

就労に向けた障害認定制度における取り組み

石川 球子（障害者職業総合センター事業主支援部門 主任研究員）

1 目的

健康の問題により、労働者が労働市場を去る、あるいは労働能力の衰退した労働者が職に就くことが困難であるという社会的及び経済的な問題¹⁾に対し、障害者の労働能力に応じた労働市場への統合推進の国内・外の取り組みがみられる。

本報告では、こうした取り組みの内、働ける能力がありながら、あるいは働きたいとの願いを持ちながらも職に就けない障害者に対する就労に向けた障害認定制度に焦点を置き、「職業生活における支援の必要性に応じた障害認定のあり方に関する研究」の調査結果を中心に報告する。

2 方法

障害認定制度に関する国内・外の文献調査と海外の障害認定機関及び政府の専門家に対する調査を実施した。

3 結果

(1) わが国における障害の捉え方

まず、障害認定制度を検討する上で重要となる障害の定義について国内の状況をまとめておく。

障害者基本法によれば、障害者とは「身体障害、知的障害又は精神障害（以下「障害」という。）があるため継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう」（第2条）。

千葉県条例において「障害」とは「障害者基本法第2条に規定する身体障害、知的障害、精神障害、発達障害者支援法第2条1項に規定する発達障害者又は高次脳機能障害があることにより、継続的に日常生活又は社会生活において相当な制限を受ける状態をいう」（第2条）。

日本弁護士連合会の障害差別禁止法案概要²⁾において「(1)障がいとは、心身の状態が、疾病、変調、傷害その他の事情に伴い、その時々 of 社会的環境において求められる能力又は機能に達しないことにより、個人が日常生活又は社会生活において制限を受ける状態をいうものとする。(2)過去にかかる状態にあったこと、及び将来かかる状態になる蓋然性があることも、(1)の障がいに含めるものとする」。

以下において、就労に向けた障害認定制度の取り組みについて、調査結果にみられた障害の捉え方・定義及び障害認定制度に関する主要な4つの動向に関連づけつつ、その内容をまとめておく。

(2) 社会保障制度の再検討と障害認定制度

イ 給付に関する評価制度の見直し

一般雇用への移行促進に関して、とりわけ精神障害者に効果的であろう¹⁾とされる障害認定制度を以下にまとめておく。

障害や疾病により働けない場合、就労不能給付が支給されて来た英国では給付対象者数及び受給期間の長期化への対処と労働市場への統合を目指した福祉改革法が2007年に成立した。新制度では就労不能給付は所得補助と併せ、新たに設けられた雇用及び生活補助手当とされ、生活保障と就労支援の有機的連携の強化が図られている³⁾。

新しい手当に即した就業能力評価（Work Capacity Assessment, WCA）を実施するのは雇用年金省の管轄下であり、雇用促進と福祉の機能を併せ持つジョブセンタープラスである。本評価は福祉改革の趣旨に沿い、対象者が「できない事」より「できる事」に焦点を置き判定業務を行う。

その特徴は第1に身体機能に関する評価について行動や機能がより良好に反映される内容としたこと、第2に精神機能に関する評価について認知障害や学習障害のある人の問題を反映するための拡充と身体機能の評価との整合性がとられていること、第3に就業に焦点を置いた健康関連評価等の新たな評価が追加されたことである³⁾。

ロ 就業促進の立法措置と認定制度

わが国と同様の雇用率制度を中心として障害者雇用対策を推進して来たオランダの就業促進及び障害認定に関する主な法律は就労能力に応じた労働及び所得に関する法律（Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA）と若年障害者支援法（Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten, WAJONG）である⁴⁾。

就労能力に基づく障害認定業務は社会・雇用省の管轄する労働者保険機構（Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, UWV）が行い、そのプロセスには機能障害を査定する保険医と障害者が就業可能な仕事を確定する労働関係の専門家の双方が関わる。こうした障害認定に用いられるのが、機能評価リスト（Functionele Mogelijkheden Lijst, FML）とデータベース（CBBS）である⁴⁾。

同じく雇用率制度を実施しているドイツでは、社会法典第9編において「ある人の身体的機能、知的能力又は精神状態が、6ヶ月以上にわたり、その年齢に典型的な状態とは異なる確率が高く、

そのため社会生活への参画が侵害されているならば、障害があるという。侵害が見込まれている場合には、障害のおそれがあるという」（第2条(1)⁵⁾。また、「ある人の障害度が50以上であり、かつその住所、通常の滞在所が又は職場での就業場所が、法に則り本法典の適用範囲内にあるならば、第2部の趣旨による重度障害者である」⁵⁾。

障害の認定及び証明（同編第2部重度障害者法第69条）は、障害者の職業への参画推進のための給付金や雇用率制度による保護の前提となる⁶⁾。

また、同編第2条3項において、その前項のその他の前提条件を満たし、その障害のために重度障害者との同等扱いが無ければ適切な職場を得る又は保持できない軽度（30以上50未満）の障害者に、重度障害者と同様な待遇を保障する規定⁶⁾があり、その判定は職業安定所が行う⁶⁾。重複障害や障害別の認定方法を「重度障害者法に基づく医学的鑑定業務のための手引き」⁶⁾に定めている。

（3）障害認定制度における生活機能面の評価

オランダの機能評価リスト（FML）（前述）は、個人の1日のフルタイム（最低8時間）の就業での総合的な機能評価を概観し、データベース（CBBS）はWHOのICFを取り入れている⁴⁾。

フランスでは、雇用分野では労働法典が、福祉全般の分野では社会福祉・家族法典が各種施策の根拠となっているが、障害認定制度についても両法典の関連条文で規定されている⁷⁾。まず、「障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針」は、社会福祉・家族法典L114条で定義されている障害のある者に対する社会的優遇措置として法律を適用するために、WHOの提唱する障害概念である機能障害、能力低下、社会的不利の3水準と病気の診断の4つの観点から障害を定義する⁷⁾。

「障害者の権利と機会の平等、参加及び市民権に関する2005年2月11日付け法律」（以下「2005年障害者権利法」という。）の8つの柱には障害者の必要の評価と権利の認定、市民権及び社会生活への参加が含まれる⁸⁾。本法に基づき最終的な障害認定を行うのは、県特殊教育委員会（CDES）と職業指導・職業再配置専門委員（COTOREP）を統合した障害者権利・自立委員会（Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, CDAPH）である。さらに、評価のための指針（前述）による能力低下率等の判定は、新たに設置された県障害者センター（Maison départementale des personnes handicapées, MDPH）が行い、多分野専門家チーム（équipe pluridisciplinaire）の活動を統括する⁷⁾。

こうした動きの中で、障害の捉え方も以下のよ

うに変化している⁷⁾。これまでは、「障害労働者（travailleur handicapé）とは、1つ又は複数の、身体的、感覚的、知的、精神的機能が変化したために、雇用の獲得又は継続が実際に減少している全ての者をいう」（労働法典L323-10条第1項）（現L5213-1条）であった。

しかし、2005年障害者権利法により社会福祉・家族法典L114条に修正があり、「現行法の意味するところにおいて、障害（handicap）とは、身体、感覚、知能、認知又は精神機能のうち、1つ又は複数の機能の実質的（substantielle）、継続的（durable）、又は決定的な低下のほか、重複障害（polyhandicap）又は日常生活に支障をきたす健康障害のために自らの環境において被るあらゆる活動の制限又は社会生活への参加の制限を指す」。

