

# 高次脳機能障害者の就業定着について

## －事業所調査による定着要因の検討－

○青林 唯（障害者職業総合センター社会的支援部門 研究協力員）

田谷 勝夫・伊藤 信子（障害者職業総合センター社会的支援部門）

### 1 はじめに

平成6～19年度に障害者職業総合センター職業センターを利用した脳損傷による高次脳機能障害者の就業状況調査結果（以下「平成19年度調査」<sup>1)</sup>という。）によると、その就業率は71.9%であった。この結果から、通院状況・障害特性・手帳種類といった当事者個人の要因と就業率の間に関連性は認められなかった。

そこで本研究では平成19年度調査回答者のうち、現在就業中である者に焦点をあて、その勤務する事業所での雇用形態や配慮を調査し、職場定着の要因について検討する。

### 2 方法

#### (1) 調査の経緯と対象者

平成19年度調査回答者の中で調査時点で就業中と回答した者84名と、平成19年度調査に回答がなかった者についてその後49名に電話連絡を行い就業中であると回答した24名、計108名を対象者とした。なお、職業センター利用者ではないが自ら調査協力の申し出があった高次脳機能障害者1名を加え、最終的に109名に事業所調査の同意書を送付した。

その結果調査に同意の得られた46名の勤務する46事業所に調査票を送付し、平成20年9月22日時点で24事業所から回答を得た。本抄録ではこの24事業所の結果について報告する（発表会当日では9月23日以降の回答を追加し、最新のデータを用いて報告を行う）。

#### (2) 調査項目

調査項目（24項目）の中から当事者の雇用形態・雇用条件等（問2-5）、事業所としての取り組み（問6-17）、地域障害者職業センター（以下「地域センター」という。）との関わり（問18-21）、ジョブコーチ（JC）支援等について分析・検討する。

### 3 結果

#### (1) 雇用形態・雇用条件

回答者のうち、新規就職者は12名、職場復帰者は11名、不明1名であった。このうち、新規就職者はパート・アルバイトといった雇用形態が多く、復職者では正社員または嘱託社員が多かった。雇用形態の内訳を表1に示す。

表1 当事者の雇用形態（人数）

	新規就職者	職場復帰者
正社員	2	7
嘱託社員	0	3
パート	4	0
アルバイト	2	1
契約社員	3	0
その他	1	0
合計	12	11

#### (2) 事業所としての取り組み

当事者についての評価を見ると、事業所としては当事者の働きぶりについて「かなり満足」、「やや満足」という回答が23事業所中17と多かった。また「不満」に属する回答は1のみと、現状についての評価はかなり高いといえるだろう（表2）。

表2 当事者の働きぶりの評価（回答事業所数）

	新規就職者	職場復帰者	合計
かなり満足	5	1	6
まあまあ満足	4	7	11
どちらともいえない	2	3	5
やや不満	0	0	0
かなり不満	1	0	1

こうした当事者の働きに関して、事業所側が行っている配慮としては「声かけ・励まし」といった回答が最も多く、次いで事業所内職員の「障害理解の促進を実施している」という回答が多かった（表3）。また、回答の中には、作業遂行上の配慮や健康管理、相談支援体制についても触れられていることがわかる。

表3 事業所側の配慮（回答数）

	新規就職者	職場復帰者	合計
声かけ・励まし	6	7	13
障害理解の促進	7	5	12
時間内状況確認	4	5	9
作業内容の工夫	5	3	8
通院・服薬	4	4	8
作業手順書作成	2	2	4
センター・JC助言	2	1	3
障害補完	0	2	2
相談体制の整備	1	1	2
環境整備	1	0	1
時間外状況確認	1	0	1
特になし	0	2	2
その他	1	1	2

注) 複数回答設問

また、雇用前では高次脳機能障害に見られる多くの問題を想定していたにもかかわらず、現時点では問題がない、という回答が優越すること（表4）、また表2に示した高い働きぶりの評価からも、本調査対象の事業所では種々の配慮が効果的に働き、定着を促進していることが示唆される。

表4 それぞれの問題の想定と現状（回答数）

問題	新規就職者			
	雇用前		雇用後（現在）	
	想定内	想定外	問題なし	問題あり
指示理解	6	0	7	4
手順記憶	6	0	6	5
正確さ	5	1	6	5
作業速度	4	2	7	4
優先順位	3	2	8	3
感情統制	3	3	8	3
他者コミュ	1	4	7	4
意欲	3	1	11	1

問題	職場復帰者			
	雇用前		雇用後（現在）	
	想定内	想定外	問題なし	問題あり
指示理解	5	2	8	3
手順記憶	6	1	5	6
正確さ	7	1	8	3
作業速度	5	2	6	5
優先順位	4	3	9	2
感情統制	4	3	11	0
他者コミュ	4	3	11	0
意欲	4	3	11	0

注) 複数回答設問

### (3) 地域センターとの関わりとジョブコーチ支援

業務内容の決定について、どのような情報を参考にしたか、という項目では、地域センターの評価・訓練、またジョブコーチの助言といった回答が多く見られた（表5）。

表5 業務内容と参考情報（回答数）

	新規就職者	職場復帰者	合計
地域センターの評価・職業準備支援	2	7	9
ジョブコーチの助言	3	4	7
参考なし	5	2	7
病院の助言	0	4	4
ハローワークの助言	1	0	1
専門書	0	1	1
その他	0	1	1

注) 複数回答設問

地域センターから提供された情報が「参考になった」、という事業所は有効回答20中10事業所（「どちらともいえない」9、「参考にならなかった」1）であった。またジョブコーチ支援の利用については、1度以上利用した事業所が有効回答22中10事業所（「利用していない」12）であった。

しかし、ジョブコーチの利用とその効果、および支援体制の確立の関係を見てみると、1度以上利用した場合にはほとんどの事業所が効果があり、また支援体制が確立したと回答している（表6）。

また、地域センター以外の支援機関の利用は本調査回答者中では1事業所のみであった。これらから地域センター、ジョブコーチの情報や支援が効果的に働いているといえるだろう。

表6 ジョブコーチ支援の効果と支援体制（回答事業所数）

ジョブコーチ支援の効果			
ジョブコーチの利用	効果		
	効果あり	どちらともいえない	効果なし
1度利用	5	1	0
2度以上利用	4	0	0
利用していない	-	-	-

支援体制の確立				
ジョブコーチの利用	体制			
	確立	だいたい確立	どちらともいえない	確立していない
1度利用	2	1	1	0
2度以上利用	3	1	0	0
利用していない	-	-	-	-

## 4 考察

本研究では、高次脳機能障害をもつ人を雇用している事業所に対してその配慮や取り組みなどについての調査を行った。その結果、多くの事業所で当事者の働きぶりに一定の評価を行っており、またこうした事業所では声かけ・励まし、あるいは事業所内障害理解の促進といった取り組みを行っていることが明らかとなった。地域センターやジョブコーチに関する項目から、これらの機関や専門家からの情報を有効に活用しているということなどが示唆される。

ただし、本研究にはいくつかの問題点と課題がある。2 方法 (1) 調査経緯・対象者の節で述べたように本調査の対象者はその経緯によって限定されている。従って、現在就業場面に適応しており、また地域センターとの関わりも良好であった人のみが回答した結果であるともいえる。職場の定着要因を明らかにするためには、調査に非回答であった人を追跡調査し、そしてなかでも現在就業中ではない人、離職した人の要因をより詳しく調査し、本調査結果と比較していくことが必要である。

