

予後予測と就労支援

佐伯 覚

産業医科大学リハビリテーション医学講座

(平成 27 年 3 月 4 日受付)

要旨：患者の予後予測は、生命予後、機能予後および社会的予後がある。リハビリテーションにおける予後予測は、特に後二者が重要であり、それをゴールとしてリハビリテーション介入が実施される。脳卒中を例にとれば、具体的な機能予後として歩行や ADL を、社会的予後として在宅復帰や復職などが想定される。

残念ながら、脳卒中後の予後予測研究として復職をテーマにしたものは、機能予後をテーマにしたものに比べて圧倒的に数が少ない。そのため、予後予測研究の結果が十分に就労支援に生かされていない現状がある。脳卒中後の復職に影響する要因については、機能予後とも関連する要因がいくつか同定されているものの、研究方法論の違いから、なお議論の定まっていないものもある。現時点で検討されている脳卒中の復職に関する予後予測要因として「年齢、性別、教育歴と職種、傷病手当・休業補償、脳卒中の危険因子と病型、片麻痺の罹患側と重症度、歩行能力と身体機能、知能・記憶・コミュニケーション能力、入院期間」などがある。その中で重要なことは、脳卒中の復職率は、医療状況の変化に関わらず、傷病手当金制度などの社会保障システムから極めて強い影響を受けていることである。研究結果で得られた予後予測要因を実際の就労支援に応用する際に注意すべき点は、症例の個別性が高いため、研究結果がそのまま適用できないことが多いことである。

本領域における research question として「復職できるかどうか、できるとしたらいつか、復職に関する予測要因は何か、各要因が復職に及ぼすインパクトはどの程度か、職場環境の調整は、適正配置で注意すべきことはなにか」などがあげられる。今後、系統的な評価と学際的なアプローチによって、これらの question に答えることのできる予後予測研究が望まれる。

(日職災医誌, 63:127-131, 2015)

—キーワード—

予後予測, リハビリテーション, 就労支援

はじめに

「リハビリテーションから見た就労支援」のテーマにおいて、予後予測の観点から就労支援の在り方について述べてみたい。

予後予測とは

予後予測とは、患者の医学・心理・社会背景などから将来を予測することである。患者の予後予測は、生命予後 (survival prognosis)、機能予後 (functional prognosis) および社会的予後 (social prognosis) がある。リハビリテーションにおける予後予測は、特に後二者が重要であり、それをゴールとしてリハビリテーション介入が実施される。本稿では脳卒中を例にとって以下論述を進める。

脳卒中の機能予後としては歩行や ADL を、社会的予後として在宅復帰や職業復帰 (復職) などが想定される。患者・家族、リハ専門職は、将来のゴール設定やリハ計画を考えるうえで、予後は必要かつ重要な情報である。臨床場面では、脳卒中急性期医療では生命予後、回復期リハでは機能予後が重視される。それでは、社会的予後はいつの時点—病期—で重視すればよいのであろうか。

復職については、脳卒中治療ガイドライン 2009 では、維持期の問題として「復職を希望する場合、就労能力を適切に評価し、その上で職業リハビリテーションの適応を検討する」と、エビデンスレベルの高くない「グレード C1」として位置づけられている。

脳卒中の経過は急性期・回復期・維持期に区分され、病期毎に異なった病院や施設での治療が現在主流となっ

ている。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、このような機能分化が進み、地域連携パスをもとに、このシステムが維持されている。脳卒中診療の発展に役立っているが、一方で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指摘されている¹⁾。復職を脳卒中治療ガイドラインに示す維持期の問題としてとらえることは、大きな誤りである。後述するが、片麻痺などの後遺症を有する脳卒中患者に対して、退院してから復職対応を始めたのでは休職期間との兼ね合いで復職が間に合わず解雇に至るリスクを高めてしまう。復職のアプローチは急性期から、生命予後が確立すれば始めるべきである。

