

急性期病院における就労支援の困難さと 当院外来リハビリの取り組みについて

西村 紀子（矢木脳神経外科病院 リハビリテーション科 言語聴覚士）

1 はじめに

高次脳機能障害者の就労支援について、一般のリハ医療機関では「評価」「訓練」までの対応が多く、就労支援まで実施可能な医療機関は極めて少ない現状にある¹⁾。当院は92床を有する脳神経外科病院で、救急搬送される患者のうち10代～60代の勤労世代も少なくない。2年前よりprotocolを作成し、リハビリ担当者間で評価に差が生じないようなシステムを構築し、現在では就労に際して問題点がある人をほぼ抽出できるようになった。しかし、短い入院期間では本人や家族ともに病状の理解が難しい、麻痺がないために回復期病院の受け入れが進まない等の問題が明らかになった。こうした状況を踏まえ、当院では外来リハビリを開始し、退院後の就労支援を開始した。当院での取り組みを報告するとともに、支援につなげることさえできない高次脳機能障害者が一定数いるという現状を明らかにし、今後の課題として検討していきたい。

2 当院における取り組みと現状

(1) 対象

2016年7月1日から2017年6月30日の間で、入院前に就労していた67名。このうち復職に際して問題があったのは51名であった。

(2) 入院時からの流れ

- ①入院時に就労していたすべての患者に対し、スクリーングとして、MMSE、かなひろいテスト、TMT、コース立方体組み合わせテストを実施する。記憶障害については、当院で作成したチェックリストを使用する。
- ②業務内容、自動車運転の有無など、復職条件に合わせ、WAISⅢ、CATを実施。各種検査結果と観察による評価を合わせて、リハビリ科のチームリーダーに報告をする。
- ③当院で作成したアセスメントシートを使用し、復職に際しての問題点を明確化し、退院調整看護師・相談員と情報共有、主治医に報告。IC設定をして、患者と家族に説明する。
- ④自宅退院となる患者については、可能であれば入院中に患者と家族で職場訪問をする。その際、リハビリ担当者が作成したチェックリストを持参して、問題点を明確化する。
- ⑤復職に際して、退院時指導のみでなく継続的なリハビリが必要と思われる患者には、主治医より外来リハビリを紹介する。

(3) 転帰先

転帰先は、自宅42名、回復期病院9名であった。

自宅退院した人のうち、回復期病院を打診したが転院に至らなかった症例が8名であった。外来リハビリで継続的な就労支援が必要と思われた症例は17名で、うち実際に外来リハビリを実施したのは11名であった。17名のうち麻痺なしが15名、上肢の軽度麻痺が2名でSTだけでなくOTでもリハビリを実施した。

(4) 継続的なリハビリが必要と思われた理由

復職にむけての問題点は、注意・記憶・遂行機能障害・脳疲労により通常業務遂行困難が9名、通勤手段である自動車運転困難が1名、継続的な評価と指導が1名であった。社会的行動障害を呈していた症例はいなかった。

3 外来リハビリの状況

(1) 外来リハビリ実施状況

退院後、週1～2回の外来リハビリを11名に実施した。目標達成6名、継続中1名、リハビリ中断は4名であった。中断の理由は、経済的理由が2名、必要を感じない1名、退職が1名であった。

外来リハビリをした症例

No	年齢	職業	回数	結果
1	48	営業	週1	勤務と平行して2ヶ月
2	58	営業	週1	3週間後、経済的理由で終了
3	69	運転手	週2	1ヶ月後、経済的理由で終了
4	44	建設業	週1	勤務と平行して2ヶ月
5	48	工場	週2	リハ出勤を経て復職。2ヶ月
6	18	学生	週2	復学。1ヶ月半
7	61	事務員	週1	2週間後、経済的理由で終了
8	62	福祉	週1	退職。1ヶ月半後に終了
9	58	教師	週2	自宅療養、時短出勤を経て復職。2ヶ月半で終了
10	79	事務員	週2	自宅療養、時短出勤を経て復職。2ヶ月半で終了
11	69	飲食業	週2	自宅療養、時短出勤。4ヶ月現在も継続中

(2) 外来リハビリを実施しなかった理由

主治医より外来でリハビリ継続の説明を受けた 17 名のうち、6 名が実施に至らなかった。理由は、病状理解が得られず拒否が 2 名、長期休養となると解雇される可能性が高い、通院費用が払えないなど経済的な理由が 4 名であった。

4 考察

高次脳機能障害者の復職支援については、「医療機関側の評価・訓練の不十分さ」「医療リハ終了後の受け皿」「関係機関の連携不足」が指摘されている²⁾。高次脳機能障害者支援モデル事業が開始され 15 年経つが、未だに急性期病院に搬送される患者の中には、医療と福祉のはざまに陥っている人が少なくない現状を目の当たりにする。急性期病院からみられる高次脳機能障害者の就労支援における問題点を考察する。

