

201501013A

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

若年性認知症と高次脳機能障害者の
社会保障のあり方に関する調査研究

平成27年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 八重田 淳

平成28(2016)年5月

目 次

若年性認知症と高次脳機能障害者の社会保障のあり方に関する調査研究

(H26-政策-一般-009)

I. 総括研究報告-----	1
八重田 淳	
第1研究 東京都の医療機関における高次脳機能障害者の就労支援に 関する研究-----	10
(資料)	
・ 東京都の医療機関における高次脳機能障害者への就労支援に関するアンケート調査	
・ 医療機関における高次脳機能障害者の就労支援業務遂行度の記述統計量	
・ 医療機関における高次脳機能障害者の就労支援役割認識度の記述統計量	
・ 就労支援職務遂行度の相関係数	
第2研究 高次脳機能障害がある人の職場定着プロセスに 関する研究-----	26
(資料)	
・ 表1. 研究2の対象者	
・ 表2. 研究2のインタビューガイド	
・ 研究2の図1. 就労を実現している高次脳機能障害者のある人が苦手を克服していくプロセス	
第3研究 小児期受障の高次脳機能障害者の社会参加に関する研究-----	43
(資料)	
・ 表1. インタビュー対象者(親)及び当事者(子)概要	
・ 研究3のインタビューガイド	
・ 研究3の図1. 小児期受傷の高次脳機能障害者の居場所を探す親の想いと行動のプロセス	
II. 分担研究報告-----	81
駒村 康平	
(分担研究報告 資料)	
・ 参考1. 脳機能に関する障害および障害者の加齢に関する就労状況調査	

厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))
(総括)研究報告書

若年性認知症と高次脳機能障害者の社会保障のあり方に関する調査研究

研究代表者 八重田 淳 所属 筑波大学人間系

研究要旨

本研究は、働き盛りの世代に発症する若年性認知症と高次脳機能障害等を対象とした国内外実態調査を行い、中途障害者の社会保障と就労支援と合わせた総合的なリハビリテーション対策を検討し、具体的な支援モデルの提示までを行うことを目的とする。平成27年度は、前年度に引き続き、国内外における中途障害者の社会保障の現状と課題を探るため、(1)東京都の急性期・回復期リハビリテーション病棟の医療職及び医療福祉職を対象とした郵送調査(研究1)、(2)就労している高次脳機能障害者への面接調査(研究2)、(3)高次脳機能障害者の家族を対象とした面接調査(研究3)、(4)英国における若年性認知症就労支援と社会保障に関する聞き取り調査、(5)障がい者雇用にかかわる団体として、企業、特例子会社、社会福祉法人、NPO法人、家族会に対するヒアリング調査、(6)全国の特例子会社を対象とした若年性認知症・高次脳機能障害者の就労支援に関する郵送調査、(7)障害者の所得等に社会保障制度と雇用が与える影響に関する既往データの再分析を行った。その結果、(1)医療機関から就労支援機関への移行支援業務として特に低いものは、「患者・家族が就労支援機関に行く際、同行支援をする」「通勤行動評価、職場環境評価、職務遂行能力評価の実施等のため、職場訪問を行う」であること、(2)就労を継続している高次脳機能障害のある人が苦手を克服していくプロセスは、生活上の困難さに対する事前の情報提供、退院後のアフターフォローを経て、職業復帰やその後の就労継続に向けた「選択を支える存在」の獲得がキーとなり作用しており、社会人としての使命感の萌芽が就労継続の原動力となっていること、(3)高次脳機能障害者の家族は、職業準備性の意識が比較的低く、子どもの進路選択のタイミングで初めて将来や進路を考え始めること、そして、他の家族に頼れない状況に加え、高次脳機能障害者の社会参加に関する十分な支援を享受していないために、親が子どもに「あるべき姿」を過度に求めていること、(4)英国における若年性認知症雇用ガイドラインの存在が事業主と従業員の意識変化をもたらしたものであること、(5)日本における各種団体へのヒアリング調査の結果、両障害者の雇用実績は極めて少ないこと、(6)全国の特例子会社における両障害者の就労は極めて少ないこと、(7)障害者本人の就労所得がない場合、たとえ年金受給者であっても本人社会保障給付金だけでは所得水準を改善しきれず、同居による世帯員間の所得移転が行われたとしても貧困率が高いままであること等がわかった。次年度は若年性認知症の就労状況調査を踏まえ、当該障害者の事業者向け雇用ガイドラインの作成を目的とした調査を実施する。

研究分担者

駒村康平・慶應義塾大学経済学部 教授

A. 研究目的

本研究は、働き盛りの世代に発症する若年性認知症、高次脳機能障害等を対象に国内外実態調査を行い、中途障害者の社会保障制度を整備するための基礎資料を得ることを目的とする。研究実施3カ年計画の1年目には、中途障害者の生活・就労ニーズ対応型サービスの実践に関する国内外の情報収集を専門家へのヒアリングを通じて行う。2年目は、中途障害者リハビリテーションの医療、就労、福祉領域における科学的な知見を得るための調査を実施する。3年目には、その知見をもとに中途障害者の新しい社会保障制度のモデルを構築し、その妥当性と実効可能性について当事者及び関連機関に対するヒアリングを行う。

B. 研究方法

平成27年度は、(1)東京都の急性期・回復期リハビリテーション病棟の医療職及び医療福祉職1,090名を対象とした郵送調査、(2)就労している高次脳機能障害者8名への面接調査、(3)高次脳機能障害者の家族10名を対象とした面接調査、(4)英国における若年性認知症就労支援と社会保障に関する聞き取り調査、(5)障がい者雇用にかかわる団体として、企業、特例子会社、社会福祉法人、NPO法人、家族会に対するヒアリング調査、(6)全国の特例子会社404社を対象とした若年性認知症・高次脳機能障害者の就労支援に関する郵送調査、(7)障害者の所得等に社会保障制度、

雇用が与える影響に関する既往データの再分析を行った。

(倫理面への配慮)

筑波大学及び慶應大学の研究倫理委員会による承認をそれぞれ得て調査を実施した。

C. 研究結果

(1) 医療機関から就労支援機関への移行支援に関する21業務のうち、最も遂行頻度が高かった3業務は、「患者・家族の就労の意向を確認する」「患者の職場・職務に関する情報を収集する」「患者・家族に対し、高次脳機能障害者による仕事への影響について説明を行う」であった。また遂行度として特に低かったものは、「患者・家族が就労支援機関に行く際、同行支援をする」「通勤行動評価、職場環境評価、職務遂行能力評価の実施等のため、職場訪問を行う」等の院外業務であった。院外就労支援業務の遂行頻度の低さは実際の就職にはなかなか結びつかない現状があり、本研究結果はこれを反映する結果となった。以上から、医療機関従事者が高次脳機能障害者に対する就労支援の必要性を再認識し、リハビリテーションの一部として、できるだけ早期に就労支援業務を開始すること、多職種連携により職業リハビリテーション機関への照会を早め、職場への移行を含めた退院移行支援を早期に開始することの重要性が示唆された。

