したものをデータとして採用することでデータの信頼性を高めた。コーディングプロセスでは前述のよう分析者3名で検討を行った。加えて、分析上の解釈と正確性を確保するために、研究期間中に看護職以外の高次脳機能障害者と関わり合う専門職者5名に、臨床で使用する高次脳機能障害の語句の解釈、訓練の意味、訓練方法について定期的な意見を請う場を設け、分析に当たり、意味的妥当性を高めた。

4. 7 倫理的配慮

脳損傷者のリハビリテーションを行なっている施設の施設長に研究趣旨を説明し、施設の倫理委員会にて承認を得た。研究対象となる患者に対しては家族に研究趣旨をあらかじめ施設から伝えてもらい、説明を行った上で承諾を得て行った。対象となる看護師には、研究趣旨および方法等を口頭および文書で説明した。両者の説明内容には、研究趣旨、研究目的、方法、分析方法、研究時の利益および不利益について、学会等の発表、対象となる患者や看護師の個人を特定できないように匿名化処理を行うこと、分析するのは認知障害に関する看護介入であり、看護の質の分析ではないこととした。分析した内容は研究趣旨に賛同が得られた患者と看護師の看護計画とした。

5. 結果

5.1 対象の属性

対象の100名は男性71名、女性29名、平均年齢49.5歳、標準偏差15.4歳、脳出血23名、脳梗塞38名、くも膜下出血13名、頭部外傷26名であった。平均在院日数86.1日、標準偏差22.4日であった。自宅に退院したのは76名、転院は24名であった。身体状況は右麻痺46名、左麻痺19名、四肢麻痺3名、対麻痺5名、麻痺なし27名だった。認知機能の問題では診療録より、記憶障害74名、注意障害78名、発動性の障害10名、遂行機能障害52名、半側無視症候群36名、失語52名、病識欠落55名、失認18名、失行23名、易興奮性(易感情性)8名であり、認知機能の問題は重複があった。入院時の身体機能と自立度は、Barthel Index (以下BI) 平均53.5点、標準偏差32.2点、Functional Independence measure (以下FIM) 平均56.1点、標準偏差24.6点、退院時の身体機能と自立度は平均BI 74.1点、標準偏差30.3点、平均FIM 69.2点、標準偏差22.4点であった。

5.2 脳損傷後の高次脳機能障害者の生活再構築に必要な看護の構成要素

分析対象とした看護計画4710件を全て4710コードに分類した。これらの計画は意味の類似性より38のサブカテゴリーに分類することができた。最終的に得られたカテゴリー即ち、脳損傷者の生活を再構築に介入した看護を構成する要素は表1に示すように6つ抽出された。6つの構成要素の命名は計画の内容より、構成要素1『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』、構成要素2『脳損傷後の身体の調整援助』、構成要素3『脳損傷後の動作スキル再獲得の援助』、構成要素4『脳損傷後の認知的問題に対する代替手段獲得の援助』、機能障害5『脳損傷後の自己管理の再獲得への援助』、構成要素6『脳損傷後の社会スキル再獲得の援助』とした。看護の6つの構成要素の実施率は、構成要素1は4.2%、構成要素2は21.8%、構成要素3は31.1%、構成要素4は13.3%、構成要素5は26.1%、構成要素6は3.5%であった。

6. 脳損傷後の高次脳機能障害者の生活再構築に必要な6つの看護の構成要素とは

抽出した構成要素の命名については、脳損傷後の身体と認知には働きかける計画の中で看護計画の実施の順序性と脳損傷者の看護の特異的な計画や根拠に注目して説明する。ここでは、サブカテゴリーを「 」で示す。

6.1 構成要素1『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』

構成要素1は、「誤嚥防止」76件、「感染防止」40件、「事

故防止」81件の3つのサブカテゴリーから構成された。脳損後直後の患者の身体的特徴では覚醒はしているが、ぼんやりしていることが多く、自身の嚥下性の感染やベッド転落などの危険を予測して行動をとることはできない。そのため看護師は身体状況をアセスメントし、対処の方法などを計画する役割があった。計画根拠の特徴から構成要素名は脳損傷後の身体・認知からおこる問題に対する安全管理援助とした。

