

原 著

急性期病院から自宅へ退院する脳卒中患者の治療就労両立支援の現状と課題

加藤 剛平¹⁾²⁾, 橘 智弘³⁾⁴⁾, 江口 まり³⁾, 西村ますみ³⁾⁴⁾
 林 寛子³⁾⁴⁾, 安永 恵⁴⁾, 豊永 敏宏¹⁾, 岩本 幸英³⁾⁴⁾

¹⁾前・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⁾東京保健医療専門職大学リハビリテーション学部理学療法学科

³⁾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

⁴⁾独立行政法人労働者健康安全機構九州労災病院

(2020年2月3日受付)

要旨：【目的】治療就労両立支援（以下、両立支援）を受けて急性期病院から自宅へ退院した脳卒中患者の現状とその課題を明らかにすることである。

【方法】2015/4/1 から 2018/11/9 までに九州労災病院で両立支援を受け、リハビリテーション治療の継続を必要とせずに、転院しないまま自宅へ退院した 31 名の脳卒中患者を対象とし、診療録を後方視的に調査した。

【結果】対象者の年齢の中央値〔四分位範囲〕は 60 [56, 62] 歳で、男性が 27 名 (87%) であった。病型は脳梗塞が 25 名 (81%)、脳出血が 4 名 (13%)、くも膜下出血が 2 名 (7%) であった。入院してから両立支援が介入し始めるまでの日数、入院日数、退院してから復職するまでの日数、発症してから復職するまでの日数の中央値は、順に 7 日、14 日、12 日、26 日であった。全対象者の BI (Barthel Index) は 100 であり、退院後に復職した者は 28 名 (90%) であった。そして、退院後のかかりつけ医療機関が他院の者は 10 名 (32%) いた。一方、復職していなかった 3 名の年齢の中央値〔四分位範囲〕は 59 [58, 60] 歳で、退院日から調査終了日までの日数は 356 日 (中央値) であり、このうちの 1 名は原職復帰に不安を感じて離職したままの者であった。

【結論】急性期病院から自宅へ退院する脳卒中患者には、両立支援を入院中の可及的早期に開始し、短期間にそれを実践する必要がある。それには、復職に必要な能力の評価や復職までの自宅療養期間中の過ごし方の指導、医学的に適切と考える復職時期の判断といった内容が含まれる。これらを効率的に実践できる両立支援の手法確立とともに、退院後も一貫して両立支援を受ける機会を保証できるようなシステムの構築が、急性期の医療者に課せられた課題と考えられた。

(日職災医誌, 68 : 361—365, 2020)

—キーワード—

治療就労両立支援, 脳卒中, 急性期病院

はじめに

本邦における脳卒中患者のリハビリテーション(以下、リハ)は、病期を急性期、回復期、生活期に分け、筆者らが勤務する九州労災病院(以下、当院)は急性期を担う。急性期治療後も継続してリハ治療が必要な場合は、回復期リハ病棟を有する医療機関へ転院する一方で、それが不要な場合は、急性期病院から自宅へ退院することが多い。したがって、急性期病院から自宅へ退院するような脳卒中患者への医療機関における治療就労両立支援(以下、両立支援)は、急性期病院が主体となって実践す

ることになる。

近年、医療機関による両立支援に対する期待と責任は高まっていて^{1)~4)}、いくつかの知見が得られるようになってきているが、急性期における両立支援の実態に関する報告はまだ少ない。本調査は、急性期病院である当院から自宅へ退院した脳卒中患者の現状を把握し、急性期病院における両立支援に特有の課題を明らかにすることを目的とした。

