実践事例報告）視覚障害者の復職支援
初期相談～雇用管理サポート～職業訓練・就労移行支援の活用

〇星野 史充（社会福祉法人名古屋ライトハウス 情報文化センター　ICT担当）
〇熊懐 敬　（認定NPO法人視覚障害者の就労を支援する会（タートル）　副理事長）
〇松野 裕一（社会福祉法人名古屋ライトハウス 名古屋東ジョブトレーニングセンター　指導員）
　神田 信　（認定NPO法人視覚障害者の就労を支援する会（タートル））
　中村 太一（認定NPO法人視覚障害者の就労を支援する会（タートル））
　原田 佳子（社会福祉法人名古屋ライトハウス 名古屋東ジョブトレーニングセンター）

１　概要

視覚障害者の復職を支援してきた当事者団体が眼科医とともに中途視覚障害者の初期相談を行い、地域の就労支援機関を紹介。就労支援機関は地域の障害者職業センターとともに障害者雇用管理サポート事業（視覚支援パソコン導入他）、地域の障害者職業能力開発校の委託訓練（パソコン業務スキル）、自治体の就労移行支援（パソコン業務スキル）を活用、中途障害者の復職に貢献した。

２　視覚障害者の事務系職種への就労

⑴ 従来　紙媒体の処理が課題

事務作業に紙媒体が用いられていた時期、視覚障害者にとって紙に書かれた文字や図表を視認できるかが就労のための前提条件であった。

ルーペなどの光学機器を用いて紙の資料が処理できる一部の弱視者を除けば、情報処理技術者、構内電話交換手など、視力への依存を回避できる専門職が視覚障害者の一般就労の進路となっていた。

⑵ 現在　オフィスオートメーション（以下「OA」という。）の進展と職域拡大

パソコンなどの情報処理機器とそれらを連携するコンピュータネットワークの登場は、視覚障害者に事務系職種への就労の機会をもたらした。合成音声による画面の読み上げ機能、弱視者の視認性を改善するロービジョン向けの表示機能などを組み込めば、視力に依存しない事務作業が可能となった。

今日、OAビジネスのスキルを習得した視覚障害者は、事務系職種へ就労する技能を有しているのである。

３　連携機関

本発表において連携した組織・団体を示す。

⑴ 認定NPO法人視覚障害者の就労を支援する会（タートル）（以下「タートル」という。）

1995年に中途視覚障害者の復職を支援する任意団体としてスタートしたタートルは、法人格を取得しながら当事者団体として視覚障害者の就労全般へと支援の活動を広げている。

⑵ 公益社団法人日本眼科医会（以下「日本眼科医会」という。）

ロービジョンケアの意識の高い眼科医の参加を得て、タートルは日本眼科医会とともに毎月オンラインでロービジョン相談会を開催し、全国からロービジョンによる就労の不安を持つ人の相談に答えている。

⑶ 社会福祉法人名古屋ライトハウス（以下「名古屋ライトハウス」という。）

1946年に二人の視覚障害者が前身の団体を発足、社会福祉法人となり地域において各種の福祉事業を展開している。

ア　名古屋東ジョブトレーニングセンター（以下「東ジョブセンター」という。）

東ジョブセンターは障害福祉サービスのうち就労移行支援・就労定着支援を行っている。2008年１月より名古屋ライトハウス光和寮の多機能事業として事業開始、2021年９月より単独事業所として運営。

イ　情報文化センター（以下「当センター」という。）

当センターは視覚障害者情報提供施設として、図書館業務などに加えて、障害者雇用管理サポーター、委託職業訓練などの雇用支援業務も実施している。

⑷ 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 他

・愛知障害者職業センター（以下「愛知センター」という。）
・岐阜障害者職業センター（以下「岐阜センター」という。）
・中央障害者雇用情報センター（以下「中央雇用情報センター」という。）
・愛知障害者職業能力開発校（以下「愛知職能校」という。）

４　活用した支援や訓練の制度

本発表で取り上げる訓練や制度を示す。

⑴ 障害者の就労を支援する機器の紹介や貸出～中央雇用情報センター

利用例：画面読み上げソフトウエアをインストールしたパソコンの貸出

⑵ 障害者雇用管理サポーター～愛知・岐阜センター

支援例：視覚支援システム実演～導入支援、職場アセス

メント調査、教育訓練カリキュラム開発

⑶ 委託職業訓練　実践能力習得コース～愛知職能校

訓練例：社内システム演習、データベース構築、プログラミング演習（VBA、Python）

⑷ 就労移行支援～自治体の障害者福祉サービス

支援例：復職に向けて必要なOAビジネススキルの習得、視覚障害者の職場環境の整備

５　実践事例１　視力に依存しないパソコン操作への移行

⑴ 期間

2022年度～2023年度

⑵ 本人

強度弱視、人事総務部門～休職→復職

⑶ 現在

職場システムにて要求操作を習得～画面読み上げソフトウエア使用

⑷ 経緯

ア　初期相談

タートル、日本眼科医会～地域のロービジョン眼科・視覚リハビリ施設・当センターを紹介　2022年度

イ　障害者雇用管理サポーター

愛知センター、当センター～職場システム調査、就労支援機器の職場ネットワークへの導入支援　2022年度２回実施

ウ　就労支援機器貸出

中央雇用情報センター、当センター～貸出パソコンシステム選定、同システムの職場ネットワークへの導入支援　2022年度

エ　委託職業訓練

愛知職能校、当センター～画面読み上げソフトウエア、職場システム、OAシステム操作演習　2022年度　56時間、2023年度　126時間

⑸ 特記事項

発表者（星野、全盲）は障害者雇用管理サポーターとして愛知センターの職業カウンセラーとともに本人の職場を訪問、視覚障害者が画面読み上げソフトウエアを使って業務システムを操作し、目的の作業ができることを実演説明した。

