

高次脳機能障害者の家族に対する心理教育

Supporting the family caregiver of Brain Injury

野路井未穂¹⁾, 橋本 圭司^{1,2)}, 間島富久子¹⁾, 中村 俊規¹⁾

要旨：2004年10月より当研究所にて開始された「当事者・家族ボランティア支援プログラム」における家族への取り組みを報告する。5家族（当事者の妻が2名、母親が3名）を対象とし、週1回1時間計20回の「家族セッション」を実施した。その結果、家族の情動に注目しながら、グループで自由にセッションを行うことにより、障害を客観的に理解および受容することが可能となり、また認知的グループ力動における凝集プロセスを梃子に、家族自身の変化が相乗効果として気づきにつながるなど心理的支援の可能性が推察された。それと同時に、それぞれの家族に対する障害の意識性が異なることがわかり、個別的な対応を並行して行うことの必要性も示唆された。

Key Words：高次脳機能障害、家族心理教育

はじめに

高次脳機能障害を持つ脳外傷者等の社会参加を支援する上で、その家族への心理的・教育的支援の必要性が指摘されている。2004年に日本脳外傷友の会と本学の共同研究において実施された、外傷性脳損傷後遺症実態調査においても、約半数以上の家族が現在もなお不眠・不安・抑うつをといた精神的ダメージを訴えていることがわかっている。その背景として、高次脳機能障害の症状が了解困難であり、説明が必要な症状のため、家族が受ける負担の大きいことが考えられる。こういった家族の苦悩に対し、「どういったことに着眼し、具体的に何を行えばいいか」といった支援の方法については、未だ試行錯誤の段階で明確化されていない。

1. 目的

本研究では、2004年10月より、本学にて開始された「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）」における家族へ取り組みを報告し、支援のあり方について検討する。

2. 対象

対象を表1に示す。2004年10月から2005年3月まで、オレンジクラブを参加した計5家族が対象。内訳は当事者の息子を持つ母親が2名、娘を持つ母親が1名、当事者の夫を持つ妻が2名の計5名。

介護する家族（介護者）の平均年齢：46.6歳であり、受傷者＝当事者の平均年齢：31.8歳である。

3. 方法

オレンジクラブの活動は、週1回、3時間、計20回を1クールとし、**図1**のスケジュールで実施。

1) 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 Miho Nojii, Keiji Hashimoto, Fukuko Majima, Toshinori Nakamura : Department of Neurotraumatology, Medical Research Institute, Tokyo Medical and Dental University

2) 東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座 Keiji Hashimoto : Department of Rehabilitation Medicine, The Jikei University School of Medicine

表1 対象

介護者	当事者との続柄	年齢	当事者									その他同居家族
			年齢	性別	職業	受傷原因	診断	重症度	受傷後年数	WAIS-R		
1	妻	31	32	男	競輪選手	交通事故	TBI	JCS 20	3年	V 91 P 91 F 90	息子2人	
2	妻	48	54	男	会社員	Glioma	DBI	JCS 30	9年	V 63 P 79 F 67	息子二人 養父母 (要介護)	
3	母	57	30	男	会社員	交通事故	DAI	JCS 20-30	6年	V 130 P 102 F 114	夫・義父 (要介護) (当事者別居)	
4	母	48	23	男	学生	交通事故	TBI	JCS 200	3年	V 86 P 98 F 89	夫 義母 (要介護)	
5	母	50	23	女	学生	交通事故	DAI	JCS 300	3年	V 94 P 85 F 75	夫・息子	

	金
13:00~13:20	始めの会
13:30~14:20	認知トレーニング (当事者)
	家族セッション (家族)
14:30~15:20	グループワーク (合同)
15:20~15:30	終わりの会
15:30~16:00	カウンセリング

