

在宅外傷性脳損傷患者の 介護者における精神的健康度と関連要因

スズキ ユウスケ タネムラ ルミ モトムラ ナオヤス
鈴木 雄介*1 種村 留美*2 元村 直靖*3

目的 在宅外傷性脳損傷患者および介護者の特性、介護者の精神的健康度などを明らかにし、介護者の精神的健康度を維持、増進していくための支援のあり方を検討することを目的とする。

方法 近畿圏を中心とする脳損傷患者家族会に所属する介護者に自記式調査票を郵送した。調査項目は患者に関しては特性、日常生活動作能力、高次脳機能障害の症状、介護者に関しては特性、精神的健康度とした。分析は外傷性脳損傷患者と介護者に関する調査項目の各状態が、介護者の精神的健康度に与えている影響についての解析を行った。調査期間は2008年1月13日～2月29日で62名を対象とした。

結果 患者は男49名、女13名、平均年齢は 37.3 ± 11.9 歳であった。介護者は男3名、女59名、続柄は母親が43名で最も多かった。GHQ-30平均は 14.8 ± 7.6 点で、精神的に不健康とされる介護者は47名(75.8%)であった。介護者の精神的健康度に与えている影響について解析を行った結果、介護期間と介護者の睡眠時間が短いほど介護者の精神的健康度が悪化することが明らかとなった。患者の日常生活動作能力との関連では、整容と更衣に介助を要するほど精神的健康度が悪化していた。また、患者の高次脳機能障害の症状との関連では、遂行機能障害と社会的行動障害の症状を有するほど精神的健康度が悪化していた。

結論 外傷性脳損傷患者の介護者の精神的健康度に影響を与える要因を明らかにした。介護者に必要な支援は、外傷性脳損傷患者と介護者のコミュニケーションの特徴を捉え、双方にとってストレスを引き起こさないための関係の再構築、身だしなみやTPOに合わせ適切な衣服を着るなど、他者との関わりに影響を及ぼす日常生活動作の介助方法の指導、介護生活を維持していくための体調管理への支援である。また、これらの援助は患者が高次脳機能障害を呈し、介護生活が始まる初期段階からの援助が重要であることが示唆された。

キーワード 外傷性脳損傷、高次脳機能障害、介護者、精神的健康度

I 緒 言

高次脳機能障害とは、脳損傷に起因する認知機能障害全般を示すものである。その症状は多岐にわたり、いわゆる巣症状としての失語、失行、失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などが含まれる。高次脳機能障害の原因となる疾患は多種多様である。

最も多いのは脳血管障害で中高年層に多い。次いで多いのは脳細胞が順次萎縮していくアルツハイマー病を代表とする変性疾患である。ほとんどが老年期に発症し最終的に認知症になるため、主に介護保険の対象となっている。このほかに社会的支援の上で問題となることが多いのは外傷性脳損傷である。交通事故などにより脳の一部が損傷を受けたり、受傷時の回転性加速

*1 神戸大学大学院保健学研究科博士課程 *2 同教授 *3 大阪教育大学大学院教育学研究科教授

度を受けて神経連絡を行う神経線維が広範に損傷される。したがって片麻痺などの運動障害は出現せず、高次脳機能障害のみを呈する患者も少なくない。また年齢層も比較的若いため介護保険の対象から外れ、18歳以上の受傷では療育手帳の対象からも外れるなど障害認定が難しくなる点が指摘されている¹⁾。

近年、脳機能の評価方法は大きく進歩し、神経機能画像法、神経生理学的研究法などの発展により脳機能を多角的にとらえることが可能になってきた。また、高次脳機能障害の症候やリハビリテーションの効果に関しては事例研究、実験研究、調査研究など様々な形で研究報告が行なわれている²⁾。しかし、高次脳機能障害患者を支える介護者の実態については十分な目が向けられているとはいいがたい現状である。現在の超高齢社会、少子化社会において懸案とされる高齢者や重症心身障害児（者）の介護者における精神的健康度を検討した研究³⁾⁴⁾は散見され、影響を与える関連因子を検討するなどの研究が進みつつある。また諸外国では高齢者や認知症患者の介護者を対象に介入プログラムを作成し、介護に伴うストレスの軽減や、抑うつなどの軽減に効果を得るなど具体的な支援に向けた研究が進んでいる⁵⁾⁶⁾。しかし高次脳機能障害に関しては、いまだ社会的認知の低さや高齢者の介護者に比べ絶対数が少ないことも影響し、研究は遅れている現状にある。特に、外傷性脳損傷により高次脳機能障害を呈した患者の介護者における精神的健康度に影響を与える因子についての検討は、筆者が調査した範囲では見られなかった。そこで在宅外傷性脳損傷患者および介護者の特性、介護者の精神的健康度などを明らかにした上で介護者の精神的健康度を維持・増進していくための支援のあり方について検討していくことを目的としてアンケート調査を行った。

