

高次脳機能障害者に対する職場復帰支援プログラムにおける 小集団場面を活用した支援について

ーグループワークを中心にー

○三隅 梨都子（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）
井上 満佐美・安房 竜矢・野中 由彦（障害者職業総合センター職業センター開発課）

1 はじめに

障害者職業総合センター職業センターでは、平成11年度より休職中の高次脳機能障害者の職場復帰に係る支援技法の開発を目的に職場復帰支援プログラムを開始し、平成17年度からは求職者を対象としたプログラムを開始した。平成19年度からは、休職者及び求職者に対するプログラムを一本化して実施している。

プログラムの主な目的は、高次脳機能障害についての自己理解の促進と補完手段の獲得及び復職・就職の準備を進めることであるが、平成15年度からは集団の効果に注目したグループワークにも重点を置いて取り組んでいる。ここでは、モジュール化して実施している現在のグループワークの取り組みと課題について報告する。

2 職場復帰支援プログラムの概要

受け入れは随時とし、受講期間は16週間（求職者は13週間）を標準として、個別に対応している。

カリキュラムは、図1のとおり、「作業課題」、「個別相談」、「グループワーク」を三つの柱として構成し、各々を関連付けながら支援を行っている。集団で行う「グループワーク」に対し、「作業課題」及び「個別相談」は、各受講者の状況（復職先職務、就職希望職種、障害状況等）に応じて個別に行っている。

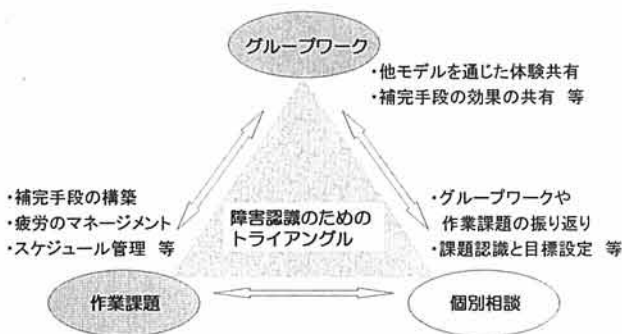


図1 プログラム構成要素

3 グループワークの実際

(1) グループワークの目的

集団場面を活用した支援の効果は、これまでに職業センター実践報告書や研究発表で報告されているように、ピアモデルとの意見交換により障害認識を進め、補完手段の活用が強化されること、互いに支え、励ましあうことにより精神的な安定を得られること、各受講者がプログラム中に

得た障害認識や補完手段等を他の受講者に説明することにより、自己の障害認識をより深めることができることなどがある。さらに、障害認識の異なる他者に自分の経験を伝えることにより、自己効力感の向上につながることも考えられる。

こうしたことから、個別で行う「作業課題」、「個別相談」と併せて、集団で行う「グループワーク」を設定し、集団の効果をより引き出すことを目指している。

グループワークの目的は表1のようにまとめられる。

表1 グループワークの目的

<ul style="list-style-type: none"> ・障害認識の促進 ・補完手段の活用と促進 ・自分の障害に係る内容整理と説明スキルの向上 ・復職・就職に向けた取り組みの整理 ・自分の感情の気づき・表出 ・他者の感情の読み取り・共感 ・対人関係スキルの向上 ・精神的安定 	等
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

なお、「グループワーク」には、広義には朝・夕のミーティング等も含まれるが、本発表では、カリキュラムとして特に設定したものについて述べる。

(2) グループワークのテーマと実施方法の整理経過

平成15年度から18年度にかけて、図2の障害認識の過程に沿って、グループワークのテーマと実施方法を整理してきた。



図2 障害認識の過程

しかし、平成19年度に、高次脳機能障害者に対する支援プログラムが職場復帰支援プログラムに一本化されてからは、随時開始のみとなり、一定の流れに沿った実施が難

表2 高次脳機能障害者のためのグループワークユニット

ユニット	No.	モジュール	目的	主な内容
導入	1	グループワークの目的	○プログラムの受講目的の確認 ○グループワークの目的、進め方の理解	グループワーク・就労セミナーの目的、進め方の説明。 各自の目標に向けた取り組みとグループワークの取り組みの関係解説と動機付け。
	2	高次脳機能障害について① 受障前後での変化	○障害の自己認識の促進 ○障害についての基礎的知識の習得 ○補完手段の必要性の認識促進	MSFAS(シートE)を活用し、受障前後で変わったこと(主としてできなくなったこと)を整理。 ②MSFAS(シートE)の記述を基に付箋に記入、貼り出し、分類しながら意見交換。 ③高次脳機能の説明、高次脳機能障害の一般的な内容・特性の解説。
障害 認識	3	高次脳機能障害について② 障害の特性と対応	○自身の障害状況、補完手段について ○他者(事業所等)に対する説明内容、方法の検討	①前回挙げた自己評価・自己認識に加え、周囲の人(家族、友人、同僚、主治医等)からの他者評価を聴取。 ②自己評価と他者評価のズレの有無、ズレを知る方法(実際の職務従事経験、検査等)、ズレをなくす方法(補完手段)について意見交換。 ③ラスクの神経心理ピラミッドの解説～「ピラミッドの基礎レベルの下位機能がうまく機能しないと、その上の機能もうまく働かない」※神経心理ピラミッドの図を提示、後刻希望者には配布。
	4	障害について説明する	○障害に対する具体的な補完手段の検討 ○補完手段の必要性の認識促進 ○補完手段検討上のポイント把握	①障害を説明する場面、説明を要する理由、説明内容(障害の原因、障害の状況、具体的な場面での障害の現れ方、それに対する具体的な補完手段や対応、周囲に配慮をお願いしたいこと、等)を聴取。 ②既に説明資料を用意している参加者がいれば、発表の練習。
	5	障害に対する補完手段	○参加者各々の疲労の現れ方を確認 ○疲労コントロールの必要性の理解 ○疲労コントロールの方法の理解	①MSFAS(シートE)の記述を基に、各自の障害への対処法を付箋に記入、貼り出し、障害の内容・特性と対処法を整理。 ②他の参加者の対処法(=補完手段)を知った感想、自分が試行可能かどうか、意見交換。 ③補完手段の習得の2ステップ「Ⅰ検討する」「Ⅱ実践する」の説明。
	6	疲労(脳疲労)のコントロール ・休憩のとり方	○リラクゼーション技法、休憩時間の過ごし方の紹介	①MSFAS(シートF)の内容を付箋に記入、貼り出し、各自説明。 ②「脳疲労」の解説、休憩は「頭を休める」時間であることの確認。 ③休憩の取り方について意見交換。 ④「VDT作業における労働衛生管理のためのガイドライン」によるVDT作業における休憩の説明。 ⑤簡単な疲れの取り方の紹介(目のストレッチ、蒸しタオル法等)。
	7	リラクゼーション技法	○「仕事」に関する自己の考え・感情の気づきと表出、他者の感情の読み取りと共感、対人関係能力の向上、障害認識の向上、復職・就職への動機付け、記憶の補完手段獲得、注意機能改善	①参加者のリラクゼーション方法の聴取。 ②簡単なリラクゼーション方法の紹介、実施(呼吸法、デスクでできるストレッチ等)。
	8	FFGW(感情交流法)の活用による意見交換	○復職・就職に向けた流れと、必要な準備の理解	①「仕事」に関する下位テーマを参加者が選択。テーマから思い浮かぶことを付箋に記入、貼り出し、各自発表、意見交換。 ②付箋への記入事項や他の参加者の発表から新たに思い浮かんだことを素材とし、スピーチ原稿を作成。 ③1人がスピーチ原稿を読み上げ、他の参加者はスピーチの内容をメモする。 ④聞き手は書き取ったメモを基に、話し手が言ったこと、スピーチから読み取った話し手の気持ち・感情を発表。 ⑤話し手は、聞き手が発表内容をどの程度正確に聞き取ったかをフィードバックし、自分の気持ち・感情を発表。 ※テーマを変更しながら複数回実施
	9	復職・就職の進め方	○職業生活、生活設計を念頭におきつつ、幅広い意味で人生における役割や価値を問いながら今後の生き方を検討	①これまでの復職・就職に係る活動を聴取。 ②復職・就職活動に必要な準備項目を付箋に記入、貼り出し。時間軸、生活面・職業面に則して付箋の内容を分類し、現状の確認と今後の進め方を整理、確認。
補完 手段	10	キャリアについて① 指向性・価値観の検討	○過去の職業生活の振り返りによる認知・行動パターンやソーシャルサポート、価値観等の気づき促進	①15枚の価値観カードから重要と思う5枚を選択し、1番と思うものを聴取。 ②選択した5枚のカードについて、意見交換。 ③キャリア指向質問票にチェックし、集計。キャリアを考えていく手順(自分の気持ち→外部からの要請→統合の順で検討)の説明。 ④キャリア・アンカーの解説。 ⑤キャリア指向質問票の集計結果を発表し、意見交換。
	11	キャリアについて② 職業生活の振り返り	○基本的なビジネスマナーの理解、確認 ※特に、若年者、就労経験の浅い者が重点的な対象	①キャリアチャートの作成(小さくても、ポジティブに評価されるような出来事に意識的に目を向けて作成)。 ②キャリアチャートに関する感想等の意見交換。 ③過去の振り返りから自己理解を深める。特に、どん底時に頑張った理由、一番影響を受けた人物、意思決定に影響を与えた人物、嫌な仕事への取り組み方法等の視点で意見交換。
	12	ビジネスマナー	○障害者が活用できる社会資源を紹介 ○障害者雇用について知識を付与	①VTRを視聴し、ワークシートに回答記入、答え合わせ。答えが異なる場合には理由を聴取し、意見交換。 ②日頃から基本的なマナー(挨拶、言葉遣い、報・連・相等)に課題がある参加者がいる場合は、その課題を重点的にフィードバック。
	13	社会資源、雇用制度	○「仕事」「生活」を「時間」という視点で整理し、ストレスマネジメントを意識した復職後・就職後の職業生活を検討	①活用経験のある社会資源、望まれる支援内容を聴取。 ②障害者の雇用支援制度、生活支援制度を紹介。主な就労支援機関・生活支援機関の紹介、役割説明。 ③当事者会・家族会を紹介。
	14	ワーク・ライフ・バランス	○日々の健康管理を振り返り、「健康」について関心を持つ ○健康保持の方法の心身両面からの理解	①ワーク・ライフ・バランスについて説明し、ワークを5つ、ライフ5つ聴取。 ②「ワーク・ライフ・バランスチェック表」の30項目について、「仕事の時間」「自分の時間」「どちらにも入れない」のいずれに該当するかをチェック。 ③①及び②を発表し、ワーク・ライフについて意見交換。 ④復職後に目標とする時間の使い方(平日と休日の働く時間・自分の時間)の検討。 ⑤ワーク・ライフ・バランスとストレス度との関係性を意識すること、タイムマネジメントの大切さを確認。
職業 生活 ・ 職業 スキル	15	健康管理	○エゴグラム及び対処行動エゴグラムを通じ、性格傾向、行動傾向を把握した上で、ストレス場面での対処行動と比較し、各自のストレス対処法を検討	①「健康な状態」と「健康でない状態」について聴取(精神面・身体面、ストレスなど)。 ②自分の標準体重、BMI指数を計算。 ③健康のために気をつけていること(気をつけること)について聴取、意見交換。 ④食生活の検討。体調管理方法の確認。
	16	自分を知る① TEGを用いて (性格傾向を知る)	○エゴグラム及び対処行動エゴグラムを通じ、性格傾向、行動傾向を把握した上で、ストレス場面での対処行動と比較し、各自のストレス対処法を検討	①TEGの解説。難しく考えずに取り組むよう教示し、回答を記入。 ②記入後、採点方法を教示。 ③採点後、結果の見方を解説。自身の感じている捉え方との相違等の感想を確認。
	17	自分を知る② CB-Eを用いて (対処行動傾向を知る)	○プレゼンテーションの目的、方法を理解し、事業所での面接等に活用できるようになること ○個別のプレゼンテーション資料作成、発表練習に繋げる	①CB-Eの解説。回答を記入。 ②記入後、採点方法を教示。 ③採点後、結果の見方について解説。自身の感じている捉え方との相違等の感想を確認。 ④前回実施したTEGとストレス場面での行動(CB-E)を比較し、自身の行動傾向を理解。
	18	プレゼンテーション	○職場(訓練場面)の中で「困った」状態に直面した際の対応法を習得	①「プレゼンテーション」の意味について聴取し、解説。 ②プレゼンの意味、「伝えた情報量」×「伝達効率」=伝達できる情報量、プレゼンの3要素(人間、企画、ツール)を解説。 ③話し方が上手だと思う人はどんな人かを聴取し、話し方の技術を説明(声、アイコンタクトと目配り、ボディランゲージとアクション、口調、スピードと間)。
	19	職場で困った時の対応	○求人応募書類(履歴書・職務経歴書)の書き方の理解 ○履歴書の作成	①職種(訓練)の中で、仕事上で「困ったこと」(対人面)を発表。 ②①で発表した中からいくつかを選択し、望ましい対応を検討の上、ロールプレイを実施。 ③ロールプレイで実施したことが実際に応用可能かを確認。 ※必要に応じて複数回実施
	20	仕事の選び方	○面接のための準備内容の理解 ○面接対策のポイント、面接で伝える内容の検討	①事前に求人票を選択してきてもらい、選択のポイントを聴取。 ②仕事を探す際に考えなければならない条件と参加者各々の希望を聴取し、意見交換。 ③障害の開示・非開示について意見を聴取し、メリット・デメリットを整理。 ④ハローワークにある求人票の見方を解説。障害者求人票の説明、障害者と条件(給与等)の関係を説明。 ⑤希望者には、職業レディネス・テスト、VPI職業興味検査、MIO職業興味チェックリスト等を紹介。
	21	履歴書・職務経歴書の書き方	○面接の準備内容の理解 ○面接対策のポイント、面接で伝える内容の検討	①応募書類(履歴書、職務経歴書)作成の目的に関する意見交換。 ②履歴書記入上の留意点を説明。障害者に関わる事項について質問や意見がある場合は、意見交換、説明。 ③履歴書作成。随時、個別質問に対応。
	22	面接の受け方	○グループワークやプログラムを通じて得たことの整理	①面接経験を聴取し、面接の目的を解説。 ②面接の中で尋ねられること、参加者が尋ねられたことを列挙、意見交換。 ③「面接の受け方」のビデオを視聴し、基本を振り返る。 ※個別に面接練習を実施
	23	グループワーク・プログラムの振り返り		①面接経験を聴取し、面接の目的を解説。 ②面接の中で尋ねられること、参加者が尋ねられたことを列挙、意見交換。 ③「面接の受け方」のビデオを視聴し、基本を振り返る。 ※個別に面接練習を実施
	まとめ	23	グループワーク・プログラムの振り返り	○グループワークやプログラムを通じて得たことの整理

