

職業運転手における脳卒中後の復職状況の調査

川上 敬士¹⁾ 渡辺 容子¹⁾ 小林 康孝²⁾

要 旨：【目的】脳卒中に罹患した職業運転手の復職状況を把握すること。【対象と方法】対象は2015年から2018年までに脳卒中罹患のため当院に入院または通院し、自動車運転評価を実施した患者のうち、脳卒中罹患前に職業運転を行っていた7名。カルテからの基本情報抽出と、本人または家族へ電話にて退院後の復職状況を調査した。【結果】7名中6名が復職しており、うち2名は原職復帰し、4名は配置転換していた。産業医の関わりがあったのは1名のみであり、他6名は企業の上司による技術確認で職業運転再開の可否が決定されていた。そのため、対応には企業毎にばらつきがみられた。また、発症から1年以内に運転業務を再開した3名中2名が脳出血再発を起こしていた。【考察】現在の日本では、職業運転手の復職に際し明確な判断基準がないため企業毎に対応せざるを得ない状況である。今後、職業運転の再開に対する明確な判断基準を構築していく必要があると考える。

【Key words】 脳卒中、職業運転、復職状況

諸 言

職業運転手とは、貨物・旅客輸送目的かつ営業用であるトラック、バス、ハイヤー、タクシーなどの運転者を指す¹⁾。職業運転手は当該自動車の種類に応じた第二種免許を有している。第一種免許と第二種免許では適正検査や技能試験において判定基準の違いがあり、第二種免許においてより高い水準が求められる¹⁾。事業者にも事業用自動車の運転者に対する過労運転防止や健康状態の把握などを指導監督するよう、国土交通省から義務付けられている。しかし障害を有した後に職業運転を再開するにあたっては明確な基準は設けられていない。

脳卒中後の自動車運転再開に向けた評価基準やリハビリテーション(以下、リハ)プログラムについての研究は増加しつつある²⁻⁵⁾が、脳卒中を罹患した職業運転手の自動車運転再開や復職状況についての研究はほとんどない^{1,6)}。当院でも、脳卒中後の運転再開希望者に対して運転評価を実施しているが、職業運転再開に関する特別な評価基準はない。そのため職業運転手に対しても自家

用車の運転評価に留まっており、復職に関しては各企業の判断に一任している。

本研究では、当院で自動車運転評価を行った脳卒中後の職業運転手の復職状況を調査・把握し、今後の対応への一助とする。

研究対象と方法

1. 対象

対象は2015～2018年の間に脳卒中に罹患し、当院に入院または通院して自動車運転評価を実施した患者で、罹患前に職業運転を行っていた7名(男性7名、平均年齢 53.0 ± 9.3 歳)。いずれの症例も身体機能面の明らかな後遺症がないことを確認した。

研究実施にあたり、全対象者に研究の目的および方法の説明を十分に行い、同意を得た。本研究は、新田塚医療福祉センター倫理委員会による承認を受けて(承認番号30-51)実施した。

1) 福井総合病院 リハビリテーション課 作業療法室

2) 福井医療大学 副学長
(採択日 2019年11月)

2. 自動車運転評価

本研究での対象者はいずれも当院にて自動車運転評価を実施した。評価の内容は眼科にて視力・視野に問題がないことを確認した後、高次脳機能評価(Trail Making Test-A, Trail Making Test-B, 標準注意検査法, Frontal Assessment Battery, Ray複雑図形検査, Stroke Driver's Screening Assessment, Visual Field with Inhibitory Tasks)を実施した。日常生活動作の自立度を確認し、ドライビングシミュレーター(本田技研工業株式会社製ホンダセーフティナビ)評価を実施。その後、教習所にて実車での運転評価を行った。

3. 方法

自動車運転評価を実施した症例から入院前に職業運転手として就業していた者を抽出し、基本的情報(疾患名, 年齢, 発症からの期間), 入院中の経過, 運転評価の結果をカルテより収集した。また, ①職業運転手としての復職の可否・復職までの期間, ②復職後の業務内容, ③企業の判断や産業医の関わり, ④事故の有無を本人または家族から電話にて聴取した(表1)。調査した内容は症例毎に情報をまとめて検討した。

表1. 調査内容

カルテ情報	電話調査
①疾患名	①職業運転手としての復職の可否,
②年齢	復職までの期間
③発症からの期間	②復職後の業務内容
④入院中の経過	③企業の判断や産業医の関わり
⑤運転評価の結果	④事故の有無

