

労災疾病臨床研究事業費補助金

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

平成27年度～29年度 総合研究報告書

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27年度～29年度 総合研究報告書

研究代表者 橋本 衛

平成30（2018）年3月

目 次

I. 総括研究報告

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----- 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) 事例レポート

(資料2) 復職/就労支援マニュアル“高次脳機能障害者の就労・復職支援のために”

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 115

III. 研究成果の刊行物・別刷 ----- 120

I . 総 括 研 究 報 告

(総合) 研究報告書

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

研究代表者 橋本 衛

熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野 准教授

研究要旨

目的：高次脳機能障害は事故や病気によって脳が損傷され、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。高次脳機能障害患者の復職/就労支援方法についてはこれまで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患者の復職/就労支援方法を検証し、その結果を基に復職/就労支援マニュアルを作成する。

方法：熊本大学附属病院神経精神科外来ならびに高知大学附属病院精神科外来を受診した高次脳機能障害患者の中から、実際に復職就労支援を実施し、復職/就労継続の可否が確認できた 14 事例を抽出した。個々の事例の支援内容を分析し、高次脳機能障害患者の復職/就労に関わる因子を検討した。

結果：認知機能の詳細な評価や社会的行動障害への対応、病識の獲得などの患者本人へのアプローチに加えて、家族のストレスや心理教育などの家族へのアプローチ、さらに職場に対しては就労前と就労後の医療や福祉と職場との連携、ジョブコーチの活用などが復職/就労継続に有用であった。小児期の受傷例や発達障害の合併例には、学生時期から支援を開始するなどさらなる工夫が必要であることが明らかとなった。

考察・結論：高次脳機能障害者の復職/就労には、患者本人への支援に加えて、家族への支援、さらには職場への支援を組み合わせる多面的に実施する必要がある。加えて、高次脳機能障害の診療・評価・マネジメントを実施することができる専門職（医師、心理士、ケースワーカーなど）の養成、多職種・異業種ふくめた支援ネットワークの構築、職場を含めた一般社会における高次脳機能障害についての理解の深化が今後の課題としてあげられた。本研究結果を基に、高次脳機能障害者の復職/就労支援マニュアル「高次脳機能障害者の就労・復職支援のために」を作成し、関係各機関に送付した。

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

田中 希	熊本県高次脳機能障害支援センター・前支援コーディネーター
渡邊 真弓	熊本県高次脳機能障害支援センター・現支援コーディネーター
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が生じた状態である。通勤中の交通事故や業務中の頭部外傷、過労によるくも膜下出血等が原因となることは少なからずあり、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、職場に適応できずに早期に離職を余儀なくされることが少なくない。そのため高次脳機能障害者の就労・復職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。

本研究では、高次脳機能障害者の復職/就労に際して多面的なアプローチを実践し、実際に患者が復職、就労継続できたかどうかをアウトカムとして、各アプローチの有効性、問題点を検証することを目的とする。さらに検証結果を反映した「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

1. 事例の抽出

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ならびに高知大学医学部附属病院精神科外来を受診した高次脳機能障害患者から、実際に復職・就労支援を実施し、復職・就労継続の可否が確認できた 14 事例を抽出した。表 1 に各事例の背景因子を示す。

2. レポートの作成

各事例の診療録をレビューし、受診までの経過、評価、復職支援アプローチ、復職後の経過、考察で構成されるレポートを作成した。作成されたレポートの一部は事例集として、「高次脳機能障害者の就労・復職支援のために」に掲載した。

3. 支援アプローチの抽出

各事例のレポートから、実践したアプローチ方法を抽出し、その効果を検証した。

4. 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（第 622 号、第 623 号）。

表 1. 各事例の背景

事例	年齢	性別	原因疾患	支援目的
1	30 代	男	頭部外傷	復職
2	20 代	女	頭部外傷	就学、就労
3	20 代	男	頭部外傷	新規就職
4	30 代	男	くも膜下出血	就労継続
5	40 代	男	くも膜下出血	復職
6	40 代	男	頭部外傷	再就職
7	20 代	男	脳出血	再就職
8	40 代	男	頭部外傷	復職
9	20 代	男	頭部外傷	再就職
10	20 代	男	脳出血	新規就職
11	40 代	男	脳梗塞	再就職
12	20 代	女	脳腫瘍	再就職
13	40 代	男	脳梗塞	復職
14	40 代	男	頭部外傷	再就職

C. 研究結果

1. 各事例において実施したアプローチを以下に列挙する。

なお各事例の詳細は、資料 1（事例レポート）に示す。

表 2. 各事例に実施したアプローチとその結果

事例	実施したアプローチ	結果
1	・ 認知機能の評価と説明 ・ 復職前の職場との調整	×
2	・ 認知機能の評価と説明 ・ 障害受容の促進 ・ 心理面接 ・ 認知リハビリテーション	○

	・ 家族のストレスケア	
3	・ 認知機能の評価と説明 ・ 大学の障害支援室との連携 ・ 認知リハビリテーション ・ アンガーマネジメント ・ 職業適性評価 ・ 就労後の心理面接	○
4	・ 認知機能の評価と説明 ・ 発達障害傾向の説明 ・ 復職前の職場との調整	×
5	・ 認知機能の評価と説明 ・ 復職前の職場との調整 ・ 復職後の職場との連携 ・ 復職後の心理面接	○
6	・ 社会的行動障害の薬物療法 ・ 社会的行動障害の精神療法 ・ 自動車運転再開支援 ・ 職業訓練 ・ 復職後の心理面接	○
7	・ 認知機能の評価と説明 ・ 職業適性評価 ・ 就労後の心理面接 ・ 家族への心理教育 ・ 就労前の職場との調整 ・ 就労後の職場との連携	○
8	・ 認知機能の評価と説明 ・ 社会的行動障害の薬物療法 ・ 精神科デイケア ・ 通所リハビリテーション ・ 復職前の職場との調整 ・ 復職後の職場との連携 ・ 復職後の心理面接	○
9	・ 認知機能の評価と説明 ・ 障害者生活訓練施設の活用 ・ 病識獲得の促進 ・ アンガーマネジメント ・ 社会的行動障害の薬物療法 ・ 家族への心理教育 ・ 就労後の職場との連携	○

	・ 就労後の心理面接	
1 0	・ 認知機能の評価と説明 ・ 大学障害支援課との連携 ・ 職業訓練 ・ 就労前の職場との調整 ・ 就労後の職場との連携 ・ 就労後の心理面接	○
1 1	・ 認知機能の評価と説明 ・ 社会的行動障害の薬物療法 ・ 職業機能評価 ・ 自動車運転再開支援 ・ 就労前の職場との調整 ・ 就労後の心理面接	×
1 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 ・ 就労前の職場との調整 ・ 就労後の職場との連携 ・ ジョブユーチの活用 ・ 就労後の心理面接	○
1 3	・ 認知機能の評価と説明 ・ 病識獲得の促進 ・ 職業訓練 ・ 復職前の職場との調整 ・ 復職後の職場との連携 ・ 復職後の心理面接	進行中
1 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	×

○：就労継続

×：就労継続困難

D. 考察

支援継続中の事例 13 を除いた全 13 例中、就労の継続ができなかった事例が 3 例と、復職後にうつ状態を発症した事例が 1 例あった。注目すべきは、これらの事例のうち 2 例（事例 4、14）が発達障害を合併していたことである。我々の経験上、

高次脳機能障害患者に発達障害が合併していることは少なくない。発達障害を合併していた場合、対人接触の障害やこだわりにより職場での適応が難しくなることが多い。この場合、職場には認知機能障害以外の側面での配慮が必要となるため、復職/就労に至るまでに支援者は、患者にこのような特性があるかどうかを把握し、障害特性に見合った職場環境を提供できるように調整する必要がある。

残りの2例（事例1、11）は復職後の職場との連携ができていなかったことがうまくいかなかった主たる要因と考えられる。復職/就労前にさまざまな介入を実施しても、高次脳機能障害の場合実際に働いてみなければどのような問題が生じるかはわからないことが多い。そのため就労後の職場の担当者との連携と、当事者への面接（心理カウンセリングや対応方法の指導）は就労継続のためには極めて重要となる。したがって高次脳機能障害者の復職/就労支援は、復職/就労後も一定期間継続する必要がある。

今回2事例（事例3、10）において学生時代から就労支援を実施した。就学時期に高次脳機能障害を負った場合、就学の継続とともに就労が大きな問題となってくる。両事例への支援を通して、就学中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こと（一般就労か障害者雇用かも含めて）、アルバイトの経験が障害の発見や受容に有用なこと、将来への焦りから理想を押し付けがちな家族への助言や指導が重要であることが明らかになった。

表2に示すように高次脳機能障害者の復職に際してさまざまな介入を実施しているが、介入内容を介入対象の属性から分類した時、①当事者への介入、②当事者家族への介入、③職場への介入に大別される。ここからはそれぞれの介入内容について各属性ごとに考察する

①当事者への介入

A) 認知機能を評価し本人の障害の状態を明らかにする

本介入は、前医で詳細な評価を受けていた事例6を除く全ての事例に対して実施しており、高次脳機能障害者の復職/就労に際して基本となるべきアプローチである。その中でも、記憶、注意、遂行機能、全般的知能の評価は必須であり、この結果を基にして患者の障害特徴を知り、適切な就労先、復職時期を探ることになる。評価は医療機関において臨床心理士や言語聴覚士などの専門職が実施し、専門医がその結果を患者や家族、職場の関係者に適切にフィードバックすることが必要である。しかしこのような評価を担うべき専門職の絶対数が不足しており、その養成が急務である。

B) 職業適性評価

前述した認知機能の評価だけではどのような職業が当事者に適当であるのかわからないことも多いため、障害者職業センターなどで実施する職業適性評価は重要となる。特に再就職や学生が新規の就職先を考える際には是非利用すべきである。

C) 病識を獲得し、障害に対する適切な対応方法を学ぶ

事例1のように障害に対する病識が不十分なまま復職した場合、自己の能力への過信から職場で度重なるミスを引き起こし、その結果自信を喪失し適応障害を引き起こしがちである。そのため復職前には十分な病識が備わっていることが望ましく、病識が十分に獲得されるまでは可能な限り職場への復帰時期を遅らせた方が良い。また病識を身につけるために、事例2や9のように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ことも必要である。事例13のように、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ことも方法の一つである。止むを得ず病識が十分に獲得される前に職場復帰をする場合は、多少の失敗をしても許容される職場環境を準備するとともに、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、職場内だけではなく、職場の外にも相談相手をあらかじめ作っておくことが望ましい。

D) 社会的行動障害に対する薬物療法

易怒性や不安、抑うつ、こだわりなどの社会的行動障害に対して、薬物治療が有効な場合がある。今回の事例においても、4 事例（事例 6、8、9、11）で薬物治療が行われており、いずれも効果を示していた。薬物治療の実施には精神科医の関わりが必須であり、高次脳機能障害者の支援機関においては、地域の精神科と密接に連携することが重要である。また精神科医に対する高次脳機能障害についての教育も必要であり、この点に関して我々は、第 112 回、第 113 回日本精神神経学会総会において高次脳機能障害関連の教育講演、ワークショップを企画した。

E) 社会的行動障害に対する精神療法

不安に対する認知行動療法（事例 6）、易怒性に対するアンガーマネジメント（事例 3,9）などがこのアプローチには含まれる。臨床心理士であれば経験さえ積みればこれらのアプローチは十分可能であるので、今後心理士への教育、啓蒙が必要である。

F) 就労後の定期面談

高次脳機能障害者が就労した場合、就労後にも数多くの問題が生じてくる。その際に、問題の解決方法を当事者と一緒に考えたり、職場でのストレスを傾聴する支援者が必要となる。支援者は必ずしも医療機関のスタッフである必要はなく、就労サポートを行う福祉関係者でも十分可能であり、復職前にあらかじめ相談する人や時期を決めておくことが望ましい。事例 1 ではこの役割を担う人がいなかったため、うつ状態を発症してしまった。

G) 自動車運転再開支援

自動車運転ができない場合、通勤範囲や仕事内容への多大な制限が生じ、復職/就職における選択肢が大幅にせばまってしまう（事例 8）。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、残存能力で運転が可能な

人もいるため、障害に応じて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ある。現時点では運転可否を判断する明確な基準はないが、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る。今回事例 6 や 11 に対して運転再開を支援し、就労へとつながった。

H) 職業訓練

短期間の職業訓練でどの程度訓練効果が得られるのかは不明であるが、復職/就労前に訓練を受け、復職/就労後にどのような問題が生じ得るのかをシミュレーションしたり、本人が障害の存在を自覚し適切な対応方法を取るようになるための練習をする場としては有用である。

