

早期復職に至った視床出血症例の一例～早期復職要因の考察～

松井 政幸^{1,5)} 中島 裕也^{2,5)} 杉本 志保理^{3,5)} 川端 香²⁾ 佐藤 万美子^{4,5)}

要 旨：脳卒中後の復職支援事例に関する報告は散見されるが、病巣や復職後の再発リスクを加味した報告は少ない。今回担当した症例は、40代右利きの男性であり、左視床の背内側核、外側腹側核を含む領域に広がる出血巣を認めた。入院加療後、外来通院を開始し、発症4ヶ月後に原職復職に至った。当院転院時、軽度失語症、注意機能低下、逆行性健忘を認めたが、その後改善を示し、喚語能力や流暢性低下の影響を受け人名想起の困難さのみが残存した。メモなどの補填手段の活用が定着し、職業準備性が満たされていたため、早期復職にむけて主治医より本人と職場に対して緩和勤務の指示を行った事で、疾患再発を考慮した復職支援を行うことができた。本症例は、視床の解剖学的考察より神経心理学的所見が軽微で、職業準備性が保たれており、療養・就労両立支援の観点で復職指導を行ったことから、早期復職、その後の就労定着に繋がったと考えられる。

(福井医療科学雑誌 19:30-35, 2022)

【Key words】 視床出血、高次脳機能障害、復職、療養・就労両立支援

緒 言

視床は、種々の感覚の中継核であると同時に、運動調整に関与する基底核や小脳と機能ループを構成する。したがって、視床が損傷すると感覚障害だけでなく運動障害も引き起こす。さらには皮質連合野と双方向の神経回路を形成することから、知覚や記憶といった高次脳機能にも関与する。さらには、辺縁系や脳幹とも神経回路を結ぶことで、情動や意識にもかかわる。このように視床はさまざまな領域のつなぎ目として役割を担うことから、視床が損傷すると多彩な臨床症状が出現する¹⁾といわれている。これら視床病変を含む脳卒中後の復職支援は、临床上多く経験する。

障害者にとって就職(復職を含む)は経済的な問題だけでなく、生産的な雇用を通じて障害の回復を促進し、障害の受容および自己認識を高め、社会的不適合を減らすとされている²⁾。脳卒中患者が復職できなかった場合に、QOLが低下すると報告されている³⁾ことから、脳卒中後の復

職は生きがいにも深くかかわり、社会参加の一形態として重要な意義を有する⁴⁾。以上より、脳卒中後の復職支援を行うことは重要であるが、一方で復職後の疾患再発リスクに留意が必要である。これら脳卒中後の復職に関する報告は散見されるものの、病巣や復職後の再発リスクを加味した報告は我々が知る限り見当たらなかった。

そこで今回、視床出血症例に対して、視床病変後の障害像について詳細に分析し、職業準備性と復職後の再発リスク予防に着目した復職支援を行ったので報告する。

なお、本報告にあたり、本人より口頭で同意を得ている。

症 例

40代男性、右利き、病前の職業は金融機関の管理職であった。左視床出血を発症し、A病院で保存的加療を行った。意識障害、右片麻痺は改善したが、失語症、注意障害、記憶障害の残存を認め、25病日復職を目標とし

1) 福井総合病院 診療支援部 リハビリテーション課 作業療法室
2) 福井医療大学 保健医療学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻
3) 福井総合クリニック 診療支援部 リハビリテーション課 作業療法室
4) 福井総合病院 リハビリテーション科
5) 福井県高次脳機能障害支援センター
(採択日 2022年12月)

たりハビリテーション(以下, リハビリ)目的に当院回復期リハビリ病棟(以下, 回復期)に転院した。当院転院時, 病棟内 ADL 自立, 身体機能に明らかな異常を認めなかったものの, 人の名前が覚えにくい, 発症前 1 年半程度の記憶が曖昧との訴えがあった。転院後, 失語症と注意機能の改善はみられるものの, 人の名前が覚えにくいとする症状が残存した。症例は, 早期復職を強く希望していたため 63 病日に自宅退院となった。退院後は外来にて作業療法, 言語聴覚療法を開始した。外来リハビリ通院時に神経心理学的再評価を行ったところ改善を認め, 117 病日仕事量の調整はあったが, 病前の金融機関管理職への復職に至った。

