

# 当院独自の就労支援の取り組み（1）

## 再就職と仕事の定着に至った片麻痺患者の1例

○兼目 真里（東京慈恵会医科大学附属病院リハビリテーション科 作業療法士）  
 齋藤 玲子・渡辺 基・吉澤 いづみ・石川 篤（東京慈恵会医科大学附属病院リハビリテーション科）  
 安保 雅博（東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座）

### 1 緒言

身体障害者の就職率は年々増加傾向にあるが、厚生労働省の報告では詳細な疾患別での就職率は明記されていない。脳卒中後遺症患者の就労支援は、内部疾患や脊髄損傷などの疾患に比し、「片麻痺」「高次脳機能障害」「失語」という疾患を併せ持つことから特に「復職」よりも「再就職」に難渋してきた。当院リハビリテーション科では2016年より人材派遣会社と提携した独自の就労支援の取り組みを行ってきた。今回、当院の取り組みとともに再就職と定着に至った脳卒中片麻痺を呈する1症例を報告する。

### 2 当院独自の取り組みと現状

#### (1) 就労支援の取り組み

脳卒中後の後遺症は「片麻痺」や「高次脳機能障害」など多数挙げられる。上記の後遺症に加え「失語症」を伴う場合、身体を使う業務だけでなく、事務業務でも復職や再就職に難渋する。

そこで当院では独自の就労支援を実践している（図1）。このシステムは人材派遣会社と医療が提携し就労支援を行う取り組みであり、最大の特徴は、①まず人材派遣会社に籍を置くため、試用雇用時（派遣時）に給与が発生すること、②万が一、試用雇用中に困難が生じた場合にも離職は免れること、③医療と連携し、医学的な視点でサポートが可能な点である。



図1 当院独自の支援システムの流れ

上記のシステムは、既存の就労システムであるトライアル雇用中は給与が発生しないことや、再就職後に就労が継

続できなかった場合にまた一から始めなければならないこと、企業が高次脳機能障害や失語症、片麻痺をもつ人々との関わりをどうしたらよいか分からないといった従来の就労支援システムにおけるデメリットを補えるシステムとなっている。

#### (2) 就労支援の現状

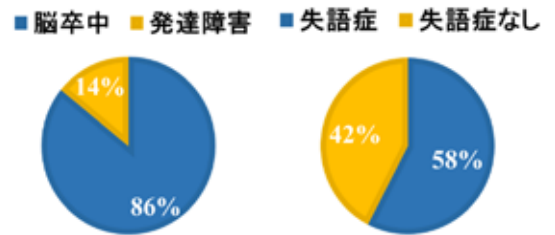


図2 疾患の割合と失語症の有無（2017年）

2016年から2017年の支援では、7名人材派遣会社に紹介し、4名が転籍に至った。内訳は脳卒中後遺症3名、発達障害1名右片麻痺・高次脳機能障害・失語症3名（図2）、就職先は清掃業務やパソコン業務などの事務作業であった。

### 3 症例紹介

【症例】A氏 40代男性 【診断名】脳出血後遺症 失語症 高次脳機能障害 【既往歴】高血圧 【職業歴】システムエンジニア 【経過】X年に左被殻出血を発症（図3）。開頭血腫除去術施行。その後急性期、回復期病院を経て自宅退院。4回の反復性経頭蓋磁気治療とリハビリテーション治療の併用療法を実施した。作業療法士（以下「OT」という。）・言語聴覚士（以下「ST」という。）の外来でリハビリテーション治療を継続しX+5年後に就職が内定した 【生活歴】独居 【本人希望】復職、上肢機能の改善。

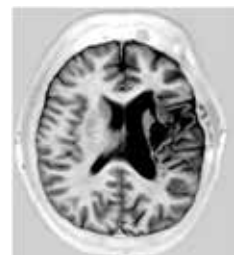


図3 脳画像

#### (1) 療養法評価

【身体機能】Br. Stage上肢Ⅳ 手指Ⅲ 屋外杖歩行自立  
 【高次脳機能】表参照

表 高次脳機能評価

WAIS-III	PIQ105、処理速度69、知覚統合121
TMT	TMT-A 76秒 TMT-B 87秒
BADS	総得点プロフィール17点、標準化した得点95点 年齢補正した得点91点 区分は平均
WMS-R	注意集中84、遅延再生85、視覚性118
作業評価 (PC打ち込み)	書類作成や定型文の打ち込みは可能。見落としや数字の打ち間違いがあるが、頑なに「できています」と発言が多く、見直しが行えない状況であった。履歴書の入力には2枚で40分要した。

## (2) 練習内容

リハビリテーション治療は実際の復職を想定し、週3回、OT・STを集中的に実施。入力評価や訓練には実際の履歴書・フォーマットを使用し訓練を実施した(図4参照)。ミスを生じやすい部分のフィードバック、見直しの定着を実施した。

職場への提案として、カンファレンスや高次脳機能障害での症状や代償方法を示したチェックリストで作成し共有した。カンファレンスでは複雑な事態についての説明は相手の推測が必要であることや、時間内に作業が終わらない可能性があること、見直しが自ら行えないため見直しを業務として時間を設けること、疲労や集中力を考慮し打ち込みの時間と見直しの時間を午前と午後で分ける等の提案を行った。



図4 訓練時に使用した履歴書の例

## (3) 結果

訓練前は見直しが難しい状態であったが、リハビリテーション治療でミスをしやすいポイントを絞ることや繰り返

しフィードバックする事、代償方法の確認等を行い就職時には見直しが可能となった。就職後3カ月から6カ月では年賀状の宛名入力、物品を運ぶ作業、社内のメール連絡、物品の発注など、6カ月後には社内の電話を繋ぐなどの仕事を任せてもらえるようになった。現在勤続3年を迎え、無遅刻無欠勤、挨拶などの礼節も保たれ、買い出し等の業務が増えてきている。

