

大型トラックドライバーの復職支援 ～第一種大型自動車運転再開支援の介入を中心に～

丹治 賢太郎 (社会福祉法人わたり福祉会 介護老人保健施設はなひらの リハビリテーション室 作業療法士)

1 はじめに

道路交通法の改正に伴い、脳損傷者は自動車運転再開前に臨時適性検査を受けなければいけない。今回、脳梗塞を呈した大型トラックドライバーに運転再開支援を行い、復職できた事例を報告する。

※事例は発表者が現在勤務する施設系列の福島医療生協わたり病院回復期病棟にて担当したものである。

2 基本情報

(1) 一般情報

①年齢:50代前半 ②性別:男性 ③職業:長距離大型トラックドライバー(約30年ドライバー職に従事) ④本人の希望:ドライバー職に復帰したい ⑤妻の思い:ドライバー職に不安あり、軽作業の仕事に復職してほしい

(2) 医学的情報

①現病歴:仕事中に言葉が出づらくなり、数日後のX年Y月Z日かかりつけ医にて脳梗塞が疑われ、同日、総合病院にて左分水領域梗塞、左中大脳動脈・右内頸動脈狭窄の診断を受け入院となり保存的治療を受ける Z+9日後リハビリ目的にて当院転院となる ②既往歴:高血圧

(3) 他部門情報

①医師:梗塞巣は頭頂葉にかかっており、空間認識に影響する可能性あり→大型自動車運転時に影響する可能性もあり ②理学療法士:身体機能・体力の維持・向上を目的に介入 S I A S (脳卒中機能障害評価法) 74/76点 ③言語聴覚士:言語機能の改善を目的に介入 レーヴン色彩マトリクス検査34/36点 日常会話問題なし、複雑な内容は返答に遅れることあり ④看護師:院内生活自立、服薬管理可、療養生活記録表実施 ⑤社会福祉士:経済状況は就労収入、病休中

3 作業療法評価

(1) 身体機能: 著明な運動麻痺・筋力低下・感覚障害なし
基本動作・独歩・階段昇降自立

(2) F I M : 126/126点

(3) 神経心理学評価

①自動車運転カットオフ値以上(初期評価のみ実施)

MMSE	27/30点
CDT	10/10点
FAB	16/18点
TMT-B(縦)	156秒
コース立方体	IQ119
レイの複雑図形	模写36/36点 即時24/36点

②自動車運転カットオフ値以下

	初期	最終
TMT-A(縦)	103秒	51秒
かなひろい	75%	93%
F-SWCST	1/4項目可 17分6秒	3/4項目可 9分40秒

(4) ドライビングシミュレーター(以下「DS」という。)

	初期	最終
運転適性	やや注意	普通
総合体験	安定性なし	安定性あり
危険予測体験	安全	安全
ハンドル・ウインカー・アクセル操作(身体動作)	良好	良好

(5) 実車評価(場内教習)

Road Test	60/60点
深視力	正常

※大型車の特徴¹⁾

- ① 運転席が高く遠くまで見え、前方の視認性はよい
- ② 死角が多い→ミラーを多く設置し代償している
(縦長のサイドミラー、アンダーミラーなど)
平ボディ車以外ルームミラーは実用性なし
- ③ 道路標識や看板やトンネルの高さに注意が必要
- ④ 全長(約12m)とホイールベースが長い
→内輪差、オーバーハングに注意が必要
- ⑤ 2速発進
- ⑥ エアブレーキ、排気ブレーキ
- ⑦ 坂道はエンジンプレーキで制動する
- ⑧ ブレーキの制動距離は長い
- ⑨ 先を読む運転、流れにのる運転、積み荷の状態など

4 作業療法計画

(1) 目標: 運転免許センターにて臨時適性検査を受け、第一種大型自動車の運転再開が可能となる

(2) プログラム: ①神経心理学評価 ②DS
③認知機能訓練 ④実車評価
⑤運転免許センターにて臨時適性検査
⑥物品運搬動作訓練

5 介入経過

当院の自動車運転評価様式に沿って神経心理学評価から実施した。その結果、TMT-A(縦)、かなひろい、F

ーSWCST（ウィスコンシンカード分類課題）の3検査でカットオフ値に満たない結果となった。また、DSの運転適性検査では、やや注意と判断された。神経心理学評価とDS検査の結果からは一見、注意機能の低下があると考えられる。しかし、評価中の様子を観察していると、正確な答えを導くことは可能であったが決定的に一間ずつ消化していくことはできず、不安をもちながら次の問題へ取り組んでいる様子であった。そのため、病前に比べ、情報処理速度や判断力が低下したと考えられ、認知機能訓練を実施し、自主トレでは脳トレドリルやナンプレを行った。

DSでは運転適性、総合体験で低評価の判定であった。指示への対応遅れ（車線変更が間に合わない）、指示への対応違い（右折と左折）などがみられた。その他の夜間コースや高速道路コースなどの応用コースも行い、指示への反応もよくなり徐々に改善がみられた。また、神経心理学評価も適宜行い、DSの検査結果も向上がみられたため実車評価実施が可能と判断した。

