

症例に見る 脳卒中の復職支援と リハシステム

【責任編集】

九州労災病院 勤労者予防医療センター所長

豊永 敏宏

はじめに

— 本書編集にあたって —

最近、就業と疾病の関係が注目されるようになった。これに伴い、対象者が多いにも関わらず見過ごされがちとなっていた、障害者の再就労についても関心をもたれるようになった。特に、脳血管障害は多くの課題を抱えており、医療・労働行政上においても喫緊の課題の一つである。

脳血管障害はリハビリテーション対象疾患として最多であるだけでなく、多様な障害像があるなどの特性から、復職率が約30%と低い。さらに、コストの面からみても医療のコストに加えて、年間2～3万人の離職に伴う間接的経済コストは大きく、国家的な経済損失を被っている。しかも、障害が少なくても離職するケースも多い。したがって、脳血管障害者の復職への過程を検証する必要性は高いと言える。

本書では、平成20年度までに治験を終えた、全国労災病院に脳血管障害で入院した351名の就業者を対象に、復職関連要因の検証を行った。特に、復職支援の経過の要点を図式的に表示し、分かりやすさに努めた。コンセプトとして、①罹災・罹病労働者にとっての最大のQOLは職業復帰であるという前提のもと、復職に至る過程を図式化しつつ、その成否の要因を分かりやすく解説するとともに、その際、医学的視点と社会的視点を織り込む、②リハビリテーションのチーム医療の特性を生かすため、各専門職から復職支援についての課題や意見を、さらには産業保健や職業リハ部門からの意見を参考として、総合的に検討した点である。

まず、総論で検証結果の要点を復職支援についてまとめ、次に、復職関連の記載はないが「脳卒中ガイドライン2009」を参考に、障害につき復職の視点から記述した。そして、一見して復職の過程が分かるように、症例の図式とともに、代表的症例をチャート形式で記載し、最後に復職過程のポイントを提示した。次に、最近始まった各種機関との連携や復職支援コーディネーターの役割や今後の課題について、さらに、復職に関係する主たる職種から復職支援の課題と意義について、最新の情報を基に記述した。

脳血管障害者の復職には多くの課題があり、復職には医療スタッフだけでなく法制度を含めた広範囲な支援体制が求められる。医療と職業リハや産業医などとの連携をスムーズにするためにも、まずは復職支援について、相互理解が必要と考える。さらに、相互理解を通じて、効率的な復職システムが形づくられる。本書がその一助となれば幸いである。

〔謝 辞〕

これまでに類をみない復職をテーマとしたガイドブックが出来上がりました。多忙な折、症例収集と原稿提供に携わった全国労災病院のリハスタッフの方々及びそのまとめをご担当くださった中部労災病院の田中宏太佳先生、また、各分野の専門性を明快に記述していただき玉稿を賜った先生方に深謝いたします。これを参考に障害を持つ方が一人でも多く復職へつながればと願っています。

平成23年12月

九州労災病院 勤労者予防医療センター

豊永 敏宏

目 次

I	総 論	5
A	モデル・システム開発の研究検証結果より	6
	1. 再就労とリハビリテーション	6
	2. 発症前就労の脳卒中患者は減少傾向	7
	3. 再就労率と脳卒中の機能回復	8
	4. 早期再就労には手指の機能障害が関与	9
	5. 脳卒中に伴う患者負担（経済的損失）	10
	6. 障害者雇用と行政	11
	7. 再就労までの効率的支援	12
	8. 障害回復と就労支援の関わり	13
	9. 再就労を支援するスタッフの役割	14
B	脳卒中ガイドライン 09 と就労支援等	15
	1. 歩行障害とリハビリテーション	15
	2. 上肢機能障害とリハビリテーション	16
	3. 麻痺肩の痛みとリハビリテーション	17
	4. 体力低下とリハビリテーション	18
	5. 疲労感や不安と就労	19
	6. うつ状態とリハビリテーション	20
	7. 高次脳及び精神機能障害は再就労に影響	21
	8. 再就労への意欲とやる気スコア	22
	9. 患者・家族教育と再就労	23
	10. 再就労には企業（上司）との連携が関与	24
	11. 再就労には産業医との連携が関与	25
	12. 再就労へのスペシャルなリハは？	26
C	モデル・システムの提示と研究の課題	27
	1. 早期再就労へのモデル・リハシステム	27
	2. 早期再就労を可能とするモデル・システム（1）	28
	3. 早期再就労を可能とするモデル・システム（2）	29
	4. 早期再就労が難しいケース	30
	5. 就労支援の課題	31
II	症 例－何が就労のポイントとなったか	37
	症例 1 中等度の左半側空間無視を呈していたが経過良く原職復帰となった症例	38
	症例 2 下肢の麻痺（痙縮）を克服、原職復帰となった症例	40
	症例 3 身体機能障害は軽度、高次脳機能障害が残存していたが、 職業リハとの協力で就労となった症例	42

症例 4	急性心不全発症後に脳梗塞を続発しながらも、 リハを継続し原職復帰した症例ーシームレスな連携を通してー	44
症例 5	片麻痺・失語症例が、歩行動作、片手による両手動作を獲得し、 原職復帰となった症例	46
症例 6	運動性失語により接客業務に不安があったが、 周囲の支えや理解、協力により完全就労となった症例	48
症例 7	脳出血発症時に胸髄損傷を発症し三肢麻痺で復職した症例	50
症例 8	クモ膜下出血発症後高次脳機能障害を呈し、 職場訪問を実施したことで復職可能となった症例	52
症例 9	左片麻痺と本態性把握反応を呈したが原職復帰となった症例	54
症例 10	脳梗塞により右片麻痺を呈したが、入院～外来リハを通じて復職した症例	56
症例 11	右片麻痺、失語症をもちながら新規就労した症例	58
症例 12	左片麻痺を克服し、原職復帰を果たした和菓子職人の症例	60
症例 13	脳梗塞再発後に構音障害をきたし、 デスクワークへのシフトにより復職となった症例	62
症例 14	障害者職業能力開発校と連携することにより復職が可能となった症例	64
症例 15	障害者能力開発センターを経由して新規就労に臨む症例	66
症例 16	外来にてフォローを行いながら、配置転換により復職した症例	68
症例 17	退院前職場訪問を実施し、原職復帰となった症例	70
症例 18	重度麻痺症状にもかかわらず、妻への早期介助指導により 原職復帰が可能となった症例	72
症例 19	集中力低下し知的作業が困難であったが、薬剤師に復帰できた症例	74
症例 20	右被殻出血により左片麻痺を呈し、外来作業療法を併用して復職した症例	76
症例 21	上下肢の運動・感覚障害を克服し、原職復帰となった症例	78
症例 22	左上肢不全麻痺を呈しながら、栄養士として原職復帰した症例	80
症例 23	左片麻痺残ながら、車椅子移動自立で原職復帰となった症例	82
症例 24	外来にてリハビリを継続しながら技術職へ復帰した高次脳機能障害の症例	84
症例 25	脳幹梗塞による右片麻痺で復職に至らなかった症例	86

Ⅲ 関連スタッフからみた就労支援の課題と意義 …… 89

1.	医師の立場からの就労支援	90
2.	就労支援における関係者の連携に向けて（復職コーディネーターの必要性）	92
3.	産業医の立場からの就労支援	94
4.	理学療法士からみた就労の課題と意義	98
5.	就労支援における作業療法士の役割	100
6.	医療ソーシャルワーカーの役割	106
7.	職業リハビリテーションの立場から	108

症例提示病院一覧	110
----------	-----

I

総論

A モデル・システム開発の研究検証結果より

九州労災病院 勤労者予防医療センター 豊永 敏宏

1. 再就労とリハビリテーション

発症前に就業していた障害者の最大の QOL (生活の質) の獲得は再就労である。そして、それを支援するのが、障害者の QOL 向上を目的とするリハビリテーション医学である。

図1 ● リハビリテーション医学とは



日本リハビリテーション医学会作成

解説

脳卒中で緊急入院し、急性期の合併症や再発予防の治療が落ち着けばリハビリの開始となります。脳出血は2週間くらいの観察が必要ですが、脳梗塞は入院当初から開始されることが多くなります。一般的なリハビリは、急性期からの廃用症候群^{a)}や誤用症候群^{b)}の予防に加え、麻痺の改善など障害の回復を目指します。しかし、急性期病院でまったくリハビリをされていない症例が20%あるとの報告があります¹⁾。発症前は就業していた患者には、入院当初から再就労を念頭にしたりハビリが望まれますが、現状ではADL^{c)}やIADL^{d)}の機能回復訓練に集中し、次のステップである回復期やリハ専門病院へ早期の転院となるケースがほとんどとなります。入院期間はおおよそ30日くらいとなっています。

2. 発症前就労の脳卒中患者は減少傾向

発症前に就労していた脳卒中患者は、全入院患者に対して徐々に減少している。その背景には予防医療の効果と患者の高齢化がある。

図2 ● 労災病院群（31）における脳卒中の入院患者数と発症前就労者

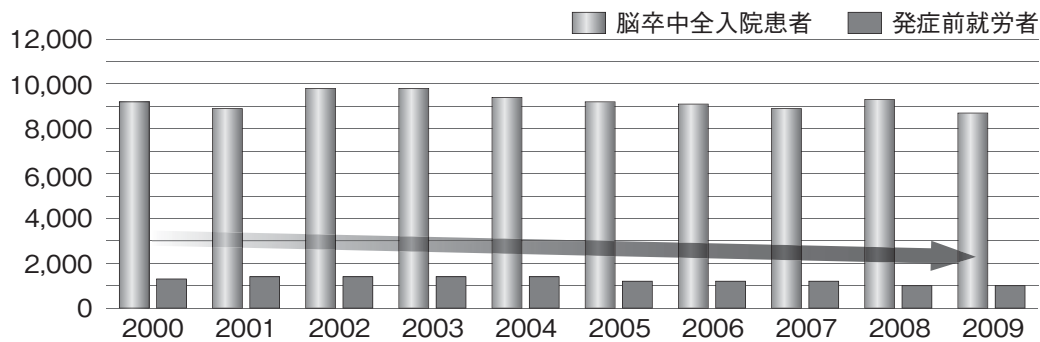
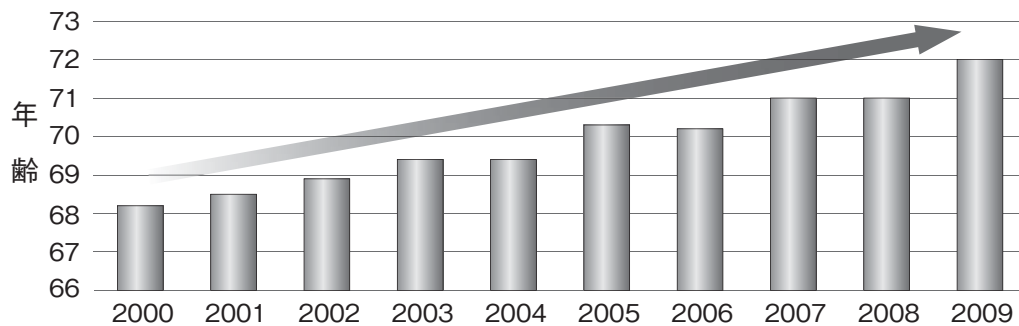


図3 ● 図2と同じデータの平均年齢の推移（高齢化の傾向が見られる）



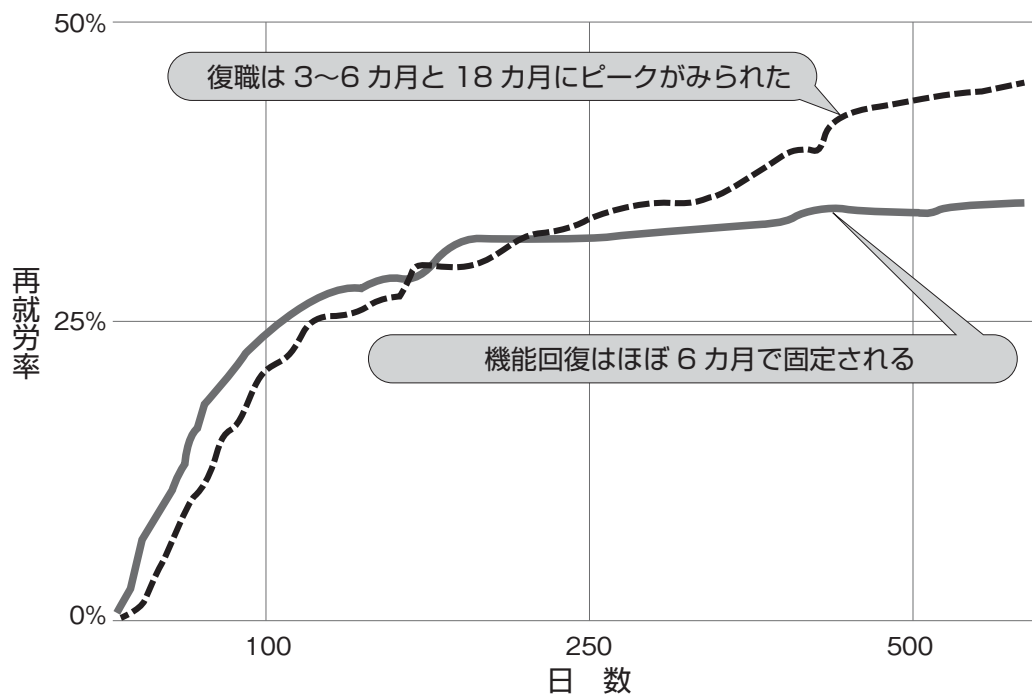
解説

全国労災病院（31）の脳卒中入院患者数はやや減少傾向がみられます（この10年間で約5%の減少になっています）。これに伴って発症前に就労していた患者数も減少気味となっています。この背景にある要因の一つは高齢化であり、10年間で約5歳高齢化が進んでいます。また、就労者の高齢化も背景要因の一つです²⁾。

3. 再就労率と脳卒中の機能回復

再就労率（---）と脳卒中の機能回復（——）の関係をみると、ほぼ同じような傾向を示し、機能回復とともに就労率が上がってきている。

図4 ● 再就労率の経時的変化



解説

253例の再就労率の経時的変化の結果と一般的な脳卒中機能回復の推移から、手指や歩行能力の回復とともに就労率が上昇していることが明らかであります^{3、4}。脳卒中後の機能回復はほぼ6カ月でプラトー^{e)}に達するとされています。実際の再就労率をみると、早い時期に回復がみられても就労につながらないのは、**機能回復（身体機能障害）以外の要因（精神機能障害、うつ症状や高次脳機能障害、失語など）、あるいはその他の要因が関連している可能性が示唆**されます。

4. 早期再就労には手指の機能障害が関与

発症後に早期再就労ができるのは、手指の機能障害の重症度が関与する。中等度以上の手指の機能障害があれば就労に結びつかないことが多い。

図5 ● 機能障害（上肢）の有無と就業可否の関係（ロジスティック解析^eより）

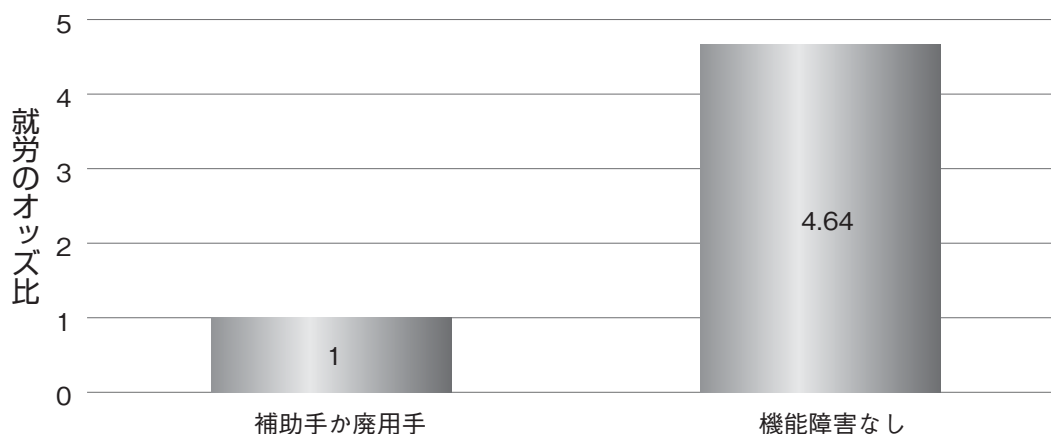


図6 ● 麻痺肢でキーボードを操作



図7 ● かつらでの理容業の訓練



OT：作業療法

解説

脳卒中の場合、早期の再就労が可能となるのは、機能障害がない場合（実用的な手指機能）、手指の機能障害がある場合（補助手^f）や廃用手^g）に比べオッズ比^hが約5倍となります（ $n=253$ ）³）。一方、下肢機能は障害の有無でオッズ比は1.4と有意差はありません。このことは下肢機能が杖や装具で代償できること、あるいはホワイトカラーでの手指機能の有無が再就労可能の対象に多かったことと関連しているものと思われます。

5. 脳卒中に伴う患者負担（経済的損失）

脳卒中で入院した場合、どのくらいのコストを要するか、395例の平均は下図のとおりである（入院費188万5,000円、リハコスト36万9,000円）。しかし職を離れている期間が長引けば、これらの直接コストは、より大きくなる。

図8 ● 395例の入院費と入院中のリハビリコスト

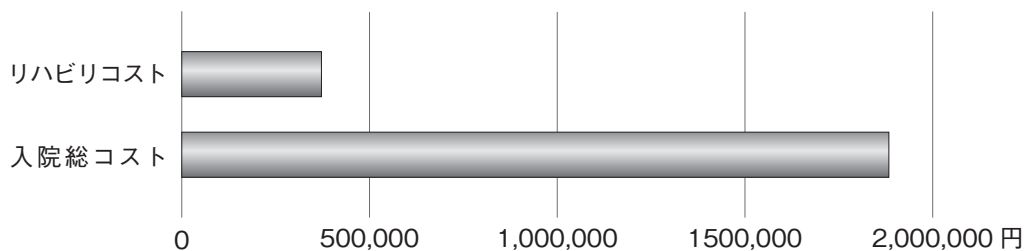
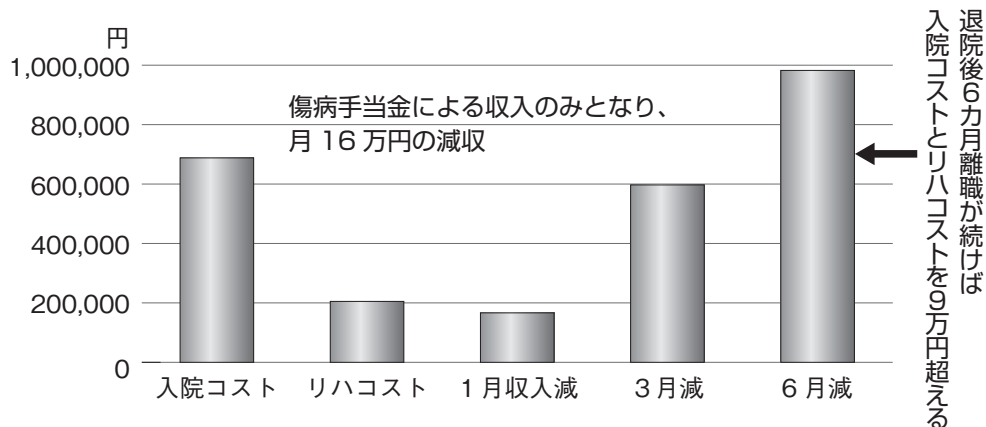


図9 ● 月収40万円の人が離職した場合のコストの推移



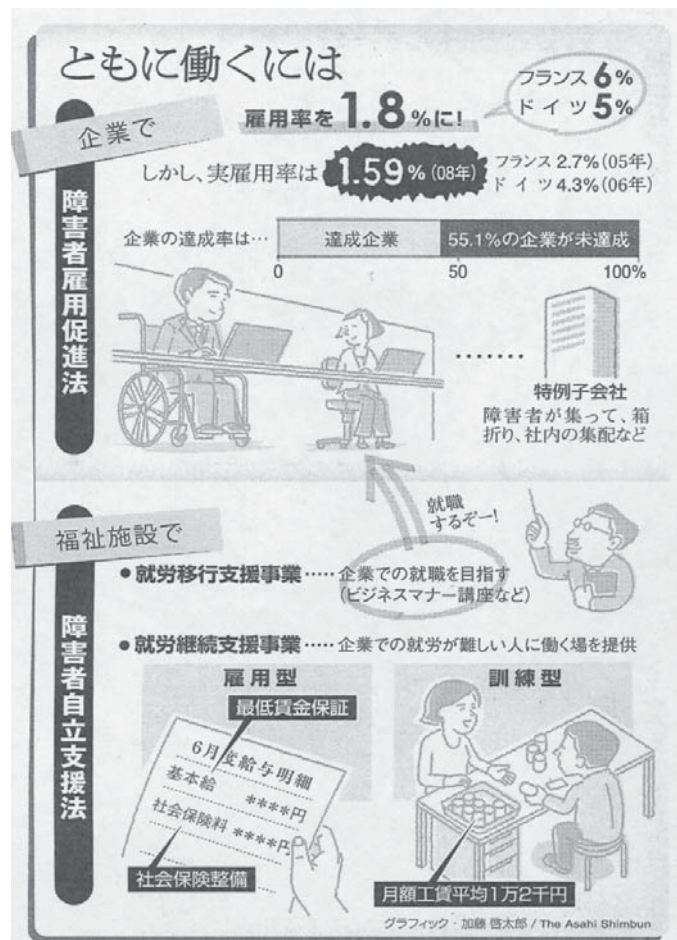
解説

入院コストに続いて、職を離れている期間が続けば給与収入減による負担はどのくらいになるのでしょうか。月収40万円の人の傷病手当金を含め計上すると、**6カ月離職の状況が続けば、入院コスト（中等度障害30日入院）+リハコストを上回る収入減（間接的コストⁱ⁾増）となります**。このため、早期再就労を勧めることは患者負担面からみても重要なこととなります⁵⁾。

6. 障害者雇用と行政

わが国の障害者の雇用行政は徐々に法整備が進みつつあり、縦割りの弊害から医療現場と雇用現場の連携を模索中であるが、欧米に比べて差別排除などにおける合理的配慮¹⁾に欠けている（朝日新聞より）。

図 10 ● 障害者雇用



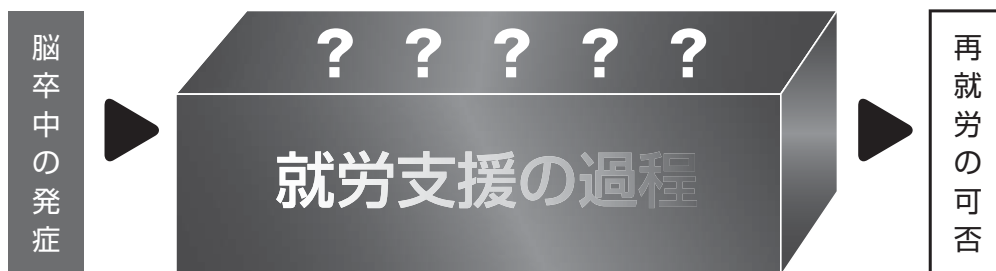
解説

厚生労働省の調査(平成15年)では、わが国の身体障害者の常用雇用者数は36万9,000人であり、身障者の約10%が雇用されています⁶⁾。また、企業の法定雇用率(1.8%)の未達成の企業も半数を超えています。このように障害者への雇用の理解が十分浸透していないのが実情であり、分かりやすい情報の提供が望まれます。

7. 再就労までの効率的支援

脳卒中の発症という事実があり、一方、麻痺の回復や再就労できたかどうかの結果は事実としてあるが、その過程における効率的な手段・方法については、ブラックボックス（複雑な迷路）の状況であり、よく分かっていない部分がまだまだ多いのが現状である。

図 11 ● 原因と結果は明確だがその間の回路はブラックボックス状況



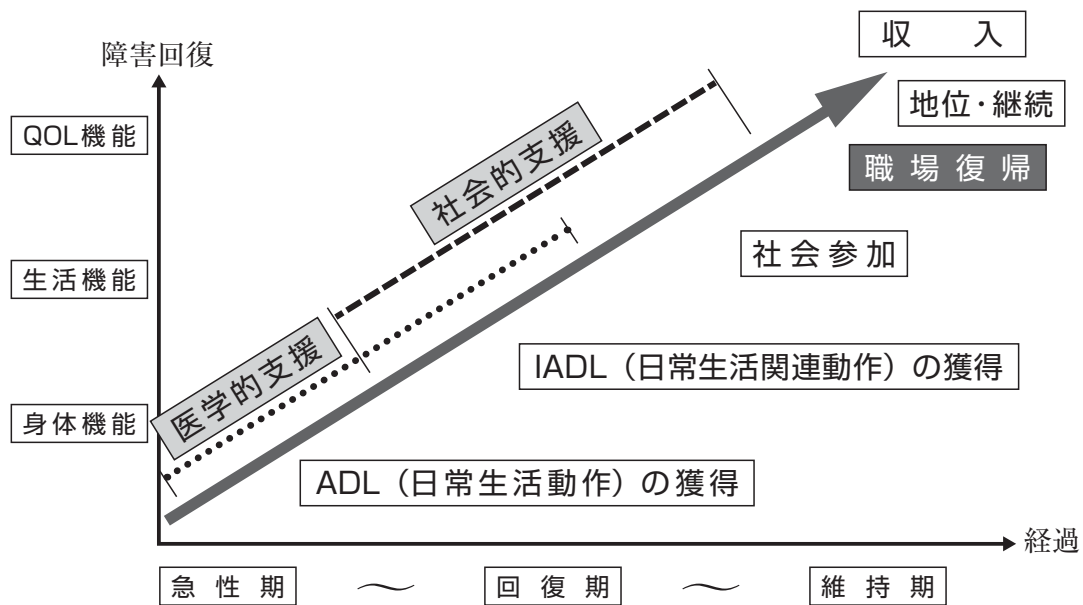
解説

脳卒中が発症した後、1カ月以内に約2割が死亡し、2割は自然回復（何もしなくて回復）し、2割は機能的自立（障害なしで回復）します。残りの4割に対し、積極的リハビリテーションが必要となります⁷⁾。軽症のものでは再発予防や発症危険因子（高血圧など）に注意しつつ就労支援を行います。約3割は再就労ができないまま離職を余儀なくされています。自然回復と機能的自立の患者以外では国内外、古今においても約30%の再就労率はほぼ同じくらいですが、軽症まですべての脳卒中を含めれば45%程度の再就労率となります⁸⁾。機能障害がなくても再就労できない理由は何か、何が再就労に有利なのかなど、再就労の効率的過程や関連要因の検証が必要となります。まさにブラックボックス状態であります^{9、10)}。

8. 障害回復と就労支援の関わり

障害の回復とともに医学的支援から社会的支援に移行していく。社会的な就労支援もできるだけ早期から介入していくことが大切である。

図 12 ● 医学的支援から社会的支援へ



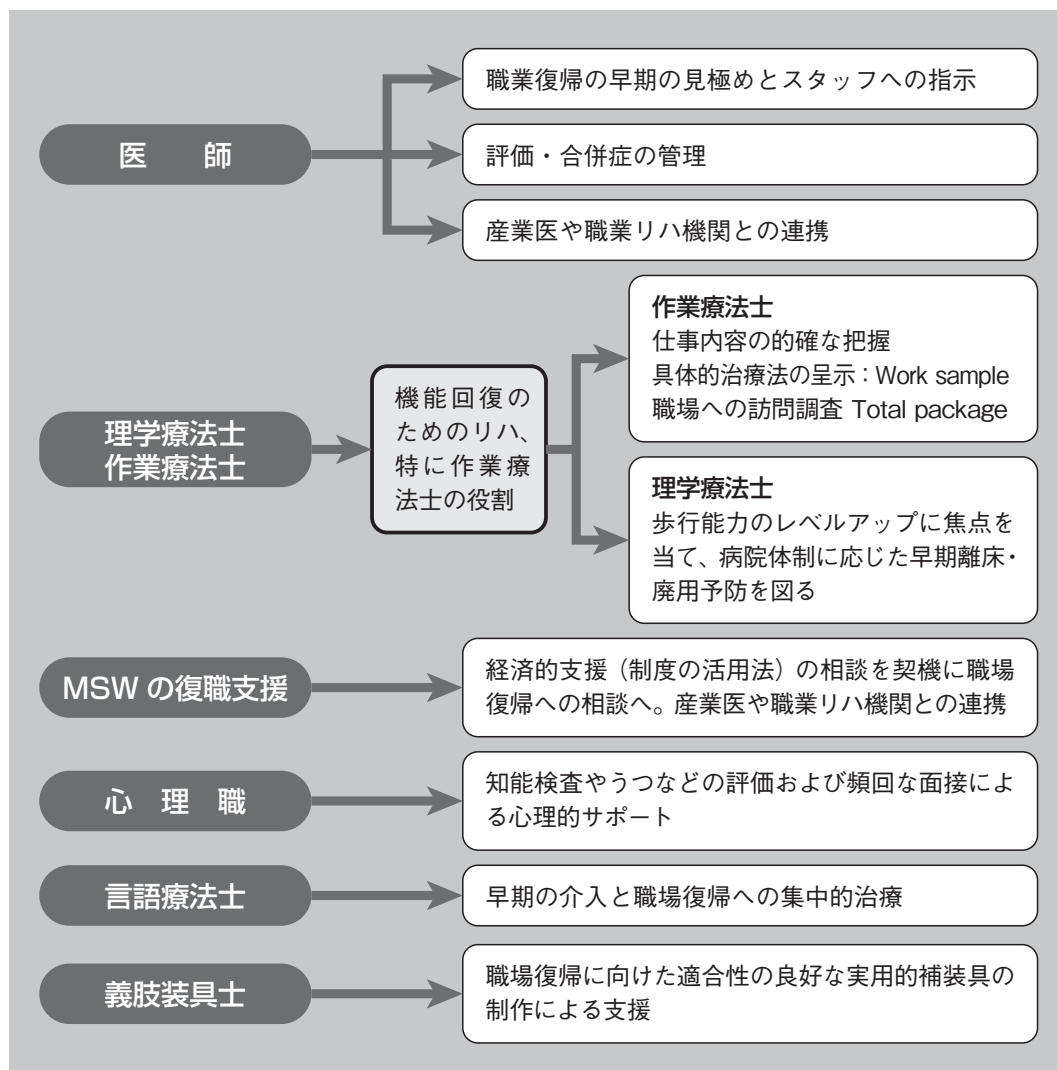
解説

脳卒中の機能障害が回復するとともに、発症当初から医学的就労支援^{k)}によるADL獲得に向けた取り組み等が主力になりますが、徐々に社会的就労支援^{l)}の介入も必要になってきます。最も大切なことは将来の障害回復の見極めであり、スタッフが丸となって再就労を目的としてそれぞれの技術と知識を結集し、チームの能力を発揮することが肝要です。それが効率よくできるシステム（例えば早期からの復職カンファレンスや専任の就労コーディネーターの選定など）で就労への流れが効率よく動くようになると考えます。

9. 再就労を支援するスタッフの役割

再就労を目的としたリハビリを行う上で、就労を念頭に置いた全スタッフの一致した方向性が大切である。それがシステム作りの第一歩である。就労への動機づけや、職種ごとに分けたプログラムなどの工夫が必要となる。

図 13 ● スタッフの役割



解説

急性期病院では入院期間が短いため、スタッフの一致した方向性（将来予測を含む）のもと、「今、何が求められ、何を優先にすべきか」など、情報の収集・共有も重要となります¹¹⁾。

B 脳卒中ガイドライン 09 と就労支援等

九州労災病院 勤労者予防医療センター 豊永 敏宏

1. 歩行障害とリハビリテーション

◎：09 ガイドラインで強く推奨される ○：09 ガイドラインで推奨される

- ◎ 起立－着席訓練や歩行訓練の訓練量を多くする。
- 短下肢装具は歩容改善のために用いられる。
- トレッドミル訓練や免荷式歩行補助を早期から施行する。

図1 ● トレッドミル及びエルゴメーターによる持続力向上訓練



各種の短下肢装具

解説

機能障害に応じて、可及的に訓練量を多くすることが強く勧められます。訓練量を増やしていくことは就労継続の持続力の強化にもつながります。次に、下肢装具は主として痙性麻痺による足部内反尖足（足関節が変形し歩行の障害となる）を矯正し、歩容を良くし歩行能力を上げます。このため、的確な時期に適切な装具の処方が大切となります。後述の提示症例は、腱きり術（アキレス腱など変形、拘縮のある筋の腱を切離す手術）で再就労可能となった例ですが、ガイドライン¹⁾では腱切り術の推奨度は低くなっています。早期から麻痺の程度に応じ、できるだけ歩行訓練を施行することが再就労への自信に繋がる第一歩です。

2. 上肢機能障害とリハビリテーション

- ◎ 麻痺上肢に対し目的志向型運動など積極的に繰り返す運動は有効、しかし就労関連の報告はない。
- 非麻痺上肢を抑制し、生活の中で麻痺上肢を強制的に使用させる。

図2 ● サンドバックによる持久力増強



図3 ● 痙性麻痺の手指



麻痺を固定し作業中



解説

上肢機能障害に対し、早期からの積極的運動は神経リハ^{m)}の概念の導入によるものです。しかし、麻痺上肢の強制使用ⁿ⁾などの訓練効果については、下肢のそれと比較して、十分な科学的根拠はないとする最近の報告があります。しかし、サンドバックによる繰り返し運動などは、持久力や耐久性の向上には効果があると思われれます。

3. 麻痺肩の痛みとリハビリテーション

- 麻痺側肩の疼痛や可動制限に対する関節可動域訓練は勧められる。
- △ 麻痺肩が亜脱臼など良肢位状態でないときは滑車による運動は勧められない（科学的根拠なし）。

図4 ● 滑車運動による訓練



図5 ● X線写真



亜脱臼となっている



関節を良肢位で可動させる

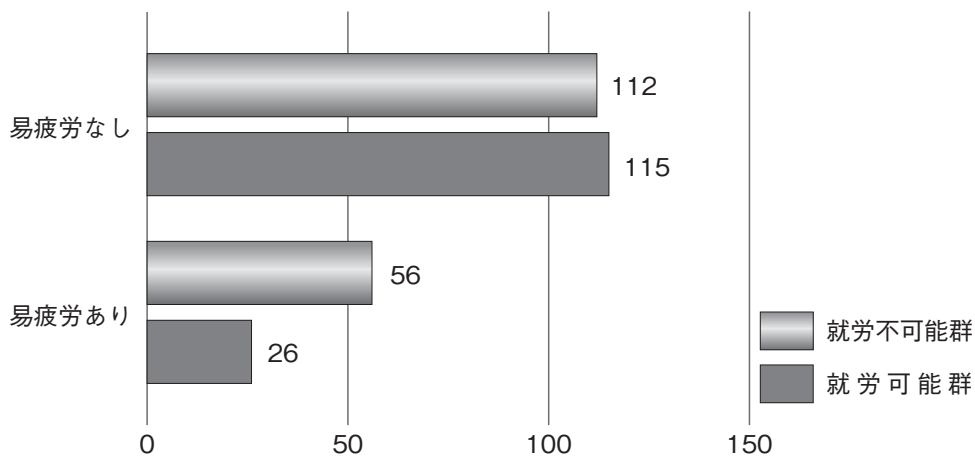
解説

麻痺肢の肩については疼痛が起こることが多く、その病態をよく理解した上でリハビリをするべきです。亜脱臼位など不良肢位での運動訓練は、かえって肩関節の痛みを増強することがあります。**良肢位^{o)}における愛護的運動^{p)}が勧められます。**