I) 精神科デイケア

事例 8 のように障害が重度の場合、早急な復職は難しく、本人の機能改善や病識獲得を促していく場所や時間が必要となる。その場合、精神科デイケアが重要な役割を果たす。デイケアにおいて集団で活動することにより対人スキルを獲得したり、他者の障害（易怒性や記憶障害など）を見ることで自身の障害を客観視できるようになり、病識の獲得が促進されるなどの効果が期待できる。熊本県には高次脳機能障害者を対象とした精神科デイケアを実施する医療機関があり、多くの高次脳機能障害者がデイケアに通院し、その後社会復帰を果たしている。いずれの事例も当初は重度の障害を持ち、社会復帰までに長期間かかっていることが特徴である。

②当事者家族への介入

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苦痛を与える。その結果、家族の言動や心理状態が本人の就労に悪影響を及ぼす場合があり、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）や心理ケアが必要となる。今回 4 事例（事例 2、7、9、12）において、家族に対する心理教育、ストレスケアを実

施し、就労へとつながった。

③職場との連携

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いますが、実際に働き始めてから初めて問題点が見えてくるのが少なくない。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は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。今回うまくいかなかった4事例中の二つの事例において、就労後の職場の理解が得られなかったことが大きく関与していた。

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。事前に職場に理解してもらうだけでなく、事例12のように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ると考えられる。事例13のようにジョブコーチの活用を拒否する場合への対応や、高次脳機能障害に詳しいジョブコーチを増やすことが今後の課題である。

E. 結論

事例を通して高次脳機能障害患者の復職/就労に関連する要因について検討した。高次脳機能障害者の復職/就労には、患者本人への支援に加えて、家族への支援、さらには職場への支援を組み合わせる多面的に実施する必要がある。加えて、高次脳機能障害の診療・評価・マネジメントを実施することができる専門職(医師、心理士、ケースワーカーなど)の養成、多職種・異業種ふくめた支援ネットワークの構築、職場を含めた一般社会における高次脳機能障害についての理解の深化が今後の課題としてあげられる。本研究結果を基に、高次脳機能障害者の復職/就労支援マニュアル「高次脳機能障害者の就労・復職支援のために」を作

成し、関係各機関に送付した。

分担研究者 上村直人担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に示す。

目的

高次脳機能障害はこれまで見えない病気とも称され、適切な臨床診断が下され、その後の適切な医療やリハビリテーションを受けるまでに長い期間が費やされていることが予測される。そこでH27年度は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)を高次脳機能障害にも適用し、高次脳機能障害の発症から臨床診断がつくまでの期間および背景疾患、前医の診療科の影響について検討した。H28年度は高次脳機能障害が適切な時期に診断されているのかという臨床疑問に対して、アルツハイマー病と高齢者で診断された発達障害者との比較検討を行った。最終年度はDUPと社会的行動障害ならびに介護負担度の関連性について検討した。

(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。

H27年度は高知大学認知症疾患データベースの情報をもとに、(1)2000年1月1日～2015年12月28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の診断基準を見だし、(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て選択した。これらの対象者に対して、初診時年齢、性別、背景疾患、前医での臨床診断の有無について評価した。結果は、男性26名、女性20名で、背景疾患は交通外傷:15名、脳動静脈奇形によるくも膜下出血:3名、もやもや病による脳内出血:1名、外傷性くも膜下出血2名、くも膜下出血8名、脳内出血3名、脳梗塞後9名、神経ベーチェット・SLEによる血管炎によるもの3名、低酸素脳症1名であった。前医は、脳外科16

例、内科 15 例、精神科 3 例、リハビリ科 1 例、小児科 2 例、婦人科 2 例、整形外科 2 例、外科 1 例、前医なし 3 例、前医診療所閉院 1 例であった。発症から高次脳機能障害と診断されるまでの期間（未診断・未治療期間）は平均 63.4 ± 77.6 （ヶ月）で中央値は 27 か月であった。最短は 6 カ月から最長は 360 ヶ月（30 年）であった。これらの結果から、早期に高次脳機能障害の適切な臨床診断を行う体制がまだまだ不十分であることが示唆された。特にうつ病や心因性疾患と誤診されている事例が多く今後の課題と思われた。

H28 年度は前年度と同様の基準で高知大学認知症疾患データベースから、高次脳機能障害患者 19 名、ADHD 患者 17 名、アルツハイマー病患者 34 名を対象者として選択し、対象者に対して、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）を評価、比較した。結果は、高次脳機能障害群の平均 DUP は AD 群の 2 倍、ADHD 群の 3 倍と著しく長かった。中央値比較では高次脳機能障害群では、17.0 カ月であり、AD 群よりは短かったが、ADHD 群よりは長く、バラつきは他の 2 群と比べて顕著であった。高次脳機能障害の発症から臨床診断までの期間のバラつきが大きいことから高次脳機能障害という疾患の理解や普及が進んでいないことが明らかと考えられ、今後ますますの疾患理解のための普及啓発が必要と考えられた。

平成 29 年度も前 2 年間と同様の基準で、高次脳機能障害患者を選択した。対象者に対して、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）と初診時の社会的行動障害（NPI で評価）、介護負担（ZBI で評価）との関連性を分析した。結果は、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。本結果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、社会的行動障害を減少さ

せ、また家族介護負担を減少させることが可能と考えられた。

分担研究者 石川 智久担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に示す。

初年度は、熊本県内の病院等勤務の言語聴覚士・作業療法士を対象に、各施設での高次脳機能障害患者の支援実態を探った。その結果、40 代から壮年期にかけての男性患者を中心に、復職支援のニーズが高いことが明らかとなり、この年代の就労支援に困難さを感じているセラピストが多いことが明らかとなった。その要因として、職場側の受け入れ態勢・協力体制の不足を挙げ、本人の認知機能については、近時記憶障害、コミュニケーション障害、注意障害が就労支援の困難さに影響する要因であると考えられるセラピストが多く、むしろ、精神症状や行動障害が就労の妨げと考えているセラピストは少なかった。このことから、セラピストのリハビリテーションプログラムとして、近時記憶障害、コミュニケーション障害、注意障害へアプローチするプログラムが立案されている実態が浮き彫りとなった。また、これらの結果から、今後の支援体制づくりのひとつのニーズとして、中高年男性の就労支援が挙げられ、企業や職場の障害者雇用や復職理解を促す施策が必要であること、医療と企業・団体あるいは社会の連携を深めるための就労支援システムの構築が必要であることが考えられた。

次年度は、初年度の結果をもとに、医師をはじめとする医療職、言語聴覚士や作業療法士などのセラピストスタッフ、保健師・行政機関スタッフなどを一堂に会した専門職に対する復職支援のためのネットワーク研究会を実施し、そのアンケート結果をもとに、就労支援システム構築の方策を探った。参加者は、セラピストが 40～50%、ソーシャルワーカー等が 30～40%であり、多くが支援スタッフであった。また 60%ほどが、医療機関勤務者であった。内容は、高次脳機能、神経心理学

に関する座学と、事例検討を通じた関係づくりを実施した。アンケートの感想では、90%を超える参加者から「役に立った」と評価があり、特に系統的な講義が聴けた、との評価が高い。また、事例検討をおこなうことで、参加者が互いに「顔の見える関係づくり」ができたことを、評価している声もある。課題としては、医療職とくに医師・看護師・保健師の参加が少なく、参加を促していくことが課題と考えられた。

最終年度では、受け入れ側の評価・意見を聴くこととし、実際に障害者雇用をしている企業・団体に対して、アンケートを実施した。熊本市が認定する「障害者サポート企業・団体」64団体を対象とし、熊本市第3回就労フェア（平成29年12月8日開催）に参加した企業・団体に対してアンケートを実施した。その結果、おおむね80%の雇用主からは、雇用した障害者に「満足」「おおむね満足」と回答しており、雇用の受け入れはおおむね良好と考えられる。その評価の多くが、「熱心に仕事をする」「仕事が丁寧」など前向きな評価であり、さらには、障害者を雇用することで、「職員全体の意識が変わった」など、職場全体へのよい波及効果を評価する意見もあった。一方「同時に仕事をたのめない」「自分の考えで仕事をすすめてしまう」「コミュニケーションがとりづらい」など、障害特性に由来するとおもわれる意見も聞かれた。評価に影響する項目についてたずねると、業務の遂行能力、仕事への意欲、勤務態度を挙げている企業・団体が多く、このことは、障害の有無にかかわらず、社会人としての評価を企業側がおこなっていることを反映していると考えられる。今後要望することとして、企業・団体側に、具体的な対応の仕方、病名や障害特性の情報、生活状況、コミュニケーション能力についての情報を提供してほしいとの声がきかれた。また、実際に現場で指導・監督する職員に対するアドバイスや心理面でのサポートを求める声もあり、本人、職員双方へ、定期的なサポート・面談などを行っていくことは、障害者就労支援の受け入れ側へのサポートとして考えられた。

これらの結果を総合すると、高次脳機能障害患者の復職支援には、当事者本人家族・医療者・支援者・受け入れ企業団体で、求めているニーズや、できること/できないことの認識に、すこしずつずれがあることが明らかとなった。今後は、多職種・異業種ふくめた支援ネットワークを構築するなかで、今回明らかになったニーズの乖離をすこしでも少なくし、各々の役割を明確にしながら復職支援への情報共有を図っていきたい。

分担研究者 福原 竜治担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に示す。

平成27年度は熊本県内において、すでに高次脳機能障害患者に対する自動車運転再開支援を行っている潤心会セントラル病院と協力して、自動車運転再開支援プログラムの確認を行った。神経心理学的評価尺度の選択、自動車運転シミュレータ、実車による構内および路上評価を行っていくこととし、対象は熊本大学附属病院神経精神科高次脳機能外来より、就労をめざし自動車運転再開を希望されている者を対象とすることにした。これまでの事例からは、全ての例で運転が可能になるわけではないが、熟練したインストラクターとリハビリテーションスタッフによる実車を用いた評価と練習によって、条件付きでも運転が再開できるようになる例があることが明らかとなった。

平成28年度は、高次脳機能障害患者の運転再開に関わる複数の専門職に対し、高次脳機能障害患者の自動車運転再開支援における現状と課題に関する意識調査を行った。その結果高次脳機能障害患者の支援に携わっている専門職は、患者の大多数において自動車運転再開の可否が復職に影響を与えていると感じているが、その一方で3分の1の専門職は運転支援の方法がわからず、客観的な評価法が確立されることを望んでいることが明らかとなった。

平成29年度は、復職を目指し自動車運転再開を希望した2名について、本自動車運転再開支援

プログラムによる評価、支援を行った。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考えられた。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。

分担研究者 遊亀 誠二担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に示す。

我々は、高次脳機能障害患者への心理介入方法の開発と、有効性の検証として、高次脳機能障害患者へのアンガーマネジメントの実践的な効果について、研究分担を行った。

高次脳機能障害患者において、易怒性が高頻度に認められることが知られている。易怒性は、高次脳機能障害者が、社会生活を円滑に営む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という怒りの感情をコントロールする手法を応用し、当院では、高次脳機能障害患者の易怒性へのコントロールを行ってきている。

初年度は、この試みが、高次脳機能障害者の易怒性のコントロールへ実際に効果があるか、また就業などの成果へつながっているか、平成 19 年

より行っている当科高次脳機能障害専門外来を受診した患者のうち、易怒性が強く、入院環境下で、心理士からアンガーマネジメントを行われた 3 症例を比較し、検討を行った。3 症例とも、アンガーマネジメントを行うことで、易怒性によるトラブルが減少したことが認められた。アンガーマネジメントを行うことで、単に技法を理解し習熟するということだけでなく、周囲と自身の関係性について、内省と気づきが生じていた。就業の際に求められるものは、何よりも周囲との協調であり、単に怒りをコントロールするのみでなく、周囲との関係性を考えることができることが、アンガーマネジメントにより生じた可能性が考えられた。完全な就業には至らないものの、3 症例とも仕事への意欲の増加や作業所への継続的参加ができるようになった。高次脳機能障害患者へのアンガーマネジメントは有用な結果をもたらす可能性が示唆された。

次年度は、前年報告した症例のほかに、入院での導入だけでなく、外来のみでアンガーマネジメントを導入施行した症例を加え、6 症例について、その効果を検討した。入院期間にアンガーマネジメントを導入し、週 1～3 回行った症例では生活にアンガーマネジメントが定着したのか、コントロールがうまくいっていた。入院導入でも、本人に易怒性をコントロールしようとする意欲が少ない場合は、必ずしもうまくいかなかった。アンガーマネジメント施行の回数は、入院の場合は週 1～3 回程度、外来での場合は 1～2 か月に 1 回程度、対象者各人に合わせて行われたが、外来のみでのアンガーマネジメントは、施行の期間が間延びしたり、回数が少なかったりし、症例によって効果の差が認められた。導入時からしばらくは回数や間の期間を考慮する必要があるかもしれない。入院時からの導入の 3 症例、外来導入の 2 症例ともに、家族評価は悪くなかった。1 症例を除いて、就業までは至らないものの、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。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であり、就業へ

