

2015 年度聖隷クリストファー大学大学院  
看護学研究科 博士論文

論文題目

在宅高次脳機能障害者と家族に対する“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの開発

療養支援看護学分野 慢性・急性期看護学領域  
12DN03 高山 望



# 要 旨

## I. 研究の背景

高次脳機能障害とは、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害をさし、地域生活で当事者・家族は多くの課題を抱えている。支援においては、認知リハビリテーション、代償訓練の獲得、障害の認識を高めること、環境調整が重要であり、“自己の気づき”に働きかけることが着目されている。そこで、これまでの研究成果と既存の包括的リハビリテーションプログラムを参考にして、高次脳機能障害をもつ当事者と家族に対する“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの開発に着手することにした。

## II. 研究目的

本研究の目的は、看護師が主となって、在宅で高次脳機能障害をもつ当事者と家族を対象とした“自己の気づき”を促す生活支援プログラムを開発し、その有効性を評価することである。本プログラムは、当事者と家族1名が1組となって参加することを基本とし、当事者の行動の特徴の縮小化、認知機能の改善、ADLの獲得をめざすとともに、家族の介護負担の軽減、QOLの向上を支援するものである。

## III. 研究方法

1 群事前事後テストデザイン（事例介入研究）とし、開発した“自己の気づき”を促す生活支援プログラムを高次脳機能障害をもつ当事者と家族に適用した。

1. **対象** 高次脳機能障害をもつ当事者と家族1名ずつを1組とし、10組を対象とした。
2. **プログラムの概要** プログラムは、個人面談は5回、集団セッションは3回、教育プログラムは4回を組み込み、隔週1回、計8回実施し、最後に修了証書を授与した。
3. **データ収集方法** 当事者は、介入前に waisIII成人知能検査を実施し、認知機能を評価した。介入前、介入後、介入終了後1ヶ月に認知（MMSE、タッチエム）、ADL（ICF測定尺度；運動・聴覚・視覚・記憶、IADL）を測定した。家族は、同時点に行動の特徴（脳外傷による認知-行動障害尺度；TBI-31）、介護負担（Zarit 介護負担尺度）、QOL（SF-8）を測定した。個人面談は、半構造化質問紙を用いた面接調査法によりデータを収集した。また、集団セッションや教育プログラムの様子は、画像で記録した。
4. **分析方法** 介入前、介入後、介入終了後1ヶ月の測定値をみて、各事例の行動の変化を分析し、認知機能やADLの変化をみた。そして、同時点で、家族の介護負担やQOLの変化を分析した。また、質的データに関しては、質的帰納的方法を用いて分析した。なお、倫理的配慮として、対象にデータ内容を確認して承諾が得られた情報のみ公表した。

## IV. 結果

1. **対象者の概要** 研究参加への同意を得られた当事者5名、家族6名、合計11名分析対象とした。当事者は、発症期間が2～5年以上経過3名、20年以上経過2名であった。家族は、母親3名、父親1名、妻1名、同胞1名であった。

2. **目標達成度** 全当事者は「達成可能な目標とその対策」を立案し、うち3名の記憶や注意に関する目標は達成度が高かった。他2名は、「対人関係やコミュニケーション」に関する目標の達成度が低かったが、家事動作を通して家族間の交流を図ることができた。
3. **当事者の変化** ①行動の特徴：全当事者の TBI-31 の Z 値に改善が認められた。特に「健忘性」、「感情のコントロール力の低下」、「遂行機能力の低下」の行動の特徴が縮小化し、「固執性」は変化がみられなかった。②認知機能：全当事者の MMSE による認知機能は一定水準で、作業記憶に改善がみられた。③ADL：全当事者の IADL に改善がみられた。ICF は全当事者の運動機能、聴覚機能、視覚機能が一定で、記憶機能は改善したが、介入終了1ヶ月には、記憶機能が介入前の状態に戻った者もいた。
4. **家族の変化** A 氏、B 氏、C 氏、E 氏の家族の介護負担感が軽減し、QOL が向上した。介入終了後1ヶ月には、介護負担と QOL とともに、介入前の状態に戻った。介護負担や QOL の向上に結びつかなかった D 氏の家族は、測定時期と D 氏の退職が重なっていた。
5. **家族の特徴的な支援** 家族は、介入によって、体験に知識が裏付けされる形で知的気づきが深まっていた。また、全家族は、当事者に“自己の気づき”を促しており、母親によるバリエーションが豊富であった。さらに、全家族は、当事者に「肯定的なフィードバック」や「期待感」を伝えることで、当事者が継続的に取り組むことを支えていた。
6. **プログラムの評価** 5名中3名の当事者が、記憶や注意に関する目標を達成し、他2名は「対人関係やコミュニケーション」に関する目標を立案し、達成度が低かった。介入によって、当事者は「健忘性」を中心とした行動の特徴が縮小化し、作業記憶が改善し、家事動作の獲得がみられた。ほぼ全家族の介護負担が軽減し、QOL が向上したが、介入終了後、持病の悪化や将来の不安から介入前の介護負担や QOL の状態に戻った。

#### IV. 考察

本研究の“自己の気づき”を促す生活支援プログラムは、当事者と家族に対して、個人面談、教育プログラム、集団セッションを実施する中で、知的気づき、体験的気づき、予測的気づきにつながれたと考えられる。記憶や注意に関する目標は、目標達成度が高かった。また、家族は「肯定的なフィードバック」や「期待感」を伝えることで、当事者が継続的に取り組むことを支えていた。介入前後で介護負担感の軽減と QOL の向上が確認できたという点で、家族に対して一定の効果があったと考えられる。しかし、介護負担の軽減や QOL の向上が一時的であったことから、プログラムの効果を維持するためには、継続プログラムの必要性が示唆された。

#### V. 結論

高次脳機能障害の当事者は、記憶や注意に関する目標が目標達成につながっていた。当事者の行動は、「健忘性」が縮小化し、それに伴って感情面や課題解決力も改善した。介入後、家族の介護負担は軽減し、QOL の向上につながった。効果は一時的であったが、家族の高次脳機能障害の知的気づきが体験でき、支援方法の充実化につながったことが示された。





|  |    |
|--|----|
| 序章   | 1  |
| I. 研究背景  | 1  |
| 1. 高次脳機能障害の動向                                    | 1  |
| 2. 高次脳機能障害支援モデル事業とその普及                           | 1  |
| 3. 高次脳機能障害における生活支援プログラム                          | 3  |
| II. 研究意義   | 5  |
| 1. 障害アプローチから生活支援アプローチへパラダイムシフト                   | 5  |
| 2. 看護師が中心となって生活の視点に立って関わることの意義                   | 5  |
| 3. “自己の気づき”を促す生活支援プログラム構築の意義                     | 6  |
| III. 研究目的  | 6  |
| 第2章 文献検討   | 7  |
| I. 高次脳機能障害者に関する神経心理学的研究の動向                       | 7  |
| II. 高次脳機能障害者と家族に対する看護支援に関する研究                    | 7  |
| III. 高次脳機能障害における Awareness の文献検討                 | 9  |
| IV. 要約   | 10 |
| 第3章 研究の枠組み                                       | 11 |
| I. 研究枠組みの展開                                      | 11 |
| 1. 本研究のコンストラクション                                 | 11 |
| II. 用語の操作的定義                                     | 11 |
| 1. 高次脳機能障害 (Higher Brain Dysfunction)            | 11 |
| 2. 自己の気づき (Self-Awareness)                       | 11 |
| 3. 生活支援 (Life support)                           | 13 |
| 第4章 在宅高次脳機能障害者と家族に対する“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの開発プロセス | 14 |
| I. “自己の気づき”を促す生活支援プログラム案作成のプロセス                  | 14 |
| II. 既存の包括的リハビリテーションプログラム                         | 14 |
| 1. ニューヨークラスク研究所による脳損傷者通院プログラム                    | 14 |
| 2. 『高次脳機能障害者支援の手引き改訂(第2版)』                       | 14 |
| 3. 脳外傷当事者、家族を対象とした通所リハビリテーションプログラム；通称 オレンジクラブ    | 15 |
| III. これまでの研究成果                                   | 15 |
| 1. 第1研究：右大脳半球損傷患者におけるコミュニケーションの課題                | 15 |
| 2. 第2研究：在宅高次脳機能障害者の主介護者における介護負担と関連因子の検討          | 16 |
| 3. 第3研究：軽度な高次脳機能障害患者が代償訓練を受け入れるための看護面接           | 16 |
| 4. 要約  | 16 |
| IV. 本研究における“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの概要               | 17 |

|   |    |
|---|----|
| V. 概念枠組み.....   | 17 |
| 第5章 在宅高次脳機能障害者と家族に対する“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの有効性の評価..... | 20 |
| I. 研究目的.....  | 20 |
| II. 本研究における前提と仮説.....                                 | 20 |
| III. 研究方法.....  | 21 |
| 1. 研究デザイン.....  | 21 |
| 2. 介入と介入手順.....                                       | 21 |
| 3. 対象者.....   | 24 |
| 4. 研究施設の概要.....                                       | 24 |
| 5. 調査内容.....  | 25 |
| 6. データ収集方法.....                                       | 28 |
| 7. 分析方法.....  | 29 |
| 8. 倫理的配慮.....   | 30 |
| IV. 結果.....   | 31 |
| 1. 対象者の概要.....  | 31 |
| 2. 当事者の変化.....  | 35 |
| 3. 家族の変化.....   | 43 |
| 4. 生活支援プログラムにおける当事者の目標達成度と家族の特徴的な支援.....              | 45 |
| V. 考察.....  | 56 |
| 1. 介入前後における当事者の変化.....                                | 56 |
| 2. 介入前後における家族の変化.....                                 | 57 |
| 3. “自己の気づき”を促す生活支援プログラムと目標達成度との関係.....                | 58 |
| 4. 家族の障害理解の深まりと気づきを促す体験、代償手段の獲得に向けた工夫.....            | 59 |
| 5. “自己の気づき”を促す生活支援プログラムの評価.....                       | 60 |
| 6. 研究の限界と今後の課題.....                                   | 60 |
| VI. 結論.....   | 62 |
| 謝辞.....   | 65 |
| 引用文献.....   | 66 |
| 資料  |    |



## 序章

### I. 研究背景

#### 1. 高次脳機能障害の動向

高次脳機能障害は、頭部外傷や脳血管障害による大脳の器質的損傷によって、認知障害を生じることである。それによって、日常生活に多大な影響を与え、当事者および家族の生活の質を著しく低下させ、社会復帰や職業復帰が阻まれるという問題が生じている。欧米では、「Cognitive function」および「Cognitive dysfunction」が用いられ、直訳すると「認知機能」および「認知機能障害」となる。わが国では、行政的支援対策として「高次脳機能障害」という診断名が用いられるようになった。そこで、本研究では、臨床的立場を重視して、「高次脳機能障害」という用語を用いることとする。

日本の高次脳機能障害者の年間発症数は、人口 10 万人対 2.3 人で、わが国の人口 12,800 万人あたり 2,884 人の新規発症があると推定されている(蜂須賀, 2011)。また、累計数は約 25 万人、そのうち 18~64 歳の者は約 7 万人と推定されている(中島, 2006)。いずれも推定値であるが、特定のニーズを持った高次脳機能障害者の集団が確実に増えている。

高次脳機能障害は、失語、失行、失認に代表される単症状ばかりではなく、行動や社会的相互作用に至る能力的な機能を含むことが明らかになってきた。そこで、『高次脳機能障害者支援の手引き(第1版)』に則り、高次脳機能障害とは、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害の4つとする。2008年11月、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部と国立障害者リハビリテーションセンターは、『高次脳機能障害者支援の手引き改訂(第2版)』を作成し、行政の見地から高次脳機能障害の診断基準を提示した。高次脳機能障害に対する支援は、発症・受傷からの相対的な期間と目標によって、医学的リハビリテーションプログラム、生活訓練プログラム、職業訓練プログラムの柱に分かれている(図1)。全てのプログラムに共通する考え方として、認知障害に対するリハビリテーション、代償訓練の獲得、障害の認識を高めること、家族へのアプローチを含めた環境調整が掲げられている。

本研究は、医学的リハビリテーションから生活訓練リハビリテーションの時期への移行期に介入する“自己の気づき”を促す生活支援プログラムであり、医療と福祉サービスの移行ケアに位置づける。

#### 2. 高次脳機能障害支援モデル事業とその普及

世界保健機関(World Health Organization ; WHO)は、世界的な公衆衛生や健康問題に力を入れている。わが国は1951年に加盟国となり、保健医療分野の対策に着手している。特に、アルツハイマー症や脳血管障害による記憶力、判断力の低下による日常生活への支障は大きな問題と捉えられており、2013年12月に開催された主要国(G8)サミットでも取り上げられ、認知障害は世界的に早急に確立すべき課題としてあがっている。

# 日本の政策 高次脳機能障害支援モデル事業 2001～2005年(5年間)

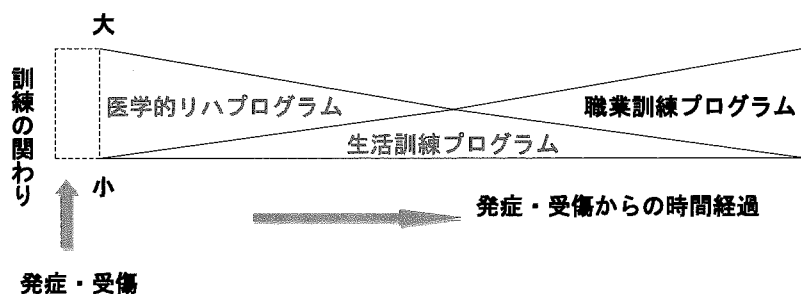


図1 高次脳機能障害支援モデル事業における訓練プログラムの体制

2001～2005年まで厚生労働省は「高次脳機能障害支援モデル事業」を展開した。これにより、全国に拠点機関が設置され、確定診断、訓練、社会的支援が提供されるようになってきた。2013年現在、拠点機関は全国に71箇所設置されている。翌2006年には、厚生労働省が「障害者自立支援法」を施行し、高次脳機能障害をもつ者は、この法律に基づいて各種サービスを受けることが可能になった。また、2013年4月1日より、新法として「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律；通称 障害者総合支援法」が施行され、これに基づいて各種サービスを受けることが可能になった。また、地域生活支援事業の一つとして「高次脳機能障害支援普及事業」が各都道府県単位で実施されている。これにより、専門的な相談支援、地域ネットワークの充実、支援手法の研究および普及の取り組みが進展し、各地域において高次脳機能障害の支援体制が進められている。

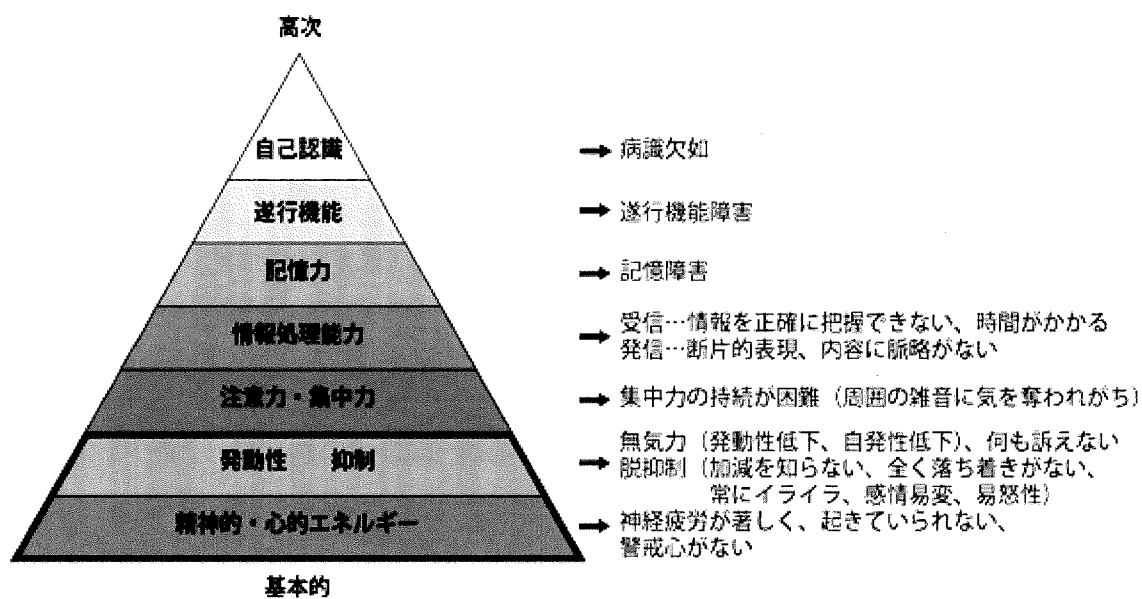
### 3. 高次脳機能障害における生活支援プログラム

高次脳機能障害に対する認知リハビリテーションは、①認知障害を改善するアプローチ、②認知心理学的理論やモデルを活用したアプローチ、③神経心理学的アプローチ、④情動や動機づけを含めた包括的アプローチの4タイプに分類される(岡村, 2012)。中でも、包括的アプローチは、様々な実績を上げている。

海外では、米国ニューヨーク大学医療センター・ラスク研究所が「脳損傷者通院プログラム(Brain Injury Day Treatment Program)」に取り組んでいる(立神, 2006)。ラスク研究所の開発した神経心理ピラミッド(Neuropsychological Pyramid)は、認知機能を7階層に区分し、認知機能の働き方の順序性、基本的なレベルの上にある全ての機能に影響を及ぼしていると考えられている(図2)。但し、このプログラムは、使用言語は英語のみで、当事者と家族1名が長期間滞在して通院する方法をとるため、利用には制限がかかる。

国内において、東京医科歯科大学難治疾患研究所神経外傷心理研究部門では、2004年10月より、脳外傷当事者、家族を対象とした通所リハビリテーションプログラムとして、「脳外傷当事者・家族ボランティア支援プログラム(通称 オレンジクラブ)」を実践し報告している(橋本, 野路井, 間島, 石松, 中村, 安保, 2006)。これは、ラスク研究所による脳損傷者通院プログラムの手法を取り入れ、日本の文化・風土に合わせた医師、精神科医師、心理療法士による認知行動療法を基本とした包括的アプローチである。このプログラムは、高次脳機能の改善や就労支援といった固定的な治療目標は掲げず、家族や地域環境を巻き込んだ包括的支援を心がけていることが特徴である。

また、2011年4月より作業療法士による「NPO法人えんしゅう生活支援net」が設立され、高次脳機能障害者に自立支援法に基づく生活訓練事業・就労移行支援事業を行う「ワークセンター大きな木」と就労移行支援事業と就労継続B型事業である「ワークセンターふたば」の活動をしている。他に、就労している人と就労を目指す人たちのため



【ニューヨーク大学医療センター・ラスク研究所の神経ピラミッドの図を穂高が改編】

図2 Neuropsychological pyramid; 神経心理ピラミッド



の集いの場として、就労継続事業「ナイトサロン」を運営している。この施設は、地域に基盤をおいた作業療法士による包括的アプローチを取り入れていることが特徴である。

これらの取り組みから、高次脳機能障害では当事者のみでなく家族や周囲へのケアが重要であり、地域に基盤を置いたリハビリテーション;Community Based Rehabilitationの重要性が注目されている。

## II. 研究意義

### 1. 障害アプローチから生活支援アプローチへパラダイムシフト

高次脳機能障害者は、退院して地域社会に戻ることで、行動範囲が広がり、様々な場面で社会性が磨かれていく。時に、役割や生きがいを喪失し、厳しい現実を体験することもある。中西(2005)は、高次脳機能障害を有する人への看護支援プログラム開発のための文献検討を行い、実験的な状況下で行う治療的アプローチには、その効果が日常生活行動につながらないという限界を明らかにした。このことから、入院加療中は、障害に着目して集中的にリハビリテーションを行うことで効果をあげているが、病院という限られた小社会では、当事者の社会性を十分に試すことができないと考えられた。また、館山ら(2010)は、高次脳機能障害患者を支える主介護者にとって、確定診断されたことの意味が大きいこと、また、短期間の入院では代償方法の検討・評価に至らず、問題や課題が解決されない状態で退院に至っており、代償手段を獲得できずに自宅退院を迎えているという実態を明らかにした。このことから、複雑に絡んだ生活上の問題をどのように解決すればよいのか道筋をつける看護職の存在が重要であると考えられた。

以上のことから、高次脳機能障害者にとって地域社会に戻ってからは、障害アプローチではなく、生活の視点に立った支援が重要であると考えられた。

### 2. 看護師が中心となって生活の視点に立って関わることの意義

医師、臨床心理士、作業療法士、言語聴覚士など、様々な職種が認知的アプローチ、情緒的アプローチ、教育的アプローチを実施しているが、看護師が中心となって介入を行うことで、以下のような利点が考えられる。

特に、高次脳機能障害は大脳の損傷部位と広がりによって様々な症状が現れるため、複雑に絡んだ生活上の問題を整理することが困難である。支援者には、当事者・家族の全体像を理解し、生活上の困難さの原因となっている問題点・課題やその優先度を詳らかにし、介入方法の適切さ、また優先度が高くても介入すべき時期や方法の見極めが求められる。当事者の生活そのものを総合的にみて現象に対して支援する看護師は、その役割を果たすケア調整役として適した職業と考えられた。また、当事者や家族の取り組みをモニタリングすることで、継続的に取り組むことができるように支援することが重要である。なぜならば、当事者が自身の高次脳機能障害の症状を受け止め、自分なりに工夫できる点を取り入れることは、多くの努力がいることであり、当事者に合致した方

法でなければ継続して取り入れることが難しいからである。さらに、看護師が、当事者と家族に対して面接技法を用い、精神的な支援を行うことで、彼らの安定・安寧につながれると考えられる。先行研究では、高次脳機能障害者にとって“自己の気づき”と抑うつ・不安は、相関関係があることが明らかにされている(岡村, 2012)。つまり、“自己の気づき”が良ければ良いほど、高い心理的ストレスを感じることになる。そこで、看護師による継続的な精神的支援が重要であると考えられた。

以上のことから、看護師を中心とした“自己の気づき”を促す生活支援プログラムを提供することは、意義があると考えられる。

### 3. “自己の気づき”を促す生活支援プログラム構築の意義

現在、高次脳機能障害者と家族に対して様々な認知リハビリテーションが提供されているが、効果的に代償手段の獲得に結び付いているとは言えない。ラスク研究所の開発した神経心理ピラミッド (Neuropsychological Pyramid) では、認知機能を7階層に区切り、その最上層に“自己の気づき”が位置付けられている。研究者は、最も高次な自己認識に至るまでの過程に、段階的アプローチ以外の別のアプローチ方法が必要ではないかと考えた。

そこで、本研究においては、最も難しい方法と思われる“自己の気づき”に積極的に挑戦することで、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害に対して波及効果をあげることをねらいとした。

本研究における生活支援プログラムを活用する臨床場面として、現在の医療保険、介護保険、障害者総合支援法の枠組みの中で、看護師が中心となり介入をすることで、高次脳機能障害者と家族の生活の質が向上することが可能になる。例えば、病院において外来・病棟看護師が、入院中あるいは通院中の高次脳機能障害者と家族に対して、継続的な生活支援プログラムを実施することが可能である。また、福祉の枠組みでは、生活訓練事業・就労移行支援事業として、看護師が新規参入することで、医療と福祉への移行支援をスムーズにし、社会復帰につなげることが可能になる。さらに、医療や福祉サービスにつなげることができない事例においては、各市町村保健師と協力して生活支援プログラムを可能な範囲で、汎用することも可能であると考えられる。

## III. 研究目的

本研究の目的は、看護師が中心となって、在宅で高次脳機能障害者と支えている家族を対象とした“自己の気づき”を促す生活支援プログラムを開発し、その有効性を評価することである。本プログラムは、当事者と家族1名が1組となって参加することを基本とし、当事者の行動の特徴の縮小化、認知機能の改善、ADLの獲得をめざすとともに、家族の介護負担の軽減、QOLの向上を支援するものである。

## 第2章 文献検討

### I. 高次脳機能障害者に関する神経心理学的研究の動向

医学においては、損傷部位別にみて左大脳半球が「失語症候群」、右大脳半球は「無視症候群」が指摘され、左右大脳半球を比較検証した研究が実施されてきた。特に、右大脳半球損傷における神経障害は、臨床の場面において、高次脳機能障害の症状そのものよりも、行動上にみられる特有の反応様式が問題となることが指摘されてきた。

これまでの研究において、急いでいるが不注意で粗雑な行為や疾病観念の悪さといった形態や左半側空間失認を持つ者は、それを持たない者より、動作性検査が全て有意に劣っていたことが指摘されている(宮森, 福井, 河内, 1978)。また、佐藤(1981)は、右大脳半球損傷群と対照群(老人群)にロールシャッハ・テストを実施した結果、右大脳半球損傷は、生理学的研究によって実証された事実以上に、広範囲でかつ自我機能、人格機能にまで及んでいたことを指摘した。さらに、右大脳半球損傷群内のコミュニケーション能力の調査によれば、右大脳半球損傷の低得点群は、「視空間情報の操作能力」、「複雑な行為の遂行能力」、「複雑な聴・視覚情報の操作能力」、「複雑な聴覚的把持と理解」の4つが困難な項目であると報告されている(竹内, 高橋, 宮森, 1989)。加えて、江端(1999)は、右大脳半球損傷者が心理社会的適応性評価日本語版の「自己評価の引き下げ」および夫婦関係の領域の「性的な興味」の2項目で、左半球と比較して有意に低い傾向を認めた。また、自己の障害について、右大脳半球損傷者は無関心であるが、左大脳半球損傷者は経時的に改善する傾向が示唆された。これらの研究から、右大脳半球損傷は、行動上にみられる特有の反応が着目されてきた。

最近の医学関連研究において、Uruma(2013)は、神経心理学的障害に関連づけられている軽度外傷性脳損傷の後遺症をTc-99mECD SPECTを用いて脳灌流異常の特定の脳病変を明らかにした。この研究から、高次脳機能障害においては、障害の限局性や大脳の局在性へと研究が解明されつつある。また、石松(2006)は、外傷性脳損傷(脳外傷)者の社会復帰に関わる認知機能を検討した結果、慢性期における脳外傷者の就労が困難な要因の一つとして展望記憶の障害を指摘した。展望記憶とは、ある時間経過において事前に定められた行為を実行するという意図を実現するもので、「決まった時間に薬を飲む」、「約束の時間に合わせて待ち合わせ場所に行く」などの行為に重要な認知機能のことであり、高次脳機能障害者は、この展望記憶が低下するという新たな知見が得られた。

### II. 高次脳機能障害者と家族に対する看護支援に関する研究

看護学においては、これまで左右大脳半球の損傷部位の違いから比較した研究(Visser-Keizer, Jong, Deelman, Berg, Gerritsen, 2002)や当事者と家族の認識の違いから比較した研究(Williams & Dahl, 2002)、生物学的な男女差から比較した研究(Covassin & Bay, 2012)、発症前の知性と認知障害の関連を比較した研究(Zinn, Bosworth, Hoenig, Swartzwelder, 2007)などの関連因子検証型デザインの研究が実施されてきた。

具体的には、Visser-Keizer, et al (2002)は、脳卒中発症3ヶ月後の左右大脳半球脳卒中患者とそのパートナーによる感情的、認知的変化の存在と厳しさを記述することを目的に、脳卒中を発症して3ヶ月経過した左右大脳半球脳卒中患者とそのパートナー113名を対象として、両者間の認知の矛盾に関連した要因を検討する研究を行った。その結果、左大脳半球損傷患者の大部分においては、感情と認知の変化がパートナーと一致していたのに対して、右大脳半球損傷患者については、パートナーの方が患者自身よりも頻繁で深刻な変化を報告した。その要因として、「無視症候群」のレベルが患者とそのパートナーとの間で認知の不一致があることが指摘されている。また、Williams & Dahl (2002)は、当事者と家族間の脳卒中患者の行動評価を比較検証するために、Brain Impairment Behavior Scale;BIBS尺度を用いた調査を実施した。BIBS尺度とは、脳卒中患者に対する無関心、易怒性、不活発、認知困難、対人交流、感情的な依存関係、物理的な依存関係の7項目で行動を調査する尺度である。その結果、無関心、認知困難、対人交流の下位尺度で、当事者と介護者との間で認識に差異が認められた。さらに、Covassin & Bay (2012)は、軽度～中程度の頭部外傷後に、認知機能、神経行動症状、慢性的なストレスに生物学的な男女の違いがあるかを明らかにすることを目的に、リハビリテーションセンターに通う外来患者72名に対して横断的研究を実施した。その結果、言語記憶のスコアにおける男女差はなかったが、認知課題、神経行動症状、慢性的ストレスとの相関には、男女に異なる結果がみられた。加えて、Zinn, et al (2007)は、急性期における脳卒中の重症度と発病前の特性に機能不全の関連を明らかにすることを目的として、入院中の脳卒中患者47名に対して、複合認知障害率を調査した。その結果、複合認知障害率の値は、脳卒中の重症度に関連しなかったが、推定発病前の知性に関連していた。他に、Khan-Bourne & Brown (2003)は、脳損傷や脳卒中後のうつ病の心理的マネジメントの必要性を唱えた。これらの関連検証から、左右大脳半球のどちらに損傷がみられるか、当事者・家族の認識の差異の検証、生物学的な男女差の検証、発症以前の知性と複合的認知障害の関連、脳外傷や脳卒中とうつ病との関連が明らかとなってきた。以上のことから、頭部外傷からの慢性的な回復を目指す人々には、言語記憶とストレスマネジメントの代償的戦略が効果的と考えられた。

最近では、障害認識を高めることによって日常生活動作のパフォーマンスを高める介入研究 (Tham, Ginsburg, Fisher, Teger, 2001) や認知行動療法を基盤にした認知機能改善プログラムの開発 (Luton, Reed-Knight, Loiselle, O' Toole, Blunt, 2011) (Jean, Simart, Wiederkehr, Bergeron, Turgeon, et al, 2010)、認知機能評価をするための尺度開発 (Bosco, Angeleri, Zuffranieri, Bara, Sacco, 2012) が研究されている。

具体的には、Tham, et al (2001)は、半側空間失認をもつ4名の障害者に対して、意識の向上に焦点を当てた生活支援プログラムを評価することを目的とした実験研究を行った。その結果、3名の参加者には、障害と日常生活動作能力の意識が向上し、かつうち2名の参加者に持続的な改善がみられた。このことから、半側空間失認の意識の向上が日常生活動作の代償方法を学習する能力を向上させる可能性が示唆された。

また、Luton, et al (2011) は、神経疾患により外来通院中の小児に対して、認知機能改善プログラム簡易版の有効性を検証する研究を行った。その結果、神経心理学的な障害をもつ小児には、外来にて集団で治療を目的とした認知修正プログラムが有効であることが示された。さらに、Jean, et al (2010) は、認知訓練の有効性を検証することを目的に、健忘型の軽度認知障害をもつ 22 名を対象に介入研究を行った。その結果、参加者の認知機能は、セッションを重ねるごとに改善し、介入終了後であっても介入前の認知機能よりも改善がみられた。加えて、Bosco, et al (2012) は、神経心理学的および精神医学障害を有する患者のコミュニケーションをアセスメントするための尺度開発を目的とし、小児 390 名と外傷性脳損傷者 30 名に対して調査した結果、等価的で測定可能な心理学的機能の根拠と臨床的な汎用性を提示した。これらの研究から、認知機能の改善に向けたより具体的な支援を開発する研究へと発展してきた。

### III. 高次脳機能障害における Awareness の文献検討

“自己の気づき”は、本研究における生活支援プログラムの中核概念である。“自己の気づき”は、「自己 (Self)」と「気づき (Awareness)」の複合語である。広辞苑によると、「自分、その人自身」が「気が付くこと、心づくこと」とある。類義語として「自己認識」があり、ニューヨークラスク研究所による「脳損傷者通院プログラム (Brain Injury Day Treatment Program)」の神経心理学ピラミッドにおいて最も高次のレベルに該当し、これに向かってプログラムが展開されている。

Awareness は、2012 年日本高次脳機能研究会シンポジウムにおいて、以下の点で討議された。Awareness は複雑な概念であるが、高次脳機能障害の場合、脳損傷による神経心理学的な考えによるものであり、否認や抑圧といった防衛機制という精神力動的な考え方とは異なるものである。また、運動、感覚、言語能力といった認知障害をさす限局的な病識の低下と“自己の気づき”は、分ける考え方もある(岡村, 2012)。Crosson(1989)は、“自己の気づき”を階層モデルで提示し、知的 Awareness、体験的 Awareness、予測的 Awareness に区別し、知的 Awareness を経て体験的 Awareness へ、体験的 Awareness を経て予測的 Awareness へと上がっていくという構造が示された。一方で、知的 Awareness はメタ認知を指し、体験的 Awareness と予測的 Awareness は課題の遂行や体験状況下でのオンライン認知を指すという立場(Toglia, 2000)もある。また、宮原ら(2012)は、脳損傷に対する Self-Awareness(自己の気づき)の評価法「日本語版 SRSI(Self-Regulation Skills Interview: 自己統制能力質問紙)」の作成および信頼性・妥当性を検討した。この尺度は、問題の気づき、変化への動機づけ、戦略の気づきの 3 因子で構成され、“自己の気づき”の主成分が明らかとなった。そして、脳損傷者においては、“自己の気づき”が獲得されるほど ADL の能力は改善することが言われている(Ekstan, 2007)ことから、“自己の気づき”を高めることが重要である。

これらの研究から、本研究においては、“自己の気づき”に障害があると、自分の障害の

性質や程度、障害が与える影響の理解が乏しくなり、代償方法の獲得が困難となる。そこで、“自己の気づき”を高める介入をすることで、予測より低い自分の能力や社会的評価の低下を認識することができるようになると仮説を設定した。但し、Awareness と心理的ストレスの関係を調査した研究(岡村, 2012)では、自分に対する洞察が回復すると感情的な障害のリスクも増加することより、Awareness を高めるかかわりと並行して、心理的アプローチが不可欠となる(長野, 2012)という先行研究から、介入の際は、Awareness の影響因子として、精神的支援が必要である。

#### IV. 要約

これまで医学においては、損傷部位別にみて左大脳半球が「失語症候群」、右大脳半球は「無視症候群」が指摘され、左右大脳半球を比較検証した研究が実施されてきた。最近では、慢性期脳外傷者の就労が困難な要因の一つとして展望記憶の障害(石松, 2006)や神経心理学的障害に関連づけられている軽度外傷性脳損傷の後遺症を Tc-99mECD SPECT を用いて脳灌流異常の特定の脳病変を明らかにした研究(Uruma, 2013)が発表されており、障害の限局性や大脳の局在性が解明されつつある。

一方、看護学においては、左右大脳半球の損傷部位の違いや男女差、発症前の知性と認知障害の関連などの関連因子検証型研究が実施されてきた。最近では、障害認識を高めることによって日常生活動作のパフォーマンスを高める介入研究(Tham, et al, 2001)や認知行動療法を基盤にした認知機能改善プログラムの開発(Luton, et al, 2011)(Jean, et al, 2010)、認知機能評価をするための尺度開発(Bosco, et al, 2012)が研究されており、認知機能の改善に向けたより具体的な支援を開発する介入研究へと発展してきている。

高次脳機能障害の Awareness は、神経心理学の考えに基づくものであり、防衛機制とは区別され、また、病識の低下とも区別される。Awareness は、知的 Awareness、体験的 Awareness、予測的 Awareness の3つの構成要素がある。“自己の気づき”が高まると予測より低い自分の能力や社会的評価の低下を認識することができ、ADL の向上にもつながる可能性がある。但し、“自己の気づき”を高める介入をする際は、感情的な障害のリスクが考えられるため、十分な情緒的支援を行うべきである。

## 第3章 研究の枠組み

### I. 研究枠組みの展開

#### 1. 本研究のコンストラクション

本研究は、論理実証主義的な接近法であり、コンストラクションを用いて記述する(図3)。対象【Z】は「在宅高次脳機能障害者と家族」とし、介入【X】は「“自己の気づき”を促す生活支援プログラム」とし、介入の成果【Y】を検証するという構成概念とする。それぞれの概念は、対象【Z】は「在宅高次脳機能障害者と家族」とし、介入【X】は個人面談・集団セッション・教育プログラムを組み合わせた「“自己の気づき”を促す生活支援プログラム」とする。当事者の目標は、「達成可能な目標とその対策」を立案することができる」とし、家族の目標は、「高次脳機能障害に対する理解の深まり」、「“自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーション」、「代償手段の獲得に向けた工夫」を体験できることとした。また、成果【Y】として、「当事者の成果変数」、「家族の成果変数」、「目標達成度」を評価すると設定した。下位概念としては、当事者の属性として、年齢、性別、診断名、高次脳機能障害の症状、受傷状況、就労状況、社会保障制度の利用状況を調査する。また、家族の属性として、年齢、性別、健康状況、就労状況、相談者の有無、家族関係の状況を調査する。また、当事者の成果変数としては、行動の特徴(脳外傷者の認知-行動障害尺度; TBI-31)、認知機能(MMSE、タッチエム)、ADL(IADL、ICF; 運動機能・視覚機能・聴覚機能・記憶機能)とした。家族の成果変数としては、介護負担の軽減、QOLを評価するとした。

### II. 用語の操作的定義

#### 1. 高次脳機能障害(Higher Brain Dysfunction)

高次脳機能障害とは、頭部外傷や脳血管障害による大脳の器質的損傷によって、認知障害を生じることである。記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害を主症状とする。記憶障害とは、新しい情報を記銘、保持して、必要な時に引き出すということができない状態とする。注意障害とは、持続性、転換性、多方向性、選択性の4つの注意を向けることができない状態とする。遂行機能障害とは、論理的に考え、計画し、問題を解決し、推察し、そして行動するといったことができない、またそれらを評価・分析できない状態とする。社会的行動障害とは、意欲・発動性の低下、情動コントロールの障害、対人関係の障害、依存的行動、固執が認められる状態とする。

