

高次脳機能障害者の家族介護者が抱える困難さに関する研究

A study on the difficulties of family care in case of Higher Brain Dysfunction

金 美 順

Kim,Misoon

要旨

突然の事故や脳出血などで高次脳機能障害者になった当事者が、社会復帰をして行く過程で、家族介護者が抱える困難を明らかにするために家族介護者を中心にインタビュー調査を実施した。

分析の結果、家族介護者が当事者の介護を行う上で、とりわけ介護の困難が大きくなる時期があることが明らかとなった。その時期とは、当事者が脳を損傷して入院し、一定の治療を終えて退院した直後の地域移行期であった。

当事者の地域移行期において家族介護者はもっとも大きな介護負担を抱えた。その時期における家族介護者への支援として、さまざまな支援機関につなぐキーパーソン的な存在の人がいて、その人が支援を行えば、家族介護者の介護負担は軽減されると考えられる。

キーワード：脳損傷、高次脳機能障害、家族介護、介護困難、家族会、障害受容

はじめに

脳の機能の中には、生命維持に関わる基礎的な生理学的機能（血液の流れの速度、呼吸や体温の調整、覚醒リズム、運動調整等）と注意・感情・記憶・行動などの高度な脳の働きをする高次脳機能がある。だが、ある日突然の事故や脳出血などで脳が損傷すると様々な障害が残る。そのことから当事者や家族は、いろいろな不安を抱えたまま日常生活や社会生活をしなければならない。

近年までは高次脳機能障害の定義すらなかったため、当事者とその家族介護者は周囲の理解がないなか、家庭生活や社会生活においてどうすれば良いのか分からずとまどうばかりであった。特に、家族介護者においては当事者の病状に関する知識がないため対応の仕方がわからず、またかかりきりで介護をしなければならなかったのも、経済的にも精神的にも大変なストレスを抱えて毎日を過ごさなければならなかった。

こうしたなかで、2001年から2005年まで日本において高次脳機能障害支援モデル事業¹⁾が実施された（以下、モデル事業）。その結果、当事者は精神障害者保健福祉手帳を申請できるようになり、また高次脳機能障害の障害認定は精神科医以外でもできるようになった。そして、条件を満たしていれば、障害年金の受給対象にもなった。その結果2006年から現在

に至るまで、高次脳機能障害者に対する支援の内容は大きく変化してきたと推測することができる。

実際、高次脳機能障害者に対する相談支援は、障害者総合支援法の第3章で、「地域生活支援事業で定めている、市町村が行う『一般的な相談支援』および都道府県が行う『専門性の高い相談支援』に位置づけられている。また「都道府県は、高次脳機能障害者への支援拠点機関および支援コーディネーターを配置し、高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援、関係機関との地域支援ネットワークの充実、高次脳機能障害に関する研究等を行い、適切な支援が提供される体制を整備すること、また自治体職員や福祉事業者等を対象に研修を行い、地域での高次脳機能障害者支援の啓発と普及を図ること」が定められている（国立障害者リハビリテーションセンター 2014）。

しかし、2014 年堺脳損傷協会が堺市に出した脳損傷者についての要望事項の内容²⁾をみると、未だに支援が十分に行き届いていないことがうかがえる。また、家族介護者に対する支援においても根本的な変化には至っていない。

以上のことを踏まえ、本稿ではモデル事業を中心に高次脳機能障害者を介護する家族介護者が当事者との日々の生活において、どのような気持ちで当事者の介護にあたっているのかについて、調査による分析研究を行うことにした。

第1章 研究の背景

1. 高次脳機能障害とは

日本における高次脳機能障害の定義には、学術的な定義と、行政的な定義がある。学術的には、「高次脳機能障害とは、失語、失行、失認、健忘、注意障害、判断障害」のことを指している。行政的な定義は、2001 年に厚生労働省が開始した「高次脳機能障害者支援モデル事業」が行われた後、明確に示された。モデル事業の結果、行政的には、「高次脳機能障害」は、「記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害」と定義されている（廣實・平林 2013:2）。高次脳機能障害が起こる原因は交通事故や転倒・転落事故による脳外傷、また脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、脳腫瘍などによる脳への損傷などがあり、受傷の場所や程度によって様々な症状が出る。病状とに最初は脳損傷による意識の無い状態が続き、意識が戻った後は、適切な治療とリハビリを受ける過程で、回復の程度は個人差により違いがあるが、受傷の場所によって様々な高次脳機能障害が残るのである。

ある程度回復した高次脳機能障害者の姿は一見して健常者に見えるが、介助者がいないと生活に困難が生じる場合が多い。そのことから高次脳機能障害は「見えない障害」ともいわれている。また高次脳機能障害は発達障害と認知症の症状と似ている点があるが、その違いは次のとおりである。

子どもの高次脳機能障害は発達障害と、高齢者の場合は認知症との区別が難しいことがある。その違いとして、発達障害は生まれつきの脳機能障害であるのに対して、高次脳機能障害は、病気やけがによって脳が損傷したために起こる後天性の障害である。

また、加齢によって認知機能が低下した認知症と高次脳機能障害の症状には共通したところがあるが、脳の損傷があり、認知症の基準を満たさない場合は高次脳機能障害と診断される。認知症は進行性のものが多く、リハビリに期待できるのは脳機能の維持であるのに対して、高次脳機能障害は、リハビリによって脳機能が改善する可能性がある(橋本 2013 : 24)。

このような違いによって、高次脳機能障害は発達障害及び認知症と区別されているが、認知症の場合は社会的に認知度が高い。また、その障害に対する支援策も整備されていることは高次脳機能障害との大きな違いといえる。

2. 研究目的

筆者の家族の中に身体障害と精神障害を重複している障害者がおり、主として介護する家族介護者が重い介護負担に直面していたことから、家族介護者の介護の困難について着目するにいたった。

したがって、本稿では高次脳機能障害者に対する「高次脳機能障害支援モデル事業」を実施し始めた 2001 年から現在に至るまでの間に、家族介護者が経験した介護の困難さの変容プロセスの実態とその規定要因を明らかにし、その結果から家族介護者はどのような支援を求めているかを明らかにすることを目的とする。

第 2 章 研究方法

1. 調査方法

家族介護者が抱える介護困難がどういうものであるかを明らかにするためにインタビュー調査を行った。介護困難さを明らかにするために、質的調査を行った。具体的には半構造的面接法を用い、すべての面接内容を IC レコーダーに録音した。調査対象者 1 人(両親と同時に行う場合もある) 1 回で 1 時間半程度のインタビューを実施した。

なぜインタビュー調査を行ったかといえば、当事者の受傷当時から現在にいたるまでの介護の内容や介護されることに対する気持ちを調査対象者の自由な語りを通して明らかにしたかったからである。

