

報告

重症脊髄損傷者の在宅療養におけるケアマネジメント

ニーズに合わせることの重要性

田場真由美¹⁾ 當山富士子¹⁾

筆者は在宅療養で問題を抱えていた重症脊髄損傷者、ADL全介助の男性を対象に在宅支援サービスを提供した。支援を継続していく中でQOLの向上が推察された。これらの過程は何を意味しているのだろうか。筆者は、本対象のケアマネジメント過程から分析検討したので報告する。

対象：脊髄損傷の男性（K氏） 25歳 独身

支援期間：1996年1月～1998年9月及び1999年11月～2000年6月迄の期間。

方法：1) 分析に使用した資料は訪問看護記録、会議録等

2) 支援経過を3期に分類、QOL評価を上田のQOL総合評価基準(50点満点)を用いた。

倫理的配慮：研究目的をK氏に十分に説明し同意を得た。プライバシー保護のためケースの紹介にあたっては骨子に支障がない程度に筆者の方で修正を加えた。

結果：第 期：ADL全介助。年末年始の外泊から引き続き退院となり、訪問看護を提供したが変化なく経過、家族の介護参加もみられず支援方法に疑問を感じ、K氏のニーズ把握目的のため傾聴に務めることでニーズが引き出された。この期のQOL総合評価は25点。

第 期：次第に支援サービスが導入され、K氏の能力に適したコンピュータの改造やIADL(手段的ADL)介助の機器の開発を行い、ハガキや名刺印刷業を始める。K氏は自らバーベキューパーティを企画し仲間との交流を楽しむ。この期のQOL総合評価は32点。

第 期：介護に家族が参加し、IADL介助の機器の再改造で電話受信や窓の開閉が可能となる。K氏は他の障害者支援を目指し始めた。QOL総合評価は34点。

結論：本事例において 対象のニーズを引き出しニーズに合わせた支援が展開された。ニーズに合わせた支援が対象のQOLの向上をもたらしたと推察される。上田の「新しい人生を建設する」という対象の行動変容がみられた。以上、これらのことから対象のニーズに合わせる支援の重要性が確認できた。

キーワード：脊髄損傷 在宅療養 ケアマネジメント ニーズ QOL

I 緒言

我が国においては、1992年から指定老人訪問看護制度が創設された。筆者は、独立型の訪問看護ステーション(以下、ステーションと略す)に開所の1995年から5年間勤めていた。当ステーションの特徴は、独立型のため全事例が他機関と連携が必要であり老人のみならず身体障害者や難病疾患の利用者を抱えていた。今回、重症脊髄損傷者の在宅療養の1例を取り上げたが同様な事例に関する報告は、医師や作業療法士等によるものが多く、訪問看護職者による報告は数少ない^{1)~4)}。本事例は、当ステーションが開所間もない頃で、退院前の調整が不十分のまま在宅療養となり、不安や多くの問題を抱え辛い療養生活を始めた。次第に、筆者は訪問看護で直接ケアのみの提供ではなく連携・調整の役割を担うようになってきた。在宅支援サービス継続していく中で対象の療養環境が整備され、対象の既存能力に適したコンピュータの使用やIADL(手段的ADL: Instrumental Activities of Daily Living)介助のスイッチ盤の開発によって自立す

ることが増えた。更に住宅改造や印刷業の開始で生活に張りがみられQOL(quality of life)が向上したと推察された。これらの過程は何を意味しているのだろうか。筆者は、重症脊髄損傷者を対象にケアマネジメントの過程を分析検討したので報告する。

II 研究方法

1. 対象：脊髄損傷の男性（K氏） 25歳 独身
2. 支援期間：1996年1月～1998年9月及び、1999年11月～2000年6月までの期間。
3. 方法：1) 訪問看護記録のほか、会議録、情報提供書等の既存資料を基に支援経過を分析検討した。²⁾ QOL(quality of life)の評価を上田⁵⁾のQOL総合評価基準に従って1～5の点数を付け、事故前 事故直後 第 期終了時 第 期終了時 第 期終了時の経時的な変化を10項目×5点=50点満点の総点法で点数化し比較した。
4. 倫理的配慮：研究目的をK氏に十分に説明し同意を得、プライバシー保護のため事例紹介にあたっては骨子に支障がない程度に筆者の方で修正を加えた。