#### 2. 自己の気づき(Self-Awareness)

高次脳機能障害における“自己の気づき”とは、神経心理学の考えに基づくものであり、知的気づき、体験的気づき、予測的気づきの3つの要素に構成されるものとする。“自己の気づき”が弱まるとは、自分の障害の性質や程度、障害が与える影響の理解が乏しくなり、代償方法の獲得が困難となる状態とする。逆に、“自己の気づき”が高まる

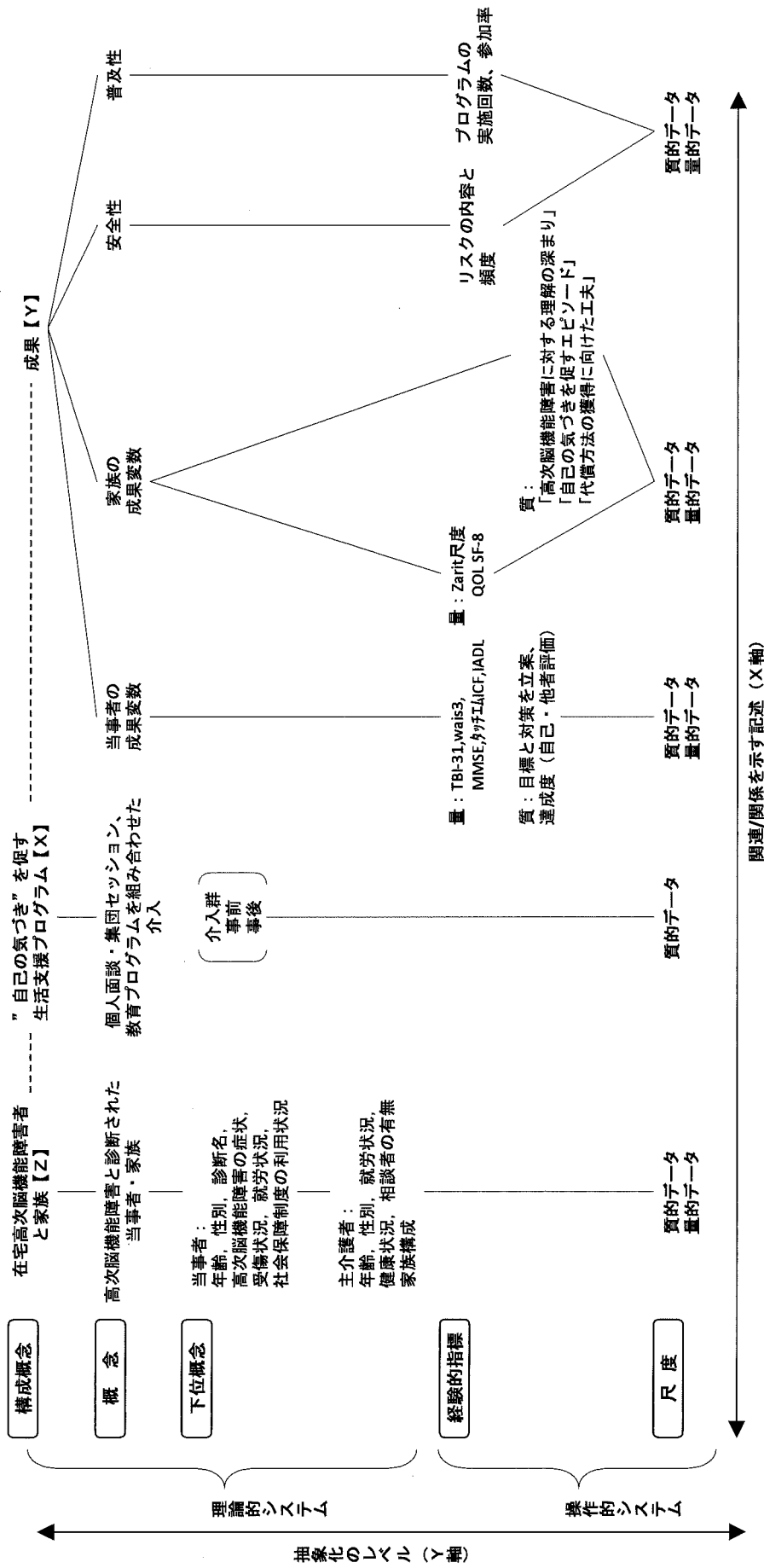


図3 在宅高次脳機能障害者と家族に対する「自己の気づき」を促す生活支援プログラムのコンストラクション



とは、予測より低い自分の能力や社会的評価の低下を認識することができるようになる状態とする。

### 3. 生活支援 (Life support)

生活支援とは、高次脳機能障害者が生活行為を成立させるために必要な援助行為であり、具体的には、『高次脳機能障害者支援の手引き(第2版)』における生活訓練に定義される「生活リズムの獲得」、「生活管理能力の向上」、「社会生活技能の向上」、「対人技能の向上」、「障害の自己認識、現実検討」、「必要とする支援の明確化」を支援内容とする。

## 第4章 在宅高次脳機能障害者と家族に対する“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの開発プロセス

### I. “自己の気づき”を促す生活支援プログラム案作成のプロセス

これまでの研究成果と既存の包括的リハビリテーションプログラムを参考にして、“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの原案を作成した。その後、脳神経看護に携わっている看護学の研究者複数名による検討会議を実施し、“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの原案を修正した。また、高次脳機能障害者の医療に従事している神経心理学専門医1名、言語聴覚士2名、作業療法士1名による検討会議を開催し、“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの原案を修正した。

### II. 既存の包括的リハビリテーションプログラム

#### 1. ニューヨークラスク研究所による脳損傷者通院プログラム

1978年に、ニューヨーク大学の「脳損傷者通院プログラム」が開発された。目的は、脳損傷により認知障害を抱えた者に対して、神経心理学的基盤を用いた包括的リハビリテーションを実施することによって、当事者が達成可能なゴールを設定し、鍵となる戦略の実践の習慣化を図ることを目指している。対象者は、脳外傷患者と家族あるいは関係者の誰かで、当事者は研修生あるいは訓練生と呼ばれ、家族はコーチとしての役割を求められるため、研修受講条件が設定されている。介入スタッフは、臨床心理士を中心とした介入である。介入期間は、20週(5ヶ月間)1単位とし、ラスク研究所の訓練期間と設定されている介入内容は、神経心理ピラミッドに基づいて、自身の認知機能の欠損の特徴を理解し、達成可能なゴールと補填戦略を立てて訓練する。成果として、プログラムの歴史が長く、国際的評価が高い。事例では、神経心理ピラミッドの底辺から、戦略を確実に実行したことで、症状が飛躍的に改善された(立神, 2006a, 2006b, 2006c, 2006d)。

#### 2. 『高次脳機能障害者支援の手引き改訂(第2版)』

2006年に、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部と国立障害者リハビリテーションセンターは、『高次脳機能障害者支援の手引き(第1版)』を作成し、2008年11月に改訂された。この手引きの目的は、高次脳機能障害を持つ患者に対して、適切な自立支援が提供できるように手引書として発刊された。対象者は、高次脳機能障害者とその家族である。スタッフは、医師、心理担当者、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、看護師、リハビリテーション体育士、医療ソーシャルワーカーなどが関わる。期間は、全体で1年間の訓練が望ましいとしている。介入内容は、医学的リハビリテーションプログラム、生活訓練プログラム、職業訓練プログラムの柱に分かれている。全てのプログラムに共通する考え方として、認知障害に対するリハビリテーション(認知リハビリテーション)、代償訓練の獲得、障害の認識を高めること、環境調整(家族へのアプローチ)が掲げら

れている。各都道府県に高次脳機能障害者を支援する拠点機関を設置し、支援コーディネーターを配置、相談件数が飛躍的に増加していることから、普及事業は一定の成果をあげている。

### 3. 脳外傷当事者、家族を対象とした通所リハビリテーションプログラム；通称 オレンジクラブ

2004年10月より、橋本らは、東京医科歯科大学難治疾患研究所神経外傷心理研究部門にて、脳外傷当事者、家族を対象とした通所リハビリテーションプログラムとして、「脳外傷当事者・家族ボランティア支援プログラム（通称 オレンジクラブ）」を実施した。このプログラムは、脳外傷者に対する包括的認知リハビリテーションを実施し、個々の当事者の目的やゴール設定をしないで、実施している。対象者は、高次脳機能障害者、その家族や友人などの支援者、地域環境である。スタッフは、リハビリテーション医師、精神科医師、心理療法士であり、認知行動療法を基盤としたプログラムである。介入期間は、毎週午後の半日5ヶ月間を3クール、合計15ヶ月間である。介入内容は、オリエンテーション、当事者は認知訓練、家族は家族セッション、集団セッション、カウンセリングを実施した。成果として、訓練者全員が心理的・社会的・職業的機能が向上し、うつ状態が改善した。また参加者の笑いのスケールおよび雰囲気スケールと、気分・体調との関係が有意に相関していた。以上の点から、プログラムは一定の成果をあげていた。

このプログラムは、NPO 法人高次脳機能障害支援ネット（Supporters of Win-Win Activity for higher brain dysfunction；SOWA）主催の高次脳機能障害ファシリテーター養成講座として、全国で受講が可能である。研究者は、2013年7月27日札幌にて受講し、所定の課程を修めた。

## III. これまでの研究成果

### 1. 第1研究：右大脳半球損傷患者におけるコミュニケーションの課題

脳卒中により右大脳半球を損傷した患者におけるコミュニケーションの課題を明らかにするために、参加観察による質的研究デザインを用いて研究した。また、その課題から看護師の役割を考察した。その結果、右大脳半球損傷患者におけるコミュニケーションの課題として、①現状認識が低下した患者は、「フィードバック」を受け取れず、自分の「メッセージ」を送り続ける、②患者と医療者との間での高次脳機能評価の捉え方が異なる場合は、「フィードバック」を受け取れず自分の「メッセージ」を送り続ける、③再生能力の低下した患者の場合は操作手順が覚えられず、「フィードバック」を受け取れないとみなされやすいという課題がみられた。このことから、右大脳半球損傷患者は、伝えられた言葉の意味が受け取れないという一方的なコミュニケーションとなる傾向があり、かつ医療者優位のコミュニケーションに陥る傾向が見られた（高山，2012）。

## 2. 第2研究：在宅高次脳機能障害者の主介護者における介護負担と関連因子の検討

在宅高次脳障害者を支える主介護者の介護負担の実態について、高次脳機能障害の症状と介護負担の関連要因について明らかにすることを目的として、主介護者を対象に郵送法による自記式質問紙調査を実施した。その結果、介護負担においては、当事者と介護者の背景には関連がなかったが、高次脳機能障害の症状には比較的強い相関がみられたことから、高次脳機能障害の重症度の評価が特に重要と考えられた。また、とりわけ社会的行動障害、社会的行動障害と記憶障害の合併は、主介護者の負担の一因を担っていたことから、高次脳機能障害の症状の見極めが重要であるという結果を得た（高山，2015）。

## 3. 第3研究：軽度な高次脳機能障害患者が代償訓練を受け入れるための看護面接

高次脳機能障害が比較的軽度で、代償訓練を取り入れやすいと判断された事例に対する看護介入場面において、事例の心理的变化と実際に行った看護面接をプロセス研究の手法を用いて分析した。その結果、事例の変化過程の論理モデルでは、「これじゃ駄目だと焦る気持ち」、「相談したかった自分に気づく」、「相談できたことが自分の力になる」、「焦らず自分の能力を受け止める」、「自分が進むべき方向性を見定める」という過程で変化がみられた。また、対象の変化に対応して、看護師は4つの看護面接を実施していた。「これじゃ駄目だと焦る気持ち」に対応して、『Aさんが感じている葛藤や生きづらさを理解しようとする』看護面接、「相談したかった自分に気づく」に対応して、『Aさんが感じている葛藤や生きづらさに対する解決策を提案する』看護面接、「相談できたことが自分の力になる」に対応して、『確定診断の結果から、原因と症状を結びつけて理解することを助ける』看護面接、「焦らず自分の能力を受け止める」に対応して、『Aさんの考えや価値を大切にしながら、症状に対する対処方法を取り入れる』看護面接を実施していた。このことから、高次脳機能障害者に失われた機能を代償する方法を提供するだけでは、効果的ではなく、医療者がその代償方法は対象者のニーズに合致したものか、また継続できそうなことかをアセスメントすることの重要性を提示した（高山，2011）。

## 4. 要約

これまでの臨床経験から、高次脳機能障害者は、対人関係やコミュニケーションに課題を生じていると考え、高次脳機能障害者のコミュニケーションにおける実態を調査するために、第1研究に取り組んだ。これにより、家族にどのような介護負担が重く押し掛かっているのか、当事者とのコミュニケーションの困難さが明らかとなった。第2研究では、家族の介護負担に関連する要因を検討する目的で取り組んだ。これにより、介護負担に関連する要因が高次脳機能障害の重症度とその組み合わせに相関があることが明らかとなった。第3研究では、高次脳機能障害をもつ当事者に対して、“自己の気づき”

を促す、代償手段の獲得を目的とした看護面接によって、内面が変化し、かつ行動変容もみられた。

以上のことから、高次脳機能障害をもつ当事者の抱える問題、当事者を支える家族の介護負担の影響因子が明らかとなり、課題解決に向けて当事者自身の持てる力を最大限活用した意図的な介入が成果をあげるという考えに至った。

#### IV. 本研究における“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの概要

本研究における生活支援プログラムの目的は、「当事者が目標達成に向かって取り組み、代償手段を獲得することができる。また、家族は障害に対する理解を深め、当事者に“自己の気づき”を促し、代償手段の獲得に向けて工夫することができる」とした。また、本研究においては、最も難しい方法と思われる“自己の気づき”から積極的に挑戦することで、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害に対して波及効果をあげることがねらいとしている。プログラムの当事者の目標は、「達成可能な目標とその対策」を立案できることであり、家族の目標は、「高次脳機能障害に対する理解の深まり」、「“自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーション」を体験すること、「代償手段の獲得に向けた工夫」ができることとし、介入方法は個人面談、集団セッション、教育プログラムの3つとした。

“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの優先課題は、社会的行動障害に着目し、「対人関係・コミュニケーション」とする。個人面談は、看護師が当事者、家族に5回にわたり実施することで、複雑に絡んだ生活上の問題を整理する。また、“自己の気づき”を直接介入してもよいかを判断する。さらに、手法として体験学習、代償方法、環境調整のうち、どの手法がより当事者にとって適切か判断する。集団セッションは、当事者の社会性を育成し、話し合うことで当事者・家族の満足度の向上を目指す。教育プログラムは、知的気づきを高めるために実施する。看護師による“自己の気づき”の導入を行い、神経心理学専門医による「高次脳機能障害の症状とのかかわり」を具体的に情報提供する。言語聴覚士は、コミュニケーション能力の向上を目的とした「対人関係・コミュニケーション」対応として、話し言葉としてのコミュニケーションを情報提供する。最後に、作業療法士による生活能力の向上を目的とした「生活訓練」を情報提供する。

#### V. 概念枠組み

本研究の概念枠組みとして、これまでの研究成果と既存の包括的リハビリテーションプログラムから、看護師を中心とした「在宅高次脳機能障害者と家族に対する“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの概念モデル」を作成した(図4)。

本プログラムの介入方法は、個人面談、集団セッション、教育プログラムである。中核概念である“自己の気づき”は、神経心理学の考えに基づくものであり、知的気づき、体験的気づき、予測的気づきの3つの要素で構成され、3つの介入方法の中に、知的気づき、

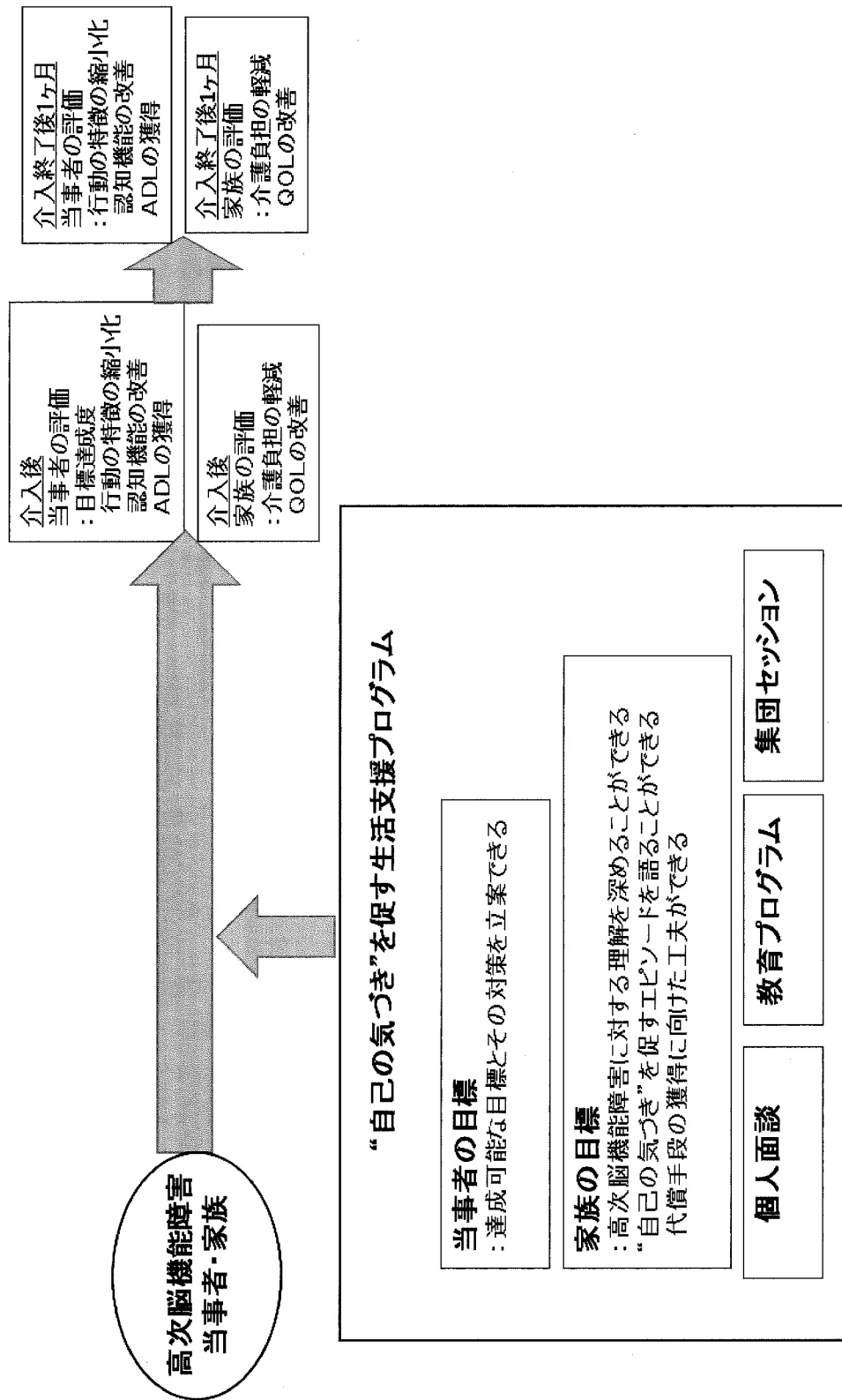


図4 在宅高次脳機能障害と家族に対する“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの概念モデル

体験的気づき、予測的気づきの要素を組み込むこととする。当事者は、「達成可能な目標とその対策」を立案する。当面の課題は、長期目標から導き出したもので、かつ生活に即した具体的な目標である方がよい。但し、積極的に“自己の気づき”を促すと精神的に不安定になると判断された場合は、倫理的配慮として、直接的に“自己の気づき”を促す介入は避け、生活上の自立を目指す。「達成可能な目標とその対策」を立案し、生活能力の向上から役割や生きがいを育て、かつ十分な精神的な支援を行うこととする。

当事者は、家族の支援を受けて目標達成を目指す。“自己の気づき”が高まると、予測より低い自分の能力や社会的評価の低下を認識することができるようになる。ひいては、行動の特徴が縮小化し、認知機能が改善し、ADL の獲得が促進されることを目指す。また、家族は、介護負担が軽減し、QOL が改善することを目指す。

## 第5章 在宅高次脳機能障害者と家族に対する“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの有効性の評価

### I. 研究目的

本研究の目的は、看護師が中心となって、在宅において高次脳機能障害をもつ当事者とその家族を対象とした“自己の気づき”を促す生活支援プログラムを開発し、その有効性を評価することである。

本プログラムは、当事者と家族1名が一組となって参加することを基本とし、当事者の行動の特徴の縮小化、認知機能の改善、ADLの獲得をめざすとともに、家族の介護負担の軽減、QOLの改善を支援するものである。研究期間内には、以下のことを明らかにする。

#### <研究課題>

1. 介入前・後における当事者の行動の特徴、認知機能、ADLの変化を明らかにする。また「達成可能な目標とその対策」に対する達成度を評価する。
2. 介入前・後における家族の介護負担度とQOLの変化を明らかにする。
3. 介入中、各家族における「高次脳機能障害に対する理解の深まり」、「“自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーション」、「代償手段の獲得に向けた工夫」について質的に記述する。
4. 1.～3.の量的・質的な比較検討によって、介入プログラムの有効性を評価する。

### II. 本研究における前提と仮説

本研究は、高次脳機能障害をもつ当事者と家族に対する“自己の気づき”を促す生活支援プログラムである。具体的には、看護師が中心となって、いくつかの介入を組み合わせた“自己の気づき”を促す生活支援プログラムを提供することで、当事者・家族の成果変数を導くものとする。また、以下の点を前提とする。

1. 看護師による個人面談、集団セッション、教育プログラムを組み合わせた介入を“自己の気づき”を促す生活支援プログラムとする。
2. 当事者は、家族の支援を得ることで、「達成可能な目標とその対策」を立案し、代償手段を獲得することができる。
3. 家族は、当事者を支える支援者であり、家族の安心や健康を維持することで、当事者への支援体制という環境を整えることができる。

仮説は、プログラムを適応した当事者・家族は、介入前・後で、当事者は、行動の特徴が縮小化し、認知機能が改善し、ADLを獲得できる。また、「達成可能な目標とその対策」を立案し、「目標達成度」に対して「自己評価、他者評価、総合評価」を得られる。家族は、介護負担が軽減し、QOLが改善する。また、「高次脳機能障害に対する理解の深まり」、「“自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーション」、「代償手段の獲得に向けた工夫」ができる。



### III. 研究方法

#### 1. 研究デザイン

1 群事前事後テストデザイン（事例介入研究）とした。

#### 2. 介入と介入手順

##### 1) “自己の気づき”を促す生活支援プログラムの目的

プログラムの目的は、「当事者が目標達成に向かって取り組み、代償手段を獲得することができる。また、家族は、高次脳機能障害に対する理解を深め、当事者に対して“自己の気づき”を促し、代償手段の獲得に向けて工夫することができる」とした。

##### 2) 当事者・家族の目標

本研究における当事者の目標は、以下の通りとした。当事者は、「達成可能な目標やその対策」を立案することができる。「長期目標」の場合は、長期目標から「当面の課題」を導き出すこととした。また、「達成可能な目標とその対策」を自己評価し、家族から他者評価を聞くことで、目標達成度を確認できる。そして、自己評価・他者評価を参加者の前で発表することができる。最終的に、当事者の行動の特徴は縮小化し、認知機能が改善し、ADL が獲得できることを目標とした。但し、積極的に“自己の気づき”を促すと精神的に不安定になると判断された場合は、倫理的配慮として、生活上の自立を目指した「達成可能な目標とその対策」を立案し、生活能力の向上から役割や生きがいを育て、かつ十分な精神的な支援を行うこととする。

本研究における家族の目標は、以下の通りとした。家族は、高次脳機能障害に対する理解度を高めることができる。また、家族は、当事者に対して、“自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーション」を体験することができる。また、普段の支援方法を振り返ることができる。さらに、家族は、当事者が立案した「達成可能な目標やその対策」を共有し、「代償手段の獲得に向けた工夫」ができる。最終的に、家族の介護負担が軽減し、QOL が向上することを目標とした。

##### 3) 構成要素とタイムスケジュール

生活支援プログラムは、隔週 1 回、4 ヶ月間、合計 8 回のタイムスケジュールで実施した。プログラムの構成は、第 1 段階(導入期)第 1 回～第 3 回、第 2 段階(主相)第 4 回～第 6 回、第 3 段階(完了期)第 7 回、第 8 回とした(表 1)。プログラムの構成要素は、「達成可能な目標とその対策」、「高次脳機能障害に対する理解の深まり」、「“自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーション」、「代償手段の獲得に向けた工夫」とし、導入期、主相、完了期の 3 期にそれぞれに分けた。介入方法は、個人面談を計 5 回、集団セッションを計 3 回、教育プログラムを計 4 回とし、実施内容を記録した。なお、当事者の通所状況や家族の勤務状況を考慮し、平日・週末の両方の曜日設定を行い、参加しやすい設定を配慮した。

#### 4) 介入方法

##### (1) 個人面談

表1 ” 自己の気づき” を促す生活支援プログラムのタイムスケジュール

| 時期          | 回 | 家族<br>個人面談   | 当事者<br>個人面談  | 当事者・家族<br>集団セッション                      | 当事者・家族<br>教育プログラム              |
|-------------|---|--|--|--|--------------------------------|
| 第1段階<br>導入期 | 1 | 面談 (1-1)<br>内容:生活上の葛藤や生きづらさを理解する<br>30~60分/人   | 面談 (1-1)<br>内容:生活上の葛藤や生きづらさを理解する<br>30~60分/人                                 | —                                      | 講座1Ns<br>「” 自己の気づき”」60分/回      |
|             | 2 | 面談 (1-2)<br>内容:欠損の特徴を理解確定診断の結果より、原因と症状を結びつけて理解し、情報整理を助ける<br>30~60分/人                   | 面談 (1-2)<br>内容:神経心理学的欠損の特徴を認知的に理解することを助ける。最後に「達成可能な目標とその対策」を立案する<br>30~60分/人 | —                                      | 講座2Dr<br>「高次脳機能障害」60分/回        |
|             | 3 | 面談 (1-3)<br>内容:” 自己の気づき” 欠損による生活上の問題に関する情緒的気づきを促すことを体験する 30~60分/人                      | 面談 (1-3)<br>内容:” 自己の気づき” 欠損による生活上の問題に対して情緒的気づきを体験する 30~60分/人                 | —                                      | 講座3ST<br>「コミュニケーション・対人関係」60分/回 |
| 第2段階<br>主相  | 4 | 面談 (2-1)<br>内容:代償手段の獲得<br>家族は当事者をどのように支援したらよいか言語化できる。また、達成可能な目標や対策の修正を相談する<br>30~60分/人 | 面談 (2-1)<br>内容:代償手段の獲得<br>当事者の考えや価値を大切に、目標やその対策を修正する<br>30~60分/人             | —                                      | 講座4OT<br>「生活訓練」<br>60分/回       |
|             | 5 | —  | —  | 「達成可能な目標とその対策」<br>発表会<br>60分/回         | —                              |
|             | 6 | —  | —  | 「気づきのワークショップ」30分×5人<br>=150分<br>(途中休憩) | —                              |
| 第3段階<br>完了期 | 7 | 確認のロールプレイ<br>内容:「達成可能な目標」の到達度と「対策」の取り組みに対する他者評価をする<br>30~60分/人                         | 確認のロールプレイ<br>内容:家族に「達成可能な目標とその対策」の評価を家族にインタビューする<br>30~60分/人                 | —                                      | —                              |
|             | 8 | —  | —  | 「評価」発表会<br>60分/回<br>修了証書授与             | —                              |

### ① 第1段階(導入期)

第1段階(導入期)の第1回の面談では、受傷してからこれまでの当事者と家族の生活上の葛藤や生きづらさを理解することを目的として、個人面談を実施した。第2回では、検査結果より、原因と症状を結び付けて理解すること、また家族の認識、当事者の認識、診断結果の其々の情報を整理することを目的とした個人面談を実施した。第3回では、当事者、家族が第2回の面談内容をどのように受け止めたのかを確認した。

### ② 第2段階(主相)

第2段階(主相)第4回の面談では、代償手段の獲得に向けた工夫を話し合うために、個人面談を実施した。ここでは、「達成可能な目標とその対策」に対して、家族としてどのような支援をしたらよいかについて言語化できること、また、「達成可能な目標とその対策」についての軌道修正が必要であれば、修正を図った。

### ③ 第3段階(完了期)

第3段階(完了期)第5回の面談では、「達成可能な目標とその対策」に対する目標達成度を自己評価、他者評価をすることで相互的に評価することを目的として、第7回目に「確認のロールプレイ」を実施した。

#### (2) 集団セッション

集団セッションは、第5回の「達成可能な目標とその対策」、第6回の「気づきのワークショップ」、第8回の「評価発表会」の計3回とした。具体的には、第5回は、当事者がこの介入期間で「達成可能な目標とその対策」を発表した。第6回は、当事者がなりたい自分の将来像を語り、それに対して当事者、家族、支援者の全員が明日から取り組める対策を発表し、その中から当事者が一つの対策を選択するという形式を採用した。第8回は、当事者、家族、スタッフが参加して「評価発表会」を実施することで、家族が目標達成度を共有した。

全ての集団セッションの中では、最初にファシリテーターである支援者が、話し合いをするためのルールを確認した。詳細なルールは、「話した内容はこの部屋に置いていく」、外に出たら、話してはいけないこと、話す内容をできるだけコントロールするため、「話したくないことはパス」とした。また、話し合いによる誹謗中傷を避けるため、「他の人のことを批判しない」、「固有名詞は出さない」、「グループで起こったことはグループで解決する」ことを確認した。加えて、終始「話している人のお話を全員で聞く」ことをルールとした。なお、集団セッションの内容は、逐語録にしてデータとした。

#### (3) 教育プログラム

情報提供による学習の場として、合計4回の教育プログラムを実施した。具体的には、第1回は、看護師による「“自己の気づき”」という題目で講座を60分程度行った。第2回は、当事者・家族の集団に対して、医師による「高次脳機能障害」という題目で講座を60分程度行った。第3回は、言語聴覚士による「コミュニケーションや対人関係」、第4回は、作業療法士による「生活訓練」という題目で講座を60分程度行った。講座終

了後には、質疑応答の時間を十分に確保した。また、各講座の終了時に、アンケートを実施して、次回以降の内容の改善に努めた。なお、教育プログラムの質疑応答の時間は、逐語録におこして、データとした。

#### **(4) 修了証書の授与**

生活支援プログラムの全8回の過程を修了された当事者・家族に対して、修了証書を授与した(資料20)。目的は、高次脳機能障害の知識を習得し、“自己の気づき”が促され、「達成可能な目標とその対策」に向かって日々努力されたことに心から敬意を表し、今後も生活能力の向上と代償方法を工夫することを願っていることを伝えることである。また、高次脳機能障害をもつ当事者・家族にとって終わりのない取り組みに、修了証書という出来事を取り入れることで、節目や区切りを提供することは振り返りにつながり、新たな出発点とすることを意図とした。

#### **5) 代償手段の獲得方法**

代償手段の獲得として、高次脳機能障害の症状に対する症状・サイン、検査、周囲が注意すべきこと、対応法について整理した。高次脳機能障害の症状は、神経心理ピラミッドの下層順から、①易疲労性、②意欲・発動性の低下、③脱抑制・易怒性、④注意障害、⑤失語症、⑥記憶障害、⑦遂行機能障害、⑧病識の欠如ごとに内容を記載した(資料1-1~8)

### **3. 対象者**

本研究の対象者は、在宅において高次脳機能障害をもつ当事者とその家族であり、当事者と家族各1名を1組とし、10組であった。当事者は、医学的リハビリテーションを受けていない高次脳機能障害の確定診断を受けている者で、発症から2年は自然回復による経過をたどるといふ報告もあるため、発症から2年以上10年未満の方を対象とする。また、介入前に高次脳機能障害の症状に変化がないことを確認するために、2ヶ月間は観察期間を設定した。次に、A市内の就労継続支援B型事業所、家族会2施設で介入群を選定する。選定方法は、施設利用者に対して、参加募集のポスター(資料3)を配布して募集した。除外基準は、発症から2年以上10年未満の高次脳機能障害を有する20~60歳の男女とし、①専門外来で高次脳機能障害の診断が確定していること、②現在、医学的リハビリテーションを目的とした治療的な介入が行われていないこと、③家族の参加協力が得られること、④一連のセッションに参加が可能であること、以上の条件に合致した方とした。

### **4. 研究施設の概要**

研究施設は、高次脳機能障害者を受け入れているA市内の就労継続支援B型事業所、家族会の2施設で、当該施設の登録者数は約150名で、曜日や季節によってスケジュールが設定されており、1施設あたりの1日の利用者数は、20~30名の当事者が就労支援

を目的としたサービスを利用している。両施設とも、社会福祉士、精神保健福祉士、当事者家族による運営を実施しており、医学的情報を活用した生活支援は実施していない。

## 5. 調査内容

### 1) 基本属性

当事者と家族の情報は、フェイスシートを用いて情報収集した(資料6)。当事者の基本属性に関する調査項目は、年齢、性別、診断名、高次脳機能障害の症状、受傷状況、就労状況、社会保障制度の利用状況とした。また、家族の基本属性に関する調査項目として、年齢、性別、健康状況、就労状況、相談者の有無、家族構成、家族関係の状況とした。

### 2) 量的データ

量的データは、以下に記述する尺度を用いた。waisⅢ成人知能検査は認知機能の傾向を把握するため、介入前に測定し、当事者の負担を軽減した。他の尺度は、介入前、介入後、介入終了後1ヶ月で、測定した(表2)。

#### ① waisⅢ成人知能検査

ウエクスラー成人知能検査；WAIS-Ⅲは、WAISの第3版として2006年に発刊された。言語性IQ(Verbal IQ;VIQ)、動作性IQ(Performance IQ;PIQ)、全検査(Full scale IQ;FIQ)の3つに加えて、言語理解(Verbal Comprehension;VC)、知覚統合(Perceptual Organization;PO)、作動記憶(Working Memory;WM)、処理速度(Processing Speed;PS)の4つの群指数も測定でき、多面的に把握や解釈が可能である。検査時間90分を要する(資料4)。この項目は、研究者が介入前に1回測定した。

#### ② Mine-Mental State Examination；MMSE

Mine-Mental State Examination；MMSEは、Folstein夫妻(1975)が開発した認知機能評価の簡易版で、痴呆のスクリーニングテストとして欧米でよく用いられる。11の設問によって構成され、30点満点で、カットオフは23点以下である。質問に答える項目以外に動作性の項目が含まれているため、失認・失行・失語のスクリーニングとしても使用できる(資料7)。この項目は、研究者が介入前、介入後、介入終了後1ヶ月の合計3回測定した。

#### ③ タッチエム

タッチエムは北海道大学大学院村上氏により発明されたタッチパネルパソコンを使用して脳の認知機能「頭の元気度」を測定し評価するシステムである。単純な課題にタッチして答えるだけの簡単操作で、すばやく評価できる(資料4)。認知症患者に用いられる測定器であるが、今回、高次脳機能障害者に初めて使用した。この項目は、研究者が介入前、介入後、介入終了後1ヶ月の合計3回測定した。

#### ④ 手段的日常生活活動(Instrumental Activities of Daily Living;IADL)

表 2 ” 自己の気づき ” を促す生活支援プログラムのプロトコル

| 構相<br>回数 | 介入期 |     |    | 第1段階            |                 |                        | 第2段階         |           |            | 第3段階      |       | 介入後 |     |     |
|----------|-----|-----|----|-----------------|-----------------|------------------------|--------------|-----------|------------|-----------|-------|-----|-----|-----|
|          |     |     |    | 導入期             |                 |                        | 主相           |           |            | 完了期       |       |     |     |     |
| 個人面談     |     |     |    | 1回目             | 2回目             | 3回目                    | 4回目          | 5回目       | 6回目        | 7回目       | 8回目   |     |     |     |
| 集団セッション  |     |     |    | 面接              | 面接              | 面接                     | 面接           | 面接        | 気づきワークショップ | 確認のロールプレイ | 評価発表会 |     |     |     |
| 教育プログラム  |     |     |    | Ns<br>「自己への気づき」 | Dr<br>「高次脳機能障害」 | ST<br>「コミュニケーション・対人関係」 | OT<br>「生活訓練」 | 目標・対策の発表会 |            |           |       |     |     |     |
| 時間軸      |     | 4W前 | 0W | 2W              | 4W              | 6W                     | 8W           | 10W       | 12W        | 14W       | 16W   | 18W | 20W | 22W |
| 測定法      |     |     |    |                 |                 |                        |              |           |            |           |       |     |     |     |
| WAISIII  |     | ●   |    |                 |                 |                        |              |           |            |           | ●     |     |     |     |
| MMSE     |     | ●   |    |                 |                 |                        |              |           |            |           | ●     |     |     |     |
| ケチエA     |     | ●   |    |                 |                 |                        |              |           |            |           | ●     |     |     |     |
| IADL     |     |     |    | ●               |                 |                        |              |           |            |           | ●     |     |     |     |
| ICF      |     |     |    | ●               |                 |                        |              |           |            |           | ●     |     |     |     |
| TBI-31   |     | ●   |    |                 |                 |                        |              |           |            |           | ●     |     |     |     |
| Zarit    |     | ●   |    |                 |                 |                        |              |           |            |           | ●     |     |     |     |
| SF-8     |     | ●   |    |                 |                 |                        |              |           |            |           | ●     |     |     |     |

手段的日常生活活動(Instrumental Activities of Daily Living; IADL)は、「電話の使い方」、「買い物」、「食事の支度」、「家事」、「洗濯」、「移動・外出」、「服薬の管理」、「金銭の管理」8項目から構成される。各項目3～5段階に設定されており、男性は0～5点、女性は0～8点と言われている(資料10)。この項目は、研究者が介入前、介入後、介入終了後1ヶ月の合計3回測定した。

