

作業療法鹿児島

Kagoshima Journal of Occupational Therapy

Vol.27 No.1

目次

巻頭言

組織力 竹田 寛 1

特集テーマ 繋げていこう 就労支援

—かかわる人たちの思い—

一般的な就労支援の流れについて 大瀬 茂生 2

鹿児島障害者職業センターの業務 森 陽子 5

障害者就業・生活支援センター事業説明と支援事例について 谷山 勝啓 8

就労移行支援に携わって思うこと 山崎 貴喜 14

研究論文

当院のアディクションに対するプログラムの現状と課題 中山 陽平 17

実践報告

成人脳性麻痺患者に対する家族参加型修正 CI 療法の取り組み 竹下 晃 23

投稿規定・執筆要領 26

編集委員・編集協力者・編集後記 28

巻頭言

組織力

介護老人保健施設きりしま 竹田 寛

1994年「作業療法鹿児島」創刊号の巻頭言で、当時の県士会長福本安甫先生が、「僅か数頁の小冊子で、学術誌としては些か不十分な感は免れないが、作業療法士の日々の努力と貴重な体験を凝縮させたものとして、何事にも代えがたい記念すべき第一歩であることには間違いない。出発がなければ変化もない。出発がなければ育てようもない。全ての出発は未熟なものである。」と書いておられます。会員数が60名に満たない状況で良く創刊を決断されたと思います。また、10号の巻頭言では、築瀬誠先生が創刊に携わった者として「投稿論文は数編集まりましたが、その後の作業が忍耐を要するものでした。その頃は、まだ、テキストファイルの投稿を要求することができず、原稿を見ながらキーボードで入力しました。永遠と続く入力作業は、堪え性のない私には大変つらいものでしたが、医療短期大学部に赴任して間もない窪田先生がその一部を引き受けてくれました。大いに助かりました。」と創刊当時の苦勞を語られています。「作業療法鹿児島」は少なくともこの3人が居なければ、今ここに無かったかもしれないというところですが、当然のことながら論文の投稿者が居たからでもありますし、60名に満たないといっても、印刷製本するだけの財力が得られたからでした。

現在、会員数は1245名。それなりに作業療法士の知名度は上がっていて、作業療法士の仕事の話の子供達にしてほしいと小学校から依頼されるようなことも有ります。しかし、組織としての力は会員数が増えて強まったかというところでもないようです。九州には九州各県士会の会長で構成する九州士会長会というものがありますが、同様の問題を感じている県士会も多く、組織力の強化を図るためには、リーダーの養成が必要であると、リーダー養成研修会を2008年度より始めています。コーチングスキルを高める研修からスタートし、最近では大規模災害時支援をテーマにするなど、九州各県の士会内組織や臨床組織内でリーダー的役割を果たせる人材の養成に取り組んでいます。

組織力が強いというと、組織全体が一つの目標に向かって一致団結している状態を想像しますが、構成員が増えると目標達成のビジョンを浸透させるのに複数のリーダーが必要となります。当協会においては、今年度より組織力強化委員会を設置し、九州士会長会の活動と連携して組織力強化を図ります。具体的には、人材の発掘や当協会が近々に取り組むべき課題を絞り込んで更に対応を提案するなど行っていきます。

未来を見据えて、「作業療法鹿児島」を創刊した方々の当時の思いと苦勞を再掲させて頂きました。結局のところ、組織は様々な思いを包括できた時強くなるのだと思います。組織の構成員が自分の思いを発信しやすく同時に構成員同志が共感できる。如何でしょうか。

一般的な就労支援の流れについて

大瀬 茂生

一般社団法人 Re. goshiki 就労移行支援事業所ゴシキワーク 代表理事

1. はじめに

障害者雇用のニーズが年々高まっていることをご存知でしょうか。国が推し進める「働き方改革」は「一億総活躍社会をひらく最大のチャレンジである」と位置付けられています。働き方改革の背景には、少子高齢化に伴う生産年齢人口減少という日本が抱える構造的な問題があります。その対策として「定年制の見直し」「女性の社会参加のための環境整備」「外国人労働者の雇用拡大」など様々な政策が組み込まれており「障害者雇用の促進」もその中の1つです。

障害者雇用政策の柱である「障害者雇用促進法」は昭和35年に制定された「身体障害者雇用促進法」が始まりです。当初は文字通り身体障害のみが対象でしたが、昭和62年に知的障害が対象になり、精神障害が対象になったのはさらに遅れて平成30年とわずか数年前の話です。

1) 障害者雇用促進法とは

これまで改正を繰り返し現在は従業員を43.5名以上雇用している民間企業は従業員の2.3%以上の障害者を雇用する義務^(注1)があります。未達成の企業は1名不足ごとに毎月5万円の納付金を納める納付金制度(従業員100名以上の企業が対象)があります。雇用の対象は3障害(身体、知的、精神)ですが、障害者手帳を所持している方が対象^(注2)です。

(注1)一定割合の障害者を雇用する義務があります。この一定割合のことを法定雇用率といい、令和3年3月より2.2%から2.3%へ改正されました。

(注2)民間企業に対して模範となるべき官公庁は納付金制度がなく、法定雇用率を民間企業より高く設定しています、し

かし平成30年に中央省庁が約3,700名の障害者手帳を持たない職員を40年以上にわたり障害者雇用としてカウントしていた「障害者雇用水増し問題」が発覚し社会問題となりました。

2) 鹿児島県の障害者雇用状況

鹿児島労働局によると令和2年の県内の障害者雇用状況は、1,278社に46,875名が雇用されており過去最高。実雇用率は2.44%で過去最高。法定雇用率2.2%を達成した企業の割合は62%で全国平均(48.6%)を大きく上回り全国11位となっています。

今回のテーマである「一般的な就労支援の流れについて」と一言でいっても障害種別(身体、知的、精神)や障害開示の有無など就職方法にはいくつかのパターンがあります。ここでは医療との連携が課題と言われる精神障害者のケースについて述べたいと思います。

2. 障害者雇用の支援機関について

障害者が就職する際の一般的な流れ(関係機関)は次の通りです。

- ①ハローワークで障害者専用求人(あるいは一般求人)を検索(あるいは窓口相談)する。
- ②障害者職業センターの支援を受ける。
- ③障害者就業・生活支援センターの支援を受ける。
- ④就労移行支援事業所の支援を受ける。

①の障害者専用求人は主に法定雇用率を達成することが目的の求人のため、障害者手帳を所持している方が対象となります。一般求人に応募することも可能ですが、オープンで応募する場合、自身の障害特性を説明し必要な配慮を求めて採用まで繋がることは簡単で

はありません。ハローワークから直接就職するのは身体障害者が多いようです。

②③④は後述のテーマ2・3・4を参照してください。

3. 精神障害者の一般就労について

1) 障害の開示(オープン・クローズ)

精神障害者が就職する際に障害を持っていることを開示するか否か、いわゆる「オープン」か「クローズ」かを決断する必要があります。当事業所利用目的の見学者に必ずこの質問をしますが、以前はクローズ希望が7～8割と圧倒的に多く、最近ではオープンでの就職希望が多く障害者雇用に関する認知が浸透しつつあると感じます。

2) 精神障害者の特性

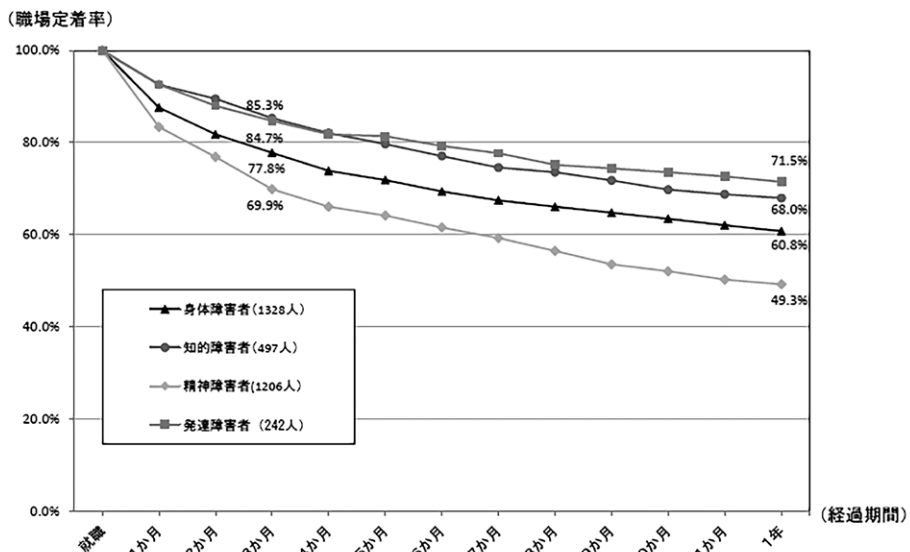
精神障害者の特性として「障害の分かりにくさ」「障害と疾病を抱えている」「ストレス脆弱性」といったものがあげられます。グラフ¹⁾からも分かるように精神障害者の就職定着率は明らかに他の障害よりも低いとされています。ストレス脆弱性を理由に福祉的就労を勧める医療従事者も多いと思われます、しか

し精神障害者を対象とした就労移行支援事業所で定着率80%以上の事業所は全国に多数存在します。

同じ精神障害でも就労移行支援事業所により定着率に大きな差があるのはなぜでしょうか。当事業所では「就労準備性(生活面、体調管理、ビジネスマナーなど)を高める」「企業実習により適正(マッチング)の確認」「就職後のフォロー(定着支援)」が適切に行われていれば定着率が他の障害に劣ることはないことを確信しています。

4. 国が障害者就労政策に作業療法士が必要と認める

平成30年に障害者雇用促進法が改正され、精神障害が対象となることを機に課題となったのが「就労定着率の低さ」です。調査の結果、全国の就労移行支援事業所のうち作業療法士を配置している事業所は配置していない事業所より就職率、定着率が約2倍というエビデンスが国に認められ、平成30年度より就労移行支援事業所の専門職配置加算の要件に作業療法士が加わりました(令和3年度



出典:『障害者の就業状況等に関する調査研究』(2017年、JEED)

グラフ 障害者の職場定着率(障害種類別)