## (4) 職場の教育担当者から見た実際

実際に職場では物品が間違っ届いてしまった、メールの文脈が分かりにくいことがある、間違えている場合は注意してもよいのかといった業務内容や関わり方など職場担当者からの疑問が挙がった。教育担当者は業務の関係上1人である場合が多く精神的な負担や孤立感が大きいということや、高次脳機能障害や失語に対する関わり方がどうしたらよいのか分からなかった等の不安が聴かれた。

## 4 考察

片麻痺・失語・高次脳機能障害を有する患者は第1に「再就職」すること、第2に「定着」することが課題として挙げられる。また、訓練では行えるようになったことでも、環境や人が変わることによって発揮できる能力も異なってしまう場合がある。今回、人材派遣会社と提携したことで就職前に実際の履歴書を利用し業務や通勤を意識し訓練を行うことができた。問題点を明確にし、解決方法や注意事項を事前に共有できたことが再就職に対し有効であったと考えられる。

一方で、雇用側と教育担当者側の認識の違いや教育担当者の疑問・孤立感を、就労支援する側がいかにサポートしていけるかという点は大きな課題と考える。ジョブコーチなどのシステムもあるが、実際は閉鎖的な企業は導入することに対して拒否的である事も少なくない。雇用担当者だけでなく教育担当者へのヒアリングなどのサポートを行うことで、環境調整や業務調整などを行えることが仕事の「定着」に寄与すると考えられる。

当院でのシステムは医療と派遣のメリットを就労支援に生かすことができ、医療がバックアップすることで企業側も安心感が得られる。医療のできることを疾患特性や脳画像、高次脳機能評価などのデータから言えることを分かりやすいように企業側や教育担当者に伝え、再就職・定着できる支援を行っていきたい。

## 【連絡先】

兼目 真里  
東京慈恵会医科大学附属病院リハビリテーション科  
e-mail : mariken @jikei. ac. jp

# 当院独自の就労支援の取り組み（2）

## 発達障害症例及び失語症例に対する支援の比較および検討

○齋藤 玲子（東京慈恵会医科大学附属病院リハビリテーション科 言語聴覚士）  
兼目 真里・永吉 成美・吉澤 いづみ・石川 篤・渡辺 基（東京慈恵会医科大学附属病院リハビリテーション科）  
安保 雅博（東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座）

### 1 緒言

高次脳機能障害患者の多くは就労年齢に相当しており、就労支援は支援対策において重要なテーマと捉えられている<sup>1)</sup>。なかでも、失語症患者は日常生活が自立に至っても復職が大きな問題となることが指摘されている<sup>2)</sup>。

当院では人材派遣会社と連携して高次脳機能障害等の患者の就労支援に取り組んでいる。今回、福祉的就労から一般就労へのステップアップを希望していた20代の発達障害患者、復職はしたものの退職し再就職を希望していた40代の失語症患者という、障害や職業歴等が全く異なる症例への支援を経験した。2症例の比較・検討を通して、医療と人材派遣会社の連携による支援の意義について考察したので報告する。

### 2 症例

#### (1) 症例A（20代女性 両親・妹と同居）

【**診断名**】ソトス症候群（心疾患、知的障害や学習障害などの発達の遅れを呈する先天異常症候群）

本人・家族が一般就労を希望してX年Y月に当院来院。作業療法及び言語聴覚療法（以下「OT」「ST」という。）開始。

【**既往歴**】特になし

【**職業歴**】養護学校卒業後、9年間、就労継続支援B型で週5日間勤務。清掃、製菓、ウエイトレス等の業務に従事。

【**神経心理学的検査**】WAIS-III 全検査IQ45 言語性IQ53 動作性IQ46 群指数 言語理解51 知覚統合50未満 他は50。その他高次脳機能検査は課題理解困難により実施できず。

【**作業療法評価**】ペグ操作や字写等の課題では手順の誤り等のミスがあるがフィードバックを受け入れ修正することが可。反復による学習効果あり。視覚的情報は比較的理解しやすく、これまでの勤務では手順を視覚化する方法を利用。身体機能、手指の巧緻性は良好。ADL：自立。IADL：慣れた場所での自転車や電車の利用等可。

【**評価のまとめ**】言語理解や抽象的思考、ワーキングメモリ、処理速度はいずれも低下を認めており、複雑な事態に対する問題解決や臨機応変な対応を必要とされる業務の遂行は困難と考えられた。一方で、良好な身体機能や反復による学習効果が期待できる点から比較的単純でルーティンな軽作業の遂行に適しており、日常的なコミュニケーションの能力や温厚な人柄から職場での人間関係構築には大き

な問題はないと考えられた。また、発達障害に対しての療育や支援をこれまで十分に受けており、機能改善を目的としたリハビリテーション治療の適応は低く、これまでの経験を活かせる職業、障害に理解のある職場を選択できれば一般就労に至ることができると予想された。

以上をふまえ、Y+6ヶ月、人材派遣会社よりビル管理会社における職員宿舎清掃業務を紹介、就労に至った。

【**就労後の経過**】就労1ヶ月後、派遣会社社員、OT、STが派遣先企業を訪問。清掃現場は職員宿舎で部外者が立入禁止であったため、症例・担当者等から情報を収集して助言、援助を行った。清掃業務については、経験はあったものの、宿舎の多岐にわたる箇所を多様な道具を操作して清掃する手順を他職員と同様には学習できていなかった。そのため、単独ではなくチームの一員として作業に従事することとし、チームリーダーが派遣会社社員と連携をとりつつジョブコーチ的役割を担ってサポート、従事する作業を絞り最低限の道具・手順から習得を促した。通勤については、混雑した場所での移動に不安を訴えていたため、経路を再検討、道順をステップごとに視覚化した絵カードを作成した。訪問後も、派遣会社社員による情報収集及び医療スタッフと連携した業務内容等への助言を定期的に行った。