## 引用・参考文献

- 1) 青林唯・田谷勝夫・清水亜也: 高次脳機能障害の就業定着について—障害者職業総合センター職業センター利用者の追跡調査—、「第15回職業リハビリテーション研究発表会発表論文集」、p.154-157、障害者職業総合センター（2007）

# 医療機関で利用される心理検査と 職業リハビリテーション現場におけるその認知度

○清水 亜也（障害者職業総合センター社会的支援部門 研究協力員）  
田谷 勝夫（障害者職業総合センター社会的支援部門）

## 1 目的

高次脳機能障害者の就労支援において、関係機関の連携は非常に重要な要因である。Malec (2000)は、「脳外傷によって発生した問題点についての正確な評価や診断が就労場面に伝わらないこと」を脳外傷者の就労阻害要因の一つとしてあげ、就労支援機関と医療機関とが連携することにより、効果的にまた受傷早期から効率的に就労支援を実施できるというメリットを示している<sup>1)</sup>。一方、国内の現状は、田谷(2007)が指摘するように、比較的リハビリテーション専門職が充実している医療機関においてさえ、地域障害者職業センター（以下「地域センター」という。）との連携が必ずしも十分ではない現状があり<sup>2)</sup>、高次脳機能障害者支援における関係機関の連携において、各関係機関がその求められる役割を十分に発揮することが求められている。

以上のような状況に鑑み、昨年度、医療機関を対象として「高次脳機能障害者支援状況および関係機関との連携の現状と課題に関する実態調査」（以下「高次脳実態調査」という。）を実施した。その結果、高次脳機能障害者の就労支援における連携の課題として、地域センターの積極的な広報・情報発信および情報交換といった点が示された。そこで本研究では、高次脳機能障害者の就労支援における地域センターと医療機関との情報共有上の課題として、医療機関から提供されるケース情報の理解という点に注目し、医療機関において使用頻度の高い心理検査と職業リハビリテーション分野で認知度の高い心理検査とを比較し、関係機関間での円滑な情報共有のあり方について考察を行った。

## 2 方法

### (1)心理検査使用頻度（医療機関）

昨年度実施した高次脳実態調査のデータから、「高次脳機能障害の診断・評価において、使用している検査、評価ツール」に関する回答を集計して使用した。同設問の選択肢の詳細は表1に掲載した。

同調査の調査対象は、高次脳機能障害者の「診断・評価および訓練は実施しているが就労支援は実施してない」と回答した医療機関218ヶ所（回答101件、回収率47.7%）であり、その施設基準

は、ほとんどが脳血管疾患等リハビリテーション（I）、運動器リハビリテーション（I）、呼吸器リハビリテーション（I）となっている。高次脳実態調査の詳細については障害者職業総合センターの調査研究報告書No. 84を参照されたい。

表1 高次脳実態調査の検査・評価ツール選択肢

カテゴリ	検査・評価ツール名	
意識	意識障害スケール JCS: Japan Coma Scale	
	グラスゴー・意識障害スケール GCS: Glasgow Coma Scale	
知能	ミニメンタルテスト MMSE: Mini-Mental State Examination	
	長谷川式簡易知能評価スケール HDS-R: Hasegawa's Dementia Rating Scale Revised	
	ウェクスラー成人知能検査 WAIS-R: Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised	*
	コース立方体組合せテスト KOHs: Kohs Block Design Test	*
注意	トレイル・メイキング・テスト TMT: Trail making test	*
	PASAT PASAT: Paced Auditory Serial Addition Test	*
	仮名拾いテスト	*
記憶	ウェクスラー記憶検査 WMS-R: Wechsler Memory Scale Revised	*
	三宅式 記憶力検査	*
	ベントン視覚記憶検査 BVRT-R: Bentons Visual Retention Test Revised	*
	リバーミッド行動記憶検査 RBMT: Rivermead behavioral memory test	*
	Reyの複雑図形テスト ROCF: Rey-Osterrieth complex figure test	*
遂行機能	ウィスコンシン・カードソーティングテスト WCST: Wisconsin card sorting test	*
	遂行機能障害症候群の行動評価 BADs: Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome	*
	ハノイの塔 THP: Tower of Hanoi puzzle	
言語	標準失語症検査 SLTA: Standard Language Test of Aphasia	*
	WAB失語症検査 WAB: The Western Aphasia Battery	*

回答にあたっては、カテゴリ名は表記せず、日本語表記と英語表記を並列して表記し、使用している検査全てに○を付してもらった形式とした。

欄外の \* は、モデル事業参加13拠点施設が行った検査であることを示す。

### (2)心理検査認知度（障害者職業カウンセラー）

#### イ. 対象者

平成17～19年度に障害者職業総合センターにて実施した研修等に参加した障害者職業カウンセラー90名を対象とした。障害者職業カウンセラーとしてのキャリアは約1年：23名、約3年：36名、約5年：31名であった。

ロ. 調査項目

- 「対応ケース中の高次脳機能障害者数」
- 「対応ケースの高次脳機能障害種類」
- 「医療機関からのケース情報の理解しやすさ」
- 「心理検査等の認知度」

の4項目であった。各設問は記号選択式とした。

「心理検査等の認知度」については、医療機関から提供される情報において、検査の名称をアルファベット略称で表記することを考慮し、検査の名称はアルファベット略称もしくは英語表記（適切な略称がない場合）とした。提示した検査の種類には、リハ関連評価法一覧<sup>3)</sup>等を参考に72種類の検査を選定し提示した（表2）。その各検査名に対しての認知度の評定は、「全く知らない」、「名前は知っている」、「使用したことがある」、「頻繁に使用している」の4段階での回答とした。

表2 「心理検査等の認知度」で提示した検査

ADL	FAM	MMT	STAI
APDL	FIM	PCRS	STEF
AMM	Frostig	P-F Study	Stroop
BADS	GATB	POMS	TAT
BGT	GCS	RAVLT	TEG
BI	HDS-R	RBMT	TMT
BIT	IADL	RCPM	Token Test
BRS	ITPA	ROCF	TOWER
BVRT	JCS	ROM	TTT
CADL	JSS	SCAA	VCWS
CIQ	K-ABC	SCI	VPI
CMI	Kana pick-out	SCSIT	VPTA
CMMS	KOHS	SCT	WAB
CPT	LASMI	SDMT	WAIS-R
D-CAT	MART	SDS	WCST
DRS	MAS	SLTA	WISC-III
DTVP	MMPI	S-M	WMS-R
FAB	MMSE	SPTA	YGPI

3 結果

(1) 心理検査使用頻度（医療機関）

「高次脳機能障害の診断・評価において、使用している検査、評価ツール」の数について、回答のあった医療機関1件当たりの平均回答数は10.7（SD 3.9）であった。また、図1に示した回答数の分布状況が10項目以上に偏っていることからわかるように、多くの医療機関が高次脳機能障害の診断・評価に複数の検査を使用している現状が確認できる。

検査ごとの使用率を見ると（図2）、知能、記憶、注意の検査の使用率は概ね60%以上と高い傾向にあるが、遂行機能障害の検査の使用率は、「ウィスコンシン・カードソーティングテスト（WCST）」が56%、「遂行機能障害症候群の行動評価（BADS）」が46.5%と若干低い傾向が見られた。言語機能の検査の使用率は、「標準失語症検査（SLTA）」が94%と高かったのに比して、「WAB失語症検査（WAB）」は51%と低い使用率であった。

