

口頭発表 第Ⅲ部

高次脳機能障害者と同居する家族の介護負担感に関する検討

○白山 靖彦(静岡英和学院大学人間社会学部地域福祉学科 准教授)
長谷川 純也(静岡英和学院大学)

はじめに

高次脳機能障害者の問題は、医療を終えた後に地域・社会生活に移行して顕在化するとされている。たとえば、受傷後復職できず無職となったり、いったん就労できても社会行動障害などによって、職場に適応できず短期で離職する場合などである。また、同居する家族は、本人の場違いな言動や行動に困惑し、そのことが日常的に繰り返されることで介護負担感が増大する。こうした問題に対応するため、2001年から厚生労働省による高次脳機能障害支援モデル事業(以下「モデル事業」という。)が開始され、様々な観点から対策が講じられた。

モデル事業では、高次脳機能障害者に対する医療から福祉への連続的ケア、地域・社会生活への支援を重点として、診断基準の確立、医学・心理・職業リハビリテーション(以下「リハ」という。)のプログラム作成、支援コーディネーターによる相談支援体制の充実など多くの成果を挙げている。この中で、高次脳機能障害者の家族支援の重要性が強調されている。

本稿では家族支援の重要性をより補足するため、高次脳機能障害者と同居する家族の介護負担感について調査・分析を行い、その要因について明らかにする。

1 対象と方法

対象は、静岡県脳外傷友の会「しずおか」の会員の協力により、2006年10月の研修会に参加した在宅の高次脳機能障害者25名とその家族19名に対し、性別、年齢、受傷原因、受傷後経過年数、就労状況などの基本属性、Zarit介護負担尺度日本語短縮版(J-ZBI_8)、日本語版 Frenchay Activities Index自己評価表(FAI)などについて自問式アンケートを実施した(表1・2)。調査変数のうち、基本属性については当事者・家族双方に、J-ZBI_8については家族に、FAIについては当事者に回答してもらった。

回収したアンケートを詳細に検討し欠損値がある対象を外した結果、「当事者-家族が同居」関係が明らかな9組を分析の対象とした。

分析には統計ソフトSPSS11.5Verを使用した。

表1・2

<Zarit介護負担尺度日本語短縮版(J-ZBI_8)>

思わない0点/たまに思う1点/時々思う2点/よく思う3点/いつも思う4点

- 1 介護を受けている方の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか
- 2 介護を受けている方のそばにいと腹が立つことがありますか
- 3 介護があるので家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか
- 4 介護を受けている方のそばにいと、気が休まらないと思いますか
- 5 介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか
- 6 介護を受けている方が家にいるので、友達を自宅によびたくてもよべないと思ったことがありますか
- 7 介護をだれかに任せてしまいたいと思うことがありますか
- 8 介護を受けている方に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか

<FAI自己評価表一部抜粋>

0点:していない 1点:週1回未満であるがしている

2点:週1~2回程度している 3点:ほとんど毎日している

- 1.[] 食事の用意:実際に献立、準備、調理をしていること
- 2.[] 食事の後片付け:食器類を運び、洗い、拭き、しまう

0:していない 1:月に1回未満であるがしている

2:月1~3回している 3:週1回以上している

- 3.[] 洗濯:手洗い、コインランドリーなど洗濯方法は問わないが、洗い乾かすこと
- 4.[] 掃除や整頓:モップや掃除機を使った清掃、衣類や身の回りの整理・整頓など
- 5.[] 力仕事:布団の上げ下ろし、雑巾で床を拭く、家具の移動や荷物の運搬など
- 6.[] 買物:品物の数や金額は問わないが、自分で選んだり購入したりすること

以下15項目まで

2 結果

対象者9名の高次脳機能障害者は、男性7名女性2名であり、平均年齢は40.8(±13.3)歳であった。最低年齢は20歳、最高年齢は58歳であった。診断名は、脳挫傷4名、高次脳機能障害4名、その他1名であり、原因は交通事故8名、疾病1名であった。受傷後経過年数は、1-3年0名、3-5年2名、5-10年3名、10年以上4名であった。家族は、親6名、配偶者3名であった。平均年齢は、59.8(±9.6)歳であった。最低年齢は49歳、最高年齢は80歳であった。

高次脳機能障害者の生活状況は、就労者(短時間雇用含む)が4名であり、5名については、デイサービス、通所リハなどのサービスを使用していた。

J-ZBI_8については、合計平均12.9(±5.8)点であり、Personal strain(介護そのものによって生ずる負担)の平均8.2(±3.9)点、Role strain(介護者が介護をはじめたためにこれまでの生活ができなくなるにより生ずる負担)の平均4.7(±2.1)点であった。

FAIについては、合計平均23.2(±8.1)点であり、〈屋内家事〉平均6.8(±4.7)点、〈屋外家事〉平均7.8(±2.5)点、〈戸外活動〉平均4.9(±2.1)点、〈趣味〉平均2.8(±1.8)点、〈仕事〉平均1.0(±1.3)点であった。

J-ZBI_8の合計平均得点について、就労-非就労、配偶者-両親間での有意な差は認められなかった(表3)。

J-ZBI_8の合計平均得点、Personal strain得点、Role strain得点と、FAIの合計平均得点、〈屋内家事〉得点、〈屋外家事〉得点、〈戸外活動〉得点、〈趣味〉得点、〈仕事〉得点において有意な相関が認められた。J-ZBI_8の合計平均得点とFAIの合計平均得点では、0.778(>.05)であった(図1)。もっとも相関が高いものでは、J-ZBI_8の合計平均得点-FAI〈屋内家事〉の0.966(>.01)であった。

表3

	J-ZBI_8
非就労(5名)	14.4(±6.3)
就労 (4名)	11.0(±5.4)
親(5名)	12.6(±6.7)
配偶者(4名)	13.3(±5.6)

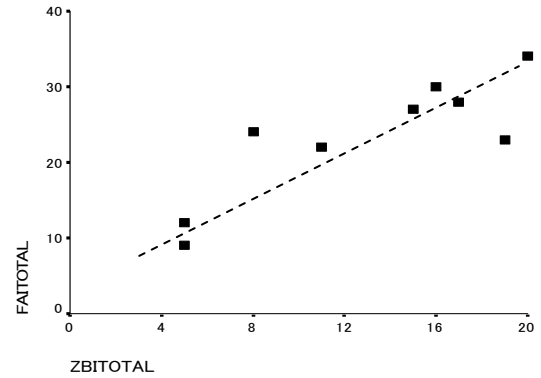


図1

また、家族からの介護負担感の解消に繋がる手立てとして、たとえば家族が息をぬいたり、気軽に留守にできる支援サービスや障害者法によらない簡易なショートステイなどを望む声が聞かれた。

3 考察

本研究の目的は、高次脳機能障害者と同居する家族の介護負担感の要因を探索することである。家族の介護負担感とは、介護(世話)という量的な肉体的負担感と見守りや特異行動の対応時に感じる質的な心理的負担感が混在して介護負担感が形成されると考えられる。高次脳機能障害者は身体症状に問題はなくても社会行動障害などによって特異な行動を示したり、本人がその障害を認識せずに行動を起こすことによって、家族の心理的負担が増大すると推測できる。

本調査において、高次脳機能障害者の活動性と家族の介護負担感との間に高い相関が示された。蜂須賀らの報告によると一般高齢者(55~59歳男性)のFAI標準値は22.5点となっており、本調査における対象者のFAI平均値23.2点と近似している。したがって、本調査対象者の活動性は一般健常高齢者と同等の活動性を有している。一方、白山らが報告した三重県志摩市における要介護高齢者を対象として実施した大規模調査のJ-ZBI_8の平均値は7.5点であり、本調査における対象者のJ-ZBI_8平均値12.9点に比較して明らかに低い。すなわち、高次脳機能障害者の家族の方が、要介護高齢者の家族よりも高い介護負担感を有している。

以上のことから、高次脳機能障害者と同居する家族の介護負担感の要因のひとつとして、本人の「活動性の高さ」が挙げられる。活動性が高い高次脳機能障害者と同居する家族は、本人の行動の見守りや指示に対してストレスを恒常的に感じて

おり、慢性的な介護負担感を生んでいると推測できる。ただし、本調査対象例は少なく、本見解の信頼性・妥当性については今後大規模調査を実施し、さらなる検討の後に結論を出したい。

4 まとめ

高次脳機能障害者と同居する家族は、多様な介護負担感を抱えている。要因のひとつは、当事者の活動性の問題である。一般にリハ領域では、廃用防止として活動性の向上が重要であるとされている。しかしながら、単に目標とするだけでなく、家族支援に関して十分な配慮がされないとな本人の活動性の向上が家族の介護負担感を増大することになりかねない。したがって、家族支援は総合的に行うことが求められる。また、当事者の社会的行動をサポートする新たな社会サービスも必要であろう。

