

就労継続困難ケースのアウトリーチ支援の一例から見た 一般病院に勤める作業療法士の限界と可能性についての考察

- 中井 秀昭（滋賀県立リハビリテーションセンター 作業療法士）
乙川 亮・高松 滋生（滋賀県立リハビリテーションセンター）
田邊 陽子・小西川 梨紗（滋賀県高次脳機能障害支援センター）
川上 寿一（滋賀県立成人病センター）

1 はじめに

高次脳機能障害は様々な症状を呈する事や、症状が一定ではなく、本人や家族、または周囲の人が障害を理解して受容するには時間を要する事が多い。また、職場においても職業能力や損傷により引き起こされる行動が理解されず、仕事があまくいかない理由を個人の問題にされてしまう事や、職場内での人間関係に問題等を生じることが多くある。

それらの課題に対し、当センターでは、障害のある方が勤務する職場や活動の場に、職員（理学療法士・作業療法士）が訪問し、身体・認知・遂行機能などの面から評価し、それに応じた作業および就労環境の整備や職務内容の提案等を行う事業を展開している。さらに、滋賀県では高次脳機能障害に関する相談や実際場面での評価・助言・検討等を行う支援チームが組織されている。

今回、企業側から高次脳機能障害支援センター（以下「支援センター」という。）に実際の就労場面における具体的な工夫や助言を求める相談があり、そのチームの一員である当センター作業療法士（以下「リハセンOT」という。）が対応した。その一例の介入を通じて、一般病院に勤める作業療法士が果たす事のできる就労支援におけるその限界と可能性について考察し、報告する。

2 症例紹介

40代男性。X年交通事故にて外傷性脳損傷（左前頭葉、眼窩外側壁骨折）受傷しA病院に入院。その後回復期を経て、退院（受傷後5か月目、以下同様）。退院時日常生活動作においては特に問題なく、障害の自己認識、聴覚記憶、同時処理能力、論理的思考等の低下がみられた。社会生活フォロー及び職業前訓練・評価を目的にB病院にて外来通院を開始（7か月目）。同時にCセンターで実施している就労等の社会参加を目的とした高次脳機能障害者の集団プログラム参加（11か月目）。さらに、地域障害者職業センター（以下「職セン」という。）で生活リズムの構築や作業スキルの向上を目指した早期就職支援が開始される（12か月目）。その後、前職復帰の場合の問題点の把握も目的にしたリハビリテーション（以下「リハ」という。）出勤が開始（週2回、3時間）（13か月目）された。リハ出勤における課題と検討を行った結果、3か月間広域障害者職業センターにて

現職復帰に向けた職業訓練を受ける（20か月目）。その際、広域職業センターから現職復帰が困難と判断される。その後、異動を前提としたリハ出勤を再度行い（この際ジョブコーチ支援は企業側に断られる）（24か月目）、その後正式に職場復帰に至った（27か月目）。

3 経過

(1) B病院での介入経過

B病院では本人、家族、職セン、企業等と情報共有を行いながら、職場や日常生活において起きている事について情報収集し、その対応策について医師、作業療法士（以下「OT」という。）、言語聴覚士（以下「ST」という。）、臨床心理士（以下「CP」という。）、ソーシャルワーカーを含めた様々なアプローチを行ってきた。

外来におけるリハは認知機能訓練、職業前訓練、神経心理学検査、機関連携を各種職種で分担し行うこととなっていた。またOTでは、作業場面での遂行機能の評価や、その修正に必要なコミュニケーションの手段について、実際の仕事とは異なる作業場面を設定し評価・訓練を行っていた。職業訓練校での訓練後ST、CPは継続的に実施していた。正式復職後、各種機関と連携を取りながら継続的フォローは行っていたが、大きな変化はなかった。産業保健師、現場の上司、家族、B病院主治医との面談にて、企業側から職場で起きている事象（同僚とのコミュニケーションが取れない、決められた配置場所にいない、質問に対して事実とは異なる報告を行う、業務における見落とし）についての報告があった（72か月目）。それに対し、B病院医師から評価と照らし合わせた困難点についての解釈やその対策について伝達した。また、ジョブコーチ支援の活用によっての期待について説明がなされ、この後ジョブコーチ支援の導入に至った。また、現在もB病院は、定期的なフォローを実施している。