対 象

2015/4/1 から 2018/11/9 までの期間に、新規に脳卒中

表 1 分析対象者の基本属性と支援に係る基本項目の内訳

		全体 n (%) = 31 (100)	復職群 n (%) = 28 (90)	非復職群 n (%) = 3 (10)	p 値
年齢, 中央値 [四分位範囲]		60 [56, 62]	60 [56, 62]	59 [58, 60]	0.738
年齢区分, n (%)	40 歳台	3 (10)	3 (11)	0 (0)	0.792
	50 歳台	12 (39)	10 (36)	2 (67)	
	60 歳台	13 (42)	12 (43)	1 (33)	
	70 歳台	3 (10)	3 (11)	0 (0)	
性, n (%)	男	27 (87)	24 (86)	3 (100)	1.000
病型, n (%)	脳梗塞	25 (81)	24 (86)	1 (33)	0.088
	脳出血	4 (13)	3 (11)	1 (33)	
	くも膜下出血	2 (7)	1 (4)	1 (33)	
発症～入院日数, 中央値 [四分位範囲] *1		0 [0, 0]	0 [0, 0]	0 [0, 0]	0.193
介入待機日数, 中央値 [四分位範囲] *2		7 [5, 11]	6 [5, 11]	9 [5, 18]	0.687
入院日数, 中央値 [四分位範囲]		14 [11, 17]	14 [11, 17]	17 [15, 22]	0.226
介入日数, 中央値 [四分位範囲]		364 [121, 504]	348 [109, 494]	364 [254, 496]	0.688
Barthel Index (点)		100 [100, 100]	100 [100, 100]	100 [100, 100]	1.000
発症前の職種区分, n (%)	ブルーカラー	15 (48)	14 (50)	1 (33)	1.000
	ホワイトカラー	16 (52)	14 (50)	2 (67)	
かかりつけ医療機関, n (%)	自院	21 (68)	19 (68)	2 (67)	1.000
	他院	10 (32)	9 (32)	1 (33)	1.000

*1 発症してから当院へ入院するまでの日数

*2 入院してから両立支援を介入し始めるまでの日数

を発症して当院へ入院した患者で、脳卒中を発症する直前まで就労していた、かつ、入院後にリハビリを開始し、さらに、両立支援を受けることに同意を得ることのできた 65 名を対象とした。このうち、2018/11/9 時点で当院へ入院中であった 2 名と、当院を退院してから両立支援が介入し始めた 4 名、リハビリを継続するために当院から他の医療機関へ転院した 28 名を除外し、脳卒中の急性期治療を終了した後に当院から自宅へ退院した入院患者 31 名を分析対象者とした。

方 法

本調査は 2015/4/1 から 2018/11/9 までを観察期間とした。分析対象者の年齢、性別、病型、退院時の Barthel Index (以下、BI)、発症日、入院日、退院日、両立支援を開始した日と終了した日、発症前に就労していた職種、退院後の復職の有無に関する情報を、診療録から後方視的に収集した。

病型は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の 3 つに分類し、退院時の日常生活動作 (以下、ADL) 能力には BI を評価法として用いた。日数に関しては、発症してから入院するまでの日数を示す「発症～入院日数」、入院してから両立支援が介入し始めるまでの日数を示す「介入待機日数」、入院してから退院するまでの日数を示す「入院日数」、両立支援が介入し始めてから終了するまでの日数を示す「介入日数」を算出した。なお、分析対象者が観察期間の終了日である 2018/11/9 時点で復職していなかった場合は復職しなかった者として扱い、「非復職群」に群別した。分析対象者が観察期間中に復職した場合は「復職群」に群別し、復職日、および、退院後に定期的に

通院した医療機関 (以下、かかりつけ医療機関) が当院であったか他院であったかを調査項目に追加し、脳卒中を発症してから復職するまでの日数を示す「発症～復職日数」と当院を退院してから復職するまでの日数を示す「退院～復職日数」を算出した。また、発症前の職種が日本標準職業大分類項目⁵⁾における管理的職業従事者、専門的・技術的職業従事者、事務従事者に該当した者をホワイトカラー、販売従事者、サービス職業従事者、保安職業従事者、農林漁業従事者、生産工程従事者、輸送・機械運転従事者、建設・採掘従事者、運搬・清掃・包装従事者、分類不能に該当した者をブルーカラーに分類した⁶⁾。