#### ⑤ 国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)測定尺度

国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)測定尺度は、ICFの概念や構造を活用した尺度である。下位項目は、「運動機能」、「聴覚機能」、「視覚機能」、「記憶障害」の4つの因子によって構成される。全部で40項目から成り、「はい」、「いいえ」の2段階で評価し、合計40点で、点数が高いほど自立度が高いとみなす。クロンバック $\alpha$ 係数は、運動機能0.846、聴覚機能0.678、視覚機能0.691、記憶障害0.730と比較的信頼性が保たれている(資料9)。この項目は、研究者が介入前、介入後、介入終了後1ヶ月の合計3回測定した。

#### ⑥ 脳外傷による認知-行動障害尺度(TBI-31)

認知-行動障害尺度(TBI-31)は、脳外傷の不適切行動の構造を測定化した尺度である。下位項目は、「健忘症」、「易疲労性・意欲の低下」、「対人場面での状況判断力の低下」、「固執性」、「情動コントロール力の低下」、「現実検討力の低下」、「課題遂行力の低下」の7つの因子によって構成される。全部で31項目から成り、「まったくくない」～「いつも」の5段階で評価し、合計124点で、点数が高いほど行動の特徴が顕著であるとみなす。クロンバック $\alpha$ 係数は0.85であり、信頼性がある(資料8)。この項目は、家族が介入前、介入後、介入終了後1ヶ月の合計3回測定した。

#### ⑦ Zarit 介護負担尺度日本語版

Zarit 介護負担尺度日本語版は、身体的負担、心理的負担、経済的困難などを総括し、介護負担として測定可能な尺度である(Zarit, 1980)。下位尺度は、「personal strain (介護そのものによって生じる負担)」と「role strain (介護者が、介護を始めたためにこれまでの生活ができなくなったことにより生じる負担)」の2つの因子によって構成される。22項目からなり、「思わない」～「いつも思う」までの5段階評価で、合計88点満点で、点数が高いほど介護負担が高いとみなす。22番目の項目は、「a single global burden」と設定し、全体として介護負担がどのぐらい大変であるかを問う項目になっている(資料11)。なお、この尺度は、開発者によって信頼性が検証されており、クロンバック $\alpha$ 係数は0.93であり、内的整合性が認められる。また、この尺度は、抑うつ尺度および介護時間との相関が確認されているため、妥当性が検証されている。この項目は、家族が介入前、介入後、介入終了後1ヶ月の合計3回測定した。

### ⑧ Quality of Life ;QOL:SF-8

QOL:SF-8 は、健康関連 QOL 尺度 (Health Related Quality of Life ; HRQOL) の一つであり、記入日より過去 1 ヶ月間の「あなたの健康について」を問う尺度で、比較的少ない 8 項目から成る。「最高によい」～「ぜんぜん良くない」まで 6 段階 (1 項目)、あるいは、5 段階 (7 項目) で評価する。点数が低いほど QOL が高いとみなす。本研究においては、障害を持たない家族の QOL を調査するため、特異的尺度ではなく包括的尺度を選択した (資料 12)。この項目は、家族が介入前、介入後、介入終了後 1 ヶ月の合計 3 回測定した。

## 3) 質的データ

### ① 面談記録

面談記録は、フィールドノートを作成して記録した。なお、対象者の同意が得られた場合は、IC レコーダーで録音し、逐語録にしてデータとした。

### ② 「達成可能な目標とその対策」の記録

第 1 段階 (導入期) に、一人一人の当事者がこの介入期間において「達成可能な目標とその対策」を立案し、その内容を記録した。この目標とその対策は、ポスターに記載し、プログラム中は会場内に掲示した。また、介入期間中に目標の変更や対策の追加・修正が行われた場合も記録した。

### ③ 「代償手段」の記録

第 2 段階 (主相) に、個人面談・集団セッションにおいて、代償手段の内容や獲得の過程で当事者が困難であったこと、家族が当事者に対して“自己の気づき”促すエピソードとそのバリエーションを記録した。また、家族自身が普段の支援方法について、気づきの体験も記録した。

### ④ 集団セッションの映像記録

「達成可能な目標とその対策」、「気づきのワークショップ」、「評価発表会」は、当事者、家族、支援者が参加して全体で発表会を行った。その様子をビデオまたはカメラで撮影した。なお、映像は、第 3 段階 (完了期) の自己評価の際に分析の材料とし、公表を目的としない。質疑応答の内容は逐語録にしてデータとした。

## 6. データ収集方法

### 1) 面接調査法

面接調査法は、第 1 段階 (導入期) 第 1 回～第 3 回、第 2 段階 (主相) 第 4 回、第 3 段階 (完了期) 第 7 回の合計 5 回実施した。当事者・家族に対して個室にて一名当たり 30～60 分程度の個別面接を実施した。同意が得られた場合は、面接中は IC レコーダーで録音した。同意が得られなかった場合は、観察ノートに記録した。また、面接調査中の様子も、観察ノートに記録した。



## 2) 観察測定法

測定尺度は介入前、介入後、介入終了後1ヶ月の時点で、家族に自記式質問紙を用いて調査したが、記載時間は1回約15分程度かかった。また、研究者が測定する尺度についても同時点で測定した。集団セッションの様子はビデオまたはカメラで撮影した。なお、映像は完了期の自己評価の際に分析の材料とし、公表を目的としない。同意が得られなかった場合は、観察ノートに記録した。

## 3) 記録調査法

研究対象者を公募し、研究協力に同意が得られた方に対して、当事者・家族や施設が所有する診断書や診療情報提供用紙からの情報を入手してもよいかの同意を得た。同意が得られた場合は、診療情報提供用紙より、高次脳機能障害の確定診断、検査結果の内容を情報収集した。また、家族に対する自記式質問紙を作成し、個人属性、TBI-31、介護負担尺度、SF-8を調査した。

## 7. 分析方法

### 1) 量的分析

分析方法は、まず、介入前後における当事者の行動変化をみるため、TBI-31尺度を介入前、介入後、介入終了後1ヶ月で測定し、その推移をみて行動特性の変化を事例ごとに分析した。次に、介入群の認知機能の一定水準を検証するために、知能：MMSEの変化を検証した。さらに、介入による当事者の生活機能の変化を検証するために、介入前、介入後、介入終了後1ヶ月の測定量を量的に比較した。測定項目は、認知機能をMMSE、タッチエムで、ADLをIADL、ICF測定尺度で、記述統計を行った。最後に、介入による家族の生活の質の改善につながっているのかを検証するために、介入前、介入後、介入終了後1ヶ月の成果変数を量的に比較した。測定項目は、Zarit介護負担尺度日本語版、QOL；SF-8である。

### 2) 質的分析

分析方法は、質的帰納的方法を用いて分析した。当事者に対しては、「達成可能な目標とその対策」を抽出する。その目標は、現実に即したものか、「代償手段の獲得に向けた工夫」は、当事者の障害に適した内容かを判断した。また、第3段階（完了期）では、「確認のロールプレイ」による当事者・家族・支援者による個人面談の中で、自己評価・他者評価をすることで、目標達成度を評価した。以上のことから、介入目標に対する成果を比較し、各phaseの進行パターンを識別した。

家族に対しては、第1段階（導入期）では、個人面談による生データから、「高次脳機能障害に対する理解の深まり」が言語化できているデータを抽出した。第2段階（主相）では、「“自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーション」を抽出した。「代償手段の獲得に向けた工夫」を抽出する。第3段階（完了期）では、「達成可能な目標とその対策」に対する当事者の目標達成度の評価内容を抽出した。

## 8. 倫理的配慮

本研究は、本大学の倫理審査を受けて実施した。また、以下のような倫理的配慮を行った。

- 1) 研究対象者に理解を求める方法として、研究協力施設にて参加募集のポスター(資料 3)を配布して、参加を呼び掛けた。参加を望まない者に対しては、強制はしない。
- 2) 研究協力に同意があった方のみ、当事者・家族に対して説明書(資料 4)を用いて、研究概要を説明した。その際、協力は自由な意思であり断ることや承諾した後でも途中で中止できることを保障した。
- 3) プログラムは、家族の就労状況を考慮して、平日と週末土曜の2種類の日程スケジュールでプログラムを設定し、参加しやすい配慮をした。
- 4) プログラム中は、当事者・家族からの質問や疑問等の問い合わせがある可能性が高いため、研究者の連絡先を必ず明記した。また研究協力施設に当事者・家族への対応に関して協力を得た。さらに、研究期間中は、研究用の携帯電話を契約し、連絡先を明記した。
- 5) 面接調査では、個室を用意して個人情報が漏れることがないように配慮した。事前に、対象者に対して、面接の状況を IC レコーダーで録音することについて同意を得た。
- 6) 個人面談の中で、直接的に“自己の気づき”を促すと精神的に不安定になると判断した場合は、生活能力の向上から役割や生きがいを育て、かつ十分な精神的支援に変更した。
- 7) 取得した情報の管理は厳重に行い、研究目的以外には使用せず、守秘義務を厳守した。研究終了後には、IC レコーダーやビデオの記録は消去し、逐語録はシュレッダーで処理した。対象条件に合致しない方には、個人面談を実施し、次回の予定を紹介した。

## IV. 結果

### 1. 対象者の概要

本研究で、対象者の条件に該当した当事者・家族のうち、研究への同意を得られた対象者は10組（当事者10名、家族12名）合計22名だった。このうち、研究参加を中断した対象者は4組で、中断の理由は、手術療法による入院1組や集団セッションへの参加拒否2組、精神状態が不安定になったこと1組によるものであった。また、原因疾患として脳外傷の他に、くも膜下出血や脳腫瘍による遅発性高次脳機能障害は、成人期に発症した中途障害として高次脳機能障害との類似性があると判断し、対象とした。小児期の脳炎1組は、発達課題と高次脳機能障害の課題が不明瞭であると判断し、除外した。その結果、最終的な分析対象は5組（当事者5名、家族6名）合計11名となった。当事者の参加率は100%であった。当事者の特徴は、表3、家族の概要は表4に示すとおりであった。各事例の病歴や家族背景について記述する。なお、倫理的配慮として、対象者にデータ内容を確認して承諾が得られた情報のみ公表した。

#### 1) A氏

A氏は、40代男性で、長男として大きな期待をもって厳しく育てられた。現在は、両親と当事者の3名で暮らしている。21年前、成人し就職して間もなく、事故で脳挫傷・脳内出血となり、当時、器質性気分障害、器質性健忘症候群と診断された。主症状は、記憶障害、注意障害、遂行機能障害がみられた。他に、病識の欠如、脱抑制、協調性に乏しく、対人関係を築けないという特徴もみられ、一般就労が困難だった。waisⅢ成人知能検査では、言語性IQは92指数、運動性IQは95指数、全知能IQは93指数だった。

A氏の家族は、60代の父親で、定年後は無職で社会活動を中心に生活していた。普段から、当事者との接し方、コミュニケーションに悩んでいた。今回の介入で、大脳機能のリハビリテーション、社会性や発達障害のある場合の就労に向けた支援を期待していた。また、「息子を丸裸にしてほしい」と並々ならぬ決意で臨んできた。

#### 2) B氏

B氏は、40代男性で、両親と当事者の3名暮らしで、既婚の同胞が1名いる。26年前、事故により脳挫傷となった。当時、器質性健忘症候群、器質性人格障害と診断され、主症状は記憶障害、社会的行動障害がみられた。回復後に復学したが、授業中集中できず、他の学生への影響があると言われ、自主退学を迫られた。20歳過ぎから職を転々としてきた。現在は、福祉的就労を6年間継続し、一般就労を目指している。waisⅢ成人知能検査では、言語性IQは64指数、運動性IQは78指数、全知能IQは67指数だった。

B氏の家族は、60代母親で、福祉職で日々仕事に奔走していた。今回の介入では、長年の経過で習慣化してきたので、この機会にもう一度当事者との関わりや将来のことを見直したいと臨んできた。

表3 当事者の概要

| 事例 | 年齢  | 性別 | 診断名                                | 高次脳機能障害発症までの経緯  | 高次脳機能障害の<br>主症状                   |
|----|-----|----|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| A氏 | 40代 | 男性 | 脳挫傷<br>脳内出血<br>器質性気分障害<br>器質性健忘症候群 | 21年前、成人し就職して間もなく、事故により脳挫傷となった。生命危機から脱したが、高次脳機能障害となった。他に、病識の欠如、脱抑制、協調性に乏しく、対人関係を築けない特徴もみられ、一般就労が困難だった。                   | 記憶障害<br>注意障害<br>遂行機能障害            |
| B氏 | 40代 | 男性 | 脳挫傷<br>器質性健忘症候群<br>器質性人格障害         | 26年前、事故により脳挫傷となった。当時、器質性健忘症候群、器質性人格障害と診断された。回復後に復学したが、授業中集中できず他の学生への影響があると言われ、自主退学を迫られた。20歳過ぎから職を探し転々としてきた。             | 記憶障害<br>社会的行動障害                   |
| C氏 | 40代 | 男性 | 頭部外傷<br>びまん性軸索損傷                   | 5年前、自損事故により、びまん性軸索損傷、高次脳機能障害となった。他に、対人関係を形成できず、繰り返し女性に好きだと言ってしまうことがみられた。事故によって健康な生活や職を失ってしまい、一時は絶望的な気持ちになり、気分の不安定さがあった。 | 記憶障害<br>遂行機能障害<br>社会的行動障害         |
| D氏 | 50代 | 女性 | くも膜下出血                             | 2年前、くも膜下出血による高次脳機能障害となり、リハビリテーション加療の目的で、一人暮らしを止めて実家に戻った。以前より医療職として働いてきたため、復職という目標を掲げ、記憶障害の代償手段を積極的に取り入れていた。             | 記憶障害<br>注意障害                      |
| E氏 | 30代 | 男性 | 脳腫瘍                                | 22年前、脳腫瘍を発症し、手術療法と放射線療法を受けた。当時は、高次脳機能障害の症状は現れなかったが、2年前に遅発性高次脳機能障害の確定診断を受けた。障害により、福祉的就労を余儀なくされ、心身がかみ合っていないと感じていた。        | 記憶障害<br>注意障害<br>遂行機能障害<br>社会的行動障害 |

表 4 家族の概要

| 事例      | 年齢   | 属性 | 職業           | 家族構成                    | 生活支援プログラムに期待すること   | 相談したい内容                      |
|---------|------|----|--------------|-------------------------|--|------------------------------|
| A 氏の家族  | 60 代 | 父親 | 無職<br>(社会活動) | 当事者・両親<br>同胞 4 名        | 父親と当事者間のコミュニケーションと対人関係について相談したい。今回の介入で、大脳機能のリハビリテーション、社会性や発達障害のある場合に、就労に向けた支援を期待している。また、「息子を丸裸にしてほしい」と並々ならぬ決意で臨んだ。         | 当事者との接し方<br>職場との調整           |
| B 氏の家族  | 60 代 | 母親 | 福祉職          | 当事者・両親<br>同胞 1 名        | 今回の介入では、長年の経過でマンネリ化してきたので、この機会にもう一度当事者との関わりや将来のことを見直したいと臨んだ。   | 将来的な不安                       |
| C 氏の家族  | 70 代 | 母親 | 自営業          | 当事者・母親<br>同胞なし          | 母親は、しつこく言って当事者をイライラさせては逆効果と経験的に感じ、当事者の気持ちを尊重する対応に努めてきた。今回の介入では、生活能力の向上を課題に臨んだ。   | 将来的な不安                       |
| D1 氏の家族 | 70 代 | 母親 | 専業主婦         | 当事者・両親<br>同胞 1 名        | 当事者が復職したいという気持ちを尊重しつつ、先走らないように見守っていた。今回の介入では、記憶障害があっても、一人で生活できるようにしてほしいという気持ちで臨んだ。   | 職場との調整                       |
| D2 氏の家族 | 40 代 | 同胞 | 会社員          | 同上                      | 当事者の復職を支援しつつ、今回の介入では、メモの取り方や切り換えがうまくいくようにするにはどのようなように支援すればよいかヒントを得るために参加した。  | 当事者との接し方<br>職場との調整<br>経済的な問題 |
| E 氏の家族  | 40 代 | 妻  | 福祉職          | 当事者・妻<br>子 1 名<br>母親別世帯 | 5 年前に入籍した時は症状がみられなかったが、2 年前より急に選発性高次脳機能障害と診断され、驚きと混乱がみられた。また、当事者が感情の起伏が激しくなり、家族内での衝突につながっていた。今回の介入では、症状の改善に繋がればよいと期待し参加した。 | 当事者との接し方                     |

### 3) C氏

C氏は、40代男性で、母親と当事者の2人暮らしで、一人っ子である。5年前、事故により、びまん性軸索損傷、高次脳機能障害となった。主症状は、記憶障害、遂行機能障害、社会的行動障害がみられた。他に、対人関係を形成できず、繰り返し女性に好意を述べてしまうことがみられた。事故によって、健康な生活や職を失ってしまい、一時は絶望的な気持ちになり、気分の不安定さが課題であった。waisⅢ成人知能検査では、言語性IQは69指数、運動性IQは75指数、全知能IQは73指数だった。

C氏の家族は、70代母親で、自営業をしている。日常生活は問題なく自立している。母親は、受傷直後から献身的に介護してきた。また、しつこく言って当事者をイライラさせては逆効果であると経験的に感じ、当事者の気持ちを尊重する対応に努めてきた。だが、いずれ当事者は一人で暮らさなければならない日がくるため、今回の介入では、生活能力の向上を課題に臨んできた。

### 4) D氏

D氏は、50代女性で、両親、同胞、当事者の4名で暮らしている。2年前、くも膜下出血による高次脳機能障害となり、リハビリテーション加療の目的で実家に戻ってきた。主症状は、記憶障害、注意障害がみられた。ずっと医療職として働いており、復職という目標を掲げ、記憶障害における代償手段を積極的に取り入れていた。waisⅢ成人知能検査では、言語性IQは120指数、運動性IQは101指数、全知能IQは113指数だった。

D氏の家族は、70代母親(D1)と40代同胞(D2)で、母親は専業主婦、同胞は会社勤務をしながら、当事者が復職したいという気持ちを尊重しつつ、先走らないように見守っていた。今回の介入では、母親は記憶障害があっても一人で暮らせるように願い、同胞はメモの取り方や切り換えがうまくいくようにするにはどのように支援すればよいかヒントを得るために参加してきた。

### 5) E氏

E氏は、30代男性で、妻、子、当事者の3名で暮らしている。22年前、脳腫瘍を発症し、手術療法と放射線療法を受けた。当時は、高次脳機能障害の症状は現れなかったが、2年前に遅発性高次脳機能障害の確定診断を受けた。主症状は、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害がみられた。一般職についていたが、障害により、福祉的就労を余儀なくされた。また、持ち物を無くしたり約束を忘れていたりすることが多くなり、心身がかみ合っていないと感じていた。waisⅢ成人知能検査では、言語性IQは103指数、運動性IQは117指数、全知能IQは110指数だった。

E氏の家族は、40代妻で、福祉職勤務であった。入籍した時は症状がみられなかったが、2年前より急に記憶障害が顕著になり高次脳機能障害と診断され、驚きと混

乱がみられた。また、記憶障害に関連して症状で感情の起伏が激しくなり、家族内での衝突につながっていた。今回の介入では、少しでも症状の改善に繋がればよいと期待し、参加してきた。

## 2. 当事者の変化

### 1) 行動の特徴

家族による視点から、当事者に対する脳外傷の認知 - 行動障害尺度 (TBI-31) を用いて行動の特徴の変化をみた。TBI の質問紙は 7 因子あり、全因子の質問数が異なるため、Z 値を算出して、レーダーチャートに表記した。介入前、介入後、介入終了後 1 ヶ月で測定した結果、高次脳機能障害と診断されて変化が見られないといわれている TBI-31 の Z 値が縮小した。

A 氏の家族から見た当事者の TBI-31 のレーダーチャートの変化は図 5 のとおりであった。介入前より、「健忘性」、「対人場面での状況判断力の低下」、「固執性」、「課題遂行力の低下」の 4 因子において、Z 値が 4.0~6.0 台の高値であった。介入前後で、「健忘性」、「対人場面での状況判断力の低下」、「課題遂行力の低下」の 3 因子において、行動変容がみられたが、「固執性」は変化せず高い水準のままだった。介入終了後 1 ヶ月では、行動変容がみられた 3 因子は、すべてが介入前の水準に戻った。

B 氏の家族から見た当事者の TBI-31 のレーダーチャートの変化は図 6 のとおりであった。介入前より、「健忘性」、「課題遂行力の低下」の 2 因子において、Z 値が 4.0 台の高値であり、介入前後でこの 2 因子に行動変容がみられた。その他に、「易疲労性・意欲の低下」、「固執性」、「情動コントロールの低下」、「現実検討力の低下」の 4 因子においても僅かながら行動変容がみられた。介入終了後 1 ヶ月では、「課題遂行力の低下」以外の 5 因子はすべて介入後の水準を維持した。

C 氏の家族から見た当事者の TBI-31 のレーダーチャートの変化は図 7 のとおりであった。介入前より、「対人場面での状況判断力の低下」の 1 因子のみ Z 値が 4.0 台の高値であり、介入前後、この 1 因子は顕著に行動変容がみられた。その他に、「健忘性」、「易疲労性・意欲の低下」、「固執性」、「情動コントロールの低下」、「課題遂行力の低下」の 5 因子においても僅かながら行動変容がみられた。介入終了後 1 ヶ月では、「健忘性」のみ介入前の水準に戻り、「易疲労性・意欲の低下」、「対人場面での状況判断力の低下」、「固執性」、「情動コントロール」、「課題遂行力の低下」の 5 因子において、介入後の水準を維持した。

D 氏の母親 (D1) から見た当事者の TBI-31 のレーダーチャートの変化は図 8 のとおりであった。介入前より、「課題遂行力の低下」の 1 因子において、Z 値が 4.0 台の高値であり、介入前後で、この 1 因子に顕著な行動変容がみられた。他に、「健忘性」、「固執性」、「現実検討力の低下」の 3 因子においても若干の変容がみられた。介入終了後 1 ヶ月では、「現実検討力の低下」、「課題遂行力の低下」は介入前の水準に戻ったが、他の 2 因子は介入後の水準を維持した。

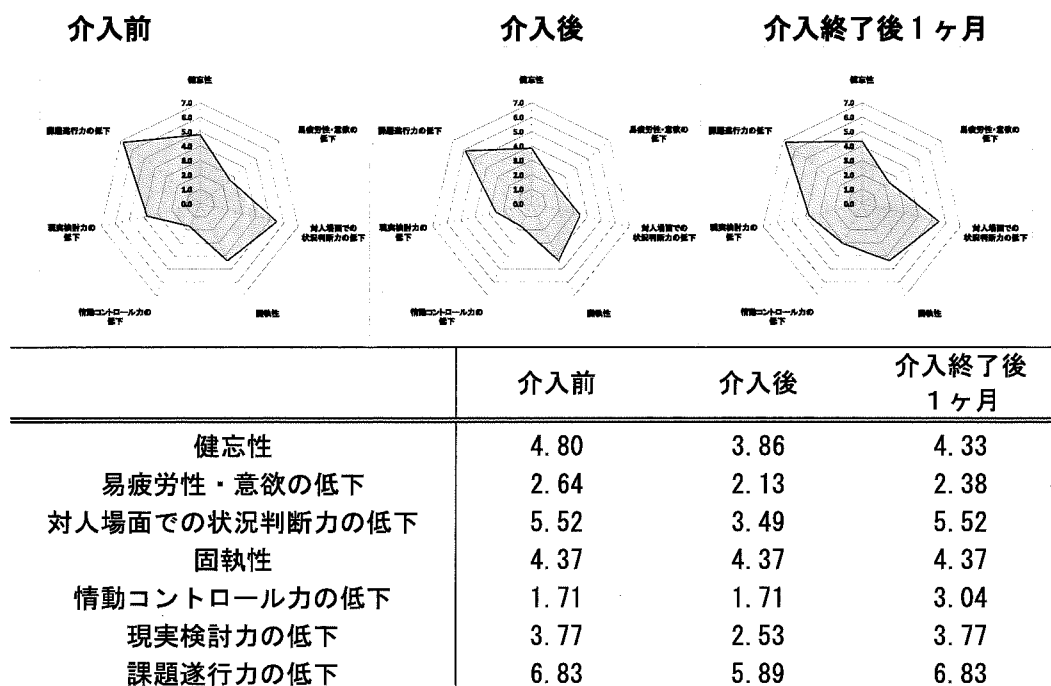


図5 介入前後におけるA氏の家族から見た当事者のTBI-31レーダーチャートの変化

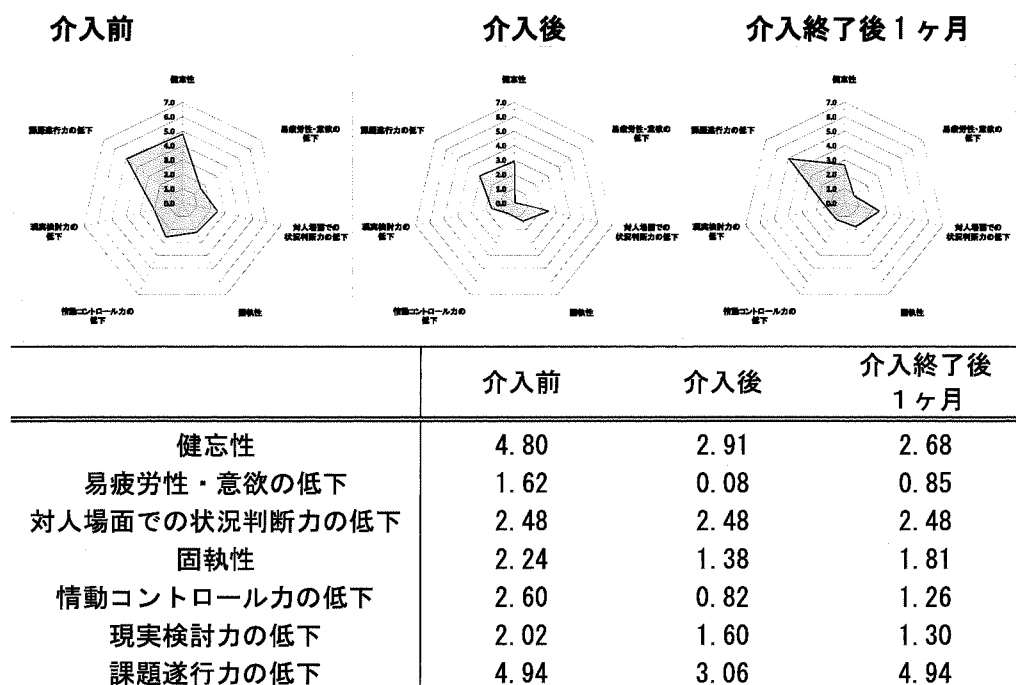


図6 介入前後におけるB氏の家族から見た当事者のTBI-31レーダーチャートの変化



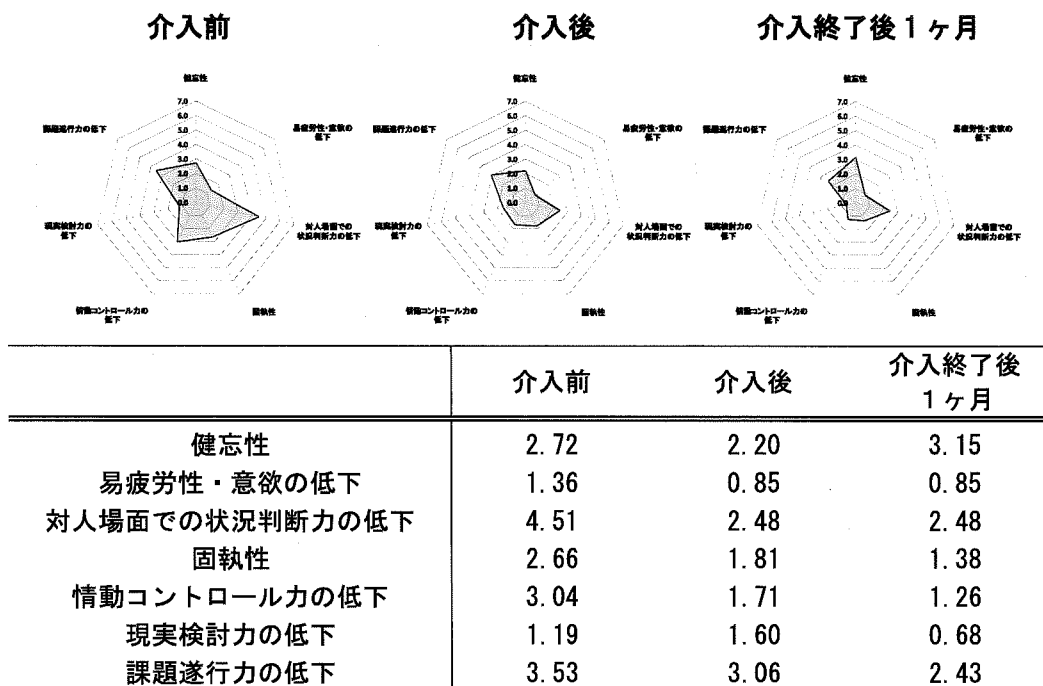


図7 介入前後におけるC氏の家族から見た当事者のTBI-31レーダーチャートの変化

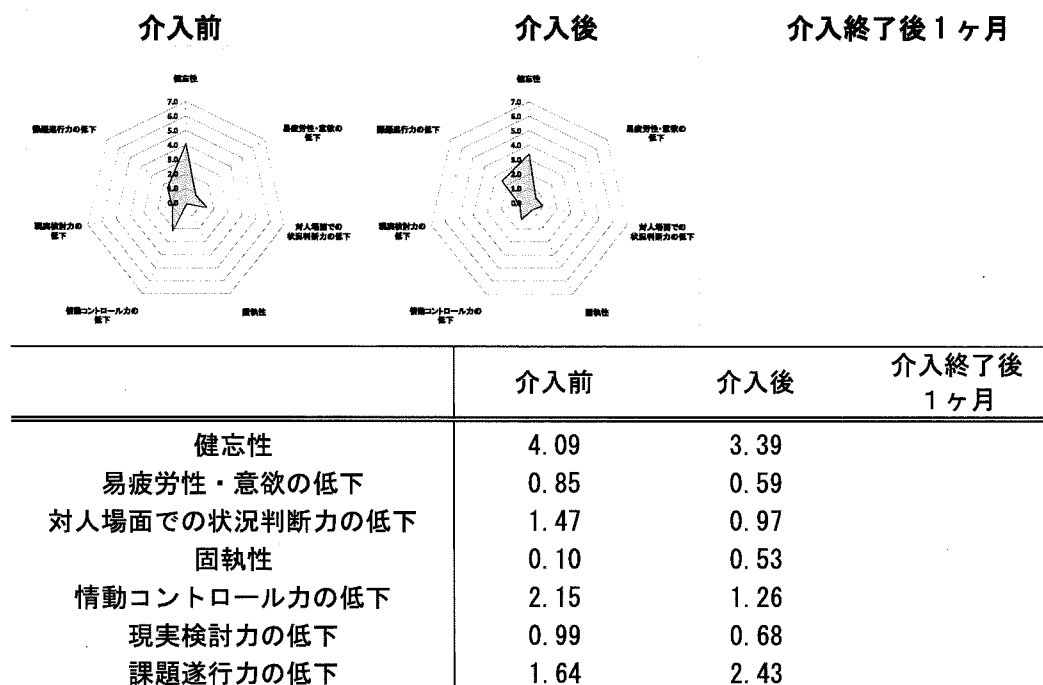


図10 介入前後におけるE氏の家族から見た当事者のTBI-31レーダーチャートの変化

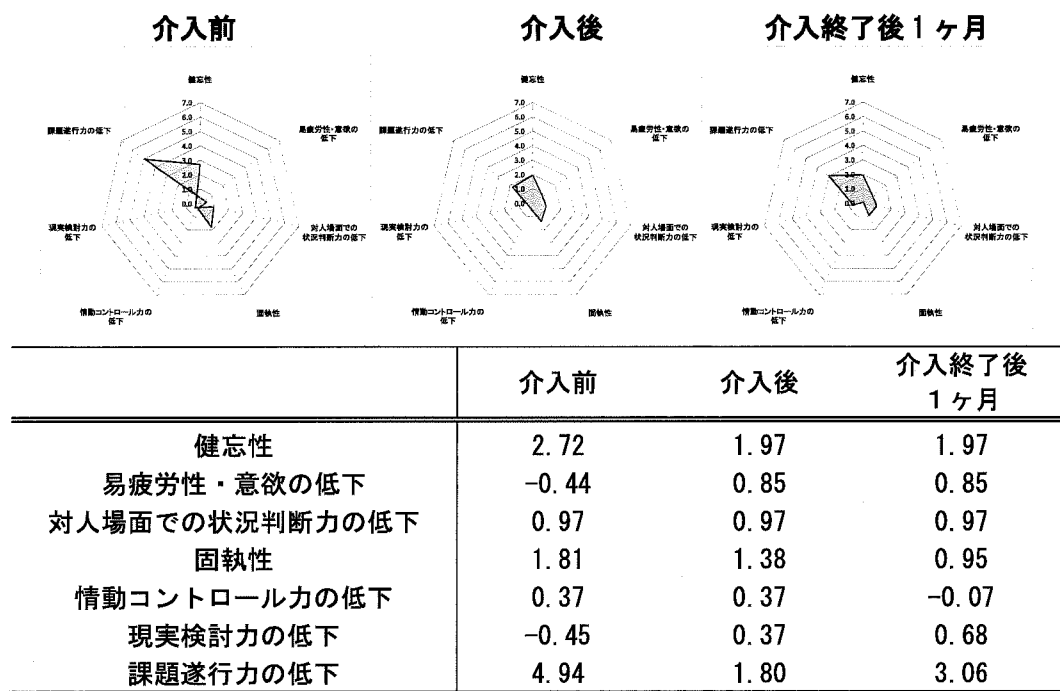


図8 介入前後におけるD氏の母親(D1)から見た当事者のTBI-31レーダーチャートの変化

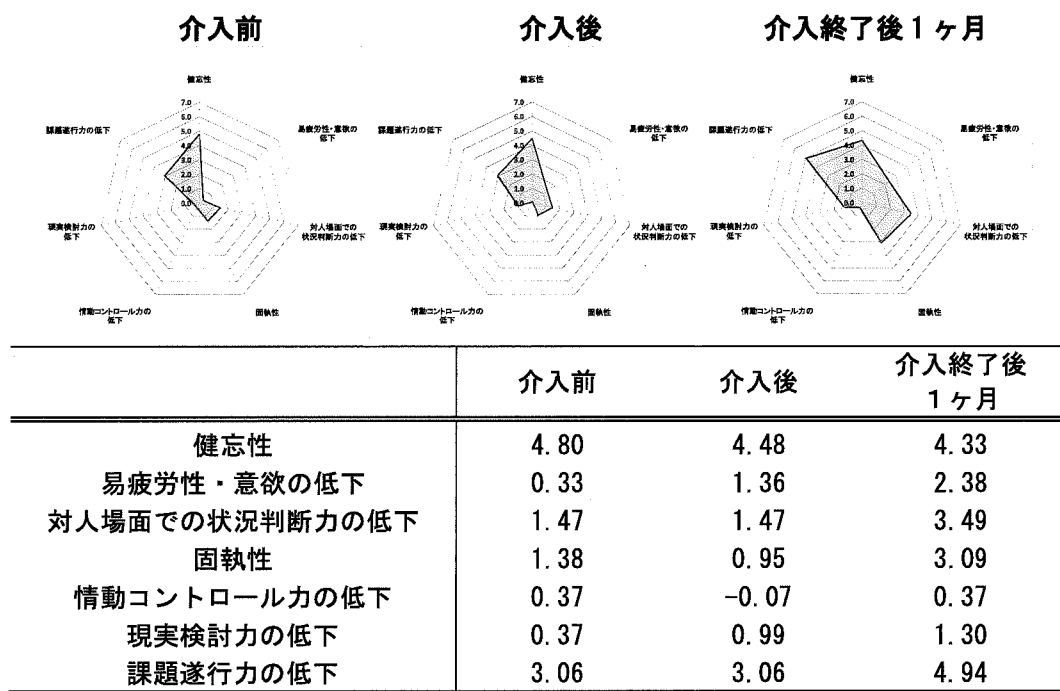


図9 介入前後におけるD氏の同胞(D2)から見た当事者のTBI-31レーダーチャートの変化

D氏の同胞(D2)から見た当事者のTBI-31のレーダーチャートの変化は図9のとおりであった。介入前より、「健忘性」の1因子においてZ値が4.0台の高値であり、介入前後で、この1因子に若干の行動変容がみられた。他に、「固執性」、「情動コントロールの低下」の2因子においても若干の変容がみられた。だが、介入終了後1ヶ月では、「健忘性」は若干改善したものの、他の2因子は介入前の水準に戻った。それだけでなく、介入前後で行動変容がみられなかった「易疲労性・意欲の低下」、「対人場面での状況判断力の低下」、「課題遂行力の低下」3因子もすべて介入前より後退した。

E氏の家族から見た当事者のTBI-31のレーダーチャートの変化は図10のとおりであった。介入前より、「健忘性」の1因子のZ値が4.0台の高値であり、介入前後でこの1因子に若干の行動変容がみられた。他に、「対人場面での状況判断力の低下」、「情動コントロールの低下」の2因子においても若干の変容がみられた。しかし、「固執性」、「課題遂行力の低下」の2因子においては行動特性が、介入前より後退した。介入終了後1ヶ月は家族の事情により調査できなかった。

## 2) 認知機能

全対象者の介入群の認知機能の一定水準を検証するために、介入前、介入後、介入終了後1ヶ月の時点で、当事者の知能をMMSEの推移で検証した。その結果、ほぼ全員の当事者が、介入前後で1~2点の得点差に留まっており、認知機能は一定であった(図11)。ただしE氏のみ、介入前後で4点の得点差が認められた。また、同時点で当事者のタッチエム(作業記憶)の推移を検証した結果は、図12のとおりであった。