(2) リハセンOTのアウトリーチ支援の介入経過

事前に企業側や職業センター等との連絡・調整・情報収集は支援センターが行い、リハセンOTはB病院医師、Cセンターでの集団プログラムでの情報を取得した（80か月目）。この後、次のような流れで展開した。

- ①情報収集及び現場の見学、今後の介入方針について検討
- ②本人との協働作業の中で作業評価を実施
- ③主治医、ジョブコーチ支援の職セン担当者とそれぞれの評価結果を基に再検討
- ④報告及び今後の方針について企業担当者と再度検討
- ⑤その後支援センター職員が本人の心理状況の評価後、企業、支援センター、リハセンで再度方針の検討

リハセンOTとしてそれぞれ以下のように対応した。

- ①・②企業側（人事・現場）の想い等の現状把握をした後に、作業場を視察・体験し、評価を実施
- ③企業側への対応として、作業内容の評価を伝達する以前に、現場の職員との関係や職場で困っている事や作業実施について高次脳機能と関連付け整理することが必要と感じ、それらを統合的に図示したものを作成し検討
- ④・⑤支援担当者間で検討した結果を基に企業に提示し説明

企業側の反応は、以下のようなものがみられた。

- ③「何ができて、何ができないのかはっきりとした線引きがほしい」「今まで色々対策もしてきている。これ以上何を…」という発言も見られた。
- ⑤「一番困るのは、現場の士気が落ちる事。外部機関からの評価で、本人は〇〇ができないという線引きが周囲の理解につながる。」という事や、現在は作業自体に大きな困りごとは少なく、現場でのルール（報告・相談など）について対策が取れないかという要望に変化していた。また、対象者を特別扱いする事に対する苦悩なども述べられていた。

種々の検討の結果、障害者手帳がある対象者であること
の理解を同僚等に進め、合理的な配慮について検討してい
くという方向性になり、現在も支援は継続している。

4 考察

(1) 長期介入の利点とアウトリーチ支援について

今回、医療リハは外来という形で各種機関と連携を取り
ながら支援を実施し続けていた。アウトリーチ支援を実施
するまでの長期経過の中で、本人の機能が大きく変化した
とは考えにくく、長期に渡る経過の中で企業側のみでは対
応しきれない課題が蓄積によって生じたものとする。こ
のような場合、企業側から本人の状態を把握している相談
支援機関や病院が身近にあることは、就労継続の為の大き
な担保であると考えられる。また、就労継続困難事態への

対応は、多職種チームで密に連携して行う事はもちろん、
特に綿密な環境因子（人的・物的）を含めた包括的な評価
を再度行う必要があると考えられ、現場に直接介入するア
ウトリーチ支援は有効な手段である事が考えられた。

(2) 一般病院OTの限界と可能性

チームで就労支援ができる場合、OTに期待される機能は
職業生活能力評価とその向上のための介入¹⁾とされる。また、
医療機関に勤めるOTの役割は急性期から生活自立に向けた
機能回復訓練に加え、将来を見越した制度や地域資源等の
情報をチームの一員として提供する対応が求められている²⁾
事が述べられている。また、多くの病院に勤務するOTにと
って制度上制約があり、アウトリーチは困難な状況である。

その前提を踏まえ、今回の介入を通じ、企業側が求める
勤務をするにあたって「何ができて、何ができないのか」
という依頼に対してOTが応えるためには、特に物的な作業
環境はもちろん、企業側の雇用スタンス（人事と現場の差）
や方針、周囲の職員との関係・障害理解の度合い等の環境
因子についての詳細の評価が必要であると考えられた。そ
の為に、実際に作業現場を見ることが出来るジョブコー
チや企業担当者等から多角的な情報を得る事が必要になっ
てくる。つまり、このような情報収集が実施され初めて原
因や対応策、労働に必要な“作業遂行”への支援が行える
と考える。また、同時に労働における物的・人的環境につ
いて関係者と把握した上で対応策を検討しなければ、職種
としての支援も困難となる事が再認識できた。

【参考文献】

- 1) 野中猛：作業療法士に就労支援活動が求められている「作業療法ジャーナル vol. 40, No11」, p1162-p1165, 三輪書店(2006)
- 2) 藤田早苗：脳血管障害者の復職支援と院内作業療法士の役割「職業リハビリテーションVOL17NO1」, p55-p62, (2005)