しくなった。また、受講開始時における障害認識の個人差が大きいことから、受講者の状況に応じて自由にテーマ設定できるようモジュール化を検討し、整理した。

さらに、職業生活半ばで障害を受け、職業意識の変容を求められることから、障害に関する自己理解のみならず、復職・就職に関する側面から自己理解を進めるためのテーマも設定した。

各モジュールは、個別相談等を通じて把握された受講者のニーズをもとに構成した。さらに、支援者のスムーズな支援展開に資するため、選択が容易になるよう焦点を絞った内容とすることを目指した。

(3) グループワークの構成

各モジュールを、主に高次脳機能障害に焦点を当てた「障害関連領域」と、復職・就職に焦点を当てた「職業関連領域」のユニットに整理した。各モジュールは、1回1時間程度で実施できる内容を設定している。

「障害関連領域」のモジュールは、半知識付与形式で、支援者が障害に関する解説を行いながら、受講者同士の意見交換を求める形態としている。

「職業関連領域」のモジュールは、復職・就職に向けて、過去・現在・未来の自分の職業生活についての考えを整理・分析することにより、より円滑に復職・就職し、職業生活を送れることを目指す内容としている。

特に求職者に対しては、「就労セミナー」として、求職スキルを付与するテーマも設定している。

また、現在のモジュールにないテーマの設定が効果的と考えられる対象者がいる場合には、新たなモジュールを検討することとしている。

表3 モジュールシート例

【モジュールNo.5】	
テーマ	障害に対する補完手段
実施日時	平成20年〇月〇日（〇曜日）10:00～11:00
参加者	Aさん、Bさん、Cさん、Dさん
目的	○障害に対する具体的な補完手段を検討する。 ○補完手段の必要性について認識を促す。 ○補完手段を検討する上でのポイントをつかむ。
準備	付箋、マジック、MSFASシートE「障害（病気）に関する情報を整理する」
実施内容	◎導入（10分） ①ウォーミングアップ ②前回の復習
	◎実施（45分） ①各障害についての対処法を挙げてもらう（MSFASを参照）。参加者が現在行っている対処法を付箋に記入し、ホワイトボードに貼る。 ex「覚えることが難しい」（記憶障害） →対処法「メモリの重要な点に記入する」等 ②障害と対処法の一覧を別記、明示する。 ③他の参加者がどのような補完手段をとっているかを見た（知った）感想、実際に自分でも試すことができそうかを検討する。
	◎まとめ（5分） 補完手段は、I 検討する、II 実践する、の2ステップある。プログラム内での実践が直接復職・就職して活用できるとは限らないが、この2ステップを意識して、できるようになるまでは周囲の支援を得ること。

グループワークのモジュールの構成、目的、主な内容は、表2のとおりである。なお、随時開始・随時終了としているため、導入とまとめは個別に行うことを基本としている。

(4) グループワークの実施方法

各モジュールは表3の例のようにシートに整理しており、基本的にはこれに沿って進めている。

受講者の疲労の少ない午前中の1時間を1単位とし、週2単位を基本として実施している。時間は、脳疲労に配慮して1時間を超えないよう注意している。

グループワークの参加人数は3～5名で、基本的にはプログラム受講者全員が参加できるよう日程やテーマを選定している。受講者の都合やテーマによっては、2名で実施する場合もある。必要なテーマについてグループワークとして実施できない場合には、個別相談で対応している。

なお、集団については、障害特性や認識の程度、職業経験等が異なっても、それらが異なる者同士が意見交換することの効果があるため、同質・同程度である必要はないと考えている。

グループワークの実施にあたっては、よりポジティブな効果を引き出すために、一定のルールを決め、導入時に説明をしている(表4)。

表4 グループワークのルール

- ① 積極的、自主的な参加が基本です。
- ② 見学はいつでもできます。
- ③ 嫌なときは「パス」できます。
- ④ 他の人の発言は最後まで聞きます。
- ⑤ 人の良いところをほめましょう。
- ⑥ 質問はいつでもOKです。
- ⑦ 良い意見、練習ができるように他の人を助けましょう。

テーマについては、そのときの受講者の障害特性、障害認識の程度、職業経験等によって適切なモジュールを選択している。

モジュールの実施順序については、「障害関連領域」のテーマは順序立てて実施し、「職業関連領域」のテーマは順序にかかわらず必要なタイミングで実施することを原則としている。特に障害認識に関するテーマは、各受講者の「障害認識の過程」に沿って受講できるよう配慮し、場合によっては個別相談で事前解説をするなどして補いながら進めている。他にも、障害特性やテーマ内容に応じて、事前にワークシートの記入やテーマに関する解説を行うなど、スムーズに取り組むことができるよう配慮している。

モジュールの選択にあたっては、そのときの受講者、グループに必要な内容、効果的な内容を選択し、必ずしも全モジュールを実施する必要はないと考えている。受講者の障害認識やテーマ内容についての理解の状況により、同じテーマを繰り返す、一つのテーマを複数回に分ける、

同じテーマでも回によってウェイトを変えるなど、柔軟に実施している。一つのテーマを2回に分けて実施する場合は、前回の内容を十分振り返ってから2回目の内容に繋げることを意識して行っている。

なお、実施中は、メモなどの筆記の負担を軽減し、解説や意見交換への集中を促すために、コピーボードやプリントを活用して、後で解説内容や意見を受講者の手元に配付するなどの配慮をしている。

4 考察と課題

各回のグループワーク実施後、受講者に自由記述及び口頭で感想を求めた。表5はその感想の抜粋である。知識付与を目的とした解説や他の受講者の意見を聞いたことにより、自己理解を深められたという意見が確認できる。

表5 グループワークの感想（抜粋）

モジュール	感想
高次脳機能障害について	<ul style="list-style-type: none"> 皆さんの「気づいたこと」を聞いて、自分も似たところが多くあり、参考になった。 より特性が分かった。ただ、自分が気づかないと対応できないので、いろいろな人と話して対応を聞きたいと思う。
障害について説明する	<ul style="list-style-type: none"> 自分の障害を伝えることは勇気がある。見えない障害を伝えるのは難しい。 「受障の経緯」は考えたことがなかったので準備が必要だと思った。
疲労（脳疲労）のコントロール・休憩のとり方	<ul style="list-style-type: none"> （疲労の）サインなどをよく意識して事前に休憩を取るようにしたい。気分によって左右されるので、（疲労の）サインに敏感になってコントロールしたい。
復職・就職の進め方	<ul style="list-style-type: none"> 仕事選びについて、まずは前向きな姿勢でよく考えてから活動を進めていきたい。 しっかり自分を持ち、自分の障害を分かり、人の意見をよく聞き入れた中で自分に合った仕事を選ぶ。
キャリアについて	<ul style="list-style-type: none"> （キャリアの）チャートは急に下がることもあるが、また上昇するので、悩まず何事にも積極的に取り組んでいきたい。 仕事に不満を持つ人は自分だけでないことを知り、ほっとした。
ワーク・ライフ・バランス	<ul style="list-style-type: none"> 今後は「ワーク」よりも「ライフ」を充実させ、健康第一を考えて生活していきたい。 これからは「ワーク」の時間を増やしてバランスを取っていきたい。

(1) モジュール化の効果

モジュール化したことにより、開始時期が異なる受講者に対しても比較的容易にグループワークを行うことが可能となった。また、1回の実施では理解が進まない受講者に対する複数回の設定がしやすくなった。

他のプログラム構成要素との関連付けもしやすくなり、個別相談で行っている事前解説やグループワーク終了後の理解状況の確認の際にも、焦点を絞って相談を行うことができ、受講者の理解も進みやすくと考えられる。

(2) 小集団の効果

3～5名という小集団のため、発言機会が多く、また、受講者同士が互いの人柄や障害特性をある程度知って一定の関係を築きやすいため、率直な意見が出しやすいため、さらに、グループワークでの発言をきっかけに、作業場面

やプログラム場面以外での情報交換が活発になる様子も見られた。

(3) 今後の課題

現行の実施方法で一定の効果は得られているが、今後、より一層の充実を図りたいと考えている。三つの構成要素を関連付けてプログラムを実施しているため、グループワークのみの効果を計ることは難しいが、各モジュールごとの到達目標を設定するなどして、より効果的なテーマや方法、組み合わせを検討し、効果を検証することが必要であると考えている。

他のプログラム構成要素との関連付けに関しては、「障害関連領域」のテーマの場合は、受講者の関心が向きやすく、作業場面での具体的な活用ができるため、関連付けがしやすい。しかし、「職業関連領域」のテーマについては、プログラム場面での活用に結びつきにくいいため、関連付けは部分的にとどまっている。今後、「職業関連領域」のユニットをより効果的に機能させるための工夫が必要と考えている。