まずは「評価・訓練の不十分さ」についてである。急性期病院における言語聴覚士の業務において、摂食嚥下障害の評価・訓練の割合が高く、失語症や高次脳機能障害に十分取り組めていない病院が多い。また勤務している言語聴覚士の経験年数も 5 年未満が 44% を占めており³⁾、軽度の高次脳機能障害者を見逃すリスクが高いことが想定される。当院では 2 年前より言語聴覚士の業務の見直しを実施し、摂食嚥下訓練は看護師が担うこととなり、言語聴覚士の業務に占める割合は 1/3 と減っている。同時に担当者によって評価に差がでないように入院から退院までのシステムを構築した。結果、問題があると思われる症例については、もれなく主治医に上申できている。しかし、訓練の質については担当者間でばらつきがあり、今後も症例検討や訓練同行など研修制度を継続していく必要がある。

次に「医療リハ終了後の受け皿」についてである。現在、外来リハ実施施設は減少傾向にあるが、通所リハや訪問リハへの移行は進んでいない。特に比較的若い高次脳機能障害者に対応している施設は少ない。回復期病院への転院についても、数週間で復職可能と予測される軽度の高次脳機能障害者は、ADL 自立度が高く、回復期病院の入院対象から除外される傾向にある。こうした社会資源の問題以外にも、急性期病院に入院中の早期の段階では当事者、家族ともに病状理解を得ることが難しく、リハ継続の必要性を感じてもらえないことが多い。これらを踏まえ、当院では外来リハビリと、入院中の外出、職場訪問を実施している。外来リハビリについては、およそ 1～2 ヶ月で通常勤務となる人が多く、また自宅退院後に問題点が明確になるため、実用的な訓練と助言ができたと考える。在院日数の短縮化が推奨される中で、早期退院を促し、その後のフォローとしての役割は重要であると思われる。

最後に「関係機関の連携不足」である。今回、経済的理由で、外来リハや回復期病院でリハビリ継続ができなかった。こうした経済が脆弱である高次脳機能障害者こそ社会的支援が必要であると考えるが、問題解決能力が低下している当事者自らが情報収集することは難しいことが予測される。当院では、退院時に公的機関の相談窓口や NPO などの案内を書面で渡しているが、それぞれの症例について、退院後の生活を把握することは困難であり活用できているか疑問が残る。再入院となった症例の中には、就労継続できていない症例が散見され、そのうち再就職のために相談窓口を訪ねた人は 0 名、市役所の福祉課に問い合わせた人は 1 名であった。現在の支援制度は、当事者自らの申請が必要であるため、支援を拒否して医療から離れてしまうと、病院側から職リハ機関につなぐことはできない。このため、医療や福祉による支援が届いていない高次脳機能障害者が、少なからず地域で生活していることが予測される。こうした人達に必要な支援を行うためには、当事者や家族の申請によって支援開始では不十分であると考えられる。例えば、急性期病院を退院する時点で問題が予測される人については、行政機関に病院側から情報提供を行い、退院したのちに行政側から当事者や家族に対し支援についての情報提供をするような、支援を開始するための仕組みが必要なのではないかと考える。

【参考文献】

- 1) 障害者職業総合センター：高次脳機能障害者の働き方の現状と今後の支援のあり方に関する研究Ⅱ．調査研究報告書 No129, 2016 年 4 月
- 2) 障害者職業総合センター：高次脳機能障害者の就労支援．調査研究報告書 No63, 2004 年 3 月
- 3) 言語聴覚士協会職能部医療保険部：医療施設における言語聴覚士の業務実態について、2016 年

ピアのちからが支える高次脳機能障害者の就労

深野 せつ子（特定非営利活動法人ほっぷの森 副理事長/就労支援センターほっぷ 代表）

1 高次脳機能障害者との出会い

当法人の創立者の白木福次郎は、知的障害者の自立を目指して日常的にスポーツを提供しているスペシャルオリンピックス日本・宮城での活動を行っていたが、障害者の自立の為には専門家のいる就労移行支援事業所が必要と考え、特定非営利活動法人ほっぷの森を立ち上げ、はじめに就労移行支援事業所として就労支援センターほっぷを設立した。設立時に国の高次脳機能障害のモデル事業が終了して、この事業で支援を受けていた高次脳機能障害の当事者達がその後の支援先が無く困っていた時であった。丁度宮城県障害者能力開発校で2ヶ月の高次脳機能障害者の就労の為の短期講座を開催するというので、開所したばかりの当法人がその事業を受託した。当時国のモデル事業があったにもかかわらず、福祉関係者ばかりか、医療関係者にも「高次脳機能障害」の存在は知られておらず、数人の当事者や家族からの情報しかない状態であったが、その数人からの実態を聞いただけでも大変困難な状況で、今後取り組まなければならない事業と思い、組織として実施の決心をした。

以来当法人は今年9月で10年目を迎え、今年8月の時点で104名の卒業生がおり、その56%が高次脳機能障害者で、復職者、一般就労、就労継続A型の福祉的就労も含めると、83%が就労に至っている。しかもその就労者は退職者も少なく、確実な実績をあげている。