からは就労継続支援A型、B型事業所にも同様の改正がなされました)。

就労移行支援の現場において作業療法士は働く上での基盤となる生活面の評価や訓練場面における作業遂行機能・職業適性に関するアセスメント、当事者の自己理解の促進・就労意欲向上のための支援、当事者に適した職場の開拓、調整、就職後の職場適応援助・定着支援などを行います。

作業療法士養成課程で学ぶ評価は、就労支援においても身体的側面、精神的側面、社会的側面、経済的側面など多面的に対象者を把握することに役立ちます²⁾。

5. 福祉現場の課題：モラルの低下・支援の質

福祉事業は規制緩和により申請書類に不備がなく、施設基準を満たしていれば誰でも事業運営が可能です。サービス原理の導入により実力ある事業所が多数生まれたというメリットもありますが、結果として福祉の現場はモラルの崩壊が深刻と言われており、インターネットを検索すると「貧困ビジネス」と揶揄されたりしています。統合失調症や発達障害に関する知識や支援経験がないまま就労支援を行った結果、実績作りのために職業準備性が整わない方を就職につなげ、受け入れた企業が混乱する、あるいは障害特性を無視した支援により二次障害を発症するなど様々な問題が発生しています。さらに医療(主治医)との連携が取れていないため、主治医は結果のみで判断し「一般就労は無理」の診断に至ることも珍しくありません。

6. 作業療法士の皆さんへ伝えたいこと

就労支援は「人生の岐路に立っている当事者」の支援です。「当事者にとって最大の不幸は良き支援者と出会えないこと」と言われます。当事業所には病院勤務経験者の作業療法士3名の他に社会福祉士・精神保健福祉士、看護師、心理士、ジョブコーチが在籍し、そ

れぞれの強みを活かしたチーム支援を行っています。若手の作業療法士が当事業所への転職理由を次のように語っていました。「病院でリハビリをしていた患者さん達が退院後外来で会うと生き生きとしていたんです。その方たちから『復職した』『再就職した』という話を聞き就労支援に興味を持ち、思い切って転職しました。もちろん後悔はしていません。」この言葉に共感する作業療法士が増えて欲しいと思います。

日本作業療法士協会パンフレットに掲載している「ひとは作業をすることで元気になれる」の「作業」は地域にあふれています。地域こそが作業療法士本来のフィールドではないでしょうか。障害者雇用で有名な企業「日本理化学工業株式会社」の創業者は「人は働くことで幸せになれる」という言葉を残しています。当事業所から就職した方達と再会した時の誇らしげな表情を見るたびにこの言葉を思い出します。

私たちは「就労は究極のリハビリ」という言葉を信じます。もっと多くの作業療法士が就労支援に携わることで我が国の「働き方改革」の推進に寄与することを願います。

文献

- 1) JEED (2017). 障害者の就業状況等に関する調査研究資料
- 2) 内村 栞：第7章地域での生活を支える「就労移行支援」。築瀬 誠，精神障害作業療法入門(改訂第2版)共同医書出版社(2020) p. 186

鹿児島障害者職業センターの業務

森 陽子

鹿児島障害者職業センター

1. はじめに

障害のある方や心身を受傷した方(以下「利用者」という。)が、医療的リハビリテーションや生活自立訓練等を受けた後に最終的に職業的な自立を図るという一連のプロセスの中で、地域障害者職業センター(以下「地域センター」という。)は、その最終プロセスを担っていると言える。

しかし、近年地域センターを利用する方の中には、医療・保健や福祉サービスと並行して利用する人が増えている¹⁾。

職業的な自立のプロセスは、その他のプロセスを踏まえたものである。利用者の主体が医療から福祉、労働へと移っていく経過において、それぞれのプロセスを担う支援者が他のプロセスに関する知識を得ることは、利用者の移行をスムーズにすることと考えられる。本稿が、各プロセスを担う支援者の方々にとって地域センターの業務を知る機会となり、支援の一助となれば幸いである。

2. 地域センターとは

地域センターでは、利用者の就職の促進と職場定着を図るため、利用者・事業主などの多様なニーズに対応した職業リハビリテーションサービスを実施している。

地域センターは、ハローワークなど関係機関との密接な連携のもと、地域の職業リハビリテーションサービスネットワークの中核として職業リハビリテーションサービスを提供する施設であり、全国47都道府県において設置・運営されている。

地域センターには、職業リハビリテーションなどに関する専門領域の研修を修了した障害者職業カウンセラーが配置されており、利

用者に対して、職業相談、職業評価、職業準備支援、ジョブコーチ支援、職場復帰支援(リワーク支援)などを行っている。事業主に対しては利用者の受け入れから採用後に至るまで雇用管理に関する援助業務を実施し、関係機関に対しては地域の就労支援機関に対する職業リハビリテーションに関する助言・援助などを行っている。

近年は、地域の就労支援機関では支援が困難な精神障害者、発達障害者や高次脳機能障害者等に対する支援を重点的に実施している。

以下は、利用者に対して実施するサービスについて説明する。

なお、地域センターでは、障害者手帳を有せずとも就職や職業生活の維持や円滑な職場復帰など支援ニーズがあれば利用対象となる。

3. 地域センターのサービス

地域センターにおける利用者へのサービスは、就職前の支援、就職後の支援、休職者への支援との雇用の段階にそって3つに分かれ、それぞれで「職業準備支援」「ジョブコーチ支援」「リワーク支援」の3つの支援を組み合わせ実施している。

1) 職業相談・職業評価

地域センターでサービスを実施するためには、まず、利用者個々に応じた職業リハビリテーションの計画(以下「職リハ計画」という。)を策定する必要がある。

利用者の同意のもと、医療機関など支援機関から情報収集しながら、生活歴、治療歴、職歴などの聞き取りや心理検査や職業適性検査などによって何をどのように変えればもっとも効率よく職業的な自立につながるのかを評価する。そして就職して職場に適応するた

めに必要な支援の内容、方法などを含む職リハ計画を策定するのである。職リハ計画では、本人や他の支援機関とともに①利用者の意向(働き方の希望)、②意向と現状のギャップ(課題)、③ギャップを埋めるための方策を作成し、その進捗を把握することが重要となる。

職業相談・職業評価に必要とされる期間はそれぞれによって異なる。1日で終了する人がいる一方で、数週間必要とされる人もいる。

2) 職業準備支援

就職に向けて不安なこと、今まで困ってきたこと、自分の長所などを整理し、これまで職場で定着できなかった原因とその対処方法を身につけたいという方に対して、職業の準備性を整えるとともに、自分に応じた働き方を探索しながら、不適応の予防策や対処策を検討するのが職業準備支援である。

内容は①障害特性や職業上の課題の把握及び改善に係る支援 ②職業に関する知識の習得に係る支援 ③社会生活技能等の向上に係る支援 となっている。

支援期間は12週間以内で設定する。

3) ジョブコーチ支援

ジョブコーチ支援の計画にもとづき、事業所に職場適応援助者(ジョブコーチ)を派遣し、支援対象者の障害特性をふまえ、就職やその後の職場定着を図る目的で、職場への適応力の付与・向上を図るための支援を行う。同時に、雇用事業主によるサポートが円滑に行われることを目指して具体的な支援の方法を雇用事業主に提供する。

支援期間は2～3か月で計画することが多い。

4) リワーク支援

(1) 職場復帰のコーディネート

休職中の利用者、雇用事業主、主治医のとの相談を通じて、職場復帰に関する意思や意見を確認。3者の同意に基づいて、職場復帰に向けた活動の進め方や目標について同意形成を図り、当面の支援期間、支援目標、支援内容などを策定する。

(2) リワーク支援

利用者、雇用事業主、主治医の3者の同意に基づき、基礎評価を経て職場復帰支援の計画を策定。地域センター内での支援を通じて、生活リズムの構築及び通所などに必要な基礎的な体力の向上、作業遂行に必要な集中力、持続力などの向上、ストレス場面での気分、体調の自己管理及び対人技能の習得を図り、スムーズな職場復帰をサポートする。

支援期間は、コーディネート期間を含めて3～4か月程度で計画することが多い。

4. 鹿児島障害者職業センター利用の流れ

次に、鹿児島障害者職業センター(以下「鹿児島センター」という。)の利用の流れを説明する(図1)。

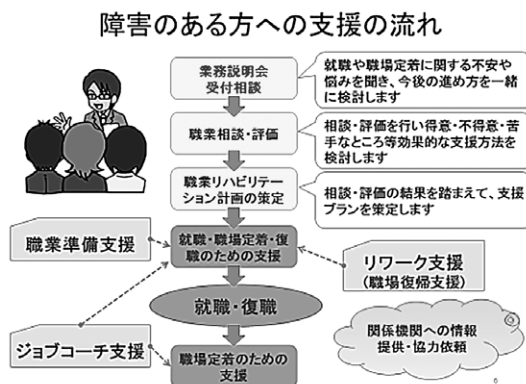


図1 鹿児島センター利用の流れ

1) 業務説明会(予約制)

鹿児島センターの利用経験がなくサービス内容を知らない方に対して、毎週水曜日午後(状況に応じて変更あり)に集団による業務説明会を行っている。そこではリワーク支援を除く鹿児島センターの利用者向けサービス内容、サービスの流れ、支援機関との連携方法などを説明する。利用者はその説明を基に、自らがイメージし希望する支援との相違がないか、鹿児島センターの利用を希望するか確認することとなる。

業務説明会后、鹿児島センターの利用を希

望した者に対して、個別に障害者職業カウンセラーが職業相談等のアセスメントを行っていく。

リワーク支援については、個性が高く集団対応が行えないため、個々の問い合わせに対して都度対応を行っている。

2) 職リハ計画の策定

職業相談・職業評価の結果を基に、利用者、家族、支援者とともに、職場に適応するために必要な支援の内容、方法などを含む職リハ計画を策定する。その後、その計画にもとづいて関係機関との連携や各支援の実施となる。

3) 各支援の実施

職リハ計画によって、職業準備支援、ジョブコーチ支援、リワーク支援を実施するようになった場合、改めて各支援に関する計画書を策定し、それにもとづいたサポートを展開することとなる。支援実施中には、進捗状況や支援開始当初には予測しなかった課題が発生していないか確認し、必要に応じて支援計画の修正を行なう、PCDAサイクルを意識しながら進めていく。

