

科学研究費補助金による研究の成果報告書

脳血管障害者と家族の生活再構築に向けた看護支援  
エンパワメントと協働

平成 18 年度～平成 20 年度

研究代表者

長野県看護大学 地域看護学・在宅看護学講座

教授 安田貴恵子

## 目 次

### 第 1 部 研究成果の概要

	ページ
1. 研究開始当初の背景 . . . . .	1
2. 研究の目的 . . . . .	2
3. 研究の方法 . . . . .	2
4. 研究成果 . . . . .	2
第 1 段階の研究における成果 . . . . .	2
第 2 段階の研究における成果 . . . . .	10

### 第 2 部 オーストラリアにおける脳血管障害者と家族の医療・看護等の

実際に関する現地調査 . . . . 12

### 資 料

資料 1. 脳血管疾患が原因で生じたと考えられる症状（聞き取り）

資料 2. 調査票

資料 3－1 および 3－2. 第 12 回日本在宅ケア学会発表ポスター

はしがき

脳血管疾患は、わが国における死因の第3位（2007年）である。1990年以降、死亡数は増減を繰り返していたが、2007年の死亡数は126,940人で2006年に比べて1,328人減少しています。脳血管疾患による死亡者の減少が認められる一方で、脳血管疾患は、介護が必要となった主な要因となっています（平成16年国民生活基礎調査）。このことは、脳血管疾患の発症後、急性期治療を終えて生活上の障害を有する状態で病院を退院する患者が多数いることを示しています。

私たちは、2005～2006年に数名の脳血管障害者と介護家族の協力を得て、退院直後から3カ月間の縦断的な面接調査を行いました。その調査を通して、脳血管疾患による後遺症の重症度に関わらず、さまざまな生活上の困難を抱えており、それらをコントロールしながら日々の生活を送っておられることを確認することができました。この冊子は、その時の経験をもとに、脳血管障害者の生活の再構築を支援する方法を検討する研究計画を立てて取り組んだものの報告です。

平成20年度から科学研究費補助金による研究の成果報告は、電子媒体で学術振興会に提出方法となりました。しかし、調査にご協力をいただいた方々をはじめとして、脳血管障害者の支援に関わる方々にご覧いただけるようにすることにより、意見交換のきっかけとなったり、新しいプロジェクトのきっかけとなったりすることも期待しまして、このような冊子を作成しました。

2009年度も科学研究費補助金をいただき、引き続き脳血管障害者と家族の支援に関する研究に取り組んでいます。この報告書の内容や、脳血管障害者と家族の生活支援に関心のある方は、下記までご連絡ください。情報交換をさせていただければ幸いです。

安田貴恵子（やすだきえこ）

email:kyasuda@nagano-nurs.ac.jp

長野県看護大学

tel&fax : 0265-81-5192(研究室直通)

地域看護学・在宅看護学講座

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2006～2008

課題番号：18592435

研究課題名（和文） 脳血管障害者と家族の生活再構築に向けた看護支援：エンパワメントと協働

研究課題名（英文） Nursing Intervention to promote life reconstruction for stroke survivor and family

研究代表者

安田 貴恵子（YASUDA KIEKO）

長野県看護大学・看護学部・教授

研究者番号：20220147

研究成果の概要：在宅で生活している脳血管障害者の生活の再構築という観点から看護ニーズ・学習ニーズを明らかにした。障害の程度が比較的軽度で日常生活が自立できていても、脳血管疾患による身体症状、精神心理面の不安定さ、認知機能の変化等がみられていた。これらに対して適切な対処行動がと

られて、コントロールができている状況が認められたが、生活行動全般に対する意欲の低下や他者との交流などは以前よりも狭まっている状況も認められた。これらの調査結果と国内外の資料を検討して、看護支援内容を検討し、脳血管障害者と家族が活用できる教育媒体を作成した。

#### <交付額>

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合 計
2006 年度	600,000	0	600,000
2007 年度	800,000	240,000	1,040,000
2008 年度	800,000	240,000	1,040,000
総 計	2,200,000	480,000	2,680,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学 地域・老年看護学

キーワード：脳血管障害、生活の再構築、生活の質、援助ニーズ、学習ニーズ、教育媒体

#### 1. 研究開始当初の背景

要介護状態をもたらす疾患の第1位は脳血管障害であり、2001年の国民生活基礎調査によれば要介護状態をもたらす原因の26.1%にあたりと報告されている。脳血管疾患罹患後の経過は長期にわたり、患者は療養の場を移しながら治療やリハビリテーションを受けている。患者は、後遺症の残る身体

と不安定なこころの状態にありながらも日常生活や社会生活を組み立てていくことが必要となる。

しかし、脳血管疾患の急性期を経て回復に向けた段階での医療・看護の内容は、身体機能の回復に主眼が置かれている現状にある。そのため、退院後の家族生活や社会生活を送

る上で生じる障害や慢性的に持続する症状の対処方法等を学習することや疾病罹患後の心身状態の変化を受けとめて生活を再構

## 2. 研究の目的

脳血管障害者が自らQOLを高めていけるようになることを目指し、脳血管障害者と家族のエンパワメントを促すための支援プログラムを障害者・家族と看護職者が協働して開発することを目的とする。

## 3. 研究の方法

以下に示す2つの段階を経て行った。

第1段階：脳血管障害者の療養生活における看護ニーズ・学習ニーズの把握

療養生活を送る過程で遭遇する困難の状況と対処、症状、社会生活の状況等について調べて、看護ニーズ・学習ニーズを検討し、エンパワメントの視点にたった支援検討の資料を得ることを目的とした。

第2段階：生活の再構築に向けた看護支援の開発

第1段階の調査結果から得られた看護ニーズ・学習ニーズをもとに、看護支援の内容ならびに方法の検討を行う。

## 4. 研究成果

第1段階の研究における成果

### 1) 調査の方法

在宅で療養している脳血管障害者で調査協力の得られた11名を対象とした。調査内容は、①基本属性、②発症後の期間、③日常生活行為（8項目）の自立の程度と困難の内容、④脳血管疾患に伴う症状とその対処の内容、その他の症状と対処の内容、⑤現在の体調とこころの状態、⑥仕事や地域での交流・活動（4項目）、⑦家族の協力や家族との関係、⑧必要と感じている情報学びたいこと、である。これらの調査項目については、定量的な把握とともに対処内容や思いの両方を把握する方法をとった。具体的には、症状の

築できるための看護支援の方法の開発は十分行われているとはいえない。

有無や程度、または該当の有無について選択肢を設定して当てはまるものを選んでもらい、その上でさらに詳しい内容の聞き取り調査を行った。

### 2) 調査対象者へのアプローチ方法

長野県内にある2カ所の施設の協力を得た。1つは、行政が主催している脳血管障害者と家族を対象としている交流会参加者に、研究目的と協力内容について説明を行い、調査協力の意志を書面にて把握した。もう1つは、リハビリテーション病院の退院支援室の協力を得た。

調査は、2006年11月から2007年3月に行った。

### 3) 倫理的配慮

研究の目的、調査内容、匿名性の保持、同意の後でも協力の中断が可能なこと、得た情報の管理方法等について書面を用いて説明し、研究協力承諾書への署名をもって研究協力の同意を得た。これらの研究は、研究者の所属する大学の研究倫理委員会の承認を得て行った（2006年、承認番号#20）。

### 4) 分析方法

11名の結果を集計し、聞き取ったデータは内容を取り出して分類した。これらの結果からニーズを検討した。

### 5) 調査結果

11名の性別は、男性8名、女性3名で調査時の年齢は64歳～77歳であった。診断名は、脳梗塞9名、脳出血1名、クモ膜下出血1名。11名のうち約半数の5名が介護保険による要介護認定を受けていた。発症してから調査時までの期間は8カ月～11年4カ月で、平均は3.2年であった。

## ①日常生活行為の自立の程度

食事、移動、洗面、トイレ、歩行の日常生活行為は自助具を使用しながらでも全員が自分でできると回答していた。日常生活行動に関する困難を聞き取ったところ、「あり」という人は7人で、自立している状況でも、困難感を感じていた。具体的内容は、階段昇

降（4人）において「降りる時に怖い」「患側の足の踏ん張る力が弱い」「極力階段は使わないようにしている」などであった。自立できていても、食事に時間がかかる、着替えに時間がかかるということ“困難なこと”として述べていた。

表1. 日常生活行為の自立の程度

人数（N=11）

項目	自立	部分介助
食事	11	0
移乗	11（手すり1）	0
洗面等	11	0
トイレ等	11（手すり1）	0
入浴	9（手すり、イス1）	2（妻の介助2）
歩行	11	0
階段昇降	11	0
更衣	10	1（妻の介助1）

日常生活行動に関する困難：あり7人、なし4人

「あり」の回答人数と具体的内容

食事：1人 時間がかかる

入浴：3人 退院直後に介助うけた、夫と一緒に入ってもらい、背中洗うこと・拭くことは妻に手伝ってもらい

歩行：2人 外出時は杖を使用、短下肢装具・杖・手すりを使えば自分で可能

階段昇降：4人 降りる時に怖い、患側の足の踏ん張る力弱い、ゆっくりならば可能  
手すりを使って一段ずつ  
極力階段は使わないようにしている、時間はかかるが自分でできる

着替え：2人 時間がかかる、脱ぐときに健側の袖口だけ引っ張ってもらい  
ファスナーのある服は着ない

@排便、排尿については、全員自立（1人便秘傾向があり下剤を服用）

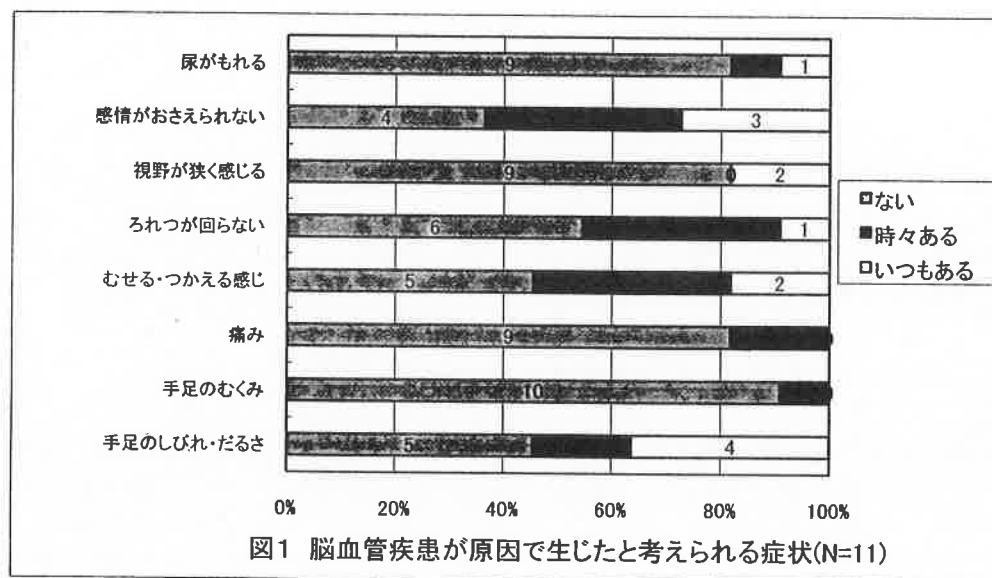
## ②脳血管疾患が原因で生じたと考えられる症状（図1）

症状の感じ方には、個人差がみられたが、11名全員が、これらのいずれかの症状を感じていた。“いつもある”と回答した人がいた症状は、「手足のしびれ・だるさ」「むせる・つかえる感じ」「ろれつがまわらない」「視野が狭く感じる」「感情がおさえられない」「尿がもれる」であった。「手足のしびれ・だるさ」

では、『腕の動く範囲や握力は少し回復したが、しびれ感はいつもある。しびれが強くなり肩の痛みで夜目が覚めることもある』と話ししびれが睡眠に影響している例もみられた。「痛み」があると回答した人の中には、『退院した時には痛みはなかったが、2週間くらいしてから痛みだしてつらかった』状態があり、主治医とは違う治療院で治療を受けて対処していた例がみられた。「ろれつがまわら

ない』では、『話がすらすら出てこないもどかしさがある』と話していた。「感情をおさえられない」では、『病気になって怒りっぽくなった』『(脳血管疾患を) 発症して8ヶ月ほどは頻繁に苛苛することが多く感情をコントロールすることが難しかった』ことを話しており、自分の感情面の変化に戸惑っていた。

その他の症状として挙げられたものは、“冷える感じがある” “記憶力の低下” “力が入らない” “意欲が湧かない” “立ちくらみ” “頭がすっきりしないでいつも頭がぼんやりしている” “耳鳴りがするようになった” などであった。(詳細は、資料の表を参照)



