脳卒中の復職の現状

佐伯 覚¹⁾ 蜂須賀明子¹⁾ 伊藤 英明¹⁾ 加藤 徳明¹⁾ 越智 光宏¹⁾ 松嶋 康之¹⁾

要旨：若年脳卒中患者の社会参加，特に復職は重要なリハビリテーションの目標であり，ノーマライゼーションの理念を具現化するものである．国際生活機能分類の普及に伴い，社会参加の重要性が再認識されている．また，政府が主導している「働き方改革」に関連した「治療と就労の両立支援」施策の一つとして，脳卒中の就労支援が進められている．しかし，脳卒中患者の高齢化・重度化，非正規雇用労働などの労働態様の変化は脳卒中患者の復職に多大な影響を与えており，若年脳卒中患者の復職率は過去 20 年間，40%に留まっている．脳卒中患者の復職は医療だけでなく福祉分野とも関連し，職業リハビリテーションとの連携，さらには，復職予定先の企業等との調整など様々なレベルでの対応が必要であり，医療福祉連携を超える高次の連携が必要となる．

Key words: stroke, return to work, employment support

はじめに

脳卒中患者の就労支援には，(1)再雇用を含めて職場復帰(復職)そのものを支援すること，(2)復職成立後，職場定着を目指すことの2つの側面がある¹⁻⁴⁾．脳卒中患者は多くの問題点を有するため個別の対応を要する一方，その経過が発症～回復という一相性であり，最も困難である(1)をクリアすれば(2)は比較的進めやすいという特徴がある．現在，政府が進める「働き方改革」の一つである「治療と職業生活の両立支援」は，疾病を抱えながらも仕事との両立を目指すことであり，上記(2)の職場定着の概念とほぼ一致する．本稿では，筆者らが取り組んできた脳卒中患者の復職に関する疫学的研究，復職支援の実践を踏まえて，脳卒中患者の復職の概要を述べる¹⁻¹⁷⁾．

復職の意義

わが国の脳卒中有病者数は約 177 万人と推定され⁶⁾，そのうちの約 30%は就労年齢の 65 歳未満であり，「若年脳卒中」に該当する⁷⁾．「若年脳卒中」患者にとってのゴールは社会復帰であり，その中でも特に復職が重要である．しかし，非正規雇用が増加している現在のわが国

では雇用状況は厳しく，社会的な受け皿が少ないために，たとえ働きたくても仕事を通した社会参加が難しくなっている．脳卒中患者の入院時のニーズ調査では，仕事に対するニーズは高いものの，ニーズのあきらめが多かった項目は皮肉にも復職という結果であった¹⁸⁾．仕事をするすることで，人は収入を得て生活を保ち(生存)，仕事役割の遂行を通して自分の社会的存在(社会参加，連帯)や価値を確認することができる¹⁹⁾．また，脳卒中後の障害を来した勤労者にとって，復職は社会復帰そのものであり，生活の質の確保と向上に大いに寄与している⁸⁾．

復職上の問題点

復職支援にあたって，脳卒中の予後をどう予測するかは非常に難しい．なぜなら，脳卒中後の復職に影響する唯一の予測要因というものはなく，脳卒中の復職には多くの要因が関与するからである^{6,9)}．復職は，脳卒中勤労者，企業(事業所)，および両者を結ぶ雇用の三要素が揃って初めて可能となる(Fig. 1)^{2,8)}．脳卒中勤労者にかかわる要因として，年齢，意欲，障害の種類や程度などがあり，企業にかかわる要因として，雇用主の受け入れ姿勢，産業保健制度や産業医とのかわりなどがある．また，雇用にかかわる要因には，失業率，法制度，福祉サービスなどがある^{8,9)}．

他の疾患と比べて特に復職上問題になるのは，就業能力に対する直接的影響(身体障害・高次脳機能障害など)が大きいことである¹⁰⁾．身体障害や，失語などの高次脳

¹⁾産業医科大学リハビリテーション医学講座
(2018 年 9 月 12 日受付，2018 年 9 月 12 日受理)
doi: 10.3995/jstroke.10668

Fig. 1 脳卒中の復職の三要素^{2, 8)}

機能障害があること、また、合併症(高血圧、糖尿病、心房細動など)があることで、復職を大きく阻害する。それに加え、脳卒中の復職に際して法的支援制度を利用しにくいことも影響している。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⁸⁾。そのため、復職は脳卒中患者と企業との当事者間の問題とみなされ、行政は直接関与せず支援が受けにくい状況にある。

