

シンポジウムⅢ—1

わが国のリハビリテーション医療全般からみた労災病院の役割

住田 幹男

関西労災病院リハビリテーション科部長

(平成17年1月4日受付)

要旨：この度第44回日本リハビリテーション医学会学術集会（2007年）を労災病院リハビリ医療と近畿地区のリハ医学・医療の代表を兼ね備えるものとして主催するよう指名を受けた。このことは労災病院リハビリ医療が日本におけるリハビリテーション医療において先導的役割を歴史的に担ってきたこと、そして単に労災医療に限定されず地域における大きな役割も担ってきたことの証左に他ならず、激変する日本の医療の中でその真価が問われていると言わねばならない。労働福祉事業団から独立行政法人労働者健康福祉機構へと単に名称変更するだけでなく、勤労者リハビリテーションの内実が国民から問われていると言わねばならない。労災病院リハビリ医療の横の連携はプロジェクト研究、脊髄損傷のアウトカム研究や早期復職リハビリテーションマニュアルなどにみられるごとく多くの蓄積があり、大きな共同作業として全国のリハ医やリハ医療関係者に訴えていく力量を持ちえていると考えている。歴史的にみて、脊損治療、その欠点であった社会的入院の解消とリハビリ作業所の創設、労災リハ工学センター、総合せき損センター、吉備高原医療リハセンター、終身介護施設ケアプラザの開設は、労災患者のみに限定されるという制約を受けながらも、リハビリテーション医療としての一つの雛形を立派に提起し得たと考える。しかしこれらの施設の時代的制約と政治的、国家制度上の制約を差し引いても、激変する医療改革の中でしたたかに発展の道をたどることが出来てきたか、そして今後果たして出来ていくのかどうかの検証が課題と考える。

(日職災医誌, 53: 61—65, 2005)

—キーワード—

勤労者医療, リハビリテーション, 伝統と改革

1. はじめに

本シンポジウムにおいて私に与えられた課題は、日本におけるリハビリ医療からみた労災リハビリ医療の歴史と現代的な課題である。そのことは労災リハビリ医療の先駆性とその歩みの中で培ってきた伝統と苦闘をリハビリ医療の発展の中で見つめなおすことである。そこから新しく発足した労働者健康福祉機構労災病院群の新しい指針をみだしていくことができれば幸いである。幸い、著者は一労災病院のわずかなスタッフの部長にも関わらず、3年後日本リハビリテーション医学会学術集会を近畿地区と全国労災病院の代表として神戸の地において開催するよう指名を受けたところである。このことは、同時に労働者健康福祉機構として勤労者医療の政策課題で

ある労災12疾病の研究調査の開始年度となる今年度と、学術集会開催時期がその後第3者評価を受ける中間総括のまとめの作業にはいる時期でもある。そのことを視野に入れて限定された内容であるが各シンポジスト間の共通の基盤として歴史的な回顧をいくつかの文献を中心に報告してみたい。

2. 労災保険リハビリテーション医療の先駆性

労災保険のリハ医療の出発点は1961年国民皆保険制度の実現、1963年日本リハビリテーション医学会の創立、1966年理学療法士・作業療法士法をうけて1968年旧労働省基発686号¹⁾が発令したことによる。医療保険で理学療法・作業療法がその後上程されたがそれとの比較では雲泥の差がみとめられる。その実施要項・施設基準は、表1に概略を示すが、日本リハビリテーション医学会が専門医制度を発足させたのが1980年、リハビリテーション科が正式の標榜科として認可されたのが1996年、厚生労働省が広告専門医制度を認めたのが

Historical overviews of rosai hospital rehabilitation medicine from the point of Japanese medical and labor welfare policy

