

(資料4) 高次脳機能障害者の就労・復職支援のために

高次脳機能障害者の 就労・復職支援のために



熊本大学医学部附属病院神経精神科

目 次

はじめに

第1章 高次脳機能障害の基礎理解

1. 認知機能障害の理解・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 社会的行動障害の理解・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
3. 神経心理検査について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
4. 就労支援システムについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11

第2章 復職支援アプローチ

1. 病識と復職・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
2. 自動車運転再開支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
3. 高次脳機能障害者の就労支援に係る支援ネットワークの構築・・・・・・・・・・ 17
4. 病院と福祉の連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19
5. 専門職の育成・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21
6. 精神科のかかわり・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 23
7. アンガーマネジメント・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25
8. 家族支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29

第3章 事例紹介

1. 適性評価が就労に有効であった事例・・・・・・・・・・ 31
 2. 6年にわたる長期の支援を経て復職に至った事例・・・・・・・・・・ 34
 3. 専門職への復職事例・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37
 4. 病識が獲得される前に復職したために失敗した事例・・・・・・・・・・ 39
 5. 障害の自覚が就労に結びついた事例・・・・・・・・・・ 41
 6. 多職種が関わり障害受容が促進され就労につながった事例・・・・・・・・・・ 43
 7. 発達障害の合併が疑われた事例・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45
 8. 交通事故後に不安障害を呈した事例・・・・・・・・・・ 47
 9. 学生時代からの支援により就労につながった事例・・・・・・・・・・ 49
 10. 就労経験のない若年者の就労事例・・・・・・・・・・ 51
- 参考文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 54

● Memo ●

- びまん性軸索損傷・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
- 高次脳機能障害の診断の注意点・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
- 職場適応援助者（ジョブコーチ）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 28

はじめに

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が生じた状態です。National Institute of Health（NIH）の勧告では、「脳外傷はその結果として身体的障害をもたらすが、これ以上に問題となるのは、認知や情動機能の障害、行動の障害であり、個人的な対人関係や学校、職場での人間関係に影響を及ぼすことがある」とされ、高次脳機能障害への対応の必要性が指摘されています¹⁾。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、医療や福祉とつながらず不利益を被っていることが少なくありません。特に就労、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します。

熊本大学医学部附属病院神経精神科には、2008（平成 20）年から熊本県高次脳機能障害支援センターが設置されています。これまでに 300 例を超える高次脳機能障害患者さんが当科を受診され、わたしたちは診断、機能評価、診断書の記載、社会的行動障害の治療、社会復帰支援を行ってきました。大学病院の精神科に高次脳機能障害支援センターが設置されることは極めて異例のことでしたが、わたしたちは精神科の特性を活かしたさまざまな取り組みを行ってきました。また 2015（平成 27）年 4 月からは、厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金事業「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」に取り組んでいます。本冊子は、高次脳機能障害者の就労・復職における数多くの課題に対して、多くの患者さんとそのご家族と一緒に試行錯誤を繰り返して得られた知識と、研究事業の成果をまとめたものです。

本冊子が、高次脳機能障害者の就労・復職支援に従事されている医療福祉関係者の一助となり、より多くの患者さんの社会復帰につながることを希望しています。

本冊子では数多くの事例が紹介されていますが、各事例については個人情報保護の観点から、患者個人が特定できないように配慮し、事例の理解が損なわれない範囲において内容を一部改変していますことをご了承ください。

最後にわれわれを受診して下さった患者さんとそのご家族、本冊子の執筆にご協力いただいた著者の先生方に深謝いたします。

2018 年春

「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」に関する研究班

代表研究者 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

橋本 衛

第1章 高次脳機能障害の基礎理解

1. 認知機能障害の理解

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、記憶障害・注意障害・遂行機能障害などの認知機能障害や興奮・脱抑制・うつ・アパシーなどの社会的行動障害を呈し、日常生活ならびに社会生活に支障が生じた状態」と定義されます。高次脳機能障害を持つ患者さんのマネジメントを適切に行うためには、その中核となる認知機能障害の病態と、それらが社会生活に及ぼす影響を正しく理解しておく必要があります。ここでは、記憶障害、注意障害、遂行機能障害について解説します。

1. 記憶障害

記憶障害は前向性健忘と逆行性健忘に大別されます。前向性健忘は、受傷後から新しい情報やエピソードを覚えることができなくなる症状であり、逆行性健忘は、受傷以前のエピソードや体験に関する記憶が失われる症状です。逆行性健忘は、就労支援が必要となるような比較的軽度の記憶障害を持つ患者では通常生じませんので、就労に際しては、新しいことが覚えられない前向性健忘が主として問題となります。職場では、「用事を頼まれても、別の仕事をしているうちに頼まれた用事を忘れてしまう」「約束時間を失念する」「二つ三つの用事の一つは必ず忘れている」のような形で支障が生じます。メモをとることが最善の代償手段ですので、就労にはメモをとる習慣が身についていることが最低限必要です。頭部外傷によるびまん性軸索損傷患者では記憶障害はほぼ必発であり、加えてごく軽度の記憶障害でも仕事に支障をきたしますので、就労支援を行う際には、WMS-R（ウェクスラー式記憶検査改訂版）や RBMT（リバーミード行動記憶検査）などの記憶検査法を用いて、障害の程度を詳細に評価する必要があります。記憶検査の詳細については、「神経心理検査について」（7 頁～ 9 頁）の項で紹介します。

（事例）20 代女性、薬剤師、A さん

A さんは薬剤師として調剤薬局で勤務していた時に交通事故に遭い、びまん性軸索損傷と診断されました。受傷直後は重度の前向性健忘を認めましたが、数ヵ月後には日常生活にはほとんど支障がないレベルにまで記憶力は回復しました。当院へは復職前の評価を希望し受診されました。

診察場面では記憶障害は目立たず、リバーミード行動記憶検査でも標準プロフィール点が 21 点と正常範囲内の結果でした。この結果から復職可能と判断され復職に至りましたが、実際に仕事を始めると、複数の用事を伝えられると覚えきれずに混乱が引き起こされました。そこで仕事の内容を固定し、自分のペースで仕事ができるように配慮してもらったところ、混乱することが減り、仕事を続けることができました。しかし時には人手不足のためどうしても複数の業務を一人でこなさなければならないことがあり、そのような場合には混乱してしまう状況が続いています。

A さんのように記憶障害はごく軽度であっても仕事に影響しますので、職場での理解と配慮が必要となります。

2. 注意障害²⁾

注意と言っても、その中には多様な機能が含まれています。以下に注意の分類とその機能の説明を示します。図 1 はそれらの機能を模式化したものです。なお注意の評価方法については（8 頁～9 頁）を参照ください。

- ◇ 持続性注意：ある一定時間注意を維持する能力です。注意の持続性に障害がある場合、患者は疲れやすさや時間とともに増加する気の散りやすさを訴えます。また作業を長時間行っていると、時間経過とともに作業効率が著しく低下します。
- ◇ 集中性注意：他の刺激を無視しながら特定の刺激に注意を集中させる機能です。集中性注意が障害されるとすぐに気が散ってしまいます。他人がしゃべっているだけで仕事に集中できなくなります。
- ◇ 転換性注意：注意を柔軟に振り向ける働きです。この機能が障害されると、仕事をしている最中に別の仕事を頼まれても、頭を切り替えることができなくなります。
- ◇ 分配性注意：同時に二つ以上の刺激に注意を払い、他の情報を意識しながら別の情報を処理する能力です。分配性に障害のある人は、話しながら車を運転したり、授業を聞きながらノートを取ったりすることが苦手となります。

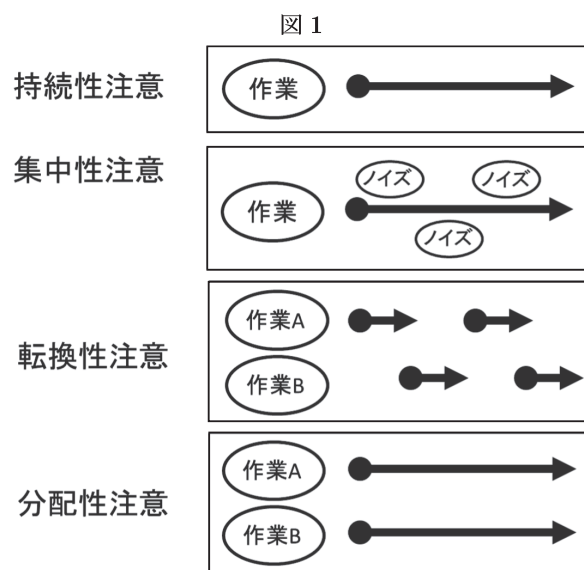


表 1. 注意障害を疑う症状

・ 同じミスを何度も繰り返す	・ 時間経過とともにミスが増え、作業効率が低下する
・ 同じことを何度も聞き返す	・ 反応や応答が遅く、行動や動作がゆっくり
・ 用事を二つ頼むと一つ忘れている	・ 活気がなくぼんやりしている
・ 作業が長く続けられない	・ 「疲れやすい、だるい、眠い」などを訴える

注意障害は特徴的な症状となりにくいため、障害が軽微な場合はリハビリテーション入院中に全く気付かれることがなく、社会復帰後に非特異的問題として表面化することが少なくありません。表 1 に注意障害を疑う症状を示します。以前と比べて仕事ができなくなったが、何が問題なのかはつきりしないような場合は、注意障害の存在を疑ってみましょう。

3. 遂行機能障害

遂行機能とは、「ある目的を達成するために必要な複数の行動を、効率的な方法および順序で適切に行う機能」であり、前頭葉の働きが大きく関与している認知機能です。遂行機能が障害された時の具体的な症状としては、「臨機応変に自己の行動を修正できず、予定通りに物事が運ばないと混乱する」「時間配分の見通しが悪く、例えば朝からゆっくり新聞を読んでいて遅刻しそうになる」のような形で現れます。簡単に言えば「段取りが悪くなる」症状です。家庭生活では問題は目立たないけれども、「仕事ができない」と職場で指摘されて受診に至るケースもあります。

(事例) 40 代男性、B さん

B さんは大卒後土木会社に就職し、経営や現場監督など指導的な立場で働いていました。しかし 40 代に脳梗塞を発症しました。リハビリテーション入院、自宅療養を経て現場監督に復帰しましたが、雨の日に芝生を植えて駄目にしてしまったり、必要のないブロックを発注したりするなど、現場監督としての仕事を以前のようにこなすことができなくなっていました。一方で一作業員としてであれば働くことはできていました。当院へは、高次脳機能障害の評価目的で受診されました。

診察では礼節や疎通は保てていましたが、「自分では特に悪いところはないと思う」と、仕事ができていることに対する自覚はありませんでした。記憶や注意に粗大な異常はなく、詳細な心理検査でも年齢相応の結果でした。一方 B さんの判断能力を評価するために「とんぼ」と「飛行機」の共通点を尋ねたところ、「羽があって飛ぶところ」と正答が得られましたが、相違点では、「トンボは自分の力で飛ぶ、飛行機は燃料で飛ぶ」と回答されました。「生物」と「機械」の答えを期待して、「他にはありませんか」と追加して質問したところ、「トンボは空気抵抗は関係なく飛ぶが、飛行機は空気抵抗を利用して飛ぶ」とより細かな違いを指摘されました。この反応から B さんには、「全体が見えずに細部にこだわってしまう傾向がある」ことが推測されました。この特徴を仕事に当てはめた場合、指示を受けてそれらをつつこなししていく作業員としてならば働けるかもしれませんが、職場全体を把握し、状況に応じて適宜指示を与えてなければならない現場監督は難しいと考えられました。

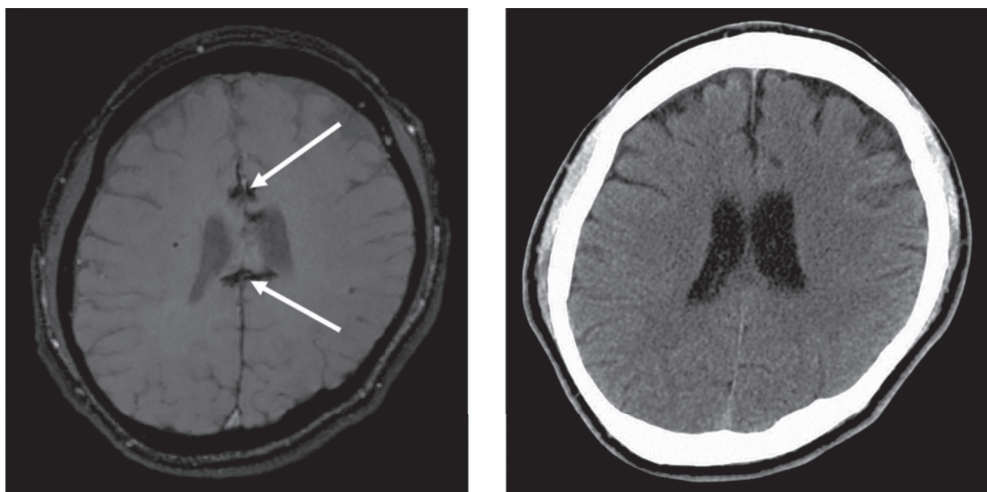
B さん以外にも、「脳挫傷後から通常の看護業務は何とかこなせるが、リーダー業務ができなくなった」と受診された看護師さんや、「引っ越し屋さんに勤務している時に、後先考えずに荷物を運びこんでしまったために仕事をクビになった」と受診された患者さんもいます。たとえ遂行機能が低下していても、予定通りの仕事や指示を受けての仕事であれば一定レベルでこなすことができますので、障害の特性を考慮した適所への配置が就労継続には重要となります。

