

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29年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 橋本 衛

平成30（2018）年3月

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29年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 橋本 衛

平成30（2018）年3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

—事例を通しての検討— 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) 事例集

II. 分担研究報告

1. 高次脳機能障害者の未診断・未治療期間と

復職・就労の成否への影響に関する検討 17

高知大学医学部神経精神科学教室 上村直人

2. 障がい者就労支援受け入れ企業・団体における

現状と課題に関する調査研究 20

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2) 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— 29

熊本大学医学部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 32

熊本大学医学部附属病院神経精神科 福原竜治

5. 急性期病院における復職支援を考えさせられた一例

—多職種連携の重要性と急性期病院の課題— 35

熊本保健科学大学 保健科学部リハビリテーション科言語聴覚学専攻

池寄 寛人

6. 高次脳機能障害者の易怒性に対する支援

—障害の理解とアンガーマネジメントの事例について— 39

厚地脳神経外科 伊地知大亮

7. 高次脳機能障害者の支援に関わる専門職の実態調査 42

大阪大学医学部神経精神科 池田 学

(資料3) 教育講演スライド

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	51
IV. 研究成果の刊行物・別刷	-----	53

(資料4) 高次脳機能障害者の就労・復職支援のために

I . 総 括 研 究 報 告

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 －事例を通しての検討－

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：高次脳機能障害は脳損傷により、認知機能障害ならびに社会的行動障害が生じ、日常生活・社会生活に支障が生じた状態である。高次脳機能障害の病態は極めて複雑であるため、高次脳機能障害者の復職/就労支援方法についてはほとんど確立していない。そこで本研究では、事例を通して高次脳機能障害者の復職/就労支援方法を検討する。本年度は、自動車運転再開支援、家族への支援、ジョブコーチの活用、発達障害合併事例に注目し、各々の支援方法の有効性を検証した。

方法：熊本大学医学部附属病院神経精神科ならびに高知大学医学部附属病院精神科において、本研究全期間（2015年4月から2018年3月）に復職・就労支援を実施した患者の中から4事例を選択し、個々の事例を詳細に検証し、支援の有用性とその課題について調査した。

結果：自動車運転再開支援、家族への支援、ジョブコーチの活用はいずれも復職/就労ならびに就労継続には有用であった。発達障害合併例では、併存する精神疾患のため復職支援が極めて困難であった。

考察・結論：自動車運転再開支援は患者の職業選択の幅を広げる効果があり、運転可否の判断材料として公道での実車評価が望ましい。復職/就労に際して患者家族が果たすべき役割は大きく、家族への心理教育が必要となる場合がある。高次脳機能障害者の就労継続にはジョブコーチが有用であり、ジョブコーチを導入しやすい環境づくりが今後の課題である。発達障害が疑われる患者を支援する場合は、地域の精神科医との連携が重要となる。

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	熊本大学医学部附属病院・助教
福原竜治	熊本大学医学部附属病院・講師
遊亀誠二	熊本大学医学部附属病院・助教
池寄寛人	熊本保健科学大学・講師
池田 学	大阪大学医学部・教授
伊地知大亮	厚地脳神経外科病院・臨床心理士
研究協力者氏名・所属施設名及び職名	
渡邊 真弓	熊本県高次脳機能障害支援センター・コーディネーター

一美奈緒子	熊本大学医学部附属病院・特任助教
上野由紀子	熊本大学医学部附属病院・臨床心理士

A. 研究目的

高次脳機能障害は、脳外傷や脳血管障害、脳炎等の後遺症により、認知機能障害や精神症状・行動障害を呈し、日常生活ならびに社会生活に困難を来した状態である。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が原因となることは少なからず有り、労災の観点からも

重要な病態である。しかし、高次脳機能障害者は一見すると健常者のように見えるため、就労、復職に際して十分なサポートを受けることができず、早期に離職を余儀なくされるケースをしばしば経験する。そのため高次脳機能障害者の復職/就労に対する問題点を整理し、有効な対応法を確立することは重要となる。

平成 27 年度の研究結果から、復職/就労を阻害する要因として、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・企業との連携不足、高次脳機能障害に対する社会や企業の理解不足が明らかとなった。平成 28 年度には病識の重要性に注目し、失敗しても許容されるような職場環境ならびに、失敗を繰り返すことによって自信を喪失する患者に対する心理サポートが必要であることを指摘した。

最終年度である平成 29 年度は、新たな 4 事例を検証し、自動車運転再開支援、家族への心理教育、ジョブコーチの活用、発達障害者への支援、について検証する。

さらに集積された 3 年間に事例から各アプローチの有効性と問題点を整理検討し、研究員ならびに研究協力者による合同カンファレンスにおいてこれらの各領域を横断的に検討し、高次脳機能障害の復職支援マニュアルを作成する。

B. 研究方法

熊本大学医学部附属病院神経精神科ならびに高知大学医学部附属病院精神科において、本研究全期間（2015 年 4 月から 2018 年 3 月）に復職/就労支援を実施した患者の中から、

- ①自動車運転再開支援
- ②家族への支援
- ③ジョブコーチの活用
- ④発達障害合併者への支援

が復職/就労に大きく関与した 4 事例を選択し、個々の事例を詳細に検証し、各支援の有用性とそ

の課題について調査した。各事例の背景を表 1 に示す。

表 1. 各事例の背景

事例	年齢	性別	原因疾患	支援目的
1	40 代	男	脳梗塞	再就職
2	20 代	女	脳腫瘍	再就職
3	40 代	男	脳梗塞	復職
4	40 代	男	頭部外傷	再就職

（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。

C. 研究結果

各事例に対する支援内容のまとめを表 2 に示す。なお各事例の詳細は、資料 1（事例集）に示す。

復職支援マニュアルは、巻末の資料 4 を参照。

表 2. 各事例に実施した介入方法と結果

事例	実施した介入方法	結果
1	- 認知機能の評価と説明 - 社会的行動障害（うつ状態）の薬物療法 - 職業適性評価 - 自動車運転再開支援 - 就労前の職場との連携 - 就労後の定期面接	再就職するが早期離職
2	- 認知機能の評価と説明 - 地域活動支援センターへの通所 - 家族への心理教育 - 就労前の職場との連携 - 就労後の職場との連携 - ジョブコーチの活用 - 就労後の定期面接	就労継続

3	・認知機能の評価と説明 ・病識獲得の促進 ・職業訓練 ・復職前の職場との連携 ・復職後の職場との連携 ・復職後の定期面接	復職
4	・認知機能の評価と説明 ・発達障害への配慮 ・職業適性評価 ・職業リハビリセンター入所	再就職には至らず

D. 考察

① 自動車運転再開支援について

事例1では、脳梗塞発症後から前医により自動車運転を禁止されていた。そのためA型事業所から障害者枠での雇用にはステップアップする際に、適当な仕事が見つからない状況が続いていた。そこで運転技能の評価を行い（公道での実車評価を含む）、運転技能には問題がないことが確認された。この結果を基に、職業の選択肢を上げたところ、生鮮食品の配送業に就職することができた。

本例のように業務の中で運転できれば労務可能な職業の選択肢が大幅に増えるが、通勤に自動車が使えるようになるだけでも、公共交通機関が十分に発達していない地方都市では大きなアドバンテージがある。近年認知症高齢者の交通事故が社会的に注目されるようになり、それとともに障害者の運転に対する社会の目も厳しくなっている。そのため自動車運転再開許可に慎重な医師が増えているように思われる。その際に事例1で実施した公道での実車評価は、医師が運転可否の判断を行う際の貴重な情報となるであろう。全国の各地域で、公道での実車評価ができるよう整備されていくことが今後望まれる。運転技能が十分に備わってさえいれば、たとえ障害があっても運転する権利があることを忘れてはいけない。

② 家族への心理教育について

高次脳機能障害は患者本人だけではなく、家族

に対しても大きな影響を与える病態である。事例2では、家族の過度の期待が本人の復職の妨げになっていた。事例2のように高次脳機能障害者の両親は、「自分が元気なうちに子供が自立した生活を送れるようになって欲しい」との思いから、復職を急かせたり、本人の能力以上の職場への就職を期待したりしがちである。その結果本人の精神状態の悪化や、早期の離職などの負の転帰につながることが少なくない。事例2では、家族に対して繰り返し心理教育を実施することにより、徐々に家族の理解が深まり、本人の状態にあった職場への就労へとつながった。

一方で事例3のように本人を支援してくれる家族がいない場合、病識の獲得が進まず、障害への対処方法が身につけにくいなどの問題が生じてくる。復職/就労に際して患者家族が果たすべき役割は大きく、家族への心理教育が必要となる場合があり、効果的に家族が関与できるようにマネジメントすることが重要である。

③ ジョブコーチの活用について

高次脳機能障害は身体障害などの他の障害に比べて症状の理解が難しいため、復職前に十分な準備をしても、実際に働き始めてから初めて問題点が見えてくることが少なくない。問題が生じた際に適切な対応が取られなければ、職場からの信用だけでなく本人の自信も失われ、結果早期退職につながってしまう。このような結末を引き起こさない工夫として、就労後の職場との連携が必要となる。事例1は社会的行動障害の治療や自動車運転再開支援など数多くの支援を導入しようやく就労できたにもかかわらず、早期の離職に至ってしまった。その主たる要因は、事前に高次脳機能障害があることを職場に伝えていたにもかかわらず、本人の能力以上の仕事を求められたことすなわち、障害についての職場の理解が十分でなかったことによる。職場の理解を促進する方法の一つとして、ジョブコーチの活用がある。ジョブコーチは近年企業の中にも配置されてきており、活

用しやすくなっている。医療や福祉の担当者から事前に職場に説明するだけではなく、事例 2 のように就労後も第三者であるジョブコーチに関わってもらうことで、職場の関係者における障害理解が促進され、就労継続につながりやすくなる。一方で事例 3 のようにジョブコーチの活用を拒否するケースもあり、その際には復職後も医療や福祉の担当者と職場が密接に連絡をとっていく必要がある。

④ 発達障害者への支援について

事例 4 は、発達障害と高次脳機能障害との合併症例である。そこにアルコール依存も加わり、復職支援に極めて難渋することになった。発達障害を併存することにより、他の精神疾患を合併しやすくなったりするため、発達障害の合併が疑われた場合は、地域の精神科医との連携が必要と考える。

E. 結論

事例を通して高次脳機能障害患者の復職/就労に関連する要因について検討した。自動車運転再開支援は患者の職業選択の幅を広げてくれる利点が大きく、運転可否の判断材料として公道での実車評価が望まれる。そのため、全国の各地域で、公道での実車評価ができるよう整備されていくことが今後望まれる。復職/就労に際して患者家族が果たすべき役割は大きく、家族への心理教育が必要となる場合があり、効果的に家族が関与できるようにマネジメントすることが重要である。高次脳機能障害者の就労継続にはジョブコーチが有用であり、ジョブコーチを導入しやすい環境づくりが今後の課題である。また発達障害が疑われる患者を支援する場合は、地域の精神科医との連携が重要となる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Koyama A, Hashimoto M, Tanaka H, Fujise N, Matsushita M, Miyagawa Y, Hatada Y, Fukuhara R, Hasegawa N, Todani S, Matsukuma K, Kawano M, Ikeda M. Mental health among younger and older caregivers of dementia patients. *Psychogeriatrics* 2017, 17 (2), 108-114
- 2) Kabeshita Y, Adachi H, Matsushita M, Kanemoto H, Sato S, Suzuki Y, Yoshiyama K, Shimomura T, Yoshida T, Shimizu H, Matsumoto T, Mori T, Kashibayashi T, Tanaka H, Hatada Y, Hashimoto M, Nishio Y, Komori K, Tanaka T, Yokoyama K, Tanimukai S, Ikeda M, Takeda M, Mori E, Kudo T, Kazui H. Sleep disturbances are key symptoms of very early stage Alzheimer disease with behavioral and psychological symptoms: a Japan multi-center cross-sectional study (J-BIRD). *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2017, 32 (2), 222-230
- 3) Sakamoto F, Shiraishi S, Tsuda N, Hashimoto M, Tomiguchi S, Ikeda M, Yamashita Y. Diagnosis of dementia with Lewy bodies: Can 123I-IMP and 123I-MIBG scintigraphy yield new core features? *British Journal of Radiology*. 2017, 90 (1070), 20160156
- 4) Matsushita M, Yatabe Y, Koyama A, Ueno Y, Ijichi D, Ikezaki H, Hashimoto M, Furukawa N, Ikeda M. Why do people with dementia pretend to know the correct

- answer? A qualitative study on the behaviour of toritsukuroi to keep up appearances. *Psychogeriatrics*. 2017, doi: 10.1111/psyg.12253.
- 5) Kawagoe T, Matsushita M, Hashimoto M, Ikeda M, Sekiyama K. Face-specific memory deficit and changes of eye scanning patterns in patients of amnesic mild cognitive impairment. *Sci Rep*. 2017, 7(1):14344.doi:10.1038/s41598-017-14585-5
 - 6) Fukuda K, Terada S, Hashimoto M, Ukai K, Kumagai R, Suzuki M, Nagaya M, Yoshida M, Hattori H, Murotani K, Toba K. Effectiveness of educational program using printed educational material on care burden distress among staff of residential aged care facilities without medical specialists and/or registered nurses: Cluster quasi-randomization study. *Geriatr Gerontol Int*. 2017, doi: 10.1111/ggi.13207.
 - 7) Tateishi M, Kitajima M, Hirai T, Yoneda T, Hashimoto M, Kurehana N, Uetani H, Fukuhara R, Azuma M, Yamashita Y. Differentiating between Alzheimer Disease Patients and Controls with Phase-difference-enhanced Imaging at 3T: A Feasibility Study. *Magn Reson Med Sci*. 2018, doi: 10.2463/mrms.mp.2017-0134.
 - 8) Sugawara H, Murata Y, Ikegame T, Sawamura R, Shimanaga S, Takeoka Y, Saito T, Ikeda M, Yoshikawa A, Nishimura F, Kawamura Y, Kakiuchi C, Sasaki T, Iwata N, Hashimoto M, Kasai K, Kato T, Bundo M, Iwamoto K. DNA methylation analyses of the candidate genes identified by a methylome - wide association study revealed common epigenetic alterations in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2018,. doi: 10.1111/pcn.12645.
 - 9) Tsunoda N, Hashimoto M, Ishikawa T, Fukuhara R, Yuki S, Tanaka T, Hatada Y, Miyagawa Y, Ikeda M. Clinical features of auditory hallucinations in patients with DLB: A soundtrack of visual hallucinations. *J Clin Psychiatry* (in press)
 - 10) Koyama A, Hashimoto M, Fukuhara R, Ichimi N, Takasaki A, Matsushita M, Ishikawa T, Tanaka H, Miyagawa Y, Ikeda M. Caregiver burden in semantic dementia with right- and left-sided predominant cerebral atrophy and in behavioral variant frontotemporal dementia. *Dementia and Cognitive Disorders EXTRA* (in press)
 - 11) 橋本 衛、池田 学. 精神科診療における高次脳機能障害の基本的理解. *精神神経学雑誌*. 2017, 119, 516-523
 - 12) 橋本 衛. 認知症と高次脳機能. *JOHNS*. 2018, (34)3, 355-358
 - 13) 橋本 衛. 認知症の注意障害. *Clinical Neuroscience*. 2017, 35(8): 992-996
 - 14) 丸山貴史、橋本 衛、石川智久、福原竜治、田中 響、畑田 裕、小嶋誠志郎、池田 学. 認知症医療と介護連携のための縦断的連携パ

スの有用性の検証. *Dementia Japan*. 2017, 31(3), 380-388

- 15) 橋本 衛. 災害時の認知症患者の行動一熊本地震を通して－. *日本社会精神医学会雑誌*. 2017, 26(4), 346-352
- 16) 本田和揮、橋本 衛. 前頭側頭葉変性症のリスクファクター. *老年精神医学雑誌*. 2017, 28(7), 721-729
- 17) 堀田 牧、田平隆行、石川智久、橋本 衛. アルツハイマー病患者の ADL 障害. *老年精神医学雑誌*. 2017, 28(9), 984-988
- 18) 吉浦和宏、橋本 衛. 血管性認知症と ADL. *老年精神医学雑誌*. 2017, 28(9), 997-1003
- 19) 橋本 衛. レビー小体型認知症の診断と治療. *精神科治療学増刊号*. 2017, 32, 227-232
- 20) 菅原 裕子、橋本 衛、岩本 和也. 精神疾患のジェネティクス うつ病. *Clinical Neuroscience*. 2018, 36(2), 249-252
- 21) 今井 正城、橋本 衛. うつ病とレビー小体型認知症. *老年精神医学雑誌*. 2018, 29(3), 267-273

2. 学会発表

1. 認知症における妄想の神経基盤と治療, シンポジウム・口演, 橋本 衛. 第 39 回生物学的精神医学会, 2017/9/29, 国内
2. レビー小体型認知症の治療－認知機能障害、BPSD を中心に－, シンポジウム・口演, 橋本 衛, 第 11 回レビー小体型認知症研究会, 2017/11/4, 国内
3. 軽度認知障害と森田療法, シンポジウム・口演, 橋本 衛, 第 35 回日本森田療法学会, 2017/11/11, 国内
4. 地域における認知症診療体制, シンポジウ