画面読み上げソフトウエアの導入支援として職場のセキュリティ管理者との調整への助言を行うとともに、本人への教育訓練を提供し、目標達成に貢献した。

６　実践事例２　視力に依存するパソコン操作の習得と事務職への移行

⑴ 期間

2023年度～2024年度（継続中）

⑵ 本人

弱視、製造ライン部門～休職中

⑶ 現在

ロービジョン者のためのパソコン業務スキル習得中

⑷ 経緯

ア　初期相談

タートル、日本眼科医会～地域のロービジョン眼科、当センターを紹介　2023年度

イ　障害者雇用管理サポーター

岐阜センター、当センター～白杖歩行・通勤ルート・職場ファミリアリゼーション　2023年度１回実施

ウ　就労移行支援

岐阜センター、東ジョブセンター～パソコン業務スキル習得　2023年度～2024年度（継続中）

⑸ 特記事項

就労移行支援において、事前情報としてパソコン業務経験はほとんどないことを確認。

視覚支援システムとして主に画面拡大ソフトウエアを使用し、補助的に画面読み上げソフトウエアを使用。訓練は、視覚支援システムの操作環境を整え慣れていくことと、パソコン業務スキルの習得（ワープロ・表計算の基礎から実践）の二本立て。

通所は週に３日、５か月経過した時点で企業、岐阜センター、本人とオンラインで担当者会議を実施。現在、訓練の進捗を共有しながら、復職に向けて具体的に協議を続けている。

７　まとめ　医療、福祉、雇用支援連携の効果と意義

⑴ 初期相談

眼科医の協力を得たロービジョンケアと、タートルが有する豊富な先行事例とノウハウに基づいた助言により、本人の不安を軽減しながら迅速に雇用支援プロセスを立ち上げることができた。

⑵ 専門的支援

視覚支援システムの専門家が職場を訪問調査し、視覚支援システムの導入、教育カリキュラムを作成、目的の雇用支援プロセスを達成できた。

⑶ 当事者団体

先行事例やノウハウ事項を提供し、視覚障害の仲間が不安を共有しながら、解決までの心の支えとなる。

リワークプログラムにおけるメタ認知療法の活用：
再発防止への新たなアプローチ

○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

メンタルヘルス不調による休職は、多くの職場で増加している問題である。特に、復職後の再発率は高く、統計によると５年以内に約47.1%が再発し[1)]、３回目の再発ではその率が90%に達する（図１参照[2)]）。

これは、復職判断が休職回数に関わらず一律の基準で行われる構造的問題や、リワーク訓練における従来のアプローチが実際の職場環境のストレスに対応できていないことに起因すると考えられる。本論文では、再発防止策としてのメタ認知療法のリワークプログラムへの活用に焦点を当て、その有効性を検証するものである。

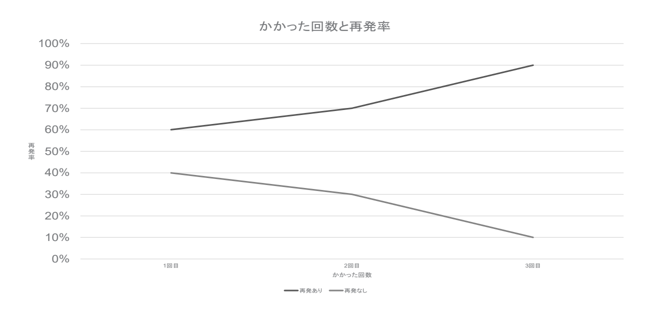

図１　うつ病にかかった回数と再発率

２　再発の問題と従来のリワークプログラムの限界

メタ認知療法（Meta-Cognitive Therapy：MCT）は、認知情報処理の観点から開発された認知行動療法である。特に、治療法の命名にもあるようにメタ認知に焦点をあてた理論を展開しており、適応的なメタ認知の機能を促進するための介入技法が数多く開発されているのが特徴的である[3)]。

MCTは、抑うつでは過去や未来に対する反復的な思考であるネガティブな反すうや心配に対して働きかけることを特徴としている。

これまでリワークについては、医療機関で行う「医療リワーク」、障害者職業センターで行う「職リハリワーク」、企業内や従業員支援プログラム（EAP）などで行われる「職場リワーク」に分けて考えられている[4)]。

上記のリワークに加えて、障害福祉サービスの報酬改定により、障害福祉事業者よる「福祉リワーク」も新たに社会資源に加わった。リワーク支援の更なる普及となる一方で、無資格でリワーク施設を運営できることから質の確保に懸念があるとの見方もある。

従来のリワークプログラムでは、認知行動療法が主流として用いられてきた。これは、低ストレス状況にあれば認知の修正を通じて有効に機能する。しかし、復職後の実際の職場での高ストレス状況においては、ネガティブな感情によって想起される認知を修正する認知再構成法が困難であると考えられる。

実際に、抑うつ状態が高まってもメタ認知的知覚の強さは変化しないことが認められている[4)]。再発リスクを軽減する為には、ネガティブな認知や感情を否定するのではなく、それらを認識し、望ましい行動へと繋げていくMCTの活用が有効的と考えられる。