復職研究の現状

近年の脳卒中の復職率を表1に示す^{2)~12)}。復職率はおよそ30%である。予後予測研究の中で、脳卒中の復職研究は、機能予後予測研究と比べて圧倒的に少ない状況にある。脳卒中の復職に関わる要因としては脳卒中勤労者本人、受け入れ企業、雇用情勢の3つがあり、本人側医学的要因のみならず、これらの3つが絡むことで問題を複雑にしている。

図1には脳卒中患者本人に関わる要因を示す。復職を促進する要因、復職を阻害する要因が多数報告されてい

る。脳卒中の復職モデルは多要因が関与しているという特徴がある¹³⁾。

図2のグラフは約20年前に産業医科大学病院で実施した脳卒中患者の復職に関するコホート研究の結果で、 Kaplan-Meier法で解析したものである¹⁴⁾。横軸に発症からの日数、縦軸に累積の復職率を示している。発症から6カ月までは復職率は急激に増加し、いったん平坦になり、その後発症1年から1年6カ月の間で再び急激に増加がみられ、その後はごくわずかの増加に留まっている。最初の増加は障害が軽度の者、2つ目の増加は障害が中等度の者であり、発症後1年6カ月は傷病手当金の受給期限、いわゆる休職期間満了と関係している。つまり、脳卒中の復職は医学的要因だけでなく、非常に強い社会経済的要因に影響を受けることを示している。その後、全国21労災病院のデータを用いた脳卒中コホート研究でも、この特徴的な復職率の変化が確認されている¹²⁾。すなわち、脳卒中の医療環境の急激な変化がこの20年間にみられたが、復職率の最終到達レベルは異なるものの、その特徴的な経過は変化していないことが明らかとなった。

復職研究の課題

復職に関する予後予測研究の限界については以下のようにまとめることができる。①医学・心理・社会・経済的各要因間の複雑な交互作用がある；②これら各要因を説明変数とする多変量解析（多重回帰モデルなど）の予測率は中等度レベルで、予測能力の限界が認められる；③その理由として事例の個別性が高く、統計モデルに適合しにくいからである¹⁵⁾。

復職研究の問題点については次のように整理できる：①復職の定義が研究間で非常に異なること、復職の自由度の問題がある；②非正規雇用の問題；③対象者の特性（障害重症度）の違い；④方法論（追跡期間など）の違い；⑤国・文化背景（リハシステム、社会保障）・経済状況が異なること。これらの問題点があるため、研究間に大きな復職率の違いがみられている¹⁵⁾。復職については、競

表1 脳卒中後の復職率（国際比較）

研究（著者）	対象者数	復職率、%	国
Saeki et al, 1993 ³⁾	230	58	日本
Wozniak et al, 1999 ⁴⁾	156	51	米国
Vestling et al, 2003 ⁵⁾	120	41	スウェーデン
Kersten et al, 2004 ⁶⁾	286	28	英国
Teasdale et al, 2005 ⁷⁾	104	45	デンマーク
Mennemeyer, 2006 ⁸⁾	58	43	米国
Hofgren et al, 2007 ⁹⁾	55	20	スウェーデン
Glozier et al, 2008 ¹⁰⁾	210	53	ニュージーランド
Busch et al, 2009 ¹¹⁾	266	35	英国
Saeki et al, 2010 ¹²⁾	325	55	日本