【連絡先】

中井 秀昭
滋賀県立リハビリテーションセンター
E-mail:ef4701@pref.shiga.lg.jp

脳梗塞による高次脳機能障害にて 現実検討能力が低下した事例に対する復職支援 ～働く喜びの再獲得を目指して～

○中島 音衣麻 (社会医療法人春回会 長崎北病院 総合リハビリテーション部 作業療法士)
山田 麻和・松尾 理恵・大木田 治夫・佐藤 秀代 (社会医療法人春回会 長崎北病院)
井戸 裕彦 (長崎高次脳機能障害者センター)

1 はじめに

中島(2006年)の報告によると国内の高次脳機能障害者の就労率は約30%といわれており、高次脳機能障害者にとって就労は高い目標であり支援する側にとっても難渋するケースが多いといえる。

今回、脳梗塞により左片麻痺と高次脳機能障害を呈した40歳代の事例を担当した。事例は復職を希望したため、訪問リハビリテーション(以下「訪問リハ」という。)が開始となったが現実検討能力の低下から「職場がなんとかしてくれるだろう」といった発言を繰り返していた。そこで、行政・医療機関・介護サービスが約3年間に渡って復職支援を行い、一般就労は断念したものの福祉的就労を果たし、就労を前向きに捉えられるようになるまでの経過と支援内容を報告する。

2 事例紹介(発症より1年6ヶ月目)

45歳男性、疾患名:脳梗塞(H23年8月発症)、障害名:左片麻痺・高次脳機能障害、教育歴:12年、身体障害者手帳:2級 介護度:要介護2

- ・画像所見: MRI所見にて右中大脳動脈領域、基底核、島回および前頭頭頂葉に脳梗塞を認める。
- ・生活背景: 設計の仕事を行っていた。家族構成は両親、妻(専業主婦)、子供3人。本人のdemandsは復職したい。
- ・現在の状況: 介護保険にて、訪問リハ週1回、デイケア週2回、身体障害者手帳にて長崎市障害福祉センター週1回を利用。
- ・身体機能面: 左上下肢に重度の麻痺あり、感覚は表在深部ともに重度鈍麻。短下肢装具とT字杖を使用し自宅内ADLは自立、屋外移動は見守り。
- ・認知機能面はMMSE29/30点と認知機能は保たれていたが、全般的な注意能力、記憶力の低下、軽度の半側空間無視を認めた。入院中は抑うつをみとめ、退院後も感情失禁(易怒性、泣く)が強く、復職のために自発的に行動を起こす事はなかった。

3 経過

(1) 自宅での生活が始まった時期

発症より1年6ヶ月目に退院となり訪問リハにて理学療法士による屋外歩行練習、デイケアにてPC操作練習、長崎市障害福祉センターにて拘縮予防のストレッチを行っていた。発症より1年8ヶ月目、職場の条件として食事と職場内移動、トイレ動作の自立が提示された。そこでカンファレンス(ケアマネージャー・訪問リハ・デイケア・本人・妻)を開催し1年後の復職を目標に掲げたが、本人は「タクシーで通勤する」と復職に対する現実的な検討が出来なかった。そこで、訪問リハでは高次脳機能障害の側面を踏まえた就労支援を目的に、作業療法士(以下「OTR」という。)の介入が開始された。

(2) 復職への取り組みを模索した時期

OTRが復職について聴取したところ「同僚が助けてくれるだろう」と漠然とした発言しかなく、具体的なイメージがしづらい状況と考えられた。そこで、障害理解を深めるきっかけ作りとして、長崎県高次脳機能障害者支援センターが開催する通所リハビリ(以下「通所リハ」という。)の利用を提案した。通所リハは復職を目指す方を対象とし、グループ活動を通じ障害認識や問題解決能力を高めることを目的としている。本人は乗り気でなかったがOTRと見学等を行い、発症より2年2ヶ月後より利用開始となった。また並行して自宅内での役割獲得を目指し、調理練習を開始し、妻に感謝される成功体験により、練習に対する意欲的姿勢がみられるようになった。

