

回復期病棟における職場復帰と就労支援について

社会医療法人 三車会 貴志川リハビリテーション病院

リハビリテーション部 ○田津原佑介（理学療法士）
看護部 橋立友里
患者サポートセンター 加勢田由美子
脳神経外科 兵谷源八

はじめに

当院の回復期リハビリテーション病棟では、若年脳卒中患者（70歳未満）が増加傾向にあり、2017年23%、2018年24%、2019年31%であった。若年脳卒中患者の場合、身体機能の回復が得られやすく、約7割の患者がADLを自立し、在宅復帰を達成できるケースが多い¹⁾。その一方で、ADLは自立できても経済的に生活を維持することが難しかったり、残りの人生が長く生きがいを見失うなどの課題に直面することがある。そのため、患者の年齢、家族構成や生活歴によっては就労支援が必要なケースが増えてきている。今回、就労が必要な若年脳卒中患者が入院され、回復期病棟で現職復帰・新規就労・福祉就労（図1参照、文献2）より引用し一部改変）の3症例を経験したため、報告する。尚、症例には発表の旨を説明し、同意を得た。

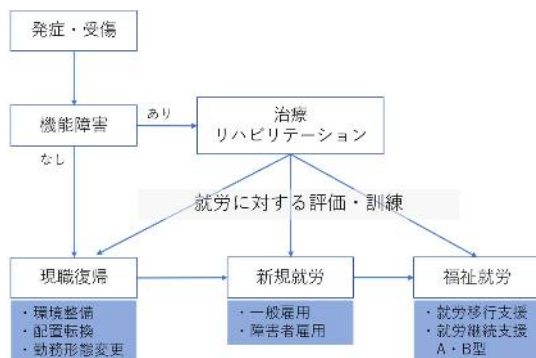


図1. 脳卒中発症後の就労支援²⁾

<症例1>

橋・小脳梗塞を発症し、2月17日（75病日目）に当院回復期病棟に入院となった35歳の男性である。入院時はFIMが91/126点であり、車椅子でトイレ・移乗は自立であったが、左上下肢の運動麻痺により歩行は下肢装具と杖にて軽介助が必要であった。病前は母、妹との3人暮らしであり、職場復帰と自動車運転を希望された。仕事は鉄鋼所での機械整備であり、勤続年数も長く仕事を継続することを希望された。3月末には独歩、入浴自立となり、在宅生活が自立して行える見通しがついたため、リハビリでは職場復帰に向けた内容を中心に実施することとなった。本症例は高次脳機能障害はなく、身体機能障害が残存し、職場が鉄鋼所であることから、PCを中心としたデスクワークに配置転換の提案が想定された。そのため、PCでの資料作成や電話の取次ぎなど事務作業練習を実施したが、左上肢麻痺がある中、不慣れなPC作業であるため、単純な作業であっても時間と労力を要した。そのため、本人と話し合い、機械整備に必要なスパナや半田ごての使用、梯子昇降やしゃがみ込み動作などの職業リハビリを中心に行った（図2）。現状報告や今後の仕事内容を検討するため、4月16日に職場の上司・家族を含めたカンファレンス

を開催した。職場からはデスクワークへの配置転換の提案もあったが、リハビリで取り組んでいる機械整備を想定した作業動画（梯子の昇降やスパナの使用）を提示することで、職場の産業医と相談しながら機械整備への職場復帰として準備していくこととなった。自動車運転については、入院中に教習所での実車評価を合格し、6月29日に退院となった。その後は当院外来リハビリを利用しながら、10月には職場復帰となった。職場では下肢装具を装着した上で、病前に近い職業内容を実施できていると報告を受けている。



図2. 入院中の職業リハビリの様子

<症例2>

左被殻出血を発症し、3月11日（25病日目）に当院回復期病棟に入院となった52歳の男性である。入院時はFIMが89/126点であり、車椅子使用にてトイレ動作や移乗は見守りであった。歩行は4点杖と装具にて介助が必要であったが、4月上旬には病棟内ADLが自立し、独歩も可能となった。病前は無職の弟との二人暮らしであり、本人は電気工事の自営業を営んでいたが、右上下肢麻痺と失語症のため復職を断念し、障害者雇用での新規就労と自動車運転の再開を目指すこととなった。入院初期から就