各事例のタッチエム(作業記憶)の変化を述べる。A氏のタッチエムの変化は、介入前79%、介入後89%、介入終了後1ヶ月89%と介入前より水準を上げた。B氏のタッチエムの変化は、介入前47%、介入後49%、介入終了後1ヶ月52%と僅かながら水準を上げた。C氏のタッチエムの変化は介入前61%、介入後82%で、介入終了後1ヶ月89%と水準を上げた。D氏のタッチエムの変化は、介入前78%、介入後100%と改善し、介入終了後1ヶ月90%と介入後の水準を維持した。E氏のタッチエムの変化は、介入前78%、介入後68%と後退し、介入終了後1ヶ月78%と介入前の水準まで戻った。

## 3) ADL

当事者のIADLを介入前、介入後、介入終了後1ヶ月で測定した結果は、図13のとおりであった。介入前より全体的にIADLの拡大がみられた。特に、生活上の自立を目指したC氏にIADLの拡大がみられ、介入終了後1ヶ月を経過してもIADLの拡大を維持していた。また、当事者のICFの変化は、図14のとおりであった。介入前のICF運動機能、聴覚機能、視覚機能は一定だった。ICF記憶機能は、介入前 $2.5 \pm 1.7$ 点、範囲(0.5, 6)で、介入後は $4.6 \pm 3.4$ 点、範囲(1, 10)であった。介入後1ヶ月 $2.6 \pm 1.8$ 点、範囲(0, 4)であった。介入後、ほぼ全ての当事者に記憶機能の改

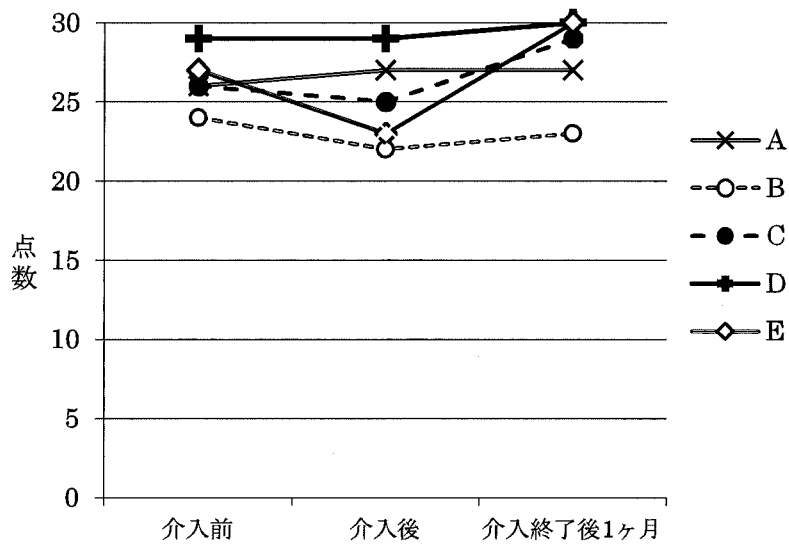


図 11 介入前後における当事者の MMSE の推移

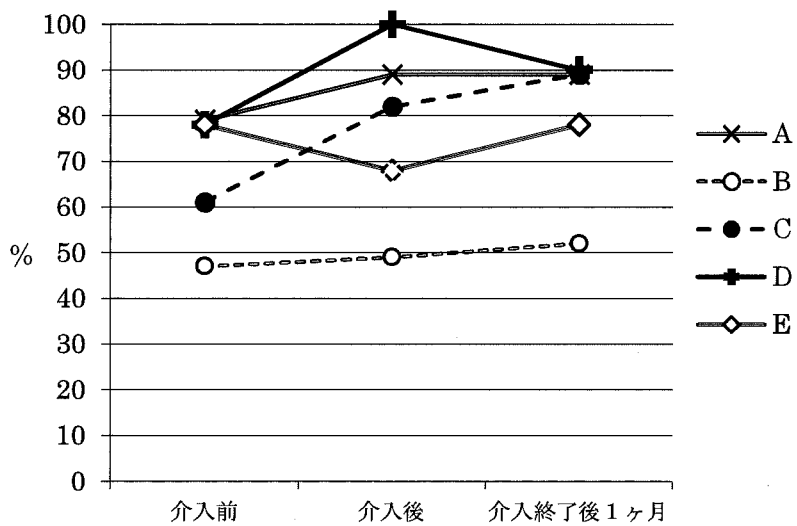


図 12 介入前後における当事者の認知機能；タッチエムの推移

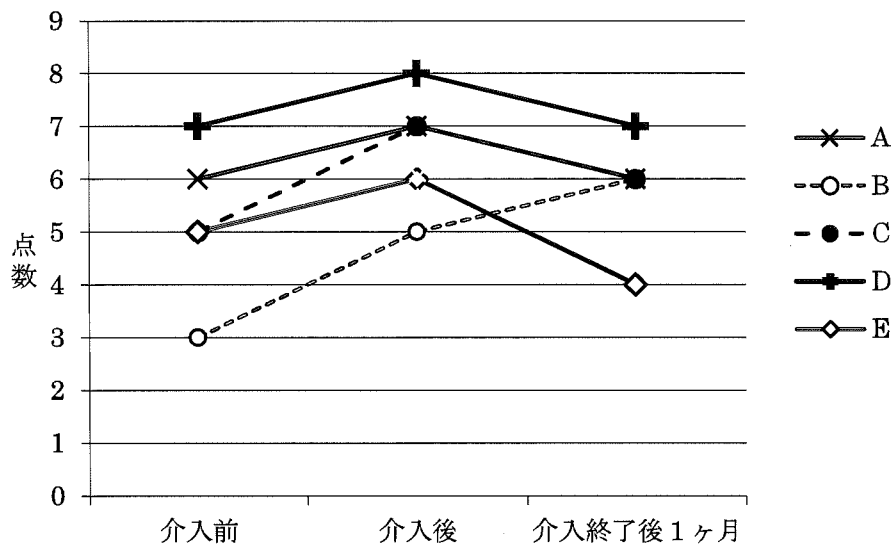


図 13 介入前後における当事者の IADL の推移

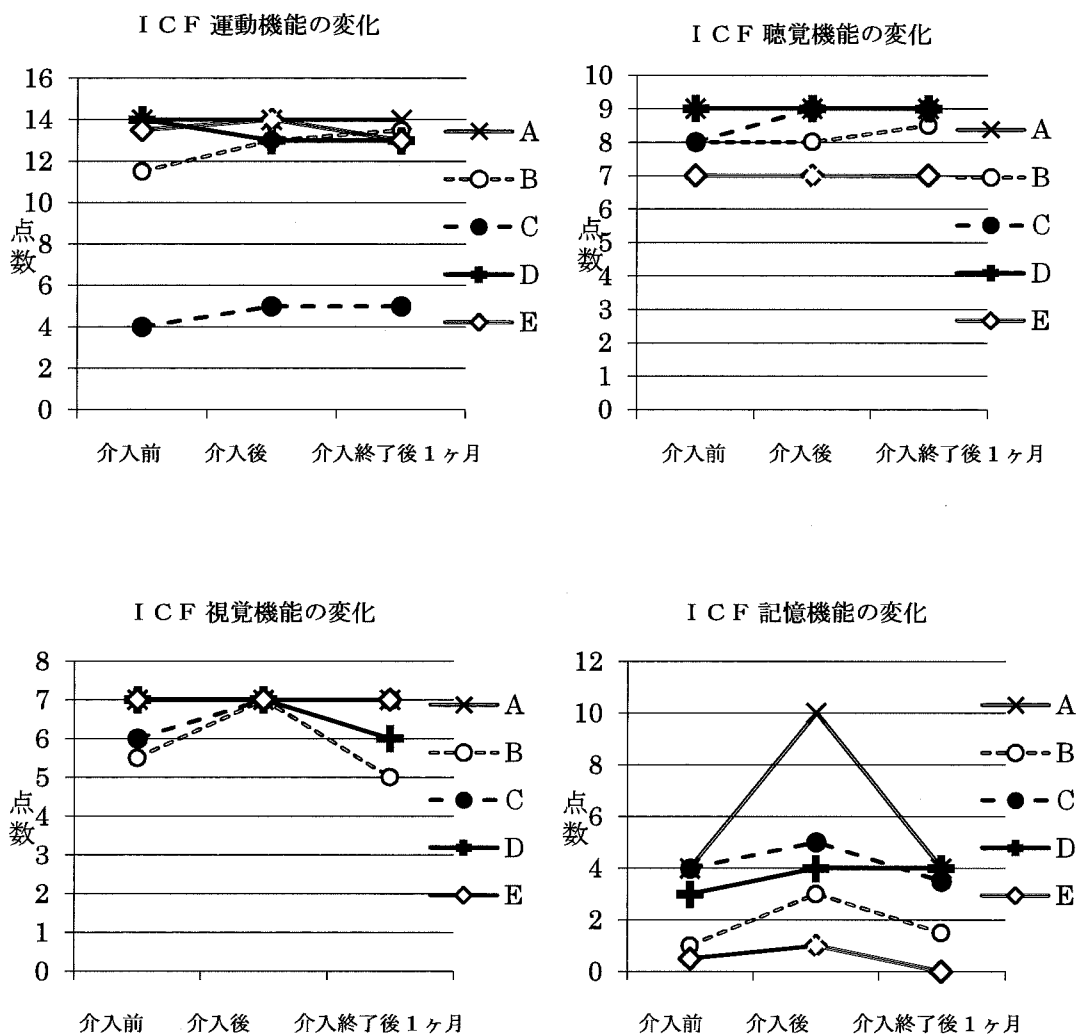


図 14 介入前後における当事者の ICF の推移

善がみられたが、介入終了後1ヶ月には介入前の水準に戻っていた。

各事例の IADL の変化を述べる。A 氏の IADL の変化は、介入前 6 点、介入後 7 点、介入終了後 1 ヶ月 6 点と維持した。また、介入前後における当事者の ICF の変化は、運動機能は 14 点、聴覚機能は 9 点、視覚機能は 7 点を維持した。このことから、A 氏の運動機能、聴覚機能、視覚機能は一定だった。しかし、記憶機能は介入前 4 点、介入後 10 点と改善したが、介入終了後 1 ヶ月 4 点と介入前の水準に戻った。B 氏の IADL の変化は、介入前 3 点、介入後 5 点、介入終了後 1 ヶ月 6 点と徐々に水準を上げた。また、介入前後における当事者の ICF の変化は、運動機能は 13 点、聴覚機能は 8 点、視覚機能は 5 点をほぼ維持した。このことから、B 氏の運動機能、聴覚機能、視覚機能はほぼ一定だった。記憶機能は介入前 1 点、介入後 3 点と改善したが、介入終了後 1 ヶ月 1.5 点と介入前の水準に戻った。C 氏の IADL の変化は、介入前 5 点、介入後 7 点、介入終了後 1 ヶ月 6 点と維持した。また、介入前後における当事者の ICF の変化は、運動機能は 5 点、聴覚機能は 8 点、視覚機能は 6 点、記憶機能は 4 点を維持した。このことから、C 氏の運動機能、聴覚機能、視覚機能、記憶機能はほぼ一定だった。D 氏の IADL の変化は、介入前 7 点、介入後 8 点、介入終了後 1 ヶ月は 7 点を維持した。また、介入前後における当事者の ICF の変化は、運動機能は 14 点、聴覚機能は 9 点、視覚機能は 7 点、記憶機能は 3 点であった。このことから D 氏の運動機能、聴覚機能、視覚機能、記憶機能はほぼ一定だった。E 氏の IADL の変化は、介入前 5 点、介入後 6 点、介入終了後 1 ヶ月は 4 点と介入前の水準より後退した。また、介入前後における当事者の ICF の変化は、運動機能は 13 点、聴覚機能は 7 点、ICF 視覚機能は 7 点、記憶機能は 1 点であった。このことから、E 氏の運動機能、聴覚機能、視覚機能、記憶機能はほぼ一定だった。

### 3. 家族の変化

#### 1) 介護負担

家族の Zarit 介護負担尺度を介入前、介入後、介入終了後 1 ヶ月で測定した結果は、図 15 のとおりであった。介入前の介護負担の平均は  $15.8 \pm 11.6$  点、範囲 (6, 36) で、介入後は  $12.5 \pm 9.3$  点、範囲 (3, 28) であった。その後、介入終了後 1 ヶ月  $15.6 \pm 10.2$  点、範囲 (4, 32) まで後退した。ほぼ全ての事例で介入後を最低値とした V 字曲線の形状で、C 氏は右肩下がりのグラフを描いた。E 氏の同胞のみ、右肩上がりのグラフを描いていた。

各事例の Zarit 介護負担尺度の変化を述べる。A 氏の家族の Zarit 介護負担尺度の変化は、介入前 36 点、介入後 28 点と軽減したが、介入終了後 1 ヶ月で 32 点と介入前の水準に戻った。A 氏の介護負担は、介入後を最低値とした V 字曲線の形状であった。B 氏の家族の Zarit 介護負担尺度の変化は、介入前 6 点、介入後 8 点と維持したが、介入終了後 1 ヶ月で 15 点と介入前の水準より後退した。B 氏の介護負担は、介

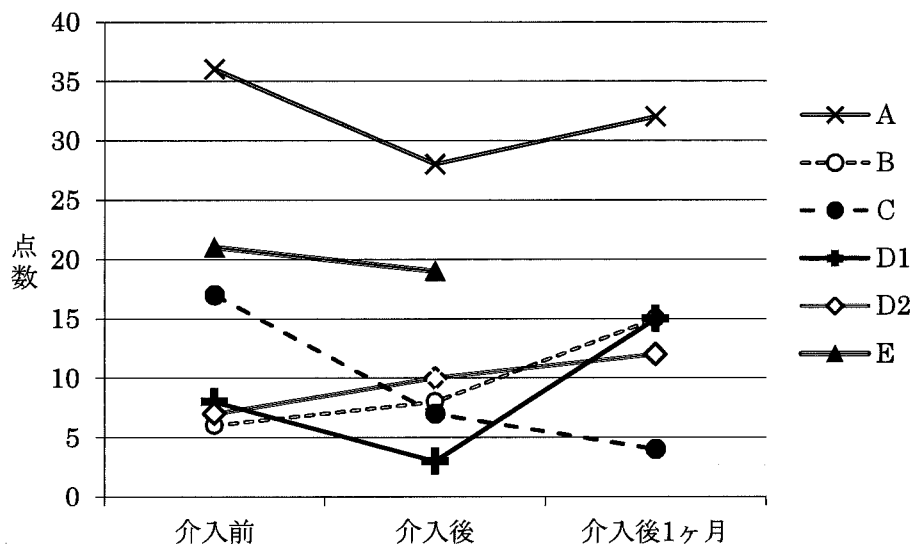


図 15 介入前後における家族の Zarit 介護負担尺度の変化

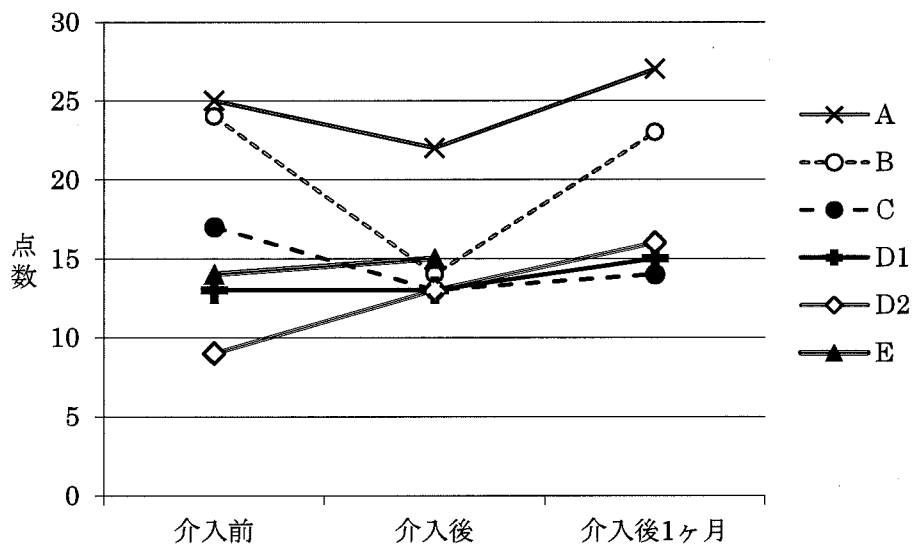


図 16 介入前後における家族の QOL の変化



入終了後1ヶ月で介護負担感が増した。特に、「問7：患者さんが将来どうなるのか不安になることがありますか？」の問いに、負担を強く感じていた。C氏の家族のZarit介護負担尺度の変化は、介入前17点、介入後7点と軽減し、介入終了後1ヶ月4点と介入前の水準よりさらに軽減した。C氏の介護負担は、介入後1ヶ月で大きく介護負担感が軽減した。D氏の家族のZarit介護負担尺度の変化は、母親の介入前8点、介入後3点と軽減したが、介入終了後1ヶ月で15点と介入前の水準よりさらに後退した。D氏の母親(D1)は、介入終了後1ヶ月で大きく介護負担感が増した。特に、「問21：本当は自分をもっとうまく介護ができるのになあと思うことがありますか？」の問いに、負担と回答した。D氏の同胞(D2)の介護負担は、介入前7点、介入後10点、介入終了後1ヶ月で12点となり、徐々に後退した。D氏の同胞(D2)は、介入後、介入終了後1ヶ月で徐々に介護負担感が増した。特に「問14：患者さんは「あなただけが頼り」というふうにみえますか？」の問いに、負担と回答した。E氏の家族のZarit介護負担尺度の変化は、介入前21点、介入後19点と軽減した。なお、介入終了後1ヶ月は家族の事情により調査できなかった。

## 2) QOL

家族のQOLは、1ヶ月以内のQOLを測定することができるSF-8で介入前、介入後、介入終了後1ヶ月で測定し、その結果は図16のとおりであった。介入前のQOLは、 $17.0 \pm 6.3$ 点、範囲(9, 25)で、介入後は $15.0 \pm 3.5$ 点、範囲(13, 22)であった。介入終了後1ヶ月 $19.0 \pm 5.7$ 点、範囲(14, 27)まで後退した。ほぼ全ての事例で介入後をQOLの向上が見られたが、D氏の同胞(D2)のみ、右肩上がりのグラフを描いていた。

各事例のQOLの変化を述べる。A氏の家族のQOLの変化は、介入前25点、介入後22点と向上し、介入終了後1ヶ月で27点と介入前の水準まで戻った。A氏は一時的にQOLが向上した。B氏の家族のQOLの変化は、介入前24点、介入後14点と向上し、介入終了後1ヶ月で23点と介入前の水準まで戻った。B氏も一時的にQOLが向上した。C氏の家族のQOLの変化は、介入前17点、介入後13点と向上し、介入終了後1ヶ月で14点だった。C氏は、QOLが向上し、介入終了後1ヶ月も維持していた。D氏の家族のQOLの変化は、D氏の母親(D2)が介入前13点、介入後13点と維持し、介入終了後1ヶ月で15点と介入前の水準より後退した。また、D氏の同胞(D2)は、介入前9点、介入後13点と後退し、介入後1ヶ月で16点と介入前の水準よりさらに後退した。D氏の母親(D1)と同胞(D2)のQOLは徐々に後退していた。E氏の家族のQOLの変化は、介入前14点、介入後15点とQOLは若干低下した。介入終了後1ヶ月は家族の事情により調査できなかった。

## 4. 生活支援プログラムにおける当事者の目標達成度と家族の特徴的な支援

各事例について、生活支援プログラムにおける目標を記述し、高次脳機能障害に対す

る理解の深まり、“自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーション、代償手段の獲得に向けた工夫の3つの視点で、生活支援プログラムにおける家族の特徴的な支援について記述した。そして、最終的な“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの成果を記述した。なお、文中の斜字は、当事者、家族の言葉を表す。

## 1) A氏の場合

### (1) 達成可能な目標とその対策

A氏は、達成可能な目標とその対策として、「一般就職」という長期目標から当面の課題を導き出した。当面の課題は、情報処理の資格取得のための受験勉強中の意識を持つこと、睡眠を惜しんで勉強すること、遊ぶ前にまず勉強、できるだけ漢字を書くことを掲げていた。また、対人関係・コミュニケーションという観点から、生活場面で不一致感を生じる場面があるか確認し、その場面を振り返ることを目標とした（資料 21-1）。

### (2) 高次脳機能障害に対する理解の深まり

A氏の父親は、高次脳機能障害に対して体験的理解が中心だったが、知識の提供による認知的理解が深まると同時に、情緒的理解も深まった。

具体的には、A氏は長年、当事者と周囲に人々との間に生じる不一致を感じていた。

A氏の父：「本人が最近のことの気づきだとか、自覚だとか、そういったところにか  
かないその病気に決定的なところがあるので、それが一番苦勞しているところ  
なんですよ。」

A氏の父：「当事者がどのように現状を理解して、どのような気持ちを抱いているの  
かを支援することが必要だと理解し、もっと早く挑戦すべきだった。」

また、介入中、親として感情的な部分が出たことを振り返り、認知的・情緒的にも理解が深まっていった（資料 21-1）。

### (3) “自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーション

A氏の父親は、当事者の立場に立った理解が深まり、また、自身の当事者に対する支援方法を振り返る体験をしていた。父親は、当事者に対して、他人を通して自分を知ることができない様子を察すること、当事者と家族が互いに信じる面を埋めることが、“自己の気づき”を促す糸口になるのではないかと理解した。具体的な支援方法に迷いつつも、家族として、当事者の気持ちに寄り添うことや優しい言葉で伝えていく努力をしていた（資料 21-1）。

### (4) 代償手段の獲得に向けた工夫

A氏の父親は、代償手段の獲得に向けた工夫を実施していた。父親は、長年の生活から、失敗しても二度としないようにと、当事者が自発的に進められない。施設で許されてしまい甘えにつながっている。親として、追及したら障害をいじめることになるからそれはできないと苦悩していた。介入中、家族の感性が優先していたことやもっと早く挑戦すべきだったことを振り返っていた。具体的な工夫は、成果は期待しす

ぎないこと、努力を見守ること、見栄を張っているように見えても黙っていること、目標をもつことは良いこと、挑戦する気持ちを大切にすることという工夫を実施していた。

A氏の父：「それが（当事者がどう現状を理解して、どう気持ちを処理していくかを支援するか）必要なんです。・・・ある程度ターゲットを決めて時間をかけて本人が、ある程度わかるというか、理解ができないとは思いますが、その辺のところをある程度時間をかけて、優しい言葉でね伝えていくと、これがこうなるとは限らないけど、今このところに心理的にあると思うんですよ。信じる面って。そこを少し埋めるというか、その努力がねお互いに必要なという感じがするんです。」

特に、A氏の父親の特徴的な工夫は、父親として、親として残念な気持ちを伝えることで、当事者に強く行動変容を訴えかけていたことだった。

A氏の父：「それに伴って実行力というかな、実践っていうのかな、ただ。書いてみると、ただそれだけでスケジュール管理を利用して調整をするんだと。調整というのは実行が伴わないと結局調整にはならないから行動だよ。・・・そこに至る社会人としての実行力というかそういうものも身に付けて自分でそれを、わるいけどお尻を叩きながらでもね、やっていくという努力が必要だと思う。いっぺんにできない。・・・それでいいんだではなくて、それを一歩でも半歩でも三分の一でも進むような行動力、まあ努力というかねというのはどうかなと思うんですよね。」

介入中、父親は、当事者が努力しているように見えず、親の都合で自分の目標を諦めたと表現することを指摘し、その辺りに一般就労が難しい要素があることを実感していた。また、繰り返すことで優しく言ったり、うまく説得したりできないという自分のあり様にも苦しみ、家族ではなかなかできないことを今回、介入してもらったと振り返った（資料 21-1）。

## (5) “自己の気づき”を促す生活支援プログラムの成果

A氏の自己評価としては、受験勉強の時間を確保することができず、受験準備ができなかったことを振り返った。他者評価として、父親は、「自分が決めたこと、討論した人との約束が果たせなかった。優先性を考えられなかった。人としても無責任さや甘さがうかがえ、あまり変わっていない。努力が少なかったのではないか。」という厳しい評価をした。最終的には、スケジュール管理・調整が新たな課題と分かり、スケジュール帳と自宅リビングのカレンダーの両方に予定を記述し、当事者が日程調整を図ることを当面の課題とすることとなった。

## 2) B氏の場合

### (1) 達成可能な目標とその対策

B氏は、達成可能な目標とその対策として、友人との約束を忘れてしまい対人関係に影響を及ぼしていた記憶障害に対する代償方法を取り入れることを立案した。当事者の要望から、目標は一つに絞ることにした。具体的には、文字よりも視覚的な情報が強いという特徴から、携帯電話で写真をとって、情報を保管することができること、また、必要な情報をほしい時に取り出すことができることとした（資料 21-2）。

## (2) 高次脳機能障害に対する理解の深まり

B氏の母親は、高次脳機能障害に対して体験的理解が中心だったが、知識の提供による認知的理解が深まり、解決策に結び付いた。具体的には、当事者の字が出てこない感覚や外国語を話すような感覚でコミュニケーションをとっていることを感じていた。介入中、「記憶障害」のメカニズムや代償方法を情報提供することで、記憶障害への認知的理解が高まり、最終的に文字よりも視覚的な情報が強いという特徴から、携帯電話の写真機能を活用した情報の保管と取り出しに取り組むという方法を理解された（資料 21-2）。

## (3) “自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーション

B氏の母親は、当事者に対する“自己の気づき”を促す体験をしていた。母親として、気づきを促すエピソードとそのバリエーションが豊富であった。具体的には、当事者の気持ちを確認し、当事者の語りを促すという当事者の気持ちを引き出すことで気づきを促していた。

B氏の母：「今までの自分はこうだったんだけど、これからその得意の部分と不得意の部分をもう少し心がけてやってみよう、簡単なことからでもいいからやってみようという気持ちはあるの？」

B氏の母：「おお、言えてるね。語っておくれ。」

また、目標設定の重要さや目標設定の困難さに共感することで動機づけを促し、そのためのきっかけづくりを強く促すことや完全な達成でなくてもよいことを保障することで安心感を与えていた。

B氏の母：「だから高い設定をしなくても自分でここら辺までだったら何とかやってみようかなってところから始めてもいいんだわ。それが結果的にね、それは目標だから少しは結果を出した方がいいかもしれないけど、完全じゃなくても、完全にこうだってなくてもいいのかなって。だって忘れやすいという特徴をあなたが持っているから。」

B氏の母：「だからといって毎日の日常生活が変わるわけではないのでね。ただ再度自分の病気について再確認ね、やっぱりそうだったって言ったとおりにできればいいけど、それだけではダメなの。君に進歩がほしい。こうだけれども何か俺にもできることがあるんじゃないかって事項も変わってきてるでしょ。」

さらに、母親としての意見を伝え、賛同することや当事者の進歩や変化を期待する

ことで、当事者の成長を見守る気持ちを伝えていた（資料 21-2）。

#### (4) 代償手段の獲得に向けた工夫

B 氏の母親は、代償手段の獲得に向けた工夫を実施していた。母親は、介入中、記憶を失っても他人に聞くことで、他人の海馬を活用すればよいと説明したことで、他人に聞くことを支持する行動につながった。また、好きなことは記憶がつながる時もあることや体で覚えることの実体験を語らせていた。

B 氏の母：「自分が経験したことはたまにつなげたりしているよね。こういえばつながることもある。・・・難しい酒の名前だとか、その土地に行ったらあれは何かって、あれは美味いだとか。辛いだとかは入るんだよね。」

さらに、家庭内では、父親が注意する役、母親が聞き役として家庭内での役割を分担することで、当事者が努力することが継続できるように工夫していた。

介入中、「達成可能な目標」では、携帯電話の録音機能ではなく、カメラ機能の活用を開始していた。また、目標に取り組む中で、途中、パートナーと喧嘩してデータを消去してしまったことがあったが、その理由を確認し、記憶障害を他人に理解してもらうことの困難さに共感したり、当事者の気持ちを代弁したりすることで、当事者を支持しつづけた。加えて、乗り越える力を持つ、親子で自分に合った代償方法に気づくことができたことを振り返る、今回の目標が達成できていることを支持し、今後も継続することを期待している、思ってもみなかった方法論に出会えたことを喜び合う、当事者自身が情報を整理することの重要性を伝える、自分でできると思える方法論に出会えたことを称賛することで、一貫して当事者に肯定的なフィードバックを提示し続けていた（資料 21-2）。

#### (5) “自己の気づき”を促す生活支援プログラムの成果

B 氏の自己評価として、写真を撮るというのは記憶に関して後で見ることができるので間違いない方法だった。目で見て訴えるのは、自分の中で取り入れやすい方法だったと振り返った。他者評価として、母親は「自分は忘れっぽいけれど、代用を使って自分でできることをしよう。自分で情報を処理する能力があることはいいことだ。」と高評価を得た。最終的には、視覚性記憶を活用した情報管理として、携帯電話は当事者にとって放すことができない道具となっていた。次の目標として「必要のない情報は保管し、不必要になった時は削除することもできる」という目標を継続して行うこととした。

### 3) C 氏の場合

#### (1) 達成可能な目標とその対策

C 氏は、直接的に自己への気づきを促すのではなく、生活上の自立を目指した。達成可能な目標とその対策として、「一人暮らし」という長期目標から、当面の課題を立案した。当面の課題は、①家事動作、②金銭管理、③対人関係・コミュニケーション

の3つを掲げた。①家事動作では、利き手が麻痺であることから、焼魚、サラダ、ウインナーを焼く、卵料理などの包丁を使わない料理に挑戦すること、家族の共有スペースである居間の掃除を実施してみることに、洗濯物を干す以外の工程に挑戦することを具体策とした。② 金銭管理では、毎月の食費代金を意識し、そのうち朝食当番分はいくらか把握することができることを課題とした。③ 対人関係・コミュニケーションでは、母親が自営業をしている関係から、自宅で来客した時に先方の名前や用件をうかがうことができることを課題とした（資料 21-3）。

## (2) 高次脳機能障害に対する理解の深まり

C 氏の母親は、高次脳機能障害に対して体験的理解が中心だったが、知識の提供による認知的理解が深まり、これまでの方針が適切であったと認識できた。具体的には、C 氏は、脱抑制に関する症状が顕著で、例えば、繰り返し女性に好意を述べてしまうことや携帯電話で高額な支払請求書が届いたことがあった。介入中、「社会的行動障害」により、「情動コントロールの低下」や「固執性」が顕著に生活場面に表れていることを伝えた。そして、当事者をイライラさせたくない、自主性を尊重してあげたいというこれまでの方針が適切であったことを確認することができた（資料 21-3）。

## (3) “自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーション

C 氏の母親は、当事者に対する“自己の気づき”を促す体験をし、母親としての愛情に溢れていた。最近、感情コントロールができるようになったことを評価したり、他人の振りを見て、我が振りを直した体験を認めたりした。また、自分の感情コントロールができない人を見て行動変容しようと思っしてほしいと支持し、肯定的なフィードバックをしていた。その一方で、親が叱るべき時に涙する思いで叱って、医療者に慰められて帰ってくる体験を語っていた。

C 氏の母：「そこでね、この人が部屋に入る、私も知らん顔してぶっ飛ばすからそうするとごめんなさいとなるの。そうするとまた自然に・・・病院の先生の受診があったら、いや先生ねーっていうの。そうしたらねそういうことができるのはお母さんしかいないんですって。自分たちは医師として看護師としてこういうことができるわけじゃないから。まあ体にたたくわけじゃないから、私はテーブルしか叩かないから、だから先生ね、手が痛いわー心は痛いわって・・・涙出る思いするよって先生にねそういうとね、それでもお母さんしかいないんです。って慰められて帰ってきて、最近2度ほどそういうことがあったんですけど、後なにも・・・。」

さらに、恵まれている環境であることを伝えつつ、自分で理解するという体験を積むことの重要性を伝え、将来、独居するという将来的な課題を提示していた（資料 21-3）。

## (4) 代償手段の獲得に向けた工夫

C 氏の母親は、代償手段の獲得に向けた工夫を実施していた。母親は、仲間とのコ

コミュニケーションがとれない、感情のコントロールがきかない時があるという精神的に不安定な時期を乗り越えてきたが、将来、感情のコントロールがきかない時どう対処するのか不安も抱いていた。そこで、介入中、時間がかかることを受け入れた上で、まずは、生活能力の向上、金銭管理とコミュニケーションに着目した課題に取り組んだ。具体的には、得意分野を後押しする、できていることを褒めるという肯定的なフィードバックで、金銭管理における工夫や経済観念をもつことの重要性を伝えた。また、心遣いや自主性が育ってきている印象をもち、精神的に安定してきたことを評価した上で、今回の介入効果を知りたい、一つずつ乗り越える気持ちを大切にしてもらいたいと期待感を伝えていた。

特に、C氏の母親の特徴的な工夫は、コミュニケーションにおいて、施設で何があっても電話はかけない、時間的に放っておく、親が叱るべき時に叱るという対応をした。

C氏の母：「それでね、治まればいいけど、それが障害を皆さん負ってきて、で、この人のあれもわかっているからそうすると、それが行った日だけじゃなくそれが延々と続くわけね。・・・だから一切私は施設のことをこの人があーだこーだと言っても絶対に電話をかけない、一切電話をかけない。」

母親には、できるだけ他の障害者の症状を見極めることを身につけさせたいという意図があり、当事者と周囲の人々との間に入り込みすぎない工夫をしていた（資料21-3）。

#### (5) “自己の気づき”を促す生活支援プログラムの成果

C氏の自己評価として、包丁を使わない料理に挑戦した。洗濯のやり方を母に教わった。掃除はやっていない。目標が多すぎたことを自ら振り返った。また、金銭管理は、もともと会計事務業をやっていた経験から、Excelを使って帳簿を作成し、保険や年金を含めた家計簿管理に取り組むことができた。コミュニケーション能力では、ICレコーダーを購入し、代用し始めた。他者評価として、母親は、「少しずつ努力しているが、生活能力を高めることは時間がかかる。介入研究に参加して、気持ちが穏やかになってきた。」と高評価であった。最終的に、すでに実施していること、少し背伸びすることを具体的に話し合うことが、生活能力の向上につながった。新たな課題として「自ら理解するという体験を積むこと」を挙げた。

#### 4) D氏の場合

##### (1) 達成可能な目標とその対策

D氏は、達成可能な目標とその対策として、記憶障害による情報の取りこぼしを減らすことができること、情報の要点をまとめて書くことを取り組むことができることを課題とした。具体的には、記憶機能の強化として、メモ帳とスマートフォンのスケジュール管理のサイトを使って、予定事体を思い出す。注意機能の強化として、メモ

を見返すタイミングは、寝る前と起床時と決めて振り返り、困ったこと、うまく行かなかったことを思い返して、次回どんなことを工夫するとスムーズに行くか考える。遂行機能の強化として、その日の予定と準備することを思い出し、用意するなど事前にシミュレーションを行って考えることを掲げた（資料 21-4）。

## (2) 高次脳機能障害に対する理解の深まり

D 氏は、発症から 2 年という経過の中で「同時に 2 つのことができない」という症状が顕著であった。D 氏の母親(D1)と同胞(D2)は、高次脳機能障害に対して体験的理解が中心だったが、知識の提供による認知的理解が深まっていった。介入中、知能検査の結果は平均以上の高さはあるものの、再現性の正確さが低いことを説明し、当事者が何らかの作業に取り組んでいる途中に話しかけ、混乱したり、2 つともわからなくなったりする自分を自覚する体験をしてもらうことで、課題と対策を見つけていくことが重要であることを理解された（資料 21-4）。

## (3) “自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーション

D 氏の母親(D1)と同胞(D2)は、当事者に対する“自己の気づき”を促す体験をしていた。D 氏の母親(D1)は、自分で物の保管場所を決めることで、家族に頼らず生活できることを示唆したり、自分で確認する方法を提案したりしていた。また、介入中、普段の自分の支援方法を見直すように変化した。さらに、普通自動車の運転の課題を提示し、父親と当事者との関係から同胞が運転をサポートした方が当事者の苛立ちが少ないことを理解し、脳の疲労状況を観察して、運転を練習する機会を設定していた（資料 21-4）。

D 氏の同胞(D2)は、冷静に当事者が先走らないように注意したり、自宅の状況を正確に伝えたりすることで、当事者の生活上の困難さを代弁していた。また、母親と協力して、普通自動車の運転を支援していた（資料 21-4）。

## (4) 代償手段の獲得に向けた工夫

D 氏の母親(D1)と同胞(D2)は、代償手段の獲得に向けた工夫を実施していた。母親は、調理中はなるべく傍に近寄らないように工夫することで、多重課題のトレーニングを支援した。また、その際、家庭内での役割分担をし、母親は甘えを受け止める役、同胞が課題を追及する役とすることで、当事者の課題を挑戦する場と休む場を作ってきたと言える。

D 氏の母：「でもあれだよ、一つ夢中になっていると何か言っても今言わないでって言わなくなっただですよ。・前だったら一回一回しゃべっていいとか聞いたらダメって言われたけど、今はそんなことないし、お化粧しているときでもしゃべっていたらどこまでいったか分からなくなるから言わないでって、今そんなこと全然なくなった。・・・ほとんどお母さん口出ししないからね。この前はお母さんがいなくてもちゃんと上手にできていたしね。」



その結果、D 氏の母親(D1)は、調理時間が短縮されたことや旅のしおりを作成した成果を褒めたり、化粧や調理中に2つのことを実施しても苛立ちが減ったこと、メモの代償機能が発揮できていることを確認したり、リハビリテーションや生活支援プログラムの成果を認め、肯定的なフィードバックをしていた。

