

高次脳機能障害者の就労支援の成果と課題

○野村 忠雄（富山県高次脳機能障害支援センター 医師）

吉野 修・砂原 伸行・糸川 知加子・山本 津与志・岡畑 佳代子・山本 浩二
（富山県高次脳機能障害支援センター）

柴田 孝（済生会富山病院）

1 はじめに

当センター開設以来の就労支援例を調査し、就労支援における問題点を明らかにすることが本論文の目的である。

2 対象・方法

2007年1月～2011年12月までに、当センターに登録された216名のうち、就労支援した61例（男性51名、女性10名）を対象とした。高次脳機能障害の原因疾患では脳血管障害が32名、脳外傷23名、脳腫瘍、低酸素脳症などその他が6例であった。発症時年齢は1～62歳、平均34歳であり、相談時年齢は18～63歳、平均40歳であった。発症から相談までの期間は平均5.9年であったが、近年短くなっていた（図1）。後方視的に相談票、支援計画策定表、高志リハビリテーション病院診療録を調査した。相談年月日から最終追跡時までは、最短1か月、最長5年1か月で、平均3.9年であった。

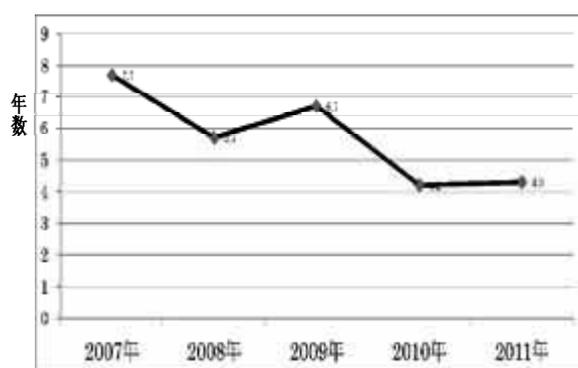


図1 相談までの平均年数の推移

3 結果

就労支援を行った61例では就労支援以外にも支援をおこなっており、最も多かったのは精神保健手帳や年金、傷病手当などの書類作成であり、次に作業療法での認知リハビリテーション、家族

支援であった。生活支援から就労支援に移行したものは3例であり、また就学支援の後、卒業後に就労支援に移行したものは1例であった。

就労支援にあたり、連携した支援機関は多岐にわたるが、障害者職業センターが最も多く、次いで県内の授産施設（就労継続B型事業所）、次いで障害者就業・生活支援センター、小規模作業所、地域活動支援センターなどであった。就労支援の内容は、地域支援関係機関との連絡・調整、就職先の選定と調整、職場見学、就労後のフォローアップなどであった。

最終的に経過を確認できた50名のうち、支援開始後に新規就労出来た人は6例で、支援開始から就労に至るまでの期間は平均11カ月間であった（図2）。元の仕事に復帰したものは16例で支援開始から平均6カ月要した。就労の意思はあるものの一般就労が困難と判断され、就労経験をつむために授産施設や小規模作業所への通所となったものは17例であり、通所まで平均7カ月を要した。

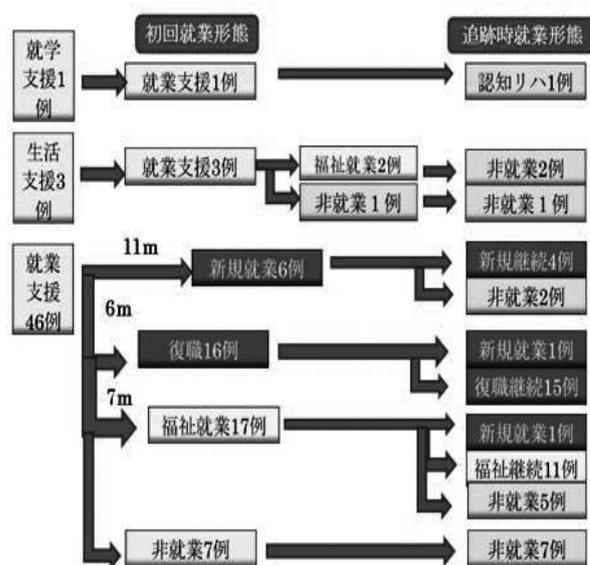


図2 経過（追跡困難であった11名を除く50名）

追跡時の就労形態では新規に就労したもの（以下「新規就労群」という。）は6名、元の仕事に復職したもの（「復職群」）は15名、授産施設や小規模作業所への通所をしているもの（「福祉的就労群」）は11名、就労出来ずに在宅で就労を希望しているもの（「非就労群」）は18名であった。初回就労形態と追跡時就労形態を比較すると、福祉的就労が減少し、在宅での非就労者が11名から18名に増加していた。増加した7名のうち2名は新規就労から、5名は福祉的就労から在宅となったものであった。

表1 追跡時の就労形態(50名)

	例数	男	女	平均発症年齢 ±SD	相談平均年齢 ±SD
新規就労群	6例	3例	3例	27.7±19.1	32.3±15.2
復職群	15例	13例	2例	42.3±8.4	43.8±8.2
福祉的就労群	11例	11例	0例	33.8±17.1	39.5±14.9
非就労群	18例	15例	3例	26.3±15.7	36.2±12.2

追跡時就労形態に関係する因子について検討した。性別については、男性が多かったため、それによる就労形態の違いを統計的に処理することは困難であったが、新規就労の6例中3例は女性であり、福祉的就労についている女性はいなかった。発症時の年齢での就労形態については復職群のほうが新規就労群より高齢であった以外、有意な違いは見られなかった。また、当センターに来所した相談年齢では新規就労群が最も低かったが、いずれの就労形態間での統計的有意差は見られなかった（表1）。発症原因別で検討すると、復職群には脳血管障害による人が、非就労群には脳外傷による人が多かった。高次脳機能検査結果では、WAIS-III、WMS-R、TMT、BADsの検査結果においてはいずれも各群間での統計的有意差はみられなかった（図3、4、5、6）。感情の抑制困難や社会的行動障害がみられた症例の率をみると統計的有意差は見られなかったが、非就労群では42%であり、他の群より多かった（図6）。

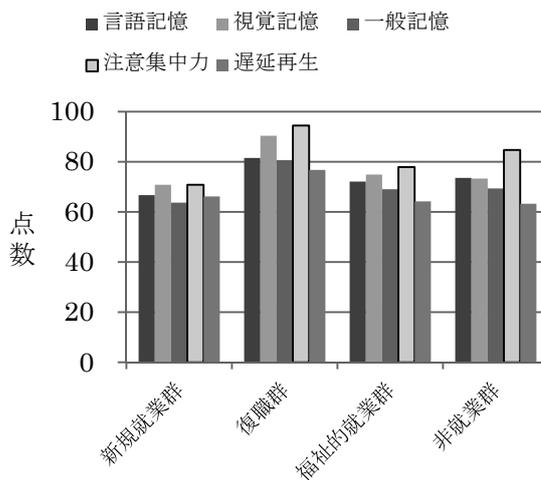


図3 WAIS-III

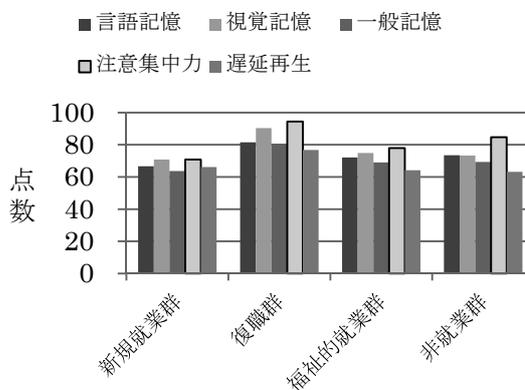


図4 WMS-R

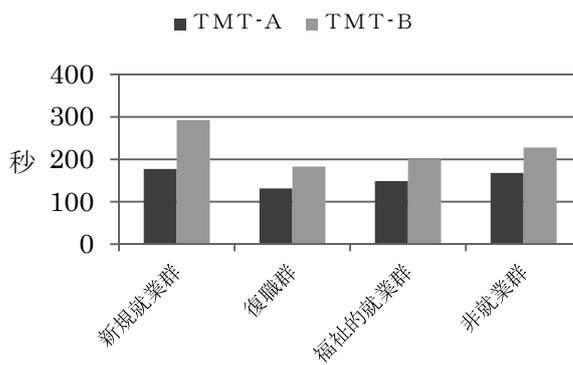


図5 TMT

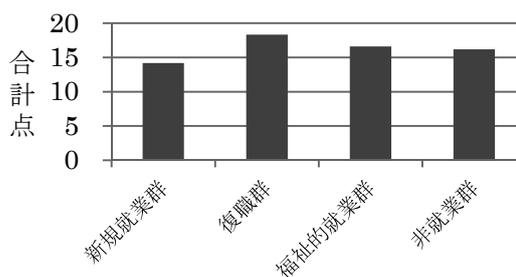


図6 BADs

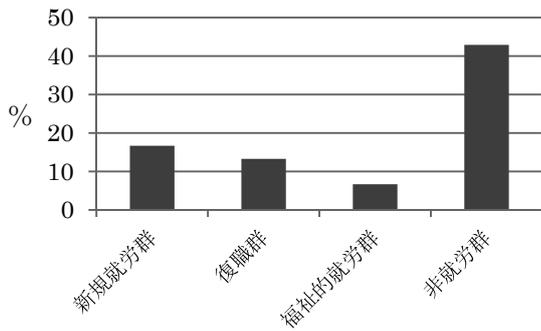


図7 感情抑制困難・社会的行動障害のある症例率

4 考察

丸石ら¹⁾は2006年の広島県での高次脳機能障害者の就労実態調査での新規就労・復職者は35.4%と報告し、田谷²⁾は地域障害者職業センター利用後の就労率を33.9%と報告している。当センターで就労支援を行った61例の追跡時の就労形態では新規就労群と復職したものを合わせると21例(34.4%)であり、全国の報告と比べてほぼ同程度であった。なお、福祉的就労を加えると61名32名(52.5%)であった。

