

労災疾病臨床研究事業費補助金

多面的アプローチを用いた高次脳機能障害患者の
復職支援プログラムの開発に関する研究

平成２７年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 橋本 衛

平成２８（２０１６）年 ５月

目 次

I. 総括研究報告

高次脳機能障害患者の復職/就労に関わる因子に関する研究

—11事例を通して— ----- 1

熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野 橋本 衛

(資料1) 復職/就労困難事例集

(資料2) 復職/就労につながった事例集

II. 分担研究報告

1. 高次脳機能障害者の未診断・未治療期間の検討 ----- 27

高知大学医学部神経精神科学教室 上村直人

2. 高次脳機能障害患者の支援専門職に対する復職支援体制の

現状と課題に関する意識調査 ----- 30

熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野 石川智久

(資料) 配付アンケート

3. 患者の心理介入方法の開発と、有効性の検証—高次脳機能障害患者への

アンガーマネジメント (AM) の実際的な効果— ----- 43

熊本大学附属病院神経精神科 遊亀誠二

4. 高次脳機能障害患者に対する

自動車運転再開支援プログラムに関する研究 ----- 46

熊本大学附属病院神経精神科 福原竜治

5. 高次脳機能障害における就労と

家族の感情表出の関係についての研究 ----- 50

熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野 池田 学

(資料) 評価バッテリーの抜粋

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 59

IV. 研究成果の刊行物・別刷 ----- 61

労災疾病臨床研究事業費補助金
総括研究報告書

高次脳機能障害患者の復職/就労に関わる因子に関する研究
－11 事例を通して－

研究代表者 橋本 衛
熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野 准教授

研究要旨

目的：高次脳機能障害は事故や病気によって脳が損傷され、記憶、注意、遂行機能などの認知機能障害ならびに情動や行動などの精神・心理過程に障害が生じ、日常生活・社会生活に支障が生じた状態である。通勤中の交通事故や業務中の頭部外傷、過労によるくも膜下出血等による高次脳機能障害の頻度は少なくなく、労災の観点からも重要な病態である。しかし、高次脳機能障害患者の復職支援方法については全く確立していない状況である。そこで本研究では、復職/就労に成功した高次脳機能障害事例と復職/就労が困難であった事例を通して、高次脳機能障害患者の復職/就労に関わる因子を検討する。

方法：高知大学医学部附属病院精神科と熊本大学医学部附属病院神経精神科を受診した高次脳機能障害患者の中から、復職/就労困難事例 5 例と、復職/就労成功事例 6 例を選択し、各事例を通して高次脳機能障害患者の就労/復職に関わる因子を検討した。

結果：復職/就労阻害要因として、重度の認知機能障害や社会的行動障害、障害に対する自覚の乏しさなどの患者本人の障害が直接の原因となること、医療・福祉・企業間の連携不足、高次脳機能障害に対する社会や企業の理解不足があげられた。

考察・結論：これらの問題点の対応として、長期に及ぶ支援が可能な体制の整備、精神科を中心とした医療の継続的な関与、高次脳機能障害支援コーディネーターなどの専門職の養成と配置、障害に対して寛容な企業・社会風土の涵養などが必要である。

A. 研究目的

研究分担者氏名・所属施設名及び職名	
上村直人	高知大学医学部附属病院・講師
石川智久	熊本大学大学院・助教
福原竜治	熊本大学医学部附属病院・特任講師
遊亀誠二	熊本大学医学部附属病院・助教
池田 学	熊本大学大学院・教授
研究協力者氏名・所属施設名及び職名	
田中 響	熊本大学医学部附属病院・特任助教

高次脳機能障害は事故や病気によって脳が損傷され、記憶、注意、遂行機能などの認知機能障害ならびに情動や行動などの精神・心理過程に障害が生じ、日常生活・社会生活に支障が生じた状態である。通勤中の交通事故や業務中の頭部外傷、過労によるくも膜下出血等による高次脳機能障害の頻度は少なくなく、労災の観点からも重要な病態である。しかし、高次脳機能障害患者の復職/就労支援方法については全く確立していない状況である。

そこで本研究では、復職/就労に成功した高次脳機能障害事例と復職/就労が困難であった事例を通

して、高次脳機能障害患者の復職/就労に関わる因子を検討する。

B. 研究方法

【復職/就労困難事例】

2011 年 1 月-2015 年 12 月までの期間に高知大学医学部附属病院精神科もの忘れ外来を受診し高知大学認知症外来データベースに登録された者の中から、ICD-10 により高次脳機能障害と診断され、18 歳以上 60 歳未満の職場復帰もしくは就学の可能性のあるものを調査対象とした。対象者は 11 名で男性 7 名、女性 4 名であった。背景疾患は、交通外傷 8 例、脳内出血 2 例、脳炎 1 例であった。職場上司への高次脳機能障害に関する説明により就労継続がなされた 1 例と、身内が経営する職場での就労に至った 1 例以外の 9 例は就労が困難であった。その中から 5 事例を選択し、個々の就労困難事例を通して就労を阻害する要因と、その対応について考察した。

なお高知大学医学部附属病院精神科は高次脳機能障害の診断は可能な施設であるが、高次脳機能障害支援センターが設置されていないため専門の支援コーディネーターが在籍しておらず、きめ細かな社会支援までは困難な環境であり、本邦における標準的な高次脳機能障害患者を診療する施設とみなすことができる。

【復職/就労成功事例】

熊本大学医学部附属病院神経精神科には 2009 年 4 月より熊本県高次脳機能障害支援センターが設置され、2016 年 3 月までの期間に 200 名以上の患者に対して、高次脳機能の評価、診断、治療、社会復帰支援などの個別介入を実施してきた。本研究ではその中から、復職/就労に対する介入を行い、最終的に復職/就労に至った 6 事例を抽出し、個々の事例の病態、支援内容を分析し、高次脳機能障害患者の復職/就労に関わる因子を検討した。各事例の背景を表 1 に示す。

(倫理面への配慮)

本研究は、熊本大学大学院生命科学研究部倫理

委員会の承認を得た上で実施された。

表 1

事例	年齢	性別	原因疾患	復職形態
6	40 代	男	クモ膜下出血	専門職
7	40 代	男	交通事故	A 型事業所
8	20 代	男	脳出血	障害者雇用
9	40 代	男	交通事故	一般雇用
10	20 代	男	交通事故	障害者雇用
11	20 代	男	脳出血	障害者雇用

C. 研究結果

復職/就労困難 5 事例の詳細を資料 1 に、復職/就労に至った 6 事例の詳細を資料 2 に示す。

表 2 に復職/就労困難事例において、各事例の就労に至らなかった理由を列挙した。

表 2

事例	就労に至らなかった主な理由
1	社会的行動障害の診断、治療が不十分
2	30 年以上前の受傷であったため、高次脳機能障害であることが周囲に認識されていなかった。医療と福祉の連携も不十分であった。
3	企業側の支援体制が不十分であった。医療側から企業への情報提供も不十分であった。
4	本人の高次脳機能障害に対する理解が不十分であった。
5	高次脳機能障害が重度であり、現状では仕事ができるレベルになかった。

表 3 に、復職成功事例が就労に至った主たる要因を列挙した。

表 3

事例	就労に成功した要因
6	職場復帰への入念な準備
7	臨床心理士による不安障害へのアプローチ
8	適性評価による本人に合った職業選択
9	長期に及ぶ支援の継続
10	障害に対する自覚が得られたこと

D. 考察

復職/就労が困難であった5事例を通して、高次脳機能障害患者が就労する際に直面するいくつかの問題点が浮き彫りになった。第1に、高次脳機能障害が重度であること（事例5）、患者の障害の自覚が乏しいこと（事例4）、社会的行動障害（事例1）が目立つこと、などの患者本人の障害が直接の原因となる場合である。第2に医療と福祉や企業との連携不足（事例2、3）が、第3に高次脳機能障害に対する社会や企業の理解不足（事例2、3）があげられる。これらの問題点に対して、実際にどのようなアプローチを行うことにより就労に至るのかを復職/就労成功事例を通して考察する。

まず患者本人の障害が原因となっている場合であるが、事例9では発症2年後に当科を受診した時点でも重度の記憶障害や全般的知的機能障害、顕著な社会的行動障害を呈していた。そのため早急の職場復帰は困難と判断し、デイケア通所や通所リハビリを継続しながら症状の改善を待ち、社会的行動障害が概ね安定した時点で職場との調整を行い、発症6年後にようやく職場復帰を果たしている。この事例のように重度の障害を負っていても時間をかければ症状は緩徐ながらも回復し、復職/就労が可能となる場合があり、復職/就労までの長期間を支援していくことのできる体制づくりが必要である。

障害に対する本人の自覚という点では、事例10のように障害受容が就労を促進するケースもあれば、障害を適切に自覚し対処することにより事例6のように専門職への復職も可能となる場合もある。ただし高次脳機能障害の場合、障害受容は本人が社会生活の中で失敗を繰り返して初めて促進されるものであり、そのためには復職/就労までの十分な時間と、復職/就労しても当初は失敗しても許容されるような職場環境、さらには障害を受容する際に生じる精神症状（適応障害）への適切な対応が必要となる。ほとんどの事例において、精

神科医による定期的な面接が適応障害に対して予防的な役割を果たしたと考えられる。

障害レベルを適切に把握し、障害の程度に合った職場選択も重要である。事例8では詳細な機能評価を実施することにより、長期間の継続が可能な職場を選択することができた。事例8は出生時に生じた脳障害による高次脳機能障害であり、通常は見逃されていることが多い病態であるが、本事例が適切に診断されたことは、高次脳機能障害が社会的に徐々にではあるが認知されつつあることを示唆している。

社会的行動障害に対する対応も就労のみならず社会復帰には重要な課題である。事例7では交通事故後の不安症状のため引きこもり生活となり、就労には至っていなかったが、臨床心理士を中心として精神科が関わることにより不安が軽減し、活動範囲が広がり就労につながっている。事例9では易怒性が生活上の問題となっていたが、怒りに対するアンガーマネジメントプログラムを実施することにより対人関係が改善している。このように社会的行動障害に対する精神科の関わりは復職/就労という観点からも極めて重要である。

医療と福祉、企業のスムーズな連携も復職/就労には重要な鍵である。今回提示したほぼすべての症例において、高次脳機能障害支援センターのコーディネーターが重要な役割を果たしている。医療と福祉、企業が有機的に連携するためには、その間を取り持つ専門職が必要であるが、熊本県内でも高次脳機能障害支援センターのコーディネーターがただ一人いるだけであり、全国に数十万人と推計されている高次脳機能障害患者数を考えた場合、専門職のさらなる養成と配置に対する行政的な支援が必要である。

今回復職/就労が可能であった事例では全て職場の上司や同僚の理解が得られている。本人のペースでなければミスを繰り返すことが多い高次脳機能障害患者において、就労を継続するためには職場の理解は必須である。そのためには医療からの詳細な情報提供だけではなく、障害に対して寛容な企業風土の醸成が必要となり、この点に関し

ては学校教育を含めた日本社会全体の課題としてとらえるべきである。

最後に、熊本県のような地方では自動車運転の可否は生活に直結する問題である。事例 7 では不安障害の治療により自動車運転を再開できた。また事例 9 では、通勤をしやすくするために今後運転再開支援プログラムを開始予定である。運転再開支援プログラムの有効性の検証は、次年度以降も引き続き実施する予定である。

E. 結論

事例を通して高次脳機能障害患者の復職/就労を阻害する因子と、その対応方法について検討した。復職/就労阻害要因として、重度の認知機能障害や社会的行動障害、障害に対する自覚の乏しさなどの患者本人の障害が直接の原因となること、医療・福祉・企業間の連携不足、高次脳機能障害に対する社会や企業の理解不足があげられた。これらの問題点への対応として、長期に及ぶ支援が可能な体制の整備、精神科を中心とした医療の継続的な関与、高次脳機能障害支援コーディネーターなどの専門職の養成と配置、障害に対して寛容な企業風土の醸成などが必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・ Hashimoto M, Sakamoto S, Ikeda M. Clinical features of delusional jealousy in patients with dementia. J Clin Psychiatry 2015,76(6):691-5
- ・ Matsuzaki S, Hashimoto M, Yuki S, Koyama A, Hirata Y, Ikeda M. The relationship between post-stroke depression and physical recovery. J Affect Disord. 2015 176C:56-60.
- ・ Hashimoto M, Yatabe Y, Ishikawa T, Fukuhara R, Kaneda K, Honda K, Yuki S, Ogawa Y, Imamura T, Kazui H, Kamimura N, Shinagawa S, Mizukami K, Mori E, Ikeda M.

Relationship between dementia severity and behavioral and psychological symptoms of dementia in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease patients. Dementia Geriatr Cogn Disord EXTRA, 2015;5(2):244-52

- ・ 橋本 衛、一美奈緒子、池田 学. Semantic dementia の言語障害の本質とは何か. 高次脳機能研究 35(3): 304-311, 2015
- ・ 橋本 衛. 職場の若年性認知症への早期発見と対応. Modern Physician 36(1): 53-57, 2015
- ・ 橋本 衛. 注意障害. 老年精神医学雑誌 27(suppl.I):37-44, 2016

2. 学会発表

- ・ (S) Hashimoto M, Ikeda M. Relationship between dementia severity and behavioral and psychological symptoms of dementia in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease patients. 9th International Congress of Asian Society Against Dementia, Kumamoto Japan, September 14-16, 2015
- ・ (シンポジウム) 橋本 衛. 症候学—認知症の認知機能障害を考える—「注意障害」. アルツハイマー病研究会 第 16 回学術シンポジウム.
- ・ 池崎 寛人、和田邦泰、清永紗知、黒木はるか、大道奈央、蓑田健太、立野伸一、中島伸一、栗林幸一郎、橋本衛、池田学. 麻痺のない失語症患者における職業復帰の調査. 第39回日本高次脳機能障害学会学術総会

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

(資料 1) 復職/就労困難事例集

事例 1 : 38 歳、女性 元事務職員

35 歳時に自転車運転中の交通外傷で救急病院に搬送。半年後職場に復帰したが、計算ができなくなっており、さらに「人に配慮ができない」「不安が強い」「心気症状」などの社会的行動障害のため退職した。精神症状に対して精神科を受診し、そこでパニック障害と診断され治療を受けたが心氣的訴えは改善せず、高次脳機能障害の精査目的で大学病院受診した。臨床経過、症状、画像検査結果などから高次脳機能障害と診断した。検査結果をもとに就労を勧めたが、本人が病気の診断にこだわり、生活保障のため労災への申請にこだわり続け弁護士の無料相談を頻回に繰り返しており、就労にはつながっていない。本事例のように精神症状が前景に立つ場合しばしば高次脳機能障害とは診断されず、障害年金や労災を利用できないことが多い。高次脳機能障害患者が就労するためには、A 型事業所や障害者雇用から始めることが必要な場合がある。その場合、年金や労災による収入の補助がなければ生活は成り立たず、その観点からも社会的行動障害が前景に立つ患者を高次脳機能障害と適切に診断できるかどうかが重要となる。

事例 2 : 50 歳、男性

18 歳時、県外の大学に進学したが、交通外傷で意識不明で半年間入院。その後、退学し実家の家業を手伝いながら暮らしていた。49 歳時（受傷後 30 年後）に母親が死亡し、家業でのお金の計算ができず、廃業し生活保護申請となった。その後も奇異な行動や、脱抑制的な行動から精神病を疑われ、50 歳時、精査目的で大学病院受診となった。30 年以上前の医療情報は全くなかったが、顔面の瘢痕や左半身の軽度片麻痺、失語症を認めた。脳画像検査では右前頭葉の萎縮を認めた。高次脳機能障害と診断し、地域の作業所利用を開始する方針としたが、障害者窓口で生活保護目的の詐病と疑われたことに反発し、以後公的サービスを一切拒否するようになり就労にはつながらなかった。本事例では受傷から 30 年以上経過していたことから詐病を疑われた可能性がある。そこには地域における高次脳機能障害の理解不足とともに、専門医から福祉への情報伝達がスムーズに行えていなかったことなどが関与していたと考えられ、疾患理解の普及啓発活動の必要性和、専門職と福祉サービスがスムーズに連携できるようなシステム構築が重要である。

事例 3 : 49 歳、男性

48 歳時、勤務中に脳内出血で救急病院入院。退院後復職したが、「覇気がない」、「管理能力がない」とうつ病を疑われ、大学病院受診となる。神経心理検査では注意障害が顕著であり、高次脳機能障害と診断した。もともと機械のように年中休みなく仕事をしていたが、復職後は亡霊のように職場で座っているだけになり、妻が労災認定の申請をすすめ本人も同意したが、雇用先から持病である高血圧の管理欠如のせいであると却下されたため、弁護士相談となった。担当弁護士には医学的情報を伝達し、意見書作成を行った。その後、高次脳機

能障害の認定は受けたが、本人が信頼していた企業に裏切られたという思いから立ち直れず、自宅で子供の送り迎えを行う日々である。本事例では、注意障害や意欲低下のため、以前通りの管理職への復帰は望めなかったかもしれない。しかし配置転換などにより本人の状態にあった職場を提供するような企業側の労務支援対策、本人と企業の間がこじれてしまう前の医療側から何らかの働きかけ、復職するタイミングを遅らせる（十分な仕事ができる前に復職したことが本人の病状、障害を悪化させた可能性がある）などの対策を講じていれば復職に成功していた可能性はある。

事例4：44歳 男性

43歳時、神経ベーチェット病による脳血管炎により意識消失を引き起こし大学病院入院となった。半年後、記憶力の低下、人格変化を疑われ精神科を受診した。脳画像では多発性の脳梗塞に加えて、前頭葉の軽度萎縮を認め、高次脳機能障害と診断した。高齢の父親の世話とてんかん症状に対する通院のため就労には消極的であった。初診2年後に、「高知では仕事が見つからない、いろいろ面接を受けたが落ちてばかりだ。父親が死んだため大学生活を送った九州で暮らしたい。紹介状を作成して欲しい」と受診した。その後九州に在住し3ヶ月就職活動をしたものの、「落ち着きがない」「視線が合わない」などの高次脳機能障害による問題のため就職ができず、高知に帰ってきた。本事例では、本人が高次脳機能障害であることを十分に理解できていないことが就労に至っていない主要な要因と考えられ、それらを十分に説明できていない医療サイドにも問題があるかもしれない。

事例5：18歳 女性

16歳時、ヘルペス脳炎後の高次脳機能障害で、関東のリハビリ病院で入院加療を受けた。18歳時、精神症状加療目的で大学病院受診。脱抑制、常同行動・言語、立ち去り行動が顕著であり、ヘルペス脳炎後遺症による高次脳機能障害と診断した。就労を見据えて、リハビリテーションも兼ねて専門施設に入所申請したが、施設側の対応困難との理由で不受理となった。その後、作業所に通い始めたが、脱抑制行動が顕著であり集中力が続かず軽作業すら困難であった。19歳頃から意識消失発作を中心としたてんかん症状が出現し抗てんかん薬の内服が開始された。本事例では、脱抑制や常同行動などの重度の精神症状・行動障害のため、家族の就労への意識は高いながらも就労への導入には至っていない。当面は精神症状や行動障害のコントロールが最優先されるが、経過とともに症状の改善が期待され、いずれ就労の問題に直面することになる。そのためにも、5年、10年と長期的に関わることができる専門医療、社会支援が必要となる。

(資料2) 復職/就労につながった事例集

事例6：専門職への復職事例

事例7：交通事故後に不安障害を呈した事例

事例8：適性評価が就労に有効であった事例

事例9：6年にわたる長期の支援を経て復職に至った事例

事例10：障害の自覚が就労に結びついた事例

事例11：就労経験のない若年者の就労事例

事例6：専門職への復職事例

医療職や教職などの専門職に携わる方が高次脳機能障害になった場合、専門職の遂行には高度な技能が要求されることや、専門性が高い業務では配置転換による対応が難しいなどの理由で、元の職場への復職が困難となるケースは少なくありません。ここでは専門職への復職について、事例を通して考えたいと思います。

