

口頭発表 第2部

重度障害者のアクセシビリティ改善による雇用促進に関する研究

星加 節夫（障害者職業総合センター事業主支援部門 研究員）

1 はじめに

身体障害者の総数は348万人（平成18年度身体障害児・者実態調査：厚生労働省）と推定されているが、中でも下肢・上肢に障害のある肢体不自由者の数が最も多く、主な原因は脳血管障害、骨関節疾患、リウマチ、脊髄・頸髄損傷、脳性まひ等である。障害レベルにもよるが、その多くの方は移動に困難を伴う方たちである。バリアフリー環境改善に向け、日本では90年代半ばから2000年にかけて、通称「ハートビル法」、「交通バリアフリー法」が順次制定された。2006年にはその2つが一本化され、「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」（通称バリアフリー新法）が制定され、建築物単体のバリアフリー化から“移動の面的な広がり”を配慮した一体的、総合的なバリアフリー化の推進が図られることとなってきた。

しかしながら、2006年、障害者自立支援法が施行され、その後の重度身体障害者の職業的自立は福祉と雇用の狭間におかれ、職業選択の幅は広くはなく、通勤に公共交通機関を利用できないという理由で、雇用に至らないケースや雇用継続が困難になるケースは決して少なくなく、ここに問題の所在がある。

2 目的

移動困難な重度の障害のある人の通勤や就業の現状を把握し、重度身体障害者の通勤や移動に伴う阻害要因を明らかにすることによって、アクセシビリティ改善による雇用促進に資することを本稿の目的としている。

3 結果

上記のような背景から、重度身体障害者の通勤や移動に伴う阻害要因と現状を把握するため、①質問紙調査、②支援者からの聞き取り調査、③雇用者、被雇用者からの聞き取り調査を実施した。その結果について概要を述べる。

(1) 質問紙調査「車イス使用者等の通勤方法に関する意識調査」から

全国の障害者職業能力開校に在籍中の移動に困難のある重度身体障害者の求職者を対象に、通勤に関する質問紙調査を実施した。調査期間は平成19年9月～10月で、調査票は299通を郵送、217通を回収し、回収率は73%であった。回答者の性別では77.9%が男性、22.1%が女性である。年齢構成では67.8%が40歳未満である。障害等級では1級、2級の重度障害者が84.3%になる。障害別では脊髄損傷が最も多く30.4%、次に脳性まひ16.6%、頸髄損傷者12.4%が続く（図1）。車イス使用者は74.2%、杖使用者は23.0%で、杖と車イスの併用者は若干名である。

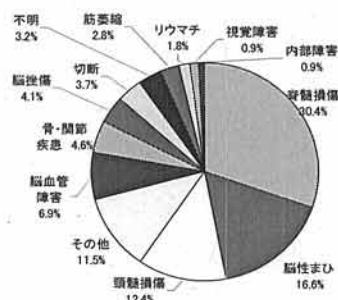


図1 障害の種類

電車等の公共交通機関を利用している人は75.1%で、利用しない人は24.4%である。「公共交通機関を利用している」と回答した163人のうち、その利用頻度は「月に数回」利用が39.9%、「年に数回」利用が39.3%で、毎日利用する人が20.9%であるが、利用頻度には地域差も見られる。

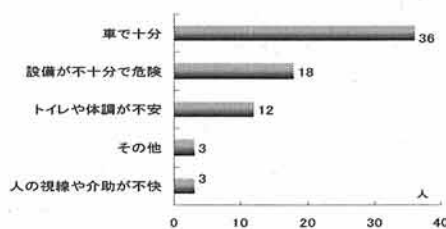


図2 公共交通機関を利用しない理由（複数回答）

公共交通機関を利用しないと回答した53名のうち、利用しない理由では（図2）「車で十分」とした回答が67.9%と多く、「設備が不十分」が34.0%、「トイレや体調が不安」が22.6%と続いている。

回答者全員のうち、公共トイレの利用の有無では82.9%の人が利用したことがあると回答し、14.7%の人が利用したことがないと回答している。

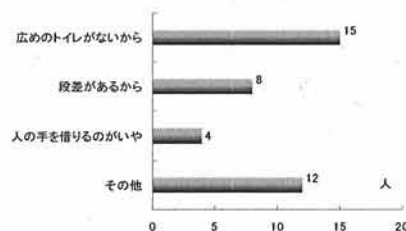


図3 公共トイレを利用しない理由（複数回答）

「公共トイレを利用しない」と回答した32名のうち、利用しない理由では（図3）「車イスで利用可能な広めのトイレがないから」という理由が38.5%と最も多く、「その他」が30.8%、「段差があるから」が20.5%で、「人の手を借りるのがいや」が10.3%である。利用しない「その他」の理由としては「移動は車で、外出前に家でトイレを済ませてい

る」、「もし急にもよおした場合は車の中で済ませる」、「必要時はデパートで済ませる。」、「公共のトイレは洋式が少なく、汚れていることが多いから」、「水がまかかれていたり、清潔な良いイメージがないから」等があげられている。

採用条件に公共交通で通勤が可能な方という条件があった場合には、回答者全員のうち、(図4)「ラッシュを避けて公共交通機関で時差通勤する」という回答が31.3%と最も多く、続いて「職住近接の住居を確保する」が17.5%、「入社をあきらめる」が17.1%である。

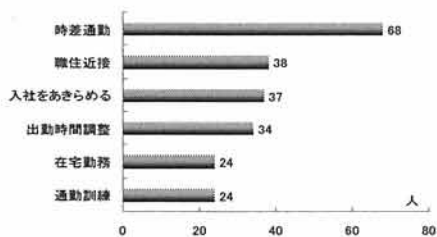


図4 通勤の配慮 (複数回答)

公共交通機関により通勤ができることを採用の条件とする求人に対して「通勤が困難なため入社をあきらめる」と回答した37人のうち35人までが車イス使用者であるが、公共交通での通勤の困難さが窺える。通勤が困難なために入社をあきらめるとする主な理由が(図5)である。

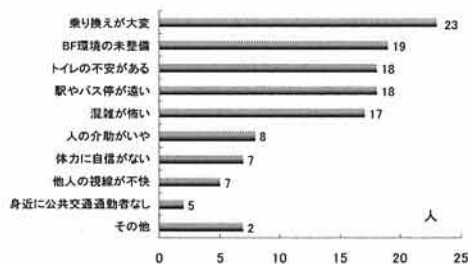


図5 通勤が困難な主な理由 (複数回答)

通勤が困難な理由では「乗換えが大変だから」が62.2%と多く、「バリアフリーの環境の未整備」51.4%、「トイレの不安」48.6%、「自宅から駅やバス停が遠いから」48.6%、「混雑が怖いから」45.9%の順となっている。

回答者全員のうち就職に対する不安では(図6)「通勤」(55.3%)と最も高く、次に「職場の設備等の改善」(38.2%)、「収入」(35.0%)「健康管理」(33.6%)、「職場の人間関係」(32.8%)を不安要因として掲げている。

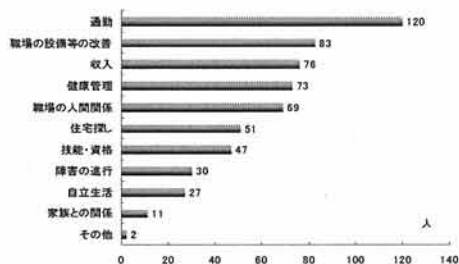


図6 就職に対する不安 (複数回答)

通勤や職場環境等のバリアフリー等に関するハード面に大きな不安を感じている様子が窺える。本件調査は「移動に困難のある重度身体障害者」を対象としたものである。公共交通機関を利用している人は75.1%でありながら公共交通機関利用での通勤に関しては大きな不安のある様子が窺われ、重度の身体障害者にとってアクセシビリティ改善問題は雇用促進に向けた大きな課題であることがあらためて確認される結果となった。

(2) 被雇用者及び雇用担当者への聴き取りから

被雇用者及び雇用担当者についての聴き取り調査は平成20年4月以降に20事例に対して実施した。重度身体障害者の就業を可能にしている方法として

A-電車等の公共交通機関利用によるケース

B-在宅勤務のケース

C-職住近接の居宅を構えて、そこから自走で通勤するケース

D-自家用車通勤によるケース

の4つのパターンに関して重度障害者のある代表性のある雇用事例を通してアクセシビリティ改善の試行錯誤と「就労」のあり方を検討する。

①A-公共交通機関利用ケース

【事例 A-1(頸髄損傷(C-5レベル)1種1級)】

本人: 駅舎にエレベーター設備がなく、そのため線路脇のフェンスから直接軌道敷きをまたぎ、ホームにアプローチする。(写真1) 駅員に連絡してフェンス扉を開けてもらわなければならない。ホームと電車の間にも段差があり駅員の介助を必要としている。自由に利用できるように早くエレベーターを設置して欲しい。



写真1 エレベーターのない駅舎

雇用担当者: 特例子会社なので社内環境はフルフラットである。通勤には、駅員の介助に全面的にたよっているので毎日挨拶やお礼を忘れず言って欲しい。

筆者所感: フェンスの入り口は上りと下りの2箇所あり、駅正面玄関から離れたホームの端である。しかも、車イスで乗る車両は最前列か最後部である。長いスロープを上った後もアプローチは長く、下肢だけでなく上肢にも障害がある状況では困難を伴い、雨の日はなお大変である。一日も早いエレベーターの設置を願わずにはいられない。

【事例 A-2(脳性まひ1種2級)】

本人: 自宅から会社まで約2時間の通勤時間であるが、自宅最寄り駅から1回の乗換えで都心まで行ける鉄

道を利用している。到着駅から職場へは 15 分程度、車イスを自走する。(写真 2) 駅員の介助が必要で混むと電車から降りられないこともあるので、ラッシュを避け、朝早く出勤している。