３　メタ認知療法とリワークプログラムへの応用

リワークプログラムにおいてMCTを活用することにより、自己の認知や感情をモニタリングしたり、ストレスに対する思考や感情のコントロールスキルを身につけることができるとされている。

具体的な訓練方法としては、①モニタリング・思考の抑止：マインドフルネス瞑想、注意訓練、活動記録表を通した日常でのディタッチトマインドフルネス。②メタ認知療法：D-MCT（うつ病のためのメタ認知トレーニング）モジュール[6)]、面談を通した認知再構築法。③セルフコントロール：コミュニケーションプログラムを通した集団力動の中でメタ認知療法を活用するための実践的トレーニングをこれまでリワークプログラムとして実施してきた。

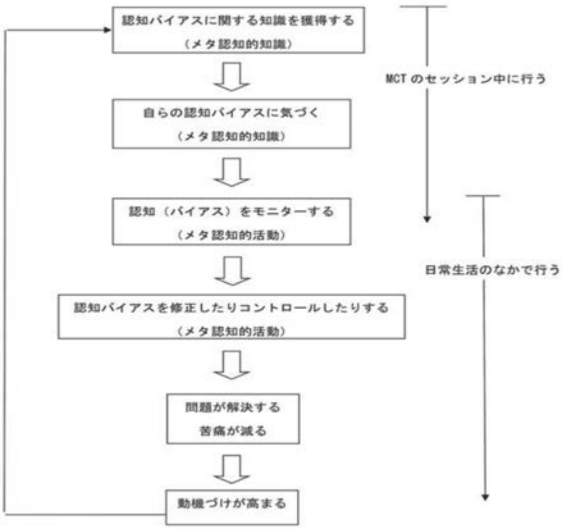

図２　MCTの訓練ステップ[6)]

また、リワークプログラムを実施する上では、支援を行うスタッフのスキルトレーニングも必要となる。復職してからの再休職予防のために行動療法的な集団プログラムでは、ストレス場面での自己の課題が再現され、その際の行動変容を促すようにスタッフが介入することが非常に大事とされている[5)]。

現場のスタッフについては支援を行う過程で、自分が知らないことや、スキルがないことを自覚し、恐れ、不安、混乱といった感情を経験し、無力感や無価値感を抱く[7)]とされている。

カウンセリングなどの支援を行う上で、スタッフが抱くネガティブな感情に対してもメタ認知療法を活用することが有効である。

スタッフに対するカウンセリングスキルトレーニングにおけるメタ認知療法の活用としては、①カウンセリング終了後のフィードバックを通して、カウンセリング場面で生じるスタッフ側の感情や思考プロセス、認知バイアスについてモニタリングし、把握していく。②注意訓練方法を用いてスタッフが自身の主観や感情から離れて、クライアントの内的照合枠に注意を向けられるようにする。③クライアントの内的照合枠に対して共感できる箇所が無いか検証していくことにより自身の準拠枠を確認し、共感的理解を深めていけるようにしていく。

リワークプログラムでMCTを実施する上で支援の実施者であるスタッフについては「柔軟さ」を身につけていく必要性が指摘されている[6)]。MCT実施者であるスタッフ自身がネガティブな感情をセルフコントロールできるようにトレーニングを継続していくことにより福祉リワークであっても質の高いリワーク支援を提供できるようになると考えられる。

4　まとめ

リワークプログラムでのMCTの活用により休職者が自己の認知や感情に対する深い理解を持ち、それを基に適切な対処法を選択できるようになることで、実際の職場復帰後の高ストレス状況においても再発を防ぐことが可能となる。今後は、MCTを取り入れたリワークプログラムのさらなる発展と、その実践における効果の検証が求められる。

【参考文献】

1)　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，2015
2)　地域におけるうつ対策検討会報告書　厚生労働省より 2024
3)　Wells A：Metacognitive therapy　for　Anxiety and Depression（熊野 宏昭，境泉 洋，今井正司 （監訳）：うつと不安の新しいケースフォーミュレーション日本評論社，2021
4)　村山 恭朗，岡安 孝弘， 抑うつの予防要因としてのメタ認知的知覚の安定性の検討, 2012；明治大学心理社会学研究， 第８号
5)　五十嵐 良雄, リワークプログラムの現状と課題， 日本労働研究 雑誌 60(6)，62-70，2018
6)　石塚 琢磨　メタ認知トレーニング（MCT）の理論と実践, 花園大学心理カウンセリングセンター研究紀要　第10号，2016
7)　三谷 真優, 永田 雅子， 心理臨床家の熟達化に関する研究, 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要． 心理発達科学 64 119-126，2017

【連絡先】

松石 勝則
e-mail:big64max@gmail.com
https://careerconsultant.mhlw.go.jp/search/Matching/CareerDetail?e=ab102eb3e25ff1efefa2881cc18bbcdf

職場復帰に向けた調整のための効果的なアセスメントの実施方法

○古野 素子（障害者職業総合センター職業センター　主任障害者職業カウンセラー）
森田 愛　（障害者職業総合センター職業センター）

1　はじめに

障害者職業総合センター職業センター（以下「職業センター」という。）では、気分障害等による休職者に対して職場への再適応を支援し、離職の防止と雇用の安定を図るためのジョブデザイン・サポートプログラム（以下「JDSP」という。）を実施するとともに、ここでの実践を通じて、休職者が復職後に健康的で安定した職業生活を送ることを目的とした技法の開発、改良及び普及に取り組んでいる。