【Aさん 40代男性 教師】

【受診までの経過】

Aさんは40歳でくも膜下出血を発症し、脳動脈瘤に対してクリッピング手術を受けられました。発症当初は右半身の片麻痺、失語症を認めましたが、リハビリテーションにより日常生活には支障がない程度にまで症状は改善したため、半年後に自宅に退院されました。退院後は家事をこなしながら、職場への復帰に向けて自ら工夫した言語訓練や運動を続けておられました。Aさんはなるべく早期に復職することを希望され、復職時期を職場や脳神経外科の主治医と相談されていました。当院へは、「現状において復職が可能かどうかを判断してほしい」と、職場ならびに主治医から依頼があり、発症17か月の時点で受診となりました。

【評価】

診察では時折言葉の出にくさを認めること以外には、Aさんの障害はほとんど目立ちませんでした。Aさんは自らの障害について、「人の名前が覚えられない」「早く話そうとするとどもってしまう」と自覚され、それらに対して「メモをとる」「できるだけゆっくり話す」ことを心がけ、日常生活でも実践されていました。Aさんの高次脳機能を評価するために当院で実施した心理検査結果を表1に示しますが、これらの結果から、「一般的知能には明らかな低下はみられない。しかし記憶に関しては、記憶すべき量が多くなったり、無意味事項を覚えたりする際に支障が生じている。また全般的に処理速度が低下しているとともに、対人場面で状況を誤って解釈しがちである。」ことが明らかとなりました。そこで私たちは、Aさんに、「意味的に関連付けるなど、自分なりの方略を用いることによって記憶力の低下を概ねカバーできているが、たくさんの事を覚えたり、無意味事項を覚えたりすることが難しくなっており、メモなどの代償手段を取る必要がある。」「処理速度が低下しているため『早く、正確に』を課さない方が良い。焦りによりミスが誘発されるため、自分のペースを守りながら仕事を行える環境が望まれる。」「対人場面では、相手の意図や思いを言葉で十分に伝えること、自分の意図や思いをきちんと言葉で伝えることが重要である。」とアドバイスしました。Aさん自身の障害に対する洞察はとても優れており、私たちのアドバイスも十分に理解できた様子でした。

【復職へのアプローチ】

Aさんの復帰先である学校という職場は、「子ども」という予測できない対象を相手にしなければならないことや、時間的な制約が厳密に定められているなど、高次脳機能障害を持つ

方にとっては極めて対応が難しい環境です。Aさんの障害は比較的軽度であり、メモなどの代用手段の使用も定着していましたが、「障害がどの程度仕事に影響を及ぼすのか」「仕事をうまくやっていけるのか」については、実際に復職してみなければわからない状況でした。そこでAさんが自分のペースで仕事ができる環境を整えるために、主治医が復職予定の学校の学校長と直接面会し、Aさんの病態を詳細に説明するとともに、復帰に際しての注意点をお伝えしました。その結果、最初は少人数クラスで、教える科目も限定して復帰することになりました。

Aさんにとって教師であることが自らのアイデンティティーそのものであり、「復職がかなわなければ自分の人生は終わりである」と思い詰めておられました。そのため、もし復職がうまくいかなければ、うつ病を発症し、最悪の場合「死を選ばれる」可能性が危惧されました。そこで復職後も当院を定期的に受診してもらい、メンタル面でのサポートを継続することになりました。

表1. 心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	VIQ 113, PIQ 92, FIQ 104 群指数: 言語理解 112、知覚統合 106、作動記憶 100、処理速度 92
WMS-R	言語性記憶 91, 視覚性記憶 76, 一般性記憶 85, 注意集中 87, 遅延再生 76
TMT	Part A 61 秒 part B 99 秒
CAT	SDMT、Memory Updating、所要時間の項目で 40 歳代の平均値を 1SD 下回る

【復職後の経過】

くも膜下出血発症から2年後の夏休みに慣らし出勤を繰り返した後、夏休み明けからAさんは復職されました。「最初はできるだけ仕事の負担を減らす」という職場からの配慮もあり、復職後は目立ったミスやトラブルもなく仕事に従事できていました。当院への定期受診の際には、周囲からの配慮に対して、「自分が信頼されていない」と不満を表出されることや、仕事をうまくこなせないことへのもどかしさを訴えられることもありました。診察では、Aさんの不満をできるだけ傾聴するとともに、うまくいかないことへの対処方法をその都度Aさんと話し合いました。また職場での様子を正確に把握するために、Aさんから許可を得た後、学校での働きぶりについて学校長に電話で確認しました。学校長との連携については、高次脳機能障害支援センターのコーディネーターが中心となって行いました。復職翌年に学校長の交替、2年後にAさんの異動など職場環境が大きく変化することもありましたが、Aさんの仕事ぶりには支障はみられませんでした。復職後しばらくの間は2か月ごとに通院し、仕事軌道に乗った時点から学期末の休みごとの通院に切り替え、4年間通院された後当院への通院は終了しました。その間一時的に軽度の抑うつがみられましたが、薬物治療を実施することなく改善しました。Aさんは現在も教員として勤務が続けられています。

【考察】

本事例の最大の特徴は、教職という専門職への復職が果たせたことです。そこには、「病休期間を 2 年以上確保でき、復職への準備をする時間が十分にあった」という恵まれた環境が大きく関与していると思います。さらに A さん自身の障害の程度が比較的軽く、障害に対する優れた洞察力を備え、代償手段も実践できていたことも大きな要因でしょう。このような状況に加えて、医療と職場の上司（学校長）が A さんの情報を十分に共有することができたことや、職場復帰後の定期的な心理面接により、精神的な安定が図れたことも就労継続につながったものと考えます。

【専門職への復帰のポイント】

- 障害が比較的軽く、自己の障害に対する理解に優れ代償手段が実践できている
- 復職支援に対する準備期間が十分に確保できる
- 復職に際して、専門医療機関と職場との情報共有
- 復帰後の定期的な心理面接（適応障害予防）

事例 7：交通事故後に不安障害を呈した事例

交通事故後に事故がトラウマになり、自動車やバスなどの乗り物に乗れなくなったため復職が制限されるケースがあります。ここでは交通事故後に不安障害を呈した高次脳機能障害事例に対して、私たちが実施したアプローチを紹介したいと思います。

【B さん 40 代男性 元会社員】

【受診までの経過】

B さんは 40 代の前半時に、車で会社から帰宅中にトラックと正面衝突し、頭部打撲により救急病院に搬送されました。搬送時軽度の意識障害を認めましたが 2 日後には意識は改善し、2 週間後にリハビリテーション病院に転院となり、1 か月間のリハビリテーションを受けた後自宅に退院されました。

しかし事故後から計算をしたり、表を読んだりする行為が苦手になりました。記憶力の低下を自覚し、二つ以上の買い物リストを覚えることが難しくなりました。集中力の低下も伴い、作業スピードが全般的に遅くなりました。このような認知機能の低下に加えて、事故前は営業職で人との会話は得意であったのが、人と会うと緊張し言葉が出なかったり、手が震えたりするようになりました。また B さんは事故の記憶は全くなかったのですが、恐怖感から車の運転席や助手席に座ることができなくなりました。原付バイクには何とか乗れましたが大きな道を走ることができず、踏切で電車が通過する音にも恐怖を感じるようになりました。そのため外出する機会は極端に減り、B さんの生活範囲はとても狭まっていました。

退院後はリハビリテーション病院に定期的に通院されていましたが、上述した恐怖症状に対して安定剤の量が増える一方で症状は一向に改善しなかったこともあり、高次脳機能障害の診療をおこなっている県外のクリニックに転院されそこに 1 年間通院されました。しかし認知機能や恐怖感の改善はみられず、県外への定期的な通院も精神的、身体的、さらに経済的にも負担になって来たため、「今後の治療方針を相談したい」と高次脳機能障害支援センターに連絡があり、発症 23 か月の時点で当科受診となりました。

【評価】

初診の診察では、緊張した表情で吃音のようにつまりながら話されました。両手（特に左手に目立つ）のふるえを認め、ふるえは意識すればするほど強くなりました。問診の範囲内では認知機能の低下はほとんど目立ちませんでした。B さんは今困っていることについて、「車に乗れない」「何かをしようとすると手がふるえてしまう」と話されました。ふるえについては脳神経外科で薬物治療を受けておられましたが、効果は乏しいとのことでした。

当院受診直前に他の大学病院で受けられた高次脳機能障害についての検査結果を表 1 に示しますが、これらの結果から、「全般的知的機能は保たれているが、作業の処理速度が著しく低下し、近時記憶にもごく軽度の低下が認められる。MRI では異常を認めないものの SPECT で血流低下を認めることから、交通事故によって何らかの機能障害が引き起こされている」と判断し、高次脳機能障害と診断しました。ただし本人の自覚症状や生活障害が強さと比し

て神経心理検査結果が良好であったことから、精神的な要因も強く関与しているのではないかと考えました。

【復職へのアプローチ】

B さんには、今自覚している症状は脳外傷による直接的な損傷よりも、むしろ不安や恐怖といった精神的な要因が強く影響している可能性が高いことを説明し、当院では高次脳機能障害のリハビリテーションではなく、精神面へのアプローチを中心に実施する方針であることを説明し、B さんもその方針に同意されました。そこでまず当科の臨床心理士が面接を行い、病状を把握した後認知行動療法を進めていくことになりました。また時々誘因なく不安、動悸が出現することがあったため、リラクゼーション法の訓練も行いました。さらに薬物治療として抗不安作用のある SSRI を併用しました。

これらの精神面へのアプローチと並行して、高次脳機能障害支援センターのケースワーカーとともに復職への具体的なプロセスを話し合いました。話し合いの結果、まずは乗り物への恐怖が軽減しバスに乗れるようになることを目指し、その課題を達成した後職業訓練をスタートすることになりました。心理士との面談を開始してから半年後によくバスに乗れるようになり、そこから職業訓練を開始しました。訓練期間が終了する頃にはバスにはほとんど恐怖を感じることなく乗れるようになり、次の段階として A 型事業所への通所へとステップアップすることになりました。その頃から自動車運転を再開し、介入を始めてから 12 か月の時点で A 型事業所に自家用車で通えるようになりました。介入 18 か月後には車で遠乗りすることもできるようになり、事故前に携わっていた特技を生かしたアルバイトも請け負うようになりました。その後は家庭内のストレスで多少抑うつ的なことはありましたが、A 型事業所には欠勤することなく通えており、現在はハローワークで一般職としての新しい就労先を探しておられます。なお心理面接は 3 年間継続した後終了しました。

表 1. 心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	VIQ 136, PIQ 103, FIQ 124 群指数: 言語理解 126、知覚統合 112、作動記憶 145、処理速度 54
RBMT	SPS 19, SS 8
TMT	Part A 60 秒 part B 105 秒
MRI	明らかな器質性病変を認めない
SPECT	両側側頭後頭葉、左優位に頭頂葉の血流低下を認める

【考察】

本事例の最大の特徴は、認知機能障害よりも不安や恐怖といった精神症状が前景に立ち、本人の行動を著しく制限してしまっていたことです。そこで、精神症状に対して臨床心理士という専門家による心理的アプローチと、精神科医による薬物療法を行い、治療と並行して高次脳機能障害支援センターのケースワーカーや職業訓練施設が協働して介入することにより、一般就労への見通しが立ちました。本事例では自動車運転を再開することにより就労の

選択の幅が格段に広がったと考えます。さらに運転の再開が本人の自信の回復にもつながったように思います。東京や大阪といった大都市圏では自動車運転は就労にさほど必要はないかもしれませんが、地方では自動車運転が就労に不可欠と言っても過言ではありません。高次脳機能障害患者では、認知機能障害による自動車運転の制限だけではなく、本事例のように運転への恐怖感が運転再開の支障となることにも留意すべきでしょう。

【復職のポイント】

- 自動車運転の再開は復職にあたり重大な因子である
- 事故への恐怖感により自動車運転のみならず、外出すら制限される場合がある
- 精神症状が前景に立つ事例では、精神科医や臨床心理士による介入を検討すべきである

事例 8：適性評価が就労に有効であった事例

高次脳機能障害を持つ方が一般就労する場合には、「どのような職種・業種を選択するか」、「職場の理解がどの程度か」、「障害者雇用枠を利用すべきか」など、障害の状態の評価とともに、本人の希望と就労現場とのすり合わせが不可欠です。高次脳機能障害と診断され障害像が適切に評価されたことにより、本人の状態にあった職場を選択して転職し、継続的な就労へとつながった事例を通して、就労支援のあり方を考えていきます。

【Cさん 20代男性 衣料品販売業】

【受診までの経過】

Cさんは生まれて間もなく脳内出血を発症し、その後水頭症（脳せき髄液の循環が悪くなり、脳の中に水がたまりすぎることを引き起こしました。たまった水（脳せき髄液）を抜く管を体内に埋め込む手術を受け、その後も管の微調整などのために、計6回、手術を受けています。成長とともにすこしずつ身体の状態は落ち着きましたが、「暗記が苦手」「自宅から数百mしか離れていない場所で迷ってしまう」などの認知機能の障害が持続しました。障害に対して、ご家族が熱心に勉強を教えたり、学校への送り迎えをしたりして対応することで何とか大学を卒業し、期間限定で契約事務職員として一般就職しました。しかし実際の仕事が始まると「書類を数字の順番に並べることができない」「お金の計算のミスを繰り返す」「いくつかの仕事が重なると忘れてしまっていていけない」などの問題が明らかとなり、職場から高次脳機能障害の可能性を指摘され当院を受診されました。

【評価】

診察では「今後の就労のためにきました」と仕事への意欲がみられました。全体に反応は遅くあまり活発ではありませんが、受け答えは穏やかで、妄想や幻覚などの精神症状は認めませんでした。Cさんは自らの障害について、「仕事をしていて、なんだかうまくいかない、学校に通っている頃はそうでもなかった」と話され、障害の存在を何となく感じているけれども、その状態を十分には理解できていないようでした。両親は、「これまで普通学級でやってきた、“障害があってもできるんだ”という気持ちで親子でがんばっていた」と障害を克服することを目標にされていたようでした。しかし、「実際に仕事を始めてみて初めてできないことがたくさんあることに気がついた」と話されるなど、本人も家族も、就労をきっかけに障害を受け入れられるようになって来たようでした。そして、「現在の状態を知りたい、障害者手帳がとれるならとりたい、その上で仕事もがんばりたい」と希望されました。

Cさんの高次脳機能を評価するために当院で実施した心理検査結果を表1に示します。これらの結果から、「言語面での理解や知識は一般知能レベルであるが、視覚面での認知の低下があること、作業記憶の低下のため一度に記憶して処理する容量が少なくなっていること、処理スピードが遅く物事をてきぱきこなすことが苦手であること、暗算が苦手であること」などの障害特徴が明らかとなりました。その一方で、「時間はかかるが丁寧に仕事ができること、聴覚的・言語的な情報処理や知識は保たれており、メモ書きなどの記憶を補助する方略

があれば課題の遂行ができること、気分のムラがすくなく穏やかであること」などの長所もわかりました。これらの検査結果を基に、「一般事務職のような会計処理が必要とされたり、電話や来客を担当するような業種では就労は難しいと思われる」と評価しました。本人、家族は、将来のためにはと思い公認会計士の資格取得を目指していましたが、今回の評価結果から自分の能力に得手不得手があることを理解され、「どのような職業が向いているのか評価を受けてみたい」と希望されました。

表1. 心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	VIQ 100, PIQ 64, FIQ 82 群指数: 言語理解 111、知覚統合 70、作動記憶 88、処理速度 66
BADS	総プロフィール得点 10、標準化された得点 61、年齢補正した標準化得点 59
RBMT	SPS 15 SS 6(39 歳以下では、SPS 20 点以上、SS7 点以上が正常範囲)
CAT	Tapping Span、SDMT、Memory Updating、PASAT と、Visual Cancellation や Position Stroop の所要時間の項目で 20 歳代の平均値を 1SD 下回る。PASAT では、暗算が困難で、実施不可であった。

【復職へのアプローチ】

まず、C さんがどのような仕事に向いているのかを、熊本障害者職業センターと連携して評価しました。そこでは、東大式エゴグラム (TEG)、職業レディネステスト (VRT) 一般職業適性検査、ワークサンプル幕張版 (MWS) が実施され、「素直で我慢強い反面、周囲の状況や意見に流されやすい性格傾向を持っていること」、「豊富な社会常識や知識を駆使し、柔軟なコミュニケーションを図る力があること」や、「人のためになる仕事に向いていること」などの C さんの特徴が明らかとなりました。そこで職種として、一般事務職や接客業のように急な対応を求められる職種ではなく、裏方で一人でコツコツ行う作業を選択しました。障害者職業センターとハローワークが協力して C さんにあった就労先を探し、最終的に障害者雇用枠のある企業の在庫管理（事前に予定されていた数の衣料品を整理しておく仕事）に採用されました。

職場では、障害者雇用枠を活用したため、最初から C さんの障害特徴を店長に説明することができました。前もって説明しておいたことで、ほかのスタッフも、当初から C さんを支援する姿勢で臨んでくれました。在庫の計算は突然命じられるとできませんでしたが、事前に予定された数量であれば、もともとの几帳面な性格が良い効果をもたらし、確実に在庫を構えておくことができました。当初はメモを利用することで記憶力の低下に対応していましたが、スタッフの提案でインカムを利用するようになり、売り場での商品の動きをほかのスタッフの会話を常に聞いて知ることができ、足りなくなった在庫を売り場から請求されても前もって準備しておくことができました。このように、職場での配置や仕事の方法に対する店長やスタッフの協力、工夫が C さんの就労の大きな手助けとなりました。在庫管理の現場はとても狭いスペースですが、そのことがかえって C さんにとっては、全体を頭に入れておくことができるちょうどよい広さであったことも幸いしたようです。予測できない事態や、

急に変更が必要になったなど、臨機応変の対応や素早い判断が求められる場面は、高次脳機能障害を持つ方にとっては極めて対応が難しい場面です。一方 C さんは、ひとりでコツコツ仕事をする性格なので、人の出入りの少ないバックヤードでの商品管理業務が適職だったといえます。

【復職後の経過】

仕事に慣れるにしたがって周囲からの信頼を得ていくようになり、「ほかの仕事も挑戦しませんか」という声がかかるようになりました。そして今では、ほかのスタッフの休憩時間限定ではありますが、店舗でお客さんからの問い合わせに直接応じる業務にも携わっています。時にはうまく対応ができず混乱することもあります。本人も自分の障害を理解しているので、基本的にはバックヤードでの商品管理業務を続けることができればと考えているようです。当院での定期的な診察場面でも、「できるだけ長く就労を続けることを第一目標にして、多くの仕事をやりすぎないように」とアドバイスしています。

仕事は順調にこなせるようになっていきましたが、「有給休暇をうまくとれない」という問題が生じました。C さんの職場では、有給休暇を取る際に何週間も前から申請が必要であり、さらに就労時間を「置き換える」作業も必要なため、混乱してしまって必要な有給休暇をとれなかったようでした。就労して半年後ごろには、リラックスする時間がとれず疲れがたまってきて、朝起きられないことも出て来ました。そこで診察時に、「有給休暇の手続きを取れるようになること」という目標を立て、スタッフの協力を得て有給休暇をスムーズにとれるように工夫しました。その効果もあり、1 か月後には休暇を取ってご両親と出かけることができました。まじめに物事に取り組む性格が逆に自分自身を追い込むことになり、いわゆる「燃え尽き現象」が起こるところでした。適度に休暇を取るという「判断」が、高次脳機能障害のためにうまくできなかったものと考えられます。

C さんは、初診 3 年後の現在も 3 か月に 1 度当院に通院し、高次脳機能障害支援センターのコーディネーターとの面談ならびに主治医の診察を受けながら、ご家族、職場と二人三脚で、就労を続けています。

