脳卒中の職業復帰—予後予測の観点から—

[Prognostic Prediction of Return to Work after Stroke]

杉本香苗* Kanae Sugimoto 佐伯 覚* Satoru Saeki

産業医科大学病院リハビリテーション医学講座

Key words : 脳卒中／復職／予後予測／両立支援／就労支援

はじめに —両立支援の取り組み—

2018 年、国会で可決された「働き方改革関連法案」では一億総活躍の理念をもとにその主題の 1 つとして「両立支援」が挙げられている。2016 年に厚生労働省は「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン（両立支援ガイドライン）」を作成し、がんや肝炎などの内部障害、脳卒中などの肢体不自由の障害を有する者の復職や就労支援の重要性を示した¹⁾。両立支援は医学教育モデルコアカリキュラム、病院機能評価にも組み入れられ、企業だけでなく医療機関も取り組むべき重要項目として位置づけられつつある。

脳卒中患者における 復職の重要性

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改善する、そして、二次的な障害や薬物濫用などの社会的不適応を減らすとされている²⁾。65 歳以下の発症時有職の脳卒中患者で復職できなかった 46

名すべてが 4 年後の QOL の低下を認めており³⁾、脳卒中後の復職は生きがいにも深くかかわっており、社会参加の一形態として重要な意義を有すといえる。

わが国の脳卒中有病者数は約 177 万人と推定され⁴⁾、そのうち 1/3～1/4 は 65 歳未満である⁵⁾。医療現場においても 30～50 歳の脳卒中患者が増加している⁶⁾。さらに、2017 年の労働安全衛生法に基づく一般健康診断において脳・心臓疾患につながるリスクのある血圧の有病率は 15.7%、血中脂質の有病率は 32%、血糖検査の有病率は 11.4%と年々増加を続け、疾病のリスクを抱える労働者は増加傾向にあり⁷⁾、今後も脳卒中患者は増加していくことが予想される。

また、厚生労働省が行った治療と職業生活の両立等支援対策事業における企業アンケート調査では、疾病を理由として 1 カ月以上連続して休業している企業の割合は、メンタルヘルスが 38%、がんが 21%、脳血管疾患が 12%であった⁸⁾。企業としても長期休業は生産性低下につながる大きな問題で、中でも脳血管障害患者は長期休業となる原因の 3 番目であり、脳卒中患者の復職は社会における生産性、雇用の喪失を防ぐためにも今後ますます重要となる。

復職の予測因子

1. 脳卒中の復職の 3 要素

復職は、脳卒中勤労者、企業、および、両者を結

* 産業医科大学病院リハビリテーション医学講座
(〒807-8556 福岡県北九州市八幡西区
医生ヶ丘 1-1)
E-mail : kanae-s@med.uoeh-u.ac.jp
DOI : 10.2490/jjrmc.55.858

表 1 脳卒中後の復職に関する予後予測因子 (文献 11 より)

要因	オッズ比 (95%信頼区間)
麻痺の程度	
重度	1.00
中等度	1.00 (0.35~2.88)
軽度	2.25 (0.99~5.12)
なし	5.16 (2.46~10.84)
失行	
あり	1.00
なし	4.16 (1.31~13.24)
職業	
ブルーカラー	1.00
ホワイトカラー	1.43 (0.93~2.18)

Cox 比例ハザードモデルによる, (n=183)

ぶ雇用の 3 要素が揃って初めて可能となるとされている⁹⁾。

1) 脳卒中勤労者

脳卒中患者はがんや内部障害患者と比較し、麻痺、失語症などの高次脳機能障害、構音障害といった多彩な後遺症を呈し、また高血圧、糖尿病、心房細動、てんかん、脳卒中後うつなどの合併症や再発のリスクがあり、復職の大きな障害となる。

また、脳卒中後の機能回復は、発症から 1 カ月程度は比較的良好な回復を示し、その後の回復は緩徐となり、発症 3 カ月でほぼプラトーとなる。さらに、歩行や ADL などの能力障害の改善は機能障害の回復に比して若干長期間を要するとされている¹⁰⁾。しかし、年齢、機能障害の重症度、痙縮、認知機能などにより回復に大きな違いがあり、加えて肺炎、尿路感染、深部静脈血栓症などの合併により回復が遅れることも多々ある。この回復予測の難しさが復職可能かの判断をより複雑とする要因といえる。

2) 企業

企業の役割として労働者の復職支援がある一方で、周囲と調和を保ち業務遂行能力を適切に発揮できるか、生産性を確保できるかを判断しなければならず、安全衛生・生産性の立場から、脳卒中患者

の復職したいという思いと、しばしば対立することがある。この調整を行う立場に産業医があるが、医療側との連携がうまくいかないことや、そもそもわが国では 50 人未満の企業・事業所に勤める従業員の割合が 6 割程度と過半数を占め、連携を取ろうにも専任の産業医がいないことも多々ある。