また、対象となる脳卒中集団が定年退職年齢に近く、復職を目標としにくい状況にある。「脳卒中患者は就労できない」という誤った固定観念も影響し、障害者雇用に対する社会的偏見も少なからずある⁸⁾。そして最大の問題は、機能回復の予測が難しく、復職時期の設定が脳卒中発症初期に困難なことである。なぜなら、脳卒中患者の症状は多彩であり、障害の程度が広範囲に及び事例の個別性が高いからである。また、病前の能力や社会的地位にこだわり過度な期待を持っている時期では、就労支援が失敗するリスクも高く、今後の可能性を狭める要因ともなるため慎重に対応する必要がある。

脳卒中後に復職できなかった者は、必要なニーズが満たされず低い心理社会的転帰に至っているとの報告がある⁷⁾。65歳以下の発症時専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の低下を認めている¹⁰⁾。また、退院後の脳卒中患者では、復職する目途がたたないために、社会的・経済的に不安定な立場におかれることでうつ状態となり(脳卒中後うつ)、うつ状態から抜け出せないために復職できないという悪循環が復職

困難者を生んでいる¹⁸⁾。

復職の現状

リスクファクターの管理による脳卒中予防や急性期医療の進歩、回復期リハビリテーション病棟や地域連携パスなど、脳卒中を取り巻く医療状況の大きな発展にもかかわらず、脳卒中後の復職率は20年前と比べて大きな違いはない^{6, 17)}。わが国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^{6, 11, 20)}。さらに復職可能であった患者の約80%は発症前の職場に復帰している²¹⁾。ちなみに諸外国の脳卒中復職率については、1990年以降、約70篇ほどの報告があり⁷⁾、対象者の年齢、重症度、景気や文化社会背景が異なるため、一つにまとめることは困難であるが、大まかには復職率の平均値は44%であった(Table 1)。

初回発症の脳卒中患者244名の復職を経時的に追跡調査したコホート研究によれば、脳卒中発症～3カ月、1年～1年6カ月の2つの期間で復職率が増えるものの、発症1年6カ月でほぼ最大になり、以降は変わらない(Fig. 2)^{12-14, 17, 21)}。これには、傷病手当金の受給期限(1年6カ月)等の社会経済的要因が関連しているほか、定年退職年齢との関係から新たな求職がなされていないことも影響している⁶⁾。また、初発脳卒中患者の復職成否を調査したわが国の疫学的研究によれば(Table 2)、コホートI研究¹²⁾から約20年後に実施したコホートII研

Table 1 脳卒中後の復職率(国際比較)⁸⁾

研究(著者, 発表年)	対象者数	復職率(%)	国
Saeki et al. (1993) ¹³⁾	230	58	日本
Wozniak et al. (1999) ²²⁾	156	51	米国
Vestling et al. (2003) ²³⁾	120	41	スウェーデン
Kersten et al. (2004) ²⁴⁾	286	28	英国
Teasdale et al. (2005) ²⁵⁾	104	45	デンマーク
Mennemeyer et al. (2006) ²⁶⁾	58	43	米国
Hofgren et al. (2007) ²⁷⁾	55	20	スウェーデン
Glozier et al. (2008) ²⁸⁾	210	53	ニュージーランド
Busch et al. (2009) ²⁹⁾	266	35	英国
Saeki et al. (2010) ¹⁴⁾	325	55	日本

究¹⁴⁾でも、ほぼ同じパターンのカーブを描いており、時代を経ても社会経済的要因の影響が強いことがわかる (Fig. 2)¹⁷⁾。

復職の予測要因

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^{8, 12-15, 20, 21, 30-33)}。Fig. 3に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が挙げられる。就労への意欲に関しては、就労への意思がある方が明らかに就労可能となった例が多い²⁰⁾。また、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などが復職を促進する方向に働く^{8, 12)}。欧米の報告では、障害者に対する対応が大きく影響するとしており、特に上司の対応がよければ再

