

脳出血を呈した患者の回復期リハビリ病棟での復職支援 ～入院中における評価・訓練と職場との連携、職場復帰後の課題について～

○高田 文香（脳神経筋センターよしみず病院 リハビリテーション部 理学療法士）
柴田 美鈴（脳神経筋センターよしみず病院 リハビリテーション部）
田川 美範（脳神経筋センターよしみず病院 リハビリテーション部）
出口 歩実（脳神経筋センターよしみず病院 リハビリテーション部）

1 はじめに

回復期リハビリテーション病棟を退院する患者において、社会参加は重要な課題であり、特に若年脳卒中患者の職場復帰は経済的側面だけでなく患者のQOLの向上にも繋がるため重要である。しかし、脳卒中患者は身体障害や高次脳機能障害を呈することが多く職業復帰には多くの課題が挙げられる。職業復帰に必要な能力として通勤手段の獲得や作業遂行能力等が必要となる。また医療機関と職場の連携も重要である。

今回、職業復帰を目標とした脳卒中患者に関わる機会があった。自動車運転を含めた通勤手段再獲得の流れと職業復帰までの職場との連携、職業復帰後の課題について報告する。

2 症例

50歳代男性、前交通動脈瘤によるくも膜下出血、入院時身体機能：ブルンストロームステージ（以下「BRS」という。）：上肢VI、手指VI、下肢IV、ADL：機能的自立度評価表58点、明らかな高次脳機能障害なし、職業：工務店の事務職

発表にあたり、患者と職場の個人情報とプライバシー保護に配慮し同意を得た。

3 治療経過

自宅にて意識レベルの低下があったため救急搬送され、前交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血の診断で急性期病院へ入院、コイル塞栓術となる。発症から約1カ月後、職場復帰に向けたリハビリテーション目的にて当院へ転院となる。

入院当初は覚醒良好で、上肢手指の麻痺は認めず下肢のみに麻痺を認めた。BRSは右IV左VIであった。右下肢は足関節背屈運動の動きがなくな垂足状態であった。下垂足に伴い右足関節背屈可動域制限を認めた。左下肢の麻痺は回復しており廃用による筋力低下のみ認めた。

高次脳機能評価の結果は以下の通りであった。HDS-R：24/30点、TMT-J：PartA40秒「正常」、PartB136秒「異常」、BADS：98点（平均）、CAT：SDMT正答率

42%（実年齢平均値±2標準偏差内）。明らかな高次脳機能障害は認めず、1カ月後の再評価としてTMT-Jのみ行った。結果としては、PartA・Bともに「正常」と注意機能の向上を認めた。

各部門で麻痺の回復促進、ADLの獲得、自宅退院、職場復帰に向けたアプローチを行った。

入院の経過において、廃用による下肢筋力低下の回復は見られたが、右下肢麻痺は残存したためオルトトップ装具を作成した。装具着用し屋内独歩自立となったが、階段昇降は降段時に右踵の引っ掛かりが見られ手すりが必要であった。

4 自動車運転再開支援

病前は勤務地まで自動車通勤をしており、公用車にて外勤をすることもあった。本症例は通勤手段として運転再開を希望していたため、入院1カ月後簡易自動車運転シミュレーター（以下「SiDS」という。）と高次脳機能評価を実施した。右下肢麻痺を生じていたためオルトトップ装具着用でのSiDSの評価では、操作の遅延が多く適性なしとの判定となった。アクセル・ブレーキの位置を調整し左下肢にて評価を実施したところ、操作に不慣れな点もあるが、操作の遅延が減少し適性ありの判定となった。

入院1カ月後に主治医とのカンファレンスにて、SiDSでの結果をもとに左下肢での操作が安全であるため、自家用車の改造が必要であることを本人と家族に説明した。入院2カ月後に自家用車の改造が完成し、家族面会時に車両の確認を行った。

入院2カ月後SiDSの結果をもとに総合交通センターと警察署へ運転再開の相談を行い、身体機能検査と主治医診断書を提出し運転再開可能となった。自動車学校の繁忙期のため入院中に運転評価を行うことが困難であったため、退院後に自動車学校へペーパードライバー講習に行くように助言をした。

5 職場復帰までの職場との連携

当院入院1カ月後に主治医、看護師、リハビリスタッフ、医療相談員にてリハビリカンファレンスを実施した。現状の身体機能と病棟内でのADL能力を説明し自宅退院は可

能と判断したため、職場復帰に対するリハビリを進めていくこととした。

本人からの事前情報によると職場にエレベーターがなく勤務場所が2階であったため、職場内の環境調整が必要と考えられた。

当院入院1カ月半後に医療相談員が勤務先上司と連絡を取り、身体状況の報告と職場内環境、業務内容、雇用形態の確認を行うため当院スタッフと本人、上司を含めて面談を行った。

今後もオ尔特ップ装具を着用した歩行状態となること、職場内の環境調整が必要となる可能性があることを説明した。また本人とリハビリスタッフが勤務先へ訪問し動作確認を行う許可を得た。今後の業務内容については事務作業を中心とし外勤する場合は他のスタッフが同行する方向となった。雇用形態については、病前と同じ雇用形態とし復帰後に通院等可能となるように有給休暇日数を最大限に調整した。

当院入院2カ月後に退院日が決まり職場復帰時期が確定したため、自宅から勤務先までの移動の確認と勤務先での動作確認を行った。退院後の通勤手段は自動車学校でペーパードライバー講習に行くことを助言し、運転に慣れるまでは公共交通機関を使用することとした。自宅から勤務先までの移動と職場内の移動はオ尔特ップ装具着用下で問題なく行えた。職場内の階段昇降は降段時に右踵の引っ掛かりが見られた。勤務先が工務店であったことから手すりの設置が可能であり、勤務先上司とリハビリスタッフにて手すり設置位置を決めた。

