博士論文

高次脳機能障害のある人を中心に据えたソーシャルワーク実践のあり方に関する研究
－本人の力を活用した援助の検討－

Study on the Person-Centered Practice in Social Work for the People with High-Order Brain Functional Disorder : Considerations for Support by Maximizing Competence in the Person

生活科学研究科　総合福祉科学コース

Ｄ12ＨＣ002　　林　眞帆

目次

序章　研究の背景と目的 …… 1

第１節　研究の背景 …… 1

１．高次脳機能障害者への施策動向… …… 1

２．高次脳機能障害者への支援の現状と課題 …… 2

第２節　研究の目的 …… 4

第３節　論文の構成 …… 7

第１章　高次脳機能障害の概要と研究動向 ……14

第１節　高次脳機能障害の障害特性 ……14

第２節　先行研究 ……16

１．高次脳機能障害者への支援に関する研究 ……16

２．本研究で使用する用語の整理 ……21

１）生活のしづらさ ……21

２）障害受容 ……22

第２章　高次脳機能障害のある人の社会生活上で生じる「生活のしづらさ」がもつ

意味に関する研究 －ソーシャルワークにおける働きかけの焦点の明確化－……30

第１節　調査の目的 ……30

第２節　調査の方法 ……30

第３節　調査の結果 ……31

１．自己の認識と事実のずれ ……31

２．積み重ねられない体験 ……33

３．自己による継続的否定 ……35

４．他者による継続的否定 ……36

５．社会関係への隘路 ……36

第４節　考察 ……38

１．「生活のしづらさ」の構造と過程 ……38

２．ソーシャルワーカーによる「生活のしづらさ」への働きかけの焦点 ……39

第３章　ソーシャルワークにおける高次脳機能障害のある人の対象認識に関する
研究 －〈受容なきままの覚悟〉をもって生きる存在－ ……43
第１節　調査の目的 ……43
第２節　調査の方法 ……43
第３節　調査の結果と考察 ……44
１．高次脳機能障害者のストーリーライン ……44
２．暮らしのなかで体験する出来事の意味 ……46
１）障害への気づき［経験①］ ……46
２）障害との対峙［経験②］ ……47
３）他者からの承認［経験③］ ……48
４）新たな現実への到達［経験④］ ……51
第４節　考察 ……52
第４章　高次脳機能障害のある人へのソーシャルワーク実践の特質に関する研究
－本人の「生活のしづらさ」へのアプローチからの考察－ ……56
第１節　調査の目的 ……56
第２節　調査の方法 ……56
第３節　事例の概要 ……57
第４節　調査の結果 ……58
１．本人への働きかけの効果 ……59
２．高次脳機能障害者への働きかけ ……61
１）絶えず本人の声を聴く ……62
２）現実への直視を支える ……62
３）本人の訴えを肯定し添い続ける ……63
４）本人をチームで支える ……63
５）本人を支える社会環境を創る ……65
第５節　考察 ……65

第５章　本研究で得られた成果 ……70
第１節　本研究の意義と独自性 ……70
１．研究結果の整理 ……70

２．本研究の意義と独自性 ……73
１）高次脳機能障害者へのソーシャルワーク実践への貢献 ……73
２）障害領域におけるソーシャルワークへの貢献 ……75
３）研究方法への貢献 ……76
第２節　本人の力を活用した援助のあり方の検討 ……77

終章　残された課題と今後の研究の展望 ……82
第１節　本研究の限界と残された課題 ……82
第２節　今後の研究の展望 ……83
１）研究成果の活用に向けた提言 ……83
２）社会啓発活動に向けた提言 ……85
参考資料一覧　……87

序章

研究の背景と目的

第１節　研究の背景

１．高次脳機能障害者への施策動向

現在、高次脳機能障害者は[1]、日本国内に 30～50 万人いると言われている[2]。高次脳機能障害とは、頭部外傷や脳血管障害による脳損傷の後遺症であり、特に認知機能障害に起因する社会生活を営む上で支障となる障害である。また、「高次脳機能障害」の呼称については、診断、リハビリテーション、生活支援などの手法が確立しておらず早急な検討が必要であることから、行政上の疾患区分として「高次脳機能障害」として導入された概念である（中島 2007）。ただし、米国精神医学会では、国際疾病分類（International Classification of Diseases ; ICD）を基礎に精神疾患の診断・統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; DSM）のなかで外傷性脳損傷による軽度認知障害（認知症）と、他の医学的疾患による軽度認知障害（認知症）に分類し診断基準を示している。今後、わが国においても高次脳機能障害という診断名および診断基準の見直しが図られることが予想される。

わが国における高次脳機能障害への関心は、1980 年代に脳血管障害の後遺症として残る障害に関心が寄せられたことから始まる。1990 年代に入ると若年者の交通事故後の病態への対応の困難さが医療専門職や家族から報告され、リハビリテーション学会による講演やシンポジウムが各地で開かれるようになり、1996 年に「成人後の知的障害」として国会に取り上げられることとなる。また、1997 年頃より脳外傷を中心に身近な家族による支援の重要性が認識され始め、家族同士で協力し支え合うことを目的として「家族会」が結成される。併せて、家族と専門家が協働で国や関係機関に働きかけ、脳外傷者の実態調査や支援施策の確立などを求めた。1999 年には、東京都による「高次脳機能障害者実態調査」から、就労上の課題やサービスの不備など、具体的ニーズが明らかにされた。とりわけ、医療や福祉に携わる専門職の間でも十分に理解されておらず、診断・リハビリテーションプログラム、生活支援の方法が確立していないことが問題とされた。

そこで、厚生労働省は、具体的な支援策を検討する目的で 2001 年（平成 13 年）から 3 か年計画で国立重度障害者センターおよび地方自治体において、「高次脳機能障害者支援モデル事業」を実施した。この事業では、医療・福祉現場における問題点を整理し、高次

脳機能障害者に対する包括的なサービスを提供するために必要な診断基準の明確化、および社会復帰・社会参加への支援の確立を目指すものであった。その結果、診断基準、訓練プログラム、社会復帰・生活・介護支援プログラムの開発に至る。また、2004 年には都道府県による高次脳機能障害者支援システムの整備が図られ、2006 年には、障害者自立支援法に基づき都道府県が行う専門性の高い相談支援事業である「高次脳機能障害支援普及事業」が開始された。この事業では、各都道府県に高次脳機能障害者支援拠点機関を設置し、そこに相談支援コーディネーター（社会福祉士、保健師、作業療法士等）を配置した。これにより、専門的な相談支援の提供や関係機関との連携・調整を図り、地域での高次脳機能障害者支援の普及を図っている。また、国立障害者リハビリテーションセンターでは、高次脳機能障害支援普及全国連絡協議会の開催や、支援拠点機関などの職員の研修会などを実施し、専門職の知識・技術の向上に努めている。さらに、高次脳機能障害情報・支援センターを設置し、高次脳機能障害に関する情報の発信をとおして、高次脳機能障害者への理解の促進、支援体制の整備を図っている。

他方、高次脳機能障害者への福祉的取り組みは、その特徴や発症・受傷による病態から精神保健福祉領域の障害と位置づけられ、精神障害者保健福祉手帳の取得による各種福祉サービスの利用が開始された。しかしながら、日本成年後見法学会の高次脳機能障害者に関する研究委員会の報告によると、精神保健福祉手帳の取得が年金受給の条件であるものの、この手帳による福祉サービス利用のメリットは少なく、偏見や差別を生じることもあり手帳の取得者も多くはないことが指摘されている（2006：4）。加えて、障害申請の診断項目のなかに高次脳機能障害が反映されていないなどの課題が明らかになったことから、厚生労働省は、2012 年から障害年金の認定に関する専門家会合を実施し、新しい医学的知見を取り入れた認定基準の見直しを図り、高次脳機能障害者の安定した経済的確保に取り組んでいる。

２．高次脳機能障害者への支援の現状と課題

近年、障害者への支援は、障害者自立支援法ならびに障害者総合支援法において、地域社会における共生の実現に向けて日常生活および社会生活を総合的に支援することが目標とされている。また、包括的な支援体制の構築を目指す地域包括ケアシステムにおいても、高齢者だけでなく障害者も含む地域のすべての住民のための仕組みとして位置づけられていることからも、障害者が地域で継続して生活できるような支援体制を構築する重要性は

いうまでもない。

現在では、障害者総合支援法のなかで、障害者のケアプラン作成が義務付けられたことにより、利用者ニーズの具現化に向けた支援が一層求められる状況にある。なかでも、高次脳機能障害者への支援には、専門性の高い相談事業と位置づけられているほどに専門的知識と技術が求められる。例えば、高次脳機能障害の診断や訓練に関する情報提供や、自賠責保険の調整や申請、障害年金の申請、各種機関との連絡調整な多岐にわたる。とりわけ、高次脳機能障害は、記憶障害や注意障害などの特性から社会生活や日常生活に支障をきたすため、契約や金銭・財産管理の面からも権利擁護は欠かせないサポートである。しかし、高次脳機能障害者への相談支援においては、専門性の高い相談支援として位置づけられたものの、高次脳機能障害の特性や個別性を踏まえた支援方法が示されているわけではなく、『障害者ケアガイドライン』(3)や『相談支援の手引き』(4)として示された支援内容に準拠するものである。実際には、高次脳機能障害者の具体的な生活ニーズは、日々の活動だけでなく、生計や就労、教育や社会参加まで各世代においても多様であるため、社会福祉の諸制度のみならず、社会保障、医療など関連する知識や、関連機関との連絡調整、利用者の権利擁護など高度で幅広い専門的な実践力が求められる。それゆえ、専門性の高い相談援助を担う専門職養成は重要課題である。

実際に、高次脳機能障害者に対する広範囲な相談支援を中心的に担っているのは、相談支援コーディネーターである。しかし、適切な資源への橋渡しやネットワークを構築するための連携力が期待されていることもあり、個別具体的な課題への総合的な対応が不十分であるという指摘がある（生方・大橋 2007）。また、相談支援コーディネーターの配置が都道府県の裁量に委ねられてるいこともあり、配置形態や配置数の地域間格差の課題も報告されている（白山 2012）。実際に青木・白波（2009）の調査(5)では、高次脳機能障害者や家族は多様な悩みを抱えており、身近な地域で相談したいというニーズをもっている。反面、支援施設の 7 割が障害特性の理解と対応の困難さなどから支援に苦慮している実態が明らかにされている。このように、支援する側の困難さへの認識は、他方では、高次脳機能障害者やその家族の相談ニーズが満たされず、悩みや問題を抱えたままの状態を示していると言える。高次脳機能障害は、地域生活のなかで顕在化することも多く、一人ひとりの障害特性が異なるうえ、本人の社会的背景や環境との関係によって、より複雑なものになる。それゆえ、専門職の養成や、具体的な支援方法の確立などを通じ、利用者のニーズ実現に向けた相談支援体制づくりが急がれる。

他方、制度やサービスなどマクロ的な側面にもいくつかの課題がある。現行の制度では、高次脳機能障害は個別性の高い障害でありながらも、精神保健領域に含まれる障害として精神障害者保健福祉手帳の対象となる。つまり、他障害を対象とするサービスを利用せざるを得ない状況にあり、付け焼刃的な制度設計になっていることは否めない。つまり、必要かつ適切なサービス提供ができる体制であるとは言いがたい。

なかでも、短期記憶や遂行機能に障害がある場合には、就労が困難となるため経済基盤の確保は緊急の課題である。高次脳機能障害者の生計は、生活保護もしくは、障害年金が柱となる。障害年金においては、身体障害など他の障害と合算できなければ、概ね障害厚生年金の３級に該当し、一時金の支給に留まる。また、就労サービスのＡ型（一般就労）では、最低賃金が保障されるものの、Ｂ型（福祉就労）では、月額２万円にも満たないことが多い。

また、先述した青木らの調査でも明らかなように、高次脳機能障害者への支援に困難さを感じている施設が７割以上あることから、３障害一元化の現行制度下では高次脳機能障害者の生活問題やニーズに対応できない状況にある。つまり、高次脳機能障害者のサービスニーズに合致する資源の不足、彼らを専門的に支援できる人材の不足などの現行制度の不備は、それを担う施設にも支援上の課題をもたらしている。

以上のことから、高次脳機能障害者の地域生活を支える社会福祉の課題は、高次脳機能障害者の生活問題への介入とともに、制度やサービスの見直し、新たな社会資源の開発、社会福祉サービスを提供する組織運営や人材の育成など山積している。つまり、この領域への社会福祉の取り組みが遅れていると言わざるを得ない現状がある。このことから、高次脳機能障害者の地域生活支援を推進する方法の体系化は、ソーシャルワーク研究において重要なテーマであると言える。

第２節　研究の目的

本研究の目的は、高次脳機能障害者の地域生活支援を推進するためにソーシャルワーカーが依拠する援助理論の構築を目指すものである。これまで十分に明らかにされてこなかった高次脳機能障害者の生活のしづらさとその構造および本人による取り組みを解明し、先駆的事例におけるソーシャルワーカーの援助を分析することをとおして、高次脳機能障害者の地域生活支援を推進するアプローチを明らかにしたい。具体的には、高次脳機能障害のインタビュー調査を実施し、本人自身が感じている生活のしづらさと、その状況に対

する本人なりの取り組みを解明する。加えて、そこで得られた結果と実践事例から、本人自身の力を活用した援助のあり方について検討するものである。

また、本研究においては、本人を中心に捉えることを重視する。これまで、障害のある人への相談援助は、「個別支援よりも施設における集団主義によるケアワーク的な要素が強く」（新井 2010：63）、リハビリテーション医療との関連から障害の克服や受容に重きが置かれてきた経緯がある（南雲 1998；松岡ら 2012）。それは、障害者とソーシャルワーカーとの間にパワー関係の問題や実践上の倫理的ジレンマとして今なお、議論の途上にある（松岡・横須賀 2011）。しかし、ソーシャルワーク実践は、「身体的な障害などにかかわらず、他者を含めた社会とのつながりのなかで、自己の存在やその意味を確認し、生きがいや日々の行動への意欲を得るような機会を保障する」（空閑 1999：8）ものである。そして、本人は、障害とその課題に直面してもなお、「個人は自己の生活要求を放棄するわけにはいかないのであって、生活者としての主体性をどこまでも主張する」（松本 1993：60）存在である。また、ソーシャルワークの援助は、本人の人生は本人のものであるという原則といかなる問題も本人以外は解決できないという実践の価値を重視し、解決主体としての本人の歩みを社会関係というつながりの中で支えていくことである（岩間 2000：26）。この観点に立脚し、本研究は高次脳機能障害者の語りを重視し、本人の理をもとに本人と環境との全体像を踏まえながら援助の方向性を探るものである。

研究の第一次的な意義としては、以下の３点が考えられる。

第１は、本研究では、これまで取り組みが遅れていたこの領域において、本人自身が感じている高次脳機能障害者の社会生活上の生活課題とニーズを具体的に示すことになる。それは、ソーシャルワーク実践において、機能や能力的な課題のみに焦点をあてるのではなく、生活の全体性から本人に起きている出来事の意味への理解を促し、ニーズの実現に向けたアプローチを検討することを助けることができる。また、本研究において本人と社会環境との関連で彼らの生活課題を捉えることにより、個人と社会、その両方へのアプローチの必要性への認識を深め、ソーシャルアクションが求められるこの領域での実践に示唆を与えることができる。

第２は、高次脳機能障害者へのソーシャルワーク実践の枠組みを提供できる点である。本研究において高次脳機能障害者の生活課題、高次脳機能障害者の特性、援助の特質を明らかにすることにより、本人の生活問題とニーズに対してどのような役割を果たし、どのように働きかけるのかを示すことになる。なかでも、本人の力を活用した援助のあり方の

提示は、社会的なサポートを受けつつも、自分の人生を自身で引き受け、自分らしい生き方を選択しなければならない現実を生きる高次脳機能障害者のセルフエンパワーメントを助けることになる。つまり、ソーシャルワーク実践で従来から重視している本人による問題解決の過程を支える援助理論を提示することになる。とりわけ、本人の語りや現場の先駆的実践事例をもとに実践の理論化を試みたことは、より現場の実践に役立つ援助理論として意味をもつ。

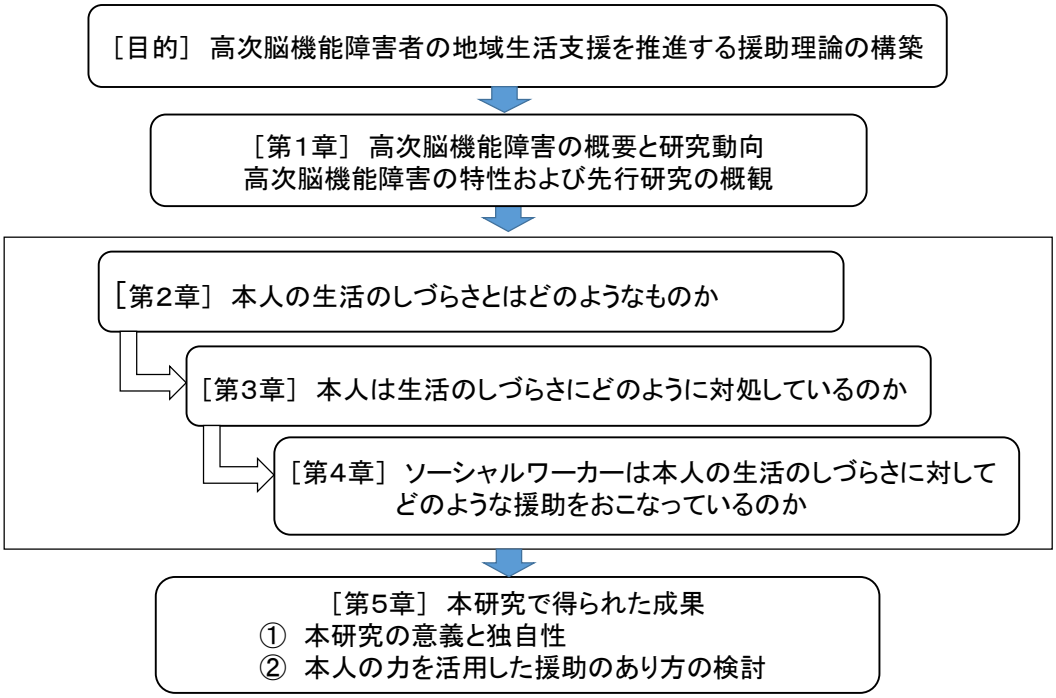
第３は、従来から指摘されてきた障害受容の文脈で語られる援助では、本人の力の活用ではなく、望ましい本人のあり方を社会が求める方法と言わざるを得ない。本研究では、障害受容を自明視する援助のあり方を懐疑的に捉え、本人にとっての障害受容の意味を明らかにする。このことから、障害受容に重きを置いてきたこれまでの障害者支援に新たな視点とアプローチを提供できるものと考えている。

さらに、第二次的な要素は、高次脳機能障害者への援助に関する実証的な研究が十分でなかったソーシャルワーク研究において、重要な意味をもつと考えている。国や都道府県では、高次脳機能障害への理解を深めるために症状とそれに対する関わり方についての研修や講演会が開催され、専門職性の向上や社会啓発に働きかけている。それは、あくまでも、障害特性の理解であり高次脳機能障害者を画一的に捉えることに他ならず、高次脳機能障害者の本質的な理解へのアプローチとは言い難い。本研究において、高次脳機能障害者の本質を導きだすことにより､この領域でのソーシャルワーク研究を進める契機となる。加えて、本研究は、本人の語りから理論を導くことを重視して取り組んできた。このことは、自らの状況やニーズを言語化でき難いという特徴ゆえに対応困難とみなされやすい事象に対する挑戦的な試みであった。それは、知的障害のある人や、認知症のある人など判断能力や遂行機能に課題を有す事象に対する研究および実践の可能性を拓くものである。

以上のことから、本研究の課題を次の３つに設定する。第１は、高次脳機能障害により生起する生活のしづらさを明らかにする。高次脳機能障害は、新しい障害であることから障害特性による行動・活動上の課題への対応が先行し、障害のある本人への視点と生活の全体性からの生活課題については十分理解されてない。この課題への取り組みは、援助の対象と目的を明らかにするものである。第２は、高次脳機能障害者は、生活のしづらさに対して自らで何らかの手立てを講じているのか。もし、対処しているとするならば、それはどのようなものかを明らかにする。高次脳機能障害に付随する出来事や経験に対する本人なりの努力や工夫を明らかにすることは、本人主体の援助のあり方を検討するうえで、

重要な作業である。第３は、高次脳機能障害者の生活のしづらさに対してソーシャルワーカーは、どのような援助を行っているのか。また、生活のしづらさと援助との関連性について明らかにする。言うまでもなく、現場の実践事例には、ソーシャルワーカーの知識と経験が豊富に存在する。ソーシャルワーカーの実践を分析することにより、本人の側に立った援助を推進するための重要な示唆が得られると考えている。これらの課題については、論文の中では、第１の課題は、第２章、第２の課題は、第３章、第３の課題は、第４章で対応している。また、これらを基にした結論は第５章で示している。

図１：本論文における研究課題の展開



第３節　論文の構成

高次脳機能障害とは、交通事故や脳の疾患が原因で起こる大脳の障害であり、認知機能の障害や感情・情動の障害など多様で複雑な障害である。特に本人が自覚している認識と事実の齟齬は、日常生活に大きな影響を与える。たとえば、視覚的には問題がないが、左側がわからない。見えているという認識のなかで活動するため、危険が伴う。また、文字や時計の読み違いなど健常者によくある勘違いや思い違いのような状況が生活の至るところで起こる。部屋や建物のどこから入ってきたのか、どこから出ればいいのかドアがあってもわからない、エレベーターなど今までできていた操作ができないなど周囲から見る

と認知症と思われるような行動を起こす。ただし、指摘されれば理解する。つまり、認知症のように忘れてしまうわけではない。このように、高次脳機能障害は本人にも他者にも、時々起こる筋違いな失敗として映るため障害とて認識しづらいことが問題をより複雑にさせている。加えて、この障害は，時間的な経過や物理的・社会的な環境の中でさまざまなかたちで表出されることから、わかりづらいという特徴をもつ。それゆえ、社会福祉実践のなかでは、対応が難しい人と位置づけられてきた（生方・大橋ら 2007；青木・白波 2009；白山 2012）。言い換えれば、援助する側の困難さへの認識は、他方では、本人自身が深刻な生活課題を抱えたままになっていることを示すものである。

本研究は、これまで十分に明らかにされてこなかった高次脳機能障害者本人の生活困難な状況とそれに向かう主体的な活動に焦点をあてて、本人なりの努力や工夫による生活再建を目指す過程の解明を志向している。それは、高次脳機能障害とともに生きる過程にある本人と環境との関連の全体像を明らかにすることになり、本人自身が問題を解決することを支えるアプローチを明示することになる。そのため、本研究は、高次脳機能障害者の語りや、ソーシャルワーカーなどの援助者を対象に実践事例についてのヒアリングデータを素材に、質的研究法を用いてデータ分析を行っている。分析方法については、定性的データ分析およびナラティブ分析を採用している。

本論文は、序章と終章のほか、第１章から第５章で構成されている。

序章では、研究の背景を述べるとともに高次脳機能障害者への相談支援の現状と課題、本研究の目的、論文構成を示した。

第１章では、高次脳機能障害の障害特性と活動上の特徴を整理した。また、高次脳機能障害者への支援に関する先行研究のレビューを行った。その結果、高次脳機能障害に関する研究は、モデル事業と並行して行われた厚生労働省科学研究による医療分野の研究が先行していることがわかった。他方、この分野のソーシャルワーク研究は、就労支援に関する研究や家族介護の問題に関する研究が散見される程度であり、この分野のソーシャルワークの研究が非常に少ない。また、欧米の研究は、外傷性の高次脳機能障害者と疾患によるそれとが区別され、外傷性の高次脳機能障害を対象とする論考が中心であり、日本と同様に家族やきょうだいの介護負担の軽減に関する研究が散見される。また、本研究では、高次脳機能障害者の生活のしづらさを抽出することや、本人のライフストーリー分析において障害受容を分析の枠組みとしたことから、本研究で使用する「生活のしづらさ」と「障害受容」について、先行研究のレビューをもとに用語の整理を行った。

第２章では、高次脳機能障害者の生活のしづらさをインタビュー調査と定性的コーディングから明らかにした。その結果、①積み重ねられない体験、②自己の認識と事実のずれ、③自己による継続的否定、④他者による継続的否定、⑤社会関係への隘路の５つの生活のしづらさが確認された。また、生活のしづらさは、本人と環境（社会）、および、その双方への介入の必要性を示していたことから、ソーシャルワーカーの働きかけの焦点を 16 項目提示した。

第３章では、高次脳機能障害者へのナラティブ・インタビューからストーリーへの接近を試み、本人による問題解決の仕方に焦点をあて、障害受容との関連から高次脳機能障害者の特性を明らかにした。ここでは、高次脳機能障害者は、障害を受容も拒否もしないまま、いくつかの課題に立ち向かいながら生きているという〈受容なきままの覚悟〉をもって生きる存在であるという対象に認識を示した。さらに、本人には、自分や自分自身の暮らしを変えていく力、社会や環境に関わり変化や反応を起こさせる力があることを確認した。この対象認識は、障害受容を促進することに力点が置かれたこれまでの障害者援助の方向性の転換に示唆を与えるものである。

第４章では、高次脳機能障害者への実践事例とソーシャルワーカーへのヒアリング調査の分析を通じて、生活のしづらさに対する援助の特質を明らかにした。分析結果から、①絶えず本人の声を聴く、②現実への直視を支える、③本人の訴えを肯定し添い続ける、④本人をチームで支える、⑤本人を支える社会環境を創るという５つのカテゴリーと、①絶えず本人の声を聴く、②自分に向き合うことを支える、③課題に目を向けることを支える、④訴えを肯定的に支持する、⑤本人の意向を支持する、⑥本人の訴えに添い続ける、⑦多職種と統一した目標で関わる、⑧チームで不安の解消に努める、⑨本人の理解者を増やす、⑩家族の不安や戸惑いを支える、⑪本人の社会関係を把握する、⑫本人への対応の改善に取り組む、⑬本人の日常生活を支えるという 13 のコードを析出した。これらが示す援助から、「徹底して本人に添い続けること」と「滋養的な環境を創る」という援助の特質を明らかにした。このような特質をもつ援助によって、本人の意欲と前向きな問題解決への取り組みが支えられ、環境との新しい関係づくりが促進されることを示した。

第５章では、第２章、第３章、第４章で得られた結果を整理し、本研究で得られた成果について、本研究の意義と独自性を示した。また、調査結果を踏まえて本人の力を活用した援助のあり方ついて言及した。本研究の成果については、高次脳機能障害者のソーシャルワーク実践への貢献と、障害領域におけるソーシャルワークへの貢献、研究方法への貢

献の３点から整理した。高次脳機能障害者のソーシャルワーク実践への貢献では、この領域での実証的な研究が十分でなかったソーシャルワーク研究においてソーシャルワーカーが依拠できる援助理論を明示したことの意義を述べた。具体的には、効果的な援助を進めるためのアセスメントや介入、評価のために必要な視点とソーシャルワークの知識を提供することができることを述べた。また、本研究では本人には課題に取り組む力があること、さらに本人の取り組みの過程には障害受容とは距離を置きつつ本人の生きる覚悟があることが確認できたことから、本人の力を活用したソーシャルワーク理論、障害領域におけるソーシャルワーク理論の構築の可能性について述べた。さらに、本人の力の活用には、本人のニーズ実現や権利擁護に向けたアドボカシー機能が重要であることを論及した。

研究上の意義としては、本研究において、高次脳機能障害者本人を調査対象者としてデータを収集し、本人の語りを活用した分析方法を選択した。このような本人主体を重視する研究方法は、本人主体を主眼におくソーシャルワーク実践研究における研究の意義と独自性があることを述べた。加えて、本研究は、高次脳機能障害者の実態および現場の援助という社会的現実から出発し、ソーシャルワーカーの実践経験を通じて獲得した個別の知を共通の知への体系化を試みたことは、実践の科学化を指向するソーシャルワーク研究において意義があることを述べた。

終章においては、まず本研究の限界と残された課題について整理した。１点目は、高次脳機能障害の診断を受けている人が少ないことから調査対象者の選定が難しいことや、障害特性から出来事や感情を言語化することが容易ではないことから調査対象となる人が限定されることを挙げた。それにより、経済的な課題や、住まいに関する課題、社会参加や余暇など具体的な生活ニーズが明らかにされなかったと考えている。このことから、高次脳機能障害者の地域生活を経年的に把握する研究手法の確立の必要性を述べた。２点目は、高次脳機能障害者の地域生活を総合的に支援している事例が少なく分析事例数と内容の厚みに関する課題を挙げた。また、生活のしづらさには、本人と社会との軋轢や社会制度の不備や欠損が抽出されたが、実践事例やソーシャルワーカーへのヒアリングでは、新たなサービスの開発や制度の改善に向けた内容についてのデータが得られなかった。今後は、多数事例の収集と分析、事例分析におけるトライアンギュレーションなどの手法を用い結果の信頼性を高める必要性を述べた。３点目は、本研究では、受傷原因を区別せずにデータ収集をおこなった。今後、原因別に診断名が変更される可能性を鑑み、障害原因別のデータ収集による再分析が必要になる点を挙げた。４点目は、高次脳機能障害者への援

助の枠組みを提示したものの、検証できなかったこと、それゆえ、実践モデルの構築までに至らなかったことを挙げた。結果の検証と実践モデルの構築による地域生活を推進する方法の体系化への取り組みを今後の研究課題として述べた。

最後に、今後の研究の展望として、研究成果の活用に向けた提言と、社会啓発活動に向けた提言をおこなった。本研究成果は、高次脳機能障害者のソーシャルワーク実践の体系化に寄与できること、高次脳機能障害者の支援に携わる専門職養成に貢献できることの２点を示した。また、社会啓発活動においては、本研究結果は、高次脳機能障害者の本質的理解および生活ニーズを明確化したことから、偏見やスティグマの解消に向けて取り組み、高次脳機能障害者の権利擁護の推進に貢献できることや、必要な社会資源の開発、制度改革、政策のあり方への提言などマクロ的な取り組みへの示唆を与えることを述べた。加えて、高次脳機能障害者の生活実態の調査や、政策立案、施設サービスの評価などに貢献できることを述べた。

なお、本研究における調査研究は、日本社会福祉学会の研究倫理指針に基づき、倫理的配慮を行っている。また、筆者が所属する大学の研究倫理委員会の承認を得た。調査対象者には研究目的・個人情報保護・データの取り扱い・同意取り消しの権利・発表の許可などについて文章と口頭で説明し、同意を得ている。口述データについては、その本質や分析の焦点が損なわれない範囲において、特定の事例と判別できないように関連しない箇所については省略もしくは改変している。

注

（1）本研究では、「高次脳機能障害者」および「障害」と表記する。その背景には,「障がい者制度改革推進会議」においても結論が得られていないこと、本研究では障害に伴う生活課題に着目するものであり、障害を個人の属性として捉えてないことなどによる。また、本研究では、個人およびその問題の個別性を重視する点から文中では「本人」と一人称で表記する。

（2）高次脳機能障害者発生数調査に関する全国調査は行われていないが、厚生労働省が2004 年に大阪府と長崎県で行った実施調査をもとに、全国の高次脳機能障害者数を 30 万人と推計している。また、2008 年に東京都が行った調査をもとに橋本は 50 万人と推計している（橋本 2009).