就労につながるケースが多いとされる^{20, 30)}。

一方、復職を阻害する要因としては、中高年齢での発症、肉体労働を主とするブルーカラー、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^{8, 12)}。また、重度の片麻痺、失語・失行・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。特に、注意障害などは仕事の持続力低下や集中力低下につながり、就労の継続において支障となることがある^{10, 31, 32)}。また、体力低下があると、仕事を始めても継続できなくなり、離職してしまうケースを見かける。退院時に易疲労性を訴える脳卒中患者は就労につながりにくい。

性別や脳卒中中の病型(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⁵⁾。麻痺側に関しては、促進要因にも阻害要因に

Fig. 2 わが国の脳卒中後の復職率¹⁷⁾
破線はコホート I 研究, 実線はコホート II 研究

Table 2 わが国における脳卒中後の復職に関する疫学的研究の比較¹⁷⁾

特性	コホート I 研究 ¹²⁾	コホート II 研究 ¹⁴⁾
研究期間	1986-1990 年	2006-2007 年
対象者数	183	325
年齢(歳), 平均±SD	50±11	55±7
性別, 男/女(%)	71/29	81/19
職種, ホワイト/ブルー カラー(%)	63/37	37/63
診断, 出血/梗塞/SAH(%)	41/28/26	37/54/9
復職率(%)	58	55

Fig. 3 脳卒中勤労者側の復職にかかわる要因^{2, 8)}

もなりうる。

脳卒中患者個人レベルでの復職条件として、(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、の4点が挙げられる³⁴⁾。しかし、上記(1)～(3)の条件を患者が満たしていても、情緒的に(4)の条件である障害の受容ができていなければ、復職できるチャンスは巡ってこない。

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つが必要とされる実用的な判断基準もある¹¹⁾。すなわち、「一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、上述の通り、「障害の受容ができていいる」ことも必要である。

就労支援

就労可能か否かを検討するには、就労支援者の有無、職場環境、職務内容、労働条件、在宅ワーク等の多くの条件を考え合わせる事が重要である^{7, 9, 35)}。また、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¹⁰⁾、本人の就業能力と作業負荷とのバランスをとることは今後継続した復職を目指す上でも重要である。例えば、身体的負荷軽減のために姿勢を調整し、作業道具の選択や置く位置の設定等を調整するなどの環境設定を行うことや、職場の人間関係を把握し、調整をしていくことなど、作業をより安心・安定・継続してできるよう検討することも必要である³⁵⁾。また、安全衛生について考えておく必要があり、本人の再発のリスク、そして第三者へのリスクも考慮しなければならない。リスクがあることは復職を阻害する方向に作用する。脳卒中患者を雇用する企業

の中においては、脳卒中に関する知識や経験不足のために、脳卒中労働者の雇用に対して複雑な感情や様々な問題点に遭遇すると言われている³⁰⁾。そのため、医療関係スタッフと産業保健スタッフとの密な情報交換を行い、障害を知ってもらうことが大切である。

発症前に就業していた脳卒中患者には、入院当初から再就労を念頭においたリハビリテーションが望まれるが、現状では在宅復帰を目標とした日常生活動作能力回復訓練に集中し、次のステップである回復期リハビリテーション病棟やリハビリテーション専門病院へ早期の転院となるケースがほとんどである¹²⁾。さらに、患者の高齢化、疾病構造の変化、障害医療の軽視、復職をサポートしてきた経験スタッフの減少が、復職リハビリテーションの実施を困難としている⁹⁾。

このような状況で患者をスムーズに復職に導くために必要な医療機関の対応として、就労を念頭においた医療スタッフの方向性の一致が重要である²⁰⁾。就労への動機づけや職種毎に分けたリハビリテーションプログラムなどの工夫が必要となり、スタッフが一丸となってそれぞれの技術と知識を結集しチームの能力を発揮することが肝要である¹¹⁾。また、急性期、回復期および生活期それぞれの病期において、医療機関、産業保健スタッフ、事業所などが適切なサポート体制をとっておく必要がある。

脳卒中後の復職に際して、これまで社会的支援復職への関与に関する比較研究はほとんど見られなかったが、全国21労災病院の脳卒中患者の復職研究において、田中らは、産業医の復職支援の有無との関連性について、産業医の関与があった場合は、ない場合に比べて約8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³³⁾。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¹⁶⁾。これらは、適切な連携を行うことが復職を促進することを示したものである。

