

脳損傷者家族が直面する心理社会的困難に 対応する制度の多元的課題

赤松 昭

甲子園大学現代経営学部

Plural Problem of System Corresponding to Psychosocial Difficulty that Family of Brain Injury Person is Faced

Akira AKAMATSU

Koshien University, Faculty of modern business administration

Summary

The purpose of this study was to reveal multiple problems related to psychosocial difficulties faced by families of brain-injured persons. Several observations were made after evaluating data from several sources such as “Interview for health professionals”, “Interview for family of brain-injured person”, and “cross-sectional survey with free-answer questionnaire”. Concerning medical treatment, problems including low level of acknowledgment to lack of cooperation of the medical institutions, as well as to the higher intellect of the doctor, were identified. On the other hand, the “Treatment theory” for which the service provided for, and the “Frame theory” in which the brain-injured person did not become the object of the service offered and was not suitable, were thought as problems of the system where ‘home-life’ was supported. Such multiple problems of the system that families of brain-injured persons face, as considered by this research, are thought to be lack of communication, despite data becoming available just over six years ago.

Keywords : 脳損傷 *Brain injury*, 心理社会的困難 *psychosocial difficulty*, 多元的課題 *Plural problem*

I. はじめに

器質的精神障害のひとつである高次脳機能障害は、交通事故やその他転落事故、あるいは脳血管疾患等の脳疾患によって引き起こされる。その障害特性は、記憶障害や注意障害、あるいは遂行障害などの個別の障害、さらにはこうしたものが複合したものであり、本人の日常生活に多大な影響を及ぼす。しかしながら、受傷・発病後間もない頃、大きな身体的障害が残存していなければ、一見して回復したかのようにみえるため、早期の段階でサービスへとつながりにくい側面を有している。また、その障害が顕著となった以降も、障害認定の問題や

その障害特性に見合う社会資源がないために、既存のサービスの対象となりえず、そのために家族は心理社会的に多くの課題を抱える事態に直面せざるを得ない。しかしながら、こうした家族の抱える困難を、制度側から捉え直し、その課題を整理した研究は未だ少ないのが現状である。以上のような意義を踏まえ、本研究の目的を脳損傷者家族の心理社会的困難、及び実態に対応する施策の多元的課題として、1999年に行った援助専門職と当事者家族の両者への聞き取り調査、及び同アンケート調査に寄せられた自由記述、この両調査によって得られたデータをもとに検討することとする。

II. 研究方法

1. 対象と方法

本研究では、1999年に行った聞き取り調査とアンケート調査で得られたデータを用いた。

a. 聞き取り調査

〈援助専門職への聞き取り〉

インタビュー対象者は、医療ソーシャルワーカー8名（うち1名は総合病院の精神科担当）、理学療法士、作業療法士、言語療法士が各1名、更生施設の生活指導員（現在の名称は生活支援員）2名、職能指導員、心理判定員が各1名の計15名である。調査方法は、調査員が対象機関を訪問し、対象職種に以下の点について、聞き取り調査を実施した。調査期間は1999年1～2月であった。調査項目は、福祉の援助専門職が、脳損傷者とその家族に対して援助を行う際、どのような困難が生じているのか、について焦点を定めてインタビューを行った。インタビュー時間は約2時間であった。

〈当事者組織（患者・家族会）への聞き取り〉

対象組織は遷延性意識障害者の家族が中心となって構成された組織が二つ、同じく高次脳機能障害者の家族が中心となって構成された組織が二つ、両障害にまたがる会員によって構成される組織が一つ、の合計五つである。面接方法は、同じ場所に参加者全員に集まってもらい、筆者が司会役を務めながら、一つのテーマについて、参加者に自由に意見を言ってもらうグループインタビュー方式を採用した。聞き取り内容と調査項目については、医療・保健・福祉サービスへの不満、要望等に焦点を置いて自由に語ってもらった。

b. アンケート調査

1999年9月現在、我が国で活動している五つの脳損傷者当事者組織（患者・家族会）に調査協力の依頼を行った。1999年9月上旬より調査協力各団体毎に順次、自記式調査票を発送した（先方で取りまとめて各会員へ発送）。全発送数は499通。回答後は各対象者毎に直接郵便にて返送してもらうこととした。9月下旬より各組織毎に段階をおって締め切りを設け、最終締め切りは10月18日とした。回収数は317通で、回収率63.5%であった。介護者以外が回答した場合と他障害だったものを除いた有効回答数は306通、有効回答率は61.3%となった。調査項目は表1に示す項目と共に、「制度上の困難点」に関する自由記述を求めた。