● Memo. びまん性軸索損傷 ●

びまん性軸索損傷は、脳挫傷などの局所性脳損傷とならぶ重要な外傷性脳損傷の一型です。交通事故などの高エネルギー外傷において、脳への回転性の衝撃（ねじれを引き起こすような衝撃）が加わることで生じるとされています³⁾。びまん性軸索損傷では、記憶障害、判断力低下、遂行機能障害、易怒性、意欲低下、退行などの典型的な高次脳機能障害の病像が引き起こされます。びまん性軸索損傷は、直接頭部に外傷がなくても強く脳が揺れることによって生じることがあるため、局所性脳損傷を認めないか、たとえあってもごく軽微な場合があります。このようなケースでは、CT や MRI などの脳画像の所見が乏しいため、びまん性軸索損傷の存在が見逃されがちです。局所性脳損傷が軽微であるにもかかわらず、受傷後に 6 時間以上に及ぶ意識障害があり、高次脳機能障害が後遺症として認められればびまん性軸索損傷が強く疑われます。なお意識障害が遷延するほど高次脳機能障害の程度は重度になると考えられています。

（事例）20 代男性、A さん

A さんは 1 年前に交通事故で頭部を打撲しびまん性軸索損傷と診断されました。当科受診時は、受傷当初に目立っていた左上肢、両下肢の麻痺は日常生活には支障のないレベルにまで改善していましたが、高次脳機能障害として軽度の近時記憶障害（RBMT SPS 19 SS 8）、注意障害、意欲低下を認めました。A 型事業所への通所を経て受診 3 年後に障害者枠で一般企業に就職しました。職場では同僚の手助けもあり何とか仕事をこなしていますが、仕事はメモを取る暇がないほど忙しく、今の仕事量では今後仕事を続けていくことは難しいと感じています。



上図は A さんの MRI（左）と CT（右）です。左図の矢印の先端の黒い部分が出血痕を示し、びまん性軸索損傷に特徴的な所見です。一方 CT では明らかな異常所見は認めていません。この図が示すように、慢性期のびまん性軸索損傷の診断には MRI が必須です。

2. 社会的行動障害の理解

高次脳機能障害では、認知機能障害に加えて怒りっぽさやこだわり、意欲低下、衝動性などの、精神症状、行動障害をしばしば伴います。これらの症状は社会的行動障害と呼ばれ、認知機能障害以上に患者さんの社会復帰の妨げになることがあります。社会的行動障害を引き起こす主な要因として、以下の3つがあげられます。社会的行動障害に対応する際には、問題となる症状がどの要因に起因するかを検討することが重要です。

①脳損傷が直接原因となる場合

前頭葉が損傷されることで自己の欲求を制御することができなくなり、浪費や性的脱抑制行動などの行動障害が引き起こされます。脳損傷による脳機能低下が原因となっているため、治療や対応に難渋することが少なくありません。

②認知機能障害が原因となる場合

記憶障害、注意障害、遂行機能障害などのために、状況をうまく判断できず結果的に不適切な行動となる場合があります。例をあげれば、重度の記憶障害のためリハビリテーション目的で入院していることをすぐに忘れてしまい、離院を繰り返すような行動です。認知機能の改善は難しいため、環境調整が対応の基本となります。

③障害を負うことにより二次的に生じる場合

障害のため環境にうまく適応できず、失敗経験を重ねることで自信を喪失し抑うつになったり、反応性に不安や怒りなどが生じたりすることがあります。環境調整に加えて、心理カウンセリングなどの介入が有効です。

以下に代表的な社会的行動障害を示します。

1. 意欲・発動性の低下

自発的な活動が乏しくなり、周囲への関心が減り、自宅に引きこもりがちになります。仕事をしていなくてもあまり気にする様子はなく、就労には周囲からの強い促しが必要となります。

2. 情動コントロールの障害

些細なことで感情を爆発させ、怒鳴り散らしたり、時には暴力に及んだりします。一旦怒り出すと手が付けられなくなり、抑えが全く利かなくなりますが、一方で怒りが収まるとまるで何事もなかったかのようにけろっとしていることもよくあります。この症状のため、職場や家庭での人間関係が壊れてしまうこともあります。対処手法である「アンガーマネジメント」については、別項（25頁～27頁）で紹介します。

3. 対人関係の障害

場の空気を読めなかったり、相手の意図していることを理解できずに自分中心に行動してしまい、対人関係がうまくいかなくなります。この症状が目立つ人の中には、病前から発達障害を持っている場合が多いように思われます。

4. 依存的行動

脳損傷後に人格機能が低下し、退行を示します。子供っぽいしゃべり方や行動になり、家族に依存的な生活になります（事例 6 参照）。

5. こだわり

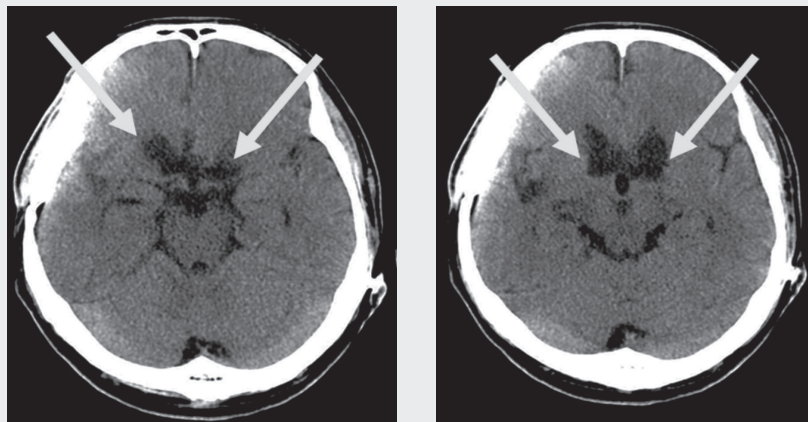
「ゴミが落ちているとすぐに拾ってゴミ箱に捨てに行かずにおられない」「順番守ることに固執し、行列に横入りする人に対して血相を変えて注意する」など些細なことにこだわり、融通の利かない性格、行動になります。

（事例）Cさん 40代男性 会社員

Cさんはくも膜下出血を発症し、半年間のリハビリテーションを受けた後自宅退院しました。発症約1年後に職場に復帰しましたが、記憶障害が残存するとともに、「落ち着きがなく、10分と座っていることができずいつも歩き回っている」といった行動障害が顕著で、全く働けるような状態ではありませんでした。通院中のリハビリテーション病院で薬物治療を受けましたが症状に改善が見られなかったため、高次脳機能障害（主として社会的行動障害）に対する精査加療目的で当科紹介受診となりました。

初診時、待合室でもじっと座っていることができずずっと歩き回っていました。診察中も落ち着きなく身体を前後に動かし、立ったり座ったりを繰り返しました。ご家族からの情報では、自宅では立ったままテレビをみたり、歩きながら新聞を読んだりしており、職場でも多動、徘徊が問題となっていました。多動に対してCさんは、「じっとしていると気持ちが落ち着かなくなり、歩き始めると気持ちが良くなります」と話されました。下図はCさんの頭部CTです。両側の前頭葉底面、尾状核に病変を認め（矢印）、これらの病変が落ち着きのない行動を引き起こしていると考えられました。

行動障害の治療目的で当科入院し薬物調整を行いました。最終的には抗うつ薬が効果を示し、落ち着いて座って過ごせる時間が増えました。職場への復帰に際して、職場の担当者に障害内容を詳細に説明し、職場で配慮が得られるように調整しました。復帰当初は就業時間を4時間に設定し、慣れてくるとともに時間を徐々に延長し、2年後には8時間勤務になりました。1日に1-2回10分程度歩き回る程度の行動障害は今なお残存していますが、粗大な行動障害を認めずCさんは勤務を継続できています。



3. 神経心理検査について^{5)～8)}

高次脳機能障害を持つ人が社会復帰するためには、どのような脳の働きがどの程度障害されているのか、逆に保たれているのかを適切に把握する必要があります。そのためにさまざまな神経心理検査を用いて脳機能を評価し、得られた結果を本人や家族、事業所などに説明し、どのような点を工夫すれば良いのかなどを一緒に考えていきます。本項では、臨床現場で用いられることが多い神経心理検査について説明します。

1. 全般的知的機能の評価方法

全般的な知的機能を簡易に評価する検査として Mini-Mental State Examination (MMSE) があり、認知症の評価には一般的に用いられていますが、高次脳機能障害ではより詳細な認知機能を評価する必要があり、ウェクスラー式成人知能検査（以下 WAIS-Ⅲ）が汎用されています。

WAIS-Ⅲは、16～89 歳までの年齢層に実施可能な知能検査で、さまざまな知的機能を評価することができます。WAIS-Ⅲの結果は、言語性 IQ、動作性 IQ から成る全検査 IQ と、言語理解、作動記憶、知覚統合、処理速度という 4 つの群指数で表されます（表 1）。各々の数値から被験者の機能水準が推測されます（表 2）。つまり仮に、各 IQ や群指数の数値が「90～109」の間にある場合は、「その人の〇〇（各 IQ や群指数）の能力は同年代と比較して同等の能力を有している」と解釈します。さらには、個人内での各能力の差を測ることも可能です。

表1. 各IQと群指数の意味

	下位IQ	群指数	意味
全検査IQ (全体的な能力を見ます)	言語性IQ (全体的な聴覚的な情報の処理能力を見ます)	言語理解	言葉の豊かさや、どのくらい社会に関する知識があるのを見たり、さらには言葉から推理して理解できるかを見ます。
		作動記憶	耳から得た情報の中から、処理に必要な情報を選別し、それらの情報を保持しながら処理を行う能力を見ます。
	動作性IQ (全体的な視覚的な情報の処理能力を見ます)	知覚統合	目で見た情報から情報の分類やパターンを理解することができかどうかを見ます。
		処理速度	視覚的な情報を素早く処理し、作業を進めていく能力を見ます。

表2. 各IQと群指数の機能水準⁵⁾

IQ／群指数	機能水準
130以上	特に高い
12～129	高い
110～119	平均の上
90～109	平均
80～89	平均の下
70～79	境界線
69以下	特に低い

ある高次脳機能障害の方に WAIS-Ⅲを実施した場合、全検査 IQ が 95 で、言語理解が 109、作動記憶が 96、知覚統合が 108、処理速度が 60 だったとします。この場合、総合的な能力は同年代と同等の力を持っていますが、視覚的な情報を素早く処理し作業を進めていくことが、同年代や本人の他の能力と比較しても苦手であることがわかり、作業速度の遅さを考慮した支援を考えていくこととなります。このように WAIS - Ⅲの結果を同年代の健常者と比較したり、各個人内で見比べることによって、その方の知的機能の程度や、認知機能の得意不得意がわかります。

2. 記憶の検査

記憶の検査には、三宅式記銘力検査のように簡易に実施できる検査から、ウェクスラー式記憶検査改訂版(以下 WMS-R)のような詳細な検査までさまざまな検査があります。状況に応じて検査を選択する必要がありますが、わたしたちはリバーミード行動記憶検査(以下 RBMT)を標準的に用いています。

RBMT は、実際の生活場面を想定した課題で構成されているため、どのような記憶障害がどの程度生活に支障を及ぼしているのかを詳細に評価することができます。採点は標準プロフィール得点 (SPS) が 24 点満点、スクリーニング得点 (SS) が 12 点満点で、年齢ごとにカットオフ値が設けられており、点数が低くなる程記憶障害が重度で、新しい学習が困難である可能性が高いと解釈します。

RBMT の利点は、日常生活に沿った課題を用いて記憶障害の程度を評価できることにありますが、比較的簡単な課題も多く、記憶障害が軽度の方であれば満点に近い得点を取る場合があります。そのような場合は、難易度が高い WMS-R を実施します。WMS-R は前項で述べた WAIS-III の得点と並行して行うことができます。例えば、WAIS-III の全検査 IQ が 95 でありながら、WMS-R の一般的記憶の評価点が 60 であった場合、知的水準は保たれているにも関わらず記憶について著しく障害があると解釈され、純粋健忘の可能性⁹⁾が考えられます。WMS-R は言語性記憶と視覚性記憶、注意機能など様々な観点から記憶について評価できますが、所要時間が長く、課題内容も難易度が高いため、重度の記憶障害を持つ患者さんの評価には適していません。

3. 注意の検査

注意機能を簡易に評価する検査として Trail Making Test (以下 TMT) があります (図 1)。この検査には PartA、PartB の 2 種類あり、PartA はランダムに配置された数字を順番に線で結び、PartB はランダムに配置された数字と平仮名を「1→あ→2→い……」のように、交互にそれぞれ順番に線で結んでいきます。全て結び終わるまでの時間を測定し、遅ければ遅いほど注意機能に問題があると解釈します。TMT は簡易に注意機能を見ることができますが、課題が簡単であり軽度の障害では異常を捉えにくいことや、選択的注意および転換性注意以外の注意機能を評価できないなどの問題があります。

注意機能全般を評価する検査としてよく用いられるのが、標準注意検査 (以下 CAT) です。CAT の項目はそれぞれ、注意集中力、選択的注意、持続性注意、注意の分配とワーキングメモリに対応しています (表 3)。基本的に成人向けであり、20 代から 70 代までの各年代でカットオフ値が設けられています。各項目においてカットオフ値を下回る (所要時間においては上回る) と、そこで測定されている注意機能において問題があると解釈します。CAT は注意機能全般を評価することができますが、所要時間が長く、課題の難易度が高いことが短所として挙げられます。

図 1. Trail Making Test の練習課題 (左図は PartA、右図は PartB)