具体的には、嚥下障害があるにもかかわらず、のどが乾いたり、空腹感を覚えたときに水を飲んでしまったり、食べ物をたべることで誤嚥をして、窒息や肺炎を起こすことがある。また麻痺があっても、身体の一部または半身を認知することができないために、壁にぶつかり、バランスを崩して転倒や階段から転落するなどの危険がある。そのために「誤嚥防止」、「感染防止」、「事故防止」計画は入院直後から退院までの長い期間で作成されていた。

6.2 構成要素2『脳損傷後の身体の調整援助』

構成要素2は、「急性期のモニタリングと管理」89件、「覚醒改善への援助」125件、「嚥下機能改善の援助」274件、「膀胱機能改善への援助」76件、「水分のコントロール」102件、「栄養コントロール」113件、「排尿コントロール」76件、「排便コントロール」67件、「生活リズムコントロール」102件の9つのサブカテゴリーから構成された。

具体的な計画は「急性期のモニタリングと管理」では、頭蓋内圧、体温、呼吸、意識や痙攣時の有無など、生命に影響する急性時期のモニタリングが重要かつ不可欠な時期に計画されていた。次の段階である亜急性期の計画として看護師は脳損傷者の覚醒、嚥下機能、膀胱機能、消化器機能へと身体の機能改善には働きかける内容であり、「覚醒改善への援助」、「嚥下機能改善の援助」、「膀胱機能改善への援助」、「水分のコントロール」、「栄養コントロール」、「排尿コントロール」、「排便コントロール」、「生活リズムコントロール」の計画であった。亜急性期にはこれらの多くの計画が立てられ、実施していた。計画根拠の特徴から構成要素名は脳損傷後の身体の調整援助とした。

6.3 構成要素3『脳損傷後の動作スキル再獲得の援助』

構成要素3は、寝ているときの「ポジションの調整」96件、「起座動作練習」188件、「洗面動作練習」128件、「更衣動作練習」110件、「移乗動作練習」162件、「車いす動作練習」186件、「移動動作練習」184件、「トイレ動作練習」208件、「ベッド上排泄動作練習」26件、「食事動作練習」76件、「入浴動作練習」103件の11のサブカテゴリーから構成された。脳損傷後では、心肺機能が落ち着いた後、日常生活指導が看護師によってベッドサイ

ドで行われていた。

脳損傷後の特徴として身体の麻痺によって、今まで行えた動作に対して、麻痺がない健側、麻痺がある患側を意識した新しい動作としての「ポジションの調整」、「起座動作練習」、「更衣動作練習」などの獲得練習がベッドサイドで行われた。また、認知の問題によって生じた動作の問題に対する看護計画もあった。具体的には、空間認知の問題、動作手順の違い、動作を遂行する場合に必要な注意の欠落によって動作の不連続性が生じているものであった。看護計画はこれらの認知の問題から起こる動作スキルに対応するものであった。計画根拠の特徴から構成要素名は脳損傷後の動作スキル再獲得の援助とした。

6. 4 構成要素4 『脳損傷後の認知的問題に対する代替手段獲得の援助』

構成要素4は「半側無視への働きかけ」125件、「代替コミュニケーションの働きかけ」163件、「注意への働きかけ」101件、「記憶補助手段の働きかけ」111件、「問題行動に対する働きかけ」128件の5つのサブカテゴリーから構成された。構成要素3も動作の一つ一つにこれらの問題は生じているが、当該5つのサブカテゴリーは、半側空間無視、記憶障害、失語、易感情性などの脳損傷後の特異的な認知障害に対応する計画という特徴を有した。計画根拠の特徴から構成要素名を脳損傷後の認知的問題に対する代替手段獲得の援助とした。

具体的には、「半側無視への働きかけ」では認知していない四肢には看護師がその四肢の部分を軽く叩くなどで刺激し、空間認知では口頭で右側や左側などと指摘する計画であった。「代替コミュニケーションの働きかけ」では、絵カード、写真カード、シール、本人が分かる品物などの代替手段を使ってコミュニケーションを図る計画であった。