実車評価は教習所に依頼し、場内教習を行った。評価方法はRoad Testを用い、前述した大型車の特徴にも注意した。教官の指示に遅れることなく対応でき、車両感覚や空間認識もよく、他教習車との協調性もとりながら安全に運転可能であった。教官からは「運転の感覚は概ね良好。今後も安全確認の目視の範囲を多くするように。」とのコメントをいただいた。

妻も教習中の様子を見学し、教官から説明を受け安心した様子であった。また、運転中の様子や教官のコメントを動画撮影したものをリハビリ時に観てフィードバックを行った。

その後、臨時適性検査も実車評価時と同様に事例と妻、作業療法士が同行し受けに行った。免許センター職員からは、発症時からの経過、服薬状況、身体機能、片足立ち能力、認知機能などの確認をされ、適宜、作業療法士がこれらの質問事項に医療的な面も加味しながら答えた。

また、トラックドライバーの業務内容は運転だけでなく、重量物の運搬動作も当然必要である。そのため、物品運搬動作訓練として、最大10kgのものを独歩、台車で運ぶことや台車から高めの棚への積み下ろし作業などの動作訓練を行った。耐久性も維持されており、動的バランスを崩すことなく安全に動作可能であった。

6 結果

(1) 神経心理学評価・DS

初期評価時にカットオフ値以下や低評価のものも適宜再評価し退院時にはほぼ上回る。

(2) 臨時適正検査

運転免許センターに、事例と妻、作業療法士が同行し、第一種大型自動車の運転再開が可能となる。

(3) 追跡調査

Z+57日後に当院退院し、一か月自宅療養後、大型トラックドライバー職に復帰となる。会社側の配慮もあり、少しずつ仕事量を増やしながら職務を遂行している。

7 考察

神経心理学評価やDS検査より、実車評価をするには情報処理速度や判断力の向上が必要と考え、認知機能訓練を行った。また、本人にも評価結果と低下している部分を具体的に伝え、意識的に自主トレを取り組めたことにより、低下した認知機能が向上したと考えられる。

「加納²⁾によれば、運転を職業（タクシー、トラック運転手）にしている熟練ドライバーはドライビングの技術も高い。熟練ドライバーは初心者に比べ相手ドライバーの意図を読み取ること、危険察知能力に長けているとの報告もあり、神経心理検査の数値が低下していても実際の運転では円滑に運転できる場合もある、と述べている。」

よって、事例においても約30年のドライバーの職歴があることから、神経心理学評価でカットオフ値に満たないものもあったが、DSの危険予測体験では初期評価時より安全と判断され、実車評価でも車両感覚や空間認識の低下はみられず、安全に運転が可能であったと考えられる。

当院の運転再開支援プログラムでは、通常は臨時適性検査の同行はしていないが、復職を目的にした大型自動車の運転再開のためには作業療法士が同行し、医療機関～教習所～免許センターとの連携役を担うべきと考えた。

作業療法士が免許センター職員に医療機関での経緯や実車評価の様子を的確に伝えたことにより、円滑に臨時適性検査が行え、運転再開可能となり、職業ドライバー支援が実現でき、妻の不安も解消できたと考えられる。

8 おわりに

会社との直接のやりとりは事例・妻のみで病院からの情報は伝言という形で行った。医療機関から直接的に会社に情報を与えることで、安全面も含めて復職支援がよりスムーズにできたとも考えられる。また、今回は担当作業療法士が第一種大型自動車運転免許を所持しており、トラックドライバーの職歴があったことから総合的に必要な支援が可能であったことも環境要因の一つと考えられる。今後も職業ドライバーの復職支援の機会は少なくないと考えられる。そのためにも、各関係機関との連携の継続、新たな連携先の開拓をしていく必要がある。

【参考文献】

- 1) 小川政一、清水勤：若年世代に贈るトラック講座、「カミオン」第33巻 第5号 No. 401 p. 115-122, 芸文社 (2016)
- 2) 加納彰：脳卒中者の自動車運転, 「作業療法ジャーナル」6月増刊号 Vol. 48 No. 7 脳卒中の作業療法 支援技術から他職種連携・制度の利用まで p. 762-768, 三輪書店 (2014)

脳挫傷後、高次脳機能障害を呈した方への復職支援 ～地域障害者職業センターとの連携により復職達成された一事例～

○金谷 浩二（医療法人永広会 八尾はあとふる病院 リハビリテーション部 理学療法士）
武平 孝子（医療法人永広会 八尾はあとふる病院 リハビリテーション部）
小野 仁之（医療法人永広会 八尾はあとふる病院 診療管理部医局）

1 はじめに

本事例は、高次脳機能障害の影響（注意、記憶、遂行機能の全般的な低下）により、本人が職場復職の具体的計画立てなどの相談を職場担当者とうまくできていなかったため、地域障害者職業センター（以下「職業センター」という。）の介入を依頼、職場担当者との打ち合わせを重ね、結果的に職場復帰達成に至った。

