

実践の共同体における指導の原理と課題について

—古くて新しい「徒弟制度」から学ぶ—

○平川 政利（障害者職業総合センター事業主支援部門 主任研究員）
南雲 直二・若林 耕司・近藤 和弘（国立身体障害者リハビリテーションセンター）

1 はじめに

障害者に対する職業リハビリテーションは、一般就労から福祉的就労まで仕事を通じた社会参加を促進することを目的としている。特に今日では、障害による職業生活の制限から就職が困難である職業的重度者への職業リハビリテーションの充実が求められている。職業的重度者は適応能力の不足や仕事に必要な能力が著しく欠如している者であって、企業ニーズへの的確な対応に止まらず障害特性に応じた支援方法や職種の案出が大きな課題となっている。

職業的重度者の職業上の制限や困難の程度はさまざまであるが、これらの対応は機能代償モデルに基づくアプローチが主流である。機能代償モデルとは、それぞれの機能障害の代償に焦点をあて、就労上の問題行動を補完する補助具の利用や作業手順を工夫することで解決を目指す考え方である。

このような代償手段は、それぞれの機能障害の代償として工夫され、障害のある者にとって作業をスムーズに遂行するのに有益な手段となっているが、本人と作業との関わりに限られている。冒頭に述べたように仕事を通じた社会参加という視点でみると、障害のある者と仕事との関わりに、さらに職場の人との関わりがある。従って個々の代償手段に止まらず障害のある者を、職場という新たなコミュニティに参加させるアプローチが重要であると考えられる。

このような人との関わりを重視したアプローチについて南雲(2006)³⁾は、コミュニティに基づく援助と呼んでいる。そこで、本発表においては、コミュニティに基づく援助に焦点を当て、国立身体障害者リハビリテーションセンター(以下「身障リハセンター」という。)の実践例(実践の共同体)を通して指導方法の基本と課題について検討する。

2 仕事の教え方(TWI)と代償手段

今日では、仕事の教え方としてTWI(Training Within Industry)が広く普及している。TWIは、戦後(1949年)、GHQによりアメリカ式の監督者訓練として労働省を通じて紹介された。特に企業における第一線の監督者を対象とした定型訓練として、仕事を正確に、安全に、段階を追って効果的に習得させる手法である。

仕事の教え方として実績のあるTWIは、障害者に対しても広く用いられている。例えば、障害者の職業訓練では具体的な作業による段階的な指導方法として、実技指導の4段階としている。

さらに、機能障害による作業上の制限を解消する工夫として、各段階に種々の代償手段が位置付けられているといえよう。例えば、記憶に対する代償手段として、メモ取りの習慣化や電子機器(PDA、携帯電話)のアラーム機能の活用がある。ここでは、障害特性に応じた指導例として、記憶の代償手段にメモ取りを組み込んだ例をあげる。

① 導入:「やって見せる」

正しい作業の手本を見せる。

② 提示:「言って聞かせる」

やり方、やる理由、上手くいくコツなどを伝える。

手順、ポイントをメモリーノートに書き込ませる。

③ 実習:「やらせてみる」

実際に本人にやらせる。

手順を忘れたら、メモリーノートを見るようにする。

④ 総括:「誉める」

上手くできたらしっかり評価する。

さて、仕事の教え方の基本型は良しとしても、TWIのような定型化に限界は無いのだろうか。特に、障害のある者との関わりを考えると、個々の状態が非常に多様性に富んでいる。この多様性は一人ひとりのちがいが大きいということに止まらず、一個人の時期によっても異なっている。例えば、脳機能などに起因した外からみえない障害(高次脳機能障害や精神障害者など)は、今日の状態が明日も続くという保障はなく、絶えず障害の状況が変化している。

このような多様性と変動性を有した者への指導は、標準化や定型的なアプローチに馴染まない対象である。つまり、「やってみせ、言って聞かせて、させてみせ、ほめてやる」にもう一工夫が欲しいのである。その一工夫として種々の代償手段が考案されているが、それだけで十分なのであろうか。そこで、仕事を習得する原点として、古くから延々と続いている徒弟制度をもう一度見直してみる。

3 徒弟制度は人材育成の基本

徒弟制度とは伝統的な技術、技能の伝承法で、年季を決めて親方につく職人の養成システムである。賃金を得ながら働くという雇用関係と、親方の下で住み込みの内弟子と通いの外弟子という師弟関係がある。徒弟制度における賃金は小遣い程度であり、その中心は師弟関係の中で仕事を覚えていくことにある。親方、兄弟子、同僚、弟弟子という種々の関わりを持ちながら、実際の仕事の経験を積む過程で技を習得していくのである。

わが国における徒弟制度は、「徒弟」という古いイメージから伝統産業の分野を中心に継承されている。しかし、一般的には封建的な因習として忌み敬遠され、社会にきちんと位置付いていないようである。その背景を田中(2007)⁴⁾は、近代的学校制度が徒弟制度や寺子屋などの伝統と経験を断絶することによって創られたためと指摘している。

一方、諸外国の例をみると、古い制度だからといって排除することなしに今日まで継続し、現代社会に合った様々な工夫が施されている。例えば、ドイツのマイスター制度に基づくデュアルシステム、アメリカの現代徒弟制度(modern apprenticeship)、フランスの見習い工制度などである。このように徒弟制度は、世界的に古くから継承されているシステムとして現在も位置付いている。

このように見てくると、徒弟制度に対する認識は、現代日本の方が異質と思わざるを得ない。すなわち、IT化に代表される技術革新の激しい時代、考え方も手法も古くなくて適用できないとの声もあるが、実際の仕事に携わり、その作業を通して技を磨いていくという本質は変わらないのである。

以上のことをまとめると、徒弟制度は働くことが同時に学ぶことであるという仕事と訓練が直結しているシステムである。さらに、親方と弟子という全人格的な接触によって独り立ちしていくのである。特に、親方と弟子の関わりが重要な役割を果たしている。すなわち、親方は直接的に仕事を教えるのではないが、弟子は親方との関わりの中で仕事への動機付けを得て、その作業に参加することで自然に仕事を覚えていくのである。

4 徒弟制度のとらえ直し（実践の共同体）

仕事を覚えるということはどういうことなのかを、学習行動理論の面から一度整理しておく。学習の仕組みに関する代表的な立場として、市川(1995)¹⁾は行動主義、認知主義、状況主義をあげている。

行動主義では、経験による行動の変容を学習としてとらえる。認知主義では、人間を一種の情報システムとみなし、知識体系を構成していく過程が学習であるとする。

状況主義では、文化人類学や社会学の影響を受け、学習とは文化共同体への参加の過程としてとらえる。つまり、学ぶことは頭の中で知識が構成されていくのではなく、道具や他者との関わりを重視した社会的環境での振る舞い方ということになる。

表 1 知的行動を研究する立場 (市川, 1995)

	行動主義	認知主義	状況主義
学習とは	刺激・反応の連合	知識構造の構築	文化的実践への参加
キーワード	条件づけ 反復・強化	表象 情報処理	正統的周辺参加 (LPP)
方法論	統制された実験	情報処理モデル	民族的観察・記述
背景となる学問	神経生理学 進化論	情報科学 人工知能	文化人類学 社会学

以上、人間の学習のプロセスの概要について述べたが、仕事を覚える原点としての徒弟制度を見直すには、3番目の状況主義の考え方が参考になる。それは、徒弟制度の見直しから生まれた学習の新しい概念であるからである。

徒弟制度の場面では、直接的に「教える」という行為がほとんど存在しないにもかかわらず、作業を通じて学習者は一人前になっていく。実践に参加することによって、新参者ははじめ小さな役割を与えられ、いわば「周縁的に」参加している(正統的周辺参加)。しだいにそこでの振る舞いかたを身につけて、古参者や親方として十全参加をするようになる。このような環境を「実践の共同体」と呼び、環境との相互作用のありかたから認知的行動をとらえる。そこでの学習とは、親方や熟練者との相互作用を通じて、周辺参加から十全参加に至るまでに、仕事に必要な技術の習得のみならず、熟練した実践者としてのアイデンティティの実感が増大するというものである(Lave & Wenger, 佐伯訳, 2003)²⁾。

5 身障りハセンターにおける実践の共同体

身障りハセンターの更生訓練所職能部第4ワークショップでは、主に高次脳機能障害者に対する集団クリーニング訓練が行われている。この集団クリーニング訓練は、徒弟制度をとらえなおした「実践の共同体」の特徴を有している。

その一つは、仕事と訓練が直結していることである。ここでの訓練は、クリーニング工場とほぼ同じ設備のもとで、同じセンター内に併設されている病院などのシーツや白衣を集め実践さながらの訓練を実施している。

二つは、優れた技術と人格に基づく親方的な指導にある。過去20数年クリーニング訓練を主導してきたY指導員は、すぐれたクリーニング技術とともにすぐれた人格による指導技術をもって、指導員

というより親方と呼ぶにふさわしい人であった。現在は、Yから教えを受けた最古参の一人であるWが、後継者として指導に当たっている。

三つは、作業の習得状況に応じて古参、新参が区別されることである。例えば、新参者の作業は、集配・お届けであり、古参者はアイロン仕上げといった具合である。

(1) 指導の概要

このような親方に近い指導員のもとに、習得状況に応じた訓練生がクリーニングの仕事に参加し、指導員と訓練生の相互作用を通して仕事を覚えていく。訓練の内容は作業に係る技能のみならず、対人関係、社会人としてのマナーを含んだ仕事としての総体を習得していくのである。この過程をイメージとして表したのが図1である。

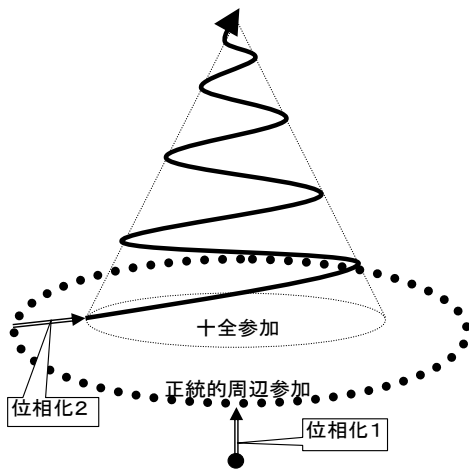


図1 実践の共同体における習熟過程

イ 共同体の一員としての自覚（周辺参加）

まず、新人の訓練生はクリーニング作業の周辺業務の集配・洗い場に配置され、先輩の訓練生と共同で作業にあたることになる。先輩の訓練生はその流れが滞ることのないように気を配り、新人の訓練生に指示を出すこともある。このような関わりから、挨拶・清掃・時間厳守という重点三領域、言われたことをきちんとやる、仲間や目上の人との接し方等の仕事に対する基本姿勢を身につけていく。

指導員はとくに人間関係の形成に心をくわいており、たえず言語的・身体的コミュニケーションが図られている。例えば、訓練室の中心にソファとテーブルが置かれており、指導員と訓練生のみならず訓練生同士の雑談が重視されている。このようなコミュニティへの参加の中で、共同体の一員としての自覚を促していくのである。

ロ 仕事の基本型の習得（十全参加）

共同体の一員としての自覚が芽生えると、周辺作業から本来作業に入っていく。ここでは作業の動作や姿勢を繰り返し真似て、徹底的に基本型（正確な作業）を習得していく。基本型の繰り返しは、いったりきたり試行錯誤しながらも、螺旋型を描くように上昇し、技や姿勢を身につけていくのである。

さて、徒弟制度では親方は直接教えないというが、ここでは教え込むのである。それは障害のために見る、聞く、判断するという機能に制限があり、そのために自ら技を盗むことに限界があるからである。この時点における指導のポイントは、指導員が作業上の隘路を障害のある者の立場に立っていかかにシミュレーションするかである。例えば、片手に障害があった場合、両手の作業をいかに片手だけで行うかを指導員自らシミュレーションしながら工夫し、適切な助言や模範演技を行うのである。このように指導員は標準作業を個別の事情に合わせた模範演技として提示し、訓練生はその動作を忠実に繰り返し模倣しながら基本作業を身につけていく。指導員は訓練生の動作を見守り、更なるシミュレーションを繰り返して新たな助言をし、訓練生と一緒に技の完成度を近づけていくのである。

(2) 指導の要点

実践の共同体において特筆することは、参加形態へ移行するきっかけ、すなわち仕事への動機付けとしての位相化である。また、基本型の習得に際し、作業上の隘路を障害のある者の立場からシミュレーションする視点である。これらの指導の要点について、それぞれ考察していく。