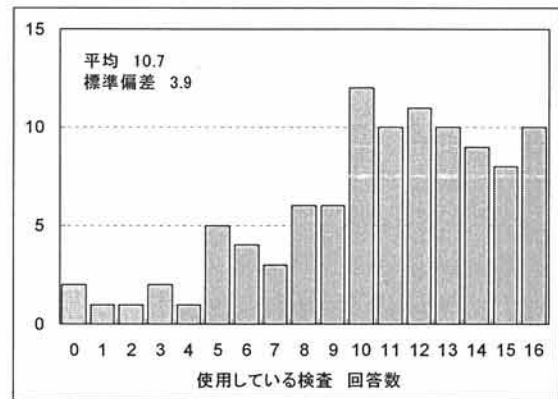


図1 使用している検査についての、1医療機関当たりの回答数分布

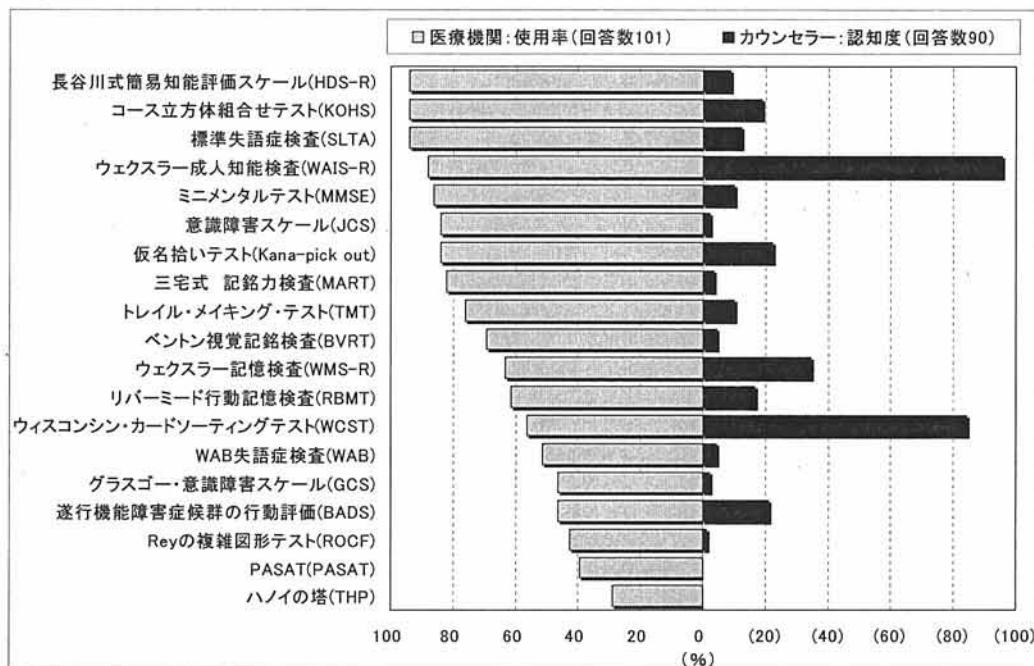


図2 各検査に対する、医療機関における使用率と障害者職業カウンセラーの認知度

## (2) 心理検査認知度（障害者職業カウンセラー）

検査に対する各回答は、4段階の評定のうち「名前知っている」「使用したことがある」「頻繁に使用している」の回答を「知っている」とし、「全く知らない」の回答を「知らない」として処理し、「知っている」の割合を各検査の認知度とした。

全72項目の認知度の結果から、高次脳実態調査で使用した検査名と対応する項目のみを抜粋して図2に示した。「ウェクスラー成人知能検査(WAIS-R)」および、「ウィスコンシン・カードソーティングテスト(WCST)」に対する認知度は顕著に高いものの、他の検査は概ね20～30%以下と低い認知度であった。

また、「心理検査認知度」以外の設問について、「対応ケース中の高次脳機能障害者数」の回答結果を表3に示した。障害者職業90名中79名(87.8%)が人数に差はあるものの、高次脳機能障害のケースを担当した経験を有していた。キャリア年数によりケース数の差が見られるが、概ねキャリア年数が長ければ受け持つケース数も増加するといった一般的な傾向といえる。

表3 対応ケース中の高次脳機能障害者数回答

過去の 高次脳機能障害者 ケース数	キャリア年数			全体
	5年	3年	1年	
0人	0	4	7	11
1～2人	1	15	12	28
3～4人	11	8	3	22
5～9人	14	7	1	22
10人以上	5	2	0	7

表4 医療機関からのケース情報の理解しやすさ回答  
(複数回答あり)

項目	キャリア年数			
	5年	3年	1年	全体
① 医療情報をもらったことがない	5	2	0	7
② 検査の略称での記載のため、どんな検査か全く不明なものがある	15	15	9	39
③ 何の検査かはわかるが、検査結果の数値の記載だけで、障害程度が不明なものがある	14	13	8	35
④ 検査の目的や結果の解釈が記載されており、どんな障害がどの程度であるかよくわかる	9	13	3	25
⑤ 記載は、略称や数値の羅列であるが、基礎知識があり、ほぼ解釈できる	0	0	0	0

表4には「医療機関からのケース情報の理解しやすさ」の回答結果を示した。表中の④の25件の回答に見られるように、医療機関から提供されるケース情報を理解できるとする回答もあったが、②、③に見られるように、ケース情報の理解について検査自体理解できない場合や、結果の解釈が困難である場合が多い(全体の約70%)ことが示された。

## 4 考察

医療リハビリテーションでの心理検査の使用率については、平成13年より実施された『高次脳機能障害支援モデル事業(以下「モデル事業」という。)]の影響により、病院ごとに統一されていなかった神経心理学的検査等が、ある程度統一されつつあるため、今後はそれらの検査に対する使用率が高まることが予測される。本研究の設問に挙げた心理検査とモデル事業において拠点施設が使用した検査との対応については表1を参照されたい。

医療機関における心理検査の使用率と障害者職業カウンセラーの心理検査の認知度の比較(図2)から、医療リハビリテーションの現場においては、職業リハビリテーションの現場で認知度の低い心理検査を多数使用している現状が明らかとなった。表4に見られるような、医療分野と職業リハビリテーション分野との情報共有時に見られるギャップ発生の一因はこの非対応であることが示唆される。

職業リハビリテーション分野においては、医療リハビリテーションの現状に即した基礎知識の拡充、研修が今後必要であり、現在すでに職業リハビリテーションカウンセラーの研修においては、「医療機関における高次脳機能障害者に対する障害特性評価の実施と結果の解釈」という科目が取り入れられ、円滑な情報共有のための取組が進められている。

では、実際に医療機関から提供されるケース情報とはどのような内容となっているのか、参考として「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」<sup>4)</sup>に掲載されている評価表を表5に示した。

この評価表には、診断、病歴、画像所見、社会的背景、機能障害、能力低下、神経心理学的検査、職業適性検査、訓練内容等が掲載されているが、能力低下と神経心理学的検査に記載されている内容を抜粋した。神経心理学的検査の欄にあるように、検査はそのほとんどが略称で記載され、検査の結果も数値のみで、その評価は記載されていない。また、能力低下の欄には、記憶、注意障害、