(2) 働く高次脳機能障害者8名に対する面接調査で得られた逐語録を修正版グラウンデッド・セオリーにより分析した結果、当事者の復職、就職、雇用継続といったプロセスには、一定の流れが存在することが明らかと

なった。具体的には、まず、①生活上の困難さに対する「事前の情報提供」を早めに行うこと、②退院後速やかに復職や就職に向けたフォローアップ介入を実施すること、③退院から職場定着まで一貫して職業や生き方の「選択を支える存在の獲得」が大きく作用すること、④働くことによって本人のなかに芽生える「社会人としての使命感」が就労継続の最大の原動力となっていることなどが明らかとなった。また、復職先のひとつとして、障害受傷前の就職先であった親企業が持つ特例子会社での就労が有効であることが示された。以上から、高次脳機能障害を持ちながら働く当事者の職業能力だけではなく、自己決定の支援を周囲がどれだけ寄り添ってできるか、業務改善、ワーク・シェアリング、職場再構築といったテクニカルな部分だけではなく、本人が社会人として「働くことへの誇り」をいかに高めるかに着目した支援が継続雇用にも極めて重要であることが示唆された。

(3) 生産年齢人口の高次脳機能障害の子どもを持つ親 10 名に対する面接調査で得られた逐語録を修正版グラウンデッド・セオリーにより分析した結果、高次脳機能障害者の社会保障に対する親・家族の安心感が最も望まれていることが浮き彫りとなった。ただし、その背景を探ると、もう少し内面的な親の心情を理解したうえで諸制度活用の提言をすることが重要であることが示された。そうした親の心情としては、①親が子に対する障害受容が難しいため、障害を持つ自分の子供の職業準備性に対する意識が比較的低いこと、②子供の進学や就業といった様々な進路選択の時期になって初めて子供の将来や進路を考え始めていること、③自分以外の家族構成員に頼れない、あるいは頼りにくいという状況が

あること、④高次脳機能障害者の社会参加に関する支援として何があるのかがわからず、サービスを享受できていないこと、⑤親が子供に「あるべき姿」を過度に求めてしまい、型にはめがちなことや選択肢を制限してしまう傾向にあること等が明らかとなった。以上から、高次脳機能障害に対する家族教育において、医療職と福祉職が果たすべき細かい心理支援が極めて重要であることが示唆された。こうした医療福祉の相談支援は、我が国では医療ソーシャルワーカーが担っているのが現状であるが、諸外国ではリハビリテーション心理士がその役割を遂行している。我が国でも同様の職種の確立が望まれる。

(4) 英国の若年性認知症協会への訪問調査により若年性認知症への配慮事項に関する事業主ガイドラインについて取り組みが進んでいること、リンクワーカー(我が国の若年性認知症コーディネーターあるいはケアマネージャーに相当)の役割が大きいこと、地域ぐるみでの見守り支援体制が構築されていること等を把握することができた。

具体的には、若年性認知症をもつ労働者の雇用ガイドラインには、①認知症の初期段階にある職員の支援、②継続的な支援と管理、③離職の3段階が示されている。

若年性認知症に優しい職場とは何か。この問いに対する見解として、(a) 誰もが発症する可能性のある認知症に対し、職場の理解があり、事業主と職場仲間がそれを言葉や態度で示せること、(b) 認知症の職場ニーズと労働の権利を保障するという会社の方針が確立していること、(c) 若年性認知症の従業員が職場で能力的な疎外感や差別を受けずに自身の生き方を選べるような雇用管理体制が整備されているこ

と、(d) 本人の職業能力が低下してもすぐ解雇や離職に踏み切らず、できる限り本人のスキルと今まで獲得されてきた経験をもって組織に寄与し続けることができるような配慮を企業全体で考えていくこと等が示されている。

また、職場でのコミュニケーションについては特段の注意が必要である。事業主や職場仲間が、発症前のイメージのままコミュニケーションを取ろうとしても上手くいかないことが多い。若年性認知症をもつ職員が働く職場における幾つかの合理的配慮事項例は下記のとおりである。

- ・ 話をするのに適切な、周りの雑音ができるだけ少ない場所を探すこと
- ・ 意思疎通を始める前に相手の注意を完全にあなたに向けさせること
- ・ 相手は情報を処理するのに通常より時間がかかるかもしれないので、辛抱強く、時間をたっぷり与えること
- ・ 相手が言ったことをこちらが正しく理解していることを相手にチェックしてもらうこと
- ・ 相手があなたに集中できるように、あなたのことをはっきりと見ることができ、アイコンタクトをしつかりと維持できているのを確認すること
- ・ 相手が言ったことを注意深く聴き、適切な言葉が見つけれない、または文を締めくくることができない場合は、違う方法で説明するように頼むこと
- ・ 認知症本人は答えを見つけられな

いとき、いらいらすることがあり、極端な場合、例えば彼らは立腹したり、攻撃的に反応したりすることがあること(Creating a Dementia Friendly Workplace: A Practical Guide for Employers, Alzheimer's Society, 2015, p.13).

これらの合理的配慮事項を支援者のみならず、事業主が理解しておくことの重要性が示されている。我が国でもこうした雇用ガイドラインの策定が必要であり、全国特例子会社を対象とした郵送調査結果や事業主、支援者、家族、当事者への聞き取り調査結果をもとに、社会保障制度と雇用制度を踏まえ、労働市場、職場文化、当事者と地域の現状に見合ったガイドラインの開発が急務の課題である。

英国における若年性認知症就労支援と社会保障に関する聞き取り調査結果のもう一つの成果は、障害者復職支援を行う企業の具体的な取り組みである。認知症や高次脳機能障害を含む障害による退職がもたらす経済的な損失は極めて大きい。障害者雇用支援そのものを事業とするある企業では、(1)休職管理、(2)復職コーディネーター(我が国のリワークカウンセラーに相当)の養成、(3)障害者雇用管理のコンサルテーション、(4)社会調査及び地域教育等の啓蒙活動等を展開している。しかし、この企業は若年性認知症や高次脳機能障害に特化したものではなく、幅広く精神疾患を患う労働者を対象としている。職場での合理的配慮事項としては、(1)労働時間の調整、(2)リハビリテーションサービスを受ける時間の確保、(3)障害のある労働者のワークシェアリング、(4)障害程度に