写真 2 長い横断歩道を渡る

雇用担当者:車イス使用、2 時間の通勤時間を考慮し、会社近辺に借り上げアパートを準備する予定であったが、年齢や体調管理等を勘案し、自宅から通勤することとした。通勤は、乗換え回数が一番少ない経路を選択した。就業時間の変更等も検討したが、本人の希望により、健常者と同一の就業形態で、現在、順調な職業生活をしている。

筆者所感:通勤 2 時間は重度の障害のある人には大変である。体力を消耗しないよう乗り換えの少ない路線を利用しているのは賢明である。

【事例 A-3(脳性まひ 1 種 1 級)】

本人:自宅から、バスを 2 本乗り継ぎ通勤しているが通勤時間は 1 時間半程度である。

バスの乗車時は一般乗車席に座っている人の席を譲ってもらい、そのイス席を折りたたみ、車椅子スペースを作らなければならない。運転手には手間をかけるため混む時間の利用を避けている。

雇用担当者:職場環境では通路幅はせまいが、バリアフリー化されていて、多機能トイレも設置している。電話応対等の気を使うサービス業なので、通勤に体力を消耗していないか心配である。

筆者所感:手の力が弱いので電動車イスを使用し、移動には公共交通機関を利用している。バスの乗り降りは、(写真 3) 電車と違い運転手に手間をかけ、また周囲の乗客にも協力を得なければならない。バスを 2 回乗り継ぐ通勤では、運転手と乗客に気を使い身体的、精神的な疲労感が大きいのではないかとと思われる。



写真 3 バスの乗車介助

②B-在宅勤務のケース

【事例 B-1(頸髄損傷(C-6 レベル) 1 種 1 級)】

本人:グループホームで、図面のデータ入力業務をしている。在宅就労であるが、週に 1~2 回程度は技能向上のため福祉タクシーを利用し、出社している。(写真 4) 会社にはエレベーター設備がなく階段昇降は会社の人の介助に頼っている。



写真 4 人手による階段昇降

雇用担当者:業務への意欲があるので人手をかけて階段昇降することには負担は感じていない。小さい会社だからバリアフリー設備への投資はできないが、在宅就労の環境を整えることと両面で雇用継続を支援している。

筆者所感:在宅就労により体力の保持を図り、技能の向上のための週 1~2 回程度出社し、図面のチェックや指導を受けているが、階段昇降は 3 人掛りで、社員の人的介助や支援により支えられている。就労継続において本人の仕事への意欲や向上心を支える社員の協力は職場環境の整備と同等以上に大きな力であると思われる。

【事例 B-2(筋萎縮性疾患 1 種 1 級)】

本人達:兄弟が同じ障害になり、小学校時より車イスを使用し、上肢にも障害がある。兄は養護学校を卒業し、作業所で働いていた。弟は養護学校卒業時に、「働きたい」という意欲を示した。



写真 5 在宅勤務の作業環境

進路指導の先生の勧めにより、兄弟一緒に 1 年間技能習得の訓練を受講した。製図に関する技能を習得し、在宅就労として就職した。9 時と 15 時にメールをいれ、勤務報告をしている。(写真 5) 出勤は月 1 回程度、母親の運転する車で出社し、そこで図面を印刷してチェックを受けている。

雇用担当者:仕事への意欲があるので、その意欲を持続するよう配慮していきたい。

筆者所感:重度の進行性の障害がある兄弟 2 人が、在宅就労に至るまでには支援者の熱意がある。「ずっと働きたい。」という彼らからは言葉だけでなく、表情や態度からもその姿勢が感じられた。

③C-職住近接のケース

【事例 C-1(頸髄損傷(C-4レベル)1種1級)】

本人:職住近接の単身居住で、四肢まひのため、出勤から帰宅までヘルパーのほぼ完全介護である。電動車イスを自走して、雨風の時はカッパを付けてもらい出勤している。職場でも昼休みは褥瘡防止のため横になり徐圧を図っている。

雇用担当者:大学の学務課で障害学生支援業務に従事している。(写真 6)マウススティックでパソコンを操作し、情報提供する業務を行っている。障害は重度であるが学内の環境改善にも取り組んでいる。



写真 6 マウススティックでパソコン操作

筆者所感:身体的可動域は頸部より上部である。そのため、電動車イスや PC は顎や口の動きで操作している。支援業務をこなす傍ら、学内のバリアフリー環境整備や研究活動にも意欲的で、表情や声からは重度障害を感じさせない。

【事例 C-2(脳性麻痺者 1種 2級)】

本人:雨の日は大変だけど 5 分程なので河童をつけて通勤している。(写真 7)会社の人に介助してもらうこともある。週 1回はヘルパーさんに来てもらい、風呂や部屋の掃除をしてもらっている。



写真 7 小雨の中の通勤

雇用担当者:1年間の職業訓練の終了を待たず、早期に就職した。人事課に所属し、宅配等の郵便物に関する仕分け作業や事務入力等の補助的業務に従事し

ている。車イスで使用できるようにするため、バリアフリー化をした。「障害者作業施設設置等助成金制度」の手続きや、図面の調整等は煩雑であったが、しかし、工事費の過半を補助してもらえることのメリットは大きかった。

筆者所感:居室内は手すりの設置やスノコの設置等、簡易な改修をし、居宅から職場環境まで、大きな問題なく、順調に職業生活のリズムが整いつつあるように思われた。

④D-自家用車通勤のケース

【事例 D(脊髄損傷 1種 2級)】

本人:公営住宅から会社までは自家用車で 20 分程度の通勤時間である。会社の玄関先で、(写真 8)階段昇降機に乗り換え、2 階で、また仕事用の車イスに乗り換えている。仕事にはやりがいがある。



写真 8 階段昇降機で 2 階事務所へ

雇用担当者:階段昇降機と障害者用トイレの設置は「助成金制度」による補助があり助かった。就業支援は職場環境のアクセスに関してだけで、設計業務の戦力になっている。

筆者所感:階段昇降機の設置により、職場環境をバリアフリー化した事例である。「助成金制度」を活用した職場改善は車イス使用者等の身体障害者の雇用促進には有効な方法であると思われた。

4 まとめ

移動に困難のある重度の身体障害者にとって、アクセシビリティの改善は QOL 向上と社会参加に直結した課題である。公共交通機関を通勤に利用することには大きな不安感を感じている様子が窺われたが、事例からは、周りの協力と配慮を得ながら、自らの工夫と努力で就労し、職業生活のリズムを形成している様子や施設設備が未整備でありながらも人的支援等によって通勤を可能にし、継続的な就労を可能にしていることも窺われた。

アクセシビリティの整備には施設設備等バリアフリー化を基本にしながらかも、個々の工夫の収集整理による情報の共有化並びに人的支援等に関するソフト面の重要性も確認することができた。「教育・訓練、福祉・医療等の支援機関による連携」並びに「利用当事者の意見を反映する仕組みづくり」を整えることにより、アクセシビリティの整備改善はより効果的に整備が進むものと思われる。

※事例紹介、写真掲載にあたり本人の了解を得ていることを付記する。

国立吉備高原職業リハビリテーションセンターにおける 介助支援の必要な障害者に対する職業訓練の実施結果報告

福島 正（国立吉備高原職業リハビリテーションセンター 主任職業訓練指導員）

1 受入れの経緯

国立吉備高原職業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、従来様々な障害者を受け入れ、職業訓練をはじめとした職業リハビリテーションサービスを実施してきたところである。過去の対象者の中には一部身辺介助を要する訓練生も含まれていた。

平成 18 年 3 月に厚生労働省職業能力開発局より発出された「障害者職業能力開発の推進について」の中で、「一定の介助支援が必要なより重度の身体障害者に関する職業訓練についてモデル的に取り組む」旨が盛り込まれたことを受け、高齢・障害者雇用支援機構では、「医療行為を伴わない介助支援が必要な重度の身体障害者」を受け入れ、訓練指導員等が介助支援を行いながら職業訓練を実施することとした。

受け入れに際し、当センターでは過去の実績を踏まえつつ、それまでに受け入れた経験のない障害程度の訓練生の受け入れを行うこととした。

2 対象者の概要

平成 18 年度に受け入れた対象者は 2 名であり、障害状況もほぼ同様であった。以下に対象者の概要を示す。

(1) 障害名

進行性筋ジストロフィー症による両上・下肢の機能全廃及び体幹の機能障害

(2) 等級

1 級

(3) 具体的障害状況

【上肢】

両腕共持ち上げることができない。自力での姿勢保持、修正が困難。手首・指は動くためペンを渡す等の介助があれば書字は可能（実用レベル）。

【下肢】

自立位、歩行は不可。長時間の座位姿勢が続くと腰痛が出ることもある。

(4) 補装具

電動車いす（テーブル及びリクライニング機能付き）

(5) センター内で実施した介助支援例（訓練以外）

【食事】

配膳・下膳、食器の位置換え、食べ物が大きい場合の刻み、手及び口の清拭等。1 名は口へ運ぶ介助が必要な場合がある。

【排泄】

小便は尿瓶を使用し、準備・排泄介助・排泄後の処置・尿瓶洗浄等、大便はズボン及び下着の着脱・便器への移乗・排泄後の処置等が必要。

【その他】

姿勢の変更、エレベータ利用時のボタン押し、水分補給等。

3 職業訓練実施状況

(1) 入所から修了・就職までの流れ

今回の対象者については、当センターにとっても初めての障害状況であったため、受け入れに際し万全を期す必要があったことから、事前に入校体験を行い対象者の状況把握等を行うこととした。

その後、入所選考を経て入所、職業評価（3 週間）、職業訓練、就職支援を行い、修了・就職に至った。

(2) 入校体験

入校体験については、主に訓練期間中に必要となる介助の内容・方法の把握、現行訓練機器使用時の問題点等の把握、自宅からの通所方法・所要時間等の確認、体力的に訓練受講に耐えうることを確認等を目的として 2 日間にわたり実施した。

