

③生活環境の調整

それぞれの課題に対する環境調整を行った結果、課題は解決した。また、環境調整の手段や方法を夫が理解し、実行するようになった。

まとめ

訓練を実施し、環境調整と反復練習を行うことにより、徐々に家事や外出の場面で本人のできることが明確になり、自信を取り戻すことができた。自信がついたことによって、単独で取り組めることが増え、訪問訓練で実施した内容以外の生活関連動作についても自主的、積極的に取り組むようになった。

さらに、利用開始当初は家族に対する依存が強かったが、単独で取り組めることが増えたため、依存することが減った。また、本人に対する家族の支援量や負担感も軽減し、夫が単独外出する機会が増え、義母が家事のサポートする頻度が減り負担が軽減した。

2) 通所による生活訓練と訪問訓練を並行して実施した事例

事例の概要

40代 男性。脳出血による高次脳機能障害(記憶・注意・遂行機能障害)、右上下肢機能障害、失語、易疲労性有り。身体障害者手帳 2級。T字杖と短下肢装具利用で歩行可能。精神障害者保健福祉手帳はなし。(以前は所持していたが、期限切れで失効。本人、家族とも更新の意志なし)介護保険適応。

自宅(戸建て、持ち家)では、妻、子ども3人(高校生、中学生、小学生)と同居。2階建ての1階部分に本人の居室があり、大半の時間を自室で過ごしている。

2009年9月から翌年4月までの約9ヶ月間、生活リズムの確立や易疲労性の改善、自宅復帰を目標に、当センターで生活訓練と施設入所支援を提供し、終了後は介護保険を利用しながら、在宅生活送っていた。発症前から家事や育児を本人が担当していたため、家事を行って欲しいとの家族の意向もあり、ヘルパーと共に調理等を行っていた。

サービス提供に至った経緯

2012年10月、本人より就労の意向が出され、易疲労性の改善や就労に向けた準備性の向上を目的として、通所で週3日から生活訓練の再利用を開始。訓練をする中で、働くよりも自宅内での役割を担ってほしい等の意向が家族より出された。また、自室を始めとして自宅内の片づけが全く出来ていないとの話も出されたため、本人へ確認したところ、散らかりすぎていて、どうして良いかわからない、片づけをしたいと思うが、麻痺もあるため、自身で出来ることがない、と考えている様子うかがえた。そこで、就労に向けた通所での訓練に加え、訪問による訓練を開始した。

アセスメント

初回訪問時に、自室、リビング、台所等を確認。全般的に物が多く、整理されていない状況が見られた。自室は洋服や空き缶、本等が散乱しており、寝具管理も出来ていなかった。洗濯物も自室に干してあったが、周りに物が散乱しているため、本人の身体状況も考慮すると効率的に作業が出来ない環境であった。本人がヘルパーと共に調理を行っている台所については、不要な調理器具や賞味期限の切れている食材も多く、作業スペースが非常に狭い状態であった。ヘルパーは週2回来ているものの、調理だけで時間が終わってしまうため、掃除の依頼は難しい状況。また、発症前は本人が中心となり家事や育児を行い、妻が経済的な支柱を担っていた。本人の発症後も妻は仕事を継続しており、妻が家事をする余力は無い状況であった。

《神経心理学検査の結果》

MMS E : 24 / 30点 コース IQ : 84.4 かな拾いテスト : 無意味・物語とも実施不可 TMT - A : 152秒 B : 実施不可 三宅式記銘力検査 : 有関係対語 2-4-3 RBMT (リバーミード行動記憶検査) : 標準プロフィール点 8 / 24 (年代別障害カットオフポイント 16 / 17)

BADS (遂行機能行動評価) : 実施不可 言葉や文章、口頭指示の理解が困難であり、複数の課題の同時進行や見通しを立てて課題を行う遂行面についても困難さがみられた。