ム・口演, 橋本 衛, 第 36 回日本認知症学会学術集会, 2017/11/25, 国内

5. 認知症患者の妄想の発現に関わる要因について, シンポジウム・口演, 橋本 衛, 第 36 回日本認知症学会学術集会, 2017/11/25, 国内
6. 軽度認知障害患者の心理状態, シンポジウム・口演, 橋本 衛、福田 瑛, 認知症早期発見時代のネオ・ジェロントロジー：精神医学と医療人類学の対話 ～マーガレット・ロック先生をお迎えして～, 2018/3/10, 国内

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) 事例集

事例 1 : 運転機能評価が復職につながった事例

事例 2 : ジョブコーチの利用が就労継続につながった事例

事例 3 : 複数の要因により復職支援に難渋した事例

事例 4 : 発達障害の併存により就労支援が困難であった事例

事例 1：運転機能評価が復職につながった事例

【A さん 40 代男性 無職】

【受診までの経過】

A さんは、高校卒業後はトラック運転手や代行運転手などの自動車運転に関わる仕事に携わっていました。40 代後半で脳梗塞を発症し、それを契機に会社を退職しました。3 ヶ月間のリハビリテーション入院を経て自宅に退院しましたが、退院時には、ごく軽度の左手の不全麻痺と、高次脳機能障害が残存していました。退院時に病院からは、「当面運転はしないように」と指導されていました。退院後就職活動を開始しましたが、運転ができないこともあり思うように仕事が見つからず、次第に焦りが強くなり、気分が落ち込むようになりました。そのため精神科クリニックを受診し薬物治療を受け、気分の落ち込みは若干改善しました。しかしその後も仕事が見つからなかったため、ハローワークから障害者就労を勧められ、高次脳機能の評価と就労支援を希望し、発症から 11 か月後に当院を受診されました。

【評価】

A さんの初診時の様子ですが、表情は暗く、笑顔はみられず、質問に対しての返答は遅れがちでした。気分の落ち込み、意欲の低下とともに、「何をしても楽しくない」と訴えるなど、うつ状態を呈していました。一方、左手の細かな動きがしにくくなっていること以外には運動面には問題はありませんでした。A さんは高次脳機能障害の評価目的の受診でしたが、うつ状態が前景に立ち「死にたい」という気持ちもありましたので、まずは入院環境でうつ状態の治療を行い、うつ状態が改善した後、高次脳機能の評価する方針としました。およそ 6 週間の治療でうつ状態は軽快し、その後高次脳機能の評価しました。結果を表 1 に示しますが、記憶や注意機能は比較的良好でしたが、遂行機能障害の存在が確認され、処理速度の低下も認めました。そこで本人、高次脳機能障害支援センターのコーディネーターと話し合い、無理をして働くとうつ病が再燃する可能性を考慮し、精神障害者手帳を取得後最初は A 型事業所で仕事に慣れたあと、障害者枠での就労を目指す方針としました。

【復職へのアプローチ】

就労にあたって、A さんにはまず障害者職業センターで職業適性評価を受けていただきました。その結果をふまえて A 型事業所への通所を開始しました。半年間順調に通所が継続できたこともあり、A さんは障害者枠での就労へとステップアップすることを希望されました。A さんは脳梗塞発症後自動車運転を控えていましたが、就労先の選択範囲を広げるため、運転再開が可能かどうかを評価することにしました。表 1 の高次脳機能検査に加えて遂行機能を詳細に評価するために BADS を実施したところ良好な結果が得られ、認知機能に関しては運転は十分可能な状態でした。さらに公道での実車による運転評価を実施している B 病院に評価を依頼し、シミュレーター評価では、「同年代との比較で普通～良好」と判断され、実車評価でも、「構内と路上での運転を確認し、運転操作は反応の遅れは見られず、指導者の口頭指示に対しても円滑に反応することができました。また、危険予測も可能であり、円滑な路上運転が可能でした」との結果が得られま

した。これらの結果を基に、A さんには運転再開を許可しました。運転再開数か月後に A さんは、生鮮食品の卸業に障害者雇用で就職されました。

表 1. 心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	言語性 IQ 102, 動作性 IQ 75, 全検査 IQ 89 言語理解 99、知覚統合 81、作動記憶 102、処理速度 66
WMS-R	言語性記憶 108, 視覚性記憶 104, 一般性記憶 107, 注意集中 102, 遅延再生 106
RBMT	SPS 20, SS 9
CAT	視覚性注意能力の軽度の低下のみ
TMT	Part A 38 秒、Part B 63 秒
WCST	思考の切り替えに障害があり

【復職後の経過】

仕事の内容は生鮮食品の配達業務であり、時には配送車を自ら運転することもありました。A さんは配送のための自動車運転には問題はなかったのですが、高次脳機能障害のため仕事の内容をすぐに覚えらることができず、職場の上司から何度も注意を受け、職場に居づらくなり就職後すぐに辞めることになりました。現在次の就職先を探しているところです。なお今回の就職にあたって、ワーク・ライフサポート事業所から職場には障害についての事前の説明がなされていたのですが、実際には十分な配慮が得られなかったようです。

【考察】

本事例では、障害が生じてから就労に至るまでにさまざまな介入が必要でした。第一に脳梗塞後からうつ病を発症しており、当院を受診した時点ではうつ病のため到底働けるようなレベルではなく、まずはうつ病の治療が必要でした。その後認知機能と職業適性を評価し、A 型事業所への通所により継続して働くことができることを確認した後、障害者枠での復職となりました。復職に際して、自動車運転再開についての評価も行い、職業の選択肢を増やす試みも行いました。

このような取り組みにより復職は達成できたものの、職場での障害理解の不十分さなどの理由により早期離職となってしまいました。本事例を通して高次脳機能障害者の復職には、社会的行動障害の治療や運転技能の確立などの本人の抱える問題に対応するだけではなく、職場の理解の促進を初めとする職場環境の調整が重要であることがよくわかりました。

事例 2：ジョブコーチの利用が就労継続につながった事例

【Bさん 20代女性 無職】

【受診までの経過】

Bさんは子供の頃に脳腫瘍を発症しましたが、手術や放射線の治療により改善しました。しかし後遺症として左手の動きにくさや反応の遅さが認められ、学校の成績も低下しました。専門学校を卒業後就職しましたが、職場では「仕事をなかなか覚えることができない」「同時に複数の仕事をすることができない」などの問題があり長続きせず、職場を転々としていました。ハローワークの担当者から高次脳機能障害を疑われ、一度精査を受けるように勧められたため、当院外来を受診されました。

【評価】

初診時の面談では落ち着いた表情と態度で受け答えできましたが、質問に対する返答はやや遅れがちでした。左手の動きにくさに加えて、軽度の注意障害と遂行機能障害が疑われたため、詳細な心理検査を実施することになりました。表 1 に B さんの心理検査結果を示します。この結果から B さんは、言語性ワーキングメモリーの低下（目標を達成するために一時的に情報を蓄える記憶）、処理速度の低下、複雑な状況下での注意の転換や配分の悪さ、語彙や知識の不足のため物事を端的に説明することが難しい場合がある、ことなどが明らかになりました。一方で目で見ただものの記憶は保たれていました。このような結果から B さん、母親には、『視覚的な情報は正確に保つ力があるので、複雑で長い話は要点を文字で示しながら話すことや、メモにして残すことが有効である。また仕事をする際には、少人数で、本人のペースにあわせて作業を考えてくれる場所が良い』と説明いたしました。また B さんは、学生時代に左手の動きにくさを理由にいじめられた体験があり、人付き合いが苦手で、他人に物を頼めなくなっていました。仕事が長続きしなかったのは、B さんのこのような対人関係の問題も関与していると考えられました。加えて B さんは何度も仕事がうまくいかなかったことで自信をなくし、就労に対する積極性も失われていました。

【就労へのアプローチ】

障害者職業センターで職業適性の評価を受けたのち、障害者枠で病院の事務職として働くことになりましたが、母親が仕事の内容に対して異論を唱え（仕事の内容が単純で、本人にとって意味がない）、就職はいったん見合わせることになりました。母親を含めた家族の、“早く本人に自立してほしい”との期待の大きさが、むしろ就労の妨げとなっている様子でした。そこで担当医から母親に対して、B さんの高次脳機能障害の状態や対人関係の難しさについて繰り返し説明を行うとともに、現状の整理と今後の方針を明確にするために、B さん、母親、担当医、高次脳機能障害支援センターのコーディネーター、障害者職業センター担当者、就業・生活支援センター担当者の 6 名で支援会議を実施し、以下の方向性を再確認しました。

- ① 障害をオープンにして、徐々にステップアップしていく
- ② 各就労支援施設と連携して雇用先を探していく

③ 家族への情報提供を逐次行う

④ コミュニケーション能力の向上のため、地域活動支援センターに通う

担当医からの説明、支援会議により家庭での B さんへのプレッシャーは減り、B さんも安心して仕事をさがすことができるようになりました。支援会議から半年後に会社の事務職として、就労することになりました。

表 1. 心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	言語性 IQ 85, 動作性 IQ 91, 全検査 IQ 87 言語理解 84、知覚統合 101、作動記憶 79、処理速度 78
WMS-R	言語性記憶 81, 視覚性記憶 118, 一般性記憶 90, 注意集中 83, 遅延再生 94
RBMT	SPS 22、SS 11 (年齢相応の結果)
TMT	Part A 38 秒、Part B 61 秒
BADS	問題を認めない

【就労後の経過】

B さんが就職した職場はこれまで高次脳機能障害者を雇用したことがなかったため、ジョブコーチが支援として入ることになりました。また当院へは定期的な通院を継続し、担当医ならびに支援センターのコーディネーターとの面談を行い、B さんの抱える問題について話し合うとともに、心理ストレスに対するケアを実施しました。本人はジョブコーチからのアドバイスを受け、その都度職場での仕事の仕方を工夫して対応することができました。また職場もジョブコーチからの説明を受け、B さんが仕事をしやすい環境を提供できていました。ジョブコーチの定期的な支援は 3 か月後に終了しましたが、その後も数か月ごとにジョブコーチが職場を訪問し、B さんの希望などを職場に伝えてくれました。このような就職後の支援もあり、B さんは仕事を継続することができ、就職後 1 年半の時点で当科への定期的な通院は終了となりました。

【考察】

本事例では、ワーキングメモリーの障害や処理速度の遅さなどの認知機能障害だけではなく、対人関係の問題や、これまでうまく就労できなかったことによる自信の喪失、家族のプレッシャーによる心理的負担など複数の要因が関与し就労できていませんでした。高次脳機能障害者で就労がうまくいかない場合、本例のように複数の要因が関与している可能性を考えるべきでしょう。そこで本事例では、家族に本人の病態や心情を説明し家族の協力を得られるようにするとともに、本人には面接を繰り返して心理面のサポートを行い、さらにジョブコーチを活用しました。特にジョブコーチについては、本人の障害を職場に理解してもらうためにはとても有用であったと思います。

事例 3：複数の要因により復職支援に難渋した事例

【C さん 40 代男性 会社員休職中】

【受診までの経過】

C さんは元来記憶力が良く、複雑な業務内容もメモを取らずに暗記することができていました。ある日突然職場で同じ質問を何度も繰り返すようになったため上司が異変に気づき、上司の勧めで病院を受診したところ脳梗塞と診断されました。約 1 か月間の入院を経て自宅に退院しましたが、C さんの脳梗塞はちょうど記憶障害を引き起こす脳領域にありましたので、後遺症として前向き健忘（新しいことが記憶できない）が残存しました。C さんは会社を休職し通院リハビリテーションを受けていましたが、その後家庭の事情で実家に戻ることになりました。当院へはリハビリテーションの継続と復職支援目的で、発症 8 か月の時点で前医からの紹介で受診となりました。なお実家では両親と 3 人暮らしでしたが、両親は病弱で介護が必要な状態であり、C さんに対する家族のサポートは期待できない家庭環境であり、当院への受診もいつも単独での受診でした。

【評価】

C さんの記憶障害に対する自覚は乏しく、当院への受診理由を尋ねても、「前医から紹介されたため受診した。医者の診断書がなければ職場に復帰できないので」と消極的な理由を答えられました。C さんは「いつでも職場には復帰できるけれども、会社からの許可が出ないため休職している」と考えておられるようでした。しかしながら C さんの自覚とは異なり、実家に戻るにあたって住民票を移したかどうかを覚えていない、最近のニュースを十分に思い出せないような状態であり、診察場面では明らかな記憶障害が確認されました。また受診の際に、次の受診日までに傷病手当金の手続きを行うように伝えていても完全に忘れてしまっているなど、記憶障害は日常生活にも支障を及ぼしていました。前医でのリハビリテーションでは代償手段としてのメモの活用を勧められていたようですが、元々記憶が良かったこともありメモを取る習慣は全く身についていませんでした。表 1 に当院受診時の心理検査結果を示します。全般的知能、注意、遂行機能の低下は認めませんでしたが、記憶に明らかな低下を認めました。特に WMS-R の遅延再生の点数が極端に低いことから、一度覚えた内容を少し時間が経てば忘れてしまうことが明らかになりました。

C さんには検査結果を踏まえて、「かなり強い記憶障害が残っています。発症から 8 ヶ月経過しており今後急速に症状が改善することはありませんが、少しずつであれば改善が期待できます。しかしいくら良くなってもある程度の記憶障害は残る可能性が高く、仕事に差し障りが生じることが考えられます。復職後どのような業務に携わることができるかは現状では判断できませんが、復職するためにはメモなどの代償手段が身についておくことは最低限必要です」と説明しました。しかし記憶障害の自覚に乏しい C さんにはその説明内容を実感できない様子でした。実際家庭では特に何かをするわけでもなく気ままに過ごし、対人交流も少なく、記憶力の低下を実感するような機会が少なく、病識の獲得が進んでいないようでした。そこで C さんには、記憶障害に対する自覚とメモを取る習慣を定着させることを目標として、高次脳機能障害者を対象としたデイケアへの通所を提案しました。デイケアで他の障害者と交流することで、自分の障害を自覚できる

ようになることを期待したわけです。見学には高次脳機能障害支援センターのコーディネーターが同伴しましたが、Cさんは1回見学に出かけただけで通所を拒否されました。

表1. 心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	言語性 IQ 106, 動作性 IQ 108, 全検査 IQ 108 言語理解 90、知覚統合 108、作動記憶 123、処理速度 107
WMS-R	言語性記憶 73, 視覚性記憶 96, 一般性記憶 77, 注意集中 133, 遅延再生 50 未満
RBMT	SPS 16 SS7 (初診から1年半後の成績)
CAT	検査上明らかな注意障害は認めない
TMT	Part A 30 秒、Part B 48 秒

【復職へのアプローチ】

Cさんは病気の発症を契機に、復職か転職で悩んでおられました。そこで、Cさんの今後についての検討も含め、担当医と高次脳機能障害支援センターのコーディネーターが職場の人事担当者と直接面会し、Cさんの病態を詳細に説明するとともに、復帰に際して何が必要であるかを伝えました。また、もし転職することになった場合現状を把握する必要があるため、地域障害者職業センターでの職業評価を受けていただきました。結果、一定の判断力があり、高度な技術を要しない分野や細かい器具の組み立て等は可能である一方、処理速度の低下や思い込みが強い面があり、周囲とのやりとりの際にはこまめに確認が必要との評価結果でした。復職、転職の準備として週4回の通所訓練を行うことを勧めましたが、「訓練内容が実務に直結していない」「メモの必要性を感じない」といった理由でCさんは通所を望まれず、最終的に通所開始まで初診から11ヶ月かかりました。その間、継続的な訓練の必要性やメモの促しと同時に、記憶の取りこぼしについて随時Cさんと振り返りを行うとともに、職場からも復職に向けた準備が必要であることをCさんに直接伝えてもらうために、何度も話し合いの場を設定しました。その中で、職場が求める復職の条件や復職後の業務内容、配慮が必要な事項等を直属の上司も含めて明確にしたことによりようやくCさんの通所に繋がりました。訓練中も、職場・地域障害者職業センター・当院との情報共有の継続、また個別面談を繰り返し、通所の必要性について伝え続けて行きました。その中で、Cさんの気持ちにも「転職は現実的ではないかもしれない」との変化がみられるようになり、復職の方向に目標を定めることができました。

訓練も半ばに差し掛かった頃、職場に対して以前から不信感を抱えていることをCさん自ら話して下さいました。復職に向けて職場にもお話しする必要性があったことから、本人と何度も確認を行い慎重に職場にはお伝えしました。本人からは「これまでずっと言えなくてきつかった。楽になった」と話されました。病識の問題だけではなく、会社との関係性の問題がCさんの活動意欲を妨げていたのかもしれない。

訓練終了から復職までは、実際の通勤訓練として自宅から最寄りの図書館に週5日通い、職場からの課題に取り組む練習を開始しました。毎日の出退勤連絡、日報の作成と週1回の課題提出

の定着を約 2 ヶ月間取り組みながら、適宜高次脳機能障害支援センターのコーディネーターが会社にも訪問し、人事担当及び上司にも障害特性を踏まえた復帰後の具体的な環境調整について打ち合わせを進めました。そして発症後 2 年（当院初診から 1 年 4 か月を経た時点）で休職期間が終了し職場復帰となりました。

復帰時の記憶は RBMT SPS 16 SS7 で当院受診時よりも改善していましたが、軽度の近時記憶障害は残存していました。この時点でも病識は完全には獲得されておらず、メモの使用も十分には身についていませんでした。そのため職場でトラブルが生じる可能性が考えられたためジョブコーチの活用を勧めましたが、C さんは拒否されました。病識という観点においては不十分なままの復職となったため、復職後も職場の上司、地域障害者職業センターの担当者、高次脳機能障害支援センターのコーディネーターが連携しながら C さんの就労継続をサポートする予定です。