【考察】

本事例の最大の特徴は、継続的な就労がおこなえている点です。最初の就職は、本人、家族の希望を重視して選択した結果、C さんの性格や障害内容に適さない業種であったため適応できませんでした。その経験を踏まえて改めて障害の評価と本人の性格・作業状況の評価を行い、適職を選択できたことで、就労継続につながれたと思います。職場の上司やスタッフの理解、協力も大きく、C さんを受け入れる体制がととのっていたことも重要です。さらに、定期的な面談で、時には頑張りすぎないように適度にブレーキを掛けるようなアドバイスを行うなど医療スタッフとの関わりがあったことも、C さんが就労を継続させることができた要因だと思います。

【復職のポイント】

- 障害を適切に評価し、家族・本人が障害の特徴と、本人の個性を理解する
- 障害者職業センターでの実践評価と、職場適性評価結果を参考にした業務内容の選択が有用
- 復職に際しての障害者雇用枠の利用
- 職場との情報共有（本人が適応できるような工夫を職場も協力して考える）
- 復職後の定期的な心理面談（適応障害を未然に防ぐ、早期に察知する）

事例 9：6年にわたる長期の支援を経て復職に至った事例

高次脳機能障害患者では、発症した当初には復職が考えられないほど重篤な社会的行動障害や認知機能障害があっても、長期にわたり丁寧に支援することで状況が改善されてくることは稀ではありません。発症後8年を経過してようやく復職を果たした本事例を通して、長期にわたって支援を継続することの重要性について考察します。

【Dさん 40代男性 事務職】

【受診までの経過】

Dさんは45歳時に歩行中に交通事故に遭遇し、脳挫傷および外傷性クモ膜下出血をきたしました。脳挫傷に対しては保存的治療がなされましたが、二次性にてんかん発作を起こすようになり内服治療が行われています。リハビリテーション病院でリハビリを受けた後、事故後7ヶ月で、運送業のクレーム対応仕事に復職しました。しかしながら、麻痺などの大きな身体障害はないものの、「電話番号を間違っかけてしまう」などのミスが多く仕事に支障を来したため、復職後3ヶ月で休職となりました。その後も、「憶えられない」「やる気が出ない」「怒りっぽい」などの症状が持続したため、高次脳機能障害の精査と支援を希望し受傷2年3ヶ月後に当院を受診されました。

【評価】

初診時、受診理由も答えることができず自身の障害の自覚に乏しい印象でした。生活上で困ることとしては、「いつも同じことを聞く、と子供にバカにされる」「すぐに怒ってしまって、人付き合いが上手くできない」と話されましたが、「その理由はわからない」とのことでした。妻からの情報によれば、これらの症状に加えてやる気がなくボーッと寝てばかりいることが多く、引きこもった生活が続いていました。心理検査では、重度の近時記憶、注意、遂行機能障害が認められ(表1)、頭部MRIでは左側頭葉の陳旧性脳挫傷、脳血流SPECTでは左側頭葉と前頭葉内側部の血流低下を認めました。病変はほぼ左側頭葉に限局し前頭葉には著しい病変を認めなかったことから、意欲低下は抑うつや廃用症候群による症状ではないかと考えられました。

表1. 心理検査所見(初回評価)

検査	結果
WAIS-III	IQ:VIQ 55, PIQ 50, FIQ 48 群指数:言語理解 56、知覚統合 55、作動記憶 50 未満、処理速度 60
RBMT	標準プロフィール点合計(SPS)4/24、スクリーニング合計点(SS)2/12
TMT	Part: A 10分以上で打ち切り Part B: 不可能
CAT	全ての項目で40歳代のcut off値を大幅に下回る
WCST	達成カテゴリー数 0

【その後の経過と復職へのアプローチ】

当初は認知機能低下が著しく、また抑うつやイライラ、意欲の低下などの精神症状が目立っていたことから、すぐに復職を目指すのではなく、まずは安定した家庭内生活を送れることを目標としました。意欲の低下が強く引きこもりがちであった生活の改善を目指し、初診5ヶ月後に週2回の精神科デイケアと週1回の通所リハビリが導入されました。感情の爆発は頻繁で家庭内でも大きなストレス源になっていたことから、抗精神病薬による薬物療法が開始されました。自宅での引きこもりに対しては、初診から1年1ヶ月後には通所リハビリを週4回まで増やし、平日は毎日出かけるようにすすめました。自宅での活動性を高めるため家事手伝いもするように勧めたところ、逆に些細なことへのこだわりが強くなり、気分の落ち込みや焦りが強くなったため抗うつ薬の追加投与が行われました。次第に抑うつや焦燥は改善傾向をみせ、精神科デイケアでも、倦怠感や頭痛の訴えが多く参加態度は消極的であるものの、ある程度の活動には参加することができるようになりました。

この頃から、それまで通所していた精神科デイケアでは能力を持て余すようになり、より自立した患者の集まるデイケアに変更しました。Dさん本人は復職への意欲を持ち続けており、初診から3年経って精神状態が比較的安定してきたことから、高次脳機能障害支援センターのコーディネーターを中心に復職支援が開始されました。職場との調整を重ね、障害者枠と同等の勤務内容への変更されることになりました。しかし障害者雇用を導入している事業所は自宅から片道12kmかかるところしかなく、高次脳機能障害のため自動車運転は中止されており、通勤手段が問題になりました。そこで復職準備として、片道1時間の自転車通勤を継続する練習と、本人の障害程度を職場に理解してもらい、復帰後の仕事内容を調整するため直属の上司との相談が開始されました。これまで易怒性やイライラ感はたびたび問題になっていましたが、次第に感情コントロールの悪さに対する自覚がみられるようになってきていました。

【復職後の経過】

2ヶ月の練習を経て、職場再復帰しました。直属の上司との調整により、週3回午前みの出勤、仕事内容も単純作業から開始されました。記憶障害、注意障害、易疲労性があることから、仕事内容としては社内便の封筒詰めや作業着の破棄などの最も簡単な仕事を任せられ、一時間ごとに休憩をはさんでおこなわれました。復帰から3ヶ月後、6時間勤務にまで延長されましたが欠勤なく通勤できていました。片道1時間の自転車通勤のため夏場は職場に着くと汗だくになるので、特別にシャワー室を使えるなど職場からの配慮もありました。上司がDさんの仕事振りや適応状況を詳細に見守ってくれていましたので、綿密に相談をしながら勤務時間や日数を徐々に増やし、仕事も少しずつ新しい内容にチャレンジしてもらうようにしました。

職場再復職から2年かけて、週4回、一日8時間まで勤務時間が増えました。仕事内容は職場の制服管理などの単純作業で、時にミスはあるものの概ね順調に行えていました。勤務状況は安定していましたが、Dさんは、「同僚から怠けていると思われているのではないか」と心配しフルタイムで働くことを望む一方、「今でも体がきつくこれ以上は増やせない」といった葛藤があり、イライラが募り、時には自宅で大声を出したり物に当たってしまうことも

ありました。高次脳機能障害支援センターのコーディネーターとの面接の中で、「安定して勤務が継続できていることが価値がある」ことを D さんに伝えることで、ペースを維持して勤務することができました。復職から 2 年半経過し、自転車通勤の負担感も強くなってきたため、本人の希望にそって自動車運転再開を検討しているところです。

【考察】

本例は発症 2 年過ぎに当科を初診し、その後 6 年にわたる長期の支援を経てようやく復職を果たすことができました。当初、抑うつ気分やイライラ感、意欲低下などの精神症状が著明であり、薬物療法や高次脳機能障害支援センターのコーディネーターによる面接等により安定を図りました。感情コントロールの不安定さに対しては、6 年にわたる支援のなかで本人自身の症状に対する自覚が少しずつ得られるようになっていきます。本人の記憶や注意、実行機能の障害は決して軽くありませんでしたが、直属の上司との綿密な相談を繰り返して慎重に本人の障害と仕事内容の擦り合わせを行い、その後も本人の状態に合わせて少しずつ仕事の拡大をはかることで勤務を継続できています。本例では、表 2 に示すように 4 年の経過のうちに注意や実行機能の改善がみられています。長期にかつ丁寧に支援して行くことで、精神症状や認知機能障害などの復職を妨げる状況が徐々に改善され、職場復帰が可能になってくる場合もあるということがわかつていくと思われます。

表 2. 心理検査所見(初診から 4 年後の評価)

検査	結果
TMT	Part A: 34sec Part B: 100sec
CAT	Auditory Detection の的中率以外は 50 歳代の cut off 以上の成績
WCST	達成カテゴリー数 5

【本例における復帰のポイント】

- ・ 慎重に時間をかけて本人の回復を待ち、復職につなげている
- ・ 復職に際して、専門医療機関と職場との情報共有がなされている
- ・ 職場の理解が良好であり、本人の状態にあわせ時間をかけて職場での再適応をはかっている
- ・ 注意や実行機能がある程度改善してきている
- ・ 自身の症状に対する理解が少しずつ深まっている
- ・ 復帰後の定期的な心理面接(適応障害予防)

事例 10：障害の自覚が就労に結びついた事例

障害を持つ方が仕事をするためには、「自分は何ができるのか」、「何がしにくくなっているのか」を自分自身で把握しておく必要があります。しかしながら、高次脳機能障害では障害に対する自覚が得られにくいため、自身の能力低下に気づかず仕事をしようとしてミスを繰り返し、その結果失職を余儀なくされることが少なくありません。ここでは、障害を自覚することにより就労に結びついた事例を紹介します。

【E さん 20 代男性 無職】

【受診までの経過】

E さんは 22 歳の時に交通事故に遭い、救急病院へ搬送され、びまん性軸索損傷、外傷性くも膜下出血と診断されました。事故後数日は意識不明の状態が続き、意識回復後 2 か月間は搬送先の病院で、その後はリハビリテーション病院へ転院し入院治療を受けました。麻痺などの身体機能障害はリハビリテーションにより回復しましたが、著明な近時記憶障害、注意障害が残存し高次脳機能障害と診断されました。E さんは、家庭の事情で高校卒業後はすぐに家を出て就職しましたが、職についても長続きせず、職業を次々と変えていました。もともと長期就業の経験がなかった上に、援助をしてくれる家族とも折り合いがよくないという環境の中で、母親が主として E さんの援助を行っていました。母親が当科で高次脳機能障害専門外来を行っていることを知り、事故後半年の時点で（まだリハビリテーション病院に入院中でした）当科を受診されました。

【評価】

E さんは、精神科受診には納得しておらず、なによりも自身の認知機能低下について無自覚で、時には否認さえすることもあり、主治医の質問に対してもぶっきらぼうに答えるのみでした。普通に話をしている限りは高次脳機能障害があるようには見えませんでした。ごく簡単な記憶や注意を測る検査で誤りが認められました。E さんの高次脳機能障害を詳細に評価するために当院で実施した心理検査結果を表 1 に示しますが、全般的な知的機能の低下に加えて、顕著な記憶・注意の障害さらには地誌的見当識障害（道や方向がわからなくなる障害）を認めました。本人には、高次脳機能障害の詳細についてリハビリテーション病院ですでに説明されており、メモリーノートの利用も勧められていましたが、すぐにノートを捨ててしまうなど代用手段の活用に熱心ではありませんでした。

当院での検査結果をもとに本人と母親に、「知的機能が全般的に低下しており、特に記憶障害と注意障害が重度である。そのため、時間制限のある作業やスピードを要求される作業は困難であり、本人のペースで取り組めるような配慮が職場では必要である」、「記憶障害が重度であることから、見守りや援助のある環境でなければ就労は難しい」、「新しいことを習得するのが困難で、知らない新しい場所では迷うかもしれない」などの見込みを、時間をかけて説明しました。そのうえで、「ノートに出来事や大切なことをその都度記入し確認すること」、「携帯電話なども利用して記憶補助をすること」、「周囲の地図を作成し携帯したほうが

良いこと」などを提案しました。本人は「やってみる」と返答されましたが、残念ながらこれらの提案にもあまり熱心ではなく、何度もノートを捨ててしまいました。

表1. 心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	IQ: VIQ 68, PIQ 51, FIQ 57 群指数: 言語理解 66、知覚統合 57、作動記憶 83、処理速度 50
RBMT	SPS11, SS3 年齢による SPS のカットオフ値(19)よりも大幅に低下している。
CAT	注意の持続は比較的可能であるが、時間制限のない時に限定される

【復職へのアプローチ】

当科受診後まもなくしてリハビリテーション病院を退院することになり、退院後は、ケースワーカーや母親からの強い勧めもあり、障害者生活訓練施設に入所となりました。そこでは日常生活の自立訓練や職業訓練が行われましたが、すぐに本人は施設での生活が嫌になり退所を希望しました。母親が入所を継続するように説得していましたが、ある時無断で外出し、そのまま山の中へ迷い込んでしまい、警察も巻きこんでの捜索騒ぎとなりました。この騒ぎが本人の障害に対する自覚を促したようで、その後から自ら進んで機能訓練に参加するようになりました。問題が起こった際に母親や職員が本人を責めることなく、本人の気持ちを慮って対応したことも良い結果に結びついたのかもしれない。

次第に主治医からのアドバイスも受け入れるようになり、またメモリーノートや携帯電話の活用にも熱心に取り組むようになり（少しこだわり過ぎる傾向もありました）、生活の中でのミスや失敗は少なくなりました。その一方で“忘れること”や“気になること”へのこだわりがだんだん強くなり、いら立ちや怒りっぽさが目立って来ました。本人と相談したうえで、こだわりに対する有効性が報告されている抗うつ薬の内服を開始したところ、精神状態は徐々に安定していきました。薬物治療と並行して施設の担当者によるアンガーマネジメントの訓練を受け、それも良い効果をもたらしたようでした。

自身の認知機能障害の自覚が生まれたこと、薬物治療の効果、自身の怒りっぽさへの内省ができてきたことなどにより、周囲との軋轢も少なくなりました。そこで次のステップとして就労を目指した取り組みを行うことになりました。まずは入所中の施設と関連のある介護施設で試験的に働き始め、1 か月間の試用期間中の働きを認められ、介護施設への就職（障害者雇用）が決まりました。

【復職後の経過】

E さんの神経質なまでのメモリーノートや携帯電話の使用、周囲への確認が、本人の実直性の表れと高く評価され、さらに会社側も E さんの高次脳機能障害の病状をよく理解されていたこともあり（主治医から会社の担当者には繰り返し病状を説明しました）、就業環境も十分に配慮されていました。大企業ではなく、家庭的な雰囲気を大切にされている職場であったことも、E さんが不安や悩みを気軽に上司に相談することができ、良い結果につながっているのかもしれない。母親や訓練施設の担当者、主治医もまた、E さんの仕事場面での悩

みを適宜聞くようにしました。事故以前の E さんは何事も黙々と自分一人でやろうとし、うまくいかなければやめてしまうことが多かったようですが、障害を自覚してからは周りの協力を得ることを嫌がらず、粘り強く物事を行うようになったと思われます。

就業後 2 年が経ちましたが、E さんはミスをしないように携帯電話のメモリー機能などの代用手段をきちんと使いながら仕事を継続しています。その甲斐もあり、現在では職場でなくてはならない一員とみなされています。

【考察】

本事例では、迷子になって周囲に迷惑をかけたことが障害を受容する契機となり、以後順調に就労へと結びつきました。障害を持つ方が社会復帰をするためには、自らの障害をきちんと把握しておく必要があります。それができていなければたいていの場合周囲との間で軋轢が生じます。

高次脳機能障害は、身体障害とは異なり自分で障害を認識することが難しい障害です。多くの方は以前のように自分は何でもできると思いこんでいるため、生活場面や職場で失敗を引き起こしてしまいます。失敗を繰り返すうちに徐々に自分の障害に気づいて行くようになりますが、障害を受け入れることは本人にとっては重大な決断であり、その際にさまざまな葛藤が生じ、抑うつや易怒性が反応性に生じる方も少なくありません。本事例で母親や訓練施設の担当者、主治医が果たしたような心理サポートの役割を、患者の身近にいるどなたかが果たしていくことが重要です。

【社会復帰のポイント】

- 自己の障害を適切に認識することができるようになる
- 障害受容を促すような体験が必要な場合が多い。そのため受容までには一定の時間がかかる。
- 患者の心理面のサポートができる人が身近に存在する

事例 11. 就労経験のない若年者の就労事例

高校や大学など就学中に高次脳機能障害になった場合、就労経験がある成人の高次脳機能障害者とは異なった支援が必要です。学校生活は、学業面などでさまざまなサポートや周囲の理解が得やすい環境にありますが、就労場面では職場の環境調整に難渋することが少なくありません。ここでは、大学在学中に高次脳機能障害を発症した就労経験のない若年者の就労支援の事例について考察したいと思います。

【Fさん 20代男性 事務補助職】

【受診までの経過】

Fさんは大学3年生の在学中（11月）に、脳動静脈奇形のため右側頭葉内側部の脳出血を発症しました。急性期の医療機関では保存的に加療され、その後、回復期のリハビリテーション病院へ転院し、記憶障害や注意障害、失行などの高次脳機能障害に対して、理学療法、作業療法などを約3ヶ月行い自宅退院となりました。発症から約4ヶ月半後に大学へ復学しました。復学後は、「授業を聞いても覚えられない」「授業中の集中力が続かない」などの問題がみられたため、学内の障害学生支援制度により、“障害を持つ学生をサポートする学生ボランティア”を紹介されました。その後は、障害学生サポーターに授業内容のノート記載や要点の記録を手伝ってもらったり、次の講義室への移動の声かけや、レポート等の課題提出の声かけなどを行ってもらいました。復学3ヶ月後には、土日限定でしたが、5時間程度飲食店で皿洗いのアルバイトをするようになりました。アルバイトでは、食器洗い洗剤と流しの洗剤を間違えといったミスはありましたが、店主の理解もあり、徐々に皿洗い以外の仕事も任されるようになりました。学校生活でも変化がみられ、10ヶ月程経過した頃には、1日3コマ程度の授業であれば続けて受講できるようになりました。就職活動をするにあたり、障害者手帳の取得等を目的に、発症15か月の時点で当院受診となりました。

【評価】

診察では礼節は保たれており身体の麻痺もなく、表面的にはFさんの障害は目立ちませんでした。本人、家族からの聞き取りにより、最近の状況として、「5時間程度のアルバイトは可能」「授業時間の変更やサポーターとの約束変更のような、急な予定変更に対応できない」「覚えたはずのことが、次の時にはできなくなることがある」「教科書持込可のテストなのにバックから教科書を取り出すのを忘れていた」「友達が多い方だったが、病気後は友達との交流が少なくなっている」「イライラを感じることはないが、気分が少し落ち込むことがある」などの情報が得られました。これらの問題に対してFさんは、「メモをとる」「前日に家族と一緒に予定を確認する」ことにより対応されていました。

Fさんの高次脳機能検査の結果を表1に示します。WAIS-III、WMS-Rは回復期リハビリテーション病院で実施され、TMT、RBMT、CATについては当院において実施しました。これら結果から、「一般的知能には明らかな低下はみられない。しかし軽度の近時記憶障害に加えて、注意機能の面で易疲労性があり、さらに二つのことを同時に処理する能力に支障が生

じている。また生活場面では遂行機能の低下も疑われる。」ことが明らかとなりました。そこで私たちは、F さんご家族に、「手帳を利用したスケジュール管理と確認」「自宅でのホワイトボードの活用」「自分なりの工夫や方法をみつける」「携帯のアラーム機能の利用」などを提案し、メモなどの代償手段の重要性について繰り返し助言を行いました。また、急な予定変更にも余裕を持って対処できるように、前日までにスケジュールの確認や準備物の用意、チェックリストの作成なども提案しました。F さんご家族も熱心に取り組まれ、私たちからの助言も概ね理解された様子でした。

表1. 心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	IQ:VIQ 96, PIQ 132, FIQ 112 群指数:言語理解 88、知覚統合 112、作動記憶 90、処理速度 102
WMS-R	言語性記憶 78, 視覚性記憶 70, 一般性記憶 71, 注意集中 109, 遅延再生 58
TMT	Part A 47 秒 part B 51 秒
RBMT	標準プロフィール得点 (SPS) 21 点, スクリーニング得点 (SS) 9 点
CAT	注意の持続はできている。疲れてくるとミスが増える。作業に時間がかかるが比較的ミスは少ない。視覚性>聴覚性。