これらの項目の離散値と比率 (%), または、中央値と四分位範囲を分布に応じて記述した。さらに、復職群と非復職群ともに収集した項目については、ノンパラメトリック検定の手法である Wilcoxon の順位和検定、または、Fisher の直接確率法を用いて、両群間で統計的に比較した。解析には R version 3.6.2 を用いた。統計的有意水準は 5% 未満とした。

そして、当院から自宅へ退院した脳卒中患者の両立支援の現状を明らかにしたうえで、そういった患者の両立支援に関する課題を検討した。

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。

結 果

分析対象者 31 名の基本属性と両立支援に係る基本項目の内訳を表 1 に示した。分析対象者の年齢の中央値 [四

表2 分析対象者のうち復職した者の支援に係る基本項目の内訳

n = 28	中央値 [四分位範囲]
発症してから復職するまでの日数	26 [18, 59]
退院してから復職するまでの日数	12 [6, 40]

分位範囲]は60 [56, 62]歳、男性が27名(87%)であった。病型は脳梗塞が25名(81%)、脳出血が4名(13%)、くも膜下出血が2名(7%)で、「発症～入院日数」,「介入待機日数」,「入院日数」,「介入日数」の中央値 [四分位範囲]は、順に0 [0, 0], 7 [5, 11], 14 [11, 17], 364 [121, 504]日であった。また、全ての分析対象者のBIは100であった。そして、分析対象者のうち、発症前の職種がブルーカラーであった者は15名(48%)、かかりつけ医療機関が他院であったものは10名であった。

分析対象者のうち復職群は表2に示す通り28名(90%)で、年齢の中央値 [四分位範囲]は60 [56, 62]歳、「発症～復職日数」,「退院～復職日数」の中央値 [四分位範囲]は、順に26 [18, 59], 12 [6, 40]日であった。このうち、退院後にかかりつけ医療機関が自院であった者は19名(68%)で、他院であった者は9名(32%)であった。

分析対象者のうち非復職群は3名(10%)で、年齢の中央値 [四分位範囲]は59 [58, 60]歳であった。このうち、退院後にかかりつけ医療機関が自院であった者は2名(67%)で、他院であった者は1名(33%)であった。退院日から調査終了日までの日数は356日(中央値)であった。観察期間中に復職に至らなかった者の内訳は、脳卒中ではない疾病の発病による死亡が1名、定年間近であったため脳卒中の発症を契機に退職を望んだ者が1名、原職復帰に不安を感じて離職したままの者が1名であった。

復職群と非復職群ともに収集した項目において、両群間で統計的な有意差を認めたものはなかった。

考 察

脳卒中患者の両立支援に関するこれまでの報告は、脳卒中に伴う障害に着眼して、その復職への影響や経過を検討した内容が多かった。一方で、本調査は、急性期という病期に着眼して両立支援の現状を明らかにしている点で、これまでの報告とは内容が異なる。

分析対象者の平均年齢が59歳で、女性に比して男性が多く、病型も脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の順に多かったことは、本邦の脳卒中の疫学的特性⁷⁾に合致する。さらに、発症してから当院へ入院するまでの日数の中央値は0日で、我々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することができたと考えた。

当院は分析対象者である脳卒中患者へ、入院してから

約1週間後に両立支援を開始し、患者は入院してから約2週間後に自宅へ退院していた。つまり、患者が当院で急性期の脳卒中治療を受けた約2週間のうち、両立支援が介入することのできた期間は約1週間であった。これら本調査で明らかにされた日数などの具体的な数字を基に、当院で両立支援を受けて自宅へ退院した脳卒中患者の現状を図示したものを図1に示す。一般的に、急性期病院における脳卒中医療の中で、両立支援の治療優先順位は高くない。それでも、急性期の両立支援は、患者の復職への不安を緩和して安心感をもたらし、脳卒中治療の満足度向上につながる事がわかっており、可及的速やかに開始することが求められる⁸⁾。脳卒中治療に関わる医療者は、両立支援を可及的早期に開始し、各医療機関でそれを短期的、かつ、効率的に実践できる体制を整えておくことが望ましい。

