

原 著

脳血管障害リハビリテーション患者における早期職場復帰要因の検討

—労災疾病等 13 分野研究・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」より—

徳本 雅子¹⁾, 甲斐 雅子¹⁾, 豊田 章宏¹⁾, 豊永 敏宏²⁾¹⁾独立行政法人労働者健康福祉機構中国労災病院リハビリテーション科²⁾独立行政法人労働者健康福祉機構九州労災病院勤労者予防医療センター

(平成 22 年 4 月 5 日受付)

要旨：独立行政法人労働者健康福祉機構が担う労災疾病等 13 分野研究「職場復帰のためのリハビリテーション」より，復職の時期には発症後 3～6 カ月と，発症後 1 年半との 2 つのピークがあることがわかった。これまで脳血管障害者の復職時期に関する報告は少なく，復職時期の影響要因は明らかとなっていない。そこで，復職時期の影響要因を明らかにすることを目的とした。

対象は，発症後 1 年半以内に復職可能であった 132 例である。復職支援や身体・精神機能等全 39 項目を調査項目とし，入退院時，または発症後 1 年半に調査を行った。対象を，発症後 6 カ月以内に復職した 88 例（早期群），発症後 6～18 カ月以内に復職した 44 例（遅延群）に分け，39 項目を 2 群で比較検討した。

その結果，早期群は遅延群に比して ADL 能力が高いこと，易疲労性がなく復職に十分な体力があること，医療機関の復職支援があったことがわかり，特に医療機関の復職支援が強く復職時期に影響していることがわかった。今後，早期リハの実践と復職支援をいかに進めていくかが課題である。

(日職災医誌, 58:240—246, 2010)

—キーワード—

職場復帰, リハビリテーション, 脳血管障害

はじめに

労災病院群にとって，社会復帰，職場復帰(以下復職)は 1 つの大きなテーマであり，多様な復職に関する研究を行ってきた。労災疾病等 13 分野研究「職場復帰のためのリハビリテーション」の研究結果によると，脳血管障害者の発症後 1 年半以内の復職率は諸家の報告^{6)~8)10)}と同等の約 40% であった。復職可能群は復職不可能群と比較し，1) 治療開始が早く，在院日数が短い。2) 初期評価時の BI などで ADL 能力が高く，退院時 MMSE などで認知能力，ADL 自立度が高い。3) 上肢・下肢機能ともに実用肢が多く，高次脳機能障害の合併率が低い。4) 職業的地位が高く，ホワイトカラーが多い。という特徴を示した。また，復職時期には発症後 3～6 カ月，発症後 1 年半の 2 つのピークが認められた¹⁾²⁾。これまで，復職可否に関する報告はみられるものの復職時期に関する報告は少なく，復職時期の影響要因は明らかとなっていない。発症後 1 年半にピークがあるのは傷病手当金の期限が切

れることが影響していると思われるが，その他の影響要因，特に発症後 3～6 カ月と早期に復職を可能にする要因は何かを探ることを目的とし，復職可能群を復職時期のピークをもとに 2 つの群に分け比較検討を行った。

対 象

2005 年 2 月から 2006 年 7 月まで労災病院 21 施設で加療された脳血管障害例 464 例のうち，労働年齢（15～64 歳）で発症時に就業しており（351 例），かつ発症後 1 年半以内に復職可能となった 132 例（38%）を本研究の対象とした。対象のうち，発症後 6 カ月以内の早期に復職可能となった 88 例を早期群，発症後 6～18 カ月以内に復職可能となった 44 例を遅延群に分類した。

方 法

労災疾病 13 分野研究で収集されたデータを用い，身体機能・精神機能 12 項目，合併症 5 項目，社会的要因 11 項目，本人・家族の医師に関する 3 項目，復職の支援に