2 本人の意志を優先

この10年間、日々実際に高次脳機能障害者と接して一番の学びは、当事者本人が発信する日々の訓練の中からの支援者の学びであった。特に重点を置いたのは、

- ①個々の障害特性を知る。
- ②本人の抱える生活環境課題を知る。
- ③本人の意志を第一に優先する。
- ④当事者の現在できる事を仕事に繋げる。

等で、手法として本人と支援者とは本人をスタッフ、支援者をパートナーと呼び、本人の気持ちによりそう伴走型の支援を行ってきたことで、就労実績と継続就労の実績をつくってきた。しかし、ここに至るまでには特に高次脳機能障害の特性と言われている「病識の欠如」「記憶障害」「遂行機能障害」等は仕事をする上で中々困難な障害であり、それは外見からは分かりにくく、生きにくい状況にあった。さらに、例えば「発動性の低下」などがあって、本人がやる気が無いなどといわれることを、もっと深く見て行くと、やる気はあっても、どうしたらいいか分からない

い人と、分かっているけどどうしてもやりたくない強い意志が根底にあってしない人がある。それを分かった上で、本人の意志を第一に対応して行くことが大切である。

3 行政、医療、福祉の垣根を越えたネットワーク

さらに当法人では、高次脳機能障害者は福祉だけではなく、行政関係、医療関係等で連携してそのネットワークの中で取り組む必要性を感じ、ネットワークづくりを目指して「宮城高次脳機能障害連絡協議会・どんまいネットみやぎ」を結成し、互いの連携によって高次脳機能障害者の理解を広めて、全5回のピアサポーター養成講座も毎年各地域で開催してきた。これによって病院との関係性も深まり、本人のリハビリ終了後の先の見える支援計画が可能になってきた。

4 高次脳機能障害と生きにくさ

現在は本研究、実践発表会でも「高次脳機能障害」という障害名があり、行政、医療、福祉関係者では誰でも分かる障害として存在するようになってきた。

しかし、実際に就労に至る事例はそう多くはなく、他の障害に比べ、近年の脳の研究とともに今後大きく変化していく事に期待している。しかし日々福祉の立場で彼らに接してきて、様々な文献にある高次脳機能障害の特性について学び、それと本人の症状が一致するところが多々あっても、それと就労するという事、あるいは生きにくいと感じているところは、別であるという疑問を持った。

セラピストがクライアントの問題点は何であるかを探るように、高次脳機能障害者に関して、その生きにくさの問題点は何かを探る必要がある。なぜなら本人は具体的に「記憶障害」や「遂行機能障害」などでさほど困ってはいない。実際仕事についてからメモをしたり、手順を記録しだしたりするが、それは必要にせまられてからの問題で、仕事によってその補い方は様々であり、やがて工夫するようになる。仕事の経験のある高次脳機能障害者のある意味での強さでもある。その上で本人の抱えている問題は他にあると感じる。

5 事例「一歩進めないSTさん」（50歳）

ここで、STさん本人が発表した事例を紹介する。「私は2年前に頭部を強打し、脳挫傷を患い医師から高次脳機能障害の説明を受けました。

以前私は仙台空港を拠点にセスナ機を運航する航空会社

に勤務していました。主な業務は、航空写真撮影や、夜間も含めた遊覧飛行などの営業で、16年間お世話になりました。仕事がら上空からの素晴らしい風景もたくさんみてきました。あの東日本大震災も空港で体験しました。空港は沿岸にあったので、会社は飛行機もろとも、津波で流されました。その後被災地を空から見た時は本当に言葉になりませんでした。震災後会社は仙台から花巻空港に移り、復興にむけて取り組みました。私は単身で勤務しました。そこで、お客さんと食事中に倒れ、脳挫傷となり、緊急手術を行い入院生活となりました。2年前の事です、花巻での入院生活は記憶にありません。手術の際、医師から残念ながら言葉を話すことも出来なくなる、体も半身不随で、車椅子が必要と言われたそうです。悪いことは重なるもので、この時母親と妻の父親が相次いで闘病の末、10月、3月に亡くなりました。（中略）大震災後、当時住んでいた地域では、大変な状態の方達が沢山いましたが、ただそんな中で、何で自分がこんな目にあうのだろう？何か悪い事をしたのだろうか？と思うばかりでした。その後、勤めていた会社より復帰は従来通り働く事が条件でしたので退職することになり、母親が死んで仙台の実家に父親が一人になったので、息子の受験が済んだ4月下旬に、仙台の実家に引っ越しました。いろんな思いが交錯しましたが、そんな中で今できることを求めて現在、就労支援センターほっぷにきて10ヶ月になります。ここに来て気づいた事が沢山あります。ほっぷで就労に向けて頑張っている方々は自分より若い方が多く、毎日それぞれの課題に向けて、真摯に取り組んでおり、あらためて年上の自分が勉強させてもらっています。脳挫傷により多くの物を失っても、それによって得た物が一つでも、二つでもあれば、その事を大事にして行こうと今思っています。学んだことは、周りの協力があつたからこそ、今の自分がいること、感謝の気持ちは忘れてはいけないと思います。高次脳機能障害により人生は終わったわけではありません。自分に一番期待しているのは、まぎれもなく自分自身で周りの評価は驚くほど低い、これが現実です。これからの自分の役目、それは何かを日々試行錯誤してトレーニングの中で今の自分のいい所、悪い所を確認しています。大震災を含め、記憶障害の中、想定外の事がたくさんありましたが、前を向く勇気を与えてくれるほっぷの仲間との出会いを大切にしたいとおもっています。」