具体的な作業内容は、2 次元 CAD による簡易図面作成、EXCEL によるデータ入力作業、パソコンによる文字入力、簡単なホームページ作成、電卓操作を行った。

これらの作業を通じて、パソコン作業はマウスではなく大きめのトラックボールの方が効率

的であること、教材やトラックボールのテーブル上への配置、筆記用具の受け渡し、テキストのページめくり、パソコンの電源投入等常について介助が必要であることが確認できた。

また、職員による介助体験を行った結果、食事介助、排泄介助については方法を習得することで職員による対応が可能であること、施設の改善は不要であることが確認できた。

(3) 職業訓練カリキュラム

職業評価の結果、パソコンを用いた作業において技能習得の可能性が見出されたことから、各種アプリケーションの利用に関するカリキュラムを中心とすることとした。また、訓練科は電子機器科とするが、就職の可能性を拡げるため機械製図やホームページ作成の訓練も盛り込むこととした。

(4) 職業訓練・介助支援等状況

職業訓練の実施に際し、電動車いすに付属している専用テーブルへの機器・教材等の配置、テーブルへの両腕の持ち上げ、テキストのページめくり、パソコンの電源投入、ログインに際してのID及びパスワードの入力等の介助を行う必要があった。

パソコン起動後については、操作は全て本人がトラックボールを使用して行えた(図1)。文字入力に際しては、スクリーンキーボードを使用した(図2)。



図1 トラックボールの使用

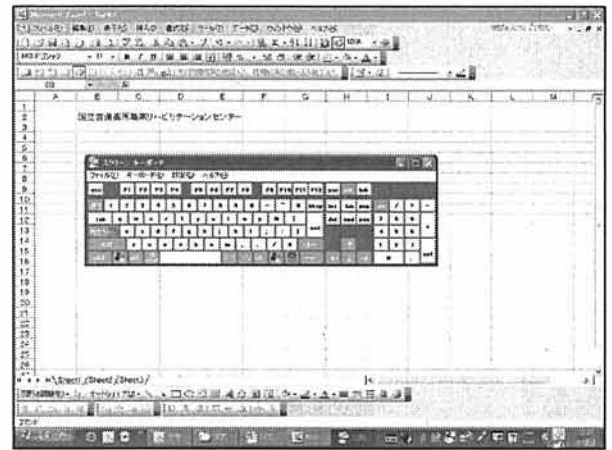


図2 スクリーンキーボード

また、技能指導以外では、排泄や食事、水分補給、体位変換等の介助が必要であった。介助に際しては極力本人の自己申告により行うことをルールとすることにより自主性の向上に努めることとした。

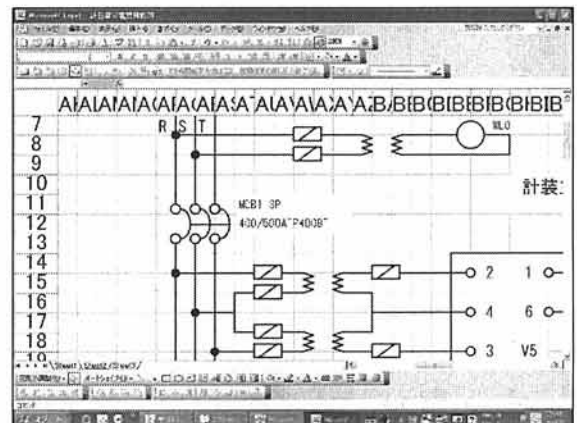
4 就職支援

(1) 就職先の選定及び具体的技能指導

就労先の選定に際しては、在宅勤務又は自宅からの通勤が可能であること、障害者の雇用実績と理解があること、パソコンを利用した作業であることを前提とした。その結果、過去に修了生が採用されており、また在職者訓練生を当センターで受け入れた実績のある事業所が候補となった。

候補先事業所では、EXCELの作図機能を利用した電気図面等の製図が行われており、当該作業は対象者にとっても対応可能と思われる。

対象者は動作制限が大きいいため、就労に必要な技能の習得に際しては可能な限り実際に近い作業を体験する必要があったことから、候補先事業所に協力を依頼した結果、サンプル図面の提供を受けることができた。



この図面を基に職業訓練指導員（以下「指導員」という。）による効率的な作図方法の検討を行った後、対象者に対し指導を実施した。作業に際しては、所要時間を記録し、後の就職依頼の際に活用することとした。

(2) 職場実習

候補先事業所における他の社員の作図時間と対象者の作図時間を比較した結果、技能が一定のレベルに達したと判断されたことから職場実習を実施することとした。

通常、職場実習は先方事業所内において実施しているが、今回については事業所内に2名を受け入れるスペースの確保が困難であること、実習期間中においても常に介助支援が必要であること、在宅就労を検討する必要があること等から実施方法そのものを根本から見直す必要があった。

当センター内で検討の結果、期間は2週間とし、1週目は主に当センターにおいて、2週目は在宅により職場実習を行うこととした。また、実習に際しては実際の就労時間に近い形で行うこととし、2週目の在宅実習に必要な機材については当センターより貸与することにより対応した。自宅のパソコン環境等の設定に関しては、指導員が訪問し、実施した。

以下に職場実習の具体的な実施方法を示す。

イ 1週目

【月曜】

自宅より定時に出勤し、打ち合わせ及び課題図面の受け取りを行った（指導員同席）。

打ち合わせ終了後、対象者の自宅に移動し、自宅環境の確認及び作図作業を行った。作図に際しては、指導員が適宜指導を実施した。

作業終了時に本人より事業所宛電話連絡を行った。

【火曜～木曜】

自宅から当センターに通所し、勤務時間に合わせて作業を実施した。作業に際しては、指導員が適宜指導を行うと共に、作業時間を記録した。また、作業終了時に本人より事業所宛電話連絡を行った。

【金曜】

自宅にて作業を行った後（図4）、15時に出勤し、課題提出及び作業報告、翌週の段取り確認を行った（指導員同席）。



図4 自宅での作業風景

ロ 2週目

【月曜】

自宅から定時に出勤し、打ち合わせ及び課題図面の受け取りを行った（指導員同席）。

打ち合わせ終了後、対象者の自宅に移動し、作図作業を行った。作図に際しては、指導員が適宜指導を実施した。

作業終了時に本人より事業所宛電話連絡を行った。

【火曜～木曜】

自宅において就業時間に合わせて作業を行った。作業開始時及び終了時には本人より事業所宛電話連絡を行った。

2週目に関しては指導員は側についての指導は行わず、自力での作業とした。

【金曜】

自宅にて作業を行った後、15時に出勤し、課題提出及び作業報告を行った後、事業所担当者による評価を受けた（指導員同席）。

(3) 就職

職場実習を行った結果、作業速度及び精度とも問題ないとの評価を受けることができた。

採用に関する調整の結果、人事担当者より外注による業務委託を打診された。これは本人が自営または在宅就労支援団体等に登録した上で、業務繁忙期において作図作業を対象者に依頼し、歩合制により謝金が支払われるものであ

る。

しかしながら外注による業務委託では、業務量が一定せず、結果として収入も不安定となること、作業方法に関する指導を受けにくいこと等の問題点が想定されたことから、再度当センターより事業所に対し再考を依頼した。その結果、在宅による嘱託採用に至った。

採用に当たっては、職場実習期間中に実施した1日あたり7時間の訓練は、本人にとって体力的に負担が大きかったことから、勤務時間は1日あたり実働5時間、週5日間の勤務とされた。

また本人の希望も有り、当面の間週1回出社し、指示・指導を受けることとなった。

(4) フォローアップ

修了・就職後、不定期ではあるが何度か対象者、家族及び事業所担当者と面談する機会を得た。家族によると、就労後は生活リズムも安定し、充実した毎日を過ごしているとのことであった。入社後1年を経過した時点では、両名とも順調に業務をこなしており、事業所からも好評価を得ているところである。

本人の言によると、「就職が夢であり、実現して本当によかった。今後の目標は今の仕事を長く続けること。」とのことであった。

嘱託採用ではあるが、2年目以降も契約更新される見込みである。

5 まとめ

今回の取組みでは、従来当センターにおける職業訓練の対象者像として考えていなかった障害レベルの者に対し、様々な検討・工夫を重ねることで、職業訓練を実施し、更に就労に結びつけることが出来た。

適切な職業リハビリテーション計画及び職業訓練カリキュラムを策定するに当たり、事前に把握しておくべき事項としては、対象者の障害の詳細な状況、作業面・生活面で必要となる介助の内容及び方法、通所の方法、基礎学力、職業適性、通勤による就労及び在宅就労の可能性、就労を想定できる具体的な作業内容、本人及び家族の希望等が挙げられる。

受け入れに際し、懸念の大きかった身辺介助については、入校体験により実際の方法を職員が学ぶことで、スムーズに対応することができた。結果としては、訓練実施上は大きな障壁とはならなかった。

カリキュラム構成については特に今回のような場合、作業可能な範囲が限定されること等から、「広く浅く」訓練を行うという方法では就職に結びつきにくい。訓練開始後できるだけ早期に就職の目処をつけることにより、無駄のない効率的な訓練を実施することができる。

今回のケースが就職に結びついた大きなポイントのひとつには、職場実習の実施方法の工夫が挙げられる。「職場実習は事業所内で行うもの」という固定観念を捨て、本人の就労のために最も効果的と思われる方法を模索した。その結果、「当センター及び自宅での職場実習」という形にたどり着き、就労に結びつけることができた。

今後においてもこの柔軟な発想を常に持つことにより、対象者にとって最も必要かつ効果的な職業リハビリテーションサービスを実施していきたい。

脊髄、頸髄損傷者に対する医療期からの職業復帰支援についての考察 —せき髄損傷者職業センターのとりくみを通して—

大関 和美（せき髄損傷者職業センター 障害者職業カウンセラー）

1 はじめに

せき髄損傷者職業センター（以下「当職業センター」という。）が併設されている「総合せき損センター」（以下「病院」という。）は、労災病院として、脊髄損傷者等に対し、急性期治療から、当センターの行なう職業リハビリテーションも含め、社会復帰までの一貫したリハビリテーションシステムを備えたわが国唯一の専門施設である。