表2. 結果のまとめ

	職種	疾患名	障害	復職状況	復職までの期間	運転業務	産業医の関わり	再発
A	重機オペ	左アテローム血栓性脳梗塞	軽度注意障害 失語症, 記憶障害	○ (原職復帰)	7ヶ月	○	なし	-
B	トラック	左被殻出血	注意障害 軽度失語症	○ (原職復帰)	5ヶ月	○	なし	+
C	タクシー	脳室内出血	注意障害 記憶障害	△ (配置転換)	9ヶ月	○	あり	+
D	トラック	右被殻出血	注意障害 記憶障害	△ (配置転換)	5ヶ月	×	なし	-
E	トラック	左被殻出血	注意障害	△ (転職)	13ヶ月	×	なし	-
F	トレーラー	左被殻出血	注意障害	△ (配置転換→退職)	19ヶ月	×	なし	-
G	代行	右被殻出血	軽度注意障害 記憶障害	×	— (退職)	×	なし	-

結 果

以下, 各症例の基本情報, 診断名, 障害名, 発症から退院後の経過を示す。また, 結果のまとめを表2に記載した。

1. 症例A

【基本情報】50代男性, 重機オペレーター

【診断】左アテローム血栓性脳塞栓症

【障害】軽度注意障害, 失語症, 記憶障害

【経過】発症から5ヶ月で退院し, 外来リハ開始。外来にて運転評価実施し, 6ヶ月で自家用車運転再開となった。発症から7ヶ月で, 上司が同乗して運転業務の確認を行い, 問題なしとの判断で原職復帰となった。業務内容は入院前と全く同様の業務で, 工事現場における重機の操作であった。復職に際して産業医の関わりはなかった。運転再開後, 事故の経験はない。

2. 症例B

【基本情報】40代男性, トラック運転

【診断】左被殻出血

【障害】注意障害, 軽度失語症

【経過】入院中に運転評価を実施し, 発症から5ヶ月で退院した。その後自家用車運転再開となり発症から6ヶ月で原職復帰した。担当エリアは企業側の便宜で発症前よりも営業所と近いエリアへ変更となった。業務内容は発症前と同様にトラックでの資材運搬であった。復職に際して産業医の関わりはなかった。運転再開後, 事故の経験はない。しかし, 復職後4ヶ月で脳出血再発し, 入院となった。業務には精力的に従事しており, 家族や同僚からは頑張りすぎだと心配されることもあった。

3. 症例C

【基本情報】60代男性, タクシー運転

【診断】脳室内出血

【障害】注意障害, 記憶障害

【経過】発症から3ヶ月で退院し, 外来リハ開始。外来にて記憶力や注意力向上のリハを1ヶ月間継続し, 運転評価を実施。発症から4ヶ月で自家用車運転再開となった。復職に際しては産業医の関わりがあり, 「急いで復職しない方が良い」との旨の進言があったため一旦休職し, 発症から9ヶ月で配置転換して復職となった。業務内容はタクシー営業ではなく, ほぼ同じルートで日中のみの運転となる観光用タクシーの運転であった。運転再開後, 事故の経験はない。しかし, 復職後2ヶ月で脳出

血再発し、入院となった。

4. 症例D

【基本情報】50代男性，トラック運転

【診断】右被殻出血

【障害】注意障害，記憶障害

【経過】入院中に運転評価を実施し，発症から5ヶ月で退院。その後自家用車運転再開し発症から6ヶ月で，上司の判断と本人の希望で配置転換して復職となった。業務内容は受付業務や荷物の積み下ろし作業のような内勤での業務で，運転業務は行っていない。復職に際して産業医の関わりはなかった。自家用車運転に関しても，長距離の運転や日没後の運転は実施しないように対応しており，事故の経験はない。

5. 症例E

【基本情報】40代男性，トラック運転

【診断】左被殻出血

【障害】注意障害

【経過】発症から3ヶ月で退院し，外来リハ開始。外来にて運転評価実施し，自家用車運転再開となった。リハ継続し，発症から10ヶ月後復職となったが，元の職場では運転業務再開は認められなかった。事務員への配置転換を提案されたが納得できず退職。産業医の関わりはなかった。その後県外にある企業に再就職となった。業務内容は荷物の積み下ろし作業であり，運転業務は行っていない。運転再開後，事故の経験はない。

6. 症例F

【基本情報】50代男性，トレーラー運転

【診断】左被殻出血

【障害】注意障害

【経過】発症から3ヶ月で退院し，外来リハ開始。発症から12ヶ月後外来にて運転評価を実施し，自家用車運転再開となる。発症から19ヶ月で配置転換して復職となった。業務内容は同乗スタッフとしての業務であり，運転業務は行っていない。公安委員会にて大型トラックの運転も停止には至らないと判断があったとのことだが，企業側の判断で運転業務は許可されなかった。本人は充実感を得られず3ヶ月で退職した。復職に際して産業医の関わりはなかった。運転再開後，事故の経験はない。

