

高次脳機能障害を有する患者の家族に対する心理支援

－病院における支援事例から－

四ノ宮美恵子* 土屋和子* 嶋野麻里子** 色井香織* 尾崎聡子*
田中 大介* 乗越奈保子* 佐久間肇* 秋元由美子*

Psychological Support for Family of Patients with Higher Brain Dysfunction.

－ Considerations through Case Studies －

Mieko SHINOMIYA*, Kazuko TSUCHIYA*, Mariko SHIGINO**, Kaori IROI*, Akiko OZAKI*,
Daisuke TANAKA*, Naoko NORIKOSHI*, Hajimu SAKUMA*, Yumiko AKIMOTO*

This study is aimed to report the result of the psychological support program we designed for families of patients with higher brain dysfunction through case studies. The following conclusions were obtained, 1) in the family support program the psycho-education viewpoints were essential; 2) the support to be focused between psychological aspect and educational aspect depended on the situations and life-stage of families; 3) the aim of our family support program was to help reconstruct family members' relationship with each other and develop their abilities for solving problems by themselves.

キーワード：家族心理支援プログラム、事例、心理教育、関係性

1. はじめに

高次脳機能障害とは、事故による外傷や脳卒中などの疾病により、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの症状を呈する障害である。高次脳機能障害は、外見上は障害が目立たない、本人に病識がない、といった特徴から、これまで社会的認知度が低かったが、平成13年度より高次脳機能障害支援モデル事業が施行され、わが国でも支援のための取り組みがなされるようになってきている。

高次脳機能障害を有する方は、環境を理解・制御することが困難となる場合が多い。そのため、社会生活に適応していくためには、本人に対する直接的な援助のみでは限界があり、本人をとりまく環境を調整することが必要であるといわれている [1,2]。特に、本人

が退院後家族と共に在宅生活を送っていく場合には、本人を取りまく環境の中でも、家族が重要な役割を果たすことが多い。そのため、そのようなケースでは、本人のリハビリテーションと並行して、家族が本人の障害を理解し、本人に対する対応の仕方を学習することが望ましい。

一方、高次脳機能障害を有する方の家族は、様々な困難さや負担を抱えている。一般に、中途障害者の家族は、家族内役割や関係性の変化、ライフスタイルの変容などを迫られる [3]。それらに加えて、高次脳機能障害を有する方の家族は、特有の神経心理学的症状の不可解さ、それらの症状による心理的葛藤、発症前の人格の喪失感、対応の仕方のわからなさなどの様々な困難さを抱えていることが報告されている [4,5,6]。

* 国立身体障害者リハビリテーションセンター病院
医療相談開発部
** 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所
障害福祉研究部

* Department of Medical Social Work & Psychology,
Hospital, National Rehabilitation Center for Persons
with Disabilities
** Department of Social Rehabilitation, Research Institute,
National Rehabilitation Center for Persons with
Disabilities

このような状況を踏まえて、家族に対する心理支援の重要性がいられている。しかしながら、わが国においては、高次脳機能障害を有する方の家族に対する具体的な心理支援方法については、現在模索段階にあり、確立していない。

筆者らは、国立身体障害者リハビリテーションセンター病院（以下、当院）心理部門として、これまでに、いくつかの家族心理支援プログラムを考案し試行してきた。その結果、家族の関係性の再構築と家族の問題解決能力の向上を目的とした心理教育*の視点の重要性が示唆された。そこで、本稿では、これまでに当院心理部門で行ってきた家族心理支援プログラムと具体的な事例を報告した上で、支援内容の考察を行い、高次脳機能障害を有する患者の家族への心理支援確立のための一助としたい。

2. 家族心理支援プログラム

当院では脊髄損傷患者や脳血管障害等の患者家族に対し従来から家族面接の場で患者の障害理解や家族の障害受容を促し、障害を有する患者を家族として受け入れられるよう個別面接を中心に患者家族の支援を行ってきた。しかしながら、家族支援のなかでも高次脳機能障害を有する患者の家族にとっては、見えにくい障害である高次脳機能障害を理解し、受容していくことは、個別面接のみの対応では到底困難である。そのため、家族支援の方略として表1のとおり様々な家族支援プログラムを考案し、実施してきた。