- ① 日常生活が自立している。
- ② 高次脳機能障害を抱えている。
- ③ コミュニケーションが可能。
- ④ 家族が出席可能。

脳外傷者5名
及び家族・友人を1グループ
週1回 3時間

治療スタッフ	
リハ医	1名
精神科医	1名
心理士	2名

図1 スケジュール

このうち家族セッションにおいて、家族が中心となり（司会者として心理士1名のみが参加）、家族のためのグループワークを行った。

a. プログラムにおける Holistic Approach

- 1) 問題指向ではなく、過程指向を重視 (Process Oriented Cognitive Rehabilitation/中村ら, 2001)
 - ・ 事実の背景にある情動への介入
 - ・ 気づきを促しつつ、直面化は強制しない

2) 実生活の重視

- ・ 家族が「日々困っていること」に介入

b. 留意点

- 1) ポジティブフィードバックの奨励 (Positive Behavioral Support/Horner, 1999)

どんなに奇妙であるかまたは、明らかに不適応な行動でも、全てのふるまいがそれに係わっている個人のために機能的であるということを前提。

2) 関わる範囲の設定

あくまでも「高次脳機能障害である当事者」が中心であり、家族に対する支援が当事者の自律性につながることを前提とし、スタッフ間で個々のケースのビジョンを話し合っておく必要性がある。

c. 評価

1クール開始時、および1クール終了時の2回に分けて、以下の2つを実施。

1) エゴグラム

エゴグラムとは、パーソナリティを自我状態とみなし、自我機能を分析するために考案された、交流分析の性格検査である。エゴグラムでは、CP（批判的親の自我状態）、NP（養育的親の自我状態）、A（大人の自我状態）、FC（自由な子どもの自我状態）、AC（順応した子どもの自我状態）の5つの自我状態に区分される。

当事者に意識が集中しがちであった家族に自己に対する気づきを促すと同時に、対人関係の対応に変化があるかどうかをみる目的で実施。

2) Patient Competency Rating Scale (Prigatano GP, Fordyce DJ, 1986)

PCRSとは、障害の自己意識性を評価するスケールである。

当事者の障害に対する家族の意識変化をみると同時に、当事者の障害の自己意識性との差の変化をみることを目的に、家族と当事者の両方に実施。

4. 結 果

a. 評価の結果

図2に夫婦2組のエゴグラムを、図3に親子3組のエゴグラムの結果を示す。5名全員が共通してACが、1番または2番目に高かった。しかし1クール終了時に実施したエゴグラムでは、それぞれに変化が見られた。

続いて、図4それぞれの家族のPCRS（障害の自己意識性）の差の変化を示す。

まず、当事者と家族の関係が夫婦である場合、親子の場合よりも、障害の意識性に大きな差がみ

られた。次に、障害の意識性の高低については、夫婦・親子に関係なくそれぞれ異なる傾向がみられたが、終了時には、意識性が高過ぎる場合は減少し、低すぎる場合は増大した。そして、全体的に開始時と終了時とでは、夫婦間、親子間の両方において意識性の差が減少した。

b. 家族セッションの経過

家族セッションの経過として、時期によって4つのステージに分けられた。

1) 第Ⅰ期（初回～5回目）

初回は自己紹介をすることが会話はあまり弾まず、第2回目にエゴグラムを実施。第3回目に、その結果に対してそれぞれでフィードバックし合うことを提案したところ、積極的にフィードバックし合う家族の姿がみられた。同時に、「友人があまりいない」「趣味や楽しみがあまりない」といった悩みがそれぞれの家族から出され、内容としては、自己紹介から他者理解が中心となった。

2) 第Ⅱ期（6回目～12回目）

ほとんどの家族から、当事者との関係において、子育てをしているようだ、といった共通意見が出たことをきっかけに、当事者との関係だけでなく、それ以外の家族関係など、内容としては、各々の家族関係についての議題が中心となった。

3) 第Ⅲ期（13回目～19回目）

参加している家族の中で、唯一専業主婦であった家族Aが、「働きたいが、具体的に何をしたら良いかわからない」「また、本当に働いて良いものかどうかかわからない」と悩みを打ち明けたことから、全ての家族がそのAの社会参加に向けて、一致団結する姿がみられた。当事者の社会復帰ではなく、介護者である家族の社会参加が議題の中心となった。

