高次脳機能障害者の就労支援を考える

[On Employment Support for People with Higher Brain Dysfunction]

岡崎哲也* Tetsuya Okazaki

博愛会病院リハビリテーション科

Key words : 高次脳機能障害／就労支援／職場復帰／職業準備性／就労定着支援

はじめに

脳損傷の後遺症としてみられる高次脳機能障害は、しばしば職場復帰を困難にする。いわゆる行政的な高次脳機能障害¹⁾に対しては2001年度から高次脳機能障害支援モデル事業（以下、モデル事業）に続く高次脳機能障害支援普及事業（以下、普及事業）において診断・治療・社会復帰のための支援体制が整えられてきた。モデル事業開始後間もない2002年時点における北部九州を主とする患者会への調査報告では、外傷性脳損傷者の多くが日常生活は自立しているにもかかわらず、社会参加に至らない状況が明らかとなっている。その要因として、高次脳機能障害によるもの、特に対人関係の拙劣さが大きいことが示唆された²⁾。その後2006年に行われた調査ではモデル事業によって就労その他の社会参加が促進され、公的な障害認定が増加していた³⁾。また、高次脳機能障害の障害認定は精神障害として取り扱われるが、2018年の障害者雇用促進法の改正によって新たに精神障害者が法定雇用率の算定基礎の対象に追加された。このように行政施策からも高次脳機能障害者の就

労支援が図られ、一定の成果を認めている。しかし、その支援が質・量とも十分に行きわたっているとはいえないのが現状である。

就労支援にかかわる社会資源

「目に見えない障害」という特性から、当事者や家族が高次脳機能障害を理解して受容することは難しい。当事者では脳損傷の症状としての記憶障害や病識欠如も理解不足に関与する。障害を認識しないままに職場復帰し、そこで症状が顕在化してトラブルに発展する例も少なくない。職場にとっても「目に見えない障害」であるために障害の特徴や残存能力の活用法がわかりにくい。また、障害を過小評価した管理者と実際に支援する現場との温度差も生じやすい。当事者と職場が適切に障害を理解し、当事者の強みを生かして対応するにはリハビリテーション医療からのほたらきかけが必要である。到達目標として当事者が自ら周りに障害について説明できるよう支援したい。

前頭葉の局所損傷の有無にかかわらず、いわゆる社会脳の機能が低下しやすい高次脳機能障害者では、脳損傷後の集団（家庭、職場、学校、地域）での経験が大切である。この点でも高次脳機能障害者への就労支援では複数機関の連携が重要となる。連携を円滑に進めるには、リハビリテーション医療の従事者も表1に挙げるような社会資源を大まかに知っておくことが望ましい。公共職業安定所（ハローワーク）ではさまざまな障害者の希望に

* 博愛会病院リハビリテーション科
【連絡先】〒810-0034 福岡県福岡市中央区笹丘1-28-25 博愛会病院リハビリテーション科
岡崎哲也
E-mail : okazaki@hakuikai.or.jp
DOI : 10.2490/jjrmc.57.329

に基づいた職業紹介を行っている。障害特性や程度に適した提案を受けるには、医療機関や他の支援機関と連携しての利用が望ましい。地域障害者職業センターはハローワークとの連携のもと、障害者に対する専門的な職業リハビリテーションを提供する施設として全国 47 都道府県に設置されている。また、より先駆的な役割を担う機関として広域

障害者職業センターが埼玉県と岡山県の 2 カ所に、全国の職業リハビリテーション関係施設の中核的機関として障害者職業総合センターが千葉県に設置されている。障害者就業・生活支援センター（なかぼつセンター）は身近な地域で就業面の支援および就業に伴う生活面の支援を一体的に行う（図 1）⁴⁾。2019 年 5 月時点で全国に 334 センターが設置されている。就業面での支援には就業に関する相談支援、障害特性を踏まえた雇用管理についての助言や関係機関との連絡調整、生活面の支援には日常生活・地域生活に関する助言（生活習慣、健康管理、金銭管理、住居、年金、他）や関係機関との連絡調整などがある。障害者職業能力開発校は障害の態様に配慮した職業訓練を実施するために全国に 19 校が設置されている。一般の職業能力開発校への障害者の入学促進も課題とされて

表 1 高次脳機能障害者の就労の相談・支援にかかわる社会資源

- ・ 公共職業安定所（ハローワーク）
- ・ 地域障害者職業センター（各都道府県）
 広域障害者職業センター（埼玉県、岡山県）
 障害者職業総合センター（千葉県）
- ・ 障害者就業・生活支援センター（なかぼつセンター）
- ・ 障害者職業能力開発校
- ・ 就労移行支援事業所
- ・ 就労継続支援事業所（A 型・B 型）
- ・ その他