各プログラムのねらいと方法は、それぞれ表1に示したとおりである。

3. 家族心理支援事例

平成13年4月から当院心理部門では、家族心理支援プログラムの試行を開始し平成15年7月末までに72家族に対して表1に示したいずれかの支援プログラムを実施した。

その中から6事例をとりあげて、家族支援事例として表2に示す。

なお、プライバシーに配慮して一部内容を改変した。

4. 考察

4.1. 家族に対する心理支援プログラムについて

当院において家族の心理支援方略として考案し試行してきた各支援プログラムについて表2の事例を通し

て考察したい。

4.1.1. 患者プログラムへの家族参加

メモリーノートの活用指導、自分史年表作り、セルフイメージワークショップという患者プログラムへの家族参加は、いずれも患者の指導訓練という具体的な場面に同席して家族である患者の状況をみることを可能にし、職員の関わり方などから障害理解を促進しどのような対処方法をとることが必要かを体験的に学習することを可能にする。事例B、C、D、Eの場合には、声かけの仕方や避けるべき対応などをその場で観察学習し実践した。さらに、不適切な対応についてはその場で職員によるフィードバックを受け学習効果を上げた事例である（事例D家族「どうせ記憶障害だから何を言っても憶えていないだろうと思って言いたい放題言っていました、それが妻を傷つけていたのだということがわかりました」）。

また、患者プログラムへの参加は、患者と参加している家族、さらには家族全体の関係性を見直す機会を提供し、とるべき役割の検討を促し関係性の再構築の足がかりとなることが示唆された。「夫に支えられていたからこそ、ここまでやってこられたのですよね。今度は私が支えていきたい」という事例Bの家族の言葉に代表されるように、事例B、C、D、Eのいずれの家族にとってもプログラムを通してこれまでの関係性を振り返り、新たな関係性のあり方を模索していく契機となった。

4.1.2. 外泊指導

当院では、主として高次脳機能障害を有する患者の外泊指導時に、心理職員も加わり教育的側面に重きをおいた早期介入を行っている。事例Eでは、外泊指導が職員にとって家族が患者をどのようにとらえているのかなど家族に関する情報収集の場であり、また具体的な患者の言動に基づいた実践的な指導の場となることが確認された。そこでは、患者をとらえる視点を呈示することにより、家族は患者の障害を理解し対処方法の学習を進めることが可能となった。その結果として、事例Eの患者からは「(両親が) 私サイズで私をみてくれるようになった」との発言が聞かれた。また、外泊指導を継続することにより、家族の理解の変化や家族内の役割交替など関係性の変化をとらえることができ、さらにそれを家族に言語化してフィードバック

*心理教育 (psycho-education) : 現在及び将来の問題の解決または予防に役立つように、対象者に心理学的知識や対処スキルを教授することを通して、よりよく問題に

対処できるように働きかけるアプローチ。知識を最大限に伝える教育的な部分と、対象者への心理的援助と対処技能の増大を目的とした部分とが組み合わされて構成される。

することで家族の関係性の再構築が図られていくことの気づきを促すことができた。

4. 1. 3. 家族小グループプログラム

事例Fに代表されるとおり、家族小グループプログラムは、大切な家族が障害を有することによって生じる問題や心理的葛藤を他の参加メンバーと共有する場となり、相談する相手もなくとかく孤立しがちな状況の中で自分だけではないという気づきから孤立感の軽減が図られるなどの効果が認められた（事例F家族「友人にも言えないことがここでは話せる」「症状はちがっても同じ立場の家族に会うとほっとできる」、以下、4. 1. 3の中「」内は全て事例Fの家族の発言）。

また、感情の表出やそれに対する他のメンバーからのフィードバックを通して自己の感情や認識に対する気づき生まれ、自己洞察を促すという結果がみられている（「皆さんの大変な思いをうかがって、これまでの自分の見方が一面的なものであったことに気づかされました」）。