【考察】

本事例では発症から復職まで 2 年の猶予期間があったにもかかわらず、復職時点でも十分な病識は得られず、メモを取る習慣も十分に身についていませんでした。ここには記憶障害を自覚することの難しさだけでなく、職場への不信感から復帰意欲が乏しかったこと、家族からの支援が乏しかったことなどが関連していたと思われます。十分な病識が獲得する前に復職する本事例のような場合にはジョブコーチの介入が望まれますが、ジョブコーチを拒否する場合や利用できない環境にあるような場合はどうすべきかを今後考えていく必要があります。

事例 4. 発達障害の併存により就労支援が困難であった事例

【D さん 40 代男性 会社員】

【受診までの経過】

D さんは子供の頃からこだわりが強い性格でしたが、利発と言われ、勉強はよくできていました。進学高校卒業後県外の大学に進学し、そのまま大企業に就職しました。その後結婚し、妻、子どもと生活していました。会社では同僚や上司から小さなミスが多い、何かに没頭しやすいと言われていましたが、人付き合いもよく大きなプロジェクトも任されるなど信頼された存在でした。40 代に不眠、ストレスでアルコールの飲酒量が増えて近医で抑うつ状態と診断され通院をしていました。会社からの帰宅中に交通事故に遭い、脳挫傷と診断され、1 か月間の入院治療を受け退院。その後すぐに復職しましたが、部下の名前を言い間違えたり、突然部下を叱ったりするため部下からの信用も失う状態でした。しかし D さんは、「部下が悪い」「会社の方が悪い」と訴え会社で支障を来すようになっただけではなく、家庭内でも妻に対して暴言や暴力が出現し飲酒量が増えていきました。妻から離婚を打診されさらに飲酒量が増え、実家に帰り母親と二人生活となりました。母親が昔の息子と少し違う、暴言が多く性格が変わってしまったと精神病などを心配し当院を受診されました。

【評価】

表 1 に K さんの心理検査結果を示しますが、知的機能は平均～平均より上のレベルで、下位項目でも知覚統合が境界域レベル以外は平均より上でした。進学高校卒業後、大企業でハードな仕事をこなしていること、持参した受傷時の頭部画像での脳挫傷の存在と、復職後の記憶力低下、注意障害、感情コントロール機能の低下及び臨床経過から高次脳機能障害と判断しました。初診時の抑うつや不眠は、離婚問題や再復職の不安が反映されているのではないかと考えられました。同伴した妻からは、「夫は頑固でこだわりが強いとは感じていたが、事故を起こすまでは気にならなかった。休職して家にいると、いろいろと細かいことに口出しし、それ以外は自室で一日中ネットをしている。アルコールも仕事にも行っていないため昼間からのかなりの量を毎日飲み続けるようになった」との訴えがありました。本人に確認すると、「することもないし、少しビールを飲むだけで暇つぶしだ」とアルコールへの依存は否定しました。母親からは、「かなりこだわりの強い子供だったが、進学高にも行き、結婚もして大企業で仕事をバリバリとこなしていた息子が、業務でミスを繰り返している。嫁がアルコール飲酒で困るというのは言い過ぎ」との発言が聞かれました。高次脳機能障害だけでは説明困難な事象については、D さんのこだわりの強さや対人コミュニケーション時の問題などから、発達障害も合併していると考え、発達障害特性に軽度の高次脳機能障害が上乗せされた結果と診断しました。

表 1. 心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	VIQ 112, PIQ 97, FIQ 106
言語理解：105, 知覚統合：91 作動記憶：115 処理速度：116	

【支援体制の構築】

D さんには、「全般的知能と比べて知覚統合が少し低下しており、複数の作業を同時にすることが難しくなっていること」「対人関係の構築に苦手さがあること」「職場では何らかの配慮がなければ継続することは難しいこと」などの障害特性を妻と母親同席のもと説明しました。職場からは、「完全に病気を治してから復職しなさい」と指導を受けていることもあり、障害者職業支援センターを紹介し、職業評価を受けました。精神面ではエゴグラムで AC 優位型で周囲の評価を気にして頼まれると断れない傾向を指摘されました。一般職業適性検査では耳からの情報処理よりも自分で説明文を読んで、練習問題を行いながら理解する傾向が強いという結果でした。説明を聞いた後すぐに確認や質問をすることが多く、また認知系、運動系の処理速度が遅いため、適正職業群が余り抽出されない結果でした。もともと復職よりも転職を希望されており、本人を含め、ケースワーカー、母親とも協議した結果転職することになり、職業リハビリのため、障害者リハビリセンターでの訓練入所をすることになりました。職場には退職届を提出し、退職金から離婚調停中の妻に生活費や養育費を支払うことになりました。職業リハビリ施設では徐々に生活にも慣れていましたが、入所 1 か月後ころから、突然施設外に出かけて、飲酒する行為が発覚しました。関係者で協議をして施設での訓練継続のチャンスを作りましたが、再度飲酒行為が発覚し退所となりました。それでも、自己の病態理解は不十分でした。そのため主治医から、高次脳機能障害のリハビリよりは、まずアルコールの問題をクリアしないと就職自体ができないことを説明され、1 か月ほどして自らアルコールの問題を治療してから就職を考えたいとの覚悟が聞かれ、D さんはアルコールの問題を解決してから就労を目指すことを受け入れられました。

【考察】

本事例は子供の頃からこだわりが強かったことから発達の問題を意識すべきでしたが、アルコール飲酒の問題は職場のストレスや高次脳機能障害により自閉的な生活環境の影響で生じていると当初考えていました。しかしながらもともと発達障害が基盤にあり、併存しやすいアルコールなどの依存症も合併しているところに、さらに高次脳機能障害が加わった事例と考えられます。進学高校卒業と、大企業に就職し華々しい仕事と部署内での花形的なプロジェクトをこなす一方、復職後、職場でミスを繰り返していたことも、認知機能の低下だけでは説明がつかず、発達障害の要因が強く影響していたものと考えます。また、自己の認知機能の低下を表面的には訴えるものの、仕事が続かないことを職場に原因があると捉えるような他責的な思考も、発達障害の関与が疑われます。本事例のように高次脳機能障害に他の精神疾患を合併しているような場合は、精神科が長期的に関わっていく必要があると思われます。

II. 分 担 研 究 報 告

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・未治療期間と
復職・就労の成否への影響に関する検討

研究分担者 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

高次脳機能障害の適時・適切な臨床診断はこれまで不十分な点が多かった。その要因には、「見えない病気」とも称され、受傷直後やリハビリ段階での高次脳機能障害への気づきがなされにくい事や、医療関係者においても、高次脳機能障害の状態理解は十分でないことから、適切な臨床診断が下されず、リハビリテーションなど適切な医療資源の提供が包括的に行われておらず、家族や周囲の精神的・身体的負担は計り知れない。またそのことが復職や就労にも影響していると考えられる。そこで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; DUP) と初診時精神症状・行動障害と、家族介護負担度を分析した。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。今回のデータ選択基準として、(1) 2014年2月1日～2016年12月31日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) ICD-10 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、受傷から未治療期間、初診時 NPI、ZBI を評価した。高次脳機能障害の対象者は 19 名で、初診時平均年齢 52.2 ± 19.0 歳、平均発症年齢は 46.6 ± 21.4 歳 (18-72 歳)、平均 MMSE は 25.7 ± 4.2 (18-30) であった。結果では未治療期間と初診時 CDR とは有意な相関は認めなかった。DUP と NPI は有意な相関が認められた ($r=0.775$, $P<0.05$)。一方 ZBI との相関では、合計点と Role Strain 得点との関連性はなかったが、Personal strain 得点には弱い相関が認められた。

以上から高次脳機能障害の適切な臨床診断を行う体制が構築されれば、BPSD 等の精神症状・行動障害を減少させ、また家族介護負担である Personal strain を減少させることが可能と考えられた。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

中島亜季	高知県基幹型認知症疾患医療センター
------	-------------------

A. 研究目的

高次脳機能障害が適切な時期に診断されることが、その後の復職や就労に影響しうるのかどうかという臨床疑問に対し、未治療期間 (Duration of untreated psychosis ;以下 DUP) と NPI、ZBI による介護負担度の関連性について検討した。

B. 研究方法

1. 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。今回のデータ選択基準として、(1) 対象者は 2014 年 2 月 1 日～2016 年 12 月 31 日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) ICD-10 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。

2. 評価として初診時年齢、性別、背景疾患、また発症から診断を受けるまでの未診断期間 (以下 DUP) と初診時の NPI、ZBI を分析した。

(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

1) 対象者の背景

高次脳機能障害の対象者は 19 名で、初診時平均年齢 52.2 ± 19.0 歳、平均発症年齢は 46.6 ± 21.4 歳 (18-72 歳)、平均 MMSE は 25.7 ± 4.2 (18-30) であった。

2) DUP と予後との関連性

高次脳機能障害群 (N=19 名) の平均 DUP は 66.0 ± 94 (8-300) ヶ月で中央値は 17.0 カ月であった。

(3) DUP とその他の関連尺度との関連性

未治療期間と初診時 CDR とは有意な相関は認めなかった。DUP と NPI は有意な相関が認められた ($r=0.775$ 、 $P<0.05$)。一方 ZBI との相関では、合計点と Role Strain 得点は関連性はなかったが、Personal strain 得点では弱い相関が認められた。

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平均 DUP は 66.0 カ月で中央値では 17.0 カ月であった。以上から高次脳機能障害の適切な臨床診断を行う体制が構築されれば、BPSD 等の精神症状・行動障害を減少させ、また家族介護負担である Personal strain を減少させうることが可能と考えられる。

E. 結論

高次脳機能障害の未治療期間 (DUP) を CDR、NPI、ZBI との関連で分析した。上から高次脳機能障害の適切な臨床診断を行う体制が構築されれば、BPSD 等の精神症状・行動障害を減少させ、また家族介護負担である Personal strain を減少させうることが可能と考えられる。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 上村直人.自動車運転を考える.自動車運転をめぐる医学の各視点,医師のための認知症の理解と援助 臨床現場における対応から.Modern Physician,2017.37 巻 2 号 P161-164
- 2) 上村直人.認知症への社会精神医学的アプローチ 認知症と自動車運転 新たな法改正と医師の対応について 臨床医のための疾病と自動車運転.日本社会精神医学会雑誌 2017 第 26 巻 4 号 P326-330
- 3) 上村直人.精神疾患と運転—認知症の人の自動車運転 医学的研究と倫理的課題.総合病院精神医学.2017.29 巻 2 号 P117-124
- 4) 上村直人.精神科疾患と自動車の運転を巡る諸問題・認知症と自動車運転を巡る諸問題.精神科.2017 30 巻 4 号 P339-345
- 5) 上村 直人,池田 学.改正道路交通法と医療の視

点・認知症と自動車運転.精神医学 2017.59 巻 4 号 P325-332

- 6) 上村 直人,大久保 晃,澤田 健,諸隈 陽子,野瀬 清一郎,吉本 啓一郎.高知県認知症疾患医療センターにおける認知症の未治療期間調査と意義.高知県医師会医学雑誌 2017. 22 巻 1 号 54-62
- 7) 上村 直人,中島 亜季,井上 美穂,西田 拓洋.認知症と自動車運転 新たな制度開始と臨床現場への影響 高知県医師会医学雑誌 2017.22 巻 1 号 P45-53
- 8) Arai Y, Arai A, Mizuno Y, Kamimura N, Ikeda M. The creation and dissemination of downloadable information on dementia and driving from a social health perspective. Psychogeriatrics. 2017 Jul;17(4):262-266. doi: 10.1111/psyg.12229. Epub 2017 Apr 4.
- 9) Shinagawa S, Shigenobu K, Tagai K, Fukuhara R, Kamimura N, Mori T, Yoshiyama K, Kazui H, Nakayama K, Ikeda M. Violation of Laws in Frontotemporal Dementia: A Multicenter Study in Japan. J Alzheimers Dis. 2017;57(4):1221-1227. doi: 10.3233/JAD-170028.
- 10) Arai Y, Kamimura N. Reliability and validity of the Japanese version of the caregiver self-efficacy scale around driving cessation of family members suffering from dementia. Psychogeriatrics. 2017 May;17(3):210-211. doi: 10.1111/psyg.12216. Epub 2016 Sep 12
- 11) 上村直人.自動車運転 認知症と自動車運転 治療の対応からケアまで.神経治療学 2017.34 巻 3 号 P247-251
- 12) 上村直人."失敗"から学んだこと;認知症診療実践の振り返りー 認知症の人の自動車運転に関連する支援の失敗から.老年精神医学雑誌 2017 28 巻 6 号 P600-604
- 13) 上村 直人,池田 学.進歩する認知症治療・認知症疾患治療ガイドラインの話題も含めて・わが国における運転免許証に係る認知症等の診断の届出ガイドライン Geriatric Medicine 2017, 55 巻 6 号 P591-594
- 14) 上村直人.私の処方 抗認知症薬の使い分け Modern Physician 2017.37 巻 6 号 P631
- 15) 上村 直人,品川 俊一郎 改正道路交通法の要点と診断書発行時の対処 運転免許更新の可否判断のため、医師の診断書の提出が求めら

れる場合がある日本医事新報 2017.4868 号 P57-58

- 16) 成木 迅, 上村 直人. 認知症患者の治療同意能力・判断能力の評価方法 治療内容によって必要な同意能力を判断。MacCAT-T など、適宜有用な評価法を用いる。日本医事新報 2017.4871 号 P58-59
- 17) 上村直人. 老年医学の診断と治療はここまで進んだ・[第 4 部]指定難病と自動車運転。難病と在宅ケア 2017.23 巻 7 号 P38-42
- 18) 上村直人. 高齢者の自動車運転を支援する：認知症高齢者の運転に対する支援 認知症外来での自動車運転への心理教育と支援作業療法ジャーナル 2017.51 巻 10 号 P989-994
- 19) 上村直人. 高齢者に対する薬物療法 高齢者の運転への向精神薬の影響 薬剤の添付文書と抗認知症薬を中心に 臨床精神薬理 2017.20 巻 10 号 P1145-1154
- 20) 上村直人. 高齢者および認知症の人の自動車運転について その判断と対応。新薬と臨床 2017 66 巻 10 号 P1331-1339
- 21) 上村直人. 運転免許証の自主返納 認知症高齢者本人と家族への説明の仕方。日本医事新報 2017.4888 号 P60-61
- 22) 上村 直人. 認知症高齢者と自動車運転 2017.3.12 から開始された新たな改正道路交通法と臨床現場への影響。老年期認知症研究会誌 2017.22 巻 3 号 P16-18

2. 学会発表

- 1) 中島亜季, 上村直人, Tanya Leelasiriwong. 軽度認知障害と ADHD, 口頭, 第 18 回日本認知症ケア学会 2017/5/26 国内
- 2) 上村直人, 中島亜季, 藤戸良子, 諸隈陽子. 認知症外来における本人を尊重する診療アプローチの工夫～家族史的アプローチと森田療法の融合の提案, 口頭, 第 18 回日本認知症ケア学会 2017/5/26 国内.
- 3) 上村直人, Tanya Leelasiriwong, 藤戸良子, 大石りさ, 諸隈陽. ADHD in Old Age. 口頭, 第 32 回日本老年精神医学会 国内
- 4) 上村直人. 森田正馬の生家保存を願う会の活動・地元精神科医の視点からの高知県の現状と課題・口頭 2017.11.10-12 第 35 回日本森田療法学会 国内
- 5) 上村直人. 高齢者の精神科臨床における森田療

法的アプローチの応用・家族史的アプローチと森田療法の融合の提案・口頭, 2017.11.12 第 35 回日本森田療法学会 国内

- 6) 上村直人. 認知症と自動車運転：多職種連携の視点から認知症高齢者と自動車運転, 2017/11/24, 第 36 回日本認知症学会 国内
- 7) 上村直人. 認知症と自動車運転～臨床的課題の所在と作業療法士への期待～, 口頭, 2017/12/3 第 4 回運転と作業療法研究会 国内.
- 8) 上村直人. 認知症と運転—認知症関連学会の提言とその意図に関する考察, 口頭, 第 2 回日本安全と医療研究会 2018/1/21 国内
- 9) 上村直人. 新たな運転能力評価指標作成の試み, ポスター, 第 2 回日本安全と医療研究会 2018/1/21 国内
- 10) 上村直人. 認知症と運転, 口頭, 教育講演 第 37 回日本社会精神医学会 2018/3/1 国内

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

障がい者就労支援受け入れ企業・団体における

現状と課題に関する調査研究

分担研究者 石川 智久

熊本大学医学部附属病院 神経精神科 助教

研究要旨:

目的: 高次脳機能障害患者(HBF 障害患者)の復職/就労支援に対する受入体制側の現状と意識を明らかにし、医療・福祉ネットワークの構築の課題を探ることを目的とする。