表1 両群を比較した39項目

身体機能・精神機能	社会的要因
リハ開始時 BI 退院時 BI 退院時 m-RS 上肢機能 下肢機能 歩行機能 退院時 MMSE 失語 失行 失認 リハ開始までの日数 クリニカルパスの導入	年齢 性別 配偶者 勤続年数 通勤時間 経済的理由 会社からの復職に関する期待 役職 主な業種 退院時の雇用状況 就業形態
合併症	復職の支援に関する項目
知能障害 注意障害 記憶障害 易疲労性 肩関節亜脱臼	医療機関の復職に関する支援 職場の環境調整 職場の上司との連携 産業医との連携 職業リハ関係者との連携 入院中のMSWの関わり 入院中の職業リハ 医師から本人への働きかけ
本人・家族の意志に関する項目	
退院時の家族の復職に対する意識 退院時の本人の復職希望 社会的無所属の不安	

関する8項目、全39項目について両群間で比較検討した。なお、全39項目について表1に示す。

統計分析

両群の評価項目をt検定または χ^2 検定により比較した。なお、有意水準は5%未満とした。さらに、両群間の比較において有意差を認めた項目を独立変数、復職時期（早期・遅延）を従属変数としてロジスティック回帰分析を実施した。

結果

1. 両群の評価項目の比較

有意差を認めた項目は、1) リハ初回評価時 BI、2) クリニカルパスの導入、3) 易疲労性、4) 社会的無所属の不安、5) 医療機関の復職に関する支援の5項目であった。

1) リハ初回評価時 BI

早期群の平均点は71.9±30.5点、遅延群の平均点は59.3±35.4点と、早期群ではリハ開始時 BI の得点が高く、遅延群では得点が低い傾向にあった ($p=0.049$)。

2) クリニカルパスの導入

早期群ではクリニカルパスを導入した例が多く、遅延群では導入していない例が多かった ($p=0.035$)。また、クリニカルパス導入例は129例中33例(25.6%)と全体的に少なかった。

3) 易疲労性

早期群では易疲労性ありが少なく、遅延群では易疲労

性ありが多かった ($p=0.047$)。

4) 社会的無所属の不安

早期群では不安ありが少なく、遅延群では不安ありが多かった ($p=0.010$)。

5) 医療機関の復職に関する支援

早期群では支援があったとした例が多く、遅延群では支援がなかったとした例が多かった ($p=0.018$)。

なお、豊永らの報告より¹⁾²⁾、脳血管障害者の退院時の復職可否に関連がみられた年齢、リハビリ開始までの日数、MMSE、業種、役職、患者や家族の復職の意志において、また発症1年半後の復職可否に関連がみられた年齢、退院時 BI 等の項目において復職時期との関連はみられなかった。

2. ロジスティック回帰分析

両群で有意差を認めたリハ初回評価時 BI、クリニカルパスの導入、易疲労性、社会的無所属の不安、医療機関の復職に関する支援の5項目を独立変数、復職時期を従属変数としてロジスティック回帰分析を実施した。(表2)

復職時期には、リハ初回評価時 BI(オッズ比:0.972)、医療機関の復職支援(オッズ比:0.252)の2項目が影響しており、さらに医療機関の復職支援のオッズ比が高いことから、医療機関の復職支援の有無が復職支援に強く影響していることがわかった。

考 察

今回の調査より、1) 発症早期より ADL 能力が高いこと、2) 復職に適応する十分な体力があること、3) 医療機関の復職に関する支援があることが早期復職可能要因であることがわかった。なおクリニカルパスの導入が有るほうが復職しやすいという結果が得られたが、データ収集時は脳血管障害に対するクリニカルパスの導入例が少なかったため復職時期の影響要因としては説得力に欠ける。しかし、脳血管障害の地域連携クリニカルパスが診療報酬で点数化された現在ではクリニカルパスの普及がいつそう進んでおり今後再度検討していく必要があると考える。また、社会的無所属の不安が有るほうが復職が遅延するという結果が得られたが、これは遅延群は早期群と比較して重症度が高く復職するためにより多くのプロセスを踏む必要があるためではないかと考える。

