

職能訓練プログラム



職能訓練、職業リハビリテーションとは

職業生活に要する技能を職能と呼ぶことがありますが、ここではこの定義に従って職業に就くために必要な訓練全般を職能訓練と呼びます。

職能訓練には、準備訓練、職業訓練（技能講習）が含まれます。受傷・発症からの時期が短い者でも職業を意識した訓練が病院や施設で行われる場合があります。これは職能訓練前の訓練と呼びますが、前述の医学的リハビリプログラムや生活訓練と重なる部分であります。また、訓練の定義を外れるが就労支援も一部含み、全体を広い意味で職業リハビリテーションと呼びます。本マニュアルは訓練に関するものですが、職業については生活訓練と同様、社会との繋がりが強く、訓練以外に支援の項目を切り離すことはできません。従って、本マニュアルでは、支援を含み職業リハビリテーションの観点で記述します。

高次脳機能障害者の職業リハビリテーションの目的

高次脳機能障害者の職場での問題は、機能的には障害が少なく、一見何でもできそうだが、仕事を任せるとミスばかりといった『外見』と『実際にできる仕事』のギャップによるものが多く見られます。



そのため、次のような目的をもったサービスを提供することが有効と考えられます。

- 1) 可能な業務、適応面など職業上の課題を明らかにする
- 2) 職業的な障害認識をすすめ、補償行動の獲得を図る
- 3) そのうえで、本人にとって適切な職務を選択し、職場の環境調整などを行い、安定した就労の実現を支援します。

職能訓練の諸段階

高次脳機能障害者の職業までの道のりは、一般に、受傷・発症→急性期医療→リハビリ医療・訓練（認知評価・訓練、職能訓練前の訓練）→（生活訓練）→職能訓練（職業準備訓練、職業訓練）→就労支援（移行支援、定着支援）、という流れをたどります。

●職能訓練前の訓練は、職業準備以前において実施されるもので急性期から実施される可能性があります。対象者は将来希望が明確でなかったり、希望と現実の能力に大きく乖離がみられたり、機能訓練が優先のケース、認知訓練を作業場面で試行するケースが含まれる一方、軽度もしくは入院中の回復が著しく就労準備がほぼ整ってきたケースも混在しているという状況で行われます。別の表現では、医学的リハビリテーション場面で行われる職業的な訓練ということ

も出来ます。この訓練は、病気や事故等で障害を受けたケースにとっては職業リハビリテーションの最初のステップであり、就労生活に向けた基礎的な評価・訓練が主体となります。職能訓練前訓練の対象者は、医学的リハビリテーションの急性期～亜急性期～安定期の幅広いライフステージにまたがることになります。

- 職業準備訓練の段階では、本人自身が抱える高次脳機能障害に注目できるようになり、職能訓練の必要を本人が理解して代償手段の活用などに目的意識を持って取り組むことが大切です。
- 就労支援の段階では、本人が障害を適切に理解した上で就労への意思を明確に示しており、必要に応じて実施された訓練や基礎的な認知訓練がほぼ終了していることが望ましいのです。

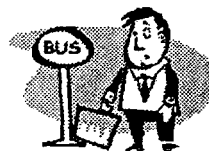
職業リハビリテーションの実際

評価

評価のポイントとしては、①職業生活の階層構造を踏まえたうえで、②個人情報把握・確認することが必要です。

① 職業生活の階層構造

働くということは、基礎としての生活があり、その上に毎日きちんと通勤できるかという『勤務能力』、職場での人間関係などの『適応能力』、そしてどのような仕事なら通用するかなどの『作業遂行能力』が積み重なった階層構造からなっています。高次脳機能障害者に限らず職業リハビリテーションをとらえる場合、注目しがちな作業遂行面だけでなく、このような階層構造を押さえておく必要があります。