5 おわりに

職場復帰支援プログラムでは高次脳機能障害者を対象としてグループワークを実施してきたが、途中で障害を負った者にとってその効果は大きく、各地域の就労支援機関等においても高次脳機能障害者に対するグループワークの実施が期待される。障害種類や人数等、当センターと同様の集団を構成することは難しい場合もあると思われるが、当センターで整理した実施方法が、他機関での実施の参考となれば幸いである。

6 引用文献・参考文献

- 1) 高次脳機能障害者に対する職場復帰支援～実践事例集～、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
- 2) 高次脳機能障害者に対する支援プログラム～利用者支援、事業主支援の視点から～、障害者職業総合センター職業センター実践報告書、No.18、2006
- 3) 「職場適応促進のためのトータルパッケージ」にけるグループワークの機能と効果、齋藤友美枝他、第11回職業リハビリテーション研究発表会発表論文集、15-18、2003
- 4) 高次脳機能障害者に対する職場復帰支援プログラムにおけるトータルパッケージの実践的活用方法について、須田香織他、第11回職業リハビリテーション研究発表会発表論文集、31-34、2003
- 5) 求職中の高次脳機能障害者に対する障害受容及び代償手段（補充手段）促進のためのグループワークのシステム構築について、岡田雅人他、第11回職業リハビリテーション研究発表会発表論文集、161-164、2003
- 6) 高次脳機能障害者の就労に向けた障害認識を進めるアプローチ-職業準備訓練での取り組みと課題-、水沼真弓他、第15回職業リハビリテーション研究発表会発表論文集、210-213、2006

再就職に不安を抱えた一症例に対する支援について

—地域障害者職業センターでの職業評価および当院独自の就労支援活動を通して—

- 廣瀬 陽子（医療法人社団北原脳神経外科病院 作業療法士）
浜崎 千賀（医療法人社団北原脳神経外科病院）
飯沼 舞（医療法人社団北原脳神経外科病院）

1 はじめに

今回、軽度失語症・症候性てんかん発作を呈する30代男性の就労支援（再就職）に携わる機会を得た。症例は、支援開始当初、「障がい職場へ伝えるべきか…」「てんかん発作がまた起きてしまうのではないか…」等、再就職に対する不安や悩みを抱えていたが、地域障害者職業センターでの職業評価や、当院独自の就労支援活動を通して、不安や悩みを解消し、ハローワークでの求職活動に至った。

今回の発表では、症例に対する支援内容を中心に報告するとともに、支援内容の効果および地域障害者職業センターとの連携について考察する。

2 当院独自の就労支援活動の紹介

当院、北原脳神経外科病院では、「救急・手術からリハビリ・在宅まで一貫した医療を提供する」という基本方針のもと、平成18年2月より、退院した脳卒中患者に対し、『ボランティアサークルあしたば（以下「あしたば」という。）』と称して、院内でのボランティア活動を通して、担当スタッフのフォローのもと、社会参加や再就労等を目指す当院独自の支援活動を行っている。

(1) 対象者

- イ 就労（復職・再就職）を希望する方
- ロ 再就労を希望するも後遺症等により難しい方
- ハ 原則として65歳以下の方
- ニ 移動、排泄が自立レベルの方
- ホ 自力または家族等の協力により来院可能な方

(2) 活動頻度・活動時間

2日/週（月曜日・木曜日）、9:00～12:00

(3) 担当スタッフ

作業療法士2名、医療ソーシャルワーカー1名

(4) 院内ボランティア活動の内容

入院パンフレットの作成、各種資料の封筒詰め、病棟クラーク用カルテ作り、検査報告書作り、消耗品の補充、車いす清掃、パソコン作業（数値入力、データー処理等）等

(5) 再就労に向けた支援内容

- イ ボランティア活動におけるリハビリテーションを考慮した関わり
- ロ 面談（相談）の実施
- ハ 関連機関との連携

(6) 利用者情報（H18年2月～H20年9月末現在）

利用者総数：24名（H20年9月末現在：11名）

再就労希望者：18名（H20年9月末現在：7名）

※以下再就労希望者について

- イ 平均年齢：46.8歳
- ロ 性別：男性16名 女性2名
- ハ 疾患別内訳：
 - 脳内出血11名 脳梗塞3名
 - くも膜下出血2名 脳腫瘍1名
 - 聴神経腫瘍1名
- ニ 障害別内訳：
 - 身体障害（片麻痺）5名
 - 高次脳機能障害6名
 - 身体障害（片麻痺）+高次脳機能障害6名
 - 聴覚障害1名

(7) 活動成果（終了者状況）

- イ 再就職：2名
- ロ 復職：2名
- ハ 就労移行支援事業：1名
- ニ 国立職業リハビリテーションセンター通所：1名
- ホ 職業能力開発校入校：2名
- ヘ その他：3名

3 症例紹介

30代 男性 (身体障害者手帳7級)

(1) 支援開始までの経過

大学卒業後、九州の食品工場へ就職し、単身生活を送っていたが、平成18年4月、脳内出血を発症し右片麻痺を認めた為、緊急入院となる。検査にて脳動脈奇形を認め、開頭術を施行するが、術後、痙攣発作を認め失語症が出現する。入院加療・リハビリテーションを行い、同年7月、軽度右片麻痺・失語症が残存するも、独歩・ADL自立にて自宅退院となり、10月には職場復帰をされる。しかし、平成19年7月、職場にて痙攣発作を認め、数日間再入院。退院後1週間程度で復職するが、抗けいれん薬の副作用による眠気・だるさを感じていたこと、また、職場内で症例に任される仕事量が増えている状況等を考慮し、平成19年12月に退職し、実家へ戻る。平成20年1月、てんかん発作に対する服薬管理を目的に、当院外来受診を開始。また、再就職の希望があり、あしたば担当の作業療法士が、外来での作業療法を開始する。

(2) 評価

意識レベルは Clear。知的機能は保持。(WAIS-R FIQ99・VIQ109・PIQ87) 身体機能面については、軽度の右片麻痺 (Br. stage 上肢V 手指V 下肢V) が残存するが、移動能力は、独歩可能で階段昇降も可能。上肢機能は、右上肢に関して麻痺及び既往の手指の外傷の影響により、検査上巧緻性低下を認めるが、生活場面においては両上肢ともに実用手レベル (STEF 右91/100点・左100/100点)。高次脳機能障害は、軽度運動性失語を認め、理解面では日常会話程度であれば特に問題を認めないが、表出面では、軽度の換語困難を認め、低頻度語については言葉が出るまでに時間を要す。また、服薬の影響もあり、歩行速度の遅さ・動作を開始するまでに時間を要すなど、動作全般的に、緩慢さが目立ち、家族も同居後、同様の印象を受ける。日常生活能力は、ADL 自立・公共交通機関の利用は可能。現状理解 (病識) については、麻痺についての発言はあるが、失語症を中心とした高次脳機能障害についての発言は少ない。再就職に対する症例の気持ち (考え) については、就職の時に、「障がい隠した方が良いのか・隠さない方が良いのか・」、職場で痙攣発作を起した為、「痙攣発作がまた起きたらどうしよう・」と不安

に感じている」こと、今後は、体への負担が少ない事務職を検討しているが、「今の自分にどんな仕事合うのかわからない・」等、再就職に向けて、様々な不安や悩みについての発言が目立つ。

(3) 評価のまとめ

症例は、知的機能は保持され、麻痺や高次脳機能障害などの後遺症は比較的軽度であったが、再就職に向けた様々な不安や悩みを抱えており、再就職に向け、具体的な行動に踏み出すことが困難な状況であった。そこで、本人の抱えている不安や悩みを解消し、求職活動を開始することを目標として、地域障害者職業センターでの職業評価、及び、あしたばへの参加を提案し、具体的な支援を開始することとした。

4 地域障害者職業センターでの支援について

平成20年3月上旬、ケース会議(1回目)を実施。再就職に向け、当院で行った評価結果や、ご本人が抱えている不安や悩みについて、担当の障害者職業カウンセラーへ情報提供を行い、職業評価を開始する。

(1) 実施評価内容

- イ 職業興味テスト
- ロ 一般職業適性検査
- ハ 性格検査

(2) 評価結果 (ケース会議2回目より)

イ 職業興味テスト

興味の領域：実務的・研究的職域が高値

興味の型：技術的・計算的職務が高値

興味の水準：低値

ロ 一般職業適性検査

知的機能面では大きな問題はなかったが、「空間・形態・供給・手腕」の動作性課題での成績低下が目立つ。

知的機能と動作性機能とで能力差が目立つ。

ハ 性格検査

AG(柔軟さ・周りの期待に答えようとする性格)・NP(母親的性格。世話好き・思いやりがある)が高値。特に、AGがとても高く、仕事場面では周囲の期待に答えようと頑張り過ぎてしまい、ストレスを感じ易い傾向にある。

(3) まとめ（ケース会議2回目より）

担当の障害者職業カウンセラーより、「てんかん発作を呈していること」「知的機能と動作性機能とで能力差を認めていること」「仕事に対してがんばりすぎてしまう性格傾向にあること」を考慮すると、「障がい者雇用の方が望ましい」ことが症例に伝えられる。また、「トライアル雇用制度」などを活用し、自分に出来る仕事かどうか、てんかん発作が再発するかどうかなどを評価し、就職に繋げていくことも良いのではないかとの提案がある。また、今後の課題としては、動作性機能の低下を認めること、また、自身の障害について、自分で説明出来る様になることが挙げられる。

5 あしたばでの支援内容について

地域障害者職業センターでの職業評価や担当の障害者職業カウンセラーからのアドバイスを受け、「障害を隠すかどうかの悩み」については、本人の納得が得られ、解決へ至った。しかし、「てんかん発作に対する不安」や「今の自分にどんな仕事が合うのか分からないこと」については、まだ解決出来ていない状況であった為、これら2点について支援をすること、また、地域障害者職業センターで提示された課題に対して支援をすることを目的に、平成20年4月より、あしたばへ参加となる。

(1) あしたば利用目的

イ てんかん発作再発の評価

てんかん発作を誘発し易い原因とされる、環境変化・疲労（肉体的・精神的）・光刺激等の影響による、てんかん発作再発の有無を評価。また、てんかん発作を誘発し易い原因に対する対処方法の検討。

ロ 後遺症の影響についての評価、及び必要に応じた訓練

ハ 現状（障がい）理解の促進

ニ 仕事内容についての検討

(2) 目標

求職活動の開始・障害者雇用での再就職

(3) 支援経過

イ 評価期（平成20年4月～5月）

(イ) 目標

- ・活動に慣れる

- ・てんかん発作再発の評価（環境変化・疲労）
- ・活動中における後遺症の影響の評価

(ロ) 実施したボランティア活動

- ・入院パンフレットの作成
- ・職員ユニホームの整理
- ・車いす清掃 など

(ハ) 症例の様子

週2回ほぼ毎回参加。てんかん発作なし。

活動中は、慣れない影響もあるが、疲労の訴えが目立ち、適宜休憩をしながら活動に参加。作業中、麻痺の影響は殆ど認められないが、テプラのシールを剥がすなど、細かい作業にはやや時間を要す。作業場面における指示内容の理解は、特に問題を認めないが、スタッフへ報告する時など、失語症の影響から言葉が出るまでに時間がかかる場面が度々認められる。また、動作スピードは、全体的に「ゆっくりしている」印象を受ける。特に歩行や階段昇降など、易疲労の影響もあり、健常者との違いが目立つ。現状理解については、易疲労性であること、動作スピードの遅さについての実感が得られているが、発話時における失語症の影響についての実感はあまり得られていない。