その他

本研究は、2007年度に受賞した東海学術奨励会による研究助成金の一部を使用して実施した。

文献

- 1) 高次脳機能障害支援コーディネーター研究会監：高次脳機能障害支援コーディネーターマニュアル，中央法規，2006
- 2) 中島八十一，寺島 彰編：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，医学書院，2006
- 3) 白山靖彦：高次脳機能障害の地域・社会生活におけるコーディネーター，リハビリテーション研究(120)-9, 4-9, 2004
- 4) 白山靖彦，園田 茂，太田喜久夫：高次脳機能障害者に対する医療・福祉連携モデルの構築Ⅰ，総合リハ(32)-9, 887-892, 2004
- 5) 白山靖彦：高次脳機能障害者に対する医療・福祉連携モデルの構築Ⅱ，総合リハ(32), 883-898, 2004
- 6) 鈴木孝治他編：高次脳機能障害マエストロシリーズ④リハビリテーション介入，医歯薬出版，2006
- 7) 赤松昭，小沢温，白澤政和：脳損傷者とその家族の困難に関する研究，脳損傷者とその家族に対する調査研究委員会，2000
- 8) 柳 尚夫：地域リハビリテーションとしての介護予防，公衆衛生 69:718-721, 2005
- 9) 園田 茂他：三重県志摩地域介護保険使用在宅者における Zarit 介護負担と(I)ADL, うつ, 要介護度の関係, リハ医学 42:256, 2005 (抄録)
- 10) 後藤雅史, 川村 孝:エビデンスをつくる臨床研究, 総合リハ 33:1113-1118, 2005
- 11) 白土瑞穂, 佐伯 覚, 蜂須賀研二:日本語版 Frenchay Activities Index 自己評価表およびその臨床応用と標準値, 総合リハ 27:469-474, 1999
- 12) Kenji Hachisuka et al:Gender Differences in Disability and Lifestyle Among Community-Dwelling Elderly Stoke Patients in Kitakyushu Japan. *Arch Phys Med Rehabil*, 79:998-1002, 1998
- 13) 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二:Zarit 介護負担感日本語版の短縮版(J-ZBI_8)の作成:その信頼性と妥当性に関する検討, 日本老年医学会雑誌 40:497-503, 2003
- 14) 荒井由美子:家族介護者の介護負担, 日本内科学会雑誌 94:84-90, 2005
- 15) 白山靖彦, 園田茂, 永井将太, 坂本理恵, 櫻井しのぶ:志摩市における地域リハビリテーション介入, 総合リハ(35)-5, 495-499, 2007

高次脳機能障害者の疲労についての報告

－聞き取り調査と就労した事例紹介－

○浅野 文博（いわてリハビリテーションセンター機能回復療法部作業療法科 作業療法士）
鷹觜 悦子・山本 晶子・大井 清文（いわてリハビリテーションセンター）

1 はじめに

高次脳機能障害者の就労において、多くの場合疲労が大きな問題の一つとなっていることを臨床経験する。しかしこの疲労について、その頻度や程度、状態および対処法などについて、十分に検討されていないのが現状である。そこで今回我々は、自己診断疲労度チェックリスト¹⁾の精神的評価項目およびコーネルメディカルインデックス（以下「CMI」という。）の疲労度の項目²⁾を用い、就労に向けて訓練中の症例および就労中の症例における疲労度について検討した。また疲労の状態や対処法などについて、障害者職業総合センター職業センター支援マニュアル²⁾を参考に聞き取り調査を行い、疲労についての実態調査を行った。さらに現在復職し、職場との調整により疲労をコントロールし就労している一例を通して、実際の問題についてここに報告する。

2 対象およびその背景

対象は就労中、就労目的で訓練中の高次脳機能障害者9名で、男性5名、女性4名。年齢は18歳～48歳で、平均年齢30.2歳。原因疾患は頭部外傷7名、低酸素脳症1名、化膿性髄膜炎1名であった。高次脳機能障害の主症状は、注意障害9名、記憶障害8名、遂行機能障害5名、社会的行動障害3名であった（症状は重複可：表1）。運動機能においては、全例屋外独歩自立、軽度上肢運動障害は2名であった。認知機能の評価は、下記表2のとおりであった。現在の活動状況は、就労中3名（勤務日数・時間など調整含む：症例1～3）、職場実習中1名（福祉施設入所中で近日退所し、パートでの勤務決定：症例4）、職場実習予定1名（症例5）、通所授産施設1名（症例6）、求職活動中1名（症例7）、復職検討中1名（症例8）、今後就職活動予定1名（症例9）であった。このうち4名は、地域障害者職業センターを利用して

表1 症例および主症状

症例	年齢	性別	疾患名	注意障害	記憶障害	遂行機能障害	社会的行動障害
1	22	女	頭部外傷	+	-	+	+
2	40	男	頭部外傷	+	+	-	-
3	48	女	頭部外傷	+	+	+	-
4	35	女	化膿性髄膜炎	+	+	-	-
5*	23	男	頭部外傷	+	+	-	-
6	18	男	頭部外傷	+	+	-	+
7	32	女	頭部外傷	+	+	+	+
8	20	男	低酸素脳症	+	+	+	-
9	34	男	頭部外傷	+	+	+	-

※他に相貌失認+

表2 認知評価

症例	WAIS-R			MMS	※ 仮名 拾い	コース IQ	順唱
	FIQ	VIQ	PIQ				
1	83	83	90	30	23+	110.9	7
2	96	91	103	29	36+	120	5
3	98	92	106	29	28±	97	6
4	/	/	/	30	16±	/	6
5	83	91	79	30	46±	83	6
6	107	96	124	30	53+	132	6
7	67	71	67	30	23-	80	6
8	79	89	79	29	28+	101.1	6
9	84	88	84	26	13+	103.6	6

※仮名拾い +:意味理解可 ±:意味理解不十分 -:意味理解不可

3 方法

下記の調査項目を用い、高次脳機能障害者9名に対し聞き取り調査を行った。

(1) 自己診断疲労度チェックリスト精神的項目

（文部科学省 生活者ニーズ対応研究 疲労および疲労感の分子・神経メカニズムの解明とその防御による研究報告より）

10項目よりなり、各項目において程度の大きさにより0～4点をつけ、その合計点数により0～9点は疲れをあまり感じない、10～13点は少し精神的な疲れがみ

られる、14点以上は疲れによる精神症状が強くとみられると評価する（表3）。

表3 自己診断疲労度チェックリスト

チェック項目	全くない	少しある	まあまあある	かなりある	非常に強い
思考力が低下している	0	1	2	3	4
よく眠れない	0	1	2	3	4
ゆううつな気分になる	0	1	2	3	4
自分の体調に不安がある	0	1	2	3	4
働く意欲がおきない	0	1	2	3	4
ちよつとしたことが思い出せない	0	1	2	3	4
まぶしくて目がくらむことがある	0	1	2	3	4
ぼーっとすることがある	0	1	2	3	4
集中力が低下している	0	1	2	3	4
どうしても寝すぎてしまう	0	1	2	3	4

(2) CMI 疲労度項目

表4 CMI 疲労度

	はい	いいえ
疲れはててぐったりなることがよくありますか		
仕事、勉強、作業をすると疲れきってしまいますか		
朝起きる時からいつも疲れきってしまいますか		
すこし仕事、勉強、作業をしただけでも疲れきってしまいますか		
食事がとれないくらいにいつも疲れきっていますか		
ひどい疲労、身体的な衰弱にかかっていますか		
家族に疲労、身体的な衰弱にかかった人がいますか		

「はい」と答えた数による訴え率で評価、7問全問ではいの場合、疲労度が100%と評価する。健常者の平均は、17.1%である。

(3) 疲れた時の状態を以下の10項目²⁾ およびその他(自由記載)とした聞き取り調査(複数回答可)

①あくびが出る ②ため息がでる ③頭の中がまっ白になる ④ミスが多くなる ⑤能率が下がる ⑥頭痛 ⑦怒りやすくなる ⑧体がだるくなる ⑨めまい ⑩不眠(眠れない) ⑪その他

(4) 疲れた時の対処法を以下の4項目²⁾ とその他(自由記載)とした聞き取り調査(複数回答可)

①軽い体操や運動する ②お茶を飲んだり一服したりする ③横になる、寝る ④今までと違う、仕事、勉強、作業をする ⑤その他

(5) その他として以下の項目を聞き取り調査

①受傷・発病後疲れやすくなりましたか ②疲れやすさは良くなってきましたか ③周りの方に疲れたとき配慮していただけますか ④誤解されて怠けているといわれましたか ⑤疲れに気づいたのは自らかあるいは誰かに指摘されたのですか ⑥疲れにいつ頃気付きましたか ⑦どのようなことをすると疲れやすくなりますか ⑧自由意見

4 結果

(1) 疲労度について

表5 自己診断疲労度得点とCMI疲労度訴え率

症例	自己診断疲労度得点	CMI 疲労度訴え率
1	21※	14.3
2	23※	57.1※
3	10	28.6※
4	4	0
5	14※	28.6※
6	16※	28.6※
7	22※	57.1※
8	4	14.3
9	9	0

※自己診断疲労度得点14以上 CMI疲労度訴え率17.1%以上

表5のとおり自己診断疲労度得点において、9症例の点数は4~23点に分布し、平均13.7±7.4点で、14点以上は5名であった。CMI疲労度訴え率においては、個々の訴え率は0~57.1%に分布し、平均25.4±21.1%で、健常者の平均(訴え率17.1%)よりも高かったのは5

名であった。このうち4名が両方とも正常より高値を示し、ケース2と7がその中でも高い値となった。ケース2は現在就労中の症例で、ケース7は就労していたが退職した症例であり、両者とも「疲れた時周りの方に配慮してもらえるか」の質問には「いいえ」の回答だった。一方、どちらも正常値を超えなかった3名中の2名は、現在就労に関する活動がない状態の症例であった。

(2) 疲労時の状態と対処法について

「疲れた時の状態として」は、ミスが多くなるおよび頭痛が5名、あくびが出るが4名、ため息が出るが3名、頭の中が真っ白になる、能率が下がるおよび体がだるくなるが各2名であった。

「疲れたときのどのように対処しますか」については、横になる・寝るが4名、軽い体操をする、音楽を聞くと3名、お茶や一服あるいはゲームをする2名であった。

(3) その他について

「受傷後疲れやすくなりましたか」については、全員疲れやすくなったと答えた。「疲れやすさは良くなりましたか」については、良くなってきたが7名、変わらないが1名、悪くなったが1名であった。「疲れやすいと気付いたのは」自らが7名、人から言われてからが2名、「いつ頃気付きましたか」については、仕事・勉強などを始めてからが4名、入院中からが3名、退院してすぐが2名であった。