表1 調査票項目

大項目	各項目
1) 本人基礎属性 (14項目)	性別、年齢、初診日、障害原因、本人の現在の生活場所、在宅になってからの年数、所持身体障害者手帳等級（申請却下理由も含む）、所持療育手帳等級、所持精神保健福祉手帳等級、受給公的年金種別（未受給理由も含む）
2) 本人障害特性 (12項目)	日常生活動作自立度（歩行、入浴、衣服の着脱、階段の昇降、洗顔・整容、食事、呼吸、排泄、のそれぞれについて、「自立」「一部介助必要」「全的に解除必要」を選択）、感覚器官（言語、視覚、聴覚、味覚、嗅覚、平衡感覚）の障害の有無、意識レベル（五段階）、高次脳機能障害の程度（認知障害、行動障害のそれぞれ四段階）
3) 入院時環境 (7項目)	入院期間、転院回数、入院歴病院種別、入院中二次障害（関節拘縮、褥そう、感染症）発生の有無、医師による説明の有無、介護方法指導の有無、退院時福祉制度説明の有無
4) 在宅で利用している社会資源 (6項目)	市区町村役場での制度利用説明の有無、相談機関種別、在宅介護サービス利用種別、サービス利用申請却下の有無とその理由、利用して役にたったサービスの種別、利用して役にたつなかったサービスの種別とその理由
5) ソーシャルサポート (8項目)	常時相談可能な専門職の有無とその職種、相談可能な親戚・知人の有無、介護を手伝う家族の続柄、介護を手伝う親戚・知人の有無、当事者組織への参加経過年月、当事者組織への活動参加頻度、当事者組織への要望
6) 介護者基礎属性 (7項目)	性別、年齢、本人との続柄、家計維持者の職種、主観的健康度、身体上の不都合治療経験の有無、精神上の不都合治療経験の有無
7) 主観的困難感 (16項目)	面接調査によって当事者側からあげられた主訴、全16項目 ①医療関係者の配慮が不足 ②行政関係者の配慮が不足 ③身体機能のリハビリが不足 ④知的機能のリハビリが不足 ⑤てんかんのコントロール ⑥家庭内での接し方が分からない ⑦家庭外で生じる問題処理に追われている ⑧住宅の構造 ⑨経済的問題 ⑩障害等級認定が不満 ⑪保険会社との交渉が難航 ⑫家族関係 ⑬親戚・近所の理解 ⑭家族の人生設計に影響 ⑮精神的ストレス ⑯肉体的負担

III. 結果と考察

三つの調査結果を整理分析したところ、大きく「医療制度」と「在宅生活を支える制度」の二つに大別されたので、以下これに従って結果と考察を述べる。

1. 医療制度の問題

脳損傷者家族の心理社会的困難に関わる医療制度上の要因として次のものが考えられた。

- ①本人障害特性における「認知・行動障害の程度」
- ②介護環境における「入院時の環境」
- ③在宅介護サービス利用状況における「相談機関種類」「利用制度種類」「利用制度数」
- ④主観的困難事項における「医療関係者の配慮不足」「知的機能のリハビリをしてもらえるところがない」「本人への家庭内での接し方」

以下、これらの家族の心理社会的困難に関わると考え

られる医療制度について検討する。なお、文中の（ ）内は「専＝専門職への聞き取り調査」「当＝当事者団体への聞き取り調査」「自＝アンケート調査の自由記述」のそれぞれから得られたデータに基づく記述であることを示している。