表1 日本におけるリハ医療に果たしてきた労災リハ医療の役割

労働省基発 686 号通達（昭和 43 年 10 月）要約	
1. リハビリテーション担当医 2 名，PT/OT 各 2 名，社会復帰指導員，心理担当者，言語療法士，義肢装具技術者をリハビリ医療に必要と指定	
2. OT の診療報酬を認め，一日 10 名ぐらいを基本的作業量として規定，PT も一対一で 15 名とした。	
3. 設備では水治療としてハバードタンクや運動浴用プールの必要性を示した。	
4. OT の診療報酬に時間料金制導入	

表2 国民皆保険以降の諸制度の変遷

• 1961 国民皆保険の実現 • 1983 老人保健法施行 • 1987 老人保健施設の創設 • 1990 福祉 8 法改正 • 1993 障害者基本法 • 1994 新ゴールドプラン • 1995 精神保健法改正 • 2000 介護保険開始 • 回復期リハ病棟新設 • 2002 DPC の国立大学への導入 • 2004 亜急性期病床の導入	• 1963 日本リハビリ医学会発足 • 1980 学会専門医制度発足 • 1996 理学診療科を廃止リハビリテーション科標榜 • 2003 広告リハビリテーション専門医認定
--	--

2003 年である（表2）ことを考えれば，2 名の専従医などはいまだに画期的な内容であったと思われる。前関東労災病院リハビリテーション科部長の本多純男の報告文献²⁾では，この通達には当時リハ大学を創設した九州労災病院の故内藤院長が大いに尽力されて，医療保険に先だって，労災保険にその理念を盛り込まれた。労災病院のリハビリ医療の理念と施設基準の整備，リハスタッフの充実化をはかっていく指針として以降生々していくことになる。これを踏まえてリハビリ診療マニュアルが3回改訂されて来ている。では労災保険リハビリテーション医療実施要項は現実の労災病院リハビリテーション科においてどのように咀嚼されていき，その結果としてなにを課題として，さらに，新しい理念として再構築を指向してきたのであろうか。

3. 労災病院リハビリテーション医療の現実検討

本多純男論文は新しい改訂されたりハビリテーションマニュアルの紹介として提出されているが，それ以前の1979年に総合リハ医学の特集号として一般病院におけるリハビリテーション活動として元九州労災病院リハビリテーション科部長の長尾竜郎が全国労災病院リハビリテーション科の実態，リハビリ医療実施にあたっての要望を看護部や他科との関連も含めて詳細にアンケート調査を実施して報告している。³⁾ 石炭エネルギーを基盤とした重化学産業から石油エネルギーへの転換による高度経済成長期を反映してか，国立病院群と比較してリハビリ医療の資源に恵まれていたことを反映してか，「労災

病院はまず印象として初期の目標である障害労働者のリハセンターとしての機能は薄れ，成人病の地域リハ・センターに近づきつつある」としている。そして，労災病院のリハビリ医療の実態は必ずしも理念として提示された実施要項を反映しているとはいえず，現在でも十二分に運営マニュアルに従って機能し得ている病院は多数ではない。とりわけソフト面での強化が病院リハビリテーション科での日常診療のニーズからは重要であるとしている。ここで問題であるのは労災病院の外來・入院リハビリテーション医療の充実であって，日本の勤労者全体の構造的変化の中で労災患者が激減していく状況，一方で病院の労働政策とは関連しない総合病院化，病床数の増大化が進行する中で，労災病院としての政策医療の転換点が後手回しになっていたことである。このことは長尾との私信⁴⁾で，報告論文における事業団を運営していた本部や政策に関わっていた管理職の側の調査や患者サイドのリハ医療への理解度・満足度などの欠落を認めている。しかしことの重大さは藤縄理事長の時代（1987年）にインダストリアルホスピタル—勤労者医療というkey wordで提起され⁵⁾，以後継続されていくことになった。日本における高齢化社会の本格的到来は，医療政策においても最も大きな位置を占めていくことになる。このことはすでに勤労者医療の象徴的存在である脊髄損傷勤労者の治療体系の中で労災作業所の運営に高齢者と若年者の二極分化として如実に顕在化していた。⁶⁾ 各地におけるリハビリセンターの充実や職業リハビリテーションの充実した展開の中で存在理由を喪失しかねない事態となった。このような時代に総合せき損センターや吉備高原医療リハビリテーションセンターが開設されているが，ここでも有機的な各労災病院リハビリテーション科間との連携強化が順調とはいえない。とりわけ日本国内唯一の脊髄損傷センターがすばらしい業績を挙げながら全国的に波及していかないのは旧労働福祉事業団という行政法人の枠を突破し得ない日本の行政の壁なのであろうか。今一度検証する必要がある。1996年労災病院のあり方に関する調査検討委員会は，その答申のなかで「これまではややもすると整形外科の分野に力点がおかれてきたが，今後は，勤労者の脳血管疾患，虚血性心疾患，慢性腎不全その他内科的疾患などに対するリハビリテーションについても取り組みを強化すべきであり，そのための体制及び機器の整備が必要」と提言し，⁷⁾ さらに「総合せき損センター，吉備高原医療リハビリテーションセンター，各労災病院のリハビリテーション診療科，九州リハビリテーション大学校及びリハビリテーション工学センターとの間において緊密な連携，協力のもとに，リハビリテーションに関する先駆的医療の開発を行うとともに，義肢装具などに関して臨床上のニーズに応えるため，技師などの研修，情報交換などの体制の確立がのぞまれる。また，リハビリテーションに関する機能をさ