「まわりの方に配慮させていただけますか」については、はいが6名、いいえが3名であり、「誤解されて怠けているといわれましたか」については、はいが2名、いいえが7名であった。

「どのようなことをすると疲れやすくなりますか」については、文章作製や計算、パソコン入力などの作業が5名、対人関係が2名、文章を読むが1名、急な仕事の変化時が1名であった。

自由記載意見では、「身内の所で働いているので理解されていて疲れないが、他の所では不安で疲れる。」、「退院当初は疲れることなど考えてもいなかった。それですぐに働けるかと思ったが実際は厳しく、簡単にやれると判断しないほうがいい。」、「以前就職しフルタイムで働き、疲れても言えなくて、辛くてやめてしまったので、今度は就業時間について雇用者とよく話をする」等であった。

5 就労した症例の提示（症例1）

症例は22歳女性、職業は美容師。平成17年6月交通

事故により受傷、びまん性軸索損傷と診断。約3.5月間入院し、同年11月退院。退院時の評価FIM125、MMS30点、WAIS-R(FIQ83,VIQ83,PIQ90)、コースIQ110.9であった。美容師としての技能はOT訓練で行い、本人の印象では受傷前と変わらない状態まで改善した。問題点としては、遂行機能障害、自発性の低下、易疲労および軽度の注意障害が挙げられた。入院中から職場復帰を目指し、障害者職業センターと連携を図り、退院後は当センター外来通院と、障害者職業センターへ通所した。平成18年1月下旬より週1回午前中のお出勤を開始。就業時間の延長に向けて家族、雇用主、当リハセンター職員、および職業センター職員とのミーティングを実施し、家族、雇用主の、本人の障害に対する理解を深めてもらうことにつとめた。これにより、雇用主の対応の不安がかなり解消された。同年4月より1日約4時間を週3日間、11月より週4日間の就業となった。本人の疲労症状は、気分の落ち込み、いらいらが強くなる、何も考えられなくなる、疲労感により朝起きられなくななどである。このことにより業務遂行が困難になる。そこで雇用主が自ら提案し、疲労の状況を信号の色に例えて（青：問題なし 黄色：注意 赤：休憩）同僚らが聞いたり、本人自ら伝えるといった形で活用し、お互いに疲労状況の把握につとめた。本人は「客に気付かれず、また細かい説明も要らないので良かった」とのことより、この方法は疲労のフィードバックや確認として有効であった。徐々に疲れに対し、気付くことができるようになってきたものの、まだ自らの限界判断は難しく、やり過ぎる傾向がみられた。加えて元来のまじめな性格もあり、「自分が怠けているのでは」、「配慮されていることに甘えているのでは」と悩むこともあり、週4日勤務はまだ安定しなかった。平成19年の春以降は、休む日が減少し、同年7月より、わずかず勤務の延長が可能となってきた。現在は、職場において自ら疲労状況のコントロールを行うように心がけ、実際可能となってきつつある。当初の目標は早期完全復職だったが、1日4時間、週5日の勤務を安定して行えることに変更し、疲労の自己コントロールの経過を見ている状況である。

疲労に関するコメントは、「仕事や遊ぶことも増えているし、大丈夫だと思い、動いてしまったりするが、終わったとき疲れがひどくてなることもあり、セーブしなくてはいけない状況にあることはわかってきた。しかし、そのために好きなことが充分できないことが悔しい」、「疲れると何でもネガティブにとらえて、苛々して、他人のことを考えなかったり、気を遣わな

かったりしてしまい、あとで落ち着いたときに自分を責めてしまう。」などが聞かれた。

現在少しずつ疲労に関しては改善し、職場での問題は少なくなってきた。ただしプライベートの活動が活発になってくると、仕事とプライベート活動のバランスをとりながらの疲労のマネジメントができないことが、時折見受けられる。そのことが、結果的に仕事に影響してしまい、現在の課題となっている。

6 考察

受傷後全員が疲れやすくなったと答えたが、自覚せずに退院される方が半数以上であった。一般に頭部外傷や脳卒中などの脳障害により易疲労性になることは良く知られているが、廃用に伴う急性期の易疲労性より、その後まで継続する疲労の方が問題は大きい。さらに大きな問題は、患者には疲労の自覚がない場合が多いということで、患者本人に気づくよう促し、コントロールするよう指導する必要がある。そのためには入院中から作業に対する疲労や耐久性などの評価・訓練が重要である。そして疲労のサインとして個々での差異はあるものの、頭痛がする、ミスをしてしまう、あくびが出るなどの症状に注意し、休憩の目安にすることが大切である。また本人は気づかずに、過活動の場合があるので疲労のサインを見つけ、そのケースにあった休憩をとることの重要性を認識させる必要がある。

今回疲労度の評価として、自己診断疲労度チェックリスト精神的項目とCMI疲労度項目を用いたが、およそ半数のケースで高い値を示した。両項目ともほぼ正の相関が示唆されたが、今回の症例のみでは明らかかなことは結論付けられない。また就労している症例で疲労の傾向が強いものの、就労前であっても疲労が強い症例があり、今後その理由についてなどの検討が必要と思われた。

職業前訓練や就業に際し、文章作製や計算、パソコン入力などの作業や文章を読む作業を含めると、9名中6名で事務的作業が疲労しやすい活動であることが判明した。このことは、障害者ということで、ただ単に事務作業が安全ということで作業を提供すると、負担が大きくなる場合があり、十分な配慮が必要であることを示唆している。

実際の就労では、症例提示したケースを含め、職場での疲労に対するマネジメントは本人だけでは難しく、雇用者および同僚などからのフィードバックを含めた協力が重要である。そのためには今後とも社会に

対して、高次脳機能障害を理解する働きかけが不可欠であり、またこの疲労という問題についても、一般の方のみならず専門家に対しても今後とも問題を提起していきたい。

7 まとめ

高次脳機能障害者の疲労に関する聞き取り調査を行い、半数以上のケースに疲労の問題が挙げられた。さらに疲労の状態や対処法についても聞き取り調査し、その実態の一部が明らかとなった。症例提示では、就労には本人はもとより周囲の理解が十分になされなければ、困難なことが改めて認識された。

障害者の就労は、障害に対する理解不足のために現時点でも困難なことが多く、これに疲労の問題が相乗効果となって、社会的に大きな問題となっている。この問題を少しでも改善すべく、今後とも症例数を増やし、調査内容も含め検討し、就労の際の疲労のマネジメントの参考となるデータを提示出来るようにしていきたい。

<参考文献>

- 1) http://www.med.osaka-cu.ac.jp/21coe/hiro_u_gairai/jikoshinndannhiroudo.html
- 2) 障害者職業総合センター職業センター支援マニュアル.No.1, 高次脳機能障害の方への就労支援, pp19~pp20, 2006.
- 3) 金久卓也、深町健：日本版コーネル・メディカル・インデックス、その解説と資料、改訂版, pp72, 三京房, 1988.

高次脳機能障害を有する二分脊椎者への就労支援

○小倉 由紀

(千葉県千葉リハビリテーションセンター 肢体不自由者更生施設更生園 作業療法士)

小滝 みや子・生澤 真由美・会沢 希美・飯沼 弥彦・佐倉 洋子・吉永 勝訓

(千葉県千葉リハビリテーションセンター 肢体不自由者更生施設更生園)

1 はじめに

二分脊椎児者の高次脳機能障害は、脳回形成異常などの大脳異常に起因するところが大きい知的発達障害に由来すると考えられている。また、続発性水頭症や髄膜炎等の感染症、あるいは続発するシャント不全の後遺症からくる知的発達障害に由来するものと捉える考えもある。二分脊椎者の障害像の中でも目に見えない障害の捉えにくさは、関係者の中でも認識の差が生じやすい部分である。教育過程はもとより、就労・社会参加に向けて欠落させてはいけない視点であるが、従来は排泄管理や運動機能の課題が中心に考えられてきた。高次脳機能障害に起因する問題は、当事者・家族も含め障害として認識しにくいいため見過ごされやすいことが推察される。

今回、我々は二分脊椎者が記憶障害・遂行機能障害等を有することを明らかにし、これらに焦点をあてた支援を行ない、関係機関との連携により非正規での一般就労を実現することができたので若干の考察も含め報告する。

なお、本報告では本例の障害特性の実態から発達障害例ではあるが「高次脳機能障害」として定義を行なっている。(支援モデル事業における行政的な高次脳機能障害の定義では発達障害は除外項目となっている。)

2 事例紹介

22歳、男性。診断名：脊髄髄膜瘤、水頭症、両人工的無水晶体眼、遠視性乱視。障害名：両下肢麻痺、膀胱直腸障害。身体障害者手帳1種2級。障害基礎年金2級。ADL:入園時FIM 112/126 (運動85/91, 認知27/35)。移動は両足SLB装着、両ロフストランドクラッチ歩行・車椅子併用。排泄は 排尿:紙おむつ併用(セルフカテ拒否)、排便:洗腸。

普通小・中学校を経て、特別支援学校(旧養護学校)中等部転入、同高等部卒業。2004年3月、当園に入園するが自動車運転免許取得のため退園。しかし、運転免許は取得できず。2005年6月、就労を希望し再入園。