（3）厚生労働省は、障害者の保健・福祉党のサービスを提供していく上でのケアマネジメントの援助方法にかかる理念、原則、実施体制を示し、利用者に必要なサービスを総合的かつ一体的に提供する目的で、2002 年『障害者ケアガイドライン』を示した。このガイドラインには、ノーマライゼーションや自立支援、社会参加、エンパワーメントの視点などを重視することが示されている。

（4）2005 年には障害者自立支援法の制定に伴い、ケアマネジメントの円滑な運用にむけた『相談支援の手引き』が作成された。ここでは、障害者の地域生活と就労を推進し、自立を支援する観点から、本人主体と権利擁護、自己決定と自己選択を基本原則とした相談支援の基本的な考え方と権利擁護を重視したケアプラン作成の方法、相談支援のプロセスなどを示されている。

（5）青木ら（2009）は、札幌市内の精神・身体・知的障害者関連の障害福祉サービス提供機関 248 施設にアンケート調査を実施し 73 施設からの回答から、支援状況の把握と今後の課題を明らかにしている。なかでも、支援施設の 7 割が高次脳機能障害者への知識・情報不足や対応の困難さ、支援方法がわからないなどの課題を抱え、支援の困難さを感じていることを明らかにし、具体的な方法論の必要性を指摘している。

引用文献

American Psychiatric Association（2013） *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*,（=2014, 高橋三郎監訳『 DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』医学書院. ）

青木美和子・白波瀬聡子（2009）「高次脳機能障害者に対する地域生活支援に向けて」『札幌国際大学紀要』40, 1−10.

生方克之・大橋正洋・瀧澤学・藤森弘子・米山美保（2007）「地域生活支援の現状と課題」『総合リハビリテーション』35(9), 881−886.

岩間伸之（2000）「第２章ソーシャルワークの根源を何に求めるか」『21 世紀の架け橋〜社会福祉のめざすもの 第３巻社会福祉援助と連携』中央法規出版, 162−169.

大賀有記（2008）「急性期病院における患者と家族の体験する悲嘆作業−３つの『観察軸』を用いたソーシャルワーク・アセスメント」『社会福祉学』49(3), 41−52.

橋本圭司（2009）「わが国における現状と課題（特集）高次脳機能障害者治療の実践」『総合リハビリテーション』37(1), 7-10.

空閑浩人（1999）「ソーシャルワークにおける実践の視点再考」『ソーシャルワーク研究』25(3), 7−9.

白山靖彦（2012）「わが国における高次脳機能障害者支援の現状と課題」『四国歯学会』24(2), 1−6.

中島八十一（2007）「高次脳機能障害者支援のこれまでと今後」『脳外誌』16(12), 936−942.

松岡克尚・横須賀俊司編（2011）『障害ソーシャルワークへのアプローチ　その構築と実践のジレンマ』明石書店.

第１章

高次脳機能障害者の概要と研究動向

第１節　高次脳機能障害の障害特性

高次脳機能障害とは、一般的に、脳血管障害（脳梗塞・脳出血など）、頭部外傷（交通事故、転落、滑落、転倒、打撲などによる外傷性脳損傷）、その他に脳炎、脳腫瘍、低酸素脳症などを原因とし、脳の部分的な損傷により、記憶、注意、思考、学習、言語などの機能に障害が起こった状態のことを「高次脳機能障害」という。厚生労働省のモデル事業では、主に交通事故など外傷性による高次脳機能障害者に関心が寄せられてきたが、高次脳機能障害者への支援の対象は、児童から高齢者まで幅広い年代にわたるものと認識すべきであろう。

障害特性には、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、行動と感情の障害、失行、失認、半側空間無視、失語症などがある。しかし、平成 16 年に高次脳機能障害の診断基準の明確化に伴い、行政的には、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害を主たる要因として日常生活及び社会生活の適応に困難を有す状態を「高次脳機能障害」と定義することになる。

高次脳機能障害と診断される基準は、第１に一定の症状に該当するか、第２に MRI、CT、脳波などにより認知障害の原因と考えられる脳の器質的病変の存在が確認されているか、あるいは診断書により脳の器質的病変が存在したと確認できるかによる。一定の症状とは、①脳の器質的病変の原因となる事故による受傷や疾病の発症の事実が確認されていること、②現在、日常生活または社会生活に制約があり、その主たる原因が記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害があることが示されている。

高次脳機能障害は、いくつかの特性があるが、日本成年後見法学会が実施した調査[(1)]では、記憶障害（90%）、注意障害（82%）、遂行機能障害（75%）を示すことが多いことや、３つの特性を併せ持つ人の割合が 70%であることも示されている。このことから、これらが複雑に絡み合い、対人関係や感情のコントロールなど日常のなかで顕在化しさまざまな支障をきたしていることが推測される。障害特性と活動上の特徴については、表１に整理した。

表1:高次脳機能障害の障害特性と特徴

障害特性（症状）		活動上の特徴
記憶障害	比較的古い記憶は保たれているが、新しいことを覚えることが難しい。	＊同じことを何度も質問する ＊物の置き場所を忘れる
注意障害	注意や集中力が低下し、一つのことを続けることや、同時に二つ以上のことをすることが難しい。	＊気が散りやすい ＊作業にミスが多い
遂行機能障害	必要な情報を整理し、計画し、処理する一連の作業が難しい。	＊指示をすれば行動できるが、指示なしでは行動できない ＊思いつきだけで行動する
行動と感情の障害	感情的になり、興奮すると感情が抑えきれない。また、障害を受け止めきれず、抑うつ的になることもある。	＊興奮し、突然怒り出す ＊欲しいものを我慢できない
地誌的障害	よく知っている場所でも道に迷ったりし、新しい道順を覚えることが　難しい。	＊家に戻ってない
失行	手足は動かすことができるのに、意図した動作や指示された動作を行うことが難しい。	＊道具が上手く使えない ＊動作がぎこちない
失認	物を見たり、聞いたり、触ったりしても、それが何であるか理解できない。空間における物の位置関係が分からない。	＊物の形が分からない ＊片側だけよく見落とす（半側空間無視） ＊よく行くスーパーで迷う
失語症	他の人に意思を伝えることや、他の人が言ったことを理解することが難しい	＊わかっているのに伝えられない ＊理解できないが意味のない言葉を発する
病識欠落	自分が障害をもっていることをうまく認識できない。	＊障害がないかのように振るまったり、言ったりする。

高次脳機能障害は、①外見上は障害が目立たない、②本人自身が障害を十分に認識できていないことがある、③障害は時間や疲労、環境・状況により著しく変化するなどの特徴をもつ。ここで、表１にあるいくつかの活動上の特徴を具体的に示してみる。

例えば、記憶障害では、新しいことを覚えられないなど短期記憶の障害が著しい。それは、数分前のことを忘れるほど深刻である。約束の時間や場所を忘れる、道順を忘れる、作業の手順を忘れるなど、日々の入ってくる情報を更新することができなくなる。注意障害は、電話を掛けながらメモができないなど同時に二つのことができない。遂行機能障害は、計画的に物事を進めることができない。時間どおりに作業を進められず、また、予定を確認しながら次の行動に移ることができ難い。行動と感情の障害は、最も対人関係に影響を及ぼす障害である。感情のコントロールが困難であることにより、易怒性が高まり暴言や暴力的な行動が現れやすい。ただし、本人に善悪の意識はあり、コントロールできないことに苦しみ抑うつ的になり、不安が増大する。地誌的障害は、いつもの通い慣れた道でも迷い、自宅に戻れなくなる。そのため、ひとりで外出ができない。失行は、着衣の動作時などによく見受けられる障害である。ズボンの前後がわからない、シャツのどこに手を入れたらいいかわからないなど､認識と動作がうまくかみ合わず動作がぎこちなくなる。失認は、空間的な物の位置関係が認識できず、自分がどの位置にいるかわからなくなり、自宅内でも迷う。また、左側を認識できず見落とす（左半側空間無視）ため、物にぶつかる、つまずく、転落するなど動作に危険が伴うことになる。このような特徴がいくつも絡

み合うことが日常生活を不安なものにさせる。ただし、知的能力が低下するのは稀であり、記憶障害は認知症のような進行性ではないため、現実を客観的に認識できるところにこの障害の困難さがある。このような状況について、高次脳機能障害者の山田（2004）は、以下のように述べている。

「ふつうに歩き、人と話し、普通の主婦として子どものお弁当を作り幼稚園に出し、マンションの奥さんたちとおしゃべりをする毎日。ふつうの社会生活をふつうにやっているように見えるのだが、ほんの短い時間でついさっき人と約束したことを忘れる。子どもの幼稚園バスのバス停までお迎えに出て、一生懸命歩道橋を渡っている間に何をしにここまで来たのか忘れる。自分のマンションの中で一瞬どちらに歩いていくべきか方向感覚を失う。…いつも「どうしたらいいの」と誰かに聞いて答えを求めている自分に気づくようになった。」（山田 2011：1−4）。

高次脳機能障害は、「谷間の障害」、「見えない障害」と呼ばれるほど、障害特性や特徴からだけでは理解できない生活の困難さが存在する。高次脳機能障害者の援助において、障害に付随する活動や行動上の課題だけでなく、暮らしの行為者である本人の生活を総合的かつ包括的に捉えることは高次脳機能障害者への支援を考えるうえで至要な作業であると言えよう。

第２節　先行研究

１．高次脳機能障害者への支援に関する研究

高次脳機能障害に関する研究は、厚生労働省科学研究による医療分野の研究が先行し、モデル事業と並行して開始された。まず、この分野での研究は、障害状況と支援についての追跡調査(2)から始まった。この調査報告は、高次脳機能障害者の生活実態を把握するうえで意義深いものであった。特に、認知機能障害の特性をもつ患者の自宅復帰率が低く、地域生活に戻れない実態を明らかにしている。また、全国で高次脳機能障害支援普及活動が開始されたことを契機に、高次脳機能障害者への支援で重要となる医療・福祉・就労に関する人材育成（江藤 2008）や、地域支援ネットワークの構築（中島 2011）などの研究が進められている。これら医療分野の研究は、主に障害の医学的治療や訓練、ADL や日常生活上の活動の改善に向けた支援方法の提示と、適切な治療および訓練、社会資源に結び

つけるための支援システムの構築に関するものが多い。つまり、いかに早期に治療や訓練に結び付けていくかを重視するものである。

他方、社会福祉領域における研究は、厚生労働省のモデル事業よりも早く、東京都で実施された菱山ら（1996）による実態調査がある。この報告では、就学、就労、経済的問題、対人関係の悪化など具体的な問題が示され、同時に高次脳機能障害者とその家族を支える社会資源の不足が指摘された。また、佐々木ら（2009）の報告では、退院後の日常生活上で問題が顕在化し､就労や就学を含む社会参加に困難を生ずる事例が多いと報告している。

青木ら（2009）は、札幌市内の障害者支援施設へのアンケート調査を実施し、高次脳機能障害者に対する支援の現状と課題を整理している。施設を利用している高次脳機能障害者は、73 施設においてわずか 86 名であった。本人からの利用の希望がないことがその理由とされたがその背景については明らかにされていない。本結果は、高次脳機能障害者のニーズとサービスの関連を精査する必要性を示す重要な結果であると考える。高次脳機能障害者の地域生活をサポートするために必要な社会資源や、サポートの方法など慎重に調査すべきであろう。他方、７割もの施設が支援の困難さを感じていると回答している。加えて、有効な支援方法を求めていることも明らかにされた。白山は、障害者自立支援法における地域生活支援事業のなかで、高次脳機能障害者への支援体制が確保されているものの、多様な障害特性をもつ高次脳機能障害者やその家族の支援に苦慮している支援者が多いと述べている（2010：30）。以上のように、社会福祉領域の研究においても高次脳機能障害者の生活実態や、支援状況を整理するなど、高次脳機能障害者の現状と課題を明確化する必要性は高い。

他方、この分野のソーシャルワークに関する研究は、国内では少ない(3)。まず、国内の研究から概観すると、本人への家族の介護負担に関する論考（赤松 2003；白山 2010）がある。赤松（2003）は、高次脳機能障害者の家族の介護負担の構造を「本人への否定的な感情」、「社会生活の制限」、「本人から受ける情緒的圧迫感」、「介護意欲」の４点で示し、認知症高齢者の介護負担の構造と類似することを示した。また、白山（2010）は、本人の社会的行動障害が介護者に与える影響について、精神的健康の側面から検討し、６割近い介護者にうつ傾向が認められることを明らかにした。この２つの論考は、ソーシャルワーク実践における環境側への視点の重要性を示唆するものである。加えて、柳沢（2008）は、就労支援を展開するなかで家族のサポートが本人の就労意欲や訓練意欲を高めることを明らかにし、本人を中心としつつも、支援者と家族との協働の重要性を指摘している。以上

の論考は、高次脳機能障害者を根幹から支え得る資源である家族へのアプローチを検討するものであり、本研究においても重要な示唆を得ることができた。

大坂（2004）は、治療や訓練が優先されるサービス提供のあり方に疑問を投げかけ、福祉的援助の必要性を強調する。なかでも、地域リハビリテーションにおける医学リハを批判的に考察し、生活モデルの視点から「疾病や障害に焦点をあてるのではなく、機能の回復や症状の軽減を目指すことにより社会復帰を目指すのではなく、地域生活への本人の適応性を高め、環境の応答性を高める」（2004：44）自立支援のあり方を提示している。その他、小原ら（2010）は、障害児童の復学支援において、スクールソーシャルワーカーの実践行為には、医療機関や学校内スタッフ、スクールカウンセラー、校医などとの連携・協働による相互作用モデルが活用されていたことを明らかにした。この研究は、従来のソーシャルワーク実践にある連携・協働機能が高次脳機能障害児の復学支援を推進する上で有効であることを示したものである。

欧米の研究については、日本とは異なり外傷性と疾患によるものとを区別して扱い、外傷性脳損傷患者 Traumatic Brain Injury （以下、TBI と記す）を対象とする研究が多い。その背景は、日本と同様に交通事故やスポーツ事故などで頭部を損傷し、記憶障害や社会的行動障害などの特性を有する若年障害者への支援の難しさに関心が寄せられたことにある。それを受けて 1980 年代以降、高次脳機能障害者へのソーシャルワークに関する研究が散見されるようになる。頭部外傷後の障害については、一般的にはリハビリテーション、カウンセリング、心理学、ナーシングジャーナルなどの雑誌のなかで、高次脳機能障害に伴う活動的な課題や、高次脳機能障害者の生活実態に関する論考がみられる。Gilson（1998）らは、1989 年から 1995 年の電子メディアを使った Social Work Abstract の調査を実施し、6 年間のうち、ソーシャルワーク雑誌には障害を焦点とした論文は、わずか 114 本であったことを明らかにし、この分野のソーシャルワーク研究の不足を批判した。これを受け、Degeneffe（2001：265）は、ソーシャルワークは、家族システム、ソーシャルポリシー、心理的困難性、民族の多様性への支援、ストレスやトラウマへの介入や家族介護への豊かで伝統的な視点をもつとし、研究者はこの領域への関心を深め、TBI 者やその家族を含む包括的なソーシャルワークの研究を進めるべきであると述べている。

また、近年では、長期間におよぶイラク、アフガニスタンでの戦争の影響を受け、外傷性脳損傷を抱える多くの負傷兵が帰還することに伴い、兵士や家族に対するソーシャルワークの役割や意義についての研究がみられるようになった（Savitsky ら 2009：Buck ら

2013：Patel2015)。なかでも、Buck は、軽度外傷性脳損傷者（Mild−Traumatic Brain ）の観察とインタビュー調査による質的研究から、リハビリテーションソーシャルワーカーは、クライエントの心理社会的ニーズへの対応や、チームによる支援を実践していることを明らかにし、この領域での回復と心理的介入の関連に焦点をあてたソーシャルワーク実践の意義を報告している。

次に、この領域におけるソーシャルワークの方法に関する先行研究について概観する。Mauss-Clum と Ryan（1981）は、家族介護者の実態調査から家族の深刻なストレスや家族システムの歪みを明らかにした。また、Perry は、患者の精神的な障害と家族との親密度の低さとの間に関連があることを見出した（1986：205)。具体的には、家族のサポートを継続的に受けている患者ほど精神的には安定するが、受傷後に家族関係が悪化した患者は抑うつ状態になることを明らかにした。また、Mathis によると「本人は、身体の否定的変化を経験によりその事実を知ることになり、心理社会的な影響は大きい。それが家族システム全体にも同様の影響を及ぼす。家族介護者は、不安やショック、疑い、否定、そして挫折を経験する」（1984：37）と述べる。以上の論考は、この領域において、専門家による家族システムへのアプローチの重要性を指摘している。

他方、TBI の人に焦点をあて、ニーズとその支援について整理した論考がある。Gronwall ら（1998）は、病院では、生命の維持や集中的なケア、24 時間の看護を必要とするが、退院後は、食と住まいの確保、適切な指導、家族やなじみの友人、そしてリハビリテーションを必要とすると述べている（1998：36)。そして、提供されるべき援助は、①カウンセリングなどによる専門的助言、②情報提供、③リハビリテーション、④就労支援、⑤職場外で尊厳と満足が保障される居場所を挙げている。しかし、ここで示された援助は、特別なことではなく、リハビリテーションサービスを除けば、他の対象に向けた援助と本質的には同じであることがわかる。また、わが国とはソーシャルワーカーの養成教育の違いもあり、カウンセリングの必要性を指摘する論考（Degeneffe 2001：Savitsky ら 2009：Patel2015：Degeneffe and Bursnal2015）が多いところに特徴がある。ただし、特筆すべきは自身もソーシャルワーカーでありクライエント宅への訪問時に自動車事故で受傷した Perry（1986）によると、「リハビリ病院での訓練や心理的カウンセリングは、自己のニーズに一致しなかった」（1986：205）と述べている。なかでも、カウンセリングは、多くの問題への対処を助けるものではあったが、反面、家族と離れることの不安、管理される生活への苦悩、身体的問題へのケアへの怒りやストレスなど様々な感情や状況と向き合うこ

とを余儀なくすると、心理療法による苦悩も語られていた（1986：206）。

また、ソーシャルワーカーの役割に関する研究もいくつか見られる。たとえば、Sachs（1985）、Spivack（1994）、Degeneffe（2001）などの論考である。Sachs は、「ソーシャルワーカーにカウンセリングやサービス調整、有効なアドボケイトなど支援を提供するための多様な領域での訓練を要求されている」（1985：22）と述べている。また、Degeneffe は、権利擁護機能を有す専門家であるソーシャルワーカーは、「よりニーズの充足のために権利擁護を通じ、政策立案に働きかけ、TBI の人びとのニーズを代弁できる優れた位置にいる。より問題の本質を理解し，本人の問題解決能力を高め，より効果的な支援システムを創造する必要がある」（Degeneff2001：264）と述べ、ソーシャルワーカーに TBI の人びとの生活支援に向けたアドボカシーとソーシャルアクション機能を発揮することを促す。その背景には、十分な専門的支援やリハビリテーション、家族システムへの二次的障害を軽減するためのカウンセリングなど、当事者や家族介護者に対する支援には、相当額な費用を有し、十分な支援が行き渡っていないことや（Degeneffe2011：257）、地域を基盤としたサービスや支援システムの大部分は、断片的なもので不十分であるという課題がある（Spivack1994：85）。つまり、彼らの地域生活を支え得る新たな資源開発に向けたソーシャルワークの機能が必要とされている状況にある。それゆえ、本人の権利擁護を基盤に本人にとって安心と安全が守られる社会づくりを目指すソーシャルワーカーの社会変革に向けた取り組みが強調されているのである。

この点において、この領域におけるわが国のソーシャルワーク研究との違いを見ることができる。言うなれば、わが国のソーシャルワーク研究は筆者も含め、本人を支える方法を模索している状況にあり、社会制度やサービス開発までを検討するに至っていない状況である。つまり、高次脳機能障害者に起きている現実や、現在の暮らしぶり、ニーズなど明らかにしなければならない課題が多くあり、高次脳機能障害者を対象とするソーシャルワーク研究は、途上にあると言える。しかしながら、高次脳機能障害者やその家族には、待ったなしの生活がそこにある。そのため、より問題の本質を理解し、本人が自己の問題に取り組む力を高め、高次脳機能障害者やその家族に有益なシステムづくりを実現する実証的研究は、急務な課題である。

２．本研究で使用する用語の整理

１）生活のしづらさ

本研究は、高次脳機能障害者が抱える生活課題を本人側から捉え、本人にとっての「生活のしづらさ」と意味づけている。この用語を使用するにあたり、社会福祉における生活および生活課題について先行研究を概観し、定義する。

周知のとおり、社会福祉学において生活とは何かという問いは、社会福祉の固有性や独自性を理解するうえで重要な事柄として認識されている。また、社会生活のなかで生じる生活上の困難さおよび障害を社会福祉の対象と位置づけてきたことから(古川 2013:44)、ソーシャルワーク実践において援助対象となる生活のとらえ方は、援助の方向性を示す意味で重要である。一番ケ瀬（1994）は、ソーシャルワーク実践において生活を４つの観点から捉えている。１つは、創造的な活動を通じた人間らしい営みであること、２つは、社会的役割と文化的な欲求という社会的ニーズがあること、３つは、生命活動の連続的な営みであること、４つは、関係の広がりを媒介に生活手段の有効活用を図りつつ、より創造的な営みであり、生活を日常的な継続性と人びとが主体的・創造的な手段を用いて、歴史的に展開されるもの（一番ケ瀬 2004：30）と定義づけている。この概念について古川は、「生存や生存権という言葉のもつある種の狭さを避け、『命』、『日々の暮らし』、『生涯（生活の歴史)』という三通りの次元を同時的に示すライフの意味での生活、生活権という言葉を採用した」（2013：40）と捉えている。

これに共通する概念を提示しているのは、窪田（2013）の定義である。窪田は、生活を生命活動、日々の暮らし、生涯のすべてを含む「生の営み」と捉え、福祉援助の対象である生活課題とは、物的、精神的、心理的、生活史からの全体性における困難状況を表す「生の営みの困難」であると述べている（2013：2-8)。特に、援助対象としての「生活」は、その人の人生の歩みすべてを内包することを強調している。

また、具体的に社会生活上の課題を示した岡村は、「社会福祉における『生活』とは個人が社会生活上の基本的要求を、社会制度を利用することによって充足する過程」(1983：95）であるとした。そして、個人が自らの努力と工夫によって自己貫徹と自己実現に向けて歩む主体的な存在であるとともに、それが社会的存在である限り、個人の「生活問題」は、「生活の社会的条件の困難」であり、それは「社会生活上の困難」を示すとしている。また、社会生活上の困難を①経済的安定、②職業的安定、③社会的共同ないし社会参加の機会、④医療の機会ないし保障、⑤家族関係の安定、⑥教育の機会、⑦文化・娯楽の機会

の７つの「社会生活の基本的要求」が充足されない状態として示されている。

他方、生活モデルの登場により、生活や生活問題を社会システムとの関連から整理するものがある。たとえば、古川（2003）は、「生活」をマクロとミクロの２つの側面からシステム概念によって整理し、人びとの生活を経済システム、政治システム、文化システム、社会システムのそれぞれと接点をもつと述べ、人びとは自らの生命の保持や自己実現に向けて生活システムを形成するとした。そのうえで、「生活は、それをもっとも一般的に規定すれば、人びとがその生命と活力を維持・再生産しようとする試みである。」（2003：92）と定義している。そして、その生活を営む過程のなかで、生命や活力の維持・再生産を脅かすようなリスク（障害、疾病、傷病、失業、離婚など）を経験することでもたらされる生活の障害や困難を「生活問題」として捉えた。

以上、先行研究をもとに整理すると、生活とは、生命、生計、人生（生き方）という三重構造によって構成される個人の主体的な活動であり、本人なりの工夫や努力によって展開される営為と整理できる。それは、多様なシステム（経済、政治、文化、社会）の影響と作用を受けつつも、自らの能力と手段を講じながら生きる過程を意味すると言える。なかでも、生活を主体的な過程と捉えることは、生活問題を他者ではなく、本人自身が知覚し、取り組むべき問題であることを示すものである。

また、生活過程で生じる生活上の困難さや障害は、居住する地域や文化での出来事と関連して生起し、多くの生活問題が社会関係の希薄化や社会的孤立を伴うものである（平野 2014；奥田 2014）。岡村においては、人間の社会生活上の 7 つの基本的要求のなかで、社会参加、つまり社会関係の要求が最も重要であるとし、とりわけ、社会関係の障害という点に障害者の生活問題があると指摘する（松本 1993：139）。

そこで、本研究では、生活を本人による主体的な営みと捉え、その営みに生起する生活課題を本人と社会との関係のなかで捉えることとする。すなわち、本研究で使用する生活のしづらさとは、「自らの望む生活や人生の実現に向けて、本人なりには努力しているが、社会の期待や条件とかみ合わず、家庭や社会のなかでの居場所が失われている状態」として用いる。