さらに、2008年には新たなツール「障害者の補償の必要性を評価するための手引き」（Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée, GEVA）⁷⁾が公布され、個々の障害者の置かれた環境や障害の状況の多面的な評価結果を障害労働者の資格認定（後述）・各種制度の適用の可否の資料とし、生活設計及び法的措置に関する基準に照らし個別の必要性に応じた障害補償プランを提案する。障害者が表明する職業を含めた生活設計等の希望を把握し必要な支援を提案できるのも特徴の1つである。このような社会モデルを加えた多面的な評価により、最近のWHOの提唱するICFの概念を取り入れ、重複障害も含めて、障害認定制度の改変を行っている⁷⁾。

（4）職業リハビリテーションとの連携

障害認定制度と職業リハビリテーション関係機関との連携による障害者の統合を以下にまとめた。

フランスの場合、障害労働者の資格の認定（reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, RQTH）を行うのは障害者権利・自立委員会（CDAPH）である（労働法典L5213-2条）⁷⁾。障害労働者は、この資格の認定により、職業生活に関する障害者権利・自立委員会（CDAPH）による適合企業（Entreprise Adaptée, EA）、労働支援機関・サービス（Etablissements ou services d'aide par le travail, ESAT）への進路指導、職業訓練・研修、Cap Emploi（企業と障害者に対する求職に関するサービス機関をネットワーク化した県の制度）、民間及び公的機関の雇用義務の対象となる、障害者職業編入基金（AGEFIPH）の助成金の権利を得る⁷⁾。障害者権利・自立委員会（CDAPH）による一般就労、職業再訓練センター利用指示も障害労働者資格認定に値する（労働法典L5213-2条）⁷⁾。

障害労働者の資格の認定（RQTH）は、2006年1月1日より、障害重度認定（reconnaissance de la lourdeur du handicap）となったが、この認定は職務への調整に対して、雇用主に（自営業の場合は本人）に行われる補償で使われる概念である⁷⁾。

ドイツの重度障害者法（前述）で規定される重度障害者を対象とした職業リハビリテーション関連サービスは、給付と促進、特に労働生活での随伴的援助等、雇用者と協力して行う専門家による相談やその他の支援、職場や事業所における重度障害者の利益代表、特別な解雇保護、一般労働市場への統合を意図した特別プロジェクトである⁹⁾。

さらに、障害の種類もしくは程度又はそれ以外の事情により、統合が困難な場合、法的及び経済的に独立した社会統合企業、公的な雇用主により経営される社会統合事務所/部門といった社会的企業による統合プロジェクトが規定されている（社会法典第9編第11章）⁵⁾¹⁰⁾。雇用率制度実施国イタリアの国法68/69では民間及び社会的協同組合において、従業員が15人以上では1人、50人以上では3人の障害者の雇用義務がある。本法によりB型社会的協同組合に所属した障害者への一般企業への移行保障が可能となっている¹⁰⁾。

米国では障害者の所得保障制度である社会保障障害保険（SSDI）及び補足的所得保障（SSI）の公正な運用を図るための障害認定は社会保障事務所が申請を受け、申請者の拠出要件や実質的収入活動の基準以上での就業などの基本的な受給条件の審査を行う。さらに、申請者の居住する各州の障害認定事務所（Disability Determination Services, DDS）において、申請者の障害状態が給付対象となるか否かを判断する¹¹⁾。これらの所得保障制度の受給者に対して、就業機会獲得と労働奨励促進法（Ticket to Work and Work Incentives Improvement Act）¹²⁾により、就労支援サービスが提供されている。さらに、労働力投資法（Workforce Investment Act, WIA）により、個別訓練費の制度、障害者の誰もが就労に関する基本的サービスを受けることができる¹²⁾。

米国では、障害者の人権を保障すべきという観点から、1973年にリハビリテーション法が、1990年に障害をもつアメリカ人法（Americans with Disabilities Act, ADA）（以下「ADA」という。）が制定された。リハビリテーション法を基礎とし、差別禁止の観点を反映したこのADAの障害の定義は「主要な生活活動の1つ又は複数を実質的に制限する身体的又は精神的な損傷（impairment）を有する。又はそのような損傷の経歴を有する。又はそのような損傷をもつとみなされる」（3条）¹²⁾。この定義は給付関係法の

定義とは異なる。

（5）障害者差別禁止

社会保障等に関する障害の定義とは別に、統合に加えて、差別禁止を視野においた障害のとらえ方や定義を以下にまとめておく。

2008年に成立し、2009年1月に発効した米国のADA改正法（ADA Amendments Act 2008）により、ADAの障害の定義（前述）に関して1990年のADAの成立当初の議会の意図との整合性を取り、障害をより広く、より明確に定義するために変更がなされた。

ADA改正法では、裁判所が「障害の定義」を解釈する際の5つの原則を規定している^{13) p. 7)}。第1に、「障害の定義」は本法の許容する最大限まで広範囲の者たちに資するように解釈する（§3(4)(A)）。第2に、「実質的に制約する」という文言は、ADA改正法2条「事実確認と目的」にそくして解釈する（§3(4)(B)）。第3に、「ある主要な生活活動を実質的に制約するインペアメント」を「障害」と認定するに当たり、そのインペアメントが「他の主要な生活活動」を制約している必要はない（§3(4)(C)）。第4に、反復発作的に出現したり、一時的に沈静したりするインペアメントは、その症状の発生時に「主要な生活活動を実質的に制限する」ものであれば、「障害」と認定する（§3(4)(D)）。第5に、主要な生活活動を実質的に制約するインペアメントであるか否かを認定する際には、「軽減手段のもつ改善効果」を考慮に入れてはならない（§3(4)(E)(i)）。

なお、軽減手段のうち通常の眼鏡又はコンタクトレンズのもつ改善効果は、インペアメントが主要な生活活動を実質的に制約するか否かを認定する際に考慮に入れる（§3(4)(E)(ii)）。但し、ADA改正法5条(b)によれば、「義務主体は、裸眼視力に準拠した資格基準（qualification standards）、採用試験その他の選抜基準が職務に関連し、かつ事業上必要付可欠であることを明らかにしない限り、それらの基準を用いてはならない」。

さらに、主要な生活活動の定義が新たに定義されると共に、その定義に「主要な身体的諸機能」も加えられ、範囲が広げられた¹⁴⁾。また、ADA改正法では、1つ以上の主要な生活活動を実質的に制約する身体的又は精神的な損傷、又はそのような損傷の経歴があることは合理的配慮の対象となる。さらに、原告が「現実にある又は認識された心身のインペアメントを理由に」違法行為を被った旨を立証しさえすれば、そのようなインペアメントをもつとみなされる¹³⁾。

2009年4月より施行の韓国の障害者差別禁止及び権利救済に関する法律第6条では障害と過去の障害の経歴並びに障害があると推測されることを理由にした差別を禁止しており¹⁵⁾、本法の適用範囲を第2条に定義される障害者から実質的に広げている¹⁵⁾。

英国の障害者差別禁止法制の支柱である障害者差別禁止法(Disability Discrimination Act, DDA)では、第1条を対象となる障害、障害者の定義にあてている。その第1項で「『障害』とは、通常の日常生活を行う能力に対して相当程度のかつ長期的悪影響を及ぼす身体的又は精神的機能障害(impairment)のある状態をいう」、また続く第2項では「『障害者』とは、障害をもっている者をいう」。更に第2条の規定により、障害歴を持つ者にも同法(第1編~第3編)が適用される³⁾。本法における障害者の定義は、個々の事案において、それが障害者に対する差別とみなされるかを判定する際に適用されるものである³⁾。

