

原 著

脳卒中患者の治療就労両立支援における急性期病院の役割

—患者満足度のアンケート調査の結果からの考察—

加藤 剛平¹⁾, 橋 智弘¹⁾²⁾, 西村ますみ¹⁾²⁾豊永 敏宏³⁾, 岩本 幸英¹⁾²⁾¹⁾独立行政法人労働者健康安全機構九州労災病院治療就労両立支援センター²⁾独立行政法人労働者健康安全機構九州労災病院³⁾(前所属：独立行政法人労働者健康安全機構九州労災病院治療就労両立支援センター)

(2018年7月2日受付)

要旨：目的：脳卒中患者の治療就労両立支援における急性期病院の役割を検討した。

方法：九州労災病院で両立支援を受けた12名の脳卒中患者を分析の対象とした。支援終了後に両立支援に対する満足度を評価し、その理由を自由回答で得た。満足した理由を分類し、さらに各属性と満足度との関係を分析した。

結果：対象者の年齢(平均±標準偏差)は60±6歳で、男性が11名であった。復職した者は10名、満足度は3.7±0.7点、満足群は11名(92%)であった。支援開始日数が短いほど、満足度が高い相関が示された。満足した理由は、A)両立支援により安心感を得た、B)医療者から治療と就労に関する専門的な情報を入手できた、C)両立支援に期待ほどの効果はなかったが、どちらかという満足した、の3つに分類できた。

結論：急性期病院における脳卒中患者の両立支援は、患者の治療状況などの背景に配慮しつつも可及的早期に開始して、患者の復職への不安を緩和して安心感をもたらすこと、医療者が治療と就労に関する専門的な情報を提供すること、そして患者が復職に対して過度の期待を抱かないように留意して進めることが肝要である。その支援は急性期の段階から医療者が主導して積極的に行うべきで、それらの実践が脳卒中患者の満足につながり、これこそが急性期病院で果たすべき両立支援の役割の1つといえる。

(日職災医誌, 67:175—180, 2019)

—キーワード—

治療就労両立支援, 脳卒中, 急性期病院

1 はじめに

九州労災病院は独立行政法人である労働者健康安全機構(以下、機構)に属し、450床を有する急性期総合病院で、急性期の脳卒中治療を展開し、入院後は可及的早期よりリハビリテーション(以下、リハ)治療を実施している。リハ治療がさらに必要な患者は、当院から近隣地域の回復期リハ病棟を有する医療機関へ転院する。

当機構は勤労者医療を推進しており、疾病を抱えた勤労者に対する治療と就労の両立支援(以下、両立支援)事業に取り組んでいる¹⁾。勤労者が両立支援の対象となる疾病は様々であるが、当院は脳卒中患者に対する両立支援をモデル事業として展開しており、それを治療就労両立支援センター(以下、センター)の両立支援部が担って

いる。両立支援部の医療スタッフは、病院と両立支援部を兼務する共同著者のリハ科医師と医療ソーシャルワーカーの各1名に加えて、筆頭著者であるセンター専任の理学療法士1名の計3名で構成されている。

約半数の者が復職を断念せざるを得ない状況にある²⁾脳卒中患者の両立支援においては、急性期からの介入が重要である³⁾⁴⁾一方で、その方法が脳卒中患者へ与える効果に関する具体的な知見は少ない。そこで、我々は、脳卒中患者が急性期から受けた両立支援について、どのような点で満足したのか、その具体的な理由を明らかにすることができれば、急性期におけるより効果的な両立支援体制の構築に貢献できるのではないかと考えた。

このため本調査では、急性期病院である当院で両立支援を開始した脳卒中患者の両立支援に対する満足度のア

表1 対象者の基本属性と支援に係る基本項目および満足度の内訳

n=12		n (%)	平均値 (標準偏差)
年齢(歳)			60 (6)
年齢区分	40歳台	1 (8)	
	50歳台	3 (25)	
	60歳台	8 (67)	
性別	男性	11 (92)	
	女性	1 (8)	
病型	脳梗塞	8 (67)	
	脳出血	3 (25)	
	くも膜下出血	1 (8)	
発症～入院日数* (日)			2 (4)
入院日数 (日)			24 (13)
支援開始日数 (日)			11 (5)
支援日数 (日)			293 (163)
面談回数 (回)			14 (9)
復職	有り	10 (83)	
	無し	2 (17)	
満足度 (点)			3.7 (0.7)