２）障害受容

本研究では、高次脳機能障害に伴う生活のしづらさを抱える本人の生きる姿を明らかにすることを通じて、本人の力に着目した援助のあり方を提示することにある。その作業を

進めるにあたり、本人の生活過程に障害がどのように関連するのか検討する必要がある。そこで、障害者支援における援助概念とされる障害受容について先行研究を概観し、本研究で使用する障害受容の概念について整理する。

これまで、障害のある人への相談援助は、「個別支援よりも施設における集団主義によるケアワーク的な要素が強く」（新井 2010：63）、リハビリテーション医療との関連から障害の克服に重きが置かれてきた経緯があった（南雲 1998；松岡ら 2012）。なかでも、中途障害者は、身体機能の低下などから仕事・家庭生活・人間関係など社会関係の再構成を求められ、リハビリテーション医療や社会福祉の援助対象として社会適応や自立が目指されてきた（村社 2005；田垣 2007））。特に、障害のために変化した諸条件を心から受け入れることを意味する障害受容は、リハビリテーションの効果や生活課題の解決にとって重要な援助概念となっている（南雲 1998）。その背景には、障害に伴い持続される精神的な課題が社会生活全体に影響を与えるという認識のもと、障害に焦点化される意識のコントロールが必要と考えられたことにより、リハビリテーションにかかわる分野では障害受容が理想的な状態と考えられた（大山 1977：113）。

障害受容概念に関する研究は、1950 年代のアメリカで始まり、日本での本格的な議論は 1970 年代に入ってからである。なかでも Grayson、Wright、Chon の研究は、わが国の障害受容論に大きな影響を及ぼしている（南雲 1998；田垣 2002；田島 2009）。Grayson は、障害受容を「身体的には自己の障害についての特質や原因、予後について認知していること、社会的には雇用や住居、家族などに対して現実的に認識すること、心理的には急激な感情変化を示さないこと」（1951：893）と定義している。また、障害受容は、「本来の気質と人格構造が関連していること、社会にとっては障害を個人的な問題と捉えている」（1951：894）として、身体・心理・社会の側面から障害受容を検討する必要性を強調する。ただし、アメリカ社会の特徴といえる自己責任の論理から、社会的困難の克服には、「まず本人の努力によって障害を受け入れることが優先され、社会への統合は次の段階である」（1951：895）と述べている。

Wright は、第二次世界大戦の戦傷病者の研究から障害受容とは、「喪失を受け入れ、何に価値を置くべきかという考えからの発想の転換である」（岩井 2009：99）と整理し、価値転換論を示した。この価値転換論は、後述するようにわが国における障害者支援の中心的な考え方として影響をもたらたすことになる。

次いで、Chon（1961）は、「受傷後には、情緒的な混乱や回復への断念、社会活動の再

開という一連の計画されたプロセスがある」（1961：16）と述べ、障害受容過程を示した。この理論では、最終的には障害を自己のもつ特性の一つとみなすという「適応」（Adjustment）に至ると説明され、障害受容は障害に伴うさまざまな反応に対して心理的に克服する過程としている。

このように、欧米で障害受容の理論化が進展するなか、わが国においても Wright の価値転換論と Chon の段階論を基礎に障害受容研究が活発化する。その特徴は、障害受容を「障害のために変化した諸条件を心から受け入れること」（南雲 1998：5）とし、「適応が障害受容として理解されている」（南雲 2002：344）ことである。たとえば、上田は、障害受容とは「あきらめや居直りではなく障害に対する価値観の転換」（1980：206）とし、障害者自身が多元的な価値に気づく必要性を強調した。また。リハビリテーションの最終目的として障害受容が位置づけられ､本人による障害の克服に働きかけられることになる。例えば、現役のソーシャルワーカーである伊東（2014）の論考は、中途視覚障害者の障害受容の促進に向けたエンパワメントアプローチの有用性を示唆するものであるが、このことから、福祉専門職の援助概念として障害受容は主要なキーワードとなっていることが読み取れる。

しかし、1990 年代に入ると、障害受容研究の個人への偏重が指摘され、障害者を低くみなす社会的側面に関心が向けられるようになった（田垣 2002）。それにより、社会関係や相互作用の視点から障害受容論の再考が試みられた。とりわけ、障害受容論の転換期にインパクトを与えたのは南雲（2003）の論考である。彼は、障害者の受傷後の苦しみを「自己の中で生じる苦しみ」と「他者から負わせられる苦しみ」に整理し、前者を自己受容、後者を社会受容として区別し、自己受容を促進するのは社会受容であるという社会受容論を説いた（2003：812）。これは、「存在そのものにかかわる『承認』の問題」（中村 2011：89）と関連し、「適応」を社会との相互作用における結果と位置付づけるものである。

また、渡辺（1994）や梶原ら（1994）は、障害特性によって適応の意味が異なることを指摘した。渡辺は、画一的な対象化は、当事者の個別性や治療関係による相互作用の影響を見過ごしてしまうと述べている。他方、梶原らは「脳卒中患者の障害受容は段階というよりは、プロセス（過程）としてとらえるほうがいい」（1994：830）と述べ、記憶障害などの高次脳機能障害のある人の障害受容とは、周囲の暖かな人間関係のなかで自己を受容している状態と定義づけた。これらの研究は、障害受容を個人の努力の結果ではなく、環境との相互作用によるダイナミックな過程とみる考え方への転換を促すものである。

他方、ソーシャルワーク研究における障害受容を概観すると、障害受容が援助のキーワードになっている論考が多い。たとえば、夏堀（2002）は、母親の障害受容過程でのフォーマルな社会的サポートの有効性を示している。富樫（2002）は、多発性硬化症の患者に対する急性期悲嘆への初期介入がその後の障害受容に大きな影響を与えることを明らかにした。これらの論考は、障害を社会や環境との関連で捉え、障害受容を支える環境の重要性を指摘するものである。加えて、障害受容に至ることを前提とする点においても共通している。

以上のように障害領域のソーシャルワーク研究においては、障害受容を前提とした方法論の研究が多い。ここでの障害受容は、自己の機能や能力の変化に対する受容ばかりでなく、社会から受ける偏見や差別などの社会的側面も含むものもある。本研究では、データ収集および分析において本人を中心に据えることを重視するため、高次脳機能障害に伴う本人の経験に基づく障壁を障害と捉える。そのため、本研究における障害受容とは、「障害とそれに伴う自己および社会の変化を心の底から受け入れ、積極的に生きること」として用いる。

注

（１）日本成年後見法学会は、福祉制度の谷間にある高次脳機能障害者の権利擁護の観点から、2004 年に「高次脳機能障害者に関する研究委員会」を設立し、2004 年からの２か年で実施した当事者へのヒアリング調査の結果をもとに、高次脳機能障害者の生活実態と高次脳機能障害者支援に向けた提言を報告書としてまとめている。とりわけ、金銭管理や財産管理､および消費者トラブルに巻き込まれるリスクの高さなどが明らかになっている。また、成年後見制度の利用に至っていないケースが多いことから、成年後見制度の利用のしづらさという課題が明らかになっている。

（２）本調査は、高次脳機能障害調査委員会がおこなった全国実態調査(種村純「高次脳機能障害全国実態調査報告」2011 年)である。委員会報告では、最も多い障害特性が認知機能障害であることがわかった。認知機能障害のある人への援助において、過半数の施設では、社会資源の利用に関する相談援助が行われているものの、退院後に自宅に戻る者は、わずかに 3 割程度であったことが報告されている。ただし、家庭に戻れない要因については明らかにされていない。

（３）高次脳機能障害者を対象とする社会福祉研究について、CiNii（国立情報学研究所学術情報ナビゲーター）で「高次脳機能障害、ソーシャルワーク」を検索したところ、14 の論文が検出、うち研究論文数は 12 であった。筆者の５本の論考を除く７本のうち、高次脳機能障害者を対象とした演習教育１、ケアマネジメントの課題１、リハビリテーションとの関連３、高次脳機能障害児の復学支援１、地域生活支援１であった。また、「高次脳機能障害、社会福祉」で検索したところ、47 のヒットがあったが、先の検索との重複および他領域での研究を除くと、研究論文数は９であった。ソーシャルワーカーの役割２、社会福祉の役割１、特別支援教育１、就労支援１、家族介護３、支援コーディネーターの業務検討１であった。このことから、ソーシャルワーク実践に関する研究は少なく、本人の語りに着目した研究は見受けられなかった。

引用文献

赤松昭・小澤温・白澤政和（2003）「脳損傷による高次脳機能障害者家族の介護負担感の構造：BI（Zant Burden Interview）尺度を用いた検討」『社会福祉学』44(2),45−54.

新井愛子（2010）『障害者福祉の援助観−自己実現を支える関係性』筒井書房.

一番ケ瀬康子（2004）「社会福祉研究展開と展望－『社会福祉学』の在り方を中心に」『社

会福祉学研究の 50 年－日本社会福祉学会の歩み』27−39, ミネルヴァ書房.

Buck, P. W., Sagrati, J. S. and Kirzner, R. S.（2013）Mild traumatic Brain Injury：A Place for Social Work, *Social Work in Health Care*, 52(8), 741−751.

Chon, N.（1961）Understanding the process of adjustment to disability, *Journal of Rehabilitation*, 27, 16−19.

Degeneffe, C. E.（2001）Family Caregiving and Traumatic Brain Injury, *Health Social Work*, 26(4), 257−268.

江藤文夫（2008）『高次脳機能障害者に対する医療・福祉・就労支援における人材育成に関する研究報告書』平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業.

古川孝順（2002）『社会福祉学』誠信書房.

古川孝順（2003）『社会福祉原論』誠信書房.

古川孝順（2013）「第 2 章一番ケ瀬社会福祉学の成立と意義−戦後社会福祉学研究の転機－」岩田正美・田端光美・古川孝順編『一番ケ瀬社会福祉論の再検討　生活保障の視点とその広がり』25-63, ミネルヴァ書房.

Fink, S. L.（1967）Crisis and motivation；A theoretical model, *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 48, 592−597.

Gilson, S. F., Bricout, J. C., and Baskind, F. R.（1998）Listening to the voices of individuals with disabilities, *Families in Society*, 79, 188−196.

Gromwell, D., Wrightson, P. and Waddle, P.（1998）*Head Injury the Facts A guide for families and care−givers, 2nd ed.,* Oxford University Press, 3−50.

Grayson, M.（1951）Concept of “Acceptance” in Physical Rehabilitation, *Journal of the American Medical Association*, 145(12), 893−896.

平野隆之（2014）「地域の中で進む『社会的孤立』と『高齢者福祉』の課題」『社会福祉研究』119, 29−37.

本田哲三・南雲直二・江端広樹・渡辺俊之(1994)「障害受容の概念をめぐって」『総合リハビリテーション』22(10), 819−823.

岩井阿礼（2009）「中途障害者の『障害受容』をめぐる諸問題−当事者の視点から」『淑徳大学総合福祉学部研究紀要』43, 97−110.

伊東良輔（2014）「中途障害者の障害受容の促進におけるエンパワメントアプローチ：本人と環境への働きかけ」『社会福祉士』21, 64−70.

梶原敏夫・高橋玖美子（1994）「脳卒中患者の障害受容」『総合リハビリテーション』22(10), 825−831.

高次脳機能障害者に関する研究委員会（2006）『高次脳機能障害に関する研究委員会 2004・2005 年度報告書』日本成年後見法学会.

窪田暁子（2013）『福祉援助の臨床－共感する他者として』誠信書房.

Mathis, M. (1984). Personal needs of Family members of critically ill patients with and with and without acute brain injury, *Journal of Neurosurgical Nursing*, 16, 36−44.

Mauss-Clum, N. and Ryan, M.（1981）Brain Injury and the Family, *Journal of Neurosurgical Nursing*, Vol.13, No.4, 165−169.

松岡克尚・横須賀俊司編（2011）『障害者ソーシャルワークへのアプローチ−その構築と実践におけるジレンマ』明石書店.

村社卓（2005）『ソーシャルワーク実践の相互変容関係過程の研究―知的障害者の就労支援における交互作用分析』川島書店.

中島八十一（2011）『高次脳機能障害者の地域生活支援の推進に関する研究報告書』平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業.

中村剛（2011）「社会福祉における承認の重要性−A.ホネットの承認論を理論的基盤として」『社会福祉研究』111, 85−91.

南雲直二（1998）『障害受容−意味論からの問い』荘道社.

南雲直二（2003）「障害受容の相互作用論−自己受容を促進する方法としての社会受容」『総合リハビリテーション』31(9), 811−814.

夏堀摂（2002）「自閉症児の母親の障害受容過程：１歳半健診制度の効果と母親への支援のあり方に関する研究『社会福祉学』42(2), 79−90.

大坂純・志水田鶴子（2004）「ソーシャルワークにおける Life Model 理論に基づく地域リハビリテーションに関する研究－宮城県における高次脳機能障害者への実践例をもとにして－」『仙台白百合大学紀要』8, 33−45.

奥田知志（2014）「経済的困窮と社会的孤立：今日における生活困窮者支援について」『更生保護』65(4), 6−12.

大山正博（1977）「リハビリテーション過程における患者の心理的問題」『リハビリテーション医学誌』14(2), 111−113.

岡村重夫（1983）『社会福祉原論』全国社会福祉協議会.

Patel, B. R.（2015）Caregivers of Veterans with “Invisible” Injuries: What We Know and Implications for Social Work Practice, *Social Work*, 60 (1), 9−17.

Perry, W.D.（1986）Surviving Head Injury : A social worker’s account, *Health Social Work*, 11(3), 204−208.

Sachs, P.（1985）Beyond Support : Traumatic Head Injury as a growth experience for Families, *Rehabilitation Nursing*, 21−23.

Savitsky, L., Illingworth, M. and DuLaney, M.（2009）Civilian Social Work：Serving the Military and Veteran Populations, *Social Work*, 54 (4)：327−339 .

Spivack, M.P.（1994）Pathways to policy : A personal perspective, *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 9(2), 82−93.

佐々木千穂，小玉有子，丹野きみ子他（2009）「高次脳機能障害者の社会生活支援 :県の現状を踏まえて」『弘前医療福祉大学紀要』1(1), 85−90.

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), 29−38.

田垣正晋（2000）「中途障害者が語る障害の意味−『元健常者』としてのライフストーリー」『京都大学院教育学研究紀要』46, 412−424.

田垣正晋（2002）「『障害受容』における障害発達とライフストーリー観点の意義−日本の中途障害者研究を中心に−」『京都大学院教育学研究紀要』48, 342−352.

田垣正晋（2007）『中途障害者における「障害の意味」の生涯発達的変化−脊髄損傷者が語るライフストーリーから』ナカニシ出張.

富樫八郎（2002）「多発性硬化症の発病に随伴する急性悲嘆への初期介入を試みた一事例」『社会福祉学』42(2), 161−169.

上田敏（1980）「障害受容−その本質と諸段階について」『総合リハビリテーション』8(2), 515−521.

柳沢君夫（2008）「自立訓練を利用する高次脳機能障害が疑われた男性の就労への取り組み」『社会福祉学』49(2), 163−175.

山田規畝子（2004）『壊れた脳 生存する知』講談社.

山田規畝子（2011）『壊れかけた記憶、持続する自我「やっかいな友人」としての高次脳機能障害』中央法規出版.

第２章

高次脳機能障害者の社会生活上で生じる「生活のしづらさ」がもつ意味に関する研究

－ソーシャルワークにおける働きかけの焦点の明確化－

第１節　調査の目的

本調査の目的は、地域で生活する高次脳機能障害者の語りに焦点をあて、質的研究の手法を用いて障害特性による社会生活上の「生活のしづらさ」とその構造について明示することにある。それは、高次脳機能障害者の側から「生活のしづらさ」がもつ意味を明らかにすることになる。その作業をとおして、ソーシャルワーカーによる「生活のしづらさ」への働きかけの焦点を明確にするものである。

第２節　調査の方法

調査対象者は、高次脳機能障害と診断を受け、地域で生活している５名である（表１）。高次脳機能障害は、多様な特徴を示すため問題を包括的に捉え難いとの指摘もある（山田 2011）。そのため、障害特性ごとに対象を限定することが難しいことから、調査対象者の選定にあたってはその属性や障害特性を限定していない。また、ソーシャルワークが地域という生活の中で生じる「生活のしづらさ」に対して実践することに意義をもつことから、地域で生活する高次脳機能障害者を対象とした。

表２－１　調査対象者の概要

対象者	障害原因	性別	年齢	日常生活動作	障害特性
A氏	くも膜下出血	女性	40 代	自立	神経障害，社会的行動障害，左半側空間無視，遂行機能障害，地誌的障害，記憶障害
B氏	脳出血	男性	50 代	自立（杖歩行）	左半側空間無視，記憶障害，軽度運動機能障害
C氏	脳挫傷（交通事故）	男性	40 代	自立（杖歩行）	社会的行動障害，記憶障害，注意障害，軽度運動機能障害
D氏	脳梗塞	男性	40 代	自立	左半側空間無視，記憶障害，注意障害，軽度運動機能障害
E氏	脳梗塞	男性	40 代	自立	左半側空間無視，記憶障害，軽度運動機能障害

注：2012 年 10 月 1 日現在

調査方法は、インタビュー法である。調査対象者がその障害特性から記憶の想起や言語の構成能力に一部障害が認められるため、能力的課題を回避する目的で担当のワーカーに同席を依頼し、半構造化インタビューを実施した。担当のワーカーについては、調査対象者の発病から現在に至るまで継続的に支援していることを要件とした。本インタビューの実施は、本人との信頼関係を基盤に多くの情報を持ち合わせていることから支援者の代弁的機能を活用する(1)ものであり、倫理的に妥当性があると考えている。また、インタビューは平易な表現や繰り返しの質問を多用し、受傷当時の話を時系列に聞き取りながら進め想起のしやすさなどに配慮した。主要な質問項目として「受傷後に最も印象に残っている出来事は何か」、「受傷後、行動面や感情面で大きく変化したのは何か」の 2 点とした。調査期間は 2012 年 10 月から 12 月までであり、調査対象者の障害特性に鑑み、概ね 1 回 40 分程度の調査を実施した。

分析方法は、質的データ分析法（佐藤 2008）を参考にした。本研究におけるコーディングは、インタビューデータ（逐語録）から意味内容別に文章をセグメント化し、「コード」をつけ「カテゴリー」を生成した。この作業のプロセスでは、文章の部分や文書全体の文脈に立ち返りながら繰り返し行うことで、解釈の可能性を広げるとともに厳密性と妥当性の担保に努めた。そして、結果を理論的に説明するため説明図（図１、図２）を作成した。また、得られたデータは、研究対象の障害特性から何度もテクストに立ち返りながら行為や語りの意味を明らかにする必要性が高く、同様の手続きを経るこの分析方法が研究結果の実証性を担保できると考え採用した。そして、データ分析の結果は、担当ワーカーと調査対象者に説明し、内容について確認することで分析結果の妥当性の確保に努めている。

第３節　調査の結果

分析の結果、高次脳機能障害者の社会生活上で生じる「生活のしづらさ」は、（１）自己の認識と事実のずれ、（２）積み重ねられない体験、（３）自己による継続的否定、（４）他者による継続的否定、（５）社会関係への隘路の５項目に整理することができた。表２は、理論生成の根拠となったデータをもとに、コード、カテゴリー別に整理したものである。

１．自己の認識と事実のずれ

脳は、自分のできることと、できないことを頭の中で仕分けする機能をもつ。そして、自分の能力を意識し、判断しながら行為する。しかし、高次脳機能障害者は「できる」と

判断したことが、実際には「できない」ことを体験する。この体験は［避けられない危険］と［受け入れ難い現実］の２つのコードに分類できた。２つのコードは、本人が認識している過去と現在の自己像の不一致によって生活上に混乱をもたらすという特徴をもつ。このことから【自己の認識と事実のずれ】というカテゴリーを生成した。

［避けられない危険］とは、自分の意識や感覚神経が瞬間的に一番必要なところに集中することができないこと（注意障害）から生じる。特に、左側にその障害が出現しやすく、左側にあるものを認識できない・注意が向かないことで「怖くて道路を渡れない〈A 氏〉」や「人にぶつかる〈C 氏〉」などのように日常生活に支障をきたす。また、「話しかけられたら完全に（意識が）別れる〈D 氏〉」ことは、何かに注意を向けると途端に他のことに注意を払うことができなくなることであり、日常的に危険にさらされる恐怖が生活のあらゆる場面に潜在することを意味する。その困難さは、一般的には無意識に脳がやっていることを意識し続けなければならないという点にある。自己の中で認識されたものが、現実と異なることで高次脳機能障害者は生活全般において恐怖や不安から逃れることができず、神経的にも精神的にも疲弊を抱えている。

［受け入れ難い現実］とは、失敗の理由がわからず、現実と向き合うことができない状況である。本人の中では、正しいやり方であると認識しているため、作業中に間違いを自覚できない。「玉ねぎの残り半分は切ってなくて丸ごと入っていた〈A 氏〉」のように、その場面を見て気づく。「自分はまともにやっているつもりなんですけど、することなすこと全部おかしいんですよ〈A 氏〉」の語りには、正しいと確信していることが、まるで自分の行為とは思えないほどに納得のいかない状態として目の前に現われていることを示す。
また、通い慣れたスーパーであっても「お金を払う場所がわからない。 出口がわからない〈A 氏〉」は、スーパーのレジや出入り口についてのイメージがつかず、社会生活の中で獲得してきたはずの認識を喪失している状態である。実際に、高次脳機能障害者の多くは、知能が低下するわけではない。むしろそれだけに自分の失ってしまった機能や間違いに驚き、無力感に苛まれる。簡単なことでさえできなくなった自分を受け入れることは容易ではない。社会生活での円滑な活動を阻むだけではなく、精神的なストレスを持ち続けることになる。

２．積み重ねられない体験

高次脳機能障害の特徴の一つに、記憶障害がある。特に数分前のことを忘れやすく短期記憶の障害が顕著である。また、道順や作業の手順を忘れてしまうという手続き記憶も低下する。この障害特性から生じる問題として、データは［蓄積されない記憶］、［繰り返される失敗］、［終わることのない怖れ］の３つのコードに分類することができた。３つのコードは、学習能力の低下を伴うことで記憶障害の自覚と覚他が繰り返されるという特徴をもつ。このことから【積み重ねられない体験】のカテゴリーを生成した。

［蓄積されない記憶］とは、覚えることと、忘れていくことが繰り返される状態である。高次脳機能障害者の認知能力は、保持することができる。そのため、その場での会話や行為の内容を理解し、その瞬間は覚えることができる。しかし、「忘れちょんなー、やっぱ思ったらメモせんと悪いな〈C 氏〉」のように、大脳の委縮する認知症とは異なり、忘れたことを覚えている。ただ、記憶の再生ができずに思い出せないし、説明できない。本人には自覚があり、代替手段を獲得するものの、勘違いや忘れ物というかたちで生活に影響を与えている。

［繰り返される失敗］とは、［蓄積されない記憶］と関連し、自らの意に反して、失敗が繰り返されることである。私たちは、社会生活の中でさまざまに生じるリスクに対して自らで回避しながら日常を営んでいる。しかし、高次脳機能障害者にとって［繰り返される失敗］は、「何度も車にぶつかりそうになる〈B 氏〉」のようにリスクを回避することを困難にする。また、「（職場の人が）イライラしている(ことで自覚する)〈E 氏〉」、「一人ではわからない〈C 氏〉」のデータから、失敗を繰り返すことで他者と良好な関係を結びにくくなるという対人関係のこじれやパワーレスな状態を生じさせている。

［終わることのない怖れ］とは、記憶の間違いや行為の失敗が重なることにより、自分のことがわからなくなる、自分でなくなるのではないかという怖れにさらされ続けることである。「明日ってあんだろうか〈C 氏〉」という不安感や、「今日、もつかな。覚える仕事が多いんだよ〈C 氏〉」などの焦燥感を増大させ、「叫びそうになる〈A 氏〉」にあるような強烈な怖れに怯え続ける。

表２－２　「社会生活上で起こる生活のしづらさ」のカテゴリー、コード、データ

カテゴリー	コード	データの抜粋
自己の認識と事実のずれ	避けられない危険	●怖くて道路を渡れない〈A氏〉．●人にぶつかる〈C氏〉．●左の壁によくぶつかって何かよくわかんなかった〈B氏〉．●話しかけられたら，完全に(意識が)別れちゃうんですよね．(左側を注意することができなくなる〈D氏〉．
	受け容れ難い現実	●自分はまともにやっているつもりなんですけど，することなすこと全部おかしいんですよ．玉ねぎの残り半分は切ってなくて丸ごと入ってた．バスにも乗れなかったどこでお金を払えばいいか．出口はどこかわからない〈A氏〉．●説明を受けても理解できなかった〈D氏〉．●出来ない理由がわからない〈E氏〉．
積み重ねられない体験	蓄積されない記憶	●記憶がきれいに抜け落ちていることがあります〈A氏〉．●忘れちょんなー．やっぱ思ったらメモせんと悪いな〈C氏〉．●記憶が薄い説明受けてもわからない〈D氏〉．●持ってた物があれどっかないとか〈E氏〉．
	繰り返される失敗	●間違いを繰り返していた〈A氏〉．●何度も車にぶつかりそうになる〈B氏〉．●見落としたっていうのが一人ではわからない〈C氏〉．●いつも左側が残っている(食べ残し)と言われ続ける〈B氏〉． ●「(職場の人が) イライラしている(ことで自覚する) (B氏)」
	終わることのない怖れ	●買い物に行っても方向がわからずに叫びそうになった〈A氏〉．●明日ってあんだろうか．恐ろしい悲しいよ．今日もつかな．覚える仕事多いんだよ〈C氏〉．●自分までおかしくなってしまいそう〈D氏〉．
自己による継続的否定	変化への戸惑い	●小さな音でもイライラする〈A氏〉．●性格がこんなに変わってしまったことを自分で理解できずに悔しい思いをした〈A氏〉．●(自分では見えてるはずなのに)左が見えない〈B氏〉．●記憶はあるけど説明できん〈C氏〉．●説明を受けても理解できない〈D氏〉．●以前とのギャップが激しくてどうしていいかわからなかった〈E氏〉．
	社会的役割の喪失	●今まで出来ていたことが家事ひとつ何もできなくなった〈A氏〉．●おまえはこんくらいの値打ちしかないと言い聞かせ続けた〈C氏〉．●なんかできるんじゃないかって思って(ハローワークに行くけど)やっぱり駄目だって(出来る仕事がない)〈D氏〉．
	消え失せたくなる衝動	●本当に死にたいと思った．存在を認めてもらえない〈A氏〉． ●自分が嫌になった〈A氏〉．●少し引きこもりましたね〈D氏〉．●やっぱりだめ(何もできない)と思い知らされて辞めたところがあります〈E氏〉．
他者による継続的否定	社会的存在感の低下	●夫に『お母さんはおらんでいいよな』と言われたことがある〈A氏〉．●出来ないことを言われ続ける〈C氏〉．●孤立する〈B氏〉．
	意思ある存在の否認	●家に帰りたくても帰れない(自分の意思がとおらない)〈B氏〉．●差別的なことがあって(自分の意見を)言えない〈B氏〉．●家族が施設に入ったほうが良いっていうから入った何もできないからと〈C氏〉．
	傷つけられた自尊心	●(トイレから帰れないからと)入口に派手な花みたいなのを付けられて「これぐらいできるわ」「馬鹿にしないで」と〈A氏〉．●障害をもっていると理解できないから，軽蔑的に見られる〈B氏〉．●施設に入るくらいの値打ちしかないと言われた〈C氏〉．●できるわけない仕事を紹介する〈D氏〉．●近所の人に障害者とみられてる〈E氏〉．
社会関係への隘路	理不尽な評価	●性格がきつくなって変わったと言われた．できないと頭ごなしに言われる病気のせいなのに〈A氏〉．●周りの若者にそういった(何もできないくせにという)態度をとられる〈C氏〉．●ハローワークではやっぱり厳しいねって言われる〈D氏〉．●職場では僕は特殊って思われている〈E