結果、丁寧な清掃が評価を受け、6ヶ月の派遣期間を経てパート社員として採用が決定した。

#### (2) 症例B（40代女性 独居）

X年に脳出血発症後、急性期、回復期病院を経て自宅退院。他院にて外来でリハビリテーションを継続していたが、X+3年にボトックス治療を希望して当院受診、理学療法及びOT開始、X+4年にST開始。現職復帰もしくは休職期間経過後退職の二択しかなく、X+5年に教諭として復職。定期的な通院はできず、OTは経過観察、STは終了となる。教職の遂行は難しくX+7年に退職。その後、職業訓練に通いパソコン操作の技能を習得していたが、X+8年に再就職を希望してST再開。

【**診断名**】脳出血

【**既往歴**】高血圧 椎間板ヘルニア

【**職業歴**】大学卒業後、高校教諭として勤務。

【**神経心理学的検査**】

SLTA 口頭命令：6/10正答 書字命令：全問正答 呼称：全問正答 語の列挙：12語 まんが説明発話・書字：段階5

WAIS-III 全検査IQ86 言語性IQ80 動作性IQ97

群指数 言語理解90 知覚統合108 作動記憶60 処理速度  
63

CAT Digit Span 順6桁 逆4桁

Tapping Span 順7桁 逆6桁

Visual Cancellation「か」 正答率99% 150秒

Auditory Detection 正答率34% 的中率30%

SDMT 正答率32% PASAT 2秒条件 正答率23%

BADS プロフィール点14点 全般的区分:境界域

WMS-R 言語性記憶81 視覚性記憶108 一般的記憶105

注意/集中力81 遅延再生90

RBMT SS10点 SPS22点

【作業療法評価】基本的なパソコン操作技能を習得済で、入力速度は遅いが正確。ADL・IADL：家事や公共交通機関利用の通院等は全自立。Br. Stage上肢Ⅲ、手指Ⅲ、下肢Ⅳ、椎間板ヘルニアの既往もあり、立ち仕事や軽作業等の長時間持続は困難。

【評価のまとめ】＜言語＞ウェルニッケ失語。日常的なコミュニケーションは可能だが、複雑文レベルで聴理解は低下、読解は良好。自発話は流暢で量も多いが低頻度語における語性錯語や喚語困難があり、非現前の複雑な事態などの伝達には相手の推測が必要。＜知的機能＞WAIS-III動作性IQより良好に保たれている。＜注意＞聴覚性注意課題は失語症もあり低下著明。視覚性課題における注意の選択・持続、ワーキングメモリは良好、処理速度は大きく低下。＜遂行機能＞失語症が影響しておりBADsの区分は境界域、複雑な計画の立案等は困難。＜記憶＞WMS-R視覚性記憶指標やRBMTの結果より日常的な記憶に大きな問題はない。教職への復帰には処理速度以外に大きな問題はないと認識しているなど、コミュニケーション能力についての病識は不十分。

以上から、複雑な事態についての聴覚的理解や発話が求められる対人業務、低頻度語の喚語まで必要とされる書類作成業務等は困難であり、比較的良好な読解や視覚性注意、既に習得済のパソコンのスキルを活かす業務が適していると考えられた。一方で、機能改善や病識の向上が期待されるため定期的なリハビリテーション治療を再開、並行して再就職を図ることとした。治療再開1年後にはコミュニケーション能力に対する病識が向上し教職への復帰が難しいことを自覚、派遣会社から紹介された鉄道関連会社での事務業務での就労に至った。

【就労後の経過】医療スタッフが評価結果や支援方法をまとめた資料を作成、それを基に派遣会社社員が派遣先企業の担当者に症状や援助方法を説明、症例に適していると考えられる社内資料の整理やパソコン入力業務に従事することとなった。派遣会社社員は定期的に症例・担当者との面

談を実施、STは週1回、OTは3ヶ月に1回の頻度で継続。業務が締切期日までに完成しなかったなどの問題はあったが、症例自身が指示理解不足や作業速度の低下等が原因であると認識し、上司や派遣会社社員、OT、STに相談したため、次のミスが生じないように予防策を講じることができた。通勤は時差通勤を利用し特に問題がなかった。

結果、就労2ヶ月後にパート社員契約、1年後には嘱託社員契約に至った。

### 3 考察

今回、当院独自の就労支援の取り組みを利用し、2症例が就労、継続的な雇用に至ることができた。しかし、すべての高次脳機能障害患者に対して一律に当取り組みのシステムを適用できるわけではない。2症例はいずれも、就労への強い意志、日常生活の自立、障害の代償能力といった就労準備性<sup>3)</sup>が整っており、清掃やパソコン入力など各々に適したスキルも既に獲得していた。これらの点から更なる社会的リハビリテーション等の必要性が低く、医療から直接、派遣会社による就労へという経路が利用できたと考えられた。

また、発達障害をもつ症例Aに対しては環境調整に重点をおき早期に就労につなげる、失語症をもつ症例Bに対しては機能改善等を目的に一定期間のリハビリテーション治療を行ったうえで就労につなげるといった、各々の障害特性に応じた適切なアプローチの選択が当システムの活用において重要であると考えられた。