しかし、一旦就労が成立しても比較的早期に離職する例も少なくないことも大きな問題である。今回、報告した一般就労者6名のうち2名が追跡時には非就労となっており、関係支援機関による支援の継続が重要と考えられる³⁾。こうした就労継続を妨げる要因として、「適切な判断が困難」、「対人関係のトラブル」、「仕事が遅い」などの高次脳機能障害に特有の症状が挙げられており⁴⁾、本人の特性に対する職場内での理解不足が大きな要因とも思われる。一旦破綻した職場関係を立て直すことは極めて困難であり、破綻する前に、本人・家族のみならず職場を含めた支援の継続が重要と思われる。

神経心理学的検査結果から就労形態を予測することには限界があるとの指摘は、既に多く報告されており^{1, 5, 6)}、今回の結果でも就労者と非就労者とは各種神経心理学的検査結果には有意な差はみられなかった。先崎⁶⁾はBADs年齢補正得点と就労状況に相関があったが、その得点のみで就労状況を予測することは困難と述べている。丸石¹⁾は同程度の障害であれば、就労の有無は障

害者個人に起因しない要因に影響を受ける可能性を示唆しており、就労支援の難しさを感じさせる。

就労支援は、当センターのみで行ってきたわけではなく、障害者職業センターなどの地域の各種機関との連携で支援が成立していた。医療と福祉関係との連携の問題として、相互の役割、機能の理解不足や紹介するタイミングの難しさ、地域ネットワーク体制の未整備などが挙げられている²⁾。我々は2011年から県内の支援機関とのネットワーク会議を開催し、相互理解を図るとともに、正確な評価や診断を就労支援の現場に伝える状況提供書(連携パス)の開発と連続した支援を行う体制作りを行っている。これについては、今後も検討、改良を重ね、より充実して支援を提供していきたいと考えている。

5 まとめ

- ①当センターに来所するまでの期間は平均5.9年間であったが、近年短くなっていた。
- ②ほとんどが当センター以外の支援機関との連携で支援が成立していた。
- ③現在までの就労率は34%であった。支援開始から就労までに新規就労群では平均11カ月、復職群では6カ月、福祉的就労群では7カ月を要した。また、経過が長引くと非就労者の割合が高くなるようだ。
- ④就労・非就労者間での高次脳機能検査結果には有意差はなかったが、感情抑制困難や社会的行動障害が就労に影響しているように思われ、それに対する評価・支援体制の確立が今後の課題である。

【文献】

- 1) 丸石正治ほか：高次脳機能障害者の重症度と就労率. Jpn J Rehabil Med 45:113-119, 2008
- 2) 田谷勝夫：高次脳機能障害者の職業リハビリテーション. Jpn J Rehabil Med 42:34-40, 2005
- 3) 白山靖彦ほか：高次脳機能障害者に対する医療・福祉連携モデルの構築—2. 社会福祉施設の活用. 総合リハ32：893-898, 2004
- 4) 田谷勝夫：職業リハビリテーションと就労支援. 高

次脳機能障害ハンドブック（中島八十一、寺島彰編）

135-158、医学書院、東京、2006

5) 江藤文夫ほか：高次脳機能検査から何が分かるか—
検査の適応と限界．臨床リハ13：400-434, 2004

6) 先崎章：就労支援にむけたリハ評価．臨床リハ14：
320-325, 2005

【連絡先】

野村忠雄

富山県高次脳機能障害支援センター

Tel:076 - 438-2233/Fax:076-437-5390

[e-mail:nomura@koshi-rehabili.or.jp](mailto:nomura@koshi-rehabili.or.jp)

外傷性脳損傷による高次脳機能障害を持つ方の新規就労要因

—支援者の視点から見た個人特性を中心に—

○伊藤 豊（神奈川県リハビリテーション病院職能科 職業指導員）

泉 忠彦・千葉 純子・松元 健・今野 政美・小林 國明・太田 博子・植西 佑香里・増尾 奈緒子
（神奈川県リハビリテーション病院職能科）

瀧澤 学（医療福祉総合相談室）

1 背景

脳損傷による高次脳機能障害を有する方に対する神奈川県リハビリテーション病院（以下「当病院」という。）職能科の支援はリハビリテーション専門医の処方で行われる。急性期病院を退院し当病院に入院した亜急性期の方、外来通院の維持期の方が多く、インテーク面接と作業テスト等により、身体障害、高次脳機能障害の影響、ご本人の病識、職場環境、経歴や職歴、社会復帰への希望を伺い、早期に就労支援プログラムを開始する方を「新規就労支援コース」、新規就労がロングゴールの方を「能力開発支援コース」に配属している（図1）。

当病院職能科で就労支援を開始する基本的な条件として、泉¹⁾は以下の7つを記している。

- (1) 医学的に安定していること（身体機能・発作・服薬管理）
- (2) 生活が安定していること（生活リズム）
- (3) 交通機関を利用して単独で通院できること
- (4) 体力があること（神経疲労を含める）
- (5) 就職する意欲があること
- (6) 仕事ができること（職務を果たす力）
- (7) 人間関係が適切に作れること

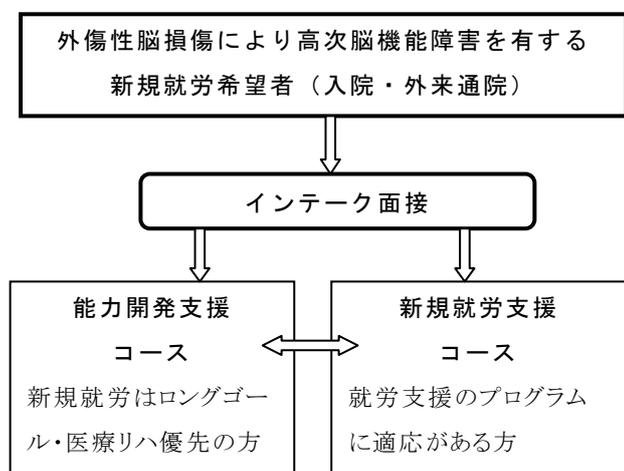


図1 職能科の支援プログラム

「能力開発支援コース」に所属する方は「安定した日常生活」を目標としており、就労支援以前に解決しなければならない課題を抱えている状態にある。亜急性期の入院期間中に新規就労することは難しい。入院当初は高次脳機能障害に関する病識が無いか漠然としていることが多く、見当識障害で離院離棟の危険がある方には「アクセス」を装着していただき、常時見守りや付き添いなど安全対策が徹底され、重篤な方は入院期間中付き添いを要する。病院と認識せず職場に居っている方、脱抑制による多弁、易怒性、表情の平板化などの性格変容、投薬の影響で覚醒度が低い方もおられる。復職の場合は休職期限など時間的制約により入院中から移行計画を実施することが多い。新規就労にはそうした時間的制約はない。

新規就職希望者には、就労経験の無い方、アルバイト経験のみ、職場の状況で復職が困難な方、自営の継続が困難、退職された方が含まれる。新規就職においては、「職場への貢献度」による職場同僚の協力や人事面の配慮などプラスに働く要素は期待できない。復職よりも就労への要因は減るので職業準備性が重みを増すと考えられる。職業準備性向上には時間がかかり、当病院では外来通院で対応している。

本稿では、外傷性脳損傷による高次脳機能障害を持ち、外来通院で新規就労を目指す方の職業準備性について、支援者の視点から検討する。

2 目的と方法

(1) 目的

外傷性脳損傷による高次脳機能障害を持ち新規就労を希望する方の職業準備性を、「能力開発支援コース」「新規就労支援コース」で比較し、新規就労に至った要因を見出すことを目的とした。

(2) 対象者

外傷性脳損傷による高次脳機能障害を有し、

2010年4月2日から2012年4月1日の2年間に職能科を利用して新規就労に至ったのは全員外来通院者であったため、対象者を外来通院で新規就労を希望する者とした。調査時点での「能力開発支援コース」在籍者13名を「能力開発群」、「新規就労支援コース」在籍者35名を「新規就労支援群」、「新規就労支援群」35名のうち上記期間中に新規就労に至らなかった19名を「未就労群」、新規就労した16名を「新規就労群」とした。各群の年齢の分布を図2に示す。