特に、D 氏の母親(D1)の特徴的な工夫は、病気の前後の変化から現状を探るようにしていた。もともと病院看護師として働くようになってから旅行で活発な活動をしていることや家庭のある人に優先的に休日を譲り職場での役割を果たしてきたことを認めていた。また、復職にあたり職場長との面接があることを共有し、どのような検査をするのか情報収集し、復職を支援したい気持ちを持っていた。

D 氏の母：「本当にね、おとといの話ですからね。だからほんと無理じゃないかなって言ったら、本人もそうですけど、私も本当にショックでした。ダメかなって思ってたんですけど、実際にちょっと難しいんじゃないですかって言われたらやっぱりね、本人もそうですけど私もショックでしたよね。だからといって一人でX市やったらそれもまた、それはそれで心配だし、いろんなこと火元とかはそういうことは一切心配はないんですけど、ただ新しいことは忘れるから。」

プログラムの完了期で、職場を退職することが決定し、当事者の退職を必死に受け止めるようにしていた(資料 21-4)。

また、D 氏の同胞(D2)は、可能な限り協力する気持ちを持ち、具体的な支援方法として、当事者が普通自動車運転をする機会を捻出したり、記憶の代償方法を手助けしたりしていた。

D 氏の同胞：「私もほしいからたった一言、今日は頑張ったねって言ったら、やだーっという気にならないですか、人のことを褒めないじゃないですか普通の企業で働いていても、だから難しいなって思う。だから私はいつも一人で帰るときに、今日も一生懸命頑張ったから帰るって言って帰ってくる。けど難しいなって思って。気のきいたセリフを持ってないもん、私。なんか救われる一言。・・・難しいもん、でもさっき私は偉いねっていうと、ほらね、憎たらしいしよって。」

要約のトレーニングが難しいことに共感したり、ストレスが脳に及ぼす影響を考えたり、自分が当事者にとってより良い支援とは何かを検討し、努力していた。その一方で、同胞の立場で当事者の励まし方に迷い、親との立場の違いから言葉を選んで、当事者を励ましていた(資料 21-4)。

##### (5) “自己の気づき”を促す生活支援プログラムの成果

D 氏の自己評価として、「スマートフォンをやっと何とか使えている。メモは、殴り書きを後から見返すとこれなんて書いたっけって読めないぐらい汚い。その日の予定とか準備することは、朝手帳を見る習慣というのがだんだん身についてきている感じ

なので、できたらチラッと見て、今日あれだったとか思いながらやっている。イベントのある場合のシミュレーションも大体大丈夫で、一番大きなイベントだったのが、最近では青森に旅行に行くという事だったんだけど、ちゃんと準備できていた。」と振り返った。

他者評価として、母親は、「調理、化粧、サザエさんの要約などの作業を夢中になっていると、何か言っても『今言わないで』って言わなくなった。前だったら一回一回しゃべっていいとか聞いたら『ダメ』って言われたけど、今はそんなことないし、お化粧しているときでも今そんなこと全然なくなった。」と高評価を得た。最終的には、正確に再現するという事と二重課題になった時の対応が課題として残った。要点のまとめ方や2回繰り返し見ることで正確性が増すということも自覚できるようになり、取りこぼしも減り、イライラ感も治まっていた。プログラム最終日、復職できないことが確定し、役割や生きがいの喪失が課題として浮上した。

## 5) E 氏の場合

### (1) 達成可能な目標とその対策

E 氏は、達成可能な目標とその対策として、対人関係・コミュニケーションにおいて、どのような時に本来、出てくる言葉が出て来ないのか、状況を振り返ること、どのような解決方法があるのか考えてみることを掲げた。具体策として、家族以外の人と会う時の自分について、見つめてみる、考え方を改めて、気にしても仕方ないことは気にしないようにしてみる、イライラやストレスについて、対処方法をもつように考えてみることを掲げた（資料 21-5）。

### (2) 高次脳機能障害に対する理解の深まり

E 氏の妻は、高次脳機能障害に対して体験的理解が中心だった。E 氏は、脳腫瘍の治療の後遺症として約2年前、「遅発性高次脳機能障害」を発症し、「記憶障害」とそれによるイライラ感が顕著であった。一方、妻は、5年前に結婚したばかりで、「当事者を理解したい気持ち」と「全てを支えることはできない気持ち」が共存していた。介入中、遅発性高次脳機能障害の研究が進んでおらず、科学的根拠が明らかでないことを共有し、記憶障害の代償手段と一緒に探す必要性を理解された（資料 21-5）。

### (3) “自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーション

E 氏の妻は、当事者に対する“自己の気づき”を促す体験をしていた。E 氏は、「遅発性高次脳機能障害」であっても、記憶が代償されることでイライラが減少するのではないかと感じていた。具体的には、記録が苦手なことを共通認識したり、当事者が認知機能を改善したい意欲を認めたり、一緒に生活支援プログラムに参加することになった。また、普段から、妻として雰囲気悪くしないように配慮し、あらゆる努力をしてきたが、当事者には妻の提案はあまり受け入れられていないことを感じ、当事者をサポートできずにもどかしい思いをしていた。それでも、何とか建設的に解決し

たいという思いから、約束を忘れなくなった経験もあるので、他の場面に活かすことができないかと、他の場面への応用を模索していた（資料 21-5）。

#### (4) 代償手段の獲得に向けた工夫

E 氏の妻は、代償手段の獲得に向けた工夫を実施していた。妻は、記憶障害をストレスに感じる当事者に戸惑っていた。妻は必死で、考えられる代償機能はすべて試し、「達成可能な目標とその対策」を部屋に貼るように促していた。具体的には、駐車場の位置をアプリケーションで情報保存したり、列車乗車中も時間を惜しんで、ジグソーパズルやナンバープレース；ナンプレで記憶の強化を勧めたりしていた。また、当事者の身体的疲労を気遣いつつ、マイナス面ばかりではないことを気づかせる、一歩先に会話を進めたい気持ち、建設的に考えてほしい、最終的には、厳しくも受容してほしいと強く願っていた。一方、当事者は、妻の期待に応えたくても、当事者が思ったことを表現できないことや記憶障害にこだわる当事者を何とかしたい気持ちから抜け出すことができなかった。

特に、E 氏の妻の特徴的な工夫は、遅発性高次脳機能障害で就職できるのか、遅発性高次脳機能障害は未解決な部分が多いという点だった。

E 氏の妻：「お医者さんも進むのは、ずっと進み続けるというケースばかりじゃなくて、ある程度で止まるということもあるからわからないっていうだけなので、決まっているわけでもないし、あのそのままという人もいるのでという意見もあるんですね。わからないというだけ。」

未解決な部分が多いからこそ、その対応として、検査結果を控えておくことや失語症の進行ではないことを確認していた（資料 21-5）。

#### (5) “自己の気づき”を促す生活支援プログラムの成果

E 氏の自己評価として、もともとできたことが普通にできないよどみを解決できない、うまく他人に伝えることができないストレスがあると振り返った。他者評価として、妻は、「記憶を強化する方法に一歩前進してほしい。どうしても説明できないストレスにこだわってしまうところがこだわりのポイントではないのか。厳しいようだが、現実を受け入れるしかないと思う。とりあえず、できることからやるしかないと思う。」という厳しい評価だった。最終的に、伝えられないストレスを緩和することは難しいが、「少しでも家族会や支援者を活用してみたい。また自分では少林寺拳法などストレス発散をしてみたい」などの自分なりの解決方法を言語化できていた（資料 21-5）。

## V. 考察

本研究において開発した生活支援プログラムが在宅高次脳機能障害者と家族にとって有効であるかどうかを検討するために、1. 介入前後における当事者の変化、2. 介入前後における家族の変化、3. 生活支援プログラムと目標達成度との関係、4. 家族の障害理解の深まりと気づきを促す体験、代償手段の獲得に向けた工夫、5. 生活支援プログラムの評価、6. 研究の限界と今後の課題について述べる。

### 1. 介入前後における当事者の変化

当事者の行動の特徴は、全事例で変化がみられた。特に、「健忘性」という行動の特徴について、顕著に効果がみられた。それに伴って、「情動コントロール力の低下」や「課題遂行力の低下」の行動の特徴が縮小化していた。その要因として、記憶に関して「達成可能な目標」が妥当であり、具体的な代償方法を立案していたことが、「健忘性」の変化につながったと考えられる。また、「健忘性」が改善されることで、代償方法によって問題に至る前に解決できる場面につながり、それによってイライラする機会が減少し、情緒的な安定につながったとも考えられる。加えて、“自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーションが豊富であったことが関連しているとも考えられる。

一方、「固執性」という行動の特徴はあまり効果がみられず、当事者の“自己の気づき”に結びついていないようであった。その場合、防衛機制によって“自己の気づき”を回避していることも考えられるため、精神的な支援と同時に、長期的に寄り添った介入が必要と考えられる。他に、同家族から参加した母親と同胞では、当事者の行動を見て異なる評価をしていた。その要因として、当事者は大きな目標だった「復職」という夢を失った事象と介入終了の時期が重複していたため、精神的影響を強く受けていたことが、何らかの影響を与えていたと推察される。

当事者の認知機能の変化は、MMSE はほぼ一定水準であった。また、前頭葉機能(作業記憶)を調査するタッチエムは、ほぼ全当事者に改善がみられた。つまり、介入によって、左右の空間認識や規則性に関する作業記憶を高めることにつながっていたと言える。その要因として、プログラム自体と家庭での意図的な関わりが、当事者の前頭葉機能を刺激することになり、記憶や注意の改善、作業記憶の向上につながっていたと考えられる。松田らによる「脳外傷職場定着要因分析」では、職場復帰や定着という具体的に目標設定をして介入した結果、一般就労群は作業記憶が一定レベルに回復していた(松田, 稲葉, 松井, 阿部, 2007)。このことから、一般就労を定着するためには、一定の認知能力や作業能力の向上が重要であると考えられる。一般就労には、正確さと迅速さが求められるが、その両者が困難な場合、まずは時間がかかっても正確な作業の遂行を目指し、次に迅速さを目指すなど、段階的な目標の立案が重要と考えられる。

当事者のADLの変化は、IADLはほぼ全員の生活能力が向上した。その要因として、特に調理や掃除といった家事動作を具体的に掲げていた当事者は、生活能力の獲得につな

がっていたと考えられる。当事者は、将来的に自立した一人暮らしを目標に掲げており、生活能力の獲得は自立につながる要素である。

また、ICF に関しては、運動機能、聴覚機能、視覚機能については、ほぼ一定水準であったが、記憶機能に関しては、ほぼ全員に改善がみられた。但し、記憶機能の改善は一時的な者もあった。その要因として、記憶の改善を維持した者は、自分に適した代償方法であるという体験的な気づきやその代償方法を獲得することで、直面する困難な状況を回避することができるという予測的気づきを体験していた。一方、記憶機能の改善が一時的であった者は、体験的気づきや予測的気づきには至らなかったと考えられる。このことから、自分に適した代償方法を探し当てたり、それを獲得したりする過程に時間を要するため、より長期的な介入が必要であると考えられる。橋本らによる脳外傷者に対する包括的リハビリテーションでは、「高次脳機能の改善」や「就労支援」といった固定的な治療目標は掲げていないが、介入前後で当事者の心理的・社会的・職業的機能が改善していた（橋本，野路井，間島，石松，中村，2006）。本研究においては、個々によって目的やゴール設定は異なるが、お互いに明確な目標を掲げ、共有したという点で異なる試みであった。そこで、運営上の工夫として、集団セッションを通して、お互いの目標や達成度を共有することに力を入れた。その結果、集団セッションにより、参加者同士の体験の語りや意見交換が、参加者自身の知的気づきや擬似的な体験につながっていたとも考えられる。また、自分の取り組みを他の家族に支持・共感してもらう体験が、取り組みへの動機づけにつながっていたとも考えられる。

## 2. 介入前後における家族の変化

家族の介護負担の変化は、A 氏、B 氏、C 氏、E 氏の家族の介護負担感が軽減していた。その要因として、家族は、個人面談によって共同解決者を得たという実感が得られたこと、また長い療養生活で気づかなかった可能性を見つけ出すことができたことから、介護負担感の軽減につながったと考えられる。また、教育プログラムでは、目からウロコが落ちたような実感が得られ、集団セッションでは、参加者との交流が明日への活力につながっていた。結果的に、当事者の行動や考えの変化を実感することができたという点で、介護負担感の軽減につながったと考えられる。その後、介入終了後1ヶ月には、半数以上の家族の介護負担感が、介入前の状態に戻るか、もしくは、介入前より負担感が増していた。介護負担の軽減が一時的であった要因として、プログラムが終了すると、看護師や仲間の支えが失われてしまい、継続して取り組むことの困難さが現れたと推察される。

また、家族のQOLの変化では、A 氏、B 氏、C 氏、E 氏の家族のQOLが向上していた。つまり、介入中の家族の健康状態が妨げられることはなかったと言える。しかし、介入終了後1ヶ月には、ほぼ全家族のQOLが、介入前の状態に戻るか、もしくは、介入前よりQOLが低下していた。QOLの向上が一時的であった要因として、家族の持病の悪化や

当事者の将来への不安が増加したことが、健康状態に影響を及ぼしていたことが考えられる。

以上のことから、D 氏の場合は、当事者の退職というライフイベントがあったため、家族の介護負担感の軽減や QOL の向上には結びつけることができなかったが、それ以外は、介入前後で介護負担感の軽減と QOL の向上が確認できたという点で、家族に対して一定の効果があったと考えられる。しかし、介護負担の軽減や QOL の向上が一時的であったことから、プログラムの効果を維持するためには、継続プログラムの必要性が示唆された。

### 3. “自己の気づき”を促す生活支援プログラムと目標達成度との関係

全ての当事者が「達成可能な目標とその対策」を立案できた。その要因として、個人面談を通して、知的気づきから目標を立案できていたと考えられる。加えて、目標を 1 点に集中して取り組むことで、目標達成に向かって取り組むことができた。他に、“自己の気づき”を促すことで、情緒的に不安定になると予測された場合は、倫理的配慮として、直接的に“自己の気づき”を促すアプローチは回避した。具体的な方法として、当事者は、「一般就労」や「一人暮らし」という高い目標を掲げていたため、長期目標から枝分かれさせて「当面の課題」を導くことで、現状からかけ離れた目標にならないように達成可能な目標を導いた。大川（2009）は、ICF の理解と活用では、「目標指向的アプローチ」の重要性を指摘し、目標をもつことで、当事者、家族、支援者の共通言語として意味を持ち、その目標は個別的・個性的なもので書き表す必要があると述べている。このことから、高次脳機能障害の場合も、目標指向的アプローチを導入することで、挑戦する気持ちにつながる可以考虑。本研究においても、当事者、家族、支援者の共通言語として「目標」を設定することで、周囲の人々が意図的な関わりにつながることであった。また、高すぎる目標ではなく、少し先の未来を見据えた目標や「当面の課題」を探し当てることで、実際の生活に根差した目標を設定することが、介入の効果をあげると考えられる。

結果として、「達成可能な目標とその対策」に対する達成度は、5 名中 3 名の当事者が自己評価、他者評価ともに高い評価が得られた。その要因として、記憶や注意に関しては、知的気づきを刺激することで、自分に合致した記憶の代償手段を見つけることができ、体験的気づき、予測的気づきによって取り組みの継続につながったと考えられる。また、家事動作など生活の自立に主眼を置いた者も、目標達成度が高かった。その要因として、生活能力の再獲得は、目に見える変化であり、当事者・家族とも手ごたえや自信につながり、生活能力の向上につながったと考えられる。

一方、一定の成果が得られなかった他 2 名は、「対人関係やコミュニケーション」に関する目標を掲げており、困難な取り組みであった。その要因として、“自己の気づき”が高まると、精神的ストレスが増すことが考えられるため、代償手段の発見に至る過程の

中で、当事者や家族、関係者との協議を重ね、相当数の時間をかけた。具体的には、医療者が、当事者に対して、周囲の人々との対人関係について考えを傾聴したり、できるだけ記憶が鮮明なうちに、コミュニケーションのずれを生じている場面を振り返ったりすることで、代償手段を模索した。また、個人面談を繰り返し、時間をかけて環境を調整し、時期を見計らって、当事者に対して、自身の取った行動が周りの人々に与える影響やその意味を伝えることで、“自己の気づき”を促した。そのため、限られた介入期間中では、当事者が体験的気づきや予測的気づきに至ることができなかつたと分析する。

以上のことから、本研究の“自己の気づき”を促す生活支援プログラムは、「対人関係やコミュニケーション」を主にした場合の目標達成は低かつたが、記憶や注意を主とした場合は、比較的目標が達成されたと考えられる。“自己の気づき”は、内面に向かうため、初期段階では、これまでの体験した困難さを十分に傾聴して情緒の安定化を図ること、生活そのものを一緒に話し合うことで、達成可能な目標やその対策を立案すること、目標を特定してからは、その到達を当事者や家族と共に歩みつづけることが、プログラムの効果を継続するポイントであると考えている。

#### 4. 家族の障害理解の深まりと気づきを促す体験、代償手段の獲得に向けた工夫

家族における高次脳機能障害の理解は、これまで体験的理解が中心であったが、個人面談や教育プログラムを重ねることによって、体験に知識が裏付けされる形で知的気づきが深まっていた。その要因として、個人面談によって、神経心理学的知識を用いた詳細な解説を行うとともに、その障害が生活の中でどのような影響が生じる可能性があるのかを伝えることで、家族の予測的気づきにつながったと考えられる。また、全事例が一樣に口にした言葉は、「当事者と家族で揃って、このような検査結果を用いた説明を聞いたのは、初めて。」という言葉だった。その背景として、2001年から高次脳機能障害の診断基準が初めて確立されたため、それ以前に高次脳機能障害を受傷した人々は、十分な説明と同意を得る医療環境になかつた。したがって、知識ではなく体験的理解から高次脳機能障害の理解を深めることしかできなかつたと考えられる。

また、家族の障害に対する理解の深まりは、当事者に対する“自己の気づき”を促す体験につながっていた。特に、母親は、“自己の気づき”を促す豊かなバリエーションも持っていた。石川と奥宮（2009）は、脳外傷の息子を介護する母親の心理社会的プロセスを調査した結果、回避期～閉鎖期～求援期～離脱期～再建期を経て、関係性が再建されることが明らかにしている。本研究においても、複数の母親に同じような結果が得られた。その要因として、母親自身の生きるチカラの獲得と効率的な運用による介護経過をたどると、母親の問題解決能力は高まるため、様々なバリエーションで支援することができたと考えられる。

代償手段の獲得に向けた工夫は、全事例とも実施していた。これらの代償手段の獲得に向けた工夫は、目標達成に結び付いていたと考えられる。その要因として、家族内で

役割分担を行い、課題に挑戦する場面としない場面の両方を設定することで、当事者を後押ししていた。また、ほぼ全事例に共通して、喜びを表現したり、褒めたり、支持したり、後押ししたりする等の「肯定的なフィードバック」や「期待感」を伝えていた。他に、A 氏の父親は、厳格な父親で自分の息子を褒めることができないが、集団セッションの中で、他の障害者を褒めたり、称賛したりすることがあった。このような家族の支えは、当事者が継続的に取り組むことを支えていると考えられる。

## 5. “自己の気づき”を促す生活支援プログラムの評価

“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの構成要素、個人面談、集団セッション、教育プログラムに沿って、プログラムの評価を考察する。3つの構成要素の中で、個人面談に最も時間を割いた。個人面談によって得られた成果は、生活の視点を重視して総合的にアセスメントすることで、直接的に“自己の気づき”を促すべき主題を特定することができたことである。宮原（2012）は、“自己の気づき”の評価法を開発し、問題の気づき、変化への動機づけ、戦略の気づきの主成分を明らかにした。本研究においても、参加観察による場面の振り返りや記述による振り返りを行うことで、問題の気づき、変化への動機づけ、戦略の気づきにつながっていたと考えられる。

集団セッションによって得られた成果は、他の当事者・家族の考えや思いを聞く機会となり、参加者の満足度の高さにつながっていたことである。橋本ら（2006）の包括的リハビリテーションの効果分析をした結果、「笑い」や「遊び」の存在が参加者の笑顔を増加させ、体調の向上に寄与していた。本研究においても、個人面談とは異なる集団的な力動が発生し、相乗効果をもたらしていたと考えられる。しかし、他者の言葉で精神が不安定になりそうなリスクが生じた場合は、集団セッションから外して家庭訪問に切り替えた。集団セッションに向かない当事者には個別の対応が求められると考えられる。

教育プログラムによって得られた成果は、当事者や家族に対する知的気づきを促すことにつながっていたことである。阿部（2011）は、高次脳機能障害のリハビリテーションの成功の鍵として「障害認識」に着目し、「障害を知る」、「できるを学ぶ」、「現状を肯定する」という変化を明らかにした。本研究においても、「知的の気づき」を促進することで、当事者の認識に変化がみられた。その要因として、当事者と家族とは理解力が異なるため、当事者が理解できるレベルに合わせ、難解な医療用語をわかりやすく解説することが効果的だったと考えられる。また、当事者と家族が揃って学習する場となり、共に成長し高め合う家族関係につながっていたと考えられる。

## 6. 研究の限界と今後の課題

本研究は、積雪地区 A 市の 2 施設で実施したが、発症からの期間が 2 年～20 数年と幅があり、高次脳機能障害の知識、意識は個人差がみられた。介入期間や雪国という土地柄から、冬期期間の介入を避けたが、参加が少なく、研究結果の一般化可能性には限界



がある。

本研究で作成したプログラムの有効性を明らかにするために、量的なデータ、目標達成度、個人面談による主観的なデータを用いて分析した。今回のように地域による公開講座で募集する場合は、対象者の背景が複雑となり、研究遂行上、様々な課題が生じる。今後、特定した集団を対象とする場合は、研究協力を医療機関に依頼する。個別性の配慮や集団としての力動に配慮することが運営上の課題であった。対象が5組となり、質的分析を併用したが、プログラムの有効性の評価には限界がある。また、複数の職種の協力を得ながら、プログラムを検討してきたが、データ収集とその分析には、研究者一人で実施したため、一貫性はあるが、客観性に欠ける面があることは否定できない。

本研究において作成したプログラムは、在宅高次脳機能障害者の認知機能の向上、目標達成、代償手段の獲得を促すものとして確認された。また、家族の支援方法を充実させ、介護負担や生活の質を改善するプログラムとして有効性が高いと評価された。介入終了後1ヶ月にはほぼ全当事者の行動の特徴や記憶機能が介入前の状態に戻った。また、家族の介護負担、QOLの改善が一時的であったことから、今後はプログラムの効果を維持する継続プログラムが課題となる。また、集団セッションに馴染めない当事者への訪問看護による個別対応、独居中の当事者に対する“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの開発も取り組むべき課題である。

## VI. 結論

本研究の目的は、看護師が中心となって、在宅高次脳機能障害者と支えている家族を対象とした“自己の気づき”を促す生活支援プログラムを開発し、その有効性を評価することであった。本プログラムは、当事者と家族に対して、“自己の気づき”を促す生活支援プログラムとして、個人面談、集団セッション、教育プログラムを組み合わせ実施した。その結果、以下のような結論が得られた。

### 1. プログラムの実施状況

介入期間中における高次脳機能障害者の参加状況は100%だった。全ての当事者が「達成可能な目標とその対策」を立案し、期間中取り組むことができた。5人中4人は、直接的に“自己の気づき”を促す目標を立案し、他者は生活の自立を目指して目標を立案した。

### 2. 介入前・後における当事者の変化

“自己の気づき”を促す生活支援プログラムを適用した当事者は、「健忘性」、「情動コントロール力の低下」、「課題遂行力の低下」という行動の特徴が縮小化し、「固執性」に効果はみられなかった。認知機能では、特に作業記憶が改善していた。また、記憶や注意に関する「達成可能な目標とその対策」を立案した者は、体験的気づきや予測的気づきにつながっていた。「対人関係やコミュニケーション」に関する取り組みでは、“自己の気づき”にたどりつくことが困難であったが、家事動作を通して家族間の交流を図ることができていた。

### 3. 介入前・後における家族の変化

“自己の気づき”を促す生活支援プログラムを適用したほぼ全員の家族は、介護負担が軽減し、QOLの向上が確認できた。しかし、介入終了後1ヶ月には、家族の持病の悪化や将来への不安が増加したことにより、介護負担やQOLが後退した。長い療養期間には様々なライフイベントが考えられることから、介入の効果を維持する継続的な介入が必要である。また、介入中、全家族が高次脳機能障害に対する知的気づきによる理解が深まり、母親が当事者に対して“自己の気づき”を促す豊富な体験をし、代償手段の獲得に向けた「肯定的なフィードバック」や「期待感」を伝えていた。このような家族の支えは、当事者が継続的に取り組むことの支えになっていた。

### 4. プログラムの有効性の評価

本研究では、“自己の気づき”を促す生活支援プログラムに対して在宅高次脳機能障害者と家族10組に適用したが、最終的に5組を分析対象とした。除外理由は、介入以外の影響因子が大きいと判断したためであった。最終的に対象とした5名の当事者は、「達成可能な目標とその対策」を立案することができた。記憶や注意に関する目標は、体験的気づきや予測的気づきにつながりやすく目標達成度が高かったが、「対人関係やコミュニケーション」に関する目標は、知的気づきに時間がかかり、体験的気づきや予測的気づきを体験するには至らなかった。

当事者の成果変数として、「健忘性」、「情動コントロール力の低下」、「課題遂行力の低下」という行動の特徴が縮小化し、作業記憶が改善し、家事動作などのADLが再獲得できた。また、家族の成果変数として、介護負担の軽減、QOLの向上につながった。以上ことから、本研究における“自己の気づき”を促す生活支援プログラムには、一定の効果があったと言える。しかし、介入終了後1ヶ月には、介護負担感やQOLが介入前の状態に戻ったことから、今後はプログラムの有効性を維持するための働きかけが課題となる。



## 謝 辞

本研究は大変多くの方々のご指導、ご協力、ご支援のもとで作成することができました。長年、高次脳機能障害をもちながら、地域で暮らし、数多くの困難に立ち向かいながら、ひたむきに生きている当事者の皆様、またそれを支えるご家族の皆様の御協力がなくては、この研究を実施することはできませんでした。また、4ヶ月という長期間、この生活支援プログラムに参加し、日々努力されたことに心から敬意を表し、深謝いたします。

また、予備研究の場として、ご協力いただきました片桐伯真先生に心から感謝いたします。先生には、地域で暮らす高次脳機能障害者と家族に対して、専門医としての支援の在り方や役割モデルを教えていただきました。

そして、本研究の場としてご協力いただいた、東藤れい子様、菅野 敦様、中野匡子様、篠原 節様に心から感謝いたします。長年、皆さまが高次脳機能障害者・家族に対する支援体制と活動基盤を築いてくださっているおかげで、多くの方が助けられています。

「在宅高次脳機能障害者と家族の“自己の気づき”を促す生活支援プログラムの構築」に、ご尽力いただきました大槻美佳先生、大澤恵留美先生、小川圭太先生、金浜衣妃子様、関 麻友子様、高島栄美様に心から感謝いたします。皆さまのご協力がなくては、このプログラムの構築には至りませんでした。本当にありがとうございました。

最後までご指導してくださった木下幸代教授への感謝は、十分に言葉で表しきれません。入学以来、慢性看護学、介入研究の先駆者として、専門外領域の脳神経看護領域の研究においても、常に、研究の道筋を示唆してくださいました。また、研究をまとめるにあたり、激務で身体的にも限界の中、温かい励ましをくださいました。先生の優しいお言葉で、最後まで諦めることなく、論文を書き上げることができました。今後は、この博士論文で開発した“自己の気づき”を促す生活支援プログラムを基盤として、高次脳機能障害者と家族を支える在宅サービス事業を展開するために、今後も日々精進していきたいと思っております。

川村佐和子教授には、研究計画から論文作成に至るまでご示唆をいただきました。在学中も遠方から通学する私を気遣い、温かい心遣いをいただき感謝いたします。また、柴本勇教授には、研究の一貫性を保たせるための的確なご指導をいただき感謝いたします。

博士論文作成にあたり、田邊由美様には、テープ起こしなど研究補助をしてくだり、無理難題に快くお引き受けいただき感謝します。また、グループディスカッションで得られた貴重な画像内容をデータ化することができました。心より感謝いたします。

そして、プログラム運営の補助をくださいました元角有沙先生、長谷川智子様、田邊由美様、中村圭佑先生にも感謝いたします。私一人では、プログラムの細部にわたる十分に配慮した運営はできませんでした。本当にありがとうございました。

最後に、私の博士課程進学を決意を認め、応援し支え続けてくれた静岡、北海道の両家族への感謝の気持ちを忘れずに、広く国民に社会貢献できる実践者、研究者として看護活動を継続して参りたいと思っております。

## 引用文献

- 阿部順子(2011). 高次脳機能障害者の障害認識とその変容過程-当事者の語りから. 総合リハビリテーション, 39(3), 273-281.
- 荒井由美子 (2002). 介護負担度の評価. 総合リハビリテーション. 30(11), 1005-1009.
- Bosco, F. M., Angeleri, R., Zuffranieri, M., Bara, B. G., Sacco, K. (2012). Assessment battery for Communication: Development of two equivalent forms. *Journal of Communication Disorders*, 45, 290-303.
- Covassin, T. and Bay, E. (2012). Are There Gender Differences in Cognitive Function, Chronic Stress, and Neurobehavioral Symptoms After Mild-to-Moderate Traumatic Brain Injury? *Journal of Neuroscience Nursing*, 44(3), 124-133.
- 江端広樹 (1999). 脳卒中患者の心理社会的適応に関する研究-PAIS-SRによる脳損傷の左右差の検討. *リハビリテーション医学*, 36(7), 467-476.
- 太湯好子, 中島望, 川崎緑, 李志嬉, 桐野匡史, 中嶋和夫 (2010). 地域高齢者のICFに基づく機能的・構造的統合性の測定尺度の検討. *岡山県立大学保健福祉学部紀要*, 17(1), 7-17.
- 蜂須賀研二, 加藤徳明, 岩永勝, 岡崎哲也(2011). 日本の高次脳機能障害者の発症数. *高次脳機能研究*, 31(2), 9-16.
- 橋本圭司 (2007). 高次脳機能障害がわかる本-対応とリハビリテーション-, 60-112, 東京: 法研.
- 橋本圭司, 野路井未穂, 間島富久子, 石松一真, 中村俊規, 安保雅博 (2006). 脳外傷者に対する包括的リハビリテーションの実践. *リハビリテーション医学*. 43(9), 602-608.
- Ishikawa Fumiyo, Suzuki Sumie, Okumiya Akiko, Shimizu yasuko(2009). Psychosocial Adjustment Process of Mothers Caring for Young Men with Traumatic Brain injury:Focusing on the Mother-Son Relationship. *Journal of Neurosciences Nursing*. 41(5), 277-286.
- 石川ふみよ, 奥宮暁子(2013). ナーシング・プロフェッショナルシリーズ 高次脳機能障害をもつ人へのナーシングアプローチ. 医歯薬出版株式会社, 177-179.
- Jean, L., Simard, M., Wiederkehr, S., Bergeron, M.E., Turgeon, Y., et al and Reekum, R.V. (2010). Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: Results of a randomized controlled study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20 (3), 377-405.
- Khan-Bourne, N. & Brown, R.G. (2003). Cognitive behavior therapy for the treatment of depression in individuals with brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13 (1/2), 89-107.
- 厚生労働省 : 高次脳機能障害支援普及事業拠点機関一覧, [http://www.rehab.go.jp/ri/brain\\_fukyu/kyoten\\_list.pdf](http://www.rehab.go.jp/ri/brain_fukyu/kyoten_list.pdf), 2013. 7. 1 閲覧)
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部, 国立障害者リハビリテーションセンター

- (2013-09-22). 『高次脳機能障害支援普及事業 高次脳機能障害者支援の手引き平成 20 年 11 月』. [http://www.rehab.go.jp/ri/brain\\_fukyu/tebiki\\_all.pdf](http://www.rehab.go.jp/ri/brain_fukyu/tebiki_all.pdf)
- 久保義郎, 長尾初瀬, 小崎賢明, 加藤礼子, 中村憲一, 塩沢哲夫, 下平耕司, 中元洋介, 橋本圭司 (2007). 脳外傷者の認知-行動障害尺度 (TBI-31) の作成-生活場面の観察による評価. 総合リハビリテーション, 35(9), 921-928.
- Lawton. P. & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186. 本間昭訳.
- Luton, L. M., Reed-Knight, B., Loiselle, K., O' Toole K., Blount R. (2011). A pilot study evaluating an abbreviated version of the cognitive remediation program for youth with neurocognitive deficits. *Brain Injury*, 25(4), 409-415.
- 松田妙子, 稲葉健太郎, 松井和夫, 阿部順子 (2007). 脳外傷者の職場定着要因分析-名古屋市総合リハビリテーションセンター職能開発課退所者 98 名の分析から-. 職業リハビリテーション, 20(2), 2-9.
- 宮原智子, 清水一, 花岡秀明, 山根伸吾, 川原薫, 森山喜一郎 (2012). 脳損傷に対する self-awareness(自己の気づき)の評価法「日本語版 SRSI(Self-Regulation Skills Interview: 自己統制能力質問紙)」の作成および信頼性・妥当性の検討. 総合リハビリテーション, 40(8), 1117-1126.
- 宮森孝史, 福井園彦, 河内十郎 (1978). 左半側視空間失認症-その行動特徴とリハビリテーションの可能性について. 聴覚言語障害, 7(1), 7-17.
- 長野友里 (2012). 高次脳機能の awareness. シンポジウムⅢ: 高次脳機能障害の Awareness awareness. 高次脳機能研究, 32(3), 433-437.
- 中島八十一 (2006). 第 1 章 高次脳機能障害の現状と診断基準. 中島八十一, 寺島彰(編): 高次脳機能障害の現状と診断基準, 1-20, 東京: 医学書院.
- 中西純子 (2005). 高次脳機能障害を有する人への看護支援プログラム開発のための文献検討. 高知女子大学紀要看護学部編, 54, 1-11.
- 日本在宅ケア学会(監) (2006). 在宅ケア事典, 114-115, 東京: 中央法規出版.
- 脳外傷友の会コロポックル, NPO 法人コロポックルさっぽろ (2013-09-22). 脳外傷友の会\*コロポックル, NPO 法人コロポックルさっぽろ. <http://www.f3.dion.ne.jp/~koropo/>
- NPO 法人えんしゅう生活支援 net (2013-09-22). NPO 法人えんしゅう生活支援 net. <http://ensyuussn.web.fc2.com/>
- 岡村陽子 (2012). セルフ Awareness と心理的ストレス. シンポジウムⅢ: 高次脳機能障害の Awareness awareness. 高次脳機能研究, 32(3), 438-445.
- 大川弥生 (2009). 「よくする介護」実践するための ICF の理解と活用-目標指向的介護に立って-. 中央法規, 108-122.
- 佐藤能史 (1981). 脳卒中リハビリテーション過程における認知, 自我機能の変化について (第 1 報) - 要求水準テストによる解析-. 総合リハビリテーション, 9(7), 555-561.

- 佐藤能史 (1981). 脳卒中リハビリテーション過程における認知, 自我機能の変化について (第2報) - ロールシャッハ・テストによる解析. 総合リハビリテーション, 9(8), 629 - 634.
- 鈴木則夫, 平川圭子, 佐敷俊成, 厚見さやか, 翁朋子, 長濱康弘, 松田実(2010). 失語症者の Awareness の検討. 高次脳機能障害, 30 (4) , 488-495.
- 高山望 (2011). 慢性病看護の新しい技術 第8回軽度な高次脳機能障害患者が代償訓練を受け入れるための看護面接. 看護実践の科学, 36(12), 43-47.
- 高山望, 林裕子(2012). 右大脳半球損傷患者におけるコミュニケーションの課題. 日本脳神経看護研究学会誌, 34(2), 153-159.
- 高山望, 元角有紗, 林裕子(2015). 在宅高次脳機能障害者を支える主介護者の介護負担の関連要因. 日本脳神経看護研究学会, 37(2), 121-129.
- Takayama Nozomi, Hayashi yuko (2013). Actual conditions of caregivers assisting home patients with neuropsychological disorder: the association between symptoms and burden. The 11<sup>th</sup> Quadrennial Congress of The World Federation of Neuroscience Nurse. abstract, 岐阜.
- 竹内愛子・高橋正・宮森孝史 (1989). 右半球損傷者のコミュニケーション能力. 音声言語医学, 30(2), 178-187.
- 立神粧子 (2006a). ニューヨーク大学医療センター・ラスク研究所における脳損傷者通院プログラム「脳損傷者通院プログラム」における前頭葉障害の定義 (前編). 総合リハビリテーション, 34(5), 487-492.
- 立神粧子 (2006b). ニューヨーク大学医療センター・ラスク研究所における脳損傷者通院プログラム「脳損傷者通院プログラム」における前頭葉障害の定義 (後編). 総合リハビリテーション, 34(6), 601-604.
- 立神粧子 (2006c). ニューヨーク大学医療センター・ラスク研究所における脳損傷者通院プログラム「脳損傷者通院プログラム」における前頭葉障害の補填戦略 (前編). 総合リハビリテーション, 34(10), 1000-1005.
- 立神粧子 (2006d). ニューヨーク大学医療センター・ラスク研究所における脳損傷者通院プログラム「脳損傷者通院プログラム」における前頭葉障害の補填戦略 (後編). 総合リハビリテーション, 34(11), 1106-1110.
- 舘山夕美, 竹内ひとみ, 森厚子, 松井迪代, 竹浦杏里, 石川薫, 高山望(2010). 高次脳機能障害を持つ患者を支える家族の疾病理解や認識. 第41回日本看護学会成人看護Ⅱ学術集会, 324, 福岡.
- Tham, K., Ginsburg, E., Fisher A. G., Teger, R. (2001). Training to Improve Awareness of Disabilities in Clients with Unilateral Neglect. The American Journal of Occupational Therapy, 55 (1), 46-54.
- Uwe Flick(1995/2002). 小田博志, 山本則子, 春日常, 宮地尚子(訳), 質的研究入門<人間科学>のための方法論, 133-142, 東京: 春秋社.