7. 症例G

【基本情報】50代男性，代行運転

【診断】右被殻出血

【障害】軽度注意障害，記憶障害

【結果】発症から約4ヶ月で運転評価実施。自家用車運転再開となるが，復職は本人が望まず，退職となった。

考 察

脳卒中後の職業運転手の復職は企業の判断によるところが大きい。症例Cでは産業医の関わりがあったため，一旦休職した後に配置転換にて業務内容を調整して運転業務再開となっていた。産業医の関わりがなかった症例A，Bでは上司による業務確認のみで原職復帰となっていた。一方で症例E，Fでは業務遂行能力に関わらず，運転に伴う事故のリスクを優先的に考慮して配置転換となっていた。このように，職業運転手の復職に際しては，各企業が個々に対応しており，その対応には企業毎にばらつきがあった。海外では一定の見解が示されているが，日本では職業運転手の復職に向けた包括的な判断基準がない¹⁾ことがその要因となっていると考えられる。脳卒中後の職業運転手が適切な業務に復帰していくために，日本国内において職業運転再開に対する明確な判断基準の構築が急務である。

厚生労働省は労働者数50人以上の規模の事業場に対して産業医を選任するよう義務付けている。しかし，トラックやタクシー業界では労働者数が50人に満たない中小企業が多いのが現状である。今回の調査でも，症例Cのみ産業医の関わりがあり，その他の症例では産業医の関わりはみられなかった。タクシー運転手の健康起因事故が増加傾向にある昨今，各企業の対応だけでなく行政の支援体制も改正されていく必要がある。

また，今回復職できていた6名のうち，運転業務を再開していたのは3名(重機オペレーター，トラック運転手，タクシー運転手でそれぞれ1名)で，その内後者2名が発症して1年以内に脳出血を再発していた。職業運転手を対象とした研究で，脳卒中発症後1年間は相対的に再発のリスクが高い⁷⁾との報告があり，今回再発していた2名もこの期間に復職し，再発していた。脳血管疾患の発症には，高血圧，糖代謝異常，脂質代謝異常などの様々な危険因子が関与している^{8,9)}。運転中の血圧は10～20mmHg上昇し，走行速度を上げるとさらに上昇する¹⁰⁾。さらに職業運転手の業務上のストレスとして，業務に伴う同一姿勢，安全確保のための精神的負担などが

挙げられる。睡眠不足や休養不足による過労状態が脳血管障害発症を助長する可能性が高いとの報告もある¹¹⁾。今回運転業務再開後に脳出血再発が認められた2名に関しても運転業務に伴うストレスや疲労の蓄積があった可能性が考えられ、再発のリスクが高まっていた可能性がある。脳卒中後の運転再開、特に職業運転手においては、再開時期も考慮した上での慎重な判断が求められる。

今回の職業運転手における脳卒中後の復職状況の調査では、症例本人や家族のみからの聴取による調査だったため、収集した情報に偏向性があった可能性がある。今後の調査では企業側からの情報も収集し、各企業の対応や問題について把握していく必要がある。また、タクシー・バス・トラック等の職種毎に分けて調査を進め、復職に関わる判定基準について医学的立場から企業側にフィードバックしていく必要がある。

結 語

職業運転手の運転業務再開に対する明確な判断基準がない現状においては、企業毎に対応せざるを得ない。したがって、作業負担に伴う再発のリスクも考慮した上での、企業、病院、産業医の連携が不可欠である。

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、団体はいずれも有りません。

文 献

- 1) 武原格, 一杉正仁, 渡邊修. 脳卒中後の自動車運転再開の手引き. 第1版. 東京: 医歯薬出版株式会社; 2017. 118-128.
- 2) 藤田佳男. 障害者に対する運転リハビリテーション総論. OTジャーナル 2015 ; 49(2) : 94-99.
- 3) 三村將. 高次脳機能障害者の自動車運転再開について. 高次脳機能研究 2011 ; 31(2) : 157-163.
- 4) 武原格 他. 脳損傷者の自動車運転再開に必要な高次脳機能評価値の検討. リハビリテーション医学 2016 ; 53(3) : 247-252.
- 5) 生井宏満, 一杉正仁. 脳血管障害患者に対する自動車運転再開プログラムの運用と問題点について. 日本交通科学学会誌 2017 ; 16(2) : 38-45.
- 6) 大場秀樹 他. 脳卒中罹患後のタクシー運転再開と望ましいリハビリテーションについての検討. 日本交通科学学会雑誌 2016 ; 16(2) : 46-54.
- 7) Rababi MH et al. The safety of driving a commercial motor vehicle after a stroke. Stroke 2010 ; 41 : 2991-2996.
- 8) 馬場美年子 他. タクシー運転者の健康管理と事業者の責任について 【1】健康起因事故を予防するために. 労働科学 2013 ; 89(1) : 12-17.
- 9) 一杉正仁. 運転管理に必要な疾病・薬剤の知識. 労働科学 2011 ; 87(6) : 240-247.
- 10) 作本貞子. 血圧管理と運転中の意識消失. 労働の科学 2012 ; 67(9) : 38-41.
- 11) 前原直樹. 出血タイプの脳血管障害の発症・進展に果たす慢性的な疲労・ストレス状態の役割. 疲労と休養の科学 2004 ; 19(1) : 19-27.