

## 脳卒中後の職場復帰の予測要因

佐伯 覚

産業医科大学リハビリテーション医学講座

(平成18年1月27日受付)

**要旨：**脳卒中後の職場復帰（以下、復職）の意義と問題点については、QOLを含む社会復帰の側面、経済的な側面、適正配置や職場適応の側面があり、多くの要因が影響する。また、症例は個々に障害や社会経済的背景が異なり、きわめて個別性が高い事象といえる。

脳卒中後の復職に関する予測要因として、1) 年齢・性別、2) 教育歴と職種、3) 傷病手当・休業補償、4) 脳卒中の危険要因と病型、5) 片麻痺の罹患側と重症度、6) 歩行能力と身体機能、7) 知能・記憶力・コミュニケーション能力、8) 入院期間、9) リハビリテーションなどがある。復職のステップを考える際には、復職に関する予測要因を予め把握・評価することで、どの点に注意が必要か、どの部分へ介入すればよいか明らかとなり、復職支援プログラムを効率よく実施することが可能となる。

(日職災医誌, 54: 119—122, 2006)

## —キーワード—

脳卒中, 職場復帰, 予測要因

## 1. 脳卒中後の復職の意義

脳卒中後の職場復帰（以下、復職）の意義を表1に示す<sup>1)2)</sup>。脳卒中後に障害を来した勤労者にとって、復職という行為は社会復帰そのものであり、労働生活の質（quality of working life）の確保と向上に大いに寄与する<sup>3)</sup>。

経済的側面に関しては、脳卒中による経済的損失の約60%が、就労できないために生産所得を得られない間接的損失であり<sup>4)5)</sup>、復職することでこの間接的損失を減らすことができる。また、働かないで国家に保障してもらうより、自らが働き所得を得て、税金を支払うtax payerになることで経済的にも自立できる。

適正配置や職場適応は、産業医学・産業保健との関連が深い点でもあり、配置転換・就業制限、あるいは、作業工程や職場環境の調整などを含んでいる。脳卒中後の

復職や職場適応の研究が、進んでいない理由としては、障害の程度が広範囲に及ぶため、復職の実態が把握しにくい、事例の個別性が高く、得られた結果を一般化するには限界があるという方法論上の問題がある。また、対象集団が定年退職年齢に近く、復職を目標としにくいという状況と共に、「脳卒中障害者は就労できない」という誤った固定観念が影響している<sup>6)</sup>。

## 2. 復職の三要素

復職は、脳卒中勤労者、企業、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（図1）。どれか一つでも欠ければ、復職は成立しない。例えば、脳卒中勤労者が復職する意志がない場合、企業が障害者の復職を全く受け入れない場合、あるいは、解雇など雇用関係

表1 脳卒中後の復職の意義と問題点<sup>1)2)</sup>

1) 社会復帰の一形態 (Quality of working life)
2) 経済的側面 (Tax payer)
3) 適正配置 (Fitness for work)
4) 職場適応 (Workplace accommodation)

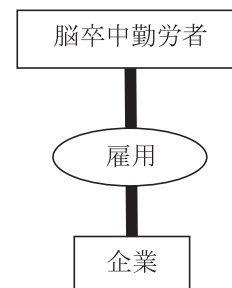
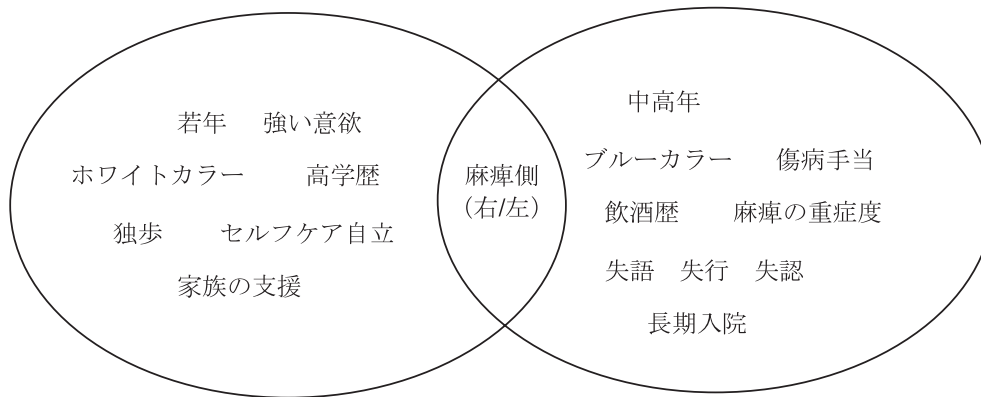


図1 復職に関わる三要素

図2 脳卒中勤労者側の要因<sup>7)~26)</sup>

が既に消失した場合などでは、復職は不可能となる。

脳卒中勤労者の要素に関わる要因として、年齢、意欲、障害の種類や程度などがあり、企業の要素に関わる要因として、雇用主の受け入れ姿勢、産業保健制度や産業医の関わりなどがある。また、雇用の要素には、失業率、法制度、福祉サービスなどがある。