つながる可能性が示唆された。しかし、それぞれの症例に合わせた工夫が必要であり、例えば、外来で行う場合、導入後しばらくは期間を短くし、回数を多く行うなどの配慮が必要かと思われた。

最終年度では、前年度、本人の参加意欲が薄く、アンガーマネジメント施行での効果があまり認められなかった、また、家族が感情的で、易怒性へ影響を与えていると考えられる 1 症例において、怒りの感情は、対象となる側の対応によっても変化があることが言われていることから、家族にもアンガーマネジメント面接に参加してもらい、一緒に行うことを試みてみた。本人の参加意欲が薄い場合でも家族が家族自身の「怒り」をコントロールすることができれば、全体の状況の改善になることが考えられたためである。ある程度の期間家族とマネジメントを継続でき、実際に易怒性の減少や本人との疎通性の改善などの効果が認められたが、家族より「自分自身が間違っているのに、感情を無理に抑えること」への反発があった。高次脳機能障害患者のみへのアンガーマネジメントが有用でない場合に、家族参加で行うことは、良い結果をもたらす可能性があるが、本人への場合と同じく、症例毎の工夫（細かな配慮）が必要であると考えられた。

これらの結果を総合すると、高次脳機能障害患者の易怒性に対する、アンガーマネジメントの施行は、有用な可能性が十分にあり、そしてこの易怒性のコントロールが就業へつながる可能性も示唆された。ただし、施行に関しては、それぞれの症例に合わせて、例えば、外来のみで行う場合、導入後しばらくは外来期間を短くし、頻回に行った方が、効果が高まりそうである、など工夫が必要であると考えられた。また、本人の病感が薄く、アンガーマネジメントへの意欲が低い場合や家族の感情的対応が悪影響を与えていると考えられる場合に、家族にも面接に参加してもらうことを試みた。易怒性への効果は認められたが、家族への心理面接の施行は、本人への場合と同じく、もしくはそれ以上に、感情的な受け取りへの配慮が必要であると感じられた。

分担研究者 池寄 寛人担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に示す。池寄は平成 28 年度から 2 年間班員に加わった。

本研究では、医学的リハビリテーションから職業リハビリテーションとの連携を目指して、急性期病院から自宅退院を希望し自宅退院となる事例に対して、アプローチを試みた。今回は、生活支援がうまくいかなかった高次脳機能障害の事例を通して、病院と福祉の連携について検討した。

2016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3例を対象とした。対象となった事例の生活支援について、診療記録をもとに検討を行った。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）。

3例の高次脳機能障害の事例を通して、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。

急性期病院において高次脳機能障害患者の生活支援で取り組むべき課題として、まず、本人および家族側に対し、自己の気づきを促す働きかけを評価と並行して行う、本人と家族の就労への不安に対してサポートを行う必要があると考えられた。次に、急性期病院側の改善点として、原則、医療の枠でリハビリテーションを継続し、就労を目指

すことを提案する。関連職種と情報交換を行い、連携をとる。そして、ジョブコーチ支援等の各種援護制度の情報を把握し、福祉側と連携をとる。企業との連携をとる、といったことが必要であると考えられた。

分担研究者 伊地知 大亮担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に示す。伊地知は平成 29 年度から班員として加わり、池田が分担していた高次脳機能障害患者の家族の感情表出や障害理解と易怒性の関係性、またアンガーマネジメントについての研究を引き継いだ。そのため平成 29 年度分のみ報告する。

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し、事例を含めて検討することで、患者の社会適応への支援のあり方を検討した。まず、アンガーマネジメントの事例より、個別のセッション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。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。集団のセッションでは、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、怒りの感情が軽減した。

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、障害を理解し受け入れる作業が含まれていた。本人の易怒性の背景には、本人自身の障害理解の乏しさがあり、特に家族との障害理解の差が大きい時に易怒性が発現しやすい結果が出ており、そういった場合は特に注意が必要と考えられた。

分担研究者 池田 学担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に示す。

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

平成 27 年度は、過去の資料を参考にして、患者の症状評価バッテリーと家族の EE を評価するバッテリーとを作成した。患者本人の評価バッテリーは、記憶障害、注意障害、遂行機能障害などの認知機能障害を評価する神経心理学的検査に加えて、社会復帰の妨げになることが多い気分障害を評価する尺度と、自己の能力の自覚を測定する尺度を組み入れた。家族用バッテリーでは、患者における家族からみた生活能力や行動・心理症状について PCRS、DEX 家族用、NPI-D を用いて聴取するとともに、患者に対する介護者の負担感や EE について ZBI と FAS を実施することとした。作成した評価バッテリーを、交通事故による脳外傷後遺症患者とその家族に実施した。本評価バッテリーにより、対象患者の症状と家族の EE の評価はともに可能であった。したがって、今回作成した評価バッテリーを活用することにより、患者の状態と家族との関係、さらに家族の EE が患者の社会復帰に及ぼす影響を調査することが可能となることが明らかになった。

平成 28 度は、前年度に作成したスクリーニング検査を用いて、高次脳機能障害者における介護者の EE と患者自身の特性についての関係性を分析し、支援の在り方について検討した。FAS 得点による群分けを行い、50 点以上の「暖かみ」が少なく「批判」「敵意」の感情表出が多い High EE

(HEE) 群、50 点未満を「批判」「敵意」が少なく「暖かみ」のある感情表出が多い Low EE (LEE) 群とし、患者の認知機能との関係を検討した。結果として H・LEE 群間の認知機能検査の結果からは明らかな差は認められず、概ね同等の認知機能を持っていると考えられた。患者自身が認識している自己の気分状態や遂行機能について両群の差が認められなかった。一方で、HEE 群の介護者は患者の遂行機能を患者自身の自己評価より低く捉えていたり、患者の精神症状においても興奮や易刺激性が高いと評価したり、介護者の患者に対する症状の捉え方と患者の自己認識との間に乖離が生じていることが示唆された。HEE 群では介護者の「批判」「敵意」のある感情表出と、患者の興奮・易刺激性等の精神症状が相互に影響し、悪循環を起こしている可能性が考えられ、介護者の負担感が高まりやすいと考えられる。HEE 群では配偶者が、LEE 群では父母が主介護者であることが多く、介護者の属性が異なっていることが結果に影響を与えている可能性も示唆された。また、HEE 群では平均年齢が LEE 群よりも 10 歳近く高く、かつ就労ができていないなどの問題もあり、介護者・患者間の関係性や生活状況等の影響も考慮する必要があるだろう。

これらの結果を総合すると、本人の障害理解が家族に比べて乏しい場合、家族からの「敵意」「批判」を受けやすい状況が生まれるのではないだろうか。そして、「敵意」「批判」を受けることで本人の易怒性が発現されやすいことが示唆されている。本人の障害理解の促進・受容を支援することや、家族に対する本人への関わり方の助言等により、本人が落ち着いて生活出来るようになることで社会への適応も改善され、就労といった自立への支援の足がかりとなると考えられた。

平成 29 年度は所属が熊本大学から大阪大学に異動となったため、これまで実施していた EE 研究は新たに研究分担者に加わった伊地知に引き継ぎ、高次脳機能障害者の支援に関わる専門職の実態調査を実施した。

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。そこで高次脳機能障害に関わる専門職の実態調査を行った。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。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。以上の結果から、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られた。

F. 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) 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
 - 3) 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.
 - 4) 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
 - 5) 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.
 - 6) 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.
 - 7) 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.
 - 8) 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)
 - 9) 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)

- 10) 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
- 11) 橋本 衛. 認知症と高次脳機能. *JOHNS*. 2018, (34)3, 355-358
- 12) 橋本 衛. 災害時の認知症患者の行動—熊本地震を通して—. *日本社会精神医学会雑誌*. 2017, 26(4), 346-352
- 13) 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
- 14) 橋本 衛. 認知症の注意障害. *Clinical Neuroscience*. 2017, 35(8): 992-996
- 15) 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
- 16) 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
- 17) 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
- 18) 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
- 19) 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
- 20) 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
- 21) Ikeda M, Mori E, Iseki E, Katayama S, Higashi Y, Hashimoto M, Miyagishi H, Nakagawa M, Kosaka K. Adequacy of using consensus guidelines for diagnosis of dementia with Lewy bodies in clinical trials for drug development. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2016; 41:55-67.
- 22) Mamiya Y, Nishio Y, Watanabe H, Yokoi K, Uchiyama M, Baba T, Iizuka O, Kanno S, Kamimura N, Kazui H, Hashimoto M, Ikeda M, Takeshita C, Shimomura T, Mori E. The Pareidolia Test: A Simple Neuropsychological Test Measuring Visual Hallucination-Like Illusions. *PLoS One*. 2016 12; 11(5): e0154713.
- 23) 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). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016 Mar 21. doi: 10.1002/gps.4470. [Epub ahead of print]
- 24) Sakamoto F, Shiraishi S, Tsuda N, Ogasawara K, Yoshida M, Yuki H, Hashimoto M, Tomiguchi S, Ikeda M, Yamashita Y. 123I-MIBG myocardial scintigraphy for the evaluation of Lewy body disease: are delayed images essential? Is visual assessment useful? *Br J Radiol*. 2016 Jun 10:20160144. [Epub ahead of print]
- 25) Kazui H, Yoshiyama K, Kanemoto H, Suzuki Y, Sato S, Hashimoto M, Ikeda M, Tanaka H, Hatada Y, Matsushita M, Nishio Y, Mori E, Tanimukai S, Komori K,

- Yoshida T, Shimizu H, Matsumoto T, Mori T, Kashibayashi T, Yokoyama K, Shimomura T, Kabeshita Y, Adachi H, Tanaka T. Differences of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Disease Severity in Four Major Dementias. *PLoS One*. 2016 11(8):e0161092. doi: 0.1371/journal.pone.0161092
- 26) 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. Malnutrition in Alzheimer's disease, dementia with Lewy bodies, and frontotemporal lobar degeneration: comparison using serum albumin, total protein, and hemoglobin level. *PLoS One* 11(6): e0157053. doi:10.1371/journal.pone.0157053
- 27) 橋本 衛. 高次脳機能障害と認知症. 日本医師会雑誌 145(6): 1205, 2016
- 28) 橋本 衛. レビー小体型認知症の薬物療法. 認知症の最新医療 6(3): 123-127, 2016
- 29) 橋本 衛. 常同行動(同じ行動の繰り返し)、抑うつ、不眠(睡眠障害)、意欲低下(アパシー)、拒食・食欲低下. 在宅支援のための認知症 BPSD 対応ハンドブック(服部英幸編集)、ライフ・サイエンス、東京、pp162-184, 2016
- 30) 橋本 衛. Alzheimer 型認知症の病態と薬物療法. 脳神経外科診療プラクティス 8 脳神経外科医が知っておきたい薬物治療の考え方と実際(清水宏明編集)、文光堂、東京、pp96-98, 2016
- 31) 橋本 衛. 抗認知症薬. ブレインナーシング 2016 夏季増刊号、脳神経領域で必須のくすり(橋本洋一郎監修)、メディカ出版、大阪、pp90-95, 2016
- 32) 橋本 衛、池田 学. 認知症の新しい診断基準について(武田克彦、村井俊哉編)、中外医学社、東京、pp269-279, 2016
- 33) Hashimoto M, Sakamoto S, Ikeda M. Clinical features of delusional jealousy in patients with dementia. *J Clin Psychiatry* 2015;76(6):691-5
- 34) Matsuzaki S, Hashimoto M, Yuki S, Koyama A, Hirata Y, Ikeda M. The relationship between post-stroke depression and physical recovery. *J Affect Disord*. 2015 176C:56-60.
- 35) Hashimoto M, Yatabe Y, Ishikawa T, Fukuhara R, Kaneda K, Honda K, Yuki S, Ogawa Y, Imamura T, Kazui H, Kamimura N, Shinagawa S, Mizukami K, Mori E, Ikeda M. Relationship between dementia severity and behavioral and psychological symptoms of dementia in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease patients. *Dementia Geriatr Cogn Disord EXTRA*, 2015;5(2):244-52
- 36) 橋本 衛、一美奈緒子、池田 学. Semantic dementia の言語障害の本質とは何か. 高次脳機能研究 35(3): 304-311, 2015
- 37) 橋本 衛. 職場の若年性認知症への早期発見と対応. *Modern Physician* 36(1): 53-57, 2015
- 38) 橋本 衛. 注意障害. 老年精神医学雑誌 27(suppl.I):37-44, 2016
- 39) 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
- 40) 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
- 41) 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
- 42) 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
- 43) 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
- 44) 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
- 45) 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
- 46) 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.
- 47) 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.
- 48) 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
- 49) 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
- 50) 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
- 51) 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
- 52) 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
- 53) 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
- 54) 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
- 55) 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
- 56) 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
- 57) 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
- 58) Fujito R, Kamimura N, Ikeda M, Koyama A,

