

第2章 高次脳機能障害と職業リハビリテーション

第1節 職業リハビリテーションにおいて高次脳機能障害への関心が高まったのはごく最近のことである

職業リハビリテーションの分野で高次脳機能障害についての知見をまとめたのは、雇用促進事業団職業研究所（以下、職研と略す）（1979）による「脳血管障害の職業的予後に関する研究」及び「失語症 - 職業へのアプローチ - 」が初期のものである。職研（1979）は鹿教湯病院を退院した脳血管障害者の追跡調査を行っている。それによると、発病前に有職であった人の就職率は31%であり、職種による就職率の差はあまりないが、管理的職業の者の就職率は45%と比較的高い。病前の職業と病後の職業との対応を見ると病前と同じ職業の者が圧倒的に多く、勤務先も大多数が病前と同じである。就職している人では日常生活動作（以下、ADLという）が自立し、視覚・聴覚障害、失語、失認、精神症状（この研究では夜間せん妄^{注6}）、人格障害、感情失禁、痴呆、計算力低下、見当識障害、記憶力障害、意欲低下を精神症状と呼んでいる）などの症状を有する人が少ない。特徴的なこととして、何らかの免許や資格を有する人はそうでない人に比べて就職率が高いことが示されている。続いて「失語症 - 職業へのアプローチ - 」（職研、1981）では「脳血管障害の職業的予後に関する研究」の調査から失語症に関する知見を得たもので、退院時の年齢が55歳以下の者における就職率が11%であったことが報告されている。これらの研究は職業リハビリテーションの分野における初期の研究として貴重であるが、就労を可能にするための介入に関する記述は見あたらず、この時期は実態を明らかにすることに重点が置かれていた。また、高次脳機能障害の語は使われておらず、職業リハビリテーションではまだなじみの薄い問題であったことがうかがわれる。

高次脳機能障害が職業リハビリテーションの分野で大きく取り上げられるようになったのは、ごく最近のことである。職業リハビリテーション学会と職業リハビリテーション研究発表会（日本障害者雇用促進協会主催）における高次脳機能障害関連の発表数を見ると、1990年代に入ってから増加する傾向にあり、1997年には過去最高の7題を数えている（表2-1）。また、1993年には日本障害

表2-1 職業リハビリテーション領域における高次脳機能障害関連の発表題数
職業リハビリテーション学会と職業リハビリテーション研究発表会（日本障害者雇用促進協会主催）における高次脳機能障害関連の発表題数を年毎に合計したもの。

	平成1 1989	平成2 1990	平成3 1991	平成4 1992	平成5 1993	平成6 1994	平成7 1995	平成8 1996	平成9 1997
職業リハビリ テーション学会	0	0	1	2	2	1	1	0	3
研究発表会	0	0	0	1	3	5	3	4	4
	0	0	1	3	5	6	4	4	7

者雇用促進協会が発行する技術情報誌「職リハネットワーク」が高次脳機能障害の特集を組んでいることから、高次脳機能障害に関する知識へのニーズが職業リハビリテーションの現場で高まってきたことを物語っている。1990年代の研究では、高次脳機能障害に着目した事例の分析、作業指導の工夫を行った報告、アメリカにおける頭部外傷の職業リハビリテーションの紹介など、援助の現場で高次脳機能障害にどのように対処するかという視点が明らかに発生していることがわかる。

第2節 高次脳機能障害は就労にどのような影響を及ぼすのか

1. 職業リハビリテーションの窓口を訪れる者の特徴

職業リハビリテーションの窓口を訪れるのはどのような態様の者なのであろうか。高次脳機能障害を有する者へのサービスのあり方を職業リハビリテーションとして考える上で、窓口に来所する者の態様を把握しておくことは重要である。

池田ら(1995)は東京障害者職業センターに来所する脳血管障害者についての調査を行い、来所経路は病院が約40%を占め、来所時の職業的身分は無職の者が約70%で、主訴は再就職に関する相談であることを報告している。つまり、すでに離職して新たな就職先を探す人が、病院からの勧めで相談に来ていることになり、元の職場に復帰する相談のために来所する人は少ないと言える。元の職場への復帰を目指す人は、医学的リハビリテーション終了後直接復帰する 경우가多く(徳弘、1995)、医学的リハビリテーションの場から直接職場復帰させる活動が病院の手で行われているようである。

職業センターに来所した者については、田谷(1996)が障害特性についての調査を行っている。職業センターの職業準備訓練及び職業講習を平成6年度から平成8年度までに受講した脳損傷者のうち、受障年齢が16歳以上の者について、背景情報(学歴、職歴、病歴、趣味等)、簡易失語・失行・失認検査、浜松方式簡易前頭前野機能検査、軽度注意検査、記銘・記憶検査など実施した。対象者は全部で15名おり、そのうち頭部外傷が11名、脳血管障害が4名で、交通事故による頭部外傷者が多かった。平均年齢は28.1歳(20歳～53歳)であった。運動機能障害は、脳血管障害の者は4名とも麻痺を有するのに対して、頭部外傷の11名には明確な麻痺を有していない者が3名おり、この3名のうち2名は身体障害者手帳を所持していなかった。高次脳機能の検査の結果では、記憶障害と注意障害を認める者が多かった。また、職業センターにおいても東京障害者職業センターと同様に、新たな就職先を探す人が多い傾向が認められている。

本研究の一環として行った研究会に委員として参加した地域障害者職業センター(以下、地域センターという)の障害者職業カウンセラーの報告では、高次脳機能障害を有する事例は公共職業安定所を経由して来所するほか、電話帳で地域センターのを知ったり、病院の待合室において患者同士の情報交換の中で地域センターの存在を知って来所しているという。また、地域センターに来所するケースの

中にも運動や感覚の障害が認められないため、身体障害者手帳が取得できない事例が存在しており、こうした事例は障害者雇用率制度の対象にならないため、公共職業安定所の窓口でも職業紹介にあたって困難を伴う^{注7)}。記憶障害がある事例には代償手段としてメモを取ることの指導や指示をテープレコーダで録音するなどし、右半側無視がある事例には右折することを避けて左折だけで通勤経路を構成するなど、独自の工夫が地域センターでも行われている。

以上のことから、

- ・在職中に脳血管障害を発症する者は、病院から直接職場復帰を目指す者が多く、職業リハビリテーション機関の関与は少ないのが現状である。
- ・職業リハビリテーションの窓口に来所する者が有する高次脳機能障害は、記憶障害と注意障害が多い。
- ・高次脳機能障害だけでは身体障害者手帳が取得できず、現行の障害者雇用率制度の対象にならない事例が存在する。

という来所者の特徴が認められる。

2. 頭部外傷者や脳血管障害者の就労について文献が示していること

頭部外傷者や脳血管障害者の就労については、職研の研究以外にも病院等の手でさまざまな調査が行われていることから、それらの結果を整理することで、頭部外傷者や脳血管障害者の就労状況についての知見を得ることができる。そこで、これまで雑誌等に発表されている調査結果に基づきながら、高次脳機能障害を有する障害者の就労上の問題を整理することとする。

対象誌は総合リハビリテーション誌等の主要なりハビリテーション関係の雑誌、職業リハビリテーション学会の学会誌、日本障害者雇用促進協会主催の研究発表会の論文集とした。対象年は1980年以降すなわち最近20年間程度のものとした。これは、高次脳機能障害を失語、失行、失認だけに限らず、記憶・注意・意欲の障害や痴呆までもも含めることが提唱され(上田、1983)、この概念が広まったのが1980年代前半と考えられるからである。対象とした文献は17編であり、これらは表2-2に示した。

これをもとに、頭部外傷者や脳血管障害者の就労に関するこれまでの研究を概観すると次の諸点が明らかとなった。

(1) 過去の研究における用語の定義の不統一

佐伯ら(1995)が指摘しているように、研究者によって復職、職場復帰、職業復帰などさまざまな用語が用いられ、またそれぞれの定義が統一されていない。このため現段階では各研究間の相互比較が容易でない。用語の定義については医学的リハビリテーション関係者との合意も形成しながら今後統一していく必要がある^{注8)}。

(2) 一般就労復帰率や職場復帰率の計算方法

用語の定義に統一性が認められないため、受障後就労した者の割合を計算するときの分子の内容が研究者間で統一されていない。特に、家事労働を含めようとする研究(間嶋、1982;早川ら、1991)とそうでないものがある。また、分母に係る問題として、受障前に一般就労していた者の人数を分母としている研究や、年齢や性別により調査対象サンプルを定めて分母としている研究がある一方で、年齢等の条件を特に定めていない研究もあって、それぞれの研究者の判断によって異なっている。頭部外傷者のリハビリテーションが進んでいるアメリカでは、頭部外傷と就労や復学との関係について多くの調査研究が行われているが、アメリカにおいても就労した者の割合はそれぞれの報告によって大きく異なっている。Ben-Yishay(1987)はその理由として、

- ・調査対象者の重症度が異なっている
- ・何をもって仕事に戻れたとするかについての基準が認められない
- ・就労後の仕事の遂行水準や地位について十分に確認がされていない
- ・長期間のフォローアップがなく職場への定着についての情報が検討されていない

という理由を挙げている。

一般就労や職場への復帰には高次脳機能障害の症状の種類・重症度、麻痺の有無や程度、年齢、性別、発症や退院から調査までの期間、病前の地位や職務、事業所の受け入れ態勢などのさまざまな要因が複雑に絡み合っていると考えられるため、こうした要因を統制しながらできる限り各要因別に割合を計算するきめ細かい調査が今後は必要である。

(3) 一般就労への復帰に関する知見

ア．受障後一般就労した者の割合について

表2-2をもとに受障後一般就労した者の割合を見ると、前述の計算方法の問題もあって、高いもので60%低いもので7.4%とかなりのばらつきが見られるが、50%を越える報告はほとんどない。一般の労災患者の職場復帰の状況を調べた中島ら(1996)の調査によると、職場復帰率は全年齢平均では89.7%であり、40歳以上に限定しても62.5%である。労災という事情から私傷病よりも高い数値となっていると考えられるが、頭部外傷者や脳血管障害者の一般就労復帰率の低さはきわだっているといえよう。

