

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

平成29年3月



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



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

目 次

I	はじめに	1
1	治療と職業生活の両立支援はなぜ必要か	1
2	脳卒中(脳血管疾患)診療体制の特殊性と復職(両立支援)コーディネーターの必要性	2
3	復職(両立支援)コーディネーターという職種と立場	3
4	復職(両立支援)コーディネーターの養成(治療就労両立支援モデル事業から)	5
II	復職(両立支援)コーディネーターに求められる基本スキル	7
1	マネジメント・スキル	7
2	コミュニケーション・スキル	7
1	医療者が備えるべき配慮とコミュニケーション・スキル	7
2	闘病者の心理ストレスへの対応	8
3	職域との連携に必要な情報とは何か?	10
3	労働関係法令の知識	12
1	労働契約に関する基本的事項	12
2	就業規則	13
3	休日・休暇制度	13
4	就業制限と安全配慮義務	14
III	復職(両立支援)コーディネーター業務の実際	17
1	地域における医療・福祉・就労関連機関等との連携体制作り	17
2	両立支援の流れと復職(両立支援)コーディネーターの業務	18
1	支援開始時	18
2	医療機関入院中	19
3	自宅退院前	19
4	自宅退院後	19
5	復職準備時期	20
6	職場定着時期(アフターフォロー)	21
3	事例でみる具体的な関わり方について	22
1	急性期病院から直接自宅退院し復職したケース	22
2	復職困難で退職後に新規就労を目指したケース	25
IV	現状の医療体制でできること	31
1	就労支援機関との連携について	31
2	復職後問題となりやすい事柄について	32

V 両立支援に有用な制度と社会資源 35

1 経済的支援に活用できる制度	35
1 高額療養費制度	35
2 傷病手当金	37
3 障害年金	38
4 身体障害者手帳・療育手帳	38
5 精神障害者保健福祉手帳	39
6 医療費控除	39
7 障害者総合支援法	40
8 介護保険	40
2 両立支援に有用な社会資源	41
1 就労支援に直接関係するもの	41
2 その他活用できるもの	43

VI おわりに 45

参考文献 / 執筆者一覧

I はじめに

1 治療と職業生活の両立支援はなぜ必要か

「一億総活躍社会」を唱える安倍政権のもとで、「両立支援」が注目されています。しかし、1990年代から提唱されている「ワーク・ライフ・バランス」や「ダイバーシティ・マネジメント」はなかなか浸透していませんし、介護休暇なども十分活用されているとはいえないと思います。そもそも年次有給休暇自体が取りづらいというのが今の日本の現状ではないでしょうか。「障害者雇用制度」を推進するために法定雇用率の義務付けや補助金といった賞罰が必要となっていることも事実です。そんな中で「治療と職業生活の両立支援」を進めるためには相当な社会的理解が必要となります。

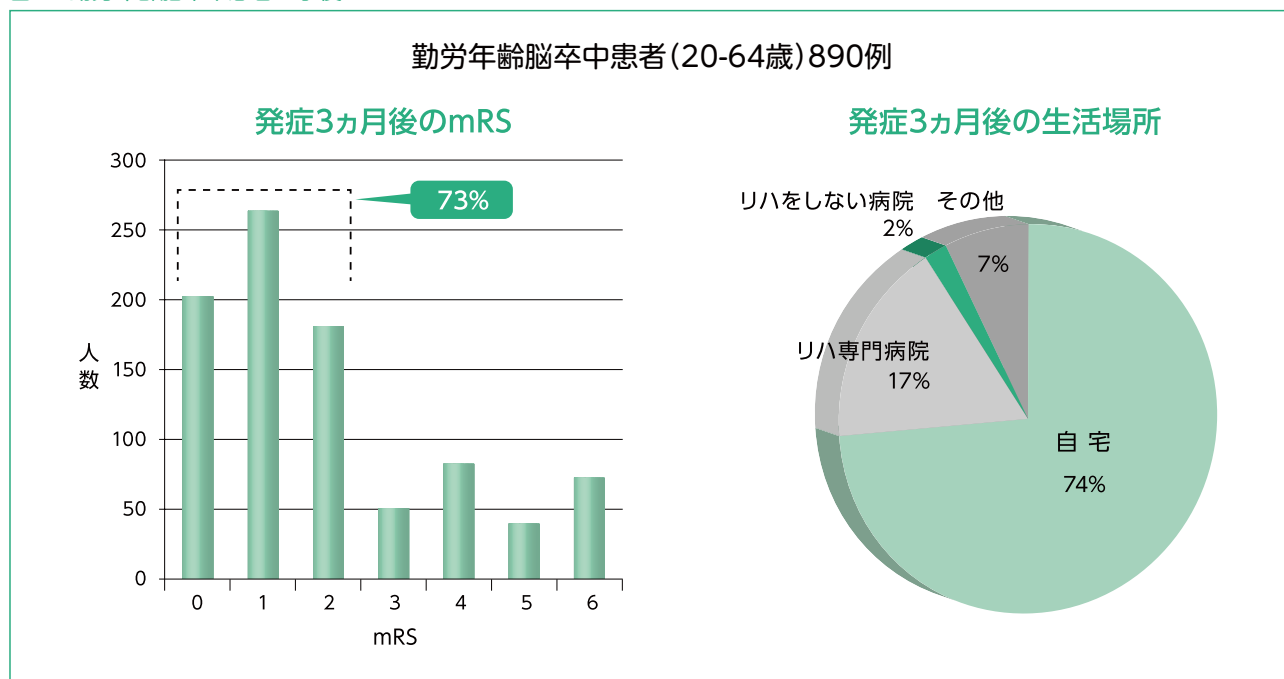
厚生労働省は平成28年2月に「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を公表しました。誰しも病気になる可能性があります。そんな時、労働者は患者となります。医療者は患者と向き合って治療しますが、患者の生活や職業にまではなかなか考えが及びません。逆に事業所は労働者としてのサポートは行いますが、医学のことはよくわかりません。その上悪化させてはならないという安全配慮義務が重荷となります。患者自身(=労働者)は不十分な医療や就労知識しか持たないのがむしろ普通で、医療と職場の間で路頭に迷ってしまうケースが意外と多いのです。さらに、「両立支援」には多くの登場人物が関与します。職場における同僚や上司、家庭においては親子や夫婦、地域の人間関係があります。その上で病気や怪我をすると、主治医や多くの医療専門職が関わります。事業所によっては産業医や産業保健スタッフが支援してくれる場合もありますが、産業医が常勤する大企業は日本ではわずかしかなかったかもしれません。さらに一旦退職した労働者が職場復帰するためには、「復職可能」の診断書が必要となりますが、主治医は労働者を患者として診ており、患者が労働者としてどのように働いているか理解して診断書を書ける主治医は少ないと思います。そのため多くは「復職可能、ただし軽作業とする」という非常に曖昧な表現の診断書にならざるを得ないのが現状です。事業所からすると先に述べた安全配慮義務もあることから、労働者の復職を躊躇うケースが多くなります。仮に復職させても、理由も明確にせずただ軽作業のみ課していると、今度は同僚から不満が出ることも想像に難くありません。つまり、両立支援には多くの登場人物があるが故に適切な情報共有や連携が重要となります。

それでも労働力が豊富に見込めた時代には労働者の補充が可能であったと思います。しかし、少子高齢化が進む中で労働者も高齢化しています。加齢は多くの疾病において最大のリスクですから、今後ますます疾病を抱えた労働者が増えることとなります。年をとっても病気になっても無理なく働ける、社会の一員としての役割が持てる、そういった社会風土が必要とされてきたからこそ、「両立支援」というシステム作りが急がれているのです。

2 脳卒中(脳血管疾患)診療体制の特殊性と復職(両立支援)コーディネーターの必要性

一般の方々は、「一旦脳卒中になってしまったら障害が残り、元の生活は望めない」といった悪いイメージをもつことが多いようです。しかし、労働者年齢の脳卒中は意外と予後が良いことが分かっています。平成16～17年度厚生労働科学研究費補助金：「わが国におけるstroke unitの有効性に関する多施設共同前向き研究」(主任研究者：国立循環器病センター 峰松一夫)におけるデータを分析すると、発症前に自立していた就労年齢890例の脳卒中患者(くも膜下出血を除く)においては、発症3ヵ月後の時点で既に約75%が自立した家庭生活を送っていました(図1)。

図1 勤労年齢脳卒中患者の予後



一方で復職状況については決して良好とはいえないようです。佐伯らは1990年以降の70編の脳卒中後の復職に関する医学論文を概観した結果、発症前有職の8,810人の復職率は平均44%(範囲0～100%)であったと報告しています。また、勤労年齢脳卒中患者の復職を成功させる要因として、①復職的な方向性を持ったリハビリの提供、②雇用主の柔軟性、③社会保障、④家族や介護者からのサポートを挙げている一方で、提供すべきリハビリサービスの内容もほとんど知られていないという医療分野における復職支援の希薄さも指摘しています。

さらに労働者健康福祉機構(現・労働者健康安全機構)の労災疾病関連13分野研究「職場復帰のためのリハビリテーション」では、2005-2006年の1年間で登録された464例の脳卒中リハ患者について発症直後から1年半まで追跡調査を行いました。その復職状況ですが、原職復帰に限ると42%、配置転換と退職後新規就労を含めると51%が復職していました。

その復職時期については発症3-6ヵ月後と1年半後の2峰性のピークが見られましたが、徳本らによると、復職時期が発症6ヵ月以内の早期群とそれ以降1年半までの遅延群に分けて検討した結果、早期復職群では①発症時よりADL能力が高い、②易疲労性がない、③医療機関の復職支援があった、という3項目で有意差を認めたと報告しています。

同時に行われた患者アンケートの結果では、医療機関に対して復職支援や産業医との連携を求める意見が

多かったにも関わらず、実際の支援は記載のあった194例中22%のみで、産業医との連携に至っては記載のあった148例中12%に過ぎませんでした。また、実際に医療機関による支援があった群では46.5%が原職復帰したのに対し、支援がなかった群では27.2%と有意な差($p<0.02$)が認められました。

また、平成12年の医療制度改革で病床の機能分化が見直され、回復期リハ病棟が新設されましたが、それ以降、脳卒中診療体制は大きく変化しました。特に平成20年度以降、急性期病院の在院日数は大幅に短縮されました。継続性が最も重要視される脳卒中リハビリ治療は、急性期・回復期・生活期に分断され、リハビリの日数制限も設けられました。急性期病院は高度先端医療に特化し、回復期病床は未だ不足している地域も多く、外来リハビリを行う医療機関も激減しています。こうした状況の中で患者は家庭復帰にたどり着くまでもに転院を余儀なくされ、そのまた先にある復職に至るまでの継続した治療を受けることは大変困難な状況にあります。医療機関からみれば、地域連携パス等を用いた病院間の連携を深める努力はなされていますが、復職までを想定した継続的なリハビリ治療はますます困難な状況となってきました。このままでは患者の長期予後を知らないリハビリスタッフばかりが増えることになり、本来は社会復帰に重要な役割を果たしてきたメディカルソーシャルワーカーも転院先を探すことで精一杯の状況になっています。

こうした複雑な脳卒中診療体制の中では、復職希望のある患者に急性期から関わり、復職を目指したリハビリや情報を病院間で共有し、タイミングをみて雇用主側との連携を図るという継続的で一貫性のある復職支援が可能である「復職(両立支援)コーディネーター(以下「コーディネーター」という。)」の存在が特に求められています。

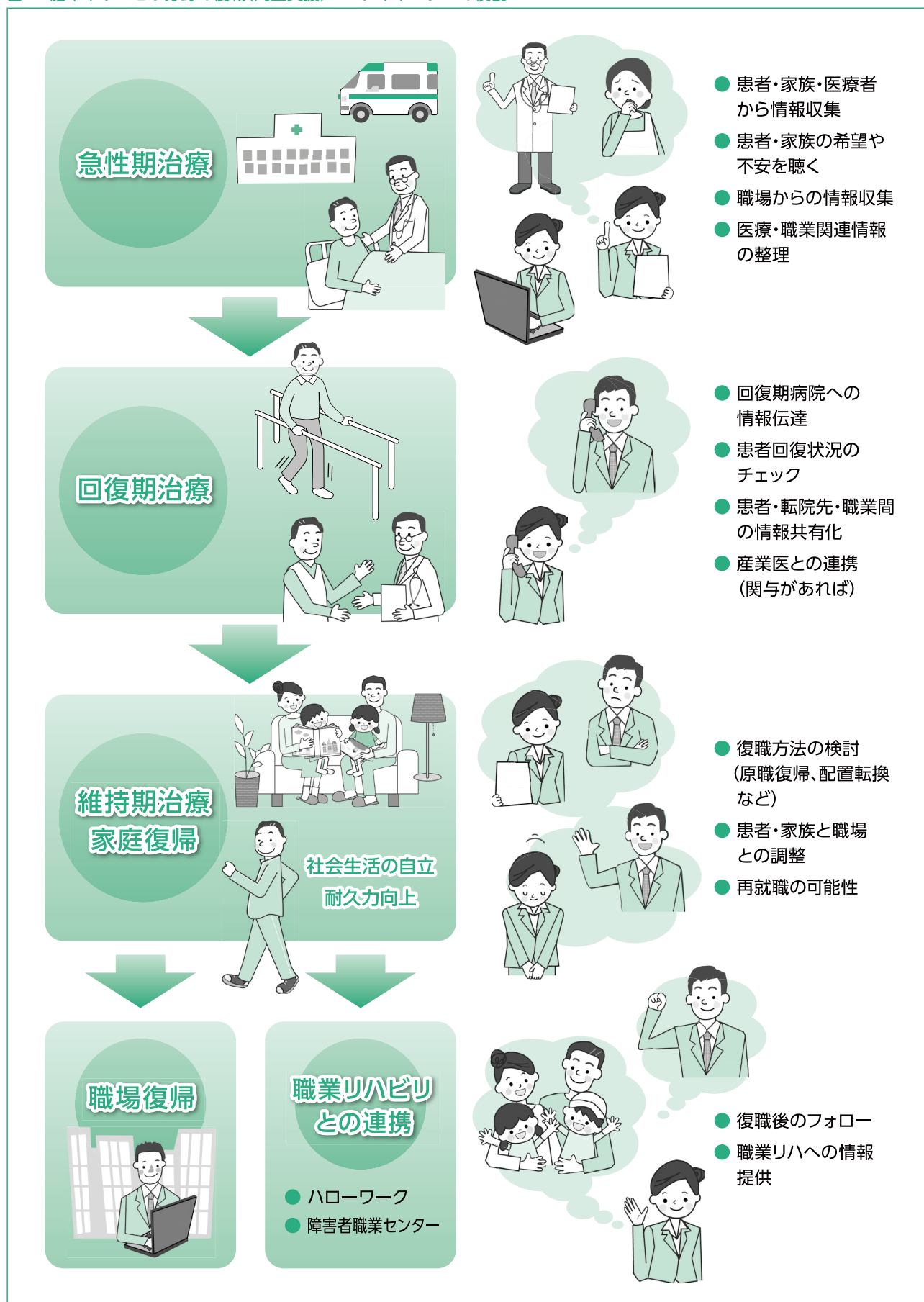
本書では、平成28年3月に労働者健康安全機構が発行した「復職コーディネーターハンドブック:脳卒中リハビリテーション分野」(豊田章宏 編、齊藤陽子 執筆協力)に記したコーディネーターの業務内容をもとに両立支援のあり方を述べていますが、まだまだコーディネーターが普及していない現状において、現存する医療スタッフでもコーディネートできるような支援内容に焦点を絞って編集し直しています。したがって、「コーディネーター」は「両立支援を行う医療スタッフ」と読み替えていただいても結構です。