- Shimodera S, Morinobu S, Inoue S. Comparing the driving behaviours of individuals with frontotemporal lobar degeneration and those with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics* 2016 Jan;16(1):27-33. doi: 10.1111/psyg.12115. Epub 2015 Mar 3. (査読有)
- 59) Baba T, Kanno S, Shijo T, Nishio Y, Osamu I, Kamimura N, Ishii T, Mori E. Callosal Disconnection Syndrome Associated with Relapsing Polychondritis Internal Medicine Vol.55, No. 9, 1191-3, 2016 (査読有)
- 60) Mamiya Y, Nishio Y, Watanabe H, Yokoi K, Uchiyama M, Baba T, Iizuka O, Kanno S, Kamimura N, Kazui H, Hashimoto M, Ikeda M, Takeshita C, Shimomura T, Mori E. The Pareidolia Test: A Simple Neuropsychological Test Measuring Visual Hallucination-Like Illusions. *PLoS One*. 2016 May 12;11(5):e0154713. doi: 10.1371/journal.pone.0154713. eCollection 2016.
- 61) 上村直人. 待ったなしの認知症治療！かかりつけ医の果たす役割の重要性 認知症と自動車運転. 認知症と自動車運転 日本臨床内科学会誌 第30巻第5号, 631-636, インテルナ出版東京, 2016
- 62) 上村直人, 澤田健, 諸隈陽子, 吉本啓一郎, 大久保晃, 下寺信次, 古谷博和, 森信繁. 高知県認知症疾患医療センターの取組みと課題～地域特性を活かしたシステム作りを目指して～高知県医師会医学雑誌 VOL 21 NO 1, 84-91, 2016
- 63) 上村直人, 大石りさ, 藤戸良子, 諸隈陽子. V I I I 諸問題 認知症と自動車運転 臨床精神医学第45巻5号 673-679 アークメディア 2016
- 64) 上村直人, 大石りさ, 藤戸良子, 諸隈陽子. 自動車運転をどう判断し、対応するかー家族医の悩み、医師の悩み (ジレンマ) Modern Physician VOL 36 NO 10 1103-1107, 2016
- 65) 上村直人, 藤戸良子, Tanya Leelasiriwong 認知症医療における課題 認知症の人にとっての運転をやめる難しさ、やめた後の難しさ Progress in Medicine 36 :1051-1057, 2016
- 66) 上村直人, 諸隈陽子 対策 心理教育 心理教育 免許失効前後の心理的・社会的ケア/サポートの必要性日本精神科病院協会雑誌 第35巻第5号 2016年5月号 469 P 35-40, 2016
- 67) 上村直人. 視点 高齢者による自動車運転 月報 司法書士 No. 539 P 62-68, 2016
- 68) 上村直人, 今城由里子, 諸隈陽子, 藤戸良子. 障害者の自動車運転ー運転再開の実際 (11) 疾患別運転再開とその対応 (7) その他の神経精神疾患. 影近謙治先生監修 JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 24(5): 512-518, 医歯薬出版 東京 2015
- 69) 上村直人, 藤戸良子. 高齢者における認知機能低下・認知症と自動車運転、認知機能低下をきたす医薬品とその使い方 松尾幸治先生監修 臨床精神薬理第18巻6号「精神疾患・向精神薬と運転」P545-555 星和書店東京 2015
- 70) 上村直人. 器質性不安障害ー認知症に伴う不安障害からみて 精神科治療学 VOL.30 増刊号 2015 星和書店東京 2015 155-157
- 71) 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.
- 72) 堀田 牧, 福原竜治, 池田 学. 生活支援を行った事例. 作業療法ジャーナル50巻8号 867-872(2016.07)
- 73) 植田 賢, 石川 智久, 前田 兼宏, 柏木宏子, 遊亀 誠二, 福原 竜治, 池田 学. アルツハイマー病との鑑別を要した左前部視床梗塞後の軽度認知障害例. 精神医学58巻1号 81-85(2016.01)
- 74) 赤城真理子, 遊亀誠二, 日高洋介, 梶尾勇介, 柏木宏子, 池田 学. 発熱後に精神症状や認知機能低下を伴った抗 NMDA 受容体脳炎が疑われた一例. 九州神経精神医学雑誌, 61(1)9-13, 2015
- 75) 遊亀誠二, 池田 学. 身体診察および検査-器質疾患をいかに除外するか-. 臨床精神医学, 44 (6) : 821-827, 2015
- 76) 松原慶吾, 池寄寛人, 小菌真知子. 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
- 77) 黒木はるか, 池寄寛人, 清永紗知, 大道奈央, 蓑田健太, 立野伸一. 急性脳疾患の小児における嚥下機能の予後予測. 日摂食嚥下リハ会誌 2016 20(3) : 124-131
- 78) Sakai M, Ikeda M, Kazui H, Shigenobu K, Nishikawa T: Decline of gustatory sensitivity with the progression of Alzheimer's disease. International Psychogeriatrics 28: 511-517, 2016.
- 79) Fujise N, Abe Y, Fukunaga R, Nakagawa Y, Nishi Y, Koyama A, Ikeda M: Comparisons of prevalence and related factors of depression in middle-aged adults between urban and rural populations in Japan. J affect disord 190: 772-776, 2016.
- 80) Shinagawa S, Honda K, Kashibayashi T, Shigenobu K, Nakayama K, Ikeda M: Classifying eating-related problems among institutionalized subjects with dementia. Psychiatry and Clinical Neurosciences70(4):175-181, 2016
- 81) Cambell K, Szoeki C, Dennerstein L, Fujise N, Ikeda M, Tacey M: A comparison of Geriatric Depression Scale scores in older Australian and Japanese women. Epidemiology and Psychiatric Sciences 8 :1-9 (Epub ahead of print)
- 82) Matsushita M, Pai MC, Jhou BS, Koyama A, Ikeda M. Cross-cultural study of caregiver burden for Alzheimer's disease in Japan and Taiwan: result from Dementia Research in Kumamoto and Tainan (DeReKaT) International Psychogeriatrics 28:1125-32, 2016.
- 83) 池田 学. 失認, 失行, 失語. 今日の精神疾患治療指針 (樋口輝彦ら編) 医学書院, 東京, p18-21, 2016
- 84) 佐々木 博之, 松本 武士, 濱元 純一, 弟子丸 元紀, 池田 学. 児童・青年期の大うつ病性障害 49 例の症状経過に関する臨床研究. 精神科治療学 30 : 1649-1655, 2015
- 85) 池田 学. 神経心理学的検査. 標準精神医学 第 6 版 (野村総一郎, 樋口輝彦監修). 医学書院, 東京, 116-124, 2015
- 86) 長谷川典子, 池田 学. 血管障害とせん妄. 老年精神医学雑誌 26 : 26-31, 2015
2. 学会発表
- 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
- 7) 池田 学, 橋本 衛, 「精神科臨床における高次脳機能障害の基本的理解」第 112 回日本精神神経学会学術集会, 幕張, 6 月 2-4 日, 2016 (教育講演)
- 8) 田中希, 橋本 衛, 福原竜治, 石川智久, 遊亀誠二, 一美奈緒子, 伊地知大亮, 池田学. 高次脳機能障害者の就労と障害理解との関連についての検討. 第 40 回日本高次脳機能障害学会学術総会, 松本市, キッセイ文化ホール, 11 月 11-12 日, 2016, ポスター発表
- 9) 伊地知大亮, 橋本 衛, 福原竜治, 石川智久, 遊亀誠二, 一美奈緒子, 田中希, 池田学. 高次脳機能障害者と介護者の患者に対する感情表出 (Expressed Emotion, EE) の関係について. 第 40 回日本高次脳機能障害学会学術総会, 松本市, キッセイ文化ホール, 11 月 11-12 日, 2016, ポスター発表
- 10) Hashimoto M. Assessment and diagnosis of BPSD. Asia Dementia Forum., Tokyo, November 20, 2016 (シンポジウム)
- 11) 橋本 衛. 「抗認知症薬の BPSD への適用」. 第 35 回日本認知症学会学術集会, 東京都千代田区, 東京国際フォーラム, 12 月 1-3 日, 2016 (シンポジウム)
- 12) 橋本 衛. 「災害時の認知症患者の行動ー熊本地震を通してー」. 第 36 回日本社会精神医学会, 東京都大田区, 大田区産業プラザ, 3 月 3-4 日, 2017 (シンポジウム)
- 13) Hashimoto M, Ikeda M. Relationship between dementia severity and behavioral and psychological symptoms of dementia in dementia with Lewy bodies and Alzheimer ' s disease patients. 9th International Congress of Asian Society Against Dementia, Kumamoto Japan, September 14-16, 2015
- 14) (シンポジウム)橋本 衛. 症候学ー認知症の認知機能障害を考えるー「注意障害」. アルツハイマー病研究会 第 16 回学術シンポジウム.
- 15) 池寄 寛人, 和田邦泰, 清永紗知, 黒木はるか, 大道奈央, 蓑田健太, 立野伸一, 中島伸一, 栗林幸一郎, 橋本衛, 池田学. 麻痺のない失語症患者における職業復帰の調査. 第 39 回日本高次脳機能障害学会学術総会
- 16) 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
- 17) 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ー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.
- 18) 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
- 19) 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
- 20) 上村直人. 認知症と自動車運転ー臨床的課題の所在と作業療法士への期待ー, 口頭, 2017/12/3 第 4 回運転と作業療法研究会 国内.
- 21) 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
- 22) 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

- 23) 上村直人. 認知症と運転—待ったなしの問題 第35回日本社会精神医学会 2016.1.28 岡山
- 24) 上村直人, 須賀楓介, 土居江里奈, 赤松正規, 下寺信次, 森信 繁. 物忘れ外来におけるうつ状態の鑑別の重要性について～認知症以外の物忘れを主訴とするうつ状態の鑑別を要した2事例からの考察～第35回日本社会精神医学会 2016.1.28 岡山
- 25) 上村直人. もの忘れ外来における抑うつ状態鑑別の重要性 第35回日本社会精神医学会演題 2016.1.28 岡山
- 26) 上村直人, Tanya Leelasiriwong. 老年期のMCIにみられるADHDの疫学的調査 第31回日本老年精神医学会 2016.6 金沢
- 27) 上村直人, 今城由里子. タッチパネル式簡易認知機能評価機器 (MENFIS-TABLET) の有用性の検討——ケアラーが使用可能な包括的認知症ケア評価ツールの開発—— 2016.6.5 神戸
- 28) 上村直人, Tanya Leelasiriwong. 軽度認知障害 (MCI) にみられる発達障害の有病率に関する調査研究 日本神経精神学会 2016 熊本
- 29) 上村直人, Tanya Leelasiriwong, 藤戸良子. 認知症患者は運転をやめると本当にボケるのか？または認知症が進むのか？ 第35回日本認知症学会 2016.12.1 東京
- 30) (シンポジウム) 上村直人. 「高齢期の不安・抑うつ状態の鑑別について」～認知症でみられる不安症状～DLB, TBI, 発達障害との鑑別と見立ての臨床的手段 第7回日本不安障害学会、広島市 (アステールプラザ 広島) 2015.2.15
- 31) 上村直人. 社会とは何か 社会から見た精神医学的論考 第34回日本社会精神医学会、富山市 (富山国際会議場) 2015.3.5
- 32) Naoto KAMIMURA, Tanya Leelasiriwong, Yuriko IMAJO. Driving and Dementia with Lewy body disease 9th international Congress of the Asian Society Against Dementia, Kumamoto, 2015.9.14-15
- 33) Tanya Leelasiriwong, Naoto KAMIMURA, Yuriko IMAJO. MCI and AD/HD syndrome in Old Age -MCI and AD/HD syndrome in Old Age 9th international Congress of the Asian Society Against Dementia. Kumamoto, 2015.9.14-16
- 34) 上村直人. 運転中断告知後、対応に苦慮した認知症・MCIの3例. 第8回運転と認知機能研究会 新宿パークタワー23 東京 2015.12.5
- 35) 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
- 36) 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
- 37) 高崎昭博、上野由紀子、栗林幸一郎、石川智久、橋本衛、池田学. 非特異的な原発性進行性失語の一例に関する考察, 第40回日本神経心理学会学術集会, 熊本市, 9月15-16日, 2016, 口頭発表
- 38) 上野由紀子、小山明日香、石川智久、橋本衛、池田学. レビー小体型認知症の幻視の重症度と負担度に関する研究, 第40回日本神