3 高次脳機能障害が明らかになる以前

再入園後のプログラムや生活の中で、“洗腸方法が自己流で繰り返し説明・指導しても修正できない”“その場では出来るが時間があくと出来なくなる。”“計算問題を順番どおり出来ない”“忘れ物が多い”“具体的に考えることが苦手で「だいたい、おそらく・・・」とごまかす”“履歴書など「わかった」と言って持ち帰ってもやってこない、まちがって作成してくる、持参し忘れる”“道具がうまく使えない、単一の指示でも内容が変わると応用が出来ない”など知的低下だけでは理解できない、高次脳機能障害を窺わせるエピソードが数多くみられた。同時に、こだわりやすい傾向と、自分では「出来る、わかる」という認識が強くアドバイスをなかなか取り入れることが出来ない、自分からわからないことを質問できないなどの状態が続いた。そこで神経心理学的評価を実施。同時に、一般就労希望のため一般職業適性検査を実施し総合的に障害像を把握する作業を行なった。

(1) 神経心理学的所見

WAIS-RはVIQ97・PIQ56・FIQ77と言語性優位で言語性と動作性に乖離。WMS-Rは言語性記憶64、視覚性記憶50未満、一般的記憶50未満、注意・集中力98、遅延再生50未満、と視覚性記憶がより重度。TMTはA155秒、B152秒と同年齢標準以下。D-CAT診断は作業量:第一試行204 第二試行150 第三試行110、見落とし率:第一試行0 第二試行0 第三試行3%と処理速度は境界～障害レベルだがミス率は正常範囲。

かなひろいテストでは、無意味綴り:正解数36、拾い落とし6。物語文:正解数27、拾い落とし15。両検査とも正解標準偏差内にはいるも物語文の内容把握は不十分。ウイスコンシンカードソーティングテスト(以下「WCST」という。)ではセッション1はCA3であったがセッション2でCA1と低下をみせた。

(2) 一般職業適性検査 (GATB)

評価段階はD～E。2つの適性職業群(「個人サービス」と「警備、巡視」)が見出せたが運動機能障害(両下肢麻痺・杖歩行車椅子併用)のため現実性は希薄。適性能プロフィールでは運動機能群(共応、指先、手腕)がすべて50以下という極端な低さが目立ち、知覚機能群(空間、形態)と認知機能群の一

部（数理）も低さがみられた。

（3）評価のまとめ

記憶障害、遂行機能障害を認め、注意力はほぼ年齢相応ながら少し複雑になると注意しきれない傾向があり、枠組みが変わると対応できないなど応用力の低さ、年齢の割にはスピード不足などの障害特性が現れた。同時に、言語的な知識や思考力はほぼ正常であるため、自分では“問題解決が出来る”との自信につながっていたことも窺われた。また、自動車運転免許がとれなかったのは視覚動作系の臨機応変な判断や対応の困難さによるものとの推察もなされた。これらの評価は日ごろのエピソードと一致する結果であった。

4 高次脳機能障害が明らかになって以降

（1）支援方針の変更

就労目標の一般的なプログラムから高次脳機能障害をターゲットにしたアプローチへ支援方針を変更。訓練目標を①障害の自己認識を高める（作業ミスを随時フィードバックする）、②作業遂行能力を高める（マニュアルを工夫する。確認方法を検討し定着する）、③記憶障害に対する補完手段の獲得（メモリーノートの活用など）とした。目標達成のために従来のプログラムに加え、2006年5月からは幕張メモリーノート（以下「メモリーノート」という。）や幕張ワークサンプル（以下「MWS」という。）等の「障害者の職場適応のためのトータルパッケージ」（以下「トータルパッケージ」という。）の活用を行なった。

（2）トータルパッケージの活用

イ. 記憶障害の補完手段の獲得

～メモリーノートの活用～

記憶障害が指摘され補完手段の活用を勧められてから、プログラム別に内容を記載する形式のノートを活用し、参照・記入のトレーニングを行なった。メモがうまく書けない状態から次第に記入には慣れたがまだ十分使いこなせずいた。そこで従来のノートからメモリーノートに変更してみることにした。変更にあたってはメモリーノート集中訓練（参照訓練、構成訓練、記入訓練）を実施。いずれもベースラインのみで順調には進まなかったが書き分けの基本をほぼ理解したところで日常生活や訓練プログラムの中で使用開始とした。毎朝のメモリーグループに参加し、前日の報告と当日の予定確認を行うなど、メモリーノートの活用を定着させるための支援を各場面を通して行なった。メモリーノートに変えてからは効率の良いメモに変化し、作業の続きがわかる、

スケジュールが管理できる、アドバイスが残っているなどの有用性を自ら実感したため次第に自発的な使用につながっていった。

ロ. 障害の自己認識と作業遂行能力を高める

（イ）MWSの活用

これまで、記憶障害など高次脳機能障害という指摘がなされなかったこともあり、本例自身はアドバイスやフィードバックをなかなか取り入れることが出来ず「高次脳機能障害」を受け止めきれずにいた。そこで、MWSを活用し、作業ミスを随時フィードバックすることを丁寧に行ない障害への気づきを促し、補完手段・対処行動の獲得へ結びつくよう支援を行なった。作業の結果や進行状況、アドバイスなどを随時記録するなどメモリーノートの活用も平行して行なった。

①MWS簡易版 事務課題

簡易版事務課題（作業日報、数値チェック、物品請求書作成、ラベル作成）全て実施。ラベル作成以外はミスが発生。作業日報では総計を抜かす、小数点以下の桁数の間違いなど、指示書を理解・確認しての作業が出来なかった。数値チェックは見落としによるミスがあり、物品請求書作成は漢字の間違いという転記時のミスがみられた。これらをフィードバックした上で訓練版へ移行した。

②MWS訓練版 事務課題

数値チェック：作業スピードにこだわり比較的作業量が多い反面、ミスも多かった。スピードより正確さ重視を繰り返し説明し確認の徹底を指導し

表1：本例の職業前リハビリテーションプログラム（週間スケジュール）

	月	火	水	木	金
9:00	M G	M G	M G	M G	M G
9:30	運動	運動	運動	運動	運動
10:00	学習	O A	O A	クラブ フト	ペン 習字
11:00	学習	O A	O A	クラブ フト	在宅 支援 コース
12:00	昼食（休憩）				
13:00	職業 前リハ	職業 前リハ	リハス ポーツ	職業 前リハ	職業 前リハ
14:00	職業 前リハ	職業 前リハ	リハス ポーツ	職業 前リハ	職業 前リハ
15:00	職業 前リハ	職業 前リハ	職業 前リハ	職業 前リハ	職業 前リハ

注1 MG（メモリーグループ）

注2 職業前リハコース 月・水～金

認知スキルトレーニング 幕張ワークサンプル（事務・OA）
やってみよう！パソコンデータ入力、実務課題 他

注3 職業前リハコース 火（グループワーク）

1週間のまとめコミュニケーショントレーニング MSFAS他

た。ミスに対しては視覚より聴覚での確認が最も気づきやすかったことから、“声に出して読み上げる”よう指示するが、行ない始めてもいつの間にか黙ってしまいミスに気づかない状態となった。しかし、少しずつ音声化と視覚での確認を平行して行いミスが減少していった。レベルが上がるたびに再びミスを増やしたが、その経験が本例自身の中で確認の必要性の認識を徐々に深めることとなった。

物品請求書作成：検索・転記・計算で様々なミスが生じた。自分では“出来た”と思ってもミスが生じることで“スピードより正確さ”が意識された。検索ミスには、指差し・ポストイットの使用、転記ミスには見直しの徹底、計算ミスには電卓を2回、そして共通して音声化を行なうなど、確認の徹底を行い次第にミスが少なくなった。精神的に頑張るだけではミスがなくならないことを受け止めるようになった。その上で、ミスを出さない工夫と生じたミスに気がつき修正する力を徐々に付けていった。

(ロ) WCST

セッション1、2は通常の検査方法、セッション3以降は補完手段を使用しながら全問正解になるまで実施。補完手段としてカテゴリーカードとポインティングデバイスは使用するが、アドバイスしても変更時反応記録用紙は使用せずミスが続いた。セッション7で、変更時反応記録用紙の使用を受け入れた途端、全問正解となる。補完手段を的確に活用することで難題もクリアできることを本例自身も実感する機会となった。しかし、メモを取ることをなかなか受け入れなかったところにプライドとまだ「高次脳機能障害」に対するこだわりが窺われた。

(ハ) 幕張ストレス・疲労アセスメントシート（以下「MSFAS」という。）とグループワーク

MSFASは利用者用シートをグループワークの中で活用した。MSFASを記入することで疲労・ストレスについての自身の整理が出来、支援者やグループワークでのやりとりにより、更に中身が深まり障害への振り返りができ、経験の少ない本例の視野を広くすることに役立った。

(3) トータルパッケージ以外の課題

クラフトでは作業工程ごとの写真を撮り、ご本人が理解している工程順に並べ、その工程について自分の言葉でコメントを書くという手順で作業マニュアルを作った。自分の言葉で音声化することによりマニュアルが改めて覚えやすくなり、わかりやすいものになった。その活用により作業を正しく進める

ことが出来ていった。

資料作りやコピーなどの課題も導入し、口頭指示をメモする、復唱して確認するなど実践的な業務遂行トレーニングを試みた。

OA課題ではアンケート入力、顧客伝票修正・ミスチェック（やってみよう！パソコンデータ入力）の他、実際の注文表の入力・集計も行なったが、応用がきかない、見落としなどのミスがみられた。ミスの認識と確認の必要性を痛感し確認行動を意識的にとるようになっていった。