マッチした新たな職務と職場の創設、(5) 職業能力開発と障害理解と啓発に関する職場研修の機会確保、(6) 筆記や通訳等の情報保障、(7) 職場での支援技術の導入 (assistive devicesの活用)、(8) スーパーバイザーの割り当てなどが挙げられている。

英国の若年性認知症の数は我が国とほぼ同様の約4万人であり、我が国と同様に、地域で見守るというシステムが有効とされている。特に参考となるのは、認知症に関する労働福祉に関する取り組みや事業主ガイドラインの整備状況である。これらの先駆的な取り組みがどの程度実際に効力があり、社会保障費を抑制しているかというデータは示されていない。我が国の認知症施策の有効性を示すデータを国内外に示す必要がある。参考までに、英国の職場における精神疾患問題への対処としての費用は年間 260 億ポンドであり、これは英国の全労働者の一人あたり 1,035 ポンドに該当する。

(5) 障がい者雇用にかかわる団体として、企業、特例子会社、社会福祉法人、NPO 法人、家族会に対するヒアリング調査の結果、①企業人事部(上場企業、メーカー)に関するヒアリングについては、高次能機能障害、若年認知症に関する雇用例については少なく、また人事部が把握している高次能機能障害あるいは若年認知症を患っている従業員は極めて少数であることがわかった。②訪問した特例子会社、関連団体(一般社団法人、公益社団法人)のなかでは、わずかに 1 例の高次能機能障害のケースについて事例を確認できた。この当事者は、就労支援を行う NPO でのトレーニングを経て作業順序に関する記憶に障害があるものの、業務手順の工夫を行うことで所定の業務を遂行できていることがわかつ

た。③さらに NPO 法人および障害者就業・生活支援センターを運営している社会福祉法人、高次脳機能障害を対象にしたリハビリを行っている社会福祉法人(施設入所支援・短期入所・就労移行支援・自立訓練(生活訓練)・自立訓練(機能訓練))、家族団体に対するヒアリング調査を行った結果、高次能機能障害、若年性認知症への就労支援、生活支援状況については、極めて地域差が大きいことと地域資源が不足している場合には家族に過大な負担がかかっていることを確認した。

(6) 全国の特例子会社における若年性認知症・高次脳機能障害者の社会保障と就労に関する 404 社への郵送調査結果、123 社(回収率 30.4%)からの回答が得られ、就労している当該障害者は、極めて少ないことが明らかとなった。このデータ解析についてはデータ回収が年度を越えたため、次年度報告書にて詳細報告をする。

(7) 既往統計データに基づき、障害者の所得等に社会保障制度、雇用が与える影響について分析した結果、①未成年の要介助障害者では特別児童扶養手当等の児童手当や親の就労所得が貧困を軽減している一方、②20-74 歳では、本人所得に基づく貧困率より低いとはいえ、要介助障害者の貧困リスクはそうでない人より 2 倍高く、3 割前後が相対的貧困にあり、③世帯単位でみた貯蓄なしの割合も 3 割前後で高いことを確認した。また、④特に 50 代以降の単身の要介助障害者の貧困率が高く 5 割を超えること、⑤(ひとり親世帯とは相違し)就労所得を中心とした本人市場所得が相対的貧困を回避するための決定的要因となる一方、⑥本人就労所得がない場合、たとえ年金受給者であっても、本人社会保障給付金だけでは所得水準を改善しき

れず、同居による世帯員間の所得移転が行われたとしても貧困率が高いままであること、⑦要介助者の子による就業抑制効果は父親より母親で統計的に有意であり、その抑制の度合いはいずれの年齢階級でも未就学者の子どもと同程度かそれ以上であることが明らかになった。

D. 考察

平成 26 年度より、我が国でも英国の若年性認知症コーディネーター (**Early Onset Dementia Coordinator**)、リンクワーカー、アドミラルナース等をモデルとした若年性認知症支援コーディネーターの適正配置の取り組みが各都道府県で始まったばかりであり、若年性認知症の医療、福祉、就労の総合的な支援調整役として期待されている。これにより、高次脳機能障害の相談支援コーディネーターとともに、少なくとも両障害者を支援する人的配置ニーズに対応する形となった。ただし、いずれのコーディネーターも元となる職種は多様であり、看護師、保健師、心理士、ケアマネージャー、ソーシャルワーカー、作業療法士、言語聴覚士、理学療法士、医師等が含まれる。また、地域や組織によっては、若年性認知症支援コーディネーターと高次脳機能障害の相談支援コーディネーターの混在や重複も想定される。現在我が国では、医療と福祉との連携調整役として医療ソーシャルワーカーが、福祉と就労のコーディネーターとして障害者職業カウンセラー、ジョブコーチ、作業療法士等がそれぞれ該当する職種として存在する。このように、医療、福祉、就労全てを総合的に捉える幅広い知識と技術を有したう

えで、若年性認知症と高次脳機能障害に特化したコーディネーターの存在は、国民にとって非常に心強い存在となる。

本研究は、若年性認知症と高次脳機能障害者の社会保障システムを有効に機能させるための基礎資料を得るために実施された 3 年研究の 2 年目に該当するものである。

まず、国内郵送調査として、東京都の急性期病棟担当、回復期リハビリテーション病棟担当、急性期病棟及び回復期リハビリテーション病棟担当の医師、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカーを対象とした郵送調査を行い、高次脳機能障害者の就労支援業務内容を職務遂行頻度により探った。高次脳機能障害者に対する院内外における就労支援の必要性が医療職によって適正に認識されれば、その後の福祉と就労のサービスにつながることを期待される。しかし、診療報酬や院外業務という制限があると、なかなか地域で高次脳機能障害者とその家族に寄り添った支援ができない。高次脳機能障害の相談支援コーディネーターを介し、障害者職業カウンセラーとの連携をできるだけ早期に開始し、職場への移行を含めた退院移行支援を切れ目なく行う必要がある。

前年度の研究では、「就労支援に焦点を絞れば、求められる人材像は浮かび上がってくる」ことを前提に、若年性認知症と高次脳機能障害者の社会保障と就労支援を効果的に進めるための「医療、保健、福祉、就労の総合的なリハビリテーション支援を調整する人材」(例えば米国やカナダのリハビリテーションカウンセラーのような人材)の確保が急務であることについても