表4 職業復帰のためのリハビリテーション—勤労者リハ医療論の構築へ

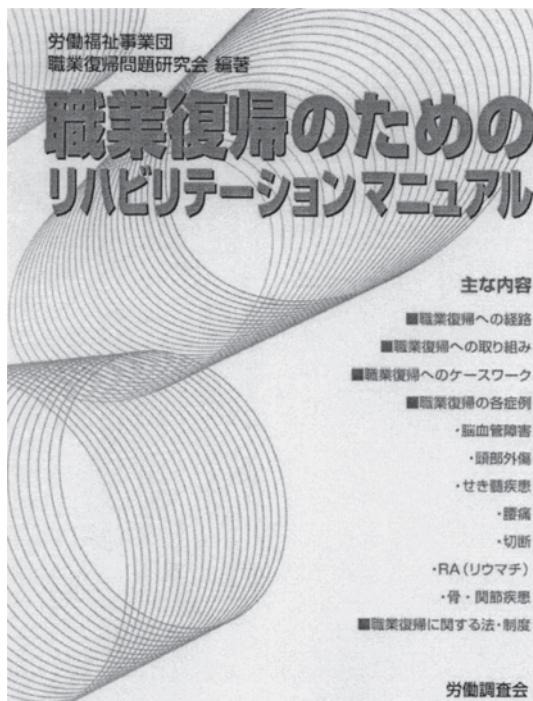
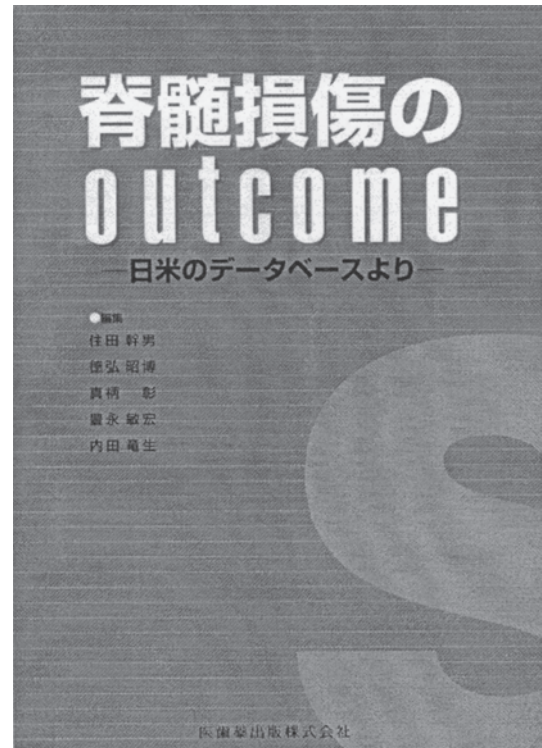