1) 沖縄県立看護大学

5. 用語の定義：【ケアマネジメント】とは社会的援助を必要とする人たちの「自立」と「QOL」を高めるためのニーズに基づく援助だといえる⁶⁾。

【Quality of Life (QOL)】とは「生命の質」「生活の質」「人生の質」などと訳されている。QOLの構造は、客観的QOLと主観的QOLに大きく分かれ、ついで客観的QOLが生物レベル(「生命の質」、個人レベル(「生活の質」、社会レベル(「人生の質」)の3つに分けられる。これらは1人の人間の「生」の様々な側面(レベル、階層)であり、障害の場合と同様に相互に緊密に関連し合っている。客観的なQOLを代表するのはもっとも高いレベルである「人生の質」である(「生命の質」と「生活の質」を含んでいる)。これは主観的QOL(「体験としての人生の質」)の両者を最高のレベルに高めることがリハビリテーションの究極の目標である⁷⁾。

III 結果

1. 事例の概要

生育歴 中学時代は喫煙・飲酒・バイクで暴走行為。高校卒業後、数々のアルバイトをしていた。19歳の時に飲酒后、崖淵(10m)より海に転落、身体障害者となる。

福祉制度の活用 (訪問看護開始時) 障害者年金1級、重度心身障害者医療費助成制度、障害者手帳1級、電動ベッドのレンタル、日常生活用品の支給(電動車椅子、リクライニング式車椅子)

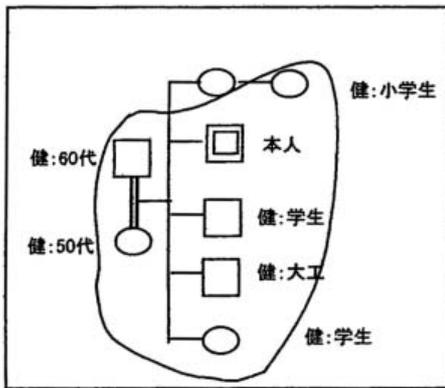


図1 家族構成

家族構成 図1のとおり

家族の特徴 両親が共働き、各人が家事能力を持ち、個人のリズムで生活している。重度障害者のK氏に健常者のように接する。

経済状態 非課税世帯

診断名 第5頸髄損傷 褥創 膀胱直腸障害

障害度 ADL(日常生活動作: Activities of Daily Living)は全介助(障害老人の日常生活自立度C2)

症状 呼吸麻痺(逆呼吸運動による横隔膜の呼吸)

知覚障害(鎖骨下10cm以下皮膚知覚障害、上腕橈側

及び深部知覚の脱失) 運動麻痺(頭頸部以外の体幹、四肢の弛緩性麻痺、反射の消失) 自律神経機能障害(体温調整障害) 直腸膀胱障害(膀胱瘻増設)
 体型 体重は80kg、身長は180cmのがっちりとした体格
 性格 穏やかで世話好き 友人も多い

2. 受傷から在宅療養に至るまでの経過

事故後、四肢麻痺が生じADL全介助となる。頸椎前弓後弓固定術、膀胱瘻増設術施行、その後T病院へ転院、約1年のリハビリテーションで頸部固定強化や電動車椅子運転訓練後、セッティングすると座位で読書可能な能力を回復した。K氏は体重80kgのため男子職員4人掛かりの移動介護を要していた。父や弟は時々面会に行ったが、母親は豊感が強いとの理由で来院を嫌がり全入院期間中の面会は1回のみであった。

表1は、支援経過とK氏のQOLの変化を中心に記述しその内容から3期に分類した。

1) 第 期(1996年1月~1996年2月)

ニーズの引き出し・確認期

K氏は、在宅療養向け入院中から在宅サービスの調整を行い退院する予定であったが、急きよ、年末年始の外泊から病院に戻らず「自分の家族はやってみないと分からない」とK氏の意向で在宅療養となった。在宅療養直後は、病院の訪問看護が中心に支援していたが、十分な時間や人員が確保できない現状から、病院の訪問看護師が当ステーションに協力依頼をした。筆者は、病院の訪問看護師から訪問看護依頼があったことから訪問看護のニーズがあると判断、他の支援者もいることから直接ケアのみの安易な支援を考えていた。また、重量のあるK氏への訪問看護の提供は、通常の1人体制ではなく3人の看護師体制で望み、ケアが充分行き届き生活の質は向上すると考えていた。しかし、訪問開始後2週目頃より、顔の汚れが目立ち、前回訪問と同じ服、しわだらけのシーツを目にした訪問看護師である筆者は、改善されていない療養生活に疑問を抱くようになった。更に、K氏が「病院に帰ろうかな・・・」という声を漏らすようになった。その時期のK氏の療養生活は表1のとおりADL全介助、日中一人で居ることが多く、その中で唯一の潤いは友人Nが毎日訪問があったことだった。母親は施設入所を希望し授産施設の申請もしていた。ステーションは、支援目標をK氏に確認せずに 家族への介護教育を行い在宅療養が充実すると設定した。当初、介護に家族参加が殆んど見えないことから家族に介護方法の教育を計画したが、K氏は拒否し、「家族には何も言わないで」と筆者に静観することを希望した。不十分な在宅療養環境の中、K氏や家族関係の経過に筆者は「在宅療養を後悔しているのは何故だろうか?」「看護職は何をすればよいのだろうか?」等の困惑と行き詰まりを感じ始めた。この事を契機に、 の支援目標を中止し、