### ③体調とこころの状態 (図2)

「頭痛」、「全身のだるさ」、「疲れやすい」などの体調やこころの状態についての結果を図2に示す。どの項目についても“時々ある”または“いつもある”のどちらかであると回答しており、体調や精神面の不調感を感じていた。特に「眠れない」は5名が“いつもある”と回答しており、そのうち4名は内服薬を服用していた。

“時々ある” “いつもある” と回答した人が6人以上あった症状について聞き取りから得られた具体的な状態を述べる。「疲れやすい」では、『長時間同じ姿勢をとることができない』『一度にたくさん歩くと下半身が疲れ、歩きすぎると股関節の痛みが30分くらい続く』『リハビリのために人形づくりを

した日には全身が疲れた感じになる』『掃除をすると疲れる』という内容であった。発病前には疲れを感じなかった活動でも発病後は異なることを述べていた。「眠れない」では、『11時ころまで寝付けないため困る。朝起きられない』『眠れないため頭がぼんやりしてしまう』という状態を述べていた。「何をするにも面倒」では、『物事を自由にできないことへのいらつきがある』『高いところにしまっている物がとれないので、衣替えができない』『立ち上がり動作に時間がかかるため、訪問者の対応が面倒くらい』『外出する気持ちになれない』『細かい作業は適当な理由をつけてやめてしまう』という状態にあることを話していた。「動作に時間がかかるもどかしさを感じる」は、「何をするにも面

倒」と類似しているが『歩行』や『更衣』『車の乗り降り』など毎日行う動作が発病以前の

ようにできないことにもどかしさを感じていた。

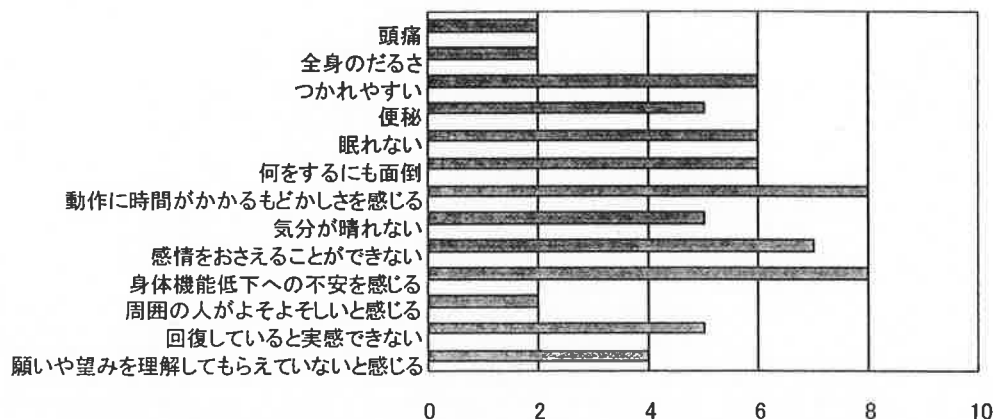


図2 “時々ある”“いつもある”と回答した人の人数(N=11,単位人)

「感情をおさえることができない」では、『時々涙がでる』『早く死んだ方がよいと思う』という心情を述べている人もあった。「身体機能低下への不安を感じる」では、『毎日歩行訓練をしているが蓄積がない』『少し運動しない日があると左上下肢の動きが鈍くなり、可動域が小さくなる』『一人で過ごしていると（身体機能が低下するのではないかと）考えてしまう』などのことが語られ、今現在の身体状態への不安な気持ちを抱いていた。

また、調査時に示した 13 項目の内容以外のことで聞き取り調査から得られた体調とこころの状態は、『何をするにも飽きっぽくなり、長くものを考えることが嫌になってしまう』『体臭が発病以前よりも強くなった』『病気になってから全体的に体調がすぐれず、特に胃腸の調子が悪い』という変化や『良くはならないという思いがありリハビリに積極的になれない』という気持ちを述べていた。

#### ④仕事の計画や地域での交流（表2）

仕事について今後の計画を持っている人

は4名であった。「なし」と回答した人の中には、具体的な仕事の計画ではないが、同居の子ども家族が海外赴任から戻るまでの間、家長として家を守るために頑張ることを励みとしている人もいた。一方、自動車の運転はできないと考えて免許を返納したので移動手段がなく仕事をしたくても不便で考えられないという人もいた。

友人や近所の人との交流は、5名が「あり」と回答しており、地域のクラブ活動、趣味のつながり、地区の自治会などであった。地域の行事に参加する機会は「あり」と回答した人は3名で、前述の交流よりも少なかった。老人クラブに誘われているがまだ参加したくない、行事の時に出席される食事が自分に合わないで参加していないという理由が述べられていた。

同病者と交流する機会は9名が「ある」と回答していた。その中には、行政主催の脳卒中者の交流会に参加している人が含まれていたが、その交流会については、『講師の話聞き知らないことを知る場であり、自分の病気体験や気持ちを話す場ではない』『自分のことは話す場ではないし、話しにくい』『世



間ばなしだけ』と考えている人もみられた。 また、同病者との交流の機会がない人の

表 2. 仕事の計画や地域での交流の状況とその内容 (人)

仕事についての今後の計画	
あり (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・春から農業を再開しようと思っている。</li> <li>・飲食店をまた開こうと思う。お客さんも開いてほしいと言っている。</li> <li>・パン焼きをもう一度したい。ホームベーカリーを買ってもらった。</li> </ul>
なし (7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・酪農は発病により手放した。稲作も他人に貸している。</li> <li>・水道工事の仕事は店をたたんだ。</li> <li>・自動車免許を返納したので運転ができなくて足がない。</li> </ul>
友人・近所の人との交流	
あり (5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域のクラブ活動に月 2 回のペースで参加している。</li> <li>・仕事での忘年会や役員会、人に会えるのでいい。</li> <li>・地区の自治会の会合などにでている。一見元気に見えるのか役員が回ってくる。病気のことが理解してもらえない。</li> <li>・同じ病気を持つ仲間と基をしている。</li> </ul>
なし (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不自由さがある。他人には本当に病気をしたのか、ずる休みではないかと疑っているように思える。</li> <li>・かつての仲間とは会っていない。誘いにくいのではないと思う。郵便屋や宅配便が来ると世間話をする程度。</li> <li>・集りがあるのは川向うなのでそこまで歩いていけない。</li> <li>・もともと近所づきあいはない。</li> </ul>
地域の行事への参加	
あり (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・隣組の行事には参加しているが、体調の悪い時にはでない。</li> <li>・老人クラブの作業に参加。そろそろいい歳になったので参加しようと思う。</li> </ul>
なし (7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・花見や忘年会などの隣組の行事は（食べられないから）いや。誘ってくれるが、ほとんど参加していない。</li> <li>・自治会での行事が昔ほどなくなったので参加する機会がない。</li> </ul>
同じ病気・障害を持つ人との交流	
あり (9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市からの通知で交流会に行くようになった。男性が少ない。</li> <li>・市の交流会で自分の体験を話している。</li> <li>・交流会は知らないことがわかってよい。</li> <li>・患者の会には家族も来ているので誰とでも話せる訳ではない。</li> <li>・同じ病気を持つ人だからなんてことない話でも気晴らしになる。</li> <li>・世間話のみで病気の話は避けている。体のことは専門家に聞けばいいと思っている。</li> </ul>
なし (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分一人だけだとおもってしまう。グループのようなものがあれば参加したい。</li> <li>・1 人交流できる人がいたが、入院してしまい今はいない。</li> </ul>

うち1名は、そういう機会があれば参加したいと希望を述べていた。

#### ⑤家族の協力と家族との関係（表3）

対象者11名のうち単身者1名を除く10名は家族と同居生活を送っていた。家族の協力があると回答した者は9名で、協力内容は、『外出時の車の運転・同伴』『受診時の車の送迎』『食事のペースを合わせてくれる』『炊事・調理、ゴミだし・掃除などの家事全般』という内容であった。調査を行った地域は、バスや電車などの交通機関に乏しく、移動手段は車を使用せざるをえない社会環境にあるため、外出や受診時のための移動の際に家族の協力を得ていた。対象者は、これらの協力に対して、感謝の気持ちを表現していた。

#### ⑥必要と感じている情報と学びたいこと（表4）

8名から回答が得られた。内容は、『脳卒中発症の兆候と対処方法』『退院後に利用できる保健事業の情報』『病気について、退院後の生活の説明』『リハビリテーションについての情報』『介護保険について』という5つの内容に整理できた。『脳卒中発症の兆候と対処方法』では、もっと症状が現れた時に早く受診しなかったことを悔やみ、他の人にはこのようになって欲しくないという願いを述べ、脳卒中についての啓発活動の必要性を訴えていた。『病気について、退院後の生活の説明』の内容は、症状や体調の不調感を解消するための方法、再発を防ぐための食事の注意などであり、療養生活面の助言を求めている。

表3. 家族の協力とそれに対する思い

項目		内容
家族の協力	あり（9）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車いすの介助をしてくれる。</li> <li>・食事を皆がゆっくりと合わせて食べてくれるので一緒に食べられる。</li> <li>・炊事や調理でできないことは手伝ってくれる。ゴミだしや掃除をしてくれる。</li> <li>・外出時に車を出してくれる。</li> <li>・医師の診察を受ける時に車で送迎してくれる。特に冬場。</li> </ul>
	なし（2）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特にない。</li> </ul>
家族からの協力や介護に対する本人の思い		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ありがたい、良く理解してくれていると思う。</li> <li>・妻は自分の看護師であり先生。</li> <li>・自分の不摂生が原因なのでわがままは夫を傷つけるから言わない。</li> <li>・知識がないことで結果的に障害が残った、家族に対して負い目を感じる。</li> </ul>
家族からの理解が得られているかについての本人の思い		<ul style="list-style-type: none"> <li>・理解してくれていると思う。</li> <li>・大変だと思ってきているだろう。</li> <li>・家族も本人と同じくらい大変と感じていると思う。</li> <li>・本当のところは家族にもわかってもらえないと思う。</li> <li>・半分くらいしか理解できんと思う。お前のことばかり思っておられんと言われた。</li> </ul>

表4. 必要と感じている情報と学びたいこと (8名の内容)

項 目	聞き取り調査で語られた内容の要約
脳卒中発症の兆候と対処方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病気になってから病気のことが気になるようになった。発病した時一刻を争う病気だとわかっていたらもっと早く対応していた。</li> <li>・もっと病気について知識が広く普及していればよいと思う。細かなたった1本の血管のつまりがこんな大きな障害になる。早く受診すればもっと軽かったかもしれない、そういう思いを他の人には味わってほしくない。</li> </ul>
退院後に利用できる保健事業の情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・昨年から脳卒中予防教室や患者交流会に参加。それまでは勉強する機会がなかった。退院時に利用できる保健事業を教えてほしい。</li> <li>・患者会があれば参加したい。</li> </ul>
病気について、退院後の生活の説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳梗塞になった時に病気の説明がなかった。注意事項やこれからどうなるのか、どこまで良くなるのか。</li> <li>・頭がすっきりする方法を知りたい</li> <li>・食べ物の注意を知りたい</li> <li>・再発の可能性について</li> </ul>
リハビリテーションについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・できるだけ安くリハビリが受けられる施設や病院</li> <li>・すこしでも腕が動くようになるような治療・リハビリを知りたい</li> </ul>
介護保険制度について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険がどのように使用されているのか知りたい。患者本人が蚊帳の外に置かれているような気持ちになっている。お金の使い道を考えてリハビリメニューを組んで調整して効果的なリハビリができと思う。</li> </ul>

## 6) 考察

### ①脳血管疾患による後遺症が軽度でもさまざまな症状を感じている

今回の調査対象者は、日常生活行為はほぼ自立している状態で介護保険の認定を受けていない人も半数みられた。介護保険の認定を受けていない、いわゆる「軽症脳卒中者」は、地域ケアサービスを利用する機会は少ない。しかし、脳血管疾患の再発リスクを持っていると考え、援助ニーズの高いグループであると言える。地域保健活動報告でも「軽症脳卒中発症者（日常生活自立度N・Jランクの人）」は要介護状態を予防するために重点的に支援する必要があると考えて実態調査を行った結果、軽症脳卒中発症者は保健・医療・福祉サービスの狭間にいる現状が明るみになったことを報告しており<sup>1)</sup>、軽症

脳卒中者の援助ニーズに対応する対策の検討が求められている。

痛みやだるさ・疲れやすさなどの身体面精神面の何らかの調子の悪さは全員が感じていた。登喜ら<sup>2)</sup>は、脳卒中者のしびれや痛みの状況と対処についてインタビュー調査を行った結果から、個々人によって多用な表現がされており感じ方は個人差がみられるが、療養生活の様々な面で影響をもたらし、脳卒中者は自分なりに対処しながら日常を維持していることを報告している。本調査の対象者も、個々に工夫していたり、対処していたりすることが確認できたが、症状についての情報や対処方法についての情報提供が必要だと考えられた。