まず、受傷・発病直後、患者家族に関わる救急外科、脳外科の医療スタッフの多くが高次脳機能障害について十分な知識がないことが多く、家族への説明が全くなされていない、もしくはあっても楽観的な見通ししか伝えられないことが多い。そのため後になって本人に出現する高次脳機能障害が、家族への非常に大きい驚き、ストレスとして受け止められ、負担度を高くしていると考えられる。調査データからも、「医師からの説明がなかった」「説明が十分でなかった」との意見が非常に多かった（当、自）ことからもうかがえる要因である。また、そのため入院中に出現する本人の「問題行動」に対しても、看護スタッフ側に高次脳機能障害の障害特性に対する理解がないことから、本人の精神症状、問題行動等に適切な対応ができず、このことが家族の不満を高めて負担へとつながっているとも考えられる。さらに、精神病院へ入院になった場合も同様で、精神病院といえども高次脳機能障害についての治療態勢は十分ではなく、また、病院によっては不適切な処遇によって神経症状を一層増悪させ、介護負担（本人への否定的感情）を高める場合もある（当）と考えられる。

次に、急性期以降のリハビリテーション実施の段階においても、高次脳機能障害者への適切な治療（神経心理学的療法）、及びリハビリテーションが行われていないという現状がある。これは急性期の病院において高次脳機能障害の確定診断がつかないために、そうした態勢をもつ病院へとつながらない、という機関間の連携の不備と、従来そうした治療、リハビリテーションを実施している医療機関自体が少ないという、両面の問題があると考えられる。これは急性期医療に関わる者の認識の低さのみならず、脳損傷者治療に関わる医療者全般の認識の低さに起因する問題と考えられる。

2. 在宅生活を支える制度の問題

高次脳機能障害の場合、在宅生活を支える制度の問題と関わる要因として以下のものが考えられた。

- ①本人基礎属性の中の「在宅での過ごし方」「身体障害者手帳の有無」
- ②本人の障害特性の中の「日常生活動作自立度」「認知・

行動障害の程度」

- ③介護者の基礎属性の中の「主観的健康度」「身体上の不都合治療歴」「精神上的の不都合治療歴」
- ④在宅介護サービス利用状況の中の「相談機関種類」「利用制度種類」「制度利用数」
- ⑤主観的困難度の中の「医療関係者の配慮不足」「行政関係者の配慮不足」「本人への家庭内での接し方」「本人の家庭外での問題処理」「経済的問題」「障害等級認定」「親戚、近所の理解」「家族の人生への影響」「精神的ストレス」「肉体的負担」

以下、これらの要因と関わりと考えられる在宅生活を支える制度について検討する。

a. 身体障害認定制度の問題

現行の障害者福祉に関わる施策・サービスの当事者への給付が、障害の認定、すなわち障害者手帳の取得を条件としている以上、障害の認定が受けられなければ、その影響は本人とその家族の生活全般に波及すると考えられる¹⁾。以下、認定に際してどのような問題があるのかを検討する。

＜障害認定が困難な理由－医学的診断の難しさ－＞

事故、病気等によって何らかの後遺障害が生じた場合、入院中に症状固定となれば、身体障害者手帳交付申請が可能となる。しかし高次脳機能障害の場合は、その障害を確実に診断できる医師自体が少なく、そのため、この入口の段階にあたる部分で、高次脳機能障害の確定診断が出ないために、障害の認定につながらないケースが多い。現に、この領域に詳しい医師さえも、高次脳機能障害の確定診断の難しさを述べている^{2) 3)}。

＜身体障害者福祉法上の問題＞

高次脳機能障害者は身体障害を併せもつことが多く、受傷、発病後のリハビリテーションのアプローチも、他の身体障害者と同様になされることが多い。また、実際、身体障害者手帳を取得し、身体障害の枠の中で処遇されている者も多い⁴⁾。さらに、専門職側⁵⁾、及び当事者側（自）の双方から、高次脳機能障害は精神保健福祉法よりも身体障害者福祉法の対象とする方が望ましいという意見がある⁶⁾。しかしながら、現行の身体障害者福祉法は、その制定と施行が戦後間もない時期に行われたために、身体機能の障害を中心にその法体系が構築されており、そうした構造はもはや現状にあっていないとの意見もある（専）。そのため、障害の認定の際に不利をもたらすと同時に、例え認定されたとしても、高次脳機能障害をもつ者にとって相応しい処遇を提供するための法源とな