表1 支援経過とK氏のQOLの変化など

時期区分	第Ⅰ期('96 1月~2月)	第Ⅱ期('96 3月~'98 9月)	第Ⅲ期('99 11月~'00 6月)
支援目標	①家族への介護教育を行い、在宅療養が充実する。(①は途中で中止) ②K氏のニーズを確認し適正なサービスを提供する。	①K氏が気持ちや意向を素直に表明できるようになる。 ②適切なサービス調整および支援者の不満への対応をする。	①ニーズに対する適切なサービスの提供をする。 ②K氏の目標の達成と精神的支援。
関わった関係者・機関	訪問看護ステーション 病院(医師、看護師、理学療法士) 社会福祉協議会、身体障害者更生相談所 保健所(保健師、役場) 友人A、ボランティア	訪問看護ステーション、訪問介護(役場) 病院(医師、看護師、理学療法士) 社会福祉協議会、役場、国立療養所 友人Y(福祉用具業者)、友人A(コンピュータ指導者) ボランティア	訪問看護ステーション、訪問介護(役場) 病院(医師) 社会福祉協議会、役場 友人Y(福祉用具業者) 友人A(コンピュータ指導者)、ボランティア
客観的QOL	健康/生命 苦痛 生活の質 ADL 仕事 コミュニケーション 経済 家族生活の充足度 社会的活動・趣味・レジャー	健康/生命 苦痛 生活の質 ADL 仕事 コミュニケーション 経済 家族生活の充足度 社会的活動・趣味・レジャー	健康/生命 苦痛 生活の質 ADL 仕事 コミュニケーション 経済 家族生活の充足度 社会的活動・趣味・レジャー
主観的QOL	主観的QOL 生活の質 ADL 仕事 経済 家庭生活の充足度 社会的活動・趣味・レジャー	主観的QOL 生活の質 ADL 仕事 経済 家庭生活の充足度 社会的活動・趣味・レジャー	主観的QOL 生活の質 ADL 仕事 経済 家庭生活の充足度 社会的活動・趣味・レジャー
主観的QOLの判断となった根拠	起居移動等 コミュニケーション 様子 友人 生活の質 ADL 仕事 経済 家庭生活の充足度 社会的活動・趣味・レジャー 生き甲斐	起居移動等 コミュニケーション 様子 友人 生活の質 ADL 仕事 経済 家庭生活の充足度 社会的活動・趣味・レジャー 生き甲斐	起居移動等 コミュニケーション 様子 友人 生活の質 ADL 仕事 経済 家庭生活の充足度 社会的活動・趣味・レジャー 生き甲斐
IADL(手段的ADL)の変化	全介助	全介助	部分介助
施設	自宅 病院 施設A 施設B 施設C 施設D 施設E 施設F 施設G 施設H 施設I 施設J 施設K 施設L 施設M 施設N 施設O 施設P 施設Q 施設R 施設S 施設T 施設U 施設V 施設W 施設X 施設Y 施設Z	自宅 病院 施設A 施設B 施設C 施設D 施設E 施設F 施設G 施設H 施設I 施設J 施設K 施設L 施設M 施設N 施設O 施設P 施設Q 施設R 施設S 施設T 施設U 施設V 施設W 施設X 施設Y 施設Z	自宅 病院 施設A 施設B 施設C 施設D 施設E 施設F 施設G 施設H 施設I 施設J 施設K 施設L 施設M 施設N 施設O 施設P 施設Q 施設R 施設S 施設T 施設U 施設V 施設W 施設X 施設Y 施設Z
備考	※ 周囲に気が通いながら会話を ・障害年金、手当てのみ ・日中一人でいる事が多い ・母・施設入所希望 友人N: 訪問(毎日) 野球観戦(2月)	※ 周囲に気が通いながら会話を ・ハガキ、名刺印刷の仕事開始 ・年金の収入、本人の仕事の収入 ・1日4時間の訪問介護 ・家族: 住宅改修 友人Y: 各申請手続き代行とスタッフ育成 友人A: コンピュータ指導 自主サークル活動へ参加 自主サークル活動へ参加 「仕事やコンピュータの訓練に必要」「ヘルパーが側に居るからいい」	※ 周囲に気が通いながら会話を ・仕事が増えている ・年金の収入、仕事の収入増えている ・家族: 在宅療養に賛成 ・第Ⅱ期のサービスを活用継続 友人Y: 各申請手続き作成・改選 自主サークル活動へ参加 「他の障害者の療養生活が気になる。」
操作可能なスイッチ①: 用紙他の電源入・切可	操作可能なスイッチ①: テレビ、CDの電源操作可	操作可能なスイッチ①: テレビ、CDの電源操作可	操作可能なスイッチ①: テレビ、CDの電源操作可
操作可能なスイッチ②: 用紙他の電源入・切可	操作可能なスイッチ②: 用紙他の電源入・切可	操作可能なスイッチ②: テレビ、CDの電源操作可	操作可能なスイッチ②: テレビ、CDの電源操作可
操作可能なスイッチ③: 窓の開閉、テレビ、CDのボリューム調整可	操作可能なスイッチ③: 窓の開閉、テレビ、CDのボリューム調整可	操作可能なスイッチ③: 窓の開閉、テレビ、CDのボリューム調整可	操作可能なスイッチ③: 窓の開閉、テレビ、CDのボリューム調整可
操作可能なスイッチ④: 電話発信の操作可	操作可能なスイッチ④: 電話発信の操作可	操作可能なスイッチ④: 電話発信の操作可	操作可能なスイッチ④: 電話発信の操作可