「記憶補助手段の働きかけ」は代替手段というよりは補償的、補助的な働きかけの計画が多かった。具体的には、自室が分かるように目印を付ける、馴染みの物を置いて気付かせる計画であった。特に頭部外傷例では受傷直後からの記憶がないこと、なぜ自分が病院にいるのかもわからない患者が多い。そのため、記憶の補助の計画は、受傷時から現在までの経過を時系列に示したお手本の経過記録を一度、患者自身で書いてもらい、自室で目に入る位置に貼って置く計画があった。自身の文字で書いた経過記録は他者が書くよりも、注意を向けることができるという理由からであった。また、記憶障害のある患者は担当医師、訓練士、看護師が何のために自分のところに訪れるのか分からない場合が多い。この場合の看護計画は担当者名や担当者の顔写真を載せ、また、来訪する目的、時間、訓練の必要性などを文章にして、患者の部屋で目に付きやすい場所に貼るという内容であった。

「問題行動に対するは働きかけ」は病識が乏しく、些細なことで感情的になり易く、感情をコントロールできない患者に対する計画であった。このような患者は訓練時など理解できないために拒むという行為が生じ、時には拒む表現型が、叩く、つばを吐くなどの問題行動につながってしまうこともあり、これらの問題が生じない状況にするために誘導の計画や、問題が生じたときの対応としてマニュアル的な計画もあった。

6. 5 構成要素5 『脳損傷後の自己管理の再獲得への援助』

この構成要素は、「相談」79件、「自己健康管理指導」223件、「合併症管理指導」224件、「内服自己管理指導」79件、「自己生活管理指導」223件、「外泊訓練指導」403件の6サブカテゴリーから構成された。これらのサブカテゴリーは退院にむけて順序良く在宅療養に移行できるように計画されていた。認知障害により、自身の健康管理や生活管理ができなくなった人や認知障害がなくとも高血圧や糖尿病など、障害前より自身の健康管理や生活管理ができていなかったと考えられる人に対して立案されていた。計画根拠の特徴から構成要素名は脳損傷後の自己管理の再獲得への援助とした。

具体的には、「内服自己管理指導」では抗痙攣剤、降圧剤、抗血小板療法、インスリン注射など継続して薬剤管理が必要な場合、1日分の管理練習からはじめ、3日間、1週間と順序良く自己管理できるようにする計画であった。「相談」の内容は、訓練での不安や悩み、予後の不安、家庭の問題、復職や復学への相談などの内容であった。「自己の生活健康管理指導」では、適度な運動や休息を設けることができない人、生活のリズムを作れない人に対する計画であった。「合併症管理指導」では、下痢、脱水、便秘、痙攣などの問題のある人に対する計画であった。「外泊訓練指導」では、自宅でのADL練習と日常管理が主であり、調理、片付け、火の始末、掃除、買い物、交通機関練習などの立案されていた。

6. 6 構成要素6 『脳損傷後の社会スキル再獲得の援助』

この構成要素は、「金銭の管理指導」16件、「対人スキルの援助」22件、「自室の管理」84件、「生活に影響する行動の援助」41件の4つのサブカテゴリーから構成された。特に若くして脳損傷となり、高次脳機能障害がある人で独居の患者、施設入所が決まった患者に立案されていた。退院後、自身で買い物を計画し、金銭の出納や自室の管理が認知欠落の問題によってできないことに気付かせる計画や、欠落した問題への対応について計画されていた。また、社会復帰する前段階としての改めて社会スキルを身につけるための計画も立てられていた。これは脳損傷後の特異的な認知障害である自己意識性の欠落に対して計画立てられる特徴を有した。これらの計画根

抛の特徴から構成要素名は脳損傷後の社会スキル再獲得の援助とした。「金銭の管理指導」は、買い物や出納に関して自己管理できなくなった人に対して計画されていた。「対人スキルの援助」は、時と場所、場面に沿った自身の行動、振る舞い、服装などが考えられなくなった人や訓練時に乱暴な言葉になってしまう人、状況判断が欠落した人に対する計画であった。「自室の管理」では記憶に問題のある人に計画されていた。しかし、物事に集中する、選択して仕事を分散する能力の欠落、いわゆる注意障害の人にも同様に自室の片づけ方、衣類の片づけ方、洗濯の仕方などの計画が立案されていた。