*発症してから当院へ入院するまでの日数

アンケート結果から、急性期病院における脳卒中患者に対する両立支援の介入方法と、両立支援において急性期病院が果たす役割を検討した。

2 対象と方法

脳卒中を発症して当院へ入院した患者のうち、発症前に就労していて、かつ、リハビリを開始し、さらに、両立支援を受けることに同意を得た50名に、我々は主治医と連携しながら身体機能や職場状況などの情報を収集し、また、治療のみならず生活や復職などの社会的な不安や悩みを傾聴し、支援の内容や方法、さらには、その過程などの専門的な情報を提供すべく、患者やその家族の者と面談を重ねながら両立支援を実施した。2015年4月1日から2018年3月31日までに、こういった両立支援が終了に至った15名に、両立支援に対するアンケートを実施し、それを回収することのできた14名(回収率93%)から無回答者2名を除く12名を本調査の対象者とした。

アンケートでは、両立支援に対する満足度を5段階(1点:満足していない, 2点:あまり満足していない, 3点:どちらかといえば満足している, 4点:満足している, 5点:非常に満足している)で評価した。本調査では、3点以上を「満足群」、3点未満を「不満足群」と定義し、各々の理由を自由記載で得た。さらにその理由を、両立支援部のリハビリ科医師、理学療法士、医療ソーシャルワーカーで解釈し、分類を試みた。さらに、診察録と両立支援事業の記録から、年齢、性別、病型(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)、発症日、入院日、退院日、支援開始日、患者または家族との面談回数、復職の有無に関する情報を収集し、これらの情報を統合して、発症してから当院

人数(名)

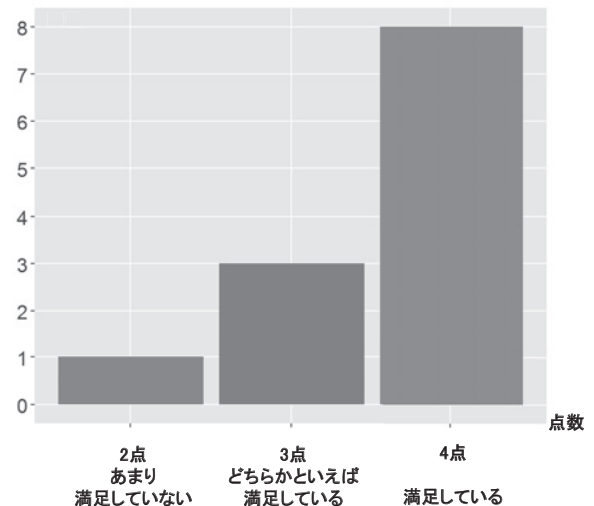


図1 対象者12名の満足度の分布

へ入院するまでの日数、入院してから退院するまでの日数を示す「入院日数」、入院してから両立支援を開始するまでの日数を示す「支援開始日数」、支援開始から支援終了までの両立支援の日数を示す「支援日数」を算出した。

そして、これらの項目と満足度との関係を統計解析により検討した。対象者数が12名と少数であったため、解析にはノンパラメトリックの手法を用いた。年齢や支援日数などの主な支援に係る基本項目と満足度との関係はSpearmanの順位相関係数を用いて、また、年齢区分、性別、病型、復職状況の各項目における満足度の比較はKruskal-Wallisの検定を用いて分析した。解析にはR version 3.4.1を用い、統計的有意水準は5%未満とした。