※ 筋ジストロフィー病棟入院(98年6月 3週間)

K氏の目標や意向を把握せずに病院や周囲の情報から判断し支援目標を決定していたため行き詰まっているのではないかと考えた。そのため、K氏を理解する関わりに戻ることにした。支援目標を K氏のニーズを確認し適正なサービスを提供すると変更立案した。筆者はK氏や家族を理解するために傾聴の姿勢で契約外、週に1~2回の訪問をした。筆者はK氏の意向を幾度も確認した。この面接を重ねる事でK氏のニーズが浮き彫りになってきた。その時期のK氏のニーズは1)「家族には介護や経済的な負担を掛けずに、在宅支援サービスを活用し自分が満足できる療養生活をする。」2)「プロ野球のキャンプ観戦で気分転回をする」であった。2)のニーズを満たすことでK氏がやる気を出し少しでも活気ができれば良いと考えていた。2週間後、K氏の好きな球団のキャンプ観戦を企画、ボランティアの形式でステーション全員が参加した。その関わりを通して筆者は、K氏に代わる支援サービスの調整役不在に気づき、K氏のニーズに沿うようケアプランを立案し支援サービスの充実に向けて保健師や役場民生課と連携を密にし調整を行った。支援機関は表1のとおりで、主な関わりと内容は病院：訪問診療、訪問看護(症状観察、30分)、訪問リハビリテーション。ステーション：看護師3人体制で症状観察、浣腸、排泄介助、膀胱瘻留置カテーテルの管理、入浴、口腔ケア、更衣、シーツ交換、車椅子移動、座位リハビリ訓練等を2時間の週3回施行。社会福祉協議会：歯科治療のため、2週間に1回無料でリフトバスと運転手のボランティアを提供。QOL総合評価基準の総合点は25点であった。

2) 第 期(1996年3月~1998年9月)

サービス提供と充実期

筆者はケアマネジメントを行う役割意識を持ち、第期の支援目標を K氏が気持ちや意向を素直に表現できるようにする。適切なサービスの調整および支援者の不満への対処をすると設定した。K氏のニーズ1)「家族には介護や経済的な負担を掛けずに、在宅支援サービスを活用し自分が満足できる療養生活をする。」に達成するよう訪問介護が1日4時間の5日/週が開始され、ステーションとの同伴で第期と同様な訪問看護内容の入浴、更衣、口腔ケア等を提供、単独の訪問介護時に口腔ケアや髭剃りや体位変換が実施され療養生活が潤い日中一人になることが減った。さらに、社会福祉協議会から通所入浴サービスが無料で1回/週、2時間提供された。しかし、支援サービス者は積極的に介護に参加しない家族に不満が積もり、筆者は、支援目標の に務めK氏に提供される支援サービスが適切で質の確保ができるよう相談助言をした。更にニーズ1)に向け、1996年6月から約3週間、残存機能を活かしたコンピュータ操作技術を学ぶ目的で入院した。入院中に、父親と弟が療養室と入口のス