### ②社会生活の縮小がみられる

仕事や地域での交流・活動の現状の結果が

ら、自分の体調に応じて調整できる仕事内容の場合、仕事復帰への準備を考えられるようであった。社会生活面では、友人や仕事仲間、近隣の人との交流が維持できている人と脳卒中の発病によって交流範囲が縮小している人がみられた。縮小している背景には、移動手段がないという理由だけでなく、脳卒中を発病したことで周囲の人と以前と同じように交流できないと考えていることが影響している人もみられた。移動手段として車の運転ができなくなることは、公共交通網の少ない地方の場合、外出の機会を減少させる要因となっていることがわかった。

同じ疾患や障害を持つ人との交流の状況から、定期的に行われている脳卒中者の交流会への参加を楽しみにしている人もいたが、交流会は講師の話聞く場で自分のことを話す場ではない、話しにくい雰囲気があると感じている人もいた。同病者との交流機会のない人は交流の場への参加を希望していた。

このように、社会生活面の状況は様々であったが一人ひとりの状況や希望に添った交流の機会や場が必要であると考えられた。

### ③必要と感じている情報の内容

必要な情報や学習したい内容については、脳卒中についての詳しい説明、回復の目安についての説明、地域の保健福祉資源の情報などがあげられていた。退院後1年間にどのような援助が必要であったのかを調べた先行研究でも<sup>3)</sup>、地域で利用できるサービスとアクセス方法、ストレス対処の方法、日常生活動作の方法などであったと報告しており、本調査で得られた内容と同様であった。また、

40代～50代の脳卒中者を対象に在宅生活の願望を質的に検討した研究<sup>4)</sup>では、【良くなりたい】【役に立ちたい】【趣味・得意なことをしたい】【自由に外出したい】【情報がほしい】【サービスへの提言】という願望を持っていたこと、これらの内容は個別性が高く既存のサービスでは対応できないものもあると報告している。

ある程度自立度が高いという状況を活かせば、当事者の方々と一緒に取り組むことにより、解決の方策は見出せるのではないかと考えられる。

そのための一助として、当事者や家族が療養生活の過程で必要だと考えた時に入手できて活用できるパンフレット等の教育媒体が有効ではないだろうか。

### <引用文献>

- 1) 松浦仁美、早川光江、兵頭昌子他：「軽症脳卒中発症者」を支援する、保健師ジャーナル、Vol.62 No.3,198-202,2006.
- 2) 登喜和江、蓬萊節子、山下裕紀他：脳卒中者が体験しているしびれや痛みの様相、日本看護科学会誌、Vol.25, No.2,75-84,2005.
- 3) 笹原千穂：脳血管障害をもつ壮年期の人々の在宅生活に関わる願望の内容、日本地域看護学会誌、Vol.8, No.1,24-30,2005.
- 4) Brazil K, Roberts J, Hode Mary, et al : Managing the Transition From Hospital to Home for Family Caregivers of Stroke Survivors, National Academies of Practice Forum Vol.2, No.4,2000.

## 第2段階の研究における成果

第1段階の調査結果を踏まえて、脳血管障

害者・家族向けの教育媒体を以下の検討を経て作成した。

#### (1) 脳血管障害者と家族の退院後の生活に関する国内外の教育媒体の収集と検討

在宅生活支援について日本語で書かれていて入手可能な書籍5編<sup>1)~5)</sup>について内容を調べた。記載内容は、脳血管疾患についての解説、リハビリテーションの解説、寝たきりを防ぐ介護方法、闘病意欲を高める方法、介護保険制度等の社会資源が主なものであった。回復期リハビリテーションや在宅生活を支援する専門職向けに書かれているもの、介護を行う家族に向けて書かれているものがあった。また、“寝たきりを防ぐ”ということに主眼が置かれており、前述した調査でみられたような症状や体調の対処方法や社会生活の維持・拡大について脳血管障害者の体験を紹介しながら療養生活のコツを具体的に紹介していたものは1冊のみであった<sup>1)</sup>。海外については、脳血管障害者と家族に対する教育が充実しているオーストラリア<sup>6)</sup>の資料を中心に収集した。オーストラリアでは、脳卒中協会と研究機関が協力して脳血管障害者と家族の地域ケアに関する実態調査を継続して行っている<sup>7)</sup>。これらの調査結果をもとに、患者・家族向けの教育媒体が各種作られている。<sup>8)</sup> 詳細は、本報告書p12「オーストラリアにおける脳血管障害者と家族の医療・看護等の実際に関する現地調査」で述べている。

#### (2) 脳卒中後の生活ガイドブックの作成

以上の検討を踏まえて、脳卒中後の生活を再び組み立てていくことの助けとなるガイドブックを作成した。構成内容は、「脳卒中についての説明」「脳の障害と後遺症」「脳卒中後にみられる体調不良の内容と対処方法」「再発予防の留意点」「地域の相談窓口や脳

卒中友の会、利用可能な施設の紹介」であり、体調不良への対処方法、リラクゼーションの方法を具体的に示した。また、ガイドブックの別冊ノートを作成した。これは、療養生活において“できないこと”ではなく“今自分ができていること”または“やってみたいこと”“思わずわらってしまったこと”を書くようになっており、生活目標を自分で書いたり、楽しいと感じたことがあったと記したりすることができる。作成の過程では、脳血管障害者のケアに従事している看護職者の意見を参考にした。また、読みやすい理解しやすいガイドブックとするために専門用語はできる限り平易な表現とした。

このガイドブックを用いる方法としては、個別支援と集団支援の両方が可能であると考える。使用する時期は回復期リハビリテーションの実施と並行してガイドブックを用いてグループワークや個別指導を行うことによって退院後の在宅生活でも活用できるようになると考えられる。今後は、このガイドブックを活用した看護支援の効果を検討する必要がある。

#### <文献>

- 1) 大田仁史：今すぐ役立つ介護シリーズ6 脳卒中後の生活 元気がでる暮らしのヒント 同病の先輩から後輩へ、創元社、2006.
- 2) 在宅ケアを支える診療所全国ネットワーク編集：退院後の脳卒中患者支援ガイド、ブリメド社、1997.
- 3) 福井次夫、川島みどり・大熊由紀子編：あなたの家族が病気になった時に読む本 脳卒中、講談社、2006.
- 4) 稲田まつ江編著：事例で学ぶ脳血管障害のリハビリテーション看護、南江堂、2000.
- 5) 特定医療法人財団大和会東大和病院脳卒中・脳神経センター編著：脳卒中リハビリ絵

本 脳卒中なんか怖くない！ MC メディ  
カ、2007.

6) 中川仁：オーストラリアの脳卒中医療－  
Hunter Stroke Service、治療、Vol.88,  
No.3,2006.

7) Walk in our shoes Stroke survivors and  
carers report on support after stroke,  
National Stroke Foundation,2007.

8) National Stroke Foundation が作成して  
いる患者・家族向けガイドブック

- ・ Stroke Rehabilitation
- ・ Long Term Recovery
- ・ A stroke survivor's guide to recovery

#### 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者に  
は下線)

[学会発表] (計2件)

- ① 安田貴恵子、千葉真弓、吉田聡子、熊谷  
理恵、岩崎朗子、下村聡子、山崎洋子：  
軽症脳血管障害者の生活上の困難と看  
護ニーズの検討(1)－症状、体調、精  
神・心理面に着目して－、第12回日本  
在宅ケア学会学術集会、2008年3月15  
日、東京都
- ② 千葉真弓、安田貴恵子、吉田聡子、熊谷  
理恵、岩崎朗子、下村聡子、山崎洋子：  
軽症脳血管障害者の生活上の困難と看  
護ニーズの検討(2)－社会参加、家族  
関係、支援ニーズに着目して－、第12  
回日本在宅ケア学会学術集会、2008年3  
月15日、東京都

[その他]

安田貴恵子、千葉真弓、山崎洋子、脳卒中後  
の新しい生活に向けて再出発される皆様へ

－脳卒中後の生活ガイドブック－

研究成果を研究代表者の所属する大学ホ  
ームページに掲載している。

[http://www.nagano-nurs.ac.jp/irc/ko  
uken/ikouki.htm](http://www.nagano-nurs.ac.jp/irc/ko<br/>uken/ikouki.htm)

#### 6. 研究組織

##### (1)研究代表者

安田 貴恵子 (YASUDA KIEKO)、長  
野県看護大学・看護学部・教授

##### (2)研究分担者

山崎 洋子 (YAMAZAKI YOKO)、山梨大  
学・医学工学総合研究部・教授

千葉 真弓 (CHIBA MAYUMI)、長野県看  
護大学・看護学部・講師

御子柴 裕子 (MIKOSHIBA YUKO)、長  
野県看護大学・看護学部・講師

岩崎 朗子 (IWASAKI AKIKO)、長野県  
看護大学・看護学部・講師

吉田 聡子 (YOSIDA SATOKO)、長野県  
看護大学・看護学部・助教

酒井 久美子 (SAKAI KUMIKO)、長野県  
看護大学・看護学部・助教

熊谷 理恵 (KUMAGAI RIE)、長野県看護  
大学・看護学部・助教

下村 聡子 (SHIMOMURA SATOKO)、長  
野県看護大学・看護学部・助手

##### (3)連携研究者

原田 美香 (HARATA MIKA)、長野県看  
護大学・看護学部・助手

注) 所属および職位は、研究期間内のもので  
ある。

# オーストラリアにおける脳血管障害者と家族の医療・看護等の実際に関する現地調査

安田貴恵子、山崎洋子、岩崎朗子、吉田聡子

## 1. はじめに

“脳血管障害者と家族の生活の再構築”という観点から、諸外国における回復期の教育や支援について情報収集をしたところ、オーストラリアの脳卒中医療や患者家族教育を紹介する文献やオーストラリア脳卒中協会が行った実態調査報告等を入手し研究チームで学習会を行った。文献検討を行う中で、脳血管疾患による後遺症についての説明が明確であること、脳卒中後の生活支援として書かれている内容が具体的である

ことが確認された。そこで、実際に現地に赴いて情報収集を行うことにより、より豊富な示唆を得られると考え現地調査を計画したところ、オーストラリアヴィクトリア州にある Ballarat Health Services の看護保健教育センターのスパトラ・シヴァマライ氏の協力を得て、Ballarat Health Services を中心とする急性期医療から在宅ケアまでをみる事ができた。

日程は、表に示すとおりである。

表. 日程

月日		内容
2008 年 3 月 2 日 (日)	夕方	Ballarat Health Services (BHS) の看護保健教育センター担当者等と打ち合わせ
3 月 3 日 (月)	午前	講義「BHS の概要」 「オーストラリアにおけるヘルスケアシステム」 「在宅リハビリテーションについて」 講師との意見交換
	午後	BHS 施設見学 講義「リハビリテーション ―オーストラリアの視点から―」 講師との意見交換
3 月 4 日 (火)	午前	リハビリテーション病棟の見学 急性期病棟からリハビリ病棟への転院カンファレンス見学 在宅脳卒中者への家庭訪問の同行 (2 人)
	午後	在宅脳卒中者への家庭訪問の同行 (2 人) リハビリ病棟のケースカンファレンス見学 脳卒中急性期病棟 (Stroke Care Unit) 見学
3 月 5 日 (水)	午前	オーストラリアにおけるヘルスケアシステム、見学内容等についての質疑応答
	午後	「ケアラーズチョイス (Carer's choice)」見学 講義「亜急性期にある在宅療養者へのコミュニティーサービス」 講義「コミュニティーサービスのマネジメントシステム：リンクージ(Linkage)」 講師との意見交換 バララット大学見学

## 2. バララット市の概要

バララット市は、ヴィクトリア州にありオーストラリアの首都メルボルンの西 113km に位置する人口約 65,000 人の市である(図参照)。バララットという地名は、アボリジナルに由来し、「キャンプする、あるいは休息する場所」の意味である。

1851 年に金が発見され、この地には外国からの人も含めて多くの人が集まってきた。ゴールドラッシュに伴って町も繁栄し、1862 年メルボルンからの鉄道が開通し、バララット市は鉄道の重要な拠点となった。



図. ビクトリア州、ならびにバララット市の位置

## 3. Ballarat Health Services の組織と理念

今回私たちが訪問した、Ballarat Health Services (以下 BHS とする) は、ゴールドラッシュの時代 1856 年に、けがや病気をした金鉱夫のために作られた病院であった。現在は、いくつかの施設が統合されて急性期病棟からリハビリ病棟から成る医療施設、精神科病棟、老人福祉施設、在宅ケアサービスなどが整えられている。バララット市内だけでなく周辺の郡部も含めてこれらのサービスを提供している地域の拠点医療福祉機関として機能している。