ロジスティック回帰分析の結果より、3) 医療機関の復職に関する支援が復職時期に特に強い影響を与えていたことから、早い段階から医療機関が復職支援を実施していくことの重要性が再認識された。早期より機能評価に加え復職の評価を実施し、具体的な仕事内容を把握することで復職に必要な作業能力に対するアプローチを行うことが可能となるであろう。

また、豊永らの報告¹⁾²⁾より、脳血管障害例が欲しかった復職支援として主に職業リハとの連携・産業医との連

表2 復職時期（早期群・遅延群）での比較

カテゴリー	因子	データ数	平均	P
1. 身体機能・精神機能				
A. 身体機能	リハ開始時 BI			0.049*
	早期群	86	71.9±30.5	
	遅延群	43	59.3±35.4	
	退院時 BI			0.064
	早期群	87	96.0±11.8	
	遅延群	41	97.8±4.9	
	退院時 m-RS			0.762
	早期群	87	2.3±0.9	
	遅延群	41	2.4±0.8	
	上肢機能			0.153
	早期群	実用手 補助手・廃用手	73 (93.6%) 14 (6.4%)	
	遅延群	実用手 補助手・廃用手	30 (73.2%) 11 (26.8%)	
	下肢機能			0.753
	早期群	実用的 補助的・全廃	79 (90.8%) 7 (9.2%)	
	遅延群	実用的 補助的・全廃	37 (90.2%) 4 (9.8%)	
	歩行機能			0.303
	早期群	自立 介助・車いす等	78 (89.7%) 9 (10.3%)	
	遅延群	自立 介助・車いす等	39 (95.1%) 2 (4.9%)	
B. 精神機能	退院時 MMSE			0.346
	早期群	75	27.4±5.2	
	遅延群	37	27.6±3.1	
	失語			0.303
	早期群	あり なし	9 (10.3%) 78 (89.7%)	
	遅延群	あり なし	2 (4.9%) 39 (95.1%)	
	失行			0.502
	早期群	あり なし	3 (4.8%) 59 (95.2%)	
	遅延群	あり なし	2 (8.7%) 21 (91.3%)	
	失認			0.944
	早期群	あり なし	4 (4.6%) 83 (95.4%)	
	遅延群	あり なし	2 (4.9%) 39 (95.1%)	
C. 入院中のシステム	リハ開始までの日数			0.593
	早期群	87	1.1±0.4	
	遅延群	39	1.2±0.4	
	クリニカルパスの導入			0.035*
	早期群	あり なし	27 (32.0%) 58 (68.0%)	
	遅延群	あり なし	6 (14.0%) 36 (86.0%)	
2. 合併症	知能障害			0.614
	早期群	あり なし	6 (7.0%) 80 (93.0%)	
	遅延群	あり なし	4 (9.5%) 38 (90.5%)	
	注意障害			0.782
	早期群	あり	10 (11.8%)	