対象: 平成29年12月8日、熊本市認定の「障がい者サポート企業・団体」を主として開催された、熊本市第3回就労フェアに参加した企業・団体64団体を対象とした。

方法: 対象となった企業・団体に対し、郵送にてアンケート調査を実施し、解析を行った。回答があったのは、15企業・団体で、回収率は23%であった。

結果: 企業・団体に雇用されている障がい者は、回答総数48名であった。障がい区分は、身体雇用が38%、知的雇用が43%、精神雇用が19%であり、雇用の多くが、身体障がいおよび知的障がいであった。雇用しての満足度を尋ねたところ、満足が33%、おおむね満足が47%、やや不満・不満は0%、無回答が20%であった。評価に最も影響しているものは、遂行能力が29%、意欲が29%、勤務態度が24%、無回答が18%であった。雇用にあたって事業者が知りたいことを複数回答で求めたところ、最も多かったのは「配慮すべき具体的内容」で24%、次いで、「病名や特性」18%、以下「生活状況」16%、「コミュニケーション能力」14%、「強みと弱み」10%、などであった。自由記載では、雇用してよかったこととして、「まじめで誠実」「作業を熱心におこなう」「周囲の職員へも良い影響があった」などがあった。逆に、困っている・悩んでいることでは「状態や出勤に関して、不定期で状態像にムラがある」「コミュニケーションがとりづらい」「ダブルタスクや自らの考えで工夫するなどが困難」などがあった。今後に求める意見としては、就労定着に向けた支援、定期的な訪問や意見交換の機会の設定などがみられた。

まとめ: 実際に障がい者雇用を行っている企業・団体へのアンケートからは、おおむね、作業や業務を熱心にまじめに取り組む姿勢に評価が高かった。さらに、障がい者を雇用することで、周囲の支援の輪、指導の工夫や受け入れに対する意識の醸成など、一般職員へのよい影響がみられたことも、今回の調査から明らかとなった。一方、状態像の変動などからくる就労定着への課題や、更なるスキルアップへむけたコミュニケーションについての課題があり、定期的な情報交換や就労者・支援者双方に対する面談・メンタルケアなどを求める要望があり、今後の支援の方向性が明らかとなった。

A. 研究目的

高次脳機能(HBF; Higher Brain Function)障害患者の復職/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、社会全体の高次脳機能障害への理解が不可欠である。支援者やセラピストに対する研修や意見交換などは、徐々に活発化しつつあり、神経心理学的手法をもちいたアプローチなどが考えられている。しかし、実際の就労現場では、さまざまな要因が、病院・リハビリテーション施設とは異なる。

そこで、本研究では、障がい者を雇用している企

業・団体に対して、雇用してよかったこと、困っていること、要望などをアンケート調査することにより、就労受入企業・団体における課題を明らかにし、今後の就労支援の輪を広げるための課題を探ることを目的とした。

B. 研究方法

【対象と方法】

熊本市第3回就労フェア(平成29年12月8日開催)に参加した、熊本市認定の「障がい者サポート企業・団体」64団体を対象とした。対象となった企業・団体に対し、郵送にてアンケート調査を実施し、解析を行った。

(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、同意とみなした。本研究では個人情報を取り扱わず、本研究目的以外の2次用途には用いない。

C. 研究結果

回答があったのは、15企業・団体で、回収率は23%であった。

企業・団体に雇用されている障がい者は、回答があった総数48名であった。障がい区分は、身体雇用が38%、知的雇用が43%、精神雇用が19%であり、雇用の多くが、身体障がいおよび知的障がいであった。

雇用しての満足度を尋ねたところ、満足が33%、おおむね満足が47%、やや不満・不満は0%、無回答が20%であった。評価に最も影響しているものは、遂行能力が29%、意欲が29%、勤務態度が24%、無回答が18%であった。

雇用にあたって事業者が知りたいことを複数回答で求めたところ、最も多かったのは「配慮すべき具体的内容」で24%、次いで、「病名や特性」18%、以下「生活状況」16%、「コミュニケーション能力」14%、「強みと弱み」10%、などであった。

自由記載では、雇用してよかったこととして、「まじめで誠実」「作業を熱心におこなう」「周囲の職員へも良い影響があった」などがあった。逆に、困っている・悩んでいることでは「状態や出勤に関して、不定期で状態像にムラがある」「コミュニケーションがとりづらい」「ダブルタスクや自らの考えで工夫するな

どが困難」などがあった。

今後に求める意見としては、就労定着に向けた支援、定期的な訪問や意見交換の機会の設定などがみられた。

D. 考察

障がい区分は、身体障がい雇用と知的障がい雇用が各々ほぼ40%、精神障がい雇用は20%であった。高次脳機能障害では、精神障がいのみならず、身体障がいを併発している場合もあり、これらの雇用体系だけでは、高次脳機能障害患者かどうかは不明である。しかし、雇用の際にはいずれかの区分で雇用されていることがわかる。

雇用した雇用者への評価であるが、満足・おおむね満足をあわせて、80%の雇用主がおおむね満足している。雇用が継続できている企業・団体、あるいは受け入れに理解のある企業・団体では、評価が高い。その際、重視する評価項目としては、仕事をする遂行能力や仕事に対する意欲、遅刻や欠勤が少ないといった勤務態度を重要視しており、選択肢として挙げた「他の従業員とのコミュニケーション」「家族や関係機関からの支援の有無」については評価には重要視されていなかった。これらはいずれも、障がいの有無を問わず、一般社会人として就労する際の評価項目と同じである。このことは、高次脳機能障害患者だからといって、特別なコミュニケーション手法や他の従業員との人間関係の配慮が必要ではないかと、医療者やセラピスト側が過剰に心配し過ぎているのかもしれない。

雇用主として、障がい者を雇用するに当たって知りたいことについては、「配慮すべき具体的内容」および「病名や特性」が上位を占め、事業者側に医療情報や医学的見解、セラピストの見解や所見が求められていることがうかがえる。さらに、続けて「コミュニケーション能力」「強み・弱み」「スキル」といった、リハビリテーションの情報を求める意見も多い。このことから、障がい者の就労に当たっては、雇用主への医学的情報・リハビリテーションの情報提供をいかにすすめるかが、今後の課題として挙げられる。

自由記載では、概して本人への評価は、まじめに熱心に作業を行うことができる点で評価が高く、継続的な就労支援につながる要因のひとつと考えられる。また、周囲の職員への変化として、「支援の姿勢がみられるようになった」や、「意識向上や業務

分担・内容の工夫を職員が考えるようになった」など、障がい者を企業・団体で受け入れていこうという職員全体の意識改革を挙げた回答もみられた。その一方、融通の利かなさ、創意工夫の困難さ、ダブルタスクや業務のセット転換の困難さなどが、就労上の難点として挙げられた。これらはいずれも、高次脳機能障害あるいは知的障がい者の特性ともいえ、一つの特性は長所でもあり難点でもあることから、各人にあった業務内容・勤務体系などを考えていく必要がある。

最後に、就労企業・団体からの要望をたずねると、状態像が変化することによる戸惑い、指示の変更や指示が通らないことがあるなどの業務上のコミュニケーションに関する要望などのほか、就労者本人だけでなく、雇用者側・指導側へのメンタル面でのサポートを要望する声も聞かれた。特に、直接かわるサポーターや主任などへの心理的支援を挙げる意見がみられた。

E. 結論

障がい者雇用をおこなっている企業・団体に対して、障がい者雇用に関するアンケート調査を行った。もともと障がい者雇用に理解のある企業・団体であることから、雇用者に対する満足度は高く、周囲の職員へのよい波及効果もあったとする回答が多かった。

課題としては、企業・団体へ、病名やスキル、コミュニケーション能力の特性などといった、医療情報やリハビリテーションの情報を知らせてほしいという要望が明らかとなったことから、今後の研修会やセミナーなどの内容の工夫が期待される。

今回の研究結果を通して、障がい者雇用による企業・団体側のメリットを伝えることは、社会全体の就労受入への機運が高まることにつながることを想定される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Koyama A, Matsushita M, Hashimoto M, Fujise N, Ishikawa T, Tanaka H, Hatada Y, Miyagawa Y, Hotta M, Ikeda M. Mental health among younger and older caregivers of dementia

patients. *Psychogeriatrics*. Mar;17(2):108-114. 2017

- 2) 石川智久. 認知症医療の問題点 ～多職種間に横たわる問題点：認知症初期集中支援チームの現状と課題～ 日本早期認知症学会誌 10(2) : 64-70, 2017

2. 学会発表

- 1) Sato S, Kazui H, Kanemoto H, Suzuki Y, Azuma S, Suehiro T, Matsumoto T, Yoshiyama K, Ishikawa T, Hashimoto M, Kosugi N, Onizuka M, Ikeda M. Success rates of methods for managing symptoms of patients with dementia. Statistical analysis of care experiences through “Ninchisho Chienowa-net” website. Faculty of Psychiatry of Old Age CONFERENCE 2017 (International Psychogeriatric Association), Queenstown, New Zealand, 2017.11.9, Oral presentation
- 2) 本田和揮, 堀田牧, 石川智久, 橋本衛, 池田学. 軽度アルツハイマー病患者に対する小グループ作業療法の効果と課題. 第92回日本老年精神医学会, 名古屋, 6月14－16日, 2017, 口頭発表
- 3) 田平隆行, 堀田牧, 村田美希, 吉浦和宏, 石川智久, 小川敬之, 森崇明, 吉田卓, 池田学. 加齢による初期AD患者のADL/IADL自立度低下の特徴. 第92回日本老年精神医学会, 名古屋, 6月14－16日, 2017, 口頭発表
- 4) 堀田牧, 高崎昭博, 池寄寛人, 宮川雄介, 石川智久, 橋本衛. 認知症者の嗅覚の自覚と嗅覚低下の特徴に関する研究. 第92回日本老年精神医学会, 名古屋, 6月14－16日, 2017, 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

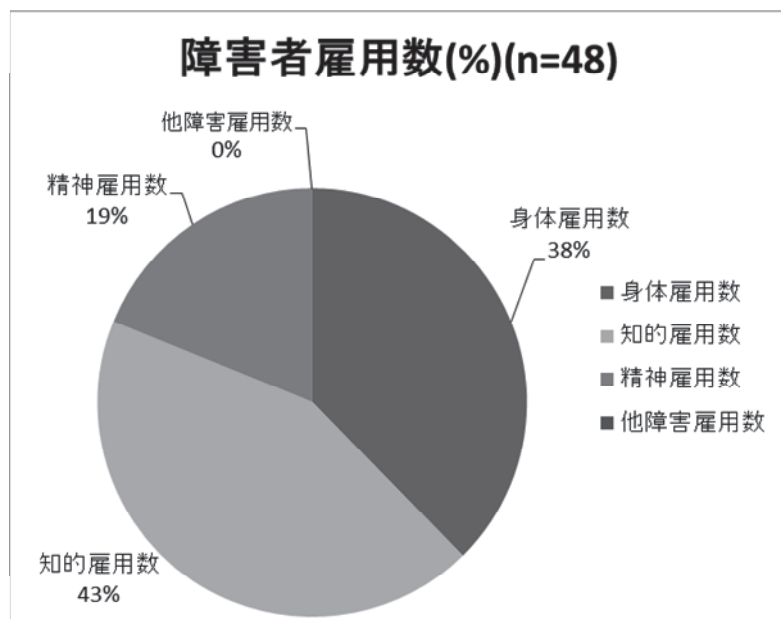
なし

3. その他

なし

(結果)

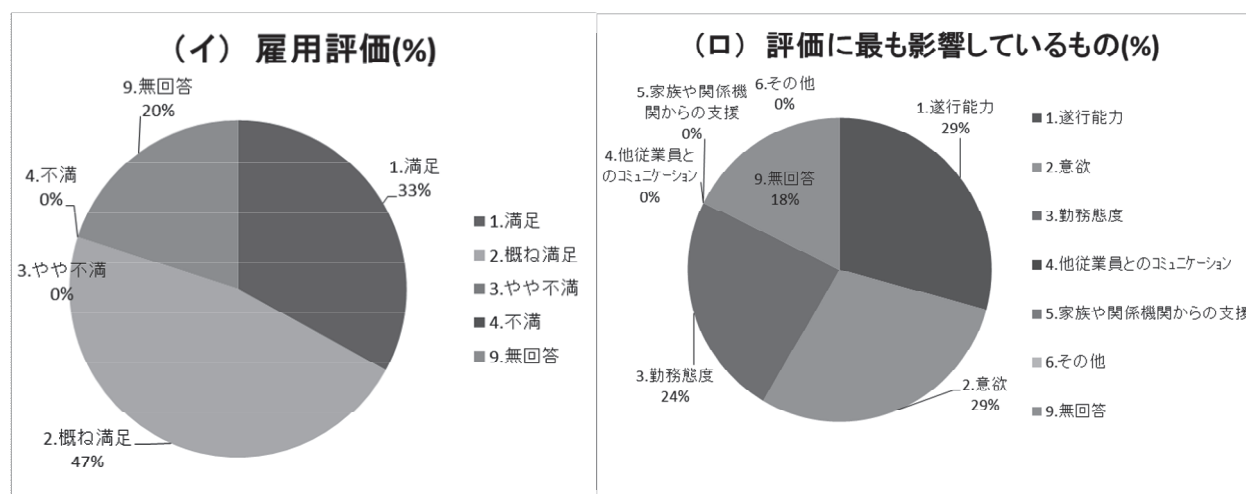
設問1 現在何名の障がい者を雇用されていますか。障がい区分ごとにご記入ください。



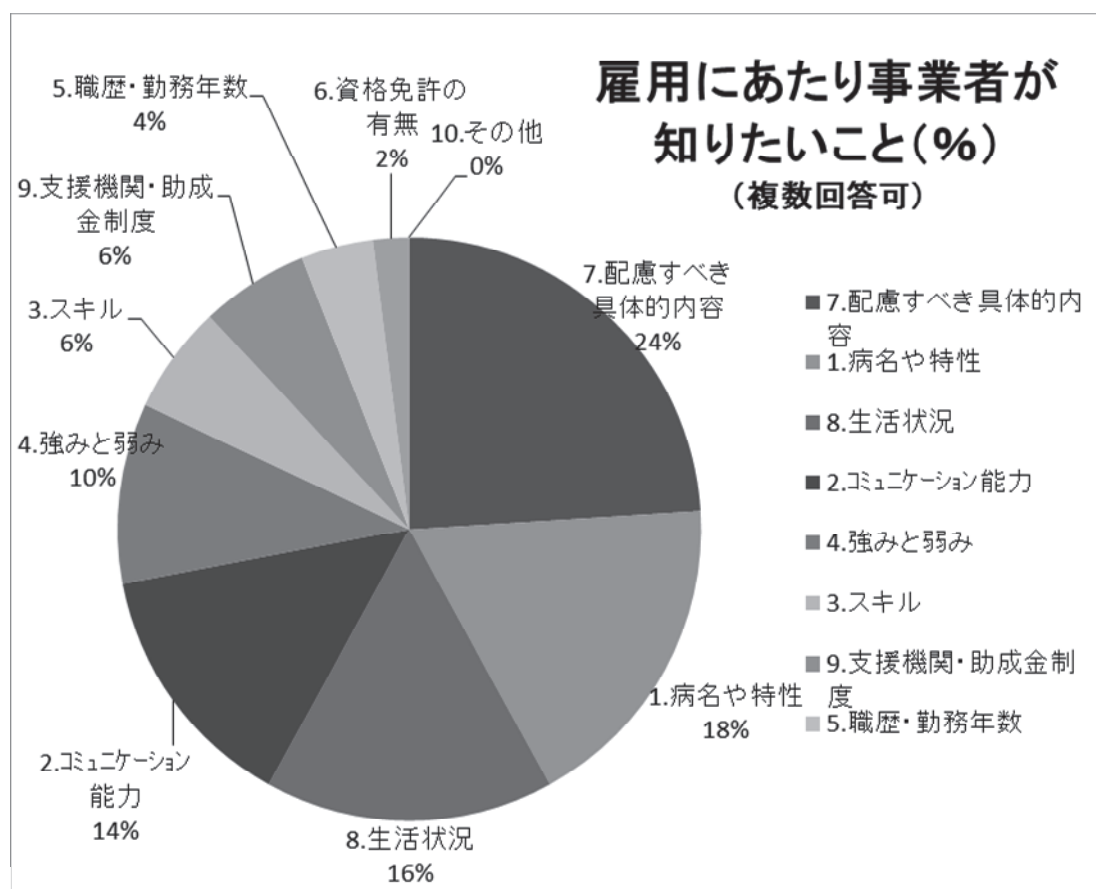
設問2 雇用した障がい者について、

(イ)どう評価していますか？

(ロ)その評価に最も影響していることは何ですか？(複数回答不可)



設問3 障がい者を雇用するに当たり事業所として知りたいことを教えてください(複数回答可)



設問4. 障がい者を雇用してよかったこと(自由回答)

- ・掃除や洗濯などの雑用が軽減し業務に専念できる
- ・これまでできていなかった業務ができるようになった。
- ・雇用を機に、業務の手順の見直し(改善)ができる
- ・丁寧に掃除をしてくれるので、気持ち良く生活ができる
- ・真面目に誠実に業務に取り組んでいただける
- ・とても真面目・1つのことだったら一生懸命に集中して仕事ができる
- ・実直直で前向きに業務に取り組んでいただいている。
- ・集中力がある・まわりの(グチ)意見等にあまり振り回されない・指示されたことに忠実
- ・単純でもくもくとする作業は健常者の以上の仕事ができる・我慢強い
- ・個人差はあるが、仕事はキッチリやり切る
- ・相互理解を深められたこと
- ・周りのスタッフを明るくしていただける
- ・周囲の職員の向上。いかに助言等すべきか考え、対応する機会が増えた。
- ・周りのメンバーのサポート意識が向上したこと
- ・他職員間に対しても思いやりの気持ちがでてきた。
- ・特に障がい者を雇用して良い、悪い、困った等はない。一般の雇用と同じように色々な良い悩みがあります