Ⅱ 対象および方法

(1) 対象

調査対象は近畿圏を中心とする脳損傷患者家

族会員（正会員約240家族）で高次脳機能障害部会に所属する主介護者155名とした。有効回答数は79名で、有効回答率は51.0%となった。このうち原因疾患が外傷性脳損傷以外の回答を除いた62名を分析対象とした。

(2) 対象者への倫理的配慮

研究の趣旨、プライバシーの保護について文書で説明した上で承諾の得られた者を対象としてアンケート調査を実施した。

(3) 調査実施期間およびデータ収集方法

アンケート調査は2008年1月13日～2月29日に実施した。データ収集は自記式質問紙を用いた郵送法により調査用紙の配布、回収を行った。調査内容は、①患者の特性（性別、年齢、受傷時年齢、原因疾患、障害の状況、身体障害者手帳・精神保健福祉手帳の有無）、高次脳機能障害の症状、日常生活動作能力、②介護者の特性（年齢、患者との続柄、介護期間、仕事の有無や形態、1日の睡眠時間、患者および主介護者以外の同居人数、同居家族内に介助をする補助者の有無）、精神的健康度である。

患者の障害の状況はHealth index and output measure⁷⁾（以下、障害尺度）を用いた。内容は8段階の評価スケールで、①意識不明、②ベッドで寝たきり、③椅子あるいは車椅子で過ごし、自宅内の移動は介助者の手助けによってはじめて可能、④賃金雇用は不能、教育も継続困難、老人は付き添われて遠足や散歩する以外は自宅にとどまる、主婦はいくつかの簡単な家事がわずかに可能、⑤選ぶことのできる職業やその能力には限界がある、主婦や老人は軽い家事しかできないが、買い物には行かれる、⑥社会参加にかなりの障害／職業遂行能力の軽度の障害を有する、重労働以外のあらゆる家事を遂行可能、⑦社会参加に軽度の障害がある、⑧能力低下はない、である。

高次脳機能障害の症状について、本研究では高次脳機能障害支援モデル事業⁸⁾（以下、モデル事業）により、従来の失語、失行、失認に加え取り込まれた、記憶障害、注意障害、遂行機

能障害，社会的行動障害の4つの障害を高次脳機能障害として取り扱った。すなわち高次脳機能

表1 外傷性脳損傷患者および介護者の特性

患者特性	
対象数	62名
性別	男性：49名(79.0%)，女性：13名(21.0%)
年齢	12～73歳(平均年齢：37.3±11.9歳)
受傷時年齢	8～67歳(受傷時平均年齢：26.4±12.7歳)
障害尺度	1：0名，2：1名，3：13名，4：20名，5：12名，6：9名，7：3名，8：0名，不明：4名
身体障害者手帳の有無	あり：43名(69.4%)，なし：19名(30.6%)
精神保健福祉手帳の有無	あり：35名(56.5%)，なし：27名(43.5%)
介護者特性	
対象数	62名
性別	男性：3名(4.8%)，女性：59名(95.2%)
年齢	39～88歳(平均年齢：58.6±9.2歳)
患者との続柄	母：43名(69.4%)，妻：10名(16.1%)，父：3名(4.8%)，妹：2名(3.2%)，姉：1名(1.6%)，不明：3名(4.8%)
介護期間	2～33年(平均：10.9±6.4年)
仕事	無職：37名，常勤：8名，パート：9名，その他：5名，不明：3名
1日の睡眠時間	3～8.0時間(平均：6.0±1.2時間)
患者および介護者以外の同居人数	0人：19名，1人：20名，2人：11名，3人：4名，5人：2名，不明：6名
同居家族内に介護をする補助者の有無	あり：24名，なし：31名，不明：7名