その後本人は猛烈に頑張って何社も挑戦して、地域のテレビ局に就職した。

6 高次脳機能障害とピアとの関係

当事業所を利用している本人が、来所するようになってはじめて、同じ仲間のいる安心感から「ここに来て良

かった！楽しい！居場所ができた！」と言う。特に中高年の方は、彼らの抱えている障害そのものより、家での夫・父親・経済の担い手・という立場の重みが辛くのしかかっている。病院にいる間は患者として病気回復の役目に向かって家族が一つになって協力してくれる。家に帰っても家族側は変わらないのに本人は自分の家での何かわからない「立つ瀬の無い自分」を感じるからである。事例にあったSTさんも自分が普段血圧は正常で、病気があったわけでもない。それでも倒れた事への不安や、空撮という特殊な仕事から他の仕事に移る不安、夫・父親として責任に向き合えないストレス、長男として親戚との関係のストレス等その人の生活環境からくる様々な不安、ストレスから自信を無くし、励ます妻は自分を理解していないと感じ、人生のすべてから一歩ひいて、前に出ることができずにいた。しかし、当時ほっぷには若い高次脳機能障害者が沢山いて、彼らが頑張ってそれぞれの所に就労して行く様を見ていて、自分をふるい立たせることができた。このピアの力はこの事例ばかりではなく、他の障害の同じ障害者という感覚とは違う独特なもので、互いに多くを語り合っているわけでもないが、それぞれが自分で感じ取ってパワーをもらっている事が現実の日々の彼らから学び取れた。このことから彼らはなるべく集団で取り組むことがいい結果に結びつくということにも繋がっていると感じる。就労支援者は高次脳機能障害という中途障害者の個々に違う特性を見つけ、本人が出来る事で就労につなぐ事を求められているが、さらにこのピアの力も大きな役目を果たしていると確信している。

7 先輩会

さらにピアの力を感じるの、年4回開催している先輩会である。現在トレーニング中のスタッフが、就労している先輩を迎え、就労のきっかけや、仕事の現場の情報を聞き、先輩が答えるという会であるが、はじめはこれから就労する為のアドバイスとして大変有効な機会と捉えていたが、回を重ねる毎にそれは先輩達の継続就労にも繋がる最高の場であると分かった。これこそまさにピアの力がいかに大きな励みかが分かる瞬間である。

(平成 28 年度発表の経過)

1 背景

2 支援方針と目標に対する取り組みの結果報告

② 支援過程の中で企業との雇用契約を目指す(図1、2)

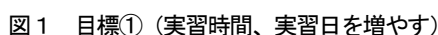


表1 目標③（継続支援状況）

図3 就労たるま目入れ、利用者からのプレゼント（抜粋）

実習中から本人が担当していた仕事はあったが、今後仕事をしていくにあたり新しい業務にも挑戦していきたいのでPCスキルを向上したいという本人の強い希望があったため、契約終了後、6月から8月の3ヶ月間は月に2回、本人の仕事・リハビリが休みの日に事業所を訪問してもらい、PCスキルのトレーニングを継続して行った。29年12月頃を目安に継続して実施していく予定である。理由としては、現在の業務は11月には終了予定であり、新しい業務に変わった際に、業務に慣れることが重要であると考えているためである。

本人のお昼休みの時間に会社に訪問し、状況確認を行っている。また、事業所に来た際には、会社での出来事等の話題でコミュニケーションを行っている。コミュニケーションを取る際の工夫点として、会社の同僚の名前や仕事で使用する専門用語を使うことと、会社のFacebookを事業所訪問時に一緒に閲覧することで、インターネット活用のスキルアップや、仕事のモチベーションアップ効果があった。また、仕事の話題だけでなく休日を話題にすることで、発話を増やし、伝えるために必要なことは自ら書いて伝えることが増えた。

3 事業所の役割とネットワーク構築の状況報告

(1) 担当支援者以外の支援者のスキル向上

今回は就労支援員（サーティファイ認定講師 PC 指導資格所持）とサービス管理責任者を中心に支援を行ったため、担当者が不在の場合に本人とコミュニケーションが取りにくかった場面があった。担当外の支援者であっても、円滑にコミュニケーションを取ることができるよう、全員が日々スキル向上を図る必要がある。

(2) 本人の仕事に対する“想い”を共有し、支援方法を模索し続ける

就労上の課題解決と本人の仕事への想いを叶えるため、支援員が有する経験・専門的な視点をいかし、会社様と連携しながらサポート体制づくりを強化していく。

(3) コミュニケーション障害の方と会話するための伝達スキル向上

話すときは口元をはっきりと示す、本人の口元をしっかり確認しながら話を聞く、質問の仕方を工夫する、発話を引き出すための働きかけの方法を工夫する等。

4 その他の高次脳機能障害の方に対する支援

表2 復職までの流れ

2015.10	とちぎリハビリテーションセンターから引継
2015.12	利用契約、利用開始
2016.1	本人所属会社の産業保健師様と本人・配偶者・事業所担当者による復職に向けた意見交換
2016.3	本人所属会社の産業保健師様と本人・配偶者・事業所担当者による復職に向けた意見交換
2016.4	本人所属会社の産業保健師様と本人・配偶者・事業所担当者による復職に向けた意見交換
2016.5	本人所属会社の産業保健師様と本人・配偶者・事業所担当者による復職に向けた意見交換
2016.6	本人の復職予定の職場で2時間程度のリハビリ勤務
2016.12	リハビリ勤務後、事業所で復職に向けた訓練プログラムを実施、本人の職業能力の棚卸しの上、別の部署を検討依頼
2017.1	棚卸しを踏まえた訓練プログラムの修正、実施
2017.4	本人・会社で復職後の業務内容・待遇について話し合い
2017.4	短時間から実習を開始、2ヶ月間で1日8時間の実習
2017.5	雇用契約、事業所との契約終了、会社との引継ぎ
2017.7	1ヶ月後の就労継続面談、会社での状況確認