4) 第Ⅳ期（最終回）

最終回は、それまで話し合ってきた議題で「一番印象に残っている議題」と「その議題から気付いたこと」について話し合った。その結果、一番印象に残っている議題として、後半よく話し合われた「介護者が社会参加すること」が挙げられ、その議題より気付いたこととして、①当事者である夫が社会参加するより、妻である自分が社会参

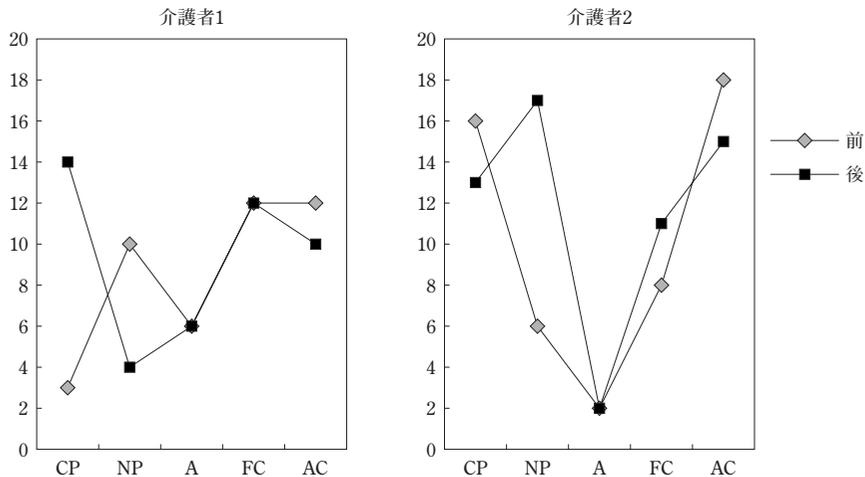


図2 エゴグラム (当事者が配偶者)

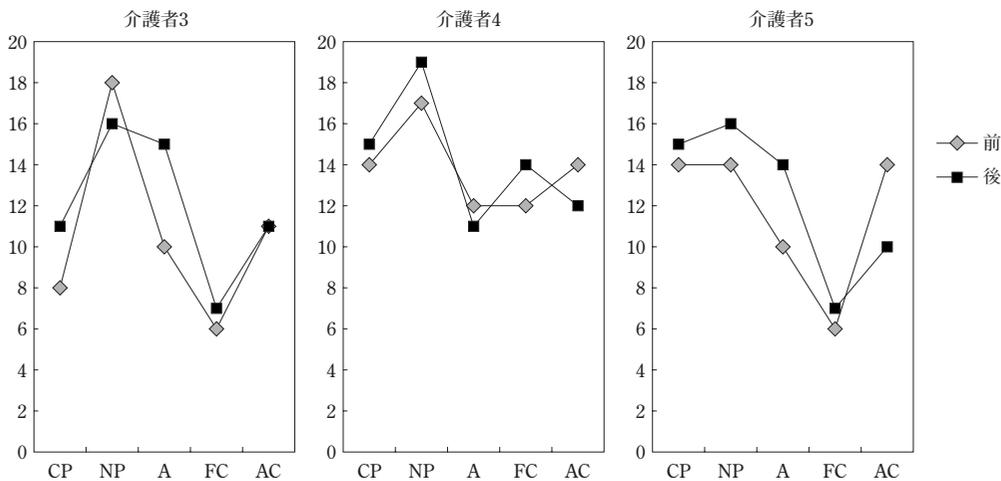


図3 エゴグラム (当事者が子ども)