表2 高次脳機能障害の症状

(単位：%)

	全くない	あまりない	ある	たびたびある
記憶障害				
約束を守れない，忘れてしまう	0.0	12.3	49.1	38.6
大切なものをどこにしまったかわからなくなる	3.4	12.1	39.7	44.8
作り話をする	21.4	30.4	23.2	25.0
何度も同じことを繰り返して質問する	1.8	16.4	36.4	45.5
新しいことを覚えられなくなる	0.0	6.9	50.0	43.1
注意障害				
他人に興味を持ち，くっついて離れない	46.4	35.7	7.1	10.7
隣の人の作業に，ちょっかいを出す	37.7	32.1	20.8	9.4
周囲の状況を判断せずに，行動を起こそうとする	5.5	20.0	34.5	40.0
作業が長く続けられない	1.8	14.5	45.5	38.2
人の話を，自分のことと受け取って反応する	11.8	50.0	19.1	19.1
遂行機能障害				
約束の時間に間に合わない	13.5	19.2	25.0	42.3
仕事に約束どおりに仕上がらない	2.3	11.6	34.9	51.2
どの仕事も途中で投げ出してしまう	2.3	23.3	48.8	25.6
記憶障害を補うために手帳を見ると，でたらめの場所に書いてしまう	17.8	46.7	20.0	15.6
これまでと異なる依頼をすると，できなくなってしまう	4.3	21.3	44.7	29.8
社会的行動障害				
興奮する，大声を出す，暴力を振るう	17.5	26.3	29.8	26.3
思い通りにならないと，決まって大声を出す	16.1	32.1	28.6	23.2
他人に付きまといて迷惑な行為をする	52.7	36.4	5.5	5.5
不潔行為やだらしない行為をする	38.2	29.1	23.6	9.1
自分为中心でないと満足しない	30.9	36.4	18.2	14.5

能障害支援の手引き⁹⁾より記憶障害，注意障害，遂行機能障害，社会的行動障害の各症状を5つずつ記載し，選択肢は「全くなかった」から「たびたびあった」までの4段階尺度とし，該当するものから1つ選ぶという回答方式とした。本対象におけるCronbachの α 係数を算出したところ，0.918と良好な内的一貫性を示した。

日常生活動作能力の評価はBarthel Index¹⁰⁾(以下，BI)を用いた。評価項目は，食事，移乗，整容，トイレ動作，入浴，平面歩行，階段昇降，更衣，排便管理，排尿管理の10項目をそれぞれ自立，部分介助など数段階の自立度で評価する。自立度の基準が項目ごとに具体的に設定されているため，理解しやすく簡単に使用でき，臨床場面では患者の日常生活動作能力の評価方法として広く活用されている。自立度に応じて点数を設定しており，完全に自立している場合は100点になる。本対象におけるCronbachの α 係数は0.95であった。

精神的健康度は，精神的健康度を測定する尺度としてわが国で最も多用されている一般的健康調査(General Health Questionnaire：GHQ)

の30項目版を用いた(以下，GHQ-30)。

その日本語版は臨床場面，地域・職域における調査などの分野で幅広く用いられており，信頼性については折半法および試験-再試験法で高い信頼性が示され内的整合性も高い¹¹⁾。本対象におけるCronbachの α 係数は0.953であった。また，精神的健康度の判別について，Kitamuraら¹²⁾はGHQ-30回答者が精神的不健康であると判断するのは8点以上が最適としており，本研究においても8点以上を精神的不健康とした。

(4) 解析

外傷性脳損傷患者と介護者に関する調査項目の各状態が，介護者の精神的健康度と与えている影響について解析を行った。統計学的な解析にはt検定，Fisherの直接確率検定，Kruskal Wallis検定を使用し，相関性はPearsonおよびSpearmanの相関係数を算出し有意性の検定を行った。また，

統計処理における危険率は5%未満を有意とみなした。なお、欠損値の処理は単純集計では欠損値を含めた結果を記し、解析では欠損値のみられた回答は除外して分析を行った。統計ソフトはSPSS for Windows, Version J12を用いた。