支援計画の立案

家庭内での役割を明確にし、自宅での家事動作が出来るよう、環境調整や家事動作を行うことを目標に、週1回（1回1時間）の訓練を4ヶ月間提供することとした。これは訪問訓練開始前より提供していた、通所での週3日の訓練（12ヶ月間）の期間内である。

支援の経過

①環境調整

最初に、本人の同意の下、不要品（洋服や雑誌等）の選別や家具の配置替え、掃除を本人と共に行った。洗濯を本人が行っているため、作業スペースの確保が必要であった。居室内には、本人の洋服だけでなく、子どもの服やおもちゃ、不用品（壊れた家電製品等）が山積していたため、本人、家族の了承の下、処分を行った。作業の過程で、子どもの古い教科書等を本人が言葉の訓練になると思い込み、廃品回収の場所から集めてきたり、家族に内緒で飲酒した空き缶を自室内に隠している様子が明らかになった。

まず、洋服掛けやタンス等に収納する洋服の種類や数を提示し、本人が仕分け出来る様にした。加えて、洋服や雑誌の収納場所や方法がわかる様に整理された状態で写真を撮り、部屋に掲示することで、散らかる前にヘルパーに確認してもらい、片づけの促し（声かけ）ができる状況を作った。また、子どもも自室で遊ぶことがあるため、おもちゃ箱を用意し、遊んだら片づけをするという約束を記載した。

②本人への支援

言語指示のみでは理解が困難なことが多いため、支援者が行った作業を模倣してもらったり、行動場面で具体的な指示をして内容の理解を促したりした。また、訓練終了後も継続して作業を遂行出来る様、居室の写真を撮影し、見本として掲示した。訓練後半では、本人が動作を行い、支援者は見守りや適宜声かけを行うのみであった。

③家族や支援者との調整

ケアマネージャーや地域の相談支援事業所の担当者等を集めて数回ケア会議を開催し、訓練状況の共有や、終了後の支援について、円滑に地域へ引き継ぐことが出来た。

④本人の希望である就労について

通所での訓練を継続する中で、一般就労は困難であることがわかってきたため、福祉的就労を目標とし、見学や実習を行った。家事の分担も考慮し、当センターへの通所回数と同様に週3日から始め、様子を見て回数を増やしていくこととした。

終結

本人の自室内は片づけ及び環境調整を行い、本人のみでも片づけを継続することが可能な環境設定を行うことができた。また、就労の意向も強かったため、訪問訓練のみではなく、通所による就労に向けた訓練も並行して提供したので、時間を要した。本人が調理を行う台所やリビング等についても、介入が必要であったと思われたが、家族が介入を希望しない意向であったため、助言程度にとどまっている。

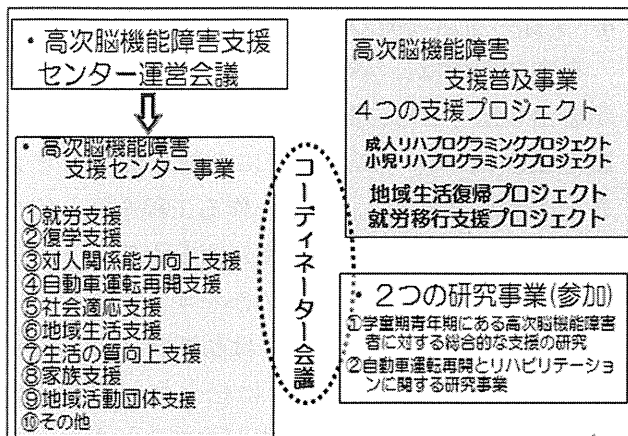
まとめ

利用開始当初は通所での訓練提供のみを予定しており、訪問訓練の予定はなかったが、家族や本人からの意向で通所と訪問を併用して生活訓練のサービスを提供したケースである。「就労がしたい」という本人のニーズと、「就労はしなくとも、家庭内の役割を果たして欲しい」という家族のニーズを考慮し、支援を提供することが求められた。本人のニーズである就労については、結果的に福祉的就労となったが、本人が継続して作業を続けることができる施設へ週3日通うこととなった。家事については、環境調整を行ったことで、洗濯物と調理の一部を本人とヘルパーで行うこととし、家族の負担感の軽減に繋がったと考える。