本事例の経過と、支援内容を振り返り、報告する。

2 症例紹介

40代、一人暮らしの男性で、倉庫業兼運送業（2階建ての倉庫の現場監督、夜勤担当）をされていた。

X年に職場倉庫の中で頭部打撲され、A病院に救急搬送された。脳挫傷をともなう右前頭葉内急性硬膜下血腫と診断されるが、血腫は大きくないため保存的治療の方針となった。3週間ほど意識がなく、発話もなかった。

その後、A病院の回復期リハビリテーション病棟を経て、受傷後約5ヶ月で、両親の住む実家へ退院となった。

退院後すぐに目標（独居生活、職場復帰）達成に向けたリハビリテーションが継続できるよう、当院のリハビリテーション科外来へ紹介となった。

3 初期評価と方針設定

頭部CTでは右前頭葉・弓隆部の損傷が目立ち、遂行機能、ワーキングメモリ、情動コントロールなどの障害が懸念されるため、作業療法（以下「OT」という。）と評価が開始となった。また、特に四肢の運動麻痺は認めないものの、受傷後から両手指と左肩の運動制限と痛みがあるということで、併せて理学療法（以下「PT」という。）も開始となった。

Trail Making Test（以下「TMT」という。）は、Part-Aは所要時間174秒、Part-Bは所要時間270秒であった。リバーミード行動性記憶検査（以下「RBMT」という。）は、標準プロフィール点15/24であった。遂行機能障害症候群の行動評価（以下「BADS」という。）は、修正6要素検査にて、ルールを理解しているが、手をつけることができたのは2課題のみであった（プロフィール得点1/4）。以上のことから、注意、記憶、遂行機能の低下が確認できた。

上肢機能に関しては、両手指の屈曲制限と筋力低下が著

しく、握力は右14.4kg、左18.4kgであった。左肩は自動屈曲90°と制限は強いが、日常生活に大きく支障をきたすことはなかった。

体力低下も認め、連続歩行は10分程度が限界であった。

本人は、早期の復職と、独居生活への復帰を強く望まれていた。先に述べた高次脳機能低下、上肢機能低下、体力低下が復職、独居復帰にどう影響するかを探りながら、必要な治療プログラムを立案していくこととした。併せて、職場担当者との打ち合わせを経て、どのような業務形態からまず復職していくかを考えていくようにした。

4 介入開始と経過

通院開始より3ヶ月（発症より8ヶ月）経過した頃から、本人よりそろそろ復職したいという発言が増えてきた。

仕事については「できると思う」と話されるが、通勤手段の確認や、復帰後の職務内容等の具体的な話を職場担当者とおこなえていなかった。遂行機能、病識の低下から、自ら予定を立てて取り組むことが難しく、促してもなかなか行動につながらない、というところが目立った。

また、元々から家族とのコミュニケーションをほとんどとらなかった経緯もあってか、家庭で今後の話（意思疎通）がなかなかできないという悩みを両親から告げられており、本人、家族の代弁役をPT、OTが担う関わりも多かった。

今後の方向性の確認、目標設定のための面談の日程を調整していたが、発症より9ヶ月目に、てんかん発作があり救急搬送された。それを受けて、職場担当者より、復帰の具体的な話は「症状をみながら」ということとなり、しばらく見送られることになった。

本人は、発作のショックが大きかったのか、活気がなくなり、ほとんど外出することがなくなったようであった。職場担当者は「職場の管理をしていた本人の立場も踏まえて放っておけない」という気持ちも話されていたため、職場、本人、家族との話合いのもと、今後の職業復帰計画について職業センターへ相談する運びとなった。

5 職業センターとの連携

職業センターの担当カウンセラーに経緯を説明し、ワークトレーニングの導入と、今後の復職計画を立ててもらい

たいという要望を伝えた。職業センターが用意できることとして、①職業評価、②職場との打ち合わせ、③職業準備支援、という提案があった。

まず職業センターでの職業適性評価をおこなうため、当院での評価内容、本人の職業内容、就労に関する医師からの意見（特に疲労や発作誘因などの注意事項など）を情報提供した。

職業センターより、職業適性検査の結果から、条件を整えれば職業復帰可能ではないかということであった。職場との打ち合わせにより復帰方法、復帰時期など具体化すればという意見を受け、具体的な復職に向けた打ち合わせ会議を設定した。

6 復職に向けた打ち合わせ

受傷より12ヶ月が経過したところで、復職に向けた打ち合わせ会議を実施した。

職業センター担当からは、即時的な記憶、注意の分配、自ら予定を立てて取り組むことが難しいこと、作業課題（ピッキング）では正しくできているが、連続する作業は疲労する印象を受けるので、作業範囲、内容を限定して復帰することがしばらくは望ましいのではないかと提案があった。