7. 考察

7.1 高次脳機能障害者の生活再構築に対するケアの構成要素の特徴

本研究は脳損傷後の認知障害者の生活再構築に関するケアの構成要素を考える上で、今回、高次脳機能障害をもつ100名の看護計画から抽出した6つの構成要素を抽出した。各構成要素の特徴について他疾患の看護との比較を以下にした。サブカテゴリーは「 」で示す。

構成要素1『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』は「誤嚥防止」、「感染防止」、「転落事故防止」の3つの介入で行っていた。介入内容は患者の生命を守る安全管理の介入である。看護の活動で最優先することは患者の生命や安全を確保することである。これは、脳損傷だけではなく、全ての疾患に対する看護に共通することである。構成要素の内容について比較する文献は1件検出された。新家²⁷⁾は高次脳機能障害者14名に行った看護計画の分析で看護行為は8つのカテゴリーを抽出している。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1の内容に類似性を認めた。

構成要素2『脳損傷後の身体の調整』は9つの介入により身体の調整を行っていた。急性期の看護と共通しているところは、患者は自身の身体の調節について意識することや異常を知らせることは困難であるため、「急性期のモニタリング」をしていることである。他の疾患の看護と比べ多く行っている介入は、「覚醒改善への援助」、「嚥下機能改善」、「生活リズムコントロール」とである。認知機能が正常に機能するには、土台である覚醒状態が良好でなくてはならない。身体の異常と回復を見極めながら、特に脳損傷後の全ての土台となる覚醒に対して直接的または間接的に働きかけることが脳損傷患者への特異的な看護である。看護師が常時、口腔ケアなどで刺激して嚥下機能を改善する、更衣や清拭の際に意識がなくなると声をかけ、他動的に患者の関節可動運動を積極的に行い、また、日中には車椅子に移乗させるなどの計画によって生活リズムをつくる計画が該当した。しかし、こ

の計画は入院中に昼夜逆転する高齢者に多くみられる夜間せん妄に対する看護介入²⁸⁾や術後せん妄への看護介入²⁹⁾にも見られ、看護の内容に類似性を認めた。

構成要素3『脳損傷後の動作スキル再獲得の援助』は11の介入により動作スキルの再獲得に向けて行われていた。主に看護師が麻痺のある患者や認知障害のために動作困難となった人への介入である。主に「起座動作練習」、「トイレ移乗動作練習」などの基本的ADLスキルである。四肢切断などの身体の欠損がある場合の動作スキル指導と麻痺の人の動作スキル指導では一部同様のところもある。しかし、半側無視、発動性低下、遂行機能などの認知障害がある場合には、ただ単に動作スキルを指導しても習得できない。身体の欠損者の動作スキル再獲得の指導との違いは、各動作指導のステップに加えて認知の要素的な代償方法を加えている点である。

構成要素4『脳損傷後の認知的問題に対する代替手段獲得の援助』は、5つの介入より代替手段獲得に向けて行われていた。この構成要素は他の構成要素と異なっており、「半側無視へのはたらきかけ」、「代替コミュニケーションの働きかけ」、「注意のはたらきかけ」、「記憶補助のはたらきかけ」、「問題行動に対する手段のはたらきかけ」は、脳血管障害や頭部外傷者の認知的介入は勿論のことであるが、自閉症や低酸素血症、脳炎などの全ての脳損傷後の記憶、注意、易興奮性などの高次脳機能の要素的な障害そのものに対応するための代替手段を用いた介入であり、すなわち高次脳機能障害の看護で独自性が最もある構成要素である。

構成要素5『脳損傷後の自己管理の再獲得への援助』は6つの介入より自己管理ができるように行われていた。他の疾患の看護と同様なところは「自己健康管理指導」、「自己生活管理指導」、「合併症管理指導」、「内服自己管理指導」である。慢性疾患の看護でも自宅療養に向けてこれらの指導を行う。しかし、脳疾患では再出血や再梗塞、痙攣の予防に向けた自己管理を強化しているのは、再発作や再出血が致命的であり、救命できたとしてもさらに重度な後遺障害を引き起こすことになるからである。