障害特性に応じた両立支援

厚生労働省が公表した「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」³⁶⁾によれば、転院や退院等で病院や主治医が変わるタイミングは、脳卒中患者本人と事業者が情報共有する機会として有用である。患者によっては障害が残る場合もあり、期間の限定なく就業上の措置が必要になる場合がある。障害の有無や程度に関しては、発症からおよそ3～6カ月後にはある程度予測可能であるため、本人が主治医に障害の有無や程度、就業への影響等について確認し、必要に応じて事業者へ情報提供することが望ましい。

事業者は、産業医や保健師、看護師等の産業保健スタッフ等と連携するなどして、障害の程度や内容に応じて、作業転換や段差の解消といった職場環境の整備など、合理的な配慮を行うことが求められる。事業者は必要に応じて地域障害者職業センターや障害者就業・生活支援センターなどに助言を求めることも可能である。

障害の中には、記憶力の低下や集中力の低下など、一見してわかりにくいものがあり、周囲の理解や協力が得られにくい場合もある。就業上の措置や治療に対する配慮を実施するために必要な情報に限定した上で、勤労者本人の同意のもと、上司・同僚等に情報を開示し理解を得ることが望ましい。

おわりに

脳卒中後の復職の過程は各々の事例できわめて個性が高く、神経学的、機能的要因だけでなく、職種や職場環境など多要因によって影響を受けている。上述したように、脳卒中は復職自体が困難なことが多いが、適切な就労支援がなされると復職率が向上することから、今後も医療と職場の連携が図られるよう努めてゆく必要がある。

謝 辞

本研究は厚生労働省・労災疾病臨床研究事業費補助金「医療機関における両立支援の取り組みに関する研究(平成29年度～31年度)」の支援により行った。

著者は日本脳卒中学会へのCOI自己申告を完了しており、本論文の発表に関して、開示すべきCOIはない。

参考文献

- 1) 杉本香苗, 佐伯 覚: 脳卒中の職業復帰—予後予測の観点から—. Jpn J Rehabil Med 55: 858–864, 2018
- 2) 佐伯 覚: 脳血管障害後の就労支援. 産業ストレス研究

- 25: 297–304, 2018
- 3) 佐伯 覚, 伊藤英明, 加藤徳明ら: 障害者に対する就労支援の最近の動向. Jpn J Rehabil Med 54: 258–261, 2017
- 4) 佐伯 覚: リハビリテーションに必要な産業医学の知識—リハビリテーションの役割. 総合リハ 43: 505–509, 2015
- 5) 濱田 学, 白山義洋, 伊東育未ら: 脳卒中の予後予測—脳卒中患者の就労予測. 総合リハ 42: 741–745, 2014
- 6) 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. 臨床リハ 15: 818–823, 2006
- 7) 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
- 8) 佐伯 覚: 脳卒中後の職場復帰の予測要因. 日職災医会誌 54: 119–122, 2006
- 9) 佐伯 覚: 疾病とつきあいながら働く—職場復帰—. 健康開発 15: 33–40, 2010
- 10) 佐伯 覚, 有留敬之輔, 吉田みよ子ら: 脳卒中後の職場復帰予測. 総合リハ 28: 875–880, 2000
- 11) 佐伯 覚: 脳卒中患者の職業復帰. 日職災医会誌 51: 178–181, 2003
- 12) Saeki S, Ogata H, Okubo T, et al: Return to work after stroke. A follow-up study. Stroke 26: 399–401, 1995
- 13) Saeki S, Ogata H, Okubo T, et al: Factors influencing return to work after stroke in Japan. Stroke 24: 1182–1185, 1993
- 14) Saeki S, Toyonaga T: Determinants of early return to work after first stroke in Japan. J Rehabil Med 42: 254–258, 2010
- 15) 佐伯 覚, 蜂須賀研二: 脳卒中後の職場復帰—医学関連の文献情報. 総合リハ 35: 291–298, 2007
- 16) 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 36: 1114–1116, 2008
- 17) Saeki S, Matsushima Y, Kato N, et al: Comparison of the Time Course of Return to Work After Stroke Between Two Cohort Studies in Japan. J UOEH 38: 311–315, 2016
- 18) 澤 俊二: 就労支援におけるOTの役割と特徴. 作療ジャーナル 43: 738–742, 2009
- 19) 菊池恵美子: 働くことの意味—1. 人と仕事. 作療ジャーナル 43: 650–652, 2009
- 20) 豊永敏宏: 症例に見る脳卒中の復職支援とリハシステム. 神奈川: 独立行政法人労働者健康福祉機構, 2011.
- 21) 豊永敏宏: 中途障害者の職場復帰. Med Pract 27: 1703–1706, 2010
- 22) Wozniak MA, Kittner SJ, Price TR, et al: Stroke location is not associated with return to work after first ischemic stroke. Stroke 30: 2568–2573, 1999
- 23) Vestling M, Tufvesson B, Iwarsson S: Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. J Rehabil Med 35: 127–131, 2003
- 24) Kersten P, George S, Low J, et al: The Subjective Index of Physical and Social Outcome: its usefulness in a younger stroke population. Int J Rehabil Res 27: 59–63, 2004
- 25) Teasdale TW, Engberg AW: Psychosocial consequences of stroke: a long-term population-based follow-up. Brain Inj 19: 1049–1058, 2005
- 26) Mennemeyer ST, Taub E, Uswatte G, et al: Employment in households with stroke after Constraint-Induced Movement therapy. NeuroRehabilitation 21: 157–165, 2006
- 27) Hofgren C, Björkdahl A, Esbjörnsson E, et al: Recovery after