報告した。我が国の場合、若年性認知症や高次脳機能障害というように、障害に特化した総合的なリハビリテーションサービスの調整役をそれぞれ設けており、障害特性に応じたきめ細かいサービス提供を可能にするため、海外からも今後はその資質及び卒前卒後の教育体制が問われるところである。医療、福祉、就労分野の多職種が若年性認知症と高次脳機能障害者の総合的なリハビリテーション業務を遂行するためには、まず職務の明文化が基本となる。本研究では、高次脳機能障害の就労支援の21業務の遂行度と認識度を4種の医療職で分析した。その結果、医療機関における高次脳機能障害者の就労支援に関しては回復期リハビリテーション病棟の果たす役割が大きいことがわかった。ただし、回復期リハビリテーション病棟の医療職による就労支援には限界がある。さらに、関係職に就労支援の役割認識はあるものの実際には遂行できていない院外就労支援業務があり、このギャップを解消することは今後の課題である。

高次脳機能障害の相談支援コーディネーターは、医療、福祉、就労という切れ目のないサービスを提供するために全体を俯瞰し、必要に応じて適宜サービス調整を行う。海外のリハビリテーションサービス連携の調整役であるリハビリテーションカウンセラーに該当するのは、こうしたコーディネーターの存在である。我が国では、医療、福祉、就労における様々な有資格者がそうしたコーディネート機能を果たしているわけだが、役割過多はサービスの質的低下につながる恐れがある。リハビリテーション総合職である、米国、カナダ、オ

ーストラリアのリハビリテーションカウンセラーは医療機関にも所属しているため、医療から職場への移行と連携をスムーズに行う専門職として機している。この専門職の役割も多機能に渡るが、それぞれ明確化されており、他職種との重複性が少ないため、役割期待ができていない。チームワーク支援を得意とする日本のリハビリテーションサービスは国際的にも評価されているところであるが、今後は高次脳機能障害と若年性認知症の支援コーディネーターの役割機能の明確化、そしてコーディネーターの有効性を費用対効果分析等により示す必要がある。

本研究では、働く高次脳機能障害者の雇用継続プロセスを探り、高次脳機能障害のある子供の保護者が持つ障害受容への悩みと将来の不安を探ることができた。これらの質的データは、当事者の生の声であり、一次データとして極めて貴重である。これら当事者の声を社会保障施策及び就労支援施策に反映しなければならない。英国の取り組みは、若年性認知症にも優しい職場づくりと地域づくりのため、こうした当事者の声なき声を反映した先駆的な取り組みといえる。我が国でも同様の取り組みは様々な地域で実践されており、地域力を活性化するような住民全体での取り組みが評価されているが、地域格差が存在するのが現状である。また、今回、各種団体への聞き取り調査により、当該障害者の雇用が極めて少ないことが浮き彫りとなった。さらに、たとえ年金受給者であっても本人社会保障給付金だけでは所得水準を改善できず、同居による世帯員間の所得移転が行われたとしても貧困率が高いままであ

るという現状を踏まえる必要がある。

次年度は、我が国における若年性認知症と高次脳機能障害者の雇用ガイドライン策定作業を行い、継続調査データの詳細分析を事業所における合理的配慮の実態に基づき行う必要がある。また、雇用による社会保障費の削減や貧困率の低下に関連する要因分析を進めることも今後の課題として残された。

E. 結論

本研究の最終年度である次年度は、中途障害者の社会保障制度のあり方を総括する。まず、支援者側の最終調査として、若年性認知症と高次脳機能障害の相談支援コーディネーターを対象とした役割機能の調査研究を行う必要がある。次に、当事者側の最終調査として、若年性認知症当事者と家族に対する聞き取り調査により、当事者にとっての合理的配慮事項を把握する必要がある。さらに、今年度末に実施した全国特例子会社を対象とした調査データの詳細分析を行う必要がある。これらを総括し、両障害の職業的障害の実態把握、職場における合理的配慮事項の整理し、事業主のための雇用ガイドライン案を策定する必要がある。また、国際シンポジウムの開催による国内外知見の整理を行った上で、最終的に若年性認知症と高次脳機能障害の社会保障と就労支援のあり方について提言を行う。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 橋本絵美, 八重田淳: 東京都の医療機関における高次脳機能障害者の就労支援に関する調査報告, 日本リハビリテーション連携科学学会第17回大会「共に生きる社会の実現と連携」プログラム・抄録集, p.40, 国際医療福祉大学大田原キャンパス, 3月19日-20日, 2016
- 2) Yaeda, J.: Can you keep your job if you have early onset dementia or traumatic brain injury? Concurrent Session 102: Unimagined Shores: Jobless Futures and Digital Globalization, International Association of Rehabilitation Professionals, Annual Conference 2015, Unmask Your Potential: Connect, Grow, Learn – an Opportunity Jambalaya. Astor Crown Plaza, New Orleans, Louisiana, USA, October 23, 2015
- 3) Yaeda, J.: Return to work for early onset dementia and traumatic brain injury in Japan. Rehabilitation International Seminar on return to work. Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong, September 22, 2015
- 4) Aida, T., Yaeda, J., & Nagashima, M. Processes which promote vocational rehabilitation among clients with cognitive disorders: A qualitative study on the basis of interviews for professionals engaged in vocational rehabilitation, Poster Presentation, Pacific Rim International Conference on

- Disability and Diversity, May 18 & 19, Honolulu, HI: Hawai'i Convention Center, USA, 2015
- 5) Nagashima, M., Yaeda, J., & Aida, T. Cognitive strategies and care for higher brain dysfunctions with functional incontinence, Poster Presentation, Pacific Rim International Conference on Disability and Diversity, May 18 & 19, Honolulu, HI: Hawai'i Convention Center, USA, 2015
- 6) Yaeda, J., Keegan, J., Lewis, T., & Kundu, M. (2015). Global citizenship: learning from international collaborations in rehabilitation education and research. Concurrent session. 2015 National Rehabilitation Educators Spring Conference, April 22-24, Newport Beach, CA, USA.
- 7) Catalano, D., Lee, E.J., Yaeda, J., Bishop, M., Lin, C.P., and Mopfu, E. (2015) Psychosocial adaptation research in rehabilitation counseling around the globe. Concurrent session. 2015 National Rehabilitation Educators Spring Conference, April 22-24, Newport Beach, CA, USA.
- 8) Lewis, T., Yaeda, J., Flowers, C., & McLennan, V. (2015). Pan Asian project part II: Identifying educational pedagogy for a global economy. Concurrent session. 2015 National Rehabilitation Educators Spring Conference, April 22-24, Newport Beach, CA, USA.
- 9) 大塚栄子, 廣瀬綾奈, 八重田淳: 小児期に受傷した高次脳機能障害者の就労準備支援に関する文献研究. 日本リハビリテーション連携科学学会第16回大会「連携を科学する～なぜ連携できないのか, どうしたら連携できるのか, 技術的側面からの探求」プログラム・抄録集, p.59, 障害者スポーツ文化センター横浜ラポール, 3月14日-15日, 2015
- 10) Yaeda, J. & Saito, Y. Return to work of stroke patients in Japan: Transition from hospital to work. International Forum on Disability Management Research Network Meeting, Melbourne, Australia, November 15, 2014
- 11) Lewis, T., Millington, M., Yaeda, J., & Flowers, C.: Concurrent Session IV, The Pan-Asia Project: A Community of Rehabilitation Practice. The 2015 NCRE/RSA/CSAVR National Rehabilitation Education Conference, "Back to the Future: Embracing the Journey", Renaissance Arlington Capital View Hotel, Virginia, USA, November 2-4, 2014
- H. 知的財産権の出願・登録
なし

