

脳卒中患者の職業復帰 ー通勤、自動車運転についてー

○中村 優之（医療法人のぞみ会 のぞみリハビリテーション病院 公認心理師）

臂 美紅・白戸 夏美・富井 豊人

（医療法人のぞみ会 のぞみリハビリテーション病院 リハビリテーション課）

高野 尚治（医療法人のぞみ会 のぞみリハビリテーション病院）

1 はじめに

社会復帰、職業復帰は回復期リハビリテーションの重要な目標の一つである。医療法人のぞみ会のぞみリハビリテーション病院（以下「当院」という。）においても患者の高齢化傾向はあるものの、脳卒中患者の約30%は65歳未満の就労世代である。特に若年脳卒中患者の職業復帰は経済的問題のみならず、障害受容やQOLの向上のためにも重要である。しかし復職においては身体機能の回復や作業能力の獲得に加えて通勤手段の確保が重要な課題となる。特に自宅や勤務地が地方都市や農村地域の場合、従来の通勤手段は自動車通勤がほとんどであり、代替手段としての交通機関の利用が実用的ではない場合が少なくない。

今回比較的円滑に異動や配置転換、自動車運転を含めた通勤の再開が可能であった、若年脳卒中患者の職業復帰支援を経験した一例について報告する。

2 症例

K.O殿。50歳代男性、左被殻出血、入院時身体機能：BRS：上肢V・手指V・下肢VI、ADL：バーセル・インデックス（以下「BI」という。）65、失語症なし、明らかな高次脳機能障害なし、職業：大手自動車メーカー整備士。

3 治療経過

仕事中に右麻痺が出現し救急搬送され、左被殻出血の診断で急性期病院へ入院、保存的加療となる。上肢に強い右片麻痺が残存し、発症1か月後、職場復帰に向けたリハビリテーション目的にて当院へ転院となる。当院入院時、意識清明なもののやや反応性低下がうかがわれ、脳出血後の低覚醒状態と考えられた。右片麻痺は回復傾向にあったが、上肢の筋緊張亢進を認め、手指の麻痺も中等度で分離不良であった。感覚障害は軽度で、右手指に痺れの訴えが聞かれた。ROMは概ね保たれていたが、右肩関節にアライメント不良による疼痛を認めた。全般的な筋力低下、耐久性低下等の廃用症状も認められた。

ADLは入院時、入浴、階段、歩行などに監視を要しBI65であった。起居動作は自立、歩行補助具なしでの歩行まで可能も、ふらつきや麻痺側下肢の躓き、膝のロッキ

ングを認めた。しかしバランス反応は良好であり評価中に病棟内T-cane歩行自立とした。上肢機能は右が補助手から廃用手のレベル、左は実用手であった。MMS：28/30、HDS-R：28/30、コース立方体IQ：100で、低覚醒状態によると思われるケアレスミスや操作スピードの遅さは見られたものの、明らかな高次脳機能障害はないものと思われた。前医にて不眠傾向に対して眠剤を服用しており、入院中の気分の落込みに対して留意し経過観察することとした。STの評価結果から失語症はないものと考えられ、STは評価のみで終了した。各部門の方針として覚醒の向上や廃用症状の除去、麻痺の回復促進、ADLの獲得、復職に向けアプローチを行うこととした。

入院の経過において、低覚醒や廃用症状ならびに夜間の不眠も改善が見られた。歩容の異常性は見られなくなり、屋内外ともに歩行自立、ADL全自立となった。上肢麻痺の回復も図られたが、動作スピードの低下や巧緻性低下は軽度残存し、自動車整備士としての仕事についてはある程度の制限が生じると思われ、職業復帰においてデスクワークも含め配置転換等の対応が必要と考えられた。

また病前の勤務地に公共交通機関を利用して通勤する場合、約2時間を要することから、通勤についての課題が挙げられた。当院入院から約4か月で本人より自宅復帰の希望があり、カンファレンスにて退院の判断となり、退院後は自宅にて訓練継続しながら、復職へのアドバイスを行う方針となった。

自動車運転の再開については、生活状況や再発予防、また脳卒中後てんかんについての経過観察期間を考慮したうえで、主治医から発症より約1年間は運転を控えるよう本人、家族に対して説明が行われ、約1年後に運転免許センターへ紹介する方針となった。

4 退院後の職業復帰までの経過

入院中に本人、家族に対して後遺障害ならびに身体障害者手帳についての情報、また免許センターへの紹介などについての説明を行った結果、会社との交渉は本人に委ねる方針となった。退院後に会社産業医に向けて、一部作業能力に制限が生じるものの、公共交通機関での通勤まで可能であること、通常の勤務時間での就労においても実用的な

体力を有することを示した診断書を提出した。

その後、会社上司や産業医との面談を継続する中で、再配属先が検討され、そこでは試験的出勤など数か月の復職プログラムを経て正式な職業復帰の方針となったことについて、本人からの報告があった。