イ．麻痺側と一般就労との関連について

麻痺側と一般就労との関連は明確ではない(間嶋、1982;池田ら、1995;助川ら、1987)。

ウ．ADLについて

一般就労した者は基本的なADLが自立している。また、通勤に必要な移動能力を有している(間

	間嶋(1982)	原・上田(1983)	横山(1984)
リハビリテーションの実施先または対象者の所属	昭和53年から昭和55年までの3年間に東京大学リハビリテーション部を受診した脳血管障害者で、発病前に職業(家事を含む)を有し1ヶ月以上リハビリテーションが施行されたもの。	東京大学リハビリテーション部でリハビリテーションを受けた記憶障害患者。	七沢病院に1ヶ月以上入院してリハビリテーションを受け、昭和42、43年の2年間に退院した脳血管障害者(本表には退院1年後の調査結果を掲載したが、3年後、10年後の調査も行われている)
調査対象者について	対象者の数 73名	3名	526名
	年齢 発病時年齢 55.6歳±12.1歳	初診時年齢 44歳、51歳、49歳	退院時平均年齢 60歳
文献記載の割合	48% 文献中に報告されている数値に基づいて一般就労復帰率を筆者が計算した。	職場復帰例として2名が報告されている。	20.8% 文献中に報告されている数値に基づいて一般就労復帰率を筆者が計算した。
一般就労した者の割合	分子の数 35名		101名
	分子の属性 調査時点で一般就労に復帰していた者、及び調査時には離職していたが、発病後に一度は一般就労への復帰を経験した者。	1名は配置転換、1名は自営への原職復帰。	1年後の調査時点で一般就労に復帰していた者。
	分母の数 73名		486名
分母の属性	全調査対象者。 一般就労への復帰の中でも、職場復帰が多い。麻痺側による一般就労復帰率の差は認めず。 一般就労復帰者は基本的ADLが自立。一般就労復帰者は実用的な戸外歩行能力がある。失語、失行、失認を有する者の一般就労復帰率は全体の一般就労復帰率に比し低い。 発症前に専門・技術的職業、管理的職業に従事していた者の一般就労復帰率が高い。管理的職業では名目上の就労から完全な就労まで幅がある。	職場復帰した2名では周囲の理解と援助が得られている。 職場復帰した者では記憶障害に対する病識が認められる。	年齢が若いほど、一般就労復帰率は高い。 販売業、専門・技術的職業、管理職、農業は一般就労復帰率が高く、事務、単純労働では復帰率は低い。 失語症者は一般就労復帰率が低い傾向にある。
備考			526名から死亡した40名を除外した。

	大川、上田、江藤、木村、稲村、永井(1986)	助川、服部、福嶋(1987)	高橋、安倍、岩城、半田(1987)
調査対象者について	1973年1月～1978年12月に東京大学リハビリテーション部を初診し、1ヶ月以上のリハビリテーションを受けた男子片麻痺患者。	1981年6月から1985年5月までに千葉市療育センター「ふれあいの家」へ相談・訓練に來所した男子稼働年齢(59歳以下)の脳血管障害者。	浜松市内及び周辺部の8つの総合病院のリハビリテーション科を退院した脳損傷患者。若干の頭部外傷者が含まれるが、多数は脳血管障害者である。
	対象者の数	31名	673名(アンケート対象は1393名)
	年齢	平均年齢 50.0歳	発症時平均年齢 64.4歳 調査時平均年齢 66.9歳
	文献記載の割合	22%	24%
一般就労した者の割合	分子の数	7名	94名
	分子の属性	一般就労に復帰した者。	一般就労に復帰した者及び家事に復帰した者。
	分母の数	31名	392名
	分母の属性	全調査対象者	失職者298名と一般就労及び家事に復帰したものを合わせた94名。
備考	管理者への復帰は良好。営業系業務への復帰は困難が伴う。	麻痺側と一般就労への復帰との明らかな関連は認められない。一般就労した者は移動において著しい困難が認められない。一般就労を希望したができなかった者には行動上の問題が認められる。	管理職、事務職では他の職種より一般就労復帰率が高い。一般就労や家事に復帰した者は麻痺が軽い傾向。コミュニケーション能力は運動麻痺以上に一般就労や家事への復帰に影響する。失職群の平均発症年齢は60歳以上であるのに対して、一般就労及び家事復帰群の平均発症年齢は60歳未満である。

	遠藤、杉浦、吉岡、森、瀬戸下、本田(1991)	早川、森、吉田(1991)	徳弘、小西、平井、井手、井川、武智(1992)
リハビリテーションの実施先または対象者の所属	1985年から1989年までに埼玉医科大学付属病院でリハビリテーションを受けた者。	1989年4月から1991年3月の2年間に高山県高志リハビリテーション病院を退院した脳血管障害患者。	60歳以下で発症し平成元年度までに吉備高原医療リハビリテーションセンター、岡山大学付属病院、岡山労災病院でリハビリテーションを受けた者。
対象者の数	61名	472名	80名
年齢	職場復帰者平均 50.1歳 非職場復帰者平均 49.7歳	退院時年齢63歳 退院時状況別平均年齢をもとに筆者が計算した。	発症時年齢 44.0歳±8.5歳
文献記載の割合	23% 文献中に報告されている数値に基づいて職場復帰率を筆者が計算した。	7.4% 文献中に報告されている数値に基づいて、職場復帰率を筆者が計算した。	30%
分子の数	14名	35名	21名
分子の属性	職場復帰した者。このうち、配置転換は5名。	職場復帰した者。仕事量の変更や外勤から内勤への変更等の配置転換を含む。	一般就労に復帰した者。自営業者1名を含む。
分母の数	61名	472名	69名
分母の属性	発症前に職業を持っていた者で、退院時に60歳未満であった者。	退院患者全員で高齢者も含まれている。	調査対象の80名のうち、発症前無職であった者及び主婦の併せて11名を除く外。
備考	過去の経験を生かせる点で原職復帰が有利。半無視を有していても職場復帰している方法が獲得している。完全に身体的に受けし他の心理的に行へる。一般的に就労での職業前訓練は制度上容易でない。	専門・技術的職業の者はいったん職場復帰しても退職する者が目立つ。事務的分野では定着が良好である。	受障後一般就労に復帰した者の条件 ・身体、認知機能が一般就労に支障ないほどよい。 ・自営業のよりに職務上の自由度の大きい場合は有利。 ・雇用の配慮や優遇がある場合は有利。
調査対象者について			
一般就労した者の割合			

	田谷、石神（1992）	長谷川、阿部、稲木（1992）	沢田、田中、坂元（1993）
リハビリテーションの実施先または対象者の所属	1989年1月から1991年6月までの間に防衛医大リハビリテーションの間に防衛医大リハビリテーションのうち、発症後比較的早期にリハビリテーションを施行した者。	名古屋市身体障害者リハビリテーションセンターを平成元年10月～同3年9月までに退所した就労経験を持つ脳血管障害者。	脳梗塞による失語、右不全麻痺を有する事例。
対象者の数	245名	27名	1名（事例報告）
年齢	56.0歳±14.4歳	35歳～61歳	
文献記載の割合	47.1%		
分子の数	57名		
分子の属性	何らかの形で職場復帰した者。		
分母の数	121名		
分母の属性	調査対象者のうち発症時に一般就労していた者。		
備考	失語を有する者の職場復帰率は35.7%で軽度の者がほとんど。半側無視を有する者の職場復帰率は41.3%で、半側無視は職場復帰の大きな障害要因になる。	就労要因として身体的な機能が一定水準にある。失語の場合には理解面が就労に影響する。失語以外の高次脳機能障害では指摘された問題点を認識して修正できるかどうか。中高年齢者では価値観の変化を期待することが難しい。施設内訓練では障害受容、現実認識、外出能力に伸びが期待できる。	職場復帰後の職務遂行に必要な訓練を職場でのリハビリテーションとして実施している。
調査対象者について			
一般就労した者の割合			

	石渡、飯室(1993)	上杉、小川、細谷、伊藤、川辺、小堀(1995)	池田、田谷、藤本、赤塚、名川(1995)
リハビリテーションの実施先または対象者の所属	横浜市総合リハビリテーションセンターの来所者。	1988年3月から1994年5月までに神奈川県総合リハビリテーションセンター職業前指導科を利用した頭部外傷者。	1989年1月から1992年12月までに防衛医大リハビリテーション部で診した脳血管障害者のうち、病前に職業に従事していた者。
調査対象者について	対象者の数 10名 年齢 24歳～46歳(平均年齢36歳) 平均年齢は文献中に報告されている数値に基づいて筆者が計算した。 文献記載の割合 60% 文献中には一般就労復帰率は示されておらず、文献中に報告されている数値に基づいて筆者が計算した。	67名 平均年齢29.1歳	100名 平均年齢52.8歳
一般就労した者の割合	分子の数 6名 分子の属性 一般就労に復帰した者。原職復帰、配置転換、再就職を含む。ただしパート等での就労を含む。6名中1名は一般就労に復帰した後に離職。	13名 一般就労に復帰した者。原職復帰、配置転換、再就職を含む。	45名 職場復帰した者。原職復帰と配置転換の別は明らかでない。
	分母の数 10名 分母の属性 高次脳機能障害を有するという医師の診断を受け、身体障害者手帳は該当か5、6級程度で、失語はあっても軽度な者。つまり失語を除外高次脳機能障害を主たる障害とする者。	67名 調査対象者全員	100名 調査対象者全員
備考	配置転換やアシスタントを付けてもらうなどの配慮を受けている例がある。地的障害、空間認知の障害は通勤の障害要因。複視などは事務的な仕事の障害要因。視覚認知の障害は照合が多い仕事や細かい部品を組み立てる仕事の阻害要因。活動性や意欲の低下があるとやる気がないと見なされ、職場の人間関係がスムーズにいかなくなる。	職場復帰した者は事業所側の手厚い配慮が目立つ。配置転換は全て受障前の職務よりも簡易な職務への移行である。一般就労に復帰した者でも、多くの者に記憶障害や知的低下が認められる。	麻痺の有無は職場復帰率には影響が認められない。利き手が使えるかどうかは職場復帰の成否のひとつのポイントである。失語症は軽度ならば職場復帰に影響がないが、中重度では重大な影響を及ぼす。半側無視は軽度であっても職場復帰に重大な影響を及ぼす。知的低下を有する者では、知的低下がない者に比べて職場復帰率は極端に低い。

	徳弘（1995）	竹下、蜂須賀（1995）	
リハビリテーションの実施先または対象者の所属	1991年から1993年に吉備高原医療リハビリテーションセンターでリハビリテーションを受けた60歳以下の脳血管障害者。	産業医科大学リハビリテーション科でリハビリテーションを実施した者。	
対象者の数	78名	4名	
年齢	平均年齢49.8歳±6.0歳（家事労働の10名を除いた68名の平均）	41歳、44歳、38歳、26歳	
文献記載の割合	23.5%		
分子の数	16名		
分子の属性	職場復帰した者。名目だけの復帰が1名含まれる。		
分母の数	68名		
分母の属性	78名中、家事労働、農業、家内作業に従事していた者、及び無職の者10名を除外。		
備考	職場復帰した者は、すべてリハビリテーション医療終了後に直接職場復帰した者である。	片麻痺や軽度の失語を有しながら配置転換しての職場復帰を果たした事例が存在する。職場復帰できた者では、職場に復帰する意思が明確である。事業所に障害者の受け入れについての理解があること。発症前の職歴が職場復帰の妨げになることがあ。回復が期待できる部分とそうでない部分を区別し、理解が得られるような働きかけが必要である。極めて軽度であると、職場内で健常者と全く同等であると見なされるので、身体障害が極度の認定を優先的に進める。障害が受け入れられず原職にこだわりを持つ場合、配置転換が難しく職場復帰できなことがある。	
調査対象者について			
一般就労した者の割合			

嶋、1982；助川ら、1987）。しかし、身体障害がきわめて軽度の場合、職場内で健常者と全く同等であると見られかえって不利なことがある（竹下と蜂須賀、1995）。