4 考察

障害者の労働能力に応じた労働市場への統合推進を目指す障害認定において、まず、増加傾向にある精神機能の障害の発生を視野に入れた、身体機能の評価との整合性のとれた制度が必要となる。また、生活のリズムの確立等が課題となりやすい、とりわけ発達障害、精神障害、高次脳機能障害をもつ人の特に就業に焦点を置いた健康関連の評価の充実が重要となる。立法措置との関連では、先天性の障害等をもつ若年層や重度障害者のみならず軽度障害者に対する制度を設けているオランダ及びドイツの制度は注目される。

重複障害者の障害の程度の捉え方や支援はわが国において課題となっている¹⁶⁾が、ドイツ⁶⁾やフランス⁷⁾の制度が参考となる。また、フランスはWHOの障害概念及びICFを取り入れた社会モデルを加えた多面的評価を取り入れている。

職業リハビリテーションや社会的企業との連携をとり、統合を図る制度が各国で構築されている。

差別禁止の視点から、ADA改正法における障害の定義を最大限広範な者に資するよう解釈したり、「軽減手段」を考慮に入れない障害の定義、障害の社会モデルの趣旨に則する等の立法府の姿勢は障害者差別禁止の視点で障害を捉えるうえで重要である。韓国障害者差別禁止法にも類似の姿勢が窺える。また、就労保障、主観的権利として個別対応の合理的配慮の整備にも重要と考えられる。なお、障害者の権利条約は、合理的配慮の実施を雇用の場に限定しておらず、同条約採択直前に可決された千葉県条例も同趣旨である¹⁷⁾。

文献

- 1) OECD: *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. VOL.2* (2007)
- 2) 日本弁護士連合会: 「『障がい』を理由とする差別を禁止する法律」日弁連法案概要の提案」p1-p2(2007)
- 3) 佐渡賢一: 第6章「英国の障害認定制度」『欧米諸国における障害認定制度』資料シリーズNo.49 障害者職業総合センター(2009)
- 4) 石川球子: 第5章「オランダの障害認定制度」『欧米諸国における障害認定制度』資料シリーズNo.49 障害者職業総合センター(2009)
- 5) 障害者職業総合センター: 「諸外国における障害者雇用施策の現状と課題」資料シリーズNo.49
- 6) 石川球子: 第3章「ドイツの障害認定制度」『欧米諸国における障害認定制度』資料シリーズNo.49 障害者職業総合センター(2009)
- 7) 石川球子: 第2章「フランスの障害認定制度」『欧米諸国における障害認定制度』資料シリーズNo.49 障害者職業総合センター(2009)
- 8) 大曾根寛: 「フランスの新しい障害者所得保障政策-2005年法のシステム-」『ノーマライゼーション』4月号(2007.4)
- 9) 春見静子: 第1章「ドイツにおける障害者雇用施策の現状と課題」『諸外国における障害者雇用施策の現状と課題』資料シリーズNo.41 障害者職業総合センター(2008)
- 10) 石川球子: 第1章,第2章「ドイツの社会的企業」『EU諸国における社会的企業による障害者雇用の拡大』資料シリーズNo.40 障害者職業総合センター(2008)
- 11) 百瀬優: 「アメリカ障害年金の形成過程と現状-日本への示唆を求めて」、『障害者の自立支援と「合理的配慮」に関する研究』厚生科学費補助金障害保険福祉総合研究事業(2009)
- 12) 石川球子: 第3章「米国における障害者差別禁止と合理的配慮をめぐる動向」『障害者雇用にかかる「合理的配慮」に関する研究』調査研究報告書No.87 障害者職業総合センター(2008)
- 13) 川島聡: 「2008年ADA改正法の意義と日本への示唆-障害の社会モデルをてがかりに-」『海外社会保障研究』Spring No.66(2009)
- 14) 石川球子: 第4章「米国の障害認定制度」『欧米諸国における障害認定制度』調査研究報告書No.87 障害者職業総合センター(2008)
- 15) 崔栄繁: 「韓国の障害者差別禁止法制-障害者差別禁止法を中心に-」小林昌之編『発展途上国の障害者と法: 法的権利の確立の観点から』調査研究報告書アジア経済研究所(2009)
- 16) 障害者職業総合センター: 「重複障害者の職業リハビリテーション及び就労をめぐる現状と課題に関する研究」調査研究報告書No.72(2006)
- 17) 青柳幸一: 「障害をもつ人の憲法上の権利と「合理的配慮」」『筑波ロー・ジャーナル』4号(2008:9)

精神障害者職場復帰支援におけるMSFASを活用した取組みについて

- 「自分の状況を理解するシート」の試行 -

高島 修子（東京障害者職業センター リワークカウンセラー）

生川 奈津美・今若 恵里子・宮下 薫・永島 弥生（東京障害者職業センター）

1 はじめに

東京障害者職業センター（以下「東京センター」という。）では、2005年より「うつ病等により休職している精神障害者に対する職場復帰支援」に取り組んでいる。東京センターでの職場復帰支援では、インテークの段階で「幕張・ストレスアセスメントシート（以下「MSFAS」という。）」を全対象者に記入してもらっており、支援者がその後の支援を具体化する段階で、重要なツールとなっている。

今回、対象者と支援者の問題共有、新しい対処行動の獲得のための課題設定を、早期に容易にするための取組みとして、MSFASを1枚のシートにまとめてみる試行を開始したので、状況と今後の課題について報告する。

2 東京障害者職業センターにおける職場復帰通所カリキュラムについて

東京センターでの職場復帰支援の通所カリキュラムは下記のような構造になっている。

利用期間：おおむね3ヶ月前後

利用時間：9時30分～16時30分

プログラム内容

(1)個人カリキュラム：作業と講義・自主作業を合わせ、担当カウンセラーと対象者が活動スケジュールを作る。

作業項目（決められた作業を集中して行い、それを通じて体調への変化を認識するのが目的。）

- ・数値チェック（トータルパッケージ版）
- ・日報集計（トータルパッケージ版）
- ・物品請求書（トータルパッケージ版）
- ・計算ドリル ・マス計算
- ・スーパー折り紙

講義項目（テーマに沿ってリワークカウンセラーによる講義を実施。講義を通しての情報提供、振り返り及び学習の糸口の提供が目的。）

- ・ストレスマネジメント ・認知行動療法
- ・睡眠について ・症状と対人場面
- ・職場内コミュニケーション
- ・職場復帰について考える
- ・キャリアプラン再構築 ・リラクゼーション

・薬について ・アサーション
検査等

- ・東京大学式エゴグラム（TEG - ）
- ・厚生労働省編一般職業適性検査（GATB）
- ・職業ストレス検査（OSI）
- ・ベックの抑うつ尺度日本版（BDI- ）

(2)共同作業経験プログラム

8名から122名のグループワーク。期間は5日間。複数で協力して実務作業を実施するもの。

3 実施状況

MSFASは障害者職業総合センターで開発された職場適応促進のためのトータルパッケージの中のひとつで、「職場や作業場面でのストレスや疲労の現れ方を把握し、それらのマネジメント方法を検討するツールであるとされている。特にストレスや疲労に関する情報収集に主眼をおくのではなく、ストレス・疲労に関する自己理解の促進や、具体的な対処行動の提案とその確立に向けた支援につながるものを指向する¹⁾」とある。シートは「利用者用シート」と「支援者用シート」の2部構成で、利用者用シートはAからFまでの6種、支援者用シートはGからMまでの7種がそれぞれ準備されている。

