

脳血管障害の職場復帰モデルシステムの研究開発

—社会的支援（ソーシャルサポート）の課題—

豊永 敏宏

独立行政法人労働者健康福祉機構・勤労者リハビリテーション研究センター、九州労災病院勤労者予防医療センター

（平成 23 年 3 月 3 日受付）

要旨：目的：労災病院における脳血管障害の多施設臨床研究の結果から、職場復帰（以下復職）に関連する要因として社会的支援に焦点をあて検討した。

対象と方法：08 年までの 5 年間に全国労災病院から収集した、就業していた脳血管障害 351 例を対象とした。方法は各種の社会的支援項目と発症後 1 年半時点における復職可否との関連性を検討した。

結果：メディカルソーシャルワーカー（以下 MSW）の早期介入は、障害度が軽度の脳血管障害において有意に復職に関連していることが明らかとなった。本人の復職意欲の有無との関連も有意の関連がみられたが、家族のサポートについては明らかでなかった。また、企業の連携や上司の対応良否においても強い関連性を認めた。

考察：発症後 1 年半のフォローにおいて、退院時の障害度別に検討すると、障害が軽度でも約 3 割は離職している。また、退院時復職可能と医学的に判断しても約 4 割は復職できていなかった。これらの事実より、発症早期からの復職に関する情報の提供など MSW による社会的支援を可及的早期から介入することなど、さらには長期にわたる社会的支援が重要であると推測できる。

（日職災医誌，59：179—183，2011）

—キーワード—

職場復帰，リハビリテーション，脳血管障害の社会的支援

はじめに

「就業していた障害者の最大の QOL は再就労することである」を、テーマのコンセプトとして「脳血管障害の早期職場復帰のモデル・システム研究」は、労働者健康福祉機構（以下機構）が主導し、2008 年度まで第一次研究が施行され、その検証結果を各誌に発表してきた^{1)~4)}。さらに、それを継続・補完する目的で開始された、第二次研究の骨子を本誌に発表した⁵⁾。その中で、退院時までの早期の復職は、手指の機能障害など身体機能障害度が大きく復職可否に関与するものの²⁾、軽度障害者でも離職するケースが多いこと、一方、長期にわたるフォローにおいては医療的手段以外のサポートが発症の早い時期から大切であり、そのためには復職コーディネーターの役割としてメディカルソーシャルワーカー（MSW）の意義が大きいことを指摘した。そこで、特に、社会的支援（social support）の課題や意義につき、研究結果を再考し文献的考察を含め報告する。

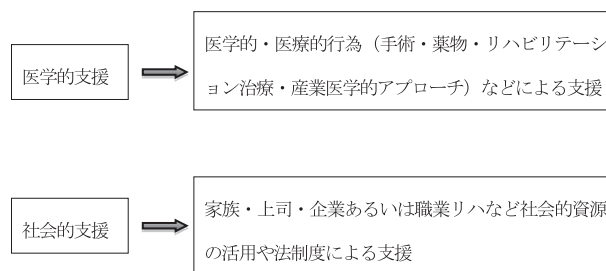
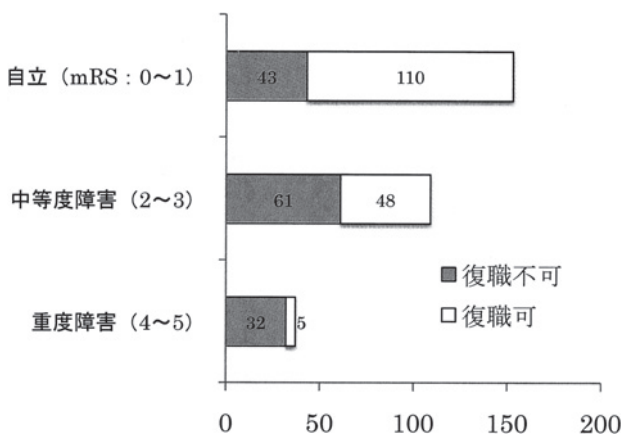
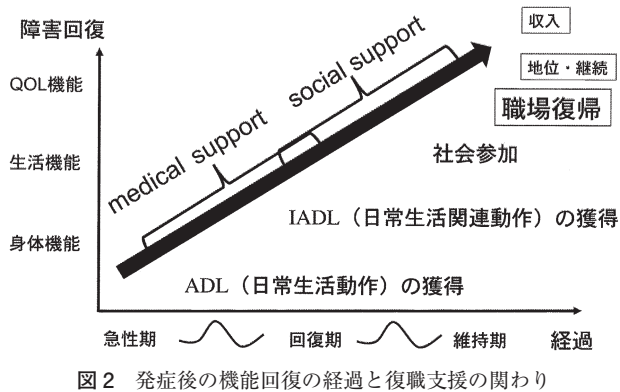