本調査はヘルシンキ宣言を遵守し、書面により、対面で患者本人から同意を得て、倫理面に十分に配慮して実施した。

3 結果

対象者における年齢の平均値(標準偏差)は、60(6)歳で、40歳台が1名(8%)、50歳台が3名(25%)、60歳台が8名(67%)であった(表1)。性別は男性が11名(92%)、病型は脳梗塞8名(67%)、脳出血3名(25%)、くも膜下出血1名(8%)、復職を果たした者は10名(83%)であった。発症してから当院へ入院するまでの日数、入院日数、支援開始日数、支援日数、面談回数の平均値(標準偏差)は、順に2(4)日、24(13)日、11(5)日、293(163)日、14(9)回であった。両立支援に対する満足度の平均値(標準偏差)は3.7(0.7)点であった(表1)。満足度の点数は4点(満足している)が8名(67%)と最多で、次いで3点(どちらかといえば満足している)が3名(25%)、2点(満足していない)が1名(8%)、「満足群」に分類されたのは11名(92%)で、「不満足群」は1名(8%)であった(図1)。

表2 対象者が両立支援に満足した具体的な理由

- | |
|-------------------------------------------|
| A) 両立支援により、安心感を得たことに対して満足した |
| ① 電話で何度もフォローしてもらった。安心だった。 |
| ② 退院後にも支援を受けることは意外で、安心することができました。満足しています。 |
| ③ 気にしていただきありがたい。 |
| ④ 定期的にフォローしていただき心強かった。 |
| ⑤ 相談にのってもらい助かった。 |
| ⑥ 親身になって仕事への復帰などを考えてくれたところ。 |
| B) 医療者から治療と就労に関する専門的な情報を入手できたことに対して満足した |
| ⑦ 病気について、退院してからその後の生活などについて詳しく説明していただいた。 |
| ⑧ やってもらってよかったです。 |
| ⑨ 適宜介入がなされ、面談の内容が適切であったため。 |
| ⑩ 満足しています。 |
| C) 両立支援に期待ほどの効果はなかったが、どちらかという満足した |
| ⑪ 支援の途中経過が思うように進まず、望む結論が得られなかった。 |

表3 対象者の年齢、支援に係る基本項目と満足度との相関関係

	Spearman の 順位相関係数	p 値
年齢	-0.178	0.581
発症～入院日数*	-0.006	0.985
入院日数	-0.163	0.613
支援開始日数	-0.726	0.008 *
支援日数	-0.028	0.932
面談回数	-0.220	0.492

*発症してから当院へ入院するまでの日数

*p<0.05

満足した理由は、A)両立支援により、安心感を得たことに対して満足した、B)医療者から治療と就労に関する専門的な情報を入手できたことに対して満足した、C)両立支援に期待ほどの効果はなかったが、どちらかという満足した、の3つに分類できた(表2)。それぞれの人数は、Aが最多の6名(50%)で、次いでBが4名(33%)、Cが1名(8%)であった。

一方で、満足しなかった者は1名(8%)で、その理由は「障害を重度に残しているの、はたして支援に該当したかどうか分からない」であった。

各属性と満足度との関係については、支援開始日数のみが満足度と有意な関連を示し、その日数が短いほど満足度は高くなる相関関係(Spearmanの順位相関係数=-0.726, p=0.008)を認めた(表3, 4)。

4 考 察

1. 急性期から開始する両立支援の有用性

本調査の対象者の平均年齢は60歳と勤労者にしては比較的高かった。性別は女性に比して男性が多く、病型も脳梗塞(67%)、脳出血(25%)、くも膜下出血(8%)の順に多かった。こういった基本的属性の傾向は、本邦の脳卒中の疫学的特性⁵⁾に合致する結果であった。それに、発症してから当院へ入院するまでの日数の平均値(標準

偏差)は2(4)日と、対象者の治療は急性期にあったことから、本調査は、目標とした急性期の脳卒中患者を代表する集団から対象者を収集できたと考えた。

また、対象者の92%を占めた男性11名のうち、60歳台は7名(64%)と過半数を占める一方で、経済的に世帯の中心的役割を担うと思われる40歳台と50歳台も4名(36%)いた。

対象者の満足度を群別した結果、「満足した」と評価できる対象者の割合は92%(11名)と極めて高かった。これらの結果は、脳卒中患者にとって急性期病院に入院してから開始する両立支援の有用性が高い可能性を示唆していて、このことは、急性期病院における、より効果的な両立支援体制の構築を検討する上で意義深い。