イ 位相化（仕事への動機付け）

日常的なコミュニケーションに加えて、特に重視されている絆の形成過程が「位相化」である。位相化には部外から周辺参加に移行する位相化1と、周辺参加から十全参加に移行する位相化2がある。また、位相化にはさまざまな方法があるが、最も強烈で効果的なものを位相化2の例としてあげる。

それは分裂の危機を乗り越えた時に、その集団における人間関係はより一層強く結びつくという考えのもとに指導員が意図的に行う動機付けである。周辺参加において人間関係の形成を積み重ねた後に、クリーニングという仕事に正面から立ち向かうか否かの厳しいせめぎ合いから十全参加に至るものである。

ここでは絶対に見捨てないという信念のもとで、問題行動が目にあまる時点（指示の無視、生活リズムの乱れ等）をとらえ、徹底的に叱りつける。また

は、のぼせ上がっているときにお灸をすえるのである。そして、危機を乗り越えて信頼の絆を強固にし、訓練生自身に仕事への取り組み姿勢を自覚させるのである。これを強い位相化と呼び、それ以外の十全参加に至らないものを弱い位相化と呼ぶ。

ロ 作業上の隘路に対するシミュレーションの視点

シミュレーションの視点には、姿勢、目線、タイミング、身体尺度などがあげられる。

まず、姿勢から入る。姿勢は作業における正否、安全、やりやすさという面から、最も適切な体の構えかたである。従って、仕事を始めるに当たっては、常に姿勢という型を確認するのである。

外見上の型を整えたら、次は作業の内容、実質に入る。作業を正しく行うためには、目線、タイミング、身体尺度という三つのポイントをおさえる。一つは手先の動き、作業の対象物のどこを見ているかという目線である。

二つはタイミングである。タイミングとはカン・コツと呼ばれるもので、一言で表現しにくい。いわば、作業を進める上で、手先の動きのちょうど良い頃合いというようなものである。

三つは、身体尺度である。作業を進める上で、要所ごとに出来映えの判断がある。作業上の判断は自分の体を通した尺度を用いていることが多いのである。例えば、長さであれば掌や指の長さ、温度であれば湯気の出方などである。

6 実践の共同体から得たこと

身障リハセンターにおけるこれまでの実践結果から、次の二つの結論を見出した。

(1) 位相化と仕事への参加形態

仕事を覚えるのは、参加形態の変化、すなわち周辺参加から十全参加への移行が先であって、技能要素の習得が先ではないということである。そして、この移行には位相化が大きな要因となっている。

強い位相化がなされると、仕事への動機付けがなされ、周辺参加から十全参加へ移行する。その結果、問題行動が減少し作業成績の向上につながる。反面、弱い位相化の場合は、周辺参加に止まり、問題行動の発現に大きな変化はなく作業成績の向上もみられない。

以上のことから、一般的に動機付けの低い障害者にとって、実践の共同体への周辺参加から十全参加への移行を図るためには、適切且つ適宜の位相化が必要であることが分かった。また、強い位相化は、師弟関係のような絆、信頼関係が前提となった厳しいせめぎ合いによって本人の自覚を促すものである。これは定型的な手法の域をこえており、人との関わりを重視し

たアプローチ(コミュニティに基づく援助)の必要性についても確認できた。

(2) 結果としての機能回復

従来の職業リハビリテーションで行われている機能回復は、機能障害に焦点があり、仕事や仕事仲間との関わりはその次である。したがって、記憶機能や注意機能などの機能代償手段に重点が置かれ、仕事への動機付けといった本人の自主性や主体性という側面にはあまり言及していない。一方、身障リハの実践の共同体による対応は、活動を通じた動機付けに重点があり、自ら目的を立て実行することを促す道具立てをする。これは仕事に対する基本姿勢であり、その上で仕事の妨げとなっている事象や条件の解消を、指導員が障害の立場になって自ら作業をシミュレーションし、訓練生と一緒に見出していくのである。このように、はじめに機能回復を目的とするのではなく、実践の共同体への参加活動の結果として機能回復がもたらされるのである。

7 今後の課題

以上のような結果を踏まえ、今後の課題についてまとめる。

まず、位相化についてである。位相化2では、周辺参加から十全参加に至る強い位相化と周辺参加に止まる弱い位相化があり、このちがいを生じるのはなぜかについて、さらに追求する必要がある。また、今回は触れていないが、位相化1の解明も必要である。

次に、障害の立場からの作業シミュレーションについてである。機能障害にとらわれず、実際の活動を通じて機能回復を図ることは、その仕事について熟達していることに加え、仕事と障害のある者との関わりを、鋭い洞察力で自らシミュレーションできなければならない。いわば名人芸ともいえる高度な能力が必要であり、指導員よりも親方と呼ぶ所以でもある。シミュレーションの視点は、この名人芸をとりあえず言語化したものであり、十分なものは言いえない。言語化できないものも含め、より緻密な分析が必要である。

【参考・引用文献】

- 1) 市川伸一:学習と教育の心理学, 岩波書店(1995)
- 2) Lave & Wenger, 佐伯訳:状況に埋め込まれた学習, 産業図書(2003)
- 3) 南雲直二:エッセンシャルリハビリテーション心理学, 荘道社(2006)
- 4) 田中萬年:職業訓練原理, 職業訓練教材研究会(2007)

実践の共同体と動機付けとの関連(1)

—位相付けの微視的分析—

○若林 耕司(国立身体障害者リハビリテーションセンター機能部 主任職業指導専門職)

南雲 直二(国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所)

平川 政利(障害者職業総合センター)

吉田 喜三(浦安市障害者福祉センター)

1 はじめに

我々は、国立身体障害者リハビリテーションセンター(以下「身障リハセンター」という。)で行っている集団クリーニング訓練が「実践の共同体」の特徴を備えていることを明らかにし(病院の白衣、ズボン、シャツ等を教材として提供してもらい集配、洗濯、プレス、アイロン仕上げ、包装等と一連の流れのもと年間58,000点ほど処理しており、民間のクリーニング工場のような環境のもとで訓練している)¹⁾、この集団クリーニング訓練への参加形態の変化(周辺参加から十全参加)が動機付けや機能回復に及ぼす効果について事例を通じて検証してきた。

今回の報告は、外見が似ている位相付けを行ったにもかかわらず一方は十全参加に至り、他方は周辺参加に留まったと思われる例を経験したので位相化の違いを知る上で重要な知見だと思い報告する。

2 対象

(1)KA氏、男性、18才、養護学校(高等部)卒

イ 診断

- ・外傷性脳損傷(脳挫傷)

ロ 受傷原因

- ・幼少のとき階段から転落

ハ 現症

- ・右片麻痺
- ・知的障害(IQ56、学力は小2程度)
- ・巧緻性動作の障害(豆移動20個/1時間以上かけてもできなかったので中止)
- ・長時間の立位は不可
- ・注意障害

(2)KB氏、男性、20才、盲学校卒

イ 診断

- ・網膜色素変性症、軽度知的障害

ロ 受傷原因

- ・先天性

ハ 現症

- ・視力0.2、左0.04、視野10度以下

3 方法

(1)訓練の段階

表1に示したように訓練は3段階からなる。身障リハセンターでは、訓練期間は原則として2年である。そのため、各訓練段階はおおよそ6ヶ月間を見込んでいる。

表1. 訓練段階(訓練内容とそのねらい)

段階	訓練内容	ねらい
第1段階	洗い場 (集配も) たたみ シーツプレス	環境に慣れる 行動観察 流れを覚える 興味を引出す
第2段階	白衣プレス(1) 白衣プレス(2)	自分の役割の自覚を促す 指導員の密な指導
第3段階	アイロン仕上げ	雇用に向けて仕上げ段階

(2)分析方法

イ 問題行動の発現件数

遅刻などを問題行動とし、1日1回問題行動が生じた場合に1件とカウントして1ヶ月分の総計を出した。問題行動は発現してはいけないもので、雇用の最低基準となる合格ラインは0である。

ロ 作業評価

作業成績について、手順は3段階(不合格、やや正しい、正しい)とし、それぞれに0点、5点、10点を与え、仕上がりは4段階(不合格、取り組み姿勢の変化、もう少しで合格、合格)とし、それぞれ0点、3点、9点、12点を与えた。いずれも高得点ほど良好な作業成績である。雇用の最低基準となる合格ラインは満点の88点であり、88点を100点満点として換算した。

4 結果

(1)KA氏の結果

KA氏は第2段階まで実施した。

イ 問題行動の発現件数

図1は、KA氏の問題行動の発現件数の推移を表したものである。問題行動は、捨て台詞や座り込み、反抗的な態度などである。7月に入所して10月までの3、4ヶ月は問題行動の変化はみられない。しかし、11月以後は件数が減少しているのが読みとれる。

また、問題行動の数え方は、例えば捨て台詞を1日5回あったとしても1日1件とカウントするので、実際にはもっと多くなる。なお、長期の休みがあるので8月と12月はグラフより除いた。

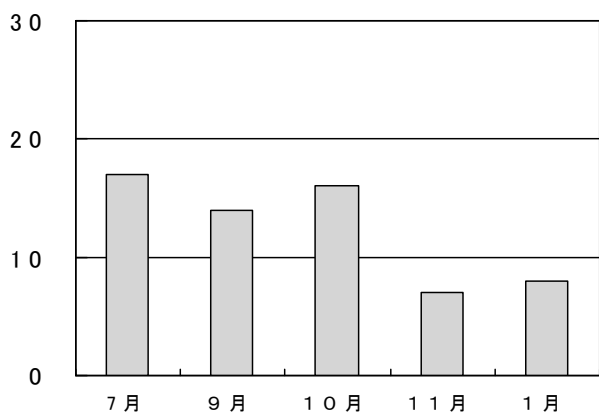


図1. KA氏の問題行動の発現件数の推移

ロ 作業成績

図2は、KA氏の作業成績の推移を表したグラフである。10月まではそれほどの伸びはみられない。特に注目すべきは11月以降から伸びである。とはいえ、伸びたとはいっても健常者に比べれば、低いレベルに留まっていることは言っておきたい。なぜなら、先にふれたように、この100点は雇用の最低レベルであり、企業の半人前にもならない成績だからである。

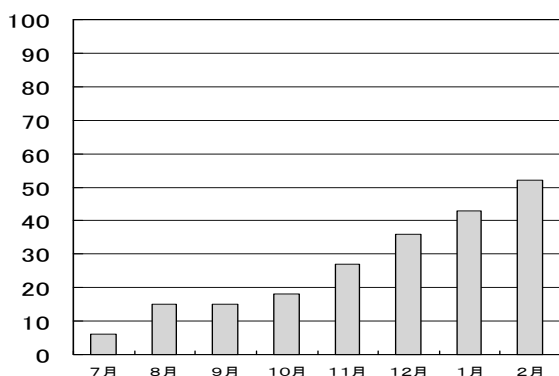


図2. KA氏の作業成績の推移

ハ エピソード(位相化)

10月3日の朝、捨てぜりふを吐くだけで指示に従わなかった。指導員が近づいて「やりたくなかったら出て行け」というと、急に顔面蒼白になり、指導員に向かってきた。そして、近くのキャビネットに思いっきり頭突きをした。その後も収まらない様子で、洗濯物を足で蹴って捨てぜりふを吐いていた。

再度、指導員が近づくと、本人も近づいてきた。向かってくるのを覚悟したが、「おれは一生懸命やっている」「おれもキレルぞ」という言葉がきた。すかさず「一生懸命やっているのは知っている。ただ、おまえは我慢が足りない」と怯まずに言い返すと、本人は向きを変えて離れた。

その日のうちに、「おれの言い方が悪かった」と詫言を入れにきた。これを境に、KA氏は周囲との関わりで感情がいらつくと、指導員の「がまんしろ」という言葉が浮かび、感情を抑えることができるようになった。

(2)KB氏の結果

KB氏は第2段階まで実施した。

イ 問題行動の発現件数

図3は、KB氏の問題行動の発現件数の推移を示したものである。KB氏は、にらみつける、返事をしない、座り込みなどの問題行動があった。1月までは増減はあるが問題行動が認められ、2月から減少していることがわかる。

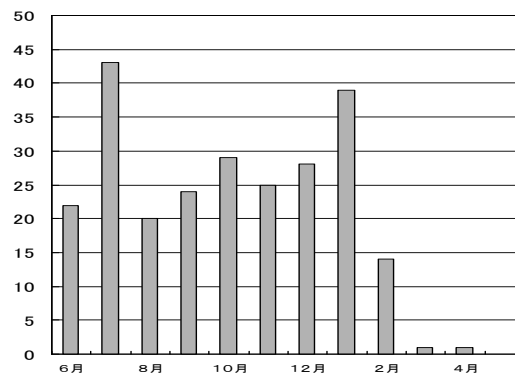


図3. KB氏の問題行動の発現件数の推移

ロ 作業成績

図4は、KB氏の作業成績の推移を示したものである。このグラフには、第2段階までの作業成績を入れてある。11月から翌年の5月までの後半の部分については、KA氏と同じ白衣プレスの成績を示している。はじめに伸びるもののやがて頭うち