他の疾患の看護との違いでは、「外泊訓練指導」とこれに伴う「相談」である。患者は、麻痺や高次脳機能障害によって自宅でのADLなどの変更を余儀なくされる。そのため、身体障害や認知障害がある場合には、自宅での身体や認知の欠損による自宅で生活するうえでの課題を意識して看護介入するために、単なる外泊指導ではなく、外泊訓練という意味合いが大きいのが特徴である。

構成要素6『脳損傷後の社会スキル再獲得の援助』は4つの介入により社会スキルの再獲得に向けて行われていた。主な内容は「金銭の管理指導」、「自室の管理」、「対人スキルの援助」、「生活に影響する行動への看護」である。基本的なADLが習得できた場合、患者は自宅退院

または他の施設入所となる。特に単身者や独居で記憶障害や易興奮性の障害を持つ若い高次脳機能障害者は自身の認知障害による生活の影響をなるべく生じさせないために、これまでの生活の方法とは異なり、代替手段を獲得しつつ、社会スキルを意識して再獲得していく必要がある。これは脳損傷後の特異的な高次脳機能障害である自己意識性の欠落に対しての介入を特徴とした。よって構成要素6は高次脳機能障害の看護で独自性がある、特異的なケア構成要素である。

8. まとめ

本研究は、高次脳機能障害患者の生活再構築に必要なケアの構成要素を抽出する目的で18歳以上60歳未満の脳血管障害と頭部外傷の患者の看護100名の看護計画内容4710件を分析した結果、38サブカテゴリーから6つのケア構成要素を抽出した。

6つのケア構成要素とは、『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援助』、『脳損傷後の動作スキル再獲得の援助』、『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の再獲得への援助』、『脳損傷後の社会スキル再獲得の援助』である。

9. 研究の限界

本研究の限界は、基本的なケアの要素を抽出するために対象者を脳血管障害と頭部外傷の患者で高次機能障害がある者とし、アルツハイマーなどの変性する認知症を除外したこと、また対象数が100名と少ないことである。よって今回、分析し抽出したケアの構成要素は未だ一部にすぎない。今後は脳変性疾患の症例をとりあげ、さらに検討を重ねていくことにする。

表1 高次脳機能障害者の生活再構築に必要な看護の構成要素 (計画総数4710件)

大カテゴリー	サブカテゴリー	計画数
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	誤嚥防止	76
	感染防止	40
	事故防止	81
脳損傷後の身体の調整	急性期のモニタリングと管理	89
	覚醒改善への援助	125
	嚥下機能改善の援助	274
	膀胱機能改善への援助	76
	水分コントロール	102
	栄養コントロール	113
	排尿コントロール	76
	排便コントロール	67
生活リズムコントロール	102	
脳損傷後の動作スキル再獲得の援助	ポジション調整	96
	起座動作練習	188
	洗面動作練習	128
	更衣動作練習	110
	移乗動作練習	162
	車いす動作練習	186
	移動動作練習	184
	トイレ動作練習	208
	ベッド上排泄動作練習	26
	食事動作練習	76
	入浴動作練習	103
脳損傷後の認知的問題に対する 代替手段獲得の援助	半側無視への働きかけ	125
	代替コミュニケーションの働きかけ	163
	注意への働きかけ	101
	記憶補助手段の働きかけ	111
	問題行動に対する手段の働きかけ	128
脳損傷後の自己管理の再獲得への援助	相談	79
	自己健康管理指導	223
	合併症管理指導	224
	内服自己管理指導	79
	自己生活管理指導	223
	外泊訓練指導	403
脳損傷後の社会スキル再獲得の援助	金銭の管理指導	16
	対人スキルの援助	22
	自室の管理	84
	生活に影響する行動の援助	41