設問5. 障がい者を雇用して困っている、悩んでおられること(自由回答)

- ・熱で欠勤することがよくある
- ・精神障がいを持つ方の日内変動。
- ・業務管理工数が増加すること
- ・個々のコミュニケーション能力に合わせて対応すること
- ・日常のコミュニケーションが取りづらい・説明しても理解してもらえないことがある
- ・自分の考えで勝手な行動をとってしまう
- ・指示を出す側が1人でないといけない
- ・業務上指導が必要となった際の指導の仕方
- ・複数を言うと優先順位が決められない
- ・全スタッフの理解を得ること・障がいを持つスタッフに任せる業務の選定
- ・定期的に業務面での訂正、見直しが必要である
- ・生活面で手をつけられないような問題が定期的にある
- ・障害者を管理する側のケア・障害者の教育訓練
- ・仕事や、他の人からの信頼がベースになり次のステップにうつりたいと退職願を提出した。
- ・特に障がい者を雇用して良い、悪い、困った等はない。一般の雇用と同じように色々な良い悩みがあります

設問6. 就労支援機関に求めるサポート内容(自由回答)

- ・卒業後、ジョブコーチ等大変よく動いていただいている。
- ・女性の働き手がほしい
- ・定期的に訪問して頂き、本人の様子やお話等聞いて頂ける機会があればいいかなと思います。
- ・定着支援
- ・障害者に関する情報提供・就労に向けた通勤や生活リズムを整える助言
- ・辛抱強く我慢が出来る為の訓練
- ・支援学校出身者には、特に必要なし・支援機関と、家族と職場の連携が必要
- ・紹介とトライアル雇用の様なシステムがあるのか？
- ・事業所毎の定員人数に達していないので、そういう相談をどこにすれば良いのかわからない。
- ・企業と協力しながら、特に直接係る人や、キーマンへのサポートが大切だと思います。(同僚など)
- ・メンタルケア

その他自由記載

- ・毎朝早目に出勤してきちんと仕事を遂行してくれてるので大変助かっています。
もう少しコミュニケーションをとりたいと思っているのですが、思うようにいきません。
- ・障害者が社会で自立し、生活していくという事については、雇用する側、される側の両面で考えております。
数十年弊社に務めた方もおりましたが、最期は不本意ながら障害者ならではの理由で退職された事例もあり、残念な記憶としてあります。私1人が学ぶだけでは、組織として障害者を雇用していくのは困難なため、セミナーや勉強会の案内等も頂けると嬉しく思います。

- ・雇用、就労形態の多様化が求められている時代を迎えているなか、何を目的とし雇用するのかを明確にすることで、個性の活かし方、適した雇用方法が見えてくると考えます。互いに充実した仕事であるよう、環境を整え雇用したく考えております。
- ・障がいがある方の雇用はまだできておりません。

障害者雇用に関するアンケート

貴社名： _____ (TEL _____)

ご記入者氏名： _____

1. 現在、何名の障がい者を雇用されていますか。雇用人数をご記入ください。

身体： 名 知的： 名 精神： 名

その他の障害： 名

(その他の障害については障害名を記入してください。)

2. 雇用した障害者について、(イ)どう評価していますか？また、(ロ)その評価に最も影響していることは何ですか？(イ)(ロ)とも1つ選択して番号に○をつけてください。

(イ) 雇用した障害者への評価	
1	満足している
2	概ね満足している
3	やや不満である
4	不満である

(ロ) 評価に最も影響していること	
1	仕事を遂行する能力
2	仕事に対する意欲
3	遅刻・欠勤などの勤務態度
4	他の従業員とのコミュニケーション
5	家族や関係機関からの支援
6	その他 ()

3. 障害者を雇用するに当たり事業所として知りたいことを教えてください。

該当欄を○で記入ください。(複数回答可)

- ☐ 障害のこまかな病名や特性
- ☐ コミュニケーション能力
- ☐ スキル
- ☐ 強み・弱み
- ☐ 職歴・勤務年数
- ☐ 資格・免許の有無
- ☐ 配慮すべき具体的内容
- ☐ 生活の状況
- ☐ 支援機関や助成金制度
- ☐ その他 ()

4. 障がい者を雇用して良かったこと

1

2

3

5. 障がい者を雇用して困っている、悩んでおられること

1

2

3

6. 就労支援機関に求めるサポート内容（例 定着に繋がる支援など）

1

2

3

その他 ご意見等を自由にご記入下さい。

--

《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－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－

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

研究要旨：

高次脳機能障害者において、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コントロールおよび就業への効果が認められた3例を前々年報告した。さらに3症例に対して、アンガーマネジメントを行っており、それぞれを検討した。入院からアンガーマネジメントを導入し、十分に期間をかけた3症例は、易怒性によるトラブルの減少が認められた。完全な就業には至らないものの、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ていた。病感が薄く、アンガーマネジメントへの意欲が低い症例は効果が十分でなく、易怒性が続いた。就労もうまくいっていなかった。外来のみでアンガーマネジメントを行った2症例では、コントロールは良かったり、十分でなかったりした。

今回は効果が十分でなかったうちの1症例に対し、本人のみでなく、家族(主に接する者)にもアンガーマネジメントを行った。ある程度の期間家族とマネジメントを継続でき効果が認められたが、「自分自身が間違っているのではないのに、感情を無理に抑えること」への反発が生じた。

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が、症例毎の工夫や配慮が必要であると考えられる。

A. 研究目的

高次脳機能障害者は、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てきている。怒りの感情自体は、人が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、私たち人間が様々な営んでいる、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。

高次脳機能障害者は、この‘易怒性’の症状ために社会生活を円滑に行うことが困難となっており、就業や復職、仕事自体の継続に、大きなマイナスの影響を受け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、‘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との報告がある。

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者に対し、アンガーマネジメントを行ってきた。過去、6症例を報告した。今回は報告症例のうち、本人へのアン

ガーマネジメント導入で結果が十分でなかった2症例のうちの1症例に対し、家族（主に本人に関わる者のみ）へもアンガーマネジメントを行い、その効果を検討した。

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平成28年度までに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、新たに3症例を加え、マネジメントを行った。結果は、下記症例の4と6以外では良好な効果が得られた。

今回は、症例4に対し、本人のみでなく、妻に対しても、アンガーマネジメントを行った。

症例4は、入院からアンガーマネジメントを導入したが、本人の病感が薄く、子供への暴言などは、「しつけである」など答え、反省がなかった。アンガーマネジメントは実行者の自らの易怒性への認識と易怒のコントロールへの意識が重要とされ、そのせいか症例4では他と比して目覚ましい効果が認められていない。家族の評価も高くなかった。一方では、本人にあおられての部分もあるにせよ、家族の感情的対応も状況に良い影響を与えていないようであった。

妻が、夫の診察に同行していることから、その診察時に夫とともに妻にもアンガーマネジメントを用いた面接を行った。

今回の面接は、担当外来主治医が行った。

面接の前に妻には「マンガでやさしくわかるアンガーマネジメント」（JMAM 刊）をお貸しし、読んできてもらった上で、入院患者に行う、最初のアンガーマネジメントについての心理教育を行った。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った。

以後は夫とともに、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った。

外来で行ったため、1～2か月に1回程度行った。

評価は、最終受診で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。

ちなみに症例1～6のプロフィールを以下に示す。

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。両親と農家を営んでいたが、脳炎後は働かなくなり、些細なことで、大声でののしるなどが続いた。

症例2. B 女史。30代女性。脳炎後高次脳機能障害。精神科看護師として、10年以上勤務したが、脳炎後知的機能低下で(WAIS-IIIのFIQ70)、退職。些細なことで苛立ち、家族へ暴言・暴力。精神科病院入院も数回。退院後、近隣への易怒性で転居。転居後も落ち着かず。

症例3. C 氏。10代男性。交通事故後外傷による高次脳機能障害。リハビリ後も、著明な注意障害が続き、留年。自宅へ引きこもる。家族へ易怒性続き、大声や家財の破壊がみられた。

症例4. D 氏。30代男性。交通事故後外傷による高次脳機能障害。事故後 WAIS-IIIでFIQ52と著明な低下が認められた。運送業に携わっていたが、ミスが続き、休職。易怒性明らかで、義父の自営業手伝いも些細なことでぶつかって継続できなかった。子供や妻への暴言・暴力が続いていた。

症例5. E 氏。20代男性。交通事故後外傷での高次脳機能障害。リバーミード実行記憶検査でSPS19、SS8程度であった。A 型事業所で就労訓練を継続しているが、易怒性が著明で特に家族対しての暴言が続いていた。

症例6. F 氏。30代男性。髄膜腫手術後の高次脳機能障害。認知機能障害は軽度の遂行機能障害のみ。10代での発症で、定時制高校卒業後も定職に就かず、アルバイトを時々繰り返している状態。アパシーや易怒・興奮から家族への暴言・暴力が続いていた。

（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4の本人と妻に対して、アンガーマネジメントによる、面接を行った。

例えば、リハビリテーションで、本人は現在はまだその必要を認めず、さぼりがちであったが、妻は、本人の訴えを聞かず、‘怠けている’と責めがちであった。お互いの‘べき’思考から怒りをぶつけあう形になっていたが、妻がアンガーマネジメントの技法を用い、内省の感じを持つことで、どっちが悪いという見方以外での話し合いを持つ

ことができ、デイケアに行くのではなく、別のことを行うのを検討することになり、本人もやる気を少し取り戻したようである。このようにして、それまでであった激しいケンカになることは実際に減少した。

5回ほど、アンガーマネジメントを中心にした面接を行ったが、妻より「なんで私が悪いわけでないのに、自分の感情を抑制しなければならないのか」といった発言も認められた。効果は認められていたことから、毎回でなく、何回かに一度アンガーマネジメントを行っていく形に改め、継続している。

D. 考察

症例4は、本人の易怒・興奮に家族が影響を与えていることが考えられる症例であった。本人の病感が薄く、周りから注意されても反省がなかった。アンガーマネジメントは実行者の自らの易怒性への認識と易怒のコントロールへの意識が重要とされ、そのせいか症例4では目覚ましい効果が認められていなかった。一方で、家族の感情的対応も状況を悪化させていた。

今回、妻に対してもアンガーマネジメントを行い、毎回診察時の出来事確認では、明らかにぶつかり合い・激しいケンカは少なくなっていた。家族が感情的対応を、アンガーマネジメントの技法を用いることで減少させ、結果としてそのようななったと思われる。

一方で、家族への心理治療の導入は、「悪いのは自分ではないのに、どうしてしなければならないのか」といった感を持たせることもあり、十分な説明と同意、施行中の注意が必要と思われる。

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。
- ・アンガーマネジメント施行は、それぞれの症例に合わせた工夫が必要である。
- ・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。
- ・易怒性に対して、その家族の対応が影響を与えていると考えられる場合、家族へのアンガーマネジメントは、本人・家族間のトラブルを減少させる可能性が示唆された。ただし、治療の対象者でな

い家族への心理療法の施行は、その必要性の十分な説明と同意、また家族の感情への十分な注意と配慮が必要と思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし。
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

研究分担者 福原竜治 熊本大学医学部附属病院神経精神科 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。実際の運転能力を評価においては、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、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期待されている。現在われわれは、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ている。本報告書では自動車運転再開に至った例と至らなかった例のそれぞれ2ケースから、高次脳機能障害患者に対する運転再開支援に関し考察する。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

渡辺真弓	熊本県高次脳機能障害支援センター 精神保健福祉士
橋口貴大	潤心会熊本セントラル病院 作業療法士

A. 研究目的

高次脳機能障害患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。しかし、実際の運転能力の評価には、机上の神経心理検査のみでは現在のところ不十分であり、運転シミュレータや実車を用いた評価を組み合わせた方が妥当であると考えられている。そこでわれわれは、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して、運転シミュレータおよび実車運転を取り入れた自動車運転再開支援プログラムの開発を行っている。開発は、潤心会熊本セントラル病院の協力のもと行われ、今回、2名が自動車運転再開支援プログラムを終了した。

B. 研究方法

対象：熊本大学医学部附属病院神経精神科高次脳機能障害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2名。なおてんかんを合併している場合、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。同病院は継続的に高次脳機能障害者に対する運転再開支援を行っている。

本研究で用いる評価および運転再開支援の流れを以下に示す（表）。本プログラムではまず適性前評価として、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。これらをもとに 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、公安委員会に提出する。その後、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、本プログ

ラムの特徴である高次脳機能および自動車運転の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、ここで運転の許可を得ることが必要である。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断され、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こととなる。症例により、その後の支援を継続するかどうか判断される。

（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 30 歳代女性＞

【病名】 もやもや病による左視床出血後遺症

【障害名】 近時記憶障害、注意障害、言語障害、社会的行動障害（こだわり、混乱しやすさ）

【身体症状】 右上下肢片麻痺（ごく軽度）

【現病歴・支援までの経過】

8 年前に、もやもや病による左視床出血後遺症を来し、高次脳機能障害発症。6 年前当科初診。喚語困難が著しく、会話では言葉が出てこないため黙り込みやすく、他者とのコミュニケーションが減少していた。簡単な暗算ができず、指折りして計算するがミスが多い。前日のことを覚えていないといった近時記憶障害や、洗面に 30 分以上かける、入浴に 2 時間以上かけるなどのこだわりもみられた。病前は就職していたが、現在は B 型作業所通所中。A 型作業所や障害者枠での就職を目指し、生活環境の拡大の目的で、本プログラムに参加。

【認知機能検査結果】

- ・ MMSE 24/30
- ・ D-CAT 処理速度の緩慢さと見落とし顕著
- ・ TMT-A 51 秒、TMT-B 106 秒
- ・ かな拾いテスト 91%
- ・ WAIS-III (FIQ72 言語性 IQ 66 動作性 IQ86 知覚推理 93 作業記憶 60 処理速度 60)
- ・ RBMT (SPS 17/24, SS5/12)

【結果】

認知機能プロフィールでは視覚処理は比較的保たれ、情報を読み取ったり細部に注意を向けることもできるが、処理速度の遅さやミスもみられた。実車評価ではシートベルト着用やミラーの確認など基本的な指導から必要となった。単純な動作は素早くできるが、認知・判断を伴う操作に非常に遅れが見られた。しかし、練習をすることにより学習効果が見られた。発症前がペーパードライバーであったことも考慮すると、現段階では運転再開は困難と結論したが、練習を続けることによって今後運転が再開できる可能性は感じられた。

＜症例 2 50 歳代男性＞

【病名】 右前大脳動脈梗塞後遺症

【障害名】 注意障害、喚語困難、うつ症状

【身体症状】 右上肢巧緻運動障害（軽度）

【現病歴・支援までの経過】

5 年前右前大脳動脈梗塞を発症、保存的治療を受けた。軽度の右片麻痺、注意障害、喚語困難、感情失禁を認め、リハビリも受けた。次第に焦燥、抑うつが高まり、加療された。当科には経済的な憂慮もあり、就労に向けての高次脳機能障害の評価の目的で来院。脳梗塞後、自動車運転は医師の許可が下りず中止されており、元の職場（運転業）は退職となっている。就労に向けて自動車運転再開の希望もあり、本プログラムに参加。

【認知機能検査結果】

- ・ MMSE 29/30
- ・ CAT cut off 値に至る注意の低下
- ・ TMT-A 23 秒、TMT-B 65 秒
- ・ かな拾いテスト 87%
- ・ WAIS-III (FIQ89 言語性 IQ 102 動作性 IQ75 知覚統合 81 作業記憶 102 処理速度 66)
- ・ RBMT (SPS 22/24, SS11/12)

【結果】

認知機能プロフィールでは近時記憶の障害はなく、また言語性能力も保持され、言葉の理解や社会的ルールを理解も十分。一方、作業速度、動作の緩慢、注意のむらが認められた。運転再開支援プログラムでは、2 種免許の支援は行っていないことは了承していただいた。運転シミュレータでは、同年代との比較でも普通もしくは良好との結果であり、実車評価では構内、路上とも結果運転

操作反応の遅れは見られず、危険予測も可能で全体に円滑な路上運転が可能と評価された。

D. 考察

本プログラムによる評価・支援の結果、症例1は現時点では運転再開には至らず、症例2は発症後、運転中止となっていたが運転再開可能と判断された。症例1は現時点では運転能力としては水準に達していないと判断されたが、プログラムにおける練習によって学習効果が見られており、元々の運転能力を考慮すると、今後の練習によって運転再開に至る可能性もあるかもしれない。症例2は元来職業として運転していたほど病前の技量が高く、本プログラムの運転シミュレータ、実車評価でも運転は円滑であると評価され、運転再開に至ることができた。両者とも病識が比較的保たれている例であった。このように運転が中止されていた症例でも運転再開に至ったり、今後の練習により将来の運転再開の希望がみられるなど、包括的な神経心理検査に、運転シミュレータや実車評価といった詳細な検討を行う本プログラムは、高次脳機能障害患者に対し一定の貢献が認められるものと思われた。

E. 結論

高次脳機能障害発症後に、丁寧な支援によって自動車運転を再開できる例は少なくない。今後、さらに症例を増やし、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評価して行きたい。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Koyama A, Hashimoto M, Fukuhara R, Ichimi N, Takasaki A, Matsushita M, Ishikawa T, Tanaka H, Miyagawa Y, Ikeda M. Caregiver Burden in Semantic Dementia with Right- and Left-Sided Predominant Cerebral Atrophy and in Behavioral-Variant Frontotemporal Dementia. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2018 Apr 6;8(1):128-137.