図1 復職における医学的支援と社会的支援の内容

復職における医学的支援と社会的支援

これまでの復職関連の報告で、社会的支援の必要性は指摘されているが⁶⁾、明確な定義が表現されておらず、復職支援において理解をしやすいするため、医学的支援と社会的支援とに分け検証を進めることとした（図1）。疾病発症後の経過と復職支援の関連をみると、急性期においては手術や投薬など医学的手段による治療が重要となり、引き続いて可及的早期から機能回復を目指す、リハ



ビリテーション医療が治療の主たる役割を担う(図2)。この経過の中で、医学的支援だけでなく社会的支援においても発症早期から関わるのが理想であるが、最近では病院毎の機能分化が進み、急性期治療が終了すれば、回復期やリハビリ専門病院に早期転院となるケースが殆どであり、復職支援体制の希薄化の傾向にある。このため適切な時期に的確な介入ができていない現状があるものと推察される。そのため、就業していた脳血管障害者から、復職を念頭にしたりリハビリテーション医療への要望が高まっている。例えば、若壮年の脳血管障害者には満たされていないニーズ⁷⁾、復職は見過ごされやすい領域である⁸⁾、重要なテーマであるのに無視されている分野⁹⁾などの不満が高まっている。これらは就業していた脳血管障害者が、発症早期から医学的支援に加えて、社会的支援を含めた総合的な早期の復職介入を求めていることを示している。

社会的支援に注目する根拠

まず、第一次研究結果から退院時の身体障害度 (m-Rankin Scale) 別に復職率を検討すると、退院時に身体機能障害が軽度でも約3割は、復職が不可であったという事実がある(障害度別の復職率は、自立71.9%, 中等度障害44.0%, 重度障害13.5%)(図3)。また、退院時に医

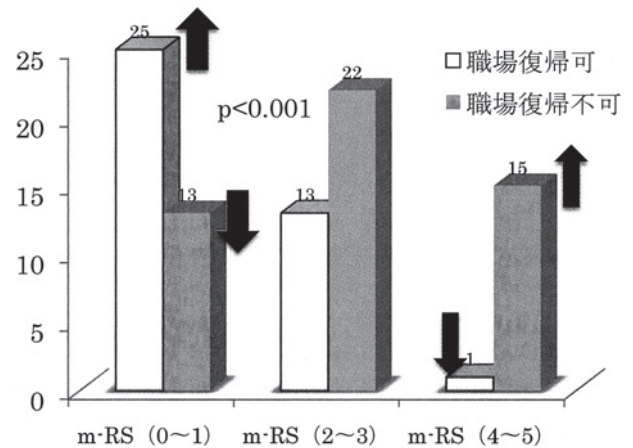


表1 復職に与える因子 (ロジスティック解析: n = 269)

因子	オッズ比 (95% 信頼区間)	p 値
MSW の面談有無	2.268 (1.179 ~ 4.359)	0.014
初回 B.I.	1.014 (1.004 ~ 1.024)	0.006
年齢	0.923 (0.881 ~ 0.968)	0.001
退院時 m-RS	0.692 (0.489 ~ 0.978)	0.037
退院時復職判断	0.589 (0.474 ~ 0.733)	<0.001

学的視点から復職可能と判断されたもので、発症1年半後に復職不可であったのが40.7% (81/199)と予想とは大きく異なった結果であった。これらの背景には社会的支援の影響があるものと推定され、第一次研究結果の中で、これまで研究テーマとして取り上げられていなかった社会的支援に絞り検討した。