ロ 訓練導入期（H20年6月～7月）

(イ) 目標

- ・てんかん発作再発の評価（疲労・光刺激）
- ・耐久性の向上
- ・疲労の自己コントロール能力の獲得
疲労のサインを自分で把握し、必要に応じて休憩をとることができる
- ・失語症についての理解の促進

(ロ) 実施したボランティア活動

- ・入院パンフレットの作成（印刷物の運搬含む）
- ・車いす清掃（他利用者への指導含む）
- ・パソコン作業 など

(ハ) 症例の様子

週2回ほぼ毎回参加。てんかん発作なし。

パソコン作業は1時間～1時間30分程度継続して利用可能。活動や作業自体に慣れてくると、疲労の訴えは少なくなり、作業に対する耐久性は向上するが、依然適宜休憩が必要。疲労の自己コントロール能力については、「疲れてくると顔が赤くなる」「頭がガンガンしてくる」等、疲労の程度が判断できるサインを自身で見つけることができ、その結果、自身で休憩の必要性を

判断し対応することが定着し始める。また、体を使う・使わないにかかわらず、「新しい仕事をする時に疲労し易い」という疲労し易い状況の傾向をつかむことができる。一方、失語症の影響は、コミュニケーションの機会を増やすが、本人の認識に目立った変化は認めず、適宜担当スタッフよりフィードバックを行う。動作スピードは、仕事内容に慣れることで多少の改善は得られるが、依然「動作のゆっくりさ」は認められる。

(4) 面談

平成20年7月下旬、本人の抱える不安や悩み、障害者職業センターで提示された課題について、確認をする。

イ てんかん発作に対する不安について

てんかん発作が再発していないことや、てんかん発作を誘発し易い原因の一つである、「疲労」について、自己コントロールができるようになってきたことで、少し不安が解消されてきたと話す。

ロ 後遺症の影響について

麻痺の影響により、巧緻性を必要とする課題では時間がかかる場合もあるが、症例が希望する事務の仕事であれば大きな支障は認めないこと、また、失語症については、理解面ではほぼ問題はないが、自分の言葉で報告することや他者へ説明する時など、言葉の出難さを認めていること、また、易疲労性であり、動作全般的にスピードが遅いこと等について、症例と担当スタッフの間で確認作業を行った。

ハ 現状（障害）理解について

「てんかん発作を再発するリスクがある」「他の人と比べて疲れ易い」「他の人と比べて動作が遅い」「話をする時、言葉がでるまでに時間がかかる」等、高次脳機能障害の影響を含め、仕事をする上で課題や支障となるであろう自身の現状について、説明することが出来るようになった。

ニ 仕事内容について

具体的な職種内容の検討は困難であったが、「電話対応や誰かに説明することが多い仕事は避ける」「期日に迫られる様な急がしい仕事・職場は避ける」「仕事内容が日々変わるような仕事・職場は避ける」等、現状を考慮し、避けた方が良い仕事や職場環境について、具体的な検討作業を行った。

その後、症例より、「少し配慮してもらえれば、働けそう…」「トライアル雇用制度を利用して就職したい」等、再就職に対し前向きな発言や、「就職活動を開始したい」との申し出があった為、平成20年8月ハローワークへ登録し、就職活動を開始する。

6 考察

今回、再就職に向けて、様々な不安や悩みを抱える症例に対し、地域障害者職業センターとあしたばの2つの機関が就職活動開始までの支援に携わった。

今回、地域障害者職業センターにおいて、専門家としての評価やアドバイス、就職の際に活用できる制度の紹介等が適切にあったこと、また、あしたばにおいて、実際の作業場面を通して、てんかん発作に対する対処方法の獲得や、自分自身の現状について理解できたこと、また、それにより自分自身の働き方が具体的となったこと等が、症例の抱える不安や悩みを解消するきっかけとなり、就職活動開始へと繋がったのではないかと考える。また、どちらか一つの機関のみでは、症例の抱える全ての不安や悩みは解消出来なかったと考えられ、関連機関で連携することの効果は果たされたのではないかと考える。更に、ケース会議を通して、症例の抱える不安や悩み、また、今後の課題等について、2つの支援機関が共通の認識として捉えることが出来ていたこと、また、症例に関して「地域障害者職業センターは評価機関」として、「あしたばは活動や訓練の場」として、役割分担や立場を明確にしながら連携が出来たこと等が、今回の円滑な支援に繋がったのではないかと考える。

7 おわりに

医療機関は、病気や障害を伴った方が、その人自身が望む生活へと踏み出す為の、スタート地点になりうると考える。障害者の自立が求められる今日において、就労支援では、そのニーズを確認し、その後の支援体制構築の為の足掛りとなるような機能を果たすことが、医療機関における重要な役割の一つではないだろうか。

今後も、当院では、関連機関と連携を図りながら、医療と社会・地域とをつなぐ「架け橋」となる様、『あしたば』を展開していきたいと考える。

若年中途障がい者の復職に向けた支援について

—当事者・家族への就労支援過程の分析と復職後のインタビューについて—

○浜崎 千賀 (医療法人社団北原脳神経外科病院 医療ソーシャルワーカー)
飯沼 舞 (医療法人社団北原脳神経外科病院)
廣瀬 陽子 (医療法人社団北原脳神経外科病院)

1 はじめに

2007年の障害者職業総合センターの就業支援実施についての調査で、医療機関においては、「就業支援は公式な業務として明文化している」という回答が9.7%、「例外的に実施」「就業支援は全く行っていない」という回答がそれぞれ31.5%、28.0%であった。しかし、一方で障害のある人の就業に関する意見では、「前向きに就業支援を検討すべき」との回答が80.2%にも及んでおり、医療機関担当者も、就労支援を体系化できない現状の中で、何らかの就労支援をすべき必要性を感じていることが分かる。発症から回復期、慢性期にわたり、一貫してリハビリテーション支援を担っていく医療機関において、社会生活再構築を目標にした場合に就労支援を無視することは出来ない。就労に向けた重要な準備期を、医療機関の支援の下で当事者・家族は過ごすのである。

当院における独自の就労支援活動ボランティアサークル「あしたば」(以下「あしたば」という。)では、①ボランティアを媒体として就業前訓練②本人及び家族への定期面接(フィードバック、目標設定など)の2本柱で支援を実践している。あしたばでの独自の支援を開始してから2年半を経過し、これまで様々な支援ケースにおける支援効果の考察を行ってきた。しかし、定期面接での相談支援を繰り返すことでの効果判定はこれまで行えていなかった。

またあしたばでは、当院が脳血管疾患患者を中心に受け入れていることもあり中途障がいの参加者が多いが、10代から20代の若年中途障がい者を支援した経験はこれまでなかった。今回、20代前半の中途障がい者を支援する機会を得たため、若年中途障がい者を題材として、復職支援における相談支援の有効性、かかわりのあり方について考察したいと考えた。

2 目的

本就労支援活動における、若年の中途障がい者

への一支援事例の分析をとおして、若年中途障がい者及び家族への医療機関が持つべき支援の視点を考察する。また、支援過程や復職後のインタビュー内容を分析することで、当事者及び家族の心理的变化を探り、支援者としてのかかわりのあり方を見出していく。

3 事例紹介

Aさん 女性 20代前半

(1) 診断

脳腫瘍 水頭症 (2007年1月発症)

(2) 障害名

左片麻痺、高次脳機能障害 (注意障害、遂行機能障害、記憶障害 左同名性半盲)

(3) 家族

両親と妹と4人暮らし

(4) 職業歴

高等学校(商業科)卒業後、商社の一般事務として正社員で就職。就職後1年経過せずに、初年度1月に発症、休職にいたる。仕事内容としては、営業事務でパソコンでの書類作成や電話受付、資料作りなどであった。会社は、自宅からバスと電車を利用して1時間程度の距離。

会社の休職期間としては、傷病手当金受給終了の2008年8月までと提示されていた。あしたばでの支援開始をした2008年3月の段階で、会社の上司からは、復職に対して前向きな返答をもらっており、配置転換をしての復職を当初からの目標としていた。

4 方法

(1) ボランティアサークル「あしたば」での支援内容

Aはあしたばの活動参加を2008年3月に開始。週2回(開始後1ヶ月と復職達成後は週1回)の院内ボランティア活動に参加される。ボランティア活動を通して、作業療法士による作業評価を行い、Aへフィードバックを行う。また、併せて月

1回の頻度でA及び母親との定期面接を行い、活動のフィードバック、復職に向けた意思確認・課題整理などを行った。

活動参加直後に、地域障害者職業センターでのカンファレンスを実施。その後は、障害者職業カウンセラーによる会社への情報提供、仕事内容についての相談を行いながら、復職支援を進めていくこととなる。全2回の会社でのカンファレンスを経て、2008年8月よりリハビリ入社開始。週2回、短時間勤務から復職となる。復職後も、就業状況のフォロー目的で週1回の活動参加を継続している。

(2) 分析方法

イ 支援過程分析

A及び家族に対する「あしたば」での支援過程を、主に定期面接におけるAや母親の「語り」に焦点をあて分析を行う。「語り」の変化を考察していくことで、支援過程における支援者のかかわりのあり方を探る。

ロ インタビュー分析

復職を果たした後のA、母親へ個別に半構造化インタビューを実施。インタビューにあたっては、研究の目的を十分に説明した上で、支障のないことのみ話せばよいこと、不都合なこと、話したくないことがあれば話さなくてもよいことを予め説明し、研究協力に同意を得た。インタビューはそれぞれ1回実施。所用時間はAが55分、母親が50分であった。インタビューは院内の個室の応接室で実施された。

インタビューでは、以下の項目に沿って半構造的に質問を行い、制限を設けず自由に語っていただいた。

- (イ) 受傷から就労に向けた支援を受けるまでの経緯について
- (ロ) 「あしたば」での支援について
- (ハ) 復職を達成できた要因について

二人のインタビュー内容は、逐語記録にし、分析にあたっては、A・母親を比較分析するため、それぞれを別々にし、質的分析を試みた。逐語記録を意味のうえの単位に区切っていき、コーディングを行う。コーディングしたものに対しカテゴリー分けを行い、それぞれの特徴を考察した。

5 結果

(1) 支援過程分析結果（当事者の「語り」の変化に焦点をあてて）

表1 Aおよび母親の「語り」の変化

※【 】内は、目立った発言がないAの観察内容

	A	母親
2月 開始前初回 面接	(あしたば活動について)「 <u>一人で黙々と出来る</u> と思うからあまり気にならない」	「(Aは)障害もあるが、病気をしてから何を考えているか分からなくなった」「 <u>女の人</u> がいないし、同じような年齢の人もいないから・・・」
3月上旬 体験活動後	「 <u>楽しかった</u> 」「嫌な作業ではなかったから続けたい」	「本人が希望しているなら・・・」「 <u>身体機能の部分</u> で相談する窓口が欲しい」
3月下旬 職業センター介入後	【活動中分からなくてもスタッフに声をかけられず、解決するのに時間がかかり涙される場面あり】	「 <u>専門の人に入っても</u> らえるのはよかった」
5月中旬 定期面接	「慣れてきました」	「(あしたば開始後より)表情が良くなった」「やはり家にいるときとは違う」「 <u>仕事に向けてどう動いていけば良いか</u> 、不安」
5月下旬 第1回事業所訪問		
6月 定期面接 (会社への 通勤練習開始)	【自ら声をかけられるようになってきている】	「ボランティアでもいいからリハビリ出社を始めたい。」「(職業カウンセラーへ)直接相談してもいいですか」
7月 第2回事業所訪問後	「心配はない」「 <u>知っている人もたくさんいる部署だから大丈夫そう</u> 」	「本当に会社に戻っていいのか・・・」「リハビリ出社なのに賃金が支払われることでプレッシャーが生じてしまわないか不安」
8月～ 短期就業開始		
8月上旬 定期面接	「 <u>楽しかった</u> 。トレーナー(若い女性)と一緒に話しながら出来るから。同期とも会えたけど、仕事だから話せなかった。」	「問題はなかったみたい」「私は外にいるからどうだったかは本人しかわからないから本人に聞いて欲しい」
8月下旬 定期面接	「間違えたりはしないけど、時間がかかる。」	「仕事が増えたというか種類が増えたみたい。まだ週2日2時間だから・・・。」