欲求・感情コントロール低下などが記載されているが、どの検査結果の評価からこれら能力低下が判定されているのかは明確ではない。もちろん、他の欄にまとめなどが記載され、詳細な説明がされる場合もあるかもしれないが、基本的には書き手と読み手が共通の“言語”を有していることを前提にした作りとなっている。

しかしながら、この評価表に見られる意識のズレは、おそらく情報共有に際して関係機関間で共有可能な共通書式が活用されていないことも一因となつていよう。実際、国立身体障害者リハビリテーションセンターが提供している高次脳機能障害支援普及事業の「高次脳機能障害者支援の手引き」<sup>5)</sup>を見ると、本文中においてはモデル事業を通じて重点的に実施された神経心理学的検査（表1参照）について十分に解説しているものの、資料として掲載されている「医師診断書」「ケースカード」においては、神経心理学的検査および機能評価に関して「ウェクスラー成人知能検査(WAIS-R)」や「長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)」、「パーセル・インデックス」等が掲載されるのみで、モデル事業を通じて重点的に実施された神経心理学的検査はほとんど反映されていない。

平成13年より実施されたモデル事業や、平成18年から実施されている高次脳機能障害支援普及事業を通じて、診断基準、訓練プログラム等の支援の形が整備されつつあるが、情報共有に関わる共通書式の問題は未解決の課題といえ、各事業の成果を踏まえた共通書式の作成が必要と考える。

本研究の結果は、職業リハビリテーション側が神経心理学的検査について知識が乏しいことを問題視するものではなく、医療機関側がそれを知らないあるいは知らされていないことが問題なのであり、関係機関の意思疎通、意識の共有といった

連携強化の作業の必要性を示唆するものである。したがって、職業リハビリテーション側が神経心理学的検査についての必要最低限の知識を有することも必要ではあるが、医療機関側に職業リハビリテーション側がどのような知識を有しているのかを知らせてもらう努力も必要となろう。また、その意思疎通を可能にするため、関係機関間で共有可能なケース情報の共通書式（診断書、ケースカード等）の作成も必要な課題であると考えられる。

## 5 引用文献

- 1) Malec, JF et al: A medical / vocational case coordination system for persons with brain injury : an evaluation of employment outcomes. *Arch Phys Med Rehabil* 81, p1007-1015, (2000).
- 2) 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 - ジョブコーチ支援の現状、医療との連携の課題 -, 「障害者職業総合センター調査研究報告書 No.79」, (2007).
- 3) 吉川ひろみ: EBOT時代の評価法厳選25 付表2 リハ関連評価法一覧, 「作業療法ジャーナル, 38(7)増刊号」, p714-732, (2004).
- 4) 長岡正範: 標準的訓練プログラム, 「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」, p71-106, 医学書院(2006).
- 5) 国立身体障害者リハビリテーションセンター: 高次脳機能障害支援普及事業「高次脳機能障害者支援の手引き」, [http://www.rehab.go.jp/ri/brain\\_fukyu/kunrenprogram.html](http://www.rehab.go.jp/ri/brain_fukyu/kunrenprogram.html), (2006).

表5 高次脳機能障害ハンドブック掲載の評価表(一部抜粋)

能力低下(機能的制限)	歩行障害 構音障害 手指巧緻動作障害 記憶、注意障害、欲求・感情コントロール低下、易怒性、対人技能拙劣、固執性 本人の状況：休職中。受傷後、継続して入院生活を送っている 周囲の状況：復職に対する職場の理解あり。また、復帰までの時間的余裕もある			
神経心理学的検査	HDS-R (2002年7月→2003年7月) 27→28	WAIS-R (2002年1月→2002年9月→2003年8月) FIQ 55→88→92 VIQ 72→93→95 PIQ 49→85→90	WCSTのCA (2002年9月) CA 5 PEN 2	RBMTのSPS (2002年9月) 21
	かな拾い (2002年9月) 正解 30 見落とし 4	TMT (2002年9月) A 205秒 B 157秒	三宅式記銘 〔有、無〕 (2002年9月) 〔8-10、3-6-8〕	

「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」  
第5章 標準的訓練プログラム 表5-2より抜粋

# 高次脳機能障害者の集団クリーニング訓練における 訓練システムについて

## 一位相化の微視的構造

○若林 耕司 (国立障害者リハビリテーションセンター 主任職業指導専門職)  
南雲 直二 (国立障害者リハビリテーションセンター)  
平川 政利 (障害者職業総合センター)  
吉田 喜三 (元国立障害者リハビリテーションセンター)

### 1 背景

我々は、国立障害者リハビリテーションセンター(以下「国立リハセンター」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(併設の病院から白衣、ズボン、シー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)<sup>1)</sup>、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<sup>2)</sup>。

### 2 目的

集団クリーニング訓練への参加の手続きを我々は位相化と呼んでいる。位相化には2つあり、その1つは、クリーニング訓練に多少関心をもった周辺参加の段階である。この手続きを位相化1という。もう1つはクリーニング訓練に本気で取り組むようになった十全参加の段階である。これを位相化2という。

今回、位相化1と位相化2の例数が増えてそれぞれの手続きの詳細が明らかになったので報告する。

### 3 対象者

#### (1) 事例：MA氏

46才、男性、大卒後事務系の管理職として在職中に脳出血となる。

現症：右片麻痺、失語症、記憶障害、遂行機能障害、知的障害、不安傾向が強い。

性格：指示に対する怒りや反発を出しやすい。気持ちが落ち込みやすい。

#### (2) 事例：YB氏

45才、男性、高卒後転職を繰り返す。自宅にて脳出血となる。

現症：右片麻痺、失語症、記憶障害、注意障害、遂行機能障害。

性格：日頃は穏やかであるが、先々の不安を強くもっている人である。

### 4 手続き

#### (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。国立リハセンターでは、訓練期間は最長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

座り込み、反発、不安の訴えなどを問題行動とし、1日1回以上問題行動が生じた場合に1件とカウントして1月分の総計を出した。問題行動はあつてはならないもので、雇用の最低基準となる合格ラインは0である。

##### ロ 作業成績

手順と仕上りの2つから評価を行った。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。88点を指数100として換算した。雇用の最低基準となる合格ラインは指数100である。

### 5 結果と考察

#### (1) 位相化1：MA氏の結果

MA氏は第2段階(白衣プレス(1)(2))まで実施した。

##### イ 問題行動の発現件数

図1は、MA氏の問題行動(座り込み、反抗的な態度など)の発現件数の推移を表したものである。縦軸は問題行動の発現件数を表し、横軸は訓練の全過程をあらわしている(X1は訓練開始月でX17は17ヶ月後

まで訓練をしたことをあらわしている)。問題行動は多発傾向を示し、訓練経過につれて大きな変化は見られなかった。

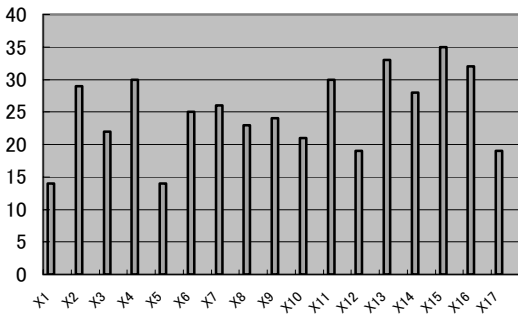


図1 MA氏の問題行動の発現件数の推移

ロ 作業成績

図2は、MA氏の作業成績の経過を表したグラフである。縦軸は作業得点、横軸は経過を表している。訓練開始後6ヶ月目までは作業成績の向上はみられなかった。6ヶ月以降は作業成績の向上が見られたが、11ヶ月目からは頭打ちになってしまい、合格レベルに達することはなかった。