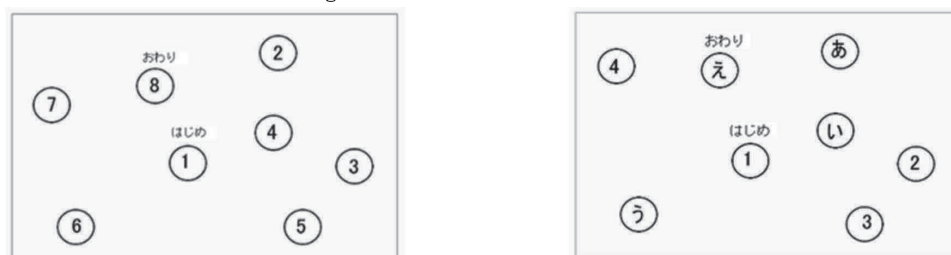


表 3. CAT の課題と注意機能との対応⁶⁾

注意集中力	数唱および視覚性スパン
選択的注意	視覚性抹消課題および聴覚性抹消課題
注意の分配 ワーキングメモリー	Symbol Digit Modalities Test(SDMT) 記憶更新検査 Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT)
持続性注意	Continuous Performance Test(CPT)

4. その他の検査

遂行機能を評価するためには、日本版遂行機能障害症候群の行動評価 (BADS) や慶應版 Wisconsin Card Sorting Test (WCST) を、失語症を評価するためには、標準失語症検査を実施します。このように様々な神経心理検査を、高次脳機能障害者その人の状態像に合わせて選択し評価を行います。

5. おわりに

本項ではわたしたちが日常的に行っている神経心理検査を中心に説明しました。神経心理検査はあくまでも高次脳機能障害を持つ方の能力の一側面を見ているものです。そのため、検査実施中以外の行動や話しぶり、待合室での様子などを含めて、その方の状態像を総合的に把握することが必要です。

(事例) 20 代男性 D さん 交通事故後遺症

D さんは 10 代で交通事故に遭いましたが、高校を卒業し、専門学校にも入学しました。しかし、専門学校での講義についていけなかったために、高次脳機能の精査目的で受診されました。D さんに対して、WAIS-III、WMS-R、CAT を実施し、以下の検査結果が得られました。なお、CAT において、カットオフ値を下回った(所要時間においては上回った)課題には*を表記しています。

WAIS-III	
全検査 IQ : 85 (言語性 IQ : 89 動作性 IQ : 84)	
言語理解 : 92	知覚統合 : 95 作動記憶 : 79 処理速度 : 69
WMS-R	
一般的記憶 : 95 言語性記憶 : 93 視覚性記憶 : 104 注意集中力 : 97 遅延再生 : 100	
CAT	
数唱 視覚性スパン 視覚性抹消課題(正答率) 聴覚性抹消課題* 記憶更新 SDMT*	
PASAT* 視覚性抹消課題(所要時間)* Position Stroop*	

これらの結果から、WMS-R の値は平均範囲内にあり、記憶障害の可能性は否定されました。しかし、WAIS-III では、言語理解と知覚統合が平均の範囲内にあるにもかかわらず、作動記憶と処理速度が平均より下回る値であることから、得意不得意の差が大きいことが示されました。また、CAT では、聴覚的な刺激を処理することが苦手であることや、作業スピードが遅いことが示されました。

D さんの状態像が分かった中で工夫することは、D さんのペースで取り組める、あるいは量より質を大切にするといった生活環境に整えること、口頭だけのやりとりだけではなくメモを活用することなどが考えられます。

● Memo. 高次脳機能障害の診断の注意点 ●

下表に高次脳機能障害の診断基準を示しますが、この診断基準からもわかるように、先行疾患の存在が確認できることが診断の前提となります⁴⁾。すなわち、交通事故や脳炎、脳症などの先行疾患が明らかではない患者を高次脳機能障害と診断することはできません。

びまん性軸索損傷の診断にも注意が必要です。びまん性軸索損傷では、画像上軽微な変化に留まることが少なくないため、画像所見のみで診断すると、しばしば高次脳機能障害を見落とすことになります。びまん性軸索損傷の診断には、受傷時の意識障害の有無を確認することが重要です。

臨床現場でしばしば問題となるのが、脳画像上明らかな病変がないにもかかわらず、「交通事故後から記憶力が悪くなった」と訴えられる患者さんです。このような患者さんの中には、事故の際に明らかな意識障害がなく、また事故後から徐々に物忘れが強くなっているといった通常の高次脳機能障害とは異なる経過を取るケースが少なくありません。器質的な病変が認められないため、高次脳機能障害とは診断できず、多くは精神的な症状と解釈されています。しかしながら中には記憶検査で明らかな低下を示すケースもあり、記憶障害の原因解明については今後の研究の進展が待たれます。

表. 高次脳機能障害の診断基準（厚生労働省：『高次脳機能障害者支援の手引き』、2006、より引用）⁴⁾

I. 主要症状等

1. 脳の器質的病変の原因となる事故による受傷や疾病の発症の事実が確認されている。
2. 現在、日常生活又は社会生活に制約があり、その主たる原因が記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害である。

II. 検査所見

MRI、CT、脳波などにより認知障害の原因と考えられる脳の器質的病変の存在が確認されているか、あるいは診断書により脳の器質的病変が存在したと確認できる。

III. 除外項目

1. 脳の器質的病変に基づく認知障害のうち、身体障害として認定可能である症状を有するが上記主要症状（I-2）を欠く者は除外する。
2. 診断にあたり、受傷又は発症以前から有する症状と検査所見は除外する。
3. 先天性疾患、周産期における脳損傷、発達障害、進行性疾患を原因とする者は除外する。

IV. 診断

1. I～III をすべて満たした場合に高次脳機能障害と診断する。
2. 高次脳機能障害の診断は脳の器質的病変の原因となった外傷や疾病の急性期症状を脱した後において行う。
3. 神経心理学的検査の所見を参考にすることができる。

4. 就労支援システムについて^{10)~12)}

障害を持ちながら仕事に就くためには、自分のことを正確に理解する必要があり、そのためにも、他者から見た自分を教えてもらうことが必要です。しかし、病気や事故後に仕事に就いた人に対して、できていない点を指摘することはなかなか難しいものです。そこで、下記に示した就労支援施設を活用し、就労上の課題がないか仕事のシミュレーションを行い、課題を整理し準備しておくことが重要となります。

1. ハローワーク

専門の職員・相談員を配置し、求職申し込みから就職後のフォローまで一貫した職業相談及び紹介、就業指導等を行っています。

2. 地域障害者職業センター

就職・復職までの職業評価・指導等から、就職・復職後の職場適応指導まで、職業リハビリテーションに関する業務を行っています。また、安定した職業生活が送れるように、ジョブコーチ支援も行っています。

(ジョブコーチ支援) 就職や職場適応に課題がある方の職場定着を図るために、事業所に職場適応援助者(ジョブコーチ)が出向き、障害者と事業主の双方に対して、障害特性を踏まえた支援を行っています。

(P28 Memo 職場適応援助者(ジョブコーチ) 参照)

3. 障害者就業・生活支援センター

就職を希望する方・在職中で課題を抱える方等へ雇用及び福祉関係機関等との連携のもと、就業支援担当者と生活支援担当者が協力して就業面・生活面の一体的支援を行います。

4. 就労移行支援事業所

一般就労への移行に向けて、事業所内や企業における作業・実習の実施、適性に合った職場探しや就労後の定着のための支援を行います。利用期間は原則2年となり、65歳未満の方が対象です。

5. 就労継続支援 A 型事業所(雇用型)・B 型事業所(非雇用型)

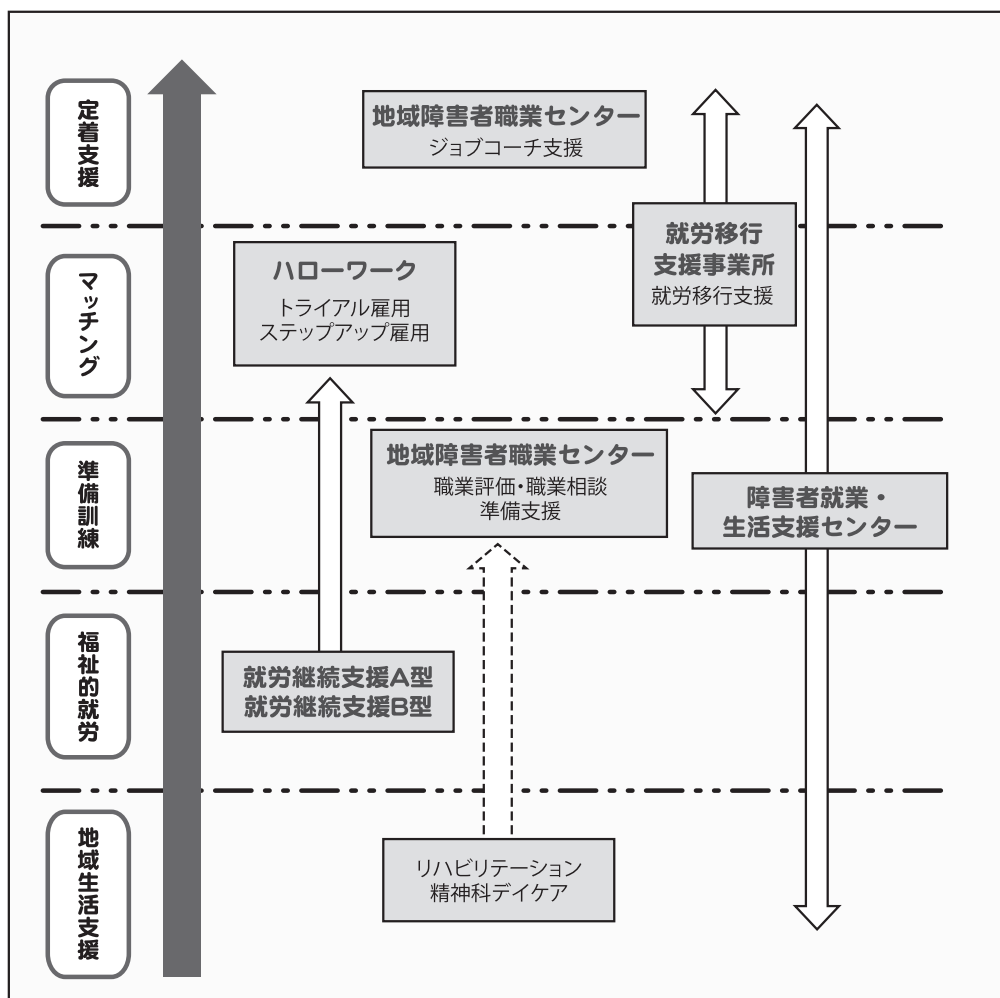
就労継続支援とは、通常の事業所に雇用されることが困難な方へ生産活動や就労の機会が提供される障害福祉サービスの一つです。A 型は、65 歳未満の方が対象となり雇用契約に基づく継続的な就労で、B 型は、雇用契約は結ばず、事業所の売り上げを工賃として賃金が支払われます。就労機会の提供、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行い、ある程度必要な知識・能力が高まった方は、一般就労や障害者雇用への移行に向けて支援をします。

※就労移行支援事業、就労継続支援 A・B 型事業の利用にあたっては、利用前に障害福祉サービスの支給決定が必要となります。

※上記、就労支援施設は手帳をお持ちでなくても利用は可能です。

下図に就労までの流れと、各時期に関わる就労支援施設の模式図を示します。

図. 就労までの流れ



《就業相談窓口》

リハビリ退院後間もない人たちは、福祉的な支援をすぐには活用せずに脳神経外科等に比較的長い期間通院することが多いと思います。そのため医療機関では、ソーシャルワーカーなどが外来通院終了後もフォローを行うことが重要になってきます。

- ・ 入院中・退院時・通院中⇒かかりつけ医療機関での医学的情報と訓練状況を確認し、必要な支援機関に繋がります。
- ・ 地域（在宅）生活⇒医療機関含め、各地域の高次脳機能障害支援拠点機関や福祉行政窓口にご相談後、的確な支援機関に繋いだ後も継続的に本人・家族に相談支援機関の情報提供を併せて行い、各地域のリハビリテーションの専門機関や支援実施施設を選択して、支援を依頼し、移行していくことが必要です。

第2章 復職支援アプローチ

1. 病識と復職

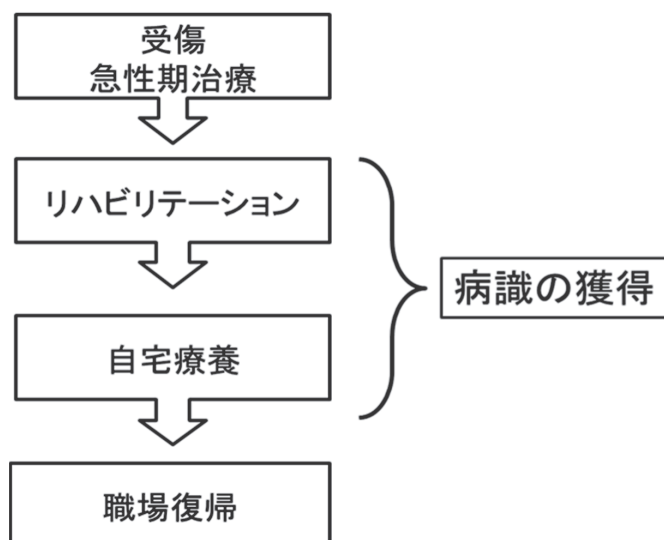
1. 障害の自覚（病識）の重要性

障害を持ちながら社会復帰を果たすためには、自己の障害を正しく認識し、適切な対処行動を取ることができるようになることが必要です。例えば記憶障害がある患者では、メモリーノートを活用し、記憶の障害を補うことが必要となります。しかしながら、高次脳機能障害の主要症状である記憶障害や注意障害などの認知機能障害ならびに社会的行動障害は、障害を自覚することがとても難しい障害です。高次脳機能障害は見えない障害とよく言われますが、これは周囲が患者の障害に気づきにくいだけではなく、患者自身も気づきにくい障害なのです。もし十分な病識を獲得する前に復職すれば、自己の能力への過信から職場で失敗を繰り返し、場合によっては退職を余儀なくされることもあるでしょう（事例4参照）。したがって、復職前に自己の障害を正しく認識し、対処行動を取ることができるようになっておくことはとても重要となります。