現在は週5日、1日8時間勤務を継続中。



図4 就労だるま目入れ、利用者からのプレゼント（抜粋）



図5 領収証の印鑑押し作業、カレンダー止め作業

5 まとめ

今回、昨年の発表に対する結果報告をさせていただくとともに、その他の事例も発表させていただきました。図2で示した就労ステージの段階を経て、企業様との連携も密にして支援を実施した。今後も就労移行支援事業所として、障害の理解だけでなく、幅広い仕事の理解を深めていきたい。

【参考文献】

第24回職業リハビリテーション研究・実践発表会文集 (P54-55)

【連絡先】

高橋 和子
就労移行支援事業所ここわ
Mail : info@cocowa.co.jp

高次脳機能障害者の気持ちのコントロールに関する支援技法の開発 ー試行状況についてー

○河合 智美（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）
浅井 孝一郎（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（以下「職業センター」という。）では、休職中の高次脳機能障害者を対象とした職場復帰支援プログラム（以下「復帰プロ」という。）と就職を目指す高次脳機能障害者を対象とした就職支援プログラム（以下「就職プロ」という。）を実施し、障害特性に起因する職業的課題について、補完手段の獲得による作業遂行力や自己管理能力の向上、および自己理解の促進を図るための支援技法の開発を進めている。

高次脳機能障害者の特徴として、障害受容の難しさや先行きへの不安などから気持ちのコントロールが上手くできないことがある。過去5年間（24年度～28年度）の受講者54名のうち、復帰プロ及び就職プロの開始に当たり取得する主治医の意見書において、「コミュニケーション面の問題あり」「情緒の不安定さ」「不安を蓄積させ不眠となりやすい」など気持ちのコントロールに関する記載があった受講者は9名、その他個別相談や行動観察を通じて気持ちのコントロールに課題があると推察された受講者は5名であった。この14名について、プログラム場面においては、就労に関する不安を訴える、障害特性に関する指摘に対して感情的に反応する、場面や相手の気持ちを考えた発言が難しい、苛立ちを言葉や態度に表すなどの課題があった。

障害者職業総合センターが2015年度に実施した「地域障害者職業センターにおける高次脳機能障害者の就労支援に係る調査」によれば、特に支援に苦慮する印象のある障害特性を多い順に並べると、「情動コントロールの障害」「対人関係の障害」「意欲・発動性の低下」となっている。

そこで、気持ちのコントロールに課題がある高次脳機能障害者の支援に当たり、有用な支援技法の開発が必要と考え、障害者職業総合センターの研究部門と共に医療機関等を訪問し情報収集するなど、現在その技法開発に取り組んでいる。

本発表では、就職プロの支援事例をととして、気持ちのコントロールのために必要と考えられる事項を整理し、報告する。

※技法開発で扱う「気持ち」とは、不安感、焦燥感、怒りなどネガティブな気持ちを指す。

2 事例報告

(1) 対象者（Aさん、20代、女性）

専門職として従事。X年クモ膜下出血を発症し、手術を

受け入院。その後回復期リハビリテーションを経て退院（発症から5か月目、以下同様）。外来リハを開始（13か月目）し、仕事は退職した。外来リハの医療機関から就職プロの利用を勧められ、地域障害者職業センターでの相談を経てプログラムの受講となった（21か月目）。就職プロでの目標は「記憶障害に対する補完手段の習得」「社会性に関する課題の整理及び対処方法の習得」とした。

自宅が遠方のため、13週間の支援期間中は職業センター宿泊棟を利用した。

開始に当たり取得した主治医の意見書には、記憶障害、内省障害、脱抑制傾向の記載があり、Aさんはこれらの障害があることを認識していた。

(2) Aさんの課題

医療機関から提供された医療情報を基に、開始時に神経心理学的検査、作業場面等の行動観察、個別相談によるアセスメントを実施した。アセスメントを通じて確認した支援課題は以下の3点であった。

① 気持ちのコントロール

開始当初、神経心理学的検査（POMS 2、SCI、STAXI）を実施し、精神的に落ち着いている状態であること、問題に対し解決に向けて努力するものの自信がなく他者への依存心がやや強いこと、怒りは他者や物など外に向かって表出する傾向があることを確認した。

プログラム環境に慣れてくると、支援スタッフの指摘にイライラした態度を見せる、投げやりな返答をする様子が時々見られた。

② 集中力

プログラム環境に慣れてくると、作業中にだるさを訴え、頻繁に休憩を取る様子が見られた。日によって朝からボーッとしていて、作業に集中して取り組むことが難しい状況にあった。