りえない、という構造的な問題を抱えていると言える。

＜他障害で認定を受けようとする場合＞

器質性精神障害である高次脳機能障害は、1995年に創設された精神障害者保健福祉手帳制度の交付対象となったが⁷⁾、当事者側の意見に同手帳を取得してもあまりメリットがない(自)とあるように、同手帳を取得することで提供されるサービスが現在のところでは限られているため、身体障害のない高次脳機能障害者の在宅生活を支えるまでにはいたっていない。また、精神障害という言葉への抵抗感、及び、便宜的に同手帳を取得させることによって本人のプライドを損なう、といったマイナス面も専門職側から指摘されている(専)。

以上検討してきたように、障害の認定制度についての問題はその根源にさかのぼれば、障害をその種類別に認定し、さらにその処遇内容に温度差をつけてきた制度上の問題がある。この認定制度の問題は、以下に検討する相談体制、在宅介護制度、社会参加・就労支援制度、社会保障制度等、障害者本人とその家族の生活を支える制度全般とも関わってくるため、身体的疲労、精神的ストレスを家族にもたらしていると考えられる。当事者側にも、高次脳機能障害に身体障害者手帳を交付して欲しいという意見が数多くを占めている(自)ことを考えると、高次脳機能障害が認定されない、すなわち何らかの手帳が交付されないことは、極めて大きな問題と言える。

b. 相談体制の問題

アンケート調査の結果では、医療機関から在宅生活への移行する際、市町村相談窓口(福祉事務所)で福祉制度に関わる詳しい説明を受けた者は全体の約1割にとどまっている。当事者への面接調査、及び調査票自由記述にも「身体に障害がないとどうしようもない」「おたくのお子さんはいずれの制度もあてはまりません」(当)といった、いわゆる門前払いの形で、十分に相談にのってもらえなかったという意見が多い。中には、たまたま窓口の担当者が更生施設のことを知っていて、更生施設入所へとつながるケースはあるが(専)、概ね市町村相談窓口では、高次脳機能障害についての知識、対応が不十分で、他の相談機関につなげるということもできていない(専)。さらに、相談している機関・施設はない者が最も多い中で、医療機関へ相談している者が最も多かったこと、及び普段相談できる専門職は医師とパラメディカルスタッフに集中したことから、在宅における高次脳機能障害についての相談援助を、治療、リハビリテーションから引き続いて医療機関が担っていることがうかがえる。それにひきかえ、市町村相談窓口以外の公的な相談窓口である保健所、精神保健福祉センターへ相談し

ている者が少数にとどまったこと、さらに普段相談できる専門職の中で、福祉事務所のケースワーカー、及び保健師、民生委員は極めて少数にとどまっていることは、地域における公的な相談窓口が、高次脳機能障害をもつ者とその家族の支援にあたっては、充分その機能を発揮していないことを意味していると考えられる。事実、本調査後に実施された大阪府における高次脳機能障害支援モデル事業での「高次脳機能障害者支援ニーズ把握調査」(2003)においても、こうした地域の相談窓口体制への不満が多く示されている⁸⁾。

c. 在宅介護制度の問題

手帳をもっていないために、多くのサービスの給付対象とならないことは既に述べたが、仮に手帳が取得できたとしても、現行の在宅介護制度が高次脳機能障害者の介護家族のニーズに合っていないことから、家族の介護負担を軽減するにはいたっていない。例えば、ショートステイ、デイサービスについては、高齢者に比べてサービスの供給量が少なく、希望者に対して収容定員が過少で思うように利用できない。また、高次脳機能障害による行動障害等があると利用できなかったり、あるいはその障害特性にあったサービスが提供されていない。ホームヘルプ、及びガイドヘルプについては、派遣対象となる障害の種類が限定されていたり、身体障害者手帳の等級が軽いと利用できないケースがある。また、高齢者に比べてサービスの供給量が少なく、利用回数、利用目的等が制限されて希望に応じた利用ができない。さらに、在宅になってから以降の理学療法、作業療法に関しては医療機関に所属する療法士の人員上、全ての受療希望者へ施術を行うことは困難なこと。認知機能のリハビリに関しては、そのノウハウが我が国では確立されておらず、これを担う医療機関はまだ少数である。