画像所見

頭部 CT にて, 脳室穿破を伴う左視床出血を認めた(図 1)。出血巣の同定は平山, 大島, 前島らの報告をもとに行なった⁵⁻⁷⁾。出血巣は, 主に背内側核・外側腹側核を含む領域に認められ, 視床前核への損傷は免れていた。

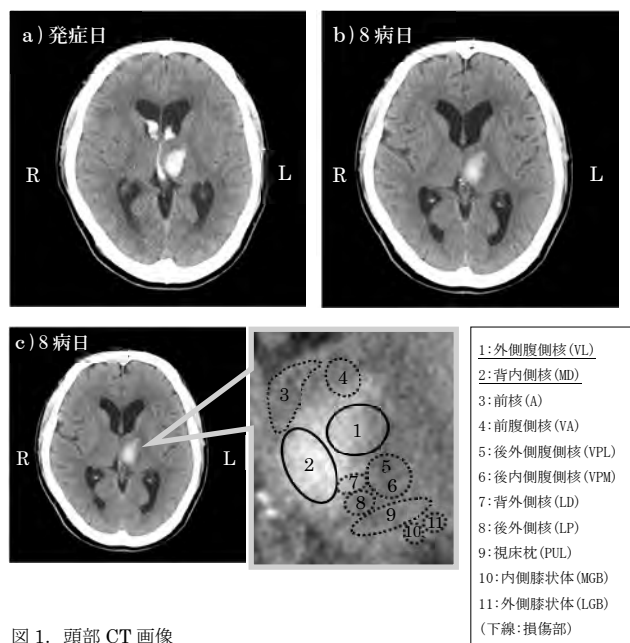


図 1. 頭部 CT 画像
発症日 (a), 8 病日 (b) の頭部 CT 画像を示す。
脳室穿破を伴う左視床出血を認める。視床各部の同定 (c) を行い, 損傷部位である背内側核 (VL)・外側腹側核 (MD) を実線で, その他視床各部を点線で示す。

神経心理学的評価

回復期入院時(26-33 病日)と外来リハビリ通院時(90-104 病日)の神経心理学的所見を表 1 に示す。

ウェクスラー知能検査改定第 3 版(WAIS-III)にて, 処理速度の低下を認めるものの, 知的機能そのものに異常は認めなかった。また, 遂行機能障害症候群の行動評価

(BADS)より, 遂行機能についても異常は認めなかった。標準注意検査法(CAT)にて, 外来リハビリ通院時に, 配分性・転換性注意機能に軽度低下を示すものの, 日常生活上で注意機能低下の影響はなかった。

症例の主訴でもある記憶面については, ウェクスラー記憶検査改定版(以下, WMS-R), 標準言語性対連合学習検査(以下, S-PA), リバーミード行動記憶検査(以下, RBMT)を行った。WMS-R と S-PA については, 入院時に比べ外来リハビリ通院時では改善を示し, 特記すべき異常は認めなかった。一方 RBMT では, 入院時～外来リハビリ通院時まで, 人名記憶に関する項目でのみ低下を認め続けた。また発症当初は, 1 年半程度の記憶が曖昧といった逆行性健忘を認めたが, その後改善した。

言語機能の評価として, 失語症語彙検査(以下, TLPA)の意味カテゴリー別名詞検査, 標準失語症検査補助テスト(以下, SLTA 補助テスト), 言語流暢性の検査を行った。TLPA の意味カテゴリー別名詞検査では, 健常者平均得点(193.35±5.43)を下回る結果となった。カテゴリー別の得点では, 屋内部位, 加工食品, 野菜果物, 植物といったカテゴリー特異的な喚語能力の軽度低下を認めた。SLTA 補助テストでは, 理解面に目立った低下は認めなかった。言語流暢性の検査では, 語流暢性課題や頭文字流暢性課題共に低下を認め, 流暢性の低下を認めた。言語機能は, 日常生活上特記すべき問題は認めなかったが, 喚語能力の軽度低下, 流暢性の低下が認められ極軽度失語症が残存していた。

生活状況の経過(図 2)

回復期入院時(25-62 病日), 極軽度の失語症, 言語性記銘力低下, 注意機能低下, 逆行性健忘を認め, 発症前 1 年半程度の記憶が曖昧であったが, 身辺動作は自立していた。無意味語や人名の想起段階に支障を来していたため, キーワードと関連付けて記銘するよう本人に指導し, 想起が行いやすくなるよう定着化を図った。また, スケジュール帳やメモを活用することの重要性を伝え回復期入院早期より導入を試みた。早期復職への意欲が高い反面, 復職への焦りから, 過剰な自主訓練を行って疲労の訴えがあったため, 自主訓練量の調整も行った。