3. 千葉県千葉リハビリテーションセンター

(1) 事業の概要

千葉県リハビリテーションセンターにおける
高次脳機能障害支援事業の体制



千葉県千葉リハビリテーションセンターにおける高次脳機能障害支援事業の体制は、図に示すとおりである。

高次脳機能障害者の社会復帰や社会適応については、誰でもが医療機関での支援後、速やかに次の支援体系の機関利用に至るとは限らない。こうした次の支援体系に繋がりにくい人、支援の網の目から外れてしまった高次脳機能障害を有する人達を次の支援体系に繋いでいくところが高次脳機能障害支援センターの役割である。

県内の高次脳機能障害支援の基本は、地域に帰り地域住民として権利が保障され、地域交流ができる力を当事者が身につけられるよう援助していくと同時に、環境調整していくことである。従って地域支援機関と共同で「この人」を支える活動は不可欠である。こうした相談支援機能や個人の適応力を高める活動援助機能および訪問支援機能を併せ持つことが支援センターの機能には必須である。

高次脳機能障害支援センター業務は、①就労支援、②復学支援、③対人関係能力向上支援、④自動車運転再開支援、⑤社会適応支援、⑥地域生活支援、⑦生活の質向上支援、⑧家族支援、⑨地域活動団体支援、⑩その他、を行っている。今回の事業は、この中の⑥地域生活支援に位置づけられる。

具体的な支援の手段としては、1.相談支援（個別）、2. 集団活動、3. 地域支援、4. 家族会支援の4つに分けられる。地域で生活する生活者とし

てその人らしく過ごせるように、地域と協力し本人及び家族を支えると同時に、末永く市町村・地域の支援者が支える力をつけていくことが出来るように、地域支援では、講演や症例検討会を要請に応じて行っている。また、連携会議やケア会議、復職支援、職場定着支援、地域移行支援、移動自立支援、家事自立支援など、多くの訪問による支援を行っている。

(2) 事例

事例の概要

- ・ 30代女性、一児の母
- ・ 家族構成：夫と2歳の子供の3人暮らし
- ・ 診断名：脳挫傷
- ・ 障害名：高次脳機能障害（遂行機能障害、記憶障害、注意障害）
- ・ 現病歴：高校在学中に交通事故にて受傷。救急病院に入院し、高次脳機能障害の診断を受ける。退院後、高校に復学し卒業。卒業後は、アルバイトをするも仕事を覚えられないという理由でいずれも数か月で退職。その後、結婚出産した。
- ・ 利用しているサービス：障害福祉サービス（居宅介護）

サービス提供に至った経緯

地域保健課より当高次脳機能障害支援センター(以下、支援センター)に相談があった。内容は、「本人より『出産後家事が上手く出来ない、家族の理解がない』と相談があったが、家族支援は出来るか?」というもので、当支援センターでの個別支援を開始した。支援は7つの段階（1. 問題点の把握、2. 障害特性のアセスメント、3. 障害特性の説明と支援目標の提案、4. 実際の生活場面のアセスメントー自宅訪問、5. ツールの導入、6. ヘルパー導入、7. フォローアップ）を踏んで実施した。

支援内容（7つの段階）

支援期間と自宅訪問回数：当支援センター初回面談からヘルパー導入までの期間は8か月（その間の当支援センターによる自宅訪問回数7回）。ヘルパーへの支援引継ぎ期間が1か月間（自宅訪問回数2回）。ヘルパー引継ぎ後、フォローアッ