ロープ、浴室の住宅改造を行い療養環境が整ってきた。退院後コンピュータが交付されK氏は友人Aの指導で口にくわえたスティックでコンピュータを操作し、インターネット活用で情報が入ってくるようになった。更に、K氏は、残存機能の首振りでスイッチが入るIADL介助のスイッチ盤作成を友人Yに依頼した。その盤はテレビやCDプレイヤーのスイッチが入るのもであった。表1のIADLの項目に示すようにK氏のニーズに合わせて改造が数回行われ複雑な操作が可能となり他人の力を借りずにテレビや音楽鑑賞ができるようになり療養生活の一部が部分介助となった。在宅サービスが導入され日々の在宅環境が整い、訪問時にはK氏との話題が広がり会話も増え、今後の在宅療養の相談事が度々あり、母親の言動も明るくなり「ヘルパーが来てくれて助かっている。」と話すようになった。K氏は在宅支援サービスの関係者への感謝と仲間作りの目的でパーベキューを企画実施した。1997年11月からコンピュータによる葉書や名刺印刷の仕事を始め、「村障害者自主サークル」への週1回参加した。1997年12月、年賀状作成業が多忙となり在位時間が長時間となり褥創(度)を形成、その処置を休日には弟が行うようになり、父親も体位変換に参加するようになってきた。さらに、妹も消極的な姿勢ではあったが、入浴介助に参加し始め家族が介護力となり始めた。このようなK氏と家族の変化は支援者である筆者らにも感動とやる気を奮い立たせた。1998年9月に「障害者仲間と暮らし生活の工夫を学びたい」と希望し障害者授産施設に入所した。第期のQOL総合評価基準の総合点は32点と向上した。

3) 第 期(1999年11月~2000年6月) QOLの向上期

1999年11月施設をK氏の希望で退所した。筆者は、退所前にK氏から電話で施設に面接行った。K氏は「施設よりやはり在宅が良い。家族も賛成。福祉サービスの申請も済ませた。」と語った。K氏のニーズ3)は「第期のサービスの活用し在宅療養を送ること」であった。そのことから第期の支援目標を ニーズに対する適切なサービスの提供する K氏の目標の確認と精神的支援とし実施した。在宅療養となり約3週間後、サービス再開されるまで妹や弟が積極的にステーションの入浴介助に参加し、表2のとおり公的在宅支援サービスを活用した。K氏は友人YにIADLの介助盤を表1のように更に改造依頼し自ら可能なことが増えた。ハガキ、印刷業の仕事も増え収入が増えてきた。2000年6月、K氏は「自分は恵まれている。他の仲間の生活が気になる」と言い、他の障害者の支援を目指すことの生き甲斐が見られた。第期のQOL総合評価基準の総合点は34点と向上した。

以上の経過をK氏のニーズに沿った在宅療養を提供するため公的サービスは保健分野では保健師の訪問、医療分野では訪問診療を始め6サービスが関わり、福

社分野では16の制度やマンパワーの活用がなされた。これまでにK氏に関わった関係機関、関係者は図2に示すとおりで、公的機関の他に、家族や友人等の支えがみられる。また、上田⁵⁾のQOL総合評価基準に従って点数化し、事故前 事故直後 第 期終了時 第 期終了時 第 期終了時の経時的な変化をレーダーグラムの図3に表示した。損傷直後と在宅療養になってからは在宅療養重度脊髄損傷のADLの項目(生活の質)は1点と変化はないが、仕事、収入、生き甲斐の項目に次第に変化がみられてきている。

IV 考 察

寺島や林等の報告^{2)~4)}でも見られるように、重度の身体障害者の在宅療養については、入院中から本人や家族に対し、種々の教育や実地訓練が行われてはじめて可能となる。しかし、本事例の場合、重度脊髄損傷者であるが在宅療養に向けての教育や実施訓練が行われておらず、在宅支援サービスも不備のまま年末年始の外泊からいきなり在宅療養という厳しい状況下での関わりとなった。このような第 期は、K氏の支援を調整する専門職者が不在で、病院や周囲の情報から判断し支援目標を決

表2 第Ⅲ期の在宅支援サービスの状況

時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
午前中							
昼 食	訪問看護 2人・2時間 訪問介護 (10~14)	訪問介護 (10~14)	訪問介護 (10~14) 通所入浴 サービス (12~14)	自主 サークル (10~12) 訪問介護 (12~14)	訪問介護 (10~14) 訪問看護 2人・2時間		
午後			訪問診療 (1回/2週)				
夜間							