(3) 復職に必要な具体的な練習を開始した時期

通所リハ開始当初は遅刻が多かったが、グループディスカッションやスタッフとの個別面談によって周囲とのコミュニケーションがとれるようになった。利用開始から1ヶ月後、カンファレンス(ケアマネージャー・通所リハ・

訪問リハ・デイケア・長崎市障害福祉センター)を実施し、通勤手段の未確立、時間配分ができず遅刻が多い、対人交流での感情失禁、問題意識が低く積極性がないといった問題点が挙げられた。その対応策として、通所リハ：周囲と協調してグループワークに取り組む。訪問リハ：職場内での動作を想定した練習、通勤手段の確立に向けたバス練習。デイケア：デイケア内のお知らせの作成などPC操作練習を継続。長崎市障害福祉センター：応用歩行の強化、各プログラムに時間を守って参加してもらう。といった各事業所の役割を明確にした。このような関わりの中で、本人が自ら職場へ電話連絡を行い、発症より2年3ヶ月目に本人・妻・各部門スタッフ全員が参加した職場との面談が開催された。面談ではジョブコーチや職場訪問を提案し、その後本人は自発的に職場へ挨拶に行くなど、職場側が示した条件を満たしたため、職場側からの返答待機となった。

(4) 次なる目標を模索した時期

発症より2年8ヶ月目に職場よりジョブコーチの受け入れや職場訪問は困難との返答があり復職は難しいといった見解が示された。そこで、今後の方向性を再検討するためカンファレンス（通所リハ・訪問リハ・ケアマネージャー・本人・妻）を開催した。その中で就労移行支援を受け福祉的就労を経る提案をOTRより行い、本人に合ったPC活動等を行っているNPO法人障害者就労支援センターアビリティ（以下「アビリティ」という。）を紹介した。アビリティとは、指定障害福祉サービス多機能事業所であり、PC関連の資格取得や建物清掃等を行っている。本人は見学へ行きPC検定やWord、Excel検定などの資格取得をしながら一般就労を目指せることを説明してもらい、発症より3年3ヶ月目にアビリティの利用が開始となった。

4 結果(2015年8月現在、発症より4年)

職場は発症より3年7ヶ月目に退職となったが、週4日アビリティへ一人で通勤し、PC関連の資格取得に向けた訓練を行っている。本人より「俺今まで仕事もせず遊び人みたいだったけど、少ないけど給料もらって好きな物を買うことができるんだ。それはとても気分がいいよね。」との発言が聞かれた。

5 考察

「社会参加」はリハビリテーションにとって最大のゴールであるが、高次脳機能障害者への復職支援は個別性が高く支援するシステムも十分ではないのが現状である。

高岡は「障害へのアプローチとしては障害認識（自己認識）の向上が欠かせない。一定レベルの障害認識がなければ他者の助言を受け入れることも代償手段の利用も困難であり、業務遂行能力の低下を補うことができない。」と述べている¹⁾。今回の事例も当初復職への現実的な検討が難しかったが、通所リハにて集团的な関わりを持てたことで障害認識を深めることができたのではないかと考える。加えてカンファレンスを複数回行ったことで問題点や目標がより明確となりモチベーションの向上につながったと考えられた。最終的に現職復帰はできず福祉的就労となったが、練習したバスの利用や集団でのコミュニケーションなどの関わりは活かされており、現在まで半年以上アビリティへ継続して出勤できている。このように高次脳機能障害を持つ事例に対しては、復職支援を行う際に障害に合わせた個別的アプローチと周囲に合わせていく集团的アプローチの両面からすすめていく必要があることを実感できた。約3年に渡り支援者全員が共通の目標を持ち障害について理解を深めながら支援したことは、本人にとって障害を持ちながら働いていく意欲に繋がり、これからの長い人生を自律して過ごす第一歩となったのではないかと考える。

今回、行政・医療機関・介護サービスが連携することで復職に対して多面的にアプローチすることができ、今後も連携していく必要性を痛感した。この経験から学んだことを、今後の高次脳機能障害者への復職支援に役立てていきたい。

【参考文献】

- 1) 高岡徹：高次脳機能障害者，総合リハ 41巻11号・997-1002(2013)

復職後も支援に難渋している事例

～多職種との連携によるチームアプローチの経過～

○植田 正史（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）
重松 孝・秋山 尚也・岡本 圭史・野崎 静恵（浜松市リハビリテーション病院）
鈴木 修（特定非営利活動法人くらしえんしごとえん）