当職業センターは、1979年に独立行政法人労働者健康福祉機構の運営する病院の設立とともに、医療リハビリテーションと相互に連携を図りながら、職業リハビリテーションを実施してきた。

当職業センターは職業リハビリテーション専門施設としては、医療機関に併設され医療期から一貫したサービスを行なう施設でもある。

そこで、これまでの当職業センターの行なってきた支援について把握・分析しながら、脊髄損傷者及び頸髄損傷者に対する医療期からの職業復帰支援について考察を行なっていきたい。

2 当職業センターの職業復帰支援状況

(1) 職業復帰の状況

当職業センターのサービスの対象の母集団である、併設する病院の入院患者のうち、頸髄損傷者は年間100名弱で総入院数の約10%を、脊髄損傷者は60名弱で約60%を占める。

図1はそのうち2002年度から2007年度までの過去5年間に当職業センターでサービスを実施した153名の頸髄損傷者と脊髄損傷者(労災リハビリテーション作業所よりの依頼者等を除く)の支援後の帰すう状況である。退院後は転院や労災で一時的に復職の形をとるケースもあるが、最終的な帰すうについて計上している(2008年4月現在)。

153名の内訳は、頸髄損傷76名(入院64名、通院12名)脊髄損傷77名(入院58名、通院19名)である。

まず復職者については、一般的な休職の期限が1年半から2年程度であることと、症状固定のおおよその目安も同様の期間であることから、ほぼこの期間内に復職への態勢を整えることが望まれる。

さらに職業アイデンティティに係る支援を必要とする若年の脊髄損傷者や、再度キャリアチェンジの必要が生じた等の比較的長期的に支援を必要とする場合でも、過去10年間の勤務を通しての分析では、退院後にも継続的に職業リハビリテーションサービスを提供し、新規就職及び職業復帰

に至る場合には、9割以上が過去5年以内にサービスを行っており、ほぼ傾向が把握できるものと思われる。

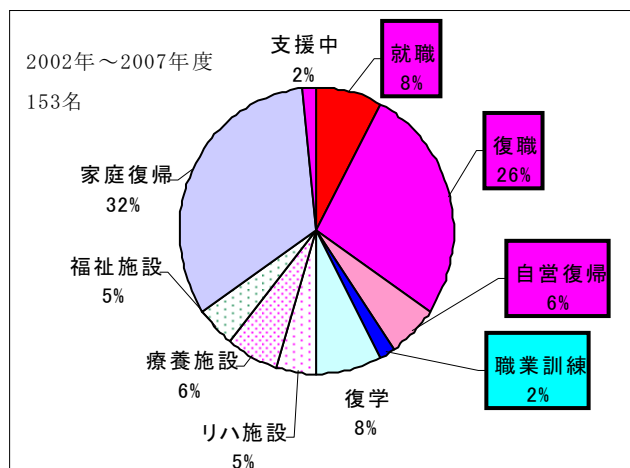


図1 せき髄損傷者職業センターで支援した頸髄損傷者及び脊髄損傷者の最終帰すう状況

脊髄損傷者のリハビリテーション治療の社会的アウトカム（退院時）の調査としては、徳弘¹⁾による「全国脊髄損傷者データベース」がある（図2）。

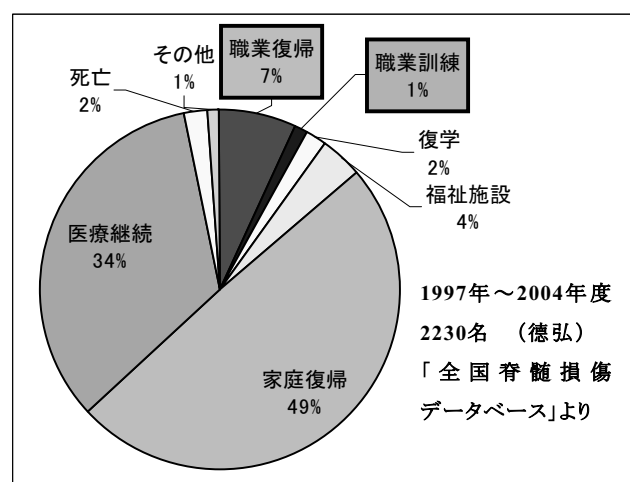


図2 リハビリテーション治療の結果

2006年のリハビリテーション医療診療報酬の改定前ではあるが、調査からは、「急性期病院の入院期間の短縮が図られたことにより、職業復帰が減少している」こと、一方で「職業復帰(復学・職業リハビリテーション(※隣接する国立吉備高原職業リハビリテーションセンター等での職業訓練を指す)移行を含む)者の在院日数は平均

で1997年度と2004年度では183日から206日と増加している」等の長期的・社会的アプローチが必要でありながら、病院や吉備高原医療リハビリテーションセンターを除くと、難しくなっていることが指摘されている。

住田¹⁾によると、年間約5000名近くの新たな脊髄損傷者の出現があるが、脊髄損傷者への社会復帰システムはまだ充分といえない状況にあると述べている。

母集団や絶対数の違いはあるが、図1で示した集計のうち当職業センターの脊髄損傷者77名の帰すう状況は、図3のようになっている。脊髄損傷者は、むしろある程度ADLの自立している頸髄損傷者よりも、「自己状態との共存」等をはじめとして復帰態勢の構築に係る課題が大きく残るように思われるものの、医療体制も含めた長期的・有機的な支援の有効性は認められるように思われる。

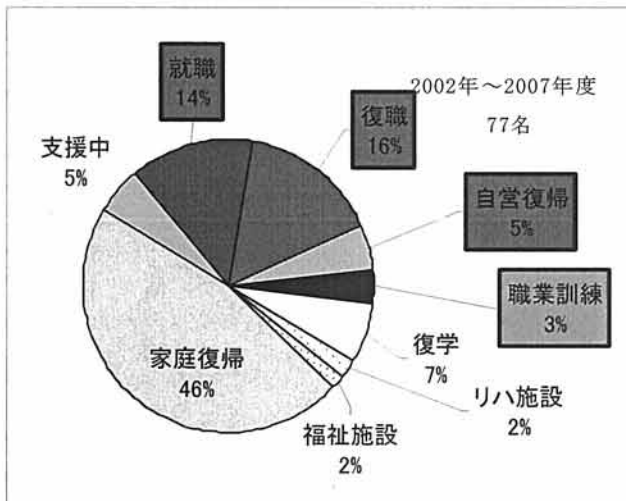


図3 せき髄損傷者職業センターで支援した脊髄損傷者の最終帰すう状況

(2) 当職業センターのサービスの状況

当職業センターは職業評価、職業指導、作業指導の3種のサービスを行なっている。

作業指導は、パソコンの指導を通して、「職業に対する意欲や自信を喚起し、就職、復職のために必要な職業的技能を習得し、職業復帰及び職業生活における自立を促進する」ことを目的とするサービスである。

職業訓練との違いは、篠田²⁾らが分析したようにコンピュータの使用能力が復職の重要な因子であることから、①「技能習得も目的とするものの」、職業指導・相談と並行しながらの啓発的な経験を通して、体調面や今後のキャリアチェンジについて検討を行なったり意欲の醸成を行なうといった②「体験的なカウンセリング」としての意味づけや、グループワーク等をはじめとして、そ

の後の③「職業リハビリテーションカウンセリングへの活用の意味づけ」が大きいように思われる。

キャリアカウンセリング的な視点からの職業指導等の流れは図4のようにまとめられる。

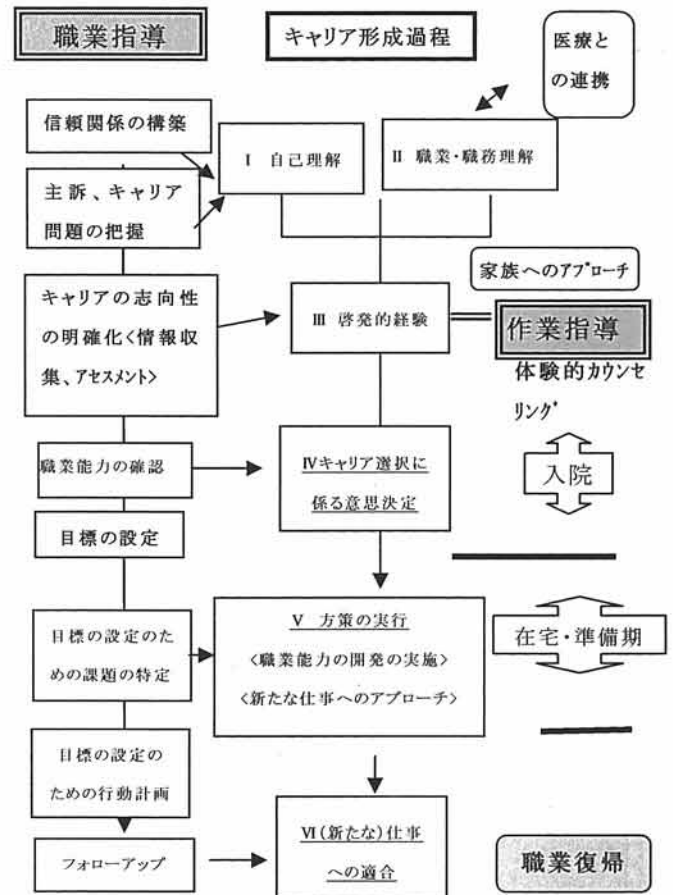


図4 せき髄損傷者職業センターのサービス

脊髄、頸髄損傷とも下肢障害、体幹麻痺、呼吸障害、膀胱・直腸機能障害、自立神経障害等の全身の随伴障害を示す。頸髄損傷者はさらに上肢障害や血栓、貧血、瘻性等の後遺症状を伴うことも多い。