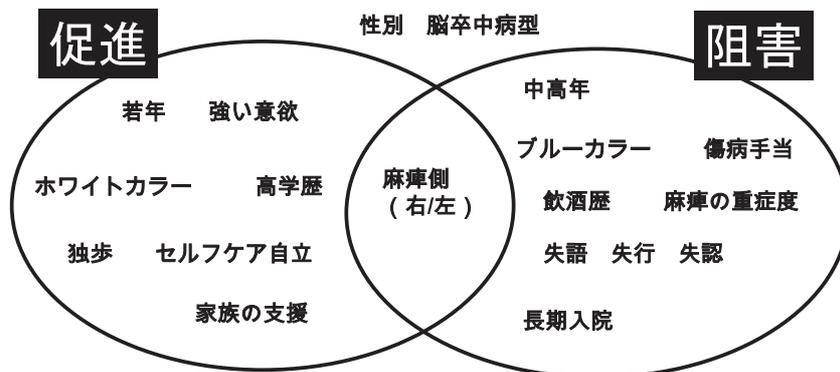


図1 復職に影響する脳卒中勤労者側の要因¹³⁾

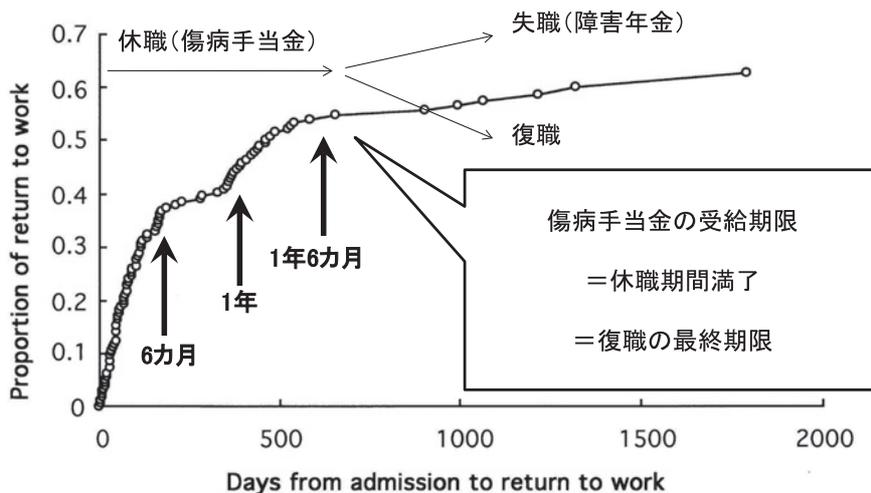


図2 Kaplan-Meier 法による脳卒中後の累積復職率 (n=183)¹⁴⁾



図3 適正配置の概念図¹⁵⁾

表2 今後解決すべき就労に関する予後予測の課題 (リサーチクエスチョン)

<ul style="list-style-type: none"> ● 復職できるかどうか、できるとしたらいつか？ ● 復職に関する予測要因は何か、各要因が復職に及ぼすインパクトはどの程度か？ ● 職場環境の調整は、適正配置で注意すべきことは何か？ <p style="text-align: center;">↓</p> <p>系統的な評価と学際的なアプローチによる予後予測研究が必要！</p>
--

あり、各要因を一つずつ処理していくだけでは解決できる問題ではない。脳卒中後の復職を考えるには、適正配置の観点からアプローチする必要がある。その概念を図3に示す¹⁵⁾。復職判定や適正配置に際して、企業における産業医は就業者の「就業能力と作業負荷」のバランスをはかりながら、一方で「安全衛生と生産性」というシーソーのバランスを同時に調整している。産業医によるこの適正配置の実施・運用は、復職に大きく影響している。そのため、筆者は産業医への啓発として「身体障害者の職場復帰」に関する講義を産業医研修会で20年近く行ってきた(図4)。このような産業保健関係者への地道な啓発活動もより一層必要である。また、2014年度より、産業医科大学では「傷病治療と就労の両立支援」を目的に、主治医と産業医との連携の在り方を検討する労災疾病臨床研究「身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場(産業医等)の連携方法に関する研究」を開始することとなった。

おわりに

就労支援、特に復職に関する予後予測研究については大変課題が多い。まとめとして表2に今後解決すべきリサーチクエスチョンをあげた。すぐに解決できるものではないが、これらの課題については「系統的な評価、学際的なアプローチによる研究」が必要であり、進めてゆかなければならない。