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

(表) 自動車運転再開支援プログラムの流れ

- (1) 運転再開に際しての本人および家族の意向の確認
本人と家族の希望に相違はないか。運転再開が無理のない目標であるか。運転再開の目的について相談・確認をする。
発作のコントロールされていないてんかんや認知症などの、道路交通法上の欠格事由に該当していないか確認する。
- (2) 高次脳機能、身体能力などの評価
評価尺度を用いた記憶、注意、言語、視空間能力、遂行機能の評価
視力、聴力、四肢麻痺などの身体能力の評価
- (3) 停車車両評価およびドライビングシミュレータ評価
停車車両を用いた運転シミュレーション
運転反応やハンドル操作、注意分配や複数作業の能力および、危険予測能力を評価
- (4) 医師による診断書作成
これまでの結果をもとに、運転の可否について診断書作成
- (5) 運転免許センターでの臨時適性検査
適正検査により、無条件適格・条件付適格・不適格のいずれかに評価される。無条件適格、条件付適格の評価であれば次の段階に進むことができる。
- (6) 実車による運転能力評価（路上評価含む）
施設内運転ののち路上運転による評価を行う。同乗者による運転能力、行動の評価を行い、自身の運転能力に対する気付きも図る。
- (7) 自動車運転再開
運転の用途、コース、時間帯について確認。より安全な状況での運転を目指す。
- (8) 運転再開後フォローアップ
運転再開後、安全に運転できているか、再開時に設定した制限は守れているかなどについて、定期的にフォローする。

労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

急性期病院における復職支援を考えさせられた一例
—多職種連携の重要性と急性期病院の課題—

分担研究者 池寄 寛人 熊本保健科学大学
保健科学部リハビリテーション学科言語聴覚学専攻 講師

研究要旨：

目的：急性期病院からの自宅退院と就労復帰を希望していた高次脳機能障害患者に対して、早期から医療ソーシャルワーカーに介入を依頼し、多職種で対応した事例を経験したため、報告する。

対象：2017年4月から2017年12月の期間に急性期病院に入院となり、高次脳機能障害を認めた1例を対象とした。

方法：対象となった事例の復職支援について、診療記録をもとに検討を行った。

結果：本事例の検査結果より自宅および仕事の遂行に問題をきたすリスクが高いと考えられた。家族からの情報収集を行うなかで本事例の症状は、発症前から生じていた可能性が疑われた。よって、主治医と相談した上で、認知症の可能性も疑い専門医の受診と介護保険の申請をした後、地域包括支援センターに依頼してケアプランの立案を計画した。しかし、本事例のように病識の乏しい患者の場合、必要性の認識がなく実行に至らないのが現状であり、急性期病院の対応としては説明と提案までが限界であった。このような事例では、今後、生活圏域の保健師へ情報提供を行い、地域や社会の中で孤立しない環境づくりが必要かもしれない。

まとめ：急性期病院から自宅退院と就労復帰を希望する高次脳機能障害患者への対応としては、機能訓練のみに執着せず、高次脳機能障害の自覚を促すアプローチも同時に提供することが重要である。そして、入院リハビリテーションの早い時期から福祉サービスに詳しい専門職に介入を依頼し、チームアプローチで対応することも必要である。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

那須真由美	熊本赤十字病院	言語聴覚士
清永紗知	熊本赤十字病院	言語聴覚士
宮川佳代	熊本赤十字病院	言語聴覚士
大道奈央	熊本赤十字病院	言語聴覚士
蓑田健太	熊本赤十字病院	言語聴覚士

A. 研究目的

我々は、急性期病院からの高次脳機能障害患者へのリハビリテーションの提供および社会復帰支援を実施してきた。これらの介入を通して得られた知見として、「急性期病院から直接自宅退院となった高次脳機能障害患者の傾向」（池寄ら、高次脳研究 2013）、「急性期病院からの退院支援～生活支援がうまくいかなかった高次脳機能障

害の症例～」(池寄、熊本高次脳機能支援ネットワーク研究会2017)を報告している。我々の報告にて明らかとなったことは、急性期病院から自宅退院を強く希望する高次脳機能障害の事例に対する生活支援がうまくいかなかった要因として、本人および家族側、急性期病院側の問題点が挙げられた。急性期病院における高次脳機能障害患者の生活支援に関する問題点は、まず、本人および家族側の特徴として、境界域の高次脳機能障害患者が主な対象となること、本人と家族の病識が乏しい点が挙げられた。次に、急性期病院側の問題点として、在院日数の短縮に伴い担当する期間が短い、転院調整など日々の業務に追われている、復職に対する経験不足や理解不足があった。

そこで、本研究では、急性期病院からの自宅退院と就労復帰を希望していた高次脳機能障害患者に対して、早期から医療ソーシャルワーカー

(MSW)に介入を依頼し、多職種で対応し、福祉サービスの利用を促した事例を経験したため、報告する。

B. 研究方法

【対象と方法】

2017年4月から2017年12月の期間に脳損傷で熊本赤十字病院に入院となり、言語聴覚士の機能評価で継続した高次脳機能障害へのリハビリテーションが必要と判断された者のうち、自宅退院を強く希望し、自宅退院となった1例を対象とした。

【倫理面への配慮】

本研究は、熊本保健科学大学倫理委員会および熊本赤十字病院倫理委員会の審査をうけて実施された（受付番号2016-01、212番）。

C. 研究結果

1. 事例：50歳代、男性、牧場勤務（アルバイト）

職場で座って喫煙中、同僚の目の前で意識が消失し、急性期病院へ入院となった。脳画像では新たな脳梗塞だけでなく、以前からの脳梗塞や微小な出血痕も散見された。初回評価にて、軽度の呂律不良以外に、全般的な認知機能の低下、記憶力の低下、注意機能の低下、遂行機能の低下、構成機能の低下を認め、高次脳機能障害が疑われた。病院での生活は明らかな支障をきたしていなかったものの、ナースコールの指導をしても押さないなどの行動変化がみられた。本事例は、高次脳機能障害に対する自覚がなく、急性期病院から自宅退院と就労復帰を希望していた。また、家族については、父と兄、娘と同居しており、娘がキーパーソンではあるものの、協力が得られにくい状況であった。本事例に対する生活支援として、福

祉サービスに精通した専門職であるMSWの介入を依頼し、早期から対応した。家族からの情報収集を行うなかで本事例の症状は、発症前から生じていた可能性が疑われたことから、主治医と相談した上で、認知症の可能性も疑い専門医の受診と介護保険の申請をした後、地域包括支援センターに依頼してケアプランの立案を計画した。また、内服管理ができるか認知機能の観点から不安があるため、訪問看護をつけて内服管理ができるか、できないなら手助けをしてもらうことも提案した。これらの2点について、本人および家族がサービス利用を承諾しなかった場合は、保健師への情報提供についても説明を行うこととした。これらの点を説明し、自宅退院後、認知症専門医を受診する運びとなった。しかし、自宅退院後、本事例とは連絡がとれなくなり、その後のフォローはできなかった。本事例のように病識の乏しい患者の場合、必要性の認識がなく実行に至らないのが現状であり、急性期病院の対応としては説明と提案までが限界であった。

D. 考察

本事例は、検査結果より自宅および仕事の遂行に問題をきたすリスクが高いと考えられた。家族からの情報収集を行うなかで本事例の症状は、発症前から生じていた可能性が疑われた。よって、主治医と相談した上で、認知症の可能性も疑い専門医の受診と介護保険の申請をした後、地域包括支援センターに依頼してケアプランの立案を計画した。しかし、本事例のように病識の乏しい患者の場合、必要性の認識がなく実行に至らないのが現状であり、急性期病院の対応としては説明と提案までが限界であった。このような事例では、今後、生活圏域の保健師へ情報提供を行い、地域

表1 本事例へのサービス利用の提案内容

サービス利用を承諾した場合		サービス利用を承諾しなかった場合
就労支援	内服管理	保健師への情報提供
1. 契約社員の場合 ① 高次脳機能障害の診断をつけた場合 ● MSWに依頼し、就労支援事業所、またはなかぼつ、に依頼してジョブコーチなど就労支援をしてもらう。 ② 認知症の診断をつけた場合 ● MSWに依頼し、介護保険を申請した後ささえりあ、に依頼してケアプランを立ててもらう。	2. 口約束の就労(バイトを含む)の場合 ① 高次脳機能障害の診断をつけた場合 ● MSWに依頼し、なかぼつ(障害者就業・生活支援センター)、に依頼してジョブコーチなど就労支援をしてもらう。 ② 認知症の診断をつけた場合 ● MSWに依頼し、介護保険を申請した後ささえりあ(地域包括支援センター)、に依頼してケアプランを立ててもらう。	訪問看護 ● 内服管理ができるか認知機能が怪しい。 ● 訪問看護をつけて内服管理ができるか、できないなら手助けをしてもらう ● 今後、何か困ったときのために、生活圏域の保健師にMSWから情報提供を行うことを提案する

や社会の中で孤立しない環境づくりが必要かもしれない。

障害者の就労を支援する機関としては、ハローワーク、地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、就労移行支援事業所、就労継続支援事業所などがある。病院スタッフも福祉スタッフも、高次脳機能障害患者の復職支援にあたり、連携をとりたいと思っている。しかし、現状、本事例のように病院と福祉の連携に至らないケースがある。病院における高次脳機能障害患者の復職支援に関する問題点は、①高次脳機能障害患者および家族の病識が乏しいことで福祉サービスの利用に消極的、②在院日数の短縮に伴い病院スタッフが高次脳機能障害患者を担当する期間が短い、③病院スタッフが日々の業務に追われている、④病院スタッフの復職に対する経験不足や理解不足などの要因がある。特に、急性期の病院ほど①から④の傾向が強い。急性期の病院ではこれらの問題点に対応する取り組みが必要である。

続いて、病院と福祉が連携をとるためにできることについて、考察する。病院と福祉が連携をとるためにできることは、お互いのことを知ることが第一歩である。情報提供書などの紙面での情報交換も必要と言えるが、関係者会議や合同での研修会を定期的に行うなど顔を突き合わせて話し合う場を設けることで、より円滑な連携が可能となる。このような場を設けることで病院スタッフの復職に対する経験不足や理解不足といった要因が補われていくと考える。次に、病院側が福祉と連携をとるためにできることは、まず、高次脳機能障害患者に対して、機能訓練のみに執着せず、高次脳機能障害の自覚を促すアプローチも同時に提供することが重要である。高次脳機能障害の自覚を促すアプローチは、机上課題だけではなく、外泊訓練などを取り入れながら失敗経験を積み重ねてもらい促していく取り組みが必要であろう。そして、入院リハビリテーションの早い時期から福祉サービスに詳しい社会福祉士、精神保健福祉士などの専門職に介入を依頼し、チームアプローチで対応することが大事である。

最後に、本事例への対応を経験し、病院スタッフ、福祉スタッフの双方が連携をとるためにできることを行い、福祉サービスが必要な高次脳機能障害患者やその家族に福祉サービスを利用する方向へ導く努力が必要であることを再認識した。

E. 結論

急性期病院からの自宅退院と就労復帰を希望していた高次脳機能障害患者に対して、早期からMSWに介入を依頼し、多職種で対応した事例を経験したため、報告した。

本事例の検査結果より自宅および仕事の遂行に問題をきたすリスクが高いと考えられた。家族からの情報収集を行うなかで本事例の症状は、発症前から生じていた可能性が疑われた。よって、主治医と相談した上で、認知症の可能性も疑い専門医の受診と介護保険の申請をした後、地域包括支援センターに依頼してケアプランの立案を計画した。しかし、本事例のように病識の乏しい患者の場合、必要性の認識がなく実行に至らないのが現状であり、急性期病院の対応としては説明と提案までが限界であった。このような事例では、今後、生活圏域の保健師へ情報提供を行い、地域や社会の中で孤立しない環境づくりが必要かもしれない。

本事例の経験をふまえ、急性期病院から自宅退院と就労復帰を希望する高次脳機能障害患者への対応としては、機能訓練のみに執着せず、高次脳機能障害の自覚を促すアプローチも同時に提供することが重要であった。そして、入院リハビリテーションの早い時期から福祉サービスに詳しい専門職に介入を依頼し、チームアプローチで対応することが必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 松原慶吾, 池寄寛人, 小藺真知子. 言語聴覚士学生におけるレジリエンスと実習前後の不安との関係について. 保健科学研究誌 2017 15 : 11・18

2. 学会発表

- 1) 田畑伸治, 立野伸一, 池寄寛人. 熊本地震からの一考 急性期リハビリテーション科の立場から. 第52回日本理学療法学会学術大、千葉、5月12日－14日、2017、ポスター発表
- 2) 堀田牧, 高崎昭博, 池寄寛人, 宮川雄介, 石川

- 智久, 橋本衛. 認知症者の嗅覚症状の自覚と嗅覚の低下に関する研究. 第32回日本老年精神医学会、愛知、6月14日－16日、2017、ポスター発表
- 3) 池寄寛人, 松原慶吾, 小藺真知子, 塩見将志. 言語聴覚学専攻学生における臨床実習を通してのレジリエンスの経時的変化. 第18回日本言語聴覚学会会、島根、6月23日－24日、2017、ポスター発表
- 4) 松原慶吾, 池寄寛人, 小藺真知子, 塩見将志. 評価・臨床実習前後における言語聴覚学専攻学生の不安状態について. 第18回日本言語聴覚学会会、島根、6月23日－24日、2017、ポスター発表
- 5) 兒玉成博, 熊井良彦, 鮫島靖浩, 池寄寛人. 評価・臨床実習前後における言語聴覚学専攻学生の不安状態について. 第18回日本言語聴覚学会会、島根、6月23日－24日、2017、口頭発表
- 6) 畑添涼, 村尾真由子, 小藺真知子, 池寄寛人. 左後頭葉内側の脳梗塞に伴い純粋失読を呈した一例. 第18回日本言語聴覚学会会、島根、6月23日－24日、2017、ポスター発表
- 7) 池寄寛人, 松原慶吾, 兒玉成博, 小藺真知子. 臨床実習において教員の対応が必要な言語聴覚学専攻学生の特徴. 第30回教育研究大会・教員研修会、新潟、8月31日・9月1日、2017、ポスター発表
- 8) 松原慶吾, 宮本恵美, 池寄寛人, 大塚裕一, 岩村健司, 兒玉成博, 小藺真知子. 4年次の学生教育が学生の主体的な国家試験学習に与える影響について. 第30回教育研究大会・教員研修会、新潟、8月31日・9月1日、2017、ポスター発表
- 9) 蓑田健太, 宮川佳代, 那須真由美, 大道奈央, 池寄寛人, 兒玉成博. 神経心理学的検査と自動車運転評価の関連性・超急性期からの自動車運転再開への取り組み. 平成29年度熊本県言語聴覚士会ビギナーズセッション、熊本、9月10日、2017、口頭発表
- 10) 土屋笹奈, 池寄寛人. 重度の眼瞼攣縮と開眼失行の合併症例の嚥下障害～流涎の軽減につながった症例～. 第23回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会、千葉、9月15日・16日、2017、ポスター発表
- 12) 蓑田健太, 和田邦泰, 宮川佳代, 那須真由美, 大道奈央, 池寄寛人. 重度嚥下障害が遷延した皮膚筋炎の1例. 第23回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会、千葉、9月15日・16日、2017、ポスター発表
- 13) 池寄寛人, 山本恵仙, 宮本恵美, 後藤伸一郎. 一般社団法人熊本県言語聴覚士会における会員満足度調査一改善項目の検討一. 平成29年度熊本県言語聴覚士会学術研究会、熊本、10月13日、2017、口頭発表
- 14) 池寄寛人, 橋本衛, 堀田牧, 栗林幸一郎, 池田学. Alzheimer病におけるMMSE年次変化率とNPI年次変化率を予測する要因一4年目年次変化率からの検討一. 第41回日本高次脳機能障害学会学術総会、埼玉、12月15日・16日、2017、口頭発表
- 15) 池寄寛人, 那須真由美, 宮川佳代, 大道奈央, 蓑田健太, 清永紗知. 急性期病院における復職支援を考えさせられた一例一多職種連携の重要性と急性期病院の課題一. 第7回日本言語聴覚士協会九州地区学術集会、沖縄、1月27日・28日、2018、ポスター発表
- 16) 松原慶吾, 池寄寛人, 小藺真知子. 言語聴覚士学生における実習前後の不安とレジリエンスとの関係について一新版STAIとS-Hレジリエンス検査を用いて一. 第7回日本言語聴覚士協会九州地区学術集会、沖縄、1月27日・28日、2018、口頭発表
- 17) 畑添涼, 小藺真知子, 池寄寛人. 失語症者における実用コミュニケーション能力評価の検討. 第7回日本言語聴覚士協会九州地区学術集会、沖縄、1月27日・28日、2018、口頭発表

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

高次脳機能障害者の易怒性に対する支援
－ 障害の理解とアンガーマネジメントの事例について－

分担研究者 伊地知大亮 厚地脳神経外科病院 リハビリテーション部

研究要旨：

目的：高次脳機能障害患者の易怒性と患者・家族の障害理解の関係性を明らかにすることで、患者の社会適応への支援のあり方を検討する。また、これまで実施したアンガーマネジメントの事例から、具体的な支援の方法を検討する。