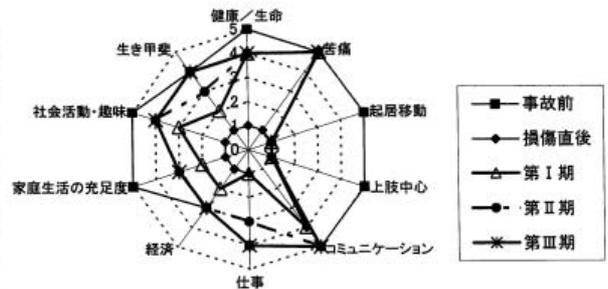
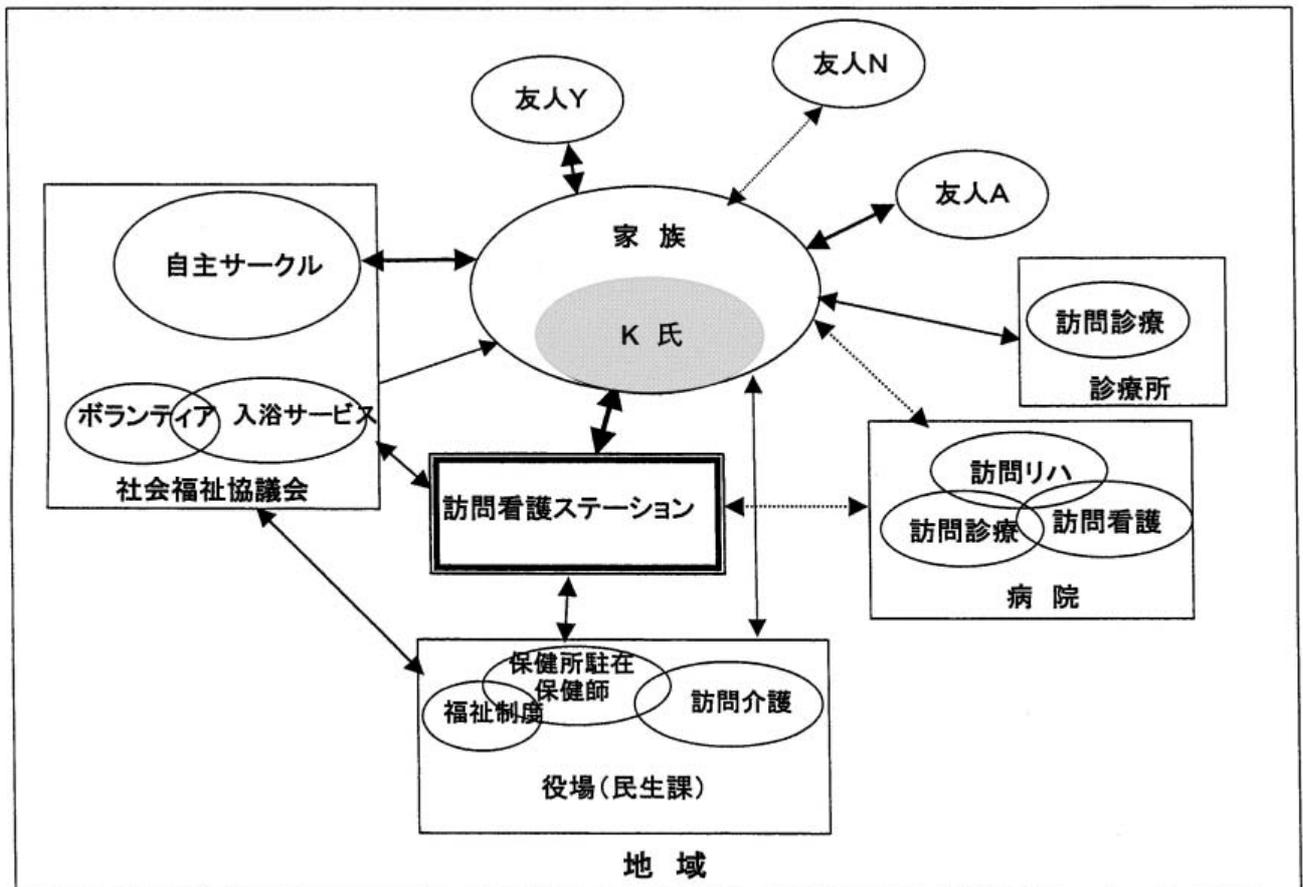