図 1 障害者就業・生活支援センター（なかぼつセンター）（文献 4 より改変）

いる。就労移行支援事業所は通常の事業所への雇用が可能と見込まれる者に対して職場定着支援までを含めた就労支援を行う。原則として利用期間は2年間までと定められている。通常の事業所への雇用が困難と見込まれる場合に、雇用契約に基づく就労が可能であれば就労継続支援 A 型事業所、困難であれば同 B 型事業所が就労・生産活動の機会の提供、就労に必要な訓練などの支援を行う。両者とも利用期間に制限は設けられていない。長期間にわたり緩やかな機能回復や社会性の向上が期待できる高次脳機能障害者では、就労継続支援の利用から就労移行支援の利用を経て一般就労へとつながる例もある。また、条件を満たせば原職の休職期間中に就労系障害福祉サービスを利用することも可能なので、状況に応じて活用を検討したい。

働くことへの意識

就労経験をもつ成人では当事者が過去の経験から業種や収入にこだわり、病識欠如や遂行機能障害とあわせて求職活動を難しくすることがある。「働く」という言葉が指す内容はたいへん幅広い。雇用形態は一般就労、福祉的就労それぞれの中でも多様である。働く意義も生活の糧を得る手段、自己実現、社会貢献、機能維持向上など多様で、複合的である場合も多い。原職復帰がかなわない際に当事者や家族が働き方を新しい視点で捉えられるよう、寄り添いながら根気強く支援していく。傷病手当てや障害年金、福祉や障害者雇用などの制度についても丁寧に説明し、知識不足からの焦りや思い込みを防ぐようにする。

就労経験がない学生では当事者が働くことをイメージしにくい。18歳未満で発症した高次脳機能障害者の保護者へ実施されたアンケートでは、特別支援学校以外では高校在籍時に障害に配慮した実習や就職指導を受ける例は少ない。就労経験の

ない小児期発症の高次脳機能障害者が、配慮のない環境での就労により離職を繰り返すことがないように注意が必要である⁵⁾。また、中高生の高次脳機能障害者では身近な大人である医療職をロールモデルとして意識しやすく思われる。医療職の業務特性は彼らの強みを生かしづらい面があり、入学はできても実習や就職の時点で行き詰まる例が多い。当事者の希望や意欲を最大限に尊重しつつも、安易な進路選択とならないよう、また行き詰まった際にも支援していく必要がある。

いずれにせよ高次脳機能障害者の就労は本人に意欲がなければ難しくなることはいうまでもない。

職業準備性

高次脳機能障害者の就労を考える際、当事者のみならずリハビリテーション医療従事者も神経心理学的検査の成績や狭義の職業適性・職業技能に視点が偏りがちである。だが、高次脳機能障害者を受け入れる職場にとっては、まずどの職業にも共通して必要とされる職業人としての基礎的な要件（職業準備性）を満たすことが必須である（図2）⁶⁾。障害・疾病管理に関する事項として障害（疾病）の正しい理解や自己管理などが挙げられる。日常生活技能に関する事項としては規則正しい生活習慣、身辺処理の自立、あいさつや返事、適切な報告・連絡・質問や相談、周囲との協調などがある。基本的労働習慣としては自立した通勤、職場の規則遵守、就業時間中の安定した作業従事、危険察知などがある。概して高次脳機能障害者ではこれらに課題があることが多く、早期から意識しておく必要がある。

ここで精神科領域で提唱されている個別職業紹介とサポートによる援助付き雇用（individual placement and support : IPS）についてもふれた。これは保護的な環境で職業訓練してから就労する（train-then-place）よりも早く就労の現場に出

図2 職業準備性概念図（文献6より改変）

て仕事に慣れながら訓練する（place-then-train）ほうが就労アウトカムをより改善させるという考えの上に立つ個別的就労活動支援と職場定着支援を中心とした就労支援モデルである⁷⁾。1990年代に米国で提唱されて以降、国際的に無作為化比較試験（randomized controlled trial：RCT）による効果の検証がなされ、わが国でも統合失調症、気分障害、神経症性障害を対象に含むRCTで有用性が報告されている⁸⁾。わが国の高次脳機能障害者の就労支援へ原理主義的に適用はできないが、参考にできる視点である。認知リハビリテーションにおいて、記憶障害が重度の例では患者自身の日常生活・社会生活に実用的な意味をもつ特定の領域の技能や知識（領域特異的知識）の獲得を図るべきとされるように⁹⁾、重度の高次脳機能障害者では訓練内容を汎化させることが難しい。そのため、職場実習やジョブコーチの価値が高い。また、知的に保たれた高次脳機能障害者のモチベーション維持の点からも、先に述べた職業準備性を最低限に備えれば、狭義の職業適性・職業技能の獲得や職業準備性のブラッシュアップを就労の現場で行える機会は有意義である。

職場復帰の帰結予測

これまでの国内外の研究報告からは、脳損傷者の職場復帰に関する帰結予測には困難な点が多

い^{10, 11, 12)}。その可否には、神経心理学的検査のスコアに表れないメタ認知や社会的行動障害のかかわりが大きく、その他高次脳機能以外の個人要因や多岐にわたる環境要因がかかわるからである。