さらに、メンバー間の相互作用や情報交換によって、知識の学習と対処スキルの獲得を促す教育的効果もみられている（「他の参加メンバーに行動の促し方について教えられて自宅でも実行してみたら、うまくいきました」）。

本稿の事例では取り上げていないが、同一家族から複数の家族成員の参加があった事例の場合には、同じ家族であってもそれぞれの思いや認識は異なることもあるということを知る機会となり、その違いを理解し認めることによって、家族内の役割分担など関係性の見直しが行われる契機となる様子がみられた。

4. 2. 家族支援における心理教育の重要性について

いずれの事例からみても、突然に家族に起こった出来事に対する家族の不安、心理的混乱、孤立感などは、はかりしれないものがある。事例Cの家族の「父がこういうことになってこの先どういうことになるのか…。父はそういう状況がわからず好きなことを言っているので、イライラすることもあります」という発言や、事例Fの家族の「私だけが（患者の世話で）忙しくして家族も協力的ではないような気がします」という発言などによっても、その実情をうかがうことができる。このような家族に対して障害理解と対応方法の学習そのものに重きをおいた教育的支援を先行させると、事例によっては家族側の心理的混乱を増強させかえって学習を阻害してしまうこともありうる。したがって、いずれのプログラムの実践においても、家族の障

害受容や家族自身の不安、混乱の軽減、関係性を見直し再構築するプロセスの中で起こる葛藤の軽減などの心理的側面への支援と、障害の知的理解と対応方法の学習をねらいとした教育的支援の両面が必要であると言える。これは、まさに1970年代以降欧米で統合失調症の患者家族に対して試みられ発展してきた心理教育的アプローチ [7,9] の視点と合致する。

しかし、心理的支援、教育的支援のどちらに重みをおくかについては家族の状況によって異なる。本稿で取り上げた中では、事例A、Bがその例としてあげられる。事例Aでは、支援を行った家族の心理的混乱が大きかったため終始心理的支援が中心とならざるを得なかった事例であった。事例Bは、教育的支援を主なねらいとしたプログラムの参加を通して家族役割の見直しが求められる中で心理的混乱が生じ、徐々に心理的支援に重きが移っていった事例である。また、同じ家族であっても、患者や家族の就職、結婚、出産、加齢などといったライフステージの変化などに応じて柔軟に対応していく必要があると考える。

これまで、心理的支援と教育的支援の両者を同時に視野に入れた心理教育的アプローチは、主にキーパーソンとなる家族に対して行ってきた。しかし、事例AやFのようにキーパーソンのみでは効果が家族全体に波及しにくく限界がみられることもある。したがって、家族へのアプローチにあたっては、家族全体を視野にいた家族システムそのものに働きかけることが重要であろう。その際には、家族システムのどこに働きかけることが有効かを見極めていく必要がある。事例Dでは、キーパーソンへの働きかけにより家族全体の協力体制が得られるようになったのに対し、事例Eではキーパーソン以外の家族成員への働きかけがキーパーソンの心理的混乱の軽減、さらには適切な対処につながっていった。このように、家族によってシステムのどこに働きかけることが効果的であるかは異なるからである。

4. 3. 家族に対する心理支援のねらい

あらためて、事例を通して家族に対する心理支援のあり方について考察してみると、そのねらいとするところは家族間関係性の見直しを通して新たな関係性の構築に働きかけていくこと、将来にわたって生じる問題への解決能力を高めることであると考えられる。

高次脳機能障害を有する患者が家族とともに在宅生活を送る場合には、家族からの支援が不可欠となる。しかしながら、ある日突然、家族の一員が障害を有すると、多くの場合それまでの家族システムが揺らぎ、

支援体制がとれてもひずみが生じがちとなる。そこで、家族が長期的に患者を支えていくためには、これまでの家族のありようを見直し、新たな関係性を構築することが求められる。

また、いったん新たな関係性が構築されても、家族各々のライフステージの変化にともなって新たな問題が生じてくる。そのため、将来にわたる問題解決能力を高めることも必要とされる。