当院入院3カ月半後に自宅退院し、訪問リハビリにて通院練習を行い、当院入院4カ月後に職場復帰した。

6 職場復帰後の課題

職場復帰3カ月後、当院リハビリスタッフで勤務先へ訪問した。本人と勤務先上司を含めて、職場復帰後の動作確認や課題について話す機会を得た。

身体機能面は入院時に比べて右足関節可動域制限を認めた。歩行や手すりを使用した階段昇降は安全に行っていた。復帰後は事務作業だけでなく可能な範囲で雑務作業を行っており、荷物を運ぶ作業やしゃがみ動作に不安を感じていた。高次脳機能面は電話をしながらメモを取る際に字が小さくなることや画数の多い漢字の書きづらさを感じていた。自動車運転は左足でのアクセルやブレーキ操作に不安を感じており自動車運転を再開していなかった。通勤は妻の送迎、外勤は他のスタッフが同行していた。

職場側からは病名だけでは重症度が判断できないため当院入院時に身体状況を把握したかったと意見が挙がった。本人家族を仲介して情報収集をするため聞きづらい内容も

あったとのこと。また階段の手すり設置に時間を要したため動作練習の時期がもう少し早い段階だと余裕を持って準備ができたという意見が挙がった。

7 考察

脳卒中患者の障害像は多様であり、環境因子に左右される事も多いため復職支援において予後予測は難しい。脳卒中患者の復職条件として①日常生活動作遂行能力が高い。②疲労感無しに少なくとも300mの距離が歩行できる。③作業の質を低下させず精神的負荷を維持できる。④障害の受容が出来ている。の4点が挙げられる¹⁾。これらの条件に本症例を当てはめると退院時点においてはどの項目も満たしていた。本症例は退院後すぐに復職は可能な状態にあったが、復職後に身体的機能面や高次脳機能面、自動車運転再開の課題が挙げられた。また職場側から身体状況や動作確認の時期についての意見も挙がった。身体機能面は雑務作業の内容を把握していなかったことから、ダンボールを把持した移動やしゃがみ動作等の応用的な動作練習を実施していなかったことが課題となった。高次脳機能面は入院時より評価上に大きな問題が見受けられなかったため、パソコン操作練習のみ実施し書字動作や二重課題を重要視していなかったことが課題となった。また自動車運転は運転再開時期の基準を明らかに示したものはないが、脳卒中患者の運転再開時期を調査した結果、運転再開までの期間は平均7.6±6.4カ月であったと報告している²⁾。本症例において退院後のサービスとして訪問リハビリを利用したことから、退院後に継続的なSiDSや実車教習に行くことができなかった。そのため、入院中から退院後のサービス調整を慎重に行うべきだと考える。

退院時に復職条件を満たしている患者においても復職後に様々な課題が挙がる。転院や退院等で病院や主治医が変わるタイミングは脳卒中患者本人と事業者が情報共有する機会として有用である³⁾。本症例では全ての仕事内容を本人から聴取できていなかったことによる課題も挙がっているため、職場との面談時期や動作確認時期を検討する必要があると思われる。

【参考文献】

- 1) Merlamed S, Ring H., Najjenson T: Prediction of functional outcome in hemiplegic patients. Scand J Rehabil Med 12:129-133, 1985
- 2) 井上拓也, 大場秀樹, 平野正仁, 武原格, 一杉正仁: 脳卒中患者における早期の自動車運転再開の実態と背景について. 日職災医誌67: 521-525 (2019)
- 3) 厚生労働省: 脳卒中に関する留意事項. 事業所における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン. 厚生労働省, 東京, 2016: 27-31

リハビリテーション病院におけるリワークプログラムの開発

○上杉 治（社会福祉法人聖隷福祉事業団 浜松市リハビリテーション病院 作業療法士）

1 背景

本邦において障害者の雇用は、毎年過去最大を更新し続けており¹⁾、障害を負った方の就労支援は国をあげた関心事となっている。がんを思いながら就労を継続できるよう「仕事と治療の両立支援」が医療保険で算定できるなど、この流れは医療機関においても求められてきている。

さらに2019年から疾患が拡大され、脳卒中の方もこの「両立支援」で算定される事となった²⁾。これらは国をあげて、病気や障害を負っても、働ける環境を創っていかうという動きがある事を意味する。また今後も疾患の種別は拡大していくことが予測され、就労を支援するという取り組みはリハビリテーション病院で益々重要視される事になっていくものと思われる。

一方現場の医療機関でどのような支援が行われているかという報告は少なく、多くの報告は横断調査研究により神経心理学検査の就労基準値を扱ったもの^{3) 4) 5)}や福祉の領域で支援を行った報告⁶⁾など、医療機関の介入に関する知見は乏しい状況である。

本発表は、事例を通じて地域リハビリテーション病院に起こっている就労支援の課題を提示し、その対策として当院で行っているリワークプログラムの取り組みを報告する。

2 事例報告

事例は脳梗塞発症後、麻痺はないが高次脳機能障害のある40代男性。職業は中学校の体育教師であり、病前は生徒指導や部活動の顧問など多忙であった。発症から21日当院亜急性期病棟入院、落ち着かず離院され、退院となった。発症51日より外来作業療法開始。外来作業療法では高次脳機能評価、通勤のための運転評価をし、内省を深めさせ行動変容を促した。また会社との調整を行った。発症235日段階的に復帰し、289日完全復帰した。