Ⅲ 結 果

(1) 外傷性脳損傷患者および介護者の特性

結果を表1に示す。患者性別は男性が8割近くを占め、平均年齢は37.3±11.9歳、受傷時平均年齢は26.4±12.7歳とその多くを若年層が占めていた。障害の状況の特徴としては半数以上の患者が賃金雇用は不可能で、教育の継続も困難な状態かそれに準ずる状態であった。一方、介護者はその9割が女性であり、平均年齢は

58.6±9.2歳であった。患者との続柄は母親が多くを占めていた。

(2) 高次脳機能障害の症状

各症状の結果を表2に示す。そのうち「ある」または「たびたびある」と回答した人が8割以上を示した質問は、記憶障害は「約束を守れない、忘れてしまう」(87.7%)、「大切なものをどこにしまったかわからなくなる」(84.5%)、「何度も同じことを繰り返して質問する」(81.9%)、「新しいことを覚えられなくなる」(93.1%)、注意障害は「作業が長く続けられない」(83.7%)、遂行機能障害は「仕事が約束どおりに仕上がらない」(86.1%)であった。社会的行動障害で8割以上を示した質問はみられなかった。

表3 患者および介護者特性とGHQ-30得点の相関

	GHQ-30 (n=57)	
	r	p値
患者特性		
年齢 (n=57)	-0.059	0.662
受傷時年齢 (n=62)	0.066	0.627
障害尺度 (n=58)	-0.225	0.105
介護者特性		
年齢 (n=58)	-0.011	0.936
介護期間 (n=62)	-0.271	0.045*
1日の睡眠時間 (n=57)	-0.439	0.001**
同居人数 (n=56)	0.049	0.729

注 1) **p<0.01, *p<0.05 (PearsonおよびSpearmanの相関係数)

2) (n=)は無回答者を除外した数を示す。

表4 患者および介護者特性のGHQ-30平均値の相違

	GHQ-30			
	平均値	標準偏差	t	p値
患者特性：性別				
男性 (n=46)	14.0	7.5	-1.494	0.141
女性 (n=11)	17.8	7.5		
身体障害者手帳の有無				
あり (n=41)	14.6	9.1	0.193	0.848
なし (n=16)	15.1	9.1		
精神保健福祉手帳の有無				
あり (n=33)	14.8	8.3	0.017	0.986
なし (n=27)	14.8	6.8		
介護者特性：仕事の有無				
あり (n=20)	13.9	6.7	0.403	0.688
なし (n=35)	14.7	7.9		
副介護者の有無				
あり (n=23)	14.3	7.2	-0.217	0.828
なし (n=29)	14.8	7.7		

注 1) n.s. (t検定)

2) ()内は無回答者を除外した数を示す。

(3) 患者の日常生活動作状況

BIの平均は73.2±32.5点であった。そのうち23名(38.3%)の患者が100点であり、日常生活動作はすべて自立していた。

(4) 介護者の精神的健康度

GHQ-30の平均は14.8±7.6点で、精神的な健康とされる8点以上の介護者は47名で全体の75.8%であった。

(5) 精神的健康度と関連因子の関係

精神的健康度と患者および介護者の特性との関係を検討した結果、患者特性の全項目および介護者特性の年齢、患者との続柄、仕事、患者および主介護者以外の同居人数、同居家族内に介助をする補助者の有無には関係がみられな

表5 介護者特性のGHQ-30中央値の相違

	GHQ-30	
	中央値	p値
介護者特性：患者との続柄		
母 (n=40)	14.0	0.175
妻 (n=10)	15.0	
父 (n=3)	28.0	
妹 (n=1)	22.0	
姉 (n=1)	18.0	

注 1) n.s. (Kruskal Wallis検定)

2) ()内は無回答者を除外した数を示す。

かった。一方、介護期間および睡眠時間と精神的健康度に負の相関関係がみられ、介護期間と睡眠時間が短いほど介護者の精神的健康度が悪化することが明らかとなった（表3～5）。また、GHQ-30が7点以下を正常群、8点以上を精神的な健康群として、高次脳機能障害の症状の有無と精神的健康度との関連を検討した結果、4つの障害の各5症状のうち、記憶障害と注意障害の症状の有無では有意差は認めなかったが、遂行機能障害は「記憶障害を補うために手帳を見るとでたらめの場所に書いてしまう」「これまでと異なる依頼をするとできなくなる」の症

