

職業リハビリテーションへの紹介をはかる高次脳機能障害例の特徴 —— 神経心理学的検査からの分析 ——

Analysis for property of the patients with cognitive dysfunction that we had introduced to the institute of vocational rehabilitation

田中 淳一*, 原 寛美*

要旨：高次脳機能障害者の就労支援において医療リハビリテーション（以下「医療リハ」）と職業リハビリテーション（以下「職リハ」）の連携が重要であることが明らかにされつつあるが、医療機関から職リハ機関へ紹介する際の判断基準はまだ明確ではなく、特に就労の可否に影響を及ぼす指標について明らかにすることが求められている。これまでに当院から職リハに移行したケースを、その神経心理学的検査データ、受傷から受診までの期間、リハ実施状況等について調査・分析を行った。その結果、神経心理学的検査結果では就労者・非就労者間に有意差はみられなかった。一方受傷から受診までの期間や外来リハによる継続的な支援、医療リハと職リハ両方の実施が就労に影響することが示された。

Key Words：高次脳機能障害、就労支援、神経心理学的検査、連携

はじめに

高次脳機能障害者の就労支援において専門的な職業リハの介入が重要である。しかし医療機関から職リハ機関へ紹介する際の判断基準はまだ明確ではなく、「どういったケースを送ればよいのか」といった疑問がよく聞かれる。そこで、これまで当院より職リハ機関へ移行したケースの特徴を分析し、神経心理学的検査でその基準が示せるかどうか、また医療リハと職リハとの有効な連携のために求められる点について明らかにしたい。

ここで、これまで当院と職リハ機関との連携の中で確認されてきた点について述べる（原2005）（図1）。職リハ機関（障害者職業センター）が高次脳機能障害者を受け入れる上で医療機関に求める点として、

- ・ 就労が可能かどうか、医療機関としての判断がされていること
- ・ 対象者自身の障害認知が一定進んでいること
- ・ 就労の前段階である、社会生活の遂行能力があること（学習・適応の基礎的技能、地域社会へ

の適応行動能力）（松為, 1999）（図2）

一方、当院において職リハ移行を判断した点としては、

- ・ 認知機能が改善傾向にあること
- ・ 自宅からの通院が自立している
- ・ 職リハ機関への通所が自立可能である

が挙げられる。職リハ機関へ紹介したケースは基本的にこれらの要件を満たしたと判断されるが、「就労が可能かどうかの医療機関としての判断」は非常に難しいところであり、これについて神経心理学的検査で数値化が可能かどうかを検討した。

1. 調査方法

対象

平成15年11月～平成17年9月に地域障害者職業センターに就労支援の依頼を行い、職リハが実施された13例（男性12例・女性1例、頭部外傷

*相澤病院総合リハビリテーションセンター Junichi Tanaka, Hiroyosi Hara : Aizawa Hospital Rehabilitation-Center