第一次研究結果から社会的支援の検証

1. MSW の関与

MSW の関与と復職可否 (発症1年半後) との関連については、面談時期が早いほど復職の可能な例が多く、かつ障害度別に比較すると、軽症の障害においてはMSWが関与した場合に復職可が多く重度障害では不可が多かった⁵⁾(図4)。さらに、ロジスティック解析 (ステップワイズ法: $p < 0.05$) による検討において、MSW の関与は復職可となる確率が高いことが証明された (表1)。

2. 企業との連携や上司の対応

企業との連携および企業の上司の対応の良否と、退院時復職可否との関連性を検討すると、入院中に企業との連携有無と復職可否は関連があり、上司の対応良否との関連においても同様な結果となった(図5a, b)。しかし、発症後1年半時点における関連性はみられなかった。

3. 復職支援との関連性

徳本らは早期復職の要因にADL能力が高いこと、易疲労性がないこと、諸種の復職支援(上司との連携, MSW

の関わりなど8項目）があることが関係しており，特に復職支援が重要であると指摘した⁴⁾。

考 察

社会的支援の介入による効果については，以前から多くの報告がある⁶⁾。また，社会的支援の三次元モデルも示されており，レビューでは6割以上の臨床試験が有効であるとしている¹⁰⁾。また，高齢者を対象とした社会的支援の程度とADL能力との関連性は強く，高度な支援があるほどADL能力が向上するとしている¹¹⁾。しかし，これらの報告の多くは対象の大半が高齢者であり，就業者を対象とした社会的支援の効果の検討は少なく，これを考える際には，上記モデルに企業を加える必要があると考える（図6）。そこで就業者を対象とした復職の社会的支援について本研究結果から考察を加えて論述する。

1) 本人の復職意欲・家族の復職支援の有無

復職支援のリハ医療を進めるとき，最も大切であり基本となるのが本人の復職意欲の有無の確認である。このことは，本研究結果からも復職意欲の有無と復職可否との関連性が強かったことから伺える。しかし，復職意欲があっても，28%（83/301）が復職できておらず，他

の支援の要因を考慮することも必要である。また，家族の支援の中で，復職において配偶者の協力は，身体機能障害度と同様に予測因子として意義深いとする報告がある¹²⁾¹³⁾。特に，自営業者の復職には配偶者の熱心な協力は欠かせないものと思われる。本研究結果では家族の支援の要因項目として取上げなかったが，配偶者の有無と復職可否には関連がみられなかった。

2) 企業の態度（受け入れ状況）

Lindstömらは855名の就労要因に関するアンケート結果で，機能的障害度（小走り可能）よりも社会的支援（企業の態度）の方が高いオッズ比を示し，個々に適した復職支援が重要であることを指摘している¹⁴⁾。検証結果にも示したように企業の雇用担当者の対応は支援に関する要因の中で大きな意義を有すると考えられる。

3) MSW などによる情報の提供

発症早期から企業との連携とともに，医療・雇用に関する情報の提供は，就業していた脳血管障害者にとっては最大のニーズの一つである。上記のように本研究でもMSWの早期介入が，特に障害の軽症者には有効であるとの結論を得た。この事実を，高齢者が対象の大半となっている脳卒中ガイドラインでも推奨されており¹⁵⁾，さら