事例は授業のみうけもつ形で復職した。復帰半年経過後も問題なく働いている。神経心理学検査は発症後250日までは改善したが、その後は変化していない。ICFコードでは職業準備性の改善が見られたが、代償戦略の実行には課題が見られた。

3 問題の所在

(1) リハビリテーション病院の治療構造的課題

Crosson（1989）⁷⁾は、高次脳機能障害者にはawareness（気づき）が重要であると述べており、awarenessには知的awareness、体験的awareness、予測的

awarenessの段階があるとしている。リハビリテーション病院の訓練は、1対1が基本であり障害に対する知識を提供するといった知的awarenessには介入しやすい構造といえるが、体験的awareness、予測的awarenessへの介入は構造的に困難性が強く、模擬的就労環境のような、新たな治療環境を構築する必要があると考える（図1）。

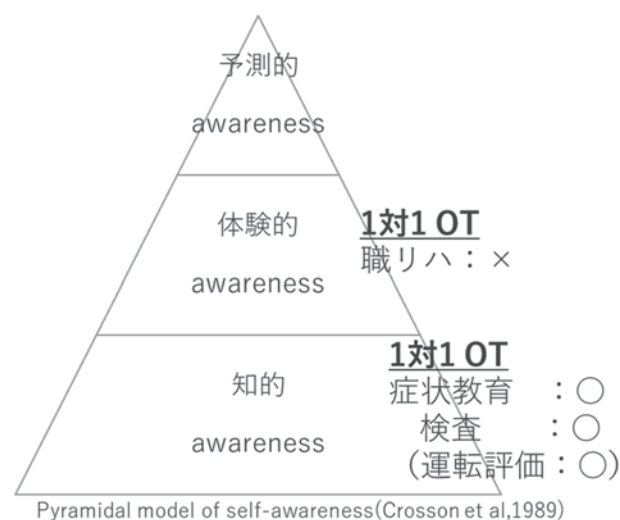


図1 リハビリ病院における治療構造的課題

(2) 社会制度的課題

障害福祉サービスにおける就労移行支援等は、新規就労者を対象としている。リハビリテーション病院で対応することの多い現職復帰に向けた患者は、医学的診断が求められる支援には必ずしも適合しない部分もある。また市町村によっては現職場に所属しながら、障害福祉サービスを利用するという事に否定的なところがある。

4 取り組み

(1) これまでの経緯

このような中、当院では2010年より院内ボランティアという形を取り、対象患者に対しメモ用紙作成、アンケート入力、封入作業といった作業訓練を提供してきた。

2019年これまで行ってきた就労ボランティアを、院内に広く広報し、各職場から作業を切り出すなど仕組みを整えてきた。また名称もリワーク「momo」とし、現職復帰者向けのプログラム化を検討してきた。2020年から2023年まではCovid19の影響で頓挫したが、2023年後半～現在にいたるまでこの取り組みを進めている。

(2) 構造

目的は復職するために職業準備性を整えること、また同質の体験をした患者同士の共同的作業を通じピアグループをつくることである。

対象は当院通院患者とし自力で作業療法室に来られるケースとしている。

時間は9:00～12:00までの午前クールと13:00～15:00の午後クールを設けている。

内容は院内から切り出した軽作業の実施、また希望者には症状教育を中心としたグループ訓練を行っている。これとは別に1対1の作業療法訓練を行うことで、awarenessに介入している。

momoの作業指導者は、当院の元入院患者でその後外来での支援、ボランティアの体験を通じて障害者雇用をしている職員が担当している。

(3) 連携

momoを行いながら担当作業療法士は随時企業・主治医などと連携を取り、復職のタイミングなどを調整している。主治医の診察にて医師、作業療法士、看護師、企業担当者が集まり、今後の復職までのプランを共有する事が一般的である。

また復職が難しいという判断になった際には、MSWを通じ相談支援事業所などと連携し新規就労を目指すため就労移行支援事業所などへ繋ぐこともある。

介護保険を申請している第2号被保険者のケースはケアマネジャーと連携しながら、今後の方向性を模索することになる。なお当院は病院内にみなしの通所リハビリを運営しているため、通所リハビリに来所しつつmomoを利用するケースも増えてきており、この場合はケアマネジャーとは緊密に連携をとることになる。

(4) 障害者雇用

momoでの支援を行いながら、復職が難しいという判断がなされたケースなどは、当院または事業団内の障害者雇用求人を紹介することもある。R8.7～雇用率が上昇することもあり、この流れを構築する事は喫緊の課題である。

5 Outcomes

2023年は11名利用し4名が復職、2024年は13名利用し4名が復職した。また2024年度院内における経済効果を表1に示す。計算式は作業時間×0.6人工×静岡県の最低賃金で算出した。