注１：データの抜粋は逐語録の一部である。

注２：上記の表で(　)は．内容をわかりやすくするために前後の文脈から言葉を補足したものである。

３．自己による継続的否定

日々の生活は、過去から現在、現在から未来という時間軸上で営まれる。しかし、高次脳機能障害者は、過去のできたはずの自分が今は存在せず、過去からつながる今を確認できない。そこから生じる問題としてデータは［変化への戸惑い］、［社会的役割の喪失］、［消え失せたくなる衝動］の３つのコードに分類できた。３つのコードは、心理社会的問題の原因を自己に向けるという特徴をもつ。このことから【自己による継続的否定】のカテゴリーを生成した。

［変化への戸惑い］とは、以前とは異なる自己への困惑である。高次脳機能障害は、多様な障害特性をもち、そのいずれもが変わってしまった自分を自覚するものとなる。本人は、変化した自己に対してなすすべもなく、「記憶はあるけど、説明できん〈C 氏〉」、「説明を受けても理解できない〈D 氏〉」、「どうしていいかわからなかった〈E 氏〉」と、やるせなさやもどかしさを抱え思い悩んでいる。［変化への戸惑い］は、変化の受容過程として、本人がその変化とどのように向き合い意味づけていくかが重要な課題となる。

［社会的役割の喪失］とは、今まで担ってきた役目が果たせなくなることであり、社会から期待されなくなることを意味する。社会的役割を担うことは、自分が今ここに存在するということを本人自らが実感するための方法である。しかし、以前のように家事がこなせない、できる仕事が見つからないことは、家族や社会のために動くことを困難にし、自らを確認する手立てを失う。その意味で［社会的役割の喪失］は、自らの存在を希薄なものにし、家族や社会とのつながりを危ういものにする。また、「こんくらいの値打ちしかないと言い聞かせ続ける〈C 氏〉」のように、自己の評価を下げ、自分を責めるような否定的な感情を抱く。

［消え失せたくなる衝動］とは、変化した自己に対する絶望感である。繰り返される失敗や他者から絶えず指摘される間違いは、本人にとっては耐え難い苦痛であるとともに生きる自信を失わせてしまう。何をやってもうまくいかず、「自分で自分が嫌になる〈A 氏〉」ほどの敗北感や、「やっぱりだめ（何もできない）と思い知らされて辞めた〈E 氏〉」ほどの劣等感や無力感を抱き、自らで社会との関係を絶ってしまう。それは「引きこもりそうになる〈D 氏〉」、「本当に死にたいと思った。存在を認めてもらえない〈A 氏〉」など、自己存在への葛藤や不安定さを招き、自己否定の感情を強めてしまうことになる。このように、日々の生活の端々で変わってしまった自己と出会うたびに続く苦悩は、次第に自分の存在を消したくなるほどに自分を追いつめる結果となる。

４．他者による継続的否定

高次脳機能障害は、一般的に「見えにくい障害」、「隠れた障害」と言われ、周囲の理解が得られにくい。ともすると、他者の目には奇異な行動や常識はずれのこととして映る。この特性から生じる問題として、データは［社会的存在感の低下］、［意思のある存在の否認］、［傷つけられた自尊心］の３つのコードに分類することができた。３つのコードは、社会から受ける不当な影響という特徴をもつ。このことから【他者による継続的否定】のカテゴリーを生成した。

［社会的存在感の低下］とは、あたり前のことをあたり前にできないことで、家族や社会にとって必要とされないこと示し、存在を否定されてしまうことである。A 氏のように夫から家にいなくてもいいと言われることは、他者と分かち合う時間やわが身の置き所を失うことを意味する。「言われ続ける〈A 氏、B 氏〉」ことは、恒常的に否定され続けることで、生活の主体者として紛れもなくここにいる自己を見失うことになる。

［意思のある存在の否認］とは、自らの意思と行為をもって生きる主体として、家族や社会から認めてもらえないということである。認識のずれが及ぼす生活リスクや判断能力の低下は、「家に帰れない〈B 氏〉」や「自分の意見が言えない〈C 氏〉」のように、本人の意向にかかわりなく、他者によって生活や行動に深く干渉され制限が加えられる。たとえそれが、本人の利益のためであったとしても、本人にとっては、無視され置き去りにされていくような感情を抱き、差別感や孤立感に苦しめられることになる。

［傷つけられた自尊心］とは、家族や社会から一人の人間として尊厳を担保されずに心の痛みを抱え、自尊の感情を維持できないことを示す。高次脳機能障害者は、周囲から理解されづらいという特徴によって他者からの軽蔑的なまなざしや行為を受けやすい。自室を示す派手な花飾り〈A 氏〉や「施設に入るくらいの値打ち〈C 氏〉」と言われることは、生きて存在した自己を他者によってけがし傷つけられることである。それは、本人が自分の存在の根源を見失うほど深い痛手となる。

５．社会関係への隘路

高次脳機能障害は、時間や場所によってその現われかたに個人差があり、一見してこの障害を理解することが難しい。そこから生じる問題として、データは［理不尽な評価］と［不本意な支援］の２つのコードに分類できた。２つのコードは、社会の偏見や誤った解釈が妨げとなり、本人のニーズと社会的条件が合致せず、生活再建への道のりが困難にな

るという特徴をもつ。このことから【社会関係への隘路】のカテゴリーを生成した。

［理不尽な評価］とは、家族や社会から受ける一方的な評価によって、本人を深く傷つけ続けることである。障害特性としてではなく、「性格がきつくなって変わったと言われた〈A氏〉」のように、パーソナリティとしてとらえてしまう。また、「できないと頭ごなしに言われる〈A氏〉」ことや、「周りの若者にそういった（何もできないくせにという）態度をとられる〈C氏〉」ことは、人間としての価値を低く見積もられたという思いを抱かせる。障害がすでに能力がないことを前提とするような「ハローワークではやっぱり厳しいねって言われる〈D氏〉」や、「職場では僕は特殊って思われている〈E氏〉」ことは、本人には道理に反する納得できないことであり、このような障害特性への不理解や間違った認識は、差別的な評価を導き社会関係をこじれさせ、それを不安定なものにさせる。

［不本意な支援］とは、社会資源の不備や欠損により、本人の望む生活が充足されないことである。高次脳機能障害は、本人に強いストレスを与えるため、うつ状態を起こしやすく、精神科治療を伴う場合も少なくない。しかし、「精神科の疾患ではなくて、高次脳機能障害が本当は病気なのに先生もわかってくれてない〈A氏〉」ように、高次脳機能障害者は、「うつ病」患者としてではなく、「高次脳機能障害に付随するうつ病」の患者として診てほしいという医療ニーズをもつ。それは、個別の存在として理解されたいという強い希求である。また、「知的障害の人のルールに合わせられる〈E氏〉」にも、個別的な視点を求めていることがわかる。これは現行制度の高次脳機能障害への支援が精神保健福祉領域に入ることや、障害者福祉サービスを一元化したことから起きているといえる。このような高次脳障害者と制度との社会関係の不備は、本人に「（知的障害者と一緒の作業所に通っているが）自分は違うのに〈C氏〉」という違和感や苦痛を生じさせている。それは、本来であれば暮らしを支えるはずの社会制度や対人サービスが逆に彼らを生きづらくしていることを示すものである。

以上のことから、本調査で得られた生活のしづらさは、高次脳機能障害の障害特性と関連しながら、個人と社会のなかで生起するものであることがわかる。ただし、軽度認知障害や知的障害者などは、高次脳機能障害者と類似する課題があり、この障害に限定されるわけではない。とりわけ、この障害の特徴は、認知症のように忘れていくわけではなく、知的障害のように理解できないわけではない。わかっているのに修正できない失敗や認識の齟齬が本人を苦しめ続けることや、この状況を正しく理解できないところにこの障害ならではの困難さがある。それゆえ、心理社会的サポートおよびソーシャルアクションが重

要となる事象であると推測される。

第４節　考察

１.「生活のしづらさ」の構造と過程

次に、社会生活上で生じる「生活のしづらさ」の構造とその過程について分析結果で得られたカテゴリーとコードを用いて図１のように示した。以下、「生活のしづらさ」を構成する諸要素の関連性について説明する。

【自己の認識と事実のずれ】の課題は、［避けられない危険］と［受け入れ難い現実］で構成される。［避けられない危険］は、自分ではどうにもならない障害特性として［受け入れ難い現実］に繋がると考える。同様に本人の意思や努力の及ばない【積み重ねられない体験】は、記憶できないから失敗する、失敗してもそれを記憶できないことを繰り返すという２つの要因が考えられることから、［蓄積されない記憶］と［繰り返される失敗］が相互関連し合う課題といえる。

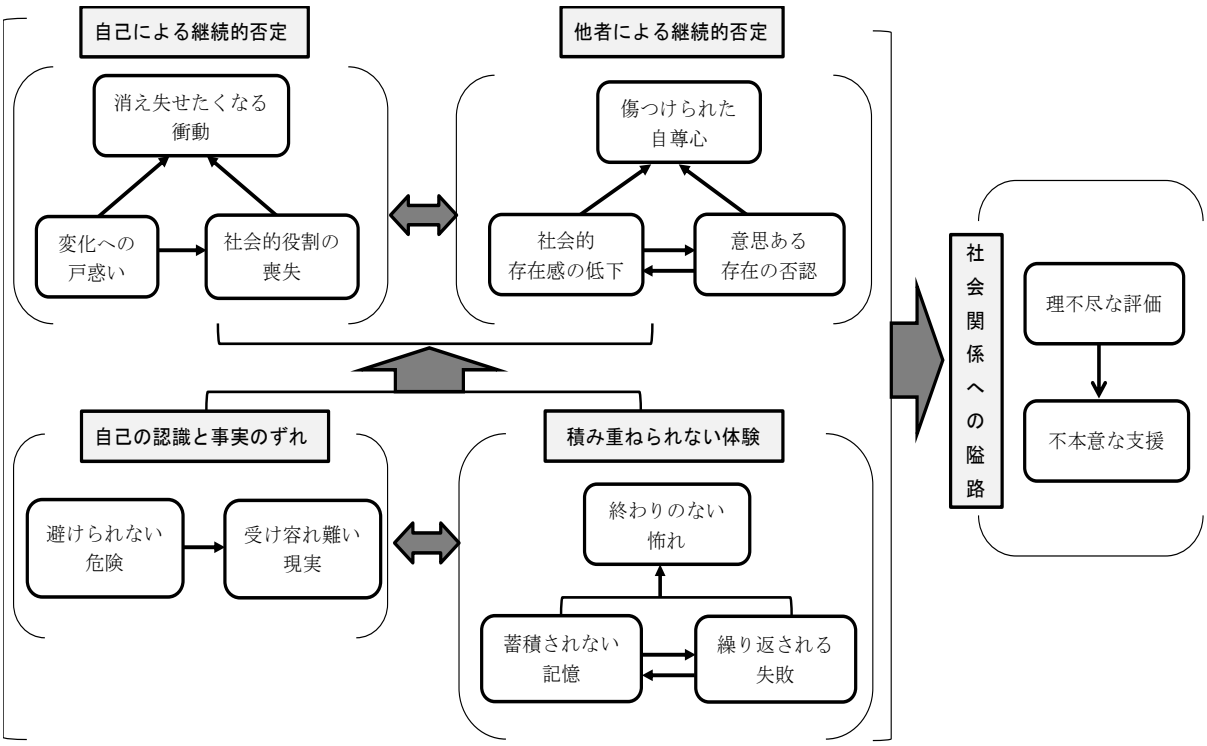


図２－１　高次脳機能障害者の社会生活上の「生活のしづらさ」とその構造

そして［蓄積されない記憶］や［繰り返される失敗］ゆえに感じる日々の不安は、２つのコードの相互作用によってより深刻な［終わりのない怖れ］を引き起こすといえよう。加えて【自己の認識と事実のずれ】と【積み重ねられない体験】の相互作用は、本人の焦りと周囲の不興をつのらせる（山田 2011）。このことから【自己の認識と事実のずれ】と【積み重ねられない体験】の関連は、【自己による継続的否定】と【他者による継続否定】に影響を与えるといえる。【自己による継続否定】は［変化への戸惑い］、［社会的役割の喪失］、［消え失せたくなる衝動］で構成される。［変化への戸惑い］は、無力感を伴い［社会的役割の喪失］を感じさせると推測する。そして、［変化への戸惑い］からくる無力感や［社会的役割の喪失］による絶望感や空虚感は、それぞれが自己存在の揺らぎとして［消え失せたくなる衝動］に向かわせると考える。他方、【他者による継続的否定】は［社会的存在感の低下］、［意思ある存在の否認］、［傷つけられた自尊心］で構成される。［社会的存在感の低下］は、機能や能力の低下によって参加や活動が妨げられ、［意思ある存在の否認］に帰すると考える。また、［意思ある存在の否認］は、［社会的存在感の低下］に関連し、次第に家族や社会からの居場所を失っていくように思われる。このように人間存在の意味と価値が揺らぐ［社会的存在感の低下］と［意思ある存在の否認］の課題は、それぞれが人間の根源にかかわる［傷つけられた自尊心］に深く関与するものといえる。そして、【自己による継続的否定】と【他者による継続的否定】は、互いに負の作用を与え合い、社会関係を悪化させていると考える。筆者は、このような４つの上位概念の関連結果が【社会関係への隘路】に帰結すると考えている。【社会関係への隘路】は、偏見や誤った認識による［理不尽な評価］によって、本人の期待やニーズとは異なる［不本意な支援］を生じさせていると思われる。とりわけ、この２つのコードの関連は、能力や機能という身体に焦点化された個人と社会の間で生起し、本人の主体的な生活再建への道に大きな障害を与え生きづらさを感じさせているといえる。

２．ソーシャルワーカーによる「生活のしづらさ」への働きかけの焦点

本調査において、高次脳機能障害者の生活のしづらさの分析から、本人に現実と向き合うことの困難さや、社会関係のこじれ、ニーズを満たす社会資源の不足などが明らかになった。これを踏まえて、生活のしづらさへの働きかけの焦点について検討を試みた。図２は「生活のしづらさ」とその構造（図１）をもとに働きかけの焦点を示したものである。これは、概念生成における本人の語りから明らかになった課題に対して、「どこ」に働きか

けるのかについて整理したものである。

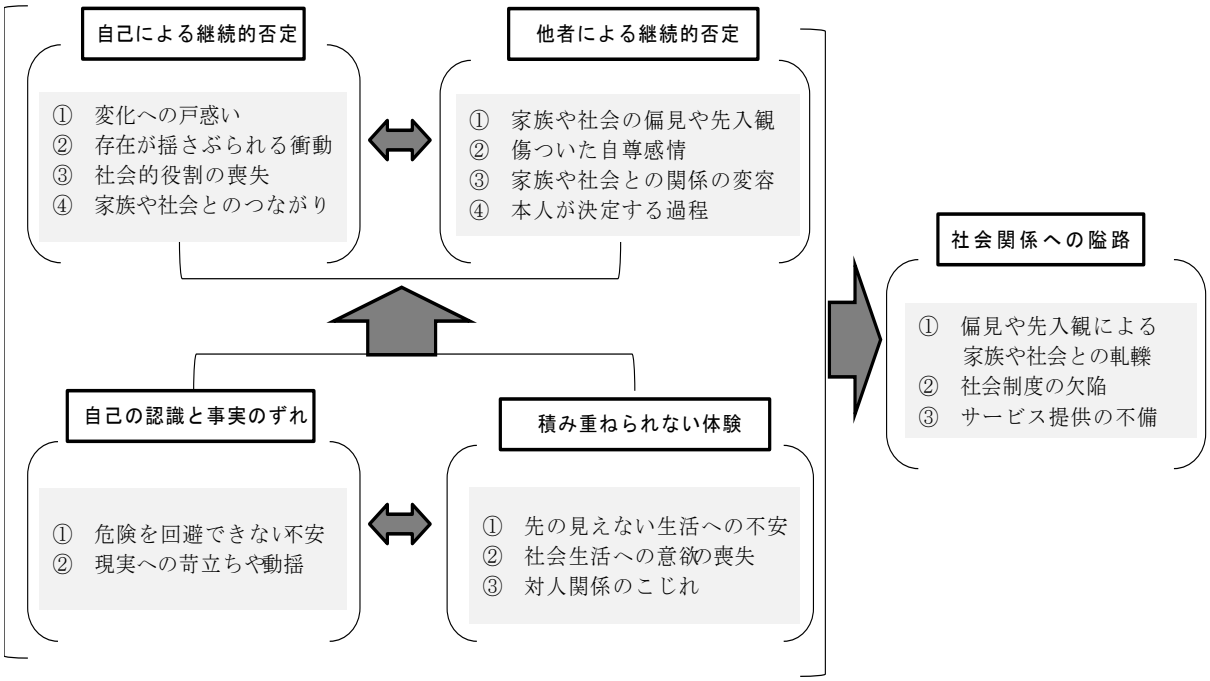


図２－２　「生活のしづらさ」への働きかけの焦点

【自己の認識と事実のずれ】は、「できるはず」のことが「できない」体験のなかで生じる怖れや、不安感の高まりなどの精神的ストレスを抱える状況である。耐えることができない感覚や体験は、ときにうつ病などの発症も伴い心身の健康や活動など生活全般に大きな影響を及ぼす。このことから、【自己の認識と事実のずれ】における焦点は、①危険を回避できない不安、②現実への苛立ちや動揺、として整理できる。この２つの焦点への働きかけは、危機的状況を回避し、現実に起きている事象に目を向け、それと向き合うことを支えることになる。その過程は、自らの問題への気づきを促進するものとなる。

【積み重ねられない体験】は、徐々に自分が誰だかわからなくなるのではないかという怖れの体験や、他者からの関わりが友好的ではなくなるという体験をとおして、思いどおりにならない自己と他者との硬直した関係のなかで明日の生活を思い描くことを困難にする状況である。このことから、【積み重ねられない体験】における焦点は、①常に先の見えない不安、②社会生活への意欲の喪失、③対人関係のこじれ、として整理できる。この３つの焦点への働きかけは、現実を自らの問題として認知する過程を支え、本人の納得する次の変化に向けた動機づけを喚起することになる。

【自己による継続的否定】は、障害に戸惑い、生きる自信を失い、やり場のない否定的

な感情が自己の内面に向けられ続ける状況である。このことから、【自己による継続的否定】における焦点は、①変化への戸惑い、②存在が揺さぶられる衝動、③社会的役割の喪失、④家族や社会とのつながり、として整理できる。絶望の淵に立ち、自ら家族や社会と共に歩んできた時空から離脱しようする本人に対する４つの焦点への働きかけは、家族や社会とのつながりのなかに自分の存在を位置づけ、過去の囚われから解放し、未来に向かう本人の変化を促進することになる。

【他者による継続的否定】は、仮借ない自由への干渉と制限を加えてくる家族や社会との抜き差しならない関係性の悪化によって、自尊感情が低下し、生きることに喜びや平穏を見出すことができない状況である。このことから、【他者による継続的否定】における焦点は、①家族や社会の偏見、②傷ついた自尊感情、③家族や社会との関係の変容、④本人が決定する過程、に整理できる。この３つの焦点への働きかけは、偏見や先入観にとらわれた環境が、ありのままの本人を支持し手を差しのべる環境へと変化することを促す。その環境の変化は、本人自身が問題解決の主体者であることを意識化し、本人にとって意味のある生活を見出すことを支える。

【社会関係への隘路】は、本人のニーズが社会の仕組みや価値観と合致せず、本人らしく生きようとするその歩みを阻み、生きづらさを抱えている状況である。その背景には、高次脳機能障害に対する社会の不知と偏見によることが大きく影響しており、社会との相互関係のなかで生じた軋轢といえる。このことから【社会関係への隘路】における焦点は①偏見や先入観による家族や社会との軋轢、②社会制度の欠陥、③サービスの不備、として整理できる。３つの焦点への働きかけは、本人の生き方を支える新しい社会関係を創造し、自己実現を支える社会の仕組みの変化を促すことになる。

注

（１）本調査では、調査対象者の記憶の想起を促す目的の代弁的機能であるため、一般的に言われている意見を代わりに伝えるという内容とは異なる。本調査では、調査対象者の語りを促すために、過去の出来事などの情報提供や、語りを要約してもらうなどの方法として用いた。

（２）研究結果および考察における高次脳機能障害の医学的理解は、当事者であり医師である山田規畝子の著書を参考にしている。

（３）研究結果および考察の記述のなかで、カテゴリーは【　】で示し、コードは［　］で示している。

引用文献

Johnson, L. C. and Yanca, S. J.（2001）*Social Work Practice：A Generalist Approach, 7nd ed.*, Allyn & Bacon.（=2004、山辺朗子・岩間伸之訳『ジェネラリスト・ソーシャルワーク』ミネルヴァ書房.）

佐藤郁哉（2008）『質的データ分析法　原理・方法・実践』新曜社.

山田規久子（2011）『壊れかけた記憶、持続する自我－「やつかいな友人」としての高次脳機能障害』中央法規.

第３章

ソーシャルワークにおける高次脳機能障害のある人の対象認識に関する研究

－〈受容なきままの覚悟〉をもって生きる存在－

第１節　調査の目的

本調査は、高次脳機能障害者のストーリーに着目し、障害と関連する出来事や経験の意味を探りながら、困難な状況の中での本人のあり様を抽出する。加えて、障害受容との関連から考察を加え、高次脳機能障害者の特性について明示する。

本研究において、高次脳機能障害に付随する出来事や経験への本人の理とその意味を探ることは、本人主体の支援方法を検討することにおいて至要たる作業と考えている。この作業は、高次脳機能障害者が地域で継続して生活することを支えるソーシャルワークの体系的理論化に寄与することにつながるものである。

第２節　調査の方法

調査対象者は、発症後５年以上経過し、地域で生活を送っている高次脳機能障害者２名である。２名の選定にあたっては、高次脳機能障害の診断を受けていること、一定の治療が終了し地域生活を送っていることを要件とした。その理由としては、高次脳機能障害の診断を受けることは、障害のとらえ方や出来事の意味づけにも影響すると思われること、家族や社会などの環境は、その後の人生に影響を与えると考えたからである。また、本研究は、本人の語りからストーリー化を図るために分厚い記述が必要となることから、言語による情報提供が可能なことを要件とした。

本調査では、研究上の関心を受傷に伴う経験に焦点を絞るため、語りそのものに関心をもち、語られた事実を重視するナラティブ・インタビュー法を選択した。ナラティブ・インタビューは、「インタビューイの経験世界に迫り、語り手の主体性を重んじ、自由な語りの生成過程を促す方法」である（やまだ 2007：130）。研究手法で言えば、ライフストーリー・インタビューの選択肢もあるが、調査対象者の記憶や言語化の課題を勘案すると体験の意味づけを時系列に深く聞くことに限界がある。そのため、語りからストーリー化を図るほうが妥当であると考えた。また、ナラティブ・インタビューにおいても、研究上の関心をライフストーリー全般に向けることも可能な方法であることから選択した（Flick2002；やまだ 2007）。

インタビューは、調査対象者の障害特性から記憶の想起や言語の構成能力に一部障害が認められるため、能力的課題や集中力の低下による疲労を回避し、概ね 1 回 40 分程度実施した。なお、実施期間は、2012 年 10 月と 2013 年 3 月である。また、インタビューでは、語りの生成質問として受傷直後から現時点までに印象に残っている出来事とその時の感情や行動について聞いた。また、障害特性に配慮して、語りの一貫性の担保や相互認識のずれを解消するために要約や解釈を交えながら進めた。

分析方法は、ナラティブ分析を参考にした。ナラティブ分析は、テクスト全体を分析対象とし、ある時点までの人生のプロセスを把握し、解明するものである（Flick=2002；McLeod=2007）。つまり、これまでの人生の諸段階における具体的な出来事とその意味を説明することができるため、本研究の目的に合致すると考え採用した。データの分析方法は、Denzin （=Flick2002：254）が示した解釈の手順に基づいて実施した。その手続きは、①短いライフストーリーを作成する。②それを鍵となる経験の単位に分割し、それぞれに言語的及び解釈的に分析する。③次にテクストが当事者にとってもつ意味を明らかにし、解釈する。④その後、作業仮説を設定し、テクスト全体を通して把握し、解釈の結果を提示するものである。

そこで、上記の手順にそって高次脳機能障害者の語りからストーリー化を図り、障害と関連する出来事や経験を抽出した。そのデータを本人の行為に影響を与えた経験ごとに分割し、ラベルを付けた（表１）。次に、本人にとってその出来事や経験の意味について文脈や環境に着目しながら解釈した。それを基に、ストーリーは、本人なりに困難な状況に取り組んでいると仮定し、障害受容との関連から考察を行った。

第３節　調査の結果と考察

ここでは、得られたデータを文脈的に理解するために語りの背景や具体的な出来事との関連からストーリーを要約したものを提示する。

１．高次脳機能障害者のストーリーライン

Ａ氏は、2008 年にくも膜下出血を発症し、高次脳機能障害が残存した 40 歳の女性である。左半側空間失認、遂行機能障害、地誌的障害、記憶障害などが残存する(1)。急性期病院の入院中にトイレから自室に戻れないという体験をしたことで不安が増大するが、残存するような障害だとは考えていなかった。身体機能は自立しており、外見からは高次脳機

能障害を抱えていることがわからない。1 か月の入院加療と訓練ののち、自宅に戻り地域生活を再開する。退院時には、医師から精神障害者保健福祉手帳の申請を勧められたが、その時は混乱と否認など複雑な心境を抱えていたことから、取得しないまま退院する。しかし、地域生活を再開すると音への過敏な反応や、左側にぶつかる、道路が渡れない、よく行くスーパー内で迷うなど日常生活での障害を体験する。このような体験から障害の自覚が深まっていく。そこで、A氏は、日々の不安をなんとかして解消したいと、新聞に掲載されていた専門病院から資料を取り寄せ、障害を理解しようとした。また、周囲の理解を得るために精神障害者保健福祉手帳の申請を行った。家庭では、本人の障害の複雑さに疲労した家族との関係が悪化し、自殺を考えた時期もあったが、長男から「そのままでいい」と言われた一言や一生懸命に生きるという母の教えに支えられ、「自分でも何かできることがあるはずだと」と就労への意欲を高めていった。

その後、ハローワークの紹介でいくつかの職場を経験するが、高次脳機能障害が原因で仕事が続かず、職場を転々とする。それでも諦めず「認めてもらいたい」と懸命に就職活動に取り組む。その甲斐もあり、高次脳機能障害に理解のある障害者施設で調理係の仕事を得ることができた。また、この場所で初めて自分と同じ障害をもつ利用者と出会う。その利用者とのかかわりによって、利用者のサポート役という新しい役割をみつける。現在は、職場から頼りにされ、役立っていることを実感しながら生活している。

B氏は、2010 年に交通事故による頭部外傷が原因で、高次脳機能障害の診断を受けた 50 歳の男性である。左半側空間失認、記憶障害が残存する。B氏は、入院中の食堂で周囲から食べ残しを指摘されたことや、看護師とぶつかることで障害に気づく。当初は、イライラすることもあり、思うように回復せずに諦めかけることもあった。しかし、治そうとする気持ちが次第に強くなってく。発病時から母や妹が「いのちがあるだけ十分」と支え続けてくれたことに感謝し、就労を目指してリハビリに取り組んでいく。時折、発病前のことを思い出し、後悔することもあるが、家族への恩返しのために前に進もうと奮起する。

他方、就労サービスを利用する中で他者との関係の変化に気づいていく。「差別的なことがある。言いたいことが言えない」などの経験から、障害に伴う孤独を感じていた。しかし、友人との交流の深まりや地域住民との出会いなど滋養的な社会関係に支えられながら、施設ではなく、地域のなかで家族と共に暮らしていられる自分を幸せだと感じ、大切な家族との暮らしを守りたいと考える。今春からは、通い慣れた施設を離れ、一般就労を

目指し他の施設に移る予定である。

２．暮らしのなかで体験する出来事の意味

得られたデータを経験ごとに分割し、内容を端的に示すために便宜的にラベルをつけた。ここでは、分割した経験①から④にある出来事や経験の意味について、語りを示しながら考察する。