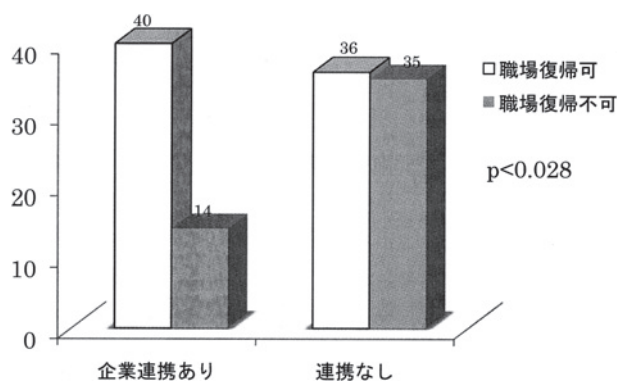


図 5a 企業連携の有無と復職可否の関連性

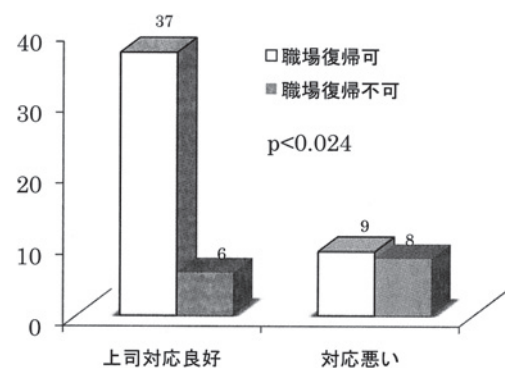


図 5b 企業上司の対応良否と復職可否の関連性

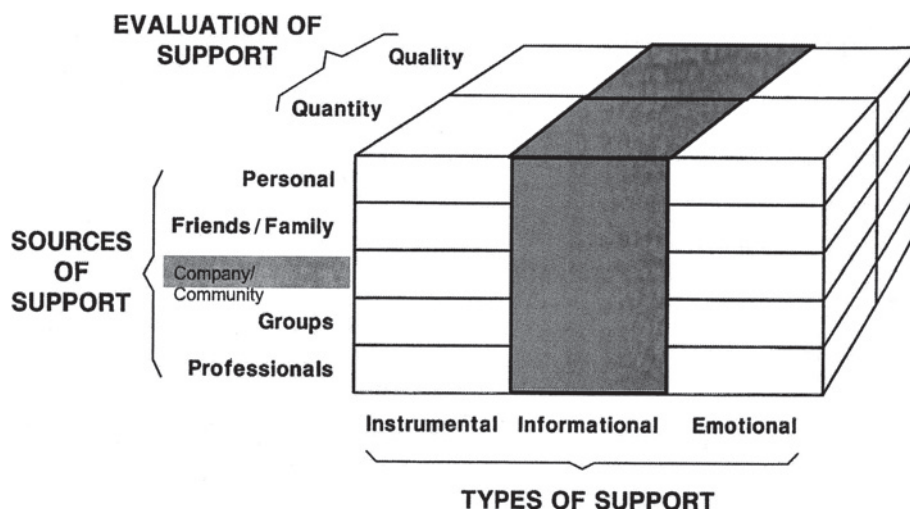


図 6 社会的支援の三次元モデル（Friedland⁶⁾を改変）

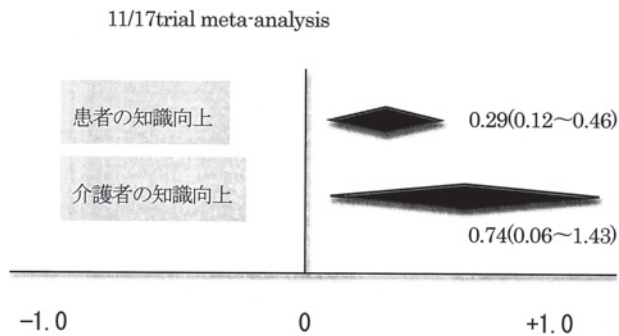


図7 患者や介護者への情報伝達の意義 (Smith¹⁵⁾ を改変)。患者満足度は向上、不安やうつ状態の改善を促す

に、患者・介護者への情報伝達の有効性のメタアナリシスでも証明されている¹⁶⁾ (図7)。このように、発症早期からの本人や家族への復職に関する情報提供は、復職支援にとって重要であるといえる。

以上のように、これまでは注目されていなかった復職の社会的支援も復職要因に関連すると考えられ、今後、総合的な支援体制を構築していくことが求められる。また、復職は個別的な側面が強く、かつ、長期フォローを要するので入院時から綿密にフォローする復職コーディネーターの存在が必要となる。今後これら人材の育成が課題である。

まとめ

脳血管障害の復職には医学的支援と社会的支援の必要性が明らかとなった。復職は個別性が強く、より綿密でよりテーラーメイドな復職支援が必要となるため、多くの課題を乗り越え良いシステムを構築していくことが大切である。

文 献

- 1) 独立行政法人労働者健康福祉機構編：「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。
- 2) Saeki T, Toyonaga T: Determinants of early return to work after stroke in Japan. *J of Rehabil Med* 42: 254—258, 2010.
- 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—。日職災医誌 57: 29—38, 2009.
- 4) 徳本雅子, 豊田章宏, 豊永敏宏, 他：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—労災疾病等分野開発・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—。日本職・災医誌 58: 240—246, 2010.