【就労へのアプローチ】

大学3年次の2月、Fさんが在学している大学の障害学生支援課担当者、本人、高次脳機能障害支援センターのコーディネーターが集まり就労に向けての支援会議を開催しました。この会議は、Fさんの支援者たちがFさんの情報を共有し、今後の就職活動に向けての支援計画を立てることが目的でした。話し合いの結果Fさんは、一般就労と障害者枠での就労との両方を見据えて就職活動をしていくことになりました。会議のなかで、大学の就労支援課、ヤングハローワーク、障害者職業センター、就業・生活支援センターなどの説明を受け、皆で連携して就労支援ができることを伝えられ、Fさんはとても安心された様子でした。当院では、精神障害福祉手帳の診断書を作成し、2ヶ月毎の主治医による診察および助言を行い、高次脳機能障害支援センターのコーディネーターによる定期的な本人、家族との面接および各関係機関との連携などの支援を実施しました。その後、障害者職業センターでの就職活動を県外へも広げ、移動や面接の練習を大学の就労支援担当者、家族の協力を得て行いました。最終的には地元の中小企業と県外の大企業から内定を得、本人、家族とともに検討した結果、不安はあるけれども県外（N県）の大企業に就職することを決めました。

親元を離れることはFさんにとって初めての経験です。N県の高次脳機能障害支援センターのコーディネーターの協力を得て、N県での生活を整える準備を開始しました。当初は会社の寮での生活を検討しましたが、通勤距離が長く移動に負担が大きいことや、寮とは名ばかりで事実上は単身の状況とあまり変わらなかったことなどもあり、会社近くで単身生活にチャレンジすることになりました。食事やゴミ出し、金銭管理が一人でできるのかとの不安がありましたが、家族に協力してもらいながら単身生活の練習を行い、一人暮らしの準備を

しました。また N 県での高次脳機能障害支援センターにおける定期受診、障害福祉サービスによる訪問介護の利用も調整しました。

【就労後の経過】

就労後の F さんには、①N 県の高次脳機能障害支援センター担当者による就労や生活面での助言、指導、各関係機関との連絡調整、②会社関係者による就労や生活面でのフォローや精神面のケア、③訪問介護による週 1 回の定期的な訪問と生活面での相談や助言、④家族による精神面のケア、などの多方面からの支援が行われています。事務補助として就労した F さんは、口頭で指示されるとミスが多かったため、メモをとるように指示されましたが、相手が話すスピードについていけず、うまくメモがとれませんでした。そこで会社側は、F さんに指示を出すときは箇条書きでメモにして渡すように取り決め、会社の朝礼や申し送りを通して社員全体に周知するとともに、F さんの障害の状態や対応方法の工夫について情報共有するようになりました。就職して半年後の今では、一人暮らしも順調で、休日も同期の仲間や先輩たちと楽しんで過ごしています。病気後に辞めていた草野球も再開しました。最近 F さんは、「今後の目標は正式な事務員として勤務することです」と話してくれました。

【考察】

本事例では、就労支援だけではなく、就労後の生活支援まで実施したことで不安を最小限に抑え就労できたのではないかと考えます。そこには、様々な関係機関との連携や家族の協力が大きな役割を果たしたと思います。さらに F さんの障害の程度が比較的軽かったことや、社会的行動障害が目立たなかったこと、アドバイスを素直に受け入れて代償手段も実践できていたことなども大きく関わっていると思います。本事例のように、フォーマル、インフォーマル支援の両方がうまく機能し、就労後も様々な機関や多く人が定期的に関わることで、高次脳機能障害を持つ方の就労継続には必要と考えます。

【就労経験のない若年者の就労支援のポイント】

- 就学時点から学校関係者と連携して就労を見据えたビジョンを検討しておく（一般就労か障害者雇用かも含めて）
- 家族への助言や指導
- アルバイトの経験
- 就労に際して、専門医療機関、就労支援機関、職場との情報共有
- 就労後の定期的な助言や指導（離職予防、適応障害予防）

労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

高次脳機能障害者の未診断・未治療期間の検討

分担研究者 上村直人 高知大学医学部神経精神科学教室 講師

研究要旨

見えない障害とも称される高次脳機能障害は、適切な臨床診断が下され、リハビリテーションや社会的支援が導入されるまでに長い期間が費やされていることが予測される。そこで今回、統合失調症の早期介入研究などで用いられている概念である未治療期間（Duration of untreated psychosis）を高次脳機能障害に応用し、高次脳機能障害の発症から診断までに要する期間、および背景疾患、前医の診療科との関連について検討した。高知大学認知症疾患データベースから、(1) 2000 年 1 月～2015 年 12 月までに高知大学医学部附属病院神経科精神科もの忘れ外来を初診し、(2) ICD10 の F04, 06, 07 の診断基準を満たし、(3) うつ病や統合失調症などの精神疾患がない者を対象とした。評価として初診時年齢、性別、背景疾患、前医での臨床診断の有無について評価した。対象者は 46 名で男性 26 名、女性 20 名であった。初診時の平均年齢は 52.3 ± 19.2 歳（17-89 歳、中央値：50.5 歳）であった。高次脳機能障害の背景疾患は、脳内出血、くも膜下出血などの脳血管障害が 24 名と最も多く、交通外傷が 15 名と次いで多かった。前医の別では脳外科 16 例、内科 15 例、精神科 3 例の順に多かった。発症から当院にて高次脳機能障害と診断されるまでの期間（未診断・未治療期間）は平均 63.4 ± 77.6 （ヶ月）で、中央値は 27 か月であった。最短は 6 カ月から最長は 360 ヶ月（30 年）であった。以上の結果から、高知県内では高次脳機能障害の適切な臨床診断を行う体制がまだまだ不十分であることが示唆された。特にうつ病や心因性疾患と誤診されている事例が多く今後の課題と思われた。今後、高次脳機能障害に対する早期診断を行い、未治療期間を短縮化する医療体制が喫緊に必要である。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

今城由里子	高知大学医学部附属病院
-------	-------------

A. 研究目的

高次脳機能障害は、障害に対する認知度の低さ、障害のわかりにくさなどからこれまで見えない障害とも称されてきた。そのため、適切な臨床診断が下され、リハビリテーションや社会的支援が導入されるまでに長い期間が費やされていることが予測される。そこで今回、統合失調症の早期介入研究などで用いられている概念である未治療期間（Duration of untreated psychosis）を高次脳機能障害に応用し、高次脳機能障害の発症から診断までに要する期間、および背景疾患、前医の診療科との関連について検討した。

B. 研究方法

（研究対象）

本研究は高知大学認知症疾患データベースの情報をもとにして行った。対象者の選択基準として、① 2000 年 1 月～2015 年 12 月までに高知大学医学部附属病院神経科精神科、もの忘れ外来を初診した者、② ICD-10 の F04, 06, 07（器質性の認知機能障害、精神障害、人格・行動障害）の診断基準を満たす者、③ うつ病や統合失調症などの精神疾患がない者、を対象とした。

（評価方法）

データベースから、初診時年齢、性別、背景疾患、前医での臨床診断の有無の情報を抽出し解析した。

（倫理的配慮）

本調査研究施行に当たっては、認知症疾患データベース調査に関する高知大学倫理委員会での承認を得て行なった。

C. 研究結果

対象者は 46 名で男性 26 名、女性 20 名であった。

初診時の平均年齢は 52.3±19.2 歳（17－89 歳、中央値：50.5 歳）であった。

1) 背景疾患

高次脳機能障害の背景疾患とその人数を表 1 に示すが、交通外傷：15 名、脳動静脈奇形によるくも膜下出血：3 名、もやもや病による脳内出血：1 名、外傷性くも膜下出血 2 名、くも膜下出血 8 名、脳内出血 3 名、脳梗塞 9 名、神経ベーチェット・SLE による血管炎によるもの 3 名、低酸素脳症 1 名であった。

表 1：背景疾患

背景疾患	人数
交通外傷	15
脳動静脈奇形によるくも膜下出血	3
もやもや病による脳内出血	1
くも膜下出血	8
外傷性くも膜下出血	2
脳内出血	3
神経ベーチェット・SLE による血管炎	3
脳梗塞	9
低酸素脳症	1

2) 前医

当科受診前の前医の内容を表 2 に示すが、脳外科 16 例、内科 15 例、精神科 3 例、リハビリ科 1 例、小児科 2 例、婦人科 2 例、整形外科 2 例、外科 1 例、前医なし 3 例、前医診療所閉院 1 例であった。

表 2：前医の診療科

前医	人数
脳外科	16
内科	15
精神科	3
リハビリテーション科	1
小児科	2
婦人科	2
なし	3
医院閉鎖	1
整形外科	2
外科	1

3) 未治療・未診断期間

発症から当院にて高次脳機能障害と診断されるま

での期間（未診断・未治療期間）は平均 63.4±77.6（ヶ月）で中央値は 27 か月であった。最短は 6 か月から最長は 360 ヶ月（30 年）であった。

D. 考察

高次脳機能障害の発症から臨床診断が下されるまでの期間を検討した。高次脳機能障害を引き起こす背景疾患は多彩であり、またその影響のため、前医の臨床科も脳外科以外にも婦人科や整形外科など様々であった。未治療期間は 63 カ月と、平均 5 年間がかかっている。中央値でも 27 か月と 2 年以上が経過してから臨床診断が下されていることから見ても、早期に高次脳機能障害の適切な臨床診断を行う体制がまだまだ不十分であることが示唆された。特にうつ病や心因性疾患と誤診されている事例が多く今後の課題と思われた。

E. 結論

高次脳機能障害患者に就労支援を含めた適切な社会支援を行うためには、適切な診断、評価が必須である。本研究結果から、高次脳機能障害に対する早期診断を行い、未治療期間を短縮化する医療体制の整備が喫緊に必要であると考えられた。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

・Fujito R, Kamimura N, Ikeda M, Koyama A, Shimodera S, Morinobu S, Inoue S. Comparing the driving behaviours of individuals with frontotemporal lobar degeneration and those with Alzheimer's disease. Psychogeriatrics. 2015 Mar 3. doi: 10.1111/psyg.12115. [Epub ahead of print (in press)]

・上村直人, 今城由里子, 諸隈陽子, 藤戸良子. 障害者の自動車運転－運転再開の実際 (11) 疾患別運転再開とその対応 (7) その他の神経精神疾患 影近謙治先生監修 JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 24(5): 512-518, 医歯薬出版 東京 2015

・上村直人, 藤戸良子. 高齢者における認知機能低下・認知症と自動車運転、認知機能低下をきたす医薬品とその使い方 松尾幸治先生監修 臨床精神薬理第 18 巻 6 号「精神疾患・向精神薬と運転」P545-555 星和書店東京 2015

・上村直人.器質性不安障害ー認知症に伴う不安障害からみて 精神科治療学 VOL.30 増刊号 2015
星和書店東京 2015 155-157

2. 学会発表

・(シンポジウム) 上村直人.「高齢期の不安・抑うつ状態の鑑別について」～認知症でみられる不安症状～DLB, TBI, 発達障害との鑑別と見立ての臨床的手段 第7回日本不安障害学会、広島市(アステールプラザ広島) 2015.2.15

・上村直人.社会とは何か 社会から見た精神医学的論考 第34回日本社会精神医学会、富山市(富山国際会議場) 2015.3.5

・ Naoto KAMIMURA, Tanya Leelasiriwong, Yuriko IMAJO. Driving and Dementia with Lewy body disease 9th international Congress of the Asian Society Against Dementia, Kumamoto, 2015.9.14-15

・ Tanya Leelasiriwong, Naoto KAMIMURA, Yuriko IMAJO. MCI and AD/HD syndrome in Old Age -MCI and AD/HD syndrome in Old Age 9th international Congress of the Asian Society Against Dementia. Kumamoto, 2015.9.14-16

・ 上村直人. 運転中断告知後、対応に苦慮した認知症・MCIの3例. 第8回運転と認知機能研究会新宿パークタワー23 東京 2015.12.5

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

高次脳機能障害患者の支援専門職に対する
復職支援体制の現状と課題に関する意識調査

分担研究者 石川 智久 熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野 助教

研究要旨：

目的：高次脳機能障害患者（HBD 患者）の復職/就労支援に大きな役割をになう言語聴覚士および作業療法士の、復職/就労支援に対する支援体制の現状と実態を明らかにし、医療・福祉ネットワークの構築にあたっての課題を探ることを目的とする。

対象：平成27年12月1日現在において、熊本県言語聴覚士協会および熊本県作業療法士協会の会員が勤務する熊本県内の病院を対象とした。言語聴覚士に関しては80施設、作業療法士に関しては137施設を対象とした。

方法：対象となった病院に対し、郵送にてアンケート調査を実施し、解析を行った。

結果：HBD 患者の復職支援のニーズは、40代から定年前までの壮年男性が多いという患者像が浮き彫りとなった。この年代の就労支援に困難さを感じているリハビリテーションスタッフは多く、その要因として、職場側の受け入れ態勢、協力体制の不足を挙げている。本人の認知機能については、近時記憶障害、コミュニケーション障害、注意障害が就労支援の困難さに影響する要因と考えるリハビリテーションスタッフが多く、精神症状や行動障害が就労の妨げになっていると考えるスタッフは多くなかった。

まとめ：壮年男性の就労支援体制に対するニーズが浮き彫りとなった。企業や職場の、障害者雇用や復職理解を促す施策が必要であること、特に、医療と企業・社会の連携を深めるための就労支援システムの構築が必要であることが結論として考えられる。医療面では、就労支援に影響する認知機能障害として、近時記憶障害、コミュニケーション障害、注意障害が考えられることから、これらの領域の評価とリハビリテーションプログラムの立案が、スムーズな就労支援に役立つのではないかと考えられた。

A. 研究目的

高次脳機能障害（HBD；Higher Brain Dysfunction）患者の復職/就労支援（以下、就労支援とする）においては、本人への治療、介入方法の開発や家族への介入という直接的な介入の必要性があるとともに、患者本人および家族を受け入れる会社や社会側の体制、支援する側の医療や福祉の連携・ネットワークづくり、さらには社会全体の高次脳機能障害への理解が不可欠である。とりわけ、就労支援の過程においては、言語聴覚士(ST)、作業療法士(OT)が重要な役割を果たすべきであると考えられる。しかし、実際の現場において、ST、OT がどの程度 HBD 患者の就労支援に関わっているのかその実態は明らかとなっていない。さらに、現場において、スムーズに

就労へつながったケース、就労支援に苦慮したケースのおおのについて、その要因をリハビリテーションスタッフがどのように理解・解釈しているのかについても、その実情は明らかとなっていない。

そこで、本研究では、熊本県言語聴覚士協会および熊本県作業療法士協会の協力を仰ぎ、リハビリテーションスタッフの HBD 患者の就労支援の実態と、スタッフの意識を探ることを目的としたアンケート調査を行った。

B. 研究方法

【対象と方法】

平成27年12月1日現在、熊本県言語聴覚士協会および熊本県作業療法士協会に所属する ST およ

び OT が勤務する熊本県下の病院（ST 80施設、OT137施設）を対象に、アンケート調査（参考資料参照）を郵送法にて行った。ST、OT 両職種が勤務する病院の場合は、各々1部ずつ計2部を送付し、職種ごとに解析した。

【倫理面への配慮】

調査内容を文書にて説明し、調査票の返送をもって、同意したものとみなした。本研究では個人情報には取り扱わない。本研究は、熊本大学大学院生命科学研究部等人を対象とする医学系研究疫学・一般部門倫理委員会の審査をうけて実施された（倫理第1083号）。

C. 研究結果

アンケート有効回収率は、ST 38施設（47.5%）、OT 80施設（58.4%）であった。

設問 A にて、これまで過去に HBD 患者の就労支援にかかわった経験の有無をたずねたところ、経験がある、と答えたのは、ST で25施設（66%）、OT で29施設（36%）あった（図1）。

「経験がある」と回答があった施設に対して、以下の設問を行った。

1. 患者の男女比について（図2）

ST、OT ともに男性患者を支援した比率が高かった。

2. 年齢（世代）について（図3）

ST、OT ともに50代～定年前までの世代が50%以上を占めていた。

3. 就労支援の困難さの有無（図4）

ST の92%、OT 全例が「困難さを実感した」と回答した。

4. 過去1年以内に就労支援を行い、スムーズ就労できたかどうかについて（図5）

スムーズに就労できたケースは ST の2例（8%）、OT の0例（0%）であり、ST では20代以下および50代～定年前の世代各1例ずつにすぎなかった。

5. スムーズに就労できた要因について（図6）

「認知機能障害が軽い」「本人のモチベーションが高い」「家族の理解や協力が大きい」ことが理由としてあげられていた。

6. 復職支援（元の職場への復職）と就労支援（障害者枠等の新規就労）との支援の差について（図7）

ST、OT ともに復職支援の方が困難とする回答が4割以上を占めていた。

7. 就労支援の困難な年代について（図8）

ST、OT ともに50代～定年前の世代が最も多く半数以上を占めていた。

8. 就労が困難であった要因について（複数回答可）（図9）

ST では、「認知機能障害が重度」「職場の理解や協力が得られなかった」「精神症状・行動症状が著しかった」が上位となり、「相談窓口が少ない・利用できる制度が少ない」「支援制度がわからない・どこへ相談したらいいかわからない」という理由が続いた。OT では、「相談窓口が少ない・利用できる窓口が少ない」「支援制度がわからない・どこへ相談したらいいかわからない」「本人の意欲・モチベーションが少なかった」が上位となり、ついで「認知機能が重度」「職場の理解が得られなかった」と続いた。その他の意見として、「本人の障害受容が低かった」、「スタッフの知識・経験不足」を指摘した回答のほか、「本人の希望と実際の職種がマッチングできなかった」という回答が複数あり、特に、高度で専門的な職種への復職の困難さが挙げられていた。

9. 就労支援の妨げとなった認知機能障害について（複数回答可）（図10）

ST では注意障害、近時記憶障害、遂行機能障害、コミュニケーション障害（失語、理解障害含む）が上位となった。OT では、注意障害を挙げた回答が飛びぬけて多く、次いで、展望記憶障害、コミュニケーション障害、近時記憶障害が続き、意欲低下・アパシーを挙げた回答も多かった。

10. HBD 患者の就労支援に対して、優先的に整備が急がれる領域について（図11）

ST・OT ともに「受け入れ企業等の理解・支援体制」次いで「ジョブコーチやソーシャルワーカーなどの支援体制・法的制度の充実、情報公開」を挙げた回答が多かった。

1 1. その他の意見

「障害に対する職場側からのアプローチが少ない（協力が少ない）」という意見が多数みられた。また、「本人や家族の障害の受容、病識の低さが支援に影響する」という意見もあった。さらに、熊本県は公共交通網が脆弱であり、多くが自家用車による移動手段に頼っているという地勢から、自動車運転に関する意見も多く、「運転ができないと通勤ができない」、「自営であり自動車運転が業務上不可欠である」、などの意見があった。制度の面では、「スタッフ側の知識や経験不足」「制度の情報提供が少ない」「県全体での支援体制・方向性が見えない」、といった意見が寄せられた。

D. 考察

HBD 患者の就労支援の経験がある病院は、ST で66%、OT で36%と開きがあった。しかし、いずれも職種でも、40代から50代、定年前までの壮年層の男性患者であるケースが60~70%を占めた。40代以降になると脳出血やくも膜下出血などの脳血管障害の頻度が増えるため、必然的にこの年代の就労支援の需要が高まると考えられる。またこの年代の男性は、一家の経済の中心としての役割もあり、失職による家庭の経済的損失を懸念して、復職や就労支援のニーズが高くなることも考えられる。一方、実際に支援するスタッフの側も、壮年男性の就労支援に苦慮している現状が浮き彫りとなった。このことから、復職支援体制の構築にあっては、まず、壮年期の男性を主たる対象として検討することが実用的であると考えられる。