したがって、今後はこの両方のねらいを踏まえて、心理支援プログラムを整理し発展させていくことが重要であると考えられる。

5. まとめと今後の課題

本稿では、これまでに当院心理部門で行ってきた家族支援プログラムと具体的な事例を報告した上で、支援内容の考察を行った。その結果、高次脳機能障害を有する患者の家族に対する心理支援として、家族の情緒的側面にアプローチする心理的支援と、知識や対応方法の学習をねらいとした教育的支援との両面を組み込んだ心理教育の視点の重要性が示唆された。また、心理支援の目指すところは、家族の関係性の再構築と家族の問題解決能力の向上であると考察された。

今後の課題としては、以下のような点が挙げられる。

まず、今後、有効な家族支援を実践していくためには、チームアプローチによる家族支援システムを構築し、その中に、家族心理支援プログラムを位置づけていくことが必要である。

また、本稿では、高次脳機能障害を有する方の家族支援の中でも、特にリハビリテーション病院における支援に限定して述べた。しかしながら、ライフステージの変化に伴う多様なニーズに応じて長期的継続的な支援が必要な場合には、リハビリテーション病院のみでは自ずと限界がある。今後、地域の中でも、多様なニーズに応じられる柔軟な家族支援システムを整備していくことが望まれる。

最後に、より質の高い支援を行うために、今後効果研究を行うことも課題である。

6. 参考文献

- 1) 梶原俊夫;高橋玖美子:脳卒中患者の障害受容.総合リハビリテーション.23(10),825-831 (1994).
- 2) 阿部順子:社会適応に向けた援助の基本—そのプロセスと援助方法—.脳外傷者の社会生活を支援するリハビリテーション(永井肇監修・阿部順子編著),35-50,中央法規,東京(1999).
- 3) 保坂隆;渡辺俊之:概説 リハビリテーション心理学.

現代のエスプリ(343) リハビリテーション心理学(保坂隆編), 37-49, 至文堂, 東京(1996).

- 4) 栢森良二:頭部外傷者家族の障害受容.総合リハビリテーション.23(8), 665-670(1995).
- 5) Sinnakaruppan, I. and D. M. Williams: Family Carers and the Adult Head-Injured: a Clinical Review of Carers' Needs. Brain Injury. 15(8), 653-672(2001).
- 6) Lezak, M. D.: Psychological Implications of Traumatic Brain Damage for the Patient's Family. Rehabilitation Psychology. 31(4), 241-250(1986).
- 7) 氏原寛;小川捷之;東山紘久;村瀬孝雄;山中康弘共編:心理臨床大辞典, 345, 培風館,東京(1992).
- 8) 及川恵:介入(3):コミュニティモデル⑤心理教育.臨床心理学が分かる,(下山晴彦編), 194-195,ミネルヴァ書房,東京(2003).
- 9) 下坂幸三編:心理臨床としての家族援助.17,金剛出版,東京(2001).