1 はじめに

事例は40代男性、脳出血により軽度右片麻痺、失語症を含む高次脳機能障害を呈し、当院回復期病棟に入院。退院後は外来通院によるリハビリを経て復職に至った。リハビリスタッフだけでなく、主治医や外来看護師、医療相談員（以下「MSW」という。）、ジョブコーチ（以下「JC」という。）や職場担当者、保健師など多職種による関わりを継続的に行っていたが、復職後も様々な問題が発生し支援に難渋した。医療機関から職場での支援を振り返り、問題点を考察する。

2 事例紹介

40代前半の男性、独身。両親との三人暮らし。電子部品の製造販売の会社で技術職として勤務。既往に高血圧があり、職場の健康診断でも再検査や要注意の指摘あり。X日、右手足の脱力ありA病院に救急搬送、左被殻出血と診断、同日開頭血腫除去術施行。約1ヵ月後にリハビリ目的で当院転院、約2ヶ月後に自宅退院。退院後も復職と自動車運転再開を目標に外来通院にて作業療法（以下「OT」という。）、言語療法（以下「ST」という。）によるリハビリを実施し、発症から約9ヵ月後に復職。復職後も支援を継続し、現在に至っている。

3 作業療法評価（発症後1～2ヵ月）

当院入院時は右手足に軽度の運動麻痺と表在感覚に軽度鈍麻があり、ADLは軽介助から見守りを要していた。高次脳機能面は感覚性の失語症があるも、簡単なコミュニケーションは可能。また注意障害や記憶障害を認め、病識に乏しく脱抑制の影響による離院もみられた。

約2ヵ月間の入院により右片麻痺は上肢に若干の巧緻性低下は残存するもほぼ改善しADLは自立。感覚性失語は簡単な日常会話であれば可能となったが、複雑な内容の理解は困難で書字も不十分。注意散漫で集中力の維持や適切な注意の配分が難しく、複数同時課題の遂行が困難、工具などの物品管理も助言を必要としていた。記憶は言語性の記憶が失語症と注意障害の影響もあり低下を認め、口頭で指示した内容や課題を忘れるといったことが頻繁にみられた。

4 目標と関わり

退院後も、復職と自動車運転再開を目標にOTとSTを継

続。STでは注意や記憶などの高次脳機能障害に対するアプローチと代償手段としてメモの活用に向けた書字訓練などを行った。OTでは生活リズムの維持や健康管理への意識向上、また実際に職場で使用する部品や道具を使用し組み立て作業の練習など実施。医師は月に一度の診察により血圧・体重などの医学的管理を継続。MSWも支援を継続し、職場への現状報告や復職時期の調整などを行った。

5 退院後の経過（発症後2～11ヵ月）

本人からは早期の復職と自動車運転再開の希望が強く聞かれていたが、生活リズムが安定せず、食事も発症前と同様外食が多いなど再発予防への意識が薄く、職場復帰に対しても楽観的であった。そこで、復職に向けた課題を明確にするため、「目標共有シート」を作成。それをもとに本人・家族と医療スタッフ、職場担当者で面談を実施。健康管理への意識を高め、自己管理を徹底していくこと、復職に向けた課題に対する自主トレを実施し内容の記入・提出を行うことを確認。その後の具体的な復職の時期なども設定した。面談から1ヵ月後に再面談を実施。血圧や体重は概ね安定し、自主トレも行っていたことから1ヶ月後の復職が決定。復職までの期間は病院内でボランティア業務を実施、患者送迎や書類の折り込み作業などを2～3時間行い、仕事復帰に備えた。

復職は本人が希望した以前の技術職ではなく資材部で、午前からの勤務から開始し、2ヵ月かけて徐々に勤務時間を延長。その間に自動車運転評価として自動車学校での実車評価も行ったが、スピードのコントロールや安全に対する注意低下を指摘され、この時点での運転再開は見送りとなった。