令和６(2024)年度は、職場復帰や職場再適応に向けた課題や目標等に関して、休職者・事業主・主治医の間における共通認識を形成するための効果的なアセスメントの実施方法を検討し、取りまとめることとしている。

2　背景

職場復帰支援の実施にあたっては、休職者と事業主が捉えている課題やリワークプログラムで取り組むべき目標等をすり合わせ、共通認識を持つことが重要である。職業センター及び地域障害者職業センター（以下「地域センター」という。）で実施する職場復帰支援では、支援開始の段階で、休職者・事業主・主治医の三者から職場復帰に係る必要な情報を収集し、職場復帰に向けた課題や目標等を整理する等のアセスメントを行っており、その結果に基づき支援計画を策定し、三者から合意を得た上でリワークプログラムを開始している。本報告における「職場復帰支援」については、職業リハビリテーション機関で実施している、この三者の合意形成を図ったうえで行う支援のことを指す。

しかしながら、アセスメントの実施方法に関しては、休職者の状況や地域センターごとに様々な手法が用いられ、体系的に整理されているとは言えない状況である。

3　課題点やニーズの整理

令和５（2023）年に47の地域センター及び多摩支所の計48所を対象に「職場復帰支援技法の開発ニーズ等に関するヒアリング調査」（以下「地域センターヒアリング」という。）を実施したところ、職場復帰に向けて課題や目標等を整理するために、休職者・事業主・主治医から情報収集する上で難しさを感じることがあるといった回答が多かった（図１）。

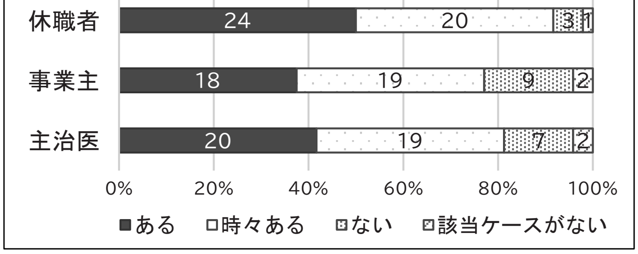

図１　情報収集する上で難しさを感じることの有無（ｎ=48）

表１　具体的な難しさや苦慮していることの例（抜粋）

休職者との調整	＜情報収集・整理の難しさ＞ ・最初の頃の相談時に本人が本音や事情、経緯など話されない、自己開示されない ・本人の話だけでは事実が把握しづらい （客観的事実と主観や感情が入り乱れる場合など） ・言語化や表現が苦手 ＜認識の不一致＞ ・対象者が認識している状態や課題認識、不調に至った原因の認識が事業所や主治医と異なる ・他責的、他罰的な傾向が強い ＜動機づけ＞ ・事業所からリワーク支援を勧められたが、本人は支援を受けることに消極的
事業主との調整	＜事業所内の情報共有・情報収集への協力依頼＞ ・窓口担当者（人事、保健師等）が本人の職場での状況や働きぶりを知らないため、何につまずいているのか把握できない（逆に窓口担当者が職場の上司のみの場合、制度がわからないこともある） ・人事／本人直属の上司／産業保健スタッフ／産業医等、それぞれ対象者に求める復職の条件や考えが異なるとき、目標設定に困る ・事業所がリワーク支援に懐疑的、後ろ向きなとき （情報共有の協力が得られにくい） ＜目標設定（期待との調整）＞ ・事業所の休職者への要求が高い、妥当でない（性格や特性変容を求める）場合
主治医との調整	＜主治医との情報共有・協力の得方＞ ・主治医が多忙、診察時間が短く、考えを聞きづらい ・支援者の受診同行が認められず、対面で相談できない ・主治医がリワーク支援の利用に納得していない、積極的でない　（職場の環境調整や改善が優先等の理由でリワーク支援を受ける意味がないと感じられる場合等）
その他	＜リワーク担当カウンセラーの不安＞ ・どのような情報を収集するといいのか整理できていなかったり、場当たり的な対応になってしまうことがある ・事業主、休職者双方の立場や考えを大事にしつつ、復職に向けたイメージや目標をすりあわせていく「調整力」をどのように養うことができるか ・自死リスクのある方など、何かあった時のリスク管理に不安を感じるケースへの対応

具体的には、休職者・事業主・主治医それぞれとのコミュニケーションの取り方や情報の把握の仕方、課題認識や復職に対する考えが異なる際の共通認識の形成に向けた調整に難しさや苦慮しているとの意見が聞かれた（表１）。

さらに、令和６（2024）年５月から６月までの間に職場復帰支援を担当している16の地域センターの障害者職業カウンセラー及びリワークカウンセラー31名に対して実施したグループヒアリングにおいても、概ね表１と同様の意見が聞かれた。また、グループヒアリングの際に職場復帰支援を進める上で知りたいノウハウについてアンケートを実施したところ、表２のような事項があげられた。

表２　職場復帰支援を担当する者にとって参考になること

職場復帰にむけた調整において参考になる工夫点・留意点
・支援計画を立てるための情報収集・情報共有の方法や工夫
・コーディネートの手順や考え方、実施にあたっての工夫
・休職者本人や事業主に対する説明の工夫
・休職者本人に対するリワーク支援への動機付けの工夫
・事業主との復帰に向けた調整の工夫・留意点

これらの意見をふまえて、職業センターのJDSPにおいて、事業主と休職者が職場復帰に向けた情報を整理・共有し、合意形成を行うことや、その後の円滑な支援や調整につなげるために活用してきた支援ツールを改良し、現場の支援者にとって参考になると思われる項目ごとに、アセスメントの実施方法、アセスメントに活用できるツールを活用するにあたっての工夫点や留意点等を整理し、実践報告書として取りまとめることとした。