対象：平成28年4月から平成29年12月に熊本大学医学部附属病院神経精神科に来院、または入院した高次脳機能障害者に対して実施する。アンガーマネジメントを実施した患者も以上の対象に含まれる。

方法：平成28年度に作成した高次脳機能障害患者及び患者家族(介護者)に対する検査バッテリーより、BADSの遂行機能障害の質問表(DEX 本人・家族用)、行動・心理症状を尋ねるNeuropsychiatric Inventory-Caregiver Distress Scale(NPI-D)の“興奮”と“易刺激性”の項目を用いた。さらに、過去にアンガーマネジメントを実践した高次脳機能障害患者の事例から、支援の検討を行った。

結果：家族(介護者)が本人よりも症状を重く受け止めている場合の方がその逆の場合よりもNPIにて興奮や易刺激性(易怒性)が認められる割合が高かった。個別(家族への対応含む)と集団のアンガーマネジメントを実施した事例では本人の自己への気づきが認められ、易怒性に対しての効果が認められた。

まとめ：患者の易怒性への支援として、患者と家族(介護者)の障害理解のズレへのアプローチを検討し、家族(介護者)がいかに本人と関わっているかに注目して支援をしていくことが必要と考えられる。

A. 研究目的

高次脳機能障害の名称も近年では知られるようになってきているが、一般の方が高次脳機能障害で起こってくる様々な症状を理解し、そのことで生活にどのような問題が生じてくるのかを理解することは難しいのが現状である。また周囲の人だけではなく、当事者自身も病識を持ちにくい障害であり、対人関係においても問題が起こりやすい状態を引き起こしやすい。性格変化や情動のコントロールが困難になっている患者では、さらに周囲との関係性の構築が困難になるだろう。対人関係に問題が生じると、患者自身が安心して居られる場所がなくなり、さらに患者の症状を悪化させるような悪循環が発生すると考えられた。

そのような社会的に不適応を起こしている患者への支援のあり方を明らかにするために、患者と周囲の人たちとの間にどのような問題が生じているのかを支援者側が理解していく必要があるだろう。しかし、患者の症状の悪化を引き起こす要因として、患者と周囲と関係性がどのように影響しているのかを具体的に明らかにした研究は少ない。今回の研究では、患者の易怒性と患者・家族それぞれの患者の症状の理解に焦点を当て、患者の症状の理解度のズレが、どのように患者自身の精神症状に影響を及ぼしているのかを検討する。

また、これまで患者の易怒性への支援として、アンガーマネジメントを実践してきている。一般に高次脳機能障害のように、自己への気づきが乏しく、

記憶障害や注意障害などの認知機能の障害が強い患者へのアンガーマネジメントは困難であると言われており、実際に難しい。しかし、患者の症状に合わせて工夫をすることで、効果が認められた事例もあり、その事例を基に、高次脳機能障害の方へのアンガーマネジメントのあり方を考察する。

B. 研究方法

【研究対象】

平成28年4月から平成29年12月に熊本大学医学部附属病院神経精神科に来院、または入院した高次脳機能障害者に対して実施する。

【評価方法】

患者の易怒性と患者本人とその家族(介護者)の障害理解の程度の差の関係性について調査を行った。使用した尺度は、平成28年度に作成した高次脳機能障害患者及び患者家族(介護者)に対する検査バッテリーより、BADSの遂行機能障害の質問表(DEX 本人・家族用)、行動・心理症状を尋ねる Neuropsychiatric Inventory -Caregiver Distress Scale (NPI-D)の“興奮”と“易刺激性”の項目を用いた。さらに、過去にアンガーマネジメントを実践した高次脳機能障害患者の事例から、支援者が患者の易怒性に対応する際の注意点や支援のポイントを検討した。

(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、当院の倫理委員会に倫理第622号と倫理第623号での申請をしている。

C. 研究結果

《障害の理解と易怒性の有無について》

遂行機能障害の程度の受け取り方をチェックする質問紙(DEX)を本人及び家族に実施した結果、家族(介護者)が本人よりも症状を重く受け止めている場合は、興奮が74%、易刺激性が63%の患者に認められ、その逆の介護者より本人が症状を重く受け止めている場合は興奮が32%、易刺激性が44%認められた。このことより、介護者(家族)が本人よりも症状を重く受

け止めている場合の方がその逆の場合よりもNPIにて興奮や易刺激性(易怒性)が認められる割合が高い結果となった。

《アンガーマネジメント2事例》

[個別：20代前半の男性]

受傷後は一般就職も一人暮らしも困難な状態だった。家庭での暴力もあり、本人と家族間の関係は悪化した。本人自身に問題意識はなく、状況や自己を客観的に把握することが難しかった。言語表出も低下あり、迂遠な話し方で、幼い印象を受けた。そこで、次の点に注意してアンガーマネジメントを実施した。

- ① 本人の持っている力に合わせ、簡便な資料を準備する
 - ② 理解に合わせ、噛み砕いて説明する
 - ③ 本人の思いを十分に傾聴する
 - ④ 本人の気づきに肯定的フィードバックを行う
 - ⑤ 家族に他スタッフが対応し、助言等を行う
- 実施後は、本人から家族に対するポジティブな感情が聞かれ、落ち着いた生活が送れるようになってきた。

[集団：50代前半の男性]

言語的な理解等は良好だが、記憶障害と易怒性があり、家族も疲弊していた。他の高次脳機能障害を持つ患者とでグループによるスキルトレーニングを実施し、その中で本人には“怒り”に関係するエピソードを振り返り、対処スキルを得られるような場を設けた。実施には次の点に注意した。

- ① 記憶障害に対し、板書や持ち帰れる資料を準備する
- ② 相手を否定・非難しない取りきめ
- ③ 個別にフォローできるスタッフの配置
- ④ 認知機能の水準がある程度近い集団で実施
- ⑤ メンバー同士の関係性に留意。

4回のセッションの前と後で、気分に関する検査(日本語版 POMS 短縮版)を実施したと

ころ、「怒り-敵意尺度」の得点が改善していた。

D. 考察

まず、家族（介護者）に比べて本人が自身の遂行機能を高く評価していると、患者の易怒性の発現率が高くなる原因について考察する。患者は自身の障害理解が乏しいために、受傷以前のように行動をしようとする可能性が考えられ、それに比例し家族が心配して注意をしたり、制限をかけることも増えると思われた。そこで家族へ本人から反発が生じ、怒りにつながる可能性が考えられた。

次に、アンガーマネジメントの事例から考察すると、個別では本人の認知機能に合わせた支援を実施したことで、セッション中のつまずきの軽減、信頼関係が築かれ、セリフモニタリングの課題にも真剣に取り組め、内省が深まったと考えられた。また家族への助言等も行い、家族の本人への理解や対応も変わったことで、本人の家族への感情の持ち方に変化が現れたと考えられた。

集団では、守られ整った環境で当事者同士が悩みや対処法を話し合えた。本人も“怒り”のエピソードを語り、その時の後悔や悲しみを表現され、自己への気づきが促進された可能性が考えられた。

いずれの事例もアンガーマネジメントをする上で自分の失敗体験と向き合う必要性があり、障害を理解し受容する作業が含まれていた。患者が自己を知り、怒りへの対処法を学んだこと、さらに家族も本人への関わり方に助言を受けたことから、相互的に怒りを表す場面が減少したと考えられる。よって、本人の易怒性の背景に、障害理解の乏しさや家族との障害理解のズレがないか、家族の本人への関わりはどうかに着目して支援をすることが、本人の易怒性を軽減し、社会に適応していくため必要と考えられた。

E. 結論

高次脳機能障害者の易怒性への支援として、当

事者と家族（介護者）の障害理解のズレへのアプローチを検討し、家族（介護者）がいかに関わっているかに注目して支援をしていくことが必要と考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

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

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支援に関わる専門職の実態調査

研究分担者 池田 学 大阪大学医学部神経精神科 教授

研究要旨:

目的: 高次脳機能障害の支援には、医師、臨床心理士ならびに言語聴覚士、言語聴覚士、作業療法士、ソーシャルワーカーなどの専門職が、患者の回復に合わせて関わる比重を変えながら縦断的に関与することが求められている。本年度は、高次脳機能障害に関わる専門職の実態調査を行った。

方法: 高次脳機能障害に関わる専門職の多くが所属している日本高次脳機能障害学会と日本神経心理学会の会員職種別内訳を調査し、その傾向と問題点を考察した。

結果: 日本神経心理学会では、全会員1484名中、医師は508名、ソーシャルワーカーは2名に過ぎなかった。日本高次脳機能障害学会では、全会員4788名中、医師は888名、ソーシャルワーカーはその他の職種として分類されている50名の一部のみ、また、リハビリテーションの中でも、就労支援に直結する領域を担当する作業療法士や、社会的行動障害の領域を担当する心理士も言語聴覚士に比べると少数であった。しかも、これらの多くは、両学会に重複して加入していると考えられた。

まとめ: 高次脳機能障害者の支援に関して、決して十分ではないものの、わが国では言語聴覚士を中心にリハビリテーションを担う職種の人数は比較的確保されていた。一方、入り口の診断を担う医師と最終的な就労支援を担うソーシャルワーカーは、多職種によるチーム医療のリーダーとしても期待されているにもかかわらず、両職種ともに高次脳機能障害専門家が非常に少なかった。両学会から日本精神保健福祉協会などに積極的に働きかけて、高次脳機能障害に関する研修を共同で企画するなどの試みが必要である。医師に関しては、社会的行動障害が復職の最も大きな壁であるとするれば、少なくとも精神神経科の教育、研修プログラムには充実した内容を含める必要があると考える。

A. 研究目的

高次脳機能障害に関わる専門職は、診断と薬物療法を中心とした治療を担う医師、診察時の神経心理学的評価や治療効果を評価する臨床心理士ならびに言語聴覚士、主にリハビリテーションを担う言語聴覚士や作業療法士、そして復職や就労、復学や就学などの社会復帰支援を行う精神保健福祉士などのソーシャルワーカーに大別される。これらの多職種が横断的に、また患者の回復に合わせて関わる比重を変えながら縦断的に関与することが求められているが、これらの職種が同一機関に揃っていることは極めて

少なく、有機的なネットワークを形成していることも稀である。本年度は、高次脳機能障害に関わる専門職の実態調査を行った。

さらに、精神科の全国学会において高次脳機能障害に関するワークショップを実施した。

B. 研究方法

1. 高次脳機能障害に関わる専門職の多くが所属している日本高次脳機能障害学会（三村 将理事長）と日本神経心理学会（森 悦朗理事長）の会員職種別内訳を調査し、その傾向と問題点を考察した。

2. 高次脳機能障害を診察できる専門医師の養成・教育について

2017年6月16日に、名古屋市で開催された第113回日本精神神経学会学術集会において、「精神科実臨床場面における高次脳機能障害の診かた」の題名でワークショップを企画した。

	診療放射線技師	1
	心理療法士	1
	保健師	1
	鍼灸師	1
	不明	19
会員合計		1,484

C. 研究結果

日本神経心理学会の会員内訳（表1）をみれば、機関会員などを除く全会員1484名中、医師は508名、ソーシャルワーカーは2名に過ぎなかった。高次脳機能障害に関わる専門職の多くが所属している日本高次脳機能障害学会の会員職種別内訳（表2）をみれば、全会員4882名中、医師は888名、ソーシャルワーカーはその他の職種として分類されている50名の一部のみ、また、リハビリテーションの中でも、就労支援に直結する領域を担当する作業療法士や、社会的行動障害の領域を担当する心理士も言語聴覚士に比べると少数であった。しかも、これらの多くは、両学会に重複して加入していると考えられた。

表1. 日本神経心理学会の会員内訳

一般・名誉会員	言語聴覚士	541
	医師	508
	作業療法士	152
	研究職	62
	臨床心理士	52
	大学・大学院生	65
	理学療法士	30
	心理士	19
	教員	15
	心理判定員	6
	会社員	4
	看護師	2
	言語治療士	2
	歯科医師	1
	社会福祉士	1
	精神保健福祉士	1

表2. 日本高次脳機能障害学会の会員内訳

一般・名誉会員	言語聴覚士	2,932
	医師	888
	作業療法士	567
	研究職	62
	臨床心理士	52
	学生	18
	理学療法士	71
	心理士	127
	研究者	92
	看護師	23
	その他＊)	50
会員合計		4,882

＊) 音楽療法士、社会福祉士、精神保健福祉士、医療ソーシャルワーカー、保健師など

2. 高次脳機能障害を診察できる専門医師の養成・教育について

ワークショップで使用したスライドを添付資料として提示する。

D. 考察

高次脳機能障害者の支援に関して、決して十分ではないものの、わが国では言語聴覚士を中心にリハビリテーションを担う職種の人数は比較的確保されていた。一方、入り口の診断を担う医師と最終的な就労支援を担うソーシャルワーカーは、多職種によるチーム医療のリーダーとしても期待されているにもかかわらず、両職種ともに高次脳機能障害専門家が非常に少なかった。

このような現状を鑑み、日本高次脳機能障害学会と日本神経心理学会では、両学会共同で多

職種による神経心理学の専門家を養成しようという活動を開始しているが、ソーシャルワーカーに関しては、両学会の会員すらほとんどいない状況であることから、両学会から日本精神保健福祉協会などに積極的に働きかけて、高次脳機能障害に関する研修を共同で企画するなどの試みも必要である。

医師に関しては、そもそも高次脳機能障害を研究する基盤である神経心理学が学際的領域であるため、様々な診療科が関与する。例えば、上記の日本高次脳機能障害学会に所属する医師 888 名の診療科別内訳は、内科・神経内科が 362 名、精神神経科が 181 名、外科・脳神経外科が 104 名、リハビリテーション科 197 名、耳鼻咽喉科 8 名、小児科 20 名などとなっている。この結果は、学生教育や研修医教育となると、どの診療科が担当するのかという役割分担が曖昧になり、場合によっては抜け落ちてしまう恐れがある。社会的行動障害が復職の最も大きな壁であるとすれば、少なくとも精神神経科の教育、研修プログラムには充実した内容を含める必要があると考える。

E. 結論

高次脳機能障害者の支援に関わる専門職として、入り口の診断を担う医師と最終的な就労支援を担うソーシャルワーカーは、多職種によるチーム医療のリーダーとしても期待されているにもかかわらず、両職種ともに非常に少なかった。日本神経心理学会や日本高次脳機能障害学会から日本精神保健福祉協会などに積極的に働きかけて、高次脳機能障害に関する研修を共同で企画するなどの試みが必要である。医師に関しては、社会的行動障害が復職の最も大きな壁であるとすれば、少なくとも精神神経科の教育、研修プログラムには充実した内容を含める必要があると考える。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Tsunoda N, Hashimoto M, Ishikawa T, Fukuhara R, Yuki S, Tanaka H, Hatada Y, Miyagawa Y, Ikeda M. Clinical features of auditory hallucinations in patients with DLB: A soundtrack of visual hallucinations. J Clin Psychiatry (in press)
- 2) Matsushita M, Yatabe Y, Koyama A, Ueno Y, Ijichi D, Ikezaki H, Hashimoto M, Furukawa N, Ikeda M. Why do people with dementia pretend to know the correct answer? A qualitative study on the behaviour of toritsukuroi to keep up appearances. Psychogeriatrics 17(6):377-381, 2017
- 3) Kawagoe T, Matsushita M, Hashimoto M, Ikeda M, Sekiyama K. Face-specific memory deficits and changes in eye scanning patterns among patients with amnesic mild cognitive impairment. Sci Rep. 2017 30;7(1): 14344. doi: 10.1038/s41598-017-14585-5.
- 4) Arai Y, Arai A, Mizuno Y, Kamimura N, Ikeda M. The creation and dissemination of downloadable information on dementia and driving from a social health perspective. Psychogeriatrics 17 : 262-266, 2017
- 5) Shinagawa S, Shigenobu K, Tagai K, Fukuhara R, Kamimura N, Mori T, Yoshiyama K, Kazui H, Nakayama K,

- Ikeda M. Violation of Laws in Frontotemporal Dementia: A Multicenter Study in Japan. J Alzheimers Dis 57(4): 1221-1227, 2017
- 6) Sakai M, Kazui H, Shigenobu K, Komori K, Ikeda M., Nishikawa T. Gustatory dysfunction as an early symptom of semantic dementia. Dement Geriatr Cogn Disord Extra 7: 395-405, 2017
- 7) Kazui H, Adachi H, Kanemoto H, Yoshiyama K, Wada T, Tokumasu Nomura K, Tanaka T, Ikeda M. Effects of donepezil on sleep disturbances in patients with dementia with Lewy bodies: An open-label study with actigraphy. Psychiatry Res 251: 312-318, 2017
- 8) 丸山貴志, 橋本 衛, 石川智久, 福原竜治, 田中 響, 畑田 裕, 小嶋誠志郎, 池田 学. 認知症医療と介護連携のための縦断型連携パスの有用性の検証. Dementia Japan 31: 380-388, 2017
- 9) 橋本 衛, 池田 学. 高次脳機能障害の基本的理解. 精神神経学雑誌 119 : 516-523, 2, 2017
- 10) 池田 学. 認知症の治療とリハビリテーション - 作業療法への期待. 日本作業療法士協会誌 69 : 24 - 27, 2017
- 2) 池田 学. (教育講演) 「前頭側頭葉変性症の診断と治療戦略」. 第 32 回日本老年精神医学会, 名古屋, 6 月 14 - 16 日, 2017
- 3) 山口達也, 橋本 衛, 池田 学. (ワークショップ) 精神科実臨床場面における高次脳機能障害の診かた. 第 113 回日本精神神経学会, 名古屋, 6 月 16 日, 2017
- 4) 池田 学. (シンポジウム) 認知症医療の最前線. 「認知症ケア」. 第 59 回日本老年医学会, 名古屋, 6 月 16 日, 2017
- 5) 池田 学. (シンポジウム) うつ病・双極性障害と認知症. 「うつ病と前頭側頭型認知症」. 第 14 回日本うつ病学会, 東京, 7 月 21 - 23 日, 2017
- 6) 池田 学. (基調講演). 「認知症の治療とリハビリテーション・作業療法への期待」. 第 51 回日本作業療法学会, 東京, 9 月 22 - 24 日, 2017
- 7) 池田 学. (シンポジウム) 脳卒中と認知症をめぐる最新の話. 「認知症と運転免許」. 第 43 回日本脳卒中学会, 福岡, 3 月 15 - 18 日, 2018