3 復職(両立支援)コーディネーターという職種と立場

「コーディネーター」とは、脳卒中などで障害を負ってしまった労働者:「対象者」がスムーズに職場復帰:「復職」できるように、医療機関に関わっている早期の段階から対象者の依頼を受けて介入する新たな職種です。仕事の概略は、対象者の同意を得た上で、従事している職場での仕事内容:「職業情報」と発病後の対象者の「精神機能」や「身体機能」などを把握します。これらの情報を対象者が治療を受けている医療機関の主治医や担当リハビリスタッフなどの「医療スタッフ」と共有して治療の経過を把握すると共に、タイミングを見計らって職場の上司や同僚:「事業所」と復職に必要な条件などを相談していきます。【図2】は脳卒中リハビリ分野におけるコーディネーターの役割をイメージ化したものです。

しかし、本来「雇用」とは労働者と雇用主の間で成立するものですから、コーディネーターはあくまでも「対象者」の依頼を受けて「医療スタッフ」や「事業所」との連携をお手伝いする立場です。基本的に「事業所」や「行政窓口」における手続きや契約は「対象者」またはそのご家族に行っていただきます。したがって対象者にコーディネーターの役割を説明する際は、「コーディネーターの介入により、希望通りに復職できるわけではないこと」を必ず伝えます。あくまでもコーディネーターはサポーター役であること、仕事を斡旋する者ではなく、復職しやすいように支援する者であることを正確に伝えます。また、重要な個人情報を扱うわけですから、守秘義務には十分注意が必要です。

図2 脳卒中リハビリ分野の復職(両立支援)コーディネーターの役割



4 復職(両立支援)コーディネーターの養成(治療就労両立支援モデル事業から)

労働者健康安全機構(以下「機構」という。)では、平成26年度から「治療就労両立支援モデル事業」に着手しました。脳卒中・がん・糖尿病・メンタルの4分野で事業を展開していますが、脳卒中分野で平成27年度に登録された事例は143例であり、支援対象者からのアンケートでは有用度94.7%という高い評価を得ています。

こうした評価の背景には「コーディネーター」の存在があります。モデル事業の中では、患者さんを中心に医療機関と職場との間で情報を提供し、仲介・調整の役割をするコーディネーターを養成するため、PDCAサイクルの手法で研修プログラムを作成し、主に機構内のソーシャルワーカーを対象として、平成27年度から本格的に「復職(両立支援)コーディネーター基礎研修」を実施しています。基礎研修は平成28年度後半までに計3回開催され、91名が受講証を手にして各労災病院での実務にあたっています。平成28年11月には基礎研修を修了した上で実務を経験した者を対象として「応用研修」が開催されました。ここでは、コーディネーターとしての経験値を高めることを目的に、医療・企業経営・労働組合等の各専門家をファシリテーターとして招聘し、グループワークを中心とした事例検討と実務者会議を行いました。

このように、コーディネーターを養成するための研修プログラムも確立してきたため、平成29年度からは受講対象者を機構職員に限定することなく、一般の医療機関などへも拡大して受付けることになりました。コーディネーター研修の受講者が、より多くの医療機関や産業保健関連機関に配置されることで、両立支援の普及が加速されることが期待されます。

II

復職(両立支援)コーディネーターに求められる基本スキル

1 マネジメント・スキル

両立支援は、個々の対象者に応じた“オーダーメイド”での対応が求められます。

また、対象者やその家族だけでなく、産業医をはじめとする産業保健関係スタッフや主治医、職場の上司・同僚や就労支援機関等のスタッフなど、様々な立場の人々と接することが多くなります。そのため、対象者の職場に関することはもとより、病態の理解、障害の程度や機能を評価できる医療知識、両立支援に必要な雇用に関する法律ならびに利用可能な行政サービスなど、幅広い知識が必要となります。

また、対象者の支援をするために、様々な立場の人々との意見交換や情報共有する機会が多々ありますので、相手の立場に立って、意見を「傾聴」(カウンセリングにおけるコミュニケーションスキルの一つ。相手の話に意見したり拒否することなく、相手の気持ちに寄り添い注意深く話を聴くこと)する姿勢や、必要な支援を整理、統合して活用するリーダーシップが求められます。

コーディネーターとして両立支援を進めていく上で、自己のマネジメント・スキルを高めていく努力をしていきましょう。

2 コミュニケーション・スキル

1 医療者が備えるべき配慮とコミュニケーション・スキル

コミュニケーションの語源communicare は、ラテン語で「共有する」の意味を持ちます。私たちは、日常生活において、家族、友人、仲間、上司、初対面の他人など様々な相手と対話し、「今、ここ」の思いを共有しようとし、そこに病を抱えた人がいて、その場が病院であれば「患者さん」ですが、職場では何らかの役割を持つ「労働者」であり、家庭ではお父さんやお母さんなどの大切な「家族」の一員です。このように、対話する相手が誰であれ、その人はいくつかのキャリアを併せ持っており、対話場面でどんな情報や情緒を共有しようとするかにより、どのキャリアに焦点を合わせ、お互いにどのような自我状態で応答するかについての選択がなされ、対話が始まります。さらに、どのような内容にまで会話を深めるか、うまく関係性を保つためにはどのような配慮が必要か、どの程度に感情を交えた会話が相応しいか等について、私たちは客観自我の下に、対話する両者を観察しながらコミュニケーションを続けています。

特に医療者は、このような客観自我の統制による「関与しながらの観察 participant observation」により、相手をケアしながら、なおかつ注意深く慮りつつ、多くは今後続く縦断的な関係性を保つことが多いと思われます。そして、治療と就労の両立を支えるために求められるコミュニケーションには、大きく分けて2つの視点を備えることが必要でしょう。1つは、がん、糖尿病、脳卒中後遺症等と闘い続ける患者へのケアにおける意思疎通が有効に施されるべきこと(聴く、理解する、伝える等)。2つめは、職業生活のフィールドである事業場・

産業保健スタッフ等との情報共有により相互補完的に両立支援が図られるべきことです。

2 闘病者の心理ストレスへの対応

① 闘病と心理ストレス

闘病する者にとって、長い間、予期的不安を伴う治療行程において少なからず生じる心理ストレスが高度な不安や抑うつ気分に発展した場合、全般的QOLの低下や希望のなさや治療意欲の低下等につながり、治療(患者)・生活(個人)・就労(労働者)のいずれにも望ましくない影響が大きくなってしまいます(表1)。

表1 闘病と心理ストレス

闘病と心理ストレス	
■ 長期間の受療にともなう心理ストレスは、だれでも経験する ■ 心理的ストレス反応として、不安・抑うつ等が生じる ■ 不安・抑うつが高まると、以下のような望ましくない影響が生じる ● 全般的QOLの低下 ● 治療意欲の低下 ● 希望が保てず、自己効力感などの低下 (仕事どころではなくなる) ● 入院・治療期間の長期化(経過の動揺) ● 家族や周囲にもストレス状態が波及する ● 抑うつが重症化すると、希死念慮につながる場合もある	

② ストレスと気持ちの吐露(またはカタルシス)の取り扱い ―受容と共感とは?―

いわば通常誰にでも起こりうる不安が増大しないためには、内在したストレスが自覚され、言語化され、表出された時点での「吐露」の取り扱いが重要となります。ここに、クライアント(闘病する者)を中心とした傾聴による受容と共感が求められます(表2)。

表2 受容と共感

受容と共感	
■ まずは、じっと患者(労働者)の言葉に耳を傾ける ■ 批判したり、価値判断したりせずに、受容的に接することが基本である ■ 相手の気持ちや気がかりを探り、それを受け止める ■ 相手の話した言葉を言い換えて、理解したことを伝える	【受容的な例】 「○○というふうに関じられたたのたすね。無理もないたすね。」 【非受容的な例】 「そんなことは心配しなくていいたすから、もっとがんばりましょう。」

この受容と共感については、例えば、相手の話を聞いている場面で、「はい、わかりました。はい、そうですね」などのように即座に(または繰り返し)相槌を打ち肯定することがけっして共感的理解とは限らないこと、また、そのような対応が話した側にとって支持的に受け容れられたと感じさせるものではないことに留意すべきです。一般に、長時間の面接・傾聴が施しがたい状況においても比較的容易に行える共感的技法とは、フィード・バックと呼ばれるものです。具体的には、相手が話した一連の文章中の最後の文節をこちらから繰り返して(オウム返しして)、例えば、「ああ、そうだったのですね。今おっしゃった〇〇〇だと感じたという気持ちを抱えておられたのですね」とか、「そのような気持ちを今日までなかなか誰にも言えなかったのですね。おつらかったでしょう」などのように返し、それに対し相手から「そうだったんです」のように肯定的な答えが返ってくる、その一巡りがあってこそ共感なのだと考え、実践することが有益です。

③ 質問と応答 ―自己効力とレジリエンスを高めるために―

前述の受容と共感の過程で、心理療法等では治療者(医療者)側の沈黙は有意義なことも多いですが、一般的には、どのような質問と応答を行うかにより、ケアまたは治療の方向性を定めていくこととなります。いざ闘病している人と関わる際に持つべき姿勢として、(その闘病者にとって)いったい何がどうして、何が問題で、いつどうしたいのだ? と、はっきりとした答を迫り、焦点を絞る質問は、関わり始める時点では推奨されません。一般には、open question といわれる、「最近どんな調子ですか?」とか「今日の具合はいかがですか?」などのように回答にある程度の自由度を保たせた問答から始め、次第に不安や痛む箇所や悩みの内容等について尋ね(closed question)、徐々に具体的な答を探しつつ焦点化(フォーカシング)していくことが望ましい手法です(表3)。

表3 質問と応答

質問と応答	
心配なこと、困っていることを聞く まず、open question(開かれた質問)から ● 「最近、お体の調子はどうですか?」など ● 病状だけでなく、その人への関心を示す、知ろうとする 次いで、少しずつ質問に焦点を絞っていく(closed question) ● 「何か不安に感じていることはありますか?」 ● 「それは、お仕事についてのお悩みですか?」 ● わかりやすい言葉を心がける	例 「症状や治療のことで、心配や気がかりはありませんか?」 「お仕事や暮らしのことで、不安に感じていることはありますか?」 「もう少し詳しく聴かせていただけますか?」

過去のレジリエンス(精神的な弾性、回復力につながるもの)に関する研究にあるように、私たちは、クライアント(ここでは、闘病する者)がどのような状況にあっても、心情に沿うよう努め見守る存在となり得れば、心理ストレスの増大を緩衝することが期待できます。ここでの共感とは、単なる相槌や同調と異なり、相手の気持ちや気がかりを探り、受け止め、患者の話した言葉を言い換えて、その心情を理解したことを伝えることです。

併せて、闘病する者の自己効力感self-efficacy、すなわち、ある目標に到達するための能力が自分にあるという思いを高め、保持するための良き支援者となり得ることが求められます。これには、達成体験(クライアントが自分自身で行動して達成できた体験、治療を辛抱して回復した経験など)、代理経験(他者が達成した様子

を観察することにより、自身の実現可能性を予期すること)をポジティブ・フィードバックし、言語的説得(達成可能性を、影響力を持ち説得すること)を施すこと等が有効とされ、その基礎となるものはラポールであり、患者が信頼し好影響を受けるほどの専門性(場合によっては権威、威厳)です(表4)。

表4 治療・就労と自己効力感

治療・就労と自己効力感 self-efficacy	
「ある目標に到達するための能力が自分にある、という思い」 人がある行動を起こそうとする時、その行動を自分がどの程度うまくできそうかという予測(結果予期と効力予期)の程度が影響する	
	1. 達成体験：自分自身で行動して、達成できた体験(◎最も定着しやすい) 2. 代理経験：他者が達成した様子を観察することにより、「自分にもできそうだ」と予期すること(○自身の体験よりも機会に富む) 3. 言語的説得：達成可能性を、言語で繰り返し説得すること(△消失しやすい) 4. 生理的情緒の高揚：何らかの影響で気分が高揚すること 他、成功体験を想像(イメージ)すること

3 職域との連携に必要な情報とは何か？

次に、医療者が「患者」を診ながら、その現症が職業生活に及ぼす影響と就労パフォーマンスの程度を見積もるためには、どのような職場でいかに就労しているのかを知る、または探ることが必要となります。その業務内容に加えて、作業環境及び職場環境、当該事業場の安全衛生要因と現状との照らし合わせ、事業場側が抱く闘病者の復帰への懸念などについて産業保健スタッフ等と情報を共有することにより、治療と就労の両フィールド間の相互補完が可能となります。