BHS では、「ヘルスケア分野における卓越した指導的地位の確立」というビジョンを掲げている、オーストラリアのグランビアンズ地域で最大の医療機関である。

1997 年 12 月 17 日に、バララット・ベース・ホスピタル、クイーン・エリザベス・センター、そしてバララット・アンド・ディストリクト・エイジド・パーソンズ・ホーム・アソシエーション(バララット及び周辺地域における高齢者のためのホームを管理する団体)の 3 つの組織が合併し、それまで各々が独自に提供していたサービスを、より統合した形で発展させたヘルスケア体系の構築を目指し、BHS が設立された。

高齢者ケアに関わる施設は大きく“入居介護施設サービス”と“コミュニティーサービス”の 2 種類に大別されていた。“入居介護施設サービス”は、「低」介護度の施設であるホステル(6ヶ所)と、「高」介護度の施設であるナーシングホーム(6ヶ所)、入院リハビリ、緩和ケア施設等で構成されており、また“コミュニティーサービス”ではデイケアセンタ



ー（4ヶ所）やショートステイ、調整機関、宅配給食サービス等で構成されていた。このように、組織やサービス内容が大きく多岐に渡るほど、そのサービスへのアクセスが複雑になり、利用者は自身のニーズに合ったサービスが受けにくくなるという組織ではなく、逆に BHS ではサービスを受けやすくなる組織である。その理由は、急性期に BHS の医療を利用すれば、その後のリハビリテーションのみならず、コミュニティーに戻ってからもそれらのサービスを途切れることなく、続けて受けられるというシステムがつくられているためである。また、そのようなサービスがきめ細かく提供されるためには、「リンケージ（Linkage）」と呼ばれるサービスがその「繋ぎ役」として役立っており、そこでは様々な福祉サービスを把握し、それらを繋ぎ（Link させ）、利用者に必要なサービスをきめ細かに提供していることが特徴的であった。このように、医療保健福祉サービスが完全に統括されていることによって、BHS 利用者への漏れがない質の高いケアの提供が実現されていた。

#### 4. オーストラリアにおけるヘルスケアシステム

オーストラリアも日本と同様に、高齢化（2007 年度、高齢化率 12%）が急速に進み、また脳卒中患者の割合も増加傾向にある。バララット市も同じ傾向であり、さらに独居高齢者も多く、BHS の中でも脳卒中後の患者を含む高齢者ケアに関わる施設は大きな責任を担い、期待される役割も多い。

オーストラリアでは、公立、私立のサービス提供者や財源元が複雑に混在している。医療保険には収入の有無に関わらず全国民が加入できる“Medicare”という保険があるが、日本と同様に財源が厳しい。任意加入の医療保険に入っていると、上乗せサービス（入院病院を選択できる、無料検診の回数が多い等）を受けることができるようにして、経済的に

余裕のある人々は両方の保険に入ると、受けられるサービスの選択が可能となり、より質の高い医療が受けられるという仕組みであった。また、BHS の運営、施設利用者のための様々なサービスや事業は、主に 3 種類の財源でまかなわれており、それはオーストラリア連邦政府、ビクトリア州政府、バララット市からであった。これらの中から目的に合わせてどの財源を選択し財源確保していくかということに BHS はとても苦労している

オーストラリアは国土面積が広く、また全国土の 1%にあたる地域に、総人口（1 千 9 百万人）の 84%が集中しているという特徴があり、主要都市以外に住む人々は、各種サービス提供施設から遠く離れていることに関連する特有の医療問題に直面している。また、オーストラリアでは移民人口が多く、オーストラリア国籍を有する人のうち海外で生まれた人の割合は、年々増加傾向にあり、2000 年には 24%にまで及んでいる。移民者らは家族の絆が強い傾向にあり、入居型高齢介護施設の利用度が低いことや、逆にコミュニティーサポートの利用率が高いなどの特徴がみられる。



施設内には義足使用の啓発ポスターが貼られていた。糖尿病から下肢切断に至る患者が多いとのことである。

## 5. 急性期の脳卒中患者専用病床 (Stroke Unit)

急性期病院 (180 床) にある、脳卒中患者専用のベッド (4 床) を見学した。3 階の一角に、その病床があった。他の病室は、明るいベージュやピンクの色だが、脳卒中の専用病床は少し沈んだブルーで統一されていた。ブルーが、患者の回復によいとの配慮だそうである。

部屋の窓から見える風景は、バララットの住民なら誰でも知っている教会の建物で、一番よく見えるところに脳卒中病床が設置されていた。

専用ではあるが、脳卒中の患者がいなくときは、他の疾患の患者が利用する。この日も 4 床はうまっていた。脳卒中の患者が入院すると、病室にいる他の疾患の患者は、病室を移動する。他の病室と違うのは、ベッドの上に、モニターがついていることであろうか？日本と違うのは、どの病室のベッドにも、ベッド柵がついていないこと。また、リハビリ病院にあった移動用リフトがここでも活躍していた。

この病室の平均在院日数は、4 日間。診断が確定し、治療の方針が立ったら、即リハビリ病院に転院して、リハビリが開始される。急性期病棟にいれば、費用もかかる上、リハビリが遅れてしまうと看護師より説明を受け、納得した。

ところで、バララットヘルスサービスの看護師たちは、毎年共通して受ける研修があると聞いた。それは、心配蘇生法 (CPR) とリフト操作、火災訓練である。どれほど、リフトの使用が徹底しているかを伺い知ることができる。また、医師や看護師、他の職員たちが共通で利用できる図書室が病院内にあり、医学・看護学・リハビリテーションなどの専門雑誌のバックナンバーが多数並んでいた。

オーストラリアでは、この 10 年間に在宅療養の考え方が進んだことと公から民の改革が

進行したことにより、バララットヘルスサービスのような民間のサービスが住民に浸透した。政府の資金を調達するために、自分たちのサービスを評価し、住民のニーズを調査して新しいサービスを起こし、活用して在宅ケアを進め、さらに資金を調達してサービスを充実させるというサイクルである。専門職たちは、自分の仕事に誇りと責任を持っていた。

オーストラリアはこの数年先に人口の高齢化が進み、高齢者の 11% が 85 歳以上になると予測されている。また、オーストラリアの先住民であるアボリジニたちは、アルコール依存の問題や縛られることを嫌うという文化上の問題も抱えていると伺った。バララットヘルスサービスのような包括的な予防からリハビリ、在宅サービスを含む高齢者サービスに日本の地域ケアも学ぶところが大きいにあるという思いを深くした。



Stroke Unit のベッドサイドにて

## 6. ケアカンファレンス

バララットヘルスサービス傘下のリハビリ棟では、「ベットのマネジメント」と呼ばれるケアカンファレンスが毎日行われている。急性期の治療を終えた脳卒中その他でリハビリテーションの必要な患者の電子カルテをリハビリ棟のカンファレンスルームにオンラインでつなぎ、医師・看護師・理学療法士・作業療法士など数人のチームメンバーで急性期が

ら亜急性期に移行する待機者リストから、一人ずつ、本人の現在の状態や目標などを話し、入院患者を決定する。この日は、7 人のメンバーでカンファレンスがもたれた。日本の老人保健施設の入所判定会議といった感じであった。

あまり広くない（私たちが 5 人も加わったので）部屋にスクリーンに映し出された患者の情報一覧を見ながら、検討が進められた。

まず、画面の患者を説明するのはベットコントローラーの方で、ディビットさん曰く、「彼女が一番権限を持っている！」入院年月日や疾患名、現在の様子などの一覧をてきぱきと説明していた。

本日の待機患者は、6 人。多いときは 20 人も待機者がいるそうである。（慎重にといっても、カンファレンスは、とても和やかに冗談を交わしながら行われていた）その中から、2 人が、リハビリ棟に移ることになった。ひとり、リハビリ棟にいたが、状態が悪化し、急性期棟に入院した患者。社会的に問題があり、退院が難しいので、リハビリ棟に再度移って「次の場」を探るための入院。本来は、このような人は適応外となるが、急性期病棟からの強い要請で入院と決定した。

リハビリ棟では、患者の紹介をうけると、医師と看護師が本人のところに外向き、身体機能や意欲、家族状況をアセスメントしていき、リストにのせる。リハビリ棟の入院患者の選定基準は、病状が安定していること、リハビリのゴールが明確なこと、ターミナル患者でないことだと説明があった。リハビリ棟で濃厚なリハビリを受けることで回復が期待できる人のための病棟であると感じた。

## 7. リハビリ病棟の見学

カンファレンスの後にリハビリ棟を見学した。私たち一同が最初に驚いたこと、それは、病棟内のフロアが広く、じゅうたん張りでかつ、いいにおいがしていたことであった。

消毒薬のにおいも排泄物の匂いも全くしていなかった。案内の方にじゅうたん張りのことをたずねると、「コレが普通よ。別に不潔なものを扱うわけでないし、感染の問題はない」とのこと。考え方が違いを感じた。（後で、急性期病棟に行ったとき、じゅうたんのフロアとそうでないところがあったので、何か意図があると思われる。）

さらに、病棟内の窓際のあちこちにちょっとした椅子と机、本棚などがあり、リハビリに励む患者が一休みできるようになっていた。患者は、自分の好きな場所に居場所を見つけて休んでいた。

スタッフは、T シャツの人もあれば、運動着の人もいて、どの方がナースなのかすぐわかる日本とは違っていた。

病床は、30 床。共通スペースのラウンジとダイニングが広く取っており、家族が面会に来て、一緒に食事を作って食べたりもできるようになっていた。しかし、ディビットさんは、施設が古く狭いと話していた。30 床のほとんどが個室で、プライバシーがしっかり守られていた。部屋の中も日本なら、4 人部屋くらいの感じでゆったりしていた。それぞれの部屋は、病室というより“寝室”という雰囲気であった。

オーストラリアでは、以前から、ベットから車椅子の移動などを看護者が自力で行うことが法律で禁じられており、廊下の隅に患者を持ち上げて車椅子に移動させるリフトが置いてあった。リモコンでアームが動き、患者さんをしっかりとリフトの椅子のようなものに乗せ、移動させます。この器具は、申請すれば 1 ヶ月程度、自宅に貸し出しも可能だとのことであった。確かに、オーストラリアの方は、看護師も含めて肥満者が多く、BMI は、30 を超えているであろう方がほとんどで、とても看護師 1 人では持ち上げられそうにないのも真実である。

どんな疾患の患者が多いかというと、脳卒

中、難病（オーストラリアでは、多発性硬化症が多い）と説明があった。オムツを使用している人はいないようであったが、物品保管庫には、パットが少しだけだが確認できた。トイレに行くのもリハビリのうちと考えられている。

病棟の壁には、地域のいろいろなケアサービスの紹介用のパンフレットが置いてあり、切り取れるようになっていて、具体的なサービスの内容やどういう時にどこに連絡すればよいか書かれあつた。緊急時の連絡先を示すパンフの後ろにマグネットがついていて、冷蔵庫に貼れるようになったものや地域サービスの相談先の電話番号が書かれたものもあった。これらの小冊子やパンフレットは、Stroke Survivor Kit として、持ちやすいケースに入れて、退院患者に配布されていた。

内服薬は、錠剤を一回分ずつ1週間分を分包するプラスチックのケースで患者に配られ、自己管理する。ブリストアパック（blister pack）と呼ばれるそのケースを見れば飲み忘れがあるかどうかは一目瞭然であり、薬がばらばらにもならず、よい方法だと思った。薬局で入手可能。

これらのケア全体が、脳卒中後の生活を受け入れ、本人に生きる気力をとり戻してもらうシステムになっているのではないかと感じた。

オーストラリアでは、病気や障害があっても、「人生は楽しむもの」という文化があり、リハビリテーションも本人がそれを望むなら一緒に考えるというスタンスである。本人を中心に多数の専門家が結集して多面的なケアを計画し、実施している様子を知ることができた。