(2) インタビュー分析結果

イ A本人

コーディングされたものをカテゴリー分けした結果、22の小カテゴリー、9の中カテゴリーに分類することが出来た。それを以下4つの大カテゴリーに分類した。

- (イ) 「よく分からない」から「前みたいに戻る」ことへの想いの変化
- (ロ) 医療リハとは違う「あしたば」という「学校」
- (ハ) 「普通の会社」と「ファミリー的な今の会社」のギャップ
- (ニ) 周囲の人への感謝

ロ 母親

同じくコーディングされたものをカテゴリー分けを行った結果、21の小カテゴリー、10の中カテゴリーが出来た。それを以下4つのカテゴリーに分類することが出来た。

- (イ) 復職は最終的目標
- (ロ) 「小さな社会」であるあしたばの専門的サポート
- (ハ) 障害者職業カウンセラーのサポートの大切さ
- (ニ) 会社にとってのA、Aにとっての会社の存在の意味

6 考察

(1) 支援過程分析における考察

支援過程におけるAの語りをまとめていくと、初めて参加したあしたばの作業について「楽しかった」「嫌な作業ではないから続けたい」と前向きに話すだけでなく、復職が決まったときにも、不安の訴えはなく「心配はない」「大丈夫そう」と話されており、Aが本来持つポジティブさがよい効果を生んでいるように考察される。経過からは、あしたば開始当初より自ら話すタイプではなく、そのために問題解決に時間がかかっていたが、場に「慣れてきた」ことにより、自らスタッフに声をかけることが出来るようになっていくことも知ることが出来た。また、復職後も「楽しかった」と話される反面、「間違えたりしないけど時間がかかる」と自身の能力を分析できていることもわかる。

次に母親の語りの変化を考察する。母親は当初あしたばについて、女性や同年代がいないことへ

の不安を話し、「本人が希望しているなら」と消極的ながらも了承される。しかし、障害者職業センターでのカンファレンス後「専門の人に入ってもらえるのはよかった」と話し、あしたばを『専門的な支援が受けられる場』として意義を見出されている。その後、第1回の事業所訪問を経て、復職に向けてリハビリ入社という具体的に希望を出されただけでなく、あしたばスタッフへ任せていた障害者職業カウンセラーへの相談を自ら行うことを希望され、専門スタッフに頼らずに前に進もうとする姿勢が見られた。また、これまではあまり自分から語ろうとしないAの代わりに母親が話すことが多かったのだが、リハビリ入社開始後より「本人に聞いて欲しい」などと言われ、本人の意見を尊重する姿勢に変化があったのが分かる。それは、リハビリ入社開始後の本人の変化（自己能力の分析が可能となる等）にも比例されているように考察される。

(2) インタビュー分析における考察

インタビューにより、Aや母親にとっての目標やあしたばの存在、会社の存在についての認識を分析することが出来た。

Aにとっての目標は「前みたいに戻ること」であり、母親にとっては、復職が最終目標であった。また、あしたばの存在について、Aは「学校」と表現し、母親は「小さな社会」と表現された。A・母親ともに、メンバーとの相互作用についても話されており、あしたばというコミュニティの中での作用を感じていたと考えられる。そして、Aによる「ファミリー的」な会社について、母親は「Aにとって会社、会社にとってAはどんな存在なのか」と疑問や不安を感じていることが考察される。

また、両者とも、障害者職業カウンセラーや会社社員、家族など周囲の人の存在の大きさを感じ、感謝の想いでいることを知ることができた。

(3) (1) 支援過程分析 (2) インタビュー分析をとおした考察

各分析を考察すると、A及び母親にとってのあしたばが大切なコミュニティのような場と認識されており、メンバーとの相互作用によりAや母親に変化を及ぼしたことがわかる。また、会社についてもAは「ファミリー的」な会社をととてもよく思っている一方で、その「ファミリー的」な会社

の存在に母親は不安を感じていることが考察できる。

今回の分析をとおして、A及び母親の語りの変化は、「あしたば」や「仕事」「会社」そして「自分自身」に対する認識の変化によるものが要因としては大きいのではないかと考察した。そのため、当事者や家族がどのような認識をもって、どのような存在と考えているかを支援者も共有することで、支援各期におけるかかわりのあり方が見えてくると考えられる。

特に、本症例のように若年中途障がい者においては、支援者が持っている認識と同じような「仕事」や「会社」の認識ではないことが考えられる。また、若年者の場合、家族の考えやニーズも非常に重要な視点となることは言うまでもない。そのため、支援者は当事者及び家族の支援そのものや働くことに対する認識（フレームとも言える）を共有するために、当事者の語りに十分耳を傾ける必要があるだろう。

7 おわりに

今回の一症例による支援過程並びにインタビューによる語りの分析により、支援者として当事者や家族に対する新たな発見をすることが出来た。

安達⁴⁾は「ストーリー（物語）ないしは、ある人の語り（telling）とは、人が現実をどのようなものとして受け止め描いているかの道筋であるといえる」と述べている。援助者の専門性は、そのような新しいストーリーがうまれてくる会話を、いかにクライアントとの共同で実現できるかということの力量に関連してくるのであろう。

また、就労準備期は、当事者及び家族が自身の障がいや考え方と向き合っていく時期でもある。そこにおける支援は言うまでもなく、作業支援だけでなく支援者との相互作用による「新たなストーリー」の形成がポイントになってくる。今後当院独自の就労支援をとおして、支援者として当事者及び家族の新たな「ストーリー」をつくるサポートをしていきたいと考えている。

先にも述べたが、障がい者は就労に向けた大事な準備期を、医療機関の支援の下で過ごすのである。就労支援における医療機関の使命を果たすため、私たち支援者が成すべき支援のあり方を検証し続けることが必要だろう。今回は当事者及び家族の「語り」に焦点を当てた新たな方法で分析

を試みたが、一症例の分析に留まり、また復職後のフォローアップまで含めた長期的な支援経過を追うことが出来てはいない。今後は、一症例の長期的な支援経過を分析していくこと、他の参加者も同様の方法で検証しデータを蓄積していくことで更なる検証が出来ると考えている。

【参考・引用文献】

- 1) 障害者職業総合センター：継続して医療的ケアを必要とする人の就業を支える地域支援システムの課題に関する調査、「資料シリーズ No.37」、障害者職業総合センター（2007）
- 2) 平岡一雅：高次脳機能障害患者のリハビリテーションプログラムとソーシャルワーク、武蔵野大学現代社会学部紀要第7号、P143-157（2005）
- 3) 障害者職業総合センター：地域における雇用と医療等との連携による障害者の職業生活支援ネットワーク瘻性に関する総合的研究、「調査研究報告書」、障害者職業総合センター（2008）
- 4) 安達映子：家族ソーシャルワークにおける“語り”の活用、共栄学園短期大学研究紀要、p 99-107（2001）

通所リハビリテーションにおける就労プログラムへの挑戦

－復職へと繋げる事が出来た脳梗塞によるてんかんと高次脳機能障害の一例－

○竹内 正人（帝京大学ちば総合医療センターリハビリテーション科 医師）
平野 雄三（医療法人社団三成会 春日リハビリテーション・ケアセンター 老健通所リハ）
鈴木 堅二（東北福祉大学リハビリテーション学科）

1 はじめに

通所リハビリテーション（以下「通所リハ」という。）は、本来地域ケアの中核的役割を担うものであるが、実態は、機能訓練、レクリエーションや通うことが目的になっていることが多い。自宅での生活や、家族との関わりなどは配慮されていないことが多いのではないだろうか。

現在、急性期病院の入院期間の短縮、疾患別リハビリテーション（以下「リハ」という。）の施行と訓練期間の縛りなどにより、地域では「疾患未治療」、「リハ放置」といってもよいようなケースが散見されるのが、現場での実感である。

特に、リハ領域では、脳損傷、脳血管疾患あるいは低酸素脳症などによる「高次脳機能障害」は、本人だけではなくて家族も含めた社会生活上の大きな問題となっている。そこでは高次脳機能障害に対する十分な取り組みがなされておらず、本人・家族のニーズを発見し、プログラム自体を組むことができないのが実情である。

2 ブラッシュアップ・プログラム

発表者は、保健・医療・福祉の連携を図り、包括的な関わりを促すQOL向上のためのプログラムとして、「ブラッシュアップ・プログラム」を開発し、展開している。ブラッシュアップとは、「さらによくする」という意味である。

基本的骨格として、先ず「情報の質と効率性」を重視し、①ICF（国際生活機能分類）×時間（過去・現在・未来）の枠組みでQOL向上のプログラムを考えながら情報を取り、②悪循環を明確化してニーズを創造し、③対話によるアコモデーション（思いを共有した上で個人の異なった世界観の同居）にて基本方針を決定する。次に、「治療的な環境の創出」を狙い、悪循環を断ち切るために、④心理・行動・環境の視点でのチームアプローチを、⑤本人へのアプローチだけでなく環境へのアプローチも重視して行い、⑥良循環への転換を図るといふ「一連の学習・成長プロセス」から構成されるものである。

今回通所リハにおける就労プログラムとして、ブラッシュアップ・プログラムを適用させ、良好な結果を得たので報告する。

3 通所リハでの就労プログラム

(1) 背景

私が教育を目的に月に2回関わっている通所リハで

ある。当初「通所リハで復職を目指せるのではないかとスタッフが楽観視していたが、様々な問題が浮上ってきて「これはどうしようもない。太刀打ちできないのでは…」という閉塞感と、「自分達スタッフが一体何ができるのか」という不安があるということで（スタッフの）教育カンファレンスに、発症後7か月を過ぎた07年3月に選ばれた。

以下はプレゼンテーションの内容である。

症例：41歳男性 Bさん 公務員

経過：06年8月、脳梗塞による左片麻痺にて、自宅で倒れ入院。06年12月リハ病院を経て自宅退院。ADLは自立するも麻痺は残存。07年1月、復職の見通しが立たないまま医療リハは終了した。07年2月、当通所リハ利用が開始された。

イ ICF×時間の枠組みでQOL向上のための情報

【健康状態】

- ①脳梗塞（右中大脳動脈前方病変）06年8月発症
- ②てんかん発作頻発（6回）。生活の乱れや病識の低下による状況不安の増大と相関。

【心身機能・構造】

- ①左片麻痺（Brunstrom stage 上肢・手指Ⅲ／Ⅵ、下肢Ⅳ／Ⅵ）
- ②高次脳機能障害
 - ・病識の低下「体以外は問題ない」「直ぐにでも復職できる」
 - ・注意力障害：TMT-A検査136秒（延長）、多弁、注意散漫
 - ・STAI検査：状況不安5／5（今の状況に不安）、特性不安1／5（元来不安はない）。
 - ・構成力障害：Kohs検査 IQ40点