エ．高次脳機能障害と一般就労との関連について

全ての研究は高次脳機能障害は一般就労の阻害要因となるという見解にたっている。高次脳機能障害と一般就労との関連をより詳細に見ると次のような知見が得られている。

- ・失語が軽度の者は職場復帰している（田谷と石神、1992；池田ら、1995；竹下と蜂須賀、1995）。
- ・半側無視は職場復帰の大きな阻害因子であり（田谷と石神、1992）、事務的な仕事を困難にする（石渡と飯室、1993）。
- ・地誌的障害、空間認知の障害があると通勤が困難になる場合がある（石渡と飯室、1993）。
- ・記憶障害、注意障害があると指示通りに作業ができない（石渡と飯室、1993）。
- ・視覚認知の障害は照合が多い仕事、細かい部品の組立を困難にする（石渡と飯室、1993）。
- ・活動性や意欲の低下がやる気がないと見られ職場の人間関係もスムーズでなくなる（石渡と飯室、1993）。
- ・知的低下が職場復帰の大きな阻害要因となる（池田ら、1995）。
- ・行動上の問題が一般就労の大きな阻害要因となる（助川ら、1987）。
- ・高次脳機能障害を有しながらも職場復帰した者では、本人が障害に気づき代償する方法を獲得している（記憶障害について原と上田、1983；半側無視について遠藤ら、1991）。
- ・失語の場合は理解面が、他の高次脳機能障害の場合は指摘された問題点を認識し修正できるか否かが就労にとって重要である（長谷川ら、1992）。

オ．職場への復帰形態、職種について

- ・発症前に専門・技術的職業、管理的な職業、事務的職業に就いていた者は職場復帰に有利である。しかし、専門・技術的職業では職場復帰しても退職する者が目立つとする報告がある（間嶋、1982；早川ら、1991）。
- ・過去の経験が生かせる点で原職復帰がもっとも容易であり、経済的にも有利である（遠藤ら、1991）。しかし、発症前の職歴がかえって職場復帰の妨げになったり、原職にこだわりを持ち配置転換が難しく職場復帰ができないことがある（竹下と蜂須賀、1995）。
- ・配置転換は全て受障前の職務よりも簡易な職務への移行である（上杉ら、1995）。
- ・自営業のように職務上の自由度の大きい場合は有利である（徳弘ら、1992）。

カ．就労への復帰にあたっての配慮について

- ・職場復帰した者は事業所から手厚い配慮を受けているとする報告は多い（上杉ら、1995；石渡

と飯室、1993；原と上田、1983；徳弘ら、1992；竹下と蜂須賀、1995；）。しかし、配慮を受けることが心理的負担につながる可能性も指摘されている（遠藤ら、1991）。

- ・ 沢田ら（1993）は脳血管障害者の職場復帰に職場内でプロジェクトチームを作り、病院・福祉センター・家族・産業医・職場を積極的に調整し、とりわけ職場内でのリハビリテーションに力を入れた職場復帰事例を報告しており、職場復帰に当たっての具体的配慮として職場が主体になったリハビリテーションのコーディネートを行うことが考えられるが、こうしたことが実現できるかどうかは事業所の人的体制や実際に援助を行う社員の時間的拘束性（時間的に決められた仕事が多いかどうか）によるところが大きい。

キ．病院におけるリハビリテーションについて

- ・ 現行の医療保険制度の中では、病院で職業前訓練を行うことは容易でない（遠藤ら、1991）。
- ・ 人的、設備的な面からも一般病院で行える援助は職場復帰までである（遠藤ら、1991）。
- ・ 医療ソーシャルワーカーの業務についての正当な評価が必要である（徳弘、1995）。

3．高次脳機能障害のさまざまな症状は就労にどのような影響を与えるのか

高次脳機能障害を有する者の就労を研究した諸文献にも記述されているように、高次脳機能障害は様々な形で就労に影響を及ぼす。ここでは高次脳機能障害の就労への影響を整理しておく。

（1）頭部外傷の場合に現れやすい症状

Ben-Yishayら（1987）は頭部外傷者の就労障害要因として注意障害、障害の認識や受容が十分でなく将来に対しての非現実的な希望を抱くこと、学習をしたり新しい情報を別の場面に適用することの困難、衝動性や無気力のような行動上の問題、对人的技能や社会的な判断力の低下、志気の低さや感情表出の不適切さ、を挙げている。Hurt（1991）は就労に影響を与える頭部外傷の特性を身体的側面、認知的側面、心理社会的側面に分けて記述し、認知的側面では記憶障害、注意障害、目で見たと情報や耳で聞いた情報の理解を誤る傾向、組織化や計画力や目標設定を行い自分の行動をモニターする能力の低下、推論の能力の低下が見られるとしている。また、欲求不満耐性の低下、自発性の低下も頻りに認められると述べている。心理社会的側面では、本人に対して障害に関する説明が不十分であることによる悲嘆や混乱、多くの患者がいずれ症状はなくなるであろうと告げられこのことが不十分な状態で就労への復帰を招くこと、障害の否認などが挙げられている。Wehmanら（1989）は彼らのsupported employment programに参加した頭部外傷者の特性を家族への質問票によって調べた結果、思考の脈絡の欠如、気が散りやすい、適切な言葉が出てこない、自分が行ったことを忘れる、人の名前を忘れる、集中の困難、読んだことを忘れる、思考の速度の遅さ、読みの遅さ、物事が決められない、電話番号を忘れる、昨日のできごとを忘れる、などが主要な認知的問題であったと報告しており、記憶障害、注意集中の障害、情報処理速度の遅さが家族から見た主要な症状であることが分かる。また、これらのほかにも、

疲れ易さ、般化の困難さ、障害の自己認識の問題なども、就労に影響する要因として指摘されている。就労との関係でどの症状が重要であるかについて見解の違いは認められるが、頭部外傷が作業能力と対人的技能の両面への影響を通して就労を阻害しているという見方は一致しているといえる（松井ら、1996）。

次に、頭部外傷者の就労を阻害する特性として、記憶障害、注意障害、計画力・判断力・情報処理速度、易疲労性、性格変容と対人技能の低下、自己認識、般化の困難さ、について取り上げ、それぞれの特性と就労との関係について述べることにする。

ア．記憶障害

山下（1998）によれば、記憶障害は脳に器質的な損傷が認められる器質性記憶障害と解離性記憶障害（心因性記憶障害とも呼ばれる）とに分類される。解離性記憶障害は思春期や青年期に発症する例が多いとされ、強いストレスや心的外傷などが誘因になるといわれている。記憶障害は発症の時点を中心に発症以後の新しい情報を獲得する能力の障害である前向性健忘と、発症以前に獲得した情報を想起することの障害である逆向性健忘とに分けられるが、解離性では逆向性が主な症状であり、前向性は通常は認められないとされる。障害の時間的な持続性からは、一過性と持続性とに分けられる。頭部外傷では事故直後から脳は新しい情報を把持できなくなる。記憶の能力が回復するまでには一定の時間を要する。これは前向性健忘が一時的に生じるものであるが外傷の時に限って外傷後健忘（Post Traumatic Amnesia）と呼ばれる。この間は意識障害と見当識障害が認められ、この期間の記憶は後で想起することができない。

記憶障害が進行するかどうかによって分類すると進行性と非進行性に分けられ、進行する記憶障害は痴呆疾患の特徴である。頭部外傷や脳血管障害を原因として職業リハビリテーションで問題となる記憶障害は、器質性の原因を有し、それが持続的であり、非進行性のものである。

Wilson（1992）は器質的な記憶障害の典型的な特徴を次のようにまとめている。

- ・即時記憶はほぼ正常である。
- ・遅延や注意をそらす過程が入ると思い出せなくなる。
- ・新しいことがらを学習するのが難しい。
- ・病気または事故の起こる直前のできごとよりも、ずっと以前に起こった出来事の方が思い出しやすい。
- ・以前に熟知し上手にできていた事柄については、そのやり方をかなりよく覚えている。
- ・頭文字や韻、あるいは忘れた場所の写真といったヒントが想起の助けとなる。

Baddeley（1992）は、一部の記憶障害患者に手続記憶が保たれていたり、エピソード記憶は障害されても意味記憶は比較的正常的な場合があると述べ、一様な記憶の低下は生じないとしている。田中（1995）も個人的な経験の記憶であるエピソード記憶や単語・記号・概念などの知識（意味記憶）が障害され、テストのやり方、自動車の運転、楽器の演奏などの記憶（手続き記憶）は保たれる

と述べている。椿原（1993）は頭部外傷による記憶障害の特徴について、健忘は必ずしも全般的な知的低下を伴わず、臨床的特徴としては日常のできごとに関する前向き健忘と徐々に収縮する逆行性健忘を有するのが一般的で、宣言的記憶は手続的記憶よりも障害されやすく、宣言的記憶の中でもエピソード記憶が意味記憶よりも障害されやすいとしている。器質的脳損傷では自己の体験に関する記憶が障害されやすいのが特徴であると言えよう。

記憶障害の職業への影響はそれが逆行性健忘であるのか、前向き健忘であるのかによって異なる。逆行性健忘では受障までの職業経歴の中で習得した知識や技能を職場復帰後に活かすことが困難になったり、職場の同僚や取引先の人を顔を忘れていたりして、これまでに築いた職業的な資産を活かすことができなくなる。前向き健忘があると予定の管理や新たに仕事の手順を覚えるときなどに困難が生じる。また、一度お金を支払ったにもかかわらずそれを忘れてもう一度支払おうとしたり、物を買ったことを忘れて金銭の出納が合わないと訴えるなど、金銭管理にも影響が出る。記憶の欠落を補って実際の体験とは異なった内容を述べる作話が現れることがある。作話の内容に不合理性がない場合には、それが作話であることに周囲の者が気付かないために、本人に関わる者同士の間で混乱が生じることもある。

本人にとって主観的に重要な意味を持つ事柄は忘れないでいることがあり、たとえばリハビリテーションの予定は忘れているのに旧知の友人と会う約束は覚えているなど、情報が持つ主観的な意味あいによっても記憶障害の現れ方は異なるようである。

Brooksら（1987）は神経心理学的検査の成績と就労との関係を調べ、記憶と注意が患者の職業的予後を予測する上での重要な変数であるとしている。Wehmanら（1989）も就労に至らなかった人たちが有する認知的な問題の中で、最も数多く認められるのが記憶と注意の障害であると報告している。長谷川（1991）は頭部外傷後に就労した事例の職業、身体障害、心理学的障害（高次脳機能障害）、受障から就労までの期間を整理しているが、それによると高次脳機能障害としては軽度の記憶力障害を有する事例が多いことが示されていることから、就労した事例においても軽度の記憶障害に対する対策を講じる必要があることが示唆される。

イ．注意障害

注意あるいは注意障害についての明確な定義はいまのところないが、空間の一定方向への偏位を持つと考えられている方向性注意と意識水準を一定に保つ汎性注意とに分けて理解されている。

SohlbergとMateer（1987）は注意を持続、選択、転換、配分の4種類の機能に分類している。持続は持続してあるいは繰り返して行われる活動の間、一定の反応行動を持続させる能力を指す。選択は妨害的・拮抗的刺激を抑制し標的に注意を集中して行動や認知プロセスを維持させる能力である。転換は異なった認知課題を交互に行う際、刺激あるいは情報処理プロセスへの注意をシフトさせる能力。配分は同時に2つ以上の課題に注意を向ける能力である。鹿島ら（1986）は注意を強度と選択性という2つの要因に分け、強度には覚醒水準と持続性が、そして選択性には集中性と配分性が