表 1 家族心理支援プログラム

プログラム	ね ら い	方 法
(1) インテーク面接	ラポールの形成を図る。 患者を心理職員と家族が同じ視点で支えていくための戦略的同盟を結ぶ。 家族支援のための心理支援プログラム実施の同意を得る。	心理査定終了後、検査結果をフィードバックする。 発症前の患者像、家族関係等について聞く。 心理支援プログラムを呈示する。 1回1時間。
(2) 外泊指導	患者の日常生活における高次脳機能障害によって起こる困難を家族に記述してもらうことにより障害理解を促す。 職員が患者を見る視点を呈示し家族に具体的な対処方法を実践しながら学習してもらう。 患者の日常生活における生活の枠組みづくりの必要性の理解を促す。	患者の外泊時に家族に行動記録表を渡し、患者の行動記録をつけてもらう。 外泊時の患者の課題遂行について家族が評価する。
(3) 家族参加型メモリーノート	家族が患者の日常生活における生活の枠組みづくりを行い、患者の自発的行動を促し、これにより患者の日常生活の自己管理を可能にする関わり方を理解してもらう。	毎晩、家族は、当日の患者の行動を振り返り行動内容やメモリーノートの記録内容について評価する。次に明日の予定を患者と検討し、メモリーノートの予定欄に記入する。また、メモリーノートの家族の予定欄に家族の予定・伝言等を記入する。
(4) 自分史年表づくりに同席	失見当識、逆行性健忘患者に発症前の経歴を想起させ、現在の自己像との連続性を認識させる作業に、家族は情報提供者として参加する。 その経過で患者と家族の関係性の認識を促す。	自分史年表を渡し、家族が参加しながら、誕生から現在までのエピソードを想起する。思い出の写真や家族の話などを手がかりとする。
(5) セルファイメージワークショップに同席	失見当識、逆行性健忘患者に発症前の自己像と発症後の自己像を想起させ、その連続性と障害による変化の認識を促す。 家族に情報提供者として参加してもらい、その経過で患者が発症前後の自己像をどのようにとらえているかについて理解を促す。 また、患者の障害認識の状況を知ることにより、家族の役割を再認識させ関係性の再構築を動機付ける。	「～だった頃のわたし」と「現在のわたし」のイラストが描かれたワークシートに、それぞれの時代の自分を想起し、職員がカードに記入、分類して自己像を整理する。 家族から思い出の品やエピソードを呈示してもらい、自己像を明確にしていく。
(6) FFGWへの参加 (Feeling-Focused Group Work)	患者の記憶指導、感情表出、読み取り、記録技術の改善をねらいとしたプログラム。 家族に1メンバーとして心理プログラムを実際に体験してもらうことで、患者の障害理解、患者への共感を深める。	3～4名のメンバーで実施。呈示された刺激により感じたことを発表する。その感情や想起されたエピソードをスピーチ原稿にまとめ、グループ内で発表する。発表者以外のメンバーはスピーチを逐語で記録する。その記録により、発表者に内容と感想をフィードバックする。 以上のことを家族は1参加メンバーとして体験する。
(7) 家族小グループプログラム	家族の障害理解、受容を促す。 メンバー相互の情報交換を通して知識や対処スキルを獲得させる。 心理的葛藤をメンバー間で共有し孤立感を軽減を図る。 家族の関係性を見直す機会を提供する。	3回連続の家族グループ(2～3家族のグループ)指導 ①発症前、発症直後、発症後の患者の変化を言語化し、気づきを整理する。メンバー相互に共感を深め、対処法などについて情報交換するプログラム。 ②障害について講義を聞く。その後それぞれの患者の現状を捉えながら、高次脳機能障害と家族の対応について考えるプログラム。 ③家族の関係性を見直しと再構築のための手がかりを見つけるプログラム。
(8) 個別面接	家族の障害理解、受容を促す。 家族自らの自己洞察をはかる。 家族の関係性を見直し関係性の再構築に向けて働きかける。	心理職員と1対1の個別面接。 家族に対するカウンセリング。 電話相談も含む。