しかしながら、医療者は概して職域の詳細を知らず、産業保健スタッフ等は治療者の役割にありません。医療と職域との間で交わされる「要休業」または「就労可能」を含む診断書のみでは、この相互補完を成立させるには情報が足りません。両者の連携が重要であろうことは、従前から繰り返し強調されるものの、本質的に意思疎通の姿勢や立場の相違があるため、ここであらためて「連携」・「伝達」を意識したコミュニケーション上のポイントを表5に示します。

表5 「連携」・「伝達」を意識したコミュニケーションのために

「連携」・「伝達」を意識したコミュニケーションのために
● 誰かが、職場等で「いつもとちがう」様子を事例性という。 ● その事例性が、何か病的なものをはらむとき、疾病性という。 ● 事例性メガネで見る職場、疾病性メガネで見る医療 ● 両者の相互補完をなすものが、求められる「連携」である ● わからないことは率直に訊く。「腑に落ちない」は可。 ● 「症状・病名」的な表現では、誰かの「いつもとちがう」様子が伝わりにくい。また、当事者の辛さなどを表せていない。 ● いつごろから、どんなふうに、いつもとちがう、心配なのだ、と伝える力が大切 (わかりやすく、客観的で、ナラティブであること)

さらに、両立支援における相補的連携を図るためには、闘病する者の「今、ここ」をⅠ.医学所見(現症)、Ⅱ.安全衛生要因(勤労状況)、Ⅲ.個人・生活状況、Ⅳ.事業場側の懸念の少なくとも4視点からの評価が必要となるでしょう。参考までに、主にメンタルヘルス対策における医療と職域間の連携において用いてきた情報・項目を以下に例示しました。

表6 医療－職域間連携で用いる情報・項目

Ⅰ.【医学的見解】現症

- 疾患の種類(ICD-10)：うつ病エピソード, 不安障害, 適応障害, 身体化障害など
- 主な症状：不眠, 抑うつ気分, 全般的意欲低下, 全般的不安耐性低下, 焦燥など
- 症状の程度：軽症, 中等症, 異常体験を伴う重症など(ICD-10に則して評価)
- 服薬の状況：薬剤名と服用量/日, 服薬に伴う眠気や注意集中の鈍麻やふらつきなど
- 睡眠の状況：入眠, 熟眠, 早朝覚醒の有無(構造化面接にて把握する)
- 生活全般における意欲と興味・関心の保持：最低2週間の持続状況を把握する
- 気分・不安：気分変調, 全般的状態不安などについてSDS, STAI等にて評価する
- 注意集中力：日常生活動作, 問診, 簡易前頭前野機能テスト等にて評価する
- 他, 身体所見：運動性緊張, 消化器症状, 頭痛・筋骨格系症状など

Ⅱ.【安全・衛生にかかる要因】勤労状況のアセスメント項目

- 作業環境：高・低温, 高所, VDT, 有機物質, 騒音など
- 勤務時間と適切な休養の確保(勤務形態の規則性, 出張, 超過勤務等の状況)
- 職業性ストレスの程度(職業性ストレス簡易調査票等に沿う)
- 就労に関する意欲と業務への関心
- 段階的復帰, リハビリ出勤制度についての理解と同意
- 職場の対人関係における予期的不安等の程度
- 治療と職業生活の両立についての支持・理解者(上司, 産業保健スタッフ等)の存在
- 安全な通勤の可否
- 疲労蓄積度：自身および家族から見た「仕事の疲労蓄積度チェックリスト」で評価

Ⅲ.【個人・状況要因】全般的な生活状況のアセスメント項目

- 睡眠－覚醒リズムの保持
- 適切な食習慣(栄養, 嗜好品への依存度を含む)
- 適度な運動習慣
- 日常生活における業務と類似した行為への関心・遂行状況
- 経済状況と医療費・保険書類等の利用・管理状況等
- 整容, 居住環境の清潔保持
- 家事または, 育児・介護などの有無と程度
- 生活全般における支持的な家族(配偶者等)や友人(同僚等)の存在
- QOL：包括的健康度等を把握

Ⅳ. 事業場側の懸案事項チェックリスト

- 診断書病名と現症との相関についての理解
- 寛解に併せた就労意欲の確認
- 寛解と業務遂行能力との相関についての理解
- 寛解の確認と予後診断についての理解
- 対象労働者へのコミュニケーション(接し方, 人間関係)
- 通常の職務による疾患への影響(再発しないか等)
- 長期休業による部署・組織全体のパフォーマンスの低下
- 長期休業による対象労働者の将来性(キャリア形成や勤続可否についての判断等)
- 通勤・実務に伴い安全・衛生面での危険が回避されるか(労働災害の可能性)
- 自殺及び危険行為に及ぶ可能性

【関連・参考文献】

1. 日本医師会監修. がん緩和ケアガイドブック, 症状マネジメント; 70-75, 2008.
2. 庄司順一. リジリエンスについて, 人間福祉学研究 2 (1); 35-47, 2009.
3. Werner, Emmy. High-risk children in young adulthood. A longitudinal study from birth to 32years. American Journal of Orthopsychiatry, 59(1), 72-81, 1989.
4. 加藤敏, 八木剛平. レジリエンスー現代医学の新しいパラダイムー(金原出版); 76-92, 2009.
5. Bandura Albert. Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37(2), 122-147, 1982.
6. 小山文彦. ココロブルーと脳ブルー(産業医学振興財団), 2011.
7. 小山文彦. 教育講演 メンタルヘルス不調者の治療と仕事の「両立支援」ー厚生労働省委託事業・検討会からー. 産業ストレス研究 2013; 20(4): 303ー309.
8. 小山文彦, 労働者健康福祉機構編. 主治医と職域間の連携好事例30ー治療と仕事の両立支援 メンタルヘルス不調編Ⅱー(労働調査会), 2015.
9. 武藤清栄ほか. 言葉を聞く人, 心を聴く人(中災防), 49-100, 2001.
10. 河合隼雄. こころの処方箋(新潮文庫), 1998.
11. 大月三郎. 精神医学(文光堂)改訂第2版, 13-19, 1984

3 労働関係法令の知識

両立支援を進めるにあたり、医療機関から事業者へと提供されるべき情報は、患者の症状や治療の状況、就業継続の可否に関する事項、望ましい就業上の措置に関する意見、等がありますが、この際、企業の労働時間や休暇制度、労働契約や就業規則の取り扱い、といった労働関係法令の知識を持っていることは有用です。

1 労働契約に関する基本的事項

労働契約とは、労働者が使用者に使用されて労働し、使用者がこれに対して賃金を支払うことを内容とする労働者と使用者の間の契約のことです(労働契約法第6条)。

労働契約は「期間の定めのない契約」と「期間の定めのある契約」の2つに分けられます。前者はいわゆる正社員や正規職員と称されるもので、自らの意思で退職を申し出る、定年退職を迎える、特段の事情で解雇される、などの事情が発生しない限り継続して勤務する労働契約です。一方、後者はパート、派遣、嘱託など呼称は様々ありますが、半年間や1年間といった契約期間の定めがある働き方(有期労働契約)であり、非正規雇用労働の典型例です。

治療と就労を継続するにあたり、「期間の定めのない契約」では、社内の各種休暇や福利厚生制度などを把握・

活用し、「退職しない(させない)」支援が大事になりますが、「期間の定めのある契約」では、病気の有無にかかわらず、その期間が満了すれば、原則として労働契約は終了します。しかし、有期契約を反復更新することで、結果として長く雇用している実態は多く、こうした契約を使用者から終了させることを「雇止め」と呼んでおり、労働契約法上一定の制限があります。また、正社員など期間の定めのない者との間に、不合理に労働条件を相違させることは禁止されていますが(同法第20条)、職制や職務内容・責任程度の違いによって、社内で行役できる制度や権利等は異なることが多いです。

総務省労働力調査によると、非正規雇用労働者は平成6年以降増加してきており、平成27年現在で約2,000万人、雇用者全体の37.5%を占めています。また、近年、非正規雇用労働者に占める65歳以上の割合が高まっています。まずは患者の労働契約の内容を知ることが重要です。

雇止めの法理 ~労働契約法第19条~

有期労働契約が反復して更新されたことによって、①雇止めが解雇と同視できると認められる場合や、②労働者が期間満了時にその契約が更新されるものと期待することに合理的な理由が認められる場合は、その雇止めは認められないことになっています。

2 就業規則

就業規則とは、労働者が就業上遵守すべき規律や労働条件に関する具体的細目について定めた社内規則のことです。常時10人以上の労働者を使用している事業者はこれを作成しなければなりません(労働基準法第89条)。就業規則に定める労働条件は、労働基準法に定める基準以上かつ合理的なものとする必要があります(同法第93条、労働契約法第7条)、少なくとも、①労働時間・休憩・休日・休暇に関する事項、②賃金の決定・締め切り・支払い・昇給に関する事項、③退職に関する事項、は必ず記載することになっています。

就業規則を作成する義務者は使用者ですが、これを作成した後は、職場で常時見やすい場所に掲示・備え付けや、書面の交付などによって、労働者に周知する必要があります。就業規則で定め周知された労働条件は、その事業場における労働条件の最低条件としての効力を持ちます。両立支援を進める上で必要となる各種休暇制度をはじめ、労働時間の短縮措置、時間外・深夜労働の免除、配置転換に関する要件、傷病扶助に関する事項など、勤務環境に関する様々な事項が網羅されていますし、無用なトラブルを未然に防止するためにも、日頃より労使双方が就業規則の内容をよく確認しておくことは大切です。「入社以来、就業規則を一度も見たことがない」というのは正しいことではないのです。

3 休日・休暇制度

休日とは、もともと労働義務が無い日のことです。最たる例が「公休日」です。法定休日として最低週1日は休日確保する必要があります(労働基準法第35条)、曜日や日数は各企業によって異なるものの、それぞれの職場で公休日が定められているはずで、このほか、年末年始や夏季などの季節に期間を定めて休むものも休日と呼ぶことができます。

一方、休暇とは本来労働義務がある日を、何らかの事情に基づき労働を免除するものです。年次有給休暇、病気休暇、忌引き休暇、誕生日休暇、育児・介護休暇…といったもので、各企業によって多種多様な休暇制度が存在しますが、どのような種類の休暇制度があるのか、また、取得条件、取得可能日数、申請方法、取得時の賃金発生の有無(有給か無給か)などは就業規則に記載されています。

なかでも、年次有給休暇は法定上の休暇制度であることに留意する必要があります。①雇入れの日から起算して6か月の継続勤務、②所定労働日の8割以上出勤、の2要件を満たせば、業種・規模を問わず年次有給休暇は

付与されます。付与日数は勤続年数によって異なり、以下のとおりです(表7)。週所定労働日が4日以下である短時間勤務の方でも比例付与されますので、「アルバイトだから」、「非常勤職員だから」、有給休暇が無いというのは間違った理解です(表8)。

表7 週所定労働日が5日以上の場合

勤続年数	6月	1年 6月	2年 6月	3年 6月	4年 6月	5年 6月	6年 6月以上
付与日数	10日	11日	12日	14日	16日	18日	20日

表8 週所定労働日が4日以下の場合

	週所定労働日数	1年間の所定労働日数	勤続年数						
			6月	1年 6月	2年 6月	3年 6月	4年 6月	5年 6月	6年 6月以上
付与日数	4日	169日～216日	7日	8日	9日	10日	12日	13日	15日
	3日	121日～168日	5日	6日	6日	8日	9日	10日	11日
	2日	73日～120日	3日	4日	4日	5日	6日	6日	7日
	1日	48日～72日	1日	2日	2日	2日	3日	3日	3日

有給休暇を実際に取得するためには、労働者がその時季を指定して取得することになります。指定時季が事業の正常な運営を妨げるような場合には、使用者は休暇時季の変更権が認められています。取得に際し休暇の目的や理由は問われませんので、旅行のためでも病気治療のためでも構いません。取得したことによる不利益な取扱い(精皆勤手当や賞与の算定に際し欠勤として取扱う等)も禁止されています。

付与は原則として1日単位ですが、労使協定を締結することにより、1年で5日分を上限に時間単位での取得を可能とすることもできます。なお、取得しない年次有給休暇は2年間で時効によって消滅します。

4 就業制限と安全配慮義務

労働者が業務上負傷したり、病気になった場合は、その療養するために休業する期間とその後30日間は解雇できません(労働基準法第19条)。また、療養費や休業補償は労働者災害補償保険法に基づく補償(労災保険)があります。

一方、私傷病については解雇や退職に関する制限規定はありませんが、労働契約法第5条では、「使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする」と定められており、特段の取り決めがなくとも労働契約上の付随的義務として、使用者は労働者の安全配慮義務を負うことが明確にされています。この安全配慮義務の拡大解釈が両立支援の障壁となり得ることがあります。安全配慮義務は労働者が業務に従事することによって、疾病を発症したり、増悪することを防止するために配慮する義務であり、疾病を持つ者を一律に排除するための根拠ではありません。

労働安全衛生規則第61条では、事業者は心臓、腎臓、肺等の疾病で労働のため病勢が著しく増悪するおそれがあるものにかかった者については、その就業を禁止しなければならない、とされていますので、治療後の経過が思わしくなく、症状が悪化することによ

【安全配慮義務に関するH25,9,24最高裁判決】

長時間労働については、企業は労働者の長時間労働を抑制する措置をとることが要請されており、その際、現実に労働者が長時間労働を行っていることを認識し、あるいは容易に認識可能であったにもかかわらず、長時間労働による災害から労働者を守るための適切な措置をとらないことによって災害が発生すれば、安全配慮義務に違反したと評価されることは当然のことである。

り、就労困難と判断される場合には、就業禁止の措置をとらざるを得ない場合も発生し得ますが、対象者の疾病の種類、程度、就労に伴う負担、就労意欲等の種々の条件を十分に考慮して慎重に判断することになります。