3. 社会的要因

	遅延群	なし	75 (88.2%)	
		あり	5 (11.9%)	
		なし	37 (88.1%)	
記憶障害				0.753
	早期群	あり	10 (11.6%)	
		なし	76 (88.4%)	
	遅延群	あり	37 (90.2%)	
		なし	4 (9.8%)	
易疲労性				0.047*
	早期群	あり	11 (13.0%)	
		なし	76 (87.0%)	
	遅延群	あり	11 (27.0%)	
		なし	30 (73.0%)	
肩関節亜脱臼				0.111
	早期群	あり	5 (5.8%)	
		なし	81 (94.2%)	
	遅延群	あり	0 (0%)	
		なし	42 (100%)	
年齢				0.578
	早期群		87	53.1 ± 6.9
	遅延群		43	53.3 ± 8.2
性別				0.17
	早期群	男性	73 (83.0%)	
		女性	15 (17.0%)	
	遅延群	男性	32 (72.7%)	
		女性	12 (27.3%)	
配偶者				0.448
	早期群	あり	69 (80.2%)	
		なし	17 (19.8%)	
	遅延群	あり	36 (85.7%)	
		なし	6 (14.3%)	
勤続年数				0.152
	早期群		83	18.8 ± 15.6
	遅延群		37	14.4 ± 14.3
通勤時間				0.195
	早期群		45	25.7 ± 20.1
	遅延群		30	25.8 ± 16.3
経済的理由				0.325
	早期群	あり	40 (45.5%)	
		なし	48 (54.5%)	
	遅延群	あり	24 (54.5%)	
		なし	20 (45.5%)	
会社からの復職に関する期待				0.338
	早期群	あり	18 (20.5%)	
		なし	70 (79.5%)	
	遅延群	あり	6 (13.6%)	
		なし	38 (86.4%)	
役職				0.201
	早期群	一般職	55 (65.5%)	
		係長以上	29 (34.5%)	
	遅延群	一般職	30 (77.0%)	
		係長以上	9 (23.0%)	
主な業種				0.085
	早期群	ブルーカラー	39 (50.6%)	
		ホワイトカラー	38 (49.4%)	
	遅延群	ブルーカラー	25 (65.8%)	
		ホワイトカラー	12 (31.6%)	
退院時の雇用状況				0.663
	早期群	在職	75 (92.6%)	
		失職	6 (7.4%)	
	遅延群	在職	36 (94.3%)	

			失職	2 (5.3%)	
	就業形態				0.207
	早期群	フルタイム		69 (87.3%)	
		パートタイム		10 (12.7%)	
	遅延群	フルタイム		33 (78.6%)	
		パートタイム		9 (21.4%)	
4. 本人・家族の意志に関する項目	退院時の家族の復職に対する意識				0.502
	早期群	賛成		59 (95.2%)	
		反対		3 (4.8%)	
	遅延群	賛成		21 (91.3%)	
		反対		2 (8.7%)	
	退院時の本人の復職希望				0.64
	早期群	あり		71 (92.2%)	
		なし		6 (7.8%)	
	遅延群	あり		35 (94.6%)	
		なし		2 (5.4%)	
	社会的無所属の不安				0.010*
	早期群	あり		2 (2.3%)	
		なし		86 (97.7%)	
	遅延群	あり		6 (13.6%)	
		なし		38 (86.4%)	
5. 復職の支援に関する項目	医療機関の復職に関する支援				0.018*
	早期群	あり		23 (41.8%)	
		なし		32 (58.2%)	
	遅延群	あり		6 (17.6%)	
		なし		28 (82.4%)	
	職場の環境調整				0.919
	早期群	あり		3 (7.3%)	
		なし		38 (92.7%)	
	遅延群	あり		2 (8.0%)	
		なし		23 (92.0%)	
	職場の上司との連携				0.419
	早期群	あり		20 (47.6%)	
		なし		22 (52.4%)	
	遅延群	あり		15 (57.7%)	
		なし		11 (42.3%)	
	産業医の連携				0.563
	早期群	あり		9 (19.6%)	
		なし		37 (80.4%)	
	遅延群	あり		4 (14.3%)	
		なし		24 (85.7%)	
	職リハ関係者との連携				0.967
	早期群	あり		7 (16.3%)	
		なし		36 (83.7%)	
	遅延群	あり		4 (16.7%)	
		なし		20 (83.3%)	
	入院中のMSWの関わり				0.375
	早期群	あり		23 (27.4%)	
		なし		61 (76.1%)	
	遅延群	あり		8 (20%)	
		なし		32 (80%)	
	入院中の職業リハ				0.967
	早期群	あり		27 (31.4%)	
		なし		59 (68.6%)	
	遅延群	あり		11 (26.8%)	
		なし		30 (73.2%)	
	医師から本人への働きかけ				0.57
	早期群	あり		43 (50.6%)	
		なし		42 (49.4%)	
	遅延群	あり		19 (45.2%)	
		なし		23 (54.8%)	