になってしまい7割程度で留まっている。

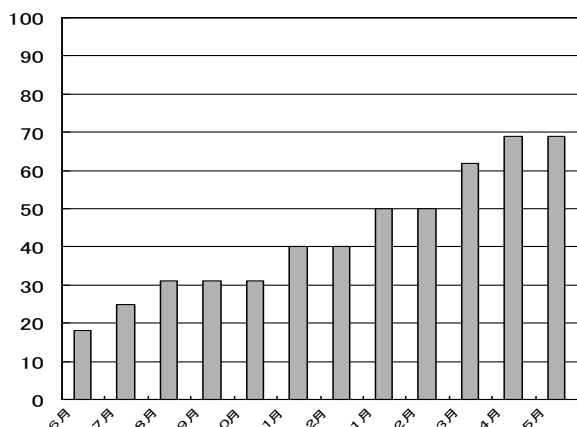


図4. KB氏の作業成績の推移

ハ エピソード

最近、毎週金曜日になると何かしら理由をつけ、午後から休むようになっていた。

2月9日の金曜日にもまた目の具合が悪いとって訓練途中で座り込み、お昼には「めまいがするので午後から休みたい」と言ってきた。指導員は了解し、「土日もしっかり体を休めるように」と言って寮に帰した。ところが、KB氏はその日のうちに自宅に帰ってしまった。次週の訓練に出てきた折に、「訓練を休んで家に帰るほうが、訓練するより大切なか」と問い詰めたところ、素直に謝った。

(3) 位相化以降のKA氏とKB氏の作業成績の推移の比較

図5は、KA氏とKB氏の作業成績(白衣プレス(1)と白衣プレス(2)を合わせた成績。44点満点なのでこれを100に換算した)の推移の比較したものである。

先にふれたようにKB氏は、はじめの頃は伸びが見られるが、すぐに頭打ちになってしまう。一方、KA氏は、X4からX7のように伸びが急峻である。伸び始めてから8ヶ月目には実はKB氏の作業成績を上回る勢いである。あと数ヶ月すれば、8割がたの成績に到達するものと予想される。

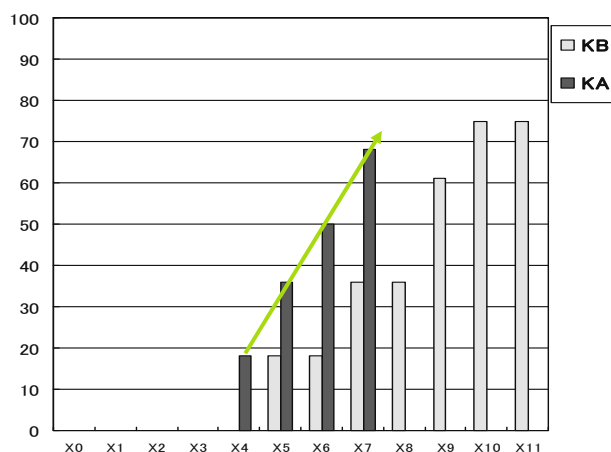


図5. KA氏とKB氏の作業成績の推移の比較

5 考察

KA氏のエピソード(位相化)以降(図1及び図2の10月;図5のX3)の変化で特筆すべきは、今までの作業態度とは異なり、誰に言われた訳でもないのに、自発的に作業のポイントをイラストで描き始めたことである。これが功を奏したのか、作業成績も急激に伸びている。また、同時期から問題行動の発現件数も減少している。

KB氏のエピソード(位相化)以降(図3及び図4の2月;図5のX8)の変化は、問題行動の発現件数が減少し休むことはなくなった。また、作業成績は、疲れを示すことがほとんどなくなり座り込みもなく継続して作業に取り組むようになった。今までは自己流でやっていたものが、指導員が近づくと正しいやり方にもどすようになった。

しかしながら、KA氏とKB氏の作業成績の伸びを比較すると(図5参照)、KB氏の作業成績の伸びは頭打ちとなり、仕上りにむらがあり、正確さも合格レベルには至らなかった。

この両者の違いを、仕事への動機付けである位相化を中心に考察すると、次のようになる。すなわち、KA氏は訓練開始後4ヶ月目の時点(図1及び図2の10月;図5のX3)で位相化が行われ、これが大きな衝撃となって仕事への動機付けになり、周辺参加から十全参加に移行したのではなかろうか。その結果、問題行動が減少し作業成績の急峻な向上につながったと思われる。

反面、KB氏への位相化は仕事の動機付けに

至らない緩やかなものであった。そのために周辺参加に留まり、問題行動の発現に大きな変化はなく作業成績の向上もみられなかったと思われる。

6 今後の課題

今回の結果から、我々は、位相付けが行われれば必ずしも十全参加に至るとはかぎらず、周辺参加に留まることもあると考える必要に迫られたことになる。外形的には同じように見えても、受け止め方が人によって違うということであろう。今後は、この差が、障害に起因するのか、それとも性格などの個人的変数に起因するのかといった問題に答えていく必要がある。

【引用文献】

- 1) 若林耕司, 南雲直二, 平川政利, 吉田喜三:
高次脳機能障害者のクリーニング訓練の特徴, 国リハ研紀23号(2002)

実践の共同体と動機付けとの関連（2）

—指導員の期待が訓練生の動機に及ぼす効果/

1例の高次脳機能障害者に見られたピグマリオン効果—

○近藤 和弘(国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所職能部 職業指導専門職)

若林 耕司(国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所職能部)

南雲 直二(国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所障害福祉研究部)

平川 政利(障害者職業総合センター)

1 目的

国立身体障害者リハビリテーションセンター(以下「当センター」という。)で職業訓練を受ける高次脳機能障害者¹⁾の多くは、知識や技術習得以前の労働習慣や労働意欲といった、いわゆる職業準備性が低い。

本事例も初期評価の結果は非常に成績が悪く、およそ職業訓練に「馴染めない」と思われた。その原因として、高次脳機能障害に起因すると思われる「誤った思い込み」「同時動作の障害」「左半側空間無視」「易疲労性」「弁別困難性」「易怒性」といった問題行動などが考えられた。

このような高次脳機能障害者の訓練に対する動機付けをいかに高めるか？ 我々は、人間関係に基づく動機付けの有効性の検証を行ってきた。その一つが、「実践の共同体」への参加における動機付けの変化である。本報告は、そうした研究のなかで見出された、指導員(職務上の職名は職業指導専門職であるが職業訓練場面で通常使用される指導員と記した)の訓練生(障害者自立支援法上は利用者であるが職業訓練場面で通常使用される訓練生と記した)に対する期待が高いほど動機付けが高まるという作業仮説²⁾の検証を行ったものである。なお、本研究は、実践の共同体ではなく、別途、個別訓練において行われたものである。

2 方法

(1)対象

①本人プロフィール

19歳 男性。高校2年時に交通事故にて受傷。意識消失4週間。受傷後、養護学校高等部に進み、高等部卒業後に当センターを利用。当センター入所後に国立職業リハビリテーションセンターの職業評価は「否」となり、当センター職能部の職業訓練開始となる。

②障害状況

イ 高次脳機能障害

医師の診断によれば次のような記載がされていた。

記憶障害(前向き健忘)、注意障害(全般性注意障害)、遂行機能障害(目的に適った行動計画の作成の障害・目的に適った行動実行の障害)、社会的行動障害(情動コントロールの障害)、左半側空間無視、病識欠落、等々。

ロ 身体障害(1級)

運動機能系障害(左片麻痺、車椅子使用)

ハ 問題行動

訓練場面で見られた作業遂行上の目立った支障を問題行動と呼び、その問題行動を次の5つのカテゴリーに分けた。

(イ)誤った思い込み;自分なりに理解して実施したことは、どのような状況であれ「やった」「できた」と言う。理解の間違ひについて指摘しても、なかなか正しい理解ができない。

(ロ)同時動作の障害;作業において、同時に複数の身体コントロール(目と手の協調動作)が必要な場合や作業遂行のために複数の判断が必要な作業が難しい。

(ハ)左半側空間無視;疲れなどが見え始めたときに、例えば製品を横に並べた場合に左側の製品を置き忘れる等の左半側空間無視が顕著に現れる。

(ニ)易疲労性;特に本人にとって目を酷使する課題や難しいと感じる課題の場合には疲労感が現れやすい。

(ホ)その他の特徴;ネジの種類が見分けられないといった弁別困難性。指導員の指摘に対して声を荒げるといった易怒性等である。

(2)訓練方法

①訓練の手順

訓練は手順1と手順2からなり、手順1・手順2の順に行った。手順1は、基本作業課題(後述)を工程1と工程2とに細分化し、いわゆるスモールステップ方式で実施するものである。なお、それぞれの工程を遂行するときに、どのような困難が現れるのか見極め、また、その解決を含めた指導を行いながら訓練を実施した。

手順2は、基本作業課題の前に、いくつかの簡易作

業課題を実施するものである。簡易作業課題は、訓練生にとって少しでも達成感が得られ、同時に指導員に「やれば少しでもできるのでは」といった期待を抱かせるものである。つまり、手順2を行うことにより、指導員の訓練生への期待や確信が高まり訓練効果に現れるのではないかと我々は考えた。

②作業内容

イ 基本作業課題

基本作業課題はプリント基板の導線付けと半田付けである。導線を切断して汎用のプリント基板に取り付けて半田付けをすることである(詳しくは、後述のステージ1で説明する)。ただし、半田付けは、初期評価時の実施状況から、安全上実施困難と判断して除いた。なお、基本作業課題は、電気・電子の訓練を行うにあたり、最初に行う作業課題である。ちなみに本訓練生の成績は、初期評価時において標準設定時間が1時間10分のところ7時間25分を要し、正反応率は5%であった。

教示の方法は、手順1・手順2においておおむね共通している。すなわち、作業手順をノートに書く、図や絵での説明を行う、実演をおこなう、出来上がり見本を提示する、手添えをして作業を実行するなどである。

ロ 手順1

基本作業課題を次の2工程に分けて実施する。

(イ) 工程1「必要な数の導線を切断する」

電子部品などの接続などに使用する針金状の線(導線。直径0.4mm)をニッパで切断する。長さは25mm以上30mm以下。本数は60本。標準設定時間は10分間。

(ロ) 工程2「導線の取り付け」

工程1で切断した導線を汎用のプリント基板に取り付ける。導線をU字形にしてプリント基板に開いている3個の穴のうち外側の2個にプリント基板の裏側から挿し込む。表側に出てきた導線はお互いに内側に曲げてステープラ(俗称ホチキス)のようにする。真ん中の穴で余分な線をニッパで切り、取り付けることを60箇所行う。標準設定時間は30分間。なお、前述の問題行動①②に対しては、手順や方法を何度も繰り返して説明した。また、③には、左半側無視があることの認識と自覚を促し、左側に強く意識を向けることを喚起した。④には、休憩を促した。時に他の目を酷使しない作業に変更する等の事を行なった。⑤の弁別困難性には図示して説明した。易怒性には間違いの事実関係を訓練生が理解しやすい言葉を選んで説明した。

ハ 手順2

簡易作業(一般的に簡易作業といえる課題であって、訓練生にとってはいずれも困難と考えられた課題である。特に、「色鉛筆整理(作業5)」は非常な困難が予想された課題である。)として、「ネジの選別(作業1)」「ネジのビニール袋入れ(作業2)」「ビニール袋とじ(作業3)」「ビニール袋作り(作業4)」「色鉛筆整理(作業5)」の5つを行った。

簡易作業は、番号の若い順に実施し、もし設定時間及び期間以内に合格しない場合は次の作業を実施し、次の作業が合格レベルに達した場合には前の作業を再度実施した。最後に基本作業課題を実施した。

③分析方法

手順1の基本作業課題結果と手順2の基本作業課題(再)の作業成績結果について次の方法で比較検討をおこなった。

イ 作業成績の測定

作業成績の測定方法は、どの作業においても「手順の正確さ」「仕上がり」の2項目について観察した。「手順の正確さ」は、「不合格」「やや正しい」「正しい」の三段階として、それぞれ0点、5点、10点を与えた。「仕上がり」は、「不合格」「取り組み姿勢の変化」「もう少しで合格」「合格」の四段階として、0点、3点、9点、12点を与えた。