③ 生活面の自己管理

就職プロの開始時刻に遅れる、宿泊棟の居室に物が散乱しているため、必要な物を探すことに時間がかかる、清掃業者が掃除できないなど生活面の自己管理が不十分だった。

(3) 支援経過

個別相談や行動観察を通じて気持ちのコントロールが難しい理由を分析した結果、受障前の自己像と現状とのギャップに対する悲しみや怒り、前職とは異なる作業内容

に取り組むことへの意欲の低下、生活面の課題に対して指摘を受けることへの抵抗感などがあると推察した。そこで、次の①～③の支援を実施し、Aさん自身で対処できること、周囲の協力が必要なことをアセスメントした。

① 怒りに係る知識付与

Aさんは「受障後怒りっぽくなった」と述べ、怒りのコントロールを課題と捉えていた。そこで、怒りのコントロール方法について個別の講習会を6回、グループワークを2回実施した。使用した資料は、職業センターが気分障害等による休職者の復職支援プログラムとして実施しているジョブデザイン・サポートプログラムにおいて開発したものを利用した。

その結果、Aさんは「自分がないがしろにされたときや、自分の頑張りが辛さを分かってもらえないときに怒りが生じやすい」と振り返り、「プログラム終了後もアンガーログを使って怒りをコントロールしたい。アサーティブな表現を心掛けたい」と述べるように変化した。

② 作業内容の調整

作業遂行の意欲を高めるために、単独で取り組む作業内容をワークサンプル幕張版からAさんの前職と関連のある資料作成に変更した。結果、以前よりも意欲的に取り組むようになったが、休憩頻度に大きな変化はなかった。

さらに、2週に1回、他の受講者との協同作業を追加した。協同作業では、受講者が「進捗管理をするリーダー」や「リーダーの指示を受け作業するメンバー」という役割を担い、作業後に意見交換を実施した。意見交換では、他の受講者の良かったところや必要な補完手段について話し合った。Aさんは「他の受講者の作業を手伝い、感謝された。障害について話ができる仲間を得ることができて嬉しい」と感想を述べた。その後は、協同作業には積極的に参加し、休憩頻度は単独作業の時よりも少なかった。

③ 生活支援

生活リズムの記録をつけることにより、睡眠や起床時刻が安定せず、目覚めが悪い時は行動が遅くなっていることが確認できた。その後、Aさんは日中に運動を行い、夜は携帯電話の使用を控え早寝早起きを試みるとともに、睡眠導入剤の調整について医療機関と相談した。プログラム期間終盤は、朝からボーッとしている頻度は減ったが、遅刻は変わらずあった。

居室の物の整理については、Aさんは「引き出しやクローゼットに物を入れると、何を入れたか分からなくなる。片付けは元々苦手」と話し、物の整理を促される度にイライラし、投げやりな返答だった。そこで、毎週特定の曜日にはベッド上に私物を置かずシーツ交換ができる状態にする等最低限のルールを作り、守れない時には支援スタッフが指摘した。また、家族とも情報交換し、居室用のゴミ箱を複数個持参してもらうなど支援の協力を得た。

結果、Aさんはルールを意識して行動し、ルールを守れなかったときの指摘を素直に受け止めることができた。

(4) 支援効果

集中力や生活面の課題は依然あったものの、支援スタッフの発言に対してイライラした態度や投げやりな返答の頻度は、やや減少した。変化の主な要因として、①怒りやすさ、集中力、生活面の課題などAさんが自分の特徴について認識を深めたこと、②他の受講者とのコミュニケーションを通じて自己肯定感を持てたこと、③支援スタッフがAさんの特徴について理解を深め、気持ちのコントロールを困難にしている要因を分析し解決を図ったことが考えられる。

3 考察

本発表の事例から、気持ちのコントロールのためには、怒りの仕組みや対処方法について知識を付与する等「対象者の認知面や行動面への対応」、意欲を持てる環境を整える等「環境の調整」、ネガティブな気持ちや不適切な言動を誘発する刺激を減らす等「対象者の特徴を理解した関わり」が支援として必要と考えられる。

さらに復職を目指す場合には、配置転換、職務内容や労働条件等の変更により気持ちが不安定になることがあるため、復職にあたり生じる具体的な問題を解決することも必要になると考えられる。

気持ちのコントロールに関する具体的な課題やその深刻さ、課題が生じる要因は、一人ひとり異なる。気持ちのコントロールに影響を与えている要因をアセスメントし、要因に応じた対応策を検討するとともに、早期の解決は難しいかもしれないことを念頭におきながら長期的な視点で支援する必要があるだろう。

復帰プロ・就職プロでは、気持ちのコントロールに関する有効な支援方法について、今後とも国内外の情報を収集するとともに、支援をとおして職業リハビリテーションにおける実践方法について検討を進めていきたい。

【参考文献】

- 1) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター：調査研究報告書No.129「高次脳機能障害者の働き方の現状と今後の支援のあり方に関する研究Ⅱ」p. 45（2016）

【連絡先】

河合 智美
障害者職業総合センター職業センター開発課
e-mail: Kawai.Tomomi@jeed.or.jp

高次脳機能障害者支援のあゆみ

－就労支援を中心に－

田谷 勝夫（障害者職業総合センター 特別研究員）

1 はじめに

高次脳機能障害者をめぐる支援の動き（制度的・方法論的・人的）は、ここ30～40年の間に大きく進展した。ここでは就労支援を中心に、医療リハ領域や職業リハ領域の学会活動や専門誌の情報を参考に支援のあゆみを整理する。