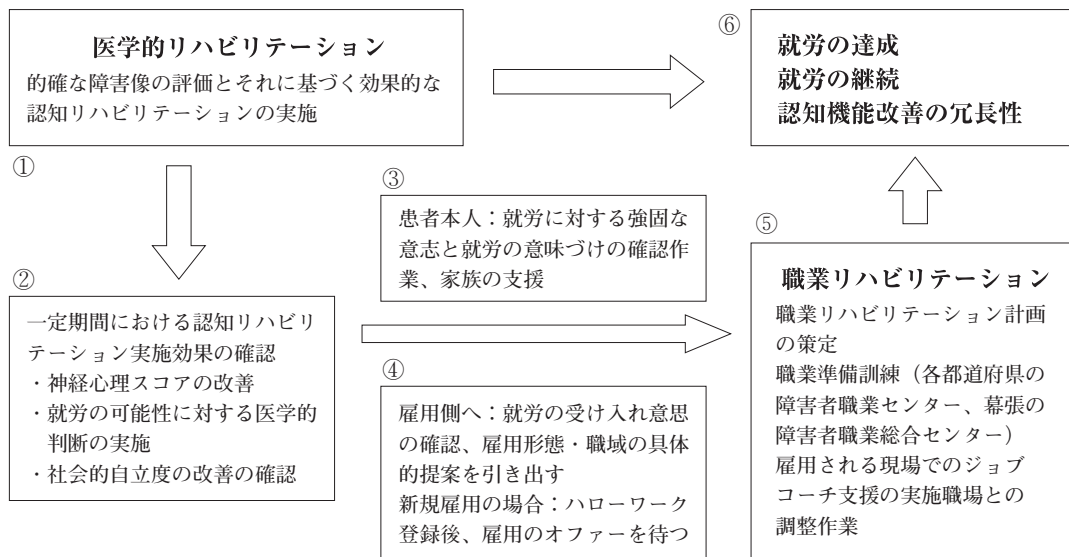


図1 高次脳機能障害例の就労（復職）までの流れ

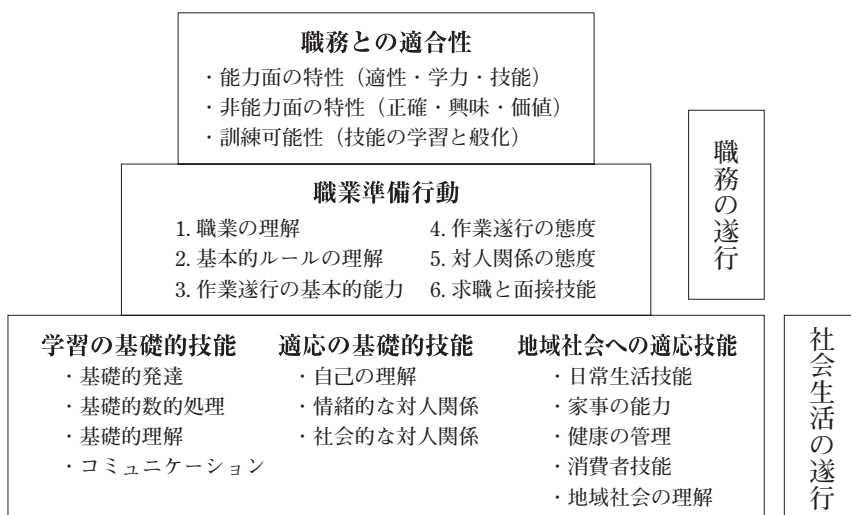


図2 個人特性の階層構造

表1 就労状況

就労あり	就労なし
9例 (男性8 女性1)	4例 (男性4 女性0)

(H17.12.1現在 一般就労について)

6例、脳出血・脳梗塞3例、SAH術後1例、その他3例)。

方法

上記のケースをその後の就労の可否で分け、神経心理学的データおよびその他の変数(年齢、受傷から受診までの期間、リハ実施状況)で比較。

2. 結 果

1) 就労状況(表1)

平成17年12月1日現在において就労ありが9例、就労なしが4例であった。

2) 神経心理学的検査結果(表2)

職リハ紹介例全体の平均として全般的知能でIQ80後半から90後半、記憶では軽度障害のレベルであり、WMS-Rの遅延再生課題において低下が認められる。注意・遂行機能ではほぼ平均レベルであった。

3) 職リハ紹介例の各検査最小値(表3)

全般的知能でIQ80前後、記憶・注意では中等度以上の障害レベル、遂行機能は境界～平均以下のレベルであった。

4) その他の変数について(表4)

受傷から受診までの期間(平均)では、就労あり群が27.8ヵ月、就労なし群が72.4ヵ月と有意差があった。外来リハの実施者は就労あり群8例に対し、就労なし群1例であり、就労あり群の内4例は職リハと同時並行で実施されていた。医療リハと職リハ両方が実施されたケースは、就労あり群8例、就労なし群1例であった。

3. 考 察

神経心理学的検査結果について

神経心理学的検査において、就労あり群が就労なし群より値が高いということはなく、就労可否の基準としては示すことはできなかった。先行研究においても、「神経心理学的検査結果には有意差を認める項目はみられず、入所時の高次脳機能障害の種類や程度は、その後の就業定着に関しても特に影響していない」(田谷ら, 2002)、「就労を成功させることに寄与した要因を分析すると、いずれの神経心理学的検査結果も関与がなく、実際の就労場面を想定した訓練をすることや職業カウンセリングを行うことが成功に関与している」(先崎, 2005)という報告がある。

一方、「復職群の比較において、認知機能ではWMS-Rの遅延論理記憶で有意差があった」(田中ら, 2001)、「外傷性脳損傷者の就労率を左右する因子としては、年齢、CT所見、障害受容状況等が報告されている。検査バッテリーで見ると、GCS、PTA、PASAT、WCS、PECS、BF2、SRSなどが予測について有効であると報告されている」(佐藤ら, 2003)、というように、神経心理学的検査による予測の可能性を示唆する研究もある。いずれにおいてもケースの検査に対する取り組みの様子や反応のパターンなどから就労場面での様子を推察し、機能障害の程度とともに行動の特徴を捉えることの重要性が述べられている。