それを受け、2週間程度、職場内作業を短時間おこなう機会（試し出勤）を設け、今後の具体的に考える職務内容を職場から洗い出し、その内容を踏まえて、外来リハに併せ、職業センターでのワークトレーニングを約2ヶ月間（月～金、9:00～15:00）おこなうことが決まった。

7 打ち合わせからの各経過と、復職前の最終確認

試し出勤は、バラ発注のピッキングから開始した。業務内容を鮮明に覚えており、順調に作業遂行できたとのことであった。試し出勤開始時期から右肩が痛くなりはじめ、5～10kgの重量物持ち上げが難しくなった。痛みについては当院整形外科を受診し、鎮痛薬投与とPT追加開始となった。（その後徐々に痛みは改善し、持ち上げ動作は可能となった。）

職業センターのワークトレーニングでは、反復軽作業を中心とした作業課題を実施した。集中できており、作業スピードも特に不足なかったとのことだった。自らメモを活用し、記憶面を補完することができていたようである。

OT評価では、TMTは、Part-Aの所要時間96秒、Part-Bの所要時間126秒であった。RBMTは、標準プロフィール点18/24であった。BADsは、修正6要素検査にて、全ての課題に手をつけられていた。注意、記憶、遂行機能と、初回より改善がみられていた。

ワークトレーニングが終わった時点で、再度、病院、職

場、職業センターの担当者が集まり、それぞれの経過報告をおこなった。復職可能と判断し、近日復帰の調整へ話が進んだ。受傷前に扱っていた、フォークリフトを使えるようになってほしいということについては、講習を受け、ライセンスの再発行をおこなうことになった。

8 結果

発症から17ヶ月し、職場にも復帰された。労働時間はまず7時間での復帰となり、業務は問題なくおこなえたとのことであった。それを受けて、外来OT、PTも終了となった。

その3ヶ月後に、就労継続できているか、本人に確認をとったところ、労働時間も受傷前の状態に戻し、上手く続けられているとのことであった。

復職までの経過を振り返り、特に良かったことはないか尋ねてみたところ、職業センターでのワークトレーニングの話題が挙がる。通っていた時には自覚がなかったが、通勤に似た一連の流れが生活リズムを整え、自信につながったのではないかと振り返られていた。

後に独居生活にも戻られ、現在も就労継続できているとのことであった。

9 考察

高岡¹⁾は、高次脳機能障害では、専門機関におけるフォローアップは長期にわたらざるを得ないが、医療機関だけでは支援を継続することは困難、かつ不十分である。他の社会資源の職員を含めた医療職以外のメンバーとともに、より包括的な支援をおこなう必要があると述べている。本事例では、職場担当者が積極的に受診に付き添い、復職に関しての相談がいつでもできる体制にあったこと、就労支援機関と連携することによって具体的な職業復帰計画が立ち、明確な目標設定ができたことで、スムーズな復職が達成できたと考える。

今回の事例を通し、専門職、関係者が互いに寄り添い、支援をおこなうことの大切さと、復職のイメージを持ちにくいケースに対して、通う場を持つことの大切さを改めて実感できた。この経験を生かし、今後も、就労支援機関との連携、職場関係者との関わりを重視して、復職支援に取り組みたい。

【参考文献】

- 1) 高岡 徹：高次脳機能障害者「総合リハビリテーション」Vol. 41 No. 11 p. 997-1002 (2013)

【連絡先】

金谷 浩二
医療法人永広会 八尾はあとふる病院 リハビリテーション部
e-mail : kanatani@heartful-health.or.jp

高次脳機能障害を呈した50歳代母親の就労に至るまでの医療機関における長期支援からの一考察

○清野 佳代子（東京都リハビリテーション病院 作業療法士）

築山 裕子・水品 朋子・坂本 一世・倉持 昇・柳原 幸治（東京都リハビリテーション病院）

1 はじめに

経済産業省¹⁾及び坂本²⁾の報告によると、高次脳機能障害を呈した50歳代女性が新たに就労できることは難しい。また高岡³⁾は「一定レベルの障害認識がなければ他者の助言を受け入れることも代償手段の利用も困難であり業務遂行能力の低下を補うことができない。」と述べている。

今回、4人の子供を扶養しなければならないために、障害認識の低い発症時から就労に対する強い意志を持つ50歳代母親が入院・外来・集団訓練・他機関の利用を経て就労に至った過程を報告する。特に集団訓練において就労に必要な不可欠な障害認識を得ることが出来た。この症例を通し医療機関における就労支援で有用なポイントを検討する。本報告は書面にて症例の同意を得ている。