労支援を開始し、5月上旬のカンファレンスには障害者職業センターのカウンセラーや障害者就業・生活支援センターの職員にも参加してもらい、本症例のできる作業を動画で提示した（図3）。カウンセラーからは清掃業務の依頼が多いことや基礎体力の向上が必要なことを提案して頂いた。その後は清掃作業の練習や持久力向上に向けて1日1万歩以上動く病棟スケジュールを作成するなどの職業リハビリを行った（図4）。入院中に教習所での実車評価（右片麻痺であるため改造車）を合格し、6月下旬に退院となった。退院後すぐに、失語症に対する外来リハビリとデイサービスを併用しながら障害者職業センターでの職業訓練プログラムを3ヶ月間利用し、障害者雇用で就労を目指すこととなった。その後は、数社の企業見学や体験実習などを経て、発症から約1年後にパチンコ店駐車場の清掃・警備業務で採用となった。



図3. カンファレンスの様子



図4. 入院中の職業リハビリの様子

<症例3>

右前頭葉皮質下出血を発症し、1月13日(37病日目)に当院回復期病棟に入院となった52歳の女性である。入院時はFIMが53/126点であり、起居や移乗にも介助が必要であった。ADLは車椅子を使用し、歩行は4点杖歩行が可能も、介助量が多く自宅環境での実用的な歩行が困難であることが想定された。病前は高齢の母親との二人暮らしであり、週3回の透析に通いながら家事を担っていた。仕事には就いていなかったが、本人の生涯を考慮して作業所への福祉就労と在宅復帰を目指すこととなった。入院後2ヶ月目に家屋調査・カンファレンスを行ったが、母親の負担も大きく、退院先はサービス付き高齢者住宅への入所となった。福祉就労に関しては、入院中に本人、ケアマネージャー、担当作業療法士が同行し、作業所への見学を行い、就労移行支援A型の作業所を利用することが決定した。リハビリでは作業所内の敷居を越える練習やトイレ練習、作業内容の練習を行い、作業所での動作がスムーズになるよう支援した(図5)。



図5. 作業所での作業内容とトイレ動作

考察

今回、回復期病棟にて3症例の就労支援を経験した。症例1の職場復帰では、本人の希望である機械整備への復帰を叶えるた

め、リハビリにて梯子の昇降やスパナの使用などにチャレンジし、職場上司に現状を伝えることが重要であった。症例2の新規就労では、入院中に障害者職業センターのカウンセラーがカンファレンスに参加することで、退院後の見通しが立ち、退院後の就労支援が計画的に行えた。症例3の福祉就労では、入院中に患者同行の作業所見学を実施し、ケアマネージャーや作業所職員と情報共有することで、退院後の作業所利用に繋げることができた。

3症例を経験し、回復期病棟での就労支援は入院直後から計画的な支援が特に必要であることを学んだ。就労の場合、復職か新規就労か福祉就労かによってカンファレンスに参加してもらうべき人物も異なる。そのため、入院直後から本人・家族の意向や勤め先の職業内容などを把握した上で、就労支援の方向性を定めていく必要がある。また、就労は入院中に完結することは不可能であり、退院後のサービスに繋げることがポイントとなる。症例2では、退院後に外来での失語症リハビリ、介護保険でのデイサービス利用、障害者職業センターの職業訓練プログラムの3つのサービスを受ける予定であった。そのため、退院前のカンファレンスにはケアマネージャー、職業センターのカウンセラーに出席してもらい、本人の退院後のスケジュールについて共有してもらった。その結果、退院直後(発症から7ヶ月の時点)から就労を中心とした週3回の職業訓練プログラムを含む生活を構築できた。

また、当院では福祉就労についての情報や知識が乏しいため、和歌山市、紀の川市、岩出市の作業所15カ所を見学し、脳卒中

などの中途障害者が利用しやすい作業所（作業内容、作業所内の段差や手すりの有無、トイレ環境、送迎の有無など）の情報収集を行った。その結果、症例3では入院時点で必要となるADLや退院支援に加えて、目標とする作業所の見通しを立てることができた。

若年性脳卒中患者の就労支援を経験し、入院中に支援できること、退院後のサービスに繋げることの重要性を学んだ。職業リハビリテーションとは、個人の置かれている職場や家庭あるいは地域などの様々な環境から与えられた「役割」を個人がどのようにして遂行し、双方の「最適（最高ではない）」な関係を維持するかが基本であるとしている³⁾。今後も引き続き、地域資源について情報収集しながら、患者・家族の生涯に関わるような最適な就労支援、職業リハビリテーションを提供していきたい。

参考文献

- 1) 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン. 厚生労働省, 令和3年3月改訂版
- 2) 武田正則: 障害者の就労支援. 理学療法学, 2015; 42: 360-364
- 3) 日本職業リハビリテーション学会: 職業リハビリテーションの基礎と実践-障害のある人の就労支援のために-. 2012; 20-21, 中央法規出版株式会社