4. 体力低下とリハビリテーション

- ◎ 有酸素運動トレーニングは、歩行能力や体力低下を防ぐのに有効である。
- 体力の指標としては、最大下負荷で求め得る指標が用いられる。

図6 ● 易疲労性と就労可否の関連性（検証結果より）



解説

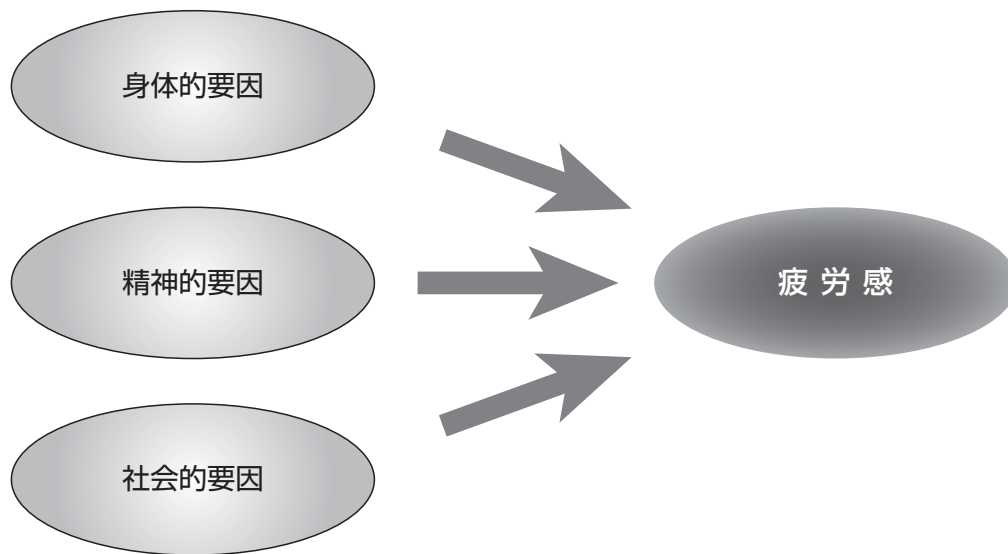
体力低下があると、せっかく仕事を始めても継続できなくなり、離職してしまうケースをみかけます。従来のリハビリテーションのプログラムメニューでは、積極的に有酸素運動を取り入れているところは少ないと思われます。再就労を念頭に置く場合、この項目は取り入れる必要があります³⁾。上図からは、退院時に易疲労性を訴える人は、就労に繋がりにくいことが明らかです（n=311）。

5. 疲労感や不安と就労

疲労感（Fatigue）と日常生活動作とは独立した関連性がみられる。疲労感の自覚は重要だが、医療スタッフからは軽視されがちである。

発症時から再就労後においても、脳卒中の再発の不安を抱えているケースが多くある。

図7 ● 疲労の3要因



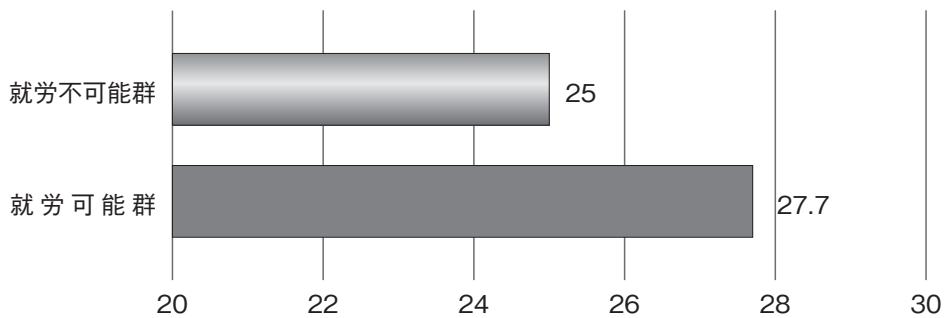
解説

脳卒中後の疲労感（post-stroke fatigue）は、報告によれば30～68%の発生率があるとされています⁴⁾。そして、ADLとは独立した関連性がみられ、多発しているにもかかわらず、医療スタッフから軽視されがちです。就労前や就労後において、この要因が背景にあって、継続できないケースがあります。就労前から疲労感の有無をチェックしておくことは大切です。また、脳卒中の再発についてもかなりの人が不安を持っているようです。

6. うつ状態とリハビリテーション

- 認知機能の十分な評価を行い、抗うつ剤などの治療を行うべきである。
- 運動やレジャーは脳卒中後のうつ状態の発生を減少させるので勧められる。

図8 ● MMSE（認知機能評価）の点数と就労可否の比較



解説

報告によれば、脳卒中後のうつ（うつ状態を含む）の発生率は20～50%にもなります。ただ、その病因は反応性（障害に対する心的反応）か内因性（うつ傾向になる心的資質）かは不明です。抗うつ剤についてはある程度の有効性が認められているので、正確な評価のもと、早期の治療が有効です。心理療法については有効であるとの結論は出ていません⁵⁾。図8は脳卒中中の就労可否について認知機能評価(MMSE)⁴⁾を比較したものであり、認知機能が就労に関連があることが明らかとなりました。

7. 高次脳及び精神機能障害は再就労に影響

高次脳機能障害（失行・失語・失認）や精神機能障害（うつ・記憶障害・注意障害など）があれば、就労率が悪くなる。

図9 ● 高次脳機能障害（失行・失語・失認）の有無と就労可否の関連性

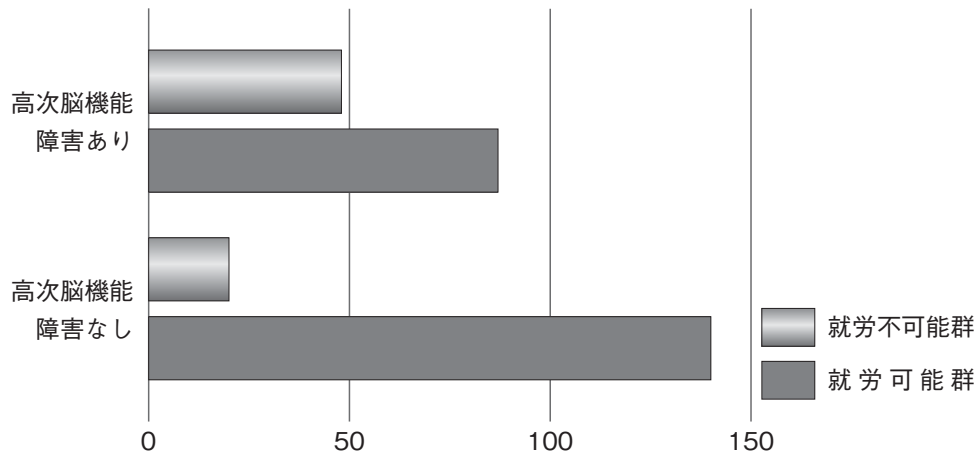
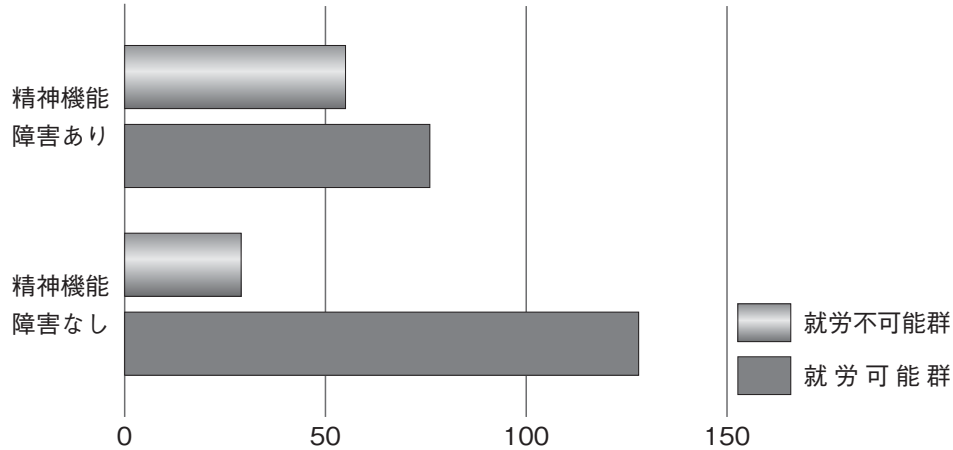


図10 ● うつ・記憶障害・注意障害などと就労可否の関連性



解説

高次脳機能障害（失行・失語・失認）があれば再就労率が低くなります⁶⁾。また、精神機能障害（特にうつ症状や注意障害）が存在すれば再就労率は低くなります。このことは、退院時のMMSE（簡易的な認知機能の評価）の比較をみると、数値が低ければ就労が悪くなることから明らかです（前述）。特に、**注意障害などは仕事の持続力低下や集中力低下に繋がり、就労の継続において支障となることがあります。**

8. 再就労への意欲とやる気スコア

生活やリハビリへのやる気スコア（退院時）は、就労可否の両群で変わらない。しかし、就労への意欲において、意思があるほうが明らかに再就労率は高くなっている。

図 11 ● 出勤前の意欲



図 12 ● やる気スコアと就労可否の関連性

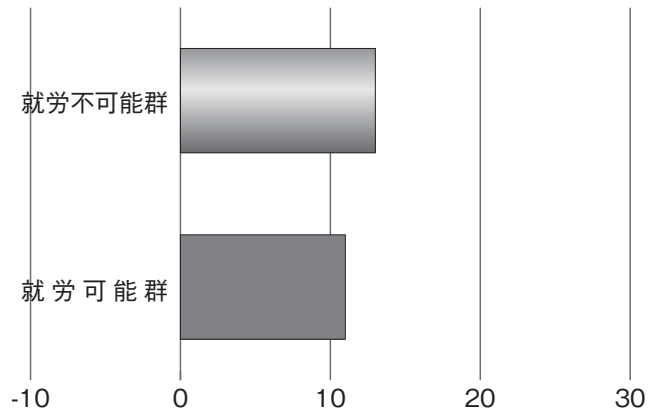
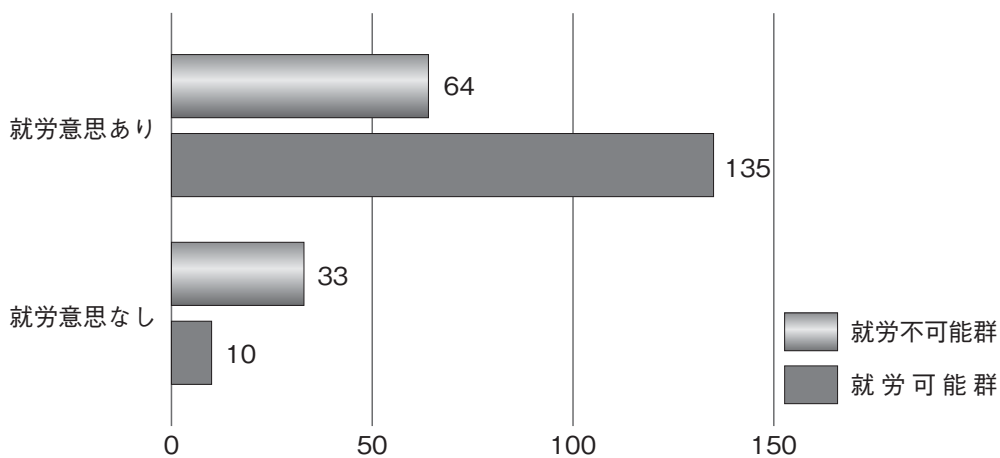


図 13 ● 就労の意思と就労可否の関連性



解説

全般的な生活へのやる気スコア^{r)} 失行（退院時）の平均値は11.2点（16点以上はやる気なしの判定）であり、就労可否の両群の比較においても有意差はありませんでした（n=231）。すなわち、やる気の有無と就労可否との関連性はみられなかったということです（就労を目的とする意欲と一般的意欲とのズレがある？）。一方、就労への意欲においては、就労への意思があるほうは明らかに就労可能となった例が多くありました。しかし、就労意欲があるにもかかわらず就労できないケースがあり、このようなケースでは、どのような背景があるかの検証が必要となります。

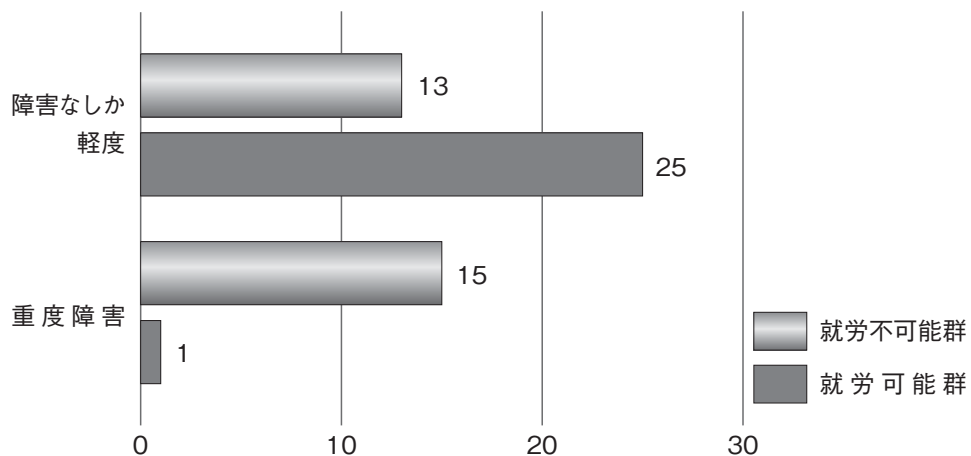
9. 患者・家族教育と再就労

- 早期からチームによる情報提供に加え、教育を行うことが勧められる。
- 具体的には、現在の治療内容やリハ内容、利用可能な社会福祉資源^{s)}などの情報提供を行う。

図 14 ● MSW による情報提供と教育



図 15 ● 軽症者への早期関与の有効性



解説

就労に関する情報提供は発症の早期から可及的に行うほうが望ましいでしょう⁸⁾。研究結果からは、MSW^{t)}による軽症者への早期関与が明らかに有効であることが分かりました(図15)。入院期間が短縮している急性期の病院においては、入院早期からの情報提供者としてのMSWの存在は大きいと考えます(図14)。

10. 再就労には企業（上司）との連携が関与

発症早期からの企業との連携を綿密にすることは非常に大切である。特に上司の対応がよければ再就労に繋がるケースが多くなる。

図 16 ● 企業との連携の有無

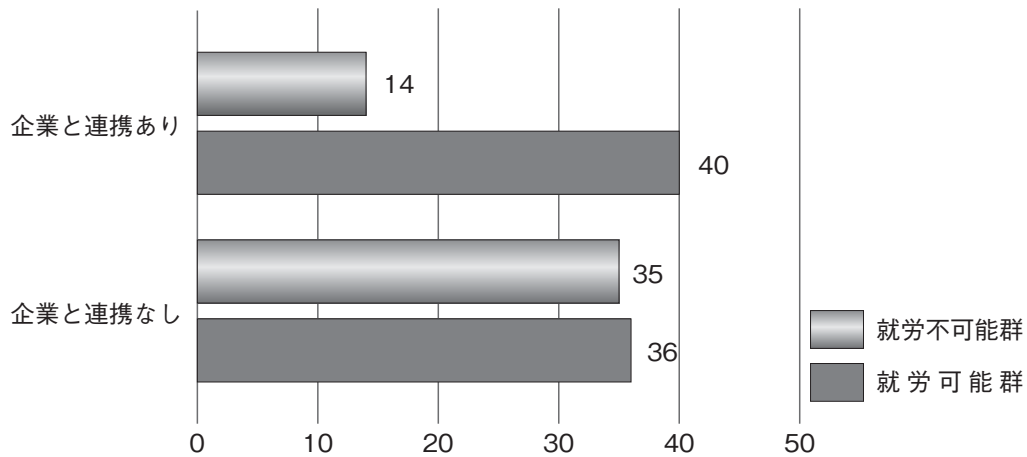
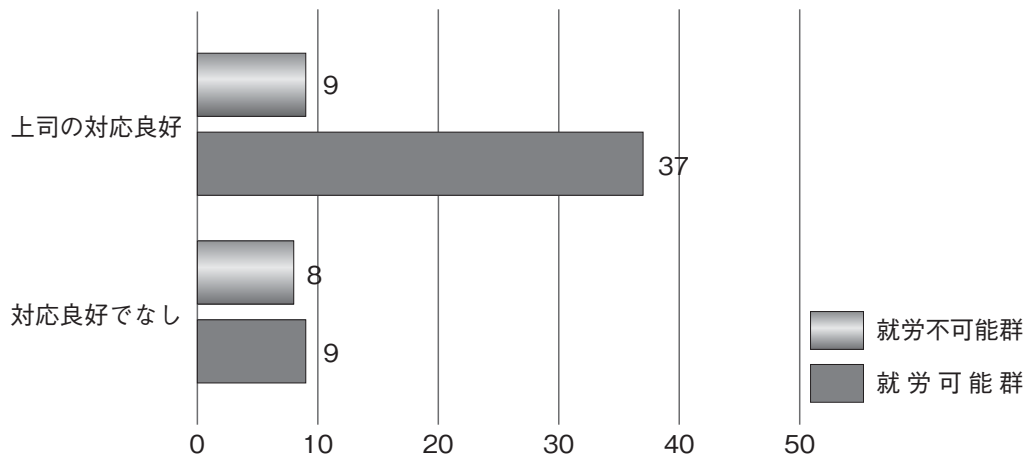


図 17 ● 上司の対応の良否



解説

欧米の報告においても、雇用側の障害者に対する対応が大きく影響するとしてい
ます^{9、10}。早期から企業との折衝にあたるのが重要であり、急性期化している医療
情勢の中では、就労意欲の有無や医学的判断とともに重要な判断材料となります。

11. 再就労には産業医との連携が関与

発症後の再就労について、産業医が関与するケースでは、産業医との連携がない場合に比べ、就労オッズ比で7倍以上高かった。

図 18 ● 産業医との連携の有無による就労オッズ比

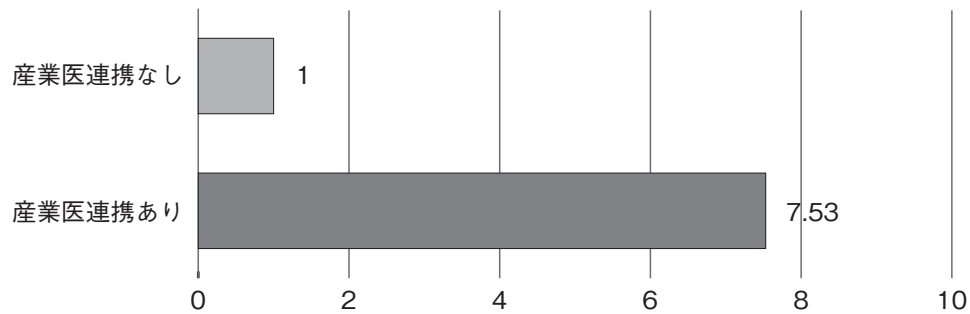
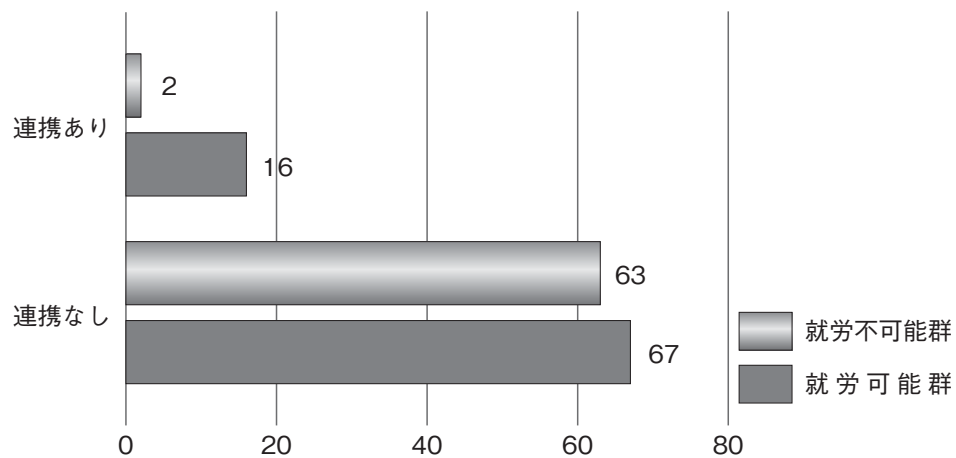


図 19 ● 産業医との連携の有無と再就労



解説

産業医との連携は、就労に大いに影響する結果がみられました^{11、12)}。ただ、対象症例が少なく、今後の検討が必要です。産業医との連携を考えると、発症の早期から医療及び社会心理的背景要因の情報を得ること、企業の復職の判断に際して意見を具申すること、復職時配置転換や職場環境の調整の助言を行うなどが求められます。しかしながら、**綿密な連携システムができていないケースはまれです。**

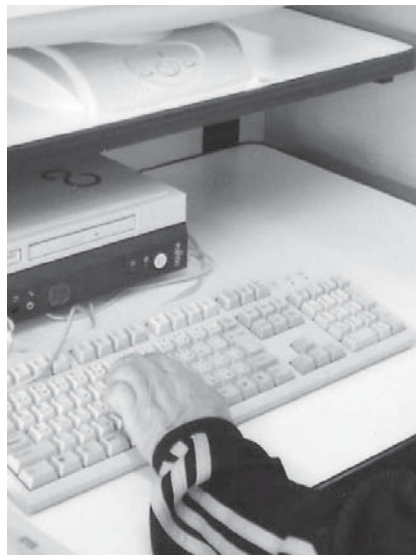
12. 再就労へのスペシャルなりハは？

就労希望者の目標は早期再就労であり、在来型のリハに加えた新規の就労リハメニューを求めている。最近、神経リハ（課題／目的志向の作業を続ける）領域の研究が始まっているが、就労への実用性には至っていない。



図 20 ● 装具及び転倒防止の装置を使用し、
発症早期から歩行訓練を施行し、
早期の実用性歩行や持続力向上を目指している

図 21 ● 健側である右手を使用せず、
左手のパソコン作業に集中して長時間使用することで、
患側麻痺の回復を促しかつ作業の持続力を高める



提供：産業医大

解説

ADLやIADLの機能向上を目指す在来型のリハビリは、急性期化が進む病院にあっては在院日数が短縮化していますので、再就労をエンドポイント（目標の結果）とする治療内容には限界があります¹³⁾。発症早期から復職カンファレンスなどで、身体障害・高次脳機能障害などの将来の回復予測をし、**個別的状況に合わせた、再就労を目指したメリハリのある方針を立てていくことが大切と考えます。**

C モデル・システムの提示と研究の課題

九州労災病院 勤労者予防医療センター 豊永 敏宏

1. 早期再就労へのモデル・リハシステム

入院中や退院後早期に再就労が可能になるのは、身体機能障害が軽度、著しい体力低下がない、集中力があるなどの条件が必要となる。そのため、麻痺回復の見極めと早期からの持続力向上や、MSW などスタッフからの就労関連の情報提供や動機付けが就労支援に役立つ。

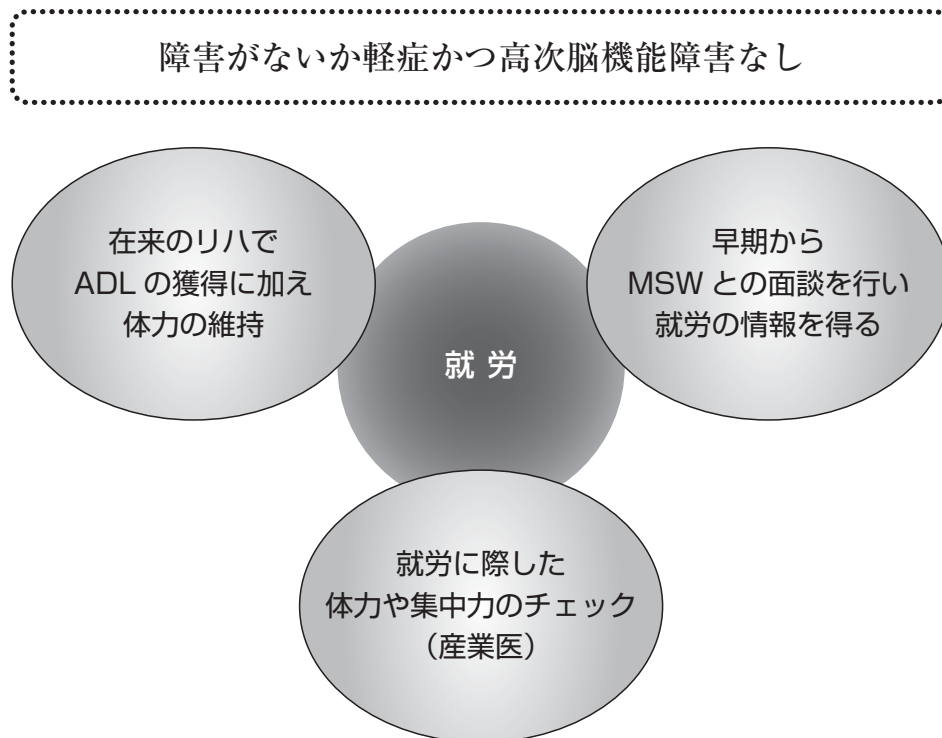


解説

障害が軽度の脳卒中に対しては、就労意欲を確かめるために、早期からの情報提供が大切であり、情報の提供を得ることで企業の判断に有用に働くことがあります^{1～3)}。企業は脳卒中の再発や診断名に過剰に反応することがあり、そのためにも早期から綿密な連携が必要となります。現状の医療スタッフの中でこの任に最も適するのは MSW です。

2. 早期再就労を可能とするモデル・システム（1）

身体機能障害がないか軽症かつ精神機能に障害がみられない場合には、早期からの体力維持を主体とするリハプログラムと、MSW などによる早期からの就労に関する情報の提供や会社との連携を行うことが再就労に結びつく。



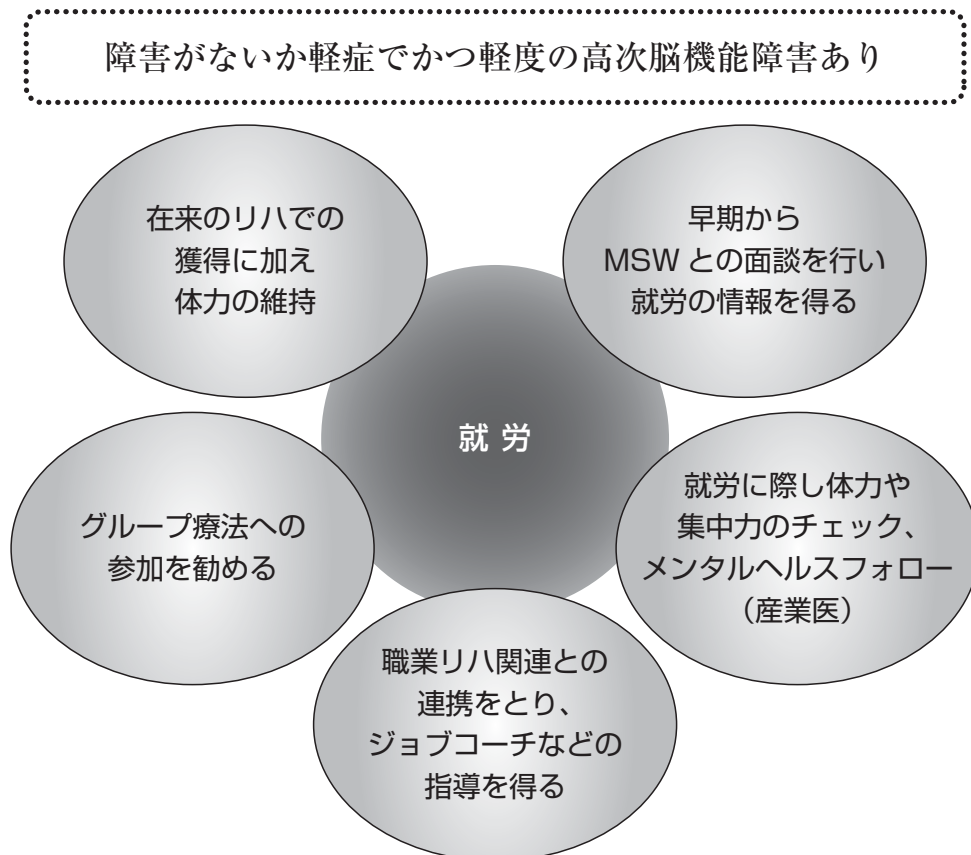
解説

在来型リハ（ADLやIADLを早期に改善する従来型のリハメニュー）に加え体力を維持する（8時間勤務に耐えられる）ことに重点を置きます。また、早期から就労に関する情報が本人や家族にとっても大切であり⁴⁾、早期からのMSWとの面談が勧められます。

モデル・システム：それぞれの職種が同じ目的（就労）を目指すとき、最も効率的な流れの仕組みを考慮する。

3. 早期再就労を可能とするモデル・システム（2）

身体機能障害がないか軽症であるが精神機能に軽度障害がみられる場合、モデル・システム（1）と同様のアプローチに加え、職業リハ関係者と連携をとりつつグループ療法などの参加を勧める。



解説

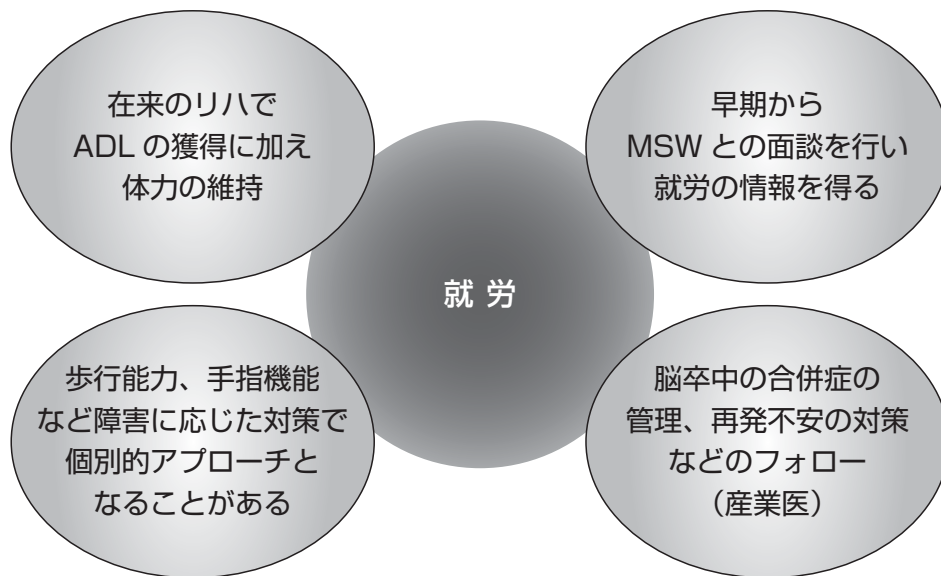
注意障害など高次脳機能障害やうつなどの障害が軽度の場合は、グループ療法などにおける動機付けや職業リハ関連からのアプローチで就労に結びつくことがあります。外来フォローの際、集団による訓練が勧められます。

グループ療法：ST、OT、臨床心理士、本人、家族が就労を目的として、集団及び個別対応による治療を継続することで就労率が高まる。

4. 早期再就労が難しいケース

身体機能障害は中等度でかつ高次脳機能障害や精神機能障害が存在する場合、在来型リハに加え体力低下や集中力を回復するための訓練を行うが、就労に繋がるケースは少ないのが現状である。

障害が中等度でかつ高次脳機能及び精神機能障害が存在



解説

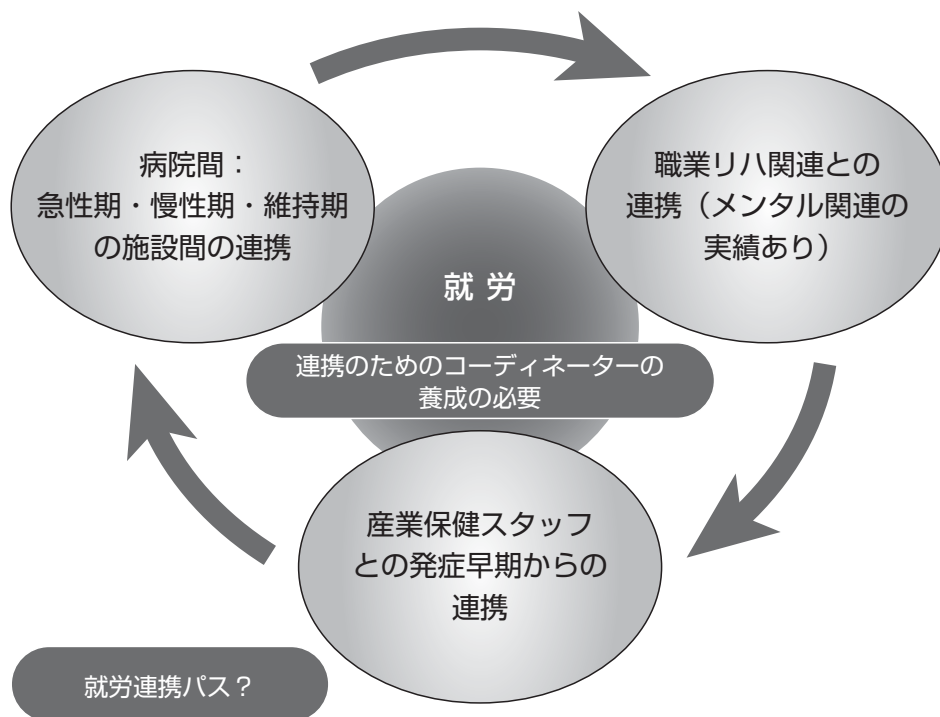
中等度の障害は個別的対応が必要なケースが多くなり、高次脳機能障害あるいは精神機能障害があれば、再就労率は低くなります。

5. 就労支援の課題

主に下記の3つの課題が挙げられる。

- 1) 病院の急性期化に伴う病期・病院間の連携の希薄
- 2) 病院と職業リハ関連との連携不足
- 3) 医療関係者と産業保健スタッフとの関係の希薄

病院機能・職リハ機能・産業医など相互のシステム連携の欠如



解説

脳卒中後の各診療機関間の連携については、高齢者を対象に在宅復帰に向けた情報の共有化を目指したパスが活用されています。就労支援の領域においても各システム間の連携パスなどの作成や、切れ目のない就労支援を果たすためにコーディネーターの養成などが急がれます。

文 献

A モデル・システム開発の研究検証結果より

- 1) 小林祥泰 (編) : 脳卒中データバンク 2005、中山書店、2005
- 2) 横山 幹 : 労働者健康福祉機構病歴調査室調べ
- 3) Saeki S, Toyonaga T: Determinants of early return to work after first stroke in Japan. J Rehabil Med 42 : 254-258,2010
- 4) 労働者健康福祉機構編 : 「早期職場復帰を可能とする各種疾患に対するリハビリテーションのモデル医療の研究・開発、普及」研究報告書、2008
- 5) 豊永敏宏 : 脳血管障害における医療およびリハビリテーションコスト—職場復帰のためのリハビリテーション研究から—、日本職・災医誌 : 54,175-182,2006
- 6) 厚生労働省編 : 障害者の雇用支援のために、平成 21 年度版
- 7) Macdonell RAL & Dewey HM: Neurological disability and neurological rehabilitation. MJA 174 : 653-658,2001
- 8) 豊永敏宏 : 脳血管障害者における職場復帰可否の要因—Phase3 (発症 1 年 6 カ月後) の結果から—、日本職・災医誌 : 57,152-160,2006
- 9) Teasell RW et al : An evidence-based review of stroke rehabilitation. Top Stroke Rehabilitation 10 : 29-58,2003
- 10) DeJong G et al : Opening the black box of post-stroke rehabilitation : Stroke rehabilitation patients, process, and outcome. Arch Phys Med Rehabil 86 : s1~s7,2005
- 11) 豊永敏宏 : 小冊子 : 早期職場復帰を可能にするリハビリテーション・モデルシステムの研究開発—脳血管障害就労者の早期職場復帰を目指して—、労働者健康福祉機構編集、2008