上記の点に配慮することで、医療が派遣会社と連携して就労まで関与するという当院の取り組みは、医療的な情報を提供できる、必要に応じて適切なリハビリテーション治療を実施できる、患者・派遣先企業にいずれにとっても医療が介入する安心感が得られる、派遣会社の営業スキルにより各患者に適切な職場・業務内容を開拓し適切な時期に就労につなげられるといった多くの利点を活かすことが可能となり、高次脳機能障害者への公的な支援対策が年々充実しているなかでも実践する意義があると考えられた。

#### 【参考文献】

- 1) 丸石正治：広島県における高次脳機能障害者支援の現状—就労支援の視点から—, Monthly Book Medical Rehabilitation No119 p. 31-36, (2010)
- 2) 渡邊修他：失語症者の復職について, リハビリテーション医学 vol. 37 No8 p. 517-522, (2000)
- 3) 渡邊修：急性期および回復期病院内の高次脳機能障害者に対する地域連携の在り方, JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION vol. 23 No11 p. 1036-1041, (2014)

#### 【連絡先】

齋藤 玲子

東京慈恵会医科大学附属病院リハビリテーション科

e-mail : r\_saito312@jikei.ac.jp

# 回復期リハビリテーション病棟退院後も職業センターと長期支援を行い 復職可能となった脳出血後遺症の一例 ～現職復帰を目指して～

○千葉 咲希（袖ヶ浦さつき台病院 リハビリテーション部 作業療法士）  
川崎 優典・阿部 紀之（袖ヶ浦さつき台病院 リハビリテーション部）

## 1 はじめに

本邦の脳卒中患者のうち、約25～30%は65歳未満であり、医療現場においても30～50歳の勤労世代の脳卒中患者が増加している<sup>1)</sup>。当院回復期リハビリテーション病棟（以下「回復期病棟」という。）でも脳卒中発症後に復職目的による転院患者が増加している。2016年に当院回復期病棟で行った調査では、入院患者274名のうち20%が復職支援の対象であり、リハビリテーションニーズが高くなっている<sup>2)</sup>。

今回、脳出血による重度右上下肢片麻痺と失語症、注意機能障害を呈した40歳代の症例を担当した。本症例は復職に関する社会的資源が不足している地域で、他職種・他機関と連携を行ったことで復職に至ることができた症例である。今回の発表では本症例の経過について考察を交えて報告する。

## 2 症例紹介

40歳代男性。X年、工作中に突然言葉が出なくなり急性期病院受診。CTにて左前頭葉皮質下出血を認め、保存的治療施行。重度右上下肢片麻痺、混合性失語あるも模倣動作は可能（表1）。発症から第24病日で当院回復期病棟に転院となった。

表1 リハビリテーション評価

	入院時	退院時
Br. stage	重度麻痺 上肢Ⅰ手指Ⅰ 下肢Ⅱ	軽度麻痺（上肢補助手） 上肢Ⅴ手指Ⅲ 下肢Ⅴ
HDS-R	26/30点	28/30点
TMT	A 250秒、B 困難	A 92秒、B 291秒
コース	IQ 86	IQ 116
言語	理解：2文節程可能 表出：困難 Yes/Noで対応	理解：日常会話レベル問題なし 表出：発話増えたが、単語困難 筆談で伝えることは可
ADL	FIM 49/126点	FIM 111/126点

## 3 病前生活

キーパーソン（以下「KP」という。）の母親（80歳代）と2人暮らし。近所に従兄弟（60歳代）在住。自宅内家事は母が行い買い物は本人が行っていた。

## 4 職業

造船所に20年勤務。自宅から車で通勤。仕事内容は、船の部品作り（パソコンで鉄板の画像をとり、どの形に切るか設定する）と立ち仕事（機械で切った鉄板のうち不要な部分を取る作業）。退院後1年程度は会社から傷病手当あり。

## 5 経過

脳出血発症後、リハビリを経て自宅退院となる。その後、元の職場への復帰を目指し、多職種で支援を行った結果、復職に至った（表2）。

表2 症例の経過

X年	
Y月	発症、急性期病院入院
Y+1月	リハビリ目的で転院 理学療法士（以下、PT）と作業療法士（以下、OT）、 言語聴覚士（以下、ST）の介入
Y+3月	病状説明（本人・家族・職場に対して） ・仕事先の意向確認 ・復職の準備期間の決定
Y+4月	自宅退院 ・外来リハビリ（OT・ST）継続 ・自宅での家事動作獲得や 上肢機能向上目的で訪問リハビリ（OT）介入
X+1年	
Y月	担当者会議（本人・家族・担当スタッフ） ・今後の方針の確認 ・ケアマネジャー（以下、CM）から 千葉障害者職業センター（以下、職業センター）の提案あり 職場面談 ・方針の伝達と確認
X+1年	職業センター利用開始 ・職場適性評価実施
Y+2月	職業センター職員と面談
Y+3月	職業センターで職業準備支援実施
Y+7月	職場面談 リハビリ出勤開始
Y+9月	職場復帰

## 6 考察

### (1) 復職支援の現状

若年脳卒中患者が増えている中、当院でも40歳代男性の

症例を担当し復職支援を行った。若年発症は高齢発症に比べ、障害を後遺しながら生活を送る期間が延長し、経済的な側面からの影響も大きいと考えられる。脳卒中後遺症者にとって、復職は社会復帰そのものであり、労働生活の質の確保と向上に大いに寄与することが報告されている<sup>1)</sup>。したがって脳卒中患者の復職は、重要な社会的意義を有している。

しかし脳卒中患者の入院時のニーズを調査した澤の研究では<sup>1)</sup>、仕事に対するニーズが高いものの、ニーズの諦めで多かったものも復職であったという結果を報告しており、再就職の困難さが明らかとなっている。