- VisserKeizer, A. C. , Jong, B. M. , Deelman, B. G. , Berg, I. J. , and Gerritsen, M. J. (2002). Subjective Changes in Emotion, Cognition and Behavior after Stroke: Factors Affecting the Perception of Patients and Partners. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(8), 1032-1045.
- Williams, A. M. and Dahl, C. W. (2002). Patient and Caregiver Perceptions of Stroke Survivor Behavior: A Comparison. *Rehabilitation Nursing*, 27(1), 19-24.
- Zinn, S., Bosworth H. B. , Hoenig, H. M. , Swartzwelder, H. S. (2007). Executive Function Deficits in Acute Stroke. *Arch Phys Med Rehabilitation*, 88, 173-180.
- Zarit S. H. , Reever, K. E. , Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly :Correlates of Feelings of Burden.



# 資 料



## 資料目次

|       |                                    |    |
|-------|------------------------------------|----|
| 資料-1  | 代償手段の獲得方法(1~8)                     | 1  |
| 資料-2  | 研究協力のお願(ご依頼)                       | 9  |
| 資料-3  | 参加者募集ポスター                          | 10 |
| 資料-4  | 研究説明書(ご家族用・利用者様用)                  | 11 |
| 資料-5  | 同意書(研究者・参加者)                       | 20 |
| 資料-6  | フェイスシート                            | 21 |
| 資料-7  | MMSE(Mini-State-Examination)検査について | 22 |
| 資料-8  | TBI-31「脳外傷者の認知-行動障害尺度」質問紙          | 23 |
| 資料-9  | ICF測定尺度                            | 24 |
| 資料-10 | IADL 手段的日常生活活動                     | 25 |
| 資料-11 | Zarit 介護負担尺度日本語版                   | 26 |
| 資料-12 | QOL-SF-8                           | 27 |
| 資料-13 | 個人面談資料(1~5)                        | 29 |
| 資料-14 | 講義 2 ポスター                          | 34 |
| 資料-15 | 講義 3 ポスター                          | 35 |
| 資料-16 | 講義 4 ポスター                          | 36 |
| 資料-17 | 集団セッションポスター                        | 37 |
| 資料-18 | 公開講座アンケート                          | 40 |
| 資料-19 | 自記式質問紙                             | 42 |
| 資料-20 | 修了証書                               | 50 |
| 資料-21 | 生活支援プログラムにおける家族の特徴的な支援(1~5)        | 51 |

## 代償手段の獲得方法(1)

| 高次脳機能障害    | 易疲労性  |
|------------|---|
| 定義         | 定義: 日々眼や耳から大量に脳に入ってくる情報の処理が追いつかなくなり、脳が疲れる状態を指す。<br>安井敏裕, <a href="http://koujinou.net/yasui/2014/04/20.html">http://koujinou.net/yasui/2014/04/20.html</a> 2014.7.9 閲覧  |
| 症状・サイン     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・日中起きていることができない。起きていてもぼっーとしている</li> <li>・あくびをする</li> <li>・一つ一つの動作がスローモーション</li> <li>・目の前に霧がかかっているようだと訴える</li> <li>・周囲に対し、意識を維持することができない(自分の周りで何が起きているか、例えば、誰かがしゃべっていることなどに気づき、話を聞くことができない)</li> <li>・周囲に対して反応が少ない(例えば、誰かが呼びかけても反応がない)</li> <li>・認知が要求される課題を行うと、肉体的疲労とは別の疲労が生じる(例えば、座って本を読んだり、講義を聴いたりなど、からだを動かしてないのにも関わらず疲労を感じる)</li> <li>・会話についていくのが大変</li> <li>・以前はラクラクできていたことができなくなった</li> <li>・以前より仕事に時間がかかり、時間内に終わらない</li> </ul>   |
| 検査         | 急性期では意識障害との鑑別をするため、JCS や GCS など用いて意識レベルの評価を行うことが必要である<br>慢性期では易疲労性を判定する検査はない。<br>学習効果が出てしまうため、正しい判定が難しい   |
| 周囲が注意すべきこと | <ol style="list-style-type: none"> <li>①疲労の原因と、ほかの機能に与える影響に気づく</li> <li>②疲労のサインを早期発見する</li> <li>③テレビやラジオをつけっぱなしにしておかない</li> <li>④本人が反応するのに十分な時間を与える。決して質問攻めにしない</li> <li>⑤五感に訴えかける</li> <li>⑥親しみのあるもので刺激してあげる</li> </ol>  |
| 対応法        | <ol style="list-style-type: none"> <li>①休息を必ず確保し、休憩時間を設定する</li> <li>②疲れたら、休みたいだけ休ませる</li> <li>③大きな課題は小分けにし、扱いやすい大きさのチェックリストを使う</li> <li>④過密スケジュールはダメ。1日にすべての予定を詰め込むのではなく、1週間に小分けにする</li> <li>⑤疲れたら、精神的にもっとラクだと思われる別の行動に切り替えさせる</li> <li>⑥1度に訪問する人の数は制限する <ol style="list-style-type: none"> <li>①～⑥は脳を疲れさせないための方法で、疲れる手前の7～8割程度でやめておく習慣を身につける</li> </ol> </li> <li>⑦課題をしている最中は、周囲からの刺激はできるだけ少なくする</li> <li>⑧眠いとき、姿勢を正し、深呼吸、水を取る</li> <li>⑨1日のうちで調子のよい時間帯、悪い時間帯を知っておく</li> <li>⑩日課に優先順位をつけて、易疲労性が少ない時に、1番重要なことができるようにする <ol style="list-style-type: none"> <li>⑨～⑩のように、自分の身体の調子を見極めるようになると効率が上がる</li> </ol> </li> <li>⑪適度な食事と運動を心がけさせる</li> <li>⑫有酸素運動を心がける</li> </ol> |

<参考文献> 橋本圭司著 (2007): 高次脳機能障害がわかる本, 法研.

阿部順子, 蒲浦秀洋監修 (2011): 高次脳機能障害「解体新書」, MC メディカ出版.

## 代償手段の獲得方法(2)

|            |   |
|------------|---|
| 高次脳機能障害    | 意欲・発動性の低下   |
| 定義         | 定義:やる気が出ない、エネルギーがわからない、自分からものごとが始められない状態をいう。  |
| 症状・サイン     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分から何かを始めることができない</li> <li>・考えやアイデアが浮かばない</li> <li>・話を広げられない</li> <li>・他人に興味がない</li> <li>・表情が硬い</li> <li>・自分から起きて、その日の準備をすることができない</li> <li>・日課を自分で決め、実行することができない</li> <li>・話し手に目を向けることができない</li> <li>・自分が理解していけるかどうか確認することができない</li> </ul>   |
| 検査         | 前頭葉症状の機能低下によって生じると言われているが、意欲・発動性の低下を判定する検査はない   |
| 周囲が注意すべきこと | <ol style="list-style-type: none"> <li>①当事者に対して「なまけている」とは言わない</li> <li>②喜怒哀楽を大げさに表現する</li> <li>③抑揚をつけて大きめに話す</li> <li>④表情、姿勢、視線を確認する</li> </ol>   |
| 対応法        | <ol style="list-style-type: none"> <li>①まっすぐの姿勢を維持させる</li> <li>②何をするかを思い出させるためのヒントを与える</li> <li>③表情表出、姿勢、視線に気づくようにさせる</li> <li>④すべき仕事や活動のチェックリストを作る</li> <li>⑤言葉やタイマーなどで活動開始の合図を出す</li> <li>⑥難しい課題は、当事者が扱えるくらいの難しさになるまで順序立てて教える</li> <li>⑦相手の表情を見たり、メモやスケジュール表を確認したりするなど、周囲にある手がかりを見つけるクセをつけさせる</li> <li>⑧できる限り頻繁に「確認」を取るクセをつけさせる</li> <li>⑨問題が起きたときには助けてくれるようにと、周囲の人にあらかじめ他人でおく</li> </ol> |

<参考文献> 橋本圭司著 (2007) : 高次脳機能障害がわかる本, 法研.

阿部順子, 蒲浦秀洋監修 (2011) : 高次脳機能障害「解体新書」, MC メディカ出版.

## 代償手段の獲得方法(3)

| 高次脳機能障害    | 脱抑制・易怒性   |
|------------|---|
| 定義         | 定義: エネルギーや感情を適切に方向づけたり、コントロールすることが困難なことをいう。   |
| 症状・サイン     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・跡先のことを考えずに、行動または発言してしまう</li> <li>・周りの人の感情を害したり、傷つけたりする</li> <li>・上司や仕事仲間をすぐに怒らせてしまい、失業しそうになる</li> <li>・感情が顔に出やすく、つい大きな反応を取ってしまう</li> <li>・ちょっと時間でもがまんでできず、大声を出してしまう</li> <li>・場違いな行動、発言をしてしまう</li> <li>・じっとしてられない</li> <li>・いつも眉をひそめている</li> <li>・いつもイライラしている</li> <li>・リラックスできない</li> <li>・ちょっとしたことに腹を立て、忘れられない</li> <li>・自分に対して、肯定的な発言以外は認めることができず、人を許せない</li> <li>・冷静になるのに、他人の助けが必要</li> <li>・計画しても、最後までやり遂げられない</li> </ul>  |
| 検査         | 前頭葉症状の機能低下によって生じると言われているが、脱抑制・易怒性を判定する検査はない<br>理性的な行動を全くとることができない場合、高次脳機能障害を疑った方がよい   |
| 周囲が注意すべきこと | ①不適切な行動ははっきり指摘する  |
| 対応法        | <ul style="list-style-type: none"> <li>①リセットができるように視覚的・言語的合図を出す</li> <li>②動作の合間に「一時停止」をするクセをつけさせ、新しいことを始める前に遅れを作る</li> <li>③次の行動に移してよいかどうかを、心の中で確認するクセをつけさせる</li> <li>④行動する前に第三者に聞くようにさせる</li> <li>②～④間を作るための方法です</li> <li>⑤「待て、考え、行動」そして「おさらい」するクセをつけさせる</li> <li>⑥自分の弱点を自己モニターし、原因を見つけ予防する</li> <li>⑤～⑥自分の行為を認識させるものです</li> <li>⑦リラックスする方法を教える</li> <li>⑧自分をなだめるテクニックを身につけさせる</li> <li>⑨思いっきり運動して、すっきりさせる</li> <li>⑩イライラしたらその場から立ち去る</li> <li>⑦～⑩はイライラを予防させるためのテクニックです</li> <li>⑪問題は自分にあるという意識を持たせる。すぐに他人を非難しないようにさせる</li> <li>⑫自分を抑制出来たら気分がよいこと、そして、他人を困らせずにすむことを思い出させる</li> </ul> |

<参考文献> 橋本圭司著 (2007): 高次脳機能障害がわかる本, 法研.

阿部順子, 蒲浦秀洋監修 (2011): 高次脳機能障害「解体新書」, MC メディカ出版.



## 代償手段の獲得方法(4)

| 高次脳機能障害    | 注意障害  |
|------------|---|
| 定義         | 定義:持続性、転換性、他方向性、選択性から注意を向けることができない状態を指す。<br>国立障害者リハビリテーションセンター,高次脳機能障害者支援の手引き(改訂第2版),2008.  |
| 症状・サイン     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・持続性(一定の活動の間注意集中を維持すること)</li> <li>・転換性(必要に応じて注意の向きを切り替える)</li> <li>・多方向性(複数のことに気配りできる)</li> <li>・選択性(情報の見極め)</li> </ul> 覚醒の維持、注意の方向性、行動モニターによって観察、判断する。TMT、視覚探索課題だけでは、全体の注意力をみることはできない   |
| 検査         | 標準注意検査 CAT<br>注意機能スクリーニング検査(D-CAT)<br>TMT<br>視覚探索課題   |
| 周囲が注意すべきこと | <ol style="list-style-type: none"> <li>①話をする時は、視線を相手に向ける</li> <li>②うなずいたり、首をふったりしながら話す</li> <li>③注意を引くためにほめる</li> <li>④言葉だけでなく、ジェスチャーなどを用いて注意を引く</li> <li>⑤視覚的・言語的合図を出す</li> </ol> ①～⑤は注意障害の人が話を聞いていられるようにする工夫です <ol style="list-style-type: none"> <li>⑥課題を完成するまでゆっくり時間を与える</li> <li>⑦当事者の話にまとまりが無くなったら、話を戻すようにする</li> <li>⑧電話で喋った方が注意が持続することがある</li> <li>⑨環境を整える</li> </ol> |
| 対応法        | <ol style="list-style-type: none"> <li>①良い姿勢を保つ</li> <li>②なるべく簡単な課題から始める、難しすぎる課題はダメ。</li> <li>③当事者が、もともと好きだったものをヒントに課題を与える</li> <li>④頻繁に確認させる</li> <li>⑤一度に多くの課題を与えるのではなく、一つ一つ課題を出し、確実に達成させる</li> <li>⑥重要度に応じて優先順位をつけて、ゴールを決める</li> <li>⑦情報量が多い時は、重要な場所に線を引くなどわかりやすくする</li> <li>⑧一歩下がって考え、深呼吸するクセをつけさせる</li> </ol>  |

<参考文献> 橋本圭司著 (2007) : 高次脳機能障害がわかる本, 法研.

阿部順子, 蒲浦秀洋監修 (2011) : 高次脳機能障害「解体新書」, MC メディカ出版.

## 代償手段の獲得方法(5)

| 高次脳機能障害    | 失語  |
|------------|---|
| 定義         | <p>定義:失語症とは、脳損傷によって一度獲得した言語が脳損傷によって起こる言語機能の喪失あるは障害をさす。</p> <p>石合純夫,高次脳機能障害第2版,医歯薬出版株式会社,2012.</p>   |
| 症状・サイン     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・状態:脳の損傷が原因で、他人の考えを理解したり、自分の考えを表現したりすることが困難な状態をさす。</li> <li>・人が何を言っているのか理解できない</li> <li>・何を指示されているのかわからない</li> <li>・質問に正しく答えられない</li> <li>・本人は流暢にしゃべっているつもりだが、何を言っているのか周りは理解できない</li> <li>・本が読めない、手紙が書けない</li> </ul>   |
| 検査         | 標準失語症検査 (SLTA)  |
| 周囲が注意すべきこと | <ol style="list-style-type: none"> <li>①簡潔な短い単語や文章で話す</li> <li>②はい、いいえで答えられる質問をする</li> <li>③子ども扱いした話し方をしない</li> <li>④親しみのある言葉で、なるべくゆっくり、自然な口調で語りかける</li> <li>⑤なるべく1対1で会話する</li> <li>⑥当事者が言葉を発しそうになったら、少し待ち、出ないことに苦しむようならば、最初の文字を言うなど、助け舟を出す</li> <li>⑦五感を最大限に利用する</li> <li>⑧創造力・推測力を働かせて、頭をやわらくして聞く。</li> </ol> |
| 対応法        | <ol style="list-style-type: none"> <li>①当事者が質問に答える際には、十分な時間を与える</li> <li>②自然な日常会話のなかに当事者を混ぜる</li> <li>③話す、書く、ジェスチャー、指差しなど、何を用いてもよいから、コミュニケーションを取るように促す</li> <li>④話についていけなくなったら、人に質問する習慣をつけさせる</li> <li>⑤何かと「確認する」習慣をつけさせる</li> </ol>  |

<参考文献> 橋本圭司著 (2007) : 高次脳機能障害がわかる本, 法研.

阿部順子, 蒲浦秀洋監修 (2011) : 高次脳機能障害「解体新書」, MCメディカ出版.

## 代償手段の獲得方法(6)

| 高次脳機能障害    | 記憶障害   |
|------------|--|
| 定義         | 定義:新しい情報を記録、保時して、必要なときに引き出すということができない状態をいう。  |
| 症状・サイン     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・さっき言ったこと、言われたことを忘れる</li> <li>・情報が蓄えられるまで憶えていられない</li> <li>・人の名前、作業の手順が覚えられない</li> <li>・たったいま起きていることが思い出せない、例えば、作業している最中なのに、要点が思い出せない</li> <li>・作業中に妨害が入ると、何をしていたか忘れてしまう</li> <li>・右記の結果として、同じ間違いを繰り返す</li> </ul> |
| 検査         | 全般的記憶検査：WMS-R<br>言語性記憶検査：三宅式記銘力検査<br>視覚性記憶検査：ベントン視覚記名力検査、REY 図形テスト<br>日常記憶検査：RBMT リバミード行動記憶検査  |
| 周囲が注意すべきこと | ①情報は短くして伝える<br>②言語的記憶・視覚的記憶・作業記憶の評価をし、長所を用いる   |
| 対応法        | ①カレンダー、リスト、タイマーなど外的補助手段を活用する<br>②憶えるべきことは言葉だけでなく、五感を最大限に利用しながら憶えるようにさせる<br>③新しいことを憶える時は、反省、復習<br>④日課どおりに行動するクセをつけさせる<br>⑤重要なものは毎日同じ場所に置く<br>⑥忘れたときに確認できるように、信用できる人に記憶を頼る<br>⑦その日に起こったことを日記に書く  |

<参考文献> 橋本圭司著 (2007) : 高次脳機能障害がわかる本, 法研.

阿部順子, 蒲浦秀洋監修 (2011) : 高次脳機能障害「解体新書」, MC メディカ出版.

## 代償手段の獲得方法(7)

| 高次脳機能障害    | 遂行機能障害  |
|------------|---|
| 定義         | 定義: 論理的に考え、計画し、問題を解決し、推察し、そして行動するといったことができない。またそれらを評価・分析できない状態をいう。  |
| 症状・サイン     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・要点を絞り込むのが困難</li> <li>・より良い解決策を選択できない</li> <li>・一つ以上の考えが思いつかない</li> <li>・多方面からの問題解決ができず、一つの解決できないとお手上げになってしまう</li> <li>・自分で目標を設定するのが困難</li> <li>・何を最初にしてよいか優先順位がつけられない</li> <li>・すべての計画の段階付けができない</li> <li>・物事に集中できない</li> <li>・必要に応じて、間違いを修正し、計画を変更することができない</li> </ul> |
| 検査         | 神経心理学的検査<br>: BADS、WCST、FAB、TMT、WAIS-R、Verbal fluency test、ハノイの塔、標準高次動作性検査、GATB、コース立方体テスト、手帳診断紐結び検査、箱づくりテスト、4コマ漫画の説明、読書カテスト(速読)<br>行動評価   |
| 周囲が注意すべきこと | ①情報を伝えるときは、ポイントを確実に教える<br>②あいまいな言葉出に指示はさけ、具体的かつ要領を得た言葉で指示する   |
| 対応法        | ①この段階に至るまでのすべての対応法を使う<br>②時間の余裕を持って計画を立てさせる<br>③具体的選択肢を出すための合図を送る<br>④行うべき具体的な行動が目に見えるように、何でも書き出しておく<br>⑤決断しやすいように、賛否両論のリストのリストを作る<br>⑥頻繁に立ち止まり、その都度確認させる<br>⑦質問するクセをつけさせる  |

<参考文献> 橋本圭司著 (2007) : 高次脳機能障害がわかる本, 法研.

阿部順子, 蒲浦秀洋監修 (2011) : 高次脳機能障害「解体新書」, MCメディカ出版.

## 代償手段の獲得方法(8)

| 高次脳機能障害    | 病識の欠如   |
|------------|---|
| 定義         | 定義:自分自身の障害に気づいておらず、それについて説明できない状態のことを指す。  |
| 症状・サイン     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分は何も問題がない、脳損傷前と何ら変わっていないと感じている</li> <li>・自分自身の障害の存在を否定する</li> <li>・障害を指摘されると腹を立てる</li> <li>・自分は何でもできると思っている</li> <li>・必要な治療やリハビリテーションを拒否する</li> <li>・能力的にとっても無理な自動車の運転や、病前のハイレベルは仕事をしようとする</li> <li>・本人と周囲で認識のギャップがあり、お互いに信頼感がない</li> <li>・家族が障害のことをどんなに言っても、まったく理解してくれない</li> </ul> |
| 検査         | 高次脳機能障害の主観的評価方法を当事者と家族に実施してもらい、ギャップを抽出し、変化を追う   |
| 周囲が注意すべきこと | <ol style="list-style-type: none"> <li>①周囲は、あえて直接的に障害を認識させようとはしない</li> <li>②できないことばかりに目を向けるのではなく、できたことをほめるx</li> <li>③一緒に落ち込まない</li> <li>④信頼できる第3者を作る</li> </ol>  |
| 対応法        | <ol style="list-style-type: none"> <li>①この段階に至るまでのすべての対応法を使う</li> <li>②自分自身で障害に気づくような機会をさりげなく与える</li> <li>③家に閉じこもってばかりいるのではなく、社会に何らかの居場所を作る             <ul style="list-style-type: none"> <li>②～③自分自身で障害に気づくような機会を提供する。時に失敗してしまうことになるが、あまり大きな失敗にならないように配慮することも大切である</li> </ul> </li> </ol>                                   |

<参考文献>橋本圭司著(2007):高次脳機能障害がわかる本,法研.

阿部順子,蒲浦秀洋監修(2011):高次脳機能障害「解体新書」,MCメディカ出版.

## 研究協力のお願い(ご依頼)

平成 26 年○月○日

○○○○○○○○○○○○○○○○○○

様

聖隷クリストファー大学大学院 看護学研究科  
博士後期課程 12DN03 高山 望

### 研究協力のお願い(依頼)

○○の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。日頃は大変お世話になっております。私は、現在、聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程で慢性看護学を専攻しております。

この度、私は「専門看護師による在宅高次脳機能障害者の家族に対する生活支援プログラムの開発」というテーマで博士研究に取り組んでおりますが、研究にご協力いただく参加者をご紹介いただきたく存じます。

つきましては、ご多忙の折、大変恐縮ですが、以下の趣旨をご理解いただきまして、是非ともご協力くださいますようお願い申し上げます。

#### 記

1. テーマ：専門看護師による在宅高次脳機能障害者の家族に対する生活支援プログラムの開発
2. 目的：専門看護師が在宅で高次脳機能障害者を支えている家族を対象とした生活支援プログラムを開発することである。本プログラムは当事者と家族1名が一組となって参加することを基本とする。
3. 方法
  - 1) 対象：発症から2年以上20年未満経過した高次脳機能障害を有する20～70歳の男女とし、①現在、認知リハビリ介入がない、②家族の参加が可能、③一連のセッションに参加が可能、以上の条件に合致した当事者と家族10～15組とする。
  - 2) 期間：平成26年4月～5月参加者募集、介入期間：6月～9月(予定)
  - 3) 内容：専門看護師を中心とした個人セッション、集団セッション、教育プログラム、介護相談を組み合わせた生活支援プログラムを提供する。スケジュールは隔週1回、4ヶ月間、合計8回実施する。データ収集方法は、面接、質問紙調査法、観察法、測定法である。

依頼したい内容は、研究対象者をご紹介いただくことです。研究の趣旨、協力頂きたい内容、利益・不利益とその対策について説明させていただく場を提供して頂きたいと存じます。また対象条件に合致しない方の支援方法や速やかな対応が必要だと考えられる場合に、対応方法を相談させていただきたく存じます。

末筆になりますが、ご多忙の中大変恐縮ですが、何卒宜しくお願い申し上げます。

研究者：聖隷クリストファー大学大学院 看護学研究科博士後期課程

療養支援看護分野 慢性看護学領域 2年 高山 望

指導教員：聖隷クリストファー大学大学院 看護学研究科

療養支援看護分野 慢性看護学領域教授 木下幸代

連絡先・問い合わせ：北海道大学大学院保健科学研究院 高山望 TEL&FAX011-XXXX-XXXX

大学所在地：〒060-0812 北海道札幌市北区北12条西5丁目 Email:○○○○@XXXX

## 参加者募集ポスター



### 高次脳機能障害のための生活支援プログラム 参加者募集のお知らせ

- 題名** 高次脳機能障害者のための生活支援プログラム
- 内容** 在宅高次脳機能障害のある方とその家族が、御一緒にご参加いただく企画です。看護師、医師、言語聴覚士、作業療法士が面接、集団セッション、教育プログラム、介護相談を組み合わせたプログラムを提供します。
- 対象者** ○○市近郊に在住の高次脳機能障害のある方とその家族
- 日時** 2014年6月○日～9月○日までの4ヶ月間 隔週1回 合計8回です。  
17時00分～19時00分まで、または、18:00～20:00まで、2時間程度/回です。  
平日プログラムと土曜プログラムを組みますので、どちらかのご都合のよい方で継続してご参加をお願い致します。
- 場所** ○○駅周辺 ○○ビル △△会議室○階

|     |  |
|-----|--|
| 第1回 | 個別面接(30～60分) + 講座「高次脳機能障害」(60分)        |
| 第2回 | 個別面接(30～60分) + 講座「自己への気づき」(60分)        |
| 第3回 | 集団セッション「気づきのワークショップ」(3時間程度)            |
| 第4回 | 個別面接(30～60分) + 集団「目標と対策発表会」(60分)       |
| 第5回 | 個別面接(30～60分) + 講座「コミュニケーション・対人関係」(60分) |
| 第6回 | 個別面接(30～60分) + 講座「生活訓練」(60分)           |
| 第7回 | 家族単位「確認のロールプレイ」(30～60分)                |
| 第8回 | 集団セッション「評価発表会」(60分)                    |

- 謝礼** 図書カード 2,000円/回程度 8回分
- 申し込み方法** 北海道大学大学院保健科学研究院 高山 望  
電話&FAX 011-xxxxxxx  
Email:○○○○○@xxxxxxxxx
- ①電話、②FAX、③メール、④利用施設スタッフの4つの申込方法があります。
- 申込締め切り** 2014年○月○日 ×曜日



研究者: 聖隷クリストファー大学大学院 看護学研究科博士後期課程  
療養支援看護分野 慢性看護学領域2年 高山 望  
指導教員: 聖隷クリストファー大学大学院 看護学研究科  
療養支援看護分野 慢性看護学領域教授 木下幸代



**研究説明書(ご家族用・利用者様用)****ご家族様****専門看護師による  
在宅高次脳機能障害者の家族に対する生活支援プログラムの開発について****研究協力のおねがい****1. ごあいさつ**

はじめまして、私は、聖隷クリストファー大学大学院博士課程で学んでおります学生の高山 望(たかやま のぞみ)ともうします。私は、脳神経看護に20年間たずさわり、高次脳機能障害を専門にしております。

今回は、地域でくらす高次脳機能障害をもつ方とご家族のみなさまに、生活に役立つための看護師による生活支援プログラムを研究したいとかがえました。

つきましては、以下の文章をよんでいただき、研究への協力について、ご検討いただければとぞんじます。なにとぞよろしくおねがいたします。

**2. 目的について**

この研究の目的は、専門看護師が自宅で高次脳機能障害をもつ方を支えているご家族を対象とした生活支援プログラムを開発することです。今回、利用者様とご家族様1名が一組となって参加することを基本とします。

**3. 方法・手順について**

事前に、施設に説明会を行うとともに、チラシをおかせていただきました。研究協力に関する申込方法は、①電話、②メール、③施設スタッフへの連絡の3つです。

ご連絡いただいた方に、研究協力のおねがいを説明する機会を設けさせていただきます。日程、場所については、参加者のご都合をできるかぎり配慮いたします。説明を受け、参加協力に同意をいただく場合は、同意書をと리카わします。

プログラム期間は、2014年7月～10月(4ヶ月間)です。そのあいだ、専門看護師による面接、集団セッション、教育プログラム、介護相談をくみ合わせた生活支援プログラムを体験していただきます。内容は、A)欠損の特徴の理解、B)”自己の気づき”、C)代償手段の獲得の3つで成り立っております。

ご協力いただきたい内容は、1)生活支援プログラムへの参加、2)電話相談 3)面接、4)アンケート記入、5)観察法の5つです。以下にくわしい内容をのべます。

**1) 生活支援プログラムへの参加**

生活支援プログラムは、高次脳機能障害ともつ方とご家族が同時に参加することを方法としております。

生活支援のスケジュールは、2週間に1回、4ヶ月間、合計8回、17:00～19:00あるいは18:00～20:00のどちらか1回2時間程度の参加を予定しております。場所は、〇〇駅周辺の貸会議室で行います。

お仕事をされている方もいらっしゃると思いますので、平日プログラム、週末プログラムの2種類を設定しております。どちらか、ご都合のよい方をおえらびください。ご都合がわるい場合は、個人面接にかぎって個別に再度日程調整させていただきます。



## 2) 電話相談

2週間1回のプログラムのない週は、研究者が家族に介護に関する相談のため、お電話させていただきます。また、研究期間中は、ご質問やご相談したい状況がございましたら、携帯電話を用意しておりますので、ご連絡をいただければと存じます。

表 生活支援プログラムのスケジュール

|     |  |
|-----|--|
| 第1回 | 個人面談(30~60分) + 講座「高次脳機能障害」(60分)        |
| 第2回 | 個人面談(30~60分) + 講座「自己への気づき」(60分)        |
| 第3回 | 個人面談(30~60分) + 講座「コミュニケーション・対人関係」(60分) |
| 第4回 | 個人面談(30~60分) + 講座「生活訓練」(60分)           |
| 第5回 | 集団セッション「目標と対策発表会」(60分)                 |
| 第6回 | 集団セッション「気づきのワークショップ」(3時間程度)            |
| 第7回 | 個人面談「確認のロールプレイ」(30~60分)                |
| 第8回 | 集団セッション「評価発表会」(60分)                    |

## 3) 面接

面接は、研究者が30~60分程度行い、第1回、第2回、第4回、第5回、第6回の合計5回です。

### <内容>

- 第1回は、「受傷してからこれまでの生活上の葛藤や生きづらさについて」語っていただきます。
- 第2回は、確定診断の結果より、原因と症状をむすびつけて理解すること、また家族の認識、利用者の認識、検査結果のそれぞれの情報を整理します。
- 第3回は、障害による生活上の問題に関するに情緒的気づきをうながすことを体験することを確認します。
- 第3回、第4回は、「達成可能な目標とその対策」に対して、家族としてどのようにサポートしたらよいか確認すること、目標とその対策の軌道修正を目的とした面接をおこないます。
- 第7回には、利用者が家族に「確認のロールプレイ」でインタビューする予定です。

なお、お話しくださる内容を正確に把握するために、面接内容を録音させていただきたいと考えております。

## 4) アンケート記入

アンケートの記入は、介入2ヶ月前、介入直前(第1回)、1ヶ月後(第2回)、3ヶ月後(第7回)、4ヶ月後(第8回)、終了1ヶ月後の計6回行う予定です。

介入2ヶ月前のアンケート内容は、以下のとおりです。

- 家族の性別、年齢、健康状況、就労状況、相談者の有無、家族構成、家族関係の状況です。
- 利用者様の性別、年齢、診断名、高次脳機能障害の症状、受傷状況、社会保障制度の利用状況
- 普段の高次脳機能障害の症状に関する質問(31項目)
- 介護に関する質問(22項目)
- 生活の質に関する質問(8項目)

以上、7枚程度をご記入いただきます。なお、質問紙の記載には、20分程度の時間がかかります。

介入直前～終了1ヶ月後のアンケート内容は、普段の高次脳機能障害の症状に関する質問(31項目)、介護に関する質問(22項目)、生活の質に関する質問(8項目)をご記入いただきます。

#### 5) 観察法

集団セッションでは、参加者の自己評価に用いることを目的として、DVDまたはデジタルカメラで映像撮影を予定しております。しかし、参加者の同意が得られなかった場合は、カメラを背後に設置して顔が見えないようにいたします。

#### 4. 本研究への参加の自由について

この研究への参加・協力はご自身の自由意思であり、おことわりになってもご自身のうける医療、福祉サービスに関して不利益をこうむることは一切ございません。また、インタビュー中に答えたくない質問や負担にかんじられる質問がありましたら、おこたえいただかなくてもかまいません。さらに、面接中に不快感や疲労感があればもうしてください。面接はすみやかに中止いたします。

#### 5. 同意した後でも同意を撤回できることについて

この研究に同意された場合であっても、いつでも途中でやめることができます。研究への協力をとりやめることによってみなさまが不利益をこうむることはございません。遠慮なくおっしゃってください。

#### 6. 予測される利益・不利益とその対策について

みなさまにとって利益となるものは、以下の2つとかがえます。

- 個人セッション、介護相談を通して、直接ケアを提供します。
- 教育プログラムとして、4人の医療者による高次脳機能障害に関する情報提供をさせていただきます。

みなさまにとって不利益となるものは、以下の5点とかがえます。それぞれの対策をかんがえました。

- 生活支援プログラムのスケジュールのあいだ、参加者の時間を制約することになります。
- 会場への交通費がかかるため、研究協力いただいた方に、謝礼として、図書カード1回2,000円程度、10回分にかぎってご用意させていただきます。
- 集団セッションで他者と経験を共有することになるため、不快な気持ちをいだいたり、おちこんだりすることが十分にかんがえられます。お話をうかがう中で速やかな対応が必要だとかんがえられる場合は、承諾をえて、施設スタッフへ相談します。その後、面接の継続が可能かどうか、確認したうえで実施します。
- 研究協力に賛同がえられても、条件に合致しない可能性が考えられます。その場合、まず、面接をして相談内容や要望をきき、承諾をえて、施設スタッフへ相談をし、支援方法を検討する。また、次回以降のプログラムの案内を連絡する。
- 会場への移動時間中に、交通事故等にまきこまれる可能性もかんがえられます。研究者としてできるだけ範囲で誠意をつくしますが、家族や利用者の医療保険の範囲内でまず治療をお願いいたします。

#### 7. プライバシーの保護について

- 面接は、参加者の安全・プライバシーを考慮し、個室で実施させていただきます。
- えられた情報は、お名前や病院名、施設名が特定されないようにし、パスワード管理とし、かぎのかかる場所に厳重に保管します。
- 録音物やフィールドノート、記録物などは、研究終了後にすみやかに再生できないように消去し、紙媒体についてはシュレッダーで破棄いたします。
- 研究データおよび結果は、研究の目的のみにつかいます。

#### 8. 個人情報保護の方法について

- お名前など個人は特定される情報について、記号にすることで個人が特定されないようにし、えられた情報について一切口外いたしません。
- すべてのデータは研究者が責任をもって厳重に管理します。
- 研究結果を公表するときにも、匿名性をかたくまもります。

#### 9. 研究中、終了後の対応について

研究中あるいは終了後でも、この研究に関する質問がありましたら、いつでも対応させていただきます。下記連絡先までお問い合わせください。

研究者：聖隷クリストファー大学大学院 看護学研究科博士後期課程  
療養支援看護分野 慢性看護学領域 3年 高山 望  
指導教員：聖隷クリストファー大学大学院 看護学研究科  
療養支援看護分野 慢性看護学領域教授 木下幸代

連絡先・問い合わせ：北海道科学大学保健医療学部看護学科 高山 望  
TEL011-xxxx-xxxx 携帯電話 090-xxx-xxxx  
Email:○○○○○@xxxxxx  
大学所在地：〒006-8585 北海道札幌市手稲区前田 7 条 15 丁目 4-1

## 利用者様

# せんもんかんごし 専門看護師による ざいたくこうじのうきのうしょうがいしゃ 在宅高次脳機能障害者の家族に対する生活支援プログラムの開発について

## けんきゅうきょうりょく 研究協力のおねがい

### 10. ごあいさつ

はじめまして、私は、<sup>せいれい</sup>聖隷クリストファー大学大学院<sup>はかせかてい まな</sup>博士課程で学んでおります学生<sup>のうしんけいかんご</sup>の高山 望(たかやま のぞみ)ともうします。私は、<sup>のうしんけいかんご</sup>脳神経看護に20年間たずさわ<sup>こうじのうきのうしょうがい</sup>り、高次脳機能障害を専門にしております。

今回は、<sup>ちいき</sup>地域でくらす<sup>こうじのうきのうしょうがい</sup>高次脳機能障害をもつ方と<sup>せいかつ</sup>そのご家族のみなさまに、生活<sup>かんごし</sup>に役立つための<sup>せいかつしえん</sup>看護師による生活支援プログラムを<sup>けんきゅう</sup>研究したいとかがえました。

つきましては、<sup>ぶんしょう</sup>以下の文章をよんでいただき、<sup>けんきゅう きょうりょく</sup>研究への協力を<sup>けんとう</sup>について、ご検討いただければとぞんじます。なにとぞよろしくおねがいたします。

### 11. 目的について

この研究の目的は、<sup>せんもんかんごし</sup>専門看護師が<sup>こうじのうきのうしょうがい</sup>自宅で高次脳機能障害をもつ方を支えている家<sup>せいかつしえん</sup>族を対象とした生活支援プログラムを<sup>かいはつ</sup>開発することです。今回、利用者<sup>きほん</sup>と家族1名が一組となつて参加することを基本とします。

### 12. 方法・手順について

<sup>じぜん</sup>事前に、<sup>しせつ</sup>施設に<sup>せつめいかい</sup>説明会を<sup>けんきゅう</sup>するとともに、チラシをおかせていただきました。研究<sup>きょうりょく</sup>協力に関する<sup>もうしこみほうほう</sup>申込方法は、<sup>1 でんわ</sup>①電話、<sup>2</sup>②メール、<sup>3 FAX</sup>③FAX、<sup>4</sup>④施設スタッフへの<sup>れんらく</sup>連絡の4つです。

<sup>けんきゅうきょうりょく</sup>ご連絡いただいた方に、<sup>けんきゅうきょうりょく</sup>研究協力のおねがいを<sup>せつめい</sup>説明する<sup>まかい</sup>機会を<sup>きかい</sup>設けさせていただきます。<sup>にってい</sup>日程、<sup>ばしよ</sup>場所については、<sup>さんかしゃ</sup>参加者のご<sup>ごつごう</sup>都合を<sup>はいりよ</sup>できるかぎり<sup>はいりよ</sup>配慮いたします。