2. いつ病識を獲得するのか

図に一般的な高次脳機能障害の復帰過程を示します。受傷直後の急性期は意識障害も併存しているため障害があるのかどうかの判断すら難しい状態ですが、意識の改善とともに次第に高次脳機能障害が明らかになり、障害に対して入院によるリハビリテーションが開始されます。多くの患者さんでは入院リハビリテーション終了後、自宅での療養そして職場復帰となります。この一連の過程の中の入院リハビリテーションと自宅療養の期間に病識を獲得し、職場復帰への準備が整うことが理想でしょう。しかしながら十分な病識を獲得する前に職場に復帰してしまう高次脳機能障害者は少なくありません。

図. 高次脳機能障害の復帰過程と病識の獲得



早すぎる復職には、

- ①自己の障害を過小評価し、以前のように仕事ができるとの過信
- ②休職しているあいだに職が失われるかもしれないという不安
- ③家族からのプレッシャー
- ④経済的な問題

など多くの要因が関わっています。

3. 病識を獲得するための工夫

わたしたちは自分の機能が低下していることを、生活の中でうまくいかないことを体験、実感して初めて自覚することができます。例えば、注意力が低下していても、注意を要するような作業場面で失敗しない限り、自分の注意力が低下していることに気づくことができません。リハビリテーション中にさまざまな課題に取り組むことで障害を自覚できるようになる人もいますが、「病院ではうまくできなくても、職場に戻れば問題なくできる」と楽観的に考える人もいます。そのような人の場合、生活場面で失敗を繰り返すことが、病識を獲得するためには必要となります。

☞支援のポイント

- ①病識が不十分な人は、できる限り職場への復帰時期を遅らせる
- ②家庭生活の中でできるだけ多くの事を体験し、失敗経験を積み重ねる（事例5参照）
- ③障害者就労支援センターを活用し、職場に近い環境で仕事をしてもらう

本人の復職への焦りや家族のプレッシャーにより、準備が整う前に職場復帰をすることもあります。その際には、

- ④多少の失敗をしても許容される職場環境を準備する
- ⑤失敗を繰り返すことによって引き起こされる本人のストレスをケアできるように、職場内だけでなく、職場の外にも相談相手をあらかじめ設定しておく（事例6参照）



2. 自動車運転再開支援

1. 自動車運転再開支援の重要性

高次脳機能障害を持った患者さんは比較的年代が若く、受傷後、リハビリ期間を経て、復職を目指していく人も少なくありません。地方都市では、大都市圏のような公共交通機関網が発達していないため、自家用車の利用が交通手段の大半を占めます。そのため、自動車運転ができない場合、通勤範囲や仕事内容への制限が大きく生じ、復職における選択肢が大幅にせばまってしまいます。高次脳機能障害と一口にいても、障害されている能力や程度には個人差があります。受傷後に自動車運転を停止している方の中には、残存能力で運転が可能なおられ、そういった方にどのような支援を行い、運転再開につなげていくのかは重要な課題です。

自動車運転には様々な認知機能や身体機能が関わっており、運転再開の希望のある高次脳機能障害の患者さんの全員が運転再開できるわけではありません。しかし、運転再開できる方にとっては、以前の就職先に復帰できたり、新しい障害者雇用施設に自分で通うことができるようになったりなど、復職へのメリットは少なくありません。どのような方が自動車運転再開可能なのか、現時点では明確な基準はありませんが、認知機能、行動障害および実際の運転能力について慎重に評価し、支援を行うことが必要とされています。

2. 自動車運転再開までに必要な過程¹³⁾

運転再開に至るまで、以下の1) から8) までの段階が考えられます。ここではゴールドスタンダードとされている実車を用いた評価を加えています。

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、遂行機能の評価を行う。
- 視力、聴力、四肢麻痺などの身体能力の評価を行う。

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を行う。
- ドライビングシミュレータを用い、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する。

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。

3. 運転可否判断について

現時点では、高次脳機能障害の方の運転の可否判断において、明確な基準はありません。自動車運転には様々な能力が関わっており、高次脳機能障害の程度や、行動障害の有無や程度、病前の運転能力や経験などが関連すると考えられますが、これらの要素から運転能力を推測して可否判断を行っていくのは困難です。そのため、実車を用いた運転能力そのものの評価が妥当であるとみなされています。ただ実車の運転には危険を伴うので、それまでに上記2.で示したような段階を踏まえ、慎重に評価していく必要があります。また、決められた用途や時間帯など、限られた状況なら安全に運転できると評価できる場合や、本人が自身の能力の限界をある程度理解されている場合では、運転可能と判断されやすいと思われます。このような場合では、患者さんの病識が比較的得られているケースが多いでしょう。



3. 高次脳機能障害者の就労支援に係る支援ネットワークの構築

1. 支援ネットワークの重要性

高次脳機能障害を持ちながら社会復帰を果たすためには、本人の障害の受け入れ（受容）も必要ですが、身近なご家族や、学校や勤務先、さらには、社会全体の障害に対する受容も求められます。高次脳機能障害そのものに対する知識の乏しさや誤った理解、さらには、特定の個人の一時期の状態像だけをみて、高次脳機能障害全体があたかもそうであるかのようなイメージが広がるなど、社会全体が受容するまでにはさまざまな問題があります。

わたしたちは、医療関係者、ソーシャルワーカー、行政、就労支援センターだけではなく、NPO 法人の支援者の皆さん、当事者やその家族の皆さん、実際に障害者を雇用している一般企業の皆さんもふくめた、就労支援に関わる人たちとともに、高次脳機能障害を正しく理解するための様々な研修会や事例検討会の開催などを通して、就労支援に向けたネットワークを構築しています。

2. 熊本県高次脳機能障害支援センターの開設

熊本県高次脳機能障害支援センターは、平成 20 年から熊本大学医学部附属病院神経精神科に設置されています。この支援センターは、厚生労働省と地方自治体が、各都道府県に配置を進めているセンターの 1 つです。熊本県では、医師会のリーダーシップのもと、支援センターが設置される数年前から展開されていた『熊本県高次脳機能障害検討委員会』の活動により、各専門職種間の連携が強化され、脳神経外科―神経内科―精神科―リハビリテーション科の拠点病院と二次病院を指定したネットワークを構築しています。われわれの支援センターはその連携の中で、疾患や障害の診断や評価、疾患理解のための研修会や就労支援に役立つ情報の提供、相談窓口のご案内、活用できる福祉サービス等のご紹介など、個人個人にいまもっとも必要とされる項目から活動を開始しています。

さらに、支援センターが大学病院に設置されているという特色を活用して、「熊本神経心理研究会」「熊本神経症候学研究会」「大学院特別講義『名医に学ぶセミナー』」の講演や企画にもかわり、医師向けあるいは専門医向けのプログラムを企画することで、“高次脳機能障害を診る医師”を育成し、増やしていく工夫を行っています。

3. 各種研修会・事例検討会等の開催、啓発活動 （図 1）

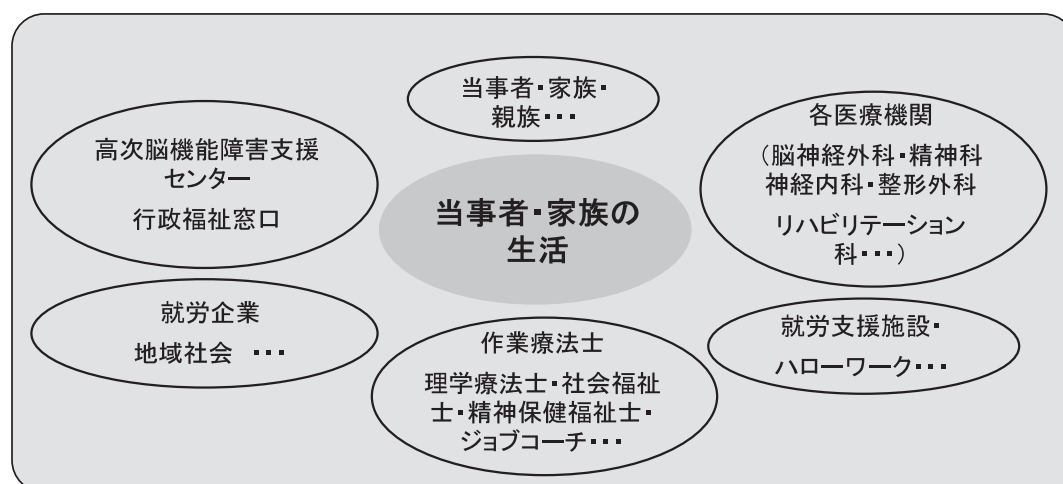
熊本県高次脳機能障害検討委員会では、年 1 回、高次脳機能障害の就労支援や生活をテーマにした「熊本高次脳機能支援ネットワーク研究会」を開催しています。

最近では、平成 29 年 1 月 27 日、第 5 回熊本高次脳機能支援ネットワーク研究会を、熊本大学医学部内で開催しました。就労支援事業所ジョブコーチの先生から、就労移行支援と職場定着支援について講演をいただき、続いて専門職による事例検討「急性期病院からの退院支援」と題して議論しました。参加は医師、看護師の他、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士などのセラピストや、ソーシャルワーカー、福祉スタッフ、事業所管理者、行政関係者など多岐にわたり、75 名ほどの参加がありました。会終了後のアンケートでは、90%の参加者から、「非常に良かった」「よかった」の感想があり、85%の参加者から、これからの業務に「非常に活用できる」「活用できる」と回答がありました。具体

的には、「高次脳機能障害についての講義を聴くのが初めてだった」「具体的な支援の方法が聞けて良かった」「就労のためには多職種の連携が必要であることが分かった」などの意見が多く聞かれていました。このことから、医療職・専門職・支援者でさえ、高次脳機能障害やその支援についての正しい知識や工夫がまだまだ普及していないことがわかります。研究会などを通して、お互いに悩みや疑問や知恵をだしあい、互いに「顔の見える関係」をつくることは、連携・ネットワーク構築に重要な要素です。医療関係者だけでなく、一般企業や就労支援施設スタッフなど、広く参加を促すことが、今後の課題のひとつです。

また、作業療法士会・理学療法士会・リハビリテーション心理職研修会や、精神保健福祉大会、社会福祉士セミナーなど、各種の研修会やセミナーのなかで、高次脳機能障害をテーマにとりあげていただくことで、より多くの関係の皆さんに、障害に対する理解を正しく深めていただく活動を行っています。さらに、一般の皆さんに対しては、NPO 法人、当事者の会、家族の会、市や県など行政の皆さんの主催する、就労フェアやフォーラム、ヒューマンまつり、ゲームや音楽ライブなどをふくめた啓発イベントに、共催や後援させていただき、企画運営を一緒に行いながら社会の障害への理解を深めてもらう活動をしています。

図 1 当事者・家族の生活を支えるさまざまな人々



高次脳機能障害をもつ当事者の方やその家族が安心して地域で暮らしていけるように、また希望を持って社会復帰を目指せるように、熊本県高次脳機能障害支援センターを活用するとともに、熊本県での取り組みが一つのモデルとなって、各地域でその地域に根差した支援活動できるよう、全国に支援の輪が展開していくことを期待したいです。

4. 病院と福祉の連携

1. 病院でのリハビリテーションから復職・就職までの流れ

図 1 に高次脳機能障害患者の復職・就職の流れを示します。高次脳機能障害患者が受傷後に、復職または就職に至る経過としては、一般的に、A. 急性期の病院から復職・就職に至るケース、B. リハビリテーション病院を経て復職・就職に至るケース、C. リハビリテーション病院での入院後に福祉サービスを利用して復職・就職に至るケース、D. 急性期の病院での入院後に福祉サービスを利用して復職・就職に至る 4 つのケースがあります。

多くの高次脳機能障害患者が A や B といった病院でのリハビリテーションを行った後、直接、復職を目指しているのが現状です。そのような高次脳機能障害患者のなかには、障害理解が不十分のまま復職し、自己の能力の過信から職場で失敗を繰り返し、退職を余儀なくされる場合も見受けられます。そうならないためにも、病院のスタッフは、高次脳機能障害患者が利用できる福祉サービスを知り、病院と福祉が連携をとりあうことで、復職した後のフォローアップ体制を充実させる努力が必要です。

2. “病院と福祉の連携”の課題

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ります。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ます。しかし、現状、満足にとれていないケースもあります。

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を以下に列挙します。

- 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

などの要因があります。特に、急性期の病院ほど①～④の傾向が強くなります。

3. 病院と福祉が連携をとるためにできること

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はないでしょうか。情報提供書などの紙面での情報交換も必要ですが、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ります。

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す。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きます。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す。

福祉側が病院と連携をとるためにできることについては、福祉サービスにつながった高次脳機能障

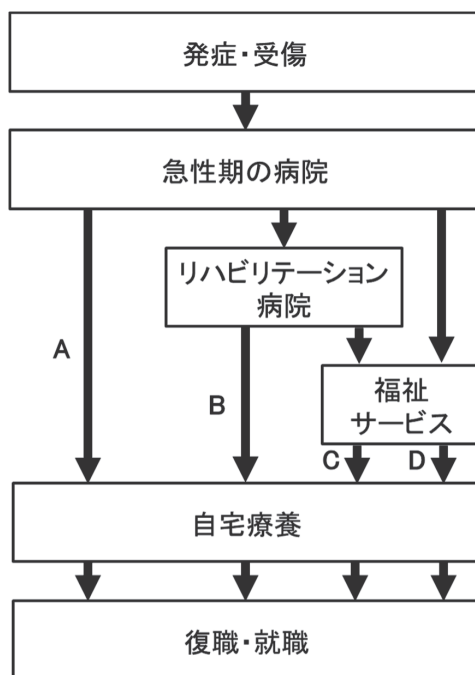
害患者の対応で苦慮する際に、病院側へ連絡をとることをお勧めします。病院側が把握している高次脳機能障害患者の強みを活かし、弱みを補う代償手段が見つかるかもしれません。なによりも福祉側だけで抱え込まず、病院側も悩みを共有することが関わるスタッフの負担軽減にもなります。