労働関係の言葉と意味

● フレックスタイム

労働者自身が一定の定められた時間帯の中で、始業及び終業の時刻を決定することができる変形労働時間制の一つ。始業及び終業の時刻を労働者の決定に委ねることを就業規則等で定め、かつ一定事項を労使協定で定めて運用できる。労働者が必ず労働しなければならない時間帯(コアタイム)と、労働者がその選択により労働することができる時間帯(フレキシブルタイム)とに分けて実施するのが一般的。厚生労働省の調査によると、従業員1,000人以上の企業では約25%で導入しているが、100人未満の中小零細企業では約3%に留まっている。

● 無期転換ルール

労働契約法の改正により有期労働契約が反復更新されて通算5年を超えたときに、労働者の申し込みによって企業などの使用者が無期労働契約に転換しなければならないルール。この改正労働契約法は平成25年4月1日に施行されており、同日以降に締結された労働契約に適用されることから、通算5年目を迎える平成30年4月に、多数の転換の希望を申し込む者が見込まれる。

● 限定正社員

リーマンショック以降、非正規雇用者の急激な増大が問題となり、厚生労働省で検討されてきた中でできた概念で、勤務地・職務内容・労働時間などを限定した正社員。パートやアルバイトといった有期の非正規雇用ではないため、雇用が安定するとともに福利厚生を受けられ、転勤や残業が無いなどの利点がある一方、通常の正社員に比べて解雇されやすいという問題点もあるとされる。

● 雇用・請負・委任

「働く」ことの契約形態として、民法では①雇用契約、②請負契約、③委任契約が定められている。請負や委任は建築工事や販売業務などの実施・運営を契約するもので、労働行為が使用者から独立して行われる点で雇用契約と異なる。請負や委任は、労働基準法をはじめとする労働関係各種法令は適用されない。ただし、契約上は請負や委任の形をとっていても、実態として両者間に使用従属性が認められる場合は雇用契約と判断される場合もある。

III

復職(両立支援)コーディネーター 業務の実際

1 地域における医療・福祉・就労関連機関等との連携体制作り

病床の機能分化により、脳卒中患者は急性期・回復期・維持期とそれぞれ異なった医療機関で治療を受けることが多くなりました。そのため「復職」という目的を持ったリハビリテーションを継続するためには、復職に必要な評価や訓練内容の検討を行い、情報を共有していく必要があります。なるべく早い時期からの介入が有効ですので、復職に向けた準備がスムーズに進められるように、あらかじめ連携医療機関との支援体制を構築しておくことが重要です。特に急性期病院は、対象者と最初に関わりを持つ重要な機関です。就労年齢の対象者が入院した際には、速やかにコーディネーターに連絡が入る連携システムを医療機関内で作っておくことをお勧めします。さらに、回復期病院へ転院する対象者の場合には、対象者が復職希望であること、コーディネーターが関わっていることを急性期病院からの申し送りに一文加えてもらうように依頼すると良いでしょう。また、回復期病院入院時期や外来リハビリ通院時期は、復職に必要な心身機能の状態を把握し易い時期です。コーディネーターは急性期からの情報をそれらの医療機関へ提供し、スムーズな復職に向けたリハビリテーションが継続されるように心掛けます。その他、地域にある社会資源の情報収集や、経済状況が困窮している対象者の支援(高額医療保険の補助など)などは、MSWとも協力してスムーズな支援ができるようにしておきます。

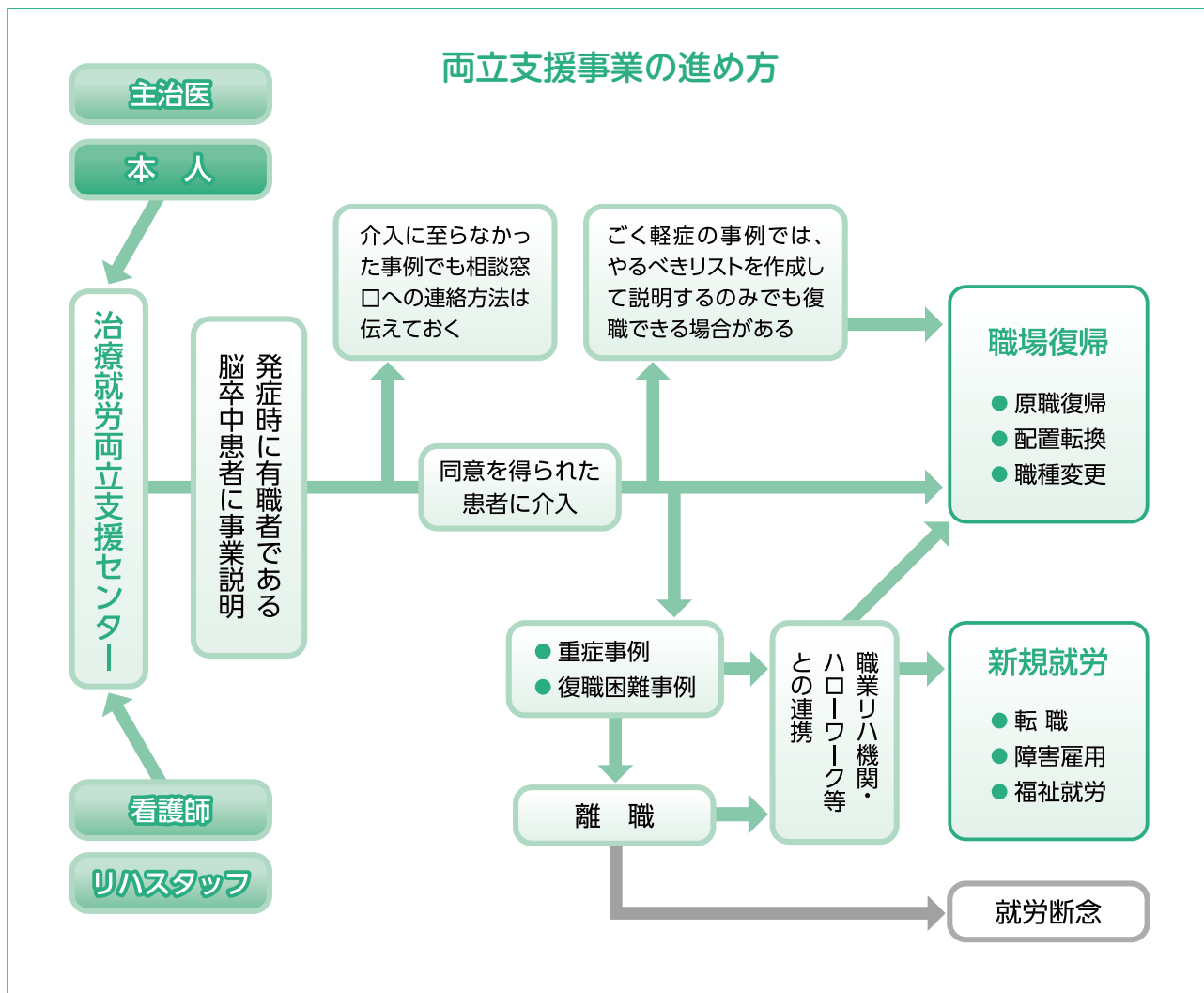
医療機関退院時の心身機能ではまだ復職が困難な状態で、さらなるリハビリが必要と予想される場合や、コーディネーターや医療機関のスタッフのみでは効率的な復職支援ができない場合等では、地域のあらゆる社会資源を活用して対象者に必要な支援体制を構築します。その際、就労支援に関する専門的な支援が得られる機関や施設だけでなく、介護保険におけるサービスなど、生活支援が得られる機関や施設等も検討し、医療機関を退院後、自宅生活から就労生活へスムーズに移行できるような支援体制作りを目指します。この場合、地域によって利用可能なサービスなどは異なるため、それぞれの地域にある社会資源に関する情報把握が重要になります。

このようにコーディネーターは、医療機関のみならず地域の様々な機関と幅広い連携を構築する必要があります。しかも、地域によって資源の差がありますので、インターネット等も活用して普段から情報を得る努力が必要です。

2 両立支援の流れと復職(両立支援)コーディネーターの業務

基本的な両立支援事業の流れは図3に示すようになりますが、時系列に沿って少し詳しく述べていきます。

図3 両立支援事業の進め方



1 支援開始時

初回面談で対象者の復職意思の確認を行い、コーディネーターの役割を説明して、同意が得られたら支援の開始となります。個人情報扱うため、文書同意が望ましいと思います。また、はじめに「コーディネーターは仕事を斡旋する者ではなく、復職しやすいように支援する者」であることを正確に伝えておくことが後々のトラブルを防ぐ意味でも重要です。

介入していきなり復職プランを云々するのではなく、まずは対象者や家族の思いによく耳を傾け、ラポール形成を重視します。また、医療情報以外に家族情報や職業情報など復職支援に必要な詳しい情報収集をすすめていきます。対象者や家族が生命予後の次にまず心配されることとして、医療費や生活費などの経済的なことがありますので、それとなく確認しておくことも重要です。なお、発症直後は意識レベルが鮮明でない場合も多いですから、可能な限りキーパーソンとなるご家族にも同席してもらうと良いでしょう。

2 医療機関入院中

定期的(目安:急性期1回/週、回復期以降1回/月)に面談を実施し、心身機能の回復状況の確認や、職場スタッフからの連絡の有無やその内容の確認等を行います。職場スタッフとの関わりが少ない場合は、必要に応じて職場スタッフと連絡をとるように、対象者・家族に指導・援助を行います。なお、急性期病院から回復期病院へ転院する場合など、別の医療機関へ転院した際には、転院先へ出向いて面談を継続することが理想ですが、最低でも連携先との情報共有を行って状況を把握するように努めます。特に、転院した当初は環境の変化によって心身機能の変化や精神的不安などが生じる場合があります。また、入院加療の継続に伴って回復への不安や焦り、経済的な不安なども目立つ場合があるため、対象者やご家族のメンタル面のフォローも大切です。

急性期を過ぎると、意識障害が改善して理解力が良好となる対象者も多いため、復職に必要な社会保障制度(傷病手当金など)の説明なども行います。さらに、復職に向けた課題の確認や、復職に向けたスケジュールの検討なども必要に応じて開始していきます。

3 自宅退院前

引き続き面談で心身機能の回復状況の確認や、メンタル面のフォローなどを継続しますが、この時期に心身機能の回復状況を確認する場合は、医療スタッフにも同席を依頼し、対象者やご家族と医療スタッフの間での認識の違いを確認することが有用です。多職種からの情報を集約して復職に向けた課題確認をしっかりと行います。そして、自宅退院後も復職に向けて継続したリハビリが必要かどうかを検討し、必要があれば利用可能な機関や制度(医療機関での外来リハビリ、介護保険のサービス、障害者総合支援法のサービスなど)の検討を行って、必要な申請手続きの説明を行います。

4 自宅退院後

この時期の面談では、自宅生活や、社会生活の状況を確認します。復職を目指すためには、まずは退院後の自宅生活が規則正しく送れること、そして自宅生活から社会生活へと段階的にADLを拡大して生活リズムを再構築することが必要です。「自宅生活が安定して再開できること」、「社会生活が少しずつ広がっていくこと」、「復職に向けた課題を解決していくためのリハビリや訓練機会が設けられていること」などをポイントに、対象者の退院後の生活設計をすすめていきます。必要があれば自宅に伺って実際の場面を確認することもあるでしょう。

また、復職に向けて通勤が可能かどうかの判断が必要な時期にもなりますので、必要に応じて自宅から職場までの通勤路の確認(最寄り駅のバリアフリー状況、混雑状況、アクセス状況など)等と一緒にすることもあって良いでしょう。特に公共交通機関が不十分な地域では自動車運転の可否が復職に大きく影響します。運転再開の手順や運転技術を確認してくれる自動車教習所なども調べておくことをお勧めします。

生活リズムが再構築され、早期復職が可能な状態であれば、復職に向けた具体的な相談や調整を開始します。一方、引き続きリハビリ等の準備が一定期間必要な状況であれば、その旨を職場スタッフへ報告し、復職までの大まかなスケジュール等の検討・確認を行っておくと良いでしょう。

入院中に職場側と関わりが持てなかった対象者の場合、退院後、自宅生活に慣れた段階で、一度退院報告をかねて職場へ訪問することを提案してみましょう。スムーズに職場との関わりを再開することができ、復職に向けた具体的な相談ができるきっかけとなる場合があります。その際、コーディネーターも同席できれば良いのですが、対象者や家族、職場側の意向も考慮しながら、状況に合わせた関わりを持つように心掛けましょう。また、職場に産業医や産業保健スタッフが在職する場合には、対象者の同意を得た上で情報共有することが有

用です。

また、地域障害者職業センターとの連携も有用です。このセンターでは、障害者に対する専門的な職業リハビリテーションサービスの提供や事業主に対する障害者の雇用管理に関する相談・援助、地域の関係機関に対する助言・援助を実施しています。必要な場合には、職場に職場適応援助者(ジョブコーチ)を派遣し、現場での専門的な援助も受けられます。

5 復職準備時期

定期的な面談は継続し、心身機能の回復状況の確認やメンタル面のフォローを行います。特にこの時期においては後遺症の程度や職務能力等について、対象者の自己評価を確認し、妥当な認識が得られているか確認・検討をします。また、復職時の業務内容や配属先、勤務形態等の勤務体制に関する意向を確認し、職場スタッフとの話し合いの時の資料にします。

また、長い療養生活で生活リズムが大きく変化していますので、自宅生活においては、出勤に間に合う起床時間、外出機会や日中活動量の増量など、復職に向けた日々の時間管理を促します。例えば、朝一番で図書館へ行き、昼食も自分なりに取り、夕方まで滞在してその日の課題をこなすことなどです。こうした仮想出勤練習をすることで、身だしなみや通勤手段、時間管理、丸一日外出するための体力の確認などが行えます。

この時期は、復職に向けた具体的な手続きが始まる時期でもあります。以下に具体的な手順やコーディネーターが確認すべき項目を示します。

① 復職のための診断書

復職手続きの第一歩は、「復職可能の診断書」から始まりますので、職場から主治医の診断書の提出が求められます。主治医は、対象者にヒアリングをしながら診断書の内容に食い違いが生じないように作成することをお勧めします。また、復職に伴う医学的注意事項を確認されることがありますので、コーディネーターは必要に応じて主治医への連絡や確認等を行います。