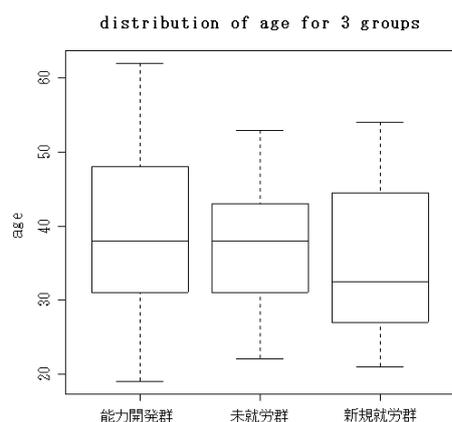


図2 各群の年齢分布

平均年齢は、能力開発群38.46歳、未就労群37.37歳、新規就労群35.13歳であった。

(3) 方法

職業準備性について、障害者職業総合センターで開発された「就労支援のための訓練生用チェックリスト」²⁾に一部「就労移行支援チェックリスト」の項目を追加してチェックリストを作成し使用した。チェック項目は、「起床」「生活リズム」「健康状態」「身だしなみ」「金銭管理」「病識（障害・症状の理解）」「援助要請」「交通機関（交通機関の利用）」「規則遵守」「危険対処」「出席状況」「挨拶・返事」「会話」「意思表示」「電話（電話等の利用）」「情緒安定」「協調性」「体力」「指示遵守」「機器道具（機器・道具の使用）」「正確性」「器用さ」「作業速度」「作業変化（作業環境変化への対応）」「就労意欲」「自覚（就労能力の自覚）」「質問・報告」「時間遵守」「積極性」「集中力」「責任感」「整理整頓」の32項目、評価段階は4段階とした。

評価段階の上位2段階は「就労移行のために特別な支援の必要がない状態」とされており、チェックリストで得られたデータの上位2段階を「支援の必要なし」、下位2段階を「支援の必要あり」の2値反応値に置き換えた。職業準備性の各項目は、「能力開発群」→「新規就労支援群」、「未就労群」→「新規就労群」の方向で高まると想定し、「能力開発群」と「新規就労支援群」、「未就労群」と「新規就労群」について分析した。

(4) 統計解析法

数量化Ⅱ類。統計ソフトは、R（1.8.1版）を用いた。独立性の検定はフィッシャーの直接確率により、5%の有意水準で行った。

2群の分割点は、ミニマックス法⁴⁾により、

$(m_1 * \sigma_2 + m_2 * \sigma_1) / (\sigma_1 + \sigma_2)$ で算出した。ただし、 m_1 をグループ1の平均、 m_2 をグループ2の平均、 σ_1 をグループ1の標準偏差、 σ_2 をグループ2の標準偏差とする。

3 結果

(1) 各群の「支援の必要なし」の割合

「支援の必要なし」の割合を各群別に求めた結果を図3に示す。

- ① 「新規就労群」では16項目が100%だった。群内で比較的低い項目は、「病識」81%「身だしなみ」75%、「生活リズム」「情緒安定」「自覚」68%、「器用さ」62%が最低になる。職業科で就労支援を開始する7条件（生活リズム・健康状態・交通機関・体力・就労意欲・職務遂行・人間関係）に対応する項目と比較すると、「生活リズム」以外の6条件を満たしている。
- ② 「未就労群」は「新規就労群」より10%程度低くなり、「病識」「体力」「作業変化」「自覚」が60%以下に大きく落ち込んでいる。上記7条件に対応する項目は70~80%程度、「体力」40%が特に低い。
- ③ 「能力開発群」では多くの項目が60%前後にあり、「会話」「情緒安定」「体力」「自覚」が40%以下であった。

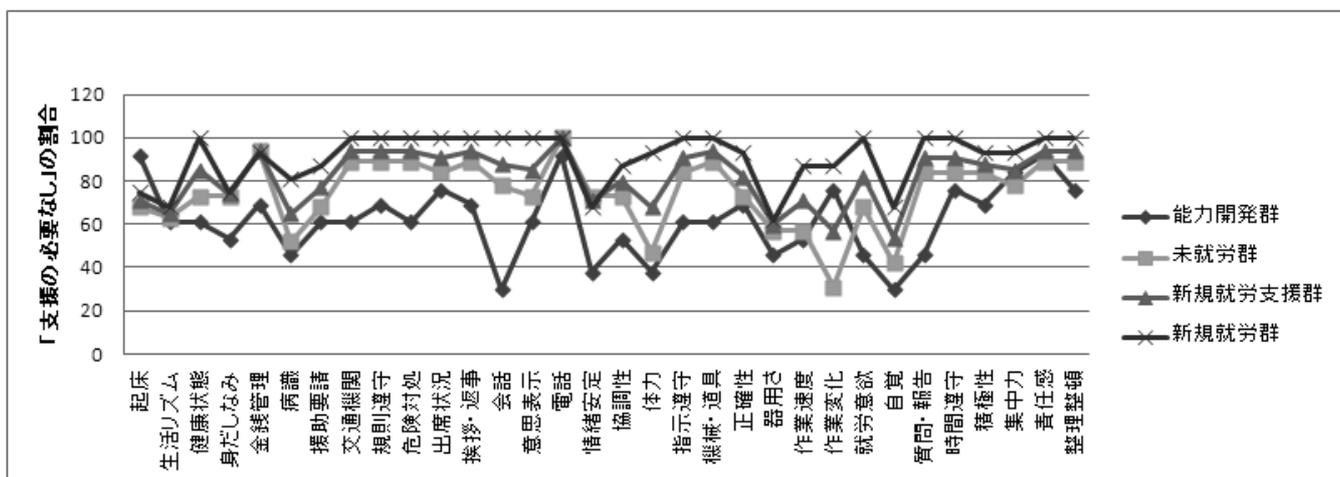


図3 職業準備性の各群比較

(2) 「能力開発群」「新規就労支援群」

「能力開発群」13名、「新規就労支援コース群」35名を分析対象とした。独立性の検定により、「金銭管理」「交通機関」「規則遵守」「危険対処」「挨拶・返事」「会話」「情緒安定」「指示遵守」「機器道具」「就労意欲」「質問・報告」の11項目が有意となった。「能力開発群」と「新規就労支援群」の2群分類を目的変数とし、11項目を説明変数として数量化Ⅱ類に投入し、「能力開発群」のカテゴリースコアが高くなる項目「指示遵守」「規則遵守」「危険対処」「機器道具」を説明変数から除いた。カテゴリースコアが逆転する状況は、「指示遵守」と「規則遵守」についてみると2群のカテゴリースコアの分布が重なる

表1 統計数値(能力開発群・新規就労支援群)

カテゴリーアイテムのスコア (1: 支援の必要なし、0: 支援の必要あり)			
会話.0	-0.91243	質問報告.0	-0.46082
就労意欲.0	-0.38681	交通機関.0	-0.38546
情緒安定.0	-0.33890	挨拶・返事.0	-0.21882
金銭管理.0	-0.19394	金銭管理.1	0.02770
挨拶・返事.1	0.03126	交通機関.1	0.06581
質問報告.1	0.12126	就労意欲.1	0.14367
情緒安定.1	0.20334	会話.1	0.33890
偏相関			
金銭管理	0.06527	交通機関	0.13346
挨拶・返事	0.06594	会話	0.43943
情緒安定	0.23842	就労意欲	0.21257
質問報告	0.17680		
能力開発群 (n=13)		新規就労支援群 (n=35)	
平均値	-1.18582	平均値	0.44045
標準偏差	0.77935	標準偏差	0.65538
相関比		0.52229	
両群分割点		-0.30243	

領域に「能力開発群」4名、「新規就労支援群」6名があり、この領域で「支援の必要なし」の割合は「能力開発群」が「新規就労支援群」を上回っていた。「金銭管理」「交通機関」「挨拶・返事」「会話」「情緒安定」「就労意欲」「質問・報告」を説明変数として数量化Ⅱ類を実行した結果を表1に示し、2群の度数分布と分割点を図4に示す。

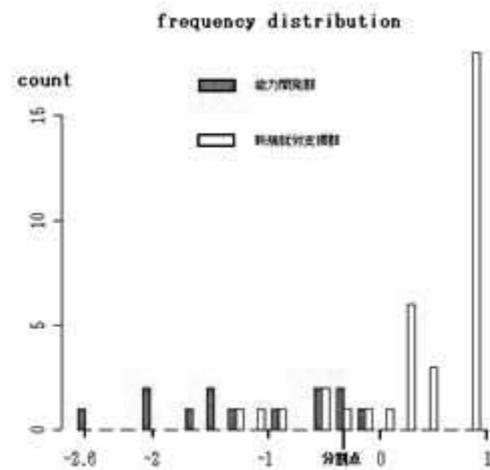


図4 能力開発群と新規就労支援群の度数分布

(3) 「未就労群」と「新規就労群」

「未就労群」19名、「新規就労群」16名を分析対象とした。独立性の検定により、「健康管理」「意思表示」「作業変化」「就労意欲」「体力」の5項目を選択した。これらの項目は、図3においても「未就労群」が低くなっている。

未就労群と新規就労群の分類を目的変数、選択した5つの項目を説明変数として数量化Ⅱ類を実

行した結果を表2に示す。2群の度数分布と分割点を図5に示す。

表2 統計数値(未就労群・新規就労群)

カテゴリアイテムのスコア (1:支援の必要なし、0:支援の必要あり)			
意思表示.0	-0.70925	作業変化.0	-0.68228
体力.0	-0.48053	就労意欲.0	-0.44408
健康管理.0	-0.16788	健康管理.1	0.02798
就労意欲.1	0.09188	意思表示.1	0.11820
体力.1	0.22024	作業変化.1	0.51171
偏相関			
健康管理	0.06009	就労意欲	0.17185
意思表示	0.26540	体力	0.25447
作業変化	0.48909		
新規就労群 (n=16)		未就労群 (n=19)	
平均値	0.77698	平均値	-0.65429
標準偏差	0.41428	標準偏差	0.87240
相関比		0.50837	
両群分割点		0.31614	