あるとしている。

注意障害は臨床的には「作業がすぐ中断する」「集中力がない」「ぼんやりしている」「落ち着きがない」などの症状が現れる（加藤、1995）。また、注意障害が仕事上のミスとしてあらわれることも報告されている（豊倉ら、1992）。Ponsfordら（1991）は頭部外傷者の日常生活場面での注意障害評価尺度の評価項目として、

- ・眠そうでエネルギーに欠けて見える
- ・すぐに疲れる
- ・動作が遅い
- ・言葉での反応が遅い
- ・頭脳のないしは心理的な作業（例えば、計算など）が遅い
- ・言われないと何事も続けられない
- ・長時間（約15秒以上）宙をじっと見つめている
- ・ひとつのことに注意を集中するのが困難である
- ・すぐに注意散漫になる
- ・一度に2つ以上のことに注意を向けることができない
- ・注意をうまく向けられないために間違いをおかす
- ・何かする際に細かいことが抜けてしまう
- ・落ち着きがない
- ・ひとつのことに長く（5分以上）集中して取り組めない

の14項目にわたる観察項目を設定しており（先崎ら（1997）による訳）、これらの行動を注意障害の臨床的症状ととらえていることがわかる。

注意のどの機能が障害されるかによって、その機能が関与する行動に影響が現れる。たとえば、注意の持続性が障害されると、作業を始めてからの時間が長くなるにつれて、誤りが多くなったり、作業の中断が生じたりする。注意が転換しやすいと、作業室に人が入ってくるなどのちょっとした刺激で作業が中断することがある。また、注意の配分に障害があると、同時に二つの作業に気を配ることが困難で、文字の間違いをチェックしながら文意を把握したり、電話を聞きながら、聞いた内容をメモに取ることが困難であったりする。万歳（1995）は頭部外傷の場合には注意の持続や同時に複数の刺激に注意を向けることの障害が現れることが特徴であると述べている。

注意障害はひとつのグループとして多くの人と作業したり、話し合ったりする時の社会的相互作用の場面でも現れ、複数の人と話している場合に会話の話題が本人の要求や関心に直接つながらないものであると、すぐに気を散らしたり、関係ないことを言い出したりすることがあり、これらの患者の多くは、自分の注意障害は自覚していても、話が脱線していることには気が付かないという。

ウ．計画力、判断力、情報処理速度の低下

計画力・判断力の低下のために仕事の優先順位がつけられなかったり、臨機応変な対応が行えず混乱したりする。情報処理速度の低下のために作業速度の遅さや会話場面での反応の遅延も認められる。職業センターの事例においても、相談過程の会話の中で質問に対する答えが時間的に著しく遅延する事例があったほか、接客訓練の場面で接客中に沈黙し無表情になるといった事例の報告がある（Prigatano、1986；松井ら、1996）。

エ．易疲労性

頭部外傷者には疲れやすい、眠たい、注意集中ができないという共通した訴えがある（Prigatano、1986）。職業センターの事例でも午後の作業では午前に比べて作業の遂行成績が低く、夕方になると頭痛を訴えた事例がある。易疲労性はフルタイムでの労働を阻害したり、長時間の労働において作業の速度や正確さを低下させる要因になる可能性がある。

オ．性格変容と対人技能の低下

些細なことで感情が高ぶり仕事を放棄する、相手の気持ちに配慮が足りない言動がある、などの対人技能の低下で人間関係のトラブルを生じ職場に定着できないことがある。また、意欲の低下が著明な場合にはやる気が無いという評価を受けることがある（松井ら、1996）。Ezrachiら（1991）は頭部外傷者は作業遂行上の理由よりも人間関係上の理由によって離職することの方が多い、と述べている。

カ．自己認識^{注9)}

多くの脳損傷患者は自分の残存障害について、身体的虚弱性とか歩行障害とかいった身体的要因の面からだけしか述べないことがある（Walker、1972）。つまり、身体障害を認めることはできても、自分が持つ認知的な能力の障害や性格の変化を自己評価することに困難が伴う。また、Kreutzerら（1988）は、頭部外傷者は障害の自己認識が希薄で自分の能力を過大評価する傾向があって、自分自身の能力に見合わない職業を希望する場合があります、このことが頭部外傷者の就労を難しくしている要因であることを指摘している。また、家族にも、本人が自分の能力に見合った仕事を受け入れることを助ける家族と、本人の能力を過大評価する家族とがあり、家族の障害観が就労の成否に影響する要因として指摘されている。万歳（1994）は高次脳機能障害は外見では分からない障害であり、しかも一般の人には理解が困難なため、障害の特性やアプローチを家族にも十分説明する必要があると述べており、本人の適正な自己評価を導くために家族の理解や協力を得ることは重要であると考えられる。Ezrachiら（1991）は、自分の能力や限界を認識でき、自分自身の障害を言葉で説明することが可能な事例では、受障前の職業的な目標に固執することが少なく、職業的な希望を低めに設定したり代償手段を講じることを拒むことが少ない、としている。

障害の認識が必要なことは就労に復帰した事例にも言えることで、記憶や判断などの認知的な能力の向上が望めなくても、できない部分を同僚に依頼したり、できないことをはっきり宣言することで、職場でのトラブルを予防できる（万歳、1994）。

頭部外傷は運動障害の予後は比較的良好で、ADLは自立することが多いため、通勤等の移動に制約が加わることが少ないが、行動上の問題を有するために社会適応が阻害される点が特徴的である。このため、頭部外傷者の援助ではその目標を社会的適応におくことがポイントであるとされ（松井ら、1996）、自己認識の向上も社会的な側面に重点を置く必要がある。

キ．般化の困難さ

従来の職業リハビリテーションサービスでは職業評価を行い、訓練を実施し、その後求職活動に入る。このサービスの流れは対象者が訓練で身に付けた知識や技能を実際の職場で発揮できることが前提となる。しかし、頭部外傷者はある場面で学習した知識や技能を別の場面で発揮することが困難なため、リハビリテーション施設で学習したことを実際の職場で応用することができにくい（FawberとWachter, 1987）。般化の困難さを踏まえて、Glisky（1992）は頭部外傷者が職場に移行するためには、訓練プログラムはできる限り特定化し、作業環境を実際のものにできる限り近く模擬化しておこなうべきであるとしている。Kreutzerら（1988）は、伝統的な職業リハビリテーションのアプローチは頭部外傷者の雇用の問題を解決してこなかった、として援助付き雇用（supported employment^{注10）}）を適用することを主張している。

（2）脳血管障害の場合に現れやすい症状（鎌倉、1994；種村、1993；山鳥、1985）

ア．失 語

失語は左半球を損傷した場合の代表的な症状である。失語症の主な症状は次のとおりである（杉下と紺野、1988）

（ア）話すことの障害

喚語困難

言おうとする言葉が出てこないという状態。日常よく使われる言葉が思い出せないことがあり、迂遠な表現をとることがある（例：「水」が思い出せなくて、「ほら、冷たくてコップで飲むでしょう、あれです。」と表現するなど）。喚語困難は失語症が軽くなっても最後まで残る症状のひとつである。

錯 語

言おうとしたことと別の言葉が出てしまう症状。自分では「水を下さい」と言ったつもりが「お茶を下さい」と言ってしまうたりする。本人は「水」と言ったつもりなのでお茶を出すと怒りだし、周囲との誤解や摩擦が生じることがある。

助詞や助動詞のまちがい（失文法）

助詞や助動詞がうまく使えず、文が組み立てられなかったり、間違っただけになったりする。例えば、「加藤さんから田中さんに渡して欲しいと荷物を預かった」が「加藤さん、田中さん、荷物ね」といった電報の文のようになることがあり、これは失文法と呼ばれる。「加藤さんが田中さんから渡して欲しいと荷物が預かった」のように間違っただけの助詞を使う場合は錯文法と呼ばれる。

残語

失語が重症の場合には「おおねー、おおねー」のように、決まった音しか言えないことがあり、これらは残語と呼ばれる。

（イ）聞くことの障害

失語症における聞くことの障害は、聴力の障害を言うのではなく、音は聞こえるがそれがどういう意味か分からないという理解の障害である。障害の程度によって、重度の場合は何を言っても分からない、中等度では身近な単語では理解でき、軽度では日常の会話では困らない理解力がある。

（ウ）書くことの障害

失語症では一般に話すことよりも書くことの方が難しい。仮名と漢字とでは書くときの難しさが異なり、人によって仮名の方が難しかったり、漢字の方が難しかったりする。

（エ）読むことの障害

失語症患者にとって一般に漢字よりも仮名の読みの方が難しく、「さかな」と書くより「魚」と書く方が理解しやすい。

失語症では計算が難しくなる場合も多く、重度の場合には数字の理解が障害される。一般には暗算が非常に難しく、九九ができないことがある。また、1から10まで順に言うことができても、時計や体温計の読み上げに困難がある場合がある。

会話の中で喚語困難（言いたい言葉が思い出せない）や迂遠な説明がある場合には、状況から勘を働かせて言いたいことを推測するなどの配慮が必要となるが、事情が分からない人には十分な配慮を求めにくいいため、窓口業務や電話対応が困難になる。計算の障害や数字の読みに障害がある場合には、数字を扱う仕事への影響を考慮しておく必要がある。また、言葉が思うようにならないことへの悔しさや不安感を持ったり、職場に戻ってから自信を失う人もおり、就労に復帰した後の心理的なサポートも重要である。

イ．失行症

失行とは麻痺がないにもかかわらず、なにか目的を持った運動がうまくできない状態である。

(ア) 観念運動失行と観念失行

観念運動失行は口頭での命令に従って身振り動作を行うことができなくなる。たとえば、「歯はどのようにして磨くのか見せてください」と言われると動作を正しく行えない。何を行おうとしているのか、痕跡的に観察者に分かる程度となる。随意的には動作ができるので、検査状況のもとでみられる症状と言われている。

観念失行は日常慣用の道具の使用障害であり、対象物の認知は保たれ運動能力にも異常はないのに、運動の順序を正しく遂行することができない症状である。たとえば、「お茶を入れてください」と指示すると最初にポットのお湯を急須に入れてしまい、次にお茶の葉を湯飲みに入れ、さっき急須に入れたお湯を湯飲みに注ぐ。道具の使用障害は就労の大きな障害要因になる。特に、道具を使う機会が多い技術職や生産現場の仕事では、実際に道具を使っただけの仕事が遂行できるかどうかを確認する必要がある。

(イ) 構成失行

細部を明確に知覚でき、構成要素間の関係や全体との関係も知識として理解できているにもかかわらず、組立作業や構成活動で物を再構成するときに起こる障害である。検査課題では、手本のとおりに絵を模写する（家、花の絵の手本を模写する）、手本無しで自発的に描画する、積み木を組み合わせる（WAIS-Rやコース立方体検査）、手指を組み合わせる（ジャンケンのチョキ、OKサインなど）の課題で現れる。構成失行があると製図、組立作業、机を整列させる、サンドウィッチを作る、などの活動で困難を生じる。