「復職可能、ただし軽作業とする」という一文のみ記載されている診断書を良く見かけます。しかし、これを受け取った職場側は、いったいどのような配慮をすれば良いのか迷うことでしょう。例えば右上下肢の麻痺が残存した労働者では、「しゃがみこみ動作が難しい」とか「書字や両手動作が難しい」とか「階段昇降に時間がかかる」などといった仕事に影響する動作上の困りごとがあるでしょう。また、この労働者の勤務状況によっては、病状や体力的に考えて「シフト勤務が可能なのかどうか」「海外出張は可能かどうか」といった意見も非常に参考になるでしょう。このような情報をもとに職場は安全配慮義務を考慮しながら対応を考えていきます。このあたりの情報共有の方法は、平成28年2月に厚生労働省から出された「事業場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」を参考にするとよいと思います。

② 職場との連携

復職に向けて、職場スタッフとの具体的な相談や調整が必要な時期になります。具体的には、まず、対象者が自身の心身機能の回復状況や予後、職務能力等について職場スタッフへ報告することから始まります。その際、コーディネーターが作成した①職業情報収集票および②機能評価票(『復職コーディネーターハンドブック:脳卒中リハビリテーション分野』を参照)や、厚労省ガイドラインにある様式などを用いて、職場スタッフが理解し易いよう工夫します。

これを基に、復職時の業務内容や配属先、復職時期や復職までのスケジュールなどが具体的に検討されていきます。その際、対象者やご家族の意向と、職場スタッフの意向、また、医療機関スタッフやコーディネーター

など支援者側の見解などが一致することが復職を成功に導くポイントです。特に、脳卒中後の対象者については障害が残る場合も多いため、どのような業務であれば行えるのか、どのような創意工夫をすれば職場環境に適応して効率的に業務が行えるかなどを検討することが大切です。また、業務を問題なく行えるかどうかは、医療機関でのリハビリ等では判断が難しい場合が多くあります。そのため、実習の機会や、事前に担当する業務内容について模擬的な訓練や練習ができる機会を設けてもらえると安心です。また、リハビリ出勤や、勤務時間を徐々に増やしていくなど、段階的な復帰プログラムを検討してもらうことも大切です。さらに、高次脳機能障害など周囲から理解し難い障害像については、適宜職場スタッフ側の理解や協力が得られるように説明することも重要です。その他、対象者の復職に伴う職場スタッフ側の不安や悩みなども具体的に確認し、必要な情報提供やサポートを行います。

③ 社会資源の活用と連携

既に地域にある社会資源を利用している場合は、引き続き連携を図り支援の継続を依頼します。復職に向けてより専門的な支援や訓練などが必要な場合は、地域の就労支援機関の利用を検討し、必要に応じて支援体制の構築を行います。

また、屋外移動におけるヘルパーサービスの利用など、後遺症の影響によりサポートが必要な対象者の課題に対しては、利用可能なサービスの検討や支援機関の検討なども行います。

6 職場定着時期(アフターフォロー)

仕事の妨げにならないように、主たる診療科の外来受診日などにあわせて面談を行います。この時期は復職後の勤務状況(通勤や業務内容、社内での人間関係など)や、家庭生活などについて確認します。そして、復職後、不安や悩みが無いかどうか、対象者はもちろん家族にも確認します。復職支援においては、復職後に職場に定着できるかどうか重要なポイントであり、一旦復職したものの、様々な問題で離職に繋がってしまうようでは困ります。そのため、事前に対象者やご家族と復職後の連絡手段を決め、定期的に面談できる環境を整えておくとうれしいでしょう。

職場との連携がとれている場合には、対象者の勤務状況(通勤や業務内容、社内での人間関係など)などを確認します。また、対象者の復職後に職場スタッフ側が新たに抱える不安や悩みなども確認し、対象者と共に働く職場の上司や同僚のサポートが行えれば、定着に大きく貢献できますし、職場にとっても好事例となるでしょう。

地域の社会資源を活用した場合には、復職後の対象者の様子に関する報告や情報共有を行います。また、復職後に問題等が生じた場合には、必要に応じて問題の解決に向けた支援体制の再検討を行い、スムーズな支援ができるようにします。

3 事例でみる具体的な関わり方について

2つの事例を通して、両立支援のための関わり方をみてみましょう。2事例の経過はあえて簡潔にまとめていません。時系列に従って、面談での会話からどのような情報を得て、どう対応したかを表に記載していますので疑似体験してください。

1 急性期病院から直接自宅退院し復職したケース

1例目は福祉関係のパート職員の方で、急性期病院から直接自宅退院できた軽症例です。障害自体は軽いのですが、面談の様子から配偶者の心配が大きいことがわかります。コーディネーターのアドバイスをもとにしてご本人が職場と連携をとり、結果的に理解を得られて順調に復職されたケースです。

就労年齢の脳卒中患者は軽症の方も比較的多いのですが、休職手続きや復職手続き・経済的サポートなどの手順が良くわからないために復職が難渋してしまうケースも時に見受けられます。結果的に大した介入が必要でないことも多いのですが、まずは相談窓口を紹介することは重要だと思います。

事例 1

事例情報

- 【年 齢】40代
- 【性 別】女性
- 【家族構成】夫、息子2人と同居。(全員就労中)
娘は同一県内中心部で一人暮らしをしている。(就労中)
- 【住 居】2階建ての一軒家
- 【借 財】あり(本人には支払い義務なし)
- 【既往歴】なし
- 【就業経験】児童会職員(パートで2年前より勤務中)
- 【現病歴】数日前から前額部に痛みがあったことがあったが、それ以前に特に頭痛はなかった。7月X日の午前11時頃に自宅で突然右前額部の痛みが出現。症状改善がみられなかったため救急要請し、当院へ緊急搬送された。

支援経過	アセスメント	連絡先	利用した社会資源
【発症から18日目】 面談初回 本人・夫と面談を実施 職業情報収集票の記入を依頼 夫「僕が記入しても問題ないですか。」		主治医より 復職支援の依頼。	
【発症から20日目】 面談2回目 本人と面談を実施 本人「昨日主人と一緒に書きました。仕事はパートで扶養の範囲内で働いています。お金のこととか今のところは特に問題ありません。仕事も戻れると思いますが、主人が心配性なので復帰させてくれるかが心配ですね。」	〔状況〕 ① 経済的問題はなし。 ② 本人としてはパート勤務なので復職の心配はないと思われる。 ③ 夫は友人をくも膜下出血で亡くしているため必要以上に心配されている。		

支援経過	アセスメント	連絡先	利用した社会資源
	① 夫の扶養の範囲内で勤務、子供3人も就業しているため経済的問題は特になし。 ② 念のために休職期間の確認をしていただけよう依頼。 ③ 夫からの理解を得る必要がある。		
【発症から31日目】 面談5回目 本人と面談を実施 本人「車乗っても問題ないですかね。明日は職場の上司がお見舞いに来てくれるみたいです。そこで復職の話もしてみようと思います。」	[状況] 自動車運転再開に不安がある。 自動車運転再開の手順・適性相談、自動車学校での運転チェックについて説明を実施。		
【発症から32日目】 面談6回目 本人と面談を実施 本人「上司から早く戻ってきてねって言われました。いつまでに戻らないといけないっていう期限はなさそうです。会って話せたので復職の不安が大分なくなりました。退院して1ヵ月くらいたったら体力も戻らと思うのでそのころに復職したいですね。」			
【発症から49日目】 面談7回目 本人と面談を実施 本人「週末に外泊をしました。リハビリで難しいところがないかチェックしてくるよう言われたんですけど、主人が全部やってしまったので確認できませんでした。でも外泊できてリラックスしました。娘も戻ってくることになったので、家に戻っても何とかなりそうです。」	[状況] 夫の不安は継続中。 担当リハビリスタッフ・主治医と情報共有を実施。退院前に主治医から夫に回復状況の説明や、復職しても問題ないと考えていることを説明してもらうこととした。	担当PT ・ 担当OT ・ 主治医	
【発症から52日目】 面談8回目 本人と面談を実施 本人「退院後の生活も復職も不安は特にありません。上司から電話がかかってきて来月からシフトに入れるか聞かれたので来月から働くことになりそうです。」	復職に対して不安は特にないようだが、無理せず体と相談しながら復職日を決めること、勤務日数の調整が可能であれば徐々に出勤頻度を増やしていくようアドバイスを実施。		

支援経過	アセスメント	連絡先	利用した社会資源
【発症から90日目】 面談9回目 本人と面談を実施 本人「家での生活は特に問題ありません。娘が色々お手伝ってくれるので助かっています。仕事は体調崩してしまったので1回しか出勤できなかったんですけど行ってきました。仕事内容は変わっていないんですけど、体調が悪いときは休ませてもらえるし、周りの人が助けてくれるので助かっています。」			
【発症から143日目】 面談11回目 本人と面談を実施 本人「元気にやっています。主人も最初は心配してたんですけど、今は何も言わなくなりました。仕事は病気になる前と同じ条件で働いています。家事も今は自分一人でしています。」			
【発症から202日目】 面談12回目 本人と面談を実施 本人「仕事も生活も問題ありません。職場の人からは病気になったことを忘れてたって言われるくらい普通に働いています。来年度から職場が異動になるかもしれないので、ちょっと心配ですね。」	[状況] 職場が異動になる可能性があることが不安。 本人の抱える不安を表出できるよう傾聴を実施。		
【発症から273日目】 面談13回目 本人と面談を実施 本人「私も職場の人も異動はありませんでした。困っていることもありません。」	支援の必要性について本人に確認。 「問題なく生活できているので必要なさそうです。」との発言あり、支援は終了することとした。		

2 復職困難で退職後に新規就労を目指したケース

2 例目は、発症時の職業が運送業(セメント運搬)の正規職員の方で、重症であったために回復期リハ病院での治療を終えても復職できず、休職期間満了の時点で退職し、新規就労を目指しているケースです。

一旦離職してしまうと、雇用関係がなくなるため両立支援は困難となりますので、あくまで原職復帰を目指して支援を行います。障害に応じた様々な配慮を受けて、職場内での業務変更や配置転換などで対応されるケースもありますが、残念ながら離職せざるを得ないこともあります。その可能性が強い場合は、早めに新規就労も視野に入れた対応が必要となります。

この事例のような重症例では、介護保険や身体障害手帳、就労支援機関の支援など、あらゆる手段を講じて対応することがあります。もちろん患者自身の復職意思が明確であることが前提ですが、こうしたケースに対応するために、地域の社会資源をしっかりと把握しておく必要があります。

事例 2

事例情報

- 【年 齢】40代
- 【性 別】男性
- 【家族構成】妻・中学生の息子・小学生の娘と同居。妻は扶養の範囲内でパート勤務をしている。実母は車で30分の距離に独居。キーパーソンは妻だが、通院送迎・同行など実母の協力が得られる。
- 【住 居】最寄駅から徒歩3分のオール電化マンション(エレベーター有)
- 【借 財】マンションの住宅ローン
- 【既往歴】なし
- 【就業経験】車の整備点検⇒鉄工所での作業員⇒クレーン車製造⇒運送業(正規職員)
- 【現病歴】X年11月発症、起床時に頭痛、嘔吐あり洗面所で意識消失。救急車で当院に搬送され、くも膜下出血と診断。コイル塞栓術施行したが、その際に右MCA領域の広範囲脳梗塞を併発。発症から9日目リハビリ開始

支援経過・面談内容	アセスメント・支援内容	連絡先	利用した社会資源
【発症から46日目】 面談初回 本人・妻と面談を実施。 生活状況・仕事についての情報収集を実施。 本人「これからのことが全く想像つきません。子供もいるのでまだ働かないと。僕の給料で生活していたので生活が心配です。まだ家にも帰れないし。リハビリ頑張ります。」 妻「まずは仕事ができるような体になってもらうことからですね。」	[状況] ① 今後は想像できず漠然とした不安。 ② 現状ADL全般に介助を要すが復職希望あり。 ③ 就業できないことで家庭の収入が減ることに対する不安。 ① 本人・妻の想いを傾聴。 ② 休職期間の調査を実施。 (こちらから会社に問い合わせすることを提案したが、同意を得られず妻が問い合わせを行うこととなった。) ③ 家計のバランス(収入と支出について)の聞き取り調査を実施。 住宅ローンの団信保険が利用できないか確認するよう依頼。	担当OTより 復職支援の依頼。 担当PT ・ 担当OT ・ 担当ST に機能評価を 依頼。	限度額適用 認定証 ・ 傷病手当金

支援経過	アセスメント	連絡先	利用した社会資源
【発症から51日目】 回復期病院への転院 面談2回目 本人・妻と面談を実施 本人「不安ですがとりあえず行ってきます。 転院してリハビリしてよくなればいい んですけどね。ここに慣れてきたんで すけどね。」 妻「今後ともよろしくお願いします。」	[状況] ① 環境の変化に対する不安。 ② 症状改善への不安と期待。 ① 本人・妻に転院後も継続して支援していくことを説明。 転院先に休職期間の情報・機能評価票・ 職業情報収集票についての情報を提出 ② ご本人・妻の想いを傾聴。 回復期病院MSWに、本人・妻が抱えて いる不安を伝達し、転院後も情報共有 を図れるよう依頼。	回復期病院 担当者 ・ 回復期病院 MSW	
【発症から110日目】 面談3回目 妻の訪問あり面談実施 妻「復職できるかわからないので障害福 祉サービスの話を聞いておきたくて 来ました。私だけの給料では家族を養 っていくことはできません。歩けるよ うにはなったんですが、腕と頭がね。 家に連れて帰ったあとが心配ですね。」	[状況] 片眼失明、他眼の視力低下あり。 ① 復職できないかもしれない不安。 ② 復職できなかった場合(退職後)の生活 に対する不安。 ③ 自宅生活に対する不安。 ① 妻が抱える不安を表出できるよう傾聴。 ② 希望通り障害福祉サービスについて説 明を実施。 (サービス利用のタイミングや申請先 がよくわからないとあったため、利用の タイミングはこちらから声掛けをするこ ととし、利用内容・申請先・必要書類につ いて再度説明を行うこととした。) ③ 回復期病院MSWと面談内容について 情報共有を実施。回復期病院退院前に 訪問し、ご本人とも面談させていただ けるよう依頼。	回復期病院 MSW	
【発症から124日目】 回復期病院を訪問し面談を実施 面談4回目 本人・妻・実母と面談を実施 本人「リハビリを頑張ったら歩けるようにな りました。労災に入院しているときよ り良くなったので仕事できますかね。 働きたいです。運転はできないけど 事務の仕事ならできるかもしれません。 病院に行ったら右眼は失明してと言 われてショックでした。」 妻「右眼は完全に見えなくなってしまう みたいです。事務職とかならできる かもしれませんが。」	[状況] ① 右目が失明したことに対する失望感。 ② 就業できるのかという不安。 ③ 配置転換できれば復職できるかもしれ ないという期待。 ① 本人・妻・実母が抱える不安を表出でき るよう傾聴。 ②・③ 本人の今後の目標・希望(復職)、今 後の予定(回復期病院退院後眼科病院 に入院)について確認。	回復期病院 MSW	