## (2) 症例検討を通して

本症例は入院中に行った会社との面談で、高次脳機能障害と麻痺の影響から退院後すぐの復職は困難であり、元の職場への復職に難渋した。しかし、CM様より職業センターのご紹介を受け、連携を図ったことにより復職へ繋げることができた。そして医療機関の役割である、疾患治療と障害に対する機能改善を目的としたリハビリテーションの役割を果たす事ができていた。また生活機能の改善、生活リズムの改善を、職業センターと訪問リハビリ・外来リハビリを併用したことで整える事ができた(表3)。

表3 職業センターとリハビリスケジュール

	月	火	水	木	金	土
職業センター	9:00 ～ 15:00	9:00 ～ 15:00	9:00 ～ 12:00	9:00 ～ 15:00	9:00 ～ 15:00	休み
リハビリ			14:00 ～ 15:00 訪問			10:00 ～ 12:00 外来

## (3) 医療機関での復職支援の課題

復職支援を行うにあたり医療機関側の課題として、就労支援への関りがまだ少ないことが指摘されている。その背景には、診療報酬制度や入院期間の短縮化等、医療制度上の課題や、医療機関側が就労支援で「何をしたらいいかわからない」という疑問や不安を抱えていることが挙げられている<sup>3)</sup>。そして医療機関と職業リハビリテーション機関との連携も十分に確立されていない現状もある<sup>4)</sup>。これは医療機関で支援を行う中で、どのように職業リハビリテーション機関へ繋げればいいのか、連携の仕方が分からない人も多いのではないかと考える。

以上のことから医療機関の課題を明らかにする為、当院回復期のリハビリスタッフに対して2年目以上のスタッフを対象にアンケートを行った(図)。

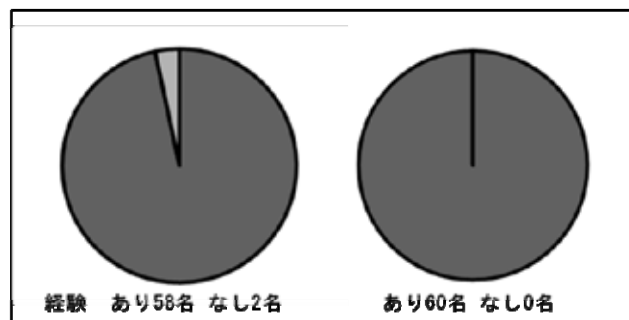


図 復職支援対象者の担当経験(左)と困った経験の有無(右)

入院中での関わりについて経験しているスタッフは2年目以上のほぼ全員で経験があるが、退院後に外来リハを経て復職を経験したスタッフは少なかった。医療機関のみでは復職支援に関わる機関についての情報が不足しており、どこに相談をすればいいかわからない状況であったと考えられる。今回はCM様を通じ、必要な情報を得る事ができた為、今後は今回の症例を通じて得た知識を他の症例にも活かしていけたらと思う。

## 【参考文献】

- 1) 濱田学、白山義洋、伊東育未、佐伯覚、蜂須賀研二：総合リハビリテーション42巻8号(2014)．入門講座 脳卒中の予後予測．脳卒中患者の就労予測： <https://webview.isho.jp/journal/detail/abs/10.11477/mf.1552110588?p=firstTab&englishFlg=2> (2018年4月17日アクセス)
- 2) 千葉咲希、川崎優典：回復期における復職リハビリテーションの現状と課題．第19回千葉県作業療法士学会(会議録)
- 3) 齊藤陽子：作業療法ジャーナル48巻7号．増刊号、脳卒中の作業療法—支援技術から他職種連携・制度の利用まで．脳卒中患者に対する就労支援—医療機関でのかかわりを中心に：<http://medicalfinder.jp/doi/abs/10.11477/mf.5001100573?journalCode=5001> (2018年4月17日アクセス)
- 4) 田谷勝夫：高次脳機能障害者の就労支援の現状と課題、「Monthly Book Medical RehabilitationNo.119」、p.1-5、全日本病院出版社(2010)

## 【連絡先】

千葉 咲希  
 袖ヶ浦さつき台病院 リハビリテーション部  
 Tel : 0438-62-1113  
 E-mail : rehabilitation@mail.satsuki-kai.or.jp

# 当院回復期病棟における脳卒中・頭部外傷後の就労支援の取り組み

○樋口 貴也（社会医療法人財団慈泉会 相澤病院回復期リハセンター 作業療法士）  
西村 直樹・並木 幸司（社会医療法人財団慈泉会 相澤病院回復期リハセンター）

## 1 はじめに

平成29年6月1日現在、雇用されている障害者数は約49万5,795人で過去最多となり、政府は障害者の雇用対策を総合的に推進している<sup>1)</sup>。一方、医療機関では、医療制度改革により分断された医学的リハビリテーション（以下「リハビリ」という。）により、発症から在宅復帰を経て復職・就労までの一貫した支援が難しい状況にあり<sup>2)</sup>、就労支援のノウハウの蓄積や専門性の不十分さが課題となっている<sup>3)</sup>。

当院は平成26年6月に急性期病棟内に回復期リハビリ病棟を開設した。これにより、同法人内で急性期・回復期・生活期の一貫したリハビリ支援体制を構築することが可能となった。そこで、必要な患者には復職・就労を目標として掲げるとともに関連機関や資源を活用して、支援体制の構築を図ることとした。今回、当院回復期リハビリ病棟を中心とした復職・就労支援の取り組みを紹介するとともに、支援状況を振り返り、現状と今後の課題について報告する。