3) 雇用

現在のわが国の障害者雇用制度は、障害者の新規雇用を目的としているため、脳卒中などの中途障害者の支援サービスが乏しい⁹⁾。そのため、復職は脳卒中患者と企業の当事者間の問題とみなされ、行政は関与せず支援が受けにくい状況にあることも影響している。

以上のような 3 要素が関連し、脳卒中後に復職できるかの判断を複雑で個別性の高いものになっている。

2. 復職に関与する具体的な要因

脳卒中後の復職に関する予測要因の研究は数多く報告されている。一般雇用の脳卒中患者 183 人のコホート研究で、復職との関連の強さをオッズ比で示すと、運動麻痺の程度、失行が有意となり、職種は有意ではないものの傾向を認めている(表 1)¹¹⁾。このことから脳卒中の重症度そのものが最も強い復職の予測要因であるといえる¹¹⁾。

図 1^{9, 11)}にその他の復職にかかわる要因を示す。復職を促進する要因として、若年者で復職に強い意欲をもっていること、高学歴でホワイトカラーの職種であること、セルフケアや歩行が自立していること、家族や同僚の支援があること、上司や産業医の良好な対応などが挙げられる。一方、阻害する要因としては、中高年齢での発症、ブルーカラー、長期入院、長期の傷病手当や、障害年金の受給などが挙げられる^{9, 11)}。また、失語、失認などの高次脳機能障害の合併や、精神機能障害(特に、うつ症状)も挙げられる。

図1 復職に関連する脳卒中勤労者側の要因 (文献9, 11より作成)

性別や脳卒中の病型(脳出血, 脳梗塞, くも膜下出血)に関しては, 復職への直接的影響は少ないことがわかっている¹²⁾。麻痺側に関しては, 促進要因にも阻害要因にもなり得る。

3. 経過を踏まえた復職に関与する要因

脳卒中患者の復職率の経時的変化を図2^{11, 13)}に示す。発症から6カ月までと, 発症1年～1年6カ月の2つのピークがみられ, その後, 新規の復職がほとんどみられなくなる。このグラフを片麻痺の重症度別に並べる(図3)¹¹⁾と麻痺なし, 軽度, 中等度, 重度の順に分かれることから, 発症から6カ月までに比較的障害の軽度の脳卒中患者が復職し, 発症1年～1年6カ月の間で中等度～重度の脳卒中患者が復職を果たすと考えられる^{11, 13)}。

また, 新規の復職がみられなくなる1年6カ月という時期は傷病手当の受給終了期限と一致し, 脳卒中の復職は社会経済的要因に影響を受けることを示している。1995年, 2010年, この2つのコホート研究の間に医療は進歩したにもかかわらず, 若干グラフの曲線の傾きは異なるものの, ほぼ同じ形の特徴的な曲線を示すことから, 社会制度(傷病手当)の影響が強いことがうかがえる^{11, 13)}。

全国の労災病院で行われた脳卒中を起こした就労者351人を対象とした調査では, 退院時に復職を果たした早期復職と発症1年6カ月後の復職と

で復職に関する要因の検討が行われた。この結果によると, 早期復職では, ①年齢, 性別は関連がない, ②障害が重度で自立度が低いほど復職が難しい(リハビリテーション治療開始時, 退院時のmodified Rankin Scale [m-RS], Barthel Index [BI]), ③高次脳機能障害, 精神機能障害, 身体的合併(てんかん, 肩手症候群, 肩関節亜脱臼, 痙縮), 特に肩関節の課題を認めると復職が難しい, ④ラクナ梗塞は復職しやすい, ⑤早期入院・早期リハビリテーション治療が開始され, ストロークユニット体制があるほうが復職しやすい, ⑥ホワイトカラーはブルーカラーと比べ, 管理職は一般職に比べ復職しやすい, ⑦早期から家族や医療者による復職の働きかけがあり, 本人の復職に対する意欲があるほうが復職しやすいことがわかっている。また, 発症1年6カ月後の復職では, ①若年者は復職しやすい, ②リハビリテーション治療開始時のBIが高いほうが復職しやすい, ③肩手症候群があると復職が難しい, ④産業医との連携が良好であると復職がしやすいことが示された^{14, 15)}。復職の時期によって関与する因子が異なっており, 原疾患の治療とリハビリテーション治療による機能・能力の改善だけではなく, 発症早期より, これら点を踏まえて評価, 合併症の予防, 家族・産業医への働きかけを行っていくことが必要と考えられる。

図2 脳卒中後の累積復帰率と入院後の経過 (文献11および13より作成)