表5 脊髄損傷のoutcome—多施設間研究とdatabaseの構築へ



らに高めるためには、リハビリテーション専門医の養成、理学療法士、作業療法士等の資質の向上とともに医療ソーシャルワーカーや心理相談員等の充実によるカウンセリング機能も、持つことが望まれる。」としている。これらの提言は果たしてどれだけ各労災病院において活かされてきているだろうか。長尾らが調査してきた頃とどれだけ質的に変化しているのだろうか。はなはだ疑問である。確かに当初よりリハビリテーション科研究プロジェクトは特別の配慮を持って旧事業団本部においては取り扱われ、20年わたって多い時には年間1,000万円以上の資金を費やして、その全国的なスケールメリットを活かした縦断的・横断的研究、リハビリ医やリハビリスタッフの質的向上に貢献してきており、その成果は国内的・国際的に発表されてきた。独立法人化にあたって経営基盤の健全化と同時に労災疾病12疾病に対する取り組みは決してしてははずせない政策事業であるが勤労者予防医療センターのみが取り組むべきものでなくほとんどがリハビリテーション医療に実際に関わるものとしてあり、その意味するところは極言すれば国民、勤労者に今まで積極的にアピールしてこなかっただけであり、これらに関するevidenceは多くの労災病院リハビリテーション診療科で蓄えているものである。しかしそれらの多くのevidenceが科学的な検討をふくめて、大きく政策上の課題としてまとめ得ていないのも現状である。これらの一部は若林理事長時代に、職業復帰のためのリハビリテーション⁸⁾や脊髄損傷のoutcome⁹⁾としてまとめ

られ出版されている。

4. 全国労災病院リハビリテーション医療の展開と課題

前章において一部展望で言及し、重複する面もあるが、また各地の労災病院、センターにおいて独自に抱えてきた諸問題もある。敢えて全国労災病院リハビリテーション医療を指向し、またそのもとで展開されてきた成果を振り返ってみることも大事であろう。第一に特筆すべきは研究機能を特化し、日本の福祉工学を先取りしてきた労災リハビリテーション工学センターの果たしてきた役割である。当初は労災保険患者の福祉事業の一環として旧厚生省と並行して旧労働省の協力を得て義肢装具講習会を全国規模で開催・運営（これは現在規模は小さいが吉備高原リハビリテーション医療センターで義肢講習会として再建され毎年開催されている）したごとく研究と研修と臨床が合体したものとしてあった。現在では研究開発のみならず全国労災病院脊髄損傷データベースセンターの開設にみられるごとく情報センターとしての機能も情報化時代の中で発揮している。

次に脊髄損傷治療ではnational centerとしても評価されている総合せき損センターの開設であり、限定された分野ではあるが本邦初の多施設間前向き調査研究の成果と泌尿器科を中心とした神経因性膀胱治療全国研修会の開催である。なかなか進展しない脊髄損傷一貫治療システムの全国への普及活動であり、労災病院の統廃合の中にはこの問題も視野に入れておく必要がある。

表3 本多論文の提言

リハ専門医の養成
 リハ部門スタッフの養成
 リハ医療の体制 独立診療科 中央サービス
 部門として各科との協調
 リハ医療の拡大
 社会復帰推進
 リハ工学の発展

表6 職業災害外科学会 10 年間のシンポジウムの内容

H5 在宅リハビリテーション
 H7 障害者の職場復帰—医学リハから職業リハへ—
 H9 リハビリテーション工学と医療の連携
 労災病院と在宅ケアとの関わり
 H10 社会復帰した脊髄損傷者の状況
 H11 リハビリテーションの新たな展開
 H12 中途障害勤労者の職業復帰
 H13 勤労者リハの現状と課題—21 世紀初頭の展望
 H14 中途障害者の復職と就労支援
 H15 脊髄損傷のアウトカム
 H16 新たな労災病院のリハビリテーション医療の方向性