１）障害への気づき［経験①］

高次脳機能障害は、隠れた障害と評されるため本人が自覚することに困難さを伴う。それゆえ、過去と現在の自己像の不一致によって混乱をもたらす。たとえば、A氏は、道順を覚えられず、トイレから自室に戻ることができないことを体験する。入口に付けられた飾りは、A氏がトイレから戻るための目印となった。その出来事は、「これから先、自分はどうなるんだろう」とわが身にふりかかった障害を意識し始める契機となった。他方、B氏は、食事の場面で左側を認識できず、「まわりの人に残っているよと言われる」ことで障害と遭遇する。このような体験は、「馬鹿にしないで」（A氏）、「言われることが苦痛でしたね」（B氏）にあるように、他者を介して知らされる精神的な痛みを伴う障害との出会いであったと思われる。この時期、「精神障害者保健福祉手帳を勧められましたが取らなかった」（A氏）と取得を拒否する行為や、「悔しくて治そうという気持ちが強くなりました」（B氏）と回復して見返そうとする意思への転換から、現実を認めることができない状態であったと推察できる。Murphyは、「社会が押しつけてくる限界への抵抗として、障害者は過去のアイデンティティを保持しようとする」（=1997：149）と述べている。A氏は、「認めたくなかったし。できると思ってたから」と障害を否認することによって、B氏は、「治そうという気持ちが強くなった」と回復への意欲を高めることによって、これを試みているといえる。

このように、自己像の維持や再生による遡及的行為は、障害を「なかったこと」と否定するものだと思われる。反面、「トイレから一人で戻ることができなかったんですけど」（A氏）、「包丁が持てないというのが、すごく辛いのがあります」（B氏）のように、日々の生活のなかで出現する障害は避けようもなく、必然的に直視せざるを得ない出来事を体験させている。

このことから、障害への気づきは、この２つの相反するメッセージに応答しなければな

らない状況を招く契機となったといえる。ここでは、そのせめぎ合いのなかで、過去の自分を取り戻す行為によって障害をなかったことにすることを選択したと思われる。それは、一見すると後ろ向きの行為のように見えるが、困難な場面を跳ね返そうと現状の打開を目指す前進的な意味を内包する行為と解釈できる。このことは、単に障害の苦悩の中に留まることなく、本人にとっての現実的な課題に取り組むことを後押しするものである。

２）障害との対峙［経験②］

高次脳機能障害は、地域生活のなかで問題が顕在化すると言われる。道路を歩けない、野菜が切れていない（Ａ氏）、左側を気遣いながら銭湯に行く（Ｂ氏）ことは、これまで以上に、普通に処理できたことが困難になったことを自覚させる体験であり、否が応でも逃れられない現実を知ることになるといえよう。それは、障害を直視する場面が日常の至るところに存在し、障害と付き合っていかざるを得ないわが身と向き合うことを余儀なくされる出来事である。それに対して、「毎日道路を渡る練習をしました。でも、車に乗れないので自転車に乗る練習を毎日しました」（Ａ氏）、「料理は、少しずつ頑張って、時間があれば作ってますよ。プロの料理人になるには無理かもしれない。だけど、自分で食べていくことを諦めるわけにはいかんよ。できることを増やしたい」（Ｂ氏）と、回復に向けて本人なりに工夫を重ねつつ、現実に折り合いをつけている様子がうかがえる。

また、高次脳機能障害が見た目にはわかりにくいという特徴のため、他者には、独特な個人の特性として受け取られることが多く、「キョロキョロしてなんか、不審者みたい…」（Ａ氏）に映ることがある。Ａ氏は、「近所の人と会うのが嫌でしたね。違う目で見られる感じで」、「家族から必要ないみたいに扱われたことがあるんですよ。その時は、あぁそうか、居なくていいのかとか思ったりとか、本当に一回私死にたいと思って、なんかそういう行動に移ったことがあるんですよ」と自分に向けられる他者のまなざしに苦悩し、存在さえ揺らぐ体験をしている。Ｂ氏は、「障害者は自分の意見が言えないから孤立する。家族の世話になっている分、負い目もあるしね」と家族や他者のしがらみゆえに生じる生きにくさを語っている。

このことから、ここでの出来事は、本人たちが今までとは異なる社会関係の変化に気づく体験であったと思われる。この気づきは、「仕方なく申請したんですけど。高次脳機能障害専用っていうか、手帳があればね、もっと認めてもらえるんじゃないかなって思うんですけどね」とＡ氏に精神障害者保健福祉手帳の取得を促すことになった。また、Ｂ氏は、

「障害者は（自分の意見を)言えないから孤立するんですよね。私も家族の世話になっている分、負い目もあるしね。だからアクセサリーとか携帯とか、すごく凝ってるんですよね。自分はここに居ると言ってる」と伝えられない言葉を代替物によって自己の存在を示そうとしている。その行為は、腑に落ちない感情を抱えつつも、社会関係の維持のための妥協と思われる。つまり、その選択には、本人にとって納得できない感情とやむを得ない行為の２つの矛盾するメッセージが込められていると考えられる。

他方、視点を変えれば、この不本意な選択は、「もっと認めてもらえるんじゃないか」（A氏)、「家族に負い目があるから」（B氏）の語りにあるように自他間の関係性の変化を契機とした本人の変化と捉えることができる。綾屋と熊谷は、まわりが変化するのだから自分も変化しなければ安定しないという当事者の語りから、「回復とはある地点に到達することではなく、むしろ変化し続ける過程そのものである」（2010：163）と述べている。この観点に立てば、妥協による不本意な選択は、障害受容とは距離を置きつつ、本人自身が「今この時」を進むための自己展開の始まりと捉えることができる。

３）他者からの承認［経験③］

高次脳機能障害は、障害のある自己への気づきや、コミュニケーションの仕方、記憶力や思考力などに課題を抱えるため、自己否定感を強めるだけでなく社会関係に軋轢を生じやすいと言われる。ストーリーは、この状況の中で家族との密接で充足的な絆が彼らの変化を支えたことが示されていた。たとえば、A氏の長男は、以前のように野球の練習を見に来てほしいと言葉をかける。それは、「今はどんどん外に出ています。息子の野球について行ったりする機会が多かったので、それで周りにわかってもらおうとどんどん外に出まして」と、引きこもりを回避し、課題に取り組む意欲を高める契機となっている。B氏は、「母が、命があるだけでいいと言ってくれた」ことで「頑張ろうと思うのは、家族の気持ちですね」と、母親の存在の大きさを語っている。

このことから、障害が残存してもその存在を大切にされる出来事は、人生の転換点として大きな影響を与えていることがわかる。言い換えれば、家族という親密な環境が本人を承認することで、本人の変化が促進されている。

表３－１　Ａ氏、Ｂ氏のナラティブ・データの抜粋

	A氏	B氏
［経験①］障害への気づき	●看護婦さんのひとりが入口に飾りを付けてくれて、『Aさん、トイレ行ったらここに帰るのよ』って教えてくれたけど、それぐらいわかってるわ、と思いました。できなかったんですけど。馬鹿にしないでと。でも、これから先、自分はどうなるんだろう、回復できるのか不安でした。 ●先生から（精神障害者保健福祉）手帳を勧められましたけど取らなかった。認めたくなかったし。できると思ってたから。	●あーやっぱり、あの一時の生活はすごく大変やったですね。もうご飯を食べる時が一番辛かったですね。食堂でご飯を食べるときに、左側の食べ物が残っていてもわからないんです。まわりの人に「残っているよ」といわれるのが精神的に苦痛でしたね。廊下を歩いていると左側にいる人にぶつかってしまう。イライラすることもあったけど、悔しくて治そうと思う気持ちが強くなりました。 ●右(きき)でも、どうしても左は絶対必要です。右でもね。特に右でも左は重要ですすごく。支えますからね。だから包丁が持てないというのが、すごく辛いのがあります。真剣に思いましたね、それは。あぁ僕は二度と持てないのかなと。
［経験②］障害との対峙	●外を歩くときに道路を渡れなくて。車との距離感がつかめなくて何度かぶつかりそうになったり、家事は苦労しました。野菜も半分しか切れてないとか。（知らない場所では）キョロキョロしてなんか、不審者みたいに…（見られたり）。 ●毎日道路を渡る練習をしました。それと自転車に、車に乗れないので自転車に乗る練習を毎日しました。 ●だから仕方なく申請したんですけど。もっとこう、（精神障害者福祉手帳の）級ですよね。今3級なんですけど、うちの主人なんかはもっと重いやろって言うんですけど、高次脳機能障害専用っていうか、手帳があればね、もっと認めてもらえるんじゃないかなって思うんですけどね ●別に性格が変わったので家族と衝突することも多かった。家族から必要ないみたいに扱われたことがあるんですよ。その時は、あぁそうか、いなくていいのかとか思ったりとか、本当に一回私死にたいと思って、なんかそういう行動に移ったことがあるんですよ。	●包丁が持てないというのが、すごく辛いのがあります。真剣に思いましたね、それは。あぁ僕は二度と持てないのかなと。 ●そこ（銭湯）まで歩いて行くんですよ、毎日。左側を気を付けながらね。 ●それはもう働きたいです。和食です。（料理は）少しずつ頑張って、時間があれば作ってますよ、家で。でも、プロの料理人になるには無理かもしれないなって。だけど、自分で食べていくことを諦めるわけにはいかんよ。自分のためというか、家族や友達のために、できることを増やしたい。 ●障害者は（自分の意見を）言えないから孤立するんですよね。私も家族の世話になっている分、負い目もあるしね。だからアクセサリーとか携帯とか、すごくこう凝ってるんですよね、ああいうものに。自分はここにおるんやって言ってる。（省略）…（自分を）誇示するんですよね、そういうの強いですよね。 ●リハビリ続けたくて（市役所に施設に入る）希望を出したけど、ダメだった。あの時点でここに入ってたら、もう、だめになったかもしれん。卑屈になってたかもしれん。たぶん。まぁどうなってたかわからんですけどね。だから、まだまし。
［経験③］他者からの承認	●長男が『野球を見にきたほうがいいよ。外に出たほうがいいよ』と言ってくれました。私本当に野球が好きなんですよ。息子が言ってくれなかったら引きこもっていた。今はもうどんどん外に出ています。息子の野球について行ったりする機会が多かったので、それで周りにわかってもらおうとどんどん外に出まして。 ●長男がおかあさんはこのままでいいと言ってくれた時があって、その言葉でこのままでいいんだと思えるようになりました。でもなんかやっぱりできることがあったらやってみようと思いましたよね。頑張ったらもっと自分が変われるじゃないかと思ったんです ●ハローワークになんかできるんじゃないかなって思って行くんですけど、やっぱりだめって思い知らされて、辞めたところがあります。やっぱり普通の健常者と変わらない環境では私は無理なのかなって思ったけど。認めてもらいたくて、出来るはずだって…。今のところに行くまでに(現在の仕事に就くまで)、いろいろな所に転々としたんですよ。 ●　やっぱりね、認めてもらいたい。自分の存在をそのために仕事をするんです。 ●職場には一人も障害者が居る訳でもないし、もう環境が全く違うので、やっぱこう普通の健常者と変わらない環境では私は無理なのかなって思って。…でも、どこかで絶対認めてもらえるっていう。絶対私の居場所はどこかにあるはずだって思ったんですよ。	●自分のことを真剣に思ってくれて、母は命があるだけでいいと言ってくれました。だから、頑張ろうと思うのは、家族の気持ちですね、大切に思ってくれている。頑張ってという家族の絆っていうか、みんなの気持ち。あったかいね。 ●あまり後を振り返らんほうで、ずっともうそのまんま。そんな人生だからなんか自分なりに前へ進もうと思ってね。まぁ常に先…前を向いて行かんとですね。役に立たんかもしれんけど。病気になって今までの生活を振り返ったりします。そういうことばっかりです。後悔先に立たずです。繰り返しです。 ●もうそこ（就労施設）にいかないと。目標がある。大切な家族、やっぱり家庭のためにね。じゃないと何のために存在しているかわからんよ。生きている意味わからんよ。
［経験④］新たな現実への到達	●新聞を見て、その施設に一度連絡しました。分かり合える人がほしくて。（施設を探して連絡したのは)自分はどうなるんだろうと思って、不安で。そうですね。　●近くのスーパーとかに行ったら知ってるんで、私の障害のこと。なんかおかしいよなって動きが、ちょっと何？何しょんの？って感じで声を掛けてくれますね。迷ったときは、以前のように自分から積極的に聞くようになりました。 ●今の職場は、休むとみんなが『困る、困る』と言ってくれるんですよ、一応。そんな言葉を聞いたらなんか役立っているんだな、と自分で思いますね ●今の職場に同じように高次脳を持った人が居るので、だからその子のサポートを私にしか出来ないんじゃないかって思うんですよ。他の子には、絶対あの子は理解してあげられないっていう強みがあるんですよね。 ●安心して暮らしています。仕事場で役にたっていることを実感できるし。私の存在自体を認めてもらえたという実感がある。子育ても今の状態でできるし、仕事もまあある程度人の役に立つことができるようになったけど、もっとできたほうがいいとは思います。できれば運転とかもできるようになりたいし。	●毎日、銭湯に行くのは当たり前だけど、リセットできるっていうか。嫌なこととか。地域の人と、色々、世間話もできますし、やっぱり楽しいですよね、そこで話したりすると、地域の人とコミュニケーションが取れますしね、心が和むよ ●逆に友達たちとの交流は以前よりでてきた。最初は、ちょっと引いてたみたい。『お前変わったなあ』みたいな感じで。最近は、大変さをわかってくれたみたいで、買い物とかいろいろ手伝ってくれるんです。正月には、子どもを連れて遊びに来てくれるんです。お年玉が大変で。 ●僕は、今までこんなことをね、この病気になるまでね、知らなかったこといっぱいあるんですよ。いろんな人と出会って、いろんなことを知って、自分で勉強になりました。今まで人を気にすることはなかったけど、出会いが変えたっていうか。 ●今は、満足しています。一番大切にしているものは、家族と暮らすことです。大切にしてくれるから、僕も大切だし。家族がいて、友達がいて、仲間がいて、それに、就職っていう目標もあるからね。まだまだ頑張らないとね。 ●通所リハビリは）そんなにも長く来る所じゃないし、その一…ね、なんていうんですか、長く来てもその人のためにも(ならないし)ね。社会に出るための施設ですから、社会復帰の次のステップ（授産施設）に行って、また、どこかまた先に進むという感じですよね。

注１：データの抜粋は逐語録の一部である。
注２：上記の表で（　）は内容をわかりやすくするために前後の文脈から言葉を補足したものである。

承認とは、「自分の存在が必要とされている感覚」（中村 2011：85）、あるいは、「自己が存在することの必要感」（秋山 1999：40）である。 とりわけ、 長男から承認されたＡ氏は、「でもなんかやっぱりできることがあったらやってみようと思いましたよね。頑張ったらもっと自分が変われるじゃないかと思ったんです」と将来への期待と変化への意思を表出している。また、母に承認されたＢ氏は、「目標がある。大切な家族のためにね。じゃないと何のために存在しているのかわからんよ。生きている意味わからんよ」（Ｂ氏）と、目指すべき道を見つけている。つまり、本人の歩みを進める力は、自分を温かく受け入れてくれる環境によって支えられているといえる。

しかしながら、家族の承認によって支えられていても、必ずしも障害やそれに伴う現実を了解しているわけではないといえる。たとえば、「職場には一人も障害者が居る訳でもないし、もう環境が全く違うので、普通の健常者と変わらない環境では、私は無理なのかなって思って。でも、どこかで絶対認めてもらえるっていう。絶対私の居場所はどこかにあるはずだって思ったんですよ」（Ａ氏）と、本人の中にあきらめと期待という異なる心の働きが起きている様子がうかがえる。Ｂ氏は、「なんか自分なりに前へ進もうと思ってね。まぁ常に先…前を向いて行かんとですね。役に立たんかもしれんけど。病気になって今までの生活を振り返ったりします。そういうことばっかりです。後悔、先に立たずです。繰り返しです」（Ｂ氏）と、障害とは無縁だった過去と現在の往還が続いていることを語っている。それは、前向きに生きようとする姿とこれまでの生活へのあきらめ切れない思いを抱えているように思われる。

以上のように、ストーリーは、障害の中で揺れ動き、どっちつかずの状態を抱えながらも、歩みを止めないふたりの姿を映し出していた。とりわけ、ハローワークに通い、職場を転々としながらも「自分の居場所は必ずあるはずだって」（Ａ氏）と存在が認められる場所を探す行動や、生きる意味を見出すために「もうそこ（就労施設）にいかないと。目標がある」（Ｂ氏）と就労施設に移る選択は、障害に伴い生起する社会関係の課題解決に向けた取り組みとして受けとることができる。言い換えれば、この取り組みは、障害を受容も拒否もしないままに、他者や社会とつながり、自己が認められる場の希求に起因する未来の可能性を拓くための変化と捉えることができる。

４）新たな現実への到達［経験④］

高次脳機能障害の難解さは、社会の偏見や誤った解釈を生じやすい。そのため、他者との間の相互了解性は、本人の暮らしに大きな影響を与えるものと考えられる。とりわけ、「新聞を見て、その施設に一度連絡しました。分かり合える人がほしくて」（Ａ氏）、「毎日、銭湯に行くのは当たり前だけど、リセットできるし、嫌なこととか。地域の人と、色々、世間話もできますし、やっぱり楽しいですよね、そこで話したりすると、地域の人とコミュニケーションが取れますしね、心が和むよ」（Ｂ氏）のように、つながれる人や場を求め、他者と出会い、結ばれる場を探す行為は、本人なりの解決に向けた試みとみることができよう。

他方、高次脳機能障害は、不可逆的な障害と言われている。Ａ氏は、受傷から５年経った今でもなじみのスーパー内で迷う。しかし、店員のサポーティブな応答に支えられ「迷ったときは、以前のように自分から積極的に声をかけるようになりました」と、受傷前の暮らし方を取り戻している。Ｂ氏は、友人との関係の再生により「前のように正月には、子どもを連れて遊びに来てくれるんです。お年玉が大変で」と、日常を再び手にしたことがうかがえる。このように、ストーリーには、障害理解をもとにしたコミュニケーションによって、円滑な人間関係が形成されていることがわかる。つまり、本人と環境の滋養性が高まるほどに、障害とは無関係な日常の暮らしが戻っているといえよう。

加えて、Ａ氏は、「今の職場に同じように高次脳を持った人が居るので、だからその子のサポートは私にしか出来ないんじゃないかって思うんですよ。他の子には、絶対あの子は理解してあげられないっていう強みがあるんですよね」と、高次脳機能障害ゆえに見出すことができた役割に自己存在感を高めている。それは、社会的存在としての「私」を取り戻す出来事であったと考えられる。Ｂ氏は、「僕は、今までこんなことをね、この病気になるまでね、知らなかったこといっぱいあるんですよ。いろんな人と出会って、いろんなことを知って、自分で勉強になりました。今まで人を気にすることはなかったけど、出会いが変えたっていうか」と、人との出会いによってたどり着いた独自の新しい人生観を語っている。重ねて、「安心して暮らしています。仕事場で役にたっていることを実感できるし。私の存在自体を認めてもらえたという実感がある」（Ａ氏）、「一番大切にしているのは家族と暮らすことです。家族がいて、友達がいて、仲間がいて、それに、就職っていう目標もあるからね」（Ｂ氏）と、本人らしい生活にたどり着いたことがわかる。それは、本人と社会との相互行為のうちに形成される調和的なつながりが、高次脳機能障害者の人生に

新たな関係や意味を与えることを示すものである。しかし、「運転できるようになりたい」（A氏）や「まだまだ頑張らなければ」（B氏）など、この先の変化への期待は、高次脳機能障害者の現実が更新され続けることを示すものである。

第４節　考察

ソーシャルワーク実践において、対象をどのように認識するかはその後の援助に大きな影響を与えることは言うまでもない。ここでは、本人のストーリーから、高次脳機能障害者の特性について考察を深めたい。

ストーリーには、障害に気づいたその日から自己像の不一致や社会関係の変化にしばしば戸惑い、それでも本人なりの手立てによって解決が始まっていたことが示されていた。それは、障害に抗いながらも［経験①］、不本意な選択によって他者への理解に働きかけ［経験②］、社会的存在感の回復に向けた取り組みを続け［経験③］、自己の可能性を拓き続ける［経験④］という行為であった。そこには、ときには死をも考え（A氏）、孤立に苛まれる（B氏）ほどの深刻な経験とともに［経験②］、「今のままでいい」（A氏）、「命があるだけでいい」（B氏）と等身大の自分を認めてくれる人々の存在があった［経験③］。また、本人の生きる過程からは、逃れたくても逃れられない現実とのせめぎ合いや［経験①］、納得できない感情とやむを得ない行為［経験②］、あきらめと期待［経験③］、満たされた現実にたどり着いてもなお、未来を志向する様子［経験④］など障害への相反するメッセージが確認された。

綾屋は、日々の体験は、障害のある身への認識を深め、家族や社会とつながることで自己の不確実性が減っていくが、未来に向けて回復していく自分とは別に、外界からの刺激によってあらゆる痛みとずっと付き合い続けなければならいと述べている（2010：190 - 212）。このことからも、高次脳機能障害のある人もどれだけ安全な人々のなかに居ても障害の受容と拒否との間で揺れ続けながら、結局のところ受容も拒否もできないままに生きていると理解できる。他方、未来を志向し自己の可能性に挑戦し続ける様［経験④］は、社会で生きる姿そのものであり、障害受容と社会で生きることが必ずしも関連するものではないといえよう。このことは、新舎の「家族や周囲のサポートによって再び社会に目を向けることはできるが、障害の事実に満足しているものなど一人もいない」（2003：816）という見解と合致するものである。 以上のことは、障害受容が主体的に生きるための要件ではないことを示すものである。

では、障害の受容と拒否の間で揺れながらも、困難な場面に取り組むことを可能にしたものは何であろうか。Wolin は、逆境を乗り越えるためには、人間の潜在的な力の回復が重要だとし、それは「痛みや苦しみを否定するのではなく、むしろそこから目を背けないことで浮かび上がる」（=2002：208）と述べている。ここでの逆境を高次脳機能障害者の生活のしづらさと捉えるならば、彼らの生きる力の回復は、滋養的な環境を支えに障害と向き合い続けることによって獲得できたと考えられる。それは、「認めてもらいたい。自分の存在を。そのために仕事をするんです」（A 氏）、目標がなければ「何のために存在しているのかわからんよ。生きている意味わからんよ」（B 氏）と、存在意義や生きる意味を見つけたいという意志に裏打ちされた行動であった。ここに、障害やそれに伴う現実から逃げずに生きていこうとする覚悟があったと推察する。そして、役立つことの実感（A氏）と温かで支持的な環境（B氏）を内包する新たな現実は、覚悟の末にたどり着いた一つの到達点として受けとれる。しかし、一方では、障害の認識が出来難いという特性は、「運転ができるようになりたい」(A氏)のように実現の可能性が低いと思われることや、「まだまだ頑張らないとね」（B氏）と引き続き、回復を目指し続けるという特徴を示していた。

以上の内容から、高次脳機能障害は、障害受容とは一旦距離を置きながら、留まることを知らず、現実に向き合い続けていることがわかった。このことから、高次脳機能障害者は、「障害を受容も拒否もしないまま、いくつかの課題に立ち向かいながら生きている」といえ、〈受容なきままの覚悟〉をもって生きる存在として認識することができる。このことは、障害を心から受け入れることが社会で生きることの条件とされた障害受容とは、異なる状況を示すものであり、高次脳機能障害者への援助の方向性を示唆するものである。加えて、本人なりの取り組みの過程から得られた対象認識は、本人の力を活用したソーシャルワークを推進するアプローチに寄与するといえよう。

注

（１）研究結果および考察における高次脳機能障害の医学的理解は、当事者であり医師である山田（2004）を参考にしているが、ここでＡ氏およびＢ氏の高次脳機能障害の特性について簡単に説明しておく。①半側空間失認とは、視空間の半分とそこにあるものを無視し、無視したことに気づかない。②記憶障害とは、主に短期記憶の低下ではあるが忘れたことを覚えているところに認知症との違いがある。③遂行機能障害とは、自分で計画を立て実行することができず、人からの指示を必要とするものである。④地誌的障害とは、よく知っている場所や道で迷うものであり、地図や見取り図が書けなくなる。このような特性が混在するところに高次脳機能障害の生活上の困難さがあると言われている。

（２）経験①から④までに示した高次脳機能障害の課題については、第 2 章で明らかした生活のしづらさをもとに考察している。

引用文献

秋山智久（1999）「第２章　人間の幸福と不幸」嶋田啓一郎監修, 秋山智久・高田真治編『社会福祉の思想と人間観』ミネルヴァ書房, 20−47.

青木美和子・白波瀬聡子（2009）「高次脳機能障害者に対する地域生活支援に向けて」『札幌国際大学紀要』40, 1−9.

新井愛子（2010）『障害者福祉の援助観−自己実現を支える関係性』筒井書房.

綾屋紗月・熊谷晋一郎（2010）『つながりの作法　同じでもなく違うでもなく』NHK 出版.

Flick, U.（1995）*Qualitative Forschung*, Rowohlt.（=2002, 小田博士・山本則子・他訳『質的研究入門−「人間の科学」の為の方法論』春秋社.）

林眞帆（2014）「高次脳機能障害者の社会生活上で生じる『生活のしづらさ』がもつ意味に関する研究−ソーシャルワークにおける働きかけの焦点の明確化−」『社会福祉学』55(2), 54−65.

伊東良輔（2014）「中途障害者の障害受容の促進におけるエンパワメントアプローチ：本人と環境への働きかけ」『社会福祉士』21, 64−70.

McLeod, J.（2000）*Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*, Sage Publications, Ltd.（＝2007, 下山晴彦監修, 谷口明子・原田杏子訳『臨床実践のための質的研究法入門』, 金剛出版.）

Murphy, R.F.（1987）*The Body Silent*, Henry Holt and Company.（=1997, 辻信一訳『ボディサイレント　病いと障害の人類学』新宿書房.）

中村剛（2011）「社会福祉における承認の重要性−A.ホネットの承認論を理論的基盤として」『社会福祉研究』111, 85−91.

関谷真澄（2007）「『障害との共存』の過程とその転換点−精神障害を抱える人のライフストーリーからみえてくるもの−」『社会福祉学』47(4), 84−97.

新舎規由（2003）「当事者の立場から（特集 障害受容における相互作用)」『総合リハビリテーション』31(9), 815−820.

高山成子（1997）「脳疾患患者の障害認識変容過程の研究−グランデッドセオリーアプローチを用いて」『日本看護科学会誌』17(1), 1−7.

Wolin, S.J. and Wolin, S.（1993）*The Resilient Self; How Survivors of Troubled Families Rise Above Adversity*, Villard Books.（（=2002, 奥野光・小森康永訳『サバイバーと心の回復力−逆境を乗り越えるための七つのリジリアンス』金剛出版.

山田規久子（2004）『壊れた脳　生存する知』講談社.

やまだようこ（2007）『質的心理学の方法−語りをきくこと』新曜社, 124−143.