４　支援ツールの改良にあたっての検討・ポイント

前述した地域センターから聞かれた、職場復帰の調整にあたって難しさを感じていることや支援を進める上で知りたいノウハウをふまえ、以下のようなツール等の改良に取り組んでいる。

(1)　支援計画を立てるための情報収集・共有の方法や工夫

ア　情報共有シート

JDSP では、職場復帰に関する各種情報の中から、リワーク支援から復職の段階までに必要な情報を可視化して休職者本人及び事業所と共有することを目的に平成 31（2019）年に「情報共有シート」を開発[1]した。

情報共有シートは、休職者に関する情報と、休職、復職に関する社内規定や制度、職場復帰可否の判断基準等を可視化し整理できる項目で構成されており、これらの情報を休職者自身が事業主とのコミュニケーションを取りながら整理し、確認することもねらいの一つとしている。

しかし、「職場復帰可否の判断基準」が明確に定められていない場合、休職者や外部の支援者に判断基準が公表できない場合、社内規定や制度を熟知した担当者と現場での休職者の状況を把握している担当者が異なる場合など、情報共有シートのとりまとめが難しいという課題があった。そこで、グループヒアリングや専門家（産業医）ヒアリングで得られた助言をふまえ、より情報の収集及び整理ができるよう、情報共有シートの改良を行った。具体的には、復職までの流れ、社内規定や制度等を把握するための項目「職場復帰の手続き・条件」と、リワーク支援の目標設定の参考とするために現場の様子や期待について把握するための項目「職場復帰支援の中で取り組めるとよいこと」とを分けて設ける等の改良を行った。

イ　事業主や主治医への情報共有のための各種シート等作成へのお願い（協力依頼のための説明文）作成

職場復帰に向けた調整や支援を効果的に行うための情報共有について、事業主や主治医への協力を得ることの難しさが課題として聞かれていた。そこで、休職者本人や支援者が短い時間でも説明ができ、事業主や主治医からの理解を得るために活用できるツールを作成した。

(2)　支援方針の検討のためのアセスメントの工夫

ア　ケースフォーミュレーションの試行

職業センターにおいて、高次脳機能障害者の職場復帰についての支援方針を検討する際に、支援を通して収集した情報をシートに整理し、復職にあたっての支援課題、支援課題に関わる個人・環境要因、その解決のために必要な介入や支援方法を検討する「ケースフォーミュレーション[2]」の手法を用いて支援を実施している。この取組を気分障害等の精神疾患で休職中の方の職場復帰支援においても、個々の事例に応じた支援に活用できるよう、シートを改良し試行的に実施している。

５　今後の方向性

改良中のツールの試案については、今後もJDSPにおいて実践を重ね、効果的なツールを活用したアセスメントの方法について引き続き検証していきたい。また、ツールの活用方法に加えて、活用事例や地域センターでの応用された取組など好事例も収集し、職場復帰に向けた調整の工夫点や留意事項についても取りまとめて、令和７（2025）年３月に実践報告書として発行する予定である。

【参考文献】
1）障害者職業総合センター職業センター『気分障害等の精神疾患で休職中の方の職場復帰支援における事業主との調整』「支援マニュアルNo. 19」, (2019)
2）障害者職業総合センター職業センター『高次脳機能障害者の復職におけるアセスメント』「実践報告書No. 40」, (2022)

【連絡先】
障害者職業総合センター職業センター開発課
e-mail：cjgrp@jeed.go.jp
Tel:043-297-9112

理学療法士として働いていたが脳腫瘍を発症し、自分が同職場に復帰した後に思う、療法士業務の捉え方

○岡本 拓真（千葉大学医学部附属病院 リハビリテーション科）
森田 光生・天田 裕子（千葉大学医学部附属病院 リハビリテーション科）

１　はじめに

脳腫瘍は様々な障害を人に与える。その障害は人によってそれぞれ違うが共通している部分は以前と同じ生活ができない、または時間がかかってしまうといったことで生活に支障が出るといったことがあげられる。脳腫瘍患者も元々は健常者だった人が大半である。現在も独立した生活を送れず、支援を受けている人が多い。

理学療法士という仕事は、患者一人一人に運動療法、物理療法などを用いて、自立した日常生活が送れるよう支援する医学的リハビリテーションの専門職である。

私は約二年前に脳腫瘍が発覚し一年間の闘病生活を経て左下肢の麻痺とコミュニケーション障害を残しつつ元の職場に戻った。その過程と現状の診療報酬に則った業務の中で支援された業務と支援されても困難と感じた業務を理学療法の制度に基づいて報告する。

２　中枢性悪性リンパ腫とは

中枢性悪性リンパ腫とは中枢神経（脳、脊髄、眼球）に発生する悪性リンパ腫のことを指す。多くは大脳の前頭葉、側頭葉、基底核、脳室周囲、脳梁に発生する。その症状は主に精神症状や、頭痛・悪心・嘔吐などの頭蓋内圧亢進症状、痙攣発作が挙げられる。

その治療方法として、生検術後に化学療法を3–5クール行い、その後は症状観察していく。５年生存率は50%程度である。その後遺症は様々であり化学療法施行後、症状が寛解もしくは緩和される場合や症状が残存してしまう場合もある。