- 経心理学会学術集会, 熊本市, 9 月 15-16 日, 2016, 口頭発表
- 39) Ryuji Fukuhara, Mamoru Hashimoto, Shunichiro Shinagawa, Kazue Shigenobu, Hibiki Tanaka, Kazuhiro Kawahara, Yusuke Miyagawa, Naoko Ichimi and Manabu Ikeda. The differences in characteristics of abnormal eating behaviors in semantic dementia between right and left dominant temporal lobe atrophy. ICFTD, Munich, Germany, 31th Aug.-2nd Sep. 2016
- 40) Ryuji Fukuhara, Mamoru Hashimoto, Hibiki Tanaka, Yusuke Miyagawa, Tetsuya Yoneda, Mika Kitajima Toshinori Hirai, Manabu Ikeda. Diagnostic potential of magnetic resonance imaging with phase difference enhanced imaging (PADRE) for Alzheimer's disease. IPA Asia regional meeting, Taipei, Taiwan. 9th-11th Dec. 2016
- 41) Ryuji Fukuhara, Amitabha Ghosh, Jong-Ling Fuh, Jacqueline Dominguez, Paulus A. Ong and Manabu Ikeda. An international multi-center research in Asia on family history of frontotemporal dementia. The 9th International Congress of the Asian Society Against Dementia (ASAD), Kumamoto, 2015.Sep. 14-16
- 42) 福原 竜治、橋本 衛、米田 哲也、北島 美香、田中 響、宮川 雄介、平井 俊範、池田 学. アルツハイマー病における MRI 位相差強調画像化法 (Phase Difference Enhanced Imaging: PADRE) の臨床的有用性、第 20 回神経精神医学会, 金沢, 平成 27 年 12 月 12 日
- 43) 池寄寛人, 松原慶吾, 小菌真知子, 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
- 44) 池寄寛人, 松原慶吾, 兒玉成博, 小菌真知子. 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
- 45) 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
- 46) 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—改善項目の検討—. 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
- 47) 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—4 年目年次変化率からの検討—. 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
- 48) 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—多職種連携の重要性和急性期病院の課題—. 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
- 49) 池寄寛人, 橋本衛, 栗林幸一郎, 池田学. Alzheimer 型認知症における ADL と関連する臨床所見の検討. 第 40 回日本神経心理学会学術集会、熊本、9 月 15 日-16 日、2016、口頭発表
- 50) 蓑田健太, 和田邦泰, 清永紗知, 大道奈央, 池寄寛人, 立野伸一, 中島伸一. 脳卒中患者の食欲低下～高次脳機能障害を有する例の特徴～. 第 40 回日本高次脳機能障害学会学術総会、長野、11 月 11 日-12 日、2016、口頭発表
- 51) 池寄寛人, 松原慶吾, 小菌真知子, 塩見将

志. 言語聴覚学専攻学生における実習前後でのレジリエンスの変化. 第 6 回日本言語聴覚士協会九州地区学術集会、宮崎、1 月 21 日－22 日、2017、口頭発表

- 52) 池寄寛人. 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～. 平成 28 年度第 5 回熊本高次脳機能支援ネットワーク研究会、熊本、1 月 27 日、2017、口頭発表
- 53) Ikeda M. Meet the Expert My career as a neuropsychiatrist and researcher The 15th Course for Academic Development of Psychiatrists, Chiba, Japan, February 19-21, 2016 (招待講演)
- 54) Ikeda M. Integrated Care in Dementia The National Forum of Integrated Care in Dementia, Chang Gung Memorial Hospital, Taoyuan, June 4, 2016 (招待講演)
- 55) 池田 学. 「認知症と改正道路交通法をめぐる課題」第 35 回日本認知症学会、東京、12 月 1-3 日、2016 (プレナリーレクチャー)
- 56) (S) Ikeda M. Dementia and driving. Driving in people with dementia in Japan. International congress of the 17th Zeelandia Symposium on Behavioral Neuroscience, Tainan, Taiwan, June 27-28, 2015
- 57) (S) 池田 学. DSM-5 の神経認知領域から精神疾患を読み解く「認知症における神経認知障害」第 35 回日本精神科診断学会、札幌、8 月 6-7 日、2015

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

（資料１）事例レポート

事例１：病識が得られる前に復職したために失敗した事例

事例２：多職種による関わりにより障害受容が促進され就労につながった事例

事例３：学生時代からの支援により就労につながった事例

事例４：発達障害の合併が疑われた事例

事例５：専門職への復職事例

事例６：交通事故後に不安障害を呈した事例

事例７：適性評価が就労に有効であった事例

事例８：６年にわたる長期の支援を経て復職に至った事例

事例９：障害の自覚が就労に結びついた事例

事例１０：就労経験のない若年者の就労事例

事例１１：運転機能評価が復職につながった事例

事例１２：ジョブコーチの利用が就労継続につながった事例

事例１３：複数の要因により復職支援に難渋した事例

事例１４：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：病識が獲得される前に復職したために失敗した事例

【A さん 30 代男性 会社員】

【受診までの経過】

A さんは先天性の聾啞のため障害者雇用で県外の一般企業で就労されていました。35 歳時に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、実家で療養しながら通院リハビリテーションを受けていました。当院へは復職に際しての高次脳機能障害の評価を希望し、受傷から約 4 か月経た時点で受診されました。

【評価と復職へのアプローチ】

聾啞のため手話通訳を介しての診察となりました。A 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目立った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ましたので、当院において心理検査を実施しました。その結果を表 1 に示します。

聾啞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が、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 A さんは、自身の言葉に関わる能力低下に対する自覚は全くありませんでした。A さんの病識の低下については、聾啞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、A さんには「自分の障害が理解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。

A 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おられました。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」とできるだけ早い時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、A 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 A 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

らえるようにお願いしましたが、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、仕事にも行きたくなくなりました。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 A 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。

表 1. 心理検査所見

検査	結果
WAIS-III	PIQ 105（聾啞のため 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（聾啞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）

【考察】

本事例では、事前に会社に対して障害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。A 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してもらうような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。高次脳機能障害者では、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 A さんのように聾啞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 A 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。A 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、早期退職を希望されるようになってしまいました。A 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。

事例2：多職種による関わりにより障害受容が促進され就労につながった事例

【Bさん 20代女性 看護師】

【受診までの経過】

Bさんは看護師として1年間勤務した後、念願であった大学の養護教員コースに入学することになりました。しかし入学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。数週間後によりや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、半年後に自宅退院されましたが、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」と前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、「養護教員にどうしてもなりたい」とBさんが強く希望されたため、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。私たちのところには、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、精神的に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かすら覚えておらず、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。

表2にBさんの心理検査結果を示します。全般的にIQは低く、元々の職歴を考えれば全般的に知的機能が低下していると考えられました。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。注意力を評価する検査であるCATでは、情報処理能力の顕著な低下を認めました。B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、養護教員の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けれども、障害の自覚に乏しいB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ある必要ではないか”とスタッフ会議により意見を統一しました。そこで「養護教員コースを継続することにより障害の受容を促していく」ことを目標に設定し、Bさんの支援方法を計画しました。

【支援体制の構築】

Bさんの進学に際して母親が郷里から出てきて同居し、B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1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。また臨床心理士によるカウンセリングを並行して実施し、本人のストレスケアを図りました。反応性の抑うつや興奮などの社会的行動障害に対して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に対処し

ました。認知機能障害ならびに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。

表 2. 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

【進学後の経過】

上記方針で多職種による支援を開始し、B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態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。

B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、この時点では「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み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体験を経て、B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。B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、Bさんは看護助手として勤務されています。

【考察】

本事例は、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た事例です。医師だけではなく、臨床心理士、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による手厚い支援が得られたことが、スムーズに障害が受容できた大きな要因であったかと思います。障害受容が得られたことにより、当事者の障害に見合った仕事に就くことができました。

事例3：学生時代からの支援により就労につながった事例

【Cさん 男性 大学生】

【受診までの経過】

Cさんが当科を受診されたのは大学3回生の夏でした。C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自宅に退院されました。退院後すぐに復学されましたが、事故前よりも記憶が悪くなり、授業内容も理解しにくくなったそうです。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の2部に進学することができました。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、学業成績も振るわない状態が続いていました。また、日中は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、アル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。たまたま図書館で読んだ本の中に高次脳機能障害が取り上げてあり、「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見られました。「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。表3にC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Cさんに説明したところ、とても納得された様子でした。

C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、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。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。このようなC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。

表3. 心理検査所見

検査	結果
MMSE	30点
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C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に連絡を取り、C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による支援を開始しました。C 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】

C 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大学を無事卒業することができました。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、他の職員と馴染めないなどの苦労が続きました。C 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 3 年経過した現在でも職場での失敗は続いているそうですが、焦ることなく仕事を続けておられます。

【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ず、大学になってようやく障害に気づかれました。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ではありますが、アルバイト先で失敗を繰り返していたことも、障害に気づく要因であったと思われます。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しばしば怒られているにもかかわらず、3 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。

事例4：発達障害の合併が疑われた事例

【Dさん 20代男性 医療専門職】

【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、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されました。しかし職場での不適応からうつ病を発症し、最初の職場は退職することになりました。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クリッピング手術を受けました。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医療専門職の資格を生かして県外の病院に再就職しました。就職の際の試験の成績は一番だったそうです。しかし仕事を始めると、患者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、くも膜下出血による高次脳機能障害を疑われて当院を受診されました。

【評価】

D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。こちらからの質問に対する回答は概ね適切でしたが、説明が細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がありました。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。

表4にD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の結果と比較してWMS-Rの結果が低いことから、高次脳機能障害により、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でトップ合格であったことや、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ました。「就職試験で一番だった人が、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丁寧過ぎる態度などから、発達障害も合併していると考え、Dさんの病態については、発達障害特性に軽度の高次脳機能障害が上乗せされた状態と診断しました。

【支援体制の構築】

D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」などの障害特性を説明するとともに、職場の上司にもD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お願いしました。その結果職場では、Dさんを単一の業務に固定するといった配慮が得られ、D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年間の有期雇用であったため、Dさんは2年後に退職されました。

その後 D さんは障害があることを伏せたまま県外の別の病院に就職されましたが、業務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、自分の希望する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 D 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。D さんは、「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 D 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のは難しい。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、D さんはようやく受け入れられました。

表 4. 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

【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適應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。就職試験でトップ合格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、発達障害の関与が疑われます。

事例 5：専門職への復職事例

【A さん 40 代男性 教師】

【受診までの経過】

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

【評価】

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

【復職へのアプローチ】

A さんの復帰先である学校という職場は、「子ども」という予測できない対象を相手にしなければならないことや、時間的な制約が厳密に定められているなど、高次脳機能障害を持つ方にとっては極めて対応が難しい環境です。A さんの障害は比較的軽度であり、メモなどの代用手段の使用も定着していましたが、「障害がどの程度仕事に影響を及ぼすのか」「仕事をうまくやっていけるのか」については、実際に復職してみなければわからない状況でした。そこで A さんが自分のペースで仕事ができる環境を整えるために、主治医が復職予定の学校の学校長と直接面会し、A さんの病態を詳細に説明するとともに、復帰に際しての注意点を伝えました。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。

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

表 1. 心理検査所見

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

【復職後の経過】

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

【考察】

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

事例 6：交通事故後に不安障害を呈した事例

【B さん 40 代男性 元会社員】

【受診までの経過】

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

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

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

【評価】

初診の診察では、緊張した表情で吃音のようにつま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。B さんは今困っていることについて、「車に乗れない」「何かをしようとすると手がふるえてしまう」と話されました。ふるえについては脳神経外科で薬物治療を受けておられましたが、効果は乏しいとのことでした。

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

【復職へのアプローチ】

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

法の訓練も行いました。さらに薬物治療として抗不安作用のある SSRI を併用しました。

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

表 1. 心理検査所見

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

【考察】

本事例の最大の特徴は、認知機能障害よりも不安や恐怖といった精神症状が前景に立ち、本人の行動を著しく制限してしまっていたことです。そこで、精神症状に対して臨床心理士という専門家による心理的アプローチと、精神科医による薬物療法を行い、治療と並行して高次脳機能障害支援センターのケースワーカーや職業訓練施設が協働して介入することにより、一般就労への見通しが立ちました。本事例では自動車運転を再開することにより就労の選択の幅が格段に広がったと考えます。さらに運転の再開が本人の自信の回復にもつながったように思います。東京や大阪といった大都市圏では自動車運転は就労にさほど必要はないかもしれませんが、地方では自動車運転が就労に不可欠と言っても過言ではありません。高次脳機能障害患者では、認知機能障害による自動車運転の制限だけではなく、本事例のように運転への恐怖感が運転再開の支障となることにも留意すべきでしょう。