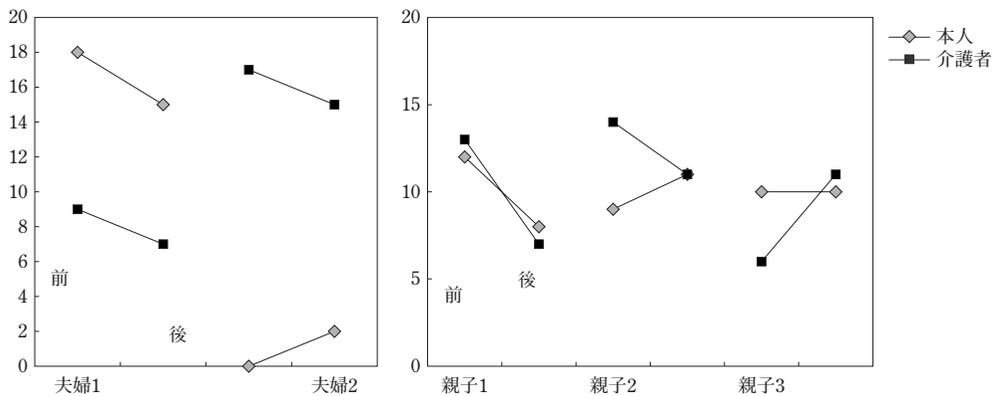


図4 傷害の意識性の変化

加したほうが良いのではないかという悩みを、拒否されることなく理解してもらえると安心できるということ、②高次脳機能障害を持っているのが、子どもである場合と配偶者である場合とでは、抱える悩みが異なるということ、③また子どもが息子であるか娘であるかでも違うということ、④荷（責任）を背負いすぎている自分を発見し、自分が変われば相手（当事者）も変わるということ、⑤自分は息子の障害を受容しているつもりで、実は受容していなかったこと、が挙げられた。

5. 考 察

高次脳機能障害者の家族を支援する必要性の理由として、家族の“Well-being（幸福・健康）”ためだけでなく、当事者に家族が与える効果的な影響のためであるとされている。その例として、協力的な家族の対応は、当事者のリハビリの促進につながるといったことや、リハビリのスタッフが、効果的な介入を行うにあたり、家族から得る情報がいかに重要であり、それらを参考にしているか（McKinlay&Hickox, 1988）といったことが挙げられる。

そして今回、本学で実施したプログラムにおいて、それぞれの家族が、他の家族関係を観察学習することによって、「役割に固執し当事者への対応が柔軟でない自分」に気付くことができた。それにより、当事者に対する過度な干渉が減少し、「出来ることは本人に」といった自律を促す対応がみられた。

家族は、当事者の受傷後、「役割機能・社会的地位・将来に対する期待が本意ながら変化してしまう」という事実と直面させられ、それにより抑うつ、不安、怒り、そして罪悪感を抱える（Lezak,1978）。そのため、固執しがちな役割や対応法をスタッフがただ指摘するのではなく、その対応の背景にある情動に注目しつつ、家族自身が他の家族関係を観察し気付くことで、より柔軟な対応の変化につながったと考える。

また、全体的に家族、当事者、両方の障害の意

識性に変化がみられたことから、障害の理解がやはりとても困難で、定着しにくいことがわかる。一方で、当事者と家族間において、障害の意識性の差が減少していることから、障害が日常生活にどう影響するかといった視点を、「家族は、当事者のどういう行動に困っており、それは障害のどういう症状なのか」といった視点に変化させることにより、両者が同じ見解を得られやすかったのではないかと考える。

以上のことから、家族セッションを実施することにより、固執しがちな役割や対応に気付きやすくなり、また障害に対する認識がより一貫した共通性のあるものとなることが示唆された。

一方で、当事者が配偶者である場合と、子どもである場合とでは、障害の意識性が異なるという結果は、家族構成によって対応を変える必要性があることを示唆している。特に夫婦の場合、障害の意識性の差が、理解し合う難しさを示唆している。事実、理解できない故の負担感、そしてたとえば社会復帰したとしても、「また受傷するのではないか」といった不安感を配偶者は常に抱えており、頭部外傷後の離婚率が一般家庭の離婚率よりも高く、78%の離婚率であることが報告されている（Thomsen,1984）。