ウ．失認症

感覚障害がないにもかかわらず、見た物聞いた物触れた物が理解できない状態である。

(ア) 半側空間無視

半側空間無視は右半球損傷の場合に比較的頻繁に起こる症状のひとつで、損傷側の反対側の空間の無視が生じる。検査場面では図形の模写や線分の二等分課題において見いだされることがあり、左半側空間無視の場合図形の左側の書き落としとして、線分の二等分課題の場合は二等分点の右方への偏りとして現れる。日常生活ではおかずの左半分を食べ残したり、顔の髭を左半分剃り落としたり、服を右半分だけ着たりする。地域センターで使用している検査では、労働省編一般職業適性検査において、紙面の左方の課題を見落としした事例や、WAIS-Rの積み木課題で右側だけを構成した事例を経験することがある。文字や数字の読みでは、ページの左半分を読み落としたり、数字の上位の位を読み落とすことがある（例：55500を5500と読むなど）。また、移動するときに、机や戸に身体をぶつけたりすることがあったりするほか、左側に曲がることができずに通勤に支障を来すこともある。

右半球損傷で左半側空間無視を有する場合病状を軽んじていたり、症状の重さにも拘わらず職場復帰する気持ちでいるといった、自分の症状に対する認識がない場合がある。

(イ) 視覚失認

対象がはっきり見えてはいるが、視覚だけではそれが何であるのか識別できない状態を言う。視覚以外の感覚経路を使うと識別ができる。人の顔を見ているだけでは相手を識別できないのに、その人が話すとすぐわかる相貌失認、文字が読めなくなる純粋失読などがある。視覚失認があると文字の読みとり、人の顔の識別、貨幣の識別、品物の識別などに困難が生じる。また、建物の個別的な特徴が認知されなくなるために、方向認知の手がかりを失い、移動において困難を生じることがある。このように、視覚失認があると、視覚を必要とする社会活動で大きな支障となる。

エ．記憶障害

脳血管障害による記憶障害は脳梗塞やくも膜下出血などにより生じることが多い。脳梗塞による記憶障害は梗塞部位により記憶障害以外の症状が随伴する。損傷側との関連では左半球の記憶関連領域の損傷では言語性記憶が障害され、右半球の記憶関連領域の損傷では非言語性記憶が障害されると言われている。極めて古いことの記憶や即時記銘（言われたことを直後に再生する）は保たれ、エピソード記憶の障害と言語性の遅延記銘（言われたことを数分から数十分の時間をおいてから再生する）の障害を示すことが特徴である。症状が前向性であるか逆向性であるかについてみると、脳血管障害例では逆向性健忘のみが生じることがほとんどないと言われている。くも膜下出血の場合には前向性健忘に加えて逆向性健忘、見当識障害、作話が生じ、ウェルニッケ・コルサコフ症候群に似ている（秋口、1992；種村、1989；山下、1998）。

オ．注意障害

脳血管障害によっても注意障害が生じることが知られている（坂爪、1987；藤田、1989）。平林ら（1998）は脳血管障害例における注意障害についての報告を行い、左右半球のどちらが損傷されても注意障害が生じるが、リハビリテーションが難渋するのは右半球損傷の場合であるとしている。注意障害を有する右半球損傷例の行動では「訓練中に気が散りやすい（転導性の亢進）」、「指示しないと作業が継続しない（持続性の低下）」、「ぼんやりとして受け答えが遅い（覚醒水準の低下）」などの行動が見られる。さらに、動作が性急で不用意という特徴（pacingの障害）も認められるため、不注意で危険な事態を誘発することもある。

カ．自発性の低下、意欲の障害

前頭葉の損傷による症状のひとつとして問題となることが多く、くも膜下出血の事例でこの症状が報告されることが多い。日常生活の中で行動を自発的に起こすことが困難になり、この症状が重い場合には終日何もせずにうとうと眠っていたりし、軽い場合では洗顔・整容等の活動を促さないと行わ

ないなどの様子が観察される。作業場面では難しい課題に対する挑戦意欲が見られないとか、あきらめが早い、単純な作業にあっても根気が続かないなどの問題が認められる。

キ．知覚の障害

左右の判別の障害や、上下・前後などの位置関係の概念に障害を示すことがある。左右の判別は失語症患者では言語の問題から起こることがあり、右半球損傷患者では視空間の障害によるかもしれず、知的能力に問題がある場合には左右の概念の障害の結果によるかもしれない。

上下・前後などの空間の位置関係の概念に障害があると、物体間の位置関係や自己と物体との位置関係を知覚することに困難を示し、距離の判断が難しく物にぶつかったり、方向が分からない、道に迷う、着衣の失行などが認められる。事務作業の中では、書類の上下が分からない、括弧や矢印等の文章記号の向きが判別できない、コピーをとるときにガラス面への原稿のセットの仕方が分からない、などの困難が生じる。

(補足)

頭部外傷やくも膜下出血によって、前頭葉障害と呼ばれる症状が現れることがある。

前頭葉は損傷部位と症状との対応関係が不明確で、特異的で定量的な神経心理学検査の対象となりにくく、検査結果が一定しないことなどにより、その機能の解明が遅れてきた(北條ら、1993)。しかし、前頭葉の損傷が特徴的な症状のセットを引き起こすことは知られており、重野(1992)は、失行、失行関連症状(道具の強迫的使用など)、言語障害、注意障害、性格変化、広義の知能障害(問題解決能力の低下など)、記憶障害(作話も含む)、情動障害、を前頭葉損傷による症状としてあげている。原(1998)は前頭葉障害を引き起こす原因疾患により損傷部位が異なり、障害像の特性には差異が認められることを指摘し、脳血管障害の場合には、自発性の低下、模倣行動、道具の強迫的使用、本態性把握反応などの病的現象が出現し、くも膜下出血の場合には記憶障害が顕著で、注意障害や自発性低下が生じる場合があり、頭部外傷の場合には、記憶障害、注意障害、さまざまな行動上の問題などが認められると述べている。

最近では、個々の認知機能そのものは正常であるが認知機能を用いて行動を開始しモニターしてさらに行動を制御するために情報を役立てていく機能の障害が前頭葉損傷により生じるとし、これは遂行機能障害と呼ばれている(原、1995)。

第3節 高次脳機能障害に関わってきた機関はどのような経験を蓄積しているのか

第1章で述べたように高次脳機能障害を有する者に対する援助は医学的リハビリテーションの領域で

は1980年代から高い関心を集めている。職業リハビリテーションの領域においても、先駆的な取り組みを行っている機関が存在する。本節では、「高次脳機能障害を有する者に対する職業講習における指導技法に関する研究」の一環として行ってきた関係機関からのヒアリングを骨格にしながら、文献研究から得られた知見等を加えて、高次脳機能障害を有する障害者への援助の過程で留意しなければならない点を整理することを目的とした。

1. ヒアリングの実施経過等

(1) 期間

平成7年6月から平成9年10月

(2) ヒアリングを実施した機関（五十音順）

医療機関 4箇所

（リハビリテーション病院やリハビリテーション科）

高次脳機能障害を有する者の作業指導に経験を有する機関 3箇所

（身体障害者通所授産施設、重度身体障害者更生援護施設、病院内で作業指導を行っている施設）

(3) ヒアリングを行った職種

医師、作業療法士、言語聴覚士^{註1)}、心理判定員、生活指導員、職能開発指導員。

2. 高次脳機能障害を有する者の援助にあたっての留意点

(1) 検査だけでなく観察が重要である

Wehmanら（1989）は頭部外傷者の職業計画を立てる上で神経心理学的評価が果たす役割は重要であるとしている。そして、神経心理学的検査の結果から職業的な遂行成績を予測しようとする研究が行われている。

しかし、とりわけ頭部外傷の特性である性格・行動の変化や対人技能の評価は机上の検査では難しいため、日常の行動を観察・評価することが重要であるといえる。検査のような自発的行動が少ない場面では性格行動傾向を把握しにくいほか、検査者との1対1の場面では集団の中での対人的なスキルを把握しにくいという問題がある。このため、検査で把握しにくい行動面については、検査場面以外での行動観察が重視されている。

また、ヒアリングを行った施設では、認知的な能力に関しても、検査だけでなく行動観察を通しての把握に努めているところが多かった。石神ら（1989）も半側空間無視を医療関係の各専門職がどのような方法で把握しているかを調査し、机上検査と並んで行動観察にも重点が置かれていることを示しており、認知的な能力の評価方法としても、観察が多用されていることが分かる。

認知的な能力の評価に観察が重視されるのは、

- ・机上検査では陰性でも、生活の中で障害が現れる場合があったり（上田、1983；石神ら、1989）、1対1の検査場面と集団での作業場面とで情報処理能力の発揮のしかたが異なる場合があることから（松井ら、1996）、検査以外の場での障害の現れ方を評価する必要があること
- ・記憶障害の場合、運動的熟練やテストのやり方などの記憶である手続き記憶に問題が認められなくても、時間的・空間的に定位された日常の生活的記憶であるエピソード記憶の障害が顕著な例があることや（万歳、1995）、受障後の新しい記憶を獲得蓄積できない前向き健忘を有するケースでは、既習の知識を調べる検査では障害を把握することが困難である

等の臨床経験を、専門家が積み重ねてきたためと思われる。また、職業リハビリテーション領域で問題となる軽度の高次脳機能障害を把握するための検査法が十分に整備されていないこと（田谷ら、1994）も一因と考えられる。

（2）医療機関からの情報の活用

脳血管障害や頭部外傷の患者が職業リハビリテーションに移行するとき、医療機関から障害状況等の情報が提供されることになる。病院での医学的リハビリテーションの過程では、さまざまな検査や観察が実施されており、検査所見等に基づいて障害特性が記述されて、職業リハビリテーション分野の職員に情報が提供されるので（表2-3）、職業リハビリテーション分野の専門職はこれらの情報を活用して障害像を把握し、職業的な障害を明らかにして、職業リハビリテーション計画を立てることになる。こうした情報を理解するために、他の障害と同じく障害についての基礎的知識を十分に持つておくことが必要となる。

（3）障害の自己認識に注意しておく

高次脳機能障害を本人がどの程度理解し受容しているかが、必要な補助手段を講じたり、現実的な進路選択を行うための心理的な準備として重要である。このため、評価の過程においては、自己認識の程度に十分な注意を払う必要があることを強調する意見が聞かれた。

自己認識を促すための方法としては、職場復帰後想定される職務のシミュレーションを行い、今の自分に何ができて何ができないかを体験させてみるのが、最も効果的と言われている（松井ら、1996；石渡と飯室、1993）。Wehmanら（1989）では作業の正確さに関しての自己認識を向上させるために、正確さを数字で表して対象者に示すという方法を使っている。Kruetzerら（1990）は本人の行動に対して恒常的にフィードバックを与えることで、自己認識が改善される可能性があるとしているほか、同じ障害を持つ人達からのフィードバックは、親や配偶者や治療者から与えられるフィードバックよりも受け入れられやすい、としてサポートグループに入ることの利点を強調している。また、行動をビデオに撮って自分の行動を観察してみることも意味があるとしている。しかし、井上（1995）は自分の行動をビデオに撮るという方法は対象者に強いストレスを与え、場合によっては強い反発と不信感を招くことが予想されると述べている。なお、Kruetzerら（1990）は自己認識の低さは表