② 評価時に必要な確認事項

◇ 個人情報

- ・ 対象者に就労ニーズがある、職能訓練の必要性がある、等
 - ・ 就労ニーズ：デマンド（要求）との相違、具体的ニーズの把握、等
 - ・ 一般情報：経歴、家庭状況や経済状況等の基本情報
 - ・ 障害状況、就労関連情報：受傷後の就労経験があるケースでは就労時の状況、またモニタリング時には訓練・支援の過程での状況確認や効果測定が重要
- 一評価の結果、職業リハビリテーションの対象とならない場合もあります。

◇ 検討事項

- ・ 有効な訓練・支援の方法（内容や技法）、適切な訓練・支援の施設・機関の選定

【特記事項】

評価にあたっては、次の点に留意する必要があります。

<障害特性>

- ・ 可能な作業は何か
- ・ 処理能力はどの程度か
- ・ 環境要因はどうか

<障害認識の重要性>

<効果的な訓練・支援>

- ・ 職業生活のシミュレーションを行う
- ・ 現実直面と適切な助言をする

<家庭生活の重要性>

<長期的視野をもつ>

<制度の活用>

職リハ計画の策定

職業リハビリテーション計画（訓練計画）を策定するにあたっては、本人・家族の同意のもと、評価に基づいて目標、期間を決めます

高次脳機能障害者の主訴は現実離れをしたものも多く、本人の理解が得られない場合は全面否定せず「長期目標」として聞き取り、実現可能な「短期目標」を本人了承のうえで担当者が作成します。

職業リハビリテーション計画書はできるだけ分かりやすく作成します。

職能訓練前の訓練

職能訓練前の訓練は、職業準備以前において実施されるもので急性期から訓練として用いられる可能性があります。別の表現では、医学的リハ場面で行われる職業的な内容の訓練ということもできます。職業前訓練は、病気や事故等で障害を受けたケースにとっては職業リハビリテーションの最初のステップであり、就労生活に向けた基礎的な評価・訓練が主体となります。職業訓練前の訓練とは、医学的リハの急性期～亜急性期～安定期の幅広いステージに及ぶ可能瀬があります。

基本的に、医学的リハプログラムで行ったと同様の評価、訓練を行います、用いる教材、技能等はより職業訓練に関連しています。詳細は、別の資料を参照してください。

職業準備訓練

(1) 職業準備訓練の目的

職業準備訓練とは、「模擬職場」＝「職場」を意識して環境を設定し、就労復帰もしくは新規就労するため能力評価や能力開発を行なう訓練です。

前項に述べたとおり、評価、職業前評価をもとに本人の同意のもと訓練担当者が訓練計画書を作成し、職業的なニーズを整理した上で、職業準備訓練を行います。

<留意事項>

- ① 実際の訓練課題を遂行し、現状の課題を整理します（出来ること、出来ないこと）
- ② 職業に関する自己の意識（思考）を確認します。⇒障害認識とのずれを把握します
- ③ ①、②を通じて、環境を調整し、補償行動を身につけます

- ④作業能力の見極めと改善を行います（補償行動の獲得）
- ⑤適応能力の見極めと改善を行います（補償行動の獲得）
- ⑥（新規就労者、就労経験が無い人は特に）職業生活スタイルを確立します
- ⑦就労についての具体的な方向性を確立します⇒ 新規就労を考えるケースなどが挙げられます。

（２） 作業遂行面

高次脳機能障害は記憶力や注意力だけでなく、判断力や遂行機能の低下を伴う場合も多い。認知面の障害は仕事をすすめるうえで可能なものと困難なものを生じさせます。そのため、職業準備訓練における作業遂行面の把握としては、どの程度の質、どのような種類の業務・作業であれば“仕事として通用するのか”を具体的に知る、ということが、ケースにとっても職員にとっても重要になります。

【ポイント】

次のような検討を行います。

- ・ 設定課題の分析
- ・ 設定課題のレベル
- ・ 実際の体験と適切な助言
- ・ 対処法の獲得と周囲の配慮
- ・ 記録の重要性
- ・ 行動観察の重要性