認知スキルトレーニングとして、電卓計算、百ます計算、漢字なども実施。この範囲では比較的ミスが少なく、安定。

服装・言葉遣い・来客者への対応などを当センター外部向け研修会での受付業務にて体験。

(4) 職業前リハビリプログラムの結果

「高次脳機能障害」へのこだわりはあるものの、障害による問題には向き合わざるを得なくなり、障害の気づき＝自己認識が深まり、補完手段としてのメモリーノートの活用が定着し、自発的な使用がみられ、作業の取り掛かりがスムーズになるなどの変化がみられた。また、スピード重視から正確性（ミスの減少）を意識し、自発的な確認行動を行なうようになった。課題によってはマニュアルの有効性も理解し自発的に活用された。この段階で、園内の訓練を一旦終了し、外部実習へと進むこととした。外部実習では、①通勤の経験②第三者とのコミュニケーション③労働体験を積む④就労の可能性を企業側に評価していただくことを目的とした。

5 外部実習（3ヶ月間）

～委託訓練事業の活用と関係機関との連携～

職業能力開発促進法による障害者委託訓練事業を活用し3ヶ月間の外部実習を開始。電車・バスを利用し週5日片道1時間の通勤をこなし、事業所でのパソコンの入力作業を1日6時間行なった。委託元は県障害者高等技術専門学校で、障害者職業訓練コーディネーターが委託訓練の担当として支援を行う体制をとっていた。

本例は新しい課題の習得を苦手とするため、当園就労支援員が実習先から業務マニュアルを入手。作業内容の確認と本人用のマニュアルへの書き換えを行い、実習のスムーズな導入を図った。同時に、実習先に障害特性と指導のポイント、メモリーノートなどについての情報提供を行った。

実習を開始して、単一課題に慣れた頃、本例は効率良くしようと考え自己流に手順を変更しミスが急増。当園就労支援員が実習先を訪問しミス原因を明らかにし元通りの手順に戻し作業は安定した。

導入期の集中した支援をはじめ当園の支援と障害者職業訓練コーディネーターの巡回指導により、3ヶ月間の実習を完了。実習先事業所から「ミスは完全にはなくなりますが、単一課題でパターン化されていれば就労可能なレベル」との評価を受け、障害者職業訓練コーディネーターも同様の評価を行なった。本例自身も3ヶ月間の中で自信が付くと同時に「働きたい」という気持ちが強くなっていた。

6 求職活動・マッチング・就労（約4ヶ月間）

外部実習終了後、実習先の評価と本例の就労意欲の高まりを受けて、本例を中心に当園就労支援員と障害者職業訓練コーディネーターが連携し求職活動を展開。

当初、在住地域で希望する就労先企業を見出すが、職場環境と業務内容との関係で断念。しかし、同企業は障害者雇用の実績があったため、障害者職業訓練コーディネーターが信頼関係を基盤に積極的に働きかけを行なった。企業側も別事業所での採用を検討することとなった。面接を受け、業務内容・職場環境などのマッチングを進め就業可能な事業所での採用が決まった。雇用条件は、非正規雇用（パートタイム）。週5日、1日6時間の週30時間勤務。時給800円。業務内容はパソコンによるデータ入力・集計、電話対応、伝票整理等。雇用保険、労災あり。マッチングに時間を要したものの事務職として就労。毎日、車椅子で自宅から1時間超の電車通勤を行ないながら元気に働いている。

7 まとめ

当初、本例に対し就労を目標に二分脊椎者に対する一般的な支援を行なっていたが、高次脳機能障害を示唆するエピソードが重なり、神経心理学的評価を行い高次脳機能障害の存在を明らかにした。支援方針の変更を行ない、トータルパッケージの活用を中心とする高次脳機能障害に焦点をあてたプログラムを実施。フィードバックを積み重ね、高次脳機能障害への気づき（自己認識）を深めることが出来た。そのことが本例の具体的な補完手段・対処行動（マニュアル・メモリーノートの活用、確認方法の確立等）獲得につながった。

また、職業前リハビリプログラムと委託訓練によって職業適性の把握が出来、委託訓練では通勤を始めとする社会生活力の応用も図られた。委託訓練を通じて障害者職業訓練コーディネーターとの連携を図ることが出来、求職活動からマッチングまでを展開。その結果、一般就労が実現した。

8 考察

（1）二分脊椎者の高次脳機能障害の理解・認知について

脳卒中、脳外傷の事例に比べ「二分脊椎者の高次脳機能障害」に対する認知度は関係者の中でも様々である。本例のように当初は障害特性に十分基づかない支援を行い、途中で修正する事例や、問題が見過ごされる事例も考えられる。我々も「二分脊椎者の高次脳機能障害」に対する認知度が不十分であったため回り道をする事になった。医療・福祉・教育関係者および当事者・家族の中で「二分脊椎者の高次脳機能障害」に対する理解・認知度を高めることが、今後の的確な支援を展開する上で重要と考える。

（2）就労継続について

今回は委託訓練により県障害者高等技術専門校との連携が図られ、一般就労にむすびつくことが出来た。しかし、当園は退園後のフォローを続ける体制が不十分であり、県障害者高等技術専門校も同様。就労継続が重要な課題との指摘がされている高次脳機能障害者の定着支援のためには、就労後フォロー可能な関係機関との連携を求職活動期から積極的に進める必要があるが今回はその点で不十分さを残した。安定した職業生活のためには、健康面、日常生活、職場での問題に対応出来る関係機関の連携が重要である。その為に総合的な相談支援体制の確立が望まれる。

<参考文献>

- 1) 障害者職業総合センター 調査研究報告書No57. 精神障害者等を中心とする職業リハビリテーション技法に関する総合的研究（最終報告書）2004
- 2) 伊達裕昭他. 脊髄披裂治療後の神経心理発達上の問題点—小児の脳神経2006 N06 va131—
- 3) 伊達裕昭他. 水頭症を合併した脊髄髄膜瘤患者の神経心理発達—小児の脳神経2005 N06 va130—
- 4) 伊藤千秋. 脊髄髄膜瘤・脳瘤の病態と治療. 2007.

高次脳機能障害者の職場復帰支援に係る事業主支援に関する一考察 —ジョブコーチ支援事例を通して—

○横手 真子（大分障害者職業センター 障害者職業カウンセラー）
矢田 健三・原山 いづみ（大分障害者職業センター）

1 はじめに

大分障害者職業センター（以下「大分センター」という。）では休職している高次脳機能障害者の職場復帰支援は本事例が初めてであった。また、対象者・事業主・家族・関係機関（複数医療機関）と各々に対し支援事項が多岐に渡る事例でもあった。その一方で事業所より「3ヶ月間、復職暫定期間を設置、その間のジョブコーチ（以下「JC」という。）支援の結果で復職の可否を決めたい」と意向が示されていた。そこで、限られた期間で最大限の成果を上げるためには事業主を中心に支援を展開する事が最善と考えられ、当機構の実践報告書を参考に支援を構築した。

3ヶ月後、対象者は「復職」を果たし、事業所からは支援に対し一定の評価を得られる結果となった本事例の支援経過を紹介する中で、事業主支援について効果が見られた点、改善を要する点について検証、考察したい。

2 事例紹介

（1）対象者

30代男性。独身。交通事故により受障。右半身麻痺（身体障害者手帳2級）、及び高次脳機能障害（注意・記憶障害、感情コントロール）を有した。受障後医療機関にて身体機能回復のリハビリを実施、機能がある程度回復した時点で医療機関の勧めにより復職支援を目的に来所、大分センター利用時は受障から約1年が経過していた。

（2）事業所

商社。従業員数300名以上。九州を拠点に全国に事業を展開。従業員の復職に支援機関を利用するのは初めてであった。

3 支援経過

（1）支援依頼

医療機関より、事業所との調整を含め職場復帰の支援依頼があった。

（2）職業評価

高次脳機能障害の検査については医療機関からの情報を参考とした。来所時、復職（休職期間の

終了日）まで約3ヶ月あったことから医療リハビリと平行して、週2回午前中のみ大分センターに来所、職業準備支援室内で作業評価を実施した。評価ツールは主にトータルパッケージを用いた。

（3）医療情報の聴取

利用機関とケース会議を実施、対象者の身体機能状況や復職に関する考えを聴取した。また職場復帰支援にあたり大分センターが主体となって支援を構築することに了解を得た。これ以降医療機関と常に連絡を取り合うこととなるが、共通認識を持って支援を実施することができた。

（4）事業所との打ち合わせ

JC支援開始前に4度事業所を訪問し、事前調整を行った。内容としては①総務に対する状況報告（医療機関も同行）②総務と配属先の調整③配属先との打ち合わせ④総務・配属先との打ち合わせ、である。

その結果、休職前の職務から配置転換となった。復職までの暫定期間中は、システム部にてマスターシートの入力が必要な業務内容となった。

4 ジョブコーチ支援

（1）支援計画

冒頭のように事業主支援を中心に計画を策定。「対象者が働きやすい環境の創出」を支援のポイントとした。支援計画書には事業所に対し「障害特性の理解促進」「作業内容・量の設定等労務管理に係る助言」「対象者との関係調整」を明記した。実施内容は次の通りである。

（2）実施内容～事業所への提案

支援実施にあたり、大分センターの支援者間で常に意識したのは「提案型JC支援」である。対象者が働きやすい環境を創出するには、事業所からの要求に対応していくのではなく、支援者が主体的に提案を行う事とした。事業所に対し行った提案は大枠で6点である。詳細は以下の通りである。

①環境調整

イ ハード面

①対象者の周辺環境の調整（通路の確保、ディ

スクの引き出しを従来の右側から麻痺のない左側に移動する等) ②卓上レイアウトの変更の提案を行った。②は「入力前」「入力後」のシートがディスク上に混在してしまう傾向が見られたため、パソコンを挟んで右側に「入力前」左側に「入力後」のシートを入れるケース(色を違える)を配置した。