図3 K氏のQOL総合評価



←-----→ 第Ⅲ期には関わりが中止になった機関・関係者
 ←=====> 第Ⅲ期も継続し関わった機関・関係者
 図2 K氏に関わった関係機関および関係者

定し直接ケアのみの支援を提供し、事例の個別性を無視したために行き詰まっているのではないかと考えた。そのため支援の行き詰まりを契機に筆者は、「在宅療養を後悔しているのは何故だろうか?」「看護職は何をすればよいのだろうか?」と思い事例の訴えの傾聴に努力した。この面接を重ねる事で事例のニーズが浮き彫りにされ、そのニーズに沿って支援を実施してきた。このことは、ケアマネジメントや看護の基本である「対象のニーズに合わせること」であると今回の検討を行う中で新たに気づかされた。竹内⁵⁾は「ケアマネジメントは、社会援助を必要とする人たちの自立とQOLを高めるためのニーズに基づく援助だ」としている。看護の基本でもある相手のニーズに合わせるということは大変難しく、ややもすると第1期の開始時のように支援者側の独走になることも間々ある。本事例は、厳しい状況下にも関わらず、更に家族の介護教育が拒否されたということから支援の困惑と行き詰まりの支援者の状態と事例を尊重し傾聴したことが結果的に効を奏したものと考える。

上田⁶⁾は「QOLは、生命の質、生活の質さらに、人生の質が充実し、客観的QOLの向上のみならず、対象者本人の主観的QOLが充実していく支援手段である」と考える。そのためには、客観的QOLの向上はコミュニティケアの充実によって確保整備される。しかし、主観的QOLの向上は何か当事者の生きがいとなるものを継続すること精神的サポートがあることであると考え。」と述べている。筆者は、支援の戸惑いから傾聴し事例のニーズに沿った支援に気づきケアマネジメント技法で支援する過程で、事例に約20種類の保健医療福祉サービスを調整した。しかし、受身の支援サービスの提供のみではこの療養生活は変化しないと感じ、筆者は、医療や看護とは直接結びつかない事例から発せられた生活上のニーズ2)「プロ野球のキャンプ観戦で気分転回をする」を支援することで、事例が変化し生きていることの喜び・楽しみを再確認しやる気ができることを期待した。そのプロ野球観戦が本事例の自分が満足できる療養生活を目指すこと実践しても良いことを再認識したのではないかと考える。その後、第 期では目的ある入院でコンピュータの技術獲得しハガキ・名刺印刷業を始め、自ら発案した残存機能を活かしたIADLを介助するスイッチ盤を開発・改造をし、K氏は仕事の収入が増え、自ら可能なIADLも獲得し、自らバーベキューパーティを企画し仲間との交流を楽しむようになった。その過程で筆者やサービス提供者のニーズに合わせていく姿勢が精神的サポートになっていたと考える。第 期では「自分は恵まれている、友人の生活が気になる」と語るまでに至り主観的QOLと言われている生き甲斐の体験が確実にあったと判断する。そのことより、筆者は、ニーズを引き出し、ニーズに合わせた支援が展開できたと確認した。また、このニーズに合わせた支援が事例のQOLの向上をもたらしたと推察される。

リハビリテーション医学において上田³⁾が、「人間らしく生きる権利の回復とは必ずしも元の同じ生活状態を回復することではない。むしろ多くの場合は障害を契機として新しい人生を建設する事である。-(中略)-健全な機能・能力を発見し開発し増進する(プラスの増大)ことの方がむしろ重要である」と述べているように、本事例においても青年前期に元暴走族という反社会的行動を経験していたが障害を契機に、新しい機器の開発、現在では障害者のために役立ちたいという前向きな姿勢への変化を確認できた。これまでの支援経過からニーズに合わせた支援の重要性が確認できたとも言える。

V 結論

今回、重度脊髄損傷者でADL全介助の25歳の男性を対象に、在宅療養におけるケアマネジメントについて分析検討した結果、以下のことが明らかになった。

1. ケアマネジメントにおいては対象のニーズを引き出し、ニーズに合わせた支援ができたことが確認できた。
2. ニーズに合わせた支援が対象のQOL向上をもたらしたと推察された。
3. 障害を契機に上田の言う「新しい人生を建設する」という対象の行動変容をかいまみることができた。以上のことから対象のニーズに合わせた支援の重要性が確認できた。