第４章

高次脳機能障害のある人へのソーシャルワーク実践の特質に関する研究

－本人の「生活のしづらさ」へのアプローチからの考察－

第１節　調査の目的

本調査は、高次脳機能障害者へのソーシャルワーク実践事例を素材として、障害特性から生起する生活のしづらさと援助との関連を手がかりに援助の特質を明らかにすることを目的とする。

第２節　調査の方法

本調査は、高次脳機能障害者へのソーシャルワーク実践事例を分析対象とする。実践事例には、事実をめぐる豊かな情報が含まれており、ソーシャルワーカーによる日々の実践活動の集積として現場の事実を基にした知見や所見が存在する。このことから、本人の側に立った援助を推進するための重要な示唆が得られると考えている。事例の収集にあたっては、高次脳機能障害者の地域生活支援に携わっているソーシャルワーカー５名を調査協力者とし、実践事例の提供を受けた。調査協力者は、相談援助の経験を 10 年以上有する社会福祉士３名、介護支援専門員２名である。提供事例は、高次脳機能障害と診断を受けた当事者への地域生活支援の事例である。なお、本研究で用いる「地域生活支援」は、本人自身が自分の問題を解決していくその過程を支えることを通じて、本人が地域で暮らす・暮らし続けることの実現に向けた取り組みを指すものである。

本調査では、可能な限り事例を正確に理解する必要があるため事例提供者のヒアリングを実施した。調査内容は、事例概要、事例経過、援助経過である。ヒアリング調査では、ワーカーの働きかけと本人の変化を中心に聞き取りをおこなった。調査期間は 2013 年 7 月から 2015 年 2 月までであり調査時間は、協力者１名につき概ね 60 分程度とした。

分析方法は、質的データ分析法（佐藤 2008）を参考にし、次の手順で分析を進めた。まず、ヒアリングデータから本人の状況、働きかけ、その後の変化の 3 点に連関する部分を抜き出し、セグメント化した。次に、ワーカーによる働きかけが本人側から見て、問題の解決・緩和に至った、もしくは援助のプロセスを進めることに寄与できた部分を抽出した。抽出したセグメントの中からワーカーの働きかけのセグメントを分析対象とし、意味内容別にコーディングし、コードとカテゴリーを生成した。

第３節　事例の概要

表１では、５事例の事例内容と「生活のしづらさ」の概略を示した。本調査で用いる高次脳機能障害者の生活のしづらさとは、自らの望む生活や人生の実現に向けて本人なりには努力しているが、社会の期待や条件とかみ合わず、家庭や社会での居場所が失われている状態を指し（林 2014：55)、それに基づいて考察した。

Ａ事例は、退院後に在宅生活の再開に向けて地域包括支援センターが介入した事例である。この事例には、脳腫瘍の術後に残存した障害への苦悩や苛立ちが認知症の母親やヘルパーに向けられる〈受け入れ難い現実〉の課題がある。母親への暴力は、弟夫婦に危機感を感じさせ、本人抜きに母親との別居が決められるという〈意思ある存在の否認〉の課題がある。しかし、援助の経過のなかで落ち着きを取り戻し、ワーカーの助言を受け入れ、ヘルパーとの関係も改善されていった。

B 事例は、仕事中の転落事故後入所した老人ホームからの依頼で障害者生活支援センターが介入した事例である。その後、ワーカーは本人の希望で在宅生活を支援した。本人には、「自分の感情がおさえきれなくなってこのままいくと自分はどうなるかわからない」、「一人になるのが怖い」など情緒・行動障害から生じる不安や恐れに苛まれ続ける〈終わることのない恐れ〉という課題がある。しかし、ワーカーの介入によってヘルパーにも信頼を寄せ始め、穏やかな笑顔を見せるようになった。

表４－１　クライエントの属性と生活のしづらさ

	障害原因	性別	年齢	障害特性	生活のしづらさ
A事例	脳腫瘍・脳梗塞	男性	40歳	半側空間無視、社会的行動障害	・受け入れ難い現実 ・意思ある存在の否認
B事例	頭部外傷・脊髄損傷	男性	40歳	社会的行動障害、記憶障害	・終わることのない恐れ
C事例	くも膜下出血	女性	40歳	記憶障害、遂行機能障害	・傷つけられた自尊心 ・理不尽な評価
D事例	頭部外傷	男性	30歳	記憶障害、遂行機能障害	・不本意な支援 ・繰り返される失敗
E事例	くも膜下出血	女性	70歳	記憶障害、注意障害	・蓄積されない記憶 ・消え失せたくなる衝動

C 事例は、退院後の地域生活支援のために居宅介護支援事業所が介入した事例である。発病後に在宅生活を再開するものの、嫁ぎ先の農家の仕事がうまくできず、姑や親戚などから否定され続ける〈傷つけられた自尊心〉の課題がある。また、回復への期待が高い家族から効果がないとデイサービスの回数を減らされるという〈理不尽な評価〉の課題があ

る。ワーカーは、本人が「ほっとできる」と言うデイサービスの利用を継続させる。次第に、本人は、自分の意思を伝え始めるようになった。

D 事例は、交通事故後、就労支援施設の利用を契機に障害者生活支援センターが介入した事例である。この事例には、度々、施設の利用日を忘れるために事業所の職員から叱責を受け、対人関係のこじれやパワーレスを引き起こす〈繰り返される失敗〉の課題がある。また、職員の高圧的な発言や態度によって高次脳機能障害に則した支援が受けられない〈不本意な支援〉の課題がある。ワーカーは、本人に代わり事業所に対応の改善を施設に申し出る。少しずつ、事業所の対応が変化するにつれワーカーへの信頼を高めていった。

E 事例は、医療ソーシャルワーカーによる退院後の地域生活支援の事例である。この事例には、メモリーノートの活用など本人なりに工夫をするが記憶の再生ができず不安が募る〈蓄積されない記憶〉の課題がある。また、頼りきっていた妹との連絡が途絶え拠り所を失ったことで「死んでしまいたい」と自己否定感を強めていく〈消え失せたくなる衝動〉の課題があった。しかし、医療スタッフやワーカーのサポートに感謝し、「私も頑張らないと」と次第に生きる意欲を取り戻し、問題解決に取り組むようになっていった。

以上のように，拙稿（林 2014）において，高次脳機能障害者の生活のしづらさとして５カテゴリー13 項目に分類されたが，本研究の５事例のヒアリングデータでは，そのうちの９項目の生活のしづらさがあげられ，高次脳機能障害による活動上のリスクに対する課題〈避けられない危険〉や，障害と対峙することで起こる課題〈変化への戸惑い〉，家庭や社会から期待されなくなる課題〈社会的役割の喪失〉，存在の必要性を失う課題〈社会的存在感の低下〉の４項目は抽出できなかった(1)。

第４節　調査の結果

ヒアリング調査によって得られたデータのなかで、本人の状況・働きかけ・変化の 3 点が連関して語られたデータは、69（状況 18・働きかけ 27・変化 24）であった。このうち、本人側からみて課題解決をサポートできた、もしくは援助を進めることに寄与できたと考えられた 43（状況９・働きかけ 18・変化 16）のセグメントを抽出した（表２）。以下、ワーカーの働きかけが本人の問題解決やニーズの達成にどのような効果があったのかを示す。

１．本人への働きかけの効果

A 事例では、トラブルの都度訪問し、本人の感情に焦点を当てながら話を聴いている。その結果、本人は、母を心配しながら「上手いことならんのや」、「自分でもどうしたらいいかな」と、自分ではコントロールできない感情、戸惑い、母への想いを素直に言葉にすることができた。加えて、「言われたことをそのまま動く」と本人の言い分を受け入れ支持する行為は、「本人も（障害）を受けとめようと努力することができるようになってきた」、「(ヘルパーへの過度な要求やクレームついても) 段々…理解してくれるようになった」など、ワーカーへの信頼を高め、本人による問題解決を進めることにつながっている。加えて、「むしろ嬉しい事を報告してくれることが多くなった」と、暮らしが安定し始めている様子がうかがえる。なかでも、ワーカーが母親への想いを受けとめ、母親との再会をサポートしたことは、ワーカーと本人の相互理解を進めたと思われ、「私の話を聞くようになった」など本人の前向きな変化に現れている。

B 事例では、障害に伴う本人の不安感に対して、連絡してきたら応える、ちょっとでも調整して行くなど即応的な働きかけがある。また、ヘルパーとの関係性を高めたり、自宅でカンファレンスを開催し、本人の不安の解消に努めている。それは、「自分のためにこんなに皆が集まってくれる…自分のために何かを話してくれる」と、本人が他者から大切にされているという実感を得ることにつながった。加えて、カンファレンスは、本人と支援チームとの相互理解を深めることになったと思われ、親身になってくれるヘルパーや本人が信頼しているヘルパーが現れることになった。その結果、本人のクレームも減り、笑顔や穏やかさを取り戻していった。

C 事例でのワーカーは、ひたすら本人や夫の話を聴き、夫に本人のつらさを伝えることを続けている。それにより、「病気をして変わった」と自分の言葉で自分のことを伝えるようになる。それは、本人が精神的な強さを再び取り戻したと思われ、本人が自らの問題に向き合うこと、取り組むことがワーカーによって支えられた結果だと考えられる。また、親戚の批判的な対応に対して「(回数は減っても利用すること)そこだけは押さえています」とサービス利用を維持し、本人の利用ニーズを守っている。この働きかけは、「安心できる場所(デイサービス)…っていうことは言われていますね。」からも、本人の居場所を確保することにつながったと思われる。

表４－２　本人の状況・働きかけ・変化との関連

	生活のしづらさ	状況		ワーカーの働きかけ		変化
A事例	受け入れ難い現実	(1) お母様の事を罵倒したりとか、「何でそんなことも出来んのか」ということを言ったりして…感情をぶつける対象がお母様だったというのがまず最初に出てきたトラブルだったですね。「あのお袋を叩いてるって言うけど俺は目が見えん」。と…自己弁護はありながら、怒鳴ったりするのは確かにしたというような部分は認めている。 (今の状態になったのは)「医者のせいや」と、言っていましたね。	➡	(1)-①トラブルがあったときは、様子を見に行って「どうした?って話を聞くですよ…感情のコントロールってところに主に注目しました。そこにある意味奪われていた部分もあるかなぁ。その人がやはりこう色んな物を自分に対して向けられるような状況をつくりながら。 (1)-② 半年～1年くらいはなるべくその言われたことをそのまま動くような形でとっていましたけど。家族とのトラブルは、私が話したり、ヘルパーさんからも一緒になって話をしてもらうとか、いう…こうまぁ協働作戦的な感じで動いていました。	➡	・最終的にはそのお母さんの事を心配しているけど、「上手いことならんのや」と。今の置かれている状況が上手くいかんということで、こうなってしまうんやと。「自分もどうしたらいいかな」というような事を、冷静になっている時に言っていましたね。なんとなくこう…本人も(障害を)受けとめようと努力することが出来るようになってきた。 ・「そろそろ来ると思っちょった」とか言ってみたり。本人が何かしら伝えたい事を、あの変な事っていうよりかはまぁむしろ嬉しい事を報告してくれる時が、多くなったですよね。 ・(ヘルパーへの過度な要求やクレームについても)段々…理解はしてくれるようになったですかね。少しずつ受けとめる事は出来ていくんだなっていう事は改めて感じた。
	意思ある存在の否認	(2) (母親の居場所を知らされず)「どうしょんのか？会いに行きたいけどな」って。ヘルパーさんに(母親の)場所をちょっと聞いちょっちくれー」とか。「弟に聞いちょって(くれ」とか。あの、会いたがったましたね、凄く。	➡	(2)-① (本人の求めに応じて)そこに(母親が入所している施設に)、1,2回連れて行きましたわ。	➡	・別に何か特別なことがあったわけではないけど、お互い喜んでました。複雑なものを抱えてたんじゃないかなと。憎いわけではなかったでしょうからね。 ・ (ヘルパーとのトラブルに関する助言など)私の話を聞くようになったかなあ。信頼してくれたような気がします。
B事例	終わることのない恐れ	(1) なんか自分の感情が抑えきれなくって。このまま行くと、自分はどうなるか分からないって思って、もう自分で救急車呼んだんですよ。自分でも言ってましたけど「一人になるのは怖い」って。…以前は結構ありました。どうしょうもなくなったら電話かけてきました。それが、ほんと土曜日であろうと、夜遅くであろうと。	➡	(1)-① だから、できるだけ連絡してきたら応えるんです。大体いつも、まずお話ききます。「あの…今回どしたの？」ってもう慣れてるからそんな感じでもう玄関を入って行くんですけどね…とにかくちょっと時間をちょっと調整しても必ず行ってね。とにかく聞いてあげるっていうところだけはずっとしてきました (1)-② ヘルパーさんやステーションにも「こんな人やから」とお願いしたり、わかってもらうように伝えて。 (1)-③ あの1人で居ると不安っていうところでね。私達2か月に1回くらいね。(本人の自宅で)カンファレンスをするんです。	➡	・ここ2,3年くらいかな？えっとね、とても穏やかになってきたんですよ。 ・(親身になってくれる)ヘルパーさんが動いてくれる事で少しずつ自分も落ち着いてきたというところがあるんですけど。今ほとんど呼ばれることはない。その人(本人が信頼しているヘルパー)が全部調整して下さってるんでね。ここ2、3年くらいかな？えっとね、とても穏やかになってきたんですよ。 ・全部の事業ごと集まって本人含めてね、本人のお家で。情報を共有したりとか、あっと言う間に和むんですよ。「自分のためにこんなに皆が集まってこう来てくれて、自分のために何か話をしてくれてる。」って。そういう時の次の日とかは、ものすごい朝から笑顔なんです。
C事例	傷つけられた自尊心	(1) お姑さんがいらっしゃって…口では立派なこと言うけど何もできないということで強く当たるんです。本人さんはまぁ受け止められて辛いとは思うんですけれど、あの「いつものことだから」って。	➡	(1)-① 行ったときは散歩してその中でお話を聞きます。…あの見守り。何もできないけど1月に1回行くんです。「そうよね。そうですよね」って受けとめています。ご主人さんもご本人さんの心配をされてて、ご主人さんの愚痴も聞きます。本人さんの本音も伝えるけど、ご主人さんは分かっていて。	➡	・先月担当者会議がありまして…「そういう性格ですか？それともご病気をされてからですか？」って聞かれ、以前はあまりしゃべれなかったけど今は「病気をして変わりました」って。はっきり言うようになりました。
	理不尽な評価	(2) サービスのところに親戚が乗り込んできて「あなたはサービスに通っているのに全くよくなっていないじゃないの」って、結構強く批判されて、サービス利用の回数が減って。	➡	(2)-① 「サービスに行っている時は、そのことを考えなくていいから、(姑から言われなくて済む)気が楽だって。サービスにはまだ行きたいというので…安心できる場所(デイサービス)…っていうことは言われてますね。サービスだけは継続したいというので、(回数は減っても利用すること)そこだけは押さえています。私も(本人が)ほっとできる場所が必要だと思います。	➡	・やっぱり気持ちもちが分かってくれるというか、安心できる場所(デイサービス)…っていうことは言われてますね。最近は落ち込んでいる感じもなく、強くなったと思います。
D事例	繰り返される失敗	(1) (ヘルパーサービスの場合)本人は、今日の朝、誰が来てくれるのか、仕事の休みのことなど(尋ねて)自分に連絡してくるんです。事業所は今日、来るのを忘れていたということになると、職員がまた来てないじゃないと本人に言うのだけど、そんなことを言われたと本人からは自分にくる(訴えてくる)…。	➡	(1)-① 視覚的効果など(本人がわかるように自宅内の)ホワイトボートに書いたりとか、部屋の中に本人が好きなイラストのところに吹き出しを書いたりするんです。…日常の中で修正することがあります。 (1)-② 事業者の方が専門スキルを身につけていないがゆえの発言に対しては、こちらから(本人の行為について)肯定的に(本人に)かえすようにしています。 (1)-③今回は行ったった方がいいなと思うときが、なんかわからないけどあるんですよ。キャッチし続けることが大事	➡	・本人の訴えも減っているし。 ・そこで本人の中で落ちつくというか、「あんたに電話してよかった」っていうんです。よく連絡してくれます。
	不本意な支援	(2) 今日の作業をこなしてくれればいい。一週間休まずきてくれればいいという感じですかね…施設の人から「また来ない」と叱責されることもあるんです。 毎日その光景(失敗)が行われるので、(施設は)そんこと言ってられんみたいな。発言としては、なんていうか、発言は高圧的な発言がある	➡	(2)-① 場面というか一つの結果に対して、援助者がどのように関わっているのか意識して確認しているんですが…(施設側に)こういう発言が多くなっているので現状どうなっているか話をするんです。 (2)-② 責任者から現場の人にうまく伝達できてないことにいては、改善を働きかけます。 (2)-③ 関わっているSTに行ってもらって(障害特性などについて)話をしてもらうんです。	➡	・責任者から現場の人にうまく伝達できてないとか、言って改善を働きかけるところまではいくんですが…最初よりはよくなっていると思いますけど
E事例	繰り返される失敗	(1) 記憶低下が著しくて、前回のことを覚えていなくて、何度も同じことを繰り返すのでいちから(説明)になります。メモリーノートをつけたり、工夫をしたけど、記憶が悪いという自覚があったし、不安が増大していました。	➡	(1)-① 毎日、部屋に伺って声掛けしていきました。本人や家族の戸惑いについては、家族の話を聴く。リフレッシュしてもらうように傾聴をします。心理的なサポートするための傾聴が大切だと思っています。反対に(福祉のサービスは必要ないなど)本人の思いと対峙する必要があるときは、話を聴きながら、ひとつずつ課題を解決していきました。	➡	・どうしていいかわからないところから、経済的な課題というところにも、目を向けられるようになった。
	消え失せたくなる衝動	(2) 最初は、もう死んでしまいたいだとかですね、惨めだっていうことと、医療費の支払いが滞る中で、ここにいたらあなたたちに迷惑をかけてしまうとか、否定的な発言が多かったですけども。	➡	(2)-① 頻回に病室に足を運んだっていうことがあったので、ベッド再度でお話を伺うことも… (2)-② 全く妹さんに連絡が取れなかったので、紹介元の急性期の病院に何かしら連絡先が妹さん以外にないのかということで確認していった中で、大家さんの連絡先が挙がってきて…知人、その方のまた知人が、1人2人ですね、その人たちに連絡を取るという状況、以前の生活の様子っていうものを教えてくれたっていう。 (2)-③ 繰り返しの働きかけというか、あのー、関わりをしていくと、まあ、こんなに、えーあとまあ、その自分、ワーカーだけではなくて、もちろん病棟のスタッフ、リハのスタッフともに。	➡	・こうしてみんなが(スタッフ、知人、近隣住民など)が自分のためによくしてくれるのに、自分も頑張らなくてはいけないということを言うようになって、主体性の向上というか、そういう変化が見えてきたかなあと思います。 ・死んでしまいたいとか言うてるけども、何かしらやっぱり頑張っていかないといけないっていうのが気づきとしてですね。自分もがんばらなくてはいけないとうことを言ってですね。

注１：状況・働きかけ・変化の記述はヒアリングデータを抜粋したものである。
注２：表中の（　　）は、内容をわかりやすくするために前後の文脈から補足したものである。

D 事例でのワーカーは、本人の不安を取り除くためにホワイトボードやイラストを活用し、自宅内の環境を整え、記憶障害に伴う不安の解消に努めた。また、本人の不安を増大させる事業所職員の否定的な関わりの軽減を図るために本人を肯定し支持的に関わり続けている。それは、本人からの連絡だけでなく、「行ったほうがいいなと思うときがなんかわからないけどあるんです」とワーカーの予見によって継続的に働きかけられている。加えて、本人に対する事業所の高圧的な発言には、障害特性に応じた支援の改善を求めつつ、ST（言語聴覚療法士）の活用によって障害理解に努めている。その結果、施設職員の対応が改善され本人からの苦情は軽減した。このワーカーの働きかけは、「あんたに電話してよかった」とワーカーへの信頼を深めることになった。また、「よく電話してくる」様子は、ニーズを受けとる機会を増やし、早期の対応を可能にするものである。とりわけ、本人からの連絡は本人の問題が深刻になる前に対応できる仕組みとなったと言え、暮らしに安心感を確保することにつながったと考える。

事例 E では、ワーカーは、「毎日、部屋に伺う」など居室への訪問を繰り返し、傾聴によって本人や家族の不安の解消に努めていた。ときには本人と対峙しながら、現実的な課題に取り組むことを支えた。また、突然、妹と連絡が途絶えたことにより「もう死んでしまいたいだとかですね」と、否定的な発言に対しても訪室を繰り返し、話を聞いている。併せて、関係機関に連絡を取り妹の消息を確認しつつ、本人を支援できる人を探した。加えて、医療チームによるサポートを繰り返す。その結果、「死んでしまいたいとか言うてるけど、自分も頑張らないといけない」と意欲を取り戻すようになった。それは、現実に向き合い、本人による取り組みが始まったことを意味するものである。

以上のことから、抽出したワーカーの働きかけは、高次脳機能障害者の問題解決に寄与したことがわかる。これをもとに高次脳機能障害者への働きかけの明確化を試みる。

２．高次脳機能障害者への働きかけ

分析の結果、ワーカーの働きかけは（１）絶えず本人の声を聴く、（２）現実への直視を支える、（３）本人の訴えを肯定し添い続ける、（４）本人をチームで支える、（５）本人を支える社会環境を創る、の５項目を生成することができた。表３は、理論生成の根拠となったデータをもとにコードとカテゴリーに整理したものである。

１）絶えず本人の声を聴く

事例には、障害を受傷する前後の自己像の不一致によって、社会関係の悪化や社会的役割の喪失、自己否定感の高まりなど生活上の混乱がみられる。また、混乱と自己制御できない感情とが結びつき、他者とのトラブルや精神的なストレスを招いている。このような課題を抱える当事者は、それを分かち合ってくれる相手を必要とし、ワーカーには、問題や体験の共有が求められる（Biestek=2006：57）。事例のなかでは、「トラブルがあったときは様子を見に行って『どうした?』って話を聞くんですよ」（A 事例）、不安に対して「とにかく時間をちょっとでも調整しても必ず行ってね。とにかく聞いてあげる」（B 事例）、「キャッチし続けることが大事」（D 事例）、「毎日部屋に伺って」（E 事例）など、彼らの抱えている問題やその意味への理解のため、本人の声を聴き続けている。また、本人の感情の揺れや不安定さを支えようと「そうですね。そうですねって受けとめ」（C 事例）ながら、訪問の度に話を聞いている。この聴くことを柱とする働きかけから、【絶えず本人の声を聴く】のカテゴリーを生成した。このカテゴリーは、聴くことの保証によってありのままの自分を開示することを支えるものである。

２）現実への直視を支える

事例には、障害と向き合えず、ヘルパーとのトラブルが続き対人関係が悪化したり、福祉サービスの利用は必要ないと現実的ではないニーズをもつ様子がある。その状況への働きかけは、〈自分に向き合うことを支える〉と〈課題に目を向けることを支える〉の２つのコードで示すことができた。〈自分に向き合うことを支える〉とは、本人が「いろんな物を自分に対してむけられるような状況をつくりながら」（A 事例）対話を重ね、問題が他の誰でもなく自身の問題であることへの気づきを促すものである。また、〈課題に目を向けることを支える〉は、「本人が思っていることがそうならないことにも対峙し、ひとつずつ課題を解決していきました」(E 事例)と、本人が問題を認識し、本人による解決をサポートするものである。２つのコードから、本人が避けようもない現実に向き合い、解決を進める【現実への直視を支える】のカテゴリーを生成した。このカテゴリーは、本人が問題解決の主体となり解決を図るための取り組みの起点として重要な働きかけと言える。

３）本人の訴えを肯定し添い続ける

高次脳機能障害は「見えない障害」と言われ、周囲の理解が得られず本人のニーズが満たされにくいという特徴がある。言い換えれば、それは、自分の感情や思いを受けとってもらえない、聴きとってもらえない経験である。ここへの働きかけは、〈訴えを肯定的に支持する〉、〈本人の訴えに添い続ける〉、〈本人の意向を支持する〉の３つのコードに分類できた。〈訴えを肯定的に支持する〉は、事業所の高圧的で否定的な発言による本人の違和感や苦痛に対して、「肯定的に（本人に）かえす」（D 事例）ことを通じて承認と支持を与えることである。また、〈本人の意向を支持する〉は、本人のニーズを無視して事が進められる状況に対して、サービスの継続「そこだけは押さえています」（C 事例）や「（母親の入所している施設に）1、２回連れて行きましたわ」（A 事例）と本人の意向や希望を守ることである。加えて、〈本人の訴えに添い続ける〉は、数年にわたり「言われたことをそのまま動く」（A 事例）と、徹底的に本人の理や決定の過程につき合うことである。以上のことから、【本人の訴えを肯定し添い続ける】のカテゴリーを生成した。このカテゴリーは、本人のことばや行為が受けとめられたと感じる経験を与え、本人を根幹から支えるものである。とりわけ、自分の主張や要求が受けとめられたという実感の積み重ねは、障害に戸惑い傷つき自信を失っている当事者の生きる力を取り戻すことを支える働きかけとなる。

４）本人をチームで支える

高次脳機能障害者の抱える課題には、今の状況を理解できない苦しみや（A 事例・B 事例）、現実を受けとめる苦痛に苛まれる（B 事例・E 事例）精神的な苦悩がある。この状況への働きかけは、〈多職種と統一した目標で関わる〉と〈チームで不安の解消に努める〉の 2 つのコードに分類できた。〈多職種と統一した目標で関わる〉は、「ヘルパーさんからも一緒になって話をしてもらうとか…協働作戦的な」（A 事例）連携や、チームケアによる協働（E 事例）によって、本人の問題を共有し、専門的な援助を展開することである。また、〈チームで不安の解消に努める〉は、本人からの情報を収集し共有を図り、本人と共に問題について話し合う場と体制を創る（B 事例）ことを通じて、自分に関心を寄せくれる人の存在とつながりに気づくことを支えることである。この２つのコードから、【本人をチームで支える】のカテゴリーを生成した。このカテゴリーは、自分を支えてくれる人たちがいるという実感を与えることを通じて、本人の前向きな意欲や行動を引き出すことになる。

表４－３　高次脳機能障害のある人への働きかけ

カテゴリー	コード	ワーカーの働きかけ(データの抜粋)
絶えず本人の声を聴く	絶えず本人の声を聴く	・トラブルがあったときは、様子を見に行って「どうした?」って話をきくんですよ。感情のコントロールってところに主に注目しました。そこにある意味奪われていた部分もあるかなぁ。その人がやはりこう色んな物を自分に対して向けられるような状況をつくりながら。(A) ・だから、できるだけ連絡してきたら応えるんです。大体いつも、まずお話ききます。…とにかく時間をちょっと調整しても必ず行ってね。とにかくきいてあげるっていうところだけはずっとしてきました。(B) ・行ったときは散歩してその中でお話をききます。…あの見守り。何もできないけど1月に1回行くんです。「そうよね。そうですよね」って受け止めています。(C) ・今回は行った方がいいなと思うときが、なんかわからないけどあるんですよ。キャッチし続けることが大事。(D) ・毎日、部屋に伺って声掛けしていきました。リフレッシュしてもらうように傾聴をします。心理的なサポートをするための傾聴が大切だと思っています。頻回に病室に足を運んだっていうことがあったので、ベッド再度でお話を伺うことも。(E)
現実への直視を支える	自分に向き合うことを支える	・感情のコントロールってところに主に注目しました。そこにある意味奪われていた部分もあるかなぁ。その人がやはりこう色んな物を自分に対して向けられるような状況をつくりながら。(A)
	課題に目を向けることを支える	・反対に(福祉のサービスは必要ないなど)本人の思いと対峙する必要があるときは、話をききながら、ひとつずつ課題を解決していきました。(E)
本人の訴えを肯定し添い続ける	訴えを肯定的に支持する	・事業者の方が専門スキルを身につけていないがゆえの発言に対しては、こちらから(本人の行為について)肯定的に(本人に)かえすようにしています。(D)
	本人の意向を支持する	・サービスにはまだ行きたいというので…サービスだけは継続したいというので、(回数は減っても利用すること)そこだけは押さえています。私も(本人が)ほっとできる場所が必要だと思います。(C) ・(本人の認めに応じて)そこに(母親の入所している施設に)、1,2回連れて行きましたわ。(A)
	本人の訴えに添い続ける	・半年～1年くらいはなるべくその言われたことをそのまま動くような形でとっていましたけど。(A)
本人をチームで支える	多職種と統一した目標で関わる	・家族とのトラブルは、私が話したり、ヘルパーさんからも一緒になって話をしてもらうとか、いう…こうまぁ協同作戦的な感じで動いていました。(A) ・繰り返しの働きかけというか、あの一、関わりをしていくと、まあ、こんなに、えーあとまあ、その自分、ワーカーだけではなくて、もちろん病棟のスタッフ、リハのスタッフとともに(で同じように関わる)。(E)
	チームで不安の解消に努める	・あの1人で居ると不安っていうところでね。私達二か月に1回くらいね。(本人の自宅で)カンファレンスをするんです。(B)
本人を支える社会環境を創る	本人の理解者を増やす	・ヘルパーさんやステーションにも「こんな人やから」とお願いしたり、わかってもらうように伝えて。(B) ・本人さんの本音も伝える。(C)
	家族の不安や戸惑いを支える	・ご主人さんもご本人さんの心配をされてて、ご主人さんの愚痴もききます。(C) ・本人や家族の戸惑いについては、家族の話をきく。(E)
	本人の社会関係を把握する	・全く妹さんに連絡が取れなかったので、紹介元の急性期の病院に何かしら連絡先が妹さん以外にないのかということで確認していった。(E)
	本人への対応の改善に取り組む	・場面というか一つの結果に対して、援助者がどのように関わっているのか意識して確認しているんですが…(施設側に)こういう発言が多くなっているので現状どうなっているか話をするんです。(D) ・責任者から現場の人にうまく伝達できてないことにいては、改善を働きかけます。関わっているSTに行ってもらって(障害特性などについて)話をしてもらうんです。(D)
	本人の日常生活を支える	・視覚的効果など(本人がわかるように自宅内の)ホワイトボートに書いたりとか、部屋の中に本人が好きなイラストのところに吹き出しを書いたりするんです。…日常の中で修正することがあります。(D)