第 1 研究

東京都の医療機関における高次脳機能障害者の就労支援に関する研究

研究協力者：橋本絵美

帝京大学医学部附属病院・医療ソーシャルワーカー

I. 研究の背景

高次脳機能障害者は就労に困難を抱える一方で、就労に向けた適切なサービスの利用に至っていないことが多い。そのため、高次脳機能障害者が必要な就労支援サービスを利用できるようにする仕組みが必要である。東京都にはリハビリテーションセンターがなく、医療から就労までを包括的に支援を行うことができる機関はないため、高次脳機能障害者にとって唯一の支援機関となり得る医療機関が、就労支援の必要性を認識し、自らの所属する医療機関で可能な支援を行い、不可能な支援は他機関に依頼する等就労に向けた支援を行うことは意義深い。

近年、医療機関における高次脳機能障害者の就労支援の取り組みについての報告は増加しているものの、高次脳機能障害者の就労支援を医療機関がどこまで行っているのか、どこまで行うことが可能なのかといった医療機関における高次脳機能障害者の就労支援の具体的な内容について調査した研究はほとんど見当たらない。また、高次脳機能障害者の支援を行うためには医療機関内における多職種連携が必要であるが(Malec ら, 2000 ; 砥上,2007 ; 片桐,2007 ; 武本ら,2012), 高次脳機能障害者

の就労支援業務の遂行度と多職種連携の程度については明らかにされていない。

そこで、本研究は東京都の医療機関における高次脳機能障害者の就労支援の具体的内容を明らかにし、高次脳機能障害者の就労支援システムにおける医療機関の役割を検討する際の基礎資料を得ることを目的とした。

II. 方法

1. 東京都内の医療機関に所属する専門職へのアンケート調査

1-1. 対象

(1) 急性期病棟を有する医療機関(特定機能病院, 地域医療支援病院, その他の一般病院)に所属する専門職

「東京都脳卒中急性期医療機関リスト」に掲載されている医療機関 163 か所(2015年3月1日現在)のうち、回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関を除く医療機関 144 か所のリハビリテーション科 Dr, 脳神経外科 Dr, 神経内科 Dr, OT, ST, MSW 各 1 名計 724 名(同一専門職が複数いる場合は主に高次脳機能障害のある患者の担当となっている者とする)。

(2) 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関に所属する専門職

回復期リハビリテーション病棟協会の正会員として登録されている東京都内の回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関 72 か所(2015年5月23日現在)のうち、「東京都脳卒中急性期医療機関」ではなく、さらに、整形外科専門の回復期リハビリテーション病院を除く 52 か所の回復期リハビリテーション病院の Dr, OT, ST, MSW 各 1 名計 208 名(同一専門職が複

数いる場合は主に高次脳機能障害のある患者の担当となっている者とする).

- (3) 急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟の両方を有する医療機関に所属する専門職

「東京都脳卒中急性期医療機関リスト」に掲載され、かつ回復期リハビリテーション病棟協会の正会員として登録されている医療機関 19 か所のリハビリテーション科 Dr, 脳神経外科 Dr, 神経内科 Dr 各 1 名と, OT, ST, MSW 各 2 名(急性期病棟担当・回復期リハビリテーション病棟担当各 1 名)計 161 名(同一専門職が複数いる場合は主に高次脳機能障害のある患者の担当となっている者とする).

調査票の内容

調査票は, 1)基本属性, 2)就労支援業務の遂行度, 3)就労支援に関する役割認識度, 4)就労支援に関する他者からの役割期待度, 5)就労に向けたリハビリテーションの依頼先, 6)高次脳機能障害のある患者の支援に関する多職種連携の程度, 7)医療機関における高次脳機能障害者の就労支援の充実に関する意見, 以上 7 カテゴリーで構成されるものを作成した.

1) 基本属性

基本属性は, ①性別, ②年齢, ③職種, ④臨床経験年数(高次脳機能障害のある患者の支援のみではなく臨床全体を通しての経験年数), ⑤担当している患者(急性期病棟の入院患者, 回復期リハビリテーション病棟の入院患者, 外来患者, その他), ⑥所属医療機関に在籍する同職種の数, ⑦所属医療機関に在籍する職種の 7 項目を設定した.

2) 就労支援業務の遂行度

医療機関における高次脳機能障害者の就労支援に関する先行研究と「高次脳機能障害ハンドブックー診断・評価から自立支援までー」(中島・寺島編,2006)を参考に, 医療機関における高次脳機能障害者の就労に向けた支援に関する業務をリストアップした上で予備調査を行い, 抽出された 21 項目の業務内容の各項目の遂行度について, 0 を「全くやっていない」, 1 を「あまりやっていない」, 2 を「どちらかといえばやっていない」, 3 を「どちらかといえばやっている」, 4 を「わりとやっている」, 5 を「十分やっている」とし, 6 件法で回答を求めた.

3) 就労支援に関する役割認識度

2)と同一の 21 項目の業務内容の各項目について, どの程度自分自身の役割であると思っているかということ, 0 を「全くそう思わない」, 1 を「あまりそう思わない」, 2 を「どちらかといえばそう思わない」, 3 を「どちらかといえばそう思う」, 4 を「わりとそう思う」, 5 を「とてもそう思う」とし, 6 件法で回答を求めた.