2 支援の展開

(1) 1960年代～1970年代（昭和35年～昭和54年）

－高次脳機能障害という言葉はなく、脳卒中後遺症

としての失語・失行・失認に関心をもたれ始める－

1960年代は高次脳機能障害という言葉はまだ存在していなかった。後の高次脳機能障害者支援に関連する出来事として「身体障害者雇用促進法制定(1960)」「東京都心身障害者福祉センター開設(1968)」「日本リハ医学会創立(1963)」「リハ医学」創刊(1964)、「日本作業療法士協会結成(1966)」「理学療法と作業療法」創刊(1967)、「蕪山カンファレンス（後の日本失語症研究会）発足(1968)」などがある。

1970年代には「精神薄弱者福祉法制定(1971)」「神奈川県総合リハ事業団設立(1973)」「広島県立身体障害者リハセンター設立(1978)」「日本失語症研究会（後の日本高次脳機能障害学会）発足(1977)」「神経心理懇話会（後の神経心理学会）発足(1978)」などがある。

『総合リハ』（1973年創刊）では「講座：言語障害のリハ（1974）」や「特集：失行症・失認症（1975）」など、脳血管障害を原因とする「失語・失行・失認」に関心をもたれ始める。検査法では1975年に「標準失語症検査法（SLTA）」が作成される。職業リハ関連では、「東京心身障害者職業センター開設(1972)」「国立職業リハセンター開設(1979)」「日本身体障害者職業的リハ研究会（後の日本職業リハ学会）結成(1971)」等がある。

(2) 1980年代（昭和55年～平成元年）

－医療リハや職業リハの施設が開設され、

医療リハ領域で失語・失行・失認への関心が高まる－

「国際障害者年(1981)」は障害者の社会参加に強いインパクトを与えた。「地域センター全都道府県に設置(1982)」「国立吉備高原職業リハセンター開設(1987)」「名古屋市総合リハセンター開設(1989)」「千葉県身体障害者福祉事業団設立(1980)」「三重県身体障害者総合福祉センター開設(1985)」。

リハ医学会では1987年に「半側空間失認の評価」に関するワークショップがもたれる。『総合リハ』で

は「高次脳機能障害」や「失行・失認」の特集、「高次神経機能の評価法」の講座、「頭部外傷のリハ」「脳卒中後片麻痺者の社会復帰」「脳卒中後遺症患者の職業復帰」などの調査・研究がみられる。『OTジャーナル』では創刊号(1989年)で「失行・失認」を特集。検査法では1985年に「標準高次動作検査法（SPTA）」が作成される。職業リハ領域では1987年に『職業リハ』が創刊されるが、1980年代には、まだ高次脳機能障害に関連する論文等は見当たらない。

(3) 1990年代（平成2年～平成11年）

－高次脳機能障害への関心が高まり、

一部の先進的な機関で支援の取り組みが開始される－

1994年、労働省（現：厚生労働省）主催の「中途障害者の職場復帰に関する研究会」で、脳血管障害に起因する高次脳機能障害者の職場復帰の方策が検討される。1991年に「障害者職業総合センター」が開設され、高次脳機能障害者の就労支援に関する調査・研究や支援、人材育成などの取り組みが開始される。研究部門による『調査研究報告書』の刊行、職業センターの支援内容として“高次脳機能障害者職場復帰支援プログラム”が開始され（1999）、職リハ部の研修では職業カウンセラー指定講習科目に「高次脳機能障害の障害特性」が追加される（1996）。地域センターでは1992年に“職域開発援助事業”を導入。地方自治体の動向は、1999年に東京都がわが国初の「高次脳機能障害者実態調査」を実施、1991年に「名古屋市総合リハセンター」内に「頭部外傷（後に脳外傷）研究会」が発足し、1995年にハンドブック『脳外傷者のマネジメント-社会復帰に向けて-』を刊行。1990年代後半には愛知、神奈川、北海道、東京に家族会等が結成される。リハ医学会では＜シンポジウム＞や＜パネルディスカッション＞に「頭部外傷のリハ」「半側空間無視」「失語症治療の現状」等が取り上げられる。『リハ医学』や『総合リハ』では「高次脳機能障害のリハの課題」「失語症に対するアプローチ」や「半側無視」「脳外傷による障害の特徴とその対応」「前頭葉障害とリハ」などが特集される。『臨床リハ』（1991年創刊）では「頭部外傷のリハ」「脳卒中と失行失認」「失語症のリハ」「記憶障害へのアプローチ」等が特集される。『認知リハ』（1996年創刊）では「視覚性注意障害を有する事例に対するカレンダー利用の訓練について」「前頭葉損傷により自発性の低下した1例に対するリハの試み-復職に向けて」等、詳細な事例報告が見られる。『職業リハ』