プのための自宅訪問は、1,2,5,9ヶ月後にそれぞれ1回実施。当支援センターの訪問は計13回実施(初回面談からフォローアップ9ヵ月後までの期間1年7か月)。

1) 問題点の把握

生活の中での問題点の把握をするため、夫と本人から聞き取りを行った所、1日の予定が立てられない、夕飯が作れない、場所を限定しないと掃除が出来ない、などがあがり、夫と本人はほとんど同じことで困っていることが分かった。そして、これらの原因について夫は「元々の性格」と話した。ご本人の障害特性の把握と夫への障害理解支援が必要だと考えた。

2) 障害特性のアセスメント

生活のしづらさは何から来るのか、夕飯が作れないのはなぜかについて、支援センター内で簡単な調理評価、生活の聞き取りなどをして原因を見極めたところ、同時に複数のことをこなすと抜けが出る、やるべきことの優先順位が付けられない、などの遂行機能障害や注意障害の影響が大きいことが分かってきた。

3) 障害特性の説明と支援目標の提案

説明にあたって文書を作成し、見える化して、本人と夫に説明を行った。「遂行機能障害がある」「注意障害がある」と専門用語を突きつけるのではなく、「複数の事に優先順位をつけることが難しいという特徴があります、それは高次脳機能障害の特性の一つである遂行機能障害から来ています。1日に複数の用事が重なった時にどうしてよいか分からなくなり混乱され、支援センターに電話がかかってきました。日常生活では洗濯、掃除、食事の支度と、どれも出来ていないがどれからやればよいか分からない、結局何も出来ていない、ということが起こるかもしれません」というふうに、生活での具体的な困りごとを障害にからめて説明するということが大切にした。その結果、夫からは「なぜ1日中家にいても何もしないのか、出来ないのか、良くわかった。説明を聞いて良かった」という言葉が聞かれ、障害理解を得ることが出来た。その上で夫と本人に目標を確認し、『夫の帰宅に間に合うように夕飯を作れるようにな

る』こととした。目標達成の為に自宅訪問による生活場面のアセスメントを提案した。

4) 実際の生活場面のアセスメントー自宅訪問

自宅訪問では、「夕飯を作ってください」と指示を出したところ、あらかじめ献立を決めており、調理工程はスムーズで同時に食器を洗うなど大きな問題がなかった。食事を作る工程を詳しく分けて(『献立をたてる』、『買い物をする』、『調理する』)、どの工程が問題なのかを明らかにしていた。『献立をたてる』ことは訪問時にはあらかじめ献立を決めておくように伝えていたため出来たが、普段はなかなか献立が立てられない、やっと立てても同じ献立が続くなどしていた。同じ週の夕飯にカレーが2回、うどんが3回ということや、同じ日の夕飯にカボチャのサラダとカボチャの炒め物、カボチャのスープと食材が重複した献立となっていた。『買い物をする』ことは一人で出来るが、食材はあるのに忘れて同じものを買っていた。『調理をする』こと自体は献立さえ決まっていればレシピをみて調理をし、片付けも同時にするなど比較的スムーズに可能だったが、調理を開始する時間が遅く、結果として夫の帰宅に夕飯が間に合っていなかった。

アセスメントの結果、問題は調理自体ではなく、①献立をたてられない、②いつ調理を始めればよいかわからない、ということが明らかとなった。

5) ツールの導入

これらの問題に対してツールの導入を行った。問題①献立が立てられない、に対して、冷蔵庫の中身を見ながら1週間分の献立を作ってもらった所、同じものを献立に載せたり、冷蔵庫の食材を見落とししたりして自力で献立をたてられないということが明らかになった。そこで、冷蔵庫の食材を書き出し見える化する『食材リストアップ表』と、『1週間の献立表』を導入した。『食材リストアップ表』は、冷蔵庫の部屋ごとに枠(冷蔵室、冷凍室、野菜室)を作り記入をしやすいことで、今見る場所が限定され、注意・集中が逸れることを防ぐことが出来た。『1週間の献立表』は主食・主菜・副菜・汁物と項目を分けたことがポイントで、考える手がかりができ献立が立てや