### 3. 脳卒中後の復職を予測する要因

上述した復職に関わる三要素のうち、脳卒中者側の要素に関わる要因について述べる。図2に脳卒中後の復職に関わる要因として、左側に復職を促進する要因を、右側に復職を阻害する要因を示した<sup>7)~26)</sup>。

復職を促進する要因としては、若年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、セルフケアおよび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あげられる。

一方、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、多量の飲酒歴、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、長期入院や長期の傷病手当・障害年金の受給などがあげられる。傷病手当や障害年金は、障害に対する経済的補償として不可欠なものであるが、一方で復職に対するモチベーションを低下させ、復職可能な症例の復職時期を遅らせてしまうことがある<sup>10)</sup>。

麻痺側に関しては、左片麻痺の方が右片麻痺より復職しやすいとの報告もあるが<sup>23)25)</sup>、これとは反対の報告<sup>24)</sup>、あるいは、麻痺側は影響しないとの報告もあり<sup>13)21)</sup>、他の合併要因に連動して促進要因にも阻害要因にもなりうると思われる。

性別および脳卒中病型は復職に直接影響しない。障害をもたらした脳卒中病巣の解剖学的部位と復職との関連については今まで十分な検討がなされていなかったため、筆者らはこの点について研究をすすめ、脳卒中の責任病巣部位は容易に測定できる他の要因に比べてあまり重要でないことを確認した(表2)<sup>27)</sup>。

医学的リハビリテーションが直接復職を大きく促進し

表2 脳卒中後の復職に関するコホート研究 (n = 126)<sup>27)</sup>

予測要因	オッズ比 (95% 信頼区間)
麻痺の程度	
高度	1.00
中等度	0.88 (0.28-2.82)
軽度	2.13 (0.71-6.41)
麻痺なし	3.74 (1.13-12.4) †
脳卒中病型分類*	
LCL	1.00
SCL	0.90 (0.19-4.20)
SBL	1.13 (0.25-5.18)
IFT	0.80 (0.16-4.10)
失行	
あり	1.00
なし	10.7 (1.24-82.8) †
職業	
ブルーカラー	1.00
ホワイトカラー	2.11 (1.17-3.81) †

\* LCL: 2葉以上の広範囲にわたる皮質病変, SCL: 1葉内に留まる皮質病変, SBL: ラクナを含む穿通枝領域病変, IFT: 脳幹や小脳のテント下病変.  
† : p < 0.05 (Cox 比例ハザードモデルによる)

たという報告はないが、歩行やADLを自立させることにより、間接的に復職を促進することが推察される。

### 4. 脳卒中後の復職に関わる諸問題

脳卒中後の復職に関わる今日の諸問題を表3にまとめた。まず、脳卒中による障害は、身体障害だけでなく、高次脳機能障害など精神の障害をも合併した複合障害であり、症例毎に全く異なった障害像を呈する。したがって、復職に対するアプローチは身体面だけでなく、精神面への配慮も加味した学際的なアプローチを必要とする。そのためにも、治療の主体となるリハビリ関係者と復職の受け入れ先である産業保健関係者とのより緊密な連携が必要である。

脳卒中は、通常働き盛りの中高年齢者に多く発生し、多数の「中途障害者」を生み出す。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、

表3 脳卒中後の復職に影響する諸問題<sup>1)8)9)28)</sup>

- |                                |
|--------------------------------|
| 1) 身体障害+高次脳機能障害                |
| 2) リハビリ=産業保健間の連携               |
| 3) 中途障害者(特に中高年)に対する法的な支援制度が乏しい |
| 4) 当事者間(脳卒中者=企業)の問題            |
| 5) 障害者雇用に対する偏見(社会, 企業)         |

中途障害者の支援サービスに乏しい, そのため, 復職は脳卒中者と企業間の, 当事者間の問題として行政は関与せず, 支援が受けにくい状況にある. また, 障害者の復職に際して, 根強い偏見が社会にあるのも事実である.

個々の事例の復職過程を吟味すること, また, 社会支援制度の整備が今後, 脳卒中者の復職を促進することにつながる.