【活動】

- ①バーセルインデックス95点／100点
- ②短下肢装具とT字杖にて公共交通機関の利用可能

【参加】

- ①仕事：役場職員
- ②現在、通所リハ以外は、自宅に閉じこもった状態

【環境因子】

- ①（元）妻、子供3人（10歳、4歳、1歳）の5人暮らし。
- ②最近、別居していることが判明。原因として子供に対する以前からの家庭内暴力や暴言がさらに悪化

した様子で、妻は公的な機関への相談も行い、妻自身がうつ状態で通院中〔ケアマネージャー（以下「CM」という。）に対して妻から内密に相談あり〕。

- ③現在、実家の両親と暮らしている。嫁への怒りが強い。今まで本人の病状説明は全て嫁任せにしており、本人からは何の説明も受けていない。「お風呂が1人で無理…」「可愛そうだ」「本人の頑張り次第だ」という両親の過介助と本人の依存の悪循環を形成していた。

【心理】

- ①エゴグラム（性格行動パターン検査）：逆N型。客観的で理論的なA（大人）は20/20、NP（養育的親）低値8/20、AC（適応する子供）低値4/20。誤った認識が強く、人への思いやりはなく人の言うことを聞くことはない孤高の人タイプ。
- ②解釈モデル：「早く仕事をしたい。仕事はできる方だった。俺の生き甲斐だ」「思いっきり酒を飲んでみたい。早く〇〇に遊びに行きたい。東京にも行きたい」「ストレスは溜まっていない。もともとストレスには強い方だから」

【個人因子】

- ①夜遅く、朝は昼頃まで寝ているなど生活が不規則で、不眠が強く、飲酒量も増えていた。
- ②通所リハも休みがちとなってきている。

ロ 悪循環の明確化によるニーズの創造

【誤った認識】

- ①本人：「病識の欠如」により身体以外問題ないと思いき、直ぐにでも復職が出来ると思認識している。通所の意味を理解せず、仕事をしていない不安（STAI状況不安5/5）があり、注意力も悪い（TMT-A136秒）。
- ②両親：高次脳機能障害を知らず、現状の能力を知らず、関わり方を知らないで、「ストレッチの仕方を教えて欲しい」「本人の頑張り次第だ」と、感情的な判断と親心のみである。
- ③スタッフ：てんかん発作や家庭内状況の悪化など「どうしようもない」

【不適切な行動】

- ①本人：不眠、酒量の増加など生活の乱れがある。子供への暴力や家族への暴言が増えた。能力に関して楽観的で、復職への行動は何も起こしてはいない。
- ②両親：過介助となっている。本人への努力を口で何度も促すが、無効のまま過ぎている。
- ③スタッフ：本人への注意を促すも無効で、返って本人が通所リハを休みがちとなりつつある。

【マイナスの結果】

- ①本人：てんかん発作が頻発するようになってきた。てんかん和高次脳機能障害による能力的問題で、復職が難しくなっている。家庭内崩壊となり、別居離婚し、両親と同居することとなった。

- ②両親：今度同居予定。妻との離婚協定など、裁判でも不利な状況にあり、父親の酒量が増えた。
- ③スタッフ：復職への道が遠くなり、関わりも疎遠となりつつある。

※ 以上、「誤った認識→不適切な行動→マイナスの結果」の悪循環が形成されていた。

てんかん発作に対する心理・社会的アプローチの欠如、高次脳機能障害に対するチームアプローチの欠如、復職に対する心理・環境を含めた包括的アプローチが欠如していることが、ニーズとして創造され、明らかとなった。

ハ 対話によるアコモデーションにて基本方針決定

プレゼンテーションが終わり、早速（戦略的な）家族面接を、両親、ケアマネ、通所スタッフ、相談員、見学者などを交えて行った。両親から嫁への気持が噴出したが、傾聴した。

今までの解釈モデル、両親が行おうと思っている今後の関わりを聞き、家族の思いと現実とのギャップを診断した後、本人も同席させて、説明を私が行った。

画像を見せながら、前頭葉病変で病識の欠如が今後も一番の問題であること、対応としては、できないことを本人が納得できる形で時間を置かずフィードバックしていくことが重要なこと、車の運転は難しく、復職も配置転換や工夫や代償が必要であることを説明した。本人には、頭部CTや検査所見やエゴグラムなど、できるだけ客観的な情報を示しながら、説明した。本人は、納得までにはいかないものの一定の病識付けの効果があり、両親が始めて「自分達も治療の一員である」との自覚が出た様子であった。

皆で「思いの共有」をして、基本方針を決定した。

まずは、外堀を埋めるために、家族が治療的環境としての関わりができることを目指し、本人の病識付けを行いながら歩行量増加や規則正しい生活ができるようにして、てんかんの頻度を落すことを狙う。07年5月以降は、仕事に必要な能力が付くであろうから、会社の方との面談を行い、リハ復職の可能性を探る。リハ復職では、会社側が治療的環境としての関わりができるようにして、本人自ら決して仕事を辞めさせないように留意させ、周囲の人の配慮も含めてトレーニングしながら進める。そうして、早く07年10月以降、妥当な時期として08年4月以降、人事異動時に本復職に入れるようにする。

ニ 心理・行動・環境の視点でのチームアプローチ

ホ 本人と環境へのアプローチ

【心理面】

- ①病識付けに対するアプローチ

エゴグラムによる性格・行動パターン分析結果を

参考にした。つまり、高いA(大人の自我)の論理性・客観性を逆利用して、客観的証拠を基に誤った事実をその場で指摘するようにした。

例えば、エクセルの表計算をさせた。最初本人は「こんな簡単にできる」と言っていたが、結果を提示すると「…」となるのである。

②本人へのアプローチ

先ず、通所リハスタッフにて行い、これを家庭や職場でもできるようにした。絶えず、本人の解釈モデルを先ずは聞くこと、そして他人の思いとの違いの事実を本人が納得できるように工夫して提示するように、環境を設定した。

当初、「内面はボロ雑巾…」など、他者批判自己肯定の姿勢や態度であった。徐々に、病識が付いて行った。一貫して「決して自ら会社を辞めない」ことは、事前に留意させた。

③環境へのアプローチ

通所スタッフには、どうしても優しさが優先してしまい治療の害になっていることを常に注意して、関わり方をトレーニングした。それは、経過と共に、両親や会社の人達へと移行した。

父親は、途中酒量が増えてしまい、父親自体へのメンタルヘルスマネージメントが必要であった。母親も、眠剤や安定剤などが一時必要となったが、どうにか治療的環境として作用した。

その後、リハ復職の時期には、どうしても指摘できないだけでなく、むやみに褒めてしまう状況となったが、徐々に本人のストレスと病識付けとのバランスが取れたアプローチができるようになった。

【行動面】

病識付けに合わせ、規則正しい生活ができ、自己管理ができるようにさせた。リハ復職時には、15時以降落ち着かなくなり、ミスも多く、本人に許されていない範囲であるにも関わらず、部下を他罰的に注意したりしていた。

当初は、日常生活、次に会社での対人トラブルに対して、適切な(認識と)行動ができるようにアプローチした。

【環境面】

①適宜、(戦略的な)家族面接を行った。

②(戦略的)会社面接

07年5月(戦略的な)会社面接を、直属の上司、衛生管理士、総務部課長を交えて行い、リハ復職を設定し実行した。

07年6月からリハ復職を開始した。会社の衛生管理者が直属の上司と職場での状況確認をしたり、通所リハとの対応方法の確認を行うようにした。家族は送迎を担当し、ケアマネとの交流を図って貰い、家族への心理的ケアをサポートした。

適宜、(戦略的な)会社面接を行った。

(2)結果 -良循環への転換-

【正しい認識】

①本人:「昔に比べ、集中できなくなった」。不適切な不安がなくなり(STAI状況不安3/5と正常)、注意力も向上した(TMT-A62秒)。

②両親:「当初は、家庭崩壊しそうだったが、こんなに良くなるとは思わなかった。皆様には、心から感謝しています(涙)」。母親は嫁への批判も減少し、本人への治療的環境となることへの重要さの認識ができた。

③スタッフ:「情報のための情報となっていて、組み立て方や活かし方ができていなかった。過去を踏まえた未来へ向けての関わり大切さ、生活や人生レベルで予後を見据えてタイムスケジュールを作り、一連のプロセスを戦略的に動かして行くことで、プログラムの質自体が向上すると感じた」「問題点にばかり目が行き、プラスの面に気付かなかった」「エゴグラムを利用して、病識の低下にアプローチできた。心理と行動の関係を知ることで、誤った認識→不適切な行動→マイナスの結果という悪循環の把握をして、心理・行動・環境の視点でアプローチして、それを良循環にするポイントを掴むことができた」「今まで優しさを履き違えていた」「通所リハでは、本人への関わりが強過ぎて、家族、職場、社会環境などに目が向いていなかった。外堀を埋めて、良い環境創りをすることの効果の大きさが特に印象に残った」

【適切な行動】

①本人:飲酒量が減り、運動量が増えた。規則的な睡眠時間の確保ができた。ミスは目立つものの、以前に比べ自己修正できるようになった。無遅刻・無欠勤の勤務態度となった。

②スタッフ・両親・会社:高次脳機能障害に対する関わり方が適切となった。

【プラスの結果】

①07年10月、本復職となった。肩書きはあるも、対人トラブルが少ない部下のいない職場。給料は多少下がったが、本人の能力内でやれることを見つけて長期でやれるところへの配置転換となった。

②本人は、仕事に満足している。仕事による生活意欲の向上と、精神的余裕もでき、規則的な生活へと改善した。

③てんかん発作も、抗てんかん薬を増やすことなく頻度が減り、復職後は0回となった。

※ 以上、正しい認識→適切な行動→プラスの結果の良循環に転換された。

てんかん発作に対する心理・社会的アプローチにより発作の回数を減らすことができた、対人トラブルは続くもできない部分に対する病識がついた、復職に対する心理・環境を含めた包括的アプローチが奏功し発症後14か月目に正式に復職ができ、その後

も継続できている。

4 考察

今回通所リハにおける就労プログラムとして、ブラッシュアップ・プログラムを適用させ、良好な結果を得た。

特に、リハの全期間を通して、大きな阻害因子となることは衆目の一致するところであり、またそのリハの方法論も明確ではない病識の低下¹⁾について考察することにする。

(1) 前頭葉症候群としての病識の低下

この症例は、前頭葉症候群としての病識の低下である。前頭葉症候群による病識の低下は、前頭葉に局在する脳活動の最高次としての自己認識 (self awareness) の崩壊として理解される¹⁾。

さらにGoldbergらは、一般的に病識低下をもたらすメカニズムを3種の脳内機構から提案している。すなわち、①自己の内的表象(こうあるべきだと自己が描くプラン)、②結果的な自己の能力に関する情報の入手と解釈、③両者の比較照合である。そして前頭葉症候群では、特に内的表象に障害があると指摘している²⁾。

今回自己認識の内容として本人の解釈モデルを聞いたが、上記①の内的表象に障害を強く認め、前頭葉症候群の特徴を示していた。アプローチとして、エゴグラムでの客観性・論理性が高いことを逆利用した。

これは上記②の結果的な自己の能力に関する情報の入手と解釈に有効に作用し、③の比較照合に役立てられたと考えられる。このように、「前頭葉症候群による病識の低下の特徴」を考慮して、アプローチすることも重要である。

(2) 病識の低下への対応

PCRC (Patient Competency Rating Scale) は、30項目からなる患者の能力 (ADL、認知、対人関係、情緒) の質問表で、本人と家族が5段階で評価し、自己認識のギャップを測定する神経心理学的検査である³⁾。

高次脳機能障害支援モデル事業の結果作成された高次脳機能障害ハンドブックによれば、病識欠落に対しての評価は、面接もしくはPCRSを行うとあり、訓練あるいは対応としては、「プライドに配慮しながら、不適切な行動や間違いを指摘・修正する。病識が出てきた場合には、自信をなくさないよう逆に配慮が必要」「自己採点、成績を図示して本人がわかるように工夫する」「グループ活動の中で、他人の失敗をみて自らの障害を理解するように図る」とある⁴⁾。