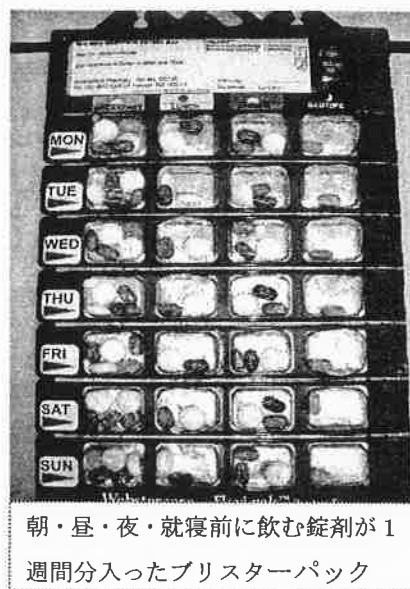
## 8. 病棟カンファレンス

リハビリ棟の入院期間は、想像以上に短く、10日～1ヶ月程度であるとのこと。濃厚なリハビリをしっかりとやったら、後は、住み慣れ

た自宅でしたいことをしていただくというのが、大まかな援助の方針である。確かに、単身でも自宅でいろいろなサービスを使って暮らすことができるしくみができていた。

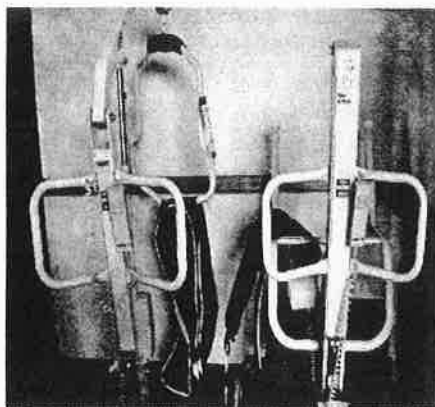
さて、リハビリ棟では、毎日、ケースカンファレンスを実施している。ナースステーションの一角にある大きな楕円形のテーブルにコンサルタントの医師、リハビリ医師、数人のPTやOT、デイビットさん、看護師が席に着き、カンファレンスのメンバーが持ち寄った、山盛りの季節の果物やビスケットを食べ、飲み物を飲みながらの検討会であった。

カンファレンスは、まず、医師から検討する方の名前の紹介があり、現在の問題状況が提起がされ、その状況について、担当のPT、OT、看護師が説明をして、討議に入る。大テーブルを囲む壁の一面に、現在の入院患者の年齢やリハビリのメニューが記入されたボードがあり、一例ずつカンファレンスしては、ボードを書き換えていた。このようにすると、メンバーの全員が、患者さんの情報を共有することができる。このチームの中では、医師は、あくまで、ケアメンバーの1人であり、療養生活全体を見ている看護師のほうが全体をよく見ていて、医師は「僕は、処方や医学的管理状況を話す」といつていた。



印象的だったのは、経験の浅い作業療法士が、医師やベテランのディビットさんたちに自分の受け持ちの患者のことについて自分の考えを一生懸命伝えようとしていたことでした。ベテランの他のメンバーも熱心に彼女の話の聴き、質問しており、現任教育の場にもなっていた。

教育といえば、このカンファレンスに、われわれ一行のほかにも、リハビリテーション看護の専門認定を受けるための研修を受けている看護師が参加していた。オーストラリアでは、一般の看護師が、研修を受け、キャリアを積み、専門看護師になっていくしくみがある。



病棟の廊下には移動用リフトが複数台置かれていた。

#### 9. オーストラリアにおけるリハビリテーションの概要

オーストラリアの現状では、国土の中で老年化人口が増加傾向にあり、精神疾患や認知症を患っている人が増えてきている。また65歳以上の人口が全人口の13%にまで及び、そのうち85歳以上は11%を占めている。85歳以上のうち、92%が独居であり、また6%が高齢者ケアホームに入居している。このように、多くの高齢者が自宅に取り残されている状況である。また生活用式も変化しており、脳卒中に罹患する人も毎年3~4万人の新しいケースが現れ、またパーキンソン病に罹患

している人も増加している。認知症においては、増加傾向にあるにも関わらず、医療費における認知症の割合は変わらず、その対策は大きな問題となっている。

近年オーストラリアでは、重症な脳卒中患者は積極的治療を行い、その時期が過ぎてリハビリが必要になっても、継続的にリハビリ等のケアを受けることができる地域サービス体制が整っている。例えば、既にナーシングホームに入居している人であっても、スタッフがその入居者にとって入院中にリハビリが必要と感じれば、気付いたスタッフが入院リハビリユニットへの入居を推薦し、よりその対象者へ必要なサービスを柔軟に提供していくというわけである。ナーシングホームに一旦入居すると、リハビリを受けにくい状況になるため、その一つ前段階であるリハビリユニットとしての入院施設の役割の重要性が大きい。

以前：病院⇒自宅

現在：病院⇒入院型リハビリ⇒自宅

また、ここ20年においても技術の発展に伴い、リハビリを行う看護師の役割も変化してきており、医療スタッフは常に新しい知識や技術（最新の治療、薬物療法、代替医療など）を知ることが求められるようになってきている。また患者の意思決定を踏まえたより複雑化した看護実践、リスクマネジメントに関する知識など、様々な状況に応じたアセスメント技術求められている。またその他にもリハビリテーションユニットで働く看護師は、患者やその家族への説明責任が問われることが増えてきており、患者のみならず家族への指導の必要性が高くなり、その能力も必要になってきている。

そのため、より高齢者やリハビリケアの知識や技術が豊富な看護師が必要であり、その育成をするための体制を整え教育している。

## 10. 在宅リハビリテーション

在宅リハビリテーションの目的は、「亜急性期の取り組みとして、医療サービスの先端に行く均一なサービスを提供し、各患者に適した環境において統合的で連携のとれた最適なケアを提供する」とし、病院のベッドを使うのではなく、自宅で病院にいるときと一緒のサービスが提供されることをコンセプトに、在宅においても可能な限りリハビリテーションができるようにとスタートしたサービスである。

このサービスに携わるスタッフは、基本的には入院中に利用者に関わっていた病棟スタッフとは異なるメンバーで構成されているが、利用者個々の状況に応じて、病棟スタッフが継続して関わることもある。在宅リハビリテーションにかかわるスタッフの構成は、〈リハビリコンサルタント：基本的には医師であり、特に専門的な知識を生かし医学的な部分を補う〉、〈プログラム・マネージャー：プログラム全体の統括をし、利用者に発生する負担金の管理を行う〉、〈ケア・コーディネーター：利用者への直接的なケアをコーディネートする〉、その他、作業療法士（OT）、理学療法士（PT）、准看護師などで構成されている。

これらのサービスが利用できる必要条件としては4点あり、①アセスメントの結果、リハビリに参加できると診断された人、②パラットより半径20km以内に居住する人、③安全な自宅環境である人、患者中心の姿勢・考え方であり、目標達成を主眼にしている人である。これらの条件を満たした判断された方へ提供されるサービスは、仲介サービス、介護サービス、セラピー、補助具、改装（OTがアセスメントし、最高A\$300まで補助される。A\$300以上かかると判断された場合、OTが他の補助金を獲得するなどの対応をしている）である。いずれのサービスにおいても、利用者へ最善のケア提供に向けてスタッフらは、患者中心のケアプランの作成や、このチ

ーム以外の人たちと協働して、依頼や紹介の迅速な対応（24時間以内に返答など）を心がけ、在宅リハビリテーションに携わっている。

## 11. 亜急性期または医療処置を必要とする在宅患者へのケアサービス

急性期を過ぎた入院患者は、リハビリ病院に転院するだけでなく、自宅に退院してケアを受けられるサービスがある。サービスプログラムには、Post acute care と Hospital in the home の2つがある。サービスの内容を以下に示す。

District Nursing：訪問看護（創傷の処置、インスリン管理等の医療処置を含む）

Home Care：清拭などの清潔支援、服薬状況の確認、更衣や食事の援助

Home Respite：

Delivered Meals：配食サービス、週7回

Day Centers：地域内の施設への通所

大切なことは、利用者の意思が最も尊重されることだと強調していた。モニタリングは、ケアを提供しながら実施している。教育的な指導も実施しており、利用者が自分で実施できるようになることを重視した関わりを少しずつ行うようになってきている。サービス提供者間でケアプランを共有してはいるが、いろいろな部署の人がサービスを提供するので、ケースカンファレンスを持つことは難しいとのことであった。

## 12. ケアラーズ チョイス（Carer's Choice） Carer Support Worker

ケアラーズ チョイス（Carer's Choice）は、介護者に対する相談・支援を行っている。正式名称は、「Commonwealth Carer Respite and Carelink Centre」というBHSとは異なる組織の1つだが、利用者となる介護者の利便性を第一に考えて、BHSの建物の中の一部屋を使用している。ここで言うCarer（介護者）とは、要介護者や高齢者、

精神疾患患者、認知症者などのケアを必要とする人に対して責任をもって世話をしている家族員、近所の人、親しい友人をさしている。ケアラズ チョイス (Carer's Choice) には、大きく「Carer Respite Centre」と「Carelink Centre」の2つの機能がある。

**Carer Respite Centre** : 介護者が介護役割を継続するために、一時的に休息できたり、気持ちを和らげることができたり、気分転換ができたりするサービスを紹介する。介護者の状況によっては、緊急対応が必要な場合もある。レスパイトには、家の中でのレスパイトからマッサージまで、また、デイサービスの様なもの一日単位のレスパイトから一定期間の入所レスパイトまで様々なものがある。

利用できる人は、以下に該当する人を介護している人、または該当する介護者である。

- ・ 65 歳以上の認知症者または要介護高齢者
- ・ 身体・知的障害、または感覚面の障害、後天性の脳疾患のある6歳以上のこども、または成人
- ・ 重篤な障害をもつ0歳から6歳のこども
- ・ 精神疾患患者
- ・ 障害を持つ人や脆弱な人の世話をしている25歳までの若年介護者

**Carelink Centre** : 1回の電話でまたはケアリンクセンター窓口への相談で、高齢者や障害者、その他の地域サービスにアクセスする方法を提供する。

このような相談機関は、まず多くの介護者にこういう場所があることを知ってもらうことが大切であるので、周知方法について質問すると、宣伝活動をしていることやBHSの内部にあることにより直接相談に来ることもあること、そして、GPから紹介されて来る人もいるということであった。

**Carer Support Worker** の仕事は、来所者へ

の相談だけでなく、相談する介護者は家を空けることができないことも多いので、まず電話での相談を受けたあとに **Carer Support Worker** が介護者の家を訪問して相談にのることもあるという。家庭訪問は、介護者が置かれている状況を実際に確認することが大切であるということだった。家庭訪問での観察と面談を行ってサポートの内容を決定する。この過程では、ビクトリア州政府が作成した統一されたアセスメントシートと紹介シートを用いている。

**Stroke** の患者の例について質問した：

発症後車の運転の可否については、アセスメントの方法がしっかりと確立されている。運動神経学的なアセスメントを行った後、ニューロサイコロジストの資格を持つ作業療法士が、新しいことを学習できる能力についてアセスメントを行い、学習可能性が判断できた場合に、車の運転のトレーニングを開始できる。実際に車の運転の練習では、患者の隣にインストラクターがのり、後部席に作業療法士が座って確認する。運転できると判断されても、暗くなったら運転しない、運転する時間を決める、運転して移動する範囲を決めるなどの条件を定めることもある。

40代から50代の働き盛りの時期に発病した場合には、発病後の変化に家族が驚いてしまうことがある。

話をしていただいた **Lynden** さんは、とても丁寧にこの仕事の価値を私たちに伝えて下さった。私は、**Carer Support Worker** の仕事内容は、保健師の業務と大変似ていることに興味を持ち、相談者の家を訪問する時に気をつけていることはどんなことかを質問した。まず、相手の家に入るということは、生活の中に入ることなので、相手の人を“尊重”して、リードするのは相談者であること (**Client Focus**) を大切にしている。なんかおかしいな

と疑問を持つことがあっても、人間関係が壊れることを避けるために、それに触れることをしないで我慢することもある。触れないでいたことが、後になって大きなことになる場合もある。ジレンマである。

家庭内での暴力では、要介護者から介護者に対する暴力が多く、その逆は少ない。暴力が明らかにわかる場合は、忠告したり、医師に報告して言ってもらったりすることもある。要介護者から介護者への暴力は、治療で対処する。また、サービス提供者に暴力が振るわれることもある。

### 13. リンケージ (Linkages)

リンケージ (Linkages) とは、地域ごとに設置されている地域介護サービスを調整する組織のことを言う。このプログラムの目的は、総合的な各種サービス年齢にかかわらず在宅療養を希望する全ての人々に対して、ケースマネジメントを行い、総合的な各種のサービスに結びつける支援を行い、これらの支援を通して、個人の自立性と尊厳を助長し、個人の身体的、感情的、社会的な安寧に寄与する。

スタッフはプログラムマネージャー、事務職員、ケースマネージャー、時間外サポートスタッフで構成されており、ケースマネージャーが主なマネジメントを行う。ケースマネージャー1人は、20数名のケースを担当している。ある組織のケースマネージャーは15名で、その内訳は、半数が看護師、半数が他の専門職（社会科学、その他の医療職）である。

Linkages の支援方針は、次の7項目に要約されている、

- ①質の高いケアを推進する、
- ②サービス受益者が地域の他の人々と同じ権利を享受できるよう支援を行う、
- ③高齢者介護サービスの提供に関して、効率よく計画を立案し、それらサービスが必要としている人々に最適なものであること、真に必要とされている分野のものであること