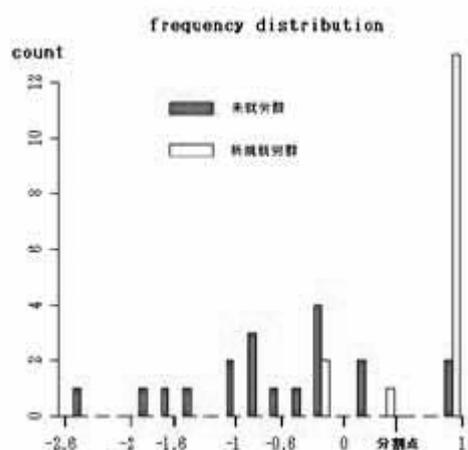


図5 未就労群と新規就労群の度数分布

4 考察

(1) 新規就労群の準備性

「支援の必要なし」の割合が80%以上の項目は100%の16項目を含めて26項目あり、これらは新規就労を達成するための基本的な準備性と思われる。そのうち「病識」には「支援の必要あり」が3名あった。この3名について調査したところ、問題性が表面化しない仕事を選択した方が2名、職場内リハにより職場と家族の理解を得た方が1名であった。残り6項目は60~70%台にあり、準備性が整っていなくても新規就労に至っている。これらの項目の幾つかは未就労群と重なっており、準備性が向上しにくい項目とも考えられる。

(2) 未就労群の準備性

「未就労群」と「新規就労群」に対する説明変数の偏相関は「作業変化」が最も大きく、以下「体力」「意思表示」「意欲」「健康管理」であった。「未就労群」のメンバーが新規就労を目指す際のポイントになる項目と考えられる。その他の項目で大きな違いがみられないのは、新規就労支援コースに配属する時点で一定の水準以上に揃うこと、調査対象時期を外来通院としたことにより、職業準備性がある程度整っているためと考えられる。「未就労群」には近い将来就労が見込まれる方が含まれているために図3で一部「新規就労群」のサンプルスコアと重なっているものと思われ、両群の分割点が高めにシフトしている可能性がある。また、「未就労群」には、カテゴリースコアが「能力開発群」の上部より低い方が含まれている。

(3) 能力開発群の準備性

能力開発群から新規就労支援コースへの移行に関して7項目が得られ、分割点に近い上位の方が移行の候補者と考えられる。ただし、7項目に絞られたのは、未就労群のスコアが低く能力開発群に接近している項目が多いことによる。

5 まとめ

数量化Ⅱ類により、新規就労を目指す外来通院者に就労支援を開始する準備性、新規就労の準備性、集団内の分布の特徴を把握することができた。

【参考文献】

- 1) 泉忠彦他:高次脳機能障害、「総合リハ36巻6号」、p.539-547(2008).
- 2) 障害者職業総合センター:「就労支援のための訓練生用チェックリスト・就労移行支援のためのチェックリスト」、http://www.nivr.jeed.go.jp/research/kyouzai/19_checklist.html(2006).
- 3) r-project.org:<http://www.r-project.org/>
- 4) 林知己夫:外的基準がある場合、「データ解析法」、p.94-111(1985).
- 5) 青木繁伸:数量化Ⅱ類、<http://aoki2.si.gunma-u.ac.jp/R/src/qt2.R>
- 6) 岡田昌史:「The R Book: データ解析環境Rの活用事例集」、(2004).

高次脳機能障害者の就労支援に求められるコンピテンシーに関する研究

○北上 守俊（東京労災病院リハビリテーション科 言語聴覚士）
八重田 淳（筑波大学人間総合科学研究科）

1 研究背景

(1) 高次脳機能障害者と就労支援者との関連

Malecら¹⁾は脳損傷者の失業率が70～80%であるが、適切な医学・職業リハビリテーションの提供により半数近くが就労可能となると述べている。Scherzerら²⁾も頭部外傷後の復職要因に関して、職業リハビリテーションサービス不足をメタアナリシスにて報告している。すなわち、就労支援者の支援状況が就労成果に影響を及ぼすといえる。

(2) 先行研究

国内文献で高次脳機能障害者に就労支援のコンピテンシーに関する報告はほぼ見当たらない。そこで、障害種を特定せず就労支援のコンピテンシーに関しては、経験的な考察に留まっているが「マネジメント力」、「家族支援」、「職業生活能力評価」などを述べている^{3) 4) 5)}。国外文献では、アメリカで就労支援サービスの中心的な役割を担っているリハビリテーションカウンセラー（以下「RC」という。）の職務遂行度の高い項目として「ケースマネジメント」、「医学・社会制度の知識」、「職務能力アセスメント」、低い項目として「家族支援」、「相談支援」と報告している⁶⁾。

古川⁷⁾は、コンピテンシーの特徴として個人の行動として顕在化しているため測定可能であり、個人の成果や業績と直接的に関連するものと述べている。コンピテンシーを促進する要因として先行研究では、「職場風土（挑戦的姿勢を重視する）」、「対人関係」、「仕事に対するコミットメント」、「サポート体制」⁸⁾、「経済状況」、「態度（職務満足度など）」⁷⁾、「知識・スキル」⁹⁾、「越境学習」¹⁰⁾が報告されている。

厚生労働省¹¹⁾は障害者の就労支援者の人材育成において効率的に知識・スキルを習得し、実践力を身につけるには、分野・職種を問わず共通の知識・スキルを習得する必要があると述べている。

2 研究目的

アメリカ¹²⁾等では就労支援者のコンピテン

シーに関する研究がみられるが、わが国では研究途上であり、高次脳機能障害者の就労支援に焦点を当てた研究は見当たらない。本研究では、高次脳機能障害者の就労支援のコンピテンシーを明らかにすることを目的とし、高次脳機能障害者の就労支援に関わる専門家の人材育成の内容を検討するための基礎資料とする。

3 用語の操作的定義

- ・コンピテンシー¹³⁾：知識や技能のこと。
- ・高次脳機能障害：失語・失行・失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害など学術的定義に準じて用いた。
- ・就業支援ワーカー：障害者就業・生活支援センターで就労支援職務を中心に行っている専門家のこと。
- ・越境学習¹⁴⁾：所属する組織の境界を往還しつつ、自分の仕事に関連する内容について学習すること。

4 研究設問

- ・高次脳機能障害者の就労支援で求められる職種共通のコンピテンシーの構成因子は何か？
- ・高次脳機能障害者の就労支援に関する職務遂行度は作業療法士（以下「OT」という。）、言語聴覚士（以下「ST」という。）、ソーシャルワーカー（以下「SW」という。）、就業支援ワーカーによって異なるのか？
- ・職務遂行度に影響を及ぼす変数は何か？

5 研究方法

(1) 対象

高次脳機能障害者の就労支援経験があるOT、ST、SW、就業支援ワーカーを対象とした。2007年～2012年の6年間で高次脳機能障害者の就労支援に関する論文投稿や学会発表経験のある医療機関、高次脳機能障害支援普及事業支援拠点機関、勤労者医療を実践している全国の労災病院、OT、SWは126ヶ所、STは124ヶ所を対象とした。障害

者就業・生活支援センターは全国316ヶ所全所を対象とした。回答は、1施設に対し2名に依頼し、合計1384名へ調査票を郵送した。

(2) 調査票

北上ら¹⁵⁾が作成したWork Supporter's Competency Scale for Higher Brain Dysfunction (以下「WSC-HB」という。)を用いた。WSC-HBの構成は表1、尺度構成は表2に示した。

表1 WSC-HBの構成

WSC-HB構成 (7領域44項目)	
I : 高次脳機能障害の基礎知識	
II : アセスメント	III : 相談支援
IV : 家族支援	V : マネジメント
VI : 職場における援助	VII : 専門的知識の蓄積
重要語彙	
・ 障害年金 (障害基礎年金、障害構成年金)	
・ トライアル雇用制度 など9語彙	

表2 WSC-HBの尺度構成

【職務遂行度】 1=全くない 2=少ない
3=やや多い 4=非常に多い

(3) データ収集方法

無記名自記式質問紙調査法によるアンケート調査を郵送にて実施した。

(4) 調査実施時期

2012年7月7日～7月31日

(5) データ分析方法

基本属性は記述統計分析、研究設問(1)は探索的因子分析(最尤法、プロマックス回転)、研究設問(2)は、職務遂行度を従属変数、職種を独立変数として一元配置分散分析とKruskal-Wallis検定、多重比較法としてTukey法とSteel-Dwass法を用いて2職種間を比較した。研究設問(3)は階層的重回帰分析を用いた。分析には統計解析ソフトウェアR 2.15.1とSPSS Statistics 17.0で処理を行った。