その他の変数について

受傷から受診までの期間は就労あり群が有意に短い。「受傷後のリハ病院入院までの期間や入院時の重傷度が長期の帰結に強く関係する」(佐藤ら, 2003)とされているように、早期のリハ介入の重要性が示唆されている。ケースの中には、受診までのあいだ高次脳機能障害の診断がされずに家や職場でのトラブル・離職が繰り返され、これらの失敗体験が抑うつ症状などの適応障害を引き起こしていたという例がみられた(原, 2005)。

医療リハの実施状況では、就労あり群には外来リハの実施が多く、8例中4例は職リハと並行して行われている。外来リハではケースの日常生活

表2 神経心理学的検査結果

		就労あり群 平均 (1SD)	就労なし群 平均 (1SD)	片側検定 (T<=t)
WAIS-R	FIQ	90.7 (6.0)	98.0 (15.6)	0.24
	VIQ	95.2 (6.1)	97.3 (17.6)	0.43
	PIQ	86.3 (9.0)	99.0 (12.1)	0.09
MMSE		28.5 (0.8)	29.5 (0.5)	0.08
WMS-R	一般	79.2 (17.8)	86.5 (17.7)	0.29
	言語性	83.2 (16.5)	86.3 (14.4)	0.39
	視覚性	80.5 (14.6)	96.8 (16.3)	0.10
	注意集中	89.2 (15.6)	96.8 (16.3)	0.30
	遅延	73.6 (15.9)	75.0 (17.4)	0.46
RBMT	標準プロフィール	19.1 (3.5)	19.5 (2.1)	0.41
	スクリーニング	8.8 (2.3)	8.5 (1.7)	0.42
三宅式記憶力検査	有関係 1回目	6.3 (2.2)	7.3 (1.5)	0.22
	2回目	7.8 (2.7)	8.5 (1.1)	0.27
	3回目	8.9 (1.9)	9.5 (0.5)	0.21
	無関係 1回目	2.0 (1.7)	1.3 (1.1)	0.21
	2回目	4.2 (2.2)	4.0 (3.1)	0.46
	3回目	6.0 (3.4)	5.8 (2.5)	0.45
PASAT		26.0 (10.3)	37.0 (4.0)	0.07
TMT	A	102.1 (39.7)	76.8 (18.0)	0.11
	B	227.3 (195.3)	94.3 (20.1)	0.10
KWCST	第一段階 CA	4.0 (2.2)	5.3 (0.8)	0.11
	PEN	5.1 (5.4)	0.8 (1.3)	*0.04
	DMS	1.7 (2.4)	0.5 (0.9)	0.15
	第二段階 CA	3.7 (0.9)	6.0 (0)	
	PEN	5.0 (1.6)	0 (0)	
	DMS	1.3 (1.2)	0 (0)	
BADs	総得点	14.6 (2.4)	17.5 (1.5)	0.15
	年齢標準化	81.7 (10.9)	94.0 (8.0)	0.17

表3 職リハ紹介例の各検査最小値

WAIS-R	FIQ	81	三宅式記憶力検査	有関係 1回目	2	
	VIQ	83		2回目	1	
	PIQ	75		3回目	4	
MMSE	27	無関係 1回目		0		
Kohs立方体	79	2回目		1		
WMS-R	一般	52		3回目	1	
	言語性	63		PASAT	15	
	視覚性	50未満		TMT	A秒	181
	注意集中	65			B秒	662
	遅延	50未満		KWCST	第一段階 CA	0
RBMT	SPS	14	PEN		8	
Rey複雑図形検査	PF	5	DMS		5	
	copy	32	第二段階 CA		3	
recall (30min)	23	PEN	5			
			DMS		3	
			BADS	総得点	13	
				年齢標準化	73	