すくなった。その結果、冷蔵庫にある食材の見落としが減り、1週間分の献立が見えるので、同じ献立が載ることはなくなった。

問題②夫の帰宅に夕飯が間に合わない、に対しては、どんな1日を過ごされているのか1日のスケジュールを見える化したところ、午前中に洗濯を済ませた後、昼から午後保育所のお迎えまで3時間あるがその間何もしていないことが明らかになった。何をすれば良いのかを聞くと、「掃除と洗濯物を取り込んで畳んでしまう、夕飯を作る」とやらなければならないことは分かっていたが「何をどの順番でいつやればよいかわからない」とおっしゃっていた。その結果、お子さんを保育所に迎えにいったからあわただしく動き、お子さんのいる夕方に家事が集中していることがわかった。洗濯物は畳んでもしまう前にお子さんが散らかしてしまうという状況だった。

そこで、夕方に集中していた家事を、お子さんを保育所に預けている時間帯にするという効率のよい1日のスケジュールを提案した。その結果、1日のスケジュール表をみて、13時に夕飯づくりを始めて、14時に洗濯物を取り込み、畳んで、しまえばいいのだと分かり、時間通りに家事が行え、夫の帰宅に夕飯が間に合うようになった。「1日のスケジュール表があると、何時に何をすればよいかわかるからとても良い」と本人から感想が聞かれた。

6) ヘルパー導入

ツールは有効であることがわかったが、自立して使いこなすことは難しかった。食材ピックアップ表や献立の作成を自分からは実行に移しにくい、実行したとしても、食材ピックアップ表への記入は集中力が続かず最後まで完成できない、また、献立を全て自分一人で考えることは難しい状況だった。ツールの有効活用には、一緒に取り組んでくれる支援者が必要だということが分かった。

そこで、継続した支援を行う地域の支援者として相談支援事業所、ヘルパー事業所による支援を開始した。ヘルパー導入にあたっては、『支援の手順書』を作成し、障害特性と具体的支援方法に

ついて説明を行い、ヘルパーが障害特性を理解し、ツール活用の支援ができるまで複数回自宅訪問に同行し、支援方法を伝達した。ヘルパー支援は週2回、1回2時間で、献立作成支援と掃除支援を行った。ヘルパー支援によって、支援目標『夫の帰宅に間に合うように夕飯を作る』を達成出来た。

7) フォローアップ

ヘルパーへ支援を引き継いだ後、フォローアップは、1,2,5,9ヶ月後と4回行った。目的は支援状況の確認と適宜修正アドバイスである。その中で、本人がやるはずの食材リストアップ表の記入や掃除をヘルパーが行っていることが分かり、ヘルパーからは自分の支援についての不安が聞かれ、課題も見えてきた。そこで支援計画の振り返りを行い、目標の確認と、本人がやること、ヘルパーがやること、について再度確認を行い、支援の修正を行った。

終結

家族と地域支援者が障害特性を理解できるよう書面を元に説明を行い、ツールの導入とヘルパー導入という環境整備を行った。その結果『夫の帰宅に間に合うように夕飯を作る』という目標を達成することが出来た。

以前は同じ週に同じメニューが数回続くなどしていたが、賞味期限を考えながら献立をたて、メニューのレパートリーも増えた。献立をたてる時間も短くなり、携帯でメニューを検索するなど工夫も出来るようになった。また夕飯の支度が間に合わずにお惣菜を購入していたことも減った。献立作成と夕飯づくりは安定して出来るようになり、ヘルパーが来てくれるというきっかけと見守りが現在の自立に繋がっている。

また、精神面での変化もあった。以前はうまくいかないことにストレスを感じながらどうしてよいか分からず、混乱し、支援センターに電話を度々かけてくることがあったが、ヘルパー利用が開始されてから、身近な相談役ができたことで不安が減り、安心して落ち着いて行動できるようになり支援センターへの電話もそのころから減った。ご本人からは、「夫が優しくなった。周りの