復職できる条件

Melamedら¹⁶⁾によると、脳卒中後の復職を目標とする脳卒中患者個人レベルでの復職できるための条件として、①日常生活動作遂行能力が高い、②疲労なしに少なくとも300 mの距離を歩行できる、③作業の質を低下させないで精神的負荷を維持できる、④障害の受容ができている、の4点を挙げている。また、復職するためには「何らかの仕事ができる（作業の正確性）、8時間の作業耐久力がある、通勤が可能である（公共交通機関の利用）」の3つを必要とする実用的な判断基準もある¹⁷⁾。

すなわち、「1日仕事をして通勤できる能力」があるかどうかということである。さらに、職場に定着する条件として上述のとおり、「障害の受容ができている」ことが必要である。

復職に必要なサポート

1. 多職種間の連携

患者の復職支援にあたり、医師を中心として、リハビリテーションスタッフ、ソーシャルワーカーなど多職種で共通の課題認識と目標をもったうえで連携することが必要である(図4)¹⁸⁾。医師は医学的評価、管理、予後予測を行い、それに基づき具体

図3 片麻痺重症度別の累積復職率 (n=183) (文献11より)

的な目標を提示する。また、病院間や企業との連携の窓口となる。リハビリテーションスタッフは機能能力改善のためのリハビリテーションに加えて、仕事内容の確認、それに沿った職業リハビリテーションを実施していく。ソーシャルワーカーは休業期間や経済状況の確認、活用可能な制度の相談にあたる。これらスタッフの連携があつてはじめて復職の土台をつくることが可能となる。

2. 医療機関の一貫したサポート

従来、脳卒中は発症から退院、その後のフォローまで1つの病院で行っていたが、現在、急性期治療の発展、病院の機能分化、在院日数短縮の流れから、脳卒中地域連携パスをもとに急性期・回復期・維持期に区分され、病期ごとに異なった病院や施設での治療が一般的になってきた。これによる利点も大きい。復職や社会復帰に向けての一貫した取り組みやサポートが実施しにくくなり、脳卒中後の復職にとってはマイナスの面もある。

急性期病院より症状評価、合併症の予防、家族・産業医への働きかけを行い、その情報を回復期、維持期病院へと共有していくことが、今後スムーズな復職支援を行っていくためには必要となっていくと考えられる。

3. 医療機関と企業の連携

国内の脳卒中後の復職率は約30%と推定されていたが、軽症まですべての脳卒中を含めればおよそ45%と考えられる^{4, 17, 18)}。さらに、復職可能であった患者の約80%は発症時の企業に復帰している¹⁹⁾。脳卒中患者の92%が障害者向けの職種、障害の程度に応じて改変された職場への配置転換を受けており³⁾、復職には本人の就業能力と作業負荷とのバランスをとり適正配置を行うことが重要である。適性配置を行うためには、医療機関側と企業側とで連携を行う必要がある。

医療機関側からは、後遺症、再発・合併症管理などの情報を患者の要望があつた場合には伝えることで復職が円滑に進むことが多い。例えば、麻痺の重症度によっては職場の段差解消や作業内容の変更などの作業環境を整える必要が生じることが考えられる。また、高次脳機能障害は麻痺のように目にみえる障害ではなく企業側からは理解されにくい。記憶障害によるミスの繰り返しや注意障害による仕事の耐久性低下を認めることもあり、場合によってはやる気がないなどの誤解につながることもある。よって、職場の理解を得るために丁寧な情報提供、メモの活用や適宜休憩を取るなどの周囲の配慮が必要と考えられる。再発・合併症

図4 職場復帰を可能にするモデル・システム（文献18より）

管理のためには定期的な病院受診や内服が必要であることに加え、高血圧であれば重量物の取り扱いや交替勤務の制限、てんかんであれば高所作業や運転業務の禁止など、疾患によって勤務形態・作業制限が必要となる場合もあり、医療機関側からの情報が患者、企業双方にとって有用といえる。

企業側からは可能であれば、実際に職場で行っている職務内容（作業内容、長時間立位・機械の操作・対人業務の有無など）や配置転換となった際の業務内容はもちろん、短時間勤務制度、在宅勤務（テレワーク）、試し出勤制度など実際に職場で利用可能な制度についても確認する。田中ら²⁰⁾は、全国21労災病院の脳卒中患者の復職研究において、産業医の関与があった場合はない場合に

比べて7.5倍復職率が高かったことを報告し、産業医との連携の重要性を指摘している。また、産業医との良好な連携により、配置転換で復職できた脳卒中症例の報告もある²¹⁾。

具体的な患者を中心とした医療-企業の連携方法、支援の進め方については、『両立支援ガイドライン』に意見書の様式例も踏まえて記載されており、参考にしていきたい¹⁾。

4. 職場定着支援

復職後に職場での業務および対人関係がうまくいかず離職に追い込まれることもあり、そうならないための職場定着支援も1つの課題と考える。具体的には、体力低下を認めると職場復帰の継続が