B 脳卒中ガイドライン 09 と就労支援等

- 1) 篠原幸人 (編) : 脳卒中治療ガイドライン 2009、協和企画、2009
- 2) Saeki S et al : Factors influencing return to work after stroke in Japan. Stroke 24:1182-1185,1993
- 3) Pang MYC et al : The use of aerobic training in improving aerobic capacity in individuals with stroke: a meta-analysis. Clin Rehabil 20 : 97-111,2006
- 4) de Groot MH et al : Fatigue associated with stroke and other neurologic conditions: Implications for stroke rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 84 : 1714-1720,2003
- 5) HacKett ML et al : Interventions for treating depression after stroke. Chochrane Database of Syst Review Issue 3 : 2006
- 6) 佐伯 覚 : 脳卒中患者の職業復帰、日本職・災医誌 : 51,178-181,2003
- 7) 平井俊策他 (編) : 脳卒中後遺症におけるうつ病・うつ状態のマネジメント、医薬ジャーナル社、2003
- 8) 豊永敏宏 : 職場復帰のためのリハビリテーション—第二次研究に向けて—、日本職・災医誌 : 58,214-219,2010
- 9) 徳本雅子 他 : 脳血管障害リハビリテーション患者における早期職場復帰要因の検討—労災疾

- 病等 13 分野研究・開発・普及事業における「職場復帰のためのリハビリテーション」より一、
日本職・災医誌：58,240-246,2010
- 10) Treger I et al : Return to work in stroke patients. Disability & Rehabil 29 : 1397-1403,2007
 - 11) 田中宏太佳 他：脳卒中患者における産業医の役割—労災疾病等 13 分野研究・開発・普及事業における「職場復帰のためのリハビリテーションより」の研究から一、日本職・災医誌：57,29-38,2009
 - 12) Tanaka H. & Toyonaga T. et al : Functional and occupational characteristics associated with early return to work after stroke in Japan. Arch Phys Med Rehabil 92 : 743-748,2011
 - 13) French B et al : Does repetitive task training improve functional activity after stroke? A Chochrane systematic review and meta-analysis. J Rehabil Med 42 : 9-14,2010

C モデル・システムの提示と研究の課題

- 1) Friedland JF et al : Social support intervention after stroke: Results of a randomized trial. Arch Phys Med Rehabil 73 : 573-581,1992
- 2) Lincoln NB et al: Evaluation of a stroke family support organizer : A randomized controlled trial. Stroke 34 : 116-121,2003
- 3) Lindstrom B et al :Positive attitude and preserved high level of motor performance are important factors for return to work in younger persons after stroke: A natinal survey. J Rhabil Med 41 : 714-718,2009
- 4) Glass TA et al : Impact of social support on outcome in first stroke. Stroke 24 : 64-70,1993

用語

A モデル・システム開発の研究検証結果より

1. 再就労とリハビリテーション

- a) 廃用症候群：動かさないことによる関節拘縮など様々な身体的障害や症候。
- b) 誤用症候群：医療側の誤りや見過ごしによる肩関節障害など症候の発症。
★ ADL (Activities of Daily Living)：食事排泄などの日常生活動作。
- c) IADL (Instrumental Activities of Daily Living)：交通機関の利用など実用的生活関連動作。

3. 再就労率と脳卒中の機能回復

- d) プラトー：麻痺の回復が固定化すること、この時期をプラトーに達したと表現する。

4. 早期再就労には手指の機能障害が関与

- e) ロジスティック解析：種々の要因から関連の強い変数（要因）を特定する統計的手法。
- f) 補助手：上肢の機能障害で大まかな動作のみ可能（巧緻性が劣っている）。
- g) 廃用手：まったく実用的でなく手指の機能の全廃。
- h) オッズ比：就労できる確率と就労できない確率の比。

5. 脳卒中に伴う患者負担（経済的損失）

- i) 間接的コスト：直接的コストは入院費やリハビリコストであり、間接的コストは離職に伴う給与収入源によるコストである。

6. 障害者雇用と行政

- j) 差別排除などにおける合理的配慮：障害者の視点にたったバリアフリーなどの施策の充実などへの配慮。

8. 障害回復と就労支援の関わり

- k) 医学的就労支援：投薬やリハビリ医療、産業医学的支援を指す。
- l) 社会的就労支援：企業の判断や本人・家族の就労意欲、MSW などの情報提供や社会資源の活用などを指す。

B 脳卒中ガイドライン 09 と就労支援等

2. 上肢機能障害とリハビリテーション

- m) 神経リハ：末梢を十分動かすことで中枢機能の回復を促す方法、ロボットなどを使用することがある。
- n) 麻痺上肢の強制使用：健側を固定して、麻痺肢をできるだけ動かすようにする訓練。

3. 麻痺肩の痛みとリハビリテーション

- o) 良肢位：肩関節の良肢位は手を前上方に挙上したときの位置。
- p) 愛護的運動：関節を正しい位置に矯正し動かす方法。

6. うつ状態とリハビリテーション

- q) MMSE：mini-mental state examination test は認知機能の評価法の一つである。

8. 再就労への意欲とやる気スコア

- r) やる気スコア：一般的な生活に対する意欲をアンケートで聞く評価法でスコア化している（16点以上はやる気なしと判定）。

9. 患者・家族教育と再就労

- s) 社会福祉資源：身体障害者手帳や就労に関する職業リハ制度など種々の社会福祉のサービス制度。
- t) MSW：メディカルソーシャルワーカーのことで転院の調整や就労の相談をはじめ、社会資源など情報の提供者としてリハスタッフの重要な一員。

II

症 例

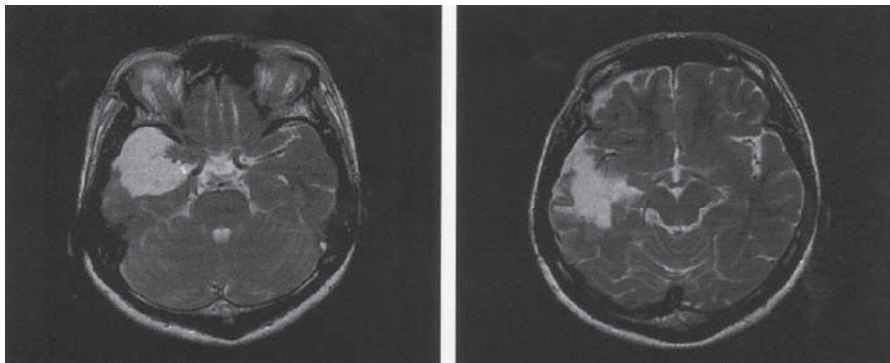
—何が就労のポイントとなったか—

症 例
1

中等度の左半側空間無視を呈していたが
経過良く原職復帰となった症例



①入院時右側頭葉脳内出血 AVM の破裂（重度）。



②退院後明らかな主要動脈の閉塞や動脈瘤は認められない。

その他の神経心理学的所見

MMSE： TOTAL SCORE28/30点図形模写で顕著に左図形の欠損を認めた。

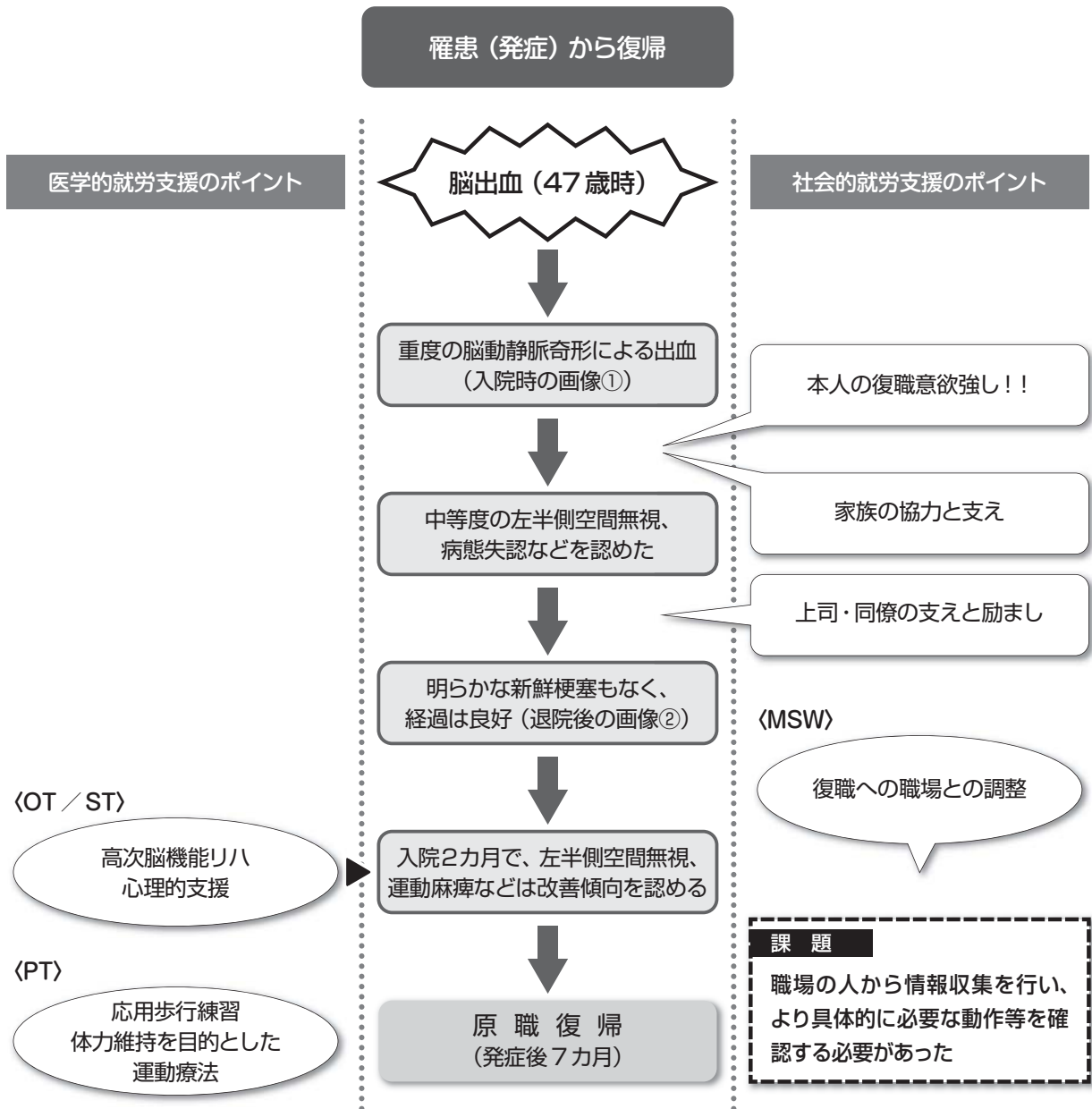
線分二等分：右側へ3.6cmのズレ

症例の背景

- ① 病 歴：47歳で脳動静脈奇形による右脳内出血、左不全麻痺。高次脳機能障害は左半側空間無視、病態失認を認めましたが、その他構音障害、知的能力障害は認められません。
- ② 職業歴：患者は、看護師で役職付きです。
- ③ 家族の支援状況：郷里は他県で独居生活です。経済的にも本人の仕送りに頼っていたため、強く復職を希望していました。
- ④ 経過の要点：左半側空間無視に対する高次脳リハと心理支援を実施しました。幸いにして知的機能には影響はなく経過し、順調に左半側空間無視、運動麻痺も改善しました。退院後は、いったん郷里に帰り療養していましたが、職場の理解や受け入れもよく原職復帰となっています。

症例
1

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

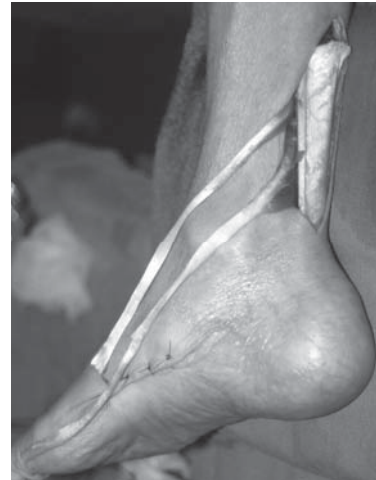
中等度の左半側空間無視の高次脳機能を認めていましたが、幸いにして、知的面での影響はなく、順調に経過した希な症例と考えられます。また職場が精神科病院であり、上司と同僚の理解など受け入れ環境もよく、原職復帰できたと思われました。

症 例
2

下肢の麻痺（痙縮）を克服、
原職復帰となった症例



①内反尖足のため腱きり術で矯正。



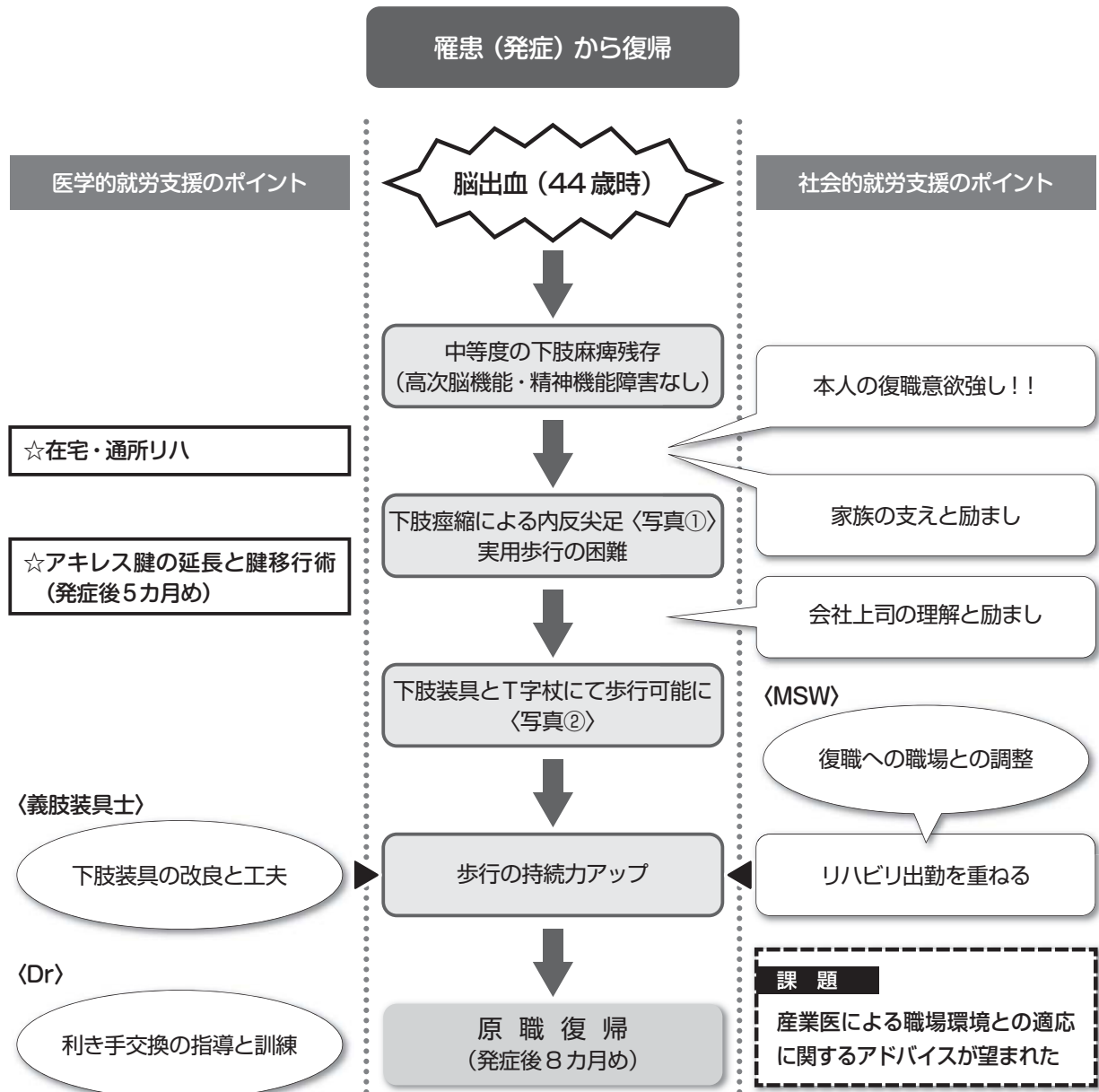
②各種の短下肢装具を使用した。

症例の背景

- ① 病 歴：44歳で脳出血、中等度麻痺残存、高次脳機能、精神機能障害なし。
- ② 職業歴：事務職で総務を担当していました。通勤は公共交通機関を使用しました。
- ③ 家族の支援状況：家族の理解は良好。
- ④ 経過の要点：在宅と通所リハビリを行っていましたが、下肢痙縮のため歩行障害が出現しました。足部の内反尖足（痙性麻痺による①のような変形）が強く、実用的歩行が困難となりました。発症後5カ月めでアキレス腱の延長と腱移行術（足部の腱を移行）が行われました。
下肢装具とT字杖にて原職復帰となりました。手術の適応は6カ月後の維持期での判断が一般的です。

症例
2

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

痙性麻痺が残存し、下肢装具での実用歩行が不能でしたが、手術での効用がみられ杖・装具での実用的歩行が可能となりました。家族や上司の理解が大きかったのが就労意欲を落とさなかった大きな要因の一つ。中等度麻痺残存でしたが、事務系の仕事であり、かつ利き手交換がスムーズにいきました。復帰した職場における就労環境と障害との調整について産業医から助言を得られれば、より適応を図れたと考えられます。

症 例
3

身体機能障害は軽度、高次脳機能障害が残存していたが、職業リハとの協力で就労となった症例



所 見

発症後2カ月後のWAIS-R（日本版詳細知能検査）では言語性、視覚性とも明らかな低下知能は保たれていますが、重度の記憶障害及び軽度～中等度の注意障害を認めました。

① 麩作り



② 職業カウンセラーと面談



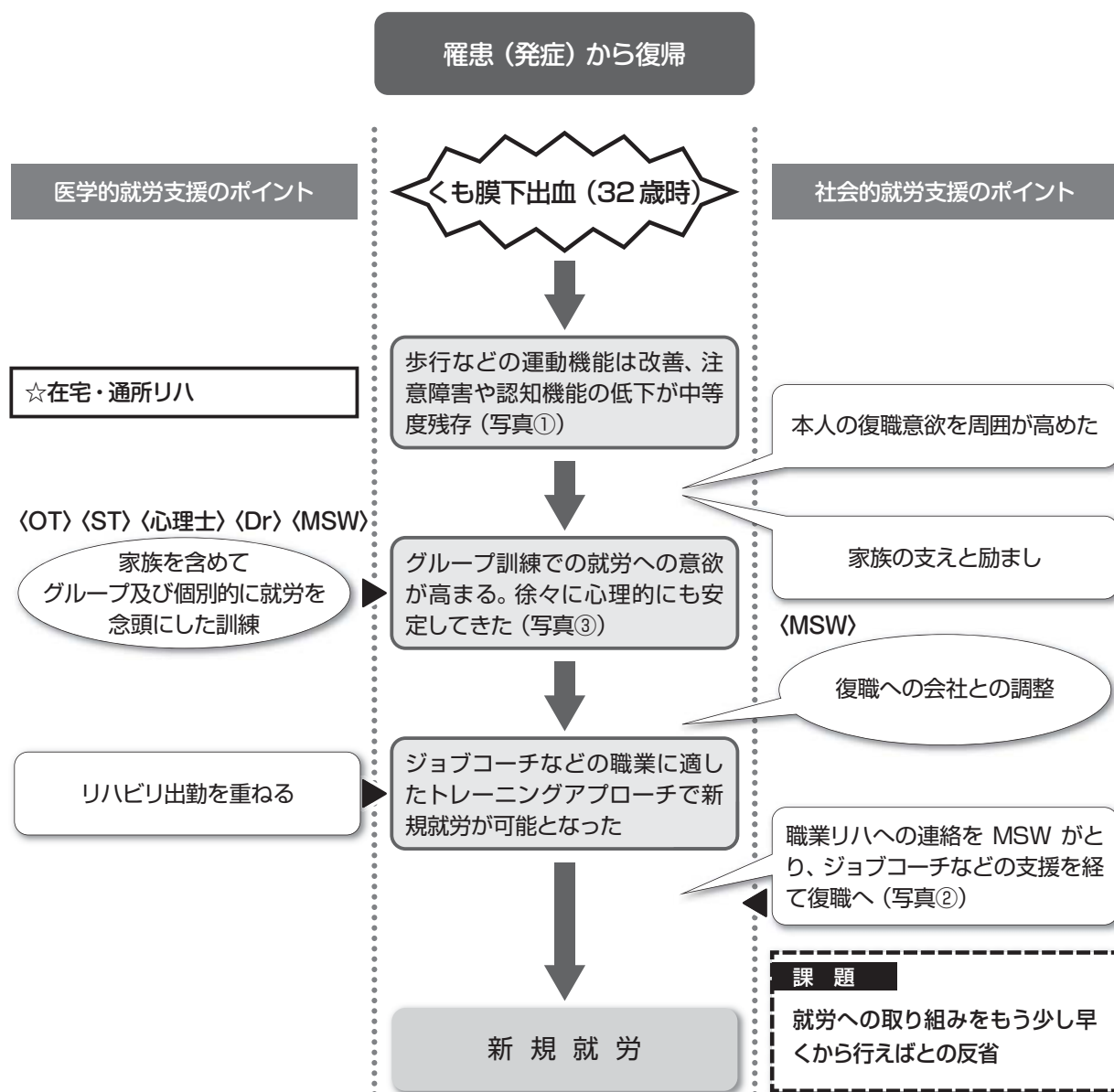
③ グループ療法

症例の背景

- ① 病 歴：32歳、くも膜下出血、身体機能障害は軽減したが精神機能障害あり。
- ② 職業歴：自営業（電気工事業）
- ③ 家族の支援状況：家族サポートあり。
- ④ 経過の要点：脳外科で手術、当初は歩行器が必要でしたが徐々に安定し、歩行など身体機能の障害は軽度となりました。しかし、高度の記銘力障害や注意力障害が残存しました。外来にてグループ療法に参加しつつ、職業リハ（職業リハビリテーションセンターの略。障害者の雇用推進のための施設や組織の総称）のジョブコーチ（職業リハスタッフの一員で、種々の就労支援のための相談、指導者）のトレーニングを経て麩作り業に新規就労となりました。

症例
3

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

精神機能障害が中等度残存していましたが、MSWなどグループによる指導と個別の指導で就労意欲が出てきました。さらに職業リハとの連携がうまくいったケースです。

症 例
4**急性心不全発症後に脳梗塞を続発しながらも、
リハを継続し原職復帰した症例
—シームレスな連携を通して—****症例の背景**

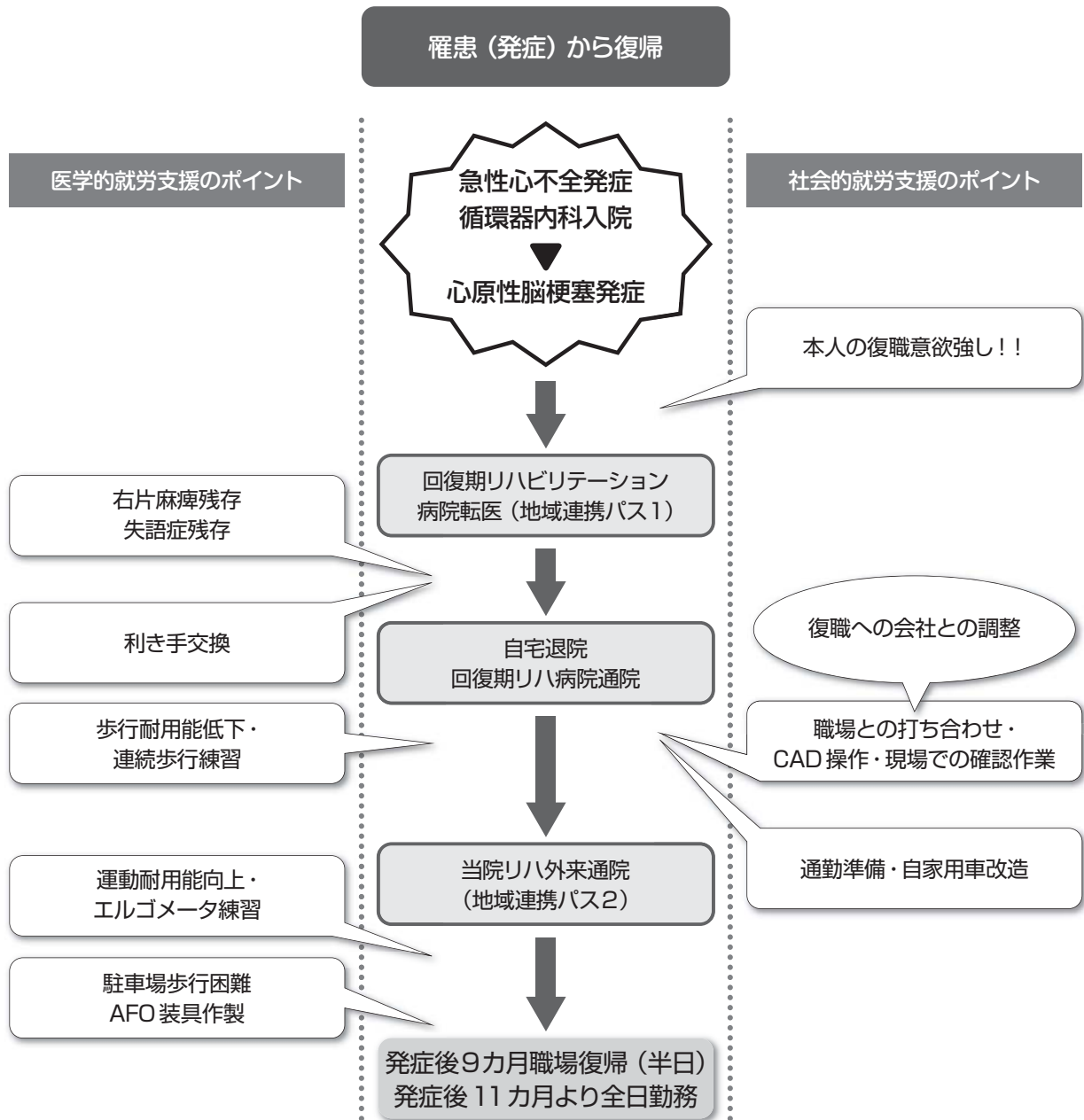
急性心不全にて救急搬送後、循環器科入院となりました。循環動態安定化してきましたが、心原性脳梗塞発症し、右片麻痺、全失語を呈しました。脳梗塞発症後、翌日よりリハ開始、3週間後離床リハ開始しました。右片麻痺の改善を認め、見守り、T字杖にて病棟内歩行可能となりました。発語可能となるも音の歪みや置換残存し、意思の伝達は困難でした。6週間後、更なるリハ継続、復職を目的に回復期リハ病院へ転医しました。転医情報提供として地域連携パスを作成送付しました。

回復期リハ病院にて24週間の入院加療後、6週間の週2回の外来通院が行われました。その間、利き手交換訓練、歩行持久力向上訓練、会社への病状説明2回などが実施されました。また、自動車の改造、運転練習も実施されました。ADL的にはほぼ自立状態となりましたが、会社近くの当院でのリハ継続を希望され、再紹介され転医情報提供として地域連携パス②が返書されました。

当院外来にては、運動耐用能改善、右上肢機能改善、言語機能改善を目的に就労を目指しリハ継続となりました。7週間（発症より43週間）後、午前中出勤から復職しました。理学療法士に「緊張して駐車場から事務所まで歩けない」と訴えたため、簡易足関節装具を作成、不整地歩行練習を実施しました。筋緊張による歩行不安定性の緩和を認め、駐車場での歩行も容易となりました。現在、発症1年を経過し、週1回の作業療法、言語療法を継続しながら原職復帰しています。

症例
4

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

急性期病院から回復期病院へシームレスに転医され自宅退院、回復期病院ケースワーカーと企業による打ち合わせが実施されました。当院外来リハを継続しつつ、その結果を踏まえ就労準備（運動耐用能向上、通勤手段の確立）を行い、復職となりました。出勤に際し、駐車場で過度の精神的緊張による歩行困難を呈しました。理学療法士への相談後AFO装具作製し、緊張の緩和を得て、駐車場で歩行は改善されました。運動性失語を残存し、外来リハを継続しながら就労しています。

症 例 5

片麻痺・失語症例が、歩行動作、片手による両手動作を獲得し、原職復帰となった症例

症例の背景

- ① 病 歴：46歳で脳出血。麻痺残存（上肢廃用・独歩可）、失語症がありました。
- ② 職業歴：患者は、管理的職種であり、歩行動作獲得と、PCキーボード操作が必須でした。会社は大手会社で社会保障制度は充実していました。通勤は自家用車（片手ハンドルノブ使用）を利用しています。
- ③ 家族の支援状況：家族は本人の入院時初期より原職復帰まで全般にわたり見守り姿勢を基本に、協力的でした。また、近隣の実家の協力も大きなものでありました。
- ④ 経過の要点：当院においては急性期病床（約3カ月間）及び、亜急性期病床（約3カ月間）を利用しリハビリを実施しました。血腫除去術翌日よりリハビリ（PT/OT/ST）を開始しました。開始時は意識不明・右上下肢弛緩性麻痺・失語症があり重症でした。

理学療法部門では、T字杖・短下肢装具装着にての歩行練習を中心に実施し、主に長い距離の歩行能力獲得に努めました。

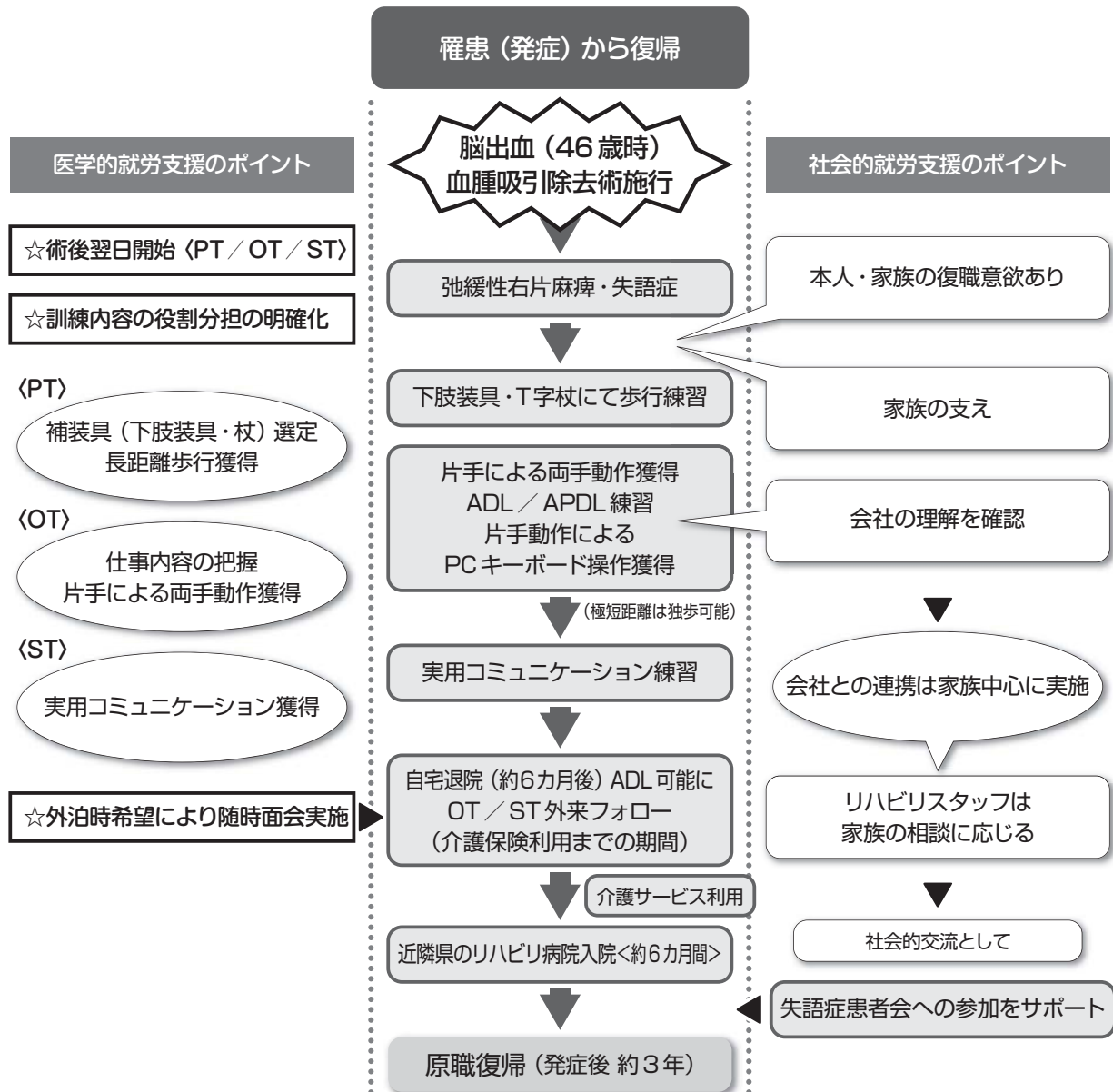
作業療法部門では上肢機能訓練に加え左上肢による両手動作の獲得や、家庭内役割の獲得を目標に、日常生活動作（ADL）練習、洗濯や調理動作などの日常生活関連動作（APDL）練習、PCキーボード操作練習、家庭内の短距離の独歩練習を中心に実施しました。

言語聴覚療法では日常生活コミュニケーションの獲得を中心に行いました。約6カ月後、片手動作による両手動作の獲得練習を行い、PCキーボード操作も可能となりました。ADLや、洗濯物干しなどの一部のAPDLも可能となり、自宅退院となりました。

介護保険利用までの約1カ月間は、外来にてOT/STを週に1回の頻度で継続しました。休職期間を利用し、隣県のリハビリ病院にて歩行の持久力向上を目的に治療の機会（約6カ月間）を得ました。外泊の際には、本人の希望により当院リハビリスタッフへ面会や経過報告などの面会に応じました。リハビリ病院を退院してから原職復帰までの期間を有効に過ごすために、地域の失語症患者会への参加を呼びかけ、会の企画なども当院スタッフとともに行うなど、社会交流のサポート（患者会でのお花見）を行いました。発症後約3年、原職に復職することができました。全期間を通し本人や家族の希望に応じ相談に応じるなどの心理的支援が重要であったと思われます。

症例
5

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

症例は会社で管理的な業務に就いていました。会社は大手企業で社会保障制度が充実しており、患者に対する理解も充分にあることを早期に確認することができました。PT / OT / ST は訓練内容の役割分担を明確化してアプローチを図りました。重症例でしたが、歩行能力獲得し、日常生活や日常関連動作は片手による両手動作が獲得されたことにより、生活も自立し就労を可能にしたと思われます。家族の協力も欠かせない要素でした。当院退院後介護保険利用時やリハビリ病院入院時も本人家族の希望により随時面会を可能にし、また、患者会へのサポートを通して社会交流も図りながら心理的サポートを実施してきたことが有効であったと思われます。