では「脳血管障害者の就労に向けた要因分析とアプローチ」「高次脳機能障害を主症状とする者の就労における問題点」「事務系に復職した頭部外傷者の事例」「脳外傷者の職業前訓練」「脳外傷者の職業リハと援助付き雇用」「高次脳機能障害を持つ脳外傷者への作業指導」「脳外傷者の援助付き雇用の特徴」「脳外傷者の障害特性と職業リハアプローチ」「脳血管障害者の復職交渉開始時期に関する考察」などの原著論文や事例報告が見られる。『職リハネットワーク』（創刊1988）では、1993年に「高次脳機能障害」が特集される。検査法では、1991年に「浜松方式高次脳機能検査法」が、1997年に「標準高次視知覚検査法（VPTA）」が作成される。

（4）2000年代（平成12年～平成21年）

－高次脳機能障害者支援が本格的に開始され、
支援のノウハウが蓄積される－

厚生労働省が誕生した年（2001）に“高次脳機能障害支援モデル事業”が開始され、「診断基準」「標準的訓練プログラム」等が作成され『高次脳機能障害ハンドブック』及び『支援コーディネートマニュアル』が刊行される。“モデル事業”は、2006年からは障害者自立支援法の都道府県事業に位置づけられた“高次脳機能障害支援普及事業”に引き継がれる。総合センター研究部門では高次脳機能障害に関連する「調査研究」「職業能力評価法の開発」「研究成果の普及」などの活動が盛んになる。職業センターでは1999年に開始された“高次脳機能障害者職場復帰支援プログラム”が軌道に乗る。地域センターでは2000年開始の“JC支援パイロット事業”に、4名の高次脳機能障害者が参加。2002年に全地域センターに導入されたJC支援の対象となった高次脳機能障害者の就職率は90%以上を達成。広域センターでは、2002年に“特設コース”を設けて高次脳機能障害者の支援を開始、利用後の就職率は80%～100%を記録。職リハ部では職業カウンセラー養成のための指定講習に1996年から「高次脳機能障害の障害特性」を、職業カウンセラーのフォローアップ研修に2005年から「医療分野における高次脳機能検査」を、JC養成研修の内容に2000年から「高次脳機能障害の障害特性と職業的課題」を、医療や福祉の専門家を対象とした職リハ実践セミナーに2003年から「高次脳機能障害者の職業問題」を導入。家族会の動きは「日本脳外傷友の会結成（2000）」を契機に、各地に脳外傷友の会が結成され、「第1回 全国大会in横浜」が2001年に開催される。学会の活動は、リハ医学会では＜シンポジウム＞や＜パネルディスカッション＞に、2000年～2009年まで「高次脳機能障害者のリハ」に関するテーマが毎年掲げられ、医療リハ領域における高次脳機能障害者への関心の高さがうかがえる。一般演題のタイトルからは「失語症者の復職」「復職をサポートする医学リハ」「JC

の試み」「社会参加と職業リハ」など、1990年代と比較すると、職業リハおよび就労支援への関心が高くなっている。認知リハ研究会（1995年発足）の発表タイトルでは「復職事例」「職場復帰アプローチ」「職場定着事例」「就労支援事例」「職リハ紹介事例」「復職援助事例」等、医療リハ機関における就労支援の事例報告が散見されるようになる。職業リハ学会では「高次脳機能障害者の就労支援」と題する＜シンポジウム＞が複数回開催され、高次脳機能障害が特に注目された時代である。検査法では、2002年に「リバーミード行動記憶検査（RBMT）」が、2003年に「遂行機能障害症候群の行動評価（BADS）」が、2006年に「標準注意検査法（CAT）」と「標準意欲検査法（CAS）」が作成された。

（5）2010年代（平成22年～平成29年現在）

－支援の蓄積を踏まえ、
広報による普及活動が加速－

“高次脳機能障害支援普及事業”の支援拠点機関（高次脳機能障害支援センター）が2010年には全都道府県に設置され、多くの医療機関や福祉施設で高次脳機能障害の相談、診断、支援が行われるようになった。総合センター研究部門では『調査研究報告書』だけでなく、リーフレット『失語症のある人の雇用支援のために』やパンフレット『若年性認知症を発症した人の就労継続のために』などを発行。職業センターでは『実践報告書』に加え『支援マニュアル』の発行が増加している。地域および広域センターでは利用者が漸増傾向にある。雇用開発推進部では2014年に、高次脳機能障害者の雇用管理のノウハウをわかりやすい形で解説した『障害者雇用マニュアルコミック版；高次脳機能障害者と働く』を刊行。家族会では、2011年に、『高次脳機能障害とともに－制度の谷間から声をあげた10年の軌跡』を、2015年に、当事者11名の体験記を当事者・家族・支援者の三者の視点で語る『高次脳機能障害を生きる』を出版。学会の活動は、リハ医学会では、2000年代に引き続き＜シンポジウム＞や＜パネルディスカッション＞に「高次脳機能障害」が取り上げられ、内容の一部に「職場復帰」や「職業リハ」などもみられるようになり、医療リハ領域に就労支援の視点が根付き始めた。職業リハ学会では、「高次脳機能障害」は一般演題の分科会に見られるが＜シンポジウム＞のテーマからは姿を消し、2000年代の熱気はひとまず落ち着いた感がある。

（注）紙面の都合で、「リハビリテーション」を「リハ」、「地域障害者職業センター」を「地域センター」、「広域障害者職業センター」を「広域センター」、「ジョブコーチ」を「JC」と省略した。