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

2. 学会発表

- 1) 池田 学. (シンポジウム) 認知症に至る前の超早期診断は可能か. 「前頭側頭葉変性症の超早期診断の試み」. 第 17 回日本抗加齢医学会, 東京, 6 月 2 - 4 日, 2017

(資料3) 教育講演スライド

症例提示

山口 達也¹⁾²⁾、橋本 衛³⁾

1) 慶應義塾大学 精神・神経科
2) 熊本大学大学院医学教育部
3) 熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野

症例 23歳右利き男性

【主訴】

(本人)記憶が悪い、次の日になると前日のことを忘れてしまう

(母親)記憶が悪い、活気がない

【現病歴】 X-1年9月上旬、友人の車の後部座席に乗っていた際に交通事故に遭う。頭部を強打し、A救急病院に搬送され、外傷性くも膜下出血、びまん性軸索損傷と診断され、保存的に加療された。1-2週後に会話ができるようになり、翌10月上旬にリハビリテーション目的でB病院に転院した。転院時、軽度の傾眠状態、見当識障害、近時記憶障害、左上下肢の麻痺が残存していた。高次脳機能障害、運動障害に対してリハビリテーションを受け、X年1月末に自宅退院した。退院後も物忘れ、自発性低下、暗算ができない、会話が迂遠などの機能障害が持続したため、障害者手帳の申請、今後の社会復帰の支援を希望しX年3月、当科受診した。

既往歴・生活歴

【生活歴】 同胞3人第3子、発達過程で異常はなし、大学中退後受傷まではアルバイト生活、受診時両親と3人暮らし

【家族歴】 精神疾患を持つ家族はいない

【病前性格】 穏やかでやさしい

【既往症・合併症】 X-1年に胃潰瘍で入院歴あり、その他は特記すべき異常なし、精神科治療歴なし

【嗜好】 飲酒は機会飲酒、喫煙は10本/日(7年間)

初診時現症

- ぼんやりしていて活気はない
- 言葉数は少ないが、質問に対する返答は概ね適切で、疎通性は良好
- 物忘れに対する困り感はある、病識はある程度保たれる
- 発動性の低下が強く、“仕事はしなければならないと思うが、したいことは特にない”との発言
- 前日の食事内容の想起は曖昧で、最近のニュースの想起も不十分
- 神経所見: 左上肢、両下肢にごく軽度の麻痺を認める

心理検査結果

- MMSE: 23/30(見当識-2、serial-7で-4、3単語再生-1)
- FAB: 11/18
- 数唱: 順唱5桁 逆唱5桁
- 語列挙: (動物)10 (野菜)5 (か)3
- WCST: 第一施行で6カテゴリー達成
- TMT: part A 50s, part B 114s
- RBMT(リバーミード行動記憶検査): SPS 13 SS 5
- CAT: 作業速度の低下
- ZBI: 43/88

本症例で認めた症状のまとめ

- 認知機能障害
 - 近時記憶障害
 - 注意障害
 - 遂行機能障害
- 精神症状・行動障害
 - 無為・無関心(初回NPI: 10点 多幸 頻度1×重症度2: 2点、無為 頻度4×重症度2: 8点)
- 神経所見
 - 左上肢・両下肢のごく軽度の麻痺

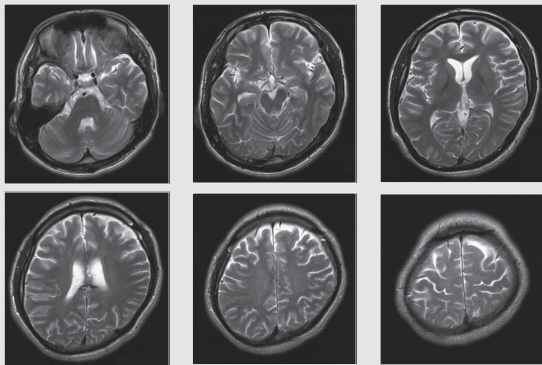
NPI (Neuropsychiatric Inventory)

- ・介護者による主に器質性疾患の精神症状を評価するための方法
- ・12項目で判定-妄想、幻覚、興奮、うつ、不安、多幸、無感情、脱抑制、易刺激性、異常行動、夜間行動、食行動
- ・頻度:0~4の5段階評価
 - 0点:なし
 - 1点:週に一度未満
 - 2点:殆ど週に一度
 - 3点:週に数回だが毎日ではない
 - 4点:一日一度以上
- ・重症度:0~3の4段階で評価
 - 0点:なし
 - 1点:行動は破壊をもたらすものだが、気を紛らわせたり、安心させることでコントロールできる
 - 2点:行動は破壊をもたらすもので他に気をそらせたり、コントロールすることは難しい
 - 3点:攻撃性が非常に破壊的で、困難の主な原因となっている。人を傷つける恐れがある薬物がしばしば必要
- ・頻度×重症度の合計で表す

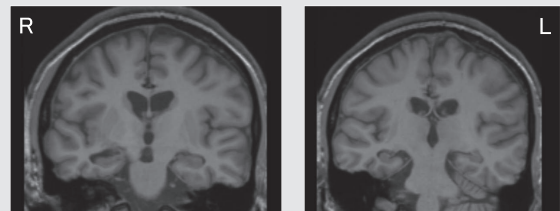
NPI (Neuropsychiatric Inventory)

下位検査項目	質問内容
妄想	事実でないと思われることを信じ込んでいる
幻覚	実際にはないものが聞こえたり見えたりする
興奮	介助を拒んだり、扱いにくくなる時がある
うつ	悲しそうであったり、落ち込んでいるように見えたり、そのように言ったりする
不安	落ち着かない、息苦しさやため息、リラックスできない、過度に緊張している等の神経質さを示す
多幸	過度に機嫌がよかったり、幸せそうであることがある
無関心	自身の日常生活や、他人の活動や計画に関心がなくなっているように見受けられる
脱抑制	見ず知らずの人にあたかも知人のように話しかけたり、他人の感情を傷つけることを言ったりする
易怒性	気難しく怒りっぽい。計画が遅れたり待たされたりすることが、我慢できなくなったりする
異常行動	家の周囲を歩いたり、ボタンやひもを弄んだりなど、同じ行為を繰り返すことがある
夜間行動	夜中にうろろしたり、洋服を着たり、家族の睡眠を妨げたりする
食行動	食欲、体重、食習慣に変化がある、好みの食物の種類に変化を生じている

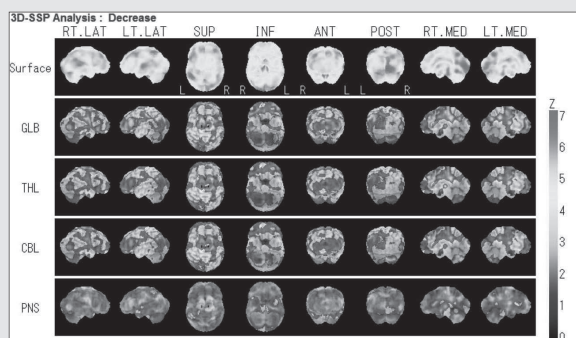
MRI T2強調画像



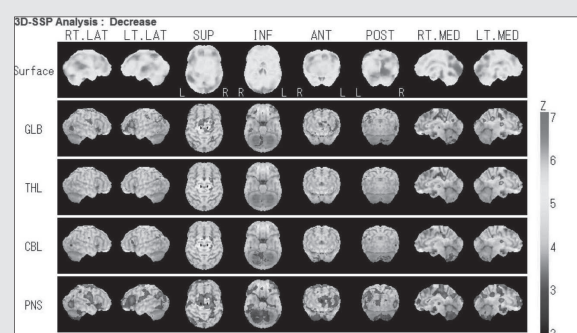
MRI 冠状断像



IMP-SPECT画像



IMP-SPECT画像



質問

• 本例の呈した臨床症候の主たる原因は？

1. 外傷性くも膜下出血
2. 脳挫傷
3. 脳出血
4. びまん性軸索損傷
5. 心因性

びまん性軸索損傷 (Diffuse Axonal Injury; DAI)

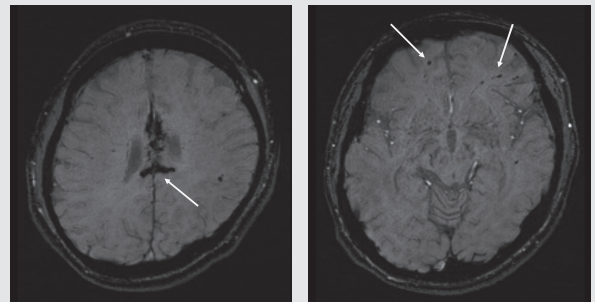
- 交通事故などの高エネルギー外傷において、脳の組織間で回転性加速度の違いにより生じるせん断力、つまりずれの力により白質が変形し発生する
- 軸索だけでなく血管の損傷も加わり、30 ~ 50%程度で微小な出血を伴う
- 臨床的には局所性脳損傷を認めないもしくはあっても軽微であるにもかかわらず、高度の意識障害を認める場合にその存在を疑う
- 意識障害が遷延するほど予後不良とされる
- 認知機能障害
 - 記憶障害、注意障害、遂行機能障害など
- 社会的行動障害
 - 易怒性、意欲低下、退行など
- 神経症状
 - 痙性片麻痺、小脳失調（構音障害、歩行時のふらつき）

質問

• 慢性期のびまん性軸索損傷の診断に有用な脳画像検査は？

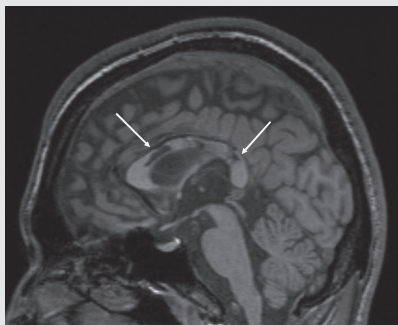
1. CT
2. MRI T2強調画像
3. MRI拡散強調画像
4. MRI SWI、T2*画像
5. SPECT画像

MRI SWI画像



病変は、大脳の皮髄境界、脳梁、大脳脚や小脳脚に多く認められる

脳梁病変



本例に対する社会復帰支援

- 社会復帰を妨げる主症状
 - 記憶障害: RBMT SPS 13/24 SS 5/12
 - 遂行機能障害
 - 無為
- 社会復帰において最も問題となる記憶障害はどの程度か？
 - 一般就労可能？
 - 障害者枠での就労？
 - 作業所レベル？

RBMTの特徴

- 検査時間が30分程度と比較的短時間
- 視覚的課題、言語的課題を含む
- 展望記憶や道順の記憶、要件の記憶など日常生活に即した課題を含む
- 同じ難易度の4つのセットがあり、記憶障害の経過観察に有用
- 標準プロフィール点(24点満点)が一桁では新しい情報の学習は困難で迷子の危険性もある
- 10点以上で通院・通学が独力で可能なレベル
- 17点以上で復職が可能なレベル

リバーミード行動記憶検査(RBMT)

項目	下位検査項目	課題
1・2	姓名の記憶	顔写真を見せ、姓名を記憶させる。遅延後に再生させる
3	持ち物の記憶	被験者の持ち物を隠し、他の検査終了後に想起させて返却を要求させる(展望記憶)
4	約束の記憶	20分後にアラームが鳴るようにセットし、鳴ったら決められた質問をする(展望記憶)
5	絵カードの記憶	提示した絵カードの遅延再認(視覚的課題)
6a・b	物語の記憶	物語の直後再生と遅延再生(言語的課題)
7	顔写真の記憶	提示された顔写真の遅延再認(視覚的課題)
8a・b	道順の記憶	部屋の中の道順を検者がたどり、直後と遅延後に被験者にたどらせる(空間的課題)
9a・b	要件の記憶	8の道順課題の途中で、ある用事を行わせる(直後・遅延)(展望記憶)
10・11	見当識	日付、場所、知事名の想起(見当識、意味記憶)

本例に対する社会復帰支援

- 記憶障害の程度は就労を検討するレベルではない
- 無為、易疲労性も強く、自宅に引きこもりがち
- 受傷後半年であり、今後症状の改善が期待できる

【方針】

- 障害者手帳(精神保健福祉手帳)を取得
- 障害福祉サービス(通所リハ施設、就労支援作業所、職業訓練校)を紹介
- 高次脳機能障害支援センターと各事業所との連携

その後の経過

- X+1年:A型事業所で週20時間の勤務
- X+2年:自動車運転再開
- X+3年:易怒性が目立ちだす⇒当科で臨床心理士によるアンガーマネジメントプログラムを実施
- X+4年:RBMT SPS 19(13) SS 8(5)
NPI 1:不安のみ(10)
ZBI 12/88 (43) *括弧内は初診時
- X+5年:障害者雇用で就職、易怒性は軽減

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表

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
橋本 衛	前頭側頭葉変性症、幻覚の治療、妄想の治療、うつ症状の治療	眞鍋雄太編著	jmed 55 あなたも名医！かかりつけ医のための「攻める」認知症ガイド	日本医事新報社	東京	2018	74-80 134-150

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
Kawagoe T, Matsushita M, Hashimoto M, Ikeda M, Sekiyama K.	Face-specific memory deficit and changes of eye scanning patterns in patients of amnesic mild cognitive impairment.	Sci Rep	7(1)	—	2017
Matsushita M, Yatabe Y, Koyama A, Ueno Y, Ijichi D, Ikezaki H, Hashimoto M, Furukawa N, Ikeda M.	Why do people with dementia pretend to know the correct answer? A qualitative study on the behavior of toritsukuroi to keep up appearances.	Psychogeriatrics	17(6)	377-381	2017
Koyama A, Hashimoto M, Tanaka H, Fujise N, Matsushita M, Miyagawa Y, Hatada Y, Fukuhara R, Hasegawa N, Todani S, Matsukuma K, Kawano M, Ikeda M.	Mental health among younger and older caregivers of dementia patients.	Psychogeriatrics	17(2)	108-114	2017
Fukuda K, Teraoka S, Hashimoto M, Ukai K, Kumagai R, Suzuki M, Nagaya M, Yoshida M, Hattori H, Murakami K, Tobita K.	Effectiveness of educational program using printed educational material on care burden distress among staff of residential aged care facilities without medical specialists and/or registered nurses: Cluster quasi-randomization study.	Geriatr Gerontol Int.	doi: 10.1111/ggi.13207.		2017

Tsunoda N, <u>Hashimoto M</u> , Ishikawa T, Fukuhara R, Yuki S, Tanaka T, Hata da Y, Miyagawa Y, Ikeda M.	Clinical features of auditory hallucinations in patients with DLB: A soundtrack of visual hallucinations.	J Clin Psych			in press
Koyama A, <u>Hashimoto M</u> , Fukuhara R, Ichimi N, Takasaki A, Matsushita M, Ishikawa T, Tanaka H, Miyagawa Y, Ikeda M.	Caregiver burden in semantic dementia with right- and left-sided predominant cerebral atrophy and in behavioral variant frontotemporal dementia.	Dementia and Cognitive Disorders EXTRA			in press
橋本 衛、池田 学	精神科診療における高次脳機能障害の基本的理解	精神神経学雑誌	119	516-523	2017
橋本 衛	認知症と高次脳機能	JOHNS.	34 (3)	355-358	2018
橋本 衛	認知症の注意障害	Clinical Neuroscience	35 (8)	992-996	2017
Arai Y, Arai A, Mizuno Y, <u>Kamimura N</u> , Ikeda M.	The creation and dissemination of downloadable information on dementia and driving from a social health perspective.	Psychogeriatrics	17(4)	262-266	2017
上村直人	“失敗”から学んだことと；認知症診療実践の振り返りー 認知症の人の自動車運転に関連する支援の失敗から。	老年精神医学雑誌	28 (6)	600-604	2017
石川智久	認知症医療の問題点～多職種間に横たわる問題点：認知症初期集中支援チームの現状と課題～	日本早期認知症学会誌	10(2)	64-70	2017
松原慶吾、池寄寛人、小藺真知子	言語聴覚士学生におけるレジリエンスと実習前後の不安との関係について。	保健科学研究誌	15	11-18	2017
Shinagawa S, Shigenobu K, Tagai K, Fukuhara R, Kamimura N, Mori T, Yoshizawa K, Kazui H, Nakayama K, <u>Ikeda M</u> .	Violation of Laws in Frontotemporal Dementia: A Multicenter Study in Japan.	J Alzheimers Dis	57(4)	1221-1227	2017
池田 学	認知症の治療とリハビリテーションー 作業療法への期待。	日本作業療法士協会誌	69	24-27	2017