支援経過	アセスメント	連絡先	利用した社会資源
実母「退院したら家での生活は大変だと思うので私もできることは手伝おうと思っています。」	③ 会社側に配置転換が可能か確認することを提案(こちらから会社に問い合わせることを提案したが、同意を得られず妻が問い合わせを行うこととなった。)。回復期病院MSWと情報共有を行い、利用した社会資源・利用予定の社会資源について確認を行った。		
【発症から131日目】 回復期病院退院 眼科入院(左硝子体出血に対する手術施行)			
【発症から134日目】 眼科退院 左眼の視力が1.2まで回復		担当OT	
【発症から149日目】 面談5回目 本人・妻と面談を実施 本人「今の職場に戻れなくても働きたいという気持ちに変わりはありません。退院した後は基本的に家にいて家族以外とは会っていません。入院中はリハビリで毎日1時間歩いていたので体力が有り余っています。」 妻「休職期間満了で退職することになりました。でも子供もいるのでまだ働いてもらわないと。片目が見えないせいか一人で歩いていた時に一度家を通り過ぎてしまったことがあったのでまだ一人で出かけてほしくないです。留守番は問題なさそうですがやっぱり心配ですね。」	[状況] ① 一人で外出する機会がない。 ② 運動量・体力・耐久力の低下。 ③ 就労希望はあるが復職は不可能。 ①・② 介護保険でのデイサービス利用検討。 ② リハビリの回数を週1回から2回に変更してもらえないか担当OTに依頼。 ③ 目標設定を原職復帰から新規就労(障害者雇用も含む)へ変更。		
【発症から158日目】 面談7回目 妻と面談を実施 妻「主人と話し合っただけサービスに行くことにしました。見学できますか。」	施設に見学・利用体験を依頼。	デイサービス 生活相談員	
【発症から178日目】 面談11回目 本人・妻と面談を実施	本人・妻に障害者手帳の申請方法について説明を実施。	デイサービス 生活相談員 ・ ケアマネージャー	
【発症から186日目】 担当者会議に参加	計画書の目標に「仕事をする事」を組み込んでもらえるようケアマネージャーに依頼し、デイサービスのプログラムにバスの乗車練習が組み込まれた。		介護保険

支援経過	アセスメント	連絡先	利用した社会資源
【発症から191日目】 面談13回目 本人・妻と面談を実施	会社から離職票が届いたら障害者就業・生活支援センターとハローワークに就労の相談に行くことを確認。		
【発症から205日目】 面談15回目 本人と面談を実施 本人「身障者手帳がきました。あと医療費が安くなるやつももらえました。」		ハローワーク 専門相談部門	身体障害者手帳 2級 (上肢2級、下肢4級) ・ 重度医療受給者証 取得
【発症から260日目】 面談23回目 本人と面談を実施 本人「離職票が届きました。」	ハローワークと障害者就業・生活支援センターへの訪問日の日程調整を実施。 ハローワーク専門部門担当者に電話連絡を行い、障害者就業・生活支援センターの就労担当者も交えて4者で社会復帰についての検討、及び雇用保険の受給について検討していただけることとなった。	ハローワーク 専門相談部門 ・ 障害者就業・生活支援センター 就業支援ワーカー	
【発症から276日目】 ハローワーク・〇〇市障害福祉課を同行訪問	ハローワーク：ハローワーク専門部門担当者と障害者就業・生活支援センター雇用担当者で就労についての方向性の検討及び雇用保険受給延長手続きを実施し、事業所紹介を受け、後日事業所を訪問することとなった。 〇〇市障害福祉課：訓練費用の確認を実施。	障害者就業・生活支援センター 就業支援ワーカー ・ 作業所 サービス管理責任者	
【発症から289日目】 作業所を同行訪問	体験してから実際に利用するかどうか本人に判断していただくこととした。	〇〇市障害福祉課	
【発症から297日目】 面談27回目 本人・妻と面談を実施 本人「作業所に行ってきました。通ってみたいです。」体験を終え、利用したいという思いがある。	[状況] 作業所の体験を終え、利用希望あり。 〇〇市障害福祉課を訪問し、利用申請を行うこととする。	〇〇市障害福祉課 ・ ハローワーク 専門相談部門 ・ 作業所 サービス管理責任者	

支援経過	アセスメント	連絡先	利用した社会資源
【発症から305日目】 ○○市障害福祉課・ハローワーク・計画事業所同行訪問	○○市障害福祉課:障害者総合支援法の訓練等サービス利用申請を実施。 ハローワーク:雇用保険受給延長手続きの申し込みを実施。 計画事業所:計画書を作成してもらえるよう申請を実施。	ケアマネージャー	雇用保険受給延長手続き 障害者総合支援法訓練サービス利用申請
【発症から311日目】 ケアマネージャーに電話連絡を実施	10月から障害サービスの利用を実施するため、9月いっぱい介護保険のサービスは利用終了にしていだけるよう依頼。		
【発症から315日目】 障害者就労継続支援B型作業所 利用開始			

IV

現状の医療体制でできること

事例でもお示したように、特に重症例では医療機関だけでは十分な対応は不可能です。復職準備の段階だけでなく復職後の定着のためにも就労支援機関や職場とも連携をとることが必要となります。

1 就労支援機関との連携について

どういう対象者をどのような就労支援機関と連携して対応したら良いか？ 相談のタイミングはいつごろなのか？ などといった疑問も多いと思います。対象者の状況によって必要なサポートは異なりますから、下記を参考にしながら支援計画を検討していきましょう。

就労支援機関に繋いだほうが良い対象者とは

- ① 高次脳機能障害の影響が業務に影響する可能性がある
- ② ジョブコーチ支援が必要となる可能性がある
- ③ 職務内容、配属等を変更する可能性がある
- ④ 対象者の能力に応じた業務内容を新たに検討する必要がある
- ⑤ 職場側の理解や協力が得られにくい
- ⑥ 職場側の不安や心配が強い など

相談するタイミングの目安とは

- ① 医学的な治療が終了し、復職に向けた基本的な準備が整った頃
- ② ADLが自立している、最低限の社会生活能力も自立している
- ③ 週5日仕事ができる体力がついてきている、生活リズムが整ってきている
- ④ 通勤が安全にできる、またはその見込みがある
- ⑤ 障害についての理解がすすんでおり、必要な代償手段なども活用できるようになっている など

就労に至るには、まずは社会生活レベルでのADL(IADL)の自立が前提となります。今の医療制度でのリハビリテーション実施は発症から6ヵ月までとされ、それ以降はリハビリテーションを実施するにも単位制限などがあり、また、医療機関での外来リハビリテーションの継続が非常に困難です。就労を視野に入れ、身体機能の向上を目的としたリハビリテーションや高次脳機能障害などのリハビリテーションを継続する場合は、各市町村での制度を利用します。各市町村で支援内容や担当窓口は異なります。どのようなサービス支援があるか行政窓口を確認しましょう。なお、相談するタイミングについては、休職期限や傷病手当金受給終了時期なども参考にします。

2 復職後問題となりやすい事柄について

復職後に生じやすい問題点を以下に紹介しますので、復職後の面接等で確認をするようにしましょう。また、対象者や家族への確認だけでなく、職場スタッフの意見を確認することも非常に重要です。問題解決と一緒にを行いながら職場の上司や同僚が対象者の病状について正しく理解し、サポートができるような体制作りをしてもらうことも大切です。その際、支援機関と連携している場合は役割分担をしながら支援をしていくと良いでしょう。

復職後問題となりやすい事柄とは

- ① 疲れやすい
- ② 暇な時間が多い…、担当する仕事が少ない…
- ③ 障害の影響が目立ち、業務などでミスが発生し易くなる…
- ④ 上司や同僚が気を使いすぎて、ミスなどを指摘することができない…
- ⑤ 上司が代わると配慮も変わることがある
- ⑥ 対象者が抱える障害について、上司や同僚などの理解が不十分であることが明確化する…
(もっとできと思っていた…、対象者がなぜミスをするのか分からない…)
- ⑦ 障害の理解が不十分なために職場内の人間関係がうまくいなくなる など

コーディネーターとは、医療だけでなく職場とも繋ぐ自由度の高い新たな職種ですが、それゆえに所属や財源の面も含めて普及までにはまだ時間が掛かります。しかし、本書でお示したノウハウを少しでも多くの医療関係者や産業保健スタッフ等で共有することによって、支援内容は大きく前進するものと思われます。

医療機関において、脳卒中患者の両立支援に関わる可能性の高い職種ごとに、日常診療の中で実践できそうなことを介入時期ごとにまとめましたので参考にさせていただきたいと思います(表10)。

表10 介入時期別関与の内容とポイント

		各職種が両立支援に関与できる内容とポイント				
		主治医	看護師	リハスタッフ	MSW	ポイント
対象者の治療経過	急性期病院入院時期	☐ 復職意思の確認 ☐ 早期退職の予防 ☐ 相談窓口の紹介 ☐ ラポールの形成 ☐ 仕事内容の確認 ☐ 生活状況の確認 ☐ 転院先医療機関への情報提供	☐ 復職意思の確認 ☐ 早期退職の予防 ☐ 相談窓口の紹介 ☐ ラポールの形成 ☐ 仕事内容の確認 ☐ 生活状況の確認 ☐ 復職支援に必要な情報収集 ☐ 転院先医療機関への情報提供	☐ 復職意思の確認 ☐ 早期退職の予防 ☐ 相談窓口の紹介 ☐ ラポールの形成 ☐ 仕事内容の確認 ☐ 生活状況の確認 ☐ 復職に向けた評価や訓練内容の検討 ☐ 転院先医療機関への情報提供	☐ 復職意思の確認 ☐ 早期退職の予防 ☐ ラポールの形成 ☐ 仕事内容の確認 ☐ 生活状況の確認 ☐ 復職支援に必要な情報収集 ☐ 病気や経済的不安へのサポート ☐ 転院先医療機関への情報提供	☐ 早期退職の予防が重要、安易に離職しないよう声かけをしましょう ☐ 復職相談の窓口があることを伝える ☐ 仕事内容や生活状況を確認 ☐ 経済的不安の解決は重要です
	回復期病院入院時期	☐ 復職意思の再確認 ☐ 回復状況の確認 ☐ メンタルサポート ☐ 新たな利用機関への情報提供	☐ 回復状況の確認 ☐ メンタルサポート ☐ 転院先医療機関への情報提供	☐ 復職に向けた評価、訓練内容の検討 ☐ 転院先医療機関への情報提供 ☐ 自宅退院後のリハメニュー作成	☐ メンタルサポート ☐ 社会保障制度等の説明、申請手続き等の説明 ☐ 職場との連絡状況の確認 ☐ 転院先医療機関への情報提供	☐ 復職を念頭に置いたリハビリなどの治療の継続性を確保しましょう ☐ 復職意思を再確認 ☐ 家族のサポートも忘れずに
	自宅生活時期	☐ 回復状況の確認 ☐ メンタルサポート ☐ 自宅生活、社会生活の確認 ☐ 再発予防など自宅生活における指導 ☐ 通勤能力の確認	☐ 回復状況の確認 ☐ メンタルサポート	☐ 回復状況の確認 ☐ メンタルサポート ☐ 自宅生活、社会生活の確認 ☐ 通勤能力の確認 ☐ 復職に向けた課題の確認	☐ 回復状況の確認 ☐ メンタルサポート ☐ 自宅生活、社会生活の確認 ☐ 通勤能力の確認 ☐ 復職に向けた課題の確認	入院生活から自宅生活さらに社会生活へとADLを拡大して、生活リズムを取り戻しましょう 復職に向けた具体的な相談や調整を行う時期です
	復職準備時期	☐ 復職に伴う医学的注意事項の確認 ☐ 復職診断書の作成 ☐ 身体障害手帳が必要な場合は対応を ☐ 高次脳機能障害残存時は精神障害者保健福祉手帳の申請を考慮	☐ 復職に伴う医学的注意事項の確認	☐ 回復状況の確認 ☐ 予後の確認 ☐ 復職に向けた課題の確認 ☐ 診断書作成協力	☐ 回復状況の確認 ☐ 診断書の確認 ☐ 復職に向けた課題の確認 ☐ 就労支援機関利用の検討、支援体制の構築 ☐ 職場との連携 ☐ 離職した場合の支援体制構築 ☐ 障害者雇用制度の利用	☐ 復職時の勤務体制、復職までのスケジュールの検討 ☐ 職場スタッフの不安や悩みの確認 ☐ 職場スタッフへの障害説明、理解の促しは分かりやすい言葉で
	職場定着期	☐ 勤務状況の確認 ☐ 家庭生活の確認 ☐ 復職後の不安や悩みの確認	☐ 勤務状況の確認 ☐ 家庭生活の確認 ☐ 復職後の不安や悩みの確認	☐ 復職状況の報告、情報共有 ☐ 職場定着に向けた評価、訓練内容の検討	☐ 復職状況の報告、情報共有 ☐ 職場定着に向けた支援体制の検討 ☐ 職場と連携	☐ 勤務状況の確認 ☐ 精神的安定の確認 ☐ 職場スタッフの抱える不安や悩みの確認