<留意事項>

- ・ 高次脳機能障害者の能力の把握
- ・ 情報のコントロールが必要
- ・ 見極めが必要
- ・ 信頼関係が前提

◆ 高次脳機能障害者にみられがちな問題と対処法

職場でよくみる高次脳機能障害者（とくに脳外傷者）の作業遂行面の問題とその対処法を紹介します（PC 関係は「職業訓練（技能講習）」参照）。職員にとっては『できる仕事』の把握とともに、どのような環境設定（対応の仕方や職場の配慮など）によって作業能力が改善し、安定した職業生活が可能になるかを把握することが重要です。

<情報処理関係>

- ・ 照合の課題などで注意ミスが減らない
 - 一定規を当てて確認し、1行ずつ「r」チェックをつけるなどの方法により確実性をあげる。
- ・ 速度と正確さの双方を要求されるとミスが増える
 - 仕事は速度と正確さの両方が必要であるという点の意識化、そのうえで繰り返し作業することでどの程度改善していくかを確認します。
- ・ 注意箇所が複数あると完全にできない

ーファイルの際に穴あけのみに注意がいて位置がずれる、複数の指示のあるコピー(拡大、表裏印刷、等)の際に何か1つ忘れるなどの問題はよくみられます。その場合は、同時に複数のことに注意を払うのが苦手になったことを認識させ、そのうえで事前に確認事項を書き出して1つずつチェックしながら作業をすすめるなどの対処法を身につけるのがよいでしょう。

- ・ 効率や工夫・判断が悪い
 - ー部品を取りやすい位置に置けない、指示書を見やすい場所に置けないなど。“工夫”や“判断”は苦手なことから、どの程度できるかの把握とともに、苦手であることの認識をすすめて、対処法を検討します。確実な対処法がない限り、業務としては避ける方が無難です。
- ・ 複数の指示を一度に言われる、複数の指示者から言われると混乱する
 - ー前者は「1つずつ言ってください」「メモを取るのでゆっくり言ってください」など指示者に言えるようにします。後者の場合、改善がなければ、同じ内容でも複数の人から言われるのは苦手、指示者は1人にしてもらう配慮が必要などの認識を図る必要があります。
- ・ 優先順位や段取りがつけられない
 - ー手順が決まっていない業務は苦手になったことを認識してもらいます。そのうえで、手順の確認がしやすい方法を検討します。

<記憶力関係>

- ・ メモを書くだけで活用できない
 - ー仕事のメモは、必要なことを書く→必要時に確認する→適切に活用する、という能力が求められ、スケジュール帳に比べると高い能力が必要となります。対処法として、1)スケジュール用の手帳、訓練用の業務ノートに分ける、2)業務ノートは「作業」「事務」「PC」など訓練内容ごとにインデックスなどを貼って記載箇所を明確にする。それにより実用度を見極める。
- ・ 思い込んで違うことをする
 - ー「中途半端な記憶は仕事に支障」を常時フィードバックし、「指示はしっかり聞く」「メモをとる」を徹底します。高次脳機能障害者に対する指示は「簡潔に」「具体的に」が原則ですが、不十分な場合は配慮をより重視します。それでも問題がある時はメモを渡す、職員がノートに記載するといった対応もあります。
- ・ 指示書を確認せずにミスをおこす
 - ー「記憶に頼ると仕事に支障がある」「指示書は必ず見る」を繰り返してフィードバックし、記憶障害の認識をすすめて、そのうえで指示書を活用することを習慣化します。指示書自体に目が向かない場合は、作業手順を書いた表示プレートを置いたり、機械に直接手順書を貼るなどの設定もあります。
- ・ 途中で作業手順や内容が変わる
 - ーその都度フィードバックして認識を深め、手順が確立するまで繰り返します。作業内容の複雑さが原因の場合は、指示書の利用や工程の細分化などを検討します。
- ・ 昼休みなどで間があくと再開するか分からなくなる。実施済と実施中が混在する
 - ー前者の対処法としては、1)メモを見て開始するように訓練する、2)メモ確認が定着しない場合は課題に「ここまで終了」と書いた付箋等を貼る、3)課題自体を忘れる人の場合は机など目に入りやすい所に「午後は名簿作成から」などを明記した紙を貼る、など。後者は「実施済」「実施中」を明記した表示プレートなどによりはっきりと分かるようにします。いずれも、自分で対処できるのか、配慮が必要なのかによって実用性は異なります。