表3 復職時期を目的変数としたロジスティック回帰分析

因子	有意確率	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間	
			下限	上限
リハ開始時 BI	0.000	0.972	0.958	0.987
医療機関の復職支援	0.031	0.252	0.072	0.882
有意性の無い変数			有意確率	
易疲労性			0.808	
クリニカルパスの導入			0.205	

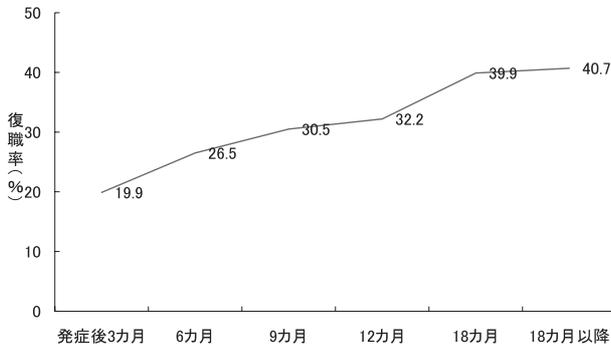


図1 復職率の経時的変化²⁾

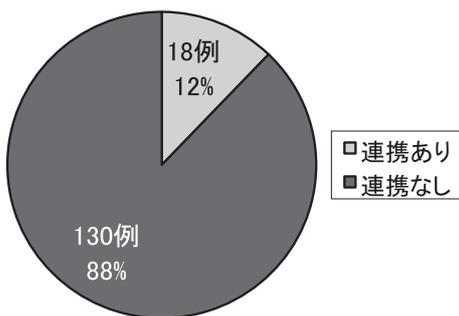


図2 産業医との連携²⁾

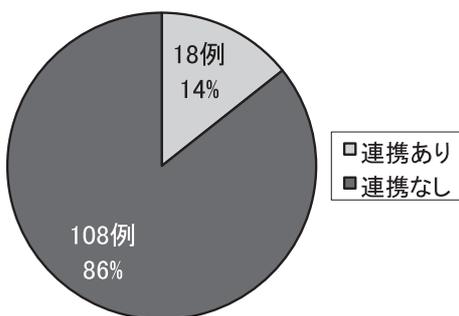


図3 職業リハとの連携²⁾

携が挙げられたが、実際に連携があったのはどちらも2割に満たない²⁾ほど少なく(図2, 図3), 復職支援が充実しているとは言えないのが現状である。医学的リハと職業リハとの連携は円滑とは言えない状況にあり, 古澤らが述べるように適応となるものに対しても十分に受ける機会が与えられていない。さらに古澤らの調査によると,

実際に職業リハの連携に対する援助をしたことがあるのは16%であるという現実がある。その理由としては、在院日数の短縮が進むことにより、「担当する期間が短い」、転院調整等日々の業務に追われており「業務に余裕がない」等が挙げられている¹⁾。これは急性期病院のリハビリテーションスタッフに関しても同じことであり、限られた期間で行える業務には限界があり復職まで関われないことによって、復職支援に対する経験不足、理解不足が生じている。これらの対策として、MSWは「自分たちが窓口となる」、「職業リハに対する知識・向上を目指す」といった前向きな回答をしている¹⁾ことは明らかな材料である。また、充実しているとは言えない中でも、13分野研究では職業リハや産業医、MSWと連携していたほうが復職しやすい²⁾という結果が得られており¹⁾²⁾、今後それらの充実が望まれる。

各施設の機能分化が進み、急性期、回復期、維持期というプロセスをたどっていく中で、転院や退院により環境が変わっても復職に関して一貫した支援を行える存在が必要とされ、それを担っていく復職コーディネーターの育成が急務である²⁾⁵⁾⁶⁾。今後、早期リハの実践と復職コーディネートをいかに適切に行っていくかが今後の労災病院群の課題であろう。