2 - 4 に示すような兆候として表れるとしている。

表 2 - 3 病院から提供される情報の例

-
1. 基本属性
 - 氏名
 - 年齢
 - 利き手
 - 学歴
 - 勤務先及び職位
 - 家族状況
 2. 病歴
 - (1) 傷病について
 - 発症年月日
 - 傷病名
 - 発症時の意識状態
 - C T等の画像診断所見
 - 救急入院先の病院とそこでの処置
 - 退院年月日
 - (2) リハビリテーションについて(リハビリテーション目的で転院した場合)
 - 転院年月日
 - 転院先の病院
 - 転院時の主訴
 - 身体機能所見(関節可動域、筋力、巧緻性、感覚)
 - A D L
 - A P D L(日常生活関連活動;洗濯、電話、院内での移動等)
 - 神経心理学的所見(覚醒、注意、知能、記憶、言語、計算、行為、認知、離断症状の有無)
 - リハビリテーションの内容(作業療法の状況など)
 3. 就労への復帰に関する病院としての所見
-

表 2 - 4 自己認識の低さのチェックリスト(Kreutzerら、1990)

-
- ・職業的選択枝に関する非現実的な希望を持っている。
 - ・仕事の成績に関して本人の評価と援助者や事業主の評価とが食い違う。
 - ・勉強や職業的場面で頻繁に失敗が起こる。
 - ・職業的な課題や日常生活上の課題で間違いが生じても、それを間違いとして認識していると分かるようなサインが表れない(たとえば、顔をしかめるといったことが起こらない)。
 - ・フィードバックが行われたときに、それを否認したりそれに同意しなかったりする。特にいろいろな人達から同じ情報がフィードバックされたとき。
-

(4) マイクロタワー法を活用する

ヒアリングを行った機関の中で、マイクロタワー法を実施している機関が複数認められた。マイクロタワー法は、教示理解や作業遂行に失語が及ぼす影響を評価できること、作業終了後の自己評価や話し合いにより、障害に対する自己認識を深めるのに有効であるとする意見が認められた。

山崎ら(1996)は、

- ・脳血管障害患者の能力が、すべての面にわたって低下するわけではなく、健常者と変わらない点があること
- ・作業速度が遅くても確実性が高いなどの患者の残存能力を、具体的に明らかにして、職場関係者に説明できること

をマイクロタワー法を評価に活用することの利点として挙げている。

マイクロタワー法を評価に利用することの利点は、作業の実施手続きをテープ教示によりその場で学習することが要求されるため、新奇な作業の手順習得ができるかどうか把握できることにもあると考えられる。職業センターで職業講習を受講したケースの中にも、日常的なできごとの記憶には障害を有してはいるが作業手順の習得にはあまり困難を示さないことを、マイクロタワー法の実施を通して把握できた事例が認められている。

(5) 家族等から日常の様子を聴取する

高次脳機能障害を有する者の評価に関して、家族から情報を得ることの重要性を強調する意見が認められた。高次脳機能障害を有する者の場合は、事業主・家族・友人・同僚等の関係者からの情報により、

- ・社会生活場面や職場で他者とうまくやっていけるか
- ・ストレスに対処できるか
- ・仕事がどれくらいできるか
- ・受障前後で、能力的な変化があったかどうかを把握することができ、カウンセラーが観察することができない場面での情報を含んでいるという点で重要である

とされている(Kochoら、1995)。

つまり、高次脳機能障害に関して家族からの情報を得ることが強調されるのは、

- ・検査で現れなかったことが、日常生活場面で現れることがあり、その意味で、家族から普段の生活状況をよく聞き取ることが重要である(これは前述の行動観察の重要性にも関連することである)
- ・受障前と受障後の行動の比較を行い、どの部分の能力が障害され、どの部分が残存しているかを詳細に描き出すことが評価を行う上で必要であるが、受障前後の比較は、家族等の関係者からの情報に頼らざるを得ない

と考えられているようである。

頭部外傷者では自分の障害が適切に認識されていないと考えられており、このため頭部外傷者の心理社会的側面の障害を記述するときには、家族からの報告を重視して行われているものが多いとされている。

る（Seelら、1997）。しかし、家族から得られる情報は、家族が本人の障害について有している知識や家族が障害をどのように受け止めているか、という要因に影響されるものであることも考慮しておく必要がある。

（6）代償手段や環境調整^{#12}の方法を見出す

就労へ向けての指導において達成すべき重要な目標の一つは、障害の代償手段や環境調整の方法を確立することであると言われている。代償手段は低下した能力の向上を図るのではなく、何らかの道具を使用したりすることで、また環境調整は環境側の改善により、能力障害が社会的不利につながることを軽減するものである。障害の代償手段の代表は、感覚障害や運動障害を有する者が使用する補装具であろう。代償手段は障害者自身が必要時に自発的に使用するものであり、障害の自己認識とそれを使うことのメリット感が使用動機となると考えられる。

高次脳機能障害に対する代償手段の例としては、

- ・重要な情報を忘れないためにノートを使う
- ・重要な予定を思い出させるためにアラームを使う
- ・作業手順が覚えられない人には手順をカードに書いておく
- ・自分がとるべき行動を言語化する

などの方法が用いられることがある（Wehmanら、1989）。また、最近では地誌的失認を有する脳血管障害者に自動車用のカーナビゲーションシステムを使う（前田ら、1997）などを代償手段として利用する試みも行われつつある。

環境調整としては、

- ・作業場で自分の作業機が分からない人に対して旗を置いて作業機を示す（川辺ら、1998）
- ・引き出しの中味が覚えられない人には、中味を書いたシールを引き出しに貼る

などの方法が考えられる。

代償手段を利用できるようになるためには、単に代償手段の存在を対象者に紹介するだけでは不十分であり、代償手段を講じる必要性や目的を説明し、適切に使用するための訓練を行って、最終的には自発的に活用できるような学習を行う必要がある。また、Wehmanら（1989）は就労前の施設内訓練の場で代償手段を習得したのでは、実際の職場で使用できるまでに般化させることが困難であるとして、対象者が働く環境で高次脳機能障害の代償手段を習得することを強調している。

高次脳機能障害の代償手段や環境調整は、その方法が体系的に整理されていないのが現状である。各施設が個別のケースごとに、さまざまな工夫を凝らして試行錯誤しているといえる。そして、適切な代償手段や環境調整の方法が提案できるかどうかは、障害のとらえ方が適切であったかが問われる問題であるといえる。

(7) 代償手段として道具を使うときには市販品を使う

特定の対象者用に代償手段としての道具を作成すると、その対象者に最も適合した道具が作れるという利点がある反面で、メンテナンスを永続的に行わなければならなくなり、スタッフが異動したときに問題が生じる。このため、道具を使うときにはできるだけ市販品の中から使える物を選び、メンテナンスはメーカーに依頼する方がよい。本研究の委員会に委員として参加した地域センターの障害者職業カウンセラーからは、個別的に道具を作成するときには仕様を業者に伝えて作成を依頼し、メンテナンスも業者が行うことで、こうした問題は解決できるという提案もあった。

(8) 現場を担当する職員全員が対象者の障害を理解し、あらゆる場面で一致した取り組みを行う

高次脳機能障害を有する障害者に対する指導においては、障害像をスタッフ全員が詳細に把握し、一致した取り組みを行うことが重要とする意見である。指導におけるあらゆる場面で、それぞれの担当者が、一致して障害の現れ方を指摘したり、代償手段の使用を働きかけることによって、障害の自己認識が進み、代償手段の利用が可能になる。

(9) 起こるかも知れない問題は早めに把握して対処策を検討しておく

病院や家庭での生活に比べ、職場で必要とされる情報処理量は圧倒的に多い。情報処理量についての両環境間の違いのために、病院からすぐに就労したケースでは病院でのリハビリ中にはスタッフが気がつかなかった症状が表出することがあるという。こうした問題に対処するためには、職場で起こるかも知れない問題は指導場面で早めに把握し、対応策を検討することが重要であるとする意見である。対応策の中には前述の代償手段や環境調整の工夫が含まれる。

(10) 想定される作業課題を事業所から入手して訓練する

高次脳機能障害を有する者は、学習したことを訓練課題以外の課題に適用することが困難なことが多いと言われている。この般化の困難さという特性に対して有効な援助方法は、実際の職場における訓練であると考えられるが、般化の困難さに施設内訓練で対処する方法として、事業所から作業課題をもらって訓練する方法を用いている施設もある。職場復帰を目指す者にこの方法を用いることは、職場復帰への意欲を喚起することにもつながると思われる。

作業課題の入手には事業所とのつながりが必要であることから、元の会社に雇用継続されたまま復帰することを目指す事例が中心になると考えられ、

- ・ 職場復帰についての明確な見通しがあり、職場復帰後の職務内容が事業所と調整できること
- ・ 指導を実施する施設において、他の対象者と異なる課題による個別指導が可能な体制が整備されていること

が実施のための条件になると考えられる。

(11) 自尊心への配慮を怠らないこと

厚生省の患者調査によれば、脳血管障害の患者数は、40歳代から急激な増加を示している（厚生省平成5年患者調査）。40歳代といえば、社会において重い責務を果たしている年代であり、その地位や職責から、職業人としての自尊心が形成されているであろうことは容易に想像できる。一方、脳血管障害は急激な発症をもって、認知的な諸能力の低下を招き、いままでは当たり前のようにできていたことをリハビリテーションの過程で援助・指導することになる。ここで、自尊心をいかに傷つけずに基礎的な事柄を指導し、意欲的にリハビリテーションを続けるかという問題が生じる。そのための工夫のひとつとして、指導内容によっては他の対象者とは別の場面を設定して個別に指導を行っている施設が認められた。

相談場面の設定方法についても配慮が必要と考えられる。たとえば、本人及び家族と事業所の担当者が集まって相談する場面で、とりわけそれが初回である場合には、職場復帰の見通しや職場復帰後の職務内容について、本人が初めて耳にする情報や意見がやりとりされる可能性があるため、本人や家族の自尊心や職業リハビリテーションへの意欲をそがない形で伝達されるように、事前に事業所側と調整しておくことが望ましいと考えられる。

これらの配慮は自己の能力の過小評価傾向が認められる者には特に重要であると考えられる。

(12) 職場環境の調整

本人の能力の回復・向上は限界があるので、本人に対するアプローチだけでなく、職場の環境調整が必要とする意見が多く聞かれた。調整すべき領域としては、

- ・ 職場復帰への検討を積極的に進める
- ・ 受け入れ態勢の整備
- ・ 労働条件の緩和
- ・ 配置や職種の転換
- ・ 受け入れのための事業所内の援助体制の整備
- ・ 職場復帰後の処遇の改善

等が指摘されている（松為、1996）。

職場への働きかけとしては、次のような具体的実践が行われている（松井ら、1996；石渡と飯室、1993；池田ら、1995）。

- ・ スタッフが家族、職場の上司、同僚と接触し話し合いの場を持つ。症状や予想される問題点を伝えて、理解を促し援助・協力体制を確立する。
- ・ 可能な限りスタッフが職場に出向いて助言し、職場と協力して適切な援助方法を工夫する。
- ・ 本人の能力や障害特性にあった職務を構成する。具体的には、作業の難易度を下げる、自己判断を極力排除するためのマニュアルを作製する、仕事量の調整を行う、指示を一本化するなど。
- ・ 社内でキーになる人を発見する。

・事業所に障害についての知識をもってもらおう。

上杉ら（１９９５）は頭部外傷者のフォローアップ調査を行い、職場復帰した者については全般に会社側の手厚い配慮が目立っていると述べており、環境調整が職場復帰の重要な要因であるといえよう。