と、

④入念に計画され、効率のよい、そして責任の所在が明確なサービスを利用者に確実に提供する、

⑤利用者一人ひとりが、必ず各個人の権利と義務や利用可能なサービスについて説明を受け、変更が必要な場合は必ず話し合いをおこなう、

⑥利用者一人ひとりが、計画に基づいた信頼性の高い、そして各個人の継続的なニーズに合致した連携のとれたサービスを確実に享受できるようにする、

⑦利用者一人ひとりが、各個人で選ぶ代理人にいつでもいつでも連絡がとれるようにする

担当する地域は、バララット市に加えて周辺のヘップバーン郡、ムーラブル郡、ゴールドンプレイズ郡の範囲になっている。

在宅療養者が利用できる地域介護パッケージには、Linkages Package (リンケージパッケージ)、Community Aged Care Package (地域高齢者介護パッケージ)、Extended Aged Care In The Home Package (在宅高齢者介護広汎パッケージ) の3種類がある。

Linkages Package は、州政府と連邦政府の拠出金によるもので、利用者の年齢は問わないが、週当たりの費用の上限を\$160に定めており、高齢者介護アセスメントサービスによるアセスメントは必要としない。Community Aged Care Package は、要介護度の低い人向けのパッケージで、連邦政府が費用を負担しており、一部の例外を除き65歳以上の人を対象としている。費用の上限は、Linkages Package と同金額で、高齢者介護アセスメントサービスによるアセスメントを受ける必要がある。日本の介護保険制度で言えば、要介護度1や2に該当するかもしれない。Extended Aged Care In The Home Package は、要介護度の高い人向けのもので、週あたりの\$600以上のサービスを購入できるとい



う費用面以外は、前述の Community Aged Care Package と同様である。

このパッケージ以外にも、ビクトリア州政府福祉サービス局による、地域障害者向けのサービスや在宅での生活を促進させるためのサービスや 65 歳未満の人が利用できる福祉用具・器具のサービスがある。また、対象が特定されている補助金を使って疾患別の相談センターや支援組織、介護者のレスパイトセンターなども運営されている。

以上が Linkages の概略であるが、説明をしていただいたミシェルさんは、“Client Focus” “Holistic” という単語を何回も使用しており、ケアマネジャーの役割は、ファシリテーターであり、代弁者であることを強調していた。その役割を遂行できるよう、ケアマネジメントを行う人は、チームで活動して常に相談やケースカンファレンスを頻回に持ち、経験を分かち合い視点が偏らないようにしていると話していた。また、利用者との関係を保つために、特別な場合を除いて 12～18 か月で担当を交代している。

筆者らは、日本の介護保険制度を思い起こしながら説明を聞き、利用者からの苦情や不満はないのか、ある場合はどうしているのかと質問した。その回答は、アセスメントに対して不満がある場合は、アセスメント実施機関に差し戻して再アセスメントを行う。さらにパッケージ利用に際しては、利用者とケアマネジャーのお互いの責任を明記し、互いに尊重しあう気持ち (respect) を持って接することも含まれている「合意書」を作成することであった。

#### 14. 軽症の脳卒中を発症し、在宅サービスを利用している方への訪問に同行

ケースカンファレンスの見学終了後、バララットの郊外にある高齢者向け住宅に住む方の訪問にソーシャルワーカーの方と同行した。訪問の目的は、在宅生活になれ、ホームヘル

プサービスや配色サービスがうまく機能し始めたので、毎日の訪問看護を終了できるかどうかのアセスメントであった。

「この車で」と乗車を促された乗用車は、なんと！鮮やかな紫色でした。ソーシャルワーカー曰く「目立って、とても素敵でしょ」・・・『はい確かに・・・』

車で 15 分ほどのところに、訪問先はあった。途中に、退役軍人向け住宅区域があり、塀で囲まれ、入り口にゲートのあるハイツを通り過ぎました。親子で同居する習慣のあまりないオーストラリアの人は、独居になると、新たに独居にふさわしいサイズの住宅に移って、ゆったりと好きなことをして暮らすようである。

訪問宅も、その退役軍人のハイツに程近いところのなだらかな丘にある平屋の高齢者向け分譲住宅の一角にありました。大体、日本円で 3 千万円くらいといていた。周辺の公園の樹木の管理や自宅の芝生や庭の手入れを含む金額である。

ソーシャルワーカーの方について部屋に入ると、背の高い銀髪の紳士が出迎えてくれた。とても 70 代前半の年には見えなかった。ソーシャルワーカーを待っていたようで、とても親しげでにこやかに、家の中を見せて下さった。

入り口を入ってすぐ左にゲスト用のベツルームがあり、隣にバスルームやトイレがあった。バスルームにはバスタブがなく、日本でいう介護用シャワーチェアが置かれていた。この椅子は、作業療法士が相談に乗り、ちょうどよいものをみつけて設置したようでとても喜んで見せて下さった。見た目には、麻痺が残っているようには見えないが、一人でシャワーを使うには、不安だった様子。椅子に座ることでふらつきもなくゆっくりシャワーを浴びることができるようになったとのことであった。

ご本人の寝室がバスルームに続いてあり、

キングサイズのベットがきちんとベットメイクされてあった。お部屋の隅のコーナーに1脚椅子があり、白いペルシャ猫のぬいぐるみが寝ていた。本物と間違えるようなかわいいぬいぐるみで、『亡くなった妻が猫好きだったので、妻がなくなってからずっとそこにいる、コレは妻の代わり』とってチュッと寂しそうに笑っていた。

玄関を入って中央は、広いリビングで、壁の棚には世界のいろいろな置物やら、写真やらが飾られていた。南側の大きな窓からは芝生の庭がよく見えて、大きなソファとテレビが置かれていた。また、キッチンとリビングを分けるL字のカウンターは、ちょっとした食事でもできるほど広く、そこに、配食サービスの申し込み表が置かれてあった。「ミールアンドホイール」と呼ばれるサービスで、月曜日から日曜日まで1週間分、スープ、肉(牛、豚、鳥肉)か魚、軽食数種、デザート数種の中から選んでチェックしておく、ボランティアで組織された配食係りが一日一回届けてくれるシステムである。この方は、月曜日にスープ、チキン、デザートを、火曜日は、魚とサンドイッチなどとチェックされており、一回の食事で食べるのではなく、昼と夜に分けて食べている。キッチンの流しの反対側に日本なら、4人家族分くらいの大きさの戸棚があり、紅茶・コーヒー、缶詰類が天井までの戸棚に詰まっていた。ソーシャルワーカーが小さな声で「糖尿病があるので、食べ物のストックはあまり好ましくないのだけれど」と話していた。

さて、この方にはソーシャルワーカーから、毎日の訪問看護サービスが終了しても不安がないかどうか、今困っていることはないかとたずねられ、「ない」ということで、訪問看護サービスが終了することになった。今後は、配食サービスとホームヘルプサービスを利用し、高齢者住宅に走行している定期バスでの受診をするようになるとのことであつた。血

圧測定などは行わず、ほんの20分くらいで訪問が終了した。

## 15. 脳卒中者と家族向けのガイドブック・パンフレット等

### 【ストロークサバイバーキット (Stroke Survivor Kit)】

オーストラリア脳卒中協会が中心となり、国内各州の脳卒中協会や関連組織も共同して、患者と家族の教育用パンフレットを作成している。それらは、内容ごとに分かれたパンフレットと、マグネットシールに印刷されたものなど数種類で構成されている。ストロークサバイバーキットという名前が印刷された厚紙でできたバッグにまとめられている。バッグにはかばんのように取ってがついていて、手に提げて持ち帰ることができる。

次の内容のパンフレットやマグネットシールが入っていた。

#### ・Stroke Rehabilitation

A4サイズ20ページのブックレットで、脳卒中の急性期から亜急性期にかけての重要となる内容が書かれている。脳卒中の病態の説明に始まり、どのような治療が行われるのか、リハビリテーションとは何か、再発の予防、家族や友人が受ける影響、病院を退院した後の行先などが書かれている。

#### ・Long Term Recovery

A4サイズ16ページのブックレットで、いわゆる慢性期にあたる時期を念頭においた内容が書かれている。脳卒中後の生活とは、自宅に退院した後で生じる症状、車の運転やレジャー、仕事など日常生活についての解説、介護者に向けた介護の考え方や介護者自身の健康管理についての説明、コミュニティーサービスや脳卒中協会の連絡先リストなどが書かれている。

#### ・ A stroke survivor's guide to recovery

A 5サイズ 33 ページのブックレットで、前出のブックレットとは異なり、本人が自身で書き込む手帳形式になっている。これに書きこむことで、目標を設定したり、脳卒中後の気持ちを書きとめたり、自分の回復過程を確認したりすることができるようになっている。また、随所に他の患者の体験談が紹介されており、自分だけではないと感ずることができるよう工夫されていた。

#### ・ Preventing another stroke

小さな2つ折りのパンフレットで、再発を防ぐための注意事項が書かれている。内容は、再発予防の重要性、日常生活の見直し（食事バランス、アルコールの制限、運動の勧め、禁煙の勧め）、脳卒中発作を予防する薬物療法などが書かれていた。

#### ・ Emergency response fridge magnet

マグネットのついたはがき大の用紙に、脳卒中発作が起きた時は迅速な対応が必要なこと、脳卒中発作の兆候と救急時の処置の方法、救急車呼び出しの電話番号が書かれていた。

この他に、コミュニティサービスの利用窓口となるケアリンクセンターの連絡先が書かれたマグネットシールも入っていた。

#### 16. まとめ

##### 1) BHSを中心としたケアシステムの特徴 個人の意思、考えの尊重

これは、ケアを行うにあたっての原則というよりも、個人主義が徹底されていることによる、クライアントと家族との関係について考えさせられた点である。今回の現地調査の最中、私たちは説明をして下さった方々に対して「退院後の生活場所を決める時や利用する在宅ケアサービスを決める時などに、家族と本人の意向が対立することはないのか」と

## Stroke is always a medical emergency

Call 000 immediately

#### 10 easy steps for stroke emergency care

- 1 Check for danger (in the immediate surrounding area)
- 2 Stay with the person
- 3 Have someone call 000 for an ambulance
- 4 Do NOT give the person anything to eat or drink
- 5 Loosen any restrictive clothing
- 6 Put the person on their side
- 7 Remove any foreign material from the mouth
- 8 Check pulse and breathing
- 9 Perform CPR if not breathing or pulse is absent
- 10 Keep person warm, calm, cover with a blanket and reassure them help is on the way

Signs of stroke may include one or more of the following:

- Numbness, weakness or paralysis of face, arm, leg on one or both sides of the body
- Difficulty speaking or understanding
- Dizziness, loss of balance or an unexplained fall
- Loss of vision, sudden blurred or decreased vision in one or both eyes
- Headache (usually severe and abrupt onset), unexplained change in headache pattern
- Difficulty swallowing

National Stroke Foundation  
www.strokefoundation.com.au  
1800 787 655

strokesafe

脳卒中発作の徴候リストを示したカード、官製はがきの大きさにマグネットがついている

いう質問を度々していた。それに対して「本人がどうしたいのか、その希望に沿う」と明確に答え、なぜ家族の意見が通るのか、それは問題ではないかと逆に質問をされたこともあった。家族観の違いも関係していると思われるが、個人主義の文化が浸透していることを実感した。

#### サービスへのアクセスの一元化

入院期間が短いことは前述したとおりであるが、様々な状態の人が地域で療養することになるために、急性期治療を終えた後の転院先や退院後に利用できるケアマネジメントや各種サービスは非常に複雑で多様であった。しかし、それらのサービスへの窓口となるところは、ケアラズチョイスやリンケージに集約されており、そこに相談すれば、多様なサービスにまさしくリンクできるシステムになっていた。さらに、その相談場所は、BHS施設の中にあり、立ち寄りやすい場所にあ

った。

日本でも、医療機関内に地域連携室や退院支援室が設けられ、転院や退院の相談、調整を行う部署が充実してきている。これらの部署の役割は一層大きくなると考えられる。

それぞれの専門性を尊重して、対等な関係のもとによりケアを提供する

私たちは、リハビリ病棟への受け入れカンファレンスやリハビリ病棟入院患者のケースカンファレンスに参加することができたが、この体験を通して感じたことは、それぞれの職種の専門性を尊重して意見交換をしていることが印象的だった。また、リンケージでのケアマネジメントプロセスの説明では、様々なバックグラウンドを持つケアマネジャーが頻回にケース会議を行って見方が一面的にならないようにしていると話していた。