注１：ワーカーの働きかけの欄の末尾にある（ ）内は、各事例を示している。
注２：下線部は、理論生成の根拠として文中のなかで取り上げた部分である。

5）本人を支える社会環境を創る

高次脳機能障害の特性には、自分が認識したことと現実とが異なることがある。それは、自他ともに戸惑う出来事であり社会関係のこじれを生じさせる。これに対する働きかけは、〈本人の理解者を増やす〉、〈家族の不安や戸惑いを支える〉、〈本人の社会関係を把握する〉、〈本人への対応の改善に取り組む〉、〈本人の日常生活を支える〉の 5 つのコードに分類できた。〈本人の理解者を増やす〉は、「こんな人やからお願いします…伝える」（B 事例）と本人の本質への理解を促すことにより環境との関係を取り結び、本人を支える環境を創ることである。〈家族の不安や戸惑いを支える〉は、「ご主人さんの愚痴も聞きます」（C 事例）と本人の拠り所となる重要な他者の感情表出を促し、本人と向き合うことを支えることである。また、〈本人の社会関係を把握する〉は、妹以外に連絡先がないか知人一人ひとりに連絡を取る（E 事例）など、様々な方法によって重要な他者に代わって本人を支えることのできる環境とその関係の質を確認し、相互に支え合う仕組みを創ることである。〈本人への対応の改善に取り組む〉は、「改善を働きかけます。」「ST に行ってもらって」（D 事例）のように、社会資源を活用しながら、本人にとって不利益な環境の改善に働きかけ、本人を支える環境への変化を促すことである。〈本人の日常生活を支える〉は、ホワイトボードに書いたり、イラストを使って日常の中で修正する（D 事例）など、日常的に起きる記憶の間違いを自らで修正できるように生活の場を整備し、生活の質を高めることである。この 5 つのコードから、【本人を支える社会環境を創る】のカテゴリーを生成した。このカテゴリーは、高次脳機能障害による自己および社会関係の双方の変化を促すものであり、本人の暮らしを支える滋養的な環境づくりを目指すものだと言える。

第 5 節　考察

ワーカーの働きかけのカテゴリーをもとに、高次脳機能障害者への援助の特質を明らかにしたい。高次脳機能障害者の困難さは、以前と異なる機能や感覚、意のままにならぬ感情を体験することにある。すべての事例には、障害特性を周囲に理解されないことによって、他者とのトラブルや社会関係の軋轢を有し、本人の感情の揺れや不安定さが示されている。ワーカーの働きかけは、感情に焦点をあて絶えず本人の声を聴くというアプローチによって展開されている。とりわけ、高次脳機能障害の深刻さは、記憶障害や病識欠如から失敗が繰り返され、他者からの指摘がなければ失敗に気づかず自己否定感が高まるところにある（林 2014）。その困難さは、「ときに死をも考え、孤立に苛まれるほどの苦痛を与

える。また、障害から逃れたくても逃れられない現実とのせめぎ合い」を経験する（林 2015：71）。それゆえ、自己存在の意味と価値を失うほど生活上への障害の影響は強い。本研究においても、不安で自らで救急車を呼んだり、一人になるのは怖いとワーカーに電話をかけてくる状況（B 事例）や、死んでしまいたい（E 事例）などの発言に現れている。ここでのワーカーは、「連絡してきたら応える」「とにかく話を聞く」（B 事例）や、「頻回に病室に足を運んだっていうことがあった」（E 事例）などの応答を積み重ねている。また、家族や事業所から否定的な言葉を受け続ける本人（C 事例・D 事例）の話に、「そうよね。そうですよね。」（C 事例）、「今日は行ったほうがいいなと思うときが、なんだかわからないけどあるんですよ」（D 事例）と本人に寄り添う様がある。それは、いつ何時でも本人の求めに応じて徹底して本人に添い続ける援助に他ならない。高次脳機能障害者にとって障害に気づき、戸惑い混乱する初期の時期において話を聴き続けるという実践行為は、本人の存在を肯定するメッセージとなり、自分が確かに受けとめてもらったという実感を与えると思われる。それゆえ、本人もワーカーに自分の思いを伝え続けているのではないだろうか。

加えて、本人が自己の状況や感情を表すことができることによって、ワーカーは本人の現実的な課題を知ることになる。つまり、本人側から問題やそのメカニズムを把握することができる。この現実を把握する作業は、問題の所在や原因を明らかにすることになり、問題の解決に向けた援助を進めることになると言える。

他方、ワーカーの働きかけには、本人に不利益な環境の改善に働きかける実践行為がある。高次脳機能障害は、専門職であっても理解しづらい障害特性をもつ。それゆえ、本人の生活再建に向けた取り組みには、本人を理解し受けとめる家族や専門職の存在が必要と言える。本事例群のワーカーには、ヘルパーや事業所に対して本人への理解を促す（B 事例・D 事例）、本人の本音を家族に伝える（C 事例）、妹に代わって本人を支援する人を探す（E 事例）などの実践行為が見られる。それは、本人を取り巻く専門職や関係者が高次脳機能障害の特性に囚われることなく、本人の訴えや行為の意味を理解し、本人を肯定的に受けとめる人を創ることになる。こうして創られる滋養的環境によって、「みんなが自分のためによくしてくれるから、がんばらないといけない」（E 事例）、「自分のためにみんなが集まってくれて、自分のために話してくれる」（B 事例）と、本人の意欲と前向きな取り組みが支えられたと言えよう。

以上のように、高次脳機能障害者への援助において、徹底して本人に添い続けることや、

本人の本質的な理解を家族や社会に促し、滋養的環境を創るアプローチは、高次脳機能障害者が「見えない障害」と言われ、難解であるがゆえに強調されうる特質と言える。

注

（1）5つのカテゴリーと13項目に分類された高次脳機能障害者の生活のしづらさには、自己の認識と事実のずれ［避けられない危険・受け入れ難い現実］と積み重ねられない体験［蓄積されない記憶・繰り返される失敗・終わりのない恐れ］という障害特性に直結して起こる2つの課題がある。また、受傷前後の自己像の不一によって生じる課題として、自己による継続的否定［変化への戸惑い・社会的役割の喪失・消え失せたくなる衝動］と、社会からの不当に受ける影響として、他者による継続的否定［傷つけられた自尊心・意思ある存在の否認・社会的存在感の低下］という課題がある。加えて、社会の偏見や誤った解釈が妨げとなり生活再建が阻まれるという、社会関係への隘路［理不尽や評価・不本意な支援］の課題がある。本研究は、高次脳機能障害者の「生活しづらさ」に対して、ソーシャルワーカーが援助を行っている事象に焦点をあて分析を進めた。しかし、先行研究で示された生活のしづらさのカテゴリーすべてに該当するデータが得られたわけではない。例えば、調査対象者に注意障害のある事例が見当たらなかったことから、2つ以上の事ができないなどの場合に生じる［避けられない危険］は抽出できなかった。また、ソーシャルワーカーへのヒアリング調査においては、障害特性の多様さに戸惑う［変化への戸惑い］、今まで担ってきた役割が担えず自己の評価を下げる［社会的役割の喪失］、家族や社会からその存在を必要とされなくなる［社会的存在感の低下］の3つの課題は見当たらなかった。

引用文献

青木美和子・白波瀬聡子（2009）「高次脳機能障害者に対する地域生活支援に向けて」『札幌国際大学紀要』40, 1-10.

林眞帆（2014）「高次脳機能障害者の社会生活上で生じる『生活のしづらさ』のもつ意味に関する研究-ソーシャルワークにおける働きかけの焦点の明確化-」『社会福祉学』55(2), 54-65.

林眞帆（2015）「ソーシャルワークにおける高次脳機能障害のある人の対象認識に関する研究-〈受容なきままの覚悟〉をもって生きる存在-」『社会福祉学』56(2), 63-74.

生方克之・大橋正洋・瀧澤学・藤森弘子・米山美保（2007）「地域生活支援の現状と課題」『総合リハビリテーション』35(9), 881-886.

岩間伸之（2014）『支援困難事例と向き合う18事例から学ぶ援助の視点と方法』中央法規.

佐藤郁也（2008）『質的データ分析法　原理・方法・実践』新曜社.

高畑真一（2006）「在宅生活を支援する」『OT ジャーナル』40, 707−710.

Biestek, F. P.（1957）*The Casework Relationship*, Loyola University Press.（=2006, 尾崎新・福田俊子・原田和幸訳『ケースワークの原則−援助関係を形成する技法［新訳改訂版］』誠信書房.）.

山田規久子（2011）『壊れかけた記憶、持続する自我－「やつかいな友人」としての高次脳機能障害』中央法規.

第５章

本研究で得られた成果

第１節　本研究の意義と独自性

１．研究結果の整理

わが国において高次脳機能障害者の支援が開始されて今年で15年が経過する。その間、高次脳機能障害者支援モデル事業や高次脳機能障害者支援普及事業など国や都道府県による取り組みが活発に行われてきた。また、障害者総合支援法に義務づけられたケアマネジメント実践では、高次脳機能障害者本人のニーズを明確化し，より本人に適した社会資源の提供や開発を目指すソーシャルワークの重要性が増すことになった。加えて、高次脳機能障害者への相談支援は、専門性の高い相談支援として位置づけられ支援拠点機関を中心とした関係機関とのネットワークの拡充や専門職への支援手法の研修、都道府県の地域生活支援事業、ケアマネジメントによるサービス提供などを通じてより適切な支援が提供される体制が整いつつある。

また、新しい障害として登場したこの障害は、本人や家族のみならず医療関係者にとっても理解しづらいものであったことから、関係者に対する研修を通じて障害特性への理解と関わり方への知識を高めることや、障害の改善に効果のあるリハビリテーションにつなげることが重視された。このような取り組みは、本人や家族の生活を少なからず安定する方向に導いたと思われる。しかしながら、機能および能力的な課題が強調され、本質的な本人への理解がなおざりにされてきた感は否めず、リハビリテーションを主軸とする医学モデルの限界を認識せざるを得ない。この点において、本人と環境との関連から生活課題の解明と、ソーシャルワーク機能を活用した取り組みを明確化することは、社会的にも求められるソーシャルワーク研究の今日的課題であると言える。

本研究では、高次脳機能障害者の社会生活上の生活のしづらさと、その状況に対する本人の取り組みを明らかにし、地域生活支援を推進する援助のあり方を検討した。具体的には以下の３点を明らかにした。

第１は、高次脳機能障害者へのインタビューデータをもとに本人の感じている生活のしづらさについて明らかにした。その結果、【自己の認識と事実のずれ】、【積み重ねられない体験】、【自己による継続的否定】、【他者による継続的否定】、【社会関係への隘路】の５つの上位概念と、［避けられない危険］、［受け容れ難い現実］、［蓄積されない記憶］、［繰り返

される失敗]、[終わることのない怖れ]、[変化への戸惑い]、[社会的役割の喪失]、[消え失せたくなる衝動]、[社会的存在感の低下]、[意思ある存在の否認]、[傷つけられた自尊心]、[理不尽な評価]、[不本意な支援] の 13 の下位概念を示すことができた。また、それぞれの課題は、相互に影響し合うことでより深刻化し、社会とのつながりを希薄なものにしていくことがわかった。それは、記憶や認知の障害に付随する本人と家族および社会との間で生じる課題であることを浮き彫りにするものであり、とりわけ、本人および環境が高次脳機能障害を認識できない点にこの障害の厳しさがあった。このことから、本人のみならず高次脳機能障害への社会の理解を促進する必要性を指摘した。

ただし、高次脳機能障害者の生活のしづらさは、この障害に限定されたものではない。例えば、軽度認知障害は、物忘れが目立つものの認知症と診断されない状態である。それゆえ、本人の不安感や焦りが増大するなど精神的側面に関連する課題は類似する。しかしながら、高次脳機能障害は、加齢による変化を除けば、軽度認知障害のように次第にコミュニケーション能力や記憶機能が低下するような進行性ではない点に特徴がある。つまり、持続する障害と自我の狭間で本人には、より対処能力が求められるのである。

本研究では、生活のしづらさを踏まえて、ソーシャルワーカーの働きかけの焦点として 16 項目を提示した。生活のしづらさは、本人と環境（社会)、および、その双方への介入の必要性を示していたことから、16 項目は、人と環境に働きかけるものであり、本人による問題解決の過程を進めること、本人の問題解決の過程を支える環境を創ることを意図するものである。具体的には、【自己の認識と事実のずれ】では、①危険を回避できない不安と、②現実への苛立ちや動揺に働きかけることを示した。【積み重ねられない体験】では、①常に先の見えない不安、②社会生活への意欲の喪失、③対人関係のこじれの３点を示した。【自己による継続的否定】では、①変化への戸惑い、②存在が揺さぶられる衝動、③社会的役割の喪失、④家族や社会とのつながりの４点を、【他者からの継続的否定】では、①家族や社会の偏見、②傷ついた自尊感情、③家族や社会との関係の変容、④本人が決定する過程の４点を提示した。【社会関係の隘路】では、①偏見や先入観による家族や社会との軋轢、②社会制度の欠陥、③サービスの不備に働きかけることを示した。

以上の結果は、本人の状況をどのようにとらえ、どこに働きかけるのか示すものであり、支援困難と言われる高次脳機能障害者への援助の足掛かりとなると考えている。

第２は、高次脳機能障害者のストーリーを障害受容との関連から検討し、高次脳機能障害者の本質的な特性を明らかにした。その結果、高次脳機能障害者のライフストーリーに

は、逃れたくても逃れられない現実とのせめぎ合いや、納得できない感情とやむを得ない行為、あきらめと期待、満たされた現実と未来への志向など、相反する２つのメッセージが包含されていることを確認できた。他方、この葛藤を抱えながらも、高次脳機能障害者は現実に向き合い、自分に起こった出来事を事実として受けとめ、自分らしい生き方の継続に向けて環境に働きかけていることがわかった。このことから、本研究では、障害ゆえに惹起する困難な状況のなかでも、障害の受容と拒否のなかで揺れながらも〈受容なきままの覚悟〉をもって生きる存在という高次脳機能障害者の特性を示した。また、本人の生きる力は、障害のある本人をありのまま認め、ひとりの人間として大切にされる社会関係との相互作用がこれを促進することを示すことができた。

さらに、困難な状況のなかでも自分に起こった出来事から逃げずに面前の課題に取り組む姿に、近年、注目を浴びているレジリエンスやリカバリーの過程を見ることができた。レジリエンスは、困難な状況を克服する力やストレスのもとで維持される能力、トラウマからの回復などを意味し、個人と環境の両方のさまざまな資源との力動的な相互作用によって獲得すると言われ（Fraser=2009：32−33）、強くなるための経験と捉えられている（得律 2014：3）。他方、リカバリーは、病や障害によって失った自分の人生を取り戻そうとしている過程を意味し、精神保健福祉領域の支援における中心的な考え方である（木村 2015）。この２つの概念は、本人の成長や変化の可能性を信頼するものであり、それを可視化できたことは、本人の力を活用した援助を検討するうえで端緒を開いた。

第３は、先駆的な実践事例の分析から、高次脳機能者への援助の特質を明確化した。分析事例には、第２章で明示した生活のしづらさが見られ、その課題へのソーシャルワーカーの効果的な働きかけとして、【絶えず本人の声を聴く】、【現実への直視を支える】、【本人の訴えを肯定し添い続ける】、【本人をチームで支える】、【本人を支える社会環境を創る】の５つの上位概念と、［絶たえず本人の声を聴く］、［自分に向き合うことを支える］、［課題に目を向けることを支える］、［訴えを肯定的に支持する］、［本人の意向を支持する］、［本人の訴えに添い続ける］、［多職種と統一した目標でかかわる］、［チームで不安の解消に努める］、［本人の理解者を増やす］、［家族の不安や戸惑いを支える］、［本人の社会関係を把握する］、［本人への対応の改善に取り組む］、［本人の日常生活を支える］の 13 の下位概念を明示することができた。これらのアプローチは、本人とワーカーとの相互作用を促進し、「話を聞く」、「ありのままの自分を開示する」、「自分の問題に向き合う」、「問題解決への意欲を高める」など本人の変化とその過程を支えるものであった。また、サービスの不

備という課題に対しては、本人のニーズを代弁し、サービス提供事業者との調整を図る実践が展開されていた。

以上、高次脳機能障害者への援助には、徹底して本人に添い続けながら、本人の本質的な理解を家族や社会に促し、本人を支える滋養的な環境を創ることに取り組むという特質があることを示した。なかでも、本人が障害を認識しづらく、他者も障害を理解できないところに高次脳機能障害者の置かれた状況の深刻さがあることから、まず、本人の一歩を支える環境づくりへの取り組みが示されたことは、高次脳機能障害者の権利擁護において重要なアプローチを示すことができたと考える。また、本人による問題解決を進めるにあたり、援助のなかで本人の力を活用した援助のあり方を検討する上で重要な示唆を得ることができた。

ただし、ワーカーの実践のなかには、本人の感じている生活のしづらさで抽出した「社会制度の欠陥」への働きかけがみられなかった。その理由には、ワーカー自身が高次脳機能障害のある本人への理解を深めていくことにかなりの時間を要し、援助関係の形成に力点が置かれていたことによるのではないかと思われる。つまり、本人の生活意欲や問題解決への動機づけを支える援助に留まっている状況がある。新たな社会資源に関するニーズの抽出や創造へのアプローチの検討が今後の課題である。

２．本研究の意義と独自性

次に、研究結果を踏まえて、本研究の意義と独自性については、以下の 3 点を示すことができる。

１）高次脳機能障害者へのソーシャルワーク実践への貢献

ソーシャルワーク実践を展開するには、対象の明確化が必要となる。本研究では、高次脳機能障害者が語る出来事や経験から本人と社会との関係で生起する生活課題について明らかにした。また、障害受容とは距離を置きながら本人なりの取り組みによって問題解決に働きかけていることがわかった。それは、ソーシャルワーカーがどこを見るのか、どこに働きかけるのかをより鮮明にするものである。なかでも、問題解決に取り組む本人の力を確認できたことは、本人主体の援助を進めるために必要なソーシャルワーカーの専門的判断と専門的決定を導くことを助けるものである。このことを踏まえれば、本研究の結果は、高次脳機能障害者に対して効果的な援助を進めるためのアセスメントや介入、評価のために必要な視点とソーシャルワークの知識を提供することができたと考える。

第１に、高次脳機能障害者の生活のしづらさは、生活ニーズとしてアセスメントの視点を提供できる。生活のしづらさのカテゴリーをアセスメントの指標として活用すれば、より迅速にニーズをキャッチすることができる。また、生活のしづらさへのアプローチとして、５つのカテゴリーと 13 のコードを示したことにより、具体的な介入の方向性を提供できた。

第２に、家事や仕事などの役割ニーズともに「他者や社会に理解されたい」という社会的存在としてのニーズを明らかにできたことにより、ニーズの実現や課題の解決過程における権利侵害の防止もしくは予防的機能の必要性とアドボカシーの重要性を示すことができた。

第３に、障害を受容も否定もしないままに「今、ここで」の瞬間を生き抜く覚悟をもって、本人なりの努力や工夫を重ねながら生きる存在であるという対象認識を明らかにできたことは、従来から本人主体の援助を推進するうえで重要な理論と言われているエンパワーメントやストレングス理論を裏づける。また、ここで得られた結果は、本人のレジリエンスやリカバリーを支えるアプローチを検討する上で役立つものであり、本人とワーカーのパートナーシップのあり方を提供できる。実際に障害者領域における援助においては、パターナリズム的援助や集団主義的な援助が個人への不適切なパワーの行使によって本人を無力化するという批判がある（安田 2011）。本研究が明らかにした本人の「困難を乗り越える力」の存在は、本人の力を活用したソーシャルワークの可能性を拓くものであり、その批判に応えるに足る結果であると考えている。

第４に、先駆的事例の分析から析出したアプローチは、実用性かつ有用性の高いアプローチであると考えている。それは、高次脳機能障害者への支援の手がかりを提供するだけでなく、効果的な援助を進めることができる。それにより、相談ニーズがありながらも未だ問題を抱えたままになっている高次脳機能障害者や家族の課題が解決もしくは緩和され、高次脳機能障害者の生活の質を高めることに寄与できる。

第５に、本研究結果は、支援困難事例と位置づけられてきた高次脳機能障害者への具体的な援助の視点と方法を提供できたと考えている。それは、事例検討やスーパービジョンに活用することができ、より効果的な検討や指導に還元され、ワーカーの実践力を高めることができる。

第６に、本研究は、本人および家族の具体的な生活課題の解決および緩和を目指す援助の枠組みを提供した。それは、アセスメントや介入方法の提供に留まらず、評価にも活用

できる。その過程では、実践の不足を検出するだけでなく、新たな事象や方法の発見を助け、ソーシャルワークの進化を助けるものである。言い換えれば、実践から新たな理論を生み出す可能性を秘めるものである。

２）障害者領域におけるソーシャルークへの貢献

障害受容の先行研究にもみられたように、これまでの障害者支援は、障害受容を促進させることに重きが置かれ、障害受容が社会生活を円滑に送るための条件とされてきた。この時代の潮流のなかで、ソーシャルワークもまた、社会適応を促進される役割を担ってきたのも事実であり（狭間 2012)、「主体の望まざる生」への消極的妥協（松倉 2001：8）や不適切なパワーの行使による無力化の促進であるという批判的な指摘がある（Oliver=2010：37)。しかし、安田は、ワーカーによる不適切なパワーを問題視しつつも、直接援助としてのソーシャルワークを利用することなく本人や家族だけで問題を解決できる障害者はごく一部であり、ミクロレベルのソーシャルワークの必要性を指摘する（2011：162−163)。また、小林は、障害者へのエンパワーメント実践は、身体、精神、知的のそれぞれに意義のある統一した方法とはならず、そのうえ、その実践においてソーシャルワーカーが主体となって展開していると述べる（2011：201−204)。このように、何らかのサポートが必要な障害のある人への援助において、いかに本人主体の原理を実現するかが重要な論点であることがわかる。

本研究では、障害受容とは一旦距離を置きながら、「今、ここで」の瞬間を生き抜く覚悟をもって、本人なりに努力や工夫を重ねながら生きる存在として高次脳機能障害者の特性を確認できた。それは、たとえ高次脳機能障害があろうとも生きていかなければならず、自分の人生を自身で引き受けざるを得ない現実に立ち向かう本人の力の確認でもある。このことは、社会で生きるために必ずしも障害受容が必要ではないことを示すものであることから、本研究の成果は、障害受容を自明視するこれまでの援助の転換を促し、障害者への新たな援助概念を提示することができると考える。それは、本人主体の実践のあり方の提示でもある。なかでも、ワーカーが無理やり本人の力を引き出すでもなく、与えるでもなく、本人自身で困難を乗り越える過程を確認できたことは、本人の力の回復やその力を発揮するための援助のあり方を検討することに貢献できる。すなわち、そこに、ソーシャルワークの本質的な意味があると考えている。

加えて、障害者領域における自立支援や就労支援を展開するうえでも本研究で得られた

成果は、これらサービス利用の根幹にある本人のニーズを知る手がかりを提供できると考える。現行の介護保険制度や障害者総合支援法は、本人の身体機能に着眼点が置かれるため、自立支援や就労支援においてはサービス利用の効果をあげることが目的とされ、それを実現することがソーシャルワーカーの使命になっている感は否めない。分析データのなかでも、あるワーカーから、「施設は本人がサービスを利用すればそれでいい。今日来るか来ないかを問題にするだけ」と、援助目標が単にサービスを利用することにあると語られていた。本来であれば、施設で提供される相談援助サービスは、本人のサービスニーズを満たすものであるが、そのサービスが本人に適したものであるのか、本人の暮らしにどのような影響を与えるのかについて本人とともに考え、よりよいサービスの提供を検討していくものである。それが本来、「福祉」の現場で提供されるべき実践である。しかしながら、長きにわたる措置制度や、縦割り行政の影響、障害種別ごとの実践、レジデンシャルソーシャルワークやケアワーク的生活支援など障害領域を取り巻く多様な状況は、障害領域の統一したソーシャルワーク実践を醸成しづらくしているのも事実である（松岡・横須賀2011：3-12）。ただし、地域包括ケアシステムの体制が推進されるなか、障害領域のソーシャルワークの必要性はますます高まるばかりである。その観点から、本研究の成果は、障害領域のソーシャルワークの構築の一助となるのではないかと考えている。本研究は、高次脳機能障害者を対象とした研究ではあるが、障害のある人への本質的な理解に通じるものであり、障害のある人を支援するうえでの手がかりを提供できるものである。このことにより、得られた結果は、障害者領域での援助の質を高め、障害者サービスを利用する人びとの権利を守り、福利を向上することに貢献できるものと考える。

３）研究方法への貢献

ソーシャルワークは、現実の生活問題を対象とすることから、日々変わりゆく人びとの暮らしの中で起きる社会事象に目を向け，生きる場で展開される実践をとおして〈ひとや社会〉を今ひとたび探索することを必要とする。これが実践学と言われる所以であり、ソーシャルワーク研究が実践の科学化をめざす意味をもつ。なかでも、「複雑な世界が意味するものを全体論的に探究する方法である質的研究」（Royse2001：261）への関心は高く、近年、多くの学問領域で質的研究が再評価されたこともあり、ソーシャルワーク研究において多様な調査や分析方法が用いられるようになった。

本研究は、質的研究法を用いて、本人の立場からの問題の見え方を明らかにすることに

こだわり研究を進めてきた。研究方法においては、高次脳機能障害者本人を調査対象者として、口述データを収集し、本人の語りを活用した分析方法を選択した。それは、ソーシャルワーク実践が重視する本人主体の目的を実現するためには、支援する側の論理ではなく、本人の感じている生活のしづらさや、本人が取り組んでいる問題解決の仕方から理論構築を試みる必要があると考えたからである。また、自分の言葉で語り切れない人びとが社会に向けて自分たちの言葉で自分たちの要求を語ることを通じて、ソーシャルワークが個人の問題解決と社会改良に同時に取り組むべき領域と方法が見えてくるのではないかと考えたからである。本研究において、高次脳機能障害者本人に立脚する研究方法による成果は、対応困難とみなされた事象や意味を説明できないと無視されやすい事象に対してもソーシャルワーク研究の可能性を拓き、この分野の研究を推進することに貢献できると考える。

また、ソーシャルワーク研究においては、事例の集積の中から法則性や新たな理論の構築に取り組んでいくことが必要になる。岡本（2010：14）は，福祉の現場ないし臨床には、先行研究や文献などには記載されていない数多くの貴重で価値のある知見や所見が多く存在するとし、事例の集積・分析は，ソーシャルワークの進化を助けると述べる。その意味からも、事例研究には、実践から理論を生み、理論の精緻化を実践で図るという相互連関の仕組みが包含されており、ソーシャルワーク実践の科学化を支える重要な研究方法の一つといえる。本研究は、実践事例を素材に高次脳機能障害者の実態および現場の援助という社会的現実から出発し、ソーシャルワーカーの個別的な経験知から共通の実践知へと相互に共有することを志向し、実践の理論化を試みた。その結果、高次脳機能障害の病態による本人理解や生活課題を超えて、ひとりの人間としての生きづらさを抽出することができた。このことにより、高次脳機能障害者への支援範囲の拡大、社会資源に関する具体的な課題を明らかにすることができた。本研究において、この領域におけるソーシャルワークの独自な視点と枠組みを提供できたことは、問題解決学としてのソーシャルワーク研究において意義がある。