合否の判定基準は、「手順の正確さ」は「やや正しい(得点5)」と「仕上がり」は「もう少しで合格(得点9)」の合計得点で14点を合格レベルとした。ただし、職業的な合格レベルは満点の22点である。合計得点14点を合否の判定的基準としたのは、今までの経験からある作業が14点であれば、次の作業を続けて実施することで訓練成果の向上が望めると感じてきたからである。

ロ 行動観察

簡易作業ごとの訓練生の取り組み姿勢や表情を含めた言動を記録してあるのでその資料を分析に供した。

ハ 学習効果の間接的評価

先行作業の遂行は後続作業に影響を与える。いわゆる学習効果であるが、この効果の一つの評価として、我々は作業課題における問題行動の発現に注目した。すなわち、まず、作業課題の遂行時に、どのような問題行動が発現したかを観察する。次に、手順1の基本作業課題(工程1・工程2)と手順2の簡易作業課題の問題行動の数や中身を比較し類似性を評価する。そして、最終的に、2つの手順の作業課題の類似性が高い場合には、大きな学習効果が見込まれ、また、類

似性が低い場合には、大きな学習効果は見込まれないと考えた。ここでは、類似性の量的判定基準として、2つの作業課題において、5つのカテゴリーの問題行動のうち、5～4個が共通に発現すれば類似性が高いとし、3～2個でやや高い、1～0個で低いとした。

3 結果

(1) 手順1の結果

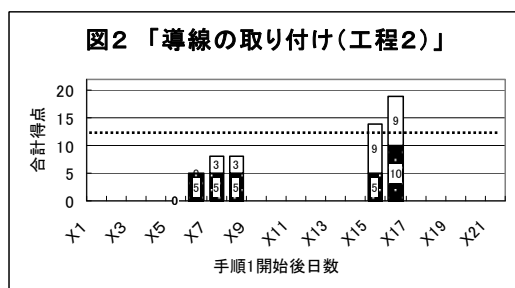
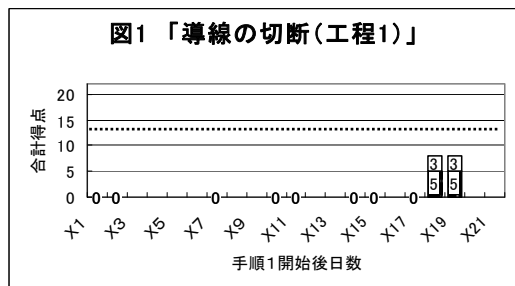


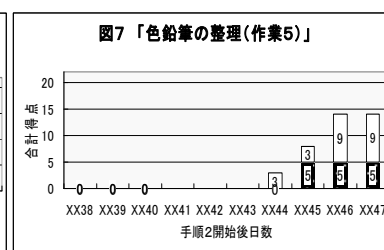
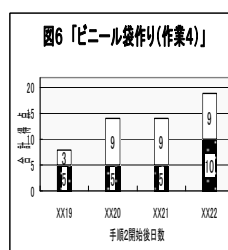
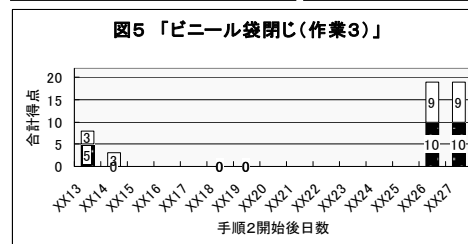
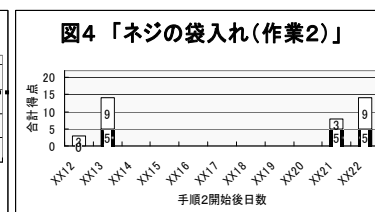
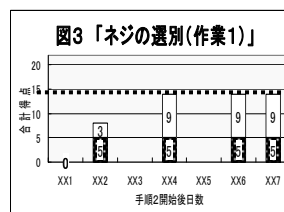
図1は工程1の成績を示したものである。縦軸は「手順の正確さ(黒)」「仕上がり(白)」の合計得点を示し、満点は22点(合格レベルは14点)である。横軸は手順1を開始した日からX1・X2・X3・・・と表記した。また、図中の数字で「0」は、実施した結果、効果がなかったことを表し、無記入は未実施を表している。なお以下図8までは同様の表記である。

図1に示したように、ほぼ毎日実施したが3週間を経過しても合格レベルには達しなかった。そこで工程1は打ち切りとした。図2は工程2の成績を示したものである。開始日はX5で、訓練開始後12日目に合格レベルに達していることが読み取れる。しかし、そもそも基本作業課題は、導線の切断・導線の取り付け・半田付けまでを含めて一つの作業課題であり、半田付けは安全上除いた上に、工程1の結果から基本作業課題は実施しないで終了した。このことから指導員の期待感が生じることなく、訓練生には疲労感とむしろ指導員への不信感が見られた。

(2) 手順2の結果

①簡易作業課題

簡易作業の成績を図3～図7に示した。横軸は手順2を開始した日からXX1・XX2・XX3・・・と表記した。



「ネジの選別(作業1)」では、比較的短期間で合格レベルに達したが、訓練生に「出来た」という達成感は見られず、同時に指導員にも期待感はなかった(図3)。訓練生には様々なことに挑戦して可能性を探ることの大切さと、少しでも出来たことに対するフィードバックを繰り返し行った。

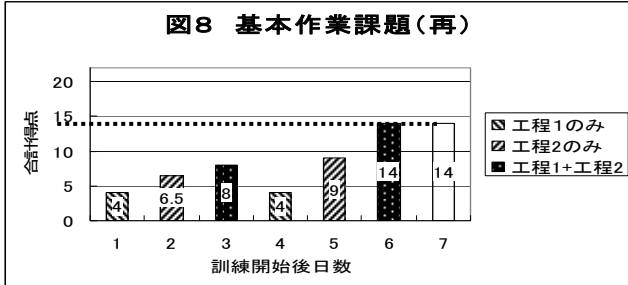
「ネジのビニール袋入れ(作業2)」と「ビニール袋とじ(作業3)」についても、訓練開始当初から訓練成果が現れ始めたことから、訓練生・指導員ともに「出来るのでは」という期待感が芽生えた(図4・図5)。しかし、「ビニール袋とじ(作業3)」のXX18・XX19に成果が現れなくなり、「ビニール袋作り(作業4)」を実施した。

「ビニール袋作り(作業4)」は、作業説明時から訓練生の取り組み姿勢に積極性がみられた。実際に実施したところ、短期間で合格レベルに達し、訓練生の達成感が十分にみられた(図6)。「ビニール袋作り(作業4)」が全体として上首尾にいったので「ネジのビニール袋入れ(作業2)」と「ビニール袋とじ(作業3)」を再度実施し、それぞれ良好な成績を得ることが出来た。

「色鉛筆整理(作業5)」は、取り組みの姿勢は引き続き積極性が見られたが出来なかった。しかし、指導員に期待感があり訓練生にもそれに応えようとする態度があったために課題を継続して行うことが出来、その結果出来始めると比較的短期間で合格レベルに達した(図7)。

②基本作業課題(再)

基本作業課題の再試行の成績を図8に示した。訓練開始後6日目に合格レベルに達した。細かく見ると訓練1日目に工程1を実施していきなり得点が表れた。訓練3日目には工程1と工程2の一連の作業が実施可能となった。



(3)作業構成の類似性

表1 作業ごとの問題行動の発現

(手順1)

問題行動 作業内容	①	②	③	④	⑤	作業の 合否
工程1 導線の切断	有	有	有	有	有 易怒性	不合格
工程2 導線の取り付け	有	—	有	有	—	合格

(手順2)

問題行動 作業内容	①	②	③	④	⑤	作業の 合否
作業1 ネジの選別	—	—	—	有	有 弁別困難	合格
作業2 ネジのビニール袋入れ	—	—	有	—	—	合格
作業3 ビニール袋とじ	有	—	有	—	有 弁別困難	合格
作業4 ビニール袋作り	—	—	—	—	—	合格
作業5 色鉛筆の整理	—	—	—	有	有 弁別困難	合格
基本作業課題 (再)	—	—	有	—	—	合格

表1は、作業中の問題行動の発現について、それぞれの作業ごとに表したものである。問題行動が発現した場合には「有」、ない場合には「—」と表記した。表1から、手順1と手順2との課題構成の類似性は低かった。

4 考察

初期評価時の基本作業課題の実施結果からは、従来の訓練カリキュラム課題ではどの課題も実施困難と思えた。実際、手順1を実施したが、合格レベルには

達しなかった。手順1は、高次脳機能障害を補うことでの支援に重点を置き、従来の訓練課題を細分化したものである。実際、障害に対する細かい配慮をしながら、訓練を3週間にわたって連日行ったが、特に工程1は合格レベルに達しなかった。

そこで、指導法を変えて、手順2を実施することにした。主な変更点は、最初に簡易作業課題を行うことである。つまり、簡易作業課題を導入することによって、訓練生に達成感を与えると同時に、指導員にも「やればできるのでは」といった期待感を抱かせるのではないかと考えた。実際、5つの簡易作業はいずれも比較的短期間に合格レベルに達した。省みれば、このことにより、指導員に「再度、基本作業課題を実施すればできるのではないか」という期待感を抱かせたのであろう。そして、予想通りに、その後実施した基本作業課題も比較的短期間に合格レベルに達した。

これらの結果から、我々は次の作業仮説を検証できたものと考えている。すなわち、少しずつではあるが指導員が訓練効果があることへの確信を掴み、また、訓練生も達成感が得られていくことで自信を掴んでいき、指導員の訓練生への期待度の向上が、よりお互いの信頼関係の向上につながり、動機付けが高まっていく。

しかしながら、今回の方法で除外できない要因としては、手順1の先行経験による学習効果を考える必要がある。ただ、学習効果については、手順1と手順2の課題構成の類似性の観点から検討を行ったところ、手順1での基本作業課題と手順2での簡易作業課題とは類似性が低いことが示された。すなわち、このことは、簡易作業は基本作業課題に対して特段の練習になっていないことを示しているものと考えている。

今後は、手順の実施順序を入れ換えるなどして学習効果の要因を除去すべく方法論を洗練し、あわせて例数を増やして、一般化しえるかどうか検証していきたい。

引用文献

- 1) 高次脳機能障害支援モデル事業 国立身体障害者リハビリテーションセンター病院作業部会編集：高次脳機能障害について理解を深めていただくために。(2001)
- 2) 蓮見将敏 カウンセリング辞典 「ピグマリオン効果」

高次脳機能障害に対する医療機関と職業リハビリテーション機関との連携による就労支援の取り組み その①

ーリハビリテーション医の立場からー

○青木 重陽(神奈川県リハビリテーション病院リハビリテーション科 医師)
泉 忠彦・千葉 純子・飯塚 治樹・伊藤 豊・山本 和夫・松元 健(神奈川県リハビリテーション病院)
矢代 美砂子・船津 正悟(神奈川県障害者職業センター)

1 はじめに

高次脳機能障害者の就労支援を考える場合、医療リハビリテーション(以下「医療リハ」という。)が終わり職業リハに入る前に、その前段階の訓練を行うことがより円滑なリハのために望ましく、この点は平成13年から平成18年まで実施された高次脳機能障害モデル事業でも生活訓練や職能訓練前の訓練といった形で指摘がなされた¹⁾。しかし、医療リハと職業リハとをつなぐために、具体的にどのような訓練を行うのがよいかは明らかでない点が多く、またお互いの連携においては種々問題点があることも報告されている(表1)²⁾。

神奈川県リハビリテーションセンター(以下「当センター」という。)では、神奈川県障害者職業センター(以下「職業センター」という。)と連携し、ここ数年多くの高次脳機能障害者の就労支援を行ってきた。その支援は、医療リハ機関と職業リハ機関の間をつなぐ際に必要と思われる支援も包括がされていると考えている。今回、連携の実態をリハビリテーション科医師(以下「リハ医」という。)、病院所属の職能科、障害者職業センターのカウンセラーの立場から報告する。最初となるこの報告では、当センターと職業センターの連携による就労支援の実態を就労がなされた事例を中心に報告し、考察を加えたい。

表1 医療リハ機関と職業リハ機関との連携における課題

医療リハ側から見た職業リハ機関との連携の課題
①地域障害者職業センターの役割・機能などの情報提供をしてほしい
②地域障害者職業センターの相談・支援の基準がわからない
③受け入れ体制に問題がある(能力レベルの敷居が高い、受け入れまでに時間がかかる)
④フィードバックがない(紹介したケースの情報のフィードバックを多くしてほしい、就労後の長期的フォローアップをお願いしたい)