このように、それぞれの専門性や対象者のとらえ方などを共有して意見交換を行うことを通して、よりよいケアを提供することを使命としていることが強く伝わってきた。

## 2) 脳卒中患者の社会復帰への支援と患者・家族教育

前述した内容も脳卒中患者と家族へのケアに共通するものであるが、ここでは、脳卒中に関連する点について述べる。

車の運転に関するアセスメントツールの確立

筆者らが行った調査の中で、脳卒中後の車の運転について医療者からきちんと説明を受けている人は皆無であった。中には、自動車免許の更新を忘れて不便を感じている人や、医師からは何も言われていないが家族が心配して運転を許可していない人もいた。特に、公共交通機関が発達していないために自家用車が主な移動手段となる山間地域では、自家用車の運転ができなくなると、行動範囲が縮小してしまうことは避けられない。このよう

なことがあり、今回のオーストラリア現地調査では、ぜひ確認したい点であった。結果は、前述したとおりであり、アセスメントツールとアセスメントを実施する技能が確立されていた。オーストラリアは、都市部を一步抜ければ広大な土地が広がり日常生活では自家用車を欠かすことのできない地域が多く、ニーズが高いことが考えられる。ぜひ、日本でも普及することを期待したい。

患者と家族への教育媒体の充実

オーストラリアを調査地域として選んだ理由として、患者・家族教育が充実していることを文献調査で把握していたからであった。今回の調査では、文献調査で把握していた資料よりも、さらに改良された患者・家族教育用の資料をいただくことができた。その内容は、前述したとおりである。

急性期病棟 (Stroke Unit) の入院期間は平均4日間で、その後は亜急性期病棟に移り、リハビリが開始され、リハビリのゴールが達成すると退院となる。患者にとっては、めまぐるしい早さで過ぎるのではないかと推察される。このような背景もあって、患者・家族用のガイドブックが多数作成されているのかもしれない。我が国の教育媒体は、患者・家族が手軽に使用できるものが少ないだけでなく、内容は寝たきりの予防に重点が置かれているのが現状である。自立的な生活を送るためには学習は不可欠であり、患者と家族が使いやすい教育媒体の検討は重要性を再確認した。



最終日にシヴァマライ氏を囲んで

資料1 脳血管疾患が原因で生じたと考えられる症状(聞き取り)

症状	人数	具体的内容
1. 手足しびれ・だるさ	6人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発症当時から。可動域が広がりや握力は少し回復したがしびれ感がいつもある。夜中肩の痛みで目が覚めることもある。重くなる感じ。医師からは治らないと言われた。(1)</li> <li>・正座がしにくい(3)</li> <li>・右の手、特に指先が冷たいことが気になる。夏は全く気にならないが冬になると気になるため絶えず手や指を揉んだりしている。(4)</li> <li>・発症時から。気にすると何もできないので気にしないようにしている。(6)</li> <li>・発症当時からある。寒い日や雨の日、季節の変わり目に感じる。(7)</li> <li>・最初からある。左手がこわい。テレビを見ながらでも手を動かせば良いと思うがやっていない。大根を押さえてもうまく押さえられない。左指を切ってばかりいる。(14)</li> </ul>
2. 手足むくみ	1人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後にあった。整骨院にて治療を受けて軽減した(6)</li> </ul>
3. 痛み	2人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・右下肢の痛み(3)</li> <li>・退院時は痛みなかったが2週間後左上腕の痛みあり、泣くほどつらかった。主治医は半年は続くけどと言った。早朝に痛み強くなる。町内の整骨院に隣人の送迎で受診し電気をあてる治療を8月から10月まで受ける。痛みは軽減。(6)</li> </ul>
4. むせ、嚥下困難	5人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・からんだような違和感がある。のどの左側。ピーナッツが絡んだ時は、医師に相談した。(1)</li> <li>・家に帰ってから最近たまにある。水を飲むときにちょっとむせる。(14)</li> <li>・月に1回程度むせ込みがあるが、気になるほどのことではないので何も対処していない。(8)</li> <li>・1か月くらい前から(12)</li> <li>・時々ある。むせた時は咳をして出すようにしている。(5)</li> </ul>
5. ろれつ回らない	5人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・もたつくことがある、少し。(6)</li> <li>・現在症状はないが発症当時から約2ヵ月続いた(7)</li> <li>・時々言葉が言い切れないことがあるが、今まで話をしちえる相手から聞き直されるようなことはなかった。元々早口。(8)</li> <li>・家に帰ってきてから最近たまにある。唾液がたまる。(14)</li> <li>・話がすらすら出てこない。もどかしさがある。(5)</li> </ul>
6. 視野の狭窄	4人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(視野が狭くなったとは感じないが)病気になって視力が低下した。(1)</li> <li>・左目の視野が少し狭くなったような気がする。(6)</li> <li>・現在症状はないが発症時にあった。(7)</li> <li>・病気をこしてから悪くなった。眼鏡はかけない。自然のままでみている。(14)</li> </ul>
7. 感情をおさえられない	7人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病気になって怒りっぽくなった、苛々する。自分で思うようにならない苛々感がある。(1)</li> <li>・おかしくない時に笑う。おなかが痛くなるほど、あごが痛くなるほど笑う。悲しくもないことでワンワン泣く。起伏が激しくなった。(6)</li> <li>・発症時から症状あり。発症後8ヵ月ほどは頻繁に苛々することが多く感情をコントロールすることが困難だった。H16.8.1からペインクリニック通院開始して左上下肢の可動域が拡大したために苛々した気持ちになることも少しずつコントロールできるようになった。(7)</li> <li>・3日に1回くらいある。起こりっぽくなる、又は涙ぐみ程度。自分では生活に支障はないと感じている。(8)</li> <li>・作話が落ち着いた頃(11月から12月頃)から出現した。(12)</li> <li>・嫌な気持ちがある。早く死んだ方がいいと思うことがしょっちゅうある。神経質をよくする薬も服用。最近ではしょうがないと思うようになってきた。治るまでには数年かかると皆に言われている。(14)</li> <li>・押さえられないことばかり(5)</li> </ul>
8. 尿もれ	2人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前立腺は正常だがでにくさがある(8)</li> <li>・もともと頻尿傾向があった。動作がにぶくなりトイレに間に合わないことがある。(3)</li> </ul>
その他		
冷える感じ	2人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・寒がりになった。血の循環が悪くなったからか。</li> <li>・左足先に冷感があるが特に何もしていない。冬にだけ出現する。</li> </ul>
記憶力の低下	3人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・以前は記憶力よかったが病気をしてから、記憶力が低下して思い出せないことが多い(調査者の名前も面接途中で忘れた)</li> <li>・記憶力の低下。人物名等を思い出せない。いつもある。退院後から。</li> <li>・記憶障害は発症時からある。</li> </ul>
力が入らない	1人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手に力が入らない。重いものをもてない。いつもある。退院後から。</li> </ul>
意欲が湧かない	1人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・意欲減退は発症時からある。</li> </ul>
立ちくらみ	1人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・立ちくらみ、ふわーとなることがある。立ち上がってすぐに歩けない。</li> </ul>
頭がすっきりしない	1人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いつも頭がぼーっとしている、いつも頭がすっきりしない</li> </ul>
耳鳴り	1人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・耳鳴りが反響している時もある、右耳がぼんやりしている時がある、退院後から自覚し始めたがはっきりした時期は分らず。</li> </ul>
歩行がゆっくりになる	1人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歩行がゆっくりになった。いつもある。退院後から。</li> </ul>
脳卒中患者交流会に参加した時、さまざまな体操(顔から全身にかけてなど)をしている。自分では悪いところは何もないと生活していても、脳卒中患者交流会で体操をすると違和感があるため、以外にできない自分に気づく → 良くしようと思う		

資料2 調査票

ID: \_\_\_\_\_ 調査者: \_\_\_\_\_  
 調査日時: 年 月 日 : ~ :  
 調査日時: 年 月 日 : ~ :

調査場所: \_\_\_\_\_  
 調査場所: \_\_\_\_\_

問1. ご自身のことと病気の経過についてお尋ねします。

- 1) 性別: 1. 男 2. 女 2) 年齢 歳  
 3) 発病時期と経過: 発症年月日  
 入院年月日  
 退院年月日  
 4) 脳血管疾患の種類: 1. 脳出血 2. 脳梗塞 3. クモ膜下出血 4. その他 ( )  
 5) 病巣側: 1. 右脳障害 2. 左脳障害 3. 両側脳障害  
 6) 現在の受療状況: 1. 外来受診 (頻度 回) 2. 往診  
 7) 家族形態: 独居 ・ 同居家族有り  
 8) 福祉制度の利用状況: 介護保険の認定 1. あり (介護度 ) 2. なし  
 身体障害者認定 1. あり (等級 ) 2. なし

問2. 現在の体の状態についてお尋ねします。

1) 毎日の動作や行動についてあてはまる番号に○印をつけて下さい。

動作や行動	自立	部分介助	介助要する	介助者 (2.3 の場合)
1. 食事	1	2	3	
2. 車椅子からベッドへの移乗	1	2	3	
3. 洗面・歯磨き・髭剃り等	1	2	3	
4. トイレ動作	1	2	3	
5. 入浴	1	2	3	
6. 歩行	1	2	3	
7. 階段の昇り降り	1	2	3	
8. 着替え	1	2	3	
9. 排便コントロール	1	2	3	
10. 排尿コントロール	1	2	3	

2) 1~10 の動作や行動について困っていることはありますか。

1. ある 2. ない

↓

具体的に教えて下さい (困難の内容、対処していることと効果、専門職への相談の有無、知りたいこと)。

## 資料2 調査票

問3. 1) 脳血管疾患が原因で生じたと考えられる（年齢やその他の理由によるものは含めない）症状について、1～3のあてはまる番号に○印をつけてください。

からだの状態	ない	時々ある	いつもある	2.3の場合いつからあるのか
1. 手・足にしびれ・だるさがある（両側・片側）	1	2	3	
2. 手・足のむくみがある（両側・片側）	1	2	3	
3. 痛みがある	1	2	3	
4. 食べたり飲んだりする時にむせる・飲み込みにくさがある	1	2	3	
5. ろれつが回らない	1	2	3	
6. 目で見える範囲が狭くなっている	1	2	3	
7. 尿がもれることがある	1	2	3	
8. 上記以外にも症状がある ( )	1	2	3	

2) 1～8の症状がある場合、その内容を具体的に教えて下さい

問4. 1) 問3でお聞きした症状をよくするために、どのようなことを行なっていますか。

行なっている内容	実施状況 ↓	どの程度大変か ↓			助言・指導の有無 ↓	
	行なっている	大変ではない 1	大変 2	とても大変 3	専門職の助言・指導あり 1	専門職の助言・指導なし 2
1. 定期的に機能訓練を受けに出かけている		1	2	3	1	2
2. 定期的にマッサージを受けにでかけている		1	2	3	1	2
3. 定期的に機能訓練にきて貰う		1	2	3	1	2
4. 定期的にマッサージにきて貰う		1	2	3	1	2
5. 自分なりに運動をしている（内容： ）		1	2	3	1	2
6. 調理方法に工夫をしている		1	2	3	1	2
7. ゆっくり食べるようにする		1	2	3	1	2
8. 時間をみてトイレに行く		1	2	3	1	2
9. 外出時に転倒予防の補助具を使用する		1	2	3	1	2
10. その他（内容： ）		1	2	3	1	2





## 資料2 調査票

問6. 仕事や地域での交流・活動についてお尋ねします。

1) 仕事について計画していること・考えていることはありますか。

1. ある

2. ない

↓具体的にどんなことですか

相談したいこと・情報として知りたいことはありますか

2) 友人や近所の人と交流を持つ機会がありますか。

1. ある

2. ない

↓どんな内容ですか、

あなたにとってどんなよいことがありますか

交流をもてるようになるまでに大変だったこと・つらかったことはありますか

3) 地域の行事に参加する機会がありますか。

1. ある

2. ない

↓どんな内容ですか、

あなたにとってどんなよいことがありますか

参加できるようになるまでに大変だったこと・つらかったことはありますか

4) 同じ病気や障害を持つ人と話をする機会がありますか。

1. ある

2. ない

↓どんな内容ですか、

あなたにとってどんなよいことがありますか

そのような機会に参加できるようになるまでに大変だったこと・つらかったことはありますか

問7. ご家族からの協力やご家族との関係についてお尋ねします。

1) ご家族が手伝ってくれたり、協力してくれたりすることはどんなことですか。(問2で聞いたこと以外)

2) ご家族から介護を受けていることをどのように感じていますか。

3) ご自身がご家族に対して感じていることを、ご家族は理解してくれていますか。

問8. 病気に関することやこれまでの療養を体験されて、こういう情報があればよかったと思うこと、今必要だと思う情報や学びたいことはありますか。

ご協力ありがとうございました。

## 軽症脳血管障害者の生活上の困難と看護ニーズの検討(1)

## —症状、体調、精神・心理面に着目して—

○安田貴恵子<sup>1)</sup>、千葉真弓<sup>1)</sup>、吉田聡子<sup>1)</sup>、熊谷理恵<sup>1)</sup>、岩崎朗子<sup>1)</sup>、下村聡子<sup>1)</sup>、山崎洋子<sup>2)</sup>