第三には吉備高原リハビリテーション医療センターの開設である。中途障害者の社会復帰—とりわけ職場復帰は我々の大きな使命である。職リハ施設や福祉工場に隣接した地の利を活かした復職を含めた職業リハ看護師講習会、永年労災保険義肢支給制度の問題を解決するための中四国地区における労災切断者巡回相談は特筆される必要がある。各地労災年金協会での労災切断者の調査研究、相談連携などが労災病院リハビリ科で実施されている。

第四には労災病院他科には乏しい横断的連携の強さである。これらは部長・副部長会として20年のプロジェクト研究の蓄積の上になされている。研究はなるべくそれぞれの学会発表に連動して臨床研究として深められるように配慮されてきた。リハビリテーション専門医を中心とした臨床研究を基盤にした連携であり、学閥を越えて世代交代を視野に入れた老壮青年の結合がみられるのが特徴である。

5. 今後の展望

前掲の本多純男は、既に労災リハビリテーション医療を実質的に充実していく方策として、表3に示すごとく具体策を提示している。リハ専従医—リハ専門医の育成、障害の重度化に伴うリハスタッフの育成と充実、院内リハセンターとしての他科との連携、リハビリ専門看護師の育成、リハ工学センターの活用などが重要な柱である。これらは旧国立病院群にない特徴であるが、その後の経緯の中で追加するとすれば、労災リハ工学センター、総合せき損センター、吉備高原医療リハビリテーションセ

表7 リハ学会の最近のテーマ

- 37 回 (2000) リハ医学の確立と展開—リハ医療の有効性
- 38 回 (2001) 21 世紀への船出—リハビリテーション医学の充実と普及
- 39 回 (2002) リハビリテーション医学の実証と発展
- 40 回 (2003) リハ医学の挑戦的な研究とリハ医療の積極的展開
- 41 回 (2004) リハビリテーション医療のさらなる展開に向けて—リハビリテーション医学教育の充実と普及—
- 42 回 (2005) リハビリテーション医学の専門性の追求と連携
- 44 回 (2007) 実学としてのリハビリテーションの継承と発展—医療変革とリハ—

ンターの特化した先端的機能との各労災病院リハ科とのdynamicな連携・各種研修活動の日本リハビリテーション医学会へのアピール、労災12疾病¹⁰⁾を基軸とした更なる特化した機能の開拓と人的補充による機能的再編・統合を加速させていくことであると考ええる。このことは労働者健康福祉機構の政策的課題としてすでに着手しかけており、中間目標として具体的成果が第三者を含めて政府によって評価を受けることになっている。経営基盤の整備も大きな政策であるため、以上の課題が十二分に反映されて労災病院リハビリ医療の更なる質的強化をはかることで積年の停滞を打破できるかどうかは、全国労災病院リハ科の全国的なスケールメリットを活かした研究活動や臨床研究面での蓄積の科学的見直しの成果にかかっていると考ええる。過去10年間の日本職業・災害医学会で、取り上げられたリハビリテーション関連シンポジウムの、タイトル(表6)と、日本リハビリテーション医学会のテーマを表7に示すが、前者では一貫して勤労者の職業復帰の課題がテーマとなっている。

6. 結語・抱負

労災保険リハビリテーション医療とそれに呼応した労災病院リハビリ医療の沿革と課題を述べてきたが、リハビリテーションマニュアル作成と三度にわたる改訂作業、労災病院あり方検討委員会の報告、旧事業団の経営戦略をリハビリテーション医療の視点から述べた。今後の展望については労災12疾病の研究報告に多くの期待が寄せられるが、労働行政との連携を含めて積年の問題点の解決抜きには多くの困難があることを肝に銘じておきたい。