職業リハ側から見た医療機関との連携の課題
①地域障害者職業センターの役割や機能についての理解不足がある
②利用のタイミングのずれや障害程度の認識のギャップがある
③障害についての、本人や家族への説明不足や職業前段階での支援不足がある
④地域支援システムの不備や連携の重要性の認識不足、医療機関へのPR不足がある

(文献2)より、一部改変)

2 対象

過去2年間に当センターの職能科と職業センターとが連携し、就職がなされた高次脳機能障害者9例を対象とする。受傷(または発症)時年齢は28～50歳平均38.7±7.65歳、全て男性であった。原疾患は、頭部外傷2例、くも膜下出血2例、脳梗塞2例、脳内出血1例、結核性髄膜炎1例、てんかんによる側頭葉切除術後遺症1例である。復職5例、新規就労4例であった。

3 方法

当センターと職業センターとでは、以下のような点に留意して就労支援を行っている。

(1) 就労支援の時期

就労支援に適切なタイミングがあることが報告されている³⁾。一方でその時期を示す指標は見つかっていない。就労においては職場も含めた複数の要因の影響が考えられ、この時期を明確に示すことは容易ではないのかもしれない。当センターでは、①医学的問題が安定していること②生活が安定していること③通勤ができること④週5日程度働けるだけの肉体的体力、精神的耐久性があること、を就労支援を考え始める際の目安としている。

(2) 評価

高次脳機能障害の評価には、画像、神経心理学的検査、行動観察を合わせて総合的に判断することが必要である。就労支援においても、主に当センターが中心となり、画像(頭部MRI、頭部SPECTなど)を撮影し、神経心理学的検査を行い、訓練中の行動観察結果を含めて総合的に評価している。さらに、当センターでは、臨床心理士、リハ医が中心となって、単純な数値だけでなく検査結果に解釈を加えて意味付けを行っている。

高次脳機能障害がある場合、口頭説明だけの理解は難しいため、これらの評価結果は原則的に書面にして渡している。手間は決して小さくないが、書面にして渡す方がむしろその後に見れるより大きな手間を省くことになっていると考えている。この書面はその後関わる支援者に障害の情報を知らせる際にも役立つ

ようである。

(3) 当事者へのアプローチ

高次脳機能障害に対する認識を高めることは代償手段の獲得や対人技能の向上のために有効であり、就労支援に際しても障害認識が高い方が有利であると考えられる。しかし、高次脳機能障害の障害像は人それぞれ異なり、加えて症状として病識低下を持つことも少なくないことから、高次脳機能障害当事者(以下「当事者」という。)が自分の障害を必要十分に認識することは容易ではない。

当センターでは、口頭や書面で当事者に障害を説明することを行うのみでなく、障害認識を高めるための幾つかのプログラムを有している。通院プログラムはその一つで、4ヶ月を1クールとする包括的な通院グループ訓練である⁴⁾。他に当センター職能科における模擬職場訓練や職場実習訓練もある。当事者はこれらの訓練で自分自身の障害を実際の体験を通して理解するよう促される。また、これらの訓練は当事者の肉体的体力や精神的耐久性の向上にも役立っている。

家族の障害理解を高めることも大切なアプローチである。当事者だけでなく家族にも障害を書面を含めて説明し、かつ当事者と一緒になるべく通院プログラムなどの訓練に参加してもらい、実感の伴った障害理解をしてもらうよう努めている。

これらの能力は次に述べる職場環境へのアプローチと相補的な関係にあり、障害認識が十分でなくても職場環境の設定次第では就職は可能な場合もある。すなわち職場が非常に協力的で、例えばただ居てくれさえすればいいといった条件で就職を認めてくれるなら、就職は可能となるときもある。実際に就職してから障害認識を高めることになるケースも存在する。その意味では障害認識は必ずしも就職に必須な条件ではないのであろうが、最低限の障害認識がないと職場が多大な負担を担うことになり、長期の安定した就労にはつながらないことが多いようである。ポイントは、当事者・家族ともに就職に際して、仕事遂行技能の回復にばかり目が行きがちで、それに比べて他の代償手段獲得や対人技能向上も必要であるという認識が足りないことが多いという点である。この部分には何らかのアプローチをした方が後の経過が円滑に進みやすいと考えている。

(4) 職場環境へのアプローチ

職場環境へのアプローチも、円滑な就職のために大切なことと考えている。

職場への情報提供は必ず行っている。ここでは本人の評価結果を伝えるのみでなく、就職するとどのような問題が起こる可能性があるかもなるべく具体的に予

測し説明するよう努めている。一方、高次脳機能障害者の場合、障害の特性から職場という実際の環境の中でしか獲得ができないこともあるため、職場外の訓練のみでは完全な状態になることは不可能であり、職場で回復を図らざるを得ないこともあることを説明し理解協力を求めている。

なお、当事者・家族にある程度の障害認識が無いと情報提供や職場環境設定を拒否することも起こる。こういった支援導入のためにも障害認識を高めるアプローチは必要であると考えている。

(5) 就職後フォローアップ

高次脳機能障害者の場合、就職後の離職率が高いことも報告されており⁵⁾、そのフォローアップも大切である。長期間のフォローアップに努め、当事者・家族に問題発生時にはすぐに相談するよう説明し、相談があった時には当センター・職業センターともに直ちに対応できる体制をとっている。早期対応することで問題解決も容易となり、安定した就職が可能となる。

以上述べてきたような就労支援のプロセスで、当センターと職業センターとの連携の中で実際にどのように支援がなされどう互いの役割を分担してきたかを検証する。

4 結果

(1) 相談の窓口

対象9例のうち、就労支援に関して当センターから職業センターに連携協力をお願いしたものが4例、一方最初職業センターに相談が入り、その判断で当センターに連携協力をお願いされたものが5例あった。いずれも連携はスムーズで、当事者にとって最適と判断される支援の導入から開始された。

(2) 評価

9例全例に当センターで画像と神経心理学的検査を施行し、うち2例は詳細に評価するため短期入院の形をとった。いずれも数値だけでなく結果に解釈を加えて示し、全例で当事者家族の同意のもと職業センターにも結果を伝えた。不明な点がある場合は当センターと職業センターで直接連絡を取りあって確認も行った。

(3) 当事者へのアプローチ

全例で当事者及びその家族に高次脳機能障害に関する説明がなされた。さらに3例は通院プログラムに参加し、障害理解の促進がはかられた。

(4) 職場環境へのアプローチ

復職した5例は、いずれも1回以上は職場の関係者と面談を持ち、この時にはリハ医、職能科担当者を含む当センタースタッフ並びに職業センタースタッフが参加した。新規就労4例は職業センタースタッフが中心と

なって当事者の高次脳機能障害について職場に情報提供を行い、適切な職種選定、職場環境設定などが行われた。

ジョブコーチ支援は計4例が利用しており、内訳は新規就労が3例、復職が1例であった。

受傷(または発症)から就職までの期間は、8～57ヶ月平均26.6±15.6ヶ月だった。

(5)就職後フォローアップ

就職後のフォローアップ期間は平均10.0ヶ月である。全例ともに就職が継続できている。フォローアップの中で問題が出現したケースもあり、当事者が訓練のつもりで始めた毎日の読書が却って疲労を招いた、仕事を続ける中で病識が少しずつ回復しその結果鬱になったなどの内容であった。いずれも本人や家族がすぐに相談し、病状を正しく理解し対応することを促す(読書を一時止める、回復の結果起こっていることなので落ち込む必要が無いことを伝えるなど)ことで問題は解決している。

5 事例

31歳、男性。溶接工として約15年会社に勤務。平成18年10月くも膜下出血を発症。A病院に搬送され、前交通動脈破裂脳動脈瘤の診断で血管内塞栓術を受ける。同年12月にB病院回復期病棟に入院しリハを受け、平成19年1月同院を退院した。この時、医学的治療は終わったので復職のために職業センターに行くように言われ、B病院の通院は終了となった。同年1月職業センターに来所され、その紹介で同年2月当センターリハ科を初診する。

初診時所見・検査結果:手足の麻痺は無く、独立歩可能。神経心理学的検査の結果は表2にある通りである。行動の観察からは、自発性の低下が伺われた。

経過:高次脳機能障害の評価結果を本人・家族に説明し内容を書面として渡した(表2)。通院プログラムを利用してもらい、家族も積極的に一緒に参加してもらった。その結果、本人の障害についての理解が高まり同時にわからない時には周囲に合図を出す等の対応法も獲得し、また家族も協力して本人の状態を観察・報告してくれるようになった。職場とは、リハ医、職能科担当者、職業センター担当カウンセラーと職場の上司との間で情報交換をする機会を設け、本人の障害についての情報提供を行い、また現場を見学させてもらった。その後も職業センター担当カウンセラーを中心に職場との情報交換を継続しまた現場を想定して職業センターで作業訓練を行い、復職がなされた。

表2 当事者・家族に渡した評価結果書面

〇〇様の医学的現状についてご報告申し上げます。

病名 くも膜下出血
障害 高次脳機能障害
現在の評価

【頭部画像検査】

頭部CT:治療に使用したコイルが見え、脳室もわずかに拡大気味ですが、他に所見を認めません。

【神経心理学検査】()は平均値または標準値

WAIS-III:言語性IQ92、動作性IQ113、全IQ101(100±15)

TMT-A:84秒(66.9-70.9)・TMT-B:106秒(83.9-90.1)

記銘力(三宅式記銘力検査):有関係6-8-10(平均8.5-9.8-10.0) 無関係0-0-1(平均4.5-7.6-8.5)

WMS-R:言語性85視覚性111一般91注意/集中116遅延再生94

PASAT:初発28

BADS:総プロフィール点23

KWCST:step1達成カテゴリー5保続0セット維持困難1

【まとめ】

①身体機能障害

身体機能に大きな問題は認めませんが、体力低下はあります。

②高次脳機能障害

前医で、注意障害、記憶障害、前頭葉機能障害が指摘されています。

注意は、単純なことは正確かつ迅速に処理できるが、処理量が増えたり複雑化すると処理の精度が低下します。記憶は、即時記憶は低下がありません。日常の出来事を自ら思い出すこと、先の予定を自発的に立てていくことは苦手のようです。

単純な課題は平均範囲でできますが、処理量や複雑さが増すと対処に困難が出てきます。処理量や複雑さが増すと、注意が低下するだけでなく、それに対処するために自分で工夫することも難しい状況があります。

問題や指示が明確に提示されれば課題を理解する能力は高く集中して考え問題解決に至ることができます。

漠然とした状況や同時に様々な処理をしなければならぬような状況への対処は苦手と予想されます。一方で、きちんと決まったことはきちんと処理することができます。

【今後について】

職場に説明に伺います。当日は御本人さんと当院スタッフ、障害者職業センタースタッフが伺う予定です。以下の確認しておく必要があります。

今の仕事は、自分一人でこなす内容が多いこと、臨機応変の対応を要求される所もあること、危険との兼ね合いから責任も重いことなどから、簡単にはいかない可能性はあります。

職場からは、完全に状態が戻ってから復職してほしいこと、現状と今後の見通しを知りたいこと、今職場に戻れる状態を知りたいこと等を確認されるかもしれません。

神奈川県リハビリテーション病院
リハ医学科

6 考察

医療リハ機関から見た場合、職業リハ機関は能力レベルの敷居が高く相談・支援の基準がわからないと感じている。一方、職業リハ機関から見た場合、利用のタイミングのずれや障害程度の認識にギャップがあり当事者や家族への説明不足や職業前段階での支援不足があると感じている²⁾。このことはいずれも医療リハと職業リハの間にまだ汎化されていない必要なプロセスが存在することを示唆している。職能訓練前の訓練と

呼ばれるものがこれにあたると思われる。しかし、その具体的な内容はまだ不明な点が多い。まず、その必要な支援が何であるのかを明確にすることが必要である。その支援をどこがどういう形で行うかということはその先の問題となろう。

当センターと職業センターでは、お互いに連携をしながら高次脳機能障害の就労支援を行い、就職が達成された事例を重ねることができた。これらの事例では高次脳機能障害者の就労支援が成し遂げられるために必要な支援が包括されているはずである。今回の検討結果からは、当事者・家族の障害認識、職場の理解と環境調整などが大切であることが示唆された。ただし、実際の方法としては簡単な情報提供などで用が足りるのではなく、書面にした情報提供や訓練プログラム利用などによる相当に綿密な支援の必要性も示唆されている。