2 高次脳機能障害特別訓練プログラム（集団訓練）

平成21年度より、年間1クール（5～8ヶ月、全10～17回）、高次脳機能障害者6～11名を対象として高次脳機能障害特別訓練プログラム（以下「集団訓練」という。）を実施している。このプログラムは注意力・集中力の向上、記憶を補完する代償手段の獲得、患者と家族の障害認識を深め目標志向的に生活することへの支援を目的としている。内容は各部門（医師・看護師・理学・作業・言語・心理・医療相談）が担当する専門的プログラムと認知行動療法をベースにした社会生活力訓練“Sympho”（以下「Sympho」という。）である。“Sympho”とは橋本⁴⁾がニューヨーク大学ラスク研究所のプログラム⁵⁾を参考に行なっている「羅針盤」を参考にした当院オリジナルの認知行動療法的プログラムである。毎回患者1名を主役とし、希望や目標に向けて明日から出来ることを他の参加者が助言し、それを生活で実行に移していく。その後の実施状況も適宜確認・共有していき、そこでは自発的にポジティブな意見を出し合うことが心得とされている。

3 症例紹介

50歳代女性、左内頸動脈瘤破裂によるくも膜下出血を発症、急性期病院を経て在宅復帰目的に当院転院、軽度右片麻痺、失語症、注意・記憶・遂行機能障害を呈していた。シングルマザーで中学生から大学生の4人の扶養者であった。発症前は事務系契約社員として勤務していた。発症時

に会社からは解雇され、入院中より就労への強い希望があったが、障害に対する認識は低かった。

4 介入経過

(1) 入院期：X（発症日）+2.5～5.5ヶ月

理学・作業・言語・心理療法を実施した。入院時は覚醒不良、失語症により一部の神経心理学検査施行不能、作業療法（以下「OT」という。）では主に屋内家事動作自立を目指し訓練を実施した。表1に入退院時評価結果を示す。

退院時、運動麻痺は軽度で独歩可能、セルフケア自立、調理と外出は見守りを家族に依頼した。高次脳機能は、入院時と比較して改善したが、注意・記憶・遂行機能低下、および障害認識は低下していた。意思疎通不良であった失語症は軽度まで改善したが、複雑な内容を伝えることや理解力は不十分で、表出や書字も中等度の障害が残存していたため、メモの実用化は困難な状況であった。そのため症例のニーズはあったものの就労支援レベルではないと判断し、外来訓練は言語と心理のみで、OTは一旦終了となった。

表1 入退院時評価

項目	入院時(X+2.5ヶ月)	退院時(X+5.5ヶ月)
Br.stage	上肢V手指V下肢V	上肢VI手指VI下肢VI
WAIS-III	施行不能	VIQ施行不能 PIQ88
WMS-R	施行不能	視覚性記憶 77
認知力	MMSE:20/30, コーシIQ 77	MMSE:24/30, コーシIQ 115
注意力	TMT-A:349秒, B:不能	TMT-A:142秒, B:154秒
行動記憶	RBMT:13/24	RBMT:18/24
遂行機能	BADS:施行不能	BADS:15/24
SLTA	147/232 理解中等度、	196/232 理解軽度、
失語症	表出・書字重度	表出・書字中等度
ADL/IADL	FIM 83/126, 院内監視	FIM 122/126, 外出監視

(2) 外来初期：X（発症日）+5.5～11ヶ月

外来での言語と心理の個別訓練にて、聴理解と書字能力が改善しメモの活用が可能になった。

(3) 外来中期：X（発症日）+11～21ヶ月

調理と外出が自立となり、集団訓練に参加した。“Sympho”では就労への強い希望を変わず訴えていた。集団訓練終了時の全体像を表2に示す。前述の結果、年齢・機能的に困難は予測されたが、症例の思いを尊重し、就労支援レベルに到達したとチームで判断し、OTも再開となった。また他患との関わりで障害認識が向上し、精神障害者保健福祉手帳3級を取得、障害者枠正規雇用を目指すこととした。OTでは就労に対する心掛けなどの助言や適宜

現実的・具体的な目標立てを行った。求職活動整理シートで希望内容を整理したり、長所や短所を明記した履歴書や障害説明書の作成、面接の練習を実施した。障害者職業センター・ハローワーク・就労支援会社の利用方法の説明や安心して相談出来るよう訪問に同行した。必要に応じて他職種・他機関との情報交換も行った。症例は外来訓練を継続しながら職業センターでの評価・訓練を行い、自己の障害認識を更に高め、真摯に就職活動を行った。

表2 集団訓練終了時の全体像

項目	集団訓練終了時(X+16ヶ月)
知的能力	WAIS-III:VIQ 106 PIQ 97 FIQ 102
注意力	TMT-A:124秒 B:103秒(平均レベル)
記憶力	WMS-R-一般的記憶 113(平均レベル)
行動記憶	RBMT:23/24
KWCST	CA4 PEN 7 DMS1(臨機応変な対応困難)
遂行機能	BADS:18/24(軽度残存)
失語症	SLTA:227/232(軽度残存)、メモ活用可能
ADL/IADL	FIM:126/126、家事・外出自立
障害認識	理解向上
処理能力	作業速度遅いが正確
人柄	温厚、努力家、責任感が強い
結果	就労支援レベルに到達