次に、高次脳機能障害のどの領域が、就労支援の妨げになるかを探ると、ST からは、認知機能障害の程度や、精神症状・行動症状に拠るところが大きいという意見であったが、OT からはむしろ、公的な支援制度の不備、不足、相談窓口などの不足や「どこへ相談したらいいかわからない」という意見が大半をしめ、精神症状や認知機能障害そのものによる支援の困難さよりも、優先度が高かった。ST は本人と向き合ってリハビリテーションを実践する立場であることに対し、OT は日常生活や社会生活上の支援を行う立場であるという、職種による役割の違いが、意見の相違と

して現れているものと考察される。この相違は、認知機能のどの領域の障害が就労支援の妨げになるか、という問いにも反映されており、ST は、近時記憶障害や遂行機能障害、コミュニケーション障害に主眼を置いているのに対し、OT は注意障害（注意欠陥、不注意）が、日常生活や就労において大きなウェイトを占める機能であると評価していることでもわかる。近時記憶障害やコミュニケーション障害に対しては、メモ書きや附箋、スマートフォンなどのデジタルデバイスでの代替手段が発達していることなどから、作業療法的介入が可能であるが、注意障害に対する介入・代替手段は現在では有用なものがないため、OT の苦慮がうかがわれる。

今後希望する整備体制についてたずねたところ、ST、OT ともに、受け入れ職場・受け入れ企業の要望が多かった。すなわち、高次脳機能障害を理解しようとする姿勢や、とくに復職に対する受け入れを、企業や社会に求める意見が多く、その一方で診断・治療など医療側に改善を求める意見が少なかった。これは、リハビリテーションがある程度順調に経過し、就労支援できるレベルまで回復してきたと考えられても、職場の受け入れ、協力する意志がなければ支援につながらないため、医療側の無念感が表れていると思われる。それを反映して、企業側への働きかけのキーであるジョブコーチや職業支援センターの充実、就労支援窓口の充実と、それらの情報開示を求める意見が多かった。

E. 結論

熊本県内の ST、OT に対して、HBD 患者の就労支援の実態と今後の課題を探索意識調査を行った。HBD 患者の復職支援のニーズは、40代から定年前までの壮年男性が多いという患者像が浮き彫りとなった。この年代の就労支援に困難さを感じているリハビリテーションスタッフは多く、その多くが、職場側の受け入れ態勢、協力体制の不足を挙げていた。本人の認知機能障害については、近時記憶障害、コミュニケーション障害、注意障害が、就労支援の困難さに影響する要因と考えるリハビリテーションスタッフが多く、精神症状や行動障害を支援の妨げと考えるケースそのものは、多くないと考えられる。

これらの結果から、今後の支援体制づくりの一つのニーズとして、中高年男性の就労支援が挙げられる。また、課題として、企業や職場の、障害者雇用や復職理解を促す施策が必要であること、とくに、医療と企業あるいは社会の連携を深めるための就労支援システムの構築が必要であることが考えられる。

一方、医療の面では、就労支援に影響する認知機能障害として、近時記憶障害、コミュニケーション障害、注意障害が考えられることから、これらの領域の評価とリハビリテーションプログラムの立案が、スムーズな就労支援に役立つのではないかと考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Hashimoto M, Yatabe Y, Ishikawa T, Fukuhara R, Kaneda K, Honda K, Yuki S, Ogawa Y, Imamura T, Kazui H, Kamimura N, Shinagawa S, Mizukami K, Mori E, Ikeda M. Relationship between Dementia Severity and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Dementia with Lewy Bodies and Alzheimer's Disease Patients. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2015 6;5(2):244-52.
- 2) Tanaka H, Hashimoto M, Fukuhara R, Ishikawa T, Yatabe Y, Kaneda K, Yuuki S, Honda K, Matsuzaki S, Tsuyuguchi A, Hatada Y, Ikeda M. Relationship between dementia severity and behavioural and psychological symptoms in early-onset Alzheimer's disease. Psychogeriatrics. 2015 ;15(4):242-7.
- 3) 植田賢、石川智久、前田兼宏、柏木宏子、遊亀誠二、福原竜治、池田学. アルツハイマー病との鑑別を要した左前部視床梗塞後の軽度認知障害例. 精神医学 2016 58(1) : 81-85

1. 学会発表

- 1) 村田美希, 板橋薫, 堀田牧, 吉浦和宏, 矢野宏之, 石川智久, 橋本衛, 池田学. 女性アルツ

ハイマー病患者の調理活動における要介助作業項目の検討. 第16回日本認知症ケア学会大会、札幌、5月23－24日、2015、口頭発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

図 1. (設問 A) 高次脳機能障害患者の就労支援の経験の有無

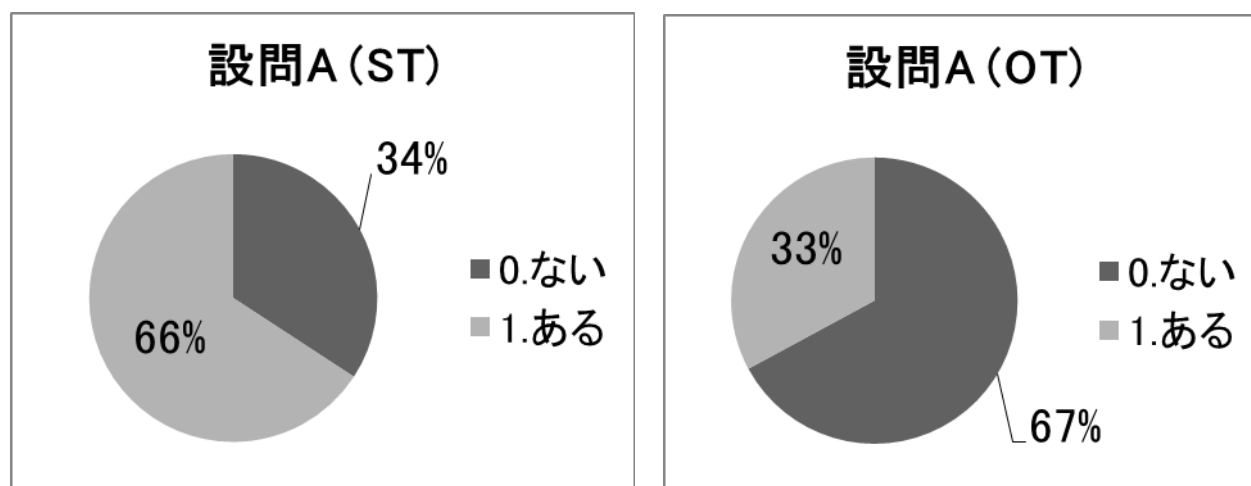


図 2. (設問 B) 過去1年間の就労支援対象者の男女比

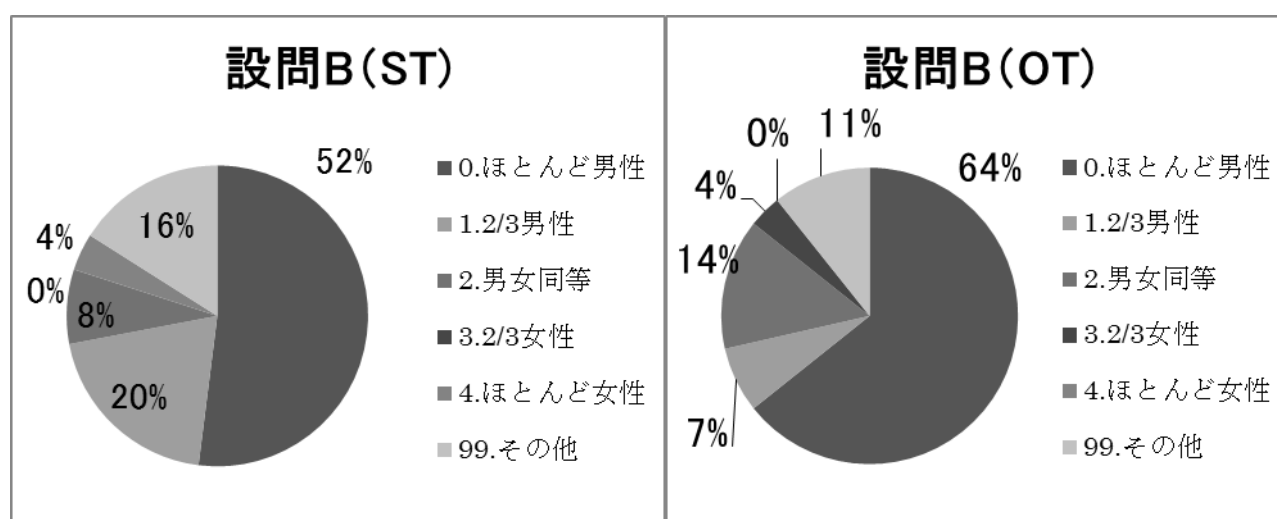


図 3. (設問 C) 過去 1 年間の就労支援対象者で最も多かった年代

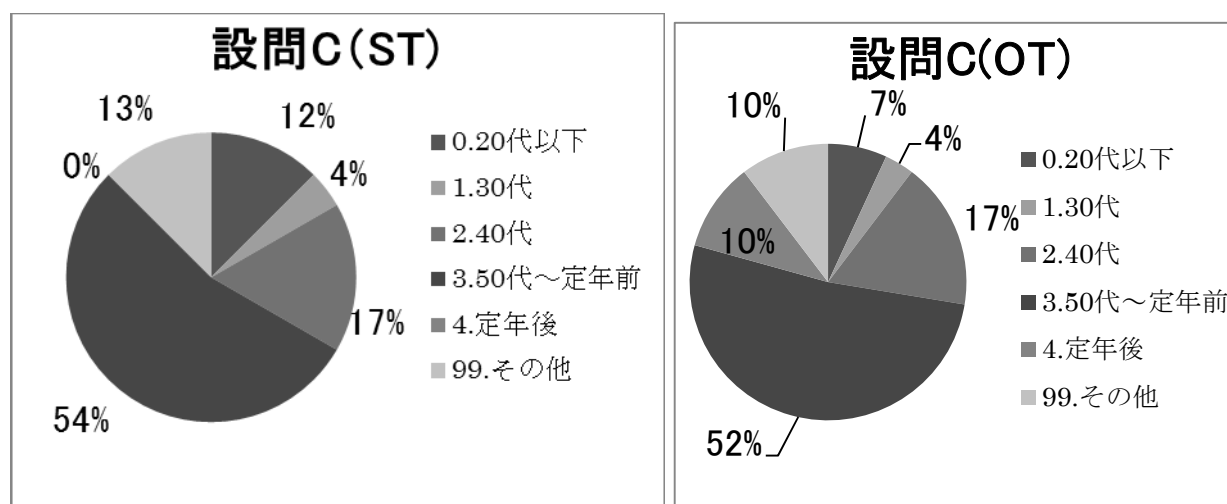


図 4. (設問 D) 就労支援の際の困難さの有無

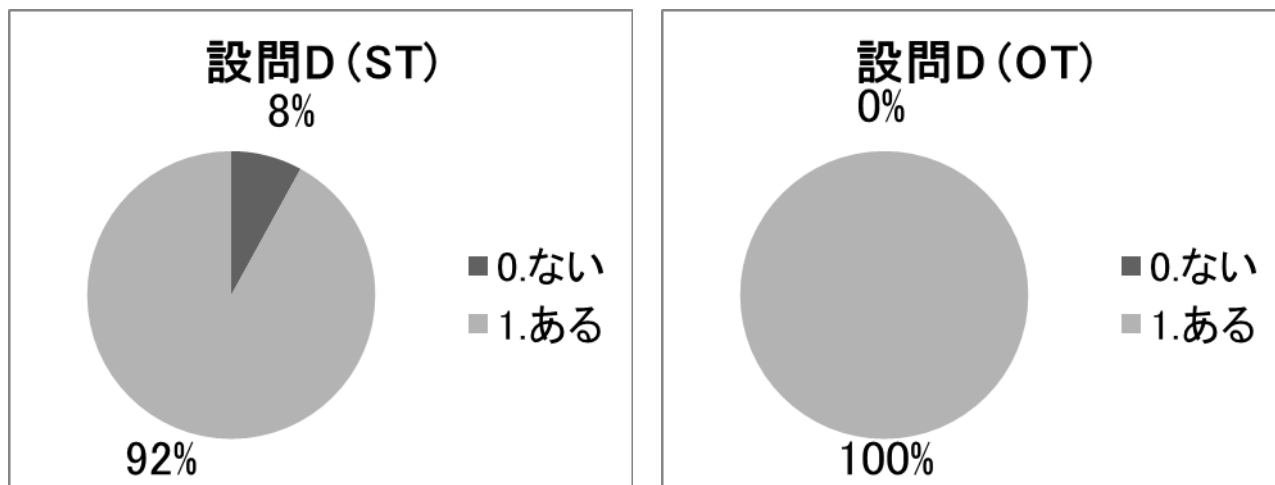


図 5. (設問 E01) スムーズに就労できた世代

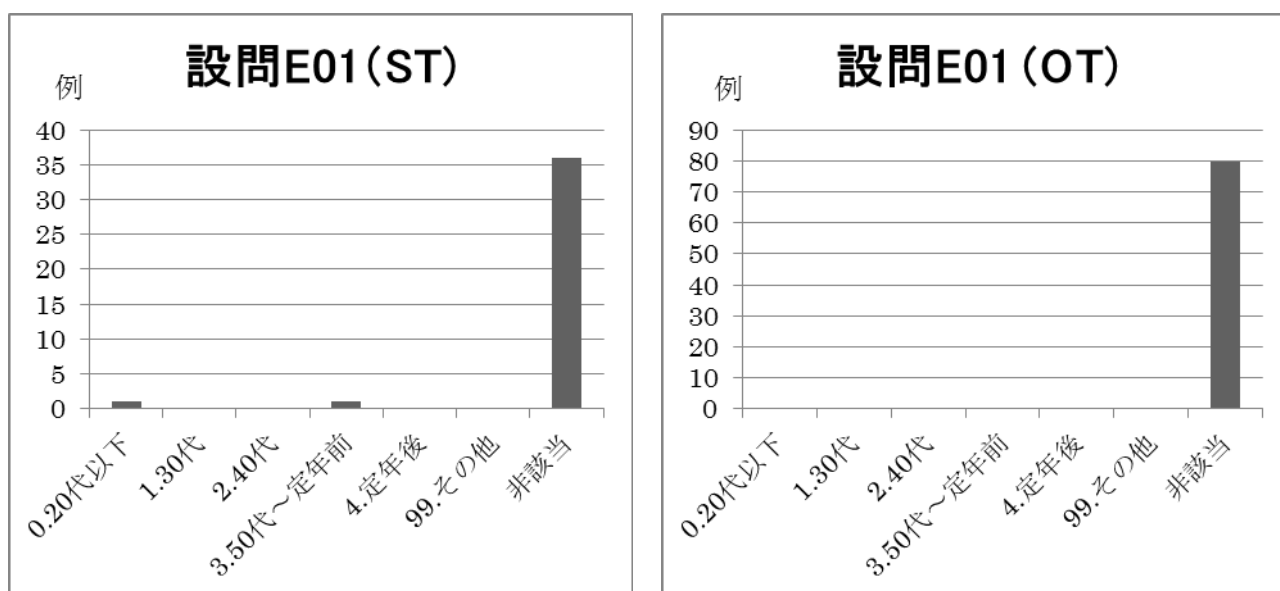


図 6. (設問 E02) スムーズに就労できたと考えられる理由 (複数回答) OT は回答なし

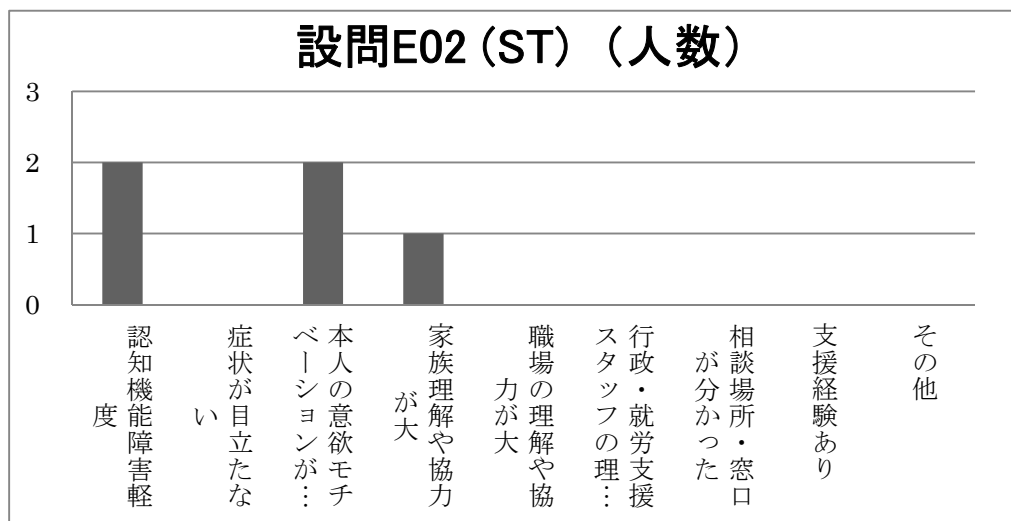


図 7. (設問 E11) 就労支援と復職支援とどちらが困難さを感じたか？

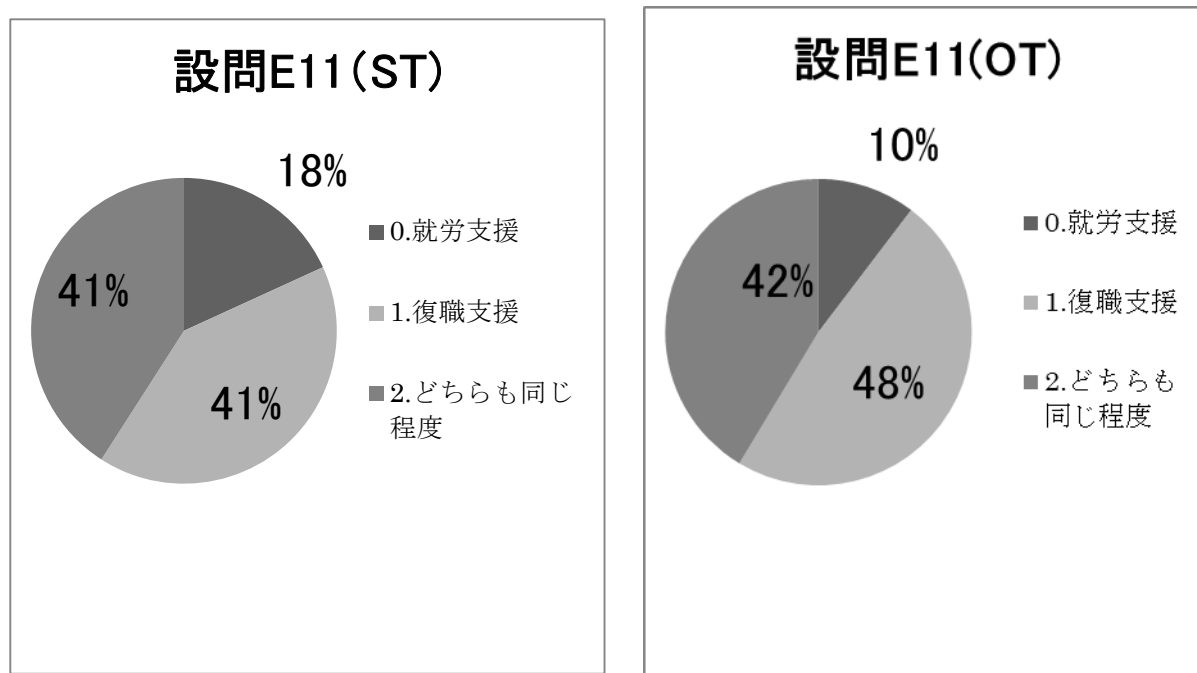


図 8. (設問 E12) 特に困難さを感じた就労支援対象者の年齢層

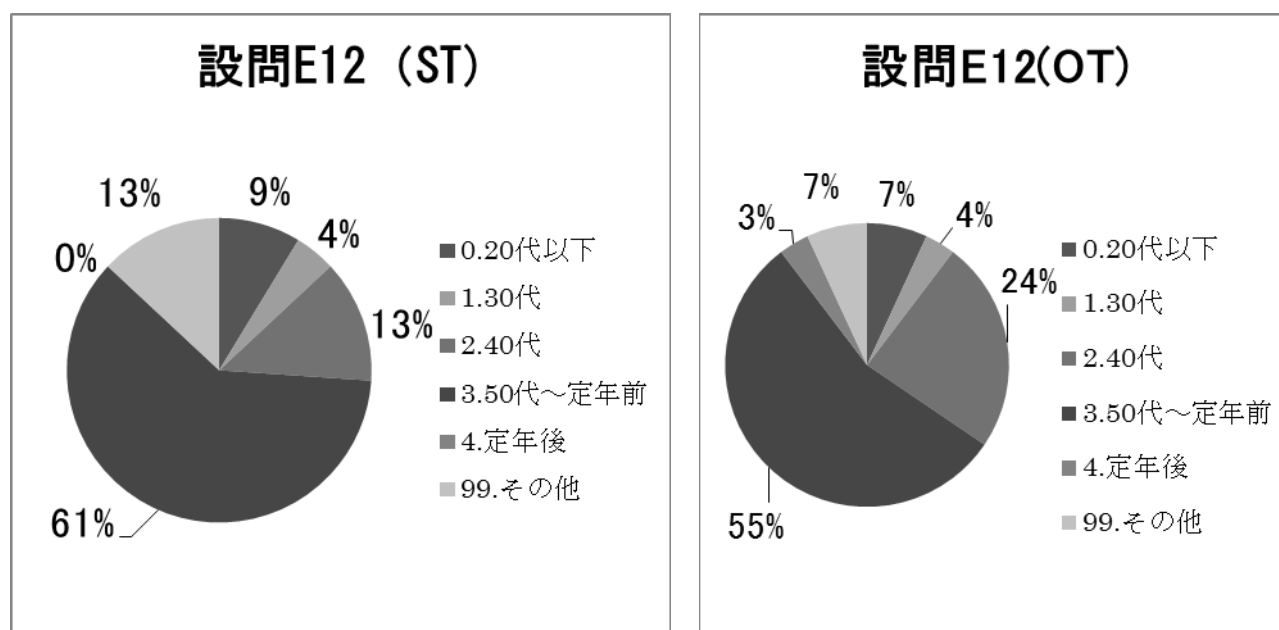


図9. (設問 E13) スムーズに就労支援できなかったと考えられる要因 (複数回答)