第４節 高次脳機能障害を有する者の就労援助の課題

高次脳機能障害を有する者の就労援助に係る課題については、制度・体制の問題、事業所側の対応の問題、援助技法の問題の３つの領域に分けて考えることとする。このうち、制度・体制の問題及び事業所側の対応については、「中途障害者の職場復帰に関する研究会報告（脳血管障害者）」に詳述されているので、同研究会報告に基づいて問題点を整理しておく。

（１）制度・体制の問題

現状では職業リハビリテーション機関による中途障害者の把握のためのシステムが制度化されていない。医療機関や事業所に対して職業リハビリテーション機関の機能が周知されていないこと等から、速やかな職業リハビリテーションの実施が困難な状況にある。

実際に職場復帰を可能にするためには、最終的には事業所の職場復帰への理解と決定が必要だが、事業所に対して職場復帰を働きかけたり、中途障害者雇用のノウハウを提供する機能が弱く、適切な職業リハビリテーションを実施しても復帰に結びつかない場合も多い。

職場復帰を果たしても、その後のフォローアップ体制が不十分な場合には、復帰後生じた問題への対応が遅れ、職場定着を妨げたり、不適応や離職の原因になる。

（２）事業所側の対応の問題

本人と事業所とのあいだで、職場復帰のための支持的役割を果たす「キーパーソン」的な人物の存在が復帰の可否に大きく影響する。

職場復帰後、事業所が受け入れに当たって必要な環境整備や配慮を行わなかったり、労務管理担当者が本人の状況をよく理解しておらず、適切な配置が検討されない場合、職場適応の面で問題が出てくる。

職場での相談相手がいなかったり、共に働く者の障害に対する理解が欠けている場合は、人間関係の面で問題が生じやすい。

職場への定着を目指すためには、再発に対して十分配慮しながら、本人の職業能力を十分活かしていくことが必要だが、正当な評価や処遇の改善が図られない場合、意欲の低下等の問題を招く。

(3) 援助技法の問題

職業リハビリテーション領域において高次脳機能障害の評価の方法が確立していない。高次脳機能障害の障害状況を把握するためには、リハビリテーションを実施した病院からの情報や神経心理学的な検査の実施が必要である。そして、職業リハビリテーションに従事する者には、医学的情報を理解するための知識や、検査の実施法に関する知識が必要となる。

作業指導等に関する指導技法が研究されていない。指導技法は医学的リハビリテーションの領域ではすでに活発に研究活動が行われており、これらの先行研究の成果を導入しながら職業リハビリテーションとしての指導技法を確立する必要がある。

家族援助の方法についても障害者本人への指導と同様に未確立である。家族に対しては職業的場面における障害の現れ方を理解してもらうことが重要である。障害特性に説明については必要に応じて医師等の協力を得ることも必要である。

事業所に対する援助の方法を研究する必要がある。いったん職場復帰してもその後離職する例もあることから、職場復帰後の職場適応指導の充実のためのノウハウの蓄積が求められている。

【注】

注6) せん妄は軽度から中等度の意識障害に錯覚や幻覚などが加わり興奮する状態のことであり、発症直後の意識状態とされている(高木、1992)。

注7) 「障害者の雇用の促進等に関する法律」における雇用率制度では、事業主は雇用している労働者の中に占める身体障害者又は精神薄弱者の割合が1.8%以上であるようにしなければならないとされている。ところが、高次脳機能障害は身体障害者福祉法施行規則に定める身体障害者障害程度等級表には該当せず、また概ね18歳以降(発達期以降)の中途障害による知能低下は療育手帳制度の対象とされない。このため、成人後の疾病や事故により高次脳機能障害のみを有する者は、身体障害者とも精神薄弱者とも認定されず「障害者の雇用の促進等に関する法律」の雇用率制度にも該当しないことになる。

注8) 本報告書においては表2-5のように用語を整理して用いることとした。表2-2を中心とした過去の文献中の用語についても、その意味内容を解釈したうえで表2-5の用語に統一して表すこととした。

注9) AndersonとTranel(1989)は自己認識をクライアントの自己報告と神経心理学的検査の結果が一致していること、と定義している。また、PrigatanoとAltman(1990)では、自分の能力を家族等の関係者の報告よりも高く評価することを自分の障害に対する認識の欠如としている。Crossonら(1989)は自己認識にはintellectual, emergent, anticipatoryの3つの階層があり、代償手段の利用にもクライアントの自己認識の水準に応じた階層がある、としている。

表 2 - 5 就労に関する用語の整理

就 労 収入を伴う生産活動に従事すること	一般就労（就職） 企業等と雇用契約を結 び賃金の支払いを受け 一般雇用と自営とがあ る。	<p>職場復帰 「中途障害者の職場復帰に関 する研究会（脳血管障害者）」 報告書の定義に従い、発症時に 就職していた元の会社に雇用継 続されたまま復帰すること（配 置転換、出向を含む）とする。</p> <p>復職の語が使われることもあ るが、復職には同一の会社への 復帰が困難な場合の別の会社へ の就職（再就職）や、職業生活 への復帰（職業復帰）という意 味を持って使われることもあ り、多義的であるため本報告書 では使用しない。</p>	<p>原職復帰 職場復帰のうち、発症前 と同じ職務に従事するこ と。</p> <p>配置転換 職場復帰のうち、発症前 とは別の職務に従事するこ と。</p> <p>原職復帰及び配置転換に ついては、所属部署を基準 として、元の部署への復帰 を原職復帰とし、元の部署 からの異動を配置転換とす る考え方もできるが、この 考え方では休職期間中に組 織改編があった場合などに 対応できない。また元の部 署に復帰した場合でも、職 務内容が変更された場合と そうでない場合を同等と見 なすことはできない。この ため、所属部署ではなく職 務を基準に考えることとし た。</p> <p>出 向 職場復帰のうち、元の会 社の関連会社等に出向とな ること。</p>
		再就職 元の会社を離職し、新たに別の会社に就職すること。	
	福祉的就労 雇用契約を結ばず賃金の支払いを受けない。作業の結果としての収入の分配である工賃は受け取る。		

注 10) 従来、障害が重度であるために、競争的雇用の機会が与えられなかったり、続かなかったりした人達を対象として、「就職してから訓練するモデル」を取り入れ、継続した援助サービスを行うアメリカにおける制度。統合された職場環境（障害のない他の従業員と相互に関係を持ちながら働く職場）であること、給与収入を得られること等を重視している。具体的には援助付き競争雇用、エンクレーブ（個別就労の困難な 8 人以内の障害者がグループでジョブコーチの指導を受けながら、ホスト事業所の中で通常は障害のない者が行うひとまとまりの仕事をするもの）、移動作業班、援助付きの仕事、小規模事業所等の形態がある。援助付き競争的雇用（個別就労）は、中度から重度の障害者を地域の職場で雇用し、ジョブコーチが初期に集中的に訓練等の援助を行い、その援助は次第に減らしていくが無くしてしまうことはない（職業リハビリテーション用語集より）。

注11) 従来、言語療法士、言語治療士などの呼称が使われてきたが、平成9年12月に国会で言語聴覚士法が可決成立して国家資格化されたことにより、法的な名称は言語聴覚士とされた。

注12) 高次脳機能障害により低下した能力の回復への取り組みや能力を補うための取り組みでは、補助、代償、補償、環境調整などさまざまな用語が使われている。本報告書では高次脳機能障害を有する者がそれを必要とするときに主体的に利用する手段のことを指して代償(手段)、それに対して環境側を操作して常に利用しやすい環境を準備しておくことを環境調整と呼ぶこととする。補助(手段)は代償(手段)や環境調整を総称する用語として用いることとする。補償(手段)は金銭的な意味合いが強い用語なので引用部分を除いては用いないこととした。

文 献

- 秋口一郎 脳血管障害による健忘症候群, 田川皓一(編)『脳卒中の神経症候学』, 西村書店, pp.369-382, 1992.
- Anderson, S.W., Tranel, D. Awareness of disease states following cerebral infarction, dementia, and head trauma: standardized assessment, *Clinical Neuropsychologist*, 3(4), pp.327-339, 1989.
- Baddley, A.D. 記憶理論と記憶障害のリハビリテーション, 綿森淑子監訳『記憶障害患者のリハビリテーション』, p18, 医学書院, 1997 (Clinical management of memory problems 2nd edition, Chapman & Hall, 1992)
- Ben-Yishay, Y., Silver, S.M., Piasetsky, E., Rattok, J. Relationship between employability and vocational outcome after intensive holistic cognitive rehabilitation, *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2(1), pp.35-48, 1987.
- Brooks, N., McKinlay, W., Symington, C., Beattie, A., Campsie, L. Return to work within the first seven years of severe head injury, *Brain Injury*, 1(1), pp.5-19, 1987.
- Crosson, B., Barco, P.P., Velozo, C.A., Bolesta, M.M., Cooper, P.V., Werts, D., Brobeck, T.C. Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation, *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 4(3), pp.46-54, 1989.
- 遠藤てる, 杉浦亨, 吉岡春美, 森恵理子, 瀬戸下みさき, 本田豊 脳卒中後片麻痺患者に対する職業前訓練と職場復帰 - 病院におけるアプローチ -, 作業療法ジャーナル, 25(6), pp.436-442, 1991.
- Ezrachi, O., Ben-Yishay, Y., Kay, T., Diller, L., Rattok, J. Predicting employment in traumatic brain injury following neuropsychological rehabilitation, *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 6(3), pp.71-84, 1991.