文 献

- 1) 労働省、基発686号、労災保険におけるリハビリテーション医療について。1968. 10. 29.
- 2) 本多純男：労災病院とリハビリテーション医療。ろうさいフォーラム 8: 12—16, 1985.
- 3) 長尾竜郎、小林英範、下畑博正、他：労災病院におけるリハビリテーション活動の現状と問題点。総合リハ 7: 509—514, 1979.
- 4) 長尾竜郎、私信。
- 5) 労働者福祉事業団、労災病院が政策上担うべき役割等に

関する指針—インダストリアル・ホスピタルとしての役割，機能及び運営—，昭和62年1月。

- 6) 労災リハビリテーション作業所のあり方・運営等に関する報告，労災リハビリテーション作業所のあり方・運営等に関する研究会，昭和59年3月。
- 7) 労災病院の在り方について，労災病院の在り方に関する調査委員会，平成8年9月。
- 8) 労働福祉事業団，職業復帰問題研究会 職場復帰のためのリハビリテーションマニュアル，労働調査会，2000年。
- 9) 住田幹男，他：脊髄損傷のoutcome—日米のデータベースより，東京，医歯薬出版，2001年。
- 10) 労災12疾病に関する提言，労働福祉事業団，2003年。

(原稿受付 平成17. 1. 4)

別刷請求先 〒660-8511 尼崎市稲葉荘3-1-69
関西労災病院リハビリテーション科
住田 幹男

Reprint request:

Mikio Sumida MD, PhD
Department of Rehabilitation medicine Kansai Rosai Hospital Japanese Labor Health & Welfare Organization, 3-1-69 Inabaso Amagasaki City Japan 660-8511

HISTORICAL OVERVIEWS OF ROSAI HOSPITAL REHABILITATION MEDICINE FROM THE POINT OF JAPANESE MEDICAL AND LABOR WELFARE POLICY

Mikio SUMIDA MD, PhD

Department of Rehabilitation medicine

Kansai Rosai Hospital Japanese Labor Health & Welfare Organization

The starting point of Worker's compensation insurance Rehabilitation Medicine was based on No. 686 notification of the Labor Ministry in 1968. The detail of this notification consisted from quite advanced contents which pointed proper numbers of medical staffs, proper installed equipments, the evidence of training time and the cost of occupational therapy concretely. But the Rehabilitation Medicine of Rosai Hospitals has been considerably different from those principles. Nagao et al. (1979) studied practical roles of Rehabilitation Medicine in Rosai hospitals in using questionnaire survey and reported that the purpose of Rehabilitation Medicine in Rosai hospital was to complete the return to works in persons injured by industrial accident however their practical works were changing to community based medicine for the persons with severe disabilities and/or aging. Therefore, medical staffs and equipments should be installed to accept these community based medical needs. On the other hand Honda (1985) published six principles in promoting Rosai hospital rehabilitation medicine at publishing the second edition of Rosai rehabilitation manual. First, the quality of physiatrists of Rehabilitation Medicine and special rehabilitation nurses should be produced and educated in medical schools, second, the systems of reeducation and fulfillment of rehabilitation staffs should be established. And the third enlargement of extent of Rehabilitation Medicine (e.g. cardiovascular and pulmonary rehabilitation etc.), the fourth reinforce as rehabilitation center combination with other departments, the fifth promotion of social rehabilitation (reappointment of disabled workers) and the sixth a practical application of rehabilitation engineering should be developed. Through these three decades, the situation of Rosai hospitals as industrial hospitals combined with industrial welfare policy could not necessarily compensate the gaps between general hospitals and the industrial policy in spite of drastic decrease of industrial accident patients. Labor Welfare Corporation (2003) held up the projects of twelve Rosai diseases that we have to promote as the mission of Rosai hospitals. We have cultivated national wide tie among Rosai hospitals rehabilitation medicine through several significant projects and researches. I believe that this is the best chance to fill up those gaps that we have been inclined to neglect scientific analysis toward many cases.