表1 MSFAS構成シート

利用者用シート

A	自分の生活習慣・健康状態をチェックする
B	ストレスや疲労の解消方法を考える
C	ソーシャルサポートを考える
D	これまでに携わった仕事について考える
E	病気・障害に関する情報を整理する
F	ストレスや疲労が生じる状況について整理する

支援者用（相談用）シート

G	医療情報整理シート
H	ストレス・疲労に関する探索シート
I	服薬/治療・リハビリの経過整理シート
J	支援手続きの課題分析シート
K	対処方法の検討シート
L	支援計画立案シート
M	フェイスシート

今回当センターで試行している「自分の状況を理解するシート（以下「状況理解シート」とい

う。）」は、初回面談時、対象者本人がMSFAS（シートA～F）を記入する。記入されたMSFASを基に状況理解シートに転記する。個別相談を行う、の手順で進められ、課題設定については、インテーク当日、もしくは2回目の面談で実施としている。

復職支援の利用を希望する対象者のほとんどが40分から60分ぐらいで、MSFASを自力で作成することができる。状況理解シートの作成は5分から10分程度で転記し終わることができる。細かい説明も必要とはせず、番号順（1・2・3、・・・）に転記するだけである。番号はストレスを感じる場面をスタートにして、F E C B Aの順に追うと記入がしやすいように構成している。転記順にはこだわる必要はなく、転記する者が書きやすい方法で問題はないことは言い添えている。

転記が終了したら、「8（自分の対処方法）」の満足度と「6（意欲的に作業ができる場面）」の満足度を「パーセント」で記入することを依頼する。

状況理解シートの作成にあたっては、認知行動療法等で使用されている質問紙や認知再構成表などを参考にした。MSFASの基本的活用方法では、「対象者本人の心理的負担感を軽減するため、自分の状況を比較的負荷の低い周辺情報から課題に向き合い解決策を検討するといった本質的情報へと段階的に作成することにして¹⁾」とあるが、職場復帰支援の対象者の場合、復職までの期間が限られているという状況で、利用期間を3か月程度に設定していることもあり、対象者との課題共有も早い対応が必要となると考えている。よって、現状でインテークの段階での記入としている。

状況理解シートの番号の1から3までは、「状況」「行動」「結果」と、対象者がストレス状況とを感じる場面とそれに対する行動、その結果という流れが一目できるようにしている。

4・5・7は、対象者本人が自覚している疲労のサインと、病気等によって現れてくる自覚症状、それが9に向かうと再発の危機的なサインとしてみる。疲労のサインに対して、対象者が選択している対処方法が8、対処行動が成功しているかどうかを満足度として%で記入してもらう。

9の「周囲の指摘」と10は、サポート資源として相談相手を転機、相談相手が家族の場合は「理解」の項目を追加して記入する。

11は日常生活行動の一部となる。

6は仕事のスタイルとして対象者が充足や満足を感じている場面が転記される。

4 状況理解シートの使用状況

2009年8月から現時点で、対象者本人が転記したものの10名、支援者が転記したものの15名分の計25名分の結果について報告する。カウンセラーが転記した場合は、満足度については空白もしくは後日聞き取りした。

Fシート（ストレス・疲労に関する周辺状況）については、職場でのストレス状況について対象者の自覚が強く、容易に記入できているように思われる。仮にストレス状況について記入することができない場合でも、1枚のシートにしてみると、「記入できない（空白）」という状況が明らかとなり、疲労状態が意識できていないのではないかと推察できる。また、ストレス状況やその中で対象者がどのような対処行動をとっているか、その満足度をパーセントにすることで、対象者は具体的に対処行動について意識でき、現状の対処法が「どうもうまく機能していないようだ」との気づきにつながってくる。また「対処法が十分か・適切か」といった問いかけとすることもできる。

「2、行動」では「我慢する」とあることが多く、適切な対処行動が見いだせていない状況が推察できる。「4、疲労のサイン」については「眠くなる・頭が重くなる・頭痛」「肩がこる・全身がだるくなる・手が震える」との記載が多い。まさにうつ病の特徴と一致しているが、病気の再発と関連づけられる対象者は少なく、改めて注目してもらうことで再発予防の意識付けを促すことができる。

また「能率が下がる」は気力の減退の表現と思われ、その結果パフォーマンス低下が意識され「周囲が気になる」という状況を招いていることが推察できる。

「10、サポート」の項目であるが、主な相談相手を家族としている場合でも、その家族が病気について「あまり理解していない・どちらともいえない」の場合は、実質的なサポート機能は不足していると考えられる。「11、たばこ・お酒」はリラクゼーションと考えている対象者も多く、特にお酒は「眠れないので睡眠薬代わり」「緊張を弛緩させる」などを目的としていると答える対象者もいる。睡眠障害がある一方で、「11、余暇・好きなこと」の欄に、ゲーム・パソコンと記載している対象者も多く、睡眠リズムの修正には、夜に興奮刺激を取り込むことを避ける必要があることなど、課題点が明確になる。このように、大体の傾向が容易に見渡せるようになっている。

1、状況 F-1-(1) -

2、行動 F-1-(1) -

3、結果 F-1-(1) -

4、疲労のサイン F-1-(4)

5、疲労に対する行動 F-1-(3)

6、ヒント F-1-(5)

7、変化・障害の現れ方 E-1-(2)(3) 左側

8、自分の対処方法 E-1-(2)(3) 右側

方法	満足度 %
	%
	%
	%
	%

9、再発のサイン E-(2) -
自分のサイン

10、サポート C-1-(1) および (3)

相談相手	理解 (3)	内容
1	ある	
2		
3		
4		
5		

11、

余暇 B-1-(4)

好きなこと B-1-(2)(3)

たばこ : A-1-(1) / 1日
お酒 : A-1-(2) ml / 1日 x 日

満足度 %

満足度 %

満足度 %

中には、MSFASへの記入そのものに非協力的であったり、記入そのものができないという対象者もいる。それらについてもカウンセラーが転記を試みると、質問の意図が読み取れていないなど病気や障害に起因するためと推察されることや、対象者がそもそも支援利用を望んでいないことが読み取れたりする。

5 まとめ

この状況理解シートの使用感是对象者からも支援者からもMSFASから得られる情報の再整理と分析状況が目に見える形で示されるため「解りやすくなった」という感想が多い。

このシートはMSFASに記入された情報を再構成して、対象者が自己を客観的に見ることを促進するための補助具的な要素を持っている。状況理解シートを利用することで、MSFASで提供される情報を、対象者にとって解りやすい形でフィードバックができる。情報共有し、協同でアセスメントすることで、早期に目標設定することが可能になる。新たな対処行動獲得のための動機付けや、対象者の認知や構えに課題がある場合には、どのような心理教育プログラムが適当かを選択する手がかりにもなる。

状況理解シートからは、復職後に「職場でしてほしい配慮」も推察できるので、これらは職場復帰支援のコーディネイトの際には事業主との協議の項目とする必要がある。

MSFASの効果については、その報告書¹⁾の中で、「情報提供を受けるだけではなく、より具体的な核心に近い話をするができること」「短期間で対象者と支援者が目標を共有できること」、また過程のなかで『情報の収集 情報の整理 情報の共有 ストレス・疲労の機能分析 対処行動確立に向けた支援計画立案』という機能を果たしている」としている。

状況理解シートは本来のMSFASの機能を、部分的に抽出して単純化したともいえる。両者の活用方法をさらに整理し、効果・効率的な実施に結び付けていきたいと考えている。