表2 家族心理支援事例

事例名	事例 A	事例 B
(1)患者プロフィール	初診時プロフィール：10代後半 女性 高校生 原因：外傷性脳損傷 身体障害等：なし 高次脳機能障害：注意障害、記憶障害、課題遂行能力の低下、障害認識の低下、情動行動障害	初診時プロフィール：20代後半 男性 会社員 原因：外傷性脳損傷 身体障害等：軽度右半身麻痺 高次脳機能障害：全般的知的機能低下、発動性低下、失見当識、注意障害、記憶障害、情動行動障害
(2)家族構成	両親 同胞1名	妻 子供(幼児)1名
(3)主として支援した家族	母	妻
(4)支援開始時の発症からの経過期間	約4ヶ月	約4ヶ月
(5)支援開始に至る経緯	<p>青年期特有の課題を抱えた時期にあることや、障害認識や情動のコントロール低下もあり、些細なことから院内でも声を荒立てては母親に比べてかかり、母親自身も対応に苦慮する様子が見られた。</p> <p>そこで、青年期の抱える課題、障害理解両面を踏まえた患者への対応に向けて家族支援が必要と判断されたため、患者の指導プログラムと並行して家族面接（電話相談を含む）を開始した。</p>	<p>失見当識と逆行性健忘、作話が認められコミュニケーション疎通の困難さが妻の不安を増強していた。そのため、障害理解と対応方法の学習をねらいとして、導入に向けて説明をし了解を得た後、患者のプログラムに家族が参加する形式で家族支援を開始した。</p>
(6)実施した支援内容（実施プログラム）	個別面接（電話相談を含む）	自分史年表づくり 家族参加型メモリーノートの活用指導 個別面接
(7)支援の経過と支援上のポイント	<p>当初は、障害とその対処方法についての理解を深める目的で家族支援を開始したが、面接を実施していく中で、母親自身が抱く理想の「娘」像が堅固に存在することから、障害をもつに至った娘をあるがままに受容できない状況が明らかとなった。</p> <p>娘の理想像と眼前の実像との間の葛藤による心理的混乱が非常に強いことが障害理解のための学習を阻害していると考えられたため、母親の心理的支援を中心に行うこととした。</p> <p>母親自身が、娘の理想像と実像との間に生じる葛藤により、患者に相反する二重性をもったメッセージを与えていたことに気づくことをねらいとした。</p>	<p>妻の障害理解とその対応方法の学習を促した。</p> <p>妻が患者および家族との関係性を見直す作業を通して、今後自らとるべき役割のあり方を検討する機会を提供した。</p> <p>家族支援の経過の中で、さらに患者の実家家族との関係性も見直しが必要と迫られ、一時は葛藤から妻の不安も増大されたため、心理的支援に重きをおいた対応も必要となった。</p>
(8)結果	<p>約8ヶ月間にわたって母親に対する面接を継続。その結果母親に一定の気づきが見られたものの、何らかの問題が発生すると母親自身が混乱してしまい、周囲からの助言がないと問題解決の方策を考えていくところまでには至らない状況にあった。</p> <p>しかし、母親自身の気づきによって自ら必要な援助を求めることが可能となり、それに呼応して家族も落ち着いた生活環境を整えようと相互に働きかける様子が見られるようになった。</p>	<p>患者の自分史年表作りに参加することを通じて妻は患者との家族史を体験しながら関係性を再認識することで、自分のとるべき役割をとりえ患者の障害とそれに合わせた対応方法の学習をすすめていくことが可能となった。</p> <p>しかし、家族内にとどまらず実家家族との関係性の見直しも求められ、患者に対する役割葛藤から相互に協力して患者を支えていくことの困難さが浮かび上がった。</p>
(9)今後の課題	<p>母親の心理的混乱から障害理解のための学習が効果を上げられず心理的支援が中心とならざるを得なかった事例である。母親を支えるという視点で早期に家族、特に父親に対する介入も検討する必要があったと考える。</p> <p>さらに今後、家族自らが問題解決を図れるように、長期的で心理、教育の両側面からの支援が必要になると思われる。</p>	<p>若い夫婦と幼児という家族構成であり、典型的な核家族に対する支援事例である。本事例では、実家家族との役割葛藤もあり、家族支援の対象をどこまで含めるか事例に応じた対応が求められた。</p> <p>幼児を含む核家族のみで生活を構築していくことには困難が予想され、緊急時の対応など地域での支援体制を早急に整えていく必要性を認めた。</p>