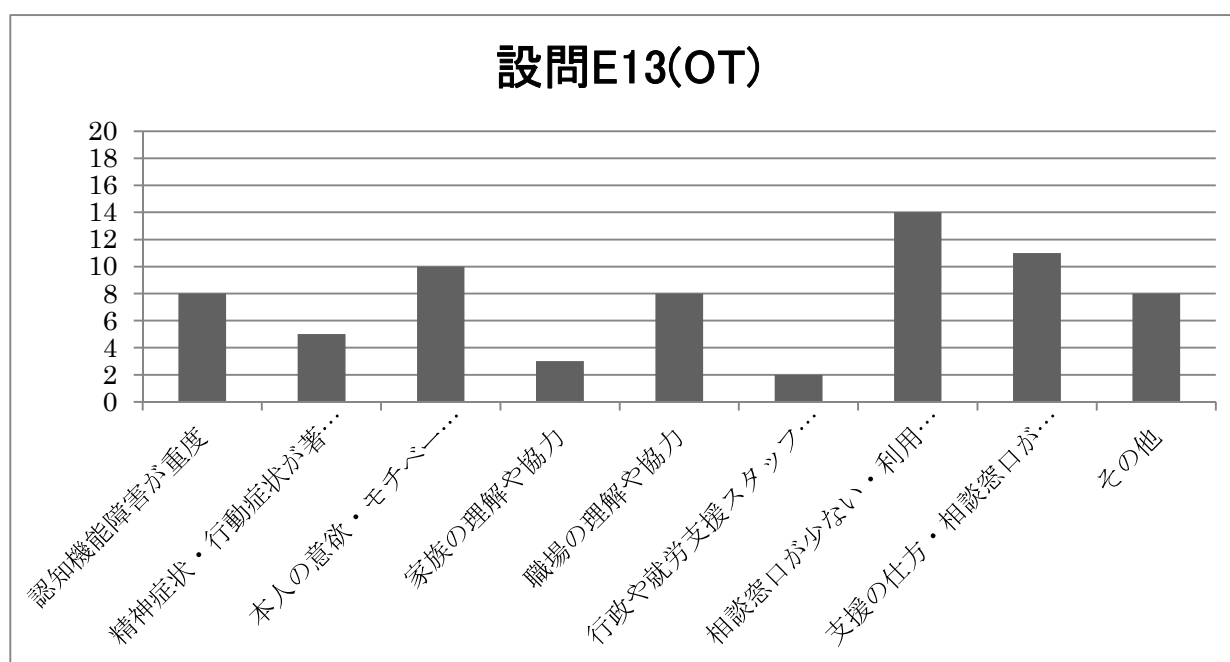
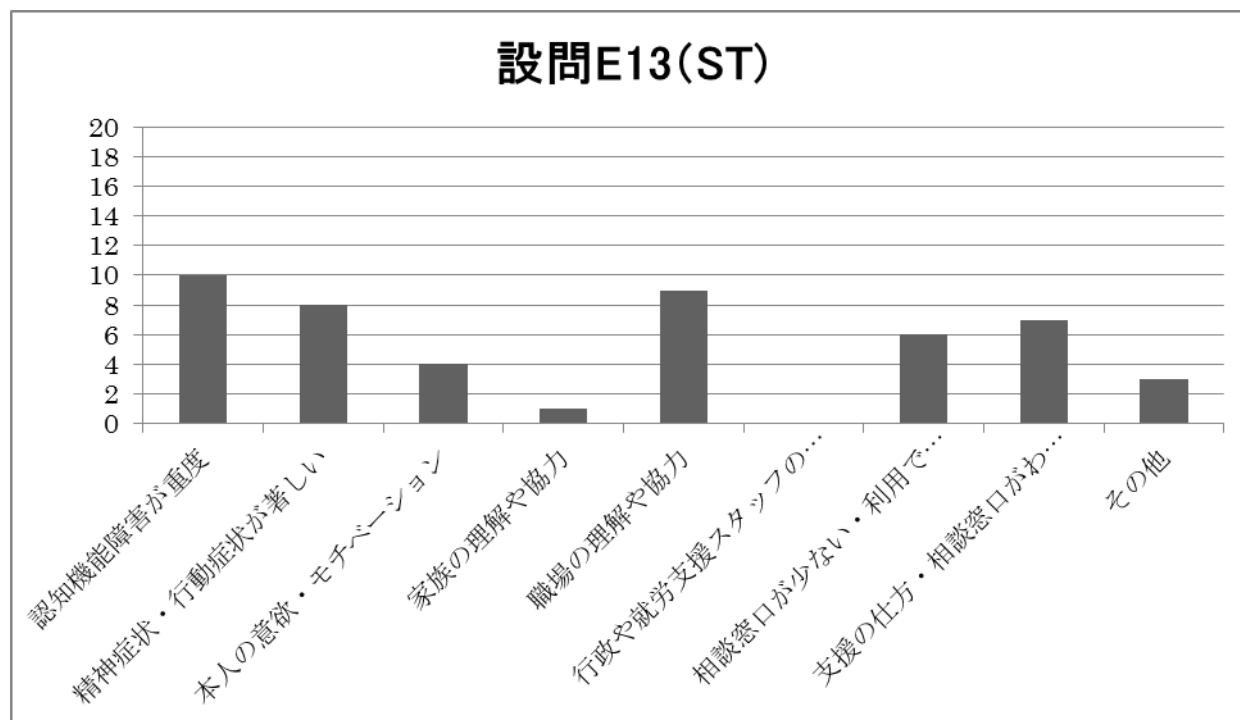


図10. (設問 E14) 認知機能・精神症状のうち、就労支援の妨げになったと思われる症状（複数回答）

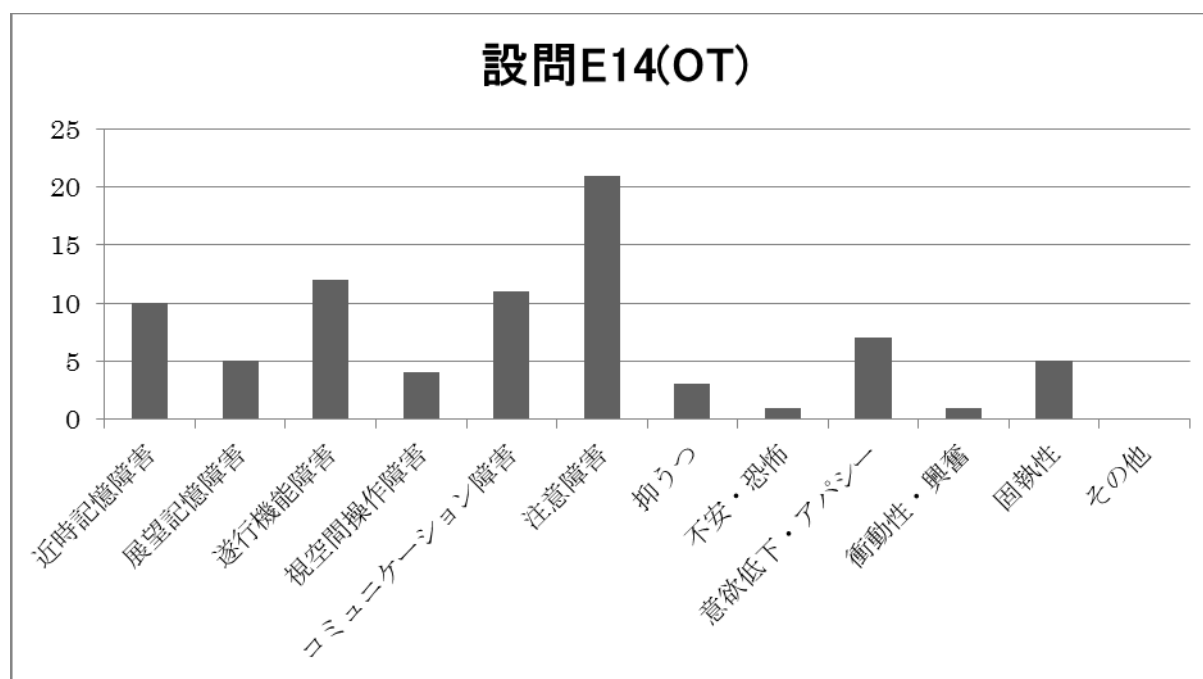
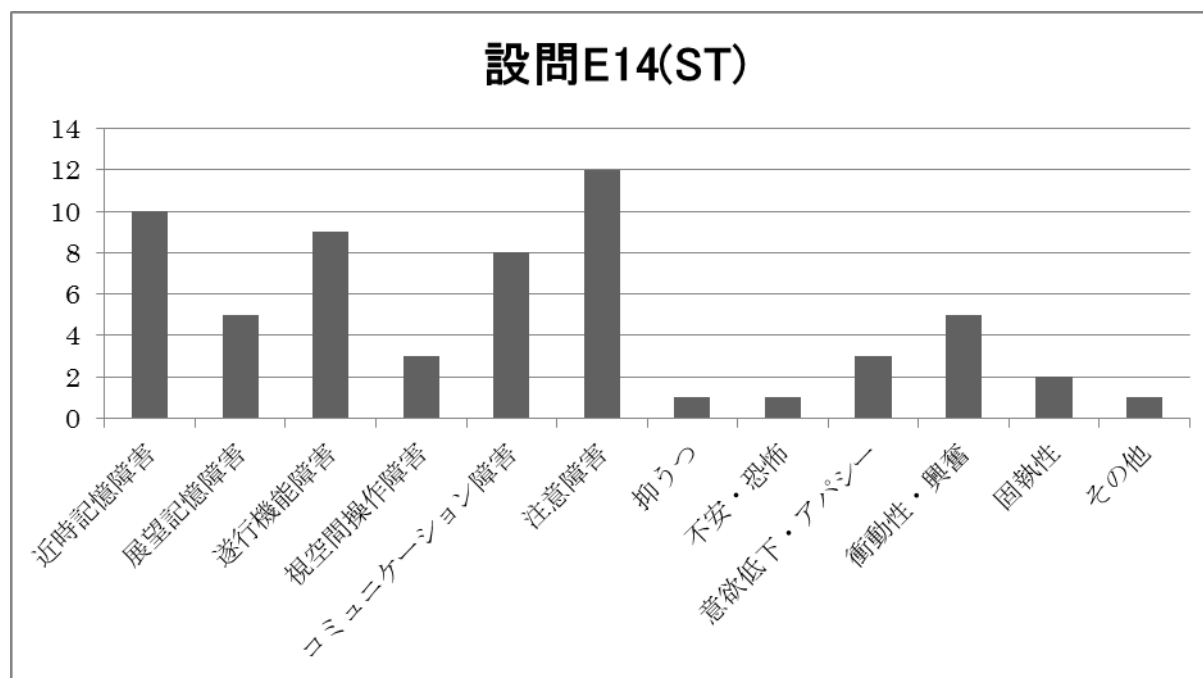
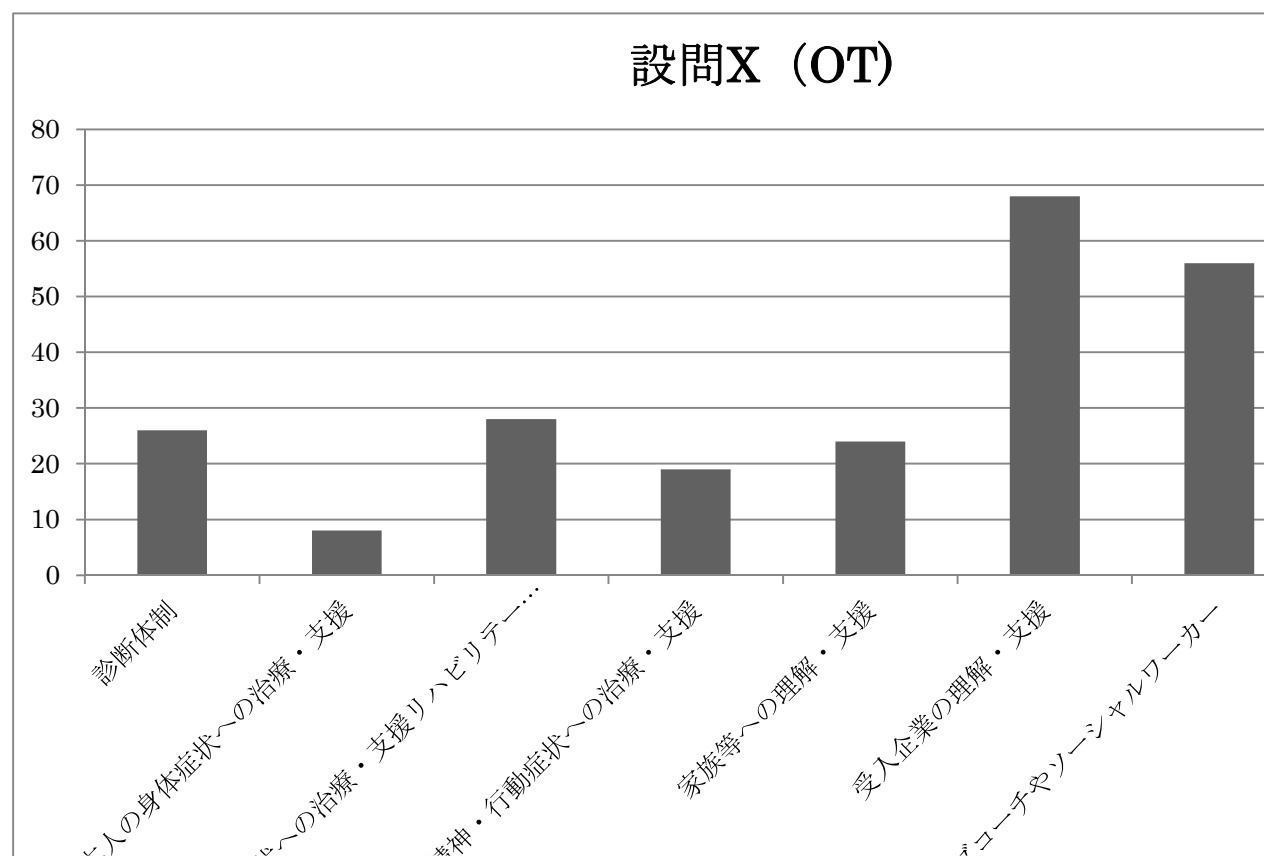
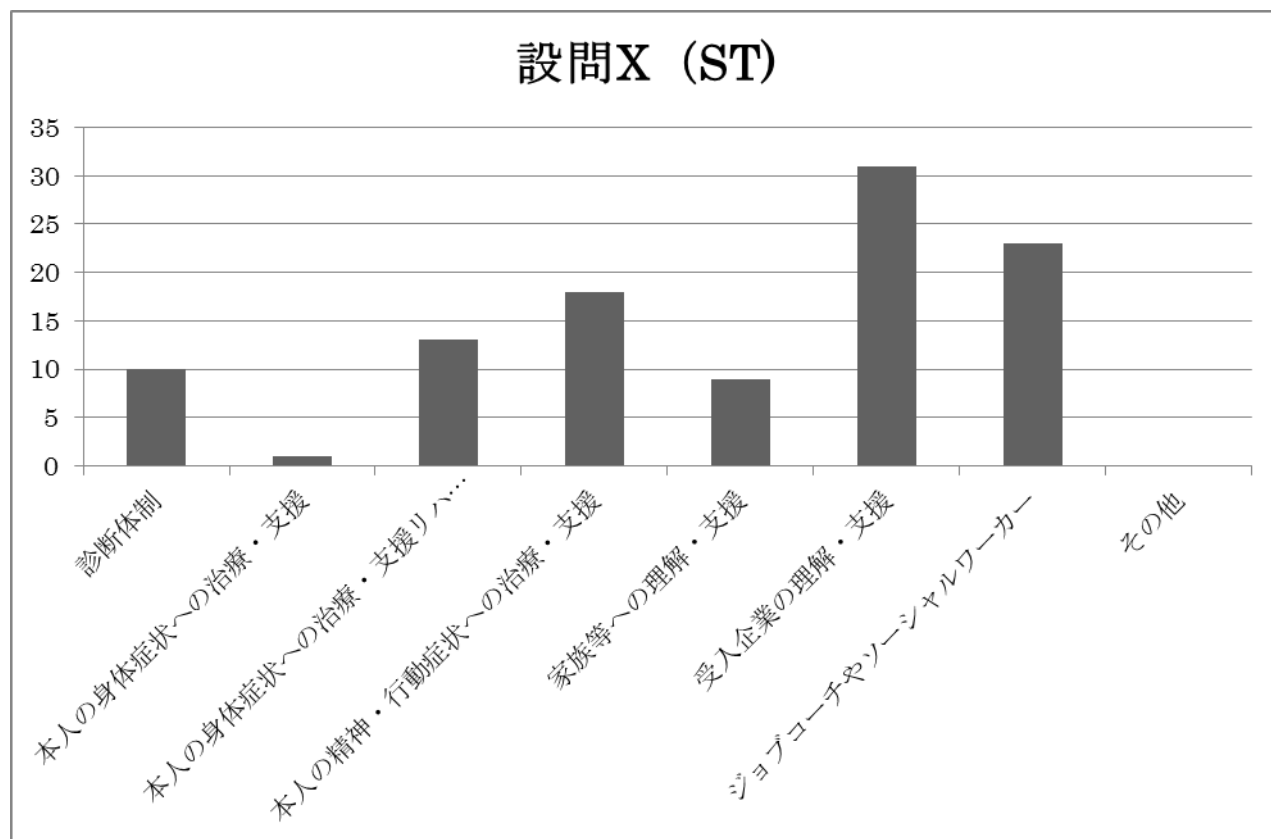