できない場合もあるため、耐久性向上訓練の実施および短時間勤務の検討が必要となる。また、業務上困難であった作業に対する訓練・作業環境調整の検討などが必要となることも多い。さらに、復職後に発症前の自身とのギャップや周囲の理解の乏しさに悩み脳卒中後うつに陥ることもあり、適切な内服治療の検討が必要である。メンタルヘルス不調は、復職直後だけではなく、数カ月後に生じる場合もある点に注意が必要である²²⁾。

おわりに

脳卒中後の復職は単一の要因ではなく、患者、企業などさまざまな要因が複合的にかかわり成立する、きわめて個別性の高く複雑なものである。その一方で近年の研究により、復職に対する促進因子や阻害因子、重症度や時期により重視されるべき要因が徐々にわかってきている。これらのポイントを理解したうえで、患者を中心とし、医療機関、企業、家族が連携し、発症早期から職場定着まで一貫したサポート体制を整えることが復職を促進することにつながると考えられる。

最後に、2018年度の診療報酬改定にあたり、がん患者に対し両立支援を行うことで診療点数を算定できるようになった。これまで復職支援は健康保険の算定対象外となってきたことが医療機関側の復職分野への介入を妨げてきた一因であったが、このがん患者に対する両立支援の広がりが、今後の脳卒中分野における両立支援の足がかりとなることを期待する。

文 献

- 1) 厚生労働省：事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン。厚生労働省、2016
- 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（蜂須賀研二編）。金芳堂。京都、2015；pp 44-51
- 3) 佐伯 覚、有留敬之輔、吉田みよこ、明日 徹、稗田

寛、蜂須賀研二：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) 佐伯 覚、蜂須賀研二：リハビリテーションを受けたあと—その長期予後は？ 脳卒中。Journal of Clinical Rehabilitation 2006；15：818-823
- 5) 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。総合リハビリテーション 2011；39：385-390
- 6) 藤田早苗、長嶺枝理佳、下角祐美子、菊池恵美子、山崎裕功：脳血管障害者の復職支援と院内作業療法士の役割。職業リハビリテーション 2004；17：55-62
- 7) 厚生労働省：平成 28 年定期健康診断結果報告。厚生労働省、2017
- 8) 厚生労働省：平成 25 年度厚生労働省委託事業。厚生労働省、2014
- 9) 佐伯 覚：脳卒中後の職場復帰の予測要因。日本職業・災害医学会会誌 2006；54：119-122
- 10) Jørgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Vive-Larsen J, Støier M, Olsen TS：Outcome and time course of recovery in stroke. Part II：Time course of recovery. The Copenhagen Stroke Study. Arch Phys Med Rehabil 1995；76：406-412
- 11) Saeki S, Ogata H, Okubo T, Takahashi, K, Hoshuyama T：Return to work after stroke, a follow-up study. Stroke 1995；26：399-401
- 12) 澤 俊二：就労支援における OT の役割と特徴。作業療法ジャーナル 2009；43：738-742
- 13) Saeki S, Toyonaga T：Determinants of early return to work after stroke in Japan. J Rehabil Med 2010；42：254-258
- 14) 労働者健康福祉機構：「早期職場復帰を可能とする各種疾患に対するリハビリテーションのモデル医療の研究・開発、普及」研究報告書。労働者健康福祉機構、2008
- 15) 豊永敏宏：脳血管障害者における復職復帰可否の要因—Phase 3（発症 1 年 6 ヶ月後）の結果から。日本職業・災害医学会会誌 2009；57：157-181
- 16) Melamed S, Ring H, Najenson T：Prediction of functional outcome in hemiplegic patients. Scand J Rehabil Med Suppl 1985；12：129-133
- 17) 佐伯 覚：脳卒中患者の職場復帰。日本職業・災害医学会会誌 2003；51：178-181
- 18) 豊永敏宏：症例に見る脳卒中の復職支援とリハシテム。労働者健康福祉機構、2011；pp 6-109
- 19) 豊永敏宏：中途障害者の職場復帰。Medical Practice 2010；27：1703-1706
- 20) 田中宏太佳、豊永敏宏：脳卒中患者の復職における産業医の役割—労災疾病等 13 分野医学研究・開発、普及事業における「職場復帰のためのリハビリテーション」分野の研究から。日本職業・災害医学会会誌 2009；57：29-38
- 21) 佐伯 覚：印象に残ったリハビリテーション事例「今さら仕事はかえられん！」—復職へのアプローチ。総合リハビリテーション 2008；36：1114-1116
- 22) 佐伯 覚：脳血管障害後の就労支援。産業ストレス研究、2018（印刷中）