5. 地域センターの支援において

地域センターでは就職及び職場適応が困難な利用者などへの支援を実施しているが、就労支援上の課題に生活面や医療面の課題が含まれる者が少なくない。そのため利用者本人の障害特性や行動習慣のみを取り上げて「就労に必要なスキル」を論じることはできない。生活支援機関や医療機関との連携を行い、多角的な視点でチーム支援を行っていくことが重要となる。

地域センター（鹿児島センター）における支援においては、各機関の知恵と経験を活かしながら、利用者に応じた就労支援の在り方と連携方法について検討していきたい。

鹿児島障害者職業センター

890-0063

鹿児島市鴨池2丁目30-10

電話 099-257-9240

E-MAIL kagoshima-ctr@jeed.go.jp

文献

- 1) 岩佐純：就労支援における2つのアプローチ—地域障害者職業センターにおける精神障害者、発達障害者の支援を中心に—。産業精神保健 27（特別号）：15-21, 2019

障害者就業・生活支援センター 事業説明と支援事例について

谷山 勝啓

かごしま障害就業・生活支援センター 副所長

1. はじめに

障害者就業・生活支援センター事業について

障害者就業・生活支援センター（支援センター）は、平成14年5月「障害者の雇用の促進等に関する法律」の改正により就業面と生活面を一体的に支援する機関として誕生しました。そして、支援を必要とする障害者に対して、身近な地域で、雇用、保健福祉、教育等の関係機関との連携の拠点として連絡調整等を積極的に行いながら、就業及びこれに伴う日常生活、社会生活上の相談・支援を一体的に行い、国（厚生労働省）と都道府県から事業を委託された社会福祉法人や特定非営利活動法人（NPO）等が運営しています。

2. 鹿児島県内の支援センター設置状況について

全国では、344支援センター（令和2年4月1日付現在）設置されており、鹿児島県内には、当センターを含め、おおすみ、あいらいさ、あまみ、なんさつ、ほくさつ、くまげの7支援センターが設置され、各圏域にて活動を行っています。（パンフレット参照）

1) 関係機関との連携

障害者一人ひとりの希望に応じた就労を実現するため、雇用、福祉、教育等の各分野の関係機関が緊密な連携の下、就労支援を積極的に推進していく環境が整備されつつあります。教育・福祉から一般雇用への移行を希望する障害者や就職後の継続的な支援が必要とされる障害者が今後とも大きく増加することが見込まれる中で、障害者雇用施策においても支援センターの特徴を最大限活かしたネッ

トワークの中心にありながら機動力をもって障害福祉施策、教育施策等とのそれぞれの機関の特徴を最大限に活かした連携による就労支援を実現することとしています。

2) 支援対象障害者に対する相談支援

支援センターの役割として最も重要なものの一つに、支援対象障害者に対する指導・助言があります。支援センターは障害者からの相談に応じ、障害者の職場での問題や日常生活上の問題に関し、把握した支援対象障害者に係る状況を十分踏まえ、解決策を提案するなどの指導・助言を行うこととなります。職業生活の維持には、障害者自身の生活習慣の形成や日常生活の自己管理などが必要であり、また、住宅の確保、家族・知人との関係も含め、さまざまな環境が影響を及ぼしています。このため、支援対象障害者が、日常生活面を含めた職業生活を円滑に送れること、幅広い職業生活上の問題について相談に応じることができるよう支援センターは、支援体制整備を図るとともに、生活を含む他の専門的な機関における支援が必要な障害者は適切な関係機関へつなぐこととします。

3) 職場定着の重要性

職場定着支援障害者の就職件数の増加に伴い、継続的な支援が必要な在職者が年々増大していることを前提として、定着支援においてセンターが果たしている役割を評価するとともに、日常的な相談や支援を通じて不適応や離職の発生を未然に回避することができるよう、引き続き支援センターの定着支援機能の強化を図ることが重要とされています。

企業等への支援

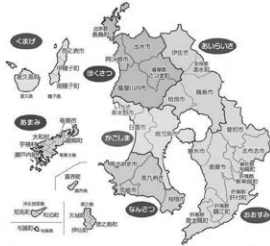
雇入れ前の支援

- 障がいのある方を雇用する際の様々な相談をお受けします。
- 仕事内容を確認し、職務適正や情報提供などを行います。
- スムーズに雇用へ繋げるために職場実習などの提案もしています。

雇入れ後の支援

- 定期的な職場訪問を行うなど安定した雇用継続をめざします。
- 障がい者雇用で生じている課題に応じて必要な支援を行います。

気になることがありましたら、いつでもお気軽にご相談ください。まずは、お電話を!!



- かこしほ障害者就業・生活支援センター**
社会福祉法人 鹿児島県社会福祉事業団
〒902-0838 鹿児島県新原町16番217号
TEL: 099-249-9461 FAX: 099-248-9462
E-mail: kssc@kagoshima-swvc.jp
- あおすみ障害者就業・生活支援センター**
社会福祉法人 天土舎
〒920-0005 鳥取市向江町29番2(鳥取県社会福祉会館内)
TEL: 0994-35-0811 FAX: 0994-35-0812
E-mail: soudan-oshigoto@minus.com.ne.jp
- あいだいな障害者就業・生活支援センター**
社会福祉法人 興学舎
〒890-4332 鹿児島県鹿児島市下町1丁目2番2号(鹿児島県社会福祉センター内)
TEL: 0995-67-5678 FAX: 0995-67-5522
E-mail: aira-lao-sc@pp4.synapse.ne.jp
- あまみ障害者就業・生活支援センター**
社会福祉法人 三福舎
〒894-0008 奄美郡大瀬田町大瀬田1丁目(奄美市社会福祉センター4階)
TEL: 0997-69-3073 FAX: 0997-69-3074
E-mail: sma@kve.togtoobe.ne.jp
- なんざつ障害者就業・生活支援センター**
社会福祉法人 敬和会
〒967-0302 鹿児島市知覧町新135番地
TEL: 0993-57-7020 FAX: 0993-83-2858
E-mail: n-sc@po2.synapse.ne.jp
- ほくさつ障害者就業・生活支援センター**
社会福祉法人 鹿児島県社会福祉事業団
〒985-0027 鹿児島市内市川町11番20号
TEL: 0996-29-5022 FAX: 0996-29-5033
E-mail: hssc@kagoshima-swvc.jp
- くまげ障害者就業・生活支援センター**
社会福祉法人 興業舎
〒981-3604 熊本県宇都井町野間181-4
TEL: 0997-27-0211 FAX: 0997-27-0118
E-mail: kumagakiapote@gyceitai.or.jp

鹿児島県 障害者就業・生活支援センター 総務課



障害者就業・生活支援センター

“働きたい”を応援します!!



障がいのある方の就職や生活の相談、企業の障がい者雇用相談などに応じる「総合窓口」です!

障害者就業・生活支援センターは厚生労働省と鹿児島県の委託を受けて実施しています。

相談者への支援

相談受付

就職相談、職場での悩みや困っていることについての相談をお受けします。

センター職員との面談

悩みや現在の状況、ご希望をお聞きし、今後の支援を一緒に考えます。

センター登録後

求職活動支援

関係機関と連携しながら、ご希望や適性に合った仕事を一緒に探します。

就職後の定着支援

就職後も悩みや不安を解消できるよう、センター職員による企業訪問や面談、電話などでも相談をお受けしています。

生活面の支援

就業に伴う生活上の悩みや困りごとの相談をお受けします。

障がいのある方やご家族の方へ

- Q 利用にあたって年齢制限はありますか?
A 年齢制限はありません。ただし、在学中の方の支援はできません。
- Q 支援期間は決まっていますか?
A 期限はありませんが、一定期間相談が無い場合に支援の有無について、センターから確認の連絡をする場合があります。

企業等の方へ

- Q 障がい者を雇したいのですが、どうすればいいですか?
A 支援員が現場に伺い、どのような仕事を任せられるか一緒に考えていきます。
- Q 登録者以外の相談も受けしてくれますか?
A 企業・相談者の双方が望めば支援に入ることがあります。

みなさん、様々な職場で活躍されています!!



- 支援の対象者**
 - 障害者手帳をお持ちの方
 - 手帳はないが障害と認められる方
 - 難病の方など (診断書、主治医の意見書など)
- 秘密保持**
 - 支援にあたっては、個人情報保護に十分配慮いたします。

関係機関とのネットワーク

センターでは、関係機関とのネットワークを構築しながら、障がいのある方が安定した職業生活を送ることができるように総合的にサポートします。



- 相談機関**
 - 行政機関
 - 相談支援事業所
 - 雇用相談・支援センター
 - 発達障害者支援センター
 - 高次認知機能障害者支援センター など
- 就労に関する機関**
 - ハローワーク (公共職業安定所)
 - 障害者職業センター
 - 発達障害者職業能力開発校 など
- 医療・福祉・学校等**
 - 福祉サービス (就労移行支援、就労継続支援A型、B型、グループホーム等)
 - 保健師、医療機関
 - 特別支援学校 など

ご利用方法

- 相談受付**
相談内容を詳しくお聞きます。
- 登録**
支援内容について相互に確認します。
- 支援開始**
関係機関と連携し支援を行います。

センターのご利用について
登録制となっています。どのような支援が必要なのかをご本人と話し合った上で、登録申請の手続きの後、支援を開始いたします。
※ご相談・ご登録など、センターの利用は **全て無料**です。

3. 具体的な役割について

1) 相談・支援

(1) 顔のみえる関係の構築

支援対象障害者に対する支援センターによる支援を実施するためには、まず支援対象障害者の状況を把握することが必要です。支援センターによる支援開始のきっかけは、支援対象障害者からの相談に応じることが基本ですが、このためには、日頃から障害者自身やその家族、障害者に対する支援を実施する関係機関等に対して、センターの支援内容に関する周知を図っておく必要があります。関係機関との連携を図り、日頃から相互に情報交換を行う等、関係機関の支援対象障害者に関し、センターによる支援が必要となるような状況が生じた場合にセンターへの相談が寄せられ易くなるような関係、すなわち顔のみえる関係の中心にあってネットワークを構築してほしい、そのような期待が込められています。