面接は、調査対象者の希望により、その方の自宅で行ったり、場合によっては公共機関のプライバシーが保てる部屋を借りて行った。

インタビューは 2014 年 2 月から開始し、2014 年 6 月までに行った。それと同時に M-GTA

の分析方法に準拠して調査の分析も順次行っていった。

2. 調査対象者

高次脳機能障害者の支援団体である3つの当事者・家族会の活動に参加しながら、その責任者に研究の主旨を説明し、インタビュー調査の同意を得た。その後、家族会の交流で顔見知りになった家族介護者に筆者が直接声をかけ、研究の概要と調査方法などを口頭で説明して、同意が得られた方を調査対象とした。調査対象者は、「家族会に積極的に参加される方で、高次脳機能障害者を主に介護する親および配偶者（以下、家族介護者とする。）」10組であった。表1は、当事者の基本属性を示し、表2では、表1の家族介護者である調査対象者の基本属性を示した。

（表1）当事者の基本属性

	当事者	年齢	性別	受傷原因	受傷からの期間	結婚状況	社会生活状況及び障害の状況
1	a	20代	男性	脳腫瘍	7年	未婚	就学中、当事者会運営、記憶障害、放射線治療による障害、遂行機能障害等
2	b	20代	男性	脳腫瘍	11年	未婚	両親の仕事手伝い、記憶障害、失語症
3	c	30代	男性	脳腫瘍	13年	未婚	家族会参加、通院リハビリ、記憶障害、執着、固執等
4	d	20代	女性	脳腫瘍	12年	未婚	就学中、家族会に参加、障害程度が軽いため障害認定されてない状況、下垂体機能低下症等
5	e	30代	男性	交通事故	10年	未婚	福祉的就労、家族会参加、記憶障害、身体障害等
6	f	40代	男性	交通事故	4年	未婚	遂行機能障害、感音性難聴、記憶障害、身体障害等
7	g	20代	男性	交通事故	3年	未婚	福祉的就活、家族会参加、記憶障害、遂行機能障害等
8	h	40代	男性	交通事故	27年	未婚	一人暮らし、無職、記憶障害、遂行機能障害
9	i	20代	男性	脳内出血	7年	未婚	日中は作業所、家族会参加、記憶障害、固執性等
10	j	50代	男性	脳内出血	7年	既婚	仕事が続かず無職、家事、記憶障害、情緒不安定等

※当事者aの家族介護者は表2のAに当たる。以下b～j（B～J）も同様

(表 2) 調査対象者の基本属性

	協力者	当事者との関係	年齢	他の協力者
1	A	両親	40 代	祖父母
2	B	実母	50 代	娘
3	C	両親	52 代	いない
4	D	実母	40 代	夫
5	E	両親	60 代	いない
6	F	実母	60 代	夫と祖父母
7	G	実母	50 代	夫と長男
8	H	実父	70 代	妻
9	I	実母	40 代	夫
10	J	妻	40 代	息子

※調査対象者 A は表 1 の当事者 a の家族介護者に当たる。以下 B～J (b～j) も同様

3. 調査項目

インタビュー調査で使用したインタビューガイドは以下のとおりである。この内容を中心として、本人の自由な語りを最大限に活用する方法でインタビュー調査を実施した。

① 現在当事者とどのような生活をしていますか。(介護の関わりや状況について)

名前： 性別：男・女 年齢： 当事者との関係：

- ・ 現在の病状はどうですか。
- ・ 日常生活はどうですか。
- ・ 隣近所との関係（学校生活等）はどうですか。
- ・ 現在困っている事は何ですか。
- ・ 自立のためのサービス支援は利用していますか。

② 受傷当時の状況を教えてください。

- ・ 受傷したのは（ 年 月）で（ 歳）の時
- ・ どのような病状（原因）がありましたか。そのときどんな状況でどのように対応しましたか。気持ちはどうでしたか。
- ・ 入院した病院はどこで、どのような治療を受けましたか。
- ・ 病院ではどのように言われましたか。そのときどのように考えましたか。
- ・ 入院から通院期間中に困ったことは何でしたか。そのときどうしましたか。
- ・ 当事者のことで誰かにどのような相談をされましたか。役立つ機関はありましたか。

③ 「高次脳機能障害」という障害の診断を受けたのはいつ、どこでしたか。

（受傷後時間が経ってから：約何年何ヶ月後）

＜家族について＞

- ・ その診断を受けるまで、誰から診断先を紹介され、何か所の病院をまわりましたか。
- ・ そのときどのように言われ、どのような気分でしたか。
- ・ その診断を受けた後、どのような気持ちの変化がありましたか。
- ・ 診断を受ける前にはどのようなお世話をされましたか。
- ・ 診断される前、困ったことや不安感についてはどうでしたか。
- ・ 病名がわかってからお世話の内容は変わりましたか。

＜当事者について＞

- ・ 当事者が高次脳機能障害という診断を受ける前は、家族の関係や学校・社会生活等の人間関係はどうでしたか。
- ・ 診断後、当事者はどのように変わりましたか。

＜家族について＞

- ・ 高次脳機能障害がわかってから気持ちの変化はどうでしたか。
(障害について受け入れることができましたか。)
 - ・ リハビリを含め、治療はどこで、どのように現在まで受けてきましたか。
 - ・ 受傷当初、周辺の状況のなかでどんな助けがあれば、不安が少なく済んだと考えますか。役立つ機関はありましたか。
 - ・ 就学（就労）への復帰や学校（職場）での定着・継続のためにどのような事をしましたか。そして、どのような支援を受けましたか。
 - ・ その支援は効果的であると感じましたか。
 - ・ 当事者へのお世話のなかで、日々感じられていること、どのような願いや希望などがありますか。
- ④ 当事者と将来はどうしていこうと思っていますか。
- ・ 今後どのような支援があればあなたのサポートになると思いますか。

4. 倫理的配慮

インタビュー依頼時に承諾をとり、また開始のとき、再度面接の内容はICレコーダーに録音され逐語化されることを説明した。プライバシーおよび人権擁護の配慮として、録音されたデータは個人を特定できないようIDで厳重管理し、個人情報は一切公開しないことを伝え、調査対象者の不利益にならないように努めた。

5. 分析方法

本研究においては、ICレコーダーに録音したインタビューの記録を逐語化し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach）（以下、M-GTA）

を用いて分析を行った。

M-GTA は、1960 年代に医学や看護学の分野で研究功績を残した B.G. グレイザーと A.L. ストラウスによって 1967 年に提唱された、データに基づき理論を導き出すための研究手法である Grounded Theory Approach（以下、GTA）を、木下が実践的質的研究法の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチに改変した研究手法である（木下 2010）。

本研究で M-GTA を分析方法として選択した理由は、高次脳機能障害者が受傷当時から現在に至るまでのプロセスの中で、主に介護を行ってきた家族介護者の介護困難は、どのようなものかについて家族介護者の生の声を聴き、分析することによって、介護困難の暫定的なモデルを構築できると考えたからである。