ロ ソフト面

導入時に課長始め配属先の社員に対し障害について口頭説明を実施した。特に「記憶・注意力」の障害について「同じ質問を繰り返す」「習熟した段階でも入力エラーが発生する」等予測されると伝え、理解を得た。また、休職明けであること、障害から来る易疲労性から最初は居眠りがみられるかもしれないが、その際は休憩を促す等声を掛けるよう依頼した。更に、対象者に対し上司2名をキーパーソンとした。

②労務管理に係る助言

イ 職務設計

入力作業において、事業所からは「作業量」と「精度」双方の上昇が求められたが支援者からは精度を上げることを優先する事を提案した。作業開始時より対象者は継続して入力エラーが見られたこと、3ヶ月という限られた期間で目に見える成果を出したかった事がその根拠である。入力エラーについてはJ Cがほぼマンツーマンで支援をする中でエラー要因の特定、補完手段の確立等の支援を行う事が適当であると伝えた。

また、作業精度が上がってきた支援期間の終盤には作業量の向上も目指し、段階的に目標数を上げる等調整を行った。(通常の3割~7割まで)

ロ 勤務時間の調整

医療リハビリとの兼ね合いで週4日、3時間の勤務からスタートしたが、職場での状況をもとに医療機関とリハビリの内容を調整した。段階的にリハビリの頻度を落とし勤務時間を延長、最終的には週5日4時間勤務(午前中いっぱい)の実施に至った。

③ミーティングの実施

支援期間の後半に対象者・事業所・大分センターの3者で毎週1回、30分程度の定例ミーティングを実施することを提案した。①対象者に対し、支援開始当初はJ Cが正誤のフィードバックを行っていたが、対象者は社外のスタッフ(J Cから)よりも職場の上司からの指導の方が聞き入れが良い②定期的に1週間の振り返りをする事

で3者が一週間の実績と留意点について共通認識が持てる③業務中は等閑になりがちな事業所と本人の対話の機会を設けられる、事が主な理由であった。

④作業マニュアルの作成

作業実施から4週間が経過した頃より、概ねエラー要因が特定されたため、作業性の向上を目的に作業マニュアルの作成を提案した。作成においては①1シートにつき入力画面が4画面に分割されていたため、「シートの記載場所と入力画面の照合」が出来るもの②各画面の注意点を備考欄に記載する事を留意事項とした。またJ Cが一方的に作成するのではなく、対象者と相談・検証しながら作成し、②については対象者が自分の言葉で記載することとした。

⑤日報の作成

作業マニュアルの作成と同時期に導入を提案した。①その日の成果や注意事項を対象者が記載することで自己認識を深める②上司が閲覧することで対象者の認識を把握する、ことを目的とし、様式はJ Cと事業所が相談して作成した。

⑥総務・人事への報告

配属先への提案と平行して行ったのが総務・人事への報告(ケース会議)であった。ケース会議は開始2週間後、1ヶ月半後、3ヶ月後と3度行実施した。出席者は対象者、配属先の上司、総務・人事関係者、大分センターであった。対象者の同席については、自身が同席を強く望んだこと、性格特性より総務・人事の意向が直接伝わる事が対象者のモチベーションの向上に有用であると考えられたため、大分センターより総務・人事に対して提案を行った。

ケース会議は①作業状況の報告(配属先)②J C支援報告(大分センター)③対象者の所感④総務・人事の意向、といった内容で進めた。

(3) 実施状況

上記提案を行った上での事業主支援状況について以下に述べる。

①支援開始1ヶ月目

環境調整後、キーパーソンに対し、作業支援内容の報告を中心に行った。対象者に対してはJ Cが直接支援を実施、障害を考慮して登録画面の概要に慣れる事から導入を図った。シートと画面上の入力箇所の照合、キーボードの特殊操作(Enterの代替→PgDn等)の習得を中心に立ち上げから保存まで一連の処理を繰り返し行う等であ

る。支援開始2週間は本人のペースで作業を実施、作業精度を測り、エラー要因の特定や、疲労のチェックを中心に支援を行った。

②支援開始2ヶ月目

対象者は、入力エラーは見られるもののキー操作が安定した事からJ Cの直接支援は徐々に減らし作成シートに対する確認に切り替える事をキーパーソンに相談、了承を得た。また、J Cは入力エラーに対する補完手段の検討に入り、作業マニュアル、日報を作成、更に毎週1回の定例ミーティングの提案を行った。

③支援開始3ヶ月目

入力方法、留意点等対象者が認識できていたこと、マニュアル等作業精度を上げるための補完手段が確立できたことから、作成シートをJ Cが確認するのではなく対象者のセルフチェック後、キーパーソンが確認する段取りとした。支援開始当初からみれば作成枚数は上昇し、エラーは減少方向にあったが、依然として細部にエラーがみられたことから定例ミーティングにて事業所より本人への意識付けを徹底することを依頼した。

(4) 支援結果

対象者について、支援開始当初は作成枚数が4枚程度、成功率(1シートにおいてエラー箇所ゼロ)は5割程度であった。しかし定例ミーティングの導入、作業マニュアルの作成時よりエラー数が減少、と同時に習熟効果も相まって作業性が高まり、支援終了時には10シート作成(通常7割程度の作成数)、成功率8割程度まで上昇がみられた。エラー内容も支援開始時は入力漏れや誤操作によるものが大半であったが、後半は「ー」(マイナス)と「ー」(長音)等細部がエラー箇所として上がっており変化が見られた。

事業所については、対象者の作業性が上がったこと、定例ミーティングの導入で対象者との関わりが増えたことで開始当初の不安な様子はみられなくなり、支援者を介する必要がなくなっていた。

(5) 支援終了後～事業所からのヒアリング

本事例の事業主支援を検証するために事業所からのヒアリングを実施した。尚ヒアリング実施日は支援終了から一年が経過した平成19年9月、場所は事業所内、ヒアリング対象者は配属先の上司(キーパーソン)2名である。内容は以下の通りである。

①導入時の説明について

「本人の障害状況や復職に対する考え等予め把

握出来た点は良かった」「事前説明と実際の様子に乖離はなく、正確な説明であった」との回答を得た。事前説明においては前述したように口頭説明のみであったが、特に不都合は感じなかったとのことであった。

②J C支援について

イ 作業支援について

「配置上、社員がマンツーマンで指導することは難しく、J Cが作業指導を担ってくれたことは助かった」「但し、機密上の観点から長くJ Cが関わることは望ましくない」といった回答を得た。

ロ 環境調整について

「定例ミーティングを設定、作業の進捗状況を本人・事業所・大分センターで確認出来たことは良かった」「作業の難易度を上げる等作業の切り替え時に3者で相談した事は安心感をもたらした」「J Cの訪問時に本人の体調不良等変化を敏感に感じ取り助言があった事は助かった」等一定の評価を得られた。

しかしその反面、「作業量の設定はやや本人の意向に沿っている面がみられた。会社はあくまで生産性を追求する所である、という視点を支援者側も持った上で対象者に助言して欲しい」と苦言を呈された内容もあった。

ハ その他

「就業時間後、大分センターにて本人と継続した相談をしてくれたのは良かった。対象者の会社に対する本音の部分や、復職できるかどうかといった心配への対応は就業時間内では対応しきれない内容だからである」「医療リハビリの様子等就業時間外の様子が聞けた事は良かった」と就業時間外における支援について評価する回答を得た。これらは事業主支援項目として挙げていなかったが就業時間外の対象者への対応が事業主に安心感を与えていたことが窺えた。

5 考察

本事例においては支援が実を結び復職する結果となった。成功要因について事業主支援の観点から経過を辿りながら検討したい。

(1) 事前調整

総務・人事と配属先に対して行ったが、職務設計や対象者との関わりに寄与出来たと思われる。支援後の事業所ヒアリングでも評価を得ることができた。

（２）職務設計

医療情報を踏まえ、「判断力、洞察力」を其程要さない業務への配置転換を打診したこと、作業量と精度について支援状況を踏まえ、事業所と相談したことで、対象者に対し、無理のない職務設計が出来たと思われる。支援期間中、対象者が職務に対し負担を感じなかったことがその表れである。但し、事業所ヒアリングにもあったように対象者重視の提案であった感は否めなかった。

（３）作業支援

支援開始から約４週間はほぼＪＣがマンツーマンで支援を行った。前述したように事業所内での人的配置が難しかった事が背景にあるが、導入時期に徹底した作業支援が出来たこと、その後の補完手段の構築に繋がったことは人的支援の効果であったと考えられる。対象者に対し「エラー要因の特定」「補完手段の確立」「エラーに対する意識付け」が同時進行で出来、効率の良い支援を提供することができた。

（４）事業所への提案

本事例では様々な提案を実施したが一番効果が見られたのが「定例ミーティングの実施」である。対象者の意欲喚起はもとより、対象者・事業所両者の関係が構築できた事で職場全体が対象者の復職をサポートする雰囲気となった。またミーティングにおいて支援者が対象者・事業所にとって有益な発言が出来た事も支援効果を上げる一因になったと考えられる。

（５）就業時間後の支援

支援効果については事業所からのヒアリング通りである。対象者のストレス軽減や定例ミーティング時の注意点を就業時間後の相談で理解を深める事がみられた。その為、ストレスや理解不足が業務に支障を来すことはなかった。

５ まとめ

「提案型ＪＣ支援」を意識し、提案、事業所との協議の積み重ねとなった本事例であるが、適切な時期に適切な提案が出来たことで、事業所・対象者がともに安心して業務に取り組める環境を創出することができた。この点が事業所から一定の評価を得られた要因と思われる。

また、本事例を通じて職場復帰支援ではより支援者の調整能力が問われていると感じた。これまでのＪＣ支援の主体であった「雇用と同時支援」では事業所・対象者がともに取り組む体制であっ