d. 社会参加・就労支援制度の問題

脳損傷者の自立更生を目的とした訓練を行う際の中間施設として身体障害者更生施設があるが、その利用に関しては「身体障害者手帳の交付を受けた者であること」、「精神障害を主たる障害としていないこと」⁹⁾を条件としているために、身体障害者手帳のない者、及び認知・行動障害等が強い者は利用できない。また、高次脳機能障害に対応したプログラムをもっている施設はわずかであること、等の問題があげられる。また、福祉的就労で授産施設、無認可作業所の利用する場合でも、地理的な条件や定員の問題で利用できない、といった物理的な条件で利用が難しいケース(専)、あるいは、「障害特性を理解している指導員のいない授産所や作業所を利用するのは難しいのが現実」¹⁰⁾であると専門職が述べているよ

うに、高次脳機能障害がネックとなって利用を断られる、あるいはいったん利用できたとしても、トラブルが生じて利用継続を断念せざるを得なくなる、といったケースのあることが当事者側からも報告されている（自）。そして、そうした場合に利用を継続できるように適切な介入を行う相談援助機関が地域にない。また、復職も含めた一般企業への就労については、認知・行動障害のために、職場でのトラブル、人間関係での問題を抱え、就労が継続しないという状況が、専門職、当事者側双方の意見によって（専、当、自）明らかにされている。このような現象を生じさせている職業リハビリテーション制度の問題について、「医療機関から職リハへとつなげるシステムの不備」「雇用ノウハウの提供、企業への働きかけが不十分」「就労継続のためのフォローアップがなされていない」等の指摘がされている^{11) 12)}。

e. 社会保障制度の問題

障害年金の受給には、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳で1, 2級（厚生障害年金の場合は3級）の取得が条件になるため、手帳のない者、もしくは手帳の等級が軽い者は受給対象とならない。また、学生の年金加入が任意だった時期に受傷、発病して障害をおった者は、年金受給の対象とならないケースがある。また、身体障害者手帳交付に際して高次脳機能障害が適切に認定されないことは先述したが、各種保険の障害認定に際しても、同様の問題が生じている。例えば、労働者災害補償保険法は、障害の認定基準が主に身体機能障害におかれているため、高次脳機能障害に典型的な「生活障害」に対しては、それに見合った認定がなされないという問題が存在する。さらに「これは（労災の認定基準）自動車保険や生命保険などの民間保険でも同じことが言える」（専）というように、他の保険にも共通する問題であり、そのためどの保険からも適正な保険金が給付されないという問題へとつながると考えられる。

3. 多元的課題のまとめと今後に向けて

a. 制度の多元的課題のまとめ

脳損傷者家族の心理社会的困難に関わる医療制度の問題は、「高次脳機能障害への認識の低さ」と、それに基づく「治療・リハビリテーション態勢の遅れ」であると言え、さらにそれに医師、医療機関同士の連携のまずさがそうした問題に拍車をかけているとも言える。こうした現状を変えるべく、近年では各地に高次脳機能障害の治療、リハビリテーションに力を入れる医療機関、福祉施設が誕生しつつある。加えて、2001年度より「高次脳障害支援モデル事業」が国の施策として始まり、こうし

た一部医療機関・施設のネットワーク形成が試みられているが、「点」が「線」となるには、まだ不十分な状態と言わざるを得ない。

次に在宅生活を支える制度の問題は、その大部分に認知・行動障害をはじめとする高次脳機能障害が関わっているものと考えられる。すなわち、

- ①高次脳機能障害が身体障害として認定されにくい障害認定制度の問題
- ②高次脳機能障害について、適切な相談援助が行えない相談制度の問題
- ③高次脳機能障害のケア、見守りに相応しいものになっていない在宅介護制度の問題
- ④高次脳機能障害の障害特性が考慮されていない社会参加・就労支援制度の問題
- ⑤高次脳機能障害がもたらす生活上の障害に見合った年金、保険金が給付されない社会保障制度の問題