事例 7：適性評価が就労に有効であった事例

【C さん 20 代男性 衣料品販売業】

【受診までの経過】

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

【評価】

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

C さんの高次脳機能を評価するために当院で実施した心理検査結果を表 1 に示します。これらの結果から、「言語面での理解や知識は一般知能レベルであるが、視覚面での認知の低下があること、作業記憶の低下のため一度に記憶して処理する容量が少なくなっていること、処理スピードが遅く物事をてきぱきこなすことが苦手であること、暗算が苦手であること」などの障害特徴が明らかとなりました。その一方で、「時間はかかるが丁寧に仕事ができること、聴覚的・言語的な情報処理や知識は保たれており、メモ書きなどの記憶を補助する方略があれば課題の遂行ができること、気分のムラがすくなく穏やかであること」などの長所もわかりました。これらの検査結果を基に、「一般事務職のような会計処理が必要とされたり、電話や来客を担当するような業種では就労は難しいと思われる」と評価しました。本人、家族は、将来のためにはと思い公認会計士の資格取得を目指していましたが、今回の評価結果から自分の能力に得手不得手があることを理解され、「どのような職業が向いているのか評価を受けてみたい」と希望されました。

【復職へのアプローチ】

まず、C さんがどのような仕事に向いているのかを、熊本障害者職業センターと連携して評価しました。そこでは、東大式エゴグラム（TEG）、職業レディネステスト（VRT）、一般職業適性検査、ワークサンプル幕張版（MWS）が実施され、「素直で我慢強い反面、周囲の状況や意見に流されやすい性格傾

向を持っていること」、「豊富な社会常識や知識を駆使し、柔軟なコミュニケーションを図る力があること」や、「人のためになる仕事に向いていること」などの C さんの特徴が明らかとなりました。そこで職種として、一般事務職や接客業のように急な対応を求められる職種ではなく、裏方で一人でコツコツ行う作業を選択しました。障害者職業センターとハローワークが協力して C さんにあった就労先を探し、最終的に障害者雇用枠のある企業の在庫管理（事前に予定されていた数の衣料品を整理しておく仕事）に採用されました。

職場では、障害者雇用枠を活用したため、最初から C さんの障害特徴を店長に説明することができました。前もって説明しておいたことで、ほかのスタッフも、当初から C さんを支援する姿勢で臨んでくれました。在庫の計算は突然命じられるとできませんでしたが、事前に予定された数量であれば、もともとの几帳面な性格が良い効果をもたらし、確実に在庫を構えておくことができました。当初はメモを利用することで記憶力の低下に対応していましたが、スタッフの提案でインカムを利用するようになり、売り場での商品の動きをほかのスタッフの会話を常に聞いて知ることができ、足りなくなった在庫を売り場から請求されても前もって準備しておくことができました。このように、職場での配置や仕事の方法に対する店長やスタッフの協力、工夫が C さんの就労の大きな手助けとなりました。在庫管理の現場はとても狭いスペースですが、そのことがかえって C さんにとっては、全体を頭に入れておくことができるちょうどよい広さであったことも幸いしたようです。予測できない事態や、急に変更が必要になったなど、臨機応変の対応や素早い判断が求められる場面は、高次脳機能障害を持つ方にとっては極めて対応が難しい場面です。一方 C さんは、ひとりでコツコツ仕事をする性格なので、人の出入りの少ないバックヤードでの商品管理業務が適職だったといえます。

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、SS 7 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。

【復職後の経過】

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

仕事は順調にこなせるようになっていきましたが、「有給休暇をうまくとれない」という問題が生じました。C さんの職場では、有給休暇を取る際に何週間も前から申請が必要であり、さらに就労時間を「置き換える」作業も必要なため、混乱してしまって必要な有給休暇をとれなかったようでした。就労して

半年後ごろには、リラックスする時間がとれず疲れがたまってきて、朝起きられないことも出て来ました。そこで診察時に、「有給休暇の手続きを取れるようになること」という目標を立て、スタッフの協力を得て有給休暇をスムーズにとれるように工夫しました。その効果もあり、1 か月後には休暇を取ってご両親と出かけることができました。まじめに物事に取り組む性格が逆に自分自身を追い込むことになり、いわゆる「燃え尽き現象」が起こるところでした。適度に休暇を取るという「判断」が、高次脳機能障害のためにうまくできなかったものと考えられます。

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

【考察】

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

事例 8：6 年にわたる長期の支援を経て復職に至った事例

【D さん 40 代男性 事務職】

【受診までの経過】

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

【評価】

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

表 1. 心理検査所見（初回評価）

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

【その後の経過と復職へのアプローチ】

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

燥は改善傾向をみせ、精神科デイケアでも、倦怠感や頭痛の訴えが多く参加態度は消極的であるものの、ある程度の活動には参加することができるようになりました。

この頃から、それまで通所していた精神科デイケアでは能力を持て余すようになり、より自立した患者の集まるデイケアに変更しました。Dさん本人は復職への意欲を持ち続けており、初診から3年経って精神状態が比較的安定してきたことから、高次脳機能障害支援センターのコーディネーターを中心に復職支援が開始されました。職場との調整を重ね、障害者枠と同等の勤務内容への変更されることになりました。しかし障害者雇用を導入している事業所は自宅から片道12kmかかるところしかなく、高次脳機能障害のため自動車運転は中止されており、通勤手段が問題になりました。そこで復職準備として、片道一時間の自転車通勤を継続する練習と、本人の障害程度を職場に理解してもらい、復帰後の仕事内容を調整するため直属の上司との相談が開始されました。これまで易怒性やイライラ感はたびたび問題になっていましたが、次第に感情コントロールの悪さに対する自覚がみられるようになってきていました。

【復職後の経過】

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

職場再復職から2年かけて、週4回、一日8時間まで勤務時間が増えました。仕事内容は職場の制服管理などの単純作業で、時にミスはあるものの概ね順調に行えていました。勤務状況は安定していましたが、Dさんは、「同僚から怠けていると思われるのではないかと心配しフルタイムで働くことを望む一方、「今でも体がきつくこれ以上は増やせない」といった葛藤があり、イライラが募り、時には自宅で大声を出したり物に当たってしまうこともありました。高次脳機能障害支援センターのコーディネーターとの面接の中で、「安定して勤務が継続できていることが価値がある」ことをDさんに伝えることで、ペースを維持して勤務することができました。復職から2年半経過し、自転車通勤の負担感も強くなってきたため、本人の希望にそって自動車運転再開を検討しているところです。

【考察】

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

もあるということがわかると思われます。

表 2. 心理検査所見（初診から 4 年後の評価）

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

事例 9：障害の自覚が就労に結びついた事例

【E さん 20 代男性 無職】

【受診までの経過】

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

【評価】

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

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

【復職へのアプローチ】

当科受診後まもなくしてリハビリテーション病院を退院することになり、退院後は、ケースワーカーや母親からの強い勧めもあり、障害者生活訓練施設に入所となりました。そこでは日常生活の自立訓練や職業訓練が行われましたが、すぐに本人は施設での生活が嫌になり退所を希望しました。母親が入所を継続するように説得していましたが、ある時無断で外出し、そのまま山の中へ迷い込んでしまい、警察も巻き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かもしれません。

次第に主治医からのアドバイスも受け入れるようになり、またメモリーノートや携帯電話の活用にも

熱心に取り組むようになり（少しこだわり過ぎる傾向もありました）、生活の中でのミスや失敗は少なくなりました。その一方で“忘れること”や“気になること”へのこだわりがだんだん強くなり、いら立ちや怒りっぽさが目立って来ました。本人と相談したうえで、こだわりに対する有効性が報告されている抗うつ薬の内服を開始したところ、精神状態は徐々に安定していきました。薬物治療と並行して施設の担当者によるアンガーマネ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、自身の怒りっぽさへの内省ができてきたことなどにより、周囲との軋轢も少なくなりました。そこで次のステップとして就労を目指した取り組みを行うことになりました。まずは入所中の施設と関連のある介護施設で試験的に働き始め、1 か月間の試用期間中の働きを認められ、介護施設への就職（障害者雇用）が決まりました。

表 1. 心理検査所見

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

【復職後の経過】

E さんの神経質なまでのメモリーノートや携帯電話の使用、周囲への確認が、本人の実直性の表れと高く評価され、さらに会社側も E さんの高次脳機能障害の病状をよく理解されていたこともあり（主治医から会社の担当者には繰り返し病状を説明しました）、就業環境も十分に配慮されていました。大企業ではなく、家庭的な雰囲気を大切にされている職場であったことも、E さんが不安や悩みを気軽に上司に相談することができ、良い結果につながっているのかもしれませんが。母親や訓練施設の担当者、主治医もまた、E さんの仕事場面での悩みを適宜聞くようにしました。事故以前の E さんは何事も黙々と自分一人でやろうとし、うまくいかなければやめてしまうことが多かったようですが、障害を自覚してからは周りの協力を得ることを嫌がらず、粘り強く物事を行うようになったと思われます。

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

【考察】

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

高次脳機能障害は、身体障害とは異なり自分で障害を認識することが難しい障害です。多くの方は以前のように自分は何でもできると思いこんでいるため、生活場面や職場で失敗を引き起こしてしまいます。失敗を繰り返すうちに徐々に自分の障害に気づいて行くようになるのですが、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。

事例 10. 就労経験のない若年者の就労事例

【F さん 20 代男性 事務補助職】

【受診までの経過】

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

【評価】

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

F さんの高次脳機能検査の結果を表 1 に示します。WAIS-III、WMS-R は回復期リハビリテーション病院で実施され、TMT、RBMT、CAT については当院において実施しました。これら結果から、「一般的知能には明らかな低下はみられない。しかし軽度の近時記憶障害に加えて、注意機能の面で易疲労性があり、さらに二つのことを同時に処理する能力に支障が生じている。また生活場面では遂行機能の低下も疑われる。」ことが明らかとなりました。そこで私たちは、F さんにご家族に、「手帳を利用したスケジュール管理と確認」「自宅でのホワイトボードの活用」「自分なりの工夫や方法をみつける」「携帯のアラーム機能の利用」などを提案し、メモなどの代償手段の重要性について繰り返し助言を行いました。また、急な予定変更にも余裕を持って対処できるように、前日までにスケジュールの確認や準備物の用意、チェックリストの作成なども提案しました。F さんもお家族も熱心に取り組まれ、私たちからの助言も概ね理解された様子でした。

表 1. 心理検査所見

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

【就労へのアプローチ】

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

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

【就労後の経過】

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

仲間や先輩たちと楽しんで過ごしています。病気後に辞めていた草野球も再開しました。最近 F さんは、「今後の目標は正式な事務員として勤務することです」と話してくれました。

【考察】

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

事例 11：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しました。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拡げるため、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 12：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しました。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。一方で目で見ただけ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ようになりました。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 13：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、後遺症として前向性健忘（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、次回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、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、自分の障害を客観視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 18 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 18 SS8 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けていませんでした。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 14. 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、実家に戻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、復職後の記銘力低下、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。

(資料2) 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。

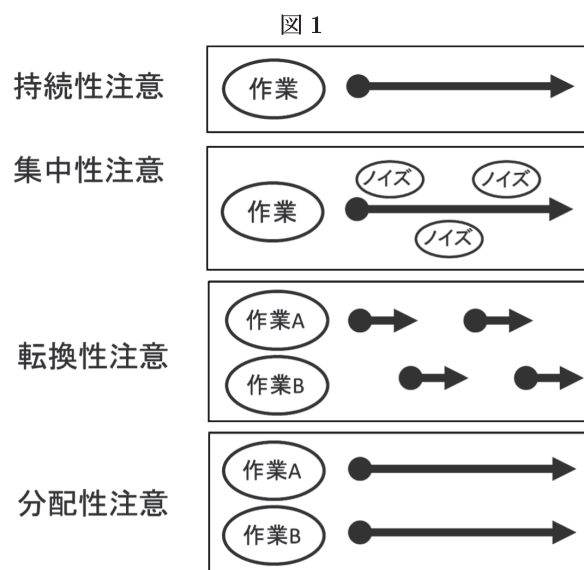


表 1. 注意障害を疑う症状

・ 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、「羽があつて飛ぶところ」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。