退院後(63 病日), 極軽度の失語症, 配分性・転換性注意の低下が残存していたが, 通勤を想定した電車での外来通院が可能となり, 日中の活動量を徐々に増やしても疲労を訴えることはなかった。また外来通院時には, 本

表 1. 神経心理学的所見 26-104 病日

		26-33 病日 (回復期入院時)	90 日-104 病日 (外来時)
WAIS-III	VIQ PIQ FIQ	105 95 101	—
	VC PO WM PS	107 99 85 66	
CAT	Digit Span	(順) 7 桁 (逆) 4 桁	(順) 9 桁 (逆) 6 桁
	Tapping Span	(同) 7 桁 (逆) 4 桁	(同) 5 桁 (逆) 6 桁
	視覚性抹消課題	(3) 74 秒, 100% (か) 93 秒, 99.1%	(3) 74 秒, 100% (か) 84 秒, 100%
	聴覚性検出課題	正答 98% 的中率 98%	正答 98% 的中率 96.1%
	SDMT 達成率	42.7%	44.5%
	記憶更新課題 正答率 3 スパン 4 スパン	100% 93.8%	93.8% 87.5%
	PASAT 正答率 2 秒 1 秒	43.3% 20%	56.7% 36.7%
	上中下検査 所要時間 達成率	114 秒 93.9%	81 秒 96.5%
BADS	年齢補正得点 区分	—	118 点 平均上
記憶			
WMS-R	言語 視覚 一般	93 83 88	100 108 102
	注意/集中 遅延再生	99 83	117 103
S-PA	有関係	7-8-9 (境界)	9-10-10 (良好)
	無関係	0-2-2 (低下)	1-5-8 (良好)
RBMT		粗点:59.0 SPS18/24 SS7/12 ボーダーライン 姓名・絵・見当識 (知事) ・ 日付	粗点:79.5 SPS20/24 SS8/12 ボーダーライン 姓名・用件遅延・ 見当識 (知事)
言語機能			
失語症 語彙検査	意味カテゴリー別 名詞検査	176/200 点	—
SLTA 補助テスト	まんがの説明	全問段階 6	—
	長文理解	物語 1~3 全問正解	—
	ニュース文	3/6 細かな数値のみ誤るも 内容の把握可能	—
言語流暢性 の検査	語流暢性課題	職業 3 語, スポーツ 6 語 動物 5 語	—
	頭文字流暢性課題	「あ」2 語, 「か」5 語 「し」3 語	—

*WAIS-III: ウェクスラー知能検査改定第 3 版 (VIQ=言語性 IQ, PIQ=動作性 IQ, FIQ=全 IQ, VC=言語理解, PO=知覚統合, WM=作動記憶), CAT: 標準注意検査法, BADS: 遂行機能障害症候群の行動評価, WMS-R: ウェクスラー記憶検査改定版, S-PA: 標準言語性対連合学習検査, RBMT: リバーミード行動記憶検査 (SPS=標準プロフィール得点, SS=スクリーニング得点)