6 考察

当院に与える影響というミクロな視点で考えれば、この取り組みは、患者の復職支援における1つのモデルとなり得ると思われる。1対1の個別訓練の限界を乗り越えられ

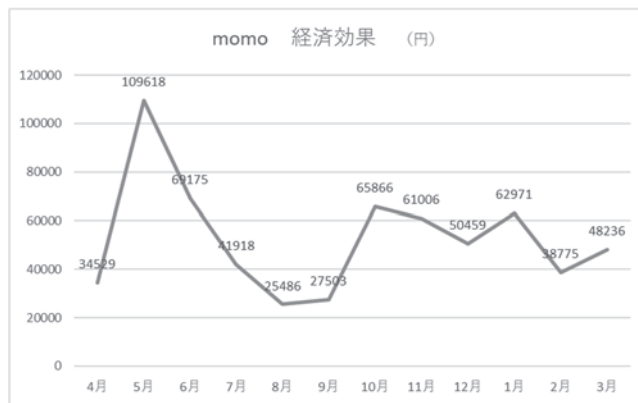


表1 リワークプログラム経済効果

る可能性が考えられる。また病院経営という視点でみれば、看護・介護人材の不足をはじめとした労働者不足を解決する可能性を秘めている。

国内全体のマクロな視点でみると、市町村を含めた公的な行政サービスの経済的限界を補完し、持続性のある支援体制を構築できる可能性が考えられる。

今後はこの取り組みの治療効果をどう提示するかといった研究デザインなどを検討していく事が求められると思われる。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省職業安定局雇用開発部障害者雇用対策課：今後の障害者雇用促進制度の在り方に関する研究会報告書。
<https://www.mhlw.go.jp/content/11704000/000341830.pdf>
- 2) 独立行政法人 労働者健康安全機構：脳卒中に罹患した労働者に対する治療と就労の両立支援マニュアル。
https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/kinrosyashien/pdf/bwt-manual_stroke.pdf
- 3) 澤田梢，橋本優花里，近藤啓太，丸石正治：高次脳機能障害の就労と神経心理学検査成績との関係―判別分析を用いた検討―。高次脳機能研究30(3)：439-447，2010。
- 4) 小川圭太，稲垣侑士，角井由佳，吉田奈美，堀亨一，他：高次脳機能障害者における就労能力判断基準の検討。国立大学リハビリテーション療法士学術大会誌36：17-19，2015。
- 5) 赤嶺洋司，平安良次，上田幸彦：高次脳機能障害者の就労と神経心理学的検査成績との関係。総合リハ43(7)：653-659，2015。
- 6) 柳沢君夫：自立訓練を利用する高次脳機能障害が疑われた男性の就労への取り組み。社会福祉学，2008，49.2：163-175。
- 7) Cosson,B et al: Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. Journal of Head Trauma Rehabilitation, 4, 46-54, 1989.

【連絡先】

上杉 治
社会福祉法人聖隷福祉事業団 浜松市リハビリテーション病院
e-mail : osamu.uesugi.hbf@sis.seirei.or.jp

リワーク支援における利用者とのかかわりについて

○角 智宏（社会福祉法人清流苑 本部長）

1 はじめに

私は福祉の現場に入り10年目を迎えたが、昨年、法人内で精神疾患を発症した利用者の方と向き合う機会を得た。

これまでかかわってきた皆さんは、一時的に復職できても、再発したり、休みが多くなり、退職される方がほとんどであった。今回のケースは現在のところまで、安定して出勤ができており、その原因と対応策について再考察してみた。

2 精神疾患を発症した利用者支援の在り方に対する考察

(1) Aさんについて

Aさん（25歳 男性 知的障害 療育手帳B1）

特別支援学校の産業現場等における実習を経て、高等部卒業後、当法人（就労継続支援A型）へ入職し、同時にグループホームでの集団生活も始めた。

Aさんは普段から物静かで、意思表示も少ないタイプでありながら、自ら私たち支援者にかかわり、コミュニケーションを取ろうとする一面もある。

入職後、しばらくは作業も順調であったが、作業が変わり、対応できない場面が多くなり、一時はB型へのサービスの変更も検討していた。

そんなAさんが自身の能力を最大限に生かすことができる施設外作業先Bの企業と出会ったのは令和3年のころだった。

大手半導体企業の下請け先で、部品を並べる作業（物詰め）であったが、これがAさんの能力を十分に発揮できる作業であった。時間が経つにつれ、企業側からも「Aさんはいなくては困る人材」と言っていたできるようになり、私たち支援者も嬉しい限りであった。

生活面においてはグループホームに入所し、生活を行っているが、自分のペースで生活できる一方で、集団生活の中での活動も問題なく行うことができていた。



図1 Aさんの作業の様子

(2) Aさんの変化と精神疾患の発症について

Aさんはこれまでの約6年間、大きな問題もなく仕事も生活もできていた。ただ、これまでも時期によってはうまく意思疎通ができないケースがあったり、ぼーっとして手が止まるケース、話をよく聞いていないケースなどもあったため、現場の職員とは逐一情報共有をしていた。

そんなAさんが、体調を崩したきっかけというのはいくつかあると思うが、昨年の秋に祖母が亡くなったことがきっかけだったのではないかと推測される。

一時期は元気がなかったが、落ち着きも取り戻し、乗り越えたかと思った矢先に、まずはグループホーム内での行動に以下のような変化が現れた。

- ・大声で叫ぶ
- ・仲間の部屋に入り、ベッドで横になる
- ・トイレに入っている人を閉じ込める
- ・洗面台で水浸しになりながら髪や顔を洗う
- ・部屋のドアや、壁を叩く

などの行動が現れ、当初は私が行くと落ち着いていたが、だんだんとそれも効かなくなっていった。そのため、まずはAさんと話し合い、心療内科を受診することにした。

心療内科では、カウンセリングや気持ちを落ち着ける漢方薬が処方され、数日間は落ち着いたように見えた。しかし、夜中に騒いだり、他人に迷惑行為をするような状況が続いたため、再度受診をしたところ、先生からは「精神科を受診するように」勧められた。

地元には2カ所の精神科病院があるが、2カ所とも満床かつ定期受診していないと、原則緊急的な対応をしてもらえず、普段地元の精神科にかかっていないAさんは、なかなか対応してもらえない時間が続いた。