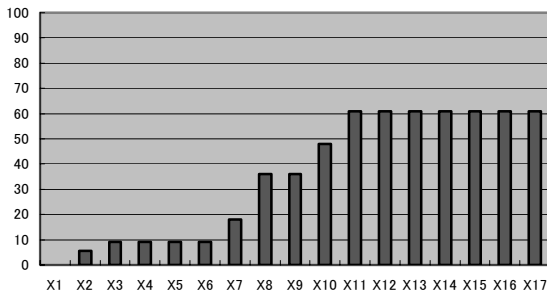


図2 MA氏の作業成績の経過

ハ MA氏のとまとめ

- ① 作業成績の経過から約半年後に位相化1に移行したものと推測した。
- ② MA氏は自己の障害に向き合わず、やる気のない態度や反発を繰り返したが、人の言う事に聞く耳をもちはじめた。ひとりの利用者に関わりをもちはじめ、特定の指導員の指導に対しても割合素直に受け入れはじめた。

(2) 位相化2：YB氏の結果

YB氏は第3段階(アイロン仕上げ)まで実施した。

イ 問題行動の発現件数

図3は、YB氏の問題行動の発現件数の推移を表したものである。問題行動は不安の訴えなどである。問題行動の発現件数は訓練の全過程に渡って少なかった。1年以降に合格レベルに達する月が見られるようになった。

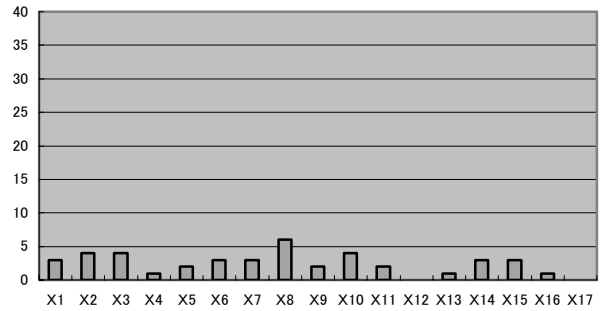


図3 YB氏の問題行動の発現件数の推移

ロ 作業成績

図4は、YB氏の作業成績の経過を表したグラフである。訓練開始後の3ヶ月目から作業成績の向上がみられ、14ヶ月目以降には合格レベルに達した。

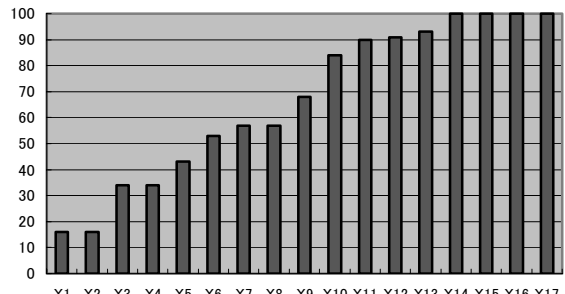


図4 YB氏の作業成績の経過

ハ YB氏のとまとめ

- ① 訓練開始後、約1年後に位相化2（十全参加）に達していたものと推測した。
- ② YB氏は、当初より自己の障害に目を向けることができていたが、手順の違いを指摘されると「記憶障害・・・」と言って障害を隠れ蓑とするところがあった。しかし除々にそうした逃げも少なくなり成績も向上した。また訓練以外の時間に自発的な努力をしていた。最終的にクリーニングでの就職希望を言って来た。

6 まとめ（新たな仮説）

MA氏とYB氏の差異は2点ほどあげることができる。第1点は知的障害の有無である。第2点は障害の自覚の有無である。我々は第2の自覚の深まりの程度によって変わると考えている。

つまり、利用者の障害の自覚の程度と指導員の関わり方の程度によって決まると思われる。

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．*国リハ研究紀要* 23:29-33, 2002.
- 2) 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．*国リハ研究紀要* 27:31-34, 2005



# 高次脳機能障害者への職業訓練の一方法②

## ーピグマリオン効果の検証/箱作りをとおしてー

- 近藤 和弘 (国立障害者リハビリテーションセンター更生訓練所 職業指導専門職)  
南雲 直二 (国立障害者リハビリテーションセンター)  
若林 耕司 (国立障害者リハビリテーションセンター)  
平川 政利 (障害者職業総合センター)

### 1 背景

一般的に教師が生徒に期待をかけるとその生徒の学業成績が向上することが知られている。これを心理学用語でピグマリオン効果という<sup>1)</sup>。

われわれは、職業的重度な高次脳機能障害への職業訓練の方法論として、

① 期待と作業成績との関連

② 期待と機能回復との関連

について、実際の訓練を通して検討してきた<sup>2</sup>~<sup>3)</sup>。ここでいう「期待」とは、職業訓練指導員(以下「指導員」という。)が一方向的に訓練生に単に寄せればよいというものではない。相互の人間関係の深まり具合により形成されるものであると考えている。

### 2 目的

今回は、期待と機能回復との関連に焦点を当てたもので、構成失行をもつ1例の高次脳機能障害者の事例研究である。具体的な目的は次の2点である。

①指導員が訓練生に寄せる「期待」が構成失行(高次脳機能障害)の機能回復に及ぼす効果を検証する。

②「期待形成チェックリスト」の試案作り。

### 3 事例

#### (1)プロフィール

19歳。男性。高校2年次に交通事故にて脳挫傷。意識消失4週間。受傷後に養護学校高等部に編入して、卒業後に国立障害者リハビリテーションセンター更生訓練所(以下「当センター」という。)を利用。

#### (2)障害特性

イ 構成失行(高次脳機能障害)

医学的診断には明記されていなかったが、実際の訓練場面で次のことから明らかになった。

##### (イ)漢字の模写

苦手な漢字については、傍に手本を置いておいても、正しく模写することが難しかった(図1参照)。

##### (ロ)ドリルの模写

ドリルの模写は図2からわかるように全体の形を捉えることが難しかった。この絵を見た誰もが正解を答えることはできなかった。



図1 漢字の模写

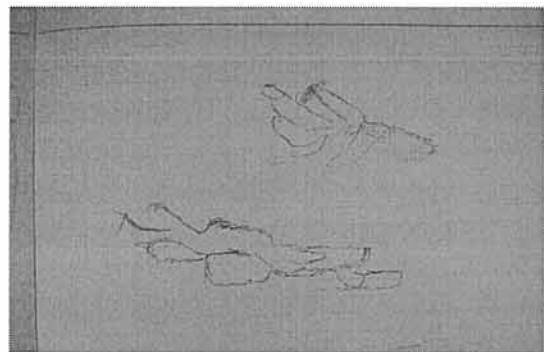


図2 ドリルの模写

#### ロ その他の障害

医学的診断(高次脳機能障害)

記憶障害・注意障害・社会的行動障害・病識欠落・遂行機能障害・左半側空間無視

#### ハ 身体障害(1級)

運動機能系障害(左片麻痺。車椅子使用)