また、個別対応の必要性は、夫婦間だけでなく親子間でも言え、「親亡き後の問題」は、実態調査からも浮き彫りになっている。受傷者を子どもに持つ親は、常に「不安・焦り」を抱えており、ともに頑張っている家族と家族との間でも、ときに他の家族の成長は、他の家族の焦りになるのである。そのため、家族セッションに並行して個別対応の必要性があると考えられる。

最後に、家族セッションの全体の経過は結果に示したような4つのステージに分けられ、それぞれの時期を、第Ⅰ期「自己理解、他者理解」、第Ⅱ期「各々家族関係」、第Ⅲ期「介護者の自律（社会参加）」、そして第Ⅳ期「統合」とした。これは、図5に示したようなパラダイムにまとめられるが、特に第Ⅲ期には家族関係や介護者自身のあり方・人生の意味などに一定のパラダイム・シフトが起きていた。

また、今回の試みから、家族への教育的支援を

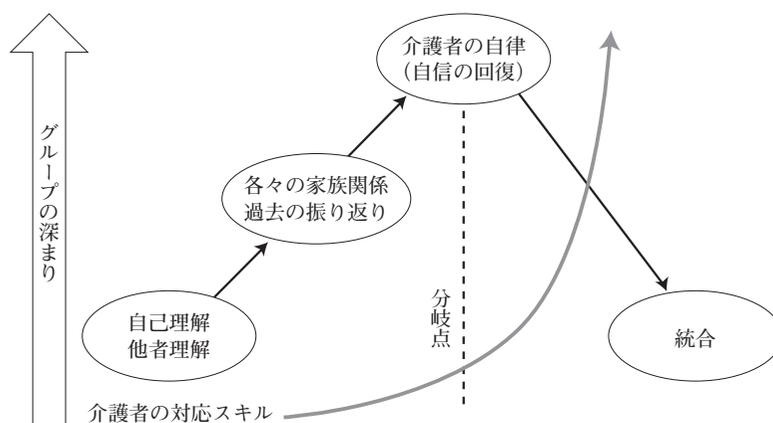


図5 家族セッションの流れと介護者のスキル変化

行う上で、それが単に指導ではなく、スタッフが十分なカウンセリング・マインドをもってその背景にある情動に介入することにより、支援内容が家族に受け入れやすくなることがわかった。そして何よりも、家族が家族自身の変化を感じとることにより、当事者の小さな変化にも気付けるようになり、当事者に対してポジティブサポートする機会が増えることも示唆された。それにより、家族の焦りの軽減を促し、やがては社会復帰に向け、当事者自身の確実かつゆるやかな変化の準備となることが推察される。そして、その変化が変化を呼ぶ治療構造は、当事者・家族間だけでなく、スタッフまでにも及び、こういった関係性が、当事者自身が自らのあり方・生き方を見つけるための本質的な影響を与える上できわめて重要であると考えられる。

謝 辞

本研究は日本損害保険協会の助成により行われた。関係各位に深謝いたします。

文 献

- 1) Horner, R.H. : Positive behavior supports. In M. Wehmeyer & J. Patton (Eds.), *Mental Retardation in the 21st Century*. Austin, TX: Pro-Ed, pp. 181-196, 1999
- 2) Lezak, M.D. : Living with the characterologically altered brain injured patient.: *Journal of Clinical Psychiatry*, 39, 592-598. 1978.
- 3) McKinlay, W. W., & Hickox, A. : How can families help in the rehabilitation of the head injured? *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 3 (4) , 64-72, 1988.
- 4) Thomsen, I.V. : Late outcome of very severe blunt head trauma : A 10-15year second follow-up: *Journal of neurology, neurosurgery and Psychiatry*, 47, 260-268, 1984.
- 5) 中村俊規, 池上恵一, 尾崎玲子, ほか : 頭部外傷後の認知リハビリテーション—長期予後に影響を与える情動因子の重要性—。 *神経外傷*, 24: 88-94, 2001.
- 6) 脳外傷後遺症実態調査報告書。東京医科歯科大学難治疾患研究所被害行動学研究部門, 東京, 2004.