2. 急性期における両立支援の早期開始の重要性

入院してから両立支援を開始するまでの日数を示す支援開始日数が短いほど、対象者の満足度が高くなることの有意な相関関係は、急性期病院へ入院後の可及的早期から開始する医療者主導の両立支援が脳卒中患者の満足度の向上につながることを示唆している。

一方で、支援開始日数は、平均値に対して標準偏差の値が大きく、ばらつきが大きかった。これは、支援を開始する適切なタイミングが各々の対象者によって異なっていたことを示しており、患者を取り巻く治療の状況が多岐にわたることが影響したと考えた。この結果からは、急性期の脳卒中患者の両立支援は可及的早期から開始すべきであるが、治療の状況に応じた患者への配慮が必要である、という急性期の両立支援の難しさがうかがえる。

3. 急性期の両立支援の介入方法

本調査では、両立支援に満足した理由を大きく3つに分類できた。

最も多かった理由は、「安心だった」、「心強かった」、「助かった」、「親身になって」とあるように、両立支援により対象者が安心感を得たことであった。

障害を負った脳卒中患者の心理的变化は、上田が提唱した障害受容の「ショック期」→「否認期」→「混乱期」

表4 対象者の年齢区分, 性別, 病型, 復職状況における満足度の比較

			満足度 (点) 中央値 [四分位範囲]	p 値
年齢区分	40 歳台	(n=1)	4.0 [4.0 ~ 4.0]	0.407
	50 歳台	(n=3)	4.0 [4.0 ~ 4.0]	
	60 歳台	(n=8)	4.0 [3.0 ~ 4.0]	
性別	男性	(n=11)	4.0 [3.5 ~ 4.0]	0.567
	女性	(n=1)	4.0 [4.0 ~ 4.0]	
病型	脳梗塞	(n=8)	4.0 [3.8 ~ 4.0]	0.743
	脳出血	(n=3)	4.0 [3.0 ~ 4.0]	
	くも膜下出血	(n=1)	4.0 [4.0 ~ 4.0]	
復職	有り	(n=10)	4.0 [4.0 ~ 4.0]	0.258
	無し	(n=2)	3.0 [2.5 ~ 3.5]	

Kruskal-Wallis の検定

→「努力期」→「受容期」という過程⁶⁾⁷⁾に基づいて説明できることが確認されている。本調査の対象となった脳卒中患者も、急性期の段階では、突然自身にふりかかった疾病に大きなショックを感じていた状況にあったことが想定され、それに伴う復職への不安⁸⁾の大きさは計り知れない。急性期から実施する治療と就労の両者を兼ね備えた両立支援⁸⁾で、我々が脳卒中患者のショックや不安を緩和しつつ、患者とその家族が抱える復職などの社会的な不安に理解を示しながらそれを共有するように介入したことが安心感をもたらし、ひいては両立支援に対する満足につながったのではないかと考察した。

加えて「定期的にフォローしていただき」、「退院後も支援を受けることは意外で」、「気にしていただき」とあるように、急性期から継続して実践した両立支援が、対象者の心理に肯定的に働いていた状況が読み取れた。

対象者の入院日数の平均値は24日と短かったが、支援日数の平均値は293日と長かった。これは、急性期病院の限られた入院期間内に脳卒中患者の両立支援を完結させることが難しい状況⁴⁾⁸⁾を物語っている。このため、急性期に両立支援を開始した医療者は、急性期病院を退院後もそれを継続することを患者へ明確に説明することが大切であり⁹⁾、それらの実践が急性期の患者とその家族に安心感をもたらし、回復期以降における気持ちの落胆の防止と両立支援に対する満足につながると考えた。

次に多かった理由は、「病気について、退院してからその後の生活などについて詳しく説明していただいた」とあるように、患者およびその家族が医療者から治療と就労に関する情報を獲得できたことであった。急性期の患者は医療者の専門的な支援を求めていることが多く⁹⁾、急性期から実施する両立支援では、医療者が専門性を持って脳卒中患者に両立支援の内容や方法、その過程などについての詳細な情報を提供し、混乱しがちな患者の問題点を系統的に整理してあげたことが、患者およびその家族の求めた情報の獲得につながり、両立支援に対する満足に結びついたと考えた。実際に「やってもらってよかったです」、「適宜介入がなされ、面談の内容が適切であっ