第 3 章 分析結果

1. カテゴリーと概念の生成

M-GTA 分析の手順に従い、テープ起こしした逐語録をもとに、分析ワークシートはインタビュー調査を進めると同時に作成していた。まず、概念生成を進め、同時に概念に対する定義付けを行った。分析の結果、生成された概念は 34 概念となったが、類似している概念を整理した結果最終的に 28 概念となった。そして、理論的飽和化を確認するため更に概念に組み込むデータがないこと、分析作業を進める上でこれ以上生成する概念はないことを確認し理論的飽和化とし、調査対象者は 10 人としてインタビュー調査を終了とした。

そして、生成された概念から、概念の有効性と概念同士の関係性を確認しながら、概念のまとまりであるカテゴリーを生成した。カテゴリーと概念一覧を（表 3）に示す。

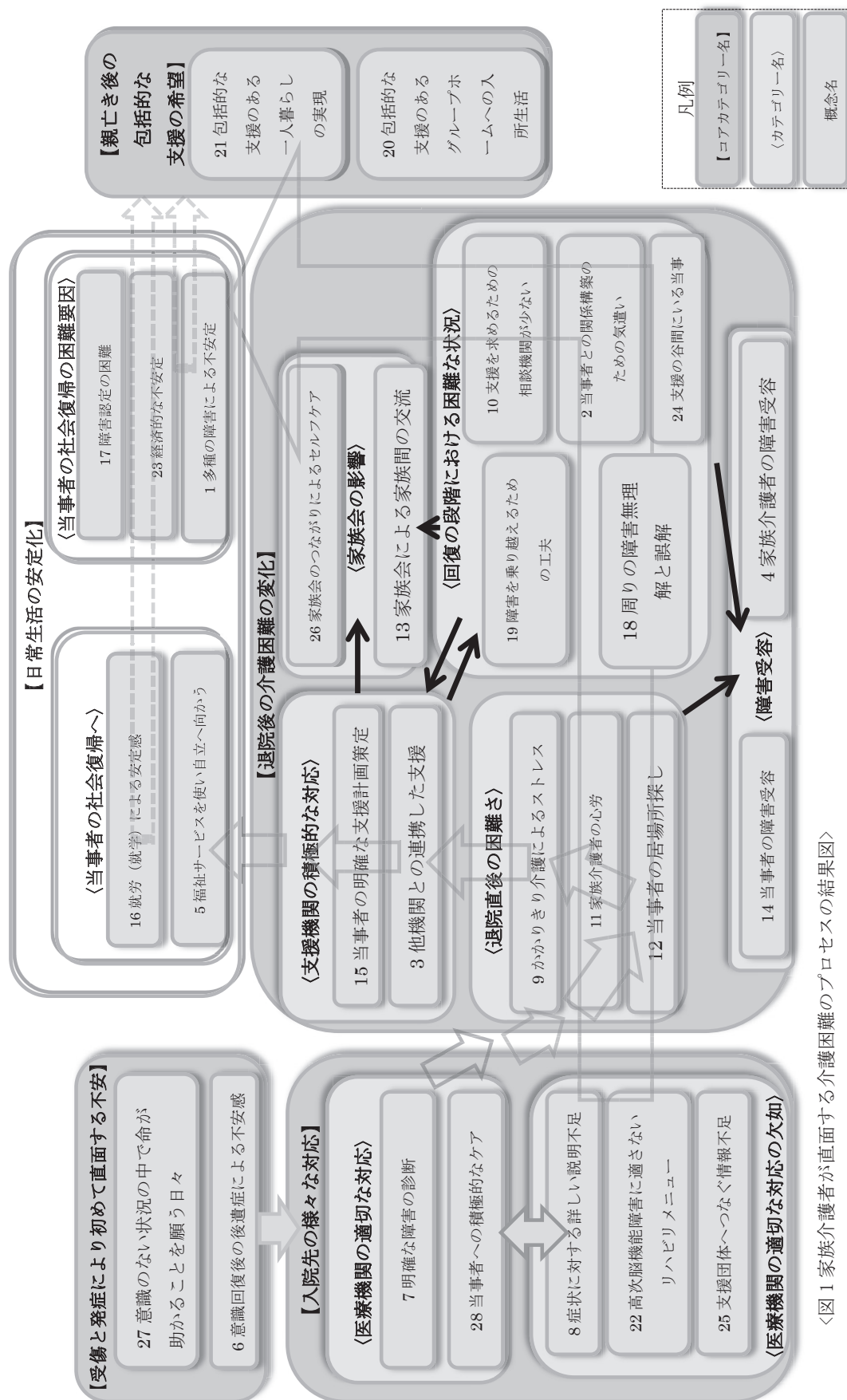
(表 3) 家族介護者が直面する介護困難さに関するカテゴリーと概念

【コアカテゴリー】	〈カテゴリー〉	概念名
【受傷と発症により初めて直面する不安】		・ 意識のない状況の中で命が助かることを願う日々 ・ 意識回復後の後遺症による不安感
【入院先の様々な対応】	〈医療機関の適切な対応の欠如〉	・ 症状に対する詳しい説明不足 ・ 高次脳機能障害に適さないリハビリメニュー ・ 支援団体へつなぐ情報不足
	〈医療機関の適切な対応〉	・ 当事者への積極的なケア ・ 明確な障害の診断
【退院後の介護困難の変化】	〈退院直後の困難さ〉	・ 当事者の居場所探し ・ かかりきり介護によるストレス ・ 家族介護者の心労
	〈支援機関の積極的な対応〉	・ 当事者の明確な支援計画策定 ・ 他機関との連携した支援
	〈家族会の影響〉	・ 家族会のつながりによるセルフケア ・ 家族会による家族間の交流
	〈回復の段階における困難な状況〉	・ 支援を求めるための相談機関が少ない ・ 障害を乗り越えるための工夫 ・ 周りの障害無理解と誤解 ・ 当事者との関係構築のための気遣い ・ 支援の谷間にいる当事者
	〈障害受容〉	・ 当事者の障害受容 ・ 家族介護者の障害受容
【日常生活の安定化】	〈社会復帰へ〉	・ 福祉サービスを使い自立へ向かう ・ 就労（就学）による安定感
	〈社会復帰の困難要因〉	・ 障害認定の困難 ・ 経済的な不安定 ・ 多種の障害による不安定
【親亡き後の包括的な支援の希望】		・ 包括的な支援のある1人暮らしの実現 ・ 包括的な支援のあるグループホームへの入所生活

2. 結果図とストーリーライン

本稿ではカテゴリー同士の関係性を検討しながら、プロセスの全体像把握を行った。そのために、生成した概念をカテゴリー化し、カテゴリー間の関係を図式的に示す結果図を作成した。結果図は概念とカテゴリー形成と同様、関係性とプロセスの流れにおいて説明が漏れている部分や重複している部分がないか検討しながら作成した。結果図の中でコアカテゴリー、カテゴリー、概念は凡例に示した通りで、そのプロセスを矢印の流れで示した。