V

両立支援に有用な制度と 社会資源

両立支援において、経済的支援と社会資源を利用した支援体制の構築は大きな武器となります。しかし、利用するタイミングや手続き、対象となるかどうかの判断は難しいことがあります。MSWや医事課職員と連携して上手に利用してください。以下に代表的な制度と社会資源について紹介しておきます。

1 経済的支援に活用できる制度

労働者にとって突然の入院生活は経済的にも大きな問題ですが、言い出しにくい問題でもあります。年齢によっては住宅やマイカーなど各種ローン、子供の教育費にも出費がかさむ時期かもしれません。収入が激減するだけでなく医療費もかかります。まずは少しでも安心して治療が受けられるように、早い段階で相談にのることも大切です。医療費に関しては、大きく分けて一旦支払ってから還付される高額療養費制度と先に申請をしておいて月々の支払い額を抑える限度額適応認定証の申請に分けられますが、後者のほうが負担は軽減されると思われます。

以下に様々な制度をご紹介しますが、医療費の援助や休業中に支給される傷病手当金以外にも住宅ローンなどをカバーできる保険に入っていないかどうかの確認も必要でしょう。

1 高額療養費制度

同一月(1日から月末まで)にかかった医療費の自己負担額が高額になった場合、申請により一定額の金額(自己負担額)を超えて支払った医療費について給付を受けることができる制度です。

ただし、保険外併用療養費の差額部分や入院時食事療養費、入院時生活療養費の自己負担額は対象になりません。

被保険者、被扶養者ともに同一月内の医療費の自己負担限度額は、年齢及び所得に応じて表11の計算式により算出されます。

また、高額療養費の自己負担限度額に達しない場合であっても、同一月内に同一世帯で21,000 円以上の自己負担が複数あるときは、これらを合算して自己負担限度額を超えた金額が支給されます(世帯合算)。

なお、同一人が同一月内に2つ以上の医療機関にかかり、それぞれの自己負担額が21,000 円以上ある場合も同様です(70～74歳の方がいる世帯では算定方法が異なります:表12)。

おって、同一世帯で1年間(診療月を含めた直近12ヵ月)に3回以上高額療養費の支給を受けている場合は、4回目からは自己負担限度額が変わります(多数該当)。

表11 70歳未満の方の区分

所得区分	自己負担限度額	多数該当
区分ア 年収約1,160万円～ 健 保：標準報酬月額83万円以上 国 保：年間所得901万円超	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
区分イ 年収約770～約1,160万円 健 保：標準報酬月額53万～83万円未満 国 保：年間所得600万円超901万円以下	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
区分ウ 年収約370～約770万円 健 保：標準報酬月額28万円以上53万円未満 国 保：年間所得210万円超600万円以下	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
区分エ ～年収約370万円 健 保：標準報酬月額28万円未満 国 保：年間所得210万円以下	57,600円	44,400円
区分オ (低所得者) 住民税非課税	35,400円	24,600円

表12 70歳以上75歳未満の方、後期高齢者の方

被保険者の所得区分		自己負担限度額	
		外来(個人ごと)	外来・入院(世帯)
① 現役並み所得者 (標準報酬月額28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方)		44,400円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% [多数該当：44,400円]
② 一般所得者 (①および③以外の方)		12,000円	44,400円
③ 低所得者	Ⅱ (※1)	8,000円	24,600円
	Ⅰ (※2)		15,000円

※1) 低所得Ⅰ以外の被保険者

※2) 同一世帯の全員が住民税非課税で、その世帯員の各所得が0円となる被保険者
公的年金控除額は80万円として計算

■ 限度額適用認定証 ～高額療養費の現物給付化～

70歳未満の方であっても、平成24年4月より、従来の「入院される方」及び「外来で在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料及び在宅末期医療総合診療料を算定される方」に加え、「外来で療養を受ける方」の高額療養費を現物給付化し、一医療機関ごとの窓口での支払を自己負担限度額までにとどめることができるようになりました。

■ 入院時食事代減額制度

住民税が非課税の方は、入院時の食費が減額されます(表13)。

表13 入院時の食事代の減額

区 分		平成28年4月1日～	平成30年4月1日～
①	一般の方	360円	460円
②	住民税非課税	210円	210円
	住民税非課税世帯の方で過去1年間の入院日数が90日を超えている場合	160円	160円
③	②のうち70歳以上で、所得が一定基準に満たない方	100円	100円

【参考】

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>全国健康保険協会 <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

2 傷病手当金

傷病手当金は、病気やけがのために会社を休み、事業主から十分な報酬が受けられない場合に支給されます。職場の健康保険（健康保険組合・全国健康保険協会管掌健康保険・各種共済組合など、いわゆる社会保険の健康保険）に加入している方なら、傷病手当金を申請することができますが、国民健康保険には、傷病手当金はありません。

なお、任意継続被保険者の方は、傷病手当金は支給されません。

（健康保険法第104条による継続給付の要件を満たしている者は除く。）

【支給される条件】

① 業務外の事由による病気やケガの療養のための休業であること

自費で診療を受けた場合でも、仕事に就くことができないことについての証明があるときは支給対象となります。また、自宅療養の期間についても支給対象となります。

② 仕事に就くことができないこと

療養担当者の意見等を基に、被保険者の仕事の内容を考慮して判断されます。

③ 連続する3日間を含み4日以上仕事に就けなかったこと

連続して3日間（待期）の後、4日目以降の仕事に就けなかった日に対して支給されます。待期には、有給休暇、土日・祝日等の公休日も含まれるため、給与の支払いがあったかどうかは関係ありません。

④ 休業した期間について給与の支払いがないこと

給与が支払われている間は、傷病手当金は支給されません。ただし、給与の支払いがあっても、傷病手当金の額よりも少ない場合は、その差額が支給されます。

【支給される期間】

傷病手当金が支給される期間は、支給開始した日から最長1年6ヵ月です。1年6ヵ月の間に仕事に復帰した期間があり、その後再び同じ傷病により仕事に就けなくなった場合は、復帰期間も1年6ヵ月に算入されます。

【支給される金額】

1日あたりの金額 = 支給開始日以前の継続した12ヵ月間の各月の標準報酬月額を平均した額 ÷ 30日 × 3分の2

＊支給開始日以前の期間が12ヵ月に満たない場合

- ・支給開始日の属する月以前の継続した各月の標準報酬月額の平均額
 - ・当該年度の前年度9月30日における全被保険者の同月の標準報酬月額の平均額
- 上記を比べて少ないほうの額を使用して計算します。

【資格喪失後の継続給付について】

資格喪失の日の前日（退職日等）まで被保険者期間が継続して1年以上あり、被保険者資格喪失日の前日に、現に傷病手当金を受けているか、受けられる状態【①②③の条件を満たしている】であれば、資格喪失後も引き続き支給を受けることができます。

【参考】

全国健康保険協会 <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

3 障害年金（窓口：年金事務所）

障害年金は、病気やけがが原因で障害が残り、日常生活や働くことが困難な場合などに支給されます。初診日から1年6ヵ月を経過し全身状態が思わしくない場合は、年金事務所等へ相談するという手順ですが、傷病手当金から障害年金への切り替えがスムーズにできるように考えて相談時期を検討したほうがいいでしょう。

【支給の条件】

障害年金を受け取るためには、以下すべての条件を満たしている必要があります。

① 初診日が、国民年金・厚生年金の被保険者期間中であること

または加入者であって、日本国内に居住する65歳未満であること

② 一定の障害の状態にあること

初診日から1年6ヵ月経過したときの障害認定日^{*}において、政令で定める一定の基準の状態にあること。または、65歳に達するまでに障害の状態になったとき。

③ 保険料の納付要件を満たしていること

初診日の前日において、初診日の月の前々月までの公的年金の加入期間の2/3以上の期間について、保険料が納付または免除されていること。または、初診日のある月の前々月までの1年間に保険料の未納がないことが必要です。

初診日に加入していた制度によって、障害の状態に応じた障害年金を受けることができます。障害基礎年金は障害等級が1、2級しかありませんが、障害厚生年金には3級や一時金もあります（表14）。

※ 障害認定日

初診日から起算して1年6ヵ月を経過した日または1年6ヵ月以内にその傷病が治った場合においては治った日（症状が固定し、治療の効果が期待できない状態に至った日を含む）があるときは、その日が「障害認定日」となります。

表14 障害年金

等 級	1 級	2 級	3 級
障害等級の目安	日常生活能力をまったく失い、常時他人の介護を受けなければならない状態	日常生活がかなりの制限を受ける状態（日常生活能力を70%程度失った状態）	労働能力を50%程度失った状態
国民年金（基礎年金）	○	○	—
厚生年金	○	○	○

※厚生年金の被保険者には、3級より軽い障害の場合の障害手当金（一時金）があります。

【参 考】

日本年金機構 <http://www.nenkin.go.jp/>

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>

4 身体障害者手帳・療育手帳（窓口：市町村の障害福祉課）

障害者手帳は、福祉サービスを利用するための「パスポート」です。障害に応じて、身体障害者手帳、療育手帳（知的障害）があります。

身体障害者手帳は、肢体、視覚、聴覚、平衡機能、音声言語機能、そしゃく機能、内部機能（心臓、腎臓、呼吸器、膀胱・直腸、小腸、免疫、肝臓）に永続する障害がある人を対象としています。障害の程度によって1級から6級までに区分されます。手帳の申請は指定医による診断書が必要となります。

5 精神障害者保健福祉手帳

脳血管障害や頭部外傷後で、主にてんかんや高次脳機能障害が残存する方では、肢体不自由の身体障害手帳では等級対象にならないことがあります。しかし、実際には生活に支障をきたしているのが有用です。障害の程度によって1級から3級までに区分されます。手帳の申請には精神科医に限らず、脳疾患を診療する脳神経外科医や神経内科医も診断書を作成できます。ただ、2年に一度の更新が必要です。

【障害によって利用できる福祉サービス】

サービスの内容は障害の部位や等級により様々です。また、自治体によってサービスの範囲が異なることもあります。主なサービスは以下のとおりです。

- ① **重度障害者医療**：重度の障害がある人の医療費を助成します。(自治体によって制度の名称も対象者の範囲も異なります。)
- ② **自立支援医療(更生医療、育成医療)**：身体障害を軽くしたり、重たくなったりするのを防ぐための医療費の負担が少なくなります。更生医療は18歳以上、育成医療は18歳未満が対象です。
- ③ **補装具の交付・修理**：障害を補うための用具を交付(または修理)します。
肢体不自由に対する義肢(義手・義足)、歩行補助杖、車いす、視覚障害に対する安全杖、義眼、音声言語障害に対する人工喉頭、膀胱・直腸障害に対するストマ用装具などがあります。
- ④ **その他**：施設の利用や交通運賃の割引、税金の障害者控除、駐車禁止除外指定車標章の交付など様々なサービスがあります。また、障害者雇用促進法により、企業には法定雇用率が義務づけられています。

6 医療費控除

医療費控除は、多額な医療費を支払ったときに、税務署に確定申告を行うことにより、一旦支払った所得税が還付される制度です。所得税の軽減を目的としていますので、還付される金額は本来支払うべき所得税を超えることはありません。原則として、軽減の対象は保険適用の医療費のみですが、入院時の部屋代・食事代、医師等の送迎費用、義肢・松葉杖・補聴器・義歯などの購入費、治療のために購入した一般医薬品、在宅療養の費用なども対象として含まれます。また、生命保険や損害保険等から支払いを受ける保険金、公的医療保険より支給される「出産育児一時金」、「療養費」、「移送費」、「高額療養費」などは医療費から差し引いて計算することになります。

【医療費控除の計算式】

$$(\text{その年に支払った医療費}) - (\text{保険金などで補てんされる金額}) - (\text{10万円または所得金額の5\%})^{\text{注1}} \\ = \text{医療費控除額}^{\text{注2}}$$

*注1) 所得金額が200万円未満の人は、10万円ではなく、所得金額の5%を差し引きます。

*注2) 医療費控除には、最高限度額が定められており、200万円を超える医療費控除はできません。

【その他】

- 医療費控除における「世帯」の範囲は「生計を一にする」世帯ごとに1年間に医療費の支払いがあった場合に申告できます。「生計を一にする」とは、必ずしも同居を要件とするものではありません。
- 還付の場合は翌年から5年以内であれば遡及できます。

【参考】

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>

国 税 庁 <http://www.nta.go.jp>

7 障害者総合支援法

障害者総合支援法とは、障害がある方もない方も住み慣れた地域で生活するために、日常生活や社会生活の総合的な支援を目的とした法律です。障害がある子どもから大人を対象に、必要と認められた費用の給付や支援を受けることができます。実施主体は主に市区町村、都道府県などの行政機関が主体となって行っています。

障害者総合支援法に基づいて提供されるサービスには、大きく自立支援給付と地域生活支援事業の2種類があります。どちらも市区町村または都道府県が実施主体となっています。自立支援給付とは、利用するサービスにかかる費用を行政が一部を負担するものです。地域生活支援事業とは、障害のある方がお住まいの地域で自立した生活を送れるよう環境的な支援を行うものです。

① 自立支援給付

障害のある方に個別に行われるサービスにかかる費用を市区町村が一部を負担するのが自立支援給付です。自立支援給付が受けられるサービスは、障害福祉サービス(介護給付・訓練等給付)、自立支援医療、相談支援事業、補装具の大きく4つです。たとえば訪問サービスや施設への通所・入所を利用するサービス、就労支援などが挙げられます。

② 地域生活支援事業

地域生活支援事業として提供されるサービスには、移動支援や日常生活用具の給付または貸与、意思疎通支援、成年後見制度支援などが含まれます。これら地域生活支援事業の中には、市区町村が主体の事業と、都道府県が主体の事業があります。都道府県は手話通訳士などの人材育成や都道府県内の広域な事業を担い、市区町村は利用者にサービスを提案・提供する役割を担っています。