(4) 外来後期：X(発症日)+21~24ヶ月

障害者雇用合同説明会・郵送での応募で30社以上の不採用が続いた中、障害者就労支援会社の紹介で面接し、中規模商社の常勤嘱託事務職員として、年収240万円、1年毎の契約更新での採用が決定した。発症からちょうど2年が経過していた。現在就職してから3年目を迎えるが、継続して雇用されており、4人の子供を無事に大学進学させた。

5 考察

(1) OTの介入ポイント

入院時より「仕事に就きたい」という症例の変わらぬ一貫した思いに寄り添いながら、生活・就労に向けて課題分析し、短期目標を提示していった。症例がそれらを手掛かりとしたことで、着実に就労に近付いていったのではないかと考える。このようにOTは常に目的に向けた現状能力を見極め、目標志向的に介入することが求められると考える。

(2) 就労支援で有用なポイント

就労は本人の自己決定なしには成立しない。症例は入院時から就労への意欲を示したが、障害認識の低下や重複した高次脳機能障害により非現実的な課題であった。しかし、経過の中で機能が改善し、ADL/IADLが自立しメモ活用が可能になったことで就労支援開始となった。また集団訓練で得られた障害認識から、精神障害者保健福祉手帳を取得し、障害者枠での就労に臨むことが出来た。先崎ら⁶⁾は「集団訓練の指針として『気付き・順応性・可逆性・障害の受入・代償』の経過をたどる。」と述べている。症例もまたこの経過を経て、就労という目標達成に結び付いたと考え

る。OTは年齢や入院時の障害の重症度で就労の実現が可能かを判断しがちである。しかし、今回症例の強い意志に寄り添い、タイミングを見極め、適宜必要な能力の獲得、助言、情報提供、他職種・他機関との連携を行い長期に支援出来たことで、多くの困難な条件をクリアし就労に結び付くことが出来たと考える。

(3) 集団訓練の効果

就労は対象者と就職先の適合で終わりではなく、いかに定着するかが求められる。それには他者とのコミュニケーション能力が必要であり、謙虚な姿勢で臨まなければならず、自己の障害認識が深められているかが重要である。

中島ら⁷⁾は「集団訓練は自己・他者意識、意欲を促進させ、集中力、現実検討力を改善し、障害認識を改善することに有効である。」と述べている。また山里⁸⁾は「グループ訓練には社会的適応を改善する可能性がある。」と述べている。医療機関で行う個別訓練では障害認識を得ることに限界がある。そのため就労支援においては集団訓練が一定の効果を示すと考える。本症例においても障害認識を獲得したのは集団訓練に参加して数ヶ月経過してからであり、社会参加の初めの一歩としての場になったと考える。

築山ら⁹⁾は「この集団訓練を通して客観性や現実志向性が向上し、自らの障害を適切に認識する基盤が出来ていった。」という研究結果を述べている。また西原ら¹⁰⁾は「様々なプログラムを通じて患者同士やスタッフとの交流機会が増えたことで社会生活機能が改善した。」と述べている。今後も高次脳機能障害者の集団訓練における効果および社会参加や就労に及ぼす効果を検証していきたい。

【参考文献】

- 1) 経済産業省：「人材ニーズ調査」(2004)
- 2) 坂本一世：急性期から維持期まで—高次脳機能障害者の障害と生活—, 臨床作業療法 Vol.5 No.1・10-14 (2008)
- 3) 高岡徹：高次脳機能障害者, 総合リハ 41巻11号・997-1002 (2013)
- 4) 橋本圭司：生活を支える高次脳機能リハビリテーション, 三輪書店 (2008)
- 5) 立神粧子：前頭葉機能不全 その先の戦略, 医学書院 (2010)
- 6) 先崎章ほか：ニューヨーク大学医療センター・ラスク研究所「脳損傷者外来通院治療プログラム」で行われている集団を利用した認知・心理療法, Journal of Clinical Rehabilitation Vol.8 No.6 (1999)
- 7) 中島恵子：高次脳機能障害のグループ訓練, 三輪書店 (2009)
- 8) 山里道彦ほか：高次脳機能障害症例に対するグループ訓練, 認知リハビリテーション Vol.15 No.1(2010)
- 9) 築山裕子ほか：高次脳機能障害者の社会参加に向けての関わり(その1)—集団訓練前後の感情検査と人格検査の結果から—, 第32回日本心理臨床学会抄録集 (2013)
- 10) 西原大助ほか：健康関連QOL(SF-36)からみた高次脳機能障害者グループ訓練プログラムにおける変化, リハビリテーション・ケア合同研究大会札幌2012抄録集 (2012)

【連絡先】

清野 佳代子(東京都リハビリテーション病院)
e-mail: ot@tokyo-reha.jp

脳出血により左片麻痺及び高次脳機能障害を呈した事例への復職支援 ～回復期リハビリテーションから復職に至った要因の検証～

○福地 弘文 (医療法人ちゅうざん会 ちゅうざん病院 リハビリテーション部 作業療法士)
末永 正機 (医療法人ちゅうざん会 ちゅうざん病院)