引用文献

- 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)」

参考文献

伊藤絵美:認知療法・認知行動療法カウンセリング、星和書店

坂野雄二:認知行動療法、日本評論社

岩本隆茂、大野裕、坂野雄二:認知行動療法の理論と実際

新体系移行事業所からの一般雇用に向けての就労支援とライフプラン

小原 淳子(社会福祉法人慈泉会 サンワーク六郷/秋田県南障害者就業・生活支援センター 所長)

山手 千美(社会福祉法人慈泉会 秋田県南障害者就業・生活支援センター)

本間 啓之(社会福祉法人慈泉会 指定障害福祉サービス就労移行支援事業所サンワーク六郷)

1 法人の概要説明

当社会福祉法人慈泉会は、秋田県の県南やや中央部に位置しており、大曲から東に向かって15分、美郷町を拠点に、身体と知的障害の複合施設で施設整備は美郷町が実施し、運営は当法人が行う公設民営の施設として知的障害者通所更生施設、身体障害者通所授産施設、身体障害者デイサービス事業を平成16年4月開設する。

平成18年10月には新体系に移行、障害福祉サービス事業所サンワーク六郷「生活訓練(定員6名)」「就労継続支援B(定員38名)」「就労移行支援(定員6名)」「生活介護(定員30名)」「グループホーム・ケアホーム(定員23名)」「居宅介護事業」美郷町委託事業として移動支援事業・相談支援事業・地域活動支援センター・日中一時支援事業を展開している。

これらの事業を行っている併設施設に障害者就業・生活支援センターと第1号職場適応援助事業を行っている。

2 法人の理念

あなたの「働く(はたらき)」「生活(あんしん)する」「自分の輝き」見つけてみませんか

あなたが地域で自立した生活ができるようにお手伝いします

あなたの気持ちを大切にします

あなたが「してほしい」サービスを選べるようにします。

地域との交流がもっとできるようにしていきます。

を理念にサービスの展開を実施している。

3 地域の実態

(1)障害者就業・生活支援センターの実施状況

障害者就業・生活支援センターにおける障害種別・就業状況別の支援対象者(登録者)は表1のとおり。

登録者のうち、知的障害者が全体の3分の2を占めている。また求職中の方の約40%が、福祉施設を利用し訓練している。

表1 (平成21年1月末現在)

区分	身体障害	知的障害	精神障害	その他	合計
在職中	14	65	1	1	81
求職中	14	65	12	5	96
うち施設利用	(2)	(33)	(0)	(0)	(35)
手帳なし	15	15	0	0	30
合計	43	145	13	6	207

・その他は基礎訓練が必要な者など、就職に向けての準備段階の者。

・「在職中」には、いわゆる福祉的就労は含めない。

・「求職中」には、ハローワークへの求職登録、職場実習など、就職に向けた具体的な求職活動を行っている者。

地域別にみると、美郷・大仙地区が全体の約4割を占めている。また地域ごとで、登録状況にバラつきが見られる(表2)。

表2 (平成21年1月末現在)

区分	仙北市	大仙市	美郷町	横手市	湯沢市	羽後町	東成瀬村	合計
在職中	9	26	8	30	5	2	1	81
求職中	8	21	17	32	10	6	2	96
うち施設利用	2	10	8	9	4	1	1	35
その他	1	8	6	14	0	0	1	30
合計	18	55	31	76	15	8	4	207

(2)施設利用の状況

サンワーク六郷通所者の年齢別・性別の状況は表3のとおり。

表3 (平成20年3月末現在)

	20才未満	20~29才	30~39才	40~49才	50~59才	60~69才	70才以上	計
生活訓練								
男	2		2	1				5
女	2	3			1			6
計	4	3	2	1	1			11
生活介護								
男		12	8		1	1		22
女		6	1	1	2			10
計		18	9	1	3	1		32
就労継続支援 B								
男		5	2	4	6	2	1	20
女		7	1	1	1	2	1	13
計		12	3	5	7	4	2	33
就労移行支援								
男		3						3
女	1	3		1				5
計	1	6		1				8
男	2	20	12	5	7	3	1	50
女	3	19	2	3	4	2	1	34
計	5	39	14	8	11	5	2	84

4 研修のテーマ

サンワーク六郷の施設から一般雇用された障害者は10人。この経験から新体系に移行した就労移行支援事業所や就業・生活支援センター職員が障害者の一般雇用さらにはその方のライフスタイルの安定に向けた就労支援の取り組みとそこから見てきた他機関の就労支援事業所や様々な事業所との連携の取り方での課題、利用者・家族の思いの狭間にたった就労支援及び生活支援について関係機関に繋いでいくケースの報告をする。

5 福祉的就労から一般雇用に向けてのプランの実施経過報告(平成18年10月より)

支援対象者にサービスを提供するにあたり支援事業所には個別支援計画を作成し、それに基づいて支援をしていくことが求められる。

個別支援計画の作成は利用者の方の意思及び人格を尊重し、個別のニーズに合った適切で効果的なサービスを提供するために、継続的に効果を評価しながら適切なサービス提供を行うことが必要とされる。

そこで、社会就労センターのモデル個別支援計画でアセスメントを行い、モニタリングを「就労支援のためのチェックリスト」(独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構)を参照に現場で役に立つツールとしてサンワークバージョンを作成する(以下「モニタリング表」という。)

生活介護サンワークバージョン1

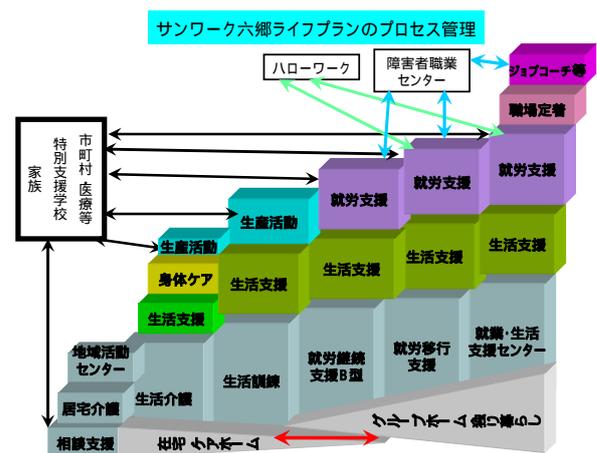
生活訓練サンワークバージョン2

就労継続支援サンワークバージョン3

就労移行支援サンワークバージョン4

このモニタリング表は事業所ごとにチェック項目の特徴がある。

支援計画と本人の状態とチェック項目と支援の考察で次のステップになるように活用して利用者のニーズに合わせて展開をする。



事業の再分化を図り本人本位の支援計画立案と事業所毎の目的を明確にするためにグループマネジャーを配置して職員の意識改革を行う。

6 職員の啓発及び意識の改革
個別支援計画作成

契約の仕方について
 サービスのプロセス管理について
 チェックリストの記入の仕方について
 モニタリング表の管理の仕方など

職員に周知や研修を行いながら事業を勧めたが、その中で、利用者の障害別と事業所毎の目的によって職員間で数々の問題点が浮き彫りになった。

事業所間での日課の違いや事業所の利用目的の違い、行事の内容の違い、新体系を理解できない。シートの記入が分からない。等の疑問や意見があり、再度、再分化した事業の目的についての再確認をする。