友人からも明るくなったと言われるようになった、家事の一部が自立したことで自信がもてた」という言葉が聞かれた。夫からの「帰宅したら夕飯が出来ている、メニューが多くなり嬉しい。なぜ家事が出来なかったのか原因がよくわかった。」という言葉からは、障害理解が得られたことが関わりの変化に繋がっていると思われた。

まとめ

訪問型家事支援においては、本人のみならず家族への障害理解の支援が大切である。そして、支援の定着には、フォローアップによる定期的な振り返りが非常に重要であると考えられる。

この取り組みは、開始時は高次脳機能障害支援センター事業費の『地域生活支援』としての訪問型家事支援であったが、ヘルパー引継ぎ後は障害者総合支援法による居宅介護サービスを活用したヘルパー利用となっている。

E. 考察

訪問サービスでは、本人・家族の意向に沿って、支援の目標とするターゲットを絞り込み、アセスメントにより課題を明らかにし、代償手段を活用し、繰り返しの行動定着支援と環境設定によって、目標とした行動の獲得を図った。

支援の過程では、本人と課題の認識を共有するために、気づきを促すような対応や本人の納得を得るような対応が必要であった。

訪問サービスのメリットは本人の慣れた環境で、実際の場面に即した支援ができることである。その場で本人の障害特性に合わせた使いやすい手順書を作成したり、目印などを貼ったり、ルールを決めたりなど、本人がつまづいているところを『見える化』して行動しやすくした。これらは記憶障害や注意障害、遂行機能障害のある高次脳機能障害者にとって有効な支援方法であった。また、家族や周囲の人たちにとってはそれまでわかりにくかった障害を理解する機会となるとともに、支援方法を学び、実行するようにもなった。

本人は自分でできるようになったことで自信を取り戻し、積極的に生活に取り組むようになった。それまで依存的であった当事者が自立的に変

化することで同居する家族の介護負担が軽減したり、家族関係に良好な変化が見られたりした。

訪問サービスは生活の基盤を整備したが、その後の生活の維持には地域の支援者による支援の継続が求められた。訪問サービスに付随して、地域の支援者とケア会議を行ったり、ヘルパーに支援方法を引きついでりするなど、丁寧な支援がされていた。

高次脳機能障害者は困っていることに気づけなかったり、勝手に判断して行動してしまったりして、混乱に拍車がかかり、安定した生活が崩れてしまうことが往々にしてある。とりわけ、単身生活者の場合に問題となりやすい。訪問サービスを利用した経験を通して、困った時に支援を求めることができるようになったり、ヘルパーが身近で相談できる支援者としての役割を果たすようになったりすることで、安定した生活が維持される可能性をうかがい知ることができた。

F. 結論

訪問型（アウトリーチ）サービスが高次脳機能障害者の地域生活支援に有効であることが実践を通して明らかになった。とはいえ、自立してサービスを利用しなくなるということではなく、居宅サービスをはじめとした地域の支援を活用しながら自分らしい安定した生活を送るようになるということであった。

高次脳機能障害者は他の精神障害に比べて少数であり、地域に散在している。現行の生活訓練（訪問型）による集約型の対応は難しい。今後、高次脳機能障害者を対象とした訪問サービスを普及するためには、地域の様々な高次脳機能障害にかかわる支援機関（高次脳機能障害支援センター、自立訓練事業所、就労移行事業所、相談支援事業所など）が必要に応じて訪問サービスを実施し、それに対して報酬が支払われるような柔軟な仕組みが望まれる。

G. 健康危険情報

なし

H. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

・第 39 回日本高次脳機能障害学会学術総会、高次脳機能障害を持つ主婦の家事支援～生活版ジョブコーチの試み～、揚戸薫、武藤かおり、阿部里子、西川順治、大塚恵美子、吉永勝訓、2015、東京

I. 知的財産権の出願・登録状況

なし