6 復職後の経過（発症後11ヵ月～現在）

発症から11ヵ月を経てフルタイムの復帰となった。しかし復帰後まもなく長時間の離席や業務以外でのインターネット使用などの問題行動が指摘された。そのため医療スタッフによるカンファレンスを実施し、問題行動や注意点などを記載したチェックシートを作成。本人が毎日記載し職場の上司に確認を依頼、週3回業務後に来院しOT、ST、MSWがチェックすることとした。だがチェックシート記入は定着せず、業務後の来院も滞りがちとなったため、約8ヵ月

で業務後の来院は中止し、チェックシートの記載のみ継続とした。その後、人間的な背景もあり発症前に所属していた生産技術部へ転属。しかし発症前に出来ていた作業が巧緻動作の低下などによる影響で技術的な問題を認め、業務中に練習を繰り返したが以前のレベルには戻らず、再度出荷部門への異動となった。離席やパソコンの業務外使用などの問題は減少したが、指示が守れない、業務遂行に時間がかかるといった新たな問題や喫煙の発覚、体重増加などの健康管理が依然不十分であったため、職場での直接支援の必要性が検討され、JC 支援が導入された。JC は本人に対する支援の他に、職場に向けて改めて高次脳機能障害についての説明を実施。精神保健福祉手帳取得の検討も依頼した。JC 支援により、職場内での不満や人間関係が改善され、周囲の理解も深まった。現在は発症から約2年半、復職後約1年半が経過しているが、依然として問題は抱えており、引き続き月2回のOT、STと月1回の医師による診察を継続している。

7 考察

今回の事例において、回復期病院への転院時から外来通院支援、復職に至るまで、OT、ST、MSW は同じ担当者が関わり（主治医は異動により外来の途中で変更）、医療側の支援者、本人、家族と職場の担当者が何度も話し合いを行い、JC 支援も導入するなど多職種による支援を実施した。しかし入院中から健康管理への意識が低く、復職に対する自己認識の低さが改善されていない状態で復職に至ったことや、身体機能や高次脳機能などの障害に関する能力の見極めが不十分であったことなどの問題点が挙げられる。健康管理の問題は発症前から指摘されており、復職に関しても以前と同様に仕事ができるといった自己認識の低さに対し、入院中からチームとして支援し、健康管理や食生活の改善などの教育と、他者評価と自己評価を擦り合わせるなどのフィードバックを積極的に行う必要があったと考えられる。

また身体機能や高次脳機能に関しても、日常生活上は問題なく、リハビリ内で行った模擬的な課題もクリア出来ていたが職場では実際に行えないということがあり、専門職への復職における支援の難しさが示された。復職時期の判断においても、やや早急であったとの反省も挙げられる。高岡¹⁾は就労支援のポイントとして①復職を第一目標とし、②生活基盤の安定、③障害認識向上、④代償手段の利用定着、⑤職場の情報収集と情報提供、⑥職場環境調整（JC 支援の導入）、⑦多様な働き方の検討などを挙げている。今回のケースでは上記のポイントに基づいた支援であったと考えているが、各段階がクリア出来たかどうかの見極めが不十分な状態で職場復帰に至ったことが問題であったと思われる。復職支援の場合は、とにかく本人の希望により復職時

期を早く設定しがちである。限られた期間の中で能力の見極めと自己認識の向上について確認する必要性を改めて強く感じた。これらの点については障害者職業総合センターの就労支援のためのチェックリストの複数評価（本人・家族・支援者など）の実施や院内外での連携を強化していくことで対応が可能と思われるが、高次脳機能障害における就労支援は障害の個別性も高く、引き続き個々のケースにおける検討を重ねていくことが重要であると思われる。

【参考文献】

- 1) 高岡 徹：総合リハビリテーション Vol.41 No.11、p997-1002, 2013

ある事を確認する。

⑥復職調整期の目標と期間

連日の出勤が可能となればフルタイムで実践的な就労を試みる。仕事内容はミスがないことを確認しながら段階的に元職の内容に近づけてもらう。この時期になると医療的リハビリ介入はほとんど不可能で職場内での仕事そのものが職業リハビリとなる。3-6か月、発症から9-17か月ほどかけて安定的な復職就労に至る。

3 復職と自動車運転

当院では自動車の運転は脳卒中発症後1年間控えてもらうよう説明している。復職の要件に運転が絡むケースも多いが、通勤はあくまでも手段であり目標は就労である。てんかん発作リスクや易疲労性また高次脳機能障害の問題を鑑み、「フルタイムで仕事をして電車・バスで帰宅しても問題ない耐久力の獲得」を達成してから自動車運転再開を検討するように勧めている。ここまで到達するには発症から約1年以上経過していることが多い。