今回、PCRCによる評価や、グループ活動によるアプローチは敢えて用いなかった。個別性に欠けた質問項目とアプローチであり、限られた通所リハにおける評価とアプローチとしては、効率が悪く、効果が薄いと考えたからである。勿論、本人のストレスと病識付けのバランスを配慮したが、実際の成績や結果を本人がわかるように工夫しても難しかった。本ケースでは、心理・行

動・環境の視点で評価し、アプローチしたことが有効であったと考えられた。

Leathemらは、PCRCを脳外傷患者53人と健常者131人に行い、家族などの第三者の評価との差を比較した。その結果、ADL、認知、対人関係、情緒の各項目の中で、対人関係に関わる行動や情緒・感情のコントロールに対し、患者は自己の能力を過大評価しやすいことを報告している⁵⁾。名古屋市総合リハセンター実態調査では、受傷後の就労状況で、「仕事に行ったが辞めた」61名の退職理由として最も多かったのは「適切な判断が困難」21名 (34.5%)、次いで「対人関係のトラブル」16名 (26.2%)、「仕事が遅い」7名 (11.2%) などとなっている⁶⁾。

今回、本人とスタッフの関係から介入し、次に家族、最後に会社との関係へと段階的に、対人関係に関わる心理面と行動面にアプローチした。心理・行動面に着目したことと、「外堀を埋める」という形で「治療的環境」を創っていくなど、環境面へのアプローチを戦略的に行ったことが大変有効であったと考えられる。特に、単なるネットワークを作ったり、チームを組んだりするのではなく、よりよいチームワーク創りを目指して、関わる人自身だけでなくチーム自体が学習し成長するように、「ブラッシュアップしていくプログラム」が、奏功したのではないかと思う。

参考文献

- 1) 渡邊修、米本恭三: 基本概念と研究の進歩 症候編 病識の低下. *Journal of Clinical Rehabilitation* 別冊 高次脳機能障害のリハビリテーション Ver.2: 88-94, 2004.
- 2) Goldberg E, Barr WB (中村隆一監訳): 欠損の無意識性について考えられる3種の機構 脳損傷後の欠損についての意識性-臨床的・理論的論点- (Prigatano GP, Schacter DL eds), 医歯薬出版, 1996, 135-156.
- 3) Prigatano GP, Fordyce DJ: Cognitive dysfunction and psychosocial adjustment after brain injury. In: *Neuropsychological rehabilitation after brain injury*, Prigatano GP, Fordyce DJ (eds), Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1986, 96-118.
- 4) 中島八十一、寺島彰編集: 標準的訓練プログラム (第5章)、高次脳機能障害ハンドブック、医学書院、71-106、2006.
- 5) Leathem JM, Murphey LJ et al: Self-and informant-ratings on the patient competency rating scale in patients with traumatic brain injury. *J Clin Exp Neuropsychol* 20(5):694-705, 1998.
- 6) 名古屋市総合リハビリテーションセンター脳外傷リハビリテーション研究会: 頭部外傷後の高次脳機能障害者の実態調査報告書. 名古屋市総合リハビリテーションセンター、1999.

若年性認知症者に対するこれまでの取組み

○伊藤 信子（障害者職業総合センター社会的支援部門 研究協力員）

田谷 勝夫（障害者職業総合センター社会的支援部門）

1 若年性認知症に対する就労支援の必要性

我が国では、急速な人口の高齢化に伴い、認知症への対応も含めて、高齢者を対象とした保健福祉サービス等の基盤整備が進められてきた。しかし若年期での認知症者はその対象とならず、また在職中に発症した場合の雇用対策は喫緊の課題となっている。本研究では、今後若年性認知症者の就労継続支援の課題を明らかにすることを目的とし、専門家による若年性認知症へのこれまでの取組みや現状への提言等をふまえ報告する。

2 若年性認知症とは

若年性認知症とは、若年期認知症(18歳～39歳)と初老期認知症(40歳～64歳)の両群の通称である。本研究においては、対象者は原因疾患が進行性の変性疾患であることとし、主にアルツハイマー病、脳血管性障害、前頭側頭葉変性症(ピック病等を含む)、レビー小体病等とする。

3 これまでの実態調査等

若年性認知症は発症率の低さ等により、実態の把握が困難であるが、家族会の実態調査等を端緒に疫学調査等が実施された(表1)。

我が国で初めて実施された実態調査は、1991年の「呆け老人をかかえる家族の会」(現：「(社)認知症の人と家族の会」)による「初老期(65歳未満)痴呆介護実態調査」である。家族の要望として「在宅介護の保障整備」、「経済的保障」、「若年発症に対する理解の啓発活動」等があげられている。

1997年には我が国初の疫学調査「若年痴呆の実態に関する研究」、1998年には「若年痴呆の福祉的支援及び医療の確保に関する研究」が実施され、2007年には「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」が実施された。1997年の疫学調査からは認知症者は若年期2,607人、初老期23,006人の計25,613人が存在すると推計された。疾患は多い順に「脳血管性痴呆」(44.2%)、「アルツハイマー病」(16.7%)、「頭部外傷」(10.6%)、「アルコール性痴呆」(4.2%)等であった。2007年の調査では概ね3万人の若年性認知症者が存在するとされた。原因疾患としては最多のアルツハイマー病が50%以上、次に前頭側頭葉変性症10%前後、次いで脳血管性障害があげられている。1997年から2007年の間に、原因疾患の種類と割合が変化しているが、成人病予

防等の効果、診断技術の向上等がその要因と推察されている(宮永ほか¹⁾、1998)。

表1 主な実態調査等

1988	柄澤昭秀	アルツハイマー病等初老期痴呆の出現率に関する研究 昭和62年度厚生科学研究費補助授業
1991	呆け老人をかかえる家族の会	初老期(65歳未満)痴呆介護実態調査報告
1992	柄澤昭秀	初老期痴呆の有病率
1993	宮永和夫・米村公江ほか	若年性痴呆についての疫学調査報告
1994	大城等	鳥取県における初老期の痴呆の有病率 厚生省厚生科学研究費補助金 長寿科学総合研究 平成5年度研究報告 Vol.5・痴呆疾患
1994	大城等ほか	鳥取県における初老期の痴呆の有病率
1994	厚生省保健医療局精神保健課(監)	我が国の痴呆疾患対策の現状と展望
1997	柄澤昭秀	若年/初老期痴呆の現状と社会的支援の問題点
1997	一ノ渡尚道(主任研究者)	厚生労働科学研究費補助金(精神保健医療研究事業)若年痴呆の実態に関する研究 平成8年度研究報告書
1997	宮永和夫・米村公江ほか	日本における若年期および初老期の痴呆性疾患の実態について
1998	一ノ渡尚道(主任研究者)	厚生労働科学研究費補助金(障害者等保健福祉統合研究事業)若年痴呆の福祉的支援及び医療の確保に関する研究 平成9年度研究報告書
1998	一ノ渡尚道	若年期の痴呆—総論—
1998	宮永和夫	若年期の痴呆の疫学
2007	朝田隆・田邊敬貴・宮永和夫	厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業 若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究 平成18年度総括・分担研究報告書
2008	朝田隆	若年性認知症という残された課題

4 若年性認知症者の現状と課題

(1) 家族会の役割

支援制度が整備されていない若年性認知症者と家族にとっては、家族会が「患者と家族を見守る大切な組織」である。メディアで紹介される機会

等もあり、変調に気づいたときに、まず家族会に相談するという事例も増加傾向にある。また医療機関を受診し、診断の確定後、利用できるサービスが地域にないために、家族会に対応の相談をするケースは多い。そのため、家族会からサポートセンター、社会参加支援センター等が派生したという経緯もある。

(2) 専門家による現状の把握

本研究では先駆的に取り組んできた専門家によるヒアリングを実施し、現状の把握を進めた。

イ A氏(物忘れ外来担当医師)

―「障害」として考える―

知的、身体障害も含めて、レベルの高いところから低いところまで、質の内容に関しても幅広く考え、皆が社会の中に参加して、自立できるようにするのがよいのではないか(図1参照)。若年性認知症者を「障害者」ととらえるようになってきている。

デイケア利用者は認知症の進行が緩やかな場合があり、今まで診たケースで20年近くゆっくり進んできたケースもある。急に進行する場合は治療の対象となる(「病気」としてとらえる)が、ゆっくり進んで変化がない場合は家で生活を続けていけるものであり、疾病ではなく、記憶や判断力が少し低下した「障害」として見て、それに対するサポートにより、社会の中で生活していけると思う。

本人が働くことを希望しているのであればサポートするのが流れとしてふさわしいのではないか。

―病気の進行とその判断について―

進行具合を判断するならば、一年程度の期間をあけて二点法で変化をみる。10年くらいはこのままだろうとか、早く進むだろうとある程度予測可能である。ただしその間の環境が左右するので、薬よりも環境がよければ進みにくい。予防的効果があるのはデイケア・サービスであり、グループの中で過ごした人は進みにくい。生活のしかたによって病気の進行を妨げられる。長谷川式知能検査やMMSE(Mini-Mental State Examination=認知機能検査)は低下しても社会性が上がる人がいる。瞬間的によく過ごしている人はトータルでよい生活となる。極論だが高次脳機能障害は訓練を少し離れても能力的には大きな変化はない。ただし認知症は進行するので対応に緊張感はある。認知症は生活全体を見るべきと言われていたが、高次脳機能障害と同様、部分的にみることも重要である。認知症にも高次脳機能障害のようなアプローチは効果があると思われる。進行はするので、能力的な低下が見られたら、その都度対応すべきである。

ロ B氏(若年性認知症支援センター責任者、作業療法士)

―「うつ病」と「若年性認知症」―

症状は部分的であったり、断続的であったりするので、理解されにくい。仕事上の能力低下のみでなく、感情のコントロールが困難になるという症状もある。実際に若年性認知症の60~80%はうつ症状から始まるとも言われており、うつ状態と混同される場合も多い。実は若年性認知症であったが、「うつ病」と診断されて