(3) 適応面

高次脳機能障害の特徴のうち、社会的行動障害（依存性・退行、感情・欲求のコントロール低下等）によって、対人関係を円滑に構築することが出来ないケースが多く見られます。また、記憶障害、注意力障害、遂行機能障害等によって、上司から指示を受けても、忠実に業務を遂行したり、報告したりすることが出来ず、結果として就労継続が困難なケースがあります。

【ポイント】

- ・就労にとって環境適応が重要であることを意識させます。
- ・周囲が行動分析を行なう事で、課題を把握します。
- ・問題点を現実的に把握するため、直接的な指摘を行ないます。
- ・課題に対して、どのように改善するのか整理してアプローチします。

<留意事項>

- ・ 高次脳機能障害者の能力の把握
- ・ 情報のコントロールが必要
- ・ 見極めが必要
- ・ 信頼関係が前提

職業訓練（技能講習）

職能訓練の範疇には職業訓練（技能講習）が含まれます。高次脳機能障害者にとっても何か技能を身につけたい、技能がつけば就職できる、といった希望は当然あります。就職するためにパソコン（以下PC）を覚えたいという高次脳機能障害者は多いのですが、技能習得に関しては、高次脳機能障害者の作業能力についての障害特性を周知していなければ逆効果になる可能性も高いのです。実際、PCの専門学校を卒業したという理由で、PC関係の仕事で就職したが仕事にならないというケースは多く見られます。

【ポイント】

- ・ 高次脳機能障害者の作業能力
 - ・ Windows の操作は、操作の種類によって高次脳機能障害者にとって不得手な能力を要求されるため、十分に使いこなせない場合が多い。
 - ・ パソコン操作レベルの見極め
 - ・ 高次脳機能障害者に対する基本的対応の重視
- ※ 職業訓練に関して、高次脳機能障害者に求められる技能がその能力を超えていれば、部分的に可能あるいは技能として獲得できても、応用など活用することは困難となる場合が多い点に留意する必要があります。とくにコンピュータ関連については、前記のように苦手となっている能力が要求されることが多いので、実施課目の課題分析はより重要です。

就労支援

就労支援とは

障害者の就労形態には、「一般雇用」「在宅就労」「保護雇用」「福祉的就労」等



があります。

このように就労を広く捉えた場合、就労形態の如何に関わらず、“働きたい”とい障害者のニーズに対して支援を行うことが就労支援といえます。

病院における就労支援

(ア) 職場に籍がある場合

復職に向けた具体的な支援内容を以下に記します。

職能評価と情報の整理

- 家族状況
- 居住地域
- 就労に向けての本人の行動（観察）
- 身体障害（資料及び面接で状況を確認）
- 高次脳機能障害（神経心理学的所見、スクリーニング検査）
- 作業耐久力（作業評価）
- 作業遂行力（作業評価）
- 移動能力（身体的側面、高次脳的側面）

本人の意向確認と支援

- 就労意欲
- 復職に向けたカウンセリング

職場情報の収集

- 復職についての事業所の意向
- 復職調整の事業所窓口担当者、産業医
- 休職期間、休業補償（傷病手当金、有給休暇）
- 配置替えの可能性
- 本人に合わせた業務創出の可能性
- 職場の業務内容と本人の職務
- 職場環境（物理的・心理的）
- 事業所の職務を訓練用として提供される可能性
- 労働組合の有無
- 職場実習の可能性

職場への情報提供

- 復職への本人家族の意向
- 本人の高次脳機能障害に関する説明

- 障害理解と配慮、代償手段の必要
- 各種助成金制度
- 職場環境整備への助言
- アフターフォローについて

職場実習

- 実習計画（期間、時間帯、場所、実習内容、キーパーソン、通勤経路）
- 実習契約、保険
- 職場実習評価表によるチェック
- 実習のまとめと結果報告
- 必要があれば再実習を行なう