8 介護保険（窓口：市町村の介護保険課）

65歳以上の第1号被保険者は、介護が必要な状態であれば、その原因が何であっても、認定を受けて介護保険のサービスを受けることができます。例えば、交通事故の後遺症など、老化と直接関係ないようなケースでも介護サービスを受けることができます。40歳から64歳の第2号被保険者は、医療保険の加入者であることが被保険者の要件です。介護保険法で定められている「特定疾病」が原因で介護が必要になった場合にのみ、認定を受けて介護保険のサービスを受けることができます。

第2号被保険者が要介護認定を受けられる16の特定疾病は以下のとおりです(介護保険法施行令第2条)。

- | | |
|--|------------------------------|
| ● がん末期
(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。) | ● 脊髄小脳変性症 |
| ● 関節リウマチ | ● 脊柱管狭窄症 |
| ● 筋萎縮性側索硬化症 | ● 早老症 |
| ● 後縦靱帯骨化症 | ● 多系統萎縮症 |
| ● 骨折を伴う骨粗鬆症 | ● 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 |
| ● 初老期における認知症 | ● 脳血管疾患 |
| ● 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 | ● 閉塞性動脈硬化症 |
| | ● 慢性閉塞性肺疾患 |
| | ● 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |

2 両立支援に有用な社会資源

本書はより実践的なマニュアルを想定していますので、いろいろな就労支援機関を運営母体による分類で説明するよりも、就労支援に直接関与するものと、その他復職を目指すにあたって活用できるものに分けて説明します。

1 就労支援に直接関係するもの

厚生労働省が運営するハローワーク、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が運営する地域障害者職業センター・障害者職業総合センター・広域障害者職業センター、障害者雇用促進法に基づいて都道府県知事が指定した障害者就業・生活支援センター、および障害者職業能力開発校などがあります。

① ハローワーク(公共職業安定所)

ハローワークは、国民に安定した雇用機会の確保を目的に厚生労働省設置法第23条に基づき、国・厚生労働省が所管する行政機関です。全国に最も多い就労に関する相談窓口で、身体障害者手帳が無くても就労相談は可能です。また、身体障害者手帳を取得した後の身体障害者用相談窓口として、福祉人材ハローワークがあり、障害者の職業紹介のための専門担当者を配置し、ケースワーク方式の相談を実施しています。職業の斡旋から就職後のアフターケアまで行い、必要に応じて障害者職業総合センター、障害者職業能力開発校への紹介も行ってくれます。

② 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

障害者を雇用する事業主への給付金の支給、障害者の職業生活への自立を促進する施設(障害者職業センター)の設置・運営を行う組織です。障害者職業センターは、障害者雇用促進法において専門的な職業リハビリテーションを実施するとともに地域の関連機関に助言・援助を行う機関で、障害者職業カウンセラーが配置されています。各地域には以下のセンターが設置されています。

● 地域障害者職業センター

どの地域においても適切な職業リハビリテーションを公平に受けられるように設置した施設で各都道府県に47施設設置されています。障害者の就労相談を受けて、職業評価、職業指導、職業準備訓練や職業適応援助等を個々の対象者の障害の状況に応じて実施します。

さらに必要に応じてハローワーク(公共職業安定所)や障害者就業・生活支援センターと連携して、事業者には雇用管理に関する助言を行うとともに対象者への就労支援としてジョブコーチの派遣などを実施します。

[その他]

● 障害者職業総合センター

全国の職業リハビリテーション関係施設の中核的機関として、千葉県千葉市にあります。障害者の職業リハビリテーションに関する調査研究を行うとともに、実際の支援を通じ支援技法の開発や職業リハビリテーションの専門的な人材育成を行っています。また、広域・地域障害者職業センターの指導・援助を行います。障害者の就労に関する様々な研究結果に関する広報誌の発行や復職に関する福祉機器や用具の貸し出しもしております。HPから必要と思われる情報を検索するとよいでしょう。

● 広域障害者職業センター

全国に2センターあり、埼玉県所沢市の中央広域障害者職業センター(国立職業リハビリテーションセンター)と岡山県の吉備高原に吉備高原広域障害者職業センター(国立吉備高原職業リハビリテーションセンター)があります。おのおの医療リハビリテーションセンターが隣接しており、これら医療機関と連携を取りつつ、両職業センターに併設する障害者職業能力開発校と一体的に運営を行うことで、早期に障害者を就労に繋げています。

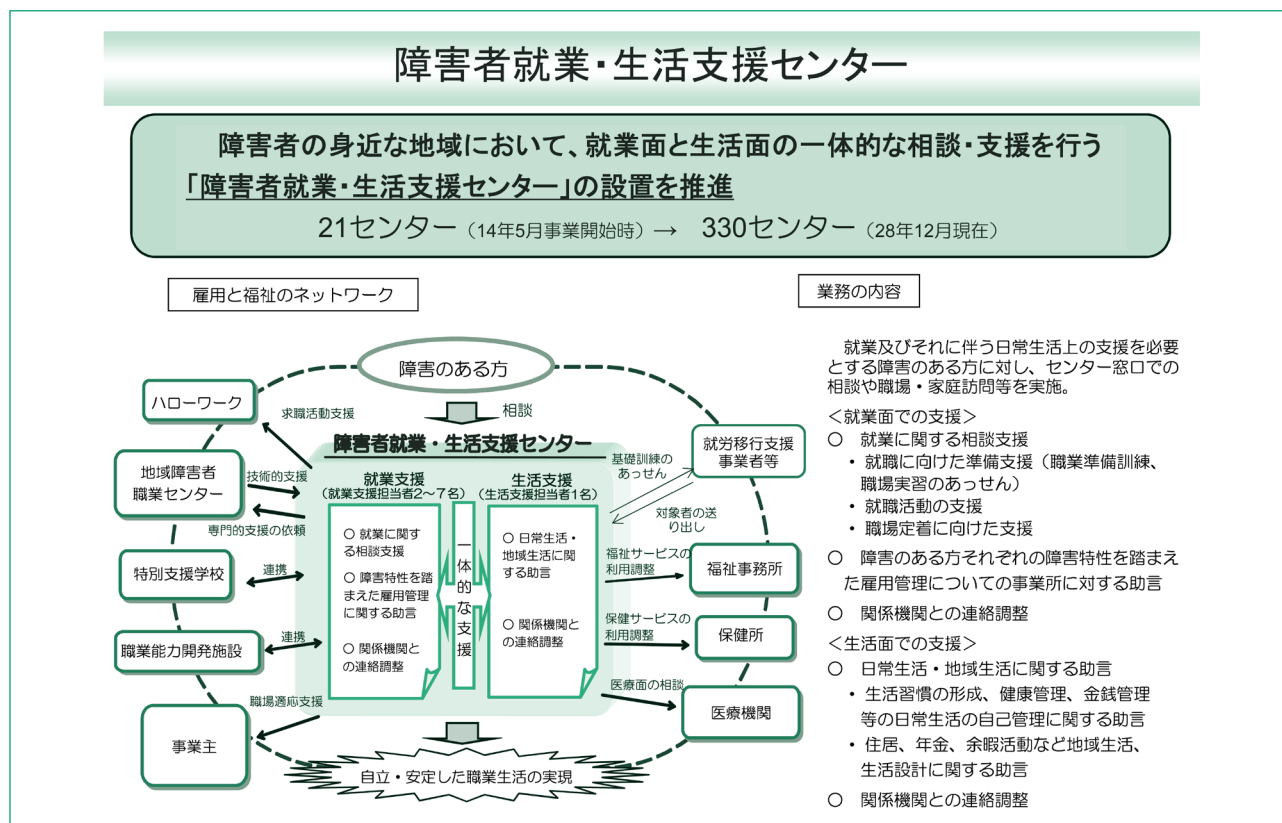
職業評価や対象者の機能評価から通勤に必要な運転免許の取得などを含めた職業指導や職業訓練を実施するなどの一貫した指導を行っています。入所ならびに通所での訓練があり、身体障害者手帳取得が必要となります。

③ 障害者就業・生活支援センター(通称:なかぼつセンター)

障害者雇用促進法により、障害者に対する総合的支援の充実を目的に設立され、都道府県知事が指定する公益法人(社団または財団)、社会福祉法人、特定非営利活動法人(NPO)などが運営しています。就労と就労に伴うADL上の支援が必要な障害者に対し、求職相談、職場定着相談や生活相談などを行います。また、事業主に対しては雇用管理に関する助言や職場の環境改善などの支援も行います。

全国に300以上の施設があります。対象者の居住区を中心に障害者就業・生活支援センターのHPから、検索して参考にしてください。就労内容や流れは図4のとおりです。

図4 障害者就業・生活支援センター事業概要



④ 障害者職業能力開発校

障害者を対象に、障害の特性に応じた職業訓練を行う公共職業能力開発施設です。職業能力開発促進法に基づいて国・都道府県が設置するもので、全国に19校あります。

2 その他活用できるもの

上記以外に就労支援に活用できるものとして、心身障害者福祉センターや家族会などがあります。

① 心身障害者福祉センター

障害者総合支援法などに基づく更生相談窓口で、各行政区に設置されています。身体機能維持・向上などの専門的な相談や心身機能に関する医学的・心理的判定も行います。身体障害者手帳などの発行やADLの維持向上や職業復帰に必要な補装具などの適応判定も行います。入所ならびに通所の更生施設もあり、在住する市町村の福祉窓口を通して利用の相談や申し込みを行います。

利用には身体障害者手帳が交付されていることが条件になります。提供する支援サービスが各市町村で異なるため、必ず必要とするサービスがどの福祉センターで提供されるのか事前に相談することも重要です。

② 家族会・当事者会など

特に高次脳機能障害に関しては、家族会・当事者会が主体となり様々な活動を行っています。長期的なサポートが必要となる高次脳機能障害に関しては、これら家族会や当事者会を利用して地域での様々な情報を収集することをお勧めします。

③ 高次脳機能センター

「高次脳機能障害」とは、脳の損傷によって、注意力や記憶力、感情のコントロールなどの能力に問題が生じ、そのために日常生活や社会生活が困難になる障害のことを指します。高次脳機能センターは、高次脳機能障害に対する診断・治療・リハビリテーション・社会復帰までの一貫した支援を行う体制を整え、高次脳機能障害者の医療・福祉の向上を図ることを目的として各県に開設されています。

VI

おわりに

「脳卒中になってしまったから、不自由な身体で迷惑も掛けたくないから」、「元通りに働けないと、職場に戻る雰囲気じゃないから」。そんな理由で仕事を辞めてしまう労働者がまだたくさんいらっしゃいます。われわれの治療就労両立支援モデル事業においても、介入を辞退された方々のうちの30%はこういった理由で自ら辞職されています。仮に100%のパフォーマンスを発揮ではなくても、その職場で経験を積んだ労働者が帰ってくるメリットはあるはずです。

少子高齢化で働き手が不足してきたわが国では、少しずつ働き方も変化しています。ある鉄道会社では、全員正規職員としたうえで、理由によらず働く時間を選択して賃金を支払う働き方を導入しました。しかもいつでもフルタイムに復帰できる仕組みです。こういった大胆な改革が始まっている中で、医療だけが旧態依然としていいのでしょうか。もちろん医療体制や診療報酬の問題もあるでしょう。しかし、厚生労働省も3局一体事業として取組んでおり、政策や制度にも徐々に反映されてくると思います。われわれ医療者もできることから協力していくべきではないでしょうか。

【参考文献】

- 事業場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. 厚生労働省ホームページ, 2016
http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11201250-Roudoukijunkyoku-Roudoujoukenseisakuka/0000113625_1.pdf
- 事業場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 参考資料
脳卒中に関する留意事項
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11303000-Roudoukijunkyokuanzeneiseibu-Roudouiseika/0000153518.pdf>
- 豊田章宏: 労働者健康安全機構が取り組む治療就労両立支援モデル事業: 特集「事業場における治療と職業生活の両立のためのガイドライン」公表を受けてⅢ、産業医学ジャーナル39(4), p16-19, 2016
- 大塚文, 豊田章宏: 就労と社会参加 若年性脳卒中患者のリハビリテーション. 総合リハビリテーション. 医学書院 p1123 - 1128, 2015
- 豊田章宏(編): 復職コーディネーターハンドブック(脳卒中リハビリテーション分野). 独立行政法人労働者健康安全機構
- 豊田章宏, 齊藤陽子: 脳卒中後の治療と職業生活の両立支援 急性期から就労へと繋ぐ「復職コーディネーター」の意義と役割. 職業リハビリテーション 30(2), p12-20, 2017(掲載予定)

執筆者一覧

○ 執筆者

豊田 章宏 (独) 労働者健康安全機構 中国労災病院 治療就労両立支援センター 両立支援部長

○ 分担執筆者

〔Ⅱ-2〕

小山 文彦 東邦大学 医療センター佐倉病院 産業精神保健・職場復帰支援センター長・教授
(独) 労働者健康安全機構 本部研究コーディネーター

〔Ⅱ-3〕

小川 裕由 (独) 労働者健康安全機構 医療企画部勤労者医療課長

〔Ⅲ-3, V-2〕

住吉 千尋 (独) 労働者健康安全機構 中国労災病院 復職(両立支援) コーディネーター (MSW)

〔V-1〕 ※原稿一部改編

平田 直子 (独) 労働者健康安全機構 関西労災病院 復職(両立支援) コーディネーター (MSW)

藤田 寛 (独) 労働者健康安全機構 横浜労災病院 復職(両立支援) コーディネーター (MSW)

星野 志保 (独) 労働者健康安全機構 東京労災病院 復職(両立支援) コーディネーター (MSW)

○ 執筆協力者

〔Ⅲ-1, 2, Ⅳ〕

齊藤 陽子 元) 医療法人社団KNI 北原国際病院 リハビリテーション科

本マニュアルは、独立行政法人労働者健康安全機構
「治療就労両立支援モデル事業」により作成された。