### 4 方法

#### (1)訓練内容と訓練経過

訓練当初は、本事例が希望する電気・電子コースの課題を実施した。ところが、基本課題が出来ないためにいくつかの簡易作業を実施した。簡易作業を行う内に指導員と訓練生との期待が形成されたので、再び基本課題を実施した。(昨年度発表<sup>3)</sup>)その後、進路先が授産施設に決まり、作業内容に箱作りがあり、準備性を高めるために類

似した課題「箱作り」を行った。

## (2) 手続き

期待形成以前の課題と期待形成後の課題との比較検討を行う。

### イ 期待形成前の課題「紙飛行機作り」

一般的な紙飛行機を折る。訓練開始からおおよそ3カ月後に実施した課題である。当センターの文化祭準備の一環で行った。①訓練生は、課題説明時から作業意欲が無かった。②手順書を提示した。③実演した。④実際にやったが出来なかった。

### ロ 期待形成後の課題「箱作り」

訓練開始からおおよそ10ヶ月後に実施した課題である。①訓練生には作業意欲が強く窺えた。②手順書を提示した。説明文を訓練生が理解できる言葉で置き換えた。③実演した。手順書の段階にそった見本を提示した。④訓練の最初は、3日間付きっきりで実演、手添えをして説明した。手順書は11工程からなっている(図3参照)。

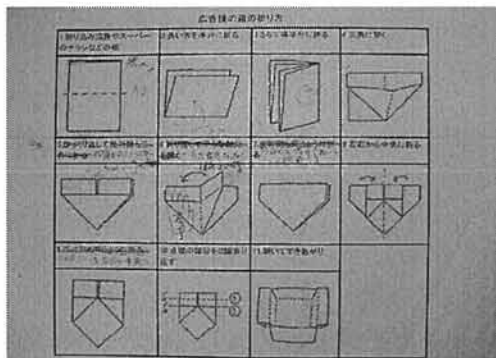


図3 「箱作り」手順書

## (3) 「期待」の形成度合いの見方

指導員と訓練生との「期待」の形成度合いを、次の項目を観点として「ある」「なし」でチェックを行った。

- 項目1：目と目があったあいさつが交わされる。
- 項目2：訓練生が理解できる、言葉で説明できる。
- 項目3：(表情の観察)「お願いします」という顔つきである。
- 項目4：(表情の観察)訓練生の目が「ららん」としている。
- 項目5：作業に対する課題や障害に対して真剣に話し合える。
- 項目6：指導員が利用者の情動のコントロールができる。

## 5 結果と考察

### (1) 作業成績

「紙飛行機作り」は出来なかった。訓練生の継続の意欲も弱く、指導員も強く継続を勧めるまで

の気持ちが無く、1日でやめとした。一方、「箱作り」については、訓練生は自ら一日中取り組み、作業意欲と集中力が強く窺えた。約1ヶ月間毎日実施したところ、声かけやヒントなしで出来た。時間は約20分を要した。

「箱作り」における訓練生の積極的な取り組みや、手順書を理解できる言葉に置き換える、手添えをして実演することなどは、両者に十分な「期待」が形成されているために出来たことと考える。

## (2) 期待の形成度合い

「紙飛行機作り」ではチェックリストの2項目が該当し「箱作り」は6項目すべてが該当していた。

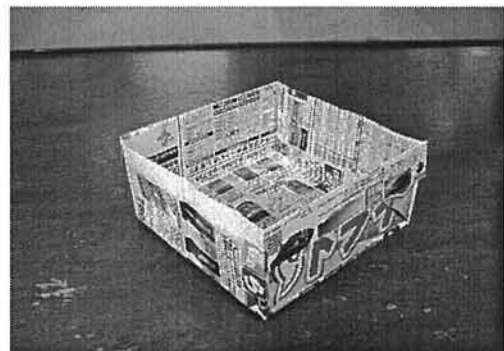


図4 完成品

## 6 まとめ

従来の高次脳機能障害者への職業訓練は、様々な症状を把握して、機能障害を代償する手段を見つけ出してきて、その方法を習得する方法(機能代償法)で行われてきた。

われわれは、様々な機能障害に焦点をあてるのではなく、人間関係を重視した方法をとっている。例えば、指導員と訓練生、あるいは訓練生同士の関係を調整することに重点を置いたものである。とりわけ、両者の人間関係の深まり具合による「期待」の形成が重要と考えている。この方法は特に職業的に重度な高次脳機能障害者にとっては効果的な方法と考えられるので今後も例数を増やして訓練方法として確立していきたい。

## 引用文献

- 1) 國分康孝:ピグマリオン効果、「カウンセリング辞典」、p.469,誠信書房(1990)
- 2) 近藤和弘・若林耕司・南雲直二・平川政利:高次脳機能障害者への職業訓練の一方法、「研究紀要27号」、p.23-29,国立身体障害者リハビリテーションセンター(2005)
- 3) 近藤和弘・若林耕司・南雲直二・平川政利:実践の共同体と動機付けとの関連(2)、「第15回職業リハビリテーション研究発表会 発表論文集」、p.50-53,独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター(2007)

# 障害者自立支援法における高次脳機能障害者への就労支援

## －受傷後から社会復帰を支える三重の取り組みから－

○鈴木 真（三重県身体障害者総合福祉センター 相談支援専門員）

坂本 匠子・田辺 佐知子・中林 千明・長谷川 純子・濱口 千代・増井 克弘

（三重県身体障害者総合福祉センター）

### 1 はじめに

2001年から厚生労働省による高次脳機能障害支援モデル事業（以下「モデル事業」という。）が開始され、当時より三重県身体障害者総合福祉センター（以下「当センター」という。）はこの事業に参画してきた。2008年9月現在は、高次脳機能障害支援普及事業において、相談支援及び訓練機関として三重県の中心的役割を担っている。その間、福祉を取り巻く現状は大きく変容し、2006年10月から障害者自立支援法が完全施行され、同時に当センターは身体障害者更生施設から新体系事業に移行している（表1）。

今回は、2001年10月から2008年3月（モデル事業開始から19年度）までに当センターを通過した高次脳機能障害者の事例123名の支援結果を踏まえ、受傷後から社会復帰までの支援システム及び新法で言う自立訓練事業及び就労移行支援事業での就労支援の在り方を中心に検討したい。

表1 身体障害者更生施設 定員(1993.4～2006.9)

	1993.4	2001.10	2006.4
更生施設 入所	50名	50名	35名
高次脳機能障害 入所	—	5名	5名
更生施設 通所	10名	10名	10名
高次脳機能障害 通所	—	5名	5名
療護施設B型 通所	—	4名	4名
計	60名	74名	59名

新体系移行後 定員(2006.10～)

・日中活動	・施設入所支援	
自立訓練(機能訓練)	40名	日中活動の中で 40名の方が入所
自立訓練(生活訓練)	6名	
就労移行支援	7名	
生活介護	6名	なし
計	59名	※40名

※生活介護以外の53名中40名が入所

### 2 施設利用までの流れ

#### (1) 医療と福祉、福祉と福祉の連携

1999年から当センターは入所率95%前後を維持している。市町村から身体障害者更生相談所経由で施設入所依頼を待つシステムでは50%を切って

いたが、地域の医療機関と積極的に連携するようになってからは解消された。この医療から福祉へのシステムはそのままモデル事業にも引き継がれ、今日も医療機関を経由して施設利用に至るケースが圧倒的に多い。中でも回復期リハビリテーション病院との連携には力を入れており、平成19年度は年間50日程度訪問面談を実施している。なお、施設利用については介護保険の第2号被保険者及び脊椎損傷者等の相談支援も行っており、副次的な機能を発揮しながら高次脳機能障害者も加えて支援している。あえて高次脳機能障害者のために特殊なネットワークを形成しているわけではない。このように、医療とのネットワークは比較的スムーズに構築できるが、福祉行政とのネットワーク形成については人事異動が活発なため、中々進まない状況である。2001年以降については、障害者相談支援事業所が徐々に増えてきており、これらを通じて福祉のネットワークを構築することに期待が高まっている。