症 例
6

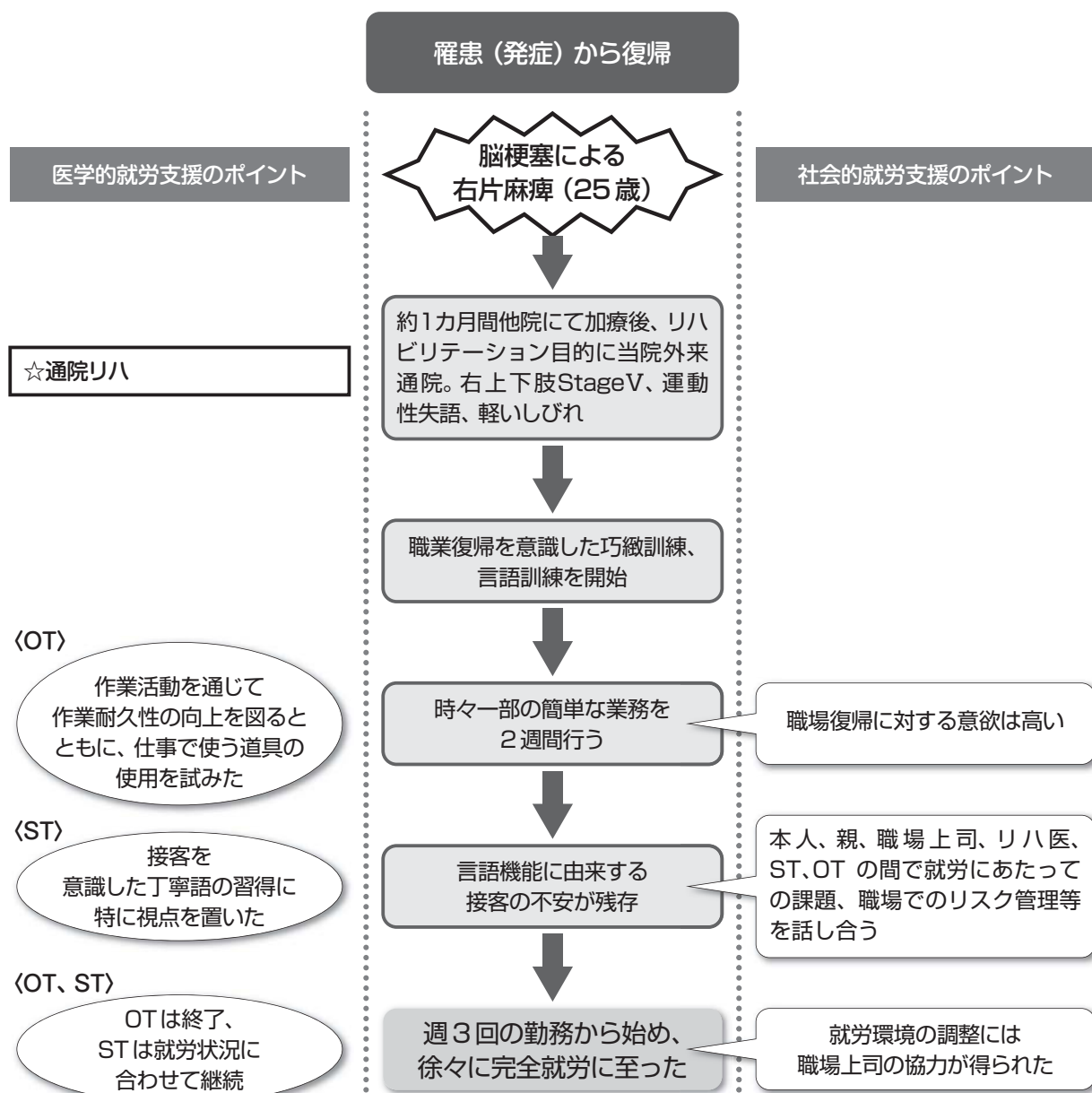
運動性失語により接客業務に不安があったが、
周囲の支えや理解、協力により
完全就労となった症例

症例の背景

- ① 病 歴：25歳、女性。H○年○月○日、右片麻痺と運動性失語で発症。A病院受診、左内頸動脈の閉塞みられ、血栓溶解術が行われ、中大動脈の一部を残して再開通しています。左前頭葉（Broca野）に脳梗塞を認めました。発症から1カ月後、リハビリ目的に当院リハ科外来を受診されました。
- ② 職業歴：美容師。自家用車にて通勤。
- ③ 家族の支援状況：両親、特に母親の支援が大きい。
- ④ 経過の要点：年齢も若く初期より復職を意識して関わりました。
- OT…… 右上肢の筋力・巧緻性の改善を目指し、操作性の向上を図りました。機能訓練とあわせ、マクラメ編み・ペーパークラフトなどの作業活動も取り入れ、作業耐久性の向上も目指しました。その後、実際にスタッフの髪を切ってもらうなど実践に備え、OT開始から4カ月で週3日の就労が可能となり、OTは終了となりました。
- ST…… 失語症に対し各側面より集中的にアプローチし改善見られるも、開始から4カ月の時点で（週3日の就労）、接客時のコミュニケーションの不安を訴えていました。それに対し、接客を意識して、丁寧語がスムーズに出てくるようリハビリを継続、また心理支持的な役割を担って就労状況に合わせてリハビリ回数を調整しながらリハ継続。完全就労に至った後、リハ開始より7カ月でST終了となりました。
- リハ医… チームのリーダーとして、リハ開始から3カ月めに、当事者、家族、職場上司、リハスタッフとのカンファレンスを開催しました。現状の把握、就労にあたっての課題、リスク管理などが話し合われ、週3日からの就労を試みることとなりました。
- 本人の復職への意欲が高く、カンファレンスによって、より両親や職場の上司らの支えや理解が得られたことが大きい症例であったと思われます。

症例
6

復帰までの支援とリハ

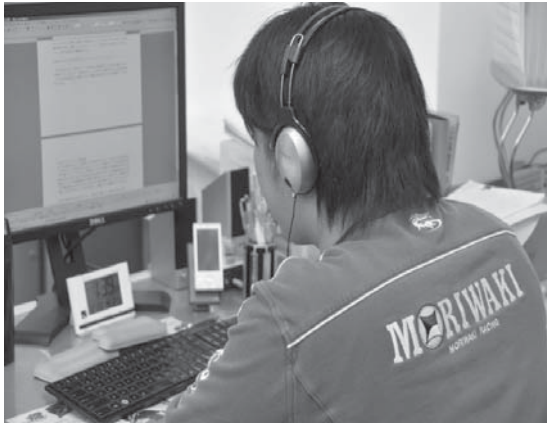


復職のポイント

脳梗塞を発症、他院にて1カ月加療された後、リハビリテーション目的で当院リハビリ科を紹介受診され、外来通院リハビリを実施しました。リハ開始時、右上下肢Stage V、運動性失語、軽いしびれ感を認めました。当初より職場復帰に対する意欲があり、リハ開始3カ月後からは、職場の理解も得られ時々業務の一部を行いながら通院リハを継続していました。本格就労に向けては、運動性失語に由来する接客業務に不安を訴えており、本人、親、職場上司、リハ医、ST、OT間で課題、職場でのリスク管理等を話し合いました。就労形態に対しても上司から協力が得られ、リハを継続しながら、週3回の勤務から、徐々に完全就労に至ることができました。

症 例
7

脳出血発症時に胸髄損傷を発症し
三肢麻痺で復職した症例



①溶接工から事務作業への配置転換



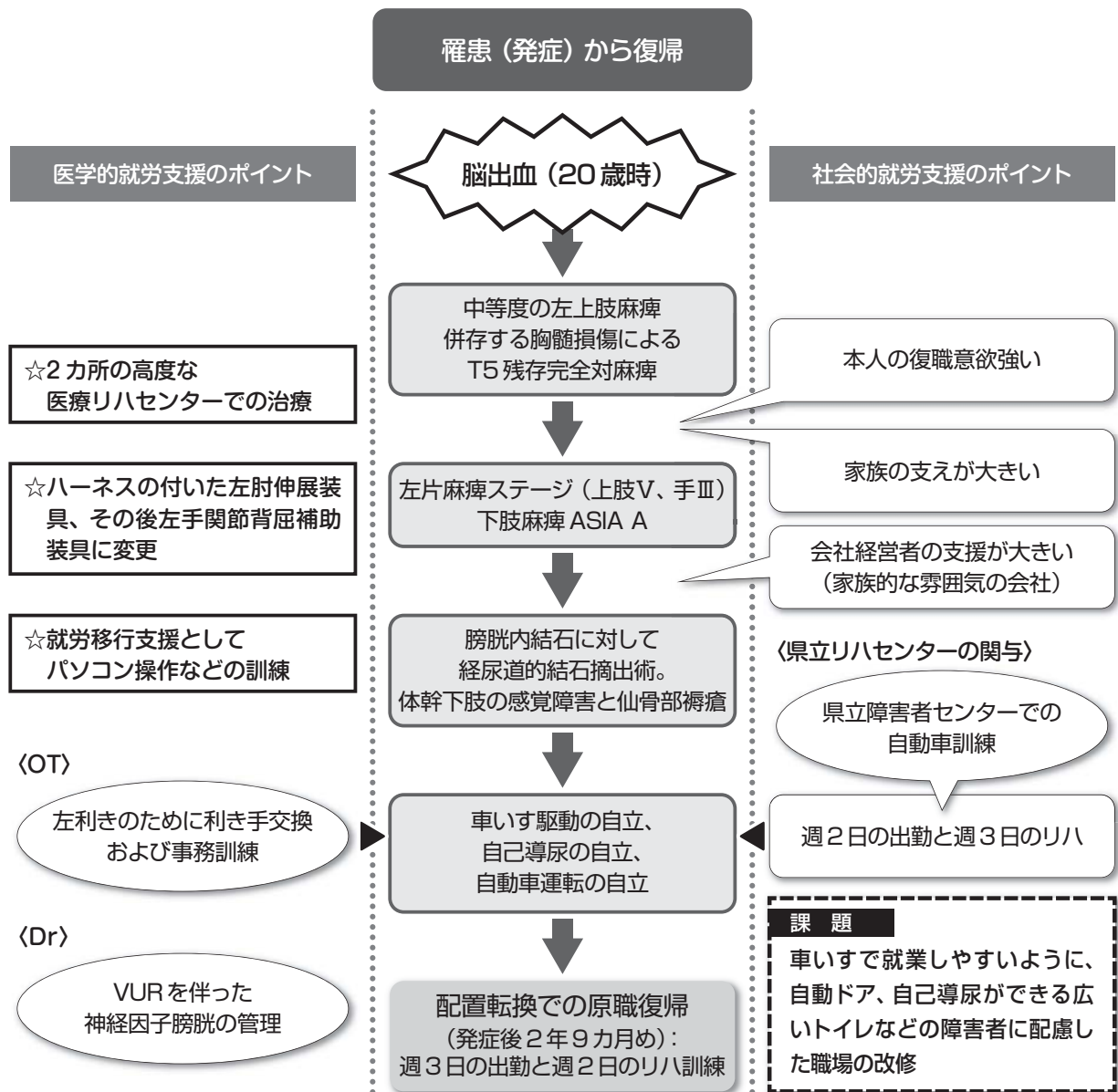
②会社の出入口を車いすで移動可能なように自動ドアに改修

症例の背景

- ① 病 歴：20歳男性の脳出血。バイク運転中の発症のために脊髄損傷も併存。左上肢中等度の麻痺、感覚脱失を伴った完全対麻痺がありますが、高次脳や精神機能障害はありません。
- ② 職業歴：高校卒業後、溶接工として就職。中小企業で経営者と従業員との間に家族的な雰囲気があり、発症後経営者の精神的サポートが大きく、原職復帰に対する具体的な提案（配置転換や職場の改造）も示してくれました。
- ③ 家族の支援状況：両親と三人暮らし、姉は結婚し独立しています。両親はともに仕事を持っていますが、病院や患者の職場に家族として適切な役割を果たしました。持ち家の自宅の改修も積極的に進めました。
- ④ 経過の要点：前医で脳出血および外傷性脊髄損傷に対して保存的治療が行われました。発症2カ月後にリハビリテーション目的で当院に転院しました。合併症として診断された膀胱結石に経尿道的膀胱結石切除術が行われました。対麻痺は完全麻痺のために改善は見られませんが、左上肢麻痺は徐々に改善し、当初ハーネスの付いた左肘伸展装具を使用して長座位などの基本動作訓練を行いました。左上肢の分離運動が出現し前記装具を手関節背屈装具として改良し、移乗動作なども積極的に行いました。5カ月後に公立のリハビリテーションセンター病院に転院し、2カ月の入院中車運転シュミレーションや（左利きのため）利き手交換訓練とともに左上肢の機能訓練やADL訓練を積極的に行いました。当院への再入院後、洗体動作や整容動作およびプッシュアップ動作が可能となり、1年1カ月後に自宅に退院しました。県立障害者センターで就労移行支援としてのパソコン操作などの事務作業訓練を受けました。約3カ月間は自動車操作訓練も同センターで受けました。2年2カ月めに週2日のリハビリ出勤の形で事務職に配置転換をし、職場復帰ができました。

症例
7

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

右上肢以外の三肢麻痺でありながら、幸いにも高次脳機能障害がなく、本人の復職への意欲が強く、また中小企業でありながら、もともと家族的な雰囲気の中で経営者の復職支援の姿勢も大きかったです。

県立リハビリテーションセンターが、復職後も週2回の訓練の場を提供してくれました。

会社が受傷2年後に週2日の出勤、2年9カ月後に週3日のいわゆるリハビリ出勤を許容してくれました。

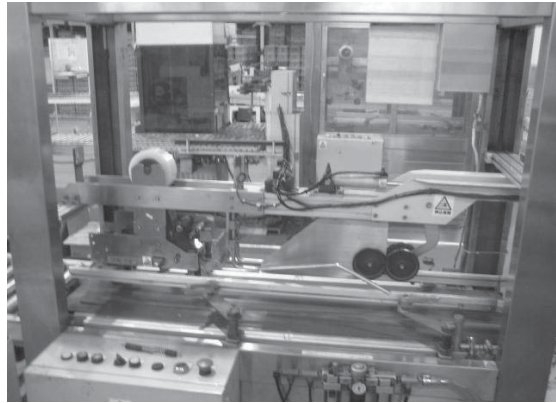
溶接工から事務職への配置転換は行われましたが、競争雇用としての扱いで、勤務日は20時ごろまで残業をすることも多い。

症 例
8

クモ膜下出血発症後高次脳機能障害を呈し、
職場訪問を実施したことで
復職可能となった症例



①ねじの選別作業



②梱包作業



③機械による選別作業

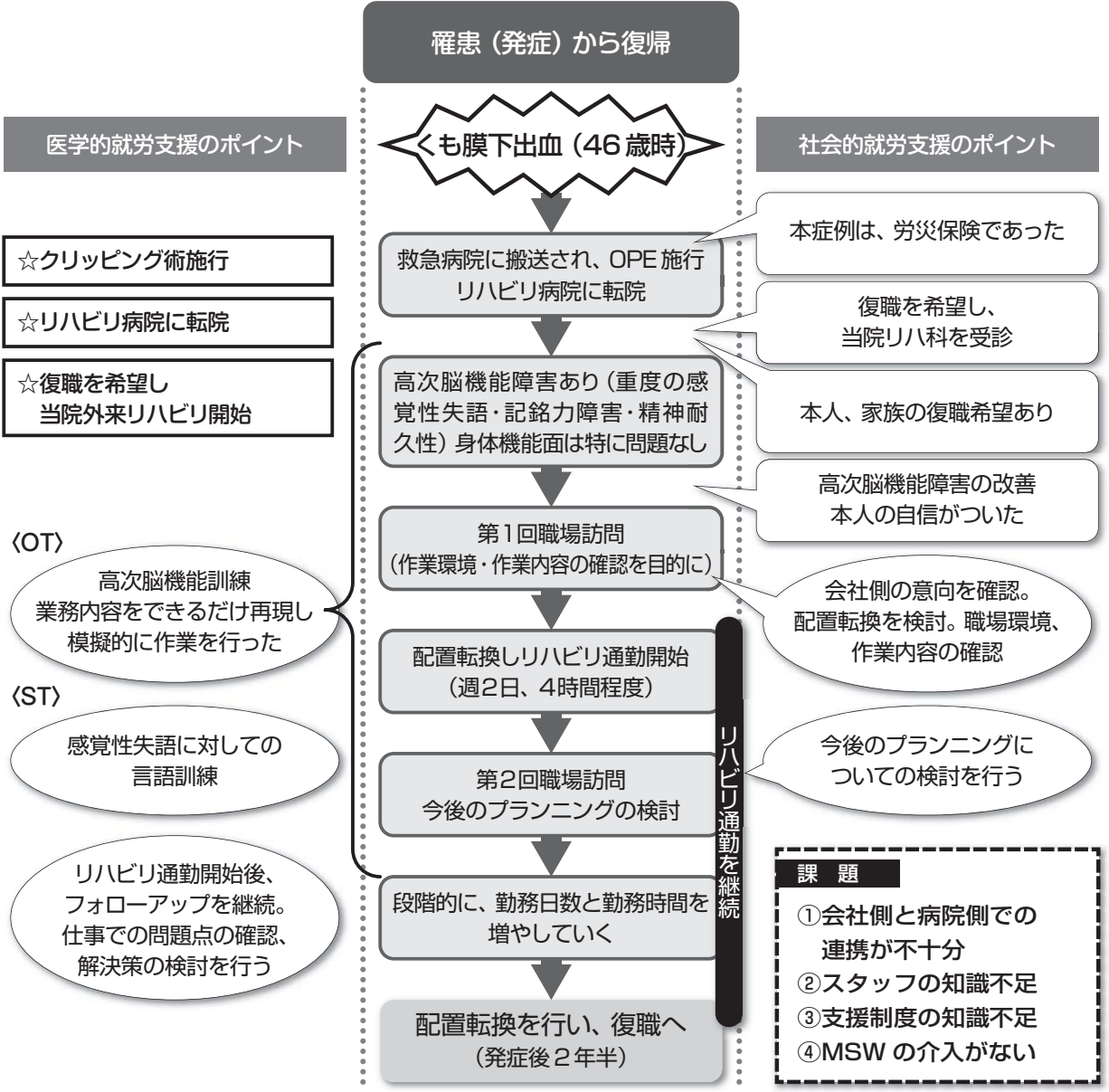


④ねじ製造

症例の背景

- ① 病 歴：46歳でクモ膜下出血。麻痺は認めず。高次脳機能障害、精神機能障害あり。
- ② 職業歴：患者は、製造会社の管理職（次長・品質管理課長、クレーム対応）を担当していました。通勤は、自家用車使用。
- ③ 家族の支援状況：本人も復職を希望し、家族も復職に協力的。会社側も復職に積極的でした。
- ④ 経過の要点：復職を希望し当院リハ科を受診し、復職へ向けた訓練が開始となりました。身体機能面は特に問題ありませんが、高次脳機能障害（記銘力障害、精神耐久性の低下）、失語を呈していました。徐々に、高次脳機能障害も改善してきたため、約1年半後に職場訪問を実施しました。3カ月後に配置転換をし、週2日4時間での勤務が開始となりました。1カ月後に2度目の職場訪問を実施し、徐々に勤務時間を増やしていくように検討しました。その後もフォローアップを継続しました。発症後、約2年半経過し、配置転換、通勤は妻による送迎にて復職が可能となりました。

症例 8 復帰までの支援とリハ



復職のポイント

身体機能面は、復職に問題のないレベルでしたが、高次脳機能障害、精神状態により復職が困難な症例でした。最終結果では、配置転換にて復職となりました。復職に至ったポイントは、①労災保険であった、②本人・家族が希望した、③会社側が協力的であった（もともと管理職であった）、④職場訪問を行ったことが、大きな要因であると考えます。また、⑤高次脳機能障害、精神機能が改善した、⑥身体機能面は特に問題がなかったことも要因と考えます。特に、会社側の協力、理解を得ることが重要であると考えます。そのため、職場訪問を実施し、情報交換や障害の説明などを行うことが必要となると考えます。

症 例
9

左片麻痺と本態性把握反応を呈したが 原職復帰となった症例



①更衣動作

左手指が不随意に衣服を掴んでしまい更衣に時間を要した（右の非麻痺肢で左手が握っている袖を離そうとしている場面）。



②物品把持 - リリース練習

リハビリ開始当初はリリース困難、追跡現象がみられた。

症例の背景

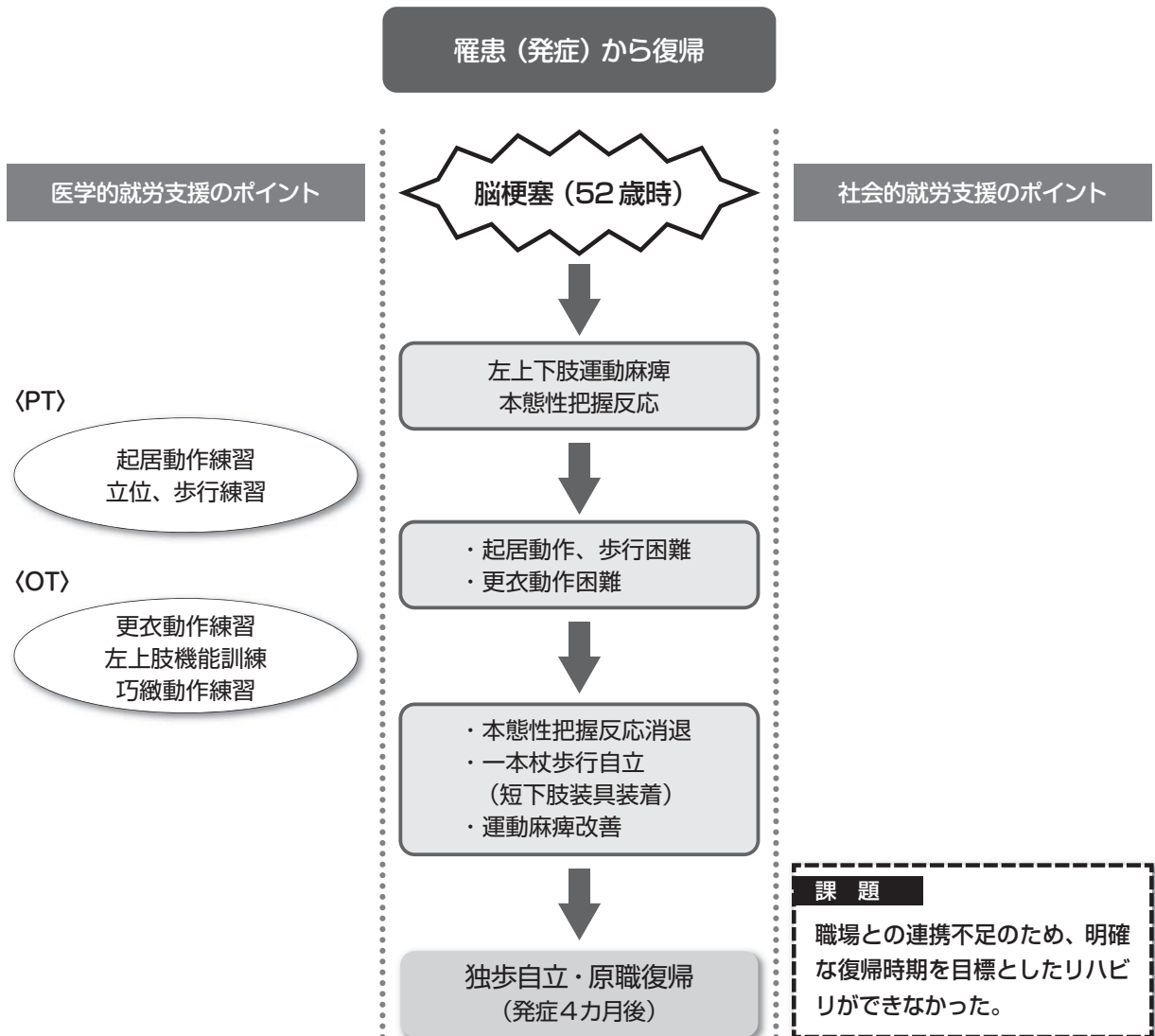
- ① 病 歴：52歳で脳梗塞発症。病態は左上下肢運動麻痺、本態性把握反応
- ② 職業歴：運送会社に勤務しフォークリフト操作が主な業務でした。
- ③ 家族の支援状況：家族は原職復帰に対し協力的でした。
- ④ 経過の要点：左上下肢麻痺と本態性把握反応のためリハビリ開始時は起居動作、ADL動作に介助を要しました。麻痺肢の随意性と下肢支持性改善による歩行自立を目標にリハビリを行い、発症後6週で短下肢装具を装着した一本杖歩行が可能となりました。

本態性把握反応に対しては患者自身の意識集中、視覚フィードバックを用いた物品の把持－リリースの反復によって接触刺激への閾値を高めるとともに両手の協調動作練習、最も障害を受けた更衣動作の反復を行いました（写真①②）。その結果5週経過頃に把握反応は消退し、左上肢の麻痺も改善しました。

本症例は発症3カ月後に独歩自立となって退院し、4カ月後に原職復帰を果たすことができました。

症例
9

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

フォークリフト操作が出来なければ復職は困難とのことで、左上下肢運動麻痺の改善と本態性把握反応の抑制が復職の最重要点と考えました。まず、セルフケアと車いすでのADL自立を図ると共に、本態性把握反応を抑制するための上肢訓練を行いました。

発症5～6週で把握反応が消退し運動麻痺に改善がみられ、一本杖歩行が可能となりました。その後、独歩が自立し発症4カ月後に復職できました。発動性低下や注意障害など他の前頭葉症状がなかったことも原職復帰できた要因の一つです。

症 例
10

脳梗塞により右片麻痺を呈したが、
入院～外来リハを通じて復職した症例

症例の背景

- ① 病 歴：59歳で脳梗塞を発症した男性です。中等度の右片麻痺を認めましたが、高次脳機能障害、精神機能障害はありませんでした。
- ② 職業歴：38歳から55歳まで自営で縫製業を営んだのち、55歳から59歳（発症）まで清掃会社の派遣社員としてゴルフ場のセンターハウス内の浴室と脱衣所の清掃業務に従事していました。通勤は自動車で職場までの約20kmの距離を通っていました。
- ③ 家族の支援状況：厚生年金の受給資格を得るためにはあと5カ月働く必要があり、本人の復職意欲は非常に強く、妻も何とか職場復帰してあと5カ月間は働いてもらいたいと考えていました。

妻は入院中も退院後も患者の職場復帰に対し協力的でした。

- ④ 経過の要点：入院4日目よりリハビリを開始しました。

上肢は右手でフォークを持たない、書字困難などの巧緻性の障害を呈し、下肢は歩行可能なものの、歩行時に足の背屈が不十分で足尖を擦る歩容で頻繁につまずきがみられ、転倒の危険性がありました。

本患者は入院当初より復職への希望が強く、日常生活動作自立と職場復帰をゴールとしました。

日常生活動作自立に向けた訓練としては食事動作訓練、書字訓練、起立、歩行訓練などを行いました。復職に向けて浴槽の出入りなどの跨ぎ動作、しゃがみこみ動作、歩行の耐久性や坂道、階段などの応用歩行が必要と考え、バランス訓練、床からの立ち上がりなどの床上動作訓練、屋外歩行訓練、階段昇降訓練などを重点的に行いました。

一本杖で歩行が安定、院内での日常生活動作は自立したため、外来でリハビリテーションを継続しながら職場復帰を目指すこととし、入院16日めに自宅退院となりました。

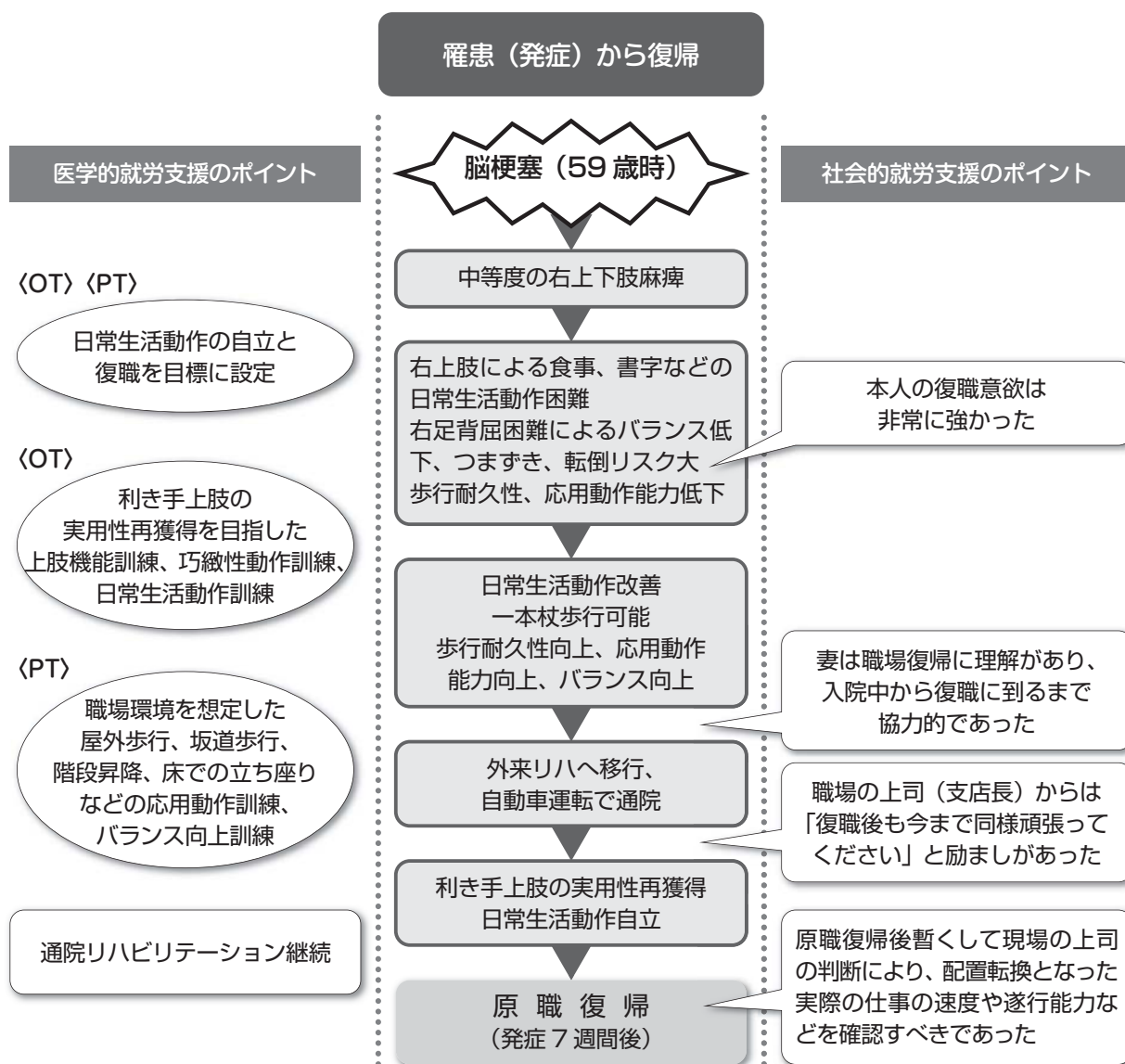
退院時には6,000歩程度の歩行、病院バス等を利用した通院を指導し、復職に向けて困った際にはMSWが相談に応じることを伝えました。

外来ではバランス訓練、応用歩行動作訓練、上肢の巧緻動作訓練を中心に行い、自宅での日常生活動作は自立しました。また自動車運転での通院を行い、自動車通勤が可能な状況となり、退院5週後に元の職場に復帰となりました。

復職当初は発症前と同じゴルフ場の浴場の清掃業務に復職しましたが、現場の上司（班長）は仕事の速度が不足していると判断し、週1回の浴場清掃と、テニスコートの施錠管理、電話番へと配置転換となり、61歳の厚生年金の受給資格を満たす期間まで勤務しました。

症例
10

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

復職できた一番の要因は患者本人の復職意欲が非常に強かったことです。その理由として一点目に厚生年金の受給資格を得るためには、あと5カ月間は働く必要があったこと、二点目に仕事のリハビリになると考えていたからです。さらに、妻の理解と協力、支店長の励ましの言葉が復職への後押しとなりました。

浴場の清掃業務への復帰にはバランス、応用動作能力、耐久力、自動車運転が可能等の課題があり、入院から外来リハを通じてこれらの能力は向上が見られました。しかし復帰後、本人はこれまでと仕事の能力は変わっていないと考えていましたが、現場の上司（班長）は仕事のスピードが遅くなったと感じており、配置転換となりました。職場に出向いて仕事の場を観察したり上司と面談したりすることができれば、配置転換を含めてスムーズな職場復帰が図れたと考えます。

症 例
11

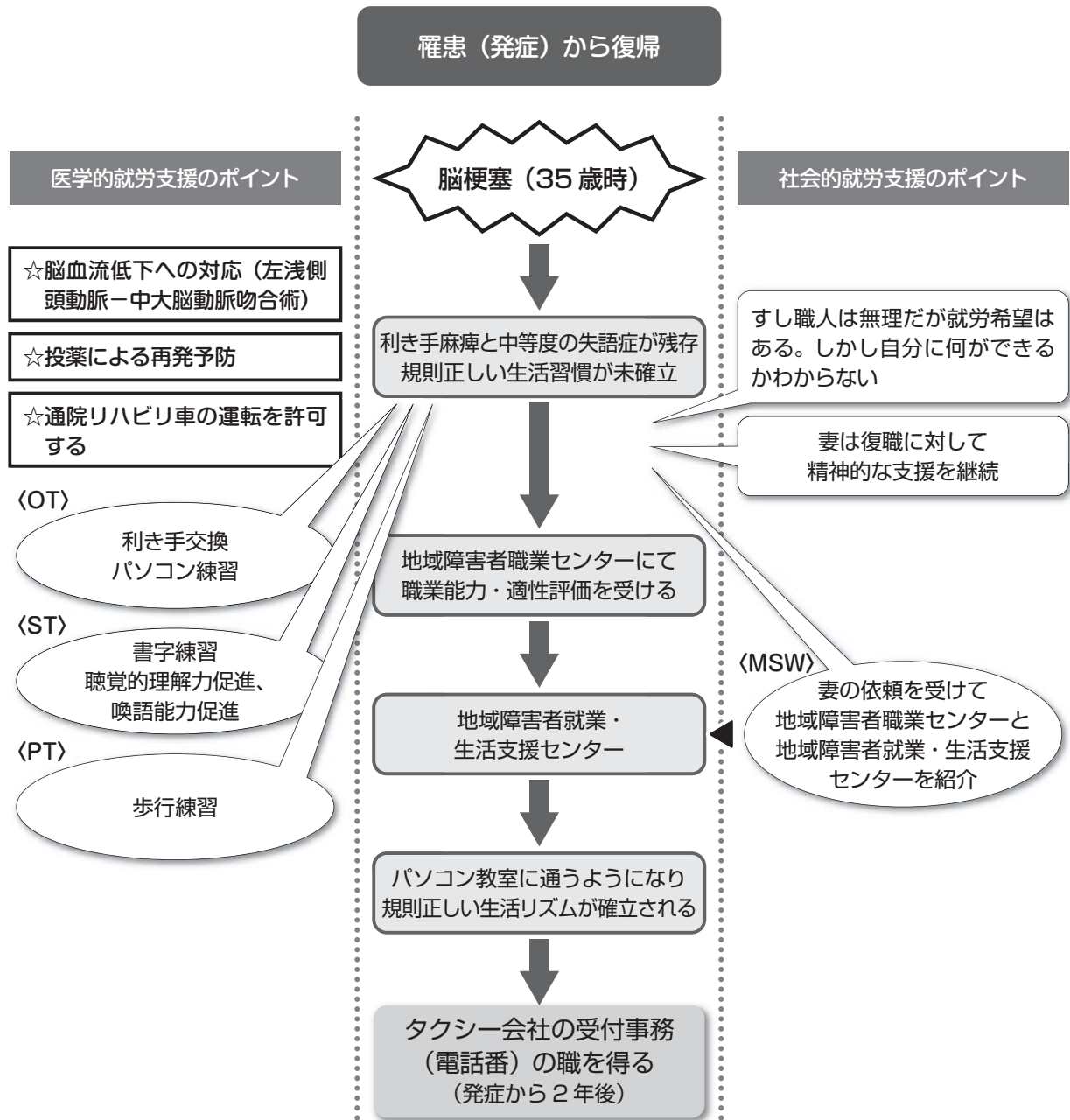
右片麻痺、失語症をもちながら 新規就労した症例

症例の背景

- ① 病 歴：35歳の男性。脳梗塞右上下肢完全麻痺、全失語で発症。発症後3カ月めに血行再建術（左浅側頭動脈－中大脳動脈吻合術）施行。独歩可能、日常会話は成立、右上肢廃用だが片手動作でADL自立。
- ② 職業歴：飲食店に勤務するすし職人。自家用車を運転し通勤していました。
- ③ 家族の支援状況：原職復帰（すし職人）は無理とあきらめ、家で留守番程度ができればと考えていました。しかし、まだ若く子供も小さいため、できれば新規就労を希望されMSWとも相談していました。
- ④ 経過の要点：3カ月の入院リハビリと1年の通院リハビリを継続し歩行機能、実用的コミュニケーション能力、利き手交換による片手動作でのADLを獲得しましたが、右手の機能は廃用のままでした。外来通院リハビリの終了に併せて次のステップとして身体障害者更生指導所の紹介、地域障害者職業センターでの職業能力・適性評価をすすめました。その後、パソコン教室に通うなどした後、タクシー会社の電話受付業務（電話番）の職を得ました。