(2) 情報の把握及び管理

支援対象障害者に対する指導・助言を的確に行うためには、関係機関が行う障害者に対する支援に関する情報や、障害者雇用に係る労働市場の状況、事業主の動向、障害者の就業・生活に関する問題の発生に係る動向とその解決策等についての情報や研修等を活用して十分な知識を把握しておく必要があります。支援対象障害者に対して支援を実施する場合には、当該支援対象障害者の状況について、障害者本人や、家族、同行者等から当該支援対象障害者の障害の状況やこれまでの就業経験の程度等、相談に係る問題点等につき十分聴取し、記録しておくこと等十分に把握されている必要があります。なお、その際には支援対象障害者が安心して相談できるよう、例えば個人情報等の情報の管理・保護には十分な注意が必要であることは言うまでもありません。

(3) 計画的な支援

支援対象障害者の状況に応じて、関係者に

よるケース会議等を開催し、又は関係機関のアドバイスを得ながら、支援対象障害者の個々の課題にあった内容、実施施設・機関等の具体的な訓練方法を示す「個別支援計画」を各関係機関と連携して策定し計画的に支援を実施することが必要です。

2) 在職中の状況把握

支援対象障害者が就職した事業所との間で、訪問や電話連絡等を通じて密接に連絡を取り合うとともに、在職中の支援対象障害者に関わる関係機関等とも密接に情報交換を行うなど、支援対象障害者の状況の把握に努める必要があります。在職中の支援対象障害者の状況把握については、実際の職場を訪問することによって、電話による照会だけでは把握することが難しい本人の職場での状況、職場の雰囲気、事業主や職場の上司、同僚等の本音の意見等から、職場不適應が表面化する以前に早めに問題点を把握できる可能性があることから、職場への計画的訪問による本人の状況把握のみならず事業主とのネットワークの構築が期待できます。

3) 交流会活動の実施

在職中の職場定着支援が必要な支援対象障害者が、一定数以上に達している支援センターにおいては、多数の支援対象障害者に対する効果的、効率的な支援が必要になり、職場で生じる様々な課題をテーマとしたグループワークや勉強会等を定期的で開催することで、職場不適應を早期に把握することや職業生活上の課題を解決するための早期対応ができます。在職中の支援対象障害者を対象とした定期的な集まりには、同窓会、茶話会その他余暇行事等のレクリエーションを通じて、支援対象障害者同士が交流することにより、問題解決が可能となる面もあります。

4. 鹿児島県独自事業である企業による「障害者雇用体験事業」について

障害者雇用体験事業(体験事業)は、鹿児島県の独自事業で、障害者の雇用経験のない事

業所において、短期の職場実習を実施し、障害者雇用の機会を拡大することを目的とした事業です。実施に向けた相談や支援は支援センターが行い、体験事業実施後は、体験受け入れ事業所に奨励金と、体験した障害者には、手当が支給されます。

5. ケース事例～体験事業を活用した精神障害者の実習から採用、そしてこれから～

1) 障害状況、取組内容など

Aさんは高等学校卒業後に専門学校へ進学し、卒業後は縫製関係など数か所の職歴があります。発症時期は35歳頃で、他人に迷惑をかけて嫌われているのではと、不安感や恐怖感を感じ、「うつ病」の診断を受けました。

発症後は、就労継続支援A型事業所(A型事業所)を利用することとなり、2年間の利用継続ができたことから、一般就労したいという本人の気持ちが強くなり、ハローワーク担当者から筆者の所属する支援センターを紹介され、支援センターの支援を受けながら就職活動を始めました。

支援センターでは本人との相談などにより現況確認を行い、仕事の量や本人に対する業務負担の配慮があれば一般就労は可能と考え、サービス利用中のA型事業所のサービス管理責任者と、サービス等利用計画作成担当の相談支援事業所担当者を交えて、今後の就労支援の方向性について話し合いがもたれました。

(1) 関係機関との情報共有

話し合いでは、サービス管理責任者から「過敏性大腸炎があり、勤務当初は緊張やストレスなどでトイレに行く頻度が高いが、職場の環境や業務に慣れると問題ない」と意見があり、相談支援事業所担当者からは、「本人の意向を尊重したい」との意見があり、一般就労に向けて関係機関が連携し、協力していくとの共通理解が図られました。

(2) 職場見学

Aさんは、ハローワーク担当者からの紹介

された自宅から近い電気機器製造業(同社)のフルタイムの一般求人に関心を持ち、本人単独で同社へ連絡し職場見学を行いました。

(3) 「障害者雇用体験事業」を利用した職場実習

見学後の支援センターとの相談の中でAさんからは「テーブルで座って行う作業であり、隣で作業する職員との距離が気になる」などの話がありましたが、同社での職場実習を希望するとの意向が示されました。そこで、支援センターと本人は同社を訪問し、体験事業の担当者である障害者就業開拓推進員も同席の上、体験事業について本人、企業双方に説明を行いました。本人が職場実習を希望していることと、同社としても障害者の受け入れが初めてであることや、本人が実際に作業する姿を確認したいとの要望もあり、9日間の予定で体験事業を活用することとなりました。

雇用体験初日、支援センターの担当支援員(支援員)が同社へ訪問し、現場担当者へ本人の紹介と、今後の体験業務について、本人と確認しました。その後、作業部署に移り、現場担当者から本人へヒューズ組み立て業務内容について、一通りの作業手順について説明を受け、1日目の作業が始まりました。

2日目以降も支援員が定期的に職場訪問を行い、作業状況や体調面などについて確認を行い、雇用体験は、予定通り9日間実施されました。

懸念されていた点(緊張やストレス、体調など)については、Aさんからは「現場責任者ほかの従業員から声掛けがあり、安心して取り組めた」、「過敏性大腸炎については、服薬している薬が効いており問題なかった」と感想が聞かれました。

雇用体験後の振り返りでは、同社からは「勤務態度は非常に真面目であり、担当する作業に正確に取り組んでいて周りの評価は高かった。一方で、周りへの気遣いが強いいため、今後、かえってストレスが溜まるのではと思う。課題として休憩時間など積極的に仕事仲間と

過ごせるか、また、組み立てラインのスピードにいかについていけるか」との評価が示されました。

本人は、「周りの従業員と比べて作業スピードが遅いことが不安である。わからないことについては、職場環境の配慮があり、不安なく取り組むことができた。この会社で働きたい」との気持ちが示されました。

(4)「トライアル雇用制度(精神障害者)」の活用

雇用体験の状況から、同社としては、正式雇用となると作業スピード(目標個数など)が求められるが、Aさんは強いプレッシャーを感じるのではないかと懸念しており、Aさん自身も周りの従業員の作業スピードについていけるか、不安を感じていることから、もう少し時間をかけてステップを踏むことが必要と関係者は考え、双方の同意を得てハローワークのトライアル雇用制度(トライアル)を活用することとなりました。

なお、トライアルは原則として3か月間が実施期間であるが、精神障害者などの場合には6か月から12か月の期間設定が可能で、Aさんの場合は6か月でありました。

トライアル移行後も支援員は引き続き、定期的に職場訪問を実施し、本人の作業面と健康面を重点に確認し、必要に応じて、関係機関の協力を得て、ケース会議を開催し経過見守りと相談対応の体制を図りました。

そして、トライアル終了前に、本人と企業にトライアル雇用後のことについて確認しました。

本人は、雇用体験からトライアルへ段階を経て、周りの従業員との関係性を築けたことで、自信を持って業務遂行できるようになりました。引き続き同社で就労を継続したいとの意向を述べられました。同社からは、「一般従業員と比べて、まだ作業スピードは80%ぐらいであるがミスはない。丁寧にミスなく仕上げられている状況は評価でき、他者と比較はしない考えであることから、本人の

意向を重視し継続雇用で頑張りたい」との評価が示され、正式採用となりました。

2)取組の効果

最初の段階で、本人の意思を尊重し方向性が統一され、関係機関との連携と共通理解が図れました。また、「手先が器用である、簡単な商品製作・組立て作業は集中して取り組むことができる」ことを本人の強みとして、関係機関が共通理解し、スムーズな支援計画を図ることができました。また、本人が抱えていた過敏性大腸炎の症状や職場の人間関係などの不安については、「障害者雇用体験事業」や「トライアル雇用制度」を関係機関と連携を図り、段階的に実施できたことで、本人の強みと課題を整理する機会ができ、同社においても無理のない障害者雇用が図れました。

正式採用後、同社からは、「本人が与えられた業務に対して誠実に取り組む姿勢を評価する」との考えが、本人からは、「困りごとに対して、安心して相談ができる職場です」との考えが示され、双方の思いがつながり、本人が自信を持ち意欲的に働くことにつながりました。

3)今後の展望と課題

正式採用が決まった際には「周りの人に気を遣うことで辛くなるので、昼食は車の中で食べます」と話していたAさんだが、実際には初日から、食堂で数人と一緒に時間を過ごし、日替わり弁当が選べることを楽しみにするなど、周りの従業員からも仲間として受け入れられている状況です。現在は順調と思われませんが、今後、様々な課題が生ずることも支援センターとしては想定し、現況をしっかりと把握し、引き続き定期的に職場訪問を実施していくこととしています。

Aさんは、今後の目標として、「これからは少しでも人の手伝いができる、人を助ける人になりたい」と話します。障害の有無に関係なく、従業員同士が互いに支え合う思いやりを持ち、温かい人間関係がある同社で働くなかで意識された目標と思われれます。本人

の得意とする手芸の技術を活かして、ティッシュカバーを作り職場内環境整備にも貢献しています。

働く理由はそれぞれではありますが、収入を得るだけではなく、誰かの役に立ちたいという本人の思いを大切に、引き続き職場定着支援を図っていきます。

文献

- 1) 特定非営利活動法人全国就業支援ネットワーク：「障害者就業・生活支援センター事業の効果的運営のあり方に関する調査研究」発行元：非営利活動法人 全国就業支援ネットワーク平成 20 年度障害者保健福祉推進事業、第 3 章 p20-22
- 2) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構：障害者雇用事例リファレンスサービス 各支援機関との連携・協力により雇用が進んだ事例(オンライン)
入手先<<https://www.ref.jeed.go.jp/2020/202033.html>>