#### (2) 早期介入

受傷後、支援機関へ相談するまでの期間については年々短縮し、また相談経由機関については高次脳機能障害の拠点病院（松阪中央総合病院・藤田保健衛生大学七栗サナトリウム）以上に他の医療機関からの方が多くなっている（図1）。これは、入院期間の短縮化という医療制度改革がもたらした影響と、モデル事業事態が三重県内において周知されてきた結果であると考えられる。いずれにせよ、支援機関として早期介入ができるようになったことで、わかりにくい障害を持ちつつわからないまま時間が経過し、問題が拡大した後に支援機関の介入が始まるというケースは、確実に減少したと思われる。

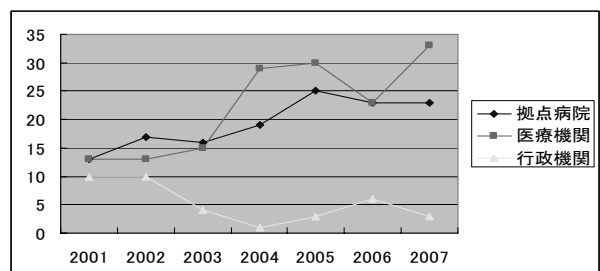


図1 相談経由機関(3つの機関のみ抜粋)

### (3) 利用手続き

当センターで訓練を行う手続きは、以下のよう  
に進めている。利用前に各医療機関が神経心理学的  
的検査を実施し、当センター医師がその結果を診  
療情報として受け取る。当センター医師の診察と  
看護師の聴き取りを経由し、その後施設内の入所  
受託会議にて利用が決まり契約するというシステム  
をとっている。つまり、医療アセスメントは当  
センター医師・看護師が行い、ニーズアセスメン  
トと総合的な取りまとめは相談支援専門員（当セ  
ンターの場合、ケースワーカーと高次脳機能障害  
支援コーディネーター「以下、支援コーディネー  
ター」）が行う。わかりにくい障害であるためア  
セスメントにはこの4名がかかわっている。

これとは別に、市町村にて障害者自立支援法の  
支給決定を受けなければならない。当センターの  
実施する自立訓練事業と就労移行支援事業につい  
ては、1次判定による障害程度区分認定後、施設  
利用が開始される。市町村との連携も重要であり、  
わかりにくい障害については、医療アセスメント  
等の情報を記入した相談記録表を郵送し、情報の  
共有化を図っている。こういった手続きに時間を  
かけず、なるべく早期に訓練ができるよう、これ  
ら一連の手続きを同時進行させているのが現状で  
ある。

## 3 職業リハビリテーションの実施

### (1) 自立訓練事業と就労移行支援事業の違い

施設利用は自立訓練事業及び就労移行支援事業  
で訓練が開始される。当センターは多機能型事業  
所であるため縦割りではなく、利用者に対して必  
要なプログラムを柔軟に提供できるようになって  
いる（表2）。例えば、自立訓練事業の対象者で  
も、医学リハビリテーションを行いながら社会リ  
ハビリテーション及び職業リハビリテーションも  
選択できるようになっている。回数などを調節し  
ながら、集中的に職業リハビリテーションを行う  
ことも可能であり、わざわざ事業種別を変えなく  
ても就労支援を行うことができる。ただし、事業  
により利用料金が違うことから、一定のルールを  
設けて事業を実施している。就労移行支援事業で  
は、3つのタイプに分けており以下に箇条書きす  
ると、

- ①事務訓練型（1日2単位提供可能）+その他リハ
- ②作業訓練型（1日4単位提供可能）+その他リハ
- ③事務+作業訓練型（事務1日1単位 作業1日2単位可能）+その他リハ

である。自立訓練事業対象者は原則として事務訓  
練は受けられず、社会リハビリテーションで実施  
する情報処理訓練（週2単位提供可能）の対象と

している。作業訓練については集団訓練のメリッ  
トを活かすため、自立訓練事業と就労移行支援事  
業の利用者が一緒に訓練を受けている。当初、作  
業訓練については工賃の追求を検討したが、利用  
者のおかれている状況（会社を休職しているため  
各制度から休業補償を受けている場合が多い）か  
ら、会計処理の基準の対応等不明な点も多く、導  
入については中止した。

自立訓練事業で職業リハビリテーションを受け  
る場合の標準的なプログラム例として、理学療法  
1単位+作業療法1単位+情報処理訓練1単位+作業  
訓練1単位の計4単位を実施。就労移行支援事業の  
標準的なプログラム例として、作業訓練2単位+  
事務訓練1単位+スポーツ訓練1単位の計4単位を  
実施する。両事業ともに、これらのプログラムの  
みではなく、空き時間を利用した自主トレーニング  
等自助努力も重要である。

### (2) 事務訓練と作業訓練の内容

職業リハビリテーションの内容について説明す  
ると、事務訓練と作業訓練の2種類を実施してお  
り、事務訓練については個別訓練であり、作業訓  
練については集団訓練である。個別訓練は幕張版  
ワークサンプルの実施及びオフィスソフトの習熟  
が中心となる。集団訓練は受注作業、創作的作業、  
屋外作業等幅広く取り入れており、作業能力の向  
上だけではなく、対人関係修復に重点をおいたコ  
ミュニケーションの場としても機能している。で  
きにくいことに視点を定めると意欲が減退し施設  
利用の継続事態が困難となるため、本人のでき  
ることを伸ばす視点が重要である。しかし、時と  
して「自分にはこの訓練に意味はない」と拒否的  
になる者も存在し、このような傾向は事務訓練より  
作業訓練で確認することが多い。

表2 訓練プログラム

・大項目	・中項目
医学リハ	理学療法、作業療法、言語聴覚療法、心理療法
生活リハ	生活リズムの確立、服薬管理、金銭管理、スケジュール管理等
社会リハ	外出、家事、自動車、スポーツ、情報処理、創作、グループワーク
職業リハ	事務訓練、作業訓練

多機能型事業所であるため、個々の障害の状況や退所後想定される生活によって、上記の訓練を個別に組み合わせて実施。訓練の単位は1日4単位(1単位40分)を標準にしている。



#### 4 復職及び新規就労への支援

訓練の後期にさしかかると、いよいよ退所に向けた支援を具体化させる時期になる。これまでの訓練状況を踏まえ、本人の能力に応じた帰結先を定めることになる。123名の退所者の内、職業リハビリテーションを受けた者は88名おり、その帰結先は①復職②新規就労③進学復学④福祉的就労⑤生活介護系⑥その他に分けられる(図2)。