文献

- 1) 豊永敏宏：職場復帰のためのリハビリテーション—脳血管障害の退院時における職場復帰可否の要因—。日職災医学誌 56：135—145, 2008.
- 2) 豊永敏宏：脳血管障害者における復職復帰可否の要因—Phase3(発症1年6カ月後)の結果から—。日職災医学誌 57：152—181, 2009.
- 3) 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—。日職災医学誌 57：29—38, 2009.
- 4) 独立行政法人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, 2008.
- 5) 豊田章宏：職場復帰のためのリハビリテーション—急性期医療の現場から—。日職災医学誌 57：227—232, 2009.
- 6) 深川明世：就労支援における作業療法技術：障害特性を踏まえた就労計画の立て方：身体障害(脳血管障害)について。OTジャーナル 43：771—775, 2009.
- 7) 佐伯 覚：脳卒中患者の職場復帰。日職災医学誌 51：

- 178—181, 2003.
- 8) 佐伯 覚：脳卒中後の職場復帰の予測要因. 日職災医学誌 54：119—122, 2006.
- 9) 豊田章宏, 島 健, 平松和嗣久：脳血管障害例における勤労者リハビリテーションの現状と課題. 日職災医学誌 50：160—164, 2002.
- 10) 平松和嗣久, 豊田章宏, 真辺和文：脳卒中発症後の職業復帰. リハビリテーション医学 41：465—471, 2004.
- 11) 古澤一成, 徳弘昭博：医学的リハビリテーションと職業リハビリテーションとの連携上の問題点. リハビリテーション医学 42：24—29, 2005.

別刷請求先 〒737-0193 呉市広多賀谷 1—5—1
独立行政法人労働者健康福祉機構中国労災病院
リハビリテーション科
徳本 雅子

Reprint request:

Masako Tokumoto
Department of Rehabilitation, Chugoku Rosai Hospital, Japan
Labour Health and Welfare Organization, 1-5-1, Hiro-tagaya,
Kure, 737-0193, Japan

**Study on the Factors Influencing the Early Return to Work of Stroke Patients
under Rehabilitation Therapy**

Masako Tokumoto¹⁾, Masako Kai¹⁾, Akihiro Toyota¹⁾ and Toshihiro Toyonaga²⁾

¹⁾Department of Rehabilitation, Chugoku Rosai Hospital, Japan Labour Health and Welfare Organization

²⁾Clinical Research center for worker's Rehabilitation, Department of Rehabilitation,
Kyusyu Rosai Hospital, Japan Labour Health and Welfare Organization

Among the 13 fields of occupational injuries and diseases, Rosai Hospitals have been engaged in research, development and promotion of rehabilitation therapy of stroke patients for their return to work (RTW).

The study showed that there were two peaks in the period of RTW of stroke patients, the first peak being observed 3–6 months after stroke and the second peak 18 months after stroke. So far, there are few report about the date of RTW of stroke patients. So, it has not been cleared the factors influencing the date of RTW. The purpose of this study was to find what influence the date of RTW.

Study was made on 132 stroke patients who returned to work within 18 months after stroke to determine the factors which influenced their date of RTW. The patients were divided into two groups; early RTW group composed of 88 cases returning to work within 6 months after stroke and delayed RTW group composed of 44 cases returning to work 6–18 months after stroke. Comparative analysis was made of independent variable of date of RTW and 39 dependent variables such as physical and mental functions and RTW support of the two groups. The results of this analysis of the two groups revealed that in addition to high ability for ADL and physical strength enough to RTW, the support provided by the medical institution for RTW had a great influence on the date of RTW. These results suggest the importance of early initiation of rehabilitation therapy and of support for early RTW.

(JJOMT, 58: 240—246, 2010)