状の有無で有意差を認め（ $p < 0.05$ ）、社会的行動障害は「興奮する、大声を出す、暴力を振るう」「思い通りにならないと決まって大声を出す」の症状の有無で有意差を認めた（ $p < 0.05$ ）（表6）。GHQ-30とBIの関係を検討した結果、負の相関関係（Pearson $r = -0.232$, $p = 0.049$ ）がみられ、日常生活動作に介助を要する程、精神的健康度が悪化する傾向がみられた。また、GHQ-30が7点以下を正常群、8点以上を精神的な健康群として、BIの10項目を自立群と要介助群に分け、BIと精神的健康度との関連を検討した結果、整容、更衣で有意差を認めた（ $p < 0.05$ ）（表7）。

表6 高次脳機能障害の症状の有無と精神的健康度の関連

(単位 名, ()内%)

		GHQ-30	
		8点以上	7点以下
記憶障害			
約束を守れない、忘れてしまう	なし	6(85.7)	1(14.3)
	あり	36(80.0)	9(20.0)
大切なものをどこにしまったか分からなくなる	なし	7(77.8)	2(22.2)
	あり	36(81.8)	8(18.2)
作り話をする	なし	20(74.1)	7(25.9)
	あり	21(87.5)	3(12.5)
何度も同じことを繰り返して質問する	なし	6(66.7)	3(33.3)
	あり	34(82.9)	7(17.1)
新しいことを覚えられなくなる	なし	3(75.0)	1(25.0)
	あり	40(81.6)	9(18.4)
注意障害			
他人に興味を持ち、くっついて離れない	なし	33(76.7)	10(23.3)
	あり	9(100)	0(0.0)
隣の人の作業に、ちょっかいを出す	なし	25(73.5)	9(26.5)
	あり	14(93.3)	1(6.7)
周囲の状況を判断せずに、行動を起こそうとする	なし	10(76.9)	3(23.1)
	あり	31(83.8)	6(16.2)
作業が長く続かない	なし	6(66.7)	3(33.3)
	あり	36(85.7)	6(14.3)
人の話を自分のことと受け取って反応する	なし	22(75.9)	7(24.1)
	あり	19(90.5)	2(9.5)
遂行機能障害			
約束の時間に間に合わない	なし	12(75.0)	4(25.0)
	あり	27(84.4)	5(15.6)
仕事が約束どおりに仕上がらない	なし	5(83.3)	1(16.7)
	あり	28(80.0)	7(20.0)
どの仕事も途中で投げ出してしまふ	なし	8(80.0)	2(20.0)
	あり	25(80.6)	6(19.4)
記憶障害を補うために手帳を見るとでたらめの場所に書いてしまう	なし	18(69.2)	8(30.8)
	あり	15(93.8)	1(6.3)*
これまでと異なる依頼をするとできなくなってしまう	なし	4(40.0)	6(60.0)*
	あり	31(91.2)	3(8.8)*
社会的行動障害			
興奮する、大声を出す、暴力を振るう	なし	15(68.2)	7(31.8)*
	あり	29(93.5)	2(6.5)
思い通りにならないと決まって大声を出す	なし	16(69.6)	7(30.4)*
	あり	27(93.1)	2(6.9)*
他人につきまとって迷惑な行為をする	なし	37(80.4)	9(19.6)
	あり	5(100)	0(0.0)
不潔行為やだらしない行為をする	なし	27(77.1)	8(22.9)
	あり	15(93.8)	1(6.3)
自分が中心でないと満足しない	なし	27(79.4)	7(20.6)
	あり	15(88.2)	2(11.8)

注 * $p < 0.05$ (Fisherの直接確率検定)

Ⅳ 考 察

(1) 外傷性脳損傷患者の介護者における精神的健康度

菅崎¹³⁾の認知症高齢者の介護者

表7 日常生活動作能力と精神的健康度の関連

(単位 名, ()内%)