３　理学療法士の業務内容

理学療法士の診療業務は病気や事故で身体が不自由となった人たちへの身体機能の回復を図り、社会復帰への手助けをするという内容である。理学療法士には医師の処方に基づいて、患者に最も効果的な治療計画を立て、徒手療法、治療体操、歩行訓練などの運動療法や電気刺激などの物理療法を施す。ときには介助が必要な方には介助して歩行訓練を実施したりすることもある。

理学療法士は身体機能の回復や維持のための訓練やリハビリテーションを行うため、日常的に患者の身体を支えたり、サポートしたりする。そのため力や体力は必須であり、患者の状態を診るためにコミュニケーションも重要である。

４　リハビリテーションの診療報酬制度について

リハビリテーションは医師の指示に基づき行われる医療行為であるため、医療保険が適応される。リハビリテーションを実施する上での基準を単位と呼ぶ。単位とは対象疾患や施設基準などによって、１単位当たりの算定できる保険点数が異なる。原則一人の患者に一人のセラピストが対応する。１単位 20 分という決められた時間の中で患者を個別に対応していくことが求められる。

５　経歴について

2021 年３月　理学療法士国家試験合格
2021 年４月　千葉大学医学部附属病院リハビリテーション科入職
2022 年８月　中枢性悪性リンパ腫診断　緊急入院
2022 年９月～2023 年８月　治療とリハビリをこなす
2023 年８月　退院
2023 年 11 月　同職場に復職
障害：左腓腹筋の痙縮による尖足歩行、コミュニケーション障害、高次脳機能障害残存。通院は３か月に１回のみ
生活：独居、職場までの通勤手段は自転車
ADL：全て自立している

私は二年前に中枢性悪性リンパ腫を発症し、コミュニケーション障害と左足の痙縮による歩行障害を呈してしまった。私は元の職場に復帰するという目標を掲げ約一年間の闘病生活を送ったがコミュニケーション障害、左下肢の麻痺は残ってしまった。だが、障害を抱えながら元の職場に理学療法士として社会復帰できた。

６　復職してから受けた援助

障害を抱えた状態で私がなぜ理学療法士として復職できたのかは、職場の援助のおかげである。その援助の内容を以下に挙げる。

・患者の選定
・上司の付き添いによる治療の補助
・職場に復帰する前の産業医や同職場への周知
・患者数の調節

・カルテ記載の時間確保

7　支援を受けても業務遂行に困難だったこと

職場に援助して頂いたにも関わらず私が業務遂行に困難と感じた点を以下に挙げる。

・コミュニケーション障害からの声の聞き取りづらさ
・左足の痙縮による患者の移乗の介助困難
・疲労感によるカルテ記載のタイピングの遅さ、誤字脱字の多さ等が挙げられる。

その中でも最も深刻なのは、コミュニケーション障害であった。特に特定機能病院に入院されている患者は病気が判明した直後、手術をして日にちが浅い人といった心に大きな不安を抱え、情緒不安定な方が多い。そこへコミュニケーションに障害を抱えているセラピストが行けば患者とのトラブルに発展してしまう可能性がある。患者の治療の遂行への邪魔になりかねない。

8　元の職場に戻るメリット

そんな困難な状況でもなぜ強く希望した理由は以下に挙げる。

・自分の性格を知っている同僚がいる
・自分の病気の症状を知ってくれている
・社会復帰の目標として分かりやすい

以上が挙げられる。

9　考察

今回､私が患った病気は中枢性悪性リンパ腫であったが､実際に復職し、障害が残存している中で理学療法士として復帰することは可能であるのか。私は困難であると思う。以下に理由をまとめた。

(1)　状況判断能力の壁（高次脳機能の壁）

私の職場は超急性期病院である。急性期は患者の病気の状態が一番不安定な時期でありリハビリを実施する上でリスクが伴い、私の負担もかなり大きかった。その負担が毎日決まった量をこなすのは現状困難である。

(2)　コミュニケーションの壁

患者側はある日突然病気になり精神的に大きな不安を抱えており情緒不安定になる人が多い。そういった方が自分の大切なリハビリを提供してくれるセラピストが障害者であることを受け入れられるのか。受け入れられるだけの余裕はない。

また、リハビリテーションは患者と話すことによって状態を診て本日のメニューの負荷量を調節する。コミュニケーションは重要な問診の一つでありリハビリテーションに欠かせない要素である。

(3)　身体パフォーマンスの壁

理学療法士という職業は一日に一人を見るのではない。一人で一日に７～８人という数を見なければならない。そしてその一人一人に同じリハビリテーションを提供しなければいけない。そして、それだけではなく患者それぞれの疾患が違い、介助量も違うため、介助量の多い患者は対応できないためである。

(4)　職場の不利益の壁

障害者を雇うということは健常者に比べ労力がかかる。私が実際に現場へ復職して感じたことを以下に挙げる。

・治療への上司の付き添い
・患者とのトラブルが発生した時の対処
・病棟側（上層部）への周知
・人件費の消費（雇用側の負担）

以上、この大きく４点が私の理学療法士として復職することを妨げている。この問題は現在のリハビリテーションを実施する上での診療報酬制度によるより大きな壁が私の理学療法士としての復職を妨げている。たとえば一人の患者に対して同じメニューを実施するのに私は健常者と比較して時間がかかってしまうと現状の診療報酬制度では算定できない。逆に言えば時間をかければ同じメニューを提供することはできるのである。

このように多くの援助を職場から受けてもリハビリテーションを提供する上でリハビリテーションの診療報酬制度により私の理学療法士としての復職はかなり困難なものになった。