1) 長野県看護大学、2) 山梨大学医学工学総合研究部

## 【目的】

在宅で療養する脳血管障害者の生活の再構築に向けた看護支援を検討する資料を得るために、生活上の困難を明らかにし看護ニーズを検討する。

## 【方法】

対象：在宅で療養している脳血管障害者11名。

調査内容と方法：①基本属性、②発症後の期間、③日常生活行為(8項目)の自立の程度と困難の内容、④脳血管疾患によって生じたと思われる症状(8項目)と対処、⑤現在の体調と心の状態(13項目)と対処。③～⑤は、症状の有無や程度を回答肢から選ぶ方法とし、詳しい内容や項目以外の症状等は聞き取りを行った。

分析方法：11名の結果を集計し、聞き取ったデータは内容を取り出して分類。これらの結果から看護ニーズを検討した。

## 【倫理的配慮】

研究の趣旨、調査内容、匿名性の保持、得た情報の管理方法等について書面を用いて説明し、研究参加の同意を得た。長野県看護大学倫理委員会の承認を得ている。

## 【結果】

1. 対象者の概要：性別は、男性8名、女性3名で、年齢は60歳代から70歳代。疾患は、脳梗塞9名、脳出血1名、クモ膜下出血1名。脳血管疾患発症後の期間は、8ヵ月から11年4ヵ月。介護保険の要介護認定を受けている人は5人で介護度2が1名、介護度1が1名、要支援2名、不明1名であった。

## 2. 日常生活行為の自立の程度と困難の内容(表1)

表1. 日常生活行為の自立の程度 人数(N=11)

項目	自立	部分介助
食事	11	0
移乗	11(手すり1)	0
洗面等	11	0
トイレ等	11(手すり1)	0
入浴	9(手すり、イス1)	2(妻の介助2)
歩行	11	0
階段昇降	11	0
更衣	10	1(妻の介助1)

困難あり7人：食事に時間がかかる、階段を降りる時が怖い、階段は手すりを使って一段ずつ、患側の踏んばる力が弱い、フアスナーのある服を着ない 他

## 3. 脳血管疾患によって生じたと思われる症状(表2)

“いつもある”と回答のあった症状は、手足のしびれ・だるさ(4人)、感情が抑えられない(3人)等であった。

表2に挙げた症状以外にも、記憶力が低下した、体が冷えやすくなった、手に力が入らず重いものが持てない、意欲が湧かない、頭がすっきりしない、耳鳴りがある等の症状を感じていた。

表2. 現在の症状 人数(N=11)

症状	ない	時々ある	いつもある
手足のしびれ・だるさ	5	2	4
手足のむくみ	10	1	0
痛み	9	2	0
むせる・つかえる感じ	5	4	2
ろれつが回らない	6	4	1
視野が狭く感じる	9	0	2
感情が抑えられない	4	4	3
尿がもれる	9	1	1

## 4. 現在の体調と心の状態(表3)

頭痛、全身のだるさ、疲れやすい、眠れない、便秘については、休む、他の人に頼む、入眠剤を処方してもらい、下剤を内服するという対処を行い効果があると感じていた。表3の心の状態については、仕方がない、耐える、こういうものだとかきかえているという対処、毎日体を動かす、努力しようと思いつづける、治ると信じている等の対処を行っていた。

表3. 心の状態 人数(N=11)

項目	ない	時々ある	いつもある
何をするにも面倒	4	2	4
動作に時間がかかるもどかしさを感じる	3	5	3
気分が晴れない	6	2	3
身体機能低下への不安を感じる	2	4	4
周囲の人がよそよそしいと感じる	7	1	2
回復していると実感できない	6	3	2
願いや望みを理解してもらえていないと感じる	7	1	3

注) 13項目のうち心の状態7項目について示した。合計が11にならない項目は不明が含まれている。

## 【考察】

1. 脳血管疾患の後遺症が比較的軽度であっても、症状や体調の不良を継続して感じており、精神・心理面でも不安やもどかしさを感じていた。これらに対して積極的に対処している場合と消極的に対処している場合がみられた。

2. 看護ニーズとして、症状への対処方法、体調管理の方法の学習、加えて、些細なことでもできていることや維持できている部分を確認して回復を認識できるための支援が必要である。また、介護保険サービス利用者は半数であり、軽症脳血管障害者への継続したケアを提供する方法も検討する必要がある。

(本研究は、文部科学省科学研究費基盤研究(C)により研究助成をうけて行った調査の一部である。)

## 軽症脳血管障害者の生活上の困難と看護ニーズの検討(2) —社会参加、家族関係、支援ニーズに着目して—

○千葉真弓1) 安田貴恵子1) 吉田聡子1) 熊谷理恵1) 岩崎朗子1) 下村聡子1) 山崎洋子2)  
1)長野県看護大学 2)山梨大学医学工学総合研究部

### はじめに

脳血管疾患患者の多くは、長期にわたり、障害を抱えながらの生活を送ることが余儀なくされる。

退院して在宅に療養生活の場を移す患者にとって、症状や障害を抱えつつ新たな日常生活を再構築することは在宅での生活をしていく上での課題であり、看護ニーズも高いと考えられる。

### 方法

対象:在宅で療養している脳血管障害者11名。

調査内容:①基本属性、②発症後の期間、③日常生活行為(8項目)の自立の程度と困難の内容、④脳血管疾患によって生じたと思われる症状(8項目)と対処、⑤現在の体調と心の状態(13項目)、⑥仕事や地域での交流・活動(4項目)、⑦家族の協力や家族との関係、⑧必要と感じている情報や学びたいこと。

### 倫理的配慮

研究対象者に対し、研究の主旨と内容を説明し、参加に対する同意を紙面で得た。また、面接で得たデータは本研究以外の目的では用いないこと、研究終了時には消去することを伝えた。

研究に際しては本学(長野県看護大学)の倫理委員会の承認を得ておこなった。

### 結果

#### 1. 対象者の背景

脳血管疾患の発症後在宅生活をおくる患者11名。性別は、男性8名、女性3名、年齢は60歳代から70歳代。疾患は、脳梗塞9名、脳出血1名、クモ膜下出血1名。

#### 2. 仕事や地域での交流・活動の現状

表1. 仕事や地域での交流の状況とその内容

項目	内容
仕事についての今後の計画	あり(4) 「春から農業を再開しようと思っている」 「飲食店をまた開こうと思う。お客さんも開いてほしいって…」 「パン焼きをもう一度したい。ホームベーカリーを買ってもらった」 なし(7) 「脳梗塞は発症で手放した。福作も他人に貸している」 「水道工事の仕事は店をたたんだ」 「免許を返納したので運転ができなくて足がないし…」
友人・近所の人との交流	あり(5) 「地域のクラブ活動に月に2回のペースで参加している」 「仕事での忘年会や役員会、人に会えるのでもいい」 「地区の自治会の会合などに出ている。一見元気に見えるのか役員が回ってくるとうるさくされてしまう」 「同じ病気を仲間と暮らしている」 なし(6) 「不自由さがある。他人は本当に病気をしたのか、ずる休みではないかと疑っているように思える」 「かつての仲間とは会っていない。誘いにくいのではないかなと思う。郵便屋や宅配便が来るとうるさくされる程度」 「集まりがあるのは川向こうなのでそこまで歩いていけない」 「もともと近所づきあいはない」
地域の行事への参加	あり(4) 「隣組の行事には参加しているが、体調の悪いときには出ない」 「老人クラブの作業に参加。そろそろいい歳になったので参加しようと思う」 なし(7) 「花見や忘年会などの編組の行事は(食べられないから)いや。誘ってくれるが、ほとんど参加していない」 「自治会での行事が昔ほどなくなったので参加する機会がない」
同じ病気・障害を持つ人との交流	あり(9) 「患者交流会、市からの通知で行くようになった。男性が少ない」 「患者交流会で自分の体験を話す」 「知らないことがわかってよい」 「患者会には家族も来ているので誰とでも話せるわけではない」 「同じ病気を仲間と暮らしている」 「世間話のみで病気の話は避けている。体のことは専門家に聞けたい」と思っている。 なし(2) 「自分ひとりだけだと思ってしまう。グループのようなものがあれば参加したい」 「1人交流できる人がいたが、入院してしまい今はいない」

#### 4. 必要と感じている情報と学びたいこと

表3. 必要と感じている情報と学びたいこと

項目	内容
必要と感じている情報と学びたいこと	
<疾患の知識に関するもの>	「もっと病気の知識が広く普及していればよかった…」 「発症時に一刻を争うものと知っていればもっと早く対応できた」 「前もって食事の摂り方等知っていたらよかった」
<再発予防に関するもの>	「定期受診しても再発の可能性はあるのだろうか」 「再発防止に向けた食事や生活上の注意など」 「食べ物について」
<社会資源活用に関するもの>	「できるだけ安くリハビリを受けられる施設や病院を知りたい」 「通院時に利用できる保健事業を知りたい」 「介護保険がどのように利用されているのかを知りたい」 「お金の使い道など患者が悩むの外におかれているような感覚」
<治療・リハビリに関するもの>	「これからどうなるのか、どこまで回復が望めるのか、それとも無理なのかを知りたい」 「もう少し腕が動かせるような治療やリハビリを知りたい」
<症状の緩和や方法に関するもの>	「腕の動きがもう少しよくなるような方法を知りたい」 「頭のすっきりとできる方法を知りたい」

### 目的

在宅で療養する脳血管障害者の生活の再構築に向けた看護支援を検討する資料を得るために、生活上の困難を明らかにし看護ニーズを検討する。

調査方法:③～⑤は、症状の有無や程度を回答肢から選択、詳しい内容の聞き取り、⑥～⑧については具体的な内容の聞き取りを行った。

分析方法:対象11名から聞き取ったデータより調査内容⑥～⑧の結果について内容を取り出し分類し、社会参加、家族関係、支援ニーズについての検討を行った。

#### 3. 家族の協力や家族との関係の認識

表2. 家族の協力とそれに対する患者の思い

項目	内容
家族の協力	あり(9) 「車椅子の介助してくれる」 「食事を皆がゆっくりと合わせて食べてくれるので一緒に食べられる」 「炊事や調理でできないことは手伝ってくれる」 「ゴミ出しや掃除をしてくれる」 「外出時に車を貸してくれる」 「近医を受診するときに車で送迎してくれる。特に冬場」 なし(2) 「特になし」
家族からの協力や介護に対する患者の思い	「ありがたい」「よく理解してくれていると思う」 「妻は看護師であり先生」 「自分の不遇が原因。わがままは夫を傷つけるから言わないようにしている」 「知識がないことで結果的に障害が残った。家族に対して負い目を感じる」
家族からの理解が得られているかについての患者の思い	「理解してくれていると思う」 「たいへんだと思っていただろう」 「家族も本人と同じくらいたいへんと感じていると思う」 「本当のところは家族にもわかってもらえないと思う」 「半分以上は理解できんと思う。お前のことばかり思っておらんと言われた」

### 考察

1. 仕事や地域での交流・活動の現状の結果から、自分の体調に応じて調整できる仕事内容の場合、仕事復帰への準備を考えられるようであった。発症前のように対応できないことに対して周囲の理解が得にくいことや、周囲の気兼ねから、対象者が自分の体調に応じて参加の状況をコントロールしにくいと感じていることが、地域の行事への参加を少なくさせていたと考えられた。

また、移動手段としての車の運転ができなくなることは、公共交通網の少ない地方の患者にとって外出の機会を減少させる要因となっていることがわかった。

2. 家族の協力や家族との関係の認識の結果から、家族からの援助をありがたいと感じる患者が一方で、家族への負い目を感じたり、本当のところは理解してもらえないと感じている患者がいた。このことから、患者が感じるさまざまな思いを表出する場が必要であると考えられた。

3. 必要と感じている情報と学びたいことでは、脳卒中の再発予防に関する知識や情報、治療の見通しや社会資源の利用法についての情報を希望していた。軽症のために、外来定期受診のみで社会サービスを受けることのない患者はそれだけ専門職者との接触が少ないために、必要な情報も得にくい状況にあると考えられる。

### まとめ

以上の結果より、軽症ゆえに医療職者と接触する機会の少ない在宅療養者には、患者会の場を活用し再発予防や身体症状緩和方法に関する教育や、同じ障害を持つ人同士の情報交換の場が重要かつ必要と考えられた。

本研究は文部科学省科学研究費基盤(C)により助成を受けて行った研究の一部である。