当職業センターへは合併症予防等の治療が落ち着き、リハビリテーション治療が主体となり、起立性低血圧等がある程度安定した状態になった時、主治医から職業リハビリテーションサービスの依頼がなされることが多い。また入院後1ヶ月半を目途に、職業リハビリテーションについての勧奨を行なうので、受障後2、3ヶ月以降での開始が多い。しかし、病院は、河野³⁾によると「半数以上が受傷後2日以内で入院(1979年～2003年)し」、植田⁴⁾によると「遅くとも2、3日以内に運動療法を開始するので、手術翌日には座位を開始し、1～2週間で車いす乗車」のペースでリハビリテーションを行なうため、受障後2ヶ月以下での開始者もある。

入院期間が頸髄損傷者で7ヶ月～1年弱(19年度は労災で平均約220日)、脊髄損傷で3～6ヶ

月弱（同平均約150日）であるので、早期にサービスが開始されれば、頸髄損傷者で最低でも4、5ヶ月間、脊髄損傷者では2、3ヶ月間はラポール構築後の職業相談が可能となる。

特に若年のクライアントに対しては、医療と並行し連携をしながらの家族支援を行ないつつ、入院している時期に集中的に職業的な関わりをもち、ラポールを構築しながら、古澤¹⁾のいう「全人的なもの見方でキャリア形成過程の目標の設定や目標設定のための行動計画の策定までの段階に進めるように援助を行なうこと」が、退院後の「詰め」を行なう上で重要と考える。

しかしながら、短期化する入院期間の中では、セルフケアやモビリティ等のADLの自立に向けてのリハビリテーション治療が優先されるため、退院後の社会復帰、特に職業復帰に向けて準備を行なえるだけの態勢がなかなかとれないといった状況も生じており、作業指導の10日以内の受講者が49%（平成19年度）となっている職業指導は、入院中は体験的なカウンセリングである作業指導と並行して行なわれる。退院後も事業所等も含めた「継続的・機能的なアプローチ」が可能となった事例が増えつつある。

職業評価は、受障から日が浅く心身状態が変化する状況で行うことになるので、初期の段階にはいわゆるアセスメントによる問題解決的な「演繹的アプローチ」は行なわず、リハビリテーション等の状況や、現在の時点での心身の状況の把握にとどめ、内的資源の把握等へのアプローチをとることが多い。

(3) リハビリテーションと職業復帰

病院では、植田⁴⁾によると、頸髄損傷者の麻痺高位評価で、72時間時にC4、C5レベルでも、半年後にはそれぞれ約20%、70%がC6の手根伸筋評価以上となり、自立境界レベルながらも移乗や食事、更衣等の職業生活の自立にもつながるADL自立の見通しがもてるレベルとなる。

以下、リハビリテーション科の賀好OTの指導を得て、高位評価がC6程度の頸髄損傷者の当職業センターでの状況を表1にまとめてみた。

うち8名は、早期からサービスを開始し、受障後半年間の心身ともに変化の大きな時期に関係構築を行なった。9名とも退院後も職業復帰支援を継続的に行なっている。

しかし、ADL自立の境界レベルのため、退院後も体調調整やリハビリテーションの継続を要し、職業復帰活動を本格的に開始するまでには、短くとも半年程度ブランクがある。

表1 C6、C7レベルの頸髄損傷者の職業復帰状況

損傷部位	入院退院	サービス開始	改良Frankel	Zancolli	高位評価	復帰活動
C6 <学災>	127 →127	127	A	C6B1	C6B	200~203 リハ施設→訓練→就職
C6.C7 <交通>	当日 →12	3	A	C6B3	C6B	離職(入院時) 22~27就職
C6 <交通>	5 →18	7	A	C6B3	C6B	23~30 在職訓練→復職
C5.C6 <スポーツ>	1 →22	4	B3	C7A/ C7B	C7B	31~34 仮復職 →復職
C5 <スポーツ>	2 →16	2	A	C6B3	C6B	離職(入院時) 27~40 →リハ施設→在宅自営
C5 <交通>	8 →18	15	A	C6B3/ C7A	C6B / C7A	34~37 仮復職→不調
C6 <転落>	2日後 →13	4	A	C6B3	C6B	離職(入院時) 45~51 →リハ施設→訓練→就職 断念
C5 <飛込 公災>	12 →33	13	B2	—	C7A	37~訓練待 機(休職中)
C5 <飛込 公災>	2 →14	4	B3	C7A	C7A / C7B	離職31~39 就職断念

注1) 単独の数字は、受障後の経過月数をさす。

注2) サービスとは、当職業センターのサービスを表す。

このブランク期は、表1のクライアントの内、8名が自動車運転が可能となる等、心身ともに復帰への最終準備期として位置づけられる。

ブランク期でも、遠隔地のクライアントにも病院の定期検診や、訪問を通じ、支援の継続を図っている。リハ施設入所者は、施設に連携を働きかけたが不調で、結果的に退所後に部分的に支援を継続することとなり、こうした支援の断裂が具体的な「詰め」の部分に影響してしまったように思われる。

退院後の半年間は、当事者へのヒアリングによると「退院後は出来ないことややれないことに直面し、無力感を感じる時期。その気持ちとどう付き合うかで進むかやめるかが決まる」という第2の分岐点であるので、継続的に関われる入院期までに、目標の設定や行動計画の策定まで進めておくことが、退院後にも途切れることなく「詰め」を行なう上で重要と考える。

3 頸髄損傷者、脊髄損傷者支援の特徴

(1) 「みえる」

頸髄損傷、脊髄損傷は、受傷起点が明確な場合がほとんどで、運動知覚麻痺等の「機能障害」、歩行障害やADL障害等の「活動の制約」等の一部については他者からも「みえる」部分がある。

しかしながら「みえる」部分の制限にのみとらわれてしまい、全体的・全人的に把握して対することを難しくしている面があるように思われる。

職業リハビリテーションサービスを行なう場合でも、こうしたみえない部分や、心の部分に目を向けないでしまっていることがある。

病院の機能分担や在院日数の短縮化が進んでいるものの、全体的な医療期が長く、一貫して高度で専門的な治療が必要である頸髄損傷・脊髄損傷は、本人を通してのみならず、ソーシャルワーカー等の社会復帰の担当スタッフをはじめ、治療やリハビリテーション、看護等の医療の状況を「流れ」としてふまえながら、見落としている部分の「みえる化」を図っておくことが「詰め」部分の支援を分担する際に、多面的なサービスを行なう上で必要と思われる。

しかし、脊髄損傷者の社会復帰のための総合的な支援の専門施設である病院に併設されながら、当職業センターも医療以外の施設であることから、「脊損検討会」等を除くと医療の状況を把握する機会は限られ、その限定的な機会も実際に支援に携わるカウンセラーの参加機会がもたれるようになったのはここ1、2年のことで、機会の活用が充分なされてこなかった。

(2) 「回復」

頸髄損傷、脊髄損傷は、急性期では時単位で、亜急性期や回復期においてもめざましい「回復」がみられることが第2の特徴である。

それがゆえに、徳弘¹⁾によると、医療では、「チームアプローチによって多面的な障害に、目的志向的・時間限定的で、しかも統一的・効率的に対応して、社会参加が可能な状態での社会復帰」を目指すとしている。

症状の固定の一般的な目安は1年半である。頸髄損傷者はその3分の2近くが入院期間となる。

一方で、特に職業復帰は、休職や傷病手当等の期限の関係等から、1年半や2年程度の期間までに、アプローチを図っていくことが必要となる。

しかも、回復や変化が大きい入院期と、退院後のブランク期が内包されるので、退院後に職業復帰を行なうような態勢となって支援機関を訪れるのは復帰期限の数ヶ月前ということになりかねない。また、変化に寄り添うことがなく、途中参加となるので、共感や共有といった作業が円滑にいかないうちに期限を迎えることになりかねない。

(3) 自己状態との共存

頸髄損傷、脊髄損傷への支援を考える上で、受障とその後の状態をクライアントがどのようにとらえていくかの問題は避けられない。

「障害受容」と表現されることが多いが、先の

当事者のヒアリングでもあったようにクライアントそれぞれにその答えがあるものと思われる。

受障によるショックや生活の中で制限を感じ無力感等を感じる一方で、前述のように変化していく状況も存在することから、受傷時の麻痺の状態から予後について医師からの告知はあるものの、「期待感」と「無力感」が混在する心理状態の中で、職業復帰についても検討していかなければならないこととなる。

4 今後の頸髄損傷者、脊髄損傷者に対する職業リハビリテーション支援への考察

最近の障害者職業センターが行なう職業リハビリテーションカウンセリングは、問題の因果関係や症状の形成機序をアセスメントして、その結果に合わせて心理学的な介入を試みる演繹的な「問題解決アプローチ」が主流となっている。

しかし、当職業センターが対象とする頸髄損傷者、脊髄損傷者においては、こうした問題（制限）や原因に焦点をあてることは、科学的な医療行為でないかぎり有効なアプローチとはいえないと考える。今後の職業復帰に向けては、クライアントのもつ可能性等に焦点をあてて、実現志向や自己回復など創造的な解決方法の構築を志向する「解決構築アプローチ」、すなわち個々の面接事例における効果を観察して、その都度利用しているようにするカウンセリングが有効と考える。

原因を的確に診て（視て）適切な対処法を効果的・効率よく行なっていく科学的な医学アプローチ（プチゴールがある展開の早い自己強化ループシステム）からみると、当職業センターの行なう「解決構築アプローチ」は、効果に時間的な遅れがでるシステム（二重線の「自己強化」または「バランスシステム」）であり、その成果についてもカウンセリングという業務の性格上、クライアントの変容の形をとるが、病院が入院期のみを対象とするのに対し、より長期的に職業生活を支援していくためには「解決構築アプローチ」が有効と思われる。

医療においても、ナラティブ・ベイスト・メディスンの潮流もあるので、頸髄損傷者、脊髄損傷者に対し、医療期から双方のアプローチが両輪として機能し、真の「総合」支援となっていくことを期待したい。