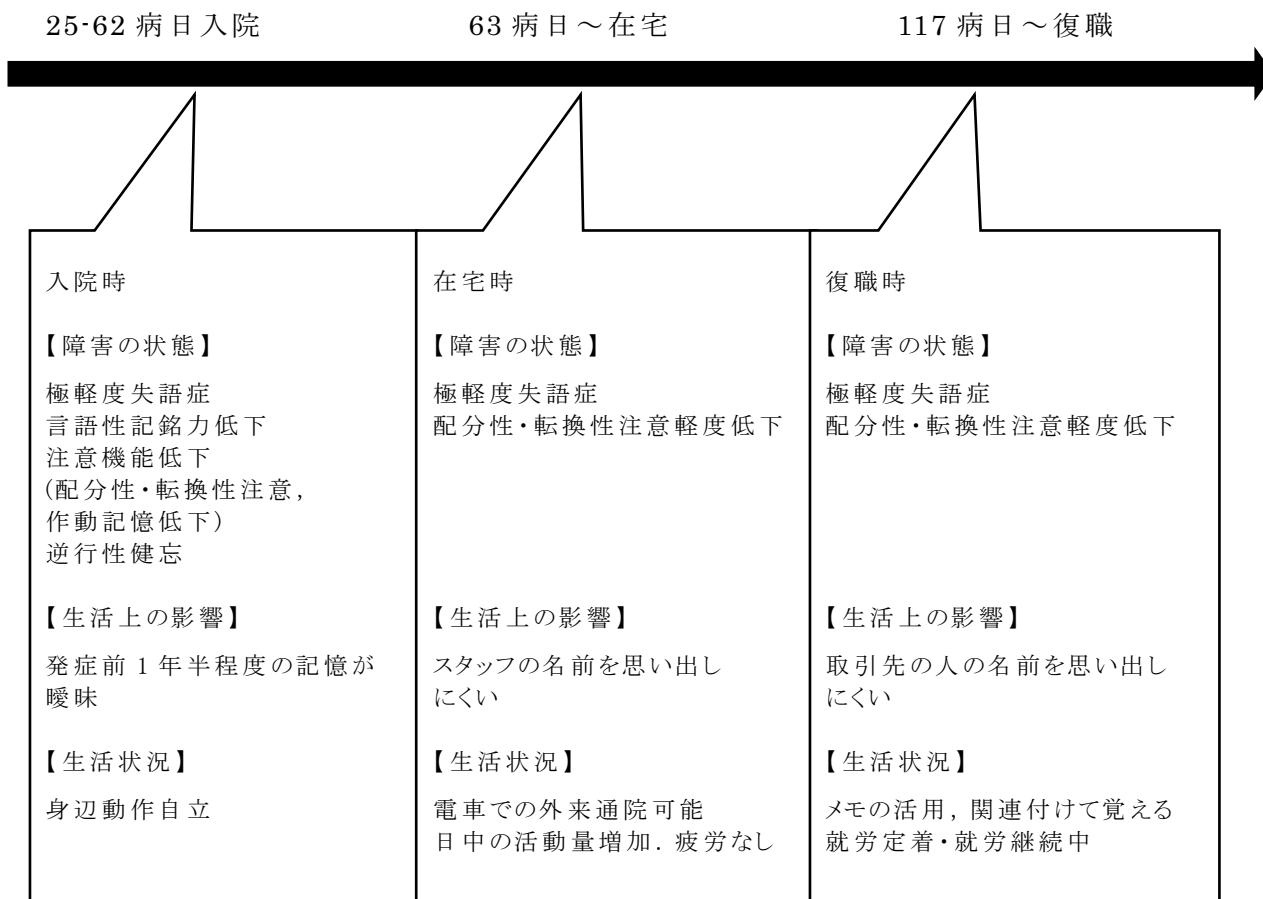


図2. 生活状況の経過

人と職場との復職調整状況を聴取することで本人の復職への焦りの気持ちが軽減していることを確認した。

復職時(117 病日), 取引先の名前を思い出しにくいといった訴えがあったが, 外来リハビリで, メモの活用, 会社名・役職などを関連付けて名前を覚えるといった補填手段を本人と確認した。これら補填手段が実生活の中で定着し, 症例は現在も安定して就労継続している。なお, 本症例の会社には時差出勤制度, 短時間勤務制度, 在宅勤務制, 試し出勤制度等の緩和勤務体制が十分整備されていなかったため, 復職時主治医より, 本人, 職場に対して, 仕事量や内容などの負荷を徐々に高めていくよう具体的な緩和勤務要件を診断書にて指示・指導した。

考 察

視床病変と健忘症状について

本症例は脳室穿破を伴う左視床出血を認めた。出血巣は主に背内側核・外側腹側核を含む領域に認められ, 視

床前核への損傷は免れていた。神経心理学的評価では, 知的機能は良好であり, 遂行機能に明らかな低下は認めず, 回復期入院時に1年半程度の逆行性健忘がみられたがその後改善した。出来事記憶に重要なシステムは, いくつかの脳部位とそれを繋ぐ神経繊維からなると述べられている(図3)⁵⁾。海馬から脳弓を介し, 乳頭体, 視床前核, 帯状回を経て海馬へ戻る閉鎖回路はPapez回路と呼ばれ, 出来事記憶の形成に重要な役割を果たすことが知られている(図3)⁸⁾。出来事記憶には, 内嗅皮質, 周嗅皮質, 視床背内側核, 前頭前皮質をつなぐ嗅皮質・視床背内側核回路も重要視されている(図3)⁹⁾。これらの構造のいずれかが損傷すると健忘が生じるとされているが, これら2つの記憶の神経回路のいずれか一方のみが障害された場合には, 記憶障害は軽度にとどまるとされている⁸⁾。症例の病巣は, 左視床出血であり出血巣は主に背内側核・外側腹側核を含む領域に認められ, 嗅皮質・視床背内側核回路が損傷していたと考えられる。しかしPapezの回路に含まれる視床前核の損傷を免れていたため健忘症状が軽微であったと考えられる。