- 5) 豊永敏宏：職場復帰のためのリハビリテーション—第二次研究に向けて—。日職災医誌 58: 214—219, 2010.
- 6) Friedland JF, McColl M: Social support intervention after stroke: Results of a randomized trial. *Arch Phys Med Rehabil* 73: 573—581, 1992.
- 7) Kersten P, Low JTS, Ashburn A, et al: The unmet needs of young people who have had a stroke: results of a national UK survey. *Disability & Rehabil* 24: 860—866, 2002.
- 8) Röding J, Lindström B, Malm J, et al: Frustrated and invisible—younger strokepatients' experiences rehabilitation process. *Disability & Rehabil* 25: 867—874, 2003.
- 9) Corr S, Wilmer S: Returning to work after a stroke: an important but neglected area. *Brit J Occupat Therap* 66: 186—192, 2003.
- 10) Cwikel JM, Israel BA: Examining mechanisms of social support and social networks: A review of health-related intervention studies. *Public Health Rev* 15: 159—193, 1987.
- 11) Glass TA, Matchar DB, Belyea M, et al: Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke* 24: 64—70, 1993.
- 12) Gabriele W, Renate S: Work loss following stroke. *Disability & Rehabil* 31: 1487—1493, 2009.
- 13) Lincoln NB, Francis VM, Lilley SA, et al: Evaluation of a family support organizer: A randomized controlled trial. *Stroke* 34: 116—121, 2003.
- 14) Lindström B, Röding J, Sundelin G: Positive attitude and preserved high level of motor performance are important factors for return to work in younger persons after stroke: A national survey. *J Rehabil Med* 41: 714—718, 2009.
- 15) 篠原幸人編：脳卒中治療ガイドライン2009。協和企画, 2009, pp 294.
- 16) Smith J, Forster A, House A, et al: Cochrane review: information provision for stroke patients and their caregivers. *Clin Rehabil* 23: 195—206, 2009.

別刷請求先 〒800-0296 北九州市小倉南区葛原高松1-3-1
九州労災病院勤労者予防医療センター
豊永 敏宏

Reprint request:

Toshihiro Toyonaga
Clinical Research Center for Worker's Rehabilitation, Kyushu Rosai Hospital Center for Preventive Medicine, Japan Labour Health and Welfare Organization, 1-3-1, Kuzuharatakamatsu, Kokuraminamiku, Kitakyushu-city, 800-0296, Japan

Research and Development of the Model System for Return to Work after Stroke: the Needs of Social Support

Toshihiro Toyonaga

Clinical Research Center for Worker's Rehabilitation, Department of Rehabilitation Kyushu Rosai Hospital,
Japan Labour Health and Welfare Organization

Purpose: We examined the social support related with return to work (RTW) after stroke, based on the database of the multi-center collaboration study from 21 Japanese Rosai Hospitals.

Methods: Three hundred fifty-one stroke patients who had been working were selected from the above database. Statistical analyses were performed to examine the relationships between various social support and RTW at 1 year 6 months from their onset of stroke.

Results: The early intervention by the medical social workers (MSW) was significantly associated with the successful RTW after stroke with mild disabilities. Though the individual motivation for RTW was significantly associated with RTW, while the family support was not associated with RTW. The corporation with their enterprises and boss were strongly associated with RTW.

Discussions: According to the disability level, approximately 30% of the milder stroke patients could not return to work at follow-up of 1 year and 6 months. The final RTW was unsuccessful in 40% of the subjects who had been expected to possibly return to work at their discharge. Therefore, the social support such as provision of information concerning the RTW by MSW seem to be necessary as early as possible from the onset of stroke. A long-term social support is assumed to be significant.

(JJOMT, 59: 179—183, 2011)