症例
11

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

すし職人でしたが、利き手の重度麻痺と中等度の失語症が残存し退職を余儀なくされました。PTでの歩行練習、OTでの利き手交換、パソコン練習、STでの聴覚的理解力促進練習、喚語能力促進練習と書字練習を重点的に実施しました。しかし、基本的な生活リズムが確立されず、就労への意欲はあるものの具体的な行動に移せませんでした。適切な時期に障害者の就労支援施設に紹介し、職業能力・適性評価を受けたことがきっかけでパソコン教室に通うようになり、生活リズムが改まったことが新規就労につながりました。

症 例 12

左片麻痺を克服し、 原職復帰を果たした和菓子職人の症例

症例の背景

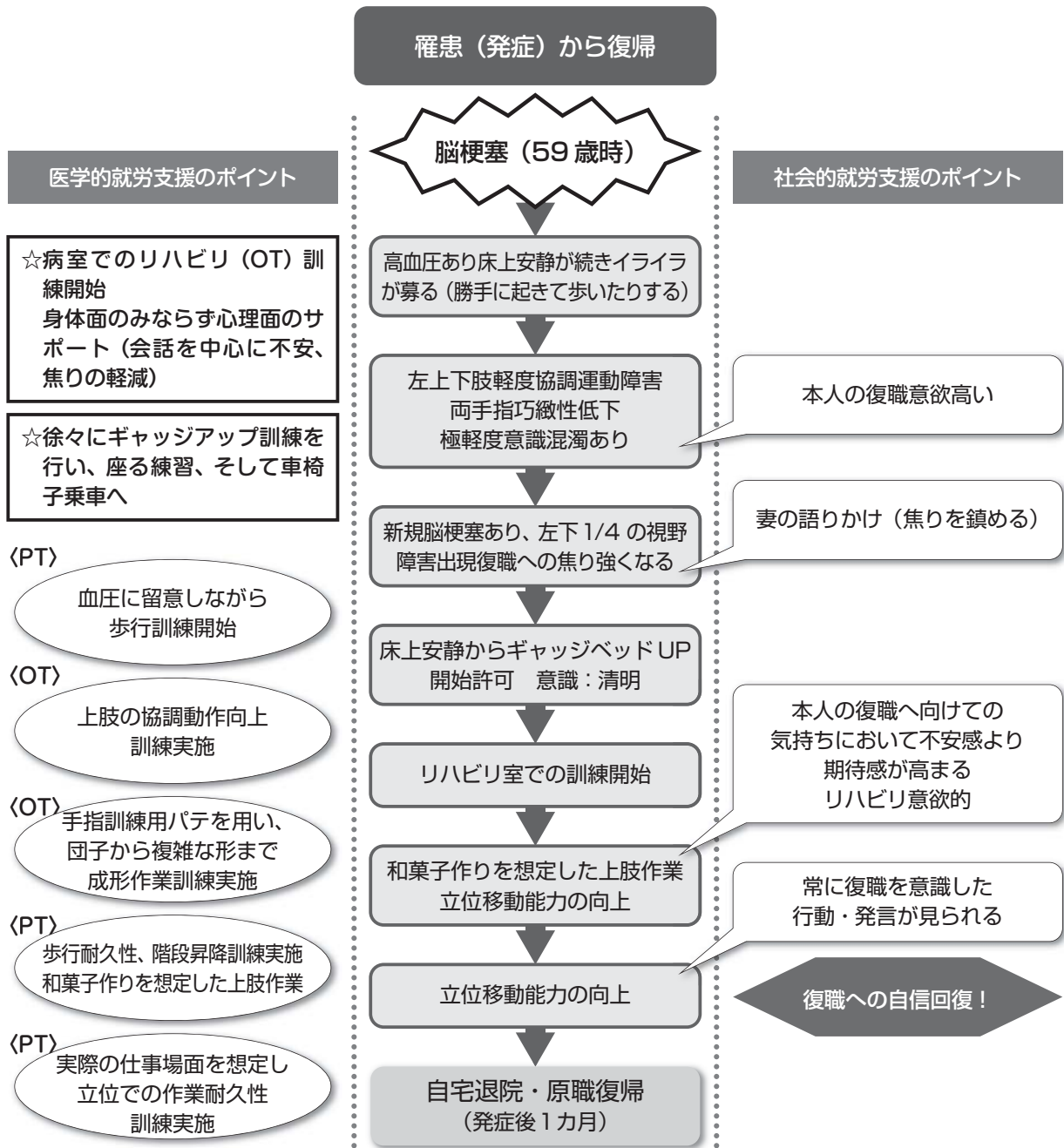
- ① **病 歴**：59歳、男性、脳梗塞（右視床ラクナ梗塞）で入院。救急搬入時、意識レベルJCS I -1、GCS-E4V5M6、左上下肢運動麻痺、感覚低下、協調運動障害あり、高次脳機能障害無し。既往に頸髄症がありますが日常生活に問題なく、仕事もできていました。入院8日め、右後頭葉に新規梗塞が出現し、新たに左下同名1/4盲（視野欠損）を呈しましたが、四肢の運動性・感覚の増悪は見られませんでした。
- ② **職業歴**：患者さんは、和菓子職人で代々続く和菓子屋の店主。自宅が店舗・作業場でした。
- ③ **家族の支援状況**：妻は本人の職場復帰への焦りを鎮める声掛けをするなど協力的でした。
- ④ **経過の要点**：入院7日め、OT病棟訓練開始（安静度・床上安静）意識レベルJCS I -1～2、GCS-E4V5M6、左上下肢軽度運動麻痺、両側巧緻性の低下、協調運動障害が見られました。

OT開始3日めに新たな脳梗塞出現、当日の訓練は休みとなりました。翌日より訓練再開指示があり、症状として新たに左下1/4の視野障害が加わりましたが、四肢の運動性など増悪は見られませんでした。しかし、復職への焦りが募り「今から退院する」と強く訴えられ、妻の説得により入院治療が継続できた経緯がありました。OT開始9日めよりギャッジアップ開始となり、11日めには車椅子へ乗車できるようになりました。14日め、リハビリ室での訓練が可能となりPTが追加され、毎日OTとPTの訓練を実施しました。OTでは巧緻性及び両手作業訓練を、PTでは歩行訓練を中心に行いましたが、高血圧症状があり、訓練には血圧・運動負荷量の管理、慎重さが求められました。患者さんは意欲的に訓練に臨まれ、徐々に巧緻性、作業耐久性、歩行能力の向上が見られました。17日め、OTでは和菓子作りを想定し、手指訓練用パテ（セラプラスト）を用い団子の成形から始め、徐々に複雑な形のものを作ることができるようになりました。

リハビリ開始21日めより実際の仕事場面を想定し、立位での作業訓練、歩行距離のアップ、階段昇降訓練が実施できるようになりました。リハビリ開始23日めには立位作業を1時間以上続けられるようになり、また、手指訓練用パテの成形作業もいろいろな形のものが可能となり、「復職へのメドが立った」と笑顔で自信回復の発言が聞かれました。リハビリ開始25日め（リハビリ最終日）、日常生活は自立し、復職に関しても実用レベルに達しました。「あとは実践あるのみ」とご本人も自信を持っており不安言動はありませんでした。翌日自宅へ退院され、原職復帰を果たされました。

症例
12

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

患者さんは代々続く和菓子屋の店主に復帰するという強い意志と意欲の高さがあったこと、また妻の面会中の語り掛けが患者さんの復職への焦りを鎮める効果があり、意欲の高さを維持させるのに働いたことも大きな要因と考えます。加えてOT 訓練の中で和菓子作りのシュミレーションが行えたこともスムーズな復職へのポイントと思われます。もっと復職現場に近い形の作業がシュミレーションできれば、より適応が図られたと考えられます。

症 例
13

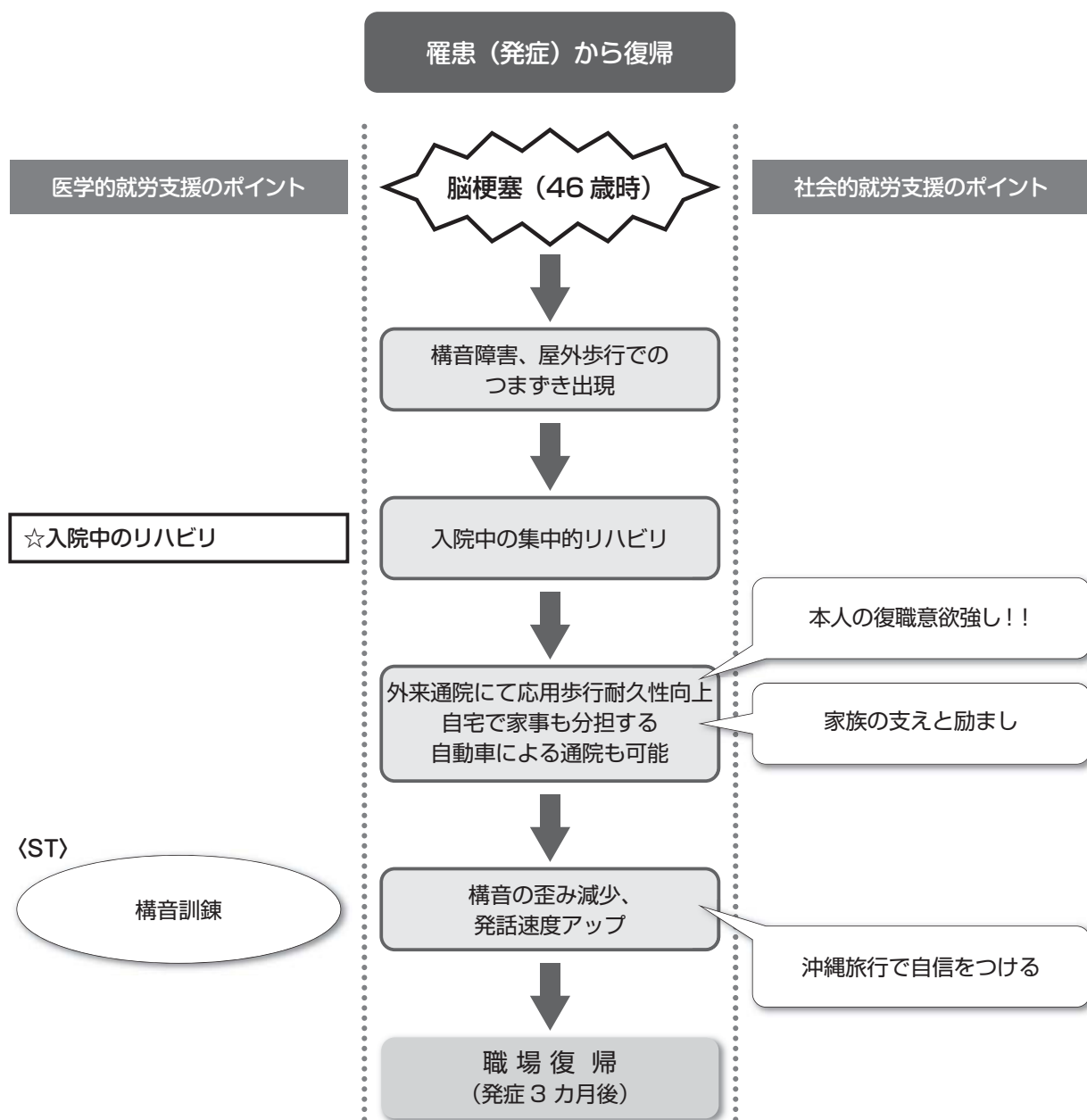
脳梗塞再発後に構音障害をきたし、 デスクワークへのシフトにより復職となった症例

症例の背景

- ① **病 歴**：46歳、男性、大学卒。脳梗塞。軽度右片麻痺、構音障害。既往歴として、脳出血3回（左被殻出血・左下肢麻痺軽度、左視床出血・構音障害、右視床出血・左失調）後にいずれも復職しました。
- ② **職業歴**：化学メーカーの商品企画課長で、復職後はデスクワーク中心（パソコン操作）の予定でした。通勤は電車通勤で、地下鉄の乗り換えなど混雑の中を移動する必要がありました。
- ③ **家族の支援状況**：家族は本人と妻・娘の3人暮らし。共働きで、病前は家事分担も行っていました。家族は本人の原職復帰についての希望はあるものの時期については特に急いではいませんでした。
- ④ **経過の要点**：言語訓練は入院中に午前・午後の2回実施し、構音訓練を行いました。開始時より発話明瞭でしたが、構音の歪みは残存し発話速度が速くなると音の歪みが増強されていました。
入院時のADLはFIM120点で退院時FIMは126点でした。5月19日退院。その後、STのみ外来訓練を週に2回実施し、自家用車を運転しての通院が可能でした。
7月1日から時間を短縮して復職（9時30分～16時30分）となり、7月2日でSTを終了しました。終了時点では電車通勤や職場でのコミュニケーションについて大きな問題を認めておりません。

症例
13

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

構音障害は軽度で日常生活のコミュニケーションには支障のないレベルでしたが、発話速度が低下し、長く発話すると歪みが目立つ状況でした。本人の訓練意欲が高く、構音障害も改善したこと、職場の理解が得られてデスクワークへ仕事をシフトできたことが早期の復職を可能にした要因だと思います。また家族の支えもあり、復職までに旅行に出かけたことも自信につながったと思われます。

症 例
14

障害者職業能力開発校と連携することにより 復職が可能となった症例

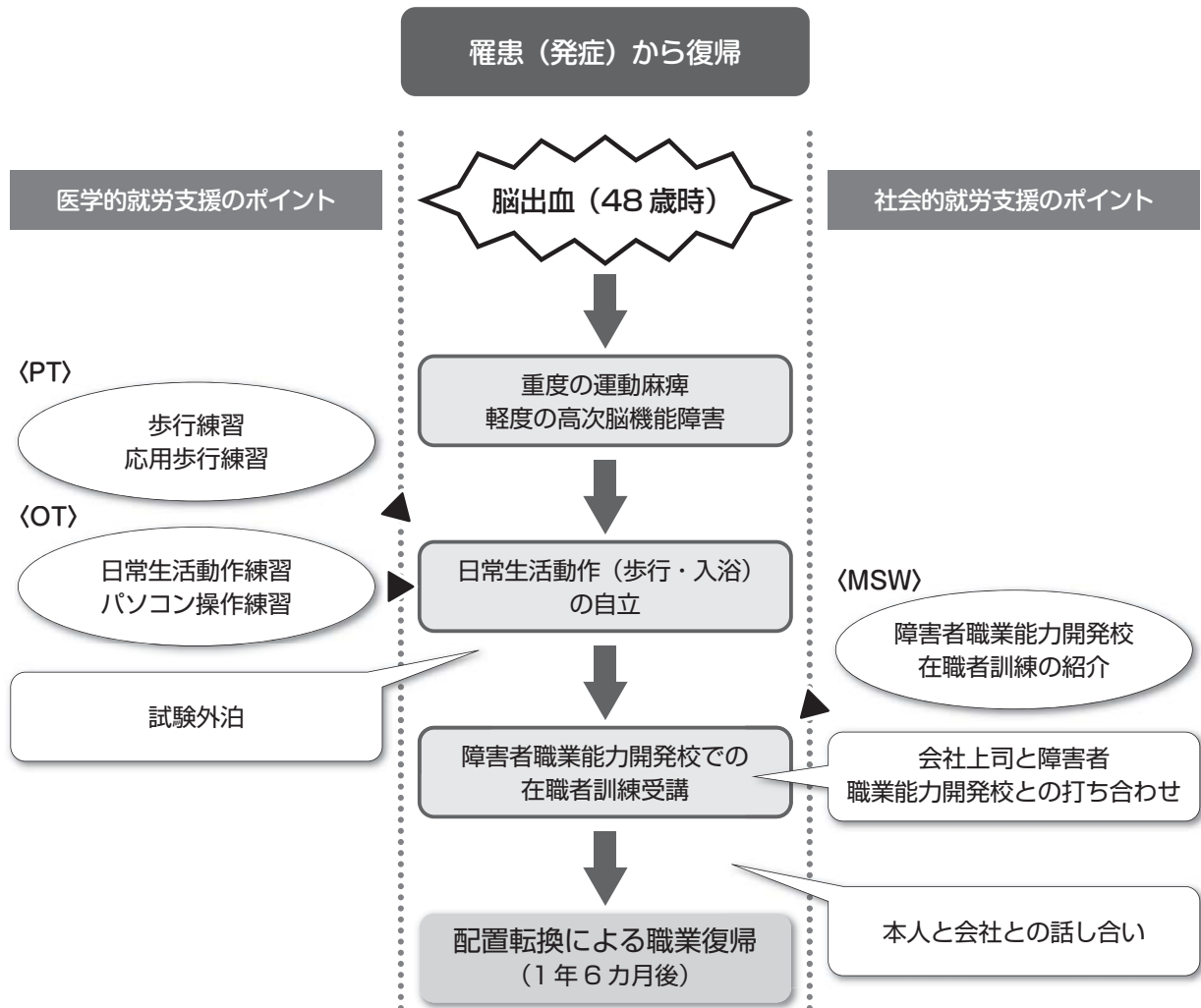
症例の背景

- ① 病 歴：48歳で脳出血を発症し、左上下肢の運動麻痺と高次脳機能障害が残存しました。
- ② 職業歴：患者は、自動車部品製造業で、製造業務を担当していました。通勤手段は自動車で、通勤時間は20分程度でした。
- ③ 家族の支援状況：家族は患者の職業復帰に対して肯定的で、入院中も頻回に訪れ、患者を励ましていました。
- ④ 経過の要点：脳出血発症後5カ月経過した時点で、日常生活動作は歩行・入浴に介助がいる状態でした。当院にて継続して治療を行い、発症後6カ月で下肢装具なし、T字杖使用にて歩行が自立、発症後9カ月で福祉用具を使用し、入浴が自立となりました。

また、当院入院中に外泊を繰り返し、自宅での生活に慣れていきました。それと並行して、隣接する障害者職業能力開発校で在職者訓練を受講し、発症後1年6カ月で、配置転換にて自動車通勤による職場復帰となりました。

症例
14

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

左上下肢の運動麻痺が残存し原職復帰は困難でしたが、会社側の配慮により事務職への配置転換が決まり、障害者職業能力開発校での在職者訓練を経て、職業復帰をしました。会社側が配置転換に理解を示してくれたことに加え、医療と障害者職業能力開発校との連携が復職成功の要因でした。障害者の復職は、医療者側が本人、会社のニーズを的確に把握した上で、情報提供を行うことが重要です。

そのために、医療者には、障害者職業能力開発校など職業リハビリテーションについての知識が必要といえます。

症 例
15

障害者能力開発センターを経由して 新規就労に臨む症例

症例の背景

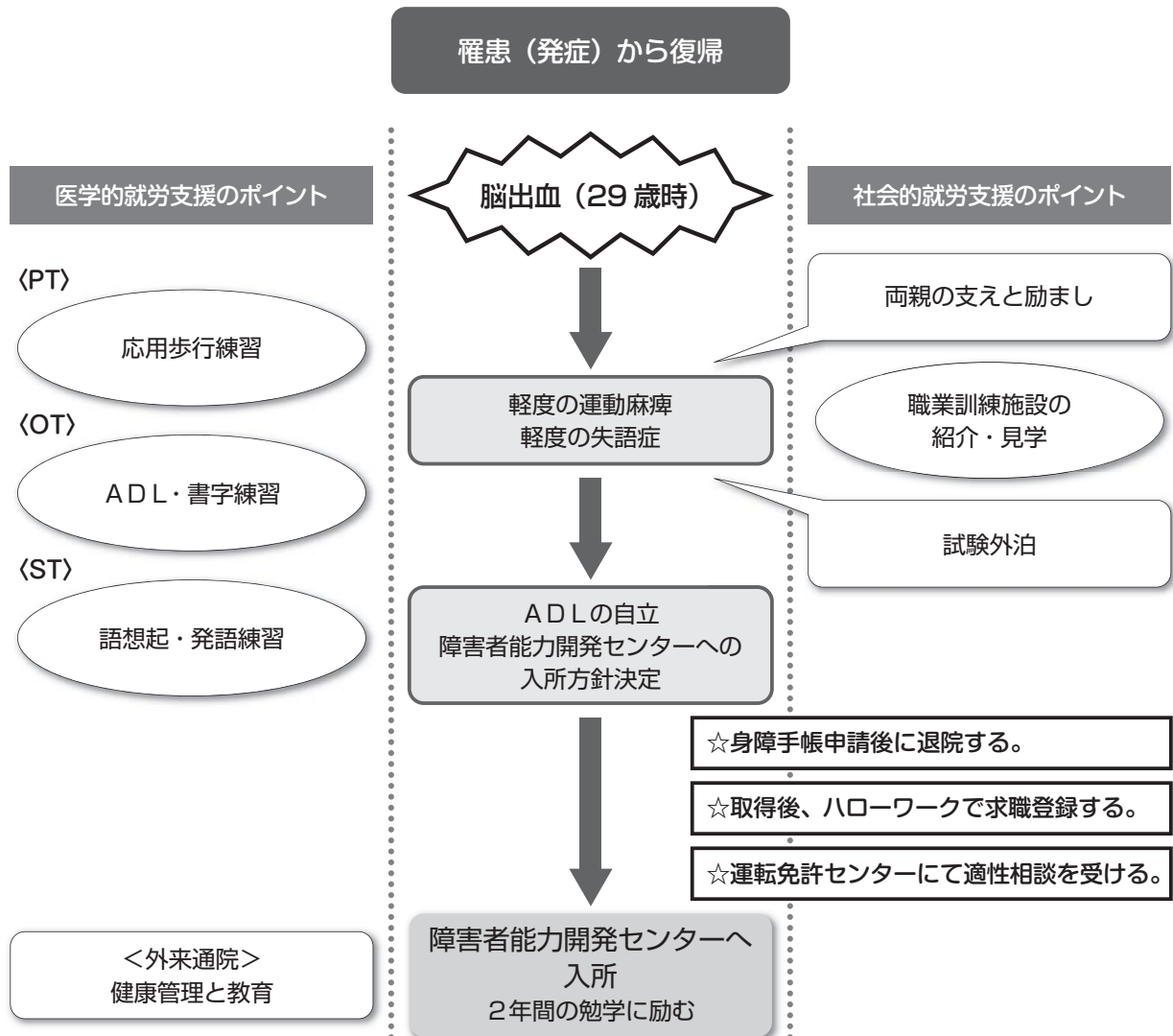
- ① 病 歴：29歳の男性、脳出血を発症し、右上下肢の運動麻痺と失語症が残存しました。
- ② 職業歴：患者は、アルバイトで主に電話で営業活動をしていましたが、発症後離職しました。
- ③ 家族の支援状況：家族は、障害があっても自立してほしいと希望しました。
- ④ 経過の要点：社会復帰を目標に発症後3カ月で当院へ入院となりました。

職業復帰に向けてPT、OT、STが処方されました。院内ADLは入院後1カ月で自立し、試験外泊も良好でした。また、早期より障害者職業能力開発校や障害者能力開発センターの紹介や見学等を実施しました。その結果、患者は障害者能力開発センターに入所することを希望しました。今後の方針が明確になることで、患者の目的意識は高まり、ADLはさらに改善され、入院後4カ月で退院となりました。

患者は、退院後に障害者能力開発センターへ入所し、定期的な外来通院で健康管理と教育を受けながら、2年間の勉学に励んでいます。

症例
15

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

入院当初より、就労での社会復帰がゴールであり、PT・OT・STはそれを意識したプログラムを実施しました。また、適切な時期に職業訓練施設の紹介や見学を実施することで患者の目的意識は高まり、早期に詳細な方針が決定されました。

また、症例の健康に対して、外来通院による自己管理のための教育も欠かせません。

症 例
16

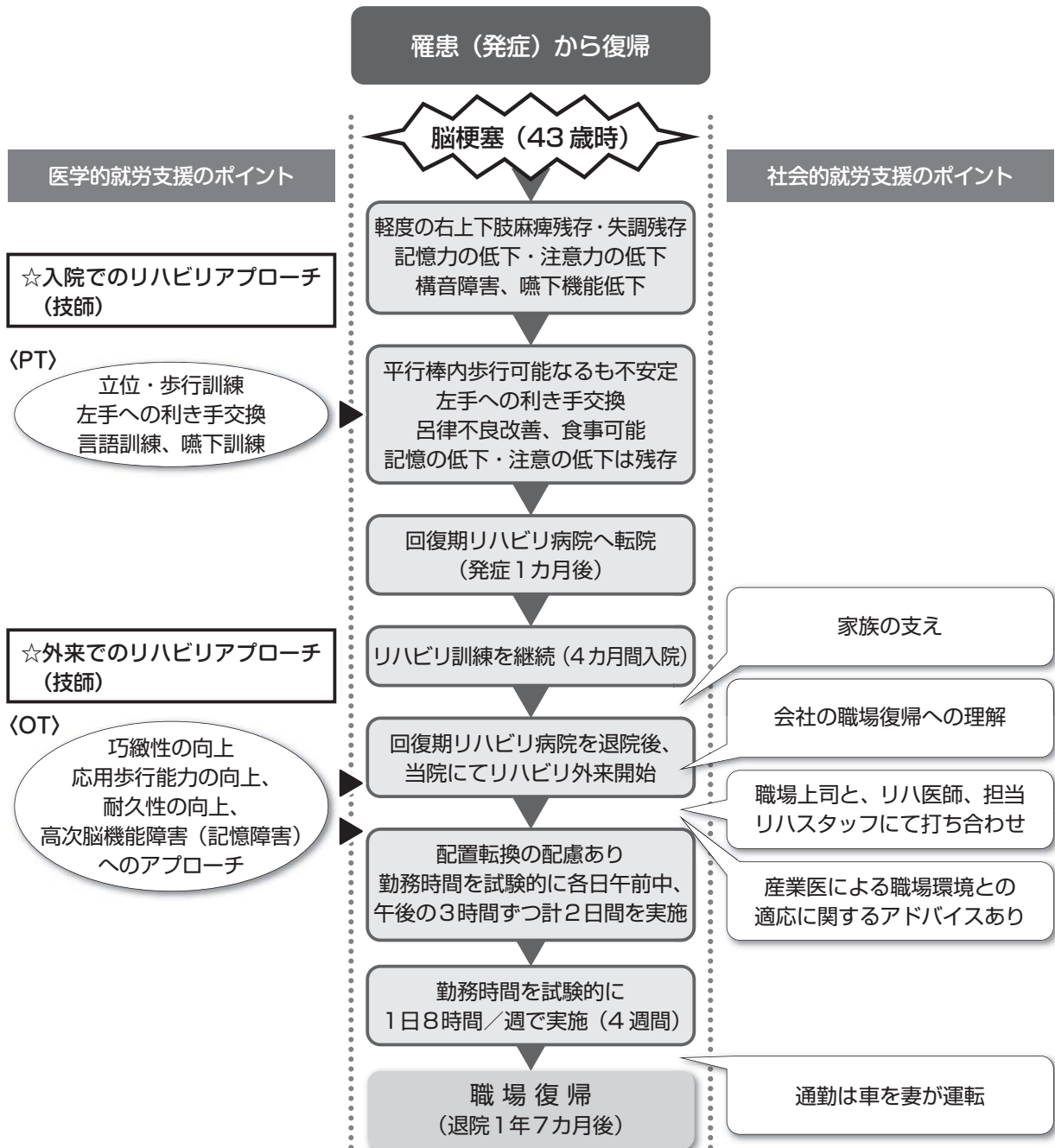
外来にてフォローを行いながら、
配置転換により復職した症例

症例の背景

- ① 病 歴：43歳で脳梗塞。軽度意識障害。右上下肢に軽度の麻痺、運動失調、構音障害、高次脳機能障害（記憶障害・見当識障害）がみられました。
- ② 職業歴：製紙工場の品質管理・試験等の業務を行っており、通勤手段は自転車でした。
- ③ 家族の支援状況：家族や会社は職場復帰に対して協力的でした。
- ④ 経過の要点：当院で急性期のリハビリ治療後状態が落ち着いたことから、回復期リハビリ病棟のある病院へ転院しました。回復期リハビリ病棟で更なるリハビリ訓練後、自宅退院され、その後は再び当院外来通院にて職場復帰を目指し、自宅退院から1年7カ月で職場復帰となりました。

症例
16

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

右上下肢の麻痺は軽度の状態まで回復され、歩行は1本杖歩行にてADLは自立レベルにまで改善されましたが、高次脳機能障害（記憶障害）が残存しました。職場復帰に関しては、仕事内容の配置転換（守衛）がありました。また、職場になれていくため、最初は短時間の労働から入っていかれ徐々に円滑な復職を目指して行きました。リハビリアプローチとしては、職場復帰に向けて歩行能力及び巧緻性の向上、耐久性のアップ、高次脳機能（記憶障害）に重点をおいて行いました。

症 例
17

退院前職場訪問を実施し、
原職復帰となった症例



①校舎での歩行（職場訪問にて）



②階段昇降（職場訪問にて）



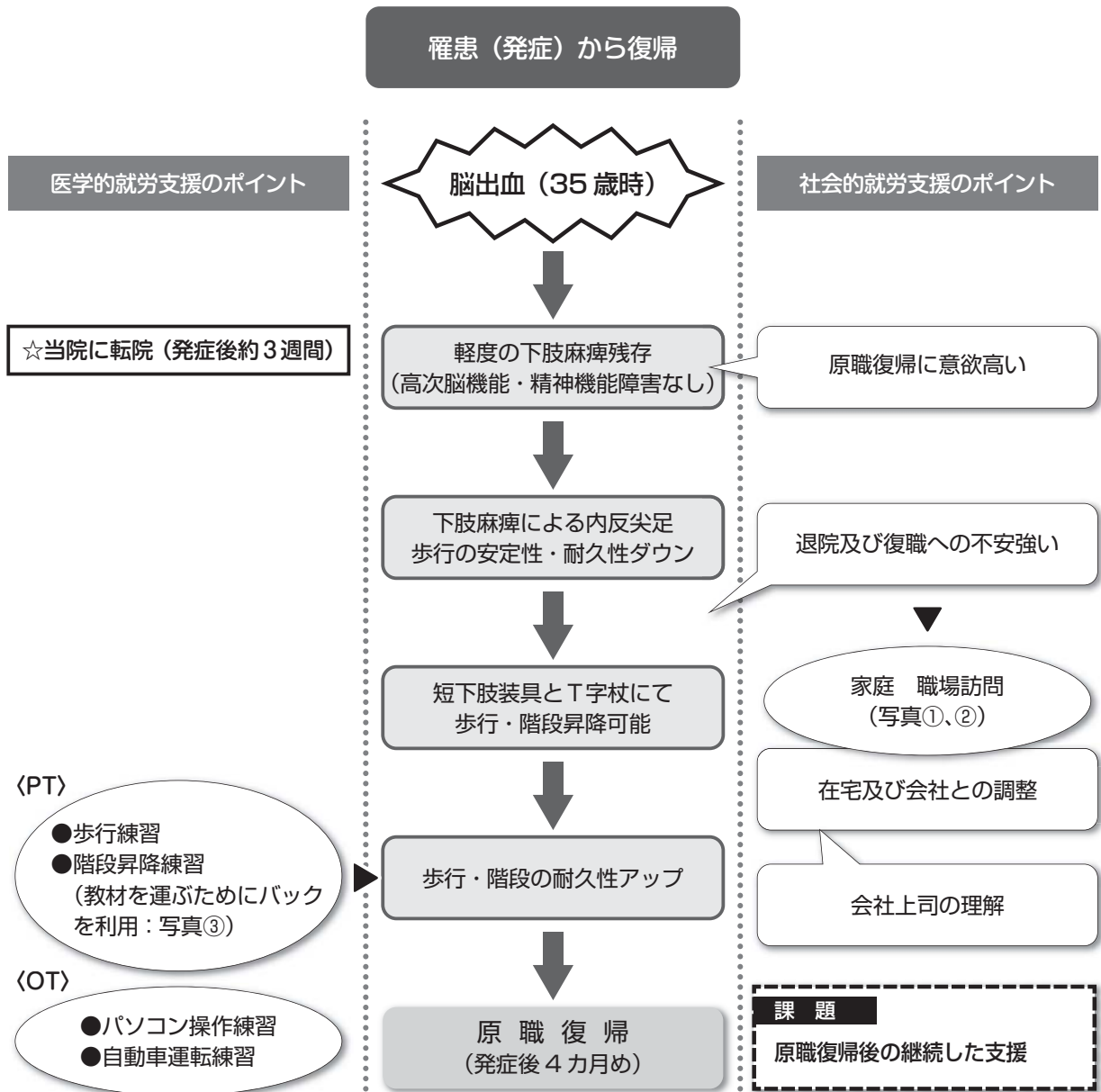
③ T字杖・装具での階段昇降練習
（リハビリ場面）

症例の背景

- ① 病 歴：35歳で脳出血、右片麻痺。右下肢の軽度麻痺残存、高次脳機能、精神機能障害はありませんでした。
- ② 職業歴：患者は高等学校のパソコン実習のインストラクターで、通勤は、車（AT）で5分程度でした。
- ③ 家族の支援状況：家族は、本人の原職復帰に対して協力的でしたが、住居が離れていることや母は祖母の介護をしていたこともあり、直接的な支援は難しい状況でした。
- ④ 経過の要点：発症後約3週間めに、リハビリ目的で当院に転院となり2カ月間リハビリを行いました。発症後3カ月めには、短下肢装具・T字杖での歩行は自立レベルではありましたが、在宅（独居）の生活及び原職復帰に対する不安が強く見られたため家庭・職場訪問を実施し、発症4カ月経過して装具とT字杖使用での原職復帰となりました。