表4 その他の変数

		就労あり群	就労なし群	片側検定 (T<=t)
年齢平均		39.3歳 (±9.4)	31.8歳 (±5.3)	0.07
受傷から当院受診までの期間平均		27.8ヵ月 (834.3日) (±617.2)	72.4ヵ月 (2142.8日) (±778.2)	*0.03
医療リハ実施者数・期間	入院	4例 平均31.5日 (6~78日)	1例 3日	
	外来	8例 平均26.6ヵ月 (802.8日±401)	1例 21.4ヵ月 (641日)	
リハ実施状況	医リハ+職リハ(内, 並行例)	8 (4)	1 (0)	
	職リハのみ	1	3	
職リハ紹介時の就労状況	休職中	3	0	
	失職中	6	4	
	就労経験なし	0	0	

あるいは就労中の支援が継続して行われる。高次脳機能障害者の場合、社会生活のなかで生じるその人独自のつまづきがあり、そのケースの障害特性と生活上の問題点との関連を医療機関において正確に評価し本人や家族・職場へフィードバックすることが求められるが、それには外来での継続したフォローが重要といえる。「一見したところでは能力低下がわからないので、最初の業務をこなすと次第に多くの業務をまかされるようになりがちである。業務が本人の能力を越えた時点でパニックとなって一気にミスが頻発したり、精神的に不適應を起こすことがあるため、職場復帰した後の定着支援が不可欠である」(岡崎, 2004)。

医療リハと職リハ両方が実施されたケースは、就労あり群8例、就労なし群1例であった。地域障害者職業センターへの聴取のなかで、ケースの職リハ中の問題点として「(ケースが)なぜそういう行動をとるのかわからない。性格的なものなのか、障害からくるものなのか。どのように対応すればよいのか。」「障害の自覚がなく、訓練目的が理解されない。」などが挙げられた。機能評価(障害特性の的確な分析)・障害受容の促進・代償手段の獲得は医療機関の役割である。また、「高次脳障害者は一般に施設内で獲得した技能を実際の職業現場へ般化することが困難である。このため実際の職場で作業を行いながら必要な技能を身につける職場内訓練を実施するのが良い」

(岡部, 2004)とされる。職リハで行われるジョブコーチは職場に派遣されて障害者に必要な技能の指導を行うとともに、周囲の人に障害特性を理解してもらい円滑に作業を進めるための調整や助言を行う。医療リハと職リハがそれぞれの役割を果たし、かつ情報交換を行うことで就労の定着につながるといえる。

4. まとめ

職業リハビリテーションへの移行をはかった高次脳機能障害例の特徴として、

- 1) 神経心理学的検査の平均は軽度の障害～平均レベルと比較的高い数値だが、中等度の障害例もあった。また、就労あり・なし群間の比較でも特に有意差はみられず、神経心理学的検査結果をもって就労可否の基準として示すことはできなかった。
- 2) 就労に結びついた例の特徴としては、①受傷から受診までの期間が短く、②外来にて継続的な支援が行われており、③医療リハと職リハ両方が実施されている、ケースが多いといえる。

今後の課題

医療リハと職リハの連携において、就労の可否

についての医療機関としての判断が求められる。神経心理学的検査で予測可能とする研究・報告もあり、当院においてもさらに件数を重ね明らかにしていく必要がある。また、職リハ機関紹介の際、ケースの行動の特徴について情報提供する必要があるが、就労に影響するさまざまな要因（心理的側面、社会性、病識等）について表すことのできる客観的な指標を検討していきたい。

文 献

- 1) 岡崎哲也：高次脳機能障害者の職場復帰. リハビリテーション医学, Vol.41, No.11, 758, 2004
- 2) 先崎 章：就労支援に向けたリハ評価. 臨床リハ, Vol.14, No.4, 322, 2005.
- 3) 佐藤徳太郎, 小熊順子, 小松原正道：外傷性脳損傷患者の職業リハビリテーションの現状や職業復帰状況. 日本職業・災害医学会会誌, 第51巻, 第3号, 185-186, 2003.
- 4) 田中宏太佳, 蜂須賀研二, 田谷勝夫：外傷性脳損傷の評価—職業復帰の視点から. 臨床リハ, Vol.10, No.11, 996, 2001.
- 5) 田谷勝夫ほか：訓練終了6ヵ月時の就業群と非就業群の比較. 障害者職業総合センターH14調査報告書
- 6) 原寛美, 相澤病院総合リハビリテーションセンター：1高次脳機能障害とは何か, 7就労に向けたリハビリテーション, 高次脳機能障害ポケットマニュアル, 8-14, 174, 医歯薬出版, 2005.
- 7) 松為信雄：職業リハビリテーションの基礎知識. 障害者職業総合センター資料, 1999.