当センターは、医療リハ機関、福祉機関の複合体として存在している。職業センターと連携をした場合、どの窓口から相談があっても最適の支援を提供しやすい土壌がある。ただし、一方で当センター職能科、職業センターともに事例に応じて本来の役割という枠を超えた対応をしている事実もある。どの施設が役割をどう分担するかということは、時には本来の役割を超えてフレキシブルに対応する姿勢も必要であると考え。それが行きやすいシステムの整備、人材育成の整備も望まれるところである。

医療機関は就労支援の最初に関わる部門である。この初期の段階からその後の就労支援について熟知しリハ計画を策定していくことが望ましい。従って、医療機関への啓蒙なども大切な要項である。そのためにも症例を重ね具体的に必要な支援の内容などをより詳細に明らかにしていきたいと考えている。

7 まとめ

高次脳機能障害者に対する当センターと職業センターとの連携による就労支援の取り組みについて、就職がなされた9例の経験を中心に報告をした。医療リハと職業リハの間をつなぐために必要な支援があることが示唆された。この支援の具体的な内容について示唆を行った。円滑な連携のために、システムの整備、医療機関への啓蒙などが望まれる。

- 1) 長岡正範: 標準的訓練プログラム. 中島八十一、寺島 彰編: 高次脳機能障害ハンドブック診断・評価から自立支援までpp71-106, 医学書院, 2006
- 2) 田谷勝夫: 高次脳機能障害に対する理解と研究モデル事業の試行. 職リハネットワークNo.60; 5-8, 2007
- 3) 障害者小規模授産施設工房笑い太鼓、愛知障害者職業センター豊橋支所: 福祉施設を利用する高次脳機能障害者の一般就労の実現に向けた取り組み-愛知障害者職業センター豊橋支所と工房笑い太鼓との連携の過程から-. 職リハネットワークNo. 60; 21-25, 2007
- 4) 橋本圭司、渡辺 修、他: 脳外傷者に対する通院プログラムの試み. リハ医学No.40; 699-706, 2003
- 5) 長谷川真也: 職業リハビリテーションのトピックス; 高次脳機能障害. 総合リハNo.30; 823-828, 2002

高次脳機能障害者に対する医療機関と職業リハビリテーション機関との連携による就労支援の取り組み その②

－病院での職能訓練の立場から－

○泉 忠彦(神奈川県リハビリテーション病院職能科 職業指導員)

千葉 純子・飯塚 治樹・伊藤 豊・山本 和夫・松元 健・青木 重陽(神奈川県リハビリテーション病院)

矢代 美砂子・船津 正悟(神奈川県障害者職業センター)

1 はじめに

高次脳機能障害者の就労支援を開始するためには就労支援に至るまでのステップが必要である。このためには急性期医療段階、医学的リハビリテーション段階、社会的リハビリテーション段階、職業リハビリテーション及び社会参加支援段階のどの段階であるのかを支援する側が知る必要があると考えている。高次脳機能障害者への就労支援は一般的に医療段階で診断・評価がなされた後に医学的リハビリテーションによる認知機能に対するアプローチや、社会的リハビリテーションによる社会生活力へのアプローチなどが実施されることが望ましい。これらの各リハビリテーションと職業リハビリテーション支援が必要な段階において効果的に提供され、尚且つ、各リハビリテーションの移行がスムーズにできるように支援することが重要である。

しかし、医療機関と職業リハビリテーション機関の有機的な連携、特に地域障害者職業センターとの連携については、地域障害者職業センターの役割や機能について理解が不足している、地域障害者職業センターの相談のタイミング・支援に関する基準が分からないなどの課題も多い⁴⁾⁵⁾⁶⁾。

神奈川県リハビリテーション病院(以下「当病院」という。)は神奈川県リハビリテーションセンター(以下「当センター」という。)に設置されている病院で、職能科は当病院のリハビリテーション局に所属しており、病院の組織として就労支援、地域生活支援を行っている。職能科の訓練はリハビリテーション専門医(以下「リハ医」という。)の指示で開始され、平成18年度には当センターに属している知的障害更生施設、肢体不自由者更生施設、当病院の入院および外来患者599名の訓練を実施し、その内404名が高次脳機能障害と診断されていた。

今回、職能科が就労支援に関して神奈川県障害者職業センター(以下「職業センター」という。)との連携を行った実践を通して、連携の要素や役割などを検討したので報告する。

2 当病院における連携の形態

職業センターと当病院の最初の窓口は、高次脳機能障害支援コーディネーターが担当している。支援コーディネーターは地域からの相談業務も行っていることから

職業センターとの連携はいくつかの形態に分けられる。

(1)地域からの相談ケースの場合

- ①支援コーディネーター → 職業センター
- ②支援コーディネーター w→ リハ医診察 → 職業センターでの就労支援
- ③支援コーディネーター → リハ医診察 → 職能科評価・訓練 → 職業センターでの就労支援

(2)職業センターから相談ケースの場合

- ①支援コーディネーター w→ リハ医受診 → 職業センターでの就労支援
 - ②支援コーディネーター → リハ医受診 → 職能科での就労支援
 - ③支援コーディネーター w→ 職能科評価・訓練 → 職業センターでの就労支援
- 今回は職能科が関わった連携についてまとめた。

3 事例の紹介

(1)職業センターに支援依頼した事例

事例紹介①

男性、新規就労を希望。

脳腫瘍術後、高次脳機能障害としては注意障害、遂行機能障害、情報処理能力の低下などがあつた。

脳外科手術1ヵ月半後在宅生活となり、地域の相談機関に相談し、同相談機関より当病院を紹介され、5週間評価入院した。入院時および退院後外来で職能科を継続利用した。事務職としての職歴があり、事務系職種への新規就労を希望していた。職能科では評価の一部として職能科作業テスト、浜松式高次脳機能スケール、厚生労働省編一般職業適性検査、VPI職業興味検査を実施した。職能科の訓練課題ではマニュアルを参照しながら進めれば遂行が可能であり、代償手段の活用も可能と思われた。このため職業センターの職業準備訓練の活用を本人および家族に提案して同意が得られ、職業センターへ依頼した。新規就労を果たす。

イ:情報提供(書面)

- ・医療情報(リハ医)
- ・心理評価(臨床心理士)
- ・職能科訓練状況(職能科)
- ・職能科作業テスト結果(職能科)
- ・浜松式高次脳機能スケール検査結果(職能科)

・相談の経緯などの情報(ケースワーカー)

ロ: 情報提供(口頭)

職業センターの相談に同行、これまでの訓練や経緯などについて説明。

ハ: 事業所との窓口

職業センター

事例紹介②

男性、新規就労を希望。

脳出血後遺症(35年前交通事故で脳外傷)、高次脳機能障害としては記憶障害、注意障害、情報処理能力低下、失語症(コミュニケーションは可能)などがあつた。

交通事故での脳外傷回復後は就職した。しかし職を転々として長くて14年間継続した。脳出血発症後は急性期病院を退院して、求職活動を行うが就職できず、在宅生活となった。地域の相談機関に相談し、当病院を紹介される。当病院外来を受診し、神経心理学的検査を受ける。その後職能科において評価を実施した。評価結果は記憶障害の作業に及ぼす影響が大きく、注意障害による見逃しがあつた。また、失語症による言語情報の処理に問題があり、情報量が多いと処理できなかった。しかし、メモを取っており、幕張式メモリーノートを覚えたい希望があること、身体を使った仕事を繰り返すことで手順を覚えられそうなことから、職業センターの活用を提案し、同意が得られ相談となった。新規就職を果たす。

イ: 情報提供(書面)

・神経心理学的評価結果(臨床心理士)

ロ: 情報提供(口頭)

職業センターの相談に同行、これまでの訓練や経緯などについて説明。

・職能科作業テスト結果

・幕張式ワークサンプル

物品請求書作成の結果

作業日報集計の結果

ハ: 事業所との窓口

職業センター

(2)ジョブコーチ支援を活用し、連携した事例

事例紹介③

男性、復職を希望。

脳外傷後遺症、高次右脳機能障害としては知的機能低下、情報処理能力低下、記憶障害、遂行機能障害などがあつた。

受傷後当病院入院、福祉施設活用後、受傷約3年後復職した。会社から自発性の低下、処理速度低下、記憶障害などの相談があり、再評価を目的に入院した。3ヶ月入院後、3ヶ月間当センター内肢体不自由者更生施設を利用した。入院中に復職に際しジョブコーチ活用を本人と家族および会社に対し主治医と職能科職員が説明と提案した(職業センターには事前に連絡)。本人と家族は活用同意したが、会社側はジョブコーチ利用説明してから約3ヶ月後に同意した。会社側の同意を得

て職能科と職業センターの連携による具体的な復職支援を開始。ジョブコーチを活用して復職を果たす。

イ: 情報交換

・本人と家族、職能科職員が職業センターを訪問し、ジョブコーチ活用に向けての相談

・本人および家族、会社、職業センター、職能科職員でジョブコーチ活用の日程調整、計画書等の確認などを会社において3回実施。

・職業センタージョブコーチが職能科訓練状況を把握と調整を実施。

ロ: 情報提供

・職能科の訓練状況を口頭で提供した。

・職業センターからジョブコーチ支援計画書を提供された。

・職業センターからジョブコーチの支援状況報告書を提供された。

・ジョブコーチ支援の終結の報告を受けた。

ハ: 事業所との窓口

・ジョブコーチ支援前の会社への窓口

→ 職能科

・ジョブコーチ支援中の会社への窓口

→ 職業センター

・ジョブコーチ支援終了後の会社への窓口

→ 職能科

(3)職業センターから依頼を受け、職業センターと連携して就労支援を行った事例

事例紹介④

男性、復職を希望。

脳内出血後遺症、高次脳機能障害としては左側空間無視、注意障害などがあつた。

受傷1年2ヵ月後に他病院から職業センターを紹介され、相談した。身体障害者手帳1級を所持していたことから職業センターではまだ職業センターの機能を活用するにはまだ早いと判断し、当病院に依頼した。訓練開始1ヵ月後に本人と家族、会社側人事担当者、主治医、障害者職業カウンセラー、施設生活担当者、職能科担当者との間で復職に向けた協議を行った。身体面、高次脳機能障害などを会社に説明し、会社側から復職の条件等の説明を受ける。職業センターからはジョブコーチ制度等の説明を行った。その後も職業センター担当者と連絡を取り合いながら、職場内リハビリテーション訓練等を実施し、復職した。

イ: 情報提供(口頭)

・身体面、高次脳機能障害について

・ジョブコーチ制度等の活用について

ハ: 事業所との窓口

職業センター

事例紹介⑤

男性、復職を希望。

脳出血後遺症、高次脳機能障害としては注意障害、

記憶障害、情報処理能力低下、問題解決能力の低下があった。

他病院から職業センターを紹介され、相談に行った。障害に対する理解が不十分なことから、職業センターの機能を活用するのは時期早々との判断により、当病院を紹介された。管理職であったが高度な判断を要する仕事は難しい状態であった。当職能科での訓練開始1ヵ月後、本人と家族、障害者職業カウンセラー、ケースワーカー、臨床心理士で復職への支援計画を協議した。その後、主治医が会社側に高次脳機能障害などの説明を行うなどの経過をたどり、その都度職業センターに状況を報告しながら、復職した。

イ：情報提供(口頭)

・身体面、高次脳機能障害について

ハ：事業所との窓口

職業センター

4 連携のまとめ

(1)情報の共有化

イ. 当病院からの情報

当病院では職業センターに情報提供を行う場合には、リハ医が本人および家族に高次脳機能障害について十分に説明し、書面の情報を本人に渡す。職能科の評価・訓練情報も本人に職能科職員が説明し、リハ医の指示の基で本人に書面を渡している。神経心理学的検査や職能科の情報は検査や評価結果だけではなく、その解釈や実際のエピソードを記載するようにしている¹⁾。本人にはその書面情報を職業センターに提供してくれるように協力依頼する。この協力依頼には本人と家族が高次脳機能障害に対して理解を深める必要があり、このアプローチなくして書面での情報提供は難しい。

ロ. 職業センターとの共通言語

情報を提供してもお互いに理解できることが重要であり、特に評価に関しては標準化された基準があることが必要と考える。生活や職業上の影響がどのようなものなのかを共通の尺度で理解しなければならない。医療情報や神経心理学検査結果などの医学的情報に加え、浜松方式高機能機能スケールや幕張式ワークサンプルの評価結果などは理解しやすい。また職能科での行動観察による評価を加えることで、高次脳機能障害に対する認識の度合いも情報提供できると思われる。