6 倫理的配慮

本研究は筑波大学人間系研究倫理委員会の承認を得て実施した。

7 結果

(1) 回収率

合計回収数は325名であったが7通が本研究の対象外であったため、318名(回収率23.0%)を

分析対象とした。

(2) 基本属性

性別は、男性127名(39.9%)、女性191名(60.1%)で女性の割合が多かった。年代は、30歳代が最も多く117名(36.8%)、20～40歳代で80%以上を占めた。経験月数は、OT、STは平均131ヵ月(約10年)、SWは平均85ヵ月(約7年)、就業支援ワーカーは49ヵ月(約4年)であった。養成機関在学時の障害者の就労支援に関する受講時間は、OTが最も多く(9.18±10.85)、STが最も少なかった(2.35±7.35)。高次脳機能障害者の就労支援に関する受講時間もOTが最も多く(6.27±9.51)、STが最も少なかった(1.07±3.52)。高次脳機能障害者の就労支援に関連した研修会等への参加頻度(年間平均)は、SWが最も多く(2.07±1.80)、就業支援ワーカーが最も少なかった(0.89±0.92)。高次脳機能障害者の学会発表頻度は、SWが最も多く(0.17±0.48)、STが最も少なかった(0.08±0.33)。労働時間(週間平均時間)は、どの職種も40時間台であった。就労支援に関連した知識量は、就業支援ワーカーが最も高く(28.51±4.36)、STが最も低かった(17.35±4.84)。

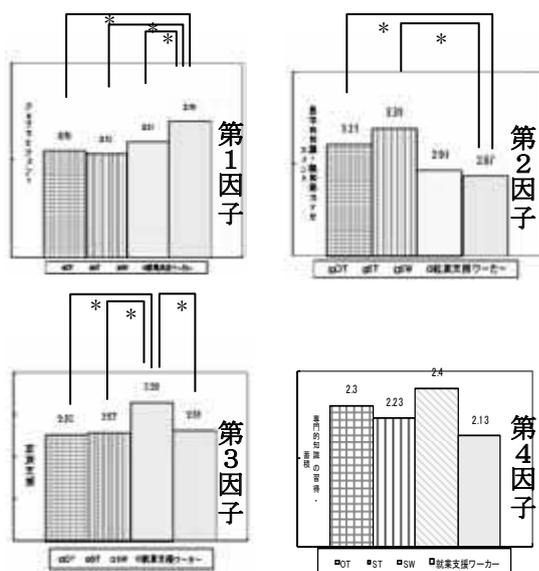
(3) 高次脳機能障害者の就労支援で求められる職種共通のコンピテンシーの構成因子

高次脳機能障害者の就労支援で求められるコンピテンシーに関する44項目について探索的因子分析を行った。Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性は0.949であり妥当性が確認された。因子負荷が0.4以下は削除し、各因子項目を代表する名称を共通因子として命名した。因子分析の結果、10項目が削除となり、34項目を因子分析した結果、「第1因子：ジョブマネジメント(14項目)」、「第2因子：医学的知識・職務能力アセスメント(11項目)」、「第3因子：家族支援(6項目)」、「第4因子：専門的知識の習得・蓄積(3項目)」の4つの因子が抽出された(累積寄与率62.5%)。Cronbachのα係数は全体で0.962であった。

(4) 各職種・因子の職務遂行度について(図1)

各因子の平均値は、第2因子(3.10±0.24)、第3因子(2.75±0.36)、第1因子(2.37±0.30)、第4因子(2.23±0.11)の順に高い値を示した。第1因子は職務遂行度の各職種平均値を比較する

と就業支援ワーカーが最も高く (2.79±0.89)、STが最も低かった (2.13±0.87)。多重比較の結果、就業支援ワーカーとOT・ST・SWの2職種間で有意差 (p<0.05) を認めた。就業支援ワーカーはOT・ST・SWに比しジョブマネジメントについて、有意に高い傾向で職務を遂行している事が明らかとなった。第2因子はSTが最も高く (3.39±0.69)、就業支援ワーカーが最も低かった (2.87±0.88)。多重比較の結果、OT-就業支援ワーカー、ST-就業支援ワーカーの2職種間で有意差 (p<0.05) を認めた。第2因子の医学的知識の項目 (4項目) に関して、OT・STの医学モデル群 (3.56±0.55) とSW・就業支援ワーカーの社会モデル群 (2.84±0.72) の2群間の差を比較した結果、有意差を認め (p<0.05) 医学モデル群が社会モデル群に比し有意に高い傾向で職務を遂行している事が明らかとなった。また、第2因子は4つの因子の中で最も高値を示した (3.10±0.24)。第3因子はSWが最も高く (3.28±0.85)、OTが最も低かった (2.52±0.96)。多重比較の結果、OT-SW、ST-SW、就業支援ワーカー-SWの3つの2職種間で有意差 (p<0.05) を認めた。SWはOTとST、就業支援ワーカーに比し家族支援について有意に高い傾向で職務を遂行していることが明らかとなった。第4因子はSWが最も高く (2.40±1.03)、就業支援ワーカーが最も低かった (2.13±0.81)。多重比較の結果、どの職種間でも有意差を認めなかった。



* : p<0.05

図1 職種間による職務遂行度の比較

(5) 職務遂行度に影響を及ぼす変数について

Model 1においては、労働時間の主効果が有意となり、標準偏回帰係数は正を示した。Model 2では、研修会参加頻度、学会発表頻度の主効果は有意となり、標準偏回帰係数は両者ともに正を示した。これら2つの変数は、Model 2のModel 1に対する決定係数の上昇に有意な寄与を示した ($\Delta R^2=0.084$ 、 $F(307)=6.653$ 、 $p<0.01$)。Model 3では、対人関係、経済状況の主効果が有意となり、Model 2に対する決定係数の上昇に有意な寄与を示した ($\Delta R^2=0.036$ 、 $F(302)=4.892$ 、 $p<0.05$)。Model 4では知識量の主効果が有意である事が示され、Model 3に対するModel 4の決定係数の上昇は有意であった ($\Delta R^2=0.097$ 、 $F(301)=8.266$ 、 $p<0.01$) (表3参照)。

表3 階層的重回帰分析による職務遂行度に影響を及ぼす変数の検討結果

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
	β	β	β	β
性別	0.025	-0.006	0.007	0.053
年代	0.069	0.062	0.058	-0.123**
経験月数	-0.11	-0.118**	-0.1	0.054
労働時間	0.142**	0.125**	0.128**	0.143***
研修会参加頻度		0.217***	0.219***	0.159***
学会発表		0.145**	0.124**	0.093
自己研鑽サポート体制			0.08	0.034
対人関係			-0.072	0.021
経済状況			0.141*	0.093
コミットメント			-0.111*	-0.108*
知識量				0.387***
R^2	0.031**	0.115***	0.151***	0.248***
Adj. R^2	0.019***	0.098***	0.12***	0.218***
ΔR^2		0.084***	0.036**	0.097***

*0.05<p<0.07 **p<0.05 ***p<0.01

8 考察

高次脳機能障害者の就労支援に求められる職種共通のコンピテンシーは4因子で構成されることが示された。国外では、高次脳機能障害に障害種を特定しないがRCのコンピテンシーについて因子分析を実施した文献⁶⁾と本研究の結果を比較すると、今回の知見と同様に「ケースマネジメント」、「医学・社会制度の知識」、「家族支援」、「アセスメント」、「プロフェッショナルスキル

の蓄積」などを報告しており、本研究で抽出された因子と一致する。国内の先行研究^{3) 4) 5)}でも今回の知見と同様の項目が報告されている。厚生労働省¹¹⁾が提言している就労支援者の共通基盤のカリキュラムにも本研究で抽出された4因子の内容がカリキュラムに組み込まれており、人材育成において重要な因子である事が確認された。4因子の各職種による職務遂行度は、第4因子以外に職種間で差がみられた。ジョブマネジメントは、4因子の直接的支援の中で最も職務遂行度平均値が低かった。RCの先行研究⁶⁾では、マネジメントは就労支援を実践していく上で最も職務遂行度の高い職種であるとの報告があり、今後、どの職種もさらにジョブマネジメントの職務遂行度の向上が望まれる。医学的知識・職務能力アセスメントは、図1から確認出来る通り、医学モデル中心のOT・STと社会モデル中心のSW・就業支援ワーカーの2群間で職務遂行度に差がみられた。そこで医学的知識の項目(4項目)に注目して2群間を比較すると有意差をみとめた。つまり、OT、STに比しSW、就業支援ワーカーは医学的知識の職務遂行度が低いことが明らかとなった。RCの先行研究⁶⁾では、「医学・社会制度の知識」の因子でも高い値を示していた。SW、就業支援ワーカーは医学的な知識について職務遂行度を高める必要がある。家族支援は、SWが他の職種に対して有意に職務遂行度が高く、先行研究¹⁶⁾でもSWは家族支援の職務が期待されている。一方で、RCは他の職種に比し家族支援に関する職務遂行度が低い値を示しており⁶⁾、国内外で異なった見解を示している。専門的知識の習得・蓄積は、4因子の中で最も職務遂行度平均値が低い値を示した。先行研究^{4) 11)}においても就労支援の知識・技術などが習得・蓄積しにくい状況が指摘されている。

以上より、本研究で抽出された4因子は就労支援者に共通したコンピテンシーであることが明らかになったが、4因子バランスよく職務遂行度が高い職種は存在しなかった。RCは、医学・社会制度の知識を兼ね備えつつ、マネジメントを実践している職種であり、国内でもそのような職種の必要性が示唆された。最後に、職務遂行度に影響を及ぼす変数として、階層的重回帰分析の結果から「越境学習(研修会への参加頻度)」と「就労