図 11. (設問 X) 就労支援に際して、優先的に整備が急がれると考えられる領域 (複数回答)



(参考資料) 配付アンケート

平成27年度 労災疾病臨床研究事業
「多面的アプローチを用いた高次脳機能障害患者の
復職支援プログラムの開発に関する研究」アンケート調査

【設問】: 下記の設問に当てはまる選択肢に○をつけるか、自由記載にてご回答願います。ご記入は、各セクションで取りまとめていただいて、代表の方がご記入ください。

同一施設で2通到着の場合は、ST・OT それぞれ1通ずつ作成のうえご返信いただきますよう、ご協力をお願いいたします。

＊ご注意＊ 個人を特定しうる情報を記載しないよう、ご注意ください。

貴施設名 ()
ご記入職種 (言語聴覚士 ST 作業療法士 OT)

A. これまでに、いわゆる高次脳機能障がい患者(脳血管障害、頭部外傷など含む)の就労支援(以下、復職支援を含む)にかかわったご経験はありますか？

0. ない 1. ある

(「ない」とお答えの場合 → X..へ飛ぶ)

(「ある」とお答えの場合 → B.以下の設問へ)

B. 過去1年間の、就労支援対象者の男女比はおおむねどの程度でしょうか？

0. ほとんど男性 1. 2/3が男性 2. 男女ほぼ同等
3. 2/3が女性 4. ほとんど女性 99. その他(具体的に？)

C. 過去1年間の、就労支援対象者の年齢で、最も多かったのは次のうちどれでしょうか？

0. 20代以下 1. 30代 2. 40代
3. 50代～定年前 4. 定年後 99. その他(具体的に？)

D. 就労支援の際、困難さを実感したことはありますか？

0. ない 1. ある

(D. で「ない」とお答えの場合、E01. E02. へすすむ)

(D. で「ある」とお答えの場合、E11. E12. E13. E14. へすすむ)

E01. スムーズに就労支援できた対象者の年齢は次のうちどれでしょうか？

0. 20代以下 1. 30代 2. 40代
3. 50代～定年前 4. 定年後 99. その他(具体的に？)

E02. スムーズに就労支援できたと考えられる主な要因は次のうちどれですか？

3つ以内で選んでください。

0. 認知機能障害が軽度であった
1. 精神症状・行動症状がめだたなかった
2. 本人の意欲・モチベーションが高かった
3. 家族の理解や協力が大きかった
4. 職場の理解や協力が大きかった
5. 行政や就労支援スタッフの理解や協力が大きかった
6. 相談場所、窓口がわかった
7. 支援した経験があった、支援の仕方がわかっていた
99. その他(具体的に？)

(D. で ある とお答えの場合、E11. E12. E13へすすむ)

E11. 就労支援(障害者枠等の新規就労)と復職支援(元の職場への復職支援)と、どちらがより困難さを感じましたか？

0. 就労支援 1. 復職支援 2. どちらも同じ程度

E12. 困難さをとくに感じた就労支援対象者の年齢層は、次のうちどれでしょうか？

0. 20代以下 1. 30代 2. 40代
3. 50代～定年前 4. 定年後 99. その他(具体的に？)

E13. スムーズに就労支援できなかったと考えられる主な要因は次のうちどれですか？

3つ以内で選んでください。

0. 認知機能障害が重度であった
1. 精神症状・行動症状が著しかった
2. 本人の意欲・モチベーションが低かった
3. 家族の理解や協力が得られなかった
4. 職場の理解や協力が得られなかった
5. 行政や就労支援スタッフの理解や協力が得られなかった
6. 相談窓口が少ない・利用できる制度が少ない
7. 支援の仕方や利用できる制度がわからない、どこへ相談したらいいかわからない
99. その他(具体的に？)

E14. 認知機能・精神症状のうち、就労支援の妨げとなったのは次のうちどれですか？

次のうち主なもの3つ以内で選んでください。

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 0. 近時記憶障害 | 1. 展望記憶障害(未来の予定に気づくこと) |
| 2. 遂行機能障害 | 3. 視空間操作障害 |
| 4. コミュニケーション障害(失語、理解障害含む) | |
| 5. 注意障害(注意欠陥、多動、不注意) | |
| 6. 抑うつ | 7. 不安・恐怖 |
| 8. 意欲低下・アパシー | |
| 9. 衝動性・興奮・粗暴行為 | 10. 固執性・思考の融通の利かなさ |
| 99. その他(具体的に？) | |

(以下、みなさまお答えください)

X. 高次脳機能障がい患者の就労支援に際して、優先的に整備が急がれる領域は次のうちどれだと考えますか？3つ以内でお選びください。

1. 高次脳機能障がいの診断体制
2. 本人の身体症状への治療・支援体制
3. 本人の身体・認知をふくめたリハビリテーションの体制
4. 本人の精神症状・行動症状への治療・支援体制
5. 家族等の理解・支援体制
6. 受け入れ企業等の理解・支援体制
7. ジョブコーチやソーシャルワーカーなどの支援体制・法的制度の充実、情報公開
99. その他(具体的に？)

Y. 高次脳機能障がい患者の就労支援について、ご意見があればご自由にお書きください。

以上です。ご協力ありがとうございました。

「患者の心理介入方法の開発と、有効性の検証ー高次脳機能障害患者への アンガーマネジメント（AM）の実践的な効果ー」

分担研究者 遊亀誠二 熊本大学医学部附属病院 神経精神科 助教

研究要旨：

高次脳機能障害患者において、易怒性が高頻度に認められることが知られている。易怒性は、高次脳機能障害者が、社会生活を円滑に営む際の障害の一因となっており、就職・復職、仕事自体の継続にも、大きな影響を与えていることが考えられる。アンガーマネジメント(AM)という怒りの感情をコントロールする手法を応用し、当院では、高次脳機能障害患者の易怒性へのコントロールを行ってきている。この試みが、高次脳機能障害者の易怒性のコントロールへ実際に効果があるか、また就業などの成果へつながっているか、実際に AM を行った3症例を比較し、検討を行った。

3症例とも、アンガーマネジメントを行うことで、易怒性によるトラブルが減少したことが認められた。完全な就業には至らないものの、3症例とも仕事への意欲の増加や作業所への継続的参加ができるようになった。高次脳機能障害患者へのアンガーマネジメントは有用な結果をもたらす可能性がある。

A. 研究目的

高次脳機能障害患者において、易怒性といわれる、怒りの感情が生じやすく、またそれを抑制することの困難な状態が、生じやすくなっていることが広く知られるようになってきている。

そもそも‘怒り’は、人にとって生きるために必要な自己防衛のための自然な感情であるが、他の感情と比して、そのままに表出することを、抑制されることが多い。怒りをそのままに表出することは、私たち人間が様々に営んでいる他の人々との関係に対してマイナスに働くことが多いからである。

高次脳機能障害者においては、このやっかいな‘怒り’の感情が高頻度に生じ、そのために社会生活を円滑に行うことが困難となり、就業や復職、仕事自体の継続に、大きな影響を与えていることが考えられている。

アンガーマネジメントは、1970年代より、米国を中心に始まった、この‘怒り（アンガー）’の感情と上手に付き合っていく（マネジメント）ため

の心理教育である。「‘怒り’の感情について正しい知識を得ること」、「知識に基づいたマネジメントの技法を理解すること」、「その技法を実践すること」が行われる。セミナー形式で行われることが多かったが、近年では、より認知行動療法の技法を用いた、アンガーコントロールトレーニングプログラムが用いられ、統合失調症をはじめとした精神疾患患者の‘怒り’の感情のコントロールに成果が上がっている報告がある。

当院では、特に易怒性が強く、社会生活に明確な障害を生じている高次脳機能障害患者に対し、アンガーマネジメントを行ってきている。今回、そのうちの3症例を振り返り、実践的な効果があるかどうかや、就労などへの成果につながっているかを検討してみる。

B. 研究方法

平成19年より行っている当科高次脳機能障害専門外来を受診した患者のうち、易怒性が強く、入院環境下で、心理士からアンガーマネジメントを行われた3症例により、マネジメントの効果を、

ももっとも怒りの対象となり、被害が大きいと思われる家族からの評価と、その後の就業などの社会参加の程度により考察する。

症例1. A氏。40代男性。脳炎後高次脳機能障害となった。著明な記憶障害があり、WMS-Rの一般記憶70程度。もともと両親と農家を営んでいたが、脳炎後は状態安定しても、あまり働かなくなった。また些細なことで、家族に対し大声でのしるなどが続いていた。家族の勧めで当院専門外来受診となった。

症例2. B女史。30代女性。脳炎後高次脳機能障害となった。精神科看護師として、10年以上勤務していたが、脳炎後は知的機能の低下があり

(WAIS-ⅢのFIQ70)、退職。些細なことで苛立ち、家族への暴言・暴力が続いた。精神科病院への入院も数回行われたが、スタッフに対しても暴力があった。退院しても、近隣に対しても易怒性が募り、保育園や工事現場に対して、大声で文句を言い続けたり、逆に騒音を立て続けるなどの行為が続いた。両親の勧めで転居。転居後も易怒性は続き、前医の紹介で当院専門外来受診となった。

症例3. C氏。10代男性。交通事故後外傷により高次脳機能障害となった。リハビリテーション後退院するも、著明な注意障害が残り、復学するもなじめず、休みが続くようになり留年。自宅へ引きこもるようになった。些細なことから家族へ激しく怒り、大声や家財の破壊がみられた。家族の強い希望から当院専門外来受診となった。

それぞれが入院加療を行い、第1回入院から心理士によるアンガーマネジメントを開始し、退院後も随時マネジメントを継続している。また、その後の入院回数は、症例により異なっている。

マネジメントは、心理士の判断で、グループでのセッションとしたり、心理面接の形で1対1で行ったりと形式は一定していない。初回に、アンガーマネジメントについての紹介と、‘怒り’に関する知識の紹介（高いところから低いところへ流れる、爆発は一時的である、第二次的感情であること、など）と、コントロールするための技法の簡単な紹介をおこない、以後は実生活で生じた‘怒

り’の場面に基づいて、お互い相談しながら、知識と技法を深めていくやり方で行われた。回数は、週1〜3回とまちまちで、対象者各人に合わせて行われた。

評価は、第1回入院治療後の家族の評価を基にした。就業などへの成果は最終受診時を基にした。（倫理面への配慮）

本研究の遂行に当たっては、患者及び家族の同意を得るとともに、本学の倫理委員会の承諾を得た。

C. 研究結果

症例1は、これまでの5年間に6回入院が行われた。行われたアンガーマネジメントについての家族の評価は高く、退院後、「落ち着きが増している」「問題行動が減少した」などの感想が聞かれている。家業である農業への参加は継続しており、以前のように農閑期に引きこもる状況も改善が認められている。

症例2では、8年間に9回の入院が行われていた。こちらもアンガーマネジメントへの家族評価は高く、「一時は家族心中を考えた」というような状況はすっかり改善されている。就業に関しては、以前は継続ができなかった作業所参加がほぼ連日継続できている。以前よりの本人の希望であった看護師としての就労も模索中である。

症例3は、6年間に入院1回のみであった。アンガーマネジメントの評価は良く、退院後も外来でカウンセリングが行われているが、随時アンガーマネジメントについての話題も取り上げられている。退院後1年目より別府のリハビリテーションセンターへの入所ができ、そちらでの生活もうまく行え、現在は、A型作業所へ継続して通っている。

総じて、3症例とも家族評価は良く、また時間はかかっても社会参加へ至っていた。

D. 考察

3症例とも、易怒性が明らかで、暴言・暴力や破壊行動が認められていた。3症例とも支援をしている親しい家族がアンガーマネジメント施行前後を比較して、その効果を高く評価していた。‘怒り’の感情は身近な人物に対して強く感じやすく、

マネジメントでは‘怒り’の性質として初めから説明し理解してもらうようにしている。家族に対する‘怒り’が面接の際の話題に上がることも多い。自身が‘怒り’にまかせて、母親に「死ね」という文字を長文に連ねたメールを送った後、症例2のB女史は、少しも気持ちがすっきりせず、冷静になった後は、むしろ自身が行ったグロテスクな行為に嫌悪を感じたと話しており、‘怒り’を消す・晴らすことよりも、コントロールすること、そしてそれは何より自分自身の喫緊の問題であることを初めて理解したことを吐露されていた。アンガーマネジメントは、単に技法を理解し習熟するというだけでなく、周囲と自身の関係について、内省と気づきを内包していることが考えられた。

3症例が就業に近づいていることは、このことが大きく関係しているかもしれない。就業の際に求められるものは、何よりも周囲との協調であり、単に怒りをコントロールするのみでなく、周囲との関係性を考えることができることが、アンガーマネジメントで行われた可能性も考えられる。

自身の能力が不条理にも奪われてしまった高次脳機能障害患者にとって、そのことへの怒りは深く存在していると思われる。アンガーマネジメントは、高次脳機能障害者にとっては必須に近いものなのかもしれない。

E. 結論

・高次脳機能障害患者の易怒性のコントロールに、アンガーマネジメントは有用な可能性がある。

・高次脳機能障害患者の易怒性のコントロールが就業へつながる可能性がある。

F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記入される。

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・ 植田 賢, 石川 智久, 前田 兼宏, 柏木 宏子, 遊亀 誠二, 福原 竜治, 池田 学. アルツハイマー病との鑑別を要した左前部視床梗塞後の軽度認知障害例. 精神医学
- ・ 赤城真理子, 遊亀誠二, 日高洋介, 梶尾勇介, 柏木宏子, 池田 学. 発熱後に精神症状や認知機能低下を伴った抗 NMDA 受容体脳炎が疑われた一例. 九州神経精神医学雑誌 (印刷中)
- ・ 遊亀誠二, 池田 学. 身体診察および検査-器質疾患をいかに除外するか-. 臨床精神医学, 44 (6) : 821-827, 2015

2. 学会発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

労災疾病臨床研究事業費補助金

分担研究報告書

高次脳機能障害患者に対する自動車運転再開支援プログラムに関する研究

分担研究者 福原竜治 熊本大学附属病院神経精神科 特任講師

研究要旨

高次脳機能障害者の復職過程において、自動車運転の可否が復職自体あるいは復職後の仕事環境に影響する。高次脳機能障害患者においては、記憶、注意、遂行機能の障害の他、社会的行動障害、病識の低下、失行、失認、失語などのさまざまな症状を呈するため、運転技能の低下が想定されている。しかし、実際の運転能力を評価する際に、机上の神経心理検査のみを用いて評価することは現在のところ困難と考えられている。そのため、運転シミュレータや実車を用いた評価が最も妥当な評価法とされ期待されている。本年われわれは、高次脳機能障害患者の自動車運転支援を行っている熊本セントラル病院を協力機関として、就労を予定あるいはすでに就労している高次脳機能障害患者に対する自動車運転再開支援プログラムの開発に着手した。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

田中 希	熊本県高次脳機能障害支援センター 精神保健福祉士
内田智子	潤心会熊本セントラル病院 作業療法士

A. 研究目的

高次脳機能障害者の復職過程において、自動車運転の可否が、復職自体あるいは復職後の就労環境に影響する。高次脳機能障害患者においては、脳障害の部位や程度によって、記憶、注意、遂行機能の障害の他、社会的行動障害、病識の低下、失行、失認、失語などの多彩な症状をさまざまな程度に呈するが、実際の運転能力を評価する際に、机上の神経心理検査のみを用いて評価することは現在のところ困難とされている。そのため運転シミュレータや実車を用いた評価が、最も妥当な評価法として期待されている。そこで、高次脳機能障害患者の復職支援プログラムの開発の一環として、就労を予定あるいはすでに就労している患者に対し運転シミュレータならびに実車によ

る運転能力評価や練習を含めた実効性のある運転再開支援プログラムの開発を試みた。

B. 研究方法

【対象選択】

熊本大学医学部附属病院神経精神科高次脳機能専門外来に通院中の患者のうち、就労を予定もしくは実際にしている高次脳機能障害患者の中から、運転が再開できておらず、運転支援プログラム参加への同意が得られた者を対象とする。なお症候性てんかんを合併している場合は、最終発作後2年以上経過していることを必須条件とする。

【方法】

熊本県内の潤心会熊本セントラル病院を協力機関として行う。同病院は、平成26年までに既に計16名の高次脳機能障害患者に対する運転再開支援を行った実績がある。

本研究で用いる評価法および運転再開支援の流れを以下に示す（図1が模式図となる）。

①適性検査前評価

最初に適性前評価として、身体および高次脳機能障害の評価と、運転シミュレータなどによ

る運転能力の評価を行う。

➤ 面談、情報収集、身体機能評価および高次脳機能評価

- 1) Mini-mental state Examination (MMSE)
- 2) 日本版 BADS 遂行機能障害症候群の行動評価
- 3) 標準注意検査法 (CAT)
- 4) WAIS-III
- 5) リバーミード行動記憶検査 (RBMT)
- 6) 日本語版 Profile of Mood States (POMS)
- 7) Trail Making Test (TMT) - Part A and Part B
- 8) Rey 複雑図形模写・即時再生
- 9) コース立方体組み合わせテスト
- 10) かな拾いテスト

➤ 運転能力評価

- 1) 脳卒中ドライバーのスクリーニング評価日本版 (Stroke Drivers' Screening Assessment Japanese Version : SDSA)
- 2) 自動車運転シミュレータ評価 (HONDA セーフティナビ) (運転反応検査・危険予測運転)
- 3) 停止車両での操作評価

➤ 診断書作成

上記の結果をもとに、医師により「運転を控えるべきとはいえない」という内容の診断書を作成し、公安委員会に提出する。

②適性検査

運転免許センターで適性検査を受け、運転適性があると認められたのち、診断書の内容と合わせて公安委員会により運転の許可がおりる。この時点で法的には路上での自動車運転が可能となるが、本人や家族には「本プログラムの特徴である専門家による路上での実車評価および練習を行うためには運転の許可を得る必要があるため、運転の許可は実習現場に限定されること、実車講習が終了するまでは路上で運転しないこと、講習の結果次第では運転を許可できないこともあり得ること」を十分に説明しておく。

③適性検査後評価 (実車による運転能力評価)

適性検査後、構内実車評価および路上実車評価・練習を通して、熊本セントラル病院スタッフおよび交通教育センターレインボー熊本 (HSR 九州) のインストラクターにより、患者の障害特

性と運転特性の両面から運転の可否が専門家により判定される。

④自動車運転再開

専門家による意見を伝えた上で、最終的には本人・家族の判断によって自動車運転が再開される。また事例により、その後の支援を継続するかどうか判断される。

C. 研究結果

平成 26 年までに熊本セントラル病院において行われた高次脳機能障害患者に対する運転支援例は 16 例である。そのうち 13 例は運転再開され、3 例は家族の反対により運転再開に至らなかった。運転再開された 13 例のうち 6 例は復職した現場で運転していた。以下に自動車運転を再開した 1 事例を紹介する。

<事例 50 歳男性>

【病名】くも膜下出血後遺症

【障害名】 注意障害、失語症、症候性てんかん (内服あり)

【現病歴・支援までの経過】

くも膜下出血発症後、半年間のリハビリテーションを受け自宅退院した。退院後症候性てんかん発作のため内服治療が開始された。その後自動車車検工場に復職した。職場の上司の理解があり、業務は病前よりも簡単な内容に変更され仕事の継続は可能であった。しかし通勤手段は、自宅から最寄りのバス停までは家族が送迎し、バスを降りたあと職場までは同僚の車で移動するという極めて不便な方法であったため、本人は自動車運転の再開を強く希望した。家族もできれば運転させてあげたいという思いがあり、運転能力の評価を希望した。てんかん最終発作から 2 年以上経過しており、運転再開支援を開始した。