<sup>せつめい</sup>説明を受け、<sup>さんかきょうりょく</sup>参加協力を<sup>どうい</sup>いただく場合は、<sup>ばあい</sup>同意書を<sup>どういしょ</sup>とりかわします。

プログラム期間は、2014年7月～10月(4ヶ月間)です。そのあいだ、<sup>せんもんかんごし</sup>専門看護師による<sup>めんせつ</sup>面接、<sup>しゅうだん</sup>集団セッション、<sup>きょういく</sup>教育プログラム、<sup>かいごそうだん</sup>介護相談を<sup>せいかつしえん</sup>くみ合わせた生活支援プログラムを<sup>ないよう</sup>体験していただきます。内容は、A)欠損の<sup>けつそん</sup>特徴の<sup>とくちょう</sup>理解、B)”自己の<sup>りかい</sup>気づき”、C)代償<sup>だいしょう</sup>手段の<sup>かくとく</sup>獲得の3つで成り立っております。

ご協力いただきたい内容は、1)生活支援プログラムへの参加、2)測定法、2つです。以下にくわしい内容をのべます。

### 6) <sup>せいかつしえん</sup>生活支援プログラムへの<sup>さんか</sup>参加

<sup>せいかつしえん</sup>生活支援プログラムは、<sup>こうじのうきのうしょうがい</sup>高次脳機能障害ともつ方と<sup>どうじ</sup>その家族が<sup>さんか</sup>同時に参加するこ

ほうぼう  
とを方法としております。

せいかつしえん  
生活支援のスケジュールは、2週間に1回、4ヶ月間、合計8回、17:00~19:00  
あるいは18:00~20:00のどちらか1回2時間程度の参加を予定しております。場所  
は、〇〇駅周<sup>しゅうへん</sup>辺<sup>か</sup>の貸会議室<sup>かいぎしつ</sup>で行います。

しごと  
お仕事をされている方もいらっしゃると思いますので、平日<sup>へいじつ</sup>プログラム、週末<sup>しゅうまつ</sup>プ  
ログラムの2種類<sup>しゅるい</sup>を設定<sup>せってい</sup>しております。どちらか、ご都合<sup>つごう</sup>のよい方をおえらびくださ  
い。ご都合<sup>つごう</sup>がわるい場合、個人<sup>こじん</sup>面接<sup>めんせつ</sup>にかぎって、再び<sup>にっぺい</sup>日程<sup>にちじょう</sup>調整<sup>ていせい</sup>させていただきます。  
す。

せいかつしえん  
表 生活支援プログラムのスケジュール

|     |   |
|-----|---|
| 第1回 | こべつめんせつ<br>個別面接 (30~60分) + こうざ こうじのうきのうしょうがい<br>講座「高次脳機能障害」(60分)        |
| 第2回 | こべつめんせつ<br>個別面接 (30~60分) + こうざ<br>講座「” 自己の気づき”」(60分)                    |
| 第3回 | こべつめんせつ<br>個別面接 (30~60分) + こうざ たいじんかんけい<br>講座「コミュニケーション・対人関係」(60分)      |
| 第4回 | こべつめんせつ<br>個別面接 (30~60分) + こうざ「せいかつくんれん<br>講座「生活訓練」(60分)                |
| 第5回 | こべつめんせつ<br>個別面接 (30~60分) + しゅうだん もくひょう たいさくはっぴょうかい<br>集団「目標と対策発表会」(60分) |
| 第6回 | しゅうだん<br>集団セッション「気づきのワークショップ」(3時間程度)                                    |
| 第7回 | かぞくたんい かくにん<br>家族単位「確認のロールプレイ」(30~60分)                                  |
| 第8回 | しゅうだん ひょうか <sup>ひょうか</sup> はっぴょうかい<br>集団セッション「評価発表会」(60分)               |

## 2) 測定法

以下の1種類の検査は、介入2ヶ月前、終了1ヶ月後の計2回しらべます。

- ウェクスラー成人知能検査；WAIS-IIIは、検査時間が90分かかります。



|              |  |
|--------------|--|
| 原著者          | David Wechsler                               |
| 原版出版社        | NCS Pearson, Inc.                            |
| 日本版作成        | 日本版WAIS-III刊行委員会<br>藤田 和弘、前川久男、大六一志、山中<br>克夫 |
| 適用範囲         | 16歳～89歳                                      |
| 実施時間         | 60分～95分                                      |
| 医科診療報酬<br>点数 | 450点 (根拠D283-3)                              |



2006年発行

以下の4種類の検査は、介入2ヶ月前、介入直前(第1回)、4ヶ月後(第8回)、終了1ヶ月後の計4回しらべます。

- ミニメンタルステート検査；MMSEは、検査時間が15分かかります。
- タッチエム(認知機能評価支援システム特許4431731号)は、検査時間が5～7分かかります。



- 生活機能：運動、聴覚、視覚、記憶に関してしらべます。
- 手段的日常生活活動：電話、買い物、食事など8項目をしらべます。

\* 集団セッションでは、参加者の自己評価に用いることを目的として、DVDまたはデジタルカメラで映像撮影を予定しております。しかし、参加者の同意がいただけない場合は、カメラを背後に設置してお顔が見えないようにいたします。

### 13. 本研究への参加の自由について

この研究への参加・協力はご自身の自由意思であり、おことわりになってもご自身のうける医療、福祉サービスに関して不利益をこうむることは一切ございません。また、インタビュー中に答えたくない質問や負担に感じられる質問があります。

たら、おこたえただかなくてもかまいません。さらに、面接中に不快感や疲労感があればもうしてください。面接はすみやかに中止いたします。

#### 14. 同意した後でも同意を撤回できることについて

この研究に同意された場合であっても、いつでも途中でやめることができます。研究への協力をとりやめることによってみなさまが不利益をこうむることはございません。遠慮なくおっしゃってください。

#### 15. 予測される利益・不利益とその対策について

みなさまにとって利益となるものは、以下の3つとかがええます。

- 認知機能の検査を3つおこないます。これは、医学的な診断とはことなりますが、現在の認知機能の状態を評価するものです。
- プログラムに参加することで、「達成可能な目標とその対策」、「代償手段の獲得方法について」、専門的な支援を提供させていただきます。
- 教育プログラムとして、4人の医療者による高次脳機能障害に関する情報を提供させていただきます。

みなさまにとって不利益となるものは、以下の5点とかがええます。それぞれの対策をかながええました。

- 生活支援プログラムのスケジュールのあいだ、参加者の時間を制約することになります。
- 会場への交通費がかかるため、研究協力いただいた方に、謝礼として、図書カード1回2,000円程度、10回分にかぎってご用意させていただきます。
- 集団セッションで他者と経験を共有することになるため、不快な気持ちをいだいたり、おちこんだりすることが十分にかながえられます。お話をうかがう中で速やかな対応が必要だとかがえられる場合は、承諾をえて、施設スタッフへ相談します。その後、面接の継続が可能かどうか、確認したうえで実施します。
- 研究協力が賛同がえられても、条件に合致しない可能性が考えられます。その場合、まず、面接をして相談内容や要望をきき、承諾をえて、施設スタッフへ相談をし、支援方法を検討し、次回以降のプログラムの案内を連絡いたします。
- 会場への移動時間中に、交通事故等にまきこまれる可能性もかがえられる。研究者としてできるだけ範囲で誠意をつくしますが、家族や利用者の医療保険の範囲内でまず治療をおねがいたします。

## 16. プライバシーの保護について

- 面接は、参加者の安全・プライバシーを考慮し、個室で実施させていただきます。
- えられた情報は、お名前や病院名、施設名が特定されないようにし、パスワード管理とし、かぎのかかる場所に厳重に保管します。
- 録音物やフィールドノート、記録物などは、研究終了後にすみやかに再生できないように消去し、紙媒体についてはシュレッダーで破棄いたします。
- 研究データおよび結果は、研究の目的のみにつかいます。

## 17. 個人情報保護の方法について

- お名前など個人は特定される情報について、記号にすることで個人が特定されないようにし、えられた情報について一切口外いたしません。
- すべてのデータは研究者が責任をもって厳重に管理します。
- 研究結果を公表するときにも、匿名性をかたくまもります。

## 18. 研究中、終了後の対応について

研究中あるいは終了後でも、この研究に関する質問がありましたら、いつでも対応させていただきます。下記連絡先までお問い合わせください。

研究者：聖隷クリストファー大学大学院 看護学研究科博士後期課程  
療養支援看護分野 慢性看護学領域 3年 高山 望

指導教員：聖隷クリストファー大学大学院 看護学研究科  
療養支援看護分野 慢性看護学領域教授 木下幸代

連絡先・問い合わせ：北海道科学大学保健医療学部看護学科 高山 望  
EL011-xxxxxx 携帯電話 090-xxxx-xxxx  
Email: OOOOOO@xxxxxx  
大学所在地：〒006-8585 北海道札幌市手稲区前田7条15丁目4-1



(研究者保存)

### 同意書

研究テーマ  
: 専門看護師による在宅高次脳機能障害者の家族に対する生活支援プログラムの開発

1. 研究の目的・意義
2. 研究の方法・手順
3. 対象者への予測される利益・不利益(心身の負担)
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加は本人の自由意志であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

(対象者の自由意思で協力を得る場合には、以下の項目を加える)

- 会話の録音 同意します 同意しません
- 集団セッションでの録画撮影 同意します 同意しません

私は上記内容について、高山 望から説明を受けて納得し了承しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者; 家 族 (署名) \_\_\_\_\_

署名年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者 (署名) \_\_\_\_\_

説明年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

研究者 (署名) \_\_\_\_\_

署名年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

資料-5

(参加者保存)

### 同意書

研究テーマ  
: 専門看護師による在宅高次脳機能障害者の家族に対する生活支援プログラムの開発

1. 研究の目的・意義
2. 研究の方法・手順
3. 対象者への予測される利益・不利益(心身の負担)
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加は本人の自由意志であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

(対象者の自由意思で協力を得る場合には、以下の項目を加える)

- 会話の録音 同意します 同意しません
- 集団セッションでの録画撮影 同意します 同意しません

私は上記内容について、高山 望から説明を受けて納得し了承しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者; 利用者 (署名) \_\_\_\_\_

署名年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者 (署名) \_\_\_\_\_

説明年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

研究者 (署名) \_\_\_\_\_

署名年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## フェイスシート

| 項目          | 内容   |
|-------------|--|
| 当事者 No      |  |
| 年齢(代)       |  |
| 性別          | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性  |
| 診断名         | <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 脳外傷 <input type="checkbox"/> 脳炎 <input type="checkbox"/> 低酸素脳症 <input type="checkbox"/> その他  |
| 高次脳機能障害の症状  | <input type="checkbox"/> 易疲労性<br><input type="checkbox"/> 意欲・発動性の低下<br><input type="checkbox"/> 脱抑制・易怒性<br><input type="checkbox"/> 注意障害<br><input type="checkbox"/> 失語<br><input type="checkbox"/> 記憶障害<br><input type="checkbox"/> 遂行機能障害<br><input type="checkbox"/> 病識の欠如<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
| 受傷状況        |  |
| 就労状況        | <input type="checkbox"/> 正社員・パート職員<br><input type="checkbox"/> 福祉的就労<br><input type="checkbox"/> 生活訓練施設の通所<br><input type="checkbox"/> ボランティア<br><input type="checkbox"/> 家事手伝い<br><input type="checkbox"/> その他  |
| 社会保障制度の利用状況 | <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 身体障害者福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 障害年金<br><input type="checkbox"/> 介護保険<br><input type="checkbox"/> 医療保険<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> その他   |
| 家族 No       |  |
| 年齢          |  |
| 性別          | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性  |
| 健康状況        | <input type="checkbox"/> 通院中(疾患: ) <input type="checkbox"/> 健康   |
| 就労状況        | <input type="checkbox"/> 正社員・パート職員<br><input type="checkbox"/> ボランティア<br><input type="checkbox"/> 家事手伝い<br><input type="checkbox"/> その他  |
| 相談者の有無      | <input type="checkbox"/> 相談者あり(人物: ) <input type="checkbox"/> 相談者なし  |
| 家族構成        |  |
| 家族関係の状況     |  |

## MMSE(Mini-Mental State Examination)の検査について

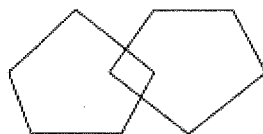
## 1)検査方法

Folstein夫妻の開発した、精神現在症(Mental state)の臨床評価の簡略版です。通常、静かな部屋や場所で実施します。原則して、質問は設問1から始めます(途中から質問することも可能ですが、その場合でも、設問3から設問5までは続けて実施してください)。

なお、途中で短い休憩を入れることは問題ありません。

表. Mini-Mental State Examination (MMSE)

| 設問     | 質問内容  | 回答 | 得点  |
|--------|---|----|-----|
| 1(5点)  | 今年は何年ですか  | 年  | 0 1 |
|        | 今の季節は何ですか   |    | 0 1 |
|        | 今日は何曜日ですか   | 曜日 | 0 1 |
|        | 今日は何月何日ですか  | 月  | 0 1 |
|        |   | 日  | 0 1 |
| 2(5点)  | この病院の名前は何ですか  | 病院 | 0 1 |
|        | ここは何県ですか  | 県  | 0 1 |
|        | ここは何市ですか  | 市  | 0 1 |
|        | ここは何階ですか  | 階  | 0 1 |
|        | ここは何地方ですか   | 地方 | 0 1 |
| 3(3点)  | 物品名3個(桜、猫、電車)   |    | 0 1 |
|        | 《1秒間に1個ずつ言う。その後、被験者に繰り返させる。正答1個に2 3つき1点を与える。3個全て言うまで繰り返す(6回まで)》 |    | 2 3 |
| 4(5点)  | 100から順に7を引く(5回まで)。  |    | 0 1 |
|        |   |    | 2 3 |
|        |   |    | 4 5 |
| 5(3点)  | 設問3で提示した物品名を再度復唱させる   |    | 0 1 |
|        |   |    | 2 3 |
| 6(2点)  | (時計を見せながら) これは何ですか  |    | 0 1 |
|        | (鉛筆を見せながら) これは何ですか  |    | 0 1 |
| 7(1点)  | 次の文章を繰り返す<br>「みんなで、力を合わせて綱を引きます」                                |    | 0 1 |
| 8(3点)  | (3段階の命令)  |    |     |
|        | 「右手にこの紙を持ってください」  |    | 0 1 |
|        | 「それを半分に折りたたんで下さい」   |    | 0 1 |
| 9(1点)  | (次の文章を読んで、その指示に従って下さい)  |    |     |
|        | 「右手をあげなさい」  |    | 0 1 |
| 10(1点) | (何か文章を書いて下さい)   |    | 0 1 |
| 11(1点) | (次の図形を書いて下さい)   |    | 0 1 |
| 得点合計   |   |    |     |



←(重なり合う五角形です)

(Folstein MF et al. J Psychiat Res 12: 189, 1975)

## TBI-31「脳外傷者の認知-行動障害尺度」質問紙

以下の質問項目の頻度について、最もよくあてはまる数字に○をつけてください。その際、質問に相当することを行った経験がなかったり、観察の機会がないなど不明な場合は「N. 該当しない」に○をつけてください。

記入日： 年 月 日 初回・（ ）回目

ご本人様氏名： \_\_\_\_\_

記入者様氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

※できるだけ、ご本人の日常の様子をよく知っている人が回答してください

|    |                                   | ま |   |   |   |   | 該 |
|----|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|
|    |                                   | つ | と | い | い | い |   |
|    |                                   | た | き | つ | つ | つ | 当 |
|    |                                   | く | ど | も | も | も | し |
|    |                                   | な | き | も | も | も | な |
|    |                                   | い | き | も | も | も | い |
|    |                                   | い | き | も | も | も | い |
| 1  | 伝えた内容について、他のことをした後に確認すると忘れてい      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 2  | 数分前に伝えたことを忘れてい                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 3  | メモをもらったことや、メモで伝えられたことを忘れてい        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 4  | 他のことに注意が向くと予定を忘れてい                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 5  | 毎日の日課にそって行動できるが週1回程度の予定は忘れてい      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 6  | 特別な出来事の内容（たとえば映画や買い物）を思い出せない      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 7  | ふだんの日課を思い出せない                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 8  | 月日や曜日を間違える                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 9  | 2つ以上の指示をするといくつか忘れてい               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 10 | 何もしたがない                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 11 | することがないと横になりたがる                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 12 | すぐ疲労感を訴える                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 13 | 自発的な行動がみられない                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 14 | 少しでも難しいと思うと集中できなかつたり、やる気がなくなつたりする | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 15 | 会話の文脈に合わない発言をする                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 16 | 話題がかわってもすぐに話に付いてこられない             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 17 | その場に不適切な発言をする                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 18 | 気になることがあるとくり返しおこなう                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 19 | 物の配置や収納場所を過剰に一定にしたがる              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 20 | いったん思い込むとなかなか修正できない               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 21 | ちょっとしたことがきっかけで怒鳴る                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 22 | 待たされると怒つたりイライラしたりする               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 23 | 精神的に不安定になりやすい                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 24 | 問題を指摘されたり失敗に直面しても気にかけない           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 25 | 危険なことをしているのに自分では安全だと思っている         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 26 | 与えられた課題に集中して取り組むことができない           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 27 | 話を自分の都合のいいように解釈する                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 28 | 決まった日課にそって行動できるが、変更や追加があると対応できない  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 29 | 予定が重なるとどうしたらいいか分からなくなる            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 30 | 一度に2つ以上のことを説明すると混乱する              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 31 | 他のことに気がとられると予定の行動がとれなくなる          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |

## ICF 測定尺度

国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health:ICF)測定尺度

| 機能   | No | 項目                                 |
|------|----|------------------------------------|
| 運動機能 | 1  | 階段を上ったり、下りたりできる                    |
|      | 2  | 階段の上る時に息切れしない                      |
|      | 3  | 飛び上がる(ジャンプする)ことができる                |
|      | 4  | 走ることができる                           |
|      | 5  | 歩いている他人を早足で追い越すことができる              |
|      | 6  | 30分以上歩き続けることができる                   |
|      | 7  | 水がいっぱい入ったバケツを持ち運びできる               |
|      | 8  | 米の袋10kgを持ち上げることができる                |
|      | 9  | 倒れた自転車を起こすことができる                   |
|      | 10 | ジャムなどの広口びんのふたを開けることができる            |
|      | 11 | 立った位置から膝を曲げずに手が床に届く                |
|      | 12 | 靴下、ズボン、スカートを立ったまま、支えなしに履ける         |
|      | 13 | 椅子から立ち上がる時、手の支えなしで立ち上げられる          |
|      | 14 | ものにつかまらなくて、つま先立ちができる               |
| 聴覚機能 | 1  | 部屋の中などの静かな場所であっても、1対1の相手の話は聞き取りにくい |
|      | 2  | 道路などの騒がしい所では1対1の相手の話は聞き取りにくい       |
|      | 3  | 就学前の子どもに話しかけられても聞き取れないことがある        |
|      | 4  | 電話の内容が聞き取れないことがある                  |
|      | 5  | 電話のベルや着信音が聞き取れないことがある              |
|      | 6  | 病院・銀行などで名前を呼ばれても聞き取れないことがある        |
|      | 7  | 背後の車の音が聞こえず怖い思いをしたことがある            |
|      | 8  | 病院でお医者さんや看護師さんの説明が聞き取れないことがある      |
|      | 9  | テレビの内容が聞き取れないことがある                 |
| 視覚機能 | 1  | 新聞の文字がよく見えない                       |
|      | 2  | 薬袋に書かれている内容や説明がよく見えない              |
|      | 3  | 買い物するとき、値段の数字がよく見えない               |
|      | 4  | テレビの画面がよく見えない                      |
|      | 5  | 話し相手の表情がよく見えない                     |
|      | 6  | 道路や階段の段差がよく見えない                    |
|      | 7  | 道路標識がよく見えない                        |
| 記憶機能 | 1  | 昨日のことを思い出そうとしても思い出せない              |
|      | 2  | 言おうと思っていたことを、ふとした拍子に忘れる            |
|      | 3  | 人の名前が「のどまで出かかっている」のに出てこない          |
|      | 4  | 頼まれていたことをするのを忘れる                   |
|      | 5  | 家族や身近な人の名前が思い出せない                  |
|      | 6  | 手紙を出し忘れたり、電話を掛け忘れる                 |
|      | 7  | やらなければならないことをするのを忘れる               |
|      | 8  | いつも使う物(めがねなど)を、どこに置いたかを忘れて探す       |
|      | 9  | しようと思ったことを、するのを忘れる                 |
|      | 10 | 本や映画、テレビの番組の題名、店の名前が思い出せない         |

## IADL 手段的日常生活活動

## 第4 手段的日常生活活動 (Instrumental Activities of Daily Living: IADL)

| 項 目                                 | 得点 |
|-------------------------------------|----|
| A. 電話の使い方                           |    |
| 1. 自由に電話をかけることができる                  | 1  |
| 2. いくつかのよく知っている番号であればかけることができる      | 1  |
| 3. 電話で応対できるが電話をかけることはできない           | 1  |
| 4. まったく電話を使うことはできない                 | 0  |
| B. 買い物                              |    |
| 1. 一人で買い物ができる                       | 1  |
| 2. 少額の買い物であれば一人でできる                 | 0  |
| 3. だれかが付き添ってれば買い物ができる               | 0  |
| 4. まったく買い物ができない                     | 0  |
| C. 食事の支度                            |    |
| 1. 人数にあった支度をして必要十分な用意ができる           | 1  |
| 2. 材料が用意してあれば食事の支度ができる              | 0  |
| 3. 食事を作ることはできるが、人数にあった用意ができない       | 0  |
| 4. 他人に支度してもらう                       | 0  |
| D. 家事                               |    |
| 1. 力仕事など以外は一人で家事をすることができる           | 1  |
| 2. 食事のあとの食器を洗ったり布巾を敷くなどの簡単なことはできる   | 1  |
| 3. 簡単な家事はできるが、きちんとあるいは清潔に維持できない     | 1  |
| 4. 他人の手助けがなければ家事をすることができない          | 1  |
| 5. まったく家事をすることができない                 | 0  |
| E. 洗濯                               |    |
| 1. 一人で洗濯できる                         | 1  |
| 2. 靴下など小さなものは洗濯できる                  | 1  |
| 3. 他人に洗濯してもらう                       | 0  |
| F. 移動・外出                            |    |
| 1. 自動車を運転したり、電車・バスを利用して出かけることができる   | 1  |
| 2. タクシーを自分で頼んで出かけられるが、電車やバスは利用できない  | 1  |
| 3. 付添いがあれば電車やバスを利用することができる          | 1  |
| 4. 付き添われてタクシーや自動車が出かけることができる        | 1  |
| 5. まったく出かけることができない                  | 0  |
| G. 服薬の管理                            |    |
| 1. きちんとできる                          | 1  |
| 2. 前もって飲み薬が用意されていれば自分で服薬できる         | 0  |
| 3. 自分ではまったく服薬できない                   | 0  |
| H. 金銭の管理                            |    |
| 1. 自分でできる (家計費、家賃、請求書の支払い、銀行での用事など) | 1  |
| 2. 日常の買い物は管理できるが、大きな買い物や銀行へは付添いが必要  | 1  |
| 3. 金銭を扱うことはできない                     | 0  |

得点は、男性では0～5点、女性では0～8点

出典 / Lawton, M. P. & Brody, E. M. : Assessment of older people ; Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9 : 179-186, 1969 による。本誌略訳。

## Zarit 介護負担尺度日本語版

各質問についてあなたの気持ちに最も当てはまる番号を○で囲んでください。

| 設問   | 質問内容   | 思<br>わ<br>な<br>い                | た<br>ま<br>に | 時<br>々      | よ<br>く      | い<br>つ<br>も                |
|------|--|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|----------------------------|
| 1    | 患者さんは、必要以上に世話を求めてくると思いますか                        | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 2    | 介護のために自分の時間が十分にとれないと思いますか。                       | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 3    | 介護のほかに、家事や仕事などもこなしていかなければならず「ストレスだな」と思うことがありますか。 | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 4    | 患者さんの行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか。                    | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 5    | 患者さんのそばにいと腹がたつことがありますか。                          | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 6    | 介護があるので家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか。                 | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 7    | 患者さんが将来どうなるのか不安になることがありますか。                      | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 8    | 患者さんがあなたに頼っていると思いますか。                            | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 9    | 患者さんのそばにいと、気が休まらないと思いますか。                        | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 10   | 介護のために、体調を崩したと思ったことがありますか。                       | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 11   | 介護があるので自分のプライバシーを保つことができないと思いますか。                | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 12   | 介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか。                | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 13   | 患者さんが家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことがありますか。        | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 14   | 患者さんは「あなただけが頼り」というふうに見えますか。                      | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 15   | 今の暮らしを考えれば、介護にかかる金銭的な余裕はないと思うことがありますか。           | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 16   | 介護にこれ以上の時間はさけないと思うことがありますか。                      | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 17   | 介護が始まって以来、自分の思い通りの生活ができなくなったと思うことがありますか。         | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 18   | 介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか。                      | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 19   | 患者さんに対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか。                | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 20   | 自分は今以上にもっと頑張って介護するべきだと思うことがありますか。                | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 21   | 本当は自分はずっとうまく介護できるのになあと思うことがありますか。                | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 設問   | 質問内容   | 全<br>く<br>負<br>担<br>は<br>な<br>い | 多<br>少      | 世<br>間<br>並 | か<br>な<br>り | 非<br>常<br>に<br>大<br>き<br>い |
| 22   | 全体を通してみると、介護をするということとはどれくらい自分の負担になっていると思いますか。    | 0                               | 1           | 2           | 3           | 4                          |
| 合計得点 |  | / 112                           |             |             |             |                            |

Hirono N, et al: No To Shinkei 6, 561-7; 1998

鳥羽研二監修, 高齢者総合的機能評価ガイドライン, 厚生科学研究所 2003

杏林大学医学部高齢医学 <http://www.kyorin-u.ac.jp/univ/user/medicine/geriatrics/>

## QOL-SF-8

SF-8™スタンダード版(1ヵ月)

## あなたの健康について

このアンケートはあなたがご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になります。お手数をおかけしますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに印 (☑) をつけてください。

1. 全体的にみて、過去1ヵ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

|                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 最高に良い                      | とても良い                      | 良い                         | あまり良くない                    | 良くない                       | ぜんぜん良くない                   |
| ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

2. 過去1ヵ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

|                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ぜんぜん、妨げられなかった              | わずかに妨げられた                  | 少し妨げられた                    | かなり、妨げられた                  | 体を使う日常活動ができなかった            |
| ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

3. 過去1ヵ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

|                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ぜんぜん、妨げられなかった              | わずかに妨げられた                  | 少し妨げられた                    | かなり、妨げられた                  | いつもの仕事ができなかった              |
| ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |



4. 過去1ヵ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

|                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ぜんぜん<br>なかった               | かすかな<br>痛み                 | 軽い痛み                       | 中くらいの<br>痛み                | 強い痛み                       | 非常に<br>激しい痛み               |
| ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

5. 過去1ヵ月間、どのくらい元気でしたか。

|                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 非常に<br>元気だった               | かなり<br>元気だった               | 少し<br>元気だった                | わずかに<br>元気だった              | ぜんぜん<br>元気でなかった            |
| ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

6. 過去1ヵ月間に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

|                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ぜんぜん、<br>妨げられ<br>なかった      | わずかに、<br>妨げられた             | 少し、<br>妨げられた               | かなり、<br>妨げられた              | つきあいが<br>できなかった            |
| ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

7. 過去1ヵ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか。

|                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ぜんぜん悩ま<br>されなかった           | わずかに<br>悩まされた              | 少し<br>悩まされた                | かなり<br>悩まされた               | 非常に<br>悩まされた               |
| ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8. 過去1ヵ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

|                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ぜんぜん、<br>妨げられ<br>なかった      | わずかに、<br>妨げられた             | 少し、<br>妨げられた               | かなり、<br>妨げられた              | 日常行う活動が<br>できなかった          |
| ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

ご協力、ありがとうございました。

## 個人面談資料(1~5)

### 個人面談 1-1

#### 第1段階(導入期)第1回目

対象者：当事者、家族

面接者：研究者

目的：受傷してからこれまでの生活上の葛藤や生きづらさを理解することを目的とする。

内容：高次脳機能障害患者を支える家族にお聞きします。

○最初に、生活支援プログラムに参加していただきありがとうございます。どうすればあなたのお力になれますか？またプログラムに期待することをお聞かせいただけますか？

○あなたは家族が高次脳機能障害と診断されて、どうお感じになりましたか？

○思い返してみると、高次脳機能障害の方との暮らしは、どのようなもの(環境、状況、考え)ですか？何が起きているのかをお聞かせください。

例

- 高次脳機能障害になった家族と暮らし始めた時は、どのような生活環境でしたか？
- あなたはどのように反応したのですか？またそのことをどのようにお感じになりましたか？
- 他の人たちはどう感じ、どう反応したのですか？
- 起きたことについてもう少し詳しく話してもらえますか？
- 最後にそれが起こったのはいつでしたか？

○高次脳機能障害の方に対して、あなたはどんなサポート(援助)をしていますか？よくある具体的な状況がありましたら、お聞かせください。また、なぜそうなったのですか？

○昨日がどのように過ぎていったのか、そしてその中でどんな時に高次脳機能障害患者とかわりを持ったのかお話し下さい。

○家族が高次脳機能障害になる前と、現在を比べてみると、あなた自身の生活にどんな変化を与えましたか？よくある具体的な状況がありましたら、お聞かせください。

○また、家族内や社会との関係が変わりましたか？よくある具体的な状況がありましたら、お聞かせください。

個人面接 1-2  
第 1 段階(導入期)第 2 回目

対象者：当事者、家族

面接者：研究者

目的：A)欠損の特徴の理解

神経心理学検査の結果より、原因と症状を結びつけて理解すること、また家族の認識、当事者の認識、診断結果の其々の情報を整理することを目的とする。

内容：高次脳機能障害患者を支える家族にお聞きいたします。

○(wais 成人知能検査、MMSE、タッチエムの結果)高次脳機能障害の症状について説明いたします。

- 高次脳機能障害の症状について、どのようにお感じになりましたか？
- それに対して、思い当たる症状はありますか？
- それに対して、ご家族はどんなサポート(援助)をしていますか？また、今後、どのようなサポート(援助)が可能でしょうか？

○第 1 回目の面談内容を確認させてください(一覧参照)

- 前回のお話の概要で、研究者の解釈は異なっている場合、その部分をお教えていただけないでしょうか？

○予告：次回は、言語聴覚士による対人関係とコミュニケーションというテーマで講座を行います。個人面談では、「達成可能な目標とその対策」を立案していきます。ぜひご参加いただきたいので、宜しくお願いいたします。

個人面談 1-3  
第 1 段階(導入期)第 3 回目

対象者：家族

面接者：研究者

目的：B) ” 自己の気づき”

欠損による生活上の問題に関する情緒的気づきを促すことを体験することを目的とする。

内容：高次脳機能障害患者を支える家族にお聞きいたします。

○前回の「高次脳機能障害の症状」についてお聞かせください。

- ご家族の高次脳機能障害の症状をどうお感じになりましたか？
- その後、当事者の反応に変化はありますか？
- ご家族の反応に変化はありますか？
- 起きたことについてもう少し詳しく話してもらえますか？

○当事者にどのような生活を送っていただきたいのか、ご家族の希望をお聞かせください。

○今回「達成可能な目標とその対策」を立案していく予定です。ご家族の希望はどのような内容でしょうか？

○達成可能なものの目標の方向性と達成レベルについて、お考えをお聞かせください。

個人面談 2-1

第 2 段階(主相)第 4 回目

対象者：家族

面接者：研究者

目的：B)代償手段の獲得

「達成可能な目標とその対策」に対して、家族としてどのようにサポート(援助)したらよいか言語化できること、また、目標やその対策についての軌道修正が必要であれば、修正を図ることを目的とする。なお、「代償手段の獲得方法」の資料を参照して、対応の指針とする。

内容：高次脳機能障害患者を支える家族にお聞きいたします。

○高次脳機能障害の症状に対して、あなたはどんなサポート(援助)をしていますか？よくある具体的な状況がありましたら、お聞かせください。また、なぜそうなったのですか？

○「達成可能な目標とその対策」について

- 家族はどのように取り組んでおられますか？
- それについて、あなたはどのようなサポート(援助)をしていますか？具体的な情報がありましたら、お聞かせください。また、なぜそうなったのですか？
- 今回立案した「達成可能な目標とその対策」の目標や対策は、妥当な内容だと思いますか？

○最後に、第7回「確認のロールプレイ」で、当事者から家族の「達成可能な目標」の達成度と、対策への取り組み方についてインタビューしていただきます。宜しく願いいたします。

個人面談 3-1  
確認(かくにん)のロールプレイ  
第3段階(だんかい)第7回

インタビューされる人：ご家族(かぞく)さま  
インタビューする人：利用者(りようしゃ)さま

目的(もくてき)：「達成可能(たっせいかのう)な目標(もくひょう)に対する到達度(とうたつど)とその対策(たいさく)へのとりくみに対する家族(かぞく)からの評価(ひょうか)をきいてみることを目的(もくてき)とする。

内容(ないよう)：

○私(わたし)は、「達成可能(たっせいかのう)な目標(もくひょう)」に対する到達度(とうたつど)を自分では、〇〇と思います。

○家族(かぞく)は、「達成可能(たっせいかのう)な目標(もくひょう)」に対する到達度(とうたつど)はどう思いますか？

○私(わたし)は、「その対策(たいさく)」に対するとりくみを自分では、〇〇と思います。

○家族は、「その対策(たいさく)」に対するとりくみをどう思っていますか？

○家族(かぞく)の他者評価(たしゃひょうか)を聞いて、私は、〇〇と思います(感想(かんそう)をのべます)。

○利用者(りようしゃ)の自己評価(じこひょうか)を聞いて、家族はどう感じましたか？

○私(わたし)は、次に目標とする「達成可能(たっせいかのう)な目標(もくひょう)とその対策(たいさく)」をどうかんがえますか？

おわりに、次回(じかい)、「評価(ひょうか)発表会(はっぴょうかい)」をおこないません。今日えられた自己(じこ)評価(ひょうか)と他者(たしゃ)評価(ひょうか)を発表(はっぴょう)していただきます。よろしくおねがいたします。

講義 2 ポスター



在宅高次脳機能障害者の家族に対する生活支援プログラム

# 高次脳機能障害に おける診断・治療

大槻 美佳 先生

北海道大学 大学院保健科学研究所

8 月 21 日 木曜

19:00 PM ~ 20:00 PM

連絡先: 高山 望(たかやま のぞみ)

電子メール: 〇〇〇〇@×××××

電話: 011-×××-×××××

講義 3 ポスター



在宅高次脳機能障害者の家族に対する生活支援プログラム

# 対人関係・ コミュニケーション

大澤 恵留美 先生(言語聴覚士)

北海道大学病院

リハビリテーション部

9月14日 日曜

14:30 PM ~ 15:30 PM

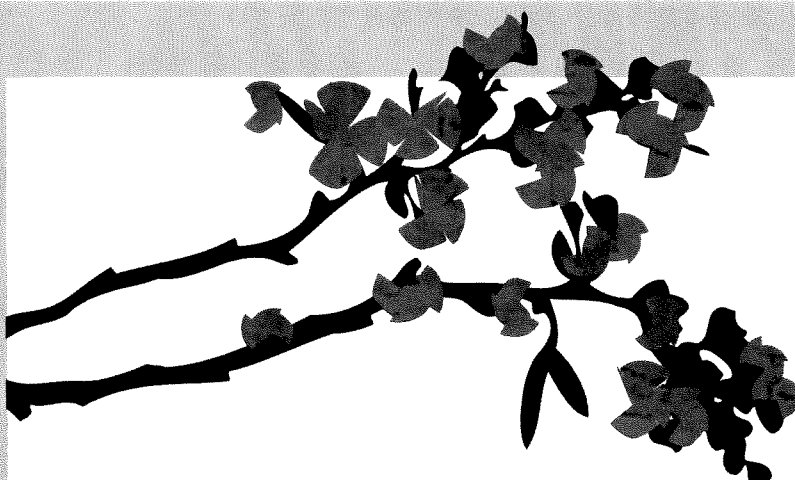
連絡先: 高山 望(たかやま のぞみ)

電子メール: ○○○○@×××××

電話: 011-×××-××××××



講義 4 ポスター



在宅高次脳機能障害者の家族に対する生活支援プログラム

# 生活訓練

小川 圭太 先生(作業療法士)

北海道大学病院

リハビリテーション部

9 月 28 日 日曜

18:00 PM ~ 19:00 PM

連絡先: 高山 望(たかやま のぞみ)

電子メール: ○○○○@×××××

## 集団セッションポスター

在宅高次脳機能障害者の家族に対する生活支援プログラム

# 「達成可能な目標とその対策発表会」



### 内 容

- ① <sup>にゆうぶるぐらむちゆう たっせいかのう もくひょう</sup>介入プログラム中に達成可能な目標を  
たてます  
・ <sup>もくひょうたっせい</sup>目標達成型  
・ <sup>かだいかいけつがた</sup>課題解決型
- ② <sup>もくひょうたっせい</sup>目標達成のための<sup>ぐたいさく かんがえます</sup>具体策を考えます
- ③ <sup>さいご</sup>最後に<sup>はっぴょう</sup>発表しあいます

2015年5月10日 日曜 13:30~15:30

連絡先: 高山 望 (たかやま のぞみ)

電子メール: ○○○○@×××××



## 気づきの ワークショップ

2014年10月19日  
日

一人ひとりが主人公！  
主人公の目標や課題に対して  
参加者全員が全力で、  
アドバイスしてください  
最後にたくさんのアドバイスの中から、  
一つだけ選択して実行してみましょう