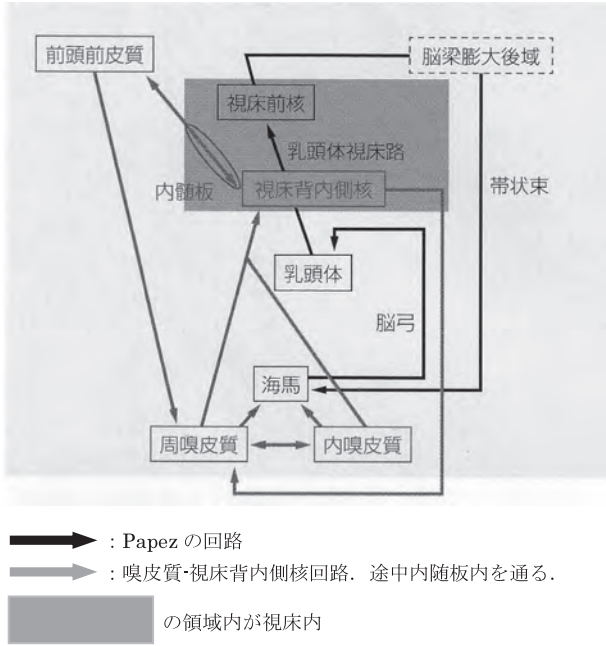


図3. 出来事記憶の解剖学的システム (文献5より引用)

失語症と人名記憶との関連

視床病変でみられる失語症の特徴として、小声となるが、文法の誤りは少なく、錯語や保続、喚語困難が多いといわれている¹⁰⁾。症例は理解面、日常生活におけるコミュニケーションは特に問題はなかったが、喚語能力の軽度低下、流暢性の低下といった視床病変でみられる失語症の特徴と一部重なる部分が認められたが、症状としては極軽度であった。視床病変による失語症の責任病巣として、視床後部の後外側腹側核、外側腹側核、正中中心核、背内側核、視床枕などが考えられている。前腹側核/外側腹側核は淡蒼球からの入力を受け、皮質の運動野、補足運動野、運動前野に投射する運動ループ(基底核・視床・皮質回路)を構成している⁷⁾。これらの視床核の損傷によって失語症をきたすものと思われる⁷⁾。また外側腹側核を含む左視床前外側部の障害が語彙の呼び出し、意味の制御などの語彙操作の過程に関与している¹¹⁾。以上より症例は、外側腹側核、背内側核の損傷による喚語能力の低下、流暢性の低下といった失語症の影響を受け、人名の想起段階に支障を来している可能性が示唆された。

早期復職、就労定着について

脳血管障害後の復職率が最も高いのは、発症後 9～12 ヶ月¹²⁾とされており、これに比較すると本症例は約 4 ヶ月で復職をしており早期の復職であったと考えられ

る。高次脳機能障害者の就労を考える際には、職業準備性を満たすことが必須とされている。職業準備性は、障害のことを正しく理解し対応できる「障害・疾病管理」、日常の身辺動作が自立している「日常生活技能」、安定した通勤手段や作業耐久性といった「基本的労働習慣」で構成されており、概して高次脳機能障害者ではこれらに課題があることが多く、早期から意識しておく必要がある¹³⁾。症例は、入院中から身体機能に大きな問題がなく、身辺動作は自立しており、外来リハビリ通院開始直後から通勤を想定した電車通院も可能であった。日中の活動量を徐々に増やしていく中では作業耐久性にも支障がないことが確認された。さらに、外来リハビリを進める中で、障害の理解が促進されメモやスケジュールの活用、役職名や会社名を関連付けて覚えるといった補填手段を用いた対処が可能となった。目立った神経学的異常所見を認めず、神経心理学的所見が軽微、且つ補填手段を用いて日常生活の支障へ対処可能であったため、症例の職業準備性は早期から満たされ、早期復職・就労定着へ繋がったと考えられる。