争雇用での復職か失業かの二律背反をとることが多いが、就業形態の多様化からこの二律背反のあてはめには限界がある。現在の就業状況に合わせて、「競争的雇用、過渡的雇用(一時的援助)、援助付雇用(常時援助)、保護雇用、失業」の5段階程度の分類を用いるべきであろう¹⁵⁾。

両立支援

脳卒中後の復職は、上述したように医学的・社会的・経済的・心理的要因が多数関与する「多要因モデル」で



図4 産業医への啓蒙活動

利益相反：利益相反基準に該当無し

文 献

- 1) 濱田 学, 白山義洋, 伊東育未, 他：脳卒中の予後予測—脳卒中の就労予測. 総合リハ 42 : 741—745, 2014.
- 2) 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.
- 3) Saeki S, Ogata H, Okubo T, et al: Factors influencing return to work after stroke in Japan. *Stroke* 24: 1182—1185, 1993.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) Kersten P, Ashburn A, George S, Low J: The Subjective Index of Physical and Social Outcome: its usefulness in a younger stroke population. *Int J Rehabil Res* 27: 59—63, 2004.
- 7) Teasdale TW, Engberg AW: Psychosocial consequences of stroke: a long-term population-based follow-up. *Brain Inj* 19: 1049—1058, 2005.
- 8) Mennemeyer ST, Taube E, Uswatte G, Pearson S: Employment in households with stroke after constraint-induced movement therapy. *Neurorehabilitation* 21: 157—165, 2006.
- 9) Hofgren C, Bjorkdahl A, Esbjornsson E, Stibrant-Sunnerhagen K: Recovery after stroke: cognition, ADL function and return to work. *Acta Neurol Scand* 115: 73—80, 2007.
- 10) Glozier N, Hackett ML, Parag V, Anderson CS: 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.
- 11) 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.
- 12) Saeki S, Toyonaga T: Determinants of early return to work after stroke in Japan. *J Rehabil Med* 42: 254—258, 2010.
- 13) 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.
- 14) Saeki S, Ogata H, Okubo T, et al: Return to work after stroke. A follow-up study. *Stroke* 26: 399—401, 1995.
- 15) 佐伯 覚：障害者の社会参加と職場復帰—産業医学からのアプローチ. *Jpn J Rehabil Med* 50 : 21—24, 2013.

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, Iseigaoka 1-1, Yahatanishi-ku, Kitakyushu-city, 807-8555, Japan

Prediction of Social Prognosis and Support for Employment

Satoru Saeki

Department of Rehabilitation Medicine, University of Occupational and Environmental Health

There are three phases in the prognostic prediction of patients: survival, functional and social prognosis. The latter two are important as goals in which rehabilitation intervention is carried out. In the case of a stroke, the prediction of functional prognosis is based on the ability to perform ambulation and the activities of daily living (ADL), and social prognosis is based on the possibility of returning to home and/or work.

Unfortunately, because there are fewer reports on return to work (RTW) than on functional prognosis for stroke, there has not been enough use of the results of studies on stroke prognosis in patients' employment support. Although some factors related to RTW after stroke have been identified, there remain many ambiguous factors due to the different methodologies used in the studies. The definite prognostic factors for RTW after stroke are as follows: age, sex, education, type of job, compensation for diseases, risk factors and the type of the stroke, hemiplegic side and severity, walking ability and ADL, intelligence, memory, communicative ability, and length of hospital stay. Socioeconomical as well as medical factors could strongly affect the RTW after stroke. It is important to note that the findings of studies could not be applied in the employment support in each case due to the high individuality in stroke patients.

The research questions in this field of research are as follows: can patients return to work?; when can they return?; what factors affect the RTW?; how much is the impact of each factor for RTW?; how can patients adjust to the workplace environment?; what points should be considered in fitness for work? Future studies are necessary to answer these question by a systematic evaluation and interdisciplinary approach.

(JJOMT, 63: 127—131, 2015)