私たちが勤務を終え、帰宅した後も奇声を上げたり、外に出て自転車のタイヤの空気を抜いたり、グループホームの他の利用者も限界に近付いていた。

(3) 措置入院と関係機関など周囲への対応

県が設置している、精神科救急医療電話相談窓口にすぐる思いで電話をし、数時間後、県立の精神科病院に対応をお願いすることができた。

Aさんの家族は父親だけであり、夜勤のお仕事もされているため、なかなか連絡が取れなかった。医療保護入院は家族の同意が必要なため、ここに時間がかかってしまった。

ようやく同意を頂き、21時過ぎに事業所を出発し、1時

間半ほどかけて病院へ到着。そのまま入院となった。

遠方という事もあり、家族と連携しながら本人のサポートを行っていくために、退院を見据えてネットワーク構築を始めることにした。

Aさんを中心として、家族、福祉（A型事業所、グループホーム、相談支援事業所等）や医療（精神科病院、医師、地域医療連携室等）、地域資源（訪問看護、行政、自立支援協議会等）思いつく機関には一通り協力を要請した。

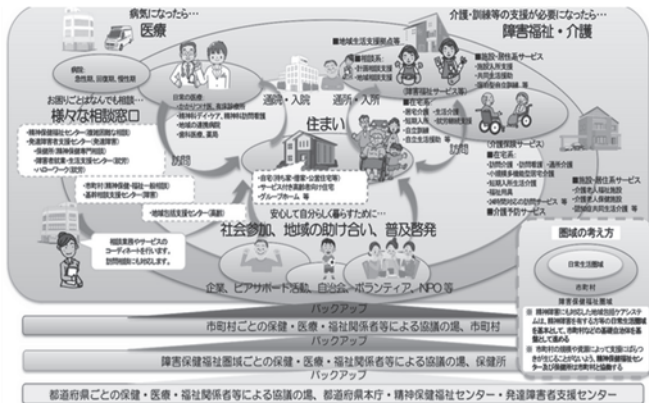


図2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について（厚労省HPより）

合わせて取り組んできたのが、グループホームの他の利用者の受け入れ態勢も一緒に考えることが必要だった。そのためAさんの一時退院に合わせて、数回にわたり外出支援を行い、一緒に食事をしたり、活動することで現状のAさんの様子を知ってもらい、不安を取り除くことを意識した。そのため、退院後もスムーズに受け入れることができていた。

Aさんは退院後、現在まで比較的安定して仕事や生活を送ることができている。その背景には、Aさんが退院した後を見込んで、事前にいろいろな準備をしてきたことが上手くいっている部分と、医療機関との連携を密にしていた点がある。

退院間際に担当の先生から「苦しくなったらいつでも連絡して、来ていいからね」とアドバイスもらったAさんは、どんなに心強かっただろうか。私たち支援者もこの言葉が、これからAさんとかかわっていくうえで、どんなに心強かっただろうか。

(4) リワークに向けて

退院が決まり、Aさんの希望は一日でも早く、施設外先Bの企業へ復職したいとのことだった。担当医からは「まずは半日程度から」というアドバイスをいただき、同時に訪問看護で服薬管理等も行っていた。

まずは慌てずに、できる範囲でよいと企業の方がAさんに声をかけてくださり、毎日、仕事終わりにはその日の実績や、体調や気分を聞きながら、3週間かけて元の時間に

戻すことができた。ここにはAさんの「復職したい」という強い思いと、サポートし、待っていてくださった施設外先の企業Bの配慮が、うまくいった背景にあると考えている。

(5) メンタルヘルス・ファーストエイドの重要性

精神疾患を発症したと考えられる際に、適切な専門的支援を受けるか、あるいは危機的状況が解決するまで、私たち支援者はどのように対応していくべきか、悩むことも多かった。専門家の支援が提供される前にどのような支援を提供すべきか、どのように行動すべきか、という対応法を身につけるものがメンタルヘルス・ファーストエイドである。

私の職場には、看護師の方や精神保健福祉士が在籍しているが、実質的には業務としてカウンセリングをしたり、疾患の対応にあたることは「まれ」である。

今回の経験を経て、メンタルヘルス・ファーストエイドの書籍と出会った。読み進めるうちに自分で解決しようとするものの危険性や、日ごろからどこに専門家がいる、社会資源として何があるかを知っておく必要があり、ネットワークの構築に取り組んでおくと、スムーズにつながることができるかと改めて感じた。

3 さいごに

10年目で初めて「発症→治療→復職」の流れがスムーズにいったケースで、これまでどうしてうまくいかなかったのか、再考察するうえで以下の結論に達した。

- ①医師の指示する治療や服薬が正しく行っていたか
- ②単に「調子が悪い」と解釈していなかったか
- ③変化に気づくことができていたか
- ④関係機関と連携が取れていたか

このように、①に関しては医療機関等との連携、②以下については、支援者の「スキルの向上」が求められる部分である。福祉の現場では日頃から精神疾患を抱えた方と向き合う機会も多いため、どのようにかかわっていくか学び続ける必要がある。

私自身もさらに幅を広げ、Aさんのように復職し、1人でも多く、これまでと同じような生活を送ることができる方を増やしていきたいと考えている。

【参考文献】

「専門家に相談する前のメンタルヘルス・ファーストエイド（心の応急処置マニュアル）」（創元社、2012）

【連絡先】

角 智宏（すみ ともひろ）
社会福祉法人清流苑 出水事業所
e-mail : seiryuen-honbu@outlook.jp

再発予防から就労継続へ

ーリワーク支援における構造的グループ・ダイナミクスの活用ー

○松石 勝則（キャリアコンサルタント2級技能士、公認心理師、社会福祉士、精神保健福祉士）

1 はじめに

うつ病の再発率は、再発を繰り返すほど高くなり、2回目の再発率は約70%、3回目以降は90%にも達することがあると示唆されている¹⁾。そのため、職場復帰、いわゆるリワーク支援の重要性が高まっている。