支援に関する知識量」の2変数で弱い正の相関を認めた。つまり、2つの変数の頻度または量の増加が職務遂行度に寄与する可能性が示唆された。今後、就労支援に携わる専門家が知識を蓄積出来るような体制を構築していく必要がある。

【参考文献】

- 1) Malec, J.F. et al. (2000). A medical/vocational case coordination system for persons with brain injury. *Archv Phys Med Rehabil*, 81, 1007-1015
- 2) Scherzer, P., et al. (1993). Predictors and Indicators of Work Status after Traumatic Brain Injury: A Meta-analysis. *Neuropsychological Rehabilitation*, 3(1), 5-35
- 3) 梶直美. (2009). 就労支援に必要なマネジメントカー. *作業療法ジャーナル*, 43(7), 804-808
- 4) 野中猛. (2006). 作業療法士に就労支援活動が求められている. *作業療法ジャーナル*, 40(10), 1162-1165
- 5) 杉山あやら. (2009). 標準言語聴覚障害学; 高次脳機能障害学. 217-233
- 6) Leahy, M.J. et al. (2009). Essential Knowledge Domains Underlying Effective Rehabilitation Counseling Practice. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52(2), 95-106
- 7) 古川久敏. (2002). コンピテンシーラーニング. 日本能率協会マネジメントセンター
- 8) 永井裕久. (2005). パフォーマンスを生み出すグローバルリーダーの条件. 白桃書房
- 9) 西澤知江. (2008). 皮膚・排泄ケア認定看護師が病院において褥瘡管理体制を組織化するためのコンピテンシーモデルの構築. 平成19年度東京大学博士論文
- 10) 館野泰一. (2012). 職場を越境するビジネスパーソンに関する研究. 282-311
- 11) 厚生労働省. (2009). 障害者の一般就労を支える人材の育成のあり方に関する研究会報告書
- 12) Wright, G.N., et al. (1987). Rehabilitation Skills Inventory: Importance of Counselor Competencies. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 31(2), 107-118
- 13) Mirabile, R.J. (1997). Everything you wanted to know about competency modeling. *Training and Development*. 73-77
- 14) 中原淳. (2012). 経営学習論-人材育成を科学する-. 第7章越境学習. 東京大学出版会. 186-188
- 15) 北上守俊ら. (2012). 高次脳機能障害者の就労支援に求められるコンピテンシースケールの作成. 日本職業リハビリテーション学会第40回大会プログラム・発表論文集
- 16) 徳弘昭博. (1995). 職業復帰の状況および医学的リハビリテーションと職業リハビリテーションの連携の状況. *総合リハビリテーション*, 23(6), 477-482

【連絡先】

東京労災病院リハビリテーション科
北上守俊 TEL: 03-3742-7301
e-mail: s1140058@u.tsukuba.ac.jp

障害者職業総合センター職業センターにおける 「高次脳機能障害者のための職業リハビリテーション導入プログラム」の 開発の経緯と試行実施について

○土屋 知子（障害者職業総合センター職業センター開発課 障害者職業カウンセラー）
加賀 信寛・野澤 隆・小林 久美子・池田 優（障害者職業総合センター職業センター開発課）

1 障害者職業総合センター職業センターにおける 高次脳機能障害者に対する支援技法の開発

(1) 現在までの経緯と成果

障害者職業総合センター職業センター（以下「職業センター」という。）において、高次脳機能障害者に特化した支援プログラムを開始したのは、様々な障害種類の求職者および在職者を対象として実施していた職業講習（OA機器操作や簿記等の技能習得を中心とした講習）の支援対象者に高次脳機能障害者の割合が年々増加し、高次脳機能障害者への効果的な支援技法の開発が必要とされたことがきっかけであった。

以後、職業センターでは、高次脳機能障害者への効果的な支援技法の開発を目指し、支援プログラムの実施を通して様々な取り組みを行ってきた。対象者支援、事業主支援、家族支援の他、最近の開発テーマとしては、支援対象者同士の相互作用に着目したグループワークや失語症のある高次脳機能障害者への支援技法の開発が挙げられる。取り組みの成果は、実践報告書および支援マニュアルとしてまとめ、関係機関に提供する他、当機構のwebサイトで公開している。

(2) 現行の支援プログラム

職業センターにおける高次脳機能障害者の支援プログラムの枠組みや名称は多少の変遷を経ているが、平成24年度現在では、「職場復帰支援プログラム」（以下「復帰プロ」という。）および「就職支援プログラム」（以下、「就職プロ」という）の2つのプログラムとして実施している。復帰プロは元の職場への復帰を目指す休職者を対象とした16週間のプログラム、就職プロは求職者を対象とした13週間のプログラムである。

復帰プロおよび就職プロに共通する重要な支援事項として、①障害が職務および職業生活に

及ぼす影響の整理、②支援対象者の自己理解の促進、③補完方法（代償手段）の習得による作業遂行力や自己管理能力の向上、④担当職務の選定や職場での配慮事項に関する事業主の理解促進、⑤支援対象者の職業生活を支える家族への支援、等が挙げられる。支援対象者の障害特性や自己理解の状況等により、①～⑤のどの点により重点をおいて支援するかは異なり、プログラムの大まかな枠組みがある中で、個別的支援の要素をある程度含んでいる。

2 職業リハビリテーション導入プログラムの コンセプト

(1) 支援対象者像と開発の目的

職業リハビリテーション導入プログラム（以下「導入プロ」という。）は、職業センターにおいて新たに開発中の、高次脳機能障害者を対象とした支援プログラムである。平成24年度および25年度に試行実施を行い、内容等に検討を加えた後、平成26年度から本格実施することを目指している。

導入プロの支援対象者は、医学的リハビリテーションが終了しており、職業リハビリテーション（以下「職リハ」という。）のニーズはあるものの、職リハへの円滑な移行にあたって課題があり、職リハ導入のための支援が必要と判断される高次脳機能障害者である。ここでいう課題とは、第一には生活リズムや健康管理等の生活面の課題である。第二には、自己の障害への気付きや職リハの目的やプロセスについての理解の曖昧さから、職リハを拒否はしないものの動機づけが弱く、主体的な参加姿勢が得られにくいといった課題である。職リハへの導入段階にこれらの課題へのアプローチを十分に行う事により、そうでない場合よりも職リハが円滑に進み、その後の職業生活の安定につながると推測している。実際の支援対象者の

受け入れにあたっては、地域障害者職業センターでの職業評価で得られた情報等を元に先述のような観点から検討し、導入プロの活用が効果的と判断された場合に、復帰プロまたは就職プロに先だて8週間程度の支援を行うこととしている。

導入プロ開発の目的は、プログラムの実施を通して、高次脳機能障害者の職リハへの円滑な移行を促進する支援技法を開発することである。

(2) 導入プロの支援目標

職業センターでは、高次脳機能障害者が職リハに円滑に移行することを妨げる要因として、①生活リズムや健康管理等の生活面の課題、②障害への気づきの曖昧さ等に起因する職リハへの動機づけや主体性の課題、の2点を仮定しており、導入プロではこれら2点を重点的な支援事項とすることを計画している。

まず、生活面の課題に対しては、安定した職業生活の基礎となる健康的な生活が整うことを目標に、規則正しい生活リズム、体力の向上、確実な服薬、適切な食生活、清潔・整容等に関して、支援対象者本人へのアプローチの他、環境調整等の支援を行う。支援対象者の障害特性や年齢、持病、生活環境（家族と同居/独居等）には個別性が高く、画一的な達成レベルは設定できないが、個々の支援対象者の持つ条件の中でできるだけ健康的であり、職リハおよび職業場面において対象者の持つ能力を最も発揮しやすい状況を整えることを目指した支援を行う。

次に、職リハへの動機付けや主体性の課題に関しては、職リハの目的やプロセスを支援対象者本人が十分に理解した上で、主体的に取り組む姿勢を引き出すことを目標とし、ピアモデル等を通じた障害や職リハに関する知識付与の他、作業を通じた達成感や自己効力感の経験、補完方法の活用による成功体験と有用性の実感等を重視した支援を行う。動機づけや主体性についても、支援対象者の本来の性格傾向や障害特性（発動性低下等）から画一的な達成レベルは設定しにくい、職リハに対して「(支援者や家族に) やらされる」のではなく、「自分に必要だから取り組む」という姿勢を得ることが目標である。

(3) 導入プロの具体的な活動内容

導入プロは、週5日 10:00～15:00 の実施を予定している。体力等が十分でない支援対象者が想定されることから、復帰プロおよび就職プロよりも短い時間設定としている。なお、週5日開講するが、支援対象者の状況によって週2～3日からの利用も検討することとしている。

具体的な活動内容および各活動の目的は表1の通りである。復帰プロおよび就職プロと一部共通する内容もあるが、課題の難易度の設定や支援者の関わり方により、導入プロの支援目標に沿うものとする。作業内容等は、試行実施を通じて適宜改良を加えていく。