28 の概念（以下概念名を「 」で示す）から 9 つのカテゴリー（以下その名を〈 〉で示す）と 5 つのコアカテゴリー（以下その名を【 】で示す）を生成した。分析テーマは家族介護者が直面する介護困難のプロセスである。当事者の受傷と発症から現在に至るまでのプロセスのなかで、その家族介護者が直面してきた介護の困難さを中心に取り上げたが、なかにはモデル事業の影響で社会復帰まで果たしている例もあったので、比較のため一部取り上げたものを〈結果図〉として示し、次に概念の関係性をストーリーラインとして説明する。



〈図 1 家族介護者が直面する介護困難のプロセスの結果図〉

1) 当事者の【受傷と発症により初めて直面する不安】な病院生活のはじまり

高次脳機能障害者が受傷と発症したきっかけは前述の通り、交通事故や脳内出血等により突然倒れて、病院に運ばれることからはじまるので【受傷と発症により初めて直面する不安】とした。このコアカテゴリーは、2つの概念「意識のない状況の中で命が助かることを願う日々」と「意識回復後の後遺症による不安感」からなる。

2) 【入院先の様々な対応】は退院後の家族介護者の介護に影響を与える。

【入院先の様々な対応】としたこのコアカテゴリーは3つの概念からなる〈医療機関の適切な対応の欠如〉と2つの概念からなる〈医療機関の適切な対応〉の相反するカテゴリーで構成される。〈医療機関の適切な対応の欠如〉としては「症状に対する詳しい説明不足」や「高次脳機能障害に適さないリハビリメニュー」である。また、「支援団体へつなぐ情報不足」があった。このカテゴリーに対して〈医療機関の適切な対応〉の構成概念は、「当事者への積極的なケア」や「明確な障害の診断」である。

3) 当事者の【退院後の介護困難の変化】

当事者の退院後の介護生活は、地域移行期に関する適切な支援が定着していないため、家族介護者は様々な困難に立ち向かって、前へ進んでいこうとすることから【退院後の介護困難の変化】とした。

入院先から高次脳機能障害に対する明確な障害認定をされた場合も、そうでない場合でも、〈退院直後の困難さ〉は大きかった。まず「当事者の居場所探し」と当事者への介護はすべて家族介護者が責任を持たないといけなくなったことから「かかりきり介護によるストレス」があり、「家族介護者の心労」も大きくなっていった。

このとき医療機関の明確な高次脳機能障害に対する診断を受けていた家族介護者は、居場所が見つかり〈支援機関の積極的な対応〉によって、介護の困難さは軽減する方向へ大きく変化していった。高次脳機能障害者のための職業訓練所で「当事者の明確な支援計画策定」と「他機関との連携した支援」は、当事者が確実に前へ進むことにつながり、家族介護者においても希望が生まれてきた。それに当事者と家族介護者は、早い段階で家族会につながり〈家族会の影響〉を受けていた。「家族会による家族間の交流」と「家族会のつながりによるセルフケア」によって当事者と家族介護者は、〈障害受容〉をしていた。

他方、入院中の高次脳機能障害者に対する対応の欠如があった場合は、〈退院直後の困難さ〉は前述と同じく、「当事者の居場所探し」と「かかりきり介護によるストレス」があり、「家族介護者の心労」は大きくなり、〈回復の段階における困難な状況〉が続いた。その原因は、「支援を求めるための相談機関が少ない」こと、「支援の谷間にいる当事者」であるがために、家族介護者は「当事者との関係構築のための気遣い」と当事者と「障害を乗り越えるための工夫」をしなければならないからである。その過程において、「周りの障害無理解と

誤解」も生じてくる。そのような状況の中で当事者と家族介護者は家族会につながることに
よって〈家族会の影響〉を受け〈障害受容〉をしていた。

4) 【日常生活の安定化】から見える両面

当事者が社会復帰できていない場合であっても、当事者と家族介護者は一見して【日常生活
の安定化】のなかで生活しているようにみえた。しかし、社会復帰へつながっていない〈当
事者の社会復帰の困難要因〉があった。その一番根っこにあるといえるのは「多種の障害に
よる不安定」であり、次いで「経済的な不安定」であった。もう一つの困難要因としては、
障害が軽い上に障害認定されない「障害認定の困難」によって、福祉サービスを受けられな
いことがあった。

逆に、当事者が〈社会復帰へ〉つながった場合は、「福祉サービスを使い自立へ向かう」こ
とで「就労（就学）による安定感」が得られることから家族介護者もある程度、安定した日
常生活を送ることができた。

5) 家族介護者が願う【親亡き後の包括的な支援の希望】

当事者が社会復帰を果たした場合や、いろんな理由から社会復帰ができなかった場合でも、
介護者である親は、【親亡き後の包括的な支援の希望】を抱いていた。社会復帰ができた当事
者の家族介護者の場合は「包括的な支援のある 1 人暮らし」を希望していた。また、社会復
帰ができていない当事者の家族介護者は「包括的なグループホームへの入所生活」ができれば
心配はないと話していた。

3. カテゴリーと概念の詳細

以下、インタビューデータから生成した 28 の概念に焦点をあて、カテゴリーとの関係を説
明する。

概念はその生成に至った特徴的なヴァリエーション（具体例）を抜粋し、数例ずつ紹介し
た。（本稿では省略）なお、抜粋したヴァリエーションではインタビュー内容の前後関係が読
み取れないと思われるものもあるため、補完的に全 28 の概念に対応する分析ワークシートを
前述したように資料として別に提出しているが、本稿では字数の関係で掲載していない。

分析ワークシートにある概念の番号と結果図のなかにある概念の番号は同じであるが、本
文中ではカテゴリーに準じた掲載のため順不同である。

1) 【受傷と発症により初めて直面する不安】を構成する 2 つの概念

当事者が交通事故や脳腫瘍等により緊急入院して、意識がない状態から緊急手術等によっ
て意識が回復すると、明らかに後遺症の症状がある当事者を目の前にして、家族介護者は極
度の不安を感じていた。以下、生成した 2 つの概念についてその詳細を述べる。

「意識のない状況のなかで命が助かることを願う日々」概念 27

定義を“当事者の脳損傷による命の切迫した状況のなか、家族介護者は不安な日々を過ごす”としたこの概念は、急性期においてはほとんどの当事者が意識のない状況がつづくことから、家族介護者は当事者の命だけでも助かってほしいと願いながら不安な気持ちで過ごしていたことがうかがえた。

「意識回復後の後遺症による不安感」概念 6

定義を“意識回復後、当事者の後遺症は家族介護者を不安にさせる”としたこの概念は、当事者が急性期のとき、意識が戻ってきても記憶力がない、ものがいえないなど、明らかに以前と違った当事者の姿をみて、家族介護者は精神的にショックを受ける。この不安なときを過ごしている家族介護者には、何らかのメンタル面でのサポートや状況に応じた詳しい説明が必要である。

しかし、この時期は、病院側においても高次脳機能障害に対する知識がない場合や、脳腫瘍等、すぐに高次脳機能障害が出ない場合等があるため、状況判断が難しい。そうした理由から詳しい説明が控えられたと推測される。このような状況で家族介護者は当事者の将来のことを心配しながら不安な入院生活につきそうことになる。