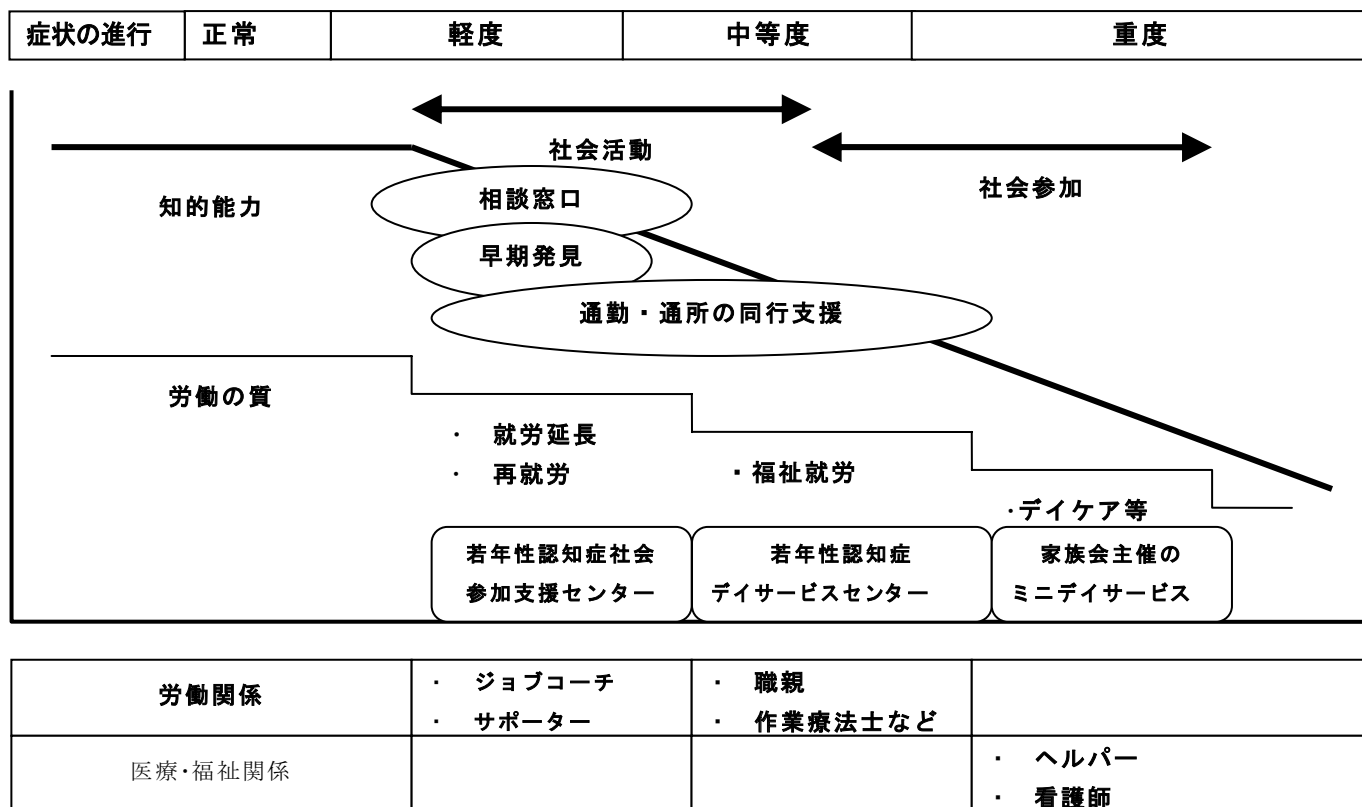


図1 ヒアリングによる必要な支援内容

宮永(2008)を改変

長く経過したため、その間認知症が進行してしまった例もある。「うつ病」と診断されて、なかなか治らず本当に「うつ病」なのかと思いつつも、かかりつけの医師を変更するのは本人にも家族にも大変なことである。

—相談システムの重要性—

40～50歳代後半は症状が顕著になる。ところがそれ以前に、本人は症状に気づいて悩んでおり、仕事を工夫していた期間が5～6年経過している場合がある。40歳代後半頃に、相談できるシステムがあれば、就労の継続の可能性も考えられる。

発症年齢は仕事でも大事な時期であり、新たなプロジェクトを立ち上げたり、役職に就いたりと不定形な仕事をしている場合が多いので、症状がつかみにくく、上司にも部下にも言い出せない場合が多い。このような場合に企業の中に、周囲に内容が漏れずに相談できるシステムがあるといいと思う。「症状の個別性」と言われるように苦手な部分を補充すべきか、それとも得意な部分を生かすべきかを検討する必要がある。例えば作業療法士等が企業にいれば職務内容を検討し、評価や調整ができるのではないと思われる。

ハ C氏(若年性認知症と高次脳機能障害のためのデイサービスセンター所長、作業療法士)

—高次脳機能障害と比較して—

高次脳機能障害の場合は、訓練として伝票計算等を実施しているが、同じ作業を認知症者がすると、作業中に何をしているのかが分からなくなってしまい、やればやるほど分からなくなる状態となった。高次脳機能障害者は、当初一人で通所はできなくても、繰り返し同じ道順で通所されると、道順を憶えている場合もある。ただし認知症者の場合は、繰り返しても憶えられない。

—デイサービスについて—

介護保険制度を利用しての若年性認知症者のデイサービスを実施しているところは、当センターが全国初で、全国で唯一である。通所の介助に介護保険が適用されれば、活動参加の機会も増えるが、現在は通所が困難で利用できないというケースも少なくない。デイサービス開始当初は症状の軽度のケースを対象とし、それぞれが役割をもって活動することを考えていた。ところが実際はデイサービスを必要としているのは中等度より重いケースが多い。

ニ D氏(精神科「若年性アルツハイマー病」専門外来担当医師)

—発症初期の就労について—

軽度の人の仕事が失った場合、医療としてのリハビリはなかなか難しい。軽度の人には、お年寄りのデイサービス等はなじめない。居場所がなくなってしまう。医療として手薄な部分となる。

「毎日通勤すること」がリハビリになり、とてもいい。こ

れは男性の場合であるが、仕事内容が簡単なことでも、続けられるのはとても重要である。女性で主婦の場合は、家事を上手く利用するとよりリハビリになる。ところが家族の理解が悪いと、病気であることを忘れて「何やってもできない」等と言ってしまい、逆に家事等が負担になってしまう。男性は仕事を辞めて在宅生活になることでストレスが大きくならなくても、リハビリをどのようにしたらよいかの問題になる。これに関する問題は非常に多い。

—言語能力について—

言語能力が残っている人はその場その場で対応できる。この違いは大きい。人付き合いに影響する。男性の方が言語能力は低下しやすい。一般的に女性の方が言語能力は高く、病気になっても女性の方が言語に関しては巧みである。ことばの能力は集団生活で影響される部分である。

—若年性認知症の進行について—

就労の継続は、本人にとってのリハビリになると同時に、3年継続できればその間、家族はこれから先の準備ができる。専門外来でのキーワードは、若年性アルツハイマー病になっても「人生は20年続く」。

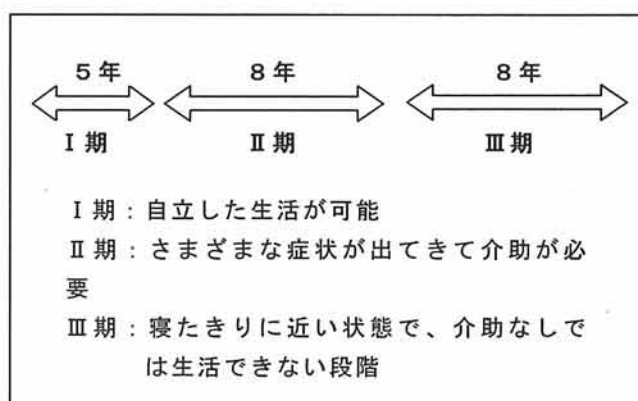


図2 認知症の進行

I期、II期、III期と分けて、5年、8年、8年と考えている(図2)。II期の後半からは自立した生活は送れないが、最初の5年は自立できる。20年の生活について家族を含めて、QOLをどうやっていくかがテーマとなる。家族も無理してはもたないし、家族が犠牲にならないように、患者さん自身も家族の幸せを考えているから、どうやって病気を受け入れて20年を過ごすか、そのスタートが最初の5年ということになる。発症で一気に崩れるのではなく、仕事の継続を含めて、今までの生活が続けられる余裕が持てると、その後の過ごし方が違う。例えば奥さんが仕事に出て行かなければならなくなると、ご主人のことでパニックになっても仕事には行かなければならないような状況となる。最初に余裕を持って過ごせることで全く違ってくる。家族支援に力を入れるのはそのような理由による。

医療では「早期発見、早期治療」と言って、早く見つけて薬を出しているだけでは十分ではない。家族への支援もし、本人にも指導する。しかし初期の段階のリ

ハビリには、仕事ができればそれが一番いい。病気の進行により機能低下への対応は難しいが、最初の3年で仕事ができれば、家族へのインパクトも違ってくる。

ホ E氏 (若年性認知症家族会代表)

—家族会への参加までの経過—

診断が確定する時期は人によって異なる。2, 3年前は家族が発症に気がついた時点から家族会の入口に来るまでに3~5年かかっていた。家族の性格によっても方向性が異なるところだが、最近は早い段階で家族会に問い合わせるケースが増えている。最初に気づいたのは家族のほか、職場の人である場合も多い。

—若年性認知症者の精神状態—

自分が病気だということになると、本人は職場にも、家族にも気を遣っている。始終一緒にいると本人は監視されているように感じ、また家族も休まらない。自論だが、離れて過ごすことによって、進行の度合いがゆるくなるのではないかと思う。もちろんその本人と家族との‘関係’にもよるが、家族も一生懸命なので、第三者がこうするべきだと言えない。あえて家族と離れて過ごすことが進行を防ぐ効果があるのではないかと思う。本人が何らかの活動に参加して帰宅すると、いい意味でいつもと様子が違っていたと報告する家族が多数いる。

—若年性認知症者の就労と社会参加—

当家族会の認知症本人会員約190名の中で、就労継続中の人は1名のみ。これだけの会員がいて、継続中がたった1名ということは、ほとんどの人が休職、その後退職しているのが現状である。

今の技術では早い段階で診断がつくので、診断の確定後は、仕事の継続が何よりのリハビリになることを考えて対応してほしい。ジョブコーチ(以下「JC」という。)は支援から離れざるを得ないので、可能であるならば、最後まで付き添って支援するサポーターやボランティアがいれば、就労継続が可能になると思われる。その後会社での継続が困難になったときに、家族会から派生した若年性認知症社会参加支援センターにすればよいのではないかと思う。さらに症状が進行した場合には、家族会から派生した若年性認知症サポートセンターによるミニデイサービス事業に参加するとよいと思う。在宅から施設に移行する前にも、在宅時に段階を踏んでサポートすることが可能と考えている(図1)。

実際は当事者が働く場所がないという現実があるので、できれば当事者数名に一人サポーターがつく就労継続支援事業等を立ち上げ、地域の行政にも協力してもらいたい。

—モデル事業について—

就労継続に関するモデル事業を実施してほしい。例えば、就労継続が困難な理由のひとつに、通勤が困難になったとき、同行者がいたら、継続可能だったかもしれないというケースがあった。モデル事業として通勤の同行者をつけた場合に、就労継続によってどのよう

な効果がえられるのか見てみることは重要であると思う。またモデル事業としてそのほかのサポート体制を試行した際の問題点等も浮かび上がると思うので、またそこから対策を検討してほしい。

ヘ F氏 (認知症家族会事務局長)

—就労支援の困難—

入会するまでに本人も家族も認知症であることを認めがらず、時間が経過してしまい、退職させられた後で家族会に相談されるため、初期の支援になかなか入れない。時間が経過してしまうと症状も進行し、就労支援の段階ではなく、経済的な支援が必要な段階になっている。

すでに退職したケースから、どの段階でどのような支援が必要であったかを検討するために、本人と就職していた事業所に調査しようとする、円満に退職したケースがほとんどないため、本人にも事業所にも「この件では、かわりたくない」と断られてしまい、調査も難しい。

(3) 就労継続に必要な支援として考えられること

ヒアリング調査から異口同音に言及されたことは、若年性認知症軽度の初期の段階で、就労継続が何よりのリハビリになるという点である。そのために必要な支援として、相談窓口があれば、その時点の能力に応じた職務内容・配属への変更が検討されることが可能となる。また本人の変調に最初に気づくのは職場の上司・同僚である場合も多いため、関係者の相談できる体制が整っていることも重要である。さらに医療機関での確定診断に至っていない場合は、相談窓口より専門の医療機関と連携することで、症状の進行等にも対応できることが考えられる。また就労継続が困難なケースの多くは、単独での通勤が困難なため、就労をあきらめざるを得ないというのが実際のところである。通勤に同行することは就労継続のための現実的な支援のひとつであることが考えられる(図1)。

5 今後の研究計画

今後は、「地域障害者職業センター利用実態アンケート調査」および「当事者家族会利用者実態調査」を実施し、本人や家族の就労への要望等を明らかにし、詳細な現状の把握を進める。さらには現在就労を継続している若年性認知症者とその事業所によるヒアリング調査を行い、就労継続のための支援内容を検討する。

6 参考・引用文献

1) 宮永和夫: 若年期の痴呆の疫学、「老年精神医学雑誌」第9巻第12号 1998.12、P1439~1449