表1 導入プロの活動内容および目的

活動内容	主な目的
情報管理ツール試用： メモリーノート等の情報管理ツールの使用体験	・情報管理ツールが「役に立つ」ことの実感 ・生活リズム、服薬状況等の可視化による意識向上
作業体験①「バランス食生活」： 栄養バランスを意識した献立作り、買い物計画、(調理実習)	・興味や意欲の喚起 ・健康的な食生活への意識向上 ・集中力を要する作業を通じた持続力の向上
作業体験②「グリーンアレンジ」： 苔玉作成等の園芸作業	・興味や意欲の喚起 ・達成感や自己効力感の体験 ・身体及び手指を動かす作業を通じた基礎体力の向上
作業体験③「簡易事務」： データ入力や郵便物仕分け等の簡易事務作業	・障害への気づきの促進 ・補完方法の有用性の実感 ・集中力を要する作業を通じた持続力の向上
個別相談： 担当カウンセラーとの個別相談	・作業体験等を通して得た気づきの整理 ・心理的支持
勉強会： 障害や健康管理に関する視聴覚資料等の視聴および講話	・障害や職リハ、健康管理に関する知識付与、気づきの促進
グループワーク体験参加： 復帰プロや就職プロのグループワークへの体験参加	・集団場面に参加することへの緊張の緩和 ・ピアモデルを通じた障害や職リハ、社会復帰に関する理解促進、今後のプロセスのイメージの獲得

3 導入プロ開発のきっかけとなった問題意識

(1) 生活面の課題に関して

導入プロの重点的支援事項の一つとして生活面の課題への取り組みを取り上げた背景には、現

行のプログラムの支援対象者において、生活面の課題を持つ者が少なくないことがある。復帰プロの過去5年間の支援対象者52名について、支援記録をもとに、生活リズムや健康管理等の生活面の課題とこれらに関連が深いと思われる体力・持続力や感情コントロールについて課題の有無や種類を抽出したところ、表2のような結果となった。半数以上(27名)の利用者には何らかの課題が見られ、軽視できない点であると言える。なお、課題の抽出に際しては、安定した職業生活に向けて対処を要するか否かという観点から複数の障害者職業カウンセラーで判断し、経過観察程度の軽微な内容は除外した。

多くの支援対象者に生活に関する課題が見られた背景について、今回は詳細な分析はできていないが、退院後の生活をサポートする支援機関が十分に整っていない地域もあり、家族だけの支援では限界があることが関係しているのではないかと推測する。

生活面の課題が目立つ場合、当該プログラムの中心的な活動内容や目標への取り組みと並行して生活面の課題改善にも取り組むこととなるが、同時に多くの課題の解決を目指すことと目的意識が分散し、効果が上がりにくくなることから、生活面の課題に集中的に取り組む時期を設定する方が有効と考えたことが導入プロ開発の1つの契機となった。

(2) 職リハへの動機づけに関して

導入プロのもう一つの重点的支援事項として職リハへの動機づけや主体性の課題を取り上げたのは、現行のプログラムの支援対象者において、これらに課題がある場合がしばしば見られるためである。プログラムの利用にあたっては、目的や内容について丁寧に説明し、支援対象者の意志を確認した上で開始するため、参加自体に拒否的な場合はないが、支援対象者本人が内心では「本当は自分には支援は必要ないが、会社や家族が強く勧めるから参加した」と考えていたり、「自分に障害がないことを証明する」「機能改善して障害をなくす」等、現実的ではない本人独自の目的意識を持って参加している場合がある。このような場合、補完方法の提案をしても受け入れられず補

表2 過去5年間の復帰プロ利用者の生活面の課題

課題 (該当者*)	課題の具体的内容
生活リズム (3名)	就寝時間が遅く寝坊による遅刻が度々ある／日中の強い眠気や居眠り
食事 (2名)	医師から減量を指導されたことに対し食事を抜く等の適切でない方法をとる／減量が必要にも関わらず間食が多い
服薬 (6名)	生活リズムの乱れにより服薬時間が一定しない／服薬忘れがしばしばある／「今日は飲酒したから服薬しない」等の不適切な自己判断
体調管理 (6名)	飲酒や喫煙の量が多い(主治医や家族から許可されている量を超えている)／二日酔いによる欠席／休日の過活動による翌日への疲れの持ち越し
金銭管理 (3名)	頻繁または多額の使途不明金がある
身だしなみ (3名)	1週間以上入浴せず体臭が強い／同じ服を洗濯せずに何日も着続ける／無精髭が伸びている日が度々ある
体力・持続力 (6名)	作業中の強い眠気や居眠り／(プログラム開始当初)作業を続けられるのが15～20分が限界
感情のコントロール (11名)	些細な指摘や助言に対して過剰に感情的に反応する／(疲れると)投げやりな言動やイライラを他者に向けて／明確なきっかけのない不安感や気分の落ち込みによる頻繁な欠席

*複数項目の該当者有り

完方法の習得が進まなかったり、支援者が事業主に対して障害特性や職場での要配慮事項について説明することを望まないといった状況となり、適切な支援が行えない。また、支援の必要性に関して否定的ではなくとも、周囲から助言や提案をされれば受け入れるが、困った時に自分から支援を求めることはないといった、受け身姿勢が目立つ支援対象者もしばしば見られる。

これらの支援対象者に対しては、作業支援やグループワーク、個別相談等を通じた障害への気づきや職リハの目的の理解にむけた支援を行うが、職リハへの主体的な参加姿勢を得るにはある程度の時間を要する。生活面の課題と同様、この課題に対しても集中的に取り組む期間を設定することが有効であると推測された。

復帰プロのこれまでの支援対象者において、障害の認識や職リハの目的理解、動機づけ等に特に課題があると思われたエピソードの一部を以下に挙げる。

事例①：注意障害、記憶障害等について医療機関

で説明を受け、表面上は了解しているが本心では納得していない。家族や事業主に勧められプログラムに参加。本人としては「障害がないことを証明する」ことが目的だった様子。心理検査の結果や作業で見られたミスについて、「元々雑な性格だから」「ブランクがあったから」等の様々な理由付けで障害の影響を認めず、補完方法の提案にその場では応じるが、習慣化しにくい。

事例②：半側空間無視、注意障害等について医療機関での説明や日常生活での経験からある程度理解しているが、機能回復への期待が強い。作業場面でミスが多発する作業について補完方法を提案するが、受け入れず“気をつける”“頑張る”ことのみでミスを減らそうとし、結果として作業遂行力の向上につながらない。

事例③：記憶障害、注意障害等との診断名は知っており説明は受け入れるが、実感に乏しい。「休んでいた間の出来事を教えて貰えば仕事はできると思う」と復職に対する見通しは楽観的で、受障前と同じ職種（高度に専門的な職種）で復帰することを希望。作業場面でミスが多発しても、「会社の仕事とは違うから」と深刻に捉える様子がない。

4 導入プロ開発における課題と今後の展開

(1) 効果検証の方法

導入プロ開発における課題の第一点目として、効果検証の方法が挙げられる。職リハへの円滑な導入を目的として試行中の支援内容の概略を本稿において紹介したが、今後の実践を通してより効果的、効率的な支援へと洗練させていくことが必要である。そのためにも効果の検証は欠かせない。

支援効果の測定方法として、当面は既存の質問紙や心理検査の利用を予定しているが、導入プロの支援効果にはこれらの尺度のみでは測定しにくい要素が多く含まれると考えられる。行動観察技法をベースとした効果測定の方法を視野に入れ、今後検討を行いたい。

(2) 感情のコントロールの課題に関して

導入プロ開発における課題の第二点目は、感情のコントロールの課題に関する点である。表2において示したように現行のプログラムの支援対象

者は感情のコントロールに課題のある者が少なくなく、職リハへの円滑な導入にあたり軽視できない点といえる。

高次脳機能障害者の感情コントロールの難しさの多くは疾病性そのものに起因し、根本的な行動変容は容易ではない場合が多いと思われるが、一方で、障害に対する心理的葛藤や疲労等の身体状況が関与する場合もあると考える。心理的葛藤の緩和や身体状況の自己管理等に関しては、導入プロの支援内容においてある程度はアプローチできることが考えられるため、支援対象者の行動や健康状態の変化についても丁寧に観察を行いながら、感情コントロールの課題に対し更に積極的なアプローチへ発展させられる可能性があるかどうか、必要に応じて専門家の助言も得ながら継続的に検討していきたい。

(3) 開発した技法の普及方法

導入プロ開発における課題の第三の点は、開発した技法の普及方法である。導入プロでは、職リハへの導入を目的とした支援を8週間のプログラムで実施する計画であるが、この支援スタイルについて地域障害者職業センターをはじめとする就労支援機関やその他の支援機関にそのままの形で導入を推奨することは想定していない。

しかし、導入プロを通して得られる知見および使用する支援ツール等については、各種支援機関において有効に活用されうるものが含まれると考える。このため、プログラム全体を1つのパッケージとして普及することを目指すのではなく、種々の課題に対する支援技法を各種支援機関で柔軟に応用していただくことを目指す。成果物の作成にあたっては、この点を十分に意識し、様々な支援機関にとって有用な情報となるよう工夫していきたい。

【参考文献】

- 1) 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構：新版就業支援ハンドブック(2011年)
- 2) 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構：高次脳機能障害者に対する職業訓練の実践研究報告書(2010年)
- 3) 中島八十一・寺島彰：高次脳機能障害ハンドブック、医学書院(2006年)

若年性認知症者の就労事例

○伊藤 信子（障害者職業総合センター 研究協力員）
田谷 勝夫（障害者職業総合センター）

1 目的

若年性認知症発症後は、症状の進行とともに就労困難となる事例が少なくないが、早期発見、早期の支援開始により、就労継続の可能性も検討されている（田谷・伊藤、2010）。本研究ではアルツハイマー病を原因とする若年性認知症者の就労継続事例3例の経過を報告し、効果的な支援のあり方を検討する。