連絡先: 高山 望(たかやま のぞみ)  
電子メール: ○○○○@×××××  
携帯電話 ×××-××××-×××



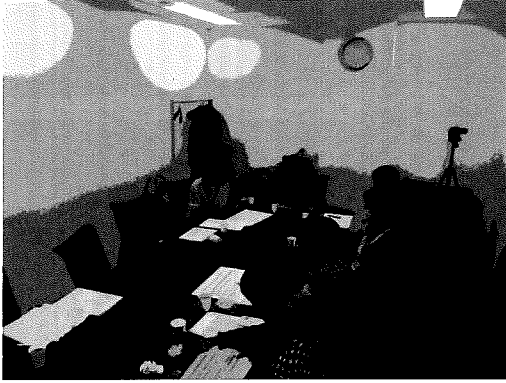
## 確認の ロールプレイ

2015年6月7日日  
曜 13:30~15:30

自分の立てた「達成可能な目標とそ  
の対策」について、この4ヶ月間を  
家族ともに振り返ってみよう！

連絡先: 高山 望(たかやま のぞみ)  
電子メール: ○○○○@×××××  
携帯電話 ×××-××××-×××

# ひょうかはっぴょうかい 評価発表会



日時: 2015年6月21日(日)

時間: 13:30~14:30

これまで高次脳機能障害(こうじのうきのうしょうがい)について学び、みずから「目標(もくひょう)とその対策(たいさく)」をたてて、とりくんできました。

これまでの4ヶ月間のとりくみをふりかえり、自分から気づいたこと、家族から言われて気づいたことについて、ぜひ発表してください。



連絡先: 高山 望(たかやま のぞみ)  
電子メール: 〇〇〇〇@×××××  
携帯電話 ×××-××××-×××

## 公開講座1「自己の気づき」についてのアンケート

平成27年3月15日

公開講座1「自己への気づき」にご参加いただきありがとうございます。みなさまからのご意見をもとに、今後の内容を検討いたしますので、アンケートへのご協力をお願いいたします。結果は、本講座以外には使用いたしません。ご理解の上、ご協力いただきますようお願いいたします。

1. あてはまる項目を○で囲んでください。
  - 1) 年齢 ①20歳代 ②30歳代 ③40歳代 ④50歳代 ⑤60歳以上
  - 2) 性別 ①女性 ②男性
  - 3) お立場 ①当事者 ②家族(続柄) ③その他( )
2. 本日のテーマは適切でしたか  
①適切 ②特に問題はない ③不適切
3. 本日の公開講座は期待した内容でしたか  
①期待通り ②ほぼ期待通り ③期待した内容ではなかった(理由: )
4. 講演の内容(自己への気づき)について教えてください  
1) 学びにつながりましたか  
①学びが深まった ②特に変わらない ③学びが深まらなかった(理由: )  
2) 今後の生活に活かすことができますか  
①十分できる ②少しできる ③実践に活かすことは困難(理由: )  
4) 難易度はいかがでしたか  
① 難易度が高い ②普通 ③わかりやすかった
5. このような講座に次回も参加したいと思いますか  
①参加したいと思う ②参加したいと思わない
6. 今後の公開講座へのご要望を教えてください  
以上

## 公開講座2「生活訓練」についてのアンケート

平成27年3月29日

公開講座2「生活訓練」にご参加いただきありがとうございます。みなさまからのご意見をもとに、今後の内容を検討いたしますので、アンケートへのご協力をお願いいたします。結果は、本講座以外には使用いたしません。ご理解の上、ご協力いただきますようお願いいたします。

1. あてはまる項目を○で囲んでください。
  - 1) 年齢 ①20歳代 ②30歳代 ③40歳代 ④50歳代 ⑤60歳以上
  - 2) 性別 ①女性 ②男性
  - 3) お立場 ①当事者 ②家族(続柄) ③その他( )
2. 本日のテーマは適切でしたか  
①適切 ②特に問題はない ③不適切
3. 本日の公開講座は期待した内容でしたか  
①期待通り ②ほぼ期待通り ③期待した内容ではなかった(理由: )
4. 講演の内容(生活訓練)について教えてください  
1) 学びにつながりましたか  
①学びが深まった ②特に変わらない ③学びが深まらなかった(理由: )  
2) 今後の生活に活かすことができますか  
①十分できる ②少しできる ③実践に活かすことは困難(理由: )  
3) 難易度はいかがでしたか  
① 難易度が高い ②普通 ③わかりやすかった
5. このような講座に次回も参加したいと思いますか  
①参加したいと思う ②参加したいと思わない
6. 今後の公開講座へのご要望を教えてください  
以上

## 公開講座アンケート

### 公開講座3「対人関係・コミュニケーション」についてのアンケート

平成27年4月12日

公開講座3「代償訓練」にご参加いただきありがとうございます。みなさまからのご意見をもとに、今後の内容を検討いたしますので、アンケートへのご協力をお願いします。結果は、本講座以外には使用いたしません。ご理解の上、ご協力いただきますようお願いいたします。

- あてはまる項目を○で囲んでください。
- 1) 年齢 ①20歳代 ②30歳代 ③40歳代 ④50歳代 ⑤60歳以上  
2) 性別 ①女性 ②男性  
3) お立場 ①当事者 ②家族(続柄) ③その他( )
- 本日のテーマは適切でしたか  
①適切 ②特に問題はない ③不適切
- 本日の公開講座は期待した内容でしたか  
①期待通り ②ほぼ期待通り ③期待した内容ではなかった(理由; )
- 講演の内容(代償訓練)について教えてください  
1) 学びにつながりましたか  
①学びが深まった ②特に変わらない ③学びが深まらなかった(理由; )  
2) 今後の生活に活かすことができますか  
①十分できる ②少しできる ③実践に活かすことは困難(理由; )  
3) 難易度はいかがでしたか  
① 難易度が高い ②普通 ③わかりやすかった
- このような講座に次回も参加したいと思えますか  
①参加したいと思う ②参加したいと思わない
- 今後の公開講座へのご要望を教えてください

以上

### 公開講座4「高次脳機能障害」についてのアンケート

平成27年4月26日

公開講座4「高次脳機能障害」にご参加いただきありがとうございます。みなさまからのご意見をもとに、今後の内容を検討いたしますので、アンケートへのご協力をお願いします。結果は、本講座以外には使用いたしません。ご理解の上、ご協力いただきますようお願いいたします。

- あてはまる項目を○で囲んでください。
- 1) 年齢 ①20歳代 ②30歳代 ③40歳代 ④50歳代 ⑤60歳以上  
2) 性別 ①女性 ②男性  
3) お立場 ①当事者 ②家族(続柄) ③その他( )
- 本日のテーマは適切でしたか  
①適切 ②特に問題はない ③不適切
- 本日の公開講座は期待した内容でしたか  
①期待通り ②ほぼ期待通り ③期待した内容ではなかった(理由; )
- 講演の内容(高次脳機能障害)について教えてください  
1) 学びにつながりましたか  
①学びが深まった ②特に変わらない ③学びが深まらなかった(理由; )  
2) 今後の生活に活かすことができますか  
①十分できる ②少しできる ③実践に活かすことは困難(理由; )  
3) 難易度はいかがでしたか  
① 難易度が高い ②普通 ③わかりやすかった
- このような講座に次回も参加したいと思えますか  
①参加したいと思う ②参加したいと思わない
- 今後の公開講座へのご要望を教えてください

以上

## 自記式質問紙

A. 主な介護者の方についてお尋ねします。各質問について当てはまるものに○をつけてください。( )内は文字で記入してください。

1. あなたの性別を教えてください

|      |      |
|------|------|
| ① 男性 | ② 女性 |
|------|------|

2. 現在のあなたの年齢を教えてください

|   |
|---|
| 歳 |
|---|

3. あなたの患者様からみた親族関係を教えてください(1つ選択)

|              |       |           |
|--------------|-------|-----------|
| ① 配偶者        | ② 実父母 | ③ 配偶者の実父母 |
| ④ 子ども        | ⑤ 祖父母 | ⑥ 兄弟姉妹    |
| ⑦ その他<br>( ) |       |           |

4. 現在、就労していらっしゃいますか？

|           |            |
|-----------|------------|
| ① 仕事をしている | ② 仕事はしていない |
|-----------|------------|

5. 現在、健康状態は良好ですか？

|                   |             |
|-------------------|-------------|
| ① 病気を持っている<br>( ) | ② 病気を持っていない |
|-------------------|-------------|

6. 現在、介護についての悩みを相談したり、協力してくれる方はいらっしゃいますか？

|                 |       |
|-----------------|-------|
| ① いる<br>(どなた： ) | ② いない |
|-----------------|-------|

7. 相談したい内容についてお聞かせください(複数回答可)

|                             |              |
|-----------------------------|--------------|
| ① 患者への接し方                   | ② 患者の職場との調整  |
| ③ 経済面                       | ④ 社会資源の紹介    |
| ⑤ 高次脳機能障害患者、家族に関する紹介(友の会など) | ⑥ その他<br>( ) |

B 次に、患者様の高次脳機能障害の症状についてお伺いいたします。普段の生活で患者様の症状にもっとも当てはまる数字 1 つを選んで○印をつけてください。

| 回答例を示します   | まったく<br>ない | あまり<br>ない | とき<br>どき | た<br>びた<br>びあ<br>る | い<br>つ<br>も<br>あ<br>る | 該<br>当<br>し<br>な<br>い |
|--|------------|-----------|----------|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>&lt;良い例&gt;</b><br>伝えた内容について、他のことをした後に確認すると忘れている<br>*番号に○印をつけている  | 0          | ①         | 2        | 3                  | 4                     | N                     |
| <b>&lt;悪い例&gt;</b><br>伝えた内容について、他のことをした後に確認すると忘れている<br>*番号に○印をつけていない | 0          | 1         | ○2       | 3                  | 4                     | N                     |

| ここからが質問です。                     | 全<br>く<br>な<br>い | あ<br>ま<br>り<br>な<br>い | あ<br>る | た<br>び<br>た<br>び<br>あ<br>る | い<br>つ<br>も<br>あ<br>る | 該<br>当<br>し<br>な<br>い |
|--------------------------------|------------------|-----------------------|--------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 伝えた内容について、他のことをした後に確認すると忘れている  | 0                | 1                     | 2      | 3                          | 4                     | N                     |
| 数分前に伝えたことを忘れている                | 0                | 1                     | 2      | 3                          | 4                     | N                     |
| メモをもらったことや、メモなどで伝えたことを忘れている    | 0                | 1                     | 2      | 3                          | 4                     | N                     |
| 他のことに注意が向くと予定を忘れている            | 0                | 1                     | 2      | 3                          | 4                     | N                     |
| 毎日の日課に沿って行動できるが、週1回程度の予定は忘れている | 0                | 1                     | 2      | 3                          | 4                     | N                     |
| 特別な出来事の内容(たとえば映画や買い物)を思い出せない   | 0                | 1                     | 2      | 3                          | 4                     | N                     |
| ふだんの日課を思い出せない                  | 0                | 1                     | 2      | 3                          | 4                     | N                     |



|                                   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 月日や曜日を間違える                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 2つ以上の指示をするといくつか忘れていく              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 何もしたがない                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| することがないと横になりたがる                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| すぐ疲労感を訴える                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 自発的な行動がみられない                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 少しでも難しいと思うと集中できなかつたり、やる気がなくなつたりする | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 会話の文脈に合わない発言をする                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 話題がかわってもすぐに話についてこられない             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| その場に不適切な発言をする                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 気になることがあると繰り返し行う                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 物の配置や収納場所を過剰に一定にしたがる              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| いったん思い込むとなかなか修正できない               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| ちょっとしたことがきっかけで怒鳴る                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 待たされると怒つたりイライラしたりする               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 精神的に不安定になりやすい                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 問題を指摘されたり失敗に直面しても気にかけない           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 危険なことをしているのに自分では安全だと思っている         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 与えられた課題に集中して取り組むことができない           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 話を自分の都合のいいように解釈する                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 決まった日課に沿って行動できるが、変更や追加があると対応できない  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |

|                          |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 予定が重なるとどうしたらいいか分からなくなる   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 一度に 2 つ以上のことを説明すると混乱する   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 他のことに気がとられると予定の行動がとれなくなる | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | N |

C 次に、介護に関するあなた自身のお気持ちをお伺いいたします。それぞれの質問項目について、最も当てはまる数字 1 つを選んで数字に○印をつけてください。

|  |   |
|--|---|
| <p>回答例を示します</p> <p>&lt;良い例&gt;</p> <p>患者さんは必要以上に世話を求めてくると思いませんか</p> <p>* 番号に○印をつけている</p> | <p>思わ<br/>ない</p> <p>た<br/>ま<br/>に<br/>思<br/>う</p> <p>時<br/>々<br/>思<br/>う</p> <p>よ<br/>く<br/>思<br/>う</p> <p>い<br/>つ<br/>も<br/>思<br/>う</p> <p>0 1 ② 3 4</p>   |
| <p>&lt;悪い例&gt;</p> <p>患者さんは必要以上に世話を求めてくると思いませんか</p> <p>* 番号に○印をつけていない</p>                | <p>思わ<br/>ない</p> <p>た<br/>ま<br/>に<br/>思<br/>う</p> <p>時<br/>々<br/>思<br/>う</p> <p>よ<br/>く<br/>思<br/>う</p> <p>い<br/>つ<br/>も<br/>思<br/>う</p> <p>0 1 ○ 2 3 4</p> |
| <p>ここからが質問です。</p>  | <p>思わ<br/>ない</p> <p>た<br/>ま<br/>に<br/>思<br/>う</p> <p>時<br/>々<br/>思<br/>う</p> <p>よ<br/>く<br/>思<br/>う</p> <p>い<br/>つ<br/>も<br/>思<br/>う</p>                    |
| 患者さんは、必要以上に世話を求めてくると思いませんか   | 0 1 2 3 4   |
| 介護のために自分の時間が十分にとれないと思いませんか   | 0 1 2 3 4   |
| 介護のほかに、家事や仕事などもこなしていかなければならず「ストレスだな」と思うことがありますか  | 0 1 2 3 4   |
| 患者さんの行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか   | 0 1 2 3 4   |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 患者さんのそばにいと腹が立つことがありますか                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 介護があるので家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 患者さんが将来どうなるのか不安になることがありますか               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 患者さんはあなたに頼っていると思いますか                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 患者さんのそばにいと、気が休まらないと思いますか                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 介護のために、体調を崩したと思ったことがありますか                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 介護があるので自分のプライバシーを保つことができないと思いますか         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 患者さんが家にいるので、友達を自宅によびたくてもよべないと思ったことがありますか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 患者さんは「あなただけが頼り」というふうにみえますか               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| いまの暮らしを考えれば、介護にかかる金銭的な余裕がないと思うことがありますか   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 介護にこれ以上の時間は割けないと思うことがありますか               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 介護が始まって以来、自分の思いどおりの生活ができなくなったと思うことがありますか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 介護をだれかに任せてしまいたいと思うことがありますか               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 患者さんに対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 自分は今以上にもっと頑張って介護するべきだと思うことはありますか         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 本当は、自分をもっとうまく介護ができるのになあと思うことがありますか       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|  | 全く負担ではない | 多少負担に思う | 世間並みの負担だと思<br>う | かなり負担だと思<br>う | 非常に大きな負担で<br>ある |
|--|----------|---------|-----------------|---------------|-----------------|
| 全体を通してみると、介護をするということはどれくら<br>い自分の負担になっていると思いますか。 | 0        | 1       | 2               | 3             | 4               |

D.次に、あなたの健康についてお伺います。主な介護者の方についてお尋ねします。それぞれの質問項目について、最も当てはまる数字1つを選んで数字に○印をつけてください。

1. 全体的にみて、過去1ヶ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

|       |       |    |         |      |          |
|-------|-------|----|---------|------|----------|
| 最高に良い | とても良い | 良い | あまり良くない | 良くない | ぜんぜん良くない |
| 1     | 2     | 3  | 4       | 5    | 6        |

2. 過去1ヶ月間に、体を使う日常活動(歩いたり階段を昇ったりなど)をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

|               |           |         |           |                 |
|---------------|-----------|---------|-----------|-----------------|
| ぜんぜん、妨げられなかった | わずかに妨げられた | 少し妨げられた | かなり、妨げられた | 体を使う日常活動ができなかった |
| 1             | 2         | 3       | 4         | 5               |

3. 過去1ヶ月間に、いつもの仕事(家事も含みます)をすることが、身体的理由でどのくらい妨げられましたか。

|               |           |         |           |               |
|---------------|-----------|---------|-----------|---------------|
| ぜんぜん、妨げられなかった | わずかに妨げられた | 少し妨げられた | かなり、妨げられた | いつもの仕事ができなかった |
| 1             | 2         | 3       | 4         | 5             |

4. 過去1ヶ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

|          |        |      |         |      |          |
|----------|--------|------|---------|------|----------|
| ぜんぜんなかった | かすかな痛み | 軽い痛み | 中くらいの痛み | 強い痛み | 非常に激しい痛み |
| 1        | 2      | 3    | 4       | 5    | 6        |

5. 過去1ヶ月間、どのくらい元気でしたか。

|          |          |         |           |             |
|----------|----------|---------|-----------|-------------|
| 非常に元気だった | かなり元気だった | 少し元気だった | わずかに元気だった | ぜんぜん元気でなかった |
| 1        | 2        | 3       | 4         | 5           |

6. 過去1ヶ月間に家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか

|               |            |         |          |             |
|---------------|------------|---------|----------|-------------|
| ぜんぜん、妨げられなかった | わずかに、妨げられた | 少し妨げられた | かなり妨げられた | つきあいができなかった |
| 1             | 2          | 3       | 4        | 5           |

7. 過去1ヶ月間に、心理的な問題(不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたりに、どのくらい悩まされましたか。

|              |           |         |          |          |
|--------------|-----------|---------|----------|----------|
| ぜんぜん悩まされなかった | わずかに悩まされた | 少し悩まされた | かなり悩まされた | 非常に悩まされた |
| 1            | 2         | 3       | 4        | 5        |

8. 過去1ヶ月間に、日常行う活動(仕事、学校、家事などのふだんの行動)が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

|               |            |         |          |               |
|---------------|------------|---------|----------|---------------|
| ぜんぜん、妨げられなかった | わずかに、妨げられた | 少し妨げられた | かなり妨げられた | 日常行う活動ができなかった |
| 1             | 2          | 3       | 4        | 5             |

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

修了証書

# 修了証書

○○ ○○○ 様

あなたは、「専門看護師による在宅  
高次脳機能障害者の家族に対する生  
活支援プログラム」において、全 8  
回の課程を修了いたしました

この4ヶ月間、高次脳機能障害の知  
識を習得し、「”自己の気づき”」が促  
され、「達成可能な目標とその対策」  
に向かって、日々努力されたことに対  
して、心から敬意を表します

今後も、生活能力の向上と代償方法  
を工夫されることを願っております

平成26年11月13日

聖隷クリストファー大学大学院

慢性疾患看護専門看護師 高山 望

## 生活支援プログラムにおける家族の特徴的な支援

## 生活支援プログラムにおけるA氏の特徴的な支援

| 時期           | 抽出内容                       | A氏(父)  |
|--------------|----------------------------|--|
| 第1期<br>(導入期) | 高次脳機能障害に対する理解の深まり          | <p>気づきや自覚のなさへの理解</p> <p>最後までやり遂げられないことへの理解</p> <p>全うしてやっていないという感覚的理解</p> <p>記憶に残っていないという体験的理解</p> <p>集中力が足りない体験的理解</p> <p>当事者と周囲の人々との間に生じる不一致感への理解</p>   |
| 第2期<br>(主相)  | “自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーション | <p>他人を通して自分を知ることができない様子を察する</p> <p>具体的な支援方法への迷い</p> <p>当事者の理解に寄り添うこと</p> <p>優しい言葉で伝えていくこと</p> <p>当事者と家族が互いに信じる面を埋めることが必要</p>   |
|              | 代償手段の獲得に向けた工夫              | <p>成果は期待しすぎないこと</p> <p>努力を見守る</p> <p>見栄を張っているように見えるが、黙っている</p> <p>目標を持つことは良いこと</p> <p>挑戦する気持ちを大切に</p> <p>家族としての感覚を優先していたことを振り返る</p> <p>もっと早く挑戦すべきだったと振り返る</p> <p>失敗しても二度とないと自発的に進めない</p> <p>施設では許されてしまい甘えにつながっている</p> <p>親として、追及したら障害をいじめることになるからそれはできない</p> <p>実行力を伴うものでなければならない</p> <p>お尻を叩いても努力をしなければならぬ</p> <p>一歩でも半歩でも進まなければならない</p> <p>親の都合で自分が諦めたという表現していることを指摘</p> <p>一般就労が難しい要素がある</p> <p>繰り返すことで優しくいたり、うまい説得することができない</p> <p>親としての残念な気持ちを伝える</p> <p>家族ではなかなかできない</p> <p>「スケジュール管理・調整」という新たな課題を発見</p> |
| 第5回          | 達成可能な目標とその対策               | <p>&lt;達成可能な目標とその対策&gt;</p> <p>① 一般就労: 長期目標と当面の課題を立案してみた</p> <p>&lt;当面の課題&gt;</p> <p>受験勉強中の意識を持つ</p> <p>眼気を忘れない</p> <p>遊ぶ前にまず勉強、できるだけ漢字を書く</p> <p>② 対人関係、コミュニケーション</p> <p>生活場面で不一致感を生じる場面があるか確認し、その場面を振ることができる</p> <p>&lt;具体策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研究者が作業所内の生活場面を参加観察する</li> <li>・ 不一致感を生じる場面があるか確認し、その後、振り返りを行う</li> </ul>  |
|              | 他の当事者へのコメント                | 他の当事者の課題(対人関係・コミュニケーション)に対して、日々の生活から難しさを語る   |
| 第3期<br>(完了期) | 生活支援プログラムによってみられた当事者の達成度   | <p>自己評価: 受験勉強の時間確保ができなかったし、準備もできなかった。</p> <p>他者評価: 自分が決めたこと、討論した人との約束が果たせなかった。優先性を考えられなかった。人としても無責任さや甘さがうかがえ、あまり変わっていない。努力が少なかつたのではないかと。</p> <p>最終評価: スケジュール調整が課題: スケジュール帳と自宅リビングのカレンダーの両方に予定を記述し、その調整を図ることを当面の課題とする。</p>  |



## 生活支援プログラムにおけるB氏の特徴的な支援

| 時期   | 抽出内容                           | B氏(母)  |
|--|--------------------------------|--|
| 第1期<br>(導入期)                               | 高次脳機能障害に対する理解の深まり              | 他人を通して自分を知ることが困難   |
|  |                                | 自己認識まで積み上げが大事  |
|  |                                | 周りのサポート環境も重要な要素  |
|  |                                | 記憶のメカニズムを知ること  |
|  |                                | 記憶障害への理解   |
|  |                                | 字が出てこないことを理解している   |
| 第2期<br>(主相)                                | "自己の気づき"を促すエピソードと<br>そのバリエーション | 当事者の気持ちを確認する   |
|  |                                | 目標設定の難しさに共感  |
|  |                                | 当事者の語りを促す  |
|  |                                | きっかけづくりを強く促す   |
|  |                                | 母親としての意見を伝え、賛同する   |
|  |                                | 完全じゃなくてもいいことを保障する  |
|  |                                | 当事者の進歩や変化を期待する   |
|  |                                | 目標設定の大切さを伝える   |
|  |                                | 好きなことは記憶につながる時もある  |
|  |                                | 他人に聞くことを支持する   |
|  | 代償手段の獲得に向けた工夫                  | 家庭内で役割分担をすること、父親は注意、母親は聞き役   |
|  |                                | 体で覚えることの実体験を語る   |
|  |                                | 携帯電話への録音ではなく、カメラ機能の活用を開始する   |
|  |                                | 当事者の婚姻、父親としての責任を果たせるのか自問してほしい  |
|  |                                | パートナーとの生活に関する価値、多様性を受け入れようとしている  |
|  |                                | 二人の人生は子どもが自立したときに始まるのではない  |
|  |                                | 先に死にゆく自分と当事者の将来で揺れ動く   |
|  |                                | 父親としての役割、責任、経済的な部分と責任をもつまでは婚姻は早いのではない  |
|  |                                | 自分を開示して考える息子でうれしい  |
|  |                                | 記憶障害を他人に理解してもらうことの難しさに共感   |
| 喧嘩して情報を消去してしまった理由を支持しうる                    |                                |  |
| 携帯電話の写真で情報の保存・取り出しがよい方法であることを伝える           |                                |  |
| 当事者の気持ちを代弁する                               |                                |  |
| 自分で情報を処理する方法をもつことを支持する                     |                                |  |
| 乗り越える力をもつことを伝える                            |                                |  |
| 親子で自分に合った代償方法に気付くことができたことを振り返る             |                                |  |
| 今回の目標が達成できていることを支持し、今後も継続するように期待していることを伝える |                                |  |
| 思ってもみなかった方法論に出会えたことを喜び合う                   |                                |  |
| 当事者自身が情報を整理することの重要性を伝える                    |                                |  |
| 自分でできると思える方法論に出会えたことを称賛する                  |                                |  |
| 第5回  | 達成可能な目標とその対策                   | <p>&lt;達成可能な目標とその対策&gt;</p> <p>① 記憶障害</p> <p>記憶障害に対する代償方法を取り入れることができる</p> <p>&lt;具体策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・文字よりも視覚的な情報が強いという特徴から、携帯電話で写真をとって、情報を保管することができる</li> <li>・また、必要な情報をほしい時に取り出すことができる。</li> </ul>                                |
|  | 他の当事者へのコメント                    | 他の当事者の課題(対人関係・コミュニケーション)に対して、日々の生活から難しさを語る。  |
| 第3期<br>(完了期)                               | 生活支援プログラムによってみられた<br>当事者の達成度   | <p>自己評価: 写真を撮るというのは記憶に関して後で見ることができるので間違いない方法だった。目で見て訴えるのは自分の中で取り入れやすい方法だった。</p> <p>他者評価: 自分は忘れっぽいけれど、代用を使って自分でできることをしよう。自分で情報を処理する能力があることはいいことだよ。</p> <p>最終評価: 視覚性記憶を活用した情報管理。携帯電話は当事者にとって話すことができない道具となっている。必要のない情報は保管し、不必要になった時は削除することもできる。これを継続して行うことを目標とする。</p> |

## 生活支援プログラムにおけるC氏の特徴的な支援

| 時期           | 抽出内容                       | C氏(母)  |
|--------------|----------------------------|--|
| 第1期<br>(導入期) | 高次脳機能障害に対する理解の深まり          | 記憶障害への理解<br>脱抑制:繰り返し、女性に好きだと言ってしまう体験<br>対人関係が苦手なこと<br>記憶障害(前向き健忘)への理解<br>脱抑制:携帯電話で高額な支払請求書が届いた体験   |
| 第2期<br>(主相)  | “自己の気づき”を促すエピソードとそのバリエーション | 当事者をイライラさせたくない<br>自ら手伝う気持ちを尊重してあげたい<br>最近感情をコントロールできるようになったことを評価<br>親が叱るべき時に叱る<br>涙する思いで叱って、慰められて帰ってくる経験<br>自分で理解させる体験の重要性を感じる<br>抑制がきかないことへの理解<br>他人の振り見てわがふり直した体験<br>自分より感情コントロールができない人を見て行動変容しようと思っほしい<br>恵まれている環境であることを伝える<br>将来、独居するための準備をさせる   |
|              | 代償手段の獲得に向けた工夫              | 金銭管理における工夫<br>得意分野を後押しする<br>できている事を褒める<br>施設で何があっても施設に電話はかけない<br>時間的に放っておく対応<br>感情コントロールがきかない時がある<br>将来、感情のコントロールがきかない時どうするのか不安<br>仲間とのコミュニケーションが取れない<br>経済的観念をもつことの重要性を示唆<br>親が叱るべき時に叱る<br>精神的に不安定な時期を乗り越えてきた過去を振り返る<br>心遣いや自主性が育ってきている印象を評価する<br>他の障害者の症状を見極めることを身につけさせたい<br>時間がかかることを受け入れている<br>一つずつ乗り越える気持ちを大切にもらいたい<br>今回の介入効果を知りたい<br>精神的に安定化してきたことを実感している   |
| 第5回          | 達成可能な目標とその対策               | <p>&lt;達成可能な目標とその対策&gt;</p> <p>一人暮らし:長期目標と当面の課題を立案してみた</p> <p>&lt;当面の課題&gt;</p> <p>①家事動作</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>包丁を使わない料理に挑戦する(焼魚、サラダ、ウインナーを焼く、卵料理)</li> <li>家族の共有スペースである居間の掃除をやってみる(掃除機、コロコロ使用)</li> <li>洗濯干す以外の工程に挑戦する</li> </ul> <p>②金銭管理</p> <p>&lt;当面の課題&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>毎月の食費代金を意識し、そのうち朝食当番分はいくらか把握することができる</li> </ul> <p>③コミュニケーション能力</p> <p>&lt;当面の課題&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自宅で来客した時に先方の名前や用件をうかがうことができる</li> </ul> |
|              | 他の当事者へのコメント                | 他の当事者目標「自立と自律」に対する難しさを語る   |
| 第3期<br>(完了期) | 生活支援プログラムによってみられた当事者の達成度   | 自己評価:包丁を使わない料理に挑戦した。洗濯のやり方を母に教わった。掃除はやっていない。目標が多すぎた。金銭管理は、excelを使って帳簿を作成した。保険や年金を含めた家計簿管理に取り組んでいる。ICレコーダーを購入し、代用し始めた。<br>他者評価:少しずつ努力しているが、生活能力を高めることは時間がかかる。介入研究に参加して、気持ちが穏やかになってきた。<br>最終評価:すでに実施していること、少し背伸びすることを話し合いの中で具体的に話し合うことが、生活能力の向上につながった。今後も継続していきたい。   |

## 生活支援プログラムにおけるD氏の特徴的な支援

| 時期           | 抽出内容                           | D1氏(母)   | D2氏(同胞)  |                           |
|--------------|--------------------------------|--|--|---------------------------|
| 第1期<br>(導入期) | 高次脳機能障害に対する<br>理解の深まり          | 台所の調味料の位置を見つけれない体験   | 注意障害への理解   |                           |
|              |                                | 見えない高次脳機能障害に対する理解  | 普段の生活で言語理解を高める方法を探す  |                           |
|              |                                | 2つのことを同時にやることの難しさを理解   | 大脳機能を高めるためのよい事を取り組む  |                           |
| 第2期<br>(主相)  | "自己の気づき"を促すエピソードと<br>そのバリエーション | 自分で場所を決めることで家族に頼らず生活できることを示唆   | 当事者が先走らないように注意   |                           |
|              |                                | 自分で確認する方法を提案したい  | 台所の調味料の表示がない状況を伝える   |                           |
|              |                                | 普段の自分の支援方法を見直す   | 自動車の運転をサポート  |                           |
|              |                                | 自動車運転の課題を示唆  |  |                           |
|              |                                | 父親と当事者との関係を理解  |  |                           |
|              | 代償手段の獲得に向けた工夫                  | 多重課題のトレーニングをサポート   | 多重課題のトレーニングをサポートする   |                           |
|              |                                | 家族内で役割分担、甘えを受けとめる  | 家族内で役割分担、攻め役   |                           |
|              |                                | 調理中はなるべくそばに近寄らないようにサポートを工夫   | 可能な範囲で協力する気持ちをもつ   |                           |
|              |                                | 調理の作業時間を短縮されたことを褒める  | 当事者が運転する機会を抽出  |                           |
|              |                                | 病気の前後の変化から現状を探る  | 記憶の代償方法を手助け  |                           |
|              |                                | 旅のしおりを作成した成果を褒める   | 要約のトレーニングが難しいことに同意   |                           |
|              |                                | 働くようになってから旅行で活発な活動をしていること  | ストレスが脳に及ぼす影響を考える   |                           |
|              |                                | 家庭のある人に優先的に休日を譲り職場で役割を果たしたことを認める   | 妹の立場で当事者の励まし方に迷う   |                           |
|              |                                | 復職にあたり、職場長との面接があることを共有する   |  |                           |
|              |                                | どのような検査をするのか情報収集したい  |  |                           |
| 第5回          | 達成可能な目標とその対策                   | <p>&lt;達成可能な目標とその対策&gt;</p> <p>① 記憶障害</p> <p>情報の取りこぼしを減らすことができる</p> <p>情報の要点をまとめて書くことを取り組むことができる</p> <p>&lt;具体策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>その日の予定と準備することを思い出し、用意する</li> <li>メモ帳とスマートフォンのスケジュール管理のサイトを使って、予定事体を思い出すことができる</li> <li>目的を達成するための手順とか、読める字でメモしておく。</li> <li>メモを見返すタイミングは、寝る前と起床時と決めて、習慣づける</li> <li>後で振り返って困ったこと、うまく行かなかったことを思い返して、次回どんなことを工夫するとスムーズに行くか考えておく</li> <li>イベントがある場合、事前にシミュレーションを行って考える<br/>(例えば、事業所企画の温泉旅行に行く場合、シミュレーションする)</li> </ul> |  |                           |
|              |                                | 他の当事者へのコメント  | 他の当事者の高次脳機能障害による生活上の困難さに共感   | 他の当事者に対して記憶障害の対応策として付箋を紹介 |
|              | 第3期<br>(完了期)                   | 生活支援プログラムによってみられた<br>当事者の達成度   | <p>自己評価: スマホをやっと何とか使えている。メモは、殴り書きを後から見返すとこれなんて書いたかって読めないくらい汚い。その日の予定とか準備することは、朝手帳を見る習慣というのがだんだん身についてきている感じなので、できたらチラッと見て今日あれだったかと思いながらやっているの、今のところこの緩やかな日常の中ではこれではできている。</p> <p>イベントのある場合のシミュレーションも大体大丈夫で、一番大きなイベントだったのが、最近では青森に旅行に行くという事だったんだけど、ちゃんと準備できている。</p> <p>他者評価: (調理、化粧、サザエさんの要約)一つ夢中になっていると何か言っても今言わないでって言わなくなったんですよ。前だったら一回一回しゃべっていいとか聞いたらダメって言われたけど、今はそんなことないし、お化粧しているときでもしゃべっていたらどこまで行ったか分からなくなるから言わないでって、今そんなこと全然なくなった。</p> <p>最終評価: 苦手な人ともうまくやれるっていうことが対人関係能力が高い。ただ正確に再現するという事と、二重課題になった時の課題がちょっと課題だったのね。でもサザエさんをやることで要点のまとめ方とか、2回繰り返見ることによって正確性が増すという自身も自覚されていますし、取りこぼしも減ってきた、そしてイライラも収まってきた。そして一人暮らしも練習して就職しようっていう目標にまたステップアップしているわけですから、非常に右肩あがりて能力をのばしている。</p> |                           |

## 生活支援プログラムにおけるE氏の特徴的な支援

| 時期           | 抽出内容                           | E氏(妻)   |
|--------------|--------------------------------|---|
| 第1期<br>(導入期) | 高次脳機能障害に対する<br>理解の深まり          | 以前の通所施設での嫌な体験   |
|              |                                | 人間関係でトラブルを抱えた体験   |
|              |                                | 感情コントロールがききかず、家族のストレスの原因になっている  |
|              |                                | 代償機能がうまく活用できない  |
|              |                                | 通所施設と家族の連携に困難さを感じた体験  |
| 第2期<br>(主相)  | "自己の気づき"を促すエピソードと<br>そのバリエーション | 当事者が認知機能を改善したいという意欲を認める   |
|              |                                | 記録が苦手なことを共通認識   |
|              |                                | 約束を忘れなくなった経験もあることを他の場面に活かすことはできないか  |
|              |                                | 当事者をサポートできずにもどかしい   |
|              |                                | 記憶が代償されることでイライラが減少するのではないかと   |
|              |                                | 妻として雰囲気悪くしないよう配慮  |
|              |                                | 妻の提案はあまり受け入れられない  |
| 第2期<br>(主相)  | 代償手段の獲得に向けた工夫                  | 駐車場の位置をアプリケーションを使って情報保存   |
|              |                                | 当事者の身体的疲労を気遣う   |
|              |                                | 記憶障害にこだわる当事者を何とかしたい   |
|              |                                | 考えられる代償機能を試す  |
|              |                                | マイナス面ばかりではないことを気づかせる  |
|              |                                | 遅発性高次脳機能障害は就職できるのか  |
|              |                                | 建設的に考えてほしい妻   |
|              |                                | 記憶の強化を勧めている   |
|              |                                | 検査結果を控えておく  |
|              |                                | 当事者が思ったことを表現できない  |
|              |                                | 一歩先に会話を進めたい気持ち  |
|              |                                | 厳しくも受容してほしいと強く願う  |
|              |                                | 遅発性高次脳機能障害は未解決部分が多い   |
|              |                                | 失語症でないことを確認   |
| 第5回          | 達成可能な目標とその対策                   | <p>&lt;達成可能な目標とその対策&gt;</p> <p>① 対人関係・コミュニケーション</p> <p>どんな時に本来出てくる言葉が出て来ないのか、状況を振り返る</p> <p>どんな解決方法があるのか考えてみる</p> <p>&lt;具体策&gt;</p> <p>自分で取り組む</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族以外の人と会う時の自分について、見つめてみる</li> <li>・ 考え方を変えて、気にしても仕方ないことは気にしないようにしてみる</li> <li>・ イライラやストレスについて、対処方法をもつように考えてみる</li> </ul> |
|              | 他の当事者へのコメント                    | なし  |
| 第3期<br>(完了期) | 生活支援プログラムによってみられた<br>当事者の達成度   | <p>自己評価: もともとできたことが普通にできないよどみを解決できない。うまく他人に伝えることができないストレスがある。</p> <p>他者評価: 記憶を強化する方法に一歩前進してほしい。どうしても説明できないストレスにこだわってしまうところがこだわりのポイントではないのか。厳しいようだが、現実を受け入れるしかないと思う。とりあえず、できることからやるしかないと思う。</p> <p>総合評価: 伝えられないストレスを解決することは難しいが、少しでもコロポックルや支援者を活用してみたい。また自分では少林寺拳法などストレス発散をしてみたい。</p>                                  |