- ・ 就業・生活支援センター
 就業と生活の一体的支援の充実と職場定着支援を行う。
- ・ 就労移行支援事業所
 本人の働きたいという意志に基づき、的確なプログラム、パッケージを組んで一般就労に向けた支援を強化する。
- ・ 就労継続 B 型
 - 、 所得の確保、工賃倍増
 - 、 生活の基盤となる収入の確保
 - 、 働き続ける生きがい活動
- ・ 生活訓練
 エンパワーメントの視点とストレングス
- ・ 生活介護
 - 、 ケアの必要な支援を行い安心安全な日常生活支援
 - 、 創作活動、生産活動で利用者の生きがいにつなげる支援
 - 、 自己役割の伸長
- ・ グループホーム・ケアホーム
 安心できる住居生活を営むための生活支援と環境整備 個々のニーズにあった住居の提案

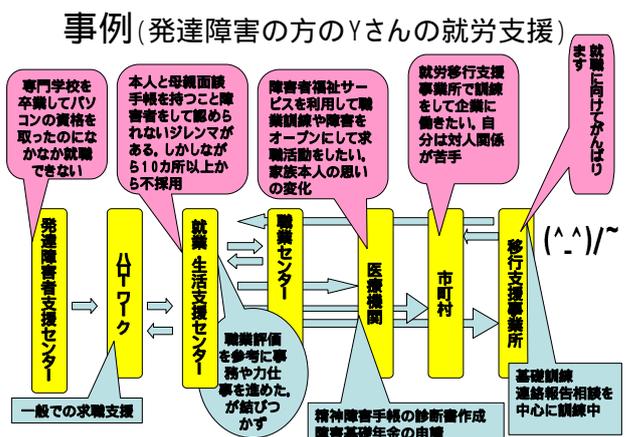
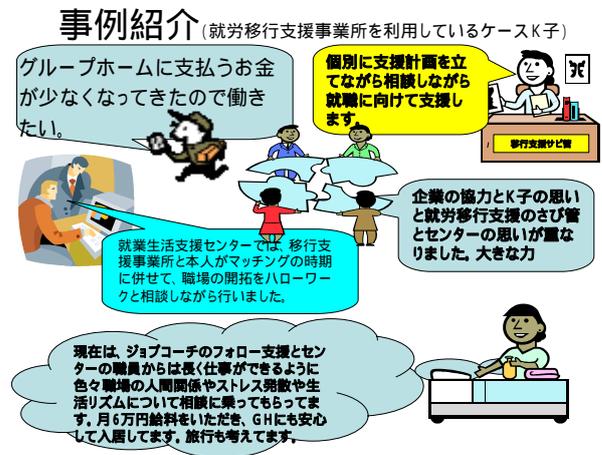
職員間で意識の共有化を図りながら支援を行ったそのケース事例を紹介する

7 事例紹介

関わった関係機関は、市町村 養護学校 中央地区担当就業・生活支援センター グループホーム 就労移行支援事業所 当就業・生活支援センター 障害者職業センター 企業 ハローワーク 家族 と連携を

図りながら一般就労に向けて支援を行う。ツールは、
 (就労移行支援サンワークバージョン 4)

現在も就業・生活支援センターで定着支援とジョブコーチのフォローアップ支援が継続されている。



現在、就労移行支援事業所にて基礎訓練を行っている。今後は職場実習や委託訓練を行いながら一般企業就職に向けて支援を展開予定。ツールは

(就労移行支援サンワークバージョン 4)

8 結果

働くことは、障害の有無を問わず、「所得を得(て地域で自立した生活を送)る」、「働くことを通じ、地域で役割を持つ(社会参加)」、「自分の夢や希望を達成する(自己実現)」という意味があり、実際に施設から一般就労に結びついた職員は、悩みや問題・課題を抱えながらも達成感を感じて次のステップ繋いでいる。

障害の有無を問わず、人生の中には入学、卒業、就職、離職(転職、定年、リタイア)など大きな分岐点があるが、進路を選択するためのメニューが豊富にあ

り選択できることである。

そのためには、今より充実した支援を受けながら生活することができるように支援の基盤を作ることがモニタリングのツールを活用しながら支援体制を今後も、より強化させて他の事業所との連携を図っていくことが不可欠になる。

そこで、地域支援マップを作成し県南地区の利用者がスムーズにサービスが受け入れられること。また、関係機関の連携をすることによって、選択できるサービスが豊富にあることの啓蒙活動をワーカーが担い活動を展開している状況である。

9 まとめ

障害者の就労支援を行うためには、雇用・福祉・教育などの各分野の連携が不可欠であり、各支援機関の役割分担のもとに、個々の障害者のニーズに対応した長期的な支援を総合的に行う必要があり、そのためにもネットワークを地域ごとに構築する定期的なケース会議を開催しながら、障害者の方のライフステージを適切な支援をどの機関を利用しても適切な支援に結びつく事ができるサービスの調整をすることが大事である。

また支援者にとっては各分野の強みを生かして効果的な役割分担ができ、障害者の方の支援に繋げながら、各支援機関が持つ目的や目標などはそれぞれ支援機関固有のものであるが、就労という同じ目的に対してはそれぞれ各支援機関が共通の認識を持ち方向性を揃えて取り組んでいく事が大事だと考えている。

ネットワークを築く為にも、顔と顔が見える関係を作っていかなければいけないと感じている。

そして「働きたい」という気持ちを実現する為には、大きな力が必要。その大きな力がネットワークチーム力であり、支援の輪を広げてこの大きな力を地域の中にもみだしていくためには個々の障害者に必要な支援をコーディネートする役割を就労移行支援事業所と連携を図り就職に向けての支援を強化していきたい。

障害者の方が一般就労できるよう、またその後のライフステージをフォローできるよう今後も検討しながら展開していく。

失語症者の復職に向けての支援

中城 みな子（医療法人新さっぽろ脳神経外科病院 言語聴覚士）

1 はじめに

失語症者の復職には大変な困難を伴う。言語能力が重要な職業では尚更であり、配置転換や業務内容の変更がかなわなければ退職を余儀なくされる。今回、2年8ヶ月の言語聴覚療法（以下「ST」という。）を経て高等学校の国語科教員に復職した症例を経験した。当初国語科ゆえに復職困難ではと予測していた症例だったが、職場の理解と協力を得てリハビリテーション出勤を経て復職に至った。復職までの過程をまとめたものに若干の考察を加えて報告する。

2 症例紹介

40歳代・男性。2005年2月14日脳ドックで巨大未破裂脳動脈瘤発見。翌週クリッピング術施行後脳梗塞発症。右片麻痺、失語症を呈した。
職業：高等学校国語科教員、クラス担任のほか、進路指導部長、クラブ活動顧問などを担っていた。
家族：妻と子供3人（小学校低学年、高学年）

3 リハビリテーション（以下「リハ」という。）の実施期間

入院では理学療法（以下「PT」という。）・作業療法（以下「OT」という。）・STを約3か月実施、退院後はOTとSTのみ週5回外来フォローし、2006年からはSTのみ継続した。

4 ニード

本人：2005年秋、遅くとも年内に復職したい
妻：休職期間はリハ継続し、なるべく良くなって復職してほしい。

5 外来リハへ移行時の状態

(1)身体機能面

軽度右上下肢麻痺残存。歩行は杖なしで1.5～2km可能。上肢動作テスト81点、手指巧緻性低下、動作スピードアップで屈筋痙性増強し易く、筋易疲労性あり。右手での書字は18mm×18mmマスに連続30分程度。ゆっくり可能。箸使用しての食事は1～2皿程度。

(2)言語機能面

標準失語症検査では理解・表出とも軽度障害レベルに改善したが、喚語困難による淀み、錯語の出現、不自然な言い回しなどは残存しており、複雑な内容の伝達は聞き手の推測を一部要する状態。