事例名	事例 C	事例 D
(1)患者プロフィール	初診時プロフィール：50代後半 男性 会社員 原因：前交通動脈瘤破裂 身体障害等：なし 高次脳機能障害：失見当識、注意障害、記憶障害、課題遂行能力の低下、障害認識の低下、情動行動障害	初診時プロフィール：40代前半 女性 主婦 原因：不明 身体障害等：四肢麻痺 車椅子 高次脳機能障害：記憶障害
(2)家族構成	妻 2子（うち1名は10代前半）	夫 2子（学生）
(3)主として支援した家族	長女	夫
(4)支援開始時の発症からの経過期間	約4ヶ月	約6ヶ月
(5)支援開始に至る経緯	失見当識や記憶障害が著明で病識もなく、作話も認められ、それに伴い現実にそぐわない行動も多くみられた。入院生活上も患者の行動から目が離せない状況が続いた。そこで、在宅生活を目標としたリハビリを継続するにあたり、早期の家族支援の開始が必要と考えられたことから、病気がちの妻に代わって長女に対して支援を開始した。	重度の記憶障害のため本人へのメモリーノートの活用指導を開始するが、本人の拒否により中止した。その後、本人に対する夫の強い叱責が原因で抑うつ状態となり個別面接を開始した。夫の対応が障害に対する理解不足によるものと思われ、夫への個別面接を開始した。 夫の理解をさらに深めるため、患者の心理プログラムに参加するよう促し、5ヶ月にわたる支援を開始した。
(6)実施した支援内容（実施プログラム）	自分史年表づくり 家族参加型メモリーノートの活用指導	F F G W 家族参加型メモリーノートの活用指導
(7)支援の経過と支援上のポイント	父である患者の発症により、突如キーパーソンとならざるを得なくなった長女は、当初どのように自分の役割をこなしたらよいか全くわからないといった状況であった。 そこで、まずは障害の理解とその対応方法の学習をねらいとして患者本人の心理指導プログラムに参加してもらうことから支援を開始した。 さらには、キーパーソンとして家族内での新たな役割遂行が可能となるよう助言を行った。	記憶障害があるので、叱責してもすぐに忘れるだろうと思い、夫は妻に看病のうっぷんを晴らしていた。記憶障害に関して、知識としての理解だけではなく、患者の苦しさや困難が共感できなければ問題の解決にはならないと判断し、夫への個別面接後すぐにF F G Wへの参加を促した。 また、退院後の在宅生活で、主婦の役割を果たすために、患者にはメモリーノートの活用が不可欠であると思われた。しかしながら重度の記憶障害をもつ患者が単独でメモリーノートを活用し主婦役割を遂行することは困難であるため、家族が参加しサポートするツールとして家族参加型メモリーノートを位置付け、活用を促した。
(8)結果	約10ヶ月間にわたって患者本人に対する指導と並行して支援を継続。高次脳機能障害は重度であったが、知的機能が保たれていたことから家族の適切な援助があれば、メモリーノートを活用して簡単な役割をこなすことも可能となることが確認され家庭生活への見通しがもてるようになった。 父親の自分史年表づくりに参加したことを契機に心理的に疎遠となっていた父の思いを知る機会となり、新たな関係性を築こうとする動機付けとなった。	約5ヶ月にわたって患者家族同席で指導した。F F G Wに参加し夫の妻に対する理解が深まった。妻のスピーチに耳を傾け笑顔で傾聴するようになり自分の感情を素直に述べるようになった。その結果、夫婦に共感が芽生え、家庭生活では協力関係が結ばれた。さらに、心理プログラムの意味を伝え、患者の行動や家族の行動を評価したところ、家族の協力・支援体制が組みまれるようになった。夫は息子に具体的に指導し息子は母親への支援を開始した。
(9)今後の課題	病気がちな母親に代わり、長女がキーパーソンとなった事例である。患者が家庭内での家事役割を一部こなすことが可能となったことから、長女は就労をするなど新たな生活に踏み出した。しかし、キーパーソンとしての役割遂行のため、勤務を休まざるを得ないことも多い状況である。今後、長女の結婚など家族のライフステージに伴う変化に対応した長期的な支援が必要であると考えられる。	障害についての理解不足のために、患者に不適切な対応をとっていた家族に、患者と同じプログラムを体験させ、理解・共感を深めていった事例である。患者が専業主婦の場合、対人関係が狭まり、そのこと自体が本人のストレスとなる。 家族内では役割分担や交替ができて、患者の生活の質を上げていくためには家族だけでは限界がある。地域にサポート体制を構築していくための支援が必要である。