しかし、職業性ストレスがより血圧を上昇させやすいと報告されており¹⁴⁾、脳卒中再発リスク予防として血圧管理が挙げられている¹⁵⁾ことから、復職時の負荷について留意が必要と考えられる。よって、早期復職するには、仕事内容や量によって高負荷とならないよう、主治医から本人、必要によっては職場に対して指導を行う必要があると思われる。近年、メンタルヘルスの不調や癌など、疾病を抱えた労働者は増える傾向にあり、疾病を抱えた労働者の治療と仕事の両立への対応が必要とされている¹⁶⁾。治療と仕事の両立支援のためのガイドラインが設けられ、企業に対して、就業する患者に対する配慮・留意点などを主治医の診断書を用いて情報提供すること¹⁶⁾が重要視されるようになってきている。そして、令和 2 年度からは、この療養・就労両立支援に“脳血管疾患”も含まれるようになり¹⁷⁾、脳卒中後の早期復職に対する再発リスクを防ぐ上では、今後活用されるべき制度であると考えられる。

結 語

視床出血後に早期復職に至った症例を報告した。脳卒中後の患者の早期復職を見立てる上では、脳画像所見や

神経心理学的所見から障害像やその重症度を把握し、職業準備性を考慮する必要がある。症例のように、目立った神経学的異常所見がなく、神経心理学的症状が軽微、且つ補填手段が定着している場合は、早期復職が望める可能性がある。患者が早期復職を希望する場合、脳卒中患者の早期復職による再発リスクを考慮し、療養・就労両立支援を行う事で、早期復職だけではなく就労継続を念頭においた支援を行えるのではないかと考えられる。

著者全員に本論文に関連し、開示すべきCOI状態にある企業、組織、団体はいずれもありません。

文 献

- 1) 森岡周. 標準理学療法学 専門分野 神経理学療法学. 第1版. 東京: 医学書院; 2013. 285-295.
- 2) 佐伯覚. 就労と社会参加. 高次脳機能障害者の自動車運転再開とリハビリテーション 2. 京都: 金芳堂; 2015. 44-51.
- 3) 佐伯覚, 有留敬之輔, 吉田みよこほか. 脳卒中後の職場復帰予測. 総合リハビリテーション 2000; 28: 875-880.
- 4) 杉本香苗, 佐伯覚. 脳卒中の職業復帰予後予測の観点から. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine 2018; 55: 858-864.
- 5) 平山和美. 高次脳機能障害の理解と診察. 第1版. 東京: 中外医学社; 2017. 252-256.
- 6) 大村優慈. リハに役立つ脳画像. 第1版. 東京: メジカルビュー; 2016. 61-62.
- 7) 前島伸一郎, 岡本さやか, 岡崎英人ほか. 視床病変による読み書き障害. 神経心理学 2016; 32: 322-332.
- 8) Nieuwenhuys R. Voogd J. Van Huijzen C. The human central nervous system. A synopsis and atlas. Berlin: Springer; 1988.
- 9) Aggleton JP, Brown MW. Episodic memory, amnesia, and the hippocampal-anterior thalamic axis. Behav. Brain Sci. 1999; 22: 425-489.
- 10) 中野明子, 塚原ユキ, 佐藤睦子. 左視床出血後に生じる神経症状について. 失語症研究 1983; 3: 387-393.
- 11) 山鳥重. 左視床梗塞と言語障害. 脳卒中 1987; 9: 554-558.
- 12) 大場龍男. 脳血管障害者の復職交渉開始時期に関する考察. 職業リハビリテーション 1999; 12 巻: 23-29.
- 13) 岡崎哲也. 高次脳機能障害者の就労支援を考える. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine 2020; 57: 329-333.
- 14) 服部朝美, 宗像正徳. 高血圧とストレス-24 時間血圧コントロールの重要性-. 心身医学 2020; 20: 398-404
- 15) 厚生労働省ホームページ. 脳卒中の治療と仕事の両立お役立ちノート. 東京: 厚生労働省; 2020 December.[2022 July 27].
<https://www.mhlw.go.jp/content/000750637.pdf>
- 16) 厚生労働省ホームページ. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン. 東京: 厚生労働省; 2022 March.[2022 July 1].
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115267.html>.
- 17) 厚生労働省ホームページ. 令和2年度診療報酬個別改定項目について. 東京: 厚生労働省; 2020 March.[2022 July 1].
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000601838.pdf>