就労移行支援に携わって思うこと

山崎 貴喜

ウェルビー株式会社 ウェルビー鹿児島中央センター管理者兼サービス管理責任者

1. はじめに

筆者は3年前に、精神科作業療法士から就労移行支援事業所ウェルビー鹿児島中央センター（当センター）の管理者兼サービス管理責任者となった。就労支援の分野においてはまだ経験が浅いが、このような執筆の機会を頂戴できたことは大変光栄である。一方で、そのような私に執筆依頼が来るということは、精神障害者の就労支援という分野で活動している作業療法士自体が少ないことを表しているとも言える。筆者自身、精神科の作業療法士として勤務していた頃は、就労移行支援事業所の利用方法や費用についてはもちろんのこと、そもそも何をやっているところなのかさえもよく知らなかった。現在、就労支援をしている中で、医師や精神保健福祉士、相談支援専門員との連携頻度と比較すると、作業療法士と関わる機会は圧倒的に少ないと感じている。全国的に就労支援に関わる作業療法士がどれくらいいるのかわからないが、鹿児島においては少ないのが現状と言える。患者が医療施設から地域に移行していく際の作業療法士が行うリハビリテーションにおいて、就労を見据えた関与をしていくことも地域生活へ向けた重要なプロセスであり、特に医療機関と地域の福祉サービスの連携強化が求められていると感じている。まずは、一人でも多くの作業療法士に就労支援について知ってもらいたいため、本章では就労移行支援事業所の役割や活用方法を紹介したい。併せて、これまでの取り組みを通して見えてきた課題についても触れたいと思う。

2. 就労移行支援事業の概要

就労移行支援事業とは、障害者総合支援法

に定められた障害者福祉サービスのひとつで、利用期間は原則24か月（2年）、対象者は、企業等への就職を希望する18歳以上65歳未満の精神障害、発達障害、身体障害、知的障害、難病のある方となっている。利用料については、本人は1割負担となっており、前年度の収入によって負担上限が異なるが、非課税世帯は自己負担金がかからず利用できる。就労移行支援事業所の役割は大きく2つある。1つは一般就労を希望する障害のある方をサポートし就職へ繋げ、更に職場定着支援をすること。もう1つは就労アセスメントである。就労アセスメントとは、就労継続支援B型事業所の利用を希望する者に実施するもので、一般就労を目指して訓練をするのが望ましいか、就労継続支援B型事業所を利用するのが望ましいかを判断するものである。当センターでは、就労アセスメントの期間を概ね1週間から1カ月で実施している。訓練を積むことで一般就労できそうな方もいるのだが、当事者やその家族の意向が就労継続支援B型の利用であることで、一般就労に向けた訓練を受ける機会を逸することがしばしば見受けられる。これは一般就労ができる可能性がある限り支援をしたいと考える筆者としては葛藤する場面でもある。

3. 当センターの利用状況

当センターは2018年1月に九州地域では7つ目のセンターとして開所した。それ以来様々な医療機関や福祉事業所と連携をとらせていただいているが、就労移行支援事業所は他の福祉サービスと比較して認知度が低いように感じている。鹿児島市には就労移行支援事業所が約15ヵ所、就労継続支援A型

事業所が約30カ所、就労継続支援B型が約140カ所あり(2021年2月時点)、事業所数の割合からしてもあまり身近ではないのかもしれない。その中で当センターを利用している方の多くは、大きく2つの経路で利用につながっている。1つは、医療機関や特別支援学校、相談支援専門員などから当センターを紹介される場合、もう1つはインターネット検索による場合である。当たり前ではあるが、相談内容は就職に関することがほとんどであり、中には就職先を紹介して欲しいという声や、子どもの卒業後の進路が不安なので、今のうちからやっていたほうが良いことを教えてほしいという声も聞かれる。このような状況から働きたい障害者は想像以上に多いことに気づかされた。これは医療機関にいる作業療法士には気づきにくい盲点ではないかと思う。

1) 訓練内容のご紹介

(1) 生活リズムをサポートする

企業で働く上では、安定した勤怠は最も重要な要素の一つである。当センターでは段階的に就業後の勤怠を想定した通所日数を目指していただくようにサポートしている。生活リズムの安定のため、定期的に面談で振り返りをしたり、困りごとに関する相談支援を行ったり、体調が崩れる予兆に対して当事者と一緒に予防策を考えている。時には、他機関の相談員や主治医と情報共有を行い、多方面からサポートする体制を心掛けている。

(2) 就業スキルの習得サポート

就きたい職種によって必要なスキルはさまざまであるが、おおよそどの職種においても基本的なビジネスマナーや最低限のコミュニケーション(報連相など)、自己理解力などがあるとよいとされる。当センターでは、これらのスキルを身に付けるために「グループワーク」や「ビジネスマナー講座」等のプログラムを提供している。就職活動プログラムでは、通院日や業務の手順書の作成、指示命令システムの明確化など、働く上で必要な合理的配

慮を整理し、自ら伝える訓練も実施している。また、並行して基本的なパソコン操作ができるようになるために、officeソフトの使い方やタイピング練習、事務職に付随した軽作業(帳票整理や電卓計算等)、電話応対などの訓練の機会も提供している。さらに、これらのスキルを定着させるために、「企業実践」というプログラムを提供している。これは、模擬会社という設定で、利用者がその会社の社員、職員が同僚や先輩社員の役を演じて行う職場ロールプレイである。総務課、営業課、庶務課などの仮設部署を作り、各部署の業務に取り組んでいただく。日頃のプログラムで習得した知識やスキルをこの企業実践の時間の中で実践してスキルを定着させることを目的としている。また、職員にとっては、利用者の獲得したスキルの把握や最新のアセスメントをとる機会にもなり、双方にとって有益な機会となっている。このプログラムにおいては、利用者の7割ほどがスーツ着用で参加しており、実際に企業で働く前段階として適度な緊張感をもって行っている。就職活動の段階の方については面接練習や応募書類の作成なども並行して行っている。

就労支援の基本方針は、障害特性以外に職歴や生活歴などの背景も一人ひとり異なるため「個別支援」を重視することにしてしている。そのため、職員は個別支援計画で策定された支援内容に沿って支援していくこととしている。

2) 就職活動について

希望する求人条件に応じた通所実績が達成でき、生活リズムがある程度安定したら、具体的な就職活動へと移行していく。応募書類の添削や模擬面接、企業実習などを行っていく段階である。希望職種や業務内容は当然ながら、障害をオープンにして働くかクローズにして働かないかなど、就業時の希望条件は一人ひとり異なる。就労支援員はこれらのニーズを早い段階で把握した上、障害特性を鑑みて就業先とのマッチングを検討する。この際に、企業実習の機会を設けることは当事者と企業

の双方にとって、どのような合理的配慮が必要であるか、長期就労を目指すための合意形成を図る上で大変重要なことと考えている。また、実習終了後に先方の担当者から働きぶりに対して評価をもらうことで、新たな課題や意外な強みを発見できることもメリットである。医療機関での作業療法士の主たる業務は当事者の病状の回復や社会復帰に向けた生活能力の向上に寄与することを目的としているが、就労支援の場面においては、当事者への関与だけでは不十分であり、企業へのアプローチもまた重要な業務の1つである。そのために職員には、企業情報の収集や企業側の障害者雇用に対するスタンスなども把握し、障害者の雇用環境を調整するスキルも求められている。

3) 職場定着支援

就職した後は、職場定着支援がスタートする。就職後6か月までは職場に定着するために継続的に支援を行っている。定期的な職場訪問や面談を通じて、職場での不安や問題の早期発見、早期解決を図る。企業に対しては、同僚や上司との定期的な連絡・相談を通じ、職場での接し方や合理的配慮の提供方法などについてアドバイスをしている。入社時に合意した合理的配慮事項も、当事者や企業の成長に伴って変わっていくものであるため、適宜見直しを行う必要もある。7か月目以降は当センターに併設している就労定着支援事業の利用へと切り替わり、以後3年間の定着支援を行っていくこととなる。

4. 今後の課題

1つは就労移行支援の認知度の向上である。これまでに精神科病院での事業説明会や、企業向けの障害者雇用セミナーなどを実施してきたが、まだ十分に認知されているとは言い難い。法定雇用率の引き上げなど社会情勢を鑑みても就労移行支援の役割は拡大していくものと考え、引き続き当センターの取り組みの周知を強化する必要

があると考えている。

もう1つが就労アセスメントについてである。一般就労の可能性が少しでもあるなら、就労移行支援の利用を通して、挑戦していけるような地域にしていきたいと思っている。当事者や家族の意思を尊重しているとはいえ、適切なアセスメントに基づいた支援の提供があってもよいと感じている。当事者も家族も支援者も、「働けるかも」「働いてみたい」と思えるような地域となるよう多様な場所で伝え続けていきたいと考えている。

5. おわりに

今回執筆依頼を受けた際、執筆経験がほとんどない筆者が、なぜ挑戦しようと思ったのか改めて振り返ってみると、伝えたいことがあるという1つの理由だけだったように思う。障害がある方が働くことで交友関係が広がったり、自己効力感が高まったり、やりがいを持つことで元気になったりする状況を目の当たりにし、病状にもよい効果が期待できると考える。地域で暮らし働いていくということがその人の人生にもたらすプラスの効果は高いと思う。周囲に就労を希望している方や働きたいが自信がもてないという方がいたら、是非、私たちと連携してサポートしていきましょう。

当院のアディクションに対する プログラムの現状と課題

中山 陽平

公益財団法人慈愛会 谷山病院リハビリテーション科 作業療法士

要旨：当院に入院・通院した患者のうち、アディクション関連問題に対する治療が必要と診断され、ARPを導入した者を対象に、ARPへの参加状況の変化から再入院についての現状把握とARPの効果を、後方視的に検証した。学習会に加え少人数制のSGMを導入することにより、ミーティングへの関心を持つ機会となり、ミーティング参加へ繋がる動機付けのプログラムとして効果的と考えられた。また、ARP導入群は退院後3ヵ月以内に再入院に至る割合として6.1～8.3%と、ARP未導入群に比べ低い結果であった。今回の結果より、治療プログラムに加え、安心・安全な場で気持ちを和らげ、障害や関連問題から回復したいという思いを引き出し、より長く治療を続けられるよう寄り添い、関わりを続けることが大切と考える。