復職と定着指導およびアフターフォロー

- 問題が出れば関係者間で役割分担し解決を図る
- アフターフォローの期間は各実施機関で取り決めるものとする。

(イ) 新規就職をめざす場合

本人と家族より就職への意向を確認します。職能評価と情報整理を経て、就職をめざす決定を行ないます。ハローワークにて求職登録を行ないます。集団職業相談会への参加や、就職情報誌、新聞折り込みチラシ、インターネットなどからも可能性を探します。

事業所体験実習は本人を評価することが目的で雇用を前提としないものですが、実施中に事業所の障害者理解が深まり、後日正式採用に至る事例もあります。以下、職場実習、復職、定着指導、アフターフォローの支援を行ないます。

(ウ) 一般就労が難しい場合

現状では一般就労が難しいと思われる場合には、福祉的就労を経て一般就労をめざす選択肢があります。

福祉施設における就労支援

職能訓練部門等を有する各地のリハビリセンターや更生施設、あるいはステップアップに積極的な授産施設などもこれらを踏まえて就労支援を行なっていますが、以下で福祉施設が行なう就労支援について紹介します。

高次脳機能障害者の就労については、新規就労もしくは復職において就労支援を行います。が、わずかな環境の変化でも不安定になりやすいものです。本人が実施可能な業務に合わせた新規就労や復職に関する移行支援や、フォローアップとしての定着支援などがあります。

効果の測定

職業リハビリテーションの効果測定は、訓練や支援を行なうことにより、介入前と介入後（含、途中）でどのように改善・変化したかを測ることを目的とし、支援者はその把握をもとに職リハ計画の修正や次の段階に移行する場合の再計画の策定が可能となります。いわば、モニタリングにとって不可欠なのが効果測定です。また、効果測定はケースの変化だけでなく、支援者の訓練・支援技術の適切性を測るという機能も有しています。

【効果測定のポイント】

高次脳機能障害者の就労は“外見”と“できることのギャップ”による問題が生じやすい。そのため、効果測定は何を測るかという“視点”が重要です。高次脳機能障害者の職業リハビリテーションにおいて、訓練段階で重要なのは①作業遂行能力や適応能力などの職業準備性の程度、そして②障害認識の程度、などを明らかにする視点です。支援者はそれらの把握がなければ、適切な就労支援はできません。

資料1：障害尺度

障害尺度	1. 意識不明
	2. 1の状態ではないがベッド臥床
	3. 2の状態ではないが、椅子あるいは車椅子使用で過ごし、自宅内の移動は介助者の手助けによって始めて可能
	4. 3の状態ではないが、賃金雇用は不能。教育も継続困難。老人は付き添われて遠足や散歩する以外は自宅にとどまる。主婦は、いくつかの簡単な家事がわずかに可能。
	5. 4の状態ではないが、選ぶことのできる職業やその能力には限界がある。主婦や老人は軽い家事しかできないが、買い物には行かれる。
	6. 5の状態ではないが、社会参加にかなりの障害／職業遂行能力の軽度の障害を有する。重労働以外のあらゆる家事を遂行可能。
	7. 6の状態ではないが、社会参加に軽度の障害がある。
	8. 能力低下はない。