1 はじめに

佐伯¹⁾によれば、脳卒中後の復職率は我が国で約40%とされている。さらに重度の片麻痺や高次脳機能障害の合併等が復職阻害因子として挙げられており、片麻痺や高次脳機能障害が残存した対象者にとって、復職は高い目標であり、支援する側にとっても難渋するケースが多い。

今回、脳出血により重度の左片麻痺及び高次脳機能障害を呈した事例を担当した。入院初期から機能回復や復職の希望が強く聞かれたため、早期から復職を視野に入れ、本事例の勤め先(以下「職場」という。)と連携しながら復職に向けたアプローチを行った。その結果、中等度の左片麻痺と高次脳機能障害が残存したなか、復職へ繋げることができた事例へのアプローチを振り返り、当院における回復期リハビリテーションにおける作業療法の成果を検証する。

2 事例紹介

50歳代男性。家族構成は妻との2人暮らし。X年、左片麻痺が出現し起立不能。呂律難もあり救急搬送。右被殻出血を認め入院加療となる。発症から約3週間後にリハビリテーション目的で当院に入院。職業はホテル従業員。主に清掃(客室準備)、勤務表作成、電話対応を含む清掃状況・空き部屋の確認などの仕事を受け持っていた。

3 作業療法評価(入院時)

- ・身体機能は、Brunnstrom stage(以下「Brs」という。)左上肢Ⅱ・手指Ⅰで廃用手レベル。下肢Ⅱ。感覚は麻痺側上下肢表在、深部覚ともに重度鈍麻。筋力は徒手筋力検査にて右上下肢4～5レベル。
- ・認知機能は、精神状態短時間検査-日本版(以下「MMSE-j」という。):25/30点。その他、紙面上の検査や日常生活動作(以下「ADL」という。)場面より注意障害、構成、視空間認知の低下も認めた。

表1の結果より、注意障害を中心とした高次脳機能障害、知能低下がみられた。

- ・ADLは車椅子レベルで、機能的自立度評価法(以下「FIM」という。)では、運動項目43/91点、認知項目32/35点、合計75/126点であった。基本動作は軽介助。食事、整容動作自立。排泄、更衣、入浴動作は一部介助を要した。歩行は、長下肢装具(以下「KAFO」という。)装着し重度介助レベルであった。

- ・心理状況は、落ち込みや焦り、今後の不安が強く、ニーズとしては麻痺の改善と復職の希望が強く聞かれた。

表1 神経心理学的検査 入院時 (cutoff値以下のみ記載)

WAIS-Ⅲ	全IQ:65 言語理解:76 言語性IQ:68 知覚統合:68 動作性IQ:67 作動記憶:76 処理速度:60
標準注意検査法(CAT)	聴覚性検出課題:39.6/100% SDMT:40.9/100% 記憶更新課題:3スパン 31.2/100% 4スパン 31.2/100% PASAT:2秒・1秒 13.3/100%

4 作業療法経過

(1) 機能改善及びADL獲得に向けた時期(入院～1カ月半)

麻痺側上下肢に対しては随意運動介助型電気刺激装置を用いた機能訓練、KAFO装着下での立位・歩行訓練を実施。ADLに対しては実際の場面での介入、高次脳機能課題では、注意の変換・同時処理・作動記憶課題を実施。構成・視空間認知障害に対してもアプローチを実施した。介入1カ月半後には、麻痺はBrs上肢Ⅲ～Ⅳ、手指Ⅳまで改善。ADLは車椅子で全て自立。歩行はKAFO装着し見守り。高次脳機能障害は残存していたが、紙面・机上課題での誤りは減少傾向にあった。

(2) 職場との連携、模擬訓練の時期(入院1カ月半～3カ月)

機能訓練を継続しながら、職場と第1回面談を実施。事例の現在の状態と今後の見通しを説明し、実際行っていた仕事内容を聴取した。仕事内容に合わせ、パソコン操作、電話対応から開始。注意障害の影響から、入力ミス、聞き間違いなど細かいが多くみられたが、本人は「大丈夫。実際の仕事ではミスしないよ。慣れているし。」と障害に対する受容や気づきは不十分であった。

(3) 職場訪問、他職種共同アプローチ(入院3カ月～4カ月)

歩行が自立となり職場訪問及び2回目の面談を実施。実際の環境で、安全に移動できるのか、どのような作業を行うのか確認させてもらい、今後の課題や代償手段などについて本人・職場上司と話し合った。また、復職へ向けたアプローチをより緻密にするため、生活行為向上マネジメントを用いて、アセスメントやプランを立て他職種共同でのアプローチを実施した。身体機能及び能力面の課題として、階段昇降や体力的不安があったため、理学療法士は主に有