4) 就労支援に関する他者からの役割期待度

「高次脳機能障害のある患者・家族からあなたはどの程度就労支援を行うことを期待されているか」, 「所属医療機関の専門職からどの程度高次脳機能障害のある患者の就労支援を行うことを期待されているか」, 「地域の関係機関から所属医療機関はどの程度高次脳機能障害のある患者の就労支援を行うことを期待されているか」について, 1 を「全く期待されていない」, 2 を「あまり期待されていない」, 3 を「ど

ちらかといえ期待されていない」、4を「どちらかといえ期待されている」、5を「わりと期待されている」、6を「とても期待されている」とし、それぞれについて6件法で回答を求めた。

5) 就労に向けたリハビリテーションの依頼先

回復期リハビリテーション病棟(他の医療機関、自らの所属医療機関含め)、東京都心身障害者福祉センター、都外のリハビリテーションセンター、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、就労支援センター、市区町村の障害福祉センター、就労移行支援事業所、就労継続支援事業所、移行しないことが多い、その他の計11か所のうち、最も依頼先として多いものひとつを選択するよう回答を求めた。

6) 高次脳機能障害者支援に関する多職種連携の程度

「高次脳機能障害のある患者にかかわる多職種間で目標を共有することができるか」、「高次脳機能障害のある患者にかかわる各職種がそれぞれの職種の役割について理解できているか」、「高次脳機能障害のある患者にかかわる各職種の役割分担は明確にされているか」、「高次脳機能障害のある患者にかかわる多職種間において良好な人間関係、協力関係が築けているか」、「高次脳機能障害のある患者の障害の状態、就労支援のニーズの有無等の情報を共有すべき職種と適切な時期に情報共有をすることができるか」、「高次脳機能障害のある患者に対する各職種の介入内容や支援状況の確認ができる場や仕組みがあるか(例:多職種カンファレンスの実施、他職種の記録の閲覧が可能であること

等)」の計6間について、0を「全くできていない」、1を「あまりできていない」、2を「どちらかといえできていない」、3を「どちらかといえできていない」、4を「わりとできていない」、5を「とてもできていない」とし、6件法で回答を求めた。

7) 医療機関における高次脳機能障害者の就労支援の充実に関する意見

医療機関における高次脳機能障害者の就労支援を充実させるために何が必要であると思うかについては、自由記載で回答を求めた。

1-3. 調査手続き

無記名自記式質問紙法によるアンケート調査

1-4. データ収集方法

アンケート用紙の回収方法は郵送とした。

1-5. 調査期間

調査票を平成27年7月18日に発送し、最終データの回収期限を平成27年10月31日とした。

1-6. データ分析方法

基本属性の記述統計、就労支援業務遂行度の相関分析および記述統計(平均値の高い順に並び替え)。

1-7. 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(承認番号:東27-27)。調査票は無記名での回答とし、個人の回答がそのまま公表されないこと、回答内容は統計学的に処理され、研究終了後に粉砕破棄されること、研究目的以外には使用しないことを調査時に文書にて明記した。調査票の内容は精神的負担へ配慮し、15分程度で終了できる内容とした。また、

調査票への回答および送付をもって調査の同意が得られたものとするを文書にて明記し、調査への協力は任意であり、調査に協力しない場合でも、不利益を被らないことを文書にて明記した。

また、本研究は平成26年度筑波大学区生涯発達専攻修士論文の一部であり、厚生労働科学研究費補助金を受けて実施した

【平成27年度厚生労働科学研究費補助金[政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)]若年性認知症と高次脳機能障害者の社会保障のあり方に関する調査研究(H26-政策-一般-009)】。

Ⅲ. 結果

1. 回収率

郵送した1093通のうち、3通が「該当者なし」で返送されたため、調査票が送付されたのは1090名であった。そのうち、312名(回収率28.6%)から回答があった。各職種の回収率は、Drが87名(回収率18.8%)、OTが85名(回収率40.5%)、STが63名(回収率33.0%)、MSWが76名(回収率33.3%)であった。回答のあった312名分の調査票のうち、無記入であったもの1通、同一人物が2通回答したと思われる調査票のうち1通、「外来のみ担当している」と回答したもの9通と担当病棟が不明であるもの1通の計12通を除く300名分を分析対象とした。なお、データの回収期限を平成27年10月31日とした。

2. 基本属性

①性別は、男性が128名(42.7%)、女性が171名(57.0%)、性別不明1名(0.3%)で女性の方が多かった。

②全体の平均年齢は40.9±10.3歳であり、

20代が39名(13.0%)、30代が110名(36.7%)、40代が82名(27.3%)、50代が51名(17.0%)、60代が15名(5.0%)、70代が1名(0.3%)、年齢不明が2名(0.7%)であった。職種別の平均年齢は、Drが50.7±9.1歳、OTが35.7±7.9歳、STが37.8±7.7歳、MSWが38.8±8.7歳となっており、OT、ST、MSWは20代～30代までの者が過半数を占めている一方、Drについては20代～30代の者の割合はDr全体の12.7%であった。また、担当病棟別の平均年齢は、急性期病棟担当者が41.6±9.6歳、回復期リハビリテーション病棟担当者が40.1±11.7歳、急性期病棟及び回復期リハビリテーション病棟担当者が39.9±9.9歳であった。

③職種は、リハビリテーション科Drが36名(12.0%)、脳神経外科Drが19名(6.3%)、神経内科Drが21名(7.0%)、内科Drが2名(0.7%)、リハビリテーション科Drと脳神経外科Dr両方を選択している者が1名(0.3%)であり、Drは計79名(26.3%)であった。また、OTが83名(27.7%)、STが63名(21.0%)、MSWが75名(25.0%)であった。さらに、回答者の各病棟に占める各職種の割合を示した。

④全体の平均経験年数は15.0±9.5年であり、10年以下が128名(41.3%)、11～20年が99名(31.9%)、21～30年が57名(18.4%)、31～40年が23名(7.4%)、41年以上が2名(0.6%)、経験年数不明が1名(0.3%)であった。職種別の平均経験年数は、Drが24.9±9.2年、OTが10.3±6.3年、STが12.6±6.4年、MSWが11.7±7.0年であった。平均年齢と同様、平均経験年数についてもDrが他職種と比べ

長く、Dr以外の職種については、OT全体の66.3%、ST全体の42.9%、MSW全体の52.0%が経験年数10年以下となっていた。また、担当病棟別の平均経験年数は、急性期病棟担当者が15.9±8.7年、回復期リハビリテーション病棟担当者が14.2±10.7年、急性期病棟及び回復期リハビリテーション病棟担当者が13.6±9.4年であった。

⑤担当病棟は、急性期病棟担当者が165名(55.0%)、回復期リハビリテーション病棟担当者が87名(29.0%)、急性期病棟及び回復期リハビリテーション病棟担当者が48名(16.0%)であった。また、病棟の他に外来も担当している者は、急性期病棟担当者のうち113名(68.5%)、回復期リハビリテーション病棟担当者のうち30名(34.5%)、急性期病棟及び回復期リハビリテーション病棟担当者のうち40名(83.3%)であった。

⑥各病棟における各職種の人数の平均値をまとめると、急性期病棟においては、リハビリテーション科Drが3.1±3.1名、脳神経外科Drが4.6±4.3名、神経内科Drが7.8±9.0名、内科Drが2名、OTが5.5±3.1名、STが2.5±1.3名、MSWが4.1±2.4名であった。回復期リハビリテーション病棟においては、リハビリテーション科Drが4.6±3.2名、脳神経外科Drが0名、神経内科Drが1名、内科Drが5名、OTが20.2±16.4名、STが9.4±5.0名、MSWが4.8±2.0名であった。急性期病棟及び回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関においては、リハビリテーション科Drが3.5±1.4名、脳神経外科Drが3.0±2.8名、神経内科