【認知機能検査結果】

- 1) TMT Part A 110 秒、TMT Part B 351 秒
- 2) かな拾いテスト正答率 30%
- 3) コース立方体組み合わせテスト IQ119
- 4) Rey 複雑図形模写 35 点、即時再生 22.5 点
- 5) WAIS-III (FIQ80 知覚統合 89 作業記憶 50 未満 処理速度 52)
- 6) RBMT (SPS 19/24, SS 8/12)

認知機能検査の結果からは、記憶、知能の粗大

な障害を認めないが、注意、遂行機能、言語の機能低下を認め、自動車運転には何らかの影響を及ぼす可能性は否定できなかった。

【支援内容】

- 1 回目：訪問により、身体機能評価、停止車両評価（本人車）、環境調査（自宅周辺、職場周辺、通勤経路）を実施した。
- 2 回目：高次脳機能評価、シミュレータ評価（HONDA セーフティナビ）
- 3 回目：実車評価（HSR 九州構内）
- 4 回目：免許センター適性検査へ作業療法士が同行した。
- 5 回目：実車評価（路上）

【結果】

高次脳機能障害は有するが身体障害がなく、残存能力により運転操作には問題を認めなかった。判断能力に関しても、高次脳機能障害の運転への影響は認めなかった。インストラクターによる評価においても、運転は可能であろうとの評価であった。その後、家族同乗のもとで何度か通勤経路の運転練習を行い、運転を再開した。通勤手段を獲得したことにより、業務内容、業務時間も拡大した。現在、運転を開始して1年が経過するが事故はない。通勤のほかにも車で旅行に行くなど生活圏は拡大しており、就労外の生活においても自動車運転が再開できた意義は大きいと思われた。

D. 考察

てんかんを持つ患者や認知症ドライバーによる交通事故の報道を受けて、高次脳機能障害患者が自動車運転を再開することに対して否定的な風潮が蔓延している。しかしこれまでの熊本セントラル病院の取り組みの結果では、高次脳機能障害を持つ患者が自動車運転を再開し、安全に運転継続できた事例は少なくない。確かに身体面を含む障害の程度は患者によって様々であり、全ての例で運転が可能になるわけではないが、熟練したインストラクターとリハビリテーションスタッフによる実車を用いた評価と練習によって、条件付きでも運転が再開できるようになる例があることは認識されるべきである。

自動車運転の再開は、患者の復職をしやすくし、あるいは職場において自立して活動しやすくなることにつながり、患者の社会復帰を促進するものと考えられる。また提示事例のように、通勤だ

けでなく余暇活動の充実につながることもあり、患者の生活の質向上にも有意義と考えられた。

E. 結論

高次脳機能障害発症後に、きめ細やかな支援があれば自動車運転を再開できる事例は少なくなる。今後、患者の社会復帰における本プログラムによる自動車運転再開の実効性についてさらなる評価が必要である。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

- ・ Ryuji Fukuhara, Amitabha Ghosh, Jong-Ling Fuh, Jacqueline Dominguez, Paulus A. Ong and Manabu Ikeda. An international multi-center research in Asia on family history of frontotemporal dementia. The 9th International Congress of the Asian Society Against Dementia (ASAD), Kumamoto, 2015.Sep. 14-16
- ・ 福原 竜治、橋本 衛、米田 哲也、北島 美香、田中 響、宮川 雄介、平井 俊範、池田 学. アルツハイマー病における MRI 位相差強調画像化法(Phase Difference Enhanced Imaging: PADRE)の臨床的有用性、第 20 回神経精神医学会、金沢、平成 27 年 12 月 12 日

H. 知的財産権の出願・登録状況

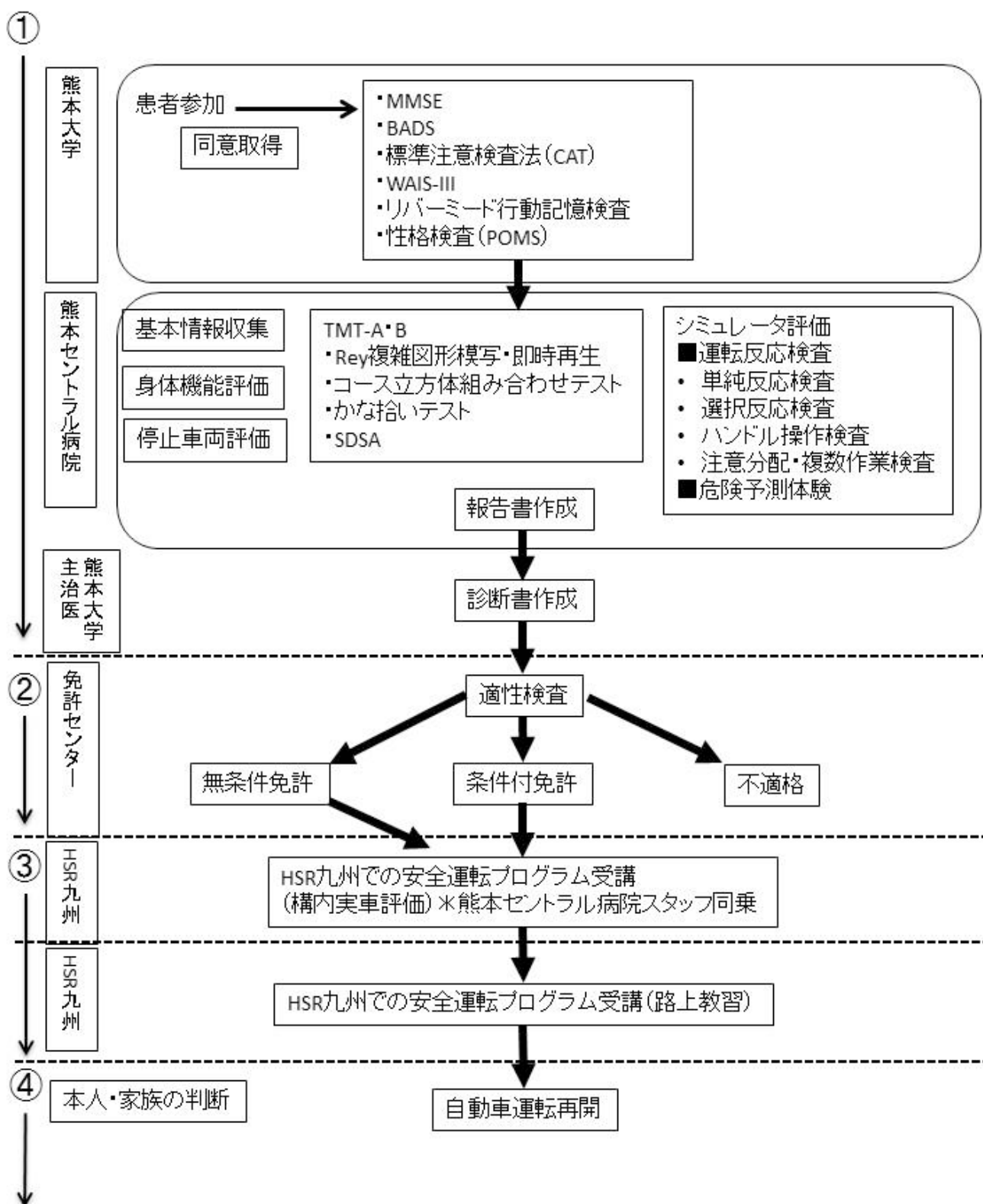
1. 特許取得
なし

2. 実用新案登録
なし

3. その他
なし

図 1.

自動車運転再開支援の流れ



労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

高次脳機能障害における就労と家族の感情表出の関係についての研究

分担研究者 池田 学 熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野 教授

研究要旨:

目的: 高次脳機能障害では、家族の過干渉や敵意、情緒的不安定さが患者の精神状態を悪化させ、就労を含めた社会復帰に悪影響を及ぼしている場合がある。そこで本研究では、患者本人の症状だけではなく、家族が患者に向けて表出する感情にも着目した。患者家族が本人のことをどう捉え、どのような感情を抱いているのかを客観的に調査することにより、家族の EE が患者の就労に及ぼす影響を明らかにし、最終的には家族への効果的な介入方法を開発することが本研究の目的である。

方法: 初年度は、過去の資料を参考にして、患者の症状評価バッテリーと家族の EE を評価するバッテリーとを作成した。患者本人の評価バッテリーは、記憶障害、注意障害、遂行機能障害などの認知機能障害を評価する神経心理学的検査に加えて、社会復帰の妨げになることが多い気分障害を評価する尺度と、自己の能力の自覚を測定する尺度を組み入れた。家族用バッテリーでは、患者における家族からみた生活能力や行動・心理症状について PCRS、DEX 家族用、NPI-D を用いて聴取するとともに、患者に対する介護者の負担感や EE について ZBI と FAS を実施することとした。作成した評価バッテリーを、交通事故による脳外傷後遺症患者とその家族に実施した。

結果: 本評価バッテリーにより、対象患者の症状と家族の EE の評価はともに可能であった。

考察: 今回作成した評価バッテリーを活用することにより、患者の状態と家族との関係、さらに家族の EE が患者の社会復帰に及ぼす影響を調査することが可能となる。次年度以降は対象患者を増やし、患者家族が本人にどのような感情を持っているのかを評価し、就労やその継続との関係を検討する。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

田中 希	熊本県高次脳機能障害支援センター 精神保健福祉士
伊地知大亮	熊本大学医学部附属病院 臨床心理士

A. 研究目的

近年では高次脳機能障害の話題がメディアで取り上げられることも増え、障害の認知度も上がりつつある。しかし、高次脳機能障害を持つ患者は一見ただけでは健常者との区別はつきにくく、家庭や職場では障害ゆえの失敗であるにもかかわらず周囲の理解不足により反感を買ってし

まうような、人間関係を悪化させやすい状況がある。さらに、高次脳機能障害を持つ患者本人も自らの障害の程度に気付きにくく、かつ性格変化や情動コントロールの障害など他者との関係を保つ上で必要な能力に問題が生じることが多い。このように高次脳機能障害は周囲からの誤解を受けやすい障害であるため、適切に他者との関係が築けず、就労やその継続が困難な患者が多いという実態がある。

一方で、障害を持ちながらも継続した就労が可能な患者もいることは確かであり、就労やその継続が困難な者との差異を明らかにすることは、患者の支援方針を検討する上で重要な情報となる。個々の患者の症状は多様であり、障害の程度や患

者の性格などさまざまな要因が就労を含めた社会復帰に影響していることが考えられるが、家族と患者本人との関係性が就労に及ぼす影響はこれまで研究されてこなかった。家族の感情表出 (Expressed Emotion ; EE) は、従来精神疾患領域、特に統合失調症患者において、家族関係性の指標として研究が進められてきた概念であり、高 EE すなわち“患者に対する家族の感情的な批判、敵意、巻き込まれなどが強い状態”が、患者の精神症状を悪化させることが報告されている。高次脳機能障害においても、家族の過干渉や敵意、情緒的不安定さが患者の精神状態を悪化させ、就労を含めた社会復帰に悪影響を及ぼしている事例はしばしば経験する。

そこで本研究では、患者本人の症状だけではなく、家族が患者に向けて表出する感情にも着目した。患者家族が本人のことをどう捉え、どのような感情を抱いているのかを客観的に調査することにより、家族の EE が患者の就労に及ぼす影響を明らかにし、最終的には家族への効果的な介入方法を開発することを目的とする。本年度はその第一段階として高次脳機能障害の症状と家族との関係を測定する尺度を組み合わせたバッテリーを作成した。

B. 研究方法

【倫理面への配慮】

本研究の遂行に当たっては、患者及び家族の同意を得た。さらに、熊本大学大学院生命科学研究部等人を対象とする医学系研究疫学・一般部門倫理委員会の審査をうけて実施された(倫理第622号、第623号)。

【研究に用いる検査の検討】

本人の状態や支援者を含む感情のあり方を検討するための検査として本人用と家族用の2つのバッテリーを作成した。

患者本人の評価バッテリーは、記憶障害、注意障害、遂行機能障害などの認知機能障害を評価する神経心理学的検査に加えて、社会復帰の妨げになることが多い気分障害を評価する尺度と、自己の能力の自覚を測定する尺度を選択した(POMS 短縮版と DEX 本人用)。

家族用バッテリーでは、患者における家族からみた生活能力や行動・心理症状について Patient Competency Rating Scale 家族用(PCRS)と DEX 家族用, Neuropsychiatric Inventory

-Caregiver Distress Scale (NPI-D), を用いて聴取するとともに、患者に対する介護者の負担感や感情表出(EE)について Zarit 介護者負担尺度(ZBI)と Family Attitudes Scale (FAS)を実施することとした。

これらの評価尺度の選択にあたり、著作権の問題には十分留意した。

C. 結果

具体的な評価尺度の内容を参考資料(一部を抜粋)に示す。これらの評価尺度を実際の高次脳機能障害事例に実施した結果を紹介する。

【事例 20代前半 男性】

【主訴】本人:言葉がうまく話せない

家族:最初の言葉がつまって出てこない

【現病歴】X-1年5月, 工作中的の自動車事故により A 病院へ搬送され外傷性くも膜下出血と診断を受けた。4日で意識は回復し、6月に B 病院転院後リハビリが開始された。10月に C 病院にて高次脳機能障害の精査を受け、記憶, 知能, 注意いずれも良好の評価であったために, X 年2月に職場復帰した。職場では名刺交換の際に自分の名前がうまく言えなかったため, 内勤に配置転換された。しかし電話の応対がうまくできず緊張が続いている状態である。当院へは言語障害に対するリハビリ希望で受診した。なお, 児童期に吃音を認めたが小学校高学年頃に自然に消失。元々は社交的で目上の人と話すことも気にならなかった。

【検査結果】検査時, 本人はまじめで緊張が強い印象を受けた。記憶や前頭葉機能に粗大な障害は認められなかった。D-CAT にて作業量の少なさや見落しの多さが顕著に見られ, 負荷がかかった際の処理速度や選択的注意の障害が認められた。家族の調査では, 概ね本人の能力や感情の問題を正確に把握している結果であった。FAS は10点と低く, 本人への陰性感情の表出は少ないと考えられた。

【考察】本人は緊張がつよく, 職場での様子からも強いストレスを受けやすいと考えられる。しかし,

検査結果より、本人がある程度の認知機能を有していること、また家庭では落ち着いて過ごす環境があることが認められる。このことが、就労継続を可能としている要因の一つである可能性が示唆された。

D. 考察

今回作成した神経心理学的検査及び心理評価尺度のバッテリーを用いることで、患者の能力及び、自己の症状の自覚と家族からみた患者の能力、及び患者に向ける感情表出（EE）のデータを得ることが可能であると考えられる。このデータを基に、患者が持つ社会への適応能力と家族の患者に対する感情表出との関係について量的な評価を行うとともに、実際に就労に至った過程を考察し質的な評価も行う。これにより家族が患者に表出する感情（EE）のあり方と患者の就労との関係性を明らかにしていく。

E. 結論

高次脳機能障害者の就労において、患者自身の能力や心理的な側面をスクリーニングとして測定するとともに、家族が患者に対して表出する感情（Expressed Emotion ; EE）が及ぼす影響を検討する目的で、患者及び、患者家族に対して検査バッテリーを作成した。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・ Matsuzaki S, Hashimoto M, Yuuki S, Koyama A, Hirata Y, Ikeda M. The relationship between Post-stroke depression and physical recovery. J Affect Disord 176: 56-60, 2015
- ・ 佐々木 博之, 松本 武士, 濱元 純一, 弟子丸 元紀, 池田 学. 児童・青年期の双うつ病性障害 49 例の症状経過に関する臨床研究. 精神科治療学 30 : 1649-1655, 2015
- ・ 植田 賢, 石川 智久, 前田 兼宏, 柏木 宏子, 遊亀 誠二, 福原 竜治, 池田 学. アルツハイマー病との鑑別を要した左前部視床梗塞後の軽度認知障害例. 精神医学 (印刷中)
- ・ 赤城真理子, 遊亀誠二, 日高洋介, 梶尾勇介,

柏木宏子, 池田 学. 発熱後に精神症状や認知機能低下を伴った抗 NMDA 受容体脳炎が疑われた一例. 九州神経精神医学雑誌 (印刷中)

- ・ 池田 学. 神経心理学的検査. 標準精神医学第 6 版 (野村総一郎, 樋口輝彦監修). 医学書院, 東京, 116-124, 2015
- ・ 長谷川典子, 池田 学. 血管障害とせん妄. 老年精神医学雑誌 26 : 26-31, 2015

2. 学会発表

- ・ (S) Ikeda M. Dementia and driving. Driving in people with dementia in Japan. International congress of the 17th Zeelandia Symposium on Behavioral Neuroscience, Tainan, Taiwan, June 27-28, 2015
- ・ (S) 池田 学. DSM-5 の神経認知領域から精神疾患を読み解く「認知症における神経認知障害」 第 35 回日本精神科診断学会, 札幌, 8 月 6-7 日, 2015

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
池田 学	神経心理学的検査	野村 総一郎, 樋口輝彦監修	標準精神医学第6版	医学書院	東京	2015	116-124
上村直人, 今城由里子, 諸隈陽子, 藤戸良子	障害者の自動車運転-運転再開の実際 (11) 疾患別運転再開とその対応 (7) その他の神経精神疾患	影近謙治監修	JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION	医歯薬出版	東京	2015	512-518

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Matsuzaki S, Hashimoto M, Yuki S, Koyama A, Hirata Y, Ikeda M.	The relationship between post-stroke depression and physical recovery.	J Affect Disord.	176	56-60	2015
Hashimoto M, Sakamoto S, Ikeda M.	Clinical features of delusional jealousy in elderly patients with dementia.	J Clin Psychiatry	76(6)	691-695	2015
Hashimoto M, Yatabe Y, Ishikawa T, Fukuhara R, Kaneda K, Hoshida K, Yuki S, Ogawa Y, Imamura T, Kazui H, Kamimura N, Shinagawa S, Mizukami K, Mori E, Ikeda M.	Relationship between dementia severity and behavioral and psychological symptoms of dementia in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease patients.	Dementia Geriatr Cogn Disord EXTRA	5(2)	244-252	2015
Fujise N, Abe Y, Fukunaga R, Nakagawa Y, Nishihara Y, Koyama A, Ikeda M	Comparisons of prevalence and related factors of depression in middle-aged adults between urban and rural populations in Japan	J Affect Disord	190	772-776	2015
Fujito R, Kamimura N, Ikeda M, Koyama A, Shimoda S, Morinoibu S, Inoue S	Comparing the driving behaviours of individuals with frontotemporal lobar degeneration and those with Alzheimer's disease.	Psychogeriatrics	16	27-33	2016

橋本 衛、一美奈緒子、池田 学	Semantic dementiaの言語障害の本質とは何か	高次脳機能研究	35(3)	304-311	2015
橋本 衛	職場の若年性認知症への早期発見と対応	Modern Physician	36(1)	53-57	2015
橋本 衛	注意障害	老年精神医学雑誌	27(suppl. I)	37-44	2016
佐々木 博之, 松本 武士, 濱元 純一, 弟子丸 元紀, 池田 学	児童・青年期の大うつ病性障害49例の症状経過に関する臨床研究.	精神科治療学	30	1649-1655	2015
植田 賢, 石川 智久, 前田 兼宏, 柏木 宏子, 遊亀 誠二, 福原 竜治, 池田 学	アルツハイマー病との鑑別を要した左前部視床梗塞後の軽度認知障害例	精神医学	58(1)	81-85	2016
赤城真理子, 遊亀 誠二, 日高洋介, 梶尾勇介, 柏木宏子, 池田 学	発熱後に精神症状や認知機能低下を伴った抗NMDA受容体脳炎が疑われた一例.	九州神経精神医学雑誌			印刷中
長谷川典子, 池田 学	血管障害とせん妄	老年精神医学雑誌	26	26-31	2015
上村直人, 藤戸良子	高齢者における認知機能低下・認知症と自動車運転、認知機能低下をきたす医薬品とその使い方	臨床精神薬理	18(6)	545-555	2015
上村直人	器質性不安障害ー認知症に伴う不安障害からみて	精神科治療学	30	155-157	2015