【参考引用文献】

- 1) 松尾清美他：離島に住む頸髄損傷の生活環境調査,1997年研究報告書総合せき損センター医用工学研究室,71 - 78,1997
- 2) 寺島喜代子：高齢頸髄損傷者の在宅訪問をとおして家族援助を考える, 福井県立大学看護短期学部論集,7号, 123 - 137,1998
- 3) 林久吾他：医療連携を活用して呼吸器装着在宅療養を実現したALS患者の在宅の2例,東京都衛生局学会誌,101,194 - 195,1997
- 4) 高美智奈他：人工呼吸器管理に向けての取り組み, 国分生協病院,平成9年度九州看護研究学会集録,219 - 222,1997
- 5) 上田 敏：目で見えるリハビリテーション医学(2),p54-56, 東京大学出版会,1998
- 6) 竹内孝仁:ケアマネジメント, 11-13, 医歯薬出版株式会社 1996
- 7) 上田 敏：目で見えるリハビリテーション医学(2),p3, 東京大学出版会,1998
- 8) 上田 敏：リハビリテーション医学の世界, p148-165, 三輪書店,1992
- 9) 上田 敏：目リハビリテーションを考える - 障害者の残人的復権 -,青木書店,1983
- 10) 川村佐和子、島内節：訪問看護管理マニュアル,8,日

- 本看護協会出版 2002
- 11) 厚生省：厚生省白書(平成11年度) 社会保障と国民生活, きょうせい, 1999
 - 12) 佐藤厚子：事例体験をとおして訪問看護の意義を考える, 看護技術, 47(4),97-101, 2001
 - 13) 白澤政和：ケアマネジメントとは、保健婦雑誌, 53(12) 955-962, 1997
 - 14) 竹内孝仁：ケアマネジメントとは その本質と地域保健・保健婦の役割 , 保健婦雑誌,53(12) 946 - 954 1997
 - 15) 竹内孝仁：自立支援とQOLの向上を基本理念とするケアマネジメント, 老年歯学, 14(2) 79 - 85, 1999
 - 16) 平野かよ子：ケアマネジメントとケアコーディネーション, 保健婦雑誌, 53(12) 970 - 977,1997
 - 17) ケアマネジメントハンドブック 白澤政和 3-6 1998、10,15 医学書院
 - 18) 平井俊策：老化とは, 老年精神医学雑誌, 12(4) 412 - 429,2001
 - 19) 鶴見和子他：回生を生きる, 181 - 226, 三輪書房, 1998
 - 20) 中島紀恵子：系統看護学講座 専門19 老年看護学,156 - 159,医学書院,2001

Case Management in the at-home care of the serious spinal cord injury patient.

The importance of what is to be met to the needs

Taba Mayumi, R.N.,P.H.N.,H.B.¹⁾ Toyama Fujiko, R.N.,P.H.N,Ph.D.¹⁾

Background and Objective:

we provided an at-home support service targeting the man of the ADL with all cares aimed at of the serious spinal cord injury patient who had a problem with the at-home treatment life.

While him support was continued to be given, it suggested that the improvement of QOL became apparent. What do these processes mean? We report that the analysis examination of the care management process that was provided for this object was achieved.

Design: Case study.

Object: 25 years old, single, male patient with spinal injury

Period of providing home care services: From Jan. 1996 to Sep. 1998 and From Nov.1999 to June 2000.

Method:1) The materials used for the analysis are such as the visit nursing records, and the minutes.2) Support progress was classified in 3 terms, and Evaluation of QOL used Ueda's Synthetic Evaluation Standard for QOL (50 points top grades).

Ethical Consideration:We showed and explained Mr. K a research purpose fully, and got his agreement. As there was no hindrance in the main point, we added modification by the case introduction for the privacy protection.

Results:

First period: ADL of Mr. K were under total care. It continued from staying out overnight of end of the year New Year's Day, until he was discharged from the hospital. Though he received visit nursing, there was no change in the treatment life. And, the care of the family to him wasn't apparent. We felt a doubt about the way of supporting it, and acted in over to grasping the needs of Mr. K by listening to him attentively, and the needs of Mr. K were drawn. Synthetic Evaluation Standard for QOL of first period is 25 points.

Second period: Gradually, a support service was introduced. Remodeling of the computer that is suitable for the ability of Mr. K and the development of the help machine of IADL (Instrumental Activities of Daily Living) are done, and a postcard and a card printing industry are being undertaken by him. Mr. K plans a barbecue party, and enjoys the interaction with the company. Synthetic Evaluation Standard for QOL of second period is 32 points.

Third period: A family participates in the care, and telephone reception and opening and closing of the window have become possible by re-remodeling of the help machine of IADL. Mr. K began to give hands to aim at other handicapped persons.

Synthetic Evaluation Standard for QOL of third period is 34 points.

Conclusion: In this case, The needs of the object were drawn, and the support fitted to the needs was developed. It suggested that the support fitted to the needs brought up the improvement of QOL of the object. We could confirm the behavior transfiguration of the object of Dr.Ueda's "A new life is built." As mentioned above, the importance of giving support to fit the needs of the object from these things could be confirmed.

Keywords:spinal cord injury, home care, case management, needs, quality of life.

1) Okinawa Prefectural College of Nursing