Drが1.0±0.0名、OTが7.8±5.4名、STが5.4±5.4名、MSWが3.9±1.3名であった。

⑦所属医療機関に在籍する職種については、急性期病棟担当者、回復期リハビリテーション病棟担当者、急性期病棟及び回復期リハビリテーション病棟担当者それぞれについて表1にまとめた。PT、OT、ST、MSWについては病棟に関わらず90%以上の医療機関が「在籍している」と回答していた。また、リハビリテーション科Drは急性期病棟担当者165名のうち「在籍している」と回答したのは109名(66.1%)であった。

3. 就労に向けたリハビリテーションの依頼先

急性期病棟担当者は、回復期リハビリテーション病棟に依頼すると回答した者は165名中125名であり、圧倒的に多かった。一方、その回復期リハビリテーション病棟担当者は障害者職業センター、市区町村障害者福祉センターに依頼すると回答した者が最も多かった。ただ、「最も多い」とは言えこの2か所を選択した者はそれぞれ16名であり、表9を見てもわかるように回答にはばらつきがあった。また、「依頼しない」と回答した者が10名であり、「その他」としては、自院もしくは他院の外来や外来リハビリテーション、訪問リハビリテーション、「該当者なし」等が挙げられた。

4. 医療機関における高次脳機能障害者支援に関する多職種連携の程度

高次脳機能障害者支援に関する多職種連携についての6問の回答の合計点は、全

体では平均 18.7 ± 5.9 点であり、職種別の平均点は、Dr が 19.1 ± 6.7 点、OT が 17.9 ± 5.8 点、ST が 19.9 ± 4.9 点、MSW が 18.3 ± 5.9 点であり、ST の平均点が最も高かった。また、担当病棟別では、急性期病棟担当者が 17.8 ± 6.3 点、回復期リハビリテーション病棟担当者が 19.7 ± 5.1 点、急性期病棟及び回復期リハビリテーション病棟担当者が 20.3 ± 5.6 点であり、急性期病棟及び回復期リハビリテーション病棟担当者の平均点が最も高かった。

さらに、各担当病棟の職種別に合計点の平均を求めた。急性期病棟担当の Dr は 17.7 ± 6.4 点、OT は 17.2 ± 6.3 点、ST は 19.3 ± 5.7 点、MSW は 17.3 ± 6.6 点であった。回復期リハビリテーション病棟担当の Dr は 23.1 ± 5.0 点、OT は 18.3 ± 8.0 点、ST は 19.6 ± 4.2 点、MSW は 18.8 ± 4.0 点であった。急性期病棟及び回復期リハビリテーション病棟担当の Dr は 18.7 ± 8.0 点、OT は 19.3 ± 5.1 点、ST は 21.3 ± 3.8 点、MSW は 21.6 ± 4.4 点であった。急性期病棟においては、ST の平均点が最も高く、回復期リハビリテーション病棟では Dr の平均点が最も高く、急性期病棟及び回復期リハビリテーション病棟では MSW の平均点が最も高いという結果となった。

5. 医療機関における高次脳機能障害者の就労支援の充実に向けた意見

医療機関に所属する専門職が現状を超える就労支援業務を遂行することができるような体制を検討すべきであるという積極的な意見がある一方で、「就労支援は本来医療機関の果たすべき役割ではない」といった医療機関に所属する専門職が現

状を超える就労支援を行うことについて消極的な意見もあった。

医療機関に所属する専門職が現状を超える就労支援を行うことについて積極的であった者の主な意見は、「職場との連携の促進」、「医療機関に所属する専門職が就労支援を行うこと、特に職場訪問等院外における就労支援について診療報酬上で評価されること」、「人員や時間の確保」、「医療機関に所属する専門職の知識・技術の向上」、「就労支援機関等地域の関係機関との連携の促進」等であった。

一方、医療機関に所属する専門職が現状を超える就労支援を行うことについて消極的であった者の意見としては、「外来フォローをしているが、本来の急性期病院の役割を見失う状況になっている」、「医療機関は正当な評価を行うことに専念すべき」、「すべての支援を医療機関は担うのは他の医療行為を阻害することになる」、「医療機関が就労支援のスタートとして介入するのは良いが、長期的に介入することで職場側が『まだ医療が必要なのか』と敬遠してしまう」等が挙げられた。

このように、医療機関に所属する専門職が高次脳機能障害者の就労支援を行うことについて様々な意見があったが、双方に共通して多かった意見としては、職場や就労支援機関等他機関との連携の促進や就労支援機関の充実を求める意見であった。

IV. 考察

1. 医療機関における高次脳機能障害者の就労支援の実態

東京都内の医療機関における高次脳機能障害者の就労支援業務の具体的内容と、

それぞれの就労支援業務がどの程度行われているかということについて、本研究における調査により明らかになった。

担当病棟別では、第1因子～第4因子の就労支援業務すべてについて回復期リハビリテーション担当者が他の病棟担当者と比較し、遂行度が高いという結果となった。さらに今回の調査により、急性期病棟担当者の大多数が就労に向けたリハビリテーションを回復期リハビリテーション病棟に依頼していることが明らかになり、回復期リハビリテーション病棟担当者への役割期待度の高さが示された。

一方で、回復期リハビリテーション病棟担当者も他の病棟担当者と比較し、患者・家族、所属医療機関の専門職、他機関といった他者からの就労支援に関する期待を強く感じていることも明らかになった。これらのことから、医療機関における高次脳機能障害者の就労支援に関しては回復期リハビリテーション病棟の果たす役割が大きいことが示唆された。

2. 医療機関における高次脳機能障害者の就労支援の課題

本研究により、医療機関における高次脳機能障害者の就労支援に関しては回復期リハビリテーション病棟の果たす役割が大きいことが明らかになったが、同時に回復期リハビリテーション病棟に所属する専門職が遂行できる就労支援業務にも限界があると考えられ、医療から就労への移行システムの課題が示唆された。