症例
17

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

発症後約3カ月めに、短下肢装具とT字杖での歩行が自立レベルとなりました。しかし、退院及び復職に対しての不安が強かったため、家庭・職場訪問を実施しました。その際に、実際の職場での作業・動作確認を行ったことや、職場の上司などにも身体状況を見てもらうことで理解が得られたことが不安解消の要因の一つとなりました。

また職場訪問を行い、実際に復職に必要な作業・動作が理解でき、その後リハビリで練習することでよりスムーズな復職が可能となりました。

症 例
18

重度麻痺症状にもかかわらず、
妻への早期介助指導により
原職復帰が可能となった症例



①税理事務作業の様子



②事務所内での歩行介助での移動



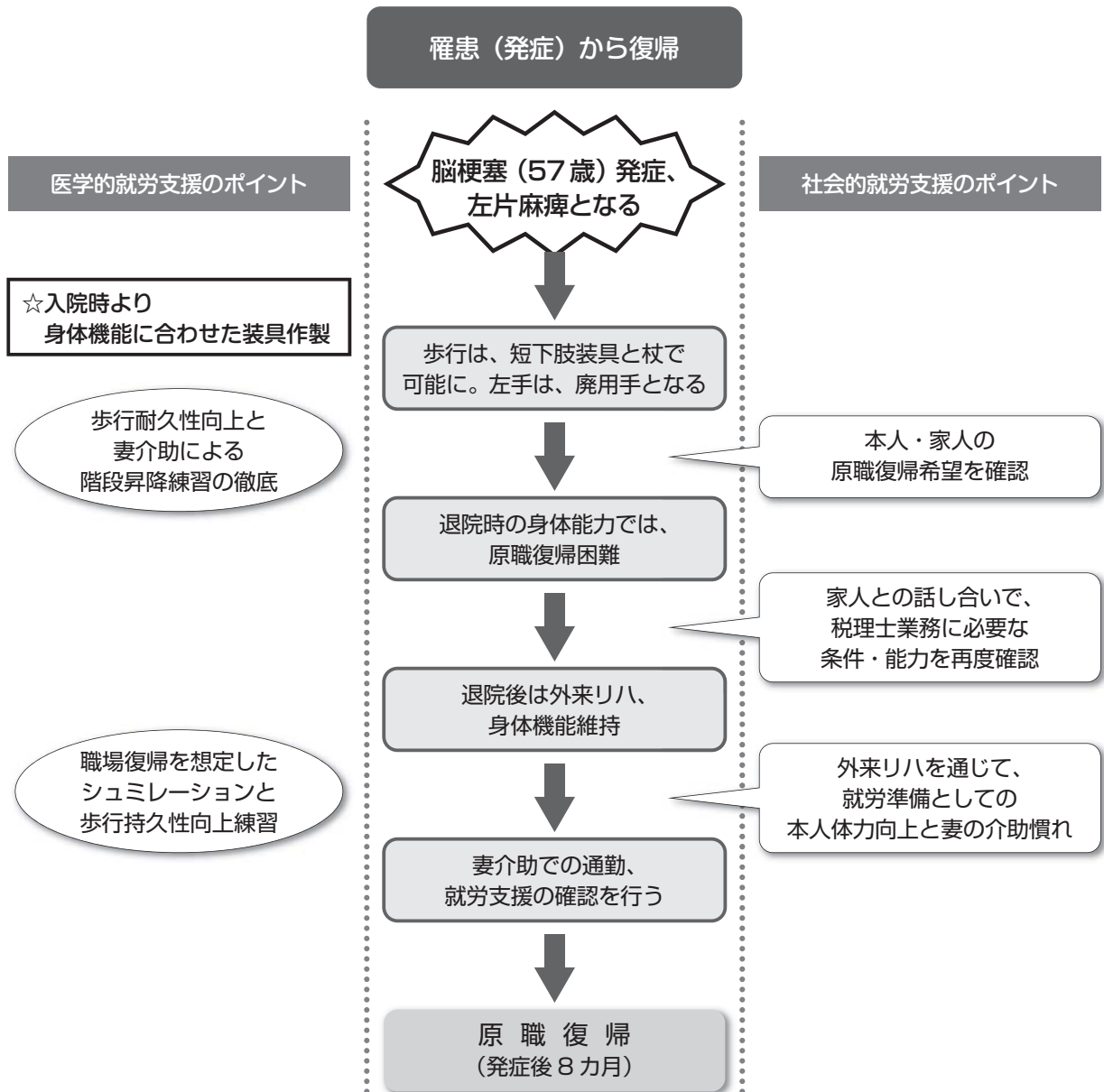
③事務所ビルの階段昇降の介助

症例の背景

- ① 病 歴：57歳で脳出血、左片麻痺発症。上下肢ともに重度麻痺（BrStage 上肢・手指Ⅱ、下肢Ⅲ、体幹筋麻痺による円背姿勢）、高次脳機能障害軽度。精神機能障害なし。
- ② 職業歴：大阪市内に税理士事務所を家人で自営（事務所はビル2階 EVなし階段急勾配）。通勤は、電車と徒歩で60分所要。
- ③ 家族の支援状況：税理士業務を息子とともに自営していたため、本人、妻ともに職場復帰を切望（特に妻が熱望）。税理士業務としての判断力・書類確認作業ができれば就労可能であり、通勤、就労作業は妻が介助をします。
- ④ 経過の要点：入院当初から座位保持困難なほど重度麻痺が存在したため、車椅子駆動や歩行による移動手段の確立は困難でした。歩行は最終的にAFO装着下で杖歩行（見守りレベル）まで可能となりましたが、歩行速度は遅く（10m/90秒）屋内移動レベルに止まりました。階段昇降は妻による介助で可能となりました。経過とともに注意力・判断力の回復がみられ、税理士業務の書類作成・確認などの部分的業務ができる段階まで到達。入院中後半は店舗事務所が2階(EVなし)にあることから、階段昇降を介助下で実施することを徹底指導しました。就労をシュミレーションするために、外来リハ通院を通じて、本人の歩行持久性の向上と、妻による自家用車による通勤（片道60分）及び介助学習指導を徹底して行いました。

症例
18

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

退院時の歩行能力（装具歩行）は10m／90秒と遅く、実用的でなく、常に介助が必要であったにもかかわらず、妻の全面的介助（通勤、階段昇降、室内移動）により税理士業務への復帰が実現できました。重度麻痺が存在していても、本人の就労役割を明確にし、できないことへの人的、物的介助をリハ開始早期から取り入れ、家人（特に妻）への徹底した介助指導を行ったことが早期復職につながったと考えます。

症 例
19

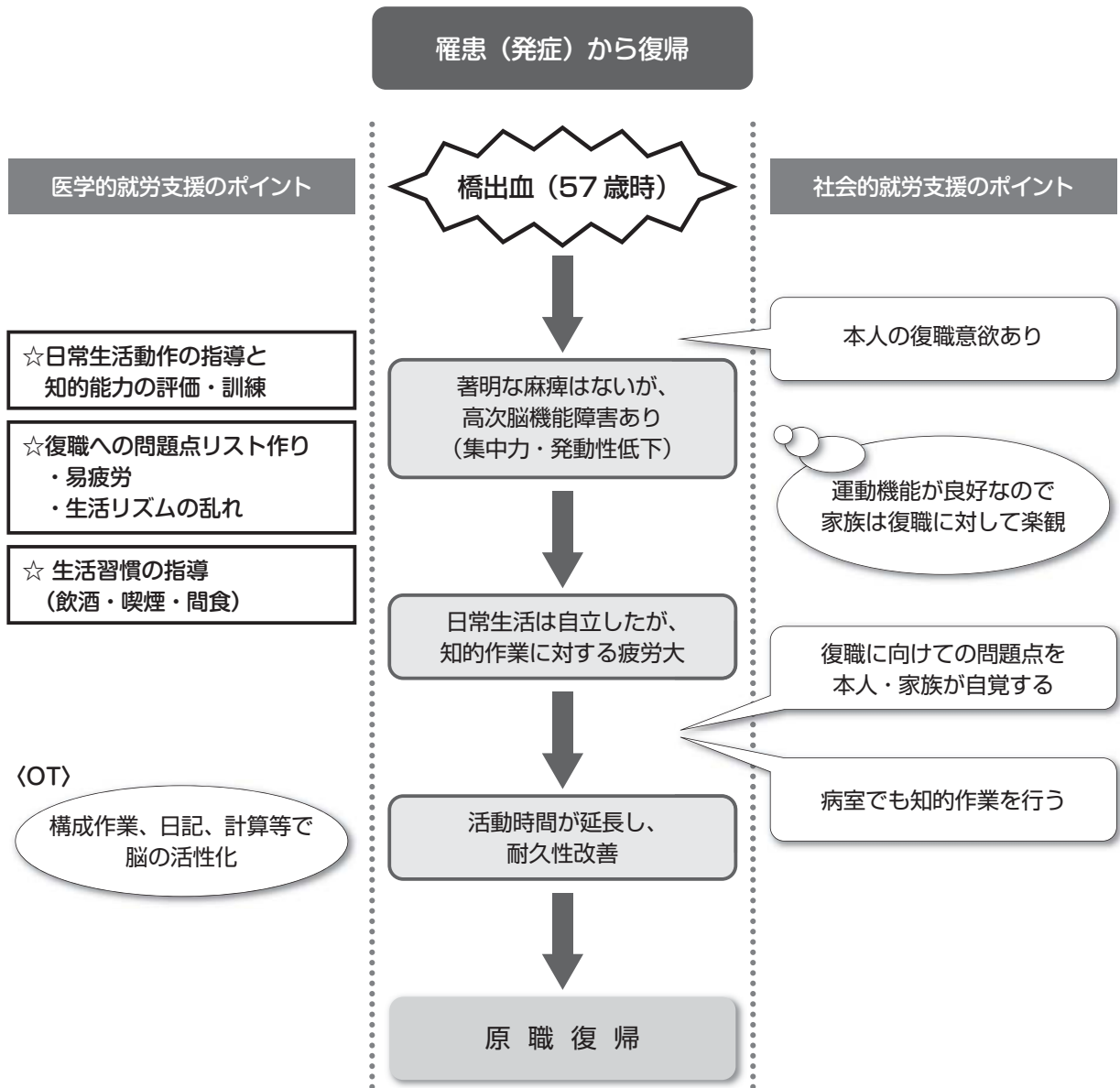
集中力低下し知的作業が困難であったが、 薬剤師に復帰できた症例

症例の背景

- ① 病 歴：57歳で橋出血を発症。著明な麻痺はありませんでしたが、集中力・発動性が低下していました。
- ② 職業歴：薬剤師をしており、約1時間かけて自動車通勤していました。
- ③ 家族の支援状況：夫婦ともに職場復帰を強く希望していましたが、妻は働いており、積極的な協力は不可能でした。
- ④ 経過の要点：運動機能は比較的良好であったため、日常生活動作は早期に可能となりましたが、左半身の痺れと眩しさを訴え、活動性は低い状態でした。復職への意欲はありましたが、集中力が低下しており、特に知的作業では疲労を訴え、耐久性に乏しいことが問題でした。
その後「身体が動くだけでは復職できない」とメンタルアプローチに取り組み、自宅退院後1カ月で復職を果たしました。

症例
19

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

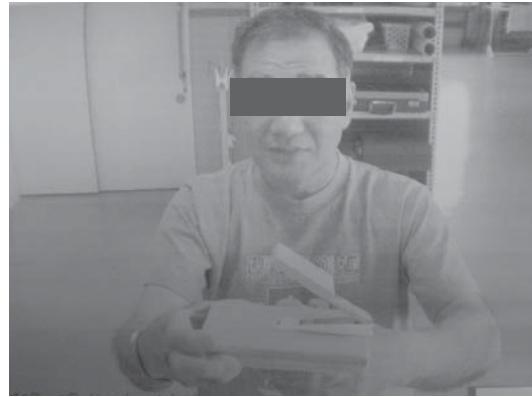
- ・ 知的労働の耐久性が向上しました。
- ・ 生活習慣（多量の飲酒・喫煙・間食）について見直しました。
- ・ 職場上司の病気に対する理解が良好でした。

症 例
20

右被殻出血により左片麻痺を呈し、
外来作業療法を併用して復職した症例



①職場である青果市場の様子



②入院中の本人。片手爪切りを作成



③職場である青果市場の様子



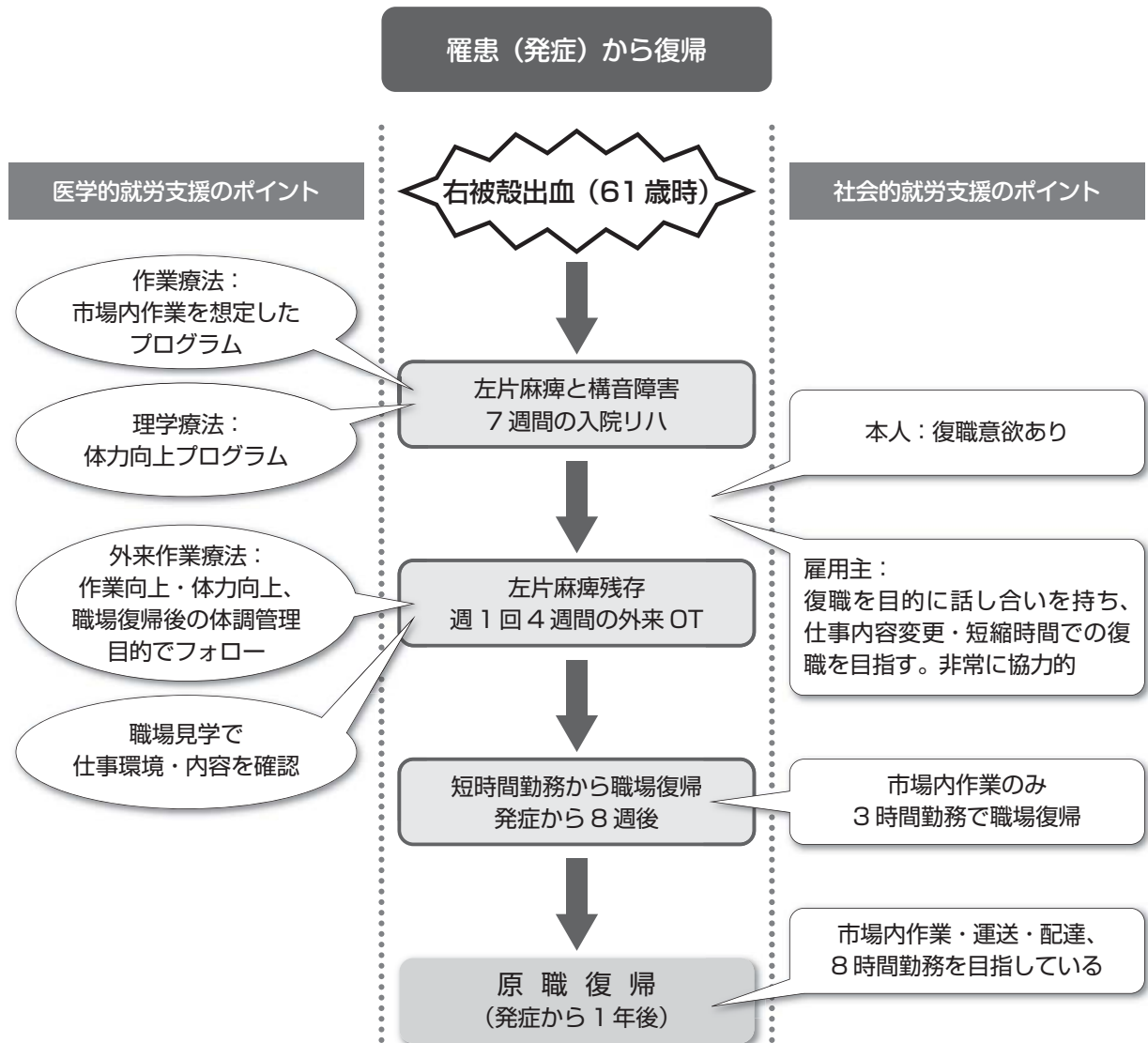
④発症から1年後

症例の背景

- ① 病 歴：61歳で右被殻出血発症、保存的加療。左片麻痺と構音障害残存、高次脳機能障害なし。7週間の入院リハ、週1回4週の外来作業療法を実施。
- ② 職業歴：青果仲卸営業。主な仕事内容は、注文に合わせたピッキング、市場から納品先までの運送・配達。通勤は自転車を使用。
- ③ 家族の支援状況：独居（息子は遠方のため、復職についての支援はなし）。
- ④ 経過の要点：入院中に職場復帰を目指して所属会社と話し合い、リハビリを兼ねて配送業から市場内作業に変更する方向になり、作業療法では運搬・小分け作業、体力増強プログラムを追加しました。退院時には運動麻痺は生活上の実用レベルに回復していましたが、麻痺側機能維持及び向上を目的に通院リハをしながら3時間出勤から現場に復帰しました。
発症から約1年経過した現在は、市場内で約20kgの荷物の運搬・梱包・積込作業、小分け作業、伝票記入、パソコン操作を行っています。今後は、8時間出勤と配送業に復帰することを目指しています。

症例
20

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

- ・ 入院中から所属会社の雇用主と復職について話し合いを持つことができた。
- ・ 退院後は、外来作業療法と短時間勤務が併用でき、医療側の状況把握ができた。
- ・ 職場見学により、具体的な仕事環境の把握及び仕事内容の把握ができ、リスク管理や作業工夫などの調整を図るなど作業療法プログラムに活用できた。

症 例
21

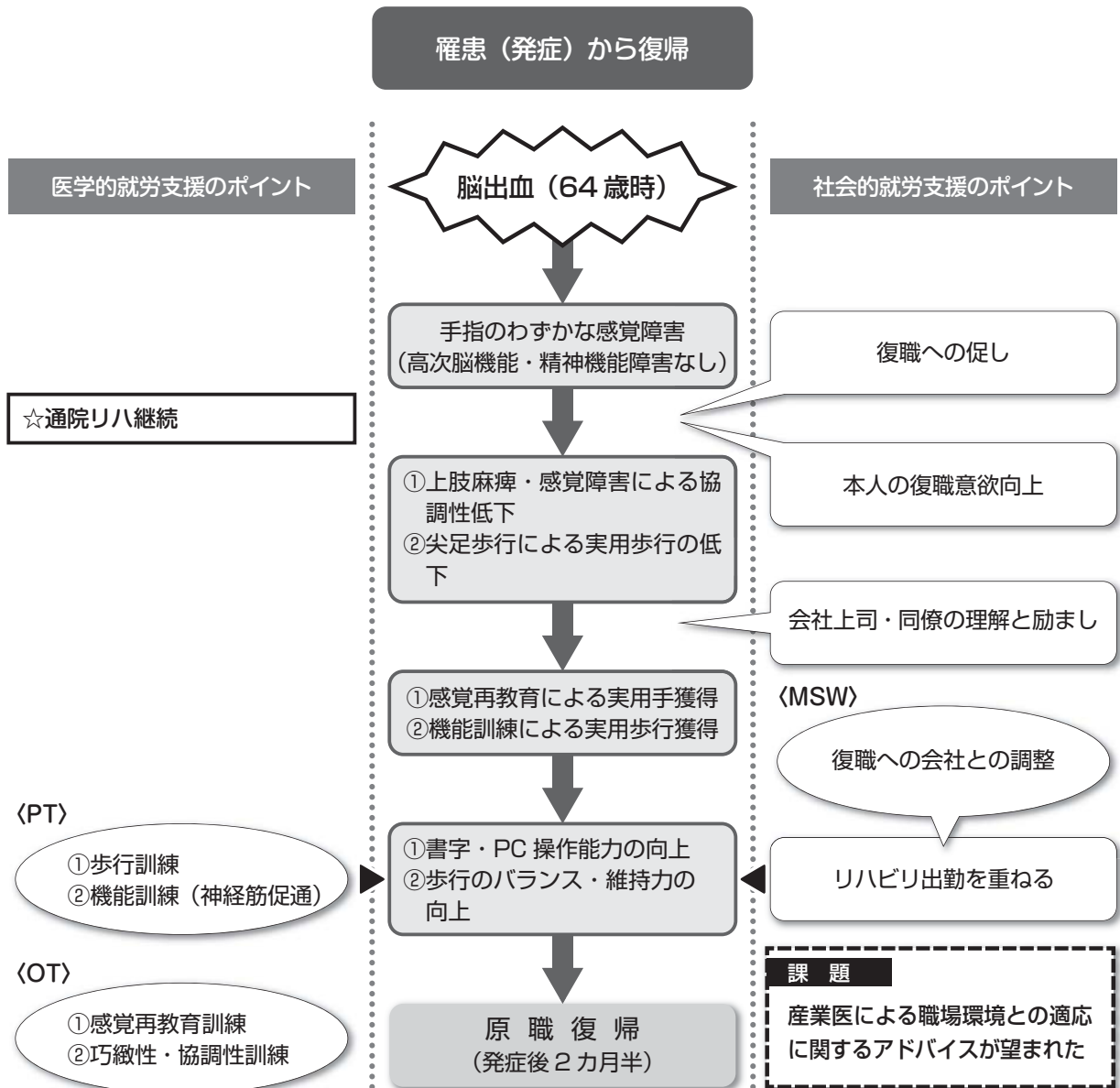
上下肢の運動・感覚障害を克服し、
原職復帰となった症例

症例の背景

- ① 病 歴：64歳で脳出血。わずかな感覚障害残存、高次脳機能、精神機能障害なし。
- ② 職業歴：患者は、事務職で主に商品アフター（営業・相談）を担当していました。営業・通勤は、自動車。
- ③ 家族の支援状況：家族はなく、単身。定年後再雇用のため、本人の原職復帰に対しての意欲はあまり見られませんでした。
- ④ 経過の要点：退院後1カ月間の通院リハビリを行い、上下肢の麻痺の改善に加え、手指の感覚障害の獲得により実用的歩行・実用手が可能となりました。
 - ①PC操作に当たり、感覚障害による目と手の協調性獲得が重要でした。
 - ②自動車運転時での足部の深部感覚の獲得が重要でした。

症例
21

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

発病時、右上下肢の運動麻痺及び感覚障害により院内での車いす・片手での生活でありました。

機能訓練の効果により補装具なし・両手動作の獲得によるADLの自立が可能となりました。単身のため、病院や上司の促しや理解が大きかったのが就労意欲を向上させることができた要因の一つであります。

事務系（営業・PC操作）の仕事でありましたが、手指にわずかな感覚低下を残す程度まで回復され、かつ職場の支援と理解によりスムーズに復職できました。復職した職場での就労環境と障害との調整について産業医からの助言が得られれば、病気や作業の問題点に対する理解がより図られたと考えます。

症 例
22

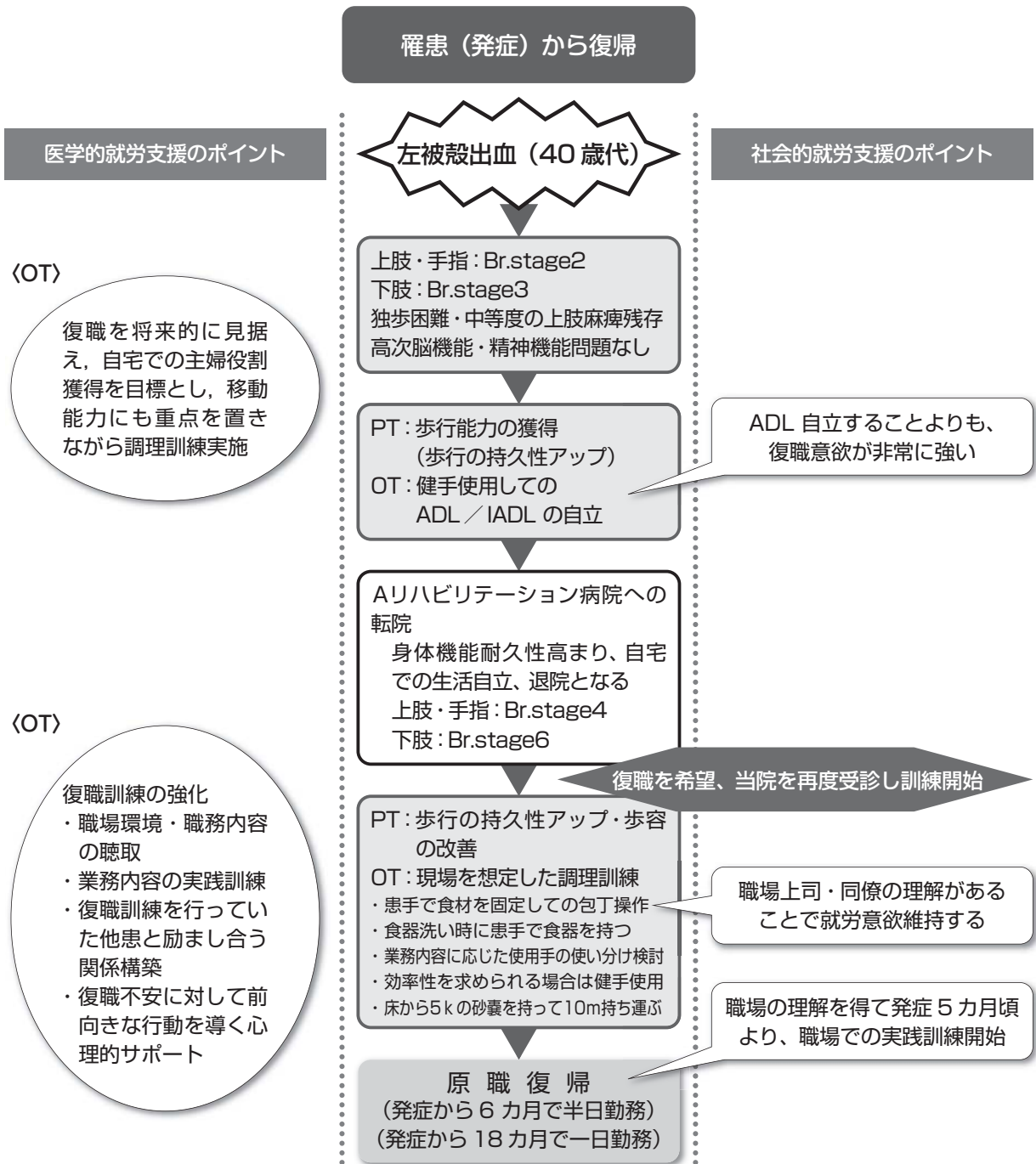
左上肢不全麻痺を呈しながら、 栄養士として原職復帰した症例

症例の背景

- ① 病 歴：40歳代女性、右被殻出血による左不全片麻痺、高次脳機能、精神機能障害なし。両親と夫の4人暮らし。
- ② 職業歴：症例は栄養士として老人保健施設に勤務していました。事務的業務としてパソコンでの献立立案以外に、スタッフの中心となり厨房での調理作業も行っていました。通勤は自家用車で30分程度の時間を要していました。
- ③ 家族の支援状況：本人のニードは、厨房での調理作業ができるようになりたいとのことでした。家族は協力的でした。
- ④ 経過の要点：発症初期のOTアプローチは、自宅での主婦役割を担うことを目的にIADL訓練を主として行いました。発症1カ月後、Aリハビリテーション病院に転院となり3カ月間入院となりました。発症4カ月めに復職訓練を目的として当院を再度受診、2カ月間訓練を行い復職に至りました。業務として、午前中は、食材を検品し下処理（包丁での食材切り等）など調理現場で行っています。午後からは、パソコンでの献立立案など事務的業務を行い、フルタイムで働いています。

症例
22

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

職場の理解や本人の意欲も高く、職場復帰は問題なくスムーズにできました。しかし、3年経過した現在も身体機能面で患手が充分動かないことに対する不満はあります。またそれ以上に障害を持ちながら健常者とともに就労することの心理的辛さもあり、病前の身体能力と比べて悲観する様子も続いています。就労支援は職場復帰が完了しても継続的に心理的サポートを行うことが必要であると考えます。

症 例
23

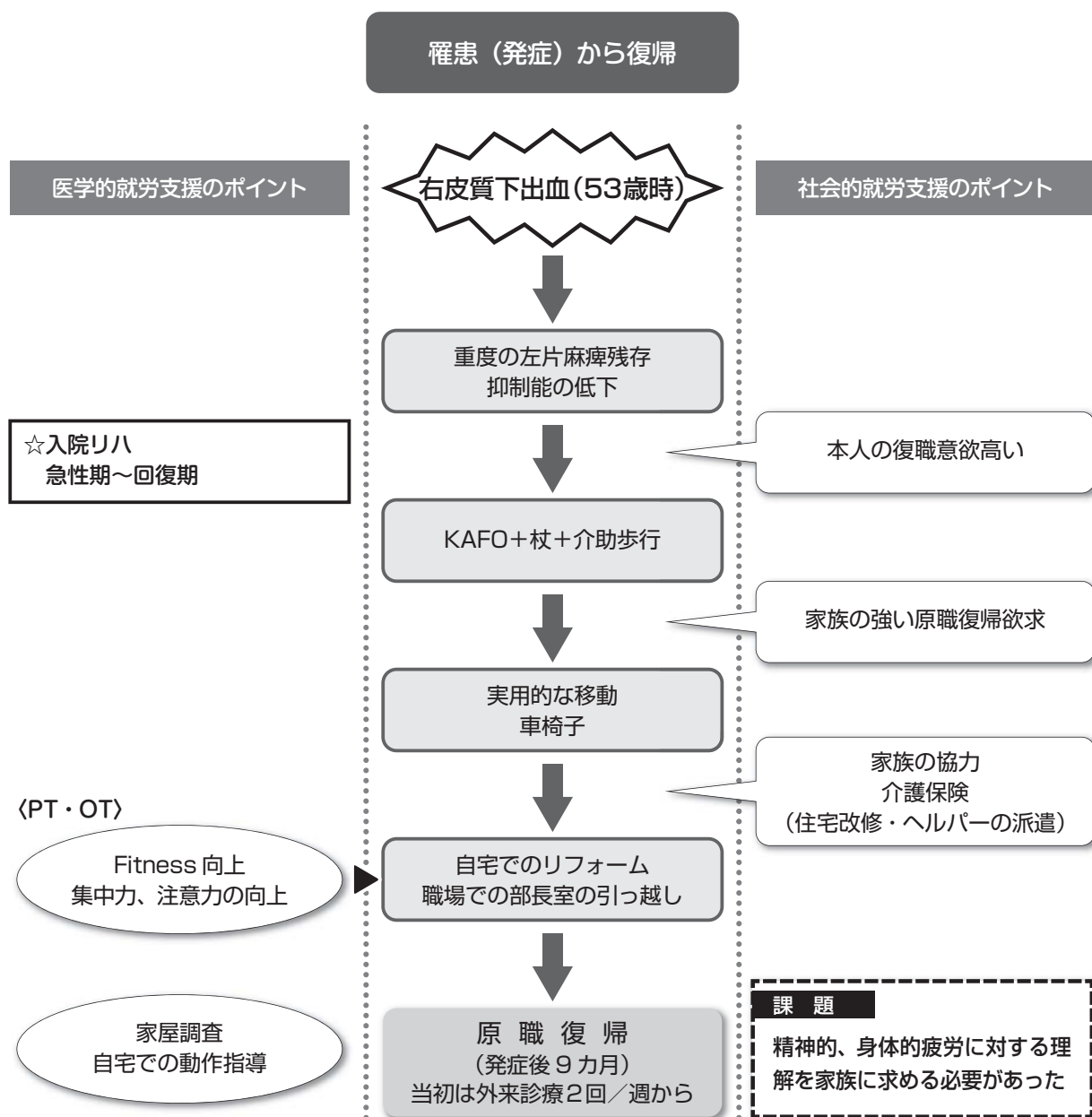
左片麻痺残ながら、 車椅子移動自立で原職復帰となった症例

症例の背景

- ① 病 歴：53歳で右皮質下出血。重度左片麻痺残存。抑制能の低下あり。
- ② 職業歴：医師（勤務医）。通勤は徒歩。
- ③ 家族の支援状況：家族は本人の原職復帰を強く希望。
- ④ 経過の要点：急性期病院から回復期病院での入院リハを経て自宅退院。住宅リフォーム、KAFO装着＋杖＋介助歩行で復職。実用的な移動は車椅子自操。階段昇降不可、エレベーターがないため一階に部長室を引っ越しました。

症例
23

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

人的・物理的に職場内の協力が得られたこと。
重度の左片麻痺が残存したが、手術等の技術を要する診療科ではないことが幸いした。

症 例
24

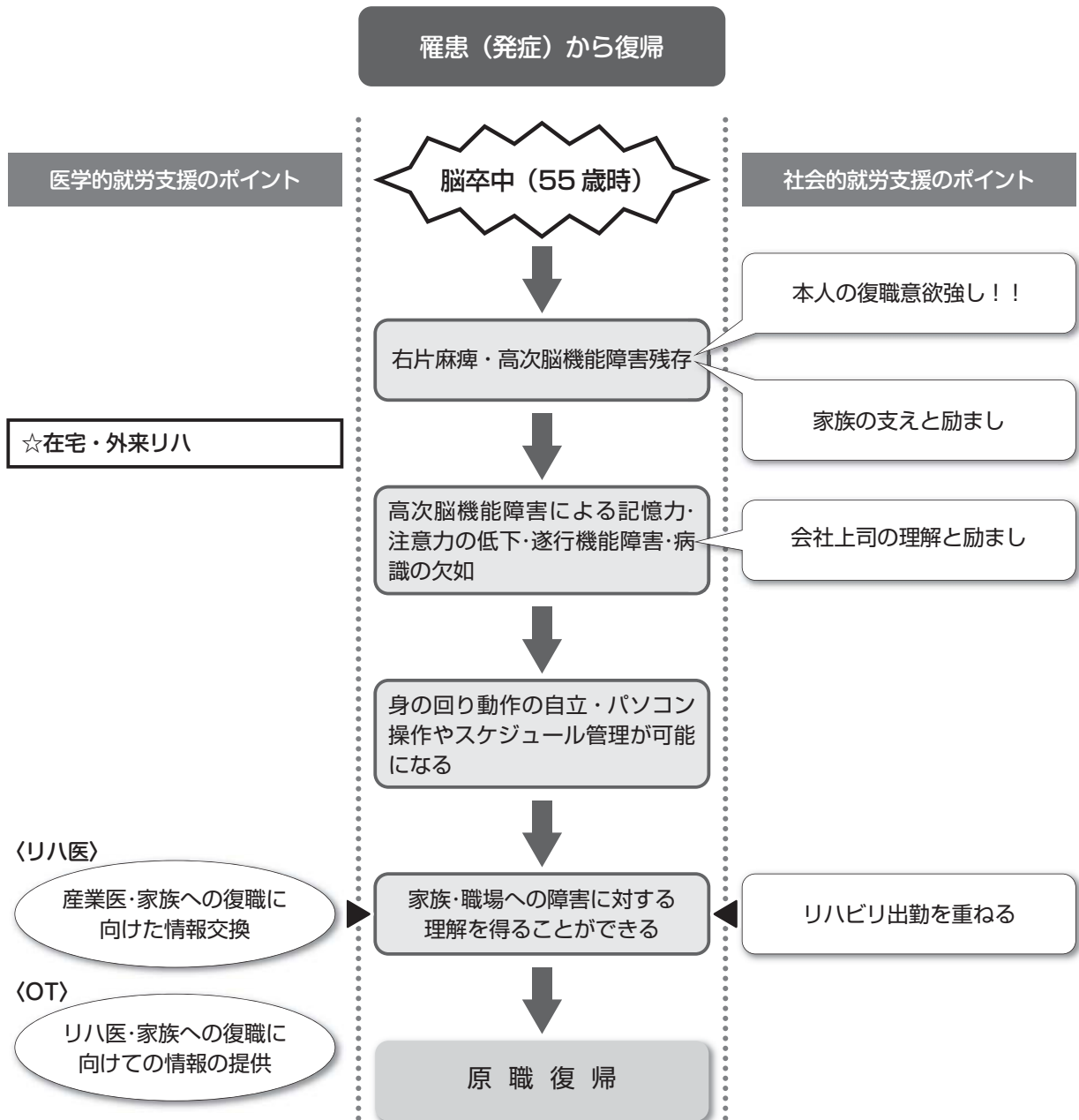
外来にてリハビリを継続しながら 技術職へ復帰した高次脳機能障害の症例

症例の背景

- ① 病 歴：55歳でくも膜下出血。麻痺はごく軽度、高次脳機能障害がありました。
- ② 職業歴：患者は技術職、通勤は徒歩と電車を利用していました。
- ③ 家族の支援状況：家族は本人の復職を望んでおり、協力的でした。
- ④ 経過の要点：退院後外来でのリハビリを継続し、高次脳機能障害の改善によりADL自立、自発的にスケジュール帳の使用や簡単なパソコンの操作が可能となりました。その後試験的な勤務が実施され、家族・本人・産業医との話し合い、業務内容を本人に合わせ見直しながら1カ月後完全な復職となりました。