本調査の分析対象者である自宅へ退院した脳卒中患者のBIはすべて100点であった。これは分析対象者が急性期治療後に回復期リハビリ病棟を有する医療機関へ転院することなく自宅へ退院するという帰結を得た根拠の一つと考えられる。ただし、これは日常生活における基本的なADLが病院内で自立したことを意味するにすぎない。通勤を含む就労に関連した様々な身体活動量は病院内でのそれよりも上回っている可能性が高い。さらに、Post Stroke Fatigue (以下、PSF)と呼ばれる脳卒中に伴う疲労症状は、脳卒中に伴う身体障害の有無に関わらずに自覚しやすいことが知られている⁹⁾。つまり、病院内の活動をもとに評価されたADLの自立到達は、復職に十分な身体能力を獲得したことにはならない可能性がある。なかでもPSFは、退院後に顕在化して仕事の作業効率低下を招きやすく、復職後の就労定着の阻害要因になる可能性があり、急性期の両立支援において特に注意が必要である。今後は単にADLを評価するだけでなく、復職に必要なだろうと想定される身体活動能力やPSFの評価法を確立することが課題として挙げられる。

そのADLが自立した脳卒中患者が退院してから復職するまで、自宅で療養した期間は約2週間だった。しかし、本調査が分析対象者を単に後方視的に観察したものにすぎず、入院期間中に分析対象者へ適切な復職時期を医学的に十分に評価していたわけではないことや、分析対象者が復職後に就労定着していたかどうかを評価していないことから、これが退院後に復職を果たすまでの期間として妥当かどうかを本調査では判断することができない。いずれにしても、ADLが自立した脳卒中患者が自宅療養中の復職するまでの期間を、身体活動量の増加やPSFを発症する可能性を視野に入れながらどのように過ごすよう指導すべきかを検討することが、急性期の医療者にとって課題である。また、脳卒中の治療経過の中で、医療者は単に脳卒中という疾病に対する治療経過をもって退院可能な時期を判断するだけでなく、適切な復

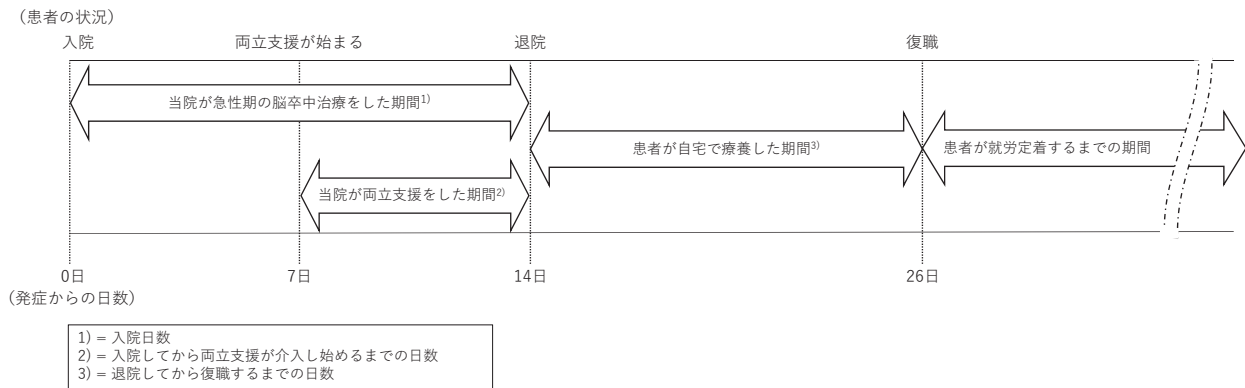


図1 当院で治療就労両立支援（両立支援）を受けて自宅へ退院した脳卒中患者の現状

職時期も評価することが重要である。それにはそれぞれの専門職によってもたらされる就労に関連した様々な情報を総合的に評価して判断するといった、多職種によるチームアプローチの手法確立が課題になる。