2) 【入院先の様々な対応】のなかのカテゴリー〈医療機関の適切な対応〉

このカテゴリーは、高次脳機能障害者に対する病院側の適切な対応について生成した概念をまとめたものである。〈医療機関の適切な対応〉の背景にはモデル事業の影響が大きくかわっていた。急性期から転院先であるリハビリセンターまで当事者に接した医療スタッフは高次脳機能障害に対する専門的な病識と関心があった。以下、生成した2つの概念について説明する。

「明確な障害の診断」概念 7

定義を“脳の手術後高次脳機能障害に関する診断を受ける”としたこの概念は、高次脳機能障害に対する専門的な知識のある医療スタッフが対応する医療機関が少ないなか、幸いであることといえる。なぜなら意識が回復してから間もない時に障害認定を受けることによって、高次脳機能障害に関する専門的なリハビリが受けられるからである。また、障害者手帳の申請ができる等、家族介護者はいろんな面で負担感が軽減することになると推測できる。

「当事者への積極的なケア」概念 28

定義を“入院先で当事者への積極的ケアは、家族介護者を安心させる”としたこの概念は、概念7で明確な障害診断があって、さらに医師が次の転院先であるリハビリセンターまで連結するということは当事者の障害改善に大きな影響を与える。そして、障害認定がされていない場合であっても、医療機関における当事者への積極的なケアは、精神的に不安な状況にある家族介護者を安心させる重要なポイントであるといえる。

3) 【入院先の様々な対応】のなかのカテゴリー〈医療機関の適切な対応の欠如〉

このカテゴリーでは、前述の〈医療機関の適切な対応〉と相反する内容として、〈医療機関の適切な対応の欠如〉とした。

本稿で家族介護者の介護困難さを焦点とするなか、一番根本的な問題の原因ともいえるのが、〈医療機関の適切な対応の欠如〉である。医療機関の当事者の「病状に対する詳しい説明不足」は、結果として「高次脳機能障害に適さないリハビリメニュー」になって、障害改善にもっとも重要な時期を逃してしまうことになる。また、「支援団体へつなぐ情報不足」は、退院後に支援を受けることができる関係機関につながらないといった有機的連携ができなくなるため、退院後の家族介護者の介護困難は大きな負担として家族介護者に降りかかるのである。

以下、生成した3つの概念について詳細を述べる。

「病状に対する詳しい説明不足」概念 8

定義を“家族介護者は高次脳機能障害に対する詳しい説明を聞く必要がある”としたこの概念は、多くのヴァリエーションから生成された。なかには、モデル事業が始まる段階の前に、高次脳機能障害者になったため長い間、障害に対して明確な位置付けができていない状況のなかで、いろんな相談支援センターを回りながらも解決できず、親子とも大変な日常生活を送ってきたケースもあった。

高次脳機能障害に対する支援が行われている現在においても、医療機関における、高次脳機能障害に対する病識が普及していない場合がある。その理由から脳損傷で入院している間、高次脳機能障害であるという診断を行う病院は未だ僅かである。医療機関等の高次脳機能障害に対する認識・理解を改善していくことは、重要な課題といえる。

「高次脳機能障害に適さないリハビリメニュー」概念 22

定義を“高次脳機能障害に適さないリハビリメニューは困難である”としたこの概念と関係している要因としては、高次脳機能障害者が受けたリハビリセンターにおけるリハビリの内容は、高次脳機能障害に適するリハビリではないことが多いということであった。その理由としては、高次脳機能障害に対するリハビリのメニューが準備されていないからである。そして、障害の診断を受けていないために、高次脳機能障害に対する専門のリハビリセンターに連結できていないのであった。そのことから治療にもっとも重要な時期に治療が受けられず、退院という形になった。

「支援団体へつなぐ情報不足」概念 25

定義を“支援団体へつなぐキーパーソンの存在が必要である”としたこの概念は、当事者と家族介護者において急性期から転院先のリハビリセンターまでの入院生活のなかで、病院側が当事者の退院後の地域リハビリテーションを成功させるために、有機的な地域連携を必要としているということと関係していた。しかしながら、今回のインタビューのなかで、

高次脳機能障害者が退院するとき、病院と地域をつなぐ有機的な連携の恩恵を受けたケースはなかった。高次脳機能障害者が地域移行期において、総合的にコーディネートする態勢が必要であるといえる。現在における家族介護者は地域移行期における地域連携に関する情報を強く求めているのである。

4) 【退院後の介護困難の変化】のなかのカテゴリー〈退院直後の困難さ〉

本研究で最も注目すべきカテゴリーは、この〈退院直後の困難さ〉である。当事者が退院するまでは病院任せの介護であったが、当事者が退院すると、自宅におけるすべての介護は家族介護者に任されることになる。状況の変化のなかで家族介護者には様々な困難が生じていたことがうかがえる。

このカテゴリーは前述の【入院先の様々な対応】の〈医療機関の適切な対応〉があった場合でも〈医療機関の適切な対応の欠如〉の場合でも、共通して表れる困難さであった。その理由としていえるのは、地域移行期において、高次脳機能障害者を総合的にコーディネートする態勢が整っていないためであろう。この時期は当事者の介護を行う上で家族介護者に代わって多様な支援が求められる時期である。以下、3つの概念について詳細を述べる。

「当事者の居場所探し」概念 12

定義を“当事者の安定した日常生活を送らせるために家族介護者は居場所を探す”としたこの概念は、当事者が病院から退院すると、家族介護者はまず、当事者の居場所を手探りで探したり、直接作ったりしていた事情と関係している。

しかし、当事者に合った居場所は簡単には見つからない。当事者の状況によっては、地域リハビリテーションが必要である場合や仕事の場合、そして当事者・家族会等を必要とする。だがすぐに見つからないので退院直後の家族介護者は大きな困難をかかえることになる。

「かかりきり介護によるストレス」概念 9

定義を“退院後、高次脳機能障害者を抱えたままの日常生活は安易ではない”としたこの概念は、当事者の退院後、家族介護者が当事者の身の回りのことをすべて1人で抱えなければならないし、当事者を1人にすることができない状態であるため、自由な時間がとれなくなることと関係している。そのような状況は家族介護者にとって大きなストレスであった。

また、入院先で明確な障害診断をされていない場合は、当事者の病状の原因がわからないことから困惑することになった。

「家族介護者の心労」概念 11

定義を“家族介護者が当事者の介護を行う上で感じる様々なメンタル的な相談支援の必要性”とした。前述の概念9は、当事者の介護による疲れと困惑であったが、この11の概念である「家族介護者の心労」の場合は、介護のストレスが積み重なった場合生じる介護負担感の表れであると考えられる。

特に、介護者が妻である場合は、経済的な責任まで取らないといけないので、介護負担は大きいと思われる。よって、退院直後の家族介護者へのメンタル面での、かつ適切な支援が必要である。