- Fawber,H.L., Wachter,J.F. Job placement as a treatment component of the vocational rehabilitation process, Journal of Head Trauma Rehabilitation, 2(1), pp.27-33, 1987.
- Glisky,E.L. Computer-assisted instruction for patients with traumatic brain injury:Teaching of domain-specific knowledge, Journal of Head Trauma Rehabilitation, 7(3), pp.1-12, 1992 .
- 原寛美 遂行障害 - 前頭葉障害, 江藤文夫, 原寛美, 板東充秋, 本田哲三(編)『高次脳機能障害のリハビリテーション(臨床リハ別冊)』, pp.77- 84, 1995 .
- 原寛美 前頭葉障害のリハビリテーション, 総合リハビリテーション, 26(6), pp.533-540, 1998 .
- 原寛美, 上田敏 記憶障害患者の復職可能性について, 総合リハビリテーション, 11(9), pp.709-713, 1983 .
- 長谷川真也, 阿部順子, 稲木順 重度更生施設における中高年脳血管障害者の就労に向けた要因分析とアプローチ, 職業リハビリテーション, 5, pp.12-18, 1992.
- 長谷川良雄 職業リハビリテーション - 頭部外傷者の就労, 岩倉博光ほか編『頭部外傷症候群』, 医歯薬出版, 1991 .
- 早川俊秀, 森欣一, 吉田あけみ 脳卒中患者に対する職業的アプローチ, 作業療法ジャーナル, 25(10), pp.725-731, 1991 .
- 平林一, 稲木康一郎, 平林順子, 金井俊男, 伊沢真, 市川英彦 脳血管障害例における注意障害のリハビリテーション, 失語症研究, 18(2), pp.21-29, 1998 .
- 北條敬, 大山博史, 渡辺俊三 前頭葉症状, 総合リハビリテーション, 21(8), pp.643-647, 1993 .
- 藤田勉 脳卒中リハに対する患者の態度と精神的障害因子, 田中恒孝(編)『脳卒中の精神医学』, 金剛出版, 1989 .
- Hurt,G.D. Mild brain injury:critical factors in vocational rehabilitation, Journal of Rehabilitation, October/November/December, pp.36-40, 1991.
- 池田島, 田谷勝夫, 藤本真美, 赤塚光子, 名川理凡 脳卒中者のリハビリテーション, 総合リハビリテーション, 23(6), pp.483-490, 1995 .
- 井上里美 病変の異なる病識の乏しい記憶障害患者のリハビリテーション, 江藤文夫, 原寛美, 板東充秋, 本田哲三(編)『高次脳機能障害のリハビリテーション(臨床リハ別冊)』, pp.193-196, 1995 .
- 石神重信, 田谷勝夫, 古閑博明 脳卒中の高次脳機能評価(半側空間無視) - リハビリテーション評価の問題点とアンケートによる実態調査 -, 総合リハビリテーション, 17(7), pp.491-497, 1989 .
- 石渡和美, 飯室令子 高次脳機能障害を主症状とする者の就労における問題点 - 評価結果と就労した事例の分析をとおして -, 職業リハビリテーション, 6, pp.1-8, 1993 .
- 鎌倉矩子 脳損傷者の認知と行動, 職業リハビリテーション, 7, pp.74-83, 1994 .
- 鹿島晴雄, 半田貴士, 加藤元一郎, 本田哲三, 佐久間啓, 村松太郎, 吉野相英, 斎藤寿昭, 大江康雄 注意障害と前頭葉損傷, 神経研究の進歩, 30(5), pp.847-858, 1986 .
- 加藤元一郎 注意障害 - 臨床的理解とリハビリテーション -, 江藤文夫, 原寛美, 板東充秋, 本田哲三

- (編) 『高次脳機能障害のリハビリテーション(別冊臨床リハ)』, pp.24-29, 1995 .
- 川辺循, 達知玉緒, 小川浩 高次脳機能障害を持つ人の作業適応への援助, 職業リハビリテーション, pp.38-44, 1998 .
- Koch,L., Merz,M.A., Lynch,R.T. Screening for mild brain injury:a guide for rehabilitation counselors, Journal of rehabilitation, October/November/December, pp.50-56, 1995 .
- 雇用促進事業団職業研究所 脳血管障害の職業的予後に関する研究, 職研調査研究報告書 No.12, 1979 .
- 雇用促進事業団職業研究所 失語症 - 職業へのアプローチ -, 職研資料シリーズ -25, 1981 .
- Kruetzer,J.S., Wehman,P., Morton,M.V., Stonnington,H.H. Supported employment and compensatory strategies for enhancing vocational outcome following traumatic brain injury, Brain Injury, 2(3), pp.205-233, 1988.
- Kreutzer,J.S., Leininger,B.E., Sherron,P.D., Groah,C.H. Managing psychosocial dysfunction, Wehman,P., Kreutzer,J.S.(ed.) Vocational rehabilitation for persons with traumatic brain injury, Aspen, 1990.
- 前田真治, 柴喜崇, 外島裕之, 長澤弘, 清水忍, 大淵修一, 浅井憲義, 古橋紀久, 横山巖 脳卒中に伴う地誌的失認に対する代償的リハビリテーション - カーナビゲーションによる試み -, 第34回日本リハビリテーション医学会学術集会プログラム発表論文集, p.200, 1997 .
- 間嶋満 脳卒中後遺症患者の職場復帰, 総合リハビリテーション, 10(1), pp.197-203, 1982 .
- 万歳登茂子 認知機能障害, 総合リハビリテーション, 22(6), pp.461-466, 1994 .
- 万歳登茂子 脳外傷, 江藤文夫, 原寛美, 板東充秋, 本田哲三(編) 『高次脳機能障害のリハビリテーション(臨床リハ別冊)』, pp.97-99, 1995 .
- 松井学, 中上裕人, 加藤朗 外傷性脳損傷者の職業復帰の援助, 作業療法ジャーナル, 30, pp.445-450, 1996 .
- 松為信雄 高次脳機能障害を伴う中途障害者の職場復帰の課題と対策, リハビリテーション研究(障害者の福祉増刊), 87, pp.14-19, 1996 .
- 中島昭夫, 住田幹男, 徳弘昭博, 田中渉, 蜂須賀研二, 池田昂, 佐伯覚 障害者の職業復帰 - 医学的リハビリテーションから職業的リハビリテーションへ -, 日本災害医学会会誌, 44(3), pp.207-217, 1996 .
- 日本職業リハビリテーション学会(編) 『職業リハビリテーション用語集』, 1997 .
- 大川弥生, 上田敏, 江藤文夫, 木村伸也, 稲村充則, 永井百香 片麻痺患者のHandicap(社会的不利)に関する研究(第1報) - 成人男子片麻痺の職業復帰を中心に -, 総合リハビリテーション, 14(6), pp.451-453, 1986 .
- Ponsford,J., Kinsella,G. The use of a rating scale of attentional behaviour, Neuropsychological Rehabilitation, 1(4), pp.241-257, 1991.

- Prigatano,G.P., Fordyce,D.J., ZeinerH.K., Roueche,J.R., Pepping, M., Wood,B.C. (八田武志ほか訳) 『脳損傷のリハビリテーション - 神経心理学的療法 - 』, 医歯薬出版, 1988 (Prigatano,G.P., Fordyce,D.J., ZeinerH.K., Roueche,J.R., Pepping, M., Wood,B.C. Neuropsychological Rehabilitation after Brain Injury, Johns Hopkins University Press, 1986)
- Prigatano,G.P., Altman,I.M. Impaired awareness of behavioral limitations after traumatic brain injury, Archives of Physical Medicine of Rehabilitation, 71, December, pp.1058 - 1064, 1990.
- 佐伯覚, 緒方甫, 大久保利晃 職業復帰の疫学, 総合リハビリテーション, 23(6), pp.461-464, 1995 .
- 坂爪一幸 自立を妨げる脳損傷後の精神機能障害とは - 感情・意欲・注意・知能・人格の障害, 藤田勉(編) 『脳卒中最前線 - 急性期の診断からリハビリテーションまで - 第2版』, 医歯薬出版, 1987 .
- 沢田貞三, 田中博正, 坂元昭美 高次脳機能障害者の社会復帰訓練事例, 第1回職業リハビリテーション研究会発表論文集, pp.157-160, 1993 .
- Seel,R.T., Kreutzer,J.S., Sander,A.M. Concordance of patients'and family members' ratings of neurobehavioral functioning after traumatic brain injury, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 78, pp.1254-1259, 1997.
- 先崎章, 枝久保達夫, 星克司, 加藤元一郎, 三村将, 水野雅文, 鹿島晴雄 臨床的注意評価スケールの信頼性と妥当性の検討, 総合リハビリテーション, 25(6), pp.567-573, 1997 .
- 重野幸次 前頭葉障害 - 前頭葉とその関連症候 -, 医学のあゆみ, 163(5), pp.317-320, 1992 .
- Sohlberg,M.M., Mateer,C.A. Effectiveness of an attention-training program, Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 9(2), pp.117-130, 1987.
- 杉下守弘, 紺野加奈江 失語症の理解のために, 言葉の海(臨時増刊), 4, 全国失語症友の会, 1988 .
- 助川未枝保, 服部孝道, 福嶋正和 男子稼働年齢層における脳卒中後遺症者の問題点, 総合リハビリテーション, 15(2), pp.125-129, 1987 .
- 高木康行(編) 『脳卒中ナーシング』, 別冊看護学雑誌J J Nスペシャル, 医学書院, 1992 .
- 高橋洋, 安倍基幸, 岩城和男, 半田肇 脳損傷者の就業と生活レベル, 総合リハビリテーション, 15(11), pp.1011-1015, 1987 .
- 竹下博雅, 蜂須賀研二 職業復帰の問題点, 総合リハビリテーション, 23(6), pp.471-475, 1995 .
- 田中文康 記憶障害, 江藤文夫, 原寛美, 板東充秋, 本田哲三(編) 『高次脳機能障害のリハビリテーション(臨床リハ別冊)』, pp.30-37, 1995 .
- 種村 純 記憶障害, 田中恒孝(編) 『脳卒中の精神医学』, 金剛出版, 1989 .
- 種村留美 高次脳機能障害者の就職を妨げるもの - 失行、失認、記憶の障害、性格の変調等 -, 職リハネットワーク, 22, pp.16-20, 1993 .
- 田谷勝夫, 石神重信 高次脳機能障害と復職, 平成4年度職業リハビリテーションセミナー報告書, pp.59-62, 1992 .

- 田谷勝夫, 富田英雄, 石神重信 軽度注意障害の計量化, 第2回職業リハビリテーション研究発表会プログラム発表論文集, pp.111-113, 1994 .
- 田谷勝夫 脳損傷者の障害特性と職業的予後 - 職業センター利用者の実態 -, 第4回職業リハビリテーション研究発表会発表論文集, pp.104-107, 1996 .
- 徳弘昭博 職業復帰の状況および医学的リハビリテーションと職業的リハビリテーションの連携の現状, 総合リハビリテーション, 23(6), pp.477-482, 1995 .
- 徳弘昭博, 小西明, 平井正才, 井手睦, 井川晴友, 武智秀夫 労働年齢で発症した片麻痺患者の職業復帰の状況の調査, 総合リハビリテーション, 20(8), pp.689-693, 1992 .
- 豊倉穰, 本田哲三, 石田暉, 村上恵一 注意障害に対するAttention Process Trainingの紹介とその有用性, リハビリテーション医学, 29(2), pp.153-158, 1992 .
- 椿原彰夫 記憶障害, 総合リハビリテーション, 21(8), pp.671-678, 1993 .
- 上田敏 高次脳機能障害とリハビリテーション医学 - 特集によせて -, 総合リハビリテーション, 11(8), pp.605-608, 1983 .
- 上杉秀一, 小川浩, 細谷静江, 伊藤豊, 川辺循, 小堀房枝 脳外傷患者の職業前訓練に関する諸ケースの分析的研究, 職業リハビリテーション, 8, pp.23-29, 1995 .
- Walker,A.E. Long term evaluation of the social and family adjustment to head injuries, Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 4(1), pp.5-8, 1972.
- Wehman,P., Kreutzer,J.S., Sale,P., West,M., Morton,M.V., Diambra.,J. Cognitive impairment and remediation:Implications for employment following traumatic brain injury, Journal of Head Trauma Rehabilitation, 4(3), pp.66-75, 1989.
- 山鳥重 神経心理学入門, 医学書院, 1985 .
- 山下光 記憶障害の実際 - 忘れる病気、忘れる人々 -, 心理学ワールド創刊準備号, pp.23-28, 1998 .
- 山崎裕功, 根本悟子, 藤田早苗 脳卒中片麻痺患者の復職リハでマイクロタワー法による能力評価の意義について, 第33回日本リハビリテーション医学会学術集会発表論文集, p.83, 1996 .
- 横山巖 脳卒中後片麻痺患者の社会復帰, 総合リハビリテーション, 12(1), pp.27-32, 1984 .