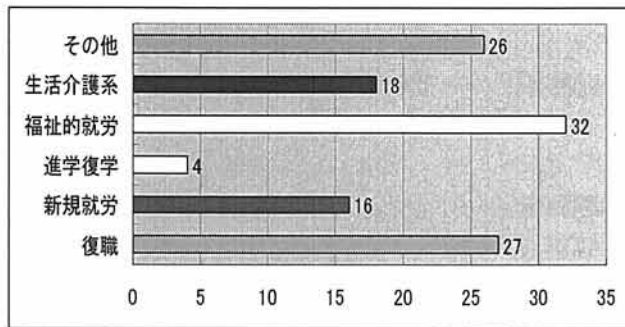


図2

##### (1) 帰結状況-復職-

①の復職については、37名が希望し27名は復職したが、残り10名は会社の就業規則上の理由で自己都合退職となった。復職の時期については、医療的な状況と会社の就業規則により決まるのだが、明らかに復職が困難な場合は社会保障を優先し、経済基盤を確保する視点が重要になってくる。例えば、政府管掌健康保険加入のサラリーマンが会社を休んで治療を受けようとする時に、傷病手当金という社会保障制度がある。傷病手当金は、サラリーマンや公務員が「業務外」のケガや病気が原因で会社を休まなければならない場合に医療保険から給付される。仕事を休んで4日目から1年6ヶ月の範囲内で受けられ、その間に会社を退職しても給付は続く。ただしその場合は、退職前に傷病手当金を受けはじめていることと、1年以上継続して健康保険に加入していることが条件になる。つまり1年以上継続加入していない事例については、会社を退職したとたん傷病手当金が受けられなくなる。こういった事態に陥らないように支援することも重要である。会社の就業規則を把握し、実際に休める期間を知ることにより、最適な復職時期が決められると思われる。

##### (2) 帰結状況-新規就労-

②の新規就労については16名だった。その内、復職を試みたが上手くいかず退職し、その後の就職活動により新規就労した者は5名いた。また、後の11名については、ハローワークを通じて就労先を見つけた事例が9名、知り合いによる斡旋が2

名であった。新規就労の時期については、医療的な状況で決まるのだが、ADLが自立した高次脳機能障害者の場合、早く働きたいという傾向が強く、障害受容が進まないまま新規就労が決まった事例が2名あった。その内1名は早期にドロップアウトし、1名は就労を継続できている。

##### (3) ファイナンシャルな視点

復職及び新規就労を果たすことは、豊かに暮らしたいというニーズから経済的活動の再開を望む行動のあらわれであるが、時期としての目安は、①高次脳機能障害の認識をある程度もっている②代償手段の必要性を理解している③通勤が可能である④生活リズムの安定が図られている⑤労働に耐えられる体力が整っていることが理想である。そして、労災事故や交通事故及び障害年金の受給者については、経済保障がどれだけ得られるかを知り、どの程度稼げば豊かな生活が可能になるのかというファイナンシャルな視点も必要である。こういった事情から、本人の能力が向上し就労移行への準備が整った時期に必ずしも復職、新規就労を果たすわけではない。これは、特別支援学校の生徒に実施する就労移行支援の個別支援計画とは違い、社会保障制度に絡んだ調整事項も含まれるため、利用者が不利益にならないように注意しなければならない。このような視点は、ケースワーカー及び支援コーディネーターといった相談支援専門員が持つべきであり、当センターが力を入れている部分である。

#### 5 他機関との連携

##### (1) 拠点病院との連携

近年、自己完結型の施設ではなく、それぞれ特徴を持った機関同士がネットワーク化を図り、住み慣れた地域で障害者を支えるという流れになってきている。三重の場合、モデル事業開始時には総合リハビリテーションセンターをもたないローカルなモデルとして、当センターと2箇所の拠点病院がネットワークを形成した。それぞれのステージで訓練や支援が受けられる包括的リハビリテーションシステムを「三重モデル」<sup>2)</sup>と呼び、現在も機能している。拠点病院の松阪中央総合病院については、他病院で難しかった高次脳機能障害の診断(画像・神経心理学的検査)を実施する。主に展開期から社会復帰後のフォローまでかかわっており、施設を利用しない高次脳機能障害者に対する就労支援のアドバイスも行っている。拠点病院の藤田保健衛生大学七栗サナトリウムについては、回復期リハビリテーション病院であり週7日のフィットプログラムが有名である。若い高

次脳機能障害者が県内から集まってくる傾向にあり、退院後当センターで引き続きリハビリテーションを受けることが多いが、就労支援に直接関与することは少ない。

### (2) 障害者職業センターとの連携

高次脳機能障害者はもとより就労支援に欠かせない機関として、障害者職業センターがあげられる。今回障害者職業センターが関与した事例は7名であり、2007年度に5名と集中している。件数的には少ないのだが、理由としては復職や新規就労支援は当センターの機能でほとんど完結できたことがあげられる。一方で支援コーディネーターとの連携は常にあり、比較的軽度と思われた高次脳機能障害者については当センターでの訓練を経由せず、直接障害者職業センターに就労支援を依頼している。2007年度から件数が増えた理由としては、新規就労を希望する当センター利用者について、なるべく障害者職業センターで評価を受けてもらい、ドロップアウトした際も再支援が得られやすいように配慮したことがあげられる。自立訓練事業及び就労移行支援事業の再利用の可否については明確な記載がなく、あいまいなシステムになっている。就労移行支援事業についてはその限りではないようだが<sup>3)</sup>、当センターの場合訓練の要素が強い事業であるため、旧授産施設が担う福祉的就労で工賃を得ながら再就職を目指すような就労移行支援事業が実施できない状況である。そのため、障害者職業センターの機能が再チャレンジには最もふさわしいと考えており、障害者就業・生活支援センターとの連携した支援が重要になってくると思われる。

### (3) その他就労支援機関との連携

障害者就業・生活支援センターについて、三重県には2007年までは2か所しかなかったが、2008年から6か所に増えている。今後はハード的に各地域でフォローが受けやすくなるため、相互に利用できるようネットワーク化を図る必要がある。また、ハローワークについては、新規就労希望者が就職活動を行う際には、必ず本人の特性を担当者に伝えるようにしており、精度の高い就労支援が得られるよう連携が必要である。

福祉的就労を行う施設は、旧授産施設及び就労継続支援B型事業があげられる。当センターを退所後福祉的就労し、そこからステップアップした事例が8名いた。地道に就労経験を重ねることで一般就労が可能になるまでに至ったのだが、福祉的就労施設が積極的に関与して、順調にステップアップした者は1名であり、支援コーディネーター

及び家族等の支援の下で一般就労した者が7名だった。福祉的就労から一般就労への取り組みはまだ始まったばかりという感がある。

## 6 まとめ

就労を希望する高次脳機能障害者を、障害者自立支援法で支えることは可能と思われる。急性期と回復期については医療が主となるが、退院後から社会復帰に向けた時期については、訓練等給付の自立訓練事業と就労移行支援事業で対応できる。但し、高次脳機能障害の特性を知った事業所が対応することと、医療から福祉につながるネットワークを維持していることが条件となる。

課題として感じていることは、旧授産施設系の就労移行支援事業及び就労継続支援事業B型の各事業所が、積極的に利用者を一般就労に移行させながら施設経営が維持できるのかという点である。また、就労を継続させるための支援方法やドロップアウト時の対応の仕組み作りも重要と思われる。

### 〈引用・参考文献〉

- 1) 泉忠彦・他：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「第15回職業リハビリテーション」p61 (2007)
- 2) 白山靖彦：三重県・モデル事業の取り組み「ノーマライゼーション4月号」、p21 (2005)
- 3) 障害者白書平成18年版、p 71 (2006)