2024年度の報酬改定以降、福祉事業所がリワーク支援分野に参入するケースが増えている。しかし、医療機関が実施する医療リワークが医療モデルに基づく包括的な介入を行う一方、福祉リワークでは就労支援や生活支援が中心となり、プログラムの質的な格差が指摘されている。

リワークは単に職場に戻るということを越えた、ライフキャリアを全うするための支援であるとされており²⁾、再発予防を目指すだけでなく、復職後の就労継続を支援する視点が不可欠である。

特に、就労継続において対人関係能力・主体性・働く意味の再構築を欠かせない要素として、本稿では福祉リワークにおけるグループ・ダイナミクスの活用について焦点を当てる。

2 グループ・ダイナミクスを活用した実践モデル

レヴィン（Lewin, 1947）によると、グループ・ダイナミクス（Group Dynamics）とは、集団内における相互作用の過程や構造、成員間の関係性の変化を研究する心理学的概念とされている。

アージリス（Argyris, 1957）は、人間の成長過程を「未成熟」から「成熟」への連続的発達として捉えた。

メンタル不調者は休職時において受動的・依存的な未成熟状態にあり、復職後には自律的かつ主体的なキャリア形成力が求められる。集団の場合は、成長を促進する装置として機能することが望まれる。

リワーク支援においてグループ・ダイナミクスを導入する意義は、①職場という社会的集団への再適応、②自己有用感の再構築、③対人ストレスへのレジリエンス向上、の3点と考える（表1）。

自己有用感とは、「他者や集団から役に立った」、「喜んでもらえた」、「必要とされた」と感じる感情であり、相手の存在なしには生まれない感情である（文部科学省国立教育政策研究所, 2015）。特に、リワーク支援においてはグループ活動や役割遂行を通して自己有用感を高め、それが自尊心を支えるという相互促進的な関係が重要となる。

表1 グループ・ダイナミクスの機能

グループ・ダイナミクスが果たす3つの機能		
①再適応	②自己有用感・自尊心	③レジリエンス
・協働体験 ・対人葛藤体験	・役割獲得と貢献感 ・仲間からの承認	・他者からの共感 ・挫折からの回復学習

※ 就労継続にはこの3要素の統合的発達が必要

3 利用者の成長プロセスにおける活用モデル

リワーク支援において利用者の成長を促す為のプログラムについては、再発予防と就労継続の2つのフェーズに分けて考えられる。

- ・再発予防フェーズ：個別面談や通院、自己理解支援が中心。生活リズムの安定化や自己肯定感の回復を目指す。
- ・就労継続フェーズ：集団プログラムの参加。グループワークを通じて役割意識や貢献感を育む。職場模擬体験で対人関係能力を高める。

4 スタッフ育成モデル

福祉リワークでは、医療機関のように精神科医や臨床心理士といった臨床経験豊富な専門職が常駐するケースが少ないため、うつ病・適応障害など精神疾患の再発予防や心理的变化の兆候把握に関して、気づきづらい場合があると考えられる。

経験不足のスタッフは「マニュアル通りの対応」や「表面的な励まし」に偏りやすく、本質的な課題に働きかけられず、利用者が職場復帰後に直面する複雑な対人関係や役割変化への耐性が養われにくくなる。

アージリス（Argyris, 1957）は、組織の管理方式が成員の成熟を阻害すると、依存的・防衛的行動が固定化され、潜在能力が発揮されないと指摘した。アージリスによる二重ループ学習理論によれば、行動の誤りを修正する一重ループ学習だけでは、環境変化や新たな課題に柔軟に対応することは難しいとされている。

特に利用者は、過去の働き方や価値観、職務上の前提条件が自身のストレス反応や対人関係の問題に影響していた可能性があり、これらを再検討することが就労継続の鍵となる。

さらに、リワーク支援においては利用者を支援するスタッフ自身が支援について単なるスキル習得（一重ループ

学習)に留まらず、「支援とは何か」、「利用者の主体性とは何か」といった前提を問い直す事(二重ループ学習)が必要であり、定型化(防衛的ルーチン)したものではなく、利用者の主体性回復を軸とした支援を提供する必要があると考える(図1)。

「未成熟-成熟理論」と、組織学習理論における二重ループ学習を統合した枠組みが本稿でのスタッフ育成モデルである。

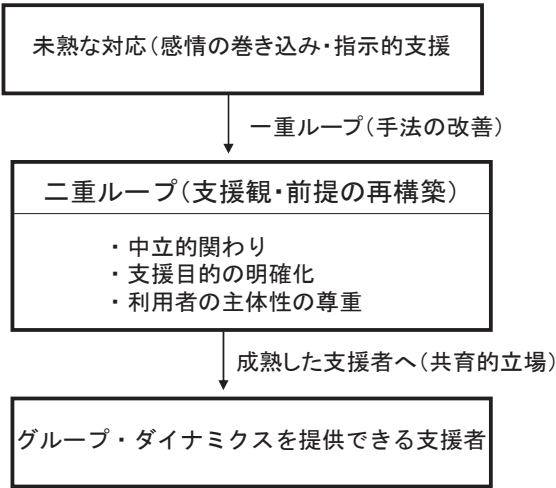


図1 スタッフ育成モデル (未成熟×二重ループ)