本調査では復職を果たした分析対象者の約3割が、退院後のかかりつけ医療機関を他院としていた。これは、両立支援を開始した急性期病院が退院後も継続して支援することが困難になる可能性を示唆する結果といえる。切れ目なく両立支援を継続できるような地域連携の構築や、両立支援を開始した急性期病院が退院後も一貫して介入する機会を保證できるシステムの構築も、急性期病院における両立支援に求められる今後の課題である。

本調査における分析対象者の多くが早期に復職していた一方で、原職への復帰を望まずに急性期病院を退院してから約1年が経過しても離職したままの者がいた。本調査の分析対象者数は少ないため、さらなる検証が必要であるが、離職したままの者は復職した者と比して、脳卒中の病型、発症前の職種などにおいて統計的有意差を認めなかった。このため、これらの項目が急性期病院から自宅へ退院した脳卒中患者における復職の有無に大きく関与した可能性は低いと考える。一方で、離職したままの者2名のうち1名は原職復帰に不安を感じて離職したままであった。このように、一定数の分析対象者が復職に消極的であった背景には、推測の域を脱しないが、脳卒中の発症に伴う不安の発現といった心理変化があった可能性がある。そうした患者には、例えば、脳卒中の発症に伴う不安を緩和するような心理ケアにも重きを置いて取り組むことが、急性期病院から自宅へ退院する脳卒中患者に対する両立支援には欠かせないのではないかと推察した。さらに詳細を検討するためには、脳卒中患者の復職に影響する高次脳機能障害¹⁰⁾を評価する必要がある。しかし、本調査は患者の日常生活動作能力の評価を運動項目のみからなるBIを用いたため、高次脳機能障害の影響を評価できなかった。したがって、リハビリテーションの現場で活用され、かつ、認知機能を含めた

高次脳機能を評価できるFIM (Functional Independence Measure) といった評価法を用いて、一定数の急性期病院から自宅へ退院したが復職しなかった脳卒中患者がなぜ離職したままだったのかを明らかにすることが今後の課題である。

結 論

急性期病院から自宅へ退院する脳卒中患者には、両立支援を入院中の可及的早期に開始し、短期間にそれを実践する必要がある。それには、復職に必要な能力の評価や復職までの自宅療養期間中の過ごし方の指導、医学的に適切と考える復職時期の判断といった内容が含まれる。これらを効率的に実践できる両立支援の手法確立とともに、退院後も一貫して両立支援を受ける機会を保證できるようなシステムの構築が、急性期の医療者に課せられた課題と考えられた。

[COI 開示] 本論文に関して開示すべき COI 状態はない

文 献

- 厚生労働省：平成25年度厚生労働省委託事業 治療と職業生活の両立等の支援対策事業 治療を受けながら安心して働ける職場づくりのために。2013.
- 豊田章宏：治療就労両立支援事業 脳卒中リハビリテーション分野の2016年度推移状況. 日本職業・災害医学会誌 65 (5) : 303-308, 2017.
- 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.
- 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.
- 総務省：日本標準職業分類 (平成21年12月統計基準設定). 2016-6-29. http://www.soumu.go.jp/toukei_toukatsu/index/seido/shokgyou/kou_h21.htm. (参照 2020-3-27).
- 松本佳緒里, 伊藤善基：当院の入院患者における病職歴データによる職歴と疾病の関連性 ホワイトカラーの疾病に特異性はあるのか. 日本職業・災害医学会誌 64 (1) : 39-45, 2016.
- 荒木信夫, 小林祥泰：第2部 [1] 急性期脳卒中の実態 1. 病型別・年代別頻度, 脳卒中治療データバンク 2015. 東