最後になりますが、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図で示した C や D の流れに導く努力が必要ではないでしょうか。

㊦ 病院と福祉の連携のポイント

- ① 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。
- ② 病院は福祉につなぐ前に、可能な限り高次脳機能障害への自覚を促すアプローチを行う。
- ③ 福祉は高次脳機能障害患者の対応で、苦慮する際には病院側へ連絡をとる。

図 1. 高次脳機能障害患者の復職・就職の流れ



(事例) 59 歳、男性、会社員（営業職）

59 歳時、脳出血を起こし、会社の上司とともに急性期の病院を受診し、入院となりました。脳画像では新たな脳出血を認め、軽度の右片麻痺と右同名性半盲に加えて、右の半側空間無視、注意機能の低下、構成機能の低下、記憶力の低下があり、高次脳機能障害と診断されました。本事例は、急性期の病院での生活に支障をきたさなくなりましたが、退院後は営業職の仕事に復帰しなければならず、慎重な対応が必要でした。しかし、本人の病識は乏しく、家族の協力が得られにくい状況でした。そのような中、入院後 43 日目に当初予定していたリハビリテーション目的での転院から自宅退院に急遽変更となりました。リハビリテーション科の担当スタッフから主治医に現状を再度報告し、再考を提案しましたが、最終的に自宅退院となり、最寄りの診療所で右片麻痺に対するリハビリテーションのみ継続する運びとなりました。本事例では、本人が高次脳機能障害のことを十分に理解できていないまま自宅退院となったこと、急性期病院での関連職種間での情報交換が不十分であったこと、急性期病院のスタッフがジョブコーチ支援などの各種援護制度の情報を把握できていないことが問題点としてあげられました。

5. 専門職の育成

高次脳機能障害の専門職は、大きく分けて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などの多職種に亘っています。これらの多職種が横断的に、また患者さん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ますが、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しょう。

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ます。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いというのが現状です。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 將理事長）の会員職種別内訳（表1）をみれば、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、日本神経心理学会（森 悦朗理事長）の会員内訳（表2）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名に過ぎません。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す。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思われます。

表1. 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		4,768

＊) 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



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ました。しかし、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かもしれません。

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ことになります。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 名などとなっています。神経心理学の魅力の一つが学際的研究領域であることは間違いないでしょうが、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もあります。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思われます。

表 2. 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
	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

6. 精神科のかかわり

1. 高次脳機能障害における社会的行動障害への対応

高次脳機能障害では、社会的行動障害を高頻度に伴います。社会的行動障害には、1. 意欲・発動性の低下、2. 情動コントロールの障害、3. 対人関係の障害、4. 依存的行動、5. 固執、などがありますが、いずれの症状も単純に薬を飲めば解決するわけではありません。1や2、5の症状は、向精神薬の使用により軽減する場合がありますが、対人関係の障害や依存的行動については薬物治療ではほとんど改善が見込めません。障害に対する本人自身の十分な認識（自己への理解）に加えて、家族や友人、上司、同僚など本人に関わる他者の高次脳機能障害への理解（他者による理解）が必要であり、そのうえで、自己と他者が共通理解することで直面する問題を解決していくことができるようになります。本人への病状説明やその後のフォロー、また家族をはじめとした周囲の人たちに対しての病状の説明（疾患教育、心理教育）、社会復帰時に生じるさまざまなトラブルや失敗とそこから受ける心理的ストレスへの助言が必要です。

数多くの高次脳機能障害患者さんたちを診察してきたわたしたちの経験から言えば、向精神薬治療をはじめ、本人や周囲への心理教育や精神療法は、精神科医が担当するのが望ましく、長期にわたる治療や心理面でのサポートを臨床心理士などのコメディカルスタッフと連携しながら行っていくのも、伝統的に精神科医が行ってきたことです。

2. 所得補償、特に障害年金、精神保健福祉手帳、自立支援医療制度について

高次脳機能障害により、収入が中断・減少してしまったため、その収入を補うための所得保障制度があります（表1）。多くの制度は現金給付であり、正式な申請書が必要です。図1に所得保障制度の利用の流れを示します。

各所得保障は、精神科医だけではなくあらゆる診療科の医師でも作成は可能ですが、例えば、6. 障害者手帳は、高次脳機能障害の場合、精神障害者保健福祉手帳での申請になり、診断書の作成は、「精神障害者の診断又は治療に従事する医師によるもの」とされ、通常は、精神科医であることが望ましいとされています。障害年金も「高次脳機能障害」もしくは「器質性精神障害」での診断書作成となり、自立支援医療制度も同様です。

表1. 所得補償制度一覧

1. 傷病手当金	2. 失業手当金
3. 障害年金	4. 労働者災害補償制度
5. 高額療養費制度	6. 障害者手帳
7. 自立支援医療制度	8. 障害者医療費助成

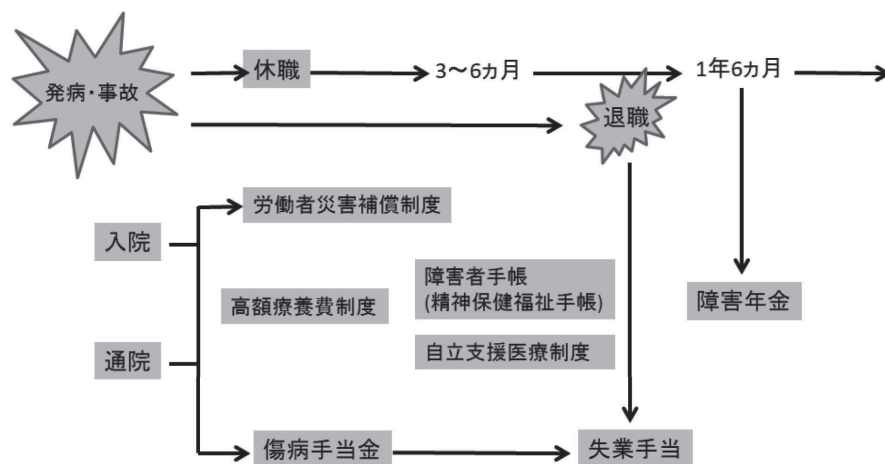


図 1. 所得保障制度利用の流れ

3. 復職、それに至るまでのリハビリ、療養時の居場所の提供、前段階の作業所紹介などについて

高次脳機能障害の状態に応じて、それぞれの方の社会復帰までの道筋やゴールは異なります。受傷後の早期の復職を本人が強く希望しても、障害が重度のため早期の復職に至らないケースも多くあります。そのような場合、長期の休職後の復職、もしくは一旦退職してから次の就職先を探すことになります。その間、適応能力を上げるために専門病院でのリハビリテーションを続けたり、精神科のデイケアサービスの利用をしたり（事例 2 参照）、作業所に通所したりして就労の準備を整えることになります。いずれにせよ、それまでの会社と本人・家族との調整が必要であり、また、本人が障害に対する十分な理解と対処行動ができるようになった上で次の段階へ進むことが望めます。

例え復職に至っても、それまでと同じようにはできず、周囲とうまくいかなくなったりすることもあり、ストレスによる抑うつ状態や不眠、食欲低下、なんらかの体調不良などを生じることもあり（適応障害といわれます）、精神科的治療が望めます。そうした状態はいち早く見つけ対応した方が、軽い症状で済むことも多く、これも精神科がかかわった場合のメリットになるといいでしょう。

我田引水にはなりますが、わたしたちは上記の理由により、高次脳機能障害の治療、ケアには精神科医が何らかの形で関与することが望ましいと考えています。特に障害が重度で長期にわたる支援が必要な場合は、精神科の関わりがより重要となります。患者さんや家族の中には、「精神科」への受診には抵抗感を示される方もあるかもしれません。しかし精神科を受診することで得られるメリットもたくさんありますので、是非地域の精神科と協力して高次脳機能障害者の支援を実施いただければと思います。

7. アンガーマネジメント

1. 社会的行動障害の易怒性

(1) 発現の頻度

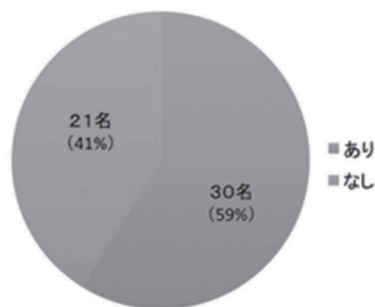
2016年4月から2017年12月の期間で、当院の高次脳機能障害専門外来を受診した患者さんの家族からの聞き取り調査（NPI を使用）により、半数以上の患者に易怒性が認められました（グラフ 1）。

「易怒性」は社会的行動障害の代表的な症状の一つであり、些細なことでイライラしてしまったり、怒りを抑えきれず攻撃的な言動が現れたりします。そのため、家族や友人などの身近な人々との関係を悪くしたり、就労など本人の自立の妨げとなり、日常生活を円滑に過ごすことが難しくなります。

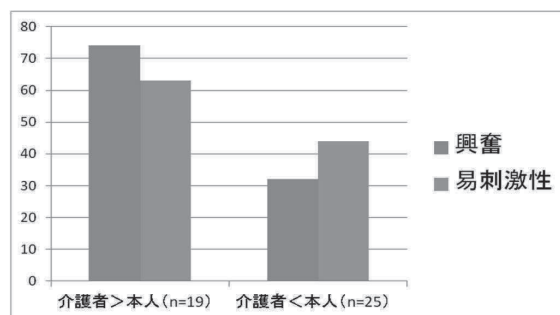
(2) 発現のメカニズム

易怒性が発現する要因として、情動や衝動抑制に関連する脳の部位にダメージを受けたことにより感情コントロールが上手くいかなくなる直接的な要因と、認知機能低下による混乱や不安、本人自身と周囲の人達が障害を十分に理解できず両者の摩擦で生じる二次的な要因があります。二次的な要因については、認知機能低下の程度や家族構成、所属する集団などさまざまな因子が関連しており、その都度情報を収集する中で原因を見出していく必要があります。今回、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ところ、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、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が得られました（グラフ 2）。本人の障害受容と家族の障害認識のズレが易怒性と関連していると考えられ、本人と家族など身近な人物との関係性と易怒性との関連について明らかにすることで支援の一つの糸口が見えてくると考えられます。

グラフ 1. NPI による易怒性の有無



グラフ 2. 障害認識の差（DEX）と興奮・易刺激性（NPI）の関係



2. アンガーマネジメント

“怒り”の感情はとても身近なものです。怒ったり、怒られたりしたことのない人は、ほとんどいないのではないのでしょうか。そして、誰もが“怒り”を感じたり、表現する自由を持っています。しかし、そういった感情が本人のコントロールのうちに収まらず、本人の生活に悪影響を及ぼす場合、何らかの支援が必要になると考えられます。以下に、易怒性の高まりが認められた高次脳機能障害を持つ方に対してアンガーマネジメントを実施した事例を挙げ、その在り方について述べます。

【個別でのアンガーマネジメント：20代前半の男性】

受傷後、何度か就職したものの続かず、一人暮らしも困難な状態でした。家庭での暴力もあり、本人と家族間の関係は悪化していました。家族に連れられて当院を受診しましたが、本人は自身に対する問題意識はなく、状況や自己を客観的に把握することが難しいようでした。言語表出も低下があり、迂遠な話し方で、幼い印象を受けました。そこで、以下のことを注意しつつアンガーマネジメントを実施しました。

- ① 本人の理解力に合わせて、わかりやすい資料の準備をする。
- ② 理解が難しいところは、逐一噛み砕いて説明する。
- ③ 本人の思いを十分に傾聴する。
- ④ 本人の気づきに対して肯定的にフィードバックする。
- ⑤ 家族からの話を別のスタッフが聞き、対応の助言等を行う。

以上より、セッション中のつまづきを減らし、相手を理解する姿勢から信頼関係が築かれ、自分のイライラした出来事を書き出すセリフモニタリングの課題にも真剣に取り組むようになり、内省が深まりました。また、家族の本人への理解や対応も変わったことで、本人からは家族に対するポジティブな感情が聞かれるようになり、落ち着いた生活が送れるようになってきました。

- (長所)・本人の認知機能に合わせた内容で進行しやすい。
- ・部屋には本人と面接者のみであり、人前では話しにくい内容も話しやすい。
 - ・本人の変化に気づき、対応しやすい。
- (短所)・基本的に本人の面接を一人で担当する為、抱え込みやすい。

【集団でのアンガーマネジメント：50代前半の男性】

言語的な理解等は比較的保たれていたものの、記憶障害と易怒性があり、家族も疲弊していました。アンガーマネジメントと家族のレスパイト目的で入院した際に、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について振り返り、対処のスキルを得られるような場を設けました。実施には以下の点に注意しました。

- ① 記憶障害に対し、板書や持ち帰られる資料を準備する。
- ② グループのルールとして、相手を否定・非難しないことを決めておく。
- ③ 進行についていけるよう、個別にフォローできるスタッフもいるようにする。
- ④ 認知機能の水準がある程度近い集団で実施する。
- ⑤ メンバー同士の関係性に留意しながら、セッションを進める。

以上より、環境が整えられ、守られた場で当事者同士が悩みや対処法を話し合い、考える場を作ることができたと考えられます。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、対処の仕方について考えることができました。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ました。

- (長所)・メンバー同士で共通の悩み等を共有できる。
- ・他のメンバーの対処法や考え方を知ることができる。
 - ・スタッフ間で情報共有や支援を検討できる。

- (短所)・メンバー間の関係がセッションに影響する可能性がある。
- ・一人一人の理解度を逐一把握し、フォローすることが難しくなる。
 - ・メンバーの認知機能の水準をある程度合わせる必要がある。