ハ. 職業センターからの情報

ジョブコーチ支援計画、ジョブコーチ支援の状況把握書などは書面や口頭で提供される。職業準備支援の状況や職業評価の情報提供に関しては書面での提供はない。

(2)連携の役割分担

イ. 事業所に対する窓口

①職業センターから職能科に依頼があり、就労支援

まで行った場合は職能科がフォローアップまで含め、職能科が窓口になる。

②職業センターが事業所との関わりをすでに持ち、職能科での評価・訓練後、就労支援に移行した場合は職業センターが窓口になる。

③職能科が就労支援を開始してジョブコーチ支援を活用する場合は、当初は職能科が窓口になるが、ジョブコーチ支援開始から終了するまでは職業センターが窓口になる。ジョブコーチ支援終了後は職能科が窓口になる。これは主治医との関わりが継続することが多いためである。

ロ. 職能訓練と職業準備支援

職能科の訓練時間は1コマ40分単位で実施される。病院であることから1日にPT、OT、STなどを職能科の訓練と合わせて行う利用者が多く、職能科の利用は長くても1日4コマ程度(2時間40分)である。当病院と職能科では、高次脳機能障害の診断、障害特性の把握、代償手段の獲得に向けた訓練や環境調整などが必要であることへの理解を促す。高次脳機能障害があることを「知る」、そして「気づく(認識)」、代償手段や環境調整を「身につける」、これらのことを理解するアプローチに重きが置かれた訓練を実施している³⁾。

職業センターでは職業準備支援において代償手段の実践的な活用、事業所への環境調整など就職に直接関わりのあるアプローチに重点が置かれている。高次脳機能障害の職業的な認識を高めることにねらいがある。

ハ. 主治医の参画

連携においてすべての計画に関わることは難しいが、リハ医として必ず計画段階から参画する。事業主や産業医への高次脳機能障害に関わる障害特性や医学知識の説明などは事業所の障害者雇用や労務管理の安心材料などになっている。

ホ. 社会保障制度

連携において社会保障制度の説明や福祉事務所等への手続きなどへの具体的な支援は高次脳機能障害支援コーディネーターが行う。生活の経済基盤の一部を支える公的社会保障制度を活用開始する時期を何時にするのかが、職業リハビリテーションの支援を開始する時期の目安の一つとなり、連携した計画作成には欠かせない点である。

ニ. 地域資源の活用

職業センターに依頼したケース全てが就職できるわけではない。職業評価の段階で就職が難しい判断され、地域の福祉的資源を活用する場合もある。この場合には職業センターと高次脳機能障害支援コーディネーターが福祉施設等利用の協議と選定を行う。

(3)職業センターに依頼する目安

イ. 依頼の目安

明確な数値的な基準はない。以下に示す事項を

目安としている

- 本人が就職を希望している
- 高次脳機能障害の認識をある程度持っている
- 代償手段の必要性を理解している
- 職業センターに一人で通うことができる(通勤)
- 生活リズムの安定が図られている
- 労働に耐えられる体力があること

二. 職能科業務との関係

職能科においても就労支援を実施しているが、職場開拓やジョブコーチ的な活動を積極的に行うことは難しい環境にある。このため、職能科から職業センターに依頼する場合はジョブコーチ支援を活用する以外は新規就労のケースを依頼するが多い。

(4)連携に向けた業務の理解

連携を進めるためにはお互いの業務を理解しあうことが必要である。このため年に4回程度相互に職場訪問を実施し、研修する機会を設けている。職能科では高次脳機能障害についての研修を行い、職業センターから職業準備支援や各種制度などの研修を受ける。また、ケースの情報交換や相談を行い、連携した就労支援を進めている。

5 考察

(1)職能科からの連携への視点

イ. 職業準備支援

職業準備支援では模擬的就労場面での長時間の作業、就業規則に従った作業遂行などが行われる。病院組織内ではこのような作業場面環境の設定には限界があり、社会経験が少ない若年層には訓練の場としてより活用できればと考えている。

職業センターは就職を目標とした支援が業務であるが、職能科の環境では高次脳機能障害の理解が進まないケースに対して、職業準備支援を活用したリアルフィードバックを行い、もう一度職能科に戻しアプローチを行うなど、高次脳機能障害の基本的な理解の場として活用できればと考える。

ロ. ジョブコーチ支援の活用

ジョブコーチ支援は職場において現実的な代償手段や環境調整を行うことから、高次脳機能障害がある人の就労支援の一つの方策である²⁾。実際に最近2年間の3例の連携したジョブコーチ支援の事例は、記憶障害、注意障害、情報処理能力低下、失語症などに問題があり、WAIS-R全IQは55～80であった。また職業センターは連携の中で、ジョブコーチ支援が必要なケースの訓練状況の把握と情報交換を職能科において実施した。職能科においては先に述べたようにジョブコーチ的な活用を積極的に行えない環境であり、有機的な連携の中でジョブコーチ支援を行うことは有効である。

ハ. 職業センターからの情報提供

職業センターからの職業評価の情報提供は少ない。

職業評価の情報は、職業リハビリテーション専門家の視点として、医療機関から職業リハビリテーション機関への移行の基準の参考になると思われる。また、アフターフォローや職能科の評価や訓練に職業センターの視点を反映することができれば移行をより連続的に行えるのではないかとと思われる。

(2)広域就労支援機関として

神奈川県内では高次脳機能障害を持つ方の地域就労支援機関が十分に整備されているとは言えない。神奈川県全域を対象とした広域就労支援機関の中で高次脳機能障害を持つ方の支援に関しては神奈川県総合リハビリテーションセンターと職業センターの取り扱い件数が多い。ハローワーク、地域就労支援機関等を巻き込んだネットワークについても徐々に進みつつあり、就労支援のリーフレットや小冊子の作成、神奈川県や他の広域就労支援機関および相談機関等と共催で研修会を開催した。こうした取り組みを継続して高次脳機能障害を持つ方の就労支援ネットワーク拡充を図っていく。このような活動は普段の連携を土台とした活動であり、田谷⁵⁾が提唱する第3階層の足掛りになるとと思われる。

6 おわりに

これまで述べていた連携は病院組織の職能科が行う就労支援の連携である。全国的にも特殊な環境下での連携であるが、機関の連携として継続したいと考えている。また今後、医療機関から職業リハビリテーション機関への移行に関してのみ述べれば、職能科の機能をどの機関が、どのように担うのが課題となると思われる。

〈引用・参考文献〉

- 1) 青木重陽・他:リハビリテーションチームおよび社会との接点,「総合リハビリテーション34巻6号」, pp569-574, 医学書院(2006)
- 2) 小川浩:高次脳機能障害に対する社会支援の実態—就労支援の現状と実際—,「作業療法ジャーナル40(1)」, pp699-702, 三輪書店(2006)
- 3) 下田正代:頭部外傷, pp170-176, 医歯薬出版株式会社(2005)
- 4) 田谷勝夫:高次脳機能障害者の就労支援—障害者職業センターの利用実態および医療機関との連携の現状と課題—, 障害者職業総合センター調査研究報告書, No. 63, 2004
- 5) 田谷勝夫:高次脳機能障害者の雇用促進等に関する支援のあり方に関する研究—ジョブコーチ支援の現状、医療との連携の問題—障害者職業総合センター調査研究報告書, No. 79, 2007
- 6) 古澤一成・他:医学的リハビリテーションと職業リハビリテーションとの連携上の問題点,「リハビリテーション医学V0L, 42No1」, pp24-29, 医学書院(2005)

高次脳機能障害者に対する医療機関と職業リハビリテーション機関との連携による就労支援の取り組み その③

—神奈川障害者職業センターでの事例より—

○矢代 美砂子（神奈川障害者職業センター 障害者職業カウンセラー）

船津 正悟（神奈川障害者職業センター）

泉 忠彦・千葉 純子・飯塚 治樹・伊藤 豊・山本 和夫・松元 健・青木 重陽
（神奈川リハビリテーション病院）

1 はじめに

平成13年4月から平成18年3月まで5年間「高次脳機能障害支援モデル事業」は、厚生労働省が国立身体障害者リハビリテーションセンターに取りまとめを委託して実施している（※詳しいモデル事業の内容、経過等については以下、HP参照<http://www.rehab.go.jp/ri/brain/index.shtml>）。

平成18年度からは、高次脳機能障害支援モデル事業の成果を踏まえ、障害者自立支援法の都道府県地域生活支援事業の一環として「高次脳機能障害支援普及事業」が開始された。この事業は都道府県に支援拠点機関を置き、高次脳機能障害者に対する専門的支援や地域支援のネットワーク形成、支援者養成などをおこなうもので具体的には支援拠点機関に支援コーディネーターを配置して専門的相談を行ったり、支援拠点機関が中核となり関係機関の連携促進や関係機関の職員研修を行うというものである。

神奈川県内でも平成17年度より神奈川県総合リハビリテーションセンター（以下「神奈リハ」という。）内の神奈川県リハビリテーション支援センターを中心に、高次脳機能障害者への個別支援だけでなく、神奈川障害者職業センター（以下「神奈川センター」という。）を含めた関係機関との連携強化や啓発、当事者組織「NPO法人脳外傷友の会ナナ」との共同事業、モデル事業後の神奈川県における高次脳機能障害への支援態勢作りを実施している。また、神奈川センター、神奈川県障害者就労相談センター、神奈リハの広域を対象にした就労支援機関が高次脳機能障害者支援のための就労支援作業部会も設け、それを契機に新たな連携事例の件数を現在も重ねている。

神奈川センターにおいても同年から先述の高次脳機能障害者支援事業を介した取り組みにより神奈リハからのケースは復職支援だけでなく新規就労支援の相談、連携事例が増えてきており（表1参照）、各ケースの相談にあたっては、両方の機関の役割につ

いて十分に理解し、ケース像についてズレがないよう日常的な情報共有を行う他、就労後もケースについて神奈リハの専門医やスタッフと連携し、職場での状況伝達、必要に応じて助言等を行うことによりスムーズな就労移行と安定就労に繋がっている。

2 目的

今回は、平成17年度の「就労支援作業部会」の報告から、県単独事業で実践してきた高次脳機能障害支援策「就労支援作業検討会」での取り組みより、高次脳機能障害に対する就労という目標に向けて神奈リハと神奈川センターが連携して行った就労支援の1事例を報告する。併せて、2年間の連携事例を通して、継続的な支援を効果的に実施するために医療と職業リハビリテーションの連携についてのポイントやどの地域においても共有化、普遍化できる要素について考察したい。

3 現在の連携状況について

（1）神奈川センターと神奈リハとの連携状況

新規・復職の就労支援における神奈川センターと神奈リハとの連携状況については、平成17、18年度合計28人のケースについて連携して支援を行った（表1参照）。28人の支援対象者の内、22人が新規支援にかかる連携。うち神奈リハからの相談依頼のケースは9名。具体的な連携は、以下に示す。

（2）具体的な連携

イ. 新規就労支援における連携

【神奈リハからのケースの場合】

通院プログラムまたは、職能科でのプログラムいづれかを利用し、主に障害特性にかかる診断、神経心理学的検査、認知リハビリテーション等受け作業遂行に係る補完手段の獲得に向けた訓練を終了したケース。就労にむけた職業相談後、新規就労を目指し神奈川センターの事業、もしくはハローワークからの求人票をもとにした事業所・職域開拓から始ま

る。また、復職にあたって JC 支援が必要な場合など、必要に応じて事業所へ神奈川センターと神奈リハ、各担当同士での同行あり。

【神奈川センターからのケースの場合】

インテーク終了後、医療的な評価が充分でない、または職業リハビリテーションへの移行時期が尚早な場合は院内のリハビリテーション、再評価を依頼。また、センターにおいて職業リハビリテーション計画策定の際、対処・対応にかかる専門医からの助言、もしくは院内の高次脳機能障害支援コーディネーターにつなぐ。

【就労後】

ジョブコーチ支援事業（以下「JC 支援」という。）を活用し、就職に至ったケースにおいても就労後、障害状況の共有と段階に応じて、専門医より助言あり。

ロ．復職支援における連携

障害理解や移動能力・作業能力に課題がある場合は、神奈リハにて復職相談もしくは、外来評価・訓練を受け、その後、障害への代償方法の獲得や生活自立などが図られ、就労支援機関と医療機関と協働で職場へのアプローチをおこなう。