2 方法

田谷・伊藤(2012)の調査において、調査協力の得られた事例(アルツハイマー病を原因とする若年性認知症者)3例に関して、本人、家族、事業所担当者、支援担当者等へ半構造化面接を実施した。質問項目は1)発症までの職歴、2)発症直前の職務内容、3)発症前後の事業所の対応、4)発症前後の支援機関の関わり、5)診断確定後の働き方、6)現在の就労状況等とした。

3 事例の概要

(1)就労支援機関等による支援により新規就労が可能となった事例：A氏(54歳、男性)

①略歴

大学(理工学部)卒業後、製造業の事業所に就職(営業職)。約10年間の勤務後、技術専門職として自営業を営む。受注の規模が拡大し増員したが、多忙を極める生活が長年にわたった。

②発症前後の経過

妻とともに自営業に従事し、A氏はさまざまな作業の同時進行が可能であることを把握していたため、作業が滞ることで、妻がA氏の異変に気付いた。

A氏には通院を要する家族がおり、妻が障害や疾患への関心が高く、A氏の発症に極めて早い段階で気づいた。障害者手帳の取得や、病気への配慮が得られる働き方を早い段階で検討し、障害者就業・生活支援センター(以下「支援センター」という。)の利用が開始された。

支援センターでは進行性の障害への対応の前例がないため、新規就労の相談を受けた段階で、地域障害者職業センター(以下「地域センター」という。)利用手続きを開始した。支援センターの担当者は、A氏の地域センター利用、障害者雇用の合同面接会、採用予定事業所での面接、勤務開始時に同行し、随時本人の様子を妻と事業所の両者に情報提供し、連携体制を作り上げた。

③新規就労の業務内容

A氏は障害者雇用の合同面接会参加後、第一希望の事業所に採用された。業務内容は製造業の作業工程の最終段階の作業である。A氏以外の従業員は健常者である。特別な配慮は必要ないが、日によって立ち位置等が異なり、作業のタイミングが合わない場合は、他者の動きを見てその場で体得する。採用条件の自家用車による通勤は可能である。週4日1日5時間勤務(定時の出退勤)のスケジュールは妻が管理し、遅刻や欠勤はなく、就労継続が可能となっている。

(2)定年退職後の就労継続事例：B氏(62歳、男性)

①略歴

高校卒業後、製造業の大規模事業所に就職。専門技術を要する作業工程に従事していた。部下が30名程度の部署の管理職に就いていた。長年の真面目な仕事ぶりは関係者から評価されていた。

②発症前後の経過

診断確定の数年前から、自宅近隣で道に迷うこと等があり、本人が事業所の産業医に「半年前くらいの記憶があいまい」と訴え、専門医を紹介され、受診した。画像診断では特に異常は認められず、軽度認知障害と診断されたが、数か月後若年性認知症と診断され、服薬開始となった。

本人の記憶障害等の症状を上司等も把握していたので、前出の図面は毎回初見のもとしてB氏に提示し、不安にならないように対応した。また作業には危険が伴うため、役職解除と同時に生産工程の作業から退いた。この時点(定年退職前)で

B氏は退職後の契約社員が複数在籍する部署に異動となり、周辺の業務と繁忙時に生産工程の支援にあたった。この部署での上司はかつての部下で、B氏のこれまでの経過を把握しており、留意事項等を心得ていた。

③定年退職後の経過

事業所の規定により、60歳の誕生日に定年退職となった。退職後は1年契約の契約社員として勤務している。その後61歳時に契約が更新され、62歳時に2度目の契約更新予定である。

勤務時間等は調整可能であったが、週5日1日8時間勤務を継続しており、本人の希望で1時間の残業をしている。

(3) 家族が勤務する事業所への新規就労事例：C氏(45歳、男性)

①略歴

高校卒業後、さまざまな業種の職業で転職した。20歳台後半から同一のサービス業で転職した。C氏39歳の時、妻が代表となり、同サービス業で自営業を開始したが、両者ともに他の職業との兼業が続いた。

②発症前後の経過

C氏は30歳台後半から、もの忘れが頻繁に起こった。C氏には40歳台、50歳台でアルツハイマー病を発症した家族が複数いたため、妻はC氏も発症しているのではないかと考えていた。

仕事先で道具の置き忘れが度々起こり、自営業の継続が次第に困難となった。そこでハローワークを利用したところ、地域センターを紹介された。職業準備支援が開始されたところで、検討されていたC氏の妻の勤務する事業所でのC氏の雇用が決定し、トライアル雇用兼正式雇用が開始された。しかし当初遂行可能な業務がなく、一度は妻がC氏の雇用を断ったが、業務内容を再検討し、敷地周辺の植栽管理等の業務を前任者から引き継いだ。

トライアル雇用当初は、勤務時間中は2名のジョブコーチ(以下「J.C」という。)が交代して付き切りで見ながら、前任者が引き継ぎを兼ねて一緒に作業した。

C氏は記憶の低下等により不安を抱えており、指摘されることで感情を爆発させることが度々起きた。その際病気への恐怖を語ったため、地域セ

ンターとしては、C氏の精神的な安定を図ることが本人の職場適応には不可欠と考え、本人が不安を訴えた時は作業を中断し、J.Cが傾聴に徹した。

実際の作業内容や作業範囲は、C氏の症状の詳細を把握する妻がその都度指示した。

事業所としては、C氏を雇用してみないと具体的に検討できず、どこまでできるか判断しかねていた。C氏を雇用するにあたって創設した業務と考えている。現在は業務が遂行できていると認識している。

4 3事例の共通点

3例いずれにおいても家族が疾病や障害に関する詳細な知識を得ている。

実際には、A氏の場合は、妻がA氏の発症を認識した時点で現状の働き方では負担が重過ぎると判断し、自営業の縮小、引退を勧めている。また期間限定で勤務した地域の事業所には、妻が本人の病気について説明し、A氏が「仕事が滞ることで怠けていると誤解される」と考えていることを事業所に伝えた。事業主は「できることをがんばって見たらよいのではないか」と考え、A氏は勤務を継続し、「自信がついた」と話していた。

B氏の場合は福祉領域の専門職の家族が認知症への対応方法を妻に指導した。妻はB氏を否定せずに、様子を見守った。当初B氏の発症を事業所に伝えるべきか躊躇したが、妻はB氏の元同僚であったため、B氏の業務内容を把握しており、また同僚や上司とも面識があったため、B氏の情報共有に至り、連携体制が構築できた。

C氏の妻は医療の専門職に従事しており、C氏の家族歴も含めて症状の詳細を把握している。それゆえにC氏の就職を一度は断念したが、再度事業所とともに業務内容と指示方法を検討し、業務創設となった。

本調査における3例の就労継続が可能となった背景には、上述のように家族の積極的な対応がある。本人の就労の意思を踏まえて働き方を具体的に検討する際も家族が関わっている。いずれも特異な例ではあるが、家族の積極的な対応は就労継続を可能にした一因と考えられる。

5 家族への支援の重要性

本調査では、家族が疾病や障害に関する詳細な知識を得ていることで、本人の就労継続に積極的に対応できたことが考えられた。このように家族による問題への積極的な対応が有効であることは、精神障害者の家族への心理教育において実証されている(福井、2011)。心理教育とは「精神障害とその治療に関する適切な事実(知識)や対処方法(技能・態度)を簡潔にわかりやすく伝える」(清水、2011)ことであり、生じる問題への対処や工夫を本人、家族、支援者ともに考えることにより、「家族の健康な力」を引き出しエンパワーメントすることを目的としている(福井、2011)。家族への支援は再発率にも影響していることから、心理教育への取り組みは重要視されている(後藤、2012)。

認知症の場合は、診断後の対応方法を多くの家族が求めており、問題が生じた際に支援者がその都度関わり、ともに問題解決のために一緒に考える心理教育的なアプローチが適切な対応につながることを示唆されている(藤本・奥村、2011)。

若年性認知症の診療にあった専門医を対象とした調査で最も多く挙げた意見は「病気に関する啓発・教育・正しい理解の必要」であった(田谷・伊藤、2012)。若年期に発症する認知症の問題が一般的に知られていない現状では、家族への心理教育は極めて重要であり、本人の就労継続のためには、本人、家族、多くの関係者との正確な情報の共有によってともに検討することが有効な支援となりうることが考えられた。

【参考文献】

- 後藤雅博:「家族心理教育から地域精神保健福祉まで」金剛出版(2012)
- 清水栄司:治療・予防における心理教育の役割,「精神科 vol.18 No.4」p.337-381, 科学評論社(2011)
- 田谷勝夫・伊藤信子:若年性認知症者の就労継続に関する研究,「障害者職業総合センター調査研究報告書 No.96」(2010)
- 田谷勝夫・伊藤信子:若年性認知症者の就労継続に関する研究―事業所における対応の現状と支援のあり方の検討―,「障害者職業総合センター調査研究報告書 No.111」(2012)
- 福井里江:家族心理教育による家族支援,「精神障害とリ

ハビリテーション vol.15 No.2」p.167-171(2011)

藤本直規・奥村典子:認知症患者と家族への心理教育,「精神科 vol.18 No.4」p.410-417(2011)