症例
24

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

高次脳機能障害が残存し、日常生活にも声かけや見守りを必要としていましたが、退院後はADL自立し、簡単なパソコンの操作やスケジュール帳の活用も行えるようになりました。また本人の就労意欲は高く、家族や職場の理解が大きかったのも復職可能となった大きな要因の一つでした。

症 例
25

脳幹梗塞による右片麻痺で 復職に至らなかった症例

症例の背景

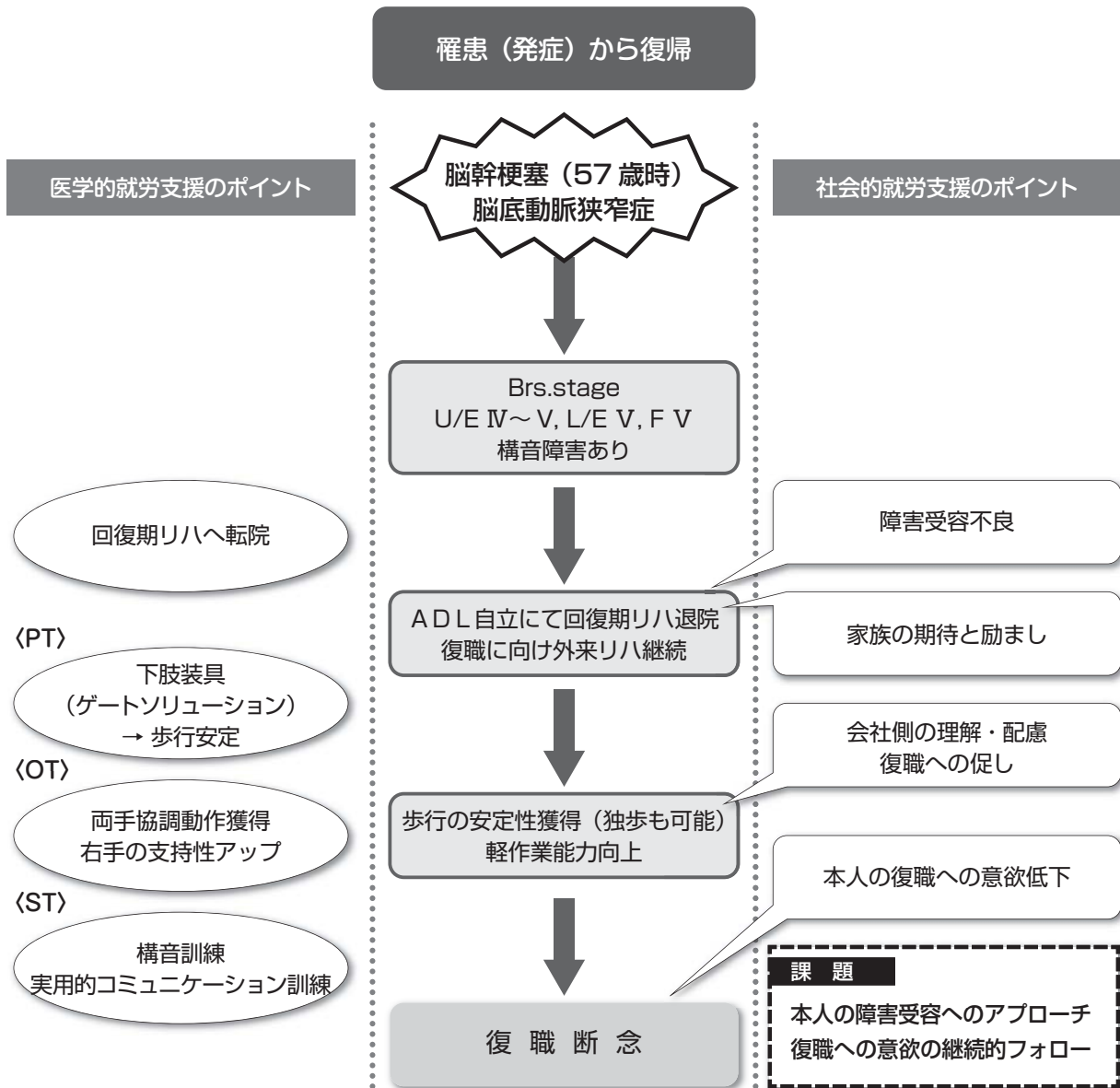
- ① 病 歴：57歳で脳梗塞。軽度麻痺残存、構音障害あり。
- ② 職業歴：患者は鉄鋼関係の作業員で、通勤には自転車を利用していました。
- ③ 家族の支援状況：家族は、定年目前でもあり職場復帰を強く望み本人を励ましていました。
- ④ 経過の要点：回復期リハを終えADL自立した後、発症後5カ月より復職に向けての調整目的にて外来リハを再開しました。補助機能付き短下肢装具（ゲイトソリューション）の導入により歩行の安定が得られ、上肢手指協調動作の獲得、構音訓練により軽作業可能な身体機能レベルとなりました。

しかし適切な障害受容が出来ておらず、リハの継続によるさらなる身体機能の向上が本人にとっての第一目標となり、会社側からは「出来ることをしてくれたらいいから、出勤するだけでよい」という配慮があり、同僚からは「通勤補助（自家用車に同乗）をしましょう」との協力体制があったにもかかわらず、「迷惑をかけるくらいなら復職は出来ない」と復職を断念してしまいました。

早期からの障害受容への継続的アプローチと心理的サポート、MSWの介入による職場との調整や、産業医による職場環境との適応に関するアドバイスが望まれました。

症例
25

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

定年まで3年弱での発症で、家族は復職を強く望んでいましたが、身体的能力の回復レベルが本人のイメージする復職ができるレベルではなく、訓練を続けることが徐々に本人の生きがいになって来ていました。障害受容不良が、「出勤するだけでも良い」という職場の配慮があるにもかかわらず、「迷惑をかけてまで復職しても」という復職への意欲低下につながりました。早期からの障害受容への継続的アプローチと、MSWを通じての復職への意欲継続に対するフォローが必要であったと思われます。

III

関連スタッフからみた
就労支援の課題と意義

1. 医師の立場からの就労支援

産業医科大学若松病院 リハビリテーション科 佐伯 覚

脳卒中後の復職に際して、医師の役割は極めて重要です。患者の治療全体の責任者であるため、復職の可能性を判断するだけでなく、復職・就労支援プログラムを開始するよう患者本人だけでなく、スタッフ（療法士、MSWなど）や関係者（患者家族、復職先のキーパーソン、職リハ担当者）への働きかけを行わなければなりません。プログラムの実施はスタッフが担うとしても、適切な情報交換や方針の決定は医師の重要な職務です。復職の判断基準としては、①何らかの仕事ができる、②8時間の作業耐久力がある、③通勤が可能である、の3条件を満たすことが必要です。

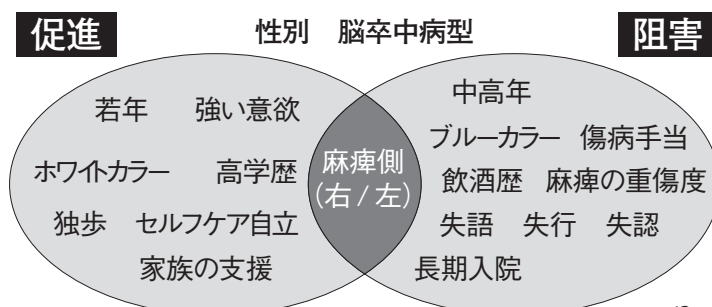
解説

脳卒中後の復職に際しては、発症後の経過による対応が必要です。すなわち、脳卒中の治療・リハビリと並行して、復職支援を実施しなければなりません。患者の治療にあたる医師は治療全体の責任者であり、復職支援に対してはそのプログラムの開始を指示する立場にあります。患者の復職の可能性を判断し、より早期にアクションを起こすことが復職につながります¹⁾。

脳卒中の復職アプローチが難しいのは、脳卒中の機能回復の予測が難しいこと、運動機能面だけでなく、高次脳機能など精神心理的な機能障害を合併するためです。そのため、定期的に情報交換を行い、復職の可能性をチェックし、その後の対応を検討しなければなりません。医師は、治療全体を統括・俯瞰する立場にあり、患者の治療・社会復帰に際しての重要な役割を有します。

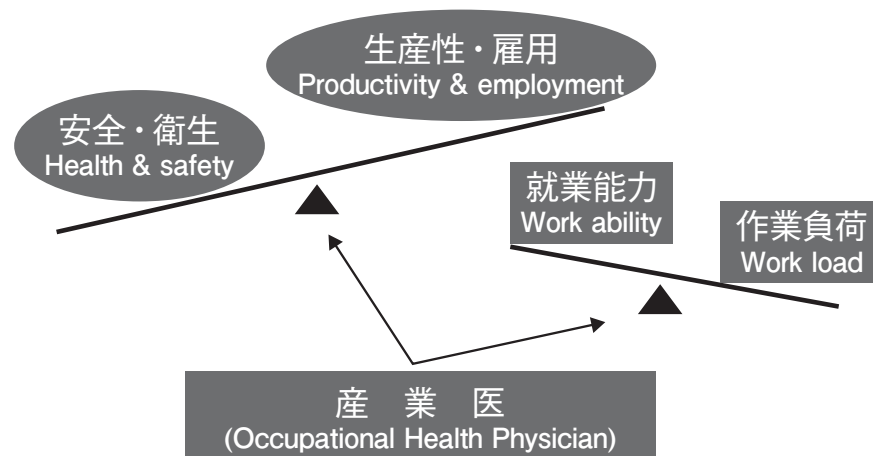
脳卒中後の復職には、脳卒中（患者）、企業および雇用の3要素が影響します。企業側の受け入れ状況、景気や失業率などの雇用状況に関しては複雑に絡んでおり、明確に述べることはできませんが、脳卒中患者側の要因（復職の促進要因、阻害要因）については、比較的研究が進んでおり、エビデンスが蓄積されています（図1）²⁾。これらのエビデンスを実際の復職へどのよう

図1 ● 脳卒中勤労者側の要因



(Saeki, Stroke 1995; Disab & Rehab 2000)
産業医科大学ホームページ・産業医学・産業保健・公開できるツール／データベース

図2 ● 適正配置 (Fitness for work)



(Saeki et al, JUOEH 2004)

に応用するかは、方法論的に難しいところがあり、現実には、適正配置の観点より復職の可否を判断することが適切です (図2)。

医師の立場で、脳卒中後の復職の可否を判断する基準としては、復職を想定する職種・職場において、次の3条件を満足するかどうかをチェックするのが実践的です³⁾。①何らかの仕事ができる (作業の正確性)、②8時間の作業耐久力がある、③通勤が可能である (公共交通機関の利用)。すなわち、1日仕事をして通勤できる能力があるかどうかを判定すればよいでしょう。また、復職後の就業継続 (職場定着) も重要な課題であり、第④の条件「障害の受容ができていること」も重要なチェック項目です。

【文献】

- 1) Saeki S, Toyonaga T: Determinants of early return to work after first stroke in Japan. J Rehabil Med 42: 254-258, 2010.
- 2) 産業医科大学ホームページ/産業医学・産業保健データベース「脳卒中後の職場復帰に関する医学文献情報」:
<http://www.uoeh-u.ac.jp/JP/medical/support/O19.html>
- 3) 遠藤てる他: 脳卒中後片麻痺患者に対する職業的アプローチ. OTジャーナル25: 436 - 442, 1991.

2. 就労支援における関係者の連携に向けて (復職コーディネーターの必要性)

中国労災病院 リハビリテーション科 豊田 章宏

復職とは、自宅退院のその先にある課題であることに異論はないと思います。実際に復職可能診断書に求められている最も重要な事項は、通勤が可能であることと8時間の労働に耐えうる能力を有しているということです。つまり、日常生活動作(Activity of Daily Living : ADL) が向上して自宅退院できた後に、手段的日常生活動作(Instrumental Activity of Daily Living : IADL)が向上してはじめて復職が可能となるのです¹⁾。

ところが、近年の医療制度改革によって医療は急性期・回復期・維持期に分断されました。確かに救急ベッドの確保や医療の専門性の向上については一定の効果をみましたが、長期に亘る継続的なリハビリテーション(以下、リハ)が求められる脳卒中治療においては、非常に大きな難題を押し付けられた形となりました。まず急性期病院から回復期病院へという地域医療連携の構築が必要となりましたが、地域によっては未だに回復期病床数が不足していますし、地域連携クリニカルパスの普及にも格差がみられます。また、病院機能の分担から数年が経過して、発症から復職までの全治療過程を知る医師やリハスタッフが徐々に少なくなっているという質的な問題もあります。また、医療ソーシャルワーカー(以下、MSW)も転院までが精一杯で、継続したかわりを持つことができなくなりました。さらに問題となるのは、IADLを向上させるための維持期リハビリを施行できる医療機関が非常に少ないということです。リハの日数制限も影響し、急性期病院や回復期病院のリハは入院に特化しています。維持期は介護保険施設へと移行するパターンが主体となっていますが、復職を目的とした患者に適するリハ内容とはいええないと思われます。一方で、自立支援法によるリハを受けるためには身体障害者手帳が必要となりますので、発症から6カ月以上経過してしまい、必要な時期に有効利用するのは難しいようです^{2, 3)}。

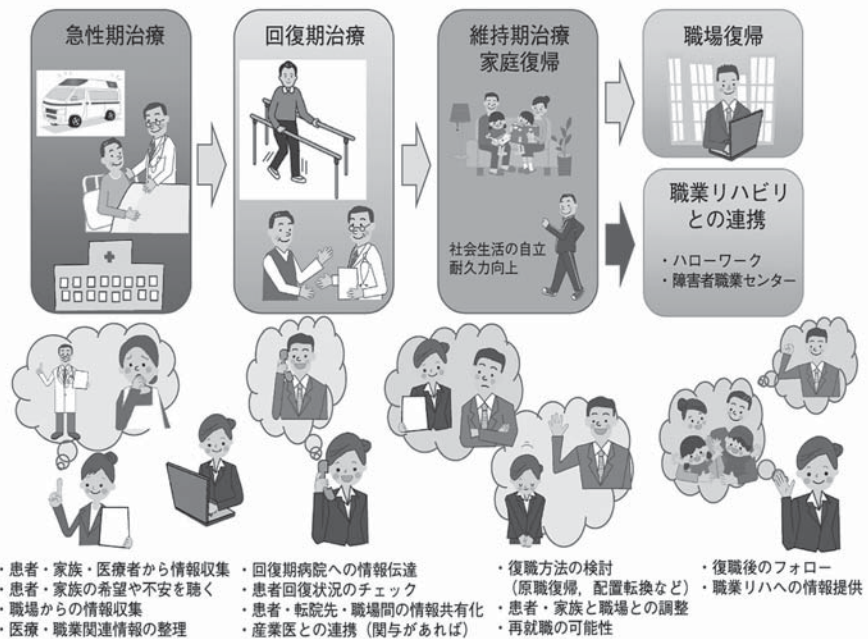
こういった状況の中で患者をスムーズに復職に導くためには、リハ施設の確保とともに患者・家族と職場を取り巻く多職種の連携が必要となります。そして、急性期から転々と治療場所を移動することを余儀なくされる患者に対して、施設の枠を超えて継続してサポートする「復職コーディネーター」ともいうべき人材が必要となります。現在われわれは、このコーディネーターを養成するべくモデル事業を展開中ですが、その事業を通して改めて浮き彫りにされた各職種間の連携の必要性についてまとめてみたいと思います。

復職を目的とした場合、急性期からの介入は非常に重要です。まず主治医に求められる大切なことは、リハ医と連携して、本人のみならず家族にも病態に対する理解を得ることと、考える範囲で構いませんから長期予後についてもきちんと説明することです。その上で復職の意思を確認し、家庭生活や職場環境および仕事内容の聴取を行います。この時、家族内、職場内でのキーパーソンの確認が重要です。早い段階で家族も含めて一旦障害について理解することが大切ですし、一方で復職意欲を持つこともまた重要だからです。将来的にはこの段階からコーディネーターに関わることが望ましいと思われます。

リハ処方時の留意点としては、仮に軽度の障害であっても必ず理学療法士(PT)、作業療法士(OT)の関与をお願いしたいということです。もちろん言語障害があれば言語聴覚療法士(ST)

の関与も必須です。これは復職に際して総合的な評価が必要となるからですが、各療法士はリハ的な障害評価だけではなく、患者がそれまでの職場で必要とされていた身体機能や職場環境についても評価しておく必要があります。急性期ではまずADLの獲得が主体ですから、リハプログラムに職業動作を取り入れるところまで至らなくとも、回復期にその

● 脳卒中勤労者側の要因



内容をきちんと申し送ることが重要となります。MSWはなるだけ復職ケースの経験を持つ回復期病院への転院を考慮すべきでしょう。高齢者ばかりの療養環境ではモチベーションにも影響します。回復期病院への転院時には、通常のパスや報告書に加えて、職業関連情報も明確に伝えて回復期でのリハプログラムに反映してもらうようにしましょう。コーディネーターが誕生すれば、回復期病院へも訪問して情報提供を行うとともに、患者のメンタルサポートも継続して行うことができます。患者からすれば転院は大きな不安要因であり、自分を理解してくれる担当者が継続して関わってくれることは本当にありがたいという声は大きいのです。

回復期の状況を見ながら、職場の人事担当者または産業医と連携を取り、本格的に復職の可能性を探っていきます。フレックスタイムやリハビリ出勤の可否などの確認、復職時期などを検討していきます。職場の人事担当者や産業医からは、入院先が変わることで主治医やリハ担当者が異なるので誰に状況を確認してよいか分からないという意見もあり、このあたりの情報提供もコーディネーターに望まれるところでしょう。また、回復期退院後のIADL向上のための外来リハのセッティングも重要です。

復職に際して最も問題となるのが高次脳機能障害の存在です。回復するとしても長い時間を要するために、いったんは離職を余儀なくされるケースも少なくなく、その場合は離職後に職業リハ的訓練として改めて就労訓練を要します。つまり医療だけでは解決しないことも多く、職業リハ分野とも協力して対処することが必要ですが、この連携が不十分であることも事実です⁴⁾。コーディネーターには医療リハと職業リハとを繋ぐ役目も望まれます。両者の連携がうまく取れ、ジョブコーチなどの適切な関与も行われれば、就労の可能性はもっと高まることが期待されます。

【文 献】

- 1) 和泉由貴、真柄 彰、徳弘昭博：脳血管障害患者の職業復帰に及ぼす因子について。日職災医誌54：257-261，2006。
- 2) 豊田章宏：職場復帰のためのリハビリテーション－急性期医療の現場から－。日職災医誌57：227-232，2009。
- 3) 豊永敏宏：職場復帰のためのリハビリテーション－第二次研究に向けて－。日職災医誌58：214-219，2010。
- 4) 田谷勝夫：高次脳機能障害に対する理解と研究モデル事業の試行。職リハネットワーク60：5-8，2007。

3. 産業医の立場からの就労支援

産業医科大学 産業医実務研修センター 立石清一郎

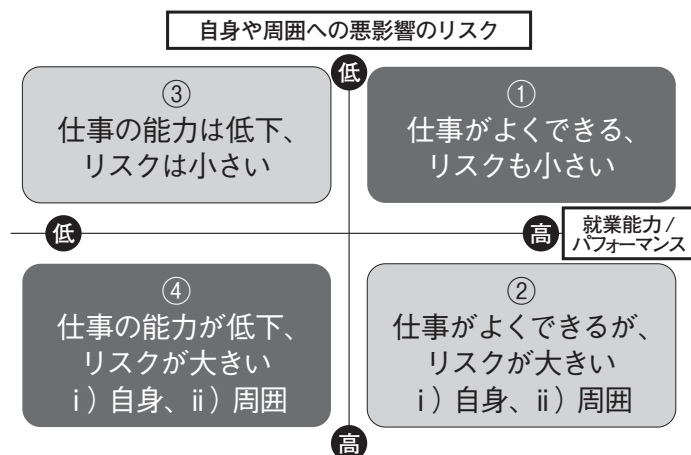
主治医による復職可能の診断書をもとに、産業医は復職の判断を行います。その際、職務適性としてチェックすべき項目は①就業能力（パフォーマンス）と、②自身や同僚・地域住民に健康やその他の面での悪影響を引き起こすリスクについてです。産業医が企業の中で就業配慮を検討する際には一方的に就業制限するのではなく、職務適性を改善させるような配慮を行うほうが周囲の理解が得られやすいでしょう。産業医は本人、職場、上司、人事労務、主治医から情報集約した上で適切な情報共有を行い、職場のモラルに配慮した復職の支援を積極的に行うことが望めます。

解説

脳卒中者が復職する時、まず本人の復職の希望と主治医の復職可能の診断書が不可欠です。その後、産業医が職務適性を判断する際、2つの側面での評価があります。それは、「就業（作業）能力があるか？」と「仕事による自身や同僚・地域住民への健康障害やその他の悪影響を引き起こすリスクはどの程度か？」です（表1）。

表1に沿って説明をしていくと、①に関しては特に産業保健の専門性がなくても臨床的な知識で対応可能ですが、②～④の場合は注意点がいくつかあります。①は麻痺や高次脳機能障害が軽く、うつ等のメンタルヘルス不調を合併していない場合です。もともとの仕事ができそうでさらに仕事をさせても安全な場合、多くは産業医の支援が限定的でも問題なく、職場も受け入れが良好です。

表1 ● 産業医が判断する職務適性の2つの軸



②のように麻痺等の脳卒中による障害症状が仕事をするうえで大きな問題がなくても、本人や同僚、地域住民の健康や安全を害するといった場合には、職場としてリスクを許容可能かどうかの確認が必要となります。その際考えるリスクも i) 労働者本人のもの、ii) 周囲への悪影響とで、対応は大きく異なることが多いです。i) の個人の健康障害を起こす（後述事例1、2など）リスクの場合には、労働者本人の健康上のリスクよりも復職（雇用の継続）をすること自体が高い優先度であるという思いがあり、ある程度職場として許容可能なリスクであれば、リスク低減策や就業配慮を講じて復職させることが多くは可能です。ii) の周囲への悪影響といった点では、事故等による同僚や地域を巻き込む安全上の問題（事例3など）や、有害物等を使用することにより周囲に健康障害を引き起こしたり不安を募らせたりする場合（事例4など）においては、リスクを低減する措置を講じたとしても許容不能なリスクが残る場合が多いです。会社には、当然のことながら脳卒中労働者以外の職員も安全に働かせる義務（安全配慮義務）と地域住民を守る社会的責任がありますので、この場合は配置転換や作業内容の変更でリスクのある作業から離すことを検討します。

③の健康障害のリスクは少ないものの業務能力が低下するものは、多くは本人に残った症状に起因するものです（表2）。症状に応じた対応が必要で、産業医の個別対応能力が問われます（事例5、6など）。この際気をつけなければならないのは、事業（規模、内容など）に見合った提案で事業者が受け入れるのに合理的であるかということです。そのあたりは後述する産業医の調整能力が必要です。

④は就業能力も低下しさらに健康障害リスクが高ければ、その時点の復職は現場の受け入れがよほど良くなければ難しいことが多いです。一般的にはリハビリテーション等による病状の回復を待つことが多いです。業務の要求度が低く、比較的安全な業務が存在すれば配置転換等で復職も可能となることもあります。④の場合で復職可能の診断書が出た場合には、主治医との情報共有が必須と考えられます。

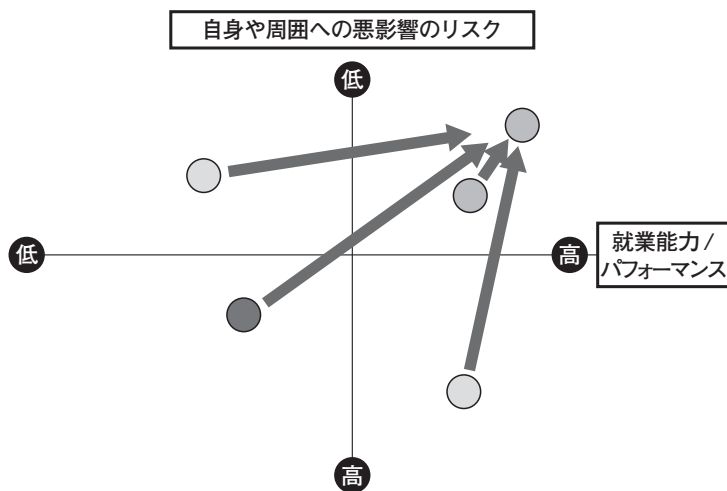
企業の中で、産業医が提案する就業配慮を行う際の一つの考え方を示します。配慮を行うことによって、表1の2つの軸をできるだけ右上に持っていくことをイメージするとうまくいくケースが多いです（表3）。例えば、復職初期は倦怠感や集中力の低下がみられるケースが多いので出張・残業・休日出勤禁止とし、ただ単に、疲れやすいので配慮するというのではなく、メリハリを付けた業務をすることで職場に慣れ、安定的なパフォーマンスを取り戻してもらうことと、作業のミスによる自身や周囲への悪影響のリスクを防止することを目的とする、といった具合です。職場にあるバリアから労働者を開放し、労働者の職務適性を回復・改善させ復職や就業支援を行うことが大事です。無秩序な就業配慮で復職させてしまうと、不公平感がつゆのり、職場のモラルが下がる危険性があります（例：特に意味もなく恒常的に半日勤務を続ける、業務量を極端に減らした状態を続けるなど）。

実際には、職務適性以外にも復職では考慮することがあります。本人側の因子は労働意欲、経済的状況（休んでいる間の収入も含む）、家庭環境、通勤距離等があります。企業側の因子は試し出勤や時短勤務制度の有無、病気で休むことが可能な期間（休業・休職など）、経営状況、提

表2 ● 就業能力を低下させる主な症状

1. 麻痺
2. 失語
3. 高次脳機能障害
4. 卒中後うつ
5. 倦怠感
6. 集中力の低下
7. つかれやすさ
8. 失認・失行

表 3 ● 就業配慮の考え方



供可能な職務範囲、職場の感情など様々なことがあります。他にも、本人を取り巻く社会環境や、その時期の景気等も判断の材料になるかもしれません。産業医は脳卒中者を復職させる際、本人（場合によっては家族を含む）、現場、上司、人事労務担当者、主治医といった登場人物のそれぞれの意見を集約し、必要な情報をそれぞれに翻訳して伝え（個人情報保護しながら）、職場の復職支援プログラム作成の際中心的役割を担い、適切な復職への支援を行うことが重要です。脳卒中に限らず多種多様な疾病による就業能力の低下は誰にでも起こりうることを現場が認識するような教育も必要で、脳卒中労働者のみならず皆が安心して働ける職場づくりも産業医の重要な業務の一つです。

事例	脳卒中の症状と業務のミスマッチ	就業配慮例
1	不全麻痺側の上肢がベルトコンベアにまきこまれるリスク	巻き込み防止の工学的対応など
2	再発予防のため血圧を厳重にコントロールする必要があるが重量物作業や寒冷作業で急激な血圧上昇を起こす	重量物制限、寒暖の差をできる限り避けるなど
3	てんかん発作を入院時1度だけ起こしフォークリフト業務があり事故を起こすおそれ	当面運転業務禁止、主治医と連携の上、徐々に1人作業の禁止、自動停止装置を利用のうえ運転可など緩和
4	卒中後うつで集中力の低下や適切な判断ができない状態。危険な細菌を扱う仕事で周囲に拡散させてしまう恐れ、かつ周囲も不安が大きい	危険作業を禁止し、別のリスクのない業務につける。周囲の不安の解消につとめる。うつの回復具合を定期的に確認する
5	麻痺のため車イス移動。VDT作業の就労者の支援で席に着きさえすれば仕事が可能であるが、通路が段差多し	これを機会に職場をバリアフリーにすれば他の労働者も働きやすくなると助言する
6	左側半側空間無視があり、左から右に流れるライン作業	右から左へ流れる位置に労働者が立てるようレイアウト変更を助言

【文 献】

- 1) 篠原幸人他（編集）：脳卒中治療ガイドライン2009. 共和企画, 2009.
- 2) 豊永敏宏：早期職場復帰を可能にするリハビリテーションのモデル・システムの研究開発. 労働者健康福祉機構
- 3) 相澤好治、森晃爾（監訳）：イギリス発産業医学のABC. 南山堂, 2008.
- 4) 櫻井治彦（編）：産業医の職務Q&A第9版. 産業医学振興財団, 2009.

4. 理学療法士からみた就労の課題と意義

大阪労災病院 リハビリテーション科 技師長 田上 光男

就労支援を目的とするリハビリテーションチームは、治療経過の中で、各専門性を活かしながら、医療・社会関連職種と密接に連携し活動します。なかでも理学療法士の役割は、発症後急性期早期から介入し、座る、立つ、歩く機能の再獲得などの身体機能回復に治療基軸をおきます。したがって、その帰結は患者の就労に必要な通勤方法や業務上移動手段に大きく関わることになります。

理学療法を急性期早期から開始することは、単に合併症・廃用症候群を予防するだけでなく、脳機能の可塑性を促すことで機能獲得を早めることができ、その結果早期に社会復帰できることにつながります。回復期にいたっては、患者の機能回復に応じて、補装具を使用しつつ、平行棒歩行から杖歩行、可能ならば独歩へと歩行再建をすすめます。維持期においては、生活の場での応用歩行（通勤に必要な歩行能力）や職場環境に耐えうる体力をつけることで、就労実現に向けた移動手段の獲得に焦点をあてたアプローチが大切です。

しかしながら就労実現には、必ずしも歩行能力の高さのみが影響するものではありません。移動手段として車椅子を利用する場合などでは、入院時から身体能力の回復程度や職種、就業内容、職場環境に合わせて、ご家族・職場スタッフへの介助指導などが重要になることもあります。

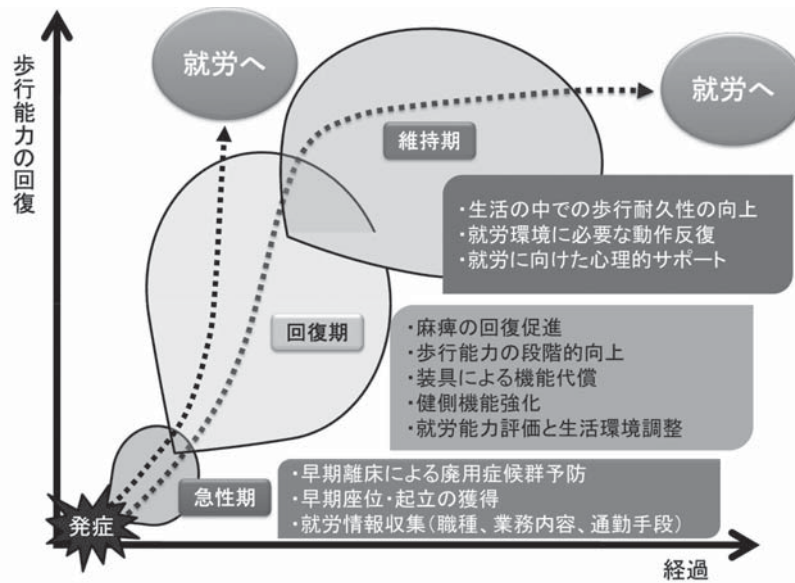
解説

脳卒中患者の歩行能力（身体機能回復）は発症後からの経過にともない、図に示すような特徴的な変化がみられます。歩行能力の回復程度は発症部位や重症度、その他の合併症の有無により異なりますが、回復過程は一般的には急性期から回復期にかけて急速に向上し、発症後数カ月内で機能変化が停滞する維持期へと移行します。理学療法士の役割は、各治療経過に合わせて、患者の最大限の能力を引き出すことに専念することであり、その結果、就労実現へと移行することになります。

急性期理学療法では、救命時期を過ぎ、全身状態が安定さえすれば、早期座位、立位（必要に応じて装具を用いて）をとります。早期介入は筋力低下、関節拘縮などの廃用症候群を予防することにつながるだけでなく、合併症予防や早期ADL獲得になります¹⁾。また介入時より職業情報を関連スタッフと情報共有しつつ、急性期時段階から機能予後の判断を行い、将来の就労準備に備えます。

回復期理学療法では、麻痺症状の回復状況に集中してアプローチを行います。また、積極的に補装具を使用することにより歩行再建を促し、健側機能を維持・強化することが将来の歩行予後

● 就労までの理学療法アプローチ



に影響します²⁾。この時期には獲得できる歩行能力がほぼ判別できるため、退院後の生活環境を整備し、また就労能力を評価しておくことが大切です。実際の練習では通勤手段や作業内容などを想定しながら行います。特に急性期・回復期での理学療法・作業療法に費やす1日あたりの治療時間、頻度を多くすることは、発症3カ月後の機能障害やADLを改善させることが実証されています³⁾。

維持期に入ると、生活の中での歩行速度や、耐久性の向上や筋力の維持・向上が大切になります。より具体的な就労環境下での練習や、医療スタッフによる心理的サポートは、患者の働くことへの不安を和らげることになります。

しかし就労実現には、必ずしも歩行能力の高さのみが影響するものではありません。移動手段として車椅子を利用する場合などでは、入院時から身体能力の回復程度や職種、就業内容、職場環境に合わせて、ご家族への介助指導・あるいは職場スタッフへの指導などが重要になります。

脳卒中患者は自宅退院までのゴールを達成できても、就労実現にまで至るまでには、医療・社会的にも様々なハードルを乗り越えなければなりません。患者の働く意欲を大切にし、社会復帰したいという患者の自己実現を支援するシステムは急務であります。理学療法士は“歩く”機能ばかりに着目するのではなく、就労する上での移動能力全般に目を向け、就労生活上で必要な安全で、効率的な移動手段を獲得できるようにすることが大切です。Time (時)、Place (場所)、Occasion (場合)に応じた移動手段について、患者本人・家族・職場と相談の上、ゴール設定を行い、医療から就労までのシームレスな支援システムの構築に貢献すべき職種といえます。

【文献】

- 1) Langhorne P, Holmqvist LW. Early supported discharge after stroke. J Rehabil Med 39(2): 103-108 2007.
- 2) Richards CL, Malouin F, Wood-Dauphinee S, Williams JI, Bouchard JP, Brunet D. Task-specific physical therapy for optimization of gait recovery in acute stroke patients. Arch Phys Med Rehabil 74: 612-620 1993.
- 3) Kwakkel G, Wagenaar RC, Koelman TW, Lankhorst GJ, Koetsier JC. Effects of intensity of rehabilitation after stroke. A research synthesis. Stroke; 28: 1550-1556 1997.