キーワード：アディクション，プログラム，再入院

はじめに

当院でのアルコールリハビリテーションプログラム(以下、ARP)は、大きく4つのプログラムで構成されている。その中で平成23年よりアルコール使用障害患者に対する教育的プログラムとして、多職種でアルコール学習会(以下、学習会)を実施している。近年では嗜癖対象の多様化と共に新規・再入院となるアルコール依存症者も含め、当院の学習会参加者も年々増えつつある現状である。しかしながら、当院でのARPにおいて、学習会参加者は多いが、アルコールミーティング(以下、ミーティング)の自助的グループプログラムの参加は低い現状にあり、久里浜方式による3ヵ月間の入院治療プログラムを修了したアルコール使用障害患者の「退院1年後の完全断酒率約3割」という数値と比べ低いことが予想される。そのため、ミーティング参加へ繋げていくためのプログラムとして小集団のスモール・グループ・ミーティング

(以下、SGM)を平成28年9月から実施している。そこで、当院のARPに参加した対象者について、プログラム実施後の参加状況の変化や再入院率について把握し、プログラムに対する効果の検証と課題を見出すことを目的とした。

方法

1. 対象

平成27年4月から平成31年3月の3年間で当院に入院・通院した患者のうち、アルコールや薬物、ギャンブルなど物質使用障害・嗜癖行動の障害(以下、アディクション関連問題)に対する治療が必要と診断され、ARPを導入した者。

2. 調査方法

研究デザインは後方視的調査研究であり、APR実施状況一覧と入院・受診実績より参加者の情報について調査した。

調査項目は、基本属性(年齢、性別)、アディクション関連問題に関する入院・通院の件数、各プログラムにおける登録者数および参加数、家族との続柄、1年以内の再入院者数とした。また、再入院者において、前回入院時にARPへの参加の有無を調査し、ARPに参加した群(以下、ARP導入群)と入院治療のみの群(以下、ARP未導入群)に分け両群の比較と、各プログラムとの参加状況との関連を比較した。

3. 当院におけるARPについて

1) 学習会

入院・通院患者でアディクション関連問題のある者を対象に、疾病についての知識・理解を深め、回復に向けた内容を学ぶ教育的プログラム、「せりがや覚せい剤再乱用防止プログラム(SMARRP)」を基盤とし、「Group Treatment Model of Alcohol dependence based on Cognitive-behavioral Therapy, Kurihama version, 1st edition (GTMAACK)」を含めた当院の資料を使用。頻度として、週に2回、1クール全18回で実施し、途中セッションからの参加も開始可能としている。また、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理士、作業療法士で各セッションで担当を振り分け、当プログラムは作業療法プログラムとして実施している。

2) ミーティング

入院・通院患者に加え、当院通院以外の当事者・家族を対象に、体験談や日々の生活について発言し、また他者の話を聞くことで断酒等へと繋げることを目的とした「自助グループ」的な場。頻度として、月に2回実施しており、資料等の使用はない。また、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、大学教授等の外部講師を含め運営しており、当プログラムは診療報酬等に関与せず実施している。

3) アルコール家族教室(以下、家族教室)

入院・通院患者の家族に加え、当院通院以

外の家族、入院・通院治療に繋がっていない家族・関係者を対象に、アディクション関連問題についての知識を深め、対象者への対応や支援について学ぶと共に、対象者との関わりや日々の生活状況・困っていることについて発言する場。頻度として、月に1回実施しており、「アルコール依存症家族読本」や当院が作成した資料等を用い実施している。また、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、大学教授等の外部講師を含め運営しており、当プログラムは診療報酬等に関与せず実施している。

4) SGM

特定の病棟に入院中でアディクション関連問題のある方を対象に、疾病への関心を持ち、治療参加に対する抵抗の軽減と意欲の向上、自助グループへ繋げるための仲間作り、ミーティング参加への移行を目的としたプログラム。内容として資料等の使用やテーマ設定はなく、自由に発言できるよう少人数制の茶話会形式で実施。また、看護師、精神保健福祉士、公認心理士、作業療法士で行い、当プログラムは作業療法プログラムとして実施している。

4. 倫理的配慮

当研究は当院倫理委員会の承認を得て実施し、対象者に当研究の説明を行い、書面にて同意を得た。(承認番号 作-19)

結果

1) アディクション関連における当院の現状

アディクション関連の相談件数と受診・入院件数の推移を図1に示す。アルコール・薬物、ギャンブルなど、アディクション関連問題に関する相談件数の増加に伴い、受診・入院件数も僅かながらも年々増加傾向。

2) 学習会

学習会における参加者の現状について、表1に示す。入院・通院共に、登録者・参加者数も年々増加傾向。性別は、女性の割合では4~15%へと年々増加し、年齢は、平成28~29年度は40歳代が最も多く、次いで50

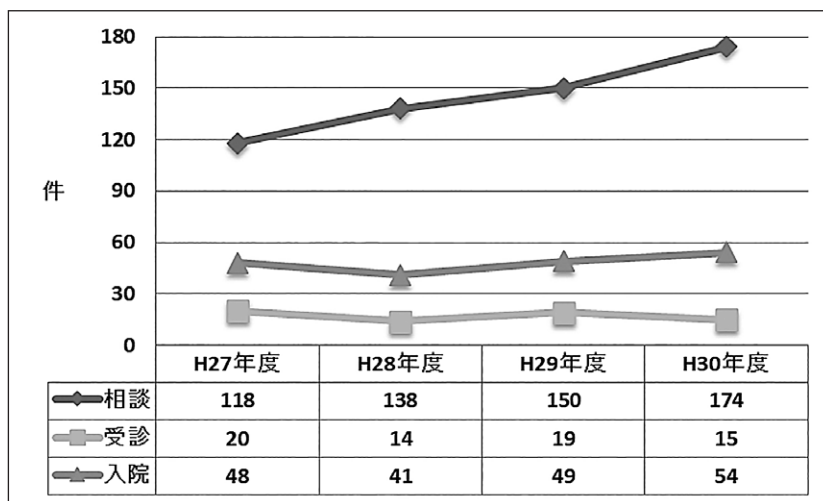


図1 アディクション関連の相談件数と受診・入院件数の推移

表1 学習会における参加者の状況

項目		H27年度	H28年度	H29年度	H30年度
述べ参加者数		623	683	749	944
実施日数(日)		94	97	98	99
参加者数 (名(%))	外来	152(24.3)	211(30.9)	206(27.5)	217(23.0)
	入院	471(75.6)	472(69.1)	543(72.5)	727(77.0)
性別 (名(%))	男性	32(86)	45(96)	40(87)	50(85)
	女性	5(14)	2(4)	6(13)	9(15)
	計	37	47	46	59
年齢 (名(%))	20歳代		0(0)	2(4)	1(2)
	30歳代		9(19)	9(19)	16(27)
	40歳代		13(28)	11(24)	11(18)
	50歳代		10(21)	10(22)	13(22)
	60歳代		7(15)	9(20)	11(19)
	70歳代		8(17)	5(11)	7(12)
嗜癖対象 (名(%))	アルコール		46(97.9)	41(89.1)	54(91.5)
	薬物		0(0)	2(4.3)	1(1.7)
	ギャンブル		1(2.1)	3(6.5)	4(6.8)
一日当たりの 平均登録者数 (名)	外来		5.3	5.8	7.4
	入院		6.0	7.0	9.9
	全体		12.0	12.5	17.1
一日当たりの 平均参加者数 (名)	外来	1.6	2.1	2.1	2.2
	入院	5.0	4.9	5.5	7.3
	全体	6.6	7.0	7.6	9.5
平均参加率 (%)	外来		71.9	76.2	75.5
	入院		60.3	61.5	58.1
	全体		42.5	37.8	34.4

歳代の順に多いが、平成30年度では、30歳代が最も多く、次いで50歳代の順に多かった。年齢層の割合として、50歳代は20%台、60～70歳代は30%台と各年変化はないが、

20～30歳代は19～29%へと年々増加傾向であった。また、嗜癖対象として、アルコールが89.1～97.9%と最も多く、薬物は0～4.3%、ギャンブルは2.1～6.8%の割合であっ

た。1日の平均登録者数と平均参加者数は年々増加しているが、平均参加率として、外来が71.9～76.2%、入院が58.1～61.5%と外来に比べ入院の参加率が低い結果であった。

3) 家族教室

家族教室における参加者の現状として、表2に示す。参加者数として、平日の夕方に実施していることもあり各年の平均参加者数は増減あり。参加者の続柄として、配偶者が50～65%と最も多く、次いで親が24～

45%、子5～9%の順が多かった。

4) SGM

SGMにおける参加の現状として、表3に示す。各年の平均参加者数として4.4～4.7名と大きな変化なし。また、プログラム導入後に1回でもミーティング参加へ繋がった割合として68.8～95.0%と年々増加し、入院中でミーティング参加拒否の方は減少していた。

表2 家族教室における参加者の現状

項目		H27年度	H28年度	H29年度	H30年度
参加者数(名)		64	66	78	66
実施日数(日)		12	12	11	11
平均参加者数(名)		5.3	5.5	7.1	6.0
続柄 (名(%))	配偶者	30(46.9)	33(50)	42(53.8)	43(65.1)
	親	28(43.8)	30(45.4)	27(34.6)	16(24.2)
	子	1(1.6)	3(4.6)	7(8.9)	5(7.5)
	その他	5(7.8)	0(0)	2(2.5)	2(3.0)

表3 SGMにおける参加者の現状

項目	H28年度	H29年度	H30年度
述べ参加者数(名)	31	58	42
実施日数(日)	7	12	11
平均参加者数(名)	4.7	4.6	4.4
実人数(名)	16	20	20
移行者数(名)	11	14	19
未移行者数(名)	5	6	1
移行率(%)	68.8	70.0	95.0