3. 高次脳機能障害の方へのアンガーマネジメントの実践

①認知機能をアセスメントする

アンガーマネジメントを実施する上で高次脳機能障害の症状をあらかじめアセスメントすることが重要です。人によって認知機能障害の程度は様々であり、どの認知機能が障害されているのか、逆に保たれているのかを明らかにすることが支援の方針に影響してきます。

例えば、記憶障害が強い方では、前回行った内容を次の回ではすっかり忘れてしまっていることがあります。しかし、記憶障害を伴っていても工夫すればアンガーマネジメントを実施することも可能と考えられます。実際、中等度の記憶障害を持つ患者に対して、覚える重要性の高い情報を選び、思い出してもらうスパンを短く頻回にするなどの工夫で、実施できた方もいました。

また、本人だけではなく、家族（介護者）や、必要に応じて周囲の方にも本人の症状を知ってもらうことで、本人が暮らしやすいように環境を調整することが可能となり、怒りが爆発する機会を減らすことにもつながると考えられます。

②本人のモチベーションや困っていることに焦点を当てる

当院を受診された方では、ご家族に連れられて受診される方が多く、治療に対する本人のモチベーションが低いことがよくありました。本人のモチベーションが低いと、アンガーマネジメントのセッションや課題への取り組みは悪く、治療効果の低下や中断に至る場合もあります。また、家族が本人の易怒性に困っている場合でも、本人の困り事の中心は別にあることもあります。例えば、怒りの根底に障害受容の問題があり、本人が“バカにされている”と感じた時に怒りが生じやすいことが、本人との面接を通して明らかになった方がいました。本人としては『怒りをコントロールする方法を知りたい』のではなく『障害をいかに受け入れていくか』というところで困っていました。

本人のニーズと支援の方針にズレが生じたままでは、治療の継続は難しくなります。もちろん家族などのニーズもないがしろにはできませんが、本人のニーズを理解する姿勢を常に持って支援を検討していくことが信頼関係を築き、支援を継続する上で重要となります。

㊦ 支援のポイント

- ・ 認知機能を知ることで、本人に適した方法を工夫する
- ・ 本人の自己理解を促し、家族などの身近な方と情報を共有することで環境を調整する。
- ・ 本人のモチベーションの有無を確認する
- ・ 家族や本人のニーズを確認し、問題の所在を検討する。

4. アンガーマネジメントを受けたい方へ

高次脳機能障害の方へのアンガーマネジメントを専門に行っている機関は、現在では数少ないようです。お近くにそういった機関がない場合、心療内科や精神科で臨床心理士などの心の専門家がいますところでは、アンガーマネジメントの知識を持っている可能性がありますので、相談されると良いでしょう。

● Memo. 職場適応援助者(ジョブコーチ)¹¹⁾ ●

職場適応・定着のためには？

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、復職後に生じ得る問題を事前に想定しにくく、働き始めてから初めて問題点が見えてくることがよくあります。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はなく本人の自信も失われ、結果早期退職につながりがちです。このような結末を引き起こさないように、ジョブコーチを有効に活用すべきでしょう。最近ではジョブコーチは下記のように企業の中にも配置されてきています。事前に職場に理解してもらうだけでなく、就労後も第三者である専門スタッフ（ジョブコーチ）にも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ります。

・配置型ジョブコーチ

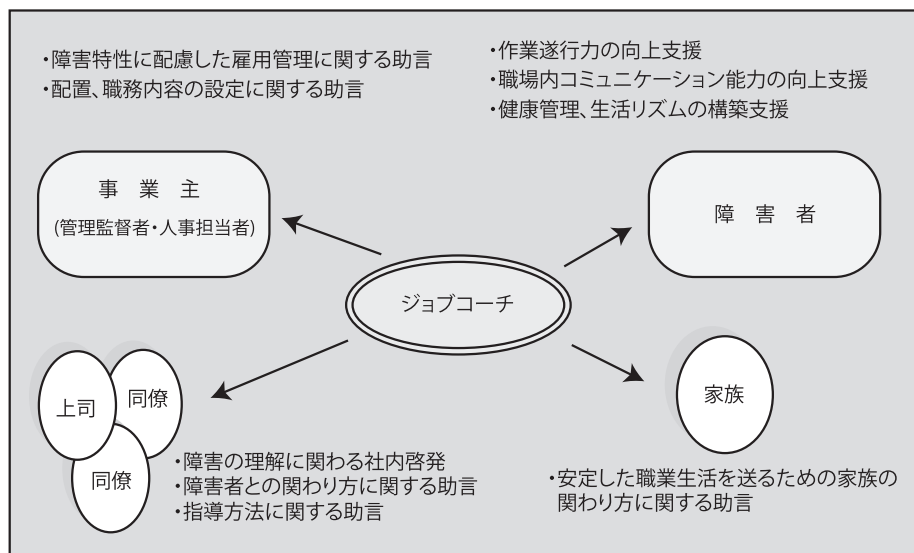
地域障害者職業センターに配置するジョブコーチ

・訪問型ジョブコーチ

障害者の就労支援を行う社会福祉法人等に雇用されるジョブコーチ

・企業在籍型ジョブコーチ

障害者を雇用する企業に雇用されるジョブコーチ



厚生労働省ホームページより

8. 家族支援

1. 家族支援の必要性

高次脳機能障害は患者さん本人だけではなく、家族に対しても大きな苦痛を与えます。以前は普通にできていたことができなくなっている姿や、まるで人が変わってしまったかのような姿を目の当たりにして、家族は戸惑い、現状を受け入れられなかったり、喪失感を抱いたりするかもしれません。また、介護のために仕事や趣味、進学を断念せざるを得なくなり、思い描いていた生活が送れないこともあるかもしれません。家族はぶつけどころのない腹立ちを感じたり、将来どのように生活すればよいのかという不安など、さまざまな感情を抱いています。このような心理状態において、本人に「早く元の状態に戻ってほしい」「経済的に逼迫しているから働いてほしい」「自分達が亡くなる前に子供には自立しておいてほしい」と考え、つい就労を急かしてしまったり、知らず知らずのうちに本人にプレッシャーをかけてしまうことがあります。その結果、就労に必要な準備が整う前に本人が復職してしまい、適応障害（抑うつ状態や不眠、食欲低下、体調不良など）を引き起こしたり、家族との間で衝突が起こったりする場合があります。家族の言動や心理状態が本人の就労に悪影響を及ぼす可能性があるため、家族への心理教育（障害の正しい知識や情報、対応方法などの教育）や心理ケアが必要です。

2. 長期的な心理ケア

高次脳機能障害者の就労には長い月日を要する場合があります。何度も就労と失業を繰り返したのちに継続した就労につながった人や発症から20年経ってようやく就労した人もいます。それまでの長期にわたる介護によって負担感が増大し、家族が適応障害やうつ病を発症することもあります。「見えない障害」ゆえ、身近な人にさえ障害を理解してもらえず介護に孤独を感じている家族もいます。また、本人が就労したからといって家族のストレスが消失するわけではありませんし、就労によって新たなストレスが生じる可能性もありますので、家族に対しても長期的な心理ケアが求められます。

3. 支援の方法

家族の話を丁寧に聴くことが重要です。家族の介護を労いながら、抱えている問題を整理し解決の糸口を探ります。本人の対応に困っている場合は症状や行動が生じる要因を検討し、家族と共に対応策を見出していきます。心身の不調がみられる家族にはストレス解消や気分転換を促し、長く続くようであれば適切な専門機関を紹介します。また、一人の家族（主介護者）だけに負担が集中している場合は他の家族のメンバーにも心理教育をして介護に協力してもらったり、家族会やピアグループに参加してもらうことも有効です。介護を担う家族にとって、気軽に相談できる専門職の存在は心強いものです。その時その時の家族の思いに耳を傾け、寄り添い続けることが大切です。

📌 家族支援のポイント

- ① 障害についての知識や情報、対応の仕方などを教育する
- ② 長期的な心理ケアをおこなう
- ③ 話を丁寧に聴くことで解決の糸口を探り、家族と共に解決策を見出す
- ④ 気軽に相談できる専門職として家族に寄り添い続ける

（事例）患者：40代男性 Nさん 家族：妻（主介護者）、両親、子供

脳炎の後遺症で重度の記憶障害を呈して受診されたNさんに対して認知リハビリテーションを実施したところ、少しずつ認知機能が改善するとともに、メモリーノートを活用することで行動範囲が広がり、家業を手伝うこともできるようになりました。しかしその一方で、妻はNさんへの不満や介護困難感を訴えるようになりました。その後さらにNさんの行動は活発となり、周囲とのトラブルが増加し、衝動性・易怒性が高まるなど社会的行動障害が悪化しました。妻のストレスは増大し、心身に不調が出てきたため、妻は自ら私たちに支援を希望されました。

臨床心理士がNさんへの対応方法に関する心理教育と妻のストレスケアを中心に介入し、高次脳機能障害支援センターのコーディネーターが社会資源や家族会を紹介しました。その後の経過でNさんの症状自体に大きな変化はありませんでしたが、妻は将来について前向きに考えたり、介護ヘルパーの研修会に参加するなど、心理面・行動面で変化がみられました。また、介護を他の家族と分担し、信頼できる友人に悩みを相談できるようになり、介護負担感が減少しました。



第3章 事例紹介

事例1 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、本人にあった職場に転職し、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ます。

【Aさん 20代男性 衣料品販売業】

【受診までの経過】

Aさんは生後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。脳せき髄液を抜く管を体内に埋め込む手術をこれまで6回受けています。成長とともに少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、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う」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。全体に反応は遅く不活発でしたが、受け答えは穏やかでした。A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頑張っていた」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、「実際に仕事に就い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、Aさん本人も家族も、就労をきっかけに障害受容が進んできた様子でした。そして、「現在の状態を知りたい、障害者手帳をとりたい、その上で仕事もがんばりたい」と希望されました。

Aさんの心理検査結果を表1に示します。この結果から、「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」と評価しました。本人、家族は、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し、「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、A さんがどのような仕事に向いているのかを、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」「人のためになる仕事に向いていること」などの A 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 A 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 A 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 A 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、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 A 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 A 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 A 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、店舗でお客様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る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

仕事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。A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疲れがたまってきて、朝起きられないこともありました。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工夫をしました。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」が起ころうとしたところでした。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。

A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、A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、A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、A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。

📌支援のポイント

- ・ 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2 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見られても、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場合があります。本事例は、長期にわたって支援を継続し、発症後6年を経過してようやく復職を果たした事例です。

【Bさん 40代男性 事務職】

【受診までの経過】

Bさんは40代に交通事故に遭い、脳挫傷、外傷性クモ膜下出血をきたしました。リハビリテーション病院でリハビリを受け、事故後7ヶ月で、運送業のクレーム対応職に復職しました。しかしながら、「電話番号を間違っかけてしまう」といったミスが多く仕事に支障を来したため、復職3ヶ月後に休職となりました。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しました。

【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」「すぐに怒ってしまい、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。妻からの情報では、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ました（表1）。

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】

認知機能低下が著しく、また抑うつやイライラ、意欲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生活を送れることを目標としました。引きこもりがちであった生活の改善を目指し、週2回の精神科デイケアと週1回の通所リハビリを導入しました。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を開始しました。引きこもりに対しては、初診から1年1ヶ月後に通所リハビリを週4回まで増やし、平日は毎日出かけるように勧めました。自宅での活動性を高めるため家事手伝いを勧めたところ、逆に些

細なことへのこだわりや気分の落ち込み、焦りが強くなったため抗うつ薬を追加しました。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、倦怠感や頭痛を訴え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物足りなくなり、より自立した患者の集まるデイケアに変更しました。B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に変更し復職す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離れており、一方で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、片道一時間の自転車通勤を継続する練習をしてもらうとともに、本人の障害を理解してもらい、復帰後の仕事内容を調整するため直属の上司との相談を開始しました。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生まれてきました。

【復職後の経過】

直属の上司との事前の調整により、週3回午前のみのお勤、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、1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B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。

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、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、Bさんは、「同僚から怠けていると思われ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、自宅で大声を出したり物に当たってしまうことがありました。面接の中で、「勤務継続できていることに価値がある」ことをB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、自転車通勤が負担になってきたため、本人の希望にそって自動車運転再開を検討しています。

【考察】

本例は発症2年過ぎに当科を初診し、その後6年にわたって支援を行っています。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、薬物療法や面接により安定を図りました。情動の不安定さに対しては、6年にわたる支援のなかで患者自身の自覚が少しずつ得られるようになっていきます。本人の認知機能障害は決して軽くありませんでしたが、上司との綿密な相談を繰り返し、慎重に障害の程度と仕事内容の擦り合わせを行い、復職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遂行機能の改善がみられています。高次脳機能障害が長期にわたって徐々に改善され職場復帰が可能となる場合もありますので、丁寧に根気よく支援することが重要です。

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

☞ 支援のポイント

- 慎重に時間をかけて本人の回復を待ち、復職につなげる
- 復職に際して、専門医療機関と職場との情報共有を行う
- 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る
- 復帰後の定期的な心理面接（適応障害予防）

事例3 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、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。本事例を通して、専門職への復職について考えたいと思います。

【Cさん 40代女性 教師】

【受診までの経過】

Cさんは40代でくも膜下出血を発症しました。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、半年後に退院しました。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いました。Aさんはなるべく早期に復職することを希望し、復職時期を職場や脳神経外科の主治医と相談していました。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か月の時点で受診されました。

【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、障害はほとんど目立ちませんでした。C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」と自覚し、「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。Cさんの心理検査結果を下表に示しますが、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。そこでわたしたちは、C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。Cさん自身の障害に対する洞察はとても優れており、わたしたちのアドバイスも十分に理解できた様子でした。