帰結予測の困難さは高次脳機能障害者にオーダーメイドの就労支援が重要なことを示してもいるが、今後より有効な就労支援を行うために用語や評価法の統一を図りながら研究が発展していくことが望まれる。そのためには、職業リハビリテーションのための国際生活機能分類（International Classification of Functioning Disability and Health：ICF）コアセット¹³⁾などの活用も課題である。

就労定着支援

当事者、支援者ともに就労はゴールでなく、スタートであることを認識しておく必要がある。職場では就労後に職務内容の質・量のステップアップのペースが速くなりやすいため、時間をかけてもらうことが大切である。脳損傷後に特徴的な神経疲労に自らは気づけないことも多いので、周りからの声かけが有用である。あらかじめ1日、1週間の中で休養の枠組みをつくっておくこともよい。当事者も家庭生活において睡眠や休養の確保に努めるべきである。

低頻度でも診察の機会を保っておくことは就労

定着支援として有用であろう。診察時には職務内容の変更や新たな課題について聞き取り、障害特性をふまえての助言を行う。上司や同僚の異動時には就業上の配慮への理解を得にくくなりがちなので注意を要する。大過なく就労を継続できているようでも当事者は職務内容の制限や収入、後輩との関係性などに悩みを抱えている。家庭や職域とはまた異なる聞き手として傾聴し、必要時には精神科と連携して対応にあたる。

長い目でみれば仕事のみで力を使い果たして自身の生活管理を他者へ依存する状況は好ましくない。仕事と生活のバランスにも着目したい。特に、単身生活者では職場復帰を考える段階から考慮しておく必要に迫られる。

おわりに

リハビリテーション医療には高次脳機能障害者の就労支援の起点として積極的なかわりが期待されている。そのためには社会資源に関する知識や連携ネットワークの構築が必要となる。神経心理学的検査の成績に過度にとらわれず、総合的な判断のもとにオーダーメイドの支援を進めていく。そして、就労後の定着支援が重要であることを認識しておきたい。

本論文発表内容に関して申告すべきCOIはなし。

文献

- 1) 中島八十一：高次脳機能障害の現状と診断基準。高次脳機能障害ハンドブック（中島八十一，寺島 彰編）。医学書院，東京，2006；pp 1-20
- 2) 小田太士，佐伯 覚，岩永 勝，岡崎哲也，和田太，蜂須賀研二：外傷性脳損傷者の社会生活に関する調査。日本職業・災害医学会誌 2004；52：335-340
- 3) Kato N, Iwanaga M, Okazaki T, Hahchisuka K：Did the educational campaign to support persons with cognitive dysfunction encourage them to participate in society in Northern Kyushu, Japan? Brain Inj 2013；27：1423-1427
- 4) 厚生労働省：障害者就業・生活支援センター。Available from URL：https://www.mhlw.go.jp/content/000525099.pdf（2020年2月7日引用）
- 5) 大塚恵美子，田中葉子，遠藤晴美，中島友加，廣瀬綾奈，阿部里子，吉永勝訓，荏原実千代：青年期までの教育と青年期の就労に向けた支援の現状と課題。平成26年～28年度自賠責運用益拠出事業学童期・青年期にある高次脳機能障害者に対する総合的な支援に関する研究班報告書「小児の高次脳機能障害 青年期に至るまでの課題と支援プログラムの提言」（富山県高次脳機能障害支援センター 編）。富山スガキ株式会社，富山，2017；pp 95-126。Available from URL：http://www.toyama-reha.or.jp/up/file/h28_research01.pdf（2020年2月7日引用）
- 6) 高齢・障害・求職者雇用支援機構 編：はじめからわかる障害者雇用―事業主のためのQ&A集 第9版。高齢・障害・求職者雇用支援機構，千葉，2020。Available from URL：http://www.jeed.or.jp/disability/data/handbook/deigitalbook/book.pdf
- 7) 橋本 学：精神障害者の雇用・就労への支援―過去・現状そして今後の展望。Jpn J Rehabil Med 2017；54：283-288
- 8) Oshima I, Sono T, Bond GR, Nishio M, Ito J：A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. Psychiatr Rehabil J 2014；37：137-143
- 9) Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, Malec JF, Kalmar K, Fraas M, Felicetti T, Laatsch L, Harley JP, Bergquist T, Azulay J, Cantor J, Ashman T：Evidence-based cognitive rehabilitation：updated review of the literature from 2003 through 2008. Arch Phys Med Rehabil 2011；92：519-530
- 10) Kai A, Hashimoto M, Okazaki T, Hachisuka K：Neuropsychological factors related to returning to work in patients with higher brain dysfunction. Journal of UOEH 2008；30：403-411
- 11) Saltychev M, Eskola M, Tenovuo O, Laimi K：Return to work after traumatic brain injury：Systematic review. Brain Inj 2013；27：1516-1527
- 12) Scaratti C, Leonardi M, Sattin D, Schiavolin S, Willems M, Raggi A：Work-related difficulties in patients with traumatic brain injury：a systematic review on predictors and associated factors. Disabil Rehabil 2017；39：847-855
- 13) 日本リハビリテーション医学会 監訳：ICF コアセット 臨床実践のためのマニュアル。医歯薬出版，東京，2015