### 文 献

- 1) 佐伯 覚, 緒方 甫: 障害者の社会復帰・職業復帰. 臨床と研究 73: 1342—1345, 1996.
- 2) Saeki S: Disability management after stroke: its medical aspects for workplace accommodation. Disability and Rehabilitation 22: 578—582, 2000.
- 3) Niemi ML, Laaksonen R, Kotila M, Waltimo O: Quality of life 4 years after stroke. Stroke 19: 1101—1107, 1988.
- 4) Warlow CP: Epidemiology of stroke. Lancet 352 (suppl III): 1—4, 1998.
- 5) Taylor TN, Davis PH, Torner JC, et al: Lifetime cost of stroke in the United States. Stroke 27: 1459—1466, 1996.
- 6) Aitken RCB, Corne P: To work or not to work: that is the question. Brit J Indust Med 47: 436—441, 1990.
- 7) 佐伯 覚, 緒方 甫, 大久保利晃: 脳卒中患者の職業復帰: 職場復帰の疫学. 総合リハ 23: 461—464, 1995.
- 8) 佐伯 覚: 脳血管障害者の職場復帰のためのサポート体制. 労働の科学 50: 27—30, 1995.
- 9) 佐伯 覚, 有留敬之輔, 吉田みよ子, 他: 脳卒中後の職業復帰予測. 総合リハ 28: 875—880, 2000.
- 10) Saeki S, Ogata H, Okubo T, et al: Return to work after stroke: a follow-up study. Stroke 26: 399—401, 1995.
- 11) 遠藤てる, 杉浦 亨, 吉岡春美, 他: 脳卒中後片麻痺患者に対する職業前訓練と職場復帰: 病院におけるアプローチ. OT ジャーナル 25: 436—442, 1991.
- 12) 大川弥生, 上田 敏, 江藤文夫, 他: 片麻痺患者のHandicap(社会的不利)に関する研究(第1報): 成人男子片麻痺の職業復帰を中心に. 総合リハ 14: 451—453, 1986.
- 13) Saeki S, Ogata H, Okubo T, et al: Factors influencing return to work after stroke in Japan. Stroke 24: 1182—1185, 1993.
- 14) 高橋 洋, 安倍基幸, 岩城和男, 他: 脳損傷者の就業と生活レベル. 総合リハ 15: 1011—1015, 1987.
- 15) 徳弘昭博, 小西 明, 平井正才, 他: 労働年齢で発症した片麻痺患者の職業復帰状況の調査. 総合リハ 20: 689—693, 1992.
- 16) 早川俊秀, 森 欣一, 吉田あけみ: 脳卒中患者に対する職業的アプローチ. OT ジャーナル 25: 725—731, 1991.
- 17) 間嶋 満: 脳卒中後遺症患者の職業復帰. 総合リハ 10: 197—203, 1982.
- 18) 横山 巖: 脳卒中片麻痺患者の社会復帰. 総合リハ 12: 27—32, 1984.
- 19) Hindfelt B, Nilsson O: The prognosis of ischemic stroke in young adults. Acta Neurol Scand 55: 123—130, 1977.
- 20) Espmark S: Stroke before 50: a follow-up study of vocational and psychological adjustment. Scand J Rehabil Med 5 (suppl 2): 1—107, 1973.
- 21) Kotila M, Waltimo O, Niemi ML, et al: The profile of recovery from stroke and factors influencing outcome. Stroke 15: 1039—1044, 1984.
- 22) Black-Schaffer RM, Osberg JS: Return to work after stroke: development of a predictive model. Arch Phys Med Rehabil 71: 285—290, 1990.
- 23) Coughlan AK, Humphrey M: Presenile stroke: long-term outcome for patients and their families. Rheumatol Rehabil 21: 115—122, 1982.
- 24) Howard G, Till JS, Toole JF, et al: Factors influencing return to work following cerebral infarction. JAMA 253: 226—232, 1985.
- 25) Heinemann AW, Roth EJ, Cichowski K, Betts HB: Multivariate analysis of improvement and outcome following stroke rehabilitation. Arch Neurol 44: 1167—1172, 1987.
- 26) Melamed S, Ring H, Najenson T: Prediction of functional outcome in hemiplegic patients. Scand J Rehabil Med 12 suppl: 129—133, 1985.
- 27) Saeki S, Hachisuka K: The association between stroke location and return to work after first stroke. J Stroke and Cerebrovasc Dis 13: 160—163, 2004.
- 28) 佐伯 覚: 脳卒中患者の職業復帰. 日職災医誌 51: 178—181, 2003.

(原稿受付 平成18. 1. 27)

別刷請求先 〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1  
産業医科大学リハビリテーション医学講座  
佐伯 覚

### Reprint request:

Satoru Saeki  
Department of Rehabilitation Medicine, University of Occupational and Environmental Health, Japan, 1-1 Iseigaoka, Yahatanishi-ku, Kitakyushu-city 807-8555, Japan

## PROGNOSTIC FACTORS FOR RETURN TO WORK AFTER STROKE

Satoru SAEKI

Department of Rehabilitation Medicine, University of Occupational and Environmental Health, Japan

Stroke is one of the major disabilities particularly in the elderly workers and has led to enormous direct or indirect costs. Return to work (RTW) is a manifestation of their social restoration as well as an important outcome following stroke. Early RTW after stroke also implies an effective way to reduce the indirect costs by shortening the lost workdays. Successful RTW after stroke will depend not only on the disability, its degree and rate of recovery, but also on medical assessment of fitness for work or workplace accommodation.

For fitness to return to work after stroke, we should consider and evaluation their prognostic factors: 1) age, and sex, 2) education, and occupation, 3) sickness benefits, 4) risk factors and location of stroke, 5) severity and laterality of hemiplegia, 6) gait ability, and self-care activity, 7) intelligence, memory and communication ability, 8) length of stay in rehabilitation, and 9) rehabilitation programs.

---