4 事例紹介

（1）事例

A さん 男性 40 代 大学卒業後、就職。生産管理業務 13 年勤務。平成 14 年意識障害で発症した結核性髄膜炎とそれに伴う脳梗塞。神奈リハにて高次脳機能障害と診断。外来通院により評価、通院プログラム（集団通院訓練等）を行う。知的能力は回復するも著しい記憶障害が残る、さらに遂行機能障害、自発性の低下、軽度の失語症がみられた。通院プログラム終了後、単独で就職活動するもうまくいかず専門医よりセンターに連絡が入る。職業相談後、新規就労を目指し、神奈川センター職業準備支援事業と院内の通院プログラムを利用し、現実的な職業選択にむけた①一定の障害認識②雇用条件についての理解（特に前職との雇用条件の違いについて）③家族の理解を促し、就職活動にあたっての準備を整える。障害特性や特性に応じた職種選択を本人の同意のうえで行う。事業所とのマッチングにあたっては①障害者雇用に積極的な事業所②障害特性・能力に応じた作業捻出が可能な事業所を中心に行う。結果、人材サービスの事業所に事務職として就職。雇用と同時に JC 支援実施。職場では、作業指示の理

解・保持は概ね可能、職場内の人間関係は良好、無理のない形で職場の支援が得られている。現在は、ジョブコーチがフォローアップを行い継続就労している。JC 支援では記憶障害、失語症にかかる理解や補完手段について職場の配慮を得られるように職場環境の調整を行った。また、就労後も職場状況、タイミングに応じて専門医からの助言や職場定着状況など情報共有することで予想される課題への予防的観点を持ちながら支援をすることで安定就労に繋がる。

5 連携を通じて

これまでも医療機関と職業リハビリテーション機関の連携のあり方について研究³⁾・論議されており、地域性や支援機関の性質などによって連携の仕方に各地域独自の連携モデルがあるように思う。

高次脳機能障害者に対する職業リハビリテーションにおいては、障害への補完手段の獲得や自身の障害についての気づき、理解・受容が就労後の職場適応についての大きな要因となる。高次脳機能障害者の多くは、必要に応じて医療リハ、社会リハ、職業リハを必要とし、協働作業が求められる。特に医療リハと職業リハの連携は、受傷・発症状況や支援の方向性からの連携だけでなく各支援の段階・タイミングで各々の機関が持つ専門性を状況に応じて効果的に提供する必要がある。

神奈リハ内のリハ医、ケースワーカー、臨床心理士、職能科のスタッフ等と必要に応じて連携することによって、長期的な支援が可能となり、互いの役割を分担して取り組むことで各々の支援役割や高次脳機能障害への理解がより深まり、支援力の向上が図られている。さらに、就労後も不適応が起きた場合は医療側と連携を取り、適宜支援にあたっての助言・相談を繰り返すことで就労支援場面に於いて常防線を張ることで安定就労に繋がっている。

具体的な連携については、情報共有を基本に実施しているが医療リハ・職業リハの間に「言葉の壁」が存在するのも事実である。各々の場で用いられる言葉は専門的・日常的過ぎて使用している側ですら気づかない場合が多い事に気づかされる。そうした「言葉の壁」を取り除く第一歩として、まず神奈川センターと神奈リハでは評価結果など①評価数値だけでなく作業をイメージした解釈をつける②本人にもわかりやすいように具体的な言葉で表現することで連携の強化に努めている。

就労支援をする側にとっては、高次脳機能障害に関する神経心理学的評価結果等を得ることは効果的な支援の実施に非常に有効であり、様々な連携の事例から、連携にあたって望まれることを挙げると①お互いの機関の役割や機能について理解があること②支援対象者や利用のタイミングについて共通認識があること③職業センター利用前に本人や家族に対して病院側の支援が行われていること④リハビリ分野の言語共通理解だと思われる。

また、連携していくことで培われていくものを挙げてみると①障害についての知識が深まる②職場などで問題が起きた時に医療に繋げることで不適応状態になる前の予防策が立てられる③医療情報をもとに支援機関、支援計画、役割分担を明確にできる④医療の現場を知ることによって意思疎通がスムーズになる⑤双方向の支援の方向性の再確認できる。

後藤¹⁾によれば、支援力の諸側面には①機関同士の意味疎通がスムーズにいく風土づくり（協働力）②制度を熟知する活用する力（活用力）③他分野との共通性を見いだすことで、支援技術を高めたり、支援の担い手を増やすこと（模倣力）④ニーズのあるところにかけていく（機動力）がある。特に③では、高次脳機能障害の特性を際立たせるよりも、むしろ他分野との共通性を訴えてマンパワーを引き出す方が得策と述べている。

現在、神奈リハから神奈川センターへつながれるケースのニーズでもっとも多いのは、新規就労支援のニーズであり、今後もますます増えていく事が予想される。新規就労にあたり、神奈リハより神奈川センターに期待されていることは、ハローワークからの求人票をもとに障害に応じた職種内容、事業所の障害者雇用の考え方など十分に整理し、本人と事業所とのマッチングを現場レベルで調整する事である。

平成17年度より連携実施してきた神奈川センターと神奈リハの連携については、田谷³⁾の言う「高次脳機能障害支援ネットワーク」のモデルで連携支援を行ってきた。田谷によれば、ネットワークモデルは三層構造からなり第一層は事例レベルでの連携支援、第二層は地域レベルでの連携支援、第三層は専門家レベルである。

高次脳機能障害支援普及事業により神奈川県では第二層の地域レベルでの連携支援である各関係機関が役割分担を担いながら効果的な支援を目指す取り組みが着実に成果をあげてきている。

連携については、障害者職業総合センターでは高次脳機能障害の支援体制作りに向けた研究モデル事業の取り組みを開始しているが、県内においても第三層の専門家レベルでの連携支援をどのように構築していくのか、具体化していくのかは今後の大きな課題である。

引用文献

- 1) 後藤 祐之：モデル事業の窓口から「職業リハビリテーション 第19巻2号」pp20-22 七七舎
- 2) 原 寛美：高次脳機能障害ポケットマニュアル 医歯薬出版株式会社 pp172-175
- 3) 田谷 勝夫：「高次脳機能障害に対する理解と研究モデル事業の試行」 障害者職業総合センター（職リハネットワークNo.60 2007年3月）pp5-9
田谷 勝夫：「高次脳機能障害者の就労支援」 障害者総合センター（調査研究報告書No.63 2004年3月）
田谷 勝夫：「高次脳機能障害者の雇用促進等に対する支援のあり方に関する研究」 障害者総合センター（調査研究報告書No.79 2007年3月）
- 4) 厚生労働省・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の手引き」 国立身体障害者リハビリテーションセンター

表 1 連携状況表

神奈川リハセンター連携状況(ケース編)

神奈川リハよりの依頼

<復職相談より連携したケース>

性別	年代	原因疾患	麻痺	高次脳障害分類	手帳の有無	医療情報の有無	医療情報内容	センター支援内容	依頼者	同伴者	経過と転帰	転帰
1	男	40代	無	記憶障害	無	有	活法式、左右顔面、GATB、VPI、OAWorkの教値入力、ピッキング結果	JC支援	県リハ病院 職能科当番	妻	復職支援→神奈川リハUCケース会議→復職	復職
2	男	40代	有	軽度高次機能	身体1級	有	遠隔証明書、生活面の自立度具合を明記	復職相談	市リハ病院 ケースワーカー	妻	復職相談→職能課→復職	復職
3	男	50代	無	半側無視、注意	無	有	神経心理学的検査	復職相談	市立病院 担当	妻	復職に係る助言→診断→復職支援計画策定→復職	復職
4	男	40代	有	失語症、失行	身体1級	有	心理検査書:WAIS-R、CPM(ルーヴン色彩マトリクス)、Rey複製図形模写、Benton複製記号検査	JC支援	市リハ病院	妻	復帰支援→職務試行→JC支援に係る医療的助言→復職	復職
5	男	30代	無	注意・記憶力低下、意欲低下	無	有	医学的評価、職能ヒアリング結果、神経心理学的検査:WAIS-III、TMT-A、三宅式記憶検査、WMS-R、PASAT、BADs、KWVST、FIM/PAM	復職相談	市立病院 sw	母親、sw、ot	復職相談→通プロ、職能課→準備支援→復職	復職
6	男	40代	有	失語症	身体1級	無		復職相談	社内保健師	妻、部長	復職相談→神奈川リハ見学→復職ケース会議→復職	復職
<相談・連携したケース>												
1	男	30代	無		有	無		職業相談	本人	無し	診断依頼→通プロ→職務試行→同事業所雇用	就職
2	男	30代	無	注意・前頭葉低下	無	有	WAIS-R、BADs、作業テスト、運動シミュレーション / 職能科情報(本人作)	職業相談	県リハ病院 職能科担当	母親、氏	相談→業務総合センター利用→診断→職務試行	就職
3	男	50代	無	記憶、失語症	精神	有	診断書(情報手帳用)、心理検査:WAIS-III、TMT、PASAT、語流暢性、三宅式記憶、RBMT、BADs	職業相談	県リハ病院 職能科担当	母親	相談→準備支援→JC支援→手帳申請に係る協力→医療的助言→就職	就職
4	男	30代	無	知的能力低下・注意障害・記憶障害	身体5級	有	主治医意見書	職業相談	ハローワーク	無し	就職活動×→診断	未就職
5	男	40代	有	失語症	身体2級	有	SLTA、WAIS-III、TMT、三宅式記憶、RBMT、PASAT、BIT、KWVST、FIM	職業相談	市立保健師	妻	職務試行×→診断→JC支援に係る医療的助言→就職	就職
6	男	30代	有	記憶力	無	有	診断書	職業相談	市リハセンター	妻、Y氏	インタビュー相談→神奈川リハ利用検討に	未就職
7	男	50代	無	記憶	無	無		職業相談	横浜南青神保 運務労務セクター 内田氏	妻、U氏	相談→神奈川リハについて情報提供	未確認
8	男	30代	有	軽度失語・記憶	身体2級	有	SLTA、WAIS-III、TMT-A、三宅式記憶、RBMT、PASAT、BADs、KWVST、語流暢性	職業相談	県立人材課 担当者	母親	相談→神奈川リハにて相談、診断→福祉	福祉
9	男	20代	有	注意・易疲労性頭葉低下	身体6級 知的B2	有	WAIS-III、TMT、WMS-R、三宅式記憶、PASAT、BADs、語流暢性	職業相談	母親	母親	相談→準備支援→一般バイト支援無し	未就職
10	男	30代	有	記憶、注意	身体2級	有	WAIS-R、三宅式記憶力、TMT、PASAT、KWVST、語流暢性	職業相談	神奈川リハ 支援コーディネーター	無し	相談→神奈川リハ診断、評価→就職活動→職リハ職能開発課	その他
11	男	20代	有	情緒、記憶、遂行、認知	身体1級	無		職業相談	母親	母親	雇用後相談→本人・家族対応方法について神奈川リハより助言→母と相談	就職
12	男	30代	無	固執性・記憶障害・遂行機能	精神2級	有	主治医意見書	職業相談	神奈川リハ	母親	拡大ケース会議→所内評価→準備支援→拡大ケース会議→福祉	福祉
13	男	40代	無	記憶・遂行機能・自覚性低下	精神2級	有	主治医意見書	職業相談	神奈川リハ 支援コーディネーター	U氏	インタビュー相談→準備支援→医療的助言→就職	就職
14	男	50代	有	液体不自由・左下股関節機能不全・左下膝30度以上伸展・右下肢機能障害・右腕機能障害・知覚障害	身体2級	無		職業相談	大和PESO	無し	personからセンターへ依頼→生活面神奈川リハに相談	未就職
15	男	20代	有	軽度失語・記憶・遂行機能	身体5級	無		職業相談	神奈川リハ 支援コーディネーター	無し		未就職
16	男	20代	有	言語機能障害	身体1級 知的B1	無		職業相談	神奈川リハ 支援コーディネーター	無し		未就職
17	男	40代	有	言語機能障害	身体1級	有	主治医意見書、センター職場復帰支援プログラム計画書	復職相談	新潟センター	総合センター FCo、SCo	総合センター→復職プロ→医療相談→新潟	未就職
18	男	30代	無	意欲障害	精神3級	無		職業相談	福祉施設	母親、W氏	福祉機関→神奈川リハリハビリテーションセンター→福祉機関→センター→準備支援	就職
19	男	20代	無	記憶・遂行機能	精神3級	有	主治医意見書	職業相談	神奈川リハ 支援コーディネーター	U氏	神奈川リハリハビリテーションセンター→準備支援→トラリアル×	就職
20	女	20代	無	視覚情報処理の低下・言語、記憶障害	無	有	WAIS-III、TMT、WMS-R、三宅式記憶、RBMT、PASAT、語流暢性	職業相談	NPO法人総合 福祉サポートセ ンター	母親		未就職
21	男	40代	無	記憶障害	精神3級	有	WAIS-III、TMT、三宅式記憶、RBMT、BADs、K-CST、PASAT、語流暢性	職業相談	母親	母親		未就職
22	女	20代	無	機能障害	精神3級	無		職業相談	神奈川リハ 支援コーディネーター	無し		未就職