## 2 取り組み

生産年齢である入院患者に対して、復職・就労支援ができるよう、医療従事者の行動計画を可視化できるようフローチャートを作成した。復職・就労支援のフローチャートの流れは以下の通りである。回復期リハビリ病棟入棟時に、単肢骨折以外の18～65歳の全患者に復職・就労支援パンフレットを配布。身辺動作・移動の自立が可能と判断された時点で、本人・家族に復職・就労の意思を確認する。復職・就労の意思がある患者に、担当リハビリスタッフより就労に関する問診票を配布し、職場以外の就労に関わる支援機関の介入可否を確認する。職務と本人の能力のマッチング、タイムリミットを確認する。その後、定期的なカンファレンスにて進捗状況を確認し、ADL/IADLの獲得を目指す。退院後、リハビリが必要であれば、外来または訪問リハビリを継続する。また、障害総合相談支援センターや圏域障害者就業・生活支援センター、ハローワークなどへ情報提供書を用いて情報提供を行う。必要に応じてセンター職員との面談を行う。

## 3 対象と方法

平成28年4月から平成30年3月の間に回復期リハビリ病棟から退院した18～65歳の145例のうち、復職・就労を希望された脳卒中・頭部外傷患者76例を対象とした。調査項

目は、疾患、年齢、性別、問診票の配布率と回収率、リハビリ支援状況、復職・就労に関わる支援機関との連携状況、復職・就労達成状況、発症から復職・就労までの期間とした。

## 4 結果

疾患は脳卒中67例（88.1%）、頭部外傷9例（11.8%）、性別は男性60例（78.9%）、女性16例（21.1%）、年齢は52.9±8.6歳であった。問診票の配布率は78.9%、うち回収率は97.3%であった。リハビリ支援状況は、入院リハビリのみが15例（19.7%）、外来・訪問リハビリ支援が56例（73.7%）、転院・他院フォローが5例（6.6%）であった。復職・就労に関わる支援機関との連携は、6例（7.9%）が外部機関と連携を図りながら就労支援を行った。内訳は、ハローワーク3例、就労支援ワーカー2例、就業生活支援センター1例であった。復職・就労達成状況は、59例（77.6%）が復職・就労に繋がり、復職・就労を断念した患者は6例（7.9%）、他11例（14.4%）はデータ集計時に復職・就労に向け支援継続中であった。発症から復職・就労達成までの期間は、79.4±120.8日であった。

## 5 考察

今回の結果より、当院における支援の対象は男性の脳卒中患者が大部分を占めていた。豊田<sup>4～5)</sup>によると、疫学的に脳卒中は男性の方が多く、また女性に比べて男性が若くして発症していると報告されており、我々の支援対象の傾向を裏付けるものではないかと思われる。また、総務省統計局<sup>6)</sup>の発表から、就業者数は男性3737万人、女性2950万人とある。一般的に就業年齢の男性は、家庭の経済的な基盤を担うことが多く、こうした方が脳卒中を発症した際、その家庭における経済的困窮は大きな問題となる。在宅復帰を目標とする生活動作の獲得だけでなく、復職・就労に繋げるための関わりと支援体制の構築が必要であることが再認識される。

当院の復職・就労支援のスタートは、問診票を用いた就労に関する情報収集であるが、配布率は78.9%に留まった。これは、支援の対象や必要性についての理解が全スタッフに浸透していなかったことが原因と考えられる。リハビリのゴールの1つに復職・就労があることを医療従事者である我々が再認識し、問診票などの情報をもとに職種や作業内容、その対象者個人に応じたリハビリ・支援を行えるよ

う、フローチャートの再周知とケーススタディーなどの開催による症例検討が必要と思われる。

リハビリ支援状況については、外来・訪問リハビリ支援が73.7%であった。当院において復職・就労希望者に対して、継続したリハビリ支援が行えている状況が窺えた。一般的に高次脳機能障害の回復には長期間を要することが知られているが、現行の医療制度の中で外来リハビリを長期間継続することは難しい状況にある。そのため、介護保険制度による訪問リハビリの活用や適切なタイミングでの復職・就労に関わる支援機関や職場との連携も重要となる。当院で外来・訪問リハビリ支援を継続し復職に成功した例では、どのタイミングで職場復帰を目指すのかを、本人・家族の希望を踏まえつつ、医療・介護スタッフ、障害者就業・生活支援センターの職員とタイムリーに協議出来たことが復職・就労に繋がった要因と思われた。

こうした支援を行った結果、当院においては59例(77.6%)が復職・就労に至り、近年の脳卒中後の復職率の諸報告30~40%<sup>7~8)</sup>よりも高いものとなった。また、発症から復職・就労達成までの期間は79.4±120.8日であり、比較的早期に復職・就労が達成されている。都甲ら<sup>9)</sup>の報告では、早期に復職可能となる要因として、早期からのリハビリ介入や継続したアプローチ、職場スタッフとの関わりとあり、当院でも同様の関わりをフローチャートの運用により可能となったことが早期の復職・就労に繋がったと思われる。

#### 【参考文献】

- 1) 厚生労働省：H29年障害者雇用状況の集計結果
- 2) 鈴木新志, 村田郁子, 徳本雅子, 幸田英二, 久保田美鈴, 近藤大輔, 新谷さとみ：急性期における就労支援の現状と課題, p. 343-350, 日職災医誌, 63 (2015)
- 3) 佐藤珠己, 春名由一郎, 田谷勝夫：地域における雇用と医療等との連携による障害者の職業生活支援ネットワークの形成に関する総合的研究, 障害者職業総合センター, 調査報告書 No. 84, (2008)
- 4) 豊田章宏：全国労災病院データ150,899 (1984~2009年) からみたわが国の脳卒中病型の変遷, 脳卒中34, p. 399-407 (2012)
- 5) 豊田章宏：勤労世代における脳卒中の実態：全国労災病院患者統計から, p. 89-93, 日職災医誌, 58 (2010)
- 6) 総務省統計局：労働力調査, 平成30年6月分より
- 7) 佐伯寛：予後予測と就労支援, p. 127-131, 日職災医誌, 63 (2015)
- 8) 徳本雅子, 甲斐雅子, 豊田章宏, 豊永敏宏：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-, p. 240-246, 日職災医誌, 58 (2010)
- 9) 都甲真希, 井上勲, 諫武稔, 峰岡貴代美：高次脳障害者の復職支援-復職に成功した事例から考える-, p. 609-609, 日本作業療法学会抄録集, 46 (2012)