以上の五点がその主な問題と考えられ、中でも①の認定制度の問題は他の制度の問題へともつながる、脳損傷者の支援制度の根幹的問題だと言える。そしてこのような制度の問題は大きく分ければ、高次脳機能障害者がサービス提供の対象とならない「枠論」（上の①②の問題）と、高次脳機能障害者に提供されるサービスが相応しいものではない「処遇論」（上の③④⑤の問題）の、二つの側面からなりたっていると考えられる。さらに、こうした問題を生んだその背景には、障害者基本法など一部の法律を除く現行の障害者福祉に関わる法律の多くが、昭和20年代から30年代にかけて作られ、そのためその内容が「機能障害」に基準がおかれていて、「生活障害」が主な課題となる高次脳機能障害の実状に即していない、という制度の典拠法自体の問題にいきつくと考えられる。

b. 今後に向けての提言

以上のような多元的課題に応えるため、筆者は高次脳機能障害者家族が直面する制度の多元的課題に応えるため、次の三点を今後考慮すべき提案したい。

- ①早い時期からの集中的な神経心理学的リハビリテーションの実施
 - ②高次脳機能障害の認定システムの改善
 - ③障害特性にあった就労・自立支援制度の整備と拡充
- ①については、脳損傷によって神経心理学的なダメージ

ジを受けた者が、可能な限りの補償手段を獲得し、その後の社会参加・就労・自立へのステップにスムーズに移行できるようにしようというものである。一般に脳損傷者へのリハビリテーションアプローチは、その時期が早ければ早いほど効果が高いと言われている^{13) 14) 15)}。そのため、急性期治療を終えた脳損傷者を、どれ程早くその後のリハビリテーションプログラムにつなげていけるのかが重要になってくる。先にも検討したとおり、我が国はこのシステムが十分に機能しているとは言い難い。これに対し、アメリカでは、事故直後から本人とその家族に関わるシステムが出来上がっている。例えば、バージニア州では、州のリハビリテーションセンター内に「中央脳損傷登録所 (Virginia Brain Injury Central Registry)」が設置され、州内の全ての医療機関から脳損傷者発生の情報がここに寄せられる仕組みになっている。そして、情報を受けた直後から、州のリハビリテーション局スタッフが医療機関へアウトリーチして、家族への支援アプローチを開始するようになっている¹⁶⁾。もちろん、その過程の中には、家族に高次脳機能障害についての家庭内で本人にどう接するべきかが教授される「家族教育プログラム」も含まれている。こうした取り組みを行うにあたっては多額の医療資源を集中的に投入する必要があり、国レベルの取り組みが必要となってくる施策である。

②については、脳損傷者の生活支援の困難さを法体系の面から解決しようというものである。先にも検討したように、高次脳機能障害が身体障害として認定されないことは、認定を条件に給付される全てのサービスが利用できないことを意味している。言い換えれば、この認定の問題さえクリアできれば、現在利用不可能なサービスの多くが利用可能となり、家族の介護負担を軽減させるのに効果があると考えられる。こうした認定のシステムの改良は、「総合福祉法」の制定も視野に入れた、国レベルの取り組みが必要とされる施策であるが、1997年12月に中間報告がなされた「今後の障害者保健福祉施策のあり方」(障害関係三審議会合同企画分科会)においても、「施策の総合化」と「生活障害に着目した障害認定システムの検討の必要性」は打ち出されており¹⁷⁾、今後、対象と思われる疾患と障害をもつ者の実態調査と、それに基づく認定方法の検討と概念整理が行われれば、実現可能性の高い施策である。現在でも、授産施設では三障害各施設の相互利用が一部行われており、また2005年10月現在、国会で審議中の「障害者自立支援法」では、認定後のサービス利用は三障害の横断的利用が可能になるため、認定という「入り口」の部分については、今後、