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

【復職へのアプローチ】

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、高次脳機能障害者にとっては極めて対応が難しい環境です。C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、復職してみなければわからない状況でした。そこでC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、担当医が復職予定の学校の学校長と直接面会し、Cさんの病態を詳細に説明するとともに、復帰に際しての注意点を伝えました。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。

C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」と思い詰めていました。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しました。

【復職後の経過】

発症から2年後の夏休みに慣らし出勤を繰り返した後、C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、ミスやトラブルもなく仕事に復帰できました。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ることもありました。診察では、Cさんの不満を傾聴しながら、うまくいかないことへの対処方法をCさんと話し合いました。また職場での状況を把握するために、Cさんから許可を得た後、学校での働きぶりを学校長に電話で確認しました。復職翌年に学校長の交替、2年後にC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、仕事に支障は見られませんでした。復職後しばらくは2か月ごとに通院し、仕事が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年間通院された後通院は終了しました。その間一時的に軽度の抑うつが見られましたが、薬物治療を実施することなく改善しました。Cさんは現在も教員として勤務を続けています。

【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たと思います。さらにC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C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4 病識が獲得される前に復職したために失敗した事例

高次脳機能障害を持つ方が復職する際に、いつ復職するかはとても大切です。事例を通して、適切な復職時期について考えたいと思います。

【Dさん 30代男性 会社員】

【受診までの経過】

Dさんは先天性の聾唖のため障害者雇用で就労されていました。30代で交通事故に遭い脳挫傷を受傷されました。救急病院で保存的治療を受けた後、3週間後に実家に退院されました。しかし記憶障害、遂行機能障害、注意障害、計算障害などの認知機能障害が残存していたため、実家で静養しながら通院リハビリテーションを受けていました。当院へは復職の際しての高次脳機能障害の評価のため、受傷から約4か月経た時点で受診されました。

【評価】

聾唖のため手話通訳を介しての診察となりました。Dさんは「事故直後は暗証番号も思い出せなかったが今は思い出す。計算能力や理解能力もリハビリテーションによって回復した。事故前の状態に戻っている」と語られました。一方家族は、「以前に比べて記憶力や言語理解能力が低下している」と訴えられました。頭部MRIでは、左前頭葉から側頭葉前方部にかけて脳挫傷を認めました。家庭で生活する限りは特に問題は見られませんでした。仕事のような複雑な作業では支障が生じる可能性が考えられたため、当院において心理検査を実施しました。その結果を以下に示します。

聾唖のため言語に関わる認知機能の評価は十分ではありませんでした。記憶や注意機能は概ね保たれていました。書字を用いて評価した物品呼称で低下を認め、これはMRIにおける脳損傷部位と合致する所見でした。しかしDさんは、自身の言葉に関わる能力低下に対する自覚はありませんでした。病識の低下に対しては、聾唖というハンディキャップが影響していたのかもしれませんが、いずれにしても、コミュニケーションを含めて障害が仕事に支障を及ぼす可能性が考えられましたので、Dさんには「自分の障害が実感できるようになるまでは休職し、復職時期はできるだけ遅らせることが望ましい」と伝えました。

心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	PIQ 105（聾唖のためVIQは実施せず）群指数：知覚統合 108、処理速度 97
WMS-R	視覚性記憶 92（聾唖のため言語性記憶は実施せず）
TMT	Part A 33秒 part B 64秒
物品呼称	14/20（書字を用いて確認）

【復職へのアプローチ】

Dさんは休職中に職を失うのではないかと不安が強く、職場への復帰を焦っていました。主治医や

家族から復帰を先延ばしにするように何度も説得しましたが、「自分は大丈夫だから復職する。会社にも、“最初は軽作業から始めることが望ましい”との診断書がリハビリ病院から提出されており、会社も理解してくれている」とできるだけ早期の復職を希望されました。そこで会社には、復帰後当面は仕事を軽くするなどの配慮をお願いする旨の診断書を作成し、Dさんは受傷半年後に職場に復帰されました。

【復職後の経過】

復職当初は障害に配慮され簡単な内容の仕事を割り当てられていましたが、1か月半を経過した時点で事故前と同じ仕事に復帰しました。しかしながら以前と同じ業務であったにもかかわらず、仕事をうまくこなすことができず、時間が余分にかかるようになりました。そのため職場で疲労し、自宅に帰っても疲れが取れず睡眠不足が生じてきました。仕事ができなくなっていることを体験して初めてDさんは自らの障害を自覚されました。そこで職場の関係者に高次脳機能障害であることを自ら説明し、もう一度仕事の内容を簡単にしてもらえようをお願いしましたが、周囲からは理解が得られず、仕事の内容は変わりませんでした。無理な仕事を続けるうちに、次第に気分が落ち込むようになり、仕事にも行きたけなくなりました。半年後によく仕事の内容を軽減してもらい仕事も続けられるようになりましたが、この体験を経てDさんは仕事に対する意欲を失い、早期退職を希望されるようになりました。

【考察】

本事例では、事前に会社に対して配慮が必要なことを伝えていたにもかかわらず十分な配慮が得られず、無理な仕事を続けるうちに当事者の不適応が生じ、最終的には労働への意欲を失う結果となってしまいました。本事例を通して、反省すべき点を考えてみたいと思います。

第一に復職時期についてです。Dさんは早期の復職を希望されましたが、これは自己の障害を過小評価し復職を安易に考えていたことが背景にあります。障害に対する病識がある程度は得られるようになるまで、障害者就労支援センターなどでトレーニングを積んでから復帰させる配慮も必要であったかと思います。第二に、職場との連携が十分にできていなかったことです。職場には復帰前に繰り返し障害内容を説明していましたが、復帰後の連携が取れていませんでした。高次脳機能障害では、実際に復職しなければ障害がどの程度仕事に影響するのか判断が難しい場合が少なくありません。そのため、復帰後も職場と専門機関が連携を取ることが重要となります。特にDさんのように聾唖というハンディキャップをお持ちの方については、より密接に連携を取るべきであったと反省されます。第三に、復帰後にDさんの心理面のサポートをする人をあらかじめ設定しておくべきでした。Dさんは会社で孤立し、一人暮らしのため自宅でも相談する人もなく、抑うつ的になりました。そして就労意欲を失い、早期退職を希望するようになってしまいました。Dさんが気軽に相談する人がいれば、うつは防げたのではないかと思います。

㊦ 職場復帰のタイミングについてのポイント

- 高次脳機能障害の場合、病識がある程度得られた時期に復帰を考慮する
- 病識が獲得される前に復職した場合は、職場と密接に連携が取れる体制や、当事者の心理面のサポートができる体制を整えておく

事例5 障害の自覚が就労に結びついた事例

高次脳機能障害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、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。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、高校卒業後就職しましたが、職についても長続きせず、長期就業の経験がありませんでした。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、自身の認知機能低下について無自覚で、時には否認し、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。Eさんの心理検査結果を以下に示しますが、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。本人は、高次脳機能障害の詳細をリハビリテーション病院で説明を受け、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」などの見通しを、時間をかけて説明しました。その上で、「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」などを提案しました。本人は「やってみる」と返答しましたが、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。

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】

リハビリテーション病院退院後は、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

設に入所しました。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。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、警察も巻き込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であるかもしれません。

次第に担当医からのアドバイスも受け入れるようになり、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、生活の中でのミスや失敗は減少しました。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。本人と相談した上で、こだわりに対して抗うつ薬を開始したところ、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アンガーマネー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、怒りっぽさへの内省が生まれ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の使用、確認が、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、就業環境は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し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たのかもしれない。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年になりますが、Eさんは携帯電話のメモリー機能などの代用手段を活用し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。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るのですが、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く、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6 多職種が関わり障害受容が促進され就労につながった事例

高次脳機能障害を持つ方は、障害が自らの生活に及ぼす影響についての想像力に乏しく、周囲からいくらか病状を説明されても理解・受容が促進されないことが少なくありません。このような場合、実際に行動しうまくいかなかった経験を繰り返して初めて障害を自覚できるようになることがあります。しかし失敗が繰り返されれば、患者は落ち込んだり、怒りを表出したりして、社会との接点が失われがちになります。事例を通して、障害受容に至る過程について考えてみたいと思います。

【Fさん 20代女性 看護師】

【受診までの経過】

Fさんは念願であった大学の養護教員コースに入学する1か月前に、トラックに追突され頭部を打撲し、急性硬膜外血腫、びまん性軸索損傷を受傷されました。数週間後によく意識は回復しましたが、重度の記憶障害、右下肢の不全麻痺、構音障害などが後遺症として残りました。これらの症状に対してリハビリテーションを受け、半年後に自宅退院しましたが、後遺症は残存し、「高次脳機能障害のため養護教員は無理です」と担当医から伝えられました。しかし現実を受け入れることができず、「養護教員になりたい」と強く希望し、1年間休学していた養護教員コースに進学することになりました。わたしたちのところには、復学に際しての支援を希望し、受傷1年後に受診されました。

【評価】

右下肢の不全麻痺を合併し、下肢には装具をつけ杖歩行でした。口調や会話の内容はまるで小学生のように幼く、退行している印象を受けました。受診2週間前から講座が始まっていましたが、いつから講座が始まったのを覚えておらず、近時記憶障害は明らかでした。会話中、唐突に関連性のない質問をするなど注意障害が顕著でした。何をするにも段取りが悪く、朝早く起きても学校へ行く準備に手間どり、いつも遅刻寸前でした。講座が始まって2週間の時点ですでに授業にはついていけなくなっており、一日の講義が終われば極度に疲労し、復習も満足にできていませんでした。

下表にFさんの心理検査結果を示します。全般的にIQは低下し、リバーミード行動記憶検査でも近時記憶、展望記憶の低下が認められました。CATでは、情報処理能力の顕著な低下を認めました。Fさんの認知機能障害の程度は明らかに専門職として就労できるレベルではなく、養護教員コースを完遂することすら難しいと考えられました。“どこかで養護教員をあきらめなければならないが、自覚に乏しいFさんが障害を受容するためには、実際に行動し失敗することも必要ではないか”とスタッフ間で意見を統一しました。そこで「養護教員コースに通うことにより障害の受容を促していく」ことを目標設定し、Fさんの支援方法を計画しました。

心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	VIQ 86, PIQ 87, FIQ 85（全般的知的機能の低下）
RBMT	SPS 16 SS 6（遅延再生、展望記憶の低下）
CAT	情報処理能力の顕著な低下

【支援体制の構築】

Fさんの進学に際して母親が郷里から出てきて同居し、Fさんの生活のサポートを行っていました。大学では、指導教官は障害の状態を前医ならびに本人・家族から説明を受け、就学に際して可能な限り便宜が図られていました。またノート記載や教室移動の援助など、クラスメートによる支援も得られており、就学を継続するためのサポート体制は概ね整っていました。当院への受診は2週に一回とし、担当医との面談を通して現状の認知を促し、障害の受容を図っていくようにしました。また本人のストレスケアのため、臨床心理士によるカウンセリングを並行して行いました。抑うつや興奮が反応性に生じ薬物対応が必要となった際には、担当医が実施する方針としました。身の回りの世話をしている母親に対して精神保健福祉士が定期的に面接を行い、母親の心理ストレスの軽減を図りました。認知機能障害、右下肢不全麻痺に対するリハビリテーションは、自宅近くの病院で受けられるように手配しました。

【進学後の経過】

上記方針で多職種による支援を開始し、Fさんは講義をほとんど休むことなく通学を続けることができました。その間、怒りや諦め、自暴自棄的な態度、母親との軋轢などさまざまな心理的な反応を呈しましたが、薬物治療が必要な状況にまで陥ることはありませんでした。当初予想していた通り、1年間ではほとんど単位を取得することができず留年となりました。2年目の1学期でも必要な単位が取得できず、この時点で養護教員コースを卒業できないことが確定しました。

Fさんに関わり始めた当初は、「絶対養護教員になる」との一点張りでしたが、1年を経た時点で「自分には養護教員は無理かもしれない」と現実を受け入れる発言が見られるようになっていました。また子供っぽさが減り、生活の自立度も向上していました。1年余りの養護教員コースの実践を経て、Fさんは自らの障害と向き合うことができるようになりました。Fさんは1学期終了後に退学し、郷里に戻り養護教員以外の道を探っていくこととなりました。その後は一時的に引きこもり状態となることもありましたが、5年後の現在、Fさんは看護助手として勤務されています。

【考察】

本事例では、当事者の障害受容という社会復帰に関わる重要な過程をサポートしました。そこには、医師だけではなく、心理士、精神保健福祉士、言語聴覚士、理学療法士などの専門職や、家族、友達、大学教官などのさまざまな関係者がそれぞれの持ち味を生かしながら関わりました。障害受容が得られたことにより、最終的には障害に見合った仕事に就くことができたと考えます。

㊦障害受容のポイント

- 日常生活や机上の試験だけでは障害に対する自覚が得られない時は、実際に経験し、失敗することも大切である
- 失敗体験にはさまざまな反応性の精神症状・行動障害が伴うため、専門家（心理士など）によるサポート体制を構築することが望ましい

事例7 発達障害の合併が疑われた事例

高次脳機能障害を持つ方の中には、障害の程度がそれほど強くないにもかかわらず、就労がうまくいかない人がいます。そのような人の場合、発達障害を合併していることがあります。

【Gさん 20代男性 医療専門職】

【受診までの経過】

Gさんは子供の頃からこだわりが強い性格でしたが、勉強はよくできていました。高校卒業後大学に進学しましたが、学部が合わないとの理由で中退し、その後医療系の学部に入り直し、医療専門職の国家資格を取得し就職しました。しかし職場での不適応からうつ病を発症し、最初の職場は退職しました。うつ病は薬物治療により改善したものの、その後も膜下出血を発症しました。くも膜下出血後には目立った後遺症を認めなかったことから2ヶ月で退院し、うつ病も改善していたので資格を生かして病院に再就職しました。就職の際の試験の成績は優秀だったそうです。しかし仕事を始めると、患者さんの氏名の書き間違いや書類の紛失などのミスが頻発し、何度注意されてもミスが減らなかったため、高次脳機能障害を疑われて当院を受診されました。