- stroke: cognition, ADL function and return to work. *Acta Neurol Scand* 115: 73–80, 2007
- 28) Glozier N, Hackett ML, Parag V, et al: The influence of psychiatric morbidity on return to paid work after stroke in younger adults: the Auckland Regional Community Stroke (ARCOS) Study, 2002 to 2003. *Stroke* 39: 1526–1532, 2008
- 29) Busch MA, Coshall C, Heuschmann PU, et al: Sociodemographic differences in return to work after stroke: the South London Stroke Register (SLSR). *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 80: 888–893, 2009
- 30) Coole C, Radford K, Grant M, et al: Returning to work after stroke: perspectives of employer stakeholders, a qualitative study. *J Occup Rehabil* 23: 406–418, 2013
- 31) Tanaka H, Toyonaga T, Hashimoto H: Functional and occupational characteristics predictive of a return to work within 18 months after stroke in Japan: implications for rehabilitation. *Int Arch Occup Environ Health* 87: 445–453, 2014
- 32) 岡崎哲也：高次脳機能障害のリハビリテーションと職場復帰. *脳卒中* 35: 139–142, 2013
- 33) 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—. *日職災医学会誌* 57: 29–38, 2009
- 34) Melamed S, Ring H, Najenson T: Prediction of functional outcome in hemiplegic patients. *Scand J Rehabil Med* 12: 129–133, 1985
- 35) 峰野和仁：就労支援における作業療法の技術 環境調整の実際. *作療ジャーナル* 43: 793–797, 2009
- 36) 厚生労働省：脳卒中に関する留意事項. 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, 東京, 2016: 27–31

Abstract

Overview of the returning to work after stroke

Satoru Saeki, M.D., Ph.D.,¹⁾ Akiko Hachisuka, M.D., Ph.D.,¹⁾ Hideaki Itoh, M.D., Ph.D.,¹⁾
Noriaki Kato, M.D., Ph.D.,¹⁾ Mitsuhiro Ochi, M.D., Ph.D.,¹⁾ and Yasuyuki Matsushima, M.D., Ph.D.¹⁾

¹⁾Department of Rehabilitation Medicine, University of Occupational and Environmental Health

Social reintegration, particularly returning to work (RTW) is one of the most important rehabilitation goals for young patients with stroke from the viewpoint of normalization. Understanding the concepts of the International Classifications of Functioning, Disability and Health has spread, and thus the importance of social interaction has become paramount. Also, the Ministry of Health, Labor and Welfare now have a policy of promoting of RTW after stroke, and this is important for the balanced support of treatment and professional careers associated with employment policy reforms. However, aging, severe disability caused by stroke and increased part-time or short-term employment have inhibited RTW after stroke. Thus, the proportion of stroke victims who have been able to return to work has remained static at 40% for the past 20 years. The ability of patients to return to work after stroke is associated not only with the medical and vocational rehabilitation, but also with the welfare system. Close cooperation among the medical community, the social welfare system and the workplace of the companies are necessary.

Key words: stroke, return to work, employment support

(Jpn J Stroke 41: 411–416, 2019)