たため双方の認識に大きな食い違いが生じる事は少なかった。しかし職場復帰支援は以前とは違う状況下にある対象者が元の職場で勤務する訳で、事業所・対象者両者の認識（職務に対する考え、生産性等）のすり合わせがより必要となるからである。中でも生産性については休職のブランクを考える余り支援者が対象者よりの観点にならないよう、支援の基本に留意したい。これは本事例における事業所からの指摘事項に対する反省でもある。

以上を踏まえ、職場復帰のＪＣ支援に対応出来るよう、より多くの提案を生みだし、調整できるよう研鑽したい。

＜参考文献＞

- 1) 高次脳機能障害者に対する職場復帰支援～職場復帰支援プログラムにおける事業主支援（事前調整）から～障害者職業総合センター職業センター実践報告書 No. 11(2003)
- 2) 高次脳機能障害者に対する職場復帰支援―実践事例編― 障害者職業総合センター職業センター実践報告書 No. 16(2005)

高次脳機能障害者への就労支援 －医療リハと職業リハの連携による取り組み－

○首藤 友子（福岡障害者職業センター北九州支所 障害者職業カウンセラー）
野田 雅美（産業医科大学病院）

1 はじめに

福岡障害者職業センター北九州支所（以下「支所」という。）では高次脳機能障害者からの相談が増加している。依頼先は「高次脳機能障害支援モデル事業」を実施していた北九州市内の病院がほとんどである。高次脳機能障害者に対する就労支援を行うにあたって、病院では高次脳機能障害の医療リハビリテーションを行い、障害受容が概ねできている対象者も、「職場ではメモの活用ができない」「周囲の評価を受け入れず、自己評価を基準に行動する」等事業所で思いがけない課題が発生することがある。そのときに就労支援スタッフだけで対応するのではなく、医療スタッフの意見を参考にして対象者にアプローチすると効果的である。このために普段からこまめな情報交換と密接な連携が不可欠である。また連携にあたって医療リハビリテーションから職業リハビリテーションに移行するタイミングも重要である。本人の就労意欲や就労動機を医療リハビリテーション中に見極め、就労支援の必要性を検討し、就労支援に誘導するタイミングが個々のケースで異なるため、早めに情報交換を行いながら相談を開始するタイミングを調整する必要がある。前述の病院はソーシャルワーカー（以下「SW」という。）をはじめ、医療スタッフが就労支援を積極的に活用したいとの意向で相談の依頼があるため、事前の調整がスムーズに行えている。

今回は評価依頼を受けた高次脳機能障害者の職業リハビリテーション計画を策定（以下「リハ計策定」という。）し、その後具体的な求職活動を開始し、職業相談、ジョブコーチ支援を行った事例を挙げ、就労支援機関と、医療機関との連携について具体的に考察してみたい。

2 就労支援の流れ

(1) 相談依頼

受付後、医療機関から検査結果及び主治医、SW、作業療法士（以下「OT」という。）等スタッフの就労に対する意見を集約した資料提供あり。

(2) 職業評価実施

基本的な職業適性検査等に加えてトータルパッケージ等取り入れて職業評価を実施。

(3) 拡大ケース会議

評価終了後、関係者（対象者、病院、生活支援センター、ハローワーク、職業センター）と拡大ケース会議を実施。評価結果を元に職業リハビリテーション計画を策定。

(4) 就労支援

具体的な求職活動に進む対象者は支所が中心となってサポート体制を組んでいく。また具体的な支援を行う前、支援途中、支援終了時、ジョブコーチ支援など終了後の時点で拡大ケース会議を実施し、意見交換。

(5) 診察同席

対象者の承諾を得られる場合、診察に同席し主治医と意見交換。

(6) フォローアップ

ジョブコーチ支援終了後の状況把握と定着促進のためフォローアップ期間を準備。この間も対象者の就労状況について関係者に適宜連絡し、情報交換。

3 支援を行った事例

(1) 事例1

表1 プロフィール

性別・年代	男性・20代
受障した年	平成15年11月
障害者手帳	精神障害者保健福祉手帳3級
受障原因	くも膜下出血
障害部位	地誌的 記憶 遂行 感情 易疲労性
症状	身体機能に障害は残っていない。服薬もなく週1回の高次脳機能障害リハビリを受けるために通院中。同時にSWとのカウンセリングを実施。
支援体制	病院 家族
リハ計策定時の課題	通勤経路・事業所内移動の確認、作業手順の整理、指示の聞き方、メモの取り方、プラスの評価を伝え自信をつける、疲れに気づき休息を自発的に取る。
経過 現在の状況	①S大学病院より相談評価の依頼 ②相談評価実施 ③拡大ケース会議（S大学病院 ハローワーク 職業センター） ④ハローワーク窓口にて求職活動開始 求職活動開始後、資格取得を検討し始めたため中断し、その後資格取得が現実的でないことに気づき求職活動を再開する。 ⑤受け入れを検討してもらえ事業所情報入手（大型スーパー 衣料品販売コーナー） ⑥事前情報交換 ⑦面接同行 ⑧ジョブコーチ支援開始（雇用前後） ⑨トライアル雇用 ⑩継続雇用 ⑪フォローアップ（1年間）

現在の状況	フォローアップ継続中。医療リハ週1回 職業カウンセリング月1回 ジョブコーチ訪問月2回程度 医療リハは今後減少予定。
-------	------------------------------------------------------------

事例1は就労経験が非常に少なく、求職活動から面接同行、ジョブコーチ支援に進んだケースである。記憶障害、注意障害のため支援を行った経過や結果を覚えることができず、不安や混乱が生じていた。この事を改善するために様々な方法で対象者にフィードバックを実施してきた。フィードバックの手段は以下の通りである。

イ 相談内容の要点整理

支所内の相談は、相談内容をホワイトボードにまとめながら相談経過とまとめを視覚的に伝えるよう工夫を施した。相談終了後ホワイトボードの内容をコピーし対象者に渡している。理由は後日どのような事を話したか確認をしやすいためである。これは対象者が職業カウンセリングの内容を医療機関スタッフにうまく説明ができないため始めた。結果的に相談の流れを整理することで本人が「理解・納得」する材料になったといえる。支所以外の場所(例:ハローワーク)で相談を行う場合はカウンセラーが別紙に要点をまとめ写しを渡している。

対象者は医療リハビリテーションで記憶障害の代替手段としてメモを取る必要性を感じており、通常は自分でメモを取っている。しかし職業カウンセリングでは意見を述べることや相談を深めることに重きをおくため支援者がメモを取ることにした。職業カウンセリングを開始した当初は相談終了後直ちにSWに、相談内容を説明報告し、対象者が理解できる言い回しや伝え方をアドバイスしてもらい、場合によっては担当OTより医療リハビリテーションでの関わり方を聞き、参考にしていった。

ロ ポストイット(=付箋)の利用

対象者は地誌的・記憶障害のため、作業の途中で離席すると元の場所に戻れない、作業範囲がわからなくなる場面がしばしば見受けられた。離席理由は接客や作業道具の補充のためである。戻る場所の目印として職場内で違和感がなく、また他の社員が利用していないことからポストイットを貼るよう現場責任者と決めた。貼る場所や範囲についてジョブコーチ、対象者及び現場責任者で検討し配慮事項として受け入れてもらい、他の社員にも周知している。実際、対象者はポストイットを一人で探しあて元の場所に戻っていることから支障は見られないが、対象者はもっと効率的な別の手段に換えて欲しい旨長期に亘って申し出が続いている。就労支援スタッフからポストイットを利用することについて

「目印を探し出して作業に戻ることができており、特に問題となっていない」ことを繰り返しフィードバックしているが、いまだに納得がいかない様子である。対象者は診察の際に主治医、担当OT、SWにポストイットより効果的な方法がないか相談しているが、医療スタッフからは就労支援スタッフのアドバイスを最優先に聞き入れるよう声かけを行っているとの報告が来ている。ポストイットの「貼り忘れ」がないよう職業カウンセリングでその効果について説明を繰り返している。

ハ 支援記録の色分け

(イ)4ヶ月間の支援記録を数枚にまとめ文字を課題別に色分けした。色分けした理由は対象者が色に興味関心を持っており、文字や口頭指示より理解する可能性が高かったからである。色分けした記録は文字を読むというより支援期間中の課題がどのように変化したかを示すためである。また提示する目的は対象者が自信をもてないことや不安に思うことが次第にできていると気づかせるためである。色分けしたものを相談時に提示し、最も課題とされてきた「地誌的障害」が2週間足らずで支援記録に記されなくなり、問題となっていないことを説明したところ、対象者も納得した。同様に他の障害についても変化を確認していった。例えば「遂行障害」による作業手順の抜けが毎日行う作業では徐々に改善され、単独で行えている事を示すと納得をすることができた。このほか、目に見えない変化を対象者に伝える手段を引き続き検討することとなった。

表2 支援記録文字の色分け

2007/2/21	2007/2/22	省略	2007/2/26	2007/3/2
駅→事業所付近までは自分で行けるがここからは支援が必要。昨日撮影したラジカメを使っ	駅→従業員入口→事務室→売場～ルートマップを利用することで目的地に行く事	省 略	日記を書くのに時間がかかる。今日をやったことを覚えていなかった。	疲労は見えるが少しずつ慣れてきた。本人疲労の自覚はない。
1人で	地誌的障害を緑で色分け		遂行障害(青)記憶障害(水色)易疲労性をピンクで色分け	日報を書く際仕事を覚えていない。