【評価】

Gさんは、表情の変化に乏しく、周囲からみると奇異に感じるほど礼儀正しく、丁寧な敬語で話されました。これまでの経過を詳細に記したプリントを持参し、質問項目を箇条書きにしたメモを参考にしながら、自分の疑問点を一つ一つ確認されました。担当医からの質問に対する回答は概ね適切でしたが、説明が細かくなりすぎて何を意図しているのかわからなくなることもありました。気分の落ち込みや意欲低下、睡眠障害などのうつ症状を訴えられましたが、就労に関しては意欲的でした。

下表にGさんの心理検査結果を示しますが、知的機能は平均レベルで、記憶力、注意力はともに境界域レベルでした。WAIS-IIIに比してWMS-Rの結果が低いことから、高次脳機能障害のため、記憶力が若干低下しているのではないかと判断しました。一方で、くも膜下出血発症後であったにもかかわらず就職試験が優秀であったことや、当院受診時はやや抑うつ的であったことなどから、心理検査結果には抑うつによる機能低下も反映されているのではないかと考えられました。「就職試験で優秀だった人が、実際の業務でミスを繰り返す」といった高次脳機能障害だけでは説明困難な状況については、Gさんのこだわりの強さや対人コミュニケーション時の丁寧過ぎる態度などから発達障害を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。

心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	VIQ 107, PIQ 97, FIQ 103
WMS-R	言語性記憶 83, 視覚性記憶 84, 一般性記憶 81, 注意集中 111, 遅延再生 85
CAT	情報処理能力の軽度の低下

【支援体制の構築】

G さんには、「全般的知能と比べて記憶や情報処理能力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」「対人関係の構築が苦手であること」「職場の配慮がなければ仕事を継続することは難しいこと」などの障害特性を説明するとともに、職場の上司にも G さんの障害特性をお伝えし、職場での配慮が得られるように依頼しました。その結果職場では、G さんを単一の業務に固定することになり、G さんは復職しました。職場復帰後は大きなトラブルもなく仕事を続けることができましたが、職場は 2 年間の有期契約であったため、G さんは 2 年後に退職されました。

その後 G さんは障害があることを伏せたまま別の病院に就職しましたが、仕事のスピードについていけず、再びうつ病が悪化し、数ヶ月で退職し実家に戻られました。実家近くの病院でうつ病の治療を受けながら就職活動を行っていましたが、一向に仕事が見つからない為、5 年ぶりに当科を受診されました。再診時の評価では、5 年前と比較して G さんの認知機能障害には明らかな変化は認めませんでした。G さんは、「高次脳機能障害のため記憶障害、注意障害、遂行機能障害があります」と一見病識が保たれているように話されましたが、「就労が長続きしないのは職場の責任である」と主張されることもあり、自己の病態理解は不十分でした。そこで再度 G さんに病状を説明し、「障害のため資格を生かして仕事をすることは難しい。障害年金を受給しながら障害者雇用で働くことが現実的である」と提案したところ、G さんはようやく現状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や、くも膜下出血を発症する前から職場での不応を引き起こしていたことなどから、発達障害が基盤にあり、そこに高次脳機能障害が加わった事例と考えられます。就職試験で成績優秀であったにもかかわらず、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職場への適応を難しくしていた要因と考えます。

☞支援のポイント

- ・ 認知機能障害の程度が軽度であるにもかかわらず職場での適応が悪い場合は、発達障害の合併を検討すべきである
- ・ 発達障害の合併が疑われた場合は、子供の頃の様子など、障害受傷前の当事者の生活の様子を詳しく聴取する
- ・ 障害の受容にも時間がかかりやすく、長期に亘る支援が必要となる

事例8 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、乗り物に乗れずに復職が制限されるケースがあります。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、わたしたちが実施したアプローチを紹介します。

【H さん 40 代男性 元会社員】

【受診までの経過】

H さんは 40 代の前半に、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。受傷 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 H 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、H 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通院していましたが、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、「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を経て、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み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。H 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病院で受けた心理検査結果を下表に示しますが、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」と判断しました。ただし本人の自覚症状や生活障害の強さに比して心理検査結果が良好であったことから、精神的な要因も関与しているのではないかと考えました。

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

【復職へのアプローチ】

H さんには、今自覚している症状には脳外傷による直接的な損傷以上に、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、当院では認知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、H さんもその方針に同意されました。そこで当科の臨床心理士が面接を行い、病状把握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コーディネータ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を開始しました。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、現在は障害者雇用で就労されています。なお心理面接は 3 年間継続した後終了しました。

【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コーディネーターや職業訓練施設が協働して介入することにより、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われます。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。

☞支援のポイント

- ・ 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9 学生時代からの支援により就労につながった事例

高次脳機能障害を就学時期に負った場合、当事者は、就学を続けることの困難さと同時に、就職に際してさまざまな苦労を経験します。また、何とか就職できたものの職場に適応できず、早期退職、再就職を繰り返し、そのうちに自信を失い勤労意欲が失われるケースもあります。本事例は、大学の障害者支援課と協働して就労支援を実施した事例です。

【Iさん 男性 大学生】

【受診までの経過】

Iさんが当科を受診されたのは大学3回生の夏でした。Iさんは9歳の時に交通事故で頭部を打撲し、びまん性軸索損傷と診断されました。受傷2週間後に意識は回復し、1か月間のリハビリ入院を経て退院しました。退院後すぐに復学しましたが、事故前よりも記憶が悪くなり、授業も理解しにくくなっていました。学校の成績は中の下にまで低下しましたが、何とか福祉系の大学に進学できました。しかし入学後も記憶力や注意力の低下のため授業についていけず、成績も振るわない状態が続いていました。大学進学後、飲食店などでアルバイトを始めましたが、仕事が忙しくなるとオーダーの取り忘れが頻回になり、バイト先をくびになってしまいました。次のアルバイト先でも失敗が多く、上司からしばしば叱られていました。たまたま図書館で目にした本に高次脳機能障害の事が記載しており、「自分も高次脳機能障害ではないだろうか」と思い当たり、診断とリハビリテーションを希望し受診されました。

【評価】

表面的には明るく振る舞っていましたが、時折表情が暗くなり悩みを抱えている様子がうかがわれました。「物覚えが悪くなっている」「大学でも苦労している」と繰り返し訴えられました。下表にIさんの心理検査結果を示しますが、記憶力、知的機能ともに境界域レベルでした。頭部MRIでは、脳挫傷ならびにびまん性軸索損傷を示唆する所見を認めたことから、脳外傷後遺症による高次脳機能障害と診断しました。「脳障害によりたくさんの事を一度に覚えたり、複雑な作業を実施することが難しくなっている。これまでの生活のしづらさの主たる要因と考えられる」とIさんに説明したところ、自らの障害に対して納得された様子でした。

Iさんは、アルバイト先で叱られてばかりいることから、「自分は普通に就職できるのだろうか」と、学業以上に卒業後の仕事について心配されていました。また人とのかかわり方や距離の取り方が苦手であると訴えられました。Iさんは、認知機能を改善するトレーニングを受けたいと希望されました。このようなIさんの障害特性、意向を確認した後、どのような形で支援していくべきかを相談しました。

心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	VIQ 83, PIQ 65, FIQ 74(全般的知的機能の低下)
RBMT	SPS 21 SS 9(年齢を考慮すると境界域の記憶力)
CAT	情報処理能力の顕著な低下

【支援体制の構築】

当時 I さんは大学 3 回生でしたので、まずは単位をきちんと取得し、卒業することを目標に設定しました。そこで大学のしょうがい支援室と連携し、I さんへの学業面でのサポート方法を大学でも考えてもらえることになりました。認知機能障害に対するトレーニングについては、言語聴覚士による認知リハビリテーションを大学の近くの病院で受けることができるように手配しました。リハビリテーションの内容については、受傷 10 年以上経過していましたので、さまざまな代用手段を身につけることが主体となりました。対人関係の苦手さからストレスがたまりやすく、しばしば怒りが爆発してしまう傾向がありましたので、臨床心理士による認知行動療法を導入しました。4 回生になった時点でヤングハローワークへの相談を始めました。I さんは以前から介護系の仕事を希望されていたので、介護職を中心に、一般就労と障害者就労との両面で検討していくことになりました。

【卒業後の経過】

I さんは大学の単位を順調に取得し、就職に向けて実習もこなしながら無事卒業できました。卒業後は老人福祉施設でのパート勤務を開始し、半年後に常勤となりました。雇用形態は障害者雇用であり、障害を開示しての就職となりました。職場では仕事をなかなか覚えることができず、同じミスを繰り返し注意を受けたり、他の職員となかなか馴染めないなどの苦労が続きました。I さんの心理的なストレスに対して、当院の精神保健福祉士やリハビリテーション病院の言語聴覚士、ライフサポートセンターの担当者が適宜相談相手になることで対応しました。就職してから 4 年経過した現在でも職場での失敗は続いているようですが、何とか仕事を続けられています。

【考察】

本事例は小児期の受傷であったため長年障害に気づかれませんでした。たまたま読んだ本に高次脳機能障害が紹介されていたことが直接的な契機となりましたが、アルバイト先で失敗を繰り返していたことも、障害に気づく一助となったと思われます。本事例では、学内のしょうがい支援課だけではなく、在学中からヤングハローワークの支援を受け、十分な準備を整えてからの就職となりました。また就職後も、複数の担当者が心理面のサポートを行っています。高次脳機能障害のため、職場では失敗を繰り返しばしば怒られているにもかかわらず、4 年以上も仕事を継続できているのは、このようなサポートが得られているからだと思います。

☞支援のポイント

- ・ 就学時期に高次脳機能障害を発症した人には、学生の時期からの就労支援が望まれる
- ・ 学生の時期にアルバイトを経験して、自己の障害を自覚しておくことも有用
- ・ 就労継続には、就労後の心理面でのケアが必要

事例10 就労経験のない若年者の就労事例

在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る支援が必要です。学校生活は、学業面などで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。

【Jさん 20代男性 事務補助職】

【受診までの経過】

Jさんは大学3年生の11月に、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治療を受けた後、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リハビリテーションを約3ヶ月行い自宅退院となりました。発症4ヶ月半後に大学に復学しましたが、「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、一回5時間で飲食店で皿洗いのアルバイトをするようになりました。アルバイトでは多少の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】

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」「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J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。

Jさんの心理検査結果を次ページに示します。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。」ことが明らかとなりました。そこでわたしたちは、「手帳を利用しての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。Jさんもご家族も、わたしたちからの助言を概ね理解された様子でした。

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
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
TMT	Part A 47 秒 part B 51 秒
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、J 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、J さんの支援者たちが J 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 J 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、J 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にも広げ、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に決めました。

親元を離れることは J 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 J 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 J 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、J 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、J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。最近J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J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。

☞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）

参考文献

- 1) NIH Consensus Development Panel on Rehabilitation of Persons With Traumatic Brain Injury (道免和久訳): Rehabilitation of Persons With Traumatic Brain Injury (脳外傷後のリハビリテーション). JAMA 日本語版 87(3), 79-90, 2001.
- 2) 浜田博文. 注意の障害, よくわかる失語症と高次脳機能障害. 鹿島, 種村 (編). 大阪, 永井書店, pp412-420, 2003.
- 3) 益澤秀明. びまん性軸索損傷と‘脳外傷による高次脳機能障害’の特徴. 高次脳機能研究 35(3): 265-270, 2015.
- 4) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部国立身体障害者リハビリテーションセンター: 高次脳機能障害診断基準. 『高次脳機能障害者支援の手引き』p2, 2006.
- 5) 藤田和弘ら訳. 日本版 WAIS-III 成人知能検査法理論マニュアル. 東京, 日本文化科学社, 2006.
- 6) 石合純夫. 高次脳機能障害学. 東京, 医歯薬出版, 2012.
- 7) 原寛美. 高次脳機能障害ポケットマニュアル, 東京, 医歯薬出版, 2005.
- 8) 矢崎章. 高次脳機能障害 精神医学・心理学的対応ポケットマニュアル. 東京, 医歯薬出版, 2009.
- 9) 一美奈緒子ら. すぐにできる記憶障害の検査法. 精神科 12(5), 383-389, 2008.
- 10) 稲葉健太郎, 長野友里編著. 高次脳機能障害支援の道しるべ「就労・社会生活編」深川和利監修. 大阪, メディカ出版, 30-31, 94-97 2018.
- 11) 障害者雇用マニュアルコミック版⑥ 高次脳機能障害者と働く, 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター, 33, 78 2014.
- 12) 社団法人日本社会福祉士会編集. ソーシャルワーク視点に基づく 就労支援実践ハンドブック. 東京, 中央法規, 48-65 2010.
- 13) 内田智子「医療期間における自動車運転支援の取り組み」第 8 回熊本大学高次脳機能セミナー (平成 27 年 3 月 13 日 熊本) 配布資料より引用改変

高次脳機能障害者の就労・復職支援のために

編集：橋本 衛

編集協力：久富 麻里、福田 瑛

執筆者一覧

（五十音順）

池 寄 寛人

池 田 学

石 川 智久

一 美 奈緒子

伊 地 知大亮

上 野 由紀子

上 村 直人

田 中 希

橋 本 衛

福 原 竜治

遊 亀 誠二

渡 邊 真弓

平成 30 年 3 月発行

熊本大学医学部附属病院神経精神科



高次脳機能障害者の就労・復職支援のために
(本冊子は厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金により作成いたしました)

発 行 日	平成 30 年 3 月
発 行 人	橋本 衛
発 行 所	熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野 〒860-8556 熊本市中央区本荘 1 丁目 1 番 1 号