10　まとめ

私は今回の一件を通してリハビリ専門職は病気になった後に障害を抱えたまま働くのは困難と考える。しかし、それは職場だけが考えるのは非情に困難であるといえるため、社会全体が現在働いている医療者に関心をもつことが重要であると私は考える。

【参考文献】

1)　Robert J Hartke et al.Stroke Rehabil.2015 Oct : Survery of survivor`s perpective on return to work after stroke
2)　金谷さとみ：理学療法とちぎ　Vol.８No.１　p１-６：これからの理学療法士に求められるもの
3)　公益社団法人日本理学療法士 HP
4)　Dechert M.Paulus W Malignant.Iymphomas In: WHO Classificationof Tumors of the CentralNervous System S

脳卒中患者の職業復帰
ー通勤，自動車運転についてー

○中村 優之（医療法人のぞみ会 のぞみリハビリテーション病院　公認心理師）
臂 美紅・白戸 夏美・富井 豊人
（医療法人のぞみ会 のぞみリハビリテーション病院 リハビリテーション課）
高野 尚治（医療法人のぞみ会 のぞみリハビリテーション病院）

1　はじめに

社会復帰、職業復帰は回復期リハビリテーションの重要な目標の一つである。医療法人のぞみ会のぞみリハビリテーション病院（以下「当院」という。）においても患者の高齢化傾向はあるものの、脳卒中患者の約30%は65歳未満の就労世代である。特に若年脳卒中患者の職業復帰は経済的問題のみならず、障害受容やQOLの向上のためにも重要である。しかし復職においては身体機能の回復や作業能力の獲得に加えて通勤手段の確保が重要な課題となる。特に自宅や勤務地が地方都市や農村地域の場合、従来の通勤手段は自動車通勤がほとんどであり、代替手段としての交通機関の利用が実用的ではない場合が少なくない。

今回比較的円滑に異動や配置転換、自動車運転を含めた通勤の再開が可能であった、若年脳卒中患者の職業復帰支援を経験した一例について報告する。

2　症例

K.O殿。50歳代男性、左被殻出血、入院時身体機能：BRS：上肢Ⅴ・手指Ⅴ・下肢Ⅵ、ADL：バーセル・インデックス（以下「BI」という。）65、失語症なし、明らかな高次脳機能障害なし、職業：大手自動車メーカー整備士。

3　治療経過

仕事中に右麻痺が出現し救急搬送され、左被殻出血の診断で急性期病院へ入院、保存的加療となる。上肢に強い右片麻痺が残存し、発症1か月後、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。当院入院時、意識清明なもののやや反応性低下がうかがわれ、脳出血後の低覚醒状態と考えられた。右片麻痺は回復傾向にあったが、上肢の筋緊張亢進を認め、手指の麻痺も中等度で分離不良であった。感覚障害は軽度で、右手指に痺れの訴えが聞かれた。ROMは概ね保たれていたが、右肩関節にアライメント不良による疼痛を認めた。全般的な筋力低下、耐久性低下等の廃用症状も認められた。

ADLは入院時、入浴、階段、歩行などに監視を要しBI65であった。起居動作は自立、歩行補助具なしでの歩行まで可能も、ふらつきや麻痺側下肢の躓き、膝のロッキングを認めた。しかしバランス反応は良好であり評価中に病棟内T-cane歩行自立とした。上肢機能は右が補助手から廃用手のレベル、左は実用手であった。MMS：28/30、HDS-R：28/30、コース立方体IQ：100で、低覚醒状態によると思われるケアレスミスや操作スピードの遅さは見られたものの、明らかな高次脳機能障害はないものと思われた。前医にて不眠傾向に対して眠剤を服用しており、入院中の気分の落込みに対して留意し経過観察することとした。STの評価結果から失語症はないものと考えられ、STは評価のみで終了した。各部門の方針として覚醒の向上や廃用症状の除去、麻痺の回復促通、ADLの獲得、復職に向けアプローチを行うこととした。

入院の経過において、低覚醒や廃用症状ならびに夜間の不眠も改善が見られた。歩容の異常性は見られなくなり、屋内外ともに歩行自立、ADL全自立となった。上肢麻痺の回復も図られたが、動作スピードの低下や巧緻性低下は軽度残存し、自動車整備士としての仕事についてはある程度の制限が生じると思われ、職業復帰においてデスクワークも含め配置転換等の対応が必要と考えられた。

また病前の勤務地に公共交通機関を利用して通勤する場合、約2時間を要することから、通勤についての課題が挙げられた。当院入院から約4か月で本人より自宅復帰の希望があり、カンファレンスにて退院の判断となり、退院後は自宅にて訓練継続しながら、復職へのアドバイスを行う方針となった。

自動車運転の再開については、生活状況や再発予防、また脳卒中後てんかんについての経過観察期間を考慮したうえで、主治医から発症より約1年間は運転を控えるよう本人、家族に対して説明が行われ、約1年後に運転免許センターへ紹介する方針となった。

4　退院後の職業復帰までの経過

入院中に本人、家族に対して後遺障害ならびに身体障害者手帳についての情報、また免許センターへの紹介などについての説明を行った結果、会社との交渉は本人に委ねる方針となった。退院後に会社産業医に向けて、一部作業能力に制限が生じるものの、公共交通機関での通勤まで可能であること、通常の勤務時間での就労においても実用的な

体力を有することを示した診断書を提出した。

その後、会社上司や産業医との面談を継続する中で、再配属先が検討され、そこでは試験的出勤など数か月の復職プログラムを経て正式な職業復帰の方針となったことについて、本人からの報告があった。