特に身体障害にこだわる必要はないと考えられる。ただ、重要なのは、いずれの障害で認定されるとしても、高次脳機能障害の障害特性を的確に捉える認定方法が考慮されることが必要である。

③については、訓練の場で獲得したスキルを般化(現場での応用)させることが困難な高次脳機能障害の障害特性¹⁸⁾に応じた社会参加、就労支援システムを整えることである。例えば、Kreutzerらは、従来の職業リハビリテーションアプローチは、脳損傷者には相応しくないとして、新たに援助付き雇用(supported employment)制度を提案している¹⁹⁾。このシステムは、専任のジョブコーチが就労の斡旋から、就労後のフォローアップまでを一貫して担当するもので、アメリカにおける現在の脳外傷者の職業リハビリテーションの主流になっているものである²⁰⁾。このような就労支援制度の他にも、高次脳機能障害の障害特性を十分に理解した職員、及びプログラムを備えた「作業所」「デイサービス」「グループホーム」といった在宅生活を支える制度を整備し、サービスを提供していくことは、家族の要望にも応えることであり、その介護負担の軽減に効果があると考えられる施策である。

IV. おわりに

調査実施時期から既に6年あまりが経過し、脳損傷者に関わる制度にも多少の変化が生じつつある。例えば、前述した「高次脳機能障害支援モデル事業」では、標準的訓練プログラムの確立がこれまでの成果としてあげられ²¹⁾、また、「自動車損害賠償責任保険」「労働者災害補償保険」において高次脳機能障害が認定の対象になっている。このように、ここ数年で高次脳機能障害者を初めとする脳損傷者に対する対抗施策は、リハビリテーションプログラム、及び社会保険制度の一部では若干前進したと言える。しかし、「Ⅲの3項. a. 制度の多元的課題のまとめ」で示した①から④の課題、すなわち脳損傷者の地域生活支援に関わる課題については今なお未解決であり、また「b. 今後に向けての提言」で示した三つの課題についても具体化されてはいない。特に、高次脳機能障害の認定については、行政的な診断基準がモデル事業で示されたものの、それが手帳交付連動しているとは言い難い状況である。こうした諸点を勘案すると、本研究で示された脳損傷者家族の直面する制度の多元的課題は、データこそ6年前のものであるものの、現在でも未対応の課題とすることができると考えられる。