表4 ミーティングにおける参加者の現状

項目		H27年度	H28年度	H29年度	H30年度
述べ参加者数		284	324	302	326
実施日数(日)		23	22	24	24
参加者数 (名(%))	外来	250	263	227	239
	入院	34	61	75	85
性別 (名(%))	男性	242	275	262	283
	女性	42	49	40	41
	計	284	324	302	324
平均参加者数 (名)	外来	10.9	12.0	9.5	10.0
	入院	1.5	2.8	3.1	3.5
	全体	12.3	14.7	12.6	13.6

5. ミーティング

ミーティング参加者の現状として、表4に示す。平均参加者数として、各年で増減あり。参加状況として、外来が84.9～87.3%、入院が12.7～15.1%と、入院に比べ外来の参加者が多い結果であった。また、SGM導入前の入院者のミーティング参加の割合として、12～16%であったが、SGM導入後から21～26%と10%程度増加する結果であった。

6. ARP実施における再入院率

ARP実施における再入院の現状として、表5と図2に示す。当院を退院後3ヵ月以内の再入院となった者の割合として、退院者の7.9～31.5%と各年で増減あり。しかし、入院治療で学習会へ参加し、退院後3ヵ月以内で再入院となった者における割合では6.1～8.3%と、ARP未導入群に比べARP導入群の再入院に至る割合は低かった。

表5 ARP実施における再入院の現状

DE		H27年度	H28年度	H29年度	H30年度
相談(件)		118	138	150	174
受診(件)		20(16.9)	14(10.1)	19(12.7)	15(8.6)
入院(件)		48(40.7)	41(29.7)	49(32.7)	54(31.0)
再入院 (名(%))	ARP導入群	11(22.9)	7(17.1)	3(6.1)	14(25.9)
	ARP未導入群	3(6.3)	3(7.3)	1(2.1)	4(7.4)
	計	14	10	4	18

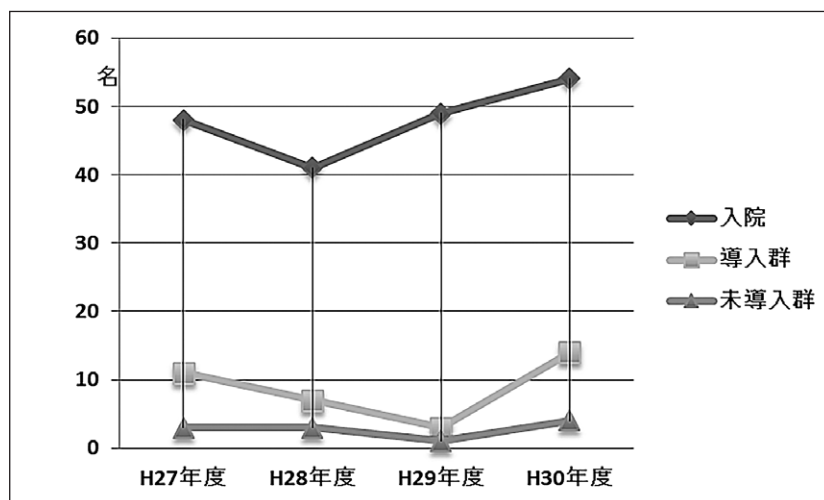


図2 入院者における再入院数の比較

考察

今回の結果よりARP導入において、「民間精神科病院におけるARPにおける再入院者は1～2割程度」¹⁾とあるように、ARPを導入することで退院後3ヵ月以内での再入院・再発予防として効果的と言える。また、学習会に加え少人数制のSGMを導入することにより、ミーティングへの関心を持つ機会となり、参加に繋がる動機付けのプログラムとして効果的と考える。松本らが、『「安全に失敗できる場所」,さらには「失敗したことを正直に言える場所」が必要であり、プログラムとはまさにそのような場である』²⁾と述べるように、プログラムだけでなく、治療環境において安心・安全な場で気持ちを和らげ、障害や関連問題から回復したいという思いを引き出し、より長く治療を続けられるよう寄り添い、関わるのが大切と考える。

今後の課題

ARPを導入し、退院後3ヵ月以内での再入院・再発予防として効果的と言えるが、退院後半年、一年後など効果の持続性として経過を追いデータ分析する必要があると考える。

また、SGMを導入することにより、ミーティングへの関心を持つ機会となり、参加に繋がる動機付けのプログラムとして効果的と考えるが、ミーティングへ参加するが、継続的に参加できる方は少ない現状であり、ミーティング参加の継続に向けた支援が今後の課題と考える。

結論

依存症者に対するARPの導入・実施することは、再入院の予防に有効と考えられた。

文献

- 1) 松本俊彦：入院中のアルコール依存症者に対し、作業療法士は何ができるのか？。OTジャーナル 51 (12) : 1169-1174, 2017.

- 2) 小砂哲太郎, 水野健, 野村千佳, 中道恵, 三澤剛, 長雄眞一郎：薬物依存患者への疾病教育。日精協誌 32 (6) : 47-54, 2013.

成人脳性麻痺患者に対する 家族参加型修正C I療法の取り組み

○竹下 晃 有馬 由貴 平位 和寛

独立行政法人国立病院機構南九州病院

1. はじめに

脳性麻痺患者に対する Constraint induced movement therapy (C I療法)は、作業療法ガイドラインで推奨グレードBとしており、上肢の痙性麻痺の運動機能を改善する可能性が確認されている¹⁾としてエビデンスが確立された治療法である。しかしながら本邦では脳卒中患者に対する報告がほとんどであり、脳性麻痺患者に対する介入の報告は少ない。

その一因として、機能を獲得した状態から障害により機能の再学習を進めていく脳卒中患者と異なり、脳性麻痺患者はもって生まれた麻痺の影響から、様々な動きを経験する機会や、正しい動きの経験が最初から不足、または欠如しやすく、使ったことがない部位は使わないという、発達過程で学習された不使用の状態となりやすい²⁾ことが考えられる。

また、運動及び姿勢の異常だけでなく、知的障害や、言語障害、てんかん、視覚や聴覚などの感覚面の障害が高率に合併し、障害像が複雑であることから、C I療法の適応基準を満たさない場合が多いと考えられる。

このように、発達過程での問題により運動成功体験が元々乏しく、合併症により障害像が複雑となりやすい脳性麻痺患者のC I療法では、通常の成人を対象としたプロトコルをそのまま運用することは困難であり、実施時間や方法を柔軟に変え、工夫を行う修正C I療法が必要になると考えられる。

今回、軽度の知的な問題のある左片麻痺を呈した成人脳性麻痺患者に対し、家族参加型という工夫を行ってC I療法を実施した結果、左手の使用頻度、運動の質に向上が見ら

れたため、その経過に考察を加えて報告する。なお、本報告は口頭と書面にて症例とご家族より同意を得ている。

2. 症例紹介

症例は、20歳代前半の女性で右利き。診断名は脳性麻痺で、障害名は痙直型左片麻痺。生活状況として、日常生活活動は自立しており、移動も独歩にて可能。高校卒業後介護士の職歴がある。運転免許を取得しており、家族同伴で運転を行っている。知能検査ではWAIS-IIIにて全検査IQ 50である。日常会話などの理解や表出は可能だが、目的や課題を考えて順序立てて計画し、行動することなどは苦手である。決めた目標に関しては自発的に努力することが可能である。本人、家族の希望は、運転での左折時に、右上肢のみの操作となり大回りになるため改善すること、料理時に左手で食材を押さえて切ることや、鍋などを持ち上げることである。

3. 初期評価

Brunnstrom Recovery stage (BRS)、Modified Ashworth Scale (MAS)、Fugl-Meyer Assessment (FMA)、簡易上肢機能検査(STEF)にて身体機能を評価し、日常生活の変化をMotor Activity Log(MAL)にて使用頻度 Amount of use(AOU)、動作の質 Quality of movement(QOM)を評価した。表1に詳細を示す。院内運転評価では左折時に左手も使おうとするが、右手だけの操作となり大回りとなっている。調理動作評価では、包丁操作時、左手での食材の固定

は可能だが、力を入れにくさがあるとのこと。持参した自宅で使用する鍋は重さがあり、左手で持ち上げ、傾けることが困難。

4. 介入方針

3週間入院にて治療を行い、午前9時から就寝前まで指間を縫った手袋、スリングで拘束を実施。9時から17時まで母親同席にてOT、PTとの訓練含め自主訓練を行う。

OT、PTは1日6単位で介入し、訓練課題の提案、段階づけ、動きの指導を行う。母親には適切な課題遂行の確認と、日常生活での左手使用の促しをしていただく。

5. 経過

1) 1週目 Shaping 課題を中心に実施

前腕回外や手背屈などの本人の苦手な運動を中心に単関節の動きを引き出す課題から開始。数日で単関節での動きは向上が見られたが、複関節運動は拙劣さを認めるため、肘伸展位で手背屈し、引き出しを開けるなど複関節での分離運動課題を行う。

Shaping 課題の難易度を上げる中で、運動が不十分な状態で反復練習する様子が見られたため、本人に目的とする動きを視覚的に指

導しながら、母親には適切な課題遂行の確認を依頼し、その後は適切な自主訓練が継続できた。

2) 2週目 Task practice, Shaping 課題実施

複関節での分離運動に向上が見られはじめ、ハンドル操作を模した課題などの Task practice に取り組みはじめる。

3) 3週目 日常生活を想定した課題実施

OT、PT介入時のみ拘束を外し、包丁操作などの両手動作を取り入れ、自宅や日常生活を想定した訓練を行っていく。退院後の生活で左手を使うADLや活動を、本人、家族と確認し、それらの生活動作を細分化して紙面で共有し、退院後毎日チェックしてもらう。

6. 結果

最終評価を表1に示す。STEF以外の評価で著明な改善が見られた。STEFは数値上の著明な変化はなかったが、初期時に見られた左上肢使用時の体幹側屈や肩甲骨挙上などの代償運動の軽減が見られた。退院1週後のMALもAOUで3.21点、QOM 3.35点となり、生活場面での機能向上も見られた。運転場面では、左折時のハンドル操作に左手の動きが加わり大回りが改善された。調理場

表1 評価(初期, 最終)

	初期評価	最終評価
BRS	上肢V, 手指V	上肢VI, 手指V
MAS	手背屈2 肘伸展1 回外, 手指1	手背屈1 肘伸展1 その他0
FMA	49/66点	60/66点
STEF	60/100点	61/100点
MAL		
AOU	2.41点 (5点満点)	3.21点 (5点満点)
QOM	2.41点 (5点満点)	3.35点 (5点満点)