たため」といった理由は、脳卒中患者が潜在的に求めていた専門的かつ的確な情報を獲得できたことに対して満足したと解釈できる。これらから、より効果的な急性期から実施する両立支援のさらなる発展には、医療者が各々の分野で両立支援に関連した専門的な知識を産出し、それらを集積していくことが欠かせない。

一方で、アンケートでは少数ながら、両立支援に対して満足はしたものの、復職までの経過が思うように進まず、望む結論が得られなかったという満足度の低い理由もあった。これは、患者およびその家族が期待した復職という帰結に至らなかった落胆を反映していると解釈した。復職は障害だけでなく脳卒中患者が就労している環境にも影響を受けやすく¹⁰⁾、両立支援では脳卒中患者の期待に沿わない経過を辿る事例が一定数生じることが想定される。望む結論が得られない際の精神的な負担を必要以上に増大させないように、復職の可否を予測することが難しい急性期の両立支援では、復職に対する過度の期待を脳卒中患者へ抱かせないように、身体・精神・高次脳機能の予後の状況や、家族、勤務条件などの背景を可能な限り把握して、一人ひとりの状況と背景に合わせて進めることが大切である。我々医療者は豊田らが提言する、両立支援は復職請負人ではないとの指摘¹⁾を忘れてはならない。

4. 両立支援において急性期病院が果たすべき役割

これまで述べてきたように、急性期病院における脳卒中患者の両立支援は、患者の治療状況などの背景に配慮しつつも可及的早期より開始して、患者の復職への不安を緩和して安心感をもたらすこと、医療者が治療と就労に関する専門的な情報を提供すること、そして患者が復職に対して過度の期待感を抱かないように留意して進めることが肝要である。その支援は急性期の段階から医療者の主導により積極的に行うべきで、それらの実践が脳卒中患者の満足につながり、これこそが急性期病院で果たすべき両立支援の役割の1つといえる。本調査では患者への満足度調査の結果から、急性期病院に従事する我々医療者が両立支援において実践すべき具体的な介入

方法と、急性期病院が果たすべき役割の一端を示すことができた。急性期病院を起点とする、より効果的な治療と就労の両立支援体制の構築に向けて、さらなる知見の集積が必要である。

本調査の結果にはその普遍性に限界がある。脳卒中患者の背景や経過は多岐にわたるため、本調査の主な結果は、自由記載で収集した内容の一つ一つを解釈して得た質的なものである。普遍性を担保するために多職種により解釈した結果ではあるが、結果の一般化に際しては留意する必要がある。より普遍的な結果を得るためには、他の視点による解釈を追加すること、あるいは症例数を増やして、より客観的な手法で分析することが課題である。

また、本調査は脳卒中患者における両立支援の介入方法として一つのモデルを提示できた。しかし、例えば、より個別的な治療を受けるがん患者などの両立支援では、主治医が就労に関連する治療状況を把握していることが想定され、両立支援を導入する過程が脳卒中患者とは異なる可能性が高い。今後、各種疾病患者の両立支援体制の普及に向けて、両立支援の導入方法の相違などについても検討が必要であろう。

利益相反：利益相反基準に該当無し

文 献

- 1) 豊田章宏, 住吉千尋, 富永雅子, 田上光男: 脳卒中リハビリテーション分野における治療就労両立支援事業の内容と現状 平成 27 年度進捗状況. 日本職業・災害医学会誌 64 (4): 208—212, 2016.
- 2) Saeki S, Ogata H, Okubo T, et al: Factors influencing re-

turn to work after stroke in Japan. Stroke 24 (8): 1182—1185, 1993.