<引用文献及び注>

- 1) このことに関して、例えば神奈川県リハビリテーション病院のソーシャルワーカー、生方克之は、「福祉法における認定の不利は計り知れない社会的不利に結びつくことになる」と指摘している：JDジャーナル, 98 (11), 116 (1998)
- 2) 山口三千夫：外傷性脳損傷の病態, リハビリテーション医学, 32 (8), 500-501 (1995)
- 3) 栢森良二：頭部外傷と脳卒中の比較障害学, リハビリテーション医学, 32 (8), 502-504 (1995)
- 4) 高次脳機能障害の一つである失語症は、身体障害の障害認定基準の一項目として存在する（「身体障害者福祉法施行規則」の身体障害者障害程度等級表の中にある「音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害」は3級、もしくは4級の認定対象となっている）
- 5) 高岡徹、伊藤利之：講座高次脳機能障害（3）-脳血管疾患と高次脳機能障害, ノーマライゼーション, 1999 (6), 48-51 (1999)
- 6) 高次脳機能障害の当事者・家族会の全国レベルの連絡協議会「日本脳外傷友の会」はその設立当初より、高次脳機能障害を身体障害福祉の範疇として取り扱うよう求めている。それは現状の精神保健福祉サービスの内容が依然不十分であり、また高次脳機能障害者の利用可能な福祉サービス体系が、身体障害者福祉領域の中で整備されているという実態があるからである。こうしたことから、同会は2001年、坂口厚生労働大臣宛に、「高次脳機能障害者への身体障害者手帳の交付」を求める陳情書を提出している。陳情書の内容は、ノーマライゼーション:2001 (10), 20-21 (2001),に記載されている。
- 7) 「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定について」（平成7年、厚生省保健医療局通知）により、高次脳機能障害は器質精神病として認定を受け、同手帳の交付を受けることができる。
- 8) 大阪府保健福祉部：高次脳機能障害者支援ニーズ把握調査について、大阪府高次脳機能障害支援モデル事業報告書, 70-105 (2004)
- 9) 「身体障害者更生施設等の設備及び運営について」（昭和60年、厚生省社会局長通知）の「第1章共通事項第1入所者の要件2」に、「精神障害を主たる障害としない者又は伝染性疾患を有しない者であること」となっている。
- 10) 松井学、他：外傷性脳損傷者の職業復帰の援助, 作業療法ジャーナル, 30, 445-450 (1996)
- 11) 松為信雄：高次脳機能障害を伴う中途障害者の職場復帰の課題と対策, リハビリテーション研究, 87,14-19 (1996)
- 12) 後藤祐之：高次脳機能障害を有する者の就労援助の課題, 高次脳機能障害を有する者に対する職業講習の指導技法に関する研究, 日本障害者雇用促進協会障害者職業総合センター, 57-64 (1998)
- 13) Bond,M,R., Brooks,D,N.: Understanding the process of recovery as a basis for the investigation of rehabilitation for the brain injured, Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 8, 127-133 (1976)
- 14) Najeson,T., Groswasser,Z., et al :Rehabilitation outcome of brain damaged patients after severe head injury, International Rehabilitation Medicine, 2, 17-22 (1980)
- 15) Thomsen,I,V. : Late outcome of very severe blunt head trauma: a 10-15 year second follow-up, Journal of Neurology-Neurosurgery and Psychiatry, 47, 260-268 (1984)
- 16) Goodall,P. :Virginia Department of Rehabilitation Services-Brain Injury and Spinal Cord Injury Services, (1999). :Services for Individuals with Brain Injury in Virginia (1999)
- 17) 障害関係三審議会合同企画分科会：今後の障害保健福祉施策の在り方について(中間報告), 月刊福祉, 98 (4), 64 (1998)
- 18) Kay,T., Lezak,M. :“The Nature of Head Injury” Corthell-DC (Eds.) Traumatic Brain Injury and Vocational Rehabilitation.Washington, NIDRR, 21-65 (1990)
- 19) Kreutzer, J,S., Wehman,P., Morton,M.V., Stonnington,H.H., Supported employment and compensatory strategies for enhancing vocational outcome following traumatic brain injury, Brain Injury, 2 (3), 205-233 (1988)
- 20) ジョン・S・ウェスレック：障害を持つ人々の就労の質を高めるコミュニティ・ベースのリハビリテーション—アメリカにおける職業リハビリテーションの傾向—, ジョン・スレック博士講演会報告書編集委員会編：障害者の就労をめぐる—アメリカにおける職業リハビリテーションの最近の動向—, 11-35, (1998) 21) 国立身体障害者リハビリテーションセンター：高次脳機能障害支援モデル事業報告書—平成13年度～平成15年度のまとめ— (2004)

脳損傷者家族が直面する心理社会的困難に 対応する制度の多元的課題

赤松 昭

要旨：本研究は、脳損傷者家族が直面する心理社会的困難に対応する制度の多元的課題がどのようなものかを明らかにすることを目的にした。「福祉援助専門職への聞き取り」「当事者団体メンバーへの聞き取り」「アンケート調査への自由記述」によって得られたデータに検討を加えたところ、医療面では、医療機関同士の連携の欠如や医療従事者の高次脳機能障害に対する認知度の低さが制度としての課題と考えられた。一方、在宅生活を支える制度面では、高次脳機能障害者がサービス提供の対象とならない「枠論」と、高次脳機能障害者に提供されるサービスが相応しいものではない「処遇論」の両側面が課題として考えられた。こうした諸点を勘案すると、本研究で示された脳損傷者家族が直面する制度の多元的課題は、6年前のデータに基づくものではあるが、現在においてもまだ充分には解決、対応できていない課題だと言うことができる。