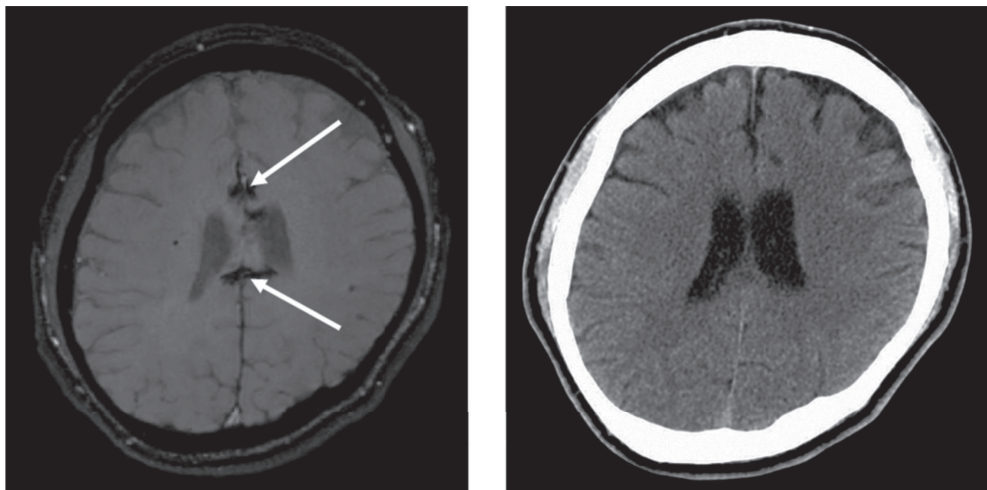
B さん以外にも、「脳挫傷後から通常の看護業務は何とかこなせるが、リーダー業務ができなくなった」と受診された看護師さんや、「引っ越し屋さんに勤務している時に、後先考えずに荷物を運びこんでしまったために仕事をクビになった」と受診された患者さんもいます。たとえ遂行機能が低下していても、予定通りの仕事や指示を受けての仕事であれば一定レベルでこなすことができますので、障害の特性を考慮した適所への配置が就労継続には重要となります。

● 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

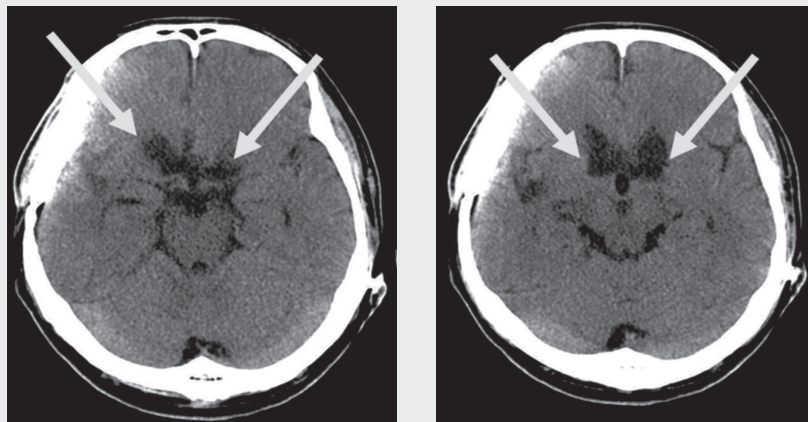
「ゴミが落ちているとすぐに拾ってゴミ箱に捨てに行かずにおられない」「順番守ることに固執し、行列に横入りする人に対して血相を変えて注意する」など些細なことにこだわり、融通の利かない性格、行動になります。

（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に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)

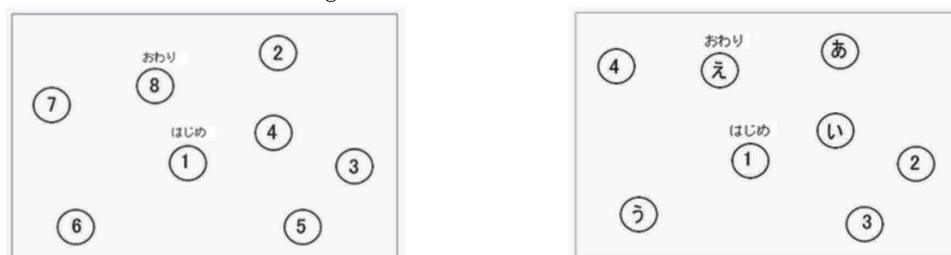


表 3. CAT の課題と注意機能との対応⁶⁾

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)

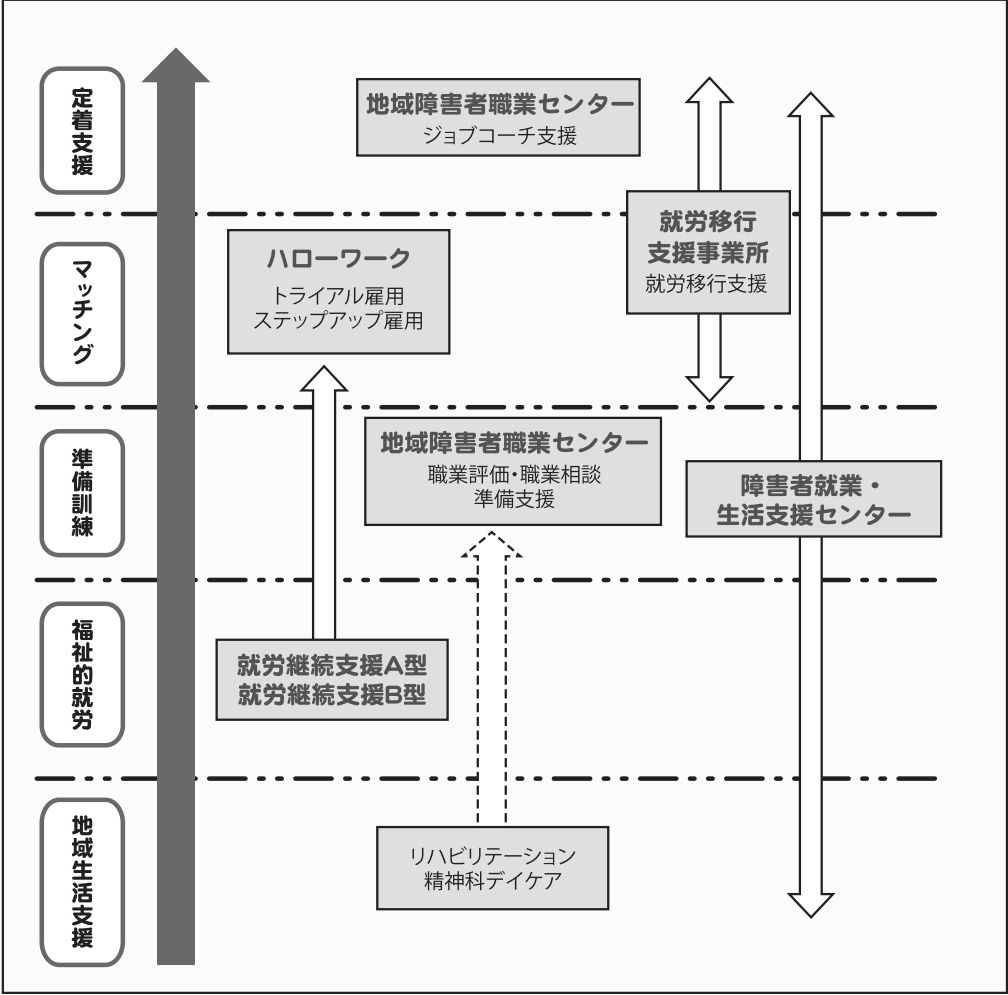
就労継続支援とは、通常の事業所に雇用されることが困難な方へ生産活動や就労の機会が提供される障害福祉サービスの一つです。A 型は、65 歳未満の方が対象となり雇用契約に基づく継続的な就労で、B 型は、雇用契約は結ばず、事業所の売り上げを工賃として賃金が支払われます。就労機会の提供、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行い、ある程度必要な知識・能力が高まった方は、一般就労や障害者雇用への移行に向けて支援をします。

※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

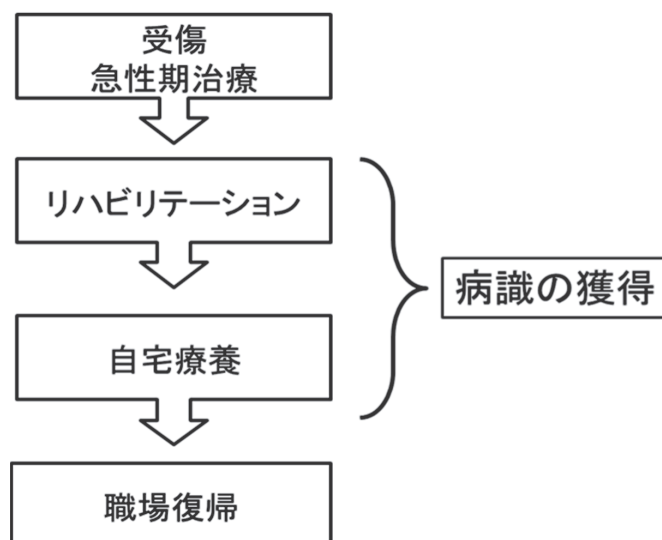
1. 障害の自覚（病識）の重要性

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、患者自身も気がつ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）

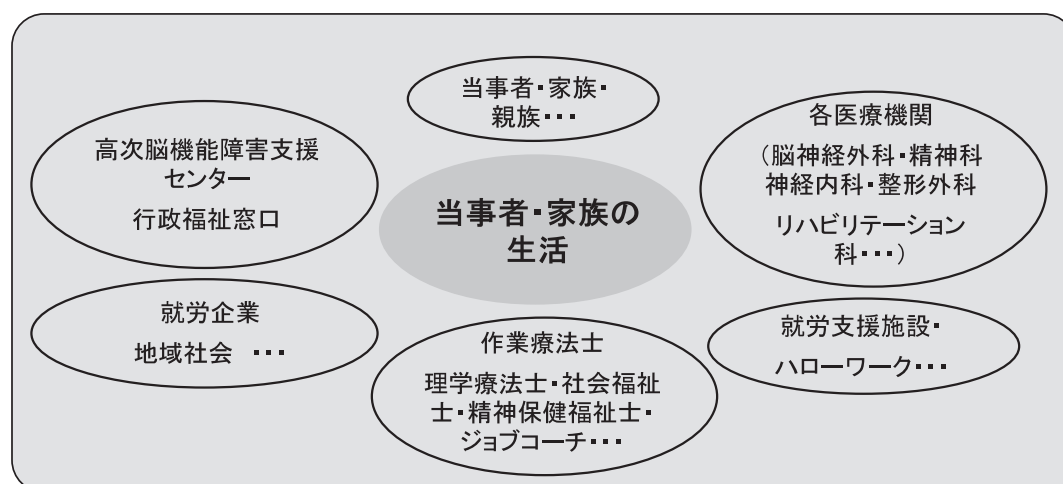
熊本県高次脳機能障害検討委員会では、年 1 回、高次脳機能障害の就労支援や生活をテーマにした「熊本高次脳機能支援ネットワーク研究会」を開催しています。

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

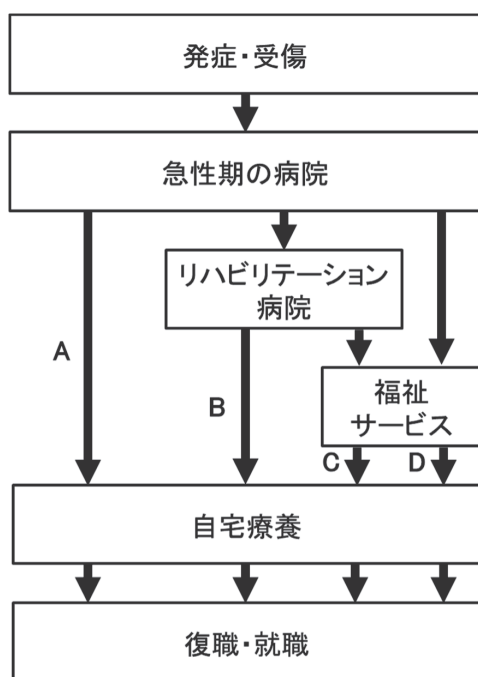
害患者の対応で苦慮する際に、病院側へ連絡をとることをお勧めします。病院側が把握している高次脳機能障害患者の強みを活かし、弱みを補う代償手段が見つかるかもしれません。なによりも福祉側だけで抱え込まず、病院側も悩みを共有することが関わるスタッフの負担軽減にもなります。