面では、左手で固定し、安定して切ることや、今まで持てなかった鍋を左手で持ち、傾けることが可能となった。

7. 考察

今回、修正C I療法により生活に根差した機能向上と、左手使用への行動変容を図ることができた。症例は、日常生活やコミュニケーションは自立していたが、知的な問題から自身で生活での課題を考え、モニタリングすることの苦手さが見られ、通常のC I療法をそのまま適応することは困難であると考えられた。今回、症例のこうした課題を補うための工夫として、家族参加型での修正C I療法を実施した。母親がC I療法のコンセプトを理解し、治療を共同して行ったことにより、段階づけた課題が適切に行われ、症例の成功体験の積み重ねと、適切な運動の学習につながったと考える。また生活場面での左手使用のイメージが家族にも共有されたことが、日常生活の変化に影響を与えたと考える。

今回の取り組みにより、軽度の知的な問題がある成人脳性麻痺患者に対しても、家族参加型という工夫を行いながらC I療法を行うことで、上肢機能の改善が図れることが示唆された。

8. まとめ

通常のC I療法の適応困難例に対する実践として、前頭葉病変によりモニタリングに不備を生じた事例に、家族参加型の自主練習とTransfer packageを実施し、麻痺手の使用行動が改善したとの報告がある³⁾。今回の症例との関わりが、脳性麻痺をはじめとしたC I療法の適応に難しさが考えられる患者に対し、家族参加型などの工夫をして実践することで、生活に根差した効果が図れるという有効性を示す一助になったと考える。

今後は症例数を重ね、脳性麻痺患者のC I療法実践の有効性を追求していくとともに、家族参加型などの工夫を含めた介入方法の確

立を検討していく必要がある。

文献

- 1) 日本作業療法士協会：作業療法ガイドライン 脳性麻痺. (オンライン), 入手先<http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2014/05/guideline_cerebral-palsy-1.pdf>, (参照 2020-02-20)
- 2) 佐野恭子：C I療法－小児片麻痺患者における上肢機能訓練課題－脳性麻痺を例に. 総合リハビリテーション 44 巻 10 号：909, 2016.
- 3) 堀翔平：家族参加型の自主練習と Transfer package を実践し、麻痺手の使用行動に変化を認めた一例. 作業療法 38 巻 5 号：599, 2019.

「作業療法鹿児島」

投稿規定

1. 原稿は、「研究論文」「実践報告」「資料」など作業療法に関する投稿を歓迎します。
投稿区分は以下の通りです。
「研究論文」は、実験、調査、臨床経験、理論研究などから得られた独創的で新規的な知見として導き出された結論について書かれた論文です。論文の形式は、研究の目的、方法、結果、考察、結論などを使用して構成して下さい。
「実践報告」は、特色ある作業療法実践(事例報告を含む)に焦点を当てた報告、治療手段としての活動、道具(自助具、遊具、生活用具)の作成、作業療法に関する有益な情報、アイデアの紹介を目的に書かれた報告です。
「資料」は、調査報告、調査成績などの研究テーマに沿って調査や統計などで得られた作業療法に有意義なデータをまとめたものを差します。
上記を参考に投稿原稿の種類(投稿区分)を明記して下さい。
2. 筆頭執筆者は、原則として鹿児島県作業療法士協会の会員に限ります。共同執筆者は、会員以外でもかまいません。執筆者数は原則として5名までとします。
3. 他誌に掲載された原稿、投稿中の原稿はお断りします。
4. 投稿原稿の採否は、査読委員の意見のもと、学術誌編集委員において決定します。場合により加筆、修正をお願いすることがあります。査読委員に投稿論文を送付する場合には、投稿者の所属、氏名は伏せる形になりますのでご了承下さい。査読後、採用となりましたら、掲載用の2段組の編集を致します。
5. 校正は、原則として1回とします。校正は赤で行い、指定の期限内に返送して下さい。
6. 執筆者は、著作権や研究対象者の人権尊重に努めて下さい。文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を参照し、倫理的配慮に考慮して下さい。
【倫理的配慮に関する書類について】
論文投稿の際には、「鹿児島県作業療法学会 /m3.com 学会研究会」のホームページのメニュー「投稿規定」→文中の「(倫理的配慮に関する書類について)」内にある「倫理規定誓約書」をダウンロードして下さい。こちらに必要事項を記載し「作業療法鹿児島への論文投稿及び鹿児島県作業療法学会発表に関する倫理規定誓約書」を作成して下さい。本誓約書は論文投稿の際に原本をコピーして、原本を必ず提出して下さい。
7. 投稿は、下記の宛先まで郵送して下さい。

執筆要領

1. 原稿の長さは、「研究論文」は400字詰め原稿用紙20枚以内とします。「実践報告」「資料」は、400字詰め原稿用紙10枚以内とします。A4用紙に20桁×20行の書式でお送り下さい。
1枚目は表紙とし、そこに投稿区分と題名、筆頭執筆者、共同執筆者、所属を記載して下さい。
2. 「研究論文」は、キーワード3つと300字程度の要旨をつけて下さい。
3. 見出しの番号は次の順序でお願いします。
大見出→1. 中見出→1) 小見出→(1) 以下 ① a. . . .
4. 原稿は、横書きの現代仮名遣いとします。数字は算用数字、数量はCGS単位記号(例：m、

cm, ml, Kg, m)を用いて下さい。アルファベットは半角, 数字は1桁のみの場合は全角, 2桁以上の場合半角で記載して下さい。

5. 外国人の人名は, 原語を用い, 述語は, できる限り訳語を用い必要に応じて()内に原語を示して下さい。また日本語化しているものはカタカナとします。
6. 略語は, 初回のみ正式名称で記載し, 略語に変換することを明記して下さい。
例: 日常生活活動を ADL と略すとき→ 日常生活活動(ADL)
7. 句点・読点は, 句点「.」と読点「,」を使用して下さい。
8. 原稿には, 頁番号をつけて下さい。
9. 文献は, 引用文献のみ使用し, 引用順に配列して下さい。原稿本文へ引用する場合は, 上付き文字で数字を記入して下さい。引用文献の記述様式は下記の例に従って下さい。

(雑誌の場合)

執筆者名: 題名. 雑誌名 巻 : 引用頁(始めの頁—終わりの頁), 発行年.

例: 岩間孝暢, 原 英集, 清水 一: 座位保持機能未獲得な重症心身障害児の姿勢と感覚刺激遊びに対する反応. 作業療法 11 : 358-365, 1992.

Witt A. Cermak S. Coster W : Body part identification in 1-to 2-year-old children. Am J Occup Ther 44 : 147-153, 1990.

(書籍の場合)

著者名: 書籍名. 出版社名, 出版地, 発行年, 章の引用頁 pp. (始めの頁—終わりの頁).

例: 中村隆一, 斉藤 宏: 基礎運動学. 第3版, 医歯薬出版, 東京, 1987, pp.45-56.

Enna CD : Peripheral denervation of the hand. Alan R Liss, New York, 1998, p34.

(書籍が共同編著の場合)

章担当著者名: 章のタイトル名. 編集者名(編), 書籍名, 出版社名, 出版地, 発行年, 章の引用頁 pp. (始めの頁 - 終わりの頁).

例: 米倉豊子: 内科疾患に対する作業療法. 原 武郎, 鈴木明子・編, 作業療法各論(リハビリテーション医学全書 10), 医歯薬出版, 東京, 1978, pp.393-406.

Reid J : Computer and occupational therapy. In Creek J(ed), Occupational therapy and mental health, Churchill Livingstone, New York, 1990, pp.267-288.

(インターネットからの場合)

作者名: 著作物のタイトル, アドレス, ソースから検索した年月日.

例: 日本作業療法士協会: 学術誌「作業療法」論文投稿に関する倫理指針. (オンライン), 入手先<http://www.jaot.or.jp/publication/gakujutsushi_rinri.html>, (参照2012-04-27).

10. 図・表については, 図1つ, 表1つが400字に換算されます。枚数の換算が行いやすいように図・表は1つを1枚の用紙に記載して下さい。図・表のタイトルは, 図の場合は図の下に図1、表の場合は表の上に表1のように記載して下さい。写真は図として取り扱って下さい。

宛先・問合せ先

895-0005 薩摩川内市永利町 4107-7

川内市医師会立市民病院

総合リハビリテーション部 持永 博幸

T E L (0996) 22 - 1111 F A X (0996) 22 - 0511

編集委員

持永 博幸 下尾 隆成 潟永 正敏 池田由里子 小野 健太

編集協力者

築瀬 誠 松元 義彦 村井真由美 吉満 孝二 渡 裕一
窪田 正大 植村 健一 峯戸松 衛 井上 和博

編集後記

多くの方々の協力をいただきながら、学術誌「作業療法鹿児島」Vol.27を発刊することができました。感染症の流行により、社会情勢としても目まぐるしい変化のあった一年であり、我々作業療法士にとっても同様の事態となりました。そのような状況の中、日々の臨床を論文として投稿していただいた方の内容を拝読するたびに、“まだまだ臨床の中でやるべき事がある”と勇気をもらうことが出来ました。

特集は、一般的な就労支援の流れから、鹿児島県で取り組まれている就労支援の活動について掲載しました。リハビリテーションを受ける対象者が就労することは、リハビリテーションにおいて一つの大きな目標であると思います。そのような支援を行うために、行政機関や就労移行支援について分かる内容の特集となりました。対象者の就労を支援するために、まずは我々が様々なサービスを活用できるよう一歩を踏み出さなければと感じました。

論文投稿・特集への執筆をしていただいた皆様、また編集協力者の皆様、日々の業務等お忙しい中、本当にありがとうございました。この学術誌「作業療法鹿児島」が会員の皆様の新しい知識の1つになれば幸いです。

学術誌編集委員 潟永 正敏

作業療法鹿児島 第27号 No. 1

発行年月 2021年3月

編集発行 一般社団法人 鹿児島県作業療法士協会
〒892-0853

鹿児島県鹿児島市城山町1-13

ナポリビル2階

電話/FAX 099-225-8222