	GHQ-30	
	8点以上	7点以下
食事		
自立	28 (75.5)	9 (24.3)
	17 (94.4)	1 (5.6)
要介助		
移動		
自立	33 (78.6)	9 (21.4)
	12 (92.3)	1 (7.7)
要介助		
整容		
自立	22 (71.0)	9 (29.0)*
	23 (95.8)	1 (4.2)*
要介助		
トイレ動作		
自立	30 (76.9)	9 (23.1)
	15 (93.8)	1 (6.3)
要介助		
入浴		
自立	22 (73.3)	8 (26.7)
	23 (92.0)	2 (8.0)
要介助		
平面歩行		
自立	30 (78.9)	8 (21.1)
	15 (88.2)	2 (11.8)
要介助		
階段昇降		
自立	22 (73.3)	8 (26.7)
	23 (92.0)	2 (8.0)
要介助		
更衣		
自立	21 (70.0)	9 (30.0)*
	23 (95.8)	1 (4.2)*
要介助		
排便管理		
自立	23 (74.2)	8 (25.8)
	22 (91.7)	2 (8.3)
要介助		
排尿管理		
自立	24 (77.4)	7 (22.6)
	21 (87.5)	3 (12.5)
要介助		

注 * $p < 0.05$ (Fisherの直接確率検定)

の精神的健康度に関する研究では、介護者67名のGHQ-30の平均は 12.3 ± 8.0 点、精神的に不健康とされるGHQ-30合計が8点以上の割合は67.1%であったとしている。今回の調査ではGHQ-30の平均は 14.8 ± 7.6 点、8点以上の割合は75.8%であった。外傷性脳損傷患者の介護者における精神的健康度を定量的に調査した研究は皆無であり、今回の結果は今後の援助の有益な資料となると考える。

(2) 患者および介護者の特性と精神的健康度

今回の結果において、患者および介護者の特性に関連のみられたものは介護期間と睡眠時間であった。これらから介護者の体調管理への援助を含め、患者が高次脳機能障害を呈し、介護生活が始まる初期段階から介入が重要であることが示唆された。

(3) 高次脳機能障害の症状と精神的健康度

高次脳機能障害の症状としては、記憶障害を呈する患者が最も多かった。しかし、記憶障害は精神的健康度との関連は乏しく、関連がみられたのは遂行機能障害と社会的行動障害であった。種村ら¹⁴⁾は外傷性脳損傷では前頭前野および前部辺縁系、そしてその両者をつなぐ軸索が最も損傷されやすく、このような損傷により自己制御、すなわち自発性、抑制、方向付けに関する障害がおこる。この結果、遂行機能障害と注意・記憶などの認知機能に関する制御機能の低下、さらには心理社会的障害が現れ、これらの障害はコミュニケーション上に問題を生じ、社会的不適応を引き起こすことになる」と述べている。また、社会的行動障害は、モデル事業報告書⁸⁾ではパーソナリティーの変化や行動の障害とし、症状として、依存性・退行、欲求コントロール低下、感情コントロール低下、対人技能拙劣、固執性、意欲・発動性の低下、抑うつがあげられている。これらは、直接介護者への暴言や暴力を振るうなど感情や情緒の障害が主要症状であり、介護者の精神的健康度に関連を示したことが推察される。今後は外傷性脳損傷患者と介護者のコミュニケーションの特徴を捉

え、双方にとってストレスを引き起こさないための関係を再構築する必要性が示唆された。

(4) 日常生活動作能力と精神的健康度

結果から、日常生活動作に介助を要するほど精神的健康度が悪化することが明らかとなった。また、精神的健康度は整容、更衣に関連していた。これは、精神的健康度には身体を支えるなどの身体的な介助の量だけではなく、別の要因が影響している可能性が示唆される。すなわち、整容や更衣は比較的作業工程の多い動作であり、その作業工程それぞれに要する声かけや見守りなどの回数などが精神的健康度に影響していることが推察される。あるいは、身だしなみやTPOに合わせ適切な衣服を着るなど、他者との関わりに影響を及ぼす動作に介助を要することが介護者の精神的健康度を悪化させている可能性も示唆される。今回は動作が自立しているか否かを基準として調査したが、今後は各動作に要する声かけや見守りの回数や完成度など、さらに詳細な評価と精神的健康度の関係性の検討が必要と考える。