スタッフ育成における二重ループ学習のプロセスは以下のとおり。

- ・ステップ1：自身の支援行動に対するフィードバックを受ける。
- ・ステップ2：準拠枠(前提・価値観)を客観的に把握する。
- ・ステップ3：支援目的や価値観を問い直す。
- ・ステップ4：新しい支援アプローチを設計・実施。
- ・ステップ5：利用者との相互作用の中で主体性を向上させる。

5 考察とまとめ

グループ・ダイナミクスは、利用者の社会的適応力を高めるだけでなく、支援者の二重ループ学習を促進し、プログラムの持続的改善に資すると考えられる。

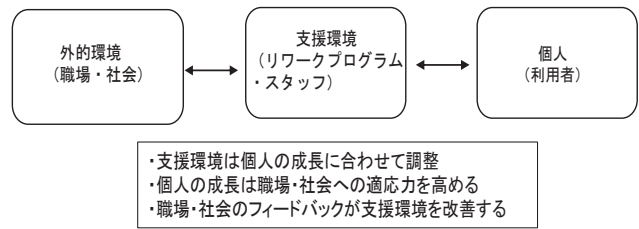


図2 リワーク支援における成長構造と支援環境の関係モデル

これらの取り組みにより、リワーク支援は単なる再発予防に留まらず、利用者自身が主体的なキャリアを再構築し、社会復帰するための重要な基盤となると考える。

【参考文献】

1) 地域におけるうつ対策検討会報告書 厚生労働省より (2024)
2) リワークプログラム標準化の取り組みとリワークの効果研究 (2020)
3) 文部科学省 (2015). 生徒指導リーフ「自尊感情」?それとも「自己有用感」?, 生徒指導・進路指導研究センター
4) Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics.
5) Argyris, C. (1957). Personality and Organization. Harper and Row.
6) Argyris, C., & Schön, D. (1974). Theory in Practice

【連絡先】

松石 勝則
e-mail:matsu_knri86@max.odn.ne.jp

休職からの復職率75%以上、復職半年後の定着率90%以上 にむけた取り組みについて ～未経験者でもできる仕組み化～

○原 沙織（株式会社SHIFT 人事本部 ビジネスサポート部）

1 株式会社SHIFTの取り組みについて

株式会社SHIFTはソフトウェアの品質保証・テストの強みを軸に、ITの総合ソリューションを提供している。従業員数は2025年5月末時点で単体7,815人、連結14,726人、グループ会社は2025年7月時点で40社となっている。障がい者雇用を推進する人事本部ビジネスサポート部（以下「ビジサポ」という。）は『日本一才能と能力を活かせる会社を目指す』ことをミッションに2025年6月1日時点で計182名（内、障がい社員158名）が所属し、実雇用率2.69%、定着率86.9%¹⁾となっている。主にSHIFTグループのBPO機能として、定期業務381件、スポット業務561件、計942件以上の多様な業務を担っている。障がい種別は精神障害の割合が約88%となっている。

2 ビジサポの休職者・復職者状況

直近3年間でビジサポの休職者の休職要因はメンタル不調77.7%、身体的不調14.6%、家族の看護・介護2.9%、その他となっている。メンタル不調の主な内訳は環境変化や業務負荷37.9%、障がい状況の悪化20.4%、人間関係10.7%、プライベート7.8%である。また、休職期間は平均2ヶ月で、復職率は78%、復職後6ヶ月の定着率は93%となっている。なお、一般社員のデータではあるが、J-ECOHスタディ²⁾によると休職者の休職要因はメンタル不調52%、がん12%、外傷メンタル不調による休職者において、休職期間3ヶ月までの復職率は35%である。また、主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究³⁾によると復職6ヶ月後の再休職率は19.3%である。

ビジサポではSHIFTの休職制度を上手く活用し、体調が悪化し過ぎる前に早めに休養して短期間で復帰できる状態を目指し、休職・復職後のフォロー体制を仕組み化した。それにより復職後は、休職前よりも自己理解が深まり、安定した勤務を維持している。また、仕組み化によりメンタルヘルス領域の未経験者でも対応できる体制となっている。

3 休職対応以外のメンタルヘルス対応の施策

ビジサポでは健康経営の観点でメンタルヘルス対応の施策を行っている。組織を横断するメンタルヘルス担当者を設け、メンタルヘルス担当者と全25チームの各管理者であるアシスタントマネージャー（以下「AMG」という。）

の役割と連携方法について標準化した。

(1) 1次予防（セルフケア）

日々の体調安定に向けたセルフコントロールを行う。

ア 毎朝のヘルスチェック

出勤時に前日からの服薬状況、睡眠、食事、身だしなみ、体調などの項目を入力し、日々の細かな変化に合わせた業務や体調の調整を行い、早めに回復・解決へ繋げる。

イ AMGとの雑談・相談（ざっそう）

業務、体調、人間関係、プライベートなどについて定期的に雑談・相談する機会を設けている。

ウ メンタルヘルス担当者などとの雑談・相談（ざっそう）

直属のAMG以外の管理者、メンタルヘルス担当者など、誰にでも相談できることを周知し、適時対応・連携する。

エ 自己認知向上研修（内部研修）

ストレス対処や生活リズム、医療機関との関わり、コミュニケーションなど月1回、計12回行い、安定した社会生活を行う上で必要な知識・観点を主体的に学ぶ。

(2) 2次予防（ラインケア）

不調の際は早期発見・改善に向けた対応を行う。

ア 勤怠不良者への早期介入

毎週勤怠不良者に対して、不調の原因と対策、その後の改善状況を把握し、悪化しないように対策する。

イ 産業医面談の積極活用

健康相談や、不調が続いている方、不調になるリスクが高い方など、会社としての対応・配慮などを確認する。

ウ 労務との連携

ビジサポだけでは決められない複雑な対応など、適時確認・連携する。

4 3次予防（ラインケア）

1～2次予防で体調の安定や体調悪化時の早期対応をしても体調の回復が難しいこともあるため、その場合は積極的に休職を活用している。休職前・休職中・復職後とそれぞれの段階におけるAMG、休職担当者、メンタルヘルス担当者の役割やフローを標準化した。