- 京, 中山書店, 2015, pp 18—19.
- 8) 加藤剛平, 橘 智弘, 西村ますみ, 他: 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. 日本職業・災害医学会誌 67 (3): 175—180, 2019.
- 9) Hinkle JL, Becker KJ, Kim JS, et al: Poststroke Fatigue: Emerging Evidence and Approaches to Management: A Scientific Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association. *Stroke* 48 (7): e159—e170, 2017.
- 10) Tanaka H, Toyonaga T, Hashimoto H: Functional and occupational characteristics predictive of a return to work

within 18 months after stroke in Japan. *Int Arch Occup Environ Health* 87 (4): 445—453, 2014.

別刷請求先 〒800-0296 北九州市小倉南区曾根北町 1—1
独立行政法人九州労災病院治療就労両立支援センター
橘 智弘

Reprint request:

Tomohiro Tachibana
Kyushu Rosai Hospital, Research Center for the Promotion of Health and Employment Support, 1-1, Sone Kita-machi, Kokura Minami-ku, Kitakyushu, 800-0296, Japan

Current Status and Problems of Health and Employment Support for Stroke Patients Discharged from the Acute Hospital to Their Own Homes without Transferring to Other Hospitals

Gohei Kato¹⁾²⁾, Tomohiro Tachibana³⁾⁴⁾, Mari Eguchi³⁾, Masumi Nishimura³⁾⁴⁾, Hiroko Hayashi³⁾⁴⁾,
Megumi Yasunaga⁴⁾, Toshihiro Toyonaga¹⁾ and Yukihide Iwamoto³⁾⁴⁾

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

²⁾Department of Physical Therapy, School of Rehabilitation, Tokyo Professional University of Health Sciences

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

⁴⁾Kyushu Rosai Hospital

【Objectives】 The aims of this study were to describe current status and problems of health and employment support for stroke patients discharged from the acute hospital to their own homes without transferring to other hospitals.

【Method】 Thirty-one subjects admitted to Kyushu Rosai Hospital for acute stroke onset, received the promotion of health and employment support during hospitalization, and discharged to their own home without transferring to other hospitals were sampled from April 1, 2015 to November 9, 2018. Their medical records were investigated retrospectively.

【Results】 Subjects were 60 [56, 62] years old (median [interquartile range]) with 27 males (87%). The type of stroke was cerebral infarction in 25 (81%), cerebral hemorrhage in 4 (13%), and subarachnoid hemorrhage in 2 (7%). The median number of days from the admission to the start of intervening the promotion of health and employment support, hospitalization days, days from discharge to return to work, and days from stroke onset to return to work were 7 days, 14 days, 12 days, and 26 days respectively. All subjects had a Barthel Index of 100, and 28 (90%) returned to work after discharge. After discharge, 10 (32%) subjects received medical treatments from hospitals different from Kyushu Rosai Hospital. On the other hand, the three subjects who did not return to work were 59 [58, 60] years old (median [interquartile range]), and the number of days from the date of discharge to the end of the survey was 356 days (median). One of them had left work because of feeling uneasy about returning to the original position.

【Conclusion】 Stroke patients discharged from the acute hospital to their own homes without transferring to other hospitals need to start health and employment support as soon as possible and in a short time. This includes the assessments for returning to work, guidance on how to spend time before returning to work during home care and a decision for suitable timing for returning to work from medical perspective. The establishment of an efficient system that can give them an opportunity to receive a consistent health and employment support after discharge was considered to be a task for medical professionals in the acute phase.

(JJOMT, 68: 361—365, 2020)

—Key words—

promotion of health and employment support, stroke, acute hospital