(ロ) (イ)で作成した色別支援経過を元に支援日に把握した課題の変化を表に表して提示。できるようになった課題や事業所からプラスの評価を記載した。この目的は文字を省略して色別に改善の推移を一覧にすることで支援中の状況を理解しやすくするためである。拡大ケース会議にて対象者、医療スタッフにも情報提供した。効果として医療スタッフは医療リハビリテーションから職業リハビリテーションの推移も含めて変化がわかり対象者の評価が徐々に高くなっているこ

とを賞賛した。対象者は話し合いの時に目を通し、各課題の変化に気づいたものの自信を持つまでには至らなかった。

表3 支援記録 項目色分け

●塗りつぶし等意味の説明	
緑	地誌的障害に関わる課題
青	遂行障害に関わる課題
水色	記憶障害に関わる課題
赤	感情障害に関わる課題
桃	易疲労性に関わる課題

表4 支援記録 経過色分け

日付→	初日	2日目	3日目	4日目
地誌的障害				
遂行障害				
記憶障害				
感情障害				
易疲労性				
こだわり	通勤経路	ボイスレコーダー	ボイスレコーダー	服装

二 メモの必要性

対象者は医療リハビリテーションでは記憶の代替手段としてメモを自発的に活用していた。しかし、事業所では、指示を受ける際にメモを取らず、ミスを誘発し周囲の評価を下げている状態であった。そこで対象者になぜ作業指示を聞くときにメモを書かないのか確認したところ、「指示を聞くときにメモを出すことを思い出せない」「指示されたことをまとめて記入できない」ことが判明した。また「人前でメモを取ることは恥ずかしい」といった感情もあり記入を積極的に行わないことが判明した。そこで医療リハビリテーションでメモを利用し始めた導入時の様子をSWに聞き、対象者がメモを見ると『思い出す』ことに気づくよう誘導する言葉がけを行った。記入するメモも手のひらサイズ(A7サイズ)のバインダーを用い、インデックスを貼り、項目を整理する事をアドバイスする。あわせて毎日確認をする内容は表紙裏に箇条書きにまとめたチェック事項を貼り付け、毎日始業時に目を通すよう意識付けを行った。

(2) 事例2

表5 プロフィール(復職支援)

性別・年代	男性 40代
受障した年	平成18年1月
障害者手帳	精神障害者保健福祉手帳3級
受障原因	ウイルス性脳炎
障害部位	遂行 感情 易疲労性 軽度の失語

症状	身体機能に障害は残っていない。服薬もなく1ヶ月～1ヵ月半に一度程度経過観察のため受診。	
支援体制	病院 家族(妻) 事業所	
リハ計策定時の課題	公共交通機関単独利用、適度な休息を自発的にとる、作業終了時の報告、退社時の挨拶、離席時の声かけ、勤務スケジュールを意識した行動を取る。	
経過	医療リハビリ	①H18.1月 発症。入院加療。 ②4月 退院。自宅療養。 ③6月 職場復帰 仕事中離席、突然退社する等問題行動が起き事業所としても受け入れが難しいため就労支援の申し出あり。 ④11月S大学病院にて高次脳機能障害の検査入院。
	職業リハビリ	⑤H18.12月S大学病院より復職支援の依頼あり。 ⑥事業所訪問。社員向けに障害特性の講義を開催予定。(この企画は本人が拒否したため実施できず。新聞切抜き、障害特性等資料を渡すのみに終わる) ⑦対象者、妻、コーディネーター来所相談実施。引き続き職業評価実施。交通機関の利用確認も含めて数回来所し、OAWork実施。途中対象者が評価を拒否したため、中断。事業所、病院に評価が中断した事を伝える。 ⑧本人より支援を再開したいと連絡有。社長から復職には支援が不可欠と言われ、連絡してきた。相談再開する。 ⑨事業所とリハビリ出勤について打合せ。評価が途中になっていることから事業所内で実際の作業を行うことをリハビリ出勤の課題とする。 ⑩ジョブコーチ支援開始(雇用後) ⑪フォローアップ(半年間)
現在の状況	フォローアップ継続中。2週に1回程度事業所訪問。仕事が少ないときに勤務時間や日数を減らす等事業所へアドバイスを実施。	

事例2は復職支援である。受障前は肩書きもあり、業者との交渉や専門的な仕事に取り組んでいた。退院後会社の厚意によりリハビリ出勤を行った。リハビリ出勤を開始する際に病院の高次脳機能障害支援コーディネーター(以下「コーディネーター」という。)より職業センターの復職支援の情報提供は行ったものの、当時は事業所が必要を感じなかったため、利用には至らなかった。しかし、勤務中に表5③の理由に加え「仕事の仕上がりは受障前の30%程度に低下」と問題となる行動が発生した。医療機関から障害特性等事業所には伝えていたものの、対応に苦慮しており、社員が対象者を常時見守らないといけない状況であった。このことが現場の負担となり、事業所より就労支援利用を前向きに利用する運びになった。事例2について就労支援に移行する前後の課題を以下のようにまとめた。

イ 支援の受入れ

この事例は対象者が「障害受容が十分でなかった」ため、支援を受け入れるまでに時間を要した。事業所、

家族、医療機関ともに就労支援が必要との見解であったが、対象者は「受障前と同じように仕事ができる」と考え、就労支援を受け入れなかった。医療リハビリテーションの状況をコーディネーターに聞いたところ、周囲のアドバイスをすぐに受け入れない傾向が強い事を確認したため、当面は事業所支援として訪問し、本人の動向を見守ることになった。その後単独で復職したものの、事業所が用意した作業を単独でこなすことで疲労が著しいこと、作業ペースの配分が取れないことが自覚でき、支援を受けたいと対象者から申し出があった。対象者の意思を確認した時点でジョブコーチ支援に切り替え、対応を行った。

ロ 指示の出し方

対象者は口頭指示が残りやすく視覚的指示が残りやすいと医療機関からの情報があった。この事を踏まえて、指示が視覚的に入りやすいよう勤務表や作業スケジュールやチェックボードを作成した。事業所の協力もあり、集中力を維持するために周囲の動きが視界に入らない位置に机を置く、パーテーション代わりの戸棚を掲示板に見立て、前述の勤務表や通勤に必要な時刻表等を貼り、確認できる環境を整えた。また作業面については社長直筆の指示書を用意してもらい、指示共に励ましの言葉や作業の注意事項を示してもらった。担当ジョブコーチは作業スケジュールに休憩を定期的に入れるよう項目を作り、時間になったら自発的に休憩を取れるよう声かけを行い、注意喚起と見守りを行った。若干取組みにムラはあるものの休憩を取ることで作業が効率的に進む事を体得していった。

ハ 家族支援

受障後、キーパーソンである妻が経済面の不安から精神的な負担が増大し、混乱していく様子が伺えた。そこで障害厚生年金の申請を進め、不安を減少する事をコーディネーターに依頼した。年金が支給されることが決定すると徐々に落ちつきを取り戻した。

4 考察

医療機関とは支援が進行するたびに情報交換を頻繁に行った。情報交換の内容として「職業カウンセリングの報告」「ジョブコーチ支援進捗状況報告」「対象者へのアプローチ方法の検討」などである。これらの内容について電話及びメールにて意見交換し、高次脳機能障害が誘引している言動について対応を指摘及び示唆してもらった。また支援の節目に主治医、担当OT、SW、対象者が一同に集まりケースカンファレンスとして意見交換の場を作っていた。この意見交換は大変有意義であったことから、現在も継続している。

依頼された中からジョブコーチ支援等就労支援に

移行するケースは数が限られている。就労支援に移行するケースは「受障により困っていること・不便に感じていること」に対象者本人が『気づいて』『支援を利用したい』という気持ちを強くした時にニーズが生まれている。

事例1は2年近く相談を継続する中で紆余曲折はあったものの就労支援を利用する気持ちを持つことができた。理由は判断力や決断力に不足があることが障害と認識し、支援スタッフに相談を行う習慣がついたことが挙げられる。例えば病院から依頼された当時はSWから相談の予約、日程調整が入っていたが、相談を重ねるうちに対象者自ら電話で日程調整を行うまでになった。電話で用件を整理して伝える作業は高次脳機能障害者にとって簡単ではない。対象者も電話をかけ、相手呼び出して用件を伝える作業が受障前と同じようにできず、苛立ちや落ち込みが見られた。しかし体験を重ねることで用件が徐々に整理されて伝わっていったことをSWからフィードバックし、今では仕事に関して「終業後すぐに電話をする用件」「時間があるときに伝える用件」を自分で整理して連絡を行えるようになった。

事例2はリハビリ出勤を通して単独での復職は難しいと対象者本人が自覚したことから、就労支援を利用する気持ちを持った。支援当初対象者は「受障前と同様に仕事ができている」と自己評価は高く、ジョブコーチ支援の利用を避けていた。このため、リハビリ出勤中は当面の間事業主支援として関ることになった。対象者にはリハビリ出勤中周囲の評価を繰り返しフィードバックした。フィードバックの内容は、「受障前の30%の仕上がり」と社長のはっきりとした評価を伝えたことなどである。また就労支援スタッフに休憩の声かけをしてもらうことで疲れを溜めずに過ごせることに対象者が気づき、ジョブコーチ支援を活用したいと気持ちに変化した。

両事例ともに自己評価と周囲の評価のすり合わせを支援者が行い、対象者本人がそのことを認めて受け入れる態勢になったときに具体的な就労支援が次のステップに進んでいる。受け入れるまでにこれまでの失敗や叱責等マイナスの評価が強く残っており、環境を変えるには時間をかけて気持ちを切り替える作業が必要である。そのために医療・就労支援スタッフが揺るがず対応することが不可欠と思われる。

5 終わりに

現在もフォローアップ期間として定期的に事業所・対象者と情報交換を行っているが、同時に医療機関との連携を維持し見守りを続けていきたい。