引用文献

- 1) 高村政志、丸山徹、益満務、他：熊本県頭部外傷の分析—1993年農村系外科施設入所治療例をもとに。神経外傷,19,119-121,1996.
- 2) 小川武希、川又達朗、坂本哲也、他：頭部外傷データバンク検討委員会報告—総括。神経外傷,25,117-133,2002.
- 3) 本田哲三、遠藤てる、高橋玖美子、他：東京都における高次脳機能障害者調査について(第1報)実数推定調査報告。リハビリテーション医学,38,986-92,2001.
- 4) 遠藤てる、本田哲三、高橋玖美子：東京都における高次脳機能障害者調査について(第2報)生活実態調査報告。リハビリテーション医学,39,797-803,2002.
- 5) 山口研一郎：高次脳機能障害者に関する実態調査。総合ケア,13:47-53,2003.
- 6) 厚生労働省：平成25年人口動態統計月報年計(概数)の概況。32-36,2014.
- 7) http://www.seirei.or.jp/hamamatsu/about/clinical_indicator/PDF/06.pdf
- 8) 厚生労働省：平成24年度国民医療費の概況。1-5,2014.
- 9) 障害者職業総合センター：高次脳機能障害者のための効果的な支援方法(構想)～医学的リハから職場復帰への円滑な支援を中心として～。障害者職業総合センター職業センター実践報告書」,No.4,1999.
- 10) 阿部順子編：脳外傷者の社会生活を支援するリハビリテーション。中央法規,1999.
- 11) 東川悦子：日本脳外傷友の会設立趣旨,2000。http://npo-jtbiasakura.ne.jp/about/jtbias/standing_drift.html
- 12) 東川悦子：高次脳機能障害者の生活実態調査と支援拠点機関の利用状況調査の結果。2009。
<http://npo-jtbiasakura.ne.jp/about/pfizer/2010report.pdf>
- 13) 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター職業センター：高次脳機能障害者に対する支援プログラム。実践報告書No21,2008.
- 14) 長島緑：在宅で交通事故外傷の高次脳機能障害者を10年以上支援してきた家族の介護負担。日本看護学会誌,vol16, No1, p129-136,2006.
- 15) 渡辺真美：高次脳機能障害者の家族の生活と要望。国際リハビリテーション看護研究誌(1880-1064)3巻,1号,27-35,2004.
- 16) 安心院朗子、水野知美、徳田克己：若年性の損傷者の外出における主介護者の介護負担。日本公衆衛生雑誌59巻,1号,11-18,2012.
- 17) 山田美和子、五十嵐佳奈子、鈴木詩織：重度脳損傷患者の在宅介護に向けての関わり。Brain Nursing,20巻,1号,114-119,2004.
- 18) 赤松昭、小澤温、白澤政和：ソーシャルサポートが介護負担に及ぼす影響 若年の高次脳機能障害家族の場合。厚生学の指標,49巻,11号,17-22,2002.
- 19) 前田由美、宮本青佳、高橋美紀：高次脳機能障害患者が転院するまでの思いとその過程。日本看護学会学術論文集,40号,105-107,2010.
- 20) Sohlberg M M, Mateer CA : Effectiveness of an attention-training program. J Clin Exp Neuropsychol. 117-130, 9, 1987.
- 21) Carter LT, Howard BE, O'Neil WA : Effectiveness of cognitive skill remediation in acute stroke patients. AM J Occup Ther 30,320-326, 1983.
- 22) Nair RD Lincoln NB : Cognitive rehabilitation in neurologic disease. Curr Opin Neurol, 6, 756-760, 1993.
- 23) Lincoln NB, Majid Mj, Weyman N : Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. Cochrane Database Syst Rev, CD002842, (4), 2000.
- 24) 牛島久美子、松森智香、谷川和代：急性病院の脳卒中地域連携パスからみえてきたもの 看護必要度(日常生活機能評価)評価を通して。日本病院会雑誌,57巻,3号,317-321,2010.
- 25) <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaui-att/2r9852000002iavi.pdf>
- 26) 高次脳機能障害診断基準ガイドライン,高次機能障害支援モデル事業。厚生労働省資料,15-18,2005.
- 27) 新家尚子、宮坂良子、栗生田友子：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巻,1号,5-14,2013.
- 28) 福田和美、上村美智留：高齢期呼吸器疾患患者のせん妄発症要因および回復時のトリガー要因と看護ケアの実態。福岡県立大学看護学研究紀要,6,(1),26-34,2008.
- 29) 小林優子：術後急性混乱状態の看護介入に関する研究。新潟県立看護大学学長特別研究費,平成14年度研究報告,73-76,2004.