(1) 休職前

勤怠不良者への対応で業務調整や一時的な在宅勤務の増加で回復に繋げることもあるが、選択肢の1つに休職がある場合は、AMGがSHIFTの休職制度やビジサポのフォ

ロー体制について説明する。休職をポジティブに捉えられるように伝え、休職に入ったら休職担当者へ引き継ぐ。

(2) 休職中

ア 体調ヒアリング

月1回体調の経過を伺い、回復度合いを確認する。睡眠時間、中途覚醒や仮眠の有無、食事などの生活リズム、日中の過ごし方、通院状況、メンタル面など多面的に見る。思うように回復していない時はその原因になりそうな事象や考え方の傾向、特性などを整理して対策をお伝えし、休職期間をより有効に過ごせるよう認識合わせを行う。また、復職の判断をする通院前にも本人の意向と現在の体調を確認する。回復途上で焦って復職する可能性がある場合は現在の状態を客観的に整理して休養の必要性を伝えるなど、適切な休職延長、復職に繋がれるようサポートする。休職中の過ごし方は復職率に大きく影響するためメンタルヘルス担当者も同席し、専門的な観点からも確認する。

イ 産業医面談

休職中の回復具合を見て復職後も不調になる可能性がある場合は実施する。会社として復職にあたり本人とすり合わせている働き方で問題ないか、他に必要な配慮や留意事項がないか産業医に助言をもらい、連携する。

ウ 復職前面談

復職時は負荷の少ない業務から始め、復職6ヶ月後には休職前と同等まで回復できる状態を目指している。そのため、着実に取り組むためのツールとして職場復帰チェックリストと職場復帰支援プランを作成した。復職者、AMG、休職担当者が復職前、復職後6ヶ月間、毎月振り返り面談を行う。また、合理的配慮として主治医や産業医の意見、本人の希望があれば、6ヶ月間は雇用形態を変更せず以下の配慮を行い、段階的に元の勤務形態に戻している。

- ① 時短勤務（6時間勤務以上）
- ② 休憩時間の増加
- ③ 在宅勤務の増加

上記以外にも不調のきっかけになった事象や回復具合を見て業務や人との関わりなど必要な調整を行い、安心して復職できる働き方をすり合わせて、職場復帰支援プランに記載する。

(3) 復職後（毎月の振り返り面談）

ア 職場復帰チェックリスト

主に生活習慣や体調管理、業務遂行に関する内容についてAMGからヒアリングする。復職前は18項目だが、回復期間に合わせた必要な観点を追記して6ヶ月後には34項目となっている。各項目の遂行度合いを4段階で評価し、チェック項目のなかで特に重要視している項目を抽出した重要項目と、それらを含めた全項目、それぞれ平均3.0以上を復職の目安としている。復職者は1ヶ月間の状態と過

去に安定して勤務していた時の状態の2項目を評価する。数値が低い項目でも安定していた時と変わらない場合や良くなっている場合もあるため、回復状況を相対的に判断する。また、自己評価は性格や特性で過小・過大評価となる場合もあるため、職場評価も記載する。差があれば現在の状態を適切に理解し、次の1ヶ月に向けた状態像の認識合わせをして無理なく着実に遂行できるようサポートする。

イ 職場復帰支援プラン

休職担当者が確認する。職場復帰チェックリストの内容から勤怠実績や平均点、できていることや留意点を抜粋してまとめる。それを踏まえて次の1ヶ月の業務内容や配慮事項、意識することなど無理なく取り組めるよう認識合わせを行う。

入社前に支援機関に通所して自己理解や対処法を学んでも環境が変わることで適応が難しいことも多い。休職を期にこれらの仕組みを通して不調になった原因を振り返り、不調のサインや傾向、自身の課題の対処法を学び、自己理解が深まる。そしてセルフコントロールができるようになることで、よりその方に合った働き方となり、休職前よりも安定した勤務へと繋がっている。また、確認項目や必要な観点を可視化したことでメンタルヘルス領域の未経験者でも対応できる体制となり、面談を通して必要な観点を体得し、日々のマネジメントに生かしている。

5 今後の展望

現在のメンタルヘルス施策は、休職・復職者の対応に限らず障がい者雇用が進み、組織が拡大し続けるなかで生じた様々な事象や課題から教訓を得て仕組み化を行ってきた。まだまだ課題も多くある。企業として休職に至らないような環境作りや働き方ができることが前提ではあるが、精神障害の社員が多いなか、様々な要因で調子を崩す方も多い。休職制度を有効に活用して、キャリアブレイクという観点で時には休んで自身を振り返ることで、長く働き続けられるようポジティブに捉えて取り組んでいきたい。

【注釈】

- 1) 2024年8月31日時点
- 2) 民間企業における長期疾病休業の発生率、復職率、退職率の記述疫学研究：J-ECOH スタディ
<https://www.zsisz.or.jp/investigation/179178c10a7c0fac551cc788f9745d921520b636.pdf>
- 3) 主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/hojokin/dl/28_14010101-02.pdf