【参考・引用文献】

- 1) 住田幹夫、徳弘明博、真鍋彰、古澤一成編著：脊髄損傷者の社会復帰<総論1>「脊髄損傷者社会参加マニユアル」、p.2-31、NPO法人 日本せきずい基金（2008）
- 2) 篠田雄一他：脊髄損傷患者の復職に関わる因子の検討「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.128-129、（2007）
- 3) 河野 修：脊損センターの現況と今後の改善点「関西医科大学における脊髄再生の臨床試験計画に関する懇談会」p.18-22、（2005）
- 4) 芝 啓一郎 編集：麻痺の評価と予後「脊椎脊髄損傷アドバンス」、p.62-86、（2006）

脳血管障害患者を原職復帰に繋げるための回復期リハビリテーションの課題

○榎 真奈美（倉敷リハビリテーション病院 作業療法士）
林 司央子（倉敷リハビリテーション病院）
藤沢美由紀（倉敷リハビリテーション病院）

1 目的

脳卒中後の復職はきわめて個別性が高く、多くの要因が関与している。

我々は平成19年に、脳血管障害患者が原職復帰を果たす要因を把握するため調査をおこなった。その結果、下肢の随意性がBrunnstrom recovery stageⅢ以上であり、日常生活動作（以下「ADL」という。）・歩行が自立していること、失行や失語症状が軽度であること、というこれらの条件が原職復帰しやすい傾向を認めた。これらは佐伯ら¹⁾の報告にもあてはまる内容であった。

これらの条件を達成するために、回復期リハビリテーションを担う我々は、適切な評価と細やかな情報収集、残存機能を把握し代償手段を含めて検討することが求められていると考えた。

今回、我々はこの課題に際し脳血管障害患者の声をもっと反映させたいという思いから、より具体的な調査をおこなう必要性を感じ、アンケートを実施した。その結果に若干の知見を加え報告する。

2 方法

(1) 調査対象

平成12年6月～平成19年5月に当院でリハビリテーションを施行した、発症時60歳以下で就業しており、退院時に歩行自立、ADL自立を達成していた脳血管障害患者82名。

(2) 調査方法

対象者に、アンケートを郵送し、調査を実施した（平成19年11月）。

内容は現在のADL、歩行、作業耐久性、障害受容についての質問、現在の就業状況、復帰までに要した期間、職種、仕事内容の変更、復帰にあたって勤務先から受けた配慮、通勤手段、復帰するまでに困ったこと、復帰してから困ったこと、当院スタッフから勤務先への病状説明をおこなう希望の有無について質問した。

3 結果および考察

調査の結果、52名から回答を得た。回収率は63.4%。そのうち就業者は29名、非就業者は23名

（以下「非復職群」という。）であった。就業者29名のうち、原職復帰した者は9名（以下「原職復帰群」という。）、配置転換や勤務先の変更を要した者は20名（以下「復職群」という。）であった。回答を以下に示す。

(1) ADL・歩行・作業耐久性・障害受容について²⁾
イ. 日常生活で身の回りのことが自分でできているか。

「できている」原職復帰群100%、復職群100%、非復職群91.3%

ロ. ひとりで300m以上歩くことができるか。

「できる」原職復帰群100%、復職群100%、非復職群91.3%

ハ. 15秒以上、作業に集中することができるか。

「できる」原職復帰群100%、復職群100%、非復職群91.3%

ニ. 障害のこを受け入れることができていると感じるか。

「できている」原職復帰群100%、復職群75%（図1）、非復職群65.2%、非復職群では「できていない」が4例（17%）あった（図2）。

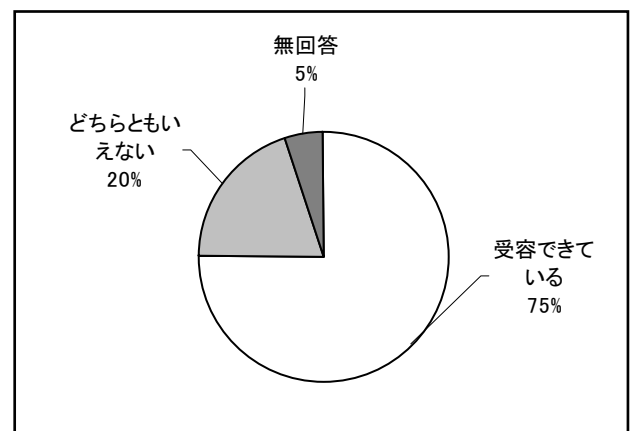


図1 障害受容(復職群)

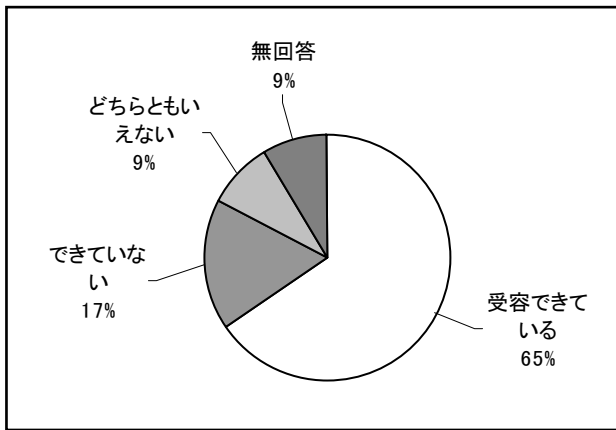


図2 障害受容(非復職群)

原職復帰群においては、Melamedら²⁾による復職成功に結びつく4条件に沿う結果となった。我々はADL・歩行の自立、作業耐久性の向上を図り、それらが障害受容に繋がるようにサポートしていかなければならないと考える。

(2) 職業復帰についての考え

「たとえ仕事内容が変わっても仕事がしたい」という回答が多かった(表1)。

表1 職業復帰についての考え

	原職復帰群	復職群	非復職群
原職でなければ復帰したくない	1		1
内容が変わっても仕事がしたい	8	16	11
仕事自体したくない		1	1
その他			8
無回答		3	2

(単位:人)

たとえ、原職でなくても就業することに対する意欲の高さがうかがえた。原職はもちろんのこと、対象者がどのような仕事が可能か、機能・能力を評価し検討することも我々の課題であると考え。その他の回答として「体の状態から仕事がしたくてもできない」という回答が非復職群から7例挙がっていた。

(3) 退院から就業までに要した期間

退院から3ヶ月以内の就業は原職復帰群では77.8%、復職群では25%。復職群は就業までの期間が延長する傾向にあった(表2)。

表2 復帰までに要した期間

	原職復帰群	復職群
3ヶ月以内	7	5
3ヶ月～6ヶ月以内	1	3
6ヶ月～1年以内	1	4
1～2年		4
2年以上		3
無回答		1

(単位:人)

その背景には、障害受容の問題や体力の問題、復職群においては勤務先の変更(転職など)、勤務先の配慮により時間を要したのではないかと予測される。

我々は入院中から実用的なプログラムを導入し、退院後も体力を維持・向上させるよう指導していかなければならないと考える。

(4) 職種

復職群では事務職が多い傾向にあった(表3)。

表3 職種

	原職復帰群	復職群
専門技術職	1	2
管理職	3	2
事務職	4	9
サービス職	1	3
保安職		1
生産労務職		3

(単位:人)

これは勤務先の変更や配置転換により事務職へ転換する例が多いことを示している。

(5) 仕事内容の変更

復職群において部署及び仕事内容も変更した例は65%、勤務先を変更した例は35%であった。事務職への変更は45%を占めた（表4）。

表4 仕事内容の変更

変更前	変更後	
専門技術職	事務職	2
専門技術職(外勤)	専門技術職(内勤)	1
管理職	事務職	2
管理職	サービス業	1
管理職	生産労務職	1
事務職(外勤)	事務職(内勤)	4
事務職	生産労務職	1
サービス職	事務職	1

(単位:人)

事務職は移動することをあまり要さない、身体的負担の少ないという特性から選択されるのではないかと考える。

(6) 復帰するにあたっての勤務先から配慮されたこと(複数回答)

復職群では、何らかの配慮がなされていることがわかった(表5)。就業するには勤務先の配慮が必要であることを示唆している。

表5 勤務先からの配慮内容(複数回答)

	原職復帰群	復職群
勤務時間の縮小		5
仕事内容の制限	2	16
環境面の調整	2	5

(単位:件)

対象者の機能・能力そして必要な環境設定を評価することができる我々が、適切な情報提供をおこなうことによって、快適な就業に繋げることができるのではないかと考える。

原職復帰群では、自営業のため自ら調整が可能という回答もあった。

(7) 通勤手段

自分で車を運転して通勤している例が多かった(表6)。

表6 通勤手段

	原職復帰群	復職群
自分で運転	7	10
家族が運転	1	4
公共交通機関を利用		5
徒歩	1	1

(単位:人)

車の運転は就業者にとって欠かせない重要な手段であることがわかった。家族の協力や公共交通機関を利用できない場合、就業の可否を大きく左右することが予測される。

また、高次脳機能障害が認められると、車の運転は見合わせる人が多い。よって、高次脳機能障害が就業に与える影響が大きいこともうかがえる。

(8) 復帰するまでに困ったこと(自由記載)

◎は両群、★は復職群から挙げたこと

- ◎ 体力の低下
- ◎ 車の運転ができない
- ◎ 利き手が使えない
- ★ 電話が取れない
- ★ 環境の変化
- ★ 徒歩での通勤が不安

(9) 復帰してから困ったこと(自由記載)

◎は両群、☆は原職復帰群、★は復職群から挙げたこと

- ◎ 作業に時間がかかる
- ◎ 車の運転ができない
- ◎ 字が書けない
- ☆ 公共交通機関を利用しにくい
- ☆ 洋式トイレが少ない
- ★ 電話の対応ができない
- ★ 麻痺側の痙性
- ★ 周囲に気を遣われる
- ★ やりがいの問題