酸素運動、階段昇降、応用動作訓練を実施し、さらに自主トレーニングメニューを提供した。高次脳機能障害に対しては、作業療法士、言語聴覚士にて、紙面・机上課題の継続に加え、実際に職場で使用する書式を用いた事務課題、電話対応、空き部屋確認など具体的な内容の作業を実施した。また、中等度の片麻痺が残存していたため、ヘッドホンや首かけなどの代償手段の検討を行った。さらに、仕事内容の一つに、ベッドメイキングやアメニティグッズの準備が含まれていたため、介護士に協力を依頼し、病棟内の各部屋のシーツ運びや自身の部屋のベッドメイキングを一緒に行ってもらった。事例は、「早く仕事に戻りたい」と復職意欲は維持できていたが、ミスや片手だけでは困難な作業など、障害に対する気づきや、復職後に直面する課題や心理的負担へのイメージは不十分であった。

(4) 実際の職場で訓練を行った時期(入院4カ月～退院まで)

3回目の面談で、未だ体力的不安や、事務的作業においてもミスがでる可能性を説明し、実際に職場に出向いて復帰に向けた訓練を行うことが決まった。当院入院中であったが、外出や外泊を利用して職場へ行き、職場復帰後行うメニューを実際に行ってもらった。何度か職場での訓練を繰り返すうちに、「～ができなかった。聞き取りミスがあった。片手ではできないことがあって迷惑をかけた。歩くスピードが遅くて病前みたいに動けない」など障害に対する気づきや受容が芽生え、同時に職場仲間の障害に対する認識も深まっていた。本人へはその都度、解決方法のアドバイスや代償手段の提案、できることを少しずつ増やしていけるようにとメンタル面のケアも行った。

5 結果

- ・身体機能は、Brs 左上肢Ⅳ・手指Ⅴ・下肢Ⅴまで改善し補助手としての使用が可能となった。感覚は上下肢表在、深部覚ともに中等度鈍麻が残存した。
- ・認知機能は、MMSE-j:29/30点。
表2の結果より、全般的に高次脳機能障害の改善は得られたが、注意障害を中心とした障害が残存した。
- ・ADLは独歩にて全て自立し、FIMで運動項目 88/91点、認知項目35/35点、合計123/126点であった。
- ・心理状況は、病前のような働きができないことへの落ち込みや苛立ちがみられたが、「少しずつできることを増やしていかない」と復職意欲は維持できていた。
- ・職場側からは「事務的な作業を中心に本人ができる仕事からやってもらう」と、本事例の能力に見合った配慮が得られた。また、退院後は当院の外来リハビリテーション(以下「外来リハ」という。)を利用しながら復職することとなり、退院後の支援も可能となった。復職から3カ月経過した時点でも、大きなトラブルはなく勤務継

続に至っている。

表2 神経心理学的検査 退院時 (cutoff値以下のみ記載)

WAIS-Ⅲ	全IQ:78 言語理解:78 言語性IQ:76 知覚統合:81 動作性IQ:86 作動記憶:83 処理速度:92
標準注意検査法(CAT)	聴覚性検出課題:48.7/100% SDMT:50/100% 記憶更新課題:3スパン 81.2/100% 4スパン 31.2/100% PASAT:2秒33.3 1秒16.3/100%

6 考察

脳血管障害者の復職支援において、仕事内容の把握、復職に向けた評価、訓練に加え、職場の環境把握、同業者への情報提供、患者の復職希望の意欲を維持することが重要である。さらに、本人や同業者の障害に対する気づきや理解、受容が大切であり、本事例は、模擬的訓練に加え、職場訪問、実際の職場での訓練を入院中から実施したことで課題が明確になり、自身の障害に対する気づきや、受容に繋がったと思われる。田谷²⁾は、仕事内容の調整や能力に見合った職務の準備など職場側の配慮がなければ就労は困難と示唆されると報告している。今回、職場での訓練、仕事内容の調整や能力に見合った職務の準備など職場側の配慮を得られたことが早期復職に至った大きな要因と考える。また、徳本³⁾らによれば、早期復職を可能にする要因として、①発症早期よりADL能力が高い。②復職に適応する十分な体力がある。③医療機関の復職に関する支援があること。と述べている。本事例は、入院初期はADL能力が低下していたが、集中的な機能・ADL訓練に加え、早期から復職に向けたアプローチを行った。その結果、早期からADL能力が改善し、体力の向上、復職意欲の維持、企業側の受け入れに繋がり早期復職に至ったといえる。

一方、医学的復職可否的確性については、今後の課題であり、患者や家族の意見、機能や能力をしっかりと評価していき、適切な復職時期を見極める力も身に付けていく必要がある。復職は復職そのものがゴールではなく、その後の支援も重要である。復職後も連携を維持する方法として、今回は当院の外来リハを利用したが、必要に応じてジョブコーチといった他職種との連携が図れる支援体制の構築も必要であると考えられる。

【参考文献】

- 1) 佐伯寛：脳卒中後の復職 近年の研究の国際動向について「総合リハvol.39」p.385～390,2011
- 2) 田谷勝夫：「医療から社会へ」-復職へ向けた支援体制の整備-vol.16.No.1.p32-36.2007.
- 3) 徳本雅子他：脳血管障害リハビリテーション患者における早期職場復帰要因の検討 -日職災医誌 58. p.240-246,2010