5) 【退院後の介護困難の変化】のなかのカテゴリー〈支援機関の積極的な対応〉を構成する2つの概念

「当事者の明確な支援計画策定」概念 15

定義を“当事者への明確な支援計画は家族介護者を安心させる”とした。最近になってやっと、高次脳機能障害者に対して明確な支援計画を立てて支援を行うようになった。そのことから当事者が職業訓練を終えて、採用されるという事例は僅かしかなかった。

また、当事者が当事者を支援するという観点から就労支援が積極的に行われるようになったことは、家族介護者にとっても希望であると思われる。

「他機関との連携した支援」概念 3

定義を“他機関との連結した支援のつながりがあってこそ安定へ”としたこの概念は、当事者が社会復帰できるために、なくてはならない支援である。

6) 【退院後の介護困難の変化】のなかのカテゴリー〈家族会の影響〉を構成する2つの概念
今回のインタビュー調査を通して、家族介護者たちは当事者・家族会につながったことで〈支援機関の積極的な対応〉と〈回復の段階における困難な状況〉に大きく影響を受けていたことがうかがえた。家族介護者は同じ立場にいる人と情報交換がしたい、交流したいと強く願っていた。その願いに答えたのが当事者・家族会であった。

「家族会のつながりによるセルフケア」概念 26

定義を“当事者と家族介護者は家族会につながっていることで生きがいを感じる”としたこの概念は、多くの回答が抽出された。家族会とのつながりは、当事者と家族介護者の精神的な支えになり、また、ストレスの解消になる等、生きる希望になっていた。

「家族会による家族間の交流」概念 13

定義を“当事者と家族支援者は家族会に所属することによって情報交換や意見交換等を行うことで様々な問題解決を図る”とした。家族間の交流によって、家族介護者は、はげまされ目指すべき目標が定まり、当事者との関係改善にもつながっていた。

7) 【退院後の介護困難の変化】のなかのカテゴリー〈障害受容〉を構成する2つの概念

「当事者の障害受容」概念 14

定義を“ 健常者から高次脳機能障害者になった当事者の障害受容は個人差がある ”とした。当事者は脳損傷後、回復に向かう段階で当事者本人は病気が治ったという認識から障害受容がなかなかできないようである。しかし、自分と同じような当事者同士が接するうちに、自分自身の障害について認識し障害受容ができるという流れになっていた。なかには、高次脳機能障害という診断がされていない状況で、病状について悩んでいた当事者の場合、障害診断と同時に障害受容をするケースもあった。

「家族介護者の障害受容」概念 4

定義を“ 原因不明だった当事者の障害が障害認定されると家族介護者は当事者の障害受容について、早い段階に受け入れることができた ”としたこの概念は、多くのヴァリエーションが抽出された。家族介護者は、当事者の障害受容をそう簡単に受け入れることはできないと考えられる。

しかし、最も苦しい現実は、障害診断がなされないことによる困難であったことがうかがえた。

8) 【退院後の介護困難の変化】のなかのカテゴリー〈回復の段階における困難な状況〉

このカテゴリーでは、前述の〈退院直後の困難さ〉につづくプロセスで、〈回復の段階における困難な状況〉を生成する「周りの障害無理解と誤解」「障害を乗り越えるための工夫」「支援を求めるための相談機関が少ない」「当事者との関係構築のための気遣い」「支援の谷間にいる当事者」の5つの概念をまとめたものである。

当事者と家族介護者は、〈回復の段階における困難な状況〉のなかで、〈家族会の影響〉を受け、また、障害受容をする等と日常生活の安定化を図ろうとした。以下、5つの概念について説明する。

「周りの障害無理解と誤解」概念 18

定義を“ 当事者の周りの人々が高次脳機能障害を理解することによって家族支援者の心理的な負担感は軽くなる ”としたこの概念は、当事者の退院後に障害認定がされていない段階に起こりうる困難である。病院での障害認定が明確にされていないと、当事者と家族介護者は周りから理解されず、誤解による精神的に苦しい日常生活を余儀なくされる。

「障害を乗り越えるための工夫」概念 19

定義を“ 高次脳機能障害は工夫することによって改善される場合が多い ”としたこの概念は、ほとんどの当事者は記憶障害があるため、多くの当事者がメモをとって貼ったり、日常品の置き方などで工夫をしていた。そして、家族介護者が直接当事者に習慣をつけさせるため早起きをさせるなどの工夫をしていた。

「支援を求めるための相談機関が少ない」概念 10

定義を“高次脳機能障害に対する相談支援を求めるが相談機関が少ない”としたこの概念は、退院後の当事者を支援団体へつなぐ情報不足による家族介護者の困難であるといえる。家族介護者は、当事者を何とかして社会復帰させようと、退院後まず、相談機関に相談を求める。しかし、残念ながら地域における福祉課のような相談機関は、未だ高次脳機能障害に対する明確な知識がなく、関係機関につなぐということも円滑にできない状況であるため、家族介護者は困難を覚えることになった。

「当事者との関係構築のための気遣い」概念 2

定義を“当事者が周りの人たちと円滑な人間関係を作るために家族介護者が気遣いをするが、安易ではない”としたこの概念は、文字通り当事者の人間関係の困難さである。高次脳機能障害のひとつである社会的認知障害は、対人関係に支障をきたすため、家族・友人・同僚などの関係に支障が生じる障害である。当事者は、相手の表情、視線、身振り、声の調子など、相手の感情を推測するための対応が苦手である。その理由から家族介護者は当事者に気を遣う生活を強いた。

「支援の谷間にいる当事者」概念 24

定義を“支援の谷間にいる当事者の困難さは家族介護者の困難さにつながる”としたこの概念は、ヴァリエーションが多く抽出された。高次脳機能障害は、「見えない障害」であるため、当事者は一見健常者にみえることが多い。そのことから障害認定が難しかったり、認定されたとしても障害の位置付けが精神障害者ということで、当事者には使いにくい場合があると語られていた。

9) 【日常生活の安定化】のなかのカテゴリー〈社会復帰へ〉

前述の【退院後の介護困難の変化】のカテゴリー〈支援機関の積極的な対応〉により当事者はいよいよ〈社会復帰へ〉向かう。以下、2つの概念について詳細を述べる。

「福祉サービスを使い自立へ向かう」概念 5

定義を“社会復帰のための具体的な福祉サービスを利用する”とした。当事者のなかでは、就労のための障害者職業訓練を受け、また障害者枠で就職先でジョブコーチを付けてもらう等と、これまで困難な日常生活から社会復帰という自立に向かうことができた。当然ながら家族介護者にとっても安定化につながった。

「就労（就学）による安定感」概念 16

定義を“福祉支援による社会復帰ができると当事者と家族介護者は、日常生活の安定感を得られる”としたこの概念は、脳損傷後のすべての当事者と家族介護者が実現したいことである。当事者が困難なプロセスを経て揺るぎない安定感のある日常生活に戻ることができたということは、家族介護者の安定感のある日常生活になることでもあると考えられる。

10) 【日常生活の安定化】のなかのカテゴリー〈社会復帰の困難要因〉

受傷・発症以降、当事者と家族介護者は様々な過程を経て、それなりに安定した日常生活を送れるようになる。だが、その安定した日常生活のなかには社会復帰できないという困難要因があった。以下、3つの概念について詳細を述べる。