この結果を得て、これまで就業を目標に上記の問題を想定して、対象者に応じた訓練を実施してきたが、それらが十分なものであったか、顧みる機会となった。

少しでも支障なく就業に繋げていくためにも、対象者が困ることを最小限にしないことは必要。

我々は、体力の向上、麻痺側の機能訓練もしくは利き手交換訓練、書字訓練、電話の対応練習、

自分で行える瘻性を緩める方法の指導、公共交通機関の利用訓練など、対象者が今後必要になる内容を予測し聴取しながら、より詳細に実施していく必要があると考えさせられた。

(10) 当院スタッフから勤務先に病状などについて説明の希望

原職復帰群「希望する」22.2%、「希望しない」77.8%。復職群「希望する」15%、「希望しない」55%、無回答30%であった。

希望しない理由として、「自分で説明できるから」の回答が多かった。中には、「仕事の制限をつけられると、昇進などに影響するから」という回答もあった。

対象者の必要に応じて、相談をしながら、慎重に情報提供をおこなっていくことが望ましいと考える。

4 まとめ

①脳血管障害患者を原職復帰に繋げるための回復期リハビリテーションが担う課題は、就業に対する高い意欲を汲み取り、ADL・歩行自立、作業耐久性の向上、高次脳機能障害の改善を図り、障害受容に繋がるようにサポートしていくこと。②原職についてはもちろんのこと、対象者がどのような仕事が可能であるか、機能・能力を評価し検討すること。また、③就業場面を想定した体力の向上、機能訓練、書字や電話の応対、公共交通機関の利用の訓練などを個々の対象者に応じてより詳細に実施していくこと。④勤務先への情報提供については、対象者の身体機能や能力、認知機能、環境調整の必要性など提供したい情報は多々あるが、必要に応じて対象者と相談しながら、慎重に進めていくこと。

これらが我々の課題ではないかとの考えに至ることができた。

5 おわりに

今回、調査の結果より我々の課題が明確になり退院後も追跡して調査することの重要性を強く感じた。

対象者から「たとえ就業できても、周囲から気を遣われるたびに、烙印を押されているような気持ちになる。」「みんなの迷惑にならないようにいつも気を張って仕事をしている。すごく疲れる。」「仕事で失敗することも多く、職場にも迷惑をかけるし、本当は辞めたほうがいいのかもしいれないが、生活がかかっているから辞められない。」など貴重な意見もうかがうことができた。我々の課題はまだまだ山積していることを感じて

いる。

<引用・参考文献>

- 1) 佐伯 覚：脳卒中後の職業復帰予後予測、「総合リハ」、p875-880 (2000)
- 2) Melamed S、Ring H、Najenson T：Prediction of functional outcome in hemiplegic patients、「ScandJ Rehabil Med12 (suppl) p129-133 (1995)

“ろう文化”の理解と聴覚障がい者の多様性に応じた支援

○宮中 一成 (㈱かんでんエルハート 印刷課 副主任/第2号職場適応援助者)
 中井 志郎・有本 和歳・西本 敏・上林 康典・岩崎 慶一 (㈱かんでんエルハート)

1 かんでんエルハートの概要

当社は、大阪府(24.5%)、大阪市(24.5%)、関西電力株式会社(51%)の共同出資により平成5年12月9日(障害者の日)に設立した特例子会社で、特に雇用の遅れている重度身体障がい者、知的障がい者、精神障がい者を積極的に雇用している。現在の従業員数は142名。視覚障がい者10名、聴覚障がい者8名、肢体不自由者25名、内部障がい者4名、知的障がい者48名、精神障がい者4名、健常者43名(内関西電力出向者20名)で、花卉栽培・花壇保守、グラフィックデザイン・印刷、IT関連業務、商品箱詰め・包装、メールサービス(郵便物・社内連絡便の受発信業務)、ヘルスマッサージ、厚生施設受付業務にそれぞれ従事している。平成19年度の売上は1,530百万円である。

2 聴覚障がい者の多様性について

一口に聴覚障がい者といっても、その障がい特性や個人が抱える特別なニーズは実に様々である。これは聴覚障がい者にかかわらず、他の身体障がいの場合でも当然同じことが言えるものである。ところが障がいの種類が同じであれば、その障がいの程度や特性の違いがあったとしても、求めるサポートの内容は似ていることが多い。しかし聴覚障がい者の場合、これが実に多様なのである。

「聞こえない」と「聞こえにくい」では、実に大きな違いがある。また「先天性」であるか「中途失聴」であるかも大きな差異を生じさせる。他にも「第一言語を日本語とする」のか「日本手話とする」のか。「手話ができる」のか「できない」のか。使用する手話は「日本手話」なのか「シンコム(日本語対応手話)」なのか、あるいはその両方の「バイリンガル」なのか。「ろう教育」を受けて育ったのか「普通教育」なのか……。健聴者からすると一見たいした違いに見えないことかも知れないが、こうした違いは聴覚障がい者と共に働きサポートしていく上での配慮に、いくらかの差異が生ずるのである。そして何より他の障がい者と大きく異なる点は、先天性の“ろう”であり、“ろう教育”を受けて育った聴覚障がい者に、特有の誇りと文化、つまりは特有のアイデンティティーを持った方々が多いと言うことだろう。“ろう者”はこれを「ろう文化」、「デフ・コミュニティー」と呼び、強い同朋意識

でつながっている。つまりこうしたデフ・コミュニティーに属する「Deaf(キャピタルデフ)」であるか、そうではない「deaf(スモールデフ)」であるかも、聴覚障がい者従業員一人ひとりの個性・特性を把握する上では理解しておきたい項目となる。

表1は、これらの特性の違いを表にしたものである。実に36のタイプに分かれる。(但し、表内にグレーで示した部分は極めて少数であるため、23のタイプと言った方がいいかもしれない)8名の聴覚障がい者従業員を「聴覚障がい者」とひとまとめにしてしまうのではなく、個々人の個性・特性にあったサポートを行うためにも、それぞれのニーズを把握しやすいように、当事者の協力と同意のもと作成したものである。

表1 「聴覚障がい者の特性把握によるタイプ別分類」

		第一言語						ろう	先天性	障がいの特性
		日本手話		日本語						
		手話								
		日本手話	ンバイリ	ンコム	ンコム	できない	できない			
		A	B	C	D	E	F			
アイデンティティー	Deaf	I								
		II								難聴
	deaf	III								ろう
		IV								難聴
		V								ろう
		VI								難聴
		ろう教育				普通教育		失中聴途		
		教育								

聴覚障がい者の多様性はこれだけではない。「伝音性難聴」であるのか「感音性難聴」であるのか、あるいは「混合性難聴」なのか。「口話法ができる」のか「できないのか」。「発話ができる」のか「できないのか」など、“違い”はまだまだ挙げられる。しかしこの表1は、健聴者が理解しにくく誤解しがちな特徴を、把握するためのものであるから、職場で必要となるサポート方法の違いに、直接大きな影響を与えない“違い”や、気づきやすい“違い”については省くこととした。

3 “ろう文化”の理解

(1) 手話教室の開催と失敗

開業年度から平成15年度までの9年間に在籍していた聴覚障がい者を、表1の分類によるタイプに当てはめると、B-Iが4名、B-IIIが1名というように、全員がろう者であった。

当時の役職者（全員が健聴者）は、「聴覚障がい者は単に言葉によるコミュニケーションが困難なだけ」、「手話さえ体得できれば全てが解決できる」と考えていたため、早期に手話を体得し言葉によるコミュニケーションの課題を解消したいとの思いから、聴覚障がい者にそのことを訴え、手話教育の開催を求めた。そして週に1回、終業後に有志による手話教室がスタートした。しかしそれから半年もしない内に、どういうわけか聴覚障がい者と健聴者との関係に、言葉で説明しにくい、ぎくしゃくした雰囲気を感じるようになりだした。それも特に手話習得レベルが比較的高く、聴覚障がい者の相談役となっていた近い距離にあった者との間で顕著であった。やがて各自の仕事の忙しさもあいまって、手話教室の参加者は1人減り2人減りしてゆき、自然消滅してしまった。

さらに、廊下ですれ違っても目も合わないといった状況へと発展していった。誰の目にも明るさがなくなっていたし、完全に聴覚障がい者だけが孤立してしまっていて、職場には不穏な空気が漂っていた。しかし、決して彼らの業務態度が悪くなったわけではなかった。仕事はまじめにそつなくこなすし、日に日に技能を伸ばし、なくてはならない頼もしい技術者へと育っていった。それゆえに何故こんな関係になってしまったのか残念でならなかった。そして原因も分からずただ手をこまねいているだけの時期が長く続いたのである。

(2) “ろう文化”との出会い

この状況を修復するために、「もっと聴覚障がい者のことを理解しなければならない」との思いから、はじめて「手話」とは違う角度から聴覚障がい者のことを知ろうと動き出した。そして聴覚障がい者の当事者団体が主催するシンポジウムや講演会の案内を見つけては参加したり、聴覚障がい者に関する本をあさったりしている時、「ろう文化」と出会うことになったのである。

これは『ろう文化宣言—言語的少数者としてのろう者』¹⁾の冒頭の一節である。

「ろう者とは、日本手話という、日本語とは異なる言語を話す、言語的少数者である。」———これが、私たちの「ろう者」の定義である。これは、「ろう者」＝「耳の聞こえない者」、つまり「障害者」という病理的視点から、「ろう

者」＝「日本手話を日常言語として用いる者」、つまり「言語的少数者」という社会的文化的視点への転換である。このような視点の転換は、ろう者の用いる手話が、音声言語と比べて遜色のない、“完全な”言語であるとの認識のもとに、初めて可能になったものだ。