日常会話の理解はほぼ可能も、情報量が多い文章の聴き取りはまだ不十分。

6 障害受容

本症例は国語科教諭であることから、失語症や言語のリハビリをすることやその意味についての理解がなかなか進まなかった。主治医から2年はリハ継続が必要なこと、復職可能かは経過次第であることが説明されていた。しかし症例はその年の秋（発症8ヶ月頃）に復職をするつもりだと周囲に話していた。症例が障害を受容し、復職に向けて能動的かつ効果的に行動できるようになるまでに1年以上を要した。障害受容までの経過を以下に記す。

(1)発症～5ヶ月（2005年3月～同年7月）まで：

ST開始時はテストバッテリーの実施や訓練には協力的で意欲があった。発症3ヵ月後には標準失語症検査では軽度障害レベルに改善したが、喚語困難による淀み、錯語の出現、不自然な言い回しなどは残存しており、複雑な内容の伝達は聞き手の推測を一部要する状態であった。日常会話の理解はほぼ可能であった。この頃から「国語の力が上の自分になぜ国語の力を試すようなことをするのか」「教師の自分のほうがSTより言語の専門職なのに」という自負がSTとの会話の際徐々に感じられるようになった。またその時々々の訓練課題に対しても「これをやると本当によくなるのですか。」このような質問がたびたびあり、幾度説明しても訓練効果を1～2週間と短いスパンで期待しがちだった。外来通院に移行してからは、リハから提供した自主練習課題は終了までに2～3時間要し、自分のやりたいことが出来ないところがあり、復職の意思とは裏腹な発言が聞かれた。家庭と病院と間の限られた活動範囲の中で世間話程度のやり取りは可能であり、たまに会う人々には発症時に比べると言葉の改善を驚かれることのほうが多かったと思われる。それは結果的に残存する言語症状への気づきを遅らせた一因となった。

(2)発症6ヶ月～12ヶ月（2005年8月～2006年2月）：

ある日の自分の説明が他者にうまく通じなかったという体験を通して、自分には思うより談話障害が残存しているということを改めて自覚したようだった。STにもこの体験を「国語の教師なのにこれではまずいと思った」と話された。リハに対

するモチベーションは若干向上し、ST自体の受け止めは定着してきたが、心理的な浮沈は時々認められたため、その都度傾聴し助言を継続した。この頃は気持ちの建て直しは徐々に早くなっていたが、訓練効果への焦りは残存していた。また受傷前の自分と比較するために言語機能の改善点を認められず、喜びや自己の努力に対しての評価が得られなくなっていた。そのため発症時や2ヶ月前、3ヶ月前の状態と現在との変化を説明するように意識して関わった。

(3)発症から13ヵ月～15ヶ月(2006年3月～同年5月)まで:

「教育とリハビリの違い、STを続けることの意義がようやく分かった」という発言が聞かれるようになり、現在の言語症状ではまだ復職は困難であることも理解された。それ以降の心理的安定性は日々向上し、リハビリに能動的に取り組めるようになった。STに対する抵抗感を気づかせるような発言もあまり聞かれなくなった。STが症例と同じ目標を共有できているという実感を得られたのはこの時期であった。

7 復職を見据えて

(1)職務内容

復職後の職務内容は、以下のとおりである。教科(国語総合、古文、漢文)担当、教材研究・準備、試験問題作成・採点、補習授業の実施、クラス担任としての学級運営、全体的・個別的かつ臨機応変な生徒指導、成績評価・通知箋記載、保護者とのかわり、問題が発生した場合の事態収拾、就職先・進学先との折衝、会議、分掌業務(部会、部活動顧問)など多岐に渡る。これらの業務を自立的に遂行するためには、全般的な言語機能とコミュニケーション能力、思考・判断の的確性・敏捷性、作業速度(および能率)、心理的な安定性・強さ、危機回避能力などの能力が必要とされる。後遺症のある状態での復職であり、本症例がどこまで可能か、今後環境調整や代償手段は必要か、それは何かの見極めが必要であった。病院の訓練室および家庭で出来ることには限界があり、学校という場を使っただけの練習が望まれた。

(2)復職までの事務手続き

長期休職者が復職するためには所管の教育委員会の健康判定審査に承認されなければならない。審査は月1回実施されていたが、休職中の代替要員手配の兼ね合いから、復職を希望する月の3ヶ月前に申請しなければならない。そのため、今後の改善を予測し、それを前提に受審のタイミング

を決定しなければならない。通常各学期からの復職が通常で年3回の機会があることになるが、症例の勤務する高校は前・後期の二期制であり、復職の時期は4月からと10月からのいずれかであった。

(3)ためし出勤の提案

STは過去に休職中の教員が学校を訪問し会議や部活に参加するというのを、学校側に許された経験があった。しかし模擬授業は実現したことがなく、どこまでの協力が得られるかは未知であった。STは通常授業がない夏休み期間ではどうかと考えていたが、症例と相談したところ、教職員の異動や新学期のあわただしさが落ち着く6月頃が時期として適当ではないかという発案があり、6月を調整開始時期と決定した。

イ リハビリテーション出勤に向けての布石

2006年4月から週1回数時間、学校へ出向いて同僚たちとの会話機会を持つことから開始した。一般の交通機関利用ではバスとJRの乗り継ぎがあり、待ち時間も長い為、妻の運転で通うことになった。症例に職場の雰囲気を出し、また家庭や病院とは異なった会話内容出来る場で、新たな刺激を受けていただくことが目的であった。授業の合間に同僚や初対面の教員と会話をし、廊下まで聞こえる授業場面など学校の雰囲気に触れることは職場の感覚を呼び覚ますのには効果的であった。

ロ 学校との調整

6月に入り症例を通じて学校側にリハビリテーション出勤の件を打診していただいたところ、2006年6月13日、校長先生自らが保健室の養護教諭と看護師の資格を有する教員(以下「サポート役教員」という。)を伴って来院された。この教員は、過去に復職者のプログラム作成の経験があるということで選ばれたそうだ。この面談では、STから現在の言語症状とリハビリテーション出勤の趣旨を説明し、学校側からは全面的なバックアップが得られることが確認できた。2回目以降の面談は教頭先生とサポート役教員とSTの3者による段階的なリハビリテーション出勤の進め方を相談した。STからは、段階的な出勤日の増加と時間の延長、教職員との会話、会議等への同席、可能であれば電話対応、授業を想定した自主練習のため空き時間、空き教室提供、模擬授業の実施、可能であれば複数回、クラス人数を変えても試行したいことなどを依頼した。また、リハビリテーション出勤中は、復職を想定した視点での評価をして欲しいこと、定期的な情報交換の機会を持ちたいことも伝えた。

6月下旬には、来月からのリハビリテーション出勤に向けてサポート役教員から学校におけるスケジュールの提示があった。授業面では国語科だけではなくサポート役教員の担当する福祉科目も活用して構わないということだった。予定は夏季休業中の7月下旬から出勤開始と決まった。学校内の教職員周知のために必要とすることで、改めて病院からの依頼文書を提出した。

(4)リハビリテーション出勤(2006年7月から開始)

授業に関しては次のように行なわれた。

- ・ 7月(夏季休業中)
医療福祉系 校外実習の礼状などの添削
- ・ 8月・9月 週2回、2時間程度の出勤
国語科または医療福祉系での授業見学
STで模擬授業「羅生門」開始(50分×7回、
板書+プリント作成)
- ・ 10~12月 週2回、2~4時間の出勤
医療福祉系 授業見学と一部授業実施
(「失語症について」)
10月19日公開授業実施