4 職場面談

職場との面談は回復期リハビリ病院退院の前後1か月頃、ADLが概ね自立したタイミングで実施している。

職場側から「会社はリハビリの場ではない」というコメントを頂くことがあるが「仕事のリハビリは仕事でなければできない」ことを面談で説明し理解を得ている。人間は環境に適応して生活する。使う機能は磨かれ、使わない機能は廃れる。仕事で必要なスキルは仕事でなければ磨くことはできない。職場側の発言には合併症の対応やトラブルシューティングへの不安が含まれていると推

測されるので、医療的な状態悪化時には病院が対応すること、職業上の問題では地域障害者職業センター（以下「職業センター」という。）等に介入してもらい、職場側のみに負担を押し付けることはない旨を説明している。

5 復職支援の結果

2012年4月から2015年7月まで当院回復期リハビリ病棟に入院し入院中から復職支援を行った全21症例（全例男性、平均年齢49.9±6.3歳）では、元職へのフルタイム就労復帰（職場内の配置転換含む）を達成した症例は11例（以下「元職復帰群」という）、福祉就労や時短など部分復職となった症例は6例（以下「福祉就労等群」という）、就労が達成できなかった症例は4例（以下「就労不能群」という。死亡1例含む）であった（表1）。

各群の退院時ADLをFIM（総合）およびFIM認知項目別に図2に示す。元職復帰可能な退院時ADLはFIM115点前後がおよその目安かもしれない。ただし元職復帰群で退院時FIM最低の症例は95点であり、FIM以外にも発症前の職場内評価、実績、また発症後に職籍が残っているかなども復職可否に大きな影響を与えていた。

復職開始は偏差が大きい概ね発症約1年で復職を開始している。福祉就労群の方が復職開始時期が早いのは退院後早期に社会参加の場所を確保する目的による。

元職復帰群を職業センター利用の有無別でみたものが表2である。未紹介群の方が発症時年齢が高いがFIM認知項目の得点を比較すると未紹介群が34.8±0.37とほぼ満点なのに対し、紹介群は31.8±4.1と若干下回った。また紹介群5例の元職は全例従業員数300名以上の企業であったのに対し未紹介群でこれに該当するのは1名のみであった。

表1 復職支援介入症例の結果

	n	平均年齢 (歳)	在宅退院 (発症日目)	職場面談日 (発症日目)	復職開始 (発症日目)
元職復帰群	11	50±6.6	146±44	160±37	360±218
福祉就労等群	6	52±6.7	146±29	109±43	277±89
就労不能群	4	48±3.7	183±45	183±45

表2 元職復帰群の職業センター利用有無による違い

	n	平均年齢 (歳)	在宅退院 (発症日目)	職場面談日 (発症日目)	復職開始日 (発症日目)
紹介群	5	45±4.7	169±45	191±116	519±177
未紹介群	6	53±5.1	127±33	107±25	227±149

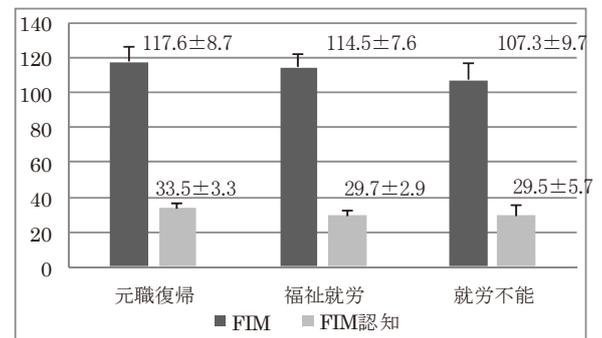


図2 退院時FIMと転帰

6 まとめと考察

職業リハビリの行程において、「何が」「いつまで」にできるべきか、は症例によらず共通である。行程表あるいはパスの作成は、復職リハビリの標準化、適切な時期の社会復帰、本人の尊厳の回復に役立つと考えている。

【連絡先】

馬渡敏也
NTT東日本伊豆病院
e-mail : toshiyam@east.ntt.co.jp