つまり手話は音声言語を使うことのできない人のための「不完全」な代用品ではないということだ。ろう者は手話という独自のコミュニケーション・ツールを用いる誇り高き人々で、その手話を用いて世界を認識し、思考し、コミュニケーションしてきた。ろう文化は、デフ・コミュニティの内部に対しては自文化への誇りと関心を喚起し、健聴者の社会に対しては言語としての手話の独自性をてこに、「障がい者」というマイナスのラベルを返上し、自分たちを文化的マイノリティーとして定義しなおすことを求めた。これはろう者当事者の立場からの主張であった。

「ろう文化」との出会いは非常に衝撃的であり、また全てのもやもやが晴れた瞬間でもあった。同時に大いに反省し、何も知らずにいたことを恥ずかしく感じる瞬間であった。聴覚障がい者に手話教室の開催を打診する度、「聴覚障がい者イコール手話ではない。手話だけでなくろう者自身の理解を広めてほしい。」と訴えてきていた意味がやっとわかった。しかし我々は「そんなことは十分わかっている。それよりみんなに手話を教えてやってくれ」と言い続けていた。また手話教室の講師役となる聴覚障がい者は、それぞれ出身のろう学校も違えば居住する地域も違う。そこで「誰がどの地域の手話を教えるのだ」といった内容で悩んでいると、「どうせみんな手話を学ぶのははじめてなのだからどこの地域の手話でもいい。いっそのこと毎週講師を交代してそれぞれの地域の手話を教えてはどうか」などトンチンカンな助言をしていた。他にも「もっと手話を覚えやすいように、難しい単語は当社独自の新語に変えてしまっってはどうか」など、聴覚障がい者にとっては到底受け入れがたいような提案ばかりをしていたことに気がついた。

ろう者にとって手話とは自文化を象徴する「誇り」であり「伝統」である。地域によって手話表現が異なるのも、手話コミュニケーションが混乱しないように、変に侵食されてしまわないようにということから最小単位の地域性にこだわっているのである。また健聴者に無遠慮に踏み込まれたくない、手話を健聴者のアクセサリーにされたくないという思いも強いようである。そのため自分たちの“言語”が間違っって伝わることを恐れ、健

聴者が中心となり、独自に手話教室を実施することにも強い抵抗感があったのである。そういったことを聴覚障がい者は我々に何度となく伝えようとしていたのだが、当時のお互いのコミュニケーション力では限界があった。またその時点では、「ろう文化」のことを聞かされてもおそらく理解できなかったであろう。

今考えると、辛い時期ではあったが、我々が真に「ろう文化」を理解するためには、必要な失敗だった。今となっては当社の財産ともいえるエピソードである。

(3) ろう文化理解の教育

その後、社外から講師を招き「手話教育」ではなく「ろう文化理解」を目的とした社員教育を開催することとした。「ろう者は理解できていなくても『分かった』と言ってしまふことが多い。」といった様なきわどい話を講師がずばずば口にするのを、ろう者自身が笑って聞いている。自分たちの文化に理解の深い人が語っているから笑っていられるのである。全員がろう文化のことを理解したわけではないけれど、何人かの従業員にはしっかり伝わったようである。ろう文化の理解が、健



聴者の態度や話の端々に出るようになったのか、その日を境に両者の関係は好転するようになった。随分職場の居心地が変わったようであった。

4 聴覚障がい者の多様性に応じた支援

障がい者雇用率の除外率10%撤廃に対応すべく、採用人員を増やした平成16年度には、新たに5名の聴覚障がい者を雇用したが、その内訳は、B-Iが2名、D-IVが1名、F-IVが1名、F-VIが1名であった。それ以降も聴覚障がい者の雇用を拡大してきているが、それぞれE-IVが1名、F-IIIが1名、F-IVが1名と、平成16年度以降、これまでとは違うタイプの聴覚障がい者（難聴者・中途失聴者）が仲間入りしてきた。

平成15年度以前の聴覚障がい者のニーズは、イコールろう者のニーズであった。しかし、平成16年度以降、難聴者や中途失聴者が増えたことにより、新たなニーズが生まれ、当社に用意のなかった新たなサポートが必要になりだした。

(1) 各種会議や教育でのコミュニケーション

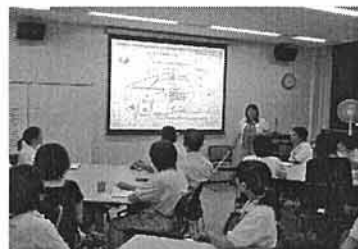
企業規模の拡大に伴い部門間を跨いだ各種会議体が増えた。教育においてもOJT中心のスタイルから、外部から専門家を招いての集合教育へとスタイルを変えている。そうなると、これまでのように毎回手話習得レベルの比較的高い社員にばかり頼っている訳にもいなくなってくる。かといって隣の者に筆談してもらうにしても、外部講師による教育の場合、筆談のスピードに進行を合わせていただく訳にもいかず、筆談をしている者自身がついていけなくなって結局両者が不十分な状態になるということも多かった。

また、役職者である宮中（B-I）は、毎月開催される役職者会議への出席を求められるが、この会議では時に機密情報も飛び交うことがあり、社外の手話通訳者に同席していただくわけにはいかない等の課題があった。

そのため、聴覚障がい者が参加する各種会議や教育プログラムを実施する際には、その聴覚障がい者のタイプや、会議・教育の様態に応じて、必ず以下のいずれか、もしくは複数のサポートを組み合わせて実施することとしている。

① パワーポイントによるプレゼンテーション (有効対象：A-I～F-VI)

・口頭による説明だけでなく、パワーポイントなど視覚的の手がかりをうまく活用したプレゼンテーションを行う。



・全ての聴覚障がい者に有効であるが、あくまで理解の補助をするためのものであり、これだけでは不十分である。

② 外部手話通訳の委嘱 (有効対象：A-I～E-VI)



・「手話通訳担当者の委嘱助成金」を活用し、手話通訳を委嘱する。

・機密情報が飛び出す可能性のある会議には向かない。

・A・Bタイプの者には日本手話による通訳が適当なのだが、日本手話ができる通訳者があまりいない。

・手話通訳者(健聴者)は日本語を第一言語とする為、聴覚障がい者(ろう者)の日本手話を音声言語に逆通訳する際、本人の意図することを正確に伝えられない場合がある。

③音声入力ソフトの活用

(有効対象：C-I～F-VI)

・専用のマイクを通して話すと、リアルタイムでテキストがモニターに表示される。



・滑舌が悪いとうまく変換しないが、手話をマスターすることを思えば、滑舌の良い話し方を訓練するほうが断然早い。

・要約ではなく話した言葉すべてが表示される為、日本語の長文が苦手なA・Bタイプの聴覚障がい者には向かない。

④要約筆記ボランティアの活用

(有効対象：A-I～F-VI)



・全ての聴覚障がい者にとって有効。
 ・助成金の制度がなく、団体数も少ない。
 ・機密情報が飛び出す可能性のある会議には向かない。

⑤要約筆記ソフトの発案と活用

(有効対象：A-I～F-VI)

・手話ができない中途失調者（F-VI）が、自ら開発した要約筆記ソフト。

・発言者の氏名と発言内容の履歴が第1モニターに映し出される。また入力する文章が長いと、第1モニターに映し出されるまでにタイムラグが生じるため、第2モニターに入力中の文字が表示される。

・1台のパソコンで同時に20人分まで入力が可能。一人で会議全体の要約筆記を行うこともできるが、要約筆記をする者を2～3人配置し入力を分担することや、全メンバーが自らのパソコンを持ち込み、発言と同時に自ら入力するというように、チャットの要領で会議を進めることもできる。

戻る	要約筆記	ディスプレイ表示画面	実行
2008/06/30 14:13:44	B課長	>	車両一斉点検については、車両リース先であるO社のエンジニア2名が指摘にきてくれることになっている
2008/06/30 14:15:38	D主任	>	各所属の車両運転者は、朝礼後全員駐車場に集合してください
2008/06/30 14:16:57	Lさん	>	私はごくたまにしか運転しませんが、そうした人も参加する方がいいのでしょうか

・自分が意図することを正確に発言できるが、要約のスキルが求められる。

・パソコンが苦手な方には向かない。

(2) その他の支援（社内情報周知用モニター）

本人に必要な情報は、所属長から連絡をしているが、聴覚障がい者の場合、「小耳にはさむ」ことができないため、直接自分に関係のない情報が入りにくいことが多く、健聴者に比べ、今会社で何が起きているのかなど、会社全体の動きを把握しにくいという課題があった。本人に直接関係のない情報であるので、一見たいした課題でないと思われるが、多くの健聴者がもっている情報が入手できないと、どうしても情報格差が生まれ、疎外感を感じるが多々あるとのことである。

そのため、社屋内の最も社員に目のつきやすい位置に、TVモニターを設置し、「全社内での月間予定」、「会議・教育等の周知」、「社内行事の案内」、「ハットヒヤリ事例・安全衛生標語等の募集」、「トピックス速報」など、様々な会社情報をスライドショーで表示させることにした。



5 今後の方向性について

聴覚障がい者には、どうしても言語コミュニケーション上に課題が生じる場合があり、特にそれは会議・教育の場面において顕著に現れる。前述したように、当社では、現在考えられる様々なサポート手段を用意し、本人に選択できるようにしたが、それでも会議・教育の内容が100%理解できるようになったわけではない。

在籍する聴覚障がい者の内3名が、勤続10年を超えており、内1名は既に役職者となっている。今後も聴覚障がい者の中から役職者を登用していきたいと考えているが、そのためにはキャリアアップのためのリーダーシップや労務管理、問題解決力や意思決定力に関するスキルの向上が求められる。出席を求められる会議も、社内報や厚生行事の企画会議から、労務管理や営業戦略など経営管理に関する会議へと変化していくため、言語コミュニケーション上の課題は、聴覚障がい者をより戦力化し、企業力を高めるための重点実施項目として捉え、今後益々の改善を図っていきたいと考えている。

参考文献

- 1) 木村晴美・市田泰弘：ろう文化宣言－言語的少数者としてのろう者、「現代思想 第23巻 第3号」、p. 354-362, 青土社(1996)