5. 就労支援における作業療法士の役割

東京労災病院 リハビリテーション科 作業療法士 深川 明世

労災病院における様々な復職研究の報告^{1～5)}では、脳血管疾患の復職可能な要件として、

- ①補装具使用＋杖歩行で公的交通機関を利用した職場までの通勤が可能
- ②対象者の復職への意欲が高く、早期から医療職や家族からの復職への働きかけがあった
- ③管理職、公務員・事務職（ホワイトカラー）は復職率が高く、ブルーカラーは困難
- ④発症前から職場との関係が良好
- ⑤高次脳機能障害があっても軽度
- ⑥復職した対象者の大部分は病前の職場への復帰（配置転換を含む）

があげられています。

しかし、上記以外で身体障害者手帳を取得した対象者で、ハローワークの紹介により障害者枠での新しい職場に就職した例もありました³⁾。

これらの復職を希望する対象者や条件を満たす対象者には、急性期病院で働く作業療法士は他のリハスタッフと心身機能の予後予測、高次脳機能障害の把握に加え、職場状況：①職業ならびに職務内容・雇用形態、②復職時の職場窓口・担当者、③休業補償期間、④職場環境（洋式トイレ・手摺りの設置）などの聞き取りを行い、復職をゴールとしたリハビリテーションを行うとともに、復職へのサポート：継続して行える復職支援が可能な回復期病院や行政機関へ繋げる必要があります。

脳血管障害の場合、急性期は意識障害を有することが多く⁶⁾、ご家族や職場の友人に情報収集することになりますが、職務内容が複雑化する現在、ご家族から職務内容を詳細に把握することは困難です。意識レベルが清明となる回復期への転院時に再度、リハスタッフが復職調査を実施するか、職業調査票を添付し、回復期病院のリハスタッフに調査を依頼します。調査票の聞き取りを通じて、通勤手段を含めた職場環境を具体的に把握することでリハプログラム作成の参考資料にしてもらいます。

また、職業は地域性が大きく反映されるため、地域に応じた復職調査票の作成が必要です。様々な復職調査票が発表されております（労働者健康福祉機構疾患13分野職業復帰リハ・全国労災病院リハビリテーション技師会ホームページ）。参考にしてください。

復職するには、ADLの自立に加え、IADL：衛生管理のための洗濯や栄養管理を含めた調理・買い物・金銭管理に加え、通勤に必要な外歩き・横断歩道の利用・切符等の購入などの自立が必要となります。作業療法士は、片手で財布の出し入れや雨具の利用等を含めた公的機関の利用（通勤）の可能性を探るべく、実際に対象者とともに歩いてみます。

記銘力の低下などの高次脳機能障害のある対象者には、実際の職務に必要な模擬訓練を行います。どの職種でもパソコン操作は必須事項になりつつあります。新しい操作を覚えることは認知能力の刺激になります。簡単な操作をメモをするなど、対象者の能力に応じた代償手段を用い、

簡単なゲームや日記をつける作業などを行います。また、パソコンを貸し出して、病棟でも勤務時間に合わせ訓練を行うように指導援助します。

脳血管疾患の対象者の復職時期は、身体障害が軽傷の場合発症後3～6カ月めですが、多くは約1年半という長い期間を要し⁵⁾、高次脳機能を含めた心身機能の改善に応じた復職へのサポートが必要となります。対象者の心身状態・ADLやIADL能力を含めた全体像を見ることのできる作業療法士は適任といえます。

第4次医療改正で病院の機能分化が進み、一施設での復職サポートは困難になりました。また、復職までに時間を要することは、無給の期間があり、生活の困窮も予測されます。医療制度の変化に対応した介護保険、支援費制度を含む行政制度などの横断的なサポートの構築が必要です⁷⁾。

医療保険下で働く作業療法士は、就労年齢の対象者には、「リハゴールは復職」を目標にして下さい。障害や職業も個々に異なる一人一人の復職への体験が作業療法士のスキルになります。ADL・IADLの自立を支える生活支援のプロとして、復職を最終ゴールにして下さい。

また、対象者を復職という社会に戻すことは、医療に留まらない様々な情報の収集が必要です。社会制度の動き、地域での復職に関する行政サービス情報にも敏感な作業療法士であることも必要です。

【参考文献】

- 1) 佐伯 覚：脳卒中後の職業復帰予測. 総合リハ28：875 - 880, 2000.
- 2) 徳弘昭博：労働年齢で発症した片麻痺患者の職業復帰状況の調査. 総合リハ, 683 - 693, 1992.
- 3) 深川明世, 田中宏太佳：東京労災病院におけるCVA患者の職場復帰状況. 労災病院リハビリテーションプロジェクト研究会, 1996.
- 4) 深川明世, 鈴木久美子：東京労災病院におけるCVA患者の職場復帰状況（第2報）10年の変化から見る就労状況. 第55回日本職業災害医学会
- 5) 独立行政法人労働者健康福祉機構：「早期職場復帰を可能とする各種疾患に対するリハビリテーションのモデル医療の研究・開発、普及」研究報告, 2008.
- 6) 原寛美監修：脳卒中リハビリテーションポケットマニュアル：p1 - 3. 医歯薬出版. 2007.
- 7) 豊田章宏他：平成22年度厚生労働省委託事業「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発一式」（脳・心疾患）の事業経過より：第58回日本職業・災害医学会

事例 H

発症年齢40歳。脳出血（左視床）により右片麻痺を呈し、N病院脳神経外科より労災病院にリハビリ目的で転院。2カ月半の入院リハビリにて復職した事例です。

①病歴

自宅で倒れ、N病院脳神経外科に緊急入院となり左視床出血と診断されました。右上下肢の運動機能障害、右上下肢の感覚障害、顔面麻痺、軽度構音障害を併発、薬物治療を実施、約1カ月経過後、リハビリ目的にて労災病院リハビリ科に転院となりました。約2カ月半の入院期間中、理学療法、作業療法、言語療法を実施しました。

②職業歴

建材料の販売、営業店の経営者。主な業務内容は、営業、経理、商品の販売配達を一人で行っていました。建材料は、重量があるためリフターの運転も必要でした。

③家族の支援状況

義理の親のマンションに妻と子供3人（就学中）の5人暮らしでした。本来は義父が経営していた営業店で、義父の高齢に伴い経営を任せられ、経済的にも復職の必要がありました。家族の支援は良好でした。

④経過の要点

転院（リハビリ開始）当初は、上記の障害のため、ADLは、移動は車椅子が主体で、歩行能力は短下肢装具＋4点杖歩行でした。右上肢手指はわずかに手指の屈曲伸展が可能でしたが、感覚障害（位置覚・触感・痛覚・温度覚）が重度で、車椅子の移乗時等に右手指を臀部下に巻き込むなどリスク管理が不十分で、衣服や靴の着脱には視覚による代償が必要でした。トイレ動作は車椅子を使用し自立していました。しかし、歩行訓練時には筋緊張による右上肢の後方伸展パターン、手指の伸展が認められました。

ADL自立の障害因子として、上下肢の感覚障害による異常パターンの出現と考えました。視覚代償をもとに、正常パターンの再教育・再取得を治療・指導・援助の目的としました。Hさんは、知的レベルは高く、婿養子のため、義父母に対して精神的苦労はありましたが、子供達が全員小学生、幼稚園年長組で、子供たちも父親を慕い復職に意欲的でした。

復職をリハビリゴールに定め、病棟では杖歩行を主体に活動量を増やし、リハビリ室でも自主トレを行ってもらうなどして、勤務時間に適応できるよう訓練時間を徐々に延長しました。鏡を用い、左上下肢と右（麻痺側）上下肢の動きの違いを確認してもらい、正常パターンの獲得を行いました。また、ADL動作には積極的に右（麻痺側）上肢を使用してもらいました。両手動作に加え、立位バランスや全身運動を取り入れたボール投げや紐を用いたバランスゲームなど遊びの要素を取り入れ、試験外泊時には子供達とともに行うように指導しました。

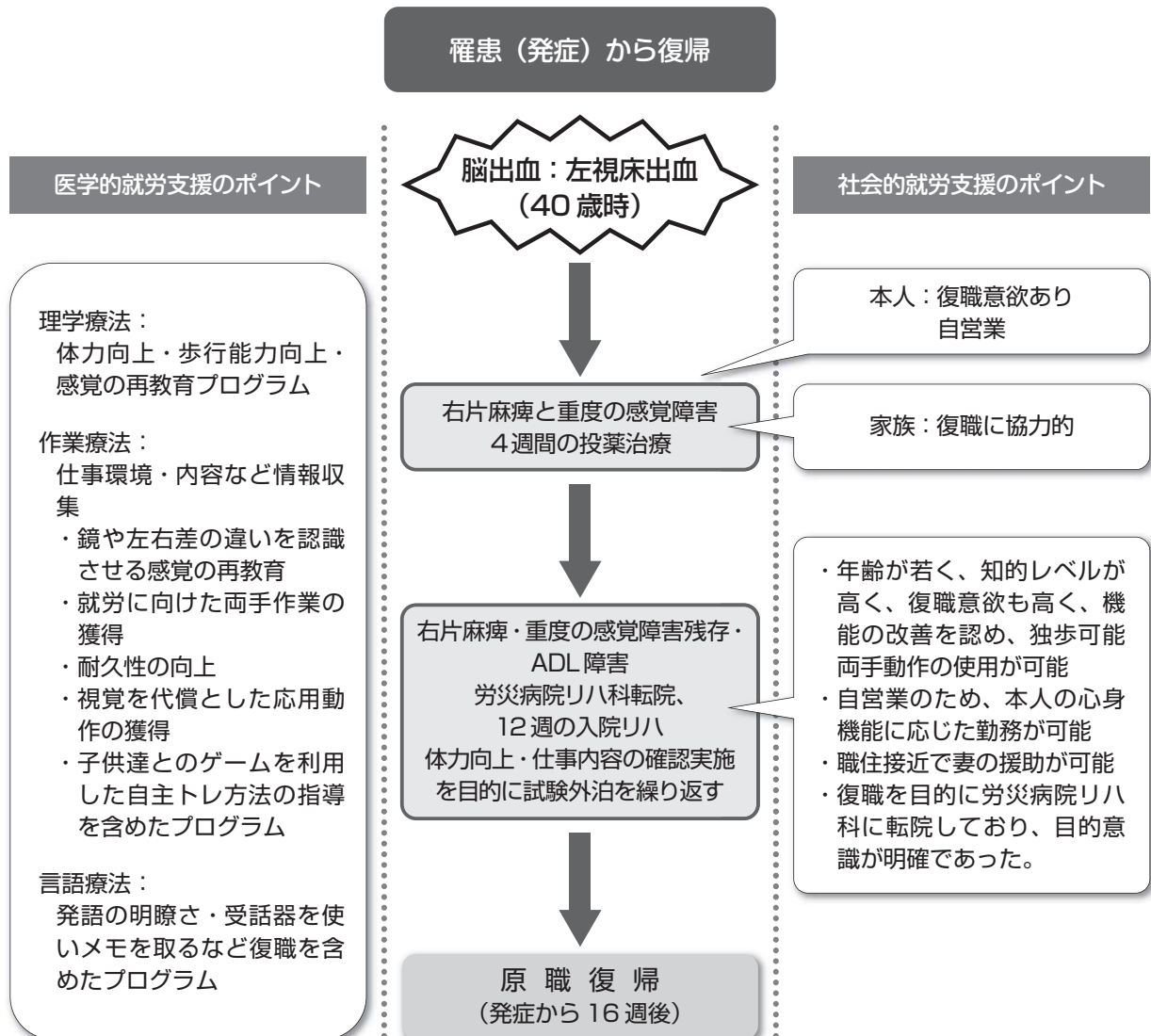
右（麻痺側）下肢の感覚障害は徐々に改善、右（麻痺側）手指の感覚障害は残存しましたが、「何となく使える。感覚はないが、以前の使用していた感じを思い出しながら使用している（H氏談）」と、積極的に麻痺側使用が行えるようになりました。

身体機能の改善に伴い、軽作業（建築資材と同重量に物の運搬など）や運転動作を模した両手作業、視覚に頼らない右（麻痺側）上肢・手指の指導・援助を行いました。

週末の試験外泊を繰り返し、リフターの使用・車の運転を人手の無い所で行うなど、妻の援助を得ながら、発症4カ月後に復職しました。

症例
H

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

労災病院リハ科転院時から本人・家族の目標が復職でリハゴールが明確でした。また、本人の知的レベルや問題意識が高く、訓練に非常に意欲的で職業復帰に必要な独歩と両手動作の使用が可能となりました。また、外泊時、子供との遊びを通じた訓練を行うなど家族の精神的サポートも大きな支えとなりました。自営業のため、本人の心身機能、耐久力に応じた復職が可能で、職住接近や温厚な性格のため顧客に慕われていたことや、妻や義父母の援助が得られたことも大きな復職可能な要因です。

事例 I

発症年齢54歳男性、脳出血（左被殻）により右片麻痺を呈し、M病院、循環器センターを経て労災病院にリハ目的で転院。途中急性胆のう炎を併発しましたが、約2カ月の入院リハを経て、発症から6カ月経過後、復職した事例です。

①病歴

2年前より高血圧のため服薬治療を継続していましたが、58歳の時に出張先で右片麻痺を発症、M病院に搬送され、左被殻出血と診断されました。循環器センターを経て居住区が東京のためリハ目的にて東京労災病院リハ科に転院となりました。転院時は右上下肢の運動機能障害（右上肢手指の運動機能障害が重度で補助手レベル）、右上下肢の軽度の感覚障害、顔面麻痺、文字理解の低下を含めた運動性の失語がありました。入院から3週間経過後、急性胆のう炎を併発、開腹手術を施行。その後約3週間を含む計1月半の入院期間中、理学療法、作業療法、言語療法を実施し、体力向上を目的に通院リハを2カ月実施しました。

②職業歴

国家公務員でしたが、発症2カ月前よりH病院の事務局長（地方公務員）として勤務していました。通勤時間は片道約1時間30分を要していました。

③家族の支援状況

都内の賃貸マンションに妻と長女（長男は都内に独立）の3人暮らし、妻は専業主婦で、経済的にも復職の必要がありました。

④経過の要点

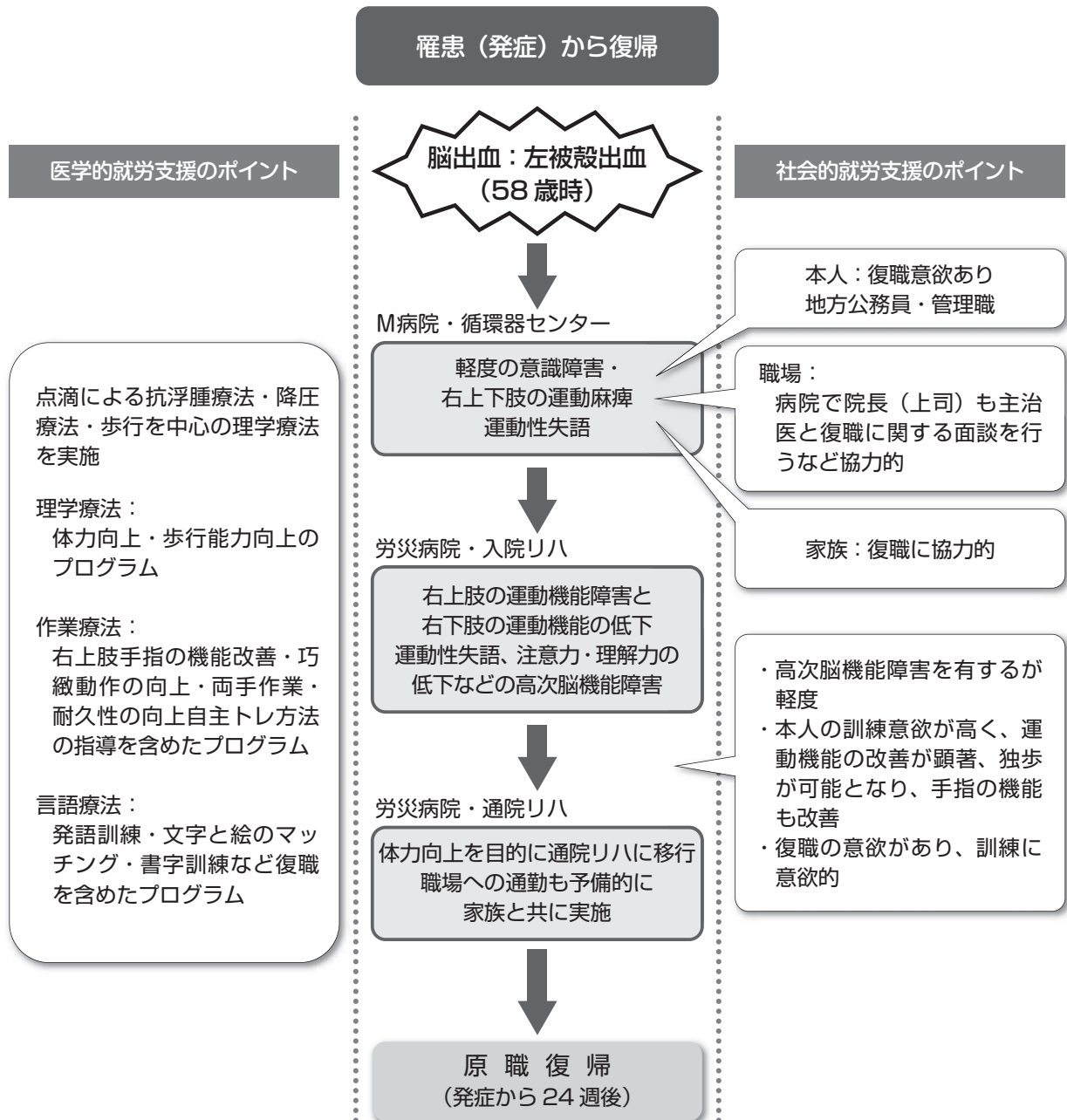
転院（リハ開始）当初は、下肢機能は良好で見守り歩行が可能でした。右上肢手指は僅かに手指の屈曲伸張が可能で、上肢にも軽度の運動障害を認めました。運動性の失語を含む、注意力の低下、理解力の低下などの高次脳機能障害を認め、移乗や歩行時の方向転換にバランスを崩すことがしばしばみられました。

1時間半の通勤に耐え得る体力作りと書字を含めた右上肢・手指の機能向上、発話を目的に治療・指導・援助を行いました。

M氏は、訓練意欲が高く病室に訪問しても、常に言語聴覚士から出された宿題や右手での箸や鉛筆の使用を行うなど、積極的に自主トレを行っていました。また、家族も週末には試験外泊をして前の環境にて知的刺激を入力するなどM氏をサポートしていました。途中急性胆のう炎の手術を施行しましたが、体力低下は認めず本人の希望もあり、1カ月半の入院リハで退院。低力の維持向上を目的に2カ月間外来リハを実施し、発症から6カ月後、原職に復帰しました。

症例

復帰までの支援とリハ



復職のポイント

病院勤務の地方公務員で管理職に加え、病院長（上司）が復職に好意的でした。転院早期に復職に向けて、主治医（リハ医）との話合いがもたれると同時に同僚が面会に頻回に訪れるなど、復職に向けての精神的・体制的サポートがありました。また、本人の訓練意欲とともに上下肢・手指の身体機能障害の改善が顕著で早期に独歩可能となり、家族の精神的サポートのもと、週末ごとに試験外泊を繰り返し、IADLの自立が可能となりました。

6. 医療ソーシャルワーカーの役割

九州労災病院 勤労者医療総合センター 医療ソーシャルワーカー 大塚 文

多くの医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）は社会福祉士・精神保健福祉士の国家資格を持ち、病院で相談業務を行っています。病気やケガによって起こる心理的・社会的・経済的問題を、患者さんや家族とともに解決や緩和できるよう支援します。

復職支援もMSW業務の重要な役割の一つで、厚生労働省が平成14年に改定した「MSW業務指針」に定める「社会復帰援助」がそれにあたります。患者さんや家族の復職に対する考え、会社の意向、心身状況等々をふまえ、院内の他職種（医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・臨床心理士など）のみならず、会社側や院外の職業リハビリテーション関連機関（以下、職リハ）などとの情報交換や連携を行いながら、復職達成を目指します。

図1 ● MSW 支援の始まりから復職支援へ

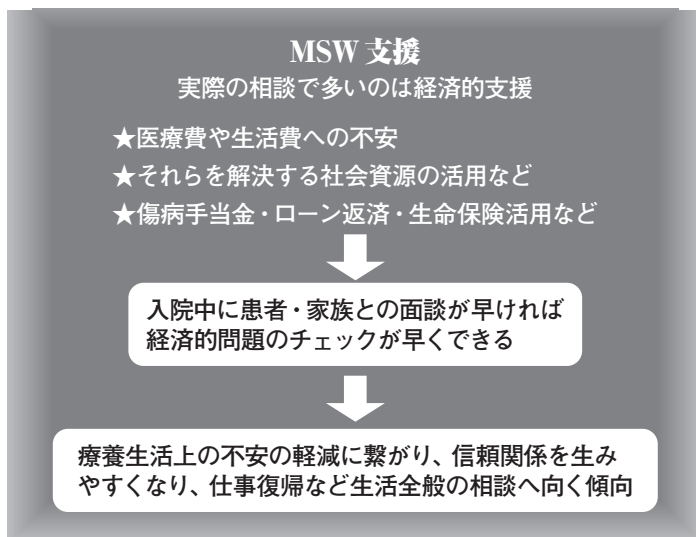


図2 ● MSW 面接の様子



解説

急性期病院では、入院当初から復職相談が直接的にMSWに持ち込まれることは稀です。この時期は、医療費支払いや生活費の心配、それらの問題を解決するための制度活用、療養生活が長引いた時の生活費捻出の方法など、経済的問題に関連した相談が寄せられます。その後それらがきっかけとなり、築かれた信頼関係をベースに、復職についての相談に結びついていきます（図1参照）。

現在は復職支援の対象者である脳卒中患者さんに、入院早期から面接を行っていますが、経済的問題を抱える患者さんが大変多いことがわかります。安心して治療を受けるには、この問題を少しでも解決することが大切です。一時的にフォーマルまたはインフォーマルな制度を活用しますが、安定した解決のためには、当然のことながら復職達成が不可欠です。つまり経済生活を支える就労が、患者さんやその家族にとって社会的な最重要課題とも言えます。

入院が長引いたり、障害が残ったりするともっと深刻な問題が発生することは想像に難くありませんが、まずは何らかの形で復職することを、もしも復職をあきらめざるを得ない場合は新規就労の検討を、両者共に困難な場合にはどのように収入を確保するのか、といった経過を追った支援の継続が求められます。しかし残念なことに、現在の臨床場面では「患者さんは生活者であり、復職が大変重要」という認識とそのアプローチが欠落しています。

例えば自営業の場合、もちろん元の仕事に戻ることが目標ですが、患者さんの心身の状況によっては廃業を視野に入れておく必要もあります。自営業では機械の購入などで借財を抱えているケースが多いことや、傷病手当といった休業補償が無いことで深刻な経済不安が推測されます。年齢を問わず仕事ができるのが自営業の強みであると同時に、年齢が高いほど発病すると新たに仕事を求めるのは困難で、復職・新規就労・経済面の安定をどのように図るかは大きな課題です。

会社などに雇われている場合では、自営業と違って就業規則によって休職期間が決められていることが一般的です。休職期間に入る前に復職できると良いのですが、短期間で復職できない場合もありますので、発病と同時に確認できると安心です。本来従業員の目に触れるところに掲示するといったことが義務付けられていますが、実際にはなかなか就業規則を確認できない患者さんもいます。知らないうちに復職の期限が迫っていて機会を失わないようにしたいものです。

このように、各々の患者さんには千差万別の社会的状況があります。MSWはその状況を充分にアセスメントします。この中に当然就労に関する聞き取りも含まれます。患者さんが復職を希望する場合は、そのアセスメントを基盤として支援計画を立てますが、「復職のみの計画」ではなく「生活全般の中の就労」という視点で、上述したように本人の希望・経済面・家族の考え等々、様々な状況との兼ね合いを総合して検討します。また、MSW単独で復職支援をするわけではなく、リハビリテーションチームの一員として役割を果たすのが一般的です。

まず、患者さんの病状を医師や多職種と協議して理解を深め、どの職種がどのように復職支援を担当するかを確認します。復職に関してMSWが担当する点では、就業規則の確認、会社の意向の確認（産業医の考えを含む）、会社へ病状を伝えるための機会を作る（協議の場や文書提出など）、必要によりますが会社訪問の設定や同行、職業リハとの協議、などがあります。これまでは産業医との接触の機会が大変少なく問題でしたが、今後は病院側も産業医との連携の機会を多く持つよう努力する必要があります。また、職業リハ関係機関との連携をさらに強化されることが、患者さんの利益に繋がります。

復職支援の前提として、なるべく勤めている会社や自営業を辞めないということが大切ですが、現在の経済情勢からリストラなどで復職できないこともあり、心身機能に応じた配置転換の検討や復職が困難な場合の新規就労や収入確保を複線的に考えておくこともまた、MSW支援には求められています。

7. 職業リハビリテーションの立場から

福岡障害者職業センター 北九州支所 障害者職業カウンセラー 首藤 友子

1. 医リハ→職リハ→就労

福岡障害者職業センター北九州支所（以下、職業センター）に来所する高次脳機能障害者は、医療機関における治療を終了し、おおむね障害を受容した状態で利用を開始するケースがほとんどです（図1）。

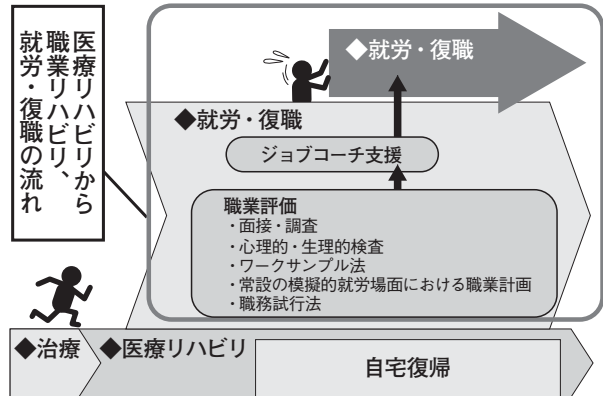
まず、職業センターでは障害者職業カウンセラー（以下、職業カウンセラー）が「①インテーク→②職業評価→③職業リハビリテーション計画の策定（以下、職リハ計画）」

を行います。①②は面接・調査、心理的・生理的検査、ワークサンプル法、常設の模擬的就労場面における職業評価、職務試行法があります。特にワークサンプル法の中で幕張版ワークサンプル（以下、MWS）は13の作業課題を組み合わせることにより、職業能力を評価する上で有効とされています。また、MWSは評価だけではなく、訓練課題としても活用できることから、目的を設定した作業課題にも使われています。

この職業評価の中でご本人の就労における不安や気になることを伺うとともに、職業カウンセラーが気付いた点をフィードバックし、職業上の配慮事項の整理や気付きを促します。また、事業所へ障害のことをどのように伝えるか、あまり障害のことを前面に出すと採用されないのではないか、と不安が大きくなることも少なくありません。そこで障害特性の説明、配慮事項について事業所に理解を促すために職業カウンセラーが面接に同行することを勧めています。場合によっては職業評価で得た情報を元にジョブコーチ支援事業を活用した就職・復職も提案しています。

さて、ジョブコーチ支援事業について簡単に説明します。ジョブコーチ支援事業は職業センターが実施している事業の一つです。前述の③職リハ計画にてジョブコーチ支援事業が望ましいとされ

図1 ●



ジョブコーチ支援の概要

- 障害者が職場に適応できるよう、障害者職業カウンセラーが事業所と調整し、策定した支援計画に基づきジョブコーチが職場に出向いて直接支援を行います。
- 障害者が新たに就職するに際しての支援だけでなく、雇用後の職場適応支援も行います。
- 障害者自身に対する支援に加え、事業主や職場の従業員に対しても、障害者の職場適応に必要な助言を行い、必要に応じて職務の再設計や職場環境の改善を提案します。
- 支援期間は、標準的には2～4ヶ月ですが、1ヶ月～7ヶ月の範囲で個別に必要な期間を設定します。支援は永続的に実施するものではなく、ジョブコーチによる支援を通じて適切な支援方法を職場の上司や同僚に伝えることにより、事業所による支援体制の整備を促進し、障害者の職場定着を図ることを目的としています。

た方が候補者となります。ジョブコーチ支援事業は採用前の実習、採用と同時、採用後のいずれのタイミングでも利用が可能です。利用にあたってはご本人及び事業所の同意が必要となります。

2. 職場への理解の促進と就労支援

高次脳機能障害者は、精神障害者保健福祉手帳や身体障害者手帳を取得している方もいますが、いずれの場合も就労上の主たる障害としては高次脳機能障害の特性に配慮し、事業所にも同様の説明を行うようにしています。高次脳機能障害者の多くは「疲れやすい」、「注意力の低下」、「疲労回復に時間を要する」ため、勤務時間の調整、休息時間の取り方、休息について周囲への理解を求めることも必要になっています。

また「記憶障害」、「遂行機能障害」を有する方も多く、記憶の代替手段をどのように使いこなすかがポイントとなっています。ちなみに医療リハビリテーションや日常生活でメモを活用できている方でも、職場ではメモの存在すら意識できないほど緊張が高まることが多いようです。さらには職場のルールが納得できなかったり、些細なことが気になって先に進めない方も多く見られます。いずれの場合も職場とは異なる場所（職業センターや病院等）で定期的な振り返りを行うと効果が見られるようです。

以上のように就労支援を行うためには、事業所の意見や本人の体調等多面的な視点で観察し、周囲の評価をご本人にフィードバックするとともに、自己評価と周囲の評価のずれを修正し、課題を意識しながら仕事に取り組めるような支援を継続することが必要です。

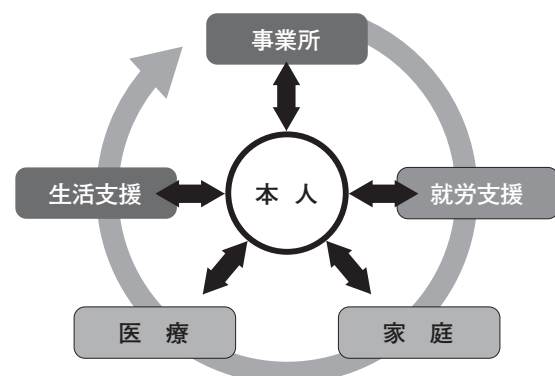
3. 就労を支えるために

採用及び復職をされた場合でも継続して勤務するためには、引き続き多くの機関からの支援が必要とします。特に経済的な課題をお持ちの方はご本人だけではなく、ご家族も含めた支援が不可欠です。その理由として障害者年金、事故の保険金等の有無により生活自体を見直す必要性が生じることもあるためです。残念ながら易疲労性、遂行機能障害等でフルタイムの仕事に就けない方が多いため、受傷前と同額程度の収入を得ることが難しい場合があります。そのため家族や保護者の経済的な負担も発生します。そのようなときに福祉機関における生活支援が利用できると不安も軽減されるようです。

また、医療機関のリハビリが終盤に差し掛かると、体調管理についての相談場所として医療機関とのご縁がなくなると心配される方も多くいらっしゃいます。

このように職場定着を支えるためには各関係機関の密接な連携が不可欠であり、それを調整することも職業カウンセラーの役目となっています（図2）。

図2 ●



※障害者職業センターの業務、評価技法及び障害者就労支援制度等は当機構のホームページでご覧いただけます。

●独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構ホームページ
<http://www.jeed.or.jp/>

●障害者職業総合センター研究部門ホームページ
<http://www.nivr.jeed.or.jp/>

症例提示病院一覧

(脳卒中の復職症例提示に協力された施設および担当者)

秋田労災病院	作業療法士	戸田 かつ子
	作業療法士	田村 大
愛媛労災病院	理学療法士	堀内 桂
	作業療法士	小川 進太郎
	理学療法士	渡部 浩二
	作業療法士	西原 常宏
香川労災病院	理学療法士	多田 羅昭二
山口労災病院	作業療法士	幸田 英二
福島労災病院	作業療法士	児玉 淳実
旭労災病院	理学療法士	藤代 国幸
	作業療法士	杉本 和彦
	作業療法士	門田 隆
	理学療法士	安江 誠人
関西労災病院	言語聴覚士	高木 裕子
	言語聴覚士	石塚 君子
燕労災病院	作業療法士	高橋 明子
	作業療法士	樋浦 功
吉備高原医療リハ	作業療法士	六名 裕美
	作業療法士	濱岡 憲二
青森労災病院	作業療法士	豊田 英司
	作業療法士	佐々木 美保
岡山労災病院	理学療法士	川本 直起
	言語聴覚士	井上 淳一
新潟労災病院	言語聴覚士	森田 浩
	作業療法士	稲垣 利重子
浜松労災病院	作業療法士	田中 政敏
	作業療法士	鈴木 善幸
中国労災病院	作業療法士	甲斐 雅子
	医 師	豊田 章宏
横浜労災病院	作業療法士	坂本 太朗
	作業療法士	山下 俊悟
九州労災病院	M S W	大塚 文
	医 師	豊永 敏宏
和歌山労災病院	作業療法士	高田 美由紀
	言語聴覚士	矢部 洋子
熊本労災病院	理学療法士	牟田 広樹
東京労災病院	作業療法士	坂井 博之
	作業療法士	新谷 さとみ
大阪労災病院	作業療法士	村田 郁子
	言語聴覚士	赤尾 典子
	理学療法士	田上 光男
富山労災病院	作業療法士	広野 弘美
中部労災病院	医 師	田中 宏太
	理学療法士	池村 友里
	作業療法士	石綿 真弓
	理学療法士	原田 康隆
門司メディカルセンター	作業療法士	上 滝 明香

執筆者一覧（執筆順）

〔編者〕

豊永 敏宏（九州労災病院 勤労者予防医療センター）

〔症例編集〕

田中宏太佳（中部労災病院 第二リハビリテーション科）

〔執筆〕

豊永 敏宏（九州労災病院 勤労者予防医療センター）

佐伯 覚（産業医科大学若松病院 リハビリテーション科）

豊田 章宏（中国労災病院 リハビリテーション科）

立石清一郎（産業医科大学 産業医実務研修センター）

田上 光男（大阪労災病院 リハビリテーション科）

深川 明世（東京労災病院 リハビリテーション科）

大塚 文（九州労災病院 勤労者医療総合センター）

首藤 友子（福岡障害者職業センター 北九州支所）

平成23年12月発行

発行元／独立行政法人 労働者健康福祉機構

〒212-0013 神奈川県川崎市幸区堀川町580番地ソリッドスクエア東館

©労働者健康福祉機構