事例名	事例 E	事例 F
(1)患者プロフィール	初診時プロフィール：20代前半 女性 無職 原因：外傷性脳損傷 身体障害等：四肢体幹失調 高次脳機能障害：注意障害、記憶障害、課題遂行能力の低下、障害認識の低下	初診時プロフィール：20代前半 男性 会社員 原因：外傷性脳損傷 身体障害等：なし 高次脳機能障害：注意障害、記憶障害、障害認識の低下、遂行機能障害
(2)家族構成	父 母	父 母 同胞1名
(3)主として支援した家族	母	母
(4)支援開始時の発症からの経過期間	X年	3ヶ月
(5)支援開始に至る経緯	事故後、母親の献身的なサポートで大学に復学し卒業した。患者が家族から独立して就職したいと希望し、ADL自立と施設入所を目的として当院入院。障害理解の不足に加えて家族の対応が患者に過大な自己像を抱かせていた。 そこで、家族の障害理解の促進と患者への適切な対処方法に気づかせることを目的として患者の外泊に合わせて指導を開始した。	患者に対する期待と障害の受け入れがたさが今後のリハビリ実施の障害になると思われたため、家族支援を開始。 他の患者家族と同席する家族小グループプログラムを開始。
(6)実施した支援内容(実施プログラム)	個別面接 外泊指導	個別面接 家族小グループプログラム
(7)支援の経過と支援上のポイント	3ヶ月にわたり、個別面接と外泊指導を交互に実施しながら支援した事例。発症からX年を経ているにもかかわらず患者、家族双方で、障害認識が不十分でそれぞれが過大な将来像を持っていた。 現実的な患者像を再構築するために、外泊の機会をとらえて患者の日常生活上の困難を両親および患者に実感してもらい、その対処方法を学ぶ機会とした。外泊指導には家族を同席させ患者が課題をたてる様子を見せようと同時に課題の目的遂行時の留意点などを心理職員が説明した。 また、患者が日常生活を送る際に、家族がどのように関わったか、今後はどのように関わったらよいか等、現状と今後の家族の課題を検討してもらった。	家族小グループプログラムを2回実施。その後週2回の個別面接を継続した。 家族小グループプログラムでは、他の患者家族との交流により高次脳機能障害について理解を深め、患者への対応方法について学んだ。その後の個別面接では在宅生活、外来通院となった患者に起きた日常生活上の困難に対し具体的な対処方法を学習。さらに家族の患者に対する理解、認識の差を整理しながら家族の関係性を見直しと再構築に向けて働きかけを行った。
(8)結果	家族が外泊指導に同席することにより、患者の障害を確認、認識し、患者に対する過大な期待が徐々に現実的なものに変化していった。当初母親と父親の認識の違いが歴然としていたが外泊指導を進めていくなかで、父親が患者を受け入れ、母親をサポートするようになった。患者もストレスが減少し落ち着いて在宅での時間を過ごし、在宅生活に喜びを見いだせるようになった。	5ヶ月間にわたり、母親への家族小グループプログラムおよび個別面接を実施した事例。障害理解・認識は進んだが、患者の日々の状況に呼応して母親が混乱。このため、毎週2回1時間ずつの個別面接で日常生活のエピソードを詳細に聞き取り、具体的な対処方法を提示しその結果をフィードバックし支援した。 家族内で母親が孤立している状況が見られ、母親からは徐々に家族の関係性を見直しの必要性が語られるようになった。
(9)今後の課題	在宅生活から入院した患者・家族への支援事例である。それまでの在宅生活で患者・家族の関係性が出来あがっており、その関係性を見極めるためにも外泊指導等の早期支援が必要であったと思われる。早期に介入するためには、適切なタイミングが重要であり、その時機を判断するためにはチームアプローチの中に家族支援プログラムを位置付けていく必要がある。	キーパーソンとの面接により、患者への対応方法を具体的に学びながら、家族の関係性を見直しに移行していった事例であった。本事例では、キーパーソンである母親が孤立感を感じたことが、それまでの家族の関係性を見直すきっかけになったが、家族の理解協力が得られないまま、膠着状態に陥った。今後家族システム全体に働きかける場や方法の検討が必要である。