# 重度記憶障害患者が発症後3年かけて前職復帰可能となった理由の一考察 ～回復期リハビリテーション病院の役割～

○清野 佳代子（東京都リハビリテーション病院 作業療法士）  
築山 裕子・坂本 一世・伏屋 洋志（東京都リハビリテーション病院）

## 1 はじめに

医療現場において、30～50歳代の若年脳卒中患者は増えており、社会復帰、特に復職は重要な課題である<sup>1)</sup>が、ニーズは高いものの諦めが多かったのも復職である<sup>2)</sup>。

今回、重度記憶障害患者が復職への強い意志を持ち、家族・病院・関係機関・職場の支援を受け、発症から約3年後に原職復帰することが出来た症例を経験した。この症例を振り返り、復職支援における回復期リハビリテーション病院（以下「回リハ病院」という。）の役割を検討する。尚、本報告は書面にて症例の同意を得ている。

## 2 症例紹介

50歳代男性、動脈瘤破裂によるくも膜下出血を発症、開頭クリッピング術施行後、水頭症発症しシャント術施行、意識障害、嚥下障害、両側麻痺を呈していた。妻、学生を含む4人の子供をもつ一家の大黒柱であった。仕事は大手一流企業で専門知識を活かした業務に従事しており、毎日遅くまで勤務、過重労働気味であった。KPの妻は自宅内で仕事をしており、日中独居が退院までの課題となった。

## 3 介入経過

### (1) 入院期：X（発症日）+4～9ヶ月

理学・作業・言語療法を実施し、覚醒及び嚥下機能改善に伴い、注意・記憶・遂行機能などの高次脳機能障害が顕著となり心理療法が追加実施された。作業療法（以下「OT」という。）では主に身体・高次脳機能改善、活動性向上、生活動作（以下「ADL」という。）自立を目指し訓練を実施した。表に退院時の評価結果を示す。退院時、屋内ADLは自立したが、重度高次脳機能障害により屋内・屋外共に見守りが必要であった。活動・参加の場の拡大を目的に週1回のOTと心理の外來訓練が継続となった。また、区障害福祉センターの自立支援通所を週2回利用することとなった。

### (2) 外來初期：X（発症日）+10～21ヶ月

在宅生活リズム獲得、屋外移動自立、活動・参加範囲の拡大を目的に個別訓練を実施した。区障害福祉センターの自立支援通所と併せて外出機会となった。重度記憶障害に対する認識は低く、家族指導を含めて高次脳機能障害特別訓練プログラム（以下「特別訓練」という。）も追加した。

### (3) 外來中期：X（発症日）+22～30ヶ月

個別及び特別訓練に加えて心身障害者福祉センター社会

生活評価プログラムと障害者職業センター職業準備支援に参加した。

### (4) 外來後期：X（発症日）+31～39ヶ月

当院の個別訓練、心身障害者福祉センター就労準備支援プログラムと2回目の障害者職業センター職業準備支援に参加した。併せて現場復帰に向け、職場上司や産業医と面談をした。支援者を交えた会議で現状能力や合理的配慮の必要性について情報共有を中心に行い、5～6回のリハビリ出勤を経て、ナチュラルサポートの整った元の部署に復帰した。

表に最終評価（外來中期）の結果を示す。退院時と比較して、注意・遂行機能の改善は見られた。しかし記憶障害は依然重度で、訓練場面においても同じ話を繰り返したり、毎回実施しているプログラムに誘導を要した。昨日の出来事も代償手段無しには想起出来ない状況であった。

表 評価結果

項目	退院時(X+9ヶ月)	外來中期(X+30ヶ月)
WAIS-III	VIQ:98,PIQ:86,FIQ:92	VIQ:109,PIQ:98,FIQ:104
WMS-R	一般52,遅延50未満	一般58,遅延50未満
注意力	TMT-A:205秒, B:207秒	TMT-A:80秒, B:67秒
記憶力	RBMT:2/24	RBMT:1/24
遂行機能	BADS:12/24	BADS:19/24
手帳※1	メモ12/18,行動6/21、	メモ14/18,行動15/21、
準備※2	8項目全て不十分	病識・代償以外十分

※1 手帳検査:メモによる代償手段獲得能力を測る当院で作成した検査

※2 就労準備性8項目<sup>3)</sup>:症状の安定・働く意志・ADL自立・体力・公共交通機関利用・病識・代償手段・社会性

## 4 外來介入内容

### (1) 個別訓練 (OT・心理)

週1回各1時間、マンツーマンで日々の生活の振り返りを行い、スケジュール表に従い行動出来ること、注意・記憶机上課題、パソコン練習やメモ等の代償手段の獲得を目指し介入した。協力的な妻と常に情報交換し、助言・指導を行い、妻のコーチングを遠隔的に支援した。

### (2) 特別訓練 (高次脳機能障害特別訓練プログラム)

注意力・集中力の向上、障害を補完する代償手段の獲得、患者と家族の障害認識を深め目標志向的に生活することを目的とし、5～8名の高次脳機能障害患者とその家族で構成されている。認知行動療法をベースにし、自発的にポジティブな意見を出し合うことが心得とされ、希望や目標に向けて明日から出来ることを他の参加者と共有し、生活で