「障害認定の困難」概念 17

定義を“障害認定が遅れることは社会復帰の困難要因につながる”とした。この概念のヴァリエーションのそれぞれの当事者は、障害認定が7年、10年、13年以上経ってからされたことで、その前に一般枠で再就職を試みていたものの障害の影響で職場から受け入れられなかった。そのことから職を転々とするうちにいろいろ傷つき、最終的に社会復帰が困難な状況に陥ることとなった。日常生活は安定している状態だが、将来的には不安な状況であるといえる。

「経済的な不安定」概念 23

定義を“家族介護者は当事者が経済的に安定していないため不安になる”としたこの概念は、当事者が軽い障害であるために継続的な社会支援が使えないということに対する不安である。

「多種の障害による不安定」概念 1

定義を“当事者の多種の障害による社会復帰できず”としたこの概念は、障害の症状が多種でかつ、重症である場合は社会復帰が困難であり、社会復帰までは長い時間がかかる。そのため不安定な生活が続くことによる不安な状況といえる。

11) 【親亡き後の包括的な支援の希望】を構成する2つの概念

「包括的な支援のある1人暮らしの実現」概念 21

定義を“将来的には当事者の自立生活のため1人暮らしを希望する”としたこの概念は、家族介護者がいずれにしても当事者の介護ができなくなった場合を想定したものである。たとえば、当事者が社会復帰できたとしても仕事を含めて、日常生活の全般的な面において、すべてを1人でこなすことは困難であることから、包括的な支援がある1人暮らしを希望していた。

「包括的な支援のあるグループホームへの入所生活」概念 20

定義を“親は将来的に安定した自立生活のためグループホームへの入所を希望する”とした。将来的に当事者がグループホームへ入所した形で生活を希望する一番の理由は、当事者が重症の障害があるためである。

しかし、高次脳機能障害者が入所できるグループホームはほとんどない状況から、家族介護者は自らグループホームを作る計画まで立てるケースがあった。当事者が総合的なサポー

トを受けながら安定した日常生活ができるような環境が求められているのである。

第4章 考察

本研究から得られた結果を基準に、①入院先である医療機関の適切な対応の欠如②当事者の退院直後における家族介護者が抱える介護の困難さ③回復段階における困難な状況④当事者・家族会の影響について、以下の通り考察する。

1. 入院先である医療機関の適切な対応の欠如

急性期における当事者の後遺症の程度によって、家族介護者の不安感は大きく変わる。しかし、転院先のリハビリセンターまでの入院生活の期間における病院側の医学的治療やリハビリは、高次脳機能障害者の障害改善に大きな影響を与える。この時期における病院側の対応は様々で、高次脳機能障害に対する専門的な知識のある医療スタッフが対応する医療機関は未だ僅かであることがうかがえた。

インタビュー対象者の半数以上の家族介護者は、当事者が入院している間、障害に対する詳しい説明も受けていない上に、高次脳機能障害に適さないリハビリが行われていたことが大きな問題であると語っていた。またこのとき、退院後何らかの支援団体へつなぐ情報が不足していたことは、当事者の退院後の介護生活に多大な影響を与えることになるというのはいうまでもない。渡邊（2014：1041）の研究によれば、「認知リハは2つの時期、すなわち入院リハと地域を基盤としたリハの時期がある。地域リハを成功させるポイントは地域連携にある。それには指揮者となるキーパーソンと、共通の目標と対応方法をもって、どこにどのような社会資源があるのかを熟知しておくことが大切である。」と述べている。また、關（2010：7）は、当事者が退院前に必要とするサポート支援について「受傷直後の医学的治療やリハビリの段階から、生活自立、さらには、就労（就学）へとつなげていく社会復帰へのステージを経過していく上で、トータルに治療・リハビリ・訓練・相談等の支援をコーディネートする態勢が整っていることが求められる。」と述べている。

高次脳機能障害者が退院する前に欠くことができない支援は、退院後の生活について、家族介護者とコーディネーターがよく話し合うことであり、そのためには地域連携が必要であると考えられる。

2. 当事者の退院直後における家族介護者が抱える介護の困難さ

当事者の退院直後における家族介護者の困難は本稿において、最も注目すべき介護困難さであるといえる。退院直後の介護生活は、未だ支援が定着していないため、家族介護者は様々な困難に立ち向かっていかなければならない状況であった。

前述したように、医療機関における退院後のための支援団体へつなぐ情報が不足している

ことから、家族介護者は当事者の退院後、まず、当事者の居場所探しをしなければならなかった。居場所はそう簡単には見つからず、病状の継続的な治療と地域リハビリテーションのための通院生活、そして、日常生活のすべてに対する介護を、ほとんど家族介護者一人で抱えなければならないという環境がうまれてきた。

また、当事者の介護のため、家族介護者が自由な時間をとれなくなることはストレスとなっており、さらに入院先で明確な障害診断を受けていない場合は、当事者の理由のわからない病状に困惑まで感じていた。そのようなストレスと困惑が積み重なると、家族介護者は精神的に疲れ果て、メンタルケアを必要とするケースもあった。

白山（2010：35）が指摘する「家族の約6割にうつ傾向が認められている。」という研究結果が本稿においても確認された。インタビュー対象者の発言からメンタルケアについて、診療を受けていたり、診療を受けるまではいかなかったとしても介護者は、心労によるメンタル的なケアの必要性があるということが確認できた。

『高次脳機能障害者支援の手引き』は、家族支援に関して「家族にとって、身内が障害を負ったことに対する精神的なショックは大きく、またその障害を理解し受け止めるまでには相当の時間を要す。このため本人同様、家族に対しても不安や負担の軽減が図られるような支援が必要である。」（国立障害者リハビリテーションセンター 2008：27）と、支援の必要性を述べている。

しかし、未だ当事者への支援体制が定着していないために、家族介護者への支援は具体的になっていないと考えられる。

インタビュー中にある家族介護者が、家族支援の願いとして次のような提案をしていた。「救命救急のとき経験をした人がサポート出来るような、本当に何が起こるかわからない、ショックで何もわからない時にそういう当事者の家族とかを、一緒にサポートしてくれるような仕組みを作ってもらいたいと思います。医療者と教育者、家族をつなぐようなサポートの仕組みがあったらいいなと思います。」という。この提案は筆者にとって、高次脳機能障害の特徴に必ず家族介護者の支援として実践すべき内容であると考えられる。そして、当事者の退院直後における家族介護者の介護の困難を軽減させるためには、家族介護者1人がすべての介護を抱えるのではなく、家族介護者に代わる多様な支援が行われなければならないのである。その家族介護者に代わって働きかけるのは、ソーシャルワーカーの役割であるといえる。川村（2009：82－83）は、ソーシャルワークのアプローチについて「高次脳機能障害者に対するソーシャルワークのアプローチで最大の問題は、必要で適切な介入を必要とする生活過程への移行期に対するアプローチである。つなぎのない支援の観点から改善の必要があることを示した。特に退院支援のあり方に問題があることを示した。」と述べている。