- 3) 豊永敏宏編: 症例に見る脳卒中の復職支援とリハシステム, 川崎市, 独立行政法人労働者健康福祉機構, 2011
- 4) 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. 日本職業・災害医学会誌 57 (5): 227—232, 2009.
- 5) 小川 彰: 脳卒中治療ガイドライン 2015. medicina 53 (2): 206—208, 2016.
- 6) 上田 敏: 障害の受容—その本質と諸段階について. 総合リハビリテーション 8 (7): 515—521, 1980.
- 7) 徳本雅子, 石附智奈美, 宮口英樹, 豊田章宏: 脳卒中患者が新規就労・仕事定着に至る過程における気持ちの変化の特徴に関する探索的研究. 日本職業・災害医学会誌 63 (1): 41—49, 2015.
- 8) 大塚 文, 豊田章宏: 就労と社会参加. 総合リハビリテーション 43 (12): 1123—1128, 2015.
- 9) 松本智晴, 前田理子, 伊豆元智津子, 他: 患者は急性期看護ケアに何を期待しているのか 階層分析法 (AHP) による患者評価の解析. 看護展望 33 (1): 82—87, 2008.
- 10) 橋 智弘, 豊永敏宏: 【社会参加と職業復帰】社会参加・職業復帰の実際 脳卒中. MEDICAL REHABILITATION (152): 48—55, 2012.

別刷請求先 〒800-0296 北九州市小倉南区曾根北町 1—1
九州労災病院治療就労両立支援センター
加藤 剛平

Reprint request:

Gohei Kato
Kyushu Rosai Hospital, Research Center for The Health and Employment Support, 1-1, Sone Kita-machi, Kokura Minami-ku, Kitakyushu, 800-0296, Japan

A Role of Acute Hospital for Treatment and Work-Life Balance Support in Stroke Patients —Consideration from Results of Satisfaction Survey—

Gohei Kato¹⁾, Tomohiro Tachibana^{1,2)}, Masumi Nishimura^{1,2)}, Toshihiro Toyonaga³⁾ and Yukihide Iwamoto^{1,2)}

¹⁾Kyushu Rosai Hospital, Research Center for the Promotion of Health and Employment Support

²⁾Kyushu Rosai Hospital

³⁾former Kyushu Rosai Hospital, Research Center for the Promotion of Health and Employment Support

Objective: We considered the role of acute hospitals for treatment and work-life balance support in patients with stroke.

Methods: Subjects for analysis were 12 stroke patients in Kyushu Rosai hospital. They had jobs at the time of stroke onset. Age, sex, type of stroke, number of days from onset to hospitalization, length of hospital stay, number of days from hospitalization to intervention on support, length of the support, and condition of reinstatement at the end of the support were collected from electric medical chart and records of the support. Next, degree of satisfaction to the support was evaluated by 5 point scale; 5 point means strongly satisfied; 1 point means not satisfied. The reason for the degree of satisfaction was asked by free answer question. In addition, the subjects were divided into two groups by the degree of satisfaction. The subjects of more than 3 points were grouped into 'Satisfied group', and less than 2 points of them were grouped into 'Unsatisfied group'. After the grouping, classification of the reason for satisfaction in 'Satisfied Group' was conducted by a medical doctor of rehabilitation medicine, a physical therapist and a medical social worker in the department of Promotion of Health and Employment Support in Kyushu Rosai Hospital. Moreover, the associations between the degree of satisfaction and each variable were tested by statistical methods.

Result: The age and the degree of satisfaction (mean \pm SD) were 60 ± 6 years old and 3.7 ± 0.7 , respectively. Eleven (92%) were males, 10 (83%) were reinstated to the job and 11 (92%) were grouped into Satisfied group. Only a correlation was observed; as the number of days starting the support was shorter, and the degree of satisfaction was higher. In addition, the reasons for satisfaction were classified into three categories; A) The most frequently reason (n=6) was for gaining a feeling of relief by the support; B) The secondly frequent reason (n=4) was obtaining specialized information from medical staffs; C) The least frequent reason (n=1), being satisfied, but the process and the result of the treatment and work-life balance support were different from what he/she expected beforehand.

Conclusion: Our research indicates that (1) we should try to intervene on support as early as possible with consideration of the patient's process of medical treatment, (2) we have to provide a professional information about reinstatement, (3) we should not give the patients an over expectation about their reinstatement to prevent them from falling down when they could not return to work after treatment. Forwarding the support with those points might lead patients to feel relieve and satisfaction on the support, and that is one of the roles the acute hospital should play for stroke patients.

(JJOMT, 67: 175—180, 2019)

—Key words—

treatment and work-life support, stroke, acute hospital