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

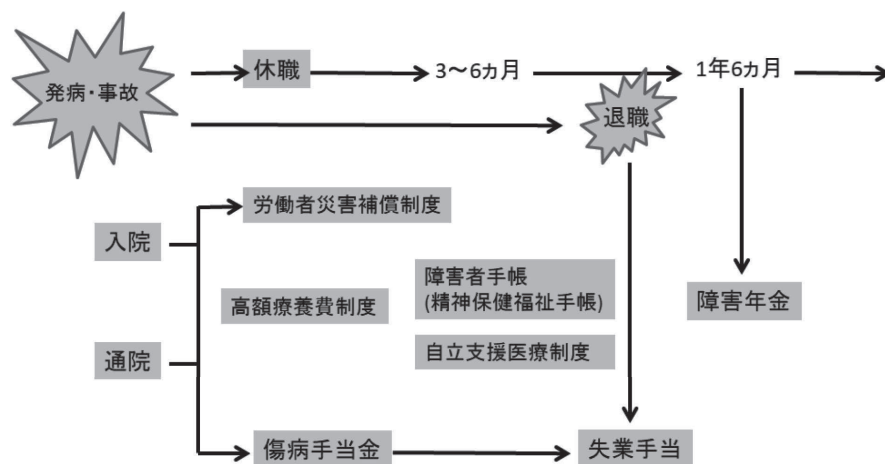


図 1. 所得保障制度利用の流れ

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まれます。

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）、精神科的治療が望まれます。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

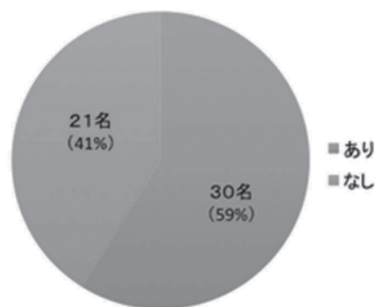
2016年4月から2017年12月の期間で、当院の高次脳機能障害専門外来を受診した患者さんの家族からの聞き取り調査（NPI を使用）により、半数以上の患者に易怒性が認められました（グラフ 1）。

「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性を悪くしたり、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。

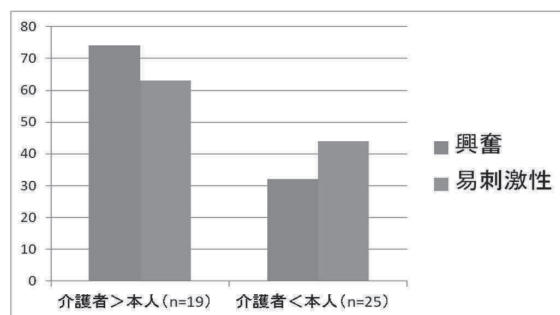
(2) 発現のメカニズム

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無い人は、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るところでは、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

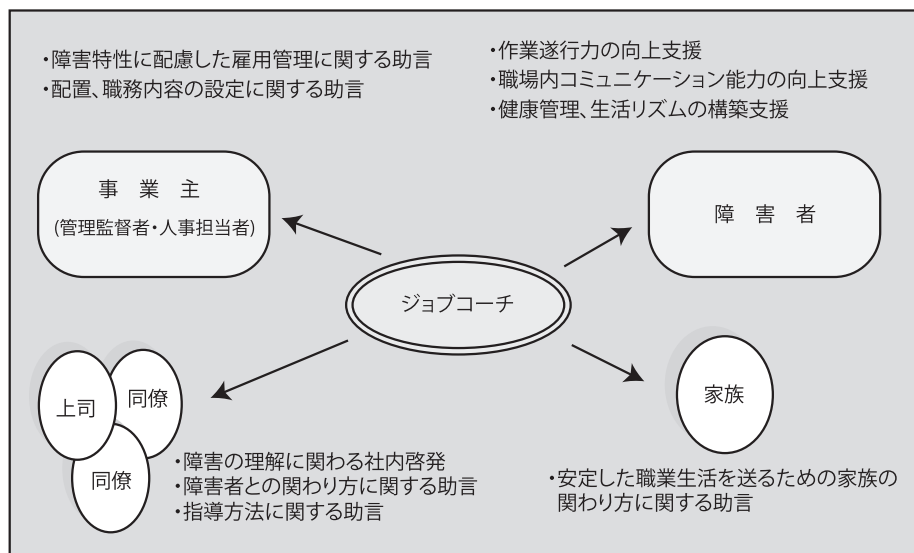
地域障害者職業センターに配置するジョブコーチ

・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。は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回午前ごみの出勤、仕事内容も単純作業から開始されました。記憶障害、注意障害、易疲労性があることから、仕事内容としては社内便の封筒詰めや作業着の破棄などの最も簡単な仕事を任せられ、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がや、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るようお願いしましたが、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さんのように聾啞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て注意を受けたり、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見つける」「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

Ⅱ．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
池田 学	失認、失行、失語	樋口輝彦ら編	今日の精神疾患治療指針	医学書院	東京	2016	18-21
橋本 衛、池田 学	認知症の新しい診断基準について	武田克彦、村井俊哉	高次脳機能障害の考え方と画像診断	中外医学社	東京	2016	269-279
橋本 衛	常同行動（同じ行動の繰り返し）、抑うつ、不眠（睡眠障害）、意欲低下（アパシー）、拒食・食欲低下。	服部英幸編集	在宅支援のための認知症BP-SD対応ハンドブック	ライフ・サイエンス	東京	2016	162-184
橋本 衛	抗認知症薬	橋本洋一郎監修	ブレインナーシング2016夏季増刊号	メディカ出版	大阪	2016	90-95
池田 学	神経心理学的検査	野村 総一郎、樋口輝彦監修	標準精神医学第6版	医学書院	東京	2015	116-124
上村直人、今城由里子、諸隈陽子、藤戸良子	障害者の自動車運転—運転再開の実際（11）疾患別運転再開とその対応（7）その他の神経精神疾患	影近謙治監修	JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION	医歯薬出版	東京	2015	512-518

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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

Fukuda K, Tera da S, <u>Hashimoto</u> <u>M</u> , Ukai K, Ku umagai R, Suzu ki M, Nagaya M, Yoshida M, Hattori H, Mur otani K, Toba K.	Effectiveness of educ ational program usin g printed educational material on care bu rden distress among staff of residential a ged care facilities wi thout medical special ists and/or registered nurses: Cluster qua si-randomization stu dy.	Geriatr Gerontol Int.	doi: 10.1111 /ggi.1320 7.		2017
Tsunoda N, <u>Ha shimoto M</u> , Ishi kawa T, Fukuh ara R, Yuki S, Tanaka T, Hata da Y, Miyagawa a Y, Ikeda M.	Clinical features of a uditory hallucination s in patients with D LB: A soundtrack of visual hallucination s.	J Clin Psych iatry			in press
Koyama A, <u>Has himoto M</u> , Fuk uhara R, Ichimi N, Takasaki A, Matsushita M, Ishikawa T, Tanaka H, Mi yagawa Y, Ikeda a M.	Caregiver burden in semantic dementia w ith right- and left-si ded predominant cer ebral atrophy and in behavioral variant f rontotemporal demen tia.	Dementia and Cognitive Disorders E XTRA			in press
Koyama A, Mat sushita M, <u>Has himoto M</u> , Fujis e N, <u>Ishikawa</u> T, Tanaka H, Hatada Y, Miya gawa Y, Hotta M, <u>Ikeda M</u>	Mental health amon g younger and older caregivers of demen tia patients.	Psychogeriat rics	17(2)	108-114	2017
Matsushita M, Yatabe Y, Koya ma A, Ueno Y, Ijichi D, <u>Ikez aki H</u> , <u>Hashimoto</u> <u>M</u> , Furukawa N, <u>Ikeda M</u> .	Why do people with dementia pretend to know the correct a nswer? A qualitative study on the behavi our of toritsukuroi t o keep up appearanc es.	Psychogeriat rics	doi: 10.1111 /psyg.122 53. [Epub ahead of p rint]		2017
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	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 Neu roscience	35 (8)	992-996	2017

Koyama A, <u>Hashimoto M</u> , Tanaka H, Fujise N, Matsushita M, Miyagawa Y, Hatada Y, <u>Fukuhara R</u> , Hasegawa N, Todani S, Matsukuma K, Kawano M, <u>Ikeda M</u> .	Malnutrition in Alzheimer's disease, dementia with Lewy bodies, and frontotemporal lobar degeneration: comparison using serum albumin, total protein, and hemoglobin level.	PLoS One	11(6)	e0157053	2016
橋本 衛	高次脳機能障害と認知症	日本医師会雑誌	145(6)	1205	2016
橋本 衛	注意障害	老年精神医学雑誌	27(suppl.I)	37-44	2016
Matsuzaki S, <u>Hashimoto M</u> , <u>Yuki S</u> , Koyama A, Hirata Y, <u>Ikeda M</u> .	The relationship between post-stroke depression and physical recovery.	J Affect Disord.	176	56-60	2015
<u>Hashimoto M</u> , Sakamoto S, <u>Ikeda M</u> .	Clinical features of delusional jealousy in elderly patients with dementia.	J Clin Psychiatry	76(6)	691-695	2015
<u>Hashimoto M</u> , Yatabe Y, <u>Ishikawa T</u> , <u>Fukuhara R</u> , Kaneda K, Honda K, <u>Yuki S</u> , Ogawa Y, Imamura T, Kazui H, <u>Kamimura N</u> , <u>Shinagawa S</u> , Mizukami K, Mori E,	Relationship between dementia severity and bad behavioral and psychological symptoms of dementia in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease patients.	Dementia Geriatr Cogn Disord EXTRA	5(2)	244-252	2015
橋本 衛、一美奈緒子、 <u>池田 学</u>	Semantic dementiaの言語障害の本質とは何か	高次脳機能研究	35(3)	304-311	2015
橋本 衛	職場の若年性認知症への早期発見と対応	Modern Physician	36(1)	53-57	2015
Arai Y, Arai A, Mizuno Y, <u>Kamimura N</u> , <u>Ikeda M</u> .	The creation and dissemination of downloadable information on dementia and driving from a social health perspective.	Psychogeriatrics	17(4)	262-266	2017
<u>上村直人</u>	"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	28 (6)	600-604	2017

Baba T, Kanno S, Shijo T, Nishio Y, Osamu I, Kamimura N, Ishii T, Mori E.	Callosal Disconnection Syndrome Associated with Relapsing Polychondritis	Internal Medicine	55(9)	1191-1193	2016
Fujito R, Kamimura N, Ikeda M, Koyama A, Shimodera S, Morinobu S, Inoue S	Comparing the driving behaviours of individuals with frontotemporal lobar degeneration and those with Alzheimer's disease.	Psychogeriatrics	16	27-33	2016
上村直人	待ったなしの認知症治療！かかりつけ医の果たす役割の重要性 認知症と自動車運転.	日本臨床内科学会誌	30(5)	631-636	2016
上村直人、諸隈陽子	免許失効前後の心理的・社会的ケア/サポートの必要性	日本精神科病院協会雑誌	35(5)	35-40	2016
上村直人、藤戸良子	高齢者における認知機能低下・認知症と自動車運転、認知機能低下をきたす医薬品とその使い方	臨床精神薬理	18(6)	545-555	2015
上村直人	器質性不安障害ー認知症に伴う不安障害からみて	精神科治療学	30	155-157	2015
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
植田 賢, 石川 智久, 前田 兼宏, 柏木 宏子, 遊亀 誠二, 福原 竜治, 池田 学	アルツハイマー病との鑑別を要した左前部視床梗塞後の軽度認知障害例	精神医学	58(1)	81-85	2016
福原竜治	鑑別しにくい精神症状や行動障害をどう診分けるかー認知症疾患におけるアパシー	精神科治療学	32(1)		2017
堀田 牧, 福原竜治, 池田 学	生活支援を行った事例.	作業療法ジャーナル	50(8)	867-872	2016
赤城真理子, 遊亀 誠二, 日高洋介, 梶尾勇介, 柏木宏子, 池田 学	発熱後に精神症状や認知機能低下を伴った抗NMDA受容体脳炎が疑われた一例.	九州神経精神医学雑誌	61(1)	9-13	2015

松原慶吾, 池寄寛人, 小藁真知子	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
黒木はるか, 池寄寛人, 清永紗知, 大道奈央, 蓑田健太, 立野伸一	急性脳疾患の小児における嚥下機能の予後予測.	日摂食嚥下リハ会誌	20(3)	124-131	2016
Shinagawa S, Shigenobu K, Tagai K, Fukuhara R, Kamimura N, Mori T, Yoshizawa 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
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
Fujise N, Abe Y, Fukunaga R, Nakagawa Y, Nishi Y, Koyama A, Ikeda M	Comparisons of prevalence and related factors of depression in middle-aged adults between urban and rural populations in Japan.	J affect diso	190	772-776	2016
佐々木 博之, 松本 武士, 濱元 純一, 弟子丸 元紀, 池田 学	児童・青年期のうつ病性障害49例の症状経過に関する臨床研究.	精神科治療学	30	1649-1655	2015
長谷川典子, 池田学	血管障害とせん妄	老年精神医学雑誌	26	26-31	2015