川村の指摘のように、退院後の生活への移行期に対するアプローチが必要であるという考え方に、本稿も同意する。現在は高次脳機能障害者に対する支援が普及していない状況であるが、そうであっても家族介護者への支援は、当事者の支援と同時に展開していく必要がある。

るといえる。必要で適切な支援が生活過程への移行期に行われるようになれば、家族介護者の心労によるメンタル面での困難は大きく軽減され、当事者に対する安定した介護が行われるようになるだろう。

3. 回復段階における困難な状況

回復段階における困難な状況のなかで、家族介護者がとくに、困難であったと語ったのは、「支援を求めるための相談機関が少ない、周りの家族や親戚等が障害に関して誤解していること、支援の谷間にある障害であるため生じる困難さ」であった。

高次脳機能障害者に対する支援は先進地域に比べると、今回調査した地域は支援が全体的に定着していない状況であった。そのことから、家族介護者は役所に行って、当事者に対する相談をしても円滑な相談ができず、困難を感じていた。そして、障害診断を受けるまでは、家族や親戚などが障害に関して誤解していることに、困惑していた。

また、障害者手帳を持っても使えるサービスが少なく、たとえ使えるサービスがあっても当事者に合わないとの発言もあった。

従って高次脳機能障害者に関する相談が身近な役所の福祉課でもできるような相談支援体制が必要である。そして、高次脳機能障害者に合った社会福祉サービスが整備されなければならないのである。

4. 当事者・家族会の影響

家族介護者にとって家族会につながるということは、回復の段階における困難な状況のなかでも、当事者が社会復帰を果たした場合でも大きな影響を及ぼしていたことがうかがえた。家族会で家族同士が交流することで、当事者の障害に対する知識と理解が深まり、情報交換と意見交換等をする内に、ストレスの解消になると同時に家族介護者にとっては精神的な支えとなっていた。

しかし、当事者の障害診断が遅れていた場合は、その家族会につながるまで、時間がかかるケースが多く見受けられた。そして、地域によっては、家族会がない場合もあり、あっても充実していない等、利用し難い面もあったと家族介護者は語っていた。東川（2014:1077）は、家族会について「多くの当事者が在宅で行き場がなく引き籠って家族とトラブルを起こしたり、二次的障害のうつ病や家庭内暴力等の社会的行動障害を増悪させているのを見かねて、一念発起して立ち上げた事業所だが、それぞれがユニークな活動をして地域になくはならぬ存在になっている。」と述べている。

当事者と家族介護者にとってなくてはならない存在である家族会が、実践的に活動できるようにするには行政と連結した支援が必要である。また、家族会に主として参加する当事者と家族介護者たちの積極的な働きがあって、家族会は成り立つのではないかと考えられる。そして、家族会の合同的な集会も重要であるが、必要に応じて、少人数のグループ活動、また、

問題を抱えている家族に対して、経験のある家族が1対1になって相談できるピアカウンセリング的な場の設定も求められていたことから、今後、そのような支援がどの家族会でも実践できれば、家族介護者にとって問題解決に役立つのではないかと考えられる。

おわりに

本稿では、高次脳機能障害者の家族介護者が抱える介護困難さを明らかにするため、インタビュー調査による質的研究を行った。その結果、家族介護者が当事者の介護を行う上で、全プロセスのなかでなにより介護困難の生じる時期があることが明らかとなった。その時期は当事者の脳損傷後、退院した直後の地域移行期であった。調査分析の過程で見えてきた内容であるが、この時期の家族介護者の介護困難は、入院先から当事者への支援が適切に行われていた場合と、反対に入院先で、障害認定がなく、適切な情報提供がなかった場合でも共通して生じていたことであった。言い換えると、当事者に対する支援だけが重要ではなく、当事者に対する支援と同時に、家族介護者への支援サービスも行わなければならないのである。当事者の地域移行期における家族介護者への支援として、家族介護者に代わって、支援機関が当事者を介護することができる体制が必要である。そうなれば、家族介護者の介護困難は大きく改善されることになろう。そのような支援が行われることを望みたい。

注

- 1) 厚生労働省が平成13年(2001)から開始した「高次脳機能障害支援モデル事業」では、身体の障害がなかったり、その程度が軽いにもかかわらず、特に「記憶障害」「注意障害」「遂行機能障害」「社会的行動障害」といった認知の障害が原因となって、日常の生活や社会での生活にうまく適応できない人たちがいることが判った。高次脳機能障害者に対する支援サービス等の試行的な実施を通じて、高次脳機能障害者に関する知見の集積と分析を行い、今後の適切なサービスの提供の在り方について検討するためモデル事業を行った。

この方々に対する、診断やリハビリテーション、社会資源サービスの不足が問題となっていることから、この方たちが示す認知の障害を高次脳機能障害と呼ぶ行政的な定義が設けられた。

- 2) 要望事項(堺脳損傷協会が堺市へ出した要望書)

- ・高次脳機能障害は複雑で多様な症状であるため、本人の障害特性を踏まえ、利用できる福祉サービスや医療機関を適切にくみあわせ、本人が地域で豊かに生活ができるよう、ケースマネジメントの利用を促進すること
- ・介助の必要な当事者が安心して暮らせる環境の整備
- ・多様な障害を生きる当事者に応じた社会参加の機会保障
- ・介護者に対する支援
- ・高次脳機能障害に対する堺市の環境整備

【引用文献】

橋本圭司(2013)『なるほど高次脳機能障害―誰にもおきる見えない障害』クリエイツかもがわ.

廣實真弓・平林直次(2013)『Q&Aでひも解く高次脳機能障害』医歯薬出版.

東川悦子(2014)「高次脳機能障害者を支える当事者・家族会の役割」『JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION』23(11).

木下康仁(2010)『ライブ講義M-GTA―実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて』弘文堂.

国立障害者リハビリテーションセンター

<http://www.rehab.go.jp/ri/brain/mokuji.html> アクセス日 2014年9月3日.

国立障害者リハビリテーションセンター(2008)『高次脳機能障害者支援の手引き(改訂第2版)』国立障害者リハビリテーションセンター.

川村博文(2009)『高次脳機能障害者に対するソーシャルワークのアプローチに関する考察』2009年度「日本社会事業大学社会福祉学会」第47回社会福祉研究大会報告書.

白山靖彦(2010)「高次脳機能障害者家族の介護負担に関する諸相―社会的行動障害の影響についての量的検討―」『社会福祉学』51(1)

渡邊修(2008)『高次脳機能障害と家族ケア―現代社会を蝕む難病のすべて』講談社.

關宏之(2010)「大阪市域における高次脳機能障害者支援のためのアクションリサーチ事業報告書」平成21年度大阪市公募提案型委託事業「就職に向けた支援が必要な人への支援施策」に係るNPO等の協働事業.

渡邊修(2014)「急性期および回復期病院の高次脳機能障害者に対する地域連携の在り方」『JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION』23(11)