Modified from Health Index by RM Rosser, 1988

資料 2 : 神経心理学的検査一覧

モデル事業に参加した 13 拠点施設が行なっている検査の一覧を示す

測定する能力	検査名	市販	基準値	所要時間	特徴	
知的機能	◎WAIS-R 成人知能診断検査	有	有	90分	言語性、動作性、全検査の知能指数を算出、下位検査項目の比較	
	コース立方体組み合わせテスト	有	有	30分	積木構成による非言語性知能の測定	
注意	視覚	◎かな拾いテスト	無	有	5分	選択的注意と処理速度を測定
		◎TMT (トレイルメイキングテスト)	無	一部有	10分	視覚探索と注意の転換を測定
		D-CAT	有	有	5分	数字抹消により、注意の維持と焦点化、処理速度を測定
	聴覚	◎PASAT	無	一部有	10分	聴覚的な注意の配分を測定
記憶	言語	◎三宅式 記銘力検査	有	有	15分	単語の聴覚記銘力を測定するが、意味記憶の学習能力も予測
	非言語	◎REY 図形ベントン 視覚記銘力検査	無	一部有	10分	複雑な図形の視覚記銘力を測定
			有	有	15分	簡単な図形の視覚記銘力を測定
	両方	WMS-R (ウェクスラー記憶検査)	有	有	40分	言語、非言語など様々な種類の記憶を測定
行動記憶	◎RBMT (リバーミード行動記憶検査)	有	有	30分	日常的な行動に関係の深い検査で生活レベルの記憶を予測	
遂行機能	◎WCST (ウイスコンシンカードソーティングテスト)	有	一部有	30分	概念の形成とその転換を測定、2種類のテスト法がある	
	BADS	有	有	30分	遂行機能症候群の行動評価	
	Stroop test	無	無	10分	反応の抑制について評価	
言語機能 (失語症)	◎SLTA (標準失語症検査)	有	有	60分	言語症状のプロフィールや重症度を算出	
	WAB 失語症検査	有	有	60分	失語指数とタイプを算出	
自己認識	PCRS	無	無	10分	本人と家族の認識ギャップを測定	
社会生活力	社会生活困難度評価	無	無	15分	社会生活上の困難を家族や支援者がチェックリストで把握	

基準値の記載されている参考書：

- 1)ルリア著、西村健監訳：神経心理学的検査法、医歯薬出版、1988
- 2)B.Zoltan 著、河内十郎監訳：失行・失認の評価と治療第3版、医学書院、2001
- 3)R.Strub&F.W.Back 著、江藤文夫訳：高次脳検査法—失行・失認・失語の本態と診断第3版、医歯薬出版、1995
- 4)中野光子：高次脳機能診断法、山王出版、2002
- 5)蒲澤秀洋、阿部順子編：脳外傷の社会生活を支援するリハビリテーション 実践編 事例で学ぶ支援のノウハウ、中央法規 2003：「神経心理学的評価の手引き」p193-207

資料3：評価表（事例集2より）

氏名(年齢)				
キーワード:	運動失調, 構音障害, 職種変更, 職場復帰プログラム, 身体障害への対応			
【ケース】	28歳 男性			
【診断】	脳挫傷, びまん性軸索損傷			
【病歴】	平成xx年9月26日, 乗用車を運転中にガードレールに衝突し受傷。救急病院搬入時, JCS200, 四肢麻痺の状態であった。外傷性くも膜下出血, 脳挫傷, 急性硬膜下血腫などを認めた。約2ヵ月後, 転院したが, このとき, JCS10で四肢痙縮, 小脳性運動失調を認め, 歩行には介助が必要であった。WAIS-RはFIQ55, VIQ72, PIQ49でPIQの低下が目立った。復職に向けての評価, 訓練目的で, 平成xx年9月24日, 入院した。			
【画像所見】	左頭頂部に頭蓋骨の陥凹があり, その直下にMRIのT2強調像で, 脳挫傷を示す高信号域を認めた。また, 両側前頭・頭頂葉内側にも高信号域を認めた。脳室, 脳溝は全体に拡張していた。T2*強調像では両側大脳半球皮質下, 左視床, 中脳等に多数の低信号域を認め, びまん性軸索損傷に合致する所見であった。			
【社会的背景】	大学卒 仕事は船の操舵(公務員) 復職まで, 2年間の猶予がある 身体障害者手帳2級取得済み 両親, 弟との4人暮らし			
【機能障害】	運動障害は痙縮もあるが, 運動失調が主 高次脳機能障害			
【能力低下(機能的制限)】	歩行障害 構音障害 手指巧緻動作障害 記憶, 注意障害, 欲求・感情コントロール低下, 易怒性, 対人技能拙劣, 固執性 本人の状況: 休職中。受傷後, 継続して入院生活を送っている 周囲の状況: 復職に対する職場の理解あり。また, 復帰までの時間的余裕もある			
【神経心理学的検査】	HDS-R (Hxx.7→H15.7) 27→28	WAIS-R (Hxx.1→Hxx.9→ H15.8) FIQ 55→88→92 VIQ 72→93→95 PIQ 49→85→90	WCSTのCA(Hxx.9) CA 5 PEN 2	RBMTのSPS (Hxx.9) 21
	かな拾い (Hxx.9) 正解 30 見落とし 4	TMT (Hxx.9) A 205秒 B 157秒	三宅式記銘 [有, 無] (Hxx.9) [8-10, 3-6-8]	
職業適性検査(GATB)	(Hxx.9→H15.8) G 63 → 75, V 54 → 76, N 87 → 74, Q 25 → 54, S 34 → 67, P 10 → 52, K -6 → 0, F -43 → -15, M -66 → -33			
【訓練内容】	作業療法(入院, 外来)	理学療法(入院, 外来)	ソーシャルワーカー(相談, 連絡調整)(外来)	障害者職業カウンセラー(相談, 評価, 連絡調整)(外来)
【訓練時間】	入院 5時間/週 外来 2時間/週	入院 5時間/週 外来 2時間/週	1時間/週	4時間/週
【訓練目標】	①身体機能改善、②高次脳機能障害訓練、③復職に向けた支援			