国語科 授業見学

- 11月6日 教頭先生・サポート役教諭に
対して9日のプレ授業
- 11月9日 非公式な協力で練習授業
- 12月6日 リハビリ授業
- 12月8日 リハビリ授業

2006年12月中旬、出勤途中に追突事故に遭遇、幸い怪我なく済んだが、学校側の意向でそれ以降の出勤は冬期間中止となった。

リハビリテーション出勤中の情報交換は、サポート役教員とST間は適時電話やメールで行なった。また症例からは外来ST時に持参する日記の記載内容を元に話を聞き、また症例が自ら作成し授業のあと生徒・教員に自由に記載してもらった意見・感想アンケートのコピーを読ませていただいた。今後の方向性を検討するような局面においては、教頭先生を交えてサポート役教員と面談を行なった。教頭先生からSTに対し一度授業場面を見に来て欲しいとの要望があったが、結果的には見学する機会は得られずに終わった。

(5)復職時期の決定について

この年復職希望者が多く、翌年4月復職希望者に対する教育委員会の事前調査が行われた。その調査の締め切りのため、例年よりも半月ほど早期に復職時期の決断をしなければならなかった。症例は国語科でのリハビリ授業以降、2007年4月復帰も考え始めていた。理由は後述するが、結果的

には追突事故が直接的なきっかけとなりリハビリテーション出勤が中止となった為、4月復職を断念した。

学校側との面談では、復職の条件として以下のことが挙げられた。

- ・ 授業が出来ること：15時間/週、1日に2~4時間連続授業になることもあり得る。復職してしまうと授業時間を減らすなどの極端な配慮は出来ない。
- ・ 板書がしっかり出来ること。
- ・ 分掌業務から外すことは出来ない。負担が少ない部へ配置する配慮は可能。
- ・ 国語は主要3科目に入っており、講習や補修もある。他の教員に交代してもらうことは出来るが、その分通常の授業はこなせなければならない。
- ・ 教科担任不在時は代行や自習監督など国語科内優先でカバーする必要がある、症例だけしなくてよいという配慮は出来ない。

ということであった。

リハビリ授業後、国語部会としては4月復帰でもよいのではないかと、不十分な点はあるが、経験をつめば改善するのではないかと、早く復職したほうが良いという評価であった。症例自身は迷っているものの、国語科の教員が認めてくれているので大丈夫ではないかと4月復帰を内心では期待している様子であった。当時の校長先生が年度末で定年退職する事や国語科の教員の中にも症例とは長年の同僚であり先輩である先生が、来年度前期で定年退職する事になっており、新体制の下で自分の処遇がどうなるのかという不安や信頼でき精神的な支えとなる先生が在職中に復職したいという焦りがあると思われた。

国語科の授業に関しては「国語総合」しかまだ試行しておらず、より説明が難しいという古典・漢文は未経験であった。また論説文の要約をする、テーマに沿った小論文を書くという受験する生徒にとっては欠かせない課題もまだ試みていなかった。リハ的な観点からも後期からの復職が望ましいとSTは考えていた。面談の際、教頭先生、サポート役教員も国語の授業以外の職務もあることを考慮すると時期尚早ではないかという意見であった。妻も同意見であることは症例を通じて聞いていた。

症例は2007年8月、健康判定審査を受け10月から復職を果たした。審査の為の書類にはSTからの報告書が添付されたが、「復職が可能となった場合は向こう1年位担任を持たずに、国語科の授業

と分掌業務に留めていただけると、“失語症の教員”として創意工夫しながら業務に取り組み、自己の新しいスタイルを構築するものと思います、とのコメントを加え提出した。

8 考察

今回復職可能になった要因を整理する。第1に重要だったことは、障害受容ができ、リハに向き合うことが出来たことである。本症例は経験豊富な国語教師であったことが、言語リハの受け止めの阻害要因になったといえる。症例がそのことについて感情的になり、あからさまに疑念を言葉にしたわけではなかったが、会話の端緒から察することは出来た。セラピストを本当の意味で信頼し、訓練内容に納得するまでに結果的に時間を要した。自己の言語症状についての客観的な評価が不十分であり、自己の望む時期に復職できないことはその後の抑うつ的な感情を招いてしまった。手術したことを後悔したり、教員に戻れなかった時を考えたりして自殺を考えた時期もあったと復職後に語っている。当時ST場面では「手術したことは後悔していません」という言葉を何度か言っていたが、自らが決断したことであり、まして病院スタッフには嘆くことが出来ない気持ちが隠れていたのである。

第2に失語症以外の高次脳機能障害はなかったことが挙げられる。経過の中で思考の柔軟性低下や問題点の把握を困難、本来であれば得意であったはずの主体性や創意工夫する力の不足はあった。前頭葉の機能障害による遂行機能障害というよりは、障害受容の困難や抑うつ的な感情に影響された部分が多かったと考える。リハ出勤をしてからも授業の準備や教材研究など受け身的でこの試みの意義を取り違える場面はあったが、学校でリハすることの考え方を整理し助言したところ、それ以降は思考や行動の修正は可能であった。このことから見ても、障害はなかったか、たとえあっても軽微なものであったといっていよい。それよりは心理面の影響が大きかったと捉えている。第3には学校側の全面的なバックアップ体制があったことである。STにとっても過去の症例では経験できなかった協力体制であり、理解と協力と本人の努力と熱意が今回のような試みを可能にすると知った。復職1ヶ月前という短期間ではなく、約半年間に及ぶ協力が得られた。なくここには問題点もあり休職中ということから、今回のように自己があった場合は労災適応にはならない為配慮が必要な事と、キーパーソンが他校へ異動したり、職務内容が大きく変化したりする事で、うまくリハ出勤が継続できない可能性があることが分かっ

た。今回も冬期間は中止ということであったが、新年度からサポート役教員が担任を持った為多忙となり、実質的にフォローが困難になった為、病院でのリハビリ回数を増やした経過があった。しかし半年間のためし出勤の経験があったため授業や板書については自宅で練習を積むことが出来た。また病院では小論文の記述や論説文の要約をするなど学校で使う副読本を1冊やり終えた。また語想起の流暢性を高める為の課題や様々なテーマでの自由会話も十分行なうことができた。半年復帰を伸ばしたことは、ギリギリの状態での復帰ではなく、言語機能や能力をさらに向上させることが出来たことと、復職後のイメージを作る時間的、心理的余裕を持つことに寄与したことは間違い無い。ST自身も教員という職業は失語症者にとっては厳しい職種であるところに、国語科の教師ということでさらに言葉の力について周囲の目が厳しく、要求水準も高いのではと危惧していたが、リハビリテーション出勤を経験し、生徒・教職員の意見・感想が好感触であったことで、確信を持って復職審査に望むことが出来たのである。

9 終わりに

今回、失語症が後遺した教員への復職支援を経験した。現役の教師が失語症を呈し、復職できるか否かという局面を支援することは臨床においてたびたびはない。今回は学校側の協力を得られ、その中で情熱を持って授業を行っていった症例の経過から具体的に多くを学ばせてもらった。今後、同様の失語症者に対して支援する際には、より具体的な提案が出来るだろうと考える。

また、話の意味が通じていればその人の表現力が以前よりどれだけ乏しいか、思った事のうちどれだけが言えたのかなど、失語症者が感じているジレンマはあまり周囲に関心をもたれていなかったのだという現実も目の当りにした。目に見えない障害の持つ難しさを痛感し、失語症者を取り巻く周囲の人々に対する啓発もまた重要な責務であると改めて認識したのである。