実践していくよう促すプログラムである。

## 5 連携した機関

### (1) 区障害福祉センター

手帳取得で週2回機能訓練が出来、送迎バスの利用も出来る。症例は屋外監視レベルから利用し、活動範囲を広げ、満了期間1年で生活リズムの獲得・屋外活動自立に至った。

### (2) 心身障害者福祉センター

高次脳機能普及事業の支援拠点として相談・支援を行い、目的に合わせて通所プログラムを設定している。症例は社会生活評価と就労支援プログラムを利用し、良好な生活リズムの継続、注意集中持続力・作業耐久性・社会性等、就労準備性能力向上に向け、平均週4日利用した。

### (3) 障害者職業センター

手帳未取得で職業評価及び職業準備支援を利用出来る。担当職業カウンセラーが相談に応じ、ハローワークや職場との仲介、ジョブコーチ等のサービスを行う。症例は就労に必要な準備性獲得を目指し訓練した。支援者会議では職業カウンセラーを中心に司会・進行・まとめ役を担った。

### (4) 職場

休職期間は3年あり手当が支給された。上司は協力的で、産業医からの復職条件はADL安定・通勤自立・フルタイム勤務可能な体力であった。外来後期の会議に参加し、症例の能力の把握、職場での具体的な配慮について検討した。

## 6 考察

わが国の脳卒中後に復職した患者の約80%が発症前の職場に復帰している<sup>4)</sup>。当院でも入院患者の約30%が発症直前まで仕事に就いており、回リハ病院において復職は避けて通れない支援であり、その役割について考察する。

### (1) 連携先選定の見極め、関係機関との連携

当院は発症2ヶ月以内の方が急性期治療後に転入する回リハ病院であり、本人・家族は病気療養から徐々に元の生活復帰に関心を向けていく時期である。働き盛りの世代、特に前職のあった方々は復職が重要課題に挙がるが多い。その中で身体・精神機能を精査し、現状能力を把握、現実的な課題として職場と直接連携するか、時期尚早であるかを見極め、判断することが求められる。職場と直接連携する場合、入院中から職場と連絡を取り、必要に応じて面談を行い、本人が職場で孤立しないよう、リハビリ出勤等を外来で後方支援していくことが必要となる。

今回の症例のように、退院時に外出監視を要する方では職場との直接連携支援はまだ早い。その場合、現状能力と目標に適合した連携先を選択していく。病院の外来は時間的・活動範囲的に制限があり、生活リズムの獲得を目指すには限界がある。そこで個別訓練に加えて、社会参加の一步として送迎付の区障害福祉センターの通所を利用、外出機会を増やし、活動範囲の拡大や生活リズムの獲得に至っ

た。その後心身障害者福祉センターや障害者職業センターの就労支援プログラムに移行された。このように、機能改善・能力獲得に伴い、利用機関が適宜変更・追加していくなかで必要に応じて回リハ病院としての支援を継続した。

### (2) 障害認識を高める

屋外移動を含めた在宅生活自立となったところで、復職の必要条件である障害認識を高めることを目的に、当院の特別訓練を開始し、障害への気づき、社会性の改善も見られた。これは多くの高次脳機能障害者が通院する回リハ病院に出来ることのひとつと考える。

### (3) 発症から復職まで途切れない支援

円滑な復職には職場の協力が必須となる。利用可能な社会補償制度等の情報収集を行い、入院中より職場と連携を深めておくことで本人は安心感が得られる。産業医は一般的に主治医の情報を重視する。そのため支援の進捗状況を適宜主治医に報告し、常に現状能力と課題を把握してもらう。それにより産業医に復職に必要な情報が正しく伝達される。この情報伝達が復職には必要不可欠となる。よって、病院が発症から復職まで継続的に関わる意味は大きいと思われる。発症から経過するにつれ、病院の支援は徐々に後方に移行するが、途切れずにタイミングをみて本人・家族へ情報提供を行い、関係機関と連携した継続支援が安定した復職につながると考える。最後に重度記憶障害者の復職に向けては、二人三脚で寄り添うコーチの存在が大きい<sup>5)</sup>。症例の場合は妻である。妻のコーチングがあって復職まで辿り着いたと言っても過言ではない。妻は毎日症例と向き合い、屋外活動自立に向けて手帳にスケジュールや手順を示したり、移動自立の最終確認をする等の支援を続けた。当院では症例と共に妻とのコミュニケーションも重要視し、現状能力と課題に合わせて適宜支援方法を指導・助言・情報交換し、妻のコーチングの一助を担った。

## 7 今後の展望

今回、症例の復職への強い意志を基に様々な関係機関の協力を得て、約3年継続支援した結果、原職復帰出来た。今後も復職支援における病院の役割を担っていきたい。

当院では昨年度から就労支援チームが発足した。今後も働き盛りの中で病気療養を余儀なくされた方々に復職が現実的課題となるよう適切に支援していきたいと考える。

### 【参考文献】

- 1) 佐伯寛ほか：脳卒中後の復職—近年の研究の国際動向について、総合リハ Vol. 39・385-390 (2011)
- 2) 澤俊二：就労支援における作業療法士の役割と特徴、作業療法ジャーナル Vol. 43・738-742 (2009)
- 3) 渡邊修：急性期及び回復期病院の高次脳機能障害者に対する地域支援の在り方、臨床リハVol. 23・1036-41 (2014)
- 4) 豊永敏宏：中途障害者の職場復帰、Medical Practice Vol. 27・1703-1706 (2010)
- 5) 立神粧子：前頭葉不全 その先の戦略、医学書院 (2010)

### 【連絡先】

清野 佳代子 e-mail : ot@tokyo-reha.jp