5 当院における運転再開支援

当院では、回復期リハビリテーション病棟に入院となった脳血管障害患者において、自動車運転再開を希望する患者に対して、残存する身体障害、高次脳機能障害の評価結果や回復状況により危険性、安全性を検討し、運転再開の是非について主治医からの判断を伝えている。運転再開の時期について明らかな基準を示したものはないが、井上ら¹⁾は脳卒中患者の運転再開時期について調査した結果、運転再開までの期間は平均7.6±6.4か月であったと報告している。当院では運転再開が見込まれる患者に対して、疾病によって脳血管障害発症後約6か月から1年間は運転を控えるよう伝えるとともに、運転再開前には交通安全相談を受けることをすすめ、当院から紹介状をお渡ししている(図1および図2)。

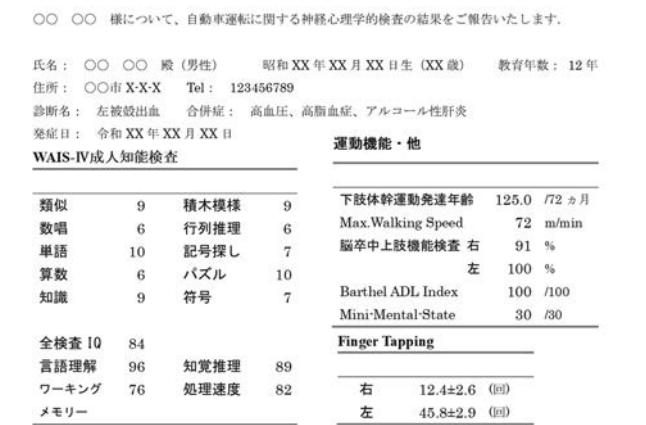


図1 安全運転相談窓口あて 紹介状イメージ①

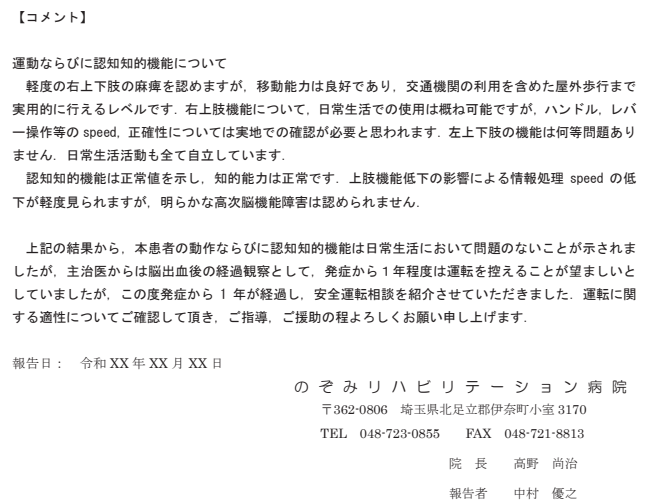


図2 安全運転相談窓口あて 紹介状イメージ②

なお本症例については免許センターにて確認を経て、発症から約1年後より運転を再開しているが、通勤については現在も公共交通機関利用を継続している。

6 まとめ

近年、当院の回復期リハビリテーション病棟の入院患者の高齢化が徐々に進んでいるが、厚生労働省の調査によると²⁾、2017年の回復期リハビリテーション病棟への入院患者の約65%が75歳以上となっている。その中でも佐伯ら³⁾は脳卒中患者の約30%は65歳未満の就労年齢であると報告している。当院においても2023年度に回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中患者のうち、約30%が65歳未満の就労年齢であった。

佐伯ら⁴⁾ ⁵⁾ によれば、復職に必要な能力として「何らかの仕事が出来る」、「8時間の作業耐久力がある」、「通勤が可能である」の3つを挙げている。また障害受容の重要性も指摘している。

通勤については、勤務先ならびに自宅周囲の環境が都市や近郊区であれば公共交通機関の利便性は高いものの、地方都市や農村部などにおいては、自動車通勤が主な選択肢となってしまう場合が少なくないと思われる。本症例も軽度の身体障害が残存したが、明らかな高次脳機能障害は認められず、実用移動能力ならびに軽度の作業能力まで獲得し、障害受容も良好であった。しかし発症前は自動車にて1時間以内の通勤時間であったが、自動車以外の通勤手段を考慮した場合、公共交通機関の利用では倍以上の時間がかかってしまうことが想定された。

今回のように、会社の規模が比較的大きく、勤務地の異動について現実的な選択肢があり、さらに配属や中途障害者の雇用に対しての支援体制が確立していることは、何らかのハンディキャップを持った労働者においては大きなメリットになると考えられた。

【参考文献】

1) 井上拓也, 大場秀樹, 平野正仁, 武原格, 一杉正仁: 脳卒中患者における早期の自動車運転再開の実態と背景について. 日職災医誌 67:521-525, (2019)
2) 厚生労働省. 平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 29 年度調査)の結果について. (2017)
3) 佐伯覚, 蜂須賀研二: 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 39:385-390, (2011)
4) 佐伯覚: 脳卒中患者の職業復帰. 日職災医誌 51:178-181, (2003)
5) 佐伯覚, 蜂須賀明子, 伊藤英明, 加藤徳明, 越智光宏, 松嶋康之: 脳卒中の復職の現状. 脳卒中 41:411-416, (2019)