(5) 研究の限界

今回の研究は近畿圏を中心とする単一の脳損傷患者家族会に所属する介護者を対象として調査を行った。そのため、外傷性脳損傷患者の介護者の精神的健康度として一般化することはできない。すなわち患者家族会に所属する介護者は比較的介護者役割に適応していることが予想され、患者家族会に所属していない介護者との精神的健康度の違いは否定できない。また、他の家族会との運営上の差異や地域による違いなどからも影響を受ける可能性は否定できない。今後は、患者家族会の所属に関わらず、全国規模で調査を行い、さらなる検討が必要と考える。

V 結 語

今回の調査および考察を踏まえ、在宅外傷性脳損傷患者の介護者に必要な支援には以下の3点が重要であると考えられる。外傷性脳損傷患者と

介護者のコミュニケーションの特徴を捉え、双方にとってストレスを引き起こさないための関係の再構築、身だしなみやTPOに合わせ適切な衣服を着るなど、他者との関わりに影響を及ぼす日常生活動作の介助方法の指導、介護生活を維持していくための体調管理への支援である。また、これらの援助は患者が高次脳機能障害を呈し、介護生活が始まる初期段階からの援助が重要である。以上を踏まえ、今後の展望としては、介護者の精神的健康度を維持・増進していくための具体的な介入プログラムを考案し、その効果の検証を行いたいと考えている。そして一人でも多くの介護者が、患者とともに円滑に在宅生活や社会生活を営めるような支援に寄与したいと考える。

謝辞

本研究を進めるにあたり、アンケート調査に御協力いただきました脳損傷患者家族会の会員の皆様方に深謝致します。なお、本稿の一部を第32回日本高次脳機能障害学会学術総会（2008年、松山市）において発表した。

文 献

- 1) 種村純. 高次脳機能障害の理解. 高次脳機能障害支援コーディネートマニュアル研究会監修. 高次脳機能障害支援コーディネートマニュアル. 東京: 中央法規, 2006; 2-25.
- 2) 種村留美. 高次脳機能障害領域のこの10年と今後. 作業療法ジャーナル 2006; 40: 1281-9.
- 3) 東野定律, 柳漢守, 桐野匡史, 他. 要援護高齢者の主介護者における介護負担感と精神的健康の関係. 日本保健科学学会誌 2005; 8: 147-53.
- 4) 山口里美, 高田谷久美子, 荻原貴子. 在宅重症心身障害児(者)の介護者の精神的健康度と介護負

担感を含む関連因子の検討. 山梨大学看護学会誌 2005; 4: 41-8.

- 5) Toseland RW, Rossiter CM, Peak T, et al. Comparative effectiveness of individual and Group interventions to support family caregivers. Social Work 1990; 35: 209-17.
- 6) Kahan JK, Kemp B, Staples FR, et al. Decreasing the burden in families caring for a relative with a dementing illness. J Am Geriatr Soc 1985; 33: 664-70.
- 7) Stuart R, Walker, Rachel M, Rosser. QUALITY OF LIFE ASSESSMENT Key Issues in the 1990s. A health index and output measure. Springer, Heidelberg, 1993; 173-8.
- 8) 中島八十一. 高次脳機能障害支援モデル事業について. 高次脳機能研究 2006; 26: 263-73.
- 9) 厚生労働省社会・援護局傷害保険福祉部 国立身体障害者センター. 高次脳機能障害支援の手引き. 埼玉: 国立身体障害者センター, 2006; 14-21.
- 10) Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Maryland St Med J 1965; 14: 61-5.
- 11) 長谷川恵美子, 廣尚典, 島悟. 精神症状全般評価・精神健康度 臨床精神医学増刊号. 東京: 日本アーケメディア, 1999: 14-21.
- 12) Kitamura T, Sugawara M, Aoki M, et al. Validity of the Japanese version of the GHQ among antenatal clinic attendants. Psychol Med 1989; 19: 507-11.
- 13) 菅崎弘之. 在宅痴呆老人の介護者の精神的健康に関する研究. 老年精神医学雑誌 1994; 5: 565-75.
- 14) 種村純, 椿原彰夫. 脳外傷者のコミュニケーション障害の特徴. 総合リハビリテーション 2005; 33: 815-9.