<p>【訓練の具体的な内容と経過】</p>	<p>入院期間は、平成 xx 年 9 月 24 日から平成 xx 年 11 月 22 日であった。</p> <p>入院中に職場の上司と面談し、現在の船上での仕事は運動失調のため困難であることを伝え、事務職で復職する方向で訓練を行なうことを確認した。ただし、復職には規則に照らした判断、パソコンの使用、電話応対などの能力が要求された。</p> <p>作業療法では、メモの活用訓練、パソコンへのデータ打ち込み、計算機の使用訓練、上肢の動作・巧緻性訓練などを入院、外来を通しておこなった。STEF は入院時(右/左)68/73 であったが、平成 15 年 7 月には、85/96 に改善した。</p> <p>理学療法では、主に運動失調に対するアプローチをおこなった。筋力強化訓練、バランス訓練、応用歩行(階段、エスカレータなど)訓練、持久力訓練などを実施し、歩行は安定していった。退院時は歩行時に杖を使用していたが、その後の外来での訓練で、杖は不要となった。言語療法は入院中は当院、外来では他院で受けた。</p> <p>また、これらの訓練と並行して、ソーシャルワーカーが連絡調整をおこない、H15. 4 から職業準備訓練を 8 週間、障害者職業センターで実施された。</p>
<p>【現状】</p>	<p>Hxxx. 8 より障害者職業総合センターで職場復帰プログラムに参加中である。</p>
<p>【まとめ・考察】</p>	<p>本例は、高次脳機能障害に加え、運動障害も目立った例である。運動障害は、運動失調によるものが主であったが、理学療法を続けることで、歩行の安定性が得られ、また、作業療法により、上肢動作の改善がみられた。職場の上司と面談することで、職種変更の確認が得られ、これに基づいて、復職に向けた具体的な目標を定めることが可能になった。元々本人のリハビリテーション訓練に対する意欲は高かったが、復職の可能性が現実味を帯びたことが、さらなる意欲の向上に寄与したと考えられる。高次機能障害、運動機能障害ともに徐々に改善がみられ、GATB の改善もみられた。ソーシャルワーカーが調整役となり、障害者職業センターで職業準備訓練を実施し、その後、障害者職業総合センターで職場復帰プログラムに参加中である。</p> <p>本例は、運動障害、高次脳機能障害、構音障害に対し、理学療法、作業療法、言語療法を行い、また、ソーシャルワーカーの調整で、職場復帰訓練も可能となった。総合的なリハビリテーション介入が効果的であったと考えられる。</p>

参考文献

高次脳機能障害支援モデル事業中間報告書 平成 15 年 3 月 国立身体障害者リハビリテーションセンター

高次脳機能障害支援モデル事業報告書ー平成 13 年度～平成 15 年度のまとめー 平成 16 年 3 月 国立身体障害者リハビリテーションセンター