多くの急性期病棟担当者は、就労に向けたリハビリテーションを回復期リハビリテーション病棟に依頼するが、その高次脳

機能障害者は回復期リハビリテーション病棟を退院後、紹介元である医療機関に外来通院する可能性がある。特に、重症の頭部外傷や脳出血で手術を行った場合等はその可能性が高い。本研究における調査において、回復期リハビリテーション病棟担当者から「回復期リハビリテーション終了後、すぐに就労につながらない場合がある」という意見が挙げられたことや、回復期リハビリテーション病棟担当者のうち外来も担当していると回答した者は回復期リハビリテーション病棟担当者全体の34.5%であることから、回復期リハビリテーション病棟のみを有する医療機関は外来診療を行っていることが少ないと予想される。脳外傷後の就労支援については、長期的支援が必要であることや(渡邊ら2001; 渡邊ら,2003),「障害特性と生活上の問題点との関連を医療機関において正確に評価し本人や家族・職場へフィードバックすることが求められるが、それには外来での継続したフォローが重要である」こと等が指摘されていることから(田中ら,2006,p42), 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関を退院後、医学的管理を行う医療機関の果たす役割も重要である。本研究の結果、急性期病棟担当者は、紹介先の回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関の限界や、復職後等に障害が顕著になることがあること(岡崎,2013b; 橋本,2005; 白山,2010; 高岡,2013), 自ら必要な支援を求めることが難しい(生方,2010)という高次脳機能障害の特性を踏まえた上で、就労支援の必要性について検討する必要があると考えられた。具体例としては、①回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関

を退院後、すぐに復職をしないため就労支援サービスの活用の支援や復職に向けた職場との調整といった就労支援を行っていないが、今後必要と考えられる場合や、②回復期リハビリテーション病棟担当者が復職に向けた職場との調整を行い復職するが、就労支援機関等の介入がなく今後の継続した支援体制が整備されていない場合等が挙げられる。

回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関とその後の医学的管理を担う医療機関間の連携を図る際、現在は診療情報提供書、リハビリテーションサマリー、地域連携パス等が活用されているが、就労支援が必要な高次脳機能障害者が適切に就労支援サービス等を活用できるようにするためには、回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関に所属するどの職種から、その後の医学的管理を担う医療機関のどの職種にどのような形で情報提供を行うか等具体的な連携方法について今後検討が必要であると考えられる。例えば、リハビリテーション連携の調整役として海外で導入されているリハビリテーションカウンセラーは、リハビリテーション医療機関にも所属し、医療から職場への移行と連携をスムーズに行う専門職である(八重田,2009)。そしてクライアントが必要とするサービスを個別リハビリテーション計画書にまとめ、必要な就労支援等の情報提供を行い、全体的なサービスの成果を評価する役割を担うリハビリテーション連携の専門職である(Rubin & Roellser, 2008)。しかしながら、現時点では我が国には導入されておらず、医療ソーシャルワーカーや作業療法士がその役割を本来業務に加え担

っているのが現状である。我が国では、医療機関から地域の職業リハビリテーション専門職である地域障害者職業カウンセラーあるいはジョブコーチへと就労支援を継続的に繋げることによって、チームワークによる多職種連携がシステム的には可能となっているが、高次脳機能障害者の就労支援ニーズを満たしているとは言い難い現状がある(田谷, 2011)。

3. 高次脳機能障害者の就労支援システムにおける医療機関の役割について

本研究により、医療機関における高次脳機能障害者の就労支援業務の具体的内容とそれぞれの就労支援業務がどの程度行われているかということが明らかになった。また、今後検討の必要はあるものの、医療機関における高次脳機能障害者の就労支援に関する医療機関の役割の可能性が示唆された。しかし、すべての就労支援業務を医療機関に所属する専門職が行えば良いということではなく、必要とされているのは、支援が必要な高次脳機能障害者を見過ごさず高次脳機能障害者が適切にサービスを利用できるようなシステムである。本研究は高次脳機能障害者の就労支援に関して、医療機関に焦点を当てた研究であるため、東京都内において就労支援に必要な高次脳機能障害者が見過ごされることなく適切な支援を利用することができているかということまでは言及できない。ただ、多くの回答者が職場や就労支援機関等他機関との連携の促進や就労支援機関の充実を求めていることや、東京都が2006年に行った「高次脳機能障害者支援ニーズ調査」の結果から、専門的な就労支援

サービスの利用に至っている高次脳機能障害者は少ないとされていることから(渡邊,2010), 支援が必要にも関わらず必要な就労支援を受けることができていない高次脳機能障害者が存在している可能性がある。

本研究により, 医療機関に所属する専門職が現状を超える就労支援業務を遂行することを可能にする環境を整備することで, 医療機関における高次脳機能障害者の就労支援の充実につながる可能性が示唆された。しかし, 近年の我が国の医療機関を取り巻く状況を考慮すると, 医療機関が担うべき業務の適正化がより厳しくなることが予想される。また, 医療機関が現状を超える就労支援業務を遂行することについて消極的な意見もある。これらのことから, 高次脳機能障害者の就労支援に関する医療機関の役割については継続して検討する必要性が示唆された。また, 高次脳機能障害者の就労支援に関する医療機関の役割については, 高次脳機能障害者の支援機関である東京都心身障害者福祉センター, 市区町村の障害福祉課, 障害者福祉センター, 保健センター, 障害者職業センター, 障害者就業・生活支援センター, 就労支援センター, 就労移行支援事業所, 就労継続支援事業所, ハローワーク等関係機関の役割や業務内容も踏まえた上で検討する必要があることから, 医療機関に所属する専門職だけではなく関係機関を交えた議論が必要である。

いずれにしても, 医療機関に所属する専門職は, 高次脳機能障害者の就労支援システムの一翼を担っていることを認識し, 自らが担うべき役割を遂行する必要がある。

そのためにも, 就労支援が必要にも関わらず必要な支援を受けることができていない高次脳機能障害者がいるという現状, 就労支援サービスの利用による就労率・職場定着率の向上, 高次脳機能障害者の就労支援機関等関係機関の役割や, 本研究により明らかになった, 高次脳機能障害者の就労支援に関する急性期病棟を有する医療機関, 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関, 急性期病棟及び回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関それぞれが果たしている役割, また, 医療機関に所属する各職種の役割といった高次脳機能障害者の就労支援に関する知識を得る必要がある。これらについて医療機関に所属する専門職を対象とした研修を行うことで, より充実した高次脳機能障害者の就労支援システムの実現に近づくと考える。

本研究は東京都内の医療機関に所属する専門職を対象とした調査を行い, 具体的な就労支援業務の内容と遂行度を明らかにしたが, 東京都内であっても, 地域毎に医療機関や就労支援機関等社会資源の質や量が異なることや, 医療機関によっては高齢者が多く, 就労支援が必要な高次脳機能障害者が少ないこともあると予想されることから, 医療機関が担うべき役割は異なるため, 遂行度が低いというだけで十分な就労支援を行うことができていないとは言えず, 高次脳機能障害者に対し, 十分な就労支援を提供できているかということについては言及できない。