第２節　本人の力を活用した援助のあり方の検討

ソーシャルワーク実践は、援助の主体を本人に置き、本人が自らの問題を解決するその過程を支える活動である。それは、援助の取り組みを本人自身に置くため、本人の力の活用が必要となる。また、第２章で示したように高次脳機能障害は、自分の存在の意味が確

認できなくなるほど深刻な生活課題を与え、生きる力を弱らせる。それゆえ、ソーシャルワーカーには本人の力を支える援助が求められる。そこで、本節では、これまでの研究で得られた結果をもとに、本人の力を活用した援助のあり方について検討する。

第２章で示した高次脳機能障害者の社会生活上で抱える生活のしづらさは、自分の存在を肯定できず、また、他者や社会にとっても必要な存在と感じられなくなるほど容易ならざる事態を招く課題であった。言い換えれば、高次脳機能障害者の抱える課題の深刻さは、一人ひとりが本来もっている生きる力を失わせるほど深刻な課題であった。とりわけ、環境との相互作用から生起する課題は、生きづらさを生じさせるものであった。しかし、第３章では、その課題を抱えながらも、障害の受容と拒否の間で揺れながら本人なりの努力と工夫によって現実の課題に対処している様子が明らかになった。例えば、暴言や暴力的な行為や、絶えず支援者に接触を図り不安を周囲に訴えてくる行為は、本人から発せられる課題の開示であり、援助のニーズと受けとれた。また、精神障害者保健福祉手帳の取得を拒否すること、リハビリに集中することを通じて、以前と変わらない自分を確認しようと試みる行為は、今の問題を解決する本人なりの努力であったと思われる。さらに、専門病院から高次脳機能障害に関する資料を取り寄せ、自己理解を深めようとする試みも本人の主体的な問題解決への取り組みであった。さらに、拒否したはずの手帳の申請を行い、周囲の理解に働きかけ、派手なアクセサリーを身につける行為からは、環境の変化に気づき、自らも変わろうとする姿として受け取れる。加えて、就労訓練の継続、ハローワークでの就職活動、他の高次脳機能障害者のサポートなど本人は障害に拘泥することなく、自分らしい生活を手に入れようと社会的役割や自活への意欲を高めていく姿が見られた。それは、環境との相互作用のなかで本人の意思による選択と決定を通じて、絶えず繰り返される前進的な活動である。とりわけ、高次脳機能障害者の行為には、病や人生への挑戦（野中 2011：13）、他者に影響を与える力（木村 2015：65）などリカバリーが示す内容が内包されている。このことを踏まえると、本人には自分らしい生き方の実現に向けて自分や自分の生活、および環境を変えていく力があると言える。また、ソーシャルワークにおいては、その力の存在を認識することこそ、本人主体の援助が実現するのではないだろうか。

では、本人の力を引き出すためにはどのようなアプローチが望まれるのであろうか。本研究では、〈絶えず本人の声を聴く〉、〈現実への直視を支える〉、〈本人の訴えを肯定し添い続ける〉、〈本人をチームで支える〉、〈本人を支える社会環境を創る〉のアプローチを提示した。とりわけ、〈本人を支える社会環境を創る〉のアプローチは、高次脳機能障害のある

本人の理解者を増やすことを重視するものである。ここでの理解者とは、本人を取り巻く医療・福祉関係者など日常的に支援している専門職を対象とする。加えて、家族、近隣、友人など本人を支える人的資源を増やすことを目指す。事例には、「いのちがあるだけでいい」、「そのままでいい」とありのままの本人を認める環境があり、本人が家族や社会から必要とされていることを実感することを通じて自己存在の意味と価値を再び取り戻す過程が可視化できた。言い換えれば、本人がどのような状態にあったとしても、本人のこれまでの生き方を尊重し、存在そのものの価値を認めることにより、本人の主体性が喚起されている。このことから、本人の力を引き出すためには、本人が自分の存在を価値あるものとして、感じることができるような環境を創ることが基盤となる。

また、本人の話を徹底的に聴き続ける実践は、本人との援助関係の形成を促進し、問題解決への動機づけを促進する。事例には、「ワーカーの話を聴くようになる」、「自分の考えやニーズを自分の言葉で伝える」、「自分を支えてくれる他者の存在に気づく」、「自分から環境に働きかけてニーズを実現する」など、以前とは異なる本人の姿が映し出されていた。ただし、本人の力を支えるためには、本人の力を阻害する社会的要因へのアプローチが重要となる。高次脳機能障害者の主体的な取り組みを促進するためには、ソーシャルワーカーのアドボカシー機能が鍵となる。

本人へのインタビュー調査では、記憶の想起や言語の構成能力に一部障害が認められた。それは、自己の意思やニーズを言語化しにくいという特有な課題であり、他者や社会に理解されず、理不尽な評価によって排除されやすいことや、地域で暮らすこと、働くこと、サービス選択などにおける権利侵害を受けやすいことを示すものである。この観点から、本人の力の活用には、本人の意思を代弁し、関係者に対してニーズを伝え、サービスが利用できるように積極的に働きかけるアドボカシー機能が必要となる。ソーシャルワーカーの働きかけには、家族、ヘルパーやケアマネージャーとの連携と協働、サービスの改善に向けた施設との交渉が行われていた。さらに、本人を支える重要な要素となる家族へも、本人の思いを伝え続け、本人の置かれた状況や感情についての相互理解を図る援助がみられた。このことから、本人が置かれたネガティブな評価の改革や、本人のニーズに沿ったサービス提供の方法の改善、生活ニーズを満たす社会資源の開発や政策提言など社会（環境）の変化を促す積極的な取り組みが必要と言える。加えて、本人自身が自らで多様なプログラムやサービスの改善に取り組む力を支えることも重要である。

以上のように、本研究において本人の力を活用したソーシャルワーク理論が構築できる

可能性を示すことができたことは、能力的な課題に焦点化しがちな援助の転換を促し、高次脳機能障害者本人が主体的に問題解決に取り組むことを支えるソーシャルワーク実践に寄与できるものである。

引用文献

木村貴大（2015）「『リカバリー概念』を用いた精神障害者地域移行支援の検討－ピアサポートに焦点をあてて－」『北星学園大学大学院論集』6, 63-76.

小林洋治（2011）「第６章 エンパワーメント実践の再考－ハンセン病問題学習におけるジレンマの再配置」『障害者ソーシャルワークへのアプローチ その構築と実践におけるジレンマ』明石書店, 197−219.

Fraser, M. W.（2004）*Risk and Resilience in Childhood ：An Ecological Perspective 2nd ed.*, Washington, D.C.（＝2009, 門永朋子・岩間伸之・山縣文治訳『子どものリスクとレジリエンス－子どもの力を活かす援助－』ミネルヴァ書房.）

狭間香代子（2012）「ソーシャルワークにおける『主体性』と『適応』−人と環境との接点への多様な視座−」日本社会福祉学会編『対論社会福祉学５ソーシャルワークの理論』中央法規，32 - 52.

野中猛（2005）「リカバリー概念の意義」『精神医学』47(9), 952－61.

野中猛（2011）『図説リカバリー医療保健福祉のキーワード』中央法規.

松岡克尚・横須賀俊司編（2011）『障害者ソーシャルワークへのアプローチ−その構築と実践におけるジレンマ』明石書店.

松倉真理子（2001）「社会福祉実践における『他者』の問い−脱近代ソーシャルワーク議論の意味」『社会福祉学』42(1)，1−11.

Oliver, M. and Sapey, B.（2006）Social Work with Disabled People, 3rd ed., Macmillan Publishers Limited.（=2010, 野中猛監訳、河口尚子訳『障害学にもとづくソーシャルワーク－障害の社会モデル』金剛出版.）

岡本民夫，平塚良子編(2010)『新しいソーシャルワークの展開』ミネルヴァ書房.

得律愼子（2014）「全体としての家族」主体のソーシャルワーク実践における家族リジリエンス概念導入の有用性」『総合福祉科学研究』第６号, 1−11.

安田美予子（2011）「第５章 支援者の不適切なパワーの行使の抑制と『本人中心』の価値化−脳性麻痺者の一人暮らしを支援して」『障害者ソーシャルワークへのアプローチ その構築と実践におけるジレンマ』明石書店, 161−195.

Royse, D.（2001）*Research Method in Social Work 6nd ed.*, Pacific Grove, CA：Brooks /Cole, 260−281.

終章

残された課題と今後の研究の展望

第１節　本研究の限界と残された課題

本研究は、新たな知見を得られた一方で、以下の４点の限界と課題が残った。

１点目は、調査対象者の選定に関連する限界と課題である。本研究は、地域で暮らしている高次脳機能障害のある人を対象に調査を進めてきた。しかし、データ収集にあたっては、高次脳機能障害と診断されている対象者が少ないことが挙げられる。高次脳機能障害は、10 年ほど前に診断基準が示されているためそれ以前の障害には診断がつけられていないという状況がある。また、高次脳機能障害の診断は、神経心理学的検査を有すため専門医でなければ診断できないうえ、その専門医も多くない。そのため、地域で暮らしている高次脳機能障害者の多くがいまだ診断を受けないまま生活している状況があり、調査対象者の選定が難しいという課題があった。また、障害特性から出来事や感情を言語化することが容易ではないことから、高次脳機能障害の診断を受けていても調査対象となりうる人たちが限定されるという課題がある。加えて、この障害は、生活上の課題が顕在化し、社会的サポートを受けるまでに時間を要すため、高次脳機能障害者の地域での生活実態を経年的に把握することが難しく、専門的な支援が入るまでの高次脳機能障害者の暮らしぶりや生活課題を把握することが困難であった。そのため、住まいや経済的な課題、社会参加や余暇に関する課題など具体的な生活ニーズに関する課題が明らかにできなかった。このように、高次脳機能障害の診断を受けていない人が多いこと、診断を受けていても言語による情報提供が難しいこと、生活実態を経年的に捉えることが困難であることが本研究の限界としてあげられる。それゆえ、高次脳機能障害者の地域生活の実態を把握するための研究手法の確立が必要となる。

２点目は、高次脳機能障害者へ実践事例が少ないという課題がある。高次脳機能障害へは、リハビリテーション効果が認められていることから、利用するサービスの多くが自立訓練や就労支援に集中しており、地域生活を総合的に支援するまでに至っていない状況がある。また、介護保険制度を利用している高次脳機能障害者は、その多くが脳血管障害を要因とするため身体障害も併せもち、高次脳機能障害の特性に付随する生活問題への支援よりは、むしろ介護問題への取り組みが多かった。そのため、介護保険の利用者にあっては、高次脳機能障害への支援の独自性が見出しにくい状況があった。さらに、高次脳機能

障害者を援助している事例があるものの、援助に苦慮している状況から事例提供への協力が得られにくいという課題があり、分析事例数と内容の厚みに課題を残すことになった。この課題については、調査で得られた貴重なデータを丁寧に取り扱いながら、多数例を対象とした量的調査や事例分析におけるトライアンギュレーションなどの手法を用いて結果の信頼性を高める必要がある。他方、研究結果においては、本人のインタビューから社会制度の欠陥やサービスの不備などの課題が抽出できたものの、ワーカーの実践事例分析からは、この２点へのアプローチを析出することができなかった。それにより、提示した高次脳機能障害者へのアプローチに不足が残った。今後は、事例の集積と検証により、この課題へのアプローチを検討する必要がある。

３点目は、診断名にかかる課題である。わが国における高次脳機能障害の診断は、疾病によるものと、外傷性のものとを区別せずに診断している状況がある。しかしながら、診断名の変更について議論されている現状を踏まえると、今後は、高次脳機能障害の診断名の検討を視野に入れ、障害要因別のデータ収集と分析が必要になると思われる。

４点目は、本研究では、高次脳機能障害者への援助の枠組みを提示したものの、それを検証するまでには至らなかったことである。この点については、現場実践での検証を進める事、質的研究で得られた知見を量的調査により一般化することなどを試みる必要があると考えている。今後は、事例の集積と分析、検証から実践モデルの構築を試みたい。とりわけ、地域生活を推進する方法論の体系化においては、制度の改善や社会資源の開発を視野に入れる必要がある。この点を踏まえて実践モデルの検証を重ね、精緻化を図りながら現場実践に寄与できる方法論の体系化を研究課題としたい。

第２節　今後の研究の展望

１）研究成果の活用に向けた提言

研究成果の活用については、以下の２点を示したい。

１つ目は、本研究は、高次脳機能障害者の地域生活支援を推進する援助の視点と枠組みを提供したことから、有効な手立てを模索するソーシャルワーカーに対して、活用できる援助理論を提供できることである。

わが国では、これまで医学モデルを軸とした高次脳機能障害者への支援が展開されてきた。モデル事業が開始され、専門職への研修や各種講演会の開催が始まって 12 年が経過する。しかし、未だソーシャルワーカーの方法論を求める声や、自己の実践に自信がもてな

いワーカーの存在は、もはや医学的な知識に頼ることの限界性とみることができる。言い換えれば、具体的にどのような問題に対してどう取り組むか、その方法の提示が緊急の課題であることが示されているのである。

言うまでもなく、ソーシャルワークは援助を受けるものの側に立って課題を把握し、社会関係というつながりのなかで生きていくことを支える専門的な活動である。その過程では、社会関係の主体的側面が強調されることから、本人による問題解決を進める方策が必然的に求められる。本研究は、帰納的な方法で高次脳機能障害者の生活のしづらさを５つのカテゴリーと 12 のコードで示した。加えて、ソーシャルワーカーのアプローチについても５つのカテゴリーと 13 のコードで示した。それは、ソーシャルワーカーに高次脳機能障害者の問題やニーズへの認識を深めることを助けるとともに、本人にとってより現実的で効果的な援助の提供に活用できる。なかでも、高次脳機能障害者の特性は、本人への理解を深めることに役立つものである。それは、本人との協力関係を結び、援助を推進する援助関係を築くことに貢献できる。また、他者の理解に働きかける知識を得ることになり、チームアプローチの推進を進めることができる。さらに、本研究で提示した援助理論は、ソーシャルワーク実践のなかでアセスメントや分析、介入方法など、専門的な判断や決定に必要な価値、知識、技術を提供できるものである。

２つ目は、高次脳機能障害者の支援に携わる専門職養成に活用できることである。これまで、国立重度障害者センターや高次脳機能障害者支援拠点機関（主に医療機関）を中心とした専門職研修が実施されてきた。その内容は、主に医学的な知識の提供と、それを基にした高次脳機能障害者への対応および訓練方法などの技術的な情報の提供が中心であった。近年、障害者ケアマネジメントが義務化されたことに伴い、高次脳機能障害者のニーズアセスメントや、社会資源の情報提供、助言、サービスの選択と決定に関する支援など幅広い知識と技術、スキルが必要とされるようになった。それは、高次脳機能障害者の生活を全体的かつ包括的に捉える福祉専門職に固有な専門性を発揮することが求められていることに他ならない。現行のように、社会生活機能の獲得や自立生活よび就労訓練などサービス提供が多岐にわたり、障害ソーシャルワークが確立されていない状況のもと、求められる専門性を十分に発揮することができなかったのではないだろうか。

このことから、本研究での知見は、高次脳機能障害者へのソーシャルワーク実践に関する知識および技術を体系的に提供する研修プログラムの開発と研修システムの構築に役立つ。同時に、専門職養成を通じて障害領域のソーシャルワーカーに共通したアイデンティ

ティを醸成し、この領域でのソーシャルワーク実践の確立に貢献することができる。2016年度には、障害者総合支援法の見直しが図られ、指導的な役割を担う主任相談員の創設も示されている。この観点からも障害領域の専門職養成およびソーシャルワークの確立が急がれる。

２） 社会啓発活動に向けた提言

本研究では、高次脳機能障害の生活ニーズを満たし、かつ選択できるほどの社会資源が用意されていないことや、社会資源の活用に関する課題を示すことができた。ヒアリング調査においても、施設サービスが本人のニーズに合わず、サービス利用が本人たちの生活のしづらさの要因になっている実態を明らかにした。実際には、精神障害とは異なる障害であるにもかかわらず、精神障害者保健福祉手帳を取得することによりサービスが開始されるという制度の不備がある。そのため、高次脳機能障害者のニーズに合わせたサービスではなく、他の障害者のニーズを満たすために創られたサービスを使わざるを得ない。また、福祉サービスの提供においても、身体・知的・精神の３障害の枠に押し込められている状況があり、サービス利用にあたっては、その選択肢は著しく狭まる。本人のインタビュー調査からも、「精神障害者と比べられ、何もできないと言われる」、「知的障害者のサービスに合わせられる」、「精神障害じゃないのに」など、本来であれば本人たちの生活を豊かにするための社会制度やサービスが本人たちを苦しめ、彼らの生活の質を低下させている。

この観点から、未だ明らかにされていなかった高次脳機能障害者の生活実態や社会制度の不備、権利侵害などの生活課題の明確化は、彼らの抱える生活課題を広く社会に訴え、高次脳機能障害者が地域で生活しやすい環境を創ることに貢献できるものである。言い換えれば、この領域でのソーシャルワーク研究および実践は、能力を重視した視点から地域生活者の視点による生活支援が保障される社会づくりを目標としなければならない。具体的には、高次脳機能障害者に必要な制度の創設や、サービスの改善、社会資源の開発、権利侵害の防止が確保される仕組みづくりである。それには、当事者が社会制度やサービスの改善に対して自らで取り組むことを専門的に支えることが必要となる。言わば、当事者のエンパワーメントに働きかけることが重要となり、本研究における本人の力の活用への示唆は、この活動を推進することに寄与できる。

他方、高次脳機能障害者の理解と偏見への改善を社会に向けて発信する方法にも貢献で

きると考えている。現在では、高次脳機能障害者の理解に向けた地域住民への働きかけは、パンフレットやホームページ上でおこなわれているものの、その内容は、高次脳機能障害者の理解としながらも、高次脳機能障害の症状の説明と本人への関わり方が掲載されているにすぎない。また、パンフレットやホームページによる情報発信のみでは、それに触れる機会のない人びとにとっては、情報がないに等しいものとなる。

また、多くの地域住民に働きかける社会活動は、高次脳機能障害者の地域生活の質の確保と社会的排除や孤立を予防し、共生社会の実現には欠くことのできない活動である。この活動を推し進めるためには、現場のソーシャルワーカーの専門的力量の向上が不可欠である。日々のソーシャルワーク実践を通じて、高次脳機能障害者の差異と多様性が尊重され、地域社会のなかで障害が受け入れられ、本人のニーズと自己決定が尊重されるような社会づくりを視野にいれなければならない。本研究成果は、高次脳機能障害者の権利と当たり前の生活を守ろうとする人びとや団体の実践に寄与できると考えている。公開講座、研修会などを通じて、広く高次脳機能障害者の地域生活を支える環境づくりに働きかけてほしい。高次脳機能障害者が地域で暮らすこと、暮らし続けることを支える援助と、本人が支えられる地域を創る援助の推進に向けて、ソーシャルワークがその機能を発揮するためのシステムづくりに本研究が貢献することを期待したい。

参考文献一覧

American Psychiatric Association（2013）*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5nd ed.*, Washington, D.C.（=2014, 高橋三郎・大野裕・染谷俊幸訳『精神疾患診断・統計マニュアル』医学書院.）

綾屋紗月・熊谷晋一朗（2010）『つながりの作法 同じでもなく違うでもなく』NHK 出版.

Alexander, L.G. and Bennett, A.（2005）*Case Studies and Theory Development in The Social Science*, The MIT Press.（=2013, 泉川泰博訳『社会科学のためのケーススタディー理論形成のための定性的手法』勁草書房.）

Germain, C. B.（1992） *Ecological Social Work－Anthology of Carel B. Germain*（＝2002, 小島蓉子編訳・著『エコロジカルソーシャルワークーカレルジャーメイン名論文集』学苑社.）

Rapp, C. A. and Goscha, R. J.（2006）*The Strengths Model Case Management with People with Psychiatric Disabilities*, *2nd ed.*, Oxford University Press.（＝2008, 田中秀樹『ストレングスモデル―精神障害者のためのケースマネジメント』金剛出版.）

Denzin, N. K. and Lincoln, Y.S.（2000）*Handbook of Qualitative Research, 2nd ed.*, Sage Publications.（=2008, 平山満義監訳, 岡野一郎・古賀正義編訳『質的研究ハンドブック 1 巻－質的研究のパラダイムと眺望 第 3 版』北大路書房.）

Gilgun, J. F.（1994）A Case for Case Studies in Social Work Research, *Social Work* 39 (4), 371−380.

Flick, U.（1995）*Qualitative Forschung*, Reimbek Bei Hamburg.（＝2003, 小田博志・山本則子・春日常・宮地尚子訳『質的研究入門〈人間の科学〉のための方法論 第 5 版』春秋社.）

古川孝順（2004）『社会福祉学の方法－アイデンティティの探求』有斐閣.

古川孝順・岩崎晋也・稲沢公一・児島亜紀子（2002）『援助するということ 社会福祉実践を支える価値規範を問う』有斐閣.

桜井厚・小林多寿子編者（2005）『ライフストーリー・インタビュー　質的研究入門』せりか書房.

佐藤彰・秦かおり（2013）『ナラティブ研究の最前線 人は語ることで何をなすのか』ひつじ書房.

佐藤豊道（2002）「口述の生活史研究法」『ソーシャルワーク研究』27(4),35－40.

佐藤郁也（2008）『質的データ分析法』新曜社.

高次脳機能障害に関する研究委員会（2006）『高次脳機能障害に関する研究委員会 2004・2005 年度報告書』日本成年後見法学会.

林眞帆（2015）「質的データを用いたソーシャルワーク研究に関する一考察 ： 事例研究法に焦点をあてて」『別府大学紀要』56, 65−74.

本多勇（1998）「『生活』概念の検討と整理－『生活』研究のレビュー」『国際医療福祉大学紀要』第 3 巻, 13-23.

岩間伸之（2000）『ソーシャルワークにおける媒介実践論研究』中央法規.

岩間伸之（2004）「ソーシャルワークにおける事例研究法－「価値」と「実践」を結ぶ方法」『ソーシャルワーク研究』29(4), 286−291.

岩間伸之（2007）「事例研究の意義」古川孝順,岡本民夫,宮田和明, 濱野一郎編者『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規, 736−741.

岩間伸之（2010）「第 11 章 ソーシャルワーク研究における結果の解釈とその方法」『ソーシャルワークの研究方法－実践の科学化と理論化を目指して』相川書房, 187−199.

岩間伸之・原田正樹（2012）『地域福祉援助をつかむ』有斐閣.

岩間伸之(2014)『支援困難事例と向き合う 18 事例から学ぶ援助の視点と方法』中央法規.

稲沢公一（2012）「ソーシャルワーク初段階の価値をめぐる葛藤－リッチモンドの足跡をたどって」『対論社会福祉学 4 ソーシャルワークの思想』中央法規出版, 56−75.

木原活信（1996）「ソーシャルワークにおける『意味』の探求と解釈－ある難病患者の病いの『語り』をめぐって」『広島女子大学生活科学部紀要』2, 141−155.

木原活信（2002）「社会構成主義によるソーシャルワーク研究方法－ナラティヴ・モデルによるクライエントの現実の解釈」『ソーシャルワーク研究』27(4), 28−34.

久保美紀（2003）「ソーシャルワークにおける『聴く』ということ－意味生成の過程として」『明明治学院論叢』(690), 155−175.

久保美紀（2002）「ソーシャルワークにおけるエンパワーメントのもつ人間観－クライエントの主体性をめぐって」『人間福祉の思想と人間観』ミネルヴァ書房, 134−148.

空閑浩人(1999)「ソーシャルワークにおける対象認識に関する考察」『ソーシャルワーク研究』 24(4), 9−14.

高次脳機能障害者支援モデル事業地方拠点病院等連絡協議会（2003）『高次脳機能障害モデル事業ケース事例集 1 』国立身体障害者リハビリテーションセンター.

高次脳機能障害者支援モデル事業地方拠点病院等連絡協議会（2003）『高次脳機能障害モデル事業ケース事例集２』国立身体障害者リハビリテーションセンター.

Johnson, L. C. and Yanca, S.J.（2001）*Social Work Practice：A Generalist Approach, 7nd ed.*, Allyn & Bacon.（=2004，山辺朗子・岩間伸之訳『ジェネラリスト・ソーシャルワーク』ミネルヴァ書房.）

三毛美予子（2009）「社会福祉実践を支える事例研究の方法」『鉄道弘済会』104，76−87.

松岡敦子（2006）「ナラティブ・アプローチと複雑な現実に対応するソーシャルワーカー」『ソーシャルワーク研究』32(1), 5−19.

松倉真理子（2001）「社会福祉実践における『他者』の問い−脱近代ソーシャルワーク議論の意味」『社会福祉学』42(1), 1−11.

Marlow, C. R.（2011）*Research Methods for Generalist Social Work*, Brooks/Cole 1−16.

McNamee, S. and Green, K.J. Eds.（1992）Therapy as Social Construction, Sage Publication.（＝1997，野口裕二・野村直樹訳『ナラティヴ・セラピー　社会構成主義の実践』金剛出版.）

森合真一（2012）「社会福祉の対象論－生活概念を通した考察」『立命館人間科学研究』25, 59−65.

眞野元四朗（2012）「第９章生活支援論－精神保健福祉実践の視点から」右田紀久恵・白澤政和監修『岡村理論の継承と展開－第４巻ソーシャルワーク論』ミネルヴァ書房, 176−202.

松本英孝（1993）『主体性の社会福祉論』法政出版.

三島亜紀子（2012）「ソーシャルワークにおける『主体性』と『適応』－人と環境との接点への多様な視座」『対論 社会福祉学５ ソーシャルワークの理論』中央法規, 32−5.

野口裕二（2002）『物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ』医学書院.

大久保孝治（2009）『ライフストーリー分析－質的調査入門』学文社.

岡本民夫・平塚良子編『新しいソーシャルワークの展開』ミネルヴァ書房.

岡村重夫(1983)『社会福祉原論』全国社会福祉協議会.

Oliver, M. and Sapey, B.（2006）Social Work with Disabled People, 3rd ed., Macmillan Publishers Limited.（=2010，野中猛監訳、河口尚子訳『障害学にもとづくソーシャルワーク－障害の社会モデル』金剛出版.）

Pope, C., Mays, N. and Popay, J.（2007）*Synthesizing Qualitative and Qualitative Health Evidence* : *A Guide to Methods*, Open University Press.（=2009, 伊東景一・北素子監訳『質的研究と量的研究のエビデンスの統合−ヘルスケアにおける研究・実践・政策への活用』医学書院.）

Royse, D.（2001）*Research Method in Social Work, 6nd ed.*, Brook/Cole, 260−281.

佐々木千穂・小玉有子・丹野きみ子他（2009）「高次脳機能障害者の社会生活支援 ：県の現状を踏まえて」『弘前医療福祉大学紀要』1(1), 85-90.

成年後見人養成支部委託に関する検討委員会（2007）『成年後見による包括的支援システムの構築に関する研究報告書 成年後見人養成研究の地域における展開』社団法人日本社会福祉士会.

田垣正晋(2007)『中途肢体障害者における「障害の意味」の生涯発達的変化』ナカニシ出版.

高山成子（1997）「脳疾患患者の障害認識変容過程の研究−グランデッドセオリーアプローチを用いて」『日本看護科学会誌』17(1), 1−7.

鷲田清一（2001）『〈弱さ〉のちから　ホスピタブルな光景』講談社.

鷲田清一（2003）『臨床とことば 心理学と哲学のあわいに探る臨床の知』阪急コミュニケーションズ.

鷲田清一（2006）『待つということ』角川選書.

渡辺修（2008）『高次脳機能障害者と家族のケア 現代社会を蝕む難病のすべて』講談社新書.

Yin, R. K.（1994）*Case Study Research, 2nd ed.*, Sage Publications.（=2011, 近藤公彦訳『新装版 ケース・スタディの方法』千倉書房.）

やまだようこ編（2000）『人生を物語る』ミネルヴァ書房.

やまだようこ（2008）『質的心理学の方法－語りをきく』新曜社.

山田規久子（2011）『壊れた脳 生存する知』中央法規.

山田規久子（2011）『壊れかけた記憶，持続する自我－「やつかいな友人」としての高次脳機能障害』中央法規.