５　当院における運転再開支援

当院では、回復期リハビリテーション病棟に入院となった脳血管障害患者において、自動車運転再開を希望する患者に対して、残存する身体障害、高次脳機能障害の評価結果や回復状況により危険性、安全性を検討し、運転再開の是非について主治医からの判断を伝えている。運転再開の時期について明らかな基準を示したものはないが、井上ら[1)]は脳卒中患者の運転再開時期について調査した結果、運転再開までの期間は平均7.6±6.4か月であったと報告している。当院では運転再開が見込まれる患者に対して、疾病によって脳血管障害発症後約６か月から１年間は運転を控えるよう伝えるとともに、運転再開前には交通安全相談を受けることをすすめ、当院から紹介状をお渡ししている（図１および図２）。

○○　○○　様について、自動車運転に関する神経心理学的検査の結果をご報告いたします。

氏名：　○○　○○　殿（男性）　　昭和 XX 年 XX 月 XX 日生（XX 歳）　　教育年数：12 年
住所：　○○市 X-X-X　　Tel：　123456789
診断名：　左被殻出血　　合併症：　高血圧、高脂血症、アルコール性肝炎
発症日：　令和 XX 年 XX 月 XX 日

WAIS-Ⅳ成人知能検査

類似	9	積木模様	9
数唱	6	行列推理	6
単語	10	記号探し	7
算数	6	パズル	10
知識	9	符号	7
全検査 IQ	84		
言語理解	96	知覚推理	89
ワーキングメモリー	76	処理速度	82

運動機能・他

下肢体幹運動発達年齢	125.0	/72ヵ月
Max.Walking Speed	72	m/min
脳卒中上肢機能検査 右	91	%
左	100	%
Barthel ADL Index	100	/100
Mini-Mental-State	30	/30

Finger Tapping

右	12.4±2.6	(回)
左	45.8±2.9	(回)

図１　安全運転相談窓口あて　紹介状イメージ①

【コメント】

運動ならびに認知知的機能について

軽度の右上下肢の麻痺を認めますが，移動能力は良好であり，交通機関の利用を含めた屋外歩行まで実用的に行えるレベルです．右上肢機能について，日常生活での使用は概ね可能ですが，ハンドル，レバー操作等の speed，正確性については実地での確認が必要と思われます．左上下肢の機能は何等問題ありません．日常生活活動も全て自立しています．

認知知的機能は正常値を示し，知的能力は正常です．上肢機能低下の影響による情報処理 speed の低下が軽度見られますが，明らかな高次脳機能障害は認められません．

上記の結果から，本患者の動作ならびに認知知的機能は日常生活において問題のないことが示されましたが，主治医からは脳出血後の経過観察として，発症から１年程度は運転を控えることが望ましいとしていましたが，この度発症から 1 年が経過し，安全運転相談を紹介させていただきました．運転に関する適性についてご確認して頂き，ご指導，ご援助の程よろしくお願い申し上げます．

報告日：　令和 XX 年 XX 月 XX 日

のぞみリハビリテーション病院
〒362-0806　埼玉県北足立郡伊奈町小室 3170
TEL　048-723-0855　　FAX　048-721-8813
院　長　　高野　尚治
報告者　　中村　優之

図２　安全運転相談窓口あて　紹介状イメージ②

なお本症例については免許センターにて確認を経て、発症から約１年後より運転を再開しているが、通勤については現在も公共交通機関利用を継続している。

６　まとめ

近年、当院の回復期リハビリテーション病棟の入院患者の高齢化が徐々に進んでいるが、厚生労働省の調査によると[2)]、2017年の回復期リハビリテーション病棟への入院患者の約65％が75歳以上となっている。その中でも佐伯ら[3)]は脳卒中患者の約30％は65歳未満の就労年齢であると報告している。当院においても2023年度に回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中患者のうち、約30％が65歳未満の就労年齢であった。

佐伯ら[4) 5)]によれば、復職に必要な能力として「何らかの仕事が出来る」、「８時間の作業耐久力がある」、「通勤が可能である」の３つを挙げている。また障害受容の重要性も指摘している。

通勤については、勤務先ならびに自宅周囲の環境が都市や近郊部であれば公共交通機関の利便性は高いものの、地方都市や農村部などにおいては、自動車通勤が主な選択肢となってしまう場合が少なくないと思われる。本症例も軽度の身体障害が残存したが、明らかな高次脳機能障害は認められず、実用移動能力ならびに軽度の作業能力まで獲得し、障害受容も良好であった。しかし発症前は自動車にて１時間以内の通勤時間であったが、自動車以外の通勤手段を考慮した場合、公共交通機関の利用では倍以上の時間がかかってしまうことが想定された。

今回のように、会社の規模が比較的大きく、勤務地の異動について現実的な選択肢があり、さらに配属や中途障害者の雇用に対しての支援体制が確立していることは、何らかのハンディキャップを持った労働者においては大きなメリットになると考えられた。

【参考文献】

1）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）
2）厚生労働省．平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 29 年度調査）の結果について．（2017）
3）佐伯覚，蜂須賀研二：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 39：385-390，（2011）
4）佐伯覚：脳卒中患者の職業復帰．日職災医誌 51：178-181，（2003）
5）佐伯覚，蜂須賀明子，伊藤英明，加藤徳明，越智光宏，松嶋康之：脳卒中の復職の現状．脳卒中 41：411-416，（2019）